

발 간 등 록 번 호

--



정책보고서 2015-

2015 WHO·OECD 글로벌 보건이슈 분석 및 대응전략 수립

원종욱·신정우·강희정·라기태



보건복지부
MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

KIHASA

한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】

원종욱 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요저서】

500조 시대를 대비한 국민연금기금의 지배구조 개선방안
한국보건사회연구원, 2014

기초연금 도입과 노후생활 안정 효과 분석
한국보건사회연구원, 2014(공저)

【공동연구진】

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

신정우 한국보건사회연구원 부연구위원

라기태 한국보건사회연구원 전문원

보건관련 글로벌 다자기구에서 논의되는 보건이슈들은 다양해지고 있으며, 보편적 의료보장 주제와 같이 하나의 이슈와 관련해서도 보험시스템, 보건인력, 보건산업 등 복잡한 논의들이 이루어지는 추세이다. 이와 더불어 WHO, OECD 등 글로벌 보건관련 다자기구에서 한국의 재정적·기술적 기여가 지속적으로 증가하고 있다. 한국이 WHO에 기여하는 분담금 규모가 증가하고 있으며, WHO의 최고 실무회의인 집행이사회국가로서 2016년까지 활동이 예정되어 있다. WHO 이외에도 OECD, ASEAN, APEC 등 다자기구에서 WHO와는 구별되는 다양한 보건관련 논의가 진행 중이다. OECD에서는 회원국의 보건시스템 성과 향상을 위해 비교 데이터 구축과 분석 연구가 진행되고 있으며, ASEAN과 APEC에서는 지역 내 보건 프로젝트가 추진되고 있다. 최근에는 공통의 보건이슈에 대하여 다자기구 간 협력도 확대되고 있다.

그동안 보건 분야 글로벌 다자구에 대한 대응은 각 회의에 상정된 주제에 대한 일회적 및 산발적 대응이 주를 이루는 등 효과적인 대응에는 제한점이 있었다. WHO, OECD 보건위원회 등 글로벌 다자기구의 논의 결과가 국내 보건정책에 미치는 영향과 우리나라의 국제적 위상을 제고하는 측면에서 점차 확대되는 보건분야 글로벌 다자기구 활동에 대해 보다 전문적이고 체계적인 대응이 요구되고 있다. 이를 위해서는 전문지식을 토대로 다자기구의 논의 동향을 분석하고 전략적으로 대응하는 전문성, 지속적으로 동향을 파악하는 일관성, 관련 결과를 공유하여 국가적인 지식 기반을 확대하는 투명성의 제고가 필요할 것이다.

이 연구는 대표적인 보건 분야 글로벌 다자기구인 WHO와 OECD를 중심으로 보건의제 논의 동향 및 한국의 참여 현황을 종합적으로 파악함으로써 글로벌 다자기구의 효과적 참여와 결과의 국내 활용 방향을 제시하고 있다. 연구를 통해 축적된 정보는 보건관련 글로벌 다자기구에서 한국의 입지와 위상을 강화하는데 기여할 것이다.

한국의 보건분야 글로벌 다자기구 참여 현황 및 보건의제 논의 동향을 파악하기 위해 연구 기간 동안 수차례 회의체에 참여한 연구진들의 노고에 우선 감사드린다. 또한 향후 한국의 효과적 대응 방안 모색에 고견을 아끼지 않고 공유해주신 자문위원들께도 감사드린다.

2015년 12월
한국보건사회연구원장
김 상 호

목 차

제1장 제136차 WHO 집행이사회	2
제1절 집행이사회 개요	2
1. 의제 개요	2
제2절 주요 의제	3
1. 사무총장 보고	B
2. 사업·예산·행정위원회 보고	I
3. 지역총회 보고	2
4. 비정부주체 참여 프레임워크	95
5. WHO 지배기구의 업무처리 방식	5
6. WHO 개혁 이행사항 보고	6
7. 제2차 국제영양컨퍼런스 결과	96
8. 모성, 영유아 영양: 주요지표 개발	77
9. 아동기비만근절위원회 보고	08
10. 만성질환의 예방 및 관리 목표달성을 위한 진행상황의 포괄적 검토 및 평가를 수행한 2014년 고위급회의의 정치적 선언 후속조치	28
11. 폭력과 건강에 대한 글로벌현황 보고	88
12. 간질의 세계적 부담 및 국가별 조율 활동의 필요성	09
13. 새천년개발목표 성과 모니터링	29
14. 보건과 환경	5
15. 청소년 보건	102
16. 여성과 건강	104
17. 항생제 내성	107
18. 소아마비	108
19. 국제보건규칙(2005) 이행	1
20. 말라리아: 포스트 2015 글로벌 기술전략 초안	1
21. 뎅기: 예방과 관리	119
22. 글로벌 백신 실천계획	12
23. 2014년 에볼라 발생	126
24. 보편적 건강 보장의 한 요소인 응급수술 및 마취 강화	01
25. 국제적 인력 채용의 WHO 국제적 집행지침	B

26. 부정불량의약품	135
27. 연구개발전문가 자문위킹그룹 보고 후속조치: 재정과 조정	831
28. 공중보건, 혁신 및 지적재산권에 대한 글로벌전략 및 실천계획	141
29. 2014-2015 사업예산 집행 및 재정현황	4
30. 2016-2017 사업예산	16
31. 전략적 예산공간 배분	10
32. WHO 재정전략 초안	165
33. 의무분담금 부과기준	18
34. 평가	169
35. 부동산: 제네바 건물쇄신전략 현황	0
36. EB 위원회 보고: 비정부기구 상임위원회	7
37. 재단과 상(償)	18
38. 제68차 보건총회 의제 및 제137차 집행이사회 의제, 장소, 시간	61
39. WHO 인사 관리	182
40. 국제공무원위원회의 보고	15
41. WHO 인사 규정 및 규칙의 개정	16
42. 자문단 보고	190
 제2장 제137차 WHO 집행이사회	 9
제1절 주요 의제	11
1. 사업·예산·행정위원회 보고	194
2. 재정 대화	196
3. 신생아 보건: 책임 프레임워크 초안	9
4. WHO 가이드라인: 개발과 거버넌스	20
5. 전략적 예산공간 배분	24
6. 평가: 연차 보고	211
7. 전문가 위원회, 연구그룹 회의 보고	1
 제3장 제66차 WHO 서태평양지역총회	 72
제1절 총회 개요	8
제2절 주요 의제	29
1. 지역처장의 보고	219
2. 2014-2015 사업예산: 예산 성과 중간보고	8

3. 바이러스성 간염 관리	24
4. 보편적 건강 보장	26
5. 결핵: 2016-2020 서태평양지역의 결핵퇴치전략 이행을 위한 지역 프레임워크	662
6. 폭력 및 부상 예방	28
7. 건강 도시	271
8. 식품안전: 2015년 이후 지역전략	2
9. 아시아태평양 지역 신종감염병 대응전략 및 국제보건규칙	42
10. 소외열대질환과 한센병	25
11. 고령화와 건강	28
12. 만성질환 예방 및 관리	29
13. 규제시스템 강화	22
14. 세계보건총회, 집행이사회, 지역총회의 업무조율	2
15. 인간생식의 연구, 개발 및 연구훈련: 정책조정위원회 회원	22
 제4장 OECD 보건위원회	7
제1절 제17차 보건위원회	9
1. 제17차 보건위원회 개요	25
2. 최근 OECD 활동 보고(Stefano Scarpetta 고용노동사회국(ELS) 국장)	52
3. 국가별 보건의료 빅데이터 활용 촉진 배경과 방법	2
6. OECD 국가들에서 의료공급자 지불 개혁의 혁신	6
7. 만성질환 및 관련 위험요인의 노동시장 파급 효과	28
8. 한눈에 보는 보건 2015: 새로운 대시보드의 제안	1
9. 콜롬비아의 OECD 가입에 대한 토의	3
10. 현안 보고서 - 약제비 지출과 정책: 그간의 추세와 향후 과제	53
11. 보건장관회의: 안전 및 자료의 틀	3
12. 현안 보고서: 2016년 6월 보고서의 안전 선택	6
제2절 제18차 보건위원회	2
1. 제18차 보건위원회 개요	32
2. 최근 OECD 활동 보고(Stefano Scarpetta, 고용노동사회국(ELS) 국장)	23
3. 보건통계에 대한 High-Level Reflection Group의 결론 초안 검토	3
4. Council 권고안 검토	325
5. 이탈리아, 고령화와 건강관련 최근 보건이슈와 과제	23
6. OECD 국가들에서 급여 범위 결정 방식에 대한 결과 보고	2

7. 포괄적 성장과 건강	31
8. 라트비아의 OECD 가입	334
9. 국제 관계 전략	338
10. Programme of work and budge 2017-18	340
11. 현안 보고서: 'OECD 국가에서 시간 외 일차의료 제공 조직'의 검토	148
 제5장 WHO 지배기구회의 대응 전략	33
제1절 WHO 의제대응체계 평가	8
제2절 보건분야 글로벌다자기구 대응체계 평가	583
제3절 WHO 의제 대응 전략	8
 참고문헌	



제1장

제136차 WHO 집행이사회

제1절 총회 개요

제2절 주요 의제

제1절 집행이사회 개요

1. 의제 개요

□ 의제별 주석

1. 개회 및 의제 채택

2. 사무총장 보고

3. 사업·예산·행정 위원회 보고

- 2015년 1월 21~23일 개최된 제21차 사업·예산·행정 위원회의 보고

4. 지역총회 보고

- WHO 개혁에 대한 결정문 WHA65(9)를 통해 보건총회는 각 지역총회의 의장이 지역총회의 회의결과에 대한 요약보고서를 집행이사회에 정기적으로 제출토록 하는 안을 승인함.
- 집행이사회는 지역총회의 권고안을 검토함.

5. WHO 개혁

- 5.1 비정부주체 참여 틀

- 이 보고는 보건총회가 사무총장에게 회원국들이 관련 내용을 연구할 수 있는 충분한 시간을 확보하고 토론과 논의를 위한 준비를 잘 할 수 있도록 2014년 12월 중반까지는 받을 수 있는 보고서를 작성하고 이를 제136차 집행이사회에 제출하라는 결정문 WHA67(14)에 따른 것.

- 결정문 WHA67(14)에서 요청한 바와 같이 이 의제에 대한 지역총회에서의 논의 결과를 제공하는 두 번째 문서도 집행이사회에 제출됨.

- 5.2 지배기구의 업무 방식

- 제135차 집행이사회에의 요청에 따라 사무국은 지배기구의 업무 개선에 관한 권고안을 제출함.

- 권고안에는 적정 양의 의제, 보고 요건 개혁, 결의안 초안에 대한 조기 논의, 의제 관련 문서의 시기적절한 배분, 지배기구의 시간 절약 및 전략적 업무에 대한 중점적 논의 등이 포함됨.

－ 5.3 개혁 이행 개요

- － 사무국은 집행이사회에 WHO 개혁 현황을 보고하고 WHO 개혁이 에볼라 감염병 사태 대응에 어떤 도움을 주었는 지 설명함.
- － 또한 에볼라 대응에서 발견된 더 많은 개선이 필요한 개혁 영역에 대해 상세히 보고함.

6. 비감염성 질환

－ 6.1 제2차 국제영양컨퍼런스 결과

- － 집행이사회는 결정문 EB134(2)를 통해 사무총장에게 제2차 국제영양컨퍼런스의 결과를 제136차 회의를 통해 제68차 세계보건총회에 보고토록 요청함.
- － 이 보고서는 컨퍼런스의 결과와 함께 그 후속조치로서의 WHO의 역할을 조명함.

－ 6.2 모성, 영·유아 영양: 핵심지표군 개발

- － 세계보건총회는 결의안 WHA65.6을 통해 모성·영유아 영양에 관한 포괄적 이행계획을 승인함. 여기에는 2025년까지를 기한으로 한 여섯 개의 글로벌 목표가 제시되어 있음.
- － 세계보건총회는 결정문 WHA67(9)를 통해 모성·영유아 영양에 관한 글로벌 모니터링 프레임워크의 핵심 지표군의 일환인 글로벌 영양 목표의 달성 현황을 모니터링하기 위한 7가지 지표들을 승인하고 사무총장에게 구체적인 국가들에서의 글로벌 영양 목표에 영향을 미치는 프로세스들을 추적하는 핵심 지표와 확장 지표군의 개발을 완료하도록 요청함.
- － 집행이사회는 모성·영유아 영양에 관한 글로벌 모니터링 프레임워크를 검토하고 이 프레임워크의 주기적 개정 빈도에 대한 자문을 자공해야 함.

－ 6.3 아동비만근절위원회 현황

- － 이 보고서는 아동비만을 보다 잘 이해하고 이에 대한 포괄적인 대응책을 마련하기 위해 사무총장이 설립한 「아동비만근절 고위 위원회」의 활동 범위와 목적, 현재 사업에 대해 설명함.

－ 6.4 비감염성 질환의 예방과 관리에 대한 포괄적 검토 및 평가 실시를 위한 2014년 UN 총회 고위급 회담의 후속조치

- － 제67차 세계보건총회에서 사무총장은 비감염성 질환의 예방과 관리에 대한 포괄적 검토 및 평가 실시를 위한 2014년 UN총회 고위급 회담(2014년 7월 10, 11일, 뉴욕)의 후속조치에서 WHO의 역할에 대해 제68차 세계보건총회에 보고토록 요청 받음.
- － 집행이사회는 보고서를 검토하고 유엔총회결의안 66/2의 이행 진도를 평가하기 위해 각 국가에서 적용될 수 있는 프로세스 지표군을 개발할 필요가 있는지에 대한 자문을 제공해야 함.

－ 6.5 폭력과 건강에 관한 글로벌 현황 보고

- 이 보고서는 결의안 WHA67.15의 이행 상황을 묘사함.
- 여기에는 폭력의 범위, 경향, 건강에 미치는 영향, 폭력의 리스크, 보호 요소 등에 대한 과학적 근거 개발 노력을 강화하려는 사무국의 지속적인 사업에 대한 상세한 정보와 폭력에 대응하는 보건시스템의 역할 강화를 위한 기술적 지원 정보가 포함되어 있음.
- 6.6 간질의 세계적 질병부담과 간질이 건강과 사회적, 공적 지식에 미치는 영향을 국가 수준에서 다루기 위한 조율된 활동의 필요성
 - 한 회원국의 요청에 따라 사무국은 간질의 세계적 질병 부담과 간질이 건강과 사회경제에 미치는 영향을 최소화하기 위해 국가 수준에서의 대응을 우선순위로 할 필요에 대한 정보를 제공함.

7. 생애주기 건강 증진

- 7.1 보건 새천년개발목표 달성 모니터링
 - 결의안 WHA58.31, WHA63.15, WHA63.17, WHA63.24, WHA64.13, WHA65.7에 따라 이 보고서는 보건 분야 새천년개발목표와 세부 목표들의 달성 현황을 보고함.
 - 여기에는 아동사망률 감소, 폐렴 예방 및 치료, 주산기 사망률 및 신생아 사망률 감소, 선천성 결함 예방 및 관리, 보편적 모성·신생아·아동 의료보장 달성 등의 현황이 보고되어 있음.
- 7.2 보건과 환경
 - 대기오염이 건강에 미치는 영향
 - 대기오염이 건강에 미치는 영향에 대한 보고서는 처음 제135차 집행이사회에서 검토되었으며 당시 집행이사회는 대기오염 이슈를 제136차 집행이사회 의제에 상정키로 함.
 - 이 보고서는 대기오염이 건강에 미치는 해를 예방, 관리, 완화하는 몇 가지 전략을 제시하고 있음.
 - 기후와 건강: 기후와 건강에 대한 WHO 컨퍼런스 결과
 - WHO 건강과 기후 컨퍼런스(제네바, 2014년 8월 27-29일)는 결의안 WHA61.19를 통해 사무총장에 대한 보건총회의 요청에 대한 대응으로 이 보고서는 컨퍼런스의 논의 내용과 결론을 요약하고 있음.
 - 청소년 보건
 - 국가별로 청소년 보건을 위한 프로그램과 전략을 이행하는데 도움을 주기 위해선 최근의 과학적 근거와 국제적 협약 및 액션플랜에 근거한 청소년 보건에 관한 포괄적 계획이 필요
 - 이 보고서에서 사무국은 포괄적 청소년 보건 계획과 함께 국가 및 이해관계자들과의 논의 절차를 제안하고 있음.

여성과 건강: 베이징 선언 이후 20년과 액션 플랫폼

- 이 보고서는 베이징선언과 액션 플랫폼(1995) 이후 여성과 보건에 나타난 진보를 조명하고 있음.
- MDG와 관련된 여성과 건강 사업을 검토하고 베이징 선언 20주년의 관점에서 새로운 도전과 우선순위들도 검토함.

8. 준비, 감시, 대응

- 8.1 항생제 내성

- 결의안 WHA67.25에 따라 사무국은 제68차 세계보건총회에 제출할 항생제 내성에 관한 글로벌 액션플랜 초안을 제136차 집행이사회에 제시함.
- WHA67.25의 다른 결의 내용들의 이행 현황은 별도로 보고됨.

- 8.2 소아마비

- 2014년 5월 사무총장은 야생 폴리오 바이러스의 전파를 “국제공중보건비상사태”로 선포하고 증가하는 위험에 대비한 임시 권고안을 발행함.
- 이 보고서는 야생 폴리오 바이러스의 전파를 막기위한 비상조치들의 효과와 바이러스의 국제적 전파를 막기 위한 조치들이 설명되어 있음.
- 또한 제2형 경구 소아마비 백신의 국제적 수거 기한을 2016년 4월로 못 박고 회원국들에게 백신으로 초래된 제2형 폴리오 바이러스의 전파를 막고 비활성 소아마비 백신의 도입과 같은 준비(readiness) 기준의 전면 이행을 촉구함.

- 8.3 국제보건규칙(2005) 이행

- 결의안 WHA61.2에 따라 수립된 보고 메커니즘에 따라 사무총장은 각 회원국과 사무국의 국제보건규칙 이행 현황을 보고함.
- 두 번째 문서에서 사무총장은 IHR 검토 위원회가 2014년 11월 13, 14일 회의 후 국가 보건역량수립을 위한 두 번째 연장(延長)과 IHR 이행에 대해 사무총장에게 제출한 권고에 대해 보고함.

9. 감염병

- 9.1 말라리아: 글로벌 기술전략 초안: Post-2015

- 제66차 세계보건총회에서 회원국들은 사무국이 post-2015 말라리아 글로벌 기술전략 초안을 작성케 하자는 제안을 지지함.

- 9.2 뎅기: 예방과 관리

- 뎅기열의 전 세계적인 확산은 심각한 보건 문제
- 2014년 5월 제67차 세계보건총회에서 일부 회원국들은 기후와 건강의 연계선상에서 뎅기의 보건 및 경제적 부담에 대해 언급한 바 있음.
- 이 보고서는 뎅기가 국제보건에 주는 위험과 뎅기의 예방과 관리를 위한 국제적 전략,

필수 조치 등을 제시하고 있음.

– 9.3 글로벌 백신 액션플랜

– 이 보고서는 결의안 WHA65.17에 따라 제66차 세계보건총회에서 승인된 모니터링 및 책임성 프레임워크를 활용해 글로벌 예방접종 목표의 달성 현황에 대해 보고하고 있으며 여기에는 2014년 10월에 소집된 전략적전문가자문그룹의 권고사항도 포함되어 있음.

– 9.4 2014 에볼라 바이러스 감염병 발생

– 사무국은 서아프리카에서 발생한 에볼라 감염병이 주는 위험과 이에 대한 세계의 대응을 보고함.

– 현 역학적 상황이 WHO, 유엔, 기타 국제 파트너들의 대응과 함께 묘사되고 있음.

– 치료제, 백신, 임상 실험 등에서의 연구개발, 로지스틱스 및 운영 이슈, 자원 동원, 감염병 대비 등에 대한 현황이 보고되어 있음.

10. 보건 시스템

– 10.1 보편적 의료보장의 한 요소로서 응급 및 필수 수술 치료와 마취의 강화

– 제135차 집행이사회는 보편적의료보장의 한 요소로서 응급 및 필수 수술치료와 마취 강화를 제136차 집행이사회 의제에 포함하는 것에 합의함.

– 제1차 의료시설에서 기초적인 수술과 마취를 제공할 수 있는 역량을 강화하면 감염병과 비감염성 질환 모두로부터 발생하는 사망과 장애를 줄일 수 있으며 보편적 의료보장 성취에도 기여할 수 있음.

– 집행이사회는 이 영역에서의 서비스 전달 개선을 위한 각 국가와 사무국의 활동에 대한 제안을 검토

– 10.2 보건인력 국제채용에 대한 WHO 글로벌 직무규약

– 결의안 WHA63.16에서 보건총회는 보건인력 국제채용에 대한 WHO 글로벌 직무규약에 대한 첫 검토를 제 68차 세계보건총회에서 수행하기로 결정함.

– 10.3 부정불량의약품

– 부정불량의약품에 대한 회원국 메커니즘의 세 번째 회의가 10월 29~31일 스위스 제네바에서 개최됨.

– 이 보고서에는 업무계획 이행 활동, 업무계획 우선순위 설정 결과, 업무계획 중 두 가지 기술적 요소에 대한 인터넷 자문을 완결하기 위한 기술 회의의 결과 등에 대한 사무국의 현황보고가 포함되어 있음.

– 10.4 연구개발에 관한 자문전문가워킹그룹(CEWG) 보고의 후속조치: 재정과 조정

– 결정문 WHA67(15)에 따라 사무국은 UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases와의 연구개발을 위한 공동기금(pooled fund)을 수립하기 위해 기존 메커니즘을 활용하는 방안을 모색하고

이를 보고함.

- 결의안 WHA66.22와 결정문 WHA67(15)에 따라 사무국은 선별된 보건연구개발시범 프로젝트들의 이행 현황에 대한 상세한 보고를 두 번째 보고서를 통해 제출함.
- 10.5 보건, 혁신, 지적재산권에 대한 글로벌 전략 및 액션플랜
 - 결의문 WHA62.16에 따라 사무국은 보건, 혁신, 지적재산권에 대한 글로벌 전략 및 액션플랜에 대한 평가 보고를 지배기구에 제출하는 프로세스의 일정을 제시하는 보고서를 제출함.
- 10.6 혈액 및 인간장기 의료제품
 - 헌혈로 혈액 및 혈액제품의 자급자족을 이루자는 보건총회에서의 결의를 요청한 회원국들의 제안과 「인간 세포, 조직, 장기 이식에 대한 WHO의 지침」을 인간장기 의료제품에 적용하자는 제67차 세계보건총회의 요청에 따라 사무국은 혈액과 인간장기 의료제품 모두를 다루는 본 보고서를 작성함.

11. 사업·예산

- 11.1 2014-2015 사업예산 집행 및 재정 현황
 - 2014-2015 사업예산 이행의 현황 보고
- 11.2 2016-2017 사업예산안
 - 지역총회에서의 검토와 논의 후 수정된 2016-2017 사업예산안이 집행이사회에 제출됨.
- 11.3 전략적 예산공간 배분
 - 사무국이 집행이사회 사업·예산·행정 위원회(PBAC)에 제안한 단계와 일정에 따라, 그리고 관련 보고서에 대한 제67차 세계보건총회에서의 논의에 대한 대응으로 사무국은 새로운 전략적 예산공간 배분 방법의 개발에 대한 현황을 보고함.

12. 재정

- 12.1 WHO 재정전략 초안
 - 제67차 세계보건총회에서 검토되었던 행정·관리비 재정충당에 관한 보고서에서, 사무국은 재정 영역에 포함된 다양한 개혁 이니셔티브들을 연계하고 WHO재정의 폭넓은 전략적 방향을 제시하는 보고서를 제출하겠다고 제안함.
- 12.2 2016-2017 의무분담금 부과기준

13. 경영·거버넌스

- 13.1 평가
 - WHO의 평가 정책 이행 현황에 대한 사무국의 보고
- 13.2 부동산: 제네바 건물채신전략 현황

- 제67차 세계보건총회에서는 제네바 건물 전략에 대한 현황 보고를 검토하고 결정문 WHA67(12)를 채택
- 제67차 보건총회는 사무총장에게 건축 입찰 등 초기 계획단계를 이행할 수 있는 권한을 부여하고, 당선된 신축건물 디자인과 건물에 관한 세부사항, 쇄신전략 전체의 재정충당 계획 등을 포함한 보고를 제68차 세계보건총회에 제출토록 요청함.
- 결정문 WHA67(12)에 따라 사무국은 제네바건물쇄신전략의 현황보고를 제공함.
- 13.3 집행이사회 위원회별 보고
 - 비정부기구 상임위원회
 - 상임위원회는 WHO와 공식관계를 맺고자 하는 비정부기구들의 요청에 대한 위원회의 권고안과 2012-2014년 사이 WHO와 공식관계를 갖고 있는 비정부기구들 3분의 1과 WHO와의 협력관계를 개괄하는 보고를 집행이사회에 제출함.
 - 재단 및 시장
 - 13.4 제68차 세계보건총회 임시 의제와 제137차 집행이사회 일자, 장소, 임시 의제 초안

14. 인사

- 14.1 아프리카 지역사무처장 임명
- 14.2 유럽 지역사무처장 임명
- 14.3 WHO 직원협회 대표 성명
- 14.4 인적 자원: 현황
 - WHO 인적자원전략의 이행 현황 보고
- 14.5 국제공무원위원회 보고
 - 보고서에는 국제공무원위원회의 권고안에 대한 유엔총회에서의 검토에 따른 개정안이 담겨 있음.
- 14.6 직원 규정 및 규칙 개정
 - 직원 규칙(Staff Rules)에 대한 사무총장의 개정안은 직원 규정(Staff Regulation) 12.2항에 의거 집행이사회의 확인을 위해 제출됨.
 - 직원규정에 대한 개정안은 제68차 세계보건총회로의 제출을 위해 집행이사회에서 검토됨.

15. 공지사항

- 자문기구들의 보고
 - 전문가 위원회와 스터디 그룹들
 - 전문가 자문 패널과 위원회에 대한 규정 4.23항에 따라 사무총장은 전문가위원회와 스

터디 그룹들의 회의 보고서를 제출하며 여기에는 전문가 위원회의 권고안과 이 권고안이 보건정책과 WHO사업에 주는 의미가 담겨 있음.

16. 폐회

결의안 67.2에 따라 다음 의제들은 보건총회에서 현황보고(progress reports) 항목 아래에서 검토될 것임.

천연두 퇴치: 두창 바이러스(variola virus) 파괴 (결의안 WHA60.1)
메디나충증(dracunculiasis) 퇴치 (결의안 WHA64.16)
주혈흡충증(schistosomiasis) 박멸 (결의안 WHA65.21)
방치된 열대병 (결의안 WHA66.12)
성병 예방 및 관리: 글로벌 전략 (결의안 WHA59.19)
사회적 건강결정요인 (결의안 WHA65.8)
지속가능한 보건재정구조와 보편적 보장 (결의안 WHA64.9)
포괄적 정신보건 액션플랜 2013-2020 (결의안 WHA66.8)
자폐스펙트럼장애 관리를 위한 포괄적이며 조율된 노력 (결의안 WHA67.8)
장애 수준의 청각 손실 (결의안 WHA48.9)
신생아 건강 (결의안 WHA67.10)
여성과 아동의 생명구출 제품들에 대한 유엔위원회의 권고사항 이행 (결의안 WHA66.7)
의약품의 합리적 사용 현황 (결의안 WHA60.16)
성 분석과 활동의 WHO 사업 통합 전략 (결의안 WHA60.25)
유행성 인플루엔자 대비: 인플루엔자 바이러스 공유와 백신 및 기타 혜택 사용 (결의안 WHA64.5)

□ 추가로 제안된 의제

- 집행이사회 의사규칙 제10조에 따라 사무총장은 추가로 제안된 본 의제를 제136차 집행이사회에 제출함.
 - 본 제안은 2015년 1월 14일 이탈리아 유엔사무소가 제출하였으며 그 제목은 “WHO 가이드라인 개발과 거버넌스”임.
 - 집행이사회 의사규칙 제 10조: 의제 제안 마감기한이 끝난 후, 집행이사회가 시작되기 전, 긴급한 성격의 의제는 이를 설명하는 문서와 함께 제안될 수 있음.
- WHO 가이드라인 개발과 거버넌스 의제 내용
 - WHO 가이드라인 개발 핸드북은 회원국과 기타 이해관계자들의 참여 없이 WHO 사업 부서가 단독으로 개발하고 있음.

- WHO 가이드라인 및 정책보고서 개발에 관한 규정 및 절차, 특히 전문가자문패널과 위원회에 관한 규정은 경우에 따라 몇 십년 전에 만들어 진 것도 있음.
- 회원국들과 이해관계자들의 다양한 국제적 협약을 담기 위해서, 또한 독립성을 유지하면서 WHO의 책임성과 투명성을 제고하기 위해서는 이러한 규정들을 개정해야 할 필요가 있음.
- 사무국은 로마에서 열린 FAO/WHO 제2차 국제영양회의(ICN2)의 결과를 컨퍼런스 결과와 사무국이 준비한 보고서에 근거해 이행해야 하는데 여기에는 상당한 양의 준비 작업과 정책보고서 및 가이드라인의 갱신, 개발이 포함됨.
- ICN2 후속조치 이행의 중요성과 이것이 회원국들의 정책에 미치는 영향을 고려할 때, 회원국들의 참여를 보장하고 그 개발이 견고한 과학적 근거에서 이루어질 수 있도록 WHO의 정책 보고서, 특히 가이드라인의 개발, 갱신, 승인 절차를 검토할 필요가 큼.
- 이 의제가 긴급히 제출된 이유는 이 의제가 ICN2 결과 문서 이행과 관련이 있는데 관련 문서인 EB136/8이 2014년 12월 30일, 즉 이미 의제 초안이 회람된 후, 집행이사회 시작 한 달이 채 안 남은 시점에서 공개되었기 때문임.
- WHO 가이드라인과 정책보고서 개발 절차와 거버넌스를 효율적으로, 적절한 방법으로 개정하기 위해 회원국들의 논의가 필요함.
- 사안이 중요한 만큼 사무국의 사전 작업이 필요함을 인정하지만 제136차 집행이사회에서 먼저 실험적인 논의를 한 후 보다 온전하고 깊은 평가는 2015년 5월 총회 이후에 있는 집행이사회에서 사무국이 준비한 보고서를 검토하며 실시할 수 있을 것임.

제2절 주요 의제

1. 사무총장 보고

□ 부정적인 세계 현황

- 심각한 경제적, 사회적, 인구적 전환기를 겪고 있는 혼돈의 세계
 - 사회적 불평등, 다양한 갈등, 분파간 충돌, 테러
 - 감염병의 재부상(에볼라 사태)
 - 아라비아 반도에 퍼지고 있는 중동 호흡기질환 증후군(Middle East Respiratory Syndrome) 바이러스로부터의 위협, 가금(家禽) 농장을 황폐화 시키는 다양한 새로운 종류의 고병원(病原)성 조류인플루엔자, 치사율이 높은 H5N1, H7N9 조류인플루엔자의 사람 감염 등

□ 보건 시스템

- 순기능적, 통합적 보건시스템은 사회 통합(social cohesion), 형평성(equity), 사회 안정에 기여
 - 보편적 의료보장은 모든 정책 중 가장 강력한 형평성 촉진제(social equalizer)
 - 보건 시스템과 인프라는 기후 변화나 날뛰는 바이러스, 인도적, 사회적, 재정적 위기, 안보 위기 등의 충격으로부터 21세기 지구촌을 지켜줄 필수적인 쿠션으로 더 이상 취사선택이 가능한 사치가 아님.

□ 제136차 집행이사회 의제

- 오늘날 가장 중요한 보건문제를 담고 있는 제136차 집행이사회 의제
 - 기후 변화가 건강에 미치는 영향
 - 점점 늘어나는 항생제 실패로부터의 위협
 - 의료인들이 에볼라와 같은 오래된 치명적인 질환을 빈손으로 치료하게 하는 시장실패의 역학
- 기후 변화
 - WHO 건강·기후변화 컨퍼런스(WHO Conference on Health and Climate Change): 기후변화로 가장 큰 위협에 처한 종(種)은 인류임을 상기시킨 회의
 - 매개체 전염병(Vector-borne disease)은 기후에 가장 민감: 뎅기가 대표적인데 최근 이 질환을 퍼뜨리는 곤충 매개체들이 전 세계로 퍼져나가 현재 150개국 이상에서 발견됨
- 항생제 내성
 - 세계 전역에서 점점 더 많은 병원(病原)에 대한 항생제 내성이 발생
 - 항생제 내성의 결과는 인류 건강에 치명적: 대안이 거의 없음.
 - 효과적인 항생제의 부재는 장기 이식, 전고관절 및 관절 대치술, 항암화학요법, 조산아 케어 등과 같이 대부분의 발전된 현대의료 개입에 지나친 위험을 부과
- 사회통합 지향하는 공정한 보건의료
 - 신약의 개발 혜택이 빈곤층에게 미치지 못하는 현 보건 시스템 및 인센티브 제도
 - 과학적 연구와 의약품 혁신은 빈곤층의 보건 개선에 기여해야 함
- 새천년개발목표
 - 그 어느 때보다도 빠른 속도로 줄어드는 아동사망률: 2013년의 1일 아동 사망자 수는

1990년의 사망자 수에 비해 1만7천명이 적음.

- 모성 사망도 줄었으나 충분하지는 못함
- WHO는 아동/모성 사망, 신생아 사망을 낮추고 청소년 보건을 개선하기 위해 지속적으로 노력할 것임.
- 모성사망을 낮추기 위해서는 백신, 모기장, 의약품과 같은 단일 개입 뿐 아니라 숙련된 조산사, 응급조산케어 등을 갖춘 보건시스템이 필요

○ 에이즈

- 많은 에이즈 전문가들은 2014년에 에이즈가 전환점에 도달한 것으로 판단
- 2013년 말까지 약 1천3백만 명이 항레트로바이러스 치료(antiretroviral therapy)를 받았으며 이 중 약 1천2백만 명은 중·저소득 국가에 거주
- 이러한 성공에 WHO의 공중보건 접근 방법과 효율적이고 단순한 임상가이드라인이 큰 기여

○ 말라리아

- 오늘날까지 가장 고무적인 글로벌 말라리아 사업 현황의 진보
- 모기퇴치를 위한 모기장의 대규모 분배와 WHO가 실시한 의약품과 진단법 사전 승인, 약제와 해충제 내성에 대한 면밀한 모니터링, 지역 환경에 맞춘 질병관리 전략 등이 큰 기여

○ 결핵

- WHO는 30개 이상 국가에서 결핵 퇴치를 목표로 삼음.
- 결핵의 다제약제내성 진단법의 발전은 이러한 목표를 가능케 할 것임.

○ 경시된 열대병(Neglected tropical diseases)

- 이 질병으로 10억 이상의 인구가 빈곤에 갇혀 있음.
- 사상충증(lymphatic filariasis) 퇴치 확인 작업이 6개국에서 시작됨
- 아프리카 국가 네트워크에 의한 지속적인 노력으로 수면병(African sleeping sickness) 발병율이 90% 줄어듦.
- 2006년 이래 현재까지 세계 최빈곤층에게 약 5십억 건 이상의 기생충 퇴치 치료제가 제공됨
- 이와 같은 노력은 빈곤 탈출의 길을 닦는 것임.

○ Post-2015 보건 과제

- 만성 비감염성 질환의 부상(浮上)으로 부유국과 개발도상국간의 보건문제의 간극이 사라

지고 있음.

- 건강을 해치는 상품의 글로벌 마케팅, 인구 고령화, 급속한 도시화와 같은 보편적 압력이 전 세계 보건에 영향을 미치고 있으며 다양한 부담을 창출하고 있어 동시 다발적인 다양한 전략을 요구하고 있음.
- 오래된 감염병으로 인한 사망 부담에 비감염성 질환으로부터의 더 큰 부담이 가중됨.
- 급속한 무계획적인 도시화는 교통사고로 인한 사망, 정신 질환, 약물 남용, 폭력이 빈곤한 도시 환경에서 무성해 지도록 부추기고 있음.

○ 청소년 보건

- 청소년 보건으로 인한 부담은 지역별 차이가 큼.
- 아메리카 지역에서는 중·저소득 국가의 남자 청소년 사망 3분의 1이 대인 폭력으로 발생하는 반면 부유한 국가에서는 대부분의 청소년들이 교통사고로 사망
- 동부지중해 지역에서는 전쟁이나 갈등이 청소년 사망의 주된 원인이며 동남아시아 여자 청소년의 주된 사망원인은 자살, 사하라 사막 이남 아프리카에서는 청소년의 주된 사망 원인이 HIV/AIDS

○ 제2차 국제영양회의(2014년)

- 영양결핍과 영양과다가 같은 나라, 지역, 가구에서 공존하는 현상이 점점 증가
- 제2차 국제영양회의는 무역을 관장하는 시스템과 같은 국제시스템이 건강에 미치는 영향을 조명함
- 각 국가는 타 분야의 전략이 보건에 부정적인 영향을 미치는 상황을 회피할 수 있도록 통합적, 일관적 정책을 수립해야 함.

○ WHO 개혁

- WHO의 미래 역할과 책임

○ 미래의 과제들은 점점 더 복잡해지고 보건 분야 단독으로 수행할 수 없는, 다분야 접근을 요하는 것들임

- 또한 행동의 변화를 요구하며 특히 힘있는 경제적 의사결정자들의 행동 변화가 요구됨.
- 공중보건은 파괴된 자연환경, 식품 생산 시스템의 문제, 자원 문제(약해진 항생제) 등 인류의 부주의로 야기된 위험 가득한 세상에서 인구 전체를 대상으로 한 질병 예방과 건강 증진 및 구명(求命)을 위한 개입
- 비만과 같은 위험은 명확히 보이지만 미생물 세계로부터 오는 위험은 보이지 않고 그 변화도 심함.

- WHO는 질병의 글로벌 동향을 살피고 위험이 다가오면 이를 경고하는 감시 기능을 수행함.
- 그 위험 중 하나가 경제가 성장하면서 동시에 그 두 배로 오르는 필수약품 가격이며 또 다른 위험이 대기 오염

○ 감염병의 위험: 마다가스카의 페스트(plague)

- 페스트는 지리적으로 한정되어 있고 쉽게 관리될 수 있는 전염병으로 WHO는 이와 같은 전염병을 막기 위해 존재
- 마다가스카에서 페스트는 풍토병으로 빈곤과 무계획적인 도시화가 그 발병 주기를 증폭시킴.
- 조기에 진단되면 치료가 효과적이거나 2014년 11월, 페스트 병원(病原)을 옮기는 벼룩이 일차 살충제에 저항력을 보이며
- 페스트는 수도를 발판으로 인구가 밀집된 슬럼가에 퍼지고 있음.
- 발병 건수의 8% 정도가 치명적인 폐렴 증상을 보이고 있고 이는 사람 대 사람 감염을 의미하므로 매우 심각함.

○ 2016-2017 사업예산

- 다양한 위험과 복잡한 환경에 보다 강력하고 유연하게 대처할 수 있는 WHO가 필요함.

2. 사업·예산·행정위원회 보고

□ 제21차 사업·예산·행정 위원회

- 일시: 2015년 1월 21일 ~ 23일
- 의장: Dr Ren Minghui (China)
- 부의장: Mr Khaga Raj Adhikari (Nepal)

□ 집행이사회 검토 및 권고 사안

○ 2014-2015 사업예산 집행 및 재정 현황 (EB136/33 Rev.1)

- 사무국은 2014-2015 사업예산 집행 및 재정 현황 보고에서 높은 수준의 사업 예산 충당, 사업예산 재정 충당에 대한 보다 유연한 접근, 강화된 예산 관리를 강조했고 사업예산의 일부 사업 영역에 여전히 남아있는 재정 불일치에 대한 우려를 표명
- 위원회는 재정 충당과 사업·재정일치(alignment)가 개선된 점을 긍정적으로 평가하고 사업재정의 완전 충당을 위한 사무국의 노력을 촉구

- 위원회는 재정대화가 2014-2015 사업예산의 재정중당 개선에 기여한 점을 감안하고 2016-2017 사업예산을 위한 재정대화 계획에 대한 정보를 요구함.
- 위원회는 중간검토보고서(mid-term review)가 2015년 5월 제68차 세계보건총회에 제출될 것임을 인식하고 이 보고서에 예상 사업결과(expected results)의 현재까지의 달성 정도와 결과 산출과 관련된 어려움에 대한 정보, 그리고 에볼라 사태가 다른 기술 사업과 전체 재정에 미친 영향에 대한 정보 등을 중심으로 더 많은 정보가 제공되어야 할 필요를 강조함.
- 위원회는 세계보건총회에서의 결의안들이 2014-2015 사업예산에 미친 영향을 검토했으며 사업·재정 일치를 피하기 위한 추가적 모니터링과 분석을 요구함.
- 위원회는 사업의 취약성, 특히 다가올 복년도의 경제상황 예측의 어려움과 같은 사업 취약성을 인식함.
- 위원회는 집행이사회가 EB136/33 Rev.1.에 담긴 사무국의 보고를 Note할 것을 권고함.

○ 2016-2017 사업예산(안) (EB136/34, EB136/INF./3)

- 위원회는 사무국이 2016-2017 사업예산 초안을 개발하는데 활용한 총체적 접근(corporate approach), 촘촘한 절차와 초안의 개발에 기울인 노력을 인정하고 Category and Programme Area Networks를 통해 WHO 전 조직을 포괄하는 사업예산을 개발한 점을 인정함.
- 위원회는 회원국들이 사업예산을 보다 자세히 검토할 수 있도록 향후에는 좀 더 일찍 예산안을 제공하도록 권고함.
- 위원회는 사무국이 2016-2017 사업예산 최종안을 제68차 세계보건총회에 제출하기 전, 서아프리카의 에볼라 전염병 발생 사태로부터 받은 교훈, 보건총회에서의 채택을 위해 제안된 결의안들에 소요될 예산, post-2015 지속가능한 발전 목표들을 최종 사업예산(안)에 반영하도록 요청함. 또한 예산이 책정된 산출물(budgeted outputs), 개선된 지표, 개선된 측정 수단 등을 통해 최종 사업예산(안)에 사업결과를 정확히 측정할 수 있는 방법을 제시토록 요청함. 위원회는 사업 우선순위에 기반한 사업예산의 중요성을 강조하고 특히 현실적인 재정과 사업 수행이 가능한 국가 기술 지원사업을 면밀히 다룰 것을 강조함.
- 위원회는 자체 거버넌스 메커니즘을 가진 UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases와 UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, 그리고 돌발적인

상황에 달려 있는 Outbreak and crisis response component의 예산은 신축적이고 투명하게 관리되어야 할 필요가 있음을 밝힘.

- 위원회는 사무국이 제시한 2016-2017 사업예산의 세 가지 예산 시나리오에 대해, 예산의 증가를 요청하는 시나리오를 고려하지 않을 의향은 없으나 예산을 보다 폭넓게 검토하고 보다 적절한 방법을 강구하기 위해서는 시간이 더 필요함을 강조함.
- 사무국은 보건총회에 제출할 사업 예산(안)의 최종화 작업을 위해 회원국이 예산(안)에 대한 의견을 공유할 수 있는 웹 플랫폼을 수립하겠다는 의사를 밝힘. 회원국의 검토를 위한 충분한 시간 확보를 위해 2016-2017 사업예산(안)은 늦어도 2015년 4월 말까지 제출될 것임.

○ 전략적 예산공간 배분 (EB136/35)

- 위원회는 전략적 예산공간 배분 워킹그룹의 보고서를 검토하고 워킹그룹의 의장 이하 회원국들의 노고를 치하함.
- 전략적 예산공간 배분을 위한 각 사업운영분야에 대한 워킹그룹의 권고안은 합의에 의해 도출되었으며 워킹그룹은 그 권고안을 집행이사회에 제출함으로써 그 임무를 완수함.
- 위원회는 새로운 예산공간 배분 방법의 근간을 이루는 원칙들에 합의했으며 예산공간 배분을 결정하기 위해서는 신축적이고 투명하며 명확한 방법이 필요함을 인식함.
- 위원회는 워킹그룹이 사업운영분야 2(글로벌 및 지역 재화 제공), 3(행정 및 관리), 4(응급상황 대응)에 대해 제안한 권고에는 합의했으나 이 제안들에 소요될 재정이 어떻게 충당될 지에 대해 보다 명확한 설명을 요구함.
- 사업운영분야 1(국가 기술협력) 배분 방법의 기술성은 인정되나 일부 회원국은 사용된 지표들이 가장 적절한지, 지표들과 관련된 데이터가 낙후되어 일부 지역의 현실과 위기를 반영하지 못하는 것은 아닌지 등에 대해 의문을 제기함.
- 지표들에 대한 작업을 다시 해야 한다는 회원국들과 기술적 작업은 이미 충분하다는 관점을 표명한 회원국들 간 이견이 있었음.
- 위원회는 집행이사회가 사업운영분야 2, 3, 4에 대한 워킹그룹의 권고를 받아들일 것을 권고했으며 사무국이 이 분야들에 대한 수행계획을 2015년 5월에 있을 사업·예산·행정 위원회를 통해 집행이사회에 제출할 것을 요청함. 위원회는 제136차 집행이사회에서 사업운영분야 1에 대해 더 논의할 것을 권고하고 제136차 집행이사회 기간 중 이에 대한 설명회를 회원국들을 대상으로 열 것을 권고함.

○ WHO 개혁: 비정부주체 참여구조 (EB136/5, EB136/INF./2)

- 위원회는 EB136/5에 담긴 비정부주체 참여구조에 대한 사무국의 보고와

EB136/INF./2에 담긴 지역총회에서 논의에 대한 정보를 환영하고 비정부주체의 WHO 참여는 거버넌스 개혁의 중요한 일부임을 인식함.

- 일부 회원국들은 위원회가 집행이사회에 본 참여구조 초안을 보건총회의 승인을 위해 제출된 그대로 제출하기를 희망했으나 다른 회원국들은 제출된 초안을 제출된 의견 등을 반영해 수정할 것을 요청함.
- 회원국들은 이해상충과 이에 대한 관리, 그리고 투명성이 비정부주체의 참여구조에서 가장 중요한 주제로 인식함. 제출된 안에 담긴 이해상충에 대한 진척은 인정되었으나 이해상충에 대한 보다 명확한 정책의 개발이 필요하다고 제안됨. 사무국은 이해상충을 피하고 이를 관리하는 방법에 대한 구체적 제안과 의견을 환영한다고 밝힘.
- 비정부주체로부터의 직원 파견에 대해서는 찬반이 갈림.
- 일부 비정부기구(NGOs)를 국제사업협회(international business associations)로 분류하는 기준, WHO 직원 및 일자리에 대한 급여를 비정부주체가 제공한 자금으로 충당하는 것, 그리고 비정부주체가 참여하는 회의에 대한 추가 설명과 토론이 요청됨.
- 위원회는 비정부주체 참여구조 설명에 대한 가독률이 개선된 것을 환영했으나 여전히 개선의 여지가 있음을 밝힘.
- 일부 회원국들은 제58차 세계보건총회에서 비정부주체 참여구조에 대한 합의에 도달하기 위해서는 이해상충 조항 등을 포함한 비정부주체 참여구조에 대한 제안을 검토, 수정, 개선할 절차가 필요하다고 제안함.
- 위원회는 집행이사회가 EB136/5에 담긴 사무국의 보고서를 검토하고 이 의제에 대한 논의를 지속할 것을 권고함.

○ 개혁 이행 개관 (EB136/7)

- 위원회는 사무국의 보고서와 보고서가 에볼라 사태가 WHO 개혁 의제에 미친 영향에 중점을 둔 것을 환영하고 사무국에 2015년 5월에 개최될 다음 사업·예산·행정 위원회에서 에볼라 대응이 2014-2015 사업예산의 재정, 인사, 사업결과에 어떤 영향을 미쳤는지 관련 정보를 제공해 주도록 요청함.
- 그간 다양한 개혁 영역에 진척이 있었으나 거버넌스 개혁은 보다 실질적인 검토가 필요함. 일부 회원국들은 거버넌스 개혁의 진도를 내고 통일성을 강화하기 위해 무기한 워킹그룹(open-ended working group)을 수립하자고 제안함.
- 위원회는 산출물(outputs)과 지표(indicators)가 좀 더 명확할 필요가 있음을 지적함. 독립전문가감독자문위원회의 의장은 카테고리 6(조직 서비스/지원 기능)의 개혁 이행의 선제조건으로 충분한 역량과 재정이 필요함을 강조함.
- 회원국들은 WHO의 국가 지원 성과, 세 조직의 일치, 내부 커뮤니케이션과 전략적 커뮤니케이션

니케이션, 평가 문화 강화 등에 보다 더 많은 노력이 필요함을 지적함.

- 위원회는 EB136/7에 보고서를 집행이사회가 Note할 것을 권고함.

○ 인적 자원 현황 (EB136/45)

- 위원회는 글로벌 이동 체계(global mobility scheme)에 대한 작업을 지지하고 이 체계가 WHO 전 조직에 적용될 것을 요청함.
- WHO와 PAHO(범미보건기구; 아메리카지역총회)간의 관계를 고려할 때 글로벌 이동 정책을 PAHO에 적용할 수 있는 지에 대한 우려가 표명됨. 사무국은 PAHO의 법적 지위를 설명하고 제136차 집행이사회에서 법적 지위, 재정에 미치는 영향, 협력 메커니즘 등을 설명하는 문건이 준비될 것이라고 밝힘.
- 위원회는 새로운 성과관리 구조를 환영했으며 특히 우수한 성과를 보상하고 성과미달을 관리하는 정책을 환영함. 성과는 사업결과와 연계되어야 책임성이 개선된다는 사무국의 입장을 같이하며 위원회는 성과 개선을 위한 지속적인 직원 역량개발의 필요성을 강조함. 또한 위원회는 새로운 이동 정책을 담당할 HR 부서에 적절한 직원이 배치되어야 할 필요성도 강조함.
- 위원회는 지리적 대표성, 다양성, 성 균형 개선을 위한 노력을 강화할 것을 요청하고 향후 사무국이 성별로 분류된 데이터를 제공해 줄 것을 요청함. 한 회원국은 인사 발표 시 채용된 인재의 성별을 밝혀줄 것을 요청함.
- 위원회는 non-staff contractual modalities 활용에 대한 데이터와 인건비와 비인건비에 대한 보다 상세한 세부정보를 사무국에 요청함. 또한 향후 Global Polio Eradication Initiative에 연계된 indemnity 비용에 대한 상세 정보도 요청함.
- 사무국은 인사전략을 철저히 이행하고 에볼라 위기로부터 배운 교훈을 토대로 응급 상황에서의 신속한 직원 배치를 위한 인사 업무를 강화할 것을 약속함. 위원회는 WHO 조직 전체에서 인사 관리자들의 역할이 강화된 만큼 추가적인 자원이 필요할 것임을 강조함.
- 위원회는 집행이사회가 EB136/45에 담긴 보고서를 Note할 것을 권고함.

○ 인사 규정 및 규칙 개정 (EB136/47과 EB136/47 Add. 1)

- 위원회는 인사 규정 및 규칙 개정안과 이와 연관된 결의안 초안을 검토함.
- 위원회는 집행이사회가 EB136/47에 담긴 다섯 가지 결의안 초안을 채택할 것을 권고함.

○ WHO 재정전략 초안 (EB136/36)

- 사무국은 WHO의 재정전략 초안을 소개하며 이는 보다 포괄적인 전략 개발을 위한 첫 단계로 소개된 내용은 틀에 불과하다고 설명함.
- 위원회는 이행계획을 포함한 보다 상세한 개정 재정전략안이 2015년 5월에 있을 위원회

의 다음 회의에 제출될 것을 요청함. 특히 개정된 전략안은 WHO의 포괄적인 전략적 비전을 포함해야 하고 결과 중심 경영(results-based management)을 기본원칙으로 재확인해야 하며 효율성 목표에 대한 보다 명확한 정의를 포함한 적절한 지표들을 제시해야 함.

– 위원회는 집행이사회가 EB136/36에 담긴 사무국의 보고를 Note할 것을 권고함.

○ 2016–2017 의무분담금 부과기준 (EB136/37)

– 제안된 부과기준은 2013–2015기간에 대해 2012년 12월에 채택된 유엔부과기준을 적용한 것으로 2016–2017 기간에 대한 의무부과기준은 현재 WHO에서 사용 중인 부과기준으로부터 변경되지 않음.

– 위원회는 집행이사회가 EB136/37에 담긴 결의안 초안을 채택하도록 권함.

○ 평가 (EB136/38)

– 사무국은 평가 보고서를 통해 평가 강화와 조직 학습을 위해 최근 개발한 평가틀의 주요 특징을 제시함. 새로운 틀의 주요 활동 영역과 추가적 단계가 강조됨.

– 위원회는 평가 문화를 정착시키려는 지속적인 노력을 환영하고 제안된 틀을 이행할 것과 제137차 집행이사회에 제출될 연례평가보고서에서 그 진전 상황을 보고하도록 요청함. 위원회는 사무국의 연례보고 시, 2014–2015 WHO 평가 사업계획의 일환으로 수행된 평가 현황을 보고하도록 요청함.

– 위원회는 WHO 조직 전체에서 평가 사업의 조율이 개선되도록 요청하고 평가의 질을 확보하고 효과적인 결과중심경영을 지원하기 위한 국가 단위의 평가에 보다 관심을 기울일 것을 요청함. 위원회는 향후 지배기구에 평가 결과에 대한 보고는 평가와 조직 학습을 담당하는 영역과 또 관련 영역에서 평가를 수행하는 부서에서 이루어지도록 하여 WHO 내 평가 문화를 촉진하도록 하라고 사무국에 독려함.

– 위원회는 집행이사회가 EB136/38에 담긴 사무국의 보고를 Note할 것을 권고함.

○ 부동산 현황: 제네바 건물 쇄신 전략 (EB136/39)

– 위원회는 사무국이 지속적으로 건물 쇄신 프로젝트에 대한 정보를 투명한 방법으로 공유하는 것과 프로젝트의 디자인과 이행을 회원국이 감독하는 것이 중요하다고 강조함.

– 위원회는 신축 건물에 대한 묘사와 기술적 세부사항, 건축 프로젝트의 범위에 대한 이론적 근거와 공사 현장 보안에 대한 설명을 보다 자세히 해 줄 것을 요청함.

– 또한 사무국에게 전체 프로젝트에 소요되는 비용과 건물의 수명에 해당되는 기간 동안 발생할 비용을 제시할 것을 요청했으며 여기에는 스위스 당국으로부터 받는 부채 상환 계획도 포함됨.

- 위원회는 사무국에게 상세한 프로젝트 일정과 회원국을 포함한 거버넌스 구조안을 제공하도록 요청함.
- 회원국들은 쇄신 전략이 의무분담금 부과에 미치는 잠재적 영향에 대해 명확한 설명을 요구했으며 동시에 의무분담금이 증가하지 않아야 함을 강조함.
- 위원회는 사무국에게 UN시스템 내 유사한 프로젝트들로부터의 교훈을 적극적으로 구하고 공유하도록 요청함. 또한 제네바 UN시스템과 공유할 수 있는 시설과 서비스를 확장할 수 있는 방향도 모색해야 한다고 요청함.
- 사무국은 쇄신 프로젝트는 부동산기금(Real Estate Fund)을 통해 재정을 충당할 것이라고 밝힘. 그러나 승인된 부동산기금 재정 메커니즘은 2016-2017 사업예산(안)에서부터 반영될 것임.
- 사무국은 튼튼한 거버넌스 구조의 중요성을 확인하고 제안된 구조가 제22차 사업·예산·행정 위원회를 통해 제68차 세계보건총회에 제출될 보고서에 포함될 것임을 밝힘.
- 회원국을 대상으로 한 프로젝트 브리핑은 위원회의 다음 회의에서 제공
- 회원국들의 의견을 반영한 상세한 프로젝트 계획과 일정을 담은 포괄적인 기술 및 재정 보고서는 2016년 제69차 세계보건총회에 제출되어 승인을 구할 것임. 종합 보고서는 제안된 신축 건물 디자인에 대한 평가와 비용, 본관 쇄신에 대한 포괄적 연구 결과에 근거해 작성될 것이며 2016년 1월 집행이사회에도 제출될 것임.
- 위원회는 집행이사회가 EB136/39에 담긴 사무총장의 보고를 Note할 것을 권고함.

○ 국제공무원위원회 보고 (EB136/46)

- 위원회는 다양성의 두 가지 핵심 요소로 지리적 대표성과 성 평등을 강조하고 WHO에서 이 두 영역에서의 개선이 필요함을 강조함.
- 사무국은 성 평등과 지리적 분포를 WHO 인사 전략의 맥락에서 우선순위로 다룰 것과 2016-2017 사업예산에서 관련된 지표를 통해 모니터링할 것을 약속함.
- 위원회는 집행이사회가 EB136/46에 담긴 보고서를 Note할 것을 권고함.

□ 공지사향 및 위원회 조치

○ 독립전문가감독자문위원회(Independent Expert Oversight Advisory Committee)의 보고

- 독립전문가감독자문위원회 의장은 2014년 7월과 10월에 열린 두 차례의 자문위원회 회의 내용을 담은 중간 보고서를 소개하면서 내부감사, 외부감사, 리스크 등록(risk register), 내부통제구조, WHO 개혁, 에볼라 사태가 자원 활용에 일으킨 어려움 등에

대한 자문위원회의 이전 권고를 강조함.

- 자문위원회는 risk register, audit universe, internal control framework이 일치되어야 하며 이 영역들 간 조율이 강화되어야 함을 강조함. 내부통제구조에 관해서는, 규율 준수부서(compliance units)가 모든 지역에 설치되어야 하며 중앙에 설치된 구조와 일관된 방법으로 관리되어야 함을 강조함. 자문위원회는 책임성과 내부통제와 관련해 사업 예산의 카테고리 6(조직 서비스/지원 기능)에 적절한 투자가 필요함을 강조함.
- 자문위원회 의장은 거버넌스 개혁과 관련된 어려움들을 강조하며 지배기구들이 보다 효과적인 거버넌스를 위해 거버넌스 절차와 과정을 평가할 것을 촉구함. 또한 향후 적절한 때에 에볼라 위기 대응과 이로부터 얻은 교훈들에 대한 별도의 평가를 진행할 것도 촉구함. 이를 통해 위기 속에서의 WHO의 자체 통제 및 책임성 메커니즘과 효과적 기능 수행 역량이 얼마나 튼튼한 지 평가해야 한다고 주장함.
- 위원회는 독립전문가자문위원회가 제공한 탁월한 지원과 안내에 감사하며 자문위원회가 risk register와 내부고발자 보호정책에 초점을 둔 점에 감사함.
- 위원회는 WHO 국가사무소 내부 감독 서비스국(Office of Internal Oversight Services on WHO country offices)의 보고서에서 자주 지적된 동일 영역에서의 내부 통제 관련 문제들이 자주 발생한다는 지적과 내부 감독 서비스국의 중·고위험국에 대한 검토 빈도가 낮다는 지적에 공감함.
- 사무국은 위원회에 사무국이 감사 우선순위를 정하는 데 사용된 위기평가방법과 이러한 우선순위가 연간 감사 계획에 반영된다는 점을 보고함.
- 위원회는 WHO 조직 내 모든 규율준수부서(compliance units)들이 중앙시스템(central framework) 아래에서 일관되고 조화로운 방법으로 일해야 한다는 데 동의하고 사무국에게 이러한 부서들과 기능을 융화하는 과정의 진척상황을 제68차 세계보건총회에 보고하도록 요청함.
- 위원회는 EBPBAC21/2에 담긴 독립전문가감독자문위원회의 보고서를 Note함.

○ 정보 기술에 대한 보고 (EBPBAC21/3)

- 위원회는 WHO의 정보기술 및 원격통신 전략의 다양한 요소들에 소요되는 비용에 대한 상세한 정보를 요청함.
- 위원회는 EBPBAC21/3에 담긴 정보 기술에 대한 보고를 Note함.

○ 내부통제 틀: 이행 현황 (직접적 재정 협력에 대한 제안 포함)

- 위원회는 내부통제틀 이행 현황과 이를 WHO 전 조직에 적용하려는 계획을 환영함.
- 위원회는 일관되고 포괄적인 이행의 필요성을 강조하고 범 UN 환경친화적 조달 원칙을

흡수할 새로운 조달 전략 등에 대한 지속적인 현황보고를 기대함.

- 위원회는 사무총장으로부터 사무부총장(Assistant Directors-General)에게로의 권한 위임을 강화하는 도구로 “책임성 계약(accountability compact)”을 도입한 것을 환영하고 이 시스템이 지역처장(Regional Directors)에게로의 권한 위임으로까지 확대될 수 있는 지 여부에 대해 명확한 설명을 요청함.
- 직접적인 재정협력에 관한 보고의 타이밍이 개선된 점이 긍정적으로 평가됨.
- 위원회는 Assurance activities 개선을 위한 제안과 관련된 financing arrangement 를 지지함.
- 위원회는 EBPBAC21/4에 담긴 사무국의 보고를 Note함.

○ 규율준수·리스크 관리·윤리 사무소(Office of Compliance, Risk Management and Ethics) 보고

- 위원회는 risk register의 first iteration에 대한 사전 분석을 제시하고 있는 규율준수·리스크 관리·윤리 사무소의 첫 보고서를 검토함.
- 규율 준수와 관련해, 위원회는 수행된 행정 및 사업 리뷰를 환영하고 이와 같은 리뷰에 대한 포괄적 수행 계획을 요청함. WHO 지역 전체를 대상으로 규율 준수 부서들의 네트워크를 개발하려는 사무국의 노력을 격려함.
- 리스크 관리와 관련해, 위원회는 risk register의 역동적 성격과 효과적인 register를 유지하는데 따르는 어려움을 인정하고 사무국에게 적절한 analysis, escalation, mitigation을 확보하도록 요청함. 위원회는 회원국이 리스크 관리 프로세스에 기여할 수 있도록 WHO risk register의 현황을 지배기구와 공유하도록 요청함.
- 위원회는 규율준수·리스크 관리·윤리 사무소가 특히 통합적인 완화 전략을 요구하는 리스크를 중심으로, 리스크 관리 프로세스의 촉진자 역할을 하는 것에 주목함.
- 위원회는 내부 감사, 외부 감사, 내부 통제 틀, 규율준수/리스크, 평가 등을 포괄하며 WHO 개혁 노력의 일환으로 진행되고 있는 감독 프로그램들을 긍정적으로 평가하며 이러한 프로그램들을 국가별 내 외부 단체들과의 조율 속에서 일관된 방법으로 진행해야 할 필요성을 강조함.
- 윤리와 관련해, 위원회는 사무국의 내부고발자 보호정책의 현황보고를 환영하며 규율준수·리스크 관리·윤리 사무소의 윤리교육 역할을 강화하도록 요청함. 위원회는 전문가의 이해관계 규명에 관한 새로운 정책을 검토하고 이러한 정책의 대상 범위가 더 확대될 것을 요청함.
- 위원회는 EBPBAC21/5에 담긴 규율준수·리스크 관리·윤리 사무소의 보고를 Note함.

○ 합동조사반의 보고 (EBPBAC21/6)

- 합동조사반 대표는 WHO와의 업무관계 및 합동조사반의 권고에 대한 WHO의 높은 수용과 이행율에 만족을 표시함.
- 현장에서의 계약직(non-staff contractors) 활용에 대한 합동조사반의 조사를 언급하며 위원회는 사무국에게 WHO의 계약직 활용에 대한 검토 보고서 보고의 일환으로 계약직 활용을 관장하는 규칙을 재검토할 것을 요청함.
- 위원회는 EBPBAC21/6에 담긴 사무국의 보고를 Note함.

3. 지역총회 보고

제64차 WHO 아프리카 지역총회

□ 일시 및 장소: 2014년 11월 3~7일, Cotonou, Benin

□ 글로벌 안전 논의

○ 2016-2017 사업예산안

- 회원국들은 2016-2017 사업예산안 개발에 국가 우선순위를 반영한 상향식 기획이 적용된 것을 환영함.
- 예산 구성이 WHO 세 조직과 사업 영역(categories)별로 나뉘어 이루어진 것을 환영
- 회원국들은 보건 시스템과 같은 사업 영역에서 다른 지역과 비교했을 때 예산상 불균형이 있다는 점을 지적함.
- 성(gender), 평등, 인권의 주류화, 고령화와 건강, 건강의 사회적 결정요인 등과 같은 사업 영역들은 다른 기구들과 공유해야 하는 사업영역임을 인식할 필요를 제기하면서 WHO가 그 핵심 기능에 좀 더 초점을 맞출 필요가 있음을 강조함.

○ 전략적 예산공간 배분

- 회원국들은 본 안전은 복잡하기 때문에 그 개선을 위한 의미 있는 기여를 위해서는 설명이 좀 더 필요함을 밝힘.
- 근거와 연구 영역이 회원국들에서 충분히 개발되어 있지 않음을 감안할 때, 근거와 연구를 전략적 예산공간 배분의 포괄적 원칙(guiding principles)에 포함하는 것에 의문을 제시함.
- 회원국들은 예산공간 배분의 기준을 정하는 데 아프리카 지역의 현실이 고려되어야 함을

권고함.

○ 비정부주체의 참여 틀

- 논의된 주요 이슈: 비정부주체와의 협력은 필수, 과정의 투명성이 중요, 注意의무(due diligence)와 관계된 절차에 관한 프로세스와 기준의 불명확성, 민간영역 비정부주체들의 지정 기여(earmarking)와 이러한 자금을 직원급여 지급에 활용하는 것에 대한 의구심, WHO의 규범 및 기준 설정 작업에 비정부주체가 미치는 영향에 대한 걱정, 민간영역에서 WHO에 직원을 파견하는 것에 대한 강한 의구심
- 회원국들은 비정부주체의 참여 틀에서 이해상충에 대한 포괄적 정책을 개발해야 함을 권고. 비정부주체의 참여에 대한 정책 개발은 그 미치는 영향이 상당히 크고 오래 가기 때문에 주의 깊게 접근해야 함을 강조. WHO는 담배 및 무기 산업을 참여시키지 않는다는 데 합의했으나 일부 회원국들은 이러한 조치가 알코올, 식품, 음료 산업을 중심으로 한 다른 영역들로도 확장되어야 한다고 주장. WHO 지배기구 내에서의 의사결정은 회원국들의 배타적 특권으로 머물러야 함을 강조.

○ 말라리아: 글로벌 기술 전략 초안: Post-2015

- Post-2015 글로벌 말라리아 기술 전략 초안은 지역총회의 사업소위원회(Programme Subcommittee, PSC)가 검토함
- PSC는 초안에 담긴 내용이 아프리카 지역에서의 다양한 말라리아 관리 및 퇴치 단계를 반영한 점에 만족을 표함.
- 초안에 제시된 비전과 목표가 다소 과해 보이지만 사업의 동기부여와 자원 동원에 유용할 것으로 판단함.
- 국경 감시와 분야 간 협력 강화, 백신 개발을 포함한 혁신과 연구 강화, 새롭게 등장하는 약제저항에 따른 신약과 살충제 강화, 자원 동원 강화, 말라리아 관리가 Dengue와 같은 다른 질병에 미치는 영향 강화, 경제 개발 강화 등의 필요를 강조함.
- 초안에 2015년까지 측정될 국가별 베이스라인 지표들과 데이터 수집 방법들을 제시하도록 제안함.

□ 지역 안건 논의

○ 아프리카 지역사무처장 지명

- WHO 헌장 52조와 지역총회 의사규칙 52조에 의거, 5명의 후보에 대한 인터뷰 방법에 대한 토론과 인터뷰, 투표를 거쳐 Dr Matshidiso Rebecca Moeti를 WHO 아프리카 지역사무처장으로 지명하고 사무총장에게 2015년 2월 1일부터 개시되는 임기로 Dr Matshidiso Rebecca Moeti를 집행이사회에 임명 제안해 줄 것을 요청

- 지역총회는 Dr Luis Sambo를 명예지역사무처장으로 임명함.

○ 2014-2020 지역예방접종전략계획

- 글로벌 백신액션 플랜 이행의 일환으로 지역총회는 2014-2020 지역예방접종전략계획을 채택함.
- 회원국들은 2009-2013 지역예방접종전략계획이 MDG 달성에 기여했음을 인정하고 2014-2020 지역예방접종전략계획이 보편적 예방접종(universal immunization coverage) 달성에 기여할 것으로 기대함.
- 보편적 의료보장의 일환으로 예방접종 프로그램을 보다 폭넓은 보건 시스템에 통합할 필요를 강조
- 그러나 새로운 백신의 높은 가격, 국가 간, 국가 내 예방접종 불평등, 소외된 지역에 사는 사람들의 낮은 접종율, 국가 간 협력의 부족, 저온 유통(cold chain)의 적절성 문제 등에 대한 우려를 표명함.
- 지역총회는 회원국들에게 글로벌예방접종계획과 지역예방접종계획에 맞춰 통합연간운영계획과 함께 포괄적 복년도 계획을 개발, 이행할 것과 예방접종 목표와 관련된 주요 일정들을 달성할 수 있도록 적절한 인적, 재정적 자원을 할애할 것을 요청함. 지역사무처장에게는 회원국들이 설정된 목적과 목표를 달성할 수 있는 계획의 개발과 이행을 돕기 위해 회원국들에 기술적 지원을 제공해 줄 것을 요청함.

○ 아프리카 지역 보건 MDG 달성

- 아프리카 국가들이 지난 10년간 MDG 달성에 진보를 보이긴 했으나 목표 성취일로부터 1년 남은 현재 대부분의 국가들이 보건 MDG를 달성하지 못할 것임을 인식하고 지역총회는 회원국들에게 재정 및 기타 자원들을 보다 더 많이 할애하고 내, 외부 자원을 보다 효율적으로 활용하기 위해 우선순위를 조정하고 프로그램을 재구성하여 진도가 나가지 않은 영역들을 중심으로 목표 달성에 속도를 내며, 보건 MDG의 달성 및 유지를 공고히 할 수 있도록 촉구하는 결의안을 채택함.
- 지역총회는 회원국들에게 보편적 의료보장과 남은 MDG과제들의 완결을 포함한 Post-2015 개발 의제를 달성하는 데 필요한 구조 및 프로세스를 갖추도록 요청함.
- 지역총회는 지역사무처장에게 적절한 자원 동원과 효율적인 기술협력을 위해 보건 파트너들의 활동을 독려, 촉진, 조율하도록 요청함.

○ 서아프리카 에볼라 발생: 현황과 교훈

- 회원국들은 다음 사항에 고마움 표현: WHO 내부 재정 미화 60만 달러의 긴급 재구성, 전염병 발생국에 4백8십2명의 직원 및 컨설턴트 파견, 아프리카보건응급기금(African

Public Health Emergency Fund)으로부터의 긴급대응을 위한 미화 76만 달러, 전염병 발생 이후 WHO의 주도로 여러 파트너와 기관으로부터 모은 미화 1억2천4백만 달러, 제15차 서아프리카경제공동체 장관회의에서 개최한 에볼라 전염병 특별 세션, 전염병 발생국가와 일부 국가들을 소집해 WHO가 개최한 이틀간의 긴급 회의, WHO에 의해 설립된 지역 에볼라 운영 및 조율센터(Subregional Ebola Operations and Coordinating Centre), 2014년 8월 8일 에볼라 전염병 사태에 대한 사무총장의 국제 공중보건비상사태 선포, 2014년 9월 유엔에볼라긴급대응단(United Nations Mission for Ebola Emergency Response) 설립

- 회원국들은 다음 사항에 우려를 표명: 리더십과 조율, 부실한 보건시스템, 에볼라 전염병이 발생한 국가와 사람에 대한 낙인(stigmatization), 비행 취소 등 국경 폐쇄, 부적절한 커뮤니케이션, 지역공동체의 불충분한 참여, 부실한 다분야적 대응, 가용 자원의 비효율적 활용, 국가 검사 서비스 부족, 신속 대응을 제공하는 데 필요한 로지스틱스 부족, 높은 보건인력 감염 건수, 개인보호장비의 질과 조달에 대한 명확한 가이드라인 부족, 에볼라 바이러스에 감염된 보건인력만의 치료를 위한 집중 치료시설 부재, 기존의 WHO 정책, 전략, 가이드라인, 보건시스템강화계획의 기준 미달 이행
- 회원국들은 보건 파트너, 기술 기관, 보건 기관 등의 적극적인 대응활동 참여를 촉구했으며 유엔에볼라긴급대응단의 지속적인 리더십을 촉구함.

○ 아프리카 보건응급기금: 이행 속도 가속화

- 지역총회는 에볼라 사태에서의 아프리카보건응급기금의 중요성을 강조함. 최근 전염병 발생과 인도적 위기상황에서 기금을 유용하게 활용했음.
- 그러나 대부분의 회원국들은 아직 이 기금에 분담금을 내지 않고 있어 분담금 제공 기한 및 벌칙 등을 제정하여 국가들의 참여를 촉구하는 방법이 논의됨.
- 아프리카 개발은행에 기금 운영을 위탁하는 협약이 진행 중이며 회원국들은 국가 수장들을 대상으로 한 기금에 대한 홍보 노력을 제고하도록 요청 받음.

○ 바이러스성 간염: 상황 분석과 아프리카 지역의 관점

- 2014년 5월 제67차 세계보건총회에서의 간염 결의안에 대한 논의 및 채택의 후속조치로 지역총회는 아프리카 지역에 맞는 바이러스성 간염 기술보고서를 논의 후 채택함. 아프리카는 B형 간염 발병율이 세계에서 가장 높고 만성 간염이나 아프리카에서 C형 간염에 걸린 사람들 대부분이 감염된 사실을 인식하지 못하고 있어 이들이 다른 사람들을 감염시키거나 간경변 및 간암에 걸릴 수 있는 심각한 위기에 노출되어 있음.
- 회원국들은 지역의 역학적 환경에 맞는 바이러스성 간염 예방·진단·치료 전략을 개발, 이행하고 바이러스성 간염의 예방활동을 확대하도록 요청 받음.

- 회원국들은 지역사무처장에게 지역 국가들이 포괄적이며 통합적인 국가 바이러스성 간염 전략, 가이드라인, 모니터링 시스템을 개발할 수 있도록 필요한 기술을 지원하고, 주요 이해관계자들과의 협력을 통해 저렴하고 안전한 양질의 효과적인 B형 간염과 C형 간염 치료 및 진단에 공평한 액세스를 제공해 주도록 요청 받음.

○ 아프리카 지역에서의 2014-2015 WHO 사업예산 집행

- 2014-2015 사업예산의 아프리카 지역 승인 예산은 미화 11억2천만 달러로 WHO 전체 승인 예산 3십9억7천7백만 달러의 28%이며 2014년 10월 현재 지역에 제공된 예산은 9억6천8백3십만 달러로 86%의 재정 충당 수준을 보여주고 있음. 현재까지 집행된 예산은 미화 5억2천9십만 달러로 승인된 예산의 47%, 가용 자원의 54%임.
- 회원국들은 WHO의 국가기술협력사업의 효과적인 집행을 위해서는 가용자원이 지역의 우선순위 사업에 전략적으로 배분되어야 함을 강조함.
- 사업 재편성(reprogramming) 프로세스를 통해 예산 재정 충당에서 발생한 왜곡을 일부 고칠 수는 있으나 WHO 재정대화가 사업예산의 재정·사업 일치도를 개선할 수 있을 것임.
- 회원국들은 WHO 직원에 대한 급여가 단기 프로젝트에 배정된 자발적 분담금에서 제공되고 있기 때문에 인사 안정(staff security), 사업 지속가능성, 역량있는 직원 보유에 우려를 표명함.
- 지역총회는 회원국들에게 WHO 재정 규칙에 맞춰 기술 및 재정 보고를 상당 수준 개선하고 사업예산의 재정 공백을 채우기 위해 추가적인 자원동원에 적극 동참할 것을 촉구함.

제66차 WHO 아메리카 지역총회(제53차 범아메리카보건기구 집행 총회)

□ 일시 및 장소: 2014년 9월 29일~ 10월 3일, Washington DC, USA

□ 글로벌 안전 논의

○ 2016-2017 사업예산안

- 회원국들은 상향식 사업 기획과 우선순위 설정, WHO 세 조직의 책임과 역할 구분 강화, 투입보다는 산출과 성과에 근거를 둔 예산 수립을 환영하고 이것이 2016-2017 사업예산에 잘 반영되어 있음을 환영.
- 활동과 그 결과인 산출물(outputs), 또한 성과(outcome)와 그 결과인 목적(impacts) 간 연계를 보다 명확히 보여주기 위해 사업결과체인(results-chain)을 갱신한 점을 환

영.

- 회원국들이 의견을 내기 위해서는 사업예산을 위한 지표 개발 시기가 적절해야 함.
- 2014-2019 PAHO 전략 계획을 위해 선택된 지표들이 WHO 사업예산의 모니터링 및 성과평가에 유용할 것으로 고려됨.
- 회원국들은 프로그램 간 자원 배분에 변화가 있음을 주목하고 WHO 사무국에 감염병과 예방질환, 에이즈, 결핵 등과 같은 영역에서 기존 역량을 최대화 하고 회원국과의 파트너십을 강화하는 등의 노력을 통해 예산 감액의 충격을 완화하는 리더십을 보여줄 것을 요청함.
- 에볼라 전염병 사태와 같은 최근의 보건 위기로 인해 과다히 활용된 역량과 자원을 보충하기 위해 별도의 추가 예산 수정을 계획하고 있는 지에 대해 명확히 해 줄 것을 요청함.
- 여성, 아동, 기타 취약그룹의 건강에 지속적으로 주안점을 둘 필요성 강조.

○ 전략적 예산공간 배분

- 지역총회는 공정하고 투명하며 객관적인 자원배분 방법을 개발하는 것은 복잡한 일임을 인식함.
- 회원국들은 모든 회원국들이 합의한 원칙과 상향식 기획, WHO 세 조직 간 명확한 역할 및 책임 구분, 정확한 산출물 원가 계산에 근거한 방법을 개발해야 할 필요성을 강조함.
- 변화하는 우선순위와 예견치 못한 상황을 수용할 수 있는 유연성의 필요성도 강조함.
- 기술협력과 글로벌 및 지역 지원 분야에 대한 포괄적 분배 기준은 WHO의 비교 우위가 되어야 한다는 공감대가 형성됨.
- 사무국은 다양한 접근법들이 2015-2016 예산에 어떻게 적용되는지 실례를 제공해 회원국들이 실제 적용 사례를 볼 수 있도록 해야 한다는 제안이 나옴.
- 지역총회는 WHO 개혁의 다른 양상들도 논의하면서 예산수립과 사업기획의 투명성과 책임성 강화, 참여적 의사결정 강화, WHO와 유엔시스템 내 다른 기구들과의 조율 강화, 응급상황 대응 역량을 강화 하고 WHO 본연의 목적에 충실하기 위한 인적자원 개혁 등의 필요성을 강조함.

○ 비정부주체 참여 틀

- 지역총회는 적절한 전문지식과 자원을 얻고 공중보건의 임무를 성취하려면 비정부기구, 학계, 기타 비정부주체들과의 협력이 중요함을 인식하면서도 실제적인 이해상충이나 이해상충이 있다고 느껴지는 상황은 회피해야 함을 강조함.
- 다양한 부류의 비정부주체를 참여시키는데 따르는 잠재적인 리스크를 식별하고 필요한 구체적 원칙과 가이드라인을 만드는 것이 필수

- 문서 WHA67/6에 제시된 틀은 비정부주체가 각 분류에 따라 구분되기 위해 충족해야 하는 기준과 각 그룹이 WHO에 참여할 수 있는 방법을 상세히 제시하지 못하고 있다고 판단함.
- 회원국들은 또한 지나치게 규범적인 틀은 유연성을 해칠 수 있음을 우려하며 어떤 틀이 채택되든 채택된 후에는 조기 검토를 통해 필요한 수정사항들을 식별해야 한다고 권고함.
- 일부 회원국들은 그 활동이나 제품이 건강에 해로운 주체와의 관계나 민간영역으로부터의 직원 파견은 금지되어야 한다는 관점을 견지
- 비정부기구와 박애 및 학문 기관들이 영리를 추구하는 민간 기업으로부터 일체의 재정후원을 받았는지 여부를 확인할 필요를 강조함.
- 비정부주체와의 관계에 대한 회원국의 모니터링 및 감독은 필수이며 A67/6에서 제안하는 것처럼 집행이사회 이사국 6개국으로 구성된 위원회로는 회원국 전체를 대표하거나 회원국의 참여를 확보하기에는 부족할 것으로 보임.
- PAHO는 백신조달펀드(Revolving Fund for Vaccine Procurement)를 통해 제약 산업 등 비정부주체와의 경험이 상당히 있으므로 범아메리카보건국(Pan American Sanitary Bureau)은 WHO 사무국에 그 경험을 공유하도록 권고함.

○ 말라리아:글로벌 기술 전략 초안: Post-2015

- 지역총회는 말라리아 전략을 논의하지 않음.

□ 지역 안전 토의

○ 2014-2019 PAHO 전략 계획 수정안

- 지역총회는 2013년 채택된 2014-2019 PAHO 전략 계획 수정안을 개정된 지표군과 함께 승인함.
- 전략 계획은 제12차 WHO 종합사업계획(WHO Twelfth General Programme of Work)과 밀접히 연계되어 있으면서 동시에 샤가스병, 뎅기, 농촌지역의 만성신장질환, 건강결정요인, 보건인적자원 등과 같은 지역에 국한된 사안들도 다루고 있음. 목적(impact)과 목표(outcome) 지표들에도 지역의 특수성이 반영되어 있음.

○ 보편적 의료 액세스와 보편적 의료 보장에 관한 전략

- 지역총회는 모든 사람들과 지역사회가 어떤 종류의 차별도 없이 포괄적이며 적절하고, 시기적절한 양질의 보건 서비스와 안전하고 저렴하며 효과적인 양질의 의약품을 사용하면서도 이로 인해 경제적 곤경에 빠지지 않도록 하는 지역의 전략을 채택함.

○ 안전한 혈액에의 보편적 액세스를 위한 액션 플랜

- 지역총회는 자발적인 헌혈을 통해 안전한 혈액에의 보편적 액세스를 증진하는 액션 플랜을 승인함으로써 생명을 살리고 혈액과 혈액제품을 필요로 하는 환자들의 건강을 개선하고자 함.
- 액션 플랜은 혈액의 적합한 사용과 보건 당국의 리더십 강화를 요청하며 보건 당국에게 양질의 수혈 체인 관리 프로그램을 수행하고 혈액시스템을 국가보건시스템에 통합할 것을 요청함.
- 액션 플랜은 안전한 수혈에의 보편적 액세스를 위한 WHO 글로벌 전략 계획 2008-2015에서 수립된 글로벌 우선순위를 충족함.

○ 장애와 재활 액션 플랜

- 지역총회는 장애인과 그의 가족, 그리고 간병인들을 보호하기 위한 정책, 계획, 프로그램과 법률을 집행함으로써 통합적 보건분야 대응을 강화하려는 목표 아래 액션 플랜을 승인함.
- 액션 플랜은 「WHO 글로벌 장애 액션 플랜 2014-2021: 장애인들에게 보다 나은 건강을」 과 연계되어 있음.

○ 정신보건 액션 플랜

- 지역총회는 정신질환 및 약물관련 질환을 예방하고 치료를 제공하며 재활을 강화하고 정신질환 및 약물관련 질환을 가진 사람들의 인권을 증진함으로써 정신보건을 증진하기 위해 액션 플랜을 승인함.
- 액션 플랜은 WHO 포괄적 정신보건 액션 플랜 2013-2020과 연계되어 있음.

○ 아동과 청소년 비만 예방 액션 플랜

- 지역총회는 모유수유, 건강한 식사와 신체 활동, 재정 정책, 식품 마케팅 및 레이블링 표시, 기타 다분야 활동 증진을 통해 급속히 증가하는 지역 아동과 청소년의 비만을 멈추기 위한 액션 플랜을 승인함.
- 액션 플랜은 「다이어트, 신체활동, 건강 전략을 위한 WHO 글로벌 전략」 과 「모성, 영아, 아동 영양에 관한 포괄적 이행 계획」 과 연계되어 있음.

○ Health in all policies 액션 플랜

- 지역총회는 지역 내 국가들에서 “health in all policies”를 이행하기 위한 명확한 단계를 설정하는 액션 플랜을 승인함.
- 액션 플랜은 「국가별 활동을 위한 WHO Health in all policies framework」 와 연계되

어 있음.

