

발 간 등 록 번 호

정책보고서 2019-

OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용전략 수립 연구



강희정·류정화·정해식·하슬임

【책임연구자】

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

2018 한국 의료 질 보고서

한국보건사회연구원, 2018(연구책임자)

의료질평가 제도 효과분석 및 평가모형 개발 연구

건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, 2018(연구책임자)

【공동연구진】

류정희 한국보건사회연구원 연구위원

정해식 한국보건사회연구원 연구위원

하슬윙 한국보건사회연구원 전문연구원

제출문 <<

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 『OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용전략 수립 연구』의 최종보고서로 제출합니다.

2019년 12월

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연구책임자: 강희정

목 차

요 약	1
제1장 서 론	1
제1절 연구개요	3
제2절 OECD 개황	5
제3절 OECD 보건·복지 관련 위원회	16
제2장 2019년 보건위원회	21
제1절 제25차 보건위원회	23
제2절 제26차 보건위원회	115
제3장 2019년 고용노동사회위원회	239
제1절 제134차 고용노동사회위원회	241
제2절 제135차 고용노동사회위원회	273
제4장 결론 및 제언	305
제1절 2019년 OECD 보건·복지 의제 동향	307
제2절 정책적 시사점과 제언	316
참고문헌	321
부록	322
부록 1. PaRIS: Objective, Rationale and Workstream	322
부록 2. 만성질환자 대상 PaRIS: Rationale, Conceptual Framework, Key Principles	324

표 목차

〈표 2-1〉 제25차 보건위원회 안건	23
〈표 2-2〉 제26차 보건위원회 안건	115
〈표 3-1〉 제134차 고용노동사회위원회 안건	241
〈표 3-2〉 제135차 고용노동사회위원회 안건	273
〈표 4-1〉 2017년 이후 보건위원회 의제 동향	311

그림 목차

[그림 1-1] OECD 운영 체계	9
[그림 1-2] OECD 운영 조직 구조	11
[그림 1-3] OECD가 제안하는 사람중심 프레임워크	17
[그림 1-4] OECD 보건위원회 구조	18

요약 <<

□ 연구 배경

- 국제사회의 논의 방향과 권고가 국내 보건·복지 정책의 수립과 추진에 미치는 영향이 확대되면서 OECD의 논의 동향을 파악하고 관련 논의에서 참여를 확대해야 하는 필요성이 증가하고 있음.
 - 개인과 조직 수준에서 국제적 교류가 확대되면서 감염성 질환 등 국가 간 협력과 공동 대응이 필요한 이슈가 확대되고, 선진국의 정책 경험에서 국내 정책 추진의 새로운 방향 설정 또는 정제된 논의를 진전시키는 동력을 얻을 수 있음.
- 글로벌 거버넌스에서 보건·복지 의제가 중요해짐에 따라 OECD 고용노동사회국의 고용노동사회위원회 및 보건위원회의 논의 동향 파악이 필요함.

□ 연구 목적

- 연구의 목적은 2019년 OECD 보건위원회와 고용노동사회위원회 의제에 대해 국내 정책 상황에 맞게 전략적으로 대응하고 결과에 대한 정책적 시사점을 도출함으로써 보건복지부 정책 수립의 근거자료를 제공하는 데 있음.

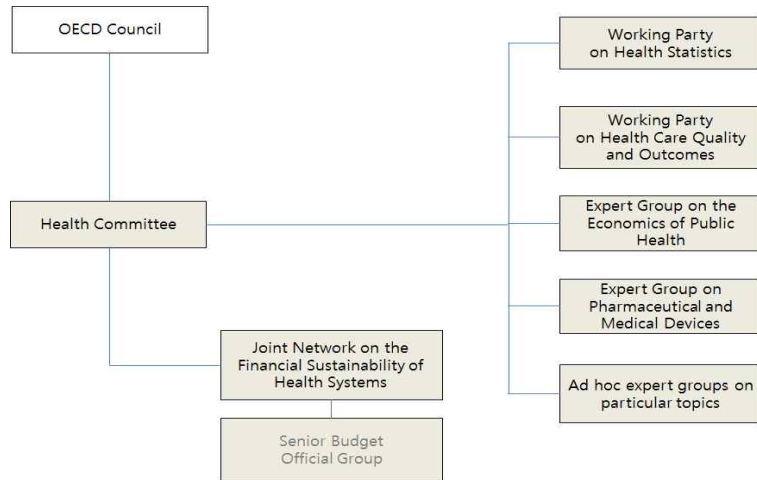
□ OECD 개황과 보건복지 관련 위원회

- OECD는 상호 정책 조정 및 협력을 통해 회원국의 경제사회발전을 모색하고 나아가 세계 경제 문제에 공동으로 대처하기 위한 정부 간 기구
- 2018년 12월 현재 36개국, 한국은 1996년 12월 29번째 회원국으로 가입
- OECD는 사무국(Secretariat)의 분석과 제안, 위원회(Committees)의 토의와 실행, 이사회(Council)의 감독과 전략적 방향 설정의 역할 분담과 상호 연계 속에서 운영되고 있음.
- OECD 사무국 중 고용노동사회국(Directorate for Employment Labour and Social Affairs)이 ‘보건위원회’와 ‘고용노동사회위원회’ 운영을 지원하고 있음.

2 OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용전략 수립 연구

- 보건위원회는 전체 이슈가 보건복지부의 업무와 관련되지만, 고용노동사회위원회 의제는 고용부, 복지부, 여성가족부 등 여러 정부 부처와 관련됨.

[요약그림 1] OECD 보건위원회 구조



- 이 연구에서는 보건위원회의 의제와 고용노동사회위원회의 의제 중 보건복지부 관련 이슈에 국한하여 논의 동향을 파악함.

□ 2019년 OECD 보건위원회 동향

- (보건장관회의 후속 작업 추진) 2017년 OECD 보건장관회의에서 사람중심 보건 의료시스템으로 변화를 결의한 후 OECD 보건위원회는 보건장관회의 후속 과제를 추진하고 있음.
 - 사람중심 보건의료시스템 프레임워크
 - 지식기반 보건의료시스템 구축
 - 만성질환에서 환자보고지표 개발을 위한 국제조사 추진
- (기존 의제의 전환) 보건위원회가 다루어왔던 기존의 주제들은 사람중심 보건의료시스템의 개념적 틀을 바탕으로 미래 환경 변화에 대응하는 방향에서 새롭게 발전되고 있음.

- 형평성, 예방의 경제성, 환자중심성 제고 차원에서 일차의료 강화
- 비용대비가치의 향상 측면에서 예방 정책에 대한 투자 확대
- 고령화에 대응하는 보건의료서비스 제공 혁신
- 보건의료서비스에 대한 대기시간 개선
- 의약품 정책 개선

○ (미래 위험 대응력 제고) 미래 보건의료지출 증가에 대비한 재정의 지속가능성 제고와 가치기반 의료 축진을 위한 지식 생산과 근거기반 정책 추진

- 보건의료 지출 추계 모형의 개선을 통한 정책적 활용성 제고
- 보건의료 지출 추계를 통한 국가의 지출효율화 정책 추진의 동력 제공
- 보건지출 증가에 대응하는 정책과제 환기
- 보건의료 자원 인프라 구축의 중요성 환기
- 의료 욕구와 수요의 변화에 대응하는 기술의 활용
- 일차의료의사의 직업적 유인 확대
- 보건의료 인력의 부족 해결을 위한 국제적 정보 공유와 비교 기반 확대

□ 2019년 고용노동사회위원회 보건복지 이슈 동향

○ 고용노동사회위원회는 사회정책장관회의 위임사항에 대한 과제 진행과 추가 제안이 이루어지고 있음. 올해 개최된 고용노동사회위원회에서 논의된 복지 이슈는 다음과 같음.

- 사회정책장관회의 후속 과제
 - ELSAC은 사회정책장관 회의의 권고사항을 반영하여 “오늘의 사회적 필요 (Social Needs Today)”와 “내일을 위한 사회데이터(Social Data for Tomorrow)”라는 광범위한 주제의 과제를 추진 중임.
 - 현재 진행 과제
 - ① ‘사회적 위험: Risks that matter’ 관련 국가 간 비교 리뷰
 - ② OPSI(OECD 공공부문 혁신센터)와의 협업을 통한 이해관계자 참여를 통

한 혁신사례 수집

③ 더 효과적인 사회정책을 위한 사회데이터(New Social data for more effective social policies)

- 새로운 프로젝트 제안

④ 사회경제적 위험 프레임워크(Economic and Social Risks Framework)

- 아동 복지(well-being)
- 'Pensions at a Glance 2019'에 포함될 비정형 근로의 형태와 연금

□ 정책적 시사점

○ 일차예방의 공중보건정책 확대

- 지속가능한 보건의료시스템 구축을 위해서는 인구집단의 건강수준을 의미 있게 변화시키는 공중보건 정책의 적극적 활용이 필요함.
- 건강행태를 유도하는 공중보건정책은 고령화와 만성질환 증가에 대응하여 비용대비가치를 높이는 접근이며, 강력한 공중보건정책은 노동인구의 건강증진을 통해 전체 생산성과 경제 성장 증가에 기여할 수 있음.

○ 보건의료 지출 증가에 대비한 효율화 정책의 추진

- OECD 추계결과는 공공보건의료지출의 증가를 피하기 어렵더라도 지출효율화 정책을 통해 증가 수준을 통제할 수 있음을 보여줌.
- 정책입안자들은 GDP 대비 보건의료지출의 비중 혹은 보건의료 지출 그 자체의 규모 중 적어도 하나는 증가한다는 가정 하에 계획을 세워야 함.
- 이러한 국제적 근거를 기반으로 정부는 보건의료지출 증가를 관리하는 정책을 적극적으로 추진해야 함.

○ 사람중심 보건의료시스템으로 변화를 위한 일차의료의 기능과 역할의 확대

- 일차의료는 OECD가 논의하는 보건의료자원 등 시스템 기반 구축, 서비스 간 연계와 통합, 사람중심성에 대한 성과 측정이 모두 결합되어 설계되는 영역으로 가치기반 지출효율화 접근에서 가장 핵심이 되는 대상임.

- 일차의료는 OECD 모든 회원국 공통의 혁신과제로서 OECD의 G7 일차의료 보편적 지식 사업의 참여를 통해 국제적 공조와 협력이 확대되고 있는 상황임.
 - 관련 국제 사업에 적극적으로 참여하고 관련 논의에 참여함으로써 국내 일차 의료의 기능과 역할을 확대하는 정책 개발의 경험 근거로 활용할 필요가 있음.
- 변화하는 노동시장 환경에 대응할 수 있도록 관련된 제도 개선 등에 적극 활용
- 국내 사회정책의 혁신을 위해 지속적으로 외국의 혁신 사례와 국제적 연구 동향을 파악하여 활용할 필요가 있음.

6 OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용전략 수립 연구

제 1 장 서론

제1절 연구개요

제2절 OECD 개황

제3절 OECD 보건복지 관련 위원회

제1절 연구개요¹⁾

1. 연구 배경

- 국제사회의 논의 방향과 권고가 국내 보건·복지 정책의 수립과 추진에 미치는 영향이 확대되면서 OECD의 논의 동향을 파악하고 관련 논의에서 참여를 확대해야 하는 필요성이 증가하고 있음(강희정 외, 2018).
- OECD²⁾ 사회정책장관회의 및 보건장관회의 결의 내용은 국제사회에서 보건복지 정책 수립의 방향 설정과 추진의 근거가 되고 있음.
- OECD 위원회 및 프로젝트의 참여는 국내 논의를 진전시키고 결과물의 국내 활용성을 높이고 있음.
- 개인과 조직 수준에서 국제적 교류가 확대되면서 감염성 질환 등 국가 간 협력과 공동 대응이 필요한 이슈가 확대되고, 선진국의 정책 경험에서 국내 정책 추진의 새로운 방향 설정 또는 정제된 논의를 진전시키는 동력을 얻을 수 있음.
- OECD ‘고용노동사회위원회’와 ‘보건위원회’의 보건·복지 의제 동향을 파악하고 참여를 확대함으로써 국내 정책의 개선과 성과 향상을 유도할 수 있음.
- 포용적 성장이라는 포괄적 사회정책의 틀에서 보건위원회와 고용노동사회위원회의 의제 관련성이 높아지고 있음.
 - 보건복지부 업무와 관련된 이슈를 분석하여 두 위원회에 전략적으로 참여함으로써 국내 정책 추진의 근거로 활용할 수 있음.

1) 강희정 외(2018)의 연구개요를 업데이트함.

2) 경제협력기구(OECD: Organization for Economic Cooperation and Development)

- 글로벌 거버넌스에서 보건·복지 의제가 중요해짐에 따라 OECD 고용노동사회국의 고용노동사회위원회 및 보건위원회의 논의 동향 파악이 필요함.
- 장기적 경제 침체에 따른 경제 양극화와 인구구조 변화에 따른 만성질환 증가 등 의료비 지출 압박이 증가하면서 보건복지 이슈에 대한 관심과 인식이 제고되고, 개인의 삶의 질에서 건강의 중요성이 확대되면서 다자기구 간 협력이 확대되고 있음.
- 보건·복지 정책발전을 위한 OECD 논의 및 권고의 전략적 활용필요
 - 저출산 고령화 시대에 대응하는 삶의 질 향상과 경제 생산성 확대 관점에서 보건 및 복지 이슈의 관련성과 중요성 확대
 - OECD 고용노동사회위원회 및 보건위원회에서의 논의사항은 회원국 및 국내 보건복지 정책 방향 설정과 개선의 바로미터로 활용됨.
- 국민의 삶의 질 향상을 위한 사회정책의 중요성, 사회정책 내 보건복지 분야 논의 수준 및 범위의 확대를 고려한 통합적 관점에서 OECD ‘고용노동사회위원회’와 ‘보건위원회’의 동향파악 필요

2. 연구 목적

- 연구의 목적은 2019년 OECD 보건위원회와 고용노동사회위원회 의제에 대해 국내 정책 상황에 맞게 전략적으로 대응하고 결과에 대한 정책적 시사점을 도출함으로써 보건복지부 정책 수립의 근거자료를 제공하는 데 있음.
- 세부 목적은 다음과 같음.
 - OECD 위원회의 보건·복지 관련 의제 분석 및 전략적 대응
 - 제25차, 26차 보건위원회, 제134차, 135차 고용노동사회위원회
 - OECD 위원회의 보건·복지 관련 의제 논의 결과 정리
 - 국내 정책 수립과 추진에 참고할 정책적 시사점 도출

제2절 OECD 개황³⁾

1. OECD 개요⁴⁾

□ OECD(Organization for Economic Cooperation and Development)

○ OECD는 시장경제와 다원적 민주주의, 인권존중을 기본가치로 회원국들의 경제 성장과 인류의 복지증진을 도모하는 정부 간 정책 연구 협력기구임.

○ 1961년 9월 30일에 설립됨.

- 1960년 12월 기준 18개 OEEC(Organisation for Europe Economic Co-operation: 유럽경제협력기구, 1948.4 설립) 회원국, 미국, 캐나다 등 총 20개국이 OECD의 창설 회원국

○ 회원국(36개 국가와 유럽연합, 2019년 4월 기준)

- 오스트리아(1961), 벨기에(1961), 캐나다(1961), 덴마크(1961), 프랑스(1961), 독일(1961), 그리스(1961), 아이슬란드(1961), 아일랜드(1961), 룩셈부르크(1961), 네덜란드(1961), 노르웨이(1961), 포르투갈(1961), 스페인(1961), 스웨덴(1961), 스위스(1961), 터키(1961), 영국(1961), 미국(1961), 이탈리아(1962), 일본(1964), 핀란드(1969), 호주(1971), 뉴질랜드(1973), 멕시코(1994), 체코(1995), 헝가리(1996), 폴란드(1996), 한국(1996), 슬로바키아(2000), 칠레(2010), 슬로베니아(2010), 에스토니아(2010), 이스라엘(2010), 라트비아(2016), 리투아니아(2018)

- 유럽연합(1961)

- 한국은 1996년 12월에 29번째 회원국으로 가입

○ 가입 후보국(2019년 4월 기준)

- 콜롬비아, 코스타리카, 러시아⁵⁾

3) 강희정 외(2018:11-23)의 업데이트함.

4) 외교부(http://www.mofa.go.kr/www/wpge/m_3887/contents.do, 2019.12.1.접속)의 OECD 개요를 발췌하여 정리함.

5) 2014년 3월부터 러시아 연방의 OECD 가입 절차와 관련된 활동이 당분간 연기됨.

○ 핵심 파트너국가(2019년 4월 기준)

- 브라질, 중국, 인도, 인도네시아, 남아프리카

○ 사무총장

- Angel Gurría (멕시코 국적)
- 임기: 2006.6월~2021.5월(2006.6월 5년 임기 취임 후 2010.9월 연임, 2016.6월 3연임)

□ OECD 목적

○ OECD는 상호 정책조정 및 협력을 통해 회원국의 경제사회발전을 모색하고 나아가 세계경제문제에 공동으로 대처하기 위한 정부 간 기구

○ OECD의 목적(설립협약 제1조)

- 회원국의 경제성장과 금융안정을 촉진하고 세계 경제 발전에 기여
- 개도국의 건전한 경제성장에 기여
- 다자주의와 무차별주의에 입각한 세계무역의 확대에 기여

□ OECD의 접근 방식

○ 3대 가치관의 공유: '개방된 시장경제', '다원적 민주주의', '인권존중'의 3대 가치를 공유하는 국가들에게만 문호를 개방하는 가치관의 동질성 (like-mindedness)

- 정책대화(policy dialogue) : 회원국 정책 담당자들 간의 정책대화를 통한 정책협의
 - 공통관심 이슈의 파악에서 모범관행(best practice)과 대응방안의 도출 및 이행에 이르기까지 단계별로 경험과 의견을 교환
- 실증적·전문적 분석 : 정책대화의 내용, 방향 및 결론 등은 사무국 전문가들의 과학적 분석에 의해 제시되고 유도
- 동료압력(peer pressure)의 행사 : 정책지침, 정책권고 혹은 국제규범을 도출

하고 이에 입각해 각 개별 회원국의 제도와 정책을 동료 검토(peer review)함으로써 회원국 정책의 개선과 조정을 유도

- 비회원국으로의 전수 : OECD 회원국이 아닌 개발도상국들에 대해서도 다양한 형태로 정책대화 사업을 전개함으로써 OECD의 가치관 및 축적된 경험을 전수
- 시민사회로의 전파 : 기업, 노동계 등을 대표하는 주요 국제 NGO들과의 정책 대화를 통해 이들의 다양한 의견을 수렴하는 동시에 OECD의 가치와 정책을 전파

□ 정책대화 사업의 유형

○ OECD가 추진하는 각종 정책대화 사업은 그 목적상 다음의 3가지 그룹으로 대별 가능

- 구조개혁 촉진
 - 거시경제, 구조조정, 금융국제화, 규제개혁, 실업대책, 사회복지, 교육, 기술 혁신, 환경관리, 지역개발 등 공통적 우선순위과제에 대해 각국 경험의 비교 검토(benchmarking)와 추진현황의 상호평가를 통해 정책개선 내지 구조개혁을 촉진
- 국제문제 공동대처
 - 세계적 경기변동, 국제무역과 국제투자, 다국적기업, 국제적 뇌물수수, 유해 조세관행, 전자상거래, 유전자변형식품의 안전성 규제방안 등 국제적 주요 문제에 대해 공동대책을 강구
- 비회원국 발전 지원
 - 비회원국의 경제발전을 지원하고 나아가 OECD가 추진하는 국제적인 정책 협력에 동참하도록 유도

□ 영향력

○ OECD는 창설 이후 WTO, IMF, 세계은행, G-7/8 등과 상호보완해가며 선진권

을 중심으로 시장 경제를 창달하고 국제경제의 안정과 무역 확대에 기여

○ 특히, 80년대 이후로는 선진경제의 구조개혁과 다자간 무역자유화에 기여해왔을 뿐 아니라, 90년대 이후로는 비선진권을 대상으로 문호를 개방하고 아울러 비회원국과 정책대화를 활발히 전개해 나감으로써 그 영향력이 세계적 규모로 확대

○ OECD의 국제경제에서의 영향력은 다음과 같은 요인에 기인함.

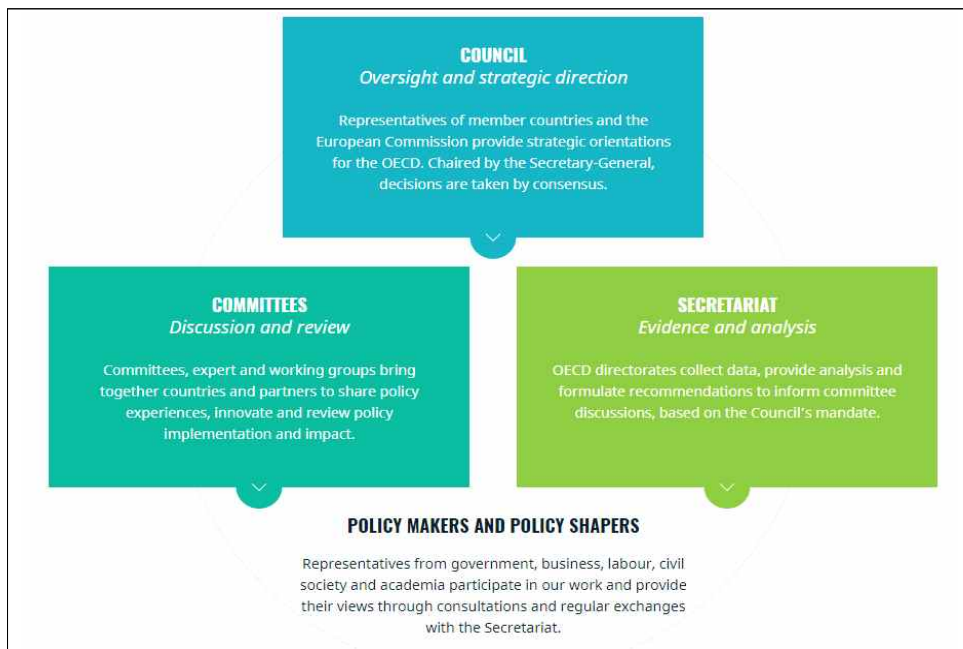
- 주요 경제주체들의 모임
 - 유럽, 북미, 아·태지역 등 국제경제 3대 지역의 주요주체들(major players)이 비교적 골고루 참여하고 있음. 특히 G-7을 위시한 모든 선진국들이 참여하는 만큼 범세계적인 문제들을 주도적으로 논의하고 효과적으로 다룰 수 있음.
- 3대 가치관의 힘
 - 개방된 시장경제, 다원적 민주주의, 인권존중이라는 공유가치의 논리적 우위와 도덕적 설득력
- OECD 고유 스타일
 - 정책대화와 동료압력
- 선진적 경험과 분석력
 - OECD 회원국들은 시장경제와 민주주의에 입각한 풍부한 정책경험을 가지고 있으며 OECD 사무국은 우수한 자원을 통한 과학적 분석능력 구비
- 첨단적 개척자 역할
 - OECD 회원국들이 경제·사회 및 과학 등 여러 부문에서 가장 앞서 가고 있는 만큼 새로이 대두되는 문제들을 조기에 파악해 연구하는 개척자(pathfinder) 역할 수행
- 비회원국과의 대화
 - 각종 비회원국 협력 사업을 통해 대외적으로도 영향력을 행사하고, 특히 이들을 이끌어 줄 수 있는 능력보유

2. OECD의 조직⁶⁾

□ OECD 운영 체계

- OECD는 사무국(Secretariat)의 분석과 제안, 위원회(Committees)의 토의와 실행, 이사회(Council)의 감독과 전략적 방향 설정의 역할 분담과 상호 연계 속에서 운영되고 있음.

[그림 1-1] OECD 운영 체계



자료: OECD(2019c)

○ 이사회(Council)

- 이사회는 조직의 최고의사결정기구로서 감독과 전략 방향을 설정
 - 회원 국가들과 유럽 집행위원회 대사들로 구성되고 사무총장이 의장을 하며 정기적으로 조직의 주요 업무에 대해 토의하고 관심사를 공유하며 합의에 이

6) <http://www.oecd.org/about/structure/> 내용을 번역함.

해 의사 결정함.

- 연 1회 OECD 이사회는 회원국의 정부 수반, 경제·무역·외교 장관이 참석하는 각료급 이사회(Ministerial Council Meeting: MCM)로 개최됨.
- 각료급 이사회는 현안 업무의 우선순위 설정, 세계 경제 및 무역 상황 논의, 예산, 가입, 기타 중요사항에 대한 추가 이슈 탐구를 진행함.

○ 위원회(Committees)

- 토의와 검토

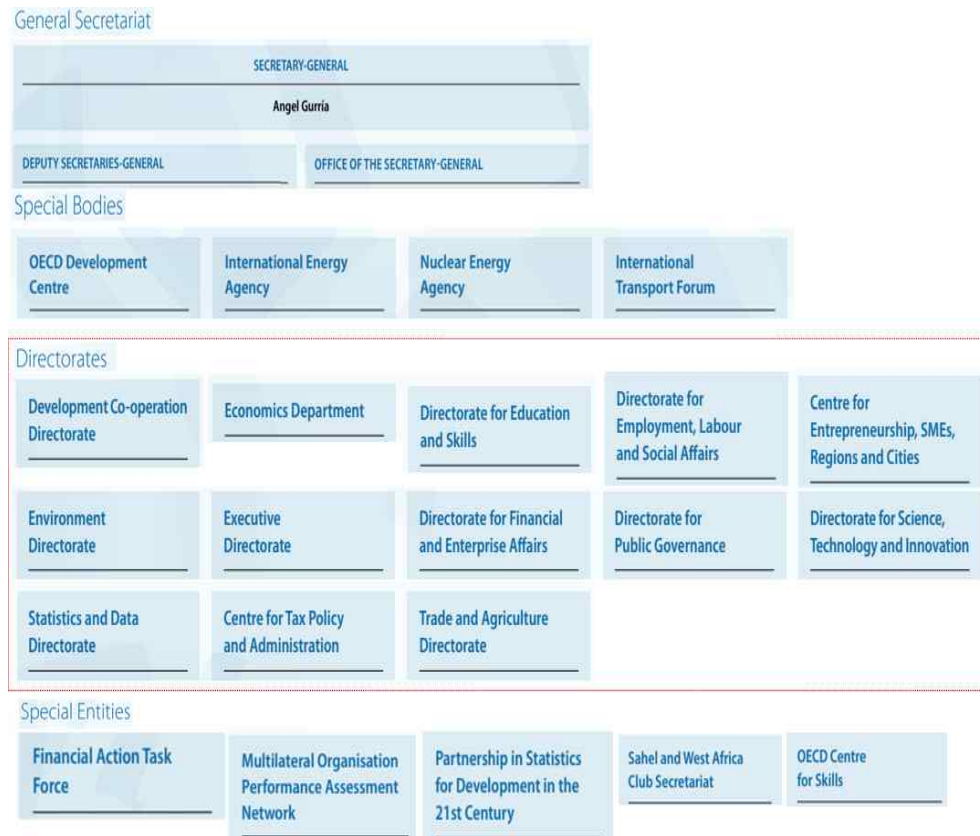
- 위원회들, 전문가 및 워킹그룹들은 공동으로 회원국 및 파트너들이 정책 경험을 공유하고 혁신하며 정책의 실행 및 영향을 검토하도록 지원함.
- OECD는 정책 수립의 모든 분야와 관련된 300개 이상의 위원회, 전문가 및 워킹그룹들을 통해 활동함.
- 위원회는 솔루션을 제안하고 데이터 및 정책 성공을 평가하며 회원국에서 정책 활동들을 검토함.
- 활동영역은 교육, 금융, 무역, 환경, 개발 과 같은 정부 부처와 동일한 이슈 영역을 다루고 국가단위 전문가들과 연계함.
- 위원회 참석자들은 회원 및 파트너 국가들에서 오며 정부기관, 학계, 산업 및 시민 사회를 대표함.
- 매년 위원회 참석을 위해 약 4만 명이 참석하고 있으며, 일부 토론은 모든 OECD 국가들이 공통의 글로벌 규칙을 정의하고 따르는 협상(negotiations)으로 발전할 수 있음.

○ 사무국(Secretariat)

- 사무국은 근거 생산과 분석을 통해 OECD의 업무를 실행함.
- OECD 사무국들은 이사회 위임사항을 기반으로 위원회 토의를 위해 데이터를 수집하고 분석하여 결과를 제공하며 권고사항을 마련함.
- 사무총장이 주도하고 국(directorates)과 분과(divisions)로 구성되며 각 국가의 정책 입안자 및 형성자들과 협력함.

- 사무국 직원은 경제학자, 법률가, 과학자, 정책분석가, 사회학자, 디지털 전문가, 통계 및 소통 전문가 등 3,300명임.
- 대부분의 직원은 파리에서 상주하지만 일부는 다른 국가의 OECD 센터에서 근무함.

[그림 1-2] OECD 운영 조직 구조



자료: OECD(2019a:24)의 수정 사용

3. OECD의 대외관계⁷⁾

□ OECD의 핵심 파트너들

- 2007년 5월, 각료 이사회는 OECD가 ‘브라질’, ‘인도’, ‘인도네시아’, ‘중국’, ‘남 아프리카’와 지속적·포괄적 방식으로 협력을 강화하기로 의결함.
- 협력의 핵심 요소는 OECD의 활동에 핵심 파트너들이 직접적·적극적으로 참여하도록 하는 것임.

□ 관련 국제 조직과 기관들

- OECD는 국제 노동기구, 식량 농업기구, 국제 통화 기금(IMF), 세계은행, 국제 원자력기구(IAEA), 유엔 기구들과 같은 국제 조직 및 기관들과 협력하고 G20의 적극적 파트너임.

□ 기타 주요 이해관계자

- OECD는 여러 수준에서 시민사회와 협력하고 있으며 이러한 관계의 핵심은 기업 산업자문위원회(BIAC: Business and Industry Advisory Committee)와 노동 조합자문위원회(TUAC: Trade Union Advisory Committee)의 참여를 통해 이루어짐.
 - BIAC과 TUAC은 정책 대화와 협의를 통해 OECD 업무 전반에 기여함.
- 비정부기구, 전문가집단, 학계 등 기타 시민사회 대표자들의 활동으로 이해관계의 반영을 보완하고 있음.
- 매년 개최되는 OECD 포럼은 생각을 교환하고, 지식을 공유하며, 네트워크를 구축하는 글로벌 플랫폼으로 역할을 하고 있음.

7) 외교부 http://www.mofa.go.kr/www/wpge/m_3887/contents.do#oecd04.(2018.12.1.접속)에서 관련내용을 발췌하여 정리함.

4. OECD 운영방식⁸⁾

□ OECD의 의사결정 구조

- 최종 의사결정 주체: 이사회(단, 산하 위원회들로부터 건의 및 심사에 입각)
- 회원국 정부들이 결정주체로서 전원합의(consensus)에 의해 의사결정
 - 원칙적으로 회원국 합의(unanimity or mutual agreement)로 결정
 - 예외적으로 예산, 내부 행정 등 한정된 일부 사안에 대해 가중다수결(QMV: Qualified Majority Voting)제도 도입⁹⁾
 - QMV: 회원국 전체의 60% 찬성으로 결정을 채택하되, 예산의 25%를 분담하는 최소 3개국 이상이 반대하지 않을 것
 - 상호합의나 가중다수결에 해당하지 않는 기타 사안은 5개 국가의 반대가 없거나 중요한 국익을 이유로 특정한 국가가 반대하지 않으면 합의된 것으로 처리함.

○ 특징

- 개별회원국 정부의 의사에 반하는 결정이 있을 수 없음. 단, 명분 없는 입장은 동료압력(peer pressure)으로 인해 유지가 어려움.
- 사무국은 이사회 및 위원회에 대한 집행부서임(단, 전문적 분석과 각종 문서의 작성 및 회원국 간 중개자 역할을 통해 큰 영향력 행사).

□ OECD 예산

○ 예산의 구분

- Part I: 모든 회원국들이 의무적으로 참여하는 사업 예산
- Part II: 회원국들의 선택적 참여, 비회원국들도 참여 가능한 사업 예산

8) 외교부 http://www.mofa.go.kr/www/wpge/m_3887/contents.do#oecd04. (2018.12.1. 접속)에서 관련내용을 발췌하여 정리함.

9) 주 오이시디 대한민국 대표부 overseas.mofa.go.kr/oecd-ko/wpge/m_8503/contents.do (2018.12.5. 접속)

- 부속예산: 퇴직 사무국 직원 연금재정을 위한 예산, 출판비용 충당을 위한 출판 예산, 투자예산으로 구성
- 비정규예산: 특정 개별 사업을 목적으로 회원국들의 자발적 기여금으로 조성된 예산

○ 회원국의 분담금

- 회원국별 분담률 산정원칙
 - 회원국 경제규모(최근 3년간의 국민소득 통계에 기초)에 따라 매년 분담률 결정(2008.6 각료이사회에서 새로운 분담금 부담 메커니즘 합의)
- 2017년 기준, 우리나라 Part I 예산 분담률은 3.1%로 회원국 중 9위

□ OECD 규범

○ OECD 규범의 종류

- 결정(Decision): 모든 가맹국을 구속하여 회원국의 이행 의무가 있는 규범
- 권고(Recommendation): 회원국들이 적절하다고 판단할 경우 이행이 고려될 수 있는 비구속적 규범
- 기타 규범
 - 선언(Declaration) 또는 성명(Statement)
 - 협정 및 양해(Arrangements, Understanding, International Agreements 등)

○ OECD 규범의 성격

- OECD 설립 협약이나 OECD와 회원국 간의 특권면제 조약은 일반적 조약규범과 동일한 성격
- 일반적인 국제조약 규범보다 강제성이 느슨하나 선언적 규범보다는 강한 중간적 성격
- 유일한 구속규범인 결정(decision)도 회원국이 국내 헌법상 절차를 구비한 경우에만 구속력 발생

- 신사도(gentlemanship)를 중시하는 자율적 준수가 원칙
- 강제적 이행 수단은 부재
- 정기적인 국가별 검토(country review) 및 주요 신규 조치 통보 의무 등 절차상의 의무를 통한 간접적 이행수단 활용
- 이행 의무가 있는 결정(decision) 규범에 대한 이행 상황의 감시
- 이행의무가 없는 규범(권고, 선언 등)에 대해서는 동료압력 등을 통하여 사실상의 구속성 부여

□ OECD의 작업 방식

- OECD의 작업은 데이터 수집(Data Collection) → 분석(Analysis) → 토의(Discussion) → 결정(Decision) → 실행(Implementation) → 동료 검토, 다각적 감시(Peer reviews, multilateral surveillance)의 순서로 진행됨.
- OECD의 작업은 회원국뿐 아니라 OECD 외 지역의 사건을 지속적으로 모니터링 하는 것에 기초하며, 단기 및 중기 경제개발에 대한 정기적인 전망(projections)을 포함함.
- OECD 사무국이 자료를 수집하고 분석한 후, 위원회가 이 정보에 관한 정책을 논의하고 이사회가 결정을 내리면 정부들은 권고사항을 이행함.

제3절 OECD 보건·복지 관련 위원회

1. OECD 고용노동사회국¹⁰⁾

□ OECD 사무국 부서 중 고용노동사회국(Directorate for Employment Labour and Social Affairs)은 다음의 의제와 관련하여 ‘보건위원회’와 ‘고용노동사회위원회’ 운영을 지원하고 있음.

○ 관련 의제

- 고용(Employment) : 글로벌 재정위기 여파로 많은 국가에서 실업이 증가, 고용정책은 주요 정부 과제로 부상
- 보건(Health) : 건강결과와 보건의료시스템 자원사업을 측정하고 의료의 접근성, 효율성, 질을 향상시키는 정책을 분석함으로써 보건의료시스템의 성과 향상 지원
- 이주(Migration) : OECD국가들에서 이주 동향과 정책에서 변화를 모니터링하고 교육과 노동시장에서 이민자와 자녀들의 통합 정책 분석
- 사회문제(Social Affairs) : 효과적인 사회정책은 개인과 그들의 가족을 보호하고 성취감 있는 삶을 살도록 지원함. 개인과 가족을 지원하고 사회와 경제가 보다 효과적으로 작동하게 하는 정책 확인

□ 보건위원회는 전체 이슈가 보건복지부의 업무와 관련되지만, 고용노동사회위원회 의제는 노동부, 복지부, 여성가족부 등 여러 정부 부처와 관련됨.

□ 이 연구에서는 보건위원회의 의제와 고용노동사회위원회의 의제 중 보건복지부관련 이슈에 국한하여 논의 동향을 파악함.

10) 강희정 외(2018:27)의 내용을 발췌함.

가. 보건위원회(Health Committee)¹¹⁾

- OECD 보건위원회는 보건의료시스템의 국가 간 비교를 위한 보건 데이터 수집, 신뢰성 있는 의료비용 산정을 위한 보건계정 구축, 의료 수준과 국민건강수준의 향상 정도를 측정할 수 있는 보건의 질 지표 개발, 보건 정보시스템 강화 등을 포함한 방대한 영역의 이슈들을 심도 있게 논의하는 위원회임.
- 보건위원회의 국가별 비교연구에서 한국의 참여가 지속적으로 확대되고 있으며 저출산고령사회 대비 우리나라 보건의료시스템의 개혁 추진을 위한 전략적 활용성이 증가하고 있음.
- 보건위원회의 정책보고서를 통한 국내정책 홍보는 우리나라 보건의료시스템의 국제적 위상 제고에 기여할 뿐 아니라 정책 변화와 추진을 위한 동력을 제공함.
- 사람중심 보건의료시스템으로 개혁 비전을 제시한 2017년 1월 16일 보건장관회의 개최(5년마다 개최) 결과는 새로운 정책 방향의 근거로 활용되고 있음.

[그림 1-3] OECD가 제안하는 사람중심 프레임워크

결과기반성과(Outcomes)

의료시스템
- 환자의 기대에 일치하는 높은 질의 의료 제공, 재정적 지속가능, 불평등 감소

원칙과 가치(Principles and Values)

- 존엄, 공감, 존경으로 환자들과 가족을 대하고 이들의 권한 보장
- 의료는 재정적으로 지속가능하고 비용대비 가치를 실현
- 조정된 의료
- 의료는 지역사회 및 기타 다른 영역과 연계 가능

정책 영역(Policy Domains)

재정(funding)/ 보수(Remuneration)	거버넌스/책무성	예방 및 공중보건	서비스 제공 및 인력
----------------------------------	----------	-----------	-------------

지원 정책(Enabling Policies)

재정 및 예산 모델	환자 참여	예방 건강 독해력 소통 정책	통합 및 지역 기반 의료
------------	-------	-----------------------	------------------

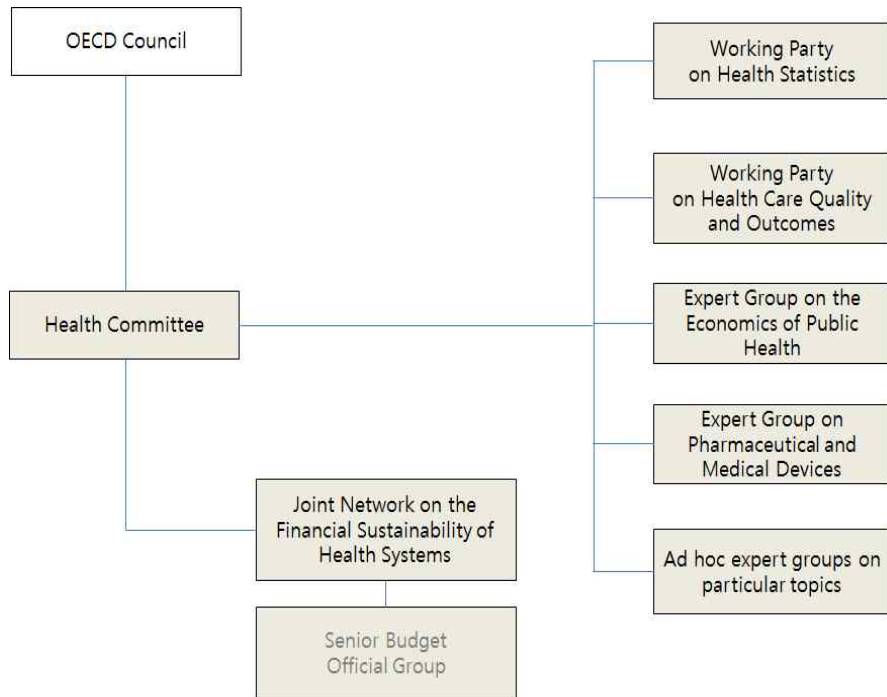
자료: OECD(2017:6); 강희정 외(2017:517)에서 재인용

11) 강희정 외(2018:38-39)의 내용 중 보건위원회 관련 내용을 발췌하여 업데이트함.

□ OECD 보건위원회는 2017년 1월 보건장관회의가 제시한 사람중심 보건의료시스템 프레임워크에 맞게 운영구조를 개편하였음.

○ 보건위원회는 보건통계 워킹파티, 의료 질과 결과 워킹파티, 공중보건경제학 전문가그룹, 제약의료기기 전문가그룹, 특정주제별 특별전문가그룹을 운영하고 있으며, 고위예산관료가 참여하는 보건의료시스템 재정 지속가능성 공동 네트워크를 운영하고 있음.

[그림 1-4] OECD 보건위원회 구조



자료: OECD(2017), OECD WORK ON HEALTH(p.33)

나. 고용노동사회위원회(Employment, Labour and Social Affairs Committee)¹²⁾

- 1961년 9월 30일 인력위원회에서 출범한 고용노동사회위원회는 OECD 국가의 연금·사회보험·생활보호·장애인 복지 등 사회보장제도 전반에 대한 각국 비교 연구 및 정책 연구를 수행하며 관련 DB 구축, 보고서 발간을 하는 중추적 역할을 담당하고 있음.
 - 노동시장정책, 사회정책, 국제이주정책의 3개 분야로 구성되어 있으며 OECD 회원국 및 사안별 옵서버(WHO) 참여의 거버넌스 체제 하에 국가별 연구 및 국제 비교 연구를 수행함으로써 정책 성과와 경험을 공유함.
- 사회정책 분야는 보건, 여성, 아동복지, 보육, 가족 등 사회복지 전반의 연구와 국가 간 비교 연구를 수행하여 사회정책 성과를 제고하는 데 기여하고 있음.
- OECD 사회장관회의가 7년마다 개최되고 있으며 개최 결과를 반영하여 고용노동 사회위원회의 운영과 의제 개편이 이루어지고 있음.
- 2011년 사회정책장관회의('11.5.2)
 - 주요 의제: 공정한 미래 건설을 위한 사회정책의 역할
 - 세부주제
 - 경제 위기 그 이후 : 회복을 위한 사회정책
 - 가정의 강화(부모의 선택과 아동 복지)
 - 과거를 위한 지출, 미래를 위한 공급 : 세대 간 연대(아동과 노인 돌봄)
- 2018년 사회장관회의 개최('18.5.14~5.15)
 - 주요 의제: 포용적 미래-공동번영을 위한 사회정책
 - 사회정책포럼('18.5.14): 노동의 신세계에서의 사회보장
 - 사회장관회의('18.5.15): 21세기의 사회보장

12) 강희정 외(2018:38-39)의 내용 중 보건위원회 관련 내용을 발췌하여 업데이트함.

제 2 장

2019년 보건위원회

제1절 제25차 보건위원회

제2절 제26차 보건위원회

제1절 제25차 보건위원회

1. 제25차 보건위원회 안건

가. 안건 목록

- 제25차 안건은 다음과 같으며, 세부적으로 정리된 안건은 정리 열에서 'O' 표기가 되어있음. 정리가 되지 않은 안건들은 사전에 안전자료가 제공되지 않거나 현장 보고 방식으로 서면 안전자료가 제공되지 않은 경우임.
- 사전 안건 정리에 포함되지 않은 경우는 회의결과 보고에서 주요 안건 내용을 확인할 수 있음.

〈표 2-1〉 제25차 보건위원회 안건

안건제목	안전번호	정리
1st Day(2019. 6.19)		
09:30-11:15		
Item 1. ADOPTION OF THE DRAFT AGENDA 안전 채택	DELSA/HEA/A(2019)1	
Item 2. APPROVAL OF THE DRAFT SUMMARY RECORD OF THE 24th SESSION 24차 회의록 승인	DELSA/HEA/M(2019)1	
Item 3. ORAL STATEMENT BY THE DIRECTOR 국장 보고	DELSA/HEA/RD(2019)1	
Item 4. PaRIS Survey: Progress and Next Steps PaRIS 조사: 경과 및 계획	DELSA/HEA(2019)1	○
11:15-11:45 - Tea/Coffee break		

24 OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용전략 수립 연구

안건제목	안건번호	정리
14:30-16:00		
(open to BIAC and TUAC) Item 6. Obesity Publication: Draft Assessment & Recommendations 비만 보고서 : 평가 및 권고 초안	DELSA/HEA(2019)3	○
16:00-16:30 - Tea/Coffee break		
16:30-18:00		
(open to BIAC and TUAC) Item 7. Long-term Care Workforce: draft Assessment & Recommendations 장기요양인력 : 평가 및 권고 초안	DELSA/HEA(2019)4	○
2nd Day(2019. 6.20.)		
9:30-11:00		
Item 8. Budget Report 예산보고서	DELSA/HEA(2019)5	○
Item 9. Public Health-Synthesis of Completed Reviews 공중보건 - 검토 종합	DELSA/HEA(2019)6	○
11:00-11:30 - Tea/Coffee break		
11:30-12:30		
Item 10. Primary Health Care: Draft Assessment & Recommendations 일차의료 : 평가 및 권고 초안	DELSA/HEA(2018)7	○
12:30 -16:00 Lunch		
Item 11. Fast-track Paper from December Meeting: Interprofessional Team Work 패스트트랙 보고서: 전문가 간 팀워크	DELSA/HEA(2019)8	○
Item 12. High-level Forum on Knowledge Based Health System-Draft Issues Notes 지식기반보건의료시스템 고위급 포럼-이슈노트초안	DELSA/HEA(2019)9	○
16:00-16:30 - Tea/Coffee break		
16:30-17:30		
Item 13. Fast-track Paper on Telemedicine 원격의료에 대한 패스트트랙 보고서	DELSA/HEA(2019)10	○
Item 14. Fast-track Paper: Choice of Work for June 2020 2020년 6월 패스트트랙 보고서 주제 선택	DELSA/HEA(2019)11	○
Item 15. OTHER BUSINESS A. Dates of future meetings: 11-12 December 2019 B. Health Committee Progress Report on the 2017-2018 Programme of Work and Budget Status at end December 2018 기타 A. 차기 회의 일정 B. 보건위원회 2017-2018 사업 및 예산 운영 보고서	DELSA/HEA/RD(2019)2	○

나. 안건 요약

- 안건 1~3은 상시 절차로서 제25차 안건 채택, 제24차 회의 결과 보고 및 승인, 고용노동사회국 국장의 업무 보고임.
- 안건 4. 환자보고지표조사(Patient-reported indicators surveys, PaRIS): 경과 및 향후 계획
 - 사무국은 PaRIS 워킹파티(19.6.18)의 주요 결과와 국제조사 업체 계약을 위한 입찰요청서 평가 위원회 결과를 보고하고 국가별 PaRIS 조사 및 관리 계획의 진행상황 공유
 - 조사의 2단계와 3단계에 대한 참여 동의(안) 논의
- 안건 5. PaRIS: Health at a Glance Chapter
 - 2019년 OECD Health at a Glance 출판에 포함될 초안 검토
 - 질과 결과에 대한 고관절 및 무릎관절 치환술, 유방암, 정신건강 환자보고지표에 대한 국제 데이터 개발 작업의 경과 공유
 - 사람중심보건의료시스템의 축진을 위한 환자보고결과 측정의 중요성 확인과 의료의 핵심 측면에서 견고한 국제 비교를 위한 기존의 역량과 미래 방향 제시
 - 2019년 8월 19일까지 챕터 초안에 대한 서면 의견 제출
- 안건 6. 비만 출판: 평가와 권고 초안
 - 비만의 경제적 부담과 비만, 건강하지 않은 식이, 비활동적 생활습관 관련 건강하지 않은 행태를 감소시키기 위한 정책 옵션들의 효과성과 비용효과성에 대한 최종 보고서 초안의 핵심 결과와 정책적 메시지 검토
- 안건 7. 장기요양인력: 평가와 권고 초안
 - 장기요양 수요는 앞으로 수십 년간 증가할 것으로 기대되며 숙련된 인력을 적정하게 채용하고 유지시키기 위한 상당한 과제 존재

- EU와 OECD에서 장기요양 인력을 파악하고 노령 인구의 장기요양 욕구를 충족시킬 수 있는 인력 확충 정책 개발 필요
 - LTC 근로자의 인구통계학적 특성과 작업 조건 검토, 인력 충원 및 근로조건 개선, 기술 활용 및 조정의 촉진, 기술과 업무 매치의 좋은 사례 검토
- 2019년 6월 31일까지 서면 의견 제출

□ 안건 8. 예산 보고서

- 보건 작업의 주요 재원인 자발적 기여금의 경향과 구성 검토

□ 안건 9. 공중 보건 - 완료된 검토 통합

- OECD 국가의 정책입안자들이 직면하는 중요한 공중보건 문제들 측면에서, 보건 위원회는 위원회 업무 및 프로그램 예산의 일부로서 OECD 공중보건 검토 시리즈를 지재해 왔음.
- 보고서는 공중보건의 경제성, 최근의 학술적 근거, 모범적 사례들에 대한 그간의 OECD 작업과 전문성에 기초하며, 지금까지 검토에서 선택된 영역의 결과를 종합하고 주요한 과제, 성공, 정책 솔루션을 강조함.
 - 검토는 주로 3개국(칠레, 일본, 한국)과 동료 평가자로 활동한 국가 및 앞으로 검토 할 국가들을 대상으로 함.

□ 안건 10. 일차 의료 : 평가 및 권고 초안

- 일차 의료의 미래에 관한 보고서는 OECD 보건의료시스템 및 사회가 보다 광범위하게 직면하고 있는 어려움을 해결하기 위해 일차의료의 어떻게 발전해야 하는지, 미래의 일차의료 모습, 이를 실현하기 위한 주요 정책요소들의 논의
 - 최종 보고서 초안의 주요 결과와 정책 메시지 논의
- 2019년 6월 26일까지 서면 의견 제출

□ 안건 11. 패스트 트랙(fast-track) 보고서: 전문가 팀 작업

- 전문가 팀이 환자 태도와 경험, 보건 전문가의 업무 경험, 보건전문가 훈련에서 변화, 기술의 활용과 환자데이터 거버넌스에 미치는 영향 논의
- 안건 12. 지식기반 보건의료시스템(KBHS)에 대한 고위급 포럼 - 의제 노트 초안
 - 2018년 6월 23차 회의에서 지식기반보건의료시스템에 대한 고위급 포럼 개최 합의, 덴마크 정부가 2019년 11월 21일에 코펜하겐에서 주최하기로 함.
 - 보건의료시스템을 사람중심으로 변화시키기 위한 서비스 모델을 개혁하고, 보건의료 인력을 혁신하며, 공공의 이익을 위한 데이터를 활용에 초점을 맞춘 포럼의 의제 초안 논의
- 안건 13. 원격의료(telemedicine)에 대한 패스트트랙(Fast Track)
 - 비용효과성, 기존 관행과 환자중심성 통합에 맞추어 보고서의 주요 결과 논의
 - 국가 대상 스냅 샷 조사, 추천 전문가 대상 반구조화된 인터뷰, 텔레메디신의 메타분석을 포함하는 포괄적 검토
 - 2019년 하반기 출판 예정
- 안건 14. 패스트 트랙(fast-track) 보고서 : 2020년 6월 보고서의 주제 선택
 - 위원회는 투표를 통해 다수결로 향후 12개월간 진행될 보고서 주제 선정
- 안건 15. 기타
 - 향후 회의 : 2019년 12월 11~12일
 - 2018년 12월 말 현재, 2017-2018 사업 및 예산 현황에 대해서는 서면 절차를 통해 승인

2. 주요 의제별 세부 내용

가. 환자보고지표조사(PaRIS): 경과 및 향후 계획

의제	Item 4. PaRIS Survey: Progress and Next Steps
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)1 Michael van den Berg, Michael.VANDENBERG@oecd.org ; Jillian Oderkirk, Jillian.ODERKIRK@oecd.org

사무국 공지
<p>□ 2017년 OECD 보건장관들은 OECD가 보건의료시스템을 사람중심으로 전환하기 위한 혁신적 프로그램으로 환자보고지표조사(Patient-Reported Indicators Surveys: PARIS)의 시행을 요청함.</p> <p>○ PaRIS는 두 가지 방식으로 정책입안자들을 지원할 것임.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 기존에 발표된 환자보고지표 영역에서 참여국가들 간 비교의 표준화 - 시스템의 핵심으로 측정되지 않았던 새로운 영역의 환자보고지표 개발 <p>□ PaRIS는 일차의료/외래시설에서 한개 이상의 만성질환을 치료받는 성인을 대상으로 환자보고에 의한 건강결과와 경험을 조사하는 최초의 국제 사업임.</p> <p>○ 국제수준에서 PaRIS 개발은 첫째, 사람중심의료를 지원하는 효과적 전략에 대한 국제적 학습과 이를 선도하는 세계적 경험 공유의 기회를 제공 둘째, 환자보고 결과 및 경험을 측정하는 도구의 개발, 예비조사, 검증의 비용을 공유함으로써 효율성과 비용절감을 얻는 두 가지 측면에서 중요함.</p> <p>□ 2018년 6월 27-28일 제23차 보고위원회는 만성질환자에 대한 PaRIS 국제 조사의 설계, 주요 내용, 거버넌스, 일정 계획에 대한 사무국의 제안서 승인</p> <p>○ 관련하여 보건위원회 산하 새로운 논의기구로서 the Working Party for the OECD Patient Reported Indicator Survey(WP-PaRIS) 구성</p> <p>○ 25차 보건위원회는 2019년 6월 18일에 개최된 WP-PaRIS의 2와 3단계 참여 협정에 대한 논의 결과를 공유할 예정임.</p>

□ 대표단 의견 요청

- PaRIS 사업의 경과, 국제조사계약자 경쟁 입찰 경과, 사무국과 국가별 논의 경과, 1단계 사업 완료에 대한 자발적 기여금 요청 확인
- 2와 3단계 진행을 위한 참여협정 초안과 WP-PaRIS 결과에 대한 의견

1) 서론

- 일차/외래 의료서비스는 만성질환자를 관리하고 치료하며, 그들의 자가 건강관리를 지원하고 건강경로(Health Pathway)를 상담해주는 것임. 복합 만성질환자들은 복수의 의료공급자로부터 분절적 서비스를 받을 수 있기 때문에 합병증이나 과오의 위험에 있음.
- 일차의료의 중요성 증가에도 불구하고 일차의료의 성과는 많은 나라에서 블랙박스(black box)로 환자 결과와 성과에 대한 정보가 거의 측정되지 않고 있음.
- 2018년 12월 보건위원회 이후 설계, 주요 내용, 거버넌스, 일정에 대해 상당한 진전이 있었음. 2019년 상반기, 사무국과 참여국들은 PaRIS 진행을 위해 3개 그룹의 활동을 추진하고 있음.
 - 경쟁입찰공고(Call for Tender) : 1) 조사도구 설계 및 예비조사 등 개발단계 관리 2) 현장 시범조사, 본 조사, 데이터 처리 등 후속 업무 관리를 대행하는 국제계약자 선정
 - 국가참여(Country engagement) : 조사 설계와 실행, 국가별 로드맵 개발의 초기 기획단계에서 반영되어야 할 국가적 관심 사항 및 보건의료시스템 특성의 반영을 위해 OECD 사무국과 국가 간 양자 협의
 - 거버넌스와 재정(Governance and financing) : 조사 거버넌스 기획과 현재와 미래의 재원조달
- 관련하여 보건위원회 전날에 개최되는 WP-PaRIS에서 심층 논의가 진행되고 보건위원회에서 그 결과가 공유될 예정임.

2) 국제 계약자 선정을 위한 입찰 제안서 평가

- 사무국의 제안 요청서 초안에 대한 보건위원회 의견을 반영하여 2019년 3월 29일 까지 제안서 제출하도록 2018년 12월 10일 공개경쟁입찰 공고
- 제안서 평가 절차
 - 3개 제안서가 제출되었으며, 모두 기술적 질이 높고 모든 요청사항을 포괄하고 있음. 다만, 제안자 간 상당한 가격 차이가 있음.
 - 사무국은 평가위원회 구성(국가 전문가로 미국과 노르웨이 전문가 참여), 기술적 질(35%), 조직관리 역량(20%), 자격과 경험(20%), 재정적(비용) 평가(25%)의 기준으로 위원회의 평가점수 합산. 평가전 설정된 기준점수(41%)를 넘긴 3개 제안서(55%~69%) 선정. 공공조달 전문가 등 의견을 반영한 점수 조정 기회와 기술평가 과정을 통해 최종점수가 산출됨.
 - 사무국은 선정된 국제계약자와 국가 간 소통과 협의를 중계할 것이며, 이와 관련된 이슈가 2019년 6월 18일 WP-PaRIS에서 논의될 예정임.

3) 국가 참여

- 국가 로드맵 개발을 위한 양자 협의
 - 1단계 완료시까지 로드맵이 준비되어야 하며, 이를 바탕으로 2, 3단계에 대한 국가 참여에 대한 최종 결정을 할 것임.
 - 호주, 벨기에, 이스라엘, 네덜란드, 노르웨이, 슬로베니아, 스페인, 영국, 미국과의 양자 협의가 진행되었음. 일부국가들은 국내 시행계약자 선정이 완료되었고 일부국가들은 1단계 완료시까지 추가적인 내부 논의가 필요한 시점임.
 - 양자 간 협의에서 제기된 주요 이슈와 질의
 - 내부 논의를 위해 사용할 간략하게 접근 가능한 요약서의 필요
 - 사무국은 새로운 안내서를 개발, WP-PaRIS와 전자적으로 배포 예정

- 환자와 공급자의 수에 따른 조사의 규모
 - 계약자가 최소의 표본규모 결정을 위한 통계적 검정력 분석 예정, 초기에 분석에 필요한 변수 정보의 부족으로 완벽한 정보 제공은 제한적
 - 현재, 최소 규모는 50(공급자)*50(환자)=2500 환자로 추정. 통계적 신뢰도 확대와 하위 그룹 간 분석을 위해서 추가 표본 선택 가능
- 국가적 비용 규모
 - 국가별 선택 사항에 따라 달라질 수 있음.
- GDPR와 국내 규정을 반영한 국제적 데이터 플랫폼 구축 여부
 - 계약사항에 포함될 것임.

○ 6월 WP-PaRIS에서 국가의 로드맵 작성 관련 논의가 진행 될 예정임.

□ 국가 프로젝트 매니저(National Project Manager: NPM)의 자격

- 필요에 따라서는 지역 단위 매니저 선정 가능
- 사무국은 보다 세부적인 자격 요건에 대해 공유할 것임.

4) PaRIS 거버넌스와 재정

□ WP-PaRIS(2018.11.7.)와 보건위원회(2018.12.5.-6) 논의 결과, 1 단계 (2019-2020중반)를 보건위원회 프로그램 예산으로 하고 차액(≒680K)을 자발적 기여금으로 충당하며, 이후 단계는 양자협정으로 진행키로 합의함.

□ 1단계의 국제 비용

- 유럽 집행위원회 보조와 자료 준비 시점으로 지난 12개월간 호주와 네덜란드의 자발적 기여금 납부로 차액은 450K euros.

□ 2와 3단계의 국제 비용

- WP-PaRIS(2019.6.18.)에서 양자협정서 초안에 대한 논의 예정, 국가마다 금액

이 다를 것이며 사무국은 국가별로 세부 정보를 협의할 것임.

□ 국가 비용

- 국가별로 프로젝트 관리, 데이터 수집, 현장작업, 회의, 이해관계자 참여, 홍보 및 모집 등 운영 활동에 소요되는 비용
- 국가별 선택 사항에 따라 비용이 달라지므로 아직 세부 비용 추정은 어려움.
- 양자협의 과정에서 사무국은 국가별로 비용 추정을 지원할 것이며, 비용추정에는 가격과 임금과 같은 경제적 요인, 데이터 수집 인프라, 보건의료시스템 특성, 지역 범위, 언어 범위, 내용 선택 등 다양한 요소가 반영될 것임.
- 기존의 국가전략 및 인프라 활용 시 비용을 효율화할 수 있음.
 - 국가별로 관리되는 1단계 활동에는 설문지 번역, WP-PaRIS 대표 참석, NPM 지정, 설문지의 인지적 테스트, 기타 선택적 활동을 포함.
 - 국가별로 관리되는 2단계 활동에는 NPM(직원과 운영비용), 온라인 데이터 수집 비용, 추가 데이터 수집 방법과 관련됨.
 - 데이터 플랫폼 구축과 운영 관련해서 추가 자원 소요 가능

* 협정서 초안 생략

나. 환자보고지표조사(PaRIS): Health at a Glance 테마 챕터

의제	Item 5. PaRIS: Thematic chapter in Health at a Glance 2019 presenting results of a pilot data collection
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)2 Luke Slawomirski, Luke.Slawomirski@oecd.org Ian Brownwood, Ian.Brownwood@oecd.org Niek Klazinga, Niek.Klazinga@oecd.org

사무국 공지

- 2015년 OECD 보건통계의 고위급 평가 그룹(High-Level Reflection Group on Health Statistics)은 의료 결과와 경험에 대한 환자보고지표 개발을 권고
 - 기존에 검증된 영역에서 국제적 채택 및 비교의 확대와 일차의료 영역 등 미평가 영역에 대한 지표 개발 권고
 - 주요 관심질환·분야·서비스에 대해 검증된 평가 틀 부족
 - 2017년 보건장관회의 논의에서 차세대 의료개혁 방향인 사람중심 보건의료시스템으로 전환을 위해 환자보고지표 기반 시스템 성과지표 개발 촉구
- 관련하여 PaRIS가 진행 중이며, 한 개 이상 만성질환에 대한 환자결과 및 경험에 대한 국제조사 사업 추진과 별도로 3개 관심 임상 영역(정신건강, 유방암, 선택적 슬관절/고관절치환술)에 대한 환자보고지표 채택과 확산 추진
 - WP-PaRIS 관리 하에 정신건강과 슬관절/고관절 영역에 대해 각각 덴마크와 캐나다 건강정보연구소(Canadian Institute for Health Information) 주도의 워킹그룹 운영
 - 워킹그룹은 자발적 참여 국가들의 정보를 비교하여 Health at a Glance 2019에 환자보고지표를 주제로 하는 별도 챕터 작성
 - 이러한 챕터를 구성하는 목적은 a) 관련 개념과 PaRIS 사업에 친숙하지 않은 광범위한 독자에게 환자 보고 지표의 의 소개, b) 추론과 결론 도출이 가능한 임상영역에서 수집된 환자보고 데이터의 예비결과 보고, c) 국제보고를 위한 플랫폼 구축 기반을 제공하는 것임.

□ 대표단 논의 요청

- 제시된 결과, 핵심 메시지, 정책 함의에 대한 의견
- 추가적으로 주의가 필요한 이슈 확인
- 2019년 7월 5일까지 초안에 대한 서면 의견 제출
- 추가 의견 반영한 최종안 회람(2019.7.18.~2019.8.20)

(Health at a Glance 2019의 테마 챕터)

사람중심보건의료시스템을 위해 중요한 것의 측정

- 좋은 건강은 그 자체로 중요할 뿐 아니라 개인, 사회, 경제적 안녕을 촉진하고 건강한 국민은 건강한 지역사회를 만들며 잘 기능하고 번영하며 보다 생산적인 사회에 기여함.
 - 좋은 건강은 개인의 생애소득을 25%까지 증대(OECD, 2017)¹³⁾
- 건강에서 성과의 측정은 주로 투입과 산출에 집중, 기대수명과 같은 결과가 중요하지만 환자가 정의하는 건강, 웰빙, 삶의 질에 대한 평가는 이루어지지 않고 있음.
- 보건의료시스템의 사람중심성 강화는 의료와 건강정책이 실제로 개인의 삶에 어떠한 영향을 미치는지에 대한 정보 확대 없이는 실현 불가능함.
 - 챕터는 일부 OECD국가들에서 3개 임상영역(정신건강, 유방암, 관절치환수술)의 환자보고결과에 대한 데이터 수집 결과를 제시하고 있음.

1) 사람중심 보건의료시스템의 구축은 환자에게 가치 있는 것의 측정에서 시작

- 자신의 건강과 의료결과에 대한 사람들의 평가는 생존 이상의 의미가 있음. 통증, 이동성, 피로, 불안, 우울, 의존성, 정상 활동, 인지적 · 신체적 · 사회적 기능을 포함

13) OECD (2017), Preventing Ageing Unequally, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264279087-en>.

하며 이들은 개인의 건강관련 삶의 질을 구성함.

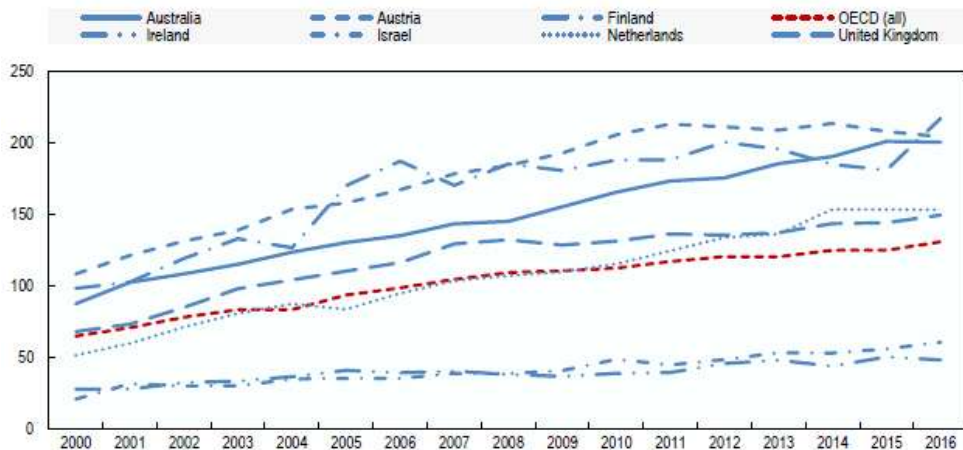
- 환자들은 보건의료시스템 내에서 의료 경험과 접촉에 가치를 둬. 즉, 나의 자율성이 존중되었는가? 나의 치료에 대한 의사결정에 내가 참여할 수 있다고 느꼈는가? 진료 경로가 조직적 측면에서 나에게 지나친 비용 또는 부담을 주지 않았는가?에 대한 질문임.

- 산출(output)만으로는 성과(outcomes)를 알기 어려움.

- 2000~2006년 OECD 국가에서 슬관절치환술의 시행은 평균 두 배가 증가했고 국가 간 5배 이상의 차이가 있지만(Figure 1)
 - 이러한 증가가 욕구의 변화가 반영된 것인지? 국가 간 변이는 적정한지? 비싸고 힘든 수술만큼 사람들의 삶의 질이 향상되었는지? 등 의문이 제기됨.

Figure 1. Total knee replacement rates have doubled since 2000

Total knee replacement rates per 100,000 population adjusted for population ageing, selected countries and all-OECD average



Note: OECD (all) is the age-adjusted rate of all countries that submit data on this procedure.

Source: <https://stats.oecd.org/>

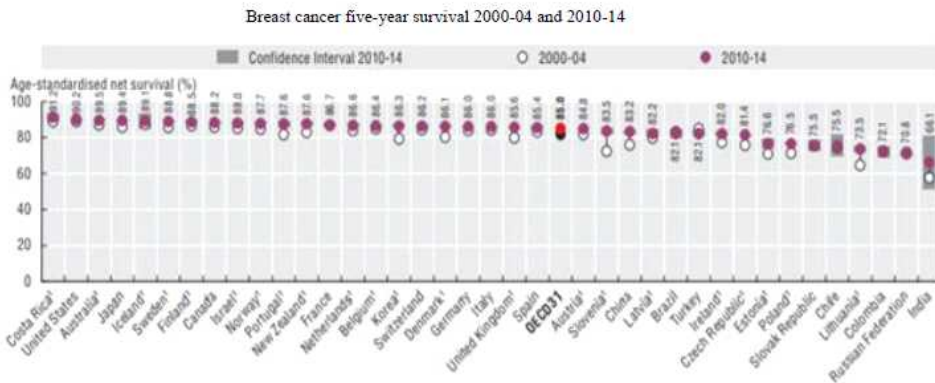
- 일반적으로 보고되는 치명률(case fatality) 또는 병원 재입원율(hospital readmission)은 점차 일반시술에서 사례가 드물고 환자들이 가치를 부여하는

결과 또는 그들이 어떻게 치료 받았는지를 보여주지 못함.

□ 의학이 질병을 매우 잘 치료할 수 있음. 하지만 사람들을 어떻게 대하는가?

- 생존률 또는 사망률 같이 전통적으로 어려운 결과 지표가 여전히 중요하지만 동등하게 중요한 기타의 효과들은 측정하지 못함.
- 치료적 성공은 더 많은 것을 요구함.
 - 어지럼증 및 통증 관리, 수면의 질, 신체 이미지, 성 기능, 독립성, 집에서 보내는 시간 등은 모두 환자의 삶의 질에 기여하고 환자의 삶의 질에 기여하며 환자의 가족과 친구들인 높은 가치를 부요하는 결과임.
- 많은 국가들에서 사망률과 생존율은 일정수준에 모아지고 있음(Figure 2).

Figure 2. Survival has increased and converged in recent years



Source: <https://stats.oecd.org/>

□ 좋은 의료경험은 더 나은 임상 결과에 기여하며, 그 자체로 중요한 것임.

- 결과와 더불어, 환자들이 어떻게 대우받았는지도 중요함. 즉, 존경과 이해로 치료 받고 지원을 받았는지, 의료인이 환자의 의견을 경청했는지, 환자가 의사결정에 참여했는지에 대한 것임.
- 환자와 소통, 의료인 간 소통이 이루어지는 팀들에서 환자의 케어가 보다 잘 통합 되는 것은 사람중심성의 핵심으로 의미가 있음.

- 긍정적 의료 경험은 양질의 의료에 대한 강력한 신호이며, 특히, 여러 만성질환을 관리하고 다양한 의료 제공자와 상담해야 하는 이들을 대상으로 결과를 측정하는 적합한 도구임.
- 정신건강에서 긍정적 의료경험은 케어 팀과의 관계에 영향을 주고 더 나은 의사소통, 치료 지속성, 순응도, 건강결과를 보여줌.
- 완화의료와 같은 특정 영역에서는 연민과 존엄 같은 의료경험의 측면이 의료의 가장 중요한 구성 요소 중 하나임.
- 그러나 의료경험은 체계적으로 또는 정기적으로 측정되지 못하고 있음.

□ 환자 보고는 공동의 의사결정(shared decision making)을 지원함.

- 임상 환경에서 환자보고 지표들을 측정하는 것은 의료 상호작용을 개인의 욕구에 집중시키는 데 도움을 줌.
- 진료과정 전반에 대한 환자의 정기 보고는 평가, 의사결정, 행동에 구조와 엄격함을 추가함.
- 케어가 개인의 욕구에 맞춰지고 임상적 악화에 정확히 대응할 수 있음. 예를 들어, 화학 요법 중 환자의 증상 보고는 상당한 수준으로 생존 기간을 연장하고 삶의 질을 개선시킴.
- 시설 또는 공급자의 환자 선택에 대한 결과를 대중에 공개하는 것에 대한 근거는 미약하지만 통합된 환자보고 데이터는 개인의 의료결정을 안내하고 환자가 선호 민감성치료법(preference-sensitive therapies)에서 바른 선택을 하도록 지원함.
- 환자보고데이터에서 추출된 지식은 의사결정지원도구 개발과 임상진료가이드 라인 갱신에 사용될 수 있음.
- 환자가 생산한 데이터는 의료제품, 복합치료, 진료경로, 보건서비스 및 보건의료시스템 전체에 대한 성과 평가에도 기여할 수 있음.

□ 환자 보고 지표들은 견고하고 신뢰할 수 있음.

- 개인들을 대상으로 그들의 건강상태, 삶의 질, 의료경험에 대한 정보를 끌어내는 능력은 수십 년이 되었음.
- 많은 도구들과 조사들이 엄격한 심리측정 테스트와 통계적 타당성 검증을 시행해 왔으며, 동료심사저널을 통해 결과가 발표되어 왔음. 근거들은 이러한 도구들이 신뢰성 있게 의도하는 바를 측정할 수 있음을 보여줌.

Box 1. 환자보고결과와 의료경험 측정

□ 자가보고 건강상태, 결과, 의료결과와 경험에 대한 정보 측정 도구들은 다양한 길이와 형식의 설문지들로 구성되며 구두, 전자적, 서면의 여러 방식으로 시행됨. 환자보고결과지표는 ‘질환별 PROMs’와 건강관련 삶의 질 도구 즉, ‘일반 PROMs’의 두 개로 분류됨.

○ 질환별 환자보고결과지표(Condition-specific PROMs)

- 특정 질환의 증상, 특정 시술이 해결하고자 하는 문제들에 집중하여 개발된 지표로서 일반화가 어려움. Breast-Q, Oxford hip/knee score 가 있음.

○ 건강관련 삶의질(QoL) 측정 도구(generic PROMs)

- 대표적 도구로 1990년에 개발된 EQ-5D가 있음.
- 이 도구는 이동성(mobility), 자가관리(self-management), 일상활동(usual activities), 통증/불편(pain/discomfort), 불안/우울(anxiety/depression)의 5개 측면으로 구성됨. EQ-5D는 유병률과 사망률을 결합한 질 보정 수명(Quality-adjusted life years, QALYs) 측정을 위해서 설계된 것으로 의료적 개입의 성과 측정을 위해 사용됨.
- 기타 일반 지표로서 신체적, 기능적, 정신 건강 영역을 포괄하는 VR-12, SF-12, PROMIS-10이 있으며, VR-12와 SF-12는 별도의 신체 및 정신 건강 점수를 산출함.

○ 환자보고결과 데이터의 수집과 활용

- 환자가 보고하는 의료 결과에 영향을 미치는 일련의 요인들은 행태, 순응, 연령, 동반질환의 영향을 포함.

- 의미 있는 비교를 위해서는 이러한 혼란변수들의 영향을 보정하여 비교해야 함. 이 분야의 발전을 위하여 국제적 협력이 중요함.

○ 환자보고경험지표(PREMs)

- 환자경험은 조사표 또는 설문지를 사용하여 측정되며 여러 방법으로 시행될 수 있음.
- 질문항목은 특정 장소(일차, 병원, 장기요양)에 맞게 조정되어야 하며 특정 의료의 측면(예: 지속성, 자율성, 정보제공)을 측정해야 함.
- 의료경험지표는 개인의 주관적 만족도 조사를 초월하여 목적 사건에 대한 측정을 위해 정교화 되고 있음.
- 접근성, 의사소통, 지속성과 신뢰에 대한 측정 데이터가 보건의료시스템의 국제 비교를 위해 사용되고 있음¹⁴⁾.

2) 관절 치환술의 시행률 증가, 환자들이 결과의 개선을 보고하고 있는가?

- 매년 2.2백만명 이상이 선택적 고관절 또는 슬관절 치환술을 받음. 슬관절 치환술은 2000년 이후 약 두배, 고관절치환술은 약 1.3배 증가, 국가 간 5배 차이
- 고관절 및 슬관절 치환술에서 환자보고 결과를 측정하는 국제적 현황은 매우 다양함. 정형외과 분야는 환자보고데이터 수집을 장려하여 가장 활동적 영역 중 하나임. 대부분의 환자보고데이터 수집은 지역 및 지방 프로그램의 일부, 일부 지역의 공급자와 병원을 대상으로 하는 자발적 등록 시스템으로 구성됨.
- 8개 국가의 10개 프로그램이 OECD의 시범적 국제 비교 데이터 수집에 참여함 (Table 1).

○ 국가사업(영국, 네덜란드, 스웨덴), 지역사업(캐나다-Albert, Manitoba, 스위스

14) Schneider W, E. (2017). Mirror Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care, <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/july/mirror-mirror/>.

- 제네바), 국가하위단위 등록사업(호주-ACORN), 단일병원 사업의(핀란드 -Coxa hospital, 이태리-Galeazzi institute) 형태로 운영됨.
- 표 1은 각 프로그램에서 사용하는 질환 특이적 환자경험 측정 도구, 삶의 질 측정 도구, 시술 후의 비교 기간을 보여줌.

Table 1. A range of instruments and post-operative time points are used

Total hip replacement			
	Specific instrument	QoL instrument	Post-op time point
Australia - ACORN	Oxford hip score	EQ-5D-5L	6 months
Canada - Alberta	WOMAC	EQ-5D-5L	12 months
Canada - Manitoba	Oxford hip score	SF-12v2	12 months
England	Oxford hip score	EQ-5D-3L	6 months
Finland - Coxa	Oxford hip score	-	12 months
Italy - Galeazzi	HOOS	SF-12 v1	6 months
Netherlands	Oxford hip score; HOOS-PS	EQ-5D-3L	12 months
Sweden	-	EQ-5D-5L/3L	12 months
Switzerland - Geneva	WOMAC	SF-12 v2	12 months
Total knee replacement			
	Specific instrument	QoL instrument	Post-op time point
Australia - ACORN	Oxford knee score	EQ-5D-5L	6 months
Canada - Alberta	WOMAC	EQ-5D-5L	12 months
Canada - Manitoba	Oxford knee score	SF-12v2	12 months
England	Oxford knee score	EQ-5D-3L	6 months
Finland - Coxa	Oxford knee score	-	12 months
Italy - Galeazzi	KOOS	SF-12 v1	6 months
Netherlands	Oxford knee score; KOOS-PS	EQ-5D-3L	12 months
Sweden	KOOS-PS	EQ-5D-3L	12 months
Switzerland - Geneva	WOMAC	SF-12 v2	12 months

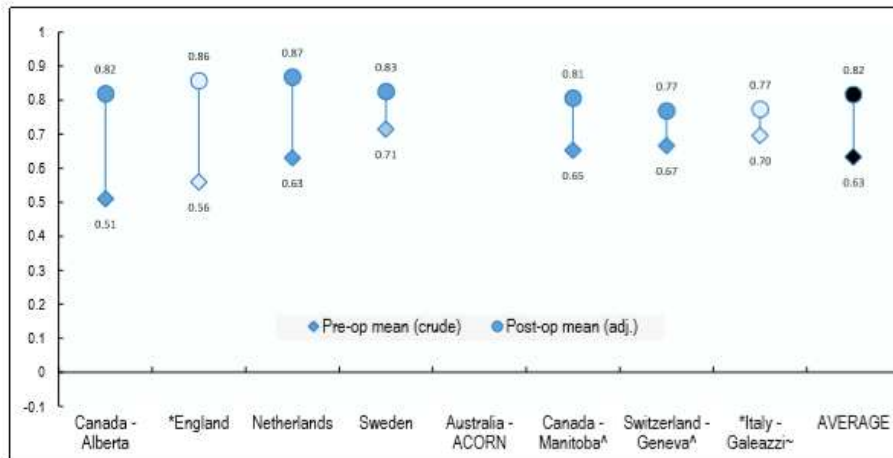
Note: HOOS-PS: Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score-Physical Function Shortform; KOOS-PS: Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score-Physical Function Shortform WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index

Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection

□ 고관절치환술 환자들은 관련 프로그램에서 시술 후 좋은 건강 개선을 보고함.

- 시술 전과 위험도가 보정된 시술 후 결과 지표 비교에서 삶의 질 점수 (EQ-5D-3L)가 모든 국가에서 상승함(figure 3).
- 65세에서 고관절 치환술은 평균 4.3 QALYs 증가(Figure 5)
- 연령, 성별, 수술 전 점수 등의 보정에도 불구하고 프로그램 간 다양한 차이(6개월 또는 12개월의 비교기간, 참여기관 수 등) 때문에 결과해석에 주의가 필요함.

Figure 3. Hip replacement: mean crude pre-operative, and adjusted post-operative mean EQ-5D-3L score (US valuation), 2013-16 or nearest years

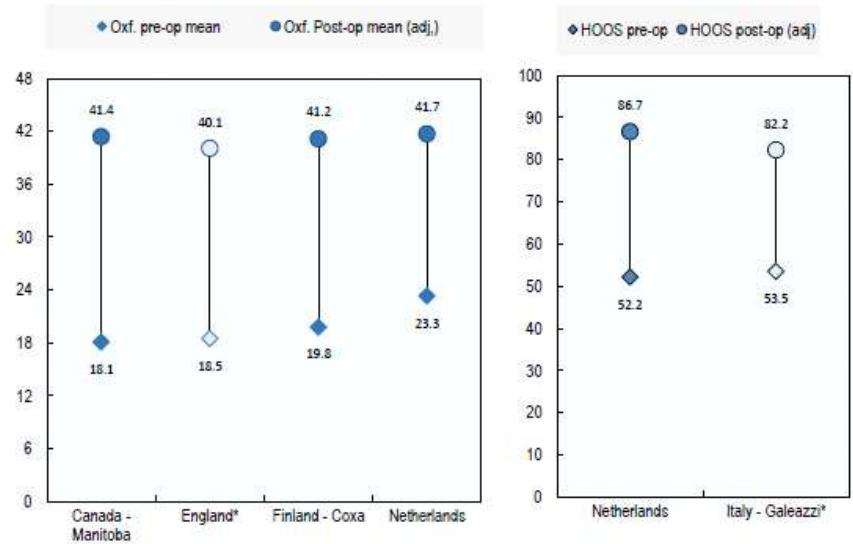


Note: ^ results converted from SF-12v1 instrument; ~converted from SF-12v2 instrument; *6-month post-op collection (all others are 12 months); Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection

□ 슬관절치환술 환자들은 고관절치환술 환자보다 적은 결과 개선을 보고함.

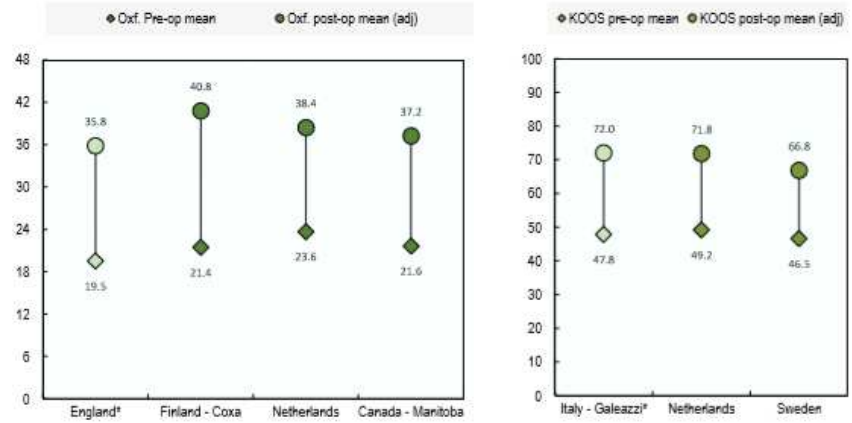
- 질환특이적 도구는 통증과 신체 기능을 측정하는 the Oxford Knee Score(OKS)와 HOOS의 결과와 신체기능만 측정하는 KOOS-PS로 측정한 결과가 비교됨.
- 슬관절치환술의 결과 개선은 고관절치환술에서의 결과 개선에 비해 평균 상승과 QALYs의 증가가 적음.
 - 고관절치환술의 지표 값을 알고리즘을 이용해 Oxford Hip Score와 HOOS 값으로 변환하여 비교(figure 6, figure 8)

Figure 6. Hip replacement: mean crude pre-op and adjusted mean post-op Oxford Hip Score and HOOS, 2013-16 or nearest years



Note: * post-op collection at 6 months (all others at 12 months); Scales: Oxford 0-48; HOOS 0-100
Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection

Figure 8. Knee replacement: mean crude pre-op and adjusted mean post-op Oxford Knee Score and KOOS, 2013-16 or nearest years



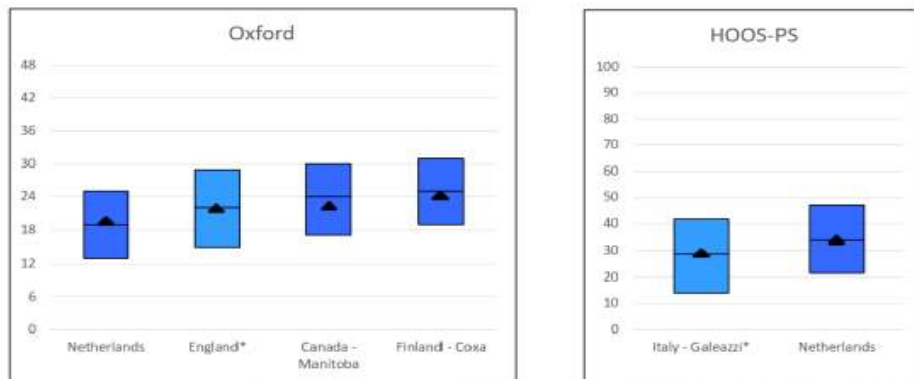
Note: *post-op collection at 6 months (all others at 12 months); Scales: Oxford 0-48; KOOS 0-100
Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection

□ 프로그램 간 변이를 비교하면, 고관절치환술에서는 시술 전 변이가 크고 시술 후 변이가 감소함. 이는 시술 전 통증, 기능 및 건강상태 수준이 최종 결과와 거의 관련이 없을 수 있다는 것을 보여줌.

