

발 간 등 록 번 호

11-1352000-002182-10

정책보고서 2018-80



OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응, 국내 활용전략 수립 연구

강희정 · 강신욱 · 김현경 · 하슬임



보건복지부
Ministry of Health and Welfare

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

2017 한국 의료 질 보고서

한국보건사회연구원, 2017(연구책임자)

의료질평가지원금 평가 중장기 모형개발

건강보험심사평가원-한국보건사회연구원, 2017(연구책임자)

【공동연구진】

강신욱 한국보건사회연구원 선임연구위원

김현경 한국보건사회연구원 연구위원

하슬임 한국보건사회연구원 전문연구원

제출문 <<

보건복지부 장관 귀하

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

2018년 12월

주관연구기관명: 한국보건사회연구원

연구책임자: 강희정

목 차

요 약	1
제1장 서 론	7
제1절 연구개요	9
제2절 OECD 개황	11
제3절 OECD 보건·복지 관련 위원회	24
제2장 2018년 보건위원회	29
제1절 제23차 보건위원회 의제 및 결과	31
제2절 제24차 보건위원회 의제 및 결과	135
제3장 2018년 고용노동사회위원회	253
제1절 제132차 고용노동사회위원회 의제 및 결과	255
제2절 2018년 사회정책포럼 및 사회정책장관회의 의제 및 결과	293
제3절 제133차 고용노동사회위원회 의제 및 결과	335
제4장 결론 및 제언	389
제1절 2018년 OECD 보건·복지 의제 동향	391
제2절 정책적 시사점과 제언	403
참고문헌	411
부록	413

표 목차

〈표 2-1〉 제23차 보건위원회 안건	31
〈표 2-2〉 제24차 보건위원회 안건	135
〈표 3-1〉 제132차 고용노동사회위원회 안건	255
〈표 3-2〉 2018 사회정책 포럼 세부 일정표	293
〈표 3-3〉 2018 사회정책장관회의 세부 일정표	297
〈표 3-4〉 제133차 고용노동사회위원회 안건	335
〈표 4-1〉 2017년 이후 보건위원회 의제 동향	397

그림 목차

[그림 1-1] OECD 운영 체계	14
[그림 1-2] OECD가 제안하는 사람중심 프레임워크	25
[그림 1-3] OECD 보건위원회 구조	26
[그림 4-1] OECD 국가에서 장기요양서비스 본인부담비율과 지불가능성 역치의 비교	404

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.
- OECD 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.

□ 연구 목적

- 연구의 목적은 2018년 OECD 보건·복지 이슈에 대한 위원회 논의 동향을 파악하고 7년마다 개최되는 사회정책장관회의 의제 분석 및 결과를 정리하여 정책적 시사점을 도출함으로써 보건복지부 정책 수립의 근거자료를 제공함.

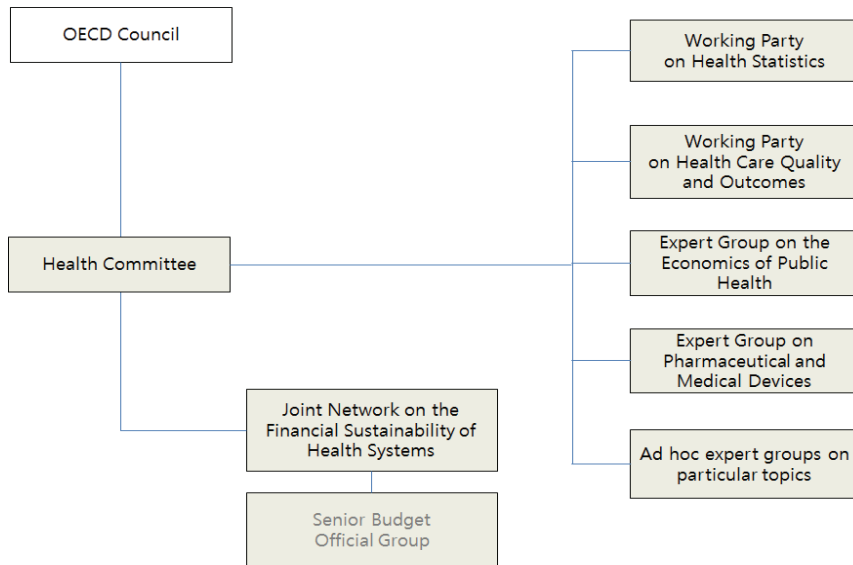
□ OECD 개황과 보건복지 관련 위원회

- 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.

□ 2018년 OECD 보건위원회 동향

○ 사람중심 보건의료시스템의 구체적 실행

- 2017년 제21차와 22차 보건위원회에서는 OECD 보건장관회의 선언에 기초한 ‘사람중심 의료시스템’ 구축을 위한 후속 작업의 틀을 마련하는 논의가 있었음.
- 2018년 제23차와 24차 보건위원회는 2017년과 동일한 방향에서 보다 구체적인 실행 방안을 마련하기 위한 분석과 논의를 진행했음.
 - 사람중심 보건의료시스템의 분석적 틀과 세부 정책 논의
 - 환자보고지표(PaRIS) 개발을 위한 국제 조사 추진

- 지식기반보건시스템에 대한 고위급 포럼 추진

- 가치기반 보건의료시스템으로 변화를 촉진하는 계량적 근거 생산
 - 보건의료시스템의 예방적 서비스 확대의 효과성에 대한 계량적 근거 생산
 - 비용대비가치를 향상시키는 정책과 2030년까지 보건의료지출 추계
- 사람중심 포용적 성장을 위한 보건정책과 사회정책의 연계
 - 통합적 정책 구성에 기반한 정신건강 성과 벤치마킹 프로젝트
 - 건강 불평등 국가별 비교를 통한 건강정책과 사회정책의 연계 필요성 제시
 - 장기요양 사회보호 프로젝트를 통한 저소득층 노인에 대한 사회보호제도 연계 필요성 제시

□ 2018년 사회정책장관회의 동향

- OECD 고용노동사회국 주관으로 7년마다 개최되는 장관급 회의로 향후 7년간의 사회정책 방향을 설정함.
- 5월 14일 정책포럼과 연계하여 5월 15일 사회정책장관회의가 개최됨.
 - 정책포럼에서는 환경변화에 대한 정책적 대응으로 사후적 지원보다 분배에 대한 개입으로 전환이 필요하며, 지속적이고 정기적인 방식으로 시민의 걱정과 관심을 파악하여 정책에 반영하는 접근의 필요성이 논의되었음.
 - 사회정책장관회의에서는 포용적 성장을 지원하는 사회정책의 방향에 대한 논의를 바탕으로 선언문이 발표됨(부록 선언문 참조).
 - 한국 대표로 참석한 보건복지부장관은 포용적 복지국가의 구체적 정책 추진 내용과 정부혁신 로드맵을 소개함.
- 고용노동사회위원회는 사회정책장관회의 개최를 준비하기 위한 이슈브리프와 선언문 작성을 진행하였고, 회의 개최 이후 결의된 후속조치 이행을 위하여 다음 프로젝트를 진행하고 있음.
 - 경청을 통한 사회정책 수립을 위한 Risks That Matters(RTM) 조사

□ 정책적 시사점

○ 사회보호제도와 연계한 보편적 건강보장의 실현

- 정신건강 성과 향상을 위한 지역사회 기반 통합적 접근 필요
- 급성기 병원과 장기요양 서비스 연계를 위한 지역 인프라 확대와 장기요양 서비스 이용의 직접본인부담에 대한 저소득 노인층의 보호

○ 사람 중심의 결과 측면에서 성과 향상과 형평성 제고 위한 측정 기반 마련

- 보편적 건강보장은 근본적으로 형평성을 전제하는 것으로 모두가 형평한 접근과 결과를 달성하기 위해서는 사전적으로 이러한 변화를 모니터링하기 위한 측정 인프라 구축이 필요

○ 가치기반 의료시스템으로 변화를 위한 예방적 접근의 확대

- 보건위원회는 2019년 후반에 발표 예정으로 ‘비만 및 신체 활동 프로젝트’를 진행하고 있으며, 이를 통해 건강한 행태가 건강 결과, 노동시장, 산업에 미치는 영향에 대한 실증적 근거를 제공하고 있음.
- 아울러, 항생제 내성, 오피오이드(마약성 진통제) 유행 등 새로운 위험에 대한 예방적 접근의 필요성도 강조하고 있음.

○ 정책과 대응의 관계를 통한 보건복지 정책의 수용성 확대

- 국내 보건복지 정책 설계를 위해 사람들의 위험과 기대를 측정하는 기전을 다양하게 마련하여 정책의 설계, 실행, 평가에 있어서 이해관계자의 참여를 확대시키고 이용자의 의견을 반영함으로써 정책의 투명성과 수용성을 제고해야 함.

□ 2018년 OECD 보건복지 관련 위원회 참여의 평가와 제언

○ OECD 보건위원회 활동을 통해 관련 발간물에서 국내 정책이 공유되는 기회가 확대되고 국제사회에서 한국 건강보험 데이터의 우수성과 활용성에 대한 인식을 확대시키고 있음.

○ OECD 사회정책장관회의 선언문은 ‘포용적 성장과 연계한 사회제도 변화’와

‘사람중심의 사회정책’의 실천 방향을 제시하고 있음. 사회정책장관회의의 참석은 보건복지부의 포용적 복지 추진에 대한 국제사회의 지지와 근거를 확인하는 시의성 있는 성과를 제공했음.

- 2017년 1월 보건장관회의 이후 2018년 보건위원회는 관련 위임사항을 근거로 다수의 과제를 새롭게 시작했으며, 대부분의 과제가 중장기에 걸쳐 단계적으로 추진되고 있어 지속적인 관심과 연속적인 모니터링이 필요함.
- 향후 관련 위원회 참석 성과와 활용성 제고를 위해 국제기구에서 프로젝트 단위로 사용되는 국내 데이터에 대한 정보를 확인하는 통합 모니터링 체계 구축이 필요함.
 - 조사, 인터뷰, 데이터 분석 등 다양한 방식으로 국제 비교가 확대될 것이므로 이에 대비하여 개별 프로젝트에 사용되는 한국 데이터 현황(출처, 제공기관, 담당자 등) 정보를 지속적으로 업데이트 할 필요가 있음.
 - 제도적 차이 등 맥락적 이해 없이 직접적으로 국가 간 수치 비교가 이루어지지 않도록 프로젝트의 목적과 연계한 데이터 제공의 필요성 판단, 제공된 데이터의 질 관리 등을 위해 정기적으로 현황을 점검하고 판단을 재검토하는 모니터링 체계를 구축할 필요가 있음.

제 1 장 서론

제1절 연구개요

제2절 OECD 개황

제3절 OECD 보건복지 관련 위원회

제1절 연구개요

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.
- OECD¹⁾ 사회정책장관회의 및 보건장관회의 결의 내용은 국제사회에서 보건 복지 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 발전을 지속시킬 필요가 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.
- OECD 보건위원회 논의 동향 파악의 지속성을 제고하고 2018년에 개최되는

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

OECD 사회정책장관회의의 관련 고용노동사회위원회의 사전 준비와 후속 진행 상황을 파악할 필요가 있음.

- 2018년 5월에 개최되는 OECD 사회정책장관회의의 결과는 중장기 보건복지부 정책 방향에 영향을 미치므로 의제 분석을 통한 적극적 참여와 결과 정리가 필요함.
- OECD 사회정책장관회의는 경제위기에 대응하는 사회정책 효과성 제고, 세대 간 통합을 위한 미래사회 모색 등 다양한 주제로 사회정책의 지속가능한 발전에 대한 성과를 평가받고 있음.
- 5년과 7년 주기의 보건장관회의와 사회정책장관회의의 결과는 차기 회의까지 중장기 영향을 끼치므로 정리된 결과의 지속적 공유가 필요함.
- 보건과 복지의 통합적 관점에서, 2018년 한 해 동안 OECD의 관련 논의 동향을 파악하고 시사점을 도출함으로써 보건복지부 관련 정책 수립과 추진의 근거를 제공하고자 함.
- 복지부 담당 부서 및 관계기관과 업무 협의, 문헌 고찰, 전문가 자문을 바탕으로 의제를 분석하고 결과를 정리함.

2. 연구 목적

- 연구의 목적은 2018년 OECD 보건·복지 이슈에 대한 위원회 논의 동향을 파악하고 7년마다 개최되는 사회정책장관회의의 의제 분석 및 결과를 정리하여 정책적 시사점을 도출함으로써 보건복지부 정책 수립의 근거자료를 제공하는 데 있음.
- 세부 목적은 다음과 같음.
 - 정기적으로 개최되는 다음 위원회의 관련 의제 분석 및 결과 정리
 - 제23차, 24차 보건위원회, 제132차, 133차 고용노동사회위원회
 - 2018년 OECD 사회정책장관회의의 의제 분석 및 결과 정리
 - 국내 정책 수립과 추진에 참고할 정책적 시사점 도출

제2절 OECD 개황²⁾

1. OECD 설립 목적과 가입 현황³⁾

□ OECD의 설립

- OECD는 상호 정책 조정 및 협력을 통해 회원국의 경제사회발전을 모색하고 나아가 세계 경제 문제에 공동으로 대처하기 위한 정부 간 기구로,
- 1960년 12월, 18개 OEEC(Organisation for Europe Economic Co-operation: 유럽경제협력기구, 1948.4 설립) 회원국 및 미국, 캐나다 등 총 20개국이 OECD의 창설 회원국으로서 OECD 설립협정에 서명함으로써 OECD가 1961년 9월에 설립됨.

□ OECD 설립 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

2) 강희정 외(2017:20-39)의 내용을 바탕으로 OECD(<http://www.oecd.org/about/>, 2018.12.1. 접속)와 외교부(http://www.mofa.go.kr/www/wpge/m_3887/contents.do#oecd04, 2018.12.1. 접속)의 내용을 반영하여 업데이트함.

3) 외교부.http://www.mofa.go.kr/www/wpge/m_3887/contents.do#oecd04. (2018.12.1. 접속)

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 도출하고 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 정책대화를 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, 기술혁신, 환경관리, 지역개발 등 공통적 우선순위과제에 대해 각국 경험의 비교검토(benchmarking)와 추진현황의 상호평가를 통해 정책개선 내지 구조개혁을 촉진
 - 국제문제 공동대처 : 세계적 경기변동, 국제무역과 국제투자, 다국적기업, 국제적 뇌물수수, 유해조세관행, 전자상거래, 유전자변형식품의 안전성 규제방안 등 국제적 주요 문제에 대해 공동대책을 강구
 - 비회원국 발전 지원 : 비회원국의 경제발전을 지원하고 나아가 OECD가 추진하는 국제적인 정책협력에 동참하도록 유도

○ 영향력

- OECD는 창설 이후 WTO, IMF, 세계은행, G-7/8 등과 상호보완해가며 선진권을 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 시장경제와 다원적 민주주의 및 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

□ 가입국가: 2018년 12월 현재 36개국(가입연도)

○ 호주(1971), 오스트리아(1961), 벨기에(1961), 캐나다(1961), 칠레(2010), 체코(1995), 덴마크(1961), 에스토니아(2010), 프랑스(1961), 독일(1961), 그리스(1961), 헝가리(1996), 아이슬란드(1961), 아일랜드(1961), 이스라엘(2010), 이탈리아(1962), 일본(1964), 한국(1996), 라트비아(2016), 리투아니아(2018), 룩셈부르크(1961), 멕시코(1994), 네덜란드(1961), 뉴질랜드

(1973), 노르웨이(1961), 폴란드(1996), 포르투갈(1961), 슬로바키아(2000), 슬로베니아(2010), 스페인(1961), 스웨덴(1961), 스위스(1961), 터키(1961), 영국(1961), 미국(1961)

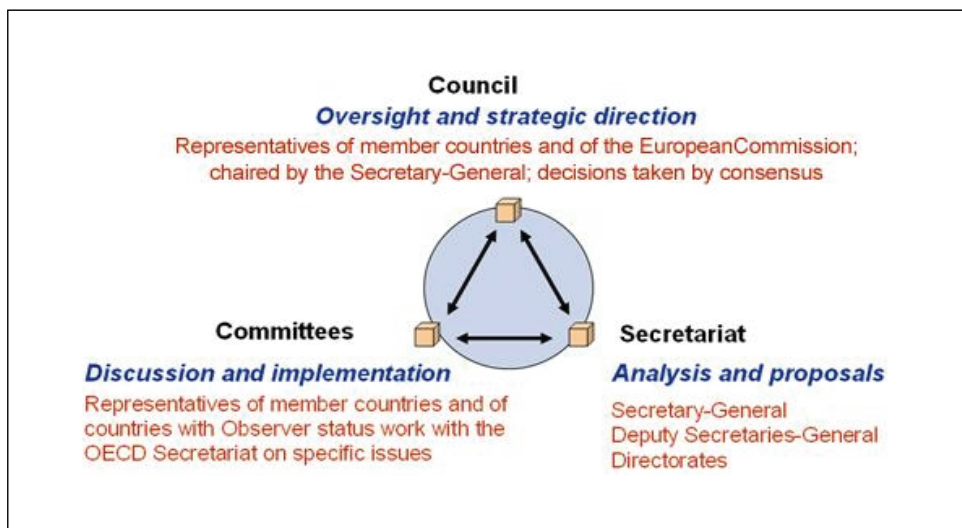
- 한국은 1996년 12월 29번째 회원국으로 가입

2. OECD의 조직⁴⁾

□ 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: <http://www.oecd.org/about/whodoeswhat/>, 강희정 외(2017:35)에서 재인용

4) 강희정 외(2017:20-39)의 내용을 발췌하여 업데이트함.

□ 이사회, 위원회, 사무국의 역할

○ (이사회) OECD 사무총장이 의장을 맡는 이사회(Council)에게 의사결정권이 있으며, 회원국 당 대표 1인과 유럽 집행위원회 대표로 구성되어 합의에 의해 의사 결정함.

- 이사회는 1년에 1회 장관급 회담을 통해 주요 쟁점을 논의하고 OECD 업무의 우선순위를 설정하며, 이사회가 위임한 사업은 OECD 사무국이 수행하게 됨.

○ (위원회) 36개 OECD 회원국의 대표는 경제, 무역, 과학, 고용, 교육 또는 금융 시장과 같은 특정 정책 분야에서 아이디어를 발전시키고 진전 상황을 검토하기 위해 관련 전문 분야 위원회에 참석함.

- 약 250개의 위원회, 실무 그룹 및 전문가 그룹이 있음.

- 국가 행정부의 고위 공무원 4만여 명이 매년 OECD 사무국이 수행하는 업무 관련 위원회에 참석하고 있음.

- 위원회 참석자들은 온라인으로 문서에 접근할 수 있고 특정 네트워크를 통해 정보를 교환할 수 있음.

○ (사무국) 파리 본부 사무국은 위원회의 활동을 지원하며 OECD 이사회가 결정한 우선순위에 따라 업무를 수행함.

- 직원은 경제학자, 법률가, 과학자 및 기타 전문가를 포함하며, 대부분의 직원은 파리에서 상주하지만 일부는 다른 국가의 OECD 센터에서 근무함.

□ OECD 조직의 세부 사항

○ 이사회(Council) : 최고 의사결정기구

- 이사회가 최고 의사결정기구로서 기능

• 각료급 이사회(Ministerial Council Meeting: MCM) : 회원국 각료(외교, 통상 및 경제장관 중심)들이 참석하며 연 1회 개최

• 상주대표이사회(Council at Permanent Representatives Level) :

OECD 상주 각 회원국 대사들이 참석하는 정례 이사회로서 월 1회 이상 개최

- 이사회 상정안건을 사전협의하는 집행이사회 등 이사회 산하 직속기구 다수 존재
 - 집행위원회 : 이사회 결정 사항의 집행과 이사회 위임 사항에 대한 결정을 위하여 월 1~2회 개최
 - 특별집행위원회 : 각료급 이사회를 보좌하기 위해 연 2회 집행위 특별세션(Executive Committee in Special Session: ECSS)을 개최
 - 각 회원국의 OECD 담당 고위 당국자가 참석
 - 기타 예산위원회, 연금위원회, 홍보위원회, 대외관계위원회, 개발센터자문이사회 등이 이사회 직속기구로 기능

○ 분야별 위원회(Committees) : 정책대화기구로서 총 25개의 정책부문별 전문위원회가 설치되어, 회원국 정책 당국자들 간 정기적 대화를 실시

- 개별위원회 산하에는 위원회의 과제중 하나 혹은 일부를 전문적으로 수행하기 위한 작업반(Working Party/Group/Programme)이 탄력적으로 설치·운영
- 각 위원회는 일반적으로 연 2~3회 회동하여 해당부문의 동향을 분석하고 사업추진현황 검토 및 정책대화를 실시

○ 특별기구(Special Bodies)

- OECD에 의해 설립되었으나, 독자적 의사결정체제를 갖춘 부속기구로서 이들 기구에의 가입은 선택적으로 이루어지고 있음.
- 단, 기구의 장(長)은 OECD 사무총장의 제청에 의해 OECD 이사회가 지명
 - 원자력기구(NEA): 원자력 안전대책을 연구, 추진하고 원자력의 평화적 이용을 위한 핵심기술의 공동연구개발을 촉진하기 위한 기구로 1957년 12월에 설립되었고 한국은 1993년에 가입했음(회원국 27개국).
 - 국제에너지기구(IEA): 제1차 석유파동을 계기로 설립되었으며 주요 에너지

지 소비국들이 회원국으로서 안정적인 에너지원 확보를 위한 협력방안을 논의하기 위해 1974년에 설립되었고 한국은 2002년에 가입했음(회원국 26개국).

- 개발센터(Development Centre): 경제개발과 경제운영에 관한 OECD 회원국들의 경험과 지식을 개도국들에게 전수해 주기 위한 개발관련 정책 대화 및 이를 뒷받침하는 전문 연구 작업을 실시하는 기구로서 1962년에 설립되었고 한국은 1991년에 가입했음(회원국 27개국).

○ 특수단체(Special Entities)

- 재정활동TF, 다자조직성과평가네트워크, 21세기 발전을 위한 통계 파트너십, 사헬 및 서아프리카 클럽

○ 민간자문기구

- OECD의 이사회 및 여러 위원회에 대해 자문을 실시하는 국제 NGO로서 기업산업자문위원회(BIAC)와 노동조합자문위원회(TUAC)가 있음.
- OECD는 사무총장 주재 하에 이들 각 기구와 연 1회 정규업무협의 실시
 - 노동조합자문위원회(Trade Union Advisory Committee): OECD 회원국내 중앙노동조합 조직들을 회원으로 하는 OECD 자문기구로서 이사회 및 전문위원회들을 상대로 노조 측 입장에서 사회정책적 문제를 제기하는 역할을 수행
 - 기업산업자문회의(Business Industry Advisory Committee): OECD 회원국내 산업 및 고용자단체들을 회원으로 하는 OECD자문기구로서 이사회 및 전문위원회를 상대로 기업인들 입장에서 의견을 제시

○ 각 회원국 상주대표부

- OECD와 본국 정부 간의 업무연락을 수행하고 동시에 정부대표로 OECD 운영 협의 혹은 정책대화에 참여
- 각국 상주대표부(Permanent Delegation)의 장은 상주대표(Permanent Representative)로 불리며 대사(Ambassador)의 직급을 부여받음.

○ 사무국⁵⁾

- 이사회 및 각종 위원회의 모임과 사업추진을 행정적, 전문적으로 지원하기 위해 약 2,500여명의 직원이 근무
- 사무총장
 - 사무차장 보좌를 받아 사무국을 지휘, 감독
 - 현 사무총장: Angel Gurría, 멕시코 전 외교 및 재무장관
 - 임기 : 2006.6~2016.5(2006년 6월 5년 임기 취임 후 2010년 9월 연임, 2015년 3연임 결정, 2016년 6월부터 3번째 임기 개시)
- 사무차장
 - Masamichi Kono(일본), 전 일본금융감독원 차관(2017.11월 취임)
 - Mari Kiviniemi(핀란드), 전 총리 (2014.8월 취임)
- 사무국장
 - Gabriela Ramos
- 일반사무국(General Secretariat)
 - 이사회 및 집행 위원회 사무국, 법무국, 국제관계사무국, 내부감사국으로 이사회 및 직속기구를 보좌
- 행정총국(Executive Directorate)
 - 직원인사, 입찰업무 등
- 홍보국(Public Affairs and Communication Directorate)
 - 미디어 관계, 공공업무, 출판, OECD센터 관계 업무
- 부서(Departments) : 전문 분야별 위원회 지원 업무
 - Development Co-operation Directorate
 - Economics Department

5) OECD Home. <http://www.oecd.org/about/list-of-departments-and-special-bodies.htm>. (2018년 12월 5일 접속).

- Directorate for Education and Skills
- Directorate for Employment Labour and Social Affairs
- Centre for Entrepreneurship, SMEs, Regions and Cities
- Environment Directorate
- Directorate for Financial and Enterprise Affairs
- Directorate for Public Governance
- Directorate for Science Technology and Innovation
- Statistics and Data Directorate
- Centre for Tax Policy and Administration
- Trade and Agriculture Directorate

3. OECD의 대외 관계⁶⁾

□ OECD의 핵심 파트너들

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

□ OECD의 국제관계

- OECD의 국제관계사무국(Global Relations Secretariat)은 비회원국과 관계에 대한 OECD의 전략적 방향을 개발하고 감독함.
- OECD 작업이 비회원국과 정책 대화에 영향을 받는 국경 간 이슈들의 해결을 위해 15개 이상의 글로벌 포럼들이 운영되고 있음.

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

□ 관련 국제 조직과 기관들

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

□ 기타 주요 이해관계자

- OECD는 여러 수준에서 시민 사회와 협력하고 있으며 이러한 관계의 핵심은 OECD의 기업산업자문위원회(BIAC: Business and Industry Advisory Committee)와 노동조합자문위원회(TUAC: Trade Union Advisory Committee)를 통해 이루어짐. BIAC과 TUAC은 정책 대화와 협의를 통해 OECD 업무 전반에 기여함.
- 비정부기구, 전문가집단, 학계 등 기타 시민사회 대표자들의 활동으로 이해관계 반영을 보완하고 있음.
- 매년 개최되는 OECD 포럼은 생각을 교환하고, 지식을 공유하며, 네트워크를 구축하는 글로벌 플랫폼으로 역할을 하고 있음.

4. OECD 운영방식⁷⁾

□ OECD의 의사결정 구조

- 최종 의사결정 주체: 이사회(단, 산하 위원회들로부터 건의 및 심사에 입각)
- 회원국 정부들이 결정주체로서 전원합의(consensus)에 의해 의사결정
 - 원칙적으로 35개 회원국 합의(unanimity or mutual agreement)로 결정
 - 예외적으로 예산, 내부 행정 등 한정된 일부 사안에 대해 가중다수결(QMV: Qualified Majority Voting)제도 도입⁸⁾

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

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

- 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 영향력을 행사).

□ OECD 예산

○ 예산의 구분

- Part I: 모든 회원국들이 의무적으로 참여하는 사업예산
- Part II: 회원국들이 선택적으로 참여하며, 비회원국들도 참여 가능한 사업예산
- 부속예산: 퇴직 사무국 직원 연금재정을 위한 예산과 출판비용 충당을 위한 출판예산 및 투자예산으로 구성
- 비정규예산: 특정 개별사업을 위해 회원국들의 자발적 기여금으로 조성한 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 우리나라 Part I 예산 분담률은 3.1%로 회원국 중 9위

□ OECD 규범

○ OECD 규범의 종류

- 결정(Decision): 모든 가맹국을 구속하여 회원국의 이행의무가 있는 규범
- 권고(Recommendation): 회원국들이 적절하다고 판단할 경우 회원국에 이행의 고려대상으로 제공되는 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 일반적인 조약규범과 동일한 성격
- 그러나 여타 "결정"을 포함한 OECD 규범은 일반적인 국제조약 규범보다는 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 준수원칙
- 강제적 이행수단은 부재
- 정기적인 국가별 검토(country review) 및 주요 신규조치에 대한 통고의무 등 절차상의 의무를 통한 간접적인 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

- OECD는 정부가 경제성장과 재정 안정을 통해 번영을 추구하고 빈곤을 퇴치 하도록 광범위한 주제들에 대해 풍부한 정보를 사용함. 경제적·사회적 개발의 환경적 영향이 고려되도록 지원함.
- OECD의 작업은 데이터 수집(Data Collection) → 분석(Analysis) → 토의 (Discussion) → 결정(Decision) → 실행(Implementation) → 동료 검토, 다 각적 감시(Peer reviews, multilateral surveillance)의 순서로 진행됨.
- OECD의 작업은 회원국뿐만 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 고용노동사회국⁹⁾

□ 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 보건복지부가 정책적으로 개입 가능한 이슈에 국한하여 논의 동향을 파악함.

9) OECD home. <http://www.oecd.org/els/> (2018.12.1. 접속)

2. 보건위원회(Health Committee)¹⁰⁾

- OECD 보건위원회는 의료시스템의 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 1-2] 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 환자와 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
------------	-------	-----------------	---------------

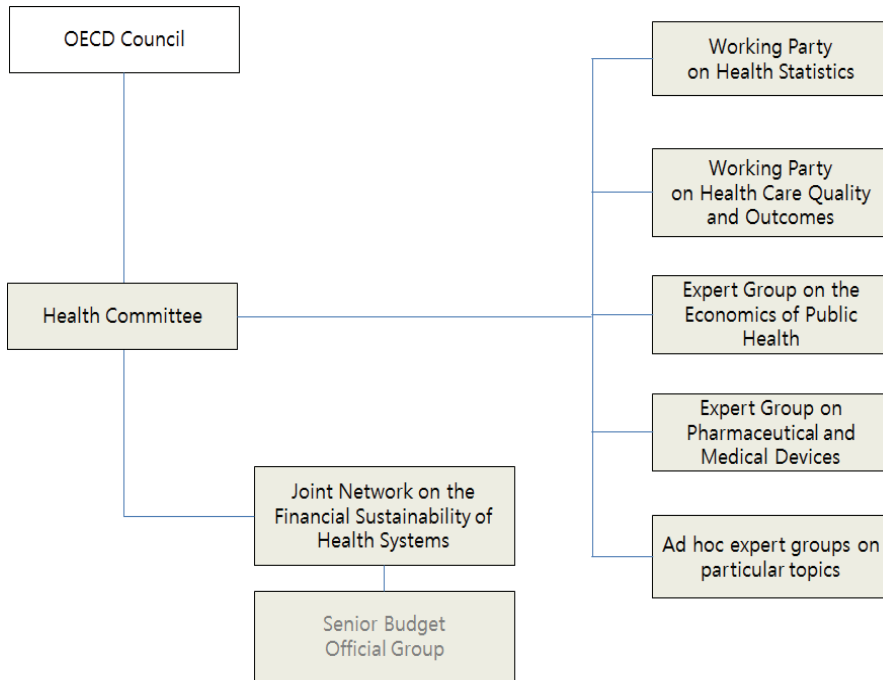
자료: OECD(2017:6); 강희정 외(2017:517)에서 재인용

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

□ 아울러, OECD 보건위원회 내부적으로도 2017년 1월 보건장관회의가 제시한 사람중심 의료시스템 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 1-3] OECD 보건위원회 구조



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

3. 고용노동사회위원회(Employment, Labour and Social Affairs Committee)¹¹⁾

□ 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.

- 노동시장 정책, 사회 정책, 국제 이주 정책의 3개 분야로 구성되어 있으며, OECD 회원국 및 사안별 observer(WHO)와 거버넌스 체제를 구축하여 국가별 연구와 비교 연구를 통해 연구성과 및 정책경험을 공유함.

○ 특히, 보건 분야와 관련성이 있는 사회정책 분야는 보건, 여성, 아동복지, 보육 가족 등 사회복지 전반의 연구와 국가 간 비교 연구를 수행하고 있으며, 사회 정책 성과를 제고하는 데에 기여하고 있음.

○ 2011년 사회정책장관회의('11.5.2) 주요 의제 : 공정한 미래 건설을 위한 사회 정책의 역할

- 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(7년마다 개최)

- 전체 타이틀 “포용적 미래: 공동번영을 위한 사회정책”
- 사회정책포럼: ‘노동의 신세계에서의 사회보장’
- 장관회의: ‘21세기의 사회보장’
- 일정 : 2018.5.14.(사회정책포럼), 2018.5.15.(사회정책장관회의), 캐나다 몬트리올
- 2017년 고용노동사회위원회 주요 의제
 - 디지털화, 세계화, 인구구조 변화라는 공통의 사회경제적 변화를 배경으

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

로 심화되는 불평등, 성별·사회경제적, 집단별 격차 분석과 대응

- 노동시장의 변화에 대응하는 새로운 고용전략, 사회정책 등

제 2 장

2018년 보건위원회

제1절 제23차 보건위원회 의제 및 결과

제2절 제24차 보건위원회 의제 및 결과

제1절 제23차 보건위원회 의제 및 결과

1. 제23차 보건위원회 안건

가. 안건 목록

□ 제23차 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〉 제23차 보건위원회 안건

안건제목	안전번호	정리
1st Day(2018. 6.27)		
Item 1. ADOPTION OF THE DRAFT AGENDA	DELSA/HEA/A(2018)2	
Item 2. APPROVAL OF THE DRAFT SUMMARY RECORD OF THE 22nd SESSION	DELSA/HEA/M(2018)2	
Item 3. ORAL STATEMENT BY THE DIRECTOR	DELSA/HEA/RD(2018)1	
Item 4a. PRESENTATION BY THE MINISTER OF HEALTH OF ARGENTINA		
Item 4b. PRESENTATION BY THE EUROPEAN COMMISSION DIRECTOR GENERAL FOR HEALTH AND FOOD SAFETY		
11:00-11:30 - Tea/Coffee break		
Item 5. PATIENT-REPORTED INDICATORS SURVEYS (PaRIS): PROPOSAL FOR A NEW INTERNATIONAL SURVEY AND UPDATE	DELSA/HEA(2018)1	○
Agenda item open to BIAC/TUAC Item 6. ANTIMICROBIAL RESISTANCE (AMR)	DELSA/HEA(2018)3	○
Agenda item open to BIAC/TUAC Item 7. OBESITY AND PHYSICAL ACTIVITY	DELSA/HEA(2018)4	○

안건제목	안건번호	정리
2nd Day(2018. 6.28.)		
closed session		
Item 8. LATVIA - FOLLOW UP TO THE ACCESSION REVIEW	DELSA/HEA/ACS(2018)1	○
Item 9. COUNTRY PRESENTATIONS ON RECENT SLOWDOWN OR REDUCTION IN LIFE EXPECTANCY: UNITED KINGDOM AND UNITED STATES		
Item 10. HEALTH EXPENDITURE AND INSTITUTIONAL CHARACTERISTICS	DELSA/HEA(2018)5	○
12:30 -14:00 Lunch		
Item 11. HIGH-LEVEL MEETING ON KNOWLEDGE-BASED HEALTH SYSTEMS (KBHS)	DELSA/HEA(2018)6	○
Item 12. FAST TRACK ON DELAYED HOSPITAL DISCHARGES	DELSA/HEA(2018)7	○
Item 13. REPORT ON PATIENT SAFETY AND FUTURE WORK DIRECTIONS	DELSA/HEA(2018)8	○
Item 14. FAST-TRACK PAPER: CHOICE OF WORK FOR JUNE 2019	DELSA/HEA(2018)9	○
Item 15. OTHER BUSINESS A. Dates of future meetings: 5-6 December 2018. B. 2017-2018 Programme of Work and Budget Status at End December 2017 C. Any other business	DELSA/HEA/RD(2018)2	○

나. 안건 설명

□ 안건설명은 안건의 주요내용을 명시하고 전차 회의결과에서 관련 내용을 확인하여 추가하였음.

□ 안건 1~3은 상시 절차로서 제23차 안건 채택, 제22차 요약 보고 승인, 고용노동 사회국 국장의 업무 보고가 해당됨.

□ 안건 4a. Mr. Adolfo Rubinstein 아르헨티나 보건부 장관이 아르헨티나와 G20의 논의과제에 대한 발표와 토의

○ 22차 회의에서, 2018년 G20회의 의장국으로 ‘보편적 건강보장 달성을 위한 의료접근도 개선’, ‘건강불평등’, ‘항생제 내성’, ‘아동 비만의 감소’를 주요한 보건 분야 관심주제로 보고

□ 안건 4b. Mr. Xavier Prats Monné 유럽집행위원회(European Commission) 보건 및 식품안전 국장(DG sante) 발표

□ 안건 5. 환자보고지표조사(Patient-reported indicators surveys, PaRIS): 새로운 국제 조사 및 업데이트 제안

○ 환자보고지표조사(PaRIS)사업은 환자관점에서 국제적으로 비교 가능한 의료 결과 및 경험지표를 선택, 개발, 실행

○ PaRIS는 두 개의 주요 업무로 구성

- 특정 질환을 갖거나 특정 시술을 받은 환자에 대한 「의료의 질과 결과 워킹 파티」의 지표 개발
- 외래 및 일차의료시설에서 치료받는 만성질환자들에 대한 새로운 국제조사 (사람중심 보건의료시스템의 진전에 대한 국제 비교)

○ 위원회는 첫 번째 작업의 진행상황을 공유하고 만성질환자 대상 PaRIS 제안서에 대한 토의와 참여의사 확인

- (참고) 22차 회의에서, 위원회는 PaRIS 사업에 대한 중간보고와 generic PROMS에 대한 워크숍을 포함하여 최근 활동을 공유하고 만성질환자에 대한 PaRIS 진행을 지지했음.

□ 안건 6. 사람중심보건시스템, BIAC/TUAC 공개

○ 지난 22차 회의에서 제시된 사람중심보건시스템 프레임워크 논의에 이어 사람중심성 발전 프레임워크에 포함된 정책들의 진행 관련 논의

○ 후속 조사 및 인터뷰의 기초를 형성할 질문들을 포함하여 이 정책들의 분석을 촉진하는 제안 검토

- (참고) 22차 회의에서 주된 제안은 프레임워크에 더 많은 요소들이 포함되어야 한다는 것이었음. 일부는 프레임워크 발전을 위해 대표단을 참여시키고 환자관점의 기여를 보장하는 것이 중요하다고 강조했다. 일부는 모든 지

표들이 환자중심이 아니라고 지적했고, 일부는 사용자의 사생활과 권리 보호의 중요성을 강조했다. 또한 일부는 일차의료의 가장 높은 우선순위에 있어야 한다고 제안했고, 일부는 재정적 측면에 초기의 우선순위를 두어야 한다고 제안했음. 그러나 대부분의 대표단들은 4개의 모든 영역들이 동등하게 중요하다는 관점을 보였음. 위원회는 제안된 접근에 동의했고 수정된 프레임워크 관련 보고서를 23차 회의에서 논의하기로 하였음.

□ 안건 7. 항생제 내성(AMR), BIAC/TUAC 공개

- 인간에서 항생제 내성에 대한 최종 보고서 초안을 검토함. 이것은 AMR 추세, 인간의 건강과 의료비지출에 미치는 영향, 항생제의 신중한 사용을 촉진하고 감염의 확산을 예방하는 혁신적 사업의 효과성과 비용-효과성을 포함하고 있음.
- 분석 및 결과에 대한 의견 특히, 증가하는 공중보건 이슈를 통제하기 위한 AMR 및 국가 전략의 건강 및 경제적 영향에 대해 논의

□ 안건 8. 비만 및 신체 활동, BIAC/TUAC 공개

- 비만, 신체활동, 관련 만성질환에 대한 지속적 작업의 주요 결과(이러한 위험 요인들과 질병이 노동시장 결과와 교육성과에 미치는 부정적 결과)를 검토하고 논의
- 혁신적 공중보건활동을 확인하고 평가하기 위해 수행될 작업 논의
- 대표단은 결과에 대해 의견을 제시하고 최근의 국가정책 개발에서 건강하지 않은 생활습관 및 관련 만성질환이 국민건강과 경제에 미치는 부정적 효과를 차단하기 위한 접근에 대해 논의

□ 안건 9. (비공개) 라트비아 - 가입 후 후속 검토

- 2016년 3월, 보건위원회의 라트비아 가입에 대한 공식 의견은 라트비아 보건 시스템이 더 적은 자원(많은 OECD 국가들과 비교하여 더 높은 의료요구에서)으로 국민에게 대체로 효과적이고 효율적인 의료를 제공하고 있다고 결론을

내렸음. 단, 위원회는 지속적인 발전이 보건시스템의 성과향상을 위해 요구되므로 라트비아가 가입 후 2년 이내에 주요 권고에 대한 진전을 보고하도록 하였음. 이 세션은 가입 이후 이러한 주요 권고사항의 실행에 대한 진행사항을 공유하기 위한 것임.

□ 안건 10. 최근 기대수명에서 증가 둔화 또는 감소에 대한 국가별 보고

○ 영국과 미국

- 최근까지, 기대수명은 회원국 전반에서 비교적 지속적으로 증가했으나 지난 몇 년 동안, 일부국가에서 증가율이 감소하고 몇몇 국가에서는 기대수명이 감소했음.
- 영국과 미국에서 기대수명의 증가 둔화 또는 감소에 대한 최근의 경향과 가능한 설명을 검토하고 다른 국가들의 경험으로 확대 계획
- 영국과 미국의 경험 공유 및 논의

□ 안건 11. 보건지출과 제도적 특성

- 대표단은 정책과 제도의 변화가 비용대비가치(value for money)를 높이고자 하는 전체 보건시스템의 목적 달성에 얼마나 기여했는지 평가한 작업 검토
- 이 작업은 보건정책 및 제도적 정비가 기대수명과 보건지출에 어떻게 영향을 미치는지 추정하는 계량적 방법 제시
- 대표단은 이러한 작업 결과와 정책적 의미에 대한 의견을 개진하고 사무국에서 수행할 추가 분석 제안

□ 안건 12. 지식기반보건시스템(KBHS)에 대한 고위급 회담

- 2017년 1월에 회의에서, OECD 보건장관들은 국가들이 전자데이터와 디지털 헬스를 통해 보건시스템의 성과 향상을 위한 지식과 활동의 창출을 어떻게 견인하고 있는지 고위급 회담을 통해 탐색하는 가능성을 토의한 바 있음.
- 사무국은 관련 회담이 2019년 3분기 또는 4분기에 개최되도록 제안서를 발표

함. 회의에서는 보건위원회의 사업프로그램 중 하나인 지식기반 보건시스템에 대한 보고서 발간과 지속적인 분석 작업이 안내될 것임.

○ 대표단은 2019년 행사 개최의 가치 논의

□ 안건 13. 병원 퇴원 지연에 대한 패스트트랙(Fast Track)

○ 2017년 6월 보건위원회에서, 대표단은 사무국에 병원 퇴원의 지연에 대한 보고서 작성 요청

○ 사무국은 병원 퇴원의 개선을 위해 실행되고 있는 국가별 정책과 퇴원 지연을 모니터링하고 측정하는 방법을 포함한 보고서 결과 발표

○ 대표단은 결과에 대해 의견을 개진하고 추가 분석 내용 제안

□ 안건 14. 환자안전 및 미래 작업 방향에 대한 보고서

○ 환자안전은 주요한 글로벌 의제로 의료서비스를 받는 사람들의 건강 및 복지, 의료자원 활용의 효율성 차원에서 중요

○ 대표단은 최근 독일과 일본에서 개최된 세계 장관급 회담(Global Ministerial Summits)의 토의와 이 문제에 대한 작업결과 공유

○ 대표단은 의료 질과 결과에 대한 워킹파티 체제 하에 수행되는 환자안전과 측정에 대한 향후 작업방향 토의

□ 안건 15. 긴급 현안(Fast-Track) 보고서: 2019년 6월 발간 주제 선택

○ 위원회는 12개월의 단기 작업 보고서의 현안 주제를 선택함.

□ 안건 16. 기타

○ 향후 회의 : 2018년 12월 5~6일

○ 2017년 12월 말 현재, 2017-2018 사업 및 예산 현황에 대해서는 서면 절차를 통해 승인

2. 주요 의제별 세부내용

가. 라트비아 가입 후 검토

주요 내용
<p>□ 2016년 3월, 보건위원회는 라트비아 보건의료시스템이 한정된 자원으로 비교적 효과적이고 효율적인 진료를 제공하고 있지만, 그럼에도 불구하고 라트비아 보건시스템의 전반적 성과가 회원국들에 비해 현저히 낮기 때문에 위원회에서 설정한 주요 권고사항들의 반영에 대해 2년 내 경과를 보고하도록 하였음.</p> <p>□ 논의 의제는 ① 보건위원회의 주요 권고사항에 대비한 라트비아의 성과 평가, ② 라트비아의 가입 후 검토 절차(post-accession review process) 완료 여부, ③ 본 문서의 공개 여부(declassified)에 대한 동의 여부임.</p>

□ 2016년 3월, 보건위원회의 라트비아 평가에 대한 공식의견

- 라트비아는 OECD의 보건 부문에 대해 필수 자격사항을 갖춘 의지와 역량을 갖추고 있으며 국내 정책 방향이 OECD와 일치함.
- 라트비아의 보건의료시스템은 회원국들에 비해 그 자원이 다소 제한적임에도 불구하고 전반적으로 효과적이고 효율적인 진료를 제공하고 있음.
 - 다만, 위원회는 전반적 수준이 기타 회원국보다 낮은 점을 감안하여 주요 권고사항들에 관한 라트비아의 진행 경과를 2년 내 보건위원회에 보고하도록 하였음.

□ 라트비아는 2016년 6월 가입 이후 보건위원회의 활동에 꾸준히 참석하였음.

- 2018년 봄 라트비아는 OECD에 새로 조직된 약제 전문가 워킹그룹(Pharmaceuticals Expert Working Group)의 정기적 데이터 수집에 관한 세션에 의장으로 참여하였음.
- OECD에서 수집 중인 보건의료 부문의 통계들을 대부분 제출하였으며, 2017

년 Health at a Glance에 그 결과가 실렸음.

- 2016-2017년 AMI환자의 병원 내 30일 사망률에 대한 시범 데이터 수집 사업에 참여하였음.
- 2018년 4월 OECD 2017-18년 사업 및 예산안에 제안된 보건 부문 관련 프로젝트 착수를 위해 OECD와 논의 중에 있음.

□ 라트비아는 다음과 같이 보건위원회의 주요 권고사항에 대해 진행경과를 보고함.

○ 데이터 기반의 보건의료시스템 구축(Creating a data-driven health care system)

- 접근성과 질, 효율성 및 지속가능성에 대한 주요 성과 지표들을 개발하고 공급자 수준의 성과지표들에 대해 벤치마크를 공개하는 데이터 기반의 보건의료시스템 구축을 권고한 바 있음.
- 이와 관련하여 라트비아는 eHealth와 ePrescription 등과 같은 프로그램의 도입을 추진 중에 있으며, 보건의료시스템 성과 평가(HSPA, Health System Performance Assessment) 툴 개발에 착수, 시스템의 목적에 따른 질 향상 및 진행사항들의 모니터링을 추진함.
 - 2016년 OECD 설문조사에 따르면 라트비아의 EHR 데이터 거버넌스와 EHR 활용을 위한 기술적 기반은 회원국들 중 중간 수준임.
- 이에 위원회는 관련 데이터 플랫폼 사업들이 최소한의 기준들을 충족시키는 수준에서 개발되어야 하며, HSPA 툴 개발에 있어서는 공급자 및 병원을 포함하고 대중 공개를 우선순위로 추진해야 한다고 권고함.

○ 의료 접근성 강화(Improving access to care)

- 위원회는 보건의료 지출에 있어 가계부담(out-of-pocket)을 줄이고 저소득층 및 취약계층에 대한 비용 분담 제도(cost-sharing)를 재도입하여 의료에 대한 접근성을 강화하도록 권고함.
- 라트비아는 2017년 주요 서비스에 대한 대기시간 감소와 병상 증대를 위한 재원 투입 목표를 설정하였음. 보건의료 인력의 부족이 여전히 어려운 과제

로 남아있지만 임금 수준 제고 등 인력 채용을 위한 활동들을 진행 중에 있음.

- 이에 위원회에서는 기 계획된 보건의료 재정 개혁이 국민들의 접근성을 악화시키지 않도록 권고하였고, 개혁에 따른 본인부담과 저소득층의 비용 부담에 미치는 영향을 철저히 모니터링하도록 권고함.

○ 진료의 질 향상(Improving the quality of care)

- 위원회는 국가 환자 등록 자료와 질 및 결과에 대한 더 넓은 범위의 데이터 수집, 위해사건 모니터링 등에 대한 국가 시스템을 도입하여 의료 질 향상을 위해 노력하도록 권고함.
- 라트비아는 2017년 'Concept for Quality and Patient Safety'를 통해 의료 질 향상을 위한 전략 우선순위를 설정하였고, 환자안전 증진 및 공급자 역량 강화를 위한 노력, 임상 평가 프로그램 개발, 환자안전 담당 부서(Patient Safety and Healthcare Quality Improvement unit) 설치, 환자 참여 증대 등 다양한 정책들을 도입하고 있음.
- 이에 위원회에서는 지역적 수준에서 다층적인 안전사고 보고시스템이 갖추어지기 전에 먼저 국가 수준의 위해사건 보고시스템을 도입해야 하며, 병원 등 의료기관 개혁에 있어 질 향상 활동을 우선순위에 둘 것을 권고함.

○ 예방의료의 효율적 제공(Delivering preventive care more effectively)

- 위원회는 주치의원에서 간호사 인력 및 예방의료에서 약사의 활용 등을 통해 예방의료를 좀 더 효율적으로 제공할 것을 권고함.
- 라트비아의 2014-2020 보건의료 전략(*Health Strategy*)에 따르면, 약물 오남용 감소, 건강 식단, 신체활동 및 출산과 정신건강 증진 등을 목표로 하는 건강증진 정책에 관련 자원들이 적절히 배치되도록 함.
 - 일차의료에서 예방 간호인력이 비교적 잘 갖추어져 있으며, 예방 및 질병 관리에 있어 약사 역량 증대를 위한 활동들도 이루어지고 있음.
- 이에 위원회에서는 라트비아가 여전히 흡연율과 알코올 소비량, 비만율이 높기 때문에 건강 증진 및 예방 정책의 우선순위를 강조하고, 의료시스템

개혁 중점을 일차의료의 질 수준 모니터링 및 역량 강화에 두도록 권고함.

○ 인구당 보건지출의 증대(Increasing health spending per capita to a level closer to the OECD average)

- 위원회는 OECD 회원국들의 평균 수준까지 보건의료 지출을 점진적으로 증대시킬 것을 권고하였음.
- 라트비아 정부는 2017년부터 보건의료시스템의 시설, 인력 등 자원 증대를 추진할 것을 밝힘.
- 이에 위원회는 의료시스템 성과를 직접적으로 향상시키기 위한 목표를 설정한 재정 투입이 필요하며(예: 피할 수 있는 질병 부담을 줄이는 데 효과적인 것으로 증명된 진료 도입, 의료비 부담으로부터 취약계층 보호를 위한 지원 등), 접근성 또는 보장성에 악영향을 미치지 않도록 라트비아의 보건 의료 재정 개혁(Healthcare Finance Reform) 설계를 당부함.

나. 보건지출과 제도적 특성

주요 내용
<p>□ 이 안건은 정책 변화가 비용대비가치(value for money)를 증가시키는 전체 보건의료시스템의 목적 달성에 기여한 정도를 평가하기 위해 보건정책 변화가 기대수명과 의료비에 미치는 영향을 계량적으로 평가한 보고서를 검토하는 것임.</p> <p>○ 주요 자료원은 2008년, 2012년, 2016년에 26개 OECD 회원국에 요청된 보건의료시스템 특성 조사의 결과 데이터임.</p> <p>□ 보고서의 주요 결과</p> <p>○ OECD 국가들의 최근 정책 개혁은 거버넌스와 자원 배분 기능(resource allocation features)에 중점을 두고 있음.</p> <p>○ 거주기반보장(residence-based coverage) 국가들은 공급자의 가격 규제 수준 강화, 기여기반보장(contribution-based coverage) 국가들은 일차 건강보험이 급여하는 서비스 범위를 규정하는 포지티브리스트(positive list) 확대에 중점을 두고 있음.</p>

- 회귀분석 결과, 재화와 서비스 보장 범위를 확대하는 정책들은 기대수명을 증가시키고 동시에 의료비 지출을 적정화하였고, 보건의료기술평가의 활용과 다보험자 국가들에서 이용자 선택수준을 확대하는 정책들이 기대수명 향상 뿐 아니라 의료비 증가에도 기여하는 유사한 결과를 보였으며, 보건의료 가격(병원 가격 등) 규제 강화는 공적 보건의료 지출 감소와 연관되었음.
- 이 결과는 상대적으로 짧은 시계열 기간과 보건의료시스템 특성 지표 구축의 정밀도로 인하여 결과 해석에 주의가 필요하며, 인과적 해석 어려움.
- 대표단에 대한 요청
 - 작업의 결과 및 정책적 의미에 대한 의견
 - 결과가 각 국가의 경험 근거와 일치하는 정도에 대한 논평

1) 도입

- 인구 고령화와 기술변화로 인한 비용 압박이 증가함에 따라, 보건의료에서 비용 대비가치 증가에 대한 인센티브 제공이 보건의료시스템의 장기적 재정 지속가능성을 촉진하는 우선순위가 되고 있음.
- 이 보고서는 2000-2015년 패널데이터를 활용하여 제도 및 보건의료시스템 특성에 영향을 미치는 정책들의 변화가 의료에서 비용대비가치(value for money, VFM)를 증가시켰는지를 확인하고 있음(Box 1).

Box 1. 제도적 특성, 보건의료시스템 특성, 정책 변화

- 주요한 제도적 특성/특징/장치들은 건강보험 및 건강보험 시장을 형성하기 위한 규칙, 법률 또는 헌법으로 국가 내에서 정의되는 공식적 제약조건의 셋(set)
- 이전 분석들은 유사한 제도적 장치들이 다른 상황을 초래할 수 있음을 제시
- 근로자에 대한 강제 보장은 공식적 고용 인구의 비중에 따라 매우 다른 인구 보장 수준을 초래할 수 있음.
- 이에 보건의료시스템의 포괄적 파악을 위해 제도적 특성 뿐 아니라 보건의료시스템 특성도 포함.
- 보건정책 변화가 제도적 특성에 영향을 미치는 개념적 틀 설정
- 일차의료의사가 적절한 만성질환관리를 하도록 장려하는 성과지불보상제도 (pay-for-performance)를 시행하는 국가의 경우, 보건의료시스템특성조사에서 성과보상지불제도가 의료서비스의 질을 증가시키기 위해 일차의료의사에게 인센티브를 제공하는 수준에 대한 세부 답변(2016년 조사의 33번 항목)을 통해 정책 변화가 파악됨.

□ 이전의 분석작업(de la Maisonneuve et al. 2017)은 제도 및 보건의료시스템 특성에서 국가 간 변이가 공적 의료 지출 차이의 1/4을 설명하고 있음을 보여줌.

○ 추가 작업들은 보건의료 지출의 증가, 더 건강한 생활습관, 더 높은 소득 및 더 좋은 교육 보장이 기대수명 증가에 기여한 반면, 흡연율과 음주의 증가는 반대 효과를 보였음을 보고했음.

□ 이 보고서는 한편으로는 기대수명의 증가에 대해, 다른 한편으로는 보건의료 지출에 대해 정책 변화들의 전반적 효과를 탐색하여 이전 분석에 추가한 것임.

○ 인구집단에 대한 예산투입의 결과 향상을 목적으로 정책 수립가들이 관심을 갖는 부분이며, 시간에 걸쳐 모든 국가에서 수집 가능한 데이터의 강건성 (robustness) 측면에서 기대수명과 보건의료 지출 변수가 선택되었음.

○ 이 보고서는 이전 분석을 확장하여 기대수명과 보건의료지출에 대한 영향을

동시에 다루고 있으며 제도 및 보건의료시스템에 영향을 미치는 정책 변화들이 비용대비가치에 미치는 영향에 대한 새로운 근거를 제공하고 있음.

2) 정책변화 평가를 위한 프레임워크

□ 2008년, 2012년, 2016년에 시행된 OECD 제도 및 보건의료시스템 특성 조사 데이터에서 17개 정책 지표들이 보고됨(Box 2).

Box 2. 보건의료시스템특성조사(Health System Characteristics surveys)	
□ HSC에 대한 OECD 조사는 3개의 영역을 포함함.	
○ 보건의료 재정과 보장 장치(health financing and coverage arrangements)	
○ 보건의료전달체계(health care delivery systems)	
○ 거버넌스 및 자원 배분(governance and resource allocation)	
□ 2008년 조사는 81개 질문으로 복수 항목 및 상세 질문을 포함. 2012년과 2016년 조사는 각각 91개, 78개 질문을 포함.	
□ 2008년에는 29개 회원국 응답, 2012년에는 33개 국가 응답(칠레, 에스토니아, 이스라엘, 슬로베니아 추가), 2016년에는 28개 국가 응답(코스타리카, 사우스 아프리카 최초 참여)	

○ 17개 정책 지표들은 다음 표와 같음.

〈표 2-1〉 영역별 분석에 포함된 지표 목록

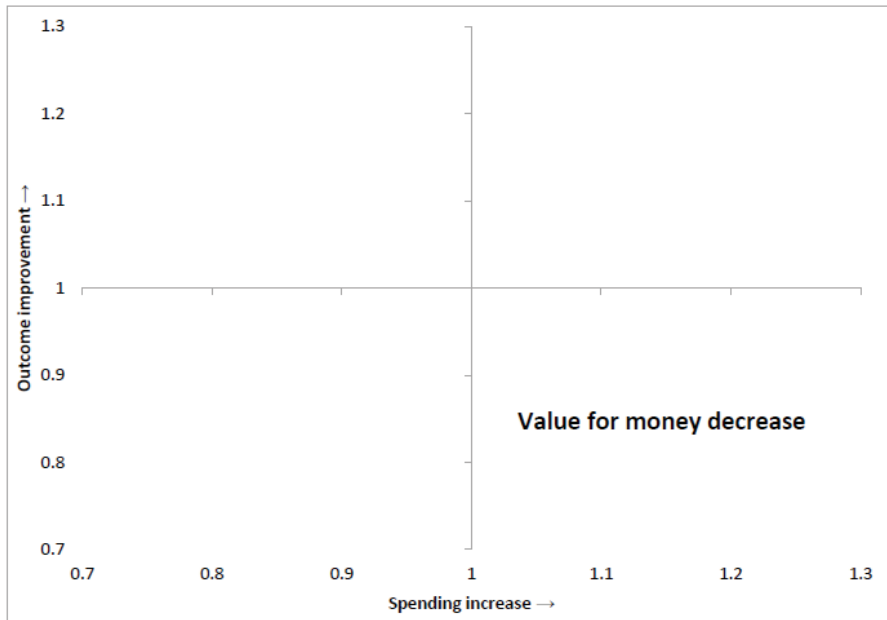
영역	지표	간단 정의 및 해석
보건 재정 및 보장 유형	기본보장 깊이(depth)	기본 일차 건강보험(basic primary health insurance)의 8가지 보건의료 기능 보장. 더 높은 점수는 보장의 깊이 증가 의미.
	의료이용자에 대한 재정적 보호 수준	공공 영역, 사회보험 및 민간보험이 부담하는 보건의료지출 비중. 점수가 높을수록 총 보건의료지출 중 직접본인부담지출의 비중이 더 감소 의미.
	치료서비스에 대한 본인부담금	총 보건의료지출에서 치료 목적의 입원 및 외래서비스에 대한 직접본인부담 지출의 비중. 점수가 높을수록 가구의 직접본인부담에 의한 치료비 지출 비중 증가 의미.
	기본보장에 대한 이용자 선택 수준	기본건강보장의 출처, 보험자를 선택할 역량/자유 및 최상위 보험자들이 보장하는 시장점유. 높은 점수는 복수의 보험자 존재와 개인이 5개 이상 보험자들에서 선택할 수 있는 상황 반영

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

영역	지표	간단 정의 및 해석
	보험시장을 위한 레버(levers)	보험자가 보장 내용을 조정하는 범위(급여, 보장수준, 보험료), 급여 및 보험료에 대해 이용자에게 제공되는 정보, 위험균등화기전의 존재에 대한 정보 수준. 더 높은 점수는 보험자 경쟁을 위한 더 많은 레버들의 이용가능성 반영.
	“기본이상”보장	자발적 기반에서 보완적, 보충적, 중복적 보장을 제공하는 민간보험의 역할. 더 높은 점수는 기본 보장에 대한 높은 경쟁 보험 시장의 역할 증가.
	공급자에 대한 환자선택	개인이 모든 의사 또는 병원 선택의 자유를 갖는지, 특정 의사 또는 병원 선택에 대한 인센티브가 있는지, 선택이 제한되는지 여부. 더 높은 점수는 공급자에 대한 선택이 확대되는 시스템 의미.
	보건의료시스템에서 일차의료 역할(문지기)	일차의료의사에게 등록할 때 개인이 직면하는 재정적 인센티브 또는 의무, 2차 의료 접근을 위한 인센티브 또는 의무. 더 높은 점수는 개인에 대해 더 높은 수준의 제한 의미.
보건의료 전달체계	의사 지불 방식에서 양 증가 인센티브	일차의료의사와 전문의에 대한 주요 지불방식. 더 높은 점수는 양(volume)을 증가시키는 인센티브 증가 의미.
	병원 지불 방식에서 볼륨(volume) 증가 인센티브	병원에 대한 주요 지불방식. 더 높은 점수는 양(volume)을 증가시키는 인센티브 증가 의미.
	민간 제공 수준-의사	더 높은 점수는 일차의료 및 외래 전문의 서비스 제공에서 주된 역할이 민간에서 이루어질 때를 의미.
	병원에서 의료인력 규제	병원 의료진의 고용 및 보수 조건 반영. 최대점수는 고용이 중앙정부수준에서 결정되고 지불규모가 중앙정부에서 결정되거나 협상될 때를 의미.
	의료 질에 대한 인센티브	더 높은 점수는 질 향상을 위해 일차의료의사, 전문의, 병원에 대해 더 강력한 인센티브 실행을 의미
거버넌스 및 자원 배분	보건의료 급여 목록 정의	기본 일차 건강보험이 의료기술 및 의약품에 대해 급여가 보장되는 범위 가 정의되는 방식. 더 높은 점수는 포지티브 목록으로 중앙 수준에서 급여 범위가 정의되는 것을 의미.
	보건의료 기술 평가 사용	급여 보장, 상환 수준/가격, 임상 가이드라인 결정에서 보건의료기술 구조와 역량의 존재와 활용. 더 높은 점수=HTA의 더 높은 활용 수준
	제3 지불자에 의한 일차의료서비스 가격/수가 규제	기본일차보장의 재정을 형성하는 제도적 규제 수준이 더 높을수록 더 높은 점수 할당.
	제3 지불자에 의한 병원서비스 가격/수가 규제	기본 일차 보장의 재정을 형성하는 제도적 규제 수준이 더 높을수록 더 높은 점수 할당.

□ 통계적 분석 결과에 기초하여, 기대수명 결과와 지출에 미치는 정책 변화에서 효과는 다음과 같이 4분면으로 가시화됨(McGuire and Drummond 2001; Wenzl et al. 2017)(Figure 1)

Figure 1. The value for money plane – a graphical framework to visualise the effects of policies on spending on health care and life expectancy



- 각각의 정책들은 의료비 지출에 대한 효과를 보여주는 수평축 값과 기대수명에 대한 효과를 보여주는 수직축의 값이 교차되는 지점에서 제시됨.
- 기대수명을 감소시키고 공적 의료 지출을 증가시키는 오른쪽 아래 사분면은 비용대비가치(VFM)를 감소시키는 영역에 해당됨.
- 지출과 결과를 동시에 증가시키거나 감소시키는 두 개 사분면에 있는 정책들은 기대수명과 보건지출에 대한 효과의 크기에 따라 VFM을 증가시키거나, 감소시키거나 중립적일 수 있음.

3) 결과

3.1) 최근의 정책 개혁들은 거버넌스와 자원 배분에 집중해왔음.

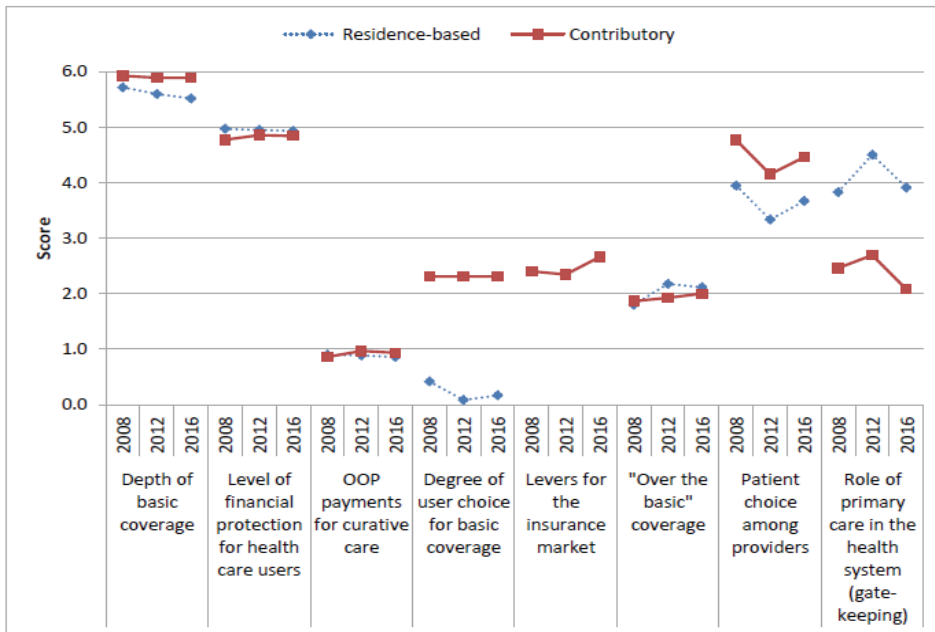
□ 사용된 지표의 검토 결과, 대부분의 OECD 국가들은 이미 보편적 건강 보장을 달

성했으며 상대적으로 포괄적인 서비스 보장 패키지를 가지고 있음.

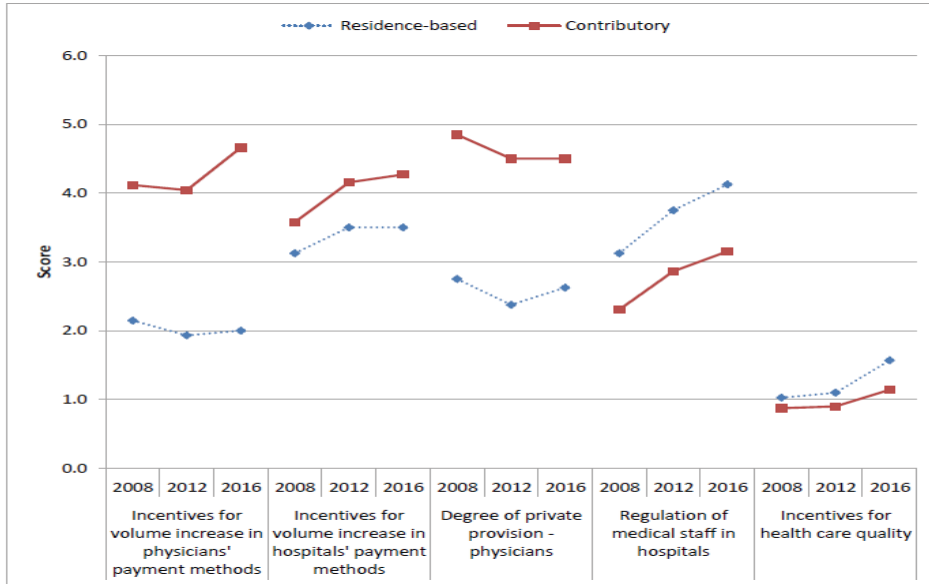
- 거주기반 보장은 전체 인구가 자동 보장되고 주로 세금을 재원으로 하는 경우를 의미하며, 기여기반 보장은 사회적 기여금 또는 건강보험료 납부를 바탕으로 보장하는 것을 의미함.
- 최근의 개혁 정책들은 거버넌스와 자원 배분에 집중함. 거주기반 보장 국가들은 공급자 가격 규제 수준을 강화하고 기여기반보장 국가들에서는 일차 건강보험이 보장하는 서비스 범위를 정의하는 선별급여목록(positive list)의 사용을 확대하는 변화를 보임.

Figure 2. 기본 일차 보장의 제공 유형(거주기반(residence-based), 기여의무(contributory))에 따라 지표별 평균 점수의 비교. 2008, 2012, 2016설문조사

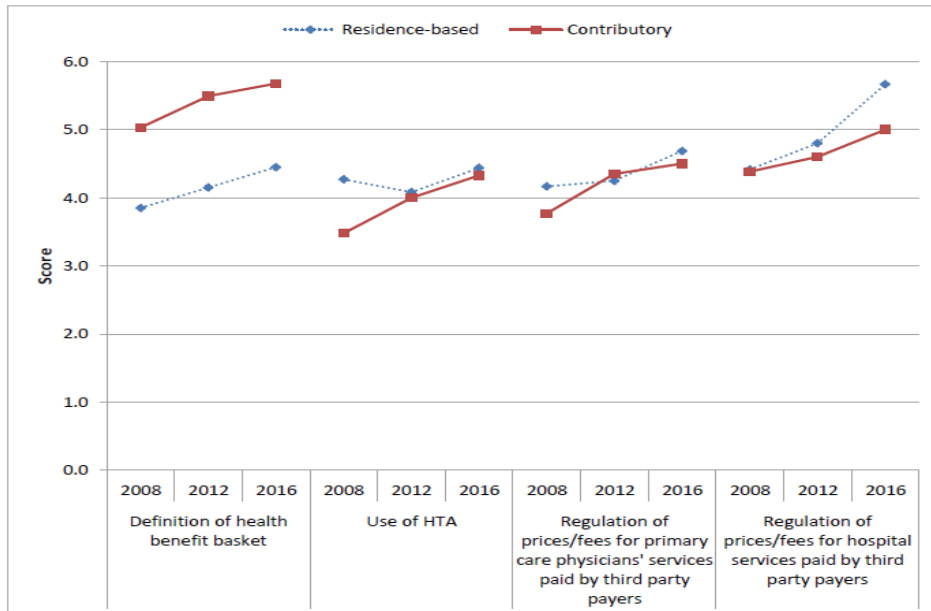
Panel A - 보건 재정 및 보장 유형(3개 연도 값을 모두 제출한 국가만 대상)



Panel B - 보건의료전달체계(3개 연도 값을 모두 제출한 국가만 대상)



Panel C - 거버넌스 및 자원 할당(3개 연도 값을 모두 제출한 국가만 대상)

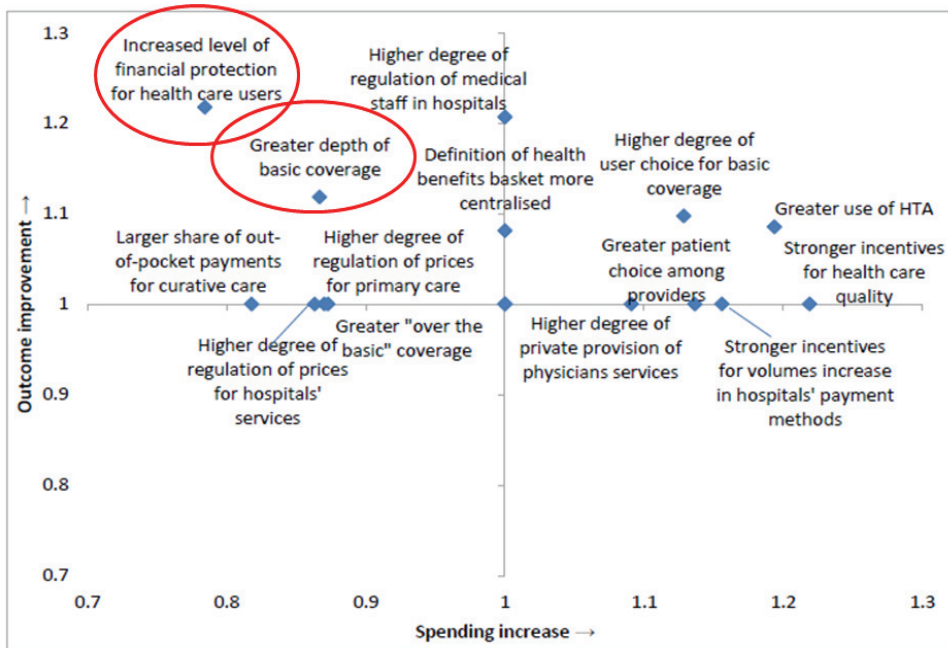


3.2) 비용대비가치에 대한 정책 변화들의 긍정적 효과

□ 다음 그림은 제도 및 보건의료 특성 관련 정책들이 보건의료의 비용대비 가치에 미친 영향을 보여줌.

○ 기본 보장의 깊이와 이용자의 재정적 보호 수준을 증가키는 정책들은 더 높은 비용대비가치(VFM)을 달성하는데 기여하고 있음.

Figure 3. 기대수명과 공공보건의료지출에 대한 제도적 및 보건의료시스템 특성에서 변화의 효과



주 1. 기대수명 또는 공적 의료비 지출에 대해 적어도 하나 이상의 통계적으로 유의한 회귀계수를 가지는 지표 표시
2. 한 개 지표의 두 회귀계수 중 하나가 통계적으로 유의하지 않으면, 유의하지 않은 효과는 1로 설정하여 표시

○ 의사결정 과정에서 정보를 지원하는 보건의료기술평가의 활용을 증가시키고 기본 보장에 대한 이용자 선택수준을 확대하는 정책들은 기대수명을 증가시키면서 동시에 공적 의료지출도 증가시킬 수 있음.