○ 시력 손실 및 손상 예방을 위한 액션 플랜

- 시력 손상을 줄이고 시력을 손상한 환자들이 재활서비스를 받을 수 있도록 하는 액션 플랜을 승인함.
- 액션 플랜은 「보편적 눈 건강을 위한 WHO 글로벌 액션 플랜」을 이행하기 위해 수립됨.

○ 인도적 지원의 조율을 위한 액션 플랜

- 지역총회는 형평성, 투명성, 통합성의 틀 안에서 보다 많은 생명을 살리고 취약계층의 건강 보호를 목적으로 재난 상황에서의 국제적 인도주의 지원을 조율할 수 있는 지역 내 보건부들의 역량강화를 위한 액션 플랜을 승인함.
- 액션 플랜은 인도적 응급상황에서의 보건에 대한 수요 증가를 충족하기 위해 보건 클러스터의 리더로서의 WHO의 대응에 대한 결의안인 WHA65.20, UN 인도주의 개혁 프로세스, 그리고 Inter-Agency Standing Committee의 변혁 의제(transformative agenda)와 연계되어 있음.

○ 국제보건규약(2005)

- 지역총회는 지역에서의 IHR(2005) 이행 현황에 대한 보고를 논의하고 논의 중 회원국들이 제안한 의견들을 본 주제에 대한 지역 회의(2014년 4월 29~30일 아르헨티나 부에노스 아이레스)의 결과와 함께 WHO 사무국과 지배기구에 공유할 것을 권고함.
- 이러한 의견들에는 입국항 증명 발급(certification of ports of entry) 가이드라인에 대한 지역의 권고안, post-2016 시대의 IHR 모니터링 틀 재검토를 위한 로드맵, 황열 리스크 맵 수정 요청 등이 포함됨.
- 범아메리카보건국은 이 주제에 대한 보다 상세한 보고서를 WHO 사무국에 제출할 것임.

○ Post-2015 지속가능한 개발 의제

- UN총회의 검토를 위한 오픈 워킹그룹이 제안한 지속가능한 개발 목표들을 원탁회의를 통해 회원국들과 공유하고 이것이 보건분야에 미치는 영향에 대해 논함.
- 원탁회의 회의록은 CD53/16, Add.II 참조

○ 백신조달을 위한 PAHO 회전기금

- 일부 백신 생산자들은 모든 나라에 단일가를 적용하고 백신을 오로지 가장 저렴한 가격으로만 구매하는 PAHO 회전기금의 원칙을 수정해 줄 것을 요청함.
- 일부 생산자들은 백신을 기금을 통해 공급하지 않고 나라들과 직접 거래를 하기로 해 기금의 가격 협상력을 떨어뜨림.

- 기금에 대한 공식적인 평가를 통해 기금의 원칙과 백신 시장의 현황을 분석해 기금을 강화할 수 있는 방법을 모색해야 함.

제67차 WHO 동남아시아 지역총회

□ 일시 및 장소: 2014년 9월 10~12일, Dhaka, Bangladesh

□ 글로벌 안전 논의

○ WHO 개혁: 비정부주체 참여 틀

- 지역총회는 글로벌 보건의 모든 영역에서 비정부주체의 역할이 점점 중요해지고 있음을 인식하면서 WHO가 비정부주체와 함께 일하는 주된 목표는 자원을 보다 효과적으로 활용함으로써 WHO의 목적을 성취하는 것임을 강조함.
- 비정부주체의 참여가 WHO의 integrity와 중립성을 훼손해서는 안 됨.
- 지역총회는 지금까지 민간영역에서 WHO로의 직원 파견이 없었음을 인지하고 비정부주체 참여 틀 초안을 개정할 때 2014년 8월 개최된 Inter-sessional Meeting의 권고안을 감안해 비정부주체로부터 WHO로의 직원 파견이 없도록 해야 할 것임을 요청함.

○ 재정대화 후속조치

- 지역총회는 재정대화가 WHO사업의 질과 성과를 강화하기 위한 궁극적 목적을 위해 WHO의 사업결과 및 산출물(results and deliverables)과 재정을 이어주는 메커니즘으로 WHO 재정의 사업과의 일치도(alignment), 예측성, 신축성, 투명성을 개선하고 취약성을 경감할 수 있음을 확인함.
- 지역총회는 재정대화를 WHO개혁의 핵심 요소로 부르고 예산은 공여자의 우선순위보다는 지역의 보건 이슈와 문제를 지원해야 하며 따라서 신축적인 재정이 더 폭넓게 더 많이 확보되어야 함을 강조함.
- 지역총회는 예산과 국가의 보건 니드 및 우선순위의 불일치가 해결되고 후원금과 WHO의 우선순위가 조화될 수 있는 조치를 촉구했으며 회원국들에게 지속적으로 재정대화에 참여해 의견을 개진하고 개선안을 제안할 것을 촉구함.

○ 전략적 예산공간 배분

- 지역총회는 새로운 전략적 예산공간 배분 방법의 개발이 상당히 복잡한 과정이며 현재 진행 중인 WHO 개혁의 다른 노력들과도 연관되어 있음을 인식함.
- 이러한 노력들에는 “상향식” 기획, 산출물(outputs and deliverables)의 식별과 원가계산, WHO 세 조직의 역할과 기능, 행정 및 관리비 검토 등이 포함됨.

- 지역총회는 새로운 방법의 포괄적 원칙(guiding principles)은 연구 결과, 과학적으로 증명된 사실, 객관적으로 측정 가능한 벤치마크 등을 포함한 역학적 데이터에 근거해 니드가 가장 큰 국가들을 지원하는 니드와 근거 중심의 전략적 자원 배분 원칙이어야 하며 공정성(fairness)과 형평성(equity)을 확보할 수 있어야 한다고 강조함.

○ 사업 예산

- 지역총회는 2014년 7월 지역사무처에서 2012-2013 사업예산의 성과 평가, 2014-2015 사업예산의 집행현황, 2016-2017 사업예산안을 논의한 정책/프로그램 개발 관리 소위원회(Policy and Programme Development and Management Subcommittee)의 권고를 검토함.
- 지역총회는 국가사무소와 동남아시아 지역사무처 두 곳 모두에서 현 복년도 사업예산 집행에 대한 관리와 모니터링을 개선하는 것이 중요함을 강조함.
- 재정 추가가 절실히 필요한 사업 영역에 예산을 재배분할 수 있는 예산 배분의 유연성을 촉구하면서도 동시에 지정된 공여금에 대한 WHO의 신축적 활용능력의 제약을 인식함.
- 지역총회는 2016-2017 사업예산이 상향식 국가 우선순위 식별을 통해 보다 집중된 국가 기술협력을 가능케 할 것으로 봄.
- 지역총회는 재정 배분의 유연성이 부족한 점과 사업 카테고리나 프로그램 영역 사이에 자원 동원과 배분이 지속적으로 불균형 한 점에 우려를 표명함.
- 지역총회는 2016-2017년도에는 동남아시아 지역에 대한 예산 삭감이 없을 것이라는 Assitant Director-General, General Management의 확인을 환영함.
- 지역총회는 SPPDM과 inter-sessional meeting의 권고안을 승인함.

□ 지역 안건 논의

○ 알코올의 해로운 사용을 줄이기 위한 WHO 글로벌 전략

- 지역총회는 알코올의 해로운 사용이 예방이 가능한 네 가지 비감염성질환(NCDs) 요소 중 하나임을 인식하고 알코올의 해로운 사용을 줄이면 지역의 비감염성질환도 줄어든 것임을 인식함.
- 지역총회는 알코올의 해로운 사용을 줄이기 위한 글로벌 전략 이행을 가속화하기 위해서는 국가와 지역의 역량을 강화할 필요가 있음을 강조하고 지역 액션 플랜을 승인함.

○ 출생 사망 정보: 주민등록(civil registration)과 인구동태통계(vital statistics)

- 지역총회는 부적절한 출생과 사망 등록에 우려를 표명: 사망원인 데이터의 낮은 질과 이에 따른 잘못된 국제질병분류코드 기록, 주민등록(civil registration) 데이터 질 개선을

위한 양질의 감사 부족과 인구동태통계 생산을 위한 주민등록 활용 부족, CRVS(Civil Registration and Vital Statistics)를 책임지는 핵심 부서간 조율 부족

- 지역총회는 모든 국가들이 복제할 수 있는 보편적 CRVS 모델 수립의 필요성을 강조함.
- 지역총회는 양질의 CRVS 시스템을 수립하기 위해서는 강한 정치적 결단과 분야 간 협력이 필요하고 보건 분야가 근거 중심의 정책결정을 하기 위해서는 이러한 CRVS 시스템이 필요함을 주목함.

○ 전통 의학: 델리 선언

- 2014년 5월 세계보건총회에서 2014-2023 WHO 전통의학전략이 승인됨.
- 지역총회는 전통의약품의 안전, 질, 효능과 근거 기반 의료행위를 확보하려면 더 많은 연구가 필요함을 인식함.
- 또한 양질의 전통 의약품의 안전하고 효과적인 사용을 위해서는 의약품, 의료행위, 의료인들에 대한 적절한 관리가 필요하며 이 분야에서의 역량강화가 필요한 만큼 WHO의 지원을 요청함.

○ 보편적 의료보장의 한 요소로서 응급·필수 수술치료 및 마취 강화

- 지역총회는 응급·필수 수술치료 및 마취 서비스를 강화하면 보건서비스가 강화되고 이러한 서비스를 필요로 하는 부녀, 아동, 취약인구의 삶이 개선될 것임을 주목함.
- 보편적 의료보장 제공을 향한 한 단계로서 수술치료를 보건 서비스에 통합하는 것은 아주 가치 있는 일임이 강조됨.
- 지역총회는 또한 행정단위 지역별로 설립된 수술 시설의 효과를 제고하기 위해서 원격의료(telemedicine), eHealth, mHealth, digital health repositories 등의 도입을 독려함.

○ 바이러스성 간염

- 지역총회는 바이러스성 간염으로 인한 사망률과 이환(罹患)율이 전 세계적으로 상당하며 동남아시아 지역에 더 많은 영향을 미치고 있는 사실에 우려를 표명함.
- 또한 지역 회원국들이 바이러스성 간염을 감시하거나 모니터링할 데이터나 시스템을 충분히 갖추고 있지 않는 사실에도 우려를 표명함.
- 진단과 관리 역량을 강화하고 다분야적(multisectoral), 통합적 접근을 취해야 할 필요를 강조함.
- 지역총회는 회원국들에게 바이러스성 간염의 예방과 관리를 위한 지역 전략을 회원국의 상황과 니드 및 보건시스템에 맞게 이행할 것을 촉구함.

○ 보건인력 교육 및 훈련 강화를 위한 지역 전략

- 지역총회는 지역 보건인력의 양과 질을 개선할 필요가 절실함을 강조함.
- 지역총회는 보건 인적자원 표준 가이드라인이 인력 분배에 대한 지리적 제약과 같은 각국의 상황에 맞게 수정되어야 하고 보건 인력 지표로 측정될 경우 비교적 낮은 성과에도 불구하고 오히려 보건 성과는 더 나은 상황들도 감안해야 함을 주목함.

○ 동남아시아 지역의 영양과 식품 안전

- 지역총회는 지역의 영양 상태 개선에 강한 의지를 천명함.
- 회원국들에는 영유아, 아동, 청소년, 부녀를 목표로 한 폭넓은 다분야 개입법이 도입됨.

○ 동남아시아 보건응급기금(South-East Asia Health Emergency Fund)

- 설립 이후 동남아시아 보건응급기금(SEAHREF)은 9개 회원국에서 24차례의 재해에 대해 재정적 지원을 제공함.
- 지역총회는 SEAHREF 기금을 자발적 분담금으로 옮겨 복년말 잔액이 다음 복년도로 이전될 수 있는 방법을 모색한 지역사무처가의 노력을 치하함.

○ 폴리오 퇴치에 남은 과제

- 지역총회는 지역폴리오퇴치검증위원회(Regional Certification Commission for Polio Eradication)가 동남아시아 지역의 폴리오 퇴치 지역으로 선언했음을 확인함.

○ 2012: 동남아시아 정기 예방접종 강화의 해: 예방접종을 제고와 유지를 위한 틀

- 회원국들은 정기예방접종서비스의 강화를 위해 오랫동안 예방접종 프로그램을 운영해 왔으나 이러한 발전을 유지하기 위해선 서비스 보급이 미미한 지역을 중심으로 양질의 예방접종서비스를 강화·유지해야 함.

○ 연구개발에 대한 자문전문가 워킹그룹: 재정과 조율

- 지역총회는 2012년 5월 세계보건총회에 제출된 자문전문가 워킹그룹의 보고서에 대한 지역 자문의 결과로 채택된 결의안 SEA/RC65/R3의 이행 현황을 검토함.
- 지역총회는 글로벌 보건 연구개발 관측소에 대한 제안을 추진할 것과 지역 회원국들을 위한 재정 메커니즘을 모색할 것을 권고함.
- 지역총회는 WHO에게 “multiplexed point-of-care test for acute febrile illness”와 “dengue vaccine development”라는 시범 프로젝트들의 완결을 가속화 할 것을 요청함.

○ 자폐 스펙트럼 장애와 발달 장애

- 회원국들은 자폐 스펙트럼 장애(ASD)와 발달 장애를 가진 아동이 양질의 치료를 받을 수 있도록 지역적, 세계적으로 필요한 조치를 강화하고 조율할 필요가 있음을 인식하고 있

음.

- 지역총회는 ASD에 대한 인식 부족, 그 결과로 나타난 ASD 프로그램 이행 자원의 부족, 정책 입안자들과 보건 관리들이 ASD에 부여하는 낮은 우선순위 등 해결해야 할 어려움이 많음을 주목함.
- 신뢰할만한 데이터의 부재 또한 지역적, 국가적 전략과 사업계획을 개발하는데 제약이 되고 있음.

○ 비감염성 질환의 예방 및 관리를 위한 지역 액션 플랜 및 목표 (2013-2020)

- 지역총회는 비감염성질환의 부담이 증가하고 있음을 인식하고 각 회원국에서 추진되고 있는 주요 프로그램들을 주목함.

○ 스페셜 프로그램

- 지역총회는 2015년 1월 1일부터 3년간 몰디브를 열대병 연구개발 스페셜 프로그램 합동조율이사회(Joint Coordinating Board of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases)의 이사로 지명함.
- 지역총회는 2015년 1월 1일부터 3년간 인도네시아를 인간 생식에 대한 연구, 개발, 연구훈련 스페셜 프로그램 정책·조율 위원회 (Policy and Coordination Committee of the Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction)의 위원으로 지명함.

제64차 WHO 유럽 지역총회

□ 일정 및 장소: 2014년 15~18일, Copenhagen, Denmark)

□ 글로벌 안전 토의

○ WHO 개혁: 유럽 지역사무처에 미치는 영향

- 지역사무처는 지역예산과 상향식 기획 과정에 대한 설명을 포함한 2016-2017 사업예산안을 제시하고 2014년 12월 중순까지 회원국에 제공될 전략적 예산공간 배분 방법에 대한 최근 제안서를 설명했으며 WHO 개혁이 유럽지역사무처에 미치는 영향에 대한 개요를 제공함. 비정부주체 참여의 틀에 대한 초안 작성 과정도 설명함.
- WHO 유럽지역총회 상임위원회(Standing Committee of the WHO Regional Committee for Europe)(SCRC) 회원국들은 거버넌스 개혁과 전략적 자원 배분에 대한 SCRC 소위원회의 작업에 대한 정보를 제공함.
- 회원국들은 현재까지 진행된 개혁에 강한 지지를 표명했으나 아직 진전이 없는 개혁 영

역에 주안점을 두는 것이 중요함을 강조함. 특히 집행이사회와 세계보건총회의 업무 방법 개혁이 중요함을 강조하면서 명확한 우선순위 설정과 194개국 전체에 관련된 이슈들에 집중해야 함을 강조함.

- 현재 진행 중인 에볼라 바이러스 발생 사태는 새롭게 등장하는 문제들에 대해 WHO가 신속하고 유연하며 포괄적으로 대응하는 것이 중요함을 명백히 보여 줌.

○ 2016-2017 사업예산안

- 지역총회는 2016-2017 사업예산을 환영하고 상향식 기획 프로세스를 높이 평가함.
- 그러나 상향식 기획 시 우선순위가 WHO 각 조직에서 어떻게 다뤄지는지, 국가협력전략(country cooperation strategy)이 없는 국가들에서는 상향식 기획 프로세스가 어떻게 이뤄지는 지에 대해 명확한 설명 요구함.
- 사업 카테고리 6에서 리스크 관리와 내부 감독에 대해 보다 많은 준비가 필요할 것이며 관리 및 행정비 예산의 증가에 대응한 원가 절감과 효율성 개선이 있어야 함.
- 2015년 1월 집행이사회 전에 표준화된 산출물(outputs) 원가가 표시된 2016-2017 사업예산안이 회원국에 제공되어야 함.
- 환경, 보건, 감염병 및 전염 등과 관련된 예산의 감액에 우려를 표명함.

○ 전략적 예산공간 배분

- 전략적 예산공간 배분에 관해 「전략적 자원배분에 관한 SCRC 소그룹」은 글로벌 워킹그룹의 작업을 지원하고자 WHO 사업의 네 운영분야별로 배분 지침(guiding principles)과 기준을 제안함.
- 2014년 11월 있을 글로벌 워킹그룹 회의에서 전략적 예산공간 배분에 관한 구체적 메커니즘이 도출되고 실제 예산 배분이 어떻게 이뤄지는 지 시험이 이뤄지길 희망함.
- 회원국들은 예산을 사업운영분야로 분류하는 것이 사업예산에 어떤 영향을 미칠지에 대한 충분한 검토가 이뤄지지 않았기 때문에 2016-2017 사업예산안을 준비할 때 문제가 있을 수도 있음을 인식함.
- 모든 지역이 공평하게 여길 수 있는 해결책을 찾기 위해서는 회원국과의 논의와 유연한 예산공간 배분 모델 개발을 위해 충분한 시간이 주어져야 함을 강조함.

○ 비정부주체 참여 틀

- 회원국들은 WHO가 파트너와의 협력관계에서 투명성을 높이려는 노력을 보이는 사실을 환영함.
- 제안된 틀은 향후 개정의 가능성을 열어 두더라도 현재 채택되어야 함.
- 지역총회는 비정부주체 참여 틀의 초안에 대해 유럽지역 회원국들의 입장을 밝히는 다음

성명을 채택함:

“WHO와 그 명성은 유럽지역의 회원국들에게 가치 있기 때문에 유럽지역 회원국들은 WHO가 21세기에도 여전히 의미 있고 효과적인 조직이 되도록 사무국과 부지런히, 면밀히 협력할 것이다. 이를 위해 유럽회원국들은 이미 제67차 세계보건총회에서도 기꺼이 채택하고자 했던 것처럼 2015년 제68차 세계보건총회에서 비정부주체 참여 틀 초안이 채택되기를 강력히 촉구한다. 우리는 이해상충의 관리, 평가 프로세스와 일정 등과 같은 영역이 보다 명확해지므로 더 개선될 수 있음을 인정한다. 그러나 세세한 모든 사항에 완벽을 구하기보다 이 틀의 운영을 감독하고 개선할 수 있는 집행이사회의 지혜를 신뢰하면서 이 틀을 우선 시작할 것을 강력히 권고한다. 유럽 회원국들은 수정된 틀 초안을 2014년 12월 15일까지 수령하기를 기대하며 사무국에게 회원국들이 웹으로 볼 수 있도록 12월 중순에 계획된 mission briefing에서 이를 다뤄주길 요청한다.”

○ 말라리아: 글로벌 기술 전략 초안: post-2015

- 지역 사무처는 Post-2015 글로벌 말라리아 전략 초안에 대해 설명한 뒤 유럽 지역은 2015년까지 말라리아가 완전히 퇴치될 것으로 보고함.
- 지역 사무처는 회원국의 말라리아 퇴치 노력을 지원하고 있으며 향후 재발되지 않도록 관련 조치를 취하고 있음.

□ 지역 안전 토의

○ 보건 2020

- 지역 사무처는 2012-2014년 보건 2020 이행에 대해 보고하고 각국의 보건 정책, 전략, 계획, 역량 개발 등 보건 2020을 각국의 현황에 맞게 수행 중임을 보고함.
- 보건 2020은 유럽 지역의 보건 성과를 개선하고 보건 정책이 양질의 개선을 이룰 수 있는데 기여함.

○ 아동에 대한 투자: 유럽 아동 청소년 보건 전략 2015-2020과 유럽 아동학대 방지 액션 플랜 2015-2020

- 유럽 아동 청소년 보건 전략 2015-2020은 아동이 가족과 함께 살며 보건 서비스와 교육을 제공받고 사회 구성원으로서 제 기능을 다 하는데 필요한 기술을 익힐 수 있는 정책을 제시함.
- 유럽 아동학대 방지 액션 플랜 2015-2020은 아동 학대에 대한 인식을 제고하고 파트너십과 다분야 개입을 통해 이를 예방하는 거버넌스를 강화하며 아동보호법을 개선하고 보건 전문가들을 대상으로 한 훈련 제공 등을 목적으로 함.
- 회원국들은 이와 같은 전략과 액션 플랜을 환영하고 이를 더 개발하기 위한 폭넓은 자문

을 수립하도록 요청함.

○ 유럽 식품 영양 액션 플랜 2015-2020

- 유럽지역사무처는 「비감염성질환과 영양에 관한 글로벌 프로세스들」, 「EU아동비만액션 플랜」과 맥을 같이하며 회원국과 시민사회의 자문을 통해 개발한 「유럽식품영양액션플랜 2015-2020」을 도입함.
- 액션플랜의 주된 목표에는 건강한 식품음료 환경 창출, 취약계층을 중심으로 한 생애주기 건강 식단 증진, 건강한 식단 증진을 위한 보건시스템 강화, 감시·모니터링·평가·연구 지원, 거버넌스, 다분야 연맹, 모든 정책에서의 보건 네트워크 강화 등이 포함됨.

○ 유럽 백신 액션 플랜 2015-2020

- 유럽지역사무처는 모든 나라가 양질의 안전하고 저렴한 백신을 공정하게 구할 수 있고 생애주기에 걸친 예방접종 서비스를 제공할 수 있는 유럽을 위해 유럽백신액션플랜 2015-2020을 도입함.
- 액션플랜의 여섯 가지 목표는 유럽의 제로 소아마비 상태 유지, 홍역과 풍진 퇴치, B형 간염 관리, 모든 행정 단위에서의 지역 예방접종 목표 달성, 새 백신 도입에 대한 근거 기반 의사결정, 국가예방접종 프로그램의 재정 건전화임.
- 회원국들은 예방접종 프로그램과 적절한 재정에 대한 정치적 결단의 중요성을 강조하며 액션플랜을 환영함.

○ WHO 유럽지역 보건 파트너십

- 패널토론 참가자들은 광범위한 경제적 다양성 때문에 WHO 유럽지역이 처한 독특한 상황을 강조하며 국가별로 독특한 문제들이 MDG 달성에 영향을 미쳤다고 판단함.
- 국가 내 및 국가 간 상당한 차이가 있고 많은 취약계층들이 보건혜택에서 소외됨.
- 건강의 사회적 결정요인에 대한 조율된 활동이 필요하며 「비감염성질환과 건강의 사회적 결정요인에 대한 지역의 기관통합 TF」는 이를 위해 설립됨.
- 국가별 개발의 간극을 식별하고 좁히기 위해서는 믿을만한 분리된 데이터 수집 노력에 있어 각 국을 지원해야 할 필요가 있음.

○ 보건 2020 비감염성 질환 예방 및 관리 WHO 유럽장관회의 (Ashgabat, Turkmenistan, 2013년 12월 3-4)

○ 「비감염성 질환 예방 및 관리 WHO 유럽장관회의」는 사회적 건강결정요인과 비감염성질환 간의 관계를 강조함

- 특히 유럽지역에 만연된 흡연에 주안점이 주어졌음.

- 회원국들은 Ashgabat 선언의 채택을 환영하고 비감염성질환이 보건시스템의 지속가능성에 대한 주된 위협 중 하나로서 공중보건 아젠다에 남을 수 있도록 하겠다는 결단을 강조함.

제61차 WHO 동부지중해 지역총회

□ 일정 및 장소: 2014년 10월 20-22일, Tunis, Tunisia

□ 글로벌 안전 토의

○ 2016-2017 사업예산안

- 회원국들은 예산 수립 시 각 국가의 보건 계획 및 전략을 반영하고 국가 계획 단계에 보다 더 많은 시간을 할애하는 상향식 예산 수립 강화를 통해 WHO 개혁이 국가 수준에서 미치는 영향을 강화하려는 노력을 지지함.
- 지역총회는 지역 자원을 국가로 이전하려는 지역사무처장의 노력을 치하함.
- 지역총회는 회원국들에게 WHO개혁이 국가사업에 미치는 영향을 감안하여 지속되는 WHO 개혁 논의에 적극 참여하고 제136차 집행이사회와 제68차 세계보건총회에서 국가기술지원 분야에 대한 예산할당을 상당 수준 올릴 수 있도록 요청할 것을 요청함.

○ 전략적 예산공간 배분

- 지역총회는 모든 가용자원을 수용하고 부드러운 이행을 위해 예산 공간과 한계 예산을 보다 유연하게 할 필요가 있음을 주목함.
- 지역총회는 지역사무처장에게 WHO 전체 예산, 특히 의무 분담금의 증가를 요청했던 결의안 EM/RC59/R.6 (2012)의 이행을 막는 제약 요인들에 대해 다음 회의에서 보고하도록 요청함.

○ 비정부주체 참여 틀

- 지역총회는 비정부주체의 WHO 참여에 대한 포괄적인 가이드라인의 필요성을 지지함.
- 지역총회는 제안된 틀 초안에서 이해상충 관리, 민간 영역과 사업단체를 중심으로 WHO 참여 한계의 명확성, 비정부주체에 대한 정의, 의약품과 기술 이전과 같은 기부의 수용 여부 등에 대해서는 개선이 필요하다고 인식함.

○ 말라리아: 글로벌 기술 전략 초안: Post-2015

- 지역총회의 의제에 포함되지 않음.

□ 지역 안전 토의

○ 글로벌 보건 안보: 국제보건규칙(2005)을 중심으로 한 도전과 기회

- 중동 호흡기질환 증후군(Middle East respiratory syndrome)(MERS)과 에볼라 바이러스 사태와 같은 최근의 감염병 사태들은 지역과 국가 보건 안보를 위한 국제보건규칙의 중요성을 잘 조명해 줌.
- 지역총회는 보건안보에의 새로운 위협에 대한 지역 회원국들의 준비 부족에 대한 우려를 표명함.
- 지역총회는 회원국들에게 글로벌 보건 안보의 맥락에서 2016년까지는 관련 목표를 충족하고, 국제보건규칙 이행을 국가 최 우선순위로 두며, 여러 분야 간 조율을 강화하고, 국가간 협력도 강화하며, 에볼라 바이러스의 잠재적 유입에 대처할 수 있는 능력에 대한 포괄적 평가를 실시할 것을 촉구함.

○ 응급사태 준비 및 대응

- 지역총회는 회원국들에게 모니터링, 기술역량 강화, 상호 지원을 위한 국가 간 협약 체결 및 시험 등 응급 사태 예방, 완화, 준비, 대응 및 응급사태로부터의 회복을 가능케 할 보건시스템 역량강화를 위한 다양한 영역에서의 활동을 촉구함.

○ 비감염성 질환: UN총회의 정치선언과 2014년 7월 고위급 검토 회의 후속조치 이행

- 지역총회는 지역 액션 프레임워크를 통해 UN총회의 정치선언을 이행하고 있으나 여전히 많은 부분을 이행하지 못하고 있음을 주목하고 개선된 액션 프레임워크를 승인함.
- 지역총회는 회원국들에게 새로운 액션 프레임워크에서의 전략적 개입의 이행을 가속화할 것, 특히 아동을 대상으로 한 식품과 무알코올 음료수 마케팅에 대한 WHO의 권고안을 이행할 것을 촉구함.
- 지역총회는 제136차 집행이사회가 사무총장에게 UN총회의 정치선언이 국가 수준에서 어느 정도 이행되었는지를 평가할 수 있는 과정 지표들(process indicators)을 개발하도록 요청하고 이를 세계보건총회에 제출토록 요청함. UN 사무총장과 WHO 사무총장은 2018년 고위급 회담에서 이를 총회에 보고할 수 있을 것임.
- 지역총회는 지역사무처장에게 다음 집행이사회와 세계보건총회에서 side event를 소집해 회원국들에게 지역총회에서 채택한 액션 프레임워크와 과정 지표들에 대해 설명하도록 요청함.

○ 보편적 의료보장을 위한 보건시스템 강화

- 지역총회는 일차보건의료의 원칙과 가치, 저렴한 양질의 보건서비스를 이용할 수 있는 권리 등에 기반한 보편적 의료보장에 대한 총회의 결단을 재확인함.

○ 보건정보시스템 강화

- 동부지중해 지역은 원인별 사망 통계 강화, 국가보건정보시스템의 핵심 요소 정의, 각 요소별 모니터링 대상 식별 등에 중점을 둔 CRVS(Civil Registration and Vital Statistics) 시스템 강화에 주안점을 둠.

○ 지역총회 결의안 이행 검토 2000-2011

제65차 WHO 서태평양 지역총회

□ 일시 및 장소: 2014년 10월 13~17일, Manila, Philippines

□ 글로벌 안전 토의

○ 2016-2017 사업예산안

- 2016-2017 사업예산안은 열망을 담기보다는 현실적인 예산안으로 일부 사업영역에서의 예산의 증감이 있었음. 여기에는 WHO만이 특정한 보건 사업분야의 이해관계자가 아니며 정책형성과 기술 분야에 자원을 보다 유용하게 활용할 수 있다는 논리가 밑받침 됨. 지역별 예산배분은 변화가 없음.
- 회원국들은 2016-2017 사업예산안이 사업 이행의 예측가능성과 투명성을 강화해 줄 것을 기대했으며 사업별 예산의 변화를 주목함. 많은 회원국들은 사업의 국가 오너십과 국가 재정관리시스템을 강화하려는 의도를 환영함. 일부 회원국들은 감염병 예산의 삭감에 대해 그 논리는 받아들이지만 여전히 우려를 표명함.
- 한 회원국은 유사한 사업을 WHO의 각 조직에서 이행하려는 의도는 승인하지만 최종 산출물의 지속성과 측정성을 확보하려면 각 조직에서의 핵심 산출물을 명확히 식별해야 함을 주장함. 다른 회원국은 WHO 사무국에게 자발적 분담금을 확대하거나 새로운 공여자를 발굴할 것과 보건 분야에서의 한 시스템을 위해 UN시스템 내 다른 기관들과의 대화를 개시할 것을 요청함.
- 회원국들은 새 복년도가 시작되기 전에 철저한 모니터링 및 평가 틀을 수립하는 것이 중요하며 회원국들이 사업이행에 대한 보고를 효과적으로 할 수 있도록 회원국들에게 모니터링과 평가 도구를 제공해야 한다고 말함. 또한 WHO가 보건 성과에 어떤 영향을 미치는지 보다 더 잘 식별하기 위해서는 측정가능한 지표들이 중요. 한 회원국은 2014-2015 복년도의 성과를 활용해 2016-2017 복년도의 impact, outcomes, outputs에 대한 성과평가지표를 만들어야 한다고 제안함. 회원국들은 이러한 지표들에 대해 보다 상세한 정보를 필요로 함.
- 한 회원국은 지역사무처에게 자원을 조율된 접근법으로 동원하는 데 있어 향후 지역사무

처가 WHO 본부 및 국가 사무소와 어떻게 협력해 나갈 것인지를 설명해 줄 것을 요청함. 지역의 기본 재정이 2014-2015년과 다르지 않은데 어떻게 상향식 기획이 2016-2017 사업예산을 수립하는데 사용되었는지에 대해 보다 상세한 설명이 필요함.

- 지역총회는 WHO 사무국에게 사업 산출물(outputs and deliverables)의 원가계산에 어떤 진전이 있었는지 보고할 것을 요청함. 또한 사업자금 카테고리를 상향식 기획 프로세스를 통해 식별된 국가 사무소의 우선순위에 맞추기 위해 지역에서 사용한 메커니즘에 대해 사무국이 설명해 줄 것을 요청함. 2016-2017 사업예산안에는 지난 복년도에 채택된 결정들이 미친 영향에 대해 구체적인 평가가 담겨있는 않음.
- 회원국들은 다음 영역들에 대해 보다 큰 관심을 가져줄 것을 권고함: 외떨어진 섬 공동체의 보건 인프라, 기후변화가 의료시스템이 미친 효과, WHO 조직 서비스, 감사 및 평가, 이주 노동자, 무역과 보건의 관계, 정부의 모든 정책에서의 건강 증진, 보건분야와 타 분야의 협력 등.
- 지역총회는 결의안 WPR/RC65.R1.을 채택함.

○ 전략적 예산공간 배분

- 새로운 전략적 예산공간 배분 방법의 개발과 이행을 관장하기 위해 PBAC이 수립한 워킹 그룹에 서태평양지역을 대표해서는 말레이시아가 참여해 왔음.
- 2015년 1월 사업·예산·행정 위원회에 제출될 제안 방법을 검토한 회원국들은 새로운 방법이 공정하고 투명한 방법이고 WHO의 사업에 대한 분야별 구분도 이해가 용이하며 워킹그룹이 식별한 분야별 요소들 또한 지속적인 토론에 유용한 관점을 제시했다고 긍정적으로 평가함.
- 제안된 방법은 필요 시 재정 재배분을 위한 신축성도 포함하고 있음.
- 한 회원국은 산출물에 대해 현실적인 원가가 계산되어야 하며 WHO 세 조직의 역할과 책임이 보다 정확히 정의되어야 함을 강조함.

○ 비정부주체 참여 틀

- 회원국들은 비정부주체 참여 틀이 WHO가 모든 분야의 글로벌 보건 주체들과 협력할 수 있는 유연성을 확보해 주면서 세계 보건 기준설정 기구로서의 integrity를 보호해 주는 도구임을 인정함.
- WHO 헌장은 WHO가 영양, 주택 건설, 공중 위생, 레크리에이션, 환경 위생, 식품, 생물학적 약제 등 다양한 분야와의 협력을 WHO의 임무로 규정하고 있음.
- 경쟁적 중립성(competitive neutrality)이란 개념은 비정부주체들에 스며들어야 함.
- 지속적인 개선을 위한 평가 프로세스, 집행이사회를 통한 세계보건총회의 철저한 정기적

감독, 특정 비정부주체와의 관계단절 메커니즘 등은 세계보건총회에서 비정부주체들을 채택하기에는 충분한 조합

- 한 회원국은 비정부주체 참여 정책 이행을 관장하는 전담사무소를 설립하자는 최근 아메리카지역총회(Pan American Health Organization)에서의 제안을 거론하며 이러한 사무소는 감독 기능만 수행할 뿐 아니라 비정부주체의 참여를 독려하고 민간영역을 포함한 비정부주체의 참여를 확대하려는 WHO 사업의 노력을 적극 지지할 수 있음을 밝힘.
- 민간영역에 속한 단체로부터 자금을 받는 메커니즘은 국가의 보건분야전략의 틀과 일치해야 함.
- WHO가 성공적인 협력사업들과 민간-공공분야 파트너십으로부터 배울 수 있는 기회들이 있었으며 학습된 내용은 회원국들과 공유할 수 있음.

○ 말라리아: 글로벌 기술전략 초안: Post-2015

- WHO는 2015년 세계보건총회의 승인을 위해 제출할 글로벌 말라리아 기술전략 2016-2030을 개발 중이며 이 전략은 Roll Back Malaria Partnership이 개발할 예정인 이세대 글로벌 말라리아 액션플랜의 기술적 근간이 될 것임.
- 말라리아 기술전략과 액션플랜 모두 향후 10년간의 말라리아 관리와 퇴치를 관장할 것임.
- 회원국들은 국제교류의 증가는 말라리아 유입의 가능성을 높인다는 점을 인식함.
- 일부 회원국들은 국가 수준에서의 말라리아 관리 노력은 취약계층에 주안점을 두고 있다고 말함.
- WHO는 증험된 말라리아 예방·치료 개입, 항 말라리아 약제 감시, 약제 질 모니터링 역량강화 등을 확대해야 할 역할을 갖고 있음.
- 알테미시닌(artemisinin) 저항의 문제는 지역 전체에서 다뤄질 필요가 있으며 WHO는 지속적으로 리더십을 보이고 회원국 및 파트너와의 협력해 나가야 함. 알테미시닌 저항을 관리하고 2030년까지 지역 내 말라리아를 퇴치하겠다는 목표에 대한 정치적 지원은 아시아태평양 리더스 말라리아 연합(Asia Pacific Leaders Malaria Alliance)과 WHO 글로벌 기술전략 초안을 통해 얻을 수 있음.
- 한 회원국은 WHO와 Medicines for Malaria Venture의 도움으로 자국에서 성공적으로 개발한 새로운 말라리아 예방약을 소개함.
- 중국은 WHO가 알테미시닌 파생품에 대한 대체품 연구를 지원해야 하며 같은 맥락에서 WHO가 효과적이고 저렴한 중국산 말라리아 예방약의 사전심사(prequalification)를 가속화해 줄 것을 권고함.

□ 지역 안전 토의

○ 정신 보건

- 지역총회는 정신보건 액션플랜 2013-2020의 이행을 위한 지역 아젠다를 승인하고 회원국들에게 정신보건을 국가보건계획에 포함시킬 것과 지역 아젠다를 참고로 국가 정신보건 프로그램을 개발, 강화할 것, 그리고 지역의 정신보건 향상을 위해 파트너 및 이해관계자들과 협력할 것을 요청함.

○ 금연 이니셔티브

- 지역총회는 금연 이니셔티브를 위한 서태평양 지역 액션플랜 (2015-2019)을 승인하고 회원국들에게 이를 금연을 위한 국가 액션플랜의 개발 및 이행의 가이드로 활용할 것을 촉구함.
- 지역총회는 회원국들에게 금연 관리를 위한 지속가능한 역량 확보, WHO 담배규제기본협약의 준수를 위한 법적, 정책적 조치 지속 개발, 담배 규제를 위한 다양한 분야들의 협력 등을 요청함.

○ 항생제 내성

- 지역총회는 서태평양지역 항생제 내성 액션 아젠다를 승인하고 회원국들에게 이를 항생제 내성에 대한 국가액션플랜 개발과 필요한 인적, 재정적 자원 확보에 활용하도록 요청함.

○ 예방접종 확대사업

- 지역총회는 서태평양 지역에서의 글로벌 백신 액션플랜 이행을 위한 지역 틀 (framework)을 승인하고 회원들에게 예방접종 목표 성취, 국가 사업 강화, 적절한 자원의 분배를 위해 이 틀에 담긴 전략을 적용하도록 촉구함.

○ 비상사태와 재난

- 지역총회는 재난 리스크 관리를 위한 서태평양지역 보건 액션 틀을 승인하고 회원국들에게 이 틀에 맞춰 각국의 보건재난리스크관리 우선순위 활동을 수정 및 이행하고 이 틀의 이행을 위한 국가 역량, 기술 및 재정 투자를 강화하기 위해 모든 분야와 다각적으로 협력해 나갈 것을 요청함.

4. 비정부주체 참여 프레임워크

□ 논의 경과

- (제 133차 집행이사회) 사무총장에게 “비정부주체의 참여” 방안의 구체화를 요청하고 그 결과를 제134차 회의에서 재논의하기로 결정 (EB133/16)
- (제 134차 집행이사회) WHO와 비정부주체 사이 향후 교류협력의 형태에 관해 회원국 논의가 필요 (EB134/8)
- (제 67차 WHO 총회) “비정부주체 참여방안 프레임워크” 초안의 진척사항에 긍정적인 반응을 보이고 비정부기구 참여의 중요성에 동의함. 이해상충과 영리기구 관련 이슈에는 자문과 논의가 더 필요함 (WHA67/6). 사무총장에게 제 67차 총회와 그 이후 논의사항에 대한 보고서를 제136차 집행이사회 이전까지 회원국에 제출하기로 요청함. 사무총장은 6개 지역총회에 보고서 검토를 요청 (WHA67(14))
- (제 65차 WPRO 지역총회) 총회 이후 사무총장의 보고서를 검토하고 의견을 제시함 (WPR/RC65/11). 프레임워크를 지지하지만, 공평한 경쟁을 보장하는 경쟁중립성을 반드시 포함해야 함. 앞서 성공한 협력사례(민관협력, 다중 이해관계자들의 이니셔티브 등)에서 WHO가 배울 수 있음 (EB136/INF./2)

□ 주요내용 요약

- 보고서의 주요 내용
 - － 회원국이 제기한 주요 이슈
 - － 해당 이슈에 대한 사무국의 제안
 - － 개정된 “비정부주체 참여 프레임워크” 초안 제시
- 제 67차 총회 이후 회원국이 제기한 주요 이슈
 - － 이해 상충과 관리가 비정부주체 참여 논의에서 가장 중요한 요소로, 보다 강력한 방법 및 정책 시행 요청
 - － 보다 명확한 실사 과정과 양상, 적용되는 기준, 실사와 이해 상충의 관계 등을 요청
 - － 영리기구의 재정자원 지원은 잠재적인 이해상충이 없고, WHO의 진실성과 명성을 해치지 않을 때만 가능
 - － 영리기구를 제외한 다른 비정부주체의 파견 수용 요청. 동시에 모든 비정부주체의 파견을 허용하지 말자는 의견도 제시
 - － 영리기구와 연관된 NGO, 자선재단, 학술기관 역시 영리기구로 간주하기로 제안. 이 점에서 WHO는 국제기업조직을 영리기구의 하위범주로 추가
 - － WHO와 공적관계를 맺을 수 있는 기관에 대한 불확실성 제기. 공적 관계가 있는 비정부주체의 지사(국가/지역) 역시 “의미상” 공적관계가 있다고 간주할 수 있을 것임

- 현재 담배, 무기 산업은 WHO에 참여할 수 없다는 합의가 있는데 이를 술, 식품, 음료 산업까지 확장하자고 요청
- 지배기구와 사무국의 역할을 분명히 하고, 영리기구 참여를 회원국이 검토·실사하도록 제안. 집행이사회의 비정부주체 위원회에 이사회 일원이 아닌 회원국도 참여하게 하고 총회에 보고하도록 제안. 회원국이 참여관리자 위원회에 참여해야 한다는 의견 제시
- 프레임워크가 협업(partnership)에도 적용되는지 명확하지 않음. 민관협력이나 다중 이해관계자 이니셔티브처럼 “비정부주체” 정의에 포함되지 않는 형태에 대한 개선 필요
- 영리기구의 WHO 참여가 공평한 경쟁이 되도록 요청(시장 장악력을 가진 업체가 경쟁에서 이익 혹은 불이익을 받지 않도록 함)
- WHO의 응급상황 대응과, 폐기 직전 의약품을 기부형태로 위장하는 것을 방지하는 조항 제안. 의약품 기부 규정과, 기부된 의약품을 제공받을 수 있는 국가, 지역사회, 환자 선택에 대한 기준이 필요
- WHO의 이름과 상징이 홍보목적(특히 영리기구)으로 남용되지 않도록 보호하고 있는지 질문 제기
- 프레임워크 평가 과정(실사, 위험 평가 등)이 초안에 없음
- WHO 사업에 학술기관이 참여할 수 있는 역할과 기능을 더 명확하게 제시하기로 요청
- 프레임워크를 더 이해하기 쉽도록 문서의 가독성 개선 제안

○ 회원국이 제기한 주요 이슈에 대한 사무국의 제안

- 프레임워크에 기관의 이해상충과 참여로 인한 위험 부분 추가함. 실사, 위험 평가 및 관리, 회원국의 감독 강화 등에 대한 조항 포함
- 영리기구의 재정지원에는 다른 비정부주체보다 자세하고 제한적인 규칙을 적용하며, 영리기구의 과도한 영향 방지 위해 사무총장이 pooling mechanism 마련 가능
- 비정부주체의 WHO 파견 수용 불가
- 영리기구를 다른 비정부주체와 구별하는 조항 포함. 영리기구로부터 분명하게 영향을 받는 비정부주체는 모두 영리기구로 구분될 예정. 영리기구에 독립적이지만 자금 지원만 받는 비정부주체는 영리기구 정책 적용여부 조사 예정
- 지배기구 회의참석 이외 참여유형은 실사 및 위험 사정 대상
- 담배, 무기 산업 참여 제외는 프레임워크에 제시. 그 외 산업은 제외하지 않지만 WHO가 특별한 주의를 기울일 예정
- 회원국의 비정부주체 참여 감독 기능 강화. 집행이사회에 사무총장 연간보고 예정
- 응급상황에 필요한 유통성과 유통기간이 임박한 의약품을 기부하지 않도록 명시

- 어떠한 영리기구에 경쟁적 이점을 주지 않는다는 조항 추가
- 프레임워크는 WHO의 이름 및 상징 보호 정책을 더 일관성 있게 적용하도록 안내
- 정기적인 프레임워크 이행 모니터링 조항 추가. 주기적인 평가 역시 필요하여, 2년 후 프레임워크 개정을 위한 첫 번째 평가 제안
- 학술기관도 다른 비정부주체와 같은 실사와 투명성 원칙을 보장
- 문서의 가독성 향상을 위해 프레임워크 구조를 약간 변경

○ 집행이사회가 취해야 할 조치

- 이사회는 본 보고서 검토 권고
- 총회 제출 예정인 “비정부주체 참여방안 프레임워크” 초안에 대한 가이드 제시

□ 비정부주체 참여방안 프레임워크 초안(Annex)

○ 비정부기구 참여 목적

- 글로벌 보건 향상과 WHO의 정책과 권고안 이행
- WHO의 기술적인 규범과 기준 적용 지원

○ 전반적 프레임워크

- 프레임워크 원칙은 공공보건에 대한 분명한 혜택, WHO의 특성 존중, WHO 업무의 바탕인 과학적인 근거기반 접근 지지, WHO의 규범과 절차 보호, WHO의 진정성, 독립성, 신뢰, 명성의 유지, WHO 위험요인(이해상충 등)을 감소 관리, 투명성, 개방성, 포용성, 책무성, 진정성, 상호존중 기반 수행
- 지배기구 회의, 자문, 공청회, 기타 회의와 관련한 참가부분, 자금, 인력, 현물(의약품, 기타 무료제공 서비스) 관련 자원부분, 정보의 수집, 분석, 생성 및 지식과 연구 관리와 관련된 근거 부분, 보건 이슈 인식 제고를 위한 행동과 관련된 지지와 유지, 제품개발, 역량 강화, 정책결정지지, 응급 시 협업운영, WHO 정책이행 기여와 관련한 기술적 교류부분으로 구분
- 실사는 WHO가 비정부주체 관련 정보 종합적 분석 및 기본적 이해가 목적. 위험 사정은 실사와 병행하여 비정부주체의 특정한 참여에 대한 평가 및 모니터링 실시
- 감독은 사업예산행정위원회(PBAC)가 검토, 지도 및 집행이사회 권고 형태로 실시함. 프레임워크 이행 관리감독 (사무총장 연간보고 제출, 참여관련 발생문제 집행이사회회의 위원회 회부 등), 비정부주체의 WHO 공적관계 승인 및 갱신, 프레임워크 개정 제안 등을 포함.
- 프레임워크 모니터링은 참여조정그룹(Engagement coordination group) 내부에서

지속적으로 실시. 사업예산행정위원회(PBAC)는 비정부주체의 참여관련 연간 보고 제출 및 비정부주체 정보 평가. 프레임워크 평가는 주기적으로 실시하여, 평가 결과와 프레임워크 개정 제안사항은 모두 집행이사회에 제출

□ 비정부주체 유형별로 WHO 참여에 관한 WHO 정책과 운영원칙

○ NGO

- 정부와 독립적으로 운영되는 비영리기구
- 참가범위: WHO 회의, WHO 사무국의 NGO 주최 회의
- 지원 가능한 자원: 재원, 인력 및 현물
- 근거제공: 최신 정보와 지식, 경험 공유
- 정책기조: 보건 관련 정책기조 유지 및 이슈와 인식도 제고
- 기술적 교류

○ 영리기구

- 상업적 영리기업 및 국제적 기업조직
- 참가범위: WHO 회의, 영리기구 주최 회의
- 지원 가능한 자원: 재원, 인력 및 현물(의약품, 기술, 임상시험 등)
- 근거제공: 근거 생산, 지식 관리 및 수집, 연구 (이해상충 없을 때만)
- 정책기조: WHO의 규범과 표준 이행 지지
- 기술적 교류: 기술적 조언, 보건관련 기술 및 제품 개발

○ 자선단체

- 기부로 운영되는 비영리기구
- 참가범위: WHO 회의, 자선단체 주최 회의
- 지원 가능한 자원: 재원, 인력 및 현물 기여, 재정대화 참여 가능
- 근거제공: 최신정보, 기술 및 경험 공유, 근거생산 및 관리, 과학적 검토, 정보수집 및 연구
- 정책기조: 보건 관련 옹호 및 보건 이슈 인식 제고
- 기술적 교류

○ 학술기관

- 연구, 교육, 훈련으로 지식의 추구하고 전파가 목적인 기구
- 참가범위: WHO 회의, 교육기관 주최 회의
- 지원 가능한 자원: 학술기관은 재원, 인력 및 현물 기여. WHO는 학술기관에 연구, 임상시험, 실험, 서류 준비 등의 특정 사업 수행을 위한 자원 제공 가능
- 근거제공: 최신정보 및 기술적 이슈에 대한 지식, 경험 공유, 근거생산, 지식관리, 과학적 검토, 정보수집 및 연구
- 정책기조: 보건 관련 정책기조 유지 및 이슈와 인식도 제고
- 기술적 교류: 과학적 교류, 학술기관 전체나 부분적으로 WHO 협력센터 (WHO Collaborating Centre) 지정 가능

5. WHO 지배기구의 업무처리 방식

□ 논의 경과

- 지배기구의 업무처리와 관련하여 개별 주제가 의제로서 WHO 집행이사회와 총회에서 논의된 지는 오래되었으나(6절 참조), 최근 위의 개별의제가 ‘지배기구의 업무처리방법’으로 묶여 한 의제로 논의되기 시작
- (135차 집행이사회) 집행이사회는 제 67차 총회의 결과를 논의하고 사무총장에게 다음 이사회까지 지배기구의 업무 향상을 위한 권고안 요청 (EB135/2014/REC/1)

□ 주요내용 요약

- 지배기구의 업무 처리 방법 논의
 - 지배기구의 전략적 역할 강화 및 지배기구의 포괄성, 투명성, 효율성 향상 필요성 제기
 - 개혁 진행 중인 업무 방안: 의제 관리, 결의안/결정 초안의 늦은 제출 최소화, 세션관리, 지배능력 강화 등

○ 지배기구의 업무 처리 방법 향상 제안

- (감당할 수 있는 의제) 안건을 제기할 수 있는 회원국의 주권을 존중하면서 과도한 의제 수용을 지양하고 전략적인 의사결정 필요. 가장 좋은 방법은 제65차 총회의 결정문 (WHA65(9))과 같이 이사회에 포함할 의제 검토 기준의 강력한 적용임.
 - (보고 요건(reporting requirements) 개선) 지배기구 회의 의제의 약 80%는 이전 집행위원회/총회의 결의안/결정문의 지시나 보고 요건에서 비롯함. 따라서 사무국은 융통성 있게 보고요건을 채택하고, 결의안/결정문에 보고 요건이 필요할 시 6년 동안 격년의 보고를 3개까지 제한할 것으로 권고함
 - (초안 조기 공유) 사무국은 여러 방안을 통해 초안을 가능한 빨리 공유하고, 지배기구 회의 이전에 해당 사안에 대한 협의가 진행될 수 있도록 권고함
 - 비공식적 초안 공유: email, WHO 웹기반 플랫폼
 - 비공식적 협의: 대면(face-to-face meeting), 온라인
 - 공식적 제출 이후 즉시, 제안된 결의안 초안을 처리하고 이를 WHO 웹사이트에 협상문(conference paper)의 형태로 지배기구 세션 시작의 최소 7일전까지 게시
 - (발언문 게시용 웹페이지 개설) 대표단이 주어진 시간에 맞추기 위해 짧게 발언하고, 완전한 발언문(full statement)은 사무국에 제출할 수 있도록 요구하는 경우가 있음. 이 점에서 사무국은 지배기구 회의의 해당 세션동안 임시로 완전한 발언문을 게시할 웹페이지를 제안함
 - (시기적절한 문서 분배) 사무국은 문서 글자 수 제한의 엄격한 적용, 지배기구에 요구되는 행동이나 지도에 더 명확하고 구체적인 방향 제시 등의 방안으로 문서의 시기적절한 분배를 보장할 예정
 - (부대행사 관리) 총회기간 부대행사 개수 증가로 사무국 및 회원국의 부담 가중. 그리고 WHO와 공식관계에 있지 않아서 제네바의 Palais des Nations에 출입할 수 없는 비정부기구와 회원국이 협력하여 주최하는 부대행사 개수 증가
- <제안된 해결책>
- 회의 사전에 부대행사용 일일 세션 개최로 더 많은 이해관계자에게 개방
 - 부대행사 준비 실제비용을 주최자가 부담
 - 부대행사 개수 제한

○ 집행이사회회의 조치

- 이사회는 본 보고서 검토 및 아래 사항에 대한 추가 가이드 제시 권고
 - 집행이사회회의 의제 개수 관리
 - 보고 요건 개선

- 결의안 초안의 조기 논의 권장
- 발언문 게시용 웹페이지 개설
- 총회 부대행사 관리

6. WHO 개혁 이행사항 보고

□ 논의 경과

○ (제 134차 집행이사회) 2단계 개혁평가의 주요결과와 권고에 대한 대응 제시

○ 본 보고서의 주요 내용

- 제 67차 WHO 총회 이후 진행된 개혁 이행의 진전사항을 제시
- 3가지 분야(사업과 우선순위 결정, 거버넌스, 경영) 개혁 발전 제시
- 현재 WHO 개혁 이행의 주요 장애물
- 2단계 개혁평가의 주요결과와 권고에 대한 사무국의 대응 제시

□ 주요내용 요약

○ 에볼라 바이러스 발병

- 에볼라 발병은 개혁이행 상황에 중요한 영향을 미치고 있음
- 확인된 문제점 해소를 위해 해당 국가들을 지원하면서 정책적 우선순위를 유지하고 WHO의 국제적 리더십 입증에 요구됨
- 전례 없는 발병규모로 WHO의 경영구조와 운영체계 변화 요구에 큰 부담을 가중. 개혁 의제에 포함된 동원 가능한 인적자원, 조직의 효율성, WHO의 3단계 조직에서 균형과 효과, 재원조달 등이 현재 약점으로 제기됨
- 에볼라 발병 대응에 조직적인 자산이 투입되어 개혁 활동을 포함한 WHO 사업의 속도와 전달에 영향. 발병관련 상황으로 조직의 자원 및 운용에 제약이 있어, 앞서 동의된 사항을 이행하기 위해 계획을 다시 세우거나 개혁 산출물의 정기적인 검토와 우선순위 재설정 등이 계속될 것임
- 에볼라 발병으로 개혁의 핵심요소 이행 촉진이 강력하게 요구. 이와 같이 국제적 우려가 되는 공중보건 응급상황에서, WHO의 신속하고 효과적인 대응을 위해 아래 분야의 개혁이 필요함
 - 응급상황에서 3단계 조직(본부, 지역사무처, 국가사무소)의 유기적 협력 기능 강화
 - 국가 수준의 급속한 인적자원 동원 능력
 - 충분한 자원의 급속 조달

○ 사업 개혁

- 2016-2017년 사업예산 수정안은 국가 단계에서 요구와 우선사항을 더 잘 반영하고, 보다 현실적인 예산을 제안함
- 2013년 이후 첫 재정대화 이후 WHO 자금조달과 조직적인 자원동원 개선에서 큰 진전. 자금조달의 단기예측가능성과 자금의 융통성이 향상됨. 2014-2015년 대범주 수준의 사업예산 균형분배가 이루어졌으나, 사업 분야별로는 불규칙한 재원조달 문제가 잔존함. 5가지 분야(백신으로 예방 가능한 질병, 비전염성 질병, 통합적 사람중심 보건서비스, 응급 위험과 위기관리, 경계경보와 대응능력 등)에서 현재 부족분의 82%를 차지함

○ 거버넌스 개혁

- “비정부주체 참여방안 프레임워크” 초안이 지역회의 검토를 마치고 집행이사회에 제출될 예정임 (EB136/5 참조)
- WHO는 UN개발그룹과 UN최고 조정이사진의 고위직관리위원회 및 고위직프로그램 위원회를 통해 ‘2015년 이후 개발의제’에 보건 관련 의제가 충분하게 반영될 수 있도록 보장
- 지속적인 의제 개수 관리가 진행 중임

○ 경영 개혁

- 경영책무 강화 노력이 진행 중임
- 인적자원 개혁이 2014년 사무국 우선순위였고 개선사항도 있었으나, 에볼라 발병으로 활동은 지연됨
- 사무국은 WHO의 평가기능 강화를 위해 검토 실시. 2014년 말까지 아래 내용에 대한 검토를 마치고 2015년 초기에 권고사항을 이행할 계획임
 - 평가 문화 조성
 - 환경 조성
 - 평가의 양식과 범위 정의
 - 조직학습 용이
 - 평가(evaluation)와 다른 사정(other assessments)의 관계 결정
 - 의사소통 평가와 결과

○ 변화 관리(Change Management)

- 개정된 개혁결과 프레임워크가 이행되고 있으며, 개혁결과 관리, 모니터링, 보고에 웹기반 프로젝트 관리 도구를 사용
- 프로젝트 관리 능력 평가가 2015년 초기 예정으로, 이 결과에 따라 WHO의 프로젝트 관

리방법을 체계적으로 검토하고 시행할 계획을 구상할 것임

－ 변화 관리와 의사소통 계획이 이행되고 있음

7. 제2차 국제영양컨퍼런스 결과

□ 논의 경과

- (제134차 집행이사회) 제2차 국제영양컨퍼런스 결과 문서 초안 작성을 위한 조인트워킹그룹 설립
- (결과 문서 작성) 조인트워킹그룹에 의해 초안 작성 후, 2014년 10월 10-12일 로마에서 회원국들이 모여 로마선언문, 행동계획안 최종안 작성
- (제2차 국제영양컨퍼런스) 2014년 11월 19-21일 로마에서 개최되었고, 각국의 장관 등으로 구성된 FAO/WHO 회원국 대표단(164개국), UN, 고위인사, 비정부기관 및 민간 전문가 등 총 2,200명 참석
- 국제영양컨퍼런스 개최 전 2일간 비정부기구, 민간 부문 대표단 회의 진행
- 총회와 별도로 원탁회의 등의 기타 행사 또한 진행하였으며, 개회식에서 로마선언문, 행동계획안 결과 문서 채택

□ 주요내용 요약

- 로마선언문 내용
 - － 전 세계적으로 해결해야할 영양과제에 대해 기술함
 - 영양부족, 미량영양소(비타민, 무기질)결핍, 비만과 식이 관련 비전염성 질환
 - 대부분의 국가에서 공존하는 모든 형태의 영양불량 문제(영양실조, 영양과잉)
 - 충분하고, 안전하고, 다양하고, 영양가가 풍부한 식품을 공급하는 시스템 구축
 - 국가의 식량 안보와 국민의 영양을 높일 수 있는 무역정책
 - － 영양불량의 경로는 다양하고 복잡하며, 제1차 국제영양회의(1992년, 로마) 이후 전 세계적으로 영양상태를 개선하기 위한 많은 노력이 있었으나, 성과가 미약하고 개선이 불균형적으로 이루어진 것에 대한 우려를 표함
 - － 전 생애주기에 다양하고 균형을 갖춘 건강한 식이를 제공할 수 있는 일관된 정책에 대한 비전을 착수함
 - 국가 보건 시스템에 영양부문 통합
 - 영양과 관련한 각 부문 전문가 영역 조정
 - 소비자 권한 강화

· 여성에게 집중 투자하는 정책

○ 국가적 책무

- 로마선언문은 그간 영양관련회의(제1차 국제영양회의(1992)를 비롯하여, 세계식량 정상회의 (1996, 2002), 식품보장을 위한 세계정상회의(2009), WHO의 2025년 영양관련 달성 목표, WHO의 비전염성질환의 예방과 관리를 위한 2013-2020 행동계획)에서 논의된 책무를 재확인함
- 2012년 보건총회에서 논의한 2025년 영양관련 달성 목표, 2013년 보건총회에서 논의한 비전염성질환의 예방과 관리를 위한 행동계획 목표에 대해 재확인함

* 종합계획 영양관련 달성 목표 6가지(2025년까지 달성)

- (목표 1) 성장저하인 5세 미만 어린이의 수 40% 감소
- (목표 2) 가임기 여성의 빈혈 50% 감소
- (목표 3) 저체중아 출산 30% 감소
- (목표 4) 아동기 과체중 증가 방지
- (목표 5) 출산 후 6개월 간 완전모유수유 비율 최소 50%까지 증가
- (목표 6) 어린이 소모성 질환을 5% 미만으로 감소 및 유지

* 비전염성질환의 예방과 관리를 위한 행동계획 목표 9가지(2013-2020)

- (목표 1) 심혈관질환, 암, 당뇨, 만성호흡기질환으로 인한 사망률 25% 감소
- (목표 2) 국내의 알코올의 해로운 사용을 최소 10% 감소
- (목표 3) 신체활동 부족 비율 10% 감소
- (목표 4) 나트륨 평균 섭취량 30% 감소
- (목표 5) 15세 이상의 현재 흡연을 30% 감소
- (목표 6) 국가상황에 따라 고혈압 비율 증가 방지 혹은 고혈압 유병률 25% 감소
- (목표 7) 당뇨와 비만 증가 억제
- (목표 8) 최소 50%의 심정지뇌졸중 예방을 위한 상담 및 약 처방(혈당 조절 포함) 수혜율
- (목표 9) 공공 및 사설 기관에서 주요 비전염성질환을 치료하기 위한 기본 의료기술과 필수 약물(복제약 포함)에 대한 80%의 접근가능성 확보
- FAO와 WHO는 로마선언문 중에서도 특히 다음 책무를 강조함
 - 국민의 식이와 영양 향상을 위한 효과적인 중재에 대한 투자 증대(전시상황 포함)

- 국민의 영양 요구를 충족하며, 안전하고 다양한 건강 식이를 촉진시키기 위하여 식품에 대한 연중 접근이 가능하도록 관련된 부분에서의 생산에서 소비까지의 일관된 공공 정책 발달
- 영양 관련 국가계획, 프로그램, 전략에서 영양 비중 증가 및 관련 국가 자원 조정
- 모든 형태의 영양불량을 다루기 위한 인적·물적 능력 강화
- 영양을 강화하고 국내 및 국가 간 협동을 촉진하기 위한 모든 이해관계자의 행동과 기여를 가능하게하고 강화할 것
- 전 생애주기에서 건강한 식이를 확보할 수 있는 정책, 프로그램, 계획 개발
- 건강한 식이와 영유아 모유수유 실천을 위해 정보를 활용하여 식품을 선택할 수 있도록 교육하고 환경을 조성할 것
- 행동계획안의 책무를 이행할 것
- (행동계획안 개요) 행동계획안은 환경 조성; 건강한 식이를 촉진하는 지속가능한 식품 시스템; 국가 간 무역 및 투자; 영양 교육과 정보; 사회 보장; 직접적인 영양 중재의 헬스 시스템 전달과 영양 향상을 위한 건강 서비스; 물, 위생시설과 위생; 식량 안보와 항균제 내성 등에 대한 60가지의 자발적인 정책 옵션과 전략을 제공하며, 추천되는 안건은 국가 책무의 이행도를 판단하는 기준으로 사용될 것임

○ 국제적 책무

- 회원국은 2015 이후 개발 과제의 책무와 비전을 고려해줄 것을 요청함
- UN에 영양에 대한 로마 선언문과 각 정부에서 사용할 수 있도록 일련의 자발적인 정책 선택사항들과 전략 등을 담고 있는 행동 기조의 승인과, 현존하는 구조와 동원 가능한 자원 내에서 2016–2025년 영양에 대한 10년의 행동 선포를 고려해주시기를 요청함

○ 회의 이후 WHO 역할과 회원국에 대한 기술적 지원

- (로마선언문 문단 16) FAO와 WHO는 UN기구 및 다른 국제기구와 협력하여 국가 내 정부의 요청에 따라 영양불량을 해결하기 위한 그들의 정책, 프로그램, 계획을 강화하고 수행하는 것을 지원해야 함
- 사무국은 행동계획안이 각기 다른 국가에서 다르게 적용된다는 것을 인식하고, 여러 형태의 지원을 제공할 것임
- 2015–2016년, WHO는 행동계획안에 기재된 정책 영역의 근거와 정보 안내를 확대할 것이며, 다음의 추천 사항에 대해서 지원할 것임
 - (추천13) WHO는 건강 식이에 대한 지침 업데이트 검토
 - (추천14) 식음료 내 포화지방, 당, 나트륨, 트랜스 지방의 점진적 감소 방안 개발
 - (추천15) Codex 규격 위원회의 업무를 포함하여 건강 식이를 촉진하는 규제 및 자발적

장치 검토

- (추천16) 공공시설 내 접근 가능한 건강 식이와 안전한 마실 물에 대한 식품-영양 기반의 기준 개발
- (추천39) 보충식품 마케팅과 가용성 향상 방안 개발
- (추천29-43) 영유아 모유수유, 어린이 소모성질환, 성장저하, 과체중 그리고 여성의 빈혈에 대한 효과적인 중재 방안 검토
- (추천53, 54) Codex 규격 위원회를 포함하는 국제 식품 안전 지침 및 기준 업데이트
- 2015년, 사무국은 추천된 정책들의 효용과 비용을 계산하기 위한 필수 요소, 운영 세부 사항, 근거를 제공하는 정책 문서 시리즈를 회원국과 개발 협력자와 논의하고 공공 협의를 거쳐 작성할 것
- 2015-2016년, 사무국은 WHO 유럽지역에서 설립한 “액션 네트워크” 모델에 따라 각국의 정책적 접근을 수행하게 하고 법제화 기준의 경험을 공유하기 위해 국제적·지역적 수준에서 다자간 계획의 설립을 가능하게 할 것임. 다자간 계획의 목표는 행동계획안 추천 29-43에 초점을 맞춰 보건총회가 발표한 종합계획 영양관련 달성 목표의 성취를 가속화하기 위함
- 2015-2016년, 사무국은 FAO와 협력하여 FAO/WHO 프로젝트와 Codex 신용기금(Fund for Enhanced Participation in Codex, Codex Trust Fund)의 종료 평가를 완료하고, Codex 활동에 회원국의 참여를 지지하기 위한 성공적인 계획을 착수할 것이며(추천 54), FAO와 함께 국제 식량 안전 권위 네트워크(International Food Safety Authorities Network) 활동에 회원국들의 참여를 독려할 것(추천 55)
- 2015년, 사무국은 보건총회에 FAO 등 파트너 단체와 협력하여 항균제 내성을 해결하기 위한 종합행동계획 초안을 제출할 것(추천 56)
- 2015-2016년, 사무국은 WHO의 예방 치료 지침에 효과적인 직접적 영양중재나 영양과 관련된 건강 중재의 포함여부와 One Health Tool의 영양 모듈을 사용한 비용 산출과 운영에 대한 안내를 포함하여 검토할 것(추천 44-49)

○ 국가영양계획 내에 다른 정책 부문 포함

- 국가 내 영양 정책 개발을 지원하기 위한 행동계획안 추천 2에 대한 대응으로 사무국은 국가의 영양계획, 영양과 관련한 농업, 무역, 사회 보장, 교육, 보건, 환경 계획의 예시를 기록하기 위하여 UN 및 기타국제기구와 협력할 것
- 기록관은 영양계획을 이행하기 위한 WHO의 기존 글로벌 데이터베이스를 확장시킬 것이며, 사무국은 각 부문 정책에서 영양의 영향을 분석하는 것에 대한 지침 또한 만들 것

○ UN과의 연합체계를 위한 사무국의 기여

- ICN2 결과는 UN에 그들의 권한 내에서 정책, 전략, 프로그램 협조를 해줄 것을 요청하며(추천 7), 다부문 계획을 세우는 등의 통합된 지원책을 마련하기 위해서 사무국은 기존의 여러 단체(the United Nations Standing Committee on Nutrition, the Renewed Efforts Against Child Hunger and undernutrition partnership, the High Level Task Force on the Food Security Crisis and the United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases)와의 협동 메커니즘을 통해 업무를 수행할 것
- 사무국은 더욱 효율적이고 효과적인 국가 지원을 위하여 UN의 글로벌 영양 의제 개발과 각 기구의 권한을 고려한 협업체계의 적용하고, UN 시스템 내의 모든 기구와 협업할 것

○ 부문 간 업무와 관계자의 참여, 협력체계의 용이화 및 강화

- 행동계획안은 식량안보 및 영양의 여러 관계자가 얹힌 구조 내에서, 정책, 전략, 프로그램과 기타 영양에 대한 투자 실행을 감독하기 위하여 국가 정부 간의 협력체계 설립 요청(추천 3)
- 사무국은 존재하는 경험과 좋은 예시에 근거하여, 위험 평가와 이해관계를 다루기 위한 툴을 보완하기 위하여 정책 안내서를 준비할 것
- 사무국은 국제적 수준에서 영양을 다루는 비전염성 질환 예방 및 통제 글로벌 협동 메커니즘 등 여러 관계자 포럼(the Committee on World Food Security, the Scaling Up Nutrition movement 등)과 협력할 것
- 사무국은 비정부 활동가와의 상호작용을 통해 보건총회에서 제공되는 지침에 따라 회의 준비를 하는 동안 시작되는 업무를 시민사회와 민간부문과의 함께 준비할 것

○ 영양 정책과 프로그램 수행을 위한 금융자원 동원

- 행동계획안은 영양부문에서 책임감 있고 지속가능한 투자 증대와 획기적인 재원 툴을 통한 자원 확보를 요청하고 있고(추천 4), 사무국은 영양프로그램을 위한 자원 공급이 가능하도록 현재 체계에 협력하고, 새로운 투자 기관의 설립에 기여할 것
- 사무국은 또한 농업 분야의 투자를 위해 영양의 영향 분석을 포함해서 국제금융기관과 회담할 것

○ 책임체제 개발

- 행동계획안은 FAO와 WHO에 다른 UN 단체 및 관련 지역·국제기구와 함께 로마선언문 책무 수행 보고서 작성을 요청함(추천 59)
- 행동계획안의 자율성에 기초하여, 사무국은 회원국의 영양목표가 성립 되는지 확인해야 할 것이며, 명시된 각 영역 책무의 기록을 수집할 것

- 책임의 목적으로, 행동계획안은 기존의 2025년까지 모성, 영유아 영양 향상과 비전염성 질환의 위험을 줄이기 위한 성취 목표를 채택하였으며, 국가가 자체적으로 책무이행도를 간헐적으로 평가하는 시스템이 만들어질 것
- 사무국은 지속적으로 국가의 진행과정을 감시하고 영양 수행에 따라 글로벌 데이터베이스의 정보를 편집할 것이며, 국가의 조치에 따른 다른 감시체계와 책임체계를 통해 다른 이용 가능한 정보와 통합될 것

○ 회의 결과 수행 과정 보고

- 행동계획안의 60가지 추천사항에 대한 요청에 따라, 가능하면 이후에 진행되는 2년 간격으로 WHO의 지역 위원회를 포함한 본부의 모든 정기회의에 임시의제로 포함되어야 할 것이며, FAO와 WHO의 사무총장은 UN에 보고서 등을 전송할 것
- 사무국은 매년 국제 영양 보고서를 준비하기 위해 다른 UN 본부, 국제기구, 기타 단체와 지속적으로 협력할 것

○ 지지

- (UN 총회) UN의 2016-2025 영양 계획에 영양 관련 로마선언문과 행동계획안을 반영할 수 있도록 사무국은 정부, 국제 기구, 다른 활동가의 우선순위 과제와 단계 등을 포함한 지침을 준비할 것
- (세계위원연맹) 위원들을 위한 이벤트에서 제132차 세계위원연맹에 영양과 제2차 국제 영양회의 의제를 포함하고 결과 문서를 지지하도록 권고 하였으며, 사무국은 이를 지원할 것

○ 2015년 이후 지속가능한 발전 의제에 대한 기여

- 사무국은 2025-2030년 글로벌 영양 목표를 업데이트하는 초안을 작성할 것이며, UN의 다른 기구와 일하면서 현재 제안된 2015년 이후 지속가능한 17가지의 발전 목표와 관련 지표를 포함하는 잠재적인 영역에 대해 지지하는 정책 안내서를 준비할 것

○ 집행 이사회의 역할

- 집행이사회는 보고서 공지하고; 현재 문서에서 개요한 사무국의 업무에 대한 추가 안내를 제공하고; 제68차 보건총회에서 로마선언문과 행동계획안 지지하고; 회원국들이 행동계획안을 수행할 수 있도록 강력히 권고하고; 보고의 주기를 결정하여야 함.

8. 모성, 영유아 영양: 주요지표 개발

□ 논의 경과

○ (제 65차 세계보건총회) 모성 및 영유아 영양에 대한 통합적 실천 계획 발표 및 감시체계안 초안 논의

* 종합계획 목표 6가지(2025년까지 달성)

- (목표 1) 성장저하인 5세 미만 어린이의 수 40% 감소
- (목표 2) 가임기 여성의 빈혈 50% 감소
- (목표 3) 저체중아 출산 30% 감소
- (목표 4) 아동기 과체중 증가 방지
- (목표 5) 출산 후 6개월 간 완전모유수유 비율 최소 50%까지 증가
- (목표 6) 어린이 소모성 질환을 5% 미만으로 감소 및 유지

* 행동계획 5가지

- (행동 1) 종합적 영양식품정책 실행을 위한 환경조성
- (행동 2) 영양관련 보건서비스를 포함하는 국가영양계획
- (행동 3) 보건 분야 이외의 개발정책 및 프로그램 활성화
- (행동 4) 영양중재실행을 위한 충분한 인적 및 재정 자원 제공
- (행동 5) 정책 및 프로그램 실행에 관한 평가 및 모니터링

○ (제 67차 세계보건총회) 전반적인 모성, 영유아 영양 감시 과정 지표 발표

○ (감시체계안 마련)

- 65차 세계보건총회에서 초안 마련 후, 웹 기반의 공공협의를 통해 다른 이해관계자와 회원국들에 의해 추가적으로 논의됨
- 사무국에서 2차 초안 작성 후 UN기구, 회원국, 학계의 대표 및 전문가 그룹에 의해 동료 평가(peer-review) 완료

□ 주요내용 요약

○ 지표 개발의 필요성

- 모성 및 영유아 영양 불균형으로 인한 전세계적 부담 감소와 기존의 모성, 영유아 영양 행동계획 실천의 책임 제고를 위해 구축한 감시체계에 대한 지표 개발 필요

○ 모성 및 영유아 감시 지표 체계

- 감시체계는 두 가지 지표군으로 구성됨
- 핵심지표군(core set): 모든 국가에서 보고되는 지표군
 - 우선결과지표(primary outcome indicators): 종합계획목표 6가지의 진행 감시
 - 중간결과지표(intermediate outcome indicators): 종합계획목표 6가지의 국가적 트렌드에 영향을 주는 원인 조건 감시
 - 절차결과지표(process outcome indicators): 프로그램과 상황 진행 감시
 - 정책환경과 수용 지표(policy environment and capacity indicators): 국가 내 정책 이행도 측정
- 확장지표군(extended set): 각국의 특수한 역학 패턴에 적합하고, 우선순위 영양과제에 대응할 수 있는 지표군

○ 모성 및 영유아 감시체계 지표 추가 제안

- 핵심지표군에 대해 14가지 지표(중간결과지표 5가지, 절차지표 6가지, 정책환경과 수용 지표 3가지) 추가 제안
- 기존의 6가지 지표에 더해 총 20가지 핵심지표군 구성 계획
- 확장지표군에서 추가되는 14 가지 지표는 국가별로 감시체계 구축을 위해 선택적인 지표로 고려되어야 함

표. 모성 및 영유아 영양 감시체계 제안 핵심지표

중간결과지표, 목표의 원인 조건 감시	
IO1	5세 미만 아동의 설사 유병률
IO2	15-49세 여성의 저체중(체질량지수 18.5kg/m ² 미만) 비율
IO3	15-19세 여성 1000명 당 15-19세 여성의 출산 수
IO4	18세 이상 49세 미만 여성의 과체중 및 비만(체질량지수 25kg/m ² 이상) 비율
IO5	학령기 아동 및 청소년(5-18세)의 과체중 비율
프로그램 진행 과정을 감시하는 절차 지표	
PR1	최소허용식이를 받는 6-23 개월 어린이의 비율
PR2	안전하게 물을 이용할 수 있는 인구 비율
PR3	안전하게 위생 서비스를 받을 수 있는 인구 비율
PR4	철분 보충제와 엽산 보충제를 받는 임신 여성의 비율
PR5	아기친화시설(baby friendly facilities)에서 출산한 비율
PR6	0-23개월 영아의 엄마 중 지난 1년간 최소 한 번 이상 모유수유 상담, 지원, 메시지를 받은 사람의 비율
정책 이행도를 평가하는 정책 환경과 수용 지표,	
PE1	인구 100,000명 당 숙련된 영양 전문가 수
PE2	모유대체품에 대한 마케팅과 보건총회에서 채택된 해결책을 완전히 시행하는 법/규제를 가진 국가의 수
PE3	어머니에 대한 보호법이나 규제가 있는 국가의 수

○ 모성 및 영유아 감시체계 지표 특성

- 각각의 지표는 성별, 지라사회경제적인 요인, 연령 구간에 따라 분할하는 것이 권장되며, 일부 지표는 계절변수 고려 필요
- 제시된 지표는 Global Reference List of Core Health Indicator와 비전염성질환 예방 및 통제를 위한 통합적인 감시체계 등의 기존 보건 모니터링 체계에 맞게 대응 필요
- 제시된 핵심지표군은 6가지 중합계획 목표에 대한 진행 사항과 각국 상황에 따른 심층 추적이 가능하지만 절차지표는 모든 목표를 추적할 수 있는 것은 아님
- 제시된 지표는 추가적인 연구와 현장 타당도가 필요하며, 이에 지표의 분석과 감시체계의 간헐적 수정을 지원하기 위해 UN 및 회원국의 대표와 전문가로 구성된 과학기술 자문그룹이 이 문제를 해결하기 위해 설립되고 있는 중

○ 제68차 세계보건총회 안전

- 모성 및 영유아 영양 감시 체계 승인 및 감시체계의 간헐적 수정 빈도 결정

9. 아동기비만근절위원회 보고

□ 논의 경과

- `14년 7월 17-18일 아동기 비만 근절위원회 1차 회의에서 업무 방식 설정
 - 아동기 비만 근절 과학 근거 특별 실무단은 여러 연구 결과들의 차이와 연구가 더 필요한 분야를 밝힘
- `14년 10월 13-14일, 제네바에서 비정부 활동가 의견 취합

□ 주요내용 요약

- 아동기 비만 현황
 - 영유아, 소아, 청소년 비만은 전세계적으로 증가 중이며, 특히 저소득 국가에서 급격하게 증가 중(아프리카 지역에서만 `90년→`13년, 4만명→10만명으로 증가)
 - 현 추세에서 2025년 전세계 과체중 영유아의 수는 70만명으로 증가할 것으로 추산되며, 적절한 중재가 이루어지지 않는다면 어린이, 청소년, 성인기에도 비만으로 살아가게 될 것임을 강조
- 아동기 비만 근절 대책의 필요성
 - 아동기 비만은 다양한 합병증을 일으키고 당뇨나 심혈관질환과 같은 전단계 질환의 위험을 높임
 - 아동기 비만의 원인과 잠재적인 해결책은 존재하지만, 해결해야 할 과제가 아직 많이 존재함
- 아동기 비만 근절 대책 방안
 - 과체중, 비만, 비전염성질환을 예방하고 위험을 줄이는 가장 핵심적인 요소는 건강한 식이와 충분한 신체활동인 것에 대한 근거는 충분하며, 보건총회는 WHO의 비전염성질환에 대한 지시를 더 자세히 기술하여 해결책으로 채택
 - 지역의 협조, 정부의 지원, 그리고 과학적인 연구가 모두 갖춰지는 것이 전세계적으로 지침이 만들어지고 실천될 수 있는 유일하고 가장 효과적인 해결방안
- 아동기 비만 근절 대책 위원회 설립
 - 아동기 비만 심각성에 대한 인식 제고와 해결을 위한 조치를 가속화하는 것을 목적으로, 아동기 비만에 대한 통합적 대응을 위해 관련 분야 경험을 가진 저명한 전문가 15명으로 구성된 고위 위원회를 설립함
- 아동기 비만 근절 대책 위원회 구성
 - 위원회는 사무총장을 거쳐 두 개의 특별 실무단의 지원을 받음

- 과학 근거 실무단: 21명의 전문가로 구성
- 이행, 감시, 책임 실무단: 24명의 전문가로 구성
- 위원회는 전세계의 다른 맥락에서 아동·청소년기의 비만을 근절할 수 있는 더 효과적인 중재방법들과 접근을 구체화한 보고서를 준비하는 것

○ 아동기 비만 근절 대책 위원회 회의 일정

- `15년 1월 중 2차 회의를 구상중이며, 예비 권고안 발표 예정
- 권고안은 다음 주제에 대해 다룰 예정
 - 비만의 건강·사회·경제적 결과
 - 아동기 비만 예방의 생애주기적 접근의 중요성
 - 아동기 비만 예방을 위해 이행되어야 할 사항

○ 아동기 비만 근절 대책 위원회 회의 차기 계획

- 2015년 4월, 유럽지역
- 2015년 3-4월, 서태평양 지역
- 2015년 초, 동지중해 지역
- 미정, 기타 지역

10. 만성질환의 예방 및 관리 목표달성을 위한 진행상황의 포괄적 검토 및 평가를 수행한 2014년 고위급회의 정치적 선언 후속조치

□ 논의 경과

○ 비감염성질환 예방 및 관리에 대한 유엔총회 고위급 회의(2011.9.18.~9.22)

- 비감염성 질환의 예방·관리에 대한 유엔총회 고위급회의의 정치적 선언 채택 (Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases)
- 각국의 정부 수반 및 대표는 비감염성질환의 사회·경제적 피해를 줄이고 예방과 관리를 위한 국가적 역량강화 방안 및 국제적 협력체계 구축할 것을 선언함

○ 제134차 집행이사회('14.1월)의제 대응 및 발언 자료

- 유엔총회 고위급 회의에 대한 후속 논의로서 비감염성 예방관리에 대한 WHO의 글로벌 전략 2013-2020, 비감염성 질환 예방 관리를 위한 유엔 기구간 TF(United Nations Inter-agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs), 비감염성 질환 예방 관리를 위한 글로벌 조정 기구(Global Coordination Mechanism)의 구성 필

요성 및 역할에 대해 논의

- 유엔 총회에 제출 예정인 ‘비감염성 예방관리에 대한 WHO의 글로벌 전략 2013-2020의 9개의 자발적 목표 달성 추진 경과에 대한 보고서’에 대해 논의하였고 각국의 이행 상황에 대해 회원국은 WHO에 보고
- 우리나라는 발언문에서 글로벌 전략 2013-2020의 중요성에 대해 강조함과 동시에 추진 경과에 대한 보고서 상 추진 실적 뿐 아니라 성과와 한계에 대한 평가가 추가되어야 함을 강조

○ 비감염성 질환의 예방 및 관리 성과 검토를 위한 유엔 총회 고위급 회의(‘14.7)

- UN 회원국 수석대표 및 국제기구, 비정부기구 대표가 참석하여 만성질환의 예방·관리에 대해 채택한 2011년의 유엔 총회 정치적 선언의 이행 성과를 평가하고, 목표 달성을 위해 남은 과제를 파악하여 국제적, 다분야적 협력 증진을 위한 정책적 의지를 재확인
- 국제적인 공조와 국가적 노력의 결과 많은 성과가 있었으나 그 성과는 불충분하며 국가 간 일정하지 않다는 점에 착안하여 각국은 ‘15-’16년 까지 네 개의 우선 과제를 달성하기로 합의하고 유엔 총회 결의안 채택(A/RES/68/300)

□ 주요내용

○ 배경

- 2011년 9월 채택된 비감염성 질환의 예방·관리에 대한 유엔총회 고위급회의의 정치적 선언(Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases)은 각국의 정부가 비감염성질환의 사회·경제적 피해를 줄이고 예방과 관리를 위한 국가적 역량강화 방안 및 국제적 협력체계 구축할 것을 촉구함
- 상기 정치적 선언에 의거하여 각국의 비감염성질환 예방관리 성과에 대해 검토하는 비감염성 질환의 예방 및 관리 성과 검토를 위한 유엔 총회 고위급 회의를 지난 ‘14.7월 개최하였음
- 이 보고서는 정치적 선언의 이행 성과를 68차 유엔총회에서 보고하기 위한 준비로서 그 동안의 각국의 중간성과 및 14.7월의 고위급회의 결과 및 회의 결과 채택된 유엔 총회 결의안(A/RES/68/300)에 대한 내용임

○ 비감염성 질환의 예방·관리에 대한 유엔총회 고위급회의의 정치적 선언을 이행하기 위한 각국의 추진 경과

- 비감염성질환에 대한 국가적 차원의 정책을 수립하고 이를 위한 예산을 책정한 국가가 ‘10년 32%에서 ‘13년 50%로 증가하는 등 ‘11.9월 정치적 선언이후 국제적으로 비감염

성 질환의 예방관리에 대한 성과가 관찰됨

- 반면 국제적인 공조와 국가적 노력의 결과 많은 성과가 있었으나 그 성과는 불충분하며 국가 간 일정하지 않다는 점에 착안하여 각국은 '15-'16년 까지 네 개의 우선 과제를 달성하기로 합의하고 이를 결의안에 포함
- 네 개의 우선과제는 다음과 같음. 1)비감염성 예방관리에 대한 글로벌 전략 2013-2020의 목표치를 반영한 국가적 차원의 관리 목표 설정, 2)비감염성 질환의 목표 달성을 위해 다부문간 협력과 파트너십 형성을 주요 전략으로 활용, 3) 글로벌 전략 2013-2020에서 제시하는 효과적인 정책 옵션을 활용하여 비감염성질환의 사회적 결정요인 및 위험 요인 감소, 4)보편적 건강 보장, 생애주기적 의료서비스 등 보건의료체계를 비감염성 질환에 적합한 구조로 강화 및 개편

○ 비감염성 질환의 예방관리를 위한 국제적 협력의 성과

- 비감염성 예방관리에 대한 WHO의 글로벌 전략 2013-2020 및 이에 수록된 9개의 자발적 목표치 및 25개의 세부목표가 66회, 67회 세계보건총회에서 채택됨
- 비감염성 질환 예방 관리를 위한 유엔 기구간 TF(United Nations Inter-agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs)의 구성 및 이의 권한에 대해 합의 (14.6월)
- 비감염성 질환 예방 관리를 위한 글로벌 조정 기구(Global Coordination Mechanism)의 구성, 권한 및 '14-'15 행동 계획 개발
- 국가간 원조와 관련하여 비감염성 질환에 대한 원조를 도모하고 이를 모니터링 할 수 있는 지침등의 개발을 위해 OECD 개발원조위원회 (Development Assistance Committee, DAC)와 협력 강화 촉구
- 비정부 이해관계자들이 비감염성 질환의 예방관리에 기여하는 방안을 강화하기 위해 '15년 말까지 민간 부문 및 NGO등의 기여 방안 및 우수 사례 등을 공유할 수 있는 플랫폼 마련에 합의
- 각국은 '17년 말까지 UN 사무총장 및 WHO가 합동으로 유엔 총회에 비감염성 질환의 예방관리 성과에 대한 보고서를 제출하도록 촉구

○ 비감염성 질환의 예방 및 관리 성과 검토를 위한 유엔 총회 고위급 회의('14.7)에서 다루어지지 못한 사안

- 결과 지표가 아닌 과정 차원의 지표(process indicators)의 개발을 통해 '17년 말까지 UN 사무총장 및 WHO가 합동으로 유엔 총회에 비감염성 질환의 예방관리 성과에 대한 보고서를 제출할 때 이를 활용하는 방안 고려

- 이에 대한 상반되는 입장으로서는 과정 차원의 지표 없이 현재 개발된 9개의 자발적 목표치 및 25개의 세부목표가 이러한 역할을 수행할 수 있을 것이라는 의견도 있음
- 상기 안전에 대한 국가간 합의가 이루어지지 못한 관계로 이에 대한 추가적 논의가 EB136 및 WHA68을 통해 이루어져야 할 것임

○ 비감염성 질환의 예방 및 관리 성과 검토를 위한 유엔 총회 고위급 회의('14.7) 이후 WHO의 역할과 과업

- '15 상반기까지 회원국을 대상으로 비감염성질환 예방관리를 위한 효과적인 정책 및 사례에 대한 정보 제공(Policy briefs)과 함께 '15 하반기에는 각국의 비감염성질환 담당관을 대상으로 국제 컨퍼런스 개최 예정
- 유엔 총회 결의안(A/RES/68/300)에 의거하여 비감염성 질환 예방 관리를 위한 유엔 기구간 TF(United Nations Inter-agency Task Force on the Prevention and Control of NCDs)를 통해 비감염성 질환과 연관성을 지닌 유엔 산하의 기구들 간의 협력과 조화를 도모할 예정
- 특히, 비감염성 질환에 대한 지표 등이 원조 대상국의 UN Development Assistance Framework(UNDAF)에 포함될 수 있도록 WHO와 UNDP가 이에 대한 지침을 '15 상반기에 개발 예정
- 비감염성질환과 mHealth를 위한 국제전기통신연합(ITU)과 WHO의 협력 프로그램인 "Be he@lthy, be mobile"을 확대, 강화 예정
- WHO는 비감염성 질환 예방 관리를 위한 글로벌 조정 기구(Global Coordination Mechanism)의 운영을 위해 별도의 사무국을 구성 하였고, '14년 하반기에는 회원국 정부와 비정부 이해관계자들의 협력을 도모하기 위한 두 개의 working group을 구성하고, '15년에는 의견 교류를 위한 웹기반의 플랫폼을 개발할 예정(EB136/11 Add.1에 관련 내용 구체화)
- 비정부 이해관계자들이 비감염성 질환의 예방관리, 특히 9개의 자발적 목표치에 기여하는 방안 및 우수 사례등을 등록 및 공유할 수 있는 레지스트리 또는 플랫폼 마련에 합의하고 '15말까지 개발 예정
- 비감염성 질환의 해결을 위한 다부문간 협력에 대한 국가적 차원의 지침(Framework for Country Action)을 Health in all policies 에 대한 Helsinki 선언에 기반하여 개발 예정
- 9개의 자발적 목표치 달성에 기여할 수 있는 비용효과적인 중재 방안 및 정책적 옵션을 새로운 근거에 기반하여 업데이트 하고 추가적으로 개발
- 각 회원국의 비감염성 질환의 통계역학적 및 예방관리 차원의 현황에 대한 WHO global

status report on NCDs를 2014, 2016, 2021년에 각각 최신의 업데이트 하여 발간 예정

- 상기 내용과 기타 비감염성 질환에 대한 국제적 협력에 대해 세계 보건총회, 유엔총회, 유엔경제사회이사회에 보고

○ 비감염성 질환 예방 관리를 위한 글로벌 조정 기구(Global Coordination Mechanism)의 2016-2017 운영 계획안(EB136/11 Add.1)

- 68회 세계보건총회에서 논의 및 채택을 위한 비감염성 질환 예방 관리를 위한 글로벌 조정 기구(Global Coordination Mechanism)의 2016-2017 운영 계획안에 대한 내용으로 5개의 목표를 달성하기 위한 활동을 상술하고 있음
- 1) 국제개발 아젠다로서 WHO 글로벌 액션플랜 2013-2020과 9개의 국제적 목표치를 달성하는 것의 필요성에 대한 옹호 강화를 위해 국제적인 캠페인 개발, 비정부 이해관계자와의 대화 체계 개발 등의 역할 수행
- 2) 글로벌 액션플랜 2013-2020과 9개의 국제적 목표치 달성을 위한 우수사례, 최신지견, 과학적 근거 등을 공유하고 전파하기 위해 웹기반의 플랫폼 개발
- 3) 감염성 질환 및 모성 건강의 정책 등에 주요 비감염성 질환 정책 등을 연계하기 위한 역할을 할 워킹그룹을 '16에 구성, 비감염성 질환에 대한건강이해능력(health literacy) 강화를 위한 워킹그룹은 '17에 구성하여 운영
- 4) 글로벌 액션플랜 2013-2020과 9개의 국제적 목표치 달성에 기여한 민간 부문 및 비정부 기관의 우수 사례 등을 등록, 관리 및 공유
- 5) 글로벌 액션플랜 2013-2020과 9개의 국제적 목표치 달성에 효과 적인 국제적, 지역적, 국가 및 지역사회 차원의 행정적 및 재정적 협력 모형의 발굴 및 공유

Annex1.