○ 반면, 슬관절치환술에서는 프로그램 간 변이가 시술 전은 적었다가 시술 후 커짐.

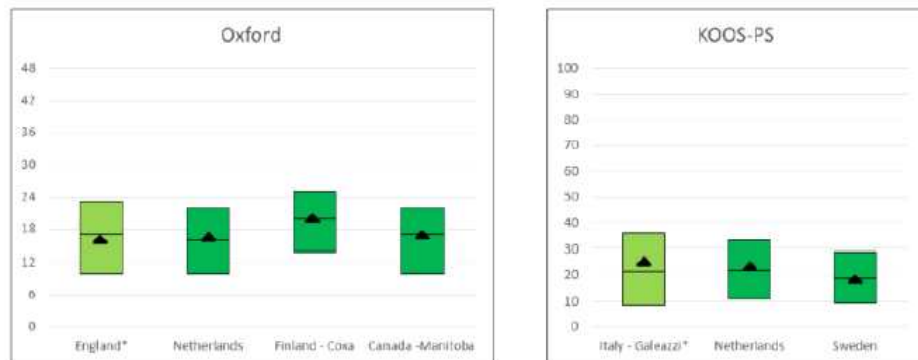
○ 이는 수술기법 및 재활 프로토콜을 포함 일부 요인들의 영향 때문일 수 있음.

Figure 7. Hip replacement change in score: 25th, 50th, 75th crude percentiles and adjusted mean - Oxford Hip Score and HOOS, 2013-16 or nearest years



Note: *post-op collection at 6 months (all others at 12 months); Scales: Oxford 0-48; HOOS 0-100; ▲ mean change (adj.); Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection

Figure 9. Knee replacement change in score: 25th, 50th, 75th crude percentiles and adjusted mean - Oxford Knee Score and KOOS, 2013-16 or nearest years



Note: *post-op collection at 6 months (all others at 12 months post-op); Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection

- 이러한 결과는 수술을 위한 적정 시점에 관한 임상적, 정책 결정의 함의를 갖지만 보다 분명한 결론의 도출을 위해 보다 큰 코호트와 데이터가 요구됨.

3) 유방암 치료 부분 - 원료 예정

4) 정신건강문제를 갖는 사람들은 일반 사람들보다 더 나쁜 의료경험을 보고함.

- 6명중 1명(IHME, 2018)과 5명중 1명(OECD, 2012) 사이에서 매년 정신건강 문제를 경험하고 있으며, 2명 중 한명은 그들의 생애에서 정신건강 문제를 경험함.
- 가장 일반적인 정신장애는 불안장애(인구의 5.1%)이고 다음으로 우울증(인구의 4.5%), 약물 및 알콜 장애(인구의 2.9%)임.
- 정신건강 질환이 증가한다는 우려에도 불구하고, 2002년 이후 IHME와 기타 자료원에서 유병률은 꽤 일정하고 OECD 평균은 18%주변에서 유지되어 왔음.
- 정신건강문제의 경제적, 사회적 비용은 상당함. 2015년 EU에서 정신건강서비스에 대한 직접 지출은 총보건의료지출의 13% 또는 GDP의 1.3%에 이름¹⁵⁾.
- 기존의 정신건강지표들은 의료의 경험과 결과를 거의 알려주지 않음.
- 일관성 있고 적절한 방법론으로 예방과 치료의 효과와 영향을 측정하는 지표 개발이 필요함.
- 입원환자의 자살은 중요한 안전 지표로 환자 케어의 질에서 상당한 문제가 있음을 보여주지만 이는 상당히 드문 사건으로 대다수 정신건강 문제를 갖는 환자들의 의료경험을 측정할 수 없음.
- 정신건강에서 환자보고는 초기단계에 있음.
- 데이터가 부분적이고 정기적 수집은 부족함. 2018년 현재, 조사된 12개 국가 중

15) OECD (2018), Health at a Glance: Europe 2018, OECD Publishing, Paris. [31]

5개 국가(호주, 이스라엘, 네덜란드, 스웨덴, 영국-잉글랜드)만 정신건강 영역에서 정기적으로 PROMs 과 PREMs이 수집된다고 보고함.

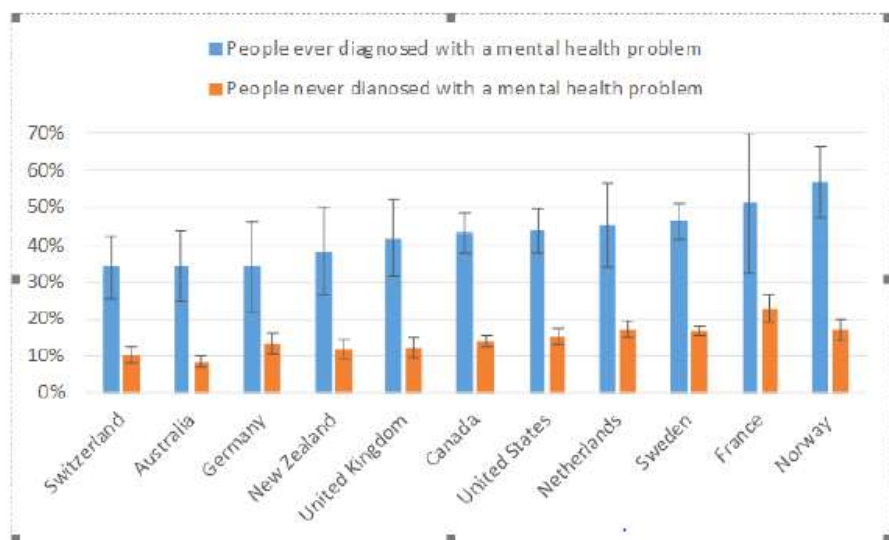
○ 9개 국가가 최소의 PREMs을 수집하고 있음. 그러나 두 개 지표를 정기적으로 보고하는 국가는 호주, 네덜란드, 영국뿐임.

○ 호주, 네덜란드, 영국만 정신건강영역에서 환자경험을 측정하고 있음.

□ 정신건강문제를 갖는 사람들은 일상생활 수행능력의 제한을 더 많이 보고함.

○ 정신질환이 있는 근로자는 작업장에서 상당한 어려움이 있음을 보고함.

Figure 14. People diagnosed with a mental health problem are more likely to report limited capacity for daily activities



Note: Data show survey respondents who responded "Yes" to the question "Does your health keep you from working full-time or limit your ability to do housework or other daily activities?", classified based on response to the question "Have you ever been told by a doctor that you have depression, anxiety or other mental health problems".

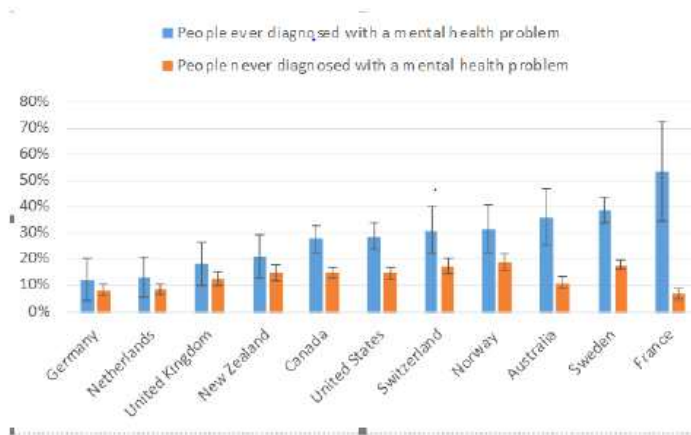
Source: Commonwealth Fund (2016), 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.

□ 정신건강문제를 갖는 것은 낮은 수준의 의료 경험과 관련됨.

○ 2016 commonwealth fund survey에 대한 응답은 정신 질환을 진단받은 개인들이 관련 영역에서 긍정적 의료경험을 갖기 어려움을 보여줌(Figure 15).

- 환자 보고(patient-reporting)는 정신건강 문제 뿐 아니라 기타 질환 및 동반질환에 대해 사람들이 양질의 의료를 받도록 보장하는데 있어서 서비스와 보건의료시스템이 얼마나 성공적이었는지를 보여줄 것임.
 - 정신적 문제를 갖고 살아가는 사람들은 의료 접근이 보다 어려워 그들이 필요한 진단을 받기 어려울 수 있음.
 - 이는 정신건강시스템을 이용하여 여러 공급자 및 서비스 간 조정된 의료를 받기 어려울 수 있음을 보여줌.
- Commonwealth Fund Survey는 일부국가에서 정신건강문제를 진단받은 사람들이 그렇지 않은 사람들에 비해 서로 다른 의료전문가로부터 충돌하는 정보를 받을 가능성이 높음을 보여주며, 이러한 차이는 호주, 스웨덴, 프랑스에서 보다 분명함.

Figure 16. People with a mental health condition are more likely to report conflicting information from health care professionals



Note: Figure shows proportion of people who responded “yes” to the question “thinking about the past 2 years, when receiving care for a medical problem, was there EVER a time when you received conflicting information from different doctors or health care professionals?”

Source: Commonwealth Fund (2016), 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.

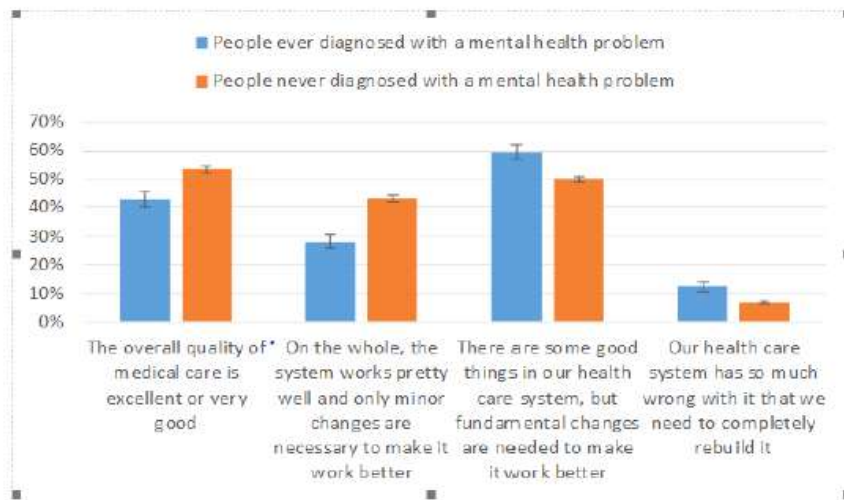
□ 정신건강문제를 갖는 사람들은 보건의료시스템에 대해 보다 부정적 의견 제시

- OECD 데이터에 의하면, 정신질환을 갖는 개인들이 일반 인구보다 더 높은 사망률을 보임. 정신 장애를 가진 이들에게서 더 나쁜 건강결과는 보다 위험한 건강관련

행태, 의약품의 부작용 등 여러 요인들에 의해 초래됨.

- 그러나 정신장애를 갖는 이들은 물리적 의료 접근에서 어려움을 호소하고 있음. 이로 인해 당뇨병 또는 심장질환 등 일반적 동반 질환에 대해 더 낮은 질의 의료를 받을 수 있음.
- 의료경험은 정신건강 환자에게 제공된 서비스에서 잠재적 문제를 보여주는 지표로서 역할을 할 수 있음. 이는 환자보고결과지표와 같은 위험도 보정 없이 실시간으로 확인 가능함. OECD 국가에서 정신건강 영역의 PREMs과 PROMs의 수집을 확대하는 것이 과제임.

Figure 17. People with a mental health condition rate the health system more negatively



Source: Commonwealth Fund (2016), 2016 Commonwealth Fund International Health Policy Survey.

5) 결론

- 새롭게 출현하는 인구학적, 역학적, 재정적 문제들은 사람과 지역사회의 욕구를 중심으로 보건의료시스템의 전환 필요성을 증가시키고 있음.
- 성과와 산출에 대한 기존의 정보를 보완하기 위해 환자들로부터 직접 지식을 얻는 것이 불가피함.

- 고관절 또는 슬관절치환술을 받는 사람들에서 얻는 결과 데이터의 수집에 대한 국제적 현황은 다양함. OECD 국가 중 10개 국가가 선택적 고관절 또는 슬관절치환술 후 성인 환자로부터 데이터를 수집하고 있음.
- 고관절치환술 후 개선은 평균적으로 슬관절치환술 후의 개선보다 큼. 전자는 시술 후 4.3 QALYs 후자는 3.3 QALYs의 증가를 보였음. 이러한 유형의 결과에 대한 대중인식이 확대될 때 정보기반의 의사결정을 향상시키고, 선택적 시술의 결정에서 환자의 목적과 기대를 정교히 반영하는 방법으로 매우 중요함.
- 정신 건강 영역에서 환자보고 결과와 경험의 수집은 초기 단계에 있음. 상대적으로 정신건강문제를 갖는 사람들이 더 나쁜 의료경험 등을 보고하는 결과들은 정책입안자에게 정신질환을 갖는 이들이 사람중심의 의료를 제공받지 못하고 있음을 알려줌.
- 여러 국가 간 환자보고데이터 구축과 타당하고 비교 가능한 결과 제시를 위해서는 국제적 데이터 수집의 가이드라인이 요구되며 국내 및 국제적 이해관계자 간 파트너십 구축이 필요함.

다. 비만의 과부담: 과체중과 비만 퇴치를 위한 공중보건정책의 경제적 영향

의제	Item 6. The Heavy Burden of Obesity: The economic impact of overweight and of public health policies to tackle it
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)3 Michele Cecchini - michele.cecchini@oecd.org

사무국 공지
<p>□ 과체중 관련 질병 지출은 연간 약 4천만 명의 노동력, GDP의 3.5%에 해당됨.</p> <p>○ 이러한 최상위 공중보건위협에 대처하기 위해 건강한 식습관과 활동적 생활 습관을 촉진하기 위한 공중보건패키지에 투자하는 것은 탁월한 투자임.</p> <p>- OECD 마이크로시뮬레이션 모델에 의하면, 연간 과체중 대응 투자 미화 1불당 5.4불의 편익의 기대할 수 있음.</p> <p>- 이 자료는 과체중의 경제성에 대한 보고서 출판에 앞서 요약 챕터의 초안을 검토하기 위한 것임. 추가로 보고서는 6개의 추가 챕터와 식품 재조합 (reformulation)에 대한 특별내용을 포함할 예정임.</p> <p>□ 이 자료에 포함된 요약 챕터는 주요 정책 메시지를 요약하지만 사용된 분석 방법에 대한 세부 기술은 생략하고 있음. 보고서는 2019년 8월 출판 예정이며, 사무국은 수록될 초안에 대한 검토를 요청함.</p> <p>□ 대표단 논의 요청</p> <p>○ 제시된 분석, 결과 및 정책 함의에 대한 의견</p> <p>○ 과체중, 건강하지 않은 식습관, 신체활동 부족에 대한 향후 작업에서 고려될 수 있는 현행 정책 우선순위와 이슈</p> <p>○ 2019년 7월 12일까지 의제 뿐 아니라 보고서 전체에 대한 서면 의견 제출</p>

1) 주요 분석 결과

- 비만 및 관련 질환은 국가별로 기대수명을 0.9에서 4.2년 감소시킴. 2050년까지 OECD, G20, EU28 국가에서 비만 관련 질병으로 약 9천2백만명이 사망할 것으로 추정됨.

- 과체중으로 하나이상의 만성질환을 갖는 개인은 다음해에 고용될 확률이 8% 낮고, 고용된 경우에도 결근 또는 생산성이 낮을 가능성이 3.4% 더 높음. 이러한 모든 효과들을 경제적 가치로 환산하면 OECD 국가들에서 연간 일인당 미화 847불이 손실되는 것으로 추정됨.
- 과체중과 관련 질환은 OECD 국가들에서 GDP를 3.5% 감소시키고 국민의 예산에 상당한 부담을 줌. 총 세금 수입의 1%가 과체중으로 지출되며 이는 연간 일인당 미화 360달러의 과세에 해당됨.
- 관련 식품군에서 칼로리 20%를 줄이면 분석에 포함된 42개 국가에서 연간 110만건의 심혈관질환, 당뇨병, 암 발생을 예방할 수 있음.
- 영양 가치에 대해 정보를 제공하는 식품 라벨링과 메뉴 라벨링, 건강한 식이의 중요성을 인식시키는 대중매체 캠페인과 같은 전 국민 대상 개입은 가장 큰 건강 편익을 돌려줌.
- 분석에 포함된 36개 국가에서 연간 51,000명에서 115,000명이 추가로 생존할 수 있음. 메뉴 라벨링만으로 2020년에서 2050년까지 미화 130억불을 절감하는 것으로 추정됨.
- 예방 패키지에서의 개입과 결합하는 것은 더 높은 편익을 돌려줌.
- 예를 들어, 많은 OECD 국가들에서 이미 시행되고 있는 고급화 정책에 대한 커뮤니케이션 패키지에 투자함으로써 분석에 포함된 36개국에서 205,000명의 사람들이 추가로 생존할 수 있음.
 - 예방 패키지에 투자하는 것은 과체중을 척결하는 매우 좋은 투자임. 분석대상 전체에서 미화 1불 투자 당 경제적 편익은 매년 미화 1.5불에서 5.4불에 이름.

2) 비만율의 증가는 부정적인 건강 및 경제적 효과를 초래함.

- 비만에 관한 첫 번째 OECD 보고서 ‘비만과 예방의 경제학 - 살찌지 말고 건강해지

자'의 발표 이후 거의 10년이 지난 지금, 국가별로 시행되는 정책 대응에도 불구하고 과체중은 지속적으로 최상위 공중보건의슈임.

- 2010년에 분석에 포함된 31개 국가 중 성인 비만을 평균은 2010년 21%에서 2016년 24%로 13%포인트 증가했음.
- 36개 회원국 중 34개 국가에서 인구의 절반이상이 현재 과체중임. 최근 몇 년간 병적 비만에서 상당한 증가가 있었음.

□ 과체중은 전 세계 국가와 국민들의 경제에 심각한 위협을 주고 있음.

- 과체중은 높은 체질량 지수(BMI)가 원인이 되는 당뇨병, 암, 심혈관 질환 등 만성 질환을 갖는 환자들을 치료하기 위해 높은 비용을 지출하기 때문에 국가의 보건 의료 예산에 상당히 부정적 영향을 미침.
- OECD, G20, EU28에서 비만으로 인해 연간 미화 423불이 지출되고 있으며 과체중과 관련 만성질환은 노동 생산성과 학업성적에도 부정적인 영향을 끼침.

□ 비만 퇴치를 위해 더 많은 노력이 필요함. 52개 국가 중 50개 국가가 국가 정책을 실행하고 있으며, 45개 국가는 아동 비만에 대한 전략을 갖고 있음.

- 대다수 국가들이 식이 및 신체 활동 가이드라인을 실행하고 있으며 포괄적인 정책을 수립하고 있음.
- 그러나 증가하는 비만율은 추가적인 노력의 필요성을 암시함.
- 관련 정책이 가장 효과적이거나 일관된 방식으로 실행되지 못하고 있으며, 제한된 자원 또는 실행의 문제로 대상 범위를 제한하고 있음.

3) 건강하지 않은 행태가 증가하고 있고 질병 비만이 증가하고 있음.

- 과체중 수준은 지난 40년 동안 모든 OECD, G20, EU28 국가에서 증가해 왔으며, 유병률이 매우 높아짐. 비만율은 3년마다 평균 0.21%포인트 증가해왔음.
- 걱정스러운 것은 질병 비만 또는 최고도 비만에서 증가가 경미한 비만의 증가와 유

사함. OECD, EU28, G20 국가에서 경도 비만 및 질병 비만 유병률은 3년마다 평균 0.20 - 0.22 % 포인트 증가했음.

○ 5-19세 아동에서 비만 유병률은 1975년 이후 꾸준히 증가해왔으며 이는 OECD, EU28, G20 국가에서 유사함.

□ 건강하지 않은 식습관, 신체활동 부족 및 좌식 생활습관은 비만 유행에 기여함.

○ 유전적 소인과 환경 영향을 포함하여 복수의 요인들이 체중 증가에 기여하지만 과체중과 비만은 주로 식이로부터 에너지 섭취와 신체활동을 통한 에너지 생산의 불균형 때문에 발생함.

□ 미시수준의 국가 데이터에 대한 OECD 분석 결과는 다음과 같음.

○ 칠레, 이태리, 멕시코, 스페인 같은 국가 인구의 절반 미만에서 국가 가이드라인 또는 국제 표준을 충족하는 건강 식이를 섭취하고 있음. 영국에서, 3명중 한명 미만이 건강 식이를 섭취하고 있음.

○ 11개 국가 중 10개(호주, 캐나다, 칠레, 잉글랜드, 프랑스, 이태리, 멕시코, 스페인, 헝가리, 미국)에서, 개인의 40%미만이 하루에 5 포션(portion) 이상의 과일과 야채의 일일 권장량을 충족하고 있음.

○ 신체 활동 수준은 너무 낮음. 12개 국가(아르헨티나, 브라질, 코스타리카, 콜롬비아, 사이프러스, 독일, 이탈리아, 말타, 뉴질랜드, 포르투갈, 사우디아라비아, 미국)에서, 5명중 2명 이상이 충분한 수준의 신체 활동을 하지 않고 있음.

- 서구 고소득 국가들에서 2001년 이후 5%포인트 이상 증가한 결과임.

○ 평균적으로 남성과 여성 모두 그들이 깨어있는 시간의 50%까지 좌식 활동을 하고 있음. 동력을 이용하는 경향으로 사람들이 여가 시간과 근무 시간에 충분히 활동하지 않기 때문임.

□ 사회경제적 상태가 낮은 개인은 비만하고 건강하지 않은 생활 습관을 가질 가능성이 더 높음.

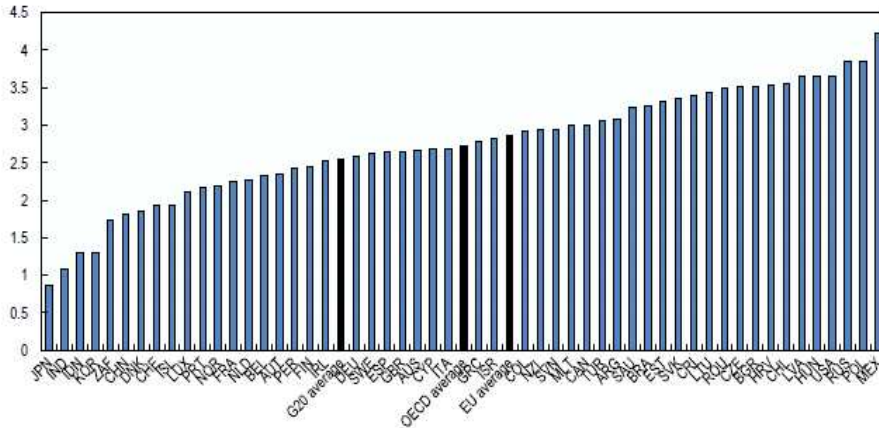
- 개인 및 사회 문화적 요인들은 비만에 영향을 주는 건강하지 않은 행태의 발달에 기여할 수 있음.
- 나쁜 식습관, 신체 비활동, 좌식 행태는 만성질환 발병의 높은 위험요인임.

4) 비만 관련 만성질환은 건강과 경제에 피해를 주고 있음.

- 과체중은 질병부담 및 비전염성 질환의 경제적 부담 모두에 기여하는 주요 위험 요인 중 하나임. 높은 BMI는 2형 당뇨병, 심혈관 질환, 호흡기 질환, 근골격계 장애, 일부 암, 우울증 등 여러 가지 만성질환의 발생 위험을 높임.
- 높은 BMI 영향은 인구집단의 건강에만 영향을 미치는 것이 아니라 중요한 개인적, 사회적, 경제적 결과와 연관됨.
 - 첫째, 비만 및 관련 만성 질환 치료가 보건의료 지출을 증가시킴.
 - 둘째, 과체중은 더 낮은 교육 성과와 장기적으로 개인의 성인기 사회경제적 상태와 국가의 인적자본에 부정적 영향을 끼치게 되는 낮은 교육수준에 영향을 미침.
 - 셋째, 비만과 관련 결과는 개인의 생산성과 노동 참여에 부정적 영향을 미침.
- 과체중과 관련 만성질환은 건강을 악화시키고 기대수명을 감소시킴.
 - 비만 및 관련 질병으로 인해 2020년에서 2050년 사이 OECD, EU28, G20 국가에서 평균 수명이 약 3년 정도 단축 될 것이며, 개별 국가에서는 기대 수명이 0.9년에서 4.2년까지 단축 될 것임(Figure 1.1).

Figure 1.1. The impact of overweight on life expectancy

Number of life years gained, average at the population level.



Source: OECD analyses based on the OECD SPHeP-NCD model.

□ 또한 보건의료 예산에도 부정적 영향을 미침.

○ 평균적으로 OECD 회원국 전체에서 비만으로 인한 질병 치료는 총 의료비 지출의 8.4% (장기요양보호지출 제외)임. 미국은 비만과 과체중에 대해 의료 예산의 거의 14%를 소비하지만 에스토니아는 5%미만을 소비함.

○ OECD 국가에서 평균적으로 과체중은 당뇨병 치료비용의 71%, 심혈관 질환 치료비용의 23%, 암 치료비용의 9 %를 차지함.

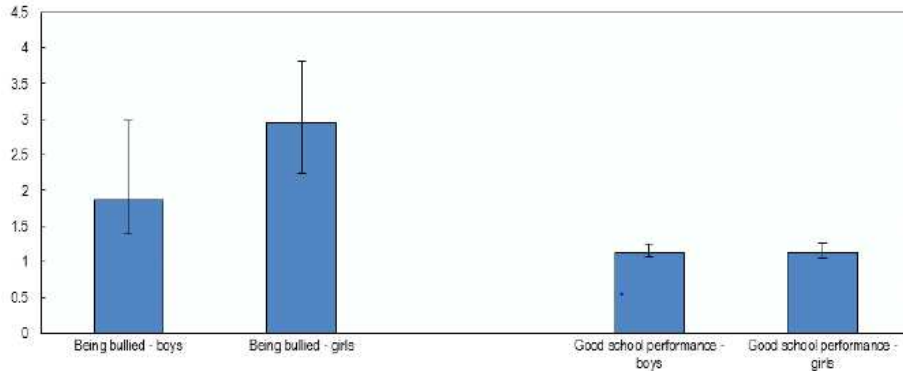
□ 비만은 교육성과 및 인적 자본 형성에 부정적 영향을 미침.

○ 32개 국가에서 11-15세 아동 대상의 마이크로시뮬레이션 분석 결과, 건강한 체중을 가진 아이들과 비교하여, 과체중 아동이 학업 성적이 감소하고 결석 가능성이 더 높음.

○ 비만 아동은 자부심과 웰빙 수준이 더 낮고 교육성과의 악화 효과로 감정 및 정신 건강 문제를 겪을 수 있음. 과체중 아이들은 따돌림을 당하고 사회적으로 배제될 수 있으며 이러한 아동은 학업에 참여하기 어렵고 학교에서 불순종과 폭력 같은 행동 문제를 보일 수 있음.

Figure 1.3. Relative index of inequality for being bullied and for good school performances by gender in 32 OECD, G20 and EU28 countries

Overweight children are more likely to be bullied while children with a healthy weight are more likely to report good school performances.



Note: Boys and girls with obesity are, respectively, 2 and 3 times more likely to be bullied, compared to peers with a healthy weight. Boys and girls with a healthy weight are 13% more likely to report good school performance compared to peers with obesity. Whiskers show the range across the 32 countries included in the analysis (31 for bullying, as Switzerland did not have data on bullying).

Source: OECD analysis based on the Health Behaviour on School-aged Children (HBSC) survey 2013-14.

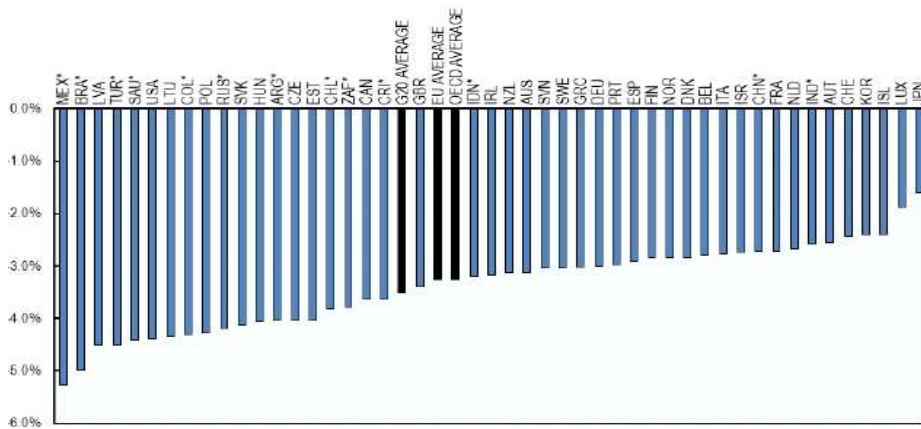
- 건강한 체중을 가진 남자와 여자는 비만인 동료보다 각각 5%, 9% 더 행복함.
- 비만한 소녀는 건강한 체중을 갖는 동료보다 따돌림을 당할 가능성이 3배 더 높음. 남아의 경우 1.8배 더 높음(Figure 1.3).
 - 독일, 체코, 이탈리아에서 소녀들 사이에 가장 큰 비만 관련 불평등이 있음. 이러한 비만 관련 불평등은 지난 10년간 유지되었으며 남자에서 보다 증가하고 있음.
- 비만과 관련 만성질환은 노동 생산성, 국민의 예산과 경제에 피해를 줌.
 - OECD는 보다 포괄적 평가 결과를 제시하기 위해 유럽 국가, 일본, 멕시코를 대표하는 종단 연구 데이터를 사용하여 이전 연구보다 범위를 확장함.
 - 동일한 연령과 교육수준에서 만성질환이 있는 경우는 없는 경우보다 다음해에 고용될 확률이 8% 감소
 - 노동력이 없을 확률은 특히 뇌졸중에서 높고(남자에서 -20%) 기타 심혈관 질환에서 가장 낮음(-4%). 2개 이상의 만성질환을 갖는 사람들은 노동을 하지 않

을 확률이 약 17% 더 높음.

- 고용된 경우, 만성질환을 가진 사람들은 질병으로 인해 결석할 확률이 1.5% 더 높음.
- 하나 이상의 만성 질환을 가진 사람들은 조기 퇴직할 확률이 약 20% 더 높음.
- 아울러, 노동시장 산출에도 악영향을 미침. 거시적 측면에서 과체중은 OECD 국가와 EU28 국가에서 평균 GDP의 3.3%를 감소시킴.

Figure 1.4. The impact of overweight on GDP

Percentage change in GDP, average over 2020-2050.



Note: For countries with an asterisk (*), the ECO long-term economic model does not have a fiscal module. For this reason, the impact of overweight on healthcare expenditure could not be taken into account.
Source: OECD analyses based on the OECD SPHeP-NCD model.

5) 비만에 대한 정책 대응은 불충분했음.

- 과체중에 대처하기 위한 정부 개입의 이론적 근거는 강력하며, 다양한 정책들이 잠재적으로 이용 가능함.
- 2011년 유엔 총회는 만성질환의 위험요인에 대한 노출 예방을 포함하여 건강의 사회결정요인들을 해결하기 위한 선언을 채택함
- 국가 수준에서 비만 퇴치는 주로 국가행동계획(national action plan)을 중심으로 진행되어 왔으며, 때로는 식이·신체활동·건강에 대한 WHO 글로벌 전략 및

관련 행동 계획에 기초하여 수립됨.

○ OECD 국가들에서 지난 10년간 건강하지 않은 식습관 및 신체활동 부족을 퇴치하는 정책은 상당한 진전이 있었으며, 2019년 현재, 사실상 모든 회원국들이 비만에 대한 국가 액션 플랜을 시행하고 있음.

- 대부분의 국가들이 아동 비만 퇴치를 목적으로 하는 별도 액션 플랜을 가지고 있을 뿐 아니라 건강한 식습관과 활동적 생활습관을 촉진하기 위한 국가 가이드라인을 가지고 있음.

○ 국가별로 시행되고 있는 주요 정책은 다음과 같음. 앞의 두 정책은 잘 실행되고 있는 반면, 뒤의 두 정책은 상대적으로 실행성이 떨어짐.

- 정보 및 교육을 통해 생활습관에 영향을 미치는 정책
- 건강한 선택 대안을 확대하는 정책
- 건강관련 선택의 기회비용을 수정하는 정책
- 건강하지 않은 선택 대안의 홍보 활동을 규제하는 정책

□ 식품 라벨링 및 소통과 같이 정보와 교육을 통한 생활습관 영향 정책들은 모바일 앱(App)의 사용 등을 통해 건강증진 및 사회적 마케팅 캠페인의 일부로 채택되고 있음. 이러한 정책들은 학교 아동, 근로자, 일차의료 이용자를 대상으로 하는 건강 교육 캠페인을 지원하는 등 기타 질환 예방을 위해서도 사용 가능함.

○ 위험도가 높은 개인을 대상으로 하는 소통(communication) 정책은 매우 효과적일 수 있지만, 이러한 정책의 구현은 여러 요인들에 의해 방해 받을 수 있음.

- 고위험 개인을 대상으로 하는 일차의료 의사의 상담은 수십년 동안 OECD 국가 전반에서 실행되고 있음.

□ 도시 환경 및 학교기반 중재를 변경하는 것과 같은 건강한 선택 대안의 확대 정책들의 목적은 사람들이 대부분의 시간을 보내는 환경을 수정하는 것임. 학교, 작업장, 도시 등을 보다 건강한 생활습관에 적합하게 변화시키는 것임.

○ 이러한 정책은 인구의 상당 부분을 포괄하는 잠재력을 갖지만 실행에 있어서 자

원이 제한되거나 중앙정부의 지원을 받는 지방정부에 의존함으로써 보다 빈곤한 지역일수록 이러한 정책 수행이 어렵게 되는 위험을 초래함.

- 이러한 정책들은 회원국에서 광범위하게 실행되고 있으나 많은 경우 모니터링 이 어려움. 가장 많은 국가들이 영양교육 시행 및 환경 개선을 하는 학교 기반 개입을 실행하고 있음.
 - 도시 환경을 수정하는 활동은 이런 종류의 여러 개입들이 지방 정부의 책임 하에 이루어지고 있기 때문에 체계적인 방식으로 확인하고 검토하기 어려움.
- 반면, 가격 정책과 같이 건강 관련 선택의 기회비용을 수정하는 정책들은 다른 정책보다 보편적이지 않음.
- 이 분류에서 가장 잘 알려진 정책 부분은 비싼 음료가 소비 감소를 가져올 것이라는 원칙하에 건강에 좋지 않은 식품(대부분 sugar-sweetened beverage)에 대해 과세하는 것임.
 - OECD에서 과세되는 다른 제품에는 설탕, 소금, 지방 함량이 높은 음식(예: 초콜릿, 제과, 아이스크림)이 포함됨.
 - 최소 14개 OECD 국가들과 4개 비회원국(인도, 사우디아라비아, 페루, 남아프리카)이 설탕음료 또는 기타 유형 식품에 대해 일종의 과세정책을 시행하고 있음.
- 건강에 해로운 제품의 광고 및 영양 성분 규제와 같이 건강에 해로운 선택 옵션을 홍보하는 행위를 규제하거나 제한하는 정책들은 건강하지 않은 선택 대안들의 촉진과 이에 대한 접근을 규제하는 모든 활동들을 포함함.
- 8개 국가들(3개 OECD 회원국 포함)은 어린이 대한 TV 식품 광고를 규제하지 않고 있음.
 - 기타 규제들은 일반적으로 트랜스 지방과 같은 해로운 특성을 갖는 특정 요소들에 집중함. 미국과 캐나다는 트랜스지방의 주요 요소인 하이드로제네티드(hydrogenated) 오일을 일부 함유한 음식을 금지함.

6) 혁신적 공중보건 활동들은 인구집단의 건강에 긍정적 영향을 주고 OECD 국가들을 위한 우수한 투자임.

- 가능한 근거를 토대로, OECD는 인구집단 건강, 의료비 지출, 거시 경제에 대한 효과성이 높은 모범적 정책들의 영향을 평가한 결과(Table 1.1), 사전 가공된 고칼로리 식품에서 식품 재조합을 통해 칼로리 함량을 20% 줄이는 것의 잠재적 효과를 추정했음.

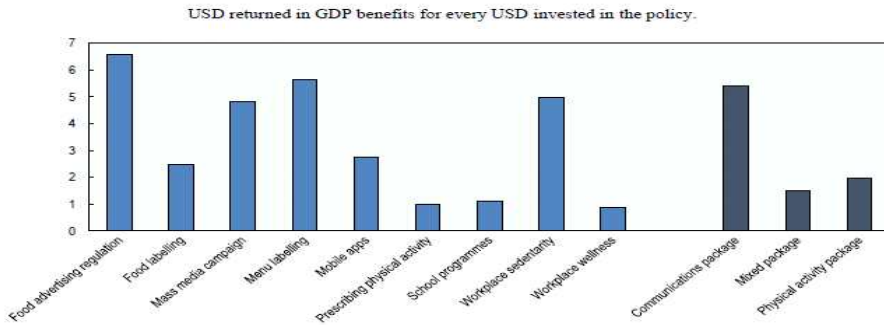
Table 1.1. Policy actions to tackle obesity included in the analysis

Health education and health promotion	Environmental changes	Regulation
Food-labelling schemes	Workplace wellness programmes	Regulation of advertising of unhealthy food to children
Menu-labelling schemes	Workplace sedentary programmes	
Mass media campaigns	Increase in access to active transportation	
Prescription of physical activity by primary care doctors	Promotion of physical education in schools	
Mobile apps to promote healthier lifestyles		

Source: OECD analyses on relevant literature.

- 성인을 대상으로 하는 인구집단의 접근 활동이 일반적으로 가장 효과적임.
- 식품 라벨링 제도, 메뉴 라벨링 제도, 일련의 대중매체 캠페인 같은 인구차원의 활동은 대부분의 국가에서 가장 효과적인 정책으로 평가됨.
 - 이러한 개입이 작은 행태 변화를 촉진할 수 있지만(식품 라벨링 제도로 BMI에서 0.4% 감소 등), 대규모 인구집단(사실상 전체 인구)에 접근함으로써 상당한 영향을 미칠 수 있음.
 - 이러한 정책의 지출 감소 효과는 보장하기 어렵지만 OECD 모델은 평균적으로 연간 일인당 미화 0.99불이 메뉴 라벨링 정책의 실행으로 절감될 수 있다고 추정함.
 - 결과적으로 OECD 모델은 비만 예방을 위한 미화 1불의 투자로 매년 미화 6.6불까지 경제적 편익을 얻을 수 있다고 추정함(Figure 1.5).

Figure 1.5. Return on investment of policy actions and packages of policies to tackle overweight and related unhealthy lifestyles



Note: Up to USD 6.6 could be returned for USD 1 invested in public health policies to tackle overweight.
Source: OECD analyses based on the OECD SPHeP-NCD model and the OECD ECO long-term economic model.

□ 핵심 예방 전략에 정책을 결합하는 것은 보다 큰 영향을 가져옴.

- OECD는 3가지 유망 정책 패키지의 효과를 측정한 결과, 첫 번째 패키지인 ‘커뮤니케이션 패키지’는 주로 인구집단의 인식 확대 활동에 중점을 둔 것으로 많은 국가들에서 실행되고 있지만 실행 조건과 설계에서 차이가 있음.
- 두 번째 패키지는 ‘혼합 패키지’로 국가들에서 보다 덜 실행되고 있는 정책들로 혁신적 대안들을 제공함.
- 세 번째 패키지는 ‘신체활동 패키지’로 주로 활동적 생활습관 촉진을 위한 환경 개선을 포함함.

Table 1.2. Packages of policy actions to tackle obesity included in the analysis

Communication package	Mixed package	Physical activity package
Food-labelling schemes	Menu-labelling schemes	Increase in access to active transportation
Regulation of advertising of unhealthy food to children	Prescription of physical activity by primary care doctors	Workplace sedentary programmes
Mass media campaigns	Workplace wellness programmes	Promotion of physical education in schools
		Prescription of physical activity by primary care doctors

Source: OECD.

- 아울러, 에너지 밀도가 높은 식품에서 칼로리 함량을 20% 줄이면 건강과 경제에 상당한 긍정적 효과를 가짐.

7) 공중보건정책은 산업의 수입에 영향을 줄 수 있지만 부가 비용을 최소화하기 위한 대안들이 있음.

- 업계의 주요 비용에는 연구 및 개발 비용, 생산 및 유통 비용, 마케팅 및 광고 비용, 매출 변화가 포함되며 정책은 이러한 비용에 영향을 미침.
- 정부는 공중보건정책의 도입 후 업계의 실행 및 준수 비용을 감소시키기 위한 다양한 전략을 마련할 수 있음. 산업계의 경제적 부담을 줄일 수 있는 3가지 차원은 다음과 같음.
 - 첫째, 새로운 정책의 실행에 앞서 충분한 시간을 두는 것
 - 둘째, 정보 캠페인을 통해 보다 건강한 상품들의 판매를 촉진시키는 것
 - 셋째, 기업과 산업계가 새로운 공중보건정책의 실행 이익에 미치는 잠재적 영향을 감소시키기 위해 일련의 대응책을 마련할 수 있음. 이러한 대응책 마련에는 행동경제학의 원칙이 활용될 수 있음.
 - 보다 작아진 함량을 기준 함량으로 설정하거나 해당 함량의 이름을 바꾸어 더 작은 함량을 선택하도록 소비자를 넛지(nudge)할 수 있음.

8) 결론: 비만과 건강에 해로운 생활습관을 퇴치하는 것은 우수한 투자임.

- 일부 성과를 달성하고 있지만 앞으로 더 많은 달성이 필요함. 새로운 기술, 재조합 기법의 발전, 우리가 살고 있는 환경을 수정하기 위한 정책들의 발전은 보다 건강한 행태를 촉진하는 기회를 제공함.
- OECD 분석은 이러한 정책들이 통해 미화 1달러 투입당 6.6 달러의 수익을 기대할 수 있는 효과적이고 비용 효율적 개입임을 보여줌.

라. 장기요양 부족에 대응할 시간: 주요 결과와 권고

의제	Item 7. TIME TO STOP FALLING SHORT ON LONG-TERM CARE: KEY FINDINGS AND RECOMMENDATIONS
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)4 Ana Llena-Nozal - Ana.Llenanozal@oecd-org

사무국 공지

- 향후 증가할 장기요양 욕구 충족을 위해 인력의 규모와 역량 확대 차원에서 장기요양 인력에 대한 프로젝트가 2017년부터 추진됨.
- 이 문서는 **장기요양인력 보고서 출판에 앞서 개요 챕터 초안**을 제공하는 것으로 본보고서는 추가적으로 5개 챕터를 가지고 있음.
- 자료는 문헌검토, 조사, 26개국 참여의 국제 설문조사 활용
- 추가 챕터 구성
- chapter 2: 장기요양 인력의 추세와 인구학적 특성 분석하고 정책이 해당 부문의 인력을 유지하고 보유할 수 있는 방법을 평가함.
 - chapter 3: 장기요양인력의 임무와 기능, 훈련과 교육에 대한 새로운 분석을 제시하고 훈련과 기술을 향상시키기 위한 정책을 토의함.
 - chapter 4: 장기요양인력의 직무유지와 근로조건에 대한 새로운 분석을 보고하고 근로조건을 해결하여 장기요양 분야 인력 유지를 위한 정책 대안들을 확인함.
 - chapter 5: 장기요양 인력, 의료 인력, 비공식 돌봄자 간 조정을 향상시키는 정책을 제시함. 복잡한 건강욕구를 가진 노인을 위해 서비스를 통합하고 급성, 일차, 전문의 의료 뿐 아니라 가족 돌봄자와 조정을 향상시키기 위해 돌봄 모델이 어느 정도 변화하고 있는지 조사함.
 - chapter 6: 장기요양 인력의 생산성 향상을 위한 정책을 살펴봄. 장기요양에서 기술의 활용, 자가 관리와 복귀의 개인역량 개발 정책, 인력의 기술 조합을 변화시키는 정책을 검토함.
- 2019년 3분기 발표를 앞두고 보건위원회 검토를 요청함.

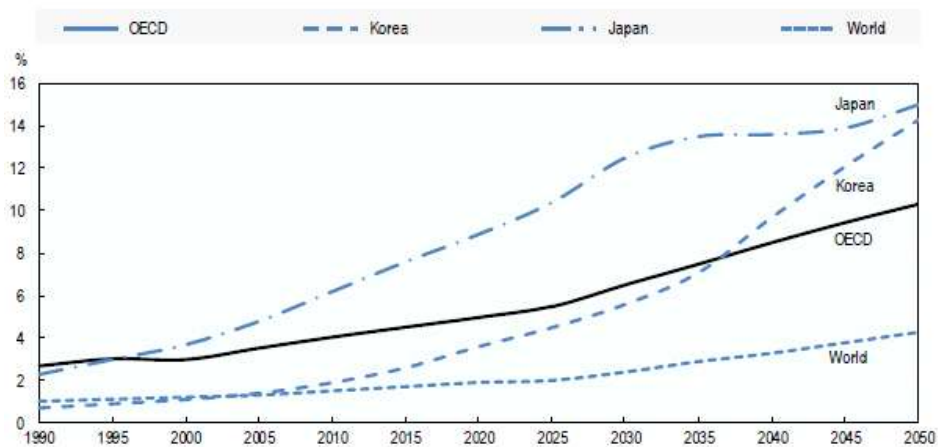
□ 대표단 논의 요청

- 제시된 분석, 결과 및 정책 함의에 대한 의견
- 국가별로 최근에 실행되고 있는 관련 정책 사례 제공
- 향후 분석 방향 제안
- 첨부된 부록의 여러 챕터에 대한 서면의견을 7월 31일까지 제출

□ 복합 만성질환을 동반한 빠른 인구 노령화는 장기요양 인력에 대한 압력을 가중시키고 있음. 이러한 수요 증가와 변화에 대응하기 위하여 OECD 국가들은 기술 불일치(skill mismatch)를 해결하며 장기요양 인력 유치와 보유를 위한 노력을 확대해야 함.

○ OECD국가에서 2050년까지 80세 이상 인구는 5%에서 10%까지 증가할 것임.

Figure 1. Trends in the share of the population aged over 80 years, 1990-2050

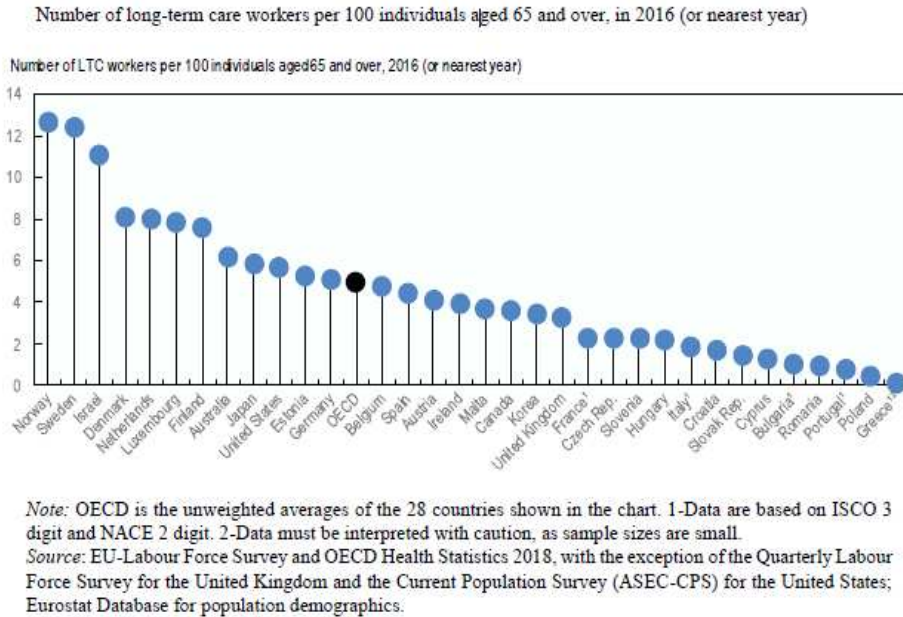


Source: OECD (2017), *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris.
https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

○ 많은 나라들이 장기요양 인력의 부족에 직면함. 장기요양은 노동집약적 분야로 인력은 장기요양 서비스의 질, 생산성, 지속가능성 보장에 매우 중요함.

- 2011년부터 대부분의 국가에서 65세 이상 인구 100명당 장기요양 인력 공급이 정체되고 있으며 인구증가를 쫓아가지 못하고 있음.
- 회원국의 2/3에서 공식 인력의 규모가 OECD평균 수준보다 낮음.

Figure 2. Two-thirds of OECD countries have lower numbers of formal carers relative to the elderly than the OECD average

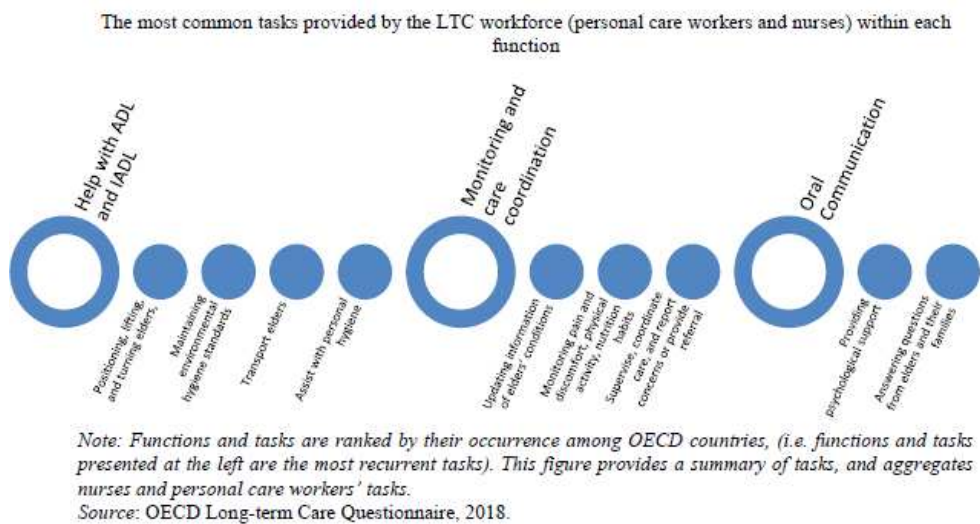


- 낮은 직업의 질은 장기요양 분야로 신규 인력의 유입과 인력 유지를 막음.
 - 상대적으로 낮은 임금이 공급을 저하시키고, 비정형 근로 유형의 높은 비중은 일 자리 보장과 근로자의 사회보호제도 접근에 나쁜 영향을 미침.
 - 아울러, 일이 고되어 건강문제로 인한 이직을 유도하고 있음.
- 대부분의 장기요양인력은 상대적으로 저 숙련 근로자이고 임무 수행을 위한 적절한 훈련을 받지 못함.
 - OECD 국가의 2/3이상에서 개인 간병인은 씻기, 침대에서 들어올리기, 식사 수 발 등 소위 일상생활 지원에 국한되지 않음. 개인 간병인의 가장 일반적인 6개 업

무는 ADL과 IADL에 집중되어 있지만 이외에도 건강상태 모니터링, 경구 약 제공, 케어 플랜 실행에서 참여, 건강상태 및 치료 반응에 대한 기록 등이 포함됨.

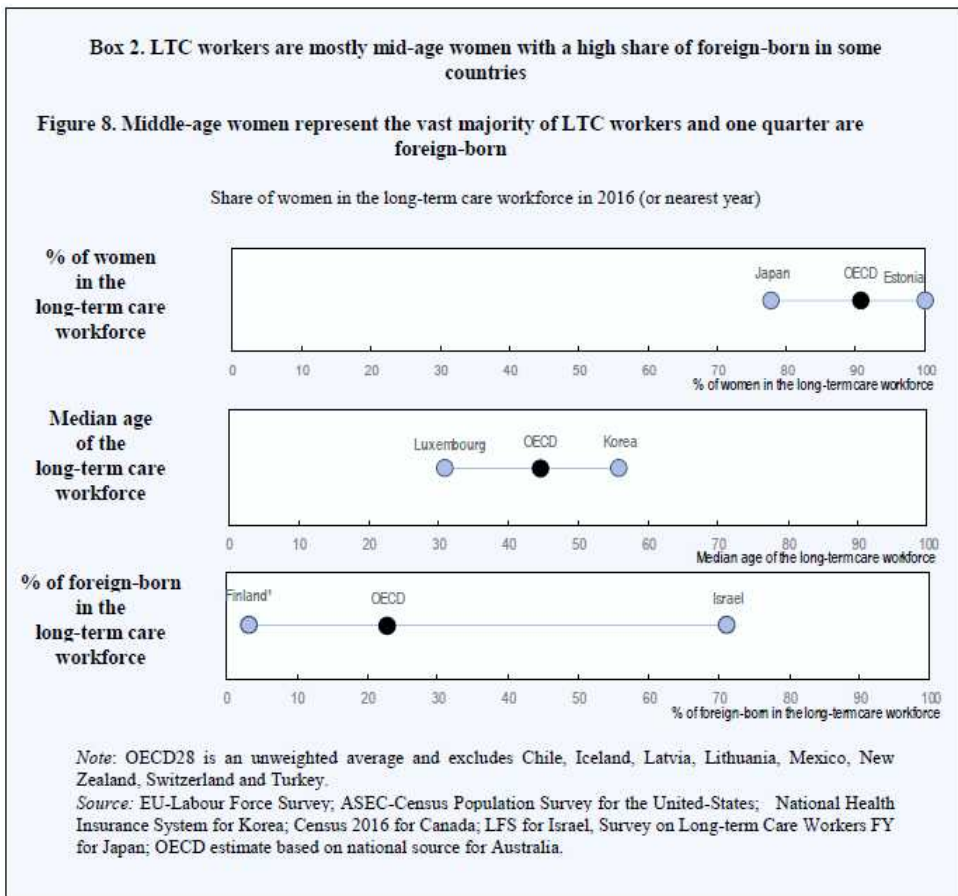
- 환자가 고통 상태에 있음을 확인하는 것은 그러한 환자를 가장 먼저 대면하는 직업인이라는 측면에서 모니터링 역할의 핵심임.

Figure 7. LTC workers perform several tasks



- 개인 돌봄 종사자와 간호사가 제공하는 업무의 일부는 중복됨.
 - 예를 들면, 둘 다 케어 플랜과 치료에 대한 노인의 반응을 모니터링 하고 그들의 건강상태 변화를 보고하는 역할을 함. 간호사는 대부분 상처소독, 외과적 드레싱, 붕대 착용 등 보건의료제공 이상의 개인 의료를 제공함.
- 개인 돌봄 종사자와 간호사는 모두 환자와 소통에 깊이 관여하며 특히, 심리적 지원을 제공함.
 - 대화를 통해 심리적 지원을 제공하는 것은 세 번째로 보편적인 장기요양인력의 업무임.
- 이러한 모든 업무들을 잘 수행하기 위한 장기요양인력의 기술에서 격차가 새로운 문제로 부상하고 있음.

- 장기요양에서 간호사는 복잡한 노인 질환에 대한 지식 관련 중요한 기술이 부족함.
 - 개인 돌봄 종사자의 교육과 훈련에 대한 낮은 요건은 치료를 유지하거나 케어 플랜의 실행에서 문제가 될 수 있음.
- 조사국가 절반미만에서 개인 간병인은 직업훈련(헝가리, 룩셈부르크, 네덜란드, 라트비아), 고등학교 졸업 또는 졸업 후 기술 학위 등 최소 교육수준을 달성해야 함.
- 조사국가 절반 미만에서 충분한 능력과 기술을 보장하기 위해 면허와 자격증을 갖도록 요구하고 있음.



□ 생산성, 코디네이션, 예방을 확대하면서 장기요양 인력의 유인 정책 필요

○ 지난 10년간 OECD 국가들은 미래의 부족을 예방하고 장기요양 공급의 질을 향상시키기 위한 정책을 실행해 왔음. 주요 정책 방향은 4개로 분류됨.

- 첫째, 근로조건 개선과 훈련에 대한 포괄적 정책 접근
- 둘째, 적절한 기술의 활용과 케어코디네이션 향상을 통한 생산성 향상으로 효율성과 효과성 제고
- 마지막으로 예방 정책의 확대를 통해 장기요양 욕구의 지연, 건강한 고령화, 장기요양 지출의 지속가능성을 지원할 수 있음.

○ 스칸디나비아 국가, 네덜란드, 일본 등의 국가에서는 기술사용 및 업무 배분의 개선을 통한 인력 생산성 향상이 인력 부족을 완화시키거나 인력을 유지시키는 정책보다 중요한 것으로 추정함.

- 채용 계획에만 초점을 맞추지 않고 장기적으로 더 나은 결과를 기대함.

○ 장기요양인력 유인을 위한 모집 노력 확대

○ 직업의 질과 훈련을 확대하여 보유 인력 확대

- 더 많은 인력 유지를 위해 장기요양 일자리의 나쁜 질을 해결해야 함.
- 케어의 질과 일자리 만족을 향상시키기 위해 기술 불일치를 감소시켜야 함.
- 생산성 향상을 위해 기술과 코디네이션을 촉진해야 함.
 - 기술 부담을 줄이기 위해 기술의 활용
 - 건강 및 장기요양과 비공식 돌봄자 간 통합 확대
- 건강한 고령화와 재활 촉진으로 장기요양 욕구 지연

□ 결론

○ 고령자의 장기요양 욕구가 충족되도록 보장하는 것이 인구 고령화에 대한 포괄적 대응에 기여하여 사회적 결과를 향상시킬 것임.

○ 효과적인 정책 패키지는 장기요양분야 인력 채용의 노력을 개선하고, 고용의 원

천으로서 이 분야의 매력을 높이며, 장기요양 근로자의 생산성과 케어코디네이션을 향상시키는 조치들을 요구함.

○ 채용과 유지는 적절한 장기요양인력을 개발하는 두 개의 정책임.

- 모집 노력은 전통적 노동자 풀(pool)인 학생들을 대상으로 할 뿐 아니라 남성, 이 분야를 떠났던 이들, 경력 변화가 필요한 이들, 이주민들에서의 채용을 강화해야 함.
- 적절한 시간의 안정된 직업을 제공하고 정신적, 신체적 위험을 감소시켜 돌봄 노동자위 지위를 개선하는 것이 높은 이직 비용을 감소시키는데 중요함.
- 일자리의 질 개선과 함께 근로자 수의 증가는 장기요양 지출에 부담을 줄 수 있으므로 효율성과 코디네이션 향상과 같은 기타 정책을 통한 절감이 요구됨.

○ 인구의 특성 변화는 장기요양 인력의 역량 강화를 요구하고 있음. 이를 위해 정부는 몇 가지의 도전 과제를 먼저 해결해야 함.

- 향후, 장기요양 인력은 점차 특정 기술을 습득해야 할 것임. 노인에 대한 지식, 케어 매니지먼트, 커뮤니케이션, 기술의 사용에서 충분한 기술을 발휘하도록 훈련시키는 노력이 필요함.
- 장기요양 인력은 주로 산출물(예: 노인의 즉각적 욕구를 해결하는 일상적 업무)에 집중하기보다 점차 결과(예: 장애예방, 재활성화, 건강한 고령화)에 집중할 수 있을 것임.
- 적절한 기술의 활용은 돌봄의 질을 높이고 인력이 그들의 돌봄 시간을 잘 사용하도록 할 것임. 전문가들 간에, 공식 및 가족 돌봄자 간에 코디네이션의 개선은 효율성과 사회적 결과를 향상시킬 것임.

마. 공중보건 : 완료된 검토의 통합

의제	Item 9. Public Health – Synthesis of Completed Reviews
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)6 Michele Cecchini – Michele.Cecchini@oecd.org Emily Hewlett – Emily.Hewlett@oecd.org

사무국 공지
<p>□ 이 자료는 공중보건에 대한 3개 국가 보고서(칠레, 일본, 한국)를 통합한 것으로 일차의료영역에 초점을 맞추어 관련 정책 동향에 대한 통찰을 제공하고자 함.</p> <p>□ 주요 결과는 다음과 같음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 혁신적 정책들이 발견되지만 건강한 고령화와 의료비의 지속가능성 제고 측면에서 부족함이 있음. ○ 인구기반의 정책들, 라벨링, 가격제도, 광고 또는 판매 규제가 가장 비용-효과적인 예방정책들에 해당되지만, 국가들은 여전히 행태 변화가 입증된 영향력 높고 비용효과적인 정책들을 채택하지 않고 있음. ○ 일차예방에서 정부, 산업, 민간보험의 더 많은 이해관계자 참여 필요 ○ 더 많은 탐색과 정기적 자료 수집을 통해 대표 정책들에 대한 모니터링과 평가 확대 필요 <p>□ 대표단 논의 요청</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 통합 보고서 확인과 주요 결과에 대한 의견 ○ 국가별로 유사한 정책 사례와 경험 제안 ○ 공중 보건 검토 수행에 대한 의사

1) 서론

- OECD의 공중보건검토(Public Health Reviews)는 국가들이 직면 한 주요 공중보건 과제들을 검토하고 기존 정책 패키지의 영향을 평가하여 인구집단의 건강수준 향상을 위한 노력들의 강화 방안을 파악하도록 도와주는 것임.

□ 이 보고서는 첫 번째로 시행된 3개 국가(칠레, 일본, 한국)의 공중보건검토보고서 중 ‘일차예방 챕터’의 결과에 중점을 두고 있음.

○ 각 국가 보고서의 일차예방 챕터에서 칠레는 ‘비만 퇴치와 건강하지 않은 식습관 (Tackling obesity and unhealthy diets)’, 일본은 ‘일차 예방과 건강 일본 21 전략(Primary prevention and the Health Japan 21 strategy)’, 한국은 ‘음주 대응(Tackling alcohol use)’에 중점을 두었음.

□ 이 보고서에서는 다른 OECD 국가들의 모범적 정책 사례와 담배, 음주, 비만을 대상으로 하는 일부 주요 일차 예방 기능 등 국가 공중 보건 검토의 결과를 제공하는 챕터 1의 일부 결과를 반영하였음.

○ 이 요약 보고서는 모든 국가에서 강점인 영역과 공통의 도전과제를 확인해주고 있음. 보고서는 칠레, 일본, 한국에서 실행되는 혁신적 일차 예방 정책을 상세하게 다루면서 일차 예방의 영향을 확대하기 위하여 실행, 포괄성, 모니터링에서 개선 노력이 필요함을 강조함.

○ 건강과 관련되지 않은 정부 부처부터 식음료산업과 민간보험자에 이르기까지 보다 확대된 역할의 참여가 필요함.

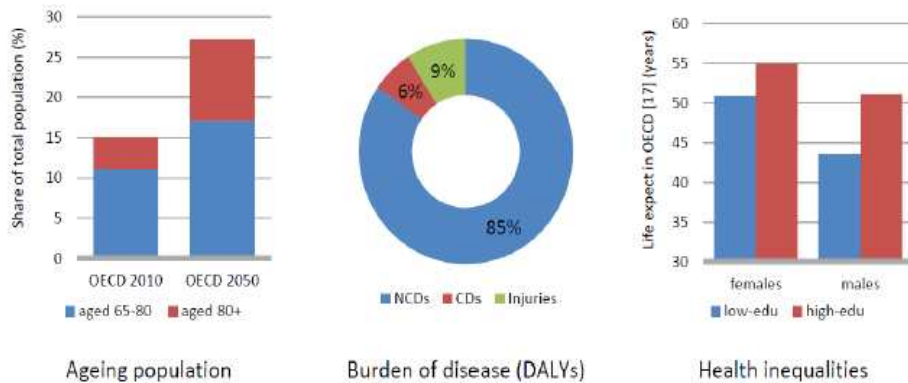
○ 결론적으로 이 보고서는 비판적 관점에서, 국가들이 알코올, 담배, 비만 분야에서 비용 효과적으로 인구집단의 건강수준을 의미 있게 변화시키는 것으로 입증된 ‘빠른 승리(quick wins)’의 정책들을 놓치고 있음을 지적하고 있음.

2) 지속가능한 보건의료시스템 구축을 위해 OECD국가들은 공중보건에 투자해야

□ 만성 비전염성 질환(NCDs)은 OECD 보건의료시스템의 주요 도전과제임.

○ 2050년까지 OECD인구의 28%가 65세 이상이고 10%이상이 80세 이상이 될 것으로 추정되며, 흡연과 같은 일부 위험요인은 감소하는 반면 기타 불건강한 식습관 및 좌식 생활습관은 NCDs의 발병을 증가시키며 확산되고 있음.

Figure 1. Key Challenges for OECD public health



Source: Authors' analyses on OECD, 2016a and IHME, 2016

- 이러한 문제를 해결할 수 있는 보다 강력한 공중보건의 사람들과 지역사회들을 위해 중요함.
- 첫째, 공중보건은 회피가능질환의 발생과 사망률 감소를 통해 사회경제적 상태와 연계된 건강 불평등을 낮추는 데 기여할 것임.
 - 예방과 건강증진 활동들은 행태를 변화시키고 회피가능사망을 최소화하는 중요한 역할을 할 것임.
- 둘째, 공중보건의 확대는 초기의 질병 합병증과 사람들의 병원 방문을 예방시킴으로써 비용을 낮추고 보건의료시스템의 지속가능한 건강 생산에 기여할 것임.
 - 공중보건 영역에 대한 투자는 보건의료시스템의 회복력을 높이는 효과적인 접근으로 알려져 있음(Hansen et al., 2015).
- 셋째, 강력한 공중 보건은 노동 인구의 건강증진을 통해 전체 생산성과 경제 성장을 높이는데 기여할 수 있음.

(BOX 1에서)

WHO (2016) (WHO, 2018)은 모든 효과적 공중 보건이 제공해야 하는 핵심 공중 보건기능을 다음과 같이 정리함.

1. 인구의 건강과 안녕의 감시(Surveillance of population health and wellbeing)
2. 건강 위험과 긴급 위기에 대한 모니터링과 대응(Monitoring and response to health hazards and emergencies)
3. 직업 환경, 식품 안전, 기타를 포함하는 건강 보호(Health protection including environmental occupational, food safety and others)
4. 건강 불평등의 사회적 결정요인들을 해결하기 위한 활동을 포함하는 건강 증진
Health promotion including actions to address social determinants and health inequity
5. 조기 질병 감지 등 질병 예방(Disease prevention, including early detection of illness)
6. 건강과 안녕을 위한 거버넌스 보장(Assuring governance for health and wellbeing)
7. 충분하고 역량 있는 공중보건인력의 확보(Assuring a sufficient and competent public health workforce)
8. 지속가능한 조직 구조와 재정 확보(Assuring sustainable organisational structures and financing)
9. 건강을 위한 지지적 소통과 사회적 동원(Advocacy communication and social mobilization for health)
10. 정책과 실천의 정보 제공을 위한 공중보건연구 발전(Advancing public health research to inform policy and practice)

3) OECD국가들은 유망하고 혁신적인 일차예방정책을 개발 중

□ 공중보건에 관한 OECD 검토는 유망하고 혁신적인 일차예방정책들을 정부의 모든 단계와 실행 수준에서 확인했음.

○ 효과적인 정책은 전체 인구, 지역(도시 또는 지방 자치 단체), 기관 (학교 또는 직장) 정책에 이르는 중앙 정부 주도의 노력을 통해 이루어짐.

○ 지금까지 검토된 국가들에서 모두 모범적 사례가 확인되었음.

- 칠레에서는 포괄적 인구단위 정책을 통한 비만 감소
- 한국 서울시 정부가 술 소비에 대한 접근과 태도를 변화 선도
- 일본에서는 1945년부터 건강한 학교 급식이 아이들 학교생활의 필수 요소

□ 칠레는 비만을 감소시키기 위해 일련의 인구기반 정책 조치들을 도입했음.

○ 높은 비만율에 대응하여 대담한 식품 라벨링 제도 시행

○ 대부분의 OECD 국가들은 국민들이 음식을 구입할 때 더 건강한 선택을 하도록 프론트-오브-패키지(front of package) 식품 라벨링 제도를 도입하였으나 대부분은 자발적임.

○ 2016년 칠레는 의무적 경고 라벨링을 도입한 몇 안 되는 국가 중 하나가 되며, 단계별 시행(36개월)이 완료되는 2019년에 세계에서 가장 엄격한 규정을 가짐.

- 2016년에 설탕가당음료세(Sugar Sweetened Beverage TAX)가 6.25gr 이상의 설탕 / 100ml (또는 법에 명시된 바와 같이 15gr / 240ml)의 설탕 음료에 대해 13 %에서 18 %까지 인상되었음.
- 이는 WHO가 권고하는 20%수준에 미치지 못함. 아직까지 세금 부과에 대한 영향평가는 진행 중이지만, 고용에 부정적 영향이 없다고 보고하고 있음.

□ 서울시 정부는 음주 문화 변화에 앞장서고 있음.

○ 한국에서 서울시 정부는 국가적 노력보다 야심찬 접근을 통해 어떻게 지역 또는 시 정부가 그들의 인구를 위한 생활습관 개선에서 리더십을 가질 수 있는지를 증

명하고 있음.

- 서울시는 상대적으로 발전된 공중보건 정책을 갖고 그들의 프로그램을 실행하고 있으며 일부 영역에서는 시 정부가 중앙 정부 보다 대담한 정책을 추진하고 있음.
- 한국인의 50%가 거주하는 서울에서 흡연은 학교, 지하철 출입구, 바쁜 거리 근처의 공공 공간 밖에서 금지됨. 일부 금연 공원도 도입되었음.
 - 한국의 국내법은 공공장소 실내에서 흡연을 금지하고 있지만 서울은 필요한 만큼 공공장소에 대한 금지를 확대 적용하고 있음.
 - 서울시는 또한 학교 주변을 금연 구역으로 만드는 것처럼 젊은이들을 대상으로 흡연의 시작을 예방하고 감소를 유도하고 있음.
- 서울시는 2017년 22개 공원을 금주 공원으로 규정하고 2018년 1월 1일부터 위반에 대해 10만원의 벌금이 부과되는 조례를 통과시켰으나 공공장소에서 흡연 금지와 달리, 서울의 규제는 이를 뒷받침해 줄 국민건강증진법상 법적 근거가 없기 때문에 불가능했음. 대신 과도한 음주에 대한 벌금을 규정할 수 있지만 제정이 어려움.
- 보건복지부는 지역 정부가 음주 금지 조치를 실행할 수 있도록 국민건강증진법을 개정하는 작업을 하고 있음.

□ 학교와 직장은 지속적인 행태 변화를 일으킬 수 있음.

- 학교와 직장과는 같은 기관들은 건강 행태에 긍정적 영향을 줄 수 있음.
 - 학교는 칠레와 일본에서 일차예방의 핵심적 역할을 하고 있음.
 - 예를 들어, 한국 대학 캠퍼스에서 위해 음주 감소를 위해 가이드라인을 공유하거나 공립학교에서 건강한 식습관과 신체 활동을 촉진하는 칠레의 Contrapeso 프로그램이 있음.
- 일본에서는 학교가 눈에 띄는 학교 급식은 교육시스템의 오랜 부분으로 어린이들의 건강한 습관을 육성하고 영양 불평등을 감소시키는데 기여해 왔음.
- 아울러, 일본에서는 많은 직장들이 건강한 행태를 촉진하는데 관여하고 있음. 개

입은 고용주에 따라 다양하지만 직원의 수 또는 작업 환경 및 기타 요인에 따라 다름. 그러나 이러한 접근은 지역단위 또는 하부 단위에서 실행되기 어려울 수 있음. 2010년 OECD 분석에 의하면 이러한 정책들은 일본 인구의 10%미만을 포괄하고 있음.

4) 포괄적인 일차 예방을 위해 개인, 지역, 인구 수준의 정책이 있음.

- 많은 국가에서 포괄적 정책을 수립하고 있지만 실행수준이 동일하지 않음. 정책 영향을 극대화하기 위해서는 전 국민에 접근하는 일차 예방 노력이 필요함.
- 모니터링과 벤치마킹과 같은 추가적 도구와 견인들은 지역에서 주도되는 일차 예방 활동이 높은 수준을 유지하고 기타 지역에도 국가적 접근이 권고될 수 있도록 도와줄 수 있음.
- 지역단위 공중보건 정책은 중앙정부의 기준과 모니터링으로 지원되어야 함.
- 지역 차원에서 일차 예방 정책을 수립하고 시행하는 것이 이로움.
 - 예를 들면, 일본의 건강 일본 21 전략은 국가, 지역, 작업장 및 학교 기반 건강 증진 개입들을 위한 프레임워크를 제공함.
 - 전략은 중앙정부가 설계하지만 실행은 지역 단위에서 이루어짐. 중앙에서의 감독과 지역의 활동은 개입과 프로그램이 지역 상황에 맞게 조정될 수 있도록 함.
- 그러나 건강 일본 21에 의해 시행되는 지방단위 활동의 질을 담보하기 어려움. 전략에서는 높은 질의 지역에 보상을 하도록 되어 있지만 관련 규정, 인센티브 구조, 질적 최소수준에 대한 기준이 없음.
- 일차예방에서 상향식 접근에 대한 과도한 의존은 질적 수준에서 차이가 발생하고 포괄되는 인구가 분절되며 전반적인 전략의 효과성을 감소시키는 위험이 있을 수 있음.
- 포괄적 일차 예방 패키지는 개인, 지역, 인구 수준 정책을 결합하는 것임.
- 인구 단위의 재정 정책에서 개인 수준의 상담 개입에 이르기까지 정부가 건강 위

힘에 대응하여 사용할 수 있는 다양한 정책적 개입이 있음.

○ **일차 예방 분야에서 지역 혁신과 실행은 중앙 정부의 강력한 정책과 균형을 이루어야 함.** 그 이유는 다음과 같음.

- 첫째, 대부분 효과적이고 비용 효율적 정책들은 인구기반 정책들임.
- 둘째, 지역 정부는 중앙 정부 없이는 법적 또는 규제적 역량이 부족할 수 있기 때문임(서울시 사례).
- 셋째, 지역 또는 기관 기반의 일차예방에 지나치게 의존하는 것은 지역의 정책 실행 역량에 따라 지역 간 차이를 초래할 수 있기 때문임.

○ 전체 인구의 건강에 대한 가장 큰 영향은 서로 다른 인구 집단과 장소를 대상으로 다 중재 전략에서 여러 접근법을 통합하는 것에서 얻을 수 있음.

○ 비만에 대처하는 칠레의 정책 패키지는 국가 수준, 지역 수준, 기관 및 개인 대상의 포괄적 조치를 포함하는 사례임.

Figure 2. Chile's policy package to tackle obesity



Source: (OECD, 2019[1])

□ 현재 정책 모니터링 및 평가 수준은 지속적인 향상을 유도하기에 부족해 보임.

- 칠레의 경우와 같이 중요한 정책 영역에 해당되는 경우도 있지만 일본의 경우는 정책 실행을 위한 확산 방식으로 모니터링이 복잡할 수 있음.
- 전반적으로 주력 정책에 대한 특별 평가와 일상적으로 수집되는 데이터의 효과적 활용을 통해 모니터링과 평가를 확대할 필요가 있음.

5) 일부 진전에도 불구하고 정부 간, 기타 이해관계자와 협력을 보다 장려해야 함.

- 보건부가 공중보건 노력을 주도하고 있지만 일부 다른 부처들도 건강수준의 향상으로 인한 편익을 인식하고 있음.
 - 칠레, 일본, 한국의 보건부는 지역 보건 활동가들(시, 일차의료시설 등)을 통한 다양한 수준의 실행을 통해 공중보건 노력을 압도적으로 이끌고 있음.
 - 일부 다른 부처로서 식품 안전 관리 및 대기 질을 총괄하는 식품 보건 안전부와 환경부가 기본적인 공중 보건 기능을 보장하는 데 관여함.
 - 공중보건위기를 예방하고 관리하기 위한 부처 간 협력이 보다 체계적이어야 하며 일본과 한국에서 일차 예방을 위한 부처 간 협력은 보다 강화될 필요가 있음.
- 산업 이해관계자는 건강증진 노력에서 주요 파트너가 아니지만 정부정책에 반응해 왔음.
 - 지금까지 검토된 칠레, 일본, 한국의 일차예방 노력은 정부가 주도하고 있으며 업계 관계자의 참여는 제한적임.
 - 정부의 일차의료 예방 정책은 업계를 대상으로 긍정적인 건강 영향을 줄 수 있는 변화를 유도하고 있는 것으로 보임.
- 민간 건강보험자가 일차 예방 노력에 더 잘 참여할 수 있을 것임.
 - 기존의 정책들은 민간보험회사가 일차예방에서 중요한 역할을 하도록 유도하는데 성공적이지 못함.
 - 칠레에서 민간보험회사 the ISAPREs는 인구의 17~18%를 대상으로 하고 있지

만 공중 보건과 예방에서 참여하지 않고 있음.

6) 국가는 여전히 공중보건에서 빠르고 비용효과적인 승리를 놓치고 있음.

- 인구 수준 정책, 라벨링, 가격정책, 광고 또는 POS(point of sale) 제한은 행태 변화의 영향을 발휘하는 검증된 정책으로 가장 비용 효과적인 예방정책들에 해당됨.
- 칠레, 일본, 한국에서 확인된 효과적이고 혁신적인 일차예방의 사례에도 불구하고, 이 국가들의 현황은 회원국 전체에서 상대적으로 빠르고 비용효과적인 성과를 보여주는 공중보건정책들을 여전히 놓치고 있음을 보여줌.
- 광고 및 판매 제한은 지속적 노출과 이용가능성을 통해 발생하는 음주 감소를 지원하고 지속적인 가격 정책들은 음주 소비를 막는 장애물로 역할을 할 수 있음.
- 한국에서 술은 거의 모든 곳, 대중교통, TV 프로그램에서 볼 수 있음.
 - TV 프로그램은 젊은 사람들이 친구들과 과음하는 것을 보여주며 K-Pop 스타들은 광고판과 TV에서 소주를 광고함.
 - 현재, 한국은 TV 광고에 몇 가지 제한을 두고 있지만 다른 미디어에는 허용되고 있음. 포괄적 금지가 음주를 줄이는 보다 효과적인 접근임.

7) 결론

- 일차예방정책에 대한 전념은 정부의 모든 수준에서 요구됨.
 - 건강한 습관을 촉진하고 건강상태를 개선하는데 있어서 지방 정부와 학교 및 직장 등 기관들의 역할이 있음.
- 학교는 아이들이 성인기에도 갖게 되는 건강한 음식 습관을 가르칠 수 있음.
 - 일본에서는 수십 년 동안 추진되었고 칠레도 최근에 일부를 채택했음.
 - 직장은 건강증진을 위한 중요한 인터페이스로 직원의 건강 증진을 위해 시행되

는 직장단위 정책들과 보편적이고 광범위한 건강검진의 효과는 일본에서 입증된 것임.

- 지역 공중보건 정책은 특정 인구의 욕구에 맞게 조정되거나 지역 활동가들에게 정책을 이끌 수 있는 기회를 제공함. 예를 들면, 서울시 정부가 공공장소 음주 금지를 추진해왔음.
- 그러나 지역 및 기관 단위 정책들은 전체 국민 수준의 정책과 동일한 접근 및 영향을 갖도록 노력해야 함. 식품, 알코올, 담배 라벨링, 광고 및 판매 규제 같은 국민 수준의 정책들은 가장 비용 효과적인 일차예방 정책들에 해당됨.
- 전 국민 대상 정책 영역에서도 국가들은 여전히 행태적 습관 변화에 영향력 높고 비용효과적인 일명, ‘빠른 승리’ 정책들을 놓치고 있음.
- 일본에서 간접흡연의 노출 제한을 강화하는 것에서부터 음주 허용과 광고를 제한하거나 패스트푸드 또는 체인 레스토랑까지 식품 라벨링을 확대하는 개입들은 국가가 전 국민을 포괄하여 잠재적으로 장기적 행태 변화를 유도하는 정책들임.
- 교육이나 환경과 같은 일부 부처는 독립적으로 또는 보건부와의 파트너십을 통해 국민의 건강증진을 개선하기 위한 조치를 취하고 있지만 빈곤층의 건강이 노동 인구 참여, 생산성 및 경제 성장에 미치는 영향을 고려한 개입을 위해서는 고용 및 재정 부처의 강력한 참여가 필요함.
- 제한적이지만, 일본의 경제 산업성(Ministry of Economic Trade and Industry, MEIT)이 작업장에서 건강 및 생산성 관리를 장려하는 것은 이러한 접근의 방향성을 보여주는 것임.

바. 전문가 간 팀워크

의제	Item 11. Interprofessional Team Work
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)8 Karolina Socha-Dietrich, karolina.socha-dietrich@oecd.org

사무국 공지
<p>□ 2017년 12월 보건위원회 회의에서 패스트트랙 보고서 주제로 일차의료에서 보건전문가 간 팀의 함의에 대한 보고서 작업을 결정함.</p> <p>□ 2018년 Primary Care Priorities에 대한 OECD 조사, 주요 정보 검토, 문헌 검토를 통해 수행되었음.</p> <p>○ 이 보고서는 일차의료의 미래에 대한 OECD 작업의 일환으로 보건의료시스템(보다 광범위하게 사회)이 직면하고 있는 도전 과제들에 대응하기 위해 일차의료 욕구가 어떻게 변화하고 있는지 토의하고 있음.</p> <p>○ 아울러, 미래의 고성능 일차의료의 모습과 이를 실현하기 위해 국가들이 해결해야 할 핵심 정책 요소들을 제시하고 있음.</p> <p>□ 대표단 논의 요청</p> <p>○ 결과와 추가 분석에 대한 의견</p> <p>○ 2019년 8월 말까지 수정사항, 정책 사례, 추가 분석 제안의 서면 제출</p> <p>○ 2019년 가을에 Health Working Paper로 발간될 예정</p>

□ 복합 만성질환과 같은 복잡한 의료욕구를 가지는 환자들에게 육체적 건강문제는 개인의 사회적 취약성으로 심각해질 수 있음.

○ 복잡한 치료계획을 나중에 조정하는 것으로 충분하지 않음. 검사의 중복, 올바른 진단의 지연, 처방된 치료에 대한 낮은 순응도, 의료인의 기술과 임무의 잘못된 배치와 같은 형태로 비효율적 결과를 초래함.

□ 이러한 과제를 해결하기 위하여 일부 OECD 국가들은 일차의료 진료소가 복잡한

환자의 특정 욕구에 맞추어 완전히 통합된 전문가팀 모형을 채택하도록 독려하고 있음.

- 전문 의료인 간 팀 모형은 **단일 치료계획**을 환자 및 비공식 보호자가 참여하는 가운데, 일차의료 의사 및 기타 의료 전문가들이 공동으로 작성하는 것을 의미함.
 - 이 방식은 환자들의 참여와 자가 관리를 지원하면서 전인적이고 개인화된 방식으로 보다 복잡한 환자의 욕구를 해결할 것임.
 - 성공적 사례로 호주, 캐나다, 영국, 미국이 있음.
 - 일본, 노르웨이, 포르투갈 일부 시에서 시범 프로젝트를 시작함.
- 이 보고서는 일차의료에서 전문가 간 팀워크 모형에 대한 의료인과 환자 경험의 근거를 검토함.
 - 관련 지원 정책들은 상대적으로 보건의료인력에 대한 관심이 부족함.
 - 대부분의 보건의료인력은 팀워크에 서툴고, 효과적 팀워크 실현을 위한 태도와 기술이 부족함.
 - 정책입안자는 보건의료인을 팀 작업에 적응하도록 준비시켜야 함.
 - 환자 경험 및 의료 경험에 대한 정보를 보건의료시스템 거버넌스, 지불 방법, 전자건강기록의 상호운용성 등 요구되는 여러 조정요소들과 함께 팀 설계에 반영해야 함.
- 건강 결과, 보건의료비용에 대한 모형의 영향에 대한 계량적 근거 확대가 필요하며 지금까지의 근거는 다음의 필요성을 제시함.
 - 팀 기반 모델을 인식시키고 지원하기 위해 보건의료 인력에 대한 기획 필요
 - 팀을 위한 시간과 공간 허용
 - 환자의 기대와 경험을 팀 설계에 반영
 - 팀워크를 위해 보건의료시스템 거버넌스와 기술을 통한 지원
 - 전문가 간 팀이 건강 결과와 의료에 미치는 영향에 대한 더 많은 근거 마련

□ 일차의료에서 전문가 팀

- 다학제적 장소 공유에서 일차의료 내 전문가 간 팀워크로 변화
- 일반적으로 일차의료 팀은 가능한 조직적 연계의 수준에서 다음의 양극단 사이에 위치함.
 - the multidisciplinary Primary Health Care (PHC) Centres model
 - GPs, 지역사회 간호사, 조산사, 물리치료사와 같은 여러 일차의료 전문가가 단일시설에서 함께 위치하고 있지만 그들의 환자와 개별적으로 일하고 서로 정보를 교환하거나 일차의료 코디네이션 체제 내에서만 기타 전문가에게 의뢰함.
 - the interprofessional teams (IPTs)
 - 일반적으로 일반의(GP) 또는 간호사 진료인(Nurse Practitioner)이 팀 프로토콜 또는 양해각서에 기초하여 운영하며, 보다 복잡한 환자들의 욕구에 맞추어진 팀 기반 의료를 제공함.
- 일반적으로 장소를 공유하는 모델로는 세부 분야 또는 전문화의 문제를 여전히 극복하기 어렵기 때문임.
- 반대로 IPTs의 팀구성원은 각자의 전문지식을 바탕으로 케어의 목적과 계획을 공동으로 작성함으로써 보다 전인적이고 개인화된 방식으로 복잡한 욕구를 갖는 환자를 충족시킬 수 있음.
- 호주, 캐나다, 영국, 미국의 4개 국가만 IPTs 모델을 운영하고 있음.