○ 일차의료의사와 병원서비스에 대한 가격과 수가 규제를 확대하는 정책들은 공적 의료지출을 감소시킴.

- 자발적 기반으로 보충적, 보완적 또는 이중적 보장을 제공하는 민간보험의 역할이 확대될수록 공적지출 증가율이 낮아짐.
- 의사서비스의 사적 제공 수준을 높이고 공급자에 대한 환자 선택을 확대하며 의료의 질 향상과 병원 진료량 증가에 대한 인센티브를 강화하는 정책들은 공적 보건의료 지출을 증가시킴.
- 급여패키지를 중앙집중화 시키는 정책들은 기대수명을 증가시킴.
- 기대수명에 대한 병원 의료진에 대한 규제수준 강화정책의 추정효과는 선행연구와 달랐음(Bloom et al.2010).

□ 다음 표는 분석결과를 보여줌.

- 공적 의료비에 대한 분석 결과에서 모든 독립변수를 통제했을 때, 노인인구비 중 1% 증가는 공적 의료비의 0.2% 증가와 관련됨. 양의 회귀계수 값은 인구 고령화와 건강상태, 기능장애 및 불구, 기술 활용 및 사망까지 시간 (proximity to death) 간의 상호작용 효과를 반영함.
- 수명에 대한 결정요인 분석을 보면, 일인당 의료비 지출의 10% 증가는 기대수명의 3.9개월 증가와 관련됨.
- 반면, 흡연을 10% 증가는 2.2개월의 기대수명 손실과 관련되며, 음주를 10% 증가는 1.6개월의 기대수명 손실과 연관됨.

Table 2. 보건의료지출과 기대수명에 대한 제도적 특성의 효과에 대한 결과

종속 변수		log(공적의료비)	log(기대수명)
		(1)	(2)
핵심 결정요인			
	log(노인인구비중)	0.205**	
		(0.09)	
	log(일인당의료비)		0.041**
			(0.35)
	log(일인당GDP)	0.813***	0.045***
		(0.08)	(0.54)
	log(고등교육)		-0.009
			(0.58)
	log(흡연)		-0.023**

종속 변수		log(공적의료비)	log(기대수명)
		(1)	(2)
			(0.34)
	log(음주)		-0.017***
			(0.30)
제도 및 보건의료시스템 특성			
보건 재정 및 보장 유형	기본보장의 깊이	-0.143***	0.112***
		(0.04)	(0.03)
	의료이용자 재정보호 수준	-0.243***	0.197***
		(0.09)	(0.06)
	치료목적의 직접본인부담	-0.201**	0.097
		(0.08)	(0.05)
	기본보장에 대한 이용자 선택 수준	0.121***	0.093***
		(0.04)	(0.03)
	기본이상 보장	-0.147***	0.005
		(0.04)	(0.02)
	공급자에 대한 환자 선택	0.128***	-0.018
		(0.05)	(0.03)
보건 의료 전달 체계	일차의료 역할(문지기)	0.077	-0.30
		(0.05)	(0.03)
	의사지불방식에서 양 증가 인센티브	0.043	-0.059
		(0.07)	(0.04)
	병원지불방식에서 양 증가 인센티브	0.145***	0.039
		(0.05)	(0.03)
	의사서비스의 민간 제공 수준	0.087***	-0.036
		(0.04)	(0.03)
	병원 의료진 규제	0.078	0.188***
		(0.05)	(0.04)
거버 넌스 및 자원 할당	의료 질에 대한 인센티브	0.198***	-0.027
		(0.04)	(0.02)
	보건의료 급여 범위 정의	-0.060	0.078***
		(0.04)	(0.03)
	의료기술평가 사용	-0.139***	-0.048
		(0.05)	(0.03)
	제3 지불자에 의한 일차의료서비스 가격/수가 규제	-0.139***	-0.048
		(0.05)	(0.03)
	제3 지불자에 의한 병원서비스 가격/수가 규제	-0.136**	-0.054
		(0.05)	(0.03)

주: 괄호 안은 robust standard errors를 나타냄. *** 1%유의수준, ** 5%유의수준, *10%유의수준

3.3) 보건의료 재정 및 보장 장치(Health financing and coverage arrangements)

□ 보건의료 재정 장치들은 건강관련 위험이 모아진 수준을 결정함. 재정 장치들은 일반적으로 수평적 형평성(건강한 사람으로부터 더 아픈 사람에게) 뿐 아니라 수직적(더 높은 소득에서 더 낮은 소득으로) 형평성을 촉진시키는 재정 이전(financial transfers)을 창출함.

□ 보건의료 재정 및 보장 장치 영역에 포함된 정책지표들에는 기본보장의 깊이(depth of basic coverage), 의료이용자의 재정적 보호수준(level of financial protection for health care users), 치료를 위한 직접본인부담 지불(out-of-pocket payments for curative care), 기본 보장에 대한 이용자 선택수준(degree of user choice for basic coverage), 기본 이상의 보장(over the basic coverage), 공급자에 대한 환자 선택 및 의료시스템에서 일차의료 역할(게이트키퍼)이 포함됨.

□ 몇몇 국가들은 사용된 지표들에 대해 의미를 주는 상당한 변화를 보였음.

- 보험시장을 규제하기 위한 레버들의 사용/이용가능성이 증가된 국가들(벨기에, 멕시코, 스위스) 또는 감소된 국가들(독일, 일본, 네덜란드)과 같이 보험시장의 특성 변화가 주로 보고되었음.
- 총 의료비에서 민간보험 지출 증가(멕시코와 포르투갈), 민간보험시장에서 더 높은 경쟁수준(포르투갈만)으로 인해 멕시코와 포르투갈에서는 이차 보장(secondary coverage)이 더 중요한 역할을 하고 있음.
- 기본 건강보험이 경쟁하는 국가들에서, 주로 가입자가 선택할 수 있는 보험 플랜의 수가 증가하는 것을 근거로 벨기에가 시간이 경과함에 따라 기본 보장에 대한 사용자 선택수준이 강화된 것으로 보고함.
- 원칙적으로 서비스 유형에 따라 상당히 다르지만 보다 관대한 급여 보장범위는 더 높은 보건의료 지출을 초래한다고 기대될 수 있음. 예를 들어, 공중보건에서 명확한 우선순위 설정을 통해 효과적인 예방 및 건강증진 서비스를 권장하는 것은 병원 입원율과 더 오랜 기간 고비용 치료 이용을 감소시킬 수 있음.
- 급여범위를 결정하기 위한 보건의료기술평가의 적절한 활용(가장 비용효과적인 치료서비스 이용에 대한 인센티브 제공)은 의료의 질에 대한 감소 효과 없이 보건의료 영역에서 절감에 기여할 수 있음.

□ 분석 결과, ‘기본 보장의 깊이’에서 증가는 보건의료지출의 감소와 기대수명의 증

가와 연관되어 있음. 이것은 보장성 확대가 유의하게 환자의 의료접근도와 예방적 의료 이용을 증가시킨다는 견해와 일치하는 결과이지만 이를 설명하는 근거는 아님.

□ 보충적, 보완적, 이중적 보장을 하는 이차 보장(secondary coverage) 또는 기본 이상 보장(over the basic coverage)을 하는 보험들은 보장된 의료에 대한 효과적 접근과 민간보험의 역할에 대한 정부 규제, 기본 보장의 급여 범위에 따라 일련의 서비스를 보장함(Paris et al. 2016).

○ 다섯 회원국(체코, 에스토니아, 아이슬란드, 노르웨이, 터키)에서만 민간보험이 이차 보장을 제공하지 않음. 이 분석에서 민간보험시장의 역할이 확대될수록 공적 의료지출이 감소되는 관련성을 보임. 이러한 시스템들에서는 기본 보험의 급여 범위가 덜 포괄적이라는 사실로 이를 설명할 수 있음.

□ 2016년 조사에서는 10개 국가들이 개인이 일차의료의사와 전문의 병원을 선택할 수 있도록 허용하고 있었음.

○ 선행연구에서 의료비에 대한 이용자의 공급자 선택 효과는 혼재됨. 한편으로는 공급자에 대한 환자 선택은 원칙적으로 공급자들이 의료의 질을 유지하면서 효율성을 높이도록 유도할 것임. 그러나 가격이 고정되지 않거나 공급자에 대한 총 지불에서 상한이 없다면 더 높은 지출을 초래하고 의료의 질에서는 혼합된 효과를 보일 것임.

○ 일반적으로 병원 부문의 경우, 의료의 질을 향상시키는 공급자 경쟁을 위해서는 개인들이 공급자에 대한 실질적 선택이 가능해야 함. 즉, 충분한 병원서비스 공급이 있어야 하고, 공급자들이 경쟁에 반응하는 충분한 자율성을 가져야 하며, 경쟁법(competition law)이 효과적으로 집행되어야 함(Le Grand 2007).

○ 많은 회원국에서 게이트 키핑을 채택하고 있지만, 게이트 키핑 규정의 엄격함과 인센티브에서 변이가 커서 의료비와 게이트키핑 실행의 결과에 대한 시스템 전반의 효과에 대한 근거로 사용하기에 제한적임.

3.4) 보건의료전달체계(Health care delivery systems)

- OECD 회원국 전반에서 보건의료시스템은 의료제공체계, 공급자의 지위, 지불 방식에서 상당한 차이를 보이고 있음.
- 전달체계영역에서 포함된 정책 지표들에는 의사지불방식에서 양 증가에 대한 인센티브, 병원지불방식에서 양 증가에 대한 인센티브, 의사서비스의 사적 제공의 수준, 병원 의료진에 대한 규제, 의료의 질에 대한 인센티브가 포함됨.
- 전달체계에서의 정책 변화는 보건의료 재정 및 보장 장치 관련 정책에서 보다 뚜렷함.
 - 7개 국가들이 병원 지불방식을 활동기준 지불 방식으로 변화(호주, 벨기에, 체코, 그리스, 네덜란드, 스위스).
 - 의료의 질에 대한 인센티브 사용 확대(프랑스, 포르투갈, 스페인), 의료진을 채용하고 보수를 결정하는 병원 관리자의 자율성 수준에서 변화(포르투갈에서 더 낮아진 자율성과 영국에서 더 높아진 자율성)가 보고됨.
 - 일차의료에서는 주로 혼합된 방식으로 지불되고(9개 국가만 인두제, 행위별수가제, 총액예산제 중 단일 지불 방식을 사용) 외래 전문의에 대한 주된 지불 방식은 행위별수가제임(OECD 2016).
 - 병원 입원 영역에서는 회원국의 절반이 DRG 지불 같은 사례(case) 단위 지불을 주된 지불 방식으로 적용하고 있으며, 약 12개 국가가 총액예산제를 주된 지불 방식으로 보고하고 있음.
 - 병원의 활동기준지불방식의 실행으로 양 증가에 대한 인센티브 강화가 5개 회원국(호주, 체코, 그리스, 네덜란드, 스위스)에 있었던 반면, 벨기에서는 시술/서비스 단위 지불을 DRG 기반 지불로 변화시켰음. 경제학적 이론은 공급자 또는 환자의 특성에 기반한 지불 구조가 서비스에 기초한 지불보다 공급자로부터 하여금 비용을 통제하도록 더 강력한 동기를 부여한다고 제시함.

- 의사 서비스의 사적 제공 수준이 높을수록 더 높은 의료비 지출과 관련됨. 이는 새로운 고가의 기술 사용과 연결될 수 있음.
- 질에 대한 인센티브는 의료에서 더 높은 질과 더 효율적인 의료를 장려하기 위해 지불 인센티브를 재정비하는 방법으로 광범위하게 OECD 국가들에서 시행되고 있음.
- 성과보상지불로서 질과 성과 보상을 위해 추가(add-on) 지불을 하는 것은 공급자의 행태에 영향을 미치는 중요한 도구임(Charlesworth et al. 2012; Milstein and Schreyoegg 2016).
 - OECD 국가의 2/3이상이 한 개 이상의 P4P 프로그램을 실행하고 있으며, 대부분 일차의료영역임.
 - 일차의료에서 P4P 프로그램은 대부분 예방적 의료 및 만성질환 관리에 목표를 두고 있으며, 아주 예외적으로 IT 사업 참여, 환자 만족(patient satisfaction), 일반약 처방을 목표로 시행되고 있음.
 - 병원에서는 대부분 환자 경험(patient experience), 임상 결과(clinical outcomes), 적정 과정(appropriate processes)의 이용을 목표로 시행되고 있음.

3.5) 거버넌스와 자원 배분(Governance and resource allocation)

- 고위 당국자들은 일반적으로 효과적이고 높은 질의 서비스 제공과 배분적 효율성을 포함하는 정책 목적 달성을 책임지며, 목적 달성을 위해 정책수립가들은 시장 인센티브와 규제적 도구에 모두 의존함.
- 이 영역과 관련된 정책지표들에는 보건의료급여범위의 정의, HTA의 활용, 제3자 지불에 의한 일차의료서비스 가격/수가 규제, 제3지불자에 의한 병원서비스 가격/수가 규제가 포함됨.

- 국가들은 보건의료기술평가를 수행하고 있으며, 그 평가결과를 활용하는 구조와 역량을 확장하고 있음(그리스, 독일, 아일랜드, 이탈리아, 룩셈부르크, 노르웨이, 터키). 또한 제3자불자에 의해 공급자에 대한 가격과 수가가 보다 엄격히 규제되고 있음(오스트리아, 호주, 체코, 핀란드).
- 선별등재방식으로 중앙에서 급여범위가 결정될수록 기대수명이 연장되는 관련성이 있었음.
- 아울러, 의료기술평가는 효과적 서비스 이용의 증가와 함께 의료기술평가기구를 설립, 확장, 운영하기 위한 초기 투자와 관련된 비용 증가를 가져올 수 있음. 이는 이 분석에서 의료기술평가의 사용 수준이 높을수록 더 높은 공적 의료지출과 더 높은 질과 관련되는 결과를 설명해줌.
- 정부가 사회적으로 적정한 수준의 서비스 제공을 위해 의료에서 가격 규제를 강화하는 것은 환자와 공급자간 정보의 비대칭성과 공급자의 분산된 동기의 결합에 대응하여 정당성을 가짐. 관련하여 이 분석에서도 가격과 수가의 규제가 강화될수록 공적 보건의료 지출은 감소하는 관련성을 보였음.

4) 토의

- 전체적으로 이 보고서에서 제시되는 경험적 분석은 타당한 결과를 제시함.
- 기본 보장의 깊이와 의료이용자의 재정 보호 수준을 확대하는 정책들은 결과(outcome)를 향상시키는 동시에 의료비도 적정화시킴으로써 더 높은 비용대비 가치 달성에 기여할 수 있음.
- 반면, 보건의료기술 평가의 역량과 이용을 증가시키고 더 높은 수준의 보험자 선택을 허용하는 정책들은 기대수명과 의료비를 동시에 증가시킴. 보다 엄격한 가격 규제는 더 낮은 공적 의료지출과 관련될 수 있음.

- 제도 및 보건의료시스템 특성은 내생적이고 역인과성(reverse-causality)의 영향을 받을 수 있음을 인지하는 것이 중요함(낮은 비용대비가치가 정책변화를 촉진시킬 수 있기 때문임).
- 또한 패널(panel) 분석에 있어서 시계열 기간이 너무 짧고 사용된 정책지표의 낮은 정밀도로 인해 결과 해석에 제한점이 있음.
- 향후 작업에서 다른 모델 규정, 국가 및 지표 패널을 통해 결과의 강건성을 평가하고, 추가로 정책 간 상호작용의 효과를 평가할 수 있도록 정책들을 결합시키는 지표 생성의 가능성과 안정성을 검토할 수 있을 것임.
 - 이론적으로 게이트키퍼(gate-keeping)는 의사에게 적절한 인센티브가 제공되거나 환자가 일차의료의사에게 등록될 때 최적의 효과를 기대할 수 있음. 이를 반영하기 위하여 두 요소를 결합시킨 변수를 생성시킬 수 있음.

다. 지식기반보건시스템에 대한 고위급 회담

주요 내용
<p>□ 오늘날 매일 생산되는 방대한 양의 전자적 데이터는 국가의 중대한 도전과제이면서 엄청난 기회를 제시하고 있음.</p> <p>○ 정보와 소통에 상당히 의존적 산업인 보건의료에서 데이터와 업무의 결합은 보건의료시스템 혁신을 지원하고 정책 목표 달성을 위한 귀중한 지식을 생산할 수 있음. 개인정보 보호 등 관련 위험을 관리하면서 이러한 데이터로부터 가치를 얻기 위해서는 정책·제도·인프라의 올바른 결합이 요구됨.</p> <p>□ 현재 OECD 사업 및 예산 프로그램에는 이러한 주제를 검토하기 위해 ‘지식기반보건의료시스템(KBHS)’ 프로젝트를 포함하고 있음.</p> <p>○ 프로젝트는 2017년 보건장관회의를 통해 시작되었고 2019년 보고서 발간을 앞두고 있음. 각료들은 사무국이 이와 관련하여 2-3년 동안 국가들의 진전 상황을 검토할 것을 제안했었음.</p> <p>○ 고위급 국제 포럼은 중요 정책 영역에 대한 경험과 학습을 공유하고 진행을</p>

주요 내용
<p>촉진시키는 잠재적 방법임. 포럼은 OECD 본부 또는 행사 주관에 동의하는 국가가 제안하는 다른 장소에서 개최될 수 있음.</p> <p>□ 논의 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 지식기반보건의료시스템(KBHS) 프로젝트 업데이트 ○ 2019년 하반기 KBHS에 대한 고위급 포럼 개최 제안에 대한 동의 여부 ○ 제안된 프로그램에 대한 의견(제안된 주제의 관련성, 길이 등) ○ 포럼 개최를 위해 필요한 추가 자원 ○ 행사 지원에 대한 관심 여부와 자원 마련을 위한 가능한 대안 제시

1) 배경

- 2017년 보건장관회의의 결과로, 장관들은 이후 2-3년간 이 중요한 주제에 대한 진행을 점검하도록 제안했었음.
- 보건위원회는 보건의료에서 다양한 방식으로 디지털화 관련 정책 과제들을 검토해왔음.
 - 2017년에 발표된 ‘New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability’보고서에는 ‘Digital technology: Making better use of health data’라는 장이 포함되어 있음.
 - 그 외 이차 목적의 지원을 위한 데이터 관리에 대한 보고서가 발표되었음.
 - Data Governance: Privacy, Monitoring and Research(October 05, 2015)
 - Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance(May 15, 2013)
 - Readiness of electronic health record systems to contribute to national health information and research(Nov 30, 2017)
 - 장관들은 공식적으로 실행을 모니터하고 향후 몇 년간 결과를 보고하도록 하는 ‘보건의료 데이터 거버넌스에 대한 OECD 이사회 권고’를 환영했었음.

- 이러한 프로젝트, 사업 및 보고서들은 데이터에서 가치 있는 정보 추출을 위해 전자적 보건의료 데이터(특히, 개인 보건의료데이터)의 범위와 다양성을 관리할 수 있는 최선의 정책 솔루션과 프레임워크를 검토했음.
- 그러나 아직까지 검토되지 않은 것은 국가들이 이 정보를 어떻게 추출할 수 있는지, 그리고 그들의 정책 목표를 달성하기 위해 필요한 지식과 활동 즉, 이를 수행하기 위해 요구되는 정책 기전과 이 잠재성을 실현하는 필요조건을 어떻게 생성할 수 있는가 임.
- 보건위원회의 2017-2018년 작업 및 예산 프로그램은 이러한 부족을 채우기 위해 국가들이 어떻게 보건의료데이터를 활용하여 긍정적인 보건의료시스템 혁신을 창출할 수 있는지를 검토하는 지식기반보건의료시스템(KBHS)에 대한 프로젝트를 포함하고 있음.
 - 지난 2017년 6월 26-27 보건위원회에서, 대표단은 이 작업에서 다루는 핵심 주제에 시스템 거버넌스, 새로운 치료 및 보건의료인력 모델들이 포함되어야 한다고 동의했음.

Box 1. KBHS 프로젝트 요약

- 디지털 기술은 세계 경제에 지진을 일으키며 많은 분야에서 산업을 파괴하고 있음. 전자데이터 활용을 통한 지식(데이터, 정보 경험, 해석의 조합에 기초한 정보로부터 발생하는 인력 및 조직 차원의 능력) 창출이 혁신의 중심에 있음. 지식은 소비자부터 산업, 정책수립가에 이르기까지 모든 행위자들의 의사결정 개선에 활용될 수 있으며, 디지털 혁신은 개인, 지역사회, 사회에 이익이 됨.
- 보건의료에서, 디지털 기술은 기계 학습, 앱, IoT(사물 인터넷)에 연결된 센서, 전자 건강 기록(EHR)등 다양한 방식으로 존재감을 느끼게 함.
- 첫 단계는 원 데이터에 대한 접근과 그것의 연계를 가능하게 하면서 데이터를 안전하게 관리하는 것임. 그러나 이러한 프레임워크가 마련되면, 국가들은 무엇을 할 수 있고 해야 하는가? 어떻게 보다 우수하고 시의적절한 정책 결정을 하

Box 1. KBHS 프로젝트 요약

고, 의미 있는 방식으로 성과를 모니터링하며, 경쟁적 우선순위 범위에서 자원 배분을 할 수 있을까? 우리는 환자와 지역사회가 활동적으로 그들의 건강과 의료를 관리하도록 권한을 부여하고 환자중심서비스를 창출하는 방식으로 지식을 창출할 수 있을까? 이러한 변화가 의료 전문가와 현장에 어떠한 기회와 과제를 가져올까? 우리는 지식과 의미 있는 활동을 창출하기 위해 보건의료 데이터 활용을 시작하고 있는 국가들로부터 무엇을 배울 수 있을까? 보건의료에서 있었던 이전의 성공과 실패뿐 아니라 다른 산업에서의 성공을 통해 어떤 교훈을 얻을 수 있을까? 이것은 비용-효과적인 방식으로 수행될 수 있을까? 블록체인 같은 혁신이 보건의료정책목표 달성을 위해 유용하게 적용될 수 있을까? 동시에, 기술이 방해되지 않으며, 지식 창출이 보건의료시스템 행위자들에게 부담이 되지 않도록 어떻게 보장할 것인가?

□ 지식기반보건의료시스템(KBHS) 프로젝트는 이러한 질문에 답을 하고자 함. 어떤 국가들이 그들의 정보인프라를 활용하여 좋은 결과를 생산하고 지역사회의 기대를 충족시키며, 재정적 지속가능성을 유지하는 보건의료시스템을 창출하는지 탐색할 것임. 현재 작성 중인 보고서는 다음을 설명하는 논의 및 사례 연구가 포함될 것임.

- 현재의 활동 상황-기회, 도전과제, 장벽 및 가능요인
- 더 나은 결과를 위한 새로운 케어 모델
- 정보를 활용하는 환자(informed patients)
- 보건의료 인력의 현대화
- 디지털 시대 공중 보건
- 지능형 보건의료시스템 거버넌스
- 21세기 보건의료기술의 관리
- 국경 없는 데이터: 기술 이전과 혁신의 촉진

□ KBHS 프로젝트는 다음과 같은 OECD 활동과 연계되어 있음.

○ Going Digital: Making the Transformation Work for Growth and Well-being

- 프로젝트의 첫 단계는 2019년 3월 완료 예정으로 3개의 축으로 구조화됨.
 - Pillar 1: 수평적 활동(Horizontal activities), 통합적 정책 프레임워크 개발
 - Pillar 2: 위원회별 작업(Committee-specific work), 위원회의 고유 업무 범위 내에서 정책 영역별로 수행
 - Pillar 3: 핵심 교차 이슈 중심 활동(Activities focusing on key cross-cutting issues), 디지털 시대의 큰 도전에 대한 핵심 통찰을 얻기 위해 일부(전체는 아님) 정책 영역들과 관련된 특정 이슈에 대해 집중 검토
 - 2019-2020년에 계획된 후속 작업에서, 인공지능관측소(Artificial Intelligence Observatory)가 경제 및 사회에 대한 결과를 검토하기 위해 개발될 것이며, 블록체인 기술에 대한 작업이 여러 OECD 위원회에 걸쳐 가능한 수평적 프로젝트의 일환으로 강화될 것임. 프로젝트는 이러한 기술의 기회, 과제, 거버넌스를 평가할 것임.

○ the Future of Work initiative

- 인구학적 변화, 세계화 및 기술 발전이 일자리의 양과 질 뿐 아니라 노동시장의 포용성에 어떻게 영향을 미치는지 검토하는 사업
- 이 사업은 'Putting faces to the jobs at risk of automation and Skills for a digital world' 보고서를 발간했으며, 신흥 노동 시장에 대응하여 G7 국가들의 전략, 모범 사례와 경험을 공유하기 위해 OECD가 주최하고 관리하는 플랫폼으로 2018년 3월 G7 고용장관회의에서 제기된 미래 노동 포럼(G7 Future of Work Forum)을 창설을 이끌었음.

○ the Inclusive Growth initiative

- 높은 실업률과 증가하는 불평등에 대응하여 2012년에 시작된 포용적 성장

사업은 웰빙, 불평등, 성장 중심 구조 정책에 대한 기존의 작업과 전문성에 바탕을 둬.

□ OECD 밖의 사업들도 디지털 경제 및 보건의료 분야와의 관련성에 대한 이슈를 다루고 있음. 유럽 집행위원회는 디지털 싱글 마켓에서 건강과 돌봄의 의제를 가지고 있으며, 최근 유럽에서 이 분야에 대한 디지털 이전을 가능하게 하는 사안을 발표했음.

□ 2018년 5월에 시행되는 EU General Data Protection Regulation(GDPR)은 EU 시민들에 대한 데이터가 수집되고, 관리되고, 사용되는 방법에 영향을 미칠 것임.

○ GDPR은 이전의 1995년 지침을 대체하며 다음의 내용을 다루고 있음.

- 잊혀질 권리를 포함하여 투명성, 접근성, 수정(rectification), 삭제, 반대와 같이 데이터 주체의 권리
- 데이터 관리자 및 처리자의 책임과 의무(보안 조치, 보호, 영향 평가, 거버넌스, 인증 및 감독 당국의 역할)
- 제 3국 및 국제 조직으로 데이터 전송
- 국가 내 그리고 국가 간 협력과 일관성
- 특정 상황 관련 조항들(예: 과학적 연구를 포함하는 공공 이익 목적)

2) 지식기반 보건의료시스템(KBHS)에 대한 고위급 포럼

□ 2017년 1월 OECD 보건장관회의 요청에 따라, 2019년 하반기 고위급 포럼 개최와 연계하여 KBHS 보고서 발표를 제안함. 대상자는 장관, 정책 입안자, 시민 사회, 보건의료 이해관계자(환자, 공급자, 규제기관) 및 산업계임.

○ 포럼의 결과는 다음을 포함할 것임.

- 보건의료에서 디지털화의 영향, 잠재적 편익 및 관련 위험, 필요한 대응을 보다 잘 파악하여 보건의료 정책 입안자들이 보건의료 분야의 기술 혁신에

적응을 할 수 있도록 지원

- 데이터와 디지털 도구 사용 시 보건의료시스템이 직면하는 과제가 보건의료분야에서의 정책 변화만으로 가능한지 아니면 보다 광범위한 접근이 필요한지 여부를 이해
- 국가와 분야 간 경험과 지식을 공유, 공식적, 비공식적 네트워크를 구축, 미래 보건의료시스템을 구축하도록 협력 촉진
- 이 행사는 공식 발표를 피하고 4-5명의 연자가 있는 패널들로 구성되며, 패널토론자는 산업계, 학계, 시민사회 뿐 아니라 장관을 포함하여 보건의료분야 지도자(thought leaders)를 포함할 것임.
- 포럼 조직 비용은 2019-2020 보건위원회의 사업 및 예산 프로그램에 포함되어 있지 않으므로 실행을 위해 추가 자원과 기금이 필요함. 포럼은 OECD 본부 또는 행사를 주최하는 다른 국가에서 개최될 수 있음.

□ 부록: 지식기반 보건의료시스템에 대한 고위급 회담 의제(안)

Day 1
환영사 및 기조 연설: OECD 사무총장과 회원국의 고위직
Panel 1. 디지털 시대의 건강: 과대광고와 현실(Health in the digital age : the hype and the reality) (핵심 질문) - 보건의료 분야가 디지털 기술을 비교적 느리게 채택하는 이유는 무엇인가? - 디지털화로 변화된 다른 산업에서 우리는 무엇을 배울 수 있는가?
Lunch
Panel 2. 사람을 보건의료시스템의 중심에 두는 것: 디지털 혁신이 어떻게 도움이 될 것인가? (Putting people at the centre of health system: how digital innovation will help) (핵심 질문) - 우리는 어떻게 적절한 방식으로 사람들이 살고 있는 곳에 더 가까이 높은 질의 의료를 제공하도록 디지털화를 활용할 수 있는가? - 취약한 집단(노인, 디지털 이용 능력이 낮은 이들)이 뒤처지지 않도록 하는 방법은 무엇인가?
Afternoon coffee
Panel 3. 기회를 극대화하고 위험을 최소화시키기 위한 데이터 관리 (Managing data to maximise opportunities and minimise risks) (핵심 질문) - 몇몇 국가들은 보건데이터를 성공적으로 업무에 활용하고 있음. 우리는 그들로부터 무엇을 배울 수 있는가? - GDPR은 개인 건강데이터의 공유 및 사용에 어떤 영향을 미치나?
End of Day 1

Day 2
<p>Panel 4. 디지털 혁신에 대응하기 위한 보건의료 노동 시장의 혁신 (핵심 질문)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 자동화와 디지털화가 보건의료 분야의 많은 직업을 사라지게 할까? 아니면 새로운 기회를 창출할까? - 디지털 혁신에 의해 의료에 필수적인 새로운 직업은 무엇인가?
Mid-morning coffee
<p>Panel 5. 보건의료시스템 생산성과 성과의 향상을 위한 지식 (핵심 질문)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보건의료시스템의 성과 향상을 위해 비-보건의료데이터를 포함하여 빅데이터 분석을 구현하는 방법은? - 다른 복잡한 분야와 산업에서 성과 향상을 촉진하기 위한 데이터 활용에서 배울 것은? 지속적으로 보건의료시스템의 생산성과 성과를 평가하고 향상시키기 위해 어떤 정책 프레임워크가 필요한가?
Close

라. 병원 퇴원 지연에 대한 긴급 현안 보고서

주요 내용
<p>□ 입원기간의 감축과 퇴원 후 관리의 중요성이 날로 높아지고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 인구 고령화 및 복합 질환의 증가, 이로 인한 의료비 지출과 사회적 비용의 증대로 병원 재원기간의 단축과 퇴원 후 회복 관리를 위한 방법들을 규명하는 것은 건강 결과와 재정적 지속가능성 측면 모두에서 점차 중요성이 높아지고 있음. <p>□ 보고서는 OECD 회원국 대상 병원 퇴원 지연에 대한 설문조사 결과 관련 전문가들과의 인터뷰에 기반을 두었음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 재입원과 퇴원 지연이 깊은 연관을 가지는 만큼 서베이 및 인터뷰는 OECD와 Harvard Global Health Institute, LSE의 병원 재입원 프로젝트의 일환으로 수행되었음. ○ 연구 결과, 최근 들어 회원국들에서 퇴원 지연이 주요한 정책적 과제로 부상하고 있으며, 이것이 장기요양 및 지역사회 기반 돌봄을 포함한 퇴원 후 관리 체계로의 연계 문제에 기인한 것으로 밝혀짐. ○ 따라서 퇴원지연 문제는 병원성과를 넘어선 국가 의료 및 사회 돌봄 시스템의 성과 지표로 여겨져야 할 것임.

주요 내용
<p>□ 요청사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 연구결과에 관한 의견 ○ 퇴원지연 관련 서베이, 인터뷰, 파일럿 데이터 수집 프로세스에의 참여(7월 말까지 사무국에 참여 여부 회신) ○ 유용한 정책 사례나 분석에 관한 제안사항(8/31까지) ○ 2018년 하반기에 최종 보고서가 워킹페이퍼로 발간될 예정임.

1) 병원 퇴원 지연에 따른 부담과 비용의 증가

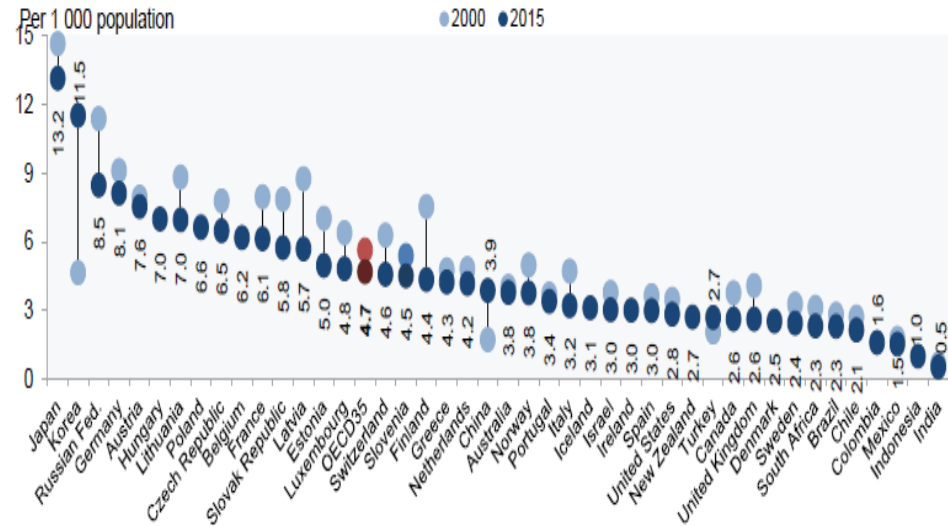
□ 많은 OECD 회원국들에서 퇴원 지연으로 인한 부담이 큰 상황

- 높은 재원일수의 원인으로 퇴원 지연이 꼽힘.
 - 캐나다의 경우 약 5%의 환자들이 퇴원 지연을 경험하는데, 전체 재원일수의 14%는 퇴원을 준비하고 있는 환자들이 차지하고 있는 것으로 추정
 - 영국의 경우 2016-2017년 사이 225만 일 이상이 이송(transfer) 지연에 기인한 것으로 추정되며 이 중 대부분(86%)은 퇴원 후 돌봄이 필요하여 대기하고 있는 환자들의 규모를 의미
- 퇴원 지연을 경험한 환자들의 수는 계속 증가해옴.
 - 회원국들의 인구구조가 고령화됨에 따라, 일부 국가에서는 퇴원 지연을 경험한 환자의 수가 급격하게 증가하였음(영국의 경우, 2016-2017년 약 78,000명의 환자들이 퇴원 지연을 경험하였는데 이는 2011년 이후 약 60% 증가한 수준임)
 - 노르웨이의 경우에도 최근 진료 연계를 활성화하고 지역사회 기반 돌봄 강화를 위한 개혁을 시행해왔음에도 불구하고, 2012년에서 2016년 사이 퇴원 지연 환자 수가 2배 정도 증가하였고, 2016년에는 입원 환자 100명 중 14명이 퇴원 지연을 경험하였음

□ 이러한 퇴원 지연 현상은 추후 더 증가할 전망이다.

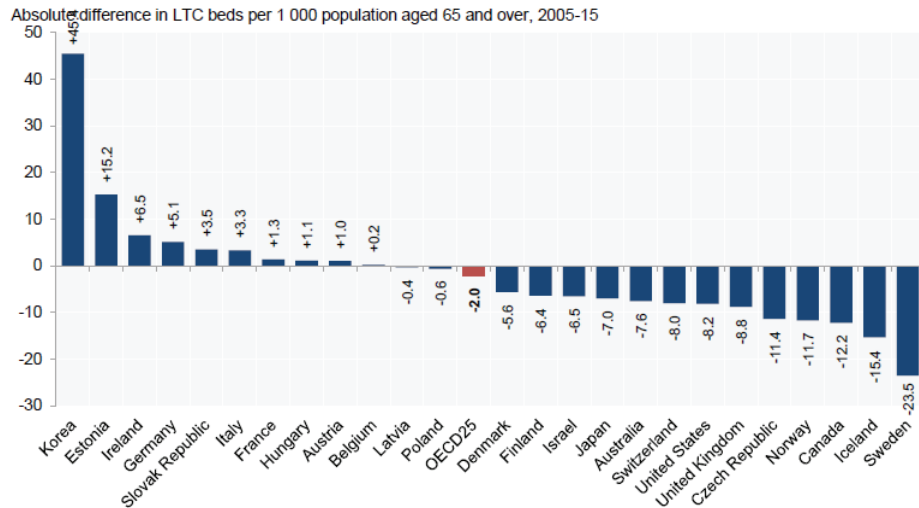
- 인구 고령화로 고령 환자들이 이미 재원일수의 상당 부분을 차지하고 있음
 - 65세 이상 환자들이 급성기 병원에서 높은 비중을 차지하고 있고, 젊은 환자들에 비해 재원기간도 긴데,
 - 영국의 경우 2014-2015년 총 재원일수의 62%가 65세 이상 환자들에 기인하고, 벨기에는 2014년 기준으로 56%를 차지
 - 또한 벨기에의 경우 일반 환자들에 비해 노인 환자들의 평균 재원일수는 두 배 정도 길.
 - 긴 재원일수 뿐 아니라, 고령 환자들은 퇴원 지연 경험도 많은데, 영국과 캐나다의 경우 65세 이상 환자들이 전체 퇴원 지연(혹은 진료 연계 지연) 환자 중 85%를 차지함.
- 병원서비스 이용량을 감소시키려는 노력들이 그 이후 단계의 돌봄을 위한 역량들과 매치되고 있지 못함.
 - 최근 들어 많은 회원국들에서 불필요한 병원 입원을 감소시키기 위한 노력들을 기울이고 있지만, 다음과 같은 두 가지 요인들이 그 달성을 더욱 어렵게 만들고 있음.
 - i) 불필요한 응급 서비스의 이용: 19개 회원국 중 14개 국가는 2001년부터 2011년 사이 응급실 방문일수가 증가해왔고, 특별히 고령 환자의 기여가 높았음.
 - ii) 병상 수의 감축 속도에 비해 지역사회 기반 돌봄, 일차의료 및 퇴원 후 진료 연계 역량의 부족: 2000년 이후 (한국과 터키를 제외한) 모든 회원국들에서 인구당 병상 수는 감소하였는데 반해서 일차의료 및 지역사회 기반 서비스에 대한 투자는 그만큼 빠른 속도로 이루어지지 못하였음. 이것은 필요 이상으로 환자들을 병원에 머무르도록 하는 압력으로 작용하였음(Berchet & Forde, 2017).

Figure 1.6. 인구 1000명당 병상 수의 변화



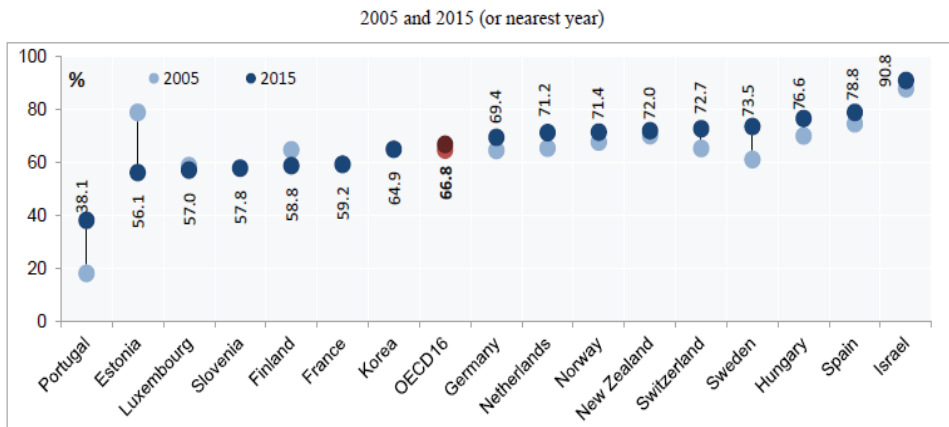
- 장기요양 시설의 병상 수는 회원국 중 3/5가 감소하고 있고, 이로 인해 병원 퇴원 후 시설 기반의 서비스 이용가능성이 제한됨.

Figure 1.8. 2005년과 2015년의 65세 이상 인구 1000명당 장기요양 병상 수의 차이



- 집중 치료를 필요로 하는 환자들의 경우 전문 요양 시설에서 더 나은 서비스를 받을 수 있으나, 과거보다 더 많은 환자들이 가정에서 케어 받고 있음.

Figure 1.9. 가정에서 장기요양 서비스를 받고 있는 65세 이상 인구의 비중 추세



□ 퇴원 지연에 따르는 비용은 매우 높음.

○ 퇴원이 필요한 환자들로 인한 재원일수의 증가는 전체 병원 서비스 지출의 30%를 차지

- 다른 셋팅에서 돌봄을 받아야 할 환자들을 급성기 병원에서 돌보는 것은 비용이 많이 드는데, 퇴원 지연으로 인한 비용은 다음의 두 가지 -i) 추가적인 재원 일수로 인한 비용과 ii) 이로 인한 다른 병원 서비스에 대한 영향- 에서 기인함.
- 불필요한 입원 병상의 차지로 다른 입원 진료가 필요한 환자들이 이를 이용 할 수 없게 되고, 병원 내에서 환자의 적절한 이동(응급실에서 입원병상으로 이동)도 어렵게 됨.
- 퇴원 지연이 전체 병원비용에 기여하는 비율은 약 11%에서 31%정도로 추정되는데, 2018년 연구에서는 퇴원 지연으로 인한 평균 비용을 환자당 일당 200-650유로 정도로 추정(Rojas Garcia et al, 2018).
- 영국의 National Audit Office에 따르면, 퇴원 지연으로 인한 NHS의 지

출이 일당 병상당 303GBP 정도로 추정되며, 65세 이상 노인환자들에 대한 퇴원 지연(혹은 연계 지연)은 약 3백만 일에 이르고 이로 인한 NHS의 지출은 연간 8억 2천만GBP로 추정(National Audit Office 2016)

○ 퇴원 지연은 필요보다 더 길게 병원에 머무르는 환자들의 건강에 좋지 않은 영향을 줄 수 있음.

- 병원 감염의 위험이나 활동성의 감소 등 필요 이상의 병원 입원은 환자의 건강에도 해로울 수 있는데, 특별히 노인 환자의 경우 병원에 있는 경우 기능상태와 건강이 급격히 악화될 수 있음.
- 고령환자들의 경우 병원 입원 기간 동안 기능상태의 악화를 경험한다는 연구 결과도 존재하며(Covinsky et al 2003; Zisberg et al 2015), 이러한 건강 악화는 병상에 있으면서 이동성이 제한된 채로 머물러 있는 것이나 영향 상태가 좋지 않은 것 등 주로 피할 수 있거나 수정이 가능한 위험 요인들에 기인함.
- 이에 더하여 병원에 오래 머물러 있으면서 병원 감염(Hospital-acquired infections) 등 환자안전 사고에의 위험에도 노출되기 쉬운데, 미국의 경우 입원 일수가 하루 증가하면 환자안전 사고 위험이 6%정도 증가한다는 보고가 있었음(Andrews et al 1997).

2) 퇴원 지연에 영향을 미치는 요인들

□ 공급 측면의 요인

○ 재가 및 재활진료 역량의 부족, 평가 단계에서의 문제

- 퇴원 후 장기요양 서비스로 연계 미비는 병원 퇴원 지연 문제에 큰 원인으로 작용. 대부분의 국가에서 환자들은 장기요양 서비스 필요 자격에 대해 평가를 받아야 하는데, 그 평가 프로세스 자체가 지연되는 경우도 있고 승인을 받은 시점과 실제 서비스를 받는 시점 간에 대기가 긴 경우도 있음.

○ 중간 단계 돌봄 시설의 부족

- 중간 단계의 돌봄 시설(Intermediate care facilities)은 적시에 환자들을 병원으로부터 벗어나게 하는데 매우 중요한 역할을 하는데, 이러한 시설들은 부적절한 병원 입원 등을 예방하기 위한 단기적 개입과 병원 재원기간을 단축시키기 위한 요양 서비스를 함께 제공하는 구조를 포함함.
- 예를 들어 스페인(Catalonia)에서는 급성기 병원에서의 입원진료를 받은 중증도가 높은 환자들이 더 이상 급성기 치료가 필요하지 않지만 집으로 돌아갈 준비가 되지 않은 경우 대개 중간 입원 시설(inpatient intermediate care)로 퇴원함.
- 병원 퇴원 후 중간단계의 진료는 재원일수를 줄이고 건강 결과를 향상시키는 데 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보이는데, 다만 해당 진료시설 내 인력들의 역량 부족은 치료의 효과성을 떨어뜨리고 이를 필요로 하는 환자들을 거부하는 경우도 발생하게 됨.

○ 장기요양 시설의 부족

- 일본의 경우 장기요양 병상의 부족이 병원 퇴원 지연의 주요 원인임이 밝혀진 바 있고, 영국에서도 병원의 특성이 재원 기간에 가장 큰 영향을 미치나 퇴원 지연은 사회적 돌봄의 부족이 가장 큰 원인임이 밝혀졌음.
- 또한 영국에서 지역 내 장기요양 병상의 10% 증가는 사회적 돌봄 관련 퇴원 지연의 수를 609% 정도 감소시키는 것으로 나타남(Gaughan, Gravelle & Siciliani 2015, 2016; Fernandez & Forder 2008).
- 영국의 경우 퇴원이 지연된 환자 중 장기요양 시설 입소를 대기 중인 환자의 비중이 최근 들어 증가하였으며, 퇴원(혹은 진료 연계)이 지연된 전체 환자들 중 1/4이 요양시설 등에 입소를 위해 대기하는 동안 병원에 머물러 있음

Table 2.2. 뇌성홀이나 요양시설 입소 대기로 인한 퇴원 지연 규모(영국 NHS)

	Number of patients awaiting nursing home or residential care placement (Proportion of all delayed transfers of care patients)	Number of delayed days due to awaiting nursing home or residential care placement (Proportion of all delayed days)	Estimated cost to NHS
2011-2012	10 790 (22.2%)	314 060 (22.9%)	95.2 million GBP
2012-2013	10 294 (21.6%)	311 486 (22.6%)	94.4 million GBP
2013-2014	10 749 (21.8%)	319 280 (22.6%)	96.7 million GBP
2014-2015	13 251 (23.3%)	389 660 (24%)	118.1 million GBP
2015-2016	14 598 (23.2%)	434 460 (24%)	131.6 million GBP
2016-2017	19 366 (24.9%)	575 275 (25.5%)	174.3 million GBP

Note: The estimated cost to NHS England from patients awaiting nursing home and residential care placement is based on National Audit Office estimates that the cost of care per day for delayed discharge is 303 GBP (National Audit Office 2016).

□ 수요 측면의 요인

○ 환자 및 보호자의 선호와 재정적 이유

- 향후 진료 계획 및 경로에 대한 환자의 만족도는 병원 밖으로의 연계에 매우 중요한 요인인데, 몇몇 국가에서는 환자 관점에서 병원 퇴원 프로세스가 불만족 요인 중 하나로 꼽혔음.
- 캐나다 온타리오 주의 경우, 지역 환자들의 불만 사항 중 60%가 병원 퇴원 프로세스에 관한 것이었고, 노르웨이에서 시행된 환자경험 조사에서는 병원 퇴원 및 퇴원 후 진료 계획 프로세스가 환자 관점에서 가장 문제가 있는 부분임이 지적되었음.
- 이렇게 환자와 보호자가 퇴원 후 옵션에 대해 불만을 가지게 되면, 그들은 적절한 대안이 생길 때까지 병원에 머무르려고 할 것인데 영국의 데이터에 따르면 환자와 보호자의 선택이 퇴원 지연에 큰 비중을 차지할 수 있음을 보여줌(2016-2017년 사이 진료 연계 지연의 5번째 원인으로 환자와 보호자의 선택이 꼽혔고, 환자 선택이 퇴원 지연 환자 수 및 이로 인한 재원일수

증가의 11%를 차지)

- 많은 환자들이 병원 진료 후 가정으로 돌아가고 싶어 하지만 실제로는 집에서 돌보는 장기요양에 따른 비용이 높음. 따라서 환자와 보호자들이 사회 보호가 비교적 잘 되어 있는(본인부담이 낮은) 시설들을 선호하기도 하지만 이를 위한 대기시간은 매우 긴 경우가 많고, 그로 인해 공적으로 재정 지원이 이루어지는 시설에 입소를 기다리면서 병원에서 머무는 기간이 길어지게 됨

3) 퇴원 지연 감축을 위한 정책들

□ 지역사회 기반의 장기 돌봄 서비스에 대한 접근성 증대

○ 중간 돌봄 시설의 활용

- 병원에서의 집중 치료가 더 이상 필요하지 않지만 가정으로 바로 돌아가기 보다는 일정 수준의 의료적 돌봄이 필요한 환자들의 경우 중간 진료 시설이 그 대안이 될 수 있음
- 노르웨이: 2012년 진료연계 개혁을 통해 2016년까지 모든 지역정부들에게 중간단계의 진료시설을 설립하도록 함. 각 지역정부에 이를 위해 재정적 지원을 함과 동시에 퇴원 지연에 대해 병원들에게 재정적 패널티를 부과
- 네덜란드: 네덜란드는 병원 진료와 중간 돌봄시설의 연계가 비교적 잘 이루어지고 있지만 시설들의 역량이나 셋팅, 서비스 수준의 편차 문제가 존재
- 영국(스코틀랜드): 중간진료시설은 국가 2020 비전 달성에 핵심 구성요소로 여겨지고 있으며, 병원 퇴원 지연 감소와 진료 전달체계 확립에 중요한 접근방법임.

○ 재가 기반의 퇴원 후 돌봄 강화

- 장기요양 시설 등에 필요한 공간들에 제약이 있고, 많은 환자와 정부들은 국민들이 가능한 오랜 시간 집에서 생활하기를 원하기 때문에 몇몇 국가들에서는 재가 기반의 서비스 제공에 초점을 맞추고 있음

- 이러한 재가 기반 프로그램에는 전문의의 방문 치료 및 원격 진료, 자가 관리 등이 포함되는데, 이러한 재가 프로그램을 제공받은 환자들의 경우 병원 재원기간의 감소와 입원 위험이 더 낮은 것으로 보고되고(O'Connor et al 2014), 중간진료시설로 퇴원한 환자들에 비해 집으로 퇴원하여 관리를 받은 환자들의 임상 결과가 더 좋았고, 병원 재원기간도 더 짧았음(Mas et al 2017).

□ 진료연계

○ 진료 계획(care planning)과 정보 전달 활성화를 통한 퇴원 관리

- 그간 전자적 교류 시스템이 크게 발전하였음에도 불구하고, 병원들의 외부 자원과의 연계는 미비한 수준이고, 대부분 환자 퇴원 시에 퇴원 계획을 수립하기 때문에 병원과 환자, 지역사회가 퇴원 후 지원을 준비하는 데 시간적 제약이 따르는 것이 사실임.
- 전자건강기록시스템이 있는 국가들 중 일부에서 조차도(에스토니아, 스웨덴) 의료기관 간 데이터 공유는 매우 복잡하고 어려운 상황이고, 해당 병원 직원들도 이러한 전자적 기록 보다 환자의 진술에 더 의지하는 상황임.
- 노르웨이의 경우, 안전한 병원 퇴원을 환자안전의 4가지 주요 영역 중 하나로 선정하였음. 이를 위해 i) 입원 시부터 퇴원 프로세스 수립 시작; ii) 입원 초기에 지역 정부와 주요 정보 공유, iii) 환자와 구조화된 퇴원 계획 논의; iv) 퇴원을 위한 체크리스트 개발-을 네 가지 과제로 설정하였고, 이에 더하여 약물 조정도 추가적인 과제로 고려되고 있음
- 진료연계 프로그램이 활성화된 경우임에도 불구하고, 많은 국가들에서 일차의료를 케어 매니지먼트 프로세스의 주요 요소로 고려하지 않고 있음. 스웨덴은 최근 개혁을 통해 케어 플래닝과 일차의료의 통합을 목적으로 하여 병원 퇴원 프로세스의 활성화와 동시에 만성질환 및 복합질환 환자들이 가정에서 더 나은 케어를 받도록 노력하고 있음.
- 이러한 과정에서 일차의료는 진료 계획(care planning)의 focal point로서 중심적인 역할을 하는데, 예를 들어 어떤 환자가 병원 퇴원 후 지속적인

돌봄이 필요한 경우 (입원 첫날에) 병원에서는 환자의 거주 지역과 일차의료기관에 모두 통보를 해서 진료연계가 가능한 빠르게 이루어지도록 해야 함. 그리고 일차의료기관에서는 진료연계 담당자를 지정하고 병원에 누가 코디네이터인지 알려야 하며, 병원에서 필요하다고 판단된 경우 환자에 대한 케어플랜도 작성해야 함.

○ 통합 서비스

- 장기 돌봄 서비스가 필요한 환자들의 경우 종종 건강 뿐 아니라 사회적 돌봄도 함께 필요한 경우가 있음. 의료 및 사회적 돌봄 간의 통합이 더 나은 지역사회 기반 서비스 전달에 핵심 요소가 되는데, 실제로 대부분의 경우에는 각 주무부처가 다르기 때문에 두 시스템 간 연계가 분절되어 있음.
- 이에 스코틀랜드에서는 2014년 의료와 사회적 돌봄의 단일 시스템으로 통합이 법으로 제정되었고, NHS 이사회 및 지역 정부로 구성된 Health and Social Care Partnerships("Integration Authorities")에서 지역 내 의료와 사회적 돌봄 시설의 통합적 서비스 제공을 책임지고 있음

○ 환자 진료 경로(patient pathway) 강화를 위한 데이터 연계

- 환자의 진료 경로 전반에 걸친 연계 강화를 위해서는 공급자가 환자의 상세한 진료 기록에 접근할 수 있어야 함.
- 다수의 국가들에서 의료기관들 간 데이터의 연계에 큰 진보가 있었던 것은 사실이나, 연계를 위한 역량이 갖추어져 있을지라도 공급자(의사)들이 이러한 정보를 항상 이용하는 것은 아님.
- 즉, 기술적 이용가능성과 실제 임상현장에서 적용 간의 갭(gap)이 존재하고 있으며, 연계 시스템이 갖추어져 있을지라도 기록된 데이터의 질과 관련된 문제가 과제로 남아있기도 함.

○ 진료연계 향상을 위한 재정적 도구

- 재정적 페널티(penalty)
 - 스웨덴과 노르웨이, 체코, 덴마크, 영국 등 몇몇 국가에서는 퇴원 지연의 감축을 위한 재정적 페널티를 적용하기도 함.

- 전술한 바와 같이 노르웨이의 경우 2012년 진료연계 개혁 시에 병원에 퇴원 지연에 대해 벌금을 부담하도록 하였는데, 이로 인해 병원 재입원의 증가 없이 퇴원 지연 횟수와 전체 재원일수가 감소하였음. 이 때 페널티(벌금)의 정도가 그 효과성에 중요한 역할을 함.
- 연계에 대한 보상
 - 다수의 국가에서는 연계에 대한 보상(pay for co-ordination)과 성과 기반 지불(P4P)을 도입, 통합 진료에 인센티브를 제공하는 방식을 취함.
 - 회원국 중 최소 7개 국가에서 연계에 대한 보상체계를 도입하였으며, 5개 이상 국가에서는 성과보상지불 프로그램을 시행하면서 진료연계에 관한 목표를 포함시켰음.

Table 3.1. 진료연계에 대한 보상 프로그램

Austria	General practitioners receive 53 EUR (plus additional 25 EUR per quarter) for coordinating care in disease management programmes
Denmark	Incentives for care co-ordination available at municipal level
Estonia	Financial bonus to general practitioners (up to 255 EUR per month) for meeting certain integrated care performance indicators
France	Disease management programmes for 30 chronic diseases in primary care; general practitioners receive 40 EUR co-ordination payment per patient
Germany	Financial incentives (153 EUR for social health insurers, 75 EUR for general practitioners) for co-ordination
Hungary	Financial bonus to general practitioners for meeting certain integrated care performance indicators
Netherlands	Performance on disease management programmes is a factor in price negotiations for primary care
Portugal	Financial incentives for multi-disciplinary primary care teams
Sweden	Municipalities can provide bonuses to general practitioners for care co-ordination
United Kingdom	Through Quality and Outcomes Framework, integrated care performance indicators can reward general practitioners with up to 30% of their salary

Source: Tsiachristas et al 2016; OECD Delayed Discharge Survey and Interviews.

- 일차의료 공급자들을 타겟(Target)으로 한 인센티브 제공은 일차의료 및 지역사회 돌봄 강화에 중요한 역할을 하는데, 스웨덴의 일부 지방정부에서는 일차의료의사들의 진료연계 증진을 위한 보너스 체계를 개발하여 케어 플랜 작성당 140유로를 지불함.

□ 퇴원 지연에 대한 모니터링 강화

○ 퇴원 지연 측정을 위한 최근의 노력들(다음 표의 지표 및 측정 방법 참조)

- 현재 회원국 중 10개국 정도는 정기적으로 퇴원 지연에 대한 정보를 수집하고 있는데, 최소 10개국에서 퇴원 지연을 경험한 환자들의 수를 조사하고 있으며, 5개국 이상에서 전체 재원일수 중 퇴원 지연으로 인한 영향의 규모를 파악하고 있음.
- 다만, 지연된 퇴원에 대한 정의와 이를 어떻게 측정하는지에 대해서는 국가마다 차이가 있는데, 캐나다와 노르웨이, 스웨덴, 영국 등 대부분의 국가들은 병원 내 전문의 등의 평가에 기반을 둔 임상적 기준으로 지연된 퇴원을 정의하고 있으며, 이 때 그 측정은 임상적으로 퇴원을 할 준비가 되었을 때 병원에서의 재원일수를 활용함.
- 이렇게 전문가 소견에 기반을 둔 지표가 가장 정확하다고 할 수 있지만, 어떤 국가의 경우에는 환자 보고 정보에 기반을 두어 이를 측정하기도 하고, 호주나 네덜란드, 싱가포르의 경우에는 기대하지 않게 길어진 재원일수를 그 정의로 함(예컨대 네덜란드의 경우에는 전년도의 평균 재원일수의 50% 이상 길어진 경우 퇴원이 지연된 것으로 판단함).

Table 3.2. 병원 퇴원 지연 관련 지표 및 측정 방법

Country	Regularly measures delayed discharge?	Method of measurement
OECD member states		
Australia	No	
Austria	No	
Belgium	No	
Canada	Yes	When a patient occupies a bed in a facility and does not require the intensity of resources/services provided in that care setting (acute, chronic or complex continuing care, mental health or rehabilitation), the patient must be designated Alternative Level of Care (ALC) at that time by the most appropriate care team member. ALC information is mandatory to report for all inpatient abstracts submitted to the Discharge Abstract Database (DAD). The reasons for delay (such as waiting for a bed in a care facility) are coded.
Czech Republic	No	
Denmark	Yes	
Estonia	Yes	The Health Insurance Fund uses two tracer condition (Stroke, Hip fracture) following the UK NHS outcomes framework methodology to calculate delayed discharge.
Germany	No	
Iceland	Yes	The National University Hospital does a monthly count of admitted patients who could be discharged. Reasons for the delays are not captured.
Ireland	Yes	Measuring delayed discharge has been part of the Health Service Executive Performance Indicator Suite since 2016. The number of bed days lost through delayed discharges, as well as the number of beds subject to delayed discharge, are reported annually as part of performance indicators for acute services (Health Service Executive 2017). Reasons for the delays are not captured.
Israel	No	
Korea	No	
Luxembourg	No	
Mexico	No	
Netherlands	Yes	Information on delayed discharge is collected as part of the mandated reporting system to the Dutch Health and Youth Care Inspectorate. Delayed discharge is calculated based on the proportion of cases where the length of stay (LOS) exceeded the previous years average LOS (for the same condition, procedure and age) by more than 50%. Reasons for delays are not recorded.
Norway	Yes	Delayed discharges are measured based on the difference between when a patient is recorded to be clinically ready to be discharged, and their actual date of discharge. Information is publicly available and reported (by region). The number of patients experiencing a delayed discharge, as well as the patients length of stay, is reported. Reasons for delays are not systematically recorded.
Sweden	Yes	Delayed discharges are measured based on the difference between when a patient is recorded to be clinically ready to be discharged, and their actual date of discharge. Reasons for delays are not systematically recorded.
Switzerland	No	
United Kingdom	Yes	England: Data on delayed transfers of care are reported monthly, by Local Authority and Trust. A delayed transfer of care occurs where a patient has been clinically determined by a multidisciplinary team to be ready and safe to be transferred (NHS England 2018). The reasons for delay (such as awaiting transfer to a care facility), as well as the agency responsible for the delay, are reported. Scotland:

Country	Regularly measures delayed discharge?	Method of measurement
OECD member states		
		As part of the recent reforms to integrate health and social care in Scotland (United Kingdom), a set of performance indicators have been developed to measure and compare outcomes. In addition to patient- and carer-experience measures, the indicator framework includes delayed discharge-related measures, including indicators on the number of days spent in hospital when ready for discharge, and the proportion of people discharged from hospital within 72 hours of being ready to do so (Scottish Parliament Information Centre 2016).
United States	Yes	
Accession countries		
Lithuania	No	
Non-OECD member states		
Peru	No	
Singapore	Yes	The Ministry of Health monitors patients who are considered to be medically fit but staying for a long period defined as over 21 days in hospital. Data is monitored by public hospital, but not published.
Malta	No	

Source: OECD Delayed Discharge Survey and Interviews; Health Service Executive 2017; Scottish Parliament Information Centre 2016; NHS England 2018.

○ 국제적으로 비교 가능한 지표의 개발

- 퇴원 지연에 대해 비교 가능한 지표를 개발하는 것은 그 규모를 파악하고, 적절한 전략을 수립하는 데 도움이 될 수 있음.
- 기대 보다 길어진 재원 기간을 기준으로 지표를 개발하는 것은 국제적으로 병원 효율성에 대한 비교 가능한 지표를 개발할 수 있는 기회를 제공함.
- 전체 재원일수 중 기대보다 길어진 입원의 비중을 측정하는 것은 피할 수 있는 입원으로 인해 얼마나 많은 병원 자원들이 소모되었는지에 대한 함의를 제공함.
- 본 프로젝트의 일환으로써 기대보다 길어진 재원일수에 관한 시범 데이터 수집이 이루어지고 있음.

4) 결론

□ 퇴원 지연의 문제는 단지 병원의 성과 측면에서만 바라볼 것이 아니라, 적절한 퇴원 후 돌봄 체계와 관련한 정책적 과제로 보아야 함.

□ 병원 간 진료연계와 지역사회 및 장기요양 시설과의 연계, 진료 계획 수립을 위한 일차의료의사와의 연계, 적절한 아급성기 케어 시스템의 마련은 병원 입원 진료 이후 단계를 준비하며 적기의 퇴원을 가능하게 할 수 있음.

□ 보고서는 **회원국들의 퇴원 지연 감축과 진료연계 강화를 위해 다음과 같은 몇 가지 사항들을 제안함.**

- **병원 서비스와 지역사회 및 장기 돌봄 시설 간 명확한 진료연계 전략을 수립할 것:** 병원들은 환자 입원 초기에 진료연계 및 퇴원 계획을 수립하기 위한 프로토콜을 가지고 있어야 하며, 이에 있어 일차의료기관과의 정보 연계를 위한 인프라의 강화는 매우 핵심적인 과제임
- **퇴원 후 환자들을 돌볼 수 있는 병원 밖의 시설 역량을 기를 것:** 중간돌봄시설 및 장기 요양 시설, 재가 기반 돌봄 등을 포괄하는 퇴원 후 관리에의 접근성이 확대되어야 함
- **진료연계를 위한 재정적 인센티브를 고려할 것:** 퇴원 지연에 대한 패널티의 형태나 진료연계에 대한 상여금 형태의 두 가지 재정적 인센티브는 더 나은 퇴원 후 관리 뿐 아니라 병원 내, 그리고 병원 밖의 시설과 진료연계를 강화하는데 도움이 될 수 있음.
- **퇴원 지연의 원인에 대한 정보를 포함하는 모니터링 시스템을 구축할 것:** 회원국 중 절반 이상이 정기적으로 병원 퇴원 지연에 관한 정보를 수집하지 않고 있으며, 국제적으로 비교 가능한 지표는 부족한 상황임. 지연된 퇴원의 비중과 전체 재원일수에의 영향에 대한 정기적 성과 측정은 비효율적 의료이용 규모의 파악과 급성기 치료 및 관리에 대한 수요 및 환자 진료경로에 대한 더 나은 정보를 제공해 줄 수 있음.

마. 환자 안전 및 향후 작업 방향에 대한 보고서

주요 내용
<p>□ 환자안전은 의료 질의 핵심 측면으로 안전 위험을 적절하게 관리하는 것을 공급자와 보건의료시스템의 주요한 책무임.</p> <p>○ 환자 위해로 인한 부적절한 비용 발생은 국제적으로도 중요한 정책 이슈로 주목받고 있으며, 영국과 독일, 일본은 각각 2016, 2017, 2018년에 환자안전에 관한 장관급 회담Global Ministerial Patient Safety Summits을 개최하고 있음.</p> <p>○ 독일의 환자안전에 관한 보고서와 일본의 안전 관리의 핵심 차원에 대한 보고서와 함께, OECD는 세계은행 및 WHO와 함께 관련 보고서<i>Delivering quality health services - a global imperative for universal health coverage</i>의 발간을 준비하고 있음</p> <p>□ 본 보고서는 환자안전과 관련한 OECD의 최근 활동과 함께, 추후 진행방향에 대한 선택사항들을 제시</p> <p>○ 본 보고서에서는 또한 성과 지표의 개발과 향후 2년간 수행가능한 분석 작업 등 2019-2020년 사업예산계획(PWB) 초안 작성에 있어 환자안전에 관한 사무국의 추후 활동에 대한 제안도 포함되어 있음.</p> <p>□ 요청사항</p> <p>○ 환자안전의 경제적 로직과 성과 측정 등 최근 활동에 대한 인지</p> <p>○ 성과지표 및 정책적 영향 확대와 국제적 환자안전 보고에 대한 논의, Section 3.1에 제시된 6가지 영역 중 우선순위에 대한 제안</p> <p>○ Section 3.2에 제시된 아젠다의 회원국에서의 진행을 지원하기 위한 사무국의 추후 분석 작업에 대한 논의</p> <p>○ 회원국에서 관심도가 높고 그 가치가 높은 환자안전과 관련한 기타 작업 영역에 대한 제안</p>

1) 검토 배경

- 환자안전(Patient safety)은 보건의료와 관련하여 발생하는 불필요한 해(harm)의 위험을 허용되는 최소 수준까지(to an acceptable minimum) 감소시키는 것을 의미함.
- 이 때 위해(Harm)는“신체 구조나 기능의 손상, 그리고 이로부터 발생하는 모든 유해한 영향으로, 상해나 질병, 고통, 장애, 사망을 모두 포함”하며(WHO 2004), 환자 위해는 권고되는 진료나 처치의 부재 혹은 지연에 의해 발생될 수 있음.
- 위해 사건(Adverse events)은 환자에게 해를 가하게 된 사건으로, 모든 시설과 부문에서 발생할 수 있으며 다음과 같은 사건들이 포함됨.
 - 의료 관련 감염(Healthcare-associated infections), 투약 오류로 인한 약물 부작용 사고(ADEs), 낙상, 욕창, 정맥 혈전 색전증(VTE), 수술 부위 오류나 환자 확인 오류, 진단 오류 및 지연, 부적절한 처치나 지연이 해당됨.
- 환자 위해는 개인 및 가족, 지역사회 모두에게 부정적인 영향을 미치며 안전을 극대화하는 것은 의료 공급자와 정책 설계자, 보건의료시스템의 핵심적인 책무라고 할 수 있음.
 - 경제적 측면에서, 위해 사고로 인해 더 많은 처치와 검사, 입원 등의 자원 소모가 발생하게 되고, 이에 더하여 장애 상태의 장기화, 생산성 감소, 사회적 보호 및 서비스에 대한 의존도가 높아지게 됨.
 - 정치경제적 측면에서, 환자 위해의 영향이 보건의료시스템 및 사회적 장치들에 대한 신뢰 감소로 이어질 수 있음.
- OECD 의료 질/결과 실무작업반(HCQO)은 2005년부터 환자안전지표(PSIs)들을 수집하고 개발하여 왔으며, 본(Bonn)과 도쿄에서 열린 2, 3차 장관급 회담을 위해 환자안전의 경제성(economics of patient safety)을 검토한 바 있음.
 - 회담을 위해 사무국에서는 독일 보건부의 지원으로 다음의 두 보고서를 발간

하였음.

- The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level (Slawomirski, Aaraaen & Klazinga 2017)
- Flying Blind: The economics of patient safety in primary and ambulatory care (OECD 2018a)

□ 2018년 도쿄에서 개최된 회담을 위해 OECD에서는 일본 후생성의 의뢰를 받아 또 다른 보고서(*Measuring Patient Safety: Opening the Black Box*)도 작성한 바 있음.

□ 보고서는 환자 위해로 인한 비용과 결과를 제시하고 동시에 이를 위한 시스템 단위에서의 정책적 개입을 제안함.

- 특별히 비급성기 부문에서의 안전과 위해에 관한 지표의 개발 필요성에 대해 논의하면서, OECD가 개별국가들의 환자안전 지표와 관련 활동들의 향상을 위해 지원할 수 있는 방안들에 대해서 살펴봄.

2) 환자 위해 관련 비용은 크지만 이를 효과적이고 효율적으로 감소시킬 수 있음

□ 환자 위해에 따른 개인 및 보건의료시스템, 사회적 비용은 예방가능하며 매우 큼.

- 환자 위해는 국제적인 공중보건 문제
 - 환자위해 사건의 발생 규모는 국제적 질병 부담 측면에서 바라볼 수 있는데, 안전 실수는(safety lapses)는 세계 사망 및 이환 원인 중 14위를 차지함. 이는 세계적으로 공통된 공중 보건 이슈인 결핵이나 말라리아와 유사한 수준임.
 - 특히, 환자위해로 인한 질병부담은 저개발 국가에서 비교적 높게 나타나는 데, 전체 위해 사건의 2/3은 저소득 국가에서 일어난 것으로 추정됨(Jha et al, 2013).

○ 위해 사고는 보건의료 자원에 큰 부담으로 작용

- 치료와 (재)입원, 진단 및 검사, 재원일수의 증가 및 더 높은 수준의 진료가 요구되는 등 위해 사고는 필연적으로 추가적인 자원의 소모를 가져오므로, 환자 위해가 보건의료 시스템의 재정적 부담으로 작용하게 됨.
- 대부분의 연구들에 따르면 급성기 진료에 있어 병원 활동 및 지출의 약 15%가 환자 위해 사건의 수습과 회복에 소모된 것으로 추정되는데, 이 숫자는 단순히 위해로 인한 직접적인 재원일수 증가를 기초로 한 것이고 다른 병원으로의 이송이나 추가적 진료, 위해 사고로 인한 새로운 에피소드의 시작 등은 고려되지 않은 숫자임.
- 대부분의 위해 사고는 피할 수 있던 것이기 때문에, 일종의 낭비라고 할 수 있는데 일례로 영국의 병원들에서 주요 위해 사건들로 인한 재원일수 증가는 매년 약 150GPB의 비용 지출을 유발하였음(Table 2.1 참고).

Table 2.1. 영국 병원 내 주요 위해 사고로 인한 영향

Bed days lost	Cost of bed days lost	Admissions equivalent	Salaried GPs equivalent	Hospital nurses equivalent
495,020	151million GBP	69,721	2,218	3,574

Note: The 6 events are: 1. deaths in low-mortality conditions, 2. pressure ulcers, 3. central line infections, 4. inpatient hip fractures, 5. VTE and 6. sepsis.

Source: Slawomirski, Auraen & Klazinga (2017)

○ 위해에 따른 비용은 보건의료시스템 전반에 파급됨.

- 환자 위해의 사회적 비용은 보건의료 자원의 낭비 뿐 아니라 상해로 인한 근로 시간 및 생산성의 저하, 그로 인한 잠재적 세수의 상실과 더 높아지는 복지 의존도, 위해로 인한 장기적 영향 등이 포함됨
- Andel et al(2012)은 미국에서 위해로 인한 사회적 비용이 연간 약 1조원에 이를 것으로 추정하였고, 선진국에서 일차 및 외래 진료 시설에 한정된 위해의 사회적 비용은 GDP의 3%에 이를 것으로 추정됨(OECD 2018).

- 또한 위해 사고로 인해 보건의료시스템의 사회적 신뢰를 잃게 됨으로써 지도자, 의사결정자, 관련 공공기관들의 정치적 비용을 발생시키고, 낮은 신뢰는 다른 보건의료 정책들 및 의료서비스 전달에 있어서도 효과성을 낮추어 추가적 비용 발생으로 이어짐.

□ 관련 정책 및 프로그램과 각종 개입들의 적절한 조합이 환자안전을 효과적이고 부담 가능한 수준에서(affordably) 향상시킬 수 있음.

○ 위해로 인한 비용은 그를 예방하기 위한 비용보다 훨씬 큼.