비감염성 질환의 예방 및 관리 성과 검토를 위한 유엔 총회 고위급 회의('14.7) 결과 채택된 유엔 총회 결의안(A/RES/68/300) 주요 내용

- 2011년의 만성질환 예방관리를 위한 정치적 선언문을 지지하고 만성질환이 건강 뿐 아니라 개발 전반과 연관된 문제이며 건강형평성을 악화시키는 중대한 이슈임을 인정
- 주요 만성질환인 심혈관질환, 암, 당뇨, 만성호흡기질환은 네가지의 위험요인인 흡연, 음주, 건강하지 못한 식습관 및 신체활동 부족과 연관되어 있다는 점을 재확인하고 또한 소아 비만의 문제가 심각함을 인정

- 신경정신질환의 부담이 전세계적으로 높고 만성질환 부담에 기여함을 인정
- 2011년 모스크바에서 개최된 제1회 만성질환과 건강생활습관에 대한 보건장관회의에서 채택된 모스크바 선언과 함께 만성질환에 대한 각종 지역적 선언을 지지함
- 만성질환에 대한 국제적, 국가적 노력의 방향을 제시해 줄 수 있는 WHO 글로벌 액션플랜 2013-2020과 9개의 국제적 목표치의 개발을 환영하며 지지함
- UN Interagency Task Force on NCDs, WHO Global Coordination Mechanism on NCDs의 역할을 기대함
- 2011년의 정치적 선언문 이후 국제적인 공조와 국가적 노력의 결과 많은 성과가 있었으나 그 성과는 불충분하며 국가 간 일정하지 않음
- Framework Convention on Tobacco Control(FCTC)의 강력한 이행이 요구되며 WHO 글로벌 액션플랜 2013-2020에 제시된 만성질환의 예방관리를 위한 비용효과적 방안("best buys")의 개념과 내용은 가치가 있고 향후 적극적으로 적용해야 할 것임.
- 향후 각국은 비감염성 예방관리에 대한 글로벌 전략 2013-2020의 목표치를 반영한 국가적 차원의 비감염성 질환 관리 목표를 설정하는 것을 고려해야 함
- 또한, 비감염성 질환의 목표 달성을 위해 다부문간 협력과 파트너십 형성을 주요 전략으로 활용하여 보건 분야를 넘어선 사회의 각 분야에 건강과 보건의 개념이 포함될 수 있도록 인식의 전환이 필요함
- 각국은 WHO의 비감염성 질환에 대한 글로벌 전략 2013-2020에서 제시하는 효과적인 정책 옵션을 최대한 활용하여 비감염성질환의 사회적 결정요인 및 위험 요인 감소하려는 노력을 기울여야 함
- 각국은 보편적 건강 보장, 생애주기적 의료서비스 등 자국의 보건 의료체계를 비감염성 질환에 적합한 구조로 강화 및 개편을 고려해야 함

11. 폭력과 건강에 대한 글로벌현황 보고

□ 논의 경과

- WHA 67.15 결의안에서 WHA는 Director General에게 아래의 사항들을 요구함.
 - 폭력이 (특히 여성, 아동대상 폭력) 건강에 미치는 영향, 위험성, 보호방법에 대한 과학적 근거 마련
 - 폭력과 관련된 성, 생식건강에 대해 건강보건제도의 기술 지원

- 폭력과 건강에 대한 전 세계적 현황 보고서와 사업 계획 최종 결론
- WHO 와 WHO파트너는 여성대상 폭력에 대한 협력 작업 중에 있음. 여성과 폭력의 문제에 있어 의료기관의 역할에 대하여 강조함.

□ 주요내용

○ 과학적 근거 마련

- WHO 처음으로 매커니즘별로 구분한 살인률 통계자료 마련함.
- London School of Hygiene and Tropical Medicine 에서는 파트너에 의한 폭력과 살인에 대한 비율을 계산함.
- 전 세계적으로 3명중 1명의 여성이 육체적 또는 성적 폭력을 경험함.
- 통계자료는 폭력이 여성의 정신적, 육체적, 생식, 성적 건강에 막대한 피해를 입힌다는 것을 보여줌
- 폭력이 건강에 미치는 영향에 대한 과학적 근거를 마련하기 위하여 많은 국가들은 여성에게 미치는 파트너의 폭력과 성적폭력에 대한 데이터를 모으고 있으며 WHO는 이 국가들에게 아래와 같은 지원을 줌.
 사무국은 데이터 모집하는 기존 도구들을 업데이트시키고 새로운 도구들을 마련함.
 사무국은 국가들이 데이터 및 자료를 모으는데 역량을 늘릴 수 있도록 지지함.
 사무국은 폭력재발 방지 프로그램에 대한 근거 데이터를 업데이트하며 무료로 온라인 제공을 함.
- 사무국은 아동학대와 성장에 대한 의식을 널리 알리기 위한 노력을 하고 있으며 아동학대 방지와 같은 전략에 대한 아젠다를 검토하고 있음.

○ 기술지원 관련

- 많은 국가들은 각 국가의 건강 분야 초안, 도구, 보건인력인들을 위한 커리큘럼, 의료 서비스등 이 여성 폭력 피해자에 대한 부분을 더욱 개발하고 업데이트하고 있음.
- 사무국은 3개의 아동학대 방지를 위한 양육프로그램과 적은 자원으로 모성건강을 향상시킬 수 있는 프로그램을 개발하고 테스트 하고 있음

○ 세계적 현황 보고서

- 2014년 12월 11일에 사무국은 UNDP와 UN Office on Drugs and Crimes와 함께 세계적 폭력 방지 보고서를 제출함. 본 보고서는 폭력과 건강 세계보고서 (World Report on Violence and Health)의 권고사항들을 적용하기 위한 국가적 노력에 대하여 기재함.

- 폭력과 건강에 관하여 국가적 실행 계획 (action plan)은 종종 국가적 조사가 없이 존재하는 경우가 있음. 정책수립과 계획에 데이터의 근거가 없이 진행되었다는 것을 알 수 있음.
- 국가적 차원에서의 권고사항은 다음과 같음.
 - 현 문제에 대한 사실적 근거를 마련하기 위하여 데이터 수집 향상
 - 데이터를 기반으로 한 국가적 실행 계획 마련
 - 기존하는 법령 강화와 기존 법령의 질 검토
 - 폭력방지를 위한 역량 수립
- 지역적 차원에서의 권고사항은 다음과 같음
 - 세계적 폭력방지 어젠다 강화
 - 통합된 폭력방지 프로그램지지

12. 간질의 세계적 부담 및 국가별 조율 활동의 필요성

□ 주요내용

- 1997년에 WHO와 2개의 국제 비정부단체는 (International League Against Epilepsy, International Bureau for Epilepsy) 간질에 대한 인식 제고 및 관리를 개선하고 간질의 영향을 줄이기 위한 노력을 강화하기 위한 Global Campaign Against Epilepsy: Out of the Shadows을 진행함
 - 2005년에 WHO는 정신 및 신경학적 관리에 대한 관련 정보를 편집하여 발표하였고, 2008년에는 WHO Mental Health Gap Action Programme을 진행하였음
- 간질의 공중 보건 측면에 대한 지역 회의를 통해 각 지역 보고서는 간질에 대한 공공교육, 입법 개혁, 연구 투자, 간질 협회 및 조직에 대한 지원, 정보교류, 지역 사회 기반의 제어 및 예방 프로그램에 대한 필요성을 강조함
- 2011년에 아메리카 지역사무소는 the Strategy and Plan for Action on Epilepsy for 2012-2021 시행을 위한 승인을 하였음.
 - the Strategy and Plan for Action on Epilepsy for 2012-2021: 이 전략은 간질 환자의 인권 보호를 위한 프로그램 증진과 입법 추진의 필요성을 포함한 간질에 대한 우선순위 영역을 정의함 - 의료서비스의 네트워크 구축, 일차 보건의료 및 항 간질 약물의 제공, 간질 환자 및 그 가족을 포함한 일반 대중 교육, 그리고 간질 관련 정보의 생성과 접근성 강화가 포함됨
- 또한, 2011년 유럽의회는 간질에 대한 서면 선언을 승인함. 선언문은 유럽 위원회와 의회에

게 간질의 예방 및 조기진단을 위한 간질 치료 분야의 연구 혁신을 장려하고, 유럽 전역에 걸쳐 상당한 부담을 주는 간질을 주요 질환으로 우선시하며, 간질 환자들의 삶이 일반인들과 동일하게 보장받기 위해 교육, 고용, 대중교통 및 공공 보건 의료에 대한 접근성을 보장을 위한 효과적인 조치를 장려하기 위해 모든 주요 유럽 국가 정책에 효과적인 건강 영향 평가를 권장함. 이 선언문은 유럽 연합 (EU) 회원국에게 모든 간질 환자들의 권리를 보호하기 위한 적절한 법안 도입을 요청함

○ 국가별 단계에서 세계 공중보건 이슈인 간질의 치료 및 예방을 위해 취해야 할 행동은 다음과 같음.

- 효과적인 리더십과 지배구조 강화
- 간질 치료의 제공 개선
- 일차 보건 의료에 간질 관리 통합
- 의약품에 대한 접근성 증가
- 간질 예방을 위한 지원 전략
- 간질에 대한 대중의 인식과 교육 증가
- 건강 정보 및 감시 시스템을 강화
- 간질 연구에 대한 투자 개선 및 연구 능력 향상
- 시민 사회 및 다른 파트너와 공동 작업

13. 새천년개발목표 성과 모니터링

□ 논의 경과

- (2010년 UN 총회) MDGs의 이행에 관한 WHO의 역할 강조, 보건관련 MDGs 4, 5, 6에 대한 이행 점검 요청
- (제63차·제64차 WHO 총회) 각 회원국의 보건관련 MDGs 이행상황을 점검·개선 방안 마련 권고
- (제130차 집행이사회) 이사국의 MDGs 이행상황에 대한 모니터링 결과 보고, 특히 MDGs 4, 5의 이행 부진 지적 및 이행 강화 촉구 결의 채택 건의
- (제65차 WHO 총회) Universal Health Coverage를 주제로, 보건관련 MDGs 달성 모니터링을 주요안건에 포함 논의
- (제132차 집행이사회) 2015년 이후 보건의제 수립 준비. 지속가능한 개발이라는 전제조건으로 접근하여 보편적 의료보장을 통한 빈곤퇴치 가능

- (제66차 WHO 총회) DG에게 '13년 각 지역 총회에서 논의 후 제134차 집행이사회에 보고서를 제출할 것을 요청
- (제134차 집행이사회) MDGs 달성 관련 정부간 협상 과정('13.9월)을 포함한 보고서 초안 검토

□ 총괄요약

- 최근 10년 동안, 전례 없는 아동사망률 감소, HIV/AIDS, 말라리아 및 폐결핵 유행 억제 등 건강관련 MDGs 성취도 제고
- 그러나, 지속적인 MDGs 목표 달성을 위한 신생아 사망률 및 사생아 출산을 감소 노력이 요구
- 본 보고는 의제(WHA63.24, WHA64.13, WHA63.17, WHA58.31) 관련, 여성, 산모건강, 신생아, 아동건강 관련 성과와 논의과제를 요약

□ 주요 내용요약

- MDGs 성과 모니터링: MDGs Target 1.C
 - Target.1: Eradicate extreme poverty and hunger
 - 영양부족은 5세 미만 아동 사망과 깊은 관련성을 가짐. 1990년-2012년 동안 개발도상국 저체중 아동의 17-28% 감소 효과 달성
- MDGs 성과 모니터링: MDGs Target 4.A
 - Target.4: Reduce child mortality
 - 5세 미만 아동 사망률은 1990-1995년 기간 중 년 1.2% 수준에서 2005-2013년 기간에는 년 4.0% 수준으로 감소. 전체 기간 동안 49% 감소. 5세 미만 아동 사망의 직접적 원인으로서는 조산(15%), 급성기 호흡기감염(15%), 질식(11%), 설사(9%), 말라리아 감염(7%), 신생아 감염(7%)
 - 신생아 사망률은 1990년 470만명에서 2013년 280만명으로 39% 감소. 신생아 사망의 80%가 저체중 출산과 연관성을 가짐
 - 12-23개월 영유아에 대한 2013년 홍역예방접종률은 84% 수준
 - 2014년 제67차 총회에서 신생아 및 산모 사망률 감소 노력 합의 이후, 국가 별 신생아 보건계획 수립 및 실행계획 마련
 - 폐렴, 설사 예방·억제를 통해 5세 미만 아동 사망의 주요 원인을 통제하고 사망률 감소를 유도하고자 함

○ MDGs 성과 모니터링: MDGs Target 5.A

- Target.5: Improve maternal health
- 임신·출산 중 여성 사망률은 1990년, 523,000명에서 2013년, 289,000명으로 45% 감소하였으나 목표에는 미치지 못하였음. 산모사망률은 1990-2013년 기간 중 연 2.6% 감소, 최근 10년 동안에는 감소율이 큰 폭으로 상승. 산모사망 관련 산부인과적 직접원인은 출혈, 임신 중 고혈압, 패혈증 등이며, 4명 중 1명은 당뇨, HIV, 말라리아, 비만 등의 의학적 상태와 관련
- WHO와 협력기구는 Post-2015 산모사망률 감소목표 논의. 2030년까지 사망률 10만 명 당 70명 이하, 세계 평균 산모사망률의 2배가 넘는 국가가 없도록 하는 목표를 마련. 이를 위해 첫째, 산모, 신생아 보건의료서비스 수준 개선과 접근성 해소, 둘째, 보장성 확대 및 강화, 셋째, 사망원인 관리, 넷째, 여성의 보건의료 요구에 부응하는 보건의료체계 강화, 다섯째, 형평성과 보건의료 향상을 위한 책임 증대를 제시

○ MDGs 성과 모니터링: MDGs Target 5.B

- Target.5: Improve maternal health
- 개발도상국 15-49세 여성의 피임률은 1990년 52%에서 2012년 63%으로 개선되었으나 임신은 원하지 않지만 피임은 하고 있지 않은 비율이 12%
- 매년 약 1600만 명의 미성년 여성이 출산. 미성년 여성의 임신·출산은 유아건강 문제에 영향. 제67차 총회에서 청소년 보건문제 지침사항 제시
- WHO는 청소년 여성의 조기임신 예방, 개발도상국 조기임신 문제 공유 등 생식건강 개선을 위한 지침사항을 제공
- 2014년 9월, 'Every woman, every child: a post-2015 vision' 발간을 통해 2016-2030년 기간 동안 산모사망률, 신생아 사망률, 청소년 사망률 감소목표 제시

○ MDGs 성과 모니터링: MDGs Target 6.A

- Target.6: Combat HIV/AIDS, malaria, and other disease
- HIV 감염자 수 감소 (2009년 250만 명에서 2013년 210만 명)
- 2013년 말 1,290만 명이 항레트로바이러스제 치료를 받았으며 이중 1,170만 명은 중저소득 국가에 속해 있음
- HIV 사망자 수는 2005년 230만 명 수준으로 정점에 도달한 이후 2013년 150만 명으로 감소, 감염 생존자 수도 증가하는 추이를 보임

○ MDGs 성과 모니터링: MDGs Target 6.C

- Target.6: Combat HIV/AIDS, malaria, and other disease
- 말라리아 발생률은 2000-2012년 기간 동안 29%, 사망률은 42% 감소. 감염진단과 치료, 위생관리 등의 성과로 판단. 2012년에는 말라리아 감염자 2억7백만 명 중 627,000 명이 사망
- 폐결핵 발생자 수는 2000-2013년 사이 연평균 1.5% 감소. 사망률은 1990년 이래로 45% 감소하였으며 유병률은 같은 기간 41% 감소. WHO 6개 권역 중 3개 권역에서는 폐결핵 발생률, 유병률, 사망률 감소 목표를 달성
- 2020년까지 아프리카 수면병(African trypanosomiasis), 림프관사상충증(Lymphatic filariasis) 등을 공공보건문제로서 퇴치 목표로 설정

○ MDGs 성과 모니터링: MDGs Target 8.E

- Target.8: Develop a global partnership for development
- 공공보건 영역에서의 의약품 부족. 상당수 인구가 민간부문의 고가 의약품 사용에 노출된 상황. 2007-2013년 기간 동안 21개 저·중소득 국가 대상의 조사결과에 따르면 공공 부문에서 사용 가능한 필수약품은 55% 수준. 저소득 국가 환자의 의약품 지출비용은 국제적 가격 수준과 비교하여 약 2배 수준으로 파악

14. 보건과 환경

14.1 대기오염이 건강에 미치는 영향

□ 논의 경과

- 135차 집행이사회에서 보건과 환경에 대기오염을 포함시키기로 결정
 - 대기오염과 건강의 연관성, 대기오염이 건강에 미치는 영향, 타분야를 포함하는 대기오염 건강에 대한 예방·관리·완화 방안 제시

□ 대기오염과 건강의 연관성 및 건강에 미치는 영향

○ 배경

- (현황) 매년 실외 대기오염으로 370만명, 실내 공기오염으로 430만명이 사망하고 있음
- (원인) 대기오염의 원인은 인간의 활동 : 연료 사용, 전기 생산, 교통, 도시개발, 산업화, 쓰레기연소, 산불 등
- (특징) 대부분의 국가에서 유병 및 사망률을 증가시키고 있으나 건강피해는 불평등하게

나타남

※ 빈곤으로 인한 불평등(슬럼, 도로주변, 공장근처 거주 등) 및 성·연령(어린이) 등

○ 대기오염이 공중보건에 미치는 영향 현황

- (영향) 뇌졸중, 심장질환, 호흡기질환, 암 등 비감염성질환과 임산부와 어린이의 건강에 강한 영향을 미치며, 뇌졸중과 허혈성 심장 사망의 1/5는 대기오염이 주요 위험요인
- (실외오염) 심장질환과 뇌졸중 사망자 80%, 호흡기질환 사망자 20% 증가,
- (실내오염) 급성호흡기질환(어린이), 만성폐쇄성폐질환, 심장질환, 뇌졸중 증가

※ 5세이하 어린이의 폐렴 사망의 50%이상은 가정 내 연료사용이 원인

- (발암) IARC는 미세먼지(PM 2.5)를 폐암을 일으키는 발암물질로 지정

※ 석탄(실내 대기오염물질)과 디젤(실외 대기오염물질)가스를 이미 지정

- (특징) 단기 노출보다 장기노출로 인한 영향이 더 큰 것으로 보고되며 질병 발병 뿐 아니라 기존질환을 악화시킨다는 결과가 지배적임

□ 대기오염 건강에 대한 예방·관리·완화 방안

○ 대기오염 저감정책과 건강예방·관리 정책 관계

- (특징) 건강문제는 대기오염 저감정책에 의존하지만, 실제 존재하는 대기오염은 여러 오염원이 함께 존재하므로, 각 오염물질별 감소정책이 아니라 복합적으로 접근 필요
- (보건분야 활용방안) 국가 또는 지역단위에서 대기오염 저감정책(특히, 단위 물질에 대한)을 실시했을 때, 저감정책의 효과, 관계정도, 기여정도 등을 평가하는데 건강피해의 결과로 제시할 수 있음

○ 보건분야의 대기오염 건강예방·관리 정책

- (현황) 보건분야에서 대기오염으로 인한 건강영향을 예방·관리하기 위한 정책이 시작되고 있음
- (필요성) 대기오염관리 분야에서, 기존에 실시한 오염물질의 저감 정책에서 건강에 미치는 영향을 예방하는 것으로 최종목표가 수정되고 있는 상황
 - 정책의 목표를 달성하기 위해서 건강영향 평가 도구를 이용하여 정책의 효과를 평가하고 정책결정자에게 결과를 제공할 필요가 있음
- (정책사례) 대기오염물질 저감정책에서 정책의 우선순위 선정에 활용

※ 태양광, 풍력 등 청정에너지 개발 또는 교통, 산업, 가정연료 분야에서 활용되는 다양한 정책의 우선순위 선정에 활용

□ 대기오염과 건강이슈 현황과 회원국의 역할

- (정보제공) 보건분야는 국제적, 국가적, 지역적 다양한 수준에서 실시된 대기오염 정책의 결과를 평가할 수 있는 건강영향평가의 정보를 제공하여 대기오염으로부터 질병을 예방하기 위한 타 분야와의 협력에 참여

○ 보건분야의 역할

- (통계생산) 국가단위의 건강통계(이환율, 사망률, 의료서비스이용비용 등)를 대기오염원, 또는 그 원인(전기 생산, 교통, 냉난방, 조리 등)과 관계된 자료와 연계 분석하고 결과를 제공

※ 건강에 미치는 위험·이익과 관련된 다양한 분야의 정책과 중재와 관련된 증거자료 생산

- (모니터링강화) 대기오염과 관련된 건강 통계의 모니터링 강화(대기 질, 기상·기후와 건강 자료의 연계)와 건강에 기여하는 대기오염 건강영향 지표 발굴

※ 대기오염과 관련된 건강 지표의 새로운 개발 및 기존 시스템과의 연계 강화

- (중재) 위험요인에 대한 중재의 효과를 분석하고 가장 건강에 이익이 되는 중재방안 발굴 (기존의 건강영향평가 방법 활용, 법과 정책 등 정리)
- (건강외교) 국제·국가·지역별 건강의 관점에서 최대의 효과를 만들어내기 위하여 오염물질 배출관리 등 다른 분야 정책과 협조
- (연구지원) 대기오염 피해를 줄이기 위한 중재 효과 평가 우선지원
- (소통강화) 다양한 분야의 폭넓은 소통

○ 사무국에서 제안하는 회원국의 역할

- (가이드라인) 실내/실외 대기오염 관련된 국가, 지역, 전 세계적인 기준, 가이드라인의 개발 및 갱신
- (국제적 모니터링) 1600개 도시대상 가정용 연료에 대한 모니터링 실시
- (기타) 모범사례 강조, 타분야(에너지, 연료, 지속가능에너지 등) 소통을 위한 포럼 개최

○ WHO의 대기오염 보건분야의 능력·영향력을 강화하기 위한 회원국 지원

- (경험과 교훈의 공유) 대기오염 감소와 건강개선을 위한 효과적인 정책과 중재방안 생산
- (모니터링·보고) 국가·지역별, 인구집단을 세분화하고 체계화하여 실내외 대기오염으로 인한 질병 또는 건강피해 발생현황 공유
- (역량강화와 기술지원) 대기오염 정책에서 건강을 가장 중요한 정책으로 선정하는 방법과 대기오염으로 인한 질병부담 산출방법 등
- (리더쉽 강화) 기후변화, 지속가능 에너지 등 국제적 차원의 폭넓은 참여

- (증거생산) 대기오염 감소로 인한 의료혜택 및 목표와 전략에 대한 기준설정 및 영향을 미치는 증거의 지속적 생산

14.2 기후와 건강: WHO 컨퍼런스 결과

□ 논의 경과

- (주요내용) 「건강과 기후 컨퍼런스(제네바, 8월 27~29일)」 결과보고 및 기후와 건강에 대한 WHO의 작업계획(work plan) 진행경과
- (진행경과) 「건강과 기후 컨퍼런스」는 제61차 WHO 총회(2008)이후, 가장 중요한 진행사항
 - 제61차 총회(2008년) : UNFCCC 프로그램 이행을 위하여 기후변화와 건강에 대한 WHO 역할 강조 및 기술지원을 위한 실행계획(Work plan) 제안
 - 제62차 총회(2009년) : 기후변화와 건강 실행계획 목표, 사업 분야 선정
 - 제63, 64, 65, 66차 총회 : 실행계획 이행상황 경과보고서 제출
 - 제67차 총회(2014년) 주제 「기후변화와 건강의 연계」 선정
- ※ 대기오염으로 인한 질병부담 추가(2014년) : 지속가능한 교통과 온실가스의 감소는 기후변화에 긍정적 영향을 미치는 것과 동시에 건강에도 이익을 줌

□ 「건강과 기후 컨퍼런스(The WHO conference on health and climate)」

- (목적) 건강과 지속가능개발에 대한 증거, 도구, 정보에 대한 최신동향 및 UN 기후정상회의(2014, Sep, 23)과 UNFCCC(2014, Dec) 회의에 보건부장관 참여 독려
 - (참여현황) WHO 96개 회원국 400여명(25명의 장관 포함) 및 WMO, UNFCCC, 시민사회단체, 전문가 등 참석
 - (특징) WHO 최초의 'green meeting' & '탄소중립 회의' 진행
- (기후변화현황) 온실가스 배출이 현재 상태로 지속될 경우 2100년까지 지구는 평균 4℃ 상승, 최소 연간 250,000명이 추가로 사망할 것으로 예측
 - 금세기 중반까지 폭염과 화재의 강도가 세어져 식량생산이 감소하고, 영양 결핍, 취약계층의 노동생산력 감소, 식품·수인성·매개체 감염병 증가
- (기후변화 공중보건 필요성) 새천년 개발계획과 Post 2015 지속가능개발 아젠다와 연계하여 자원부족, 인구이동으로 충돌로 인한 유병률 증가, 경제성장의 둔화, 빈곤의 악화, 부의 불평등, 성별 불평 등 위험 발생 대비

－ 기후변화로 인한 위험에 대비하는 사회와 환경 전반적인 체계 강화와 강력한 공중보건체계 필요

○ (타분야연계) 타분야의 친환경적·지속가능 정책, 즉 재생에너지, 효율적인 연료소비정책은 대기오염물질을 감소시키고, 결과적으로 비감염병의 위험을 감소시켜 질병부담 및 건강 개선 효과

※ 타분야 : 가정에너지, 전기발전, 교통, 도시계획, 토양이용, 빌딩, 식량, 농업 등

○ (보건분야 온실가스감축) 보건분야의 다양한 실천을 통하여 탄소배출을 줄일 수 있는, 온실가스 배출감소, 에너지 효율증가, 신재생에너지 전환, 친환경 상품 사용 및 재사용 등으로 서비스를 개선시키는 동시에 탄소배출 최소화 방안 마련 필요

－ 선진국의 경우는 보건분야가 에너지의 주요 소비자이며 빈곤국은 에너지 공급이 부족

※ 예 : 자원공급전략, 자가발전 병원, 저탄소 에너지 공급 등

○ (의의) 보건 총회에서 UNFCCC에 걸쳐 현재의 경험과 역량, 중요성과 도전과제를 공유하고 앞으로 WHO가 이 분야에서 주도적인 역할을 할 것이라는 의지를 보여줌

□ 기후변화와 건강 작업계획(Work plan on Climate change health) 수정·보완

○ (주요 수정내용) 기후변화, 기후요인으로부터 건강회복력 강화 시스템, 장기간 기후변화에 적응하기위한 적응역량의 개선에 대한 평가 및 대기오염으로 인한 질병부담 감소 영향평가, 개선방법에 대한 방안 등

－ (건강형평성 강조) 저소득, 어린이, 노인을 가장 취약한 인구집단으로 규정하고, 기후변화로 인한 취약인구집단별 대응에 영향을 미치는 성·사회적 결정인자에 대한 강조

○ (세부내용) 유엔의 건강분야 주도 역할 강조, 기후변화와 보건시스템의 탄력성 확대를 위한 인식고취, 과학적 근거창출, 공중보건의 기후변화 대응을 위한 정책과 기술 제공 등에 대한 일부내용 수정

－ (협력체계) 인식제고를 위하여 NGO, 연구센터와 협력하고 자금조달을 위하여 개발은행과 협력하는 등 각각의 능력을 활용한 협력체계 구축과 UN의 광범위한 조직을 활용한 리더쉽 강조

－ (인식고취) 기후변화의 감축에 대하여 WHO 네트워크를 활용한 적극적 참여가 필요하며, 온실가스 감축정책으로 인하여 건강에 이익이 되는 건강과 기후변화와의 연계에 대하여 강조

※ 도구개발, 안내서, 훈련프로그램 개발로 정책결정자 지원 필요

－ (과학적 근거) 기후변화로 인한 건강피해의 국제적 평가, 감축정책으로 인한 건강이익에

대한 정보생산

- (정책·기술 제공) 보건분야는 기후변화로 인한 회복력 증가를 위하여 중재방안의 개발 강화하고 타분야(환경·사회요인, 대기질, 수질, 재해 등)는 보건분야의 역할을 강조
 - (역량강화) 극한기상과 대기오염에 대한 기술개발, 훈련제공, 감시체계 강화, 조기경보 시스템 개선 등
 - (시범사업) 건강과 관련된 분야(수질, 위생, 농업, 에너지정책 등)에 대한 정책 근거를 제공하고 건강 중심의 새로운 접근방법에 대한 시범사업 실시
 - (재원·안내) 기술지원을 위한 재원과 가이드스 지원
 - (지표개발) 국가 간 이행정도를 파악할 수 있는 지표를 개발하고 체계적으로 수집, WHO 본부에 보고될 수 있도록 함
- (향후보완) 관련기구 보고 및 상기 언급된 지표에 의하여 지속적으로 평가

15. 청소년 보건

□ 논의 경과

- (제42차, 총회) 청소년 보건문제와 관련된 논의 수행, 청소년 보건문제 개선논의를 위한 의제(WHA42.41) 채택
- (제64차, 총회) 1989년 의제 채택 이후 점진적 개선 논의를 위한 의제(WHA64.28) 발의
- (2014년, 총회) 청소년 보건문제 개선을 위한 의제 내용의 채택 이후, 2014년 보다 강화된 내용을 담고 WHA67.8에 포괄적 협력적 역할 이행을 강조, WHA67.15에서는 여성, 소녀, 아동에 대한 정신건강, 장애, 폭력문제에 대한 강력한 대응을 촉구

□ 주요내용 요약

○ 종합논의

- 청소년기 건강행태는 개인의 생애주기 전반에 걸쳐 영향을 미치며, 가족, 소속집단, 국가 차원의 보건문제에 미치는 영향이 크다는 점에서 청소년 건강문제가 중요. 저소득 국가에서 청소년 인구는 높은 출산율의 영향으로 전체 인구에서 약 20% 이상을 구성
- 2012년, 10-19세 연령의 직접 사망원인으로는 자해, HIV 감염, 폭력 등이 파악되고 있음
- 청소년 HIV 감염자 사망률이 더욱 증가하는 추이, 이는 전체 HIV 감염자 사망률이 감소하는 것과 상반되는 경향이며, 아프리카 지역에서 두드러지는 현상을 보임
- 2014년 보고서를 통해 채택 의제의 실행경과 보고. 1989년 청소년 건강과 관련한 의제

(WHA42.41)를 채택하고 2011년에는 청소년 건강과 위해요인을 의제(WHA64.28)로 채택

- 청소년 보건 관련 요인으로서 알코올 섭취, 흡연, HIV/AIDS, 정신건강, 영양문제 폭력과 생식보건 문제를 제시
- Post-2015에서 청소년 건강증대와 관심의 필요성을 주요 논의주제로 선정. 최근 여러 국제개발 관련 기구(UNESCO, World Bank, UNICEF, UNEPA)에서 청소년 문제에 관심을 언급
- 최근 WHO 온라인 보고서에서는 청소년 보건문제 개선을 위한 포괄적 운영계획, 측정 가능한 성과지표 도출, 국가별 중재전략 지원 방안 제시

○ [지역별 청소년 주요 사망원인]

- Americas 권역의 저소득 혹은 중간소득 국가에서는 폭력에 의한 남성 청소년 사망이 3명중 1명에 이름
- 고소득 국가의 경우 청소년 5명 중 1명이 교통사고로 사망
- Eastern mediterranean 권역의 중·저소득 국가에서는 5명중 1명의 남성 청소년이 전쟁과 분쟁으로 인해 사망에 이름
- South-East Asia 권역의 여성 청소년 6명 중 1명은 자살로 사망
- African 권역에서는 청소년 6명 중 1명이 HIV에 의해 사망

○ 청소년 보건문제 개선 방안

- 청소년 보건문제 개선을 위한 기초적인 국가계획을 공유하고 주체 기관과의 역할 설정
- 청소년 건강증진 제도·정책의 기본 운영방향으로 "HELPS" 가이드 제시
 - Health service, 예방과 치료의 신체적 정신과적 접근을 가능을 하기 위한 보장성 확대
 - Eating, 적정 영양균형을 위한 식이습관 개선. 저영양, 비만, 빈혈 예방
 - Living, 육체적, 감정적으로 안정적이고 지지받는 환경
 - Physically active, 금연, 연령에 맞는 안전한 음주
 - Safe sexual debut, 준비되고 안전한 성생활
- 청소년 건강에 영향을 미치는 직접적인 중재요인 탐색. 청소년 건강문제를 감소시킬 수 있는 정책프레임 설계 노력
- 사무국 차원의 3가지 실천전략 제시. 첫째, 초기 설계단계에서의 국가별 협력을 통한 자료수집과 분석, 둘째, 회원국가와 협력파트너들과의 조력을 통한 세부 실행방안 수립과

논의, 셋째, 초기 설계 단계에서 회원국가 사이에서의 시범사업과 수정 단계를 거쳐 2016년 제69차 총회를 통해 검토

16. 여성과 건강

□ 논의 경과

- (1995년, 북경선언) 제4차 세계여성회의에서는 북경선언을 통해 여성의 건강증진을 양성평등과 여성 권리향상을 위한 12개 실천과제 중 하나로 선정
- (제67차, 총회) 2014년, 보다 강화된 개선내용 반영. WHA67.8에 포괄적 협력적 역할 이행을 강조. WHA67.15에서는 여성, 소녀, 아동에 대한 정신건강, 장애, 폭력문제의 강력한 대응을 촉구

□ 주요내용 요약

○ 완료되지 못한 실천과제

- 건강에서의 남녀 불평등성 극복은 여전히 해결해야 할 정책의제로, 북경선언 이후 각 국가들의 지속적인 노력에도 불구하고 저소득 국가 여성을 비롯한 모든 국가의 차상위계층 여성 건강문제는 여전히 심각한 수준으로 남아 있음.
- 북경선언이 채택한 의제의 이행을 위한 지속적인 노력을 요구함에도 불구하고, 영양상태, 성건강, HIV/AIDS, 여성폭력 문제 등의 해결을 위한 노력이 더딤.
- 전 세계적으로 2억2천2백만 명 정도의 여성이 현대적 피임법과 관련한 필요를 충족시키지 못하고 있고, 저·중소득 국가 15-44세 여성의 1/3은 불안정한 성생활에 노출되어 있으며, 생식보건과 관련하여 사망과 장애를 경험하고 있다고 보고됨.
- 산모사망률은 1990-2013년 기간 절반수준으로 낮아 졌으나, 새천년개발목표인 75% 절감 수준에는 미치지 못하고 있으며, 임신 중 사망은 289,000명으로 여전히 높은 수준임.
- 2013년, HIV 신규감염자의 60%가 15-24세 여성이며, 폐결핵 합병증은 저소득 국가 20-59세 HIV 감염 여성의 주요 사망원인임.
- 15-49세 여성 3명 중 1명은 신체적 성폭력을 경험하고 있는데, 이는 그들의 건강에 단기·장기적인 영향을 미치고 있음.
- 개발도상국가(중국 제외) 여성 3명 중 1명은 18세 이전에 결혼하는데, 이는 여성과 아이 건강에 부정적 영향을 미칠 수 있음.

○ 여성 건강문제와 관련한 새로운 이슈

- (청소년기 여성의 임신과 출산) 청소년기 여성의 임신과 출산은 특히 저소득 국가에서 심

각한 문제로, 산모사망, 낙태, 태아사망과 영유아 건강문제, 저체중 출산 등과 연결되어 이에 대한 관심이 필요

- (저소득 국가 산모의 비전염성 질환 관리) 2012년 저소득 국가 30-70세 여성의 82%가 비전염성 질환에 의한 조산을 경험하며, 이는 선진국의 15-59세 여성과 비교해 높은 발생률임.
- (비만관리) 여성은 일반적으로 남성과 비교해 신체활동량이 적을 수 있으며, 유럽과 아메리카 지역 여성의 50% 이상은 과체중임.
- (산모흡연 억제) 세계적으로 흡연은 여성의 비전염성 질환 발생 원인의 9%를 차지하며, 산모흡연은 사산 등의 위험을 초래함.
- (산모의 과음, 불법약물, 항정신성 약물 억제) 임신 중의 과음, 불법약품, 항정신성 약물 복용이 세계적으로 증가하는 추세를 보이고 있음.
- (만성 폐쇄성 폐질환 억제) 만성 폐쇄성 폐질환은 여성 노인에게 유해영향이 특히 큰 질환으로, 저소득 국가에서는 실내난방, 요리 시 발생하는 실내오염이 주요 위험 인자가 되고 있음.
- (교통사고 억제) 교통사고는 전 세계적으로 청소년기 혹은 가임기 여성의 5대 사망원인 중 하나임.
- (여성의 암 조기검진 실천) 암 조기검진은 치료 후 경과와 임상적 효과에 지대한 영향을 미치는 요소로서 조기검진의 접근 불평등성은 세계적으로 주요한 이슈로서 여겨지고 있음.
- (정신장애, 자살예방) 자살은 20-59세 여성의 직접적인 사망원인 중 하나로서 여성이 남성과 비교해 우울에 민감한 것을 고려할 때 심각성이 크다고 할 수 있음. 또한 정신장애 유형에서도 여성과 남성이 차이를 보이고 있으며, 저소득 국가 여성은 남성에 비해 정신과적 진료 및 치료가 낮은 수준임.
- (노인 여성의 사회의료서비스 제도 확충) 노인 인구 중 여성의 비중이 높으며, 고령인구의 가난위험, 양질의 의료 및 요양서비스 접근성 제한, 치매 등 의료적 문제를 경험하는 가능성이 높아 이들에 대한 제도적 접근이 필요

○ 보건의료체계 대응

- 북경선언 채택 의제 실행을 위한 장애요인 제거 노력 필요
- (여성 건강과 관련한 구조적 결정요인) 성별에 따른 생물학적 요인은 연령, 인종, 성별에서의 불평등과 상호작용을 통해 여성의 건강위험요인 노출, 질병경험과 보건의료 이용 유형을 형성

- (접근성의 불평등 문제) 많은 국가에서 여성은 여전히 양질의 의료서비스 이용 접근성에서 불평등 문제를 가짐. 심혈관질환의 경우 성별에 따른 위험요인이 유사하나 남성에 비해 여성의 사망률이 높은 것도 이를 반증
- (양질의 보건의료) 의학기술의 발전, 보건의료체계 개선에도 불구하고 여성건강은 여전히 취약. 산모 및 신생아 건강과 관련해 양질의 의료제공을 위한 개선노력이 요구되는 상황
- (평가와 책임) 여성의 권리 및 건강 향상을 위한 정확한 실태 측정, 미래행동을 위한 명확한 방향설정, 실행 주체의 책임성이 등이 요구
- 새천년개발목표 이후 새로운 비전에는 책임주체 사이의 향상된 여성건강 증진 및 개선 목표 제시가 필요. 현재까지 달성되지 못한 새천년개발목표와 관련하여 산모사망, 아동 및 청소년 사망을 억제하고 여성 및 아동과 청소년 건강향상을 위한 섬세한 실행전략이 행이 요구됨.

17. 항생제 내성

□ 논의 경과

- (제67차 WHO 총회, `14) 항생제 내성이 인간에게 중대한 위협임을 회원국들이 인식하여 제 68차 세계보건총회에 그 실행계획을 제출토록 함
- 항생제 내성 기술자문 전략 회의 및 온라인 자문 시행
 - (`14. 3 제네바) 항생제 내성 기술자문 전략회의를 통한 계획(안) 작성 착수
 - (`14. 7~8. 온라인) WHO 홈페이지를 통한 온라인 의견 수렴 시행
 - (`14. 10. 제네바) 기술 자문 전략회의를 통한 항생제 내성 실행계획(안) 검토
- 항생제 내성 관련 고위급 회의 개최
 - (`14. 11. 오슬로) 항생제 걱정 사용
 - (`14. 12. 스톡홀름) 항생제 내성 감시 시스템 표준화

□ 주요 내용 요약

- 항생제 내성균의 범지구적 위협
 - 항생제 내성균에 의한 감염은 재원 기간, 사망률 증가 등을 야기하며 의료비 상승 뿐 아니라 사회 전체에도 영향을 미칠 수 있음.
- (문제점) 항생제 내성의 심각성을 인식하고 있음에도, 항생제 내성은 증가하고 있으며 그 원

인은 아래와 같음

- 의료진 및 적절한 항생제 처방의 부재
- 농부, 가축업자들의 환축 치료 및 가축 성장을 위한 부적절한 항생제 사용
- 인체 및 동물 항생제 구입에 대한 정부의 정치적 의지 부재
- 사회경제 부담 평가 부재로 인한 장기적이며 지속적인 투자 부재

○ 글로벌 실행계획(안) 개발

- `14년 6월 항생제 내성의 심각성을 회원국들이 공감하여, WHA 67.25을 통해 글로벌 실행계획(안) 개발을 촉구
- 목표: 책임감있고, 효과적인 사용을 통해, 가능한 오랫동안 모든 사람이 필요할 때 항생제를 사용할 수 있도록, 감염질환의 예방 및 성공적인 치료의 연속성을 보장

○ 글로벌 실행계획(안)

행동 계획	내 용 및 지 표
인식 개선	내용 : 효율적 교육, 훈련을 통한 항생제 내성의 이해와 인식증진 지표 : 항생제 소비 감소 정도
감시체계 강화	내용 : 국제표준 지침을 이용 항생제 사용 및 항생제 내성균 감시 능력 개선 및 결과 환류 지표 : 항생제 내성률 감소 정도
예방, 위생증진	내용 : 감염관리 및 백신 접종을 통한 예방을 통한 내성균 전파 방지 및 감염 예방 지표 : 의료기관내 항생제 내성균 발생건수, 예방접종 감염병 유병률 감소 정도
적절한 항생제 사용	내용 : 적절한 진단 및 근거에 입각한 항생제 처방 및 복용 지표 : 인체 및 동물 사용 항생제 사용 감소 정도
연구 개발 강화	경제성 평가, 진단법, 신약 및 백신 등 연구 개발 필요 지표 : 국가 투자 증진 정도

○ (제안 사항) 글로벌 항생제 내성 실행계획(안)의 의견을 요청

18. 소아마비

□ 논의 경과

- (제66차 WHO 총회) 야생 폴리오바이러스에 의한 소아마비 유행이 퇴치되지 않은 아프가니스탄, 파키스탄, 나이지리아 등 3개국에 적용된 글로벌 소아마비 응급 실행계획 2012-2013을 통해 해당국의 소아마비 신규 발생이 현저히 감소하는 효과를 확인
- 새롭게 소아마비 환자가 발생한 케냐와 소말리아의 사례 및 백신접종 관련 보건인력이 테러공격에 희생되는 사건 등이 있어, 소아마비 박멸 전략계획 2013-2018의 지속적인

추진 필요성이 강조됨

○ (제67차 WHO 총회) WHO 사무국은 폴리오 박멸에 대한 종반부 전략계획(바이러스 감지, 경구용 백신 사용 중단, 예방접종 체계 강화, 글로벌 폴리오 박멸 이니셔티브, 재정 및 자원의 관리 등) 이행 및 진행상황에 대해 보고하며 회원국의 관심과 지원을 촉구

* 2014년 파키스탄 등 일부 국가에서 야생 폴리오바이러스에 의한 감염이 보고되어 '14년 5월 WHO가 국제보건규칙에 따라 예방접종 권고안을 공포

□ 주요 내용 요약

○ 배경

- 2014년 5월 5일, WHO는 폴리오바이러스의 국제 전파를 국제보건상 위기로 선포하고 위험 감소를 위한 예방접종 권고안 공포

- 본 보고서는 폴리오바이러스의 국제 전파 위험 감소와 폴리오 박멸 종반부 전략계획 (Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018)의 진행상황에 대한 업데이트를 제공하는 것임

○ 폴리오바이러스 전파 차단

- 2014년 1사분기에 폴리오바이러스의 국제전파가 확인됨에 따라 WHO는 IHR에 의거하여 Emergency Committee 회의(4.28~29)를 개최하고, 국제보건상 위기 선포 및 임시 권고안 공포(5.5)

* 폴리오바이러스 유출국가: 카메룬, 파키스탄, 시리아

* 폴리오바이러스 감염국가: 아프가니스탄, 에티오피아, 이라크, 이스라엘, 나이지리아, 소말리아

- Emergency Committee 의견에 따라 WHO는 당초 임시 권고안 시행을 두 차례(8.3, 11.13) 연장하였으며, entry screening과 같은 추가 방안 제시

- 2014년 12월 7일 기준, 야생 폴리오바이러스에 의한 마비성 소아마비 316례 보고('13년 355례 → '14년 316례), 모든 사례가 1형 바이러스에 의한 것으로 대부분(85%)이 파키스탄 사례임

- 아프리카의 폴리오 박멸을 완료하기 위해서는 다음 사항의 이행이 요구됨

- 나이지리아 북부지역 접종 강화
- 중앙아프리카와 소말리아 반도의 최근 강화된 유행 대응 방안 유지
- 전파 감지가 되지 않는 고위험 지역에 대한 감시 지원
- 중동지역은 합동 예방접종 캠페인 지속
- 감시체계 민감도 향상 노력

- 아시아 지역의 폴리오 전파 차단은 파키스탄의 대응 능력에 의존하고 있음. 폴리오바이러스

의 국제전파를 예방하기 위해 특히, 파키스탄과 같은 남아있는 감염국가에서의 충실한 박멸 전략 이행이 요구됨

○ 경구용 폴리오 백신 사용 중단

- 2014년 10월, SAGE는 2형 성분이 포함된 경구용 백신의 사용 중단을 위한 글로벌 준비사항을 평가하기 위한 다섯 가지 기준에 대해 검토
 - 모든 회원국에서 최소 1회 이상 불활성화 백신 접종 도입
 - bOPV 정기예방접종 도입을 위한 백신 허가
 - 2형 폴리오 단독 백신 비축 및 사용 프로토콜
 - 2형 바이러스 및 잠재 감염물에 대한 실험실 차폐
 - 전 세계적으로 2형 폴리오바이러스 박멸 인증
- 2014년 12월 7일, 3개국을 제외한 모든 회원국이 불활성화 백신을 도입하였거나 2015년 말까지 도입 계획 수립 완료
- 2형 경구용 폴리오 백신의 사용 중단은 bOPV로 전환을 의미, WHO는 WHO의 PQ(prequalification) 결과를 토대로 bOPV의 정기예방접종 도입을 권고하는 바임
- SAGE는 2형 경구용 백신 사용 중단 후 2형 폴리오바이러스 감염 위험성에 대비하여 국제적 차원의 2형 폴리오 단독 백신 비축의 필요성을 강조
- 전 세계의 2형 경구용 백신 사용 중단은 2016년 4월로 예정되어 있음. 이 시기에 대한 최종 결정은 최소 6개월 전까지 백신 유래 2형 바이러스의 순환이 중단되는 것에 달려있음

○ 레거시 플래닝

- 레거시 플래닝은 ‘글로벌 폴리오 박멸 이니셔티브’에 의해 만들어진 지식, 역량, 프로세스 및 자산이 사업 목표 달성 후 다른 공중 보건 사업에 활용될 수 있도록 유지하는 것에 목적이 있음
- 2015년에 글로벌 레거시 프레임 워크의 최종안이 확정 될 것임

○ 재원

- 2014년 12월 7일 기준, ‘폴리오 박멸 및 중반부 전략계획 2013-2018’ 수행을 위한 총 예산은 55억 달러임. 글로벌 폴리오 박멸 이니셔티브는 기여금 22억 3천만 달러를 수신하고 추가로 28억 5천만 달러를 약속 받기 위해 노력 중임. 2014년 일부 예산 활동에 대한 현금 흐름은 기부금 지불 이행, 새로운 유행 발생에 따른 비용 지출 등으로 여유가 없었음
- 2014년 12월 현재, ‘폴리오 박멸 및 중반부 전략계획 2013-2018’ 예산에 대한 잠재적 위험은 당초 박멸 일정의 달성 지연, 불활성화 백신 도입 관련 추가 비용, 감염지역 지원

을 포함. 전략계획 예산 관련 상세 리뷰는 2015년 상반기에 이루어질 것임

○ (제안사항) 소아마비 보고서에 대한 의견 요청

- 폴리오 감염국에 해당하는 모든 회원국이 국제보건규칙(IHR, 2005) 하에 공포된 임시 권고안과 중반부 박멸 전략을 충분히 이행할 수 있도록 독려
- 2형 성분이 포함된 경구용 폴리오 백신의 사용 중단을 위해 2015년 말까지 다음의 글로벌 준비사항을 완료하도록 회원국에 요청
 - 정기예방접종 스케줄에 최소 1회 이상 불활성화 백신 접종 도입
 - 정기예방접종에 2가 경구용 백신 도입을 위한 승인
 - 2형 폴리오바이러스에 대한 적절한 차폐 수행
 - 지역 박멸인증위원회에 2형 폴리오바이러스 차단에 대한 보고서 제출

19. 국제보건규칙(2005) 이행

□ 논의 경과

- (제65차 WHO 총회) 국제보건규칙이 수립된 이후 회원국들의 규칙이행에 대한 모니터링 결과를 보고하고 있으며 WHO 사무국의 국제보건규칙 이행을 위한 결의안을 채택함
- (제66차 WHO 총회) 인플루엔자 2009(H1N1)와 관련한 국제보건규칙 기능에 대해 평가위원회의 권고사항을 보고하였음
- (제67차 WHO 총회) 국가 핵심 역량 구축의 이행기간 연장의 중요성을 강조하고 황열에 대한 예방접종증명서(1회 접종)를 수락하도록 권고하였음

□ 주요 내용

- 2014년 주요 공중보건 사건 및 비상사태 개요
 - 2014년 한해동안 총 237 공중보건 사건이 WHO의 사건 관리 시스템(Event Management System)에 등록되어 이 중 77건이 입증되어 추적관찰 되었고 44건은 국가 연락 포인트(National Focal Point)들을 위한 사건 정보 사이트에서 공유
 - 14개의 질병들이 37개국에서 보고되었으며 이 중 미국은 가장 많은 질병(6가지)을, 그리고 MERS-CoV는 2014년 가장 많은 나라(17개국)에서 보고된 질병
 - MERS-CoV, 에볼라, 소아마비의 경우, 비상위원회가 개최되었고, 서아프리카 지역의 에볼라 발생과 소아마비 상황은 국제비상사태로 지정
- 에볼라병(Ebola Viruse Disease)

- 2014년 9월 18일 UN 안보회의에서 에볼라 유행이 국제 평화와 안보의 위협이라고 결정된 후, UN 총회에서 결의문 67/1이 만장일치로 채택되어 에볼라 비상사태 대응을 위한 UN의 임무가 주어짐에 따라 본부는 가나 아크라에 설립하고 기니, 라이베리아, 시에라리온에 팀 배치
- UN의 보건기관인 WHO는 최악의 비상사태로 설명되어지는 에볼라 발생에 노력을 다함. 2014년 3월 처음으로 에볼라 발생이 기니에서 보고된 후 WHO는 즉시 지원을 시작하였고 비상위원회를 통해 국제적 공중보건 비상사태로 지정(8.6-7)하여 국제적 전파를 막기 위한 일시적 권고사항을 제시
- 세네갈과 나이지리아의 에볼라 발생은 국가의 신속한 대응을 통해 각각 '14.10.17일과 '14.10.19일에 종료 선언 되었고, WHO는 에볼라가 발생하지 않은 국가들에게 유입 차단을 위한 정보 및 자원 제공을 통한 준비 강화 지원
- 에볼라와 관련된 일시권고사항이 적절히 이행되고 있는지 확실시하는 것이 현재 진행중인 에볼라 유행의 주요 과제중의 하나로 특히 여행과 교역에 관련된 조치는 이행되고 있지 않은 국가가 있어서 사무국은 각국의 조치사항을 관찰

○ MERS-CoV

- 2012년 사우디아라비아에서 처음 보고되어 중동지역의 8개국, 유럽의 5개국, 아프리카의 2개국, 아시아의 2개국과 미국에서 발생보고 완료. 2014년 11월까지 331 사망자를 포함하여 총 909명의 확진환자 발생
- 2013년 7월 9일 첫 비상위원회를 시작으로 총 7번의 비상위원회가 개최되었으나 비상사태로 지정되지는 않았음. 7차 비상위원회 결과, 그동안의 감염예방관리 조치의 강화 등의 모든 행동들이 MERS-CoV의 국제적 전파 차단에 효과적인 것으로 보임을 인식
- WHO는 지속적으로 업데이트 정보 공유, 위험평가 및 각 국가기관과 합동조사 실시, 회의개최, 가이드라인 제작 및 교육 등에 힘쓸것임

○ 소아마비

- 소아마비 발생은 국제적 퇴치 노력으로 인해 1988년보다 99% 이상 줄었으나, 2012년에 비해 2013년에 그 발생수가 82%가 증가하고, 발생국도 2012년 5개국에서 8개국으로 증가
- 2014년 5월 5일 비상위원회가 개최, 국제적 공중보건 위기상황임을 지정하고 백신접종 등의 일시적 권고사항을 제시

○ 조류 인플루엔자(H5N1, H7N9)

- 인플루엔자 대유행은 주요 건강, 경제, 사회적 결과를 낳는 되풀이되는 사건. 국제여행의

증가함에 따라 새로운 인플루엔자 바이러스의 출현을 발견하고 그 움직임을 관찰하는 것은 매우 중요

- 조류 인플루엔자 A(H7N9)의 인체감염은 2013년 3월 중국에서 처음 유행하였고, 2014년에 두 번째 유행을 경험하였음
- 조류 인플루엔자 A(H5N1)의 인체감염은 캄보디아에서 일년동안 주기적으로 보고되고 있음
- 조류인플루엔자는 다음의 이유로 인해 대유행 가능성이 높다고 판단
 - 몇몇 양계인구들에서 폭넓게 순환
 - 대부분의 사람들은 조류인플루엔자에 대한 면역력이 없음
 - 사람 감염시 중증 및 사망 초래
- WHO는 회원국들과 협력하여 조류인플루엔자 발생을 계속적으로 관찰하고 위험평가도 실시. OIE와 FAO등의 동물관련 기구 및 기관들과 협력하여 적절한 방법을 작성 및 조정

○ IHR 이행의 진전

- 196개의 회원국 중 78개국에서 IHR 이행에 관한 설문조사를 완료하여 제출
- 다음의 분야에서 진전을 보임
 - 24시간 NFP와 연락가능한 채널 구축
 - 발생보고의 투명성 증가
 - 좀 더 체계적인 경고 시스템
 - 동물과 사람건강 분야의 나은 소통과 협력
 - 역량강화를 위한 각국의 노력
 - 빠른 대응을 위한 국제적 정보공유 능력 향상

○ 국가 공중보건 역량 구축 및 IHR 이행을 위한 두 번째 기간연장을 위한 검토회의 진행

- 회원국들은 IHR의 이행에 요구되는 감시 및 대응 역량을 구축하는 것에 기간연장을 요청할 수 있음. 64개국은 요구되는 핵심역량 구축을 완료하였고, 81개국은 2년 기간연장을 요청하였으며, 41개국은 응답이 없었음. 2014년 11월 13-14일 검토회의를 통해 기간연장을 신청한 국가들에 대해 2년 기간연장을 승인함.

○ 결론

- 효과적인 국제사회의 공중보건 사건 및 비상사태 대응에 IHR이 도움이 되고 있다는 것에 대한 의견은 일치. 많은 회원국들은 자신들의 구축된 핵심역량을 성공적으로 평가하고 강화하고 있음. 그러나 에볼라 주요발생국인 세 나라에서 이번 사태로 인한 인력, 자금, 경제 분야의 비극적인 결과의 영향은 능력이 제대로 갖춰지지 않음을 보여주어 더욱

- 효과적인 공중보건사태의 예방과 신속한 발견 및 대응을 위한 투자가 필요함이 분명함
- 최근 진행된 검토회(Review Committee)에서는 회원국들이 단순히 IHR을 따르는 것을 넘어 권리와 의무의 점진적인 실현화가 되기를 권고. 또한 보건역량강화는 특정완료기간을 정하는 것보다 계속 진행되는 작업으로 추진하여야 한다고 제안

20. 말라리아: 포스트 2015 글로벌 기술전략 초안

□ 논의 경과

- 2005년 세계보건총회에서는 MDGs 6의 하나인 말라리아 퇴치노력을 전세계적으로 확대하기 위한 구체적인 조치를 취할 것에 대한 결의안(WHA58.2)을 채택함
- 2012년 제131차 WHO 집행이사회에서는 2016년-2025년 동안 ‘말라리아 관리 및 퇴치’를 위한 기술 전략을 준비하기 위한 Global Malaria Programme을 요청함
- 2013년 제66차 세계보건총회에서는 2015년 이후의 글로벌 기술전략 초안이 필요함을 제안하였음
- 2014년 9월, 말라리아 정책 자문위원회에서는 개정된 기술전략 초안을 검토 및 승인하였으며, 이후 주요 전략지침이 유럽지역위원회 64차 회의 (2014년 9월 15~18일, 코펜하겐) 및 아프리카 지역위원회 (2014년 9월 1~2일, 브라자빌)의 프로그램 소위원회에서 논의됨

□ 주요 내용

현재 상황

- 현재 97개 국가에서 약 34억명이 말라리아 감염 위험에 처해있고, 2012년에는 627,000명이 말라리아로 사망한 것으로 추정되며, 대부분 이 아프리카의 5세 이하의 아동으로 나타났다. 2030년 환경 및 인구통계학 추세를 고려할 때, 말라리아 위험지역 거주자의 비율이 더 높아져 의료시스템이 더 큰 부담을 받을 것으로 전망됨
- 현재는 말라리아퇴치를 가속화 시킬 수 있는 기회와 가속화해야 할 급박한 필요가 공존하고 있는 상황임. 2000년 이후 WHO가 권고 및 개입 이후, 전 세계 말라리아 사망률은 42%까지 떨어졌음. 현재 52개 국가가 2015년까지 말라리아 부담을 75%까지 낮춘다는 세계보건총회의 목표달성을 향해 나아가고 있다. 현재의 핵심적 개입방책 (주로 매개체 방제, 화학적 방제, 진단 테스트 및 치료)은 높은 비용 절감 효과가 있는 것으로 입증 되었으며, 시행을 더욱 확대하여 더 많은 생명을 구할 필요가 있음
- 말라리아퇴치를 가로막는 많은 걸림돌, 즉 항말라리아 약제 내성 원충 및 살충제 내성 모기 출현, 열악한 질병감시 및 제약 관련 규제와 같은 의료체계의 취약성, 적절한 기술 및 인적

자원의 부재, 말라리아 원충의 복잡한 생물학적 구조, 다양한 매개체와 이의 생태학적 장애 등이 지속적으로 존재하고 있음.

2016~2030 말라리아 글로벌 기술전략 초안 요약

- 2016~2030 말라리아 전략초안은 각국에 말라리아 퇴치가속화를 위한 맞춤형 프로그램 발전에 필요한 포괄적인 틀을 제공하고 있음. 즉 말라리아 완전 퇴치 과정이 독립적 단계가 아닌 유기적인 과정이며, 말라리아 위험도에 따른 지역계층화와 함께 프로그램구축의 필요성을 강조하고 있으며, 또한 2020년, 2025년, 2030년에 맞는 단계별 사업과 목표를 제시하고 있음. 사무국이 제안한 전략은 세 가지 핵심사항과 두 가지 지원요소로 구성되며, 아래와 같음
- 핵심1: 말라리아예방, 진단, 치료에 대한 보편적 접근성 보장
 - 모든 핵심적 말라리아 개입(주로매개체방제, 화학적방제, 진단테스트 및치료)을 감염위험이 있는 모든 사람에게 확대 적용해야 하는 보편적 접근성 보장이 핵심적 개입의 근거가 됨. 지역별 상황에 맞춘 개입을 실현, 말라리아 위험도에 따른 계층화, 또한 지역에 기반한 진단 테스트 및 치료확대를 위한 노력을 더욱 강화, 다중 약물내성의 근원지인 메콩강 아구지역 내 열대열말라리아의 근절을 요청하고 있음
- 핵심2: 말라리아 근절 및 완전퇴치를 위한 노력 강화
 - 감염 위험이 있는 모든 사람에 대한 개입확대와 더불어, 모든 국가에서는 질병퇴치, 특히 전염율이 낮은 지역에서의 질병퇴치를 위한 노력을 강화해야 함. 질병퇴치를 위한 우선순위목록을 작성하여 정치적 지원재정비와 지역 간 협력강화의 중요성을 강조. 이와 동시에, 각국은 열대열말라리아에 대한 전염 차단 화학요법 및 삼일열말라리아에 대한 근치료법과 같은 전략이행을 통해 감염원을 줄여 말라리아 전염율을 낮추려는 시도 필요
- 핵심3: 말라리아 감시를 핵심적 개입으로 변경
 - 말라리아 감시 체계의 강화는 말라리아 관련 계획과 이행을 프로그램화 하는데 있어 핵심이 되며, 말라리아퇴치의 진척을 가속화 해주는 결정적 요소임. 효과적인 말라리아 감시체계를 갖추어 가장 영향을 많이 받을 수 있는 사람들에게 직접적 자원을제공하고, 프로그램 적용의 격차를 확인 하고, 발병을 감지하며, 개입의 효과를 평가하여 계획과 이행 프로그램의 변화를 안내해야 함.
- 지원요소 1 : 혁신기술 활용 및 연구 확대
 - 해당 국가 및 국제 말라리아 공동체는 세 가지 핵심요소를 지원하는 동시에 혁신 기술을 활용하고 기초연구, 임상 연구 및 실행 연구를 확대해야 함. 기초연구는 기생충과 매개체에 대한 이해 증진뿐만 아니라 더 효과적인 진단과 항 말라리아약품, 개선되고 획기적인

매개체방제 방법, 백신과 같은 다른 치료수단 등의 개발에 필수요소이다.

○ 지원요소2: 실현 가능한 환경 강화

- 강력한 정치적 지원, 지속가능한 자금조달 및 확대된 다부문간 협력은 성공적 진행의 핵심임. 의료체계의 전반적 강화와 실현가능한 환경의 개선은 국가단위의 말라리아 대응을 극대화 하는데 도움을 주고, 새로운 치료수단 및 전략의 선정과 도입이 적시에 이루어지도록 지원 할 수 있음. 또한 모자 건강 및 실험실 서비스를 포함한 의료 체계강화와 강력한 의료정보 및 감시 시스템 구축의 시발점이 되고 지역 공동체 권한강화, 숙련된 의료인력 및 강력한 규제계획 또한 성공의 기반이 될 수 있음

사무국의 역할

- 지속적으로 규범적 지침, 정책권고 및 이행지침을 설정 및 전파, 회원국의 2016~2030 말라리아 전략이행을 지원하고, 국가 말라리아전략의 검토와 갱신을 지도할 것임
- 사무국에서는 빠르게 변화하는 말라리아 현재 상황에 맞춰 대응하고 검증된 혁신적인 수단과 전략을 통합하여 글로벌 기술지침을 정기적으로 갱신해야 하며, 또한 세계적, 지역적, 국가적 수준에서 사무국 자체역량을 강화 및 글로벌 기술전략의 모든 권고사항의 이행을 지원할 것임
- 시의적절한 물품의 조달이 가능하도록 지속적으로 말라리아 매개체 방제에 필요한 제품 및 화합물에 대한 권고사항을 평가, 진단법 및 항말라리아 약품을 평가, 약품 및 말라리아 매개체 방제개입의 효과를 모니터링 하기 위한 노력을 지속적으로 지원 할 것이며, 약품의 효능 및 살충제 내성에 대한 세계적 데이터베이스를 유지해 나갈 것임
- 말라리아를 완전 퇴치하는데 필요한 연구와 지식을 확대하기 위한 모든 노력을 지원할 것임
 - 전략의 이행상황을 모니터링, 2020년과 2025년에 설정된 목표, 그리고 2030년의 목표 달성을 위해 정기적으로 진행상황을 평가
 - 2년마다 전략 채택 및 이의 이행, 진척 경과 보고 및 갱신

21. 뎅기: 예방과 관리

□ 논의 경과

- (2008년, 아시아-태평양 뎅기열 관리자 회의) 전 세계적으로 약 2.5백만명이 위협에 처해있고 발생자의 약 1.8백만명(70% 이상)이 아시아 태평양 지역이며, 국제적 교류 증가 등으로 최근에는 급격하게 증가하는 추세이며 이전에 영향을 미치지 않았던 지역에도 발생하는 등 전 세계적으로 유행하는 새로운 환경에 직면

- 아태지역의 경우 뎡기열 발생은 많으나, 역량부족, 높은 인구밀도 등으로 뎡기열에 대한 올바른 대응체계 부재
- 『Dengue Strategic Plan for the Asia Pacific Region(2008-2015)』을 수립하여 아태지역 국가들의 방어력 고양, 신속한 환자 발견 및 조치 등 국가 간 협력을 통해 뎡기열 유행을 방지, 증가추세에 있는 뎡기열 발생 감소를 도모
- (2010, 제61차 WHO 서태평양 지역 총회) 뎡기열은 서태평양의 많은 국가의 주요 사망원인 중 하나로 이미 많은 지역에서 풍토화 되어 지속 발생 중이며, 이는 서태평양 지역의 심각한 공중 보건 문제를 야기
 - 2008년에 수립된 『Dengue Strategic Plan for the Asia Pacific Region (2008-2015)』에 따라 뎡기열 감시강화, 회원국 사이의 뎡기열 정보 공유, 매개체 감시 및 관리, 발생 관리, 대책 및 연구 등을 진행 중
- (2011, 제62차 WHO 서태평양 지역 총회) 서태평양 지역 뎡기열 발생이 지속되고 있으며, 뎡기열 예방 및 통제를 위해서는 지역적 협력 및 범국가적 협력이 요구됨에 따라 회원국에게 뎡기열 관리전략을 강조
 - 각 국가별 보건체계 강화를 통한 뎡기열 진단 및 관리, 지역 감시 개선
 - 뎡기열 내부 프로그램 지원 및 육성, 지역·국가 간 협력을 통해 뎡기열 발생 대응
- (2014, 제65차 WHO 서태평양 지역 총회) 서태평양지역의 뎡기는 심각한 문제이며, APSED(Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases)를 포함한 통합적 접근을 통해 지속 가능하고 효율적인 역량 강화 필요
 - 최근 뎡기는 기후변화 등으로 인해 더 이상 특정지역의 문제가 아닌 범국가적 차원으로 관리되어야 하는 질병이 되었으며, 이에 WPRO의 지지와 국가 간 협력체계 구축이 필요
 - 우리나라의 경우 뎡기열 매개 모기 서식여부 및 바이러스 감염 감시 등 매개체 관리 정책을 통해 발생 가능성에 대비, 국제적 공조체계 및 관련 인프라 구축 추진

□ 주요 내용 요약

○ 배경 및 문제점

- 2014년 5월 실시한 WHO 총회에서 뎡기열 공중보건학 및 경제적 부담 증가에 대해 여러 회원국과 논의하였으며, 이에 따라 전세계적으로 뎡기열 예방 및 관리를 위한 글로벌 전략을 수립하고 지속가능한 매개체 관리 방안 등을 포함한 공중보건시스템 강화, 백신 개발 등이 필요
- 뎡기열은 모기를 매개로 하는 바이러스성 질환으로 최근 국제적인 교역 및 이동 증가 등

은 매개체 전세계적으로 확산시킨 촉매제 역할을 하였으며, 홍수, 기후변화, 급속한 도시화 등으로 인해 열대지방 이외지역으로 광범위하게 퍼져 나가고 있음

- 특히 아시아 태평양 지역은 18억명이 감염 위험에 노출되어 있으며, 서태평양 지역은 30개 이상국가에서 뎅기열 발생이 보고되고 있음. 또한 동남아시아 지역은 뎅기열이 풍토병화 되어 있고 북한을 제외한 모든 회원국에서 뎅기열 발생이 보고되고 있음

○ 추진사항

- 서태평양 지역은 동남아시아 지역과 함께 「Dengue Strategic Plan for the Asia Pacific Region(2008-2015)」 및 신종감염병에 대한 대응역량 강화(Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases 2010)를 수행 중
- 2012년 WHO에서 전문가 및 국가(또는 지역) 뎅기 프로그램 관리자 간 협의를 통해 2012-2020 뎅기 예방 및 관리를 위한 글로벌 관리전략(Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020)을 발간하였으며, 이 전략은 전세계적으로 뎅기열을 감소시키기 위해 구체적으로는 2020년까지 뎅기열 사망률 50% 및 발생률 25% 감소(2012년 대비)를 목표로 하여 다음의 다섯 가지 요소로 구성

① Diagnosis and case management

- 초기 임상 및 실험실적 진단과 적절하고 신속한 치료, 임상에서 뎅기열을 관리하는 의료종사자에 대한 교육 등을 통해 뎅기열 사망 케이스를 제로에 가깝게 감소시킬수 있으며, 효율적인 환자관리는 중증질환에 대한 조기 대응 및 진단일 필수적

② Integrated surveillance and outbreak preparedness

- 감시는 뎅기 예방 및 관리를 위한 프로그램의 핵심요소로서 감염병에 대한 위험평가 및 역학적 양상 등을 포함한 가이드를 제공할 수 있으며, 역학 및 매개체 감시는 뎅기 유행기간 동안 지속되어야 하고, 뎅기 감시 시스템은 국가 정보시스템의 일부로서 모든 감시 시스템과 조화 필요

③ Sustainable vector control

- 현재 뎅기열 발생 감소를 도모하기 위해 사용할 수 있는 가장 효과적인 방법으로 실제로 매개체 관리를 수행함으로써 질병을 예방할 수 있음. 뎅기열 발생 초기 단계에서 뎅기열을 예방하는 효과적인 방법으로 이용가능하나, 발생초기 이후 단계에서는 효과적이지 못할 수 있으며, 또한 현재 매개체 관리는 오랫동안 지속가능하지 않으므로 오랫동안 지속가능한 방법으로 변화하는 것이 필요

④ Future vaccine implementation

- 뎅기열을 예방함에 있어 가장 효과적인 방법은 백신을 활용하는 것으로 현재 개발중인 3개의 생균백신은 2상 및 3상 임상 시험단계에 있으며, 다른 3개의 백신은 임상 개발 초기

단계에 있음. 이중 가장 좋은 백신후보는 황열 바이러스에 기반하여 개발되었으며, 해당 백신은 아시아 및 라틴 아메리카에서 두 번의 3상 임상시험을 거쳤으며 WHO는 해당 백신의 안전성과 효과성에 대해 매우 만족하고 있으며, 만약 백신이 허가된다면 예방접종 전문가 그룹은 WHO에 Dengue 백신에 대해 조언

⑤ Basic; operational and implementation research

- 새로운 진단방법 및 매개체 관리 도구가 필요하며, 연구의 우선순위를 정하고 매개체 내성관리, 백신 연구 등에 집중하며, 새로운 매개체 관리도구 개발 및 Dengue 감염에 대한 기본적인 과학적 연구를 지원
- 글로벌 전략을 성공적으로 이행하기 위해서는 다음의 다섯가지 사항이 수반되어야 하며, 지역보건 시스템과 협력하여 지역 수준의 관리 프로그램을 지속 운영하고, 지역사회 지도자들과 협력하며, 더 나아가 국가 차원의 의사결정과 자원의 효율적 사용을 위해 통합 감시 데이터를 구축하고, 범국가적으로 Dengue 감소를 위한 끊임없는 노력과 헌신이 필요

(i) advocacy and resource mobilization

(ii) partnership, coordination and collaboration

(iii) communication to achieve behavioural outcomes

(iv) capacity-building

(v) monitoring and evaluation

22. 글로벌 백신 실천계획

□ 논의 경과

- (제66차 WHO 총회) 제64차 및 제65차 총회와 제132차 집행이사회를 거치면서 제시된 'Decade of Vaccines'의 목적달성을 위해 글로벌 행동계획이 제안되었으며, 2020년까지 달성을 목표로 제시된 구체적인 모니터링, 평가 및 관리체계와 세부 지표 및 목표에 대해 논의
- (제134차 집행이사회) 대부분 이사국이 글로벌 백신 실행계획에 동의하며, 예방접종률과 예방접종 대상 감염병(VPD)에 대한 감시자료의 질적수준 향상 및 폴리오, 홍역 등 질병 퇴치(또는 박멸)를 위한 국가별/국제기구(GAVI 등) 간 지속적 협력노력 강조, 백신 공급 및 가격에 대한 WHO 조정 역할 주문
- (제67차 WHO 총회) SAGE의 2013년 글로벌 백신 실행계획 평가 보고서를 토대로 데이터 품질 향상, 예방접종률 향상, 질병 퇴치·박멸을 위한 노력 가속, 예방접종사업에 대한 국가 오

너집 강화 강조 및 신규 백신 도입을 위한 WHO의 지원과 중재역할 요청

□ 주요 내용

○ 배경

- 2012년 5월, 제65차 WHO 총회에서 글로벌 백신 실행계획(WHA65.17)을 결의하고 제 71차 WHO 총회까지 집행이사회, 총회를 통해 진행 상황을 모니터링하고 매년 보고하도록 사무총장에게 요청
- 2013년 5월, 제66차 WHO 총회는 모니터링, 평가 및 관리체계에 대한 프레임 워크 제안에 대한 사무국 보고를 언급
- SAGE는 2013년 데이터를 토대로 글로벌 백신 실행계획의 목적 및 세부전략 목표에 대한 지표를 검토하고 2014년 평가 보고서를 준비
- 본 보고서는 SAGE의 2014년 글로벌 백신 실행계획 평가 보고서에 대한 요약임

[2014년 글로벌 백신 실행계획 평가 보고서(요약)]

1. 2011-2020 Decade of Vaccines 추진 관련 글로벌 백신 실행계획 미션: (1) 모든 사람에게 예방접종을 제공함으로써 폴리오 박멸, 모성 및 신생아 파상풍 퇴치, 홍역 및 풍진 퇴치, (2) 예방접종 백신의 최대 잠재력 실현
2. SAGE는 많은 회원국 및 일부 지역에서 NITAG(National Immunization Technical Advisory Group) 설치 및 강화, 신규 백신 포함 등 긍정적인 성과를 거두었으나 2014년 말부터 2015년까지 달성해야 하는 GVAP의 6개 목표 중 5개(폴리오바이러스 전파 차단, 모성 및 신생아 파상풍 퇴치, 홍역 및 풍진 퇴치, DTP3 접종률 달성)를 지속적으로 추진해야함
3. SAGE는 글로벌 백신 실행계획 달성을 위해 다섯 가지 주요 문제에 집중할 것을 권고함

① 글로벌 백신 실행계획 이행

○ GVAP 이행 관련 SAGE 권고사항

- 2015년 제68차 총회에서 사이드 회의를 개최하여 DTP3 접종률 80%를 달성하지 못한 회원국의 향후 목표 달성을 위한 도전과제, 계획 및 세부일정 등 검토
- 2015년 말까지 모성 및 신생아 파상풍 퇴치 목표 달성하는데 필요한 자원 마련 등 지원을 위한 협력
- 모든 지역과 회원국은 GVAP 평가 보고서를 참고하여 백신 실행계획을 신속하게 마무리
- 회원국은 보건의료인이 예방접종의 목적을 충분히 이해하고 받아들일 수 있도록 논의하고 공유해야 할 책임이 있음
- 회원국은 시민사회 기관에 예방접종서비스 향상 및 전달체계에 대한 공식적인 참여 증진

및 책임 소지 설정

- 모든 회원국은 홍역 퇴치 목표 달성을 위한 진행상황 모니터 및 평가를 위해 NITAG 검토 후에 국가 인증위원회를 설치하고, 모든 지역은 지역 기술자문단(TAG, Technical Advisory Group)의 검토 후에 지역 인증위원회 설치
- GVAP 사무국 기관장(빌과 멜린다 게이츠 재단, GAVI, NIAID, WHO 및 UNICEF)들은 평가 보고서를 고려하고 구체적인 시정 조치에 동의
- GVAP 사무국 기관장들은 2015년 세계경제포럼에서 백신 실행계획 이행 관련 미진 사항, 계획 수립 등에 대해 보고
- SAGE의 GVAP 평가 보고서는 2020년까지 WHO 총회 의제의 상설 항목으로 유지

② 데이터의 질 관리 및 사용 독려

- 데이터의 낮은 질과 저조한 사용률은 프로그램 관리 및 개선에 주요한 방해요인임
- 데이터의 질 관리 및 사용 독려 관련 SAGE 권고사항
 - 정부는 행정구역 수준에서 데이터 질 향상이 가능하도록 투자하고 운영상의 문제점에 대한 이해와 관리 강화를 위해 데이터 사용
 - 테크니컬 기관은 회원국이 제한된 인적자원으로 데이터의 사용 및 질 향상을 위한 실무를 이행하는 것을 도울 수 있는 도구를 개발하고 효율적으로 사용할 수 있도록 지원

③ 백신 공급 및 가격 안정화

- 백신 공급 및 가격 안정화 관련 SAGE 권고사항
 - 테크니컬 기관은 국가의 백신 부족 상황이 지역의 백신 공급에 영향을 미치는 정도와 백신 부족 상황의 원인에 대한 긴급한 조사 및 평가 실시
 - 회원국은 백신 가격의 투명성 확보를 위해 WHO와 공조하여 백신 가격 정보를 공개
 - 테크니컬 기관은 회원국의 백신 가격 데이터 공유가 가능하도록 함으로써 가격의 투명성 향상 지원

④ 통합 관리의 실패

- 통합 관리 실패(Failures of basic integration)는 보건의료인이 예방접종 외의 문제로 의료기관을 방문한 대상자에게 백신 접종을 실시할 수 있는 기회를 반복적으로 누락하는 것을 의미함
- SAGE의 권고사항
 - 회원국은 예방접종 누락자의 접종 향상 방안 관련 연구 수행 및 누락률 감소를 위한 법률 제정

- WHO는 보건의료체계 안에서 예방접종을 충분히 이행하고 예방접종 누락률을 감소시킬 수 있는 가이드라인 마련
- 회원국은 보건의료인이 백신 접종의 금기사항에 대한 WHO 또는 국가 가이드라인을 이해하고 준수함으로써 부적절한 예방접종 제외자가 발생하지 않도록 함(열성 질환의 경우 예방접종 금기사유가 아님)

⑤ 예방접종에 지장을 주는 상황

- 전쟁이나 감염병 유행(최근 에볼라 사례 등) 발생에 따라 백신 공급이 지연 될 수 있으며, 이러한 상황은 항상 존재하므로 그럼에도 불구하고 백신이 공급될 수 있는 방안을 강구해야 함
- SAGE는 이러한 상황에도 불구하고 예방접종 서비스가 최상으로 유지될 수 있는 구체적 방안에 대해 WHO가 '인도적 차원의 긴급원조지원 관련 예방접종 가이드라인'에 관련 내용을 확대할 것을 요구함

23. 2014년 에볼라 발생

□ 주요 내용

○ 서아프리카에서의 에볼라 유행 현황

- 2014년에 발생한 에볼라바이러스병은 수천명의 사망자를 내는 등 전례없는 규모로 발생하였으며 세계적인 보건 위기 상황이 되고 있음
- 금번 에볼라바이러스병 유행은 2014년 3월 기니에서 시작되었으나 그 이전 3개월간 인접한 시에라리온과 라이베리아로의 전파가 이루어진 것으로 보임. 이 나라들은 내전의 영향으로 보건의료시스템이 열악하고 나라간 이동이 용이하다는 공통점이 있음. 또한 여러 해 동안의 벌목으로 바이러스의 숙주인 과일박쥐의 서식지가 사람의 주거지와 근접하게 되는 등 에볼라 바이러스병의 전파가 용이하게 되는 환경이 되었음.
- 에볼라바이러스병은 이들 3개국에 빈발하는 질병이 아닌 탓에 초기 대응이 콜레라나 라싸열에 준하였고 이에 따라 에볼라바이러스병이 확진되었을 때는 이미 코나크리 등 도심 지역까지 전파된 상황이었음. 이들 국가의 장례 문화도 확산에 영향을 미침
- 6월에 나이지리아로의 전파는 항공편에 의한 첫 유입 케이스로서 이후 말리, 세네갈, 스페인, 영국, 미국 등으로의 전세계적 보건 위기 상황이 발생함.

