

OECD 보건 의료 중점분야와 방향:

보건프로젝트(Health project)를 중심으로

최윤정 OECD 아시아 사회정책센터 책임연구원

1. 들어가며

현대사회는 인구 고령화와 의료기술의 급속한 확산 그리고 지속되고 있는 건강 불평등 등에 대한 사회문제에 봉착하고 있으며 개인 및 국가 수준에서 건강향상과 양질의 삶을 영위하기 위한 많은 노력을 경주하고 있다. 또한, 경제협력개발기구(OECD, Organization for Economic Cooperation and Development)의 자료에 의하면 GDP 대비 보건지출이 OECD 회원국 평균 1970년 2.4%, 1980년 3.8%, 1990년 4.6%, 2001년 8.1%를 차지하는 것으로 보고되고 있다. 이렇듯 보건지출의 증가 경향은 경제 성장 및 사회 발전과 더불어 일정 수준 지속될 것으로 보이며 이러한 증가에 영향을 미치는 요인을 찾고 증가정도를 예측하여야 할 것이다. 이를 위해 OECD 사무국에서는 회원국을 대상으로 보건문제를 해결하고 정책대안을 제시하고자 많은 노력을 기울이고 있다. 그 중 2005년 1월 OECD 보건 의료분야의 보건협의체인 보건그룹(Group on Health)이 구성되어 효율적인 연구진행을 위한 기초가 마련되었으며 재정 및 인력에 대한 투자가 더욱 확대되었다. 보건그룹에서는 보건분야의 시의적절한 주제를 선정하여 회원국의 참여하에 연구를 진행하고 있는데 이를 보건프로젝트(Health Project)라 하며 본 글에서는 OECD의 보건프로젝트의 진행배경, 수행분야 그리고 후속과제에 대한 전반적인 소개와 함께 보건프로젝트의 첫 번째 회의(2006년 1월 30~31일)에서 토의된 내용을 주제별로 요약 제시하고자 한다.

2. OECD 보건프로젝트(Health Project)¹⁾

OECD에서는 보건의료체계 역할의 중요성을 인식하게 되면서 2001년부터 보건분야의 주제별로 보건프로젝트를 수행하고 있다. 2001년 OECD 장관급 이사회에서 '보건의료체계는 사회적 결속 및 서비스 분야에서도 주요한 역할을 하고 있다고 강조하고 보건프로젝트의 관심 주제로 보건체계의 효율성, 효과성, 형평성과 공공 보건지출, 의료혁신, 고령인구 등이라고 제시하고 있다. 이렇듯 OECD 보건프로젝트는 보건정책과 보건의료체계가 직면한 심각한 도전에 대응하기 위해 출범하였다. 또한, 회원국의 보건의료체계 성과와 이에 영향을 미치는 요인을 측정하고 분석하여 회원국 보건의료관련 정책자에게 증거기반의 자료를 제공하는데 초점을 맞추고 있다.

OECD 보건프로젝트의 핵심적 작업으로 OECD 건강데이터(Health data)를 생산하며 이는 각국의 보건정책을 이해하는데 기초자료의 역할을 하고 있다. 이외의 OECD 관심분야로는 보건의료의 정책, 성과, 체계와 재정 등이 있다. 2001~2004년에는 보건의료체계 측정, 분석에 중점을 두었으며 2005~2006년에는 더욱 심도 있는 관련 과제를 수행하고 있다.

1) 보건 프로젝트의 수행 분야

OECD 보건프로젝트는 OECD 국가 보건의료체계 성과의 측정과 분석을 포함하며 또한 다음과 같은 기본적 개념에 기초하여 연구를 진행한다. 1) 자원 수준과 사용(the level and mix of resources) 2) 제도적 및 동기유발 특성(institutional and incentive characteristics) 3) 보건체계의 규제와 자기규제(regulation and self-regulation of health systems) 4) 형평성(equity issues) 등이다.

또한, OECD 보건프로젝트는 대략 네 가지의 관심 분야를 가지고 있다. 첫째, 보건체계 성과의 측정과 분석으로 이와 관련 하여서는 두 가지 측면을 강조하고 있다. 1) 보건체계 성과 측정을 위한 의료 질 지표 개발이다. OECD 회원국을 대상으로 전문가적 자기규제(self-regulation)와 책임(accountability)을 중요시 하기 위한 것으로 의료의 질을 모니터링하고 향상하기 위한 것이다. 2) 보건의료 접근에서 소득에 따른 형평성 측면으로 OECD 국가 간의 소득에 따른 보건체계의 특징(예를 들어 보험급여, 지역적 차이)과 사회경제적 요소(교육 등)를 살펴봄으로써 접근성 차이의 원인을 규명하고자 하였다.