- 환자안전을 향상시키고 보건의료 셋팅 전반에서 위해를 감소시키기 위한 정책 및 개입의 비용은 환자안전 실패로 인한 비용에 비하면 매우 작는데, 예를 들어 미국의 VTE(Venous Thromboembolism, 정맥혈전색전증) 예방 프로그램은 전체 병원 지출 중 0.13%를 차지하는 반면, 의료 관련 VTE의 발생으로 인한 비용은 4-6%를 차지

○ 안전 향상을 위해서는 연계 정책 측면의 프레임워크가 필요

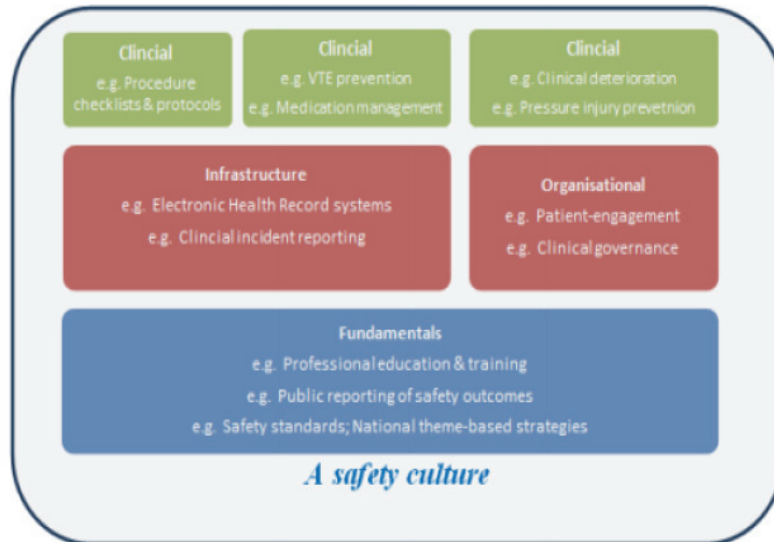
- 정책설계자들에게 있어 환자안전 사고의 예방과 그 실패에 따른 비용이 종종 시스템의 서로 다른 부문에서 발생하는 것처럼 보일 수도 있는데, 예를 들어 VTE의 경우 그 증상이 나타나기 까지는 수개월이 걸릴 수 있으며 이로 인해 VTE를 얻게 된 병원과 그 치료를 받는 기관은 다를 수 있음.
- 따라서 환자안전 문제 해결을 위해서는 시스템 전반의 관점에서 접근하는 것이 매우 중요하며, 보건의료 체계 내의 특정 부문만 독립적으로 고려되어서는 안 됨
- 미국 메디케어 환자들에 있어 의료 관련 감염(HACs) 발생은 2010년부터 2015년 까지 21%정도 감소하였는데, 이는 합병증 310만 건 감소, 125,000명 사망 예방, 28억 달러의 지출 누적 절감 효과를 의미
- 이러한 성과가 표면상으로는 위해 사건을 타겟으로 한 진료 현장 및 과정에서 안전 향상으로 보일 수 있지만, 실제로 더 다양한 요인들-AHRQ와 CMS가 주도하였던 병원 단위 결과 보고 및 투명성과 지식 기반 인프라

라에 대한 투자, 기술적 지원, EHR의 도입 향상, CMS를 포함한 많은 보험자들의 재정적 인센티브 활용 등-이 이에 기여하였음

- 즉, 시스템 전반에서 위해를 줄이기 위해서는 시스템과 조직, 그리고 개별 진료 현장 등 다양한 레벨에 대한 정책 조합(policy mix)이 요구됨(Figure 2.4 참고)

- System(macro) level: 시스템 수준에서 환자안전 증진을 위한 활동들은 주로 법적 규정을 갖추고, 사회적 관점에서 다양한 이해관계자들의 참여를 기반으로 하여 진행될 수 있음
- Organizational(meso) level: 조직적 차원의 환자안전 정책들은 주로 특정 임상영역이나 특정 환자군을 목표로 하며 조직이나 기관 전체에 모두 적용되어야 함
- Clinical(micro) level: 조직 단위의 정책도 이에 영향을 미칠 수 있지만 개별 진료 현장 단위에서 최적으로 관리될 수 있는 활동들을 의미

Figure 2.4. 보건의료시스템 전반에 걸친 환자안전 증진을 위한 프레임워크



Source: Slawomirski, Aarssen & Klazinga, 2017

Figure 2.5. 일차의료 및 외래진료 셋팅에서 환자안전 증진을 위한 핵심 요소들



Source: OECD 2018a

- 일차의료 및 외래진료 셋팅의 경우에는 특별히 위 그림과 같이 비용 효과성 측면에서 환자안전 증진을 위한 정책의 다섯 가지 핵심 요소들이 규명된 바 있음(Figure 2.5)
 - 통합된 정보 시스템: 진료 환경 전반에 관한 위험을 측정하고 서로 다른 데이터 플랫폼에 대해 공급자와 환자 간에 정보가 자유롭게 이동하며, 위해 사건의 환자 보고를 위한 다중적 접근방식의 정보 시스템
 - 강력한 거버넌스: 국가적 수준에서 인증평가와 연동된 안전 기준을 포함, 진료연계 및 새로운 진료모델 수립을 위한 인센티브와 통합 진료를 위한 비금전적 인센티브도 포함
 - 인적 자원에 대한 투자: 인력 부족에 대처하기 위한 방안들 뿐 아니라 안전 원칙 및 의료 질에 대한 공급자 교육이 필요
 - 진료와 위해 측정 및 보고에 환자 참여: 다음 그림의 피라미드에서 가장

꼭대기에 있는 요소로, 안전 증진을 위한 가장 선도적 전략이며 의사결정 공유(shared decision making)나 의무기록의 공개, 체계적 환자보고 지표 등과 같은 정책들을 통해 달성될 수 있음

- 위 네 가지 요소에 더하여 환자안전 향상을 위해서는 위험 관리와 조직적 측면에서 안전 증진에 초점을 맞춘 환자안전 문화의 증진이 필수적이며, 이것은 보건의료시스템의 모든 레벨에서 리더십을 요구함.

□ 환자안전 성과의 측정 없이는 그 향상이 불가능

○ 결과에 대한 투명성과 위해의 가능성을 줄이는 정책방안들을 마련하고, 정책들이 서비스가 전달되는 과정에서 기대한대로 작동하였는지에 대해 솔직한 대화를 나눌 수 있는 강력한 톨이라는 점에서 환자안전 수준을 측정하는 것은 마치 진료의 블랙박스를 여는 것과 같다고 볼 수 있음

○ 안전을 측정하는 다양한 방법들이 있는데, 지표의 목적에 따라 접근방법을 선택할 수 있지만 한 가지 방법만을 가지고 전체 진료 셋팅에 대한 안전 성과를 측정하기에는 불충분함

- 위해사고 보고 시스템: 자발적, 혹은 의무적으로 만들어진, 일정한 저장소(repository)를 갖춘 안전사고 보고 시스템
- 정기적 행정 데이터: 정기적으로 수집되는 행정 데이터의 진단코드 검토 등을 통해 안전사고 가능성을 파악
- 의료기록의 검토: 위해사고나 오류(safety lapses), 그에 기여하는 요인들을 규명하기 위한 의료기록의 검토
- 환자 보고 지표: PRIMs(Patient-reported Incident Measures) 등과 같은 표준화된 도구를 활용하여 환자로부터 직접 환자안전 관련 경험에 대한 정보를 수집

Table 2.2. 환자안전 성과 측정 방법의 비교

Method	Advantages	Disadvantages
Manual review of medical records	Considered the 'gold standard', contains rich and detailed clinical information, provides a basis for measurement where reliable administrative datasets are not available.	Costly, labour-intensive, data quality variable due to incomplete clinical information, retrospective review only. Efficiency improved by focusing chart reviews on cases identified by a reliable trigger tool or software tool.
Automated review of medical records	Less costly, labour intensive. Can be used retrospectively or prospectively, helpful in screening patients who may be at high risk for adverse events using standardized protocols	Need electronic data to run automation through use of software tool, can result in a higher proportion of triggered cases being false positives.
Adverse Events Reporting Systems	Most countries have established systems, useful for internal quality improvement and case-finding, highlights adverse events that providers perceive as important	Capture non representative sample of events. For example, in hospitals most adverse events are reported by nurses, relatively few by doctors, retrospective review only based on provider self-reports, subject to variations in reporting culture
Routine Administrative Data	Once established they provide low-cost, readily available data, useful for tracking events over time across large populations, can identify potential adverse events	Mature systems require significant development effort, lack detailed clinical data, concerns over variability and inaccuracy of ICD codes across and within systems, may detect high proportion of false positives and false negatives
Patient-Reported Measures	Can capture errors not easily recognized by other methods (e.g. errors related to communication between providers, experiences of feeling unsafe, hazards).	Development and validation of many of the measurement tools is still underway.

Source: Adapted from AHRQ Patient Safety Primer on Measurement of Patient Safety last updated June 2017 and accessed on 25 May 2018 at <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/35/measurement-of-patient-safety>

○ 현재 OECD에서 수집하고 있는 환자안전 지표들은 유용하지만 충분하지는 않음.

- OECD에서는 현재 급성기 병원 진료와 일차의료 크게 두 가지 부문에 대하여 성과지표를 수집하고 있고(Table 2.2 참고), 이를 정기적으로 Health at a Glance를 통해 공개하여 환자안전 성과 측정의 중요성과 각 국의 상대적 성과에 대한 정보를 제공함과 동시에 데이터의 질 향상을 유도
- 다만 현재 수준에서(2017년 기준) EU 및 OECD 회원국들 중 환자안전지표를 산출하고 있는 국가는 50%정도에 불과한데, 이에는 다음의 3가지 원인을 들 수 있음
 - 현재의 데이터 인프라 수준에서 더 많은 지표 수용이 어려움
 - 임상 수준에서 지표의 실제 활용도가 낮음
 - (특별히 병원 밖의 셋팅에서의) 진료 연속성이 떨어져 지표가 시스템의

전반적 성과를 대표할 수 없는 문제

Table 2.2. OECD 환자안전지표(PSIs)

Acute Hospital Care	Primary Care
Retained surgical item or unretrieved device fragment	Long Term Use of Benzodiazepines in Elderly Patients
Postoperative pulmonary embolism – hip and knee replacement discharges	Use of Long-Acting Benzodiazepines in Elderly Patients
Postoperative DVT – hip and knee replacement discharges	Volume of Cephalosporins and Quinolones as a Proportion of All Systemic Antibiotics
Postoperative sepsis - abdominal discharges	Overall Volume of Antibiotics for Systemic Use
Postoperative wound dehiscence – abdominal discharges	Use of Any Anticoagulating Drug in Combination with an Oral NSAID
Obstetric trauma vaginal delivery with instrument	
Obstetric trauma vaginal delivery without instrument	

3) 환자안전 성과 측정 강화와 우선순위

□ 회원국의 환자안전 성과 측정을 위한 우선순위

○ 사무국은 다음 6가지 영역별로 환자안전과 관련한 추후 작업의 우선순위에 대해 보건위원회의 의견을 수렴하고 있으며, 이 우선순위들은 다음 두 가지의 목적을 가짐

- 현재 발표되고 있는 안전지표의 효용과 활용도를 높이는 것
- 진료 연속성을 고려한 안전 지표들의 범위를 넓혀나가는 것

○ Priority 1: 급성기 치료에 대해 이미 개발된 지표 산출을 위한 지원

- 사무국에서 산출과정이 복잡하고 해석이 어려운 안전 지표들에 대해 표준화된 소프트웨어를 개발하는 등 각국의 역량을 강화하기 위해 자원과 전문가들을 지원하는 일
- HCQO 실무작업반에서는 OECD의 기준에 맞춘 환자안전 지표 산출에 대한 지원을 요청하는 국가들에 대한 지원계획을 수립 중에 있음

○ Priority 2: 환자안전 관련 과정 및 결과 지표의 결합

- 과정지표들이 복잡한 방법론적 조정이 요구되지 않으면서 올바른 진료 관행을 모니터링하고 지원하는 경우 그 활용도가 더욱 높아질 수 있음
- 즉, 진료 현장에서 유용하다고 여겨지는 지표들이 지역이나 국가 수준에서 관련 정책들의 효과를 높이는데 유용한 결과지표들과 연계되면 지표의 전반적 활용도의 제고에 기여
- HCQO 실무작업반은 2019-20년에 현재 결과지표들과 함께 발표될 수 있는 과정지표들의 set을 구축하도록 제안 받은 바 있음

○ Priority 3: 급성기 치료에서 위해사건 관련 지표 보완

- 현재도 급성기 진료에 대한 특정 위해사건 지표는 수집하고 있지만, 여전히 해당 영역에서 측정의 범위를 넓혀갈 수 있는 여지가 존재함
 - 대부분의 국가들이 의료 관련 감염(HAI) 보고시스템을 갖추고 있고, 이를 통해 해당 부문에 대해 비교가능한 성과지표를 개발할 수 있을 것임
 - 현재 수집되고 있는 사건 외에 다양한 모니터링 지표들에 대한 방법론과 보고 역량이 발전되고 있으며, 전자 스캐닝 기술(electronic scanning technologies) 등을 통해 더 효율적으로 지표를 산출할 수 있음
- HCQO 실무작업반은 2019-20년에 급성기 영역에서 추가적으로 산출할 수 있는 성과지표들과 그 방법론 및 자료원에 대해 검토하도록 제안 받은 바 있음

○ Priority 4: 장기요양 관련 성과 지표 개발

- 욕창이나 감염, 영양실조 등 장기요양과 관련하여 관심도가 높은 지표들이 이미 일부 국가에서는 정기적으로 수집되고 있는데, CDC나 ECDC에서는 병원 감염(HAIs)에 대해 국가 수준에서 장기요양시설의 성과를 모니터링하고 있음.
- HCQO 실무작업반은 2018-19년에 EC(European Commission) 및 유관 기관들과 국제적으로 비교가능한 장기요양 진료 관련 감염 지표의 산출 가능성의 평가와, 욕창 등과 같은 지표 산출 역량 확장을 위한 현재 인프라의 활용 방안에 대해 논의를 진행하도록 제안 받은 바 있음

○ Priority 5: 환자안전 문화 측정을 위한 역량 구축

- HCQO에 참여하고 있는 많은 국가들은 환자안전문화에 대한 평가가 그들의 안전 성과 측정 노력에서 가장 중요한 부분이라고 보고하고 있으며, 이를 측정하기 위한 서베이 툴이 이미 개발된 바 있음
- AHRQ에서 병원 및 일차의료, 너징홈의 환자안전 문화를 측정할 수 있는 서베이를 개발하였으며, 약 70여개 국가에서 이를 활용한 것으로 보고됨
- HCQO 실무작업반은 2019년 한 해 동안 회원국들에서 이미 존재하고 있는 툴을 기반으로 하여 국제적인 환자안전 문화 지표의 산출가능성을 평가하도록 제안 받은 바 있음

○ Priority 6: 환자가 보고하는 안전 경험 및 관련 의견 수렴

- 현재 수집하고 있는 안전 성과 지표와 지금까지 제안한 우선순위들은 대부분 의료 공급자가 제공하는 정보에 의존하고 있지만, 최근에는 진료 경험 등 환자에게 문제가 무엇인지를 평가하기 위한 지표의 수가 점차 늘어나고 있음
- 퇴원 시 안내 등과 같은 지표들을 포함하여 환자의 경험을 측정할 수 있는 표준화된 툴이 존재하고 있는데, 회원국들에서 적절하고 산출가능한 것으로 여겨지는 관련 지표의 set은 다음 표와 같음(Table 3.1.)
- HCQO 실무작업반에서는 환자가 보고하는 안전 경험지표의 개발과 도입에 자문을 할 수 있는 전문가들로 구성된 소규모 워킹그룹을 조직할 것을 제안 받은 바 있음

Table 3.1. 환자가 경험한 안전 성과 측정을 위한 설문문항

Domains	Sub-domains	Questions
Incident Prevention	Information sharing/management	1. Did the health professional you consulted know important information about your medical history?
	Incident prevention	2. Did a member of staff confirm your identity prior to administering your medication?
		3. Did a member of staff confirm your identity prior to your procedure/operation/surgery?
	Information on illness and symptoms	4. Were you given any written or printed information about what you should or should not do after leaving clinic/hospital?
	Medication safety	5. Did a member of staff explain the purpose of the medications you were to take at home in a way you could understand?
		6. Did a member of staff explain to you how and when to take the medications?
Patient-reported Incidents	Diagnosis and treatment-related incidents	7. Did you experience a medication-related error (e.g. wrong prescription, wrong dose, wrong time, dispensing error in pharmacy, wrong administration route, reported allergic reaction, omitted by mistake)?
Incident Management	Incident reporting	8. Did you see, or were you given, any information explaining how to provide feedback or complain to the clinic/hospital about the care you received?
	Incident handling	9. If you experienced mistakes or unnecessary problems in connection with your clinic visit/hospital stay, did the staff handle the mistake or problem in a satisfactory way?

□ 각 국의 환자안전 강화를 지원하기 위한 가능한 분석 작업들

- 환자안전 수준을 측정하는 작업은 매우 중요하지만, 그것이 의미 있는 정보와 위해를 줄일 수 있는 방안들을 만들어나갈 때 그 가치가 실현될 수 있음
- 사무국에서는 향후 분석 작업을 개별 국가의 수요에 따라 환자안전 실태와 정책적 프레임워크를 제안하는 방향으로 설정하였는데, 이것은 다시 국가들의 관심도와 관련 자원 및 역량에 따라 달라질 수 있음
- 이에 더하여 OECD에서는 현재 초점을 맞추고 있는 급성기 및 일차의료, 외래 진료 셋팅 뿐 아니라 장기요양 및 커뮤니티 케어 부문에 대해서도 추후 분석 작

업을 진행할 계획임.

4) 결론

□ 보고서는 위해에 따른 비용과 그 결과, 그리고 회원국들에서 환자안전을 정책 우선순위로 고려해야 할 필요성을 강조하였음. 환자안전 증진을 위한 핵심 메시지는 다음과 같음.

- 환자안전 예방의 효율성: 환자 위해의 가능성은 관련 정책들의 조화와 임상 현장에서의 변화를 통해 예방될 수 있으며, 비용 효과성 측면에서도 안전 실패로 인한 비용보다 이를 예방하기 위한 비용이 훨씬 더 작음.
- 다양한 수준에 대한 정책 프레임워크의 연계 필요성: 통합된 인프라와 인증, 환자 참여와 공급자 훈련 등과 같은 조직 단위 및 시스템 전체 단위 정책들의 플랫폼을 기반으로 임상 현장에서의 위해 사건 발생을 줄일 수 있는 개입
- 환자안전 문화의 중요성: 모든 관련 전략들은 투명성과 보고 및 측정을 권장하고, 조직적 수준의 환자안전 증진 필요성에 대한 협력 및 비난 없는 책무성과 같은 환자안전 문화가 뒷받침되어야 함.
- 환자안전 성과의 측정: 성과 측정은 모든 진료의 연속선 상으로 그 범위가 넓혀져야 하며, 측정은 관련 전략 및 정책, 그리고 올바른 진료 관행을 유도해나가기 위한 기초로서, OECD에서는 2005년부터 환자안전 지표들을 개발, 수집하고 있음. 그리고 이것이 모든 의료기관과 관련 부문에서 의미 있는 향상을 만들어 낼 때 그 가치가 실현될 수 있음.

□ 보고서는 성과 측정 작업에 있어 크게 두 가지 목적(a) 현재 발표되고 있는 안전 지표의 효용과 활용도를 높이는 것, b) 진료 연속성을 고려한 안전 지표들의 범위를 넓혀나가는 것)을 위한 사무국 활동의 여섯 가지의 우선순위를 설정하였음.

- 급성기 치료에 대해 이미 개발된 지표 산출을 위한 지원
- 환자안전 관련 과정 및 결과 지표의 결합

- 급성기 치료에서 위해사건 관련 지표 보완
 - 장기요양 관련 성과 지표 개발
 - 환자안전 문화 측정을 위한 역량 구축
 - 환자가 보고하는 안전 경험 및 관련 의견 수렴
- 분석 작업과 관련하여 적절한 정책 프레임워크를 수립하기 위해 개별 국가의 특성과 자원을 고려한 현재 상태에 대한 평가와 우선순위 설정 작업이 선행되어야 할 것임.
- 앞에서 제시된 여섯 가지 우선순위 영역과 향후 분석 작업에 관해 각 국의 관심도 및 정책적 중요도 등에 대한 대표단의 의견을 요청함.

바. 긴급현안보고서: 2019 6월의 작업 선택

주요 내용
□ 12개월간 작업하는 단기 보고서의 주제를 선정하기 위해 제안된 다음의 안들을 대상으로 대표단의 투표가 시행되며 다수결로 한 개 주제가 결정됨.

(1) 대화형 원격의료는 보다 비용-효과적이고 통합적이며 환자중심적인 의료로 이어지는가?(Is interactive telemedicine leading to more cost-effective, integrated and patient-centred care in the OECD?)

- 22차 회의에서도 제안된 안건으로 당시에 두 번째로 높은 순위
- 대화형 원격의료는 비용을 절감하고 낭비를 줄이면서, 환자의 결과와 경험을 개선하고, 통합적이고 지속적인 의학교육을 촉진하며, 의료접근을 증가시키고 불평등을 감소시키는 잠재성을 가짐.
- 보고서는 회원국들에서 어떻게 대화형 원격의료의 활용되고 있는지, 이러한

서비스들이 보건의료시스템에 어떻게 영향을 미치고 혁신시키는지에 대한 근거를 종합하며, 이러한 기술이 정책 입안자에게 주는 기회와 과제를 평가함. 사람중심 의료전달체계 관점에서 지식기반보건의료시스템을 검토하는 작업을 보완할 것임.

(2) 보건서비스 대기시간(Waiting times for health services)

- 많은 회원국들에서 최근 몇 년간 서로 다른 보건의료서비스에 대해 대기시간이 증가해 왔음. 이러한 서비스들의 수요가 공급보다 빠르게 증가해왔기 때문임.
- 보고서는 OECD 국가들에서 일련의 서비스 영역에 대해 최근 대기시간 감소를 위해 개발된 정책을 검토하여 대기시간의 지속적인 감소를 달성하기 위해 일부 유망한 접근법과 '효과가 있는 것' 확인하고자 함.
- 선택적 수술의 대기시간에 관한 OECD의 정기적 자료 수집에 근거하지만, 선택적 수술의 범위를 넘어서 진단검사, 전문의 상담, 병원응급실, 암 치료, 정신건강서비스를 포함하여 몇 개 다른 보건의료서비스에 대한 대기시간 해소 정책들의 정보를 수집하고 분석할 것임.

(3) 병원성파에서 변이: CEO를 비난할 수 있나?(Variations in hospital performance. Can we blame the CEO?)

- 병원의 비용과 결과에서 변이는 지속됨. 정부는 병원 시스템 전반에 걸쳐 이러한 변이를 줄이고 이에 상응하는 비용 가치를 제공하기 위해 성과의 주요 동인을 더욱 깊이 이해하고 의료 제공 조직의 투명성과 책임을 높이하고자 함.
- 환자구성, 진료량, 병원소유, 지역적 위치 및 교육 상태와 같은 맥락적 수요와 공급 요인들에서, 보고서는 조직적 문화에 영향을 미치고 임상 결과와 자원 활용을 향상시키는 데 대한 리더십과 관리의 역할을 명확히 할 것임. 관리 관행, 임상적 리더십 및 거버넌스의 역할이 고려되어야 함.

(4) 덴마크 제안: 의료도서관 앱(A library of healthcare Apps)

- 디지털 기술은 건강 증진과 질병 예방을 위해, 보건의료서비스에 대한 접근성, 질, 비용 적절성을 향상시킴으로써 모든 국가의 보건의료시스템을 지원하는 큰 잠재력을 가짐.
- 이 보고서는 유사한 앱 라이브러리에 대한 경험과 여러 국가에서 건강관련 앱을 평가하는 방법을 확인함. 분석은 해당 앱이 준수하는 데이터 보안, 데이터 보호, 앱(App)과 결합되는 의료장비에 대한 표준 정보 제공에 관심을 가짐.

3. 제23차 보건위원회 결과

- 일시: 2018년 6월 27일(09:30~18:00), 28일(09:30~17:30)
- 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- 의장: Ms. Olivia WIGZELL
- 참석자
 - 한국대표단: (보건복지부) 장재원 과장, 안선미 주무관, 이슬비 에디터, (한국보건사회연구원) 강희정 연구위원, (건강보험심사평가원) 김지애 부연구위원, 임지혜 부연구위원
 - 기타 회원국(독일, 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 덴마크, 에스토니아, 미국, 핀란드, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 아이슬란드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 라트비아, 룩셈부르크, 멕시코, 노르웨이, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 체코, 영국, 슬로베니아, 스웨덴, 스위스, 터키, EU, 콜롬비아, 리투아니아) 대표단
 - 초청 국가 및 단체(아프리카, 아르헨티나, 브라질, 코스타리카, 러시아, 카자흐스탄, 페루, World Bank, WHO, the King's Fund) 대표단
 - BIAC, TUAC 대표단(안전 7과 8에 대해서만 참석)
 - OECD 관계자

안전 1. 제23차 회의 의제 채택

안전 2. 제22차 보건위원회 회의록 승인

안전 3. 사무국 업무 보고 : 고용노동사회국 국장 Stefano Scarpetta

□ 지난 6개월경과 보고

- 보건지출(일인당의료비)이 지속적으로 경제성장 수준을 따르고 있음.

- '17-'18년 자발적 기여금(VC)으로 11개 국가(호주, 캐나다, 에스토니아, 아일랜드, 일본, 독일, 한국, 멕시코, 노르웨이, 슬로바키아, 스위스)의 1900K 유로, 2019-20 예산 사업에 대한 DG Sante의 3개 보조금(Grants), IADB의 신규 VC
- 2017~18년 2년간 적자 0.5M 유로, 정신건강 벤치마킹, 환자중심 프레임워크, 빅데이터 고위급 포럼 관련하여 추가가 적자 예상
- 2019-20 프로그램사업예산 완료 진행(사업 우선순위 조사 결과 반영 Part 1 예산 설정, 전년 기준 자발적 기여금 설정, 10월 이사회 제출, 연말 전까지 이사회 승인 예정)

□ 지속 사업 현황

- 정신건강 성과 벤치마킹: 6월 29일 워크숍, 2019년 관련 보고서 발표 예정, 청소년 정신건강 관련 정책 브리프 준비 중
- Health at a Glance: Europe 2018에서 정신건강 관련 별도 챕터 마련
- 2019년 영국에서 UK Global Mental Health Summit 개최 예정
- 의약품 및 의료기기 관련 'Sustainable Access to Innovative Therapies' 보고서 2018년 4분기 발간 예정, 새롭게 구성된 'Expert Group on Pharmaceutical and Medical Device'의 1차 회의(26-27 Mar)에 23개 회원국 전문가 참석
- Working Party on Health Care Quality and Outcomes의 1차 회의(17-18 Mar)에 32개국 대표단 80명이 참석하여 기존의 AMI 등에 집중되었던 병원성과평가 확대를 위한 계획 등 논의
- 보건의료시스템 성과, 양질의 의료에 대한 사회경제적 수준이 다른 사람들의 접근도 보장에 대한 평가
- 오피오이드(Opioid) 프로젝트, 문제 있는 오피오이드 사용률이 가장 높은 미국, 캐나다 참여 기반 새로운 공중보건 위기로 접근, 관련 국제 전략 분석, 관심

이슈에 대한 조사 계획

- Public Health Reviews, 칠레(2017년 보고에 대한 평가와 권고), 일본 (2019 Q1), 한국 (2019 Q2), 라트비아(2019 Q3) 발표 예정

□ 기타 위원회 및 외부 조직과 협력

- 건강정보이해능력(Health Literacy) 관련 미국에서 국제행사, 2018년 OECD 워킹페이퍼 발표
- OECD/ILO/WHO가 UNDP와 트러스트 펀드 구축을 위한 MoU 체결 ('18.3.23)
- 노르웨이와 중국의 재정 지원, 보건의료인력 이동 플랫폼 관련 첫 회의가 제네바에서 개최 예정('18.9.12), 보건의료인력 이주 데이터 및 모니터링에 대한 워크숍 예정('18.10.12)
- OECD Joint Network of Senior Budget and Health Officials
 - 페루, 필리핀, 남아프리카에 대한 사례연구 완료, 국가 비교 조사 진행 중, '19.2월 OECD 전체 회의, 코스타리카 주체 지역 회의 개최 예정

□ 기타 발간 안내

- 치매, 리투아니아에 대한 보건의료시스템 보고서, 주요 발간물 시리즈
- 2018 보건 통계, 새로운 데이터 시리즈 업데이트('18.6.28)

- (미국) 사무국 보고에 이어, 미국 보건부의 주요 관심 정책이며, 사람중심 보건의료시스템 구축의 핵심요소로서 건강정보이해능력(Health Literacy) 향상에 대한 국제행사를 워싱턴에서 개최 예정이며, 행사 준비를 위해 OECD 사무국, 회원국 등이 참여하는 자문 그룹 구성을 위해 관심 국가들의 참여의사 표명을 요청함.

안건 4a. 아르헨티나 보건부 장관 발표

- Mr. Adolfo Rubinstein 보건부장관, 아르헨티나와 G20의 보건의료 의제

□ 아르헨티나의 보건의료 의제 개발과 실행

- 출산율 2.3명, 기대수명 76.3세, 보건의료지출의 GDP 비중 10.2%(2016년)
- 공공분야(100%)/사회보험분야(의무보장 60%)/민간분야로 구성
- 주요 전략 목표 : 효과적 보편적 건강보장의 실행(패밀리 헬스, 정보시스템, 건강문제에 대한 우선순위 접근), 약가 설정(참조가격 등) 및 보장 정책 실행, 어린이 과체중 및 비만 중심의 만성질환 예방
- 효과적 보편건강보장의 실행을 위해 가족 및 지역사회 건강(일차의료와 병원에 대한 진료권 설정 등), 일차의료 중심의 통합 의료시스템 구축을 통한 건강 보장(효과적, 형평적, 질적 측면), E-health 추진
 - 보편적 건강보장 로드맵을 통해 일차의료 중심 통합 의료 네트워크, 전자건강기록, 지방 보건의료시스템 통합 추진
- 의약품 가격 설정 및 보건의료기술평가 실행을 통해 접근성 보장 정책
 - 의약품에 대한 고정 및 참조가격 실행, 공공분야 공동 협상 및 구매, 보건의료기술평가를 위한 국가기구 설치, 의무급여영역, 사회보장 및 민간기금의 통합, 고비용저발생 보건의료서비스 및 기술을 위한 보건의료보장기금 마련
- 아동 과체중 및 비만 중심 만성질환 예방
 - 비만은 아르헨티나 포함 라틴아메리카에 있어서 심각한 건강문제로 과체중과 비만에서 사회적 불평등 크고 특히, 여성에서 지속
 - 아동 과체중 및 비만의 국가 예방 계획 실행: 영양 교육 촉진, 사회적 마케팅 및 지역사회 참여, 취약인구 식품 지원 프로그램의 질 향상 등

□ 10월 4일 G20 논의 의제

- 사람중심 보건의료시스템의 틀에서 보건시스템 강화, 항생제 내성, 어린이 과체중과 비만 중심 영양문제로 주제 세분

□ 논의 결과

- (독일) G20의 의제를 지지하며 공중보건 이슈로 비만과 함께 AMR 이슈에 대한 중요성을 강조함.
- (사무국) 공공/사회보험 등 영역에 관계없이 사람들이 자신의 공급자를 선택할 수 있는 프로그램을 가지고 있는지에 대해 질문함.
- (아르헨티나) 사회보험영역과 민간영역이 서로 연결되어 있으나, 65%가 동시에 가입되어 있음. 지역단위 시스템이 작동하고 있고 상위 수준에서 상호 연계 되도록 노력하고 있지만 단일 국가 시스템을 가지고 있지는 않음. 일차의료를 기반으로 사회보험 보장을 확대하고 있으며 극단의 재난적 의료비 발생 위험을 보장하고 있음.

안전 4a. 카자흐스탄 보건부 장관 발표

- Mr.Aleksei TSOY 보건부 차관, 보건의료 개혁 성과
 - 독립 이후 의료개혁을 통해 보건의료 성과 향상
 - 1995년: 평균수명 63.7세, 모성사망률 출생아 10만명당 77.3, 영아 및 아동 사망률 출생아 천명당 27.3, 사망률 인구 천명당 10.2
 - 2017년: 평균수명 73세, 모성사망률 출생아 10만명당 12.5, 영아 및 아동 사망률 출생아 천명당 7.93, 사망률 인구 천명당 7.15
- 의료비 지출 구성과 보건 재정의 문제
 - 전체 의료비 중 감염성 질환 4-5%, 비감염성 질환 95-96%
 - 병원에서의 지출 비중(48%)이 OECD 평균(37%)보다 높은 수준
 - 보건의료에 대한 정부지출 GDP 비중 감소: 2009년 2.6% → 2017년 1.9%
 - 민간지출의 비중 증가: 2010년 30% → 2015년 39%

□ 2017-2019 보건 분야 현대화 프로젝트를 위한 6대 사업 진행

- ①의무 사회보험 도입을 통한 효율성 제고, ②민간 보건의료조직을 위한 시장 자유화와 장벽 축소, ③투자 유인 및 공공-민간 파트너십 개발, ④단일 건강정보플랫폼 구축(디지털화), ⑤계약시장의 발전, ⑥의료 관광 및 수입 대체 개발

□ OECD-카자흐스탄 협력

- OECD의 카자흐스탄 보건의료시스템 검토와 카자흐스탄 국가보건계정 검토를 통한 주요 권고 실행을 통해 디지털화를 통한 일차의료 강화의 성과가 있었으며, 지방 폴리클리닉 시범 사업을 추진하고 있음.

□ 1978년 알마아타 선언 40주년 기념으로 2018년 10월 25-26일 카자흐스탄에서 개최되는 일차의료 글로벌 컨퍼런스에 회원국들을 초청함.

□ 논의 결과

- (WHO) 카자흐스탄 개혁 성과와 행사 개최를 지지를 표명하고 비감염성 질환에 대한 보건의료시스템의 대응과 보다 형평한 보장의 중요성을 강조함.
- (의장) 보편적 접근을 보장하기 위한 일차의료 강화의 필요성을 지지함.

안건 4b. 유럽집행위원회 보건 및 식품안전 국장 발표

□ Mr. Xavier Prats Monne, EU 정책 우선순위와 OECD와 협력

□ EU-OECD 협력 우선순위 전략은 보건의료시스템과 성과에 대한 지식 강화, 사람 중심 운영, 보건의료시스템의 경제성 분석에 중점을 두고 있음.

- 일차의료 강화에 적합한 보건의료인력의 기술 향상이 중요하며, 보건의료시스템의 아웃컴(outcomes)을 공유하는 것은 매우 의미 있음.

- 상대적으로 부족한 아웃컴 정보 확대를 위해 PaRIS 사업을 지원하고 지속적으

로 참여할 것임.

□ EU-OECD의 협력은 회원국 뿐 아니라 전 세계 국가에 영향을 미침.

○ ONE Health 관점에서 다양한 영역과 연계한 AMR 사업추진이 중요함.

○ EU는 디지털 단일 시장으로서 E-health는 중요한 이슈임. EU 사례의 활용을 통해 사람중심 보건의료시스템 구축을 위한 보건의료 데이터 활용에 대한 논의 진전이 필요함.

□ 논의 결과

○ (의장) AMR 관련해서 농업, 식품, 보건 분야의 협력적 접근이 진행되고 있는데 재정 등 어떤 다른 분야에 대한 연결이 필요한지에 대해 질문함.

○ (EU국장) 유럽국가에서 백신(항생제) 사용 수준이 높은 문제를 제기하고 AMR 사업 추진과 관련된 국가별 상위수준에서 미시수준으로의 단계적 의사결정과 국제적 결정이 모두 협력적으로 이루어져야 함.

안건 5. 환자보고지표조사(PaRIS): 새로운 국제 조사 제안

1) Round 1: 설문 설계와 수행

□ 사무국 보고

○ (PaRIS 배경) OECD Next Generation Reform, 2017년 1월 17일 개최 (보건장관회의)

- OECD 보건통계 고위급(High-Level Reflection Group on Health Statistics, HLRG) 보고서(2015년)의 제안에 근거하여, OECD 보건위원회가 국가 간 비교 가능한 환자 경험과 결과지표 개발 및 분석을 주도하도록 업무 위임함.

○ (PaRIS 설문 목적) 일차/외래 의료서비스 제공자로부터 보건의료 서비스를 받고 있는 하나 이상의 만성질환을 가지고 있는 성인의 건강결과와 경험에 대한

첫 국제 설문

○ 설문대상인구, 접근방법, 질환, 시설(Primary/ambulatory), 데이터 수집, 샘플 디자인 등 고려사항 많음.

- 국가마다 보건시스템 차이로, 일차/외래로 나눔
- 문화, 언어 바이어스를 없애기 위하여 노력함. 다행히 설문 설계 과정에서 과거 관련 경험이 존재함.
- PaRIS는 국가비교를 위한 설문이지만 각국의 관심이 있는 내용을 설문에 추가하여 조사할 수 있으며 오버샘플링도 가능함.
- 일차의료에 대한 정의가 국가마다 다양함. 일반의 중심의 일차의료 강국도 있는 반면, 전문의 중심의 보건시스템도 있음. 모든 시스템을 포괄할 수 있는 계획은 불가능하므로 각국의 상황에 따른 개별 로드맵 구축 계획임.
- 실행가능성(feasibility): 과거에 비해 제안이 단순해짐. 전자 기반이 아니며, 파편화된 보건시스템을 갖춘 국가도 참여 가능함.
- 로드맵 구축 이후 비용 산정할 수 있음. 국가 설문의 단독 시행은 국제 설문보다 비용효과적인 면에서 불리함. 비용, 자원과 노력이 더욱 많이 소요됨. 국제설문인 PaRIS를 통해 이러한 노력과 비용을 줄일 수 있음.

○ (수행) 세 단계로 진행됨 (5년)

- Phase 1 (2018년 중순 - 2020년 중순) 설문 개발
- Phase 2 (2020년 중순 - 2021년 중순) 현장 테스트
- Phase 3 (2021년 중순 - 2023년) 모든 OECD 국가 대상 설문 실시

○ (주요 내용)

- 관련 있고 비교 가능한 설문 내용
 - 의견이나 만족보다는 실제 결과와 경험 ▶ 강건한 근거 기반의 존재하는 도구 상에서 개발 ▶ 각국의 니즈에 따라 특정 그룹의 오버샘플을 위한 추가 모듈 및 질문 추가 가능
- 국가마다 보건의료시스템의 차이

- 각국에 맞는 로드맵 : 타깃 인구 접근을 위한 가장 최상의 방식을 반영한 각 국가별 맞춤형 접근
- 표본추출, 부담 등과 같은 측면에서 수행 가능한 설문 설계가 되어야 함.

○ 사무국 요청

- 설문 설계와 수행에 대한 회원국의 코멘트 요청
- PaRIS-설문을 위한 단계별 접근의 동의 여부 요청
- 1단계 진행을 감독하는 Board of Participating Countries(BPC) 참여에 대한 표명

□ 논의 결과

- (EC) PaRIS 태스크포스에 참여하고 있으며 PaRIS를 지지하고 BPC 참가를 희망함. 전립선암의 경우 유럽은 전반적으로 5년 생존율이 95%로 차이가 없으나, 다른 환자 결과(outcomes)를 보면 차이가 있음. 내년도 예산이 아직 승인되지 않았으나 도움 필요한 국가를 지원할 의향이 있음.
- (네덜란드) 네덜란드 대표로써 그리고 태스크포스 의장으로써의 프로젝트의 필요성을 지지하고 BPC 참가를 표명함.
- (미국) 정보 수집의 복잡성과 부담을 고려할 때, 환자 뿐 아니라 의료 제공자와 클리닉 디렉터에 대한 추가 정보 수집의 목적은 무엇인지를 질문함. PaRIS 목적을 지지하고 인구 기반 접근, 효율적인 설문 실행을 위한 최적화된 방법론적 고려를 요청함. 각국의 상황에 맞는 맞춤형 조사 시행으로 인한 데이터의 국제적 호환성 문제를 지적하고 일정에 동의함.
- (프랑스) Stream 1에 참여하고 있으며 보고서 개선에 만족하고 있음. 워딩(wording) 개선으로 내용이 좀 더 명확해졌음. 그러나 프로젝트 범위와 내용에 대한 추가 설명이 필요함. 아울러, 지역적 설문 수행과 비교를 제안함. 프랑스는 국가 설문을 실시하였는데, 10-20분이 소요되는 60개 문항의 조사가 너무 오래 걸린다는 의견이 있었음.
- (이탈리아) PaRIS initiative를 환영하고 국가 목표와 맞음. 보고서는 보다 자

세한 정보를 담고 있으며, 사람 중심 의료시스템으로의 초점을 제고하고 있음. 이탈리아 역시 유사한 사업을 진행하고 있으며, 시민들의 직접 기여를 통해 새로운 지표를 개발하는 시도 중임. 현 시점에서 BPC 참여를 확정하기 어려움.

- (노르웨이) PaRIS 프로젝트와 설문 제안을 지지함. BPC 참여하겠음.
- (독일) 조금 더 자세한 정보가 필요함. 독일은 일차의료가 분산되어 있으므로, 이들을 대상으로 하는 포괄적인 PaRIS의 실행이 쉽지 않음. 또한 표본 추출과 관련된 방법론도 여전히 분명하지 않음. 설문 비교를 위하여 질한 단계를 어떻게 통제할지에 대해서도 불분명함. 최소 표본 규모에 대한 정도가 없음. 의사는 환자 모집에 많은 시간적 투자를 해야 하는데 이러한 부분을 어떻게 보상할 수 있는지 고민해야 함. 독일의 데이터 보호법으로 인해 PaRIS 프로젝트의 조기 참여가 힘들 수 있음.
- (덴마크) 보고서에 대하여 만족함. 만성질환자 대상과 PaRIS 수행에 어려움이 있을 수 있음. Phase 1을 위한 BPC는 참여하지만 Phase 2와 3은 진행 상황을 보고 결정하겠음.
- (콜롬비아, 슬로바키아) PaRIS initiative에 참여와 BPC 참여를 희망함.
- (슬로베니아) 최근 선거를 통해 새로운 정부가 구성되었으므로 PaRIS 관련 결정은 이후에 할 수 있음.
- (핀란드) PaRIS를 지지하지만 목표가 지나치게 야심적임. 작은 규모의 단계별 접근이 중요함. PaRIS의 결과가 긍정적으로 나오는 몇 국가를 선정해 실행해 보는 것이 좋을 것 같음.
- (호주) 의료 질과 안전을 제고할 수 있다는 점에서 PaRIS는 유용함. 국제 비교와 국내 활용 가능성으로 PaRIS를 높게 평가함. 환자, 의사, 매니저가 수집한 데이터가 어떻게 사용되는지 알고 싶음. 최근 호주에서는 병원 대상 환자들의 경험 조사가 이루어졌으며 관련 경험을 공유하도록 하겠음. BPC에서 활동할 대표를 지명하겠음.
- (일본) 새로운 설문조사 시 국가 경제와 삶의 표준에 기여해야한다는 법규가 있음. 따라서 PaRIS 설문은 이러한 측면에서 기여 여부와 정책 활용성에 대한

보다 자세한 정보가 필요함. 새로운 설문 시행을 위한 예산 가능 여부가 불분명하고 현재 정기적인 국가 행태 설문 시행에서 상당 부분이 PaRIS 설문과 중복되는 부분이 있음. 정책 활용을 위한 데이터 수집의 필요성 뿐 아니라 효용도와 업무 부담 등을 고려해야함. Phase 1의 결과를 지켜본 후, Phase 1 & 2 참가 여부를 결정하도록 하겠음.

- (한국) 지역기반 일차의료이 정착되지 않은 상황에서 일차의료 기반 PaRIS 설문의 어려움과 관련하여 바이어스가 발생하지 않도록 충분한 규모의 표본을 확보하기 위한 일차의료 정의 및 범위에 대한 구체성, 환자의 설문 응답률에 영향을 줄 수 있는 일차의료 제공자와 환자 간 신뢰 관계 수준 고려, PaRIS 설문의 성공적 수행을 위해 PaRIS 중요성에 대한 일차의료 제공자의 인식을 확대하는 홍보 등 적극적 개입의 필요성을 제안함.
- (체코) PaRIS 프로젝트 지지하고 단계적 접근에 동의하며 BPC 참여 원함.
- (네덜란드) 복합 질환은 비용 등 중요한 이슈로 PaRIS와 같은 가치 측면에서의 설문이 필요함.
- (영국) 복합질환은 보건의료 비용 상승의 주요 요인이므로 복합질환의 감소가 중요함. 일반의-환자 설문(GP-Patient Survey)을 보면 고용상태, 인증, 지역에 걸쳐 불평등이 확인됨. 따라서 이를 감안하기 위해 더욱 큰 표본 규모가 필요하며 추가비용이 발생하게 됨. BPC 참가를 희망함.
- (사무국) BPC 참가 의사를 표명한 국가와 참가 결정을 위해 내부 조정이 필요한 국가들을 확인하고 관련 질문에 대해 다음과 같이 답변함.
 - 기술적 이슈에 대한 코멘트가 많았음. 현 단계는 설문을 제안하는 것이므로 환자 표본 규모와 같은 기술적인 이슈에 대한 답변을 충분히 할 수가 없음. 예를 들어, 필요한 통계적 검정력은 도구가 선정된 이후에 가능함. 이러한 기술적 문제는 국제 계약 업체를 고용하고 기술적 전문가들과 논의로 더욱 구체화 될 것임.
 - PaRIS는 환자 중심을 위한 프로젝트임. 그러나 의료제공자에 대한 조사도 포함할 예정임. 이는 국가별 차이와 이를 설명할 수 있는 요인을 밝혀내기

위한 것임. 의료서비스 제공에 대한 보상의 비교를 위한 것이 아니라 국가별 보건시스템의 차이를 파악하기 위한 것임.

- 보고서의 제안에서 언급되었듯이, 프랑스의 일부 지역에 집중 필요성에 대해서 동의하며 좋은 제안임. 질문 답변이 20분 이상 소요되지 않도록 할 예정임.
- 질문 시간을 최소화하고 문항수를 줄이고 표본 추출도 의료제공자가 하도록 하여 효율적인 방법으로 시행할 예정임. 데이터 보호는 독일 뿐 아니라 다른 국가에서도 매우 중요한 문제임. 비용 산정을 위한 표본 추출 뿐 아니라 일본의 코멘트처럼 규제 등의 다양한 측면을 고려할 필요가 있음.
- 가능한 한 많은 국가들이 BPC에 참가하기를 바람. 오늘 제기된 자세한 사항들은 BPC에서 논의할 문제이므로 BPC 참가는 중요함. 국가들이 준비되었다고 동의하지 않는 이상 다음 단계로의 진행은 없을 것임.
- 조사도구 개발은 국제 계약 업체가 담당하게 됨, 그러나 설문의 질문 내용은 회원국과 BPC의 의견이 많이 반영될 예정임.
- 데이터와 개인정보보호를 위한 최고 수준의 기준을 충족시키도록 할 것임.
- 설문 방법과 실행가능성 관련된 질문이 많아, 내일 12:30-1:15분 동안 상기 이슈에 대해 좀 더 논의하도록 하겠음.

2) Round 2: 거버넌스 및 비용

□ 사무국 보고

- (거버넌스) PaRIS 설문 진행을 주도할 국가들로 이루어진 참가국 위원회 구성 (Board of Participating Countries, BPC) : PaRIS-설문과 관련된 모든 활동을 감독하는 중점 기구로 보건위원회에 보고하게 됨.
- (비용) Phase 1 : 약 1,640 K 유로 필요
 - 사용 가능한 자발적인 기부(VC) : 60% 는 이미 커버되었음.
 - Phase 1을 위한 재정 갭(gap): 약 680 K 유로가 필요함.

- 국가들에게 설문을 위한 재정 모델에 대한 조언 요청 예정 (VC vs. 수수료 시스템 (fee system))
- 수수료 시스템 하에서, 모든 국가들이 참가하게 된다면 국가별 비용은 줄어든다.
- 국가당 연간 국제 비용은 23.5K 로 추정함(모든 국가 참가 가정 시)
- PISA & PIAAC의 수수료 시스템 예시를 참고할 수 있음.
- Phase 2 & 3 국제 비용: 50% (기본 수수료) + 50% (변동요소 (소득 및 규모) 반영)
- Phase 1의 국내 비용: BPC 참가 비용, 소규모 파일럿 테스트 위한 번역 비용
- Phase 2 & 3 국내 비용
 - 현장 테스트, 국가 프로젝트 매니저 고용
 - 사무국은 Phase 1 동안 Phase 2와 3을 위한 비용 예산을 제공하도록 지속적으로 작업할 예정
- (일정) 첫 BPC 회의가 11/7일에 파리에서 있을 예정이며, 9/15일 이전까지 첫 회의 참석 확인 바람. 2018/12월 입찰 요청 및 2019/6월 보건위원회에 낙찰 업체 보고.
- PaRIS 주요 원칙
 - 포괄적 개발, 사람 중심 시스템 지원 ▶ 국가적 방향성에 맞춤 조정 ▶ 다수준 접근 ▶ 단계적 접근, 향후 사용을 위한 설계

□ 논의 결과

- (칠레) 최근 선거로 새로운 정부가 구성되어 결정된 사항이 없음.
- (벨기에) BPC 참가를 표명하며 대표자를 지명하도록 하겠음. 벨기에는 환자 경험 측정 부재로 PaRIS를 환영함. 벨기에 국가 구조와 일차의료의 복잡하지만, PaRIS 관련 정보를 국내에서도 활용할 수 있을 것으로 기대함.
- (프랑스) 사무국의 세 단계 접근은 매우 바람직함. Phase 1 참가 의사 표명함.

환자 패널 참여 등에 대해 매우 동의함. 그러나 의료 제공자의 개입이 없는 것은 의문임. 이후 참여를 위해서는 단기/장기 비용 추정이 필요함. 프랑스는 데이터 수집과 관련된 윤리적 이슈-데이터 및 개인정보 보호-에 대해서 매우 긴밀하게 검토하겠음. 의료제공자로 인한 에러(error)나 바이어스 발생 문제에 대해서도 검토할 필요가 있음

- (스위스) BPC 참가를 확정함. 모든 이해관계자의 참여와 PaRIS의 재정 조달 방식이 보다 단순화되기를 희망함.
- (라트비아) PaRIS initiative을 지지함. Phase 1의 참가에 반대는 없으나, Phase 2와 3의 참석은 내부 논의가 필요하며 서면으로 참여 여부를 전달하도록 하겠음.
- (이스라엘) 타임라인을 포함한 전반적인 제안에 동의하며, BPC 참가 희망함.
- (폴란드) 전문가의 자격과 전문성에 대하여 사무국에게 질의함.
- (리투아니아) Phase 1에 참가하겠음. Phase 2 & 3 참여 여부는 내부 토의 후 통보하겠음.
- (칠레/멕시코/터키) BPC 참가 결정을 위한 정부 설득 논거를 요구함.
- (사무국) Phase 1 참가 여부가 주요 이슈임을 강조하고 Phase 2 & 3 참가여부 확정 지연에 대한 국가별 상황을 이해하고 관련하여 다음과 같이 답변함.
 - 국가의 보건의료시스템 특성이 다르다는 것을 잘 알고 있음.
 - BPC 외에도 전문가로 구성된 기술팀(technical team)이 따로 구성될 예정임. 따라서 BPC는 꼭 기술 전문가가 아니어도 되며, 각국의 일차의료 시스템 혹은 환자 중심 의료시스템에 대한 이해가 있는 담당자를 지정할 수 있음.
 - 포괄적 개발(Inclusive development)이란 모든 국가의 참여 뿐 아니라 모든 이해 관계자의 참여를 의미함. 따라서 의료 제공자 참여도 포함하겠음.

□ (6/28) 45분 추가 논의 후 사무국은 다음과 같이 1단계 및 BPC 참여에 대해 명확히 정리하였음.

- BPC 참가가 재정책임(financial obligation)과 연결되는 것은 아님. 현 단계에서 BPC 참가와 비용 부담은 다른 두 개의 별개 이슈임. 따라서 BPC 조기 참여를 권장함.
- BPC 조기 참여는 설문 개발 시 각국의 문화 및 언어를 반영할 수 있으므로 설문 시행 시 문화와 언어 차이로 인한 바이어스 가능성을 최소화할 수 있으며, 번역 등 관련 작업을 위한 충분한 시간을 확보할 수 있음.

안건 6. 항생제 내성(AMR) 대응 - 경제성과 공공정책

□ 사무국 보고

- AMR 보고서 발간을 앞두고 주요 결론 내용에 대한 검토 요청
 - 평가 및 권고, 복잡한 원인을 가진 공중보건 이슈인 AMR 사용에 대한 회원국에서의 추세와 부담, 대응정책, 대응정책의 비용효과성
 - 향후 의견수렴을 통해 내용 추가하고 '18년 가을 최종보고서 발표 예정
- 2005년 이후 2030년까지 예측 분석 결과, 효과적 활동이 없다면 AMR은 지속적으로 증가할 것임.
 - 33개 회원국과 유럽 국가들의 보건의료시스템이 연간 3.5B USD PPPs 부담, 감염병 지출의 12-13%를 차지함.
 - 관련 정책을 수립한 국가는 많지만, 5개 국가만 AMR 액션플랜을 개발하고 재정지원을 하고 있음.
- 처방 지연(delay prescription), 대중매체 캠페인, 스튜어드십 프로그램 등 정책적 접근이 이루어지고 있음. 공중보건정책이 회피가능사망을 감소시키고 있으며, 일부정책에서 투입비용에 상응하는 병원감염 관련 비용의 감소를 보임.
 - 항생제 내성은 회원국을 초월하여 증가하고 있으며, 특히 2, 3 라인 항생제 내성의 증가가 문제임.
 - 위생 개선의 개입이 가장 긍정적인 효과를 보이거나 신중한 사용에 영향을 주지 않음.

- 분석 내용, 관련 정책사례 제공, 추가적 고려사항에 대한 토의 요청

□ WHO, 원 헬스 측면에서 사업 추진 현황 발표

○ 사업 추진의 목적

- 식품생산동물을 위한 농장 수준에서 항생제 내성의 편익과 비용 평가
- 가축 생산에서 항생제 사용을 최적화하기 위한 모범적 사례와 정책 인지
- 다양한 관점과 수준에서 단기와 장기적으로 비용과 편익의 비교
- 보다 건강한 동물 양성을 통해 식품가격 인하, 안전한 식품에 기여

- 대부분의 농장들이 근거 없이 주로 과거의 습관에 따라 항생제를 사용하고 있으며, 최근 생산단계에서 항생제 사용의 최적화 필요성에 대한 농부들의 인식이 확대되고 있음.

○ 중국의 사례 소개

- 식품동물생산에서 항생제가 중요한 역할, 글로벌 사용의 40% 이상
- 동물용 항생제의 질(quality)에 대한 문제가 제기되고 있으나 지방 수준에서 전문가 부족
- 최근 가축 생산에서 항생제 사용을 낮추기 위해 처방에 의한 사용 등 규제, 인식 개선 중심의 교육 및 훈련이 확대되고 있음.

○ 결론 및 정책 제언

- 동물 생산에서 항생제 사용의 비용/편익에 대한 정보 제공 확대 필요
- 농장주와 수의사 대상으로 대안적 개입 및 비용에 대한 더 나은 정보와 훈련 제공 필요
- 실용적 규제 시스템 필요-특정 질병별 관련 항생제 접근 허용
- 교육과 자문, 동물·인간·환경에 대한 AMR의 부정적 외부효과에 대한 인식 확산
- 2019-20 프로그램 사업 예산에 관련된 두 개 프로젝트 추진 중

□ 스웨덴, AMR 대응 국가 전략 발표

○ 인간 및 동물의 건강을 위해 매우 중요한 이슈로 WHO의 One Health 접근에 따라 전략을 추진 중

- 상대적으로 항생제 내성에 대한 수준은 좋은 편임. 항생제 내성으로 인한 직접 피해 추정은 2018년 15,129명에서 2050년 70,954명으로 증가 예측, 비교 국가들에 비해 낮은 수준이지만 증가분은 추가적인 비용의 지출을 의미함.
- 1995년부터 지역단위에서 항생제 사용을 통제하는 정책 시작, 항생제 매출 등에 대한 데이터를 기반으로 정책을 추진함. 80년대 후반부터 동물분야에 적용
- 2016년 새로운 전략 시작, 인간과 동물에서 세균성 감염의 효과적 치료 가능성을 보전하기 위한 포괄적 목적 설정(감시, 예방, 대응적 사용, 연구 및 개발, 사회 인식, 구조 및 시스템, 국제적 리더십)

○ One Health 접근

- 스웨덴 정부는 다양한 다른 관점이 정책 개발과 실행에 반영되도록 정교한 정부 절차를 가지며, 정부 전략 관련 분야 간 워킹그룹을 운영함.
- EU, 다자 및 양자 협력, 글로벌 액션 플랜, 유엔 총회 AMR 고위급 회의 등 국제적 참여도 확대
- 다른 영역과 연계 측면에서 AMR의 환경 영향에 대한 연구 등을 진행 중

□ 논의 결과

○ (TUAC) 비회원국의 역량 향상이 중요함. 보건의료 인력을 위한 산업보건 관점에서 개입의 필요성이 논의되어야 함.

○ (프랑스) 국가 간 정책 차이, 국내에서 정책 충돌의 조정이 필요함. 원 헬스 측면에서, 인간 및 동물 건강 분야의 많은 참여자가 결정요인에 대한 사례를 공유해야 함. 60-80%의 영향을 차지하는 병원 분야 비용 감소추정에 대한 연구

가 필요함.

- (핀란드) 공중보건에 대한 부담 뿐 아니라 경제 성장에도 부정적 영향을 미치고 있음. 국가 액션플랜이 필요하며 OECD 작업이 도움이 될 것임.
- (덴마크) 경제적 영향 추정은 정책 추진에 도움을 줄 것임. 다른 정책 간 비용 효과성 비교는 매우 유용한 정보이며, 위생수준 향상을 위한 의료인 교육의 필요성과 원 헬스 측면에서 분야 간 연계의 중요성에 동의함.
- (노르웨이) 상대적으로 항생제 사용수준은 낮지만 높은 우선순위를 갖고 분야 간 통합 정책이 추진되고 있음. 지난해 말 기준으로 항생제 사용률이 15% 감소하여 정책성고가 확인되고 있으며, 감염질환에 대한 타깃팅 접근이 필요함.
- (네덜란드) 비용효과성 뿐 아니라 비용 절감 정책에 대한 중요한 근거를 제공하고 있으며, 국가 수준과 병원 수준에서 향상이 시스템 향상에 기여하도록 보고서 활용을 기대함.
- (영국) 원 헬스 측면에서 우선순위가 높은 정책을 추진 중이며, 다분야를 연계한 연구결과를 환영함. 지불제도 차원에서 개입정책 수립 등 보다 혁신적인 정책 제안을 위한 다음 단계 작업을 위해 G20 등과 국제적 협력 방안 모색을 제안함.
- (스위스) 원 헬스 차원에서 다분야 연계 접근이 중요하며 동물분야 항생제 사용 제한에 대한 시범사업을 보건 분야에 확대 적용하는 접근을 제안함.
- (월드뱅크) WHO 글로벌 액션 프레임워크 준수와 인간, 동물, 환경 분야에서 건강증진을 위한 연계적 접근의 중요성을 강조함. 농업 분야 연구 개발 및 민간 분야 참여도 중요하게 고려되어야 하며 모범적 사례를 보고하는 스웨덴 정부의 보고서 및 관련 국제적 협력 구조의 활용을 제안함.
- (WHO) 챕터 5의 내용은 국가 실행 계획 수립에 기여할 것이므로 관심이 높음. 투자에 대한 경제성 평가가 유용한 정보를 제공하고 있으며, 공중보건조직 뿐 아니라 모든 분야 조직이 고려해야 할 현대 의학의 문제라고 생각하며 지속적인 상황 변화 추적이 필요함.

- (BIAC) 관련하여 10월 18일에 개최 예정인 제3차 BIAC 보건 포럼에 대한 관심과 참여를 요청함. OECD 뿐 아니라 G7과 협력 필요하며, 이 부분에서 관련 기업과 협력도 중요함. 백신을 통한 예방 등 감염병 통제 전략과 세부 액션 프로그램이 치료보다 중요한 접근임을 강조함.
- (벨기에) 적절한 항생제 사용에 대한 캠페인 등 높은 수준의 정책으로 추진하고 있음. 병원에서 적정 항생제 사용에 대해서도 정책을 추진하고 있음.
- (캐나다) 원 헬스 접근의 AMR 대책 추진을 지지하며, 보건의료영역 뿐 아니라 관련 영역의 핵심 관계자들이 참여하는 정책 추진이 필요함.
- (EU) AMR은 핵심 정책 이슈로서 이에 대한 EU 액션플랜을 추진 중임. OECD와 협력하고 있으며, 올해 말 관련 경제성 평가 보고서를 발표할 예정으로 회원국들의 정책 접근을 공유할 수 있을 것임.
- (독일) 항생제 국가 행동계획을 관계 분야와 새로운 파트너십 구축을 통해 추진하고 있음.
- (남아프리카) 원 헬스 기반에서 다분야 국가 전략이 진행 중이며, 항생제에 대한 보편적 접근, 적절한 처방, 안전한 항생제 공급 등 혁신적 대응 정책이 추진 중임.
- (사무국) 보고내용에 대한 긍정적 평가를 확인함. 국가수준에서 지역 수준으로 접근을 확대하는 네덜란드 사례가 향후 과제이며, 예방 전략이 중요함. 국제적 협력을 통해 포괄적인 접근, 지리적 경계를 초월한 접근의 필요성에 동의함. 글로벌 협력 작업에 대한 지지를 기반으로 계량적 분석을 확대할 것임.
 - 많은 국제조직들이 이 주제와 관련한 작업을 진행하고 있음. 개입전략의 비용효과성 분석의 차별성과 가치를 증가시키는 요소들에 대한 근거를 제공할 필요가 있음. 기계학습, 인공지능 등 혁신적 모델링을 통해 관련 근거를 생산하는 작업을 발전시킬 것임.
 - 회피가능사망을 감소시키는 마이크로 시뮬레이션 모델링 등을 추진하고 있으며, 이를 기반으로 보다 강력한 근거를 제공할 것임.

- 이 보고서는 관련 국제조직과의 협력을 기반으로 한 의미있는 결과이며, 이를 기반으로 향후 포럼 개최를 기대하고 있음. 국제적인 구조에서 추가되어야 할 요소들에 대한 개발이 검토될 것임.

안건 7. 비만 및 신체활동, BIAC/TUAC 참여 회의

□ 사무국 보고

- 지난 한해 OECD 사무국은 비만, 건강하지 않은 음식, 신체 비활동 이슈 해결을 위한 혁신적 효과성 또는 비용효과성이 확인된 검토를 통해 다음의 결과를 발표함.
 - OECD Health Working Paper number 100 “Diet, physical activity and sedentary behaviors: 일부 OECD국가 대상 추세, 불평등, 클러스터링 분석
 - OECD Obesity Update 2017: 비만 추세와 최근의 정책 개발에 대한 최신의 통찰 제공
 - Healthy people, healthy planet: G7보건부장관 회의와 연계한 정책브리프
 - The FRESHER explore online platform: 유럽 보건 정책 규제 프로젝트의 예측과 모델링 작업의 일부로 OECD가 잠재적 건강 시나리오와 3개 유럽지역에서 정책 영향 분석을 위해 모델링 플랫폼을 사용함.
- 사무국은 비만과 관련한 추가 작업으로 비만의 주요 결정요인에서 추세와 불평등을 검토하기 위한 데이터를 확장하고, 비만, 건강하지 않은 음식, 신체 비활동 해결의 효과적 근거에 대한 작업을 시작함.
 - 혁신적 정책 옵션에 대한 효과성 및 비용효과성을 평가하는 마이크로시뮬레이션 플랫폼 개발을 진전시키고 주요 위험요인, 관련된 비감염성 질환, 이러한 위험요인에 대한 공중보건 활동의 광범위한 경제·사회적 요인 분석 작업을 시작함.

- 이 보고서는 다음의 측면을 중심으로 주요하게 진전된 작업내용을 제공함.
 - 비만과 관련 위험요인의 추세, 노동시장과 교육 성과에서 비만의 영향, 건강한 생활습관을 촉진시키는 정책의 효과성, 비즈니스와 산업에 대한 정책의 영향(사례연구로 재구성)
 - OECD 인구는 지나치게 좌식 행태를 가짐: 프랑스의 시간 사용에서 평균 24시간 중 앉아서 있는 시간이 33%, 활동시간 7%
 - 건강하지 않은 행태로 인한 비감염성 질환은 노동시장 결과에 부정적 영향을 미치고, 유럽에서 비감염성질환 관련 낮은 고용확률(고혈압 0.94 당노 0.86)이 조사되었으며, 2013-14년 회원국에서 BMI가 높은 아동의 나쁜 학습 성과가 보고되었음.
- 건강하지 않은 생활습관을 통제하는 풍부한 공중보건활동 존재
 - 일차의료, 정보 제공(모바일 앱, 대중매체 캠페인), 식품 라벨링 등
- 식품 재조합(food reformulation)의 효과성을 포함하여 공중보건정책이 산업에 미치는 영향에 대한 보고가 있음.
- 2019년 후반에 발표된 새로운 비만 보고서 준비를 위해 내용이 확장되고 보완될 것임.
 - 마이크로시뮬레이션 분석 등 분석모형 정교화와 산업에 미치는 영향 분석 수행, 건강과 영양 등 포괄적 접근을 위해 Food Chain Analysis Network와 작업 등
- 분석결과에 대한 의견, 노동시장 결과 및 사업, 산업에 미치는 영향에 대한 정책적 의미에 대한 의견, 관련된 최근 국가 정책사례 제공, 향후 작업에 대한 의견 요청

□ 프랑스, 신체활동 촉진에 대한 정책 사례 소개

- 3백만 국민의 신체활동에 대해 3가지 전략을 기반으로 국가정책 추진
 - 세 가지 전략은 참여자 지원, 운영자 지원, 균형적 접근

- 참여지원 전략은 시설 지원, 생애적 접근(school to university)과 여성, 노인, 장애인 등 타깃팅 접근을 위해 지역단위 재정 지원
- 운영자 지원 전략은 주요한 재정운영 단위인 지역 당국, 민간 분야 여러 단체 지원
- 균형적 접근은 국가적 범주에서 스포츠 부처와 관련 조직들이 모두 중요한 역할을 하도록 유도

○ 프랑스 스포츠부는 모든 주체 지원, 새로운 참여 유도, 새로운 형태의 스포츠 육성을 바탕으로 정책을 추진하고 있음.

□ 주요 논의 및 결과

- (호주) 다중의 위험요인을 고려한 여러 정책들에 대한 선택의 근거를 제공하는 포괄적 검토 보고서이며 식품 라벨링(labeling)은 좋은 사례임. 당 함유 비알콜 음료의 라벨링 확대를 추진 중에 있음.
- (영국) 비만에 초점을 맞춘 일련의 정책이 시행되고 있음. 당 함유 음료 감소 정책은 매우 성공적 정책이지만 식품 재조합(reformulation)은 다국적 접근이 요구됨. 2030년까지 비만 아동을 절반으로 감소시키는 정책을 추진 중으로 어린이 대상 고열량 고당 음식에 대한 규제 강화 라벨링 정책이 확대되고 있음.
- (한국) 최근 과체중 및 비만 감소를 위한 국가 정책이 추진되고 있으며, OECD 연구가 슈가 택스(sugar tax) 같은 규제정책 도입의 근거를 제공할 것으로 기대함. 관련하여 초등학교 1, 2학년 대상 영양교육을 하는 방과 후 어린이 돌봄 사업이 진행되고 있으며, 지역사회 기반 모바일 앱을 통한 신체활동 촉진 프로그램을 추진 중에 있음. 최근 국민건강보험공단 추계에 따르면 GDP의 0.6%가 비만으로 인한 부담으로 추정됨.
- (덴마크) 비만이 비감염성 질환 뿐 아니라 공중보건에 미치는 영향 분석이 필요함. 국가적 관심 이슈로 교육과 과체중과의 관계가 강조되어야 함. 건강한 선택이 보다 쉬운 선택이 되도록 건강관련 영양 정보의 핵심 레이블화와 식품 재조합(reformulation) 확대 노력 필요함. 이를 위해 사회 전반에서 중요성을

인지하고 책임감을 갖는 것이 필요함.

- (미국) 저소득 어린이 대상 교육성과에 대한 비만의 영향 분석을 제안하며, 신체활동과 스포츠에 대한 정책 비교를 위한 가이드라인이 필요함. 식품 개선을 위한 공공과 민간의 파트너십 구축(스위스, 호주, 멕시코)이 중요하며 시장에서 재조합 확대 유도하는 시간이 필요함.
- (BIAC) 산업의 참여와 협력 기회 제공에 감사함. 산업의 자발적 규제 확대를 위해 공공분야와 산업분야의 협력은 매우 중요하며, 헬스 리터러시와 건강 관련 행태들이 모두 함께 고려되어야 함.
- (TUAC) 좌식 행태는 개인의 문제일 뿐 아니라 작업장과 관련된 이슈로서 사회적 대화, 단체협상 등을 통해 작업장 개선을 유도하는 공동의 노력이 필요함. 공중보건의 비즈니스 및 산업에 미치는 영향 분석은 비즈니스와 산업이 보건 정책과 생활습관 형성에 영향을 미칠 수 있음을 의미하므로 관련 광고 제약 등 관련 정책의 검토가 필요함.
- (핀란드) 9월 23일 미국에서 개최되는 비감염성 질환 대응 비만 관련 국제 행사에 대한 관심을 촉구함. 2012년 이후 관련 정책을 추진 중에 있으며 체중관리 등 건강한 생활습관에 대한 가이드라인 제공, 건강한 행태에 대한 경제적 인센티브 제공을 시행하고 있으며 올해 말에 성과 보고서가 발표될 예정임.
- (프랑스) 산업 분야 라벨링 시스템으로 '뉴트리 스코어' 제도 도입을 소개함. 긍정적인 건강 선택을 유도하는 정책사례로서 비만 등 비감염성 질환의 유병률을 유의하게 감소시키는 성과 기전으로 평가되고 있음. 국가수준에서 통합 조정되는 실행 전략이 필요하며, 건강한 식습관과 신체활동, 영양 관련 여러 부처들의 협력이 중요함.
- (이탈리아) 유럽국가 중 가장 높은 비만 수준이지만 최근의 전략 추진으로 긍정적 지표 변화가 있음. 초등학교 어린이에 대한 교육 프로그램이 실효성을 보였음. 분야를 관통하는 정책 추진과 협력이 중요하며, 시민에게 권한 위임과 생애주기적 접근이 중요함. 주요 식품 협회들과 협력하여 고염, 고당 식품 등에 대한 라벨링 사업의 추진 뿐 아니라 글로벌 마켓에서의 추진도 필요함. 특

히, 어린이 보호를 위한 가이드라인 개발이 중요함.

- (일본) 40세 이상 인구 건강검진, 대사성 질환 고위험 집단에 대한 건강한 행태 선택을 위한 경제적 인센티브 제공. 대기업에서 건강보험과 연계하여 공공분야 직원에 대한 검진 확대, 75세 이상 노인에게 대한 신체활동 지원이 진행 중임.
- (라트비아) 노인, 아동, 장애인, 지방을 우선적 목표 집단으로 설정하고 있으며, WHO, EU, 다분야 협력을 통해 국가적 로드맵을 추진하고 있음. 학교 뿐 아니라 일반 인구에서 신체활동 촉진을 위한 사업을 추진 중임.
- (멕시코) 가장 중요한 정책 이슈로 당뇨와 비만을 health emergency로 규정함. 교육부 등 관련부처와 포괄적인 예방 전략을 추진 중으로 식품 라벨링, 고당음료에 대해 학교 내 판매 규제와 Tax 부과 정책이 시행되고 있음.
- (네덜란드) 비만이 높은 수준은 아니지만, 중요한 이슈로 다루어지고 있으며 대사성 질환과 관련성을 고려할 필요가 있음. 관련 정책 수립과 추진을 위해 많은 이해당사자 참여와 합의가 필요함. 모델링 관련 포괄적 요인 포함을 통해 비만 유병률 감소에 대한 정책 기인성 등 결과의 활용성 제고를 요청함.
- (사무국) 정책적 접근 방식과 모델링 작업에 대한 대표단의 의견을 반영하여 향후 작업을 추진키로 함.

안건 8. (비공개) 라트비아 - 가입 후 후속 검토

- 의장은 라트비아의 가입 후 검토의 종료 진행에 대한 위원회 동의를 확인함.

안건 9. 최근 기대수명 증가 둔화 또는 감소에 대한 국가 보고: 영국과 미국

- 미국 인구의 최근 기대수명 감소 (CDC, RObert N.Andrson, PhD)
 - 연령보정 사망률이 1900-2016년 감소 추세, 1970년 이후 지속적 감소 추세
 - 2015년 이후 기대수명이 감소함. 20세기에는 감염병(인플루엔자), AIDS 발생 증가 등으로 기대수명 변동 추세가 있었음.