□ 팀 구성은 인구집단의 건강 욕구와 지역 환경을 반영함.

- 호주
 - 기존의 전문가 간 지역사회 보건서비스들을 GP Plus Healthcare Centers 와 GP Plus Superclinics으로 재조정
 - 두 유형의 조직 모두 지역 사회에서 건강의 사회적 결정 요인을 다루는 전략을 채택하여 치료, 재활, 질병예방, 건강증진의 폭넓은 범위의 팀 기반 일차의료서

비스 제공을 목적으로 함.

○ 캐나다

- 지난 10년 동안 일부 주에서 IPT 기반 일차의료 모델로 전환 개혁을 추진 중.
가장 발전된 모형은 마니토바의 My Health Teams, 온타리오 주의 Family Health Teams임.

○ 영국

- 많은 GP 진료소 / 협력체들은 QOF의 평가 틀 하에서 보다 복잡한 욕구를 지닌 환자들에 대응하기 위하여 IPT 모델을 조직적으로 채택함.

○ 미국

- 많은 관리의료조직(Managed Care Organization)들인 일차의료 의사, 전문수련을 받은 간호사(예를 들어 당뇨병에서), 등록 간호사, 영양사, 언어치료사, 사회복지사가 포함된 IPTs를 개발했음.

○ 일본, 포르투갈, 노르웨이에서 최근 시범사업을 시행하고 있음.

- 최근 일본의 Kashiwa City, Kamaishi City 지역 정부가 노쇠 인구의 욕구에 적합한 모델로 IPTs 시범사업 시작

□ 다학제적 팀에 대한 환자와 보건의료전문가의 경험

- 환자의 경험과 결과 활용은 유용 것으로 보고되지만 더 많은 근거 축적이 필요함.

□ 보건의료 전문가들이 현재의 팀워크 요구에 충분히 준비되지 않았음.

- 전문가간 팀워크(interprofessional teamwork)는 보건의료 전문가의 직무 만족도를 향상시킬 수 있으나 팀워크 관련 태도와 기술에서 차이(gap)로 상당한 장애가 예상됨.

- 또한 성공적 팀워크를 지원하는 EHR 등 시스템 수준의 장벽도 남아 있음.

사. 원격의료에 대한 패스트트랙 보고서

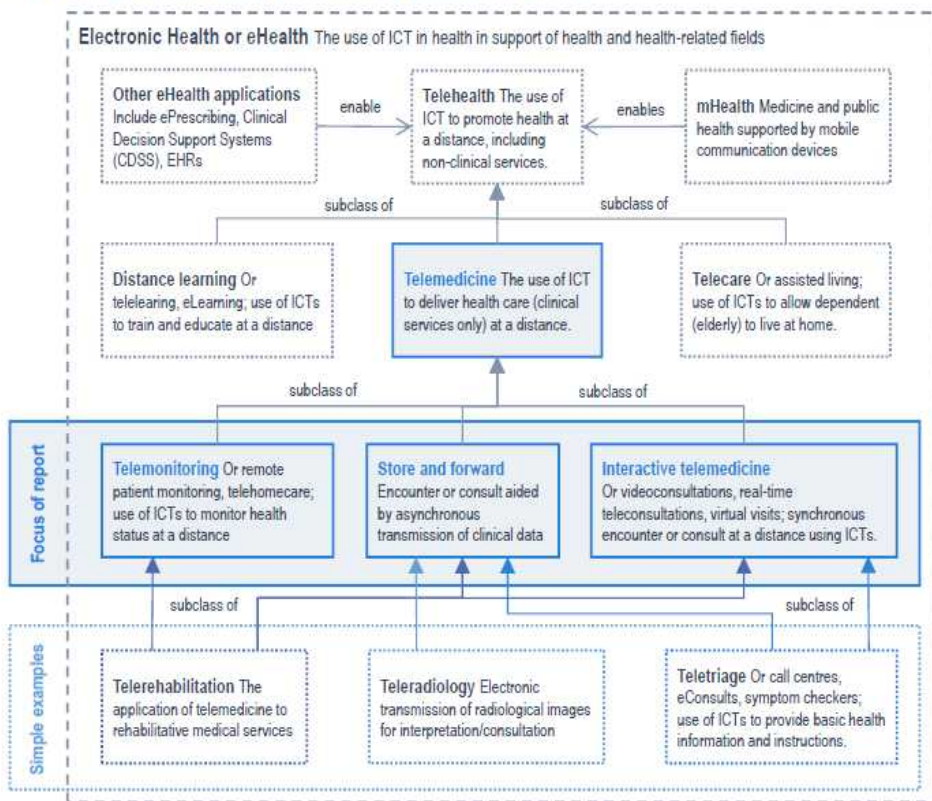
의제	Item 13. FAST TRACK PAPER ON TELEMEDICINE
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)10 Tiago CRAVO OLIVEIRA HASHIGUCHI, tiago.cravooliveira@oecd.org

사무국 공지

- 2018년 6월 23차 보건위원회에서, 대표단은 회원국에서 원격의료 이용에 대한 패스트트랙 보고서를 채택했음.
 - 환자와 의료제공자, 근로자와 서비스가 점차 디지털화됨에 따라 정책입안자들은 디지털 기술이 지속가능한 비용에서 좋은 질의 의료에 대해 증가하는 환자 수요 충족을 어떻게 지원하는지 검토하면서, 원격의료와 같이 디지털 건강 기술에 대한 관심이 증가하고 있음.
- OECD 회원국에서 원격의료 활용에 대한 포괄적 검토를 제공하고 있음.
 - 원격의료에 대한 관심 확대 요인들과 정책 입안자들이 원격의료서비스 수요 증가에 대응하는 방법, 보건의료시스템과 환자에 대한 원격의료서비스의 영향, 원격의료 활용 확대의 장애와 가능요인, 가능한 위험을 최소화하면서 잠재적 편익을 극대화하기 위해 국가들이 추구하는 정책대안들에 대한 내용을 제공하고 있음.
 - 이 보고서는 OECD 대표단 대상의 원격의료 활용에 대한 스냅샷 설문조사와 국가별 전문가들의 후속 인터뷰를 토대로 함. 27개 국가가 조사에 응답했으며 13개 국가의 전문가가 후속 인터뷰에 참여했음.
- 대표단 논의 요청
 - 분석, 결과, 정책 함의에 대한 의견 제시와 원격의료에 대한 앞으로의 작업에서 고려해야 할 정책적 관심과 이슈 토의
 - 2019년 8월 31일까지 의견, 유용한 정책 사례, 추가 분석 제안 등 서면제출
 - 2019년 하반기에 Health Working Paper로 발간될 예정

- 환자와 정책 입안자들은 지출의 지속가능성 측면에서 의료서비스 질 향상을 위한 도구로서 디지털 기술의 활용에 대해 높은 기대를 가진.
- 보건의료제공자와 정책입안자들은 새로운 디지털 의료 모형을 모색하고 있음.
- 다양하고 풍부한 디지털 건강 기술의 에코시스템 존재

Figure 1.2. Telemedicine and the broader eHealth ecosystem



Source: OECD compilation building on glossaries from the American and German telemedicine associations.

- 거의 모든 국가에서 사실상 원격의료가 의료서비스 제공을 위해 활용되고 있음. 일부 국가들은 환자와 동일한 장소에 최소 한명의 의사가 있도록 요구함으로써 원격 의료서비스 사용에 대해 엄격히 규정하고 있음(Table 1.1).

○ 반면, 일부 국가들은 원격의료와 면대면 진료에 차이가 없고 특별한 법적 규정도 없음.

○ 의학과 의료인 조직들은 항상 원격의료 사용을 지지하지 않으며, 국경 간 원격의료와 관련하여 의료 면허와 관할권이 모호함.

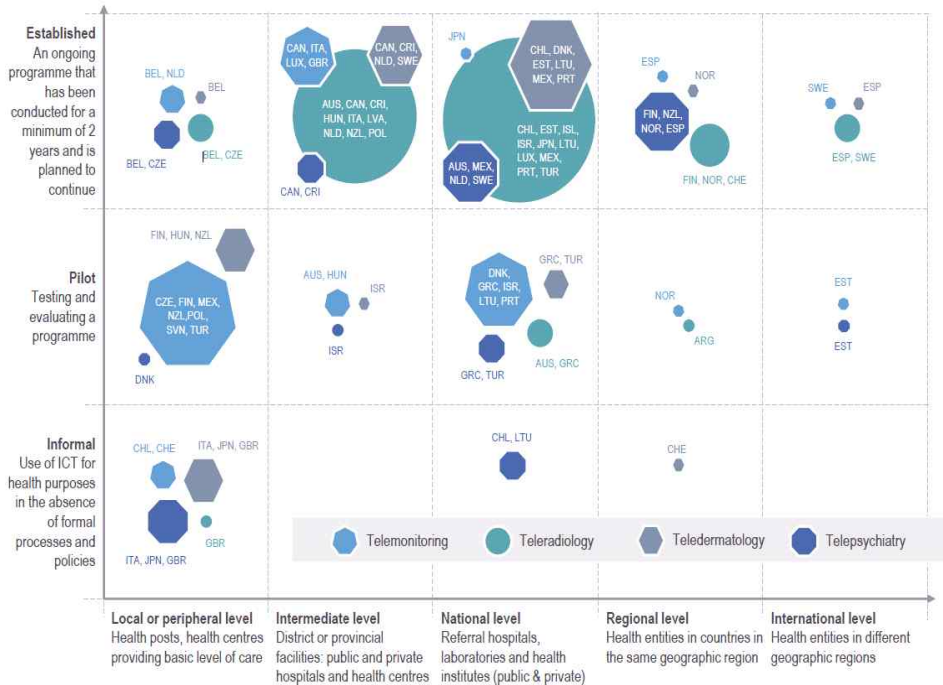
Table 1.1. The policy, regulatory and financial environment surrounding the use of telemedicine

Country	Has national legislation, strategy or policy on the use of telemedicine?	What is the main source of funding for eHealth?	Defines jurisdiction, liability or reimbursement of eHealth services (e.g. telehealth)?
Argentina	Yes	Public	No
Australia	Yes	Public	Yes
Austria	No ¹	Public	No
Belgium	No	Public	No
Canada	Yes	Public	Yes
Chile	No	Public	Yes
Costa Rica	Yes	Public	Yes
Czech Republic	No	Public & private	No
Denmark	Yes	Public	No
Estonia	No	Public	No
Finland	Yes ¹	Public	Yes
France	Yes	-	-
Germany	Yes	-	-
Greece	Yes	Public	Yes
Hungary	Yes ²	Public	No
Iceland	Yes ¹	Public	Yes
Ireland	Yes	Public	Yes
Israel	Yes	Public	Yes
Italy	Yes	Public	Yes
Japan	Yes ²	-	Yes
Latvia	Yes ¹	Donor/non-public	Yes
Lithuania	Yes ²	Public	-
Luxembourg	No	Public	Yes
Mexico	Yes ¹	Public	No
Netherlands	Yes ¹	Public	Yes
New Zealand	Yes	Public & private	Yes
Norway	Yes ¹	Public	Yes
Poland	No	Public	No
Portugal	Yes	Public	Yes
Slovak Republic	Yes ²	-	-
Slovenia	No ¹	Public	Yes
Spain	No ¹	Public	No
Sweden	No ¹	Public	Yes
Switzerland	No	Public & private	Yes
Turkey	No	Public	Yes
United Kingdom	Yes	Public	No
United States	Yes ¹	-	Yes

Note: ¹no specific legislation on telemedicine but use is allowed; ²use of telemedicine is allowed but with restrictions; private funding includes private or commercial funding and public-private partnerships; countries are sorted alphabetically from top to bottom.

Sources: OECD Snapshot Survey on Telemedicine (2018), OECD interviews with country experts, WHO Third Global Survey on eHealth (2015).

Figure 1.3. Countries reporting use of telehealth, by level of health system and type of programme



Note: For countries that report more than one level and type of programme per specialty, the most advanced level and type are shown. Size of bubbles is proportional to the number of countries.
 Source: OECD analysis of WHO Third Global Survey on eHealth (2015).

- 원격의료를 이용하는 공급자 및 환자의 수와 서비스 량이 점차 증가함에도 불구하고
고 원격의료는 여전히 보건의료활동에서 작은 비중을 차지하고 있음.
- 총 서비스 량과 지출에서 모두 제한적으로 사용되고 있으며, 가장 대규모로 확장
된 프로그램은 teleradiology 임.
- 원격 모니터링 프로그램(remote monitoring)은 전형적으로 만성 질환을 갖는
소수의 환자를 포함하며, 원격 상담(remote consultation)은 면대면 진료에 앞
서 환자 분류와 보다 광범위한 의료인들을 위해 사용됨.
- 외향선원, 수감자, 농촌지역 거주자, 원격 지역에 사는 원주민들에게 원격의료서
비스는 특정 유형의 의료서비스에 접근하는 유일하게 효과적 방법임.

- 원격의료를 통해 제공되는 의료가 편익이 있고 안전하고 비용·효과적으로 사용될 수 있다는 근거가 축적되고 있음.
 - 원격의료를 통해 당뇨병 환자의 혈당 조절을 개선, 만성심부전으로 인한 사망과 입원 감소, 통증 관리 지원 및 신체활동 증가, 정신건강 및 식습관의 질과 영양 개선, 천식과 같은 호흡기 질환의 악화 감소가 보고됨.
 - 원격의료는 접근성, 적시성, 코디네이션과 진료지속성의 개선을 통해 바른 장소에서 바른 시간에 바른 의료를 찾도록 지원함.
 - 원격의료는 효율성과 생산성을 높이고 비용효과성을 제고할 수 있음.
 - 의료인력과 환자 간 지식 공유 및 지속적 학습의 촉진을 통해 불필요하고 값비싼 다운스트림 서비스를 방지하고 공급자 이동시간을 줄이며 더 많은 상담을 가능하게 함.
- 그러나 원격의료 접근법들은 신중하지 못한 수요를 자극하고 환자 선택을 촉진하여 젊고 건강한 환자들의 불필요한 의료비 지출로 예산 낭비를 초래할 수도 있음.
 - 비용효과성에 대한 근거를 일반화하기에 아직까지 보고 수준이 낮고 경제성 평가에서는 이동 시간의 감소와 오염물질 배출의 감소와 같은 보건의료시스템 밖에서 발생하는 중요한 비용절감이 제외되는 경우가 있음.
- OECD 국가들에서 원격의료 이용 확대에 작용하는 중요한 장애는 참여를 지원하지 않는 정책 환경에서 찾을 수 있음.
 - 재정적 장애로 지불 메커니즘이 있음. 이는 원격 의료의 새로운 모델에 대해 효과적으로 인센티브를 제공하지 않는 지불 메커니즘이 있음.
 - 다른 장애로는 의료적 책임과 관할권에 대한 명확성 부족, 상호운용성 부족과 부적절한 ICT 인프라, 디지털 방식으로 숙련된 근로자의 부족과 부적절한 수련, 프라이버시·데이터·정보 보안과 거버넌스가 있음.
 - 수요측면의 장애로는 인구 및 사회경제적 요인에 따른 Health Literacy의 제한,

디지털 격차(digital divides)가 원격의료를 통해 가장 높은 편익을 얻을 이들의 효과적 사용을 어렵게 하고 불평등을 증폭시키는 위험이 있음.

- OECD 전반에 걸쳐, 보다 광범위하고 적절한 원격의료 활용에 대한 청사진을 제공하고 질, 효율성, 형평성 향상을 위해 원격의료를 사용하는 사례가 있음.
- 환자에게 명확한 편익을 제공하고 의료 질을 향상시키는 원격의료 서비스만 제공하고 환자 경험이 측정되도록 보장
- 지지적(supportive) 정책 환경과 지식의 이전 및 확산을 통해 지방 및 신생 모범 사례의 확산 촉진
- 원격의료와 온전한 편익 달성을 위해 보건의료학습시스템 구축 촉진

3. 제25차 보건위원회 결과

- 일시: 2019년 6월 19일(09:30~18:00), 6.20일(09:30~17:30)
- 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- 의장: Ms. Olivia WIGZELL
- 참석자
 - 한국대표단: (보건복지부) 이해희 사무관, 임은빈 사무관, 김기선 주무관 (한국보건사회연구원) 강희정 연구위원, (건강보험심사평가원) 임지혜 부연구위원, (건강보험공단) 이희승 부연구위원, 정해숙 차장
 - 보건복지부 임은빈 사무관 · 김기선 주무관, 건강보험공단 이희승 부연구위원 · 정해숙 차장은 2일차 회의만 참석
 - 기타 회원국: 독일, 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 덴마크, 스페인, 에스토니아, 미국, 핀란드, 프랑스, 헝가리, 아일랜드, 이스라엘, 일본, 라트비아, 리투아니아, 룩셈부르크, 멕시코, 노르웨이, 네델란드, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 체코, 영국, 슬로베니아, 스웨덴, 스위스, 터키, EU
 - 초청 국가: 코스타리카, 러시아, 브라질, 아르헨티나, 카자흐스탄, 페루
 - 국제기구: Council of Europe, WHO, BIAC/TUAC (5~7안전만 참석), OECD)

안건 1. 제25차 회의 의제 채택

- Item 1. 제25차 회의 안건 채택
- Item 2. 제24차 보건위원회 회의록 승인
- Item 3. 사무국장 보고
- Item 4. 환자보고지표조사(PaRIS): 만성질환자의 결과 및 경험에 대한 국제 조사

- Item 5. PaRIS : 시범적 데이터 수집에 대한 Heath at a Glance 2019의 테마 챕터 초안 검토
- Item 6. 비만의 부담 - 과체중 및 공중보건정책의 경제적 영향
- Item 7. 장기요양(인력) 부족의 대응
- Item 8. 보건위원회 자발적 기여금 현황과 추이
- Item 9. 지식기반시스템에 대한 고위급포럼 : 이슈노트 초안
- Item 10. 일차의료: 평가와 권고 초안
- Item 11. Fast-track Paper : 원격의료(Telemedicine)
- Item 12. 공중보건-검토 종합
- Item 13. Fast-track Paper : Inter-professional Team Work
- Item 14. 2020년 6월 Fast-track Paper 주제 선정
- Item 15. 기타
 - 2019년 위원회 개최 일정(11-12 Dec. 2019)
 - 2018년 12월 기준 '17-'18 사업예산 진행 보고 인준

안건 2. 제24차 보건위원회 회의록 승인

안건 3. 사무국 업무 보고 : 고용노동사회국 국장 Stefano Scarpetta

- OECD 보건의료비 지출은 경제성장률 증가와 일치하며 일정한 수준을 유지하고 있음. 2017~2018년 실질 일인당 의료비 증가율은 2%.
- 2018년 13개 국가의 자발적 기여금 930K, 2019년 9개 국가의 자발적 기여금 525K, 사업예산 부족으로 PaRIS 관련 추가 자원 필요
- 지난 24차 보건위원회 이후 최근 활동 사항 보고

○ Structural Reform Support Service(SRSS) 지원('19-'20)

- 유럽연합 국가들을 중심으로 노인의료 부분의 구조개혁 실시, 데이터 개선, 재정 관련 개혁 등 주요 이슈의 실행 계획 및 정책적 결정 등 지원

○ 환자중심성 관련 활동

- 환자중심 보건의료시스템 평가프레임 개발과 PaRIS 진행, 정책 survey 추진

○ OECD 정신건강 성과 프레임워크 작업을 통해 국제 비교 추진

○ 의료 질과 결과의 워킹파티 개최

- Heath at a Glance에 Quality 챕터 준비, 환자안전 지표개발 및 뇌졸중 30일 사망률의 병원단위 지표 개발 중
- 기대수명과 심혈관질환 사망률 추세에 대한 워크숍 계획(19년 11월)

○ 제약 및 의료재료에 대한 전문가 그룹 개최

- 5월 9~10일에 워크숍 개최(50개 국가 전문가 참여, BIAC, DG SANTE, WHO, HTA기구들, 학계 전문가 참여), 의사결정을 지원하는 지식관리, 효율성 증진, 새로운 기술의 활용(generic testing) 등 논의

○ 타 위원회와 협력 및 행사 계획 등 안내

- 제7차 OECD 고위 예산 및 보건 관료 공동 네트워크 개최(2019.2)
- 개발도상국·저소득국가 대상 G7 일차의료 지식공유 이니셔티브 회의 개최 (2019.5.16.-17.)
- 지식기반보건의료시스템 관련 고위급 포럼 개최(2019.11.21)
- AMR 대응 장관급 컨퍼런스, 네덜란드 암스테르담에서 개최 예정 (2019.11.20)
- Health Literacy 관련 국제워크숍, 2020년 11월 워싱턴에서 개최 예정 (2020.11.16.~17. 또는 2020.11.19.~20.)
- OECD 공중보건검토 보고서(칠레, 일본) 발표 등 최근 발간물 소개

□ 프랑스 대표단은 G7 일차의료 지식공유 이니셔티브 추진을 안내함.

- 프랑스 대표단은 2019년 5월 16~17일에 개최된 G7 Paris Health Ministers' meeting에서 일차의료와 건강불평등을 주제로 논의가 있었으며, 결과로서 일차의료시스템의 개혁 필요성에 대한 공감대 형성과 OECD와 협력하는 일차의료시스템 글로벌 지식 공유 사업의 추진을 안내함.
- 프랑스 정부는 일차의료와 지식공유에 관심 있는 아프리카 국가를 초대하여 결핵 및 말라리아에 대응하는 일차의료 지식 플랫폼 구축 및 실행 계획(action plan) 등을 논의, 2030년까지 결핵 및 말라리아 개선을 위한 일차의료 아젠다 구축을 추진 중임.
- OECD 가입절차 중인 코스타리카의 보건의료시스템 개선 사항 보고가 있었음.
- 지난 2년간의 보건의료시스템 개혁의 성과로서 의료와 복지 분야 간 코디네이션 강화, 병원 효율성 제고, 전자의무기록시스템 운영 및 정보시스템을 통한 진료 정보 공유, 병원성과 평가 및 모니터링, 여성의 재생산 권리 증진을 위한 자궁경부암 예방 접종 등 일차예방 강화, 원 헬스 기반 환경 분야와 협력을 통한 항생제 사용량 감소 등의 성과를 보고함.
- 사무국은 의료 접근성 및 시스템의 지속 가능성 제고, 제약 산업 구축, 예방접종 및 여성건강 증진 등의 공중보건 성과를 지지하였으며 보건위원회는 이견 없이 이를 승인함.

안전 4. 환자보고지표조사(PaRIS): 만성질환자의 결과 및 경험에 대한 국제 조사

□ 사무국 보고

- OECD 사무국은 PaRIS 사업의 진행사항을 공유함.
 - PaRIS 사업은 3단계로 구성되며, 1단계는 2019년 중반부터 2020년까지 진행되는 조사표 개발과 평가, 2단계는 각 국가별 현장 테스트, 3단계는 본조사임.
 - 1단계 진행은 보건위원회 프로그램 예산과 자발적 기여금으로 운영, 2-3단계 진행을 위한 OECD와 참여 국가 간 양자 협정 관련 논의가 진행 중임.
 - 지금까지 네덜란드, 룩셈부르크, 호주가 자발적 기여금 납부

- 국제 조사 계약자 선정이 9월전에 완료 예정
- 하반기부터 국제 계약자는 관련 자문기구를 운영하고 개별 국가를 접촉하여 국가별로 국가단위 프로젝트 관리자 선정, 국내 이해관계자 대화 조정, 국가 로드맵 개발 준비를 지원할 것임.
- 사무국은 2, 3단계 참여에 대하여 국가별 참여 협정서 작성을 추진 중
- 네덜란드 대표(워킹파티 의장)가 전날 개최된 PaRIS 워킹파티 결과를 공유함.
 - PaRIS가 정책 결정에 기여하는 중요성에 대한 공감대는 있으나 사업 참여 결정에 앞서 주로 세 가지 이슈에 대한 사무국 확인을 요청하고 있음.
 - 환자 보고 지표의 대표성을 위한 위험도 보정의 방법
 - 국가별로 시스템 및 문화 차이 등을 반영한 비교가능성
 - 전체 과정에서 참여(시점)의 유연성
- 제기된 이슈들과 관련하여 스페인 대표의 PaRIS 지지 발언이 있었음.
 - 중앙 집중 에서 지역 분산 시스템으로 변화하는 과정에서, 보편성을 기반으로 일차의료와 병원의료의 효율적이고 형평적인 연계 성과를 모니터링하고 있으며, 관련하여 일차의료의 새로운 전략적 변화 모색을 위한 일차의료정보시스템 활용 측면에서 PaRIS PROMs에 대한 필요성을 지지하고 관심을 표명함.

□ 논의 결과

- 다수의 국가들이 PaRIS 사업의 필요성을 지지하였음.
- (핀란드) 당뇨, 심장병, 척추수술, HIV 등을 대상으로 등록시스템 시범사업을 진행하고 있으며, 관련 질병에 대한 PROMs와 PREMs를 개발 중에 있음. PaRIS 조사의 국제 비교를 위해서는 등록시스템의 질 확보가 중요함.
 - (벨기에) 보건의료시스템의 사람 중심성을 강화시키기 위한 중요한 정보임. 병원관련 지표는 많지만 통합 케어 및 일차의료에 대한 지표가 부족한 상황에서 필요한 사업임.
 - (호주) PaRIS 조사를 통해 일차의료 관련 보건의료시스템의 변화를 유도할 수

있을 것이므로 국제 계약자 선정 과정은 매우 신중해야 할 것이며, 조사 운영에 대한 유연성 확보가 필요함.

- (EU) 유럽연합 국가뿐 아니라 PaRIS 조사 국가들의 환자중심 보건의료시스템 구축에 도움이 될 것이며, 공식적인 지표를 이용하므로 국가 수준에서의 지식 향상 및 보건의료시스템 성과 향상에 기여할 것임.

○ 일부 국가들은 필요성에 공감하지만 보다 명확한 안내 및 조정을 제안하였음.

- (노르웨이) 중요한 정책적 사안이지만, 비용이 높아질 경우 참여가 어려울 수 있고 비교 가능한 GP의 정의 등 국가별로 다른 상황의 반영, 기타 데이터 프라이버시 보호 방안 마련이 필요함.
- (이스라엘) 결과 공개 방식에 대한 세부 논의가 필요함.
- (체코) 프로젝트의 편익을 높이 평가하지만 비용에 대한 세부 정보가 필요하고 진행 과정에서 개별 국가의 상황이 반영될 수 있어야 함.

○ 사무국은 대표단의 지지적 입장을 확인하고, 국가별 다른 정책 상황 등을 국제 계약자 선정 및 이후 작업 과정에서 반영할 것이며, 국제계약자 선정이 완료되는 9월 이후 비용 등 세부 정보를 제공할 것이라고 답변하였음.

- 일차의료에 대한 PaRIS 작업은 매우 모험적이지만 시스템 개혁을 위한 새로운 기회를 제공할 것임.
- 국제비용은 국제계약자 선정이 완료되면 참여 국가를 대상으로 상세하게 제공할 수 있지만, 국가비용은 국가별 조직의 형태, 임금 수준 등 다양한 요소에 의해 영향을 받기 때문에 표준화하기 어려울 것임.

안전 5. PaRIS: 시범적 데이터 수집에 대한 Health at a Glance 2019의 테마 챕터 초안 검토

□ 사무국 보고

○ 자발적 참여 국가들의 정보를 비교하여 Health at a Glance 2019에 환자보고 지표를 주제로 하는 별도 챕터 수록 예정, 해당 내용에 포함될 주요 결과 공유

- 정신건강, 슬관절/고관절 치환, 유방암 영역 선정

○ 슬관절/고관절 치환술에 대한 환자보고지표

- 국가 사업(영국, 네덜란드, 스웨덴), 지역사업(캐나다-Albert, Manitoba, 스위스-제네바), 국가하위단위 등록사업(호주-ACORN), 단일병원 사업(핀란드-Coxa hospital, 이태리-Galeazzi institute)의 다양한 형태로 운영
- 평가 방식(웹 링크 서베이, 전화설문 등)과 기간(6개월후, 12개월후)의 차이
- 결과 산출
 - 연령, 성별, 수술 전 점수로 보정된 결과 산출
 - EQ5D-5L, SF-12v.1, 2, VR-12 -> (전환) EQ5D-3L, US\$ validation
- 고관절치환술에서는 시술 전 변이가 크고 시술 후 변이가 감소하는 반면, 슬관절치환술에서는 프로그램 간 변이가 시술 전에는 적었다가 시술 후 커짐.
- 전자는 시술 전 통증, 기능 및 건강상태 수준이 최종 결과와 거의 관련이 없을 수 있으나, 후자는 수술기법 및 재활 프로토콜을 포함하는 일부 요인들의 영향 때문일 수 있음.

○ 유방암에 대해서는 중요 관심 영역을 선정하는 단계이고 PREMs과 PROMs을 포함할 예정임.

○ 정신건강에서 환자보고지표는 초기단계에 있지만, 상대적으로 정신건강문제를 갖는 사람들이 더 나쁜 의료경험 등을 보고함.

○ 사무국은 제시된 결과, 정책적 함의에 대한 논의와 서면의견 제출을 요청함.

- 2019년 7월 5일까지 서면 의견 제출
- 추가 의견을 반영한 최종안 회람(2019.7.18~2019.8.20)

□ 논의 결과

○ 여러 국가들이 새로운 변화의 기회를 제공하는 작업의 필요성에 공감하지만 데이터의 질 향상, 지표의 비교가능성, 데이터 프라이버시 보호를 위한 추가적 고려와 개선이 필요함을 강조하였음.

- (이스라엘, 네덜란드, 독일) 정신건강 영역 등 환자보고지표 산출을 위한 정보 관리에서 프라이버시 보호 등 법적 문제에 대한 신중한 접근이 필요함.
 - (스웨덴, 스위스, 노르웨이, 캐나다) 새로운 지표의 개발에도 불구하고 데이터의 질적 측면에서 조사 응답률이 매우 낮은 수준이므로 대표성 등 결과 해석에 유의해야 하며 국제 비교를 위해 정교한 개선이 필요함.
 - (독일) 데이터 질에 대한 한계를 고려한 신중한 접근을 강조하고 향후 결과 산출에 있어서 사회경제적 요인들을 고려해야 함.
 - (프랑스, BIAC) 사람중심 보건의료시스템으로 변화를 위한 작업의 필요성을 지지하고 데이터의 질과 비교가능성 제고를 위한 지속적 개선을 요청함.
- 유럽 평의회(Council of Europe), TUAC, 네덜란드는 정신건강 영역에서 지표 산출시, 환자구성(case-mix)의 정의와 경제적 상태 및 직업 등의 사회경제적 요인들의 반영이 필요함을 강조하였고, TUAC은 관련 지표 개발에서 시민(환자), 지역사회 등 이해관계자의 참여를 제안하였음.
- 사무국은 데이터의 질과 비교가능성 등에 대해 제기된 질의에 대해 데이터 수집 가이드라인을 통한 표준화와 관련 R&D를 통해 개선하겠다고 답변하였음.
- 데이터 수집 가이드라인을 통해 환자구성(case-mix)을 표준화하고 있으며, 환자 등 이해관계자의 참여를 안내하고 있음.
 - 국제적 비교 가능성을 높이기 위해 환자의 기대에 대한 보정을 검토하고 사회경제적 요인 뿐 아니라 동반질환 등의 고려도 추가할 것임.
 - 다만, 비교를 위해 여러 가지 측정 도구들을 하나의 도구로 전환하는 매트릭스를 개발하는 것이 가장 큰 도전과제임.
 - 데이터 수집에 대한 가이드라인을 통한 표준화와 관련 R&D를 통한 개선이 동시에 추진되어야 할 것임.

안전 6. 비만의 부담 - 과체중 및 공중보건정책의 경제적 영향

□ 사무국 보고

- 불건강한 식습관과 신체활동 부족의 확산으로 회원국의 비만율이 증가하고 있으며, 비만은 OECD, EU28, G20 국가에서 상당한 경제적 부담이 되고 있음.
 - 보건지출의 약 8%, GDP의 약 3.3%
- 건강한 BMI를 갖는 청소년이 더 좋은 학업성적을 달성하여 성인이 되었을 때 사회경제적 상태 결정에 영향을 미침.
- OECD 국가 대부분은 포괄적 정책 셋을 가지고 있지만 국가 간 차이가 존재함.
 - Front of Pack Labelling이 가장 효과적 정책으로 평가되지만 국가별 정책 조합에는 차이가 있음.
 - 건강한 생활습관을 촉진하는 공중보건 활동은 3개 유형의 패키지로 구분됨.
 - communication package, mixed package, physical package
 - 비만 대응은 건강을 유지시키고 의료비를 감소시키며 노동 생산성을 높이므로 과체중 예방은 효과적 투자임.
- 사무국은 결과와 정책 합의에 대한 의견, 향후 추가 고려사항 등에 대한 논의를 요청하고 7월 12일까지 서면 의견 제출을 요청함.
- 관련하여 WHO는 과체중에 대한 WHO의 정책접근과 상호보완적인 작업임을 강조하고 OECD의 작업에 대한 지지발언을 하였음.
 - 보편적 건강보장을 달성하는 과정에서 비만 등 공중 보건 강화를 통한 건강 상태 개선과 질병 부담의 감소는 보건의료 지출을 감소시키고 궁극적으로 보편적 건강보장을 달성하는데 기여할 것임.
 - Front of Pack Labelling에 대한 의무화가 필요하며 국가별로 다르게 적용되는 라벨링 관련 이슈, 유형, 의무화 수준 등 근거 축적이 필요함.
 - 국가별 모니터링 결과, 규제적 활동이 5년 전에 비해 증가하고 있으며, 건강하지 않은 음료 등에 대해 과세를 부과하는 국가들도 증가하고 있음.
 - 정책 확산에 있어서 정책 역량 부족, 정책 순응도, 처벌 제도 등의 실행력이 부족한 국가들을 지원하는 것이 과제임.

□ 논의 결과

- 다수의 국가들이 라벨링 정책에 대한 의존보다 식품재조합(reformulation) 등 공공과 민간영역이 상생할 수 있는 자율적 기반의 접근 필요성을 강조함.
- (BIAC, 코스타리카, 미국, 독일, 스위스) 라벨링 정책에 대한 의존보다 민간영역에서 식품재조합을 권장함으로써 산업계에도 새로운 기회를 제공하는 공공과 민간의 파트너십 구축을 통한 협력적 접근을 제안함.
- (핀란드) 비만은 가계 부담의 원인이 되고 있으므로, 산업에 대한 재정적 지원 등 보다 광범위한 접근을 통해 건강하지만 저렴한 음식의 제공을 제안함.
- (멕시코, 라투아니아, 아르헨티나) 비만율이 높은 국가이며, 주로 채소 및 과일 섭취가 낮아 비만 관리를 위해 과일과 채소 가격 조정, 설탕 섭취 감소, 신체활동 강화 등의 정책적 접근을 강조함.
- TUAC은 건강하지 못한 식습관 등을 촉진하는 환경 개선을 유도하기 위한 인프라 구축의 필요성을 강조하고, WHO의 Global Action Plan에 기초하여 사람들의 건강과 기업의 이익을 모두 달성하는 공중보건정책의 방향성을 제안함.
- BIAC은 과체중과 비만의 용어 사용에서 혼란이 없도록 명확한 정의와 unhealthy food 등 비과학적 용어의 정정을 요청하였고 이에 대해 브라질은 Ultra-processed food로 대체 사용을 제안함.
- 코스타리카는 사람들이 정보 기반의 선택을 하도록 쉽게 내용을 전달하는 방법의 고려를 제안하였고, 프랑스는 관련하여 영양 정보를 제공하는 뉴트리 스코어제도를 소개하였음.
- 여러 국가들이 건강한 생활습관과 신체활동을 촉진하는 환경 구축을 위해 포괄적 접근 방식과 청소년 대상의 타겟팅 정책의 동시 시행을 지지했으며, 대부분 동일한 접근방식에서 규제 및 자율 기반의 혼합 정책을 시행하고 있음을 밝혔음.
- (브라질) 건강한 식습관, 신체활동 촉진을 위한 가이드라인 개발, 당 함량 규제, 라벨링 정책 등을 시행하고 있음.
- (이스라엘) 건강한 생활습관과 신체활동을 유도하는 환경 촉진 정책을 지지하

며, 설탕세 부과, 교육 파트너들과 영양정보 교육, 관련 광고 제한, 가이드라인 개발, 패밀리 케어센터의 처방 활동을 소개함.

- (헝가리) 공중보건세 도입, 기준이상 과당음료에 대한 과세 부과, 학교에서 신체 활동에 대한 규정, 파트너십 기반 산업계 참여 등 포괄 정책 추진을 공유함.
- (한국) 2018년 8개 부처가 협력하여 국가 비만 대책을 수립한 국가단위의 포괄적 접근과 세부적으로 어린이 대상 신체활동 증진 및 직장 건강증진 프로그램의 인증제도 운영을 소개함.
- (캐나다) 어린이 대상 광고 규제와 자율의 혼합적 접근을 지지함.
- (호주) 학교에서의 변화가 중요하며 교육에서 최소 수준의 체육활동을 할당하는 규제에 동의함.
- (라트비아) EU 국가 중 두 번째로 비만율이 높은 국가로 보다 강력한 보건정책의 개입을 지지함. 어린이 대상 정책에 우선순위를 두고 에너지 드링크, 고칼로리, 알콜 음료에 대한 과세를 부과하는 규제기반의 정책을 시행 중임.

○ 영국 등 일부 국가들은 과세 등 규제기반의 정책 수립의 필요성을 강조하고 예방적 투자에 대한 예산 부처와의 협의를 지원하기 위해 경제적 편익을 포함하는 근거 생산의 확대 필요성을 지지함.

- (한국) 예산 부처와 논의에서 예방적 투자를 결정하는 경험적 근거자료의 활용성을 강조함.
- (영국) 정책의 대상 타깃팅이 필요함. 다만, 어린이나 청년 등의 타깃팅은 보편성 측면에서 유의해야 하므로 근거 기반의 접근이 필요함.
- (네덜란드) 사람들이 보다 건강하게 오래 사는 편익, 사회경제적 차이의 문제, 건강하지 않은 음료에 대한 과세 부과의 필요성을 강조해야 함. 일반 경제에 미치는 영향을 고려하여 부정적 외부 효과 등을 부각시키는 접근이 필요함.
- (에스토니아) 건강하지 않은 식품에 대한 마케팅 제한이 현재 논의 중이며, 다른 나라들의 규제, 광고제한 등의 정책 공유와 비용효과성에 기초한 근거기반 정책 수립의 필요성을 강조함. 현재, 주류와 식품에 대한 과세 부과가 통과되었지만 아직 실행되지 않고 있으며, 이에 대한 보고서 반영을 요청함.

- (페루) 식품 라벨링 정책을 추진 중이며, 비만 예방 정책을 강화하기 위한 경제적 근거 생산의 필요성을 강조함.
 - (헝가리) 과세 부과 식품의 이용 감소 등 성과가 확인되고 있으며, 향후 더 많은 국가 사례와 산업계 참여에 대한 내용의 추가와 재무부처와 협의를 위한 근거 확대를 요청함.
- 일부 국가들은 경제적 성과를 평가하는 모델링에서 사회적 요인과 복잡한 결정요인들의 고려를 제안했으며, 일차의료 환경에서 예방활동의 실행과 보건 분야를 초월한 부처 간 협력의 중요성을 강조했음.
- (멕시코) 과체중에 대한 국가 전략을 추진 중이며 불평등, 빈곤, 비만의 관계에 대한 경제적 측면 뿐 아니라 건강하지 않은 식품을 주로 먹는 이들과 이러한 식품들을 주로 판매하는 소규모 상인들에 대한 개입을 위해 사회적 요인들의 고려가 필요함을 강조함.
 - (호주) 근거의 효용성 제고 측면에서 경제적 효과 추정에서 복잡한 결정요인들의 반영이 필요하며, 향후 비만자의 정신건강 측면에서 낙인화 관련 연구 필요성을 제안함.
 - (네덜란드) 일차의료 환경에서 관련 예방 활동의 시범사업과 향후 편익에 대한 경제성 평가 수행 계획을 공유함.
 - (EU) 보건 분야 뿐 아니라 재무 분야 등 관련 부처 간 논의와 협력을 강조함.
- 사무국은 향후 전체 보고서 작업에서 사회적 결정요인 등 여러 사항을 고려하고 서면 의견 반영 과정에서 용어에 대한 검토 기회를 제공할 것이며, 국가 사례와 보다 자세한 정책 내용을 포함시키겠다고 답변하였음.
- 보고서에서 분류한 국가별 정책 유형에 대한 확인을 요청하며, 비만 아동의 낙인화로 인한 따돌림 또는 낮은 학업성적으로 인한 개인적 비용의 발생 등을 함께 검토하겠음.

안건 7. 장기요양(인력) 부족의 대응

□ 사무국 보고

- 사무국은 고령화 사회에서 주요 문제로 떠오른 장기요양 인력 관련 OECD, EU 국가 현황을 조사함
 - 연구프로젝트 진행 시 가장 놀라웠던 점은 OECD(2011) Help Wanted 조사와 비교하여 장기요양인력 주요 현황이 거의 변하지 않았다는 것임.
- 장기요양분야 인력은 대부분 여성으로 구성되어 있고 40%가 시간제근무로 일하며 20%가 간호사로 구성되어 있음. 이민자들도 이 분야에서 많이 일하고 있음
 - 대부분 고등학교 이상의 교육을 받았으나 좀 더 노인의학적인 경험이 필요
- 이 분야는 건강에 대한 위험도가 높는데, 육체적 노동 강도 뿐 아니라 높은 스트레스를 받고 있고 폭력 등에도 노출되어 심적인 노동 강도도 높음
 - 이를 위해 직업적 안정성에 대한 특정 수준의 기준이 필요하며 이 기준에는 정신 건강에 대한 것도 포함되어야 함
- 장기적으로 장기요양 인력의 양과 질을 향상시키는 방안으로 첫째, 보조기술(assistive device)을 활용하고 둘째, 비공식 돌봄 인력과의 연계방안을 설계하며 셋째, 건강한 노화를 통해 장기요양 진입을 최대한 지연시키는 전략(예방정책들)을 제안함.

□ 논의 결과

- 여러 국가들은 장기요양 분야에서의 인력 확보, 특히 젊은 인력과 남성 인력 확보에 대한 필요성에 대해 논의하고 인력 보충을 위한 비공식 돌봄 인력과 이민자 활용에 대한 사례를 공유함
 - (한국) 젊은 인력, 남성 인력이 장기요양분야에 유입되도록 관련 방안을 고민해 나가야 함.
 - (노르웨이) 보건인력(간호사 등)의 교육과정에서부터 남성 인력 유입에 힘써야 하고 질적 경쟁력을 갖추 수 있도록 교육적 기반을 마련해야 함.

- (독일) 장기요양인력 중 이민자 비중이 많은 편이지만 이민자에게만 인력 수급을 의지하기 어려움.
 - (캐나다) Live-in Caregiver Program이라는 이민자 재가 돌봄 노동자 유입 및 정착 지원 프로그램을 운영 중임.
 - (이스라엘) 이민자 인력 유입 관련, 어떻게 국내 저임금 노동자들을 설득할 것인지, 비자 자격과 교육 수준을 어느 정도 요구할지, 노동 강도가 높은 분야로 인력을 유인할 것인지에 대한 고민이 필요함.
 - (영국) 세계적으로 이민 인구가 증가하고 있으므로 좀 더 넓은 노동시장을 대상으로 이민 장기요양인력 관련 연구가 진행될 필요가 있음.
- 여러 국가들은 장기요양 부분의 임금문제 해결의 중요성에 공감하고 임금 수준을 보장하기 위한 정책과 관련 연구를 공유하였음.
- (한국) 업무강도에 비해 낮은 임금을 문제로 인지하고 그에 대응하기 위해 장기요양인력에 지출해야 할 기관의 '인건비 지출 비율'을 규정해서 운영하고 있음.
 - (독일) 연방 정부는 최저 임금정책과 단체 협약을 통해 장기요양 인력 부분의 저임금 문제를 해결하기 위해 노력하고 있음.
 - (캐나다) 인력의 공급과 비용 간 관계에 대한 연구를 진행하고 있음.
 - (네덜란드) 관련 정책 설계에서 민간 및 공공 부문이 서로 영향을 받는 '스필오버 효과(spill over effects)'를 고려해야 함.
- 또한 여러 국가들은 장기요양서비스 질을 높이고 인력의 업무를 효율적으로 진행할 수 있도록 장기요양서비스 연계(coordination)와 리더십 강화, 교육 훈련 및 심리적 도움의 필요성을 강조함.
- (한국) 효율적 업무 간 조정 및 사례관리 등을 위해 요양보호사, 간호사 외에 사회복지사를 두고 있고 지역에서 장기요양인력 지원센터를 둘 수 있도록 하는 등 훈련과 심리적 지원을 위한 노력을 하고 있음.
 - (노르웨이) 장기요양서비스 연계 과정(coordination)에서 팀 접근 방식이 장려되는데 현장에서 낮은 처우 등으로 리더십 공백이 관찰됨. 리더십 증진 전략에 대한 고민도 보고서에 포함할 것을 제안함.

- (TUAC : 노동조합자문위원회) 장기요양서비스 제공자 특히, 재가에서 일하는 노동자들은 고립되어 일하기 때문에 교육 훈련과 심리적 도움이 매우 중요함.
- 일부 국가는 장기요양 분야에서 효율성을 담보하고 인력의 부담을 낮추기 위해 기술 활용의 필요성을 강조함.
 - (일본) 장기요양인력 교육수준 향상, 적정수준의 비용 설정, 로봇기술 활용의 증진 등 다각적 측면의 포괄적 인력관리 전략이 필요함.
 - (이스라엘) 장기요양인력 서비스의 질을 보완하기 위해 기술 활용 방법을 함께 고민해야 함.
- 사무국은 리더십 관련 연구가 필요하다는 점에 공감하고 이번 보고서에서는 장기요양 인력의 부족 규모 추계를 위한 시나리오를 구상하고 임금과 근로 여건 간 trade-off 관계를 강조할 것이라는 답변을 함.
 - 정책 대안 결정 시, 임금과 인력 공급의 우선순위는 국가별 상황에 따라 결정되어야 할 것이며, 장기요양 비용이 증가함에 따라 인력의 생산성이 어떻게 변화하는지에 대해서도 검토가 필요함.

안건 8. 보건위원회 자발적 기여금 현황과 추이

□ 사무국 보고

- 자발적 기여금이 최근까지 감소 추세에 있으며, 상위 기여금 국가들에서는 유지되고 기타 국가들에서는 감소하고 있음.
 - 유럽공동체가 수년간 지원을 해주고 있음. 상위 5개 국가들을 제외하고 기타 국가들의 기여금이 감소함.
- 보건위원회 작업의 안정적 추진을 위해 재원의 현재와 미래 방향에 대한 논의를 요청함.
 - 자율적 기여금을 결정하는 방식에 대한 논의 요청

□ 논의 결과

- (스웨덴) 자발적 기여금의 의존도가 적절한 수준인지에 대한 검토가 필요한 시점으로 보다 안정적인 재정환경 구축이 필요하며, 이를 위해 투명성 증가와 거버넌스 개선을 제안함.
- (호주) 국가별로 자발적 기여금 수준을 결정하는 예산 사이클이 다름으로 이를 고려하여 정기적 기여를 유도하는 방안 검토가 필요함.
- (미국) 보건위원회의 작업 우선순위 결정에서 회원국들의 정책 우선순위를 최대한 반영하는 접근을 강조함.
- (사무국) 현재도 합의 기반의 우선순위 결정을 통해 사업별 예산을 설정하고 있음을 강조하고, 자발적 기여금은 중요한 사업의 진행이 어려울 정도로 중요한 부분이므로, OECD 예산 중 고정된 part 1 예산과 자발적 기여금에 의한 part 2 예산의 균형을 제고하는 검토를 추진하겠다고 답변하였음. 아울러, 관련 의견 제출을 요청하였음.

안전 9. 지식기반시스템에 대한 고위급포럼 : 이슈노트 초안

□ 사무국 보고

- 관련 보고서의 결과 공유
 - 보건 분야는 디지털 기술과 전자 데이터 활용에서 타 분야보다 10년이 뒤처짐.
 - 데이터는 풍부하지만 정보는 부족한 상태이며, 변화의 장애물은 기술이 아니라 구조적 · 조직적 · 제도적 원인에 있음.
 - 일차의료 의사의 통합진료를 위한 전자의무기록을 공유하는 국가는 일부에 불과하며 주로 거버넌스의 문제로 정보가 분절되어 있음.
 - 2017년 보건장관회의에서 채택된 OECD 권고 이행을 바탕으로 포괄적 디지털 전략 개발, 보건의료 데이터 거버넌스의 프레임워크 강화, 데이터와 디지털 기술을 업무에 통합하는 역량 구축 등이 필요함.

- 사회적 편익이 확대되는 분야에 집중하는 타깃팅 정책을 중심으로 투자하는 접근을 고려할 수 있음.

○ 고위급 포럼 진행 사항 공유

- 2019년 11월 21일 덴마크 코펜하겐에서 개최
- 장관급/고위급 참석, 회원국 및 가입절차 국가, 비회원 초청국, 2020년 G20 국가 초청
- 일정은 개회사, 세션 1(이슈노트 1), 세션 2(이슈노트 2), 스위스 주최 오찬, 세션 3(이슈노트 3), 향후 방향 종합토의, 폐회사로 구성됨.
 - 이슈 노트 1: 사람 중심성 강화를 위한 디지털 기술의 활용
 - 이슈 노트 2: 디지털 기술의 최대 활용을 위한 보건의료인력의 변화
 - 이슈 노트 3: 공공의 이익을 지원하는 건강 데이터 활용

○ 사무국은 관련 보고서 결과에 대한 의견과 고위급 포럼의 이슈 노트 초안에 대한 논의를 요청함.

□ 논의 결과

- 대다수 국가들이 이슈노트 초안을 긍정적으로 평가하고 국가별 경험의 공유를 기대했으며, 체코, 에스토니아, 노르웨이, 리투아니아가 포럼 참석 의사를 밝혔음.
- EU와 WHO는 보건의료시스템의 사람 중심성 강화차원에서 디지털 기술의 활용 이슈의 필요성을 지지했으며, 여러 국가들이 데이터 활용을 위한 거버넌스, 상호운용성, 보건의료 인력의 역량 향상 등의 논의 이슈를 제안했음.
 - 호주, 독일, 스페인 등은 환자의 의무기록 공유를 위한 EHR 시스템 구축과 활용의 중요성을 강조하였음.
 - 스페인은 포럼에서 상호운용성 논의를 제안했으며, 아르헨티나는 일차의료를 포함한 여러 분야 시스템에서 전자 의무기록 정보가 활용되고 있음을 소개함.
 - 다만, 스위스는 전자의무기록의 활용에 있어서 모든 분야의 적용이 아닌 필

요에 따른 분야별 접근의 검토를 제안했음.

- 벨기에, 에스토니아, WHO 등은 포괄적 정책 수립과 추진을 위한 거버넌스 구축의 필요성을 강조함.
 - 벨기에는 산업분야와 공공분야의 정보 격차를 해소하고 협력적 관계 구축과 보건 분야 뿐 아니라 정부 내 통합을 위한 거버넌스 구축의 필요성을 제안함.
 - WHO는 예산 할당 등 정책 추진의 투명성과 공공과 민간의 파트너십을 통한 맞춤형 서비스 제공의 가능성을, 호주는 사업 추진을 위한 신뢰 구축을 강조했음.
 - 스위스, 일본은 디지털 활용을 위한 보건의료 인력의 역량 강화를 강조함.
 - 일본은 보건과 장기요양의 코디네이션 향상 차원에서 데이터 연계와 장기요양 인력의 디지털 기술 활용 역량을 강화하는 사업 추진을 공유함.
 - 이스라엘, 에스토니아, 캐나다, 코스타리카, 미국은 국가 단위에서 다양한 수준의 수집 정보를 통합하여 환자진료 또는 인구집단의 편익 향상에 활용하기 위한 클라우드 기반 시스템 구축, 등록시스템 구축, 데이터의 2차 활용을 위한 데이터 안전과 보완 방법에 대한 경험 공유를 제안했음.
 - 에스토니아는 정부 주도의 e-health 시스템 구축의 필요성을 강조함.
 - 브라질과 코스타리카는 일차의료에서의 디지털 기술 활용 확대를 강조했음.
 - 미국은 2010년부터 다양한 실험적 모형을 시행하고 평가하는 메디케어 이노베이션 센터를 소개하고 환자중심성과 고가치 의료시스템을 지향하는 그간의 논의를 바탕으로 다양한 실험들에 대한 가치평가(valuation)의 필요성을 제안했음.
- 사무국은 보건 분야 내 통합 뿐 아니라 정부 내 통합을 위한 거버넌스의 필요성, 신뢰 구축의 필요성 등에 동의하고 제안된 사항의 논의와 국가별 경험을 공유하는 기회를 갖도록 포럼을 준비하겠다고 답변하였음. 아울러, 정책의 가치평가에 대한 필요성에 동의하며 이를 포함하여 서면 의견 제출을 요청하였음.

안건 10. 일차의료: 평가와 권고 초안

□ 사무국 보고

- 세계적으로 일차의료 강화를 통한 시스템 변화의 기대가 높지만 성과는 부진함.
 - 보건의료 지출의 증가 통제(효율성), 인구집단의 건강과 보건의료시스템의 반응성 제고(효과성), 보건의료시스템의 격차 감소(형평성)
 - 너무 많은 사람들이 예방적 의료를 받지 못하고 있음. 만성질환자 4명중 1명이 권고된 예방적 검사를 받지 못하고 있으며, 저소득층은 예방의료 이용이 낮음.
- 일차의료 팀들은 다른 활동이 요구됨.
 - 효율성, 효과성, 형평성 제고차원에서 지역사회 기반 팀의 기술, 역량, 활용을 강화하는 다양한 정책적 접근 필요
- 사무국은 정책 사례를 포함하여 7월 15일까지 서면의견 제출을 요청함.

□ 논의 결과

- 대부분의 국가들이 일차의료의 변화 필요성에 동감하고 있으며, 성과 모니터링의 필요성, 성과와 연계한 지불보상기전의 활용, 관련 인프라 확대의 필요성을 강조했음.
- 영국은 GP와 계약에서 성과 지표 설정, QOF를 통한 인센티브 메커니즘, 일차의료와 입원의 연계를 통한 외래서비스 제공 모형의 개혁 방향을 공유함.
- 헝가리, 스페인, 캐나다, 호주, 미국은 팀 기반 접근으로 변화를 강조했음.
 - 헝가리는 일반의가 보다 유망한 분야가 되어 의사의 유입을 확대하도록 투자가 필요하며, 그룹 진료와 번들링(bundling) 지불을 통한 서비스 다각화와 다양한 전문가들의 참여 필요성을 강조함.
 - 스페인, 캐나다, 호주는 multi-professional team 으로 변화 필요성을 강조했음. 스페인은 일차의료 팀 기반 접근에 있어 간호사의 역할 개선의 필요성을, 캐나다는 복합 만성질환을 갖는 복잡성이 높은 환자를 대상으로 일차의료와 장기요양 서비스를 연계하는 통합의료 모델로서 온타리오 IPT 적용의 필요성을

제안함.

- 미국은 환자중심성 차원에서 일차의료는 여러 유형의 케어가 통합될 필요성이 있으며, 의사 이외에 practice nurse 등 다양한 의료인의 참여, 원격 의료기술의 활용, 모바일 데이터 제공자들과의 협력을 통한 디지털 기술의 활용, 지불제도의 다양화 및 필수진료 제공 등의 중요성을 강조함.
- 네덜란드는 이러한 정책 변화에 있어서 지불메커니즘을 통한 행태 변화의 필요성을 제안했으며, 이스라엘과 미국은 최근 문제가 되고 있는 정신건강 영역에 대한 일차의료의 역할 확대를 강조함.
- 네덜란드와 코스타리카는 일차의료의 새로운 모델의 적용을 위해 부문 간 통합 및 bundle payment 기반의 공급자 네트워크 구축 등 물리적 기반 구축 및 간호인력 교육의 변화 등 효율성 측면에서의 고려사항을 제안함.
- 미국은 형평성 제고 차원에서 사회경제적 결정 요인을 고려하는 접근을 제안함.
- 사무국은 일차의료 변화에 대한 대부분의 동의를 확인하고 기존의 단독 운영 방식에서 팀 기반 운영 방식으로 구조 개혁을 추진하기 위한 세부 사항, 국가별 사례 등을 추가로 검토하여 반영하겠다고 답변함.
- 특히, 일차의료와 관련된 과학적 근거는 충분하지만, 비용측면에서는 여전히 논의되어야 할 부분이 많으므로, 지불모형과 결합한 일차의료 모형의 검토를 고려하겠음.

안건 11. Fast-track Paper : 원격의료(Telemedicine)

□ 사무국 보고

- 원격의료에 대한 관심 확대 요인들과 정책 입안자들의 원격의료 수요 증가에 대한 대응, 보건의료시스템과 환자에 대한 원격의료서비스의 영향, 원격의료 활용 확대의 장애와 가능요인, 잠재적 편익을 극대화하는 정책 대안들에 대한 내용을 공유함.
- 적절한 활용을 촉진하는 나라들은 환자에게 명확한 편익을 제공하고, 지원 정책

환경을 구축하고 있음.

- 국가 단위의 편익을 극대화하기 위한 정책 현황 검토, 관련 서비스 진행과 체계적 문헌고찰, 13개 참여 국가에 대한 조사 시행
- 사무국은 보고서 내용에 대한 논의를 요청하고 8월 31일까지 서면의견 제출을 요청함.

□ 논의 결과

- 여러 국가들이 원격의료의 필요성과 편익이 높은 분야에 대한 차별적 접근과 환자 참여와 관련 위험을 감소시키기 위한 지원 및 고려사항을 제안하였음.
- (프랑스) 원격상담에 대한 지불제도 시행으로 초과 상담을 초래함. 관련 인력의 교육과 인식 확대를 위한 노력이 필요함.
- (일본) 원격의료는 중요한 정책의제로서 가이드라인과 원칙을 설정하여 운영하고 있음. 초진 환자는 면대면 진료를 원칙으로 하고 응급상황 등 제한적으로 적용하고 있음. 원격 지역에서 특정 전문의에 대한 접근성 강화를 위해 원격 처방, 온라인 상담 등에 대한 이용가능성을 안전성 기반으로 확대 중임.
- (캐나다) 원격의료, 원격건강관리가 발전되어 왔으며 온타리오 중의 20년 이상 관련 경험은 성공적 사례가 될 것임. 심장센터 등에서 원격모니터링 활용과 지역단위에서 지역사회 네트워크를 기반으로 원격 코디네이션 활동이 확대되고 있음. 가정의와 일반의가 전문의와 이메일 또는 전화 상담을 하는 의사간 원격 상담도 지역을 초월하여 확대되고 있음. 최근에 원격 홈 케어 사업을 시작하고 있으며 원격의료를 통한 정신과 상담을 권장하고 있음. 다만, 모바일 앱 서비스 확대에서 서비스 제공자의 독점 문제, 행위별 수가제 기반에서 민간 부담의 확대가 가장 큰 정책 이슈임.
- (덴마크) 환자의 참여를 지원하는 정책적 개입도 필요함.
- (미국) 원격 건강관리가 지속적으로 확대되고 있으며 메디케어에서 이에 대한 지불을 시행하고 있음. 이러한 사업의 추진에 있어서 환자의 사생활 보호와 혁신 간의 균형이 어려움. 관련 국가 사례의 공유가 필요함.

- (룩셈부르크) 여러 적용 사례들을 토대로 병리적 분류가 중요하며, 실행을 촉진하기 위해 구체적 가이드라인이 필요함.
- 사무국은 기반 구축과 표준 규정, 지불방식과 연계, 사업 참여를 위한 환자와 공급자 지원 등에 대한 중요성을 확인하였으며 환자의 증증도 등 임상적 분류에 따른 선별적 적용의 필요성, 추가적인 국가 경험의 공유 등 추가 제안의 반영을 검토하겠다고 답변함.

안전 12. 공중보건-검토 종합

□ 사무국 보고

- 칠레, 일본, 한국에 대해 시행된 OECD 공중보건 검토 중 제 1장의 일차 예방에 대한 통합 보고서 결과 공유
 - 칠레는 가장 높은 비만율에 대응하여 식품 라벨링, 식품 재조합 유도 정책을 추진하고 있으나 실행 수준의 강화 필요
 - 일본은 건강 21 전략을 기반으로 국가단위 포괄적 프로그램이 운영되고 있으나 지역별로 목표와 범위가 분산되어 지역단위 실행력 강화 필요
 - 한국은 서울시의 적극적 공중보건 리더십을 지원하는 국가단위 연계 접근 필요
- 사무국은 통합 보고서에 대한 논의와 유사 정책 사례 제안, OECD 공중보건검토에 대한 국가의 참여 의사를 요청함.

□ 논의 결과

- 여러 국가들이 분명한 가이드라인으로서 통합보고서의 역할을 평가하고 전략 추진에 있어서 민간과 공공 분야의 협력과 부처 간 협력이 필요하며, 일차예방과 이차예방을 연계하는 통합적 접근을 강조했다.
- (슬로베니아) 통합보고서가 보다 분명한 가이드라인 역할을 하고 있으며, OECD 공중보건검토를 받기 위한 재정적 검토를 진행 중임.
- (리투아니아) 동일한 공중보건 위기에서 근거기반 분석은 제한된 자원으로 효

올적 공중보건정책을 시행해야 하는 국가에게 좋은 근거를 제공함. 일차 및 이차 예방 강화를 위한 포괄적 접근의 필요성을 제안함.

- (영국) 현재 보고서는 주로 일차예방에 중점을 두고 있으나 의료가 어떻게 구조화되어 있는지에 대한 검토를 바탕으로 2차 예방의 효율과 효과를 제고하는 통합적 접근도 고려되어야 함.
- (네덜란드) 보건 부처 뿐 아니라 기타 부처와의 협력이 매우 중요함. 보건의료 지출의 증가가 기타 복지지출을 감소시킨다는 내부 비판에 대응하여 공중보건의 역할 강화가 시스템 전반의 지속가능성을 높이는 근거 기반의 설득이 필요함. 국가와 지역의 상호 역할과 관련하여 국가단위 표준과 가이드라인 개발 및 확산과 국가와 지역 간 정책 우선순위의 일관성을 유지시키는 노력이 필요함. 결과적으로 거버넌스가 중요하며 다른 국가들의 사례를 통해 발전시킬 필요가 있음.

○ 공중보건검토를 수행한 3개 국가는 일부 내용의 보완 및 추가를 요청했음.

- (칠레) 규제 강화를 위한 근거 제공의 필요성이 확대되고 있음. 비만에 대한 국가 프로그램의 실행을 위해 근거 기반의 팀 가이드라인을 개발하여 실행하고 있으며 민간분야와 협력을 추진하고 있음.
- (한국) 공중보건 검토를 통한 근거 생산의 필요성을 지지하고 관련하여 서울시 활동 뿐 아니라 국가적인 정책과 프로그램 사례를 추가해 줄 것을 요청함.
- (일본) 건강수명의 향상에 대한 공중보건의 중요성을 강조하고 건강검진 등 관련 사업들에 대한 내용을 서면으로 제출하겠음.

○ 사무국은 서면의견을 보고서에 반영할 것이며, 향후 국가별 정치·정책적 상황에 따른 실행 문제 등을 고려하여 검토하겠다고 답변하였음.

안전 13. Fast-track Paper : Inter-Professional Team(IPT) Work

□ 사무국 보고

○ 일차의료에서 케어 욕구의 복잡성 증가에 대응 필요성 증대

- 복합만성질환자가 증가하여 약 40%에 이르고 6명중 한명이 정신건강문제를 가지며, 성인의 20%가 만성 통증을 가짐.
- IPT는 신체적, 정신적, 사회적 문제의 다층적 대응 구조
- 일차의료에서 인터프로페셔널 팀들은 환자를 중심으로 유연하게 전문가들을 결합시키고 의사와 기타 전문가들이 함께 케어 플랜을 개발하며 환자도 팀의 멤버로 참여시키고 있음.
- 일차의료에서 인터프로페셔널 팀을 촉진하는 지원환경으로 다음을 제안함.
 - 보건의료 인력 기획 : 규모와 기술에서 교육과 수련의 조정
 - 업무의 조직화 : 팀 개발을 위한 시간과 공간 보장
 - 환자 참여와 평가에 대한 투자 : 환자의 기대와 경험에 대한 평가
- 사무국은 결과에 대한 논의를 요청하고 8월 31일까지 서면 의견 제출을 요청함.

□ 논의 결과

- 캐나다, 프랑스, WHO 등은 환자중심성 측면에서 환자에게 전문의를 코디네이팅(coordinating)해야 하는 필요성을 강조하고 다양한 지원 정책 방향을 제시함.
 - 캐나다는 의학교육 등 기반의 변화가 필요하며 재정적 문제의 고려, 프랑스는 젊은 의사들의 유인을 위한 정책 개입, WHO는 노동인력의 추이를 반영한 검토를 제안함.
 - 프랑스는 인터프로페셔널 팀에 대한 높은 관심을 바탕으로 에이전시를 통해 전문가 팀과 코디네이터를 구성하고 있음. 개별적으로 의료서비스를 제공하다가 필요시 서로 팀을 이루어 서비스를 제공하며(홈 케어 포함), 계획된 진료를 제공하기 때문에 진료 효과가 좋다는 경험을 공유함.
 - 스위스는 관련 모형을 위한 교육시스템 개선 효과에 대한 결과, 슬로베니아는 일차의료에서 당뇨병환자에 대한 다학제 팀의 성과 공유를 제안했음.
 - 호주는 일차의료의 새로운 개념을 제공하는 보고서로서 의미를 강조하고 경제적으로 부가되는 편익에 대한 근거 제공의 필요성을 제안함.

- 한국은 일차의료에서 팀 모형의 확산은 시스템 전반을 변화시키는 접근이므로 쉽지 않을 것이며 의사와 간호사 인력 간 갈등 등 장애가 되는 문제들을 해결하기 위한 검토와 관련 지불방식의 변화에 대한 보다 상세한 고찰을 제안함.
- 사무국은 2019년 8월말까지 서면의견을 반영할 것이며 경제적 가치에 대한 검토의 필요성 동의하지만 이 보고서의 범위에 포함되지 않으며 향후 추진이 필요하다고 답변함.

안건 14. Fast-track 보고서 주제 선택: 2020년 6월 발표 보고서 주제

□ 주제 후보

1. Shortages Of Medicines
2. Health System Response To Heat Waves
3. Antimicrobial Resistance: What Is The Role Of Long-Term Care Facilities?
4. The Evolving Landscape Of Local Hospitals
5. What The Public Trust Gap In Global Immunization Systems Is Costing Oecd Countries

□ 투표 결과

1. shortages of medicines 가 다수결로 결정되었음.

안건 15. 기타

□ 차기 위원회 일정이 다음과 같이 결정됨.

- 2019년 12월 11~12일

□ 2018년 12월 기준 2017-18년(2년간 사업)의 진행보고는 서면안전대로 통과

제2절 제26차 보건위원회

1. 제26차 보건위원회 안건

가. 안건 목록

- 제26차 안건은 다음과 같으며, 세부적으로 정리된 안건은 정리 열에서 ‘O’ 표기가 되어있음. 정리가 되지 않은 안건들은 사전에 안건자료가 제공되지 않거나 현장 보고 방식으로 서면 안건자료가 제공되지 않은 경우임.
- 사전 안건 정리에 포함되지 않은 경우는 회의결과 보고에서 주요 안건 내용을 확인할 수 있음.

〈표 2-2〉 제26차 보건위원회 안건

안건제목	안건번호	정리
1st Day(2019. 12.11)		
09:30-10:00		
Item 1. ADOPTION OF THE DRAFT AGENDA 안건 채택	DELSA/HEA/A(2019)3	
Item 2. APPROVAL OF THE DRAFT SUMMARY RECORD OF THE 25th SESSION 25차 회의록 승인	DELSA/HEA/M(2019)2	
Item 3. ORAL STATEMENT BY THE DIRECTOR 국장 보고	DELSA/HEA/RD(2019)3	
10:00-11:30		
Item 4. Programme of Work and Budget 2021-22 사업 및 예산 계획	DELSA/HEA(2019)15	
11:30-12:00 - Tea/Coffee break		
12:00-13:00		
Item 5. Strategic session on future work of the Health Committee on pharma 의약품에 대한 보건위원회의 향후 작업 방향 논의	DELSA/HEA(2019)16	○
13:00-14:30 - Lunch and meeting with the Bureau		
14:30-15:30		
(open to BIAC and TUAC) Item 6. Outcomes of the High-Level Policy Forum 'Health in the 21st Century: Data, Policy and Digital Technology' and Update on the Going Digital project 21세기 건강: 데이터, 정책, 디지털 기술에 대한 고위급 정책포럼 결과와 고 잉 디지털 프로젝트 업데이트	DELSA/HEA(2019)17	

안전제목	안전번호	정리
(open to BIAC and TUAC) Item 7. Monitoring the Adoption of the Council Recommendation on Health Data Governance 보건의료데이터 거버넌스에 대한 이사회 권고 이행 모니터링	DELSA/HEA(2019)18	○
16:00-16:30 - Tea/Coffee break		
16:30-18:00		
(open to BIAC and TUAC) Item 8. Sustainable health financing 지속 가능한 보건 재정	DELSA/HEA(2019)19	○
2nd Day(2019.12.12.)		
9:00-12:00		
Item 9. G7 Primary Health Care (PHC) Universal Knowledge Initiative (UKI): Official presentation of the International Organisations' (IOs) joint report and discussion with the OECD countries G7 일차의료 보편적 지식 사업		
12:00 -13:30 Lunch		
13:30-14:30		
Item 10. Progress update on the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) 환자 보고 지표 조사 결과 업데이트	DELSA/HEA(2019)20	○
14:30-15:30		
Item 11. People centred health systems scorecard 사람중심 보건의료시스템 스코어보드	DELSA/HEA(2019)21	○
15:30-16:00		
Item 12. Issues note on end-of-life care 생애말기케어에 대한 이슈 노트	DELSA/HEA(2019)22	○
16:00-16:30 - Tea/Coffee break		
16:30-17:15		
Item 13. Fast-track report on waiting times 대기시간에 대한 패스트 트랙 보고서	DELSA/HEA(2019)23	○
17:15-17:25		
Item 14. Fast-track Paper: Choice of Work for December 2020 2020년 패스트 트랙 보고서 작업 선택	DELSA/HEA(2019)24	
17:25-17:30		
Item 15. OTHER BUSINESS A. Election of the Bureau. B. Dates of future meetings: 11-12 June 2020 and 7-8 December 2020. C. Health Committee Progress Report on the 2019-2020 Programme of Work and Budget Status at end June 2019(Approval via written procedure) D. Any other business Item 15.기타 업무 A. 의장단 선출 B. 차기 회의: 2020년 6월 11-12일, 2020년 12월 7-8일 c. 보건위원회 2017-2018 사업 및 예산 운영 보고서	DELSA/HEA/RD(2019)4	○

나. 안건 요약

- 안건 1~3은 상시 절차로서 제25차 안건 채택, 제24차 회의 결과 보고 및 승인, 고용노동사회국 국장의 업무 보고임.
- 안건 4. 2021-22 사업 및 예산 계획(Programme of Work and Budget 2021-22)
 - 사무국이 제출한 2021-22년 사업 프로그램 및 예산(안)을 바탕으로 위원회는 향후 2년간 사업 예산에 반영되어야 하는 작업의 우선순위에 대해 토의할 것임.
- 안건 5. 의약품에 대한 보건위원회의 향후 작업 방향 논의(Strategic session on future work of the Health Committee on pharma)
 - 위원회는 2018년 12월, 제약 및 의료 기기 전문가 그룹의 지원으로 수행될 프로젝트에 동의했고 일부는 이미 시작된 상황임.
 - 한편, 제약 정책은 여러 정부의 정책 의제들 중 높은 순위를 유지하고 있고 세계 보건총회는 2019년 5월에 제약시장의 투명성 제고를 위한 결의안을 채택했음.
 - 위원회는 사무국의 관련 작업 제안에 대해 토의할 것임.
- 안건 6. 21세기 건강: 데이터, 정책, 디지털 기술에 대한 고위급 정책포럼 결과와 고잉 디지털 프로젝트 업데이트 (Outcomes of the High-Level Policy Forum 'Health in the 21st Century: Data, Policy and Digital Technology' and Update on the Going Digital project)
 - 위원회는 Science, Technology and Innovation (STI) 사무국 직원으로부터 고잉 디지털(Going Digital) 프로젝트의 진행 사항을 공유할 것임.
 - 고잉 디지털 프로젝트는 회원국 경제에서 보다 강력하고 포용적인 경제 및 사회적 편익을 육성하기 위한 디지털 혁신에 대해 일관되고 포괄적인 정책적 접근의 촉진을 목적으로 진행됨.
 - 프로젝트는 2단계에 진입하고 있으며, 이는 건강을 포함하여 경제의 모든 영역

에서 디지털 혁신의 수준과 영향을 측정하는 것임.

- 위원회는 사무국으로부터 2019년 11월 21일 덴마크 코펜하겐에서 개최된 21세기 건강: 데이터, 정책, 디지털 기술에 대한 고위급 정책 포럼의 결과를 듣고 성과와 향후 작업에 대해 토의할 것임.

□ 안건 7. 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 이사회 권고 이행 모니터링 (Monitoring the Adoption of the Council Recommendation on Health Data Governance)

- 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 2016 OECD 권고[OECD/LEGAL/0433]는 보건위원회가 권고 이행을 모니터링하고 5년 내 이사회에 보고하도록 하였음.
- 위원회는 사무국의 첫 번째 권고 이행 모니터링 결과를 바탕으로 다음 단계 작업에 대해 토의할 것임.

□ 안건 8. 지속가능한 보건 재정 (Sustainable health financing)

- 이 안건은 OECD 국가들에게 2040년까지 보건 분야 정부지출의 추계에 따라 요구되는 공적 수입에 대한 통찰을 제공할 것임.
- 위원회는 사무국의 예비 결과를 바탕으로 재정의 지속가능성을 제고하는 정책 수단 및 2020년 2 또는 3분기 출판 계획에 대해 논의할 것임.

□ 안건 9. G7 일차의료 보편적 지식 사업

- 프랑스의 토론의 바탕으로 진행될 예정임.

□ 안건 10. 환자보고지표조사 경과 업데이트(Progress update on the Patient-Reported Indicator Surveys, PaRIS)

- 위원회는 일차의료 및 외래 치료를 받은 만성질환자 대상의 조사 시행에 중점을 두고 있는 PaRIS의 최근 경과를 공유하고 향후 프로젝트 추진과 설문조사 개발의 우선순위에 대해 토의할 것임.

□ 안건 11. 사람중심 보건의료시스템 스코어보드(People centred health systems scorecard)

- 2017년 1월 회의에서, OECD 장관들은 사람중심의료가 미래 보건의료시스템을 인도할 것이며 이를 위한 변화는 전달 모형 개선과 지식기반 시스템으로 변화를 유도할 것이라고 전망했음.
- 사무국은 이에 부응하여 사람중심 보건의료시스템의 개념적 틀과 스코어카드를 개발했으며 사람중심성, 주요 정책 환경, 이러한 개념에 대한 자체 정의 및 이해도를 파악하는 정책설문조사를 시행했음.
- 보고서 초안은 개념적 틀, 스코어카드와 함께 국가들이 보건의료시스템의 사람중심성을 강화하기 위하여 추진하고 있는 정책들에 대한 검토를 포함하고 있음.
- 위원회는 보고서에서 제시한 개념적 틀, 스코어 카드, 정책 범위에 대해 토의할 것이며, 사무국은 수정사항 등을 포함한 서면의견을 2020년 1월 31일까지 받아 2020년 상반기에 보고서 완료 및 발표를 계획하고 있음.

□ 안건 12. 생애말기케어에 대한 이슈 노트(Issues note on end-of-life care)

- 위원회는 제안된 방법론, 정책 및 분석 이슈들을 포함하여 생애말기에 대한 프로젝트의 확장 틀의 토의할 것임.

□ 안건 13. 대기시간에 대한 패스트 트랙 보고서(Fast-track report on waiting times)

- 2018년 12월 24차 보건위원회에서 패스트트랙 보고서 주제를 대기시간으로 결정했으며, 보고서는 다양한 의료서비스의 대기시간을 줄이기 위한 정책을 검토하고 있음.
- 위원회는 보고서 초안에 대해 토의할 것이며, 사무국은 2020년 1월 15일까지 서면 의견을 받아 2020년 상반기에 보고서 완료 및 발표를 계획하고 있음.

□ 안건 14. 2020년 패스트 트랙 보고서 주제: 2020년 12월 보고서의 주제 선택

○ 위원회는 투표를 통해 다수결로 향후 12개월간 진행될 보고서 주제 선정

□ 안건 15. 기타

○ 2020년 의장단 선출

○ 향후 회의 : 2020년 6월 11-12일, 2020년 12월 7-8일

○ 2019년 6월말 현재, 2019-2020 사업 및 예산 현황에 대해서는 서면 절차를 통해 승인

2. 주요 의제별 세부 내용

가. 의약품에 대한 보건위원회의 향후 작업 방향 논의

의제	Item 5. Strategic session on future work of the Health Committee on pharma
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)16 Valérie Paris (valerie.paris@oecd.org)

사무국 공지

- 2018년 12월 OECD 보건위원회는 의약품의 미래 작업에 대해 논의함.
 - 주요 의제로는 ①의약품 시장에 대한 정보 향상, ②의약품의 효율적 소비 개선, ③신기술에 대한 대응이었으나, 의약품의 지출 개선 보고를 제외하고 3가지 주제에 대한 논의의 진전이 없었음.
- 최근 의약품 시장의 투명성에 대한 논의가 이해관계자와 전문가 중심으로 공론화되고 있음.
 - 이와 관련하여, 2019년 5월, 72차 World Health Assembly에서 의약품, 백신, 기타 건강 제품의 투명성 향상을 위한 결의안이 채택됨.
 - 일부 국가들은 OECD가 어떻게 의약품 시장의 투명성 향상에 도움을 주고, 국가 간 협력을 이끌어낼 것인지에 대해 문의함.
 - OECD 국가의 의약품 전문가들은 의약품 시장에서 투명성의 중요성을 강조하고 있으나, 지금까지 어떤 분야에서, 어떤 기전으로 의약품 시장의 투명성을 향상시켜야 하는 지에 대한 연구는 부족
- 안전은 자원의 활용 측면에서 OECD가 의약품 투명성이라는 아젠다의 개선에 어떻게 도움을 줄 것인지에 대해 제안함.
- 대표단 논의 요청
 - 제안 사항 및 우선순위에 대한 의견
 - 의제의 실현을 위한 기여금 분담 방법에 대한 의견

□ 의약품 정책 관련 OECD의 역할

- 최근 OECD는“의약품의 혁신과 접근”이라는 보고서 작성, OECD의 권고에 근거 의약품 및 의료기기 전문가 그룹 구축 등 의약품 정책의 개선을 위한 근거 창출 및 이해관계자들과의 의견 개진 등 중요한 역할을 담당하고 있음.
- 2018년 보건위원회 회의에서는 유전자 검사 프로젝트 및 의약품의 합리적 사용 등 일부 주제에 대한 논의 실시

□ 의약품 시장의 투명성 해결을 위한 OECD 보건위원회의 노력

- OECD는 다양한 위원회를 통해 강력한 경제 및 다학제적 전문가 풀을 구성하고 있으므로, 의약품 시장의 효율과 경쟁이라는 복잡한 주제를 해결할 수 있는 역량을 갖추고 있음.
- 최근 공공정책과 시장효율성 측면에서 의약품 시장의 투명성 증가에 대한 합의가 진행되고 있으며, 이는 공익 달성 측면에서 투명성이 증가되는 분야와 상황에 대한 이해를 위해 더 세부적인 분석과 근거가 요구됨.
- 따라서 사무국은 각 국가의 필요 및 요구에 반응할 수 있는 4가지 작업 단계 (work stream)를 설명함.

1) 제약 시장에 대한 시스템 전반의 정보 향상

- 시스템 수준에서 제약 시장의 기능에 중점을 두고 2가지 활동을 제시

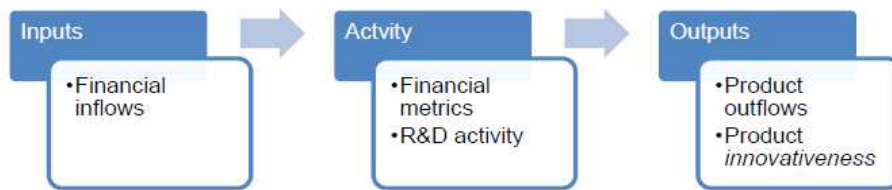
□ 1.1 제약 산업의 성과 평가

- 2018년 12월 보건위원회는 의약품 산업의 성과에 대한 연구의 필요성에 동의했고, 2019년 5월 의약품 및 의료기기 전문가 그룹에서 세부 방법을 논의함. ① 제약 산업의 성과 측정을 위한 세부 매트릭스 정의, ②지표를 통한 정기적인 모니터링 실시
- 성과측정 매트릭스는 보건의료의 필요에 대한 제약 산업의 확대 및 필요 자원

의 효율적 활용에 도움 제공

- 성과 프레임워크는 투입(input), 과정(process), 산출(output)에 기반하며, 데이터 출처 및 분석 방법에 따라 지표 구분

Figure 1. Framework of performance indicators of the pharmaceutical industry from a health policy perspective



Source: [DELSA/HEA/PHMD\(2019\)2](#)

Table 1. Indicative examples of indicators across 3 domains

Domain	Type of indicator	Examples of indicators
Inputs	Aggregate financial inflows	Revenue (aggregate and by disease) Direct subsidies Tax credits
	Nature of resource allocation in the industry	Profitability Cost of capital
Activity	Non-financial measures of R&D activity	Research & development (R&D) expenditure Sales and marketing expenditure
	Number of product development projects by phase (overall and by disease)	Number of product development projects by phase (overall and by disease) R&D expenditure by phase (overall and by disease) Number of clinical trials underway (overall and by disease) Number of patients enrolled in clinical trials (overall and by disease)
Outputs	Number of new products	New molecular entities approved (aggregate and by disease) New product/indication pairs approved (aggregate and by disease) Proportion of new products that are deemed <i>innovative</i> (aggregate and by disease) Proportion of new products that are first or second in class Proportion of selected products available in each OECD country

Note: Categories and indicators represent indicative examples only. A complete list of possible indicators would be compiled by the OECD Secretariat as described above.

Source: [DELSA/HEA/PHMD\(2019\)2](#)

- 자료원에는 제품(매출) 데이터베이스(proprietary database)의 접근과 연계된 비용 정보가 필수적이므로, 민간 업체(commercial vendors)의 비용 데이터베이스 구매를 포함한 이 연구의 비용은 약 700K유로로 추정됨.