둘째, 성과의 차이(variations in performance)로 이는 네 가지 측면에 관심을 갖고 이루어 졌으며 1)

1) <http://www.oecd.org/health>

효율적인 보건의료 인적자원(human resources for health care)정책을 통해 효과적인 보건서비스 전달체계를 구축하고자 하는 내용으로 전문가 양성을 위한 투자, 보수 및 의사와 간호사의 동기부여 정책 등을 분석하였다. 2) 대기시간 연구(Waiting times)에서 많은 국가는 비응급 수술에 대한 대기시간을 중요한 정책과제로 여겨왔다. OECD 국가 간의 대기시간의 차이를 조사하고 이를 단축하기 위한 정책을 분석하였다. 3) 민간건강보험(private health insurance)연구에서는 공공 및 민간 건강보험 간의 상호작용과 보건체계에 대한 민간건강보험의 영향을 평가하였으며 효율적이고 형평성 있는 건강보험시장을 개발하기 위한 전제조건도 분석되어 있다. 마지막으로 4) 최신 건강관련 기술(new and emerging health related technologies)의 발전에서는 2001~2004년 미래 보건의료체계와 건강생활에 영향을 미치는 경제사회적 측면을 고찰하고 체계내의 수용에 대한 검토를 하였다. 또한 정책결정자와 보건체계 관리자 측면의 문제도 분석하였다. 향후 연구로는 2005~2006년 '보건과 혁신 조사' (health and innovation survey)에서 보건관련기술 혁신의 정책을 모색하고 평가 방법 및 도구를 조사할 것이다.

셋째, 노인 장기요양 정책의 최근 경향을 분석하였다. 지난 10년간 중요한 개혁을 실행한 국가의 교환을 다루었고 지출, 재정 및 수급자의 경향을 분석하였으며 주요한 관심은 장기요양을 받는 방법에서 개인선택권을 소비자 측면에 두었다는 점이다.

넷째, 보건의료체계 분석 과제로 주요한 정책목표 달성을 위한 최근 보건체계개혁의 경험에 대한 연구를 하였다. 개혁에 대한 다양한 도구를 분석하였으며 그 효과와 상반관계(trade-off)를 평가하였다. 이러한 연구결과를 기초로 OECD 회원국의 보건의료체계 평가를 위한 기본 틀을 마련하였으며 그 내용으로 보건체계 검토, 성과분석 그리고 문제점 해결방안을 제시할 것이다. 이렇듯 보건프로젝트 하에 OECD 회원국의 보건체계에 대한 체계적인 분석 틀이 마련되었으며 한국과 멕시코의 보건의료체계 연구가 완료되었고, 핀란드와 스위스에 대한 연구가 진행 중이다.

2) 보건 프로젝트의 후속 사업

2004년 5월 13~14일 개최된 OECD 보건장관 회의에서 보건체계의 성과향상을 위한 논의가 이루어졌다. 장관들은 OECD 보건분야의 향후 작업으로 국제적 수준에서 보건통계 생산과 분석의 차이를 줄이는데 의견을 같이 하였다. 구체적인 내용으로 첫째, 연례적으로 전자 및 서면으로 보건데이터를 수집하고 신뢰성을 유지하며 둘째, 각국에서는 데이터베이스의 적시성과 정확성 확보를 위해 OECD 사무국과 지속적으로 협력하고 WHO 등 다른 국제기구의 통계체계와 조화를 이룬다. 셋째, 보건계정(Health Accounts) 실행을 위해 각국의 정부와 협력하며 또한 각국 전문가와 함께 보건

의료 질 지표와 기타 보건의료체계 성과지표를 개발할 것을 강조하고 있다.