- 2년 연속 감소가 1961-63년, 2015-16년에 보임.
- 0.1년 감소의 원인은 연령그룹별 비교에서 25-34세, 35-44세에서 사망 증가 상대적으로 요인으로 분석됨.
- 주요 감소 사인은 비의도적 상해(unintentional injuries)로 중독(poisoning), 자동차 사고가 주로 차지하고 자살 등이 포함됨.
 - 특히, 약물중독으로 인한 연령보정사망률이 급격히 증가하고 있으며 오피오이드(opioid)로 인한 증가도 같은 추세를 보임.
 - 10년 전 평균수명 증가(2005-2006)에서는 비의도적 상해가 상대적으로 적은 영향을 미쳤고 심장질환에 의한 사망 감소의 수명 연장 효과가 더 컸음.
- 2014-2016년 기대수명 감소는 주로 15-34세 연령그룹에서 사망률 증가와, 비의도적 상해, 특히 약물 중독에 의한 사망 증가로 분석됨.
- 그간의 급격한 사망률 개선도 최근에는 유지되고 있음.
 - 심장질환 사망률은 특히 더 느린 속도로 감소하여 정체되고 있으며 고도 비만의 증가가 기여한 것으로 추정됨.
- 2017년 예비 자료 분석결과, 약물중독과 자살 사망률이 증가하고 심장질환 사망률은 유지되거나 약간의 감소가 예측되고 있음.
 - 2014-2017년의 3년 연속 감소가 예측되며, 인플루엔자 유행 이후 처음임.

□ 영국 인구의 사망률 추세와 이슈(UK 킹스 펀드 Veena S Raleigh)

- 수십 년 동안 기대수명 향상 이후 2010년 이후 거의 변동이 없으며 이례적으로 2015년 기대수명이 감소함.
 - 노령인구(75세 이상 사망의 67% 차지)의 사망이 정체되고 이하 연령에서의 사망률 감소도 줄어들고 있음. 이러한 추세는 고령 남성보다 고령 여성에서 더 악화되고 있으며 주요한 원인은 당뇨병으로 추정되고 있음.
 - 연령보정사망률이 모든 연령에서 2001년 이후 2017년까지 분기별 추세에

서 지속적으로 감소하다가 2010년 이후 변동을 보이며 정체되고 있음.

○ 한편, 이러한 추세에 원인으로 긴축(austerity)에 대한 논란이 있음.

- 일부 보고서가 보건 및 복지지출 통제 등의 긴축(austerity)을 원인으로 제기하나 아직 인과관계는 증명되지 않고 있음.
- 영국 통계청은 대부분의 초과 사망을 인구 증가와 고령화 때문으로 추정하고 있으며 2015년 기대수명 감소는 기타 EU 국가에서도 관찰되고 부자 및 빈곤지역 모두 같은 추세를 보인다는 반론을 하고 있음.
- 예외적으로 심각한 지출 삭감에도 불구하고 기대수명 증가를 보이는 그리스와 스페인을 제외하고 2008년 영국, 독일, 스웨덴 등 북유럽 국가에서 동일한 추세가 확인되고 있음.
- 긴축이 사망률에 큰 영향을 미치기 보다는 기대수명 수렴(convergence)에 의한 변화라는 주장이 있음.

○ 플루(flu)의 영향은?

- 유럽 사망률 모니터링 시스템(EuroMOMO)을 통한 24개 국가의 실시간 추세에서 3개 겨울 시즌에서 초과 사망이 확인됨.
- 2011년 이후 사망률 감소는 여러 국가에서 확인되나 영국에서 감소수준이 더 낮으면서 2011년 이후 더 악화되고 여성에서 더 큰 변화가 확인됨.

○ 영국 특이적인 원인과 유럽 전반의 원인 가능성 제기, 잠재적 기여요인으로 인구학적 변화(인구 규모 고령화, 코호트 효과 등), 역학적 변화(복합만성질환 증가), 플루 등이 제기됨.

○ 연령, 성별, 지역 구분을 통한 보다 포괄적인 국제 비교와 심층 분석 필요

□ 주요 논의 및 결과

○ (이탈리아) 기대수명은 가장 단순한 결과지표 중 하나로 분석 방법의 문제일 수 있음. 이러한 분석은 자료의 정확도와 질, 감시체계에 등록하는 정보의 질에서 이질성 문제의 해결을 요구함. 이탈리아는 기대수명이 가장 증가하는 국

가 중 하나이지만 사망 위험 분석에서 지역 간 불평등 문제가 확인되고 있음. 사망은 보건의료 분야 밖의 영향을 받을 수 있으므로 사회시스템, 건강정신 프로그램 등 다양한 영향을 고려해야 하며 분석을 위한 OECD, EU 등 공통의 협력적 접근이 필요함.

- (캐나다) 오피오이드 중독과 사망에 대한 국가적 관심이 높음. 이와 관련 OECD 프로젝트(policy intervention on opioid)에 대한 관심과 조사 참여를 요청함.
- (포르투갈) 재정긴축에도 불구하고 기대수명이 증가하고 있는 상황이지만, 건강하지 않은 고령화(unhealthy ageing)에 영향을 미칠 수 있음. 부적절한 약물 사용, 헤로인 등 중독 문제에 대한 관심이 높음. 사회복지, 정신과 등 다양한 분야의 참여와 협력이 필요한 주제임.
- (영국) 미국과 영국의 심장병 사망률 감소 추세는 유사하나 영국에서 기여요인으로 2010년 이후 플루의 영향을 고려하는 부분에 차이가 있음. 복합만성질환, 치매, 알츠하이머 등의 영향을 고려해야 하는 어려운 과제임.
- (일본) 지속적으로 평균수명이 증가할 것으로 예측되는 국가임. 현재의 정책목적은 단지 기대수명만 증가시키는 것이라 건강수명을 증가시키는 것임. 건강수명 향상 전략은 건강한 장수와 건강 불평등 감소에 있으며, 시도단위로 스마트 라이프 프로젝트 추진을 통해 건강한 생활 습관(건강검진, 식습관 개선 등)을 유도하고 있음.
- (멕시코) 만성질환 증가로 기대수명이 감소하는 추세이며 폭력 등의 문제가 심각함.
- (네덜란드) 평균수명 증가율 감소를 경험하고 있어 이에 대해 여러 문제들이 고려되고 있음. 사회적 경제 수준에 따른 차이 뿐 아니라 기타 인종 차이, 이주민 문제 등 광범위한 문제로 이어질 수 있음.
- (칠레) 재정 긴축에도 포르투갈처럼 기대수명의 감소가 없는 경우가 있어 긴축의 기여도는 빈약함. 미시 수준의 근거 개발을 제안함.
- (미국) 미국 정부는 오피오이드 문제를 심각하게 다루고 있음. 의료의 질과 통

증 관리 측면에서 적절한 사용을 유도하고 처방에서도 규제를 도입하고 있음. 통증관리에 대한 연구를 통해 대안적 접근들을 제시하고 있음. 더 좋은 치료 약품에 대한 접근 보장과 남용에 대한 문제를 적절히 통제하기 위한 접근이 필요함. 관련 정책 개발과 권고를 위한 OECD 작업이 필요함.

- (호주) 영국의 경우 치매가 두 번째 사인으로 증가하고 있는 것이 차별적이므로 이에 대한 고려가 필요함.
- (미국 발표자) 정보의 질은 확신할 수 없는 과제이긴 하지만 장기간 분석을 통한 안정적 추세를 볼 때 보완적 문제이고 치매로 인한 사망 증가 현상은 관찰이 필요함. 사회경제적 구분에 따라 차이를 보이는 패턴이 확인됨. 지방에서 더 높은 사망률을 보이고 있지만, 최근 연구에서 백인의 더 높은 중독률 보고를 고려할 때, 인종적 차이는 분명하지 않음.
- (영국 발표자) 치매의 증가에 대한 주의 관찰의 필요성에 동의함. 2015년 사망률 감소는 일부 국가에서만 확인되나 겨울에 사망률 증가에 대해서는 공통의 추세이고 긴축과 관련해서 부분적 영향의 가능성은 플루 치료에 대한 접근성 제한을 통해 발생할 수 있음
- (OECD 사무국) 약물 남용에 대한 문제는 명확하게 확인되지만 보다 분명한 원인 분석의 필요성이 보임. 긴축은 복잡한 구조로 보건 및 사회복지 분야에 나쁜 영향을 미칠 가능성 있음. 아울러, 영국에서 심장질환 사망률 감소의 정체는 하한선(dowonward limit)에 이른 이유일 수 있음. 향후 최근의 근거를 통합적으로 수집하여 주요 결과를 가져온 원인에 대한 통합적 분석이 필요함.

안건 10. 보건지출과 제도적 특성

□ 사무국 보고

- 패널 데이터셋(panel dataset) 구축을 통한 새로운 분석 시도
 - 보건의료시스템 조사(2008, 2012, 2016)→지표 구축→패널 데이터 구축
→ 16개 국가 대상 분석과 해석

- 거버넌스와 자원 배분 지표에서 거주기반 국가와 기여기반 국가들에서 보건의료급여범위 정의에서 차이가 컸음. 거주기반 국가에서 시계열 기간동안 상대적으로 기여기반국가보다 가격 규제를 강화하는 변화를 보임.

○ 지출의 가치를 비교하는 4사분면 접근 제시

- 회귀분석의 회귀계수를 이용하여 보건의료지출과 평균수명에 미치는 영향에 대한 계수를 4사분면에 배치시킴으로써 정책별 가치 평가

○ 기본 보장의 폭을 확대(Greater depth of basic coverage)하는 정책과 일차의료에 대한 가격규제 강화(Higher degree of regulation of prices for primary care)가 비용대비가치가 높은 정책으로 분석됨.

- 기술평가는 평균수명을 향상시키면서 비용도 증가시키는 것으로 분석
- 의료의 질에 대한 인센티브 확대는 평균수명 향상에 대해 유의한 영향 없이 지출 증가에 기여하는 정책으로 분석
- 병원서비스 가격 규제 강화는 평균수명 향상에 대해 유의한 기여 없이 비용 감소에 기여하는 정책으로 분석

○ 이 작업 결과와 정책적 의미에 대한 의견과 국가별 비용대비 가치에 대한 정책 효과의 근거와 연계되는 정도에 대한 의견 요청

□ 주요 논의 및 결과

○ (영국) 기대수명을 종속변수로 사용하여 두 시점(2008-2011과 2013-2016)의 변화를 비교하는 영국 분석결과를 소개하고 보건의료 외에 기대수명에 미치는 다양한 외부요인에 대한 고려가 필요함을 제안함.

- 첫 시기에는 흡연을 감소가 중요한 영향을 미치고 지출이 긍정적 효과를 보였으나 두 번째 시기에서는 지출의 증가가 부정적 기여를 했음.
- 2015년 평균수명 모형에서 설명되지 않은 부분의 기여가 상당히 증가함.

○ (노르웨이) 일차의료 게이트키퍼(gate keeping) 효과에 대한 정책적 기대가 높은 상황에서 결과에 대한 세부적인 설명을 요청함.

- (한국) 문재인 케어의 핵심인 기본보장의 확대와 경제적 위험 보호 정책의 비용대비가치효과가 높게 평가된 결과를 환영함. 다만, 의료기술평가 정책, 민간 시장의 확대 정책들은 결과와 다른 정책적 기대를 갖는 정책이므로 세부적인 토의가 필요함. 아울러, 질기반 인센티브 강화 정책 또한 행위별수가 기반 국가들에서 비용대비가치를 높이는 접근으로 확대하고 있고 문헌에서도 혼합된 결과를 보고하고 있는 만큼 상세한 토의가 추가되기를 기대함.
- (스위스) 일부 정책에 대해서는 주의 깊은 추가 설명이 필요하며, 국가들을 단지 두 개 그룹으로 구분하여 분석한 접근에 의문을 제기함.
- (네덜란드) 지표별 점수부여가 실제 네덜란드 상황을 정확히 반영하지 못하고 있어 추가 정보제공을 통해 확인을 요청함. 아울러, 체계적 문헌고찰에서 의료 연계가 매우 중요한 정책적 이슈로 확인되고 있는 상황에서 이 데이터셋에서는 부정적 관련성을 보이고 있음. 보다 광범위한 관점에서 결과의 타당성을 확인할 것을 제안함.
- (체코) HTA 관련 정책은 급여범위 결정과 관련된 주요 정책으로 추진되고 있음. 기대와 다른 결과에 대해 정책 간 상호작용에 대한 고려를 제안함.
- (칠레) 결과의 강건성(robustness)에 대한 검토를 통해 결과의 유용성을 증가시킬 것을 제안함. 기술평가는 비용편익분석을 통해 이루어지므로 평균수명에 대한 기여가 없다는 결과는 상충될 수 있음. 마이크로데이터를 활용한 미시적 근거를 추가할 것을 제안함.
- (사무국) 제시된 의견과 제안을 반영하여 향후 모형 교정을 진행키로 함.
 - OECD 보건의료시스템 조사의 질문은 국가별로 응답이 어려운 경우가 있을 수 있으므로 지표 구축의 정확도 문제 개선의 필요성에 동의
 - 정책 간 상호작용에 대한 고려 등 제안의 필요성에 동의함. 게이트키퍼 등 일부 지표는 케어 코디네이션과 지불제도가 결합된 지표로 이와 같이 여러 정책의 영향이 결합된 결과가 도출될 수 있음. 질 기반 성과지불모형 정책의 평가도 기타 영역의 영향이 결합된 결과일 수 있음.
 - 분석모형의 기술적 측면에 대한 의견에 대해서는 역인과성(reverse

causality), 상호작용(interaction) 등을 극복하기 위한 모형 교정 필요

- 주성분 분석 등 정교한 방식으로 클러스터 세분을 검토하고 지표별 점수 부여에 대해서는 공개된 데이터 검토를 통해 의견 제시를 요청함.

안건 11. 지식기반 보건시스템(KBHS)에 대한 고위급 회담

□ 사무국 보고

○ 지식기반보건의료시스템 구축의 스키마

- 데이터(보건시스템 내/외부) → 정보(공공, 환자, 공급자 관리자 정책수립가) → 지식(행태, 활동, 연계) → 활동(임상, 관리, 정책, 행태)의 환류를 통해 지속적 시스템 개선 유도

○ 케어모델, 보건의료인력, 보건의료시스템 거버넌스와 연계하여 추진

○ 2019년 고위급 포럼 계획

- 5개 패널 구성(1.디지털 시대 건강: 과대광고와 현실, 2.사람중심 보건의료시스템, 3.기회 극대화와 위험 최소화를 위한 데이터 관리, 4.디지털 혁신에 대응하기 위한 보건의료노동시장의 혁신, 5.보건의료시스템 생산성과 향상을 위한 지식)

○ 고위급 회담 개최에 대한 동의, 제안된 프로그램에 대한 의견, 추가 재원의 필요성 인지, 행사 지원에 대한 관심 표명, 대안적 재원에 대한 의견을 요청함.

□ 주요 논의 및 결과

○ (스웨덴) 고위급 회담 개최를 지지하고, 프로그램 관련하여 '3. 기회 극대화와 위험 최소화를 위한 데이터 관리 세션'에서 개인 데이터 사용의 보호와 활용에 패널 토론 추가를 제안함.

○ (스위스) 고위급 회담 개최에 동의하며, 토의 주제를 줄여 집중 토의 방식의 운영과 패널 3에 대한 심층 토의와 패널 5에서 교육시스템 개선에 대한 논의 포함을 제안함.

- (프랑스) 2019년 G20 개최국이며, 추가 정보를 바탕으로 결정하겠음.
- (덴마크) 고위급 회담 개최를 지지하며, 디지털 혁신에 대해 심층 및 실용적 토의를 위해 관련 학계와 고위급 전문가 구성의 필요성을 강조하고 고위급 회담을 주최하기 위한 요건 안내를 요청함.
- (에스토니아) 고위급 회담 개최에 동의하고 이슈의 중요성을 고려하여 중요한 이슈에 집중한 프로그램 구성을 제안함. E-health 실행을 위한 데이터 상호운용성, 데이터 소유권 등 민감한 이슈의 해결을 위한 논의를 포함하여 이 주제에 대한 국가적 관심이 높음.
- (폴란드) 덴마크와 같이 회담 주최에 대한 요건 안내를 요청함.
- (호주) 패널 3에 대한 집중과 패널 2에서 헬스 리터러시(health literacy)와 공익적 목적의 1차 및 2차 데이터 사용에 대한 논의 필요성을 제안함.
- (일본) 공익적 목적의 2차 데이터 이용에 대한 집중을 제안하고 국가수준에서 검진, 의료, 장기요양 관련 분산된 데이터의 통합적 관리 사업을 추진한 일본의 경험이 고위급 회담에서 공유되기를 희망함.
- (사무국) 프로그램 구성이 데이터 보안, 정부와 공익 목적의 활용을 중심으로 집중되어야 한다는 의견을 확인함. 기계학습과 같은 기술적 혁신과 정치적 혁신이 결합될 필요가 있으며, 디지털 리터러시(digital literacy) 관점에서 헬스 리터러시의 문제는 중요한 이슈임에 동의함.
 - 전체적으로 회담 개최에 대한 동의를 확인하고 세부내용을 다음 회의에서 공유기로 함.
 - 의장은 덴마크와 폴란드가 추가 정보 확인을 조건으로 고위급 회담 주최에 관심을 표명한 것에 감사함.

안전 12. 병원 퇴원 지연에 대한 긴급현안(Fast Track)보고서

□ 사무국 보고

- 사무국은 병원 퇴원의 개선을 위해 실행되고 있는 국가별 정책과 퇴원 지연 모니터링 현황 등을 포함한 보고서의 주요 결과를 발표하고 대표단에 검토 의견과 퇴원지연에 대한 추가 정책사례 등을 요청함.
- 재입원과 퇴원 지연이 깊은 관련성이 있으므로 조사와 인터뷰는 OECD와 Harvard Global Health Institute, LSE의 병원 재입원 프로젝트와 연계하여 수행되었음.
- 퇴원 지연은 보건의료시스템에 비용부담 초래
 - 높은 재원일수, 높은 입원지출 비중, 퇴원 지연이 미치는 환자의 건강상 위해 등
 - 퇴원이 필요한 환자의 재원일수 연장은 전체 병원서비스 지출의 30%
- 퇴원 지연이 장기요양 및 지역사회 기반 돌봄을 포함한 퇴원 후 관리체계로의 연계 문제에 기인하므로 병원성과를 넘어서 국가 의료 및 사회적 돌봄 시스템의 성과 지표로 다루어져야 함.
- 퇴원 지연 감소를 위한 정책적 접근
 - 지역사회기반 및 장기요양서비스 역량 확대
 - 의료 연계(코디네이션) 및 퇴원 향상: 많은 국가에서 관련 P4P 시행
 - 퇴원 지연에 대한 모니터링 강화
- 병원에서 퇴원지원에서 대한 측정의 개선 방향
 - 측정은 퇴원지원 감소를 위한 핵심 요소, 최소 10개 회원국들이 방법은 다르지만 퇴원지원 모니터링을 수행 중
 - 기대이상의 장기 재원일수에 대한 시범지표 개발 중

□ 노르웨이, 지자체 수준의 정책 접근 사례

- 2012년 지자체(municipality) 수준에서 의료연계 개혁 추진
 - 퇴원이 필요한 환자 정의, 퇴원 후 지속적 서비스 필요 환자의 퇴원 과정에 대한 규제

- 퇴원 지연에 대한 벌금 부과를 통해 병원의 재정적 책임 강화
 - 전문의 등의 평가에 기초한 임상적 기준으로 퇴원 지연 정의

- 개혁 추진 이후, 재입원에 증가 없이 퇴원지연건수와 전체 재원일수 감소
- 재정적 인센티브 사업이 초기에는 정신건강 및 약물 남용 부분이 제외되었으나 2013년부터 확대 계획을 발표하고 2019년부터 적용 예정

□ 네덜란드, 재원일수 감소 정책 사례

- 병원 퇴원 이후 적절한 의료연계의 필요성이 확인되어 3개 정책 추진
 - 모니터링 활동 강화, 중간 시설 확대, 노인의 지역사회 계속거주(aging in place) 정책 확대
 - 노인의 지역사회 계속거주 정책은 통합적 지원 케어(integrated supported care), 비공식적 보호자(informal care givers), 적절한 주거(adequate housing)의 3개축으로 구성
- 정책 추진으로 재원일수 감소 성과 확인
- 주요 정책 전략
 - 보험자와 지역사회가 정기적 협력, 혁신 기금 구조- 집에서 디지털 케어, 일차의료와 EMR에서 노인병 전문의 확대, 일시적 재원에 대한 지역적 연계, 퇴원 후 조정된 의료 이송, 단기 재원 또는 게스트 케어(guest care)에 대한 시범사업, 대안적 형태의 생활 지원(연간 10개 새로운 사업)

□ 주요 논의 및 결과

- (아일랜드) 퇴원지연에 대한 전문가 워킹그룹을 운영하고 있으며, 홈케어, 장기요양, 일차의료의 세 분야에 대한 투자 확대와 역량 개선, 관련 모니터링 강화를 통해 퇴원지원 문제 개선을 추진하고 있음.
- (캐나다) 보건의료시스템의 한계와 통합의 부족으로 장기요양시설로 이송된 후 영속 재원으로 이어지는 문제가 있음. 보고서에서 제안된 중간 돌봄 시설이 부족한 상황이므로 추가 시설과 새로운 기능을 통한 시스템 개편과 홈케어 강

화를 위한 투자 확대를 추진 중임. 그러나 홈케어에서 해결할 수 있는 부분과 환자가 필요로 하는 부분간의 차이(gap)을 줄여야 하는 과제가 있음. 아울러, 퇴원계획 수립 및 의료연계 조직 또는 팀의 기능 수행과 적시의 정보 및 필요 서비스 제공, 보호자 교육 등을 포함하는 통합적이고 협력적인 병원-집 이송 전략을 추진하고 있음.

- (영국) 캐나다와 같이 분산된 시스템에서 서로 다른 인센티브의 충돌과 사회복지 재정 축소의 문제가 있음. 보건부 장관이 지방단위에서 퇴원 후 연계 개선을 위해 목표 설정을 통한 개별 병원성과 관리 사업을 추진하고 있음.
- (사무국) 적시성 있는 보고서 주제라는 의견을 확인하고 국가별 정책 사례에 대한 업데이트 요청함.

안전 13. 환자안전 및 미래 작업방향에 대한 보고서

□ 사무국 보고

- 기존의 작업과 연계하여 ‘Delivering quality health services’ 보고서 발간
- 환자 위해에 따른 비용은 크지만 70%까지 예방 가능
 - 유병률과 사망률의 14번째 요인, 병원에서 위해 발생은 OECD 국가 입원 활동의 15%, 일차의료에서 위해 발생은 OECD 국가 병원 활동의 6% 이상
- 조정된 투자와 정책 노력을 통해 감소 가능
 - 환자의 참여와 보고, 정보 인프라, 인적 자본, 거버넌스가 결합되어야 하며 기저에 리더십과 문화가 구축되어야 함.
 - 측정이 기반이 되도록 기존 지표의 유용성과 활용성 확대, 의료 연속선상에서 안전 지표의 확장
- 추가적 측정 작업을 위한 선택
 - 1.회원국 지표 개발을 위한 국가 지원, 2.과정과 결과지표 결합, 3.급성기 영역에서 측정 접근 확장, 4.장기요양으로 측정 확장, 5.안전문화 측정 역량 구축, 6.안전사고 보고에서 환자 의견 반영

○ 추가 작업의 선택 우선순위 등 의견 제시 요청

□ 덴마크 최근 환자안전 활동

○ 환자안전과 관련하여 다양한 지표를 운영하고 있으며, 이를 통해 환자안전의 중요성을 고취시키고 있음. 최근 환자안전에 대한 경제적인 효과에 대한 분석을 통해 환자안전에 대한 경제적인 투자는 환자안전에 향상시킨다는 결론은 산출하였으며, 12가지 개입 우선순위를 소개함.

- 환자안전 개선을 위한 가장 효과적인 개입은 수술 전 손씻기, 수술 후 회복 관리 등과 같은 안전교육(education)이었으며, 그 다음으로는 질 개선 활동(quality improvement work), 그리고 환자안전 문화 구축 등으로 나타남.
- 특별히, 환자안전 문화 구축을 위한 노력은 1992년부터 시작되었고, 2004년에 환자안전 법안이 제정되었음. 그리고 환자안전과 관련하여 ① 보고자에 대한 비난 금지(no sanctions against reporters), ② 전체 보고 의무(full reporting duty)의 두 가지 원칙에 근거하여 운영하고 있음.

□ 월드뱅크, 국가 수준에서 최근 보고서 내용 소개

○ 중간소득국가(middle income countries)의 의료서비스 질 향상과 보편적 의료보장(UHC) 달성 측면에서 의료서비스 수준을 측정한 OECD 공동 보고서 내용을 소개하고 있음.

- 정책 분석을 위해 OECD의 아젠다인 ① 의료서비스 질 정의, ② 실제 의료서비스 수준과 질 향상 활동(투자), ③ 자료수집 및 정책사례 등의 세 가지 방법에 근거하여 접근하고, 국가단위 및 지역단위에서 분석함.
- 중간소득국가들은 ① 지식과 임상(현장)의 차이, ② 자료수집의 문제 등으로 인해 의료서비스의 질적 차이가 크게 나타남을 확인하였으며, 의료서비스의 질적 수준의 하락은 보편적 의료보장 달성을 저해하는 보건의료시스템의 실패로 분석됨.
- 따라서 중간소득국가들을 중심으로 지역수준에서의 의료서비스 전달체계

구축은 물론, 환자안전과 의료서비스 질 측정이 가능한 수준으로 의료서비스 시스템을 개선하기 위한 국제적인 전략이 필요함.

□ 주요 논의 및 결과

- (노르웨이) 제안된 우선순위와 관련하여 첫째, 장기요양 진료까지 환자안전지표 확대, 둘째, 급성기 진료 측정을 위한 회원국 지원, 셋째, 환자안전 과정지표와 결과지표의 연계 순으로 우선순위가 높음.
- (캐나다) 첫째, 장기요양 진료까지 환자안전지표 확대, 둘째, 환자안전 문화 구축, 셋째, 환자안전 과정지표와 결과지표의 연계, 넷째, 급성기 진료 지표 산출을 위한 회원국 지원 순으로 우선순위를 제안함. 장기입원 환자들에게는 다양한 질환적 문제가 있으므로 현재 사용하고 있는 interRAI 이외에 장기입원 시설의 적용 가능성과 현재 캐나다 병원의 환자안전 문화 수준을 고려하였음.
- (포르투갈) 첫째, 전문가의 환자안전 교육의 중요성을 고려하여 환자안전 문화 구축, 둘째, 진료 과정이 환자안전 결과에 미치는 영향을 고려하여 과정지표와 결과지표의 연계, 셋째, 환자안전 의견 수렴에 있어 환자 참여 순으로 우선순위를 제안함.
- (프랑스) 의료서비스 질 향상과 환자안전 개선을 위해서는 리더십이 가장 중요하므로, 환자안전 문화 구축을 가장 우선으로 제안하고, 환자안전 지표의 목적에 따라 결과에 영향을 미치므로 두 번째는 과정지표와 결과지표의 연계를 제안하며, 셋째, 환자안전 의견 수렴 시 환자 참여의 순으로 제안함.
- (일본) 6가지 우선순위가 모두 중요하지만, 일본의 경우에는 첫째, 급성기 진료 지표 산출을 위한 회원국 지원, 둘째, 환자안전 문화 구축, 셋째, 장기요양 진료까지 환자안전 지표 확대의 우선 도입이 필요한 것으로 제안함. 일본은 환자안전 관련 국제회의 이후 환자안전 지표 측정을 위한 선도국으로 OECD와 함께 환자안전에 대한 관심과 지지를 아끼지 않을 것임.
- (남아프리카공화국) 남아프리카공화국의 경우에는 환자안전에 대한 개념뿐 아니라 지표에 대한 정리가 필요한 실정임. 그러나 우리는 국민건강보험 시스템

을 보유하고 있으므로 환자안전 측정은 임상적으로 중요한 영역으로 판단됨. 따라서 우리는 환자안전 지표를 통한 개입을 지원하고자 하는 OECD의 정책을 환영함.

- (호주) 환자안전 측정을 시스템 수준에서의 정보수집과 환자 위원회의 구성이 매우 중요하며, 정보의 갭으로 인한 문제를 고려하여 수직과 수평적 측면에서의 접근이 동시에 이루어져야 함. 우선순위에 있어서 호주의 경우에는 인구의 고령화가 가속화 되고 있으므로 장기요양 진료까지의 지표 확대를 통한 안전 케어가 필요하고, 환자문화 구축에 기반하여 안전 진료와 안전 정책의 통합적인 운영이 필요할 것임.
- (한국) 2018년 4월, 환자안전 보고 및 학습 시스템 구축 등 1차 국가 환자안전 계획 발표, 국가 계획에서 과정과 결과지표 결합, 안전 문화 구축 역량, 환자 경험과 의견 반영에 중점을 두고 있음. 향후 의무적 위해보고시스템 구축을 계획 중임.
- (사무국) 이미 국제적인 회의를 통해 논의된 내용과 오늘 논의된 의견을 반영하여 2020년부터는 환자안전 지표 측정 활동을 시작하기로 함.
 - 우선순위와 관련하여 제안한 내용을 참고하여 다양한 문제점들을 해결하기 위해 노력하고, 지속적으로 참여 국가들의 의견을 수렴할 예정임.
 - 또한, 환자안전지표 산출 초기에는 상호 협력을 위해 월드뱅크와 함께 지표 산출 프로그램을 구축해 나갈 예정임. 자료수집 프로그램과 연계된 지표 산출의 표준화, 러닝 시스템 구축 및 구체적인 실행 가이드라인 작성을 통해 지표산출 시 가능한 혼선 없이 업무가 이루어지도록 하겠으며, 사무국과 연계를 통해 지속적인 피드백이 가능하도록 할 예정임.

안전 14. 2019년 6월 발표 긴급현안(Fast-Track) 보고서 주제

□ 주제 후보

- 대화형 원격의료가 보다 비용-효과적이고 통합적이며 환자중심적인 의료로 이

어지는가?(Is interactive telemedicine leading to more cost-effective, integrated and patient-centred care in the OECD?)

○ 보건서비스 대기 시간(Waiting times for health services)

○ 병원성과에서 변이: CEO를 비난할 수 있나?(Variations in hospital performance. Can we blame the CEO?)

○ 의료도서관 앱(A library of healthcare Apps)

□ 주요 논의 및 결과

○ 다수결에 의해 1번으로 결정됨.

안건 15. 기타

□ 차기 위원회 일정이 다음과 같이 결정됨.

○ 2018년 12월 5-6일

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

제2절 제24차 보건위원회 의제 및 결과

1. 제24차 보건위원회 안건

가. 안건 목록

□ 제24차 안건은 다음과 같으며, 세부적으로 정리된 안건은 정리 열에서 ‘O’ 표기가 되어 있음. 정리가 되지 않은 안건들은 사전에 안건자료가 제공되지 않거나 현장 보고 방식으로 서면 안건 자료가 제공되지 않은 경우임.

○ 사전 안건 정리에 포함되지 않은 경우는 회의결과 보고에서 주요 안건 내용을 확인할 수 있음.

〈표 2-2〉 제24차 보건위원회 의제

안건제목	안건번호	정리
1st Day (2018. 12. 5)		
Item 1. ADOPTION OF THE DRAFT AGENDA	DELSA/HEA/A(2018)5	
Item 2. APPROVAL OF THE DRAFT SUMMARY RECORD OF THE 23rd SESSION	DELSA/HEA/M(2018)3	
Item 3. ORAL STATEMENT BY THE DIRECTOR	DELSA/HEA/RD(2018)4	
Item 4. PaRIS - REPORTS FROM THE WORKING PARTY FOR THE OECD PATIENT REPORTED INDICATOR SURVEY(WP-PARIS)	DELSA/HEA(2018)12	○
Item 5. PEOPLE-CENTRED HEALTH SYSTEMS - DEVELOPING THE ANALYTICAL FRAMEWORK	DELSA/HEA(2018)13	○
Agenda item open to BIAC/TUAC		
Item 6. THE OPIOIDS EPIDEMIC IN OECD COUNTRIES - PREVENTION AND EFFECTIVE CONTROL	DELSA/HEA(2018)14	○
Agenda item open to BIAC/TUAC		
Item 7. PROPOSALS FOR THE FUTURE WORK OF THE EXPERT GROUP ON PHARMACEUTICALS AND MEDICAL DEVICES	DELSA/HEA(2018)15	○
Agenda item open to BIAC/TUAC		
Item 8. INTERNATIONAL PLATFORM ON HEALTH WORKER MOBILITY: PROGRESS IN MONITORING HEALTH WORKFORCE MIGRATION PATTERNS AND THE INTERNATIONALISATION OF MEDICAL EDUCATION	DELSA/HEA(2018)16	○
2nd Day (2018. 12. 6.)		
Item 9. MENTAL HEALTH PERFORMANCE BENCHMARKING	DELSA/HEA(2018)17	○
Item 10. INEQUALITIES IN HEALTH AND ACCESS TO CARE IN THE OECD: PRELIMINARY FINDINGS	DELSA/HEA(2018)18	○
Item 11. HEALTH SPENDING PROJECTIONS TO 2030	DELSA/HEA(2018)21	○

안전제목	안전번호	정리
Item 12. HIGH-LEVEL FORUM ON KNOWLEDGE-BASED HEALTH SYSTEMS	DELSA/HEA(2018)20	○
Item 13. AFFORDABILITY AND SUSTAINABILITY OF LONG-TERM CARE(LTC): FINDINGS FROM THE LTC SOCIAL PROTECTION PROJECT	DELSA/HEA(2018)22	○
Item 14. FAST-TRACK PAPER: CHOICE OF WORK FOR DECEMBER 2019	DELSA/HEA(2018)23	○
Item 15. ELECTION OF THE BUREAU		
Item 16. OTHER BUSINESS A. Dates of future meetings: 19-20 June 2019 and 11-12 Dec. 2019 B. Health Committee Progress Report on the 2017-2018 Programme of Work and Budget Status at End June 2018 C. Health Committee Evaluation Form D. Any other business	DELSA/HEA/RD(2018)3	

주: '○' 표시된 안전은 사회정책장관회의 의제 및 관련 안전으로 다음에서 의제별 내용을 정리함.

나. 안전 설명

- 안전설명은 안전의 주요 내용을 명시하고 전차 회의 결과에서 관련 내용을 확인하여 참고 내용을 추가하였음.
- 안전 1~3은 상시 절차로서 제24차 안전 채택, 제23차 요약 보고 승인, 고용노동사회국 국장의 업무 보고가 해당됨.
- 안전 4. 환자보고지표조사(Patient-Reported Indicators Surveys, PaRIS): 작업반 보고서
 - 2018년 11월 7일에 있었던 첫번째 작업반 회의 결과 및 향후 진행 계획보고
 - 작업반에서는 PaRIS 개발과정과 조사범위 및 기타 세부사항에 있어 우선순위를 검토
- 안전 5. 보건의료시스템을 사람 중심으로 만들기 - 분석적 프레임워크의 개발
 - 지난해 제안된 사람 중심 보건의료시스템의 프레임워크의 수정 버전 논의
 - 프레임워크에 따른 정책 분석의 적절성, 사람 중심 시스템으로 진전을 위한 우선순위, 향후 추가적인 분석이 필요한 부분이 있는지에 대한 논의

○ 사람 중심 시스템으로의 진전 성과 측정과 지표에 대한 논의

□ 안전 6. 마약성 진통제의 확산 - 예방과 효과적 관리, BIAC/TUAC 공개

○ 마약성 진통제의 사용과 오남용, 처방 및 불법적 사용 행태가 회원국들에서 크게 증가하고 있음(일명 'opioid crisis'). 본 보고서에서는 이러한 문제의 소지가 있는 진통제 사용 예방을 위한 국제적 전략들의 비교 분석과 관련 위해 예방 측면에서 그 효과성에 대해 다룸

□ 안전 7. 약제 및 의료기기 전문가 그룹의 향후 과제, BIAC/TUAC 공개

○ 약제 및 의료기기 전문가 그룹(the Expert Group on Pharmaceuticals and Medical Devices)의 향후 과제 후보 검토 및 2019-2020년 이후 과업 제안

□ 안전 8. 보건의료인력 이동성에 대한 국제적 플랫폼: 보건의료인력 이주 패턴의 모니터링과 의학교육의 국제화, BIAC/TUAC 공개

○ OECD가 WHO, ILO과 파트너십을 맺어 운영하고 있는 협력 프로그램인 Working for Health는 보건의료인력 이동에 대한 국제적 플랫폼으로써 모니터링 및 국가 지원, 지식 공유 강화를 통해 인력 이동에 대한 정책적 교류 및 활동 증진을 위함임

○ 회원국 간 의사 및 간호사의 이동 추세 및 의학교육에 있어 국제화 추세, 그 원인 및 예상되는 결과에 대한 예비분석 결과 검토

□ 안전 9. 정신건강 성과 벤치마킹

○ 매년 수백만의 사람들이 정신건강 문제로 고통을 겪고 있는 가운데, 이에 대한 개입은 여전히 부적절한 수준에 머물러 있으며, 정신건강 부문의 성과를 향상시키는 것이 개별 국가에서, 그리고 국제적으로도 높은 우선순위를 가지게 됨

○ 2017년 OECD 보건장관회의에서 제안된 바에 따라 정신건강 성과 벤치마킹 프로젝트는 성과 핵심 요소를 규명하고 이를 측정할 수 있는 새로운 방법을 개

발하며, 성과 향상을 위한 효과적 정책들을 규명하고자 함

- 다음 사항들을 포함한 중간 연구결과와 향후 추진방향에 대해 검토: (i) 국제적 비교가능성을 높이기 위해 새로이 개발된 정신건강 문제의 부담과 비용의 추계, (ii) 국제적으로 합의된 정신건강성과 프레임워크 검토, (iii) 사람 중심의 정신보건시스템을 만들어 가기 위한 각국의 노력에 대한 양적 분석

□ 안건 10. 건강 및 진료 접근성의 불평등: 예비분석 결과

- EU 및 회원국들에서 건강 결과와 진료 접근성에 있어 불평등 양상을 비교·분석한 결과를 논의
- 최종 보고서는 2019년 1분기에 완성될 예정이며, 출간 전에 각국에 검토를 요청할 계획임.

□ 안건 11. 미래 의료비 추계 2030

- 최근 회원국들에서 의료비 지출이 경제성장 속도를 능가하고 있는 가운데, 건강 결과의 향상과 고용 창출 및 성장에 기여하고 있지만 대부분 공적 재원을 통한 운영이라는 점에 있어 재정적 지속가능성을 염두에 두지 않을 수 없음.
- 이러한 관점에서 수정된 방법론을 활용하여 전체 회원국들의 의료비 지출 추계와 주요 지출 동인에 대한 분석을 수행하였음.

□ 안건 12. 지식기반 보건의료시스템에 대한 고위급 포럼

- 2018년 6월 보건위원회에서 2019년 하반기에 지식 기반 보건시스템에 대한 고위급 정책포럼 개최가 결정되었고, 그 구조와 안건에 대해서도 의견을 수렴하였음
- 수정된 안건과 일정, 주최국 및 자원 등 전반적 진행사항에 관한 의견 요청

□ 안건 13. 장기요양 서비스의 적절성과 접근성: 사회보호 제도 측면에서

- 전 세계적으로 인구 고령화가 진행되고 있는 가운데, 장기요양서비스에 대한 수요는 점차 늘어날 것으로 보임. 회원국들은 재정적 위험과 함께 적절한 보호

에 대한 니즈를 충족시키기 위해서 심각한 도전에 직면하고 있음.

- 장기요양 서비스 수요에 대한 비용 측정과 재정적 구조 및 공적 보장의 정도에 대한 예비 분석결과를 검토

□ 안건 14. 긴급 현안(Fast-Track) 보고서: 2019년 12월 발간주제 선택

- 12개월의 단기 작업 보고서로서, 위원회는 2019년 12월에 토의될 현안 주제를 선택

□ 안건 16. 기타

- 다음 회의 일정: 2019년 6월 19-20일, 12월 11-12일
- 2018년 6월 말 현재, 2017-2018 사업 및 예산 현황에 대해서는 서면 절차를 통해 승인됨.
- 보건위원회 평가양식: 평가양식을 작성하여 사무국에 제출

2. 주요 의제별 세부내용

가. OECD 환자보고지표조사를 위한 워킹파티 제1차 회의 결과 보고

주요 내용
<p>□ 2018년 6월 27-28일 제23차 보고위원회는 만성질환자에 대한 PaRIS 국제 조사의 설계, 주요 항목, 거버넌스, 일정표, 차후 계획의 사무국 제안서 승인</p> <p>○ 관련하여 PaRIS 프로젝트의 거버넌스 구조에 대한 논의 진행, 조사표 개발 감독을 위해 새로운 관리 기구로서 the Working Party for the OECD Patient Reported Indicator Survey(WP-PaRIS) 구성</p> <p>○ 1단계 조사표 개발단계(2018.11~2020중반)와 WP-PaRIS에 25개국 참여 표명</p> <p>□ 이 자료는 WP-PaRIS의 첫 회의(2018.11.7.)에서 논의된 주요 이슈 공유와 조사표 개발에 필요한 의사결정사항을 보고하기 위한 것임.</p> <p>○ 주요 내용</p> <ul style="list-style-type: none"> - PaRIS 조사의 첫 단계 완료를 위한 자발적 기여금 확정 필요 - 다음 단계 진행을 위한 거버넌스 및 재정 등 진행 과정과 결정 사항 <p>○ 요청 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> - WP-PaRIS의 첫 회의 결과 확인 - 2019년 1분기까지 첫단계 완료를 위한 자발적 기여금 요청 - 후속 단계 진행을 위한 거버넌스와 재정관련 자문 - 일정표와 결정에 대한 동의

□ 2018-2019년 보건위원회와 국가들의 주요 결정사항

- 계획된 일정 추진에 대한 동의
- PaRIS 추진을 위한 일정과 결정사항

Milestone	Decision	Deadline
Comment on Draft Call for Tender	HC and WP-PaRIS by written procedure	15 November 2018
Issue Call for Tender	Secretariat	End of November 2018 or early December
VCs to support PaRIS Part 1 (2019 to mid-2020)	HC delegates	First quarter 2019
Agree on the financing model for PaRIS Part 2 (mid-2020 to 2023) – either by MoU or by Part II programme	HC meeting	At HC meeting in December 2018 – written comments by 15 January 2019
Award contract to successful Tenderer for PaRIS Part 1 (2019 to mid-2020)	Secretariat	June 2019
Agree on detailed financing model for PaRIS phases 2 and 3 (Part 2 of the Call for Tender) (MoU template or description of Part II programme) and on exact method for distribution international costs	HC meeting	June 2019
Develop national cost estimates for PaRIS (national costs during both Parts 1 and 2)	WP-PaRIS delegates with advice from Secretariat and International Contractor	August-October 2019
Commit to signing MoU or joining Part II programme for PaRIS Part 2 (field trial and main survey)	HC meeting	December 2019
Award contract to successful Tenderer for PaRIS Part 2 (mid-2020 to 2023)	Secretariat	December 2019

□ (참고) 건강보험심사평가원이 WP-PaRIS 참여 중

- (23차 보건위원회) Phase 1 : 필요 예산 약 1,640 K 유로 중 60%는 VC 예산으로 집행, 차액 약 680K 유로에 대한 참여국 분담(분담방식은 논의)
- 현재 25개국 참여의사 확인(23차 회의당시 18개국), 국가 당 27k(29k)

나. 사람중심보건의료시스템: 분석적 프레임워크 개발

주요 내용
<p>□ 의료 표준에 대한 기대 증가, 노령인구 증가, 만성질환자 증가, 의료비 증가의 통제 압력은 보건의료시스템의 조직화 방식에 대한 재고 요구</p> <p>○ 2017년 1월, OECD 보건장관 회의는 보건의료시스템이 효과성과 효율성을 극대화하고, 서비스와 공급자 간 단절 없는 의료를 제공하며, 근본적으로 환자에게 중요하고 변화하는 의료 욕구에 중요한 향상을 이끌어야 한다는 것에 동의함.</p> <p>○ 사람중심의료는 미래 보건의료시스템의 방향을 이끌어야 하며, 이를 달성하려면 서비스 전달 모형을 현대화하고 보건의료시스템을 보다 지식기반으로 만드는 것이 필요함.</p> <p>□ 이 보고서는 사람중심의료를 향한 개혁 실행을 지원하기 위해 지식 차이(gap)와 중요한 정책 영역의 파악을 지원하는 분석적 프레임워크를 제시함.</p> <p>○ 섹션 1: 환자중심 시스템으로 변화해야 하는 이유</p> <p>○ 섹션 2: 변화의 경제적 사례</p> <p>○ 섹션 3: 사람들의 욕구 충족에 대한 현재 시스템의 평가</p> <p>○ 섹션 4: 핵심 정책을 포함하는 프레임워크 설정과 개선 점검을 위한 지표</p> <p>□ 요청 사항</p> <p>○ 중점 이슈의 적절성에 대한 의견</p> <p>○ 섹션 4에서 기술된 환자중심 보건의료시스템 측면에서 우선 영역</p> <p>○ 제안된 스코어카드에 대한 의견</p> <p>○ 환자중심정책들의 효과성 평가지표를 포함하여 향후 작업에 대한 의견</p>

1) 보건의료시스템을 보다 사람 중심으로 만드는 것이 중요한 이유

□ 보건의료시스템의 개혁 압박

- 대부분의 국가에서 1970년 이후 10년 이상의 기대수명 증가가 있었지만, 지출의 약 3%만 비감염성 질환 발생의 예방에 기여
- 신기술은 높은 고정비용으로 예산부담을 주지만 운영비 절감의 잠재성 가짐.
- 환자중심의료로 변화와 결합된 디지털 혁신은 보건의료시스템을 이용자에게 중요한 것에 맞추는 정비의 기회를 제공함. 이러한 디지털 혁신의 편익을 얻는 사람들의 역량에서 불평등이 우려되고 있음.
- 최근의 연구들은 질을 향상시키기 위한 여러 활동들을 파악하고 있는데, 여기에는 새로운 케어 모델 설계에 시민의 참여를 확대하고 모범적 시스템 성과와 비교하며, 성공적 개입의 지식 공유를 위한 플랫폼 개발이 포함되어 있음.
- Dartmouth Institute는 환자와 가족이 치료계획과 결정에 완전히 참여하는 것이 의료경험과 건강결과 향상, 비용절감을 가져온다는 근거를 제시함.
- 환자와 의사 간 공동의 의사결정을 지원하는 도구가 이용가능하며, 이러한 도구들은 의사들이 제공하는 정보를 보완해주고 환자가 다른 치료 대안들과 상대적 편익과 위험을 비교하도록 도와줌.

□ 보건의료시스템의 사람 중심성 강화

- 보건의료시스템의 궁극적 목표는 형평하고 재정적으로 지속가능한 방식으로 서비스를 제공받는 이들의 건강과 웰빙을 향상시키는 것임. 이러한 변화를 가능하게 하는 것이 사람중심 보건의료시스템으로 변화임.
 - 자원이 목적에 맞게 사용되도록 함으로써 보건의료시스템의 효율성 제고
- 아울러, 사람중심 보건의료시스템으로 변화는 의료의 제공과 거버넌스를 조직화하는 새로운 개념임. 새로운 개념은 아니지만 보편적으로 합의된 정의는 아직 없음.
 - IOM(2001), 의료 질 프레임워크에 환자중심성(patient-centeredness)

포함. 환자 개인의 선호, 욕구, 가치를 존중하고 이에 반응하며 모든 임상결정에서 환자의 가치 반영을 보장하는 의료를 ‘환자중심의료’라고 정의함.

- WHO regional office of Europe(2013), 재정적 제약 하에 인구집단의 건강 이익을 최대화하고 지나친 재정적 어려움으로부터 이들을 보호하며 시민의 기대에 부응하는 사람중심보건의료시스템 구축의 비전을 제시함.
- WHO(2016), 통합된 사람중심 보건의료서비스에 대한 프레임워크 제시, 5개의 상호 연관된 전략(1) 환자에게 권한 부여와 환자의 참여, 2) 거버넌스와 책무성 강화, 3) 진료 모형의 방향 전환, 영역 내와 영역 간 서비스 연계, 4)실현가능한 환경구축)을 포함함.
- European Observatory는 곧 보고서를 발표할 예정. 원칙적으로 보건의료시스템에서 개인의 3가지 핵심 역할(소비자 운동가(선택), 심의(목소리), 참여자(공동생산))측면으로 구분하고 여러 시스템 수준(micro, meso, macro)에서 제도와 전략들을 보다 광범위하게 분류하고 분석함.

○ 이러한 접근과 비교하여 OECD 작업에 포함되어야 할 것에 대한 검토 필요

- 계량적 지표와 정책 비교를 통해 시스템의 환자중심성 평가 측면에서 검토
- 정책수립가가 고려해야 할 정책들 간의 교환관계(trade-offs)
- 모범사례의 포함과 확산
- 환자중심시스템으로 변화 위해 필요한 추가 분석 및 측정 작업의 제안

○ 환자중심 보건의료시스템으로 변화의 의미는 서비스 제공이 조직화되고 전달되는 방식에서 광범위한 변화로 다음의 핵심 요소들을 포함.

- 환자의 욕구를 중심으로 의료 통합
- 환자의 선택 증가
- 건강한 생활습관 증진 강조, 건강관리에 대한 개인의 권한과 책임 부여
- 안전하고 효과적인 의료에 대한 접근성 확대
- 사람들에게 자신의 의료에 대해 더 많은 정보 제공
- 의료 거버넌스에서 환자, 가족, 지역사회의 참여

- 1) 환자(patient), 2) 개인(person), 3) 사람(people) 중심성은 관련되지만 다른 개념
 - 1) 개별환자의 욕구 중심으로 의료서비스 통합, 2) 웰빙을 포함하여 개인의 전인적 욕구를 고려하는 개념, 3) 서비스 제공 뿐 아니라 받는데 있어서 환자, 가족, 지역사회의 광범위한 참여를 포괄하는 개념
 - 사람중심성은 개인중심성보다 포괄적 개념으로 “모든 정책에서 건강을 고려”하는 WHO의 헬싱키 선언을 반영하고 있음.

2) 보다 사람중심적인 보건의료시스템이 경제적 혜택 제공

- 의료적 의사결정에 사람들을 참여시키고 건강이해능력을 향상시키는 것은 주인의식을 확대시켜 사람들로 하여금 적극적으로 자신의 건강을 더 오래 유지하도록 변화시킴.
- 질병이 아니라 사람을 돌봄으로써 회복력과 자가 관리 역량, 건강한 선택을 할 역량, 의료선택의 효과성과 적절성에 대한 정보를 받도록 지역사회 내 협력을 촉진함.
- 환자와 공급자간 정보기반 대화는 낭비적 지출 예방(Berwick, 2017)
- 상당한 규모의 응급 입원 예방, 일차의료시설에서 효과성 향상(OECD 2017)
- 노르웨이, 대규모 일차의료센터를 중간의료시설로 활용, 지역사회 내 상대적으로 낮은 수준의 집중치료 시설에서 환자가 관리됨.
- 코크란 검토에 의하면, 정보가 충분한 환자는 상대적으로 수술과 침습적 시술을 덜 선택함.
- 그러나 사람중심시스템의 일부요소들은 의료의 맞춤화와 개인화를 증가시켜 규모의 경제를 상실시킬 수 있으므로 여전히 관리의 여지가 있음.

3) 오늘날, 보건의료시스템은 이러한 포부모형(aspiration model)에 부족

□ 현재 보건의료시스템의 다양한 문제 인식에도 불구하고 변화하지 못하는 3가지 원인으로 구조적 실패, 거버넌스 실패, 인센티브 실패를 제시함.

□ 구조적 실패

- 노인인구의 증가로 입원, 외래, 일차의료, 정신의료, 사회적 돌봄 제공자를 통합시키는 것이 중요해지고 있음. 세계적으로 디지털 기술은 서비스 제공 방식을 변화시키는 중요한 도구이지만, 지식기반시스템으로 변화하기 위한 데이터의 최적 사용에는 뒤쳐져 있음.
- 자신의 의료결정에 참여를 원하는 사람들은 증가하고 있음. 의사가 가장 잘 안다는 과거의 인식에 대다수 사람들은 동의하지 않음.

□ 거버넌스 실패

- 본질적으로 보건의료시스템 거버넌스는 보건의료시스템에 대한 효과적 스튜어드십(stewardship) 제공과 관련됨. 여기에는 명확하고 투명한 책무성 메커니즘, 악화 추세를 대응하는 교정활동, 정보가 보존되고 사용하는 방식을 포함하여 다른 부분들에 적용되는 규제적 기능들을 포함함.
- 성과는 주로 실적을 집계하는 구조지표로 구성되어 있음. 목표 달성에만 관심을 두면 잘못된 결과를 얻을 수 있음. 예를 들어, 재정 목표에만 관리의 관심을 두면 동정(compassion)의 문화가 도외시될 수 있음.
- 데이터의 사용과 저장에 대한 규제에 의한 실패 사례가 발생하고 있음.
 - 보건의료시스템 정보는 영역이 분리되어 있어 연계된 서비스(care) 제공을 어렵게 하고 있음.
 - 각각의 공급자가 자신의 기록만 가지고 있고 다른 공급자와 공유하기 어려운 방식으로 정보를 보관하고 있음.
 - 개별 환자가 건강기록에 접근하는 것도 불가능할 수 있음. 보건의료시스템은 여전히 영역별로 독립적인 데이터 보관과 별도의 분석이 이루어지고 있음.

- 특히, 개인의 건강 및 민감 데이터 관련하여 보건의료데이터 거버넌스에 대한 OECD 위원회의 권고가 최근에 채택되었으나 여전히 낮은 수준의 거버넌스가 확인되고 있음.

○ 책무성 메커니즘을 보다 투명하게 만들 필요가 있음.

- 현재 제공되는 정보로는 성과 비교를 통해 환자와 가족들이 정보에 기초한 결정을 하기 어려움.
- 부적절한 변이를 파악하여 적절한 개입을 통해 의료의 질 향상을 유도하는 방식에서 일관된 질 표준에 대한 성과 모니터링이 정기적으로 제공되지 않음.

□ 인센티브 실패

○ 시스템 개혁에서 지불 인센티브의 중요성이 확인되고 있는 가운데, 비재정적 인센티브의 보완이 서비스 제공 개선에 기여한다는 보고가 있음.

- 현재의 지불 인센티브들은 주로 분절된 과정의 개선에 초점을 맞추고 있음.

○ 전통적 지불방식은 시스템 개편을 지원하지 않고, 재정적 지불 인센티브는 의도하지 않은 결과를 초래할 수 있음.

- 전통적 지불방식은 의료의 질 개선에 대해 보상하지 않음.
- 영국 QOF는 공급자들이 제도에서 목표로 하는 일부 서비스 측면에서만 집중하는 경향 확인
- 특정 서비스에 대한 환자 증가 또는 방문의 증가에 집중하는 인센티브 제도가 많이 있고 예방적 서비스 제공과 개인의 건강한 생활습관 선택을 강조하는 인센티브 부족

○ 많은 시스템에서 재정 및 지불에 대한 결정은 케어를 제공하는 이들과 분리된 팀에서 하고 있음.

- 케어팀의 최우선 업무는 치료이기 때문이지만 제공되는 치료비용을 인식하지 않는다면 낭비가 적거나 보다 효율적인 기술을 선택할 인센티브가 감소함.

- 아울러, Public Reporting의 단독 효과는 제한적이므로 재정인센티브와 결합된 방식이 중요하며 향후 넛지 효과(nudge effect)와 같이 간접적으로 행태 변화를 유도하는 비재정적 인센티브의 필요성이 증가할 것임.

4) 보건의료시스템을 보다 사람중심으로 만들기 위한 프레임워크

□ 사람중심 보건의료시스템은 새로운 모델을 통한 강력한 리더십과 문화의 변화를 요구함.

○ 프레임워크는 국가별로 고려해야 할 조건 하에 어떤 정책들이 개발되고 적용되어야 하는지를 파악하게 하며, 사람중심 보건의료시스템의 주요목적에 초점을 맞추고 있음.

○ National Academy of Sciences 보고서는 상호 연관된 4개 단계(tiers)로 구성된 프레임워크를 제시함(National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018).

- 환자, 케어제공자, 지역사회의 목표(aims)와 가치(values)
- 의료서비스 제공이 이루어지는 마이크로 수준, 사람중심 시스템에서는 사람들이 자신의 의료에 보다 적극적으로 개입하기 위한 절차와 역량을 갖추.
- 병원과 같은 조직
- 마이크로 시스템과 조직에서 기회와 활동을 지원, 제약, 형성하는 환경적 조건들로 법, 규제, 전문가 교육시스템, 공급체인, 의료연구 등의 요인들

○ 사무국은 기존의 정책들의 환자 중심적 수준을 분석하고 정책 교환들을 파악하고 개선을 측정하기 위해 European Observatory의 결과에 기초하여 프레임워크 사용

- 개선 평가 지표는 두개 수준에서 개발
 - 첫째, 전체 목표에 대한 달성을 측정
 - 둘째, 사람중심 보건의료시스템의 핵심요소들에 대한 진전을 추적하기 위해 개발된 지표들

4.1) 사람중심 보건의료시스템의 핵심 차원들

□ 핵심 차원은 3가지 포괄적 차원 또는 정책목표들로 구성됨.

○ 목소리(Voice)

- 사람들과 지역사회에 권한 부여(empowerment)
- 사람들이 그들에게 중요한 것을 구분할 수 있는 기술과 도구를 갖추어야 함.
- 의료 관련 대화에서 사람들이 이해 가능한 정보를 제공해야 하고 의료인력은 사람들의 참여, 팀 기반 활동에서 참여 방식을 훈련해야 함.

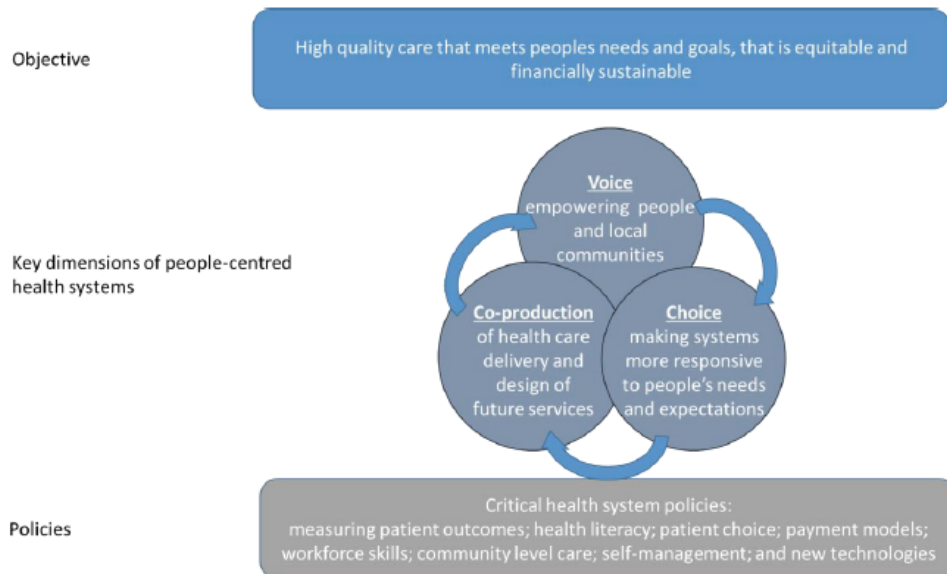
○ 선택(Choice)

- 시스템이 사람들이 욕구와 기대에 보다 반응성을 갖도록 만들기
- 건강, 정신건강, 사회적 돌봄의 통합을 통해 복합 만성질환자의 One Stop Shop이 가능하도록 함.
- 업무의 통합은 사람들이 시스템에 접근하는 시간과 장소의 장벽 없이 환자 기록에 접근 가능해야 하며 이와 연계하여 지불방식의 변화도 필요함.

○ 의료의 공동 생산과 미래 보건의료서비스 설계(Co-production of health care and design of future health services)

- 개인이 자신의 건강에 대해 책임을 확대하는 문화의 변화가 필요함.
- 만성질환자가 자신의 의료 관리하기 쉬어지도록 할 뿐 아니라 건강의 사회적 결정요인도 관리해야 함.
- 이러한 변화는 건강하지 않은 상태의 예방에 대한 중요성 확대에 바탕을 두고 있으며, 의료 질 향상과 접근성 개선을 위해, 정밀의학과 맞춤형 의료의 기회와 과제 측면에서 Telecare, Online Consultation, Mobile Apps 같은 신기술의 활용도 요구됨.

Figure 1. 보건의료시스템을 사람중심으로 만들기 위한 프레임워크



*목표: 형평하고 재정적으로 지속가능한 방식으로 사람들의 욕구와 목적을 충족하는 높은 질의 의료

*정책: 중요한 보건의료시스템 정책 들-환자 결과 측정, 건강 이해능력, 환자 선택, 지불 모형, 인력 기술, 지역수준 의료, 자가 관리, 신기술

□ 문화 변화는 전통적인 전문적 구조에서 탈피하여 환자, 가족, 지역사회를 향한 힘의 균형을 이동하여 낭비를 감소시키고 효율성을 향상시키고자 하는 것임.

4.1.1) 사람중심 보건의료시스템 스코어카드 개발

□ 시스템의 환자중심 수준을 측정하는 관련성 높은 지표 발굴이 과제

- 제안된 지표의 관련성과 지표의 적정화를 위한 자료원 사용 가능성에 대한 의견 필요
- 사무국은 대표단 의견, 많은 국가에서 데이터 사용의 가능성, 분석을 통한 상호 관련성이 낮은 지표 선정을 반영하여 지표 교정 예정
- 순위 시스템을 개발하고자 하는 것이 아님.

Figure 2. 사람 중심성 스코어카드 예시 참조

	Country A	Country B	Country C	Country D	Country E
Voice - giving people and local communities a say					
<u>Health literacy</u>					
Existence of national health literacy strategies					
Aspects of health literacy in national education curricula					
Population health literacy survey results					
<u>Local community engagement</u>					
Existence of formal structures or processes to involve communities in the co-design of health services					
Involvement of voluntary sector in delivery of care services					
Requirements for employers to promote mental and physical health and well-being					
<u>Measuring what matters to people</u>					
PREMS and PROMS being used to support health policy making processes and health system design					
Doctors spending enough time with patients during consultations (Health at a Glance)					
Doctors giving opportunities to ask questions or raise concerns (Health at a Glance)					
New patient-reported indicators collected as part of the Patient Reported Indicators Survey initiative (PaRIS)					
<u>Workforce skills</u>					
Extent to which transversal skills (communication, team work, problem solving, etc) are included in medical and nursing training curricula					
Skills utilisation rates (from PIACC surveys)					
Choice - giving people the ability to determine what they need					

Figure 2. 사람 중심성 스코어카드 예시 참조(계속)

	Country A	Country B	Country C	Country D	Country E
<u>Patient choice</u>					
Are patients able to choose their provider (Health system characteristic survey)					
Information readily available to enable patients to make informed decisions of providers					
Existence of official or accredited website or platform to support patient informed choice of treatment					
Doctor involving patients in decisions about care or treatment (Health at a Glance)					
Unmet care needs due to cost or other factors that limit the ability to exercise choice (Health at a Glance)					
Existence of cash benefits, personalised budgets or other mechanism allowing elderly people select providers of care					
<u>Health technologies</u>					
Provisions for coverage and/or access to assistive technology to support self-care of elderly and disabled people					
<u>Primary care</u>					
Existence of provision for access to tele-health and on-line consultations					
Development of primary care multi-disciplinary group practices (Health system characteristic survey)					
Co-production of health care and design of future services in an integrated way					
<u>Self-management and prevention</u>					
Patient reported confidence in managing one's own care					
Average physical activity levels per week					
Smoking rates					
<u>Payment mechanisms</u>					
Existence of pay for performance rewarding outcomes and integrated care					
<u>E-health</u>					
Health records accessible appropriately across the whole health and care system					
<u>New professions</u>					
Existence of new professions (eg care coordinators) created to facilitate integrated care					

4.1.2) 핵심 차원 1: 목소리 – 사람과 지역사회에 관한 부여와 정보 제공

□ Health Literacy

- 건강정보 이해능력이 있는 인구집단은 사람중심보건의료시스템 성공의 핵심

- 열악한 건강정보 이해능력은 총의료비의 3-5%를 증가시킴(Eichler, Wieser, Brugger, 2009)
- OECD 국가들의 건강정보 이해능력 수준은 낮으며, 열악한 독해 수준은 대부분 노인과 낮은 교육수준을 갖는 취약집단에 영향을 미침.
- 이해능력 수준 향상을 위해 두가 측면에서 작업이 필요함.
 - 건강관련 정보에 대한 접근, 이해, 평가 및 적용을 위한 개인의 능력 개발과 동기 부여
 - 소통방식을 개선하고 쉽게 이해되는 포맷으로 정보와 자료를 제공
- 임상 의사, 환자 간 대화, 파트너십, 공동의 의사결정을 통해 케어는 개발되며, 함께 지속적으로 서비스가 개발되고 재형성됨.
- OECD는 노인 및 치매 인구를 위한 의료 설계에서 지방 지역사회의 참여에 대한 보고서를 발간함.
 - 일본은 지방 동네에서 길을 잃은 치매 인구를 돌보기 위한 주민 돌봄 체계(neighborhood watch scheme)를 포함하여 지역사회 자원봉사 개발
 - 지역사회가 보건정책을 수립하고 결과를 향상시키는 지역사회 참여의 좋은 사례로 알래스카 원주민을 위한 Nuka 케어 시스템이 있음.

□ Measuring what matters to people

- 국가수준에서 환자보고 결과와 경험 지표들을 통해 개인의 의료와 의원의 관리 외에 의료 조직화와 시스템들을 통합적으로 모니터링할 수 있음.
- OECD는 이미 의료 질과 결과 측정을 위한 프레임워크의 일부로 19개 국가에서 외래 환자 경험 측면을 비교하고 있음.

□ Workforce skills

- 의료인력은 유동성을 증가시키면서 질 높은 의료를 제공하는 수요 증가의 중심에 있음.

- 이러한 압력은 보건의료 인력에 엄청난 부담을 주고 있으며, 다른 영역별 보건의료인에서 극도의 피로로 인한 소진율(the rate of burn-out) 증가가 안전하고 효과적인 의료 제공에 나쁜 영향을 미침. 아울러, 인력 감소와 인력 자원 부족을 심화시키고 있음.
- 사람 중심 및 팀 기반 케어 모델로 이전하기 위한 횡단적 기술(transversal or cross-cutting skills)로서 다음이 확인됨.
 - 맞춤형 의료 제공과 직접 관련된 기술
 - 환자 및 그들의 가족 또는 돌봄자와 개인중심의 의사소통 기술
 - 환자와 제공자간 공동의 의사결정을 위한 기술
 - 팀워크 또는 전문영역 간 협력과 공동의 리더십을 위한 기술
 - 사회문화적 능력
 - 복잡한 환경에서 비통상적 업무와 관련된 기술
 - 적응형 문제 해결
 - 보건의료시스템 인식
 - ICT를 효과적으로 이용하는 능력
 - 긍정적 근로 문화를 지원하는 기술
 - 효과적인 스트레스 및 피로 관리
 - 윤리적 딜레마를 해결하는 능력
 - 지속적 학습과 훈련의 질 향상을 위한 기술
 - 멘토링 및 교육 기술
- 이러한 횡단적 기술은 질병중심의 의료 제공 접근에서 가치기반 및 맞춤형 의료 모형을 향한 혁신을 실현가능하게 하는 핵심 조건임.

4.1.3) 핵심 차원 2: 선택 - 사람에게 필요한 것을 결정할 수 있는 능력 제공

□ Patient Choice

- 사람중심 의료의 핵심 측면은 환자에게 그들이 받는 의료에 대한 선택을 증가시키는 것임.
- 영국 NHS 보고에 따르면, 일반적으로 사람들은 지역적으로 가까운 공급자를 선호하지만 질에서 상당한 차이가 난다면, 더 먼 거리의 의료를 선택함. 또한 병원의 청결성과 대기시간이 두 개의 가장 영향력 있는 요인이며, 대기시간을 제외하면, 병원의 질 수준이 병원 선택의 중요한 요인이 됨. 기타로는 과거의 의료 경험과 가족의 경험이 영향을 미침.
- 취약하고 빈곤 집단에서 상대적으로 정보 접근이 어려운 문제가 있음.
- 환자의 정보기반 선택을 지원한 사업 사례가 있음.
 - healthwise : 미국의 비영리 조직이 지난 40년 동안 사람들이 정보에 기반한 의사결정을 하도록 정보와 기술을 지원
 - Choosing Wisely: 환자 선택의 증진을 위해 임상가와 환자 간 소통 변화 활동
 - Mayo's Clinic's Shared Decision Making National Resource Center: 환자 결정 지원 및 공동 의사결정 기법의 개발, 실행, 평가를 통해 공동의 의사결정 촉진

□ Strengthened Primary Care

- 늦은 시기에 보다 집중적인 치료가 필요한 것보다 건강검진 등을 포함하여 조기에 개인의 건강 욕구를 파악하는 것이 중요함.
- 일차의료는 나쁜 건강을 예방하는 서비스의 영향을 확대하기 위해 공공 보건 서비스와 통합하는 수단을 제공하는 중요한 역할을 수행함.
 - 또한 사람들의 공급자 선택을 안내하는 중요한 역할을 함.
- 일차의료에서 환자와 제공자의 만족을 높이고 의료의 포괄성, 연계, 가치를 향상시키기 위해 팀 기반 일차의료 모형이 요구됨.
 - 호주, 200개 Health Care Homes가 팀 기반 일차의료 모형으로 개발됨.

만성질환과 복합질환을 갖는 65,000명 호주인에 대한 의료 제공에서 서비스 연계와 유동성을 향상시키는 것이 목적임.

- 캐나다, 일부 지역에서 My Health Teams(MyHTs)을 도입하여 팀 기반 일차의료 모형으로 혁신. My HTs는 보건의료조직과 공급자들이 협력적으로 네트워크를 통해 그들의 목적, 기여, 역할, 책임을 연계하여 의료 제공, 건강 결과, 비용대비 가치, 규모의 경제, 형평성에서 개선을 유도하는 것임 목적임.
- 미국, 모바일 클리닉은 취약 인구집단에 대한 높은 질과 낮은 비용의 일차 의료를 제공하는데 중요한 역할을 하고 있음(Hill et al., 2014).
 - 원격의료(telemedicine)는 취약지 환자가 그들의 집근처에서 의료를 받도록 지원함.
 - 노르웨이, 원격의료의 광범위하게 도입되어 대변 외래 방문의 대안이 되고 있음. 일차의료에서, 원격자문(teleconsultation)이 악화위험에 있는 COPD 환자를 위해 시행되고 화상회의(videoconference)를 통한 분산된 온콜(on-call) 서비스 또한 정신건강문제를 갖는 성인을 대상으로 사용됨.
 - 영국에서는 지역사회 약사가 그렇지 않았다면 GP를 방문해야 할 환자를 대상으로 “minor ailment schemes” 등 서비스를 확대하고 있음.
 - 라트비아와 호주도 약사의 새로운 역할을 최근에 개발함.

□ Health Technologies

- 2014년 보고서를 통해 일본에서 비디오 게임이 재활 서비스에 활용, 스웨덴에서 보조 로봇, 한국의 원격지 주민을 위한 온라인 사회 활동의 개발이 소개된 바 있음.
- 개인의 프라이버시를 존중하되 지나치게 기술의 개발이 저지되지 않도록 하는 것이 중요함.
- 기술이 사람중심성을 강화시키는 두 개의 추세는 첫째, 기술 자체에서 관찰되

는 추세와 보건의료기술의 관리에서 관찰되는 추세로 구분됨.

- 관리 측면에서 사람들이 보다 비싼 대안을 선호할 경우, 자원 할당 측면에서 문제가 있을 수 있음.

□ Innovation in service delivery

- 노인 인구를 위한 최적의 케어 제공은 보건의료시스템 내부의 서비스 통합에서 개선 뿐 아니라 사회적 돌봄 제공자들 및 지방 지역사회의 참여를 확대하는 것을 요구할 것임.
- 그간의 OECD 작업들은 통합 예산과 지불 인센티브, 서비스를 횡단하는 거버넌스 정비, 접근 가능한 건강 및 사회적 돌봄의 기록, 개별 환자의 욕구를 충족시키기 위한 적합한 기술을 가진 다학제팀의 형성을 제안하고 있음.

□ Payment mechanism

- 사람중심시스템에서 재원조달 기전은 나쁜 건강을 예방하는 중점을 두어야 함.
- 특히, 복합 질환자에 대한 의료 연계와 의료 제공에서의 향상은 의료의 여러 수준에서 궁극적으로 환자 결과를 향상을 위해 필요함.
- 일부 국가들은 환자 결과와 지불보상을 연계하고 있음. 그러나 이러한 혁신적 기전들은 행정적 부담을 증가시킬 수 있는데, 바탕이 되는 지불방식이 전통적 일수록 그러함. 또한 진료량 증가와 연계성을 통제하지 않으면 공급자가 자신의 행태를 재정적 수입을 극대화하는 방향에 맞출 수 있음.

4.1.4) 핵심 차원 3: 통합 방식으로 의료 제공의 공동 생산과 미래 서비스 설계

□ Self-management and prevention

- 자가 관리의 성공을 위해서는 가능한 많은 관리를 단순화하는 도구 뿐 아니라 효과적인 지도와 훈련을 요구함.