- 연구의 자금조달 방법은 아직 확정되지 않았으나, 유럽회의(European Commission)의 DG Research & Innovation과 분담 금액에 대해 논의 중

□ 가격 및 급여 결정 과정의 개선을 위한 특허(on-patent) 의약품 간 경쟁에 대한 지식 향상

- 환자와 기타 독점권이 카피 의약품들과의 경쟁에서 특허 의약품을 보호하더라도 특허권 경쟁자들 간 경쟁은 막지 못함.
 - 특허 제품들 간 경쟁 수준과 효과에 대한 근거는 드물고 알려지지 않고 있음.
- OECD는 몇 개 국가들을 중심으로 특허 의약품 간 경쟁의 기전과 효과에 중점을 둔 연구를 진행하고 지출 효율성을 담보하기 위해 효과적으로 경쟁적 압박을 활용할 수 있도록 가격 및 급여 결정 과정을 구조화하는 방법에 대해 권고할 것임.
 - 따라서 연구는 그러한 경쟁이 발생할 있는 경구용 항응고제(NOACs), 경구용 항바이러스제(DDA), 크론병 및 류머티스성 관절염에 사용되는 모노클론항체, 또는 인슐린 아날로그 등 일부 치료 영역을 대상으로 하며, OECD 위원회 중 Competition Committee와 공동으로 진행할 예정임.
- 이 연구는 개별 제품에 대한 사용량(volume), 판매/소비에 대한 time series 접근이 요구되므로, 보건의료 시스템에서 일상적으로 수집되는 데이터(청구자료, 전자의무기록 등) 또는 제품 데이터베이스(IQVIA 등)가 필요함.
 - 그러나 국가별로 급여 범위, 약품의 종류, 데이터 출처, 가격 등이 다르므로, 10개 국가를 대상으로 추정할 예정이며, 작업 비용은 50K 유로에 치료 영역별로 각 25K유로가 추가될 것으로 예상

2) 특정 제약 제품(가격, 임상 결과, 접근성)에 대한 투명성 촉진

- 가격, 임상 결과의 투명성 및 특정 의약품의 접근성 향상을 위한 활동들을 제시하고 있음.
- OECD 회원국 간 정보 공유의 실현가능성 및 잠재적 영향 탐색
 - 의약품 시장에서 구매자(purchaser)들이 지불하는 실제 가격과 명세 가격(list price)의 불일치가 점점 증가하고 있으며, 동시에 보건의료 지불자(payer)는 의

약품 가격 협상을 위한 벤치마크 또는 가격 정책의 평가 방법을 찾고 있음.

- 전통적으로 경쟁 입찰 방법을 제외하고 최종 가격은 공개가 필수적이지 않으므로, OECD 회원국들은 신약 가격 결정을 위해 시장 진입 시 임상적 불확실과 재정적 위험을 해소할 수 있는 관리형급여계약(Managed Entry Agreements, MEAs) 방식의 활용을 점차 확대하고 있음.
- 유럽의 보건부는 Euripid라는 데이터베이스 구축을 통해 개별 의약품에 대한 신뢰 협약의 “실체”가 정보의 공개라는 것을 논의하였으나, 지금까지 지불자가 지급하는 실제 가격에 대해 해당 그룹 내에서도 공유되지 않고 있음.
- 이해관계자 및 전문가들은 의약품 시장에서 가격 불투명성의 수준은 시장 기능의 효율성을 높이기에 너무 높고, 전체 가격의 투명성에 대한 영향 또는 지불자 간 정보 공유의 영향은 알 수 없다는 것에 대해 동의함.

○ OECD는 scoping study를 통해 OECD 정부/공적 보건의료 지급자 간의 정보 공유 과정의 차이가 의약품 시장에 미치는 잠재적 영향에 대해 조사할 예정임.

- 이 조사의 궁극적인 목적은 상대적 지불 가능성과 의약품에 대한 접근성 감소를 반영하지 않는 국가별 의약품 가격 결정 구조와 관련하여 현행 모델을 개선하거나 대체하는 것임.

○ scoping project는 ①기술적으로 공유할 수 있는 정보의 유형과 그 방법을 정하고, ②이해관계자의 전략적 행태 변화를 기대할 수 있도록 가격 공개의 효과를 평가하는 것임.

- (first work stream) 정보 공유 메커니즘 구축을 위해서 법적 기술적 측면의 검토 필요
 - a. 향후 계약 협상 시 가격공개 메커니즘 작동을 위해 선행되는 기밀유지조항(confidentiality clauses) 삭제에 대한 계약 담당자들의 의지
 - b. 국제가격 보고 및 정보 공유 필요 의약품의 선정 기준 마련
 - c. 공급체인에 따른 가격 유형(ex-factory, 도매, 소매)
 - d. 리베이트를 위한 보정 가격 결정 방법
- (second work stream) “가격결정 당국” 또는 보건의료 지불자 간 정보 공유

에 대한 정부, 보건의료 지불자, 제약 회사, 시민의 반응 및 해결 방법 모색

- 국가 및 제약회사는 tiered pricing model을 유지하기 원하는가, 그렇다면 tiers를 선호하는 국가들에게 적절한 가격 기준은 무엇인가?
- 국가와 지불자는 다른 국가들의 순 가격(net prices) 정보를 어떻게 사용하고 있는가? 제약회사는 각기 다른 tiers로 분류되는 의약품의 가격을 어떻게 정하고 있는가?
- 정부 혹은 보건의료 지불자는 이러한 환경에서 지불 의지를 어떻게 표현할 수 있는가?

○ 상기 work stream은 이해관계자 대상 포커스 그룹, 심층 인터뷰, 조사에 기반하여 이루어질 것이며, 가상 사례를 이용하여 측정할 것임.

- 그러나 이해관계자들이 실제 의도를 드러내지 않을 수도 있다는 한계 존재
- 이 프로젝트는 BIAC과 비공개 논의를 실시했으며, 첫 번째 작업의 진행을 위해서는 60K 유로가 필요하며, 두 번째 작업은 질적 연구 및 전문 자문위원이 포함되어야 하므로 총 200K 유로가 소요될 것으로 예상

□ 국제 가격 비교 및 리베이트

○ OECD는 구매력 측정 측면에서 GDP 업데이트의 일환으로 3년마다 의약품 가격에 대한 정보를 수집하고 있으나, 전체 의약품 시장 정보를 포함하지 않아 일반화할 수 없고 2008년 이후 의약품 가격 비교 자료로만 활용 가능함. 따라서 국제 가격 비교를 위해서는 다음의 사항을 고려해야 함.

- OECD 회원국들은 의사결정자들이 실제로 요구하는 정보의 유형 산출을 위해 시장 구분(특허 및 특허 만료), 가격 유형(생산가격 및 소매가격 등), 제품의 수 등 산출 방법에 대해 동의해야 함.
- 기밀유지 계약 때문에 개별 의약품에 대한 명세 가격보다 “순 가격”의 예측만 가능하므로, 국제 가격 비교를 위해서는 제약회사에서 보고한 재정 보고서에서 추출된 전체 가격과 순 판매의 차이를 확인할 수 있는 IQVIA와 같은 민간 업체의 세부 정보를 구매해야 함. 접근 가능성은 파일럿 조사를 통해 테스트 할 수

있음.

○ 리베이트를 위한 명세 가격의 보정을 위해서는 일부 의약품에 대해 제약회사가 보건료 지불자 또는 정부에 지불한 리베이트 총 금액 및 그 유형에 대한 자료를 국가에 요청할 것임(최근 승인된 5-10개의 항암제 또는 orphan disease 해당 의약품).

- 평균 리베이트는 순 가격 산출을 위해 실제 리베이트의 대리지표로 적용

○ 이상과 같이 두 가지 종류의 cost-implication 작업 수행을 위해서는 다음과 같은 조건이 요구됨.

- 전체 리베이트 정보 수집 비용: 30K 유로

- 명세 비용 비교를 위한 IQVIA 정보 이용을 위한 staff cost 250K 유로 + IQVIA 접근 비용(참여 국가 수와 시장 공유 수에 따라 다름)

- 제약회사에서 보고된 자료를 이용한 리베이트 보정 비용: 50K 유로

□ 임상 결과에 대한 투명성 향상 - 성과기반 관리형급여계약(Managed Entry Agreements)의 설계 및 활용 개선

○ 현재 OECD는 유럽회의 프로젝트 지원의 일환으로 2020년까지 완료를 목적으로 최근 관리형급여계약을 검토하고 있음.

○ 성과기반계약(Performance-based Agreements, PBAs)은 임상적 이익에 대한 불확실성이 있을 경우 사용되며, PBAs를 통해 수집된 임상적 결과에 대한 정보는 단일 지불자와 제약회사 간에만 공유됨. 그러나 규제자, 의료기술평가자, 환자들에게 항상 불확실성을 감소시키지 않음.

- 의약품 성과 평가 정보는 자원배분에 대한 정보를 제공하므로 지불자에게 유용하고, 지불자 간 정보를 공유하고 공공에 임상 결과를 공개한다는 측면에서 긍정적으로 제안되지만, 시판 후(post-marketing) 조사 형식이라는 측면에서 논쟁의 여지가 있음.

○ 이러한 연구에 근거하여, European Medicines Agency(EMA)와 국가별 HTA는 성과기반계약 형식으로 의약품의 가격과 급여범위를 결정하는 것에 대해 검토

하고, ①PBAs가 의약품의 성과와 관련된 불확실성을 감소시키는가, ② Performance-based Managed Entry Agreements는 유익한가에 대한 이니셔티브를 실시함.

○ OECD는 PBAs가 훨씬 효과적이라고 권고하고 PBAs의 성과기반 측면과 관련한 정보의 공개에 대한 노력을 장려하고 있으나, 계약 시 기밀보장조항과 배치되는 경향이 있으므로 넓은 의미에서 성과와 관련된 MEAs의 공유를 지지함.

- 성과기반 MEAs 설계를 위한 실행 사례 및 다양한 유형의 성과기반 MEAs 모형 구축을 위해 OECD 회원국을 대상으로 파일럿 프로젝트 실시
- 참가 국가와의 협상 및 MEAs의 설계 지원을 위해 MEAs의 성과와 관련된 국제 정보 공유를 위한 플랫폼 구축, 수집 정보에 대한 표준화 실시

○ 프로젝트 참여 시 1차 년도에는 90K유로, 이후 매년 30K유로의 비용이 발생함.

- OECD의 성과기반 MEAs 작업은 성과 관련 측면에서 투명하게 제시

□ OECD 회원국들에서 의약품 접근성 모니터링

○ 보건의료 지불자에 의해 보장범위가 결정되는 의약품의 유용성과 환자 접근성은 환자와 보건의료시스템에 직접적으로 시급하며, OECD 회원국 간 다양한 차이를 보임.

- OECD는 데이터를 이용하여 신약/적응증에 대한 모니터링 프로세스를 구축함으로써 신규 제품과 적응증을 한 쌍으로 연결하여 허가 신청 및 허가 승인에 대한 time lag, 보장범위와 가격에 적용된 추가 사항 및 의사결정 내용을 추적할 수 있도록 함.
- 제약회사에는 제품 출시를 위한 전략을, 각 국가에는 보장범위 및 가격 결정에 절차에 대한 정보 제공 가능

○ 연간 약 60여개의 신약 및 적응증이 규제기관으로부터 승인되므로, OECD는 이러한 의약품에 대한 ①제약회사의 신청 날짜, 보장범위 및 가격, ②clock stop이후 조정, 보장범위, 급여 승인 날짜, ③의약품 보장범위 정보를 회원국에게 제공 예정임.

- 데이터베이스 구축 및 유지, 공개 가능한 지표 마련
- 의약품 판매 정보에 대한 접근을 위한 재정 분담 요구: 1차 연도 60K유로, 이후 매년 20K유로

3) 책임 있는 사업 활동 및 기업의 사회적 책임성에 대한 이해관계자 대화

- OECD는 다국적기업을 대상으로 책임감 있는 사업 수행 및 사회적 책임에 대한 best practice와 가이드라인을 제정함.
- 보건위원회와 더불어 OECD Working Party on Responsible Business Conduct (WPRBC)가 이 프로젝트에 참가할 것이며, Multi National Enterprise(MNEs) Guidelines and Due Diligence에 관한 OECD 작업을 관리할 것임.
- 이 프로젝트는 투명성 아젠다의 개선과 의약품 부문에서 요구되는 모든 종류의 good practice를 촉진시키는 기회를 제공할 것임.

4) OECD 위원회 전체의 수평적 작업을 통해 미래에 적합한 제약 R&D 에 대한 인센티브 시스템 설계

- 2018년에 발간된 OECD의 보고서 “Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines”에서는 의약품 시장의 최신 동향을 지적하고, 정책 입안자들이 풀어야 할 이슈를 제공함. 그러나 보건의료시스템 측면에서 가장 요구되는 의약품 R&D 관련 인센티브 방법 등에 대한 포괄적인 검토는 이루어지지 않음.
- 오늘날 의약품 관련 인센티브는 30년 전에 도입된 것임.
- 의약품 R&D는 위험을 담보하고 있고 그 비용도 점차 증가하고 있음. 이에 대응하기 위해 대규모 제약회사에서는 자체 연구 수행을 줄이거나 의약품 예산의 최대화를 위해 인센티브를 증가시키기도 함. 그러나 이러한 제약회사의 비용 예산 증가는

치료의 단위 비용을 향상시키는 요인이 되고 있음.

- 한편, 신규 의약품 및 혁신적 치료제의 증가에도 불구하고, 일부 미충족 의료는 여전히 환자의 접근성 문제로 간주되며, 이는 R&D의 불충분으로 해석되고 있음. 그러나 R&D가 의약품에 대한 접근성 향상 및 혁신 의약품의 효율적 제공을 담보할 수 없으므로, 정책입안자를 포함한 이해관계자들은 의약품 R&D에 대한 인센티브 시스템에 대해 우려를 표하고 있음.

- 특히, R&D와 관련된 인센티브 제공은 민간 자본과 공공 자본의 균형이 중요

- 따라서 다양한 OECD 위원회가 참여하는 수평적 프로젝트는 미래에 적합한 R&D 인센티브 시스템을 설계하는 방법과 현재 시스템이 이러한 요구를 어느 정도 충족시키거나 조정을 요구할 지에 대해 다양한 분야의 전문가 의견을 반영할 수 있음. 사업의 목적은 다음과 같음.

- 현행 R&D 인센티브, 제품(품목), 비용, 의약품 접근, 가격, 경쟁에 대한 검토
- 의약품의 접근성 확대를 위해 향후 인센티브가 필요 영역 정의
- 현행 인센티브 시스템의 개선에 필요하거나 향후 강조해야 할 부문 정의
- R&D 관련 투자, 생산성, 의약품 접근성, 공공의료 예산 등 R&D 인센티브 변화에 대한 평가

- 사무국은 사업에 관심 있는 국가들의 보건위원회 및 기타 위원회 참여를 촉구함.

나. 보건의료데이터 거버넌스에 대한 이사회 권고 이행 모니터링

의제	Item 7. Monitoring the Adopting of the Council Recommendation on Health Data Governance
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)18 Jillian Oderkirk, Senior Policy Analyst, jillian.ODERKIRK@oecd.org

사무국 공지

- 보건데이터 거버넌스 안전(OECD/LEGAL/0433)은 2016년 12월 OECD 위원회에서 통과된 후 2017년 1월 보건부 장관 회의에서 환영 의사를 받은 바 있음.
- 해당 안전에서는 각 국가들이 공공성에 부합하는 데이터의 사용을 촉진하고 프라이버시를 함께 보호하는 보건데이터 거버넌스 프레임워크를 개발 및 이행할 것을 권고하고 있음.
- 2017년 보건위원회 회의에서 대표단들은 권고안의 이행을 모니터링할 수 있는 다양한 활동을 논의한 바 있는데 그 예로 2019년 HCQO 조사, 2020/21 전자의무기록 서베이제안이 있음.
 - 각 국가에서 보건데이터 거버넌스 관련 당사자들과 2021년 인터뷰를 통해 최종 모니터링 계획이 결정될 예정이며, 모니터링 결과는 2021년 후반 /2022년 초반 보건위원회 안전에 올라갈 예정임.
 - 디지털 경제 정책 위원회는 최종 보고서 내용 중 개인 정보 보호 보안과 관련한 정보를 제공해 줄 것임.
- 본 안전은 2019년 11월 중순에 진행되었던 2019년 보건데이터 사용 및 거버넌스 서베이 검토 결과로, 이사회 권고안의 강점과 약점, 도전과제, 그리고 모니터링 계획 및 향후 회원국의 권고안 이행을 위한 제안들이 담겨져 있음.
- 대표단은 권고안 모니터링 결과 및 향후 모니터링 계획에 대한 의견을 제안하기 바람.
- 이사회는 회원국들이 각국의 보건데이터 거버넌스를 강화하는데 있어 이 권고안이 널리 이용될 수 있도록 지원할 것을 요청함.

1) 보건데이터 거버넌스 권고안 이행 모니터링

□ 보건데이터는 보건의료체계 성과 및 의료 질 향상, 의료 기술의 과학적 근거 생산에 매우 중요한 수단임.

○ 특히 병원, 약국, 바이오뱅크 등 관련 기관이 가진 데이터를 연계했을 때, 희귀 질환의 진단, 더 나은 환자 결과를 위한 맞춤형 진료, 위험한 진료 환경 감지, 양질의 효과적 의료성과 보상, 보건의료체계의 낭비와 누수 예방, 의료적 처치의 장기적 효과 평가, 신의료기술 개발 및 평가 등 다양한 이익을 얻을 수 있음.

- 이러한 이익으로 인해 각종 데이터를 수집, 축적, 분석하는 일련의 방법과 기술이 계속해서 진화하고 있는데, 일례로 빅데이터 분석은 실시간으로 여러 데이터를 이용하여 특정 질병에 맞는 치료법을 찾고 개발하는 데 도움을 줌.

- 최근에도 계속해서 개인정보를 보호하고 보건의료데이터의 이용가능성을 확장하기 위한 여러 기술을 평가하고자 하는 수요가 있음.

• 특히 보건 분야 데이터는 그 특성상 민감한 정보가 많고 개개인의 사회경제적 정보를 많이 담고 있어 잘못 사용되었을 때 서비스 제공자와 정부에 대한 공적 신뢰를 훼손시킬 수 있음.

• 그러므로 데이터 사용에 대한 위험과 편익을 잘 고려하여, 개인과 사회의 이해관계를 최선의 수준에서 달성할 수 있도록 해야 함.

- 데이터 수집의 범위와 규모도 데이터 표준화의 큰 도전 과제임.

• 인식 교육과 기술 역량 강화, 기술의 개발을 통해, 최신 분석 기술들의 잠재적 이익들도 함께 이루어져야 함.

• 구글 아마존, 페이스북 같이 거대한 규모의 개인 데이터를 가지고 있는 민간 기업들, 그리고 의료서비스 제공자들이 가진 분석 기술들을 어떻게 잘 이용할 것인지도 새로운 도전과제임.

□ 본 권고안에서는 보건의료데이터가 국내외적으로 활발하게 사용되어 궁극적으로 공공의 이익을 달성하는 기대에 부응하고자 함.

○ 2016년 12월13일에 이사회에서 권고안을 채택되었고 2017년 1월 17일 OECD

보건부 장관회의는 이를 환영했음. 그 주요 내용은 아래와 같음.

- 환자 성과 및 의료 질, 보건의료체계 개선, 그리고 건강한 사회를 달성하기 위해 보건의료 데이터를 적극적으로 이용하도록 함. 동시에 이러한 데이터 사용은 개인 정보보호와 개인의 자유라는 궁극적 가치를 달성할 수 있어야 함.
- 공공 정책의 목적으로 개인 보건의료데이터를 사용하되, 개인 정보보호 침해는 최소화하고 적절한 수준에서 관리하도록 함.
- 더 많은 국가들이 개인정보를 보호하는 수준에서 더 많은 데이터를 사용할 수 있도록 보건의료 데이터 거버넌스를 조화롭게 운영함.

□ 본 보고서는 크게 1) 2019년 진행되었던 보건의료데이터 사용 및 거버넌스에 대한 OECD 보건의료 질 성과 워킹파티의 최종결과 2) 국가 보건의료데이터 거버넌스 이행을 위한 진전 및 도전 과제, 3) 2021/2022년 OECD 이사회에 보고할 프레임워크 개발 이후 향후 모니터링 과제를 담고 있음.

2) 보건의료 데이터 이용 및 거버넌스

□ 2019년 보건의료 데이터 이용 및 거버넌스 조사는 권고안 채택 이후 보건의료 데이터 거버넌스 이행에 대한 최초의 결과임.

○ 본 조사에서는 OECD 권고안에서 언급한 주요 사항을 다루고 있음.

- 공공성 혹은 공공 이익(public interest)에 부합하는 공공 보건의료데이터 역량: 기존 데이터의 이용가능성, 적합성, 데이터의 구성요소들을 전반적으로 검토하고, 이 데이터들이 연구 및 통계, 각종 공익적 목적을 위해 연계될 수 있는지 함께 검토
- 데이터 전반에 대한 관리체계: 데이터 생산 및 관리, 데이터 보호를 위한 인력 훈련, 데이터 접근, 익명화, 위험 관리, 원격 접근 등 데이터 전반에 대한 거버넌스 운영 체계
- 국가 보건의료 데이터 거버넌스 프레임워크 이행을 위한 진전 사항

○ 본 조사는 총 19개 국가가 참가함.

- 2019년 12월 31일까지 조사 결과 초안을 회원국들이 검토하도록 했으며, 일부 국가는 제출된 결과를 수정하였음. 보고서의 내용은 예비 결과임.

□ 조사는 데이터의 이용가능성, 전자 데이터 이용, 식별 가능한 환자 및 개인 정보의 이용 가능성, 의료 질 및 보건의료체계를 위한 정기적 데이터 사용, 데이터 연계 등을 담고 있음.

○ (데이터 이용 가능성 및 성숙도(maturity: 일종의 품질관리), 현재 사용 현황) 조사에 참가한 절반의 국가가 2013년 이후 구성 요소 전반에서 진전을 보였지만, 절반 미만이 (일본 제외), 데이터 역량이 감소했다고 응답

- 한국, 스웨덴, 체코, 노르웨이는 2019년 기준 데이터 이용 가능성 및 데이터 성숙도(maturity: 일종의 품질관리), 이용에 있어 성과를 보였음.

○ (데이터 연계 역량) 데이터 연계를 통해 시간에 따른 진료 성과, 환자를 둘러싼 다양한 정보를 함께 살펴볼 수 있음. 본 조사에서는 연계와 관련된 기술적 요소 (연계할 수 있는 식별 아이디 혹은 변수 유무와 식별 아이디의 일관성, 데이터 연계의 지속가능성 등)를 묻고 있음.

- 대부분 국가들이 병원 및 정신병원 입원 데이터, 사망 데이터, 암등록 데이터만 연계를 위한 식별 아이디를 가지고 있다고 응답, 이외 다른 데이터에서는 비교적 연계를 할 수 있는 기회가 낮아 보임.

- 한국 포함 7개 국가들이 국가 보건의료 데이터 중 90% 이상이 연계를 위한 식별 아이디를 가지고 있다고 응답. 한국 포함 50% 국가들이 국가 데이터 60% 이상을 정기적으로 생산한다고 응답. 이와 대조적으로 일부 국가에서는 데이터를 정기적으로 생산하지 않는 경우도 있었음.
- 일부 국가에서는 연계를 위한 식별 아이디가 존재하지만 데이터별로 달랐음. 즉, 이는 데이터가 존재하더라도 연계는 힘들다는 것을 의미함. 호주, 벨기에, 아일랜드, 독일, 영국은 데이터의 50% 미만이 개인 식별 아이디를 가지고 있다고 응답했으나, 호주, 벨기에만이 연계를 위한 이름, 성별, 생년월일, 주소와 같은 변수들을 가지고 있다고 응답

- 국가 핵심 데이터 관리인(custodian)수는 데이터 연계가 정기적으로 이루어지는지를 알아볼 수 있는 요인으로서, 대부분 국가에서 2-4개의 기관들이 운영되고 있었음(네덜란드, 아일랜드는 9개 기관).
 - 이들 국가들은 다른 국가들에 비해 데이터 접근과 공유를 관장하는 정책 및 법률이 각기 다른 기관에서 이루어지기 때문에, 데이터 연계에 상당한 어려움이 있었음.
 - 11개 국가들이 의료 질 혹은 보건의료체계 평가를 위해 연계된 데이터를 정기적으로 이용하는 사례가 있다고 응답(한국도 포함)
 - 예를 들면, 질병 에피소드 혹은 치료, 재입원 이후 사망, 진단 및 치료 이후 생존 지표 등이 있음.
- (국가 보건의료 데이터의 질) 조사 문항에는 데이터가 얼마나 많은 인구를 포함하는가, 전자의무기록 추출 유무, 임상 전문 용어의 코딩 유무 등을 포함.
- 핵심 국가 보건의료 데이터로는 병원 및 정신병원의 입원, 응급의료, 일차의료, 의약품 처방, 암환자 등록, 당뇨병환자 등록, 심혈관 환자 등록, 사망 등록, 장기요양 등록 자료가 있음.
 - 대부분 국가에서 전 국민 100%대상으로 자료를 수집하고 있으나, 일부 국가는 그렇지 않았음.
 - 이는 일부 국가의 서비스 체계 특성상 민간 보험이 서비스를 제공하는 경우 데이터가 누락되기 때문임. 전체 인구집단 중 대표성 있는 표본만을 추출하는 경우가 있음(벨기에).
 - 또한 한국과 캐나다의 경우, 환자 네트워크에서부터 데이터를 뽑거나, 서비스 제공자의 자발적 참여만으로 데이터가 수집되는 경우가 있어 전 국민을 대상으로 데이터가 수집되고 있지 않았음.
 - 체코, 싱가포르, 슬로베니아, 스웨덴만이 전자의무기록, 보험 청구기록에서 데이터를 자동적으로 추출하고 있었음.
 - 10개의 국가만이 ICD 같은 표준화된 질병분류 체계를 사용하고 있음. 13개 국가들은 임상 의사, 간호사들이 데이터를 코딩한다고 응답. 데이터들이 전자의

무기록에서 자동추출될수록, 코딩 전문가들이 질병 목록을 코딩하지 않을 확률은 올라감.

- 실시간 (혹은 실시간에 가까운) 데이터들은 의료 질과 의료체계를 평가하고, 적시에 문제를 감지하는데 기여함.
 - 한국, 라트비아, 덴마크, 에스토니아는 데이터 생산과 분석을 위해 구축되는 시기까지 1주일도 채 걸리지 않음.
 - 하지만 대부분 국가들이 임상적 혹은, 의사결정목적으로 데이터를 실시간으로 사용하지 않음. 캐나다(장기요양 데이터를 이용한 노인 환자 사고 감지), 스웨덴(임상적 의사결정을 위한 당뇨병환자 데이터 사용)만이 예외임.

○ (국가 수준의 핵심 보건데이터 거버넌스) 조사 문항에는, 데이터 생산 관리, 데이터 보호를 위한 인력 훈련, 데이터 접근 통제, 비식별화, 데이터 재식별화시 위험 관리, 공유 및 원격 분석, 데이터 생산을 위한 승인 과정 등이 포함됨.

- 총 15개 조사항을 고려했을 때, 강력한 거버넌스를 가진 국가는 호주, 벨기에, 덴마크, 라트비아, 스코틀랜드임(한국 10위).
- (데이터 거버넌스 권고 조항 III.6) 개인 수준의 보건의료 데이터 가공 및 처리 과정에서의 투명성과 명확성 보장
 - 캐나다와 싱가포르 제외한 국가들에서는 법률 조항이 데이터 생산을 가능하게 하는 권한을 가짐. 데이터 제공자들은 가능하다면, 데이터가 수집되는 시기에 법률 조항들을 충족시킬 수 있어야 함.
- (데이터 거버넌스 권고 조항 II.12iii) 각 조직의 정보보안 프로그램을 책임지는 담당자를 임명
 - 아일랜드, 네덜란드, 노르웨이를 제외한 모든 국가에서는 대부분 데이터를 담당하는 데이터 보안 담당관이 있었음.
- (데이터 거버넌스 권고 조항 III.11) 데이터 정보 보호 및 보안을 위한 훈련 및 기술 개발
 - 이러한 훈련은 에스토니아, 독일, 아일랜드, 일본, 네덜란드, 노르웨이를 제외한 국가에서 제공되고 있음.

- (데이터 거버넌스 권고 조항 12.v.d) 개인 정보 보호를 위한 조치로서 익명화 및 식별화 체계 구축
 - 10개의 국가, 3개 국가의 모든 데이터에서는 데이터에 접근하는 인력들의 개인 정보들이 통제 및 추적되고 있음(독일, 이스라엘, 아일랜드, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴은 데이터를 이용하는 인력의 통제 관리가 되지 않는다고 응답).
- (데이터 거버넌스 권고 조항 12.v.a.) 개인 정보의 비식별화를 통해 식별화를 제한하는 메커니즘 구축 (승인시, 데이터 재식별화 가능)
 - 10개 국가가 분석 이전에 비식별화를 한다고 응답. 노르웨이 및 아일랜드는 분석 이전에 데이터를 비식별화 한다고 응답하지 않음.
- (데이터 거버넌스 권고 조항 12.iv) 위험 관리 프로세스 구축
 - 개인의 데이터가 원치 않게 재식별화되거나, 오용되는 등 여러 위험을 정기적으로 관리 평가할 수 있는 체계를 말함.
 - 10개 국가들이 위험 평가 체계를 가지고 있다고 응답했으나, 9개 국가들은 거의 없거나 매우 소수 데이터에서만 운영하고 있다고 응답함.
- (데이터 거버넌스 권고 조항 III.3) 개인 보건의료 데이터를 가공 및 처리하는 조직들간의 협력과 정부와의 조화
 - 6개 국가들이 그들의 핵심데이터가 정부 유관 조직 혹은 공공 데이터 관리인들과 잘 공유된다고 응답. 일부 국가는 일부 데이터에 한정해서만 공유된다고 응답함(싱가폴: 장기요양, 슬로베니아: 장기요양 등).
 - 네덜란드, 일본, 아일랜드, 체코는 데이터 공유되지 않는다고 응답.
- (데이터 거버넌스 권고 조항 III.4) 공적인 목적에 사용되는 데이터들의 역량을 지속적으로 검토
 - 데이터가 비식별화된 이후에도 연구, 통계, 혹은 다른 공익적 목적을 위해 공유될 수 있는지를 물었음.
 - 10개 국가에서는 정부 부처가 고용한 전문 분석가들이 비식별화된 모든 데이터들에 접근할 수 있다고 응답.

- 9개 국가가 대학 혹은 비영리기관에서 고용된 전문가들이 접근할 수 있다고 응답함.
- 덴마크, 노르웨이, 싱가포르에서는 영리기업에서 고용한 분석가들이 접근 가능함 (한국, 벨기에, 체코, 이스라엘, 라트비아, 룩셈부르크, 슬로베니아, 스웨덴은 불가능).
- (데이터 거버넌스 권고 조항 IV) 공적인 목적을 달성하기 위해 정부부처가 데이터 처리 가공 과정에 적극적으로 협력함.
 - 보건의료 데이터 거버넌스 프레임워크의 호환성과 상호운용성, 환자 성과 및 최적 진료 공유 등 전반에 있어 장애물을 제거하는데 노력하도록 함.
 - 일부 국가에서는 데이터가 현지 상황에만 맞게 만들어져 있어, 국가 간 협력을 하거나, 국가 밖에서 데이터에 접근하는데 한계가 있음. 연방 국가의 경우 주, 시별로 다른 정책과 법률로 인해, 국가 수준에서 데이터를 통합 관장하는데 한계가 있음.
 - 본 조사에서 비식별화된 데이터들이 외국 학계 혹은 비영리 기관에서 근무하는 연구자들과 함께 공유될 수 있는지를 물었는데, 일곱 개 국가가 데이터가 공유가능하다고 응답했음.
 - 이에 반해, 한국을 포함한 5개 국가는 비식별화된 데이터가 학계 및 비영리기관의 외국인 연구자들과 공유되지 않는다고 응답함.
 - 암 등록 자료는 국제적으로 가장 잘 공유되는 자료 중 하나로서, 일곱 개 국가가 외국 학자 및 비영리 기관과 암등록 자료를 공유한다고 응답함.
- (데이터 거버넌스 권고 조항 III.12.v.b) 제3의 기관에게 데이터를 공유할 시 위험을 최소화하고 이익을 극대화할 수 있도록 사전에 협조사항을 미리 합의
 - 제3기관이 준수하지 않았을 때 어떠한 제재 조치를 할 것인지도 협의사항에 명시.
 - 12개 국가들은 대부분 핵심 데이터를 공유할 때 작성해야 하는 표준 협약 사항이 있다고 응답. 한국을 포함한 6개 국가는 표준화된 협약 사항을 사용하지 않음.
- (데이터 거버넌스 권고 조항 III.12.v.c) 제3의 기관에게 원격 접속과 같은 대안책을 제공.
 - 한국을 포함한 4개의 국가에서는 원격 분석 접근 시설과 같이, 원격리에서 분석을

해야 하는 이용자들에게 접근 서비스를 제공하고 있음. 한국을 포함한 5개 국가는 총괄 연구 데이터 센터가 존재. 이외 다른 국가들은 일부 데이터만을 제공하는 연구 데이터 센터가 있음.

- (데이터 거버넌스 권고 조항 III.8) 공공 정보 메커니즘을 통한 투명성 보장
 - 데이터 가공 및 처리과정에 대한 법률적 절차, 데이터 접근에 대한 절차 및 기준, 데이터 신청에 대한 조치 과정을 모두 공개
 - 15개 국가들이 데이터 목적과 내용을 공개하고 있다고 응답했는데, 이중 10개 국가는 데이터 설명에 보건과 관련한 공적인 이해관계(health related public interests)를 명시하고 있다고 응답함
 - 한국을 포함한 14개 국가에서 데이터를 요청하고, 승인 절차 및 기준들이 공개되어 있다고 응답. 데이터 연계에 대한 승인사항, 혹은 추후 데이터 생산계획에 대한 사항도 요청 시 공개한다고 응답한 국가들은 총 7개(한국 포함)

□ 국가 보건의료데이터 사용, 접근가능성, 공유 등 조사 결과를 바탕으로 국가들의 유형화가 가능함. 데이터 이용가능성과 성숙도가 높고 거버넌스가 잘 구축된 국가들은 캐나다, 덴마크, 라트비아, 한국, 슬로베니아, 스웨덴임.

3) 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 진전과 향후 과제

- 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 OECD 이사회 권고가 이를 준수한 국가들에서 보다 체계적인 방식으로 보건의료 데이터 거버넌스를 구축하는 로드맵을 제공하고 있으며 많은 국가들이 권고를 이행하기 위해 노력하고 있음.
- 앞서 결과에서 확인된 것처럼, 데이터 이용가능성, 성숙도, 활용에서 점수가 낮은 국가들은 연구 및 통계 목적으로 데이터 이용을 가능하게 해야 하고 핵심 보건의료데이터를 관리하는 정부 당국 간 협력적 정책과 절차를 마련해야 하며 데이터가 건강과 관련된 공익에 기여하도록 연구자들 간 데이터 질, 연계, 공유를 개선하기 위한 상당한 노력과 투자를 해야 함.
- 데이터 거버넌스에서 더 낮은 점수를 받은 국가들은 핵심 보건의료데이터에 대한

개인정보 보호와 데이터 보안의 갭을 줄이는 노력을 해야 함. 데이터 정보보호 담당관, 인력 훈련, 접근 관리, 재식별 위험 관리, 연계 시 위험관리 등이 해당됨.

- 국가적 프레임워크는 공적 영역 뿐 아니라 비정부조직에서 생산하는 개인 데이터도 포함해야 함. 특히, tech giants 등 개인 건강 데이터 개발과 활용에서 참여를 확대하고 있는 영리 영역을 포함해야 함. OECD 권고는 정부들이 협력을 통해 비정부조직들도 권고를 준수하게 하도록 장려하고 있음.
- 국가 보건의료데이터 거버넌스를 이행하는데 있어 지금까지의 진전과 도전과제를 살펴볼 것임. 또한 2021년 후반/2022년 초반 OECD 이사회에 제출될 보건위원회의 보고서를 준비하기 위한 향후 과제를 제안하고자 함.
- 2019년 조사 결과에서는 국가별 보건의료데이터 거버넌스를 측정하여 각 국가들이 권고사항을 잘 이행하는지 평가하였음.
- 전반적으로 절반 이상의 국가들이 진전을 보였지만, 4개의 국가(이스라엘, 아일랜드, 라트비아, 슬로베니아)만이 향후 국가 거버넌스 프레임워크를 위한 진전을 지지한다고 응답하였음.
- 국가 보건의료데이터 거버넌스 프레임워크의 개발
- 19개 국가 중 11개 국가가 현재 거버넌스 프레임워크가 구축되어 있거나 혹은 구축중이라고 응답하였으며, 일부 국가만이 프레임워크 이행에 있어 진전을 이루었다고 응답함.
 - (덴마크) 2018년 보건의료 및 장기요양 데이터 거버넌스 프레임워크 도입.
 - (라트비아) 보건의료체계 성과 평가 프레임워크 개발. 해당 프레임워크 내에 데이터 제공 및 연계, 연구를 위한 접근과 보호에 대한 내용이 포함
 - (아일랜드) 2020년 초에 출판될 국가 보건정보전략 작업중. 이 작업에 보건 데이터 거버넌스 프레임워크 내용 포함
 - (슬로베니아) 2019년 프레임워크 개발 중
 - (캐나다) 프레임워크 구축 시작 중

- (한국) 프레임워크 구축을 위한 준비 중
- (벨기에) 여러 보건관련 유관 기관과 협력할 의지 표명
- (스코틀랜드) PBPP(public benefit and privacy panel)에 개인 정보에 대한 정보 거버넌스 프레임워크 보유. PBPP는 공공 데이터가 이차적 목적으로 잘 사용되고 있는지 관리 감시하는 환자 공익 패널임.
- (체코) 법령에 따라 국가 보건 정보체계에서 보건 데이터 거버넌스가 의무로 명시되어 있음. 2012년 4월부터 효력 발생
- (독일) 연방 및 주 법에 따라 거버넌스가 의무사항으로 명시
- (호주) 연방, 주 정부 간에 국가 보건 데이터를 위한 책무성 공유. 현재 전체를 관장하는 보건데이터 거버넌스 프레임워크는 없으나, 전자의무기록의 데이터 거버넌스 프레임워크는 있음.

Table 2.1. National Health Data Governance

Country	A national health data governance framework is established or is being established	Public consultation has occurred or is planned about the elements of the national health data governance framework	National law or regulation exists that speaks to the protection of health information privacy and/or to the protection and use of electronic clinical records	A central authority for the approval of requests to process personal health data is established or planned
Australia	No	Yes	Yes	Yes
Belgium	No	No	Yes	Yes
Canada	Yes	Yes	No	No
Czech Republic	Yes	Yes	Yes	No
Denmark	Yes	No	Yes	No
Estonia	No	No	Yes	Yes
Germany	Yes	No	Yes	No
Ireland	Yes	Yes	Yes	Yes
Israel	Yes	Yes	Yes	Yes
Japan	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.
Korea	No	No	Yes	No
Latvia	Yes	Yes	Yes	Yes
Luxembourg	No	Yes	Yes	Yes
Netherlands	Yes	No	Yes	No
Norway	n.r.	n.r.	Yes	Yes
Singapore	No	Yes	Yes	No
Slovenia	Yes	Yes	Yes	Yes
Sweden	Yes	No	Yes	n.r.
United Kingdom (Scotland)	Yes	Yes	n.r.	Yes

□ 데이터 거버넌스에 대한 공공 협의(public consultation)

○ 권고사항 III.1에서는 여러 이해관계자와 함께 협의를 통해 거버넌스 프레임워크를 개발 혹은 업데이트 할 것을 권고함.

- 잠재적 위험과 잠재적 이익에 대한 열린 대화를 통해, 보건 데이터 거버넌스에 대한 균형잡힌 접근을 취할 수 있을 것임.
- 19개 국가 중 11개 국가가 현재 공공 협의를 착수했으며, 일부 국가는 협의를 완료했거나 계획을 공개함.
 - (호주) My Health Record system(전자의무기록)의 이차적 사용을 위한 프레임워크 개발을 위해 공공 협의 착수
 - (이스라엘) 소셜미디어, 공청회, 웹사이트를 통한 의견 접수를 통해, 공공 협의 진행 중
 - (슬로베니아) e-Democracy portal을 통해 데이터 프레임워크 관련 조언 및 의견 수집 중
 - (라트비아) 2018년 공공 협의 착수, 전문가 및 연구자와 함께 2019년 발표 및 토론 진행
 - (캐나다) 공공 협의에 대한 의사가 있음을 표명
 - (체코) 국가 보건 정보 시스템을 관장하는 법률 개정안 보고, 공공 협의는 이 법률안 개정의 일부분.
 - (룩셈부르크, 싱가포르) 법률 개혁이 준비되면, 공공 협의 착수 예정
 - (아일랜드) 보건 정보 전략에 대한 공공 협의 착수 예정

□ 개인 건강데이터의 정보보호에 대한 법률적 보호

○ 권고사항 III.6에서는 개인 정보가 가공 처리되는 과정에서의 투명성 보장을 강조하고 있음.

- 2019년 대부분 국가들이 보건의료데이터가 국가 개인정보 보호 법률 조항의 관할 아래 영향을 받고 있다고 응답(연구목적으로 사용 시에도), 일부 국가들은

각 수준별로 법률들이 달리 존재함.

- 19개 중 16개 국가가 개인 정보 보호, 혹은 임상 의무 기록 보호 및 사용에 대한 국가 법률이 존재한다고 응답
 - (캐나다) 보건의료 정보에만 국한되지 않는 국가 수준 개인정보보호 법률 조항 존재, 모든 주정부들이 개인 정보 혹은 건강 정보 보호에 해당하는 구체적인 법률 조항이 있으나, 연방 정부는 보건의료 정보에 국한된 법률 조항이 없음.
 - (일본) 건강 정보의 개인정보 보호에 국한된 법률 혹은 규제가 없음.
 - (스코틀랜드) 국가 수준 법률은 없으나, EU 요구 사항을 준수한다고 응답

□ 개인 건강 데이터 가공 및 처리에 대한 검토와 승인 과정

○ 권고사항 III 7에서는 연구 혹은 공익 목적으로 사용되는 데이터에 대해 검토 및 승인 절차를 요구함.

- 공정하고 투명한 승인 절차는 개인 건강데이터에 대한 공공의 기대에 부합한다는 점에서 중요함. 19개 국가들이 데이터 접근 승인을 관장하는 기관이 현재 있거나 계획 중이라고 응답
 - (호주) My Health Record System의 호주 데이터 거버넌스 프레임워크 및 시스템 승인 법규는 중앙 데이터 거버넌스 위원회(a central data governance board)가 My Health Record System 데이터 요청을 관리하도록 함. 그러나 가타 국가 건강 데이터 요청에 대해서는 관여하지 않고 대부분은 Australian Institute of Health and Welfare에 의해 승인됨.
 - (벨기에) Data Protection Authority가 관할
 - (룩셈부르크) National commission for data protection이 승인
 - (에스토니아) Data Protection Inspectorate, 승인과정에 참여하는 연구윤리위원회가 별도로 구성
 - (이스라엘) 보건부의 Health's Data Delivery Committee가 사법부의 the Privacy Protection Authority와 함께 승인
 - (슬로베니아) 모든 새로운 데이터는 법률의 승인을 받아야 하고 기존 데이터

들은 Information Commissioner가 승인

- (스웨덴) 연구 목적시, the Swedish Ethical Review Authority가 승인. 데이터 관리인인 데이터 승인의 독립된 역할을 부여 받음
- (노르웨이) 지역별로 연구 윤리위원회와 국가 연구 센터가 연구 방법, 데이터 사용 시 편익과 위험, 개인정보 침해 여부 등에 대해 평가
- (캐나다) 주정부가 개인 목적으로 사용되는 데이터를 평가
- (덴마크) 요청을 승인하는 정부 산하 기관들 존재
- (독일) 연구목적으로 사용되는 전자의무기록은 공개 예정. 데이터 접근 승인을 위한 단독 기관을 설립할 것인지 혹은 현존 기관이 그 업무를 책임 질 것인지에 대해서는 명확하지 않음.
- (아일랜드) Consent Declaration Committee. 국가 보건 정보 사무소가 필요한 절차 및 승인 과정에 대한 정보를 제공할 가능성이 있음.
- (라트비아) 질병관리본부가 특정 연구 목적으로 사용되는 식별가능한 환자 정보 이용 신청을 평가. 의료질 혹은 서비스 효율성 모니터링 목적으로 데이터가 요청되었을 때, 특별 위원회가 구성되어 이를 승인함.
- (스코틀랜드) Information Services Scotland (ISS)가 데이터 접근 승인에 대한 기준을 명시. 데이터 연계 신청 시, NHS Scotland Public Benefit and Privacy Panel 승인이 필요함.
- (네덜란드) 어떤 기관들도 그들이 생산한 데이터를 연계할 수 있으며, GDPR의 조항을 준수해야 함.

□ 보건의료 데이터 거버넌스 개발에 있어서의 도전과제

- 데이터 거버넌스 개발에 있어 국가들이 겪는 문제와 도전과제를 물었음. 전반적으로 대부분 국가들이 한 개 이상의 데이터 거버넌스 혹은 기술적 문제, 데이터 개발과 분석에 있어 문제를 가지고 있었음.
- (데이터 관련 정책적 혹은 기술적 장애물) 데이터 연계를 담당하는 공공기관에 대한 법률적/ 정책적 장애물(12개 국가가 응답), 보건 관련 공공 기관 간에 데이터를 공

유하는데 있어서의 법률적/ 정책적 장애물(11개 국가가 응답), 유용성을 제한하는 데이터의 질(11개 국가가 응답). 8개 국가들은 데이터를 생산하고 접근 가능하도록 하는 기술적 역량이 부족하다고 응답. 6개 국가들은 데이터를 연계하기 위한 식별 정보가 부족하다고 응답.

- 이러한 문제들이 많다고 대답한 국가는 벨기에, 호주, 아일랜드, 룩셈부르크, 독일, 네덜란드임.
- (국가 핵심 데이터 개발) 데이터 셋을 구축하는데 있어 데이터 질의 문제, 얼마나 많은 인구 집단을 포함할 것인가의 문제, 환자 개인 식별 정보의 부족, 데이터 코딩 문제, 응답률 감소의 문제 등이 이에 해당함. 또한 데이터 접근을 비용 부담과, 데이터 개발을 위한 자원 부족, 연계를 위한 장애물, 국가 내에서의 데이터 공유를 위한 데이터 추출 등 정책 및 거버넌스의 문제들도 존재하고 있음.
- 10개 국가들은 환자 보고 지표(patient reported outcomes)를 개발하는데 있어 자원들이 충분하지 않다고 응답, 5개 국가는 임상 및 정책 전문가의 이해관계가 부족하다고 응답
- 일례로 싱가포르의 환자 보고 지표를 전자의무기록에 통합시키는 기술적 문제와 낮은 응답률, 스웨덴은 임상, 통계목적에 유용한 환자 보고 지표를 개발하는 데에서의 어려움이 있었음.

□ 보건의료 데이터 거버넌스 권고안에 대한 모니터링 계획

○ 조사 결과와 더불어 향후 두 가지 모니터링 계획을 제안함.

- 2020년 회원국들은 OECD HCQO 조사에서 전자의무기록 시스템 개발, 데이터 사용 및 거버넌스에 대한 이행 사항을 응답할 것임. 2016년 이후 진전 사항을 보고하고, 환자 포털 개발과 데이터 상호 운용성과 같이 권고안에 추가적으로 답아야 할 사항들을 살펴볼 것임. 2021년 봄 보건위원회와 함께 조사 결과 초안을 공유할 예정임.
- 2021년, 각 국가에서 국가 보건의료 데이터 거버넌스를 책임지는 담당자와의 인터뷰를 통해 데이터 거버넌스 프레임 워크에 대한 이행사항과 HCQO에서 조사되지 않았던 권고사항들이 잘 지켜지고 있는지를 살펴볼 것임. 그 정보들은 아래와 같음.
- 국가 보건 데이터 프레임워크를 위한 메커니즘 평가 및 모니터링

- 데이터 생산 및 처리 기관들의 권고안 이행
- 개인 건강 데이터 생산 및 처리에 있어서 초부문적 협력
- 데이터 상호운용성과 호환성을 촉진하는 메커니즘을 개발할 수 있도록 적극적인 전문가의 참여
- 비정부조직의 권고안 이행 독려
- 또한 모니터링에서는 디지털 경제 정책 위원회의 워킹파티(the Working Party on Data Security and Privacy of the OECD Committee on Digital Economy Policy (CDEP))가 착수했던 데이터 개인 정보보호에 대한 이행사항을 점검할 것임.
- 2021년 가을 보건위원회와 디지털 경제정책 위원회는 이사회에 보고될 안전 초안을 검토하고, 2021년 후반 혹은 2022년 초반에 완성할 예정임.

□ 권고안 이행과 보건의료데이터 거버넌스 개선을 위한 국가 지원

- 사무국은 각 국가들이 권고안을 이행하고 데이터 거버넌스를 개선할 수 있도록 아래와 같은 추가적인 지원을 할 것임.
- (전문가 그룹 구성) 국가 내, 국가 간 데이터의 상호운용성과 호환성을 개선하는 방법을 논의하도록 함. 전문가들 간 공익적 목적에 부합하게 어떻게 데이터를 사용하고 문제를 해결하였는지, 경험을 공유할 수 있음.
- (보건정보체계 및 거버넌스 강화를 위한 일대일 멘토링) 일전에 동일한 문제를 경험한 국가들과 1:1 매칭을 하여, 어떻게 문제를 해결하였는지 공유함.
 - 국가별 매칭은 자문을 필요로 하는 국가의 수요(국가별 보건의료체계 분산 정도, 고유 식별 번호의 가용성, 보건의료시스템 지출 수준, 전자건강기록(EHR) 개발 정도 등)를 바탕으로 함.
- (보건 정보 체계의 질과 데이터 거버넌스에 대한 국가별 검토) 기존에 의료의 질과 공중보건에 대한 국가 단위 검토와 같이, OECD가 국가들이 국가건강정보시스템의 상세 검토를 수행하여 미래 발전을 위한 강점과 약점을 확인할 수 있도록 지원

다. 지속가능한 보건 재정 (Sustainable health financing)

의제	Item 8. Sustainable health financing
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)19 Luca LORENZONI, ELS/HD, Luca.LORENZONI@oecd.org, +(33-1) 45 24 76 21 David MORGAN, ELS/HD, David.MORGAN@oecd.org, +(33-1) 45 24 76 09 Chris JAMES, ELS/HD, Chris.JAMES@oecd.org, +(33-1) 45 24 89 69

사무국 공지

- OECD 국가들은 서비스 질과 건강 수준 향상을 위해 노력하는 동시에 의료서비스 지출을 지속가능한 수준으로 유지시키는데 관심이 있음. 사람들에게 제공되는 서비스의 대다수가 지역기반시스템이나 건강보험 강제가입 방식에 의함.
- 이는 국가의 보건 재정이 사회보험 혹은 세금에서 나오는 세입의 형태에 따라 달라질 수 있음을 의미함. 여전히 많은 국가들이 보건재정의 지속가능성을 유지하는 방식에 대해 의문을 가지고 있음.
- 보건재정의 지속가능성에 대한 도전은 앞으로도 계속될 전망이다.
 - 인구구조의 변화와 국제경제의 불확실성, 신기술의 도입 등 이러한 변화들로 인해 서비스 지출을 어떻게 관리할 것인지 그리고 다른 한편으로는 정부가 세입을 어떻게 확보할 수 있는지 두 가지 과제를 가지고 있음.
 - 이미 보건의료지출은 정부 지출에서 큰 비중을 차지하고 있는데다가 정부 지출을 확대하고자 하는 정책적 의지 또는 선택들은 매우 제한적임.
- 본 안건은 OECD 경제부가 전망한 2040년까지의 공공보건지출을 살펴보고, 이 전망이 가지는 함의를 살펴보고자 함. 아울러 향후 지속가능한 보건재정을 위해 OECD 국가들이 할 수 있는 정책적 선택들을 살펴볼 것임.
 - 보건지출의 압박을 해결하기 위한 정책적 대안은 1) 전체 정부 세입 구조를 증가 2) 보건 부문 외 다른 부문의 세입을 보건지출에 할당 3) 공공 재정에서 민간 재정으로의 전환 3) 보건 분야 효율성 확대의 네 가지로 나눌 수 있음.
 - 본 안건에서는 이 네 가지 대안들을 정량화하여 살펴보고자 했으며, 주요 분석 결과는 아래와 같음.
 - 전체 정부 지출의 증가량을 고려했을 때 전체 정부 세입은 2040년까지

2%p 이상 증가할 것으로 전망. 공공 보건재정부문은 정부 전체 지출 증가량의 2/3이상을 차지함. 정부의 보건지출은 2040년에 전체 지출 15%를 차지할 것으로 전망

- 이러한 지출 관리 문제를 해결하기 위해 수요를 감소시키고 효율성을 확대하는 방법이 고려될 수 있음. 효율성 확보는 향후 보건 지출의 증가를 일정 부분 통제할 수 있음.
 - 비용 절감 시나리오에서 GDP 대비 공공 지출이 2040년까지 0.9% 증가하는 것은 일반 시나리오에서 1.6%가 증가보다 낮음. 하지만, 효율성을 확보하는 것은 지금까지 다소 혼재된 결과를 보였고 효과를 발휘하기까지 시간이 걸리기 때문에 보다 신중한 접근이 필요함.
- 만약 GDP 대비 정부 세입 규모를 현재의 수준으로 유지하고, 공공 지출 중 보건 분야에 배분의 우선순위를 둔다면, 정부 보건 지출은 2040년 기준 전체 정부 지출의 20%를 차지할 것으로 전망
 - 이를 위해 민간 재정으로 전환을 고려할 수 있음. 공공 보건지출이 현재 수준으로 유지된다면, 민간 보건 지출은 2040년 기준 GDP 대비 4.8%를 차지할 것으로 전망

□ 네 가지 정책적 선택(효율성 증대, 세수 확대, 공적 부문에서 자원 재할당 (reallocation), 민간 재정 확대)은 상호배타적이지 않음.

○ 이 중 하나라도 충분한 수준으로 이루어지지 않는다면, 의료접근성과 평등, 의료 질에 미치는 영향을 모두 고려하여 제5안도 고려해야 할 것임.

○ 2020년 발간될 보건 재정 관련 보고서는 OECD 및 G20의 국가별로 보건지출의 차이가 나는 요인들을 구체적으로 살펴보고, 의료 질에 부정적으로 영향을 주지 않는 선에서 최선의 지출 관리 정책을 분석할 것임.

□ 대표단에게 아래와 같은 업무 요청

- 본 보고서에 포함된 예비 분석 결과에 대한 의견
- 2020년 심층 보고서 발간과 추가적 논의 이슈에 대한 의견

1) 재정 건전성(혹은 재정의 지속가능성)의 도전: 지출 증가의 압박과 안정된 지출 관리를 동시에 해결하는 방법은 ?

- OECD 회원국의 보건 재정은 주로 정부 세수 혹은 사회보험 기여금에서 나옴. 소득 증가, 기술의 발전, 고령화로 인한 서비스 수요가 증가하면서 많은 국가들이 양질의 서비스와 보건 재정의 지속가능성을 모두 유지하는 방법을 찾고 있음.
- 재정건전성의 도전이란, 정부가 부채 혹은 예산의 수정 없이 장기적으로 공공 재정을 조달할 수 있는 능력을 말함.
 - 예를 들어 적자가 생기면 재정건전성을 유지하기 위해 공공 보건지출을 삭감할 수밖에 없게 되고 결과적으로 서비스 질과 접근성을 저하시킬 수 있음. 그러므로 효과적으로 지출을 관리하되 재정건전성을 유지할 수 있어야 함.
 - 장기적으로 인구구조 변화와 같은 환경 변화로 인해 보건 지출에 대한 확대 요구 증가와 세수 압박에 직면할 것임.
 - 이러한 도전과제를 살펴보기 위해 2040년까지 보건지출을 다양한 시나리오 하에 전망했음. 정부 재정의 전체 전망은 보건 지출 뿐 아니라 다른 정부 지출의 구조도 함께 고려함.
 - 안정된 수준의 재정을 유지한다는 목표를 가지고, 정부 지출을 각 영역별로 평가하는 범정부적 접근(a whole-of-government approach)이 필요함. 보건지출 전망과 더불어 연금, 다른 정부 지출의 전망도 함께 포함되어 있음.
- 공공 보건 지출의 재정을 조달하기 위한 정책적 대안과 이에 대응하는 국가 사례들을 예비 검토하였음. 마지막으로 결론에서는 2020년 발간 예정인 보고서에 대한 방향과 개요를 요약하였음. 정책적 대안은 ‘정부 세수 확대’, ‘정부 세수의 상당 부분을 보건 지출에 할당’, ‘공공에서 민간 재정으로의 전환’, ‘효율성 확대를 통한 지출 증가 통제’의 네 가지로 나눌 수 있음.
 - 이 네 가지 대안은 상호배타적이지 않으며, 정부와 시민의 우선순위, 보건 부문과 다른 부문 간 지출 요구를 조화시키는 수준에서 이루어지는 정치적 선택임.
- 본 보고서의 목적은 앞서 제안된 정책적 대안들이 보건지출을 관리하는 데에 효

과를 발휘하는지 살펴보는 것임.

- 지출 전망 결과를 살펴본 이후, 정책적 선택이 가져올 수 있는 시나리오를 전망 하였음. 또한 현재 세수 및 부채 구조를 통해 국가들이 정책적 대안을 시행할 준비가 되어 있는지 살펴 봄. 마지막으로, 2020년 보건의료체계 지속가능성 보고서 준비를 위한 논의사항을 요약했음.

□ 2040년까지의 보건 지출 전망

○ 정책적 대안을 살펴보기 이전에 여러 시나리오 하에 공공 보건 지출 전망을 살펴 보아야 함. 본 보고서에서는 공공과 민간 재정을 구분하여 지출 전망을 살펴보았 으며, OECD 경제부가 분석한 세수 및 전체 정부 지출 전망과 매칭하여 2040년 까지의 보건 지출을 전망함.

- 보건지출 증가 요인은 소득 증가, 생산성 압박, 인구 구조 변화, 신기술 도입 등 다양 함. 추계 모형은 이러한 요인들을 각각 분리하여 전망하는 조성법(component based approach)을 사용함.

- 인구 구조 변화의 효과를 살펴보기 위해 연령별 지출 추이를 살펴보고 회귀 분석에서 소득, 생산성 압박, 신기술의 영향을 각각 분석함. 지출 추계의 구 체적 결과는 Lorenzoni et al.(2019)를 참조

○ 시나리오 유형은 아래와 같음.

- (기초 시나리오: base policy scenario) 현재의 정책이 향후에도 계속 유지된다는 전제 하에 보건지출을 추계
 - GDP 대비 전체 보건 지출은 2017년 9%에서 2040년 11%로 증가. 지출 증 가 요인으로 소득 증가가 50%, 인구 구조 변화가 25% 미만을 차지. 나머 지 는 보건 부문의 낮은 생산성, 그리고 설명되지 않은 요인들이 차지함.
 - 지출 추계 결과의 2/3 이상이 공공 보건 지출에서 기인했는데, 2019년 6.5% 에서 2040년 8%까지 증가할 것으로 전망.
 - 국가 비교 시, 헝가리, 라트비아, 그리스가 가장 낮은 증가율을 보이고 노르 웨이와 캐나다가 높은 증가율을 보임.

- (전체 비용을 통제한 시나리오: full cost control scenario) 효과적인 지출 통제 정책들이 보건 지출 증가 요인들을 어떻게 상쇄시키는지 추계. 기초 시나리오와 비교했을 때 기대수명 증가가 건강 수준을 향상시키고, 보건지출을 감소시킨다는 가정이 포함됨.
- (비용 압박 시나리오: cost pressure scenario) 덜 효과적인 지출 통제정책들이 지출 증가 및 신기술 도입과 결합했을 때 어떻게 되는지 살펴봄.

2) 지속가능한 보건재정을 위한 정책들을 정량화하기

□ 보건 및 기타 공공 지출의 증가에 대응하여 정부 세수는 얼마나 증가해야 하는가?

○ 기초 시나리오에 기초한 지출 추계는 OECD 경제부의 정부 전체 지출 추계에 내재된 결과임. GDP 대비 공공 부채 규모는 안정하다고 가정하였기 때문에 정부 전체 세수(세금, 기타 세금 등)는 정부 지출 추계 결과와 매칭됨.

- 단, 이 모델에서 부채규모만 안정하다고 보고 다른 공공 재정이 안정된 수준을 유지하는지를 고려하지 않음. 일부 국가에서 GDP 대비 부채 규모가 현재 너무 높기 때문에 아마 시간이 지날수록 감소하거나, 일부 국가에서는 현재 부채 규모가 너무 낮기 때문에 증가의 가능성이 있음.
- 이러한 가정 하에 분석한 결과, 정부 전체 지출은 2040년까지 GDP 대비 2%p 증가하는 것으로 나타남.
 - 국가별로 비교했을 때, 노르웨이, 슬로베니아, 미국이 가장 지출이 증가하며, 라트비아, 슬로바키아, 에스토니아, 헝가리, 포르투갈, 이스라엘, 그리스는 정부 지출이 감소하는 것으로 전망

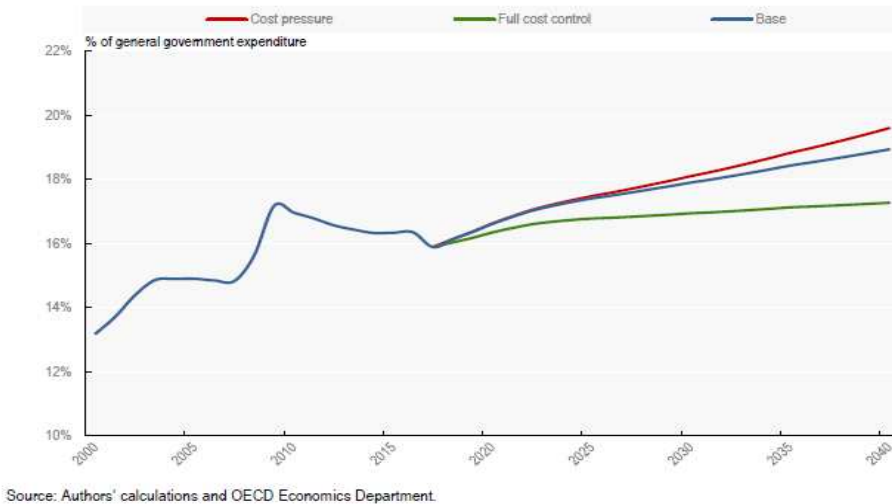
○ 평균적으로 보건지출의 증가는 전체 정부 지출의 2/3를 차지했음. 일부 국가(아이슬란드, 이스라엘 등)에서는 다른 부문의 지출 감소로 인해 보건 지출의 증가를 상쇄시키는 결과를 보임.

○ 공공 지출 구조를 살펴보면, 시간이 지날수록 정부 예산에서 보건 비중이 증가하고 있었음. OECD 국가들에서 정부 지출 중 보건 지출의 비중이 2000년 13%에

서 현재 평균 16%까지 증가함.

- 보건지출추계의 기초 시나리오 하에서, OECD 국가들은 2040년까지 보건 분야에 공공 예산 지출의 19% 이상을 할당할 것임.
- 이 비중은 비용통제 시나리오에서 17%로 지난 경제 위기상황에서 관찰된 가장 높은 수준의 비중과 같았음. 비용압박 시나리오에서 20%까지 증가함.
- 공공 보건 지출 증가가 전체 정부 지출 증가보다 더 큰 국가(캐나다, 아일랜드, 아이슬란드)에서 보건 지출 규모가 계속해서 증가함.

Figure 2.1. Health expenditure as a share of government expenditure, OECD average by scenario

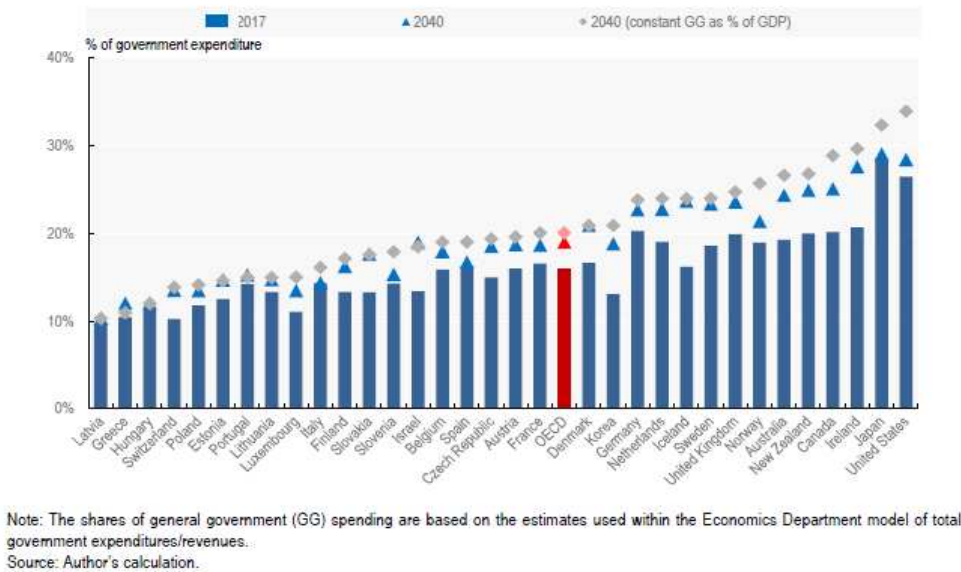


□ 전체 공공 지출의 통제가 보건 지출 배분에 미치는 영향은?

- 전체 공공지출이 현재 수준으로 유지된다고 가정했을 때, 전체 예산 중 다른 부문 예산의 2%를 추가적으로 보건지출에 사용해야 함(전체 공공지출에서 보건지출의 비중이 20%에 이름). 미국, 노르웨이, 캐나다처럼 공공 보건지출이 증가하는 것으로 전망된 국가에서는 전체 공공지출에서 보건 지출의 비중이 상당히 증가함.
- 미래에 상당한 규모의 재할당을 할 수 있는 국가의 역량은 기타 공적 서비스 제공을 타협하지 않고는 어려울 수 있음. 정책적 관점에서, 보건에 대한 우선순위가 인구집단의 기대에 부응하는 기타 공적 서비스와 대치될 수 있으며, 공적 우선순

위에 맞더라도 이러한 지출이 비용대비가치(value for money)에 맞는지 확실하기 어려움.

Figure 2.2. Public spending on health as a share of total government spending



□ 공공보건지출이 변화가 없다면, 민간 지출은 얼마나 증가할까?

- 보건의료체계의 재정건전성을 유지하는 대안 중 또 다른 하나는, 공공 재정과 민간 재정의 상대적 규모를 고려하는 것임. 보건의료에 대한 수요는 증가하는데, 정부가 현재 수준만큼 재정을 유지할 수밖에 없다면, 민간 재정이 전체 공공지출의 추가적 증가를 흡수할 수 있음.
- 지난 몇 년간 민간지출의 규모는 크게 변하지 않았으며, 보건 지출에서 1/4를 차지함. 하지만, 민간재정에 의존하고, 결과적으로 민간 재정으로 자원을 조달하는 정도는 국가별로 차이가 남.
 - 2018년 기준 민간 지출은 한국, 라트비아, 그리스에서 이미 40%이상으로 높으며, 노르웨이, 룩셈부르크 일본은 민간 재정에 거의 의존하지 않음.
- 하지만, 어떠한 국가도 정부의 예산 혹은 사회보험으로 보장되는 사람들의 수를

줄이려고 하지 않음. 그렇기 때문에, 보건의료서비스의 비용 부담, 혹은 공적 영역에서 보장하는 서비스 범위를 줄이는 방법들을 고려하게 됨.

- 이러한 정책적 선택들은 경제 긴축 시기, 혹은 공공 지출 확대가 어려운 국가에서 시행되어 왔음.

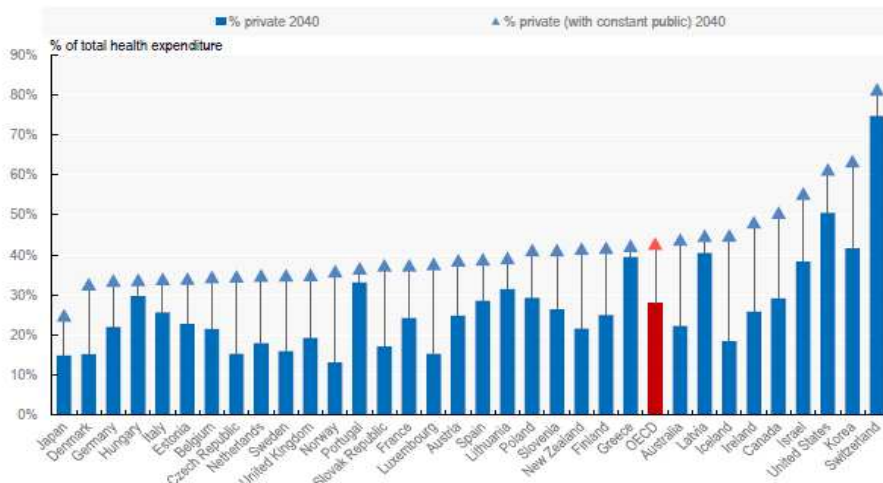
○ 민간 부문에의 의존 특히, 공공에서 보장되던 서비스들을 민간으로 이전시키는 것은 서비스 접근성과 불평등의 문제를 가져올 수 있음.

○ OECD 국가를 살펴보면, 보건 분야 민간 지출은 2040년 2.2%까지 증가하며 대부분 민간에서 조달 될 것으로 추정됨.

- 캐나다, 아일랜드, 노르웨이에서 특히, 증가 폭이 높게 나타남.

○ 2017년 기준 OECD 국가에서 민간 보건 지출 비중은 28%였는데, GDP 대비 정부 지출을 현재 수준으로 유지한다고 했을 때, 2040년까지 일본을 제외하고 모든 국가에서 전체 보건 지출 중 민간 지출은 40% 이상을 차지할 것으로 전망됨. 캐나다, 이스라엘, 한국의 경우, 민간 재정의 비중은 보건에 대한 총 지출의 50% 이상까지 증가할 것으로 전망됨.

Figure 2.3. Private expenditure on health as a share of total expenditure on health in 2040, and projected increase under the assumption of constant public spending on health, by country.



Note: Private spending as a share of total health spending in the case of 'constant public' assumes that the increase in public spending in health under the 'base' scenario is 'transferred' to private sources.

Source: Author's calculation.

□ 효율성 증가가 어느 정도까지 보건 지출의 증가를 통제할 수 있는가?

○ 비용 압박, 기초 및 비용 통제 시나리오에서 공공 보건 지출이 증가하는 것으로 추계되지만, 정책입안자들은 특정 정책의 도입을 통해 보건 지출의 증가를 어느 정도 통제할 수 있음.

- 효과적 비용 통제 정책이 없다고 가정하는 비용 압박 시나리오에서 GDP 대비 공공보건지출의 비중은 2017년에서 2040년까지 거의 2%p까지 증가 전망(기초 시나리오에서 1.7%p 증가와 대비).

• 그리스, 헝가리, 라트비아의 경우 1%p미만 증가, 캐나다, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴은 3.5%p 이상 증가

○ 효과적인 비용 절감 통제들이 보건 지출 증가요인을 상쇄할 수 있다고 가정하는 비용 통제 시나리오에서는 GDP 대비 공공 보건 지출이 2017-2040년 사이 1% 아래에서 증가하는 것으로 전망(다시 기초 시나리오에서 1.7%p 증가와 대비).

- 그리스, 헝가리, 리투아니아, 포르투갈은 공공 보건 지출이 2017년 대비 2040년에 감소하는 한편, 캐나다, 아이슬란드, 노르웨이에서는 2%p 증가로 전망

○ 보건 지출 증가를 상쇄하고 비용을 절감하는 다양한 정책들을 고려할 수 있음.

- 부적절한 진료 혹은 보건의료체계의 비효율적 과정들을 제거하는 것은 비용대비가치(value for money)를 높일 수 있는 핵심임. 국가별로 불필요하거나 불충분한 서비스 내용에는 큰 변이가 있음.

• 보건의료인력, 서비스 연계 및 조정, 신의료기술 및 의약품 등 각 영역에서 생산성을 개선하는 방법도 고려할 수 있음. 예를 들어, 제네릭 의약품 시장을 개발하거나 의약품 허가 제도를 개선하는 것들이 의약품 지출을 관리하는 데 도움이 됨.

• 기술 발전을 최대한 활용할 수 있는 보건의료체계 환경을 조성할 수 있음. 지난 몇 년간 보건의료부문은 다른 영역에 비해 데이터와 디지털 기술을 활용하는 데에 뒤쳐져 있었음. 디지털화는 환자에게 가까이 다가가는 서비스 모델을 개발하고, 전달체계를 개선하는 데 도움이 됨.

3) 보건지출 증가에 얼마나 국가들이 잘 대응하고 있는가?

- 다양한 시나리오 하에 추계된 결과들에 따르면, 보건지출은 지속적으로 증가할 것임. 증가하는 지출에 대응하기 위해 정책입안자들이 선택할 수 있는 방법은 다양함. 그 방법들은 국가가 가진 보건의료체계의 구조적 환경, 경제학적 맥락, 인구구조에 따라 차이가 있음.
 - 공공 재정의 전반적 상황: tax-to-GDP ratio, levels of public debt
 - 인구학적 맥락: inactive ratio¹⁶⁾
 - 보건 재정 현황: revenue from payroll taxes/contributions
- 높은 수준의 부채와 세금으로 미래 보건지출 변화에 대응할 여지가 거의 없을 수 있음.
 - 공적 지출을 추가적으로 확대하기 위해서는 세금을 높여야 함. GDP 대비 비중으로 측정되는 세수 규모는 국가별 세금 범위와 그 정도를 측정하는 지표이며 동시에 조세제도의 효율성을 반영하는 지표임.
 - 2017년 기준 OECD의 GDP 대비 세금 비(tax revenue ratio)는 34.2%. 그 비는 2008-2009년 경제위기 직후 매우 완만한 폭으로 증가하다가 이후 지속적으로 증가하고 있음. 1965년 세수가 기록되기 시작한 이래 2017년 가장 수치가 높음. 프랑스가 46.2%로 가장 높고 멕시코(16.2%)가 가장 낮음.
 - 역사적으로 50%까지 오르는 경우도 있었지만, 세수를 확대하기 위해 정치적 의지가 있는지는 의문임. 정부는 각기 다른 세금들이 분배에 가져다주는 합의 혹은 경제적 효율성에 미치는 효과 등 다양한 요인을 고려해야 함.
 - 소득세, 사회보장기여금과 더불어 간접세들이 많은 정부의 주목을 받고 있음.
 - 담배세, 주류세는 장기간 광범위하게 시행되어 왔고 어떤 국가들은 일부 식품과 주류가 아닌 음료에도 세금을 부과함.
 - 건강 관련 상품 역시 건강에 해로운 상품의 소비를 통제할 수 있다는 측면에서 재정 조달을 위한 자원으로서 매력적인 선택임.

16) 일반적으로 사용되는 표준화된 비경제활동인구비와는 차이가 있음. 일반적으로 0-15세, 65세 이상을 비경제활동인구로, 15-65세미만 인구를 경제활동인구로 보지만, 본 연구에서는 퇴직연령과 노동시장 진입연령이 국가별로 다른 차이점을 고려하여, 국가별로 평균 퇴직 연령을 달리 계산하여 비를 개개별로 추계함.

□ 인구고령화 속도가 빠르고 사회보장기여금/급여세(payroll tax)에 대한 의존이 높은 국가들은 세금 부족 문제를 가지고 있음.

○ 인구가 고령화 될수록 경제활동인구 대비 비경제활동인구 비(ratio, 이하 비경제활동인구 비)는 증가함. 즉, 이는 사회보장기여금을 납부할 수 있는 사람들의 수가 얼마 안 되는 것을 의미함. 보건재정을 유지하기 위해 사회보장기여금에 의존하는 국가들은 비경제활동인구비가 증가할수록 어려움을 겪게 됨.

○ 다양한 세수의 형태 중에 사회보장기여금과 급여세는 경제활동인구와 밀접한 관련을 가지는데, 이는 이들이 대부분 임금소득에 의존하기 때문임. 보건 재정에서 사회보장기여금 규모는 정부 세수가 경제활동인구-비경제활동인구 변화에 얼마나 예민하게 반응하는지를 살펴보는 척도가 될 수 있음.

- 2017년 기준 25개 OECD 국가 중 4개 국가가 보건재정의 75% 이상이 사회보장기여금에서 조달되고 있었음.

- 슬로베니아, 폴란드, 에스토니아는 특히 사회보장기여금에 매우 의존하고 있었으며, 칠레, 헝가리는 사회보장기여금 비중을 줄이고 최근 상당 부분 일반 조세에서 조달하고 있었음.

- 하지만 다른 형태의 급여세 혹은 피고용주/고용주 기반(사회보장) 기여금들이 전체 정부 세수의 일부분을 구성하기 때문에, 보건 재정을 사회보장기여금에 국한시켜 분석하기에는 한계가 있음.

- 연금을 수령하는 노인들 혹은 자영업자가 납부하는 비(非)임금형태의 사회보장기여금도 이중 하나임. 보건 재정을 보다 면밀히 분석하기 위해서는 세금과 사회보장기여금을 추가적으로 세분화하여 분석해야 함.

- 임금(wage) 기반 사회보장기여금에 매우 의존적인 보건재정은 증가하는 비경제활동인구 비에 취약할 밖에 없음. 일부 국가를 제외한 거의 모든 국가는 비경제활동인구 비가 증가할 것으로 전망됨.

- 65세를 퇴직 연령으로 구분하는 것도 다소 오해의 소지가 있는데, 실제 퇴직 연령이 국가마다 차이를 보이기 때문임(슬로바키아 60세, 한국 72세). 많은

인구들이 2040년에 비경제활동인구비가 100%를 초과하는 것으로 전망됨.

○ 급여세에 의존하는 동시에 인구고령화가 급속도로 증가하고 있는 국가들은 장기적으로 보건재정의 위험이 예상됨.

- 공공 보건 지출에서 임금 기반 사회보장기여금이 얼마나 중요한 비중을 차지하는지를 살펴보기 위해 전체 사회보장기여금과 비경제활동인구비를 함께 포함시켜서 분석고 중위 값을 기준으로 국가들을 구분함.
- 프랑스, 오스트리아, 슬로바키아가 2040년까지 (비경제활동인구비의 증가 그리고 세수 확대를 위한 노동시장 의존도 증가로 발생하는) 세수 부족에 가장 취약한 것으로 나타남. 특히, 슬로바키아는 기초 시나리오 전망에서, 공공 보건 지출 증가가 가장 많이 증가하는 국가 중 하나임.
- 인구고령화에 취약한 국가들은 비경제활동인구 비의 증가를 고려하여 세입 구조를 재 평가해야함. 정책적 대안으로는 1) 세수 확대 2) 사회보장기여금 비율 확대 3) 노동시장에 의존하지 않는 재원구조의 다양화가 있음.

		Inactive ratio in 2040		
		Lower than median	Close to median	Higher than median
Revenue from Social Security Contributions and payroll taxes (in % of total revenue) (2015-2017 average)	Lower than median	Chile, Iceland, Mexico	Australia, Canada, Ireland, Israel, Denmark, New Zealand, United Kingdom	
	Close to median	Korea, Turkey	Estonia, Finland, Germany , Hungary, Luxembourg, Netherlands, Norway, Portugal, Sweden, Switzerland, United States	Belgium, Greece , Italy , Latvia, Spain
	Higher than median		Czech Republic, Japan, Lithuania , Poland	Austria , France, Slovenia , Slovak Republic

Note: Countries that show a higher than median increase in the inactive ratio between 2017 and 2040 are reported in bold. We use a three-year average (2015 to 2017) for revenues from social security contributions due to significant year-to-year variation.

Source: Authors' estimates, based on OECD Employment Outlook 2019, OECD Pensions at a Glance 2017, United Nations World Population Prospect 2019.

□ 정책의 실행가능성은 정치적, 사회적 선택의 문제임.

- 향후 공공 보건지출을 확대할 수 있는 정부의 역량은 사회적, 정치적 선택에 따라 달라짐. 정책입안자는 (특히 다른 정부 예산을 공공보건지출로 할당할 때) 증가하는 공공보건지출을 조달할 많은 방법을 고려하기 위해 열린 토론과 시민들의 목소리를 경청해야 함.

- OECD 위험 조사(OECD risks that matter)에서 사람들이 체감하는 사회경제적 위험, 사회정책에 대한 만족과 선호도를 조사한 바 있는데, 많은 사람들이 더 나은 공공 서비스를 위해 세금을 더 많이 낼 의사가 있다고 밝힘.
- 특히 보건의료부문에서 세금을 더 많이 낼 의사를 밝혔음. 아일랜드, 포르투갈, 그리스가 가장 높았으며, 특히 포르투갈과 그리스는 응답자의 80%가 정부가 부유한 사람들에게 세금을 더 많이 부과해야 한다고 응답

4) 결론

- 보건지출 추계 결과에 따르면, 공적 재원으로 조달되는 보건 지출이 GDP 대비 규모, 혹은 1인당 규모로 보아도 증가할 것으로 전망됨. 하지만 증가 정도는 얼마나 정책들이 향후에 비용들을 잘 관리하고 통제하느냐에 따라 달라짐. 두 가지 정책적 함의를 제시함.
- 첫째, 소득 수준의 증가, 고령화 사회, 기술의 도입을 고려했을 때, 전체 보건 지출이 향후 20년간 증가하지 않을 것이라는 시나리오의 비현실적임. 그러므로 정책입안자들은 GDP 대비 보건지출 혹은 보건지출 그 자체의 규모 중 적어도 하나는 증가한다는 가정 하에 계획을 세워야 함.
- 둘째, 정부는 보건지출 증가를 관리하는 데에 영향력을 행사할 수 있음. 추계 결과, 비용 압박 시나리오에서, 1인당 공공 보건지출 연평균 증가는 2.8%로 나타났다. 전체 비용 통제 시나리오에서는 생산성 확대와 건강한 생활 습관을 위한 정책을 실행했을 때는 그 수치가 2.2%임.
- 재정 건정성 문제를 해결할 수 있는 정책들은 1) 전체 공공 지출에 맞게 전체 정부 세수 구조 조정, 정부 세수의 상당 부분을 보건에 배치, 민간 재정으로의 전환, 보건 부문 효율성 확대 등이 있음.
- 정부가 전체 공공 지출과 함께 세수를 확대한다는 시나리오(즉, GDP 대비 부채 비율을 적정 수준으로 유지) 하에 분석시, 2040년까지 정부 지출 수준을 2% 이상으로 증가시켜야 함. 이 증가의 2/3은 보건 지출 증가에 해당함.
- 안정된 재정 구조를 확보하기 위해서는 국가의 현재 및 향후 부채, 세수 확보 역량을 고려

했을 때 전체 세수를 확대할 수 있는 여지가 있는지 잘 살펴보아야 함.

- 현재 수준으로 전체 공공 지출을 유지하면서도 보건지출이 함께 증가한다는 것을 고려했을 때, 정부 지출의 20% 이상이 보건지출 증가에 사용될 것임.

○ 재정건전성을 유지하기 위한 정책이 만약 없다면, 보건지출 부담을 민간 재정으로 전환하는 것도 하나의 방법이 될 수 있음. 민간 재정으로 전환하는 시나리오에서, 민간 재정 부문이 현재 28%에서 2040년 40%까지 증가할 것임.

□ 본 보고서에 담긴 예비 결과들은 2020년 발간될 보건의료체계 지속가능성 보고서의 핵심 방향을 제시함.

○ 2020년 발간될 보고서에는 OECD, G20 국가 간 보건지출 변이를 둘러싼 다양한 요인, 의료 질을 저해하지 않는 수준에서의 지출 통제 정책들을 살펴볼 것임.

○ 아울러, 해당 보고서에서는 국가별, 시기별 보건지출 추이를 살펴보고, 추이를 이해하는데 있어 정책의 역할이 무엇인지를 살펴보고자 함. 각 국가별 구체적 분석 결과는 정책과 제도적 환경들이 향후 지출 전망에 어떻게 영향을 미치는지 살펴보는 데에 중요한 부분이 될 것임.

○ 발간될 보고서의 주요 정책 메시지는 “보건지출은 계속 증가하지만, 정부는 향후 지출 증가를 관리하는 데 중요한 영향력을 가진다”는 것임. 선택된 정책과 방향들이 향후 20-30년 보건의료체계가 직면한 지속가능성의 문제를 헤쳐 나가는데 도움이 될 것임.