○ 대응

: 대응 노력의 확산

- 에볼라바이러스병의 전파 억제를 위해 2014년 6월 기니, 라이베리아, 시에라리온 3개국과 아프리카 11개국 긴급 보건장관회의가 개최되었으나 8월말까지 에볼라바이러스병은 확산추세를 보임. Ebola control package는 다음과 같이 구성되어 있음. (i)환자 발견과 추적조사, (ii)공동체 협력, (iii)환자 관리, (iv)안전한 매장. 그러나 넓은 지역에서의 질병발생 등 에볼라바이러스병을 통제하기에는 매우 복잡한 문제들이 산재하고 있음
- 에볼라 대응을 위해 WHO에서는 2014년 8월 28일 ‘Ebola Response Roadmap’을 제시하였으며 UN에서는 STEPP Plan을 제안하였으며 9월 18일 동 계획의 실행을 위한 UN Mission for Emergency Ebola Response (UNMEER)를 구성함. STEPP Plan에서는 에볼라바이러스병의 전례없는 전파 확산을 억제하기 위한 첫 목표로서 12월 1일까지 장례 문화 개선 등을 통해 70%의 환자를 찾아내고, 70%의 안전한 매장을 목표로 하여 추진하였음.

* STEPP Plan : Stop the outbreak; Treat the infected; Ensure essential services; Preserve stability; and Prevent outbreaks in countries currently unaffected.

- 회원국에서는 예산, 개인보호장비, 진단장비, 에볼라 치료소, 인력을 지원하였으며 무엇보다도 보건의로 인력은 환자 치료에 최선을 다하였고 에볼라 퇴치를 위한 장례문화 개선을 위한 노력을 지원하였음. UN 뿐 아니라 World Food Programme, UNICEF, the United Nations Population Fund와 미CDC, 영국과 미국에서의 지원 등 국제 사회의 지원이 있었고 African Union, the Economic Community of West African States, Global Outbreak Alert and Response Network 등 국제기구와 비정부 기구에서도 인도적 지원에 동참하였음.
- 2014년 12월 말까지 에볼라바이러스병에 대한 대응과 매장문화의 개선 등 노력이 각 지역으로 전파되고 있고 발병국의 에볼라 발생 억제를 위해서는 강력한 환자 색출과 추적, 지역사회 주도의 퇴치와 더불어 지역적 특성에 맞는 대응방법 조정 등이 필요함

: 대응 준비 사항

- 에볼라바이러스병 발생이 없었던 국가에 대해서는 유입 시 확산에 대비한 강력한 대응책이 필요함. 대부분의 지역에서는 대응부서를 구성하여 대응 계획을 수립하고 질병 발생 상황을 확인하고 있음. WHO 각 지역사무소에서도 비상 대응 기구를 운영하고 있거나 마련 중에 있으며 확진자 발생국가에서는 개인보호장구 비축은 즉시로 필요.
- 국제사회의 에볼라 대응을 지원하기 위한 UNMEER, WHO 등의 전문가 팀이 구성되어 각국의 대응 활동을 지원하고 있음

: 국제보건규칙

- 2014년 8월 8일 공중보건위기 상황이 선포된 이후 수많은 국가에서 의심사례가 보고되

있고 각 사례에 대한 확인 작업이 진행되었음

- 에볼라 대응을 위한 긴급회의가 8월, 9월, 10월 3회 개최되었으며 동 회의를 통해 에볼라 발병국 여행자의 출국 시 주의사항 등 권고안 등을 제시하였음. 동 권고안에서 발병국 여행금지 등의 조치는 취하지 않았으나 여행 제한 등의 추가 조치를 취한 국가도 있었음
- WHO, the International Civil Aviation Organization (ICAO), the World Tourism Organization (UNWTO), Airports Council International (ACI), International Air Transport Association (IATA), the World Travel and Tourism Council (WTTC)에서는 관련 정보 제공을 위한 기구를 구성하여 운영 중임. 추가로 International Maritime Organization (IMO)가 참여하여 선박 및 무역 관련 정보를 제공함

: 연구 개발

- 신속한 백신, 치료제, 진단제에 개발을 위한 긴급 프로그램이 추진 중임. 2개의 후보 백신과 2개의 항바이러스제, 환자의 전혈 및 혈장을 포함해서 다수의 결과물이 나오고 있으며 빠른 진단법 개발에 여러 국가가 참여하고 있음
- 1월과 2월 사이에 후보 백신의 임상3상이 진행될 예정임. 또한 1월말에 ChAd3-ZEBOV 백신이 임상 2상 진행될 예정이며 다른 후보 백신 개발도 추진 중임

: 에볼라 발생국에서의 보건의료시스템 재건

- 발생국에서의 보건의료시스템은 그간의 노력에도 불구하고 열악한 상황임. 정부의 보건의료 관련 지출은 매우 낮았고 특히 조사와 대응의 취약이 금번 상황에 적절한 대응을 방해하였음.
- 보건의료시스템의 재건은 국가적 리더쉽이 필요하며 장기적인 노력이 필요함. 또한 보건의료서비스의 범위를 넓히고 질병 관리 및 대응 능력의 확대가 중요함. 금번 에볼라 대응 경험이 이들 국가의 보건의료 수준을 국제수준으로 높이는데 기여할 것임

: 앞으로의 대응

- UNMEER가 설립된 이후 성과가 나타나기는 했지만 발병자와 사망자 수는 심각한 수준이며 서아프리카의 에볼라 종결 선언은 마지막 환자가 바이러스 음성 판정이 나고 42일 이후에나 이루어질 수 있음.
- 대부분의 전파국에서 에볼라 전파 고리를 끊을 수 있는 방법은 접촉자 추적으로 기니의 예에서 이를 확인할 수 있음
- 국가 차원의 대응 능력 확보를 위한 준비가 추진되고 있으나 국가별 차이가 있으므로 백신과 치료제, 진단법은 에볼라 대응에 중요한 희망이 됨.
- 에볼라의 전세계적 유행이 감소될 수는 있으나 잠재적인 위험은 남음. 전파가 지속되는

동안 나타날 수 있는 'Ebola fatigue'는 가장 큰 위험요소이며 대응 노력을 하지 않으면 에볼라는 풍토병으로 인식되어 잠재적인 위험으로 남게 될 것임. 서아프리카에서 에볼라 종식을 위해서는 지역사회에 경각심을 일깨우는 노력이 필요함

- 발생국의 국가와 지방정부의 강력한 리더쉽과 위기 관리 기구의 활동이 지속되어야 하며 동 기구를 통한 수준 높은 조사와 빠르고 확실한 환자와 접촉자 추적 등을 통해 금번의 위기를 종결시킬 수 있음

24. 보편적 건강 보장의 한 요소인 응급수술 및 마취 강화

□ 주요 내용

○ 응급수술이 필요한 상황의 전 세계적 부담

- 전 세계적으로 매년 234백만 건의 수술이 시행
- 수술이 필요한 상황 : 출산장애, 선천성 기형, 당뇨병, 암, 심혈관질환, 탈장, 백내장, 교통사고, 추락, 화상 등
- 수술치료가능 질환들이 전 세계적으로 상위 15개의 장애 원인임
- 세계 질병부담의 11%는 수술로 치료될 수 있는 상황에서 유래
- 응급의료와 마취기술이 핵심적으로 필요한 분야: 외상, 중양, 조산 합병증, 백내장, 녹내장, 출산전후, 기아, 포경수술, 탈장, 담낭질환 등
- 2030년까지 심장병, 암, 당뇨, 교통사고와 같은 흔한 상황이 45%이상 증가가 예측됨과 함께, 향후 몇 년 동안 수술이 가장 일차적인 치료법이 되는 상황이 증가할 것으로 예측됨
- 보통 응급의료수술은 질병분류에 따라 독립적으로 시행되었으나 앞으로는 포괄적이면서 연계된 응급의료시술을 권고함
- 항생제의 경우 효과성과 비용 면에서 뿐만 중요한 것이 아닌, 안정성을 또한 중요하다는 것을 강조함

○ 수술의 중요성과 비용효과성

- 의료수술기술의 강화를 위해서는 지역 개별병원을 우선 강화할 필요가 있음
- 지역 개별병원 강화시: 환자의 재정보호(Financial Protection), 장애보정손실년수(Disability Adjusted Life Years)감소 와 같은 효과를 얻을 수 있음
- 개별병원의 수술역량의 확대의 비용효과는 10:1로서 수술 역량확충에 1달러를 사용하면 건강증진과 생산력향상에 10달러의 이득이 생김

○ 수술 치료의 차이

- 2008년 World Health Report는 수술치료가 일차의료 연속성의 핵심요소라고 보고했고, 세계적으로 20억 명 이상이 기본적인 수술치료를 받지 못하는 것으로 추산되고, 인력, 장비, 시스템의 부족으로 수술치료에 필수적인 마취의 제공이 제한됨
- 세계의 많은 곳에서 필수적이고 긴급한 수술치료를 받는 것이 극히 제한적
- 많은 나라에서 관련 기반과 인력, 수술적 치료, 장비 등이 부적절한 것으로 확인됨
- 최근 26개의 개발도상국들의 재왕절개분만 역량에 대한 조사에 따르면 23.2%가 수술을 시행하기 어려워하였으며 2.9%는 정보가 없었음. 그 이유로는 의료인력 부족과 의료도구 부족으로 파악되었음. 재왕절개분만을 할 수 있는 국가의 의료 인력들마저 숙련된 기술이 부족하였음
- 개발도상국들을 조사한 결과, 의료인력, 의료도구, 의료기반이 부족한 것이 공통적으로 조사되었음
- 한 조사에 따르면, 22개의 개발도상국의 경우 35%가 산소공급기가 부족하였고 53%만이 마취도구가 존재하였음. 또 다른 26개의 개발도상국을 상대로 조사된 자료에 의하면 미숙련 의료인력 문제(53%)와 동시에 사용 할수 없는 의료도구 문제(43%)를 차지하였음
- 케타민(Ketamine)은 개발도상국에서 주로 사용되는 안정성을 갖춘 마취제임. 하지만, 접근성이 낮아 오직 71%만이 사용하고 있고 대체재 또한 존재 하지 않은 상황
- 응급의료수술기술에 있어서 질과 안정성은 보장되어야함. 아직도 현 상황에서는 의료수술로 인한 사망률이 높은 상태

○ 국가차원의 활동

- Health Assembly에서 채택된 다수의 과거 해결방안들은 보편적인 건강보험을 제공하는 첫 단계로서, 수술치료를 건강서비스에 통합하는 것의 가치를 입증
- 긴급하고 필수적인 수술과 마취 서비스의 강화는 전반적인 건강서비스를 강화하고, 예를 들어 모자보건을 향상시킴
- 비록 필수적이고 긴급한 수술적 치료의 질과 보장성의 차이를 줄이는 조치가 시작되었다고 해도, 국가 단위에서 수술치료 강화에 대한 전세계적인 공공보건 이슈를 처리할 수 있는 많은 핵심 활동이 있음
- (인식제고) 안전한 수술치료에 대한 접근성 향상으로 사망과 장애를 감소시키는 저비용의 기술이 있다는 것에 대해 인식을 제고하고 유지
- 정치공약은 국가 건강계획에서 수술적 치료사업을 통합하는 것이 필수적이고, 모든 나라에서 보편적인 건강보험과 일차의료에서 필수적인 수술과 마취 서비스를 제공하는 것에

정치적 우선순위를 부여

- (응급의료보장성 강화) 회원국들은 의료보장성을 강화하여 의료인력과 의료기반의 차이를 줄이도록 권고함. 특히, 농어촌지역의 의료접근성을 강화할 필요성이 있음
- (수술인력과 기반 강화) 회원국들은 일차의료와 일차 자문기관에 특별히 집중하여 수술적 역량개발을 장려하는 글로벌 파트너십과 네트워크를 사용하여 지식과 전문성을 교환함으로써 수술치료에 대한 교육을 촉진
- (정책결정용 수술관련 자료 개선 및 모니터링과 평가) 필수적인 수술 서비스에 대한 접근성의 성공적인 확대를 보장하기 위해 근거중심 계획과 정책이 수행될 필요 있음
- 모니터링과 평가는 수술서비스의 접근성, 질과 안전성 향상을 보장하고 유지하기 위해 반드시 필요함. 적절한 수술 기록과 충분한 추적관찰이 안전한 수술과 모니터일을 보장하는데 중요
- (국제협력과 파트너십 육성) 보건부, NGO, 국제기구 등 협력이 중요

○ 사무국차원의 활동

- 국제협력과 파트너십 육성 촉진을 위하여 WHO에서는 국가들이 정책에 반영 할 수 있도록 응급의료수술기술과 관련된 가이드라인과 도구를 제공할 계획
- 근거중심의 자료를 구축하고 자료들을 공유 할 수 있도록 추진
- 각국의 정부와 함께 모니터링과 평가를 공동 진행 할 수 있도록 기반 구축

25. 국제적 인력 채용의 WHO 국제적 집행지침

□ 논의 경과

- 제66회 세계보건총회(2013)에서 규정 시행에 대한 첫 번째 정기 보고가 진행되었음
- 86개 회원국들은 국가 기관을 지정했고, 56개 회원국은 국가보고서를 제출함. 국가 기관을 지정한 86개 회원국의 29%는 보건부, 11%는 공중 보건 기관. 국가보고서를 제출한 56개 회원국 대다수는 유럽 지역국이었음

□ 주요 내용

- WHA63.16 (2010년)에서 규정안이 처음 제시되어 WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel (the "Code") 채택됨
- (the Code) WHA 57.19에서 국제 보건인력 채용을 위한 자발적 규정 개발이 요구됨. 이에 Kampala Declaration (the First Global Forum on Human Resources for Health (2008))과 G8 communiqués of 2008 and 2009을 통해 WHO의 규정 개발이 시작됨

(the Code 목적) 1. 본 규정은 의료 인력의 윤리적 국제 채용과 권리 고려, 원인국가, 대상 국가, 그리고 이주 보건 인력들의 의무와 기대 등에 대한 자발적 원칙과 관행을 촉진하기 위해 수립됨 2. 회원국들의 국제적 보건인력 채용의 법적, 제도적 프레임워크 구축 및 발전을 위한 참고자료로 제공됨 3. 상호 협정 및 다른 국제 법적장치의 적절한 정책수립과 집행 시 지침으로 활용됨 4. 개발 도상국의 상황에 특정적으로 초점이 맞추어진 의료 시스템 강화의 일환으로 보건인력의 윤리적 국제 채용에 대한 국제토론과 사전 협력을 촉진하고 용이하게 함

(규정 조항 7.2) 회원국은 보건총회에 의해 규정이 채택된 후 2년 안에 첫 데이터 보고를 시작으로 매 3년마다 WHO 사무국에 데이터를 제공하고 공유하여야 함

- (a) 본 규정의 타당성/적절성 및 유효성에 대한 첫 번째 검토는 제68회 총회 전까지 마칠 예정임.
- (b) 정기 보고에 기초하여, 사무총장은 필요한 경우 첫 번째 검토에 맞춰 규정의 내용 개정을 위한 제안을 요청하고 그것의 효과적인 적용을 위해 필요한 조치를 취함.

(전문가 자문단 구성)

○ 사무총장은 전문가 자문단을 구성하여 소집함

- 전문가 자문단은 총 20명으로 12명의 회원국 대표들 (각 WHO 지역에서 지명된 2명)과 8명의 규정 개발/실행 관련 대표자 및 개별전문가들로 구성되며 그 중에서 2명을 공동의장으로 선출함.
- 각 WHO 지역의 전문가 선출은 지역사무처장이 지역 회원국과 상의하며 개별전문가의 목록은 사무국이 제공함. 또한 사무처장은 파트너 조직에게 적절한 전문가를 제안하도록 요청함.
- 전문가 자문단은 제68회 총회 전까지 소집될 예정임
- 전문가 자문단은 제68회 총회 전까지 사무처장에게 규정시행에 대한 권고사항을 제출할 예정임.

○ 두 번째 정기 보고는 제69회 세계보건총회를 위해 2016년 5월까지임.

- WHO와 OECD가 함께 개발한 보건의료 인력자원의 이동에 대한 모듈을 통해 62개 회원국이 2014년 12월에 분석되었고 이 예비결과는 2015년 6월 2차 정기 보고에 포함될 예정임.

26. 부정불량의약품

□ 논의 경과

○ 제2차 부정불량의약품(SSFFC) 회원국 (76개국 참여) 회의가 2013년 11월 28~29일, 제네바에서 개최되었음

< WHO SSFFC의 유형 >

- ① Substandard : 품질기준을 충족하지 않아 기대하는 효과를 얻지 못함
- ② Spurious : 적법하게 허가되어 생산되지 않아 안전성·유효성을 보장할 수 없음
- ③ Falsely-labelled : 허위표시 제품
- ④ Falsified : 가짜(위조)
- ⑤ Counterfeit : 모조(짝퉁)(상표 위반)

○ 제3차 부정불량의약품(SSFFC) 회원국 (63개국 참여) 회의가 아르헨티나 의장을 중심으로 2014년 10월 29~31일 제네바에서 개최되었고, 회의록을 집행의사회에 올려 제68회 세계 보건 총회로 전달하도록 요청하는 바임

□ 주요 내용

제3차 부정불량의약품 회의 내용

○ SSFFC 회원국 메커니즘은 (이하 회원국 메커니즘으로 표기) 비공식 전문가 회의를 통해 권고안을 제시하도록 하여 보건당국이 부정불량의약품을 초래하는 행위, 활동, 행동을 감지하고 대응할 수 있도록 하였고, 본 회의를 통해 이를 검토함

표1. 보건당국이 부정불량의약품을 초래하는 행위, 활동, 행동을 감지하도록 하는 권고안 목차

I. 배경
II. 부정불량의약품의 국가별 및 지역별 규제 당국을 위한 전략
II.1. 질 관리 (모니터링 및 컨트롤)
II.2. 추적시스템을 통한 경계
II.3. 경고, 리포트 및 신고 접수 (reception of alerts, reports and notifications)
III. 접수된 경고, 리포트 및 신고 사항 평가
IV. 부정불량의약품을 초래하는 행위, 활동, 행동 등 조사
IV.1. 즉각적인 대응 (immediate action)
IV.1.1. 의심스러운 부정불량의약품을 확인하고 관련 행위, 활동 및 행동 구별
IV.1.2. 질 관리 연구소 (testing in quality-control laboratories)
IV.1.3. 부정불량의약품을 초래하는 행위, 활동, 행동으로 인한 공중보건 위험을 예방하고 감소시키기 위한 노력
(a) 금지 규정 (prohibition regulations)
(b) 의약품 리콜 (recall from market)
(c) 환자와 가족들을 지원하기 위한 컨터전시 플랜
(d) 각 사례를 국제적으로 보고하는 시스템
IV.1.4. 필드 활동 또는 시찰
IV.2. 단기적 대응 (short-term actions)
IV.2.1. 사례에 대한 관련 정보 공유 및 전파

- IV.2.2. 부정불량의약품을 초래하는 행위, 활동, 행동에 대한 책임을 지는 실체 규명
- IV.3. 장기적 대응 (long-term actions)
 - IV.3.1. 경계 상황 유지 (maintenance of the alert state)
 - (a) 감시 프로그램 지속
 - (b) 건강관리집단 지원 컨티전시 플랜 지속
 - IV.3.2. 조사 관계자들과의 지속적인 협력 필요
- V. 예방 전략에 대한 평가
 - V.1. 의약품 규제 요건 강화
 - V.2. 일반인 및 의료인의 인식개선을 위한 캠페인 개발

- 위 비공식 회의는 회원국의 mandate 외의 부정불량의약품의 결과와 관련된 행위, 활동, 행동을 규명하기 위한 업무계획 (work plan) 5(b)에 따른 해당사항 (회원국 메커니즘 권한 밖의 행위, 활동, 행동 등) 을 제시하였고, 회원국 메커니즘은 이를 검토하였음. 의견이 일치되지 않은 부분은 추후 운영위원회의 자문을 통해 제4차 회원국 회의에 제시될 수 있도록 하고자 함
- 회원국 메커니즘은 전반적인 펀딩 부족에 우려를 표함
- 사무국은 'WHO 글로벌 감시체계와 모니터링 프로젝트' (WHO Global Surveillance and Monitoring Project)를 진행하고 있고 이에 대한 추후 워크숍 계획과 working definition에 대한 자세한 사항을 회원국에게 올리도록 요청받음. 본 프로젝트를 통해 부정불량의약품을 규명하고, 추후 모든 지역을 커버할 수 있도록 확장시키고자 함
- 운영위원회는 2014-2015 업무계획 실행 우선순위를 검토하여 우선 활동 리스트를 제시하였고, 회원국 메커니즘은 이를 채택함. 본 리스트에 해당하는 활동들은 다음 운영회회의 이전에 시작되어야 함

표3. 2014-2015 우선 활동 리스트 (prioritized activities)

2014-2015 우선 활동	담당 국가
A. 보건당국을 위한 부정불량의약품 감지 권고안 제정 및 회원국의 교육을 위한 툴 개발 프로그램 설립	브라질
B. 정보 교류를 위한 네트워크의 거점 (focal point) 및 대단위의 회원국 자문 설립. 가상 포럼 설립	스위스, 영국
C. 기술, 방법 및 “track and trace” 모델에 관하여 설문하는 WG 설립	아르헨티나
D. 질, 안전, 효율성 및 합리적 가격 접근성에 관한 이슈들에 따라 WHO 사무국의 영역 명시	사무국
E. 현존하는 효과적인 리스크 커뮤니케이션 권고사항과 부정불량의약품에 대한 인식개선 캠페인 혹은 행동, 행위, 활동 등에 관한 권고사항을 발전시키거나 저지할 WG 설립	-
F. 부정불량의약품이 공중보건과 사회경제에 미치는 영향에 관한 연구	사무국 및 전문가그룹
G. 거버넌스, 운영 및 사무국의 활동을 위한 비용	-

- 부정불량의약품의 접근성과 affordability가 어떻게 부정불량의약품 발생에 대하여 영향을 미치는지 연관성을 연구하는 것이 제시 되고, 이를 최소화시키기 위한 전략이 강조됨. 제4차 부정불량의약품 회원국 회의에서 논의될 수 있도록 다음 활동에 대한 건으로 올림
- 2016년 세계보건총회에서 SSFFC 활동 성과를 평가하기로 한 결의안과 관련, 현재 진행속도가 예상보다 지체되고 있어 이를 1년 연장하도록 차기 세계보건총회에 요청하기로 합의함
- 차기 회의는 2015년 10월 또는 11월 중 개최하는 것으로 결정되었음

27. 연구개발전문가 자문워킹그룹 보고 후속조치: 재정과 조정

□ 논의 경과

- 재정 및 조정에 관한 연구개발 전문가 자문 워킹그룹(CEWG) 선출
 - 총회(Health Assembly)의 요청에 따라 사무총장이 회원국들로부터 자문위원 추천을 받음(결의안 WHA63.28)
 - 이사회에서 총 21명의 자문위원 승인 (‘11.1월)
- 워킹그룹 회의 개최
 - 1차 회의(제네바, ‘11.4.5~7) : 액션 플랜 및 착수보고 작성
 - 2차 회의(제네바, ‘11.7.7~8) : 1차 회의에서 협의된 내용에 관한 제안서 및 기존 R&D 재정전문가 실무위원회(EWG on R&D Financing) 관련 제안서 검토

- 3차 회의(제네바, '11.11.16~19) : R&D 재정 및 조직에 관한 제안서 평가 및 보고서 초안 준비

○ 전문가 자문 워킹그룹 진행

- 포괄적이고 투명하며 이해관계에 의한 대립을 최소화하는 절차를 마련하고자함
- 주요 회의 결과에 대한 정보교환 및 공개(WHO 웹 사이트)

○ 세계 지역별 자문위원회 개최(결의안 WHA 63.28)

- 아프리카 지역(아비장(Abidjan), 코트디부아르, '11. 8. 27.), 동남아시아지역(뉴델리, '11. 10. 7), 서태평양지역(마닐라, '11.10.13) 실시
- 유럽의 경우, 7th European Congress on Tropical medicine & international health(바르셀로나, 스페인, '11.10.3-6.)에서 논의를 실시하였음

○ 전문가 자문 워킹그룹 최종보고서 WHA 제출('12.5월)

- 워킹그룹이 제안한 권고안의 실현가능성을 면밀히 검토하기 위해 개방형 회의 개최를 사무총장에게 요구(결의안 WHA65.22)

○ 모니터링 및 조정기능 향상, 보건의료 R&D에 대한 지속가능한 자원조달을 위한 전략사업 계획(strategic work plan) WHA 승인(WHA66.22)

- WHO 사무국에 (1) 국제 보건의료 R&D 감시체계 구축, (2) 보건의료 R&D 조정기능 수행의 적합성 평가를 위한 기존 메커니즘의 검토, (3) 보건의료 R&D에 대한 재정적 기여를 위한 기존 메커니즘의 평가를 요청

○ WHO 사무국, 국제 보건의료 R&D 감시체계 구축 진행중

- 이해관계자 조사 후 비공식 워크숍 개최('13.2월)
- WHO 본부, 그간의 추진상황에 대한 공청회 개최('13.12월)

○ WHA67(15)의 결정에 따라, UNICEF/UNDP/World Bank/WHO 열대병 연구와 교육에 관한 특별 프로그램 (WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases)의 R&D 공동기금 유치 논의. 주로 Type II, Type III 및 개발도상국의 필요와 관련 된 특정 Type I 질병에 초점을 둠

□ 주요 내용

국제보건의료 R&D 기금 유치

- WHA66.22 결의안에 따라 국제보건의료 R&D 모니터링과 재정 부분을 연결시켜 국제보건

의료 R&D 감시체계 (Global Health R&D Observatory)가 제시하는 주요 연구 분야 격차를 줄이고자 함. 기금은 WHO 특별 프로그램과 R&D 감시체계에 의하여 관리될 것이고 운영 조정은 사무국이 담당

- 기금에 대한 우선순위는 국제보건의료 R&D 감시체계의 분석에 의하여 관리될 예정이고, 운영 메커니즘에 대한 검토 중에 있음
- 집행의사회의 프로그램, 예산운영위원회의 권고사항에 따라 총회에서 R&D에 대한 재정 분배를 결정할 수 있도록 해야 함

열대병 R&D 연구와 교육에 관한 특별 프로그램 기금 운영

- 특별 프로그램의 운영위원회는 회원국으로부터 임명받은 28명의 위원으로 이루어지며, 공여국과 수혜국, 공동 스폰서 등으로 이루어질 예정임. 2년마다 기금 운영 활동에 관한 보고를 하게 됨
- 운영위원회 산하 새로운 전문가검토그룹(scientific review group)을 설치하여 정기적으로 WHO의 글로벌 전략과 보건의료 분야의 실행 전략 (action plan)에 따른 R&D 연구 제안서를 받고자함. 연구 선정은 전문가검토 그룹의 의견을 받아 운영위원회에서 결정할 예정임
- 위의 사항을 지원할 특별 프로그램 산하의 사무국 설치 필요

기금

- 국제보건의료 R&D 감시체계 구축은 새로운 기금을 유치하고자 하는 취지를 가지고 있는 것으로, 기존 특별 프로그램의 기금 등을 재배치하고자 하는 것이 아님
 - 자발적 임시 공여 기금 (ad hoc voluntary contributions): WHO 열대병 연구와 교육에 관한 특별 프로그램, UNDP/UNFPA/UNICEF/ WHO/ World Bank 특별 R&D 및 연구자 교육 인력보강 프로그램 (Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction)
 - 보충 모델 (replenishment model)은 각 공여자가 자발적으로 특정 기금을 저당시켜 기금을 제공하는 형식임 (UNITAID와 GAVI Alliances)

기금 재정 관리

- 공여금을 받고 이를 지출하는 것에 있어서 두 가지 선택지 존재:
 - 사무국에서 직접적으로 기금 재정을 관리하면, 현재로서는 WHO에서 행정적 지출을 부

담할 수 있음

- 트러스트펀드 형식으로 제 삼자에게 맡겨 두어 관리 가능 (예를 들어, World Bank). 펀드는 운영위원회의 결정과 총회의 권고사항에 따라 관리하게 됨

○ 자발적 공여금에 의한 연구 기금의 필요성 강조

28. 공중보건, 혁신 및 지적재산권에 대한 글로벌전략 및 실천계획

□ 공중보건, 혁신, 지적재산에 대한 지구전 전략 실천계획

- 전 지구인의 43%가 하루에 2달러도 안되는 돈으로 살아가며, 이러한 국가에는 전염성 질병이 모든질병의 50%를 차지함. 빈곤이 health products에 대한 접근성에 영향을 미친다는 점을 자각하여, 새로운 health products를 개발하고있으나, 아직도 많이 부족한 현실임.
- To foster innovation and improve access for people in developing countries, WHA adopted WHA61.21.

□ 논의 경과

- 133번째 EB의 요구에 대응하여, 사무관은 진행사항 보고를 마련함.
- WHA 61.21 결의안에서 공중보건, 혁신 및 지적재산권에 대한 지구적 전략을 채택하였으며 WHA62에서는 최종 실행계획을 수정하기로 함
- WHA62.16 결의안에서 Director-General은 2013년 실천계획 프로그램의 총괄적 검토할 것을 요구받음.

□ 주요 내용

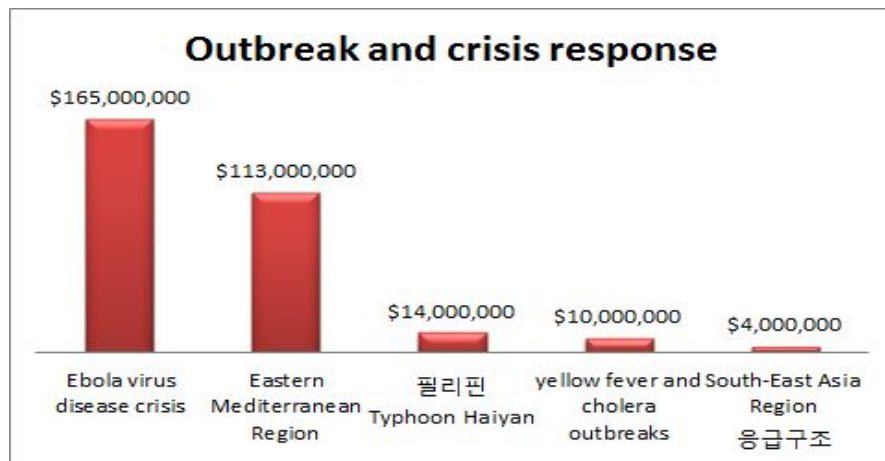
- 평가 보고서를 마련하기 위한 스케줄은 다음과 같음
 - 2015년 1월: 평가 관리 그룹 마련
 - 2015년 3월: 평가와 위임사항 결정 및 승인. 평가 그룹의 잠재적 멤버들에게 프로포잘 요구.
 - 2015년 6월: 평가 그룹 멤버 채택 및 계약서 종료.
 - 2015년 8월: 사업 실행계획, 타임라인 및 위임사항을 포함한 연간보고서 발간
 - 2015년 9월~2016년 9월: 평가계획 실시 및 산출물 모니터링
 - 2016년 1월~2016년 5월: 평가 과정에 대해 EB와 WHA에 보고
 - 2016년 10월: 평가 보고서 검토 및 최종 결정

- 2017년 1월~5월: EB와 WHA에 보고서 제출

29. 2014-2015 사업예산 집행 및 재정현황

□ 예산 전용 및 추가

- 예산 전용: 2천3백만 달러 (outbreak and crisis response → emergency risk and crisis management)
- 예산 추가: 3억6백만 달러(outbreak and crisis response), 2억6천6백만 달러(polio eradication)



□ 2014-2015년 재정 현황

- 2014년 11월 현재 가용재정은 41억3천2백만 달러(의무분담금 9억2천9백만 달러 + 사업분담금 32억3백만 달러)
- 비상 항목(emergency components)을 제외하면 2014년 11월 30일 현재, 2개년 예산의 재정 78% 충당: 이는 지난 예산에 비해 예산이 보다 현실적으로 책정되고 재정이 시의적절하게 공급되었음을 보여줌.
- 2014년 11월 30일 현재 어떤 예산 category도 예산 부족분이 33%를 초과하지 않아 이전 예산에 비해 개선이 있음을 보여줌.
- 그러나 Programme별 재정 충당 정도에는 여전히 차이가 있음.
- 사무총장은 적정 수준의 재정 충당과 WHO 사업의 운용역량을 확보하기 위해 신축적 자원 활용 전략을 채택함: 가용 의무분담금의 80%, 신축적 사업분담금(core voluntary contribution)의 50%를 회계연도 초에 집행함.

○ 2014-2015년 예산에서는 가용재정 및 사업집행과의 alignment가 예년보다 개선됨.

□ 2014-2015년 사업예산 집행 현황

○ 2014년 에볼라 발생은 WHO의 제한된 역량에 압박을 주어 2014-2015년 사업결과에 영향을 미칠 것으로 예상됨.

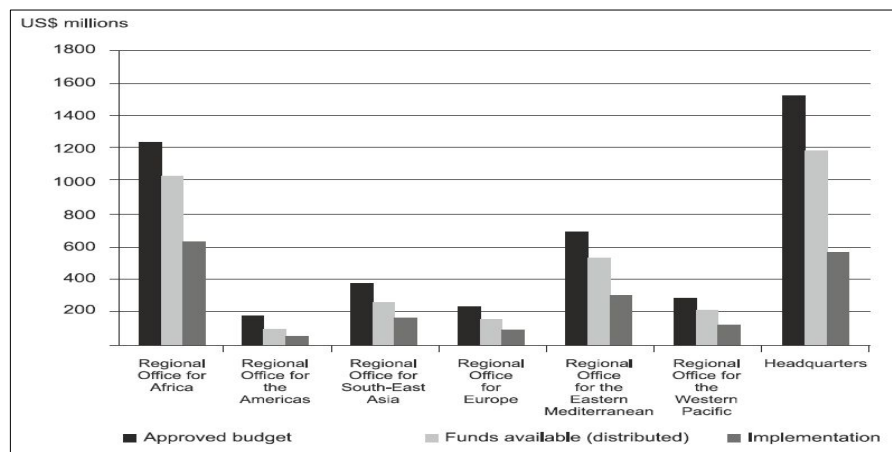
○ 에볼라 발생이 WHO 사업에 미친 영향에 대한 분석이 진행 중. 이에 대한 자세한 정보는 2014-2015년 예산 중간리뷰에 보고될 것임. 분석 결과는 제68차 보건총회(2016.5)에 제출할 2016-2017년 예산 확정에 영향을 미칠 것임.

○ 모든 지역의 preparedness 강화에 상당한 노력이 필요한데 이 노력의 범위와 필요한 자원이 결정되어야 함.

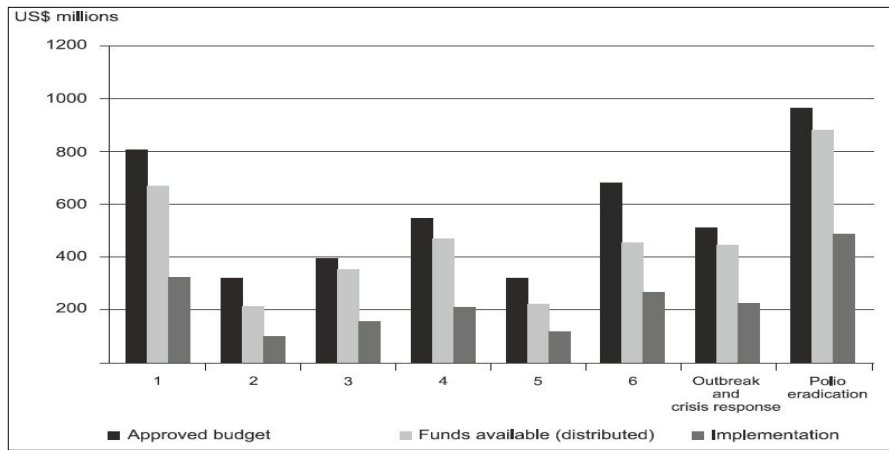
○ 제133차, 134차 집행이사회에서 채택된 결의안과 결정이 2014-2015년 예산에 미치는 영향은 3천9백6십만 달러로 상세정보는 부록에 제시되어 있음.

○ 2014년 11월 30일 현재, 총 집행율은 예산의 42%, 가용자원의 51%임.

○ 2014년 11월 30일 현재 2014-2015년 예산의 Major office별 재정 및 집행 현황



○ 2014년 11월 30일, 2014-2015년 예산의 Category별 재정 및 집행 현황



□ 결론

- 2014-2015년 예산은 전체적으로는 alignment와 재정충당도가 개선되었으나 일부 Programme영역에서는 여전히 미흡했음.
- 에볼라 발생으로 인해 예산 집행율은 다소 떨어짐.
- 당 회계연도에 발생하는 예산요구를 충당하기 위해서는 보다 신축적인 접근이 필요함.

* 2014-2015년 예산 집행에 대한 보다 자세한 분석과 WHO 개혁의제에 대한 WHO 경영진 대응의 일환으로 제안 및 수행되고 있는 활동들에 대한 현황은 2015년 5월 PBAC의 22차 회의를 통해 제68차 보건총회에 제출될 것이며 이 때 감사가 완료된 2014년 재무제표 요약도 제출될 것임.

* 2014-2015년 예산에 대한 보다 자세한 정보는 2015년에 program budget web portal에서 제공될 것임.

□ Programme Budget Portal (<http://extranet.who.int/programmebudget>)


Investing in the World's Health Organization

Globalization and rapid urbanization have dramatically improved living standards for many but at the same time have created many health challenges and inequities.

WHO is working to address these increasingly complex challenges of health in the 21st century.

Welcome to the programme budget web portal

The portal aims to increase transparency and accountability around WHO financing and improve reporting on results.

During the course of the biennium the portal will be updated on a quarterly basis to provide the latest financial information and on an annual basis to provide updates on technical implementation.

The portal has been last updated as at **30 September 2014** to include the latest information on budget requirements, availability and distribution of funding, funding gaps and financial implementation.

30. 2016-2017 사업예산

□ 주요 내용

- 2016-2017 사업예산(안)(이하 PB2016-17)은 지역총회, 지역사무소, Category와 Programme 네트워크의 의견과 논의를 반영하여 개발되었음.
 - 또한 지역총회에 소개된 철저한 개발 프로세스를 거침(EB136/INF./3 참조).
- PB2016-17의 개발은 GPW2014-19의 전반적인 전략적 방향과 성과체인(results chain)에서 시작
 - Leadership priorities → impacts → outcomes → categories and programme areas(outputs)
- PB2016-17은 PB2014-15의 연속선상에서 개발됨.
 - 사무국의 일(inputs, activities, outputs)을 보건과 개발의 개선(outcomes, impact)에 연결하는 성과체인은 2016-17년의 상황과 우선순위를 반영함.
 - 상향식 기획(bottom-up planning) 강화에 대한 회원국들의 요청을 반영하기 위해 회원국과의 논의를 통해 각국의 상황에 맞는 기술협력 우선순위를 식별함.
- 각 프로그램 영역의 output은 국가 우선순위와 지역 및 글로벌 commitment를 함께 감안하여 산출함.
 - 이 과정에서는 각 프로그램 영역의 전략적, 기술적 방향에 합의를 도출하기 위해 category and programme networks를 통해 WHO 조직 전체의 의견을 반영함.
- 각 output에 소요될 인건비와 사업비를 산출했으며 주요사무소와 프로그램 영역별로 묶음.
 - 전체 예산엔 변함이 없으나 상향식 기획과 WHO 조직의 역할 구분 명확화를 통해 예산 내 영역별 변화는 있음.
- 필요 자원에 대해 최근의 현황을 반영한 현실적인 산출을 위해 프로그램 영역별 WHO 각 조직의 역할과 책임을 명확히 하고 성과체인과 지표들을 조화시키기 위한 작업이 진행되었음.
 - 또한 사무국의 목표달성과 outcome 달성에 관계된 리스크와 가정들에 대한 분석 결과도 반영됨.
- 최근 보건총회의 결의안(특히 의료제품에 대한 규제시스템 강화, 항생제 내성에 관한 결의안)이 미치는 영향도 고려됨.
 - 이로 인한 추가 사업은 본 예산(안)에 대한 지역총회의 검토 시에는 WHO 조직별 프로그램에는 반영되지 못했었음.

- 프로그램 영역 간 시너지와 연계에 의존하는 영역들(성, 평등, 인권, 건강의 사회적 요인 등)에 보다 많은 관심을 줌.
 - 이 영역들의 원칙과 접근법을 관련 프로그램 영역에 반영함.
 - 다양한 프로그램 영역들이 간염과 항생제 내성의 예방과 관리 목표 달성에 어떤 기여를 하는 지 보여줌.
- 인적자원과 예산 사업에 대한 자세한 계획은 기존의 표준화된 원가계산 접근법을 활용하여 진행되고 있음.
 - 이 결과는 보건총회에 제출될 본 사업예산안을 승인하는데 사용될 것임.

□ 프로그램 개괄

- 우선순위 반영 절차와 상향식 기획을 통해 PB2014-15에서 변화(shifts)가 생김.
- 강화된 카테고리
 - 대비, 감시, 대응 카테고리: 국제보건규칙(2005) 이행 강화
 - 보건 시스템: 보건시스템 정보와 증거, 의약과 보건기술 접근성, 규제 역량
 - 이 영역들은 에볼라 사태에서 겪은 경험에 비추어볼 때 향후 상당히 중요
- 에볼라 사태는 2014-2015년의 output에 상당한 영향을 미치며 조직 전체에 상당한 부담으로 작용함.
 - 에볼라 사태의 영향과 유사 사태에 대한 WHO의 향후 대응방안에 대한 논의와 결정들은 PB2016-17의 최종안에 고려될 필요가 있음.
- WHO는 생식, 모성, 신생아, 아동 및 청소년 보건에 대한 투자를 지속적으로 늘릴 것임.
 - 또한 고령화와 보건, 성, 공평성, 인권, 건강의 사회적 요인이 모든 프로그램에 스며들도록 하는 일에 투자를 늘릴 것임.
- Post-2015 개발의제의 목적과 목표는 PB2016-17의 사업에 영향을 미칠 것임.
- 2016-2017년에도 Global Polio Eradication Initiative와 Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018의 활동은 지속될 것임.
 - 2016-2017년에는 이 분야의 투자를 지속하고 포괄적 전략, 목적, 목표를 지역 액션플랜을 통해 이행하는 것임.
 - 정신 보건, 약물 남용, 폭력, 부상, 장애 및 재활에 대한 사업도 지속적으로 증가
- 일부 영역에 자원이 감소된 이유는 상위 정책과 기술 사업의 전략적 변화로 인한 것이지 이 영역들의 중요성이 떨어진 것은 아님.

- 회원국과 국가파트너들의 기존역량을 최대화

□ 예산 개괄

- 지역총회의 논의 후 각 사무소별로 2015-2017 예산에 추가 정보를 제공
 - 이에 따라 사무국은 집행이사회에 검토를 위해 세 가지 시나리오 제시
- 시나리오(1): 지역총회에 제출된 총예산 4십1억7천1백만 달러 유지하되 카테고리와 프로그램 간 예산 다소 수정
- 시나리오(2): 인건비의 현실적 흡수를 위한 예산 증액 → 4십2억6천2백만 달러(단, 인건비 상승 아님)
- 시나리오(3): 위 상승분에 주요 사무소들이 제안한 카테고리 1~5까지의 예산 증액: 1억2천 2백만 달러 증액
- 폴리오 박멸과 전염병 발생 및 위기 대응은 카테고리 5(대비, 감시, 대응)와 연관되어 있으나 예산 수립의 투명성과 신축성을 확보하기 위해 별도로 관리
 - 폴리오에 대한 추정 예산은 Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013-2018에 제시된 자원 요건에 근거
 - 전염병 발생과 위기대응은 예측이 어렵기 때문에 제시한 예산은 시작점이자 최저예산
- UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases와 UNDP/UNFPA/UNICEF/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction도 독립된 거버넌스 하에 별도 관리
- 항생제 내성에 대한 글로벌 액션플랜(안)은 제136차 집행이사회에서 논의될 것이며 제68차 보건총회에 제출될 예정
 - 본 글로벌 액션플랜의 이행에 따른 사무국의 WHO 세 조직별 사업 범위와 비용은 아직 산출되지 않음.
 - 따라서 본 글로벌 액션플랜의 비용은 PB2016-17에 포함되지 않았음.
- PB2014-2015의 경우와 마찬가지로, Roll Back Malaria Partnership과 같은 WHO 파트너십(hosted partnership)은 예산(안)에 포함되지 않음.

□ 모니터링과 평가

- PB2014-2015 평가 틀에 기반해 성과지표 등 수정

- GPW2014-2019의 포괄적 틀에서 성과평가지표의 베이스라인과 목표 설정
- Output 지표들에 대한 최종 베이스라인과 목표는 PB2014-2015의 목표달성과 목표국가들의 2016-2017년에 대한 정보를 토대로 최종 수정 후 PB2016-2017포함되어 제68차 보건총회에 제출

31. 전략적 예산공간 배분

□ 논의 경과

- (EBPBAC20/5) 2013년 5월, 제66차 보건총회는 사무총장에게 「2016-2017 사업예산」에 서부터 활용될 새로운 전략적 자원배분 방법을 제67차 보건총회에 제안토록 요청
- (EBPBAC20/5) 2014년 1월, 제134차 집행이사회는 새로운 전략적 자원배분 방법의 개발을 위해 사무국에게 길잡이 역할(guidance)을 할 워킹그룹을 설립하자는 사무총장의 제안을 승인
- 워킹그룹의 로드맵:
 - 2014년 5월: 제20차 PBAC 회의를 통해 보건총회에 현황을 보고하고 자문을 구함.
 - 2014년 6월: PBAC의 피드백을 근거로 보고서 수정
 - 2014년 9-10월: 피드백과 Guidance를 얻기 위해 지역총회에 수정된 보고서 제출
 - 2014년 6월 이후, 사무국은 「자원배분의 원칙과 기준」을 적용한 다른 모델 개발
 - 2014년 11월 12, 13일, 워킹그룹은 전략적 예산공간 배분 방법에 대한 접근법에 합의하고 집행이사회에 제출할 권고안을 개발하기 위해 두 번째 대면회의 개최.
 - 2015년 1월: 사무국은 새로운 전략적 자원배분에 관한 제안서 초안을 PBAC에 제출

○ 배경

- 워킹그룹은 새로운 전략적 자원배분 방법의 개발은 상당히 복잡한 작업이며, 「상향식 기획(bottom-up planning)」, 「산출물(outputs and deliverables) 원가 계산」, 「WHO 세 조직의 구분된 역할과 기능」, 「행정관리비 재정」 등 현재 진행 중인 다른 WHO 개혁과제들과 맞물려 있음을 인식
- WHO 회원국들은 로드맵을 포함한 워킹그룹의 보고를 환영했으며 그 노력을 치하하고, 이 과제의 명칭을 “전략적 자원 배분”에서 “전략적 예산공간 배분”으로 변경하는데 동의
- 집행이사회는 이 작업의 지속성을 위해 워킹그룹의 구성원을 바꾸지 말아야 한다는 PBAC의 권고를 수용하여 예외적으로 워킹그룹의 구성원을 유지하기로 결정 - 벨기에,

카메룬, 이집트, 말레이시아, 몰디브, 멕시코

- 이 보고서는 워킹그룹의 논의 결과를 요약하고 워킹그룹이 집행이사회에 제안하는 전략적 예산 공간 배분 방법을 설명하고 있음.

□ 주요 내용

전략적 예산공간 배분 방법

- 워킹그룹이 추구하는 목표는 ‘포괄적 자원배분 원칙(guiding principles)’, ‘종합사업계획(General Programme of Work, 이하 GPW)이 명시하는 니드, 우선순위, 사업목표’, 그리고 ‘상향식 기획’에 근거하여 전략적 예산공간 배분을 결정하며 이에 대해 객관적이고 투명한 접근법을 식별하는 것
- 워킹그룹은 WHO의 사업을 네 가지 운영분야(Operational Segment)로 구분하는데 합의했으며 제안된 방법은 필요에 따라 계속 평가되고 개선되어야 할 원형(prototype)임을 강조
 - 워킹그룹은 전략적 예산공간 배분은 예산공간의 ‘배분과 재배분’을 허용할 수 있도록 신축적이어야 하며, 확보 가능한 최상의 데이터를 근거로 해야 한다는 점을 부각시킴.
 - 또한, 분과 간의 예산공간 배분율은 지속되는 WHO 개혁의 맥락 속에서 향후 재검토되어야 한다고 권고함.

운영분야 및 WHO 조직에 따라 분류된 2014-2015 사업예산 (%)

운영분야	본부	지역 사무소	국가 사무소	계
1. 국가 기술 협력	0	0	23	23
2. 글로벌 및 지역 재화 제공	20	13	0	33
3. 관리 및 행정	11	6	5	22
4. 전염병 발생 및 위기 대응 등 비상 상황	1	1	20	22
총계	32	20	48	100

○ 범위

- 전략적 예산공간 배분 방법은 의무분담금과 사업분담금 모두를 통합적인 방법으로, WHO의 One work plan, one budget을 지원하는 의미로 적용되는 것임.

○ 포괄적 원칙(Guiding principles)

- 니드와 근거 중심: 전략적 예산공간 배분은 니드가 가장 큰 국가들을 지원해야 하고 연구

결과, 과학적 데이터, 측정 가능한 객관적 기준(benchmark) 등 확보할 수 있는 최상의 데이터에 근거해야 함.

- 결과 중심의 경영: 전략적 예산공간 배분은 자원이 촘촘한 상향식 기획, 산출물(outputs and deliverables)에 대한 현실적 원가 계산, GPW의 우선순위에 따라 배분되고, 투자 대비 가치와 그 영향력이 가장 큰 사업에 배분되도록 이루어져야 함.
- 공정성과 형평성: 지역적, 혹은 기능적 분과에 대한 전략적 예산 공간 배분은 일반적으로 수용되어 일관되게 적용된 객관적 기준에 따라 이루어져야 함.
- 책임성과 투명성: 이 원칙은 기획과 전략적 예산 공간 배분, 자원 활용에 대한 보고의 중심 원칙임.
- 명확한 역할과 기능: WHO 조직 전체에서 사업과 예산 공간 배분에 대한 결정에 중요하며 책임성을 강화하는 원칙
- 성과 개선: 사업결과와 목표 성취의 촉진을 위해 예산공간 배분 시 고려되어야 할 원칙

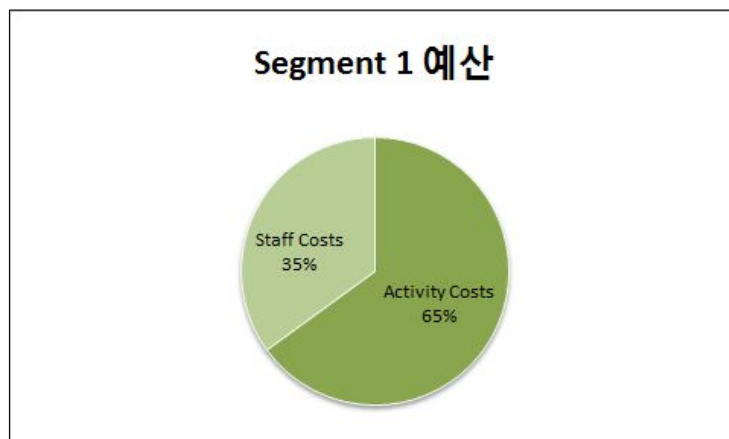
운영분야별 기준

- 17. 전략적 예산공간 배분의 기준과 접근법은 운영분야에 따라 다름.

<운영분야 1: 국가 수준에서의 기술협력>

- 18. 분과 정의: 그 혜택이 개별국가에 직접 주어지는 국가 수준에서 수행되는 기능과 활동
 - 분과 내용: 국가역량개발, 기술지원, 정책대화, 가이드라인 수정, 데이터 수집·분석·전파 시스템 강화

활동비(activity costs)와 인건비(staff costs)로 구분한 Segment 1 예산



○ 19. 국가수준에서의 기술협력을 위한 예산공간 배분을 결정의 2단계:

- 1단계: 예산공간 지역 배분을 결정
- 2단계: 예산공간 국가 배분 결정(자원배분 핵심기준 반영, 상향식 기획)

○ 예산공간 지역 배분을 결정 위한 4단계:

- 1단계: 지표 표준화(Indicator Scaling)
- 2단계: 국가들을 10분위수로 분류.
- 3단계: 국가 가중치 산출
- 4단계: 지역 분배율 산출

○ 21. 고려된 지표들:

- 1인당 GDP (PPP\$)
- 기대수명(Life Expectancy)
- DPT3 접종률 (디프테리아, 백일해, 파상풍 백신)
- 전문 조산인 수행 출산
- 1인당 총 장애보정수명(Total disability-adjusted life years per capita), 전염병·모성·주산기·영양 등으로 인한 1인당 장애보정수명, 비전염성 질환과 부상으로 인한 1인당 장애보정수명
- US달러 환율 대비 구매력평가지수 환율(PPP\$ exchange rate)
- 도시 거주자 인구 비율, 인구 밀도, 도로 밀도
- 가뭄, 홍수, 극한 기온을 겪은 인구 비율
- 국제보건규칙(2005)의 이행
- 소득불평등 지니계수

Composite Model에 따른 지역배분율

WHO지역	2014-2015 예산	2006년 승인 메커니즘에 따른 평균	composite model 1(B) ¹⁾	Composite model 2(S) ²⁾	Composite model 3(T) ³⁾	Composite model 4(U) ⁴⁾	Composite model 5(V) ⁵⁾
아프리카	43.00	47.67	42.53	45.00	45.70	44.31	44.87
아메리카	8.00	10.24	11.15	13.35	12.48	10.78	10.16
동부지중해	15.00	10.45	13.96	10.97	10.22	11.67	13.69
유럽	5.00	11.86	10.81	13.61	14.91	16.67	12.51
동남아시아	16.00	10.44	12.74	7.89	7.74	8.61	10.84
서태평양	14.00	9.34	8.81	9.91	8.95	7.96	7.92

○ 워킹그룹은 가장 안정적이고, 통계적으로 탄탄하며, 데이터 확보율이 가장 높은 지표들을 포함한 합성모델(Composite Model)이 가장 적합한 모델이라는 결론을 내림.

- 합성모델 5 선호: 데이터 확보율과 지표들의 안정성 높음 (1인당 GDP PPP, 전문 조산인수행 출산, DPT3 접종률, 총 장애보정수명, 인구밀도)
- 일부 회원들은 지표의 수가 적고 예산을 지역별로 보다 균등하게 분배하는 합성모델 1을 선호

○ 워킹그룹은 제안된 배분 방법 시행을 위한 과도기 제안

- 2014-2015 사업예산 운영분야 1 예산의 지역별 예산 배분을 기점으로 매 2년마다 지역의 예산공간 배분 변경을 2%로 제한: 각 지역이 새로운 예산공간 배분율에 적응할 시간 제공이 목적

○ 워킹그룹이 논의에서 고려한 핵심 요소:

- 양질의 데이터 확보 가능성
- 국가의 개별 환경, 개발 수준, 자원 역량, 보건 니드

○ 워킹그룹은 시간이 지남에 따라 자원활용의 성과가 개선되어야 할 필요를 인정하지만, 동시에 일부 지역의 경우 여전히 전달해야 할 서비스의 양도 부족한 상황에 서비스의 질을 개선하는 데 어려움이 있을 수 있음을 인식함.

- 자원이 잘 활용되고 있으며 산출물(outcome)과 프로그램에 든 비용의 정당성을 보여주 기 위해 지역들 간 성과 개선의 Best Practice를 공유하는 안이 제안됨.

1) 사용된 지표: 1인당 GDP PPP, 기대수명, 전문조산인수행출산, DPT3 백신 접종률

2) 사용된 지표: 1인당 GDP PPP, 전문조산인수행출산, DPT3 백신 접종률, 총 장애보정수명, 물가, 인구밀도, 지니계수

3) 사용된 지표: 1인당 GDP PPP, 전문조산인수행출산, DPT3 백신 접종률, 전염병, 모성, 주산기, 영양 상태로 인한 장애보정수명, 비전염성질환과 부상으로 인한 장애보정수명, 물가, 인구밀도, 지니계수

4) 사용된 지표: 1인당 GDP PPP, 전문조산인수행출산, DPT3 백신 접종률, 총 장애보정수명, 물가, 인구밀도

5) 사용된 지표: 1인당 GDP PPP, 전문조산인수행출산, DPT3 백신 접종률, 총 장애보정수명, 인구밀도

○ 예산공간 국가 배분 시 고려할 사항:

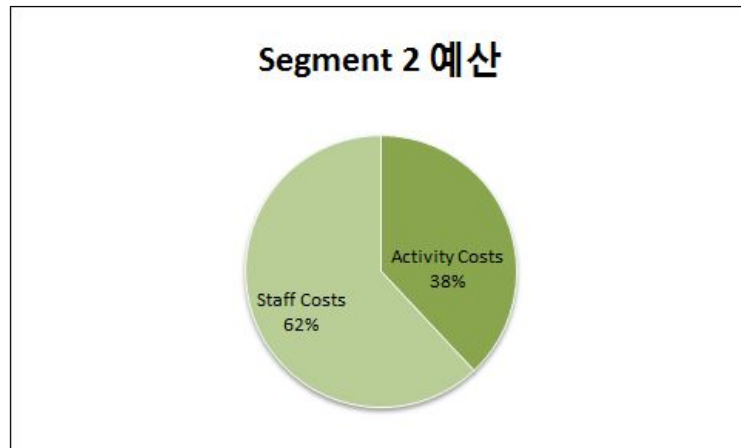
- 상향식 기획의 일환으로 개별 국가의 니드와 우선순위
- 국가협력전략과 국가투자계획과의 조화(alignment)
- WHO의 비교우위
- GPW 우선순위와의 조화

<운영분야 2: 글로벌 및 지역 재화 제공>

○ 분과 정의: WHO 본부와 지역사무소가 WHO와 모든 회원국들을 위해 수행하는 기능 및 사업(*WHO 헌장 제2조에 명시)

- 분과 내용: WHO 규범(norms), 기준(standards), 정책(policies), 가이드라인, 분석, 관리 및 보건정보 전파

활동비(activity costs)와 인건비(staff costs)로 구분한 Segment 2 예산

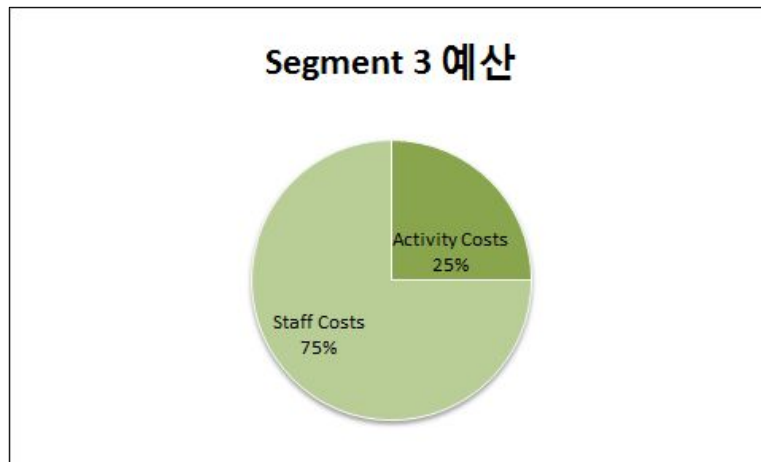


- 분과 2의 전략적 예산공간 배분은 현 관행을 따르고 글로벌/지역 보건니드와 우선순위 식별 및 평가에 근거해 아래 기준을 감안할 것을 권고함:
 - 총괄사업계획에 명시된 우선순위
 - 국가의 니드와 우선순위
 - WHO 지배기구에서 채택된 결의안
 - WHO의 비교우위
 - WHO 전 조직의 역할과 기능 (효율성과 효과성을 중심으로)
 - 산출물(outputs and deliverables)에 대한 현실적 원가 계산
 - 프로젝트 관리(project management)적 접근

<운영분야 3: 행정 및 관리>

- 분과 정의: WHO 조직의 운영에 필요한 기능
- 분과 내용:
 - Stewardship and Governance: 리더십, 일반 관리 및 거버넌스를 아우르는 조직 내 서비스와 지원 기능(enabling functions)
 - 인프라 및 행정 지원: 건물운영비, 유지관리, 정보기술, 보안, 기타 행정지원 서비스

활동비(activity costs)와 인건비(staff costs)로 구분한 Segment 3 예산



○ 운영분야 3의 높은 고정비

- Stewardship and Governance와 연관된 높은 고정비: 지배기구 회의 비용, 지배기구 구조, WHO 조직 내 신입 경영진 인건비 등

○ 위킹그룹은 행정관리 기능과 관련된 비용의 조화와 효율을 추진하기 위한 많은 작업이 진행되어 온 것을 인식함.

- 따라서 운영분야 3에 대한 예산공간 배분에 대해서는 WHO 개혁과정이 완결될 때까지 현 접근법을 유지하되 이 운영분야를 「Stewardship and Governance」와 「Administration and Management」로 나눌 것을 권고함.

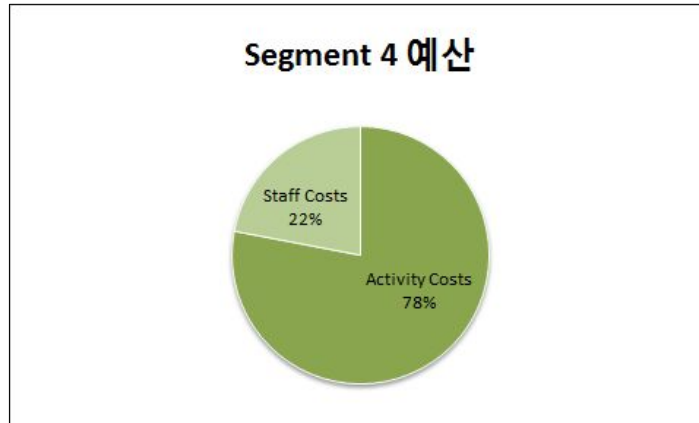
<운영분야 4: 전염병 발생, 위기 대응과 같은 비상 상황예의 대응>

○ 분과 정의: 전염병 발생, 위기 대응, 폴리오 박멸

○ 예산계획 과정에서의 예측의 어려움:

- 전염병과 위기 대응의 성격상, 일반적으로 이 운영분야를 위한 자원의 필요성은 상당하지만 예산 계획과정에서의 예산 수요에 대한 예측이 어려움.
- 폴리오 박멸을 위해서는 짧은 통지에도 예산을 늘릴 수 있는 신축성 필요

활동비(activity costs)와 인건비(staff costs)로 구분한 Segment 3 예산



- 폴리오 박멸에 대한 예산공간 배분 방법은 이미 존재
 - Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2013–2018
 - 따라서, 워킹그룹은 폴리오 박멸에 대한 새로운 배분 방법을 제안하지 않음.
- 워킹그룹은 국제적 우려를 받는 보건 비상 상황들에 대응하기 위한 Global Revolving Fund와 지역의 비상 상황에 대응하기 위한 Regional Emergency Fund의 창출을 제안함.
 - 여기에서 기존의 UN시스템 내에 있는 재정 메커니즘을 고려할 수 있음.

포괄적 권고사항

- 워킹그룹은 전략적 예산공간 배분 방법의 개발과 관련해 WHO개혁에 관한 여러 이슈들을 논의하고 집행이사회에 고찰을 위해 다음 권고들을 제안함:
 - 사무국은 투명성, 효율성, 효과성, 책임성 제고를 포함해, 성과 중심의 사업계획 및 예산 수립을 지속적으로 강화해야 함.
 - 예산공간을 WHO 각 조직의 역할과 기능에 맞게 배분해야 함.
 - 사업예산에서 수립된 우선순위에 효과적으로 대응하기 위해서는 WHO 각 조직의 역할과 기능에 대한 명확한 정의를 중심으로 한 거버넌스 개혁에 진전이 있어야 함.
 - 사무국은 사업예산에서, 각종 결의안과 WHO의 글로벌 협약 등을 포함해, 사업계획과 예산 과정에 활용된 정보를 보다 명확히 나타내야 함.

부록

운영분야 1 예산 공간 배분 방법

- 운영분야 1을 위한 예산 공간 배분 모델을 개발하는 데 사용된 방법과 지표 설명

- 모델 개발에 사용된 수학적 방법은 4 단계로 구성됨.
- 1단계. 지표 표준화(Indicator scaling)
 - 선택된 지표들(표 참조)을 서로 간의 비교를 위해 표준화함.
- 2단계. 각 국가의 전반적인 성과 산출
 - 선택된 지표들에 대한 각 국가의 종합성과를 산출하기 위해 국가별로 표준화된 지표들의 평균을 구함.
- 3단계. 국가 가중치 계산 (Generating country weightings)
 - 국가들은 표준화된 지표들의 평균값에 따라 등수가 매겨진 다음, 선택된 지표들에 따라 10분위로 분류됨.
- 4단계. 국가들을 그룹으로 모으고 가중치 부과 (Grouping of countries and weighting)
 - 각 분위(3단계의 결과)에 해당하는 needs index와 country population scaling factor를 곱해 각 국가의 상대 가중치(relative weighting)를 구함.
 - 니드가 가장 큰 국가들은 1분위, 가장 낮은 국가들은 10분위에 속함.
 - 니드가 가장 낮은 국가 20%(9, 10분위)의 needs index는 0.
 - 나머지 국가들의 needs index 함수는 다음과 같음: $\text{Needs index} = 1.38 - \text{Decile}$
 - 각국의 population scaling factor에 대해서는 2006년 validation mechanism에서 사용된 동일한 adjusted log population squared (ALPS) function이 사용됨.
 - Scaling function의 목적은 나라별로 종합적인 인구 차이를 감안하면서 보다 적은 인구를 가진 국가들에게 보다 큰 인구를 가진 국가들에 비해 보다 높은 상대 가중치를 부여하는 것.
 - 4단계의 마지막 부분은 각 WHO 지역에 속한 나라들에 부여된 상대 가중치들을 합하여 지역별 분배율을 구하는 것임.

고려된 주요 지표들

- 워킹그룹은 질병률(morbidity), 보건서비스 비용, 보건서비스 액세스, 환경적·자연적 재해 및 위협에의 취약성, 보건 비상 상황에 대한 대비 수준, 불평등(inequality), 불공평(inequity) 등을 나타내는 지표들을 식별해 줄 것을 사무국에 요청하였고 이에 따라 고찰된 지표들은 다음과 같음:
 - 1인당 GDP (PPP\$)
 - 기대수명(Life Expectancy)

- DPT3 접종률 (디프테리아, 백일해, 파상풍 백신)
- 전문 조산인 수행 출산
- 1인당 총 장애보정수명(Total disability-adjusted life years per capita), 전염병·모성·주산기·영양 등으로 인한 1인당 장애보정수명, 비전염성 질환과 부상으로 인한 1인당 장애보정수명
- US달러 환율 대비 구매력평가지수 환율(PPP\$ exchange rate)
- 도시 거주자 인구 비율, 인구 밀도, 도로 밀도
- 가뭄, 홍수, 극한 기온을 겪은 인구 비율
- 국제보건규칙(2005)의 이행
- 소득불평등 지니계수

○ 아래 표에는 각 지표의 장, 단점을 포함한 지표별 설명이 제시되어 있음.

워킹그룹이 고려한 지표들 (각 지표의 장, 단점 포함)

질병률(Morbidity)		
기대수명을 대체할 수 있는 후보 지표들	장점	단점
1인당 총 장애보정수명	·morbidity와 mortality를 포괄한 이론적으로 튼튼한 지표	·국가 수준에서는 데이터 시점이 딱 두 번:2000년, 2012년 ·국가별 1인당 장애보정수명에는 차이가 제한적임.
전염병, 모성, 주산기, 영양 상태 등으로 인한 1인당 장애보정수명 비전염성 질환과 부상으로 인한 1인당 장애보정수명	·morbidity와 mortality를 포괄한 이론적으로 튼튼한 지표 ·전염병과 비전염성 질환으로 인한 장애보정수명에 따른 비용은 서로 다를 수 있음	·국가 수준에서는 데이터 시점이 딱 두 번:2000년, 2012년 ·국가별 1인당 장애보정수명에는 차이가 제한적임 ·전염병과 비전염성 질환으로 인한 장애보정수명에 따른 국가별 질병부담은 서로 다르지만 모델의 공식은 둘 다에 동일한 가중치를 부과하고 있음
물가		
기대수명을 대체할 수 있는 후보 지표들	장점	단점
US달러 환율 대비 PPP\$ 환율	·예산이 US\$로 배분되지만 현지 화폐로 지출될 경우 이론적으로 튼튼한 지표 ·2012년 혹은 2013년, 183개 회원국에 대한 데이터 확보	·가끔 수집되는 (2005년, 2011년) PPP 인수에 근거. 현 PPP\$ 환율은 2005년 인수에 근거 ·매년 변동이 심할 수 있는 US\$ 환율에 근거
보건 서비스 액세스		
기대수명을 대체할 수 있는 후보 지표들	장점	단점
도시 지역 거주 인구 비율	·2013년, 191개 회원국 데이터	·도시 지역의 액세스가 높다는

	확보	가정이 성립해야 관련 있음
인구 밀도	·2013년 190개 회원국 데이터 확보	·인구밀도가 높을 때 액세스가 높다는 가정이 성립해야 관련 있음
도로 밀도	·대부분 국가에서 지리적 액세스에 대한 이론적으로 튼튼한 지표 ·183개 회원국 데이터 확보	·일부 데이터는 다소 노후됨 - 50% 데이터만 2010년 이후의 것임 ·많은 섬으로 구성된 나라에 대해서는 별로 유용하지 않을 수 있음
환경, 자연 재해에의 취약성		
기대수명을 대체할 수 있는 후보 지표들	장점	단점
가뭄, 홍수, 극한 기온을 경험한 인구 비율(1990-2009 평균)	·구체적인 자연재해로부터의 위험을 사정하기에는 이론적으로 튼튼한 지표 ·지표 수렴은 갑작스런 가치 변화의 잠재성을 효과적으로 제거함	·2009년부터 165개 회원국의 데이터만 확보 가능 ·지진과 같은 모든 환경적 위험 요인을 담지는 못함
대비(Preparedness)		
기대수명을 대체할 수 있는 후보 지표들	장점	단점
국제보건규칙(2005) 이행	·국가 Preparedness의 다양한 양상을 포괄함 ·WHO의 핵심 목표와 연계 ·2012년부터 데이터 확보	·139개 회원국의 데이터만 확보 가능
불평등과 불공평(Inequality and Inequity)		
기대수명을 대체할 수 있는 후보 지표들	장점	단점
소득 불평등 지니 계수	·포괄적인 불평등(inequality)과 그 결과인 불공평(inequity)에 대해 흔히 사용되는 이론적으로 튼튼한 지표	·148개 회원국의 데이터만 확보 가능 ·일부 데이터는 다소 노후됨 - 50% 데이터만 2010년 이후의 것임

- 2006년 validation mechanism은 1인당 GDP(PPP\$)와 기대수명(life expectancy)을 사용함. 본 작업에서는 기본 보건 서비스에의 액세스(access to basic health services), DPT3 접종률, 전문 조산원 수행 출산을 반영하는 두 가지 추가 지표들이 기본 모델(base model) 개발에 활용되었음. 기본 합성모델에 지표를 더하거나 대체해 다양한 합성모델들을 개발함.
- 지표들은 World Development Indicators 등과 같이 신뢰할 수 있는 국제 데이터베이스에서 얻은 것이며 워킹그룹이 데이터의 확보 가능성(availability), 완결성(completeness), 신뢰성(reliability), 견고성(robustness)에 근거해 선택한 것임. 고찰된 합성모델은 2(S), 3(T), 4(U), 그리고 5(V)임.
- 워킹그룹은 합성모델 5(V) 개발에 사용된 지표들이 예산 공간 배분에 가장 적합하다고 판단

- 합성모델 5(V)의 통계적 견고성을 평가하기 위해 지표 가중치들에 대한 민감도 분석을 수행
- 민감도 분석에서는 표준화된 지표들의 평균을 구할 때 모델에서 사용된 지표들에 주어진 가중치를 변경함.
- 위에서 설명된 기본 방법에서는 모든 지표들이 동일한 가중치를 받음.
- 민감도 분석에서 각 지표에 주어진 최소한의 상대적 가중치는 10%였음.
- 그 결과 930 iterations를 얻었으며 그 요약은 아래 표에 제시되어 있음.
- 이러한 결과는 합성모델 5(V)의 원 결과가 지표 가중치에 대해 견고함을 보여줌.

Composite Model 5(V)에서의 지표 가중치에 대한 민감도 분석

지역	기본 Composite model 5(V) 분배(%)	민감도 분석			
		최소	최대	중앙값	평균
아프리카	44.87	39.93	46.45	44.83	44.30
아메리카	10.16	9.30	11.52	10.15	10.17
동부 지중해	13.69	12.65	14.10	13.59	13.48
유럽	12.51	9.94	17.52	13.54	13.25
동남 아시아	10.84	9.21	12.75	10.69	10.77
서태평양	7.92	6.42	9.59	7.90	8.03

32. WHO 재정전략 초안

□ 논의 경과

- 제 67차 보건총회에서 ‘재정대화 후속조치’에 대한 논의 중 재정과 연관된 여러 이니셔티브들을 연결하는 것이 유용할 것이라는 제안이 나옴.
 - 따라서, 사무국은 포괄적인 WHO 재정전략(안)을 다음과 제안함.
- 재정전략(안)은 논의 중인 ‘전략적 예산공간 배분 메커니즘’과 ‘자원조달조율전략’의 결과가 반영되어 완성될 것임.

□ 주요내용 요약

- 재정전략의 다섯 가지 구성요소:

- 사업기획과 예산(programming and budgeting)
- 자원조달(mobilizing resources)
- 자원관리 및 추적(managing and tracking resources)
- 보고(reporting)
- 책임과 위험(accountability and risks)



□ 사업기획과 예산

○ 사업기획

- 2012년 WHO 개혁의 일환으로 사업 우선순위 설정 회원국이 주도
- 2014-2016 2개년 사업예산부터 예산 전체(사업분담금, 의무분담금)를 통으로 승인하게 되어 사업예산을 책임성, 투명성, 재정, 자원조달의 도구로 활용할 수 있게 됨.

○ 예산

- 최근의 사업예산은 상향식 기획, 현실적 비용산출, WHO 조직의 구분된 역할과 책임 반영
- 또한 각 사업영역의 전략적 방향을 확보하고자 사업기획 시 Category and Programme Area Networks를 활용함.
- 이를 통해, 우선순위 반영, 개별국가의 수요 반영, 전략적 예산 분배, 사업분담금의 신축성과 예측성 확보

□ 자원조달

○ 사업분담금 의존이 큰 WHO 사업예산의 자원확보를 위해서는 의무분담금을 늘리거나 사업분담금 조달을 강화

- WHO 재정의 4대 원칙: alignment and flexibility, predictability, transparency, reducing vulnerability

○ 사업분담금 확보의 두 가지 방안: 1) 기존 공여자 유지·강화, 2) 공여자 기반 확대

- 이러한 노력은 사업예산에 따라 재정의 우선순위를 명확히 하고, 자원조달을 일관되게 수행하는 자원조달조율부서(coordinated resource mobilization unit)에 의해 촉진될 것임.

□ 자원관리 및 추적

○ 자원조달의 중요한 전제조건은 보다 장기적인 목표와 사업예산 세부항목별 재정현황을 보여주는 재정 정보의 제공

- 여기에 Programme Budget Web Portal의 역할이 중요
- 자원관리에서는 가용자금의 시의적절한 분배가 중요. 이는 재정 부족분(shortfalls)의 식별을 용이하게 하고 재정 예측성을 높이며 사업집행을 위한 시간 확보에도 도움이 됨.
- 향후 신축적 펀드(flexible funds)는 엄격히 재정 부족분(funding gap)을 채우는 데만 활용된다는 조직 내부의 인식 형성도 중요

□ 보고

○ 사업 현황 파악과 사업수정 결정에는 시의적절한 양질의 보고가 핵심

- 효율적이고 투명한 보고를 위해서는 사업분담금 지원사업의 보고요건 표준화가 필요.

□ 책임과 위험

○ 책임성과 투명성은 재정전략 네 가지 구성요소의 핵

- 책임성과 투명성 확보를 위한 WHO의 제도와 이니셔티브:

재정 규정 및 규칙

감사, 행정 및 사업 리뷰, 평가 등

위험관리시스템을 통한 체계적 위험 식별 및 관리

장기적 재무위험 모니터링: 직원과 관련된 장기부채(은퇴후 건강보험 및 연금비용)

내, 외부 감사를 통한 책임성 메커니즘 감시·강화

독립전문가감독자문위원회

□ 평가지표

- 재정전략의 성패는 예산과 재정에 관련된 개혁의 성패와 연계되어 있음.
 - 따라서 재정전략의 성패는 다음 지표들을 통해 평가 가능:
 - 사업 카테고리별 주요 사무소별 사업예산의 수입과 지출 일치
 - 사업 카테고리별 주요 사무소별 사업예산 사이클의 각 단계에서 충당된 사업예산의 비율
 - WHO 국가 자원의 80%가 10개의 프로그램 영역 미만에 할당된 나라들의 퍼센티지
 - Risk Register에서 부각되는 핵심 사항들의 보고
 - 효율성 목표 모니터링
 - WHO의 연간 재무제표에 대한 외부감사의 적정의견 표명
 - 위 지표들은 기존의 중간 리뷰(mid-term review) 및 사업예산성과평가(programme budget performance assessment)를 통해 보고되고 있음.
 - 향후 사업, 예산, 재정 보고를 모두 아우르는 통합보고서 생산 목표

33. 의무분담금 부과기준

□ 주요 내용

- WHO의 2016-2017년 의무분담금 부과기준으로 UN의 2013-2015년 의무분담금 부과기준을 채택할 것을 제안
 - WHO는 2014-2015년 의무분담금 부과기준으로 UN의 2013-2015년 의무분담금 부과기준을 채택했음.
- 2015년 12월 UN의 부과기준이 갱신되면 제69차 보건총회(2016)에서는 2017년의 부과기준으로 갱신된 부과기준을 채택할 것을 제안할 것임.
- 한국에 부여된 부과기준: 1.9941

□ 집행이사회의 결정

- 다음 결의안을 검토함:
 - 집행이사회는 2016-2017년 의무분담금 부과기준에 대한 보고서를 검토하고 제68차 세계보건총회에 다음 결의안을 채택할 것을 권고한다:
 - “제68차 세계보건총회는 사무총장의 보고서를 검토하고 아래(회원국과 준회원국에 대한 의무분담금 부과기준표)와 같은 2016-2017년 회원국과 준회원국의 의무분담금 부과기준을 채

택한다.”

34. 평가

□ 개요

- 제131차 집행이사회에서 WHO의 평가 정책이 승인됨.
 - 사무국은 이사회에 평가 실행의 진행 경과를 매년 Programme, Budget and Administration Committee를 통해서 보고하도록 결정됨.
- 다음 연차보고는 제137차 이사회에서 이루어질 것임.
- 이번 집행이사회에서는 2014-2015에 계획된 기구 전반에 대한 평가 내용을 포함하여, 평가 정책 실행 경과를 업데이트 하고자 함.

□ 평가에 대한 사무국의 역량 강화

- 평가 정책에 대한 승인 이후, 잘 진행되어 왔음.
- 이사회와 검토와 같은 중요한 절차는 다 완료되었고, 평가의 질을 향상시키기 위한 *WHO evaluation practice handbook*이 발행되었음.
- WHO의 성공적인 개혁을 위해서 평가와 조직학습을 강화하고자 함.
 - 이를 위해 2014년 8월 평가기능은 Office of Internal Oversight Services로부터 Office of the Director-General로 독립되었음.
 - 사무총장은 WHO 평가 기능을 검토하고 평가를 강화시킬 수 있는 안을 제안할 Evaluation and Organization Learning의 책임자를 새로 임명함.
- 주요 검토 영역은 다음과 같음.
 - 평가 문화의 조성
 - 가능한 환경의 설계
 - 양식과 범위의 규정
 - 조직학습의 설계
 - 평가와 다른 평가(assessment)와의 관계 정리
 - 평가 작업과 결과의 관계

□ 2014-2015 평가 계획과 기타 진행 중인 작업들

- 다음을 평가의 우선 대상으로 함.
 - WHO의 기본적인 기능, WHO의 존재성, WHO 간행물의 영향력
- WHO의 Global Network on Evaluation은 평가에 있어서 지속적으로 방향과 지침을 제시함.
 - 네트워크의 역할과 책임, 방법에 대해 더 잘 정리하고 검토하고, 향후의 평가에 있어서 역할을 강화함.
 - 2014년에 이 Network는 (a) 조정력 향상과 평가 지원, (b) 평가 레지스트리 업데이트, (c) 평가의 권고사항 후속조치에 기여함.
- *WHO evaluation practice handbook*이 받아들여져서 세 조직(본부, 지역사무소, 국가) 간에 평가의 일관성과 조화가 가능해짐.
 - 영어와 불어로 번역되어 모든 WHO 사무소에 배포되었으며, web-based tool로 전환될 예정임.