3. 진행 중인 OECD 보건프로젝트(Health Project) 주제

OECD가 수행하고 있는 보건프로젝트를 개념적으로 분류하면 자료와 지표개발 과제와 분석적 과제로 살펴볼 수 있다. 첫째, 자료와 지표개발 과제에는 1) 보건의료 질 지표, 2) 보건지출계정의 개선된 방법론 모색(가격과 사용량에 대한 분석과 민간지출의 분류), 3) 보건의료의 보상과 가격에 대한 개선 방향에 대한 연구이다. 둘째, 분석적 과제에는 1) 질병예방의 경제성 2) 의약품 가격정책 및 혁신 3) 보건관련 기술혁신 개발정책 4) 고령인구를 위한 보건비용 5) 보건의료전달의 효율성 6) 보건의료체계의 검토 등의 연구가 있다. 본 글에서는 보건의료 질 지표, 질병예방의 경제성, 그리고 의약품 가격정책 과제를 중심으로 살펴보고자 한다.

1) 보건의료 질 지표(HCQI, Health Care Quality Indicator)

OECD 보건의료의 질 지표 과제가 2001년 시작되었으며 장기적으로 국가간 의료의 질을 반영하는 지표를 개발하여 국가간 비교를 위한 목적을 갖고 있다. 이 과제 2단계의 작업으로 진행되며 첫 번째 단계는 사전작업으로 국제적인 보건의료의 질을 측정하는데 기술적인 문제를 논하기 위해 17개 지표를 정하여 수행되었으며, 두 번째 단계는 전반적 개념의 틀과 보고형식체계 확립에 대한 작업을 포함한다.

2006년 1월 보건그룹 회의에서 보건의료 질 지표 보고서와 이에 제시된 지표를 종합하여 제시하였는데 회원국 23개의 국가가 참여하고 있다. 두 권의 OECD 보고서는 초기 보건의료 질 지표(HCQI Initial Indicators Report, OECD Health Working Paper 22)의 설명과 개념적인 틀(HCQI Conceptual Framework, OECD Health Working Paper 23)에 대해 다루고 있다. 사무국은 참여국 전문가와 우선순위 5~12개인 지표를 추가로 포함할 것이며 우선순위의 분야는 환자안전, 심장질환 치료, 당뇨 치료, 정신건강 치료와 일차적인 보건의료 및 예방 등을 위주로 포함될 것이다. 이 연구는 국가보건정보체계 구축에 대한 회원국의 협조가 필수적이다. 한편 영연방기금 연구 및 북유럽에서 진행된 연구를 참고로 하고 있다.

제 1단계의 보건의료 질 지표 보고서에서는 사업 배경, 역사, 방법론, 자료 분석 및 초기 질 지표의 지침에 대해 다루고 있으며 2005년 11월 전문가회의에서 보건의료 질 지표(HCQI Initial Indicators

Report, OECD Health Working Paper 22)에 대한 최종 분석보고서가 발간되었다. 제시된 초기 보건 의료 질 지표들 중 사용가능한 지표들로 다음과 같은 것들이 있다. 1) 유방암 생존(Breast Cancer Survival), 2) 유방조영술 검진(mammography Screening), 3) 자궁경부암 생존(Cervical Cancer Survival), 4) 자궁경부암 검진(Cervical Cancer Screening), 5) 대장암 생존(Colorectal Cancer Survival), 6) 백신예방가능 질병발생(Incidence of Vaccine Preventable Diseases), 7) 기본백신 접종범위(Coverage for basic vaccination), 8) 천식 사망률(Asthma mortality rate), 9) 급성심근 경색 30일 사망률(AMI 30-day case fatality rate), 10) 뇌졸중 30일 사망률(Stroke 30-day case fatality rate), 11)대퇴부 골절 수술대기 시간(Waiting time for femur fracture surgery), 12) 65세 이상 독감 예방접종(Influenza vaccination for adults over 65), 13) 흡연률(Smoking rates) 등이다.

보건의료의 질 지표의 개념적인 틀 분석보고서(HCQI, Conceptual Framework, OECD Health Working Paper 23)에서는 HCQI 사업을 보건의료체계의 배경과 함께 분석하고자 하였다. 보건의료 체계에 대한 기초적인 개념과 용어를 정의하고 있으며 보건의료의 질에서 핵심적으로 고려할 부분으로 효과성(Effectiveness), 안전성(Safety), 민감성/환자중심(Responsiveness/patient centeredness), 접근성/접근 용이성(Access/accessibility), 형평성(Equity), 효율성(Efficiency) 등을 제시하고 있다. 또한 HCQI 질 지표는 과정과 결과의 측정을 포함해야하며 측정 지표의 중요성, 과학적 신뢰성과 자료의 사용가능성과 비용 등이 기초로 고려되어야 한다. 2006년 초반기에 다섯 가지 새로운 질 측정기준치를 추가하기로 하였는데²⁾ 당료에는 1) 하지 절단율과 2) 매년 시력 검진을 시행하며 환자 안전성³⁾에서는 3) 수술 후 골반 골절과 4) 마취 합병증, 그리고 일차적인 치료와 예방에는 5) 외래 진료에 부족한 환자에 대한 입원 치료를 포함하고 있다.