- 사람들이 자신의 건강에 더 많은 책임감을 갖도록 설득하는 것을 포함하여 예방에 대한 강조를 증가시키는 것은 사람중심 보건의료의 핵심 측면임.
- 행태를 변화시키는 것은 넛지 기법을 포함하여 일련의 인센티브 방식의 개발을 요구함. 건강한 생활 및 노쇠 예방을 위한 접근은 고령 인구 집단을 위해 중요함.
- 사람중심 예방의 실행을 뒷받침하는 두 개의 핵심 접근은 i) 건강하지 않은 행태를 가질 위험이 더 높은 목표 집단을 확인하는 것과 ii) 목표 집단에서 가장 효과적인 개입을 파악하는 것임.
- 낮은 사회경제적 상태를 갖는 개인은 일반의사에 대한 접근이 더 낮을 것임. 이러한 인구집단은 의사 상담에 접근성이 더 낮을 수 있음. 새로운 미디어의 활용에 대한 개입은 상대적으로 젊은 성인 또는 이러한 플랫폼에 접근성이 있는 이들에게 보다 용이할 수 있음.

□ E-health

- 원격의료(telehealth and telecare)는 특히 노인인구가 독립적으로 집에서 더 오래 생활할 수 있도록 도와주는 잠재성이 있음.
- 브라질에서 국가 전반의 원격의료 시스템이 심장전문의 및 기타 전문의를 바탕으로 일차의료 전문가와 연계하고 있음.
- 영국에서 3개년 확률 대조군 실험군에서 원격의료이 응급입원을 20%, 응급방문을 15%까지 감소시켰다고 보고됨.
- 웨어러블 디바이스, 모니터, 앱스 같이 지속적으로 데이터를 제공업체에 스트리밍하는 기술은 많은 잠재력을 갖지만 보건의료 제공을 지원하는 것에 대한 신중한 평가가 필요함.

□ New Professions

- 사람중심 의료로의 변화는 새로운 기능과 분류에 속하는 전문인력의 출현을 유도함.

- 코디네이션 기능은 장기요양과 같이 기타의 비-보건 활동으로 확장되며, 이는 다분야 케어 코디네이션에 전문화된 새로운 관리 구조를 출현시키거나 새로운 전문 인력을 양성시킴.
- 새로운 전문 인력의 출현을 이끌 수 있는 또 다른 영역은 개인 건강 데이터의 관리 영역임. 새로운 전문가는 데이터 및 활용에서의 기술적 측면 뿐 아니라 기밀유지와 사생활 이슈와 같은 법적·윤리적 의미도 파악해야 함.

5) 향후 단계

□ 추가 작업을 위한 일정 제안

- 2019년 1사분기, 스코어보드 지표 교정 및 질문서 발행
- 2019년 2사분기, 인터뷰 시행
- 3사분기 분석, 2019년 12월 보건위원회에서 초안 논의
- 2020년 6월, 보건위원회에서 정책 권고 초안 논의
- 2020년 4사분기, 보고서 완료

다. 보건의료인력 이동성에 대한 국제적 플랫폼: 보건의료인력 이주 패턴의 모니터링과 의학교육의 국제화

주요 내용
<p>□ 이 보고서는 OECD/ILO/WHO “Working for Health” 프로그램의 일환으로 다음의 세 가지 목적을 위해 보건의료인력 이동에 대한 국제 플랫폼을 구축하는 예비 결과임.</p> <p>○ 데이터 수집 및 데이터 교환 방식의 개선을 통해 보건의료인력 및 보건의료인력 이동의 모니터링 향상</p> <p>○ 혁신적 방식(skills partnership 등)에 대한 정보 수집, 공통의 관심 이슈에 대한 지침 개발(bilateral labour agreements 등), 모범 사례(assessing and recognising foreign qualifications 등) 파악을 통해 보건의료 인력의 국제 이동에 대한 정책 대화 지원</p> <p>○ 국가, 지역, 직업적 수준에서 부족의 개념을 반영하도록 촉구하는 것을 포함하여 ‘보건의료인력의 국제 모집에 대한 WHO 국제 행동 강령’의 이행 지원</p> <p>□ OECD/Eurostat/WHO-Euro 공동 조사를 바탕으로 OECD 국가에서 외국 수련 의사와 간호사의 추이를, 인구센서스 데이터로 외국에서 출생한 의사와 간호사 추이를 살펴봄. 프랑스, 아일랜드, 폴란드, 루마니아의 4개 국가 사례를 중심으로 의학교육의 국제화 현황을 살펴봄.</p> <p>- 국외 출생 의사 및 간호사, 국내 의대, 간호대 졸업생 수는 국내 보건의료인력 수를 증가시키는 동력임.</p> <p>□ 본 보고서의 최종 결과는 2019년 1분기에 발간될 예정으로 2019년 1월 7일까지 서면 의견 제출을 대표단에 요청함.</p> <p>○ 플랫폼 하에서 OECD가 지원해야 할 새로운 작업 제안</p>

1) 배경

- 고도로 숙련 받은 보건의료 인력의 이주(migration)가 2000-2015년 사이 증가하고 있음. OECD 국가 내 3차 교육을 이수한 이주자가 87% 증가하였음. 유럽 연합에서 영국의 탈퇴, 신규 가입 등 변화는 유럽 국가 내, 유럽과 OECD 국가들 간 보건의료 인력의 이동성(mobility)에 영향을 줄 것으로 전망됨.
- 보고서는 OECD와 WHO가 공동으로 수행한 보건의료 인력의 국제 이동성에 대한 초안 작업으로, 그간 OECD가 수차례 발간한 보건의료 인력에 대한 여러 보고서들의 연장선에 있음.
- 보건의료인력 중 의사와 간호사의 최근 추이를 검토하기 위해 OECD는 지속적으로 데이터를 수집해왔으며, 최근 국가 간 인력 이주, 특히 외국에서 출생한 의사 및 간호사, 외국에서 훈련받은 의사 및 간호사를 파악하는 정보 갱신 중.
 - 보고서는 의사와 간호사를 중심으로 살펴보았지만 OECD의 매년 수집 데이터에는 치과의사, 간호사, 조산사, 사회복지사, 물리치료사 등 다른 직종의 정보도 포함되어 있음.

2) 대부분 OECD 국가에서 의사 및 간호사 수 증가, 국내 졸업생 수 증가 결과

- 보건의료 인력의 부족 현상은 OECD에서 이미 확인된 현상으로, 베이비 붐 세대의 의사와 간호사가 퇴직하면 인력 부족의 우려가 지속적으로 증가할 것임.
- 대부분 국가들이 노동시장에서 은퇴하는 베이비붐세대를 대체하기 위해 새로운 인력을 양성하는데 주력하고 있음.
- 2000년 이후 OECD 국가의 보건의료 인력 전체 수와 1인당 인력 수도 증가
 - 일례로, 한국, 멕시코, 미국은 2000년에 의사 인력 수가 적었으나, 이후 1인당 의사수가 빠르게 증가하였음. 벨기에, 프랑스, 폴란드, 슬로바키아는 2000년 이후에도 1인당 의사수가 증가하지 않았으나, 이들 국가에서 의대 입학생 수가 최근 몇 년 사이 증가한 것으로 보아 이들이 베이비 붐 세대의 인력을 대체할

것으로 보임. 1인당 간호사 수 역시 2000년대 이후 급속히 증가하였음.

- 국외 대학을 졸업한 의사와 간호사가 보건의료 인력의 중요한 부분을 차지하는 일부 국가도 있으나, 대부분의 국가에서는 국내 의대, 간호대 입학생 수의 증가가 보건의료인력 증가에 주로 기여함.

- OECD 국가의 의대졸업생 수는 2006년 연간 100,000명에서 2016년 125,000명으로 증가했으며, 간호대 졸업자도 연간 450,000명에서 600,000명으로 증가함.

3) 대부분 OECD 국가에서 국외 출생 의사 및 간호사가 의사 및 간호사 수를 증가시키는 동력으로 작용

- 이주 의사와 간호사의 증가는 전체 의사 및 간호사 수에서 상당한 비중을 차지하고 있음. 외국에서 출생한 의사와 간호사 대부분은 그들이 태어난 모국보다 그들이 거주하고자 하는 최종 목적지에서 교육 받길 희망함.

Box. 3.1. 보건의료인력의 국제적 이동성을 모니터링하기 위한 방법과 자료원

- 1) 출신 국가와 정착 국가의 관련성, 2) 정기적 데이터 수집의 실현가능성의 두 가지 기준에 근거 이주 패턴의 측정 방법: 1) 국적 2) 출생 국가 3) 교육 기관 국가를 기준으로 측정
- 1) 국적이 기초하는 경우, 외국인이 이주 국가로 귀화하면 이민통계에서 사라지며 대부분 국가에서 많은 사람들이 실제 그들이 태어난 국가와 국적이 다르기도 하기 때문에 이주와 국적의 명확한 연결고리를 찾기 어려움.
 - 2) 출생 지역에 기초할 경우, 출생국가와 거주 국가가 다르면 의미가 있음. 외국에서 태어난 사람들이 젊은 나이에 가족과 다른 나라로 이주하거나, 교육 이수를 위해 다른 국가로 이주하고, 교육 이수 후에도 그 국가에 머무는 경우가 있음. 이 경우, 교육 이수를 위한 비용을 국적 국가 보다 이주 국가가 지원해 주거나 직접 부담함.
 - 3) 교육/훈련을 받은 지역에 기초하는 것으로 정책적 관점에서 가장 관련성이 높음. 의학 및 간호학 학위를 받은 국가를 기준으로 분류함. 국내 출생자 중 국외 수련 의사와 간호사 수 측정

자료원

보고서는 보건의료 인력의 국제적 이동성을 모니터링하기 위해 2, 3의 접근법 선택
일부 유럽 국가들에 대한 Labour Force Survey, 15세 이상 성인을 포함하는 인구센서스

- 국외 출생 의사 비중은 슬로바키아 2%, 호주와 룩셈부르크 50% 이상으로, 간호사의 경우 스위스, 호주, 이스라엘에서 30% 이상임. 오스트리아, 체코, 칠레, 에스토니아, 그리스, 라트비아, 포르투갈을 제외하고 의사에서 이주자가

차지하는 비중이 높으며, 이는 해당 간호사 비중 보다 높았음.

- 절대 수치로 보았을 때, 미국은 이주 의사와 간호사의 최종 목적지라고 할 만큼 그 수치가 높았음. 전체 국외 출생 보건의료 인력 중, 의사와 간호사가 차지하는 비중은 각각 42%, 45%임. 다음으로 영국, 독일이 있었음. 반면, 간호사는 독일, 영국 순이었음.

□ 비교 가능한 18개 국가에서 국외 출생 의사 수는 2010/11년-15/16년 사이 20% 이상 증가하였음. 동 기간 국외 출생 간호사 역시 20% 증가하였으며 미국에서 가장 크게 증가하였음.

- 증가 추세의 원인은 국외 출생 인력 및 자국 출생 인력 간 연령 구조의 차이와 이주의 역동성을 꼽을 수 있음. 일부 국가에서 국외 출생 의사 수가 감소하였는데, 그리스 경우, 2010년 이후 경제 위기가 큰 영향을 미친 것으로 보임.

4) 많은 OECD 국가들에서 외국 수련 의사 및 간호사에 대한 의존도 증가

□ 외국에서 교육을 이수 받은 인력의 비중은 자국에서 교육을 이수 받은 인력에 비해 낮은 것이 보편적으로 관찰되는 현상인데, 이는 최종 정착지 국가가 이주자에게 교육과 훈련을 제공하는 것으로 해석될 수 있음.

- 16년 기준 26개 OECD 국가 전체 의사의 16%가 타국에서 의대를 졸업하였음. 2006년 14%, 2011년 15%와 비교했을 때 증가한 수치로 간호사에서도 비슷한 추이를 보임. 하지만 교육과 연수를 위해 외국으로 떠났다가 자국으로 돌아오는 사람들도 있음.

- 국외 의대 졸업 의사 비중은 06년-11년 사이 뉴질랜드, 호주에서 증가했으나 국내 의대를 졸업한 의사의 급속한 증가로 역전 현상을 보임. 캐나다의 경우 국외 의대 졸업 의사의 절대적 수치와 비중이 증가하고 있으며, 미국은 외국 의대 졸업 의사 비중에서 큰 변화가 없으나, 절대적 수치는 증가함.
- 아일랜드, 노르웨이, 스위스 스웨덴에서 최근 10년 사이 외국 의대를 졸업한 의사 비중이 급속히 증가한 반면, 영국에서는 국내 의대 졸업 의사가 급

격히 증가하면서 국외 의대를 졸업한 의사가 감소함.

- 외국 간호대를 졸업한 간호사는 지난 10년 사이 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 미국에서 모두 증가하였음. 스위스, 프랑스, 독일에서도 증가하였으나 이탈리아의 경우, 최근 몇 년 사이 줄어드는 추세를 보임. 절대적 수치 비교 시, 미국의 국외 대학 졸업 간호사 수가 가장 높음.

5) 의학 교육의 국제화는 의사의 국제적 이동성을 설명하는 주요 요인으로 부상

□ 대부분 OECD 국가에서 의대 졸업생 수가 증가하였던 반면, 일부 국가의 상당 부분 졸업생이 해외 의대 졸업생(IMG: international medical graduate)¹²⁾임. 즉, 학생들이 외국에서 교육 과정을 이수한 후에도 외국에서 머물고 있음.

○ 의대생의 이동성은 국가 간 역사 및 언어의 유사성과 관련이 있음. 대부분 국가에서 시행하는 의대 입학생 수를 제한하는 정책(numerus clausus)이 다른 국가로 이동하는 요인으로 작용하고 있음. 한편 일부 국가의 의대에서는 외국 학생을 유치하기 위한 프로그램을 시행함.

○ 의학교육의 국제화는 국가 수준의 의사 인력 계획 수립에 매우 중요한 요소임. 본 section에서 프랑스, 아일랜드, 폴란드, 루마니아 중심으로 최근 의대생, 의대졸업생의 국제적 이동성 추이를 살펴보고자 함.

□ 해외 의대생 추이를 살펴보는 데이터가 현재로서는 부족하지만, 기존 데이터 결과, 아일랜드, 폴란드, 호주, 프랑스에서 모두 증가하고 있음.

○ 특히, OECD 미가입 국가에서 OECD 가입국으로 이동하기보다, OECD 국가 간/유럽 국가 내에서 이동하는 경향이 뚜렷함.

- 노르웨이, 스웨덴 학생이 동유럽 의대 교육 과정에 등록하는 경향이 두드러졌는데, 17/18년 기준 자국 등록생에 비해 높았음. 영국과 미국에서는 외국 의대 졸업생의 상당 부분이 모국으로 돌아오기 전에 본인의 의대 학위를

12) 본인이 진료를 하고 싶은 국가가 아닌 다른 국가에서 의학교육 과정을 이수한 해외 의대 졸업생

외국에서 마친 자국민인 것으로 나타남.

- 외국 의대를 졸업한 이후에 모국으로 돌아가 진료를 하고 싶어 하는 학생들의 비중이 증가하고 있는데, 이러한 현상은 더 이상 의학교육 과정이 한 국가에 한정되지 않고 여러 국가에서 이루어질 수 있음을 의미함.

□ 자국 대학의 의대 입학생 수 제한 정책, 외국 의대의 국제 학생 유치 정책 모두 학생의 국제적 이동성을 부추기는 요인임.

- 과거 타국 출신 의대생은 자국의 의학교육 역량이 부족한 이유로 외국에서의 교육 이수를 희망했지만, 최근 의학교육의 국제화와 일부 국가의 의대생 입학 제한 정책으로 국제적 이동성의 원인이 달리 작용하고 있음.

- 지난 5-10년 사이, 대부분의 학생이 자국의 입학 제한 정책으로 인해 외국 대학을 입학하려 함. 캐나다, 노르웨이, 스웨덴, 프랑스 출신 학생이 아일랜드, 폴란드, 루마니아 대학에 입학하는 경우가 그 예임.

- 이들은 의학교육 이수에 소요되는 비용을 그들 스스로 부담하는데, 자국에서 정부 대출을 받고 졸업 이후 상환하기도 함. 아일랜드에서 학교를 다니는 북미 학생 대부분이 정부에게 대출을 받고 나중에 상환함.

- 프랑스를 제외한 아일랜드, 폴란드, 루마니아에서 국제 학생은 의과대학의 추가적 재정 수입원임. 아일랜드와 폴란드의 의과대학은 국제 학생 정원을 늘리기도 하고, 루마니아는 국제 학생 증원에 엄격한 조건을 두고 있음.

□ 해외 의대생의 경력 개발에 대해서 잘 알려져 있지 않음. 하지만 대부분 학생들이 경력을 쌓거나 혹은 인턴 과정 수료, 대학원 진학 등의 선택에서 모국으로 돌아갈지 현지 국가에 계속 남아 있을지 어려움을 겪고 있음.

- 아일랜드, 루마니아, 폴란드에서는 신규 의대 입학생 수 보다 인턴 과정이 가능한 자리 수가 작음. 즉, 이는 졸업한 외국인 학생들이 (본인이 교육을 받은 아일랜드, 루마니아, 폴란드가 아닌) 다른 국가에서 인턴 과정을 수료함을 의미함.

- 아일랜드 의과대학을 졸업한 외국 학생들이 인턴과정을 아일랜드에서 밟고

싶어하지만 현실적으로 힘들. 역설적이게도 아일랜드는 의사가 부족하여 외국에서 의사를 유치하고 있는 상황임.

- 캐나다에서도 의과대학을 졸업한 외국인 학생이 인턴과정을 밟기 어려운데, 심지어 외국에서 공부하고 돌아온 캐나다 학생도 어려움. 대학원 혹은 인턴과정에 들어가기 위해 시험에 통과해야 함.
- 이와는 대조적으로 프랑스에서는 국적에 관계없이 의과대학에서 교육과정을 수료하였으면 인턴과정에 들어가기에 상대적으로 쉬움.

□ 해외 의대생들은 본인의 모국 뿐 아니라 현재 교육을 받고 있는 외국의 의료인력 계획 수립 시에도 고려되지 않음.

○ 프랑스를 제외한 세 개 국가에서 외국 출신 의대생은 보건의료체계 발전을 위한 인력 자원으로 여겨지기보다, 의과대학의 추가적 재정 수입원으로만 고려되고 있음. 만약 해외 의대생들이 그들의 훈련과정을 제대로 마무리하지 못한다면 이는 인적 자본의 낭비임.

○ 일부 국가에서 해외 의대생 졸업의 상당수가 자국으로 돌아가 활동하고 싶어하는데, 자국에서 의대 입학 진입 장벽을 애초에 완화하면 이러한 문제가 해결되지 않는가라는 의문을 제기하게 됨. 반대로 본인이 교육을 받은 국가에서 활동하고 싶은 학생들을 위해, 졸업 후 해외 졸업생이 겪는 경력 개발에서의 진입 장벽을 완화할 필요가 있음.

○ 나아가, 교육 부문(유학생을 위한 학자금 지원 및 대출 등)과 의료부문(의대생을 위한 인턴십과 고용 기회) 간의 협력이 필요함. 예를 들어, 유학을 위해 정부 대출을 받은 학생들은 졸업 후 자국으로 돌아와 인턴 과정을 밟거나, 대학원에 진학하여 인적 자원으로로서 활동할 수 있도록 보장해 주어야 함.

□ 국제적으로 보건의료인력의 감소에 대한 우려가 있었으나, 2000년 이후 의사와 간호사의 수는 지속적으로 증가하고 있음. 이러한 현상의 원인에는 국내 대학 졸업생의 증가뿐만 아니라 외국 대학 졸업생의 증가가 기인함.

○ OECD 국가의 절반에서, 전체 의사 수 증가의 절반이 외국 출생 의사 수의 증

가로 설명되고 있음.

- 중요한 점은 외국에서 출생한 의사와 간호사 대부분은 그들이 교육을 수료하고 현재 거주하고 있는 국가에서 정착해 활동하고 싶어 한다는 것임. 또한 외국으로 유학을 간 의대생들도 졸업 이후에 그들의 경력을 현재 거주하고 있는 국가에서 쌓고 싶어함.

□ 최근 의학교육의 국제화로 많은 학생들이 유학을 가서 의학교육 과정을 수료하고 있으나, 교육 과정 수료 이후 경력 개발에 있어서는 장벽을 겪고 있음.

○ 이 경우 학생들은 졸업 이후 제3의 나라에서 경력을 쌓아야 함. 현재 인력 부족 문제를 가지고 있는 국가에서는 졸업 후 경력개발을 할 수 있는 인턴, 대학원 과정의 기회를 좀 더 확대해야 함. 하지만 인력 수가 포화 상태인 국가에서는 외국 학생들에게 기회를 확대해야 하는지를 고민하고 있음.

○ 의과대학과 정부는 의대 유학생들이 의대 졸업 이후에 자국으로 돌아가거나 혹은 남아서 활동을 하는 데에 어려움을 겪지 않도록 협력해야 함. 그래야만 비로소 학생들이 의대를 졸업하는 데에 투자한 시간과 비용의 잠재적 이익과 위험을 스스로 판단하고 대처할 수 있음.

라. 정신건강 성과 벤치마크 - 경과보고

주요 내용
<p>□ 정신건강은 국제적으로 중요한 과제로 부상함.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018년 런던에서 개최된 정신건강 장관급 회담에서 ‘21세기 정신건강을 위한 형평성 달성’ 선언 ○ 2017년 1월, 보건위원회 보건장관회의에서 정신건강의 성과 비교 요청 ○ 사무국은 OECD 정신건강 성과 벤치마크 프로젝트를 진행해 왔으며, 아동/청소년 정신건강에 대한 정책 브리프를 발간했음. <p>□ 정신건강 성과 벤치마크 프로젝트는 국가별로 정신건강 성과를 비교하는데 유용한 도구로 활용될 것임. 프로젝트는 크게 세 가지 단계로 진행됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 정신건강 성과의 핵심 측면(key dimensions) 구성, 국제적 합의 도출 ○ 정신건강 성과의 다양한 요소 측정 ○ 성과 비교의 가시화, 정책 보고서 작성 <ul style="list-style-type: none"> - 첫 번째 단계는 완성되어 요약되어 있으며, 두 번째 단계가 진행 중으로 정신건강 성과 영역별 지속적으로 비교가능한 성과 지표 탐색 중임. • 19-20년 보건위원회는 고용노동사회위원회와 함께, 2015년 OECD의 정신건강 관련 권고안을 회원국이 이행하고 있는지를 평가할 것임. • 이를 위해 19년 중반 데이터와 설문지가 회원국에게 전달될 예정임. ○ 국가별 비교를 위해 벤치마크를 가시화하는 마지막 단계의 작업은 정책 보고서와 함께 발간될 예정임. 사무국은 2019년 중간 결과물을 발간할 것이며, 2020년 전에 추가적 결과 발표 예정임. <p>□ 정신건강에서의 성과를 측정하기 위한 여섯 가지 핵심 원칙은 아래와 같음.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 원칙 1. 정신 건강 문제를 경험한 환자에게 집중

주요 내용
<ul style="list-style-type: none"> ○ 원칙 2. 접근 가능한, 양질의 정신건강 서비스 제공 ○ 원칙 3. 다부문, 통합적 접근 보장 ○ 원칙 4. 정신 건강 문제의 예방과 정신적 웰빙 증진 ○ 원칙 5. 강력한 리더십과 좋은 거버넌스 체계 확립 ○ 원칙 6. 미래 지향적이고 혁신적인 시스템 <p>□ 아울러 사람 중심 케어를 달성하기 위해 아래 세부 원칙을 권고</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 세부 원칙 1. 제공받는 서비스에 대해 개개인의 소유권 보장과 인권 존중 ○ 세부 원칙 2. 정신건강 문제를 가진 이들을 존중하고 그들을 지원하는 여러 네트워크의 통합적 활용 지원 ○ 세부 원칙 3. 개인의 수요와 선호에 맞게 모든 서비스 제공 ○ 세부 원칙 4. 각기 다른 집단의 고유한 수요에 대한 이해와 존중 ○ 세부 원칙 5. 개개인의 잠재적 능력을 사회에서 실현가능하도록 역량 강화 <p>□ 요청사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 정신건강과 관련 진행 중인 작업들의 확인 ○ 정신건강 성과의 6가지 주요 원칙과 성과 벤치마킹 프레임워크 동의 ○ 프로젝트에서 제안한 접근들에 대한 동의 ○ 아웃풋의 깊이와 범위, 기여를 희망하는 자원의 수준에 대한 의견

1) 배경

□ 2010년 이후 OECD는 정신건강 관련 이슈에 대해 지속적으로 대응해왔으며, 국가별 리포트, 보고서를 발간하고 장기 프로그램을 시행해왔음.

○ 17년 1월 보건부 장관들은 OECD가 정신건강 성과를 측정하기 위한 벤치마크를 설정할 것을 요구했으며 G7 보건부 장관 회의에서는 청소년 정신건강 중심의 벤치마크 설정을 요구한 바 있음.

○ 2017년 12월 이후 사무국은

- 정신건강 성과의 6가지 주요 원칙을 제시하는 “OECD 정신건강 성과 벤치마킹 프레임워크”작업을 진행 중이며,
- 디지털 기술과 인터넷이 청소년, 아동의 정신건강에 미치는 영향을 분석한 정책 보고서를 발간했으며,
- 영국 정부와 장관급 정신건강 회의를 개최했으며,
- 의료질 성과 워킹 그룹(health care quality and outcomes working party) 감독 하 정신건강 분야 중 국제 비교가 가능한 환자경험지표를 찾고 있으며,
- 정신건강으로 인한 경제적 부담을 추계한 보고서를 발간함.

○ 2017년 12월 보건위원회 대표단은 정신건강 관련 OECD 작업에 대해 지지하는 의사를 밝혔으며, 본 안건에서 진행 경과를 보고하고 대표단의 의견을 반영하여 다음 단계를 밟고자 함.

2) OECD 국가에서 정신적 불건강(mental ill health, 정신건강문제)의 부담은 매우 높음.

□ 국제적으로 정신건강의 문제는 계속해서 중요해지고 있음.

○ 정신건강은 지속가능한 개발(SDGs)의 세 번째 목표이며 OECD 국가들은 2015년 정신건강 문제 해결을 위한 OECD 이사회의 정책권고에 서명하였음.

- 정신건강 문제를 해결하기 위해 재정지원과 서비스 제공체계에서의 노력이 이루어지고 있지만, 정신건강 문제를 가진 사람들의 차별과 낙인 문제, 정신건강 문제로 인한 조기사망 등 여러 문제가 남아 있음.
 - 유럽국가에서 정신건강 문제로 인한 생산성 손실은 GDP의 4.1%로 추정됨. 사무국은 유럽 뿐만 아니라 모든 OECD 가입국으로 분석 대상을 확대할 것임.
- 전체 인구의 1/6~1/5가 정신불건강 문제를 가지고 있으며 2명중 1명은 인생에서 한번은 정신불건강을 가짐.
 - 가장 흔한 정신 장애는 불안장애(5.1%)이며 우울 장애(4.5%), 약물장애 (2.9%)가 뒤를 이음. 정신장애 유병률은 15% 미만에서 20% 이상까지 국가별로 다양하게 나타남.
 - 2015년 기준 정신건강 문제로 인한 사망/자살자 수는 유럽국가에서 84,000명으로 추정됨. 정신장애로 인한 초과 사망, 즉, 일반인구집단의 사망률과, 정신장애를 가진 사람의 사망률 간 격차도 큼.
- 전체 보건의료지출 중 정신건강 서비스 지출은 약 13%로, 예방, 진단, 치료와 관련한 모든 서비스와 상품에 대한 지출을 포함함. OECD 26개 국가가 정신불건강의 전체 경제학적 비용 중 직접 지출이 차지하는 비중은 약 31.9%로 추정
 - 정신불건강의 경제학적 비용 대부분이 치료에서 기인하지 않는데, 직접 비용은 상병 수당, 장애수당, 실업 급여 수당 등 보건의료체계 밖의 사회보장제도에서 발생하고 있음. 노동시장 참여 감소와 생산성 감소 등 간접비용도 상당함.
 - OECD 국가들 대부분이 정신불건강의 경제학적 비용이 높은 것으로 나타남. 현재 호주, 일본, 캐나다 등 일부 국가 대상으로 비용을 추정했으나, 모든 국가로 대상을 확대할 예정임.

3) 정신건강 성과를 측정하기 위한 여섯 가지 주요 원칙

- 정신건강 성과를 측정하기 위해 전문가 대상 워크숍을 실시함.

○ 19개 국가의 정신건강 관련 전문가 40명을 초대하여 실무 워크숍을 진행(18년 6월 29일), “정신건강과 관련하여 무엇이 중요합니까?”의 응답결과를 중심으로 사무국이 검토, 주요 원칙을 선정함.

- 원칙 1. 정신불건강을 현재 가지고 있는 사람에게 집중
- 원칙 2. 접근가능한, 양질의 정신건강 서비스를 제공
- 원칙 3. 다부문, 통합적 접근을 보장
- 원칙 4. 정신불건강 예방과 정신적 웰빙 증진
- 원칙 5. 강력한 리더십과 좋은 거버넌스 체계 확립
- 원칙 6. 미래 지향적이고 혁신적인 시스템

○ 위 주요 6가지 원칙하에 세부 원칙은 table 3.1 참조

□ 정신건강에서 좋은 성과를 낸다는 것은 의료기관 내 인력의 책임 뿐만 아니라, 교육 기관, 직장, 지역사회 커뮤니티를 둘러싼 다양한 영역에서의 책임도 요구 됨. 또한 현재 증상을 치료하는 수준을 넘어, 정신건강 리터러시(mental health literacy), 연구 활성화, 모든 정책에서의 정신건강 등 다양한 요소를 모두 함께 구성해야 함.

○ 통합적 서비스를 통해 정신질환자가 사회, 의료, 교육, 고용 등 각기 영역에서 가진 수요를 해결할 수 있어야 함.

- OECD 이사회는 일찍이 정신건강 문제를 가진 청년을 위한 교육 기관, 직장 내 정신건강 문제 해결과 직장 복귀 지원, 정신질환자의 고용 기회 확대 등을 강조한 바 있음.
 - 캐나다 정신건강 증진 전략에서 원칙 3의 내용이 포함되었으며, 유럽 국가들도 정신건강 문제 해결을 위해 교육부와 보건부 간 협력을 약속했음.
 - 유럽위원회는 정신, 신체 장애를 위한 통합적 서비스를 권고, 국가 전략으로 채택
 - 호주의 국가 정신건강 자살 예방 계획에서 정신질환자의 신체 건강 개선과 조기 사망을 감소하는 전략 채택

□ OECD 정신건강 성과 벤치마킹 프로젝트의 다음 단계는 6가지 원칙 하 세부 원칙을 측정할 수 있는 데이터를 확인, 수집하는 것임.

○ 2012년 이후 국가별 비교를 위한 정신건강 데이터들이 이용가능해졌으며, 일부 국가들은 이미 다양한 정신건강 지표를 가지고 있음.

○ 기존에 수집되고 있는 정신건강 지표 외에 다른 영역에서 수집되는 지표들도 정신건강 벤치마킹을 설정하는 지표로 사용될 수 있음.

- 사무국은 국제적으로 비교가능한 정신건강 지표들을 모아 Annex A에 정리해 두었음. Table 3.12는 세부 원칙을 달성했는지를 평가하는데 사용될 수 있는 예비지표들을 정리했음. 예비지표들을 추릴 예정이며, 다른 국가에서 수집하고 있는 지표들을 추가적으로 검토하거나 설문지를 개발할 예정임.

- 사무국은 국제/국내 전문가의 자문을 구할 것이며 다음과 같은 원칙에 근거하여 지표를 선정할 것임.

- 질적 지표, 양적 지표, 혁신적 지표를 혼합하여 활용
- 지표를 개발하기 위해 혼합된 접근법(mixed approach)을 사용
- 자료원의 다양성을 확보
- HCQI 데이터에서도 사용되는 주요 기준(타당성, 신뢰성, 관계성, 국제 비교 가능성, 행동 가능성, 국제적 실행 가능성)을 준수

- 사무국은 프레임워크의 완결성을 다지고, 국제비교가능한 지표를 확보하기 위해 순차적 접근(step-wise approach)을 취할 것을 제안함

- 국가별 이용가능한 지표에 대한 정보를 수집하기 위해 국가 내 전문가 대상으로 비공식 자문 진행
- 비공식 자문을 통해 모든 국가에서 일관되게 중요하다고 여겨지는 지표들을 종합적으로 검토
- 프레임워크 자체가 사람 중심 접근법을 바탕으로 하므로 반구조화된 설문, 전문가 의견을 바탕으로 질적 지표, 양적 지표가 보완될 수도 있음.
- 모든 국가가 새로운 지표들에 대한 데이터를 공유하기 전에, 현재 구축된

지표와 새로운 지표로 구성된 리스트들이 먼저 만들어질 것임.

- 2019년 중반, 데이터 수집과 정책 설문지가 각 국가들에게 보내질 것이며, 수집된 데이터들은 OECD 이사회의 정신건강 권고안 이행을 모니터링하는 데에도 사용될 것임.
- 사무국이 제안한 접근법에 대해 이사회의 의견을 듣고자 함.

4) 성과가 높은 정신건강시스템은 “사람 중심”의 원칙을 지키고 있음.

□ 본 안건 첫 번째 원칙이 어떻게 달성되고 있는지를 예시를 중심으로 살펴보면, 안건 보고 이후에도 해당 지표들과 정책의 예시를 지속적으로 살펴볼 예정임.

○ 사람 중심 케어(people centered care)의 중요성을 고려하여, 첫 번째 주요 원칙은 “고도의 성과를 달성하는 정신건강 시스템은 정신건강 문제를 가진 사람에 중점을 둔다”로 선정함.

○ 워크숍 참석자들은 사람 중심 케어를 위해 아래 사항을 권고

- 세부 원칙 1. 모든 개개인이 본인이 제공받는 서비스에 대해 소유권을 가지도록 하며 그들의 인권을 존중해야 함.
- 세부 원칙 2. 정신건강 문제를 가진 사람들을 존중하고 그들을 지원하는 여러 네트워크를 통합적으로 활용하도록 함.
- 세부 원칙 3. 모든 서비스는 개인의 수요와 선호에 맞게 제공되어야 함.
- 세부 원칙 4. 각기 다른 집단의 고유한 수요를 이해하고 존중해야 함.
- 세부 원칙 5. 개개인의 그들의 잠재적 능력을 사회에서 실현할 수 있도록 역량을 강화해야 함.

○ 위 다섯 가지 세부 원칙의 성과를 측정하는 지표들은 추후 개발될 예정이며, table 4.1은 첫 번째 주요 원칙과 관련하여 지금까지 확인된 국제 지표들을 나열한 것임.

□ 사람 중심 케어는 고도의 정책 목표로서 국제 선언과 국가 수준 액션 플랜에서 중

요한 요소로 고려되고 있음. 정신건강에서 사람중심성(people centredness)을 달성하는 것은 그 자체로 중요하지만 도전적 과제임.

○ 정신질환자에 대한 차별과 낙인, 정신질환자의 상태에 대한 불완전한 이해, 정신질환자를 시설에 구금하거나 치료를 강요하는 행위 등 일련의 문제는 사람중심성을 어렵게 하고 있음.

○ 사람 중심성은 다양한 관점에서 해석될 수 있는데, 진료 계획을 수립하는 과정에서 정신질환자의 선호와 의견을 반영하고 의사결정 과정에 가족을 구성원으로 참여시키는 것이 예가 될 수 있음. 최근에는 진료 과정을 함께 설계하는 통합설계(co-design), 공동 지원(peer support)의 중요성이 커지고 있음.

○ 사람 중심 정신건강 진료가 정책의 주요 목표로 합의가 이루어지고 있음에도 불구하고, 그 자체를 달성하기란 매우 도전적임.

- 실제 환자와 가족의 의견을 표면적으로만 반영하려 할 뿐 실질적으로 반영하지 않고, 의미 있는 변화를 기대하기 어렵다는 의견이 있음.
- 일부 국가에서는 정신질환자의 사회적 통합을 위해 지속적으로 노력하는 등 사람중심성을 위한 성과를 보이고 있으나, 정신질환자를 사회적 활동에 참여 시키기란 쉽지 않음.

□ 정신질환을 한번이라도 가졌거나, 정신건강 서비스를 이용한 적이 있는 사람들 그리고 그들의 가족 등, 그들의 관점을 이해하는 것은 정신건강 시스템에서 사람중심성을 달성하고, 의료 질 성과도 향상시킬 수 있는 중요한 방법임.

○ 사무국은 다양한 방법을 이용하여 환자 보고 지표를 개발해 왔으나, PaRIS initiative(환자보고지표 프로젝트) 중 정신건강과 관련한 작업에서도 도움을 받을 것임.

○ table 4.1은 환자 결과지표, 환자경험지표 중 세부 원칙2와 관련한 지표를 제시했음.

- 정신건강 질환자 혹은 그들의 가족을 대상으로 시행한 조사 결과를 보면, 정신건강 서비스 경험에서 개선의 여지가 있어 보임.

- 일례로 영국 조사에서, 응답자의 2/3이 긍정적인 경험을 했으나, 의료 질 측면에서 우려를 표했으며 개선이 되지 않은 것으로 나타남.
- 환자 보고 지표들은 환자의 수요와 선호에 반응하는 서비스를 보장하고 개개인의 정신건강 결과를 개선할 수 있다는 점에서 중요함. 아울러, 사람 중심 케어를 평가할 수 있다는 유용성을 가지고 있음.
 - 환자 보고 경험 지표(PREMs): 의료 서비스 전달체계에서 환자의 관점(의사, 간호사, 직원들과의 의사소통 등)
 - 환자 보고 결과 지표(PROMs): 환자의 건강 상태에 대해 그들 스스로가 바라보는 관점(정신적 웰빙, 사회적 기능, 현재 증상의 부담 정도, 역효과 등)
- 위 두 종류의 지표들은 환자의 상태와 의견을 파악하기 위해 상호보완적으로 사용될 수 있음. 하지만 거의 모든 국가가 정신건강과 관련한 환자 지표를 체계적으로 수집하지 못하고 있음.
 - PaRIS initiative는 국가 간 비교가 용이하도록 모든 국가에게 환자 보고 경험 지표와 환자 보고 결과 지표를 개발할 것을 권고하였음. 정신건강 체계가 사람중심성을 달성하기 위해 이 지표들의 측정은 중요한 과제임.
- 정신건강에서의 사람중심성을 달성하기 위해 이미 좋은 선례를 남긴 국가들의 예를 살펴보는 것이 중요함.
 - 벨기에의 경우 전통적으로 대규모 정신건강 기관 중심으로 운영되던 체계가 다학제간 팀이 통합적 서비스를 제공하는 체계로 변화함.
 - 스웨덴은 정신과 입원환자 포럼을 개최, 환자들의 의견과 경험을 나누는 자리를 마련하고 있음.
 - 영국은 정신건강 서비스 사용자와 보건의료인력이 함께 참여하는 통합 설계(co-design)를 구축하였고 이후 불만 접수건이 감소한 것으로 나타남.
 - 네덜란드는 환자 개개인의 수요와 선호를 충족시키기 위해 재가 치료, 조기 개입, 일상생활 보조, 재활 지원 등 다양한 서비스를 제공하고 있음.
- 서비스 사용자, 즉 환자에게 가장 중요한 것에 초점을 맞추어 서비스를 제공하

는 구조적 변화가 필요함.

- 예를 들어, 의료 인력들이 업무에 부담을 느끼고 스트레스를 받을 경우, 환자를 케어 하는데 충분한 시간을 보낼 수 없음.

○ 세부원칙 4를 달성하기 위해, 환자 개개인을 대상으로 맞춤형 서비스를 제공하는 것이 중요함.

- 호주는 원주민과 비원주민간의 건강 격차 문제를 인지하고, 원주민의 관점을 반영한 진료 서비스를 제공하였음. 그 결과, 환자의 자기결정력, 지역사회에서의 활동이 개선되었음.

○ 마지막으로 세부 원칙 5와 관련하여, 정신건강 문제를 가진 사람들의 다양성, 그리고 그들의 다양한 수요를 이해하는 것이 중요함.

- 네덜란드, 스웨덴, 스위스, 영국은 일차의료에서 정신질환자가 진료 이후 고용/교육 프로그램으로 복귀하도록 노력을 펼치고 있음.
- 덴마크는 환자 진료 계획에 교육, 고용, 사회적 활동의 내용을 포함함.

5) 결론

□ 정신건강은 계속해서 주목받고 있는 과제이지만, 정신건강 문제가 야기하는 사회경제적, 개인적 비용은 여전히 해결되지 않음. 본 안건에서는 현재 진행 중인 정신건강 성과 벤치마킹 프로젝트의 진행 경과를 보고하고 후속 진행을 위한 대표단의 의견을 듣고자 함.

○ 정신건강 체계가 양질의 성과를 내기 위해서는 입원 진료, 지역사회 진료가 제각기 작동되어서는 안 되며, 직장, 학교, 가족, 전문가, 정책 입안자, 의료인력 등 여러 이해당사자가 제 역할을 성실히 임해야 함.

○ 아울러 각 국가들이 정신건강과 관련한 여섯 가지 중요 영역을 잘 이행하고 있는지를 살펴보기 위해 사무국은 해당 원칙에 해당하는 지표들을 확인, 수집할 예정임.

- 많은 국가에서 사람 중심성은 정신건강 뿐만 아니라 많은 영역에서 주요 정책 목표로 선정되었음. 하지만 사람 중심의 케어를 달성하는데 있어, 많은 과제가 남아 있음.
- 그 첫 번째 과제로 환자 보고 지표를 통해 사람 중심 케어를 지속적으로 평가하는 것이 중요함.
- 현재 9개 국가만 정신건강과 관련한 환자보고지표를 수집하고 있음. 해당 지표를 지속적으로 수집하고 국가적으로 비교하여, 정신건강 성과를 이룰 수 있기를 기대함.

마. 유럽연합 및 기타 국가들에서 건강 관련 불평등: 국가별 비교(예비분석결과)

주요 내용
<p>□ 본 연구는 2017-2018 OECD 사업 및 예산안의 “건강수준과 노동시장 성과, 사회적 결과 간의 관계에 대해 더 나은 이해의 제공”이라는 목표에 맞추어 진행되었음.</p> <p>○ 본 연구는 European Health interview Survey(EHIS)의 2차 조사 결과를 활용하여 진행되었으며, 사무국에서는 현재 기타 OECD 회원국들의 서베이 자료를 활용하여 추가적인 분석을 수행하고 있음.</p> <p>○ 따라서 더 많은 국가들을 포괄하는 최종 연구 결과는 2019년 상반기에 발간될 예정이며, 본 문서에서 설명된 방법론과 연구 결과는 일부 수정될 수 있음.</p> <p>□ 요청사항</p> <p>○ 본 문서의 분석 결과 검토 및 추가적인 분석에 대해 제안</p> <p>○ 예비 분석결과가 각 국에서 밝혀진 근거들과 일치하는가에 대한 논의</p> <p>○ 접근성 측면에서 국가 성과 비교분석에 포함되기 원하는 경우 관련 데이터의 제공가능 여부, 사무국에 자문 가능여부를 통보</p>

1) 건강은 개인적 안녕에 필수적일 뿐 아니라 포용적 성장의 초석임.

- 건강은 행복한 삶의 중요한 요소 중 하나이자 동시에 건강은 궁극적으로 경제적 수준을 높이는 데 기여할 수 있음.
 - 약 145,000여명의 시민들을 대상으로 OECD의 Better Life Index 조사에 따르면, 건강은 행복한 삶을 영위하는 데 가장 높은 우선순위를 차지함.
- 실제로 건강과 노동시장에서의 결과는 서로 간의 인과관계의 결합으로 복잡하게

연관되어 있음.

- 1) 건강상태가 좋지 않은 사람들은 실업에 처할 확률이 높음,
- 2) 실업은 신체적, 정신적 건강의 악화를 초래할 수 있음. 즉, 실업으로 인해 개인의 건강행태가 악화될 위험이 높아지고, 결과적으로 실업으로 인한 건강수준의 악화는 새로운 직업을 구하는 것을 더욱 어렵게 만들 수 있음.

□ 이에 더하여, 저소득 및 저학력의 계층은 좋은 건강수준을 가질 확률이 낮는데, 취약계층은 건강에 해로운 위험 요소들에 노출될 확률이 높으며 이것이 다시 노동시장의 결과로 연결됨(OECD/EU, 2016). 게다가 이러한 불평등은 전 생애에 지속되며 다음 세대로까지 대물림되기도 함(OECD, 2017).

- 예를 들어 최근 연구에서는 어머니의 정신건강이 좋지 않은 경우, 이것이 그 자녀와 손자녀의 정신건강에도 부정적인 영향을 미치며(Johnston et al, 2013), 이는 자녀의 학업성취도와 미래 가계소득, 그리고 범죄를 저지를 확률도 높아지는 것으로 나타남.

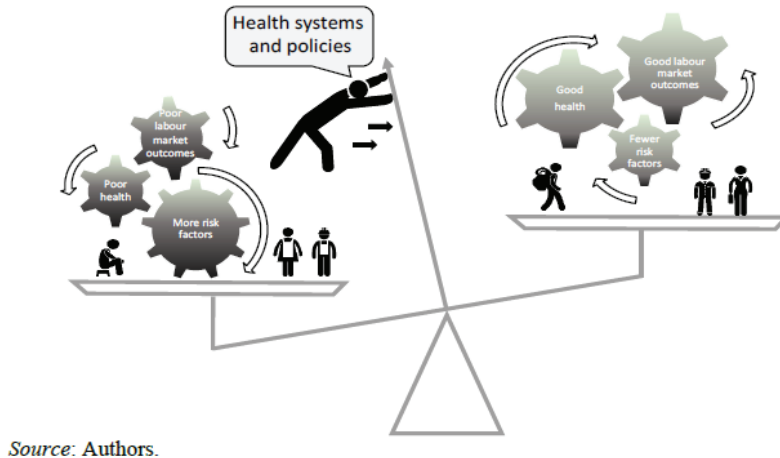
□ 건강 정책과 보건시스템은 이러한 불평등을 감소시키는 데 기여할 수 있음. 대부분의 회원국들에서는 양질의 진료에 대한 접근을 보장하고 질병 부담에서 국민을 보호하기 위한 시스템 차원의 전략과 정책들을 펼치고 있음.

- 양질의 보건서비스에 대한 접근을 보장하고 시민들의 건강에 대해 투자하는 것은 OECD의 포용적 성장 정책 프레임워크(Framework for Policy Action on Inclusive Growth)의 핵심적 권고사항이기도 함.

□ 본 보고서는 EU와 회원국들에서 건강 관련 불평등을 평가하고자 하는데, 각국에서 시행된 설문조사를 활용하여 다음 사항들에 대한 국가별 비교 연구를 시행하였음.

- 나쁜 건강상태가 어떻게 노동시장에서의 결과로 이어지는가
- 건강결과 및 그 기저 요인들이 사회에서 어떻게 불균등하게 분포되어 있는가
- 보건시스템이 빈자와 부자의 니즈를 어떻게 충족시키는가

**Figure 1. Health and labour market outcomes:
the odds are stacked in favour of the better-off**



Source: Authors.

□ 본 보고서는 두 파트로 구성되어 있는데,

- 첫 번째 파트는 노동시장 결과에 대한 건강의 영향과, 건강 결과 및 그 위험요인의 불평등에 대한 영향을 다룸. 즉, 저소득층에 대해 건강 및 노동시장 결과가 위에 묘사된 균형 측면에서 얼마나 불리한지를 측정하고자 함.
- 두 번째 파트에서는 어떤 보건시스템이 양질의 진료에 대한 접근을 보장하고 불평등을 감소시키는 데 기여하는지에 대해 비교하고자 함.

2) 건강 불평등: 누가, 얼마나 불리한가?

2.1) 나쁜 건강수준은 노동시장에서 좋지 않은 결과와 연관되어 있음(Poor health is associated with worse labour market outcomes).

□ 건강한 사람들은 그렇지 않은 사람들보다 더욱 생산적으로 일할 수 있음. 그간의 연구들에 따르면 건강과 노동시장에서의 성과는 서로 영향을 주고받음.

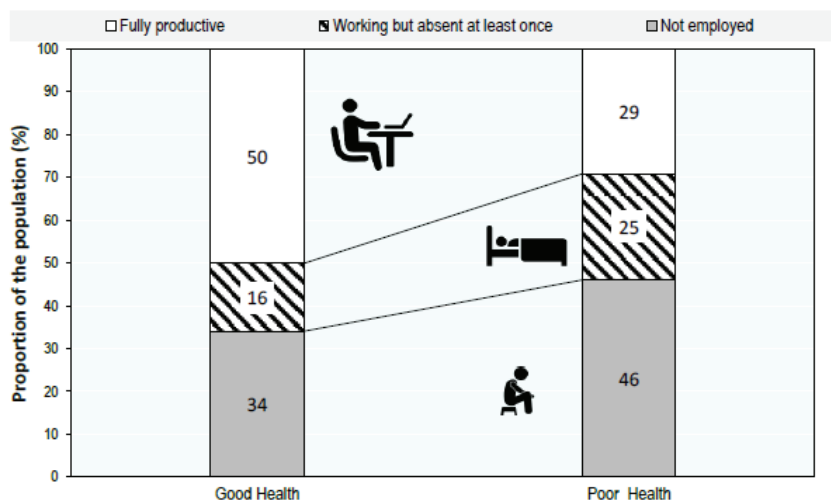
Table 1. Summary of the impact of health on labour market outcomes

		Employment probability	Wages	Sick leave	Early retirement
Risk factors	Obesity	Negative effect	Negative effect	Positive effect	Mixed findings
	Smoking	Negative effect	Negative effect	Positive effect	Positive effect
	Harmful alcohol use	Mixed findings	Mixed findings	Mixed findings	Mixed findings
Chronic diseases	Cardiovascular diseases	Negative effect	Negative effect	Mixed findings	Mixed findings
	Diabetes	Negative effect	Negative effect	Positive effect	Mixed findings

Source: Adapted from Devaux and Sassi (2015).

□ 유럽연합에서 좋은 건강수준을 가진 사람들 중 절반은 자신의 생산성 수준을 최대한 발휘함. 모든 조건이 동일할 때, 경제활동 가능 연령(18-64세)대에 속하면서 건강상태가 좋지 않은 사람들은 실직될 확률이 더 높았고(46% vs. 34%), 건강 문제로 결근을 할 확률도 높았음(25% vs. 16%). 결과적으로 약 29%만이 자신의 잠재 생산성을 모두 달성할 수 있었으며, 미국의 경우에는 그 차이가 유럽의 경우 보다는 작았음(44% vs. 34%).

Figure 2. Labour market outcomes of the working-age population in good and poor health in Europe

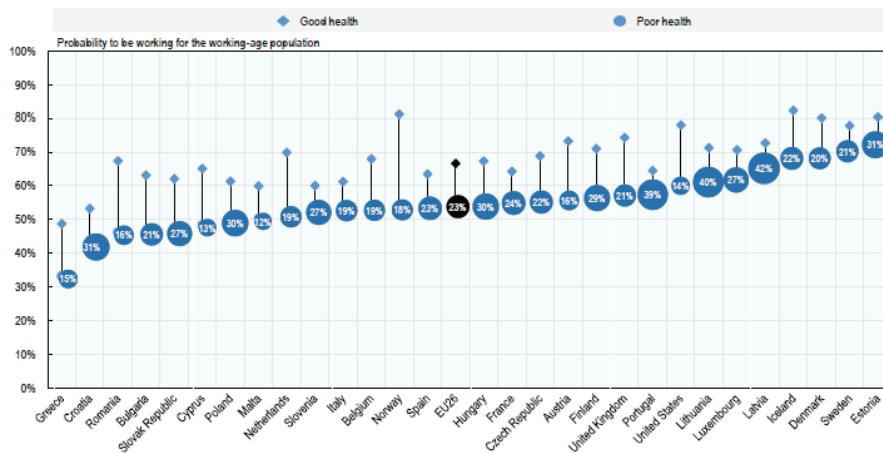


Note: Working but absent includes employed people who said they were absent from work at least once in the previous year for a health reason.

Source: OECD calculations based on EHIS-2 (data from 26 EU countries).

□ 국가별 비교를 보면, 나쁜 건강수준은 낮은 고용률과 연관되어 있는데, 다음 그림은 국가별 경제활동인구의 건강수준에 따른 고용률을 나타냄. 다만 국가별 노동시장의 구조적 차이에 의한 고용률의 전반적 차이를 함께 고려하여야 함.

Figure 3. Probability of being in employment among the working-age population in 2014, by health status, European countries and USA



Note: The dots refer to the probability of being in employment by health status. The size of the lower dot refers to the proportion of people in poor self-assessed health among the working-age population. The difference between good and poor health is significant in all countries.
Source: OECD calculations based on EHIS-2 and MEPS 2016.

□ 위 그림과 같이 나쁜 건강수준은 낮은 고용률과 연관되어 있지만, 국가별로 그 차이는 조금씩 다르게 나타남.

○ 건강한 사람과 그렇지 않은 사람들의 노동시장 참여율은 유럽연합 국가들에서 평균적으로 12%p 정도 차이를 보이는데, 노르웨이와 루마니아는 그 차이가 더 가장 크고(28%p, 21%p), 그 위를 네덜란드(18%p)와 미국(18%p), 불가리아, 키프로스, 오스트리아와 영국이 잇고 있음.

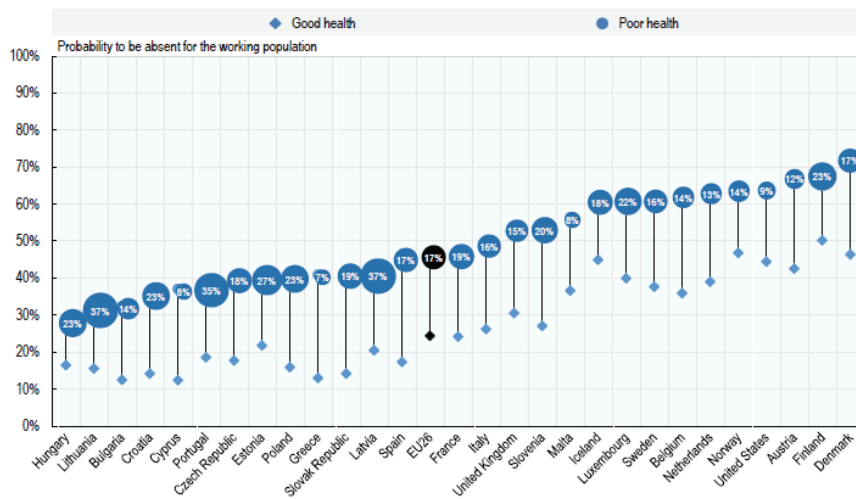
○ 그러나 이러한 국가들에서 건강상태가 나쁜 인구의 비율은 상대적으로 적는데 (불가리아, 영국: 21%), 포르투갈과 라트비아는 건강수준이 나쁜 인구의 비율이 높으면서(40%) 노동시장 참여율의 차이는 낮음(7%p).

○ 스웨덴은 성과가 매우 좋은 국가로, 건강수준이 나쁜 인구의 비율도 낮으면서 노동시장 성과 차이도 낮음.

○ 두 가지 측면을 모두 고려할 때 나쁜 건강수준이 노동시장 성과에 주는 부담이 낮은 국가는 몰타, 스웨덴, 프랑스, 슬로베니아와 이탈리아이었고, 노르웨이, 슬로바키아공화국, 핀란드, 헝가리 등은 그 영향이 큰 것으로 보임

□ 건강수준이 좋지 않은 사람들은 업무에서 생산성도 더 낮을 수 있음. 유럽의 경우 노동자의 28%가 지난 1년간 질병으로 인해 결근한 것으로 보고되는데, 건강수준이 좋지 않은 그룹에서 46%에 이름. 건강수준에 따른 결근율의 국가별 차이는 다음 그림과 같은데, 이는 상병수당의 범위 등 국가별 제도적 환경과도 연관 있음.

Figure 4. Probability to be absent from work among employed people in 2014, by health status, European countries and United States



Note: The dots refer to the probability to be absent from work by health status, while the size of the upper dot refers to the proportion of people in poor health within the working population.

Source: OECD calculations based on EHIS-2 and MEPS 2016.

2.2) 나쁜 생활습관은 취약계층에서 더 많이 나타남(Poor health behaviour is more prevalent among the disadvantaged).

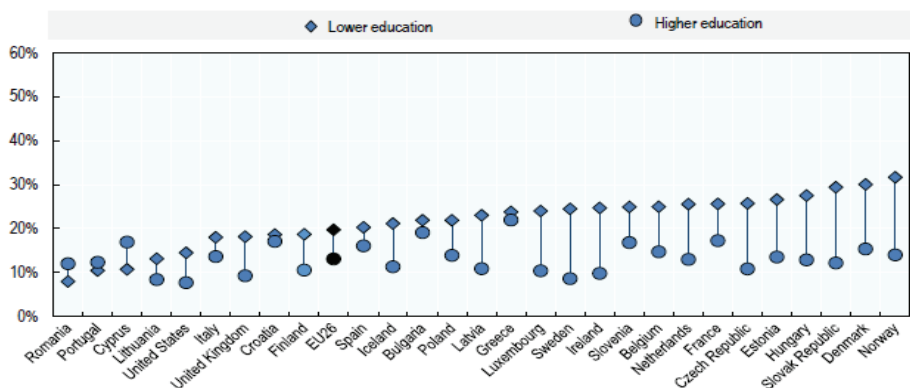
□ 개인의 건강수준은 생물학적 요인과 환경적 요인, 사회경제적 여건, 그리고 라이프스타일(흡연, 음주 등)에 따라 결정되는데, 보건의료는 건강을 유지하거나 향상시키는 데 일정부분 기여함.

□ 이러한 건강 결정요인들 중 생활습관은 인구집단의 건강수준을 설명하는 데 매우 중요한 역할을 하는데, 예를 들어 영국에서 2000~2007년 간 심혈관질환 사망률 감소의 절반은 질병 치료에 있어서의 발전이 기여하였고, 1/3은 생활습관에 있어 위험 요인의 감소가 기여함. 그리고 이러한 생활습관의 기여 정도는 저소득층에서 더 높았음(Bajekal et al., 2012).

□ 그리고 나쁜 생활습관은 취약계층에서 더 많이 나타나는데, 학력 뿐 아니라 성별에 따라서도 차이가 나타남(Devaux and Sassi, 2013; OECD, 2017). 따라서, 교육수준과 생활습관 간의 관계는 성별로 그룹을 나누어 분석하였는데, 다음 그림은 유럽연합 국가들과 미국에서 여성의 교육수준별 흡연율을 나타냄.

○ 평균적으로 교육수준이 낮은 여성들은 학력이 높은 그룹에 비해 흡연을 확률이 약 51% 정도 높았음. 그리고 이는 건강정보이해능력(health literacy)의 차이로 일정 부분 설명할 수 있는데, 교육수준이 낮은 그룹은 흡연의 위험성과 관련된 정보가 부족할 수 있고, 이러한 정보에 대한 능동적 대처가 어려울 수 있음.

Figure 5. Predicted probability of smoking by education level in 2014, women, European countries and United States



Note: Results correspond to predicted probabilities estimated with logit models (all else being equal).
Source: OECD calculation based on EHIS-2 and MEPS 2016.

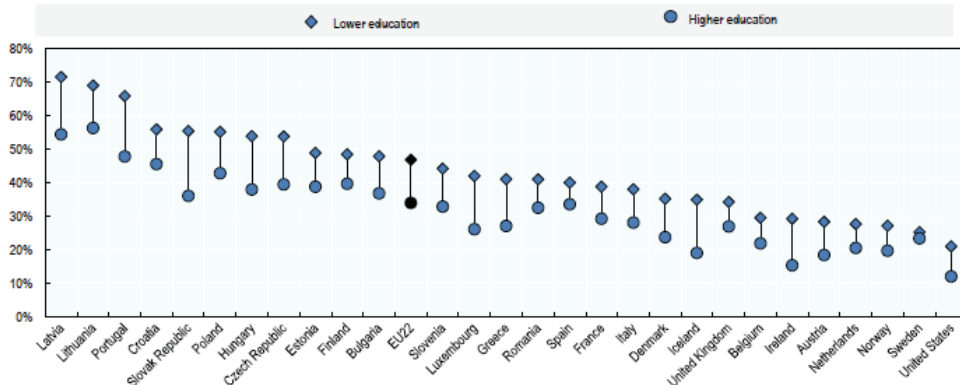
□ 최종 보고서에서는 과제중 및 음주에 있어 불평등을 분석한 결과가 포함될 것인데, 특별히 비만의 경우 모든 나라들에서 교육수준이 낮은 그룹이 더 높은 발병률

을 보이는 반면 음주 행태는 그러한 전형적 패턴을 보이지는 않음.

2.3) 형평성이 높은 나라의 경우에도 교육수준이 가장 낮은 계층은 가장 높은 계층에 비하여 건강상태가 좋지 않을 확률이 40%정도 높음(In low-inequality countries, the least educated still have 40% higher chance of being in poor health than the best educated).

□ 앞서 살펴본 바와 같이 건강행태 측면에 있어 취약계층이 더 많은 위험에 노출되어 있기 때문에, 그러한 요인들은 건강상태의 격차에 일정 부분 기여함(Murtin et al., 2017). 그러나 이러한 생활습관 요소들을 통제한 후에도 몇몇 회원국들의 경우에는 사회경제적 수준에 따라 건강결과의 불형평이 나타남.

Figure 6. Predicted probability of reporting a poor health status by education level in 2014, European countries and United States



Note: Results correspond to predicted probabilities estimated with logit models (all else being equal). The scale for self-assessed health is different in the United States MEPS and EHIS surveys. The proportion of people declaring they are in poor health (seemingly low the United States) cannot be compared with that of the other countries.

Source: OECD calculation based on EHIS-2 and MEPS 2016.

- 위 그림은 사회경제적 수준과 건강상태 간의 관계를 국가별로 비교한 그림인데, 스웨덴을 제외한 모든 국가에서 교육수준이 낮은 그룹은 자신의 건강상태가 좋지 않다고 보고하고 있음.
- 예를 들어 라트비아나 포르투갈의 경우 교육수준에 따른 건강 격차가 약 20%p 정도를 보이는데, 이는 해당 국가에서 성별과 연령, 소득이 동일한 두 사람이 오직 학력의 차이로 인해서 좋지 않은 건강상태에 빠질 확률에 20%p 정도 차이가 남을 의미함.
- 그러나 국가별로 교육수준의 분포가 전반적으로 다른 상황에서 이렇게 주관적 건강상태를 통해 불평등을 평가하고 비교하는 방식이 불완전할 수 있음.
- 예를 들어 높은 교육수준을 받은 인구의 비율이 상대적으로 적은 국가의 경우에는 그렇지 않은 국가들보다 해당 그룹의 건강수준이 더 좋은 것으로 나타날 수 있음(Murtin et al., 2017; Mackenbach and Kunst, 1997)
- 이러한 편이를 보정하기 위해, 상대 불평등 지수(Relative Indexes of Inequality, RII)를 활용할 수 있는데, 다음 표를 살펴보면 교육수준과 관련된 건강 형평성 정도에 따라 국가를 분류하였음.

Table 2. Education-related health inequalities across European countries

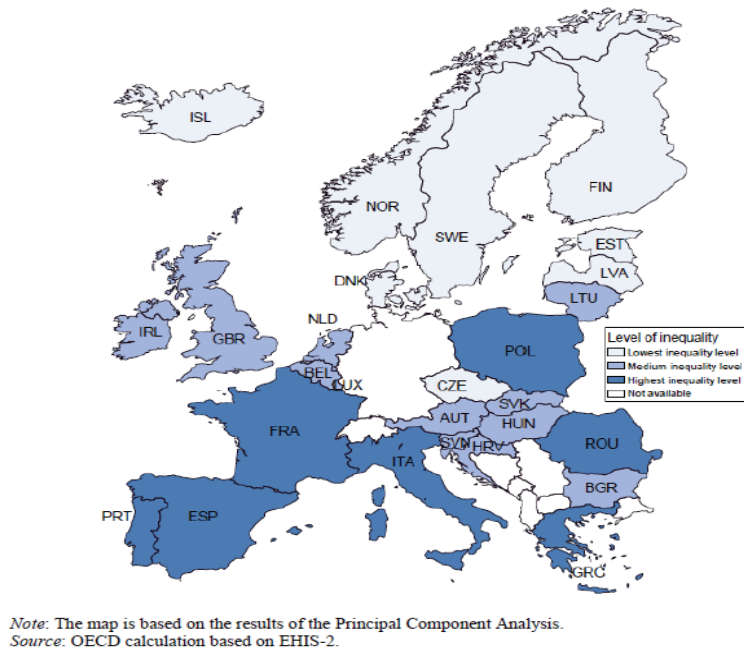
The probability of reporting a poor self-assessed health...increases when education decreases	...does not differ across education groups
	LVA, LTU, NOR, CZE, ISL, DNK, BGR, FIN, HRV, POL, GBR, HUN, SVK, NLD, IRL, BEL, AUT, LUX, FRA, SVN, PRT, ESP, ITA, ROU, GRC, USA	SWE, EST

Note: Within each cell, countries are ranked from the lowest to the highest degree of inequality measured by the Relative Index of Inequality. For example, the gap in the likelihood to report being in poor health between people in the lowest and highest education group is the largest in the United States, followed by Greece and Romania.

Source: OECD calculation based on EHIS-2 and MEPS 2016.

□ 그리고 이러한 국가별 제도적 차이가 이러한 변이를 일정 부분 설명할 수 있는데, 소득 불평등도가 높거나 사회 통합 정도가 낮은 국가의 경우 사회경제적 요인에 따른 건강 수준의 불평등이 발견됨(Leao et al., 2018; Asgeirsdottir and Ragnarsdottir, 2013; Eikemo et al., 2008)

Figure 7. Summary of inequalities in health across European countries



3) 균형 맞추기: 우리의 보건의료시스템이 얼마나 공정하게 작동하고 있는가?

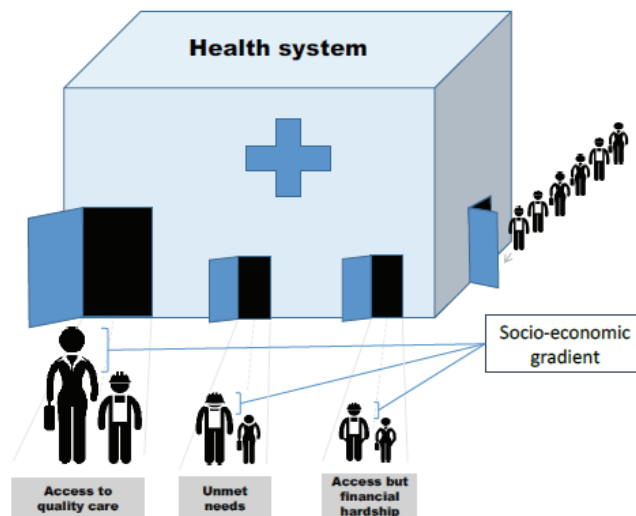
□ 모든 이들에게 양질의 지불가능한 서비스를 제공함으로써 보건의료시스템은 전술한 건강 관련 불평등을 해결하는데 기여해야만 함. 다만 시스템 내부에서, 그리고 시스템 간 그 성과의 비교를 위해서는 방법론적인 어려움이 있는데, 다음의 접근방법들이 이에 도움이 될 수 있음

○ 첫 번째는 시스템 내의 모든 사람들이 그들의 필요와 니즈에 대비하여 필요한 서비스를 받았는지에 관한 것임. 이러한 문제는 개인의 의료적 니즈의 대리 지표로써 건강상태를 활용, 서비스 이용량을 비교하거나 해당 서비스의 질을 비

교해 볼 수 있음.

- 두 번째는 사람들의 필요에 대해 직접적으로 설문하고 서비스에 접근할 수 없었던 장애 요인에 대해 묻는 방법임. 이 장애요인으로 가장 많이 꼽히는 것은 비용인데, 재정적 문제를 직면했을 때 어떤 사람들은 진료를 포기하지만, 어떤 사람들은 진료를 받는 대신 재정적 어려움에 처하게 되기도 함. 즉, 다음 그림과 같이 개인의 사회경제적 상황에 따라 서로 다른 세 가지의 시나리오를 생각해 볼 수 있음.

Figure 8. Access to affordable quality care: Possible hurdles and related inequalities scenarios



Note: The two stick figures simplistically portray people of higher or lower socio-economic circumstances (a woman and a man respectively). Their sizes represent the relative likelihood they have of facing a result rather than another when accessing the health care system (scale is not proportional): overall, better-off people are more likely to have access to quality care than the more disadvantaged, and less likely to face financial barriers and financial hardship.

Source: Authors

3.1) 전문의 진료와 예방적 서비스에 대한 접근은 소득수준과 비례함(Access to physicians and preventive services increases with income).

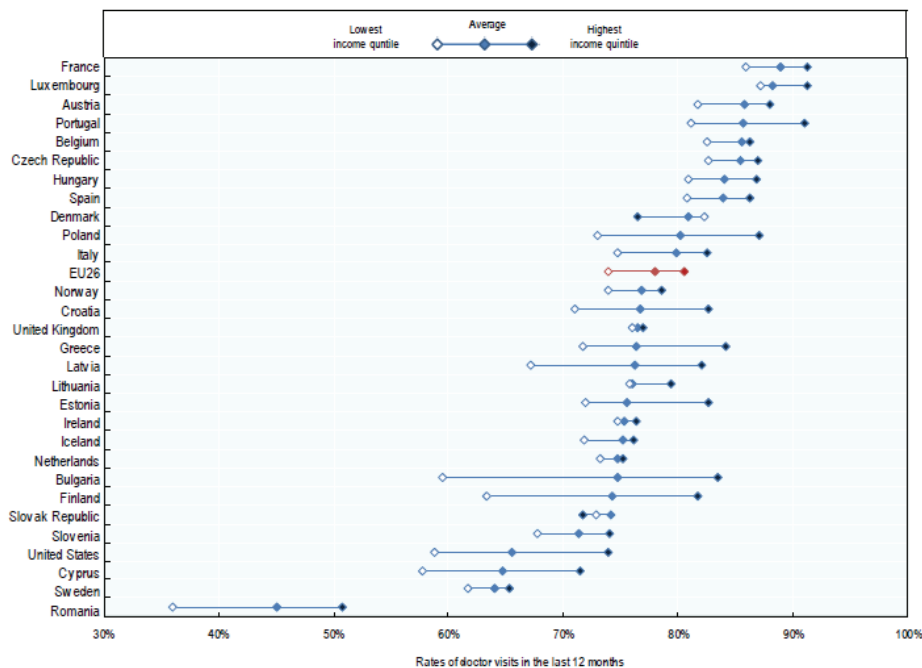
□ 본 절에서는 개인의 니즈에 대비한 의료이용을 분석, 소득수준이 개인의 진료 접

근성과 독립적인지에 대해 검토해 보았음.(개인의 니즈는 건강 상태 및 기능적 상태, 연령 및 성별을 이용하여 정의함)

□ 같은 의료 니즈 수준에서 부자들은 빈자에 비하여 의사 진료를 더 자주 보고 있음

○ 다음 그림과 같이 대부분의 국가에서 니즈를 보정한 후 의사 진료를 받을 확률은 소득에 비례함.

Figure 9. Need-standardised probability of a doctor visit in the past 12 months by income quintile, 2014



Note: The number includes visits to a generalist and a specialist. Probabilities are standardised for health care needs (age, gender, self-assessed health, activity limitation), and adjusted for marital status, occupational status, size of household and urbanisation level. Confidence intervals are available in Annex.

Source: OECD calculations based on EHIS-2 and MEPS 2016.

○ 조금 더 정교한 비교를 위해 집중도 지수를 활용한 결과를 살펴보면, 니즈를 보정한 후 의사 진료를 받을 확률이 29개국 중 22개국에서 소득수준과 유의한 정(+)의 관계를 보임.

Table 3. Summary of inequalities in doctor visits and hospitalisation

Once need is taken into account,	...Increases as your income becomes higher	... Does not differ across income groups	Decreases as your income becomes higher
Probability of doctor visit...	CZE, ISL, BEL, NOR, FRA, ESP, HUN, AUT, LTU, ITA, SVN, PRT, HRV, GRC, EST, POL, LTV, USA, CYP, FIN, BGR, ROU	SVK, SWE, IRL, GBR, NLD, LUX	DNK
Probability of visit to the GP	FRA, AUT, NOR, BEL, ITA, LTU, SVN, HRV, EST, LTV, POL, GRC, FIN, CYP, BGR, ROU	SWE, SVK, NLD, CZE, PRT, GBR, HUN, IRL, LUX, ISL	ESP, DNK
Number of visits to the GP	ROU, PRT, CYP	LUX, SWE, CZE, LTU, NLD, IRL, AUT, HUN, FIN, POL, HRV, ISL, LTV, GRC, NOR, SVK, EST	ESP, BGR, FRA, GBR, ITA, DNK, SVN
Probability of visits to a specialist	BEL, NLD, LUX, HUN, LTU, AUT, CZE, CYP, EST, GRC, GBR, NOR, ISL, FRA, ITA, SWE, SVN, LTV, ESP, POL, HRV, FIN, PRT, ROU, BGR	DNK, IRL, SVK	
Number of visits to a specialist	POL, SVK, GBR, PRT, ROU	EST, SVN, LTU, HRV, DNK, FRA, ISL, ITA, CZE, GRC, AUT, CYP, NLD, ESP, LUX, IRL, LTV, FIN, NOR	BGR, HUN, SWE
Probability of hospitalisation	ROU	DNK, LTU, BEL, ISL, SVN, PRT, GBR, FRA, FIN, IRL, BGR, NOR, HUN, SWE, AUT, POL, CZE, NLD, ITA, CYP, ESP, SVK, HRV, GRC	LTV, LUX, EST

Note: Within each cell, countries are ranked from lowest to highest degree of inequality measured by the concentration index. Two examples: First, the probability of a doctor visit increases the most with income in Romania, less in Bulgaria and Finland which ranks third. Inversely, the number of GP visits decreases with income in 7 countries and the gradient is the steepest in Slovenia. In other words, the number of GP visits is higher among the poor than the rich in Slovenia and the gap between the two ends of the distribution is the largest in that country compared with others where the pattern holds.