35. 부동산: 제네바 건물쇄신전략 현황

□ 주요 내용

- 2008년, 노화된 WHO 본관을 쇄신하기 위한 혁신 프로젝트 시작
 - 그러나 프로젝트 기획 단계에서 혁신 작업이 WHO 건물 전체로 확대되어야 할 필요가 부각되어 관련 작업이 시작됨.
- 2012년, WHO와 스위스 당국의 대표들로 구성된 운영위원회가 제안된 건물혁신안들을 평가 및 승인함.
- 2013년 5월, 보건총회는 WHO 본부 건물 혁신에 관한 사무국의 네 가지 안을 검토한 후 첫째 안을 선호함.
 - 첫째 안: 에너지 효율이 높고 관리비가 적게 드는 1천1백여 채상 수용 가능한 건물의 신축 + 기존의 부속건물 세 개 철거 + 본관 건물 쇄신 + 다른 부속 건물 세 개 매각
- 스위스 당국은 신축건물 건설비용으로 50년 거치, 무이자로 1억4천만 프랑(스위스)의 용자에 원칙적으로 합의함.
 - 2014년 2월, 스위스 당국은 신축건물의 기획단계 지원을 위해 합의한 용자금의 10%인 1천4백만 프랑(스위스)을 대출함.
- 2014년 5월, 보건총회는 제네바건물혁신전략 현황에 대한 행정예산위원회의 보고를 검토

한 후 결정안 WHA67(12)를 채택함.

－ WHA67(12)의 주요 내용:

사무총장에게 WHO 제네바 건물 혁신전략의 기획단계를 시작하도록 권한 부여
사무총장에게 스위스 당국의 1천4백만 프랑(스위스) 무이자 대출을 수락하고 건물혁신 프로젝트를 지속하도록 요청

사무총장에게 선정될 신축건물의 설계도(설계의 구체적인 내용과 건물혁신 전략 전체에 대한 자세한 재무현황 보고 포함)를 제68차 보건총회에 제출하도록 요청

○ 2014년 6월, 사무국은 신축건물을 위한 글로벌 설계대회를 개최

－ 2014년 10월, 주로 건축가로 구성된(WHO와 스위스 당국 대표 참여) 국제 심사단이 251개의 제안서 검토 후 13개 프로젝트를 선정함.

－ 2015년 3월, 국제심사단이 프로젝트 최종 선정 후 결과를 제68차 보건총회에 제출

○ 국제심사단의 선정 후, 주어진 예산 내에서의 건축 내용과 보다 정확한 건축비용을 담은 문서 마련

－ 이 문서(devis général)는 집행이사회를 통해 제69차 보건총회에 제안서로 제출될 것임.

－ 제69차 보건총회에서 스위스 당국으로부터의 1억4천만 프랑(스위스) 대출과 건축 실시에 대한 최종 결정을 내릴 것임.

－ 최종 결정이 내려지면 건축감독위원회가 설립될 것임.

○ WHO 본관 혁신 계획은 신축 건물의 설계와 시공 중에 상세히 수립

□ WHO 건물 혁신 비용

○ 2012년 수행된 타당성 조사에 제출된 설계에 따르면 신축 건물의 건축비용은 1억4천만 프랑(스위스)

－ 이 비용은 2015년 최종 설계도가 선정되고 관련된 조사가 종료된 후 수정될 것임.

○ 신축 건물의 최종 설계도에 따라 본관 혁신 비용이 달라질 수 있음.

－ 현재 본관 혁신 추정 공사비는 1억1천만 프랑(스위스)

○ 10개년 프로젝트의 총 비용은 2억5천만 프랑(스위스)으로 추산되며 이 중 1억4천만 프랑(스위스)은 스위스 당국으로부터의 50년 거치 무이자 융자

－ 융자상환은 건축이 종료되는 시점에서부터 시작되며 연간 2백8십만 프랑(스위스)이 Real Estate Fund 자금 조달을 위한 계산에 포함되어 있음.

36. EB 위원회 보고: 비정부기구 상임위원회

□ WHO와 비정부기구의 관계를 관장하는 원칙⁶⁾에 따라 비정부기구 상임위원회(Standing Committee on Nongovernmental Organizations)가 2015년 1월 27일 소집됨.

□ WHO와의 공식 관계 신청

○ EB136/NGO/1-13

○ WHO와의 공식 관계 신청 비정부기구

- International Epidemiological Association
- Alliance for Health Promotion
- Medicines for Malaria Venture
- International Society of Audiology
- Foundation for Innovative New Diagnostics
- World Federation of Chinese Medicine Societies
- Global Medical Technology Alliance
- Humatem
- international Organization for medical Physics
- RAD-AID International
- Health Technology Assessment International
- Global Diagnostic Imaging, Healthcare IT and Radiation Therapy Trade Association
- Tropical Health and Education Trust
- 상임위원회는 신청서를 제출한 비정부기구들이 Basic Documents에 제시된 관련 원칙들 중 para. 3에 제시된 공식관계 입회 기준에 부합하는지를 결정하기 위해 각 신청 기구를 평가함.

○ 건강증진연맹(Alliance for Health Promotion)

- 상임위원회는 건강증진연맹의 사업 범위가 세계적이며 세계 곳곳에 있는 회원 협회들과 다양한 이해관계자들의 참여와 관점을 통해 WHO의 사업에 인적, 재정적으로 기여할 역량이 있다고 판단함.

6) Basic documents, 48th ed. Geneva: World Health Organization; 2014, pp. 97-102

○ 세계의료기술연맹(Global Medical Technology Alliance)

- 세계의료기술연맹은 각 지역 혹은 국가의 의료기술업체들로 구성된 무역협회들로 구성되어 있음.
- 연맹의 주된 목적은 이윤추구가 아니며 WHO의외 주된 협력 분야는 윤리적인 조달과 입찰 규정의 개발임.

○ RAD-AID International

- 이 조직은 회원으로 구성된 조직이 아니며 기구를 관장하며 투표권을 행사하는 이사회를 두고 있는 조직임.
- 상임위원회는 이 조직은 WHO와의 공식관계를 맺을 수 있는 모든 기준을 충족한다고 판단함.

○ 상임위원회는 다음 신청기관들이 WHO와의 공식관계를 맺을 수 있는 기준을 모두 충족한 것으로 판단하고 다음 기관들을 추천함:

- International Epidemiological Association
- Alliance for Health Promotion
- Medicines for Malaria Venture
- International Society of Audiology
- Foundation for Innovative New Diagnostics
- World Federation of Chinese Medicine Societies
- Global Medical Technology Alliance
- Humatem
- International Organization for Medical Physics
- RAD-AID International
- Health Technology Assessment International
- Global Diagnostic Imaging, Healthcare IT and Radiation Therapy Trade Association
- Tropical Health and Education Trust
- 상임위원회는 사무국에게 향후 WHO와의 공식 관계를 고려할 때는 인적, 재정적 자원 등에서 WHO의 사업에 기여할 수 있는 비정부기구들을 고려할 수 있도록 할 것을 요청함.

□ WHO와 공식관계를 맺은 비정부기구 사정

○ 61개 비정부기구에 대한 보고서

- 보고서에는 비정부기구들이 작성한 내용과 사무국의 평가가 들어 있음.

○ WHO와 57개 비정부기구와의 2012-2014 협력관계와 2015-2017 협력계획 사정

- 상임위원회는 집행이사회가 이 중 56개 비정부기구의 WHO 목적 사업 달성에의 기여를 치하하고 이들과 공식관계를 유지할 것을 권고함.
- 56개 기관의 명단은 부록에 있음.

○ 국제생명과학기구(International Life Sciences Institute) 제명 요청

- 국제생명과학기구와의 지난 협력과 앞으로의 협력계획 자체는 유용하다고 판단하지만 이 기구의 회원단체의 회원인 한 회사가 담배를 제조, 판매하는 회사에 의해 구입된 사실을 한 상임위원이 밝힘.
- 국제생명과학기구 이사회는 2015년 1월 17일 조직 내규를 수정해 담배 제품을 제조, 생산, 판매, 마케팅, 배달하는 회사는 회원이 될 수 없도록 해 문제의 회사가 회원자격을 잃게 되었다고 사무국에 2015년 1월 19일에 보고함.
- 상임위원회는 비록 내규가 수정되었으나 그 실행을 확인할 길이 없고 그 전에 이와 같은 사실을 보고해야 하는 의무를 저 버렸기 때문에 국제생명과학기구의 WHO 공식 기관 자격을 박탈할 것을 권고하기로 결정함.

○ International Union for Health Promotion and Education, Inter-African Committee on Traditional Practices affecting the Health and Women and Children, World Psychiatric Association의 협력관계에 대한 검토

- 상임위원회는 세 기관의 협력계획에 관한 보고에 만족하여 WHO와 이들과의 공식관계를 유지할 것을 집행이사회에 권고함.

○ CMC - Churches' Action for Health에 대한 검토

- 상임위원회는 World Council of Churches가 조직 개편의 일환으로 CMC - Churches' Action for Health를 완전 영입하고 CMC와 WHO의 협력관계를 유지하겠다는 결정을 환영하며 CMC와의 관계를 World Council of Churches의 이름 아래 유지할 것을 권고함.

부록

제136차 집행이사회에서 검토된 WHO 공식 관계 비정부기구 리스트 (관계유지)

1. Caritas Internationalis
2. CBM
3. CropLife International
4. European Centre for Ecotoxicology and Toxicology of Chemicals
5. European Society for Medical Oncology
6. FDI World Dental Federation
7. Helen Keller International
8. International Agency for the Prevention of Blindness
9. International AIDS Society
10. International Air Transport Association
11. International Association for Dental Research
12. International Association for Hospice and Palliative Care Inc.
13. International Association for the Study of Pain
14. International Association of Logopedics and Phoniatrics
15. International Clearinghouse for Birth Defects Surveillance and Research
16. International Commission on Non-ionizing Radiation Protection
17. International Commission on Radiological Protection
18. International Council of Ophthalmology
19. International Diabetes Federation
20. International Eye Foundation
21. International Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies
22. International Leprosy Association
23. International Medical Corps
24. International Network for Cancer Treatment and Research
25. International Network on Children's Health, Environment and Safety
26. International Society for Environmental Epidemiology
27. International Society of Doctors for the Environment
28. International Society of Nephrology
29. International Solid Waste Association
30. International Union against Sexually Transmitted Infections
31. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
32. International Union of Immunological Societies

33. International Union of Toxicology
34. March of Dimes Foundation
35. Organisation pour la Prévention de la Cécité
36. Project ORBIS International, Inc.
37. Rotary International
38. Stichting Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)
39. Thalassaemia International Federation
40. The Global Alliance for Rabies Control, Inc.
41. The International Association of Lions Clubs
42. The International Federation of Anti-Leprosy Associations
43. The Royal Commonwealth Society for Blind (Sightsavers)
44. The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance
45. Union for International Cancer Control
46. WaterAid
47. World Blind Union
48. World Council of Optometry
49. World Federation of Hemophilia
50. World Federation of Hydrotherapy and Climatotherapy
51. World Heart Federation
52. World Hepatitis Alliance
53. World Hypertension League
54. World Plumbing Council
55. World Stroke Organization
56. World Veterinary Association

WHO와의 공식관계가 제134차 집행이사회에서 임시 연기되었다가 제136차 집행이사회에서 연장 확정된 비정부기구 리스트

1. International Union for Health Promotion and Education
2. Inter-African Committee on Traditional Practices affecting the Health of Women and Children
3. World Psychiatric Association
4. CMC - Churches' Action for Health under the name World Council of Churches

37. 재단과 상(賞)

□ Dr A.T. Shousha 재단상(Dr A.T. Shousha Foundation Prize) - Dr A.T. Shousha 재단 위원회 보고

○ Dr A.T. Shousha 재단상은 Dr A.T. Shousha가 근무했던 WHO 동부지중해지역에서 지역의 보건문제를 해결하는데 혁혁한 공을 세운 사람에게 부여하는 상

○ 제61차 동부지중해 지역총회(2014년 10월 19-22일, 튀니스) 기간 중 Dr A.T. Shousha 재단위원회는 2014년 10월 21일 모여 이집트, 이란, 이라크, 수단, 사우디 아라비아에서 추천한 5명의 후보들을 검토한 후 사우디 아라비아에서 추천한 Dr Yagoub Yousef Al Mazrou를 제136차 집행이사회에 수상자로 추천함.

○ 수상자에게는 2천5백 스위스 프랑을 수여함.

□ Jacques Parisot 재단 - Jacques Parisot 재단위원회 회의 보고

○ Jacques Parisot 재단의 재단위원회는 2015년 1월 28일 모여 재단의 운영과 관련된 문제를 신중히 검토한 후 재단의 해체를 결정함.

□ 사사카와 보건상(Sasakawa Health Prize) - 사사카와 보건상 심사패널의 보고

○ 사사카와 보건상은 보건개발에 혁신적인 공을 세운 개인(들), 기관(들), 비정부기구(들)에 부여함.

○ 사사카와 보건상 심사패널은 2015년 1월 27일 모여 10명(단체)의 후보들을 심사한 후 만장일치로 Childbirth with Dignity Foundation(폴란드)을 제136차 집행이사회에 수상자로 추천함.

— 심사위원회에는 한국의 전만복 집행이사도 참여함.

○ 수상자에게는 미화 4만 달러를 수여함.

□ UAE 보건재단상 (United Arab Emirates Health Foundation Prize) - UAE보건재단 심사패널의 보고

○ UAE보건재단상은 보건개발에 혁혁한 공을 세운 개인(들), 기관(들), 비정부기구(들)에 부여함.

○ UAE보건재단상 심사패널은 2015년 1월 27일에 모여 네 명(단체)의 후보들을 심사한 후 “Agoko?” 재단(폴란드)을 제136차 집행이사회에 수상자로 추천함.

○ 수상자에게는 미화 2만 달러를 수여함.

□ 쿠웨이트 보건증진연구상(State of Kuwait Prize for Research in Health Promotion) – 쿠웨이트 보건증진재단 심사패널의 보고

○ 쿠웨이트 보건증진연구상은 보건증진 연구에서 혁혁한 공을 세운 개인(들), 기관(들), 비정부기구(들)에게 부여함.

○ 쿠웨이트 보건증진재단 심사패널은 2015년 1월 28일 모여 후보 세명(단체)의 이력을 검토한 후 만장일치로 Dr Alaa Eldien Mohamed El Ghamrawy(이집트)를 제136차 집행이사회에 수상자로 추천함.

○ 수상자에게는 미화 2만 달러를 수여함.

□ 쿠웨이트 건강증진 재단의 정관 개정

○ 기금의 활용을 효율화하고, 상의 명칭 개정을 반영하며, 수상자를 건강증진과 노인의료 영역의 연구에 기여한 사람이나 단체로 확대하고, 보조적인 기금 메커니즘을 허용하는 등에 관련된 정관 개정 요청을 제136차 집행이사회에 제출함.

□ 이종욱 박사 기념상(Dr LEE Jong-wook Memorial Prize for Public Health) – 이종욱 박사 기념상 심사패널의 보고

○ 이종욱 박사 기념상은 공공보건에 혁혁한 공을 세운 개인(들), 기관(들), 비정부기구(들)에게 부여함.

○ 이종욱 박사 기념상 심사패널은 2015년 1월 27일 모여 지명된 후보 다섯 명 중 네 명의 이력을 검토한 후 만장 일치로 Thalassemia International Federation(사이프러스)을 제 136차 집행이사회에 수상자로 추천함.

○ 수상자에게는 미화 10만 달러를 수여함.

38. 제68차 보건총회 의제 및 제137차 집행이사회 의제, 장소, 시간

□ 제68차 보건총회 의제(안)

○ 세계보건총회 의사규칙 제4조에 따라 집행이사회는 사무총장이 제출한 제안서 검토 후 보건총회의 의제를 준비함.

– 제68차 보건총회 의제에 대한 사무총장의 제안서는 부록 1 참조.

○ 결의안 WHA32.36에서 보건총회는 집행이사회가 “보건총회의 의제 검토 예비 일정표를 작성하고 General Committee는 필요 시 이를 수정 후 검토·승인한다”고 결정함.

- 제68차 보건총회 예비 일정표는 부록2 참조.

□ 제137차 집행이사회 일시, 장소, 의제(안)

- WHO헌장 제26조는 “집행이사회는 1년에 2회 이상 개최되어야 하며 회의장소를 정해야 한다”고 규정하고 있으며 집행이사회 의사규칙 제5조는 집행이사회가 “각 회의 시 다음 회의의 시간과 장소를 결정한다”고 규정함.
- 제137차 집행이사회의 개최 일시는 2015년 5월 27일(수), 28일(목), 장소는 제네바 WHO 본부로 제안됨.
- 제137차 집행이사회 의제(안)은 부록 3 참조.

□ 집행이사회의 결정

- 집행이사회는 다음 결정을 채택함:
 - 집행이사회는 사무총장의 제68차 보건총회 의제(안)에 대한 보고를 검토하고 제68차 보건총회를 2015년 5월 18일(월)에 시작해 늦어도 5월 26일(화)에 마치는 일정으로 제네바 Palais des Nations에서 개최하기로 한 이전 결정에 따라 제68차 보건총회의 의제(안)을 승인한다.
 - 집행이사회는 제137차 집행이사회를 2015년 5월 27일과 28일에 제네바 WHO 본부에서 개최하기로 결정한다.

39. WHO 인사 관리

- WHO의 인적 자원 전략의 핵심 축은 세 가지로 인재 유치(attracting talent), 인재 유지(retaining talent or career management), 근무 환경 조성(enabling working environment)임.

- 성별의 균형, 다양성, 공동 작업, 책임성이라는 네 가지 cross-cutting 원칙을 이들 영역에 적용할 것임.

□ 인재 유치

- 지난 2014년 3월 이후로 HQ(본부)와 지역사무소의 고위직을 모집함에 있어서 일관된 절차가 적용되고 있으며, 2015년에는 local posts(general service and national professional officer categories)를 선출함에 있어서도 동일하게 적용될 것임.
- 자질을 갖춘 인력을 모집하되, ‘성별의 균형’이나 ‘지역에 따른 다양성’에도 심혈을 기울일

것임.

- 전문직 또는 고위직에서의 여성 비율은 2014년 7월 31일을 기준으로 41.4%을 차지함.
- 이는 지난 10년간 꾸준히 증가해 온 결과로 고무적으로 보이나, 앞으로 더 많은 노력이 이루어져야 할 것으로 보임.

○ 지원자(상위급)에 대한 새로운 평가 체계를 도입하여, WHO의 임무, 조직 문화, 국가의 현실 등에 대한 지식의 깊이를 확인함.

○ 채용 형태별(Staff, Non-staff) 구성을 점검함.

- Staff: 제132차 집행이사회의 결정(EB132.R10. 결정문에 담김)에 따라 2013년 2월부터 fixed-term appointment 형태로 채용된 직원의 임기를 연장하지 않고, 현재 자격을 유지하고 있는 이들에게도 엄격한 기준을 적용할 것임. 그리고 2018년에 가서는 임기 연장 제도를 중단할 것임.
- Non-staff: APW, 컨설턴트 형식(기관 간에는 umbrella agreement)의 계약을 통한 조화, 적합성 확보에 대한 검토가 실시 중임.

□ 인재 유지

○ 많은 직원의 은퇴가 예정되어 있기 때문에 조직구조 개편을 앞두고 있는데, 이는 Ebola 위기 대응에도 중요한 요소임.

- ‘기존 직원의 발령’ 또는 ‘신규 직원의 채용’에 대한 검토가 요구됨.
- 소아마비 박멸 사업의 경험을 참고해 볼 수 있음.

○ 성과 관리와 결과와의 연계에 대한 검토

- 새로운 Performance Management and Development Framework가 경영진과 직원간의 대화 문화를 높이려하기 때문에, 직원은 성과를 높이려 할 것임.
- 이 체계는 ‘잘한 것에 대한 인식과 보상’, ‘기량을 발휘하지 못한 것에 대한 관리’를 주요한 목표로 하고 있음.
- 직원들의 성과 평가 결과를 보여주는 Performance Management and Development System(이하, PMDS)는 성과와 결과의 관계를 정립하기 위해서 재설계되었음.
- 예를 들어 PMDS에는 관리자 측면에서 성별과 지역 간 균형을 이루었는가에 대한 지표 등이 담기게 됨.
- PMDS와 이를 위한 지원책은 2015년까지 준비될 예정이며, ePMDS+(PMDS가 개정된 형태)는 2015년 본부에, 2015년에는 지역사무소에 도입될 것임.

○ 경력개발을 위한 프로그램(the Corporate Framework for Learning and

Development)의 도입

- 2014년 8월 Corporate Framework for Learning and Development 2014-2020을 도입하면서 경력개발 프로세스의 첫 발을 내딛었음.
- 이는 직원 간에 배우고 발전하는 문화를 장려하고, WHO가 지식을 기반으로 하는 기구를 유지하는 것을 상징하게 됨.
- iLearn(국가 단위에서의 성과를 향상시키기 위한 국제 교육 관리시스템)을 비롯하여 직원과 관리자에게 채용, 성과관리, 경력개발의 관점에서 기대되는 기준이 무엇인지를 제시해주는 향상된 WHO의 국제 경쟁력 강화 모델이 개발되었음.

○ 순환근무를 통한 기능 간, 지역 간 유동성 강화

- 이를 통해 궁극적으로 직원의 성과를 향상시키고, 다양한 수준(본부, 지역사무소, 국가)에서의 경험을 바탕으로 경쟁력과 효율성을 강화함으로써 최종적으로는 회원국의 지원을 강화하게 될 것임.
- 모든 직원은 장기적으로 다양한 임무를 수행하며 전문성을 쌓고, 자신들의 경력을 개발할 수 있을 것임.
- 제안된 지역 간 순환 근무제는 대부분의 전문직과 고위층의 직원에게 적용될 것임.
- 지역 간 순환 근무제는 한편으로 승진을 통한 보상의 기회가 되기도 할 것임.
- 이 제도는 서태평양 지역사무소의 정책에서 착안한 것으로, 2015년 하반기에는 시작할 것을 목표로 하고 있으며, 몇 년간 시행을 해보고 다시 평가할 계획임.

□ 근무 환경 조성

- 도덕적 근무 환경: WHO 직원은 회원국에 의해서 기구에 맡겨진 권한, 자원, 기금에 대한 책임이 있으며, 잘못된 것에 있어서는 징계 조치를 받아야 함.
- 현대적 직원 관리: 경영 역량 강화, 일과 일상생활의 양립, 파트너십을 강조함.
- 정의 실현: 직원 간의 분쟁을 방지하고 서로 존중하는 근무 여건을 형성함.

□ 실행과 성과지표

- 유연하고 적절한 조직을 만들기 위한 인적 자원 전략의 단계적 진행을 실시
 - 1단계: 계획 (2013-2015)
 - 2단계: 실행, 모니터링 및 평가 (2016-2020)
- 전략의 성패는 세 단계의 조직(본부, 지역사무소, 국가)과 세 개의 대상(인적 자원, 관리, 직원)을 어떻게 협력시키는가에 달려있음.

- 인사관리의 생성은 직원 채용, 인적 자원 계획, 경력 개발 등에 있어서 효과적일 것임.
 - Global Management System이 이러한 전략의 실행을 지원하는데 도움이 될 수 있음.
- ‘남성/여성의 비율’, ‘은퇴 직원을 대체하는 지원자의 출신 지역’, ‘특정 지역에서의 타 지역으로의(또는 본부로의) 직원 이동수의 증감’과 같은 지표를 통해 인적 자원 전략의 달성 정도를 확인할 수 있음.
- 필요에 부합된 직원이 배치가 이루어졌는가에 대해서 평가해볼 수 있음.
- ‘채용의 추진일정’, ‘직원 유동성’, ‘직원의 이의 제기 수’도 인적 자원 전략의 진행 정도를 측정하는 지표가 될 것임.

40. 국제공무원위원회의 보고

- 보상체계에 대한 검토를 위하여 직원급 조사(Global staff survey, 14 000인 대상)와 간부급 조사(이사 5인, 인사담당자 19인 대상)가 이루어짐.
 - Global staff survey(보상 시스템의 포괄적 검토를 위한 조사)의 시사점
 - 직원들은 ‘보수 자체’보다는 ‘기여를 인정하는 방법’에 대해서 문제의식을 가지고 있었음.
 - 보수는 높은 성과에 대한 가치를 인정하고, 낮은 성과를 해결하기 위해서 지급되어야 함.
 - 간부급은 능력 있는 직원의 채용과 유지가 중요하다고 인식하고 있었음.
- 직원의 보수 수준 검토
 - 제 80차 위원회에서는 지속가능성, 전체적인 경쟁력, 직원의 권리 등이 총체적으로 고려되어, 개정된 보수체계에 대한 평가가 이루어질 예정임.
- 정년 규정의 문제
 - 현 직원의 정년을 65세로 늘려야 한다는 권고도 있었지만, 유엔총회는 이를 미루기로 하였음.
- 직원 구성에 있어서 성별 및 지역별 균형이 중요함.
 - 특히, 위원회는 상위급(D-1 이상)에서 성별에 따른 차이가 줄어야 함을 강조함.
- 기타이슈

- 기본급 수준: 상위 층에 있어서 1.01% 상향 조정(2015년 1월 1일 기준)
- 총급여와 연계되는 직원 평가 비율: 개정 없음.
- 뉴욕의 유엔사무소에서 근무하는 상위급 직원의 보수수준을 미국 연방공무원(워싱턴 D.C)의 보수수준과 비교

41. WHO 인사 규정 및 규칙의 개정

□ 보상체계에 대한 검토

- 보상체계에 대한 검토를 위하여 직원급 조사(Global staff survey, 전 직원을 대상으로 실시되었으나, 14 000인이 응답하였음)와 간부급 조사(이사 5인, 인사담당자 19인 대상)가 이루어짐.

□ 69차 유엔총회에서 결정되어야 할 사항

- 전문직과 고위급의 기본봉급 인상(1.01%)
- 등급이 정해지지 않은 경우와 사무총장의 급여

□ 성공적인 인적관리와 그간의 경험 측면에서 개정이 이루어져야 할 내용

- 용어의 명확화: “the Staff Rules(직원규칙)”, “Staff member 또는 Staff members(직원)”, “duty station(근무처)”
- 개정 내용: 목적(010), 직원 규정과 직원 규칙의 관계(015), 개정(020), 적용(030), 발효일(040), 직원규칙의 예외(050), 권한 위양(060), Post-classification(210), 지불과 공제(380), 채용 정책(410), 임명 정책(420), 의학적 증명과 예방접종(430), 임명절차(440), 임명 발효일(450), 재취업에 의한 복직(470), 직원 대상 공고와 이들에 대한 정보 제공의 의무(490), 직원의 복지(495), 의무 할당(510), 훈련(520), 성과관리와 개발(530), 승진(550, 555), 재임용(565), 등급 하락(570), 직위 변경에 대한 안내와 발효일(580), 공식 휴일(620), 초과근무 및 보상휴가(620), 연가(630), 가정 휴가(640), 군복무 휴가(660), 휴가의 보고와 승인(670), 기타 휴가(680), 직원연금기금(710), 사고 및 질병 보험(720), 직원 출장(810), 협회의 권리(910), 직원대표(920), 직원 활동 자금 조달(930), 사직(1010), 임시직의 종료(1045), 게시물의 폐지(1050), 불만족스러운 성과와 부적합한 국제 서비스 수준(1070), 위법 행위(1075), 징계(1110), 조사의 중지(1120), 요금 안내와 대응(1130)

□ Organization's mobility policy 도입에 따라 시행되는 것에 있어서, 성공적인 인적관리와

그간의 경험 측면에서 개정이 이루어져야 할 내용

○ 직원 규정에 관한 사항: 직원임명, 이전, 재임용과 승진, Separation of services.

○ 직원 규칙에 관한 사항: 봉급 결정, 채용정책, 유동성, 재계약의 거부

□ 집행이사회의 다섯 가지 결의안

○ DRAFT Resolution 1.

직원 규정 및 규칙에 관한 Confirms,
사무총장에 의해 제시된 '전문 인력 및 상위급 직원'의 보수에 관한 직원 규칙이 2015년 1월 1일
자로 효력이 발생됨.

○ DRAFT Resolution 2.

직원 규정 및 규칙에 관한 Recommends,

68차 세계보건총회에 다음 안건을 수용해 줄 것을 요청함.

1. Assistant directors-general과 regional directors의 연봉을
US\$174 371로 확정 (순소득 기준 US\$ 135 560(가족포함), US\$
122 754(1인) 해당)

2. Deputy directors-general의 연봉을 US\$191 856로 확정
(순소득 기준 US\$ 147 799(가족포함), US\$ 133 012(1인) 해당)

3. Directors-general의 연봉을 US\$235 889로 확정 (순소득 기
준 US\$ 178 622(가족포함), US\$ 158 850(1인) 해당)

4. 위 개정 사항들이 2015년 1월 1일자로 효력이 발생되도록 결정
해 줄 것

○ DRAFT Resolution 3.

직원 규정 및 규칙에 관한 Confirms,

사무총장에 의해 제기된 제반의 개정 내용들은 2015년 1월 1일자로 효력이 발생됨.

- 목적, 직원 규정과 직원 규칙의 관계, 개정, 적용, 발효일, 직원규칙의 예외, 권한 위양, Post-classification, 지불과 공제, 채용 정책, 임명 정책, 의학적 증명과 예방접종, 임명절차, 임명 발효일, 재취업에 의한 복직, 직원 대상 공고와 이들에 대한 정보 제공의 의무, 직원의 복지, 의무 할당, 훈련, 성과관리와 개발, 승진, 재임용, 등급 하락, 직위 변경에 대한 안내와 발효일, 공식 휴일, 초과 근무 및 보상휴가, 연가, 가정 휴가, 군복무 휴가, 휴가의 보고와 승인, 기타 휴가, 직원연금기금, 사고 및 질병 보험, 직원 출장, 협회의 권리, 직원대표, 직원 활동 자금 조달, 사직, 임시직의 종료, 게시물의 폐지, 불만족스러운 성과와 부적합한 국제 서비스 수준, 위법 행위, 징계, 조사의 중지, 요금 안내와 대응

○ DRAFT Resolution 4.

직원 규정 및 규칙에 관한 Confirms,

성공적인 인적관리와 그간의 경험 측면에서 Organization's mobility policy 도입에 따라 효력이 발생될, 보수, 채용정책, 유동성, 재계약 거절에 대한 개정에 대한 것

○ DRAFT Resolution 5.

직원 규정 및 규칙에 관한 Recommends,

68차 세계보건총회에 다음 내용을 채택해 줄 것을 요청함.

직원 임명, 이동, 재계약과 승진에 관하여 집행이사회에 특별한 권고 사항은 없음. (이하 개정되어야 할 내용만 요약)

직원 규정 4.1: 인종, 성별, 지역에 관계없이 인사가 이루어지도록 개정;

직원 규정 4.2: staff 대신 staff member로 명칭 개정;

직원 규정 4.3: 인종, 성별, 지역에 대한 차별을 두지 않는 것을 일반적인 접근으로 간주하여 해당 조항에서 구체적인 언급은 삭제

직원 규정 4.4: 무조건 승진으로 진행되는 것이 아니라, 일정 조건을 충족한 경우만 재임용되는 것으로 개정

직원 규정 9.2: 직위 폐지(종료 해지)에 대한 구체적 사유(본인 거부, 재계약 실패, 재임용의 타당성) 제시

이 사안들이 Organization's mobility policy 도입과 함께 효력을 발생할 수 있도록 결정해 줄 것

42. 자문단 보고

□ Expert Committee on Drug Dependence : 16–20 June 2014

- 국제적 수준에서의 통제가 이루어져야 할 항목과 이루어지지 않아도 될 항목에 대한 구체적인 구분이 이루어짐.
- 사전 검토가 이루어진 정신성 의약품 중에서 critical review가 보장 되지 않음을 제시함.
- 마약성 의약품, 마취제의 사용에 있어서 공중보건정책의 중요성을 제안함.
- WHO와 UNODC가 제안한 국제협약(2014년 12월)를 통해 의약품 남용, 약물 의존성과 정

신질환성 물질에 관한 각종 데이터 수집, 방법론 개발, 검토와 평가 등을 검토할 예정임.

□ Evaluation of certain veterinary drug residues in food : 5-14 November 2013

○ 8개 가축의약품에 대한 위험도 평가를 실시하고 안전성에 대한 권고 사항을 내림.

□ Evaluation of certain food additives and contaminants : 17-26 June 2014, 4-6 December 2013

○ 제79차 FAO/WHO Expert committee on Food Additives에서는 9개의 식품첨가물에 대한 안전성을 평가하고, 향미료에 있어서 안전성 측정 방법을 향상시키고 영유아 음식물에서의 함량을 제한하도록 제안함.

－ 이 위원회는 잔류동물의약품, 음식물에 함유된 화학물질(식품첨가물), 식품오염물질 등에 대한 측정과 식품 안전과 관련된 국제보건 의사결정에 관한 역할에 중점을 두고 있음.

－ 2014년에 이어, 2015년에도 두 번의 위원회가 개최될 예정임.

○ WHO Study Group on Tobacco Products Regulation이 담배규제 정책과 관련된 과학적 근거를 제공하기 위한 간행물을 발행하기 시작함.

－ 제7차 모임에서는 새로운(신기한) 담배_Novel tobacco products, 씹는담배, 중독성이 덜하거나 니코틴 함량이 적은 담배 등의 진화와 유해성 우선순위 항목에서 빠진 것들에 대한 논의가 진행됨.

－ ‘새로운 담배’는 유해성, 질병에 대한 위험정도, 소비자 의식, 사용패턴, 제품을 이용하는 인구특성 등에 대해서, ‘씹는담배’는 사용량, 특성, 건강에 미치는 영향 등에 대해서도 검토가 이루어져야 함.

－ 그밖에 ‘저 점화 경향 담배’에 있어서도 중독, 배출, 흡연행태의 가능한 변화에 대한 연구가 필요하며, 니코틴 함량 감소를 위한 정책들에 대한 지원이 필요함.

－ 연구회는 유해성 항목에서 빠진 39개 담배의 내용물과 배출물의 검토를 통하여, 타르 측정법이 충분한 정보를 제공하지 못하고 있으며, 정기적으로 재평가할 것을 제안함.



제2장

제137차 WHO 집행이사회

제1절 주요 의제

제1절 주요 의제

1. 사업·예산·행정위원회 보고

□ 주요 내용

○ 제22차 사업예산행정위원회

- 개최 일시: 2015년 5월 14, 15일
- 의장: Mrs Kathryn Tyson (United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland)

○ PBAC 의제 3.1 Hosted health partnerships 현황 (EBPBAC C22/2)

- 사무국으로부터 hosted health partnership에 대한 현황 보고 받음.
- 국제 보건에서의 hosted partnership의 중요성, 공정한 cost-recovery 메커니즘, generic hosting terms 개발 강조
- 사무국에게 partnership과 alliance 리스트 업데이트 및 보고 요청했으며 각 협력관계의 근거 설명 요구
- 최초의 주기적 hosted partnership 검토 보고서가 2016년 1월 제23차 사업예산행정위원회에 제출될 것임.

○ PBAC 의제 3.2 Annual report of the Independent Expert Oversight Advisory Committee (EBPBAC 22/3)

- IEOAC 의장은 제5차 연례보고서를 PBAC에 제출함.
- 2014년 재무제표의 PBAC 및 보건총회 제출에 의견 없음을 밝힘.
- WHO 조직 전체의 Compliance and accountability 문화를 강화해야 할 중요성 강조함.
- 내부감사 보고에서 지적된 대로 국가 사무소를 중심으로 한 규칙과 정책 불이행 관용 문화를 주목하고 감사 권고안을 이행하고 보다 포괄적이고 지속가능한 해결책을 찾기 위해 사무국이 지적 사항을 개인 수준이 아니라 조직 전체 수준에서 접근할 필요 강조

- 내부 통제를 강화하기 위해서는 직원들의 역량 제고 필요하며 Compliance Unit들이 조직의 구조와 책임 영역에 조화롭게 스며들어야 할 필요성 강조
- WHO 세 조직에서의 우선순위 alignment를 강화할 필요가 있으며 고위 경영진에서의 효과적인 코디네이션 및 의사결정 구조의 수립이 필요함을 주목함.
- Global Policy Group의 terms of reference를 공식화할 것을 추천함.
- Global Policy Group의 역할, 책임, 사명(mandate)을 공식화 하라는 권고에 관해 PBAC은 Global Policy Group의 consultative and advisory body로서의 역할을 존중함.
- 사무총장은 non-compliance에 대해 결코 용납하지 않는 정책을 펼칠 것이며 WHO 전 조직의 투명성과 책임성을 강화하기 위해 이행되고 있는 조치를 설명하고 Global Policy Group이 Compliance에 대해 정기적으로 검토하고 논의하고 있음을 강조함.
- 지역처장들도 zero tolerance for non-compliance 원칙을 확인하고 compliance가 WHO의 우선순위임을 밝힘.
- Compliance와 Control을 강화하기 위한 이니셔티브들: compliance units 수립, compliance dashboard 및 기타 도구 도입, 감사 권고안 후속조치 등.

○ PBAC 의제 3.3 Evaluation: annual report (EB137/7)

- 연례평가보고서 내용: 평가강화들의 핵심 영역 이행 현황보고, 2014-2015 평가사업계획 이행 현황 보고, 조직 학습의 하이라이트
- 위원회는 보고서를 환영하고 사무국이 새로운 Evaluation function을 통해 평가 문화를 제도화하려는 노력을 지속할 것을 촉구함.

○ PBAC 의제 3.4 External and internal audit recommendations: progress on implementation (EBPBAC 22/4)

- 본 보고서의 늦은 제출로 검토할 시간이 충분치 않았으므로 내부 감사/외부 감사 보고서와 함께 논의될 수 있도록 이 보고서를 제68차 보건총회에 제출할 것이 제안됨.
- 위원회는 사무국이 개발한 내부통제도구들을 시기적절하고 포괄적인 방법으로 조직 전체를 대상으로 이행할 것을 촉구함. 또한 부적절한 행동에 대한 처벌과 이러한 행동이 조직에 미친 해를 최소화하려는 조치들에 대한 사무국의 보고를 환영함.
- 사무국은 규칙과 정책 준수를 강화하기 위해, 또 부적절한 행위의 재발 방지를 위해 조직 전체의 상황을 분석할 계획을 밝힘. 또한 책임성과 compliance에 관련된 다양한 이니셔티브들이 진행 중임을 밝힘.
- 일부 회원국들은 direct financial contributions에 대한 compliance 조치들에 관한

추가 정보와 보고서 질 관리에 관련된 정보를 요청함.

2. 재정 대화

□ 논의 배경

- WHO는 개혁의 일환으로 AC와 VC 모두를 포함한 2014-2015 예산안을 최초로 승인하고 이 예산의 full funding을 목표로 2013년 두 차례에 걸쳐 재정대화를 실시함.
- 재정대화의 궁극적 목적은 WHO 사업예산의 Full funding!
- 재정대화 결과, 2014-2015년의 집행 초기 재정 충당율이 향상되어 predictability가 향상되고 alignment, transparency 등도 향상됨.
- 재정대화에 맞춰 개발된 programme budget web portal은 성공적으로 평가되고 있으나 개선의 여지는 있음.

□ 한국의 입장

- 재정대화는 성공적으로 평가되는 WHO 개혁의 일환으로 PwC가 이에 대한 평가 및 개선 권고안을 제출 한 바 있음.
- 2015년 11월에 실시될 재정대화에 대해 PwC 권고안 중 우리가 중요하게 여기는 권고안에 대한 지지 발언을 하는 것이 바람직할 것임.
- 2016-2017 사업예산안이 Budget Ceiling보다 8% 증액된 안으로 통과되었으며 증액분을 자발적 분담금으로 충당하기로 했기 때문에 재정대화를 잠재적 공여자 발굴에 최대한 활용해야 할 것임.

□ 주요 내용

○ 2015년 11월 재정대화의 목적

- 2016-2017 사업예산의 full funding과 2018-2019 사업예산 편당의 예측 가능성 제고

○ 재정대화의 성공 요건

- 재정 및 사업 기획 영역의 개혁 조치(사업기획 및 예산 수립, 자원 동원, 자원 관리 및 추적, 보고, 책임성 및 리스크)가 기존 공여자와 잠재적 공여자의 신뢰를 얻을 수 있어야 함.
- 이 외에도 인적 자원, 관리 책임성, 투명성 및 리스크 관리, 평가 문화의 제도적 정착, 정보 관리, 커뮤니케이션, 전략적 의사결정, 비정부주체 참여 등의 영역이 개선되어야 재정대화의 성공을 담보할 수 있음.

○ 재정대화에 대한 외부 평가 기관(PricewaterhouseCoopers)의 권고안

- 재정대화에 잠재적 공여자가 참여할 수 있도록 대화 참여 대상을 확대하고 보다 informal한 구조를 통해 재정대화가 보다 inclusive, interactive할 수 있도록 할 것
- 재정대화의 time horizon을 단기(2년)에서 중기(6년)로 확장할 것
- WHO의 브랜드 이미지와 홍보를 개선하기 위한 필수 투자를 늘릴 것
- 웹 포털에 대한 평가를 실시하고 이를 최대한 활용할 수 있도록 개선할 것
- 펀딩 부족분에 역점을 두기 보다는 WHO의 resource requirements를 보다 폭넓은 글로벌 보건 환경에서의 WHO의 역할과 사명을 이루기 위해 필요하다는 면에서 제시할 수 있도록 할 것.

○ 재정대화가 WHO 재정 원칙에 미친 영향

- Alignment. 2014-2015 사업예산의 모든 카테고리가 적어도 75% 이상 충당되어 alignment에 개선을 보임.
- Flexibility. 일부 공여자들이 core voluntary contribution을 늘려 신축성이 조금은 올라갔으나 미미함
- Predictability. 2014-2015년 예산 집행 초기 재정 충당이 70% 완료되어 지난 복년도 62%와 지지난 복년도 52%에 비해 개선이 있었으며 웹포털에 제시된 것처럼 일부 공여자들의 향후 예산 제공 추이가 개선됨.
- Transparency. Programme budget web portal이 WHO 재정 현황에 대한 투명성을 상당히 제고함.
- Reducing vulnerability. 노력에도 불구하고 여전히 WHO는 80% 예산을 20여 공여자에 의존하고 있음.

○ 자원 동원 조율

- 사무총장은 휘하에 Coordinated Resource Mobilization 부서를 설치, WHO 세 조직의 자원동원을 조율하고 있으며 WHO 세 조직의 명확한 역할 및 기능 구분은 이런 노력에 도움이 될 것임.
- 공여자에 대한 정보 수집을 강화하고 WHO 펀딩 현황에 대한 정보 분석을 통해 보다 효율적인 자원동원 구현

○ 2015년 재정대화 형식

- 일시: 2015년 11월 5~6일
- 재정대화 준비 활동(68차 총회 직후 시작): Information sessions, WHO 웹사이트를

통한 정보 제공, 2015년 6월부터 공여자와의 양자회담 실시

- 초청대상: 회원국, 1백만 달러 이상 기여하는 비정부주체, 잠재적 공여자 초청 가능
- 첫 재정대화의 유사한 포맷을 활용하되 PwC 평가 권고안을 수용해 첫 재정대화의 모넨텀을 유지할 수 있는 수준의 일부 영역 혁신
- WHO 사업 결과, 성과 및 어려움 공유, WHO사업과 글로벌 보건 니드 및 Post-2015 개발의제와의 연관성, WHO의 기여에 대해 역점을 둘 것임.
- 재정대화 참가자들은 WHO의 사업과 비용에 대한 사무국의 보고를 논하게 될 것이며 재원이 부족한 사업영역에 대해서도 분석, 토론해 WHO 사업예산의 full funding 해결책 강구

○ 자원 동원

- 재정대화가 끝나면 재정 부족분을 채우고 종합사업계획서의 남은 기간 재정을 충당하기 위한 조율된 자원동원 활동이 시작될 것임.
- 재정대화의 결과는 행정예산집행위원회를 통해 제138차 집행이사회에 보고될 것이며 이 보고서에는 조율된 자원동원의 진척상황과 남은 재정부족분을 어떻게 해결할 것인지에 대한 제안이 보고될 것임.

3. 신생아 보건: 책임 프레임워크 초안

□ 주요내용 요약

- 제68차 총회에서는 신생아 건강의 행동계획(action plan)에 대해 찬성(WHA67.10)이 이루어졌으며 이것의 진행 정도를 확인하는 계획을 최종적으로 수립할 것이 요구되었음.
- 예방이 가능한 사망(모성 및 아동에 있어서 사망, 사산 등)을 없애기 위해서는, 'Every Newborn Action Plan'을 위한 다섯 가지 목적과 '예방 가능한 모성 사망의 종료(Ending Preventable Maternal Mortality)'를 위한 여섯 가지 목적을 생각해 볼 수 있음.
 - 이는 모두 질 높은 서비스에 대한 공평한 보장, 의료 서비스 이용자의 참여, 결과 측정의 개선을 목표로 하고 있음.
- Action Plan을 성공적으로 실행하기 위해서는 국가의 리더십, 여성과 아이에 대한 포괄적인 케어, 인권에 바탕을 둔 접근, 필수 재화 제공을 위한 의료 시스템의 강화, 기본 인프라 구축, 적합한 인력, 충분한 재정 자원 등이 요구됨.
 - Every Newborn Action Plan의 목표(mortality goal)는 의료시설에서의 여성과 아이

에 대한 보장 수준을 높이고, 질을 향상시키고, 아프거나 크기가 작은 신생아에 대한 케어를 제공하고, 재가서비스를 향상시키며, 커뮤니티의 참여를 넓힘으로써 달성할 수 있음.

○ 2014년 5월 이후 WHO와 UNICEF는 Every Newborn Action Plan을 실행하고자 하고, 다음 세 가지에 중점을 두었음.

- 지표, 툴, 절차의 개발과 기술적 조합
- 핵심 및 추가 지표의 제도화
- 데이터의 사용, 질, 수집을 향상시키기 위한 리더십

○ Post-2015의 SDGs와 이를 모니터링하기 위한 틀에 있어서 논의는 출산, 여성, 신생아, 어린이 건강에 대한 지표를 포함하는 것임.

- 이는 여성, 어린이, 아동의 건강에 대한 국제 전략의 개발에 반영될 것임.

4. WHO 가이드라인: 개발과 거버넌스

□ 논의 배경

- 이탈리아는 로마에서 있었던 제2회 국제영양회의 결과를 집행하기 위해서는 많은 가이드라인의 개발이 필요하며 이를 계기로 WHO의 가이드라인 개발과정을 살펴본 바, 가이드라인 개발이 사무국 단독으로 행해지며 회원국의 참여가 없는 점을 문제로 제기
- 따라서 가이드라인의 개발과 거버넌스에 대해 제136차 이사회에서 논의하려 했으나 의제에 대한 준비가 충분치 않았다는 회원국들의 의견에 따라 제137차 이사회에서 논의하게 됨
- 제136차에서 이탈리아는 사무국에게 WHO 가이드라인의 개발과 거버넌스에 대한 보고서를 요청했으며 사무국은 “의제 7. WHO 가이드라인: 개발과 거버넌스”를 준비했음

□ 제136차 집행이사회 논의 양상

- 이탈리아는 가이드라인 개발에 지배기구회의, 회원국 및 이해관계자들의 의견이 반영되어야 하며 이러한 참여가 가이드라인의 국가 이행에 필수적이라고 주장했음.
- 이에 반해 미국, 잠비아, 사무국 등의 입장은 과학적이고 근거에 기반해야 하는 가이드라인 개발에 회원국이 참여함으로써 정치적 개입의 문을 열어 놓는 것은 WHO의 UN Technical Agency로서의 위상을 떨어뜨리는 것이라 주장함.

□ 한국의 입장

- 가이드라인 개발은 과학적이며 독립된 절차로서 순수한 기술적 권고안 및 정책의 개발이
어야 하며 정치적 개입은 허락할 수 없음.

□ 의제 주요 내용

- (이탈리아의 요청에 따라 사무국은 가이드라인 개발과정과 거버넌스를 소개하고 있으며
동시에 가이드라인 개발절차 중 개선할 수 있는 요소들을 소개하면서 “Mandatory
public consultation”은 가이드라인 개발의 속도를 매우 저하시킬 수 있다고 강조하고
있음“)

○ WHO 헌장 Article 2(k)

- WHO의 기능은 국제보건헌안에 대한 권고안을 만드는 것

○ 제12차 종합사업계획(General Programme of Work)

- WHO는 규범과 기준을 설정하는 기구로서 공공보건에 역점을 둔 과학과 근거에 기반한
기구

○ WHO 가이드라인에 대한 정의

- WHO 가이드라인은 clinical practice와 public health policy에 대한 권고안
(recommendation)을 담고 있는 WHO가 개발한 모든 문서

○ 가이드라인 개발 원칙

- 불분명한 영역과 guidance가 필요한 영역을 다룬다.
- “보건 권리”라는 WHO의 핵심 가치를 반영한다.
- 권고안 개발 절차는 명확하고 투명해야 한다: 사용자는 권고안이 왜, 어떻게, 누구에 의
해, 어떤 근거에 기반해 만들어졌는지 볼 수 있어야 한다.
- 가이드라인 개발 절차는 학제간적(multidisciplinary)이며 이해관계자들의 input을 비
롯한 모든 관련 전문가 및 관점이 참여한다.
- 가이드라인 개발 절차에서 활용되는 프로세스와 방법들은 권고안에 편향된 입장(bias)이
포함되는 것을 최소화하는 것을 목표로 한다.
- 권고안은 정책 혹은 개입의 잠재적 혜택과 피해(harms), 그리고 다른 관련 요소들에 대
한 명확한 정보를 체계적, 포괄적으로 평가한 데 기반해 만들어져야 한다.
- WHO 가이드라인 개발에 사용된 근거는 누구나 볼 수 있어야 한다.
- 권고안은 지역의 상황에 맞게 이행, 조정되어야 한다.
- 가이드라인은 보건정책입안자, 보건프로그램 관리자, 보건서비스 제공자, 보호자, 일반

대중 및 기타 이해관계자들과 같은 구체적인 대상에 맞춰 제공되어야 한다.

○ 가이드라인 개발에의 회원국의 두 가지 역할

- 지배기구 결의안을 통해 WHO 가이드라인 개발이 필요한 우선순위 및 주제를 설정하고 방향을 제공한다.
- 국가 및 지방 수준에서 WHO 가이드라인을 이행할 것인지, 이행한다면 어떻게 이행할 것인지를 결정하는 유일한 권한을 갖고 있다.

○ WHO의 가이드라인 개발 절차

- International best practice를 따르고 있음.
- WHO Guideline Review Committee(WHO staff과 외부 전문가로 구성)가 가이드라인 개발 절차의 질을 관리함.
- WHO Handbook for Guideline Development(Guideline Review Committee가 2007년 출판한 이래 계속 개정, 최근 개장은 2014년 12월)가 WHO 가이드라인 개발 절차 및 기준 설명
- 권고안의 종류:
 1. Strong Recommendation: 권고안 이행 시 얻을 혜택이 잠재적 해보다 클 경우
 2. Conditional Recommendation: 권고안 이행 시 얻을 혜택과 해가 불분명할 때. 이런 경우 어떤 상황에서 해가 발생할 수 있는 지 명시함.
- 가이드라인 개발 그룹의 자격 요건
- WHO “declaration of interests”포맷을 통해 잠재적 이해관계 명시

○ WHO 가이드라인 repository

○ Challenges

- WHO “standard guideline” 개발 시간이 약 2년으로 줄일 필요 있음.
- 비상 상황 대응 시 가이드라인 개발은 수 주, 혹은 수 개월에 완료되어야 함.
- Mandatory Public Consultation,은 가이드라인 개발 시간을 상당히 늘릴 수 있음.

○ 향후 개선 사항

- 과학적 근거 활용 개선, 권고안의 명확한 제시, 실제 이행에 관한 구체적 조언 등
- A centralized, public, web-based repository of guidelines
- 가이드라인 개발 시 효과적인 public consultation process
- “emergency guidelines”, 준비 방법 구체화
- 지속적인 WHO Staff 훈련

- WHO 가이드라인의 명확성과 활용성에 대한 평가

5. 전략적 예산공간 배분

□ 논의 배경

- 제136차 집행이사회는 전략적예산공간배분 WG이 제안한 배분방법 검토
- 그 중 Operational segment 1(technical cooperation at country level)을 배분 방법, appropriate indicators 선택, 데이터 availability, 회원국들이 제출한 서면 의견서 등을 고려해 다시 개발하고 그 결과를 제137차 집행이사회에 보고하도록 요청
- 또한 WG의 구성을 1개 지역당 2개 회원국의 참여로 확대함.

□ 한국의 입장

- 한국은 최초 WG의 제안에 따르면 WPRO에 배분되는 예산공간이 급격히 떨어져 지역의 회원국으로서 Data availability와 indicator의 appropriateness, 예산 배분의 주요 원칙 위반 등을 근거로 WG의 초기 제안 방법에 반대했음.
- 새롭게 제안된 방법은 비교적 예산공간 감소폭이 낮고 처음에 제기된 문제들에 대한 보완이 이루어졌으며 WPRO 지역도 이를 수용하는 입장이기에 새로운 방법을 수용

□ 주요 내용

○ 예산공간배분 Working Group 논의 경과 및 결과

- WG은 3월 6일 화상회의를 통해 ToR을 개정하고 face-to-face 회의에 대한 준비를 논함.
- 4월 8, 9일 face-to-face 회의 개최
- WHO 예산 영역의 segment 분리와 배분에 대한 기존 원칙에 동의
- 효과적인 모델 개발의 핵심은 제한된 수의 지표, population adjustment methodology, flexibility 확보를 위한 여러 가지 outcome 범위 등에 합의하는 것임을 동의함.
- 국가 분류와 population scaling methodology에 대해 폭넓게 논의한 후 국가를 10분위로 분류하는 것은 불필요하며 UNDP Human Development Index를 활용하는 것이 적절하다고 결론지음.
- African Development Bank와 UN Economic and Social Council과 같은 다양한 국제기관들이 활용하는 다양한 population scaling을 연구할 필요에 동의함.

- 지표 선택을 위한 핵심 기준에 합의하고 여기에 data availability, data quality, source of information, data relevance를 포함시킴.
- Total disability-adjusted life years (DALYs) per capita, skilled birth attendance, population density는 지표군에서 삭제하기로 함.
- Availability가 뛰어난 지표들과 데이터, 그리고 다양한 population scaling을 활용해 다양한 계산을 시도하도록 사무국에 요청함
- 5월 21일 총회 중 사무국이 제공하는 다양한 옵션을 검토
- 다양한 지역의 다양한 니드를 고려하면서 과학적 근거에 기반을 둔 Model C (ALP_min)를 추천함.
- 특정 지역의 급격한 예산공간 감소를 피하기 위해 Model C에 따른 배분을 점진적으로 이행할 필요를 인정함.
- 사무총장에게 추천된 모델을 현 국가기술협력 배분율을 시작으로 향후 3개 복년도에 걸쳐 이행할 것을 권고함.
- 새로운 전략적예산공간배분 모델의 이행 모니터링과 보고를 사업예산행정위원회를 통해 정기적으로 실시할 필요를 인식함.
- 국가의 니드는 시간이 흐름에 따라 변함으로 적어도 6년을 주기로 모델에 기반한 예산공간 배분을 재검토해야 할 필요를 인식함.

□ 집행이사회의 조치

- 집행이사회는 아래 제시된 결정문(안)을 고려할 것.

○ 집행이사회는 전략적예산공간배분 Working Group의 보고서를 검토한 뒤 다음 사항들을 결정한다:

- (1) 전략적예산공간배분위킹그룹의 보고서를 환영하며 지난 작업을 철저히 검토하고 객관적이고 시기적절한 방법으로 개정된 모델을 개발한 점에 대해 위킹그룹의 회원국들에게 감사를 표명한다;
- (2) 전략적예산공간배분 위킹그룹이 추천한 모델을 승인한다;
- (3) 승인된 모델과 관련해 사무총장에게 다음 사항들을 요청한다:
 - (a) 현 국가기술협력 예산공간 배분을 출발점으로 삼아 지역처장과의 논의를 통해 추천된 모델을 3개 복년도에 걸쳐 이행한다;
 - (b) 사업예산이행 보고와 맞춰 새로운 모델의 이행 결과를 사업예산행정위원회를 통

해 집행이사회에 정기적으로 보고한다.

- (c) 추천 모델이 국가 니드를 잘 반영하는지, 지역 예산 총액에 미치는 영향이 무엇인지를 평가하기 위해 매6년마다 검토한다.

□ 부록 2 Report to the Working Group on Strategic Budget Space Allocation: New Calculations for Segment 1

○ 2006년 방법론에 기반한 모델

- 1단계 : 국가 니드를 나타내는 변수(지표)를 식별한 뒤 이를 (가능하면) 1인당 국민 치수로 환산하고 이를 다시 0에서 1까지의 크기로 조정(scaling)하여 같은 단위로의 비교가 가능하게 하고 평균을 구하여 복합점수(composite score)를 구한다.

[변수(지표) → (가능하면) 1인당 국민 변수(지표) → Scaling (0~1) → 기준화된 1인당 변수값들의 평균을 구함 → 복합점수(Composite score)]

- 2단계 : 복합점수에 근거, 국가별 1인당 국민 니드 모델을 개산(概算)
- 3단계 : 국가들을 10분위로 구분하여 니드가 가장 낮은 국가에게는 예산을 배분하지 않도록 한다. 니드가 가장 낮은 10, 9분위 국가들은 예산 배분을 받지 않고 8분위 국가들은 1, 7분위 국가들은 2, 6분위 국가들은 3 이런 순으로 점점 분위에 따라 1인당 배분 가중치를 높게 정한다. 이렇게 되면 니드가 가장 큰 1분위 국가들은 8분위 국가들보다 6배 높은 1인당 배분 가중치를 받게 된다. 단지 같은 분위 안에 있는 국가들은 같은 1인당 배분 가중치를 적용받게 된다.
- 4단계 : 인구규모에 따라 추정된 1인당 국민 니드를 맞추는 방법 결정. 2006년 접근법에 따라 3가지 방법이 준비되었으며 각각의 방법은 규모의 경제를 보여주고 있다(인구가 커질수록 1인당 편당 니드는 줄어든다).
 - i. 인구 제곱근 - 실제적인 인구 분포에 가까워 인구수를 가장 적게 압축하므로 인구 규모가 작은 국가보다 인구 규모가 큰 국가에 비교적 예산이 더 많이 배분된다.
 - ii. 인구 로그 - 제곱근보다 인구수를 더 압축하므로 인구 규모가 큰 국가보다 인구 규모가 작은 국가에 비교적 예산이 더 많이 배분된다.
 - iii. Adjusted log population squared (ALPS) - 인구 로그와 제곱근의 중간 정도.
- 5단계 : 국가 배분을 개산 : 국가별 1인당 국민 니드 지수 × 인구 축척 값(population scaling factor) / all country population adjusted needs의 합
- 6단계 : 지역 배분을 개산 - 지역 내 국가 배분율의 합

○ 위 방법에 대해 Working Group이 요청한 수정

- 니드 지표: 1인당 장애보정수명(DALY), 조산원 수행 출산 비율, 인구 밀도 제외하고 다
음 지표 영역을 활용할 것:

건강 상태

- Life Expectancy
- Under 5 mortality
- 비감염성 질환 (흡연율, NCD에 기인한 조기사망률 등 지표 탐구 중)

경제 변수

- 1인당 GNI(PPP)
- \$1.25 빈곤선 아래 인원수 비율

액세스

- 보건종사자 밀도
- 정치적 불안성 (세계은행이 활용하는 지표들을 포함 여러 지표 탐구 중)
- DTP3 접종율
- 지표를 0에서 1 사이로 조정하는 방법 변경. 2006년 방법을 사용하는 대신 Human Development Report에서 UNDP가 사용하는 방법 채택.
- 3단계의 첫 부분 삭제 - 국가들을 분위로 구분하여 동일한 분위 안에 있는 국가들에 같은 니드를 적용하는 방법을 활용하지 말라고 권고함. 또한 별도의 니드 지수를 사용하지 않고 실제 복합 점수(여덟 개 지표값의 평균)를 그대로 사용할 것. 그러나 여전히 니드가 가장 낮은 국가들 20%는 배분에서 제외할 것.
- 다양한 인구축척인수(population scaling factor)를 탐구하고 비교할 것. 아프리카개발은행과 유엔경제사회위원회같은 기관들이 사용하는 것들과 기존의 세 가지 방법 포함.

○ Missingness

- 아래 표는 WG이 권한 변수들 각각의 데이터 missingness(데이터가 없음)를 보여줌.
- 빈곤을 제외한 모든 지표들의 경우, 데이터가 없을 경우 지역 국가들의 평균을 활용해 지표값을 구함.
- 빈곤의 경우, 같은 지역에서도 천차만별인 경제개발 수준 때문에 지역평균값은 사실을 지나치게 왜곡할 수 있어 세계은행이 구분한 소득에 따른 국가분류에 따라 같은 소득그룹에 있는 국가들의 평균을 활용해 데이터가 없는 국가들의 지표값을 구함.

Table 1: Missingness, timeliness and source of data

Domain	Indicator	% missing	Year	Source
Health	Life Expectancy	0	2012	GHO
	Under-5 mortality rate (per 1,000 live births)	1.6	2013	WDI
	Infant mortality rate (per 1,000 live births)	1.6	2013	WDI
	Current smoking of any tobacco product (% of population)	29.9	2011	GHO
	Age-standardized mortality rate due to NCDs (per 100 000 population)	11.9	2012	GHO
Economic	GNI per capita PPP\$	7.2	Latest available between 2010-2013	WDI
	Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population)	53.6	Latest available between 2010-2013	WDI
	Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population)	28.9	Latest available between 2000-2014	WDI
Access	DTP3	0.0	2013	GHO
	Combined Physicians-Nurses/Midwives per 1 000 population	3.6	Latest available between 2010-2013	WDI
	Political Stability and Absence of Violence/Terrorism (Government Effectiveness)	1.0	2013	WGI
Acronyms: GHO = WHO's Global Health Observatory; WDI is World Bank's World Development Indicators; WGI is World Bank's Worldwide Governance Indicators.				

○ 인구 측정

- 세 가지 방법 외 ADB 방법 시도 : ADB 방법은 인구를 다른 세 가지 방법(log, sqrt, ALPS)보다 덜 압축시킴.
- 호주가 제안한 방법 : 아무리 인구 규모가 적은 국가도 국가당 최소한의 배분은 이루어져야 하기 때문에 인구 150만 미만인 국가들은 모두 이에 대한 ALPS 값인 0.47을 적용.

○ Working Group이 제안한 변수와 방법에 따른 결과

- Model A : NCD 니드 지표로서 성인 흡연자 비율을 활용하고 WG이 제안한 지표들을 모두 포함. 이 모델에서는 니드가 가장 낮은 국가 20%에게는 예산을 배분하지 않음. AFR과 EUR을 중심으로 대부분의 지역배분이 현 배분과 동떨어짐.

- 모델 B : 모델 A와 같으나 NCD 니드 지표로 흡연 대신 연령 표준 NCD 기인 사망률 활용. AFR은 배분율이 커지고 EUR은 낮아지지만 여전히 AFR 배분율이 한 가지 population scaling method의 경우를 제외하고는 40% 미만.

Table 2: Model A

Region	Log(pop)	SQRT	ALPS	ADB	ALPS_min
AFR	39.0	34.0	36.6	31.6	35.4
AMR	13.3	11.6	12.6	10.9	12.9
EMR	14.5	14.7	13.9	14.4	13.3
EUR	14.5	12.1	13.6	11.1	13.1
SEAR	9.6	16.2	12.5	19.2	12.1
WPR	9.1	11.3	10.9	12.8	13.2

(Indicators: life expectancy, under-5 mortality, adult smoking rate, GNI per capita PPP, Poverty head count < 1.25\$, DTP3, health worker density, political stability)

Table 3: Model B

Region	Log(pop)	SQRT	ALPS	ADB	ALPS_min
AFR	41.3	36.2	38.8	33.6	37.6
AMR	13.2	11.3	12.5	10.6	13.1
EMR	15.2	15.5	14.6	15.1	14.0
EUR	12.4	10.2	11.6	9.4	11.0
SEAR	9.5	16.4	12.5	19.5	12.1
WPR	8.3	10.4	10.0	11.9	12.1

(Indicators: life expectancy, under-5 mortality, age standardised NCD mortality rate, GNI per capita PPP, Poverty head count < 1.25\$, DTP3, health worker density, political stability)¹

- 모델 C : 모델 B에다 중국이 제안한 방법을 통합시켜 만듦. 모델 C는 국가니드배분이 이루어지는 방법을 조금 변경함. 복합점수에 기반해 니드가 가장 낮은 국가 20%에 0을 할당하기 보다 각 지표 자체에 대해 그 지표값이 OECD 중앙값 이상이면 그 지표에 대해 0을 할당하는 것. 그러면 기대수명에 대한 OECD 중앙값은 81세이므로 기대 수명이 81세 이상인 국가들은 복합점수에서 이 지표에 대해서는 0을 받음. 어떤 지표에 대해서는 0을, 어떤 지표에 대해서는 더 높은 점수를 받을 수 있음. 이 모든 지표들의 평균이 국가들의 전체 니드를 반영하게 함. OECD 중앙값보다 높은 점수를 받는 고소득국가들은 예산 배분을 받지 못함.

Table 4: Model C: Model based on zero need for indicators above the OECD median

Region	Log(pop)	SQRT	ALPS	ADB	ALPS_min	Planned budget for 2014-2015
AFR	47.4	41.2	44.5	38.3	43.4	42.3
AMR	11.7	9.9	11.1	9.2	11.3	8.4
EMR	15.3	15.7	14.7	15.4	14.2	14.3
EUR	6.8	5.9	6.4	5.5	6.4	4.5
SEAR	10.9	18.7	14.5	22.3	14.1	15.7
WPR	7.8	8.6	8.8	9.3	10.6	14.8

6. 평가: 연차 보고

□ 주요내용 요약

○ 이번 보고는 (a) WHO 평가 정책의 진행 사항에 대한 정보, (b) 최근에 실시된 8가지 평가에 대한 것임.

○ WHO 평가 정책의 진행 정도

- 평가와 조직학습을 강화하는 것은 WHO개혁의 주요한 영역임.
- 첫 번째 단계로, 2014년 8월 1일부터 독립된 주체에 의한 평가가 실시되기 시작함.
- 여기에서는 다음 6가지를 핵심 영역으로 삼고 있음: (a) 평가 환경의 조성 및 가버넌스 확립, (b) 평가의 역량과 자원, (c) 평가의 계획, 범위, 양식, (d) 평가의 권고사항과 대응, (e) 조직학습, (f) 의사소통 평가
- 2014-15년 평가는 (a) WHO의 기능, (b) 각국에 있어서 WHO의 존재, (c) WHO 간행물의 영향력에 초점을 두고 있음.
- 2014-15년 평가 계획에 FAO/WHO Project와 Fund for Enhanced Participation in Codex(Codex Trust Fund)가 추가되었음. 이들에 있어서 다음 두 가지를 확인하고자 함.
 - Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property'에 대한 포괄적인 평가와 프로그램의 검토
 - 에볼라 바이러스에 대한 WHO의 대응

○ 평가에서 조직학습까지

- 평가의 결과 또는 권고사항은 프로그램의 성과를 높이고, 의사결정과 계획에 있어서 정보를 제공하는데 사용하고자 함.
- 이러한 관점에서 최근 8개 영역에 대한 평가가 이루어짐.

① WHO의 Resource mobilization function (2010)

- 2005년 수립된 WHO의 자원 동원 기능에 대한 평가가 실시되고, WHO의 자원 동원 노력을 향상시키기 위한 권고 조치가 이루어짐.
- 이는 WHO의 관리체계(예: 특정 목적을 위한 예산 배정 확대, 예산의 증액)를 강화하기 위함.
- 국제 자원 동원 전략의 실행을 위한 명확한 행동 계획을 수립하고 성과지표를 도입하도

록 함. 더불어, non-member state actor의 역할과 국가 단위에서의 발전 전략에 대한 것도 포함시키도록 하였음.

- 잠재적인 재원 출처(financing sources)와 차이(gap)에 대해서 “합리적 확인”을 강화하도록 함.

② WHO financing dialogue (2014)

- WHO의 재정에 대하여 안정적으로, 예측 가능하도록, 유연하고 투명하게 하도록 하며, WHO에 대한 기부자를 늘리기 위한 목적으로 WHO의 재정대화가 도입됨.
- 평가에서는 (a) 재정을 6년의 중기 관점에서 검토하고, (b) 자원배분의 투명성을 높이고 내부역량을 강화하며, (c) 특정한 설정(distinctive set-up)을 하며, (d) 재정대화의 청중(예상되는 기부자, 학계 등)을 확대하기를 권고함.

③ WHO 개혁 1단계 (2011)

- WHO는 공공보건기관의 선두주자로서 효과적인 역할을 하기 위하여 가버넌스, 재정, 인적자원 영역에 있어서 광범위한 개혁을 시작함.
- 평가에서는 조직의 global/regional level 간 연계를 강화하고, country, regional, global level에 따른 책임과 의무를 다시 설정하고, 평가정책을 명확화하고 우선순위를 설정하며, non-member state actor의 참여를 확대해야 한다는 권고가 이루어짐.

④ WHO 개혁 2단계 (2013)

- WHO 개혁 전략 평가’에 대한 평가가 실시됨.
- 평가에서는 (a) 개혁과정에서 회원국의 주인의식과 책임성 강화, (b) 변화 이론의 강화를 통한 개혁관리(reform management) 향상, (c) 관리와 의사소통 활동의 변경, (d) 모든 조직 수준에서의 개혁관리 강화에 대한 전략적 권고가 이루어짐.
- 평가에 대한 대응으로, 새로운 재정 모델의 도입 과정에서 회원국의 참여를 높였으며, 사무국의 역량을 개발하고 훈련을 실시하고, Expert Oversight Advisory Committee를 독립적으로 운영하였음.
- 개혁의 과정에서 평가결과의 대부분을 반영한 것으로 확인됨.

⑤ Global Health Workforce Alliance (2011)

- 인력 문제의 해결을 위해서 2006년 Global Health Workforce Alliance가 도입되었으며, 이들은 (a) 국제 정책 이슈에 있어서 보건 의료 인력을 옹호하고, (b) 근거 중심의 대응과 지식 중개의 역할을 하고, (c) 보건 의료 인력과 관련된 도전과제가 직면한 문제에 대한 해결책을 찾기 위해서 국가, 회원, 파트너와 다른 이해당사자를 소집하는 것을 업무의 우선순위로 두고 있음.
- 평가에서는 이 연합체의 효과성과 운영에 대한 검토, WHO와의 관계와 전략에 대한 중

간 점검, 재정 마련 전략의 재설계에 대한 권고를 담고 있음.

⑥ Good Governance for Medicine programme (2001-2012)

- 이 프로그램은 국가의약품정책을 개발하기 위해서 2004년에 도입된 것으로, 의약품영역에 있어서 good governance(책임성, 투명성, 형평성, 이해관계인의 참여 및 관료들의 윤리적 행태를 확보)를 높이는 것임.
- 평가에서는 고위급 이해 당사자 간의 관계를 강화하고, 관리 프로그램의 영역 간 관계를 넓히고, GGM 프로그램의 도입/절차/ 톨에 있어서 타당성을 강화하고, WHO에 대한 지원, GGM 관련 위험 평가, 재정 확보 및 운영, 각 국가의 경험을 WHO와 공유, WHO의 역량 강화, GGM 프로그램의 통합 등에 대한 권고 사항을 담고 있음.

⑦ Advancing sexual and reproductive health (2008-2012)

- UNDP, UNPF, WHO, World Bank는 'Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction'을 공동으로 스폰 하였음. 이는 출산 규제(fertility regulation)에 대한 안전성과 효과적인 방법에 대해 지원을 하고, Human reproduction과 관련된 작업을 강화하는 것을 목적으로 하고 있음.
- 평가에서는 이 프로그램이 WHO에서 여성, 신생아, 아동과 청소년 건강을 다루는 부서와 협력하고, 관련된 연구를 수행하여 개발도상국에게 도움을 주고, MDGs를 달성하는데 기여하기를 권고함. 그리고 특별 재정을 마련하고 비지정 기금을 늘릴 것을 촉구함.

⑧ Global Learning Programme on National Policies, Strategies and Plans (2014)

- Global Policy Group은 WHO의 각 국가 사무소가 역량을 강화해야 할 필요성이 있음을 강조한 바 있음.
- 이 프로그램은 국가보건정책의 전략과 계획을 개발하는 것을 목적으로 하고 있음.
- 평가에서는 프로그램의 성과와 타당성에 대해서 검토하고, 인적자원 전략을 강화하고, 안정적인 재정의 확보 등 규모를 키우기를 권고하였음. 더불어, 프로그램 간 의사소통 능력의 향상, 효과성과 효율성을 향상시키기 위한 절차와 지원 체계를 강조하였음.

7. 전문가 위원회, 연구그룹 회의 보고

□ 주요내용 요약

○ 제49차 Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations:
2014년 10월 13일-17일

- 의약품의 질이 국제 기준을 충족해야 함에 대해서 전문가의 권고가 이루어짐.

- 질 관리에 있어서 전문가 위원회는 17개의 문안을 재개정함. 또한 시간과 기온에 민감한 16가지의 의약품에 대해서도 기존의 가이드라인을 수정하고 포괄적인 기술 지원을 하도록 지지함.
- 국가와 지역의 규제 당국을 위한 새로운 가이드라인이 국제기구 간 협력에 바탕을 두어 개발되고, 전문가 위원회에 의해서 수용되었음.
- 전문가 위원회는 WHO가 의약품을 개발, 생산, 질 관리, 규제, 감독, 공급 및 조달을 함에 있어서 과학적인 조언을 하도록 권고하였으며, WHO는 환자에게 질 높은 의약품이 도달하고, 건강에 대한 보장을 범세계적으로 달성할 수 있도록 하는 틀을 제공할 수 있게 되었음.

○ 제65차 Expert Committee on Biological Standard: 2014년 10월 13일-17일

- 백신, 생물학적 치료, 혈액 제제, 체외 진단용 의료기기 등의 생물물질의 개발에 관한 '생물학적 표준(Biological Standard)'에 대한 검토가 실시됨.
- 위원회는 12개의 신생 또는 대체 international biological reference materials를 정했음.
- 위원회는 새로운 폴리오바이러스 백신의 생산과 통제에 대한 수정된 기준을 수용하였음.
- 폴리오바이러스 백신의 경우, 의약품 개발에 따라서 투여 방식의 변화가 일어남.
- 이러한 과정에서 국가의 규제 당국이 관리를 잘하지 못할 경우, 질이 좋은 백신의 제공에 위험이 발생될 수 있음.
- 새로운 WHO의 기준은 이를 방지하기 위해서 백신 인증 후 변화에 대한 규제를 어떻게 할지에 대해서 제시하고 있음.
- 위원회는 생물학적 제제에 있어서 국제 규범과 기준을 제시하고, 질, 안전성, 효능에 관한 최신의 권고를 WHO에게 하였음.
- 새로운 생물학적 물질에 대한 WHO의 참고자료와 기준을 시기적절하게 개발하는 것이 매우 중요함. 위원회는 적절한 기준을 적시에 제공할 수 있도록 WHO가 기준 마련을 위한 연구를 시작하기를 촉구함.



제3장

제66차 WHO 서태평양지역총회

제1절 총회 개요

제2절 주요 의제

3

제66차 WHO 서태평양지역총회 <

<

제1절 총회 개요

매년 정기적으로 개최되는 WHO 서태평양지역총회의 제66차 회의는 2015년 10월 12일(월)에서 16일(금)까지 5일 간 미국령인 캄에서 개최되었다. 37개 회원국 250여명이 참석한 이번 회의에서 주요 기술 의제로는 보편적 건강보장, 바이러스성 간염, 도시 보건, 폭력 및 상해 예방 등이, 경과보고 의제로는 식품 안전, 국제보건규칙(2005), 소외성 열대질환, 한센병, 고령화, 만성질환, 규제제도강화 등이 논의되었다.

2015년 제66차 서태평양지역총회 의제

개회 및 의제 채택

1. 개회
2. 퇴임 의장 연설
3. 신임 임원 선출: 의장, 부의장, rapporteurs
4. 신임 의장 연설
5. 의제 채택

기조 연설

6. 사무총장 연설

WHO 사업 리뷰

7. 지역처장의 연설 및 보고
8. 2014-2015 사업예산: 예산 성과 (중간보고)

향후 정책, 사업 및 방향

9. 바이러스성 간염
10. 결핵
11. 보편적 건강보장
12. 폭력과 상해 예방
13. 도시 보건
14. 기술 사업 경과 보고
 - 14.1 식품 안전: 2015년 이후 지역 전략
 - 14.2 아시아태평양 신종질환 전략(2010) 및 국제보건규칙(2005)

- 14.3 소외된 열대병 및 한센병
- 14.4 고령화와 건강
- 14.5 만성질환 예방 및 관리
- 14.6 규제제도 강화
- 15. 세계보건총회, 집행이사회, 지역총회 간 조정
Global Committee 회원
- 16. 인간 재생산에 대한 연구, 개발, 연구훈련 특수사업: 정책조정위원회 회원
기타
- 17. 제67차, 68차 지역총회 시간 및 장소
- 18. 폐회

제2절 주요 의제

1. 지역처장의 보고

□ 주요 논의 경과 및 의제 내용

- 2014년 7월부터 2016년 6월까지 서태평양 지역에서의 WHO, 회원국, 협력기관이 논의하고 집행한 보건분야 현황에 대한 지역처장의 보고
 - 서태평양지역은 지난해 보건 성과와 보건시스템 강화에 상당한 발전을 거둠.
 - 감염성질환의 이환율과 사망률은 지속적으로 감소하고 있으며, 비감염성 질환과 그 위험요소들에 보다 효과적으로 대응하고 있음.
 - 보편적 건강보장에 실질적인 진전이 나타났으며 새로운 감염병, 비상 및 재난 사태로 인한 보건 위협에 대한 대비가 보다 더 잘 갖춰짐.
 - 말라리아, 결핵, 소외된 열대병과의 싸움에 더 주력해야 하며, 대비(preparedness)를 강화해 비상 및 재난사태로 인한 위험을 완화해야 함.
 - 기후변화를 포함한 새로운 문제에도 대응해야 함.
- 서태평양지역사무처의 주요 사업 분야
 - 감염병
 - 보건 안보와 비상사태
 - 비감염성질환과 생애주기 건강
 - 보건시스템

- 태평양지역 기술 지원(Pacific Technical Support)
- 리더십·조율·지원

□ 개요: 서태평양지역 사업개황 2014년 7월 ~ 2015년 6월

지난해 서태평양지역은 보건성과와 보건시스템 강화에 있어 상당한 발전을 이루었다. 감염성 질환의 이환율과 사망률은 지속적으로 감소하고 있으며, 비감염성 질환과 그 위험요소들에 보다 효과적으로 대응하고 있다. 보편적 건강보장에 실질적인 진전이 나타나고 있으며 신종 감염병, 비상 및 재난 사태로 인한 보건 위험에 대한 대비가 보다 더 잘 갖춰져 있다.

그러나 말라리아, 결핵, 소외 열대병과의 싸움에 더 주력해야 하며, 감염병 대비(preparedness)를 강화해 비상 및 재난사태로 인한 위험을 완화해야 할 필요가 있다. 기후변화를 포함한 새로운 문제에도 대응해야 한다.

○ 감염성 질환

지난 해 지역에서의 포괄적인 자문을 거쳐 Regional Framework for Implementation of the End TB Strategy in the Western Pacific 2015-2020 초안이 작성되었으며, 제66차 총회('15.10)에서 그 승인 여부를 검토하게 되었다.

서태평양 지역에서는 바이러스성 간염으로 인한 사망률이 HIV, 결핵, 말라리아로 인한 사망률을 합한 사망률보다 높다. 이번 지역총회에서는 Regional Action Plan for Viral Hepatitis in the Western Pacific 2015-2020 초안을 검토하게 될 것인데, 이 초안은 바이러스성 간염에 대한 지역의 인식을 높이고 지역 내 이 병에 대한 감시, 예방, 치료를 강화하는 것을 목적으로 삼고 있다.

메콩경제권(the Greater Mekong Subregion)에서의 말라리아 대응은 Strategy for Malaria Elimination in the Greater Mekong Subregion (2015-2030)의 개발로 더욱 강화되었다. Expanded Programme on Immunization은 포괄적 접종 범위를 가진 양질의 예방접종 프로그램을 통해 중요한 예방접종 대상 감염병(vaccine-preventable diseases)의 세를 지속적으로 줄여 나갈 것을 강조하면서, 회원국의 예방접종체계 강화를 위해 회원국과의 협력을 지속하고 있다.

HIV 감염을 줄이기 위한 항레트로바이러스 치료에의 접근성이 높아졌으며 주요 그룹을 대상으로 한 서비스도 강화되었다. 감염병 발생을 방지하기 위해, WHO는 정기적인 매개체 관리 활동을 통한 통합적인 매개체 전염병 관리를 지속적으로 홍보하고 있다.

○ 보건안보와 비상사태

2015년 5월, 한국은 중등호흡기증후군 감염을 WHO에 공지했다. 한국의 보건복지부는 국제보건규칙(2005)에 따라 신속히 보고했으며 WHO와 함께 합동임무를 수행하고 있다. 서아프리카에서의 에볼라 발생에 대응해 WHO는 서태평양지역의 대비 및 대응 역량 강화 노력을 국가 단위를 중심으로 전개했으며 서태평양지역사무처는 에볼라 사태에 대한 국제적 대응을 적극 지원하고 있다.

서태평양 지역에서의 보건 안보 및 비상사태 사업은 국제보건규칙(2005)과 코덱스국제식품기준(Codex Alimentarius International food standards)에서 제시하고 있는 국제적 위임에 따라 진행되고 있다. WHO는 Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases (APSED)와 Western Pacific Regional Food Safety Strategy 2011-2015를 개발했으며 지역 회원국들은 이러한 사업 수행 도구들을 통해 국제적 요구조건을 충족할 수 있을 것이다.

WHO의 지원을 통해 회원국들은 지난해에 Western Pacific Regional Framework for Action for Disaster Risk Management for Health의 안내를 받아 ‘비상사태 대응’에서 ‘재난 위험관리 접근방식’으로의 전환에 많은 노력을 기울였다. 이 밖에도 서태평양지역에서 WHO는 2015년 3월, Cyclone Pam, 2014년 중순, 솔로몬 제도의 홍수, 태풍 하이얀 등과 관련해 보건부문의 대응과 복구 노력에 회원국들을 지원하고 있다.

○ NCD와 생애주기 건강증진

WHO 지역사무처는 지역 내 장애, 모자보건, 건강증진, 비감염성질환(NCDs) 예방 및 관리에 관한 보건사업을 조율하고 있다. 급속한 도시화와 변화하는 환경으로 인한 도시의 보건문제들에 대응하기 위해 WHO는 자문을 통해 Regional Framework for Urban Health in the Western Pacific (2016-2020)의 초안을 개발했으며 이번 총회에서 그 승인여부가 검토될 것이다.

NCD는 여러 측면에서 다뤄지고 있으며, WHO는 건강 증진과 위험요소 완화 노력을 지원하고 있다. 여기에는 모자보건을 위해 제한된 자원을 보다 더 잘 활용하기 위한 First Embrace도 포함되어 있다. 중국의 요청에 따라, 건강증진, 흡연관리, 보건 개혁에 있어 국가에서 나타나는 병목현상을 극복하기 위해 지역의 Health Promotion Leadership Training(ProLEAD)이 수정되기도 했다.