한편, 본 과제는 질과 관련된 연구를 수행하고 있는 국제기구와 협력 및 조화를 유지하고 있으며 이 중 국제기구로 유럽공동체(EC), WHO, 유럽의회, 국제 보건의료의 질 협회(International Society for Quality in Health Care), 건강 메트릭스 네트워크(Health Metrics Network), 엘리슨 연구소(Ellison Institute), 세계 환자 안전연합회(World Alliance on Patient Safety), 유럽 포럼(European Forum) 등이 있다.

2) 마지막 측정 자료는 많은 외래 진료에 과민한 환자에 대한 입원치료를 포함하므로 새로운 특정 지표의 수는 5에서 12 정도일 것이다.

3) OECD는 WHO-Euro와 세계 환자 안전 연합회 등 여러 국제기구로부터 1차 자료수집에 병원 감염지표를 포함하라는 요청을 받았다. 병원감염은 기존의 다양한 HCQI 환자 안전성 지표에서 고려되어 졌으며 추후 실용성에 대한 검토와 결정은 HCQI 전문가회의 후 이루어 질 것이다.

2) 질병예방의 경제성(Economics of prevention)

2004년 OECD 보건 협의체 대표단에 의해 향후 OECD 보건 사업 분야 중 '질병예방의 경제성'(economics of prevention)사업에 대한 강력한 지지가 있었다. 본 과제는 두 가지의 주요 위험요인으로 나쁜 식습관(poor diet)과 신체활동의 부재(lack of physical activity)에 중점을 두고 있다. 이들은 비만을 야기하며 더 나아가 그 이상의 악영향을 일으킬 수 있다. 신체활동 부족은 비만의 심장혈관 질환, 골다공증과 우울증 등과도 관련이 있으며 최근 미국의 연구에서 신체활동 부족이 흡연보다 심장혈관질환에 더 큰 위험요소라는 보고가 있었다. 앞으로 진행될 과제로는 'OECD 국가 국민들을 위한 식습관 개선과 신체활동 증진을 위한 예방활동의 정치·경제'(The political economy of preventive interventions to improvement diets and encourage physical activity among citizens of OECD countries)이다. OECD 국가의 식습관의 변화와 신체활동량의 감소에 대한 증거자료들이 있는데 예를 들면 '한눈에 보는 건강'(Health at a Glance, 2005)에 지난 40년간 OECD 국가의 일인당 칼로리 및 설탕 소비량이 증가한 것을 볼 수 있다. 연구내용은 인구 및 개인의 교육과 경제적 수단(economic instruments), 자발적 행동 유도(encouraging voluntary action) 그리고 규제(regulation)와 더불어 질병예방의 경제성의 비용효과성(cost effectiveness)과 형평성(equity)에 초점을 둘 것이다. 비용 효율성 측면에서 '예방이 언제나 치료보다 낫다'는 것은 아니며 소아마비 예방접종과 같이 예방이 치료보다 싸다면 예방이 더욱 바람직 할 것이나 대다수의 노인성 질환과 일반적인 치료(백내장 수술)가 더 싼 경우는 치료에 초점을 두는 것이 옳은 정책이라는 주장을 하고 있다. 연구진행은 첫째, WHO, EU 등 관련 기관에서 수행된 사업을 검토하며, 각국의 다양한 사례를 수집하고, 결정요인에 대한 증거를 확보하며, 발생질환(당뇨, 심혈관 질환, 관련 암, 골다공증)의 치료 비용효과성 및 QALY/DALY 결과를 검토할 것이다. 과제내용으로 전반적인 질병예방의 경제성 정책을 소개하며 국제적 사례를 다룰 것이다. 또한 향후 질병예방정책을 입안할 때 정치적 및 경제적 관점에서 판단을 하는데 도움을 주고자 하며 연구는 2006년 상반기에 시작하며 세부 계획은 2006년 하반기에 각국 전문가 회의 후 구체적인 계획이 나오고 2년간 예정으로 연구가 진행될 것이다. 우리나라도 치료 위주의 보건의료 정책에서 예방에 대한 비중을 차츰 넓혀야할 때이다. 현재 건강보험에서 주로 치료위주로 급여가 이루어지고 있으며 암 관련 검진과 예방접종 등의 몇 가지의 진료를 제외하고는 발병기로 증상이 보이는 즉, 병원을 방문하는 시기에 주로 재정적 지원이 이루어지고 있다고 할 수 있다. 예방에 대한 경제적인 이득과 관련한 명확한 증거가 현재는 많지 않은 실정이므로 점차 이러한 분야에 대한 연구 및 지원이 이루어져 예방차원의 효과적인 보건의료 정책이 시행되어야한다.