Source: OECD estimates based on EHIS-2.

- 위의 표와 같이 유럽의 대부분의 국가들에서 GP와 전문의 진료를 받을 확률도 소득에 비례하나, 건강상태(니즈)를 보정한 후 GP 및 전문의 방문횟수와 병원에 입원할 확률은 이와 같은 패턴을 보이지는 않음.

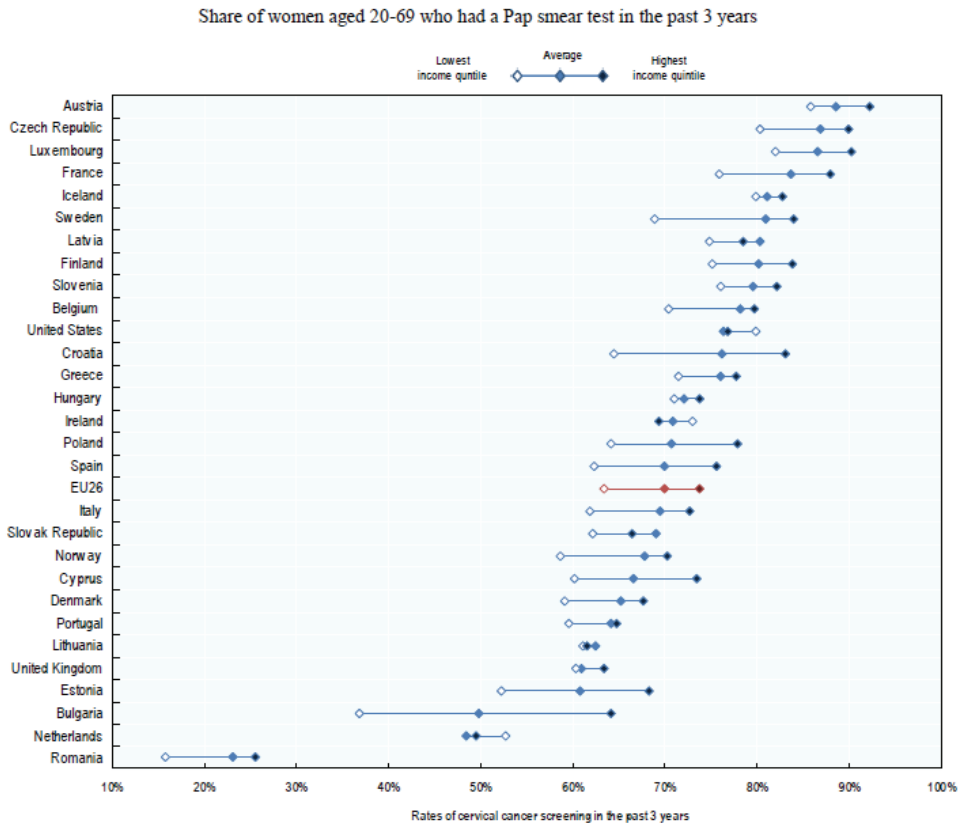
□ 저소득층은 예방적 서비스에 대한 접근도가 낮음

- 좋은 보건의료시스템의 중요한 특징 중 하나는 예방적 서비스의 효과적 사용을 보장하는 역량이라고 할 수 있는데, 주요 예방서비스들의 타겟 인구집단에

대해서는 소득과 관계없이 그 이용수준(검진율, 백신 접종률 등)이 높아야 함.

- 다음 그림은 국가별로 소득수준에 따른 자궁경부암 검진율의 차이를 보여주고 있는데, 유럽과 미국 모두 저소득층보다 고소득층에서 검진율이 더 높은 것으로 보임

Figure 10. Predicted probability of cervical cancer screening by income quintile, 2014



Note: Small sample size in Bulgaria (about 300 individuals per income group for this analysis). Probabilities are adjusted for age, gender, self-assessed health, activity limitation, marital status, occupational status, size of household and urbanisation level. Confidence intervals are available in Annex.

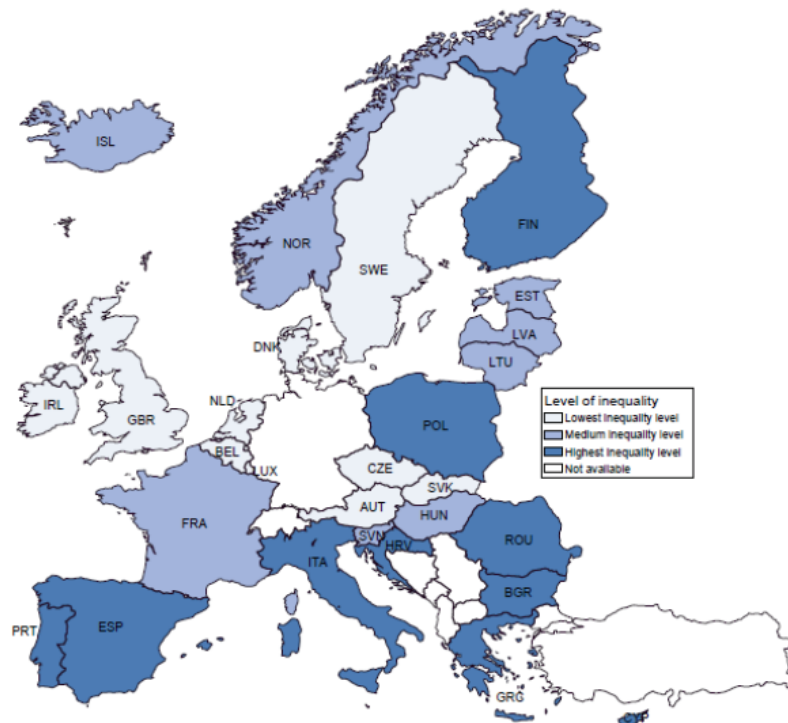
Source: OECD calculations based on EHIS-2.

- 집중도 지수를 활용한 분석에서도 유럽연합 내 27개 국가들과 미국에서 소득 수준에 따른 검진율의 유의한 차이가 발견되었고, 자궁경부암 뿐 아니라 유방암, 대장암 검진 및 치과 진료, 인플루엔자 백신 접종률 등 기타 예방 서비스에

대해서도 소득수준에 따른 격차가 있었음.

□ 10개 국가들(오스트리아, 벨기에, 체코, 덴마크, 아일랜드, 룩셈부르크, 네덜란드, 슬로바키아공화국, 스웨덴, 영국)에서는 소득수준과 독립적으로 접근성을 보장하는 데 좋은 성과를 내고 있음.

Figure 11. Degree of inequality in health care services utilisation in EU countries



Note: Degree of inequalities (measured by the concentration index) calculated across eight types of services (probabilities of GP visit, of specialist visit and hospitalisation, cervical, breast, and colorectal cancer screening, dental care and flu vaccination) using a Principal Component Analysis.
Source: OECD calculation based on EHIS-2 data.

3.2) 저소득층에서 미충족의료를 경험할 확률이 더 높음(The least well-offs are more likely to declare unmet needs).

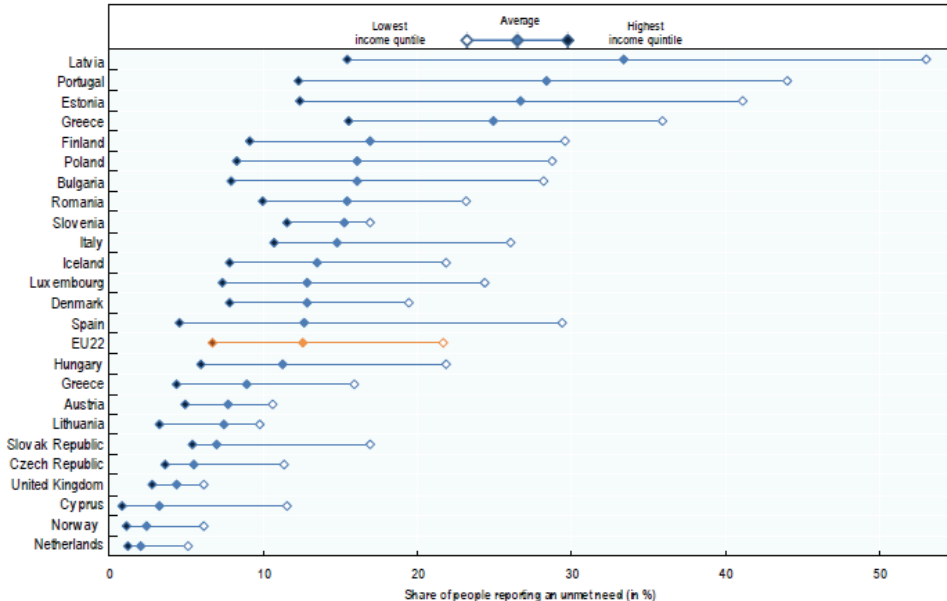
□ 유럽에서 인구 3명 중 1명은 본인이 원하였으나 치료를 받지 못한 경험이 있다고

응답하였음(2015년 기준). 평균적으로 지난 한 해 동안 보건의료시스템을 이용해 본 경험이 있다고 응답한 사람들 중 34%는 최소 한 번 이상 진료를 받지 못한 경험이 있다고 응답하였음. 이 중 2/3는 대기시간이 너무 길어서 치료를 제 때 받지 못하였고(67%), 14%는 거리가 너무 멀어서, 56%는 비용으로 인해 진료를 포기했다고 응답하였음.

□ 저소득층은 금전적 이유로 인해 더 자주 치료를 받을 수 없었음

○ 22개 유럽연합 내 국가들에서 평균 13%의 사람들이 재정적 이유로 인해 최소 한 번 이상 필요할 때 진료를 받지 못하였다고 응답하였음. 다음 그림을 살펴보면 소득수준에 따라 재정적 이유로 인한 미충족의료 경험률은 국가별로 2~33%로 다양하게 나타남. 평균적으로 저소득층 중 약 22%가 미충족의료를 경험한 반면, 고소득층에서는 7%로 낮은 수준임.

Figure 13. Predicted probability of forgoing care because of the cost by income quintile



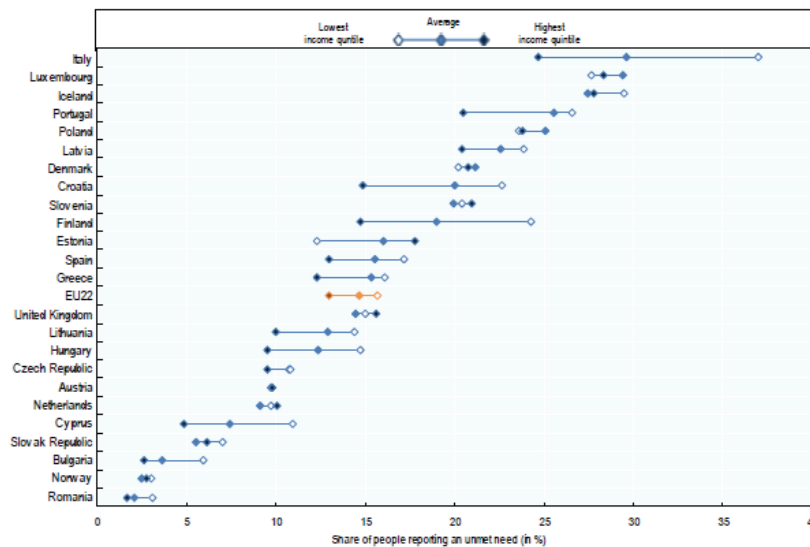
Note: The analysis is based on 22 EU countries plus Iceland and Norway, restricted to people who had "needs for health care" (excluding people who answered "no need for health care"). Analysis adjusted for age, gender, self-assessed health, marital status, and urbanisation level. Confidence intervals are available in Annex.

Source: OECD estimates based on EHIS-2.

□ 대상 국가들 중 절반에서 저소득층은 대기시간으로 인한 미충족의료 경험률이 상대적으로 더 높았음

- 치료연기가 미충족의료의 다른 이유 중 하나는 긴 대기시간 문제임. 22개의 유럽연합 국가들에서 대기시간으로 인한 미충족의료 경험률은 15% 정도임.
- 그리고 이러한 대기시간으로 인한 접근성 문제는 저소득층에서 더 많이 나타나는데, 약 절반의 국가들에서 소득수준이 낮을수록 대기시간으로 인한 미충족의료 발생률이 더 높음.
 - 평균적으로 대기시간으로 인한 미충족의료 경험률이 저소득층은 16%, 고소득층은 13%로 차이를 보임

Figure 14. Predicted probability of delayed or forgone care due to waiting times by income quintile



Note: The analysis is based on 22 EU countries plus Iceland and Norway, restricted to people who had "needs for health care" (excluding people who answered "no need for health care"). Analysis adjusted for age, gender, self-assessed health, marital status, and urbanisation level. Confidence intervals are available in Annex.

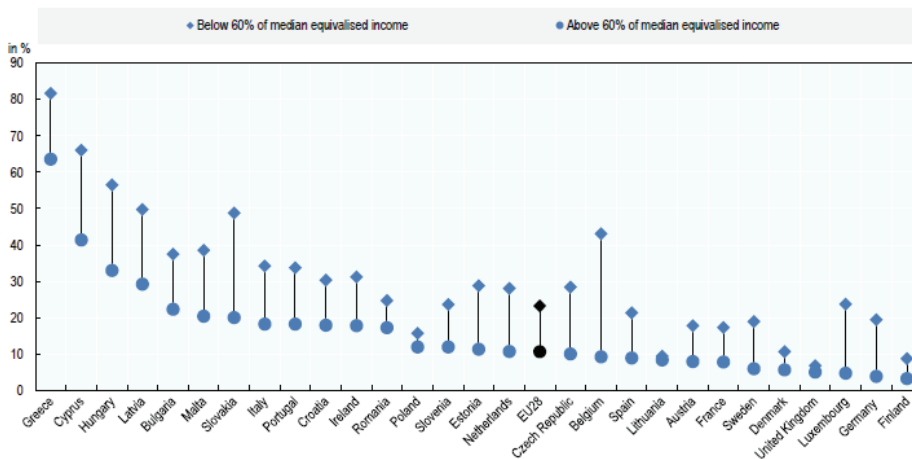
Source: OECD estimates based on EHIS-2.

3.3) 저소득 가구는 보건의료서비스를 부담하기 더 어려움(Health care is less affordable to low income households)

□ 보건의료서비스 이용을 위해 가계에서 직접 부담해야 하는 비용의 정도는 각 국가의 보건의료시스템 및 재원 조달 구조에 따라 달라질 수 있는데, 개별 가계의 입장에서는 지불할 비용이 발생하였을 때 치료를 포기하거나, 진료를 받는 대신 결과적으로는 경제적 어려움을 당할 수 있음

□ 예상되는 바와 같이 저소득층은 보건의료서비스를 이용하기 위한 경제적 접근성이 더 낮는데, 다음 그림을 살펴보면 빈곤선 이하의 가구들 중 23%는 서비스 이용에 있어 경제적으로 어려움이 있다고 응답하였음.

Figure 15. Proportion of people above and below the poverty line who find care difficult to afford, 2016



Note: The proportion of people who declare affording care with difficulty or great difficulty. Poverty line is 60% of the median income.

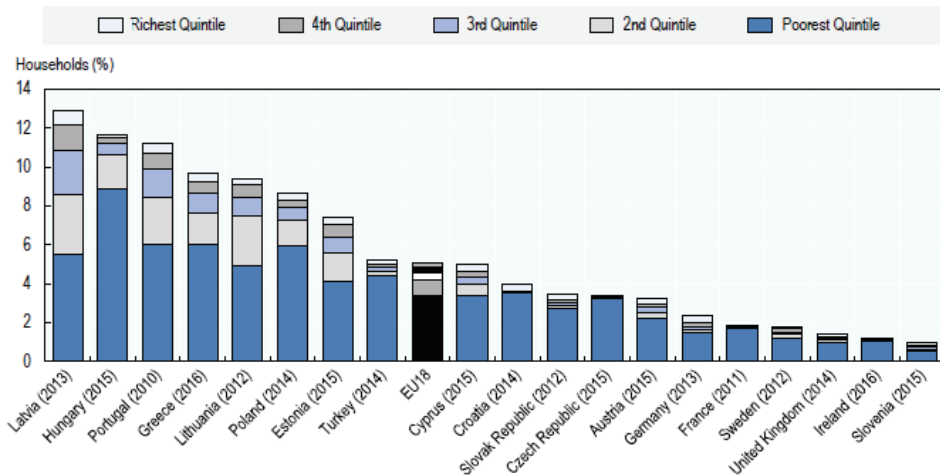
Source: SILC 2016.

○ 또한 저소득 가구들은 보건의료서비스 이용으로 인해 재정적으로 어려움을 겪을 가능성이 높는데, 이를 측정함에 있어서는 가계 소득/지출 조사 데이터를 이용하여 ‘재난적 의료비’ 개념을 적용해 볼 수 있음.

- WHO의 방법론에 따라 추정한 결과를 살펴보면 평균적으로 약 5%의 가구

들이 재난적 의료비를 경험하였는데, 저소득 가구들은 그 비율이 상대적으로 더 높음을 알 수 있음.

Figure 16. Share of households with catastrophic spending on health by consumption quintile, latest year available



Note: Catastrophic spending on health is defined here as out-of-pocket payments that exceed 40% of a household's capacity to pay for health care. Capacity to pay is what is left of a household's budget after accounting for the cost of meeting basic needs (food, housing and utilities).
Source: WHO Regional Office for Europe 2018.

4) 결론

□ 본 문서에서는 유럽연합 및 OECD 회원국들의 건강 관련 불평등 현황 및 그 변이를 보여주고 있음. 각 국가들은 취약계층에 대해서 적시에 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 해주기 위한 추가적인 노력들이 필요할 것임.

○ 일례로, 건강정보이해능력(health literacy)은 취약계층에서 더 낮은 수준을 보이는데, 이는 건강정보를 이해하고 적용하는 데 장애물로 작용할 뿐 아니라 보건의료시스템을 효과적으로 이용하는 데에도 문제가 될 수 있음.

○ 또한 재정적 보호 측면에서는 국가의 보험 보장범위에 관한 정책이 더 잘 설계될 필요도 있을 것임. 예를 들어 직장을 기반으로 한 보장 등이 아닌, 전국민에 대한 급여가 실시되고 있는 국가들에서는 취약계층이 실직하였을 때 보장의

사각지대에 빠지는 일은 없을 것임.

- 이에 더하여 급여 패키지의 설계에 있어서도 저소득층에 대하여서는 재정적 부담에 상한을 설정하는 방식 등을 활용할 수도 있을 것임.
- 그리고 이러한 제안사항들이 비단 보건의료 부문 뿐만 아니라 노동시장 및 교육, 주거 및 사회보호 정책들에 모두 적용된다면 취약계층의 건강 관련 불평등을 해소하는 데 기여할 수 있을 것임(James, Devaux and Sassi, 2017; OECD, 2017).

바. 미래 의료비 추계 2030

주요 내용
<p>□ 최근 수십년간 OECD 회원국들에서 의료비 지출은 경제 성장 속도를 능가하며 빠르게 증가하고 있는데, 이는 건강결과의 개선에 기여하며 경제 성장과 고용 창출의 주요한 요인으로 작용하였음. 그러나 재정적 지속가능성과 공적 재원의 충당이 각국의 당면과제로 자리하게 됨.</p> <p>○ 재정적 지속가능성의 판단 기준을 제공하기 위해 OECD에서는 모든 회원국들에 대한 새로운 의료비 지출 추계를 수행하였고, 그 방법론과 결과는 2018년 10월 보건통계 작업반 회의(Working Party on Health Statistics)에서의 논의사항을 반영하여 더욱 개선되었음.</p> <p>□ 향후 사무국에서는 다음의 작업들을 추가로 진행할 예정임.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 국가별 상세 추계 결과 및 의견을 반영한 심층분석 워킹페이퍼 발간 ○ Health at a Glance 2019에 주요 결과를 반영하여 발간 ○ 사용자 맞춤형 통계 제공을 위한 온라인 버전 공개 ○ 최신 데이터 및 방법론 정교화를 통한 2년 주기의 정기적 업데이트 <p>□ 요청사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 본 문서의 분석 결과 및 정책적 함의에 대한 의견 ○ 의료비 지출 추계의 정기적 업데이트 체계 구축에 관한 동의 여부 ○ 추계 모델의 기술적 사항에 대한 서면의견을 2019년 1월 25일까지 제출

1) 의료비 지출의 주요 동인 및 새로운 추계 방법

1.1) 소득 및 생산성 증가, 인구구조 변화 및 기술의 발전은 의료비 지출 증가의 주요 동인이며, 이에 대한 효과적 정책들이 증가속도를 일정 부분 완화시키고 있음(Rising incomes, productivity constraints, demographic change and new technologies are key drivers of health spending growth. Effective policies can partially offset these effects).

□ 양질의 진료에 대한 수요와 접근성의 증대는 지난 20-30년간 의료비 지출 증가의 주요 동인으로 작용하고 있으며, 특별히 소득수준의 향상은 보건의료시스템이 충족시켜야 할 기대수준을 높여왔음(Chernew and Newhouse, 2012; Baltagi, 2010)

□ 이에 더하여 비용의 증가 또한 의료비 지출에 큰 영향을 미쳤는데, 노동집약적 성격을 갖는 보건의료 서비스의 특성상 생산성의 변화가 그러한 작용을 하였으며, 인구 고령화는 유병 구조를 바꾸면서 의료비 지출에 영향을 주었음.

□ 이에 더하여 기술의 발전은 위의 동인들을 연계하는 역할을 하면서 서비스의 범위를 넓히면서 비용 또한 증대시키고 있음.

□ 위와 같은 여러 가지 사항들이 지금까지 의료비 지출의 증가를 설명하는 원인이 되었으며, 동시에 비용을 억제하는 정책들이 반대로 그 속도를 완화시키는 데 일조하였음.

1.2) OECD의 새로운 의료비 추계 방법은 국가 간 비교에 있어 투명성과 정책적 관련성을 높였음(New OECD health spending projections produce cross-country comparisons that are transparent in their approach and policy relevant).

□ 전술한 의료비 지출 증대의 주요 동인들(소득 증가, 생산성 증가에 따른 제약, 인

구구조 변화, 기술 발전)이 새로운 의료비 지출 추계방식을 구성하고 있고, 몇 가지 정책 시나리오들에 따른 결과를 추가적으로 분석하였음

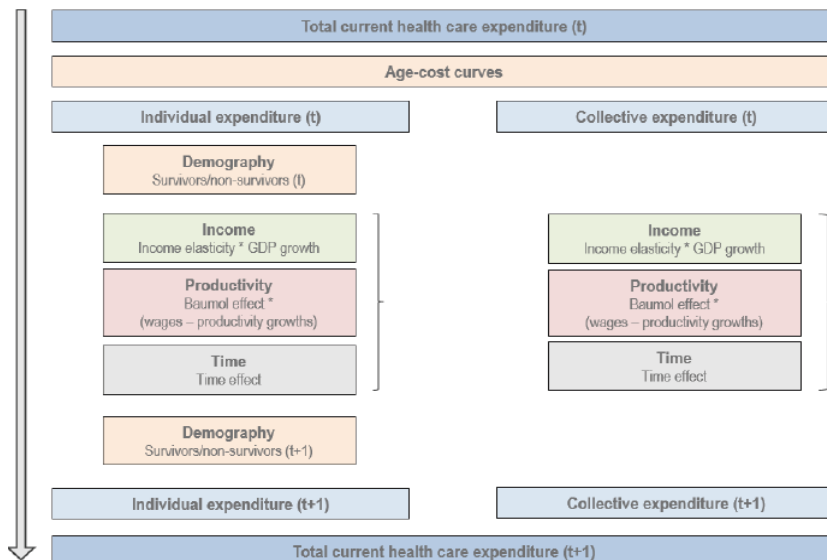
□ 새로운 의료비 지출 추계는 다음 세 가지 핵심원칙을 바탕으로 시행하였음.

- 신뢰성 있는 국가 간 비교: 회원국들 모두에 대해 적용할 수 있는 변수의 선택을 의미
- 투명성: 추계의 각 단계와 모든 가정들을 명확히 함
- 정책 관련성: 여러 가지 정책 변화에 따른 효과의 추정

□ 추계 결과는 총 경상의료비 지출과 공적 지출에 초점을 맞추었지만, 분석틀은 보건의료서비스의 종류(치료서비스, 장기요양서비스, 의약품 및 기타서비스 등)에 따른 지출과 같이 세부 분석이 가능하도록 설계됨

- 추계의 프레임워크는 다음 그림과 같은데, 기본적으로 기존의 추계 모델(De la Maisonneuve et al., 2013)을 바탕으로 하여 의료비 지출의 결정 요인에 대한 근거를 밝힐 수 있도록 개선하였음.

Figure 2.1. Model flow



1.3) 추계에 있어 주요 정책 시나리오에 따른 비교를 수행하였음(Projections include estimates of health spending growth in the absence of major policy change, as compared with a number of scenarios reflecting plausible policy interventions).

□ 정책설계자들에게 의미 있는 결과를 전달하기 위해서, 몇 가지 시나리오를 설정하였는데, 그 비교를 위해 우선 정책 변화가 없는 경우('status quo' scenario) 2030년까지 의료비 지출 추계를 시행하였고, 다음의 다섯 가지 시나리오에 따른 지출 변화를 함께 추정하였음.

Table 2.1. Scenario analysis - range of parameter values used

	Lower (full cost control)	Central (status quo)	Upper (cost pressure)
Income effect – elasticity	0.7	0.74	0.85
Productivity constraints – Baumol variable	0	0.15	0.45
Extent of healthy ageing – death-related costs	40	10	10

Note: Values represent plausible upper and lower bounds, based on different regression models and literature findings.

- 생산성 증대 시나리오(enhanced productivity scenario): 경제 내의 생산성 증대가 보건 부문에서도 완전히 실현된다는 가정 하에 시간에 따른 의료비 지출 변화를 추정.
- 낮은 생산성 시나리오(low productivity scenario): 생산성 증대를 위한 정책의 효과성이 낮은 경우의 의료비 지출 변화 추정
- 건강 증진 시나리오(health promotion scenario): 건강증진 정책의 성과로써 건강행태가 개선되고 위험요인이 줄어드는 경우의 지출 변화 추정
- 비용 억제 시나리오(full cost control scenario): 비용 억제 정책들의 기대되는 최대한의 효과를 반영, 앞의 생산성 및 건강증진 시나리오, 그리고 소득증대 효과와 결합하여 추정됨
- 비용 압박 시나리오(cost pressure scenario): 비용 억제 정책들이 효과적으로 작동하지 않으면서 양질의 서비스에 대한 수요가 동시에 늘어나는 경우, 질 향상으로 인한 비용 감소 효과도 있겠지만 값비싼 신의료기술의 도입이 증가하면서 비용 효과성은 감소하게 될 것임. 이러한 요인들의 영향을 소득 탄력성

변수의 조정을 통해 지출을 추계함.

2) 2030년까지 의료비 추계 결과

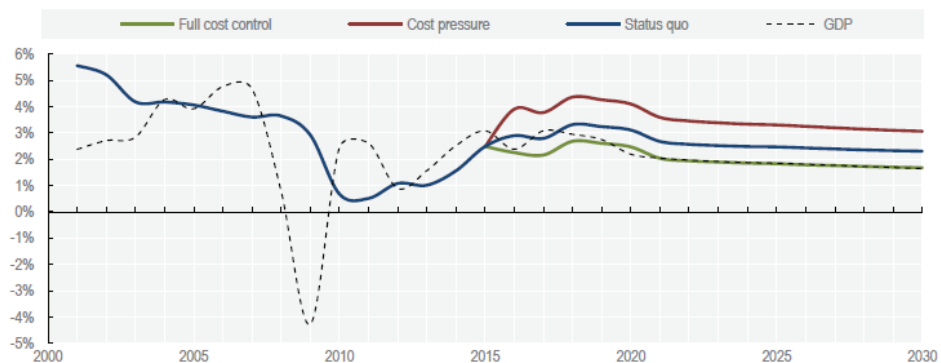
2.1) 미래 의료비 지출은 GDP 성장속도보다 빠를 것으로 보이나, 2000-2015년 보다는 증가율이 낮을 것임(Across the OECD, health spending is projected to grow more rapidly than GDP, but at a slower rate than observed for 2000-2015)

□ OECD 국가들의 일인당 의료비 지출은 2015-2030년 동안 연평균 약 2.7%의 속도로 증가할 것으로 보임(base line scenario).

○ 비용 억제 시나리오 하에서는 약 2%, 비용 압박 시나리오에 따르면 약 3.5%의 속도로 증가함. 2000-2015년 약 3%의 증가율을 보인 것과 비교해보면, 과거에 비하여 증가속도는 비교적 낮은 것으로 보임.

□ 단 의료비 지출 증가 속도가 GDP 증가 속도보다 빠를 것으로 보이는데, 지금까지 두 지표의 패턴이 유사하였던 것을 생각해보면 의료비 지출 동인 중 하나가 이를 주도하고, 특별히 비용 압박 시나리오에서는 그 차이가 두드러짐.

Figure 3.1. Growth in health spending per capita and GDP per capita, historical and projected (2001-2030)



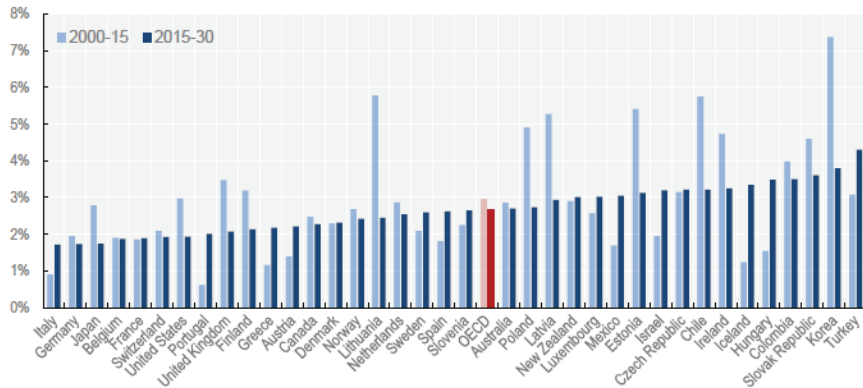
Source: OECD Health Statistics Database (2018), ECO (2018).

2.2) 인구당 의료비 지출 증가 속도는 이탈리아 1.7%에서 터키 4.3% 정도의 범위를 보임(Projected annual growth in health spending per capita ranges from 1.7% in Italy to 4.3% in Turkey)

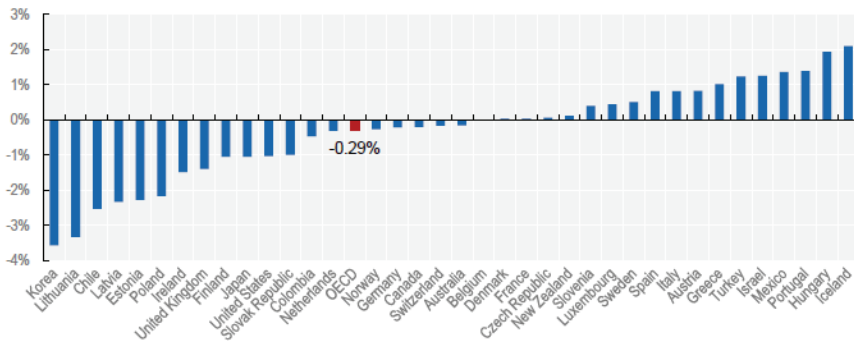
□ 2015-30년 기간 동안 터키와 콜롬비아, 한국, 슬로바키아공화국은 인구당 의료비 지출이 연평균 3.5%의 속도로 증가할 것으로 보이는데, 해당 국가들에서 동기간동안 GDP 성장률 추정치 또한 상대적으로 높음.

Figure 3.2. Country-specific growth in health spending per capita, status quo scenario

Panel A: Average yearly growth, 2000-15 and 2015-30



Panel B: Country-specific differential of average yearly growth in health spending: 2015-2030 compared to 2000-15 (in percentage points)



□ 37개국 중 21개 국가들의 2015-30년 동안 지출 증가율은 2000-15년에 비하여 $\pm 1\%$ 정도의 차이를 보이는데, 한국과 리투아니아, 칠레, 라트비아 등은 미래 의료비 지출 증가율이 지금까지 보다는 낮을 것으로 예상됨.

2.3) GDP 대비 의료비 지출 비중이 모든 회원국들에서 점차 증가할 것으로 보임 (Health spending is likely to account for an increasing share of GDP in almost all OECD countries)

□ 평균적으로 현재(2015) GDP 대비 의료비 지출 비중은 8.8%로, 2030년까지는 약 10% 정도로 증가할 것으로 보임.

- 비용 압박 시나리오에서는 해당 지표가 11.3%까지 증가할 것으로 보이고, 비용 억제 시나리오에서는 9.2%로 추정됨.
- 생산성 증대를 위한 정책들 또한 의료비 지출에 유의한 영향을 미칠 것으로 보이는데, 이러한 정책들로 인해 GDP 대비 의료비 비중이 2030년에는 절반 정도 감소할 수 있음.
- 건강증진 정책 또한 의료비 지출 추세에 영향을 주는 것으로 보이고, 특별히 효과적인 건강 증진 정책의 설계와 실행이 미국과 일본, 독일, 핀란드 등에서 2030년의 GDP 대비 의료비 비중을 낮출 수 있을 것으로 보임.

Figure 3.4. Health spending as a share of GDP, full range of scenarios. OECD average

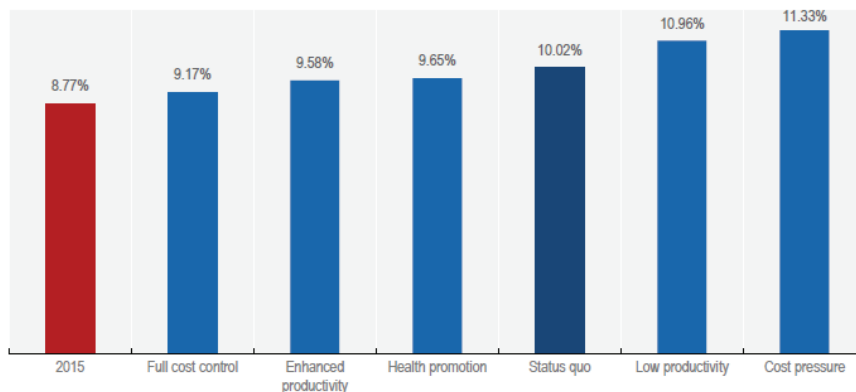


Table 3.2. Health spending as a share of GDP by country, 2015 and 2030 (all scenarios)

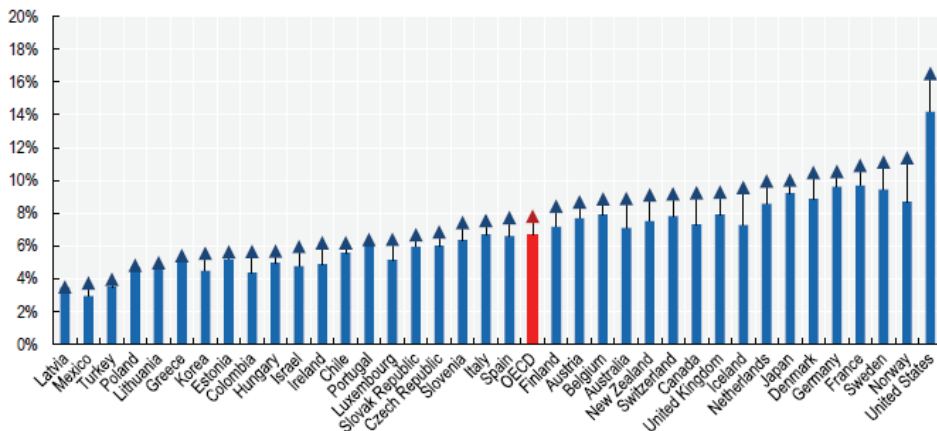
	2015	Cost control	Enhanced productivity	Health promotion	Status quo	Low productivity	Cost pressure
Australia	10.4%	11.7%	12.1%	12.3%	12.7%	13.8%	14.4%
Austria	10.3%	10.6%	11.2%	11.0%	11.5%	12.2%	12.5%
Belgium	10.1%	10.4%	10.9%	10.7%	11.1%	11.7%	12.0%
Canada	10.4%	11.8%	12.3%	12.4%	12.9%	14.0%	14.3%
Chile	8.0%	8.7%	9.1%	9.5%	9.9%	11.5%	11.9%
Colombia	6.2%	6.9%	7.2%	7.5%	7.8%	9.0%	9.4%
Czech Republic	7.2%	7.2%	7.5%	7.7%	8.0%	9.0%	9.4%
Denmark	10.3%	11.0%	11.5%	11.5%	11.9%	12.9%	13.2%
Estonia	6.5%	5.7%	6.0%	6.5%	6.8%	8.6%	8.9%
Finland	9.7%	10.3%	10.8%	10.8%	11.3%	12.1%	12.4%
France	11.5%	11.9%	12.4%	12.3%	12.8%	13.5%	13.8%
Germany	11.1%	11.2%	11.7%	11.5%	12.0%	12.6%	12.8%
Greece	8.2%	7.7%	8.0%	8.1%	8.4%	9.1%	9.4%
Hungary	7.1%	6.5%	6.8%	7.5%	7.8%	10.0%	10.4%
Iceland	8.3%	9.3%	9.7%	10.2%	10.6%	12.6%	13.2%
Ireland	7.3%	8.1%	8.5%	8.1%	8.5%	8.5%	8.9%
Israel	7.4%	8.1%	8.4%	8.7%	8.9%	10.0%	10.5%
Italy	9.0%	9.1%	9.5%	9.6%	10.0%	10.9%	11.1%
Japan	10.9%	11.2%	11.7%	11.2%	11.7%	11.7%	11.9%
Korea	7.0%	8.1%	8.5%	8.3%	8.7%	8.9%	9.3%
Latvia	5.7%	4.8%	5.0%	5.4%	5.5%	6.8%	7.1%
Lithuania	6.5%	5.9%	6.1%	6.6%	6.8%	8.4%	8.6%
Luxembourg	6.2%	7.0%	7.2%	7.4%	7.5%	8.3%	8.7%
Mexico	5.8%	6.6%	6.8%	7.0%	7.2%	8.0%	8.4%
Netherlands	10.4%	11.0%	11.5%	11.4%	11.9%	12.5%	12.9%
New Zealand	9.3%	10.4%	10.9%	10.6%	11.1%	11.5%	12.0%
Norway	10.1%	11.5%	12.0%	12.4%	12.9%	14.8%	15.2%
Poland	6.3%	6.0%	6.3%	6.1%	6.4%	6.6%	6.9%
Portugal	9.0%	8.5%	9.0%	8.8%	9.2%	9.7%	9.9%
Slovak Republic	6.9%	6.6%	6.9%	7.2%	7.5%	8.6%	9.0%
Slovenia	8.5%	8.5%	8.9%	9.2%	9.7%	11.3%	11.6%
Spain	9.1%	9.5%	9.8%	10.1%	10.4%	11.6%	12.0%
Sweden	11.0%	11.7%	12.3%	12.2%	12.7%	13.6%	14.1%
Switzerland	11.9%	13.1%	13.6%	13.4%	13.8%	14.2%	14.5%
Turkey	4.1%	4.3%	4.5%	4.4%	4.5%	4.7%	5.0%
United Kingdom	9.8%	10.4%	10.8%	10.9%	11.3%	12.2%	12.5%
United States	16.8%	18.1%	18.8%	18.7%	19.3%	20.2%	20.8%
OECD	8.8%	9.2%	9.6%	9.7%	10.0%	11.0%	11.3%

Note: Health spending data in 2015 for Australia includes an upward adjustment of 11.5%, to take into account reporting issues in the amount of spending in long-term care. The baseline projection year in Ireland is 2016 to avoid issues with GDP growth in 2015 (because of a large break in the series).

2.4) 공적 의료비의 증가로 인한 총 의료비 지출의 증가가 두드러짐(Growth in public health spending largely mirrors total health spending)

- 2015년 기준 회원국들에서 공적 의료비 지출은 약 6.6%에서 2030년 7.8%로 증가할 것으로 보임. 즉, 연평균 2.8%의 속도로 증가하는데, 총 의료비 지출 속도는 2.6%로 더 낮음.
- 총 의료비 중 공적 지출의 비중은 2015년 기준 75.4%에서 2030년에 77.1%로 증가할 것으로 추정됨. 이러한 증가 속도는 과거의 추세에 비해서는 약간 낮은 수치임(2000-2015년 사이 2.3%p 증가)

Figure 3.5. Public health spending as a share of GDP by country, 2015-2030



3) 의료비 지출 증가에 대한 대응의 필요성과 그 효과

- 지금까지의 추세 결과를 살펴보면 의료비 지출은 모든 시나리오에서 지속적으로 증가할 것으로 보임. 그러나 그 증가 속도는 비용 억제 정책들이 얼마나 성공적으로 작동하느냐에 따라 달라질 수 있을 것임. 그리고 이에 대한 정책적 함의는 다음과 같이 두 가지 측면으로 설명할 수 있음

□ 첫째, 의료비 지출의 증가를 완전히 막는 것은 불가능함. 따라서 정책설계자들은 미래 의료비 지출 증가에 대한 대응 계획을 세울 필요가 있으며, 늘어나는 지출을 보전하기 위한 자원(공공 or 민간)에 대한 논의가 중요한 이슈가 될 것임.

□ 회원국들은 지금까지 국방이나 정부사업(석탄, 철광 등)에 대한 보조금 등 다른 부문의 공적 투입을 줄이고 의료비 지출 증대를 보전하여 왔던 것이 사실이나, 앞으로 지속적으로 보건의료 부문에 더 많은 예산을 투입할 수 있을 것인지는 확실하지 않음.

○ 따라서 늘어나는 공적 의료비 지출은 기여금과 관련 세수(담배세 등)를 높이는 방법으로 접근할 수 있을 것인데, 이러한 과정에 있어, 그리고 정부지출의 다른 부문(예: 연금 등)에 대한 투입을 조정하는 것 등에 있어 정책설계자들은 여러 가지 루트를 통하여서 국민들의 의견을 반영할 필요가 있음

○ 이외에 또 다른 방법은 공적 부담의 일부를 민간 부문으로 이전시키는 것인데, 다만 핵심 서비스를 민간으로 이전하는 경우 보장의 범위 등에 있어 차이가 발생할 수 있고, 결과적으로 그것이 비용 절감으로 이어지지 않을 수 있음. 따라서 건강보장의 보편성(universality)을 유지하면서 취약계층의 접근성을 보장하는 것은 간과해서는 안 될 중요한 축이라고 할 수 있음. 아직까지 어떤 서비스를 민간으로 이전하고 공적 보장의 범위를 줄일 것인가에 대해서는 논란이 있지만, 예를 들어 대체 포지티브 리스트 방식의 의약품 구매와 안경, 치과 서비스 등에 대해서 일부 국가에서는 급여 범위를 한정시킬 것을 고려하고 있음 (Paris et al., 2016; OECD, 2017).

□ 두 번째로는 의료비 지출은 계속 증가하나 정부가 이를 관리하는 데 실질적인 영향을 미칠 수 있다는 점임. 비용 압박 시나리오에 있어 의료비 지출의 연평균 증가율은 평균 약 3.6%이나, 생산성 및 건강증진 정책을 통해 2%까지 감소시킬 수 있었음.

○ 실제로 지금까지 보건의료 인력에 대한 정책이나 의약품/신의료기술에 대한 정책들과 같은 생산성 증대 정책들이 의료비 지출의 증가 추세를 완화시킬 수

있었는데, 예를 들어 비전문의(non-physicians)의 업무 범위를 넓히는 규정을 통해 진료 질에 부정적인 영향이 없이 비용을 절감할 수 있었음(James et al., 2017). 또한 의약품 가격 및 시장 진입, 처방 관련 규정을 통해 시장에서 제네릭 의약품 활용의 증가로 비용 절감이 가능하였고, 신의료기술평가(HTAs)는 비용 효과성이 낮은 기술이 활용되지 못하게 하고 현재 기술들 중 효과적이지 않은 기술들이 중단되도록 할 수 있음.

- 또한 새로운 기술들의 활용으로 생산성을 증대시키는 효과를 누릴 수도 있는데, 예를 들어 원격의료와 로봇 장비의 활용 등 디지털화를 통해 생산성이 향상될 수 있는 새로운 전달체계를 지원할 수 있고, 동시에 보건의료 데이터의 활용도와 진료의 질을 향상시킬 수 있음.
- 생활습관의 개선은 보건 부문을 안팎을 아우르는 접근이 필요할 수도 있음. 흡연율과 음주율, 비만율의 개선은 관련된 치료의 비용을 감소시킬 수 있는데, 예를 들어 금주 관련 정책들(GP 진료, 과세, 광고 규제, 음주운전 관련 처벌 등)은 음주로 인한 질병이 발생하였을 때 드는 치료비용을 감소시켰음이 밝혀짐(OECD, 2015).

4) 결론

- 미래 의료비 지출은 (공적 지출을 포함하여) 대부분의 회원국가들에서 지속적으로 증가할 것으로 추정됨. 하지만 보건 부문에서 생산성을 증대시키는 정책들과 건강증진 정책들이 이러한 추세를 일부분 완화시킬 수 있을 것으로 보임.
- 전반적으로 새로운 의료비 지출 추계 결과는 비용 억제 정책의 가능성과 한계를 모두 보여주고 있음. 미래 의료비 지출의 증가는 회원국들의 국민들이 점차 질 높은 진료를 원하고, 새로운 기술들은 빠른 속도로 개발되고 있는데서 일정부분 기인하고 있으며, 각 국에서는 재정적 지속가능성 측면에서 비용 대비 가치(value-for-money)를 극대화하기 위한 노력들을 강구하여야 할 것임.

사. 지식기반 보건의료시스템에 대한 고위급 포럼 업데이트

주요 내용
<p>□ 2017-18 사업프로그램 및 예산은 국가들이 지식 생산과 보건의료시스템의 긍정적 혁신 동력 제공을 위해 전자적 건강 및 기타 데이터를 어떻게 이용하고 있는지를 검토하는 지식기반 보건의료시스템(KBHS) 프로젝트를 포함하고 있음.</p> <p>○ 2017년 1월 보건장관회의에서 이 문제에 대한 추가 논의를 인준했고 OECD가 장관 및 동급의 고위급 미팅 개최를 의결했음.</p> <p>○ 2018년 6월 미팅에서 보건위원회 대표단은 KBHS에 대한 고위급 정책 포럼의 사무국 제안서를 지지함.</p> <p>- 2019년 하반기(4사분기) 예정</p> <p>○ 이 자료는 포럼 준비를 위한 최신의 정보를 제공하고자 함.</p> <p>□ 요청사항</p> <p>○ KBHS 고위급 정책 포럼 기획 업데이트 확인</p> <p>○ 포럼 준비 비용에 대한 기여금 납부에 대한 관심 표명</p> <p>○ 행사의 포괄 주제, 토의 주제, 제안된 형식, 기대 결과에 대한 의견과 동의</p>

1) 배경

- 전차 보건위원회의 포럼 시행 지지에 따른 후속 업데이트
- 2019년 하반기 KBHS(지식기반보건의료시스템)의 고위급 정책 포럼의 목적
 - 건강과 보건의료에서 디지털화의 영향 파악을 통해 기술 혁신의 편익에 대한 정책 수립가들의 적응과 활용을 지원

- 사회가 직면한 문제해결을 위한 데이터와 디지털 도구의 활용을 위해 보건영역 내 정책들의 변화 방법의 이해
- 미래 보건의료시스템 구축을 위한 협력을 실행하고 지원을 위한 공식적 및 비 공식적 네트워크 수립

2) 형식과 조직

- 덴마크, 행사 주최 제안(OECD 구내에서 개최도 대안)
- 형식은 4-5명의 발표자로 구성된 패널 구성과 대화식 토론 방식
 - 발표자는 장관/고위급 정책 수립가, 사상가, 주요 전문가, 이해당사자로 보건 분야 외 잠재적으로 학습하고 신흥 디지털 경제에서 통합의 필요성이 있는 기타 산업분야(기술, 사회정책 및 교육 등)에서 선정
 - 청중은 150-200명 규모로 장관, 정부관료, 환자대표, 시민사회단체, 의료공급자, 산업계에서 참석
 - 장관급 오찬은 비공개, 결과물은 요약 보고서와 성명서 발표임.
 - OECD 또는 기타 회원국에서 개최되는 (2년 간격) 후속 행사(들)에 대한 로드맵 설정의 가능성은 열려있음.

3) 비용과 자원

- 주최 의사를 밝힌 덴마크가 이 행사와 관련된 일부 비용 부담
- 추가적 자발적 기여금이 필요하며, 유사한 과거 행사를 토대로 예상 재정은 200K 유로
- 장소 등 최종 확정을 위해 자발적 기여금에 대한 의사 확정 필요

4) 포럼 테마와 토의 주제

□ 포럼 테마 : 환자와 지역사회의 욕구를 중심으로 포용적 보건의료시스템 구축을 위한 데이터의 활용(harnessing data to build inclusive health systems around the needs of patient and communities)

□ 5개 토론 주제

- 성과와 생산성 향상을 위한 보건의료시스템 혁신(steering health system towards better performance and productivity)
- 사람들에게 통제권 제공(putting people in control)
- 기술과 문화(skills and culture)
- 개인정보와 동의(privacy and consent)

5) 결론: 리더십, 공동 운영, 신뢰

□ 데이터 기반, 포용적 보건의료시스템의 구축은 보건의료시스템의 모든 수준에서 광범위한 참여자들 간의 신뢰를 필요로 함.

- 적절한 데이터 거버넌스 프레임워크와 사이버보안이 근본적인 전제조건이라면, 리더십과 공동운영은 신뢰를 구축하고 발전시키기 위한 기본임.

□ 개인들이 그들의 데이터가 그들 자신과 광범위한 사회적 편익을 위해 사용된다는 신뢰가 있어야 함.

※행사일정(안)은 다음표 참조

ANNEX. Revised draft programme**Welcome and keynote: OECD Secretary General & Minister of host country****Panel 1. Steering health systems towards better performance and productivity**

- How can health data be put to use to support better care and clinical decision making, research, surveillance and policy?
- What have been the successes and obstacles?
- Is health lagging behind other sectors, if so why? What holds back our ability to transfer and diffuse innovative uses of health data among organisations, systems and countries?
- How can 'big data' from new sources inside and outside the health sector be combined with traditional health data to create new intelligence for policy makers?

*- Coffee -***Panel 2. Putting people in control**

- What innovative care models are emerging, and how can the process towards more personalised care and prevention be accelerated?
- How to ensure that no one is left behind? How to include vulnerable groups / communities?
- What are the prerequisites for ensuring that people can take advantage of self-management and more people-centred care, for example in terms of literacy?

*- Lunch -***Panel 3a. Skills and culture**

- What skills will health professional need for the future?
- What new professionals and how to integrate them in new ways of working?
- How do training and ongoing learning need to change and adapt?

*- and -***Panel 3b. Privacy and consent**

- What progress has been made in ensuring access and use of data in a privacy respectful way, in line with the OECD Council Recommendation on Health Data Governance?
- How to integrate and manage the private sector including data giants such as Google, IBM and Amazon?
- How can cross-border sharing of data be appropriately managed?
- What are the opportunities and threats from new technologies?

*- Coffee -***Panel 4. Leadership, co-operation and trust**

- How can governments better manage the communication and conversation about health data with the general public, with health professionals, and other stakeholders?
- How have different countries managed to build trust in their health information systems?
- How should accountability frameworks change and be improved?
- What successes or useful practices can be deployed? What can be learnt from setbacks and risks?

Summary remarks, next steps

아. 장기요양 서비스의 적절성과 접근성: 사회보호 제도 측면에서

주요 내용
<p>□ 보고서는 유럽위원회의 지원으로 사무국이 현재 진행 중인 장기요양 서비스에 서 사회보호 제도에 대한 프로젝트 결과임.</p> <p>○ 해당 프로젝트는 크게 두 단계로 구성됨</p> <ul style="list-style-type: none"> - 14-15년에 진행된 첫 단계에서는 장기요양 서비스에 대한 수요의 대표적 사례(typical case of need)를 바탕으로 중증도, 서비스 제공 주체 등을 고려한 국가 간 비교 방법론을 개발하였음. - 2019년 중반까지 진행될 2단계에서는 국가들을 추가하여 장기요양서비스의 자격과 혜택을 결정하는 규정/규칙에 대해 심층 지식을 개발할 예정임. <p>• 이를 위해 LTC 시스템이 소득 및 자산의 전체 분배에서 개인의 재정적 수단을 어떻게 고려하는지 비교하기 위한 정보가 수집될 예정임.</p> <p>• 전형적 사례를 바탕으로 사무국은 돌봄 비용(cost of care), 급여의 관대성(generosity, 총비용에서 공적 지원의 비중), 본인부담(OOP) 수준을 분석함.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 보고서는 2단계 프로젝트의 핵심 예비 결과를 요약한 것으로 국가별 고유 제도 내용, 국가 간 비교, 공적 지원, 본인부담비용을 포함하고 있음. 2019년 최종보고서는 부담가능성(affordability)과 지속가능성(sustainability) 간 균형 유지를 위한 정책 방향의 추가 분석을 포함할 예정임. <p>○ 연구 결과, 22개 국가 중 19개 국가에서 시설 요양은 지불가능하나 재가요양에서는 지불가능성이 낮은 경우가 관찰됨. 저소득층 노인, 특히 중증도가 높지만 본인의 집에 머무는 저소득층 노인은 여러 국가에서 관찰되는 취약계층임. 높은 본인부담금이 야기하는 재정적 부담을 해소하는 정책이 필요함.</p> <p>□ 요청사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 보고서 결과에 대한 의견, 각국 대표단에게 유용한 추가적 분석 내용 제안, 결과에 대한 수정 사항 등 2019년 1월 15일 까지 서면 의견 제출 ○ 장기요양서비스의 사회적 보호 관련 데이터 수집에 참여 희망 시, 1월 말까지 의사 확인

1) 배경

□ 인구고령화로 인한 장기요양서비스(Long-term care service, 이하 LTC)의 중요성은 계속해서 증가하고 있으며 기대 수명의 증가, 출산력의 감소로 인해 인구고령화는 가속화될 전망이다.

- 인구고령화로 인해 자동적으로 증가하는 돌봄에 대한 수요(care need)를 어떻게 충족시키는가는 중요 과제가 되었음. 돌봄에 대한 수요는 여생을 건강하게 또는 불건강하게 살아야 하는지의 문제와도 직결됨.

○ 돌봄에 대한 의존성(dependency)은 사회경제적 수준이 낮을수록 높은 것으로 알려져 있으며 특히, 교육 수준이 낮은 노인들은 수요가 높아지는 데에 반해 서비스의 구매 능력은 낮은 것으로 알려짐.

○ 국가별로 LTC 제도의 형태는 달리 나타나는데, 대표적인 돌봄 제공의 주체는 가족과 친구로서 임금을 받지 않는 무보수·비공식 돌봄 제공자(unpaid, informal care)임. 이 외에 공식 돌봄 제공자로서는 재가 요양시설, 장기요양보호사(professional carer) 등이 있음.

- 핵가족화와, 비공식 돌봄이 야기하는 정신적/신체적 스트레스 문제로 인해 비공식 돌봄은 바람직하지 않음. 동시에 공식 돌봄 역시 서비스를 필요로 하는 자가 구매할만한 여건이 되지 않는다면 그것 역시 문제임.

□ 국가별로 제도의 특성과 인구구조의 차이가 존재하나, 대부분이 공적 제도의 확충에 주력하고 있음. 현재 데이터로 LTC 공적 지출을 측정할 수 있으나, LTC 제도의 다양한 서비스들이 수요를 측정하고 있는지의 효과를 계량적으로 측정하기란 어려움. 이에 본 보고서에서는;

- ① 노인의 중증도/돌봄의 수요에 따라 달라지는 LTC 서비스(재가, 시설)의 비용을 살펴보면;
- ② 사회적 보호 해(social protection scheme)에 제공되는 LTC 서비스 비용을 통해 LTC의 타당성에 대해 논하며;
- ③ LTC를 필요로 하는 취약계층을 위한 보호 조치에 대해 논하고자 함.

2) 장기요양서비스의 높은 비용은 그 자체로 노인을 빈곤하게 만든다.

□ 연령이 증가하면서 불건강과 장애를 가질 가능성은 높아지는데 이로 인해 노인들은 일상생활의 수행, 사회적 관계 등에서 많은 어려움을 겪게 됨. 그러므로 노인의 삶의 질을 보장하기 위해 LTC는 필수적 서비스임.

○ 노인들의 돌봄에 대한 수요는 크게 1) 기본적 일상생활 수행 능력(ADL: activities of daily living), 2) 도구적 일상생활 수행 능력(IADL: Independent activities of daily living), 3) 사회적 수요 4) 의료적 수요로 구분이 되는데 특정 질환 혹은 특정 서비스에 대한 수요를 보건의료체계가 보장하고 있다고 판단되는 바, 본 보고서에서는 의료적 수요를 제외한 세 가지 수요에 대해 살펴보았음.

box 1: 돌봄 수요의 국가간 비교 방법론: 대표적 사례 중심으로

- 국가별로 달리 운영되는 제도 하에서 재정적 보호의 정도를 비교하기 위해, LTC 수요의 대표적 사례를 <table 1>과 같이 정의함. 이들의 예는 중증도의 정도와 서비스 제공 주체(혹은 환경, 장소)가 누구냐에 따라 달라질 수 있음.
- 대부분 LTC 제도는 지원 정도를 결정시 개인의 경제적 상황(소득, 재산)을 고려하는데, 그들의 경제적 상황이 비용을 감당할 수 있느냐에 따라 본인부담금 정도가 결정되기도 함. 그러므로 국가 간 비교시, 개개인의 경제적 상황이 동일하다는 전제가 필요함.
- 재가 서비스를 받는 노인의 경우 대부분의 비용이 돌봄 제공자가 집을 방문하여 도와주는 것에 대한 비용이며, 공적 제도의 경우 직접 서비스를 제공하는 비용 외에 숙식, 시설 이용의 비용도 포함함.

<table 1> 분석에 사용된 LTC 수요의 대표적 사례 8가지

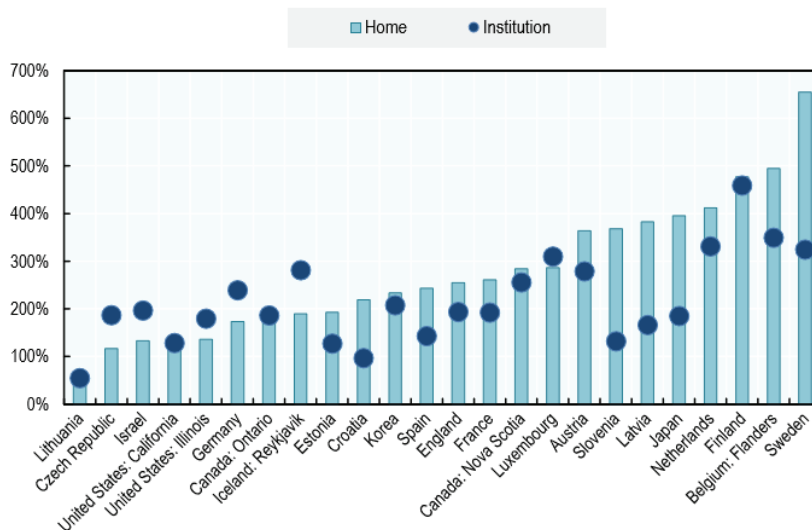
유형	수요(혹은 중증도) 정도(상중하)	서비스 제공 주체와 시간
1	하	전문 재가 요양, 주당 6.5시간
2	중	전문 재가 요양, 주당 22.5시간
3	상	전문 재가 요양, 주당 41.25시간
4a	중	비공식 돌봄(배우자) 주당 22.5시간
4b	중	비공식 돌봄(배우자) + 장기요양보호사 주당 22.5시간
4c	중	비공식 돌봄(성인 자녀), 주간 22.5시간
4d	중	비공식 돌봄(성인 자녀) + 장기요양보호사 주당 22.5시간
5	상	시설 서비스(institutional care)

□ LTC 서비스 제공에 따른 비용은 급속도로 증가하고 있고 노인 소득의 상당 부분을 차지하고 있음. 일례로 위 유형 3에 속하는 노인(전문 재가 요양¹³), 주당

41.25시간)이 부담하는 비용은 국가별로 6배 차이가 남.

- 국가별로 LTC 비용의 차이는 중위 임금(median wage)의 차이, 서비스 제공 주체가 누구냐, 돌봄 제공자의 자격 조건과 임금 수준과 관련이 있음.
- 전문가(예: 장기요양보호사)가 서비스를 제공한다고 가정 시, 비공식 돌봄을 제외했을 때 재가요양(home care)의 비용이 상대적으로 높게 나타남.
 - 동유럽국가(크로아티아, 라트비아, 슬로베니아)의 경우 재가요양이 시설 서비스에 비해 2배 높음.
 - 전문가들이 직접 방문하여 노인의 생활 전반을 관리해야 하나, 이동 시간의 제약으로 하루에 관리할 수 있는 노인의 수는 제한적임. 또한 재가서비스를 받는 대부분의 노인이 가족과 친구로부터 돌봄 서비스를 제공받기 때문에 공식 부문의 재가서비스에 의존하는 정도가 상대적으로 낮을 가능성이 존재함. 그럼에도 불구하고, 비공식 돌봄을 제외 시, 숙식, 시설 이용비를 포함한 시설 요양의 가격이 상대적으로 저렴한 것으로 보임.

Figure 3. 연금 수령 노인의 중위 가처분 소득 대비 장기요양서비스 비용 (%) 2016년 기준



13) 장기요양보호사, 간호사가 직접 집을 방문하여 필요한 서비스를 제공하는 경우

□ 저소득층 노인의 대부분은 LTC 서비스를 제공받기 위해 그들의 소득에만 의존하므로 서비스를 구매하지 못할 가능성이 높음.

○ 중증도 정도가 낮은 저소득층 노인의 경우에도, 그들이 지불해야 하는 경제적 부담은 높음. 사회적 보호가 없이는 중증도가 중간 수준인 고소득층 노인만이 그들의 소득으로 서비스 비용을 부담할 수 있음. 소득에 관계없이 중증도가 높은 노인 모두 서비스 비용을 부담할 수 없는 현상은 22개 OECD 국가에게서 보편적으로 관찰됨.

□ 노인 인구의 증가는 LTC 서비스에 대한 수요를 증가시키지만, 언제 누가 그 수요를 가질지를 예측하기란 어려움. 일부 국가에서 예외적으로 민간 LTC 보험이 있으나 대부분의 OECD 국가들이 사회적 혹은 공적 서비스를 통해 부분적으로 LTC 비용을 보장해주고 있음.

3) 장기요양서비스를 위한 사회적 보호는 보통의 노인을 위해 적절하나, 재가요양에서는 아님.

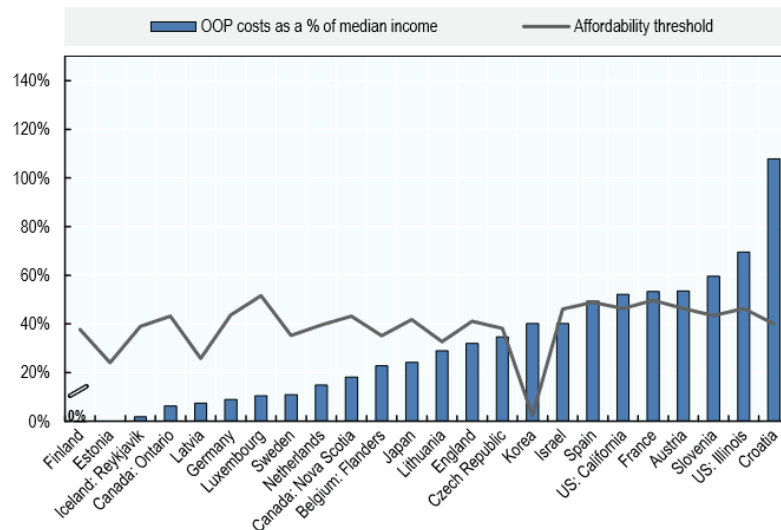
□ OECD 국가의 70%에서, 중증도가 중간 수준으로 주당 22.5시간 재가요양 서비스를 받는 노인의 본인 부담금이 적절한(구매 가능한 수준) 것으로 나타남.

○ 9개 국가의 경우 지불가능성 정도가 낮았는데, 중위소득 대비 본인부담금의 비율이 지불가능성의 역치를 초과하고 있음(Figure 5). 서비스를 제공받기에 소득이 부족한 상황이라는 것은 충분한 소득이 없으면 서비스를 제공받기 어려움을 의미함.

- 한국의 경우, 보통의 욕구(moderate needs)수준을 가진 노인의 중위 소득 대비 재가요양 본인부담금은 70% 수준, 지불가능의 역치(affordability threshold)는 노인의 중위소득에서 생활비(전국민 중위 소득의 50% 적용)를 제외하고 장기요양서비스를 구매할 수 있는 소득의 비율로 비교 국가 중 제일 낮은 수준임.

Figure 5. Out-of-pocket costs of home care for individuals with moderate needs and median income are affordable in a majority of countries

As a proportion of the elderly median income, 2016.



주: The affordability threshold is defined as the share of an older person's median income that can be used to pay for LTC after taking out living expenses (living expenses are considered to amount to 50% of the national population median income)

- 예를 들어, 네덜란드에서 중위소득의 노인은 소득의 60%를 생활비로 쓰고 40%를 장기요양서비스의 본인부담비용을 사용할 수 있음. 반면, 한국은 노인이 근로연령층보다 소득이 훨씬 적기 때문에 소득의 대부분이 생활비에 쓰여지고 있음.

□ 거의 모든 국가가 중증도가 높은 노인이 시설 서비스(institutional)를 지불가능하도록 보장하고 있음.

○ 요양시설은 급식, 요양 등 일체의 서비스를 제공하므로 노인이 별도의 생활비용을 부담할 필요가 없으나 하지만 공적 LTC에서 숙식비용을 보장하지 않는 경우, 본인 부담금은 증가함. 결과적으로 재정상황이 좋지 않은 노인은 다른 지출을 줄여야 함. 이러한 이유로 일부 국가에서는 숙식비용을 노인 중위 소득의 9-15%로 제한하기도 함.

□ 대부분의 국가에서 비공식 돌봄(가족, 친구)은 LTC의 중요한 요소임. 공적 돌봄이 발전하고 제도 보장성이 높은 스웨덴, 덴마크, 네덜란드의 경우, 비공식 돌봄 제공 시간이 매우 낮은 반면, 공적 제도의 보장성이 낮은 국가에서 비공식 돌봄 제공자의 노동 시간은 매우 높음. 돌봄 노동의 높은 강도로 인해, 직장(근로)을 그만두거나 건강 문제를 가지고 있음.

Table 2. Most countries have cash benefits for informal care

<i>No support</i>	<i>Support the care recipient</i>	<i>Support the informal carer</i>
Sweden, Japan, France (spouse) Belgium (spouse) Lithuania	Belgium (Flanders), Netherlands, Czech Republic, England, Iceland, Korea, Latvia, Luxembourg, Spain, Slovenia, Israel, Croatia, United States, Germany Finland	Austria Belgium (Flanders) Netherlands Canada (Nova Scotia) Finland France Estonia

□ 22개 국가 중 2/3 이상이 공적 돌봄, 비공식 돌봄이냐에 관계없이 노인들에게 현금 급여를 제공함.

- 일부 국가에서 현금 급여 제공을 위해 노인들이 비공식 돌봄 제공자들과 (임금 제공을 위한) 공적 계약을 맺을 것을 요구하나 대부분의 국가는 어떤 노인이 어떻게 현금급여를 받아야하는지에 대해 관리하지 않음.
- 비공식 돌봄 제공자가 사회적 보호 제도 하에 재정적 지원을 받을 수 있으나, 전문 요양보호사 (혹은 간호사와 같은 LTC 내 자격을 가진 제공 주체)에 비해 지원 수준이 낮음.
- 정부가 돌봄 제공자에게 제공되는 현금 급여의 관대성(generosity)에 제한을 하려는 이유는 현재 급여 수준이 돌봄 제공자의 실제 노력에 상응하는 수준은 아니지만, 현금 급여 제공시 현금 급여 없이도 계속해서 이루어지는 비공식 돌봄을 오히려 확대시킬 가능성을 우려하기 때문임.

4) 모든 국가가 가장 취약한 노인을 보호하고 있지는 않음.

□ 재가요양과 시설요양 간 본인부담금 비교를 위해, 일상생활에 소요되는 비용을 분석에 추가하였으며, 재가요양 및 시설요양 모두 소득의 100%를 지불가능성의 역치(affordability threshold)로 설정함.

○ 22개 국가 중 10개 국가를 분석한 결과. 충분치 못한 공적 지원은 서비스의 지불가능성을 저하시키며, 생활비용을 더했을 때 노인 소득 100% 수준에 도달함.

- 프랑스, 한국, 캐나다 일부 주, 슬로베니아 경우, 공적 제도가 재가요양의 일부 제한된 시간에 해당하는 서비스만을 보장 범위로 포함하기 때문임.
- 이에 반해, 동일 중증도를 가진 노인이 시설 요양을 이용 시 보장성이 높았음. 즉, 재가요양을 구매하지 못하는 노인이 시설 요양은 구매할 수 있는 현상을 보임. 즉 이러한 현상이 노인들이 집을 나와 시설로 가는 인센티브로 작용할 가능성이 있음을 시사함.

○ 80%의 국가가 재가 요양 급여 제공시 소득 조사(income- testing)를 시행함. (즉 소득 수준에 맞게 LTC 비용을 부담토록 함).

- 크로아티아, 영국, 크로아티아, 미국의 대부분 주에 사는 노인이 재가요양 비용을 부담하기 위해 거의 모든 소득을 지출하는 반면, 노르딕 국가, 체코, 룩셈부르크는 개인의 소득 수준에 관계없이 공적 제도의 지원 수준이 동일함.
- 크로아티아, 슬로베니아, 한국의 경우, 중위 소득 노인이 공적 지원 없이 시설 요양을 구매할 수 있음.
- 가파른 소득 조사(즉 소득에 따라 서비스 비용 정도가 결정되는 정도가 큰 경우)가 중위 소득 노인이 요양 서비스 이용으로 자산을 모두 사용하지 않도록 하는 것이 중요함.

□ OECD 국가 중 상당수가 자산 조사(means testing)로 급여의 관대성(generosity)을 결정하는데 일부 국가에서 자산이 많은 노인은 공적 지원을 받지 못하거나 급여 수준이 매우 낮음. 이 경우 자산이 많으나 소득이 낮은 노인에게 치명적임.

- 전체 자산의 상당 부분이 주택에 해당하기 때문에, 낮은 소득의 노인은 서비스 비용을 부담하기 위해 주택을 팔아야 하는 선택을 할 수도 있음. 자산, 특히 개인의 주택 처분으로 LTC 비용을 부담토록 하는 것은 (주택이 인생 전체의 저축과 노동의 결실을 의미한다는 점에서) 정치적으로도 공정하지 못함.
 - 이러한 문제를 방지하기 위해, 일부 국가에서 자산 조사에 제한을 두거나 주택 문제의 해결책을 강구함. 일정 수준 이하 자산을 가진 노인은 LTC 비용 전체를 보장받도록 하거나, 주택을 담보로 지정하여 사망 이후에 LTC 비용을 상환하도록 함.
- 마지막으로 중산층 역시 서비스 이용을 위해 자산을 처분해야 할 수도 있음.
 - 10년간 자산 처분의 정도를 예측하는 시뮬레이션을 분석하였으며 아래와 같은 가정을 설정함.
 - (가정 1) 순 자산 (net wealth)이 중위 수준인 노인은 중위 수준의 소득을 가지고 있으며, LTC에 대한 수요는 시간이 지나면서 증가함.
 - (가정 2) 노인들이 그들의 소득만으로 서비스 비용을 지불할 수 없다면, 자산을 처분한다는 가정을 설정
 - 시뮬레이션 결과, 슬로베니아, 프랑스, 영국, 스페인에서 재가요양을 받는 노인들은 서비스 비용 지불 이후 빈곤선 이상이 되기 위해(즉 빈곤층이 되지 않기 위해) 순 자산의 1/3을 처분해야 하는 것으로 나타남. 이러한 현상의 원인에는 저소득층만을 보호하도록 설계된 소득 조사, 혹은 자산의 매우 일부만을 보호하는 자산 조사가 있는 것으로 해석될 수 있음.

5) 결론

- 22개 국가를 분석한 결과 LTC 서비스 비용은 중증도가 높은, 즉 수요가 높은 노인일수록 더 높으며, 노인의 평균 소득에 비해 2배 이상 높을 것으로 예상됨. 중증도가 다른 노인에 대한 재정적 보호는 각 국가의 제도에 따라 달라지는데, 본 연구 결과를 아래와 같이 요약할 수 있음.