이 외에도 WHO는 암관리를 위한 역량개발, 식수 질(質) 개선, 정신보건프로그램 강화, 보건규칙을 통한 담배산업 저지에 대한 국가 노력 지원 등 다양한 프로젝트를 지원하고 있다.

○ 보건시스템

서태평양 지역에서 WHO는 보건시스템을 강화하고 보편적 건강보장의 목표 달성을 위한 다양한 노력에 회원국들과 협력하고 있다. 1차보건의료(primary health care)는 여전히 우선순위이지만 지난해에는 ‘병원경영과 개발’에도 새로운 초점을 맞추기도 했다. 보건지출의 증가가 보다 폭넓은 서비스 접근성과 보다 질 높은 보건서비스 증가로 이어지게 하기 위해, WHO는 세계은행과 함께 중국 정부 지도자들과의 정책대화를 소집했으며 캄보디아와 베트남에서도 고위급 정책 브리핑을 조직한 바 있다.

WHO는 지역에서의 보건인력규정, 병원관련 법규, 분권화가 보건시스템 개발에 미치는 영향, 병원에서의 공사(公私) 협력 등, 폭넓은 지역 이슈를 검토 중이다. 지난 한 해 회원국들은 보건연구 포털로부터 건강정보시스템에 이르는 광범위한 영역에서 WHO의 지원을 요구했으며 WHO는 Gavi Alliance의 지원으로부터 졸업하는 회원국들과 글로벌 펀드에 제출할 제안서를 준비하는 회원국들을 일부 지원했다. WHO 서태평양지역사무처는 WHO협력센터들과도 지속적으로 긴밀히 협력하

고 있으며 WHO 역사에서 최초로 지역을 아우르는 WHO 협력센터 네트워크 회의를 최초로 주최했다.

○ 태평양기술지원국(Pacific Technical Support)

Pacific Technical Support Division은 WHO가 서태평양 지역의 21개 태평양 섬 국가 및 영토들과 보다 더 긴밀히 협력하기 위해 2010년에 설립한 조직이다. 2015년은 태평양 섬 국가 및 영토들이 건강한 섬이라는 비전을 향해 노력한 지 20년이 되는 해다. 태평양 보건 장관들은 보건 현황과 우선순위를 점검하기 위한 회합을 가졌으며 그 결과 건강한 섬의 비전을 쇄신한 Yanuca Declaration 2015를 발표하게 되었다.

NCD가 우선순위인 서태평양 지역에서 지난해에는 WHO 주도의 Pacific Regional United Nations Thematic Group on NCDs가 창립되었다. WHO는 2025년까지 흡연에서 자유로운 태평양을 향한 태평양 섬 국가 및 영토들의 노력을 지원하기도 했다. Pacific Islands Mental Health Network가 쇄신되었으며 Mental Health Gap Action Programme을 통해 정신 보건 평가 및 관리에 관한 훈련 프로그램으로 10개국 400명 이상의 보건 전문가들을 훈련했다.

2015년 3월, WHO는 Tropical Cyclone Pam과 Typhoon Maysak의 대응에서도 태평양 회원국들을 지원했으며 지난해, 기획, 근거 구축, 평생 학습을 통한 인력 개발 및 보건시스템 강화에 태평양 섬 국가 및 영토들을 지원했다. 필라리아 병을 포함한 소외 열대병과 감염성 질환, 신종 질환에 대한 감시 및 대응 시스템은 여전히 지역의 우선순위에 속한다.

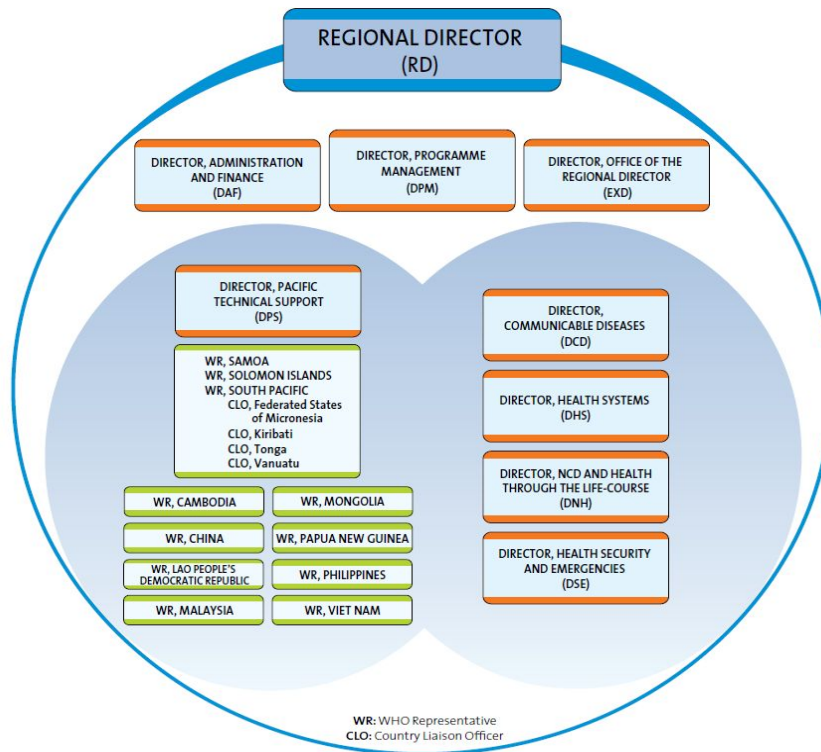
○ 지원·조율·리더십

지원·조율·리더십은 지역처장실, 프로그램관리국, 행정재무국의 공동 영역으로 지역처장실은 지역 WHO의 사업을 관장하고 WHO 개혁 의제를 촉진하며 지역의 대외관계 및 협력관계, 공공 정보, 정보 생산 및 서비스를 주도한다. WHO는 비정부주체의 참여 강화를 위해 노력해 왔으며 파트너들과의 기술적, 재정적 협력을 위해 지난해 57개의 양해각서를 체결했다. WHO개혁의제의 일환으로 지역사무처는 Global Resource Mobilization Coordination Team의 사업에도 적극 참여하고 있다.

프로그램관리국은 프로그램 개발 및 운영, 국가 지원, 편집 서비스 등을 통해 회원국과의 기술협력을 주도 및 조율하고 있다. 지난해에는 지역사무처와 국가사무소 간의 협력이 더 긴밀해졌으며 이를 통해 2014-2015 사업예산의 집행과 자원관리가 개선되었다. 국가지원부(Country Support Unit)는 캄보디아와 말레이시아에서 국가협력전략에 대한 중간점검을 주도했으며 현재 캄보디아, 중국, 말레이시아, 파푸아뉴기니아의 전략 갱신을 지원하고 있다.

행정재무국은 예산재정부, 인적자원부, 정보기술행정부들 통해 사업운영을 지원한다. 지난해 행정재무국은 WHO가 효율적, 효과적으로 사업을 운영하고 예산 집행에 책임성과 투명성을 유지하도록 노력했다. 행정재무국은 지역의 비상대응활동을 지원했으며 직원채용절차와 정보기술 제공을 강화했다.

○ WHO 서태평양지역사무처 조직도



○ WHO 서태평양지역사무처 Divisions and Programmes

DIRECTOR	PROGRAMME
Director, Programme Management (DPM)	Programme Development and Operations (PDO) Country support (CSU) Editorial Services (EDT)
Director, Administration and Finance (DAF)	Budget and Finance (BFU) Human Resources Management (HRM) Information Technologies and Administration (ITA)
Director, Office of the Regional Director (EXD)	External Relations and Partnerships (ERP) Public Information Office (PIO) <i>Information Products and Services (IPS)</i>
Director, Communicable Diseases (DCD)	Expanded Programme on Immunization (EPI) Malaria, other Vectorborne and Parasitic Diseases (MVP) HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections (HSI) Stop TB and Leprosy Elimination (STB)
Director, Health Systems (DHS)	Health Policy and Financing (HPF) Integrated Service Delivery (ISD) Essential Medicines and Health Technologies (EMT) Health Intelligence and Innovation (HII) Equity and Social Determinants (ESD)
Director, NCD and Health through the Life-Course (DNH)	Noncommunicable Diseases and Health Promotion (NCD) Tobacco Free Initiative (TFI) Mental Health and Substance Abuse (MHS) Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (MCA) Health and the Environment (HAE) Violence and Injuries (VIP) <i>Disabilities and Rehabilitation (DAR)</i> <i>Nutrition (NUT)</i>
Director, Health Security and Emergencies (DSE)	Emerging Disease Surveillance and Response (ESR) Disaster Risk Management for Health (DRM) Food Safety (FOS)
Director, Pacific Technical Support (DPS)	Health Security and Communicable Diseases (PSC) Health Systems (PHS) NCD and Health through the Life-Course (PNH)

□ 주요 프로그램별 세부 보고

○ 감염병

2014-2015년 지역의 감염병 대응은 지속적으로 상당한 진전을 나타냈다. 최근 몇 십 년 간 지역의 감염병 이환율과 사망률은 상당히 감소했다. 그러나 많은 회원국들에서 감염병은 여전히 높은 위험요소이며 나쁜 건강의 중요한 원인이 되고 있다.

결핵

결핵에서의 핵심 주안점은 회원국들이 새로운 글로벌 End TB Strategy를 이행할 수 있도록 지원하는 것이다. WHO는 지역의 다양한 국가 상황들에 맞춘 우선 활동들을 식별하기 위한 광범위의 자문활동을 조직했다. 2014년 10월 제7차 Pacific TB Control 회의와 2014년 12월 제9차 Technical Advisory Group (TAG) 회의는 WHO의 결핵 퇴치 프레임워크를 포함해, 새로운 글로벌 전략을 제시하는 플랫폼이었다. End TB Strategy의 수행을 위한 지역 행동프레임워크가 개발되었으며 이 프레임워크는 2015년 10월 제66차 서태평양지역총회가 검토할 것임.

한센병(나병)

그 동안 지역 내 한센병 부담은 상당히 감소했다. 핵심 국가들에서 조기 진단과 치료, 지속적인 보호를 지원하는 사업이 수행되었으며, 그 결과 한센병으로 인한 인구 및 개인 부담이 감소한 것이다. 한센병으로 인한 장애인 지원, 사회적 재활, 권리 복구 등 장기적 노력이 필요하다.

예방접종

Expanded Programme on Immunization은 포괄적 접종 범위를 가진 양질의 예방접종프로그램을 통해 중요한 예방 대상 감염병(vaccine-preventable diseases)의 발생률 감소를 지속하고 강화해 나갈 것을 강조하면서, 회원국의 예방접종체계 강화를 위해 회원국과의 협력을 지속하고 있다. 2014년 서태평양지역총회에서 승인된 Regional Framework for Implementation of the Global Vaccine Action Plan in the Western Pacific이 회원국과 WHO의 예방접종 노력을 가이딩하고 있다.

서태평양지역 국가 회원국 중 브루나이, 캄보디아, 일본은 홍역 퇴치를 검증 받았고 중국과 필리핀은 polio endgame의 일환으로 국가 프로그램에 inactivated polio vaccine을 도입했다. 지역 내 세 회원국을 제외한 모든 회원국들이 풍진 백신을 기본 접종에 포함했으며 필리핀은 신생아 파상풍 퇴치를 검증 받기도 했다. 12개국이 5세 아동에서 hepatitis B surface antigen sero-prevalence를 1% 미만으로 잡은 2017년 목표를 성취했다.

간염

서태평양지역은 바이러스성 간염에 조율적으로 대응한 첫 번째 WHO 지역이다. WHO는 지역 및 국가 자문을 통해 만성 간염에 대한 인식 제고, 감시, 예방 및 관리라는 공공보건 접근방식을 도모하여 회원국들이 만성 간염에 대응하고 새롭게 개발된 치료법을 활용할 수 있도록 돕고 있다. 몽고에서는 바이러스성 간염에 대한 국가 프로그램이 개발되고 있으며 베트남에서는 바이러스성 간염 행동계획이 승인되었다. 만성 B형 및 C형 간염의 치료 부담과 지속적인 의료서비스를 이해하기 위한 체계적 점검이 진행 중이며 이를 통해 많은 회원국들에게 바이러스성 간염에 대한 투자 정보를 제공할 계획이다.

HIV/AIDS

WHO는 라오스, 몽고, 베트남에서 국가 HIV 프로그램 및 역학적 검토를 진행했으며, 이러한 검

토에서는 외부 지원금에서 국가 내부 자금으로의 전환, 구매 메커니즘, 서비스 전달체계 등과 같은 시스템 이슈들이 중요하게 다루어졌다. WHO는 몽고, 필리핀, 베트남이 글로벌 펀드로부터 HIV 자금을 확약 받을 수 있도록 기술지원을 제공하기도 했다.

말라리아

2014년은 서태평양 지역에서는 말라리아와 관련해 중요한 해다. 메콩강경제권에서 말라리아 다중약제내성 상황이 악화되어감에 따라 WHO는 이해관계자들과의 자문을 거쳐 subregional malaria elimination strategy for 2016-2030를 개발했다. 2015년 세계보건총회에서의 Global Technical Strategy for Malaria 2016-2030의 승인에 맞춰 보건 장관들은 보건총회 부가 행사에서 subregional strategy에 착수했으며 서태평양 지역에서의 말라리아 발생 지역국가 10개국 모두는 말라리아 퇴치 목표를 설정했다. 점점 더 많은 협력자들이 메콩경제권에서의 말라리아 퇴치 노력을 지원하고 있다. 캄보디아의 Emergency Response to Artemisinin Resistance Project의 지역 허브는 6개국에서의 활동을 조율 및 지원하는데 핵심 역할을 담당하고 있다.

소외 열대병

서태평양 지역의 소외 열대병 사업은 상당한 진전을 보이고 있으며 WHO는 관련 회원국들이 국가 통합 NTD 계획을 수립할 수 있도록 지원하며 질병 관리 및 의약품 구매 등에 기술지원을 제공하고 있다.

감염병 관련 주요 과제

말라리아, 예방접종 대상 감염병, 소외된 열대병 등의 감염병에 대한 공여자의 지원이 줄어들고 있어 향후 회원국들은 질병 관리에 국내 보건시스템과 재원을 더 의존해야 한다. 그러나 이러한 변화과정은 다소 복잡하고 많은 위험을 내포하고 있다.

○ 보건 안보와 비상사태

서태평양지역은 신종 감염병 취약 지역이며 비상사태와 재난에 약하다. 중동호흡기증후군 코로나바이러스와 에볼라 바이러스 발병은 지역의 공공보건사태 대응역량을 점검할 필요를 부각시켰다. 보건안보 및 비상사태 대응 사업은 국제보건규칙(2005), 코덱스국제식품기준(Codex Alimentarius International food standards), 기타 세 가지 지역 전략에 따라 진행되어 왔다 - 세 가지 지역 전략: Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases(APSED), Western Pacific Regional Food Safety Strategy 2011-2015, Western Pacific Regional Framework for Action for Disaster Risk Management for Health.

○ APSED

APSED는 회원국들이 국제보건규칙(2005) 핵심 역량을 개발할 수 있는 지역 프레임워크를 제공해 왔다. 지역의 27개 IHR 가입국 중 18개국은 2014년 6월까지 핵심역량 요건을 갖추었으나 나머지 9개국은 기간 연장을 요청한 상태다. APSED의 이행으로 회원국들은 H7N9, H5N1, 뎅기, 아르보바이러스성 감염병, 중국, 말레이시아, 필리핀, 한국에서의 중동호흡기증후군 코로나바이러스 등,

신종 질병의 위협에 효과적으로 대응할 수 있게 되었다.

WHO는 사건 기반의 감시 및 위험 평가, 현장 역학 훈련 프로그램, 리스크 커뮤니케이션, 로지스틱스, 비상사태운영센터, 그리고 Western Pacific Surveillance and Response Journal 등을 통해 준비 및 대응 역량을 강화해 나갈 것이다. APSED에 따른 새로운 감염성질환에 대한 검사역량강화는 국내 검사 혹은 필요시 국제 의뢰에 대한 유연한 시스템을 낳았다.

○ 대응 중심의 접근 방식에서 재난에 대한 위험관리 접근 방식으로의 변환

대응 중심의 접근 방식에서 재난에 대한 위험관리 접근 방식으로의 전환은 지역의 우선순위가 되었다. 2014년 10월 서태평양지역총회는 Western Pacific Regional Framework for Action for Disaster Risk Management for Health를 승인했으며 이 프레임워크는 예방, 대비, 대응, 복구에 서의 보건 부문의 위험관리 우선순위 영역을 권고하고 있다. 적어도 3개 회원국이 WHO의 지원으로 국가 액션 프레임워크를 개발 혹은 갱신했다.

○ 회원국 비상사태 지원

중대한 비상사태 시 회원국의 보건 부문의 대응과 복구 노력을 지원한 예로는 2015년 3월, 태평양에서의 Cyclone Pam, 2014년 4월, 솔로몬 제도에서의 홍수, 2013년 11월, 필리핀에서의 태풍 하이얀을 들 수 있다. WHO 주도의 보건 클러스터는 다른 기관 간 상임 위원회 클러스터들과 더불어 Pacific Humanitarian Team의 일원을 구성한다. WHO의 재난 대응 대비역량을 강화하기 위해 서태평양지역의 WHO 직원 31명은 WHO Emergency Response Framework에 대한 훈련을 받았다.

○ 식품 안전

Western Pacific Regional Food Safety Strategy 2011–2015는 회원국들의 식품안전 노력을 가이드하고 있다. 2014년 12월 시뮬레이션 훈련을 통해 International Network of Food Safety Authorities (INFOSAN) 비상사태 연락담당자들과 국가 IHR 담당자들 간의 연계가 강화되었다. 7개 회원국들은 새로운 식품 법, 규정, 기준을 작성하거나 채택함으로써 식품 안전과 질(質)의 법적 프레임워크를 강화했으며 식품 안전에 관련된 데이터 확보를 개선하기 위해 식인성 질환 감시 및 대응 강화에 대한 매뉴얼도 작성되었다.

위험 기반 식품 검사를 포함한 훈련과정을 통해 3개국 60명의 식품안전검사요원들을 교육하고 자연재해를 당한 회원국들을 대상으로 비상사태 시 식품안전위험의 관리에 대해 지도했다. 2015년 4월, WHO는 세계 건강의 날을 “농장으로부터 접시까지, 안전한 음식을 위해”라는 주제로 기념했으며 이 행사를 통해 식품안전활동을 홍보함으로써 소비자들을 식중독과 식인성 질환으로부터 보호할 수 있는 기회를 가졌다. 지역 내 다양한 행사들도 식품안전을 보건 안보의 핵심 요소로 인식시키는 데 기여했다.

○ 중동호흡기증후군 코로나바이러스: 보편적 취약성

중등호흡기증후군(MERS)은 2012년 사우디아라비아에서 처음 발견된 신종 코로나바이러스(MERS-CoV)가 원인인 바이러스성 호흡기 질환이다.

2015년 6월 30일 현재, MERS 발생을 보고한 국가는 26개국이다. MERS-CoV는 사람들에게서 2차 감염을 일으킬 수 있는 동물원성 바이러스로 간주된다. 대부분의 감염은 중동에서 발생했으며 그 중 많은 지역사회 감염은 감염된 단봉낙타나 낙타 관련 상품에의 직, 간접적인 접촉과 관련 있는 것으로 생각되고 있다. 서태평양 지역에서는 말레이시아(2014년 4월)와 필리핀(2015년 2월)이 중동에서 유입된 간헐적 사례를 보고한 바 있다.

2015년 5월 20일, 한국이 중등호흡기증후군 최초 감염사례를 WHO에 공지했다. 2015년 6월 30일 현재까지 182건의 감염(한국 181건, 중국 1건)과 33명의 사망자가 WHO에 보고되었다. 최초 바이러스의 전파에 기여한 몇 가지 요소들을 다음과 같이 꼽을 수 있다:

- 새로이 발견된 질병으로서 MERS-CoV는 최초 발생 시 예상치 못한 것이었고 익숙치 않은 것이었음.
- 병원에서의 감염 예방 및 관리가 적절하지 않았음.
- 응급실과 다인 병실에 사람들이 너무 많았음.
- 친구와 가족이 병실을 찾고 환자를 돌보는 지역 문화
- 입원 전 여러 보건시설에서 진료를 받는 관습

WHO의 대응은 국제보건규칙(2005), WHO's Emergency Response Framework(Grade 2), Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases(2010)에 따라 이루어졌다. 2015년 5월 28일, WHO는 비상운영센터(Emergency Operations Centre)를 발족시켰으며 네가지 핵심기능(역학 및 정보, 기술적 전문성, 리스크 커뮤니케이션, 핵심 서비스)을 갖춘 Event Management Team을 설립했다. 일일상황보고서가 서태평양지역사무처 웹사이트에 게재되었으며 함께 웹 기반의 Event Information Site와 Disease Outbreak News 소식지에도 정기적인 현황 보고가 게재되었다.

2015년 6월 9일부터 13일까지 한국 보건복지부와 WHO의 공동미션이 수행되었다. 미션은 감염병 발생으로부터의 위험을 평가하고 대응책에 대한 권고안을 내었다. 정부에 대한 고위급 권고안에는 국가적 보건시설에 대한 감염병 예방 및 관리의 즉각적 강화, 열이나 호흡기 증상을 밝히는 환자에게 보건 종사자들이 제기해야 할 질문들에 대한 안내, 적합한 보고, 의심 사례와 밀접한 접촉에 대한 모니터링이 포함되어 있다.

2015년 6월 16일 제9차 IHR 응급위원회 회의가 소집되었다. 위원회는 한국에서의 감염병 발생이 국제적 수준의 공공보건 비상사태(Public Health Emergency of International Concern)는 아니라고 결론지었다. 위원회는 이 감염병에 대해 연구가 더 필요한 영역을 파악했으며 지속적인 주의를 권고했다. 위원회는 또한 한국의 IHR(2005)에 따른 신속한 보고를 치하했다. 이러한 즉각적인 조치로 중국은 한국으로부터 온 감염 여행자를 적발, 격리, 치료하고 그와 접촉한 사람들을 격리조

치할 수 있었다.

2015년 6월 18-19일 서태평양지역총회장인 신영수 박사와 사무총장 마가렛 창 박사는 한국에서 보건복지부 및 외교부와 회의를 가졌다. 두 사람은 현황과 MERS의 초기 전파 원인, 집행 중인 대응 조치 등에 대한 보고를 위해 기자회견을 가졌다(이것은 그 전 주에 있었던 한국과 WHO 공동미션의 공식적인 권고안이었다.).

2015년 6월 24일, 한국의 대통령은 보건관계자 및 WHO와의 회의를 통해 한국의 감염병감시시스템, 국제보건안보 강화에 대한 한국의 기여, 2015년 9월 글로벌보건안보의젠다 의제내용 등에 관해 논의했다.

한국에서의 메르스 발생은 고소득국가라 할 지라도 감염병 대비에 투자하는 것이 중요한 것임을 잘 보여주었다. 개별 국가가 잘 준비되어 있다면, 평화 시의 국제적 공조는 공공보건 사태가 발생하더라도 이의 확산을 막을 수 있음을 보증한다. WHO는 국가 보건당국과 지속적으로 협력해 감염병 발생을 막고 지역 내 새로운 감염병을 지속적으로 모니터링할 것이다.

○ NCD와 생애주기 보건

WHO의 NCD·생애주기 건강국(Division for NCD and Health through the Life-Course)이 관할하는 프로그램에는 시력 장애 예방 및 관리, 장애 및 재활, 보건과 환경, 건강증진, 정신보건과 약물남용, 비감염성질환 예방과 관리, 영양, 생식·모자보건 및 청소년보건, 금연 프로그램이 있다.

- 지역의 보건 리더십과 거버넌스에서의 다양한 부문들의 역할을 강조하고 있는 세 가지 지역액션플랜: ‘Action Plan to Reduce the Double Burden of Malnutrition in the Western Pacific (2015-2020)’, ‘Regional Action Plan for the Tobacco Free Initiative in the Western Pacific (2015-2019)’, ‘Regional Agenda for Implementing the Mental Health Action Plan 2013-2020 in the Western Pacific’.

다양한 부문의 리더들이 새로이 부상하는 보건 위협을 식별하고, 다부문 계획 수립에 참여해 왔으며, WHO는 각국이 NCD 프로그램을 국가보건계획에 통합시킬 수 있도록 지원을 제공했다. 2015년 4월 개최된 Technical Consultation on Urban Health에는 19개 회원국의 다부문 팀들이 참여해 Regional Framework for Urban Health in the Western Pacific (2016-2020) 초안을 통해 변화에 대한 도시들의 대비책을 위한 로드맵에 집중했다. WHO는 Southeast Asia Tobacco Control Alliance와 함께 전자니코틴전달시스템에 대한 글로벌 자문회의를 개최하기도 했다. Monash Injury Research Institute은 교통사고부상 예방에 관한 워크숍 개최에 협력하고 있으며 United Nations Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water (GLAAS)를 통해 물과 위생, National Adaptation Programmes of Action (NAPA) on

Climate Change를 통해 기후 변화에 대한 활동을 강화하기 위해, 보건 및 환경 부문에 종사하는 국가 관리들이 소집된 바 있다.

3개국의 복지 및 보건부 장관들은 지역사회기반의 재활프로젝트 개발에 협력하고 있으며, 보건, 상업 및 무역 부문이 함께 참여한 국가 워크숍을 통해 소금 감소 전략이 이행되었다. 리더들은 정책을 위한 데이터 생산과 활용에 대한 지원을 받았다.

2014년 9월 개최된 Workshop for NCD Surveillance and Reporting of the Global Voluntary Targets는 국가들의 NCD 목표와 지표의 우선순위 설정을 지원했고, WHO 담배규제 기본협약의 이행이 가속화된 것은 9개국에서 이행된 Global Adult Tobacco Survey와 Global Youth Tobacco Survey의 견고한 데이터에 기반을 두고 있다. 눈 건강 시스템과 서비스를 평가하기 위한 두 가지 도구들이 개발 되었다. 2014년에 완성된 Atlas for Mental Health, Neurological Disorders and Substance Abuse는 정신보건 이슈에 대한 정책적 정보를 제공하고 있으며, NCD 위험요소를 완화하는데 법이 갖는 필수적인 역할을 인식하여 건강증진을 위한 법률 프레임워크 개발에 대한 지원을 강화했다. 한국과 협력해 담배산업 제소에 관한 국제심포지엄을 개최했으며 NCD 및 모자보건 부문 리더들의 역량을 강화해 변화하는 환경에서 제한된 보건 자원을 효율적으로 관리할 수 있도록 하는 것은 우선순위이다.

4개국 보건장관들은 재활과 보조 장치 제공의 부족한 양상을 다룰 계획을 개발 중이다. 15개국의 리더들이 모여 시각장애 예방 이행계획을 개발했으며, 신생아 보호에 대한 새로운 지식과 기술이 Early Essential Newborn Care: Clinical Practice Pocket Guide를 통해 도입되었다. 10개국에서 정신보건서비스 전달에 관한 훈련이 실시되었고, International Agency for Research on Cancer와의 협력으로 암 등록훈련과정(cancer registry training course)이 개발되어 8개국이 참여했다. 협력관계 네트워크는 변화하는 환경 속에서의 리더십 개발에 중요한 플랫폼이다.

2014년 10월, Alliance for Healthy Cities는 10주년을 맞이했으며 서태평양 지역의 160개 도시 이상이 이 Alliance를 통해 모범 관행과 경험을 공유하고 있으며, 향후 리더십 개발 접근방식은 국가 수준에서 지방 수준으로 적용되고 채택될 것이다. 고도로 지방화된 접근방식이 중국에서는 Western Area Health Initiative를 통해, 사모아에서는 Package of Essential NCD Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings를 통해, 필리핀에서는 subnational initiative를 통해 수행되었다.

○ 보건 시스템

- 보건시스템은 보건성과 달성을 위한 공공보건 노력의 근간
- 서태평양 지역에서 WHO는 보건시스템을 강화하고 보편적 건강보장으로 나아가기 위해 회원국과 협력해 옴.
- 이러한 협력 영역에는 국가보건정책·전략·계획, 사람 중심의 통합적 보건서비스, 의약품

과 보건 기술에의 접근성, 규제역량 강화, 보건 시스템, 정보 및 근거, 고령화와 보건, 성(性), 형평성과 인권 주류화, 사회적 건강 결정요인 등이 포함됨.

정책 개발

- WHO는 캄보디아, 라오스, 말레이시아, 몽고, 솔로몬 제도의 국가 정책, 전략, 계획 개발을 지원함.
- 캄보디아, 라오스, 말레이시아에서는 보건재정정책과 보건부문개혁을 지원함.
- 팔라우와 솔로몬제도에서는 병원정책개발을 지원함.
- 베트남에서는 형평성과 사회적 건강결정요인을 국가보건부문계획에 통합할 수 있도록 지원함.
- 서태평양지역사무처장은 중국과 베트남에서 장차관급 관료들과 병원이슈에 대한 고위급 정책대화를 개최했음.
- 서태평양지역사무처장은 캄보디아에서 정부 대표들과 국내 보건재정 증대를 위한 일련의 대화를 개최했음.
- 2014년 10월 서태평양지역총회는 Action Agenda for Antimicrobial Resistance in the Western Pacific Region을 승인했으며 이를 통해 국가보건정책개발을 돕게 되었음.

근거 생산 및 상황 분석

- 근거 수집과 상황분석은 보건시스템 개선에 필수적임.
- 보건재정과 관련해 WHO는 7개국이 보건 계정을 제도화할 수 있도록 지원했으며 9개국의 태평양 제도 국가 및 영토에 국가보건계정에 관한 훈련을 제공했음.
- WHO는 보건인력규정, 병원 관련 법규, 분권화가 보건시스템 개발에 미치는 영향, 보건규정에 대한 의회 메커니즘, 병원개발에서의 공사(公私)협력, 장기요양 및 예방 재정, 우선순위 공공보건프로그램의 효율성과 지속가능성 등을 포함하는 다양한 이슈들에 대한 검토를 실시했음.
- Regional Framework for Action on Ageing and health in the Western Pacific (2014-2019)의 이행을 위해 통합서비스전달 모형, 필수 의약품과 보건 기술, 장기요양인력, 노인들의 욕구 충족을 위한 노인 모임의 잠재력 등에 대해서도 검토했음.
- OECD와 협력하여 Health at a Glance: Asia/Pacific 2014을 통해 27개국의 건강결정요인, 보건자원과 활용, 보건지출과 재정, 보건 질(質)에 대한 조사 결과를 발표했음.
- 1995년 태평양보건장관회의에서 채택된 Yanuca Island Declaration의 권고안 20주

- 년 기념의 일환으로 지난 20년 간의 태평양에서의 보건동향에 대한 리뷰가 실시됨.
- 새로운 지역 UHC 모니터링 및 평가 프레임워크가 작성됨.

기술 지원과 역량 개발

- 피지, 라오스, 몽고, 파푸아뉴기니아에서는 보건조사포털이 설립됨. 몽고에서는 국가조사출판데이터베이스가 개발되었음.
- 6개 회원국에서의 국가보건조사/임상 실험 등록 및 표준운영절차 개발을 도와주었음.
- 캄보디아, 중국, 라오스에서는 보건정보시스템 강화에 도움을 제공함.
- 필리핀, 솔로몬 제도, 바누아투에서는 근거 기반 의사결정을 강화할 수 있도록 지원하였음.
- 필리핀은 e-health 전략과 국가주민등록 및 인구동태통계 투자계획을 수립하였음.
- WHO는 Gavi Alliance의 지원을 받는 국가들이 더 이상 Gavi의 지원을 받을 수 없게 될 때 국가 정책 형성에 도움을 줌.
- WHO는 회원국의 Global Fund 제안서 작성에 기술적인 도움을 제공함.
- 필수약품과 기술에 관한 규제시스템강화에 7개국을 지원했음.
- 전통의학 및 보충의학과 관련해 WHO는 개선된 데이터와 규정을 통해 상품 및 의술의 안전성과 질에 초점을 맞추었음.
- 캄보디아, 중국, 피지, 베트남에는 인구고령화가 보건시스템에 미치는 영향에 관한 기술적 지원이 제공되었으며 캄보디아와 라오스에서는 여성에 대한 폭력을 조사하는 방법, 캄보디아, 피지, 파푸아뉴기니아, 베트남에서는 성(性)기반 폭력에 대한 보건 부문의 대응에 관해 기술적 지원을 제공함.

협력

- WHO는 WHO CC들과 긴밀히 협력하고 있으며 WHO CC와의 최초의 지역 회의를 개최했음.
- 서울대학교 보건재정 WHO CC와 UHC 환경에서의 병원 개발과 의약품 접근성에 관한 공사(公私) 협력관계에 대한 지역네트워크 회의를 수차례 소집했음.
- WHO와 협력기관들은 정보통신기술의 지원을 통한 UHC 측정 및 달성에 관한 회의를 개최했음.
- WHO의 기술협력우선순위는 회원국의 변화하는 욕구에 대응하여 WHO 지원의 효과를 최대화해야 함.

- 점점 더 복잡해지고 역동적인 글로벌 공공보건 환경은 국가 기관 및 기타 개발 파트너들과의 전략적 협력관계를 요구함.

2. 2014-2015 사업예산: 예산 성과 중간보고

□ 사업 예산 현황

○ 2014-2015 사업예산

- 2014-2015 글로벌 사업예산은 2013년 5월, 제66차 세계보건총회에서 승인
- 동 예산안은 2013년 10월, 제64차 서태평양지역총회에 제출됨.
- 2014-2015 사업예산은 이전 사업예산과 달리, 의무분담금과 사업분담금 모두를 아우르는 단일 예산임.

○ 2014-2015 지역 사업예산

- 승인된 2014-2015 지역 사업예산은 2억7천만 불
- 동 복년도 기간 중 비상사태 항목에서 2천7백만 불 만큼 예산 한도(ceiling)가 상향 조정됨(폴리오 박멸에 660만 불, 감염병 발생 및 위기 대응에 2천4십만 불).
- 이에 따라 2015년 6월 30일 현재, 현 운용배분액(current working allocation)은 2억 9700만 불(표1 참조)

표 1. 사업예산 배분: 2014-2015

(단위: 백만 달러)

2014-2015 사업예산 (2015.6.30. 현재)				2012-2013 사업예산 (2013.6.30.)		
재원(財源)	승인된 예산	현운용배분액	%	승인된 예산	운용배분액	%
의무분담금	77.8	74.3	95.5	78.7	76.3	97.0
사업분담금	192.2	222.7	115.9	167.0	219.6	131.5
총계	270	297.0	110.0	245.7	295.9	120.4

- 2015년 6월 30일 현재, 지역에 배분된 의무분담금은 7,430만 불.
- 2015년 6월 30일 현재, 모집된 총 사업분담금은 1억9,820만 불.
- 모든 재원으로부터 확보된 총 예산은 2억7,250만 불로 현운용배분액 2억9,700만 불의 91.8%.
- 표 2는 2015년 6월 30일 현재, 2014-2015년 사업예산 재정 부족분을 보여줌.

표 2. 2014-2015년 카테고리별 재정부족분 - 모든 자원

(단위: 백만 달러)

Category	2014-2015 as at 30 June 2015							2012-2013 Gap as at 30 Jun 2013
	Current working allocation	Available resources			% Available resources to current working allocation	Gap	% to Current working allocation	
		AC	VC	Total				
1 Communicable diseases	71.5	9.2	57.2	66.4	92.9	(5.1)	(7.1)	
2 Noncommunicable diseases	42.1	10.7	23.5	34.2	81.2	(7.9)	(18.8)	
3 Promoting health through the life-course	21.6	5.1	16.4	21.5	99.5	(0.1)	(0.5)	
4 Health systems	54.2	16.8	30.1	46.9	86.5	(7.3)	(13.5)	
5 Preparedness, surveillance and response	29.4	5.7	22.1	27.8	94.6	(1.6)	(5.4)	
6 Corporate services/enabling functions	44.3	26.7	20.9	47.6	107.4	3.3	7.4	
Total Base Programme	263.1	74.2	170.2	244.4	92.9	(18.7)	(7.1)	(2.5)
Emergencies								
Polio eradication	8.5	-	8.0	8.0	94.1	(0.5)	(5.9)	0.2
Outbreak and crisis response	25.4	0.1	20.0	20.1	79.1	(5.3)	(20.9)	(11.6)
Total Emergencies	33.9	0.1	28.0	28.1	82.9	(5.8)	(17.1)	(11.4)
Grand Total	297.0	74.3	198.2	272.5	91.8	(24.5)	(8.2)	(13.9)

AC=assessed contributions; VC=voluntary contributions.

□ 예산 집행

○ 의무분담금

- 집행액: 5,570만 불
- 2014. 1.1 ~ 2015. 6.30 간 확보된 의무분담금의 75%

○ 사업분담금

- 집행액: 1억3,360만 불
- 확보된 자원(1억9,820만 불)의 67.4%

○ 총 집행액

- 집행액: 1억8,930만 불
- 확보된 자원의 69.5%, 현운용배분액의 63.7%

○ 자원별 집행액

표 3a. 자원별 집행액

(단위: 백만 달러)

Implementation 2014-2015 as at 30 June 2015								Implementation 2012-2013 as at 30 June 2013				
Fund	Current working allocation	Available resources	Expenditure	Encumbrances	Implementation	% Impl against current working allocation	% Impl against available resources	Current working allocation	Available resources	Implementation	% Impl against current working allocation	% Impl against available resources
Assessed contributions	74.3	74.3	52.2	3.5	55.7	75.0	75.0	76.3	76.3	54.4	71.3	71.3
Voluntary contributions	222.7	198.2	123.2	10.4	133.6	60.0	67.4	219.6	205.7	137.2	62.5	66.7
Total	297.0	272.5	175.4	13.9	189.3	63.7	69.5	295.9	282.0	191.6	64.8	67.9

○ 국가 사무소, 지역사무소 집행액

표 3b. 국가사무소, 지역사무소 집행액

(단위: 백만 달러)

Implementation 2014-2015 as at 30 June 2015					Implementation 2012-2013 as at 30 June 2013			
Level	Assessed contributions	Voluntary contributions	Total	%	Assessed contributions	Voluntary contributions	Total	%
Country	33.7	87.9	121.6	64.2	33.1	86.2	119.3	62.3
Regional	22.0	45.7	67.7	35.8	21.3	51.0	72.3	37.7
Total	55.7	133.6	189.3	100.0	54.4	137.2	191.6	100.0

○ 사업 카테고리별 집행액(2015년 6월 30일 현재)

표 4a. 카테고리별 집행액(2015년 6월 30일 현재)

(단위: 백만 달러)

Category	2014-2015 as at 30 June 2015										2012-2013 as at 30 June 2013			
	Expenditure		Encumbrances		Total		Impl	Current working allocation	Available resources	% Impl to current working allocation	% Impl to available resources	Impl	% Impl to current working allocation	% Impl to available resources
	AC	VC	AC	VC	AC	VC								
1 Communicable diseases	5.8	35.3	0.3	2.9	6.1	38.2	44.3	71.5	66.4	62.0	66.7			
2 Noncommunicable diseases	7.3	14.4	0.6	1.6	7.9	16.0	23.9	42.1	34.2	56.8	69.9			
3 Promoting health through the life-course	3.7	9.7	0.2	1.0	3.9	10.7	14.6	21.6	21.5	67.6	67.9			
4 Health systems	12.0	17.0	1.4	1.6	13.4	18.6	32.0	54.2	46.9	59.0	68.2			
5 Preparedness, surveillance and response	3.3	14.5	0.2	1.1	3.5	15.6	19.1	29.4	27.8	65.0	68.7			
6 Corporate services/enabling functions	20.0	11.1	0.8	1.0	20.8	12.1	32.9	44.3	47.6	74.3	69.1			
Total Base Programme	52.1	102.0	3.5	9.2	55.6	111.2	166.8	263.1	244.4	63.4	68.2	188.7	67.4	68.0
Emergencies														
Polio eradication	0.0	2.7	0.0	0.5	0	3.2	3.2	8.5	8.0	37.6	40.0	1.6	57.1	53.3
Outbreak and crisis response	0.1	18.5	0.0	0.7	0.1	19.2	19.3	25.4	20.1	76.0	96.0	1.3	9.8	81.3
Total Emergencies	0.1	21.2	0.0	1.2	0.1	22.4	22.5	33.9	28.1	66.4	80.1	2.9	18.1	63.0
Grand Total	52.2	123.2	3.5	10.4	55.7	133.6	189.3	297.0	272.5	63.7	69.5	191.6	64.8	67.9

○ 예산센터별 집행액(2015년 6월 30일 현재)

표 4b. 예산센터별 집행액(2015년 6월 30일 현재)

(단위: 백만 달러)

Budget Centre	2014-2015 as at 30 June 2015												2012-2013 as at 30 June 2013		
	Current working allocation	Available resources			Implementation			% Impl/ current working allocation	% Implementation/ available resources			Impl	% Impl to current working	% Impl to available resources	
		AC	VC	Total	AC	VC	Total		AC	VC	Total				
American Samoa	0.1	0.1	-	0.1		-	-	-	-	-	-	0.1	100.0	100.0	
Cambodia	21.0	3.2	16.5	19.7	2.7	12.2	14.9	71.0	84.4	73.9	75.6	12.9	64.5	67.5	
China	22.0	8.1	13.3	21.4	6.5	8.5	15.0	68.2	80.2	63.9	70.1	15.8	62.0	65.6	
Cook Islands	0.5	0.5	-	0.5	0.3	-	0.3	60.0	60.0	-	60.0	0.3	75.0	75.0	
Fiji	4.4	2.5	1.8	4.3	2.0	1.3	3.3	75.0	80.0	72.2	76.7	3.4	72.3	75.6	
Kiribati	1.3	1.0	0.4	1.4	0.8	0.1	0.9	69.2	80.0	25.0	64.3	1.1	78.6	78.6	
Lao People's Democratic Republic	17.3	2.6	14.6	17.2	1.9	11.0	12.9	74.6	73.1	75.3	75.0	12.4	71.7	70.5	
Malaysia	1.7	1.4	0.4	1.8	1.1	0.2	1.3	76.5	78.6	50.0	72.2	1.3	61.9	68.4	
Marshall Islands	0.3	0.3	-	0.3	0.2	-	0.2	66.7	66.7	-	66.7	0.1	33.3	33.3	
Micronesia, Federated States of	1.3	1.2	0.1	1.3	1.0	0.1	1.1	84.6	83.3	100.0	84.6	0.6	54.5	66.7	
Mongolia	6.1	2.4	2.6	5.0	1.8	1.8	3.6	59.0	75.0	69.2	72.0	4.9	72.1	79.0	
Nauru	0.1	0.1	-	0.1	0.1	-	0.1	100.0	100.0	-	100.0	-	-	-	
Niue	0.1	0.1	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Singapore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Palau	0.1	0.1	-	0.1	0.1	-	0.1	100.0	100.0	-	100.0	0.1	100.0	100.0	
Papua New Guinea	17.7	3.8	10.9	14.7	1.9	5.6	7.5	42.4	50.0	51.4	51.0	16.0	75.8	69.3	
Philippines	31.7	2.6	26.2	28.8	2.1	21.0	23.1	72.9	80.8	80.2	80.2	10.0	69.0	72.5	
Republic of Korea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3	100.0	100.0	
Samoa	3.4	2.3	1.0	3.3	1.9	0.5	2.4	70.6	82.6	50.0	72.7	2.1	70.0	75.0	
Solomon Islands	6.7	2.1	4.4	6.5	1.6	3.0	4.6	68.7	76.2	68.2	70.8	3.9	63.9	66.1	
Tokelau	0.1	0.1	-	0.1	0.1	-	0.1	100.0	100.0	-	100.0	0.1	100.0	100.0	
Tonga	1.8	1.4	0.4	1.8	1.1	0.2	1.3	72.2	78.6	50.0	72.2	1.2	70.6	75.0	
Tuvalu	0.1	0.1	-	0.1	0.1	-	0.1	100.0	100.0	-	100.0	-	-	-	
Vanuatu	4.5	1.8	2.5	4.3	1.4	1.3	2.7	60.0	77.8	52.0	62.8	2.3	65.7	69.7	
Viet Nam	21.8	5.8	16.6	22.4	3.8	11.3	15.1	69.3	65.5	68.1	67.4	16.5	69.0	69.3	
Pacific island countries	18.5	1.6	14.2	15.8	1.2	9.8	11.0	59.5	75.0	69.0	69.6	13.9	74.3	73.2	
CO Reserved Budget	7.0	0.5	1.0	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Office of the Regional Director	6.3	5.0	0.8	5.8	3.2	0.7	3.9	61.9	64.0	87.5	67.2	4.3	70.5	62.3	
Division of Administration and Finance	7.9	2.0	6.3	8.3	1.5	4.3	5.8	73.4	75.0	68.3	69.9	6.5	68.4	77.4	
Division of Communicable Diseases	28.8	2.9	25.0	27.9	2.2	15.3	17.5	60.8	75.9	61.2	62.7	20.6	62.8	62.8	
Division of NCD and Health through the Life-Course	20.2	4.8	13.0	17.8	3.4	9.0	12.4	61.4	70.8	69.2	69.7	13.6	70.8	65.1	
Division of Health Systems	18.0	5.2	11.8	17.0	4.7	8.0	12.7	70.6	90.4	67.8	74.7	12.8	65.6	64.6	
Division of Programme Management	9.4	6.2	2.2	8.4	5.2	1.4	6.6	70.2	83.9	63.6	78.6	5.3	67.9	71.6	
Division of Health Security and Emergencies	13.3	2.2	10.1	12.3	1.8	7.0	8.8	66.2	81.8	69.3	71.5	9.2	63.9	60.5	
RO Reserved Budget	3.5	0.3	2.1	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Total	297.0	74.3	198.2	272.5	55.7	133.6	189.3	63.7	75.0	67.4	69.5	191.6	64.8	67.9	

○ 지출 항목별 집행액

표 5. 지출 항목별 집행액

(단위: 백만 달러)

Category	2014-2015 amount spent as at 30 Jun	%	2012-2013 amount spent as at 30 Jun	%
Staff cost	85.4	45.1	89.7	46.8
Contractual services	42.8	22.6	42.1	22.0
Direct financial cooperation	23.2	12.3	25.7	13.4
Travel	16.9	8.9	16.3	8.5
General operating costs	9.6	5.1	9.2	4.8
Medical supplies and literature	7.9	4.2	6.0	3.1
Others*	3.5	1.8	2.6	1.4
Total	189.3	100.0	191.6	100.0

*Others include equipment, vehicles and furniture.

○ 항목별 지출 분석

- 과거 예산 지출 패턴과 같이 가장 지출 비율이 가장 높은 항목은 인건비(45.1%), 그 다음이 서비스 계약(22.6%), DFC(direct financial cooperation)(12.3%), 출장비(8.9%) 순.
- 지난 복년도에 비해 약 4백3십만 달러 정도 인건비가 감소한 주된 이유는 직접파견직(direct seconded staff)에 대한 회계처리가 바뀌었기 때문임. 이제 직접파견직 경비는 상환될 조달(reimbursable procurement) 경비와 유사하게 사업예산 외 예산으로 처리됨. 2015년 6월 말 현재의 인력 규모는 지난 복년도 규모와 유사함.
- 서비스 계약 경비도 지난 복년도 수준과 유사함.
- DFC 지출은 250만 불 감소함. DFC 관리와 통제 강화로 계약 건수와 평균 값 모두에 있어 기한 지난 DFC(Overdue DFC)를 상당히 줄였기 때문임.
- 출장경비는 과거 복년도와 유사하지만, 경영진은 출장경비를 면밀히 검토해 낮은 경비로 동일한 활동을 수행할 수 있는 방법을 모색 중임.
- 2014-2015 사업예산에 대한 최종 보고서는 2016년 제67차 서태평양지역총회에 제출될 것임.

□ 감사 활동

- WHO 서태평양 지역사무처와 WHO 베트남 사무소는 2015년 3월 외부감사를 실시함.
- 2015년 8월 현재, 베트남 사무소는 감사인들과 협력해 외부 감사로부터 제시된 모든 권고안을 이행했으며 감사보고서는 공식적으로 종료됨.
- 지역사무처에 관해서는 두 개의 외부 감사 권고안이 아직 진행 중이며 2015년 10월까지 모두 이행될 것으로 기대됨.
- 내부감사인들은 2014년 피지(Division of Pacific Support 포함)와 솔로몬 제도의 WHO 사무소에 대한 두 가지 재무 및 규정준수 감사(financial and compliance desk audits)를 수행했음. 이 감사들에 대한 보고서는 2015년 접수되었으며 감사 권고안은 현재 이행 중에 있음.
- 2015년에는 8월과 9월에 지역사무처와 WHO 필리핀 사무소에 내부 감사가 계획되어 있으며 그 결과는 2016년에 보고될 것임.

□ 규정 준수와 통제

- 감사와 더불어 사무국은 경영, 훈련, 지역의 고위험 거래 지역에서의 커뮤니케이션과 모니터링, 공여자 보고, DFC 계약과 서비스 조달 계약 등의 강화를 통해 지속적으로 통제를 개선해 나갈 것임.
- 공여자 제안서와 보고 템플릿 도입, 프로그램 관리 사용자 핸드북 개정, 기한이 지난 공여자 보고서와 기한이 다가오는 공여자 보고서에 대한 자동 알림 도입, 프로그램 위원회 및 프로그램 관리 담당관(PMO) 네트워크를 통한 전반적인 모니터링 등은 공여자에 대한 책임성(accountability)을 제고했음.
- 기한 지난 DFC 계약건수가 상당히 줄어 들었음: 2014년 9월엔 297건이던 기한 지난 DFC가 2015년 8월 31일엔 10건으로 줄어 들었음. 모든 기한 지난 DFC를 2015년 10월까지 정리하려는 노력을 지속 중임.
- 거래 절차의 온라인 승인 도입과 Global Management System(GSM)에서의 작업량 승인 강화는 모니터링과 통제를 개선함.
- 지역사무처는 이 일을 지원하기 위해 새로운 목표경영 계기반을 도입했음.
- 규정준수 담당관 직을 신설할 것임. 담당관은 지역사무처장에게 직접 보고하며 지역 내 위험관리 및 규정준수 업무를 조율할 것임.
- 지역 내 모든 예산센터에서 위험 등록부(risk register)를 경영 도구로 활용할 것이며 2015년 연말 활동의 일환으로 모든 예산센터를 내부통제프레임워크에 포함시킬 것임.

□ 사업 성과와 결과

- 2014년 12월 31일 현재 2014-2015 사업예산 집행에 대한 중간 평가는 부록 1에 수록되어 있음.
- 2014년 말, 복년도 목표 성과 81개 중 79개(거의 98%)가 순항 중.

3. 바이러스성 간염 관리

○ 제63회 총회(2010년)

- 바이러스간염은 전 세계적으로 질병부담이 큰 질병으로 비용효과적인 예방, 관리전략을 촉구하는 WHA63.18 결의안 채택, 4가지 전략 축 제시

○ 제134차 집행이사회(2013년)

- 간염의 심각성, 예방가능성, 집중투자 필요성에 대한 글로벌 차원의 인식제고
- 백신의 접근성 및 의약품 약가등과 관련한 공동노력 및 간염 진단, 치료를 위한 각국의 보건의료체계 강화

○ 제67차 세계보건총회(2014년)

- 간염이 세계적 보건문제라는 인식을 같이하고 예방, 관리 전략을 지지하는 결의안을 승인

□ 주요내용

바이러스성 간염은 8번째 사망 이유 중 하나로 2013년 145만명이 사망하였다. 서태평양지역은 전 세계 간염발생의 40%를 차지하고 있고, 매일 1500명 이상이 간염으로 사망한다. 간염의 78%는 만성 B, C형 간염의 결과이다.

2003년 서태평양 지역총회에서 5살 어린이들의 만성 B형 간염율 1% 미만으로 목표를 설정하는데 동의하였고, 2005년에는 2012년까지 5살 어린이들의 만성B형 간염 발생율을 2% 이내로 하는 것으로 정하였다. 이에 서태평양지역은 B형 간염 퇴치에 주목할만한 성과를 내었고 전체 37개국 중 30개국에서 2% 기준치에 도달하였다. 이를 토대로 2013년 결의안에서는 2017년까지 5살 어린이들의 만성B형 간염율을 1% 미만으로 목표함에 동의하였고, 12개국은 벌써 2017년 목표치에 달성하였다.

하지만 이 성공들은 B형간염 예방접종에 국한되었다. 성인의 경우, 효과가 탁월한 새로운 치료제가 만성 B, C형 간염에 소개되었음에도 불구하고 약값이 비싸고 접근이 제한되어 아직 많은 이들에게 사용되어지고 있지 않다.

세계보건총회에서는 2010년 WHA63.18, 2014년 WHA67.6 두 번의 결의안 채택을 통해 바이

러스성 간염에 대한 관심을 언급하고, 결의안에서는 각 회원국들에게 바이러스성 간염의 예방, 진단, 치료의 다부처 국가전략을 수립하여 실행하기를 권고하였다. 하지만 국가 간염관리전략을 몇몇 국가에게 수립하였지만 여전히 문제점이 많고, 현재 바이러스성 간염 관리의 지역 프레임워크가 없다.

「2016-2020 서태평양 지역 바이러스성 간염 지역 행동계획」 초안은 바이러스성 간염 문제 해결의 포괄적인 지역적 접근방법을 제공하는 것을 목표로 전문가 자문 및 회의를 통해 작성되었다.

만성 B, C형 간염 환자는 간경화, 간암 발생의 위험율이 높다. 간염 감염 여부를 발견하고 치료를 하는 것이 사망률을 줄이는데 가장 효율적인 방법이다. 만성 B, C형 간염 치료제는 사망률을 줄이는데 효율적이지만, 비싼 가격과 허가 문제 때문에 저소득 국가들에서는 이 치료제를 사용할 수가 없다. 또한 많은 나라의 의료인들이 효과적인 바이러스 간염 관리 및 적절한 치료법에 대해 익숙하지 않기 때문에 의료인들의 교육 및 역량 강화도 필요하다.

치료제 절감에 대한 파트너십과 지지 및 간염 발견, 검사, 치료 등의 단계적 접근방법이 필요하다. 또한, 각 국가의 보건시스템에 맞는 서비스 제공 및 자원 전략이 필요하다.

간염 관련된 문제의 지역적, 세계적 부담에 대한 추정치 자료는 많지만, 서태평양지역 대부분의 나라와 지역에서 정확한 데이터를 가지고 있지 않다. 효과적인 감시 시스템은 간염 발생, 역학조사 등을 추적할 수 있는 기본적인 것으로, 대다수의 나라들이 감염병 감시시스템은 구비하고 있으나 간염 감시 시스템은 없다. 간염의 효과적인 감시를 위해서는 감염병 감시시스템 안에 간염 감시 시스템을 포함시키는 것이다. 간염 관리 프로그래밍과 그 효율성을 개선시키려면 견고한 감시시스템과 모니터링(targeted programmatic monitoring) 평가 등이 필요할 것이다.

지역 내에서는 현재 민간부문에서 대부분의 치료를 제공하고 있고, 정부 지원의 간염 관리 프로그램은 제한적이기 때문에 그 질과 적절성에 대한 의문점이 많이 있다.

「2016-2020 서태평양 지역 바이러스성 간염 지역 행동계획」 초안은 국가 보건시스템 안에서 선별검사, 치료 등의 제공 방법을 다루고 있어 각 국가의 상황에 맞는 단계별 접근전략을 세워 간염관리가 지속될 수 있게 하길 바랍이다.

4. 보편적 건강 보장

□ 주요 내용

- 본 의제는 서태평양 지역의 회원국들이 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)을 추진하는 데 안내 역할을 하기 위해 5개의 보건시스템 필수 속성에 따른 15개의 활동 영역들을 제시하고 있는 'Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health'의 초안을 지역총회가 검토하고 이에 대한 승인 여부를 결정하도록 요청하는 의제임.

- 보편적 건강보장(Universal Health Coverage)

- 정의: 모든 사람이 지나친 재정적 부담 없이 필요한 양질의 보건서비스를 받을 수 있도록 하는 것
- UHC는 지속가능한 개발 목표(SDGs)의 필수 요소
- UHC 도달을 위해, 회원국들은 재정적 보호, 공평한 접근성(equitable access), 효율적인 자원 활용 개선에 있어 보건시스템에 대한 관리 책무(stewardship)를 강화해 옴.

○ 서태평양 지역의 UHC 관련 현황

- 서태평양 지역은 경제 발전과 사회·정치·문화적 배경에 있어 WHO 지역 중 다양성이 가장 높은 지역
- 사회적 기대가 높아짐에 따라 양질의 보건 서비스와 지나친 의료비로부터의 재정적 보호에 대한 요청이 제기되고 있음.
- 회원국들은 보건시스템 거버넌스를 강화하고 재정보호와 보건서비스 접근성을 개선했으며 주어진 자원을 보다 효율적으로 활용하고 있음.
- 그러나 변화하고 있는 역학적·인구학적 여건, 지속가능한 재정의 필요, 도시화와 이민, 기후 변화, 새로운 질환, 국가 내 불평등 등 여러 난제에 직면해 있음.
- 지역 내 국가들은 보건에 대한 지출을 늘려옴
- 지역 내 5개국에서의 본인부담 진료비는 전체 의료비의 40% 차지
- 주요 비감염성 질환이 지역 내 사망 원인의 80% 차지
- 도시와 시골 인구 간의 격차 여전, 취약인구의 보건 지식 및 교양 부족, 낮은 1차보건의료서비스의 질 등 보건서비스 접근성에 관한 불평등은 여전히 존재
- 많은 나라들에서 공여자의 지원도 점차 줄어들고 있음.

○ UHC와 관련된 WHO에서의 최근 논의

- 1차 보건의료(primary health care)에 관한 2009년 세계보건총회 결의안(WHA62.12)
- World Health Report 2010: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage
- 지속가능한 보건 재정구조와 보편적 보장에 관한 2011년 세계보건총회 결의안

○ Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health

- 저마다 발전 정도가 다른 회원국들이 UHC를 향한 구체적 계획과 SDG 달성에 활용할 수 있는 원칙과 활동 영역 제시
- 5개의 보건시스템 속성에 걸친 15개의 활동 영역
- 각국의 경험을 바탕으로 수립된 활동 영역들은 회원국이 각국의 우선순위와 사회·경제·

- 정치적 환경에 기반해 UHC를 향한 각국의 계획(경로)을 수립할 수 있는 가이드 제공
- 각국은 자국의 UHC 현황을 평가하여 뒤쳐진 영역을 파악하고 이를 바탕으로 변화를 위한 전략적 진입 지점과 기회를 선택하며 구체적인 UHC 로드맵을 설계 및 수행해야 함.

○ UHC 모니터링 프레임워크

- UHC 진행 상황을 모니터링하게 되면 각 국가의 UHC 관련 정책 수립 및 수정에 필요한 근거를 제공할 수 있음.
- 모니터링은 다양한 관점에서 실시될 수 있으며 지방(local), 국가, 지역(regional), 글로벌 수준에서 실시될 수 있음.
- Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health는 다양한 관점에서의 모니터링 프레임워크를 제공
- 국가에서 실시하는 UHC 모니터링은 회원국의 보건 욕구를 파악할 수 있어야 함.
- UHC를 위한 우선순위 활동들은 SDG와 조화를 이루되 MDG의 남은 과제를 다루어야 함.

○ UHC를 향한 국가별 진로

- UHC로의 진로는 각 국가의 역사, 정치·경제, 가용 자원, 시민들의 기대 등에 따라 서로 다를 수밖에 없음.
- 회원국은 UHC를 향한 개발 과정에서 타협을 요하는 상황에 계속 직면하게 될 것이며 각국의 보건 욕구를 충족하기 위한 보건 분야 투자의 우선순위를 결정해야 함.
- 각 회원국은 성공을 위한 환경을 조성해야 하며 진행 상황을 모니터링 및 평가해야 하고, 적극적으로 변화를 위한 기회를 찾아야 함.
- UHC를 향한 긴 여정에서 정부의 리더십과 방향 설정은 보건 분야 발전의 비전을 수립하고, 공평하고 지속가능한 보건성과를 향한 보건시스템의 조정과 보건성과 유지에 필수적임.

○ WHO 서태평양 지역사무처의 역할

- 서태평양 지역사무처는 서태평양지역의 보건분야 개발을 위한 포괄적 비전으로서의 UHC에 깊이 관여하고 있음.
- 지역사무처는 다음의 노력을 통해 회원국들의 UHC 추진을 도울 것임
 - ‘고위급 다부문 정책대화’ 촉진
 - 기술 지원 및 국가 역량 개발
 - 지역 내 경험 공유를 위한 플랫폼을 제공

- 국가 기획과정을 지원하기 위한 개발 파트너의 참여 촉진
- 공여자의 공여가 국가 보건 우선순위와 일치되도록 노력
- 회원국, 전문가, 개발 파트너 간에 UHC 촉진을 위한 해결책 탐색과 경과 보고를 위한 지역 플랫폼 수립

WPR/RC66/6

부록 1

보편적 건강 보장
보다 나은 건강을 향해

보편적 건강보장(UHC)은 지속가능한 개발과 빈곤 감소에 필수다. UHC는 보건시스템 성능의 개선과 보건 성과의 유지에 대한 전시스템적 접근법이다. 지역 내 국가들의 발전 정도가 저마다 다르고 다양한 사회정치적, 문화적 배경을 가지고 있기 때문에 UHC 달성을 위한 단일의 공식은 있을 수 없다. 그러나 발전 정도에 관계없이 UHC는 모든 나라에 유의하다. 여기 제시된 15개의 활동 영역과 관련된 구체적 활동들은 각 국가가 국가에 맞는 UHC접근법으로 수정할 수 있는 프레임워크를 제공하고 있다. UHC는 보건분야 개발을 위한 포괄적인 비전이며 여기 제시된 활동들은 각 국가가 이러한 비전을 달성하는 길을 안내할 것이다.

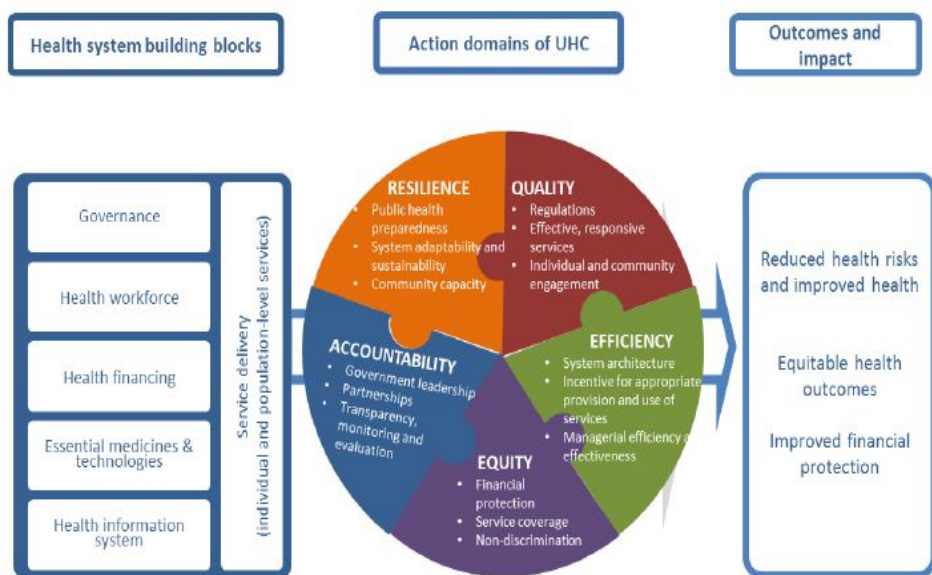
○ 고성능 보건시스템의 속성과 UHC 촉진 활동

- － 보건시스템의 5가지 필수 속성: 질(質), 효율성, 형평성, 책임성과 거버넌스, 지속가능성, 복원력
- － 5가지 속성들은 지역 내 국가들의 보건정책 목표에 반영되어 있으며, 15개의 활동 영역들은 국가, 지역, 글로벌 경험을 반영하고 있음.
- － 특정 활동들의 선택 및 결합은 각국의 욕구와 역량에 맞춰 이루어질 것이라는 전제 하에, 활동 영역들은 각국의 UHC 로드맵 개발에 도움을 줄 수 있음.
- － 회원국들은 다양한 활동들의 우선순위를 정하고, 이 활동들을 UHC 비전과 SDG 달성을 위한 국가 보건정책과 개혁에 융합할 수 있음.

○ 보건시스템 필수 속성과 UHC 촉진 활동 영역

보건시스템 속성	UHC 촉진을 위한 활동 영역
Quality	1.1 규정과 법규 환경
	1.2 효과적이고 민감한 개인 및 인구 기반 서비스
	1.3 개인, 가족, 지역사회의 참여
Efficiency	2.1 인구 욕구의 충족을 위한 시스템 설계
	2.2 적합한 서비스 공급 및 사용을 위한 유인
	2.3 경영 효율성 및 효과성
Equity	3.1 재정적 보호
	3.2 서비스 수혜범위 및 접근성
	3.3 무차별
Accountability	4.1 정부 리더십과 보건을 위한 법의 지배
	4.2 공공 정책을 위한 파트너십
	4.3 투명성, 모니터링 및 평가 (M&E)
Sustainability and Resilience	5.1 공공 보건 대비
	5.2 지역사회 역량
	5.3 보건시스템의 적응력과 지속가능성

○ 보건시스템 구성 요소, 속성, UHC 촉진 활동 영역 간의 관계



○ 속성 1: 질(質)

- 질(質)은 개인과 인구를 대상으로 한 보건 개입의 안전성과 효과성을 아우르는 다차원적 속성이며 사용자의 만족도를 의미
- 핵심 활동 영역과 우선순위 활동
 - 1.1 규정과 법규 환경
 - a. 보건 인력 규정 시행

- 보건 전문인의 등록과 면허 인증을 보건 실무 개시의 요건으로 강제한다.
 - 면허와 연계해 지속적인 전문기술 개발을 통해 보건인력의 역량을 높이고 면허 전문인 등록을 공개하고 갱신한다.
 - 교육기관과 프로그램에 대한 인증 방식을 강화한다.
 - 외국에서 훈련받은 보건 전문인과 전통의학인의 통합과 등록 기준 및 절차를 명확히 한다.
- b. 의약품과 의료기술에 대한 국가규제권한의 강화
- 의약품과 의료기술의 효능, 안전성, 질(質)에 대한 국제적 인증 기준을 채택, 실행한다.
 - 전통 의약품을 포함한 필수약품 및 의료기술에 대한 제조, 구매, 분배 방식에 품질관리를 포함시킨다.
 - 부정불량약품으로 결정된 의약품과 의료기술을 검출, 보고, 리콜할 판매 후 조사 방식을 수립한다.
- c. 의료 시설과 인프라에 대한 서비스 기준 채택
- 의료 시설의 면허 및 인증을 시설 기준 설정의 벤치마크로 활용한다.
 - 건물이 재난으로부터 안전한지, 국가 규정에 부합하는 지 인증한다.
 - 모든 의료시설에 안전 시설과 기본 부대시설을 제공하고 이 시설들이 최소한의 위생과 감염 예방 및 관리 기준을 충족하도록 한다.
- d. 환자 권리 보호를 위한 법규 제정
- 모든 수준의 서비스 전달에 환자 동의를 구하는 방식을 설치한다.
 - 환자 기록 접근에 대한 환자의 권리 증진과 기밀 유지
 - 온라인 신청, 환자 기록, 데이터뱅크, 개별 보험신청 등에 대한 보안을 강화한다.

1.2 효과적이고 민감한 개인 및 인구 기반 서비스

- a. 다양한 전문성을 가진 역량 있는 인력 구축 및 유지
- 개인 및 인구의 의료 수요를 충족할 수 있는 전문 기술과 도덕성을 가진 역량 있고 다양한 전문지식을 갖춘 보건 인력을 개발한다.
 - 전통의학 및 보완의학의 통합을 포함한 학제간 협력 환경을 창출한다.
 - 사람 중심, 도덕 중시, 임상적 역량을 갖춘 의료 수행에 인센티브를 제공한다.
- b. 개인 및 인구 수준에서 근거에 기반한 프로토콜 및 의료개입 실행
- 물과 위생, 환경 보건, 도로 안전, 금연, 식품 안전 및 기타 핵심 건강보호영역에 대한 법규 개입을 실행한다.
 - 1차 의료와 종합병원(hospital) 및 퇴원 후(post-hospital) 진료를 효과적으로 연계하는 통합적인 서비스 전달 모델을 설계, 수행한다.

- 필수 공공보건기준, 보건서비스전달 프로토콜, 임상 가이드라인의 채택 및 갱신 시스템을 설치한다.

c. 보건 개선을 위한 개인 및 인구 기반 보건 정보 활용

- 시기적절하고 효과적인 개입 및 평가를 위한 질환 및 위험요소 감시 시스템을 강화한다.
- 환자기록시스템을 유지하고 이를 서비스 조정 및 계획에 활용한다.
- 지속적인 서비스 품질 향상 시스템을 수립한다.

1.3 개인, 가족, 지역사회 참여

a. 보건 교양과 보건에 관한 의사결정 역량 개선

- 효과적인 건강 교육을 통해 건강 증진과 질병 예방, 진단 및 치료 옵션과 재활 등을 포함, 건강에 대한 의사결정에 개인과 지역사회를 참여시킨다.
- 정보를 교환하고 서비스 공급자와 관련 이해관계자들을 참여시킬 개인, 대중매체, 보건 옹호 그룹을 위한 플랫폼을 창출한다.

b. 서비스 개선을 위해 환자의 경험을 모니터링하기 위한 체계적 접근법 채택

- 환자 경험 서베이 등을 통해 환자 경험에 대한 피드백을 제공할 수 있는 가족 및 지역사회를 위한 시스템을 수립한다.
- 의료 과실, 불평 등에 관해 환자 대변인과의 화해 및 해결 방식을 수립한다.
- 대중, 정책입안자, 서비스 공급자들이 중요한 공공보건 이슈에 대해 관심을 갖고 자각할 수 있도록 돕기 위한 환자 대변인 및 대변 그룹을 격려·지지한다.

c. 자기효능감(self-efficacy)과 동료지원(peer-support)그룹을 통한 환자 및 가족의 권한 위임

- 환자와 그 가족이 정보에 기반한 의사결정을 내릴 수 있도록 지원한다.
- 지식과 경험을 공유할 동료 지원 그룹의 창출을 도모한다.

○ 속성 2: 효율성

- 보건자원을 동원하는 것이 중요한 만큼이나 주어진 자원을 최대한 활용하는 것도 중요. 효율성은 올바른 일을 하는 것(분배적 효율)이며, 그것을 올바르게 하는 것(기술적 효율)이자, 시간이 지남에 따라 변화하는 환경에 적응하는 것(역동적 효율)을 의미함

- 핵심 활동 영역과 우선순위 활동

2.1 인구 욕구를 충족하기 위한 시스템 설계

a. 보건시스템 수준에 따른 핵심 서비스 패키지 정의 및 보건 기관의 역할 정의

- 핵심 공공보건 기능을 정의 및 유지하고 그 운영에 필요한 충분한 재정을 확보한다.
- 상이한 수준의 시설들을 위한 핵심 서비스 캐피지를 설립, 유지하고 다양한 수준과 형태

의 시설들 간 조정 방식을 수립, 유지한다.

- 보건 욕구 충족을 위한 보건시스템 구조를 조정하고 서비스 전달 모델, 시설 배분, 재정 및 인적 자원을 포함한 1차보건의료를 강화한다.

b. 공공 보건, 1차 보건 서비스, 불우한 인구 그룹을 위해 보다 많은 자원 확보

- 보건예산 배분 시 공공 보건과 1차 보건 서비스를 우선시 한다.

- 예방과 1차 의료를 중심으로 보건을 위한 공공 재정을 확대시킨다.

- 담배세, 주세 등과 같은 혁신적인 수입창출을 통해 보건을 위한 자원을 보다 많이 확보한다.

- 정부 보조금이 불우한 인구그룹에 도달할 수 있도록 목표설정 방법들을 개선한다.

- 재정과 서비스 전달의 일관성을 확보하고 다양한 질병 및 보건 프로그램 간의 조정을 도모한다.

c. 비정부 서비스 공급자가 대중에 이익이 되도록 가이드 제공

- 비정부 서비스 공급자의 역할을 정의하고 이들이 보건시스템의 목표 달성에 기여할 수 있도록 인센티브를 제공한다.

- 민간 영역의 투자와 보건 서비스의 질(質)에 대한 균형 잡힌 접근법을 확보하기 위한 정책 프레임워크와 법규를 개발한다.

- 민간건강보험에 엄격한 규정을 적용하고 공공재정방식에 보조적인 역할만 하도록 제한한다.

2.2 서비스의 적절한 공급과 활용을 위한 인센티브

a. 공급자 지불 방식과 기타 인센티브를 활용

- 서비스 질(質)과 비용 관리를 최적화하기 위해 일련의 혼합 지불 방식을 적용하고 상이한 지불 방식의 영향을 모니터링 해 향후 수정할 수 있도록 한다.

- 지불 방식을 전략적으로 사용해 서비스 공급자들이 적절한 수준의 의료 서비스를 보유하고 사람들에게 이러한 서비스를 추천할 수 있도록 동기부여를 하며 서로 다른 지불 방식을 조화롭게 활용해 서비스의 남용, 불용, 오용을 막고 양질의 서비스를 증진한다.

- 외곽의 낙후된 지역과 불우한 지역사회에서 일할 수 있는 보건 인력의 모집 및 보유를 위한 재정적, 비재정적 인센티브를 제공한다.

b. 공급자가 바람직한 서비스를 제공하고 불필요한 서비스의 활용을 막기 위한 가격과 혜택 패키지 설계 활용

- 예방 서비스와 1차 의료의 공급을 증진하기 위해 가격 책정 방식을 활용한다.

- 국민이 예방 서비스를 찾을 수 있도록 인센티브를 제공하며 환자의뢰제도를 강화한다.

- 가난한 사람들이 필요한 서비스에 접근하는 것을 막지 않으면서 동시에 1차 의료를 지나치지 않을 수 있는 적절한 환자 비용 분담 체제를 수립한다.

c. 의약품과 의료 기술의 관리 및 합리적 사용 개선

- 공공 재정을 통해 필수 의약품과 기술의 사용이 재정적으로 부담되지 않도록 만든다.
- 보건기술평가와 같은 과학적 근거기반 접근법을 활용해 고비용의 의약품 및 의료 기술에의 투자 결정을 지원한다.
- 교육·경영·규제적 접근법을 혼합한 개입을 통해 의약품과 의료기술의 합리적 사용을 확보한다.
- 투명하고 책임소재가 분명히 밝혀지는 방식을 통해 구매, 저장, 배달 시 비효율과 낭비를 줄이도록 한다.

2.3 관리 효율성과 효과성

a. 통제된 자율성(managed autonomy)을 통한 공급자들의 효율성 증진

- 자율적인 보건 시설의 책임성, 모니터링, 효과적인 상벌 방법 등에 관한 명확한 규정을 수립한다.
- 보건 인적자원의 기술믹스(skill mix)를 강화하고 성과를 개선하기 위해 인적자원관리의 자율성을 높인다.
- 투입을 최적화하기 위해 재무관리의 유연성을 주어 생산성을 높인다.

b. 변화하는 환경에서의 요건을 충족하기 위해 전반적인 관리 역량과 기술 개선

- 인력 생산성과 성과, 재무 관리, 인프라 관리, 계약 체결 및 구매 등을 포함한 보건관리자의 모든 양상의 관리 역량을 제고한다.
- 관리직 채용과 교육에 있어 관리 기술을 핵심 역량으로 삼는다.
- 보건 종사자에게 동기를 부여할 수 있는 환경을 조성하고 관리 및 행정 지원을 제공하여 생산성을 높인다.

c. 정보시스템을 강화하고 정보·통신 기술의 효과적인 활용 도모

- 튼튼한 정보시스템 인프라를 구축하고 지속되고 있는 ICT개발을 활용한다.
- 재정, 인적 자원, 업무량 및 환자 흐름에 관한 정보를 정기적으로 수집한다.
- 재정, 인적 자원, 업무량 및 환자 흐름에 관한 정보를 정기적으로 수집해 성과를 모니터링하고 문제를 식별하며 의사결정 능력을 강화한다.

○ 속성 3: 형평성

- 형평성이란 사회적, 경제적, 인구학적, 지리적 차이로 인해 그룹 간 차별이 없는 것을 말함. 보건 형평성은 모든 사람이 자신의 건강을 지킬 수 있는 기회를 가지고 사회적 상황

때문에 불이익을 당하지 않을 때 성취될 수 있음.

— 핵심 활동 영역과 우선순위 활동

3.1 재정적 보호

a. 접근성과 관련된 재정적, 비재정적 장벽을 줄인다.

- 정부의 일반수입과 의무적 건강보험 등을 통해 사전지불재원(prepayment)을 늘리고 환자에 대한 서비스 비용을 줄인다.
- 사전지불재원을 활용해 재난적 의료비지출을 최소화한다.
- 인구 수준 보건 서비스에서는 서비스 공급률이 낮은 인구집단, 지역, 건강 상태를 목표로 한다.
- 개인 수준 보건서비스에서는 1차 의료를 중심으로 의료비를 지불하기 힘든 사람들의 보건서비스 사용율을 개선하기 위해 직접비와 간접비 모두에 대한 보조금을 도입한다.
- 연대성을 최대화하기 위해 재정 방식과 수혜 패키지의 분절을 줄인다.

b. 보건 재정과 기타 사회적 보호 제도 간의 적절한 연계 강화

- 노인, 여성, 장애인, 아동, 빈곤자 등을 중심으로 취약한 인구에 보건재정과 사회적 보호 제도가 미치는 영향을 파악한다.
- 보건 분야에서의 재정적 보호 메커니즘과 보다 폭넓은 사회보호 메커니즘을 연계함으로써 잠재적 시너지를 구축한다.

3.2 서비스 범위와 접근성

a. 공평한 서비스 접근성 촉진

- 개인과 인구 수준 보건 개입 모두에서 형평성에 초점을 맞춘 목표를 설정하고 모니터링한다.
- 보건 서비스 사용율이 낮은 인구와 이 인구에 가장 큰 영향을 미치는 건강 상태에 대한 투자에 우선순위를 두으로써 보건서비스의 접근성을 높인다.
- 보건 서비스 저 사용 인구와 지역에서의 보건 종사자의 교육, 실무 범위 조정, 유인 제공 등을 통해 보건종사자 수와 접근성을 높인다.
- 1차 의료 시설이 적합하고 시기적절한 재정을 확보할 수 있도록 한다.

b. 서비스에 대한 적절한 수요 촉진

- 서비스 저사용 인구에 대해 정보와 교육 목표를 설정하고 홍보 노력과 참여 메커니즘을 지원해 서비스 디자인, 접근성, 민감성 등의 개선을 꾀한다.
- 바우처나 조건부 현금지원 등을 포함한 재정 인센티브를 제공하고 예방 및 정기 서비스를 중심으로 한 서비스 사용율 개선을 위해 적절한 공급을 도모한다.
- 서비스 저사용 지역이나 그룹의 접근성을 촉진하기 위해 현장 종사자들에 의한 모바일/

인터넷 보건 서비스 및 앱의 활용을 확대한다.

- 시민단체, 환자지원그룹과 협력해 보건 교양과 적절한 서비스 활용율을 높인다.

3.3 무차별

a. 인격을 존중하는 의료 촉진

- 보건 시설에서의 환자 차별을 줄이기 위해 조직의 정책과 문화를 바꾼다.
- 보건 종사자의 문화적 역량과 성 민감성을 개선하고 인간 중심의 가치관과 실천을 심는다.
- 특정 건강 상태나 사회적, 경제적 지위와 관련해 지역사회와 서비스 전달 환경에서의 낙인을 축출할 방식이나 절차를 실행한다.

b. 법적 보호 제공

- 국제협정을 준수할 수 있는 정책을 개발한다.
- 보건서비스에서의 차별을 없애기 위한 도구로서 법률을 활용한다.

c. 취약 그룹이 목소리를 낼 수 있는 기회 창출

- 지역사회의 욕구, 교육 수준 및 문화적 선호도를 고려한 장소나 형식을 활용해 보건정책과 프로그램에 대해 관련 지역사회와 논의한다.
- 평소 목소리를 잘 내지 못하는 노인, 이민자, 소수 인종, 장애인, 낙인된 건강 상태의 소유자 등과의 협의를 위해 환자그룹, 소비자 그룹, 마을 보건위원회 등을 활용하거나 시민단체와 협력한다.

○ 속성 4: 책임성

- 보건시스템은 책임영역을 나누고 있는 많은 이해관계자들로 구성되어 있음. 여기에는 서비스 공급자(공공과 민간), 사용자, 의회, 정부, 보험 회사, 의료 산업 등이 포함됨. 이해관계자들 간의 관계 혹은 책임 시스템은 주로 법률과 기타 공식적인 방식을 통해 결정됨.
- 핵심 활동 영역과 우선순위 활동

4.1 정부 리더십과 보건을 위한 법의 지배

a. 보건분야 개발을 위한 비전 설정 및 충분한 자원 확보

- 정부 및 비정부주체, 보건 및 질병 프로그램을 아우르는 보건 정책이나 계획을 개발하고 실행한다.
- 보건 정책입안자들이 보건분야 전체와 이해관계자 모두를 아우르는 계획을 수립할 수 있는 메커니즘과 절차를 창출한다.
- 영리, 비영리 정부주체와 비정부주체를 모두 포함하는 보건 분야를 관리하는데 법률과 인센티브를 활용한다.

- 보건을 위한 충분한 자원을 확보하고 보건에 대한 정부의 투자를 확대한다.
- 원조 의제와 국가보건정책 및 계획과의 조정과 조화를 위해 외부 협력기관과의 조율을 도모한다.

b. 법의 지배와 규제기관 강화

- 참여 절차를 통해 법규를 정기적으로 검토하고 법률 개혁을 시도하며 국내 정책이 국제 기준과 조화될 수 있도록 한다.
- 규제기관과 제도적 책임성을 강화한다.
- 명확한 책임과 권한을 규정하고 있는 책임성 메커니즘을 수립한다.
- 부패를 예방하고 법률 위반은 즉각 대응한다.

c. 리더십과 관리 역량 개발

- 고성능 보건시스템을 추구할 수 있도록 보건시스템 전 수준에서의 리더십을 구축한다.
- 보건시스템 전 수준, 특히 분권화된 환경에서의 관리 역량을 강화한다.

4.2 공공정책을 위한 협력관계

a. 정부 부문 간 협력 확보

- 고위급 다부문 정책 대화를 통해 국가 개발 의제에 보건의 위치를 정할 진입 지점의 우선순위를 식별한다.
- 공공보건의 목표를 성취하기 위해 도시 개발, 식품 안전, 환경과 무역 등을 포함한 공공 정책 및 계획을 개발, 실행하는 다른 정부 부문과 협력한다.
- 글로벌·지역 공공보건 이익을 확보하고 외교정책과 무역협정 협상 등을 통해 공공재를 증진한다.

b. 보건을 위한 공동의 이익을 위해 비정부주체와 협력

- 공유할 수 있는 이익을 식별하고 상호이익을 실현하기 위해 비정부주체와의 의제를 조율한다.
- 역할, 책임, 책임 소재를 명확히 하고 정보 공유와 활동 모니터링을 위한 플랫폼을 창출한다.

c. 지역사회가 의사결정과 프로그램에 참여할 수 있도록 권한을 부여

- 보건정책 수립과 자원 활용의 우선순위 설정, 정책 수행 및 서비스 전달 감독에 지역사회가 참여할 수 있도록 한다.
- 적합한 기술 및 재정적 자원을 확보함으로써 시민단체의 정책형성과정 참여 역량을 강화한다.

4.3 투명성, 모니터링과 평가 (M&E)

a. 효율적인 보건정보시스템 개발 및 정보흐름의 효율화

- 시설 및 인구 기반 데이터와 국가 및 지방의 감시 정보시스템을 강화한다.
- 평가 및 품질보증 도구, 통계 및 분석 기술을 통해 데이터 질(質), 분석력, 이전 및 활용도를 개선한다.
- 데이터 수집과 보고 노력을 조화하고 국가정보인프라를 통합한다.
- 관련 사회 그룹에 따라 분리된 정보를 수집, 분석해 계획, 의사결정, 사업 집행에 활용한다.

b. 정보 공개 촉진

- 정부, 보건시설, 보험회사, 구매 기관 등에 의해 생산된 정보의 공개를 촉진할 수 있는 메커니즘과 법률 환경을 수립한다.
- 재정 자원, 지출, 보건서비스지표, 보건 지표 등에 관한 데이터를 시기 적절한 방법, 사용자 친화적인 형식으로 제공하여 보건시스템의 성과를 개선한다.
- 시민단체와 지역사회를 데이터 생성, 해석, 이전 절차에 참여시킨다.

c. 보건정책과 시스템 연구, 근거의 정책 활용 등에 대한 조직적 역량 강화

- 양질의 보건정책 및 시스템 연구를 수행하는 기관에 투자하여 보건정책의 영향을 평가한다.
- 지식 생산과 지식의 정책 및 프로그램 활용을 위한 역량과 기술을 제고한다.