3) 의약품 가격 정책 및 혁신(Pharmaceutical Pricing Policy and Innovation)

OECD 국가간 약가정책에 대한 정보를 교류하고, 국제비교의 분류체계와 틀을 마련하기 위한 연구이며 내용으로 회원국 중 참여국의 정책 영향 즉, 국가간 약가 영향과 의약산업의 연구개발에 대한 부분을 다룰 것이며 2005년 5월 OECD 이사회는 2005~2006년 약가정책과제 수행을 확정하였다. 또한 외부 연구의 유사한 연구를 검토하였으며 사업과 산업자문위원회(BIAV, Business and Industry advisory Committee)와도 협력하여 제약 산업 및 다른 분야와의 관련성을 함께 고려하고자 하였다. 사무국의 대상국가 선정 방법에서 약가 정책의 특색이 있는 국가를 기준들(정책적 수준의 대표성, 특성 있는 정책의 대표성, 선정 사례국간의 최소한의 유사성, 이러한 기준을 만족하는 최소한의 국가수로 구성)에 따라 선정하고, 이렇게 선정된 국가의 참여 의지가 있을 경우 사례국가로 결정된다고 제시하고 있다. 과제내용은 보건정책과 약가정책에 대한 경제관련 문헌, 약가 연구 및 개발의 영향과 가격수준, 약의 접근성을 분석할 것이며 최종보고서에서 이러한 내용을 포함하여 2007년 겨울에 출간될 예정이다. 2006년 가을에는 2차 전문가 회의와 2007년 가을에는 심포지엄이 있을 것이다.

2005년 12월 OECD 약가정책 전문가 회의(OECD Pharmaceutical Pricing Policy Project Expert Meeting)에서 참여국들은 본 주제 연구의 중요성에 의견을 같이 하였으며 과제의 범위와 성과에 대한 구분을 명확히 해야함을 제안하였는데 이는 미국과 유럽의 연구기관에서 진행 중인 과제와 반복되지 않도록 하기 위한 것이다. 약가정책 연구는 현재 OECD에서 진행되는 보건관련 연구 중 핵심적으로 추진되고 있는 과제이며 이는 의약부분의 특성상 의약 산업과의 연관성과 신약 등장 등으로 인한 비용의 증가에서 그 이유는 찾을 수 있을 것이다. 우리나라에서도 전체 국민의료비 중 의약이 차지하는 비율이 점차 증가하는 상황에서 이 과제의 중요성이 인식된다고 하겠다. 우리나라는 의약 분업 등 제도적 변화와 신약의 개발 등과 함께 약에 대한 의존도가 높아지고 있으며, 이러한 영향이 소비량 증가의 주요 원인으로 생각해 볼 수 있을 것이다. 우리나라에서도 약가 산업의 특성을 파악하고 의약부분에 대한 세밀한 분석 및 판단이 요구된다. 이 과제는 OECD와 우리나라의 공동 관심 사업에는 틀림이 없다

4) 이외의 주제들

첫째, 보건관련기술 혁신 개발 정책(Policies for developing innovation health-related technologies) 연구는 과학기술산업국(DSTI, Directorate for Science, Technology and Industry)에 의해 계획되었으

며 효율적인 혁신과 더 나은 보건성과의 제공이 잘 조화되도록 하는데 중요성을 두고 있으며 2004년 1월 회의에서 과학 장관과 2004년 5월에 보건 장관에서 이러한 과제의 내용이 힘을 얻었다. 특히 OECD 포럼 중 열린 장관급 회담에서 언급되어 각국(아일랜드, 캐나다, 네덜란드)의 대표들은 과제의 중요성을 강조하였으며 영국의 경우, 신기술 도입 장애요인 분석의 필요성을 강조하였다. 사무국에서는 OECD의 생물공학 사업 프로그램에 대해 50% 가량이 보건관련 이슈이며 과제로는 유전학 연구, 약물 계분학, 보건관련 생명공학, 유전학적 개입의 승인 등이 있다.