- 22개 국가 중 19개 국가에서 시설 요양이 구매 가능한 것으로 나타났으나, 재가 요양에서는 지불가능하지 않은 경우가 관찰됨.
 - 저소득층 노인, 특히 중증도가 높지만 본인의 집에 머무는 저소득층 노인은 여러 국가에서 관찰되는 취약계층임.
 - 특히 높은 본인 부담금이 재정적 부담으로 남아있다면 이들은 계속해서 상태가 심각해진 채로 집에 남을 수밖에 없음. 한국, 슬로베니아, 크로아티아가 이러한 문제를 가진 대표적 국가임. 라트비아, 호주, 캐나다 온타리오 주에서는 소득 수준이 낮고 중증도가 높은 노인들이 재가요양과 시설 요양 모두 구매하기 어려운 것으로 나타남.
 - 자산 조사를 바탕으로 공적 지원 수준 결정시, 자산은 많으나 소득은 낮은 노인들이 서비스 비용을 부담하기 위해 자산을 처분해야 하는 상황에 이룸.
 - 22개 중 15개 국가가 자산 조사를 시행하고 있으며, 5개 국가는 자산 조사 시 주택을 제외(특히 가족이 함께 그 주택에서 거주 시)함(호주, 크로아티아, 영국, 슬로베니아, 크로아티아).
- Table 4는, 소득을 통한 LTC 본인부담금 총족 정도, 서비스의 지불가능성 정도를 국가별로 비교했음.
- 한국의 경우 Panel C에 속하는데 이들은 중증도에 관계없이 대부분의 노인(중증도 8개 유형 중 6-8개 유형)들이 자산이 낮을 때 서비스의 지불가능성이 낮음.
 - 한국은 낮은 소득 수준에 있는 노인들이 높은 본인부담금 문제를 가지고 있었고, 중증도가 중, 상인 노인과, 중위 소득인 노인들도 높은 본인 부담금 문제를 가지고 있었음.
- 본 보고서에 사용된 방법론은 소득만으로 LTC 서비스를 이용하지 못하는 노인의 규모를 추정할 수 있으나, 국가 수준에서 얼마나 많은 사람들이 LTC를 구매하지 못하는지를 말하기 어려움. 또한 국가 내 지역별 격차와 중증도 정도로서 노인의 인지기능 장애를 고려하지 못함. 국가별 데이터의 질이 일부 격차(혹은 변이)를 설명할 수 있을 것임.

자. 긴급현안보고서: 2019년 12월 발간 보고서 주제 선택

주요 내용
<p>□ 12개월간 진행되는 단기 보고서의 주제를 선택하는 것으로 다음을 고려함.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 현재 또는 새로운 정책 토의의 반영 ○ 회원국들의 현재 또는 미래 정책 지원 ○ 단기 보고 보다 심층 분석의 필요성 ○ 기존 작업에 대한 보완성 ○ 위원회 업무와 일치성 <p>□ 참고로 2019년 6월에 결정된 주제는 “OECD국가들에서 대화형 원격진료가 보다 비용-효과적이고 통합적이며 환자중심적인 의료로 이어지고 있는가?(Is interactive telemedicine leading to more cost-effective, integrated and patient-centered care in the OECD?”였음.</p> <p>□ 다음의 주제에 대해 투표로 결정함.</p>

- 주제 1) OECD 국가들이 백신예방접종운동에 어떻게 대응하고 있는가?(How OECD countries are responding to the anti-vaccines movement and how could be counted?)
 - 백신의 편익에도 불구하고 정책 수립가들은 계속해서 백신에 대한 불신과 잘못된 정보에 대한 일부의 주장에 직면하고 있음.
 - 단기 보고서는 적정 예방접종률을 보장하기 위한 관점을 제공할 것이며 세부 목적은 예방접종을 주저하게 하게 주요한 원인 분석과 예방접종률을 증가시키는 효과적 정책 대안을 파악하고 모범사례를 토의하는 것임.
 - 보고서의 결과는 OECD의 공중 보건, AMR 관련 작업에 기여하고, AMR관련 OECD와 EU-JAV(European Joint Actions on Vaccines)의 협력을 확대시킬 것임.

- 주제 2) 보건의료시스템은 인공지능에 대비하고 있는가? OECD 국가들에서 규제적 환경 탐색(Are health systems prepared for artificial intelligence? Exploring the regulatory environments in OECD countries)
 - 광대한 의료데이터 분석을 위한 인공지능의 잠재성은 보건전문가들에게 의료 질의 향상과 비용 절감의 전망을 제시하고 있음.
 - AI의 역동적 과정은 안전성과 환자·보건시스템·공공에 어떤 가치를 제공하는지에 대한 결정을 위해 새로운 규제 모형을 요구함.
 - 보고서는 OECD 국가들이 보건 분야에서 AI 도입에 어떻게 적응해가고 있는지 규제적 환경에 초점을 맞추어 파악하고 AI에 대한 법적 틀과 규제 구조에 대한 국제적 관점을 제시할 것임.
- 주제 3) 보건의료 서비스 대기시간(Waiting times for health services)
 - 이 제안은 2018년 6월 선택에서 2위 주제였음.
 - OECD 국가들에서 대기시간 감소를 위해 개발된 최근 정책을 검토하고 대기시간의 지속적 감소를 위한 유망한 접근 방식과 '성과'를 확인하고자 함.

3. 제24차 보건위원회 결과

- 일시: 2018년 12월 5일(09:30~18:00), 12월 6일(09:30~17:30)
- 장소: OECD Conference Centre, 2 rue André-Pascal, Paris 16, France
- 의장: Ms. Olivia WIGZELL
- 참석자
 - 한국대표단: (보건복지부) 이해희 사무관, (한국보건사회연구원) 강희정 연구위원, (건강보험심사평가원) 임지혜 부연구위원
 - 기타 회원국(독일, 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 덴마크, 에스토니아, 미국, 핀란드, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 아이슬란드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 라트비아, 룩셈부르크, 멕시코, 노르웨이, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 체코, 영국, 슬로베니아, 스웨덴, 스위스, 터키, EU, 콜롬비아, 리투아니아) 대표단
 - 초청 국가 및 단체(아르헨티나, 러시아, 카자흐스탄, World Bank, WHO 대표단)
 - BIAC, TUAC 대표단(안전 6/7/8에 대해서만 참석)
 - OECD 사무국 관계자

안전 1. 제24차 회의 의제 채택

안전 2. 제23차 보건위원회 회의록 승인

안전 3. 사무국 업무 보고 : 고용노동사회국 국장 Stefano Scarpetta

□ 주요 발간물 소개

- AMR 관련 3번째 보고서 발간: Stemming the superbug Tide: Just a few dollars more

○ Health at Glance의 지역 버전 발간(유럽 2018, Asia/Pacific 2018)

□ 예산

○ 14개 국가 자발적 기여금 납부

○ 지난 6월 23차 위원회에서 개정된 사업 예산으로 35K 유로 인준, PaRIS 사업
진행을 위한 추가 자원 필요

□ 주요 활동

○ 보건통계 워킹파티 첫 회의: 10월 10-12일, 34개국 100여명 전문가 참여

○ Health Care Quality and Outcome 워킹파티: 11월 8-9일

○ 일차의료 전문가팀 관련 작업 진행, 단기 보고서 19년 발표 예정

○ 공중 보건 검토: 칠레, 일본, 한국 참여 중

- 비만, 위해 음주, 금연 및 이차예방, 공중보건 위기 등을 주제로 국가 검토
보고서 작성

□ 기타 위원회 및 외부 조직과 협력

○ OECD 협력 네트워크 기반 공중보건 전문가 그룹 운영

○ OECD Joint Network of Senior Budget and Health Officials: 2019년 2
월 14-15일 개최 예정

□ 기타 활동

○ 미국 대표의 제안으로 Health Literacy 관련 2020년 국제행사 추진 중

○ 런던에서 치매 관련 고위급 회담이 G8 8차 회의로 진행

○ 기타 최근 발간물 소개

안전 4. 환자보고지표조사(PaRIS): WP-PaRIS 워킹파티 결과 보고

□ 사무국 보고

○ 스웨덴 대표의 간략 결과 보고에 이어 사무국 안전 보고가 있었음.

- 워킹파티는 덴마크와 이스라엘의 관련 작업에 대한 보고에 이어 실현가능성에 대한 논의가 있었음.

○ 사무국 안전보고

- 25개 회원국, 유럽공동체, 아르헨티나, BIAC의 총 28명 대표 참석
 - 덴마크 이스라엘 네덜란드(의장), 미국으로 의장단 구성됨.
- 재정과 거버넌스에 대한 논의 진행
 - 국가별 전략과 연계 추진, 국제 프로젝트 매니저 선정을 위한 제안서 발표 예정('19년 6월, 선정된 국제 프로젝트 매니저 발표 예정)
- 단계별 진행 추진
 - 1단계 사업(2019년~2020년 중반), 2단계 사업(2020년~2023년, 보건위원회 인준조건)으로 구분, 국제적 비용은 위원회 사업 예산으로 충당(기존 사업예산과 2019년 초 자발적 기여금)
 - 1단계 작업 예산의 60% 확보, 파트 2의 시범 및 본 조사 시행 예산, 5,400K 유로
- 파트 2에 대한 재정 옵션 제안
 - 옵션 1. Bilateral Memorandum of Understanding에 의한 기여금 결정, 거버넌스 구조에서 변화 없음.
 - 옵션 2. 정규 보건위원회 사업 예산과 별도 기금 구성. 행정비용은 프로그램에서 충당, 참여 국가로 구성되는 별도 운영 기구 구성
- PaRIS 조사를 위한 국가별 역할 필요
 - 프로젝트 관리, 조사표 번역 및 검증, 조사 시행 및 데이터 수집
 - 사무국 지원: 국제적으로 사전에 검증된 조사도구 사용, 표본 추출 및 국

가별 조정을 위한 참고자료, 데이터 수집 및 관리를 위한 컴퓨터 기반 플랫폼 사용. 국제 데이터베이스에서 데이터 분석

○ 논의 요청

- 2019년까지 자발적 기여금 요청, 2020년 중반에 시작하는 재정 옵션에 대한 의견, 일정에 대한 동의

□ 토의

- 노르웨이, 프랑스, 리투아니아, 체코, 스웨덴 등 대다수 국가들이 옵션 1을 지지했으며, 가능한 많은 국가들의 참여 가능성을 강조했음.
- 스페인, 스위스, 이스라엘, 호주 등 일부 국가들은 옵션 2를 지지하고 참여 국가들의 적극적 참여를 통한 작업 진행을 강조했음.
- 덴마크는 이미 상당히 발전된 수준에서 일반의, 병원, 지역, 국가단위에서 환자보고지표를 사용하는 국가로서 프로젝트가 매우 포괄적인 접근과 시간이 필요한 사업임을 강조하고 관련 프로젝트에서 경험 공유를 환영했으며, 미국은 덴마크와 같이 환자보고 지표와 연계한 지불 모델들의 운영 현황을 공유하면서 국가 전략과 연계 필요성을 강조하였음.
- 스페인, 체코, 이탈리아, 폴란드 등 대부분의 국가들이 일차의료의 향상을 위해 만성질환에 대한 PaRIS 작업의 필요성에 동의하였고, 스위스 등 일부국가는 일정이 다소 빠빠하다는 의견을 제시하였으며, 아이슬란드 등 일부 국가들은 서면으로 의견을 제시기로 함.
- 캐나다는 재정옵션에 따른 거버넌스의 차이, EU는 EU health interview survey와 차별성을 질문했음.
- (사무국) 옵션 1에 대한 대다수 국가의 지지를 확인하며 다음과 같이 프로젝트 진행에 대해 강조하고 관련 답변을 함.
 - 공정성과 형평한 기회라는 OECD 원칙을 바탕으로 프로젝트 진행과 외부 전문가 참여에 있어서 사적 이해관계가 없도록 관리할 것임.
 - 현재는 1단계 사업 참여만을 확인한 상황이며, 국가별로 조사 도구의 검증

에 대해서는 자율적으로 사업 수준의 조정이 가능함.

- EU 조사는 인구집단 대상 접근이고 이 작업은 만성질환자를 대상으로 하는 세부 조사이므로 유사한 접근이지만 중복되지 않음.
- 미국에서 제시한 바와 같이 국가사업과 보완적인 관계를 가져야 한다는 것에 동의하며, 국가 상황에 가장 적합한 방식으로 진행되도록 기술적 지원을 할 것임.
- 재정 옵션 2는 참여국가로 구성되는 별도 운영기구에 의한 거버넌스 구조를 갖는 차이가 있으며, 일정이 빡빡하기는 하지만 주제의 중요성에 기반을 두어 일정을 준수하고자 함.
- 의장은 2단계 작업에 대한 보다 구체적인 논의는 다음 회의에서 가능하며, 이번 회의 관련하여 서면 의견을 받았다고 답변함.

안건 5. 사람중심 보건의료시스템 - 분석 프레임워크 개발

□ 사무국 보고

- 사람중심 서비스 설계에 있어서 보건 분야는 타 분야보다 뒤쳐져 있으며, 노인 인구 비중 증가, 복합만성질환자 증가, 신기술 비용 증가 등으로 재정적으로 지속가능하지 않음.
- 내·외부 전문가 의견을 반영하여 사람중심 프레임워크를 3개의 상호 연관된 요소(voice, choice, co-production)로 구성
- 관련 정책의 교환과 시스템 전환에 대한 점검을 위해 스코어카드 제안
 - 기존 지표와 새로 개발이 필요한 지표로 제안
- 보고서가 사람중심 시스템으로 변화 방향을 적절히 반영하고 있는지, 어떤 정책 분야가 우선되어야 하는지, 제안된 프레임워크 및 스코어카드에 대한 의견을 요청함.

□ 국가 사례 공유

- 전체 토의에 앞서 호주, 영국, 미국의 사람중심정책 사례를 공유함.
- (호주) OECD가 제안한 정책 틀과 매우 밀접한 관련성을 가지고 있으며 Health Literacy, Health Technology Assessment를 중요하게 다룸.
 - OECD 설계 정책 관련해서 Health Care Homes, Digital Technology 정책에 우선순위를 두고 있음.
 - Health Care Home은 Patient Centered Medical Home에 기초하여 지역사회 서비스를 제공하는 구조로 설계된 것으로 환자 관리 팀을 통한 통합적 서비스 계획 수립, 전자정보기록 공유를 추진하고 있음.
 - 만성복합질환 관리 차원에서, 근거기반 정책 수립과 디지털 기술의 활용은 매우 중요한 접근임. 이는 공급자를 지원하고 환자의 참여를 촉진하는 필수적인 도구로서 지방이나 원격지 대상으로 디지털 기술을 이용한 비디오 방문 등을 확대하고 있음.
 - 근거기반 정신질환 원격 상담이 환자중심서비스 접근으로 중요하게 다루어지고 있으며, 이러한 도구를 이용한 환자, 개인 또는 사람 중심 서비스가 지역사회단위에서 확대되고 있음.
 - 시스템 전환의 진전 상황을 점검하기 위해 지표 측정은 매우 중요하지만 소비자 참여 영역에 있어서는 지표가 부족한 상황임. 환자 보고 경험 및 결과 지표들이 정책결정 뿐 아니라 임상 결정에서도 활용되고 있음.
- (영국) 개인 및 사람 중심 접근은 매우 광범위한 접근임. OECD가 제시한 구성요소 중 환자의 의견(voice)과 선택(choice) 측면에서 현황을 공유함.
 - 대부분 지역은 환자 그룹의 참여를 독려하고 있으며 특히, 장기요양, 사회서비스에서 별도의 조직 또는 기금 조성을 통해 서비스 이용자들의 인식을 확인하고 있음. 노인을 대상으로 하는 인식 확인과 평가에 우선순위를 두고 있으며 발생하는 데이터 구축을 중요하게 다루고 있음.
 - 선택(choice) 차원에서는 질 평가와 결과 공개를 통한 인센티브와 시장 기전을 활용하여 선택을 활성화시키고 있음. 한편, 이러한 시스템 접근을 방해하는 장애물을 해소하는 노력이 필요함.

- (미국) 기본적으로 공동의 의사 결정을 촉진함으로써 환자와 가족 중심의 의료를 제공하는 것에 중점을 두어 왔음. 의사와 환자의 관계 정립, 의료 연계, 책무성 확대 등을 목적으로 여러 형태의 지불 모델을 개발하여 적용해 왔음.
 - 주요한 요소는 질 향상과 책무성 확대이며, 이와 연계하여 진료량(volume)이 아닌 가치(value)에 기반을 둔 지불방식으로 변화하고 있음.
 - 환자 중심 의료는 정보 제공을 통한 환자와 소비자의 권리를 확장시키는 방식이며, 이를 위해 교육과 혁신을 지속하고 있음.
 - ACO, PCMH는 대표적인 사례로, 환자들에게 원하는 시기에 바라고 이해 가능한 방식으로 높은 질의 서비스가 제공되도록 하고 있음. CMMI(Center for Medicare and Medicaid Innovation)는 의료 및 사회 서비스 욕구를 통합적으로 제공하는 여러 유형의 혁신적 모델들을 시행하고 있음.

□ 토의

- (호주) 사람중심시스템을 위한 보고서의 방향은 여러 국가 시스템들의 비전을 제시함. 시스템 구축은 법적·거버넌스·문화적 문제와 관련되는데, 문화적 차이에 대한 고려가 빠져 있음. 의료 제공자들을 변화시키는 것이 중요한 과제이기 때문에 교육 및 수련과정, 일차 의료 의사의 역할 변화가 요구됨. 시스템 구축의 틀에서 교육 과정의 재설계와 수련과정에 대한 새로운 접근이 필요하며, 데이터 공유가 가능한 법적, 제도적 기반 구축도 필요함.
- (독일) 미래 역할에 대한 보다 구체적인 지침 제공이 필요함. 스코어카드가 랭킹 시스템이 되지 않도록 설계되어야 함. 기존의 개발 지표 사용에 동의하며, 흡연율과 신체활동 지표 등 예방 관련 지표와 환자 안전 지표의 포함을 제안함.
- (캐나다) 사업의 방향성과 내용 전반에 동의하지만 선택(choice) 측면에서는 논쟁의 여지가 있음. 시스템 간의 제도적 차이로 인해 포함된 지표 간 방향성이 일치하지 않고 모호할 수 있으며, 생애 말기 등 일부 서비스 영역은 선택의 범위가 넓어져 차원이 복잡해질 수 있음. 아울러, 보다 발전된 영역에서는 이

송(transition) 케어에 보다 중점을 둘 필요가 있음.

- (한국) 사람중심 시스템과 디지털화의 결합이 고가의 맞춤형 의료서비스 창출을 촉진시키며 소득 계층 간 접근의 격차를 심화시킬 수 있음. 보편적 건강 보장 의 틀에서 격차 감소가 필요하지만 예산 제약으로 보장성 확대에 한계가 있으며, 적정 보장 범위의 결정도 쉽지 않음. 관련하여 신의료기술평가의 역할 확대 방안에 대해 보다 구체적 논의를 제안함. 아울러, 스코어 카드의 세 가지 차원이 상호 연결되어 구분이 명확하지 않음. 첫 번째 목소리(Voice)에서는 공동의 의사결정에 대한 환자경험 조사 결과를 지표를 활용하는 것이 보다 직관적으로 이해 가능함. 보이스 차원에 포함된 건강정보 이해능력은 선택 차원에서 소비자를 지원하는 도구의 수준으로 포함시킬 것을 제안함.
- (일본) 노인에 대해 재정적으로 어떻게 효율적이고 효과적인 서비스를 제공할 수 있을지 관심이 높으며 관련하여 노인의 존엄성을 고려하여 지역사회 기반의 서비스가 단절 없이 제공되도록 정책을 추진하고 있음.
- (네덜란드) 맞춤형 의료와의 관련성에 대해 보다 구체적인 논의와 환자안전 이슈의 포함을 제안함. 새로운 기술의 도입에 따른 고정비용을 낮추어 사람중심 의료에서 활용을 촉진할 필요가 있음. 스코어카드의 Choice 영역에 있어서 지표들의 방향성이 충돌할 수 있으므로 이러한 모호함이 정리될 필요가 있음.
- (카자흐스탄) 일차의료에 대한 국제적 협력에 있어서 지식, 의료인력, 기술 등의 요소 구성에 대해 동의함. 환자와 지역사회의 권한과 참여를 확대하는 것은 중요한 접근으로 새로운 국제적 협력을 통해 국내 정책 실행에 적용되기를 희망함. UHC 접근에서 일차의료 의사에 대한 투자 확대가 필요함.
- (WHO) 카자흐스탄 일차의료 컨퍼런스, OECD와 연계한 글로벌 협력을 지지함. 2019년 UN 고위급 회담의 주제와 관련되며, 국제적 실행 전략인 보편적 건강보장 측면에서도 사람중심 의료시스템의 논의는 일차의료의 역할을 강화하는 중요한 기회라고 생각함. 아울러, 사람중심 통합의료 제공의 관점에서 지역 협력 센터에서 역할을 공유함.
- (노르웨이) 환자를 보다 활동적인 파트너로 만드는 것이 핵심이며 가치 기반으

로의 변화에 중점을 두어야 함. 그러나 변화는 시간이 필요하고 과정에서 학습 네트워크 구축이 중요함. 환자가 원하는 것을 인식하고 알게 해주는 사람중심 의료시스템의 3가지 구축 요소(choice, voice, co-production)에 동의함.

- (세계은행) 중국과 OECD 협력 사업을 환영함. 디지털화는 시스템 혁신을 촉진하며, 경제성장 차원에서 관련된 인적자본투자의 중요성을 강조하고 관련 프로젝트를 공유함.
- (스위스) 결과와 비용을 대비한 가치 높은 의료서비스 제공이 중요함. 3개의 구성 요소들은 포괄적으로 관련 정책을 포함하고 있으나 지표의 관계가 명확하지 않음. 각 측면에 포함된 지표들의 수준이 다르고 일부 지표는 정의가 생략되어 있음. PREM과 PROM이 우선적으로 제시될 필요가 있으며, 관련 데이터 구축을 위한 투자가 필요함.
- (포르투갈) 인구 고령화로 인한 복합만성질환에 대한 관심이 높으며, 이러한 정책 실현을 위해 사전적으로 의료제공자 교육이 필요함.
- (프랑스) 세 가지 구성 요소가 너무 관련되어 있음. 리터러시(literacy) 측정은 Voice와 Choice 측면과 모두 관련되어 있고 Co-production의 지표와 측정 수준의 차이가 있음.
- (사무국) Choice 차원에서 문화적 차이의 반영 등 관련 이슈 정비는 어려운 문제임. 사전적으로 의료제공자 교육에 대한 필요성에 동의하며, 회원국 모두 명확히 채택 가능하도록 지표 간 관계와 지표 내 명확성 등 제기된 이슈를 포함하여 추가적으로 지표 선정에 대한 정비가 진행될 것임.

안건 6. OECD 국가에서 OPIOID 유행(epidemic) - 예방과 효과적 통제

□ 사무국 보고

- 처방 오피오이드(prescription opioid)와 불법 오피오이드(illicit opioid) 사용의 두 개 범주로 논의
- 진통제 오피오이드의 이용가능성에 있어 OECD 국가 간 차이가 큼. 미국 등

일부 국가에서 이용가능성이 매우 높음.

○ 오피오이드 관련 사망 패턴에서 미국, 캐나다, 스웨덴의 사망 증가가 다른 국가들에 비해 상당히 큼.

- 많은 유럽 국가들은 처방 관련 오피오이드로 인한 사망이 증가한 반면 일부 국가들에서는 불법적 사용의 결과로 확인됨.

○ 오피오이드 유행의 주요 요인들은 다음의 4가지 측면에서 발생

- 의료에서 오피오이드 처방의 부적절성 및 처방 과잉
- 불법 오피오이드 시장의 활성화
- 오피오이드 사용 장애 환자들의 치료 부족
- 거시적 및 사회적 조건들

○ 국가단위 정책 프레임워크

- 의료 시스템: 처방 및 오피오이드 장애 치료, 위해 감소
- 사회정책: 주거, 고용, 거주지 기반 재활
- 규제 및 강화:- 법적 처벌 강화, 사법 시스템
- 정보 및 지식: 데이터 향상, 연구개발, 평가

○ 16개 국가에서 오피오이드 관리를 위한 보건 및 사회정책 시행

○ 규제 및 처벌 정책이 다음의 측면에서 의료시스템과 연계·강화 필요

- customs(세관), medication diversion(약물전환), law enforcement officials(법집행관), criminal justice system(형사사법제도)

○ 사전 정책으로 ‘치료로 인한 오피오이드 사용 장애(opioid use disorder)’, ‘처방행태 수정 활동’, ‘서비스 이용가능성 향상’, ‘서비스 통합의 향상’, ‘지식 과 연구 개발의 확대’가 고려되어야 함.

□ 토의

○ (캐나다) 매우 심각한 문제로 정책의 주요한 관심은 위해(harm) 감소를 위한 관리 강화에 있음. 1960~70년대 이후 의료적 통증관리를 위한 헤로인 사용이

확대되면서 펜타닐 이용이 증가됨. 펜타닐 등 유사 의약품 도입에 있어서 예방적 고려가 필요함.

- (이스라엘) 관련된 문제가 심각하지 않은 상황이지만 통증 관리를 위한 지역사회와 병원에 대한 포괄적 지침이 제공되고 있음. 국가 감시 프로그램이 진행 중이며, 전자 처방시스템을 통해 결과 측정이 가능해지고 관련 관리를 강화시킬 수 있음.
- (스웨덴) 국내 관련사망이 증가하면서 관심이 고조되고 있음. 국가 간 비교에서 지표의 비교 가능성과 관련 데이터의 적절성 검토가 필요함.
- (미국) 관련 장애로 인한 정신질환 유병률이 증가하고 있음. 오피오이드 위기 해결을 최상의 과제로 다루고 있으며 더 좋은 데이터와 환자 관리를 통한 접근을 추진하고 있음. 오피오이드 대체 요법 개발 등의 연구, 국가 간 비교를 위한 표준화, 오피오이드 장애 치료를 위한 거주지 기반 접근이 확대되어야 하며 지역사회 기반 예방 프로그램 수립을 위한 의료와 비의료적 측면의 통합적 접근 개발이 필요함.
- (핀란드) recreational use와 illicit use의 연계된 용어 사용이 부적절함. 전자처방시스템의 처방 모니터링 프로그램을 통해 적절한 관리를 하고 있음.
- (스위스, 호주) 제시된 정책 외에 실시간 처방 모니터링, 감시 체계 구축 등이 필요함.
- (TUAC) 노동시장과 연계하여 opioid use disorder를 장애 측면에서 접근해야 함. 실업으로 인한 건강보험 자격 상실의 서비스 이용가능성을 낮추고 노동시장에 부정적 영향을 미치고 있음을 고려해야 함.
- (독일) 보고서는 국가들이 상호 학습하고 장기적 관점에서 예방할 수 있는 좋은 기회를 제공함. 오피오이드 증가는 노인 및 만성질환 증가에 의한 것일 수 있으므로 오용(misuse)의 증가로 바로 해석되는 것은 주의해야 함.
- (BIAC) 통증 치료를 위한 접근은 매우 복잡한 이슈이며, 부정적인 결과의 해결에 앞서 기본적으로 통증 치료에 대한 접근성이 제한되는 문제의 해결과 연계하여 접근해야 함.

- (EU) 미국과 캐나다의 위기 수준이 상대적으로 높은 것은 다른 국가들과 규제 및 마케팅 환경의 차이에서 비롯된 것으로 보임. 리스본에 있는 EU 의약품 모니터링 센터는 관련 상황을 포함하여 남용가능성이 높은 의약품에 대해 지속적으로 모니터링 하고 있음.
- (사무국) 국가등록시스템을 가진 경우가 제한적이라 비교가능한 데이터 구축의 과제 해결이 필요하며, 보다 적절한 용어 사용을 위해 검토하겠음. 기타 노동시장을 고려한 접근, 의약품 점검 시스템, 의료 질 향상 측면의 접근 등 제시된 의견을 반영하여 작업을 진행하겠음.

안전 7. 제약 및 의료기기 전문가 그룹의 미래 작업 제안

□ 사무국 보고

- 혁신적 의약품에 대한 접근 보장의 후속 작업을 배경으로 의약품 및 의료기기 전문가 그룹이 구성되었으며 관련 사업 프레임워크를 제안함.
- A와 B 범주별 한 개 사업의 선택과 C범주에 대한 의견 요청
 - A1. 의료기기 성과 모니터링
 - A2. 의약품의 합리적 사용
 - A3. 희귀의약품 개발에 대한 인센티브 영향 평가
 - B1. 호라이즌 스캐닝(horizon scanning)
 - B2. 모바일 앱 사용의 촉진
 - B3. 유전체학 발전의 편익 실현

□ 토의

- A범주 관련해서 한국, 덴마크, 캐나다, 노르웨이, 이스라엘, 스웨덴, 리투아니아, BIAC 대표들은 A1 주제를 선호했고 네덜란드, 체코, 스위스, 멕시코, 프랑스, 일본, 아이슬란드, EU, 아르헨티나는 A2 주제를 호주, 오스트리아는 A3 주제를 선호했음.

- B범주에 대해서는 한국, 덴마크, 네덜란드, 오스트리아, 캐나다, 이스라엘, 이탈리아, EU, 아르헨티나가 B1 주제에 관심을 보였고 멕시코와 리투아니아가 B2 주제를 핀란드, 체코, 호주, 스위스, 노르웨이, 이스라엘, 프랑스, 스웨덴, 일본, 아이슬란드는 B3 주제에 관심을 보였음.
- C범주에 대해서는 대부분 국가들이 C3.제약 산업 활동 및 성과 모니터링에 대해 관심을 보였으며 프랑스, 일본 등 일부 국가가 C1.제약 지출의 보고 향상, C2.의료기기 구매 및 지출에 대한 정보 향상에 관심을 표명했음.
- (사무국) B범주는 B3로 의견이 모아지고 A범주에 대해서는 A1과 A2로 의견이 갈리지만 A2가 더 많은 것으로 보임. 많은 국가들이 일반의약품 및 바이오시밀러(Biosimilar) 사용에 관심이 높은 것을 확인했음.

안건 8. 보건의료인력 이동에 대한 국제 플랫폼 : 보건의료 인력 이동 패턴 및 의학교육의 국제화에 대한 모니터링 진행

□ 사무국 보고

- 지난 10년간 의료인력 이동을 모니터링하고 부정적 영향을 최소화하기 위한 활동들이 있었음. 많은 회원국들이 베이비 붐 시대 의료인력 퇴직으로 다가올 위험(looming crisis)에 대응해 왔음.
- 유엔총회 고위급회담에서 보편적 건강보장의 틀에서 의료인력 이동에 대한 이슈 선정, OECD-ILO-WHO 협력 진행
 - Working for health Programs: 국제 이동 플랫폼 구축, 인력 모집에 대한 WHO CODE 실행, 의료인력 기술 증진 관련 사업 진행
- 의료인력 공급 분석의 틀
 - 이주 인력과 국내 교육자들에 의한 의료인력 자원 분석
 - 자료원은 OECD 보건통계, OECD와 비OECD의 이민자들에 관한 OECD 데이터베이스 활용, 의학교육생에 대한 추가 자료 수집

○ 분석 결과

- 의료인력 부족에 대한 우려에도 불구하고 인구당 의사수는 모든 회원국에서 증가하고 있으며 간호사수도 같은 결과를 보였음.
- 주요 증가 요인은 국내 졸업생의 증가였으며, 외국에서 수련한 의사와 간호사의 유입도 일부 국가(영국, 미국)에서 공급증가에 기여하였음.
- 아일랜드, 폴란드, 프랑스, 루마니아 국가에서는 의과대학 졸업생수가 증가하고 있으며 국제 학생수의 증가가 기여했음.
- 국제 학생들은 졸업 후 수련연계가 어려워 의료인력 증가에 기여하지 못하는 문제가 있음. 국제 학생의 수련 연계에서 장애는 인력 부족이 있는 상황에서 인적자본의 낭비 위험을 초래함.
- 출생국가→교육국가→졸업 후 수련국가→활동국가로의 복잡한 이동 패턴을 보이며 보다 정교한 데이터 수집과 분석을 위한 정책 대화가 필요함.
- 의료인력 이동에 대한 국제 플랫폼은 국가 정책을 지원할 것임.

○ 보고서와 후속 작업에 대한 의견을 요청함.

□ 토의

- (스웨덴) 이주 인력과 국내 교육을 통해 의료인력은 증가하고 있으나 보건의료 분야에서 전문인력의 부족은 여전히 존재하고 있음. 따라서 인력수급을 원활하게 하기 위해서는 지역별 인구대비 필요 인력에 대한 검토를 기반으로 인력의 활용계획이 수반되어야지 장기적으로 효율적인 인력양성이 가능할 것임.
- (영국) 이주민 의사인력의 증가를 예방하기 위해 16년 전부터 정책적으로 의대 지원자 중 연간 최대 25%까지 자국민으로 충당할 것을 권고하고 있음. 그러나 사무국의 발표처럼 의료인력 플랫폼을 구성하여 전문인력을 관리한다면 자국에서 유출되는 인적자원의 손실을 보전하기 어려울 것으로 판단되므로, 이에 대한 대책이 필요함.
- (TUAC) 인력과 관련한 자료 수집을 위해서는 무엇보다도 인력을 계수하는 기준 또는 범위가 중요하므로 이에 대한 정의가 선행되어야함. 실제로, 간호사

인력은 활동 간호사인지는 아닌지, 정규대학과정 졸업자인지는 아닌지, 전일제 간호사인지는 파트타임 간호사인지는, 전문 간호사인지는 일반 간호사인지는 등에 따라 총 인력의 수가 달라질 수 있음.

- (아일랜드) 이민자 대상의 양질의 의학교육을 위해서는 정책적, 경제적, 문화적 측면에서 차별화된 프로그램이 필수적이며, 자료수집 및 분석 프레임 구축, 필요인력에 대한 시뮬레이션 등을 통한 체계적인 접근이 필요함.
- (오스트리아, 캐나다) 의료 인력의 부족과 관련된 문제는 복잡하고 논쟁의 여지가 많음. 특히, 환자중심의 진료가 요구되는 일차의료에서는 의사의 역할이 중요하므로, 인적자원의 유출에 대한 고민이 필요함.
- (룩셈부르크) 이민자 의료인력의 활용이 높고 그들의 통해 유익을 경험하는 국가의 경우, 의학교육의 국제화를 위해서는 고등학교 과정보터 이민자를 유입하여 대학교육까지 연계되도록 유도하는 것이 중요할 것임.
- (사무국) 국가별 다양한 상황에 대한 설명과 향후 작업 및 의학교육이 나아가야 할 방향에 대한 의견에 감사함.
 - 간호인력의 범주 및 기준을 정하는 것의 중요성은 동의하지만, 구분하는 과정과 용어를 결정하는 것은 매우 민감한 문제이므로 검토가 필요함.
 - 전문인력 유출과 관련하여, 필요 인력을 정확하게 추계할 수 없다는 문제가 있으므로, 예방 또는 보전의 수준을 결정하기에는 어려움이 따름.
 - 다만, 플랫폼을 구축하는 것은 충분한 인력을 확보하여 교육을 시킬 수 있고, 일부 국가 교육 시스템이 미비한 국가들에게는 교육시스템 구축에 대한 유인을 제공할 수 있으며, 국제적인 의료현장에서 인턴십을 경험하게 해준다는 측면에서 의미를 찾을 수 있을 것임.

안전 9. 정신건강 성과 벤치마킹: 진행 보고

□ 사무국 보고

- OECD 국가에서 6명중 1명이상이 정신장애를 가지고 있지만 관련 정책의 실

행은 부족한 상황임.

- 프로젝트는 OECD의 정신건강 성과 프레임워크 개발, 성과 파악을 위한 지표 수집, 정책 연계로 구성됨. 국제 전문가 워크숍을 통해 사람 중심, 높은 질의 의료 접근성 향상, 좋은 거버넌스, 통합적 다분야 접근, 미래지향적 접근과 혁신 등의 정책 방향을 설정함.
- 정신건강 성과 프레임워크는 주요 영역과 세부 원칙에 따라 개별 지표를 연계하고 있으며, 현재 지표를 파악하고 개발하는 단계임.
 - 국제적으로 수집되는 지표, OECD 비교 지표, 2017 OECD 정신 건강 아틀라스 데이터, 2019년 관련 조사 시행 등을 통해 자료원 구축
 - 다음 단계 작업은 신규 및 기존 지표에 의한 국가 비교와 모범적 정책 사례 파악을 통해 2020년 중반까지 벤치마킹 작업을 완료하고 정책 브리프를 제공할 계획임.
- 정신건강영역 성과의 주요 원칙들이 국가들의 정책의제를 잘 반영하고 있는지와 제시된 프레임워크와 지표에 대한 의견을 요청함.

□ 국가 사례 공유

- (캐나다) 정신건강에 가장 높은 정책 우선순위를 두고 있는 캐나다의 정신건강, 정신질환, 중독에 대한 서비스 제공의 경험을 공유함.
 - Mental Health Commission of Canada가 2007년 준정부기관으로 설립되어 관련 국내 정책을 수립하고 추진하고 있음. 정신질환에 대한 스티그마(stigma)와 관련 차별의 해소를 위한 Bell Let's Talk Campaign을 진행하고 있으며, 정신 건강을 위한 인식 확대와 청년의 정신건강 케어 모델을 운영하고 있음.
 - 조기 개입과 인식 개선이 추진되고 있으며, 2017년 모든 지방(provinces)과 테리토리(territories)에서 공통 원칙이 합의되고 매년 6개 지표가 국가 단위에서 보고되고 있음.
- (영국) 2018년 10월 개최된 Global Mental Health Summit 개최를 통해 세

계의 정치 지도자, 정책 전문가, 시민사회 대표 등이 정신 건강 및 사회 심리적 장애에 대한 가장 효과적이고 혁신적인 접근법을 공유하고 정신 건강에 대한 정치적 리더십을 결의한 글로벌 선언을 소개하며 관련 OECD의 기여와 글로벌 협력의 기회를 강조함.

- 조기 개입, 공중 보건, 스티그마 해소, 서비스 접근성 개선 등을 포함하는 포괄적 정책 접근과 아동과 청년의 정신 건강 증진에 필요성을 공유함.

○ (네덜란드) 2019년 암스테르담에서 개최되는 정신건강 국제회의 개최를 소개하고 정신 건강 증진을 위한 적절한 보건의료시스템 구축을 위해 민간 영역이 참여하는 국제 협력 기회의 확대를 강조함.

□ 토의

○ 대부분의 국가들이 사무국이 제안한 정신건강 성과 벤치마킹 프레임워크에 동의하며 향후 지표 구성에 대한 추가적 제안을 하였음.

- 캐나다는 구성된 영역별 지표의 지속적인 관련성 제고 필요성을 강조함.
- 미국은 프레임워크를 구성하는 6개 원칙이 사람중심 보건의료시스템 구축 방향과 일치성 측면에서, 지역사회 단위의 다분야 협력을 통한 통합적 접근과 환자 및 시민사회단체 등의 참여를 확대하는 거버넌스 개선, 관련 교육과 훈련 개선의 필요성을 강조함.
- 체코, 슬로베니아는 자국의 정책 우선순위와 일치하며 서비스 제공시스템의 정교한 구축의 필요와 이와 연계한 지표 포함을 제안함.
- 이스라엘 등은 환자보고지표의 활용성을 강조하였고 EU는 'EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being'의 지표 활용을 제안하였으며, 포르투갈은 홈 케어의 중요성을 반영한 지표 구성의 개선 필요성을 제시하였음.
- 아이슬란드는 일차의료의 역할과 사회적 파트너의 참여를 강조함.

○ 제안된 벤치마킹 프레임워크에 동의하면서, 핀란드, 프랑스 등 일부 국가들은 지표 산출과 데이터 이용이 당장에 가능하지 않은 어려움 등을 제기하고 관련

시간 투입과 지표의 타당성 제고 등의 필요성을 강조하였음.

- 핀란드는 지표 개발을 위해 정신질환 환자의 안전, 예방, 증진 등 서비스 이용 정보를 수집할 수 있는 환자등록시스템 구축을 제안함.
- 호주는 프레임워크의 정교성과 비교가능성 제고를 위해 지표에 대한 구체적인 정의 등 제공 정보의 확대가 필요하며, 현재 유럽 중심으로 제안된 지표 구성의 개선을 제안함.

- 독일과 노르웨이는 개인 중심의 영역 간 서비스 연계와 정신 건강 증진 및 정신질환 예방 정책의 중요성을 반영한 지표 구성을 지지하였고, 덴마크는 전체 인구와 청년 패널로 이원화된 조사 체계를 소개하며 청년 대상 정책 개입과 관련 정책에서 시민사회 참여의 중요성을 강조함.
- 네덜란드는 포용적 서비스제공시스템 구축을 바탕으로 개인 중심 장기요양 서비스 제공의 성과를 측정하는 지표로서 저소득 노인에서 더 낮은 치료 경험을 보이는 근거에 기초하여 장기요양서비스 이용자의 본인부담비율 지표를 제안함. 아울러, 의료 및 사회 서비스의 통합적 연계 관점에서 적절한 정신질환 치료 서비스에 대한 접근성 확대를 위한 혁신적 방식의 도입과 아동의 정신 건강에 대한 관심 확대를 강조함.
- 한국은 제안된 정신건강 프레임워크의 6가지 원칙에 동의하고 최근 진행 중인 정신질환자의 지역사회 정보시스템과 관련 의료와 복지시스템의 통합과 혁신 정책을 소개하였음.
- WHO는 SDG를 통한 성과 추적 체계를 공유하고, OECD의 벤치마킹 틀이 국가의 정신건강 수준 향상보다 관련 보건의료시스템의 성과 향상에 국한되지 않도록 궁극적 정신 건강 증진의 틀에서 다분야 간 협력적 접근과 통합적 전략 수립의 성과를 반영하도록 개선 방향을 제안함.
- (사무국) 제시된 정신건강성과 벤치마킹 프레임워크의 6가지 원칙에 대한 전반적 동의와 지지를 확인하고 제기된 지표에 대한 질문, 평가 대상의 명확한 정의, 관련 데이터 수집의 문제 등에 답변함.
 - 현재 제시된 지표 구성은 단기 검토를 통한 예시로서 향후 의견을 반영하여

지속적으로 정교화 작을 추진할 것임.

- 데이터 수집 등 다소 빠박한 향후 일정의 우려에 대해 참여 국가들의 부담을 고려하여 진행할 것이며, 구체적으로 제안된 의견은 전체 프레임워크 구성 단계보다 세부 지표 선정에서 반영하도록 하겠음.

안건 10. EU 및 기타 국가에서 건강과 의료 접근에서 불평등 : 비교 평가

□ 사무국 보고

○ EU Health Interview survey와 미국 등 일부 참여국가의 정보를 활용하여 건강과 노동시장 성과의 관련성 검토

- 보건의료시스템에서 사회경제적 수준의 낮은 이들에게 불리한 불균형 존재, 더 좋은 건강이 더 좋은 노동시장 성과와 관련
- 흡연과 비만 위험은 교육수준이 낮은 그룹에서 더 높고, 이들에게서 나쁜 건강수준은 최소 40%, 미국 등 6개 분석 대상 국가에서 교육수준이 낮은 그룹과 높은 그룹에서 3배 이상의 차이를 보임.

○ 관찰되는 불평등을 조정하는 보건의료시스템이 역할 평가

- 덴마크를 제외하고 모든 국가들에서 고소득층의 예방서비스 접근율이 더 높았음. 그러나 의료시스템에 접근 한 이후 의료 이용의 소득계층 간 차이는 거의 없어짐.
- 설문조사를 통해 확인된 저소득층에서 미충족의료 발생의 주요 원인에는 대기 시간과 비용 부담이 있었음.
- 8개 유럽 국가에서 가구의 5%가 재난적 지출을 경험하고 있음.

○ 국가별 관련된 현황 공유, 추가 분석의 제안, 분석에 추가 참여에 대한 의견을 요청함.

□ 국가 사례 공유

○ (리투아니아) 유럽 국가 중 건강불평등 수준이 높은 국가로 불평등 감소를 위

한 국가 전략으로 취약 계층의 역량을 강화 지원 정책, 어린이와 성인 대상 조사를 통한 지표 기반 모니터링과 관련 플랫폼 운영을 소개함.

- 음주, 영양, 신체활동, 정신건강, 의료서비스 접근 중심의 정책 추진을 통해 성과가 향상되고 있음.
- 의료전문가 뿐 아니라 기타 전문가들의 협력을 바탕으로 성과 개선을 모니터링하고 관련 교육을 확대하고 있음.

○ (스웨덴) 경제성장을 위한 건강증진의 긍정적 기여를 바탕으로 건강위험요인을 예방하고 의료서비스의 질을 높이는 정책을 추진하고 있음. 예방정책의 일환으로 공공장소에서 금연 등 규제 정책의 도입과 기술 격차, 소득 격차 등 다양한 수준의 모니터링 기반 정책 추진을 소개함. 향후 불평등 감소를 위한 OECD 정책 설계에서 실행가능성을 고려한 정책 제시를 강조함.

□ 토의

○ 대부분의 국가들이 보편적 건강보장의 틀에서 OECD 작업을 지지하고 관련된 정책 현황의 공유와 작업결과의 정책적 의미 도출을 주문하였음.

- 프랑스는 치과영역 등 일부 비급여 서비스에 대한 높은 본인부담 문제를 해결하기 위한 정부의 가격협상 정책과 최근 이주민 확대를 반영하기 위해 보편적 보장의 대상인구를 확대하는 정책 추진을 소개하며 향후 분석의 정책적 의미 도출의 필요성을 강조함.
- 그리스는 경기침체로 인한 재정적 어려움과 최근 이주민과 난민의 증가로 불평등 상황이 악화되고 있으나 이들을 포함하는 보편적 보장을 추진하고 있음.
- 이스라엘은 OECD 작업결과를 근거로 국가별 정책모듈을 보다 정교화 할 수 있는 기회로서 작업을 지지함.

○ 스페인 등 일부 국가들은 분석 결과를 바탕으로 의료시스템에 대한 접근의 형평성을 제고하기 위해 사회적 지원과 연계한 포괄적 접근과 예방 서비스의 확대 필요성을 강조하였음.

- 스페인은 당뇨 환자의 관리를 통한 노동시장 생산성 향상 경험을 공유하고 의료시스템 뿐 아니라 교육 및 소득 지원을 위한 사회적 접근의 연계가 중요하고, 표적 집단에 대한 예방 서비스 접근성 확대의 중요성을 강조했다.
 - 영국은 금연정책 등에서 가격탄력성을 고려한 효과적 예방정책 수립의 중요성을 제안함.
- 캐나다, 호주 등은 건강증진과 노동시장 성과 향상을 위한 사회경제적 격차의 해소를 위한 정책적 접근의 필요성을 지지하고 OECD 작업 진행에서 관련 모니터링과 데이터 구축의 경험 공유를 제안하였음.
- 네덜란드 등 대표들은 방법론적 개선을 위한 의견을 제시함.
- 네덜란드는 대부분의 유럽 국가들의 불평등 수준이 절대적으로 낮기 때문에 절대차이가 아닌 상대차이를 보는 것은 적절하지 않을 수 있다는 의견을 제시했음.
 - WHO는 내년 3월 관련 보고서 발간 예정을 소개하고 보다 장기적인 근거 생산의 틀의 구축을 제안함. 포용적 성장을 위해 보건정책과 고용정책을 연계하는 차원에서 장기요양 등에 대한 분석을 추가하고 노인 등 취약 계층의 재정적 보호 성과에 대한 추세 파악의 필요성을 제안함.
 - 독일은 여성에 대한 불평등 문제의 추가를 제안함.
- 사무국은 장기적 측면에서, 포용적 성장을 위한 관련성 있는 연구의 시작으로 작업의 의미를 강조하고, 단기적으로 건강과 교육의 관련성에 초점을 맞추고 있으나 포용적 성장의 범위로 확대시켜 나갈 것이며, 분석 방법과 내용에 있어서도 검토의견을 반영하여 다양한 측면의 격차 등을 포함하는 세부적 내용을 포함하여 작업을 진행기로 답변함.

안건 11. 지식기반 보건의료시스템 관련 고위급 포럼

□ 사무국 보고

- 전자적 건강 정보 데이터가 축적되면서 지식→활동→데이터→정보의 순환체계

가 작동하는 지식기반 보건의료시스템 구축의 중요성이 확인되고 있음.

○ 2017년 보건장관회의 결의의 후속으로 사무국은 고위급 정책 포럼 개최를 기획하고 의견을 요청함.

- 2019년 9월, 덴마크, 15-200 참석 규모, 토론 방식의 패널 구성, 장관급 오찬, 선언문 발표, 부대 행사 등에 대한 의견 요청
- 특히, 포럼 운영 예산 부족을 충당할 재정 기여에 대한 의견 요청

○ 포럼의 테마와 패널 토의 주제

- 통제권 부여(people in control), 성과와 생산성, 기술과 문화, 개인정보와 동의, 협력과 신뢰로 구성
- 지식기반 시스템은 지식과 권한의 재분배를 유도하며, 국가별 데이터 인프라 구축 수준이 다른 상황에서 개선 방향, 강력한 리더십과 거버넌스 축에 기여
- 국가별 혁신 경험 공유, 토의 진행을 위해 Issue Note 공유 예정

□ 지정 토의

○ 고위급 정책 포럼의 주최 의사를 밝힌 덴마크는 주제의 중요성을 강조하고 예산 부족을 충당하기 위한 회원국들의 재정적 기여와 참여를 촉구함.

□ 전체 토의

○ 핀란드는 데이터의 일차사용과 이차사용의 목적을 구분하여 주제 구성을 제안하고 프랑스는 장관회의에서 결의된 이슈의 점검 목적에 맞게 주제를 좁힐 것을 제안함.

○ 아울러, 프랑스와 스위스는 2019년 9월 이후 프랑스에서 개최 예정인 글로벌 펀드 회의를 고려하여 일정을 고려할 것을 제안함.

○ 사무국은 의견을 반영하여 일정 조정과 우선순위를 고려한 주제 선정을 검토하기로 하고 관련된 협조를 요청하였음.

안건 12. 2030년까지 보건의료지출 예측

□ 사무국 보고

- 보건의료시스템의 재정적 지속가능성 수준을 파악하기 위해 신뢰성 있고 투명하며 정책 관련성 있는 보건의료 지출 예측
 - 보건통계 워킹그룹의 분석 모듈을 바탕으로 인구학적 요인, 소득 분포 등을 반영하여 모형을 정교화 함.
 - 시나리오별 의료지출의 예측을 GDP 대비 점유율로 비교함.
 - 대부분의 OECD 국가에서 모든 시나리오에 대해 의료비 지출의 GDP 비율이 증가하는 것으로 예측됨(현 상태 시나리오로 2030년 10% 도달). 다만 국가별로 차이가 존재함.
- 결과적으로 모든 국가들에서 보건 지출의 동결은 어려우나 지출 증가 속도를 제어하기 위한 정부의 역할은 중요함.
 - 정책수립가는 보건 지출의 증가에 대비한 지출 계획을 수립해야 하며, 어떻게 재정을 충당할 것인지에 대한 고민도 필요함.

□ 전체 토의

- 대부분의 국가들의 분석결과와 활용성을 지지했으며, 지출 예측에서 사람중심 보건의료시스템으로 변화에 따른 정책 변화 반영, 분석 방법과 결과 설명의 추가 보완에 대한 요청이 있었음.
 - 독일은 비교 가능성 측면에서 국가별로 사용된 데이터의 적절성 검토를 요청하고, 노르웨이, 그리스, 스웨덴 등은 분석 방법 또는 분석 결과에 대해 보다 구체적인 설명 보완을 요청함.
 - 프랑스, 아일랜드는 분석 방법의 정교성 검토를 요청했고 관련하여 스웨덴은 마이크로시뮬레이션 예측 모형을 소개하고 검토를 제안함.
 - 한국은 효율성 확대정책의 적용에도 불구하고 현 상태 시나리오 보다 지출 감소 효과가 적은 국가들의 정책 대응을 위한 추가 설명을 요청함.

- 영국, 스위스, 슬로베니아 등 일부 국가는 생산성 확대 적용 시나리오에서 과소 또는 과대 추정 오류 가능성을 지적하고 관련된 추가 설명과 보완을 제안함.
- 일본은 인구 고령화로 인한 장기요양 지출의 세부적 반영과 정기적인 결과 산출과 제고를 제안했음. 관련하여 라트비아와 호주도 정기적인 결과 업데이트를 동의함.
- 사무국은 비교가능성과 방법론의 개선을 위해 제안된 의견에 대한 다음과 같이 답변하고 향후 지속적으로 보고서를 보완기로 함.
 - 방법과 데이터에 대한 보다 세부적인 기술, EU 등 외부의 작업 결과와 연계한 분석 필요성에 동의함.
 - 다만, 장기요양 지출의 고려는 국가별 차이를 고려하여 반영 여부 검토 요청에 대해서는 전체 지출의 방향을 예측하는 보고서의 목적에 우선순위를 두고 필요성을 검토할 것임.

안전 13. 장기요양(LTC)의 적절성과 지속가능성: 장기요양 사회보호 프로젝트 결과

□ 사무국 보고

- 회원국 전반에서 노인에 대한 돌봄 욕구가 증가하고 있으나 관련 재정과 서비스 제공은 한계에 이르고 있음.
 - 장기요양시스템의 재정이나 구조가 국가마다 차이가 있으며 정부 지출은 전반적으로 높지 않은 상황임.
 - 이러한 문제 해결을 위해 사람들이 직면하는 비용, 그들이 받는 급여와 서비스 충분성을 LTC 욕구, 소득, 재산 수준에 따라 추계하여 비교함.
- 저소득 장기요양 노인에게 장기 요양서비스의 재정적 부담이 크게 작용함.
 - 모든 시나리오에서 저소득층에서의 비용부담이 가장 높았음.
 - 본인부담(고/저)과 욕구(고/저) 수준에 따라 국가 배치 시, 높은 본인부담금과 높은 욕구 수준에 한국이 위치함.

- 사무국은 결과와 추가 분석에 대한 의견을 요청함.

□ 국가 사례 공유

○ (핀란드) 빠르게 고령화가 진행되고 있음. 사회보장에서 모든 거주민이 사회 서비스를 보장 받음. 사회복지와 의료서비스 제공에 대해 지역 당국이 책임을 가지며, 사회 및 보건서비스 재정에서 중앙정부가 25% 개인부담이 7%를 차지하고 있음. 주요 정책 목적은 고령자의 효율적 서비스 이용과 서비스의 질 향상에 있음.

- 지역사회단위로 분산된 정책결정을 이루어지고 있으며, 중앙에서 질 지침 등을 제공하고 있음.
- 거주기반 서비스 이용률이 90%에 이르며, 비공식 돌봄에 대해 월별 정액의 지원이 있고 돌봄자의 연령이 고령화됨에 따라 관련 지원 정책을 시행하고 있음.
- 아울러, 보건 및 사회 서비스의 통합적 제공을 위한 서비스 제공자 선택권 확대, 장애 관련 법 개정, 자기 결정권에 대한 개정 등이 추진됨.

○ (네덜란드) 환자 중심과 재정적으로 지속가능한 장기요양정책을 공유함.

- 장기요양정책은 개인 및 사회적 책임의 확대, 거주지 기반 고령화(ageing in place, ageing at home), 돌봄 서비스 접근성 확대, 지출 삭감(긴축)의 4가지 축으로 구성됨.
- 홈 케어에 대한 본인부담은 없으며, 너싱 홈(nursing home) 등 비용 부담이 높은 영역에서 부담 감소와 서비스 질 향상을 유도함.

□ 전체토의

○ (한국) 보고서의 그림 5의 국가별 비교에서 한국이 가장 낮은 장기요양 부담 여력을 보여주고 있음. 이는 한국 노인의 평균소득이 너무 낮아서라고 설명하고 있지만, 비교 가능성 측면에서 한국의 극단적 사례를 제외하는 것에 대한 검토를 요청하고 세부 검토의견을 서면 제출하겠음.

- 사무국은 평균 소득에 미치지 못하는 노인의 낮은 소득이 낮은 장기요양 부담여력과 연계되는 현상 자체로서 의미를 설명하고 비교가능성 측면에서 한국의 요청사항을 검토기로 함.

안전 14. 2019년 12월 단기(Fast-Track) 보고서 주제 선택

□ 주제 후보

- 1) OECD 국가의 백신예방접종운동에 대한 대응(How OECD countries are responding to the anti-vaccines movement and how could be counted?)
 - 백신의 편익에도 불구하고 정책수립가들은 계속해서 백신에 대한 불신과 잘못된 정보에 대한 일부의 주장에 직면하고 있음.
 - 단기 보고서는 적정 예방접종률을 보장하기 위한 관점을 제공할 것이며 세부 목적은 예방접종을 주저하게 하게 주요한 원인 분석과 예방접종률을 증가시키는 효과적 정책 대안을 파악하고 모범사례를 토의하는 것임.
- 2) 보건의료시스템은 인공지능에 대비하고 있는가? OECD 국가들에서 규제적 환경 탐색(Are health systems prepared for artificial intelligence? Exploring the regulatory environments in OECD countries)
 - AI의 역동적 과정은 안전성과 환자·보건시스템·공공에 어떤 가치를 제공하는 지에 대한 결정을 위해 새로운 규제 모형을 요구함.
 - 보고서는 OECD 국가들이 보건 분야에서 AI 도입에 어떻게 적응해가고 있는지 규제적 환경에 초점을 맞추어 파악하고 AI에 대한 법적 틀과 규제 구조에 대한 국제적 관점을 제시할 것임.
- 3) 보건의료 서비스 대기 시간(Waiting times for health services)
 - 이 제안은 2018년 6월 선택에서 2위 주제였음.
 - 보고서는 OECD 국가들에서 대기시간 감소를 위해 개발된 최근 정책을 검토하고 대기시간의 지속적 감소를 위한 유망한 접근 방식과 '성과'를 확인하고자 함.

□ 투표 결과

- 각 안별로 6 : 11 : 12로 3)의 주제가 선정됨.

안건 15. 의장단 선출

□ 다음과 같이 2019년 의장단(Bureau)이 확정됨.

- 의장(Chair): Olivia Wigzeli(Sweden)
- 의장단(Bureau Members)
 - Patrick Jeurissen(Netherlands), Stefan Spycher(Switzerland),
Kazuhisa Takahashi(Japan), Gavin Brown(Canada)

안건 16. 기타

□ 2019년 위원회 개최 일정

- 2019년 6월 19-20일, 2019년 12월 11-12일

□ 2018년 6월 기준 2017-18년(2년간 사업)의 진행보고는 서면 승인됨.

제 3 장

2018년 고용노동사회위원회

제1절 제132차 고용노동사회위원회 의제 및 결과

제2절 2018년 사회정책포럼 및 사회정책장관회의 의제 및 결과

제3절 제133차 고용노동사회위원회 의제 및 결과

제1절 제132차 고용노동사회위원회 의제 및 결과

1. 제132차 고용노동사회위원회 안건

□ 사회정책장관회의를 앞두고 보건복지부 관련 의제의 논의 동향을 파악하고자 제132차 고용노동사회위원회에 참석함.

○ 132차 안건 중 보건복지부 관련 다음 4개 의제(사회정책장관회의, 포용성장, 소득 재분배:정책 드라이버, 중산층 소득 추이)를 정리함.

〈표 3-1〉 제132차 OECD 고용노동사회위원회 안건

안건(2018년 3월 21-22일)	문서 번호	정리
Item 1. ADOPTION OF THE DRAFT AGENDA	DELSA/ELSA/A(2018)1/REV1	
Item 2. APPROVAL OF THE DRAFT SUMMARY RECORD OF THE 131st SESSION	DELSA/ELSA/M(2017)2	
Item 3. DIRECTOR'S ORAL STATEMENT	DELSA/ELSA/RD(2018)1	
Item 4. NEW OECD JOBS STRATEGY SUMMARY	COM/ECO/CPE/DELSA/ELSA(2017)2/REV2 DELSA/ELSA/RD(2018)2	
Item 5. PROGRAMME OF WORK AND BUDGET	DELSA/ELSA/RD(2018)3	
Item 6. SOCIAL POLICY MINISTERIAL	DELSA/ELSA(2018)8 DELSA/ELSA(2018)9	●
Item 7. INCLUSIVE GROWTH	DELSA/ELSA(2018)7	●
Item 8. CLOSED SESSION ON COLOMBIA	DELSA/ELSA/ACS(2018)1	
Item 9. COLLECTIVE BARGAINING: CHAPTER 4 OF THE 2018 EMPLOYMENT OUTLOOK	DELSA/ELSA/WP5(2018)3 DELSA/ELSA/RD(2018)5	
Item 10. THE DIGITAL ECONOMY HORIZONTAL PROJECT	DSTI/CDEP/GD(2018)1 DSTI/CDEP/GD/RD(2017)2/REV1	
Item 11. (Two issues in the platform Economy): a) TAXING THE PLATFORM ECONOMY b) PLATFORMS: REGULATING PIECE WORK	DELSA/ELSA(2018)1 DELSA/ELSA(2018)6	
Item 12. ILLEGAL EMPLOYMENT OF MIGRANT WORKERS	DELSA/ELSA(2018)3	
Item 13. INCOME REDISTRIBUTION: POLICY DRIVERS	DELSA/ELSA(2018)4 ECO/CPE/WP1(2018)2 ECO/CPE/WP1(2018)2/ANN1	●
Item 14. MIDDLE CLASS: TRENDS IN MIDDLE CLASS INCOMES	DELSA/ELSA(2018)5	●
Item 15. OTHER BUSINESS	DELSA/ELSA/RD(2018)4	

2. 주요 의제별 세부내용

가. 2018 사회정책장관회의

주요 내용
<p>□ 캐나다 몬트리올 Hyatt Regency Hotel 에서 개최되는 2018년 5월 14일 사회정책포럼, 15일 사회정책장관회의 준비사항 업데이트</p> <p>○ 주요 내용</p> <ul style="list-style-type: none"> - 행사 준비, 장관회의 및 정책 포럼 의제 초안, 향후 일정 <p>○ 대표단에 대한 요청</p> <ul style="list-style-type: none"> - 정책포럼(14일), 장관만찬(14일 저녁), 장관회의(15일) 참석 여부 - 장관의 전체 회의(plenary sessions) 참여 의사 - 장관의 선호 분과 세션 제시 - 장관회의 준비 일정에 대한 동의 - 장관회의 사전 조직 회의 일자(4월 12일) 확인 <p>□ 2017년 11월 24일까지 수렴된 의견을 반영한 장관 선언문과 이슈 브리프 초안</p> <p>○ 장관선언문 초안은 2018 사회정책장관회의 토의와 결론을 반영하고 다음 5~6년간 사회적 보호에 대한 OECD 사업 로드맵 제시</p> <p>○ 대표단에 대한 요청</p> <ul style="list-style-type: none"> - 선언문 초안에 대한 의견 - 이슈 브리프에 대한 의견 - 2018년 4월 6일까지 추가 서면 의견 제출

1) 사회정책장관회의 준비사항 업데이트

□ 장관회의 참여

- 2017년 4월 3일, 이사회는 비회원국과 국제기구 초청 합의
 - 그리스, 포르투갈, 스웨덴을 장관회의 부의장국으로 지명
 - 비회원국: 아르헨티나, 브라질, 중국, 콜롬비아, 코스타리카, 카자흐스탄,

인도, 인도네시아, 리투아니아, 모로코, 페루, 사우디아라비아, 남아프리카

- 국제조직: 국제노동기구(ILO), 사회보장학회(ISSA), 유럽평의회(COE), 세계은행(World Bank)

○ 2018년 2월 13일, 이사회는 태국 국가 프로그램 출범을 전제로 장관급 회의에 태국 초청 합의

○ 각 대표단은 캐나다의 등록 포탈에 2018년 4월 23일까지 등록

○ 전체 세션 및 분과 세션 동안, 장관 또는 대표단장 1석, 추가 2석 준비

○ 대표단은 정책포럼과 본회의에서 장관의 참여와 역할에 대해 사무국과 협의

- 분과 세션의 좌장은 부의장(포르투갈, 그리스, 스웨덴 대표)

□ 정책포럼과 장관회의 의제 초안

○ 정책 포럼과 장관 회의의 핵심 주제는 ‘공동 번영을 위한 사회 정책 : 포용적 미래(Social Policy for Shared Prosperity : Embracing the Future)’

- 정책포럼과 장관회의 의제는 2017년 4월과 11월에 ELSAC에서 논의되고 대표단의 의견이 반영되었음.

○ 사회정책포럼 구성

- (오전) ‘내일의 더 나은 사회정책을 위한 오늘의 듣기(Listening Today for Better Social Policies Tomorrow)’를 주제로 하는 오프닝 전체 회의와 두 개의 브레이크아웃 세션
- (오후) 사회정책의 혁신에 초점을 맞춘 두 개의 브레이크아웃 세션
- 포괄적 성장을 위한 사회정책 관점에서 오늘의 교훈에 대한 장관 패널(a panel of ministers)의 토론으로 종료

○ 사회정책장관회의 구성

- ‘공동 번영을 위한 사회 정책: 미래의 포용’과 ‘다양성과 사회통합 장려 정책’을 주제로 오프닝/클로징 전체 회의(plenary session) 진행
- 장관들의 참여를 기반으로 불평등한 고령화 예방 관련 세 개의 브레이크 아

웃 세션 진행

- 부의장은 다음의 브레이크 아웃 세션 중 하나의 좌장
 - M1 - 보다 현명하게 나이 들기 : 인구 고령화 과제 해결 (좌장: Effie Achtsioglou, Minister of Labour, Social Insurance and Social Solidarity, Greece)
 - M2 - 악순환의 타파 : 어린이, 청년, 세대 간 불리 (좌장: Vice-Chair Minister José António Vieira da Silva, Minister of Labour, Solidarity and Social Security, Portugal)
 - M3 - 변화의 시간: 사회정책에서 성 주류화(좌장: Vice-Chair Minister Annika Strandhäll, Minister for Health and Social Affairs, Sweden)
- 장관들의 공개 토의 기회를 확대하기 위하여, 발언은 3분 이내로 하고 참여자의 시청각 발표는 없음.
- 사무국이 5월 14~15일 포럼과 장관회의 기간 동안 양자회담 개최기회 조정, 4월 23일까지 각국은 필요한 회의 장소 문의

□ 장관회의 내용 업데이트

- 장관 선언문과 장관회의 세션 관련 5개의 짧은 이슈브리프 공유
- 사무국은 “Risks that Matter”에 대한 설문조사의 주요 결과 발표
 - 2018년 3월, OECD의 국가 간 조사가 19개 국가들에서 시행예정이며, 데이터 분석 결과는 정책 포럼에서 공유 예정
 - 조사 결과는 사람들에게 가장 중요한 사회 경제적 위험의 맵(지도), 정부 급여에 대한 접근성과 급여의 공정성에 대한 대중의 인식 파악, 오늘과 내일의 가장 중요한 위험으로부터 사람들을 더 잘 보호할 수 있는 방법에 대한 정부의 이해를 도울 것임.

□ 부대 행사와 세부 계획

○ 부대 행사

- 캐나다 정부와 몬트리올시 주최 환영 연회(2018년 5월 13일 저녁)
 - 장소: Montréal City Hall, 275 Rue Notre-Dame Est
- 북유럽 이사회 부대행사(2018년 5월 14일 정책포럼 점심시간)
 - OECD-Nordic 이사회 보고서 발표, 북유럽 국가에서 성공적 정책 소개
- 2018년 5월 14일, 정책 포럼 이후 네트워킹 리셉션 개최 예정
 - 주최: Canada's Minister of Families, Children and Social Development, the Honourable Jean-Yves Duclos
 - 장소: the Auberge Saint-Gabriel, 426 Saint-Gabriel, Old Montréal

□ 준비 일정표

날자(2018년)	활동
3월 21-22일	고용노동사회위원회
3월 22일	공동의장회의
4월 3일	통역서비스 요청 마감
4월 6일	장관선언문 및 이슈 브리프에 대한 최종 의견 제출
4월 6일	"Who's Who booklet"의 장관/대표단장의 사진과 150자 이력 제공 마감
4월 12일 16시(파리)	OECD 대표단과 역할에 대한 정보 회의, 화상회의 이용 가능
4월 20일	최종 장관선언문 공유
4월 23일까지	사무국에 양자회담 회의실 필요사항 통보
3월 12일~4월 23일	등록 과정 (참여 정보 제공과 사진 등록, 포럼 일정 참여 확인)
4월 4일	장관회의 브레이크아웃 세션 선호, 장관 만찬 참석자 통보
~4월 23일	호텔 예약
5월 11-14일	현장 등록
5월 14일	사회정책포럼(Social Policy Forum)
5월 15일	사회정책장관회의(Social Policy Ministerial Meeting)

2) 사회정책포럼과 사회정책장관회의 일정

□ 2018 OECD 사회정책포럼 일정(안)

2018 사회정책 포럼 세부 일정표 (2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올)	
9:00-9:30	개회사
9:30-11:00	오프닝 전체 회의(Opening Plenary Session)

2018 사회정책 포럼 세부 일정표 (2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올)		
	<p>내일의 사회정책 발전을 위한 오늘의 경청(Listening Today for Better Social Policies Tomorrow)</p> <p>-개회 본회의는 사회적 보호(social protection)를 위한 현재와 미래의 과제, 노동시장의 변화, 정책입안에서 시민 참여에 초점을 맞추, 노동시장의 변화로 인해 많은 사람들이 경제적으로 불안정해지고 가진자(haves)와 갖지못한자(havenots) 간의 격차 증가</p> <p>-많은 국가에서 낮은 정부 신뢰도를 보이고 있으며, 동시에 정책입안자와의 공개적 소통수단은 더 많은 사람들이 자신의 관심과 생각을 표현하는 기회 제공</p> <p>-정부의 사회정책 설계에서 시민 참여의 수준은 어떠한고 위협으로부터 시민을 보다 잘 보호하기 위한 방법은 무엇인가? 취약한 근로자를 타겟팅한 OECD 국가들의 경험에서 교훈을 도출</p>	
11:00-11:15	coffee-break	
11:15-12:30	오전 분과 세션: 모두를 위한 사회적 보호 보장(Ensuring Social Protection for All)	
	<p>Breakout Session F1: 사회적 보호에서 집단적 책임 vs. 개인적 책임</p> <p>(For one or for all? Collective vs. Individual Responsibilities in Social Protection)</p> <p>-사회적 보호의 보다 개별화된 형태(individual activity account, life-cycle and training accounts, pension account)에 대한 논의 증가 추세</p> <p>-이러한 경향은 미래를 위한 개인의 저축과 사회 전반의 소득 재분배 간 올바른 균형에 대한 문제 제기</p> <p>-개별화된 해결책들의 함의는 무엇이며 어떻게 재분배적 요소가 포함 될 것인지, 어떻게 전략들이 모든 근로자와 시민들을 위해 작동 할 수 있을지에 대해 논의</p>	<p>Breakout Session F2: 사회적 보호에서 격차 좁히기</p> <p>(Leaving no one Behind: Targeting Gaps in Social Protection)</p> <p>-특정 직업과 근로자군은 의도적이든, 아니든, 시스템적으로 포괄적 사회 보호에서 배제</p> <p>-각 국은 어떻게 직업군과 고용계약 유형에 따라 격차를 좁힐 수 있을지, 어떻게 행태 통찰(behavioral insights)이 사회 프로그램의 범위와 효율성을 증가시킬 수 있을지, 노동력의 공식화를 가속화하기 위해서는 어떤 접근법이 사용 될 수 있으며 어떤 종류의 사회정책이 각기 다른 경제적, 사회적 발전 속에서 포용적 성장을 촉진시킬 수 있을 것인지에 대해 논의</p>
12:30-14:15	점심식사	
14:15-16:00	오후 분과 세션	
	<p>Breakout Session F3. “그것을 위한 앱(App)이 있다”: 사회정책의 새로운 도구</p> <p>(“There’s New App for that”: New Tools for Social Policy)</p> <p>-현대적 기술은 사회 프로그램 및 서비스의 설계와 제공에서 중요한 역할</p> <p>-참석자들은 복잡하고 때때로 상호 관련된 문제를 가진 그룹들에 대한 효율적인 서비스 제공을 목적으로 신기술이 핵심적</p>	<p>Breakout Session F4. 파트너십을 통한 임팩트: 21세기의 사회 혁신</p> <p>(Impact through Partnerships: Social Innovation in the 21st Century)</p> <p>-복잡한 사회적, 경제적 과제들의 출현으로 정책 입안자들은 기타 사회영역과의 협력 필요</p> <p>-사회 혁신은 사회재정과 사회적 기업(또는 사회적 경제)과 같은 도구와 접근방식을 통해 포용적 성장에 기여하는 매력적 기회를 제공</p> <p>-본 세션의 이해관계자 대화(stakeholder dialogue)는 공공·민간·지역사회 영역의 재정 및 지적 자원을 견인하는 파트너십을 통한 혁신적이고 영향력 있는 개입의 모범적 사례 제공</p>

2018 사회정책 포럼 세부 일정표 (2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올)		
	사회 프로그램들의 설계, 타깅, 전달, 평가를 어떻게 변화시키는지에 대한 경험 공유	
16:00-17:00	클로징 전체 회의: 포괄적 성장을 위한 사회정책 (Closing Plenary: Social Policies for Inclusive Growth)	
	경제적 경쟁력과 생산성 확대, 탄력적 사회구조 지원, 노동시장과 사회 변화에 대응하는 정책 개발을 통해 사회정책이 광범위한 포괄적 성장 의제에 기여하는 방안 논의	
17:00-18:30	네트워킹 리셉션	
19:00-21:00	장관 만찬 (closed event)	

□ 2018 OECD 사회정책장관회의 일정(안)

2018년 사회정책장관 회의 세부일정 (2018년 5월 15일 캐나다 몬트리올)			
9:00-9:30	개회사		
9:30-12:15	오전 전체 회의(Opening Plenary Session)		
	공동 번영을 위한 사회 정책: 포용적 미래 (Embracing the Future: Social Policy for Shared Prosperity) - 오전 본회의는 정책포럼에서 논의되었던 주제에 대한 논의를 이어가며, 노동의 신세계에서 사회정책이 직면한 과제 해결을 위한 모범 사례에 중점을 둠. - 장관들은 현재의 사회적 보호와 관련한 대화에 시민이 참여한 우수 사례를 제공하고 미래의 사회적 보호 시스템을 위해 지속해야 할 구체적인 정책 활동 사례를 공유		
10:30-10:45	Coffee Break		
12:15-12:30	단체 사진 촬영		
12:30-14:30	Minister's Working Lunch		
14:30-15:45	오후 전체 회의(Afternoon Plenary Session)		
	협력 강화: 다양성과 사회적 포용을 촉진하는 정책 (Stronger Together: Policies to Promote Diversity and Social Inclusion) - 오후 본회의에서는 각국이 다양성과 포괄적인 사회를 어떻게 촉진시키고 있는지에 대해서 논의 - 일부 사회집단은 노동시장의 변화 외에도 시스템적 장벽에 직면해 있음. 장애인, 소수민족, 성적소수자(LGBT)들은 많은 경우 사회와 노동시장에서 자신의 잠재력을 충분히 발휘 할 수 없는 상황에 처함. - 장관들은 각국의 정책이 어떻게 역사적으로 차별을 겪어온 집단들을 통합하고 있는지에 대해 토의		
15:45-16:00	휴식		
16:00-17:15	장관 분과 세션: 불평등한 고령화 예방		
	장관들은 조기 아동 및 청소년, 가족 형성 및 육아기, 노년기에 이르는 생애주기 전반에서 불평등을 예방, 완화, 대처하기 위한 국가 전략 토의		
	16:00-17:15 세션 M1 현명하게 나이 들기: 인구 고령화 과제 해결 (Getting older and wiser: Addressing challenges of population ageing)	16:00-17:15 세션 M2 사이클 깨기: 아동, 청년, 세대간 불리 (Breaking the Cycle: Children, Youth, and Intergenerational Disadvantage)	16:00-17:15 세션 M3 변화의 시간: 사회정책에서 성 주류화 (Time for Change: Mainstreaming Gender in Social Policy)
	-인구 노령화는 연금, 건강, 기타 사회프로그램에서의 비용 급증과 동반된	-가정 환경, 보육 및 교육에 대한 접근성, 아동에게 투자된 자원에서의 격차는	-성 역할 및 가족 형태의 변화가 정책 설계에서 현대화와 성의 포용을 요구해왔

2018년 사회정책장관 회의 세부일정 (2018년 5월 15일 캐나다 몬트리올)			
	<p>노동 공급 감소(및 세수입)로 사회적 보호 시스템의 부담을 증가시킴.</p> <p>-최근의 불평등 추세와 공공재정의 긴축과 결합된 인구구조 변화는 미래 연금수급자의 불평등 위험을 확대시킬 것임.</p> <p>-국가들이 이러한 문제에 대처하여 적용할 수 있는 전략들을 논의함.</p>	<p>사회경제적 그룹 전반에서 기회의 균등을 기대하기 어렵다는 것을 의미함.</p> <p>-장관들은 포괄적 성장과 세대 간 이동을 위한 핵심적 기반인 아동과 청소년들의 생애 초기 기회균등을 위해 각국이 어떤 해결책을 제시해 왔는지 논의</p>	<p>지만, 사회정책은 여전히 남성부양자 모델(Male Breadwinner Model)에 기초하고 있음.</p> <p>-장관들은 여성의 노동시장 참여율 향상과 유급 및 무급 노동에 대한 여성 평등의 필요 등 21세기의 새로운 현실에 맞도록 사회보호제도를 수정해 온 경험을 공유</p>
17:15-17:30	분과 세션별 좌장의 요약 보고		
17:30-18:00	클로징 전체 회의: 사회정책장관회의 폐회 및 장관회의 선언문 발표		

□ 사회정책포럼 및 사회정책장관회의 이슈브리프(안)과 장관회의 선언문(안) 검토

○ 최종 선언문과 이슈브리프 참조

3) 포용성장(Inclusive Growth)

주요 내용
<p>□ 프로젝트 배경 및 목적</p> <p>○ 2017년 OECD 각료이사회의(Ministerial Council Meeting, MCM)의 후속 조치로서 2018년 MCM에서 포용적 성장에 관한 통합 보고서 발표 예정</p> <p>○ 보고서에서는 모든 시민들의 번영을 위한 기반을 마련하는 동시에 주요 정책 동인들을 포함하는 정책 프레임워크를 제안하고 있음.</p> <p>□ 안전구성</p> <p>○ 포용적 성장을 위한 정책적 대응 프레임워크 제시, 프레임워크의 각 구성요소에 대한 국가별 현황 검토와 시사점 제시</p> <ul style="list-style-type: none"> - 모두가 성장에 기여하고 편익을 공유(Contribute to growth and benefit it) - 포용적인 시장을 만들고 미래 일자리에 대해 준비하는 것(Enable strong, inclusive markets and prepare for the future of work) - 모두에게 평등한 기회를 제공하는 것(Establish equal opportunities for all) - 정부와 민간 영역에서의 신뢰를 재구축하는 것(Re-build trust in

주요 내용
governments and businesses)
□ 요청 사항
○ 본 보고서에서 제안된 프레임워크에 대한 의견
- 기회 평등과 생산성-포괄성 결합의 연계성(productivity-inclusiveness nexus)에 초점을 맞춘 CHAPTER의 기술 내용
- 각국의 포괄적 성장 전략을 가이드하기 위한 프레임워크로서 유용성
- 포괄적 성장의 다양한 차원들을 측정하기 위한 지표들의 적절성
- 국가별 시범 연구와 동료 검토 과정(peer-review process) 참여 의사

□ 진단: 우리는 지금 포용적으로 성장하고 있는가?(The diagnosis: Are we growing inclusively?)