○ 속성 5: 지속가능성과 복원력

- 보건시스템의 지속가능성이란 개인 및 인구의 보건 욕구가 충족되고 최적의 보건서비스와 보건성고가 성취되며, 시스템이 변화하는 환경에 민감하면서 미래 세대의 성과가 타협되지 않는 것을 의미
- 핵심 활동 영역과 우선순위 활동

5.1 공공보건 대비

a. 주요 공공보건 이슈나 비상사태로 발전할 수 있는 잠재력을 가진 질환이나 상태 발견 및 대응

- Asia Pacific Strategy for Emerging Diseases의 프레임워크 내에서 국제보건규칙(2005)의 핵심역량을 지속적으로 구축한다.
- 효과적이고 항구적인 공공보건안보 및 대응 역량을 수립하고 다부문에 걸친 구체적인 보건 위험을 관리한다.

b. 부문 간 협력체계와 재난위험관리 계획 개발

- 보건재난위험관리의 네 단계 모두에서 Western Pacific Regional Framework for

Action for Disaster Risk Management for Health로부터 선별된 우선순위 활동들을 국가와 지방의 환경에 맞게 이행한다.

- 인프라와 기능적 안전 기준을 평가 및 모니터링하고 안전하고 유연하게 설계된 시설에 투자한다.

- 비상사태 대응에 필수적인 자원(인적자원, 커뮤니케이션, 교통, 물, 대피소, 기타)의 배치를 조율한다.

c. 사업유지계획의 개발 및 시험

- 예상되는 서비스 변화나 서비스 문제 등의 위험을 식별, 관리하고 잠재적 위협에 대비해 기능성과 효율성을 제고한다.

- 각 수준에서의 핵심적인 기본 보건 서비스를 확인하고 비상사태 대응에 필요한 필수 보건 자원의 위치를 파악한다.

5.2 지역사회 역량

a. 질병 관리와 보건 증진을 위한 지역사회의 역량 강화

- 주요 감염병과 NCD 위험요소 및 부상에 대한 모든 형태의 예방 및 보호에 지역사회 조직과 고용인 및 피고용인의 참여를 도모한다.

- Healthy settings 접근법을 활용해 예방과 건강증진 개입을 이행하기 위해 지역사회 및 다른 부문과 협력한다.

- 보건서비스 접근성이 낮은 인구집단을 중심으로 우선순위 건강 상태에 대한 자기관리 역량의 개발을 지원한다.

b. 재난위험관리에 대한 지역사회의 참여와 대비 증진

- 재난 예방, 대비, 대응 및 복구에 대한 지역사회의 인식, 대비, 기술을 확립한다.

- 지역사회의 재난에 대한 비상 대응의 효율성, 효과성, 영향을 확대한다.

- 개인 및 지역사회 내 그룹이 지역사회 재난 예방, 대비, 대응, 복구에 적극적으로 참여하는 보건 복원력이 높은 문화를 지지하는 데 있어 부문 간 협력 및 지역정부와의 협력을 촉진한다.

5.3 보건시스템 적응력 및 지속가능성

a. 예측 역량 개발

- 감시 및 예측 시스템을 설립하고 변화하는 보건 패턴, 이슈를 예측할 수 있는 핵심 지표들을 체계적으로 모니터링하고 미래의 위험을 최소화하고 관리할 수 있는 대응시스템을 준비한다.

- 점점 증가하고 변화하는 인구의 보건욕구를 보다 잘 충족할 수 있는 유연하고 지속가능

한 기술 혁신을 탐색한다.

- 변화하는 보건 우선순위를 다루는 서비스 전달 모델을 식별하고 보건 인력을 이에 맞게 훈련한다.

b. 교차 프로그램 및 기관 간 연계를 통한 보건 자원 활용

- 공여자 기금에 대한 의존도를 낮추고 재정적 지속성을 확보하고 경제적 변화의 충격을 흡수할 수 있는 국내 자금을 증대한다.
- 보건 분야의 분절화를 줄이고 보건 시스템 내 수직적 프로그램의 조율과 통합을 제고한다.
- 재정, 로지스틱스, 인적자원의 유연한 배치를 촉진하는 거버넌스 메커니즘을 설치한다.

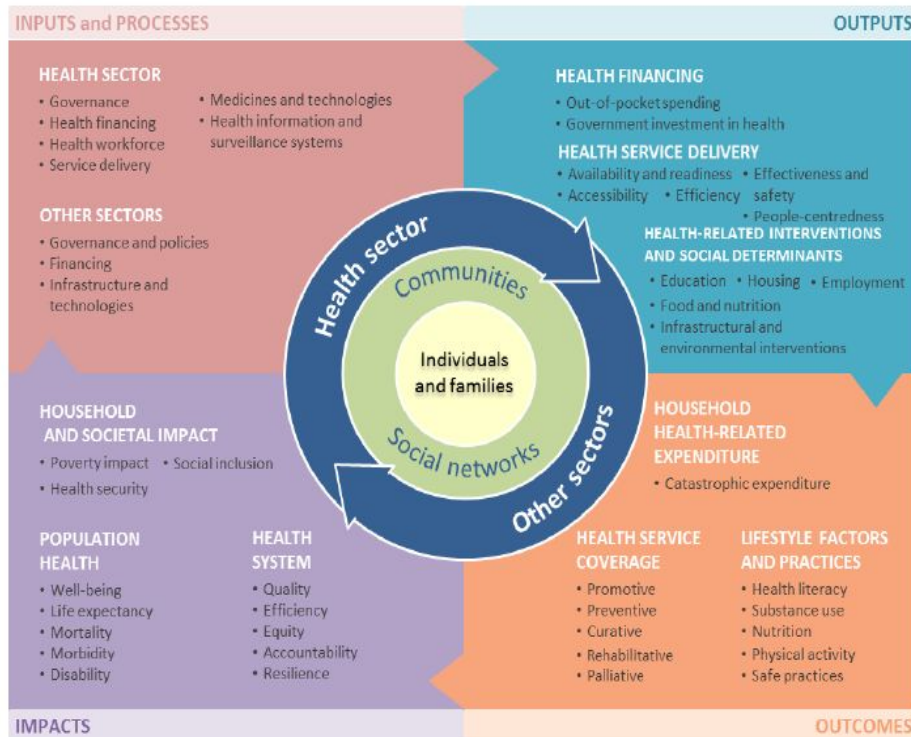
c. 참여적 거버넌스 제도화

- 보건 계획과 의사결정에 이해관계자들이 지속적으로 참여할 수 있는 논의 및 자문 메커니즘을 창출한다.
- 예견된 보건 과제들을 다룰 핵심 이해관계자들 간의 활동을 조율한다.

○ UHC 프레임워크 모니터링

- UHC 모니터링은 기존의 보건시스템 성과 모니터링 프레임워크에 통합될 수 있음.
- 각 회원국은 각국의 독특한 요소를 고려해 각국의 보건욕구를 잘 반영할 수 있는 모니터링 메커니즘을 설계해야 함.
- 국제적, 지역적으로 표준화된 지표들을 UHC 모니터링에 포함하는 것은 UHC에 대한 국제적 관심이 증가하고 있는 점에서 전략적인 선택
- 지역 UHC 모니터링 프레임워크는 업데이트 된 지역의 UHC-지향 핵심 지표군과 연계되어 있어 보건 분야 및 기타 분야에 걸친 투입, 절차, 성과, 목표 및 결과, 영향에 대한 정보를 제공하고 있음.
- CHIPS 핵심 지표들이나 지역의 UHC 지표들을 보건 관련 SDG 모니터링 지표들과 연계하는 것은 국제적 보고를 위해 필요함.
- 이 지표들은 국제적 보고 요건을 준수하기 위해 Global Reference List of 100 Core Health Indicators(WHO, 2015a)와도 연계되어 있음.

그림. UHC 모니터링 프레임워크



○ The way forward

- Universal Health Coverage: Moving Towards Better Health가 제시하는 안은 권고안으로서 각 회원국은 UHC를 향한 단기적, 중기적 활동 영역 및 우선순위 영역을 회원국의 우선순위와 환경에 맞춰 선별적으로 활용할 수 있음.
- 그러나 모든 국가들은 핵심 서비스 식별, 충분한 자원 마련, 적절한 보건 인력, 적합한 인프라 및 필수 의약품 확보에는 만전을 기해야 함.
- 회원국에 대한 요청:
 1. 현재의 상황을 평가하고 문제, 도전과제, 원인 등을 식별한다.
 2. 공유할 수 있는 비전을 수립하고 정책 및 제도적 환경을 확립하며 재무부나 관련 부서, 시민단체, 개발 파트너 등과 협력하여 UHC가 실현될 수 있도록 한다.
 3. 본 활동 프레임워크를 참조해 기회를 식별하고 전략적 진입 지점을 선별하여 낙후된 분야를 다룰 구체적 활동 계획을 개발하고 보건시스템을 강화하며 UHC를 향해 전진한다.

다.

4. 국가별 UHC 로드맵을 설계 및 이행한다.

5. 보건시스템의 재정적 지속가능성을 확보한다.

6. 진도를 모니터링 및 평가하고 UHC를 향해 전진할 수 있는 기회를 적극적으로 구한다.

5. 결핵: 2016-2020 서태평양지역의 결핵퇴치전략 이행을 위한 지역 프레임워크

□ 배경

○ (현황) 결핵퇴치노력은 2015년에 새천년개발목표(MDGs)를 조기 달성하면서 상당한 진전을 보였으나, 결핵의 환자발견과 치료성공은 여전히 도전과제임

* TB remains a leading killer in the Region (>100,000 death cases/year)

○ (문제점)

- (취약집단) 결핵은 이민자, 소아, 노인, 빈곤층 등이 취약집단으로, 이들은 결핵예방관리 대응력이 낮을뿐더러 결핵환자 발견(진단)에도 어려움이 있음.

- (다제내성결핵) 서태평양지역에서는 매년 7만5천명의 다제내성결핵환자가 발생하며, 이들 중 6.8%만이 적절한 치료를 받고 있는 실정임.

- (재정감소) 더구나 전염병 분야의 재정이 감소하고 있어 실질적 어려움을 겪고 있으며, 다제내성결핵으로의 진행이나 재정격차를 해소하기 위해 각국의 대담한정책과 보편적인 강보장(UHC) 및 사회적보호가 요구 증대

○ (추진 경과)

- (전략지침 마련) WHO는 전세계 결핵관리 전략* 제시, 지역 및 국가의 결핵관리 계획과 우선순위활동 검토 요청

* 'The Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015.

- (기술지원·훈련) 다제내성결핵 관리강화를 위한 고위험국가 기술지원 실시, TB/HIV 동반감염 감시, 진단·관리 등 각국의 역량강화 훈련 실시

- (Advocacy) 항결핵약제내성 예방을 위하여 결핵 관련 약물관리정책(Drug regulatory policy) 강화를 우선순위에 두고 그에 따른 전략 수립. 또한, 결핵퇴치를 위해 다수가 평등하게 건강을 보장받을 수 있도록 사회적 보호 및 국가보건시스템 강화에 노력

□ 추진 계획 : 서태평양지역 결핵퇴치전략(안)

“(DRAFT) Regional Framework for Action on Implementation of the End TB Strategy in the Western Pacific 2016–2020”

○ 목표

- (사망 감소) 사망자수(‘15년) 110,000명 → (‘20년) 77,000 (30% 감소)
- (발생 감소) 10만명당 발생률 (‘15년) 87 → (‘20년) 70 (20% 감소)
- (경제부담 감소) 막대한 결핵관련 비용을 부담하는 가구수 0

○ 5 elements

- 1) (a paradigm shift) 제한적으로 제공하던 서비스를 확대하여 ‘전체적 서비스 제공’(to an expanded holistic approach) 으로 패러다임의 전환
- 2) (a focus on equity) 사회경제적 발달의 불균형 및 질병유행의 역학적 특성에도 불구하고 모든 사람들이 질 높은 치료를 받도록 하는 평등(Equity) 보장
- 3) (health system strengthening) 보편적건강보장(UHC) 및 사회적보호를 위한 보건의료 체계 강화 및 다분야에서의 활동증진(promotion)
- 4) (universal application) 결핵의 모든 스펙트럼을 대해 모든 국가에서 보편적으로 적용
- 5) (people-centered health care) 개인, 가족, 공동체의 통합적 관점에서의 환자중심 치료

○ 3 Pillars

- 1) Integrated, people-centered care and prevention 통합적, 환자중심적 관리와 예방
 - 빈곤층과 이주민, 노인, 소아 및 다제내성결핵 환자 등이 결핵 진단을 제대로 받고 있지 못한 실정으로 이들 고위험군 집중관리가 필요하며, 이를 위해 결핵과 잠복결핵감염의 검진과 지속적인 치료지원 및 사회적보호 조치 등 다각적 관리가 필요하다. 개인, 가족, 공동체 필요에 따라 진단·치료 기술 등 통합적 발전·적용해야 한다.
- 2) Bold policies and supportive systems 대담한 정책과 협력 체계
 - 각국의 보건부는 국가결핵정책 및 관련 제도를 강화하고, 더불어 결핵 환자, 가족, 공동체에서의 결핵 인식을 향상시켜 나가야 함.
 - 결핵치료비용을 경감하여 빈곤층 결핵환자들의 경제적 부담 완화
- 3) Intensified research and innovation 연구혁신활동 강화
 - 결핵의 발견, 치료, 관리를 위하여 연구 및 개발을 강화해야 하며
 - 이를 위해 각국의 결핵연구네트워크를 확립하고, 전략적계획을 개발하는 등 협력적 접근적으로 개발시켜 나가야 함.

6. 폭력 및 부상 예방

□ 논의 경과

○ ('08) Regional Framework for Action in Injury and Violence Prevention 2008-2013

Goal (목표)	Target (세부목표)
서태평양지역 국가의 손상 및 폭력 예방과 치료를 위한 효과적인 정책의 개발 및 수행을 지원할 수 있는 능력과 필요한 제반시설(사회공공시설) 설립 및 유지	정부의 최고 높은 수준에서 손상과 폭력 예방에 대한 강한 책임이 문서화된 국가의 증가
	증가된 국가와 지역의 국가 정책(조치) 개발 및 수행을 계획하고, 적절한 시기의 신뢰성 있는 사망 데이터를 지원
	지역별 특성을 고려한 손상 및 폭력 예방을 위한 정부 및 기부자 예산 할당 증가
손상 및 부상 발생률의 상승 추세를 멈추고 모든 지역의 국가(서태평양지역)에서 손상 및 폭력에 의한 사망, 중증, 장애 비율이 감소하는 발전을 빠른 속도로 달성	어린이와 성인의 손상 사망자를 20%까지 감소

○ (제63차 서태평양지역총회) 폭력과 손상 예방의 우선순위 확대 결의안 동의

○ The Draft Regional Action Plan for Violence and Injury Prevention in the Western Pacific (2016-2020) 수립 경과

- WPRO 지역의 폭력과 손상의 예방, 통제, 대응에 대한 기술 자문회의 개최 ('13.10월 마닐라, '14.11월 수바)

* 초안의 목표, 회원국이 추천한 실행계획, WHO 지원기능 검토

- 보건부 중심의 최종회의 개최('15.5, 마닐라)

□ 주요내용 요약

1. 주요 현황

○ 서태평양 지역에서 폭력과 손상은 주요 사망원인

·매년 100만명 이상, 30초당 1명씩 사망
·도로교통사고, 낙상, 익수는 3대 주요 사망원인으로, 연간 45만명 이상이 사망
·익수사고는 전 연령층 중 1-4세 아동이 가장 높음
·15-49세에서 도로교통사고로 인한 사망이 가장 높았으며, 낙상으로 인한 사망의 70%는 60세 이상에서 발생
·여성의 15%와 68%사이에서는 평생동안 배우자로부터 폭행을 당한 경험이 있다고 보고됨

- 서태평양지역 대부분의 국가가 폭력과 손상의 중대성 및 예방 가능성에 비해 정책적 우선순위는 낮은 실정
- 원인 해결을 위해서는 동시 다발적 조치와 범정부 차원의 접근이 필요
- 서태평양지역의 노력
 - 도로교통 손상예방을 위한 프로그램 운영(UN 도로안전 2011-2020 계획 일환)
 - ※도로안전 외의 폭력 및 손상 정책은 부족하며, 서태평양지역의 많은 국가들에게 이를 위한 정책이 마련되어 있어도 인적 및 재정 자원이 제한되어 실행이 어려움
 - Regional Action Plan for Violence and Injury Prevention in the Western Pacific (2016-2020) 초안 수립
- 여성, 소녀, 어린이 폭력을 해결하기 위한 보건시스템의 역할을 강화하는 글로벌 전략 개발 요구(WHA67.15)
 - 지속가능한 개발 목표(SDGs)에 폭력 및 손상 예방 프로그램이 대폭 포함시, WPRO 회원국의 폭력 및 손상 예방을 위한 아젠다 개발 및 국가적 노력의 증대가 기대

2. 이슈

2.1 폭력 및 손상의 예방, 대응을 위한 보건 분야의 역할

- (보건 당국) 폭력 및 손상 예방을 위한 국가프로그램에서 핵심 역할을 해야 함
 - 손상환자에게 접근이 용이한, 공평하며 양질의 돌봄(관심)과 치료의 제공
- (보건 분야) 폭력과 외상의 심리정신적 충격에 대한 지원과 여성, 어린이, 장애인과 같은 취약계층을 위한 지역사회의 대응, 예방 및 보호에 대한 인식을 제고해야 함

2.2 폭력 및 손상 예방을 위한 포괄적인 법률과 정책 마련에 기여

- 범정부적 대응의 일환으로 보건부는 역학 데이터 등의 근거에 기반한 개입과 모니터링, 평가 체계로 폭력 및 손상 예방을 위한 포괄적인 법률, 규정, 정책의 개발에 기여해야 함

2.3 폭력 및 손상 예방 프로그램 지원 정보시스템 강화

- 완전하고 양질의 역학 데이터는 폭력과 손상 예방을 위한 국가 정책의 중요한 견인차이며, 보건 당국의 주된 책무
- 미흡한 정보시스템은 예방 활동의 확장을 위한 데이터의 배포나 활용이 불가할 수 있음
 - 이로 인해 상시로 시행되고 있는 폭력 및 손상 예방을 위한 프로그램과 익히 효과가 있다고 알려진 프로그램간의 효과성 격차가 종종 존재

7. 건강 도시

□ 주요내용

- 건강도시의 영향력은 지역 단위(local level)에서 진가가 발휘되었으며 국가 단위(national level)에서 접근도 권고되고 있음. 더 나아가 WHO는 SDG(지속가능한 개발 목표) 등 새롭게 다가오는 건강 위험요인(health risks)을 다루는 틀로서 건강도시를 제안하였음. 국가 및 지방정부는 협업하여 건강도시를 예측하고 완화하고 중재하고 혁신할 소명이 있음.
- 2016-2020 서태평양지역 건강도시 regional framework 초안은 action core, expanded, comprehensive의 세 가지 범주를 포함하고 있음. 목표는 도시건강 시스템의 거버넌스, 협력·조정, 기획, 감시체계, 역량을 강화하는 데에 있음.
- WPRO는 2016-2020 서태평양지역 건강도시 regional framework 에 대한 지지를 요청함
- Regional Framework for Urban Health in the Western Pacific 2016-2020
 - (배경) 세계화와 도시화가 진행되면서 장점과 함께 교통 정체, 부적절한 쓰레기 관리, 환경 오염 등은 건강과 안녕을 위협하는 요인임. 도시 거버넌스와 도시화가 잘 계획되어 있으면 도시에 사는 것은 건강상 이익이 됨. 도시의 건강 거버넌스는 개인과 기관, 민간과 공공 방식의 합으로 볼 수 있음. WHO는 건강도시에 관한 이전의 작업들을 재구성하여 건강도시가 건강을 증진시키는 유의미한 접근방식임을 재확인하였음. 더 나아가 Regional framework for urban health 2016-2020 에서는 건강도시를 시스템 전반(a whole of system)으로 확대해 갈 것을 제안함.
 - (건강도시와 지속가능한 개발 목표) 개발의 최종 목표로서 건강을 고려할 때 보건 분야는 마땅히 개발 어젠다의 부분이 되고 이끌어가야 함. 즉 건강이 개발 어젠다의 핵심이 되어야 함. 보건 당국은 환경전문가, 엔지니어, 도시디자이너, 도시개발자 등과 협업을 촉진해야 함.
 - (전략적 접근) Regional framework for urban health 2016-2020은 건강도시에 대한 Whole of system을 지향하며, 목표는 건강을 증진하고 형평성과 지속가능한 도시 개발을 촉진하는 것임.
- 건강한 도시는 사람들이 건강과 사회서비스 및 경제적 기회에 적절하고도 형평성 있게 접근할 수 있도록 하는 것. 또한 사람들이 최적의 잠재력을 발휘할 수 있도록 지지하는 것. 복원력 있는 도시는 변화에 적응할 수 있도록 준비되어 있고 극한의 스트레스에 견딜 수 있으며, 큰 상실없이 생존하고 회복할 수 있어야 할 것임.
- 건강도시에 대한 Whole of system 접근 방식은 정치 프레임워크, 규제, 책무성, 금융, 노동

생산성, 정보시스템, 서비스 전달체계를 망라하는 접근임. 5개의 행동 영역은 다음과 같음
(1) 거버넌스와 인프라 조정 (2) 프로그램 기획, 관리와 질적 개선 (3) 정보와 감시체계 (4) 노동 및 네트워크 역량 (5) 보건시스템 역할과 기능

- 각각의 행동 영역별로 core, expanded, comprehensive 라는 세 가지 범주를 도출함. core action은 건강 위해요소와 건강 불평등에 반응(respond)하는 것. 중앙 및 지방정부의 역량과 자원과 역할은 제한적임. 반응하는 것을 넘어 ‘예측’하고 ‘중재’하기 위해 expanded action이 필요함. comprehensive action은 “적응”과 “혁신”을 통해 미래지향적인 방식으로 위협요인에 대비하는 것임. 중앙 및 지방정부의 막대한 역량, 필수 자원 그리고 깊숙한 관여와 개입을 통해 도시는 새로운 인프라를 창조하고 새로운 모델을 수립하는 동시에 건강 도시를 증진할 수 있게 됨.
- 건강하고 활력있는 도시는 도시 공동체와 그 환경에서 변화, 적응 및 혁신을 통해 최적의 건강을 달성하는 데에 진입하는 핵심이며 플랫폼임.

8. 식품안전: 2015년 이후 지역전략

□ 논의 경과

- ('13년 Asia INFOSAN 국제회의*) 아시아지역 NFOSAN을 통한 정보교류 활성화, 국가 식품관리시스템 현황 공유 및 강화를 위한 방안 논의

* 일시/장소/참석자 : '13.12.10-12.12/WHO서태평양지역사무소/중국, 일본, 태국 등 아시아 19개국 및 WHO, FAO 등 국제기구 관계자 등 약 70명 참여

- ('14년 제65차 WHO 서태평양지역총회*) 서태평양지역 식품안전전략(2011-2015) 이행사항 공유 및 회원국간 식품안전 훈련·교육, 정보공유 활성화 방안 논의

* 일시/장소/참석자 : '14.10.13-10.16/필리핀 마닐라/WPRO 27개 회원국 250여명(권기창 복지부 국제협력관 등 대표단 참석)

□ 주요내용 요약

- (배경) 제62차 서태평양지역총회(2011. 10월)에서 「서태평양 지역 식품안전전략(2011-2015)」 채택하고, 제65차 총회(2014. 10월)에서 진전보고서 발표
 - 국가 식품안전 시스템 강화, 분야 간 국내/지방 및 국가 간의 공조와 협력 촉진에 중점
 - 식품안전 관련 주요 정부기관들과 개발 파트너 간의 협력 강화 촉진
 - WPRO는 서태평양지역의 식품안전을 강화하는 전략을 새로 계획하고 지속적으로 이행할 수 있도록 세계보건기구에 요청

- (활동 내용) 식품 법규정 및 정책 제정·개정, 위해기반 식품검사 및 단속계획 수립, 감시와 연구 역량 수준 제고 및 공조 강화 등
 - INFOSAN 긴급연락소와 국제보건규정(IHR)의 국가별연락담당 간의 소통과 협력강화를 위해 기술적 지원 제공
 - 「식품안전협력 실무자그룹」 지속적인 참여, 세계보건기구 식품안전 협력센터와의 공조 강화
 - ‘2015 세계보건의 날’에 식품안전과 관련하여 지역행사 개최
 - 「서태평양 지역 식품안전전략(2011-2015)」 진전보고서 작성
- (제안) 서태평양지역에서 식품안전 강화에 진전이 있었으며, 「서태평양 지역 식품 안전 전략 2011-2015」의 지속적인 중요도를 감안하여 동 전략이 국가식품안전체계를 강화하는 활동을 계속해서 이끌어 나가야 한다는 것을 인지할 필요가 있음.

9. 아시아태평양 지역 신종감염병 대응전략 및 국제보건규칙

□ 논의 경과

- (제64차 WHO 총회) 2009년 신종인플루엔자 대응에 대한 상세평가가 국제보건규칙 평가 위원회에 의해 진행되었으며 결과를 총회에 보고함
 - 대응 과정에서 국제보건규칙이 어떠한 역할을 하였는지 조사를 진행하고 그 결과를 집행 이사회를 거쳐 제66차 WHO 총회에 보고하는 결의안을 채택함.
- (제65차 WHO 총회) 국제보건규칙이 수립된 이후 회원국들의 규칙이행에 대한 모니터링 결과를 보고하고 있으며 WHO 사무국의 국제보건규칙 이행을 위한 결의안을 채택함
- (제66차 WHO 총회) 인플루엔자 2009(H1N1)와 관련한 국제보건규칙 기능에 대해 평가 위원회의 권고사항을 보고하였음
- (제67차 WHO 총회) 국가 핵심 역량 구축의 이행기간 연장의 중요성을 강조하고 황열에 대한 예방접종증명서(1회 접종)를 수락하도록 권고하였음
- (제68차 WHO 총회) 여행자 대상 황열 백신을 기존의 10년마다 접종에서 평생 1번의 접종으로 권고안을 변경하였고, IHR 핵심역량강화 이행을 위한 2차 기간 연장을 결정

□ 주요내용

- APSED는 지역 내 회원국들의 감염병 발생에 대한 조기 발견 및 신속 대응을 위한 감시, 역

학조사관 교육, 실험실 진단, 위기대응센터 운영 분야에 중점을 두어 발전하였고, 이는 H7N9, H5N1, 뎅기 및 다른 매개체 감염병 발생, MERS 유입 대응 사례에서 확인되었다. 서태평양지역 27개의 IHR 국가 중 18개 국가는 2014년 6월까지 IHR 핵심역량 요구조건을 구축하였고, 9개 국가는 2016년까지 2년 연장을 요청하였다. 전례없는 에볼라 발생과 최근 지역 내 MERS 발생은 예기치 못한 사태에 대한 준비가 중요하다는 것을 다시한번 확인할 수 있었다.

- 에볼라 대응 준비 지원을 위해 WHO 서태평양지역사무처는 1) 2014년 8월 에볼라 비상사태 지원팀(Ebola Emergency support Team)을 구성하고, 2) 대응준비 가이드라인(Preparedness for a Potential Outbreak of Ebola Virus Disease: A Framework for Action in the Western Pacific Region) 개발을 주도하였고, 3) 에볼라 대응 설문조사 및 모의훈련을 실시하였으며, 4) 서아프리카지역에 에볼라 대응 팀을 파견하였다.
- 2015년 7월 APSED 아시아 태평양 기술 전문가 그룹 미팅에 논의되었던 평가결과는 향후 방향성 확립에 사용 될 것이다.

10. 소외열대질환과 한센병

□ 논의 경과

- WHO와 그 파트너들은 전략과 기술적 미팅(2005년 4. 18-20, 베를린)을 통해 2005년까지 남아있는 소외열대질환 극복을 위한 새로운 증거와 최선의 방법을 분석하여 재조명하여 첫 번째 보고서를 2010년에 발간하였음
- 2008-2016 소외열대질환(NTDs) 퇴치를 위한 global plan이 성공적으로 수행되고 있음
- 2012년 1월, WHO 로드맵과 열대풍토소외질환에 대한 파트너들(WHO 담당자, 기부자, 정치가, 제약사)간의 런던 선언문이 채택
 - (a) 치료제와 기타 시스템들의 확장, 확대 및 적용 (b) 차세대 치료제 개발을 위한 연구 개발 (c) 국가적 및 국제적 협조 및 협의 강화 (d) 목표 달성을 위해 발병지역에 대해 국가적으로 강력한 보건 강화 시스템 적용 및 지원 (e) 이러한 프로그램을 평가하고 감시하기 위해 지역에 대한 기술적 지원 및 보급
 - 특히 소외열대질환의 예방, 관리, 퇴치 및 박멸을 성공적으로 수행하기 위해 5가지의 공중보건시스템으로, ① 예방적 투여, ② 집중적인 환자관리, ③ 효과적인 매개체 관리, ④ 위생적인 식수 및 보건환경 관리, ⑤ 수의공중보건의 개선이 추천됨
- 2013년 제132차 WHO 집행이사회에서는 국가별 소외열대질환 관리 프로그램들로 하여금

상황분석, 전략, 예산, 예방, 진단, 치료, 감시, 개발력 및 운영성 등에 대해 강화, 유지 및 명확한 책임 소재를 강화하도록 요구함

- 한편 2013년 제64차 서태평양지역총회(WPRO)에서는 열대소외질환(NTDs) 예방, 관리, 퇴치 및 제거를 위한 지속적인 국가 프로그램을 보장하고 적절한 확장 및 적용을 강조하는 등 WHO의 리더십 유지를 요구함

□ 주요내용

1. 배경 및 논의

- 2012년 WHO 서태평양 지역총회에서는 2012-2016년 서태평양지역 소외열대질환의 Action plan을 승인하였고, 7개 질환을 선정하였음.

2. 수행 업무(Action taken)

- 임파성 사상충증이 유행하는 3개국(Niue, Palau, Vanuatu)이 WHO에 퇴치 기록을 보고 하였으며, 4개국(캄보디아, 쿡아일랜드, 마셜군도, 베트남)은 보고서를 준비중임
- WHO와 함께 서태평양지역 NTD 프로그램 리뷰 그룹이 기술지원, 약품 지원 및 조사 등이 지속적으로 수행되고 있으며, 정책위원회에서 또한 2013년 세계보건총회에서도 국가의 NTD 관리 능력 향상을 강조하였음
- 총 19개 국가가 지역별 NTD 관리 훈련프로그램에 참여하고 있으며, WHO에서도 3개국(캄보디아, 라오스, 필리핀)에게 수질, 위생 및 보건, 수의보건 분야에 기술지원을 제공하고 있음
- 효과적인 NTD 관리에는 대량 투약(Mass Drug Administration, MDA)과 충제 제거가 포함되는데, 임파성 사상충을 예방하고 치료하기 위해 11개국가 28백만명이 MDA가 시행되었음. 솔로몬군도가 trachoma와 yaws를 위해, 바누아투는 yaws를 위해 MDA가 시작되었음. 토양매개성 연충증을 위해서는 4개국(캄보디아, Kiribati, 라오스, Tuvalu)의 어린이를 대상으로 구충제를 투약하였음. 마셜군도와 솔로몬군도가 구충을 시작했고, 필리핀은 전국적인 구충 캠페인으로 확대되었음
- 소외열대질환 조사는 지역별로 계속되고 있는데, 캄보디아, 중국, 아로스, 베트남으로부터의 결과로는 trachoma는 더 이상 공중보건 문제가 아니었음. 피지와 바누아투는 trachoma 발생지도가 완성되었으며, 피지와 Kiribati는 yaws 발생지도가 완성되었음.
- 지역에서 한센병이 감소하고 있음에도 불구하고 3개 태평양지역 섬 국가(Kiribati, 마셜군도, 마이크로네시아)에서는 유병률이 지속적으로 보이고 있음. WHO는 이들 국가들에서 삶

의 질을 향상시키기 위해 yaws를 포함하여 한센병으로부터의 장애 예방 훈련을 지원하고 있음.

11. 고령화와 건강

□ 주요내용 요약

○ 배경 및 현안

- 2013년 ‘서태평양지역 고령화와 건강에 대한 지역 액션 프레임워크(2014-2019)’가 지역총회에서 승인된 뒤 회원국들은 고령화와 건강에 대해 인식을 달리하게 되었으며 이에 따른 회원국들의 지원요청이 증가하게 됨.
- 프레임워크의 네 가지 주요 액션:
 - (1) 다부문에 걸친 활동을 통해 고령 친화적 환경을 촉진한다.
 - (2) 생애주기에 걸친 건강한 고령화를 추진하고 노인에게 나타나는 질병과 기능 감퇴를 예방한다.
 - (3) 노인들의 욕구 충족을 감안해 보건시스템을 조정한다.
 - (4) 고령화와 건강에 관한 근거를 강화한다- 노인들의 건강 욕구 충족에 주안점을 두는 것은 특히, 보편적 건강보장이라는 맥락에 시기적절함.

○ 경과 보고

국가 지원

- 서태평양지역사무처는 고령화와 건강에 대한 인식제고, 근거 강화 및 근거 중심의 정책 형성, 국가 역량 개발 등을 위한 활동을 지원했음.
- WHO는 노인들의 욕구 충족을 위해 보건시스템을 재구성하는 것에 주안점을 둠.
- WHO는 고령화와 건강에 대한 정책 개발에 회원국을 지원함.
- 중국에서는 지식전환프로젝트를 통해 고령화와 건강에 관한 국가 보고서 및 정책 자료를 생산함.
- 몽고 정부는 ‘건강한 고령화 프로그램(National Programme on Healthy Ageing)’의 승인 뒤 그 실현을 위해 정책대화를 실시했음.
- 피지에서는 보건부와의 정책대화를 통해 보건시스템을 재구성해 노인 욕구를 충족하고 완화치료를 강화하는 것에 초점을 둠.
- 베트남에서 개최된 2014 아세안 보건장관회의에서는 고령화와 건강에 관한 사이드 이벤트를 가짐.
- WHO가 후원한 워크숍을 통해 노인, 장애인, 만성질환자를 위한 보건 재정과 사회보호 장치에 대한 지역 내 경험과 지식을 공유할 수 있었으며 여기에는 캄보디아, 라오스, 베

트남도 참여함.

지역 사업

- 지역 수준에서는 정책 홍보와 대화, 국가에서의 정책 실행을 위한 근거 수집을 위해 인구 고령화가 보건시스템에 대해 갖는 함의를 분석했음.
- 여기에서는 통합서비스전달, 필수 의약품 및 보건기술, 보건 인적자원, 장기요양 등의 이슈들을 중심으로 지역의 상황을 점검하고 분석했음.
- 노인 단체 등이 인의 건강 욕구를 충족시킬 수 있는 잠재력에 대한 분석이 캄보디아, 중국, 베트남을 중심으로 시도되었음.

협력 강화

- 협력 강화는 고령화와 건강의 진전에 필수적
- 지역사무처는 HelpAge International East Asia and Pacific, UN 경제사회이사회 등과 협력을 강화해 지역 프레임워크를 전파하고 고령화와 건강에 대한 WHO의 영향력을 강화하려 함.
- Alliance for Healthy Cities와의 협력은 WHO Global Network of Age-friendly Cities and Communities와의 시너지를 논할 기회를 제공함.
- 지역의 경험과 교훈은 2015년 10월 출판 예정인 World Report on Ageing의 개발에 기여함.

12. 만성질환 예방 및 관리

□ 논의 경과

- (2011) 비감염성 질환의 예방·관리에 대한 유엔총회 고위급회의의 정치적 선언 채택
(Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases)
 - 해당 선언을 통해 각국의 정부 대표는 비감염성질환의 사회·경제적 피해를 줄이고 예방과 관리를 위한 국가적 역량강화 방안 및 국제적 협력체계를 구축하는 것에 동의하였다.
- (2013) 비감염성 예방관리를 위한 글로벌 액션플랜(WHO Global NCD Action Plan 2013-2020) 수립
 - 비감염성 질환 예방관리를 위한 국제적, 국가적, 지역적 노력과 협력에 대한 9개의 자발

적 목표치와 25개의 성과지표를 도입하였고 [참고2-1],

－ 만성질환 예방관리를 위한 비용효과적인 정책적 대안을 제시하였다 [참고2-2].

○ ('13) 비감염성질환 예방관리를 위한 서태평양지역 액션플랜 ('14-'20) 수립

○ ('14.7) 비감염성질환의 예방 관리 성과 검토를 위한 유엔 총회 고위급 회의

－ 만성질환의 예방·관리에 대해 채택한 11년의 유엔 총회 정치적 선언의 이행 성과를 평가하고, 목표 달성을 위해 남은 과제를 파악하여 국제적, 다분야적 협력 증진을 위한 정책적 의지를 재확인하였다.

－ 국제적인 공조와 국가적 노력의 결과 많은 성과가 있었으나 그 성과는 불충분하며 국가 간 일정하지 않다는 점에 착안하여 각국은 '15-'16년 까지 네 개의 우선 과제[참고2-3]를 달성하기로 합의하였다.

○ ('14.11) 136차 WHO 집행이사회

－ WHO가 비감염성질환 예방관리 성과에 대해 2017년 유엔총회에 보고시 활용할 10개의 지표에 대해 합의하였음 [참고2-4]

* '18년에 열릴 비감염성질환의 예방 관리 성과 검토를 위한 유엔 총회 고위급 회의 준비를 위한

□ 주요 내용 요약

○ 만성질환 예방관리를 위한 국가적 역량 및 리더십 강화

－ 6개 회원국에 대해 국가 차원의 만성질환 예방관리 대책 개발을 지원하였다.

* 개발 및 공표를 완료한 회원국: 베트남, 쿡 제도, 피지

－ 국가 금연 대책 개발에 대한 기술 지원을 제공하였다.

* 마셜군도, 미크로네시아 연방 공화국(FSM)

－ 비감염성질환 예방 관리를 위한 유엔 기구간 Task Force(UNIATF)와 태평양 지역 UN 만성질환 Thematic group의 공동 미션 (통가, '15.3월) 수행

－ 만성질환 예방관리를 위한 리더십 및 옹호 역량 강화 워크숍 (LeAd-NCD)을 개최하였고 13개 회원국 대표가 참석하였다. (일본, '14.12월)

－ 암 관리를 위한 리더십 및 역량 강화 워크숍(CanLEAD) (대한민국, '15.6월)

○ 만성질환 위험요인 감소를 위한 노력

－ 담배값 인상 9개국, 담배값 경고 그림 의무화 3개국, 금연 구역 확대 7개국 등 금연 정책에 대한 소기의 성과가 있었다.

－ Tobacco Free Initiative에 대한 지역 액션플랜(2015-2020) 수립 및 이행을 위한 위

크샵을 개최하였으며, ('15.3-4월)

- 소아 비만 퇴치를 위한 WHO commission의 regional consultation ('15.3월~)을 시작하였다.

○ 보건의료제도강화

- 캄보디아, 중국, 라오스, 사모아 등의 회원국에서 비감염성질환에 대한 서비스 패키지인 Package of Essential NCD(PEN) Intervention을 도입 지원하였으며,
- 몽골 및 태평양 도서국가에서의 PEN 도입을 위한 기술 지원을 제공하였다

○ 비감염성질환 추이 모니터링 및 성과 평가

- 모든 회원국이 action plan 상의 9개의 자발적 목표치를 도입하였다.
- 베트남, 브루나이 등에서는 WHO STEPwise approach to surveillance(STEPS)를 도입하여 비감염성질환의 조사감시 수행 또는 수행 준비 중에 있다.
- 비감염성질환 예방관리 국가 역량 조사를 실시하였다. ('15.6-8월)

13. 규제시스템 강화

□ 논의 경과

- '제7차 세계 의약품등 규제기관 정상회의'에서 미국, 브라질은 '의약품 규제기관 국제연합'(ICMRA*) 창설을 제안('12.11.)

* ICMRA: International Coalition of Medicines Regulatory Authorities

- 제8차 회의에서 미국 등 21개국*의 의약품등 규제기관, 유럽연합 및 WHO는 2년 후 ICMRA 창설에 최종 합의('13.12.)

* 미국, 일본, 벨기에, 영국, 프랑스, 독일, 아일랜드, 네덜란드, 스위스, 캐나다, 멕시코, 브라질, 아르헨티나, 뉴질랜드, 호주, 나이지리아, 남아공, 중국, 싱가포르, 한국(식약처)

- 호주, 멕시코, 나이지리아, 미국은 ICMRA의 추진과제 중 '해외 개발도상 규제기관 역량강화 지원'과 관련하여 WHO와 협력할 것을 제67차 WHA 의제로 제안('14.1.)

- 스위스 제네바 WHO본부에서 '제134차 WHO 집행이사회' 개최('14.1.20~25)

- 신규의제인 규제시스템 강화 관련하여, 미얀마, 스위스, 이집트, 일본, 남아공, 말레이시아, 벨기에, 멕시코, 브라질 등은 WHO와 보건당국의 역할이 지속 강화되어야 함을 촉구
- 미얀마, 스위스, 이집트, 일본, 남아공, 말레이시아, 벨기에, 멕시코, 브라질 등은 정보공유를 위한 네트워킹 메커니즘 구축, 국제협력 강화, 보편적 의료보장 차원의 중요성, 부적절한 규제시스템에 대한 경계, WHO의 기술적 자문 및 회원국 역량개발 지원, WHO

의 사전품질검사(Prequalification), 정치적 리더쉽과 법규 평가(legal assessment) 등 논의

- 유사한 유형의 국가들 간 멘토-멘티 시스템 도입(말레이시아), 국가의 주권을 침해하는 강제성 규정에 대한 우려(중국), 이번 결정의 의미를 고려한 신중한 결정 필요(벨기에) 등 의견 개진

○ 스위스 제네바 WHO본부에서 ‘제67차 WHO 총회’ 개최('14.5.19~24)

- 규제시스템 강화에의 효과성·조화·접근성 등의 가치 강조, 다국적 제약사에 대항하기 위해 국가 규제당국 역량강화 필요, WHO의 사전품질승인 역할 확대 및 기술지원 요청(인니, 인도 등)
- 국제간 네트워크 형성을 통한 국제적 공조 촉구(호주, 인도 등)
- 각 국가에 맞게 규제시스템 강화하되 글로벌 체계에 조화를 이룰수 있도록 국가의 자율 역량 강조(중국, 에티오피아 등)
- 필수약품과의 접근성 및 국가 규제시스템의 구축 역량 등에 따라 국가간 규제시스템의 차이 존재 언급(중국, 인도, 인니 등)
- 규제시스템 강화를 위한 모니터링 체계 등 메커니즘 구축, 기술·인력 및 재정지원, 사전 인증제도 프로세스 향상 등을 WHO에게 촉구(모잠비크, 베트남, 남아공, 인도 등)
- 각 요소별로 국제규범 개발 및 국가에 대한 지원 강화, 바이오시밀러 등 새로운 의약품의 규제관련 역량강화 지원, PQ중심의 국가규제당국 네트워크 창설 등 언급(사무국)

□ 주요내용

○ (배경) 제67차 세계보건총회 결의안(의료용 제품의 규제시스템 강화(WHA 67.20))은 세계보건기구가 의료용 제품을 위한 규제시스템을 회원국들이 강화하도록 지속적인 지원을 의무화

- 동 결의안은 세계보건기구가 회원국들에 지원을 늘리고 우선적으로 규제기관들의 지역(regional)과 소지역(subregional)의 네트워크를 세우고 강화토록 함
- (첫번째 전략) ‘2011-2016 서태평양 지역 내 필수약품 접근에 관한 활동을 위한 지역 프레임워크’는 규제 강화와 품질 보증을 우선순위
- (두번째 전략) 2014년 서태평양지역위원회에서 채택된 ‘서태평양 지역 내 글로벌 백신 액션플랜의 이행을 위한 지역 프레임워크’는 국가규제기관들의 기능을 강화하여 저가의 안전하고 효용 있는 백신들이 국가들에 공급이 가속화될 수 있는 데에 우선순위

○ (활동 내용) 세계보건기구는 의약품규제시스템 평가 실시, 등록용 데이터베이스 개선, 의약

품생산시설을 위한 검사 프로토콜 최신화 등 다양한 활동을 통해 서태평양지역의 의약품규제시스템을 개선

- 라오스, 몽고, 베트남, 중국, 필리핀, 캄보디아의 의약품 등록, 검사 및 의약품감시시스템 개선
- 말레이시아 내 원료혈장의 세분화를 위한 우수생산기준(GMP) 개선
- 라오스, 몽골, 베트남, 파푸아 뉴기니, 피지, 필리핀, 캄보디아에서는 전통의약품을 위한 규제기반, 등록 및 품질 보장이 개선
- 『전세계 유행병 인플루엔자 대비 프레임워크』, 『아태지역 지도자 말라리아 동맹: 품질보장의약품 접근과 기타 기술 TF』 정책을 통해 국가규제시스템을 강화하기 위한 국가 간 공조 증가
- 불량·위조 의약품의 적발 및 판매를 줄이기 위해 인터폴과 캠페인 실시 및 단속 강화
- 중국 식품의약품청(CFDA), 베트남 의약품청은 일본뇌염 및 계절성 인플루엔자 백신의 세계보건기구 사전품질인증 획득하여 백신 규제시스템의 세계보건기구 기준 달성
- 세계보건기구 서태평양 지역사무국은 저소득국가 및 하위 중소득국(라오스, 몽골, 베트남, 필리핀, 캄보디아)들을 위한 규제기관 역량 격차 자기 평가 및 국내/국가 간 훈련을 포함하는 기술적 지원을 제공
- 세계보건기구는 또한 백신규제역량을 강화하기 위해 제도적인 개발정책의 개선과 이행차원으로 회원국들을 지원

14. 세계보건총회, 집행이사회, 지역총회의 업무조율

□ 서태평양 지역에 연관된 세계보건총회 결정문과 결의안

○ 제68차 세계보건총회의 20개 결의안과 15개 결정문 (부록1 참조)

- 아래 세계보건총회의 결정문과 결의안은 제66차 WHO 서태평양지역총회의 관련 의제에서 논의될 것임.
- 결정문 WHA68(10) 2014 에볼라 바이러스 감염병 발생과 에볼라 임시 집행이사회의 후속조치 (의제 14)
- 결정문 WHA67(13) - 건강한 고령화에 대한 생애주기 접근방식에 대한 다부문 활동 (의제 14)
- 결의안 WHA68.5 - 국가보건역량 수립 및 IHR 이행에 대한 2차 연장에 대한 점검 위원회의 권고안 (의제 14)
- 결의안 WHA67.15 - 여성과 여아 및 아동을 중심으로 한, 폭력 대응에 대한 보건시

스텝의 역할 강화 (의제 12)

- 결의안 WHA67.24 - 보건인적자원에 대한 러시피 정치선언의 후속조치: 보편적 건강 보장을 향한 새로운 결단

○ 지역총회가 주목해야 할 제138차 집행이사회의 두 가지 의제

- 결정문 EB136(13)과 EB138/1 의제 6.4 : NCD 예방 및 관리 진척에 대한 포괄적 점검 및 평가 수행을 위한 2014 UN총회 고위급 회담의 후속조치(의제 14).
- EB138/1 의제 9.2 : HIV, 바이러스성 간염, 성병에 대한 글로벌 보건 부문 전략 2016-2021 (의제 9)

□ 결의안 68.9 : 비정부주체 참여프레임워크

○ 배경

- WHO가 비정부주체를 참여시키는 목적은 지식, 전문성, 재화, 직원, 재정 등을 아우르는 비정부주체의 자원을 잘 활용함으로써 WHO의 임무를 성취하는 것임.
- 비정부주체 참여프레임워크는 '참여의 목적, 원칙, 한계', '비정부주체와 참여 유형의 정의', '선관주의의무(due diligence), 위험 평가 및 관리, 투명성 제고 방안 등에 주안점을 둔 참여 관리 강화' 등을 제시하고 있음.
- 프레임워크의 초안의 완결을 위해 제68차 세계보건총회는 올해 말 정부간회의(intergovernmental meeting)를 소집하기로 결정했음.

○ 지역과의 연관성

- 참여프레임워크는 WHO와 비정부기구 간의 관계를 규정하는 원칙(결의안 WHA40.25, 1987년)과 민간부문과의 협력에 관한 가이드라인(2001년 집행이사회가 검토)을 대체할 것임.

○ 회원국에게 추천하는 조치

- 회원국은 2016년 1월 제138차 집행이사회에서 논의될 결의안 WHA68.9 기반의 비정부주체 참여프레임워크 초안을 검토 바람.

□ 전략적 예산공간 배분

○ 배경

- 제66차 세계보건총회는 2016-2017 사업예산 수립으로부터 시작될, WHO의 새로운 전략적 자원배분방법의 개발을 요청함.

- 사업·예산·행정위원회의 여섯 회원국으로 구성된 워킹그룹은 주요 원칙과 네 개의 운영 부문 - 국가기술협력, 글로벌/지역 공공재 제공, 행정 및 경영, 비상사태 대응 -, 그리고 자원배분 시 고려할 기준에 합의했음.
- 워킹그룹이 제안한 모델은 2015년 1월 사업·예산·행정위원회와 제136차 집행이사회에 제출됨.
- 집행이사회는 워킹그룹이 운영 부문 1(국가기술협력)을 보다 더 개발하도록 요청하고 워킹그룹의 구성을 지역 당 2 회원국으로 확대하기로 결정함.
- 확장된 워킹그룹이 추천하는 개정된 모델은 2015년 5월 제137차 집행이사회에 제출됨.

○ 지역과의 연관성

- 중국과 말레이시아가 지역을 대표해 워킹그룹에 참여함.
- 합의된 모델은 서태평양지역의 배분율에 변화를 줄 것임.
- 제137차 집행이사회는 워킹그룹이 제안한 전략적 예산공간 배분 모델을 제69차 세계보건총회가 승인할 것을 권고했음.
- 집행이사회는 예산 삭감의 영향을 최소화하기 위해 모델을 세 네 복년도 기간에 걸쳐 이행할 것을 권고함.
- 집행이사회는 사무총장이 매 복년도마다 새 모델에 대해 보고하고, 새 모델이 국가 니드를 반영하는지 여부와 지역 예산 총액(budget envelope)에 미치는 영향을 평가하기 위해 적어도 매 6년마다 새 모델을 재검토할 것을 권고함.

○ 회원국에게 추천하는 조치

- 회원국은 제69차 세계보건총회에 제출될, 결정문 EB137(7) 기반한, 운영 부문 1에 대해 제안된 모델을 검토 바람.

□ 지역총회 의제설정

○ 배경

- WHO 헌장(제48조와 49조)에 따라 지역총회는 총회별 의사(議事)규칙을 채택하고 지역의 구체적인 보건 욕구에 대응하기 위해 연간 정기 회합을 갖고 있음.
- 각 지역의 의사규칙은 의제안에 포함될 수 있는 의제항목을 열거하며 의제 설정 절차를 제시하고 있음(부록 4 참조).
- WHO의 지속적인 거버넌스 개혁의 일환으로 세계보건총회와 집행이사회는 지배기구와 그 종속기관들의 전략적 역할, 포괄성, 책임성, 투명성, 효율성의 강화를 논해 왔음.
- 2015년 1월 제136차 집행이사회에서 서태평양 회원국들은 지배기구회의에서의 의제

관리 개선 노력에 대한 지지를 표명했음.

- 회원국들은 새로운 의제 항목과 관련된 사무국의 경험에 대한 피드백을 구했으며 이로 인해 지역사무처는 보다 효과적인 의제설정 절차를 2015년 10월 제66차 지역총회의 승인을 위해 제안하게 됨.

○ 서태평양지역의 의제 구조와 유형

- 지역총회는 전통적으로 월요일에서 금요일까지 1주일 간 진행되었음.
- 지역총회는 주로 세 가지 범주로 나눌 수 있는 일곱 가지 유형의 의제를 다뤘음: 필수 의제; 회원국이나 사무국이 제안한 기술 의제, 고정 의제 (표 1 참조)

표. 의제의 기본 구조와 유형

의제 유형	의제 수	의제 성격	제안자	결의안
지역처장 보고	1	WHO 현장과 서태평양지역총회 의사규칙의 강제사항	사무국	없음
사업 예산	1 or 2	WHO 현장의 강제사항	사무국	있음
기술 의제	4 to 5	회원국의 요청이나 사무국의 제안. 주로 지역 프레임워크와 WHA 결의안과 연계됨.	회원국 과 사무국	있음
기술 패널	0 or 1	회원국이 제기하거나 지지하는 '지역에 매우 중요한 기술 의제'는 기술 패널을 포함할 수 있음.	회원국 과 사무국	있음
경과 보고	6 to 8 group into two	결의안 강제사항이나 보고 일정은 회원국과 사무국에 의해 제안될 수 있음.	회원국 과 사무국	없음
WHA/EB와의 업무조율	2 to 3	지배기구가 제안 (WHA와 EB)	회원국 과 사무국	있음
기타	고정된 의제	회의의 고정 요소: 임원 선출, 의장, 처장 연설, 다음 총회 일정 및 장소	사무국	일부 있음

- 본회의에 더불어 점심시간을 이용한 사이드 이벤트가 마련됨. 사이드 이벤트의 주제는 사무국이나 회원국이 제안하며 회의실 여부에 따라 최대 6개의 장소가 배분될 수 있음.
- 10월 지역총회가 끝나면 지역처장은 다음 해 의제안 개발 절차를 개시함.
- 지역처장은 회원국에 의견과 제안을 구하는 구술서(note verbale)와 함께 의제안(provisional agenda)을 제공함.
- 회원국은 제안서를 1개월 내에 제출해야 함.
- 이 과정 동안 지역처장은 의제안을 조정하기 위해 제안서를 제출한 회원국과 조율과정을 가짐.
- 끝으로 지역처장은 지역총회 의장과의 논의를 거쳐 최종 의제를 선택함.
- 의제는 세 가지 범주로 나뉜 기본 구조에서 충분히 수용될 수 있는 수준으로 그 수가 제한됨.

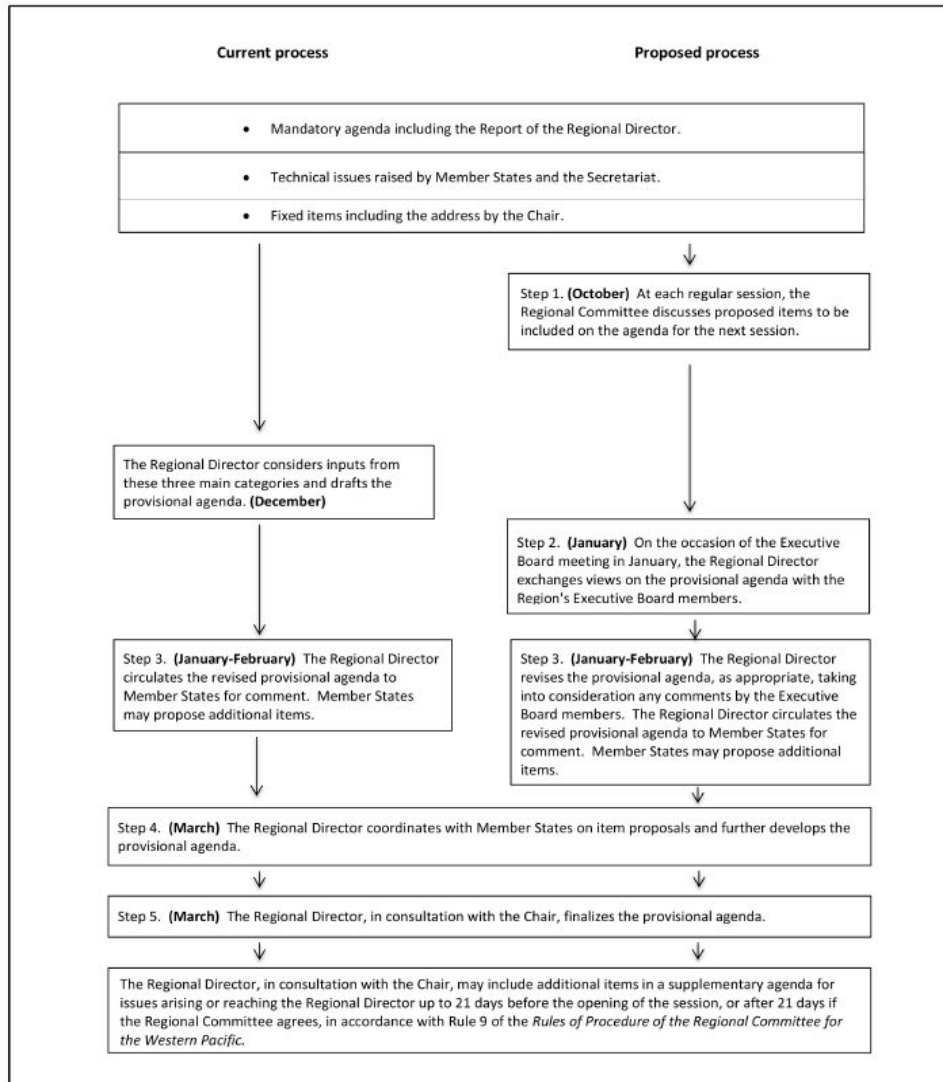
○ 다른 지역에서의 의제설정 관행

- 아프리카, 중동, 유럽, 동남아시아 지역총회의 의사규칙은 의제안에 포함해야 할 의제 조건에 있어서는 서태평양 지역의 것과 유사함.
- 미주 지역은 세계보건총회와 집행이사회가 규정한 의제를 제외하고는 다른 의제 조건을 갖고 있음(부록 4, 칼럼 2 참조).
- 의제설정 절차에 관해서는 모든 지역이 유사하지만 유럽과 미주 지역은 차이가 있음(부록4, 칼럼 3 참조).

○ 서태평양지역총회 의제설정 단계 및 일정 제안

- 보다 투명하고 효율적이며 회원국들의 요구를 잘 반영하는 의제설정 절차를 위한 일정과 단계:
- 1단계 (10월): 각 정기회합에서 지역총회는 다음 회합의 의제안에 포함될 제안의제들을 논함. 예) 2016년 제67차 회합에서 지역총회는 2017년 제68차 지역총회의 의제안에 대해 논하게 될 것임. 지역총회는 제안된 의제를 의제안에 포함할 것인지, 아니면 향후 재검토할 것인지 결정할 수 있음.
- 제2단계 (1월): 1월 집행이사회에서 지역처장은 지역의 집행이사회 이사들과 의제안에 대한 견해를 나눔.
- 제3단계 (1월-2월): 지역처장은 지역 집행이사회 이사들의 견해를 바탕으로 의제안을 필요 시 개정함. 지역처장은 추가 의견을 위해 개정된 의제안을 회원국에 회람함. 회원국들은 추가 의제를 제안할 수 있음.
- 제4단계 (3월): 지역처장은 제안 의제들에 대해 회원국과 조정 작업을 하며 의제안을 추가로 수정할 수 있음.
- 제5단계 (3월): 의장과의 논의를 통해 지역처장은 최종 의제안을 결정함.
- 지역처장은 서태평양지역총회 의사규칙 제9조에 따라 지역총회 개회 21일 전까지, 혹은 지역총회가 동의할 시에는 개회 전 21일이 지난 후에라도 추가 의제를 의제안에 포함할 수 있음.
- 아래 그림 1은 의제설정 절차의 현 단계 및 일정과 새 단계 및 일정을 비교하고 있음.

그림 . 의제설정 절차의 현 단계 및 일정과 새 단계 및 일정 비교



15. 인간생식의 연구, 개발 및 연구훈련: 정책조정위원회 회원

□ 주요 내용 요약

- 인간생식 연구, 개발 및 연구 훈련에 관한 특별 프로그램(HRP)는 생식보건연구에서의 국제적인 선두 역할을 담당해 세계적 규모의 연구 지원 및 조정, 문헌의 체계적 고찰을 통한 연구 통합, 저소득 국가의 연구역량 강화 및 계속 증가하는 연구정보를 효율적으로 사용하게 하는 전파도구를 개발함.
- 정책조정위원회(Policy Coordination Committee: PCC)는 HRP의 운영체로 HRP에 협력하는 당사국의 이해와 책임을 대변하고 HRP 액션 플랜, 예산, 장기적 전략계획 및 재정관련 사항 검토, 연간 재무상태 검토 및 기간별 중간보고, 그 외 기능을 검토함.
- 정책조정위원회는 총 34개국이 회원국으로 있으며 회원은 4가지 분과로 분류됨. 분과 2와

3에 속한 국가는 재선출이 가능함.

- 분과 1 : 지난 2년간 가장 많은 재정 기여를 한 회원국으로 11개국이 속함
- 분과 2 : 인구분포와 지역적 필요에 따라서 WHO 지역위원회에서 3년 임기로 선출된 14명의 회원국으로 구성됨. 회원국 선출시, 위원회는 국가정책과 프로그램에서 명시된 대로 HRP와 가족계획 분야에서 이해관계, 인간생식에서의 연구개발, 출산규제에서의 국가의 재정 및 기술 지원을 고려해야 함. 서태평양 지역에서는 3개국이 회원국이 될 수 있음.
- 분과 3 : 지역 위원회에서 (범주, 2에 속한 회원국을 제외한) 남아있는 국가에서 두 국가를 3년 임기로 선출함
- 분과 4 : HRP의 공동스폰서로 구성되었으며, 국제가족계획연맹 (International Planned Parenthood Federation), UN 에이즈 프로그램 (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS)이 상임회원으로 있음

○ 서태평양 지역이 분과 2 회원국 활동을 시작한 것은 1986년부터이며 2015년 현재 선출된 서태평양 지역 회원국은 다음과 같음

회원국	선출연도	임기연도
라오스	2012년	2013-2015
브루나이	2013년	2014-2016
대한민국	2014년	2015-2017

○ 라오스의 임기기간이 2015년 12월 31일자로 종료되어, 2016년 1월 1일자로 임기가 발효되는 새 회원국의 자리를 충원하기 위해, 서태평양지역위원회는 66차 총회에서 지역 내 회원국 중 1개국을 반드시 선출해야 하며 선출된 회원국은 2016년 1월 1일부터 2018년 12월 31일까지 3년 동안 임기를 수행해야 함.



제4장

OECD 보건위원회

제1절 제17차 보건위원회 주요 의제

제2절 제18차 보건위원회 주요 의제

제1절 제17차 보건위원회

1. 제17차 보건위원회 개요

□ 17차 회의 안건

- 국가별 보건의료 빅데이터 활용 촉진 배경과 방법
- 차세대: 불평등한 고령화 예방 방안
- 정신 건강과 근로: 고위 정책 포럼 보고 이후 권고사항 토의
- OECD 국가들에서 의료공급자 지불 개혁의 혁신
- 만성질환과 관련 위험요인의 노동시장 파급 효과
- 콜롬비아의 OECD 가입에 대한 토의
- 현안 보고서: 약제비 지출과 정책
- Health at a Glance 2015: 새로운 대시보드의 제안
- 보건장관회의: 안건 및 자료의 틀
- 현안 보고서: 2016년 6월 보고서의 안건 선택
- 기타 보건위원회 운영 관련
- 16차 회의록 승인

2. 최근 OECD 활동 보고(Stefano Scarpetta 고용노동사회국(ELS) 국장)

□ 사무국 보고

- 지난 6개월간 보건위원회 주요 활동 및 예산 현황 보고
- 보건 통계 발표
 - 경제위기 이후 보건지출에서 증가세가 감소하다가 2014년에 소폭 반등함. 경제위기 전 대비 지출감소에 대한 가장 큰 기여는 약제비 지출로 2009-2013 동안 OECD 평균 1.9% 감소하였음.
 - OECD Health Statistics와 Health at a Glance를 통해 갱신 통계가 발표됨.

- 예산: 자발적 기여금(VC) 현황(주요 활동의 50%이상이 자발적 기여금 기반)
 - 회의 참석 국가들 모두 기여금 납부했지만, 2015년 현재의 기여금 예산은 계획대비 1.6백만유로 부족
 - EU의 새로운 5개 기금(5 grants) 지원 결정
 - OECD 프로그램 수행 관련 NIH, 페루, 카자흐스탄의 VC 납부
- 보건위원회 2차 평가(1년간),
 - 캐나다, 필란드, 독일, 멕시코, 슬로바키아, 영국 대사로 구성된 평가위원회에 의해 수행. 2015년말 결과 보고 예정
 - 평가기준: relevance, effectiveness, efficiency
- Health Statistics 관련 활동
 - High-Level Reflection Group on Health Statistics
 - Recommendation of the Council on the use of sensitive Data on Health
 - 보건위원회와 디지털경제위원회의 공동 추진으로 의료 질 연구 및 모니터링 지원위한 개인 보건의료데이터의 사용 권고
- 공중보건에 대한 신규 작업 및 기타 활동
- 비만(OECD-WHO), 유해 음주(OECD-NIH) 정책에 대한 국제 협력 사업
- 의료 질 지표 : 2015년 5월 전문가 회의 결과
 - 병원 성과: 전체 시스템의 일부로서 질·비용·접근도 측면 고려한 평가
 - Health at a Glance 2015, Dementia Care, Appropriate Care 관련 지표 논의

○ 발간 활동

- OECD Health Quality Review: 호주, 영국
- OECD Health System Review: 일차의료와 케어코디네이션 향상을 위해
 - 2015년, 멕시코, 페루, 카자흐스탄에 대해 시행

○ 기타 협력 활동

- Health and health policy foresight in Europe 2025/2050
 - 유럽의 만성질환(NCD)관련 미래 질병부담 및 영향 추계
- Antimicrobial Resistance(AMR)에 대한 G7 보건장관 회의 지원
- OECD Joint Network on Fiscal Substantiality of Health care system
- 치매에 대한 국제 협력에서의 중심 역할 수행
 - WHO conference(제네바, '15.3)

□ 주요 논의 내용

- (의장) HCQI 전문가 그룹에서 결과 중심의 지표 개발을 요청하고, 환자 보고 질 지표 개발에서 표준화의 필요성을 제안하며 향후 시스템 발전의 중요 정보로 활용될 수 있다는 기대를 표명함. 이와 관련하여 데이터를 수집하는 방식을 이해하고 이를 발전시키기 위한 논의를 바탕으로 보건장관회의에서도 논의될 예정임을 밝힘.
- (캐나다) 재정지속가능성 공동위원회에 대한 향후 계획 질문.
- 사무국은 공동네트워크가 지속되어야 한다는 합의가 있지만, 특화된 주제와 예산에 대해서는 지속적인 논의가 필요하며, 내년에 회의 개최가 예정되어 있다고 답변함.
- (영국) 가치의료(value for money)에 대한 중요성을 강조하고 예산의 우선순위 설정에서 논의가 높아지길 바람.
- 사무국은 이에 동의하고 케어코디네이션, skill mix 등 관련 프로젝트의 진행이 지연되고 있지만 향후 진행될 계획임을 밝힘.
- (스위스) 치매 포럼과 관련하여, OECD 과학기술 파트와 1차 워크숍 시행 및 연구를 진행하고 있으며, 올 12월에 2차 워크숍 개최와 관련 지불상환 방식에 대한 논의 계획을 소개하고 관심을 요청함.

3. 국가별 보건의료 빅데이터 활용 촉진 배경과 방법

□ 사무국 보고

○ 빅데이터의 이해

- 과정, 사물, 사고에 대한 데이터화:
- 5V(volume, veracity, velocity, verity, value) 특성

○ 보건의료에서 빅데이터의 기회(opportunity)

- 임상 의사결정의 최적화, 효율성과 낭비 감소, 질병 발생 모니터링, 연구와 혁신 촉진

○ 장애와 과제

- 기타 산업에 비해 보건의료 분야에서의 활용 지연, 가치의 파악과 인식, 자율성과 개인정보 보호 및 보안 문제, 인프라와 기술, 재정적 자원

○ 사례연구

- Kaiser Permanente, Clalit Health Services, Hospitals analysing big data, FDA Mni-Sentinel Surveillance, IBM, UK care.data, Denmark and Finland

○ 주요 결과

- 빅데이터는 임상 지침과 임상 관리 및 예측의 조정 지원
- 고위험/비용 환자 관리 지원
- ICU와 ER은 빅데이터의 통찰을 보여주는 플랫폼
- 역학, 의약품, 기기의 흐름(stream) 모니터링 가능
- 인지 컴퓨팅과 임사의결정지원은 초기 단계이고 전망이 밝은 분야
- 등록 형태로 수집되는 데이터는 빅데이터 활용에 적합하게 재설계 필요

○ 사례연구를 통해 다음에 대한 정책적 고려 제안

- 전략적 기회(가치, 인식, 소통, 파트너십)
- 평가(데이터 구축 및 저장 정책, 이용가능성 등)
- 데이터 거버넌스와 국민 신뢰 구축(소통, 목적, opt out/in, 프라이버시 보호)
- 기술 인프라와 역량 구축(익명화, 저장, NLP, 분석)
- 재정적 지속가능성(자원, ROI 산업과 파트너십, 정부의 인센티브)

○ 토의 안건

- 보건의료에서 빅데이터 가능성에 대한 의견
- 장애 해소 방법에 대한 의견
- 보건에서 빅데이터 활용 잠재성을 증명하는 향후 프로젝트 및 사업에 대한 의견
- 산업영역의 개입 정도에 대한 의견

□ 주요 논의 내용

- (호주) 소비자와 시민의 측면에서 고려 강조. 기타영역에서 빅데이터 활용이 앞선 이유는 소비자가 편익을 알고 변화를 요구했기 때문이므로 시민의 참여를 강조함.
- (스위스) 혁신적 작업 결과와 진행을 지지하고 데이터의 생성과 활용에 대한 공개를 통해 국민의 신뢰 구축을 강조함. 질 평가 관련하여 다른 특성의 환자군 간의 비교를 위한 스위스의 환자데이터 비교가능성 향상 노력을 소개함.
- (미국) 구글 트렌드와 같이 데이터의 출처가 항상 연구기관이 아님을 제시함.
- (칠레) 빅데이터의 개념과 이해가 아직까지 어려운 기술 수준에 있으므로 이에 대한 이해를 높이는 것이 필요하고 빅데이터가 다른 환경을 갖는 보건의료시스템에서 어떻게 적용되고 활용될 수 있는지에 대한 실용적인 분석의 필요성을 제안함.
- (EU) 국가별 빅데이터 활용의 우수 사례 공유는 매우 유용한 정보이며, EU측면에서도 예

정된 관련 연구 계획을 소개함.

- (영국) 우수 사례를 공유하는 것은 가능성을 보여주는 좋은 정보이며, 역학 연구와 같은 공적 활용을 지지하고 빅데이터의 활용이 질을 높이고 비용을 감소하는 접근이 되도록 시범사업을 통한 평가가 필요함을 제안함.
- (아이슬란드) 국가 내에서 서로 다른 데이터베이스 시스템으로 인해 효과적인 활용이 요구되고 있음. 빅데이터 활용을 위해서는 프라이버시 이슈 및 데이터의 질에 대한 적절한 대응이 필요하므로 이와 관련된 권고 제안을 요청함.
- (벨지움) 빅데이터 활용 위해 어떤 정보가 활용되어 얼마나 가치가 확대되었는지에 대한 근거 구축을 위한 추가 작업이 필요함. 비용 부담과 민감정보 사용에 대한 분명한 비전 제시와 신뢰를 구축하는 것이 필요함을 강조함.
- (한국) 다양한 유형의 데이터 자산에도 불구하고 공공기관 간 데이터 오너십(ownership)과 강력한 프라이버시(privacy) 보호법에 의해 데이터 연계와 공유가 어렵다고 밝힘. 아울러, 복지부가 빅데이터 활용을 위한 국가계획 발표를 준비 중이며, 정부의 리더십이 매우 필요한 시기에 보고서는 유용한 정보를 제공하고 있다고 제시함.
- (이스라엘) 국가적으로 의료관리에서 혁신에 직면해있으며, 이를 위해서는 보다 정확한 근거가 필요함을 제안함.
- (일본) 올 10월부터 사회보장제도에서 개인별 식별 번호 시스템 시행, 정부와 보험자는 이 번호를 사용하지만 의료기관은 이 번호를 사용할 수 없음. 이는 의학연구를 촉진시킬 것으로 기대되고 있음. 허용된 경우 장기요양시설 같은 의료기관도 정보 공유가 가능함.
- (캐나다) 시스템 혁신을 위해 중요한 작업이며, 복지부 장관들의 인식 확대를 위한 교육을 제안하고 OECD가 작업을 지속할 것을 요청함.
- (독일) 데이터 프라이버시와 보안(security) 문제의 중요성을 지적하고 연구개발 영역에서 빅데이터 활용성과에 대한 보다 많은 근거 수집을 요청함.
- (콜롬비아) 데이터 수집에서 지역 간 차이 문제를 소개하고 지역 간 데이터 공유를 위한 시범사업 계획을 밝힘. 국민의 신뢰가 매우 중요하다고 생각하며, 데이터 관리와 공유에 대한 국가 간 정보 공유를 지지함.
- (멕시코) 빅데이터 활용에 대한 인식 확대의 필요성 차원에서 모든 데이터에 대한 공개와 참여 기회가 중요함을 강조함. 현재, 국내적으로 산업영역의 데이터 관리 등의 기술 분야에 대한 참여 문제가 논의되고 있음. 데이터 프라이버시 보호와 산업영역의 secondary role에 대한 고려를 제시함.
- (터키) 가정주치의간 환자 진료 데이터를 공유하는 시스템 사업의 시행을 소개함.
- (의장) Good Big Data에 대한 개념과 Electronic Patient Record의 필요성에 대한 질

의

- (사무국) 빅데이터는 정형데이터만 말하는 것은 아니며, 비정형데이터와 자연어 처리 등을 통한 다양한 형태의 데이터 결합이 필요함. 데이터에서 통찰을 얻기 위해서는 기술의 결합이 필요하며 데이터 관점보다 빅데이터 기술 관점에서 접근을 제안함.
- 데이터의 질, 다양한 형태의 데이터 결합, 빅데이터 기술은 과제이며, 프라이버시와 보안 문제는 장애임. 개인 보건의료 데이터는 매우 민감하며, 매우 복잡한 문제라 독자적으로 해결하기 어려우므로 국제적 협력과 공조가 필요함. 아울러, 법적인 문제로 인하여 여러 등록 데이터 연계가 어려운 문제들이 해결되어야 함을 강조함.
- 아울러, 보건의료시스템 관점에서 빅데이터의 보다 나은 활용을 논의해야 함을 제시함. 첫째, 프라이버시와 익명화에 대한 이슈가 많이 제기되고 있으며 이는 지속적으로 검토되어야 하는 문제이며, 거버넌스 이슈에 대해 권고가 있을 예정임.
- 향후의 일정은 두 가지 접근으로 진행됨. 첫째, 사례연구를 통해 일부 국가들의 경험에서 교훈을 공유하고 둘째, 생산함수에서 혁신을 유도하기 위해 모든 사용자와 참여자에 의해 이루어져야 하는 활동에 대한 체계적 설계 작업이 필요함.
- 보건의료시스템의 발전을 위해 데이터 활용은 지속적으로 논의 중이며, 데이터 기반 성장을 위해 경제 분과 위원회에서도 참여하여 공동 논의가 진행될 것임. 이러한 네트워크를 통해 통찰을 얻고 내년에 진행 결과를 공유할 것임.

4. 차세대: 불평등한 고령화 예방 방안- 프로젝트 진행 개요

□ 사무국 보고

○ OECD 국가에서 인구고령화와 소득 불평등은 두 개의 메가트렌드

- 고령화과정에서 소득 불평등 분포는 상당한 문제가 될 것이며, 이는 공적 재정압박을 심화시킬 것임.
- 빈곤계층이 의료에 대한 접근도가 상대적으로 떨어지고 장기 의료 비용을 감당하지 못하며, 취약계층이 조기사망하는 경향을 보임.

○ 프로젝트 개요

- 시계열적으로 연령 그룹간 불평등 분석을 결합한 코호트 기반 접근법
- 국가 내 평균수명에서 격차와 격차가 생애 소득 및 웰빙에 미치는 영향 분석
 - 여러 변수(노동시장 상태, 건강상태, 수입, 연금소득, 장기의료 접근, 사망) 간의 상호작용 분석
- 불평등한 노령화 예방 방법: 국가 사례 검토를 통한 통찰

□ 주요 논의 내용

- (OMS) WHO EURO는 원격지 거주 노인들에 대한 상대적 불평등을 주제로 올 10월 22일에 벨라로스 민스크에서 컨퍼런스를 개최할 예정임을 밝힘.
- (미국) WHO가 진행 중인 건강한 고령화 접근을 고려할 것을 제안함.
- (스위스) 국내적으로 의료와 장기요양 접근에 대한 관심이 높음을 표명함
- (이스라엘) 우리가 직면하고 있는 매우 중요한 문제이지만, 보건 문제인 동시에 보다 도덕적인 문제가 개입됨을 제시함. 다른 상황에서 국가별로 시행된 정책들을 모아서 전체적인 그림을 그리고 비용효과적인 정책 등에 대한 의미를 도출하는 것이 필요함.
- (이태리) 보건 관련에서는 데이터 활용이 가능하나 고령화와 불평등 관련해서는 취약함. 보고서는 고용, 환자, 고령화 등 여러 사회문제 간 관련성을 검토하는 새로운 접근이지만, 여러 부처를 초월한 실행 정책을 수행하기 어렵다는 우려를 표명함.
- (독일) 정책적 상호 작용을 위해 좋은 프로젝트이지만 여러 영역에서의 데이터 정보가 필요하기 때문에 실행 계획 수립이 어려울 것이라는 의문을 제기함.
- (영국) 매우 도전적인(ambitious) 프로젝트라고 생각하고 중요한 주제이지만, 실행하기 어려운 접근이라는 의견을 제시함.
- (프랑스) morbidity, capacity, risk factors 간의 관련성 분석을 제안함.
- (칠레) 라틴 아메리카는 고령화에 따른 연령그룹 간 불평등 문제에 관심 높음. 건강결과 는 보건보다 기타 영역에 의해 영향을 받을 수 있음. 여러 분야의 정책을 포함하는 통합적 모델에 대해 실현성에 대한 의문을 제기함.
- (호주) 국가마다 관련 환경이 다른 것을 고려할 필요가 있음을 제기하고 사회적 요인들의 고려를 제안함.
- (멕시코) 이 프로젝트에 대한 중요성 지지하고 빅데이터와 연계한 분석을 제안함.
- (페루) WHO 등에서 중요성을 지정한 주제로서 예방중심의 실행가능한 정책의 중요성을 강조함. 아울러, inequality보다 inequity가 적절하다는 제안을 함.
- (폴란드) 많은 회원국들이 고령화에 직면하고 있으며 적절한 정책 시행이 필요한 시점임. 연령과 사회적 특성에 따른 불평등 없이 접근가능한 공중보건 정책이 개발 중임을 밝히고 실행 전략 수립의 필요성을 강조함.
- (사무국) 제기된 우려를 고려하여 프로젝트의 성공을 위해 노력하겠다고 답변함. 관련 기타 위원회와 연계하여 진행하고(치매 위원회 등), 모든 국가들의 관점에서 비교 가능하도록 설계하겠다고 답변함. 아울러, 예방 정책의 중요성과 많은 데이터 필요성에 동의하며, 빅 데이터 연계 가능성도 고려하겠다고 답변함.

- 매우 도전적인(ambitious)인 과제라는 지적에 공감함. 매우 포괄적인 접근의 프로젝트이며, 연령그룹 간 불평등, 고령인구에서의 불평등 등 역동적인 관점에서 관련 사회적 중요 위험요인들을 고려하여 프로젝트가 진행될 것이며, 구체적인 action plan을 위해 정신건강 등 관련 위원회와 협력하여 진행하겠다고 밝힘.

5. 정신 건강과 근로: 고위 정책 포럼 이후 권고사항 토의

□ 사무국 보고

- 정신건강 관련 보건장관 및 정책결정자로 구성된 고위급 정책 회의 개최
 - 2015년 3월 4일, 네덜란드 정부 주최, 보건 및 고용 관료들 간 관심 공유, OECD 정책 제안을 위한 통합 보고서 발표 예정
- 주요 결정 사항
 - 정신건강에 대한 인식 확대와 교육 정책을 통한 청소년 지원
 - 고용 기반 정신건강시스템 개발
 - 근로환경 정책 개선
 - 정신질환자에 적합한 고용환경기반 정책 개발
- OECD council의 권고안 채택 제안
 - 통합정책, 관련 세 개 위원회가 제안하는 공동 권고
 - 법적 구속력은 없지만, 위원회를 통해 지속적인 모니터링 유도
- 안전
 - 권고안 제안에 대한 동의

□ 주요 논의 내용

- (스위스) 여러 분야 간 협력이 필요하며, 권고안 제안에 동의함. 단, 법적 구속력을 갖지 않도록 해야 하며, 국가별 상황에 맞게 수정되어 실행되어야 한다고 제시함.
- (헝가리) 헝가리의 정신건강수준은 좋지 않은 수준이지만 통합된 정책적 접근은 여전히 부족한 상황임. 원칙적으로 권고에 대해 동의하지만, 실행에 있어서 하나의 정답으로 고려되지 않도록 해야 한다고 강조함.
- (호주, 아이슬란드) 권고안을 지지함.
- (일본) 정신건강 이슈와 관련하여 경제에 대한 부정적 효과는 매우 의미 있는 결과이며 권고안 제안에 동의함.

- (노르웨이) 학령기 교육 강화에 대해 강조하고 권고안 제안에 동의함.
- (네덜란드), 보건부와 사회부 간 협력을 통해 정신 건강 관련 정책을 시행 중이며, 3가지 주요 전략 방향을 지지함. 권고안 제안에 대해 네덜란드 정부의 높은 관심을 표명함.
- (한국) 권고안에 대한 동의와 정신 건강에 대한 높은 정책 관심을 표명하고 그러나 작업장 환경에서 정책 시행이 쉽지 않으므로 제도적 지원이 필요함을 제안함.
- (아스라엘) 매우 중요한 이슈이며, 신체적 질환과 정신 건강영역 등 여러 영역 간 참여를 통해 정신건강서비스 개혁을 시작할 예정임을 밝힘.
- (프랑스) 권고안 제안에 반대함, 기타 보건 및 근로 서비스 시스템과 상호 연계되며, 실행 정책을 이러한 관계에 맞추어 설정하기 위한 논의가 필요함.
- (체코) 매우 중요한 이슈로서 체코 정부는 자체 정신질환 관리전략을 가지고 있으며, 전반적으로 성공적이지만 일부 영역(고용환경에서 정신건강 증진)에서는 개선이 필요한 것으로 평가되고 있음을 밝힘.
- (사무국) 문제의 해결을 위해 공동의 노력이 필요하며, 향후 관련 위원회에서 논의하고 제안된 의견을 고려하여 진행하겠다고 답변함.
- 통합 전략을 수립하는 접근 방식에 대해 논의가 필요함에 동의하고 권고안은 공통의 포괄적인 정책적 방향을 제시하는 것이므로 국가적으로 다른 환경과 정책 관점에 따라서 달리 적용될 수 있다고 밝힘. 다만, 권고안은 정책 수립의 기본 원칙으로써만 제시되는 것으로 기존에 성별 격차(gender disparity) 감소에 대한 국가 간 합의를 예시함.
- 정신건강에 대해서도 모든 회원국들이 중요성을 동감하고 정책 개발을 위해 협력하는 의 미임을 강조함.

6. OECD 국가들에서 의료공급자 지불 개혁의 혁신

□ 사무국 보고

○ 최근의 새로운 지불개혁 혁신 동향 보고

- 인구집단 기반 지불
- 만성질환 통합 지불: 모든 서비스에 대한 통합 지불
- 에피소드 기반 지불
- 케어코디네이션과 질 향상을 위한 부가 지불(기존 지불에 대한 추가 지불)

- 지불자와 의료공급자간 재정 위험은 반비례하여 지불자의 재정위험이 커질수록 의료공급자의 재정위험은 감소하는 관계를 보임.