둘째, 고령인구의 보건비용(Cost of care for elderly populations)연구와 관련하여 사무국은 세 가지 주요 목표를 제시하였다. 1) OECD 국가의 고령 장애율의 최근 동향 분석 2) 고령장애에 영향을 주는 의학적 또는 비의학적 요인 3) 고령장애인구 비율 예측 등이다. 과제는 OECD 경제부와 유럽위원회의 고령화 작업반(Aging Working Group)과 협조할 것이며 회원국(프랑스, 일본, 네덜란드, 스웨덴 등)의 참여와 관련전문가가 함께 연구를 진행할 것이다. 셋째, 보건 서비스의 급여 효율성 향상(Improving the efficiency of Health care service)연구에서 두 가지의 요소를 강조하고 있으며 1) 병원 구조와 효율성 2) 일차보건의료 서비스 효율 및 효과의 최적화 등이다. 효율성은 전반적인 보건의료 체계에 고려되어야 하며 질병비용에 대한 인구보건학적 접근이 요구된다. 또한 병원의 효율성과 일차보건의료 과제는 동시에 이루어져야하며 이들의 상호작용을 강조하였다. 그 중 정보관리, 일차보건의료와 병원서비스의 연계활동, 보건분야 전문인의 보수와 동기부여, 서비스 공급자의 수급과 접근의 형평성에 대한 관점에서 연구가 진행될 것이다. 각국의 의료조정 정책 범위와 역할을 비교 분석하고, 낮은 비용으로 양질의 서비스를 제공할 수 있는 방안을 제시할 것이다. 넷째, 보건의료체계 분석(Reviews of health care systems)에서 한국은 이미 결과물이 제출되었으며 핀란드, 멕시코는 진행 중에 있다. 다음 대상국으로 스위스가 지정되어 있으며 유로피안 어브저버토리(European Observatory) 및 WHO와의 협력으로 이루어 질 것이다.

4. 나오며

OECD는 경제협력개발기구이지만 최근에는 보건 분야에 대한 관심이 더욱 증대되고 있다. 이러한 이유를 생각해 보면 첫째, 경제적인 측면에서 보건지출의 성장속도가 빠르며 지출규모가 커진다는 것이다. 둘째, 미래사회로 갈수록 이러한 사회요인과 함께 만성질병요인이 증가할 것이다. 즉, 인구노령화와 의료기술과 질의 향상 등으로 의료에 대한 공급과 수요가 증가할 것이다. 셋째, 의료 부분의 정보는 전문성이 강하므로 단시간에 문제 해결을 할 수 없으므로 장기적인 개입과 정보력 강

화가 요구되기 때문일 것이다.

본 글에서는 OECD 보건 의료에 대한 중점영역과 앞으로의 방향을 살펴보고자 OECD내의 보건 의료 분야 의사결정 협의체인 보건그룹에서 수행하는 주요 보건 프로젝트를 분석하였다. 이러한 OECD의 보건사업은 각국의 데이터를 OECD 기준에 따라 수집하여 정책적인 목적에 사용할 수 있는 자료를 생산하는데 있다. 이렇게 하여 OECD 국가의 보건 의료의 현재 상황을 인식하게 하여 예측 가능한 증거기반의 정책을 할 수 있게 한다. 현재 수행과제의 경우 OECD 회원국 보건 의료 체계의 전반 구조를 분석 및 효율적인 운영에 대한 측면을 다루고 있다. 세부적으로 보건 의료의 경제적 측면과 의약과 보건 의료 기술 등의 발전과 더불어 이러한 기술의 흡수에 대한 측면을 다루고 있는 것을 알 수 있다.