라. 환자보고지표조사 경과 업데이트

의제	Item 8. Sustainable health financing
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)19 Luca LORENZONI, ELS/HD, Luca.LORENZONI@oecd.org, +(33-1) 45 24 76 21 David MORGAN, ELS/HD, David.MORGAN@oecd.org, +(33-1) 45 24 76 09 Chris JAMES, ELS/HD, Chris.JAMES@oecd.org, +(33-1) 45 24 89 69

사무국 공지

- 2017년 보건장관회의는 보건의료시스템의 사람 중심성 강화를 결의하고 사람들의 삶의 질 향상을 위해 보건의료시스템의 성과 측정 방법을 개발하도록 OECD에 요청함. 이에 대응하여 OECD는 PaRIS 사업(환자가 직접 보고하는 지표 조사)을 개발하여 추진하고 있음.
- PaRIS는 OECD 국가 간 보건의료를 바라보는 관점의 변화를 이끌어 낼 것이고 20세기 공급자 중심 모형에서 사람들의 필요를 충족시키는 사람 중심 모형으로 보건의료시스템을 전환시키는 핵심 사업임.
- PaRIS 조사 개발 과정 요약
 - OECD 사무국은 보건위원회와 PaRIS 작업반, 전문가, 그리고 기타 사업 이행을 위한 그룹과 함께 작업을 추진함.
 - 사무국은 만성질환자의 건강 결과 및 경험을 조사하는 PaRIS 프로젝트를 위해 국제 컨소시엄 계약을 준비 중임.
 - PaRIS 조사 1단계(조사 도구 개발/테스트)는 2020년 말까지 진행 예정
 - 2020년 초 사무국과 컨소시엄으로 조사 수행을 위한 국가별 세부 계획 개발
 - 개별 국가는 1단계 수행을 위한 focal point 또는 NPM 지정
 - 2단계(예비조사) 및 3단계(본조사)는 2021년부터 2023년까지 진행 예정
 - 참가국들은 2020년 11월까지 협약서 사인 필요
 - 국가 보건의료 시스템에 맞는 조사도구 개발을 위한 지원
 - 예비조사 후 본 조사 실시를 위한 최종 의사결정
 - 참가 협약서 작성 준비와 필수 정보 제공을 위해 참가국들은 2020년 5월 31일까지 ELS Director에게 2-3단계 참여 관련 의향서를 제출함.

- 이 문서는 PaRIS 작업반 및 관련 전문가들의 정보에 기반하여 현재 진행 및 다음 단계에 관한 업데이트를 제공함.
- 대표단 논의 요청
 - PaRIS 프로젝트의 진행사항 및 국제 조사에 관한 제언
 - 2020년 5월 31일까지 PaRIS 조사 참여 의향서 제출
 - 프로젝트의 중요 단계 이행과 관련하여 필요한 정보 요청

1) 환자가 보고하는 지표 조사(PaRIS): 배경 및 목적

- OECD 회원국을 중심으로 보건의료 시스템이 어떻게 사람의 필요를 제공하고 있는가에 대한 체계적 정보는 부족함. 이러한 정보는 사람 중심적인 보건시스템을 구축하고자 하는 OECD 국가들의 정책 결정자들에게 필수적임. 특히, 만성질환자 대상의 시스템 구축 측면에서 중요함.
- 이러한 맥락에서, 2017년 보건장관회의에서 OECD 회원국들은 환자의 의료서비스 경험 및 의료 결과에 대해 국가 간 비교할 수 있는 지표 개발을 OECD 보건위원회에 요청하였으며 OECD는 환자가 보고하는 지표 조사(PaRIS)에 착수함.
- PaRIS 조사는 일차의료 또는 외래진료 기관에서 서비스를 받는 만성질환자를 대상으로 국제 조사 시행을 목적으로 하며, 만성질환자들의 상태 측정에 초점을 둠.
 - 조사 결과에 근거, 정책입안자들은 사람들의 필요를 반영하여 보건의료시스템의 개선을 위해 노력할 수 있고, 모든 이해관계자들은 건강 결과 및 경험의 다양성을 이해하며, 각기 다른 수준에서 진료 개선을 위해 정책적 노력을 기울일 수 있음.

2) PaRIS 개발: 과정 및 주요 의사결정 포인트

- 2019년의 진행 사항
 - 경쟁 입찰을 통한 기술적인 지원을 위한 국제 컨소시엄을 구축하고 관련 업무에

대한 kick-off 미팅을 진행, 2019년 11월 5일 3차 PaRIS 작업반 회의를 개최하여 프로젝트의 다음 단계 진행과 관련한 구체적인 진행사항을 논의함.

- NIVEL(Netherlands Institute for Health Services Research), IPSOS MORI, University of Exeter, Optimedis AG, Avid Donabedian Research Institute

○ PaRIS 작업반에서 논의한 3가지 주제

- (설문 내용 및 결정 방법) 조사 내용은 국가별로 결정하지만, 일차의료 및 외래 진료 기관 이용 만성질환자 대상, 대상자 선정 방법 등과 같은 조사 설계는 PaRIS 테스크포스에서 개발하고, 보건위원회가 승인한 방법에 따름. 이때 참가국은 모든 의사결정의 주체가 되며, 기술자문 위원회의 자문 구득은 가능함.
- (국가 수준의 조사 환경 구축) 참가국은 조사하고 싶은 지역의 수를 제안할 수 있으며, 샘플 규모를 국가 로드맵에 포함시킬 수 있음. 윤리적인 측면에서 승인이 필요한 국가는 그 과정에서 사무국에 고지하면 지원 가능함.
- (데이터 처리) 신규 자료 수집 시 프라이버시 규정이 요구되는 국가의 경우, 초기에 사무국 및 계약자와 논의할 것을 제안함.

□ PaRIS 조사에 환자 참여시키기

- PaRIS 조사의 성공을 위해서는 환자의 참여가 필수적이므로 환자 패널을 구축해야 함. PaRIS 작업반 대표는 환자의 관점을 통합하고 관리할 수 있도록 국내 및 국제 환자 그룹으로부터 환자 패널의 연계를 지원함.
- 사무국은 2019년 말까지 패널 구성에 관한 계획을 완료하고, 2020년 초반에 온라인 커뮤니티를 통해 패널 kick-off를 개최할 예정

□ PaRIS 조사개발 참여를 통한 유의

- 작업반에서는 국제 계약자와의 컨소시엄 발표 시 조사 준비를 하는 동안 제공할 수 있는 가치를 분명히 제시함. 선정된 국제 계약자는 국제적 수준의 전문적 기술과 일차의료 조사 및 환자 조사 경험, OECD 국가들의 지식 등 광범위한 경험을 결합할 수 있음.

- PaRIS 조사의 1단계는 조사도구의 개발 및 테스트 단계로서 2020년까지 진행될 것임. 2단계는 예비조사 단계로서 참가국의 요구에 맞는 조사 도구 개발, 조사 매뉴얼 구축, 인력 훈련을 위해 사무국과 계약자가 참가국과 함께 작업함. 3단계는 본 조사 단계로서 데이터 타당성 분석 및 보고서 작성, 국제비교를 위한 데이터베이스 구축 등을 지원함.
- 2단계 및 3단계 조사 참여시 활동과 관련된 국제 비용은 국가 간 공동으로 마련하며, 더 많은 국가가 참여할 경우 국가별 분담 금액은 낮아짐.
 - 참여 여부의 조기 결정은 경제적 측면 뿐 아니라 정책적 이유에서도 유리함. PaRIS 조사 도구 및 국가 로드맵 개발 시 컨소시엄이 국가에 직접 도움을 줄 수 있으므로 그들의 경험 뿐 아니라 정책적 필요와 목적을 반영할 수 있음.

□ PaRIS 조사의 주요 의사결정 포인트

- 2020년 초반, PaRIS 컨소시엄은 조사도구 개발과 관련하여 국가별 일반적인 요구 사항 및 목적을 파악하기 위해 현장에 파견하여 구체적인 도움을 제공할 것임.
 - 이 단계에서 충분하게 이익을 얻기 위해서 참가국은 focal point 또는 NPM을 지정해야 함.
- 2020년 5월 참가국은 ELS Director에게 이후 단계 참여와 관련하여 참가 의향서를 보내야 하며, 이 단계에서 주요 사항은 참가국의 수에 근거한 국제 비용의 금액이 결정됨.
- 2020년 11월까지 참가국은 2단계와 3단계 참여와 관련하여 협약서를 작성하고, 단계별로 국제 비용을 분담하기 시작함. 협약서는 2단계와 3단계 참여를 별도로 표시하도록 하며, 이를 통해 데이터 수집 범위가 달라짐.
- 도구 개발 중 기술 고문 커뮤니티와 환자 패널은 사무국, 컨소시엄, 참가국에 조언을 제공할 수 있으며, 참가국은 작업반 대표들과 조사도구를 공유하고 조사 도구에 대한 피드백을 제공할 수 있는 기회를 가질 수 있음.

3) 만성질환자 대상 PaRIS 조사의 자금 조달 및 비용

□ PaRIS조사는 대규모 국제 조사이므로 주요 작업 진행을 위한 국제비용(international costs)과 참가국의 국내 운영을 위한 국가비용(national costs)을 포함함.

○ 2018년 6월 27-28일 회의 시 보건위원회는 1단계 자금 조달과 2-3단계 자금 조달 방식을 달리 제시함.

□ 1단계 조사의 자금 조달: 국제 비용(international costs)

○ 2018년 6월 27-28일 회의 시 25개 국가들이 1단계 조사에 참여하겠다는 관심을 표함. 이때 사무국은 1단계 프로젝트 진행과 관련하여 자금 조달 방식에 대한 참가국의 선호를 요청함.

- 자발적 분담금은 프로젝트 비용을 담보할 수 있는 측면에서 다소의 위험 수반

○ 2018년 11월 5일까지 호주, 벨기에, 이탈리아, 룩셈부르크, 네덜란드, 노르웨이, 슬로베니아, 스페인의 7개 국가가 2019년 1단계 조사 진행을 위한 자발적 분담금을 제공하였으나, 1단계 작업 수행과 관련하여 약 290K 유로의 차이 발생함.

□ 2-3단계 조사의 자금 조달: 국제 비용(international costs)

○ PaRIS 조사의 2-3단계 진행을 위한 국제비용은 표 3.1과 같음. 전체 비용은 4백 5십만 유로이며, 3.5년 기준 연간 129만 유로임. 일부 지원을 받는다고 가정할 경우, 총 2,161,000 유로이며, 연간 903,000 유로임. 15개 국가가 프로젝트에 참여한다고 가정할 경우, 연평균 60,200 유로를 분담함. 따라서 더 많은 국가가 PaRIS 2-3단계에 참여하면 국가별 분담금은 감소함.

○ 비용 산출과 관련하여 유사 OECD 국제조사의 기준에 따르면 다음과 같음.

- Programme for the International Assessment of Adult Competencies(PIAAC)에서는 총 국제비용의 50%를 참가국이 균등하게 공유하고, 나머지 50%는 지불 능력에 따라 차등하여 할당함.

- 국가별 지불 능력은 GNP에 근거하며, OECD의 GFTEI(Global Forum on

Transparency and Exchange of Information for Tax Purposes)에서 정의한 국가 가중치를 반영함. 이는 조직 예산과 관련하여 국가별 기여금 산출 시에 사용하는 방법과 동일함.

Table 3.1. Total international costs and average international cost per country for phases 2 and 3

Type the subtitle here. If you do not need a subtitle, please delete this line.

	Total costs over 3.5 years (1000 euro)	Per year	Average* per country over 3.5 years, if 15 countries participate	Average* per country, per year if 15 countries participate
International contractor	2,086	596		
Staff costs	1,603	458		
Other costs (administration, expert missions, communication and visibility, translation, events)	826	236		
Total	4,515	1290		
- Financed by external funding	1,354	387		
To be funded by participating countries	3,161	903	211	60.2

Note: *Participation fees will be adapted to payment capacity based on GNP, as explained in paragraph 42.

Table 3.2. Estimation of approximate estimated costs per country, per year under the assumption of 15 participating countries.

GNP in billion USD	Countries	Country weight	Approximate range of annual participation fee in 1000 euro's
<35	Estonia, Iceland, Latvia, Luxembourg	1	37 to 44
35 – 250	Chile, Czech rep., Finland, Greece, Hungary, Ireland, Israel, Lithuania, New Zealand, Portugal, Slovak Rep., Slovenia.	2	44 to 58
250 – 500	Austria, Belgium, Denmark, Norway, Poland, Sweden	3	51 to 72
500 – 1000	Netherlands, Switzerland, Turkey	4	58 to 87
> 1000	Australia, Canada, France, Germany, Italy, Japan, Korea, Mexico, Spain, UK, USA	5	65 to 101

Note: Field Trial: 1.5 year, Main survey: 2 years, total phase 2 + 3= 3.5 years.

This example takes a hypothetical mix of 15 countries distributed over the five categories.

Country categories in column 1 and 2 are the same as used in Global Forum on Transparency and Exchange of Information for Tax Purposes (GFTEI)

□ 국가 조사운영을 위한 비용(national costs)

○ 국가 비용은 NPM, 공급자 채용, 추가적인 자료 수집 및 조사원 채용 등과 같이 조사 운영을 위한 비용에 해당됨. 국가별로 상황이 다르므로 사무국은 국가 비용 산출 내역을 제공할 수 없음.

- 다만, 국가 비용 산출을 위한 요소는 제공 가능

Table 3.3. Activities to be managed by the countries and variables needed to calculate national costs (phase 1)

Task	Clarification	Factors that influence costs
Participation in WP-PaRIS meetings	Country appoints a delegate. The delegate attends two in-person meetings per year in Paris. Workload is approximately 6 days per year for senior staff.	Wages, travelling distance, time available. (For countries very far from Paris, online participation could be considered).
Translation of questionnaires	This will take place in late 2020. Questionnaires will be delivered to countries in UK English and standard French. Countries are responsible for initial translation of questionnaires, following the guidelines provided by the Contractor. Countries can collaborate when they share languages.	- Number of languages required - price of translation in the country
National Project Manager	Country appoints a National Project Manager (NPM), ideally before the end of the first quarter in 2020. The NPM will use phase 1 to prepare the Field Trial, together with the Contractor and the Secretariat. Workload minimum of 0.3 full time equivalent (FTE) for the duration of 1 year.	Recruitment costs, wages, eventual recruitment of new person, complexity of implementation of the survey in the country. For instance, if the NPM could rely on existing networks of providers, it will be less labour-intensive than if they need to actively recruit providers.
Optional activities chosen by countries	This could be the creation of national advisory bodies, organising national symposia, public relations activities, development of national optional questions, work to integrate PaRIS with existing national strategy, etc.	Country's own decisions

○ 2-3단계 운영을 위한 국가 비용(2021-2023)

- 2-3단계에서는 실제 현장조사 및 데이터 수집이 이루어지므로 더 구체적인 활동내역이 요구됨. 특히, 주요 활동 형태는 데이터 수집이므로 표본 규모가 국가 비용에 영향을 미치므로, 표본 규모의 결정은 비용과 상대적 업무량을 나타냄.

Table 3.4. Activities to be managed by the countries and variables needed to calculate national costs (phases 2 and 3)

National Project Manager	The NPM will carry out the task as described in DELSA/HEA/PARIS/2019/1 . Workload: minimum of 0.5 FTE for the duration of 3 year.	Costs of staff and office, eventual recruitment of new person, complexity of implementation of the survey in the country
Online data collection costs	The preferred data collection method will be online surveying. The contractor and the Secretariat will provide the basic digital infrastructure to enable online data collection. While overall costs are relatively low, there are costs involved in sampling of the patients	Response on online survey, methods used.
Translation of materials including adaption of questionnaires and manuals into primary languages of the country,	Main questionnaires will be finalized in phase 1, but some adaption may be needed. Other materials are instructions for managers, field workers and participants in the survey.	Number of extra PR materials for patients and providers.

4) 특정 질환에 대한 PaRIS 조사

- 2018년 초에 3개의 국제 작업반은 환자가 보고하는 결과 측정에 대한 도구에 대해 논의하고, 유방암, 고관절/슬관절 치환술, 정신건강의 3개 영역에 대한 정의 및 자료수집 전략을 마련함.
- 그리고 2019년 Health at a Glance에 “환자중심 보건의료시스템을 위한 매트릭스 측정”테마 챕터에 결과를 제공함. 이는 PaRIS 이니셔티브가 산출한 첫 번째 국제 데이터 분석 결과임.

□ 고관절/슬관절 치환술

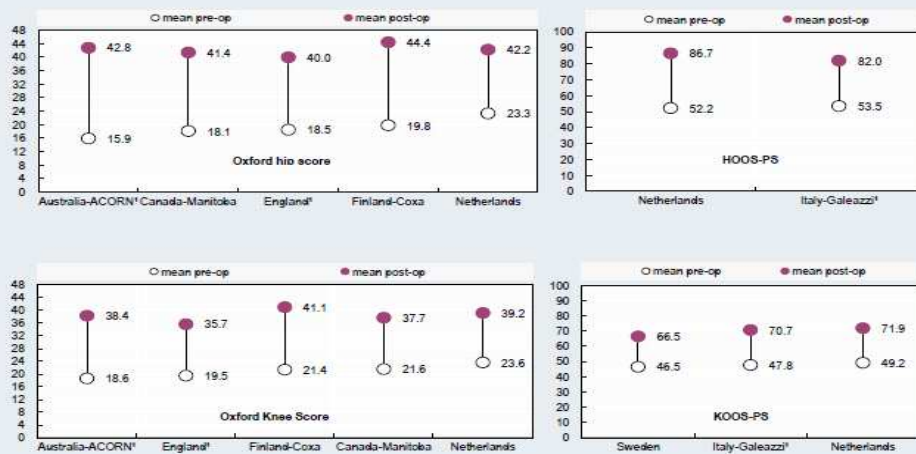
- 고관절/슬관절 치환술에 대한 환자 보고 결과는 각 국가별로 고통 감소와 기능 및 건강 관련 삶의 질의 개선이 나타남.
- OECD 국가에서 비용급 수술인 고관절/슬관절 치환술은 매년 2백2십만명 이상의 환자에게 제공되고 있으며, 수술 결과 및 통증 관리 방법에 따라 통증, 이동성,

활동 능력에 영향을 미침. 이에 OECD는 환자가 보고하는 결과 지표의 수집과 국제 비교를 목적으로 2017년 12월부터 고관절/슬관절 작업반을 구성함.

- 향후, 고관절/슬관절 치환술 작업반에서는 국제 데이터 수집을 위한 가이드라인 개정 및 국가별 비교 가능한 PROMs 결과 산출 방법 개발 예정

Figure 2. Hip replacement patients reported more improvement on the condition-specific measurement indices

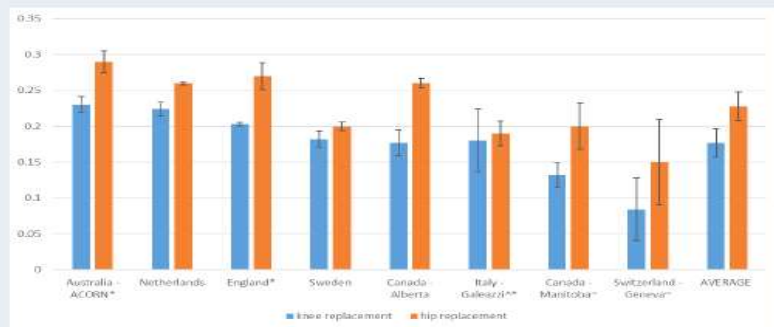
Crude mean pre- and post-operative Oxford Hip/Knee Score and H/KOOS-PS, 2013-16 (or nearest years)



Note: 1. Post-operative measurement at 6 months, all others at 12 months.
Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection. (OECD, 2019^[2])

Figure 3: Patients reported, on average, greater improvement health-related QoL following hip replacement than knee replacement

Adjusted change between pre- and post-operative on the EQ-5D-3L index scores (US valuation), with 95% confidence intervals, 2013-16 (or nearest years)

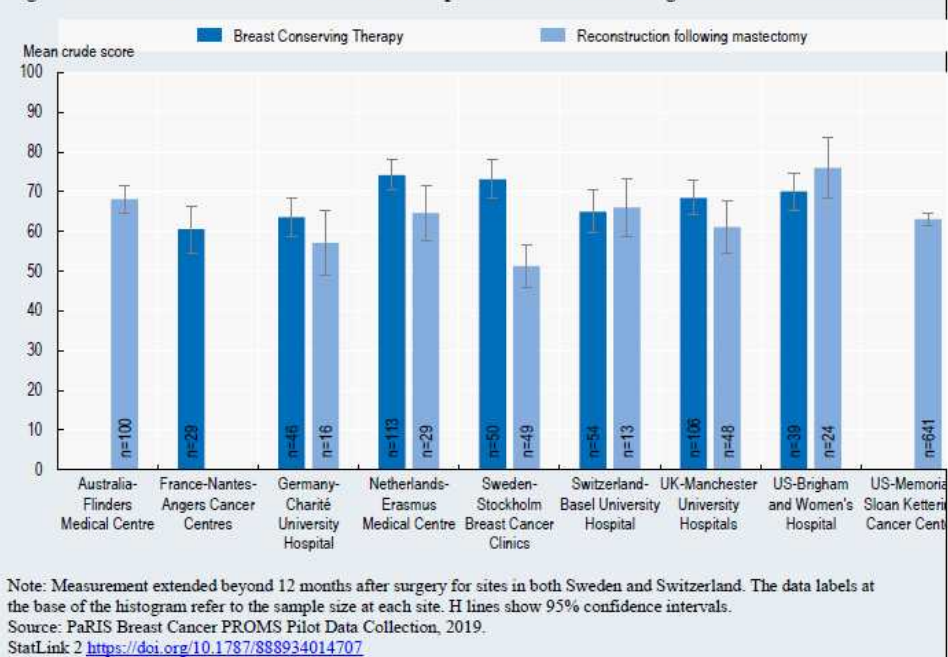


Note: ^ results converted from SF-12v1 instrument; ~converted from SF-12v2 instrument; *6-month post-op collection - lighter shade (all others are 12 months). H lines show 95% confidence intervals.
Source: PaRIS Hip/Knee Replacement Pilot Data Collection. (OECD, 2019^[2])

□ 유방암

- 유방암 분석 결과는 국제적인 비교 가능성을 제시하고, 데이터 수집의 확장 및 지표 개선의 필요성을 제시함.
- 2018년 기준 유방암은 4명의 여성 중 1명이 실시하고 있을 만큼 유병률이 높은 질병이지만 대부분의 국가에서 사망률이 감소하고 있어 수술적 개입이 삶의 질뿐만 아니라 생존율에도 영향을 미침. 이에, OECD는 2018년 이후 작업반을 구성하고 수술 및 Breast Q 도구를 이용한 재건 만족도를 측정하고 있음.
 - 향후 유방암 PROMs 작업반은 국제적인 이니셔티브 강화를 위해 국제 파일럿 데이터 수집 및 확산에 우선순위 부여 예정

Figure 1: Crude PROM scores for breast cancer point to variations in surgical outcomes



□ 정신건강

- 정신건강과 관련하여 작업반은 PREMs 측면에서 존경 및 존엄, 의료진과의 커뮤니케이션 및 관계, 의사결정 공유의 3가지 영역에 대한 우선순위 선정하고,

PROMs 측면에서 증상의 부담 완화, 사회적 기능 유지, 지지 회복에 우선순위를 두고 측정함.

- 정신건강 영역은 사회 및 경제적 참여뿐 아니라 개인적인 웰빙을 위한 주요 요소
이므로, OECD는 2018년 5월 이후 정신 건강에 대한 PROM과 PREM 개발을
목적으로 워킹그룹을 구성함.
- 정신 건강 워킹그룹은 국제 데이터 수집과 벤치마킹을 위한 가장 타당한
PROM과 PREM 도구 개발 예정

5) 결론 및 향후 단계

- 2020년은 PaRIS 조사 개발을 위한 중요한 해가 될 것임. 사람 중심 보건시스템을
향한 발걸음을 구체화하기 위해 OECD 국가들의 협력이 필수적임.
- 이를 위해 OECD 국가들은 2020년 5월까지 2-3단계 참여에 대한 의향서를 ELS
Director에게 제출하고, 2020년 11월까지 참가 협약서 서명 및 국제 비용의 분
담이 필요함.
- 동시에 질병 특이적 로드맵 및 설문 도구를 개발하고, 모든 국가들은 다음 단계
조사 이행을 위해 구체적인 정보를 수집해야 할 것임.
- 사람 중심적인 보건시스템으로 전환하기 위해서는 정책적으로 높은 수준의 모멘텀
을 확보하고, OECD 회원국을 넘어 비회원국들을 대상으로 PaRIS 조사에 대한 참
여를 촉구해야 함.

마. 사람중심 보건의료시스템 스코어보드

의제	Item 11. People centred health system scorecard
문서번호	DELSA/HEA(2019)21
담당자	Luca LORENZONI, ELS/HD, Luca.LORENZONI@oecd.org David MORGAN, ELS/HD, David.MORGAN@oecd.org Chris JAMES, ELS/HD, Chris.JAMES@oecd.org

사무국 공지

- 2017년 OECD 보건부 장관 회의에서 각 장관들은 보건의료체계가 효율성과 효과성을 극대화하고 환자의 변화하는 의료수요를 충족시키는 서비스를 제공하는데에 동의함. 아울러, 보건부 장관들은 OECD가 환자 보고 지표 개발을 주도하고 사람 중심 의료를 향해 나아갈 수 있도록 프레임워크와 평가 도구를 개발할 것을 주문함.
- 장관 회의 이후 이사회는 환자 보고 지표 개발과 사람 중심 보건의료체계 프레임워크 개발에 의미있는 진전을 보였으나, 현재까지 어떻게 평가할 것인지에 대한 합의가 이루어지지 않았음.
- 이와 관련하여 2018년 12월 보건위원회에서 프레임워크 안이 개발, 발표되었으며, 이후 2019년 12월 보건위원회에서는 스코어카드를 준비하는데에 동의, 2020년에 출판하기로 동의함.
 - 추가적인 연구들과 각국의 피드백을 바탕으로, 2019년 프레임워크가 개발되었음. 이 작업의 초안 결과는 2019년 5월 의료질 성과 워킹 파티, 2019년 10월 보건통계 워킹파티에서 발표 논의된 바 있음.
- 2019년 7월 초반, 각 국가들을 대상으로, 사람 중심성에 대한 개념과 이해에 대한 조사를 실시하였는데 18개 국가가 응답하였음. 조사에 참가한 국가들은 더 나은 진전을 위해 프레임워크 및 스코어카드를 분석하는데에 동의함.
- 본 보고서에서는 OECD가 제안한 프레임워크의 잠정 안과 스코어카드를 설명할 것이며, 덧붙여 추가적으로 두가지 분석을 실시하였음. 그 분석은 아래와 같음.
- 사람 중심성의 다양한 측면과 주관적 건강 수준 및 보건의료체계와의 관계에 대한 실증 평가

- 회원국 대상으로 진행된 조사를 바탕으로 사람 중심 보건의료체계와 관련한 정책 영역 검토
- 2020년 이사회는 회원국의 의견 및 프레임워크 관련 추가 정보를 토대로 보고서에 포함된 분석을 추가적으로 수정, 개선할 것임.
 - 2020년에 출판 예정으로, 본 안전에 포함된 분석 결과, 국가 대상 조사 결과의 구체적 분석, 국가 정책의 전반적 검토, 사람 중심성 개선을 위한 전략의 추가적 검토들이 포함될 것임.
 - 초안은 2020년 6월 보건위원회에서 발표, 논의될 것임.
- 보건위원회 각국 대표단은 아래 업무를 요청
 - 보고서의 주요 결과 및 정책 함의에 대한 의견을 제출(서면 제출 마감 기한: 2020년 1월 25일)
 - 논의된 내용과 관련한 추가 정보, 관련 정책의 예시들이 있다면 제출
 - 향후 이사회의 사람 중심 보건의료체계 평가 작업에서 고려되어야 할 정책 이슈와 우선순위 논의

1) 사람 중심 의료의 핵심 구성 차원(Dimension)은 무엇인가?

□ 사람 중심 보건의료체계로 전환을 위한 지원

- 2017년 OECD 보건부 장관 회의에서 각 장관들은 보건의료체계가 효율성과 효과성을 극대화하고 환자의 변화하는 의료수요를 충족시키는 서비스를 제공하는 데에 동의함. 또한 보건의료체계가 사람 중심으로 나아가기 위해 OECD가 회원국들을 도와줄 것을 주문함.
- 환자보고지표조사(PaRIS)의 개발과 사람중심 보건의료체계(PCHS)의 분석 프레임워크 준비는 정책입안자들이 보건의료체계의 사람 중심성 강화 수준을 파악하도록 도와주는 중요한 단계임.
 - PaRIS, 환자보고지표의 이용을 촉진하고 국가들이 환자에게 중요한 것을 측정하기 위한 새로운 도구 개발에 의해 추진

- PCHS, 시스템 수준에서 평가와 개선 사항들을 파악하도록 지원함으로써 추진
- 환자 보고 지표에 대해서는 별도 안건이 이번 위원회 회의에서 상정되어 있으므로, 현재 보고서에서는 2018년 12월 위원회에서 논의되었던 사람 중심 보건의료체계 분석 프레임워크에 대해 계속 논의하고자 함.
- 사람중심 보건의료체계의 개념적 틀 외에, 사람 중심성 강화를 위해 필수적인 정책들을 제시하고 관련된 진전을 측정할 수 있는 지표 제안
- 2019년 5월 보건의료 질 성과 워킹 파티, 2019년 10월 보건의료통계 워킹파티의 자문을 반영하고 2020년 추가 정책 분석을 포함한 보고서 완료 제안
- 기존에 제안된 프레임워크에 대한 수정의견, 추가적인 문헌 검토 및 워킹파티 참가자들의 피드백을 바탕으로 추가적인 구성요소를 포함시켰음. 또한 환자 수준의 데이터를 이용하여 사람중심성의 구성 요소들이 주관적 건강 수준 및 보건의료체계와 어떠한 관련을 가지는지 실증적 분석을 실시하였음.
- 마지막으로, 회원국 대상으로 진행된 사람중심성 이해에 대한 조사의 첫 결과도 보고서에 포함되어 있음.

□ 20세기에 설계된 보건의료체계는 현재와 미래의 과제 해결에 적합하지 않다.

- 사회경제적 발전은 보건의료체계에 기대수명의 증가를 포함한 많은 편익을 주었지만 해결해야 할 여러 과제들도 발생시킴. 이는 기존의 보건의료체계들이 가지고 있는 과제들과는 다른 형태임.
- 감염성 질환에서 비감염성질환으로의 변화가 가장 대표적 도전과제로, 비감염성질환은 국제적으로 사망과 질병의 주요원인이 되었음. 하지만 이러한 역학적 변화에도 불구하고 전체 보건의료 지출의 3%만 비감염성질환 예방에 사용되고 있음.
- OECD 국가 전반에서 기대 수명이 증가하고 노인 인구의 규모가 증가하고 있지만 이는 노령화 관련 질병(예: 알츠하이머, 치매)의 증가를 의미하며 재가 및 시설 장기요양 서비스에 대한 수요를 증가시킴.
- 소득 수준의 증가와 기술 발달이 가져온 정보 서비스 접근성의 증가는 보건의

료체계에 대한 기대 수준도 증가시켰음. 사람들은 과거에 비해 자신의 건강과 건강을 위해 제공받아야 하는 진료에 대해 스스로 잘 알고 있으며, 더 나은 서비스가 제공되기를 원하고 있음. 인터넷에 친숙한 세대들은 더 이상 의사들이 알려주는 최선의 치료책만을 믿지 않음.

○ 이러한 도전과제들은 신의료기술과 더불어, 현재 GDP 대비 8.8%에 미치는 보건의료 지출을 2030년 20.3%까지 증가시키는 주요 요인으로 작용할 것으로 보임.

- 앞서 언급한 여러 요인들은 몇 가지 함의를 지님.
 - 먼저 보건의료체계는 서비스를 이용하는 사람들에게 반응해야 함. 또한 사람들이 자신의 진료에 대해 자기 결정권을 행사하기 위해서는 사람 중심 접근으로의 시스템 전환이 필요함.
 - 비감염성 및 노인성 질환은 만성질환 관리를 위한 연계된 접근을 요구함. 사람들에게 적절한 정보를 제공하고 동기부여 함으로써, 사람 중심 보건의료체계가 서비스 사용자들이 현명한 의료이용을 할 수 있도록 도와주어야 함.
- 사람 중심 보건의료체계로 이행은 곧 공유된 책임(shared responsibility)을 의미함. 사람들의 수요와 기대 수준을 더 나은 수준에서 충족시켜주는 대가로 그들이 스스로 건강을 관리할 수 있도록 책임을 독려하는 것임.

□ 사람 중심 보건의료의 중요성을 둘러싼 폭 넓은 합의

○ 사람 중심 보건의료는 새로운 개념이 아님. 지난 몇 십년간 보건의료체계에서 사람을 중심에 놓는 것을 우선순위로 두었음. 일례로 1978년 알마아타 선언에서도 진료의 중심에 환자를 포함시키도록 강조한 바 있음. 하지만, 동시에 무엇이 사람 중심 보건의료체계를 구성하는지에 대해서는 보편적으로 합의된 바가 없었음.

- 이는 환자 개개인에 반응해야 하는 서비스들이 각기 매우 이질적인 특성을 가지며, 환자의 수요와 선호 역시 시간에 따라 변화하기 때문임.
- 아울러 누가 보건의료체계의 중심에 있어야 하는지에 대한 인식도 변화해 왔음. 환자에만 초점을 두었던 환자 중심 의료는 시간이 지나면서 개인, 가족, 서비스 제공자로 그 맥락이 확대되어 해석되어 왔음. 사람 중심성을 둘러싼 해석

역시 맥락별로 차이를 지님.

- 영국과 캐나다의 경우, 환자 중심 의학은 일차의료와 관련이 있지만, 미국의 경우, 환자 중심 진료는 환자 권리 운동에서 시작됨. 세계보건기구는 사람 중심성의 개념에 통합(integration)을 중요한 역할로 강조함.

○ 사람중심성의 핵심 구성요소를 분류하는 연구들이 다수 있었음. 사람중심성 개념과 관련된 용어 사용에서 차이가 있지만 다음의 공통 주제를 공유하고 있음.

- 1) 사람, 환자, 지역사회를 보건의료체계의 중심에 두고
- 2) 이들에게 권한 부여하며
- 3) 개인의 욕구와 기대를 기반으로 케어를 설계하고
- 4) 이용 가능한 자원을 최대한 활용하는 방식으로 건강을 제공

○ 선행 연구들은 다양하지만 보완적인 방식으로 사람중심 보건의료 체계를 분류함. 이는 사람중심 보건의료시스템에서 사람의 역할, 사람중심 시스템의 기초가 되는 원칙, 사람중심 케어의 제공 방식으로 구분됨.

- (사람의 역할 중심 접근) European Observatory of Health Systems and Policies of WHO Europe은 보건의료시스템에서 사람들의 핵심 역할과 이 역할들이 어떻게 상호작용하는지를 파악하는 광범위한 프레임워크 제시: 1) 목소리(voice) 2) 선택(choice) 3) 공동 생산(co-production)
- (목소리) 시민으로서 서비스 사용자는 미시적 수준에서 거시적 수준에 이르기까지의 보건의료서비스체계 및 정책에 참여하여야 함.
- (선택) 소비자로서 서비스 이용자는 서비스 제공자, 치료, 보험자를 선택할 수 있어야 함.
- (공동생산) 자신의 건강에 관여하는 사람으로서, 자신의 건강에 대한 자기 관리, 공유된 의사결정, 그리고 치료를 선택할 수 있음. 기존 보건의료체계 관점에서는 이미 만들어진 서비스가 환자에게 제공되는 것이었다면, 이제는 함께 보건의료서비스의 관점을 공유하고 만들어나가는 것임.
- (원칙 중심 접근) 사람 중심 보건의료의 원칙을 구조화시킨 기타 프레임워크들로서, 영국의 Health Foundation은 사람의 역할보다는 사람중심 케어의 원

- 칙으로 제시: 1) 개인화(personalization), 2) 연계(co-ordination), 3) 가능성(enablement), 4) 품위(dignity), 5) 존중(respect), 6) 연민(compassion)
- 이 프레임워크 하에서, 사람들은 자신에게 최적화되어 연계된 케어, 지원, 치료를 받아야 하고 보건의료체계는 사람들이 역량을 갖추도록 함으로써 자율성과 삶의 만족도가 높아지도록 해야 함.
 - (로드맵 중심 접근) 사람 중심성을 달성하기 위해 반드시 실행해야 하는 로드맵 접근: 1) 구조(structure), 2) 과정(process), 3) 결과(outcomes)
 - (구조) 조직 혹은 시스템 수준에서 사람 중심 문화를 조성하는 것(건강증진프로그램, 교육 프로그램 공동 디자인 등)은 중요하며 이는 사람 중심 보건의료를 가능하게 하는 “구조”에 해당함.
 - (과정) 의사소통을 원활하게 하고 사람이 존중받는 진료를 느낄 수 있도록 하는 과정을 통해 사람 중심 보건의료가 제공될 수 있음.
 - (결과) 서비스 접근, 환자 관련 지표 등 관련 결과 지표를 측정하여, 사람 중심 보건의료의 가치를 확인함.
 - WHO는 2016년 로드맵 중심의 분석틀로 ‘Framework on Integrated People-centered Health Services’ 를 제시: 사람중심 보건의료시스템의 비전 달성을 위한 5개 전략 제안
 - 1) 사람과 지역사회의 참여와 권리 보장
 - 2) 거버넌스와 책무성 강화
 - 3) 케어 모형의 방향 전환(reorient)
 - 4) 영역 내, 영역 간 서비스 연계
 - 5) 참여 가능한 환경 조성

2) 사람중심 보건의료체계의 OECD 프레임워크와 지표

□ 사람 중심 보건의료체계의 OECD 프레임워크

○ 사람중심 보건의료시스템 OECD 프레임워크는 기존의 보건의료 시스템 성과 프

레이م워크를 대체하지 않고 사람 중심성을 반영하도록 2006년 초기 개발 버전을 다음과 같이 수정하였음.

	Healthcare System Performance				
	Dimensions				
	Quality			Access	Cost/ expenditure
Health Care Needs	Effectiveness	Safety	Responsiveness/ Patient-centeredness		Accessibility
Primary prevention			Individual patient experiences	Integrated care	
Getting better					
Living with illness or disability					
Coping with end of life					

○ 사람중심 보건의료 시스템의 OECD 프레임워크는 추가로 사람 중심성 달성을 위한 주요 구축 요소(building blocks) 제시함.

- 2018년 보건위원회에서 제안된 세가지 측면(목소리, 선택, 공동생산)에 존중(respectfulness), 통합(integration)을 추가함.

○ 그 결과 새로운 프레임워크는 목소리, 선택, 공동생산, 존중, 서비스 통합, 총 다섯가지 구성 요소에 초점을 두고 있음. 아울러 각 국가들이 사람 중심 보건의료체계로의 이행 여부를 평가할 수 있도록 각 영역별 양적 지표들을 제시했음.

Table 2. Dimensions, domains and policy benchmarks for the OECD Framework for People Centred-Health Systems

DIMENSIONS	DOMAINS AND POLICY BENCHMARKS
VOICE	People having a formal role in in health policy decision-making bodies or processes
CHOICE	People have a choice of healthcare providers
CO-PRODUCTION	People are given accessible information during care
	People are consulted about their care
	People are engaged in their care
INTEGRATION	Digital technology is used for integration of care
	Electronic clinical records are used
	People experience integration and co-ordinated care
RESPECTFULNESS	People receive high personal attention during care

Source: Authors.

□ 사람 중심 보건의료시스템 스코어카드 구축

○ 기존에 있는 데이터들을 이용하여, 사람 중심 보건의료체계를 평가할 수 있는 스코어카드가 개발되었음. 이 스코어카드는 순위를 매기는 데에 목적이 있는 것이 아니라, 국가들이 프레임워크의 5개 차원별로 어느 지점에 있는지 평가하는데 목적이 있음.

- 지표들은 OECD 보건통계, 영국 삶의 질 조사, 영연방 보건정책 조사 등 다양한 자료를 바탕으로 개발되었고 ①측정 차원과 관련성, ②지표의 강건성, ③데이터 이용가능성, ④국가간 비교가능성을 고려하여 선정되었음.
- 차원의 선택은 문헌 검토에 기초했으며, 지표의 선택에서도 데이터의 이용가능성이 영향을 미쳤음.
- 지표의 선택은 데이터의 적절성과 비교 가능성 간의 균형이 반영되어 있음. 예를 들어, 건강 리터러시는 공동 생산 영역에서 중요한 요소이지만, 구체적으로 비교 가능한 데이터가 없음. 환자 보고 지표가 개발되면, 지표들의 이용가능성을 개선시킬 것으로 기대함.

○ (차원 1: 목소리) 사람, 가족, 지역사회의 참여 확대(empowering)

- 서비스체계를 이용하는 사람들뿐만 아니라 가족과 지역사회를 서비스 결정에 참여시키는 것은 중요함. 아울러 자신이 이용하는 서비스에 대한 결정에 참여하는 것이 개인 수준에서 시스템 수준까지 가능하도록 해야 함.
- 선정 지표(1개):
 - 환자 대표성-환자가 보건의료정책에서 공식적 역할을 수행하는 정도
 - 점수: ①의약품 판매 허가, ②보장성 및 지불보상, ③의료기술 평가, ④서비스 계획 관련 의사결정, ⑤공중보건 목표의 정의에서 환자가 공식적 역할을 부여받았는지에 대한 종합 점수 (1-3점) 측정

○ (차원 2: 선택) 사람의 욕구와 선호에 대한 시스템 반응성 제고

- 사람 개개인은 서비스와 재화의 소비자이며 그들이 선택하고 사용하는 재화와 서비스에 대해 의견을 제시하고 싶어 함. 이 차원은 사람의 기대를 충족시키는

케어 제공의 중요성을 강조하고 있음.

- 선정 지표(1개):

- 환자가 일차의료, 전문의 의료, 병원의료에서 공급자를 선택할 수 있는 정도
- 점수: ① 일차의료의사 ② 전문의 서비스 ③ 병원 서비스에서 환자들이 자신의 선택권을 행사한 정도의 종합 점수(1-3점)

○ (차원 3: 공동생산) 보건의료서비스의 현재와 미래를 함께 설계하기

- 사람 중심 보건의료체계는 서비스를 이용하는 사람의 참여만으로 계획될 수 없음. 공동 생산은 사람과 지역사회가 모두 참여하는 것을 의미함. 환자들이 자가 제공받는 진료에 대해 상담과 충분한 정보를 의사로부터 제공받은 상태에서 의사결정을 할 수 있어야 함.

- 선정된 지표(3개)

- (지표 1) 그들의 의사에게 이해하기 쉽게 설명을 받은 환자의 비중
- (지표 2) 그들의 케어에 대한 결정에 참여한 환자의 비중
- (지표 3) 건강 정보 탐색을 위해 인터넷을 이용한 개인의 비중
- 점수: 환자 보고 지표에서 해당 질문(의사가 얼마나 이해하기 쉽게 설명하였는가, 의사들이 환자들을 서비스 의사결정에 얼마나 참여시켰는가, 지난 3개월간 건강 정보를 검색하기 위해 인터넷을 사용했는지)에 긍정적 답변을 한 환자의 비율

○ (차원 4: 통합)

- 보건의료체계는 그 안에서 다소 분절적으로 작동하고 있음. 이는 서비스를 이용하는 사람 입장에서는 서비스를 찾기 매우 어렵게 만들. 이 영역은 일차의료 서비스가 다른 영역들과 얼마나 잘 통합되었는지, 환자들이 서비스 간 조정을 얼마나 체감하고 있는지를 측정함.

- 선정된 지표 (3개)

- (지표 1) 일차의료에서 의료 통합 관련 업무를 위한 컴퓨터 사용 정도: 일차의료진들이 ① 진료 예약 ② 진단 및 검진 주문 ③ 전문의로의 의뢰 ④ 의약품 처방

⑤ 의약품 복용에 대한 주의사항 수신 ⑥ 처방전 약국으로 회송에서 컴퓨터를 사용하는지의 유무 (1-3점: 1~4개 긍정 응답은 1점, 5개 긍정응답은 2점, 6개 긍정은 3점)

- (지표 2) 전자의무기록을 사용하는 일차 진료소 비중(%),
- (지표 3) 케어 코디네이션에서 문제를 경험하지 않은 환자 비중: 지난 2년간 서비스를 받을 때, ① 진료가 예약된 시간에 검사 결과를 제때 받지 못한 경우 ② 각기 다른 의사로부터 상충되는 정보를 받은 경우 ③ 불필요하다고 느껴지는 검사를 의사가 주문하는 경우 ④ 전문의 의사가 필요한 정보를 인지하고 있지 않거나, 검사 결과를 가지고 있지 않은 경우 ⑤ 일차의료 의사가 필요한 정보를 인지하고 있지 않거나, 전문의로부터의 검사 결과를 가지고 있지 않은 경우를 경험했다는 질문에서 모두 No라고 응답한 환자 비율

○ (차원 5: 존중)

- 품위를 지켜주고 존중하는 자세는 사람 중심 보건의료체계의 토대이자 기반임.
- 선정 지표(2개)
 - (지표 1) 진료시간 동안 의사가 환자와 충분한 시간을 보냈다고 응답한 환자의 비중 : 설문조사에서 긍정적 응답을 한 환자 비율(환자보고지표 활용)
 - (지표 2) 그들이 지역에서 평등하게 치료를 받았다고 응답한 사람의 비중: 설문조사를 통해 본인이 거주하는 지역의 일차의료 의사, 가정의학과 전문의, 혹은 건강 센터 서비스들이 모든 사람들을 평등하게 제공되었는지에 대해 긍정적으로 응답한 사람의 비율(환자보고지표 활용)

3) 사람 중심 보건의료체계를 위한 OECD 프레임워크 스코어카드

□ 스코어보드는 10개 변수 중 최소 4개가 변수를 가진 국가에만 해당되었기 때문에 3개의 변수만 있었던 일본, 한국, 멕시코, 뉴질랜드는 포함되지 않았음.

○ 앞서 언급하였든 스코어보드의 주요목적은 순위를 매기는 것이 아니라 사람 중심 보건의료체계에 얼마만큼 와있는지 확인하는 것임.

- 그 결과, 변수들 사이에 내적합치도를 보이고 있음. 즉 한 영역에서 성과가 뛰어난 국가가 다른 영역에서도 성과가 뛰어남. 모든 변수를 표준화, 평균화 했을 때, 가장 우수한 국가들은 호주, 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 독일, 이스라엘, 룩셈부르크, 네덜란드, 영국임. 하지만 국가별로 변수가 불균형하게 분포하므로 해석에 주의를 요함.
- Annex A는 환자 수준 데이터 분석 결과로, 스코어보드에 포함된 영역별 지표들이 사람 중심 보건의료체계의 전체 목표, 보건의료체계에 대한 사람들의 신뢰와 얼마나 관련이 있는지를 살펴보기 위함임. 11개 국가의 서비스 이용자를 대상으로 수집된 결과로서, 문항들은 스코어보드의 여러 요소들과 관련있는 주제들임.
 - 사람 중심 진료를 경험한 사람들이 보건의료체계에 대한 신뢰가 높음. 선택, 공동생산, 서비스 통합, 존중을 경험한 사람들이 보건의료체계에 대한 긍정적인 입장을 보이고 자신들의 주관적 건강 수준을 좋다고 응답할 확률이 높음.

4) OECD 국가의 사람 중심 보건의료체계를 위한 정책들

- OECD 국가들이 사람중심성을 어떻게 바라보고 있는지 살펴보기 위해, 이사회는 2019년 보건위원회에서 설문지를 배포하였음.
- 사람중심성을 정의하기 이전에 사람중심성을 위한 여러 정책들을 국가들이 어떻게 인지하고 있는지, 그리고 프레임 워크의 각 구성요소에 부합하는 정책들에 대한 정보를 수집하기 위해서임.
 - 18개 국가가 현재까지 조사에 참가했으며, 참가를 희망하는 국가는 2020년 1월 25일까지 응답 제출 요망.
- (주요 결과 1) 국가들이 보건의료체계의 핵심 원칙으로 사람 중심성을 내재하고 있으나, 구체적 정의를 가지고 있지 않다.
- 조사에 참가한 대부분의 국가가 사람 중심 접근의 중요성을 인지하고 세부 국가 전략을 개발하고 있다고 응답했음. 일부 국가는 그 개념이 한때는 퍼즐 조각 맞추기처럼 보였지만, 현재는 정책을 지탱하는 요소로 자리잡고 있다고 응답함.

- (에스토니아) 2020-2030 국가 보건 계획에서 사람 중심 보건의료체계를 중요 목표로 제시
- (오스트리아) 현재 보건의료개혁의 중요 목표로 사람 중심성과 통합 진료 포함.
- (이스라엘) 사람 중심성을 위한 구체적 전략이 개발되었지만 적용하지 않음.

○ 사람중심성에 대한 구체적 개념을 가지고 있다고 응답한 국가는 거의 없음. 일부 국가에서는 WHO의 사람중심성 개념을 사용하고 있다고 응답했지만 대부분 국가는 용어를 구체적으로 적용하지 않고 그 개념을 주요 원칙으로 시스템에 내재 시킴.

□ (주요 결과 2) 사람중심성은 보건의료체계의 전통적 요소들과 얽혀 있다.

○ 사람중심성의 각 영역들이 국가가 바라보는 입장과 어떠한 관계를 가지는지 살펴 보기 위해 조사 참여 국가를 대상으로 프레임워크의 구성요소별로 1-5점 척도로 중요성을 평가하게 하였음. 평가차원에 프레임의 구성요소는 아니지만 사람중심성 개념의 유연성을 고려하여 질과 접근성을 추가함.

- 대부분 국가에서 압도적으로 각각의 영역이 사람중심 보건의료체계 구성요소로서 중요하다고 응답되었음. 한 가지 영역(목소리: 보건의료서비스 재정 및 서비스 디자인에서의 환자 의사결정 참여)만이 중요하다고 응답한 비율이 80% 미만임.

Table 4. Relevance of domains to people-centredness

Number of countries responding (total respondents = 18)

Dimension	Domain	Number of countries considering it Important of very important
Voice	Patients' participation in decisions about design of the benefit package and funding of health care services.	12
Choice	Patients' choice of health care provider, including health care facilities and health care professionals.	16
Co-production	Overcoming communication barriers between patients and health professionals.	15
	Encouraging people to take more responsibility for maintaining their own health.	16
	Patients' involvement and choice in decisions about their own treatment.	17
Integrated care	Integration or co-ordination of health care services with other social care sectors.	15
	Integration or co-ordination across different levels of health care services.	16
Respectfulness	Respectful and compassionate treatment of patients.	17
Quality	Clinical safety of services.	16
Access	Affordability of health care services.	15
Access	Accessibility of health care services.	18

Source: OECD People-Centred Health Systems Survey, 2019.

□ (주요 결과 3) 국가별로 다섯 가지 영역에서 가장 중요한 것들

○ (목소리) 재정에 대한 결정 혹은 급여 범위 결정에서 환자의 참여가 덜 중요하게 보이지만, 많은 국가에서 보건의료 서비스 설계에 환자들이 참여하고 있음.

- 18개 중 11개 국가들은 환자들이 서비스 제공, 운영 전반에 환자들이 정기적으로 참여한다고 응답함.
- 아울러 대부분 국가들은 새로운 정책 혹은 규칙을 세울 때 환자들의 피드백을 반영하지만 이 과정이 항상 체계적인 것은 아님. 18개 중 8개 국가들은 보건의료 분야의 연구와 관련한 의사결정에서도 환자들을 참여시킨다고 응답

○ (선택) 대부분 국가들이 선택을 중요하게 인지하고 서비스 이용자를 위한 투명성 제고에 힘쓰고 있음.

- 서비스 제공 체계에서 선택을 촉진시키는 것은 사람중심성의 중요한 구성 요소이며 15개 국가에서 환자의 선택이 중요하다고 응답함. 미국의 경우 CMS innovation 센터에서 환자의 선택권을 확산시키는 시범사업을 시행하고 평가하고 있음.
- 또한 환자들을 위한 보건의료체계의 투명성에 힘쓰고 있었는데 11개 국가들이 서비스의 비용과 질에 대한 정보들을 환자들이 알 수 있도록 하는 다양한 전략과 정책을 개발 중이라고 응답함.

○ (공동생산) 대부분 국가들의 서비스 선택과 의사 결정에 환자들을 참여시키고 존중하는 태도로 환자를 대할 수 있도록 체계를 구축하는 것이 중요하다고 응답함.

- 건강 리터러시에 대한 관심은 있지만 시스템 수준에서 건강 리터러시를 측정하고 국가별로 측정하는 것이 현재는 어려워 보임.

○ (통합) 많은 국가들이 서비스 통합과 연계 혹은 조정을 위한 전략과 인센티브를 개발해왔음.

- 조사에 참여한 모든 국가들이 서비스 연계와 조정을 위한 구체적인 정책이 시행되고 있거나 논의 중이라고 응답함. 11개 국가(60%)는 보건의료와 사회복지 서비스 간의 연계를 강화하기 위한 정책을 시행 중이라고 응답함.

- 7개 국가들은 서비스 통합과 연계를 평가하기 위한 성과 매트릭스를 개발 중이라고 응답함. 일부 국가에서는 특정 질병(암)을 위한 측정 지표들이 개발되어 있음(벨기에, 체코, 스웨덴).
- 거의 모든 국가들이 다학제적 팀을 구성하고 있거나 구성 중이라고 응답
- **(존중) 환자를 존중하고 서비스 체계에 참여시키는 것은 사람 중심 보건의료의 중요한 측면으로 평가되고 있음.**
 - 많은 국가들이 사람중심성을 인지하고 환자 지표를 개발하고 있다고 응답
 - 11개 국가들이 환자 경험과 환자 결과 지표를 수집 중에 있음.
- **(주요 결과 4) 대부분 국가가 사람중심성 달성을 위한 진행상황 모니터링을 하고 있지만 측정에 대한 합의는 존재하지 않는다.**
 - 조사에 참여한 절반이상의 국가들이 사람중심성을 측정하기 위한 지표들을 수집하고 있다고 응답했으며, 이 지표들은 OECD 프레임워크의 각 영역을 반영하고 있음. 하지만 5개 모든 영역을 포함하고 있지 않고 대부분 국가들이 보건의료체계에 사람중심성의 개념을 내재시키는 것이 중요하다고 인지는 하지만 모니터링을 위한 표준화된 측정 도구는 없음.

5) 결론

- 사람 중심 보건의료체계의 중요성에 대한 넓은 동의와 합의는 있지만, 개념과 측정 방법에 대한 명확한 이해가 없다면 목표 달성이 어려움. 본 안건에서는 사람 중심성의 개념에 핵심인 여러 영역들을 살펴보았음.
- 2018년 12월 제안되었던 세 가지 영역(목소리, 선택, 공동생산)을 시작으로 수정 작업을 거쳐 서비스 통합과 존중이 추가되었음.
 - 스코어카드 분석 결과, 국가별로 지표의 이용가능성에 있어 차이를 보이지만, 9개 국가가 높은 성과를 보이고 있음(호주, 벨기에, 덴마크, 독일, 이스라엘, 룩셈부르크, 영국, 네덜란드).

- 환자 수준 데이터를 이용하여 추가 분석을 했을 때, 목소리, 공동생산, 서비스 통합, 존중에서 높은 경험을 했던 환자들이 주관적 건강 수준이 높고 보건의료 체계에 대한 신뢰도 또한 높았음.
 - 회원국을 대상으로 조사한 결과, 사람중심성의 높은 가치를 부여하고 있으나 명확한 개념을 가지고 있는 경우는 부족했음. 또한 현재의 정책을 사람 중심 프레임워크에 끼워 맞추려는 위험이 관찰되었음.
- 사무국은 회원국들의 의견과 추가 정보를 바탕으로 분석 결과를 보완하여 보고서를 2020년에 발간할 예정임.

아. 생애말기케어에 대한 이슈 노트

의제	Item 12. Issues note on end-of-life care
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)22 Ana Llana-Nozal, Ana.LLENANOZAL@oecd.org Cristian A. Herrera, Cristian.HERRERA@oecd.org

사무국 공지

- 생애말기케어(End-of-Life Care, EOLC)시스템의 개선은 국제적으로 중요한 공중보건학적 이슈이고 사람중심정책의 요소임.
- 보건위원회는 2019-2020년 사업 예산에 생애말기케어를 포함시켰으며 예산상 문제로 2020년으로 사업 시작이 연기되었음.
- 본 안건은 생애말기케어에 대한 개요와 주요 내용을 포함하고 있음.
- 생애말기 케어에 대해 합의된 정의는 존재하지 않으나, 본 안건에서는 재가, 호스피스, 병원 등 다양한 환경에서 이루어지는 적극적 치료 (strenuous care)¹⁷⁾, 완화의료(palliative care)¹⁸⁾, 사회적지지 (social support)를 중심으로 살펴보고자 함.
 - OECD 국가들이 생애말기케어에 어떻게 대처하고 있는지를 살펴보고, 근거 기반 전략들을 확인하고자 함. 단, 보고서는 생애말기케어와 관련한 윤리적 문제, 혹은 안락사와 같은 이슈는 포함하지 않고 있음. 아래와 같은 네 가지 주요 정책 이슈를 중심으로 살펴보았음.
 - (접근성) OECD 국가들은 어떤 종류의 생애말기 케어를 제공하고 사람들의 서비스 접근 정도는 어떠한가, 국가별로 얼마나 차이가 존재하는가?
 - (사람중심성) 생애말기케어 모형이 사람들의 욕구와 선호를 고려하고 있는가? 환자들의 선택 혹은 의견이 의사결정과정에 얼마나 반영되고 있는가?
 - (서비스의 질) 생애말기케어의 질 측정을 위해 국가들은 무엇을 하고 있는가? 서비스 질 격차가 존재한다면 어떻게 개선되어야 하는가?
 - (재정적 지속가능성과 지출 관리) 생애말기케어가 개인과 시스템에 얼마나 많은 비용을 부담시키는가? 국가별로 차이가 있는가?

- 2020년 상반기에 정부, 학계 시민사회의 전문가로 자문 그룹을 구성하여 정책과제, 수집 데이터와 정보의 유형, 분석 프레임워크 개발 등 프로젝트 추진을 위한 자문을 받을 예정이고 2021년 말 보고서 초안 발표가 계획임.

□ 대표단 논의 요청

- 본 안건에 포함된 내용에 대한 의견 제출
- 실증 및 정책 연구가 있다면 확인
- 관련 국가 데이터, 분석결과, 문헌들이 있다면 확인
- 전문가 그룹에 관심이 있다면, 참여할 전문가 제출

1) 생애말기케어를 둘러싼 정책적 이슈와 주요 내용 검토

□ 생애말기케어(EOLC)는 중요한 공중보건 이슈이고 사람중심정책의 요소임.

- 2014년 세계보건기구는 완화의료를 보건의료서비스 및 정책, 인력 예산에 포함하기로 결의하였음. 이러한 결정은 생애말기케어의 낮은 질과 접근성 문제를 환기한다는 측면에서 의미가 있었음.
- 생애말기케어, 특히 그중에서도 완화의료는 여러 국가에서 국가적 정책의제로 자리매김함. 유럽 대부분의 국가가 완화의료를 의무적으로 제공해야 하는 서비스이자 환자의 권리로 명시하였음.
 - 또한 국가 완화의료정책이 서유럽과 남미 국가에서 시행되고 있음. 정치적으로 분권화된 스페인, 스위스, 체코에서는 지방정부가 완화의료정책을 시행함.

□ EOLC는 생애 마지막 단계에서 기대 생존 기간이 짧은 질환을 가진 사람들에게 제공되는 케어를 의미하며 생애말기케어가 제공되는 구체적인 시기는 논의가 필요하

-
- 17) 부적절하거나, 혹은 아무런 혜택이 없는 치료, 가능성의 여지가 없는 환자에게 이루어지는 불필요한 개입을 말함. 일례로 체계적 문헌고찰에 따르면 적극적 치료란, 1) 중환자실 혹은 일반 입원 2) 사망 몇 달전에 이루어지는 화학요법 3) 심폐소생술 거부 환자에게 이루어지는 심폐소생술 혹은 연명치료 4) 혈액투석 5) 아무런 이득이 없는 진단검사 5) 신속 대응 시스템 (rapid response system) 6) 사망 3개월 전 응급 상담 등이 있음.
- 18) 환자들의 통증과 고통을 완화하는 의학적 처치. WHO에 따르면 완화의료는 환자들의 고통, 신체적, 심리적 감정적 문제를 완화하거나 예방함으로써 서비스 질을 개선하는 팀 케어 접근임. 만약 진단검사가 고통과 증상을 완화할 수 있다면 완화의료에 해당함.

고 제공자들은 목적에 따라 다른 접근법을 선택함.

- 임상적 관점에서, 주로 진단 직전 혹은 진단 시점부터 시작되는 것으로 보는데, 이는 완화의료프로그램이 임상적 정의와 맥을 같이 하고 환자 및 가족의 선호와도 관련 되어 있기 때문임.
- 학계의 관점에서는 보다 실용적으로 정의하고 있는데(사망 이전 특정 시점), 이는 데이터를 수집하고 비교 분석하기 위해서임.

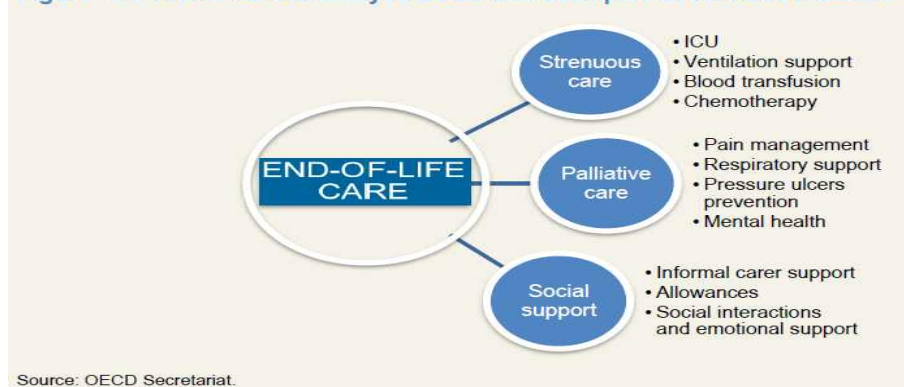
□ EOLC는 기간 뿐 아니라 이용 가능한 서비스 유형에 따라 정의됨.

- 완화의료의 일환으로 신체적 질환에 대한 서비스를 제공하는 것과 존엄성과 삶의 질을 고려한 심리사회적 서비스까지도 포함할 수 있음. 환자와 가족이 생애말기를 어떻게 보내고 어떤 서비스를 받을지 결정하는 것도 이에 해당함.
- 생애말기케어는 다양한 환경(병원, 호스피스 병동, 환자의 집)에서 제공될 수 있으며 서비스 제공자도 다양함(의료인, 비의료인, 공식적 케어, 비공식적 케어제공자 등).

□ 본 안건에서는 생애말기 사람들에게 제공되는 서비스(특히 사망 전 1년)를 생애말기케어로 넓게 해석하고자 함.

- 공통된 정의는 없지만, 재가, 호스피스, 병원 등 다양한 환경에서 이루어지는 적극적 치료(strenuous care), 완화의료(palliative care), 사회적지지 (social support)의 세 가지를 중심으로 살펴보고자 함.

Figure 1.1. Framework to analyse EOLC and examples of services included



□ 왜 정책입안자들은 생애말기케어에 관심을 가지는가?

- 인구구조 및 역학적 변화와 함께 보건의료체계도 만성질환 중심의 관리, 특히 환자들이 존엄한 죽음을 맞이하도록 더 나은 서비스 제공을 요구받고 있음. 노인 인구의 증가와 생애말기에 더 많은 지지를 필요로 하는 증상과 질병들이 증가하면서 생애말기 서비스의 욕구도 증가할 것임.
 - 2017년 기준 OECD 국가에서 약 천만 명이 회원국에서 주요 사망원인인 순환계질환과 암 질환으로 사망하였으며, 인구고령화로 인해 알츠하이머와 치매 질환들이 전체 사망률의 9%를 차지함.
 - 80세 이상 노인인구의 규모가 현재 5%에서 2050년 10%로 증가될 것이라는 추계를 고려한다면, 생애말기케어를 필요로 하는 사람들의 수도 증가할 것임.
 - 생애말기케어를 필요로 하는 사람들의 비율도 증가하고 있음. 심각한 통증과 고통을 가진 채 사망하는 노인들의 수가 2000년에서 2016년 사이 15% 증가하였음.
- 사람들이 원하는 생애말기케어와 실제 제공되는 서비스 간에 간극이 확인됨.
 - 모두가 양질의 서비스를 받는 것이 아니며, OECD 국가 간 서비스 접근에서 격차가 존재함.
 - 생애말기케어가 사람중심으로 변화하기 위해 양질의 정보와 함께 환자들의 선택을 지원하는 지속적인 의사소통, 환자와 그들의 가족에 대한 존중, 여러 유형의 서비스 통합이 함께 이루어져야 함.
- 적극적 치료(strenuous)에 대한 관점도 다양하므로, 생애말기에는 적극적 치료, 완화의료, 사회적지지 간의 적절한 균형이 필요함.
 - 서비스 통합은 양질의 생애말기케어를 제공하고 (비싼 병원과 시설을 덜 사용하기 때문에) 전체 비용을 줄일 수 있음.
- 생애말기케어에 대한 수요가 높아질수록 공적 예산과 민간 예산에 대한 재정적 압박이 커질 것임. 동시에 무엇이 효과적이고 손실을 덜 발생시키는지에 집중함으로써 양질의 서비스 제공을 통해 지출을 통제할 수 있음.

□ 본 안건에서는 OECD 국가들이 어떻게 생애말기케어에 대처하고 있는지를 살펴보고, 사람 중심 생애말기케어로 나아가기 위한 전략들을 살펴보고자 함. 구체적 내용은 아래와 같음.

- (접근성) OECD 국가들은 어떤 종류의 생애말기 케어를 제공하고 사람들의 서비스 접근 정도는 어떠한가, 국가별로 얼마나 차이가 존재하는가?
- (사람중심성) 생애말기케어 모형이 사람들의 욕구와 선호를 고려하고 있는가? 환자들의 선택 혹은 의견이 의사결정과정에서 얼마나 반영되고 있는가?
- (서비스의 질) 생애말기케어의 질 측정을 위해 국가들은 무엇을 하고 있는가? 서비스 질 격차가 존재한다면 어떻게 개선되어야 하는가?
- (재정적 지속가능성과 지출 관리) 생애말기케어가 개인과 시스템에 얼마나 많은 비용을 부담시키는가? 국가별로 차이가 있는가?

□ 또한, 적극적 치료, 완화의료, 사회적지지 개념도 함께 살펴볼 것임. 세 가지 서비스 관련 비용으로 국가별 지출 분포를 비교할 것이며, 사람중심성과 서비스의 질이 생애말기케어에서 잘 지켜지고 있는지를 분석할 것임.

- 이를 위해 질적 연구 방법으로 문헌검토, 국제정책설문조사, 반구조화된 전문가 인터뷰, 전문가 그룹 운영 등 다양한 방법을 시도할 것임.
- 양적 분석을 위해 국가별 사망률 자료를 비교할 것이며, 국가별로 진행하고 있는 조사자료(한국: 고령화패널), 기타 행정자료도 추가적으로 검토할 것임.
- 2020년 상반기에 정부, 학계 시민사회의 전문가로 자문 그룹을 구성하여 정책과제, 수집 데이터와 정보의 유형, 분석 프레임워크 개발 등 프로젝트 추진을 위한 자문을 받을 예정이고 2021년 말 보고서 초안을 발표할 계획임.

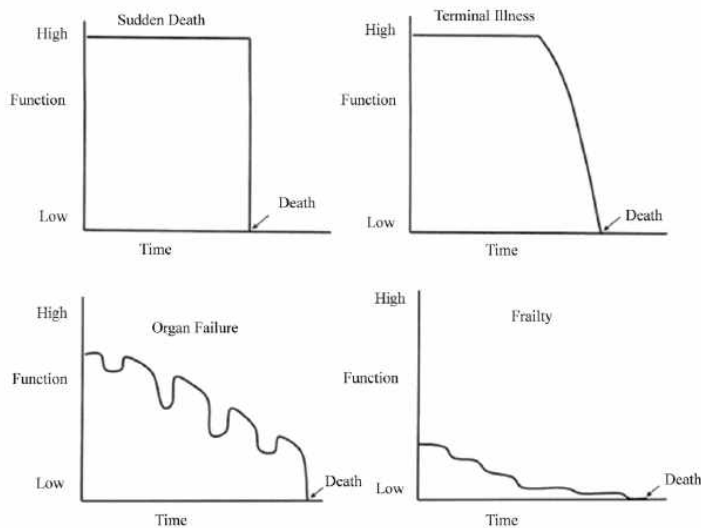
2) OECD 국가들에서 생애말기 환경과 서비스 접근성

□ 생애말기 환자들은 각기 다른 궤도를 경험할 수 있고 이는 필요한 서비스 유형과 관련 비용을 포함하여 생애말기케어의 수요에 영향을 미침. 그 궤도는 ① 돌연사

(sudden death) ② 말기질환(terminal illness) ③ 장기 부전(organ failure) ④ 쇠약(frailty)으로 나눌 수 있음.

- (돌연사) 사고 및 기타 외부 원인, 급성심근경색과 뇌졸중 같은 질환으로 인한 갑작스럽게 사망하는 경우로 기능 저하의 증가가 거의 없고 상대적으로 낮은 지출 증가를 보임.
- (말기질환) 일반적으로 암 질환을 의미하며, 사망 일년전에 거의 기능 감소가 없다가 사망 약 3개월 전부터 급격히 감소하여 사망 전 18개월, 특히 전 6개월에 비용이 증가함.
- (장기부전) 심부전, 간부전, 만성폐쇄성폐질환(COPD) 등이 해당되며, 사망까지 몇 년 동안 변동하는 감소추세를 보이다가 마지막 3개월간 급격히 악화되는 경우로 비용은 사망까지 2년간 다른 그룹에 비해 더 높고 마지막 6개월 동안 점차 증가함.
- (쇠약) 치매, 파킨슨병 같이 시간이 지나면서 점차 안 좋아지는 경우로 비용은 수년에 걸쳐 점차 증가하지만 상대적으로 낮은 수준임.

Figure 2.1. Theoretical trajectories of disease at the end of life



Source: Reproduced from (Lunney, Lynn and Hogan, 2002^[12])

□ 생애말기케어는 종류도 다양하고 다양한 환경에서 다양한 전문가가 제공함.

○ 참을 수 없는 심각한 고통으로 사망하는 생애말기 환자가 증가하면서, 완화의료는 생애말기케어의 중요한 요소가 되고 있음.

- 홈 케어 팀들이 환자의 집이나 장기요양 시설에서 환자를 돌볼 수 있으며, 병원에서도 완화의료 병동이 별도로 있어 병원지원팀이라 불리는 팀들이 환자를 관리함. 이외에도 환자들이 병원에서 받던 서비스를 그대로 집에서도 받을 수 있도록 하는 혼합 팀(mix-team)이 있음.
- 호스피스가 병원과 집 모두에서 서비스를 제공할 수 있는 것으로 알려져 있지만 항상 그런 것은 아님.
 - 일례로 이탈리아의 경우 호스피스는 병원 입원에만 국한되어 사용되는 용어 인 반면 독일은 봉사자들 주도의 호스피스 팀이 재가 서비스와 사회적 지지를 함께 지원하기도 함.
- 완화의료는 중증도가 높은 만성질환을 가진 환자들에게는 제공되지 않음.
 - 오스트리아와 아일랜드는 인구 십만명당 2개의 전문 완화의료 팀이 배치됨. 유럽 완화의료협회는 최소 십만명당 2개의 전문 완화의료 팀 배치를 권고함.

○ 완화의료케어 접근에 있어 사회경제적 격차는 또 다른 주요 이슈임.

- 예를 들어, 소수 인종, 해당 국가 언어를 할 수 없는 사람들, 문화, 종교적 배경이 다른 사람들은 서비스에 대한 정확한 정보를 인지하지 못함. 특히 사회경제적 수준이 낮은 계층들은 건강 수준이 낮고 복잡한 수요를 가지고 있기 때문에 접근성의 제약이 더 크게 영향을 미침.

○ 생애말기케어의 비용은 환자와 그 가족에게 경제적 부담으로 작용함.

- 특히, 노인들의 생애말기케어 본인부담금은 상당히 높음. 지출 역시 사망 원인에 따라 매우 다양한데 가장 높은 지출을 차지하는 질병은 치매임.
- 서비스의 이용가능성과 제정 문제는 가족들에게도 영향을 미침. 환자들이 집에서 생을 마감하고 싶어도 서비스가 없다면, 비공식 돌봄 제공자들이 그 역할을 해야 하기 때문임.

- 가족들의 지지와 홈 케어 서비스가 없다면, 집에서 삶을 마감하는 것 자체가 비공식 돌봄 제공자들에게 큰 부담이 될 수 있음. 또한 가족구성원들을 돌보면서 발생하는 간접적 비용도 큼.
- 생애말기케어를 제공하는 가족 구성원들은 정기적으로 휴직이나 병가를 쓸 수 없음. 비공식 돌봄 제공자들의 비용은 전체에서 26.6~80%를 차지함.
- 생애말기에 가족구성원이 환자를 돌봄으로써 발생하는 재정적 효과는 국가별로 차이가 있음.
- 가족구성원들이 재정문제를 해결하고 재정적 지원을 받도록 도와주도록 하는 정책적 이슈들이 본 안전에서 다루어질 것임. 또한 생애말기케어가 어떻게 다른 사회적 지지서비스들과 통합하여 연계될 수 있는지를 논의할 것임.

3) 생애말기케어의 사람중심접근

- 좋은 생애말기케어란 생애말기 환자들이 사람중심의 보건의료를 받도록 하는 데서 출발함. 즉, 사람들의 신체적, 심리적, 사회적, 감정적 수요를 잘 충족 시켜 주어야 하고 존엄성 있는 자세로 대해야 함. 아울러, 이는 목소리, 선택, 공동생산, 서비스 통합, 존중이 함께 이루어지는 것을 의미하기도 함(사람 중심 보건의료체계 안전에서 설명).
- 이 프로젝트에서는 반구조화된 인터뷰와 문헌검토, 지표 검토를 통해 생애말기케어가 환자참여와 인력 훈련에서 얼마나 사람중심성의 가치를 달성하고 있는지를 살펴보고자 함. 아울러 환자 보고 경험 지표의 정보를 바탕으로 사람 중심 보건의료체계 각 구성요소들을 평가할 것임.
- 사람들은 필요로 할 때 서비스에 접근하고 선택하고 참여할 수 있는 권리가 보장되어야 함.
- 원활한 의사소통에 기반을 둔 서비스들은 생애말기 환자들이 ‘받고자 하는 서비스’, ‘생을 마감하고 싶어 하는 장소’, ‘연명 치료 중단’, ‘호스피스 및 완화의료 사용’, ‘입원 중단’ 등 다양한 선택에서 그들의 목소리를 내는 데 도움을 줌.

- 이 프로젝트에서는 특히, 정보들이 적절한 시기에 제공되었는지, 의사 결정에서 참여했는지, 치료에서 자율성이 보장되었는지 등에 대해 검토하고자 함. 환자와 제공자의 관점은 서비스의 질을 개선하는 데 매우 중요함.
- 생애말기에 대한 사전 동의는 사람 중심 접근을 위한 중요한 요소임. 환자와 가족 그리고 서비스 제공자가 선호하는 게 무엇인지, 그리고 그들이 선호하는 것들이 서비스 모형들과 어떤 관련이 있는지도 살펴볼 것임.
- 예를 들어, 어디서 삶을 마감할 것인지 선택할 때에 환자들의 선호가 잘 반영되지 않음. 연구에 따르면 (국가마다 차이가 있지만) 사람들 대부분이 집에서 삶을 마감하기를 원하지만, 대부분의 사람들이 병원 혹은 시설에서 삶을 마감함. 평균적으로 사망의 40%이상 특히, 일본은 70%이상에 해당됨.
- 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 아이슬랜드에서는 시설 케어 사망이 1/3이상을 차지하면 서 생애말기가 점차 입원 의료화 될 수 있다는 우려가 있음.
- 생애말기케어가 본질적으로 각기 다른 곳에서 제공되다 보니, 환자들은 똑같은 정보를 여러 곳에서 다른 사람으로부터 반복적으로 듣거나, 혹은 정보들이 일치하지 않기도 함.
- 생애말기케어에서 좋은 서비스 연계(혹은 조정)이란, 사람들이 올바른 시간에 올바른 사람으로부터 올바른 도움을 자신이 원하는 수요에 맞추어 받는 것을 의미함. 본 프로젝트에서는 이러한 사례들과 더불어 특히 환자들이 생애말기케어를 처음으로 제공받는 시작점에서 누가 케어 코디네이터로서의 역할을 수행하는지를 살펴볼 것임.
- 어려운 시기에 개인과 가족을 존중하는 존엄적 생애말기케어(respectful EOLC)의 제공은 사람중심 접근의 마지막 초석임. 이 연구는 환자들의 심리적, 사회적, 영적 복지에 대한 관심과 존중의 정도를 파악하고 관련 보건의료인력 훈련 및 지침에 대한 정보가 수집될 것임.

4) 생애말기케어 서비스의 질 개선

- 생애말기케어에서 환자와 가족들의 삶을 질을 개선하기 위해 환자를 참여시키는

것은 중요한 가치로 자리 잡음. 특히, 적시의 서비스 접근성은 중요하며 치료적 처치, 완화의료, 사회서비스 접근성의 중요성은 반박의 여지가 없음.

○ 완화의료의 일부 세부 영역들은 양질의 생애말기케어와 관련이 있음. 보건의료 사회복지 인력 대상으로 완화의료 관련 내용을 교육시키는 것은 궁극적으로 완화의료 질을 향상시킬 수 있기 때문에 중요함.

- 유럽 국가의 90% 이상이 장기요양 인력 대상으로 완화의료 내용을 교육하고 있음. 하지만 조사에 참여한 국가의 절반은 완화의료 교육이 포함된 경우가 40% 미만이라고 응답

□ 마약성 진통제에 안전하게 접근토록 하는 것도 중요한 요소임. 생애말기에 통증과 고통은 주요 관심사이므로 기존의 연구와 정책들을 바탕으로 통증 처방에 대해 분석할 것임.

○ 2017년 기준 일차의료에서 처방된 진통제 처방량은 1일 인구1000명당 16DDD였으며 한국과 터키는 비교적 처방량이 낮았음.

- 진통제 처방에 영향을 미치는 요인은 의약품 규제 환경과 환자 정보, 진통제 생산에 참여하는 의약품 산업 환경 등 여러 가지임.
- 이번 프로젝트에서 생애말기 마약성 진통제의 수요, 적절한 처방 기준, 수요와 사용의 상호작용, 전체 처방에 대해서 살펴볼 것임.

○ 임상 지침과 처방 모니터링 프로그램을 통해 마약성 진통제의 적절한 관리가 가능함.

- 평균적으로 12개 OECD 국가의 성인 2% 이상이 만성적으로 진통제를 사용하고 있었으며 한국과 이탈리아가 가장 낮은 처방량을 보임.

□ 생애말기에 환자들은 자신의 사회적 역할과 독립적 활동 기능을 상실하면서 사회적 지지가 필요하게 됨.

○ 사회적 지지는 주로 일상생활 기능과 집안일 같은 도구적 지지에만 초점을 두고 감정적, 심리적 지지를 간과해왔음. 후자의 사회적 지지는 사람들의 삶의 질을 개선하고 그들을 외롭다고 느끼지 않게 도와줌.

- 단체 치료 혹은 서포트 그룹 같은 사회적 활동 참여는 심리적 웰빙뿐만 아니라 질병 부담을 경감시켜주고 비공식 돌봄 제공자들에게도 이득이 됨.

□ 서비스 질을 개선시키는 정책들은 다양한 영역과 여러 수준에서 개발될 수 있음.

○ 국가 수준에서 생애말기케어의 주요 원칙으로 서비스 질 향상을 설정하여 입법 체계에 통합시킴으로써 보편적 건강 보장의 광범위한 질 관리 차원에서 관련된 재원 할당과 정책 개발을 유도할 수 있음.

- 서비스 전달 측면에서, 임상 지침 및 처방 모니터링 프로그램들은 처방 행태를 개선시키고 보건의로 인력이 생애말기 환자와 가족에게 높은 질의 케어를 제공하도록 요구되는 특정 기술을 훈련받게 할 수 있음.
- 특히, 생애말기에는 광범위한 서비스들이 요구될 수 있으므로 서비스의 연속성과 통합이 중요하며 적절한 회송 메커니즘도 필요함.

○ 질 측정 측면에서, 광범위한 지표들이 사용되어 왔으며 일부는 접근성, 질, 사람중심성이 혼합된 지표들임. 완화의료의 광의적 개념을 토대로 검토된 선행 연구에서 확인된 지표들은 17개 질 측정 그룹의 326개 지표임. 여기서는 OECD 국가들에서 생애말기케어 지표, 현재 국가들이 측정하고 있는 공통의 이슈와 측정이 어려운 영역을 파악할 것임.

- 최근 환자 보고 지표 및 환자 경험 지표가 눈에 띄게 중요해지고 있음. 이러한 지표들은 환자들이 생애말기에 여러 환경에서 경험한 서비스 체계의 성과를 측정하는 데에 도움을 줌.

○ 생애말기케어 서비스에 대한 측정의 완결성과 안정성 제고는 기간(duration), 강도(intensity), 환자와 가족에 대한 가치(value to patient and family)를 적절히 통제하여 회피된 고통(suffering)을 설명하는 것임.

- 자원 할당과 개입의 효과를 비교하기 위하여 개입의 효능과 경제성 평가를 하는 것보다 통증강도 보정 생존연수(suffering-intensity adjusted life-year (SALY))의 사용을 고려할 수 있음. 이러한 지표들은 환자 보고 지표 혹은 행정 지표가 주는 정보들을 보완할 수 있을 것임.

5) 생애말기케어 지출과 비용 감소

- 본 장에서는 생애말기케어의 지출 수준과 그 구성 요소를 살펴보고, 서비스 질과 접근성, 사람중심성을 달성하면서 비용을 유지할 수 있는 접근법을 검토하고자 함.
- 기존의 자료들로 생애말기에 사용되는 보건의료 및 사회서비스 지출을 측정하는 것이 쉽지 않은데 이는 다양한 자료원들을 연계해야 가능하기 때문임. 의료와 장기요양 자료를 사망자료와 연결한 데이터를 보유한 국가는 거의 없음.
- 병원 이용 자료와 장기요양의 비용에 대한 정보를 함께 이용하여 분석 예정이며, 생애말기케어 비용과 지출을 추계할 수 있는지 가능성도 탐색하고자 함.
- 생애말기케어의 고비용 문제가 제기되었던 국가들은 자원의 대부분이 수명 연장에 기여하지 못하는 치료 서비스에 사용되고 환자에게 추가적인 편안함을 주지 못한다고 지적함.
- 미국의 경우 생애말기 환자 5%가 메디케어 비용의 25%를 차지하고 있음.
- 국가별로 정확히 비교하기 위해서는 생애말기케어 지출이 전체 지출에서 차지하는 비율이 측정되어야 함.
 - 몇 개 국가만으로 비교 분석한 결과, (1인당 혹은 1일당 비용을 고려시), 생애말기케어가 전체 지출의 상당한 비중을 차지하고 있음. 9개 국가대상 분석 결과, 장기요양을 포함한 생애말기케어는 전체 지출의 8.5%-11%를 차지함.
- 이 프로젝트에서는 서비스 질과 접근성, 사람중심성을 유지하는 선에서 생애말기케어 비용을 줄일 수 있는 여러 접근법들을 검토할 것임.
- 예를 들어, 완화의료와 사회적 지지를 적극적으로 이용 시, 병원 혹은 시설 이용을 덜하기 때문에 전체 비용 절감에 도움이 될 수 있음. 아울러, 생애말기에 강도 높은 서비스와 적극적 치료를 제공하는 것에 대한 국가별 정책 및 가이드라인을 검토할 예정임.
 - 특정 서비스를 사용했을 때 발생하는 고비용, 특히 환자에게 아무런 혜택이 없는 서비스에 대한 문제가 있음.

- 더 이상 생존 가능성이 없지만 병원에 입원해 있는 노인 환자의 3분의 1에서 그들이 받았던 서비스가 생존가능성을 높이거나 증상의 일시적 완화효과도 주지 않았던 것으로 나타남. 치료가 불가능한 질병을 가진 환자들이 중환자실에 입원하는 경우가 그 예임.
- 병원에서 지역사회로 비용을 전환하면 생애말기케어의 전체 비용도 감소하는 것으로 나타남.
 - 특히 사망 직전 마지막 한달을 병원에서 보내는 경우와 장기요양이 가장 큰 비중을 차지하는 지출임. 이 프로젝트에서는 이러한 사례들을 검토할 것임.
- 완화의료의 적절한 제공은 비용 감소와 비용효과성을 달성할 수 있음. 최근 연구에 따르면, 완화의료는 사망 비용을 감소시키고 병원 입원률과 입원기간, 재입원률, 중환자실 방문횟수를 감소시키는 것으로 나타남.
- 벨기에의 경우, 완화医료를 재가 형태로 이용하는 환자들에게서 전체 비용과 중환자실 및 응급실 방문이 낮게 나타남. 이 프로젝트에서 추가적으로 국가별 비교 근거를 검토할 예정임.