○ 토의 안건

- 주요 결과와 결론에 대한 의견

□ 주요 논의 내용

- (네덜란드) 비용 효율성과 결과의 질을 동시에 고려하여 전국적으로 네트워크 활동을 촉진시키는데 중점을 두고 있음. 현재 전국적으로 확대되고 있으며, 전달체계 개혁은 범위가 확대되면서 경쟁과 관련되어 문제가 발생할 수 있음을 제시함.
- (영국) 많은 개혁사례를 가지고 있음을 밝히고 재정적 인센티브 뿐 아니라 명성 등 기타의 인센티브가 있음을 제시함. 보고서 결과는 국가적으로 활용하는데 있어서 좋은 지침이 될 것이라고 밝힘.
- (이태리) 질과 환자안전을 개선하기 위한 포괄적 접근이 필요함을 강조함. 2014년 질 기반 financing이 도입되었고 대부분 병원에 대해 DRG에 기반한 활동기준 예산제도가 시행되고 있음. 하지만, 질 기반 재정의 영역은 매우 작음. 아울러, 국가 질 지표 시스템을 갖추고 있고 과정, 결과, 환자경험 지표가 혼합되어 매년 지표가 갱신되고 있음을 밝힘. 이러한 프로그램은 risk reduction에 영향을 미치는 것으로 평가되고 있으며, 의료공급자에 대한 인센티브의 필요성을 제안하고 연도 말에 결과가 발표될 예정임을 밝힘.
- (이스라엘) 지불개혁에서 혁신은 필요한 기전임을 강조함. 8년간 많은 유형의 지불제도 개혁이 진행 중이며, 결과와 환자보고 경험에 기반 한 지불은 시스템에서 공급자 행태를 변화시키는 좋은 접근이며 재정적 도구를 사용하는 것은 매우 효과적이라고 제안함.
- (아이슬란드) 현재 일차의료와 병원의료에서 내년부터 지불 방식에서 변화를 시작할 것임을 밝히고 향후 OECD가 평가계획이 있는지 질문함.
- (이태리) 현재의 국가별 지불제도 현황과 개혁현황 결과는 매우 유용한 정보라고 지지함. 하지만, 내용이 기술적이고 새로운 지불방식에 대한 상대적 편익 비교는 부족함. 비용효과분석 관련된 주요 요소별로 비교분석 함으로써 국가별로 상황에 맞게 결과를 적용할 수 있기를 기대함.
- (한국) 한국의 P4P 프로그램 확대 현황을 소개하고 국가별 P4P 제도의 비교 표에서 한국 관련 일부 내용 수정을 요구함.
- (콜롬비아) 보건의료시스템의 효율성과 질 향상에 초점을 맞춘 지불개혁 방향을 지지함. 저소득 국가들은 보편적 의료보장에 관심을 가지고 있으므로 이러한 측면에서 재정적 인센티브를 통한 효율성과 질 향상의 필요성을 강조함.
- (체코) 지난해 DRG 시스템 도입이 성공적이지 못했기 때문에 체코에게 매우 중요한 안건임. 국가들의 개혁은 체코에게 좋은 정보를 제공할 것이며, 공급자의 질과 연계되도록

지불제도 개혁에 대해서는 이견이 없음. 지불개혁과 이노베이션의 연결이 필요하며 tele-medicine, 모바일·온라인 케어와 같은 의료제공방식의 혁신은 상당한 절감액을 가져올 것이며, 만성질환 관리의 효율성을 높일 것이므로 지불제도가 서비스를 제공하는 시스템과 연계되도록 해야 함을 강조함.

- (러시아) 일부의 결과는 최근의 경제위기의 영향일 수 있으며, 공급자들에게 가장 비용효과적인 지불방식에 대한 검토 결과가 필요함.
- (프랑스) 다른 지불방식의 특징, 제공 수준, 새로운 조직 형태에 따라 정리된 지불방식의 정보 제공이 유용함. P4P의 순수한 효과 분석에 대한 접근을 제안함.
- (호주) 2012년에 DRG 시스템을 기반으로 국가수준에서 가장 효율적인 병원을 선정함. 공공병원대상 성과 비교를 통해 비용 절감을 유도하고 있으며, 만성질환에 대한 통합지불제도가 도입되어 있음을 소개함. 이와 관련하여 국가적으로 표준화된 환자분류체계의 필요성을 강조함.
- (BIAC) 환자의 의료결과와 의료제공과정의 효율성을 높이는 지불개혁 주제를 환영함. 새로운 기술의 도입을 통한 직접 또는 간접 의료비용의 감소를 기대하며, 의료시스템에서 빅데이터를 포함하여 의료 질을 측정하는 보다 정교한 방식의 개발이 필요함을 제안함.
- (TUAC) 혁신적 지불개혁은 시스템 효율성과 질 향상을 유도하지만, 효율성에 대한 세부적인 정의와 관련 목적에 대한 명확한 성과 측정이 부족함을 지적하고 이해당사자 참여를 강조한 것에 대해 동의함. 이해당사자 참여에 대한 세부적인 방식에 대한 검토를 요청하고 높은 질의 의료 제공하도록 공급자 동기부여가 필요함을 강조함.
- (사무국) 세부적인 방식에 대한 검토 필요성에 대해 현재는 일부 국가사례만 제시한 것으로 향후 보다 세부적인 기술을 통해 보고서를 보완하겠다고 답변함. 하지만, P4P 성과를 순수하게 기타 제도효과에서 분리하여 평가하기 어렵다는 답변을 함.
- 아울러, 사무국은 선택적으로 사례가 선정됨으로써 다른 메커니즘과 연계하여 포괄적으로 검토되기 어려웠음을 동감하고 향후 보고서 초안에 대해 서면의견을 받는 기회를 갖기로 함.

7. 만성질환 및 관련 위험요인의 노동시장 파급 효과

□ 사무국 보고

○ 분석 틀 제시

- 만성질환 및 위험요인이 노동시장 성과에 부정적 효과를 미치고 결과적으로 경제적 손실

을 가져온다는 인과적 관련성 분석

- Longitudinal data를 기반으로 인과성 분석 시행

○ 노동시장 성과와 위험요인 및 만성질환의 관계 교차 테이블

		고용	임금	노동생산성	조기퇴직
위험 요인	비만	00	0	0	0◆
	흡연	00	0	0	00
	위해음주	man00, woman0◆	0◆	0◆	0◆
만성 질환	심혈관질환	00	0	0◆	0◆
	당뇨	0	00	0	0◆
	암	0◆			
	고혈압	0◆	0◆	0◆	
	관절염	0◆	0◆	0	

주) 00: negative impact, 0:limited evidence, ◆: mixed evidence

○ 정책적 함의

- 예방, 조기검진과 치료, 체계적 의료 제공(질병관리프로그램 등), 노동정책(조기 업무복귀위한)의 필요성 제기
- 예방은 보다 활동적인 작업장과 생산성 향상 유도 기대
- 학교기반, 대중매체, 음식광고, 재정적 정책 등이 비용대비 생산성 증가가 큼.

○ 토의안건

- 보고서 초안에 대한 의견, 국가별 성공사례, 향후 활동에 대한 의견 수렴

□ 주요 논의 내용

- (멕시코) 이 보고서는 멕시코 상황에 매우 필요한 보고서임. 비만, 유해 음주에 대한 국가적 관심이 높고 이를 해결하기 위한 정책 개발 토의가 진행되고 있음. 모든 정책에 대한 비용효과 분석이 유용하다고 강조함.
- (스위스) 만성질환에 대해 총 의료비의 80%가 지출되고 있음. 만성질환 대상 예방정책시행이 경제적 생산성 향상에 기여했다는 보고가 있음. 관련된 프로젝트가 지속되기를 바라며, 가구단위에서 만성질환 관리를 할 수 있는 접근 방식에 대한 논의의 필요성을 제안함.
- (UK) 직접적인 효과를 분석한 작업으로 인과적 관련성을 보여주는 유용한 정보라고 평가함.
- (칠레) 매우 중요한 작업이고 여러 영역 간 교차되는 이슈로서 현재의 인과적 흐름에 따른 일방향의 분석 뿐 아니라 반대 방향으로의 영향도 분석되길 바람.
- (EU) 인적자본 발전을 위한 주요 요소를 다루고 있는 중요한 작업결과라고 평가함.

- (호주) 인구의 절반 이상이 만성질환을 가지고 있는 상황에서 정부에게 매우 중요한 이슈이며, 정신건강과 같이 여러 영역과 관계된 정책 개발이 필요함을 제안함.
- (일본) 건강검진 등 피고용인 조기검진, 고용주에 대한 교육 의무 강화, 간접흡연 규제 등은 매우 필요한 정책적 접근이라고 지지함.
- (프랑스) 생활습관에서 개선이 건강결과 향상에 대한 영향, 특히 당뇨질환에 대한 검토 결과를 지지함.
- (캐나다) 시간에 따른 인구집단에서의 효과변화 분석을 제안함.
- (TUAC) 건강상태는 매우 중요한 결정요인으로 연구의 지속을 요청함. 연구는 단순히 생활습관과 만성질환에만 초점을 맞추고 있지만, 향후 작업 환경 등 기타의 기여를 고려해야 함을 제안함.
- (BIAC) 섹션 3에서 prevention program policy or prevention policy 등 용어 정리가 필요함을 지적하고 작업장에서 wellness 프로그램의 성과를 강조함. Johnson & Johnson 웰니스 프로그램의 성과를 소개하고 예방정책에 대한 그 밖의 사례들이 검토되고 비용대비 성과가 좋은 대책에 대한 정보 제공이 필요함을 제시함.
- (사무국) 인과성(causality) 분석에 대한 다양한 의견과 작업환경(working condition)에 대한 고려도 추가하겠다고 답변함. 아울러, 제시된 wellness 프로그램의 비용효과분석과 이와 연계하여 근로자간의 불평형성도 검토하겠다고 답변함.

8. 한눈에 보는 보건 2015: 새로운 대시보드의 제안

□ 사무국 보고

- Health at a Glance에서 개별 지표들을 요약해서 한눈에 볼 수 있도록 제시하는 방식으로 Dashboard와 Dartboard 방식 제시
- 토의 안건
 - 새로운 제시 방식과 포함될 지표의 선정 기준에 대한 의견

□ 주요 논의 내용

- (헝가리) 비교 분석 외에 트렌드 분석이 추가되기를 제안함.
- (한국) 대시보드를 통한 랭킹은 너무 직관적이어서 일부 국가가 잘못 평가될 수 있는 위험이 있을 수 있으며, 특히, 한자경험지표의 경우, 얼마나 많은 국가들이 표본의 대표성을 확보하고 비교가능할지 의문임을 제기함. 지표의 비교가능성에 대한 추가적인 검토 후에 진행할 것을 요청함.

- (벨지움) 새로운 제시 방식은 실재를 너무 단순화 시키는 위험이 있으므로 충분한 고려를 요청함.
- (아이슬란드) 새로운 방식을 찬성하며 특히, 의료자원에 대한 대시보드 필요성 강조함.
- (칠레) input에 비해 outcome에 대해 보다 지표 산출이 어려움을 지적하고 인구집단에 대해 형평성 지표 추가를 제안하였음. 지표 산출과 관련하여 복잡성이 높은 상황에서 직접 비교하는 랭킹보다는 타임 트렌드가 적절함을 제안함.
- (이태리) 다음 주 중으로 서면으로 의견서를 제출하겠음.
- (네덜란드) 랭킹보다는 벤치마킹을 기준으로 비교하는 것을 제안하고 정책적으로 매우 민감할 수 있음을 제기함.
- (독일) 이태리와 같이 일부 통계를 쉽게 보여주는 방식을 찾는 것은 환영함.
- (멕시코) 자국의 대시보드에 대한 경험을 공유함. 국가수준에서 정치적으로 유용한 방법이며, 지표 선정 기준은 매년 갱신되고 있다고 밝힘.
- (호주) 이러한 작업의 변화를 지지하지만, 어떤 지표들에 대해서는 랭킹 대시보드가 일부 국가들의 상황을 어렵게 할 수 있음.
- (OMG) 지표 선정 우선순위에서 의료 질 지표들은 효율성 측면에서 유용하고 다음으로 보건의료 지출 또는 자원 영역도 중요하다고 제시함.
- (영국) 랭킹이 많은 것을 의미하지 않음을 지적하고 단지 기존 지표들을 요약하는 차원에서 이해되어야 한다고 강조함.
- (사무국) 모든 지표별로 국가별 랭킹은 이미 제공되고 있으며 새로운 작업은 단지 summary일 뿐이라고 강조함. 7월 중순쯤 dashboard를 포함해서 초안에 대한 의견을 받을 예정이며, 11월경에 사전 발간물이 발표될 예정이라고 안내함.
- (의장) 대시보드에 대한 의견을 7월초까지 받고 피드백 하겠다는 답변을 함. 노인인구의 노동시장에서 만성질환의 영향에 대해서는 별도의 프로젝트(long-term care)에서 진행될 것임을 밝혔음.

9. 콜롬비아의 OECD 가입에 대한 토의

□ 사무국 보고

- 콜롬비아는 최근 수 년동안 보건위원회 활동 확대와 참석(2014년부터)을 하고 있고, 사무국은 2011년 이후 Ministry of Health and Social Projections(MSPS)와 소통하고 있음.
- 2012년 이후 minimum data set을 작성하여 제출하고 있으며, 올해 일부 의료 질 지표

및 지출 데이터를 제출했음.

- 콜롬비아는 자국민에 대한 건강보험 및 건강 서비스를 확대하고 있으나, 보건시스템의 성과향상을 위해 많은 해결과제 또한 갖고 있음

○ OECD 보건위원회 가입 논의를 위해 요구되었던 사안에 대한 콜롬비아의 발표가 있었으며, 이에 대한 평가 및 현 회원국의 보건시스템과 비교하여 상호 협력 가능성에 대한 논의 필요

- 헬스케어 니즈, 최근 보건시스템 개혁 및 상황
- 보건 시스템의 접근성과 질에 대한 평가
- 효율성과 지속가능성 (의약품 등의 HTA, 위험분담제 등)

□ 주요 논의 내용

- (멕시코) 콜롬비아의 효율적인 보건시스템 개혁과 보장성 달성 추진은 훌륭하며, 투명한 제도운영을 추진하는 등 상호 협력 할 수 있을 것으로 기대됨
- (네덜란드) UHC의 달성은 참으로 어려운 일인데, 이를 위한 공동의 협력방향 및 위험 대응 방안 등에 대해 질의. 콜롬비아와 협력할 수 있기를 희망함.
- (이스라엘) 비용효과적인 보건시스템 도입이 인상적이었음. 콜롬비아의 현안인 영아사망율 감소를 위한 계획은 무엇인지 질의.
- (미국) 의약품의 승인절차 규정은 매우 중요하며 이를 위해 과학적인 방법으로 진행되어야 하는데, 특히 바이오시밀러를 포함한 생물학적 제제 승인 절차의 간소화, 비교평가절차 등에 대한 우려 표명 및 평가방법에 대한 설명 요청.
- (독일) 의료 전문인력 부족에 대한 해결방안과 의약품 관리규정에 대한 설명 요청
- (칠레) 특히 예방의료를 포함한 일차의료 정책 강화방안 및 의약품의 단일보험 추진체계 하에서 위험 대응 방안과 공급자와의 관계에 대해 질의
- (노르웨이) 의료전문인력의 확보가 가장 큰 문제로 보이며, 콜롬비아에서의 전문인력 포함 범위(치과의사, 간호사 등)와 전문교육 등에 대해 질의
- (콜롬비아 답변) 생물학적 제제 관련 규정(규정 73)을 정하여 네거티브 리스트로 운영하고 있으며, 식약처 등 전문가들이 참여하여 근거에 기반한 과학적 방법으로 평가하고 있음. 의약품관련 주요 내용은 접근성, 가격결정 및 관리, 경제성평가임. 가격 결정은 15개국의 의약품 가격참조로 결정되며, 그 결과를 홈페이지 등에 공개하고 있음.
- 공공병원의 재정건전성은 질의 한 대로 매우 어렵고 복잡한 문제이나, 실소요비용 관리 등 효율성을 기할려고 함.
- 일차의료의 중심은 공공병원이지만, 효율성을 높이기 위해 민간병원과의 도움체계 속에

서 운영하고 있음. 국민의료의 전체적인 보장성은 많이 높아졌지만, 산간고립지역 주민의 영아사망률은 4배로 문제가 있어 이에 대한 정책이 요구됨

- 일차의료의 문제해결을 위해, 1) 가정의, 가정간호사 등 활용 2) 네트워크 구축 연계(공공-민간, 산간고립지역에 신의료기술 전파 등) 3) 의료 전문의 양성을 위한 교육강화 노력을 기울일 것임
- (사무국) 회원국 질문에 대한 성실한 답변에 감사함. 유용한 의약품 가격관리를 시행하고 있으며, 미충족 의료 해결을 위해 계속적으로 보건의료 시스템 개선노력이 이루어질 것으로 생각됨
- (의장) 공식의견 채택
- 보건위원회의 일반적 의견은 사무국이 제안한 바와 같이 콜롬비아의 보건의료시스템 향상 노력을 고려 할 때, 콜롬비아의 OECD 참여에 대해 긍정적인 의견임. 이후 절차는 각 회원국이 제기한 세부 내용에 대해 콜롬비아에 전달하여 답변을 받고, 이에 대해 사무국에서 초안을 작성하여 전달 할 예정임.

10. 현안 보고서 - 약제비 지출과 정책: 그간의 추세와 향후 과제

□ 사무국 보고

- 2000년대 중반 이전에는 약제비가 계속 증가하였으나 세계 경제위기 이후로는 증가 속도가 느려지고 있으며, 이는 공공비용 축소와 비용절감 정책 영향 때문임
 - 가격 인하정책(OECD 국가의 최소 2/3 시행), 위험분담제 (Cost-sharing requirement), 급여 결정에 HTA와 관리도입규약(Managed entry agreement) 활용, 제네릭 사용정책 강화 등
- 인구학적, 역학적 변화로 인한 보건의료의 수요 증가 뿐만 아니라 진료지침 등 임상 현장(clinical practice)의 변화도 의약품 소비에 기여함
- 신약 또는 새로운 적응증을 확대한 의약품은 이전의 미충족 요구 또는 치료 옵션을 증가시키며 약품비 지출에 큰 영향을 미치고 있음. 그러나, 꼭 필요한 약이 개발되는 것도 아니고 고가의 약이 그 만큼의 가치를 갖는 것도 아니어서 이에 대한 평가 등 관리정책이 필요함
- 토의안건
 - 고가약 진입과 시장확대에 대한 각 나라의 정책 공유
 - 향후 추진 :1) health working paper, 2) thematic chapter in health at a glance

□ 주요 논의 내용

- (스위스) 약제비를 OECD 평균이하로 낮추기 위해 노력 중이며, 특히 항암제, 면역제제, 생물학적제제가 고가의약품의 20% 이상을 차지하고 있음. 경제성 평가 등 HTA를 통해 문제를 해결하고자 하며 specialty drug에 대한 자세한 사항은 서면 제출하겠음.
- (노르웨이) 문제해결을 위해 협상제도를 도입했으나 어려운 문제임, 제 외국 가격 비교 및 생물학적 제제나 시밀러에 대한 평가방안을 개발 중임
- (칠레) 고가약제로 인한 재정보호 및 개인부담 문제는 매우 중요한 사안으로 시기적절한 주제였음. HTA는 해당 국가가 아닌 라틴 아메리카라는 리전의 문제로 접근해야 하며 상호 인정 및 공유외에 구매력을 높이기 위한 협력적 접근이 필요함.
- (OMS) 매우 유용하고 훌륭한 보고서에 감사함. WHO에서도 의약품 관련한 두 가지 (priority medicines for europe and the world 2014 / 유럽에서의 신약 접근성, 평가방안 및 정책에 대한 도전과 협력) 보고서를 준비하고 있어 OECD와 효과적으로 협력할 수 있을 것으로 생각됨
- (캐나다) 매우 의미있고 시기적절한 주제로 워크샵까지 연결하여 논의할 수 있게 해준 OECD에 감사함. 오늘 연간비용 500,000\$인 ‘솔라리스’약제의 가격결정 뉴스를 접하며 두 가지를 이야기 하고자함. 첫째, 약가협상의 모순과 둘째, 콜럼비아 이슈에서처럼 국가간 의약품 교역이라는 매우 복잡하고 어려운 문제를 HTA공유를 통해 OECD가 어떻게 현명하게 풀어낼지에 관한 것임
- (벨기에) 매우 정치적이고 실질적인 문제로 절차의 투명성 확보가 중요함
- (호주) 호주는 의약품에 대해 단일구매자이기 때문에 협상이 가능한 구조로, 다른 국가의 경우 pricing-purchasing의 연결 고민이 필요함. 신약에 대해 경제성 평가, 위험분담제, 평가결과에 따른 참조가격제 등을 시행하고 있으며, 최근에는 중국 등 제네릭에 대한 평가강화도 주요 트렌드임
- (한국) 경제성평가, 기등재약의 약가인하 등에 따른 약품비 절감정책과 함께 항암제 등 임상적 필요에 대한 보장성/접근성을 확보하기 위한 위험분담제도 등을 소개. 향후 장기적인 안목에서의 RWD(real world data)를 이용한 고가약제의 재평가 등 사후관리강화, 가격외에 전체적인 보건의료시스템 체계안에서의 정책 등에 대해서 제안함
- (일본) 그동안 의약품의 효과와 안전성에 초점이 맞추어져있었지만, 신약에 대한 평가방안 (경제성평가 등 2012년 이후) 도입
- (그리스) 국제적인 협력이 매우 중요하며 R&D가 결국은 최종 가격과 연관이 되기 때문에 구조적 접근이 필요함
- (이스라엘) C형 간염치료제 ‘소발디’의 효과평가는 비록 용이하지만, 그 고비용을 감당하여 지불 할 수 있는 국가는 많지 않음. 여러 복합적인 문제로서 신약/신의료기술 개발과

정책이 단순 임상적 필요뿐 아니라 전체 사회적 입장에서 접근해야 함.

- (이태리) 신약개발시의 데이터와 실제 임상사용 이후의 결과에 대해 비교하는 모니터링을 강화하고 있음
- (사무국) ‘약제비 지출과 정책’에 대해 회원국들 모두 어려운 문제이나 도전으로 여기고, 해법을 찾고자 노력하고 있음
- 신약비용 예측은 점점 어려워지고 있으며, 가치평가에 따라 가격을 정하고 위험분담제를 시행하더라도 복합적 문제가 여전히 상존하고 있음. 따라서, 신약 개발의지를 저지하지 않으면서도, 제대로 전달될 수 있는 대체 지불방법의 개발이 필요함
- 내년 1월에 산업계를 포함한 관련 전문가들과 참여 희망 회원국이 혁신적 신약에 대한 대체 지불방법을 연구하고 내용적 틀을 잡는 비공개 브레인스토밍 개최를 제안하며, 이에 대한 많은 관심과 호응을 부탁함. 브레인스토밍 결과는 내년 보건위원회에서 논의된 후 보건장관회의 의제로 제출 될 것임.

11. 보건장관회의: 안전 및 자료의 틀

□ 사무국 보고

○ 토의 내용

- 2017. 1. 17 의 보건장관회의 개최 일정에 대한 의견
 - 2015년 말까지 officers 지정
- 회의 아젠다 (고위급 포럼 포함) 의견 및 확정
- 안전논의를 위한 회의자료와 결과물 (2개 보고서)에 대한 의견 및 사무국 위임
 - Improving high-value care through reduced waste / New technologies

< 보건장관회의 아젠다(안) >

주제: The Next Generation of Health Reforms	
세션 1	낭비 및 부적절 진료 방지를 고가치 의료 실현
오찬 논의	(현안 과제 채택 예정)
세션 2 (3개팀으로 논의)	보건의료 기술 관리 방안 1) 고비용 치료 및 개인맞춤형 의약품 2) 기술 혁신 및 디지털 건강 도입에 따른 보건의료 종사자 역할 및 위치 3) 혁신을 도모하고 효과적이고 안전한 치료를 위한 데이터 활용

* 고위급 포럼은 장관회의 이전, '증가하는 만성질환에 대비하기 위한 보건의료 시스템 재정립'(Rethinking Health Systems in the Face of Growing Chronic Condition)에 대해 개최

□ 주요 논의 내용

- (캐나다) 세션1 주제는 관심있게 참여할 수 있는 주제이나, 세션2(신의료기술)는 분임토의 형식으로 장관이 독립적으로 수행하기는 어려움이 있을 것으로 보임. 사건으로 사회적 주제가 보건장관회의에 더 적합할 것으로 보임.
- (노르웨이) 캐나다 의견이 이해는 되나, 세션2 주제 또한 중요한 것으로 좋은 기회가 될 것으로 생각됨
- (이태리) 일정에 동의함. 아젠다에 대해 사전논의 결과 세션1의 주제에 대해서는 부정적이었음. 질병관련 주제나 보건정보 활용 및 인프라 구축 등을 주제로 제안함.
- (스위스) WHO 일정을 고려해주기 바람. 효율성 관련 거버넌스에 대해 집중해주길 바람. 거버넌스가 보건개혁에 대해서 해야 할 역할은 무엇인지, 가이드라인 발간 등 각 국가의 보건부 장관간 논의/협의를 통해 할 수 있는 것이 무엇인지 등임
- (영국) 스위스와 다르게 부정적이지 않으며, 적절하고 포괄적인 주제라고 생각함. 세션2의 보고서 방향은 우리는 신의료기술에 어떻게 대응할 것인가? 우리가 원하는 혁신개발의 방향은 무엇인가? 그 정책은 어떤 영향을 미칠 것인가? 등이 될 것임
- (프랑스) 전체적인 아젠다에 동의하며, 항생제 내성관련 주제는 매우 흥미로움. 관련하여 보건통계 보고서 발간예정임
- (일본) 회의일정에 동의함. 세션1에서는 고령화사회에 직면한 주제인 ‘진료공조체제, 환자중심, 통합 방법 파악’, 세션2에서는 ‘고비용 치료 및 개인맞춤형 의약품’에 관심이 있음. 보건통계에 대한 전문가 그룹 논의 참여는 추후에 최종의견 내겠음.
- (네덜란드) 세션1 주제인 ‘부적절 진료 및 의료사고 감소’에 대해 관심이 많으며, 오찬주제는 식사와 함께 이야기 할 수 있는 가벼운 주제가 바람직함.
- (독일) 전체적으로 동의하며, ‘부적절 진료 및 의료사고 감소’에 대해 관심이 많고 매우 유용할 것으로 생각됨
- (멕시코) 전체적으로 동의하며, 특히 세션 2의 ‘고비용 치료 및 개인맞춤형 의약품’에 대해 관심이 많음
- (헝가리) 전체적으로 동의하며, 오찬주제는 만성질환 주제가 좋을 것임
- (사무국) 일정은 전체적으로 동의하였음. 세션1 주제에서는 전체적으로 동의한 ‘부적절 진료 및 의료사고 감소’에 대해 긍정적 표현인 ‘양질의 진료 장려방안(how to encourage the high-value care)’으로 바꾸어보겠음. 세션2의 분임토의는 관심주제에 대한 각 보건장관들의 적절한 안배와 해당 인원의 장소확보가 중요한데, 중간에 주제 변경요청 등 여러 상황을 고려하여 2가지 주제의 분임으로 진행하도록 하겠음. 고위급

포럼은 ‘의료의 질’에 관한 주제가 될 것임.

- (의장) 영어구사 능력과 상관없이 장관들이 편안하게 참석하는 자리이길 희망하며, 고위급 포럼에도 장관참여를 독려함,

12. 현안 보고서: 2016년 6월 보고서의 안건 선택

□ 사무국 보고

○ 다음 현안 보고서 7개 후보주제에 대해 의견 제출

- A. The potential impact of wellness incentives and cost-sharing: 웰니스 인센티브 및 비용 분담의 잠재적 영향
- B. Over the counter/behind the counter drugs: 일반의약품
- C. In-patient rehabilitative services: 입원 완화의료 서비스
- D. How has the market of private health insurance evolved? 어떻게 민간의료보험(private health insurance)시장이 진화하였는가?
- E. Population based arrangements for primary care practice: 일차의료를 위한 인구 할당
- F. Temporary and agency staff: 임시직 및 용역회사소속 지원인력
- G. Palliative care 고식적 치료

□ 주요 논의 내용

- 회원국마다 각 2개 이내의 선호주제를 표명하였고, 현안보고서로 14개국에서 의견제출한 주제 ‘Population based arrangements for primary care practice (일차의료를 위한 인구 할당)’이 선정되었음

제2절 제18차 보건위원회

1. 제18차 보건위원회 개요

□ 18차 회의 안건

- 보건통계에 대한 High-Level Reflection Group의 결론 초안 검토
- Council 권고안 검토(보건데이터 거버넌스, 정신건강·기술·근로 통합정책)
- 이탈리아 보건부 장관, 고령화와 건강관련 최근 이슈와 과제 발표
- OECD 국가들에서 급여 범위 결정 방식에 대한 결과 보고
- 포괄적 성장과 건강에 대한 중간 보고
- 라트비아의 OECD 가입(비공개 세션)
- 국제관계전략(비공개 세션)
- 2017-18 사업 및 예산 계획 보고
- 현안 보고서: OECD 국가에서 시간 외 일차의료 제공 조직
- 보건장관회의: 조직과 안전 갱신
- 2016년 11월의 현안보고서 주제 선택
- 2016년 의장단(Bureau) 선출
- 17차 회의록 승인

2. 최근 OECD 활동 보고(Stefano Scarpetta, 고용노동사회국(ELS) 국장)

- 출판물 최근 실적과 향후 일정과 그간의 OECD 작업 결과의 대외적 활용 확대, 예산 확보 실적 등에 활동 보고가 있었음.
 - OECD Health at a Glance의 미디어 보고 및 대외적 활용 확대
 - 기타 많은 국가들의 시스템 리뷰 참여 등 OECD 작업에 대한 회원국의 참여와 국제적 영향력 확대
 - G7 회의, UK주최 환자안전에 대한 고위급 회담에서 OECD 역할, 여러 국가 공동으로 관여되는 Generation Next 과제 진행
 - 의료 질 지표 영역 및 적용의 확대(Hospital performance, Patient safety, Asia-pacific region)
 - OECD Health System Review(국가별 의료 질 검토, 보건의료 시스템 성과 검토, 가입 신청국가에 대한 시스템 검토) 확대

- 공중보건(Public Health)관련 비만과 음주에 대한 프로젝트 진행

3. 보건통계에 대한 High-Level Reflection Group의 결론 초안 검토

○ 사무국, 보건통계에 대한 High-Level Reflection Group의 결론 보고

- 보건의료시스템이 생산하는 데이터가 투입과 활동에 집중되어 있고 환자 경험 또는 의료 결과에 대한 정보가 거의 없음.
- OECD가 환자 의료결과에 대한 국제적 비교평가 도구의 강화와 실행을 위해 자문을 받고자 개최된 High-Level Reflection Group on Health Statistics(2015.5.4., 2015.9.21.)에서 결정된 권 내용 보고
 - 보다 표준화되고 유효한 형태의 PREMs 설문조사를 시행할 것: ① 환자 안전 및 진료 공조(co-ordination)에 관한 지표 개발 ② 응급 진료, 만성 질환, 장기 케어, 완화 케어, 비공식 케어 부문 등으로 조사 영역 확대
 - 보다 표준화되고 유효한 형태의 PROMs 설문조사를 시행할 것: ① 일반적 질문부터, 환자 질환별 조건특성에 부합하는 세부질문까지 포괄 ② hip and knee surgery 환자들의 시술 전/후 설문조사부터 시작하여, EQ-5D뿐만 아니라 조건 특성적인 Oxford Hip Score 및 Knee Score 등의 측정기법도 포함하여 가장 최적의 설문조사를 고안 ③ 이후 특히 진료영역 내 공조가 중요한 만성환자에 관한 중단연구 필요; 이미 기법이 많이 개발되어 있는 암 영역부터 시작해볼 수 있을 것이며 이후 영역을 확대 가능
 - PREMs 및 PROMs을 전자 보건 소프트웨어 및 다른 데이터 소스 내 반영하기 위해 필요한 기술적 지원을 제공할 것: ① OECD는 계속해서 위의 조사기법들이 전자 보건 소프트웨어와 태블릿, 레지스트리 등으로 구현될 수 있도록 그 발전을 모니터링할 것 ② OECD는 각 국가 내에서 현존하는 정보 인프라 안에서 가장 효과적으로 위의 조사기법들의 정보 수집이 가능할 수 있도록 전문가 집단과 컨설팅을 수행할 것

□ 주요 토의 내용 및 결과

- 대부분의 국가들이 환자경험지표 개발의 필요성과 중요성에 대해 동의 하였으나, 일부 국가들은 국제 비교 지표로서 한계를 극복하기 위해 표준화와 타당성검증 노력이 필요하다는 의견 제시
- 이탈리아, 중요한 데이터 수집 전략이 필요하며, 데이터 수집 및 운영을 위한 재정적 고려도 필요
- 스위스, 2020년까지 전략 추진과 National Survey System 운영을 유용한 접근으로 소

개

- 덴마크, 더 많은 정보의 필요성은 동의하지만 새로운 지표에 대한 타당성 검증 필요성 강조.
- 호주, 표준화되고 타당성이 검증된 지표의 개발이 필요하며, 활용에 있어서 knowledge gap(gap)을 극복하기 위한 인식확대와 학습 필요성 강조
- 핀란드, 방향성에 동의. 의료 질 향상을 위해 포괄적 환자 경로 지표 개발을 논의 중이며, 사용가능성 및 확장성에 대한 고민 필요
- 독일, 환자경험지표는 매우 유용한 지표로서 정교화 노력 필요. 환자경험지표의 주관성과 문화적 차이에 따른 해석의 필요성 제시
- 노르웨이, 표준화되고 타당성 있는 지표 사용의 필요성 강조. 일차의료에서 관련 지표를 사용하고 있는 현황 소개
- 스웨덴, 지표의 활용성에 대한 동의. 다만, 국제적 비교에서 상황적, 문화적 차이를 고려하기 위한 검토 필요
- 한국, 사업 진행 지지. 10개 의료기관(상급종합 7개, 종합병원 3개)의 입원 경험 환자를 대상으로 전화조사 방식으로 지표를 검토하고 있음을 소개
- 일본, 국가별로 보건의료 시스템의 보장성 등 특성의 차이에 따라 지표가 영향을 받을 수 있음. 이에 대한 고려 필요성 제안
- 프랑스, 데이터 수집을 위한 웹기반 플랫폼 운영 제안. 국가적으로 질 향상 추이를 점검하는 활용성 동의, 국제 비교를 위한 활용에 대해서는 고민 필요
- 멕시코, 보건시스템에 대한 반응성을 평가하는 지표로서 의미 강조. 다만, 국제적 비교 가능성과 구체적으로 타겟팅해야 하는 분야에 대한 검토 필요, 시범연구(pilot study)를 통한 검토 제안
- 캐나다와 미국은 기존 지표 중심의 비교를 제안했으며, 미국은 환자경험지표 사용에 대한 장기 전략 추진 제안
- 칠레, 사업 진행지지, 국제적 비교를 위해 국가적 상황을 반영하는 더 많은 토의와 노력 필요 제안
- 사무국은 HCQI 그룹 작업과 관련성을 갖고, 국제 비교를 위해 표준화되고 타당성이 검증된 지표의 사용, 플랫폼 운영, 관련 비용 등 실행가능성(feasibility), 유용성(usability) 등 등 제기된 의견을 검토할 것이며, 관련하여 자문 그룹의 운영과 보건장관 회의 전에 수정된 원고에 대한 의견 수렴 과정을 갖기로 함.

4. Council 권고안 검토

□ 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 권고안 검토

○ 사무국, OECD 보건위원회와 디지털경제정책위원회가 공동으로 개발한 보건의료데이터 거버넌스에 대한 Council의 권고안에 대한 경과 보고

○ 권고안 방향

- ① Part A: 개인의 기본 권리와 자유 존중
- 보건의료데이터 수집, 가공, 사용에 있어서, 프라이버시, 데이터 보호, 건강권 보호를 위한 데이터 공유 관련 개인의 기본 권리와 자유 존중. 통계 및 연구목적에 사용 여부를 선택하는 메커니즘 필요
- ② Part B: 윤리적이고 합리적인 거버넌스 이행

○ 2가지 고위(high-level) 테마

- ① 제기되는 문제와 적절히 비례하는 보건의료데이터 거버넌스 프레임워크에 따라 보건의료데이터 사용
- ② 보건의료데이터 거버넌스 프레임워크는 적절한 위험관리 규약 포함
- 보건 거버넌스 프레임워크는 최신 보건 및 기술 발전에서 사회가 이익을 얻는 것을 보장하며, 데이터 사용 관련 개인의 권리와 합리적 기대 존중
- ③ Part C: 데이터 수집, 가공, 사용 관련 안전 및 위험 관리 보장
- 데이터 수집, 가공, 사용 과정에서 안전 및 위험관리의 일반 원칙 제공
- 위험 관리는 기관(organization)이 목적 달성 과정에서 불확실성을 관리하는 것이 주요 목적임. 데이터 품질, 진실성, 유효성, 효용성, 비밀유지 등의 모니터링 및 향상을 위한 체계적 활동

□ 주요 토의 내용 및 결과

- 대부분의 국가들이 권고안의 방향성에 대해 지지하였으며, 국가별 의료정보시스템 인프라 구축 요소로서 유용성 강조, 국민의 신뢰를 얻기 위한 투명성 원칙 준수를 강조함.
- 사무국, 2016년 1월까지 서면의견을 반영하여 2016년 보건위원회 검토를 요청하기로 함.

□ 통합적 정신건강 기술·근로·정책에 대한 권고안 검토

□ 사무국 보고

- 정신건강 문제를 갖는 이들에 대한 교육, 건강 및 고용 결과 향상을 위한 통합적 전략으로서 그동안 논의를 반영한 4차 개정안에 대한 검토 요청

□ 주요 토의 내용 및 결과

- 대부분의 국가들이 유용한 정책 방향성의 제시한다고 평가
- 프랑스, 데이터 이용가능성, 모니터링 역량 등 모두 필요한 과제로서, 모든 요소를 고려하는 통합적 프로젝트 필요성 강조
- 그리스, 결과 활용에 대한 기대 표명, 매우 복잡한 이슈로 보건 뿐 아니라 여러 부처 간 관련된 이슈로 정책 방향 제시의 의미지지
- 사무국, 관련 4개 위원회의 의견 수렴을 통해 수정 과정을 진행하고 주요 의견을 반영하여 2016년 보건위원회 검토를 요청하기로 함.

5. 이탈리아, 고령화와 건강관련 최근 보건이슈와 과제

○ 이탈리아 장관 Beatrice Lorenzin, 고령화와 건강관련 최근 보건이슈와 과제에 대한 발표

- 전국민 의료보장, 총량적 의료비 지출 증가 통제, 일부본인부담제도 운영
- 가이드라인 개발 및 지불제도 개편, 새로운 기술의 도입에 따른 의료 보장 범위 확대
- 지역단위로 예방접종, 기본 수준 의료 범위 결정, 2000 개혁 이후 지방분권화 추진, 지역적 예산 제약에 따라 필요한 의료 제공되지 않는 경우를 예방하기 위하여 중앙에서 감사와 모니터링 실시
- 인구고령화에 대비한 시스템 개혁 진행
- 일부 암 질환에 대해 맞춤형 치료를 위한 신약 보장 계획과 모든 시민들에게 차별 없는 접근도 보장
- 지출 관리를 위해 고령화에 대비한 구조변화를 10년부터 진행해왔으며, 예방이 치료보다 낫다는 슬로건을 통해 건강한 행태를 유도하는 정책을 시행하고 지역사회 기반으로 GP를 통한 의료전달체계 운영
- 치료 순응도와 예방 정책의 조화와 형평한 접근 보장을 추구하고 지출총액에 Cap을 둔 제한된 예산 하에서 관련 중앙정부와 지역정부가 협력
- 중앙에서 대시보드 관리, 지방에서 중앙에 정보를 보내고 개인 단위에서 정보가 연계되어 연결된 데이터에 기초한 평가 가능
- 영역 간 분절을 없애고 환자와 병원단위에서 측정 및 관리 시스템을 운영함으로써 높은

수준의 맞춤형 정책 유도.. 성과가 높은 영역에서의 발생한 절감액을 낮은 영역에 재투자함으로써 보다 혁신적인 연구 투자 확대

- 고가약 선택을 제한하는 법 제정을 통해 추가적인 절감 기대
- 개혁의 궁극적인 목적은 보다 효율적, 생산적, 효과적인 시스템을 구축하는 것이며 투명한 방식의 접근 필요
- 만성질환에 대한 예방적 의료, 의료와 사회적 돌봄과 연계, 여성과 연령 기반의 검진 전략, 복합 질환자 또는 장애인에 대한 정책 추진, 지역사회 기반 복지 시스템 구축, 인간 존중 의료를 장려하는 재가의료, 완화의료 정책 추진
- OECD 작업과 국제적 비교 지표는 매우 유용하며, 다른 국가들의 경험에서 얻는 교훈과 OECD가 제시하는 정책적 가이드라인이 유용함. 목적 달성을 위한 최선의 방식 선택에 있어 OECD와 협업 필요성 강조

□ 주요 질의응답

- 이탈리아의 개혁 사례에 대해 많은 국가들이 모범적 사례로서 평가했으며, 관련하여 개혁을 추진하는 중앙과 지역 또는 보건부와 의료단체간 파트너십, 전략적 특징 등에 대한 질의응답과 커멘트가 있었음.
- 영국, 중앙에서 효율적으로 시스템을 관리하는 것과 지역수준에서 사람들의 반응성을 높이는 것이 충돌할 수 있음. 중앙에서 모니터링하는 것의 중요성을 강조하며 이에 대한 이탈리아의 경험과 의견 요청
- 이탈리아, 중앙집권화된 정책을 로컬 레벨에서 실현할 때 이에 대한 반응성측정이 필요하며, 모든 비용 관련 결과가 검토되고 있다고 답변하고 세부 정책 안내
- 75세 이상 인구집단을 타겟팅하고 있으며, 자발적 참여기반 의료제공네트워크 구성, 원격지 의료 접근도 위한 헬리콥터 이송, 텔레메디슨(telemedicine)기반 만성질환자 관리 등 시행
- 당뇨와 치매에 대한 국가정책 추진. 혁신적 기술 및 서비스 도입을 통한 비용절감 기대하며 이를 위한 HTA 평가 중요
- BIAC, 이탈리아의 시스템 개혁은 많은 성과가 기대되는 모범사례이며, 생산성과 효율성 향상을 위한 접근과 중앙에서 모니터링을 통한 시스템 수준 간 형평성 조정을 좋은 사례로서 강조
- 칠레는 의료에서 디지털화와 모든 시스템을 모니터링 하는 것이 과제로서 개혁 추진에 있어서 의사나 전문가들과 어떻게 협의해 왔는지를 질문하고 보건위원회 사무국장은 타겟팅을 통한 예방 정책 등 이탈리아 개혁의 전략적 특징에 대해 질문함.

- 의사들과 협력은 개혁 성공의 핵심이며, 의료인들이 보건부를 신뢰하고 재정위기에 대해 상당한 희생을 했음을 강조. 기본적 의료에 대한 가이드라인 제공과 형평하게 양질의 의료가 제공되도록 전달체계 개편을 진행하는 것이 중요. 의료인력 부족 지역에 대해서는 봉급제 시행, 외국에서 수련한 의사가 자국에서 진료하도록 유도하는 정책, 더 많은 일반의 양성을 통한 예방적 의료 제공 촉진과 이를 위한 연구 투자 확대 등을 제시함.

6. OECD 국가들에서 급여 범위 결정 방식에 대한 결과 보고

□ 사무국 보고

○ 급여 범위 설정 및 규모에서 변화와 현황 기술

- 많은 국가들에서 급여범위의 축소 추세, 범위축소가 항목제외보다 증가
- 대부분 체계화된 신의료행위 급여결정 과정 운영
- 재평가 정책은 국가간 차이가 있고 최선의 모델 정의 어려움.
- 결정의 근거로 체계적 문헌고찰 방식을 주로 사용
- 분석된 급여 목록들은 국가별로 다른 특성을 보이고, 이러한 근거로서 접근(access), 사용(use), 건강 결과(outcome)에 대한 정보 부족
- 치과목록에 대한 급여가 제외되는 경우가 많음.
- 빠른 접근과 평가의 필요는 교환관계
- 실제 현실에서 확인되는 근거의 개발 필요
- 사람들 선호 반영과 합의적 의사결정을 유도하기 위한 지속적 연구 필요
- 혁신적 의료기술을 위한 하이브리드 기술 평가 준비 필요

□ 주요 토의 내용 및 결과

- 대부분의 국가들은 급여결정 기준과 제도에 대한 국가별 현황 정보 제공에 의의가 있으며, 여러 가지 측면의 고려와 의견 반영을 위한 검토를 요청함.
- 네덜란드, 추가적인 분석과 관련하여 목록에서 항목 제외(delisting)에 대한 부가적 보험, 안전망 등에 대한 고려 필요. 급여범위는 예산적 제약을 반영하게 되어 선택적 기술 등을 제한할 수 있음. 이를 고려할 때, 이들의 역할을 고려한 정책적 접근 제안 필요
- 프랑스, 급여 범위에 대한 실제 평가로서 의미 강조. 보고서가 세부적인 내용을 기술하고 있으며, 주요한 결정 요인들과 기준 등을 제시하고 있음. 보다 직접적으로 급여 패키지를 정기적으로 검토하는 플랜들의 제시를 제안

- US, 전반적인 방향성과 내용에 동의, 보더라인 활동에 대한 구체화 요청
- 호주, 신기술 평가를 포함한 급여 결정에 대한 검토에 관심을 표명하고 2010년 개인맞춤형 의료를 위해 전체적인 틀을 수정한 신기술 평가제도 소개
- 스위스, 투명성이 가장 중요한 이슈이고 권고이며, 환자조직들이 요청하는 사항임을 강조
- WHO, 보편적 의료보장 측면에서 급여결정과정을 비교하고 공유하는 것은 의미있는 결과로서 모범적 사례를 알리는 의미를 강조. 아울러, 지속적으로 효율성 또는 효과성에 따라 범위를 변경하는 내용에 대한 검토 제안하였음. 이에 대해 의장은 보편적 의료보장 접근과는 다른 접근임을 강조함.
- BIAC, 결과 측면에서 비용을 측정하는 것이 필요하며, 여러 가지 제시된 의견들을 고려하여 결정의 우선순위에 대한 분석 제안. 아울러, HTA에 대한 협력 연구와 기술의 재평가 메커니즘에 대한 연구 필요성 제안
- 칠레, 매우 적시성 있는 연구결과로서, 급여 패키지에 대한 유용한 기준을 제시하고 있다고 평가. 고비용 치료 또는 환자들이 원하는 경우 급여가 확대되는 문제에 대한 검토 필요성 제안
- TUAC, 기준 정보, 보편적 의료보장에서 남용 가능성, 많은 시스템들이 지역화되면서 발생하는 형평성 문제, 포함 또는 제외 기준 등에 대한 의견 제시 제안. 보완적 의료에 대한 접근의 격차, 환자 측면에서의 고려, 비용효과적 접근과 동시에 예방적 의료에 대한 형평한 접근을 위한 규제적 접근, 사람들이 실제 원하는 서비스의 급여 접근 등 다양한 측면에서 검토 제안
- 덴마크, 신기술 평가와 의료 권고 기준을 중앙에서 결정하여 국가전반에 적용토록 하는 현황 소개
- 스웨덴, 부록의 세부 설명 자료에서 스웨덴 관련 일부 수정 요구
- 사무국, 부가적인 보험으로써 민간 보험은 매우 파악하기 어려운 상태이며 공적 보조 등을 통해 얼마나 많은 사람들이 실제 보장되고 있는지도 파악하기 어렵다고 답변함.
- 2016년 1월까지 서면의견을 받고 이를 반영한 수정 보고서에 대해 다시 의견을 요청하겠다고 답변함.

7. 포괄적 성장과 건강

□ 사무국 보고

- 동시에 여러 가지 목적을 달성해야 하는 과제로서 다면적 삶의 수준 구축

- 인구집단 건강에 대한 거시적 수준의 영향과 기타 요인들 분석

○ 종합적 효과와 관련 사회적 요소들의 검토

- 경제적 수준에 따른 기대수명에 대한 영향 요인의 변화

○ OECD 국가들에서 주요한 수명연장의 요인이 의료비 지출이었던 반면, 비 회원국에서는 소득 증가

- 사회경제적 요인이 건강에 영향을 미치는 기전의 분해 중요

- 장기적 소득 효과가 단기적 소득변화보다 더 큰 건강 악화 요인

- 실업은 정신적 신체적 건강 악화요인으로 작업환경도 중요 영향 요인

- 교육은 보다 건강한 행태를 권장하는 요인

- 저소득 가구가 부적절한 주거 환경을 경험할 확률이 높음

- 전 정부적 접근의 중요성과 민간 영역의 참여 필요

- 향후 계획: 정책적 토의, 경제적 모델링 정교화, 소득과 고용에 대한 건강의 영향 검토

□ 주요 토의 내용 및 결과

- 많은 국가들이 사업에 대한 관심과 필요성을 표명했으며, 향후 경제적 모델링 개선과 추가적 검토가 필요한 사항들에 대한 의견을 제시함.

- 미국, 다양성을 갖는 미국의 특성을 고려할 때, 건강에서 인종 차별 등의 문제들이 많이 고려되고 있음. 교육적 기회와 편익을 확대할 필요가 있음에 동의. 아울러, 하우징에 대한 협력적 프로젝트를 진행하고 있음을 소개하고 적절한 하우징을 제공하는 것이 취약 인구에 대한 건강수준 향상에 중요하다는 의견 제시

- 핀란드, 사회적 돌봄이 미치는 영향의 고려 제안

- 프랑스, 높은 경제수준의 국가들에서 교육의 가능성 등이 높은 혼란효과 제기

- 한국, 다양한 접근의 국가 전략으로써 국민건강증진종합계획 Health Plan 2020을 소개하고 전정부적 전략 추진을 위한 협력적 모델의 모범적 사례 제시와 건강정보에 대한 literacy 향상에 대한 전략 검토 필요성 제시

- 칠레, 전정부적 접근 전략의 필요성을 강조하고 국가전략추진을 위해 보건부가 기타 관련부처와 협력을 유도하고 있음을 보고

- 일본, 고령화 사회에 대비하여 건강형평성 전략을 수립하고 있음을 보고하고 의료보장 수준과 지표간의 관련성과 건강수명 지표의 추가 검토 제안

- 노르웨이, 국가 내에서 부처간 협력은 쉽지 않으며, 이러한 노력을 위한 보고서의 유용성 지지

- 독일, 사회경제적 특성에 따른 집단 비교가 의미 있으며, 노동시장에서 건강수준을 평가하는 지표를 관리하고 있으며, 예방법(prevention act)의 제정을 통해 사회보험과 기타 제도간의 협력을 유도하고 있음을 안내
- 호주, 원주민 등 소수인종에 대한 형평성 제고를 위한 정책을 추진 중임을 밝히고 보고서의 활용성지
- TUAC, 형평한 사회를 위한 공적 지원과 교육 효과를 강조하고 산업보건에 대한 관심과 지표 관리의 검토 필요성 제안. 작업장에서 건강관리는 노동과 보건정책이 결합되는 좋은 예로서 이 부분에 대한 검토 요청
- 아이슬란드, 작업 결과 지지. 보건과 복지를 한 부서에서 관리하는 정부 구조를 가지며, 교육은 협력이 필요하고 연구에서 보고된 변수들의 정책 반영 강조
- 스위스, 보고서는 건강불평등을 줄이는 정책 수립에 기여할 것임. 정신건강에 대한 영향과 이를 향상시킬 수 있는 전략 제시 제안. 아울러, 변수들 간 상호 관련성의 고려, 사용된 건강 결과 지표에 대한 정교화, 국가 하위 단위에서의 분석 제안
- WHO, 인용된 WHO 보고서의 활용과 유럽 국가 정책 가이드라인 2012를 참고하여 전정부적 협력을 유도하는 거버넌스 작성에 참고하도록 제안
- BIAC, 보다 나은 건강결과 향상을 위한 접근으로 매우 중요한 과제. 포괄적 성장을 위해서는 민간영역의 참여가 필요하며, 그동안 OECD를 지원하여 보고서 작성에 기여한 작업들을 제시함. 주제 관련하여 관계 기관 간 코디네이션 및 파트너십 전략, 교육의 중요성을 반영한 health literacy 향상 전략 등을 제시함.
- 멕시코, 보고서 결과가 국가별 전략수립에 유용한 정보 제공. 라틴아메리카 국가 간 협력을 소개하고 WHO 작업과 차별적인 결과 요청
- 사무국은 원주민 등 인종적 형평성, 경제적 모델링에서 상당한 혼란효과, 데이터 이용가능성에서 지표 선택의 제한, ageing inequality와의 관련성 등을 고려하여 과제를 추진하고 WHO 결과를 참고하여 정책적 활용성 측면에서 차별성을 갖겠다고 답변함.
- 아울러, 이 과제는 복잡한 퍼즐을 분석해 국가별로 관련 목적 달성을 위한 전략 수립에서 필요한 주요 구성 요소(building blocks)를 제시하는 것이 주요 목적임을 강조

8. 라트비아의 OECD 가입

□ 라트비아 보건의료시스템에 대한 사무국, 라트비아, 이스라엘, 덴마크 발표
<OECD 사무국>

- 높은 고령화와 건강위험
- 2000년 이후 근로연령 인구가 14%
- 흡연, 음주 등 건강위험행동비율이 OECD 평균 19.7%보다 34.3%로 높음.
- 의사 고령화와 간호사 부족
- 기대수명 73.9세로 OECD 평균 80.4세보다 낮음.
- 일차의료 중심 접근도 향상 노력
- 지방 진료소 개소에 대한 인센티브, 일차의료 제공을 위한 2차 간호사 활용
- 특정 환자 그룹에 대한 병원 이용에 대한 무료 호텔 숙박
- 의사와 간호사 중간 역할인 의사 보조원 “feldsher”역할을 통해 응급실 및 외래에서 진단 및 처방 지원
- 그러나 전반적으로 높은 비용분담, 대기시간 장기화 등의 문제 여전
- 질 향상 사업 진행
- 일차의료에 대한 성과 틀 마련, 11개 질 지표에 연계한 성과연동제도 시행
- 추가 인센티브 지급을 통한 조기 암 진단 권장
- 일차의료의사가 응급서비스를 제공하는 혁신적 시스템 도입하고 이를 위해 전장건강기록 시스템 구축
- 그러나 질 향상 보다는 기본적인 수준의 평가에 그치고 데이터 사용과 성과 측정의 한계 존재
- 효율성 향상 추진
- 병원 이용에서 감소, 외래 집중 증가(재원일수 9.6→8.6으로 감소)
- 외래방문일수 약 19% 감소
- 최근 DRG, 응급 트리에이지 시스템 도입
- 그러나 공공 병원에 대한 관리 필요성이 여전히 높고 전략적 구매와 계약의 기반이 되는 성과 기준 설정의 확대 필요
- 의료에 대한 접근도 향상 추진
- 취약, 저소득 인구, 만성질환자에 대한 비용부담 면제
- 시스템 전반에 주요 성과지표 개발.. 공급자 지표 공개
- 예방적 의료 강화 : 문지기 역할 강화, 예방적 의료에 대한 인센티브 제공
- 그러나 질과 비용 인센티브를 활용한 병원에 대한 전략적 관리와 계약 추진 필요성 높음.

<라트비아 보건부>

- 라트비아 시스템 향상을 위한 분명한 과제와 권고 제안에 대해 감사 표명
- 라트비아는 본인부담금이 가장 높은 국가 중 하나로 의료에 대한 접근도 향상, 의료 질 향상, 장기적 재정가능성 제고 측면에서 개혁 추진
- 의료 접근가능성 향상
- 보다 저렴한 의약품에 대한 접근: 일반약 사용 촉진, 대체가능한 의약품 목록에서 가장 낮은 가격 보상
- 건강증진을 위한 조직, 재정 모니터링의 틀, 의료기술 평가, 의료서비스 제공의 체계와 지불제도 전반의 변화 유도
- 의료 질(Quality)
- 자발적 기반으로 보건의료기관들의 평가 시스템 참여 확대
- 보건부 역량 강화, 타겟팅 기반 정기적 데이터 분석과 모니터링 향상, 통합 e-health 정보 시스템 구축, DRG시스템 도입
- 보건시스템 지속가능성 보장
- 적절한 치료 제공을 목적으로 지속가능한 의료에 집중하는 현재의 접근방식과 비용 효과적이고 효율적인 방법으로 건강증진과 예방역할을 확대하는 미래 접근방식일 병행 추진

<덴마크>

- 라트비아 시스템 개혁은 우리에게 통찰과 영감을 주는 사례
- 여러 가지 결합된 과제들이 존재
- 데이터 이용가능성 약점, 오랜 데이터 활용 역사를 가진 덴마크의 경험에 비추어 효율성과 질 향상을 위한 데이터 사용의 법적 기반 필요
- 공급자 수준에서 데이터를 사용을 통한 질 향상 유도 필요,
- 재정상황을 고려할 때, 지출에 대한 강력한 통제 필요, 임상가이드라인 개발을 통해 지역 단위 임상 현장에서 사용되도록 유도

<이스라엘>

- 보건의료시스템에서 전자건강기록의 사용과 건강지표들의 활용에 대한 자국의 상황과 비교하여 이에 대한 발전 필요성 강조
- Electronic patient record sharing : 영역별로 병원 의무기록이 중앙 시스템에 연계되어 환자 기록을 공유하고 있음. opt out 제도 보장, 가장 비용 효율적인 접근으로 제안
- 이스라엘의 의료 질 지표 프로그램 소개와 함께 뇌졸중, 심근경색, Femoral Neck Fracture, 감염 분야 중심의 질 지표 개발 필요성 제안

- 건강증진, 암검진, 어린이, 청소년, 노인, 호흡기질환, 심혈관질환, 당뇨에 대해 지역사회 단위 질 지표를 산출하는 국가 프로그램의 필요성 강조
- 선택적 수술에 대한 대기시간 측정 등 제안
- 지속적으로 보건의료시스템 정보 인프라 구축과 이해당사자들 간의 연계를 통해 지표 범위 확대 방법 강구 필요
- 질 향상 변화에 있어서 공급자 수준 지표가 시스템 수준 지표보다 민감. 공급자의 책무성 강화는 빠르고 효과적인 향상을 보임.
- 중요한 공적 신뢰 확보 방법으로 투명성 강조

□ 라트비아에 대한 질의 응답

- 노르웨이, 높은 건강위험요인율에 대해 생활습관 개선을 위한 전정부적 접근이 있는지 질문
- 사무국, 인력 혁신에 대해 관련 조직들의 합의 도출 방식 질문
- 헝가리, 높은 위험요인율에 대한 상황이 유사하며, 병원 효율성 특히, 공공병원의 효율성 향상의 중요성 강조
- 멕시코, 높은 본인부담률의 문제 지적, 예방 관련 일차의료의 역할 확대에 대해 비의료적 요인과 의료적 요인들을 동시에 통제해야 한다는 의견 제시
- 라트비아는 낮은 질의 공급자에 대한 데이터 분석의 정교화 작업을 추진 중이며, 병원에 근무하는 의료인이 너무 많은 것으로 평가. 질문과 의견에 대해 관련 노력들을 제시
- 취약계층에 대한 접근성 개선에 중점, 정신건강 및 약품 치료에 대한 보다 정교한 전략 수립
- 통합 질 관리 시스템 계획. 임상 가이드라인 개발이 바른 치료와 경로를 갖는데 도움을 줄 것으로 기대
- 암 검진과 필요한 후속 의료에 대한 연계성 확대, 필요 서비스에 대한 접근성 확대를 위한 의료경로 개선
- 비만율을 낮추기 위해 식품 영양 정책을 추진 중이며, 엄격한 관련 가이드라인을 개발하여 배포하고 학교에서 당 음료 제한 등 추진, 간접흡연 정책 강화, 낮 시간 동안 미디어 음주 광고 금지
- 의료전문조직과 협력은 매우 어려움. Second nurses는 의료 뿐 아니라 복지 분야에서도 활동하도록 배치. 젊은 의사들이 지방에서 활동하게 유도하는 것이 쉽지 않음.

□ 라트비아 퇴장 후 비공개 토의 및 결과

- 영국, 라트비아 시스템은 매우 많은 과제를 가지고 있음. 상당한 지출 증가가 우려되지만 관련 정보를 밝히지 않고 있음.
- 멕시코, 많은 요인들에 있어서 정보 부족으로 시스템 평가가 어려움. 많은 문제들에 직면하고 있으나 좋은 정보시스템 구축을 통해 가능성은 보임. 일차의료와 정신건강에 대한 자원배분 강화 필요
- 의장, 덴마크, 노르웨이, 영국, 멕시코 의견에 기초하여 일부 문제들에 대한 수정 보고서를 요청하고 3년 내 재검토하는 것을 제안
- OECD Regal Part에서는 위원회에 라트비아에 대해 수정된 보고서를 다시 제출하도록 하여 2년 후 재검토하는 것과 취소를 요청하는 것의 두 가지 선택 가능성을 제시함.
- 위원회는 라트비아의 가입에 대해 2년 후 재검토하는 것으로 결정하고, 이에 대한 검토 보고서(안)을 공유키로 함.

9. 국제 관계 전략

□ 사무국, 국제관계에 대한 전략적 방향 발표

- OECD에 대한 공개와 포괄성 확대의 요구 증가
- 위원회, 비회원국과의 협력 강화 결정
- External Relations committee, 각 위원회에 그들의 FRS 개정을 요청
- 국제 관계 활동 확대
- 핵심 파트너: 핵심 보건 지표, 보건계정, 기타 분석활동을 위한 정기적 미팅
- 국가별 보건의료 시스템 검토
- 국가별 프로그램(페루와 카자흐스탄)
- 지역 네트워크와의 협력 확장
- OECD-Korea Policy Centre(HAG Asia, quality, pharma)
- * 한국 OECD 정책 센터는 질 지표, 약품 정책, 보건계정 지역네트워크 구성에 대한 참여와 협력을 통해 지역에서 OECD 성과 향상에 기여하고 있으며, 매년 그 역할을 확대하고 있는 데 대해 감사를 표명함.
- Europe(joint data collections and HAG Europe)
- LA Network

□ 주요 토의 내용 및 결과

- 대부분의 국가들이 국제 관계 범위와 활동을 확장하고자 하는 사무국의 전략 방향 보고에 대해 동의와 지지를 표함.
- 한국, 아시아 지역네트워크 미팅을 통한 참여국간 네트워크 강화 효과를 확인했으며 지속적인 OECD 사무국의 협조와 활동에 감사 표명
- 칠레, 라티 아메리카 국가들에서 주요 파트너들 간의 협력과 미팅을 통해 보건시스템을 향상시키고 있음을 밝히고 사무국의 방향지지
- 스위스, WHO와 밀접한 협력 관계 지지, 통계 분야에 있어서 유럽국가협의회와의 협력 필요성도 강조
- 영국과 캐나다, OECD의 활동이 회원국 뿐 아니라 기타의 비회원국들에게도 좋은 영향을 미쳐왔다고 방향성지지
- 독일, G7 회의 등 기타 국제적 논의에서 미치는 영향력 강조, 사무국의 국제 협력 방향지지, 2017년 G20회의 참여에 대해서도 기대 표명
- 사무국은 프랑스와의 협력, 질 모니터링 중심으로 아시아, 라틴아메리카와 협력이 확대되고 있는데 대해 기대 표명, 관련 국제 관계 및 국제 회의에서 OECD 참여를 환영하며, 개별 국가들에 대해서도 일차의료 강화를 위한 역할 참여를 환영한다고 답변함.

10. Programme of work and budge 2017-18

□ 사무국은 2017-18년 사업 및 예산 계획 발표

- 사무국은 현재 진행하고 있는 사업별로 비용대비 가치, 형평성 등 주요 원칙과 관련된 사업 진행의 중요성을 강조함.
- 새로운 방향의 사업 포함 강조. 비만과 음주와 같은 공중보건, 빅데이터, 지시기반 시스템 등 새로운 이슈들의 포함, 일차의료의 강화 과제, 의료에서 혁신을 유도하는 이슈들의 포함 설명
- 사무국은 현재 진행하고 있는 사업별로 비용대비 가치, 형평성 등 주요 원칙과 관련된 사업 진행의 중요성을 강조함.
- 제한된 예산 하에서 사업의 우선순위를 반영한 계획 수립의 프로세스와 예산의 배분을 위한 사업 우선순위 주제에 대한 의견 요청

□ 주요 토의 내용 및 결과

- 모든 국가들이 사업계획 설정의 프로세스에 동의하였으며, 많은 국가들이 우선순위 과제 또는 주제를 표명하였음.
- 칠레, 공적의료지출이 비교적 낮으나 보건부와 재무부 간 갈등이 존재. 두 영역 간 논의의 장을 마련하는 프로젝트의 중요성 강조
- 영국, 공중보건, 지출 증가, 혁신 과정에 대한 관심 표명
- 호주, 빅데이터 활용을 위한 인프라 구축, 일차의료 강화 과제의 지속, 낭비와 효율성, 장기의료, 혁신적 시스템에 대한 메커니즘 연구, 만성질환, 고령인구, 의료인력 양성, 복합 질환에 대한 서비스 모델, 형평한 자원배분에 대한 관심 표명
- 스웨덴, inclusive and health, inequality health에 관심 표명
- 일본, 고령화에 대한 우선순위 표명, 장기요양 시스템의 구조, 기능, 재정 및 완화의료에 대한 국가 비교, 사회적 돌봄과 의료시스템의 연계를 위한 모범적 사례 발굴에 관심 표명
- 덴마크, 비용대비가치에 대한 우선순위, 정밀의학과 관련 인프라 구축에 대한 검토를 새롭게 제안
- 노르웨이, 일차의료, 고성과의료시스템, 정밀의학과 시스템 혁신, 낭비(waste), 장기의료에 관심 표명
- 독일, 일차의료에 대한 세부 작업, 아웃컴 지표를 강화하는 보건의료 질 지표 사업지지
- 캐나다, 이노베이션과 효율성의 연계, 빅데이터 활용, 장기의료, 홈 케어에 관심 표명
- 핀란드, 데이터 모니터링, 의료 접근도, 공중보건에 대한 관심 표명
- 사무국은 새로운 환자경험 지표의 포함을 위한 스트림라인 및 정책 과정, 일차의료와 빅데이터, 여러 영역 간 협력을 유도하는 혁신과 혁신적 서비스 제공모델 등에 대한 중요성과 장기의료, 효율성, 공중보건 이슈의 포함, 새롭게 제안된 완화의료와 의료인력 양성 문제 등에 대한 중요성을 확인했다고 답변함.
- 각 국가는 관심 주제와 사업에 대해 올해 말까지 서면 의견을 제출키로 함.

11. 현안 보고서: 'OECD 국가에서 시간 외 일차의료 제공 조직'의 검토

□ 사무국, 주요 내용 보고

- 업무시간외 의료 접근과 질을 향상시키기 위한 정책 레버들
- 새로운 방식에서 기존의 자원 사용

- 일차의료인력에게 충분한 재정적 보상 제공, 준의료인력을 활용하여 기초 응급 서비스를 제공, 시간외진료 참여 의무화 등
- 새로운 인프라 개발
- 텔레폰 기반 웹사이트 서비스, 정교화된 정보 시스템
- 주요 정책 권고
- 일반의조합(general practitioners cooperatives, GPCs) 모델의 검토
- 정규 일차의료의사와 시간외 의료 제공 공급자 간 케어 코디네이션과 정보 시스템 구축 필요

□ 주요 토의 내용 및 결론

- 대부분의 국가들은 일차의료의 역할 강화 필요성을 지지하고, 형평적 일차의료 접근을 보장하는 자국의 사례를 소개함.
- 프랑스, 일차의료에 대한 지난 10년간 변화 소개, 의료서비스 현대화 전략의 일환을 2009년부터 자발적 참여를 기반으로 전화기반 시스템 운영
- 노르웨이, 일차의료 조직의 역할 확대는 입원을 감소시킬 뿐 아니라 보장성을 확대시키는 방식으로 보고서 결과 환영. 국내적으로 일차의료 활동에 대한 재정적 인센티브 존재하며, 간호사를 활용한 전화 기반 서비스 시스템이 운영되고 있음. 하지만, 의사의 참여가 저조하고 지리적 원격 지역에 대한 방안 마련 문제, 다른 개인서비스 제공 방식으로 홈케어 서비스와 일차의료 의사간 환자정보 공유 중요성 강조
- 오스트리아, 지리적으로 원격지에 대한 일차의료 접근도는 어려운 문제임. 필요한 시점에서 필요한 의료에 접근가능하도록 일차의료의사 서포팅 시스템 필요
- US, 미국적 상황에서 매우 강요되는 연구 주제임. 일차의료 강화를 위한 공적·사적 협력, Emergency Triage Program, 진료지속성 차원에서 EHR의 중요성, 취약지역에 대한 Tele Health의 필요성 제시
- 이탈리아, 병원 중심에서 외래중심으로 변화 전략으로 환자경험지표를 통한 국가적 모니터링 시스템 운영 계획과 24시간 일차의료 제공 시스템 구축 계획 소개
- 스페인, 보고서에 스페인 상황을 더 잘 반영할 수 있도록 수정의견을 제출 의사 표명
- 아이슬란드, 최근 환자 중증도에 따른 적절한 이송과 관리를 위해 ACG 분류체계 도입에 기반한 Financing 시스템 도입 소개, 텔레폰 기반 서비스 제공. EHR을 통한 공급자간 환자 공유 등을 추진하고 있음.
- 캐나다, 의료인들의 참여와 협력을 유도하는 어려움 제시. 현재, 팀기반 모델을 통해 응

- 급실 야간 진료를 시간외 일차의료 제공장소로 활용하고 있음. 시간외 일차의료제공에 대한 좋은 모델로 제안하며, EHR시스템을 기준으로 환자 정보의 공유가 중요함을 강조
- 핀란드, GPC의 일차의료 모델로서 실행가능성에 대한 의문 제기
 - 사무국, 현안보고서가 OECD 워킹페이퍼로 출판될 것이며, 2016년 1월까지 제출된 의견에 대해 반영할 수 있다고 안내함.



제5장

WHO 지배기구회의 대응 전략

제1절 WHO 의제 대응 체계 평가

제2절 보건분야 글로벌 다자기구 대응 체계 평가

제3절 WHO 의제 대응 전략

5

WHO 지배기구회의 대응 전략



제1절 WHO 의제 대응 체계 평가

우리나라는 2013년-2015년 3년 임기의 WHO 집행이사를 역임하면서, 임기 동안 매년 두 번의 정기 집행이사회, 세계보건총회, 서태평양지역총회 등 총 네 번의 정기 지배기구회의에 대응했으며, 이 외에도 에볼라 임시집행이사회, 재정대화 등의 임시·특별 회의에도 대응했다.

우리나라의 기본적인 지배기구 대응 절차는 아래와 같았다.

WHO 사무국 및 지역총회의 지배기구회의 의제 자료 제공 → 의제별 담당자 선정 → 담당자별 의제 자료 분석 및 발언문 작성 → 자료 및 발언문 취합 → 회의 전 총 점검 회의 → 현장 발언

WHO의 지배기구는 지배기구회의가 있기 한두 달 전부터 지배기구회의의 의제를 홈페이지를 통해 게시·제공한다. 한국은 이 시기에 맞춰 각 의제별 전문 담당자를 선정하여 이들로 하여금 의제 자료를 분석하고 의제 대응을 위한 한국의 발언문을 작성하거나 발언에 필요한 자문을 제공토록 요청한다. 그 후 지배기구회의가 있기 두주나 한주 전에 국제협력과는 각 의제담당자를 불러 WHO 지배기구회의 대응 회의를 개최해, 각 의제와 한국의 대응전략을 검토한다. 이렇게 작성된 한국의 발언문은 현장의 회의 흐름에 맞춰 현장에서 수정되거나, 의제에 따라서는 별도의 수정 없이 한국의 개입 시 읽혀진다.

이러한 한국의 WHO 의제 대응 방식은 임기응변식 대처에 가까워 몇 가지 문제점을 안고 있다. 첫째, 의제 분석에 필요한 절대적 시간이 부족하다. 한두 달 전, 심지어는 한 주 전에 제공되는 의제의 자료를 분석하고 이 분석을 토대로 한국의 대응전략을 수립한다는 것은 사실 불가능하거나 매우 어려운 일이다. WHO 지배기구회의를 준비할 때마다 의제대응팀을 새롭게 구성하고 WHO 지배기구회의에 대한 사전 지식이나 경험이 없는 일부 전문가들이 의제 자료만을 가지고 WHO의 지배기구회의 의제의 쟁점을 파악하기는 사실상 어렵다.

둘째, 자료에 의존한 의제 분석과 대응전략 수립에는 한계가 있다. WHO는 기술 중심의 국제기구이지만 WHO 지배기구회의는 보건 정치·외교의 장이다. 가이드라인의 개발이나 행동계획의 수립, 특정 질병에 대한 국제 공조의 수위 등, 의제 자료는 다양한 기술적 내용을 담고 있어, WHO 지배기구회의에 대한 경험이 없는 전문가는 의제 자료를 기술 중심으로만 분석하고 이 분석에 근거한 대응전략을 제시할 가능성이 많다. 기술적 자문을 구하는 의제들이 없지는 않지만, 그런 의제들에 대한 논의에서조차 실제적인 쟁점은 몇 가지 정치적 결정 사항이 된다. 첨예하게 이견 대립이 이루

어지는 회의장에서 한국이 논의의 동향과는 동떨어진 기술적 발언에 치우친 개입만 할 경우, 한국은 지배기구회의에서 제 목소리와 역할, 그리고 주어진 권한을 충분히 발휘할 수 없게 된다.

셋째, 현장에서의 대응 역량에 몇 가지 한계가 있다. 국제회의는 유엔공용어로만 진행되기 때문에 한국은 영어로 회의에 참여해야 한다. 영어가 능숙하지 못하면 그만큼 회의에 능동적으로 활발하게 참여하는 데 한계가 있다. 외교의 장에서 언어의 한계로 불편을 겪고, 이것이 한국이 얻을 수 있는 성과에 부정적인 영향을 미친다는 것은 상당히 안타까운 일이다. 어떤 의제들은 현장에서 논의의 동향이 갑자기 바뀌기도 하는데, 이러한 변화는 현장에서의 즉각적인 대응을 필요로 한다. 주어진 발언문을 일부 수정하는 수준으로는 이런 현장 변화에 효과적으로 대응할 수 없다.

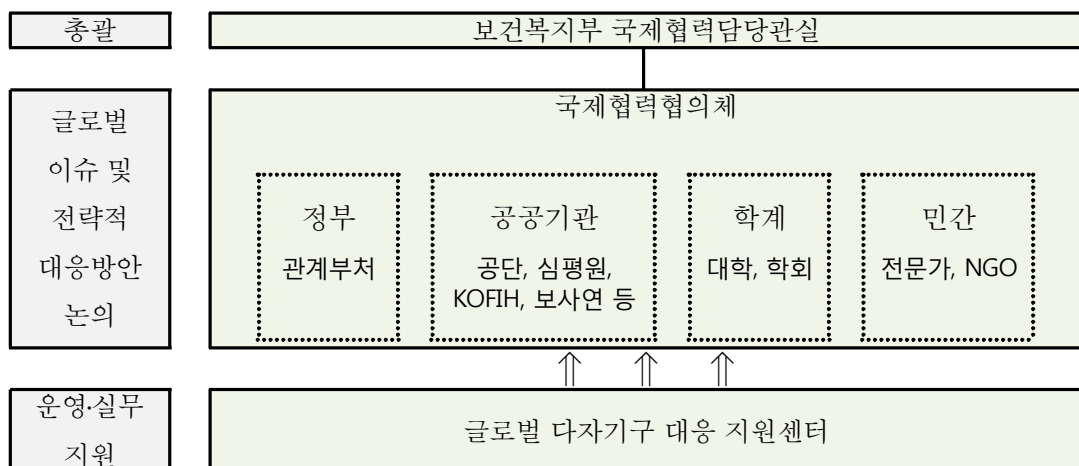
넷째, 보건 외교는 회의장 안에서만 이뤄지지 않는다. 사무국이나 일부 주요국들은 이해관계의 대립으로 의제 논의가 순조롭지 않게 진행되거나 자국의 입장에 불리하게 진행된다면, 회의장 밖에서 다른 국가들과의 타협을 끌어내기 위해 회의장 밖 외교를 활발하게 진행한다. 지배기구회의에서 힘을 과시하고 이를 통해 주요국으로서 자리를 잡는 데는 국력보다는 지배기구회의에서의 대응역량이 더 중요한 역할을 할 수 있다.

끝으로 지배기구회의와 동시에 진행되는 소그룹 회의가 사실상 의사결정에 핵심적인 역할을 함에도 불구하고 한국의 소그룹 회의 참여는 매우 소극적이다. 결정문, 결의안 등은 이 소그룹 회의를 통해 결정되는 것과 다름없다. 물론 궁극적인 결정은 지배기구회의의 권한이지만 세부적인 내용은 소그룹 회의에서 결정되며 이 소그룹 회의에서 주도권을 잡는 회원국이 관련 결정문이나 결의안에 영향을 미칠 가능성이 크다.

제2절 보건분야 글로벌 다자기구 대응 체계 평가

우리나라가 보건분야 글로벌 다자기구에 전략적으로 참여하고 주요 안전에 대하여 효과적으로 대응하며, 참여 결과를 효과적으로 활용하기 위해 아래 <그림 1>과 같은 대응체계가 제안된 바 있다.

[그림 1] 보건분야 글로벌 다자기구 대응 체계도



보건복지부 국제협력담당관실이 보건분야 글로벌 다자기구 대응을 총괄하고 ‘글로벌다자기구대응지원센터’를 통해 국제협력협의체와의 협력을 조정하는 시스템 구축을 통해 우리나라의 다자기구 대응역량을 제고하고 동시에 그 결과를 국내에 전파하려는 체계이다. 그러나 이 체계에 몇 가지 문제가 있으며 이러한 문제가 해결되지 않으면, 이러한 시스템을 공식적으로 수립한다 하더라도 유명무실한 시스템이 될 가능성이 클 것으로 판단된다.

그 첫 번째 문제는 국제협력협의체에 참여하는 기관들의 참여 유인이 뚜렷하지 않다는 것이다. 일부 기관들이 국제협력협의체에 참여함으로써 얻을 수 있는 혜택이 구체적으로 제시되어 있지 않다. 국제협력협의체 참여가 각 기관의 공공기관으로서의 의무이거나, 학계나 학회의 경우, 참여를 통한 유·무형의 혜택이 있어야 지속가능한 참여가 전제될 수 있을 것이다.

둘째, 국제협력협의체의 거버넌스 및 운영에 관한 언급이 없다. 보건복지부 국제협력담당관실과 글로벌다자기구대응지원센터의 역할 구분이 명확하지 않다. 사업 총괄과 운영실무지원은 단어는 다르나 실상에서 어떻게 명확히 구분되어야 하는 지 제시가 되어 있지 않다. 역할 구분뿐만 아니라, 글로벌다자기구대응지원센터의 역할 자체가 명확하지 않고 국제협력담당관실과 다르면서 국제협력협의체를 지원할 수 있는 구체적 업무가 어떤 것인지도 전혀 제시되어 있지 않다.

셋째, 목표에 비해 그림이 너무 크다. WHO 및 일부 다자기구의 지배기구회의의 대응을 목표로 여러 기관이 참여하는 국제협력협의체를 설립하려 하는 것은 목표에 비해 지나치게 큰 수단을 사용하려는 것으로 판단된다. 비교적 단순한 목표를 위해 지나치게 복잡한 수단을 사용하려 하면, 수단을 사용할 수 없을 뿐 아니라, 목표의 크기에 맞는 수단도 사용하지 못하기 때문에 목표 달성도 어렵게 한다.

글로벌 다자기구에서의 대응 결과를 전파하는 일은 굳이 국제협력협의체와 같은 협의체를 수립하지 않아도 다양한 채널을 통해 간단히 해결할 수 있을 것으로 본다.

제3절 WHO 의제 대응 전략

WHO 지배기구회의는 보건외교의 장이다. 따라서 보건외교의 목적과 수단이 무엇이어야 하는지를 생각해 보면 효과적인 대응 전략을 수립할 수 있다고 본다.

첫째, 지배기구회의는 대부분의 의제를 오랜 시간에 걸쳐 논의한다. 따라서 의제에 대한 정보는 특정 지배기구회의의 의제 자료가 제공되기 전에라도 다양한 채널을 통해 얻을 수 있다. 의제 자료뿐만 아니라 이 의제에 대한 논의 동향을 파악할 수 있는 회의록도 모두 제공되고 있다. 한 의제에 대한 분석은 특정 지배기구회의의 의제 자료만을 근거로 해서는 안 된다. 의제는 위에서 밝힌 다양한 채널을 통해 얻을 수 있는 자료를 근거로 분석되어야 하며, 반드시 이 의제 논의에서 정치적 쟁점이 무엇인지, 회의에서 논란의 여지가 있는 부분은 무엇인지에 대한 분석이 이루어져야 한다. 기술 중심의 분석과 기술 중심의 발언문은 오히려 참고 사항으로 그 지위가 낮춰져야 하며, 보건외교의 장에서 무엇이 정치적, 외교적 대응 전략인지에 대한 분석과 이 분석을 근거로 한 발언문이 충분히 그 중

요성을 인정받아야 한다.

둘째, 보건외교에 투자해야 한다. 보건외교 전문가를 양성해야 한다. 외국의 경우 WHO 지배기구회의에는 동일한 전문 인력들이 10년 정도 계속 참여하며, 현장에서 고참 보건외교인들이 신참 외교인들을 훈련하는 모습을 종종 볼 수 있다. 한국은 지난 3년간 담당 과장, 사무관, 주무관이 수차례 바뀌었다. 이렇게 되면 한국의 대응역량을 결코 제고할 수 없다. 가능하다면 전문 보건외교인을 양성해야 한다. 이것이 한국공무원 인사제도와 맞지 않아 실현할 수 없다면, 외부 기관이라도 전문 보건외교인 양성을 위탁하고 이 전문 보건외교인은 오직 보건분야 글로벌다자기구 대응에만 종사해 지배기구회의의 의제, 논의 동향, 정치적 역학, 외교적 관계 등에 대해 숙달하고 후임에게 그 지식과 경험을 물려주어야 한다.

셋째, 상시적인 WHO대응기술팀을 수립해야 한다. 지배기구회의의 모든 흐름과 역학을 파악하고 외교적 관계를 구축하고 있는 보건외교 전문가는 회의 대응에 관한 한, 이 상시 WHO대응기술팀을 이끌어야 한다. 보건외교 전문가가 각 의제별 논의의 흐름과 분석의 틀을 제공하면 WHO대응기술팀은 이를 토대로 의제를 분석하고 한국의 대응 전략을 수립하며 동시에 기술적인 자문을 보건외교 전문가에게 제공한다. 의제 대응 절차가 ‘보건외교 전문가의 거시적 틀 제공 → WHO대응기술팀의 의제분석·대응전략 수립·기술자문 → 보건외교 전문가의 최종 점검 → 국제협력과의 최종 승인 → 보건외교 전문가 및 WHO대응기술팀의 현장 대응’으로 이루어져야 한다. 가능하다면 이 상시 WHO대응기술팀의 구성원은 적어도 3년 단위로 최대 구성원의 3분의 1씩 바뀌어야 할 것이다.

WHO 의제 대응 역량 제고의 핵심은 무엇보다 보건외교 전문가의 양성에 있다고 믿는다. 그것이 국제협력과 내에서 이루어지든, 외부 기관에 시스템을 구축하든, 지속적으로 WHO 지배기구회의를 분석하고 대응할 수 있는 인력의 양성이 없고서는, 어떤 시스템도 지속가능한 효과적 시스템이 될 수 없을 것으로 판단된다.

참고문헌 <<

WHO 홈페이지 (www.who.org)

OECD 홈페이지 (www.oecd.org)

OECD. 17차 Health Committee Summary. OECD OLIS 접속.

OECD. 18차 Health Committee Summary. OECD OLIS 접속.

OECD. 17차 Health Committee 안전자료.

OECD. 18차 Health Committee 안전자료.