구체적으로 OECD의 보건 프로젝트는 자료와 지표 개발 그리고 분석적 과제로 분류할 수 있다. 자료와 지표 개발 과제에는 주로 자료 생산 기준에 준거하여 수량적 자료를 생산한다. 이에 첫 번째, 보건 의료 질 지표(HCQI) 과제로 장기적으로 보건 의료의 질을 반영하는 지표를 개발하여 국가간 비교를 하기 위한 작업이다. 보건 데이터(Health data)의 분석의 틀을 넘어 의료에 집중된 질을 평가하여 궁극적으로는 각국의 보건 의료 성과를 비교하기 위한 내용이며 현재 OECD에서 가장 관심을 갖고 심혈을 기울이는 과제이다. OECD 보건 데이터가 국제적 수치를 비교하는 공식적인 자료 역할을 하고 있는 상황을 보면 보건 의료의 질 지표 개발과 함께 자료가 생산될 경우, 국제적인 비교 가능한 의료의 질 평가 자료가 될 것으로 생각된다. 우리나라에서도 의료에 대한 소비자의 기대가 증가하고 있으며 이러한 측면은 이미 보건 의료 이용 결과 공개(예를 들어 의료기관의 항생제 사용률 등) 등으로 나타나고 있다. 현재 우리나라에서도 국제적인 기준을 반영한 보건 의료 질 지표가 생산되고 있으나 OECD에서 요구하는 기준에 따른 지표 또한 생산을 시도해야 할 것으로 생각된다. 아직까지 우리나라가 이 과제에 참여하고 있지는 않으나 이미 우리나라에서도 진료 과정 및 결과의 평가를 위해 체계적인 작업을 수행하고 있으므로, OECD의 질 지표에 관심을 갖고 개발할 경우 자료 생산이 가능할 것으로 사료된다.

분석적 과제인 둘째, 질병 예방의 경제성(economics of prevention) 연구는 회원국 및 사무국에서 향후 OECD 보건 사업으로 강력한 지지가 있었으며 그 중 나쁜 식습관과 신체 활동 부족에 관심을 두고 있다. 아직까지 우리나라에서는 비만이 외국과 비교하여 주요한 사회 문제로 인식되고 있지는 않지만, 어린이들의 식습관과 신체 활동 부족에 대한 문제는 점점 사회 문제화 되고 있다. 예방적 차원에서 질병에 이환되기 이전에 건강한 생활을 유지하는 노력은 모든 인구 계층과 사회경제적인 측면에서 다루어져야 할 것이다. 우리나라에서는 건강 증진 사업으로 이러한 문제를 해결하고 있으나 아직은 체계적인 틀을 갖추고 있지는 못하고 있는 실정이다. 이를 위해 OECD 국가의 사례를 비교

분석하여 우리나라에 적용하여 효과적인 정책 시행을 추진해야 할 것이며 관련 과제는 현재 건강 증진 사업으로 추진 중에 있다. 셋째, 약가 정책에 대한 국제 비교 연구에서 우리나라는 전체 국민 의료비 대비 약제비가 차지하는 비율이 28.8%로 OECD 평균 17.5% 보다 11.3%(Health data, 2005)가 높았으며 이러한 이유에 대해 우리나라의 상황을 분석하여 약가 정책의 변화를 모색하여야 할 것이다. 이에 현재 정부에서는 약가 정책의 개선을 체계적으로 시행하고 있으며 더 나아가 OECD의 국제적인 약가 정책 및 산업 분야에서도 내실 있는 관계를 유지하여야 할 것이다. 넷째, 보건 관련 기술 혁신 개발 정책에 대한 효율적인 개혁과 보건 성과의 제공 등에 대한 연구에서 문제로 인식했던 것과 같이 우리나라도 신의료 기술의 도입 및 사용에 있어 합리적인 절차가 보건 의료 체계 내에 마련되어야 할 것이다. 다섯째, 고령 인구를 위한 보건 비용 관련 과제에서는 노령화와 더불어 노인성 질환의 증가와 이로 인한 비용 증가에 대한 대비책에 중점으로 두고 연구가 이루어 질 것이다. 여섯째, 보건 서비스의 급여 효율성 향상은 병원 구조의 효율화와 일차 보건 의료와의 관계에서 서로의 기능을 최적화 할 수 있는 방안이 모색될 것이다. 마지막으로 일곱째, 개별 국가별 보건 의료 체계를 분석하여 보고서로 출간하여 각국의 보건 의료 체계에 대한 심도 있는 이해를 갖게 될 것이다. 위에 언급한 과제들은 국제적으로 변화와 개혁이 요구되는 보건 의료 분야의 주제들이며 이러한 문제를 해결하기 위한 각국의 노력은 간과해서는 안 될 것이다. 우리나라의 상황에 따라 과제의 중요성은 다를 수 있을 것이지만, OECD에서 진행하고 있는 보건 의료 분야의 과제에 더욱더 관심을 갖고 사업에 참여하여야 할 것으로 생각된다. 