자. 대기시간에 대한 패스트 트랙 보고서

의제	Item 13. Fast-track report on waiting times
문서번호 담당자	DELSA/HEA(2019)23 Gaetan LAFORTUNE, Email: gaetan.lafortune@oecd.org

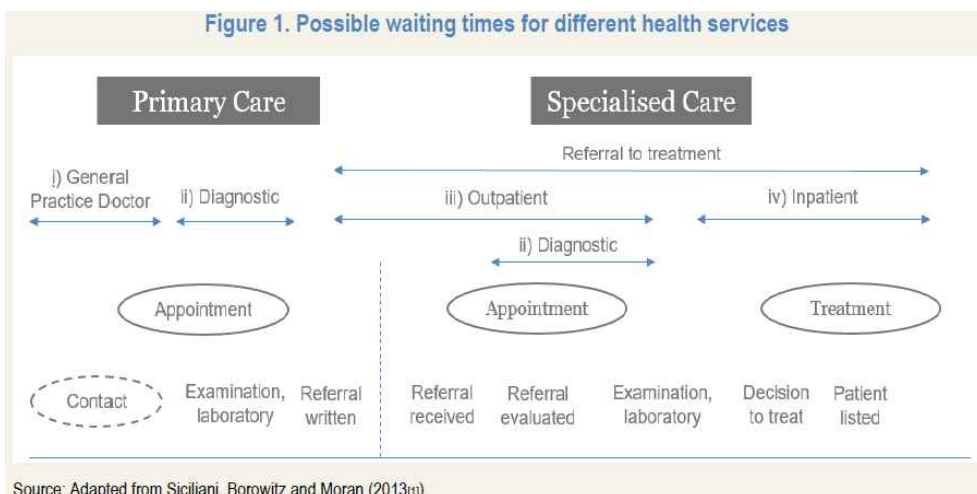
사무국 공지

- 2018년 12월, 보건의료서비스(GP, 전문의 상담, 선택적 치료, 암 치료 및 정신 건강 서비스 등)에 대한 대기시간 감소 정책들의 검토를 위해 패스트 트랙 보고서 주제로 선정
- 보건의료서비스에 대한 오랜 대기 시간은 대부분의 OECD 국가들에서 중요한 정책 이슈이며, 환자 불만족 원인의 상당부분을 차지함.
 - 진단 및 치료의 기대 편익이 지연되고 대기기간 동안 불확실성, 통증, 불안이 지속되기 때문임.
 - 많은 국가들이 환자들의 불만족 해소를 위하여 대기시간 감소 정책들을 시도하고 있으며 그 성과는 아직 명확하지 않음.
- 이 보고서는 인구기반 조사 및 행정 데이터와 직접 시민으로부터 수집된 정책 설문 및 정보를 바탕으로 첫째, OECD 국가들에서 대기시간 이슈의 중요성을 검토하고 둘째, GP 상담, 전문의 상담, 선택적 치료를 중심으로 OECD 국가 간 대기시간 변이를 검토하며, 셋째, 대기시간이 환자의 의료 접근과 건강결과에 미치는 영향을 검토하며 넷째, 성공적 정책을 중심으로, 여러 서비스들에서 대기시간 감소를 위한 정책 개입의 범위를 검토함.
- 대표단에게 다음을 요청 및 공지
 - 정책적 함의를 중심으로 보고서 초안에 대한 의견 제시
 - 2020년 1월 17일까지 서면의견 제출
 - 2020년 상반기에 보고서 완료 및 발간 예정

□ 검토배경

- 보건부문에서 대기시간의 문제는 대부분의 회원국들에게 도전이 되는 과제이자, 정책설계자들에게는 사람중심 시스템 구축에 있어 전달체계의 적절성과 반응성, 효율성 제고를 위한 동인이 되는 기회로 작용하기도 함.
 - 대기시간의 문제는 서비스의 수요와 공급 간 불균형으로 인해 발생하는 결과로 선택적 수술 치료의 경우 대기시간이 가장 긴 경향을 보임.
- 보건의료서비스의 유형에 따라 대기시간이 다름.
 - 비급성 문제로 환자는 일차의료 예약을 하는 것이 일반적이며 이 경우 몇시간에서 몇일을 기다리게 됨.
 - 일차의료 방문이후 전문의에게 의뢰되면 예약 진료 일까지 몇 일에서 몇 달까지 기다려야 함. 환자는 필요시 진단검사를 기다려할 수 있음.
 - 선택적 수술 치료가 일반적으로 대기시간이 가장 길고 몇 주, 몇 개월, 몇 년에 이를 수도 있음. 선택적 의료에서도 암과 심장질환과 같은 치료는 개입이 늦어지면 빠르게 악화될 수 있어 다른 질환(선택적 고관절 수술 또는 백내장 수술 등)에 비해 급성일 수 있음.

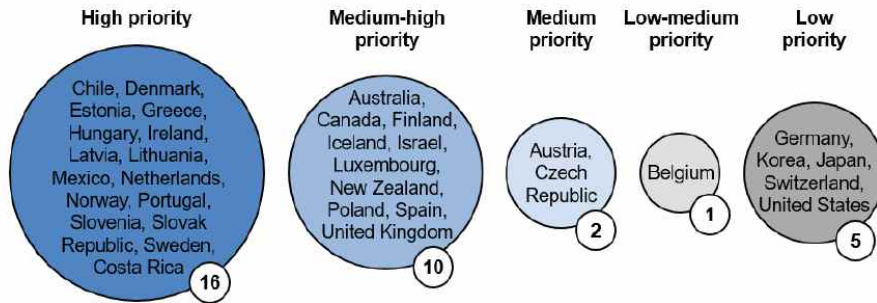
Figure 1. Possible waiting times for different health services



□ 각국의 정책사례

○ OECD 국가 중 대다수 국가에서 중요이슈이지만 그렇지 않은 경우도 있음.

Figure 2. Waiting times are an important policy priority in many OECD countries, but not all



Source: Based on responses from 34 countries to the OECD Waiting Times Policy Questionnaire (information is missing from three countries: France, Italy and Turkey).

○ 덴마크, 영국, 핀란드, 네덜란드와 같은 국가들은 선택적 치료 서비스에 대한 대기시간 감소 정책을 성공적으로 이끌어온 사례가 있지만 다른 국가들은 시간이 지난 후 대기시간의 문제가 다시 등장하는 경우도 있었음.



○ 각국에서 적절한 정책도구의 사용과 그 효과가 그 보건의료시스템 특성 자체에 많이 의존하는 것으로 보이지만, 그간의 성공적 사례를 분석해보면 최대 대기시간의 설정과 함께 공급 측면과 수요 측면에 대한 개입, 성과의 정기적 모니터링이 함께 조화를 이룰 때 그 효과가 높았음을 알 수 있음.

- 최대 대기시간(maximum waiting times)의 설정에 관해서는 모든 국가에 똑같이 적용될 수 있는 기준("one-size-fit-all")은 없으며, 각 국가의 현재 상황에서 실현가능성과 투입가능한 재원의 수준, 조직의 역량 등을 고려하여 설정 가능함.

○ 영국, 핀란드 등 몇몇 국가에서는 최대 대기시간을 공급자와 환자에게 목표치로써 활용하여 이것이 초과될 경우 공급자에게 패널티가 적용되는데, 이러한 경우 공급자들은 수요와 공급 측면 모두에 대해 필요한 조치들을 취하고 있음.

- 덴마크와 포르투갈에서는 최대 대기시간이 초과될 경우 환자가 다른 공급자를 선택할 수 있도록 하는 등의 방향으로 접근함.

Table 1. Waiting times are considered to be an issue across different types of health services

	General					Disease-specific		
	Elective treatment	Specialist care	Diagnostic tests	Hospital emergency departments	Primary care	Cancer care	Mental health services	Cardiac care
Canada	●	●	●	●	●	●	●	●
Costa Rica	●	●	●	○	○	○	●	○
Czech Republic	●	○	○	○	○	○	●	○
Denmark	●	○	○	○	○	●	●	●
Estonia	●	●	○	●	○	●	●	●
Finland	●	●	●	●	●	●	●	○
Greece	○	●	●	●	●	●	○	○
Hungary	●	●	●	○	○	●	○	○
Iceland	●	●	○	○	●	○	○	○
Ireland	●	●	●	○	○	○	○	○
Israel	●	●	●	●	●	○	●	●
Japan	○	○	○	○	○	○	○	○
Latvia	●	●	●	●	●	●	●	●
Lithuania	●	●	●	●	●	●	●	●
Luxembourg	○	●	●	●	●	●	○	○
Mexico	●	●	●	●	●	●	●	●
Netherlands	●	●	○	○	○	○	●	○
New Zealand	●	●	●	●	●	●	●	●
Norway	●	●	○	○	○	●	●	○
Poland	●	●	●	●	●	●	●	●
Portugal	●	●	●	●	●	●	○	●
Slovak Republic	●	●	●	○	○	●	○	●
Slovenia	●	●	●	○	○	○	●	●
United Kingdom	●	○	●	●	○	●	○	○
Out of 24 countries:	 21	 20	 17	 13	 12	 16	 15	 12

● Waiting times are an issue
○ Waiting times are not an issue

Source: Based on responses from the OECD Waiting Times Policy Questionnaire 2019

□ 대기시간 감소를 위한 정책방향에 대한 제언

- 공급 측면에서는 공급의 지속적인 증가만이 대기시간 감소를 달성할 수 있기 때문에, 단회의 추가적인 재원투입과 같은 단기 정책으로는 대기시간에 대해 장기 효과를 기대하기 어려움.
 - 서비스 전달에서 효율성을 증가시키거나 공급자의 생산성을 증대시키는 방법(시간외 근무 보상 등), 활동 기반 보상시스템(activity-based payment systems)의 활용은 비교적 작은 비용으로 공급을 늘릴 수 있는 접근임.
 - 현재 인력의 생산성이 최적의 수준이고, 기술적 장비 등도 역량이 갖추어져 있다면 의료 인력을 늘리는 방법도 생각해볼 수 있지만, 이것은 비교적 비용이 크고 효과가 나타나기까지 상당한 시간이 걸릴 수 있음.
- 공급의 증가가 대기시간 감소를 온전히 보증하지 못할 수 있음. 공급의 증대로 인한 대기시간 감소 효과가 수요 증가에 의해 상쇄될 수 있기 때문임.
 - 즉, 대기시간 감소를 위해서는 공급 측면 뿐 아니라 수요 측면에 대한 개입도 함께 이루어져야 하고, 영국과 핀란드의 사례처럼 최대 대기시간을 목표치로 설정하는 방법도 공급자가 수요를 늘리는 것을 간접적으로 통제하는 정책레버로 작용할 수 있음.
- 선택적 수술에 대한 대기시간 감소를 위한 보다 직접적인 정책사례로서 뉴질랜드는 환자들의 중증도와 치료효과 등을 반영하여 우선순위를 결정하는 도구를 사용하고 있음.
 - 회송 프로세스와 대기 리스트 관리에 이를 활용하여 중증도가 심한 환자의 대기시간은 감소시키고, 회송체계를 통해 일차와 이차 의료 간 연계를 강화시킬 수 있음.

3. 제26차 보건위원회 결과

- 일시: 2019년 12월 11일(09:30~18:00), 12.12일(09:30~17:30)
- 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- 의장: Ms. Olivia WIGZELL
- 참석자
 - 한국대표단: (보건복지부) 최경호사무관 (한국보건사회연구원) 강희정 연구위원, (건강보험심사평가원) 임지혜 부연구위원
 - 기타 회원국(독일, 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 덴마크, 스페인, 에스토니아, 미국, 프랑스, 헝가리, 아이슬란드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 라트비아, 리투아니아, 멕시코, 노르웨이, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 체코, 영국, 슬로베니아, 스웨덴, 스위스, 터키, EU)
 - 초청 국가(코스타리카, 러시아, 브라질, 카자흐스탄, 페루)
 - 국제기구(International Social Security Association(ISSA), World Bank, Council of Europe, WHO, Gavi(the Vaccine Alliance), BIAC/TUAC(6,7,8안전만 참석), OECD)

안건 1. 제26차 회의 의제 채택

- Item 1. 제26차 회의 안건
- Item 2. 제25차 보건위원회 회의록 승인
- Item 3. 사무국장 보고
- Item 4. 2021-2022년 사업 및 예산
- Item 5. 제약시장 투명성 제고: Options for OECD Contribution
- Item 6. 고위급 포럼 '21세기 보건의료: 데이터, 정책, 디지털 기술' 결과 및

Going Digital 프로젝트 업데이트

- Item 7. 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 이사회 권고의 이행 모니터링
- Item 8. 지속가능한 보건의료 재정
- Item 9. 패스트트랙(fast-track) 보고서: 보건의료서비스에 대한 대기시간
- Item 10. G7 일차의료(PHC) 보편적 지식 사업(UKI) : OECD 국가들과 국제조직들의 공동 작업 및 토의에 대한 공식 발표
- Item 11. 보건위원회의 환자보고지표조사(PaRIS)에 대한 업데이트
- Item 12. OECD 국가들에서 사람중심 보건의료시스템으로 전환 지원 - 개념적 프레임워크, 지표 스코어카드, 정책 접근
- Item 13. OECD 국가들에서 생애말기 케어 개선: 이슈 노트
- Item 14. 2020 12월 발표될 패스트 트랙 보고서의 주제 선정
- Item 15. 기타

안건 2. 제24차 보건위원회 회의록 승인

안건 3. 사무국장 보고 : 고용노동사회국 국장, Stefano Scarpetta

□ 지난 6개월간 주요 활동 보고

- 2019년 18개국 자발적 기여금 납부 : 2,616kEUR
- PaRIS 등 추가 비용 등으로 인해 2019-20 biennium 재정 적자 상황
- Health at a Glance 2019 발간

□ 2030년까지 GDP를 초월한 의료비 증가, 미국·프랑스·네덜란드에서 수명 연장 정 체, 오피오이드 피해 확산(2011년 이후 약 20%증가), 흡연·음주· 비만 위험의 지 속, 환자보고 결과 및 경험 조사의 필요성 등에 대한 언론 보도

□ 보건위원회 워킹파티 및 전문가그룹 활동

○ 예방의 경제성 전문가 그룹(10월 7-8일)

- 'Heavy Burden of Obesity' 발간: 영양, 신체 활동, 과체중 관리 등을 중심으로 비전염성 질환 관리에 대한 모범적 사례와 전략적 방향 제시

○ 보건통계 워킹 파티(10월 9-10일)

- 데이터의 파악, 교환, 관리 과정의 개선, 향후 개발이 필요한 보건통계 영역 확인, 보건정보시스템과 보건 데이터 및 통계 생산에 대한 심층 국가 검토 진행

○ 보건의료 질과 결과 워킹파티(11월 7-8일)

- 향후작업, 정보 인프라, 환자안전, Health at a Glance에서 HCQO, 병원 성과/통합의료 관련 지표 개발에 대한 논의

□ 향후 주요 행사 및 작업 계획

○ 10-11 Feb 2020, OECD 고위 예산 및 보건 관료 공동 네트워크 회의

- 보건의료시스템의 재정 지속가능성을 위한 3가지 트랙의 접근, 네트워크 미팅, 관련 훈련, 분석 작업 진행

○ 1 Dec. 2020, OECD-the National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine International roundtable on health literacy

- 비용효과적 개입, 다중 이해관계자 파트너십, Health Literacy 향상의 경제적 편익에 대한 논의를 위해 워싱턴 DC에서 개최 예정

○ OECD Mental Health Benchmarking 진행, 데이터 수집과 정책 조사를 위해 관련 전문가 미팅을 2020년 2/4분기 개최 예정

- 정신 건강, 기술, 근로 정책에 대한 이사회 권고 이행 추적

○ Work on Long-term care and collaboration with Gateway

- 장기요양서비스의 적정성과 부담가능성, 장기요양 욕구와 접근성 평가, 데이터 수집 개선 등에 대한 논의

□ Health at a Glance의 정책적 영향에 대한 토의

- 캐나다, 네덜란드, 일본, 아이슬란드는 Health at a Glance가 국내 정책에 미치는 영향과 미디어 효과가 높다고 평가하고 정신건강영역(아이슬란드)과 고령화에 대응하는 보편적 건강보장(일본)의 강화를 제안했고 자살 사망률 등 국가 간 비교를 위해 데이터의 질 향상(아이슬란드) 노력을 강조했다.

안건 4. 2021-22 사업 및 예산 계획

□ 사무국 보고

- 2017년 OECD 보건장관회의 위임사항과 OECD의 전략적 지향 반영하여 세 개 측면에서 사업 추진
 - 사람중심성 강화 측면에서, 환자보고 결과 측정(PaRIS), 암(건강 및 경제적 부담 평가, 조기진단의 경제성, 의료 질, 완화의료), 생애말기 지원, 통합의료 관련 프로젝트 진행
 - 미래 대응 정책 개발 측면에서, 제약 산업의 투명성, 지식기반보건의료시스템에서 인공지능의 활용, 공중보건 모델링(모범 사례를 적용한 정책 설계 방향 등) 관련 프로젝트 진행
 - 실행 측면에서, 국가검토보고서, 정책대화를 위한 플랫폼 구축, Peer-to-Peer 학습(교환) 사업 추진
- 2017-19 위원회 활동 평가
 - 질(quality)과 영향(impact) 측면에서 '15-'16년에 비해 모두 상승된 평가를 받아 전반적으로 높은 수준의 긍정적 평가를 받음.
 - 건강 및 보건의료시스템 평가 측면에서 가장 높은(high) 점수를 받았고 보건의료시스템의 비용대비가치 달성에 대한 분석 작업은 중간(Medium) 점수로 평가 영역 중 가장 낮은 평가를 받았음.
- 사업 및 예산 계획은 2020년 말에 결정될 예정이며, 포함되어야 할 중점 사업 영

역에 대한 논의를 요청하고 2020년 1월 17일까지 서면 의견 제출을 공지함.

□ 논의 결과

- 질병측면에서 암, 의료 질 측면에서 환자중심성, 서비스 측면에서 일차의료, 통합 의료, 장기요양, 생애말기케어가 중점사업 주제로 제안되었음.
 - 캐나다, 벨기에, 미국, 호주, EU는 암에 대한 더 많은 근거와 정책 개발의 필요성을 제안하였고 프랑스, 독일, 미국, 체코 등은 일차의료와 통합의료, 호주는 장기요양, 멕시코는 생애말기지원 서비스를 강조하였음.
- 여러 국가들이 EU, WHO 등 관련 국제기구와 협력적 추진을 강조하고 보건의료 시스템 성과 평가 등 OECD의 고유 역할을 제고할 수 있는 주제들을 강조했음.
 - 벨기에, 스위스, 미국 등은 질병 관련 주제에 대해 EU, WHO 등 관련 국제기구와 협력적 추진을 강조함.
 - 영국, 미국은 국제기구와 협력이 필요한 글로벌 관점과 국가적 관점을 구분하고 보건위원회의 차별성을 후자에 두고 보건의료시스템 성과 평가를 통한 OECD의 고유 역할을 수행하도록 강조했음.
 - 캐나다, 미국, 벨기에 등은 제약 산업, 보건의료 인력의 국가 간 이동, 가격 결정, 기술의 활용 등에 대한 사업의 필요성을 강조했음.
- 2019년 G7회의 결과를 반영하는 후속 사업의 필요성이 제안되었음.
 - G7 회의 후속 과제로서 일본은 고령화에 대응한 보편적 건강보장, 프랑스는 일차의료와 공중보건사업의 중요성을 강조함.
- PaRIS 등 보건의료의 질 지표 개발과 관련하여 보건통계, 보건정보시스템, 데이터 거버넌스가 강조되었음.
 - 스위스, 칠레 등은 PaRIS, 보건통계 관련 지표 개발, 보건정보시스템 구축 관련 데이터 거버넌스에 대한 사업의 필요성을 강조함.
- 기타 운영 관련하여 보건장관회의 위임사항 실천을 어렵게 하는 보건위원회의 재정구조에 대한 근본적 문제 해결의 필요성도 제안되었음.
 - 벨기에, 스웨덴 등은 2017년 보건장관회의 위임사항 실천의 중요성을 강조하

며 자발적 기여금에 의존하고 있는 보건위원회 재정구조의 한계에 대한 근본적 검토를 제안함.

○ 사무국은 국제기구 및 이해관계조직과 협력, 데이터 수집과 평가 측면에서 보건 정보시스템 구축, 암에 대한 많은 국가들에서의 관심, 제약산업 등 기타 주제에 대한 필요성을 확인함.

- EU등 국제기구와 공동 프로젝트 진행을 통한 협력 의지를 밝히고, 정규 예산의 부족으로 자발적 기여금이 요구되는 상황을 설명했음.
- 제한된 예산 상황에서 회원국들의 우선순위를 최대한 고려하여 사업 계획을 수립할 것임을 밝히고 서면 의견 제출을 요청함.

안건 5. 의약품에 대한 보건위원회의 향후 작업 방향 논의

□ 사무국 보고

○ 2019년 5월의 72차 World Health Assembly에서 논의된 의약품 시장의 투명성 주제와 연계한 OECD의 작업이 요구됨에 따라 OECD 사무국은 4가지 Work Stream을 제안함. 다만, 각 작업은 재정적 부담에 동의하는 것을 전제로 함.

- 첫째, 의약품 시장에 대한 폭넓은 정보시스템 개선 [1]
 - 의약품 시장의 성과 평가를 중심으로 폭 넓게 접근할 예정 [1.1]
 - OECD 회원국 대상, 특히 의약품에 대한 가격 인상과 보장범위 관련 경쟁 사항을 순가격(net price) 정보 수집 가능성, 가격 협상 등 기술적인 측면에서 검토 [1.2]
- 둘째, 특정 의약품에 대한 투명성 향상 [2]
 - OECD 국가들의 의약품 가격과 리베이트 등 정보 수집 가능성 검토 [2.1]
 - 수집된 정보에 기반을 두어 의약품 가격 비교 및 리베이트 수준과 유형 검토 [2.2]
 - 의약품 가격 투명성 향상을 위해 성과기반 관리형급여계약 방식으로의 전환을 위한 입상실험의 설계 개선 검토 [2.3]

- OECD 국가 대상, 의약품 정보에 대한 접근성 부여 및 모니터링 기회 부여 [2.4]
 - 셋째, 책임감 있는 사업 수행 및 사회적 책임에 대한 이해관계자의 대화 [3]
 - 다국적기업 대상 best practice와 가이드라인 제공, OECD 작업반 참여
 - 넷째, 의약품 R&D에 대한 인센티브 시스템 설계 [4]
 - R&D 인센티브 설계 방법, 현행 시스템 개선 방향 등에 대한 검토 시 OECD 위원회의 참여를 통해 객관성과 수평적 접근 담보
- 제안한 Work Stream에 대한 의견 및 우선순위에 대한 의견을 요청함.

□ 논의 결과

- 의약품 투명성 향상에 대한 OECD의 제안에 대부분의 국가가 동의하였으며, 특히 의약품 시장과 관련된 정보 수집의 필요성과 중요성을 강조함. 다만, 국가별 상황을 고려하여 우선순위를 달리 제시함.
- (스위스, 에스토니아, 호주) 의약품 시장의 투명성 향상을 위해서는 두 번째 이니셔티브로 제안된 모든 사항의 중요성을 제안함. 즉, OECD 회원국들의 정보 공유가 가능하면 가격비교뿐만 아니라 성과기반 관리형급여계약 및 모니터링이 순차적으로 진행될 것으로 예상함.
 - (미국, 노르웨이, 에스토니아, 포르투갈, 덴마크, 일본, 캐나다 등) 의약품 시장의 투명성 향상을 위해서는 정보공유 메커니즘과 순가격(net price) 활용을 위한 “2.1의 OECD 회원국들의 정보공유 가능성 및 잠재력 검토”가 가장 우선순위가 높은 것으로 제안함.
 - (한국, 에스토니아, 미국 등) 의약품 시장의 투명성 향상을 위해서는 급여결정과 관련된 정보공유와 수집이므로, “2.2 국제가격 비교 및 리베이트” 사업의 중요성을 최우선으로 제안함.
 - (유럽연합, 벨기에, 포르투갈 등) “2.3 임상 결과에 대한 투명성 향상 - 성과기반 관리형급여계약(MEA) 활용”은 현재 유럽연합을 중심으로 보건의료 프로그램 개선을 위해 진행하고 있는 사업이므로, 이를 우선적으로 고려할 것을 제안

함.

- (캐나다) 의약품 정보 수집 및 가격비교의 어려움과 더불어 의약품 접근성을 담보하기 위해 stream 4의 “의약품 R&D 인센티브 시스템 설계”를 우선 제안함.

○ OECD가 제안한 Work Stream과 관련하여 co-Market의 효율성 및 효과성 향상을 위해 일부 국가들은 다음의 사항에 대한 추가 검토를 요청함.

- (오스트리아, 노르웨이, 체코, 이스라엘 등) 의약품 시장 규모가 작거나, 의약품 가격 정보가 적은 국가에서는 오히려 의약품 가격 정보의 공개가 어려우므로, 이들 국가를 중심으로 의약품 시장의 투명성 및 신뢰성 향상을 위해 필요한 요소가 무엇인지 추가적으로 검토할 것으로 제안함.
- (일본, 이스라엘) 의약품 시장의 이해관계자 범주를 어디까지 포괄해야 하는지에 대한 고민과, 의약품 가격 관리를 위해 정부, 지불자, 제약업체 등과의 통합적인 접근이 필요함을 제안함.
- (오스트리아, 미국) 경제적 관점에서 향후 제네릭 시장의 변화에 대한 예측이 필요함. 이와 관련하여 OECD가 제안한 scoping study를 통해 OECD 회원국 간 신뢰할만한 제네릭 가격 정보를 공유할 수 있는 기전이 될 것임. 따라서 제네릭 의약품의 가격 및 경쟁 정보도 대상에 포함해 줄 것을 제안함.
- (오스트리아, 유럽연합) 의약품의 가격 결정은 정치적 민감도가 높은 아젠다이므로, 국가별 정책적 레벨 등의 고려를 위해 경제적 측면과 공적 측면에서 명백한 지표를 가지고 운영해야 함.

○ 기타사항으로 핀란드는 세 번째와 네 번째 이니셔티브 진행을 위해 다양한 OECD 위원회 참여와 관련하여, 각 위원회에 대한 정보 부족 및 의약품 시장에서의 수용 가능성 측면에서 어려움을 지적함.

- 한편, 포르투갈, 노르웨이, 덴마크 등의 여러 국가들은 WHO와의 관계 및 유럽 연합 사이에서 의약품 정보 수집을 위한 중재자 역할을 하기에 OECD가 가장 적합하다는 데 의견을 같이함.

○ 사무국은 대부분의 국가들의 우선순위가 명확하다는 점에서 의약품 시장의 투명성에 대한 관심이 크다는 점을 확인함.

- “2.1 OECD 회원국가의 정보공유 가능성 및 잠재력 탐색”은 현재 파일럿 스터디를 통해 검토 중이며, 의약품 전문가를 대상으로 사전 논의를 거칠 예정임.
- “4. 의약품 R&D 인센티브 시스템 설계”는 향후 점진적으로 확대되어야 하는 사업으로 생각함.
- 향후 의약품 관련 이니셔티브의 진행 사항은 Fast-track 보고서 형식으로 발간할 예정임.
- 다만, 제안된 내용에 대해 내년부터 순차적으로 진행된다면, 사업에 필요한 재정의 확보가 중요할 것으로 판단됨.

안건 6-7(통합 논의). 고위급포럼 결과 및 Going Digital 프로젝트 업데이트, 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 이사회 권고의 이행 모니터링

□ 사무국 보고

○ Going Digital 프로젝트의 추진 상황 공유

- Going digital phase 1(2019년 3월, 1단계 완료)
 - 경제와 사회에 미치는 디지털 혁신의 이해, 기술과 정책 개발의 갭(gap) 축소, 전 정부적 접근을 위한 도구 개발 지원
 - 국가 단위 통합 정책 프레임, 세부 영역으로 세분화 비교 지표 개발, 정책 도구를 검색하는 플랫폼 운영 추진
- Going digital phase 2 : 3개의 축(pillar)으로 구성하여 추진 중
 - (pillar 1) Horizontal Activities: 분석적 틀을 통해 관련된 OECD 작업의 연계 조정
 - (pillar 2) 인공지능 : 2019년 3월 인공지능에 대한 이사회 권고에 대한 협정. 42개 국가 참여(36 회원국 + 7개 국가), AI policy observatory, AI 원칙 설정
 - (pillar 3) 블록체인 : OECD 블록체인 정책 센터가 10여개 국가와 공동으로 20개 이상 관련 프로젝트 진행

- 고령사회 치매 유병 증가에 대응하는 Neurotechnology 확산에서 Responsible Innovation에 대한 권고, 잠재적 오용을 예방하는 접근 수행
- 데이터 거버넌스 및 개인정보 보호에 대한 워킹파티의 주요 논의 사항 공유
 - 개인정보보호 가이드라인 실행에 대한 검토
 - 데이터에 대한 접근과 공유 확대
 - 온라인에서 아동의 보호에 대한 2012 권고 개정
 - Data Breach Notification의 비교가능성 향상
- 2019년 11월, 덴마크 고위급 회담 결과 공유
 - 19개 국가에서 장관 8명, 장관급 고위 관료 23명, 5개 국제 조직 대표 참석
 - 주요 메시지
 - 새로운 기술과 데이터를 통한 업무 프로세스 개선의 잠재성 실현
 - 활용 준비에 대한 환자와 대중의 인식 제고
 - 디지털 혁신에 대한 보건의료 인력들의 참여와 활동 준비
 - 리더십과 가장 필요한 영역에 대한 투자
 - 기술 산업의 참여
- 보건의료 데이터 거버넌스에 대한 이사회 권고의 이행 모니터링 결과 공유
 - 19 국가들이 참여한 조사 결과의 사전 보고로 12개 데이터 거버넌스 프레임의 실행 수준과 코디네이션 현황 검토
 - 캐나다, 덴마크, 라트비아, 한국, 슬로베니아, 스웨덴이 데이터 이용가능성 및 성숙도가 높고 데이터 거버넌스가 잘 구축된 국가로 평가됨.
 - 다만, 2013년 결과와 비교하여 2019년 결과는 데이터 이용가능성, 성숙도, 활용 측면에서 국가별로 일관된 개선 방향을 보이지 않음.
 - 상대적으로 암 등록 데이터에서 연계 가능성이 높고 많은 나라에서 사망데이터를 정기적으로 연계하고 이를 가능하게 하는 식별 아이디어를 가지고 있음.
 - 향후 작업

- 2020년 봄 워킹페이퍼 발간, 2020년 여름 EHR 시스템 기반 데이터 사용 및 거버넌스에 대한 조사, 2021년 초 고위 관료 인터뷰, 2021년 말 이사회 보고 계획

○ 사무국은 거버넌스 구축(이사회 권고 이행 모니터링 기반), 측정(투입/산출/결과), 인공지능 기계학습 활용, 인적 역량 확대, 환자/대중 인식 제고, 국가 검토를 포함하는 디지털 혁신과 제도 개혁의 연계 틀을 제시하고 다음에 대한 논의를 요청함.

- 2021년 차기 고위급 포럼의 주최국 제안
- 모니터링 계획에 초기 결과와 다음 단계에 대한 의견
- 향후 작업의 우선순위

□ 논의 결과

○ 프로젝트 진행과 관련해서는 디지털 혁신을 견인하는 상호호환적 생태계 구축과 디지털 혁신과 비즈니스 모델의 연계, 헬스 리터러시 제고, 이해관계자 참여에 대한 중요성이 강조되었음.

- (덴마크, 스위스, 호주 등) 집중할 영역을 중심으로 복합적인 접근과 공동의 논의가 필요하며 이를 위해 리더십과 코디네이션의 강화 및 상호호환성 있는 환경 구축의 중요성을 강조함.
- 스위스는 데이터 보호와 보안은 의료 질 향상 등 디지털 혁신의 활용에 대한 환자 및 국민의 신뢰가 기반이 되어야 하며, 관련 사항을 보건위원회 사업예산 계획에 포함시킬 것을 제안함.
- 호주는 데이터 호환성을 제고하는 환경 구축을 위해 데이터 거버넌스의 필요성, 관련 인프라 구축을 위한 글로벌 파트너십 활용, 관련 거버넌스에서 시민 참여, 공중보건시스템 혁신 차원에서 의사 뿐 아니라 간호사 등 기타 보건 의료 인력의 참여를 강조함.
- 리투아니아는 인공지능과 데이터기반 기술의 활용에서 격차가 없도록 Health Literacy 이슈의 중요성을 강조했고 미국은 디지털 혁신이 실제 사업모델에 반

영되어 실현될 수 있도록 연계하는 접근을 강조했다.

○ 2019년 덴마크 고위급 회담의 성과에 대해 긍정적으로 평가하고, 향후 고위급 회담은 방법 중심으로, 구체적인 세부 주제로 범위를 좁혀 추진할 것을 제안함.

- (호주, 이스라엘, 리투아니아 등) 그동안 고위급 포럼의 구성이 무엇(What)과 왜(Why)중심에 있었다면 앞으로는 어떻게(How) 중심으로 변화가 필요함에 의견을 같이하고 거버넌스 권고 이행을 실천하는 국가적 역량의 갭을 줄이기 위한 가이드라인 제공 등 사무국의 역할을 강조함.
- TUAC은 관련하여 환자중심의 접근에서 새로운 기술의 활용을 고민하는 관점을 강조하고 의료 인력의 신기술 활용 역량을 강화하는 교육의 필요성을 제안했음.
- 이스라엘은 데이터 보호와 공유를 위한 엄격한 절차 운영과 관련 절차에서 이해관계자 참여의 필요성을 강조하고 향후 복수의 이해관계자가 참여하는 워크숍 개최를 통해 다학제적 논의의 기회를 갖도록 제안함.
- 미국은 상호 학습 효과를 기대할 수 있는 ‘글로벌 디지털 헬스 파트너십’ 구축의 중요성을 강조하고 향후 고위급 포럼은 구체적이고 세부적인 주제로 범위를 좁혀 추진할 것을 제안함.

○ 데이터 거버넌스 이행 모니터링 관련해서는 여러 국가들이 조사 결과의 공유를 통해 동일한 방향으로 변화를 유도하는 유용한 접근으로 평가하고 관련 수정 의견을 서면으로 제출기로 함.

- 덴마크는 이행 모니터링 결과를 비교 공개하는 플랫폼 등의 고려를 제안했고, 일본은 많은 국가들이 조직적, 법적 접근에서 공통의 방향을 설정하고 있음을 확인하는 유용한 접근임을 강조했다.
- 네덜란드, 덴마크 등은 일부 내용 수정 사항을 서면으로 제출기로 함.
- 프랑스와 캐나다는 일차의료 중심의 데이터 통합 사업의 추진 상황을 공유하고 이스라엘은 기술 향상, 규제 해소, 데이터 보호가 균형을 이루는 접근에서 의사-환자 정보 사업 추진, 옵트 아웃(opt-out) 제도 운영 등을 소개함.
- BIAC은 데이터 연계 활용에서 데이터의 연결 및 질, 거버넌스, 책무성 측면의

제고와 협력의 필요성을 강조함.

○ 사무국은 디지털 혁신 관련 제기된 이슈의 중요성과 상호 경험 공유를 통한 학습의 의미를 확인하고 차기 고위급 회담 호스팅(hosting) 제안을 요청함.

- 제안된 상호운용성(interoperability), 조화(harmonization), 이해관계자 참여(stakeholder involvement), 신뢰(trust), 동의(consent) 등의 이슈는 데이터 거버넌스의 요소와 보고서의 3개 정책 레버(정치적, 정책적, 기술적)에 반영되어 있음을 확인하고 거버넌스 이행 모니터링 조사 관련 수정 의견을 1월 말 이전까지 요청함.

안건 8. 지속가능한 보건의료 재정

□ 사무국 보고

○ 보건지출의 압박에 대응하는 정책적 대응 방향을 4개 대안으로 제시

- 전체 정부 세입 구조 확대
- 정부 지출에서 보건분야 지출 확대
- 공공 재정에서 민간 재정으로의 전환
- 보건 분야 효율성 확대

○ 4개 대안별 재정 지출 추계

- 전체 정부 지출의 증가량을 고려할 때, 2040년까지 정부 세입은 2%p 이상 증가, 정부의 보건지출 비중은 15%까지 증가 전망
- 비용 절감 시나리오 결과, GDP 대비 공공 지출은 2040년까지 0.9% 증가로 일반 시나리오의 1.6% 증가에 비해 낮음.
- GDP 대비 정부 세입 규모를 현재의 수준으로 유지하고 보건분야 지출을 확대한다면, 2040년 정부지출 중 보건지출의 비중은 20%까지 확대 전망
- 공공 보건지출을 현재수준으로 유지하면서 증가분을 민간분야로 이전시킨다면 민간보건지출은 2040년 기준 GDP 대비 4.8%까지 증가 전망

- 4개의 정책적 선택(효율성 증대, 세수 확대, 다른 부문 공적 지출의 자원 재할당 (reallocation), 민간 재정 확대)는 상호배타적이지 않음.
 - 이 중 하나라도 충분한 수준으로 이루어지지 않는다면, 의료 접근성과 불평등, 의료 질에 미치는 영향을 모두 고려하여 제5안도 고려해야 할 것임.
- 사무국은 대표단에 예비 분석 결과와 추가 논의 이슈에 대한 의견을 요청함.

□ 논의 결과

- 대표단은 비용 압박에 대응한 효율성 정책의 필요성을 제시하는 근거로서 분석 결과의 시의성을 지지하였고, 일부 국가에서 추계방식의 한계를 논의하고 유용성 제고 측면에서 **향후 보완 방향을 제안**하였음.
- (영국, 호주, 캐나다, TUAC, BIAC 등) 사람중심 보건의료시스템의 틀에서 정책 대안의 전개, 만성질환 관리 등 효율성 중심의 정책 필요성에 동의함.
 - 한편, 호주, 미국 등은 장기간의 추계기간 동안 동일한 효과의 효율성 유지는 비현실적 가정이라는 추계 방법론상의 문제를 제기함.
- (프랑스, 이스라엘) 프랑스는 민간영역으로 재정 부담을 이전하는 대안을 지지한 반면, 이스라엘은 불평등 심화 등 공중보건상의 문제를 초래할 수 있으므로 부적절하다는 의견을 개진함.
- (한국, 이스라엘, 라트비아, EU) 국가적 상황에 따라 선택 가능한 정책 대안을 제시하도록 추가 작업을 제안함.
 - 이스라엘은 경제적 어려움으로 효율성 정책 추진이 불가능하며, 한국은 이미 민간부담비율이 높아 민간으로 부담을 이전하는 대안을 고려하기 어려움.
 - 대안별 최적의 조건을 파악할 수 있도록 정책 대안별 정보 제공을 요청함.
- 사무국은 거버넌스 측면에서 재정의 지속가능성을 논의하고 국가별로 다른 상황에 맞는 정보를 제공하며 추계방법 관련 제기된 기술적 세부사항의 적용가능성을 검토하기로 함.

안건 9. 패스트트랙(fast-track) 보고서: 보건의료서비스에 대한 대기시간

□ 사무국 보고

- 대기시간은 많은 회원국에서 중요한 정책적 이슈이지만 국가별로 관심도에 차이가 있음. 관심도가 높은 국가 그룹에는 노르웨이, 캐나다, 라트비아, 리투아니아, 뉴질랜드, 폴란드 등이 포함됨.
 - 대기시간 이슈는 여러 다른 영역의 서비스와 관련되어 있음.
- 선택적 케어에 대한 대기시간 분석을 위해 개념적 프레임 제시
 - 의료 수요, 대기목록(waiting list), 의료 공급이 모두 대기시간에 영향을 미치며, 대부분의 국가에서 관련 이슈의 문제는 정체되거나 심각해지고 있음.
 - 덴마크, 영국, 핀란드, 네덜란드와 같은 국가들은 선택적 치료 서비스에 대한 대기시간 감소 정책의 성공적 사례인 반면, 일부 국가에서는 일정 시간 후 문제가 다시 심각해지는 경우도 있음.
 - 성공적 정책 접근은 다음 요소의 조합을 요구함.
 - 최대 대기 시간(Maximum waiting times), 공급 측면 개입(supply-side interventions), 수요 측면 개입(demand side interventions), 정기적인 성과 모니터링(regular monitoring of progress)이 조화를 이룰 때 정책성도가 높았음.
- 보고서 구성
 - 첫째, 인구기반 조사 및 행정 데이터를 통해 OECD 국가들에서 대기시간 이슈의 중요성 수준 비교
 - 둘째, GP 상담, 전문의 상담, 선택적 치료를 중심으로 OECD 국가 간 대기시간 변이 검토
 - 셋째, 대기시간이 환자의 의료 접근과 건강결과에 미치는 영향 검토
 - 넷째, 성공적 정책을 중심으로 여러 서비스들에서 대기시간 감소를 위한 정책 개입의 범위 검토

- 정책적 함의를 중심으로 보고서 초안에 대한 의견을 요청하고 2020년 1월 17일까지 관련 서면의견 제출을 공지함.

□ 논의 결과

- 여러 국가들이 제안된 프레임과 개입 방향을 지지하고 추가 검토를 제안함.
 - (노르웨이) 정책을 조합하는 접근에 동의하고 지역 간 대기시간 변이 분석에 서 지역단위별 관련 인력의 제공량 등 특성을 반영한 비교 분석을 제안함.
 - (폴란드) 기타 정책과의 관련성을 고려하는 접근을 지지하는 측면에서 백내장 수술의 최대량 상한 폐지가 대기시간 감소에 기여한 사례를 공유하고, 실제 예약진료의 약 25%가 취소되는 상황을 반영하여 이를 사전에 통제하는 접근의 필요성을 제안함.
 - (핀란드) 환자등록제도를 통한 접근 방식을 지지하고 사전 통제를 위해 전문의 의료에 대한 필요도 측정 가능성 검토를 제안함.
 - (덴마크) 최대 대기시간 설정과 이 기간 이후 자유로운 선택을 허용하는 수준이 모두 대기시간에 영향을 미치는 중요한 요소임을 강조하고 보편적 건강보장의 틀에서 두 개의 기준을 동시에 고려하는 접근을 제안함.
 - (벨기에) 관련 정책의 영향에 대한 부정적 행태 변화를 고려하여 공급자 단체 등과의 협력 필요성을 제안함.
 - (포르투갈) 특정 인구집단의 접근도 관리 중심에서 개인단위 대기시간 관리, 일차의료와 병원 간의 연계를 위한 National Contact Center를 운영하여 수술 영역에서 상당한 대기시간 감소 성과를 달성하고 있음. 관련하여 대기자 목록 관리, 관련 관리 기구 설립, e-health 활용, 홈 케어 확대 등 시범사업 운영을 소개하고 동일한 통합적 접근의 필요성을 강조함.
- 헝가리 등 일부 국가들은 성과 측정과 피드백의 중요성을 강조함.
 - 헝가리는 대기 목록에 있는 환자를 대상으로 완료율 지표 관리를 제안함.
 - 벨기에는 병원의 효율성 성과 관리, 이스라엘은 독립 기구를 통한 지표 관리와 웹사이트를 통한 결과 공개가 대기시간 감소에 미치는 긍정적 영향을 강조함.

- 일부 국가들은 추가적으로 고려되어야 하는 요소들을 제안함.
 - 벨기에는 유럽공동체 내 환자의 이동, Public Health Knowledge 센터 운영 등을 통한 환자 지원 서비스의 영향에 대한 검토를 제안함.
 - 이스라엘은 공공영역 뿐 아니라 민간영역으로 확장하는 검토를 제안하고 세부 방법론 공유를 통해 결과의 신뢰도와 타당도를 제고하도록 제안함.
- 스웨덴 등 일부 국가들은 중요한 보건 이슈로서 작업 결과의 활용성을 지지하며 세부 사항을 서면으로 제출기로 함.
- 사무국은 성과 비교, 지역 간 변이 분석, 효율성 개선 측면의 접근, 공공영역과 민간영역의 포괄적 접근 등 제안된 의견을 반영하여 보다 일반적인 정책적 시사점 도출 필요성에 동의하고 일부 제안에 대해서는 조정 의견을 제시함.
 - 성과 모니터링 관련해서는 관련 지표 개발 연구가 필요하며, 관련 정보를 갖춘 암 케어 등 일부 영역에서 발전시킬 필요성과 현재 연구에서 범위를 확장하는 필요성을 함께 고려하여 검토할 필요가 있음.

안건 10. G7 일차의료(PHC) 보편적 지식 사업(UKI) : OECD 국가들과 국제조직들의 공동 작업 및 토의에 대한 공식 발표

□ 사무국 보고

- G7 일차의료 보편적 지식사업(Primary Care Universal Knowledge Initiative) 소개
 - 2019년 프랑스에서 개최된 G7 보건장관회의는 보편적 건강보장의 실현과 SDG 3의 달성을 위해 지속가능한 보건의료시스템으로 전환이 필요하며, 모두의 의료 접근도 향상을 위한 일차의료의 강화를 시스템 전환의 핵심전략으로 선언했음.
 - 이를 위해 관련 지식을 공유하여 학습하는 플랫폼을 구축·운영하는 ‘일차의료 보편적 지식 사업’이 추진되고 있음.
 - 사업은 상호호혜의 원칙에 의해 자발적 참여를 추진되며, 5개 국제조직(WHO,

OECD, World Bank Group, Unitaaid and Gavi, Vaccine Alliance)과 시민사회단체의 대표와 관련 전문가가 참여기로 함.

- SDG 3 달성차원에서 플랫폼 활용에 대한 WHO 사무총장 전언 공유
 - 알마아타 선언에 근거하여 모든 국가가 일차의료의 강화를 통한 편익을 경험하도록 보편적 건강보장의 핵심기반으로 일차医료를 설정하고 국제조직과 연계한 공동 전략을 추진할 것임.
 - 세계인구의 상당수가 양질의 서비스에 접근하지 못하고 만성질환 증가 등 사회적 변화에 대응하여 시스템의 지속가능성을 제고해야 하는 상황에서 일차의료는 공통의 핵심 전략임.
 - 모든 국가가 동일하게 일차의료 역할에 대한 수요를 가지므로 일차의료에 대한 보편적 지식 사업은 국가 간 학습과 공유의 기회를 제공할 것임.

○ G7 일차의료 보편적 지식사업의 주요 내용

- G7 일차의료 보편적 지식 사업은 G7 보건장관회의 선언을 기반으로 프랑스가 주도하는 웹 기반 지식 공유 플랫폼 구축 사업임.
- 플랫폼은 기존 전문 지식의 수집과 조정, 상호 호혜의 원칙으로 국가 간 일차의료시스템에 대한 학습을 장려하는 도구로서 효과적 운영을 위해 SDG 3 달성과 관련된 기존 및 새로운 노력들과 전략적 연계가 필요함.
- 아스타나 선언의 실현: 2018년 10월 카자흐스탄 아스타나에서 개최된 일차의료 글로벌 컨퍼런스에서 모두가 가장 높은 수준의 건강수준을 달성하기 위해 일차의료의 역할을 확대하기 위한 학습시스템 구축이 요구되었음.
 - 일차의료 운영 프레임의 요소로서 일차의료의 질 향상을 위한 3개 정책 레버는 일차의료 연구, 질 향상 시스템, 모니터링과 평가임.
- 성공 요인은 지식 생산, 혁신, 공유, 적용, 지역사회 반영으로 구성됨.
 - Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All 의 틀에서 갭(gap)을 줄이기 위해 국제공조사업 추진
 - 전례 없는 국제적 협력을 기반으로 하는 사업으로 OECD의 기여가 필요함.

- 의장은 관련된 OECD의 활동으로 고잉 디지털(going digital) 프로젝트, 집과 지역사회 중심 접근, OECD PaRIS 추진을 언급하고 OECD가 국가 간 벤치마킹 정보를 제공하는 참여에 대해 논의를 요청함.
- 국가별로 일차의료 개혁 관련 정책의 공유와 관련 사업의 추진에서 어떤 정보를 얻기 원하는지 의견을 요청함.

□ 지정 토의 : G7 국가와 EU

- 캐나다는 2019년 G7 보건장관회의 선언과 연계한 사업 추진을 지지하고 멀티 프로페셔널 팀 등 일차의료 혁신 경험의 공유를 제안했음.
 - 연방 및 주 단위로 일차의료 혁신을 추진하는 틀에서 가정의에 대한 접근성을 확대하고 인구집단 단위로 성과 향상을 모니터링을 해 옴.
 - 인두제와 인센티브의 혼합지불방식을 통해 혁신적 팀 기반 일차의료 접근을 확대하고 있음. 관련하여 multi-professional team model이 OECD 국가의 혁신적 사례로 공유된 바 있음.
 - 관련하여 의사 뿐 아니라 기타 보건 인력의 팀 기반 협력이 중요하고 일차의료에서 Nurse Practitioner의 독립적 진료제공 허용, 디지털 헬스, 화상진료(virtual care)의 활용을 소개함.
 - G7 일차의료 보편적 지식 사업과 관련하여, 캐나다의 환자안전을 위한 데이터 수집과 향상을 위한 WHO와의 협력적 접근의 공유를 제안함.
- 독일은 정책 설계와 접근에서 포괄성을 강조하고 의료 접근의 불평등 감소와 프로세스 개선을 위한 디지털 기술의 활용성 확대를 제안했음.
 - 디지털 콘텐츠를 반영한 의학교육 개선, 의료인의 기술 변화, 공급자 간 코디네이션 향상, 공급자간 상호 정보 공유 등 프로세스 개선을 위해 관련 법을 정비하고 2021년까지 EHR 시스템 도입을 추진 중임.
 - 일차의료와 의사교육에 중점을 두고 의학협회와 협력하여 일반의에 대한 교육 과정을 변화시키고 있음.
 - 국가 간 모범적 사례에 대한 근거를 제공하는 플랫폼 제공 역할을 지지함.

- 이탈리아는 보편성과 포괄성 측면에서 일차의료 접근도 보장을 강조했다.
 - 만성질환자의 욕구 반영, 지역사회 단위에서 가족의 참여와 일차의료시설의 관련 활동을 확대시키고 있음.
 - 알마아타 선언을 기반으로 시민권으로서 보편성 확대를 추진하고 글로벌 협력을 통해 대기시간 감소, 재정의 지속가능성 제고, 사람중심 의료시스템의 관점에서 자기관리의 책무성 확대 등 포괄적 개선을 유도하고 있음.
 - 지식공유는 모범적 사례를 확산시키는 핵심적 접근이므로 공동의 참여를 기반으로 하는 국제적 사업 추진을 지지함.
- 일본은 1961 보편적 인구 보장 시행 후 의료에 대한 접근의 불평등 문제에 관심을 두어 왔으며, 지역단위 의료인 공급을 위해 졸업 후 지방 근무를 조건으로 하는 의과대학 장학금제도 운영을 소개했음.
 - 플랫폼 사업에 참여할 것이며, 질 수준 향상에 대한 우선적 논의를 제안함.
- 영국은 NHS의 장기 계획 수립과 추진을 통한 예방중심의 일차의료 혁신 성과를 공유하고 질 성과 지표의 관리와 사회경제적 요인을 고려하는 접근의 필요성을 강조했다.
 - 노숙자들의 의료 보장을 위해서는 사회경제적 요인을 해결하는 접근이 요구되고 있으나 NHS의 긴축 재정이 이를 어렵게 할 수 있음.
 - OECD가 G7의 접근을 반영하여 관련 사업을 추진하는 것을 지지하고 의료의 예방적 효과에 대한 다른 국가들의 모범적 사례 학습의 유용성을 강조함.
- 미국은 양에서 가치 중심으로 시스템 전환기의 전략적 사업으로 케어와 보상을 연계하여 의료공급자 간 경쟁을 촉진하는 사업모델의 확산 방식으로 일차의료 혁신하는 접근의 공유를 제안함.
 - 메디케어와 메디케이드에서 주요 시술 및 질환의 에피소드 단위로 번들링(bundling) 지불 모형을 도입하여 환자 중심에서 의료의 질과 결과를 향상시켜 비용절감을 유도하는 접근을 확산시키고 있음.
 - 가치기반 접근에서 지역사회 기반의 통합케어체계 구축과 지역사회 헬스센터

의 역할을 확대함으로써 취약 인구집단의 의료 접근성을 높이고 있음.

- IT 기술에 기초한 의사결정지원시스템 구축, 의사 간 환자정보공유시스템 구축, 정신건강서비스 제공 혁신을 위한 tele-health의 활용이 확산되고 있음.
- 혁신적 접근은 지불모형을 통한 의료공급자 간 경쟁 촉진에 바탕을 두고 지역 사회기반의 케어 모델 중심으로 추진되고 있음.

○ 프랑스는 플랫폼을 통한 지식과 경험의 공유가 회원국의 일차의료 혁신에 기여함과 예방중심의 일차의료 혁신 필요성을 강조했다.

- 인구집단을 기반으로 공중보건정책에서 목표 집단의 정의, 질병예방의 효과성 제고, 건강행태 및 관련 교육 활동의 확산, 재정적 장벽의 해소를 통한 보편적 건강보장에 대한 기여가 중요하며 국가적으로 통일하여 단순화시키는 접근이 필요함.
- E-헬스를 통한 개인단위 서비스 접근 모델, 의학교육 및 수련과정에서 예방 교육의 포함, 접근의 불평등 해소를 위한 비의료인력의 참여 확대 등 다양한 접근 추진과 다양한 실험적 시도의 국제적 공유 필요성을 제안함.

○ EU는 플랫폼 사업에 참여할 것이며 보편적 건강 보장을 위한 공동의 접근과 사람 중심 보건의료시스템의 실천적 개념에서 사업 확장을 제안했음.

- 일차의료 강화는 재정적·기술적 지원이 필요하며 모범적 사례를 공유하는 것이 국가별로 시스템 개혁을 위한 중요한 근거 기반을 제공할 것임.

□ 논의 결과

○ 호주는 보건의료시스템의 효율성 제고 차원에서 추진 중인 일차의료 혁신 사업을 공유하고 정신건강에서 일차의료의 역할 확대 및 G7 사업과 연계한 OECD의 사업 추진을 지지함.

- 일차의료에서 간호사를 활용한 대체 활동, 지역사회 단위에서 지속관리와 건강 증진을 위한 서비스 통합, 새로운 기술의 활용, 환자 참여 확대, 재정 개혁 등 다양한 접근이 추진되고 있음.
- 성과 측정을 위해 관련 데이터 수집에 대한 투자와 정신건강 관리를 위한 일차

의료의 역할 확대를 강조함.

- 브라질 등 일부 국가들은 자국의 대응 프레임워크를 공유함으로써 일차의료 혁신을 위한 포괄적 접근을 강조함.
 - (브라질) 일차의료에 대한 OECD 국가 검토 보고서를 통한 전략 추진을 공유함으로써 일차의료 혁신의 포괄적 접근을 강조함.
 - 일차의료 강화를 위한 조직적 정비, 근로시간 외 의료 접근성 확대, 적정 비용 부담, 의료 인력의 양성 및 훈련 프로그램, e-health 및 전자의무기록을 활용한 데이터 통합, 일차의료 성과측정 체계 구축 등을 통합적으로 추진하고 있음.
- (코스타리카) 국가보건의료시스템에서 사회보장 강화와 연대, 디지털 헬스 추진, 형평성 개선과 시스템의 지속가능성에 대한 균형적 접근을 강조함.
- (이스라엘) 지역사회 내 포괄적 일차의료서비스 제공을 강조하고 관련 성과 측정의 필요성을 강조함.
 - 의사협회와 협력적 접근을 통해 일차의료 진료소에서 디지털 헬스 도구의 활용, 지역사회 기반의 건강생활 촉진 사업을 추진하고 있으나 관련 성과 측정의 한계에 직면하고 있음.
- (스페인) 2007-2012 21세기를 위한 일차의료 전략 수립 추진, 2018-2023 일차의료와 지역사회 전략 프레임워크 추진을 소개하고 일차의료 강화를 위한 다학제적 접근, 건강증진과 예방기능의 통합, EHR 정보를 활용한 통합 정보시스템 구축의 필요성을 강조함.
- 국제기구들도 국가 및 국제적 협력에 기반한 지식공유사업을 지지하고 참여 의사를 밝힘.
 - (Gavi¹⁹⁾, Vaccine Alliance) Vaccine Alliance 등 기존의 관련 사업들의 전개가 지식공유사업에 반영되어 사업이 지속가능하고 일차의료의 체계적 정립에 기여하기를 기대함.

19) Gavi is an international organisation created in 2000 to improve access to new and underused vaccines for children living in the world's poorest countries

- 관련하여 국가 단위에서 헬스 리터러시(health literacy) 개선을 위한 개입과 교육이 강화되어야 하며, 국제적 파트너십을 기반으로 공유된 지식은 협력적으로 분석될 필요가 있음.
- 2022년 런던에서 영국정부의 주최로 개최되는 'the 2022 GP' 컨퍼런스에 많은 국가들의 참여를 요청함.
- (Global Fund) 일차의료는 사람중심 보건의료시스템 구축에서 형평한 접근의 보장을 위한 글로벌 펀딩의 핵심 주제 중 하나로 가비와 파트너십을 지지하고 국가 및 국제적 수준에서 지속적인 협력을 기대함.
- (World Bank) 일차의료 강화에서 주요한 이슈로 첫째, 세계적 추세인 보편적 건강 보장의 실현을 위한 협력적 접근 둘째, 도구적 측면에서 의료의 질 향상, 인구 고령화에 따른 욕구 변화, 정신건강서비스의 욕구 증가 등을 반영하는 일차의료 혁신 셋째, 환자 입장에서 공급과 수요 채널을 변경시키는 환자 중심성의 실현이 중요함. 아울러, 일차의료는 다분야 개입이 필요한 협력의 장소이며 기술혁신을 실현하는 핵심 영역이라는 점에서 플랫폼 사업을 지지하고 관련 전략 개발에 투자할 것임.
- (WHO) 경험과 교훈을 공유함으로써 지식 갭을 줄이는 접근과 환경이 다른 상황에서 상호 이익을 추구하는 접근 틀의 설정을 지지함. WHO 등 국제기구와 협력을 통한 통합적 지식 공유 사업의 추진을 지지함.
- 사무국은 대부분의 국가들이 공통의 문제를 경험하고 있고, 일차의료는 의료시스템을 보다 효율적이고 효과적이며 형평하게 만드는 공통의 영역으로 회원국을 초월하여 전체 국가가 공통으로 대응해야 하는 과제임을 확인하고 다음과 같이 향후 추진 방향을 제시함.
- 높은 질의 서비스 제공, 환자중심성 등의 다양한 접근들이 통합되어야 하며 모든 참여 국가들이 지식을 공유하는 플랫폼 구축을 위해 기술적 대안들의 검토도 필요함.
- 고령화와 복합만성질환 증가에 대응하여 일차의료 혁신은 공유의 필요성을 높이는 긴급한 정책 이슈로 일차의료와 병원서비스의 연계, 의료서비스와 복지서

비스의 연계 등 폭넓은 논의를 통해 보다 통합된 서비스 제공의 확대에 기여할 것임.

- 특히, 보편적 건강보장의 틀에서 저소득 국가들의 백신 사업 뿐 아니라 일차의료 혁신의 경험을 공유하는 것은 모두에게 편익을 제공하는 것이므로 OECD 사무국은 지속적으로 국제적 활동과 연계하여 일차의료 지식 공유 플랫폼 구축 사업을 추진할 것임.

안건 11. 환자가 보고하는 지표 조사(PaRIS) 경과 업데이트

□ 사무국 보고

- OECD 사무국은 보건위원회와 PaRIS 작업반, 전문가, 국제 컨소시엄과 함께 환자가 보고하는 지표 조사 이행을 위한 작업을 실시하고 있음.
 - PaRIS 컨소시엄은 국제 조사 분야에서 최고의 기관들로 선정했으며, 사무국과 함께 PaRIS 작업을 진행할 예정임.
- PaRIS 조사를 위한 작업반은 2018년에 구성되었으며, 이 작업반은 특정 질병 대상의 환자보고 지표 개발을 시도함.
 - 해당 질병은 고관절/슬관절 치환술, 유방암, 정신건강의 3가지이며, 2019년 Health at a Glance에 분석 결과를 공개함.
- 2019년은 PaRIS 조사를 위한 컨소시엄을 구축하고, PaRIS 조사의 기반을 다진 중요한 해였음. 이후 진행 과정은 다음과 같음.
 - 2020년까지 국가별 로드맵 구축 및 조사를 위한 조직 구축
 - 2021년에 예비조사를 통해 실제 데이터 구축 시도
 - 2022년에 본 조사 실시 후 2023년까지 결과 산출 예정
- 상기 일정 이행을 위해 1단계는 자발적 기여금을 통해 운영했으며, 2-3단계는 참여 국가 중심으로 비용분담 형식을 도입함. 비용분담 방법은 전체 균등분할과 유사 사업인 PIAAC의 사례처럼 50% 균등분할과 50% 차등적용을 제안함.
- 향후 국가별 세부 이행사항과 재정 관련 내용은 다음과 같음.

- 2020년 초반까지 국가별 focal point 지정
 - 2020년 5월 31일까지 ELS director에게 참가 의향서 제출
 - 2020년 11월 30일까지 협약서 제출
- 사무국은 사람중심 보건의료시스템으로의 전환을 위해 PaRIS 조사에 대한 OECD 회원국의 참여를 촉구하고, PaRIS 진행과 관련된 의견을 요청함.
- 관련하여 네덜란드 대표단은 PaRIS 기술 자문 그룹의 검토 결과를 전달함.
- PaRIS 조사는 만성질환자를 대상으로 의료서비스의 결과를 조사함으로써 국가의 보건의료시스템의 수준을 국제적으로 비교하는 사업으로, 2017년 OECD 보건장관회의 위임사항으로 반드시 이행되어야 하는 핵심과제임.
 - PaRIS 조사는 OECD 회원국을 대상으로 관련 전문가와 이해관계자들이 공동으로 진행하므로 환자 참여, 기술적 과제, 예산을 최적화할 수 있는 장점이 있으며 사람중심 보건의료시스템으로 이행 과정에서 의료 공급자 및 정책 입안자에게 신뢰성 있는 근거를 제공할 수 있음.
 - 참여 국가들의 재정적 부담을 최소화하여 더 많은 국가들이 2-3단계 사업에 참여할 수 있도록 유도할 것을 제안함.

□ 논의 결과

- 많은 국가들이 PaRIS 조사가 사람중심 보건의료시스템 구축을 위한 중요한 작업임을 지지하고 관심의사를 표명하였음.
- (벨기에) PaRIS에 대한 향후 계획과 관련하여 연방정부 간 협의 중에 있으나, 여전히 참여 국가가 정해지지 않고, 그 수에 따라 재정이 달라지기 때문에 명확한 논의를 하기 어려움.
 - (미국) 고가치 환자중심 의료 제공을 위한 전달체계 개혁의 성과 측정을 위해 PaRIS 사업을 지지함. 국가별 필드테스트 단계에서 국가적 상황에 맞는 조사표 개발을 위한 조정의 필요성을 강조함.
 - (핀란드) 1단계에 참여하고 있으므로 2-3단계의 참여도 강력하게 원하고 있으나, PREMs와의 차이가 무엇인지와 PaRIS 조사의 국제비교 가능성에 대해 의

문을 갖고 있음.

- (체코) 2-3단계에 대한 참여를 위해 국제 컨소시엄과 함께 국가 단위에서 필요한 질문을 정리하고 있음.
 - (슬로베니아) 아직까지 재정적인 측면에서 비용이 명확하게 제시되지 않아서 2-3단계의 참여 여부가 불명확하지만, 현재 참여를 준비하고 있음.
 - (스페인) PaRIS 참여와 관련하여 보건부와 지역 보건부 등 관련자와 이미 공식적인 미팅을 진행하였음.
 - (프랑스) PaRIS 참여와 관련하여 환자와 공급자 간의 조정을 시도하고 있으며, 추진 과정에서 개인정보 보호가 중요하게 다루어질 필요성이 있음.
 - (호주) 2단계 참여에 대해 관련자들이 모여서 논의하고 있음.
- 일부 국가들은 사업에 대한 지지도도 불구하고 현 단계에서 사업 참여가 어렵거나 결정이 어렵다는 입장을 표명했음.
- (독일) 사업의 중요성을 지지하지만 자료 수집의 어려움으로 참여가 어려움.
 - (스위스) 의료에 대한 성과 측정에 높은 관심이 있으나 현 단계에서는 참여가 어려움. 아울러, 국가 간 비교에서 심리적 차이를 통제하기 어려운 기술적 문제, 데이터 소유권에 대한 문제, 국가수준에서 어떤 지표가 포함되는지가 명확하지 않음.
 - (영국) 2-3단계 참여는 고려하고 있으나 다음 정부가 결정할 것임.
- 브라질은 참여 국가의 범위를 회원국에 한정하지 않고 확대하기를 희망하고 참여 의사를 밝힘.
- 사무국은 PaRIS 조사에 대한 세부계획을 웹사이트를 통해 공개할 예정임을 밝히고 다음과 같이 주요 의견과 질의에 답변함.
- 정기적으로 사업의 목적에 맞게 진행되는지 평가해야 하는 권고를 반영할 것이며, 정확한 비용은 참여 국가와 협정 완료를 통해 확정될 것임.
 - 조사된 결과는 국가별 목적과 용도에 맞게 사용될 것이며 EU와 협력에 대한 내용들을 웹사이트에 게시할 것임.

- 조사데이터의 소유권은 해당 국가에게 주어지며 국가별 관련 법에 근거하여 프라이버시 보호 규정 등을 준수할 것임.
- 브라질이 제안한 비회원국 참여도 환영하며, 단계별로 참여 시기의 선택은 자유지만 조기에 참여할수록 국가별 상황에 적합한 조사표 개발이 가능할 것임. 참여 결정이 늦어지면 개발된 조사표를 사용하는 단점이 있을 수 있음.

안전 12. OECD 국가들에서 사람중심 보건의료시스템으로 전환 지원 - 개념적 프레임워크, 지표 스코어카드, 정책 접근

□ 사무국 보고

- 정책 조사결과, 많은 국가들이 보건의료시스템에서 사람중심성 강화에 대해 높은 가치를 부여하고 있으나 자체 정의를 갖춘 국가는 많지 않음.
- 사람중심 보건의료시스템 프레임은 각 국가들이 사람중심성 측면에서 제도를 평가하고 관련 계획을 수립하도록 지원할 것임.
 - OECD 사람중심 보건의료시스템 측정 프레임워크
 - Voice: 사람들이 보건정책 의사결정기구에 참여 하는 수준
 - Choice: 사람들이 의료공급자 및 진료 시점을 선택하는 수준
 - Co-production: 사람들이 선택 가능 서비스에 대해 자문과 정보 지원을 받는 수준
 - Integration: 전자적 의무기록 공유를 통한 의료 통합/코디네이션 경험 수준
 - Respectfulness: 사람들이 의료에서 존중 받은 경험의 수준
- 예비조사 결과
 - Voice: 환자들이 공식적 역할을 하는 국가는 호주, 독일, 포르투갈(높은 선택권), 대부분 중간 수준
 - Choice: 대부분 높은 선택수준
 - Co-production: 참여 국가 간 변이 확인

- Integration: 일차의료에서 예약, 처방, 기타 조치를 위한 전자적 사용이 대부분 높은 수준이나 전자의무기록 사용에서는 변이 존재
 - Respectfulness: 환자가 의사와 충분한 진료시간 경험에서 변이 존재
- 결과와 정책적 시사점에 대한 의견, 향후 사무국 작업에서 고려되어야 할 이슈에 대한 의견을 요청하고 2020년 1월 25일까지 서면 의견 제출을 공지함.

□ 논의 결과

- 여러 국가들이 측정 프레임의 개념화 방향은 지지하였으나 Voice, Choice, integration 등 영역별 세부지표들이 제도적 상황에 따라 영향을 받을 수 있으므로 국가 간 비교를 위한 객관적 지표로 적합하지 않거나 조정이 필요하다는 의견을 제시함.
- 코스타리카, 미국, 캐나다 등은 국가별로 의료보장제도의 구조, 공공과 민간의 역할 분담 수준이 다른 상황에서 Voice 영역에 '보장성 결정에서 사람들의 참여 수준' 지표는 객관적 비교 지표로 부적합하다는 의견을 제시함.
 - 관련하여 미국은 사람들이 보험자를 선택하는 수준의 지표를 포함해야 한다고 제안하였지만 캐나다는 보험자 선택이 적용되지 않는다는 의견을 제시함.
 - 벨기에는 Choice 영역이 접근성 등과 관련된 복잡한 영역으로 대표성 있는 측정이 어렵고 Co-production 영역은 환자가 정보에 기반하여 의사결정 하는 수준으로 측정 개념을 명확히 할 것을 제안함.
 - 이스라엘, 칠레 등도 환자의 공급자 선택권이 없는 상황에서 Choice 영역의 지표가 부적합하다는 의견을 제시함.
 - 스위스, 벨기에, 칠레는 Integration 영역의 지표는 EHR 등 디지털 기술을 활용하는 디지털 인프라와 환자중심성이 결합되는 영역으로 ICT 활용 지표들의 포함 여부에 대한 논의가 필요하다는 의견을 제시함.
 - 칠레는 Integration의 경우 지역단위 데이터 통합이 가능하지만 국가단위 통합에 제한을 두고 있는 경우에 조사표 답변이 어려울 수 있다는 의견을 제시함.

- EU, 캐나다는 기존에 발표된 사람중심 보건의료시스템 측정 틀과 지표를 참조하여 국가별로 적용이 어려운 지표가 없도록 보완을 제안함.
- 일부 국가들은 예방과 웰빙 측면에서 환자의 권한 강화 또는 환자 경로를 개선하는 방향성의 촉진과 관련된 추가 사업의 필요성을 제안하였음.
 - 핀란드는 예방과 웰빙 측면에서 사람중심성 측정의 강화를 제안하고 디지털 기술의 활용을 유도하는 변화 방향의 측정을 지지함.
 - 프랑스는 국가전략에서 온라인 접근을 통한 환자경로 개선에 주력하고 있으며 관련하여 환자의 권한을 강화하는 도구로서 Health Literacy 문제를 중요한 이슈로 다루어야 함을 강조함.
- 사무국은 보다 관련성 있고 유용성을 높이는 측면에서 제안된 의견을 검토할 것임을 확인하고 측정의 주요 목적은 순위를 결정하는 것이 아니라 국가별로 시스템 개선 방향을 제시하는 필수 요소에 대해 스코어카드를 제공하는 것임을 강조하였음.

안건 13. OECD 국가에서 생애말기케어 개선: 이슈 노트

□ 사무국 보고

- (배경) 생애말기케어((End of Life Care, EOLC) 서비스 욕구 증가에도 불구하고 접근성에서의 갭(gap), 기타 서비스와 연계의 한계, 질에 대한 우려, 공공 및 민간의 예산 압박 제기
- (구성) 보고서는 네 가지 주요 정책 이슈로 구성됨. 단, 윤리적 문제, 안락사 같은 이슈는 포함하지 않음.
 - (접근성) EOLC의 유형과 접근 수준
 - (사람중심성) 목소리, 선택, 공동생산, 서비스 통합, 존중감의 반영 수준
 - (서비스의 질) EOLC의 질을 측정하기 위한 지표의 개발과 개선 정책 검토
 - (재정적 지속가능성과 지출 관리) 개인과 시스템 수준의 재정 부담과 관리 방향 검토

- 사무국은 이슈노트에 대한 의견, 관련 전문가 그룹 참여 및 관련 정책 정보 공유를 요청함.

□ 논의 결과

- 여러 국가들이 관련 사업의 추진, 개념의 정의, 성과 측정 등에 대한 의견을 제시하고 관련 전문가 그룹 참여에 관심을 표명하였음.
- 미국과 일본 등은 사람중심성에 기초한 생애말기 통합케어 사업 현황을 공유하고 관련 사업 추진에서 서비스 제공의 제도적 근거, 사람중심성을 제고하는 지원서비스, 거주지 기반의 접근을 강조함.
 - (미국) 환자중심성을 제고하는 성과지표 관리를 포함하여 생애말기를 지원하는 통합케어사업을 추진하고 있으며, 이러한 접근을 위해 병원 케어와 홈 케어 사이의 선택을 연계하는 제도적 근거와 지원서비스 마련이 필요함.
 - 메디케어 케어 초이스 모형(Medicare Care Choices Model, MCCM)을 통해 메디케어 의료서비스를 받으면서 호스피스 서비스를 선택할 수 있고 모형은 삶의 질과 환자/가족의 만족을 향상시키는 공동의 의사결정을 촉진함으로써 사람중심성을 제고하고 있음.
 - 관련하여 치매 환자 등 생애말기케어 욕구가 높은 집단을 대상으로 사전의료계획(advanced care plan) 수립에 따른 사람중심 통합케어를 받도록 유도하고 있음.
 - (일본) 개인의 거주지 중심으로 케어 플랜에 따라 전문 케어 팀이 서비스를 제공하고 있으며 이를 위해 국가단위 가이드라인을 개발하여 제공하고 있음.
 - 이스라엘은 다학제적 전문가 팀(multidisciplinary care team) 기반의 사업 추진을, 스위스는 사람중심성을 제고하는 측면에서 생애말기케어의 의사소통기전 개선의 필요성을 강조함.
- 네덜란드 등 일부국가들은 장기요양, 완화의료, 생애말기케어 간의 연관성, 의료서비스와 기타 서비스의 통합 범위 등 세부 정의에 대한 검토를 요청함.
 - (네덜란드) 완화의료와 생애말기의료의 연속적 접근이 필요하며 임상적 서비스

뿐만 아니라 정신적 케어, 사회적 지원 등과 상호 보완적 제공이 필요함.

- (슬로베니아) 장기요양에서 의사 참여 확대와 완화의료와 생애말기케어의 통합적 접근이 필요함.
- (폴란드) 장기요양과 생애말기케어의 관계(상호보완적 또는 독립적), 생애말기케어의 범위(의료시스템 또는 사회복지시스템)에 대한 개념 정의의 필요성과 함께 통합적 접근을 강조함.
- (노르웨이) 장기의료 및 완화의료와의 관계 정립이 필요하며 주요 개입 대상 선정을 위한 기준 설정이 필요함.
- (스위스) 생애말기케어는 중요한 공중보건이슈로 완화의료와 연계되어야 하며 서비스와 전달체계에 대한 명확한 정의가 필요함.

○ 독일 등 일부국가들은 윤리적 문제를 고려하여 서비스 제공과 범위에 대한 사회적 합의 과정의 필요성을 제안함.

- (독일) 환자의 권리 보장과 의료적 역할에 대한 정의가 필요함.
- (이스라엘) 생애말기케어의 개선을 위해 의료인 뿐 아니라 사회복지 인력의 참여가 필요하며 관련 국내 법과 제도적 정비, 관련 이슈에 대한 사회적 합의를 이루는 접근도 중요하게 다루어져야 함.

○ 캐나다, 스위스 등 일부 국가들은 관련 서비스의 개선을 위한 국가 단위 성과 측정과 비교를 제안하였음.

- 캐나다는 국가 간 성과 비교 시스템 구축, 스위스는 관련 국가 데이터 자원의 향상, 영국과 폴란드는 성과 측정을 위한 세부 기준 정의의 필요성을 강조함.

○ 사무국은 제안된 사람중심 접근, 보건과 복지서비스의 관계, 장기요양 등과의 관련성 등에 대한 명확한 개념 정의와 통합적인 접근의 필요성에 동의하고 세부적으로 검토 방향을 제시함.

- 데이터 이용가능성에 따라 진전된 분석을 기대할 수 있으므로 고령화와 연계한 생애말기 의료비 지출 분석을 통해 관련 근거를 마련할 것임.
- 명확한 개념 정의와 관련해서는 대상의 특성에 따라 접근 방식에 차이가 있을 수 있으므로 향후 전문가 그룹의 의견을 반영하여 진전시킬 것임.

- 대상의 우선순위를 설정하는 기준에 대해서는 연령군, 소수집단 등 인구학적 특성에 따른 서비스 접근성을 먼저 검토하고 단계적으로 장기요양 서비스 틀에서 말기 케어를 향상시키는 접근으로 확대시키고자 함. 아울러, 질환별로 노인에서 치매, 젊은 층에서 관심 질환 등을 선정하여 접근할 것임.

안전 14. 2020년 12월 발표될 패스트트랙 보고서의 주제 선정

□ 다음의 후보 주제에 대해 투표로 결정

○ 주제 1: 일차의료 의사의 직업적 평가와 개선(How attractive is a career for a doctor in primary care?)

- 일반의사(GPs)로 활동하는 비중은 계속 감소하여 전체 의사의 1/4 미만임.
- 고령화 사회와 만성질환 증가로 인한 의료수요 증가는 광범위한 GPs 부족을 초래하고 일부 국가의 시골지역에서는 이러한 문제에 이미 직면하고 있음.
- 이에 대응하여 의과대학생들의 선택을 유도하도록 GPs의 역할과 대우의 개선이 요구되고 있으나 경제적 측면은 물론 여러 면에서 기타 의료 전문의 보다 낮게 평가되고 있음.
- 이 프로젝트는 일반의사가 전문의에 비해 보다 매력적인 직종이 되기 위한 요인을 검토하는 것으로 여러 유형의 의사의 보상 구조와 방식(FFS, salary, capitation, P4P)의 검토를 포함하고 있음.

○ 주제 2: 보건의료시스템에서 약사의 역할

- 약사는 환자중심 보건의료시스템 개발에서 중요한 역할을 할 수 있음.
- 약사와 환자의 상호작용은 의약품의 안전하고 효율적인 이용을 보장하는 중요한 요소로 일부국가에서는 약사가 의약품을 조제하고 환자에게 설명해주는 것 외에 의약품 처방을 검토하고 백신을 처방하는 등의 새로운 역할이 하고 있음.
- 프로젝트는 OECD 보건의료시스템에서 약사의 역할을 검토하고 약사와 약국이 보건의료시스템 지속가능성과 질 향상을 지원하기 위해 어떻게 견인되고 있는지 확인하는 것임.

○ 주제 3: 항생제 내성-장기요양시설의 역할

- 2019년 6월 보건위원회에서 차기 패스트트랙 보고서 주제 중 2번째 선정
- 2017년 회원국 전반에서 박테리아 감염의 거의 20%가 항생제 내성에 의한 것이며, G20 국가 중 일부 국가의 항생제 내성은 40%를 초과했음.
- AMR 비율은 지속적으로 증가할 것으로 예측되며 2015년에서 2050년까지 약 2.4백만명의 사망이 호주, 유럽, 북아메리카에서 발생할 것으로 추계됨.
- 이 보고서는 우선적으로 장기요양 시설에서 항생제 내성이 어떻게 장기요양 비용에 영향을 미치는지 검토할 것임.

○ 주제 4: 민간 건강 보험: 시장과 정책 개발

- 민간 건강보험의 역할은 국가마다 다르게 작용하고 상당한 변화를 가져왔음.
- 대부분의 회원국에서 민간 건강보험은 자발적 선택을 통해 보완적, 이중적 보장 역할을 하고 있으며 일부 국가에서는 민간 보험자가 주요 건강보장을 제공함.
- 이 보고서는 회원국의 민간보험 상황을 업데이트하고 민간 건강보험 시장의 동성에서 최근 동향을 파악할 것임.

□ 투표 결과, 주제 1과 3이 동수로 투표되어 동시에 추진기로 결정함.

안건 15. 기타

□ 2020 의장국 선출:

○ Chair: Hans Brug (Netherlands)

○ Bureau members:

- Pedro Facon (Belgium)
- Gavin Brown(Canada) (기존)
- Solana Terrazas Martins (chile)
- John F. Ryan (EU)

- Asta Valdimarsdottir (Iceland)
- Asher Salmon (Israel)
- Masaru Hiraiwa (Japan) (기존)

□ 2020년 위원회 개최 일정

○ 2020년 6월 11-12일, 2020년 12월 7-8일

□ 2019년 12월 기준 2019-20년(2년간 사업)의 진행보고가 승인됨.

제 3 장

2019년 고용노동사회위원회

제1절 제134차 고용노동사회위원회

제2절 제135차 고용노동사회위원회

3

2019년 고용노동사회위원회 <<

제1절 제134차 고용노동사회위원회

1. 제134차 고용노동사회위원회

- 134차 고용노동사회위원회 안건은 다음 표와 같으며 보건복지부 업무와 관련하여 안건 10. 사회장관회의 후속 조치와 안건 15. 아동 복지의 논의 동향을 파악함.

〈표 3-1〉 제134차 고용노동사회위원회 안건

안건(2018년 4월 3~4일)	문서 번호	정리
ITEM 1. ADOPTION OF THE DRAFT AGENDA	DELSA/ELSA/A(2019)1/REV3	
ITEM 2. APPROVAL OF THE DRAFT SUMMARY RECORD OF THE 134TH SESSION	DELSA/ELSA/M(2018)2	
ITEM 3. DIRECTOR'S ORAL STATEMENT	DELSA/ELSA/RD(2019)1	
ITEM 4. REPORT BACK FROM CHAIR OF WORKING PARTY ON EMPLOYMENT		
ITEM 5. MONITORING COUNCIL RECOMMENDATIONS	DELSA/ELSA(2019)1	
ITEM 6. ELSAC IN-DEPTH EVALUATION ACTION PLAN: COMMUNICATING FOR IMPACT	DELSA/ELSA(2019)2	
ITEM 7. ELSAC MANDATE - PROCESS AND TIMING	DELSA/ELSA(2019)4	
ITEM 8. MIGRATION MINISTERIAL	DELSA/ELSA(2019)3	
ITEM 9. FINNISH BASIC INCOME FIRST RESULTS		
ITEM 10. SOCIAL POLICY MINISTERIAL MANDATES FOLLOW-UP	DELSA/ELSA(2019)5	○
ITEM 11. OECD ATTRACTING TALENT INDICATORS	DELSA/ELSA(2019)6	
ITEM 12. Presentation on Argentina's Labour Policy		
ITEM 13. MANAGEMENT QUALITY AND ECONOMIC PERFORMANCE	DELSA/ELSA(2019)7	
ITEM 14. PIAAC EMPLOYER MODULE ON SKILL GAPS	COM/DELSA/EDU/PIAAC (2019)5	
ITEM 15. GROUP OF NATIONAL EXPERTS ON VOCATIONAL EDUCATION AND TRAINING - GNE VET		
ITEM 16. UPDATE ON OECD WORK ON CHILD WELL-BEING	DELSA/ELSA(2019)8	○
ITEM 17. THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS AT ELSAC	DELSA/ELSA(2019)9	
ITEM 18. REPORT ON DIVERSITY AT WORK	DELSA/ELSA(2019)10	
ITEM 19. THE LABOUR MARKET IMPACT OF TEMPORARY MIGRATION	DELSA/ELSA(2019)11	

2. 주요 의제별 세부 내용

가. 2018 OECD 사회정책장관회의에 따른 후속조치에 대한 업데이트

의제	ITEM 10. SOCIAL POLICY MINISTERIAL MANDATES FOLLOW-UP
문서번호 담당자	DELSA/ELSA(2019)5 Monika QUEISSER; email: Monika.queisser@oecd.org Valerie FREY ; email : Valerie.frey@oecd.org,

사무국 공지
<p>□ 2018 년 5 월 15일 OECD국가 사회정책장관 정책선언문 (공동변영을 위한 사회정책: 포용적 미래)에서는 변화하는 사회경제적 도전과 가능성에 대응하는 사회정책의 필요성을 강조했으며, 관련하여 ELSAC은 사회정책장관 회의 권고 사항을 반영하여 “오늘의 사회적 필요”와 “내일을 위한 사회데이터”라는 광범위한 주제 하에 이슈 개발에 착수함(DELSA / ELSA (2018) 18 참고).</p> <p>□ 보고의 내용은 섹션 1~4까지 사회정책장관회의 후속조치로서 진행된 3개의 프로젝트와 1개의 새로운 프로젝트 제안을 포함.</p> <p>○ 진행 중인 3개의 프로젝트는 1) “중요한 사회적 위험”(“Risks that Matter”) 설문조사 2) 이해관계자들의 업무혁신 보고(repository), 3) 2019년 10월 예정의 컨퍼런스, “효과적인 사회정책과 서비스제공을 위한 새로운 사회데이터”(“New social data for more effective social policy and service delivery”)로 구성됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 섹션 1: 21세기 OECD Risk that Matter 조사 및 관련 보고서 내용 보고 - 섹션 2: OECD의 Observatory of Public Sector Innovation의 일부가 될 사회정책설계에 대한 이해관계자들의 업무혁신에 대한 요청 업데이트 - 섹션 3: 2019년 10월 16일 파리 OECD에서 개최예정인 컨퍼런스 “New social data for more effective social policy and service delivery”의 준비 진행 상황 <p>○ 섹션 4는 2018년 10월 ELSAC 토론[DELSA / ELSA (2018) 18]을 통해 국가별 시간경과에 따른 사회경제적 위험을 진단하기 위한 새로운 프레임워크</p>

(framework) 개발과 위험의 매핑(mapping)에 대한 작업 제안

- 새롭게 제안된 프로젝트는 사회적 위험에 대한 양적 매핑(quantitative mapping)과 국가별, 생애주기별 위험에 대한 종합적인 프레임워크의 개발을 포함함.

□ 대표단 논의 요청

- 장관 권고사항을 수행하기 위해 진행 중인 작업과 계획에 대한 의견
- 2020 Risks that Matter 설문조사에 대한 참여, 2018 년 및 / 또는 2020 년 설문조사의 결과에 기초한 국가 보고서 위임, 이 프로젝트에 대한 재정 지원 등의 기부금 제공에 대한 의사 표명
- 소셜 데이터 컨퍼런스 또는 후속활동에 대한 재정적 지원 의사 표명
- OECD 경제사회적 위험 프레임워크 및 사회적 위기 맵핑 분석 작업에 대한 자발적 기여 의사 표명

1) The OECD Risks that Matter Survey

□ OECD Risks that Matter(중요한 위험들) 실태조사 개요

- 사람들이 직면하는 사회경제적 위기에 대한 인식을 조사하고 국가가 그러한 위험에 어떻게 대응하고 있는지를 탐색하는 국가 간 조사
- 21개 OECD국가들에 거주하는 18-79세의 성인 22000명을 대상으로 2018년 봄(Wave1), 가을(Wave2)에 실시됨.
 - 몬트리올에서 개최되었던 OECD 사회장관회의에서 발표되었으며, 보고서는 2019년 3월18일
- 발간(<http://www.oecd.org/social/risks-that-matter.htm> 참조)
- OECD Risks That Matter 설문조사는 OECD국가에 사는 사람들의 사회적 위험과 사회정책에 대한 견해 등을 포함하는 국가간 비교가능한 정보를 제공한다는 점에서 기존의 사회데이터와 차별성을 가짐.

- 2020년 봄 제 3차 조사 실시할 예정이며, 사무국은 OECD 각 국가의 참여의사를 타진할 예정이며 조사결과와 국가별 보고서 발행가능성 제안.

Risks that Matter: 조사방법과 설문문항

- The Risks that Matter 조사문항은 OECD 회원국의 협의 하에 개발되었음.
주된 조사항목은 다음의 3가지 파트로 구성됨:
 - - 응답자와 응답자 가족이 직면하는 사회경제적 위험에 대한 인식
 - - 사회적 보호와 정부의 공공서비스와 급여제공에 대한 만족도
 - - 향후 필요한 사회보호에 대한 선호도
- 대부분 질문은 2항 응답 (binary-response) 또는 척도 응답(scale-response) 형태로 각국의 모국어로 조사됨.
- 설문조사는 인터넷과 전화를 통해 모집된 대표성있는 샘플을 활용하여 국가간 비교가 가능한 설문조사
 - 표집은 성, 연령그룹, 교육수준, 경제적 수준, 고용상태에 따라 이루어짐.
 - 목표 표본은 국가별로 1000명

2) 사회정책 개발을 위한 이해관계자 참여혁신

- 위원회는 2019년 2월 19일 OECD Observatory for Public Sector Innovation (OPSI)와 연계하여 사회개발을 위한 이해관계자들의 참여혁신 요청
 - 사회정책개발 관련 통찰력을 제공할 수 있는 제공부문 주체들을 함께 모아 공공 부문업무사례를 수집.
 - 각국의 대표는 OPSI 온라인 플랫폼 (<https://www.oecd-opsi.org/>)에 새롭고 혁신적인 사례를 제출, 이를 기초로 사례연구 수행
 - 2019년 4월 6일까지 제출할 수 있으며, OPSI website에 발행 예정

3) 보다 효과적인 사회정책을 위한 새로운 사회데이터 컨퍼런스

□ Tomorrow programmes을 위한 사회데이터 (OECD, 2018)의 일환으로, OECD는 “New social data for more effective social policy and service delivery” 컨퍼런스 주최.

○ 이 컨퍼런스는 효과적인 정책집행과 실행, 서비스제공뿐만 아니라 향상된 정책 평가를 위하여 사람중심(people-centered)의 데이터수집과 분석에 대한 이해 증진을 목표로 함.

- 잠정적으로 2019년 10월 15일 개최예정

○ 대표단은 사회데이터컨퍼런스에서 토론할 다음과 같은 주제에 대한 피드백을 제공할 수 있음

- 사회정책 개발을 위한 사회데이터 수집필요성
 - 사회정책에 주요한 영향을 미치는 측정된 적이 없거나 드문 사회적 위험 (seldom-measured risks)에 대한 데이터수집 위한 계획 논의
 - 최근 들어, 물질적 박탈과 가정폭력 등과 같은 주제를 포함하는 광범위한 사회적 위험에 대한 측정하기 시작
- 사회적 위험과 욕구에 대한 통찰력을 제공할 수 있는 데이터베이스의 연계방안
- 사회프로그램과 서비스 제공을 향상시키기 위한 데이터활용방안
- 증거하고 있는 사회복지 관련 빅데이터 분석

○ 컨퍼런스 이후, OECD사무국은 다음과 같은 프로젝트와 일련의 워크숍을 착수할 것을 제안함:

- Delivering with Data: Improving Information for Better Social Policies 타이틀의 프로젝트 착수
- 워크숍은 1) 데이터소스와 토대: 데이터수집, 관리, 저장, 연계 등 포함 2) 다양한 소스에 의해 수집된 실시간 데이터를 통해 사회정책의 개입과 평가를 필요로 하는 사회적 위험에 대한 이해를 진전시킬 수 있는 통계도구와 분석 3) 정책 개발과 실행, 서비스전달의 향상과 함께 개인정보 및 프라이버시를 보호할 수

있는 공적인 개입과 정책혁신방안 등을 중심으로 운영

4) OECD 사회경제적 위험 Framework: 생애주기별 사회경제적 위험에 대한 맵핑(mapping)

- 사회정책장관 선언문은 OECD가 위험의 위계구조를 이해하고 여성과 남성의 삶의 궤적을 변화시킬 수 있는 생애사건을 평가할 수 있는 데이터와 통계의 질을 향상시킬 것을 요청. 구체적으로 다음과 같은 연구주제로 구체화될 수 있음.
 - 사회경제적 위험은 OECD국가에서 생애과정을 통해 변화하고 있는가?
 - 언제, 어디에서 정책입안자는 부정적 생애사건을 예방하고 그 부정적인 영향을 완화할 수 있는가?
 - 정부와 OECD는 위험프로파일에 대한 종합적인 이해를 위해 데이터를 어떻게 활용할 수 있는가?
- OECD는 풍부한 데이터와 국제비교적 접근을 하는데 강점을 가지고 있으며, 사회적 위험의 양적인 맵핑은 부정적인 생애사건을 예방하고 이것이 생애기간동안 지속되는 부담으로 작용하는 것을 완화할 수 있는 정책개입에 효과적.
- OECD는 다음과 같은 프로젝트를 제안함.
 - 1) OECD국가의 사회적 위험을 측정할 수 있는 framework (Economic and Social Risk Framework (이하 ESRF))
 - 2) 사회적 위험 맵핑 (Sections 1.4.1 and 1.4.2. Section 1.4.3에서 구체적으로 언급): 이는 ESRF의 결과와 연계될 수 있음.
- The OECD Economic and Social Risk Framework
 - ESRF는 OECD국가의 가장 중요한 사회경제적 위험과 취약성을 맵핑하고, 측정하고 평가하는 가이드라인으로 활용될 수 있음.
 - ESRF는 생애주기적 관점에 기초하여 아동기에서 노년기에 이르는 다양한 사회

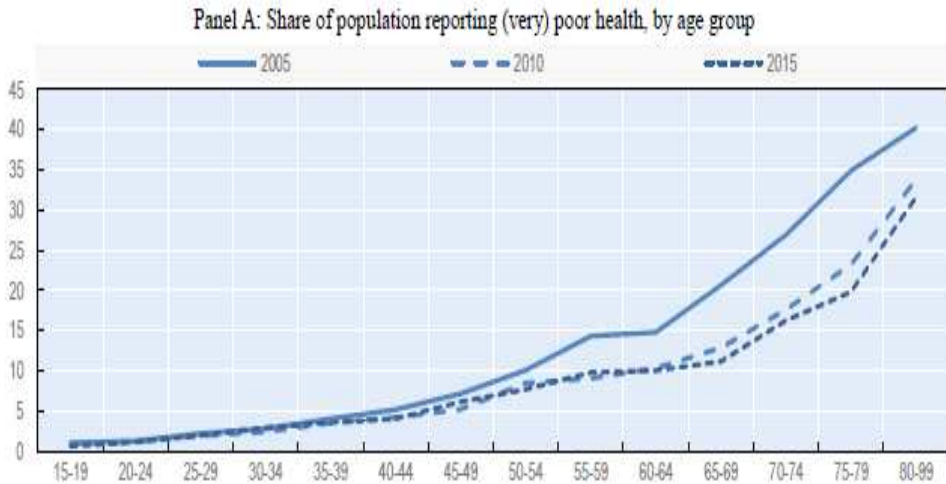
적 위험과 불안정성에 대한 노출도를 맵핑(A summary of ESRF is below in Section 1.4.1.)

○ ESRF는 OECD 웰빙 (Well-being) framework와 OECD 고용의 질(job quality) framework과 유사하게 결과 중심(outcome-focused), 개인에 초점을 두는 사람중심(people-centered by focusing on individuals), 주어진 사회적 위험의 흐름(in and out of the risk)과 사회적 위험의 총량의 수준을 동시에 고려하는 것을 원칙으로 함.

Table 1. Summary of draft OECD Economic and Social Risk Framework (ESRF)

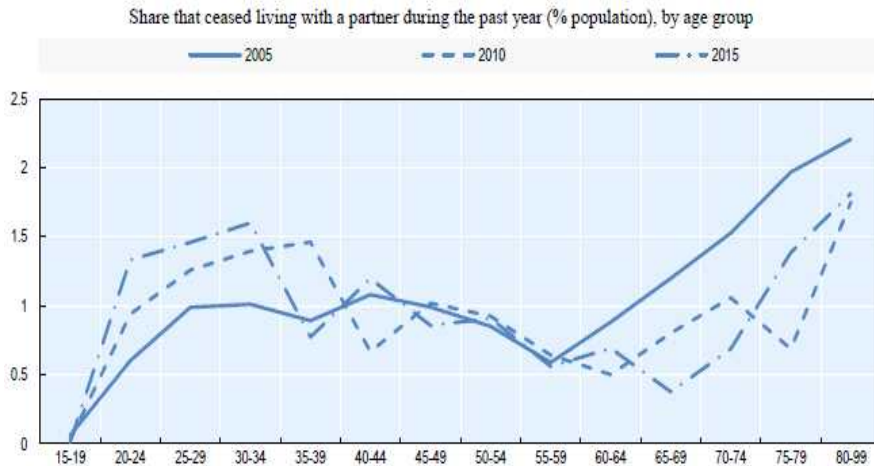
Life stage/area	Risk
Childhood	1. Growing up in income poverty
	2. Growing up in a single-parent household
	3. Missing out on early childhood education
Youth and young adulthood	4. Failing to achieve a good level of educational attainment
	5. Failing to make the transition from education to employment
	6. Becoming a single parent
Working life	7. Experiencing job loss and unemployment
	8. Experiencing under-employment
	9. Experiencing low earnings
Family and home life	10. Experiencing divorce or separation
	11. Experiencing high unpaid work burden
	12. Experiencing housing cost difficulties
Health	13. Living with general poor health
	14. Living with a chronic health condition
	15. Living with strong activity limitations
Old age	16. Living on low income
	17. Living with caring responsibilities
	18. Living alone

- 사회적 위험의 맵핑에 대한 예비 분석(Preliminary risk mapping analysis) 결과
 - 사회적 위기 맵핑분석은 사회적위기가 국가 간에, 시간의 경과에 따라 생애주기를 통해 변화하는지 평가함.
 - 위험의 종합적인 프로파일링을 위해서는 새로운 설문조사분석(예: 소득감소와 비전형노동 등)과 기존의 OECD 지표 (예: OECD Family Database와 the OECD Affordable Housing Database 등).
 - 소규모 표본 국가 분석을 기초로 한 예비결과(Preliminary results)(Section 1.4.2)는 지표별로 악화되거나 향상되는 추이를 확인할 수 있음.
 - 주관적 건강상태를 기준으로 중년과 초기노령기는 2005년에서 2015년까지 건강위험은 점차 감소하고 있음.



- 커플의 이혼율이 높아지고 있음. 25-29세의 커플 중 이혼이나 별거를 경험하는 비율은 50%까지 증가.

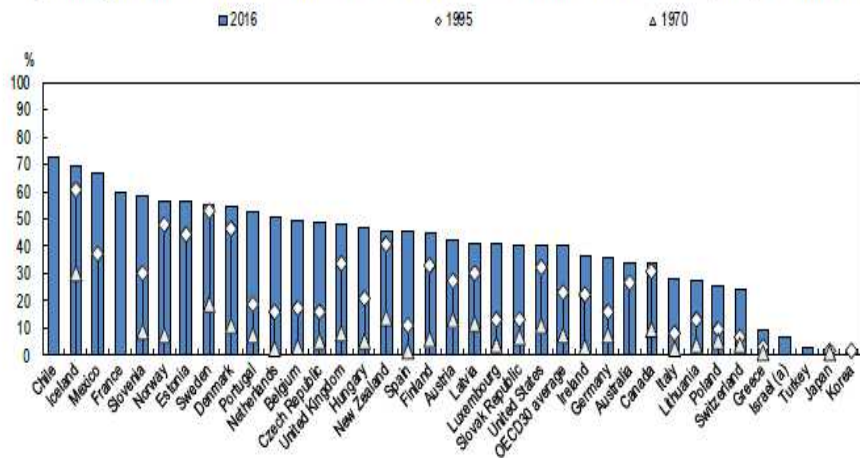
Figure 2. Divorce and separation risks are increasing for the young



- 한부모가족은 증가하고 있는 추세를 보임.

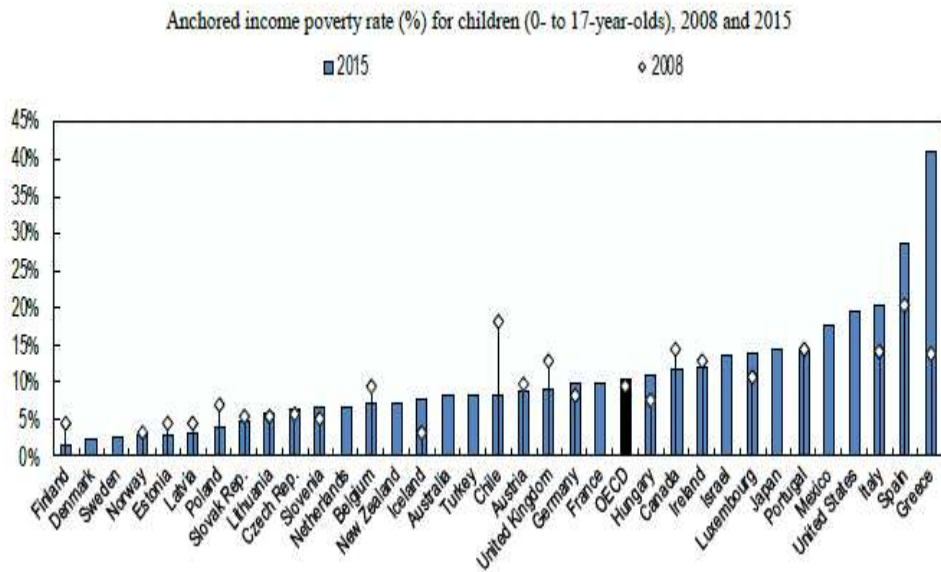
Figure 3. Single parenthood is on the rise throughout the OECD

Proportion (%) of all births where the mother's marital status at the time of birth is other than married, 1970, 1995 and 2016



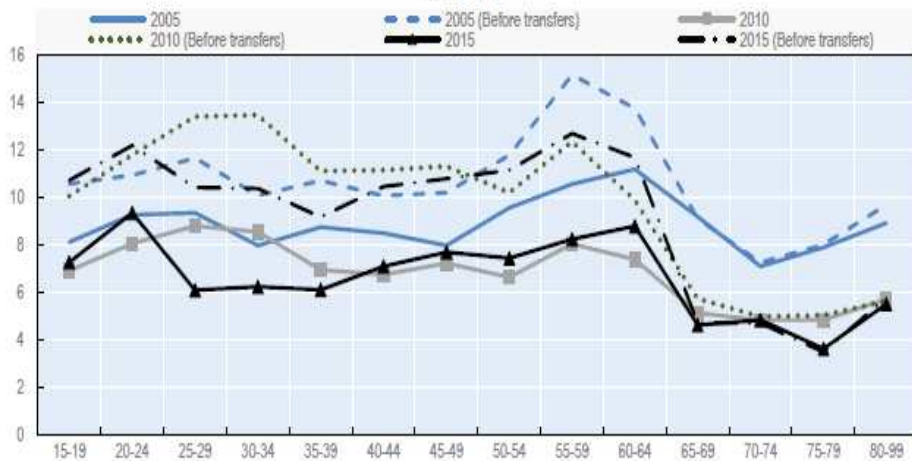
- 대부분의 OECD국가들의 아동빈곤 심화경향

Figure 4. In many countries, children are doing worse than they were in 2008



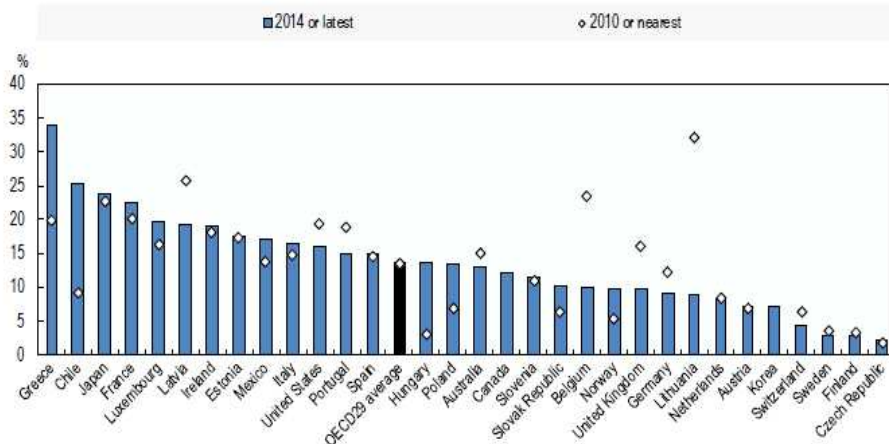
- 연령집단에 따라 전년대비 소득변화가 없음에도 불구하고 보다 심각한 경제적 어려움을 경험

Panel A: Share of population experiencing a year-on-year decline of a third or more in adjusted household disposable income, by age group



- 주거비용의 부담 증가추세

Housing cost overburden rate for people living in owner-with-mortgage households, all ages, 2010 or nearest and 2014 or latest.



□ 다음단계

○ ESRF와 사회적 위기 맵핑분석(the Social Risk Mapping analysis)는 OECD website에서 database와 분석보고서가 출판될 예정.

- 주제별, 국가별 보고서 형태로 출판될 수도 있음.

○ Framework과 위기맵핑작업은 가장 필수적인 첫 번째 단계로 누가 위험에 처해 있는가(Who is at risk?), 무엇이 위험인가(What are the risks?), 언제, 어디서, 왜 위험은 발생하는가 (When, where and why do they occur?)에 대한 응답을 포함

○ 다음단계는 “어떻게?”로서 어떻게 ESRF를 활용하여 정부는 사회적 위험과 부정적인 결과를 예방하고 대응하고 완화할 것인가를 고민할 필요가 있음.

○ OECD의 향후 작업은 framework을 활용하여 다양한 형태로 정책을 형성하고 개선할 수 있는지 평가하는 작업으로 실질적인 위험과 사회경제적 결과를 국가 간, 거시수준의 사회정책 중첩(overlay)

○ 공공정책이 사회적 위험을 사전에 충분히 예방하고 대응하는 국가단위의 심층적 연구수행필요

나. 아동 복지

의제	ITEM 16. UPDATE ON OECD WORK ON CHILD WELL-BEING
문서번호 담당자	DELSA/ELSA(2019)8 Olivier Thévenon: Olivier.Thevenon@oecd.org

사무국 공지
<p>□ 초기 아동기에 대한 사회적 투자의 중요성</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 아동기는 개인의 발달과 사회적 자본의 형성이라는 측면에서 아동과 사회 모두에게 결정적인 시기 ○ 경제위기 이후 OECD국가의 아동빈곤과 불평등의 문제는 심화되고 있으며 이것의 전생애에 걸친 부정적인 결과는 치명적임 <p>□ 본 보고서는 다양한 아동 복지에 대한 연구의 주요결과이며 다음의 내용을 포함하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 고용노동사회정책국(Labour and Social Affairs Directorate(ELS)): 아동 빈곤의 동향과 빈곤완화정책 (2절) ○ 교육 및 기술국(Education and Skills Directorate): 조기 교육 및 아동기발달 (3절) ○ 고용노동사회정책국(Labour and Social Affairs Directorate(ELS)): 증가하는 가족의 다양성과 아동이 동일한 기회를 가질 권리의 보장(제 4절) ○ 통계 및 데이터 관리국(Statistics and Data Directorate): SDGs와 관련한 아동의 상황을 모니터링(제 5절) ○ ELS와 재정 및 기업국: 아동노동 (제 6절) ○ 이상의 결과와 정책적 대안으로서 효과적으로 가족과 아동의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 가족서비스의 역할과 기능의 중요성에 대해 2-19년 1월 16일 OECD에서 열린 정책워크숍, "Enhancing Child Well-Being: from end to means"에서 논의됨.

1) 부자나라의 가난한 아동들: 사회적 정책개입의 필요성

□ 주요 결과

○ 아동빈곤의 결정요인과 아동빈곤정책과 관련하여 다음의 4가지 페이퍼를 참고

- A policy brief: Poor children in rich countries: why we need policy action
- A working paper: Child poverty in the OECD: Trends, determinants and policies to tackle it
- working paper: Tackling child poverty in Canada
- A working paper: Tackling child poverty in Korea(DELSA/ELSA/WD/SEM(2018)18)*

□ 왜 우리는 아동빈곤정책을 필요로 하는가?

○ 가구의 소득빈곤은 아동의 발달결과(outcomes)에 부정적인 영향을 미침

- 소득빈곤은 아동의 물질적 박탈경험(주거, 식생활 등)에 막대한 영향을 미치는 것으로 나타남

Table 1. Material deprivation rates according to the diverse dimensions

	France			Spain			United Kingdom		
	Total	Non income-poor children	Income-poor children	Total	Non income-poor children	Income-poor children	Total	Non income-poor children	Income-poor children
Housing	28.4	23.6	51.4	31.4	23.5	48.3	33.7	30.3	47.3
Nutrition	10.8	8.4	22.2	8.0	4.4	15.6	11.1	10.2	14.9
Leisure	30.2	24.0	59.8	41.8	26.7	74.5	43.4	38.7	62.3
Education	13.0	9.4	30.1	17.2	9.4	34.0	10.7	8.8	18.4
Social environment	25.7	23.0	38.7	22.2	19.7	27.7	26.9	25.4	33.0
Deprivation in 1 basic item at least	62.1	56.5	88.4	63.5	52.8	86.5	69.7	66.1	84.6
Severe deprivation	12.7	7.7	36.3	18.0	7.2	41.4	16.4	14.3	25.1

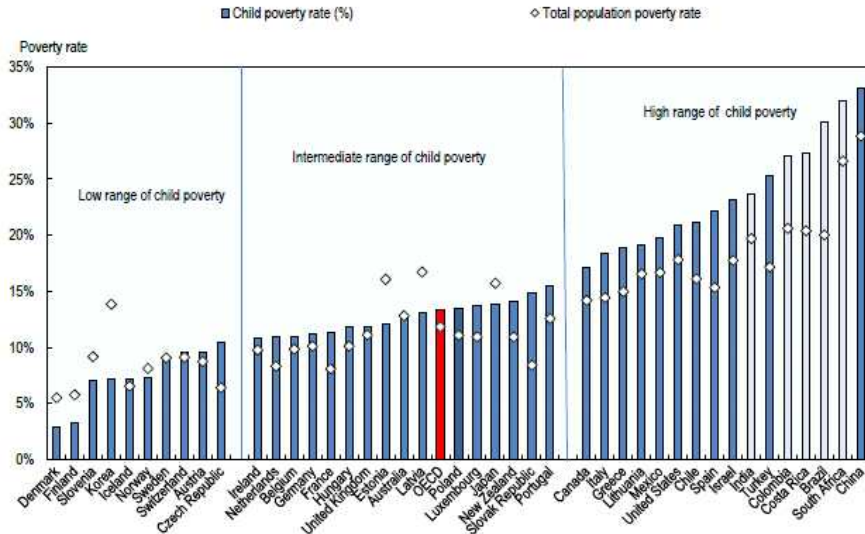
- 경제적 빈곤은 부모의 스트레스를 가중시키며 가족환경, 양육태도에 부정적인 영향요인으로 작용

□ 소득빈곤층 아동의 규모

- OECD 평균, 7명의 아동 중 1명이 상대적 빈곤상태에 놓인 것으로 나타나며 많은 국가들에서 아동은 다른 인구집단보다 높은 빈곤위험을 가지고 있음.

Figure 1. Child income poverty rates in 2015-16

Share (%) of children (0-17) with an equivalised post-tax-and-transfer income of less than 50% of the national annual median equivalised post-tax-and-transfer income, 2015-16 or nearest available year



○ 아동빈곤의 추세

- 많은 OECD국가들에서 아동빈곤의 증가추세가 나타나고 있음.
 - 2/3 OECD국가들의 상대적 아동빈곤율은 2007/08년 경제위기를 기점으로 증가해왔음. 슬로바키아 공화국의 빈곤율은 2007년 이래 5.4%p 증가했으며, 프랑스, 헝가리, 그리스, 이탈리아, 리투아니아 및 스웨덴도 상대적으로 아동 빈곤율은 같은 기간에 2%p 이상 증가
- 아동의 특성별 빈곤분포
 - 실직가정의 빈곤율은 63%로 부모중 한부모가 일하는 가정(10%)에 비해 6배

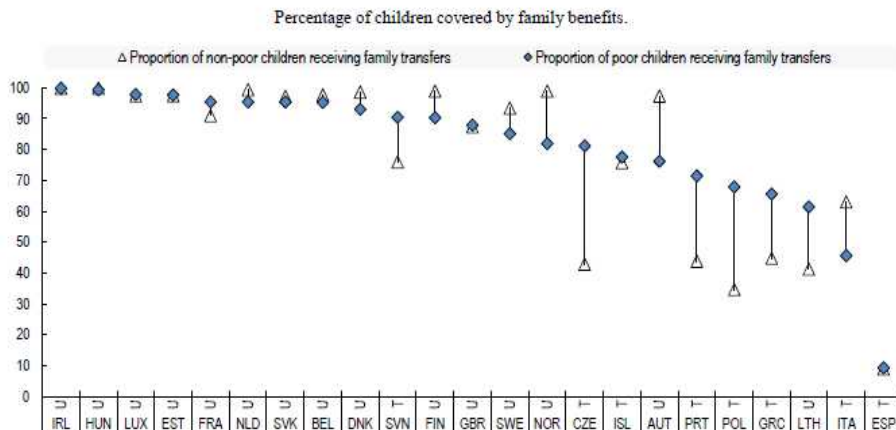
높음

- 2014년 한부모 가정의 아동의 39%가 빈곤아동으로 2007년 4%에 비해 급격한 증가를 보임

□ 아동빈곤에 대한 정책방안

- 안정적인 정규직 노동상태는 아동빈곤예방의 핵심적인 결정요인으로 저소득 가구의 부모들의 취업촉진을 위한 정책개입 우선적으로 이루어져야 함.
 - 이를 위해서는 부모의 육아휴직 이후 종일반 아동돌봄은 필수적인 전제조건
- 사회적 지원은 아동빈곤완화에서 중요한 역할을 하고 있으며, OECD 국가들의 1인당 사회 지출증가와 아동 빈곤 감소가 동시에 나타났음
 - 1%의 1인당 사회지출증가는 1%의 상대적 아동빈곤율 감소와 연관됨
- 보편적인 가족수당/주거지원의 분배를 개선을 통한 아동빈곤의 감소효과
 - OECD 대부분의 나라에서 지급되고 있는 보편적인 가족수당의 경우, 빈곤가정의 수급율은 100%에 못미치며 고소득 가구의 아동보다 낮은 것으로 나타남.
 - 이와 같은 아동/가족수당에 대한 불균등수급은 빈곤가정의 프로그램에 대한 낮은 인지도에 기인함

Figure 3. Uneven coverage of children by family/child benefits



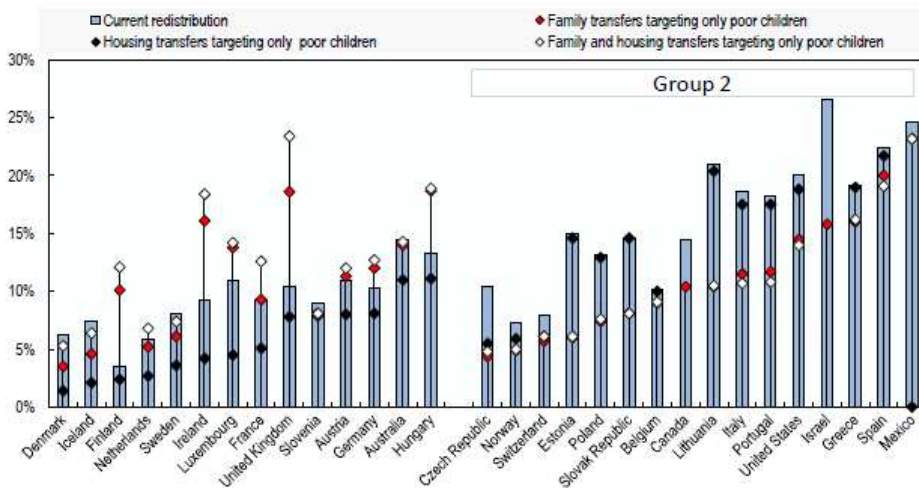
Note: "U" refers to universal benefit; "T" refers to means-tested benefit.

Source: calculation based on the EU Surveys on Income and Living Conditions.

- 가정수당 및 주거수당을 빈곤가구에 예산중립적으로 재분배 (budget-neutral redistribution of family and housing benefits)함으로써 아동빈곤을 완화할 수 있으나 이것을 실행하는 방안은 국가의 특성과 맥락에 따라 다양할 수 있음
- 가장 낮은 빈곤율보이는 국가는 빈곤가구를 위한 주거수당 지원이 있는 경우임. 예를 들면, 이러한 효과는 룩셈부르크에서 가장 높게 나타났고(-6.5%p), 덴마크, 아이슬란드와 아일랜드(약 -5%p)의 순으로 높았음.
 - 대조적으로, 16개국의 경우 아동수당 또는 아동수당과 주거수당의 합산을 통해 아동빈곤율을 줄임. 이스라엘과 리투아니아에서 아동빈곤율의 하락(10%)이 가장 두드러졌음.

Figure 4. Child poverty rates following a reallocation of family and/or housing benefits

Percentage of children (0-17) in poor families by scenario regarding the distribution of family and/or housing allowances.



2) 조기학습의 효과와 전망

□ 영유아기의 중요성과 조기학습의 효과

- 아동의 생애에서 초기 5년은 인생전반에 걸친 인지, 정서, 사회발달을 좌우하는

결정적 시기이며 이러한 다양한 영역에서의 균형있는 발달은 아동웰빙을 좌우함.

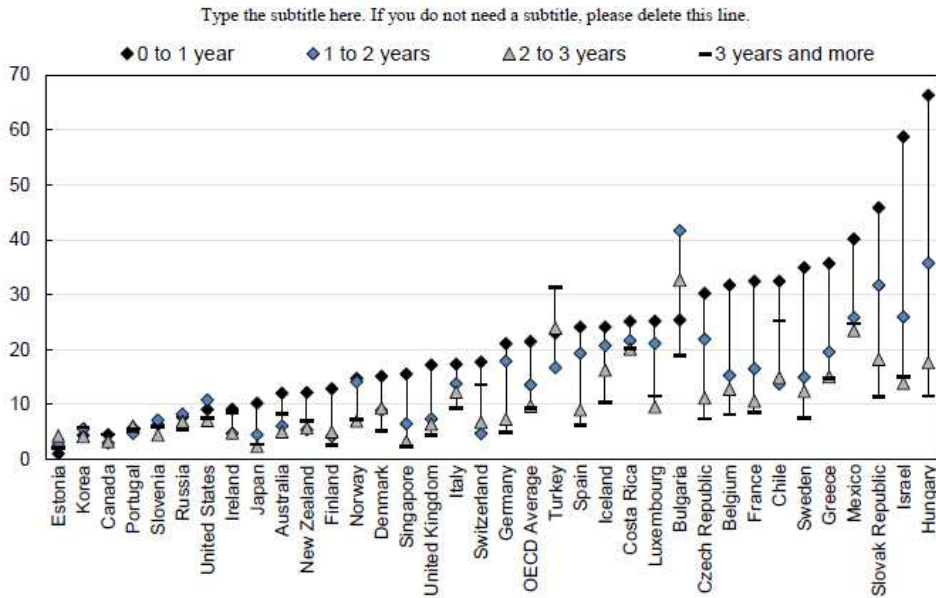
□ 주요 결과

- 영유아기 아동발달과 발달과정에 대한 심화된 이해를 위해 교육 및 기술국(Directorate of Education and Skills)은 다음과 같은 활동을 수행
 - 조기학습의 효과와 전망 (The Power and Promise of Early Learning”)에 대한 문헌연구 가족 및/또는 교육 및 돌봄서비스의 아동결과에 미치는 영향
 - International Early Learning and Child Well-being Study 추진: 아동의 조기학습경험과 아동웰빙의 향상

□ 조기학습의 중요성

- 아동의 성숙과 양육자와의 관계를 통해 조기학습은 이루어짐
 - 아동조기학습의 영역은 자기규제, 의사소통, 언어능력, 사회정서적 기술, 기타 인지발달 및 육체적 발달을 포함
- 조기학습결과는 아동웰빙과 성인기 보다 구체적인 (발달)결과에 중요한 의미를 가짐.
 - OECD PISA 설문 조사는 학업성취도가 낮은 청소년의 비율이 프리스쿨(preschool)에서 보내는 시간이 길어질수록 낮아짐.
 - 프리스쿨을 다닌 이민자의 자녀는 15세에 독서능력이 다니지 않았던 아동보다 높다는 것을 확인.
- 종단조사결과는 영유아기의 발달이 성인기 발달결과의 중요한 예측요인임을 보여줌.
 - 5살의 자기규제, 언어와 소통능력, 수리력, 정밀한 운동능력, 통제와 사회적 기술은 성인기의 고용, 소득, 교육성취, 그리고 건강의 예측요인으로 나타남.

Figure 5. The proportion of low performers among 15 year-olds pupils according decreases with the numbers of years spent in early childhood education (PISA 2015)



□ 조기학습의 결과(outcomes)

- 성인발달은 복합적인 초기의 아동발달에 의해 예측되며 생애주기에 걸친 적응과 발달을 촉진하기 위해서는 통합적인 차원에서 조기교육의 개발필요
- 생애주기에 걸친 아동웰빙에 대한 연구는 다음과 같은 영역의 영유아기 발달이 중요함을 제시
 - 언어 및 문맹 퇴치 기술;
 - 수리력 및 기타 비언어적 능력.
 - 자기 규제
 - 정서적 건강, 사회적 웰빙, 사회·정서적 기술.
- 신체 발달, 건강, 위생 및 영양은 영유아기 뿐만 아니라 이후 발달에서 핵심적인 기초가 되며, 이로 인해 아동의 신체 건강에 관한 정보 (예 : 출생 체중, 예방 접종률)를 수집

□ 조기학습 강화의 근거와 맥락

- 아동의 가족과 가정은 아동기 발달의 환경을 제공
 - ECEC참여에 대한 결정, 부모는 아동의 첫 번째 스승
- 가족구조(결혼여부, 확대가족여부, 아동의 수)는 영유아 조기학습의에 다양한 방식으로 영향을 미침.
- 사회경제적 조건이 중요함과 동시에 부모의 행동, 가정 학습, 가정의 학습환경과 부모와 자녀가 함께 가지는 상호 작용의 질 중요함
 - 2015 International Student Assessment (PISA) 결과는 부모가 아동과 많은 시간 이야기를 나누는 가정의 아동은 보다 높은 삶의 만족도를 가지는 것으로 나타남.

□ 아동기교육과 돌봄서비스의 기능과 역할

- ECEC(Early Childhood Educationa and Care)는 어린 아동지원에 핵심적인 역할을 수행.
 - 양질의 ECEC는 아동의 긍정적 발달에 영향을 미치나 그 인과관계는 검증되기 어려움.
- 보다 가난한 가정이 보육서비스를 덜 사용하는 경향에도 불구하고, 선행연구분석은 ECEC참여가 특히 가난한 취약계층의 아동에게 도움이 된다고 보고
 - ECEC의 효과성은 모든 영유아에게 동일하지 않으며 3-4세 영유아에게 가장 긍정적인 영향을 미침. 어린 영유아의 경우 행동문제와 연관되는 경향을 보고한 경우 있음.
- ECEC 서비스질은 다측면에서 평가될 수 있으며 아동웰빙의 다차원에 대한 심도 깊은 이해를 필요로 함.

□ The International Early Learning and Child Well-being Study

- 영국, 에스토니아, 유나이티드 등 3개국 5세 아동을 대상으로 한 설문조사.

- 이 연구는 2016 년에 시작되어 4년 동안 실시되며 결과는 2020년 2월에 발표 될 예정

○ 조사목적: 아동의 발달과 전체적 웰빙을 지원하기 위한 조기학습경험을 향상시키기 위해 설계되었음.

- 참여국가들에게 아동발달의 결정적 연령대에 공통의 언어와 프레임워크, 강력한 실증정보와 아동의 학습에 대한 심도 있는 통찰력을 제공
- 이러한 정보를 활용하여 아동의 조기학습과 전반적 웰빙을 위한 최선의 실천을 공유
- 이 연구는 통합적 접근(holistic approach)을 통해 다음과 같이 포괄적인 학습영역에 대한 정보를 수집
 - 문해력 및 수리력, 사회적 및 공감, 신뢰와 같은 정서적 기술과 인지능력, 자기 규제와 같은 비인지 능력
- 이 연구는 부모, 직원 및 학습 관리자가 제공하는 다양한 출처의 정보를 수집

○ The International Early Learning and Child Well-being Study는

- 광범위한 범위의 아동 초기 학습에 대한 인지, 사회 및 감정적인 발달을 포함하는 다양한 영역의 강력한 경험적 데이터를 제공
- 자녀의 초기 학습을 촉진하고 방해하는 요인에 대한 확인
- 부모와 보호자는 상호 작용과 아동 발달에 가장 도움이 되는 학습 활동에 대한 이해
- 조기 아동 교육 센터 및 학교에 5세 아동의 기술 수준 인식하고 교육과정과 교육방법의 결정에 활용할 수 있도록 함
- 조기 교육 분야의 연구자 및 교육자에게 유효한 아동의 초기 학습에 대한 아동 조기교육에 대한 비교 가능한 정보 및 얻은 특성 제공

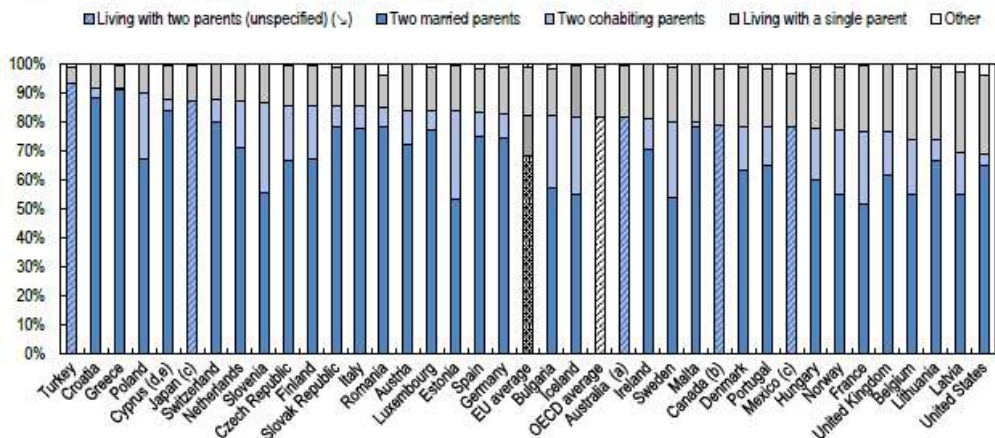
3) 증가하는 가족의 다양성에 대한 정책대응

□ 정책대응의 중요성

- 아동의 가족형태는 다양화되고 있음. 다수의 아동들은 결혼한 부모와 살고 있거나 비공식적 동거상태의 부모를 가진 아동의 수 증가추세
 - OECD국가에서 10명의 아동 중 8명이 양부모와 함께 살고 있으나 국가별 편차는 존재.
 - 동거하는 부모와 살고 있는 아동의 수는 2007년 10%에서 2017년 16%로 급증하였음.
 - 이는 혼인율의 감소와 동거의 사회적 수용의 증가에 기인함.
 - OECD 평균 6명중 1명은 한부모가정의 아동이며, 터키의 경우 6%미만, 벨기에, 덴마크, 프랑스 등의 경우 20%, 라트비아와 미국의 경우 25%로 국가별 편차가 큰 것으로 나타남.
 - 한부모가정의 아동은 평균적으로 양부모가정보다 3배 이상 빈곤에 노출될 가능성이 높음
- 가족정책은 이러한 변화에 적응해왔으며 한부모 가족에 대한 지원을 강화해왔음.

Figure 6. Most children live in couple families

Panel A: Distribution (%) of children (aged 0-17a) by presence and marital status of parents in the household, 2017c



- 그림 6의 아동의 가족형태별 범주를 구분하며 아동의 가족형태는 다양화, 복잡화, 유동화되고 있음을 확인할 수 있음.
 - 복합가족의 형태는 아동출생과 결부되는데, 미국의 경우 2016년 기준 첫째 자녀의 20%의 어머니가 지속적인 파트너관계를 가지고 있지 않은 것으로 나타남. 이는 아동 삶에 있어 거주조건의 불안정성을 높이는 요인.
- 이처럼 OECD 국가 전반에 걸쳐 보다 광범위하게 가족의 재구성 및 새로운 가족의 형성을 통한 가족형태의 다양화가 나타나고 있음

□ 국가의 정책대응 방안

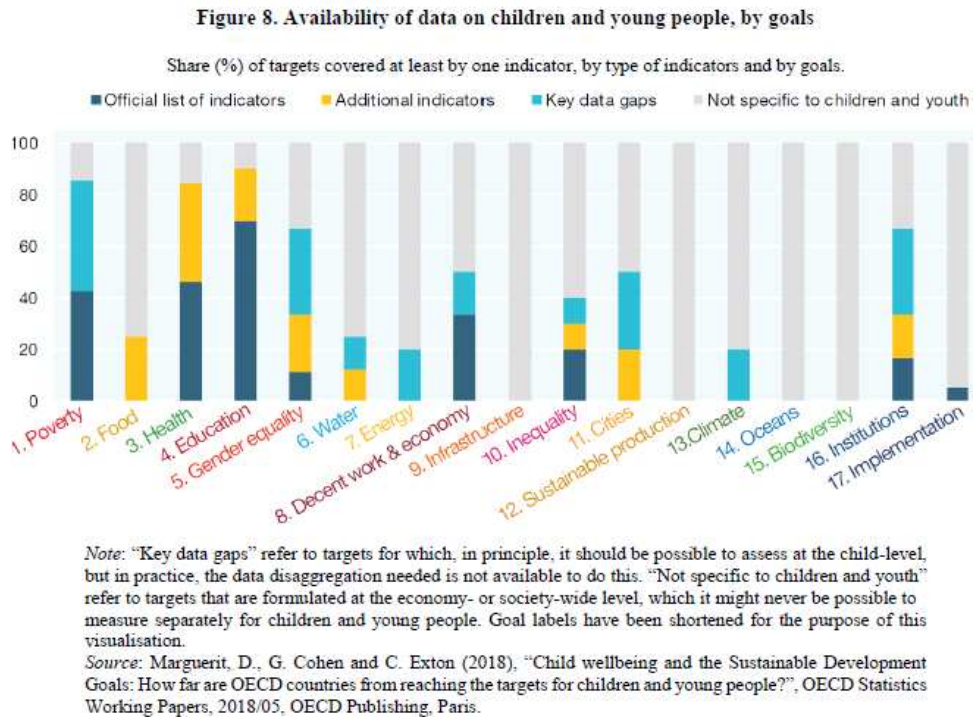
- 많은 국가들에서 가족수당(family benefits)과 세금공제(tax allowances)는 합법적 혼인관계에 있는 양부모가족을 위해 도입되었으나 한부모가정을 위한 지원제도를 도입하고 다양한 비전통적 가족관계를 고려하는 복지 및 사회적 보호체계를 보완하고 있음.
 - 36개 OECD국가 중 22개 국가는 동거부모를 지원하고 있음
 - 파트너십을 등록하고 특정한 가족에 대한 권리와 지원제공
- 비전통적 가족관계의 증가를 고려한 사회보호시스템은 다음과 같이 확장되고 있음
 - 등록된 파트너십의 범위확장
 - 동거 중 커플의 경제적 자원을 평가는 기준의 명확화
 - 공동양육권을 가진 두 부모에 대한 사회복지시스템의 인지와 지원기준의 확립
 - 비양육권 부모에 대한 의무 및 지원의 강화

4) 아동웰빙과 지속가능한 개발목표(Sustainable Development Goals)

□ 주요결과

- 통계와 데이터 관리국 (Statistics and Data Directorate)은 아동웰빙과 지속가

능한 개발전략에 대한 policy brief와 working paper를 발간함.



- 포용성은 2030아젠다의 핵심으로 모든 나라 모든 사람들의 결과(outcomes)를 개선하는 것이 SDGs의 목표
 - 아동, 청소년, 장애인, HIV/AIDS 환자, 노인, 외국인, 망명자, 수감자, 이주자 등의 경험을 포착하고 그들의 욕구를 확인하는 의제개발필요
- 2030 의제는 아동의 웰빙을 평가하는 진단 도구인 OECD 아동 복지 (OECD Child Well-Being) framework과는 다른 범위와 목적을 가지나 다음과 같은 영역에서 중복되는 이슈가 있으며 상호보완성을 가짐
 - 아동의 기본적인 물질적인 욕구, 주거조건, 건강 및 교육
 - SDG가 아동웰빙을 포괄하는 방향으로 확장(예: 목표 17 "목표를 위한 파트너십")하거나 아동웰빙이 SDGs에 반영되지 않은 아동 삶의 측면들에 대한 추가

적 정보(예: 아동과 부모의 관계, 여가시간과 사회활동, 육아휴직, 학교생활의 질 등을 포함)를 제공하는 방식 고려할 수 있음

- SDGs에서 아동의 위치를 평가하기 위한 데이터 부분적으로 존재.
- UN차원에서 합의 된 국제 모니터링 지표를 토대로, OECD데이터베이스는 현재 분리 될 수 있는 62개 목표 중 26개에 대한 정보를 제공함
- 분석을 유엔 공식 목록에 존재하지 않는 아동 관련 지표로 확장해보면, 17 개의 추가지표 선정가능
 - Goals 3 (건강) 및 4 (교육)의 경우 완전히 커버가능하며, Goals1 (빈곤), 5 (성 평등), 16 (기관), 11 (도시)은 상당한 데이터 갭이 존재하는 상태.

□ 통계관련 의제의 진전방향

○ OECD의 통계적 의제에 대한 주요 우선 순위는 다음과 같음.

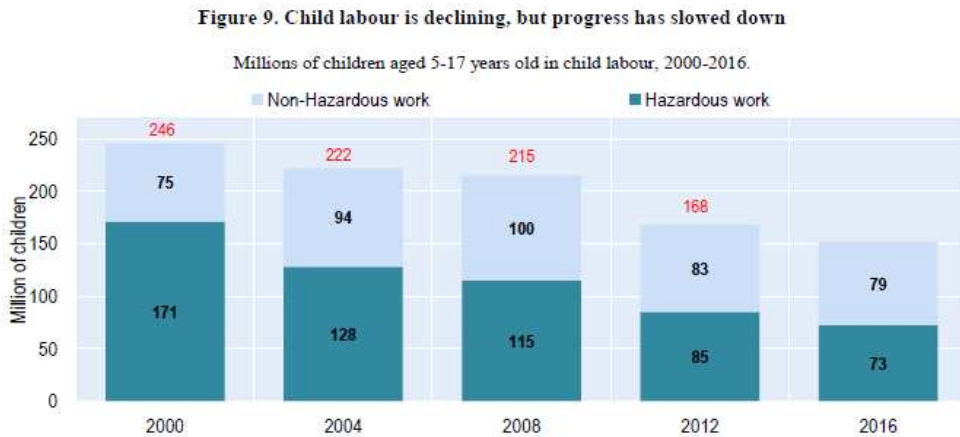
- 많은 지표는 아직 아동 수준에서 정의되고 정기적으로 제시될 필요가 있음.
 - 대략 169 개의 SDG target중 3 분의 2가 일반을 대상으로 하며 아동을 대상으로 분류활용할 수 있는 정보는 매우 드물게 나타남.
 - UN 글로벌 목록 지표 중 일부는 어린이들을 위해 별도로 계산 될 수 있음
- 아동연령범위는 특정 인구집단에 대한 분석의 정확도를 높이기 위해 지표 간 조화롭게 분포되어야 함.
- 가능하고 관련이 있는 경우, 조사 범위는 아동인구를 커버하는 것으로 확장되어야 함
- 빅데이터와 같은 대안적 데이터의 활용은 분할가능한(disaggregated) 지표가 이용가능하지 않을 때에 고려할 수 있음.

5) 아동노동

□ 이 섹션은 “아동노동을 종식할 수 있는 방법”으로 출판된 policy brief의 내용을 반영하고 보다 완결된 문서는 다음 주 완료될 예정

□ 아동노동현황

- 1999년 아동노동의 최악의 형태에 관한 ILO 협약이 채택 된 이래 아동 노동 감소에 커다란 진전이 있었음.
- 2016년에는 약 152 백만 아동이 전 세계적으로 아동 노동에 종사하고 있었으며 아동노동이 처음으로 추산되었던 2000년 2억 4,600만과 비교할 때 큰 변화를 보임.



- 지속적인 감소세는 2012년 이후 둔화되었으며, 사하라 사막 이남의 국가들에서 아동노동의 증가추세가 나타나고 있음
- 아동 노동은 동일한 지역 내에서도 국가 간 국가 내에서 큰 차이를 보이는 이질적인 현상
- 2016년 기준, 5세에서 17세 아동 중 10명 중 1명이 아동노동에 종사, 그 중 절반이 위험한 작업 수행
- 아동노동인구의 약 절반(7,300만 명)은 5~11세, 다른 절반이 12-17세에 해당
- 아동 노동에 종사중인 아동은 전형적으로 유급 또는 무급 가구단위의 경제활동에 참여하며, 주로 농업부문에 종사
- 소년들은 종종 소녀보다 유급 노동에 더 많이 참여하는 반면, 소녀들은 무급 노동에 종사, 가사 노동 시간이 긴 것으로 나타남.

- 노동을 하는 아동의 2/3는 학교에 등록되어 있으나 일찍 학교를 그만두고 학업 성취도가 낮음.
- 최악의 형태의 아동 노동, 특히 위험한 일자리에 종사하는 아동은 장기적으로 신체 및 / 또는 정신 건강에 영향을 미치는 만성 건강문제 등의 부정적 건강결과와 연관됨
- 요리, 청소 및 돌봄과 같은 무급가사노동을 하는 아동은 아동고용 및 노동통제에는 포함되지 않지만 ILO(2017)은 5-17 세의 약 8억 명의 아동들이 매주 가사일을 수행. 특히 소녀의 경우, 1주일에 14시간 이상의 가사노동을 수행

□ SDGs와 아동노동

- SDGs target 8.7은 2025년까지 모든 아동 노동의 근절을 목표로 설정
- 이 목표를 달성하기 위해 Policy Brief는 개발 국가의 사회적 보호강화, 교육의 향상, 기술의 육성을 강조하며, 이것은 아동 노동의 공급과 수요를 감소시킬 것이기 때문
- 특히, 대부분의 국가들에서 아동 노동을 특정연령 이하로 제한하고 청소년의 업무와 근무 시간에 대한 강력한 법집행 필요. 노동 감시 및 모니터링 시스템 강화.

□ 기업에 대한 정부정책과 아동노동의 근절

- 정부는 책임성 있는 기업지원하고 인간에 대한 보호를 위한 강력한 법적 틀을 수립하고 시행
- 책임 있는 비즈니스 행동에 관한 국제 표준을 제공하고 아동 노동문제에 대한 회사 자체의 책임을 강화
- 기업의 경우, 아동 노동 위험에 대처할 수 있는 회사경영시스템구축

6) 향후 연구방향

□ 토론에서 논의된 핵심사항

- 지역에 따른 생계비와 가족의 욕구를 반영하여 빈곤 대책의 개발
 - 각 정책책임의 수준별 정책개입
 - 가족 및 아동 빈곤과 아동결핍은 주택, 교육, 보건, 교통에 관한 가족의 필요를 해결하기 위한 보다 구조적 정책개입을 통해 가족을 대상으로 하는 효과적인 프로그램을 결합함으로써 감소될 수 있음.
 - 영향 평가를 통해 가족 서비스 개발을 모니터링하고 모든 이해관계자와 관련된 정보와 지식의 공유필요
 - 가장 취약한 가정에 도달하기 위해 가족 서비스를 개발하고 부모와 자녀의 복합적 요구에 대한 대응과 지원수준 강화.
- 정책 워크숍에 이어 가족 서비스 업무 개발은 2019 년 1월 17-18일에 사회정책 실무그룹에 제안됨.
- 제안서는 많은 OECD 국가들이 가족 서비스를 제공하고 있음을 강조하며, 가족 욕구의 사정, 교육지원 제공, 기타 공공서비스 제공의 필요성을 제안하고 있음.
 - 제안서는 보다 효과적인 정책 개발을 지원할 수 있도록 가족서비스 목록을 개발을 제안함.
 - OECD 가족서비스 인벤토리의 목적은 다음과 같음.
 - 기존 정책 및 프로그램의 맵핑
 - 가족의 욕구를 사정하고 지원제공의 우수 사례를 파악
 - 효율적인 정책 범위를 확인
 - 성공적인 프로그램 확장을 위한 장애요인 및 촉진요인 확인
 - 이해 관계자 간의 정보를 공유할 평가 및 모니터링 프레임 워크 구축에 대한 지침제공

3. 제134차 고용노동사회위원회 결과

- 일시: 2019년 4월 3일(09:30~18:00), 4일(09:30~17:30)
- 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- 한국 대표단 참석자
 - 고용노동부 정혜진 사무관, 박계주 주무관
 - 보건복지부 문상희 주무관, 한국보건사회연구원 류정희 연구위원
 - 대표부 양현수 1등 서기관 참석

안전 10. 사회정책장관회의 후속조치

□ 사무국 보고

- (그 간의 경과) 2018년 5월 15일 OECD국가 사회정책장관의 정책선언문(공동변영을 위한 사회정책: 포용적 미래)은 변화하는 사회경제적 도전과 가능성에 대응하는 사회정책의 필요성을 강조, ELSAC은 사회정책장관 회의의 권고사항을 반영하여“오늘의 사회적 필요(Social Needs Today)”와 “내일을 위한 사회데이터(Social Data for Tomorrow)”라는 광범위한 주제 하에 이슈개발 착수
- (후속조치 주요 내용) OECD는 사회장관회의에서 부여된 임무 수행을 위해 4개의 프로젝트를 계획하여 3개는 추진 중
 - 현재 추진 중인 프로젝트는 아래와 같음
 - ① ‘사회적 위험: Risks that matter’ 관련 국가 간 비교 리뷰,
 - ② OPSI(OECD 공공부문 혁신센터)와의 협업을 통한 이해관계자 참여를 통한 혁신사례 수집,
 - ③ 더 효과적인 사회정책을 위한 사회데이터(New Social data for more effective social policies)
 - 한편, 향후 새로운 프로젝트로 ‘사회경제적 위험 프레임워크(Economic and

Social Risks Framework)’를 제안함

- “보다 효과적인 사회정책과 사회서비스제공을 위한 새로운 사회데이터”(“New social data for more effective social policy and service delivery”) 컨퍼런스 개최 예정(‘19.10.16, 파리)

○ 이와 관련, 사무국은 진행 중인 프로젝트와 새로운 프로젝트에 대한 회원국의 관심과 참여(VC) 요청

□ 논의 결과

○ (오스트리아) Risks that matter와 Risk Framework에 대한 각국의 참여여부를 결정하는 명확한 timeline 제시를 요구함.

○ (스웨덴) 통계학적 방법론과 설문조사의 질 관련 이슈 검토의 필요성을 제기함 (예: 설문지의 논리적인 구성 등)

○ (캐나다) 설문조사에서 고려되어야 할 주요한 이슈 제기. 다양한 국가가 참여하는 설문조사에서 국가별 다양성에 대한 고려 필요. 캐나다의 경우, 원주민 등 국민들 간의 다양성, 특수성을 가지고 있으며 이점이 향후 작업에서 고려되어야 할 필요 있음.

- 사회적 위험 프레임워크(Social Risks Framework)를 지지하지만 기존의 전통적인 노동시장모델에 기초하는 사회적 보호체계, 사회 정책적 접근에 대해 우려를 표명, 비전형 노동자들을 보호할 수 있는 시스템 고려를 제안함.

○ (네덜란드) 사회위험에 대한 체계적 접근에 대해 동의함.

- 시민들의 위험에 대한 사정(risk assessment)과 인식이 단기적인 변화를 보이기 어렵기 때문에, 2018년과 2020년의 결과에 있어서 얼마나 큰 차이가 있을 것인지 의문임.

○ (EU) 사회경제적 위험은 생애과정에 따라 변화되는 특성을 가지고 “생애주기별 접근”에 기초하여 위험에 대한 맵핑이 필요하다는 것에 동의함.

○ (덴마크) 데이터의 질적 수준을 향상시킬 수 있는 전략 및 방안 필요

- (OECD 사무국) 설문조사 참여 및 기부금에 대한 의향 표명은 2019년 여름 또는 이른 가을까지 이루어지도록 요청. 또한, 회원국에게 발간된(2019년 3월 발행) 2018년 보고서의 방법론 및 결과에 대한 다양한 피드백을 요청함.

안건 16. 아동 복지

□ 사무국 보고

- 아동 웰빙에 대한 OECD의 연구는 한국과 캐나다의 펀딩지원으로 진행되었으며, 2018년에 아동빈곤의 결정요인과 아동빈곤정책과 관련한 연구결과와 보고서 발행
 - 정책브리프: 부유한 나라의 가난한 아동들: 정책적 개입의 필요한 이유
 - 워킹페이퍼: OECD국가의 아동빈곤: 동향, 결정요인과 정책
 - 워킹페이퍼: 캐나다의 아동빈곤에 대한 대응
 - 워킹페이퍼: 한국의 아동빈곤에 대한 대응
- “부유한 나라의 가난한 아동들”; OECD 국가의 아동빈곤 동향과 빈곤완화정책
 - 한국과 캐나다 정부의 지원을 받아 연구를 수행, 감사함을 전함.
 - 아동가구의 소득빈곤은 아동의 신체, 인지, 정서발달에 부정적인 영향을 미치고 있음.
 - OECD국가에서의 아동빈곤 현황
 - OECD 평균 7명의 아동 중 1명이 상대적 빈곤상태에 놓인 것으로 나타나며, 많은 국가들에서 아동은 다른 인구집단보다 높은 빈곤위험을 가지고 있음.
 - OECD국가들의 2/3의 상대적 아동 빈곤율은 2007/08년 경제위기를 기점으로 증가해왔음.
 - 아동빈곤 악화의 원인진단
 - 저소득층 가구의 부모들의 불안정한 취업상태: 실직가정의 빈곤율은 63%로 부모중 한쪽이 일을 하는 가정에 비해 빈곤율이 6배가 높음

- 한부모가정의 증가: 한부모가정 아동의 빈곤율은 39%
- 아동빈곤 완화를 위한 정책적 대안 제시
 - 안정적인 취업상태를 확보하는 것은 아동빈곤예방의 핵심적인 결정요인으로 저소득 부모들의 취업촉진을 위한 정책개입에 대한 우선적 고려필요
 - 아동빈곤을 완화할 수 있는 보편적인 가족수당, 주거지원 등 현금 및 현물 지원을 포함하는 분배를 개선할 수 있는 정책 강화 필요
 - 가족과 아동의 다양한 욕구를 충족시킬 수 있는 가족서비스의 강화
- 증가하는 가족의 다양성과 모든 아동을 위한 동등한 기회 보장의 필요성
 - OECD 가족서비스 항목(Family Service Inventory)
 - 기존의 정책 및 서비스 프로그램의 맵핑
 - 정책적 시사점이 있는 정책사례에 대한 파악
 - 정책평가와 모니터링 프레임워크의 제공
- 조기교육의 효과와 전망
 - 아동의 생애에서 초기 5년은 인생전반에 걸친 인지, 정서, 사회발달을 좌우하는 결정적 시기이며 이러한 다양한 영역에서의 균형 있는 발달은 아동웰빙을 좌우함
 - 영유아기 아동발달과 아동웰빙에 대한 보다 심화된 이해를 위해, 조기학습의 효과와 전망("The Power and Promise of Early Learning")에 대한 연구 필요
- 아동노동의 근절을 위한 방안
 - 2016년에는 약 152백만 아동이 전 세계적으로 아동 노동에 종사, 지속적인 감소세
 - 2016년 기준, 5세에서 17세 아동 중 10명 중 1명이 아동노동에 종사, 그 절반이 위험한 작업 수행.
 - 정책과 기업 등의 상호협력을 통해 아동노동의 근절 이루어야 함.
 - 정부는 책임성있는 기업을 지원하고 인간에 대한 보호를 위한 강력한 법적

를 수립, 책임 있는 비즈니스 행동에 관한 국제 표준을 제공하고 아동 노동 문제에 대한 기업 자체의 책임을 강화

- 기업의 경우, 아동 노동 위험에 대처할 수 있는 회사경영시스템구축

□ 논의 결과

- (TUAC) 아동 웰빙에 대한 의미 있는 작업이며 향후 문서로 피드백 제공할 예정
- (BIAC) 아동빈곤과 소득불평등의 이슈에 대한 풍부한 정보를 제공하고 있음
- (스페인) 아동웰빙, 특히 아동빈곤의 현황에 대한 유용한 작업으로 평가됨. 특히, 아동빈곤율의 급격한 증가를 보이고 있는 스페인의 경우, 빈곤한 아동과 가족을 지원할 수 있는 사회적 보호망을 재정비하는 것이 중요한 상황
 - 스페인정부는 향후 4년간 아동빈곤완화를 목적으로 하는 위원회를 조직하였으며, 다차원적인 아동빈곤완화 및 소득불평등을 감소시키기 위한 정책을 추진하고 있음. 예컨대, 최저임금을 인상하고 아동보육서비스에 대한 접근성을 제고하는 등 정책적 노력을 진행하고 있음
- (미국) 매우 유용한 보고서에 대한 동의표명. 향후 아동노동을 포함한 아동웰빙보고서에 대한 의견서 제출예정
- (네덜란드) 아동빈곤완화를 위한 중앙정부와 지방정부 사이의 공동의 노력이 필수적으로 고려되어야 할 요건. 아동빈곤과 웰빙을 정확하게 측정하는 다양한 차원의 지표에 대한 고민이 필요
- (일본) 아동빈곤 해소의 중요성에 대해 지지표명.
- (사무국) 아동웰빙, 불평등, 아동빈곤의 이슈를 사회적 인적자본개발과 연결하여 접근할 필요성 제기

제2절 제135차 고용노동사회위원회

1. 제135차 고용노동사회위원회

□ 제135차 고용노동사회위원회(ELSAC) 연금 의제 동향 파악을 위해 관련 연금 전문가가 회의에 참석함.

○ 135차 고용노동사회위원회 의제는 다음과 같음.

〈표 3-2〉 제135차 고용노동사회위원회 안건

안건제목	안건번호	정리
1일차(2019.10.17, 09:30~18:00)		
Item 1. Adoption of the draft agenda	DELSA/ELSA/A(2019)2	
Item 2. Approval of the Draft Summary Record	DELSA/ELSA/M(2019)1	
Item 3. Director's Oral Statement	DELSA/ELSA/RD(2019)5	
Item 4. ELSAC Mandate	DELSA/ELSA(2019)14	
Item 5. Colombia(콜롬비아 노동시장 및 사회 상황 개요 설명)		
Item 6. PWB Orientations	DELSA/ELSA(2019)13	
Item 7. Skills Centre activities and PWB Orientations		
Item 8. Report back from the Chair of the Working Party on Migration		
Item 9. Migration Ministerial Organisation and draft issues for discussion	DELSA/ELSA(2019)15	
Item 10. Migration Policy Ministerial: outcome documents	DELSA/ELSA(2019)16	
Item 11. Presentation on the Global Deal		
Item 12. Proposal for a meeting of Employment and Labour Ministers in 2021	DELSA/ELSA(2019)18	
2일차(2019.10.18, 09:30~17:45)		
Item 13. Housing Horizontal Project outline/Housing and Inclusive Growth	DELSA/ELSA(2019)17	
Item 14. Skills for Jobs	ELSA/ELSA(2019)20	
Item 15. Pensions at a Glance: non-standard workers	DELSA/ELSA(2019)22	○
Item 16. Employment Protection Legislation (EPL) Indicators	DELSA/ELSA(2019)23	
Item 17. Collective Bargaining Project Update		

2. 주요 의제별 세부 내용

가. ‘Pensions at a Glance 2019’에 포함될 비정형 근로자 대상 연금제도 조정에 대한 검토

의제	ITEM 15. Pensions at a Glance 2019 : non-standard workers
문서번호 담당자	DELSA/ELSA(2019)22 Hervé BOULHOL: Herve.BOULHOL@oecd.org Maciej LIS: Maciej.LIS@oecd.org Marius LUSKE: Marius.LUSKE@oecd.org Tomoko ONODA: Tomoko.ONODA@oecd.org

주요 내용	
<p>□ 본 보고서는 정책 실무반 (DELSA / ELSA / WP1 / RD (2018) 3)에서 발표된 작업에 따르며, 2019년 Employment Outlook의 결과를 바탕으로 함.</p> <p>□ 2019년 한눈에 보는 연금 2장의 구성 내용으로 보고서를 통해 OECD국가에서 비정형근로자를 위한 연금 조직에 대한 다양한 접근 방법을 제공하고 비정형근로자를 위한 연금제도 개선을 권고함.</p> <p>○ 자영자 대상의 기여 및 비기여 연금제도의 조정이 필요하며, 기여연금 제도에 서 간단한 자격 규칙을 설정하여 제도 간 조정을 쉽게 할 필요가 있음.</p> <p>○ 비정규직 근로자의 연금기여는 정규직 근로자와 동일해야 하며, 같은 이유로 자영자에게도 동일한 방식의 적용이 필요함.</p> <p>- 연금수급 조건을 충족하는데 있어 임시 및 시간제 근로자에 대한 장벽과 배제를 줄여야 함.</p> <p>○ 총 기여율은 모든 근로자에게 동일해야 하며, 자영자는 피용자 및 고용주 부담금의 총합과 같은 수준으로 기여해야 함.</p> <p>- 자영자에 대한 낮은 기여금이 정책적 목적이라면, 정책의 총비용은 보조금을 통해 낮은 기여금을 보상하는 방식을 포함하여 계상해야 함.</p> <p>○ 자영자 기여금은 순소득에 기반 해서 책정해야 피용자와 동일한 수준으로 조화를 이룰 수 있음.</p> <p>○ 종속근로자 대상의 자발적 직역연금제도는 기본옵션 제도를 통해 모든 형태</p>	

의 고용계약에 적용되어야 하며, 자동등록제도를 활용할 수 있음.

- 비정규직에서 저연금의 문제가 낮은 실업보험 기능 때문에 발생하는 것이라면, 실업정책을 변경하여 대응할 필요가 있음.

□ 대표단 논의 요청

- 「2019년 한 눈에 보는 연금」의 이 챕터에 대한 의견 제시
- 10월 초 사회정책작업반에 함께 공유된 버전으로 2019년 9월 30일까지 제출된 의견까지 반영 예정

Pensions at a Glance 2019의 Chap.2

: 비정형 근로자(non-standard workers)를 위한 연금제도 구성

1) 도입

- 비정형근로자(Non-standard work)에 대한 사회보호, 특히 연금보호 측면에서 우려가 커지고 있음. 일부 OECD 국가에서는 모든 유형 또는 일부 유형의 자영자(self-employed workers)가 피용자에게 의무적으로 적용되는 소득비례연금의 가입 강제 의무가 면제되어, 노령소득보장의 위험이 확대되고 있음. 또한 시간제근로자와 임시직근로자는 일부 국가에서 정규직 근로자와 동일한 연금보호를 받지 못하고 있음.
- 비정형근로자는 광범위한 영역의 직업을 통칭하며, 독립계약자, 자영자, 시간제 근로자, 기간제 계약자 등과 같이 표준화된 고용-전일제로 근무하며, 근로기간의 종료가 정해지지 않았고, 단일한 고용주에게 고용-이 아닌 형태로 고용된 근로자를 의미함.
- 비정형근로자를 대상으로 한 연금제도를 둘러싼 논쟁은 새로운 것은 아니지만, 점차 중요도가 커져가고 있음. 세계화, 자동화와 인구구조의 변화가 노동시장을 급속한 속도로 변화시키고 있으며, 이런 변화는 잠재적으로 비정형근로의 확대를 이끌어내고 있기 때문임. 미래 노동시장의 불확실성이 높아지는 상황에서 확

실한 것은 비정형 근로는 늘어날 것이라는 것이며, 각 국가는 연금정책을 통한 대응보다 빠르게 노동시장이 변화할 것이므로 사전 준비를 해야 할 것임.

- 새로운 형태의 일은 이러한 활동을 미래 연금에 어떻게 포괄시킬 것이냐의 문제를 가져옴. 플랫폼노동, 0시간 계약으로 불리는 초단기계약, 1인 자영자 등은 일을 유연하게 조직하는 것을 특징으로 한 계약에 있지만, 일자리 안정성이나 임금이 낮다는 특징을 보임. 이런 새로운 형태의 일자리는 어느 수준까지 근로자인지에 대한 판단을 어렵게 함.
- 비정형근로자는 정규근로자보다 낮은 급여와 높은 실업 위험, 그리고 연금기여 이력의 단절을 경험할 가능성이 높음. 더군다나 이들은 연금제도에 완전히 포괄되지도 않음. 이런 모든 요소들이 결합하여 저연금을 이끌어낼 가능성이 큼.

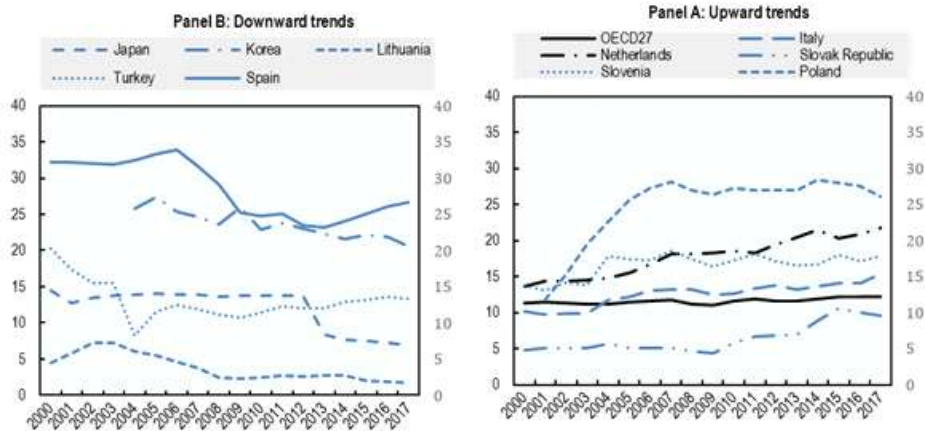
2) 비정형 근로의 경향과 특징

□ 비정형 근로가 전체 고용에서 차지하는 비율은 상당한 수준임.

- 2017년 기준으로 15%가 자영업에 종사하며, 피용자의 13%가 기간계약제, 15%가 시간제로 일을 하고 있음. 전체적으로 비정형 근로는 총고용의 25%를 넘어서고 있음.
- 시간제 근로는 1985년 전체 피용자의 6% 수준에서 2005년 9% 수준으로 늘었으며, 이후 비슷한 수준을 유지하고 있음. 2/3은 선택에 따라 시간제로 일하고 있지만 1/3은 더 많은 시간 일을 하고 싶어 하며, 이는 ‘충분히 고용되지 못한 (underemployed)’상태라 할 수 있음. 2006년 4.3%였던 이 비율은 5.4%로 증가하였음.
- 임시직은 꾸준히 증가하는 경향에 있어서, 전체 피용자 대비 비율이 1980년대 10%에서, 2000년대 13%, 2017년 14%를 보였음
 - 폴란드의 경우는 2001년부터 2007년 사이의 경제 성장 과정에서 임시직 비율이 12%에서 28%까지 늘었음. 반대로 기존에 임시직 비율이 높았던 스페인은 임시직 비율이 줄어들기도 했음.

- 임시직 비율의 증가 경향은 고용기간의 축소와 더불어 나타나고 있음. 2006년부터 2017년 사이에 평균 고용기간은 5%, 또는 5개월 감소하였음.

Figure 2.1. 일부 OECD 국가에서 총고용 중 임시 고용의 비율(2000년~2017년)



Note: 매우 역동적인 변화를 보인 국가에 한정하여 작성되었음..

Source: OECD Labour Force Statistics.

- OECD 국가의 총고용에서 자영자가 차지하는 비율은 2000년 17%에서 2017년 15%로 줄어들었음.

- 자영자가 줄어드는 것은 추격경제 국가에서 흔히 나타나는 현상이라 할 수 있음. 반대로 특징적인 요소들이 자영자의 증가를 설명하는 경우도 있는데, 네덜란드와 이탈리아 경우에는 낮은 세율과 사회보장 기여금 때문에 자영자가 늘었다고 설명되고 있음.

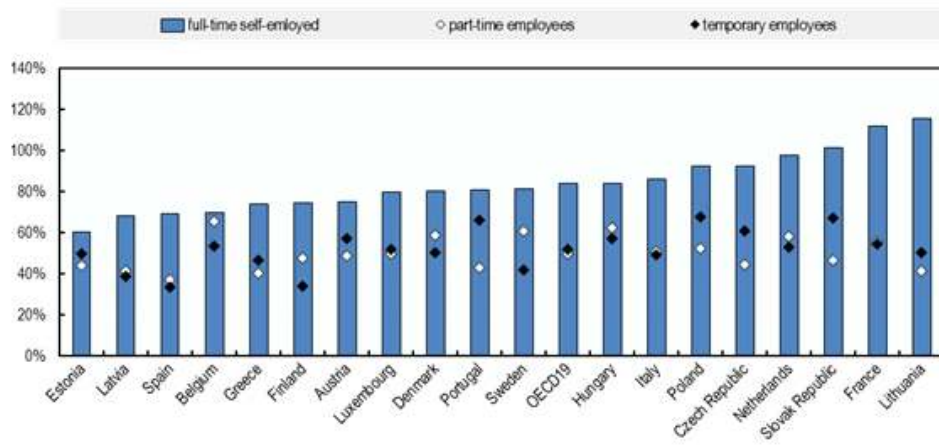
□ 비정형 근로는 변화 중에 있음.

- 자영자의 감소가 새로운 형태의 비정형 근로의 등장으로 상쇄되고 있음. 새로운 기술에 기반한 이러한 고용은, 예를 들어 플랫폼 기반의 운전 서비스는 발전 국가 총고용의 0.5~3% 수준을 차지하고 있음. 한편, 일의 자율성에 높은 의미를 부여하고 있는 젊은이들이 다른 세대보다 이러한 형태의 일에 더 많이 참여하고 있다는 사실이 중요함.

- 새로운 형태의 일은 종속적 고용(dependent work)과 자영(self-employment)의 경계를 애매하게 만들고 있는데, 분류가 중요한 것은 아님. 중요한 것은 연금 기여라는지, 사회보장 기여에서 독립노동자는 고용자의 그것보다 낮으며, 이것이 사회적 덤핑(social dumping)을 유인하는 경향-노동비용을 낮추기 위해 사람을 고용하기보다는 일을 아웃소싱하게 되는 상황-을 이끌어낸다는 것임.
- 인터넷을 기반으로 하여 가정에서 수행하는 일이 늘어나고 있음. 독립 계약 근로의 가능성을 플랫폼이 높여가고 있음.
 - 자영자와 마찬가지로, 새로운 형태의 일에서는 많은 위험이 고용자에게서 피용자에게 옮겨가고 있음. 근로시간을 보장하지 않고, 이것은 노동자의 월급여를 예측불가능하게 하고 있음.
- 65세 이상자와 여성들에게서 비정형 근로가 혼함.
 - 65-74세 노동자의 1/3이 시간제로 일하는데, 55-64세의 16%, 25-54세의 13%와 비교됨. 시간제 일자리는 고령자의 점진적 은퇴를 가능하게 하는데, 특히 줄어든 소득이 연금에 의해 보충될 때 그러함. 시간제와 달리 임시직은 흔하지 않은데, 55-64세의 단지 5%, 65-74세의 14%가 임시직이어서, 25-54세의 9%, 15-24세의 37%와 비교됨.
 - 자영노동도 혼함. 자영자들이 더 늦게 노동시장을 떠나는 것은 법적·제도적인 제약을 벗어나 있기 때문임. 자영자들은 일에서 은퇴로의 부드러운 이전이 가능한데, 이는 근로시간에 재량이 있기 때문임.
 - 비정형 근로는 특히 시간제근로의 형태로 여성에게서도 많음. 시간제근로는 일과 보호의 책임을 양립가능하게 해주고, 보호 의무는 대부분 여성이 수행하기 때문임. 그렇지만 시간제근로는 여성을 가정 내에서 경제적으로 독립된 존재가 되기 어렵게 하고 있음.
- 비정형 근로는 저임금을 만들고, 그것을 유지함.
 - 시간제나, 임시직 근로자가 전일제 노동자보다 1년 기준으로 50% 미만으로 벌고 있음. 시간당 임금이 낮고, 일하는 시간이 적고, 고용기간의 단절이 있기 때문임.

- 비정형 근로는 일시적인 에피소드가 아니고, 몇 년 또는 전체 경력을 차지할 수 있음.

Figure 2.3. 비정형 근로자의 정규근로자 대비 연간 중위임금 수준(2016년 20-60세 노동자 중)



□ 독립 고용과 피용고용의 혼합

- 자영업이 자영근로자의 유일한 소득원은 아니며, 자영자 소득의 61%만이 자영업으로부터 나옴.

3) 비정형 근로는 왜 연금 이슈에서 중요한가?

- 많은 국가에서 비정형근로자의 현재 연금 결과는 만족스럽지 못함. 비정형근로자는 연금제도 적용이 복잡하며, 이중 자영자는 연금기여금 부과 기반이 되는 고용 계약을 하지 않음. 비정형 근로가 특히 저소득 집단에서 확대되고 있기 때문에 현재의 연금제도 운영 방식은 미래 퇴직자의 노령소득에 대한 우려를 키울 수 있음.
- 임시직 및 시간제 계약은 연금의 적절성 문제를 가져옴.
 - 임시직 근로자는 고용 규제로부터 덜 보호받으며, 일자리를 보다 빈번하게 잃음. 실업급여를 받는 동안 연금수급권을 확보할 수 있게 하는 경우도 있지만, 실업금

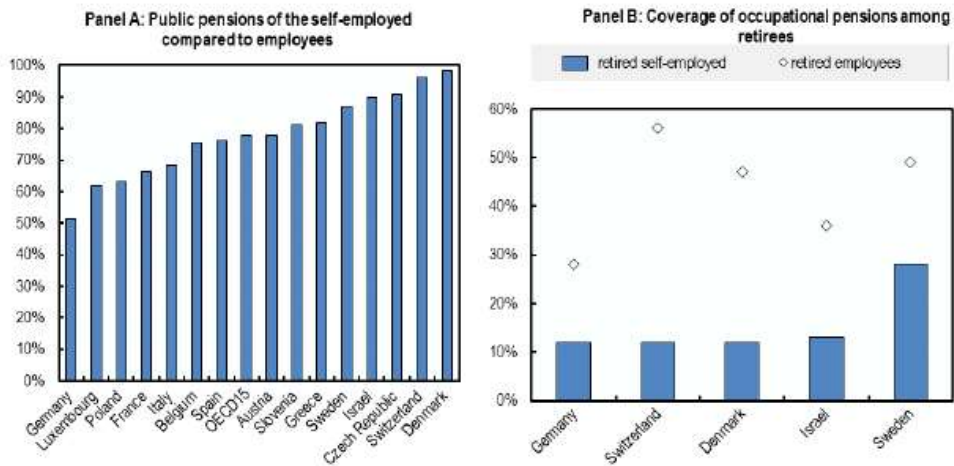
여 수급기간이 짧은 임시직 근로자에게는 제한적 효과를 가짐.

- 단기계약은 연금가입 자격을 위한 최소기간(1개월 또는 1분기)을 충족시키지 못하게 함. 파견직, 계절근로자, 견습생 등은 고용계약을 맺음에도 연금 자격을 확보하지 못하기도 함. 낮은 연금 이동성과 잦은 직업 변화는 일시금(퇴직금)으로 급여를 수령하게 함에 따라 지역연금의 수급 가능성을 낮춤.
- 시간제 근로는 시간 또는 소득기준에 따라 가입에서 배제되며, 임시·시간제 근로는 단기 고용기간 및 적은 근로시간에 따라 저소득일 가능성이 커져, 낮은 노후 연금으로 연결됨.

□ 자영자는 피용자보다 낮은 연금을 가지게 됨.

- 퇴직자영자는 퇴직근로자보다 14개 OECD 국가에서 평균 16% 낮은 가치분소득을 가지며(핀란드, 프랑스, 폴란드, 스페인에서는 20%), 이는 젊은 근로자의 소득 차이가 6%인 것에 비해서 더 높은 것임.
- 낮은 소득의 원인은 대체로 낮은 수준의 연금자격에 있는데, 15개 OECD 국가에서 퇴직자영자의 연금액은 퇴직피용자의 그것보다 22% 낮은 편임. 그렇지만 그 차이는 체코, 덴마크, 이스라엘, 스위스와 같이 기초연금이 있는 국가에서는 10% 이하로 낮아짐.

Figure 2.6. 자영퇴직자는 낮은 공적연금을 받고, 사적 직역연금으로부터도 잘 보호되지 못함.



Note: Population 50+, 2017 or 2015. Coverage of occupational pension not shown if lower than 10% among retired employees.

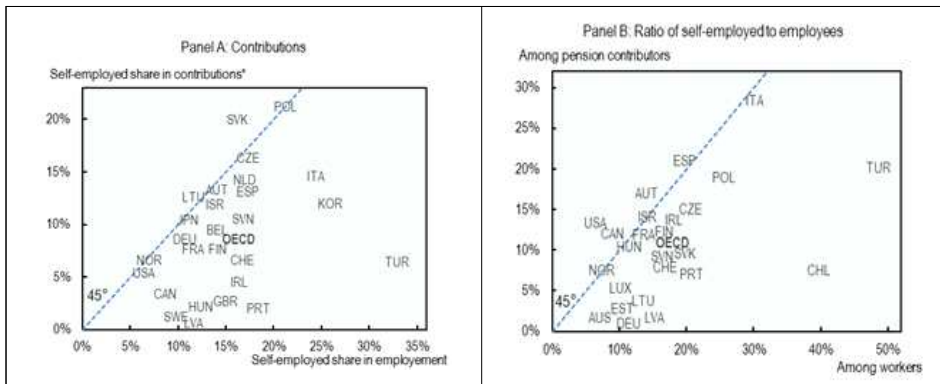
Source: OECD computations based on data of Pettinicchi and Börsch-Supan (2019^[11]), originally computed with the SHARE survey data.

- 공적 연금 외에 직역연금도 커버지리가 낮아 자영퇴직자의 저연금을 극복하기에 충분하지 않음.
- 대부분 자영자의 자산은 낮은 연금을 상쇄하지 못함.
 - 자영자를 의무연금의 보호에서 제외하는 이유로 사적 저축의 가능성을 언급하고 있는데, 자영자의 상황은 각각 매우 다르며, 피용자의 자산 수준에 비해서 조금 더 높을 뿐임.
- 자영자는 피용자에 비해서 노령연금에 덜 기여함.
 - 자영자가 피용자보다 의무연금에 덜 가입되어 있으며, 비슷한 소득에서 연금기여도 더 적음. 많은 국가들에서 총고용에서 자영업이 차지하는 비율과 자영업자가 사회보험에서 기여하는 비율에서 차이가 있음. 자영업자가 전체 고용의 1/4 이상을 차지하는 이탈리아, 한국, 터키에서는 격차가 많은 수의 사람들에게 영향을 미쳐서 미래 연금이 줄어듦.

- 자영자 중 연금기여자 비율도 낮은 편으로, 많은 자영자가 소득비례연금에 기여하지 않음.

Figure 2.8. 자영자는 사회보장 체계에 적게 기여함

Share of social-security contributions paid by self-employed* vs share of self-employment in total employment, 2015 and ratio of self-employed to employees



- 자영자는 상대적으로 낮은 수준의 연금기여를 하고 있는데, 많은 국가에서 최저 연금 수준만 기여하고 있음. 자영자는 직역연금에 잘 가입하지 않으며, 가입하더라도 재무교육 등 측면에서 충분하지 않음.
- 보험료 부과대상의 기여기반을 정하는데 있어 높은 재량, 소득비례 연금 가입의 의무 조건이 없다는 점, 자발적 연금제도 참여에 대한 인센티브가 적다는 점, 잠재적으로 낮은 기여율이 자영자의 낮은 연금기여를 설명함. 총고용을 증가시키기 위해, 기업이 정신을 증진하기 위해, 농민과 같은 일부 직업군이 집으로 가져가는 급여를 많게 하기 위해 자영자의 기여율을 낮추기도 하였음.
- 자영자들의 특정한 선호-자영자의 낮은 위험회피 성향, 노후를 위한 저축 등 재정관리를 직접하고자 하는 성향, 공적연금에 대한 제한된 신뢰-도 낮은 기여율과 관련됨.
 - 독일 및 네덜란드와 같은 일부 국가에서는 자영업자가 종업원 연금 제도에 통합되는 것에 반대했으며, 칠레는 연금제도에 자동등록된 많은 자영자가 탈퇴하

였음.

- 낮은 기여율은 많은 OECD 국가에서 부과방식 제도의 재정을 악화시킴. 낮은 기여에 따른 결과로서 낮은 노령 소득과 비기여 급여에 대한 의존도가 높아져 인구 노령화로 인한 재정 압력을 증가시킴. 또한 일부 자영업자에 대한 연금 기여율이 낮아지면 회사가 근로자를 고용하는 대신 독립 근로자를 고용하고자 하는 의도를 키울 수 있음(허위 자영업 및 사회적 덤핑의 발생)
- 최저 연금과 기여기반 기초연금은 노령 빈곤을 예방하고 완화시키는 데 핵심적인 역할을 수행함. 이런 제도는 기여가 자격을 증가시키지 않으며, 이때 소득을 낮춰 보고하고 연금기여금을 낮추려는 의도를 발생시킴. 특히 자영자가 소득의 축소신고가 쉬움.
 - 많은 연금제도에 포함된 재분배 기능으로 인해 연금보험료가 소득에 따라 높아짐. 그렇지만 보험료가 정액으로 부과되는 일본의 기초연금과 같은 경우는 이러한 문제가 발생하지 않음.

□ 자영자를 피용자 대상 제도에 통합하려는 시도는 도전받고 있음.

- 자영자를 피용자 연금제도에 통합하는 것은 어려움. 피용자의 보험료 부과기준인 총임금은 자영자 소득의 어떤 범주에도 해당하지 않음. 피용자의 총임금은 고용주 부담금을 포함하지 않으므로 고용주 입장에서의 총 인건비보다 낮으며, 자영자의 총수입에는 인건비와 재료비 및 이익이 포함됨.
- 자영업자의 순소득은 노동 및 자본 소득을 포함함.
 - 핀란드, 아이슬란드는 "이론적 임금"을 기준으로 인건비와 자본 소득을 인위적으로 분리하지만 계산규칙은 매우 재량적임.
 - 노르웨이와 스위스는 연금보험료 부과기반 소득 결정에서 자본지출에 대한 이자를 공제할 수 있음.
 - 많은 국가에서 자영업자가 소득의 어느 부분이 노동 소득에 해당하는지 스스로 결정하거나 기여 기반을 자유롭게 설정할 수 있음.
- 피용자의 전체기여율(즉, 고용주 및 직원의 기여금 합계)을 자영업자의 총수입에

적용하면, 자영자의 동일한 수입에서 지불하는 총기여금이 높아짐. 반대로, 순소득에만 적용하면 자영업 근로자의 개인자본 분담금, 자재비용 및 업무 관련 비용에 따라 기여율이 높아지거나 낮아짐.

- 따라서 두 유형의 근로자 사이의 연금 기여 기반을 완전히 조화시키기 위해서는 근로자와 자영자 또는 자영자의 자본 소득에서 근로 소득을 정확하게 분리하여 총 개인 소득에 대해 기여하게 해야 함.
 - 첫 번째 경우는 노동소득 저축에 따른 수익에도 보험료가 부과된다는 것을 의미함. 이것은 복잡하고 피용자 연금의 심오한 변화를 요구할 것.
 - 두 번째 경우와 관련하여, 적어도 일부 자영자 그룹에게는 개별 노동 소득을 자본 소득에서 분리하는 것이 불가능해 보임. 따라서 두 그룹의 조화를 위해서는 노동력과 자본 지분을 결정할 때 어느 정도의 유연성을 적용할 필요가 있음.

□ 소득 입증, 협상력 그리고 소득의 변동성

- 자영자에게는 고용주가 없으며 의무연금에 대한 피용자 및 고용주 부담금에 해당하는 금액을 지불함. 고용주 부담금 부분은 잘 각인되지 않기 때문에 기여금은 자영자에게 더 재정적 부담으로 인식됨.
- 소득을 검증할 고용주가 없으므로 소득 축소 보고, 낮은 기여를 방지하기가 더 어려움.
 - 최저연금 수급 자격과 필수 근로 관련 제도에 대한 접근이 근로 시간에 의존하는 경우, 피용자에 대한 규정은 수정 없이 자영자로 확장되기 어려움.
- 소득이 낮은 자영자는 저소득 근로자에 비해 협상력이 낮음. 자영자에게는 최저임금이 없고, 경쟁법에 따라 교섭활동을 집단적으로 할 수 없으며, 불리한 계약을 받아들이지 않은 권한이 많지 않음. 반대로, 높은 소득 잠재력을 가진 근로자는 회사의 임금 정책에 종속되지 않기 때문에 독립적으로 일할 경우 더 많은 임금을 받을 수 있음.
 - 미국 자영자의 거의 절반이 독립적으로 일하는 이유로 높은 소득이 지적.
- 자영자의 소득은 종종 상당한 변동이 있을 수 있음. 연금 규정에 따라, 소득 하한

이하의 소득은 기여금을 내지 않고 연금자격을 얻지 못하거나 최저기준의 기여금을 납부함. 후자는 높은 유효 기여율과 잠재적 유동성 문제로 이어지게 됨. 반대로 소득이 기여 상한을 초과하면 유효 기여율이 낮아짐.

4) 비정형근로자를 위한 연금제도 원칙

□ 자영업자의 연금보장 범위

- 자영업자의 연금 보장 범위는 OECD 국가마다 상당히 다름. 대부분의 국가에서는 자영업자가 소득비례 연금 제도에 참여하도록 요구하지만, 자영업자를 피용자와 동일한 방식으로 하는 국가는 단 9개국에 그침. 그러나 이러한 국가들에서도 연금 규정을 제대로 준수하지 않으면 연금 포괄 범위가 손상 될 수 있음.
- 19개국에서 자영업자에게 소득비례연금 제도가 의무적으로 적용되지만 낮은 기여율 적용, 소득 기준 설정에 대한 높은 재량 또는 최저소득기준 이하에 대한 기부 의무 면제를 통해 피용자보다 낮은 기여를 할 수 있음.
 - 호주, 덴마크, 독일, 일본, 멕시코 및 네덜란드에서 자영업자는 피용자와 달리 의무 참여가 불필요함.
 - 칠레와 이스라엘에서도 마찬가지이지만, 최근 자영업자도 의무가입 대상이 됨.
 - 마지막으로, 아일랜드와 영국에서는 자영업자들이 피용자와 비슷한 조건으로 기여기반 기본 제도에 참여하지만, 소득비례 제도는 모든 유형의 근로자에게 자발적임.

Table 2.1. 자영자는 (준)의무연금에 완전히 기여하지 않음

Contributions requirements to mandatory and
quasi-mandatory pensions for the self-employed, OECD
countries

소득비례연금에 의무 또는 준의무 기여				기초연금에만 의무 기여	연금기여 의무가 없음
피용자와 동일	낮은 기여율 적용	일시납부만 의무	소득기준 이상자만 의무 기여		
Canada	Austria	Hungary	Austria	Ireland*	Australia
Czech Republic	Belgium	Poland	Chile	Japan	Denmark
Estonia	France	Spain	Finland	Netherlands	Germany
Greece	Finland	Turkey	Latvia	United Kingdom*	Mexico
Korea	Iceland		Slovak Republic		
Lithuania	Israel				
Luxembourg	Italy				
Slovenia	Norway				
United States	Portugal				
	Sweden				
	Switzerland				

○ 대부분 국가는 피용자와 유사하게 세금 혜택을 제공하여 자발적 개인연금에 대한 자영자의 참여를 유도하고 있음.

- 낮은 의무제도 포괄 범위를 보상하기 위해 벨기에, 프랑스, 일본 및 스위스에서 는 세금면제 기여한도를 피용자보다 높게 하고 있음.
- 벨기에, 프랑스, 독일, 룩셈부르크 및 일본은 특별한 자발적 연금 프로그램을 적용하여, 세금 공제 및 보조금 혜택을 제공함.
- 뉴질랜드, 폴란드, 터키 및 영국에서는 피용자가 자동으로 직장 연금에 등록되어 있으며 옵트아웃을 할 수 있지만, 자영자는 옵트아웃을 못하게 하고 있음.

□ 자영자의 연금과 사회보장 기여 기반

○ 피용자와 자영자에 대한 연금 규칙이 유사하더라도 연금 기여는 크게 다를 수있음. 첫째, 기여를 계산하기 위한 수입, 즉 기여기반이 두 유형의 근로자에 동일하지 않기 때문임. 종속 피용자의 연금 기여는 총 임금에서 고용주 사회보험 부담금을 제외한 금액을 기반으로 함. 반면, 자영자에게는 총임금에 해당하는 금액이 없

음.

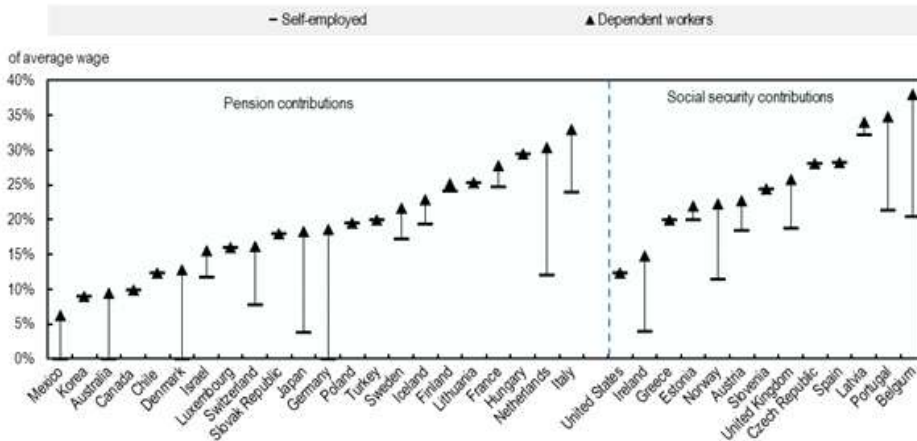
- 대부분 국가는 자영자를 위한 기여기반을 계산하기 위한 도구를 활용하는데, 일부 국가에서는 소득의 일부에만 기여율을 적용함(예 : 체코에서는 50 %, 슬로바키아에서는 67 %, 슬로베니아에서는 75 %, 리투아니아에서는 90 %).
- 또 다른 일부 국가에서는 자영자는 의무연금이 적용되지만 기여기반 소득을 선택하는데 재량을 가짐(예 : 라트비아, 리투아니아, 폴란드 및 스페인. 스페인에서는 자영업자가 2019년 기준으로 월 기준으로 944 유로에서 4070 유로 사이의 기부 기반을 설정할 수 있음).
- 대부분 국가는 최저 기여기준 또는 최저 소득기준을 설정함. 최저기여기준은 실제 소득이 낮더라도 자영자 사회보장 기여금의 최소금액에 해당함. 이는 자영자가 매우 적은 금액을 기여하는 것을 방지하지만, 일부 임계값 미만 소득자에게는 유효 기여율이 높다는 것을 의미함. 이를 완화하기 위해 폴란드는 자영자가 수입이 적을 경우 제한된 기간 동안 기여금을 낮추는 것을 허용함. 일부 국가에서는 최저 기준이 높으며 이탈리아와 슬로베니아는 평균 임금의 50%를 초과함.
- 최저 소득기준은 자영자가 사회보장 기여에서 면제되는 최소의 소득 수준을 의미하며, 이 경우 연금 자격도 발생하지 않음. 이러한 기준은 평균임금의 14%를 적용하는 아일랜드, 50%를 적용하는 슬로바키아 등 7개 OECD 국가에 존재함. 칠레는 자영자 중 약 30%만 의무연금에 가입하는데, 평균임금의 25%에 달하는 소득한도의 영향이 일부 있음. 라트비아에서는 기준액 이하 소득자를 연금에서 제외하지는 않지만, 상당히 낮은 기여율을 적용함.

□ 자영자의 연금 기여율

- 기여금이 연금에만 부여되는 반면, 어떤 국가에서는 장애, 실업 및 기타 사회보장을 포괄하여 부과되기도 함. 이런 경우 연금 기여금을 다른 사회보장 기여금과 분리하기 어려움.
- 연금기여율이 정해진 나라의 거의 절반에서 기여율은 종속 피용자와 자영자가 같음. 다른 국가에서는 자영자의 기여율이 낮으며, 자영자가 소득비례 제도에 가입

하는 것이 의무가 아니기에 이런 일이 발생함. 반면 프랑스, 핀란드 및 이탈리아에서는 자영자들이 모든 소득비례 제도에 의무 가입이지만 기여율은 낮음.

Figure 2.12 자영자는 일부 국가에서 낮은 연금보험료 또는 사회보장기여금을 냄.



- 다른 사회보장 기여와 연금 기여를 분리시키지 않은 국가에서는 자영자 기여율이 피용자의 총 기여율과 동일함[체코, 그리스, 슬로베니아, 스페인 및 미국]
- 자영자는 일부 국가(오스트리아, 벨기에, 에스토니아, 아일랜드, 라트비아, 노르웨이, 포르투갈 및 영국)에서 피용자보다 사회보장 기여율이 낮음. 오스트리아는 기여금이 낮지만 세금으로 추가기여하기 때문에 자영자의 연금액이 낮아지지 않음. 많은 국가에서 자영자는 실업 보장이 되지 않기 때문에 기여율이 낮은 이유를 설명함.
- 덴마크, 아일랜드, 영국 및 미국과 같이 직역연금이 일반적인 국가에서는 직역연금에 대한 피용자의 기여에 상응하는 고용주 기여가 있음. 자영자에게는 이러한 기여 매칭이 불가능하며, 자영자는 피용자와 동일한 수준의 보상을 위해서는 본인 스스로 총기여율을 같게 해야 함.
- 대부분의 국가에서 자영업과 피용 노동을 결합한 근로자는 두 가지 유형의 노동으로 인한 소득 또는 각 유형의 노동으로 인한 소득을 기준으로 기여함.
 - 일부 국가에서는 특정 규칙을 적용하는데, 벨기에에서는 자영업 활동이 '추가

직업'(자영업자의 약 35%)인 경우 해당 자영업에 대해서는 기여가 없고 어떠한 연금 자격도 형성되지 않음.

□ 시간제 근로

○ 짧은 노동시간은 총소득을 낮추고 궁극적으로 소득비례연금제도의 급여를 줄이게 됨.

- 연금에 대한 영향은 특히, 최저소득 요건 또는 최소 근로시간 요건이 있을 때 큼.
- 독일, 일본, 한국은 연금의 의무 가입에 필요한 최소 근로시간을 적용. 그 외 14개 국가는 매주, 매월 또는 분기별로 최저소득 요건을 설정함[아일랜드는 평균 소득의 5% ~ 터키의 60% 이상] [독일은 최저소득 요건이 없지만 월소득이 450EUR 이하인 근로자 (소위 "미니 잡")는 법정 연금 보험을 탈퇴할 가능성이 있음]. 그 외 20개 국가는 최저소득 수준이나 최소 근로 시간을 요구하지 않으며, 모든 아르바이트 근로자는 연금 제도에 의해 보호됨.

○ 일부의 경우 해당 조건에 의해 혜택을 받을 수 있음.

- 시간제 근로자가 최소한의 요구 사항을 충족시키고 전일제 근로자와 (거의) 동일한 연금 권리를 얻는 경우임. 특히, 최저연금과 같이 근로시간과 연금 급여와의 관계가 약한 경우에 그러하며, 이런 연금 규칙은 정규직 근로자에서 시간제 근로자로의 재분배를 암시함.

○ 벨기에, 에스토니아, 헝가리, 리투아니아, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인과 같은 일부 국가에서는 시간제 근로자에 대한 연금 자격을 결정하기 위한 특정 규칙이 존재함.

- 예를 들어 리투아니아에서는 모든 피보험자가 연금 계산에 사용되는 1개월을 충족하기 위해서는 최소 월 최저임금으로 연금 보험료를 납부해야 하며, 이 이하로 연금보험료를 납부하면 비례적으로 연금기여 기간이 낮아짐. 헝가리도 유사한 방식을 적용.
- 아르바이트는 같은 시간당 임금으로 같은 시간 동안 일을 하더라도 연금 혜택

이 다를 수 있음. 그리스, 터키에서 일주일 5일 중 3일을 일하면, 5일 중 60%의 근로시간을 가지는 경우보다 인정되는 기여기간이 짧음. 다른 국가에서는 1주(예: 아일랜드, 영국), 1개월 (예: 폴란드, 미국) 또는 1분기 (예: 프랑스) 등 더 긴 기간을 사용함.

○ 모든 OECD 국가에서 시간제 일자리가 둘 이상인 근로자는 모든 일자리의 총 소득 또는 각 직장의 별도 소득을 기준으로 의무 연금 부담금을 지불하고 그에 따라 혜택을 받아야 함.

- 벨기에는 2015년에 정규직의 80% 이상 시간을 일하고 식당과 같은 특정 부문에서 일하면서 추가수입을 얻는 근로자와 연금 수급자에게 제공되는“flexi jobs”를 도입했음. 이러한 일자리는 소득세가 면제되며, 피용자 및 고용주의 연금 기여금 및 부담금이 모두 적어짐.
- 체코에서는 일주일에 최대 20시간 또는 1년에 최대 300시간 동안 추가 작업을 수행 할 수 있는 특별근로계약을 맺은 경우, 그 소득이 연금기여금 및 연금 급여에서 제외됨.

Table 2.2. 시간제 근로자의 연금자격 획득을 위한 최소 조건

최소소득기준 적용	최소 근로시간 기준 적용	조건 없음
Australia, Austria, Canada, Czech Republic, France, Finland, Hungary, Ireland, Japan, Korea, Switzerland, Turkey, United Kingdom, United States	Denmark (9 hours/week), Germany (up to 3 months or 70days/year), Japan (20 hours/week), Korea (15 hours/week), , Norway (funded scheme; 20% of full time)	Belgium, Chile, Colombia, Estonia, Greece, Iceland, Israel, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Mexico, Netherlands, New Zealand, Poland, Portugal, Slovak Republic, Slovenia, Spain, Sweden

□ 임시직 근로자

○ 대부분 국가에서 임시직 근로자를 위한 연금제도 규칙은 정규직 대상 규칙과 일치함. 그러나 일부 국가에서는 임시직 파견 직원, 청년 근로자, 계절 근로자, 견습생 및 연수생에 대한 연금 기여율을 낮추거나 설정하지 않아 연금 수급 자격이 낮아짐.

○ 임시직 근로자가 일반 근로자와 동일한 연금 규정을 적용받더라도 고용 기간이 짧아 연금보장 범위가 줄어들.

- 네덜란드의 직업연금은 같은 회사에서 6개월 이상 일한 이후에 대해서만 적용
- 고용주가 납부한 근로자의 직업 연금이 근로자의 소유가 되는데는 보통 1년 이상이 필요하므로, 고용 기간이 짧은 근로자의 연금 수급 자격이 제한됨.
 - 뉴질랜드, 터키 및 미국에서는 이 기간을 3년을 초과하기도 함.
- 이렇게 의무 고용기간이 긴 경우에는 고용주를 자주 바꾸는 경향이 있는 임시직 근로자에게 문제가 됨.
- 전부는 아니지만 대부분의 국가에서 직역연금 제도의 연금 권리를 이연하거나 다른 고용주가 제공하는 직역연금 제도로 이전할 수 있는 옵션을 제공함.
- 직역연금에서 개인연금으로 자격을 옮기는 것은 일부 국가에서 허용됨.
 - 캐나다, 칠레, 덴마크, 스페인 및 미국

○ 실업자가 실업수당을 받는 기간 중에 연금크레딧을 부여하는 경우가 종종 있지만, 다른 실업 기간은 연금 자격을 높이지 못함.

- 단절된 고용 이력은 임시직 근로자가 실업급여를 받기 어렵게 하며, 결과적으로 연금 이력에서의 중단도 가져옴.
- 실제로 OECD(2019)에 따르면 비정규직 근로자는 표준 근로자보다 실업 수당에 덜 노출되는 것으로 나타났지만, OECD 국가에서 실업급여 규칙은 차이가 많이 있음.

□ 정책 변화

○ 지난 20년 동안 OECD 국가의 절반 이상이 비정형 근로자를 위해 연금 규정을 변경하였음.

- 많은 경우 자영업자와 시간제 근로자를 대상으로 제도의 포괄 범위를 확대하는 것을 목표로 하였음.
 - 이스라엘에서 자영업자의 소득비례연금제도 가입의 의무화됨.

- 2018년 이후부터 칠레는 자영자를 연금제도에 자동 등록하도록 노력했지만, 다수는 opt-out을 선택함.
- 2013년 슬로바키아는 일부 비정규직 근로자 대상으로 연금 범위를 확대
- 독일은 연립정부 협약에 모든 자영업자에게 적용하는 의무연금 설립 계획이 포함되었음.

○ 몇몇 국가는 특정한 클라이언트를 대상으로 일하는 자영자에 대한 연금 포괄범위를 확대하기 위한 규정을 도입함.

- 독일에서는 1999년부터 한 명의 고객을 위해 주로 일하고 직원이 없는 자영업자 연금제도에 의무 가입됨.
- 오스트리아, 이탈리아 및 포르투갈에서는 단일 계약에 의존하는 독립 계약자의 기여가 그들의 클라이언트에 의해서 채워지게 됨. 예를 들어 포르투갈에서는 자영자가 단일 고객에게 크게 의존하는 경우, 단일고객은 자영자의 사회보장 기여금을 지불해야 함. 이 때 기여율은 근로자가 클라이언트에 의존하는 정도에 따라 다름.

○ 일부 국가에서는 시간제 근로자들의 연금 보장 범위를 높이기 위해 연금 규칙을 수정함.

- 프랑스, 독일, 일본, 한국 및 스위스는 최소 시간/수입 요건을 낮춤으로써 시간제 근로자의 가입 범위를 확대함.

□ 비정형 근로자를 위한 연금급여 증가

○ 연금 제도는 포괄범위, 기여금, 자격조건 등에서 정규근로자와 비정형 근로자 간에 격차를 줄이기 위해 설계되어야 함. 이를 통해 공정한 보호를 보장하고, 불평등을 줄이며, 위험의 풀링을 광범위하게 하고, 직업간 노동이동성을 확보할 수 있을 것임. 자영과 피용의 경계가 불분명해지는 상황에서 일반적인 사회적 보호, 특별히 노령연금을 채택하는 것이, 새로운 환경에서 필수적임.

○ 비정형의 근로는 기업가 정신을 장려하거나 유연성을 확보하기 위해 권장됨.

- 비정형 근로는 근로 연령대의 소득 취약성과 관련되며, 이는 노령 소득 전망에

영향을 미침.

- 다면적인 접근을 통해서 효율적으로 비공식성의 문제를 해결해나갈 수 있음. 자영업자에 의한 세금 회피를 제한하는 정책은 사회적 급여제도의 재원을 확보할 수 있고, 또한 퇴직소득을 제고할 수 있게 함.
- 불안정 고용과 관련하여, 연속적인 장기 계약 및 허위 자영업과 같은 근로의 배치 문제, 자영업자의 낮은 기여 문제는 사회적 덤핑의 이슈를 가져옴.

□ 기여연금제도와 비기여연금제도의 조화 증진

○ 기여와 비기여 제도의 조정은 연금, 특히 의무연금이 없는 비정형 근로자에게 중요함. 비정형 근로자를 위한 노령소득보호 수준을 보장하고, 연금에 기여할 수 있는 인센티브를 제공하고, 이들 퇴직자가 연금수급 자격을 가짐으로써 장기적 재정 취약성을 해결하도록 돕는 것이 중요함.

○ 비기여의 1층 연금- 거주자격 기반 연금과 노령사회부조 급여-은 퇴직자의 근로 이력에 관계없이 노령소득의 하한을 확보하게 함.

- 많은 국가에서 노령 안전망 수준은 수급자가 빈곤선 이하로 떨어지지 않도록 높지 않으며, 비기여 1층 연금의 급여수준은 각 국가의 재분배 선호에 달려있음. 이는 가장 취약한 집단의 소득 적정성과 소득비례연금이 재정비용 부담과 기여 인센티브 유지의 목적 간 상쇄의 결과임.

○ 기여와 비기여 제도의 조정을 달성하는 세 가지 방법이 있음.

- 첫째, 1층 연금은 가구구성에 따른 보편적 정액급여로, 그 위에 기여 자격조건을 쌓을 수 있음. 네덜란드와 뉴질랜드가 이에 해당함.
- 둘째, 자산조사 급여와 소득과 연계하여 급여를 감소하는 제도가 있을 수 있으며, 칠레, 노르웨이, 스웨덴이 이러한 예임. 급여감소율은 상쇄관계의 결과라 할 수 있어서, 낮은 급여감소율은 보다 보편적인 커버리지를 확보하게 하고, 스티그마의 발생을 제한할 수 있으며, 기여에 대한 낮은 인센티브를 막을 수 있음. 그렇지만 이러한 경우에는 대상집단을 좁게 하지 않기 때문에 높은 재정비용을 요구함.

- 셋째, 보편적 요소와 자산조사 요소를 혼합하는 것으로 캐나다, 덴마크, 아이슬란드의 사례임.

○ 세 가지 설정 중 하나를 기반으로 한 조정된 체계에서는 비정형 근로 이력을 가지는 사람을 포함하여 최소한의 급여를 받을 수 있고, 그에 추가하여 기여이력에 더한 급여를 받을 수 있음.

○ 기여연금제도에 단순한 자격 규칙을 적용하는 것이 기여 제도와 비기여 제도의 조정을 촉진시킴.

□ 취약한 비정형 근로자의 연금 접근성 증대

○ 연금 수급 자격 조건 충족에서 장벽과 배제를 제거해야 함.

- 모든 근로 소득에 대한 동등한 대우는 기간에 관계없이 임시근로 계약자가 의무적인 연금보호에서 제외되서는 안된다는 것을 의미하며, 연금 자격을 취득하기 위한 최소한의 근무기간이 없어야 함을 의미함.

○ 근로 기간 동안 낮은 총소득은 낮은 퇴직 소득으로 연결됨. 일반 근로자 연금은 OECD 국가에서 평균적으로 1년 실업 기간 중 1%의 급여 감소를 의미하지만, 연금 시스템에 재분배 기능이 없는 경우 2% 이상 감소를 의미함.

○ 비정형 근로자의 실업보험으로 보호가 잘 되지 않는 경향이 있어 소득비례연금에 더 많은 영향을 미침.

- 비정규직 근로자는 실업 보호에 직접 접근 할 수없는 경우가 많으며, 근로기간이 짧아서 실업 수당을 받는 기간이 적음.
- 연금 정책이 노동 시장에서 발생하는 모든 충격에 대해 보장 할 수 없으므로, 이러한 경우는 비정형 근로자에 대한 실업 정책을 통해 해결되어야 함.

○ OECD 약 절반의 국가에 존재하는 기여형 1층 연금(기여기반 기초 및 최저연금)은 기여 내역 기간에 따라 노령 급여를 증가시킴.

- 이러한 재분배 도구는 기여기간을 인정하는 방식에 따라 시간제 근로자에게 실질적으로 혜택을 줄 수 있음.

○ 플랫폼 노동자가 자영업자인지 아닌지가 중요함.

- 피용자로 구분되면 플랫폼이 고용주 부담분의 연금 기여금을 내야하며, 이에 더해 직역연금도 추가 부담이 필요함.
- 허위 자영업자(false self-employed)에 대해서는 종속근로자로 적절하게 분류하면 연금 보호가 개선될 것임. 기존 노동법을 시행하기 만하면 되는 문제임.
- Spasova et al. (2017)은 허위 자영업자를 이용하는 고용주에게 벌금을 인상하고 소급하여 기여금을 부담할 것을 제안하였음.
- 일부 국가는 복잡한 솔루션을 구현함. 예를 들어, 단일 클라이언트에 크게 의존하는 프리랜서에게는 클라이언트가 고용주 부담분의 기여금을 내게 하거나, 특정 산출품(예를 들면 출판물)에 대해서 기여금을 부과하는 방식임. 이러한 솔루션은 자영업자의 순소득을 줄일 수 있지만 그들이 기여금을 모두 부담하는 것보다는 적음. 또한 자발적 연금제도에 클라이언트가 부담하는 기여금 제도를 도입하는 것은 커버리지를 실질적으로 확대할 수 있음.

□ 자영업자에 대한 의무연금?

○ 자영업자에게 의무연금을 적용할 것인지, 자발적 연금을 적용할 것인지는 정규근로자와 동일한 규칙을 따라야한다는 원칙에 근거하여 결정해야 함. 근시안적 사고를 예방하고, 기여의 풀을 확대하기 위한 목적으로 정규 근로자 대상의 소득비례 연금은 전형적으로 강제성을 띤 의무연금을 적용함. 또한, 정규 근로자와 동일한 방식으로 모든 비정형 근로자를 의무연금에 완전히 포함시키면 고용주와 근로자가 노동비용을 낮추기 위해 비정형 고용을 잘못되게 사용하고자 하는 재정적 인센티브를 줄일 수 있음.

○ 현존하는 의무연금제도에서 자영업자를 제외하면 어려운 문제가 발생함. 일부에서는 자영업자에게는 더 많은 사업 활동과 관련한 금융 자산, 또는 더 많은 주택 자산이 있어 연금에 기여할 필요가 없다고 주장하는 경우가 있음. 이러한 주장은 기각되어야 함.

- 이러한 주장은 매우 다양한 자영업자 집단 중 가장 부유한 사람에게만 적용. 또한

이러한 주장(예외가 가능하다는)이 부유한 하위집단에 적용되고자 한다면 복잡한 자산조사를 기반으로 한 설계가 필요함. 또한 이러한 주장은 왜 부유한(자산이 많은) 정규근로자는 적용제외하지 않느냐는 주장도 일으킬 수 있음. 연금보험에서 동등한 처우는 비정형 근로자에게 혜택을 주는 재분배의 재원이 정규근로자 뿐만 아니라 보다 광범위한 집단으로부터 나와야 한다는 점에서도 제외는 바람직하지 않음.

- 자발적 직역연금제도는 기본 제도(default plans)의 형태를 통해 모든 근로계약자에게 적용되어야 함. 동등한 처우는 자동등록 제도에 적용됨. 오프아웃 비율은 비정형 근로자에게서 높을 것이며, 자영자의 기여금은 고용주에 의해서 매칭되지 않을 수 있음. 그럼에도 불구하고 비정형 근로자의 넋징(nudging)을 유예해서는 안 되는데, 예를 들어 특별하게는 기여금을 세금 징수 때 자동적으로 공제되게 하는 방식도 생각할 수 있음.

□ 조화로운 조정을 위해서

- 모든 근로형태에 연금 규칙을 조정한다는 것은 모든 근로자의 총 기여율이 동일해야한다는 것을 의미함.
 - 자영자는 피용자 기여금 및 고용주 부담금을 모두 내야 함.
 - 완전한 조화를 위한 장애물은 자영자의 기여기반 책정과 관련됨.
- 일부 국가의 자영자에 대한 낮은 기여율 적용은 자영업을 경제적으로 매력적으로 만들고 있음. 낮은 기여금이 공공보조금으로 상쇄되지 않으면, 이런 정책은 낮은 급여라는 사회적 비용을 감당해야 함. 이 경우 자영업 촉진이라는 목표는 오로지 자영자가 노령의 요구를 체계적으로 과소평가하는 경우에만 달성할 수 있음.
- 낮은 연금을 초래하는 낮은 연금 기여금이 자영업을 촉진하기 위한 수단으로 사용되어서는 안 됨. 연금부과소득을 결정하는 원칙은 가능한 피용자와 독립 근로자간에 조화로워야 하며, 연금부과소득은 동일한 총기여율 하에서 같은 급여 자격을 만들어내야 함. 핵심은 누가 보험료를 부담할 것이냐에 있음.
- 일부 취약한 집단은 연금 기여금을 완전히 부담할 수 없다는 사실을 인정하고 설

계될 수 있음. 이 경우 낮은 보험료율의 적용은 명시적인 재분배 정책의 한 부분이 될 수 있음. 낮은 보험료율은 조세를 재원으로 하거나 또는 연금 기여금의 풀에서 확보되는 보조금으로 운영되는 기여 부분으로 충당되어야 함. 달리 말해서 자영자에게 낮은 총 기여율을 적용하기 위해서는 이러한 정책의 재정적 부담을 고려해야 한다는 것임. 만약 공공 보조금으로 상쇄되지 않는 경우, 이 비용은 장기적으로 사회적 비용으로 드러날 것이며, 자영자로 퇴직한 자에게 패널티가 될 것임.

- 연금원칙은 보다 나은 조화가 이뤄지면 직업과 직장 간의 연금이동이 용이해짐. 연금 이동은 빈번한 직업 전환이 있는 비정형 근로자에게 중요함. 개인 계정은 비정형 근로자의 사적연금 자격의 완전한 이동성 확보에 도움이 될 것임.

□ 그럼에도 기여기반을 완전히 조정하는 것은 어렵다는 것을 인식해야 함.

- 자영자의 기여 기반을 정규 근로자의 기여 기반과 완전히 일치시키는 것은 불가능함. 자영자의 기여 기반은 다른 방식으로 결정되며, 연금수급 자격이 어떻게 결정되는지에 크게 영향을 받음.
- 수입 과소보고 외에도 자영자는 추가적인 유연성을 누리고 있음.
 - 그럼에도 수입을 자영자의 기여 기반으로 사용하는 것은 부적절함.
 - 일반적으로, 순(노동)소득을 기여 기반으로 사용하는 것이 다양한 유형의 자영자간에 동등한 대우를 보장함. 그렇지만 순소득이 동등한 대상자의 총임금보다 낮기 때문에 낮은 기여를 하게 됨. 그렇지만 이것이 도달할 수 있는 최고 수준의 조화일 수 있음. 자영자에게 더 높은 명목 기여율을 통해 낮은 기여기반을 보충하려는 것은 정치적으로 구현하기 어려움.
- 기여 기반 정의의 유연함을 제한하는 것은 자영자와 종속 피용자간 연금 제도를 조정하는 한 단계임.
 - 그렇지만 기여기반 설정의 유연함을 제한하는 것만으로는 낮은 수준의 기여를 막는데 한계가 있으며, 엄격한 노동조건 조사와 같은 형태의 적절한 순응을 위한 수단이 활용될 필요가 있음.

- 이탈리아에서는 자영업자의 신고된 소득은 추정된 이윤 및 생활수준과 비교되어, 세금 축소보고가 더 쉽게 확인되도록 하였음.
- 기술적인 관점에서 공공(세금 및 사회보장등록부) 및 민간(예: 은행 업무, 플랫폼 작업) 소스에서 점점 더 많은 데이터를 사용할 수 있게 되고, 보다 효율적인 알고리즘(예: 인공 지능)을 통해 표적화가 가능할 것임. 그러나 이러한 데이터의 사용은 프라이버시 문제를 야기하고 공공행정 능력의 확대와, 사회 보장 및 세무 행정의 개선된 조정을 필요로 함.

5) 결론

- 비정형 근로는 매우 다양한 형태의 근로자를 말하며, 가장 일반적인 형태의 비정규직은 자영업, 시간제 근로 및 임시직임. 비정형 고용은 OECD 국가에서 고용의 1/4 이상을 차지하며, 시간제 근로는 남성보다 여성들에게 더 광범위하며, 자영업은 특히 고령 근로자들 사이에서 빈번함.
- 세계화, 자동화 및 인구구조의 변화는 노동 시장의 급변을 가져오고 있음. 새로운 형태의 비정형 근로가 확장되고 있으며, 특히 플랫폼 기반 택시 운전과 같은 새로운 기술에 기반하는 영역에서 두드러짐. 대부분의 경우 비정형 근로는 소득 감소 및 그것의 지속과 관련되며, 이는 일반적으로 근로자의 재무 장기 전망에 영향을 미치게 됨.
- 비정형 근로자의 연금에 관한 논쟁은 새로운 것이 아니지만, 비정형 근로자를 연금제도가 포괄하는 방식은 점차 중요성을 얻고 있음. 대부분 연금 제도가 안정적이고 지속적인 근로 경력을 기반으로 구축되었기 새로운 형태의 일자리 등장은 미래세대 퇴직자의 노후소득에 대한 우려를 불러일으킴.
- 비정형 근로자에 대한 연금 규칙은 국가마다 크게 다르며, 특히 국가의 정규직 근로자 대상의 규칙과는 복잡하면서도 다름. 특히 자영업자는 연금 기여금의 기초로 사용할 수 있는 고용 계약이 없기 때문에 연금 포괄성 측면에서 가장 어려운 그룹임. 그러나 연금 시스템은 포괄성 측면에서 정규직과 비정형 근로자의 격차

를 축소할 수 있도록 디자인되어야 하며, 기여와 자격 측면에서는 노후빈곤을 예방하고, 퇴직을 전후로 한 생활기준을 유지할 수 있어야 하며, 공정한 처우를 보장할 수 있어야 하며, 일자리 유형을 뛰어넘어 위험을 풀링(pooling)할 수 있어야 하며 직업이동성도 확보할 수 있어야 함.

6) 정책 합의

- 자영업자에게는 기여 및 비기여 연금 제도의 조정이 중요함. 노령 소득 위험에 대한 적절한 포괄범위를 보장하고, 소득비례 연금제도 가입에 대한 확실한 인센티브를 제공함으로써 잘 조정된 체계를 확보할 수 있음.
- 기여연금 제도에서 간단한 자격 규칙을 설정하는 것은 기여 및 비기여 제도의 조정을 쉽게 할 수 있음.
- 비정규직 근로자의 연금 규칙을 정규직 근로자와 동일한 방식으로 적용하여 모든 비정규직 근로자를 의무 연금에 완전하게 포함시키면 고용주가 재정적 인센티브를 얻거나, 노동비용을 줄이기 위해 비정형 근로를 잘못 사용하는 것 등을 줄일 수 있음.
- 연금수급 조건을 충족시키는 데 있어 근로자들이 직면하는 주요 어려움을 극복하기 위해 임시 및 시간제 근로자에 대한 장벽과 배제를 줄이거나 제거해야함. 시간제 근로자에게 적용되는 연금에 대한 최저 소득 요건은 충분히 낮은 수준으로 설정해야 함. 모든 근로 소득에 대해 동등하게 대우해야 하며, 이는 고용기간 등의 이유로 의무연금의 연금수급 자격을 제한하는 것을 피해야 함을 의미함.
- 근로유형에 따른 연금 규칙의 조정은 총 기여율이 모든 근로자에게 동일해야 함을 의미함. 특히, 원칙적으로 자영자는 직원 및 고용주 부담금의 합과 같은 수준으로 기여해야 함.
- 자영업자에 대한 낮은 연금 기여금이 자영업을 촉진하거나 사회 정책 목표를 달성하기 위한 수단으로 사용되는 경우, 이것이 연금수급 자격을 낮추지 않게 해야 함. 즉, 이 정책의 총비용은 보조금을 통해 낮은 기여금을 보상하는 방식을 포함해야 함.

- 피용자와 다양한 형태의 자영자 사이에서 실질적으로 높은 수준의 조화를 이루기 위해서는 순소득 개념의 접근이 필요함. 동일한 기여율을 적용한다는 것은 자영자에게는 피용자 대비 더 낮은 총 기여를 의미하며, 연금 제도의 원칙에 따라 낮은 연금 자격을 의미하기도 함.
- 기여 기반을 정의할 때 유연성을 제한하는 것은 자영자와 피용자간 연금제도 원칙을 조정하는 첫 번째 단계임. 그렇지만 기여기반을 고정시키는 것만으로는 낮은 기여를 막고 적절한 순응을 이끌어 내는데 충분한 것은 아님.
- 종속적인 근로자 대상의 제도가 있는 국가에서 자발적인 직역연금제도는 기본 옵션 제도를 통해 모든 형태의 고용계약에 적용될 수 있어야 함. 자동등록제도가 동등한 처우를 위해 도입될 수 있음.
- 연금정책이 노동시장에서 발생할 수 있는 모든 쇼크로부터 보장해줄 수는 없음. 비정규직에서 저연금의 문제가 발생하는 것이 낮은 실업보험 기능으로부터 발생하는 것이라면 실업 정책을 변경하여 해결하는 것이 바람직함.
- 위장(false) 자영자를 종속적 임금근로자로 적절하게 분류하면 연금 보호가 개선될 것임. 종종 기존 노동법을 시행하기 만하면 되기도 함.
- 성과와 산출에 대한 기존의 정보를 보완하기 위해 환자들로부터 직접 지식을 얻는 것이 불가피함.

3. 제135차 고용노동사회위원회 결과

- 일시: 2019년 10월 17일(09:30~18:00), 18일(09:30~17:30)
- 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- 한국 대표단 참석자:
 - 고용노동부 박시은 사무관, 이원준 사무관, 조수진 사무관, 진혜숙 사무관
 - 한국보건사회연구원 정해식 연구위원
 - 대표부 양현수 1등 서기관 참석

안건 15. 한 눈에 보는 연금 2019, 2장 비정형 근로의 형태와 연금

□ 사무국 보고

- 사무국은 지난 사회정책작업반에서 제시되었던 연구 결과를 발표하였으며, 이는 2019년 고용전망(2019 Employment Outlook)의 주요 결과에 기반하고 있음.
- 비정형 근로의 경향과 특징
 - 비정형 근로는 총고용의 25%를 넘어서고 있음. 시간제 근로는 2005년 전체 피용자의 9% 수준으로 늘어난 이후 비슷한 수준을 유지하고 있으며, 임시직은 꾸준히 증가하는 경향에 있음. 자영업은 2000년 17%에서 2017년 15%로 감소하였는데 이는 농업 부분 축소 등의 영향임.
 - 자영업자 감소는 새로운 형태의 비정형 근로의 등장으로 상쇄되고 있음. 새로운 형태의 일은 피용과 자영의 경계에 있으며, 이때의 독립 노동자는 연금 기여 또는 사회보장 기여에서 피용자보다 낮고, 이에 따라 사회적 덤핑(social dumping)을 유인하는 영향, 노동비용을 낮추기 위해 사람을 고용하기보다는 일을 아웃소싱하게 되는 상황을 발생시키고 있음.
- 주요한 현안과 발견
 - 자영업자는 피용자보다 노령 연금에 더 적게 기여하고 퇴직 할 때 연금을 더 적

게 받음. OECD 15개 국가 평균으로 은퇴한 자영업자는 피용자보다 평균 22% 낮은 공적연금을 받음.

- 시간제 근로자는 비기여 연금, 최저 연금, 기여기반 기초연금, 확정급여에 기반한 기준임금 방식과 같은 재분배 메커니즘의 혜택을 받을 수 있음. 그렇지만 연금자격 발생에 필요한 최저소득 또는 최저기여기간을 충족하지 못하는 경우에 시간제 근로자가 연금자격을 확보하지 못하게 될 수 있음.
- 대부분 국가에서 임시직 근로자에 대한 연금제도는 정규직 근로자에 대한 규칙과 일치함. 그러나 일부 국가에서는 임시직 근로자, 청년 근로자, 계절 근로자, 견습생 또는 연수생에 대해 연금기여율을 낮추거나 연금 가입자격을 부여하지 않고 있음.

○ 주요 과제

- 보호로부터 배제되는 문제: 자영자가 의무연금에 완전히 포괄되지 않음
- 자영자와 근로자를 다르게 처리: 자영자의 보험료 부과 소득 기반이 피용자와 다름
- 자영자와 피용자를 구분하는 고용계약이 명확히 구분되지 못하는 상황에서 제도를 조화를 이루는 것이 필요
- 새로운 형태의 일이 등장

○ 주요 정책 제안

- 1층과 2층의 연금제도간의 조정을 개선하는 것이 필요
- 노동소득을 동일하게 처리하는 것이 필요
- 모든 형태의 노동 계약에 기여율과 연금 자격조건을 동일하게 하는 것이 필요
- 자영자와 피용자간의 기여 기반을 동일하게 하는 것이 필요

□ 논의 결과

○ TUAC

- 비정형근로자 보호에서 공적연금은 여러 제도 중의 하나이며 사적연금도 충분

히 다뤄야 함. 사적연금에서 자격요건 획득기간 문제, 각종 공제 등으로 고용주와 임금근로자 간 보험료 납입기반 차이가 있다는 점, 사적연금에서 노동자의 연금자격 이동성 문제를 다뤄야 함.

- 별도의 챕터가 세대 간 불평등 문제를 중심으로 다뤄질 필요가 있는데, 이는 젊은 노동자가 보다 비정형 근로를 할 가능성이 높고 또한 확정기여형 연금제도에 가입할 가능성이 크며 이때 '선량한 관리자'와 관련한 문제가 더욱 불거지기 때문임.

○ BIAC

- 연금이동성 논의에서는 일자리간 이동성 뿐 아니라 산업 간 이동성도 논의할 필요가 있으며, 이런 점에서 사적연금의 노사공동기금 방식을 고려할 필요가 있음.
- 재원확보의 지속가능성을 위해서 적정수준의 노동을 유지해야 하며, 이를 위해 평생교육 활성화, 활동적 노화 개념을 논의할 필요가 있음.
- 마지막으로 연금제도와 고용창출을 동시에 생각할 때, 경제성장이 어느 정도 계속되어야 노령소득을 보장할 수 있다는 점도 고려할 필요가 있음.

○ 기타 국가

- 보고서가 다양한 사례 등을 언급함으로써 정책적으로 활용할 아이디어를 제공해주고 있으며(칠레), 각국이 처한 다양한 환경을 고려하여 작성되었다는 점에서 긍정이라고 평가하였음(미국).
- 터키는 자료 정정(자영자의 소득 기반 및 보험료율이 피용자와 같은 수준)을 요구하였으며, 헝가리는 제한된 일정 기간을 주고 의견을 제출하라는 것에 대한 문제제기를 하였음.

○ (사무국) (BIAC의 의견에 대해) 자발적 가입자와 임시직 근로자의 연금에 대해서는 보고서의 3장에서 적립식 연금제도 운영에 대한 논의를 하고 있음.

제 4 장

결론 및 제언

제1절 2019년 OECD 보건·복지 의제 동향

제2절 정책적 시사점과 제언

제1절 2019년 OECD의 보건·복지 의제 동향

1. OECD 보건위원회 의제 동향

□ (보건장관회의 후속 작업 추진) 2017년 OECD 보건장관회의에서 사람중심 보건의료시스템으로 변화를 결의한 후 OECD 보건위원회는 보건장관회의 후속 과제를 추진하고 있음.

○ 사람중심 보건의료시스템 프레임워크

- 사무국은 2018년 24차 보건위원회에서 사람중심 보건의료시스템 프레임워크를 제안하였고 2019년 26차 보건위원회에서 이를 보완하여 사람중심 보건의료시스템 스코어카드 개발을 제안하였음.
- 보건위원회 사무국은 2018년 12월, 목소리(Voice), 선택(Choice), 공동생산(Co-production)으로 구성된 '사람중심 보건의료시스템 프레임워크'를 제안했고 2019년 12월에는 기존 프레임워크에 통합(integration), 존중(respectfulness)의 차원을 추가하고 각 차원별 성과지표를 선정하여 '사람중심 보건의료시스템 스코어카드'를 제안하였음.

○ 지식기반 보건의료시스템 구축

- 2019년 11월에 지식기반 보건시스템 구축을 위한 고위급 포럼이 개최되었음.
- 26차 보건위원회에서는 보건의료데이터 거버넌스에 대한 OECD 권고 이행 모니터링의 결과 초안이 공개되었음.

○ 만성질환에서 환자보고지표 개발을 위한 국제조사 추진

- 보건의료시스템의 사람중심성 강화 결과를 측정하는 핵심도구로서 만성질환에서 환자보고지표 개발을 위한 국제 조사가 추진되어 왔음.

- 그러나 국제조사 추진은 자발적 기여금에 의존적인 프로젝트 재원조달의 어려움으로 계획보다 늦어지고 있음.

□ **(기존 의제의 전환)** 보건위원회가 다루어왔던 기존의 주제들은 사람중심 보건의료 시스템의 개념적 틀을 바탕으로 미래 환경 변화에 대응하는 방향에서 새롭게 발전되고 있음.

○ **형평성, 예방의 경제성, 환자중심성 제고 차원에서 일차의료 강화**

- 2019년은 보건위원회는 일차의료 혁신을 위하여 기존의 의사 중심의 제공체계를 보건의료전문가 간 팀 기반 접근으로 변화를 유도하고 있음.
- G7 일차의료(PHC) 보편적 지식 사업(UKI) : OECD 국가들과 국제조직들의 공동 작업 추진

○ **비용대비가치의 향상 측면에서 예방 정책에 대한 투자 확대**

- 만성질환 예방을 위한 건강행태 확산
- 공중보건 정책의 확산

○ **고령화에 대응하는 보건의료서비스 제공 혁신**

- 고령화에 대응하는 장기요양 인력 확보 방안
- 서비스 통합과 연속성 측면에서 생애 말기 케어의 개선

○ **보건의료서비스에 대한 대기시간 개선**

- 사람중심 보건의료시스템으로 변화와 연계한 통합적 개선
 - 건강 문해력(Health Literacy) 제고, 서비스 유형별 차별적 개입, 환자보고 지표를 활용한 성과 평가 등

○ **의약품 정책 개선**

- OECD 국가에서 오피오이드 오남용 예방, 의약품 이용에서 환자 안전, 혁신적 의약품에 대한 형평한 접근성 보장을 위해 의약품 정책 개선 논의

□ **(미래 위험 대응력 제고)** 미래 보건의료지출 증가에 대비한 재정의 지속가능성 제고와 가치기반 의료 축진을 위한 지식 생산과 근거기반 정책 추진

○ **보건의료 지출 추계 모형의 개선을 통한 정책적 활용성 제고**

- 예방적 보건 지출 확대를 위한 근거 생산
 - 제도 및 정책 특성과 재정 지출의 관계 분석을 통해 가치향상정책의 지출 통제 효과 추정

○ **보건의료 지출 추계를 통한 정부의 지출효율화 정책 추진의 동력 제공**

- 시나리오별 지출 추계를 통해 효율성 제고 정책의 필요성 확인
 - 효과적 비용 절감 통제들이 보건지출증가요인을 상쇄할 수 있다고 가정하는 비용 통제 시나리오에서는 GDP 대비 공공 보건 지출이 2017-2040년 사이 1%아래에서 증가하는 것으로 전망(기초 시나리오에서 1.7%p 증가와 대비)

○ **보건지출 증가에 대응하는 정책 과제 환기**

- 가정된 모든 시나리오에서 보건지출은 증가가 추계되며 이에 대한 국가별 대응은 보건의료체계의 구조적 환경, 경제학적 맥락, 인구구조에 따라 차이가 있음.
 - 공공재정의 전반적 상황: tax-to-GDP ratio, levels of public debt
 - 인구학적 맥락: inactive ratio²⁰⁾
 - 보건 재정 현황: revenue from payroll taxes/contributions
- 높은 부채와 세금으로 미래 보건지출 변화에 대응할 여지가 거의 없을 수 있음.
 - 인구고령화 속도가 빠르고 사회보장기여금/급여세(payroll tax)에 대한 의존이 높은 국가들은 세금 부족 문제 등 보건재정 위험이 예상된다.
 - 인구고령화에 취약한 국가들은 비경제활동인구 비의 증가를 고려하여 세입 구조를 재평가해야함. 정책적 대안으로는 1) 세수 확대 2) 사회보장기여금 비율 확대 3) 노동시장에 의존하지 않는 재원구조의 다양화가 있음.

20) 일반적으로 사용되는 표준화된 비경제활동인구비와는 차이가 있음. 일반적으로 0-15세, 65세 이상을 비경제활동인구로, 15-65세미만 인구를 경제활동인구로 보지만, 본 연구에서는 퇴직연령과 노동시장 진입연령이 국가별로 다른 차이점을 고려하여, 국가별로 평균 퇴직 연령을 달리 계산하여 비를 개개별로 추계함.

○ **보건의료 자원 인프라 구축의 중요성 환기**

- **의료 욕구와 수요의 변화에 대응하는 기술의 활용**

- 2019년 6월, 원격의료의 활용에 대한 모범적 정책 공유
- 기술을 활용한 혁신적 서비스 모형의 개발

- **일차의료의사의 직업적 유인 확대**

- 2019년 12월 제26차 보건위원회에서, 미래 일차의료 의사 부족에 대응하여 직업적 선호를 확대하는 방안이 2020년 12월 발표될 패스트트랙 보고서 주제로 선정

- **보건의료 인력의 부족 해결을 위한 국제적 정보 공유와 비교 기반 확대**

- 국가 간 인력 이동 모니터링 플랫폼
- 사람 중심성 강화에 대응하는 보건의료인력 기술 평가와 지원 방안 논의
- 국가 간 비교를 위한 통계 및 지표 정보 개발에 대한 관심 증가

□ 다음 표는 2017년 1월에 개최된 OECD 보건장관회의 이후, 연 2회 개최되는 보건위원회의 의제 동향을 정리한 것으로 보건장관회의 후속 조치를 중심으로 의제가 연계, 확대되는 추세를 확인할 수 있음.

〈표 4-1〉 2017년 이후 보건위원회 의제 동향

의제 구분	제21차 보건위원회 (2017.6.26.~6.27)	제22차 보건위원회 (2017.12.11.~12.12)	제23차 보건위원회 (2018. 6.27.~6.28)	제24차 보건위원회 (2018.12.5.~12.6)	제25차 보건위원회 (2019. 6.19.~6.20)	제26차 보건위원회 (2019.12.11.~12.12)
OECD 가입 검토	리투아니아 가입 검토		라트비아 가입 후 점검			
진행 프로젝트 (보건장관 회의결과 연계정비)	항생제 내성 예방 전략의 경제성 평가		항생제 내성 최종보고서 초안 검토			
	보다 적절한 의약품 사용을 통한 절감 보고서 결과 검토			약제 및 의료기기 전문가 그룹 작업 방향과 의제 우선순위		<ul style="list-style-type: none"> 의약품에 대한 보건위원회 향후 작업 방향 논의
			최근 기대수명 증가 둔화 또는 감소 국가 보고(영국, 미국)	오피오이드 유행: 예방과 효과적 통제 방안		
	혁신적 치료에 대한 지속가능한 접근 보고서 초안 검토	혁신적 치료에 대한 지속가능한 접근 보고서 수정안 검토				
	보건의료 예방 지출		비만과 신체 활동, 관련 만성질환 관계 분석을 통한 노동시장에 미치는 부정적 영향 검토		<ul style="list-style-type: none"> 비만 보고서 : 평가 및 권고 초안 공중보건-검토 종합 	
			보건 지출과 제도적 특성	2030 보건의료지출 추계		<ul style="list-style-type: none"> 지속 가능한 보건 재정
		치매 보고서 초안 검토		장기요양의 부담 적절성과 지속가능성: 장기요양 사회보호 프로젝트 결과 검토	<ul style="list-style-type: none"> 장기요양인력: 평가 및 권고 초안 	<ul style="list-style-type: none"> OECD 국가에서 생애말기케어 개선: 이슈 노트
			환자 안전 및 미래 작업 방향			

의제 구분	제21차 보건위원회 (2017.6.26.~6.27)	제22차 보건위원회 (2017.12.11.~12.12)	제23차 보건위원회 (2018. 6.27.~6.28)	제24차 보건위원회 (2018.12.5.~12.6)	제25차 보건위원회 (2019. 6.19.~6.20)	제26차 보건위원회 (2019.12.11.~12.12)
보건장관 회의(17.1) 후속 조치	보건인력: 고용 및 경제성장에 관한 고위급위원회에 대한 후속조치	보건의료인력 기술 평가에 대한 타당성 연구: 사람중심의료달성을 위한 보건의료인력 지원		보건의료인력이동 모니터링 국제 플랫폼: 보건인력 이주 패턴과 의학교육의 국제화		
	보건위원회 개정(구조개편)				▪ 보건위원회 자발적 기여금 현황과 추이	
	보건장관회의 요청 및 후속조치	사람중심보건의료시스 템 프레임워크	사람중심보건의료시스 템 포함 정책	사람중심보건의료시스 템 분석프레임		▪ 사람중심 보건의료시 스템 스코어보드
		정신건강사업 수정 제안		정신건강 성과 벤치마킹 프레임워크와 각국의 정책적 노력 검토		
		데이터 거버넌스 권고 이행을 위한 실행 지침 및 모니터링 계획(안)	지식기반보건의료시스 템 고위급 포럼 개최(안) 검토	지식기반보건의료시스 템 고위급 포럼 개최(안) 검토	▪ 지식기반보건의료시 스템 고위급 포럼- 이슈노트초안	▪ 21세기 건강: 데이터, 정책, 디지털 기술에 대한 고위급 정책포럼 결과와 고잉 디지털 프로젝트 업데이트 ▪ 보건의료데이터 거버 넌스에 대한 이사회 권고 이행 모니터링
				건강 및 의료 접근성에서 불평등	▪ 일차의료: 평가 및 권고 초안	▪ G7일차의료(PHC) 보 편적 지식 사업(UKI)
	환자보고지표 진행 및 계획	환자보고지표 진행 및 계획	만성질환 환자보고지표 개발위한 국제비교조사 진행사항 업데이트	만성질환 환자보고지표 개발위한 국제비교조사 진행사항 업데이트: 참여 및	▪ PaRIS 경과 및 계획 ▪ PaRIS: Health at a Glance 2019 테 마 챗터 초안 검토	▪ PaRIS 경과 업데이트

의제 구분	제21차 보건위원회 (2017.6.26.~6.27)	제22차 보건위원회 (2017.12.11.~12.12)	제23차 보건위원회 (2018. 6.27.~6.28)	제24차 보건위원회 (2018.12.5.~12.6)	제25차 보건위원회 (2019. 6.19.~6.20)	제26차 보건위원회 (2019.12.11.~12.12)
				재정 기여 등 세부사항		
현안보고서 결과 검토	현안보고서: 만성질환자의 보다 책임 있는 의약품 사용	현안보고서: 사람중심 보건의료를 위한 헬스 리터러시(health literacy): OECD 국가 현황	병원 퇴원 연장에 대한 현안 보고서 초안 검토	최종안건에서 제외, 발표 지연	<ul style="list-style-type: none"> 전문가 간 팀워크 원격 의료 	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료서비스에 대한 대기시간
차기 현안보고서 주제선정	2018.6월 발표 현안보고서 주제 - 병원 퇴원 연장	2018.12월 발표 현안보고서 주제 - 다학제 팀 기반 의료	2019.6월 발표 현안보고서 주제 -대화형 원격의료(interactive telemedicine)	2019.12월 현안보고서 주제 -보건의료서비스 대기시간	<ul style="list-style-type: none"> 2020.6월 발표 현안보고서 주제 - 의약품 부족 	<ul style="list-style-type: none"> 2020.12월 발표 현안보고서 주제 - 일차의료의사의 직업적 평가와 개선 - 항생제 내성: 장기요양시설의 역할

2. OECD 고용노동사회위원회(ELSAC) 복지 의제 동향

□ 고용노동사회위원회는 사회정책장관회의의 위임사항에 대한 과제 진행과 추가 제안이 이루어지고 있음. 올해 개최된 고용노동사회위원회에서 논의된 복지 이슈는 다음과 같음.

□ 사회정책장관회의의 후속 과제

- 2018년 5월 15일 OECD국가 사회정책장관의 정책선언문(공동변명을 위한 사회정책: 포용적 미래)은 변화하는 사회경제적 도전과 가능성에 대응하는 사회정책의 필요성을 강조했다.
- ELSAC은 사회정책장관 회의의 권고사항을 반영하여“오늘의 사회적 필요(Social Needs Today)”와 “내일을 위한 사회데이터(Social Data for Tomorrow)”라는 광범위한 주제의 과제를 추진 중임.
- OECD는 사회장관회의에서 부여된 임무 수행을 위해 4개의 프로젝트를 계획하여 3개는 추진 중이고 추가 과제를 제안했음.
 - 현재 추진 중인 프로젝트는 아래와 같음
 - ① ‘사회적 위험: Risks that matter’ 관련 국가 간 비교 리뷰
 - ② OPSI(OECD 공공부문 혁신센터)와의 협업을 통한 이해관계자 참여를 통한 혁신사례 수집
 - ③ 더 효과적인 사회정책을 위한 사회데이터(New Social data for more effective social policies)
 - 새로운 프로젝트로 ‘사회경제적 위험 프레임워크(Economic and Social Risks Framework) 제안함.

□ 아동 복지(well-being)

- 아동 빈곤, 조기 아동 발달, 가족 유형의 다양성, 지속가능 개발 목표 및 아동 노동에 관한 아동의 상황에 대한 OECD 작업을 포괄하여 논의

- 사회적 인적자본개발과 연계한 아동 복지, 불평등, 아동 빈곤의 이슈의 접근

□ ‘Pensions at a Glance 2019’에 포함될 비정형 근로의 형태와 연금

- 자영업자가 의무연금에 완전히 포괄되지 않음으로써 보호로부터 배제되는 문제, 연금자격 발생에 필요한 최저소득 또는 최저기여기간을 충족하지 못하는 경우에 시간제 근로자가 연금자격을 확보하지 못하는 문제, 새로운 형태의 일자리 등장 등에 대응하는 과제 제시
- 사무국은 1층과 2층의 연금제도간의 조정 개선, 노동소득을 동일하게 처리, 모든 형태의 노동계약에 동일한 기여율과 자격조건 부여, 사용자와 피용자간의 기여 기반을 동일하게 하는 방안 제안

제2절 정책적 시사점과 제언

1. 정책적 시사점

□ 일차예방의 공중보건정책 확대

- OECD는 건강한 고령화와 의료비 지출의 지속가능성 제고 측면에서 혁신적 정책들의 추진이 부족한 것으로 평가하고 있음.
- 공중보건에 대한 3개 국가 보고서(칠레, 일본, 한국)를 통합한 2019년 6월 보건위원회 자료(p.69)에 의하면, 지속가능한 보건의료시스템 구축을 위해서는 인구집단의 건강수준을 의미 있게 변화시키는 공중보건 정책의 적극적 활용이 필요함을 강조하고 있음.
- 건강행태를 유도하는 공중보건정책은 고령화와 만성질환 증가에 대응하여 비용 대비가치를 높이는 접근이며, 강력한 공중보건정책은 노동인구의 건강증진을 통해 전체 생산성과 경제 성장 증가에 기여할 수 있음.
 - 공중보건 영역에 대한 투자는 보건의료시스템의 회복력을 높이는 효과적 접근으로 알려져 있음(OECD 2019:8).
- 포괄적 일차예방을 위하여 개인, 지역, 국가 수준의 정책이 동일한 실행수준에서 결합되어야 함.
 - OECD는 서울시가 상대적으로 발전된 공중보건 정책을 갖고 그들의 프로그램을 실행하고 있으며 일부 영역에서는 시 정부가 중앙 정부 보다 대담한 정책을 추진하고 있다고 평가했음.
 - 아울러, 학교와 직장은 지속적인 행태 변화를 일으킬 수 있는 장소이므로 복지부 뿐 아니라 관련 부처 간 협력을 통한 통합 전략 추진이 중요함.
 - 교육이나 환경과 같은 일부 부처는 독립적으로 또는 보건부와의 파트너십을 통해 국민의 건강증진을 개선하기 위한 조치를 취하고 있음.
 - 빈곤층의 불건강이 노동 참여, 생산성 및 경제 성장에 미치는 부정적 영향을 통제하기 위해서는 고용 및 재정 부처의 강력한 참여가 필요함.

□ 보건의료 지출 증가에 대비한 효율화 정책의 추진

- OECD의 2040년 보건의출 추계에 의하면(p.147), 다양한 시나리오에서 모두 보건 지출이 지속적으로 증가하는 결과를 보였음.
 - 장기적으로 인구구조 변화와 같은 환경 변화로 인해 보건 지출의 증가와 세수 압박에 직면할 것임.
- 효과적인 비용 절감 통제들이 보건 지출 증가요인을 상쇄할 수 있다고 가정하는 비용 통제 시나리오에서는 GDP 대비 공공 보건 지출이 2017-2040년 사이 1% 미만 증가
 - 효과적 비용 통제 정책이 없다고 가정하는 비용 압박 시나리오에서 GDP 대비 공공보건지출의 비중(%)은 2017년에서 2040년까지 거의 2%p까지 증가 전망
 - 현재의 정책이 향후에도 계속 유지된다는 전제 하에 보건지출을 추계한 기초 시나리오에서 1.7%p 증가
- OECD 추계결과는 공공보건지출의 증가를 피하기 어렵더라도 지출효율화 정책을 통해 증가 수준을 통제할 수 있음을 보여줌.
 - 정책입안자들은 GDP 대비 보건지출의 비중 혹은 보건지출 그 자체의 규모 중 적어도 하나는 증가한다는 가정 하에 계획을 세워야 함.
 - 이러한 국제적 근거를 기반으로 정부는 보건지출 증가를 관리하는 정책을 적극적으로 추진해야 함.

□ 사람중심 보건의료시스템으로 변화를 위한 일차의료의 기능과 역할의 확대

- 2019년 25차 보건위원회에서 논의된 ‘일차의료(primary health care)’와 ‘전문가 간 팀워크(inter-professional team work)’ 의제, 26차 보건위원회에서 논의된 ‘G7 일차의료 보편적 지식 사업’ 의제는 모두 일차의료에 대한 기대와 실제의 격차를 줄이기 위한 혁신적 접근에 대한 논의였음.
- ‘환자보고지표개발을 위한 국제조사’ 진행, ‘사람중심 보건의료시스템 프레임워크 및 스코어카드’ 의제 또한 사람들이 가장 가깝고 빈번하게 경험하는 일차의료

의 변화를 촉진시키는 접근임.

- 일차의료는 OECD가 논의하는 보건의료자원 등 시스템 기반 구축, 서비스 간 연계와 통합, 사람중심성에 대한 성과 측정이 모두 결합되어 설계되는 영역으로 가치기반 지출효율화 접근에서 가장 핵심이 되는 대상임.
- 일차의료는 OECD 모든 회원국 공통의 혁신과제로서 OECD의 G7 일차의료 보편적 지식 사업의 참여를 통해 국제적 공조와 협력이 확대되고 있는 상황임.
- 관련 국제 사업에 적극적으로 참여하고 관련 논의에 참여함으로써 국내 일차 의료의 기능과 역할을 확대하는 정책 개발의 경험 근거로 활용할 필요가 있음.

□ 변화하는 노동시장 환경에 대응할 수 있도록 관련된 제도 개선 등에 적극 활용

- 사회장관회의의 후속 과제 추진과 아동복지 이슈는 포용적 복지 정책 추진을 위한 국내 제도 개선의 근거로 적극 활용할 수 있을 것임.
- 우리 국민연금은 자영자를 지역가입자 자격으로 가입하도록 하고 있어 해당 논의에 크게 관련되지는 않지만 관련 제도 개선에 참고 할 수 있음.
 - 우리의 퇴직연금에 해당하는 사적연금에서 비정형근로자의 동일한 가입자격 문제제기가 계속될 수 있다는 점에서 관심을 기울여야 할 것으로 보이며, 특히 한국의 퇴직연금이 장기 근속자를 대우하기 위한 퇴직금제도로부터 시작되었다는 점을 선제적으로 알릴 필요가 있음.
- 아울러, 국내 사회정책의 혁신을 위해 지속적으로 외국의 혁신 사례와 국제적 연구 동향을 파악하여 활용할 필요가 있음.

2. OECD 보건·복지 이슈 대응에 대한 제언

□ 2019년 보건, 복지 이슈 대응 평가

- 연 2회 개최되는 보건위원회와 고용노동사회위원회 관련 의제를 사전에 분석하여 관련 기관 및 복지부 담당 부서와 협의하여 현장에서 전략적으로 대응함.
- 국내 정책의 성과를 홍보하고 OECD의 검토의 국내 정책 활용도를 제고하였음.
 - 2019년 보건의료데이터 거버넌스에 대한 OECD 권고 이행 모니터링 조사에 참여하여 한국은 높은 점수를 받았음.
 - 한국, 스웨덴, 체코, 노르웨이는 2019년 기준 데이터 이용 가능성 및 데이터 성숙도(maturity: 일종의 품질관리), 이용도에 있어서 높은 평가를 받았음.
 - 한국 공중보건 검토 등 관련 OECD 프로젝트에서 한국에 대한 정책적 상황을 설명하고 좋은 성과를 적극적으로 소개하였음.
- 고용노동사회위원회는 사회정책장관회의 위임사항에 대한 과제 진행과 추가 제안이 이루어지고 있어 향후 지속적인 모니터링이 필요함.
- 2017년 1월 보건장관회의, 2018년 5월 사회정책장관회의 후속과제 모니터링과 전략적 참여
 - OECD 사무국은 자발적 기여금을 기반으로 과제 추진을 제안하고 있음.
 - PaRIS 사업의 경우 자발적 기여금과 국가별 참여 결정이 지연됨에 따라 당초 계획보다 늦어지고 있음.
 - 자율적 기여금 기반으로 추진되는 과제가 증가하고 있어 과제별로 참여 여부에 대한 전략적 판단이 필요함.

□ 다자기구 관련 위원회 참여에 대한 주제별 통합 모니터링과 대응

- 보건 및 복지 이슈에 대하여 OECD는 WHO, EU, G7, World Bank 등 국제기구와 협력 사업을 확대하고 있음.
 - 특히, WHO, OECD, EU는 다수의 의제가 개념이 동일지만 접근 방식에 차이가 있거나 상호 보완적 관계에 있어 협력관계가 지속적으로 확대되고 있음.

- 주제에 따라 기구별, 위원회 별 논의 동향을 통합하여 추적 관리하는 것은 재정적 기여를 전제하는 사업의 확대에 대응하여 참여에 대한 전략적 판단 정보를 제공할 것임.
 - 주제별 통합 정보는 여러 다자기구에서 동일 주제에 대한 일관된 대응을 지원함으로써 한국의 국제적 위상 제고에 기여할 것임.
- 향후, 국제 비교를 위한 성과 지표 개발과 관련 정보 수집을 위한 국제조사가 확대될 것이므로 관련 조사 등에 대한 참여 정보, 응답자, 제출 내용 등에 대한 추적 관리가 필요함.
 - 다만, 이러한 정보를 통합하여 관리하기 위해서는 국내 관련 조직 간 정보를 공유할 수 있는 협력 체계를 구축하고 관련 업무를 상시 수행하도록 역할 규정과 조직적 기반을 마련해야 함.

참고문헌 <<

강희정, 김현경, 박금령, 하슬잎, 서은원, 김민지(2017). OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용 전략 수립 연구. 세종:한국보건사회연구원.

강희정, 강신옥, 김현경, 하슬잎(2018). OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용 전략 수립 연구. 세종:한국보건사회연구원.

OECD(2017). OECD WORK ON HEALTH.

OECD(2019a). Secretary-General's Report to Ministers 2019.

OECD(2019b). Public Health – Synthesis of Completed Reviews. DELSA/HEA(2019)6

OECD(2019c). Organisational Structure. <http://www.oecd.org/about/structure/>.

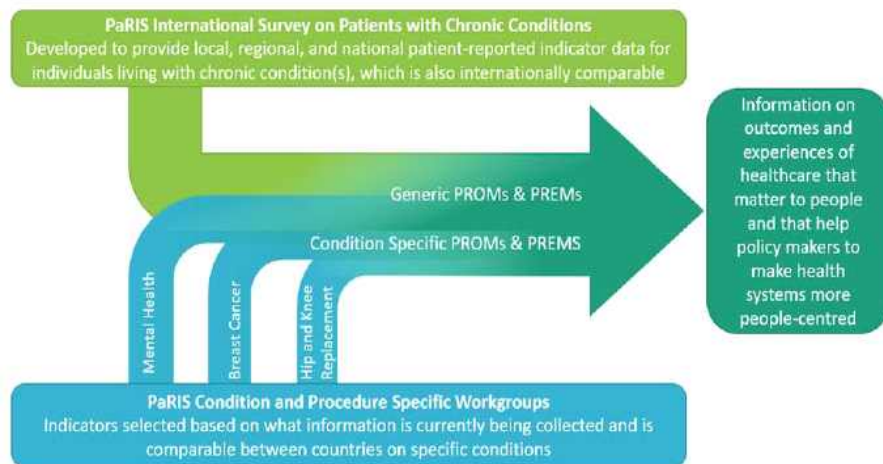
부록 1 PaRIS: Objective, Rationale and Workstream

□ 지식의 갭을 채우기 위한 노력을 이끌어 달라는 보건장관들의 요청

○ 2017년 보건장관회의 이후, HLRG(High-Level Reflection Group on Health Statistics)는 보건시스템의 성과 모니터링과 지속적인 개선을 유도하기 위해서는 환자가 보고하는 경험 및 결과의 필요성을 강조함. 그리고 이미 개발된 PREMs과 PROMs의 제한점(측정범위, 비교가능성)을 극복하고, 국제비교가 가능할 수 있도록 보건의료의 필요가 급속도로 증가하고 있는 만성질환 영역의 환자 경험과 결과 측정을 제안함.

○ 따라서 PaRIS 작업은 다음의 2가지 영역에서의 접근이 요구됨.

Figure 5.1. PaRIS' two complementary work streams together work to provide useful policy information on health system performance



Source: OECD.

- (work stream 1) PROMs와 PREMs와 같이 환자가 보고하는 지표를 이용하여 환자가 보고하는 지표를 이용하여 타당성, 표준화, 국제비교가능성 등을 검

토하는 단계임. 2018년 초 3개의 국제 작업그룹은 유방암, 고관절/슬관절 치환술, 정신건강 영역에 대한 질병을 정의하고, 자료수집 전략 등 환자가 보고하는 결과 지표의 도구에 대한 논의함.

- (work stream 2) 한 가지 또는 그 이상의 만성질환을 가진 사람들의 건강결과 및 경험을 측정하기 위해 신규 국제 조사를 개발하는 단계임. 이 조사는 일차의료/외래 진료를 받는 만성질환자를 대상으로 함.

□ 보건시스템과 정책과 관련한 PaRIS 조사의 가치

- PaRIS 조사는 환자중심진료 제공에 대한 상대적 성과를 평가하고 환자의 필요를 충족시킴으로써 환자중심 보건시스템 구축을 목적으로 함. PaRIS는 외래/일차 의료 부문에서 환자가 보고하는 결과와 경험의 통합을 장려하고 환자중심 진료의 향상을 지지할 것임.
- PaRIS 조사를 통한 국제 비교는 정책입안자들에게 다음과 같은 사항의 모니터를 가능하게 함.
 - 한 가지 또는 그 이상의 만성질환을 가진 환자들의 진료 결과 및 경험
 - 진료 결과 및 경험의 개선 추이
 - 진료 결과 및 경험의 국제 비교
 - 성인들에게 요구되는 특이 사항(specific attention) 파악
 - 특이 사항이 요구되는 영역 확인

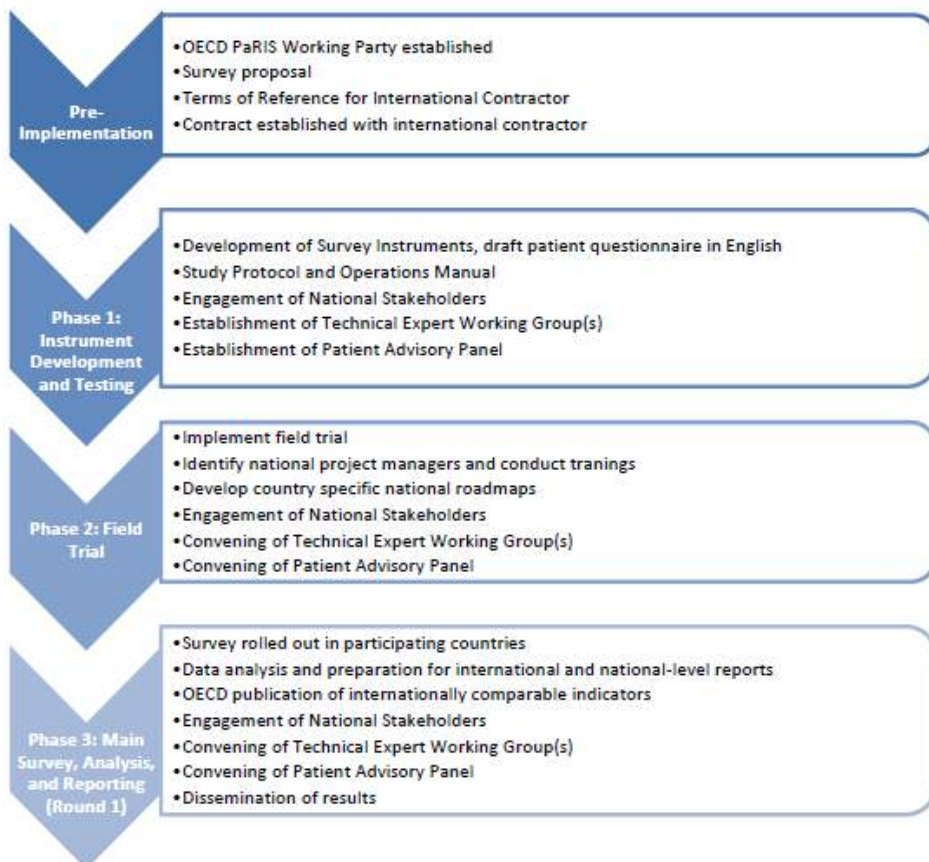
부록 2

만성질환자 대상 PaRIS:

Rationale, Conceptual Framework, Key Principles

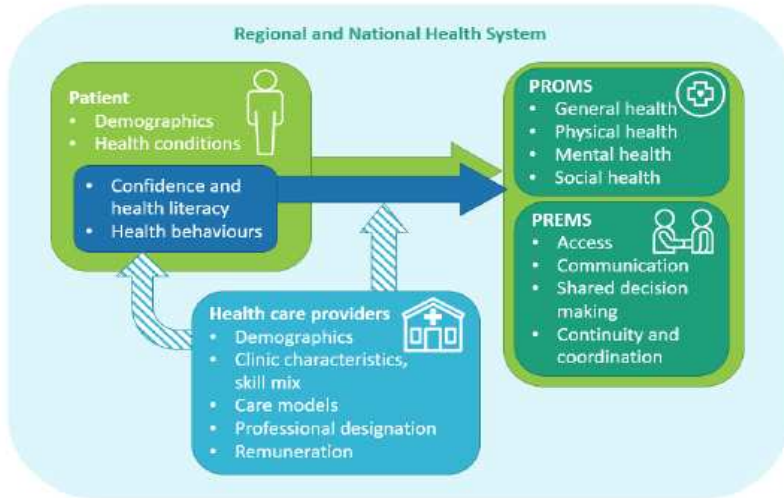
□ PaRIS 조사의 목적은 일차의료/외래 진료를 이용하는 성인 만성질환자가 직접 보고하는 지표를 통해 진료 결과 및 경험의 변화를 국제적으로 비교하는 것임. 따라서 국가의 보건 의료 시스템 개선을 위해 국내외 핵심 결과의 변이를 확인할 수 있는 지표를 선택해야 함. 지금까지 환자 그룹을 측정한 경우는 거의 없으므로, 신규 국제 조사를 통해 개발 중임. 이 조사는 다음의 단계로 개발 및 측정될 것임.

Figure 2.1. PaRIS International Survey on Chronic Disease Process



- PaRIS 조사는 사람들에게 필요한 서비스가 무엇인지 살펴보는 것에 중점을 두고 보건시스템의 변화를 위한 필수 근거를 수집할 수 있는 기회를 제공함. 보건시스템의 성과 비교는 정책 입안자에게 정보를 제공하고, 사람 중심의 보건시스템으로의 이행을 위한 정책 확장에 있어 환자를 이해하는데 도움을 줌. 또한, 만성질환자를 대상으로 다른 국가의 건강결과를 비교하는 것은 자국의 진료결과와 경험을 이해하는데 도움이 될 것임. 그리고 보건의료의 성과 향상 및 사람중심의 보건시스템 구축과 관련하여 서비스 공급자들과 대화할 수 있는 여지를 제공할 것임.
- PaRIS 개념 프레임워크는 조사의 3가지 주요 데이터 도메인과 연결됨. 첫 번째 그룹은 환자에 의해 제공되는 환자 정보임. 이것은 인구학적 정보와 건강상태 뿐 아니라 환자 참여수준, 건강인지 능력(health literacy), 그리고 건강행태 정보를 포함함.
- 두 번째 그룹은 일차의료 및 외래 진료 공급자로부터 수집된 정보임. 공급자들은 보건의료시스템에서 만성질환을 가진 지역사회 성인과 만나는 주요 접점에 있음. 일차의료 및 외래 진료는 자가 진료 지원, 보건의료시스템의 기타 부분과 연계한 진료 경로 지원 및 지원 제공 등 만성질환자의 지속진료를 위한 중추적인 역할을 담당함. 그러므로 일차의료 및 외래 진료 공급자들은 지역사회 만성질환자들에게 접근 가능하고, 보건의료시스템 전반에서 그들의 경험을 이해할 수 있는 역할을 담당함. 일부 국가에서는 만성질환자들을 위한 일상적인 진료를 일차의료 기관에서 제공하지만, 병원의 외래진료소나 의료기관 내 일반의 또는 가정의를 통해 제공되는 곳도 있음. 보건의료 공급자들은 환자의 참여 및 행동에 영향을 미치며, 환자가 보고하는 결과에도 영향을 미침.
- 마지막 그룹은 PRIMs과 PREM을 통해 수집되는 정보임. 이들 환자보고 데이터는 환자가 직접 제공하며, 인구학적 정보뿐 아니라 건강상태 및 건강이해와 행태와도 연관이 있음. 보건의료시스템과 공급자는 이들 결과에도 영향을 미침.

Figure 5.3. Structure of the PaRIS Survey



Note: Clarification: variation in PROMs and PREMs reported by patient will vary based on their background characteristics and health conditions; these will be included as case mix variables or for analysing specific subgroups. Patients' confidence and health literacy will also affect proms and PREMs, these factors are modifiable and could be influenced by health care. The relation between patient characteristics and the PROMs /PREMs they report could be influenced by health care providers. Patients, providers and the relations all exists in and are influence by the regional and national health system.

Source: Authors.

□ PaRIS 개발의 원칙

- (개발의 포괄성, inclusive development) 조사도구 및 지표 개발 시 모든 이해 관계자와 회원국들의 협력, 의사결정 참여, 핵심 역할 부여
- (사람중심 보건시스템 구축 지원, supporting more people-centered health system) 의료의 향상을 위해 정책적 역할 설정 및 적용 가능한 정보 제공
- (국가 방침 및 이니셔티브와의 연계, alignment with national directions and initiatives) 국내에서 실시되고 있는 사업과의 연계를 통한 시너지 창출
- (다수준 접근, multi-level approach) 전체적인 상황 파악을 위해 환자 수준, 의료기관 수준, 보건시스템 수준에서의 모든 정보 연계
- (단계별 접근, phased approach) 지표개발, 예비조사, 본조사의 단계를 거침. 각 단계별로 발생하는 주요사항을 의사결정에 포함

- (미래 지향, future-proof) 최신 정보를 이용하여 안전, 존중, 사용자 편의를 위한 데이터 수집 및 공유 방법 개발
- (개인정보 보호 및 보안, protection of data privacy and security) 조사 서레 및 자료수집 과정에서 환자 및 공급자 등 조사 참여자의 개인정보 보호 조치