○ 포괄적 성장은 여전히 최우선 순위의 과제

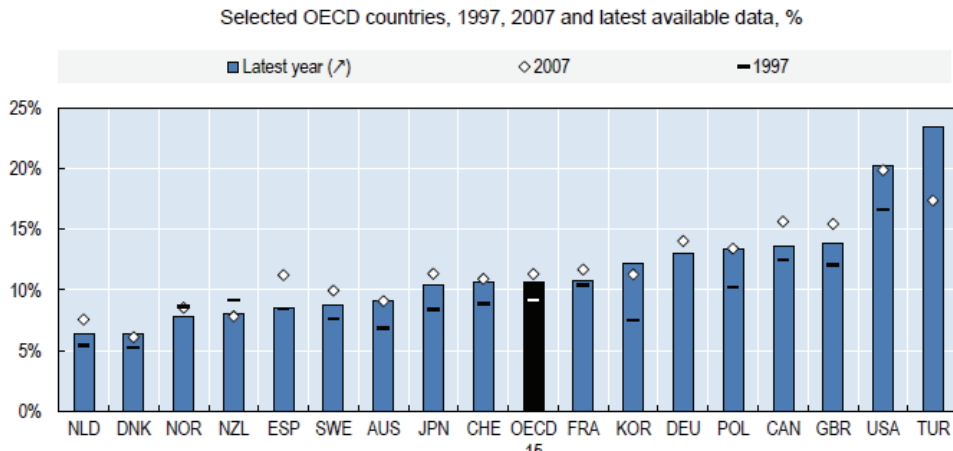
- 세계경제가 회복기조에 있는 가운데, 국가 간 불평등은 감소해가고 있지만, 개발도상국은 여전히 불평등 수준이 높고, 선진국 내에서 1990년대 이후 심화되어 왔음.

○ 모든 사람들이 성장에 기여하고, 그에 따른 이익을 취할 수 있는 기회를 가지지 못함.

- 부유층들의 부와 생활수준은 중산층 이하의 가구들보다 더 빠르게 높아지고 있음. 소득 하위층에 속하는 가구들의 임금과 소득증가율은 상위층에 비하여 매우 낮음.
- 2014년 기준 OECD국가들에서 소득 하위 20% 가구들의 가처분 소득은 상위 20%의 약 1/5 수준에 해당함.
- 실질 임금 기준으로는 1995-2011년 기간 동안 소득 상위 1%의 임금은 45% 상승하였고, 이것은 OECD국가들의 실질 중위임금 평균 증가율의 3배에 이름. 상위 5%는 총 자산의 1/3 이상을 차지하고, 소득 상위 1%는 1/5를 차지함.(대부분의 OECD 국가들에서 2010년에 소득 상위 1%의 점

유율이 감소한 것과는 대조적으로 터키와 한국은 2007년에서 2014년 사이 점유율이 증가하였음.)

〈소득 상위 1%의 점유율〉



- OECD는 특정 소득 그룹에 대한 불이익의 축적이 모두의 번영과 안녕에 해로울 수 있다는 점을 보여주는 생산성과 포용성의 관계에 대해 작업하였음. 큰 불평등은 '내일의 기회'라는 틀에서 미래 성장과 생산 잠재력에 부담이 될 수 있음. 높은 성장은 사회의 모든 구성원들에게 이익을 가져다 줄 수 있지만, 출발의 배경이 좋지 않은 특정 그룹들은 그에 미치지 못할 수 있음.
- 사회적 배경은 많은 OECD국가들에서 생애의 기회를 결정하는 주요한 요인임. 평균적으로 평균보다 2배 정도 더 많은 소득을 벌어들이는 아버지의 자녀는 평균 정도만 버는 아버지의 자녀보다 약 40% 정도를 더 많이 벌게 됨.
- 저소득 그룹의 기회는 특별히 정보의 디지털화 측면에서 약화되고 있음. 특정 소득 그룹에 대해서는 질 좋은 대중교통과 보건 및 교육서비스의 제공이 다른 그룹보다 낮고, 이러한 불이익의 축적은 저소득층의 자녀들에 대한 더 낮은 투자에 반영되고, 그것이 그들의 기술(혹은 생산성) 수준을 높이기 위한 기회가 더 작아지는 등 그 생애에 부정적인 영향을 미침.
- 질 좋고 부담가능한 주거에 대한 접근은 저소득층의 취약성의 또 다른 원천

임. OECD 회원국 내의 많은 가구들이 주거비용으로 인한 부담이 과중하며, 그것은 저소득 가구에 더 큼(가처분 소득의 1/3이상을 차지). 자녀들에게 있어 주거조건, 즉 이웃과 환경은 또한 그들의 삶의 질에 매우 중요한 요소로 작용함.

- 재정적 중재(financial intermediation)는 가구들의 과중한 부채 레버리지 뿐 아니라 금융 부문에서의 소득 획득을 가능하게 함으로써 소득 및 부의 불평등에 기여해왔음. 금융위기는 세계 자본의 흐름을 역전시키고 세계적 은행들이 더 엄격한 기준을 적용하게 함으로써 대출을 감축시켰음. 위기 후에 보이는 고소득 가구들에만 대출을 집중하는 은행들의 행태는 저소득 그룹(취약지역, 여성 등)보다 고소득층이 투자기회를 더 많이 얻게 되고, 이로 인한 이익을 더 많이 누릴 수 있었다는 것을 의미함. 불균등한 자산의 분포와 함께 낮은 이자율의 상황에서 금융자산에 대한 접근이 용이한 그룹들의 소득은 더 빨리 증가하고 있는 것으로 보임.

○ 기업 간, 기업 내 임금격차의 증대는 임금 불평등 확대에 일조하였음.

- 생산성이 높은 기업과 그렇지 않은 기업 간의 차이는 세계적 수준에서, 그리고 국가 내에서, 혹은 산업 내에서도 점차 벌어지고 있음. 이러한 기업 간 임금 수준의 격차 증대는 노동생산성 등 기타 생산성 지표들의 격차 증대와 어느 정도는 연관이 있음. 기업 간 임금 불평등의 증대는 일정부분은 저숙련 노동자들에 대한 임금 프리미엄 감소의 결과이며, 기업 임원 등에 대한 임금 프리미엄 증대가 그 원인이라고 할 수 있음. 이러한 추세는 근로자와 특정 직업의 특성, 숙련도, 경력 등의 차이로만 설명될 수는 없음.
- OECD는 생산성과 포용성의 관계에 대한 프로젝트를 진행 중에 있으며, 최고 기업들에서 'sorting out' 효과가 있음을 밝혔음. 이는 같은 경기장에서 경쟁하는 데 실패한 생산성이 낮은 그룹에 비하여 최고 기업들이 높은 기술과 숙련도에 대한 접근이 더 용이함을 의미함. 새로운 생산성 혁명과 디지털 경제로의 전환은 이러한 추세를 악화시키고 있음.
- 높은 규모의 경제로 특징지어지는 디지털 경제는 넓은 산업범위에 걸쳐 승자독식 체계를 만들어 낼 수 있음. 소유, 네트워크 효과, 그리고 경쟁을 위

한 데이터에 대한 접근 등의 역할의 중요성이 점차 높아짐에 따라 이러한 메카니즘이 더욱 강화될 수 있음.

○ 높은 불평등은 사회통합에 부정적인 영향을 미치며, 장기 성장과 거시적 안정성에도 주요한 요인임.

- 불평등의 증대는 자원의 비효율적인 배분을 일으키고, 공적 재정에 추가적인 압력으로 작용함.

□ 어떻게 거기까지 왔는가?(How did we get there?)

○ 성장에 초점을 맞추는 것이 항상 질 좋은 일자리와 강한 사회통합을 이끌어내는 데 충분한 것은 아님.

- 거시 경제적·구조적 정책들은 성장과 포용성 두 가지 모두를 궁극적 목적으로 하여 운영되어야 하며, 잘 설계된 정책 패키지와 국제적 협력은 개혁의 진전을 용이하게 하며 성장에 대한 그 영향을 극대화시킬 수 있고, 질 좋은 일자리 창출 및 형평성 제고에 기여할 수 있음.
- 포괄적 성장은 정부가 홀로 이룰 수 있는 것이 아니며, 민간 영역의 참여와 사회적 대화를 강화할 수 있는 여지를 마련해 놓아야 함.
- 국가적, 그리고 국제적 정책들에 걸쳐 통합을 목적으로 하는 동시에, 세계적 수준으로의 성장을 위해 ‘기회’를 레버리지로 활용해야 함.

□ 정책적 대응의 프레임워크(A framework for action)

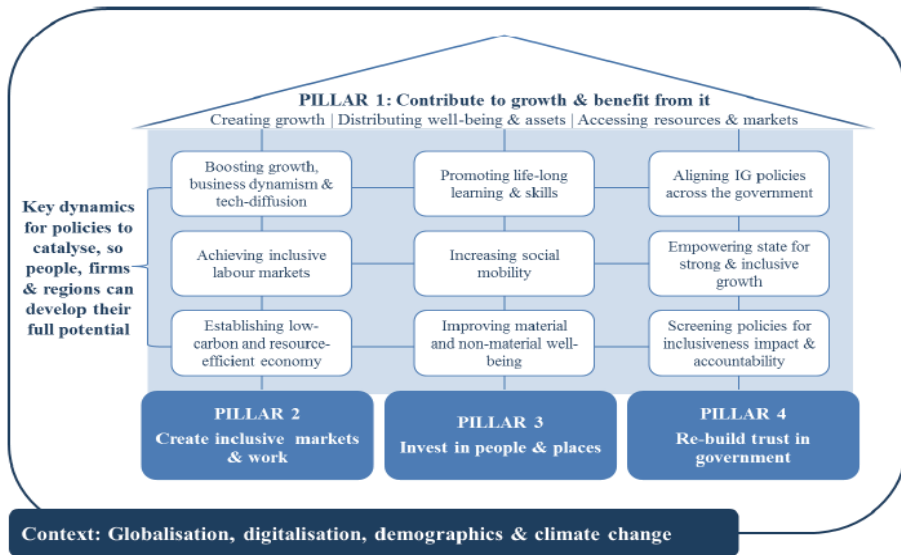
○ 국가의 경제성장이라는 좁은 범위에만 초점을 맞추면 다른 중요한 많은 사안들을 고려하지 않게 됨.

- 개인들은 경제성장에 기여하고 그로부터 이익을 얻기 위하여 가능한 최대한의 잠재력을 개발할 수 있어야 함. 개인과 기업들, 그리고 지역들에 걸쳐 경기장을 평평하게 하기 위한 전략으로서 타겟화된 투자와, 모두를 위한 번영과 사회 통합, 안정을 약화시키는 많은 갈등과 분리를 연결하려는 노력들이 필요함.

- 형평성에 대한 고려는 정책 설계에 있어 선행되어야 할 사항임. 정부와 민간 부문은 그들의 거버넌스 모델에 있어 포용성을 사전적으로 고려하기 위한 프레임워크가 필요함. 즉, 현재 진행되고 있는 매우 거대한 경제적, 사회적 변모에 반응한 전향적 프레임워크가 필요함. 성장과 포용성에 관한 정책들은 가능한 세부적 수준에서 정책도구들의 상호보완성을 고려한 적절한 거버넌스 시스템을 통해 구축되어야 할 필요가 있음.
- OECD의 포용적 성장을 위한 프레임워크는 각국이 포용적 성장의 도전에 대한 대응을 지원하기 위한 것으로, 정책 맵핑은 고용 전략, 기술 전략(Skill strategy), 혁신 전략, 성장 전략, 디지털 전략 등을 포괄하는 OECD의 전략을 기초로 하여 이루어짐.
 - 정책적 대응을 위한 프레임워크는 정책들이 포용적 성장을 촉진시키는 데 도움이 되는 핵심적인 동력들을 제시하고 있음.
 - 정부와 민간 영역 모두 경제시스템 내에서 긍정적인 포용적 성장의 원동력을 유지하기 위한 몇 가지 레버(levers)들을 가짐.
- 다음 그림은 정책적 대응의 구성요소를 묘사한 것으로, 가장 주요한 요소는 모두가 성장에 기여하고 그로 인한 편익을 공유(Contribute to growth and benefit it)하는 것임.
 - (PILLAR 2) 책무성 있는 기업 운영에 대한 보상과, 경제적 이동성과 자원의 효율적 배분을 가능하게 하는 유인체계를 만드는 동시에 질 좋은 일자리의 창출 및 유지와 연계하여 기술의 전파와 생산성의 동력을 북돋우어 더 강하고, 포용적인 시장을 만들고 미래 일자리에 대해 준비하는 것 (Enable strong, inclusive markets and prepare for the future of work)
 - (PILLAR 3) 출발점에서의 불평등에 대한 초기 개입과 전 생애에 걸친 학습, 그리고 경제/사회적 인프라와 네트워크를 구축하는 등 개인과 지역에 대한 투자들 통해 모두에게 평등한 기회를 제공하는 것(Establish equal opportunities for all)

- (PILLAR 4) 높은 책임성과 도덕성의 거버넌스를 회복함을 통해 정부와 민간 영역에서의 신뢰를 재구축하는 것(Re-build trust in governments and businesses)

〈포용적 성장을 위한 정책적 대응의 프레임워크〉



BOX 0.2 The OECD Framework for Policy Action on Inclusive Growth

2017 각료이사회에서는 포용적 성장에 대해 좀 더 통합된 수준의 전 정부적인 정책 대응책이 필요함을 인지하고, OECD로 하여금 각 위원회들과 관련 조직들과 함께 포용적 성장에 관한 정책적 대응의 프레임워크를 개발, 2018년 이사회에서 발표하도록 결정한 바 있음. 포용적 성장을 위한 정책적 대응의 프레임워크는 회원국들에게 다음과 같은 방향에서 그들의 성과를 향상시킬 수 있는 통합적 정책 패키지를 설계하고 도입하기 위한 가이드를 제공하는 것을 목적으로 함:

- 포용적 성장의 다른 차원들과 핵심 채널들을 통해 정책이 이러한 차원들에 어떻게 영향을 미치는가에 대한 명확한 연결 관계를 밝히는 것
- 각 국가의 특색에 따른 다양한 도전과 환경들에 적용할 수 있도록 충분히 유연한 구조를 선택하는 것
- 포용적 성장을 위한 정책의 도입과 모니터링, 평가에 대해 전 정부적 접근을 하는 것

3.1) Contribute to growth and benefit it

○ 많은 경제들에서 성장의 산물이 좀 더 평등하게 공유될 필요가 있음.

- 과제체계가 법인 혹은 개인 모두에게 공정하도록 개혁되어야 함. 민간 영역

(기업)은 생산성의 증대에 발맞추어 근로자들의 실질임금을 보장하기 위한 노력들을 더할 수 있음. 즉, 이는 기업의 지배모델을 새로운 접근방법(기업의 종류와 고용 관계, 새로운 비즈니스 모델, 활발한 사회적 대화 등)들을 기반으로 재평가 하고 재정의해야 한다는 것을 의미하며, 장기적 관점에서 주주들과 경영자들의 보상체계 또한 변화가 필요함을 의미함.

- 본 요소가 비단 과세체계에 대한 사항만은 아니며, 정부와 기업들이 모든 개인들과 기업, 지역들이 변창할 수 있도록 하는 더 넓은 기반에서 성장 프로세스를 촉진시킬 수 있는 방안들을 들여다 볼 필요가 있음.
- 거버넌스와 비즈니스 모델에 있어 형평성에 대한 사전 고려가 필요하며, 그들의 정책과 경영 방식이 분배적으로 어떠한 영향을 미치는지 고려해야 함.

3.2) Enable strong, inclusive markets and prepare for the future of work

- 정부와 기업들이 다음 수십 년 동안 직면하게 될 중요한 도전 중 하나는 디지털 경제에 의해 수반되는 노동시장의 급진적인 변화가 근로자를 소외시키지 않도록 하는 것임.
- 사회적 파트너들과 이해관계자들은 질 좋은 일자리와 작업장에서의 차별을 없애기 위해 중요한 역할을 할 수 있고, 미래 일자리로의 전환을 용이하게 할 수 있음. 노동시장 정책과 사회보험시스템(건강보장, 실업급여 등)은 이러한 새로운 일자리의 형태에 맞추어 조정될 필요가 있음. 정책 가이드라인과 기준은 국제적 수준에서 포용적 성장을 증진하기 위해 좀 더 발전되고 강화될 필요가 있음.
- 일부 회원국에서는 혁신을 촉진시키기 위해 포괄적인 접근방법들을 개발하고 있으며, 일례로 스웨덴이나 한국의 경우 고정관념(stereotype)을 타파하기 위한 멘토링 프로그램이나 롤모델을 활용하는 사업들을 진행 중임
- 특별히, 포용적 성장을 촉진하기 위한 정책의 주요 원동력은 다음과 같음.
- 국경을 넘은 기술의 전파와 도입, (특별히 중소기업 및 신생기업들에 대해) 생산성의 성장과 비즈니스의 활력을 더하는 것

- 포용적 노동시장의 달성
- 모두에게 좋은 일자리를 창출할 수 있는 저탄소 및 자원 효율적 경제를 만드는 것

3.3) Establish equal opportunities for all

- 정부와 민간 영역은 포용적이고 지속가능한 측면에서 성장을 위한 개인과 기업, 그리고 개별 지역들의 잠재력을 활용하는 노력들에 협력할 필요가 있음.
- 기회와 특혜를 차단함을 통해 불평등은 세대 간 이동성을 저하시킬 수 있음. 교육이나 건강, 노동 시장에서 불평등은 종종 생애 주기를 통해 상호 복합적으로 작용함. OECD의 프로젝트에서는 모두를 위한 기회를 창출하는 가장 좋은 방법은 전 생애에 걸친 교육과 건강, 주거에 대한 투자를 하는 것이라고 밝힌 바 있음. 이러한 지원은 이민자, 아동, 여성 및 저소득, 저숙련 근로자, 노인 등 취약그룹을 타겟으로 해야 함. 정부와 민간 영역의 핵심 원동력은 다음과 같음
 - 전 생애에 걸친 학습과 기술 습득의 증진
 - 사회적 이동성의 증대
 - 물질적, 비물질적 웰빙 증진
 - 지역 간 격차의 해소
 - 지역사회 웰빙과 사회적 자본에 대한 투자

3.4) Re-build trust in governments and businesses

- 시민과 사회는 경제 성장에 있어 발전하고 있는 포용적 정책들에 매우 필수적인 역할을 함. 이것은 그들의 목소리가 고려되어진다는 것 뿐 아니라, 그들의 기여가 공고한 발전으로 연결되어짐을 의미함.
- 정부, 그리고 기업 또한 시민들의 목소리에 반응하여 신뢰성 있는 서비스를 제공하고, 법과 계약 규칙들에 공정성을 확립하며, 그들이 하는 모든 활동들 가운데 높은 도덕성을 유지할 필요가 있음. 의사결정체계에 배제된 인구집단을 참여시키는 것은 시민과 기업, 정부 간의 신뢰를 구축하는 데 매우 필수적이

고, 정부와 기업 정보에 대한 접근과 정보의 안전한 교환은 열린 정부 사업(open governance initiatives) 등을 통해 더 용이하게 되어야 함.

- 정책설계에서 포용성의 포함
- 시민 중심의 정책 설계를 위한 데이터와 스마트 기술 활용
- 포용성과 책무성을 위한 정책 검토(예산의 투명성, 부작용에 대한 정부의 대응 역량, 반응성 및 개방성 등)

○ 공공 부문에 있어 여러 가지 시각과 경험들의 다양성은 조직의 성과에 기여할 수 있는 재능의 풀을 확장하는 데 도움이 되고, 궁극적으로는 정책과 서비스에 시민들의 필요를 더 잘 반영할 수 있게 됨.

- 공공 부문에서 여성과 남성의 고용 비율은 포용적 성장과 다양성 측면에서 매우 중요한 지표이며, 2015년 기준 여성 고용 비율은 그리스, 이탈리아, 덴마크, 벨기에 등은 대체로 평등한 것으로 보이는데(51%-52%), 반면 일본과 한국, 스위스는 각각 18%, 20%, 31%로 낮은 비율을 보임.

○ 포용적 성장을 위한 대응방안들은 개인적 구조적 정책을 넘어 통합적 접근방법으로 확대될 필요가 있음.

- 포용적 성장 뒤에 남겨진 핵심 동력들 중 대다수는 서로 연계되어 있으며, 정책들은 포용적 성장과 관계된 다양한 요소들에 영향을 미칠 수 있음.

○ 포용적 성장 전략은 수평적이고 통합적으로 이루어져야 함. 즉, 앞의 그림의 각 구성요소들(PILLARS) 간, 구성요소 내에서 한 가지 이상의 정책 수단(lever)이 연계되어야 함.

- 예를 들어, 생산성과 임금 상승 간의 디커플링 현상을 해결하기 위해 정부는 기술 습득 정책과 경쟁 정책, 사회적 대화에 기반한 구체적인 노동 시장 정책 등 균형 있는 구조적 정책 패키지를 도입하여야 함.

〈포용적 성장의 성과 지표〉

IG 범주	IG 핵심지표
1. 성장으로 인한 포용적 결과	1.1 중위소득 성장률 및 수준(%; USD PPP) 1.2 소득 상위 20%와 하위 80%의 소득 점유 비 1.3 소득 하위 40%의 자산 점유율(전체 가계 순자산 중 %) 1.4 기대수명(연) 1.5 상대 빈곤율(%) 1.6 대기오염으로 인한 사망률(거주민 백만명당)
2. 포용적이고 효율적인 시장	2.1 연간 노동생산성 성장률과 수준(%; USD PPP) 2.2 인구 대비 고용 비율(%) 2.3 임금격차(10분위 간 비율) 2.4 성별 임금 격차(%) 2.5 비자발적 임시직 고용(%) 2.6 디지털 접근성(ICT 훈련)(%)
3. 기회의 평등 및 미래 번영의 초석	3.1 학생들의 사회경제적 상태에 따른 과학 능력의 변이(%) 3.2 세대 간 임금의 상관관계(상관계수) 3.3 보육시설 등록률(0-2세)(%) 3.4 교육이나 훈련을 받지 않고 일도 하지 않는 청년층의 비율(18-24세)(%) 3.5 독해 및 산술능력이 레벨 1 이하인 성인의 비율(%) 3.6 기대여명의 지역 격차(% difference)
4. 포용적 성장을 위한 거버넌스	4.1 규제 결정 과정에서 이해관계자들의 참여(0-4점 지수) 4.2 주요 법률과 부속 규정에 대한 사후 평가(0-4점 지수) 4.3 보건의료에 대한 만족도(%) 4.4 정부에 대한 신뢰(%) 4.5 투표율(%) 4.6 여성 정치 참여율(%)

4) 소득 분배: 정책 드라이버

주요 내용
<p>□ 프로젝트 배경 및 목적</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 이 보고서는 OECD국가들에서 근로연령대 가구 대상 재분배정책의 효과가 약화된 요인들에 대해 분석하고 있음. <p>□ 진행 경과</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ OECD국가들에 대해 조세-급여 모의실험 모형을, 유럽연합 국가들에 대해 EUROMOD 모의실험 모형을 적용하여 분석한 결과 장기적으로 취업가구 내에서의 재분배는 강화되었으나, 취업가구와 미취업 가구 사이의 재분배는 약화됨. ○ 재분배 정책을 강화시킨 요인으로서는 조세의 누진성 강화나 현금급여의 표적화 강화와 같은 제도 설계 상의 요인을 들 수 있음. ○ 그러나 복지급여의 관대성이 완화된고, 청년 구직자가 증가하고 조기 퇴직자가 감소하는 등의 요인은 재분배효과를 감소시키는 요인으로 작용함. <p>□ 안건 구성</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 본 문서는 the Economics Department on Policy Drivers of Income Redistribution과의 공동작업의 일환으로 진행 중이며, 최근의 소득 분배 측면에서의 트렌드를 형성해나가는 정책적 변화들의 역할을 실험한 정책 시뮬레이션 결과를 보고하고 있음. ○ 본 연구 결과는 2018년 3월 22-23일 Working Party of the Economic Policy Committee에서 함께 발표될 예정이며, 추후 수정 보완을 거쳐 워킹페이퍼로 출간될 예정임. <p>□ 요청 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 본 연구의 결과와 정책적 함의에 대한 코멘트 ○ 본 연구의 주요 결과를 간단한 정책 페이퍼(brief) 형식으로 공개하기로 한 사무국의 계획에 대한 주지

□ 서론

- 대부분의 OECD 국가에서 시장소득의 분배는 더욱 불평등해졌으며, 소득의 재분배 효과(조세와 이전지출이 불평등을 감소시키는 정도)도 약화됨.
- 재분배 효과가 줄어든 데에는 크게 두 가지 이유가 있는 것으로 관측됨.
 - 첫째, 정책의 설계(design)가 재분배효과가 작아지는 방향으로 변화됨.
 - 둘째, 정책의 설계에는 변화가 없지만 정책들이 작동하는 환경(context)이 변화하여 재분배 효과가 감소함. 예를 들어 직업 경력이 짧은 청년 구직자의 비중이 늘면서 고용보험의 포괄성이 줄어들.
- 이 안건은 두 가지 정책 모의실험(simulation) 도구를 이용하여 근로연령대 가구(가구의 연령이 근로연령에 속하는 가구)에서 나타나는 '설계' 효과와 '환경' 효과를 분해하여 살펴보는 것임.
 - 첫째, 유로모드(EUROMOD): 유럽연합 국가들에 대하여 인구집단 기반 모의실험
 - 둘째, OECD의 조세-급여(tax-benefit) 모형: OECD 국가들을 대상으로 조세와 급여가 상이한 유형의 가구에 대해 어떤 영향을 미치는지를 양적으로 분석

□ EUROMOD를 이용한 모의실험의 주요 결론

- 2007년 이후의 11개 유럽연합 국가의 정책 변화효과를 살펴본 결과, 근로연령가구를 대상으로 한 정책적 변화가 재분배에 미친 효과는 매우 제한적인 것으로 나타남.
 - 정책변화 요인 보다는 기존 정책 하에서 시장소득 불평등이 심화된 것이 재분배 정책 효과를 확대하는 데 더 영향을 미쳤음.
 - 이 시기의 정책변화는 1990년대 중반 이후 대부분의 OECD 국가에서 나타난 재분배 약화 경향에 기여하지도 않은 것으로 나타남.
- 그러나 이러한 결론은 두 가지 점에서 한계를 지님.

- 이 모의실험에서는 모든 제도의 변화 효과들을 다루지는 못함(예, 보험 관련 급여의 효과는 분석에 포함되지 못함)
- 2007년 이전의 정책변화 효과가 작용하고 있을 수 있으나, 이를 분석에 서 포착하지는 못함.

□ 2000년대 초반 이후의 정책 개혁과 재분배: OECD 조세-급여 모형에 따른 새로운 발견

○ 장기적인 관점(2001~2010)에서 정책 개혁의 효과를 평가하면,

- 2001년 이후 취업 가구 내에서 상이한 소득수준 가구 사이의 재분배는 강화되었으나 취업 가구와 미취업 가구 사이의 재분배는 약화됨.

○ 상이한 소득수준을 지닌 취업가구 사이의 재분배를 강화시킨 정책적 요인들은 위기 이전 시기에 소득세의 설계가 재분배 효과를 더욱 강화시키는 방향으로 이루어짐.

- 일부 국가(오스트리아, 그리스, 포르투갈 등)에서는 누진적 조세의 규모가 증가했으며, 다른 국가에서는(벨기에, 캐나다, 슬로바키아 등) 조세가 더욱 누진적 구조로 변함.
- 누진적 현금급여가 저소득층 취업가구에 표적화됨.
- 위기 직후에 복지급여의 대상자를 확대하고 조세 부담을 줄여줌으로써 재정정책의 재분배 기능이 강화됨.
- 그러나 정책 변화가 재분배에 미친 영향은 이후 긴축기나 회복시기에 이루어진 정책 변화에 따라 다소 불분명해짐.

○ 근로가구와 비근로가구의 사이의 재분배가 약화된 것은 미취업자 급여의 수준이 2001년 이후 낮아졌기 때문임.

- 위기 이전의 시기에는 실업보험의 기여 또는 고용 요건 강화, 수급기간 감축 등에 따라 실업보험에 접근할 수 있는 기회가 제약되었음. 위기 직후에 이러한 경향은 완화되었으나, 잠시 후 다시 원상복귀 됨. 위기 이전과 2015년을 비교해 볼 때, 구직자나 그 가구원이 받을 수 있는 급여의 관대성이 약화됨.

- 대부분의 국가에서 최후의 안전망이라 할 수 있는 최저보장급여 (guaranteed minimum income)의 수준이 중위소득에 비해 느리게 증가함.
- 반면 미취업 가구에 대한 가족급여의 자격기준선은 중위소득 변화에 빨리 올라감.
- 일부 국가에서 장애 급여의 수급자가 실업급여 수급자보다 많으며, 급여 수준의 차이가 상당한 경우도 있음. 장애인 정책의 방향이 조기 개입, 활성화 쪽으로 옮겨가면서, 급여 측면에서도 실업급여에서 장애인 급여로의 이동이 일어남.
- 대부분의 OECD 국가에서 조기 은퇴 정책이 약화되었으며, 그 결과 55-64세의 고용이 급격히 증가하였고 시장소득의 불평등이 악화됨. 조기은퇴 급여의 관대함이 줄어들면서 재분배효과 역시 감소함.

○ 동일한 세전소득을 지닌 취업가구 내에서도 세후소득의 불평등이 증가함.

- 대부분의 OECD 국가에서 소득세 부담이 개인소득을 근거로 부과되면서 이러한 경향이 발생함.

□ 기타

○ 이 보고서의 초점은 조세와 급여의 개혁이 근로연령대 개인과 그 가구에 미치는 영향이나, 이러한 정책적 변화가 시장소득 변화에 간접적 영향을 미칠 수 있음(저축이나 근로 유인을 변화시킴으로써)을 염두에 두어야 할 것임.

5) 중산층의 소득 추이

주요 내용
<p>□ 프로젝트 배경 및 목적</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 중산층을 소홀히 하면 경제적 안정성이 훼손되고 정치·사회적 불안정성으로 귀결되는데, 많은 OECD 회원국들에서 중산층의 소득수준은 평균보다 더 낮은 속도로 증가하고 있음. - 기술이 자동화되면서 주로 중산층의 근로자들이 종사하고 있는 중간 숙련도의 직업들이 위협받고 있으며, 주거비용을 포함한 생활비 또한 전체 물가상승률이나 소득 증가율보다 더 빠르게 증가하고 있는 추세임 - 이러한 상황에서 중산층의 저축 여력은 감소해왔고, 일부는 부채를 떠안게 되는 경우도 발생함. 이러한 추세는 장기적으로 유지되고 있고, 이러한 상황에서 금융위기와 미래 일자리에 대한 불확실성의 증대는 경제적 불안정성에 대한 인식을 확대시킴. <p>□ 안건 구성</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 본 보고서는 중산층의 실태에 관하여 곧 출간될 보고서의 첫 번째 장에 해당하는데, 주요 내용은 중산층에 대한 정의와 소득 추이에 대하여, 그리고 중산층의 위기에 관한 내용으로 구성되어 있음 ○ 나머지 챕터는 다음과 같이 구성되어 있음. <ul style="list-style-type: none"> - 중산층 소득의 감소 - 중간층의 고용상태 - 중산층의 생활비용 증가 - 중산층을 강화하기 위한 정책들 <p>□ 요청 사항</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 본 보고서(draft)에 대한 코멘트

- 중간층을 소홀히 하면 경제적 안정성이 훼손되고 정치·사회적 불안정성으로 귀결
 - 중간층은 가구소득이 중위소득의 75%~200%에 해당되는 계층을 의미함. 중산층은 경제적으로도 핵심적 역할을 하지만 정치적, 사회적 안정에도 중요.
 - 최근에 대두되는 새로운 형태의 민족주의, 고립주의, 대중추수주의(populism), 보호주의 등은 OECD국가에서 중산층 생활수준의 정체와, 그로부터 비롯되는 불안감, 불확실성, 분노의 증가 등과 관련 있음.
- OECD국가에서 대부분의 사람들은 중산층에 속함.
 - 평균적으로 중간층의 비율은 61%(나머지 세 계층, 즉 저소득 빈곤층의 비율은 12%, 저소득 비빈곤층의 비율은 18%, 고소득층의 비율은 9%)
 - 한국의 경우 중간층 비율은 61%(나머지 세 계층 비율은 순서대로 15%, 16%, 8%)
 - 중간층은 다른 계층에 비해 빈곤 위험률이 낮고(2% 이하), 소득도 안정적인(20%의 소득변동 경험률이 1/2)
- 대부분의 사람들은 자신이 중간층에 속한다고 인식함.
 - 중간층에 속한다고 인식하는 사람들의 비율은 2/3
 - 자신이 중산층에 속한다고 인식하는 경우는 소득과 높은 상관관계를 보임.
 - 소득과 상관없이 중산층에 속한다고 생각하는 경우로부터 '중간층 편향(middle class bias)'가 있음을 알 수 있음. (한국은 주관적 중간층 > 소득 중간층)
 - 중간층이라는 인식은 2007/8년 위기를 거치면서 급격히 감소함(한국과 일본은 2007년 이전부터 감소). 감소의 패턴은 연령대별, 국가별로 다름.
- 중간층은 정체, 공동화되고 영향력을 상실
 - 중간층의 소득증가율은 점차 감소하고 있음. '05~'15년 간 중위소득 연평균

증가율은 0.7%인데, '95~'05년에는 1.5%, '85~'95년에는 1.0%였음.

- 평균 소득의 증가율보다 중위소득의 증가율이 낮게 나타남. 이는 소득분배 최상위층의 소득증가율이 높았기 때문임.
- 중간층의 비율은 80년대 중반의 63에서 최근 61%로 감소함. 이러한 감소의 60%는 80년대와 90년대에 일어남.
- 중간층의 소득점유율은 3.2%p 감소함. 중산층 인구 비율보다 소득점유율의 감소폭이 크다는 것은 경제적 영향력이 그만큼 줄어들었다는 것을 의미함. 경제적 영향력의 감소는 정치적 영향력의 감소와 선거 참여의 감소로 연결됨.
- 중간층의 구성 변화
 - 중간층에서 차지하는 고령층의 비율은 많아지고 아동이나 근로연령층 성인의 비율은 감소함. 고령층이 중간층에 포함될 확률은 12%포인트 증가함. 지난 30년간 중간소득층에서 차지하는 고령층의 비율은 대부분의 국가에서 증가함.
 - 근로연령층 가운데 45-64세의 중간층 비율 감소는 상위층의 증가분에 대응됨. 반면 30-44세의 중간층 비율 감소는 저소득층 비율 증가에 상응함.
 - 이러한 변화로 인해 모든 소득 계층에서 연령대 분포는 동질화됨.
 - 아동이 있는 가구가 중산층에 속할 확률은 30면에 비해 감소함. 중간층에서 아이가 있는 가구의 비율도 감소함. 반면 성인 단독가구나 아동이 없는 가구의 소득 점유율은 증가함.
- 중간층 가구가 받는 현금급여(가처분소득의 27%)에 비해 납부하는 세금(28%)의 비중이 다소 큰 것으로 나타남.
 - 중간층이 순부담가구인지 순수혜가구인지는 국가마다 다른 양상을 보임.
 - 저소득층이 순수혜가구인 것은 대부분의 나라에서 공통된 현상이지만, 그 정도는 국가마다 다름(한국의 경우 가처분소득 대비 순수혜는 70%)
 - 상위층은 평균적으로 가구소득의 45%를 개인세로 부담. 대부분의 국가에서 이 비율은 30% 이상이지만 한국 등은 이에 미치지 못함.

○ OECD국가들에서 중간층이 감소하는 것과 달리 전 지구적으로는 중간층이 증가함.

- 세계적인 중간층의 증가는 중국, 인도, 인도네시아 등의 높은 경제성장에 기인한 바가 큼.
- 그럼에도 불구하고 OECD 회원국과 비회원국 사이의 생활수준 차이는 여전히 존재하여, 전지구적 관점에서 중간층의 생활수준은 선진국의 빈곤 기준에 미치지 못함.

□ 노동시장 양극화와 노동의 미래는 일부 중간층의 일자리를 위협함.

○ 많은 중간 기술의 일자리들이 새로운 기술에 따라 생겨난 고숙련 및 저숙련 일자리로 대체됨.

- 이러한 변화는 주로 부문 대부의 직업구성 변화에 기인하였으며, 기술 변화에 따른 탈산업화도 중요한 역할을 함. 이러한 중간 일자리의 상대적 감소는 중간층의 감소에 기여함.

○ 또한 비전형(non-standard) 근로의 증가나 기술에 따른 대량 실업의 전망 등이 중간층에 위협이 되고 있음.

○ 직업구조의 변화는 중간층의 규모보다는 구성에 더 큰 영향을 주었음.

- 일자리 양극화는 고숙련 일자리로의 고용비중 이전을 야기함. 즉 중간숙련과 저숙련 고용은 각각 8%p, 2%p 감소하였고 고숙련 일자리는 10%p 증가함.
- 일자리 양극화는 중간층의 구성을 크게 변화시킴. 중간층에서 고숙련이 차지하는 비중이 중간숙련이 차지하는 비중보다 큼.
- 고숙련자가 상위층에 포함되기가 더 어려워졌으며, 중간 및 저숙련 근로자가 중간층에 포함되기는 더욱 어려워짐.
- 일자리를 통해 전통적으로 각각의 숙련도가 보장하던 정도의 생활수준을 보장받기가 더 어려워짐.

○ 근로자 가구의 구성도 변화함. 중간층에 포함되는 단신 성인의 비중은 늘어나

고, 1인 소득 커플의 비중은 감소함. 2인 소득 커플 가구의 비중은 대체로 변화하지 않음.

- 단일 소득자 커플이나 성인 단독가구가 저소득층에 포함될 확률이 더 높아졌으며, 단일 소득 커플이 중산층에 머무르는 것은 더욱 어려워짐.
- 맞벌이 커플의 경우 기술의 역할이 중요해짐. 중간 또는 저숙련 커플의 경우 저소득층으로 이동했으나, 적어도 한명이 고숙련인 경우 중간층에 포함될 확률이 높아짐.
- 제2소득자가 중간 및 저숙련 기술 직업을 가진 경우 도전에 직면함. 이들이 중간층에 포함될 확률은 높아졌으나, 일부 국가에서 고소득층에 포함될 확률은 낮아짐.

○ 일자리의 양극화와 반드시 임금 양극화로 귀결되지는 않으나, 다만 임금의 불평등을 유발함.

- 고임금층의 임금은 중간층에 비해 빨리 증가하였고, 동시에 저임금층에 비해 중간 임금층의 임금도 빨리 증가함.
- 전체적으로 임금의 분포는 상위층이 두터워진 불평등한 분포로 변모함.

○ 많은 OECD 국가에서 임시근로, 시간제 근로, 자영업자의 수가 증가함.

- 이들 지위는 더 유연한 근로환경을 제공하지만 고용보호와 사회권, 그리고 수입의 예측가능성은 더 낮음.
- 사회보호제도에 대한 이들의 법률적 적용은 정규 계약직 전일제 근로자와 크게 다르지 않으나 이 제도에 실질적으로 접근하는 데 어려움. 비정규 근로자들은 예게는 직업 훈련의 기회도 더 적음.

○ 급속한 자동화와 디지털화로 인해 미래 기술이 대량 실업을 야기할 것이라는 두려움이 생겨난 것을 고려하면, 중산층이 기술에 대한 분노를 경험하는 것도 놀라운 일이 아님.

- 최근의 OECD 연구결과는 직업 내 업무의 다양성을 고려할 때 자동화가 고용에 미치는 충격은 그리 크지 않을 것임을 보이고 있음. 따라서 자동화에 따른 위험은 직업 일반보다는 개별 업무의 내용을 고려해야 할 것임. 단순

한 작업이 창의적인 작업보다는 더 큰 위험에 노출될 것임.

- 지난 4반세기동안 여성의 경제활동이 크게 증가했는데, 이는 여성 개인은 물론 가족과 경제 전체에도 이익이 되었음.
- 맞벌이의 증가는 중간층의 생활상의 변화를 반영함. 즉 교육이나 돌봄 비용 등을 충당하기 위해 두 명의 소득이 필요하게 되었음.

□ 늘어나는 비용이 중산층의 생활수준을 압박

- 중간층에서 지출이 소득에서 차지하는 비중은 지속적으로 증가하고 있음.
- 이는 부분적으로는 소비패턴이 변한 탓도 있지만(상위층의 소비패턴을 바로 하위의 소득계층이 모방하는 소비의 낙수효과), 핵심적인 지출품목의 가격이 중간층의 소득보다 빨리 올랐기 때문임.
- 대표적인 것이 중간층 소득의 1/3을 차지하는 주거비임. 주택가격은 지난 수십 년 간 물가상승률의 두 배, 중위소득 증가보다 1/3배 빨리 증가함.
- 높아진 소비와 생활비로 인해 중간층과 저소득 분위의 부채가 증가하였고, 특히 과부채 가구(부채/자산 비율이 75% 이상인 가구)는 중간소득분위에서 10%를 초과함.

□ 중간층이 자신감을 회복하도록 하는 정책이 필요

- 중산층의 생활수준과 재무 안정성을 보호하는 것이 최근 들어 많은 OECD 국가 정부들에 의해 중시되고 있음.
- 노동력의 숙련을 향상시키는 일, 아동보육, 조기 아동 교육, 유급 육아휴가 등을 제공하는 것은 중간층의 생활수준과 고용을 촉진시키는 데 영향을 줄 것임.
- 고등교육에 대한 접근도를 높이고 비용부담을 줄여주는 것은 중산층 확충에 기여할 뿐만 아니라 지식 경제 시대의 수요에도 부합할 것임.
- 법정 최저임금을 인상하는 것은 불평등을 줄이고 중간층 가족을 보호하는 새로운 방법으로 주목받고 있음. 대부분의 나라에서 최저임금을 받는 사람이 가구 내 제2소득자인 만큼, 최저임금의 인상은 중간층에게도 직간접적인 영향을

미칠 것임. 최저임금 상승은 밀어올리기 효과(trickle-up effect)를 보일 수 있음.

- 이밖에도 노동조합의 역할 강화, 주거비 과부담 감소, 복지급여의 자산조사 요건 완화, 중간층의 은퇴 대비 저축 유인 제고를 통해 생활안정성 향상 등을 위한 정책이 필요함.

3. 132차 고용노동사회위원회 보건복지관련 의제 논의 결과

가. 사회정책장관회의(Social Policy Ministerial)

□ 사무국 보고

- 사회정책 포럼 및 사회정책장관회의 이슈, 일정(안) 보고
 - 19개 국가 “Risks that Matter” 서베이 참여
 - 26개 국가 장관회의 참석(14개 회원, 3개 파트너, 9개 비회원) 확인
 - 장관회의 분과세션 참여 의사 현황(M1:5개 국가, M2:3개 국가, M3:없음)
 - 정책포럼과 장관회의에서 각국의 장관 참여 의사 확인 요청
 - 정책 포럼 참석과 포럼의 분과세션에 대한 선호
 - 장관회의 전체 회의 참여(a speaking role)와 3개 분과 세션 선호
 - 분과세션의 좌장은 부의장국 포르투갈, 그리스, 스웨덴 대표가 수행
 - 5월 14-15일 행사일정(안), 부대행사, 준비 및 향후 일정 안내(안전 참조).
 - 4월 4일까지 포럼과 장관회의 참여와 분과 선호 의사 확인, 4월 6일까지 이슈브리프와 선언문에 대한 의견 제출

2018 사회정책 포럼 일정(2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올) - 공동의 번영을 위한 사회정책: 포용적 미래-		
9:00-9:30	개회사	
9:30-11:00	개회 전체 회의: 내일의 사회정책 발전을 위한 오늘의 경청	
11:00-11:15	휴식	
11:15-12:30	오전 분과 세션 - 모두를 위한 사회적 보호 보장-	
	F1:사회보호에서 집단책임 vs.개인책임	F2:사회 보호에서 격차 좁히기
12:30-14:15	점심 (부대행사) OECD-Nordic 이사회 보고서 발표, 북유럽 국가의 성공적 정책 소개	
	오후 분과 세션	
14:15-16:00	F3:엡-사회 정책의 새로운 도구	F4:파트너십을 통한 영향: 21세기 사회 혁신
16:00-17:00	폐회 전체 회의: 포용적 성장을 위한 사회정책	
17:00-18:30	네트워킹 리셉션(캐나다 가족아동사회개발부 장관 주제)	
19:00-21:00	장관 만찬	

2018년 사회정책장관 회의 세부일정 (2018년 5월 15일 캐나다 몬트리올) - 공동의 번영을 위한 사회정책: 포용적 미래-			
9:00-9:30	개회사		
9:30-12:15	오전 전체 회의		
10:30-10:45	휴식		
12:15-12:30	단체 사진 촬영		
12:30-14:30	장관 오찬		
14:30-15:45	오후 전체 회의 - 협력 강화 : 다양성과 사회적 포용을 촉진하는 정책 -		
15:45-16:00	휴식		
16:00-17:15	분과 세션: 불평등한 고령화 예방		
	M1: 현명하게 나이 들기-인구고령화 과제 해결	M2: 악순환이 타파-아동, 청년, 세대 간 불리함.	M3: 변화의 시간 - 사회정책에서 성 주류화
17:15-17:30	분과 세션별 좌장의 요약 보고		
17:30-18:00	클로징 전체 회의: 사회정책장관회의 폐회 및 장관회의 선언문 발표		

□ 주요 논의 및 결과

○ (러시아) 비회원국에 대한 참석 기회 제공에 감사하며, 러시아의 참석에 대해

질의함. 사무국은 러시아는 현재까지 초청 되지 않은 국가임을 확인함.

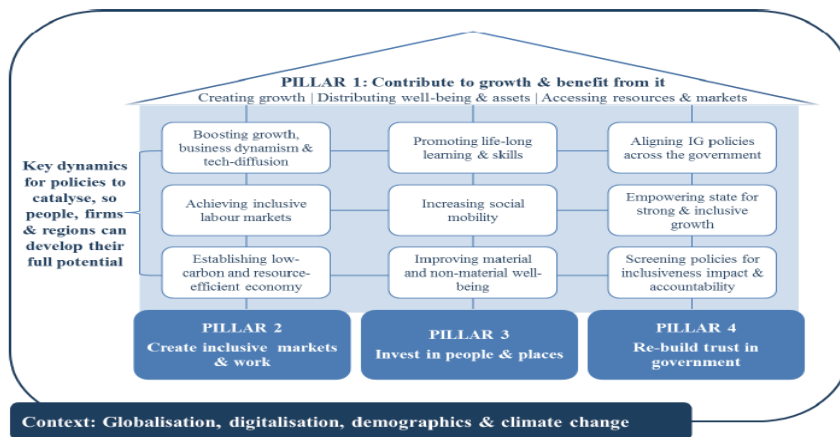
- (일본) 국회 개회 기간이라 장관의 참석이 어려우며, 고위급의 대리 참석 가능성을 밝힘. 장관 회의 오후 분과 세션에서 M1(ageing wisely)의 참여의사를 밝힘. 아울러, 사회정책포럼에서 사회적 혁신을 위한 파트너십 확대 등 구체적으로 논의하는 내용과 의도에 대한 추가 정보 제공을 요청함.
- (스웨덴) 부의장으로서 젠더 영향 분과에 대한 참여를 요청
- (라트비아) 장관이 참석하며, 활동적 고령화(active ageing) 정책에 대한 경험 공유를 위해 M1 세션에 대한 참여의사를 밝힘.
- (리투아니아) 아동과 젠더 이슈에 관심을 표명하고, 인구구조 변화에 대한 관심은 모든 나라의 관심사항이며, 세션 간 참여의 균형 필요함.
- (폴란드) 참석 여부가 결정되지 않았지만, 고령화 이슈에 대한 관심 표명
- (그리스) 노동부 장관이 참석 예정, 정책 포럼과 장관 회의의 두 행사의 연관성과 중요성에 대한 정보 필요
- (사무국) 대표단의 참석 규모는 1+2명, 정책 포럼은 최대 12명까지 가능하며, 현재, 정책포럼 오후 분과 세션(사회 혁신)에는 멕시코, 에스토니아, 영국이 참여 예정임.

나. 포용적 성장 (Inclusive Growth)

□ 사무국 보고

- 2017년 OECD 각료이사회(Ministerial Council Meeting, MCM)의 후속조치로서 2018년 MCM에서 포용적 성장에 관한 통합 보고서 발표 예정
- 보고서의 주요내용 보고
 - 소득 상위 1%의 점유율이 지속적으로 증가하고 있음, 생산성과 포용성의 관계에 대한 검토를 통해 모든 사람들이 성장으로 인한 혜택을 누릴 수 있도록 저소득·취약 계층에 대한 기회의 형평성 제고 필요성 제기

- 고용·기술·혁신·디지털 전략 등을 포괄하는 OECD 전략을 기초로 포용적 성장을 위한 정책 프레임워크 제시
- 2017 각료이사회에서 포용적 성장에 대해 좀 더 통합된 수준의 전 정부적 정책 대응책이 필요함을 인지하고, OECD로 하여금 각 위원회들과 관련 조직들이 함께 포용적 성장에 관한 정책적 대응의 프레임워크 개발, 2018년 이사회에서 발표하도록 결정한 바 있음.
- 정책 프레임워크는 회원국들이 같은 방향에서 성과 향상을 위한 통합적 정책 패키지를 설계하도록 가이드 제공
- 4개의 기둥(Pillar)으로 구성(Pillar 1: 모두가 성장에 기여하고 편익을 얻는 것(가장 중요한 결과), Pillar 2: 시장의 포용성 강화와 노동의 미래를 위한 준비, Pillar 3: 모두에게 동등한 기회 보장, Pillar 4: 정부와 기업에 대한 신뢰 재구축)



- 포용적 성장 지표
- 성장의 포용적 성과(outcomes), 포용적이고 효율적인 시장, 기회의 평등 및 미래 번영의 기반, 포용적 성장의 거버넌스의 4개 영역별 6개 지표

□ 주요 논의 및 결과

○ (러시아) 현재 정책을 점검하고 향후 방향을 설정하는데 매우 유용한 틀이지만

통계적 데이터의 부족이 과제임. 출발점에서 명확한 정의가 필요하며, 미래 활동을 위해 경제부서와 협력이 매우 중요함.

- (일본) 자동화의 영향으로 일자리가 사라지는 영향에 대한 원인 설명 요청
- (영국) 정책 프레임워크에서 모두가 편익을 얻는 측면 강조
- (미국) 노동시장에서 교육시스템에 대한 관심 필요, 스킬 미스매치(skill mismatch)를 감소시키는 정책의 중요성 강조
- (EU) EU의 스코어보드 활용의 사례 제시, 사회보호시스템의 강조를 위해 세제 혜택 등 소득 재분배 관련 지표 강화 제안
- (스웨덴) 몬트리올 고위급 정책 회담 안내, 부모에 대한 투자 필요
- (스위스) 대중은 스코어보드에 관심이 높음. 그러나 포용적 성장 관점에서 모든 것을 통합하는 지표 수집이 필요함.
- (호주) 정책 프레임워크는 유용한 정책 개발 도구이고 포함된 지표가 유용한 것으로 검토됨. 다만, non-standard work, part-time work 용어 사용에 대한 정리 필요
- (이탈리아) 고령화 진행 상황에서 보편적 의료보장성에 대한 지표 포함을 제안함. 대시보드는 다른 문제들을 포함하기에는 부족하므로 강화될 필요가 있음.
- (사무국) EU의 scoreboard와 차별적으로 dashboard의 활용성을 강조하고 포용적 성장의 틀을 확장하고자 하는 개념을 강조함. 아울러, 포럼과 장관회의 세부 사항에 대한 현황을 보고함.
 - 국민의 생활수준 향상을 위한 핵심은 포용적 성장임. 인구의 40%가 생활수준 향상을 경험하지 못하고 있음. 역동적 관계에서 좋은 질의 교육 등의 기회를 박탈당하는 계층이 발생하므로 사회정책은 취약계층에 대한 관심을 가져야 함. 제안된 정책 프레임워크는 각국의 상황에서 정책의 성과를 높이기 위한 우선순위 결정에 기여할 것임.
 - 소득 하위 40%의 국민이 성장의 혜택을 보도록 정책 추진, 대시보드와 프레임워크가 모든 국가로 하여금 포용적 성장의 성과를 향상시키는 중요한

도구로 역할을 할 것이며, 지속가능한 사회 구축에 기여할 것임.

- 주요한 도전과제는 발전을 지속시키는 것임. 생산성 향상이 분배에서도 좋은 영향을 미치도록 초기부터 통합적인 틀을 만드는 작업의 의미를 강조하고 접근에서 기회의 형평성을 강조함.

다. 소득재분배: 정책 드라이버

□ 사무국 보고

○ Economics Department on Policy Drivers of Income Redistribution
과의 공동작업의 일환으로 진행 중이며, 최근의 소득 분배 측면에서 트렌드를 형성해나가는 정책적 변화들의 역할을 실험한 정책 시뮬레이션 결과를 보고함.

- 느린 생산성 증가와 증가하는 불평등은 특히 임금 불평등에서, 조세와 공적 이전(transfers)을 통한 정부의 재정적 재분배 기능 위협

○ 보고서는 2018년 3월 22-23일 Working Party of the Economic Policy Committee에서 발표될 예정이며, 수정 보완을 통해 워킹 페이퍼로 출간 예정

○ 재분배에서 변화의 정책 드라이버를 확인하기 위한 두 개의 보완적 접근

- Empirical regression analysis(ECO), Microsimulation analysis(ELS)
- Tax & Transfer 시스템 규모의 변화가 소득 재분배 감소에 기여
- 1) 근로연령층 인구에 대한 현금 지원에 대한 사회지출 감소 2) 대외개방정도의 증가로 개인 소득세의 불평등 완화 효과 감소
- 재분배 감소 효과의 정책적 원인은 1) 비취업자 대상 급여의 감소, 2) 연금 수급 은퇴연령의 상향 조정, 3) 최상위층 대상 개인소득세 감소
- 한편, 재분배 효과를 증대시킨 요인으로 1) 취업층 대상 급여의 증가, 2) 저소득층 대상 조세의 누진성 강화

○ 두 개 정책모의실험 도구를 이용하여 근로연령층 가구에서 소득재분배 효과가 약화되는 원인으로 '설계' 효과와 '환경' 효과를 분해하여 제시

- 유로모드(EUROMOD)에서는 정책변화(설계)보다 기존 정책 하에서 시장 소득 불평등이 심화되는 환경 효과가 크게 작용
- 장기적 관점(2001-2010)에서 개혁효과를 평가하는 OECD 조세-급여 모형에서는 2001년 이후 취업 가구 내에서 상이한 소득수준 가구 사이의 재분배는 강화되었으나(누진적 소득세와 저소득층에 대한 현금급여 효과 작용), 취업가구와 미취업 가구 사이의 재분배는 약화됨(미취업자 급여수준이 2001년 이후 감소).
- 조세와 급여의 개혁이 근로연령대 개인과 그 가구에 미치는 영향 뿐 아니라 이러한 정책적 변화가 시장소득 변화에 미치는 간접적 영향 고려 제시

□ 주요 논의 및 결과

- (TUAC) 전반적 재분배 효과의 감소가 일을 하도록 지원해서 얻은 효과가 반영되지 않은 것임을 지적함. 미국 사례를 들어 모든 영역에 대해 가구를 지원하는 정책이 근로 유인을 감소시켜 문제를 유지시키는 원인일 가능성을 지적함.
- (스웨덴) 재분배 정책이 매우 중요함에 동의하고 보편적 복지서비스 확대를 통한 재분배 확대에 주력하고 있음을 밝힘. 하지만, 현물급여의 효과나 적극적 노동시장 정책의 효과가 현금과 조세(tax)만의 효과를 분석하는 모델에서는 반영하지 못하는 한계가 있음.
- (스페인) 현물급여의 효과를 포함하는 접근의 필요성을 제안함.
- (스위스) 보험제도에서 많은 변화가 있었으며, 실제 이로 인한 영향을 받은 인구 규모가 분석에 반영되었는지 의문임.
- (노르웨이) 불평등의 확대 요인은 나라마다 다르므로 정책은 일반적인 수준에서 이루어져야 함. 또한 분석모형에서 현물급여의 반영이 필요함.
- (사무국) 기술적 부문과 연구 동기로 질문을 구분하여 답변함.
 - 주로 조세와 급여 정책에 초점을 맞추어 재분배 효과를 분석하였으며, 기타 정책들의 간접적 효과를 분석에 모두 반영하지 못했음. 특히, 현물급여의 효과를 반영하지 못한 이유는 매우 복잡한 분석모델이 요구되기 때문임. 현

물급여 효과와 관련된 연구는 2011년 “divided we stand”를 참조하기 바람.

- Tax & Benefit 모델에서는 인구 가중치를 사용하지 않았으나 유로모드를 이용한 모델에서는 실제 급여 수급정보를 활용하였고 인구 가중치를 반영하였음.
- 현재 보고서는 매우 기술적 분석에 초점을 두고 있으며 계속 진행 중인 과제임을 강조하고 정책 권고에 대해서는 매우 신중할 필요가 있음에 동의함.

라. 중간층: 중간층의 소득 추이

□ 사무국 보고

○ 출간 예정인 중간층 실태에 대한 보고서의 첫 번째 장의 내용 보고

- 중간층에 대한 정의와 소득 추이, 중간층의 위기에 관한 내용으로 구성
- 기타 장은 중간층의 소득 감소, 고용상태, 생활비 증가, 강화 정책으로 구성

○ 보고서의 주요 내용

- 중간층은 가처분소득 중위값의 75-200%에 해당하는 계층으로 경제적, 정치적, 사회적으로 핵심 역할을 수행함으로 이들에 대한 소홀은 정치, 사회적 불안정 초래
- OECD 국가에서 중간층 비율의 평균은 61%으로 대부분의 사람들은 중산층에 속함(저소득 빈곤층 12%, 저소득 비 빈곤층 18%, 고소득층 9%).
- 대부분의 사람들(2/3)이 중간층에 속한다고 인식
- 2007/8년 경제 위기를 거치면서 중간층 인식 비율은 급격히 감소 추세(한국과 일본은 2007년 이전부터 감소), 감소 패턴은 연령대와 국가별로 다름.
- OECD국가들에서 중간층이 감소하는 것과 달리 전 지구적으로는 중간층 증가(중국, 인도, 인도네시아 등)
- 노동시장 양극화와 노동의 미래는 일부 중간층의 일자리를 위협하고, 중간층에서 지출이 소득에서 차지하는 비중이 지속적으로 증가

- 중간층 강화 정책 필요

- 노동력의 숙련 향상: 아동보육, 조기 아동 교육, 유급 육아휴직 등 제공으로 생활수준과 고용 촉진
- 고등교육 접근도 향상과 비용 부담 완화: 중산층 확충과 지식경제 수요 부합
- 법정 최저임금 인상: 불평등 감소와 중간층 보호의 새로운 접근으로 주목
- 노동조합의 역할 강화, 주거비 과부담 감소, 복지급여 자산조사 요건 완화, 중간층의 은퇴대비 저축 유인 제고 등 생활안전성 향상 정책 필요

□ 주요 논의 및 결과

- (TUAC) 중간층의 고령화 증가 현상에 주목해야 함. 노인인구 중심으로 설계된 70년대 사회보호제도는 청년층을 포용하지 못하는 한계가 있음. 교섭력 확대를 위한 구체적 대안 검토가 필요함.
- (BIAC) 기술 개발이 중요한 영역이며, 기업과의 대화 및 근로자의 숙련도 향상을 위한 교육제도 이상의 생애주기적 지원이 필요함.
- (네덜란드) 4 그룹 국가들에 대해 분석했으나 그룹들 간 관련성 문제가 있음.
- (칠레) 분명한 근거가 필요하고 왜 중간층을 주제로 논의하는지 의문임.
- (스위스) 사회적 이동성과 중간층에 대한 이슈를 어떻게 통합할지 의문임. 기술측면에서 양극화 용어는 적절하지 않으며, 기술 향상으로 대체가 바람직함.
- (리투아니아) 중간층은 정치적 문제이기도 함. 사회이동성이 중간층을 강화의 기회를 제공할 것임. Tax & Benefit 제도 뿐 아니라 기술개발, 교육 등 정책의 범위를 확대하는 의미를 강조해야 함.
- (러시아) 중간층 규모의 측정에서 OECD 기준과 개별 국가 상황의 기준에 차이가 있음.
- (사무국) 소득 양극화 주제와 차별성을 중심으로 과제의 목적을 강조함.
 - 신흥경제국에서 중간층이 증가하더라도 적절한 사회적 보호가 없으면, 이

들은 빈곤화 위험에 취약할 수밖에 없음. 중간층에서 연령구조 변화는 국가 별로 차이가 있음.

- 유럽국가에서는 청년층의 비중이 증가하는 반면, 북아메리카, 미국, 캐나다에서는 고령층이 증가하고 있음.
- 이 과제는 누가 중간층이고 어떻게 구성되어 있는지를 보는 것에 집중하고 있으며, 향후 추가로 고려될 정책들에 대한 제안을 요청함.

제2절 2018년 사회정책포럼 및 사회정책장관회의 의제 및 결과

1. 2018 사회정책 포럼 및 장관회의 일정

가. 사회정책포럼(2018년 5월 14일 월요일)

- 300인 이상 관계자(학계, 정책수립가, 기업 및 노조 대표, 시민사회) 및 각국 대표 참여
- OECD 포용적 성장 사업의 핵심 요소로써, 사회정책의 설계와 실행에서 빠르게 변화하는 경제 및 사회적 환경의 과제와 기회를 반영하는 방법 탐색
- 개회 전체 회의 주제는 ‘내일의 사회정책 발전을 위한 오늘의 경청’, 이어지는 오전 분과 세션의 주제는 ‘모두를 위한 사회보호’, 오후 분과세션의 주제는 ‘사회정책의 혁신’이며, 폐회 전체회의 주제는 ‘포용적 성장을 위한 사회정책’임.

〈표 3-2〉 2018 사회정책 포럼 세부 일정표

2018 사회정책 포럼 세부 일정표 (2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올)		
8:45-9:00	개회식, Elder Ka'nahsohon Kevin Deer (Room: Grand Salon)	
9:00-9:15	환영사, Jean-Yves Duclos, Minister of Families, Children and Social Development, Canada	
9:15-9:30	개회사, Angel Gurría, Secretary-General of the OECD @A_Gurria	
9:30-11:00	개회 전체 회의(Opening Plenary Session, Room: Grand Salon)) ❖ 내일의 사회정책 발전을 위한 오늘의 경청(Listening Today for Better Social Policies Tomorrow) ❖ 발표자 - Jean-Yves Duclos, Minister of Families, Children and Social Development, Canada - Regina Doherty, Minister for Employment and Social Protection, Ireland - Katie Harbath, Global Director of Politics and Government Outreach, Facebook, United States - Giorgos Kaminis, Mayor of Athens, Greece - Gabriela Ramos, OECD Chief of Staff and Sherpa to the G20 (Moderator) Heather Scoffield, Ottawa Bureau Chief, The Canadian Press	
11:00-11:15	Coffee-break	
11:15-12:30	오전 분과 세션: 모두를 위한 사회 보호, B1 Soprano, B2:Grand Salon ❖ Breakout Session 1: 사회적 보호에서 집단적 책임 vs. 개인적 책임 (For one or for all? Collective vs. Individual Responsibilities in	❖ Breakout Session 2: 사회적 보호에서 격차 좁히기(Leaving no one Behind: Targeting Gaps in Social Protection) -특정 직업과 근로자군은 의도적이든 아니든,

2018 사회정책 포럼 세부 일정표 (2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올)		
	<p>Social Protection)</p> <p>-사회적 보호의 보다 개별화된 형태 (individual activity account, life-cycle and training accounts, pension account)에 대한 논의 증가 추세</p> <p>-이러한 경향은 미래를 위한 개인의 저축과 사회 전반의 소득재분배 간 올바른 균형에 대한 문제 제기</p> <p>-개별화된 해결책들의 함의는 무엇이며 어떻게 재분배적 요소가 포함 될 것인지, 어떻게 전략들이 모든 근로자와 시민들을 위해 작동할 수 있을지에 대해 논의</p> <p>❖ 발표자</p> <p>-Lena Hipp, Head of Work and Care Unit, WZB Berlin Social Science Center, Germany</p> <p>-Eduardo Fajnzylber, Associate Professor of Economics, University Adolfo Ibáñez, Chile</p> <p>-Jeremias Prassl, Associate Professor of Law, University of Oxford, UK</p> <p>-Francois Blais, Minister of Employment and Social Solidarity, Québec, Canada</p> <p>(Moderator) Heather Scoffield, Ottawa Bureau Chief, The Canadian Press</p>	<p>시스템적으로 포괄적 사회 보호에서 배제</p> <p>-각국은 어떻게 직업군과 고용계약 유형에 따른 사회적 보호의 격차를 좁힐 수 있을지, 행태 통찰(behavioral insights)이 어떻게 사회 프로그램의 범위와 효율성을 증가시킬 수 있을지, 고용의 공식화(formalisation of the workforce)를 가속하기 위해서는 어떤 접근법이 사용될 수 있으며 어떤 종류의 사회정책이 각기 다른 경제적, 사회적 발전 속에서 포용적 성장을 촉진시킬 수 있을 것인지에 대해 논의</p> <p>❖ 발표자</p> <p>-Rekha Balu, Director of Center for Applied Behavioral Science, MDRC, USA</p> <p>-Vinicius Botelho, Vice-Minister for Evaluation and Information Management, Ministry of Social Development, Brazil</p> <p>-Joachim Breuer, President, International Social Security Administration (ISSA)</p> <p>-Jane Waldfogel, Professor of Social Work and Public Affairs, Columbia University, USA</p> <p>-Lu Quan, General Secretary of China Association of Social Security, China</p> <p>(Moderator) Doug Murphy, Senior Director, Social Policy, Employment and Social Development Canada</p>
12:30-14:30	점심식사	
14:30-15:45	오후 분과 세션: 사회정책의 혁신(Innovation in Social Policy), B3 Soprano, B4:Grand Salon	
	<p>❖ Breakout Session 3: “그것을 위한 앱(App)이 있다”: 사회 정책의 새로운 도구(“There’s New App for that”: New Tools for Social Policy)</p> <p>-현대적 기술은 사회 프로그램 및 서비스의 설계와 제공에 중요한 역할</p> <p>-참석자들은 복잡한 변화를 맞은 그룹들에 대한 서비스의 효율적이고 포괄적인 전달에 초점을 맞추어 신기술이 핵심적 사회 프로그램들의 설계 및 타겟팅, 제공과 평가를 어떻게 변화시키고 있는지에 대한 경험을 공유</p> <p>❖ 발표자</p> <p>-Michel Servoz, Special Adviser for Robotics, Artificial Intelligence and the Future of</p>	<p>❖ Breakout Session 4: 파트너십을 통한 임팩트: 21세기의 사회 혁신(Impact through Partnerships: Social Innovation in the 21st Century)</p> <p>-복잡한 사회적, 경제적 과제들의 출현으로 정책 입안자들은 기타 사회영역과의 협력 필요</p> <p>-사회 혁신은 사회재정과 사회적 기업(또는 사회적 경제)과 같은 도구와 접근방식을 통해 포용적 성장에 기여하는 매력적 기회를 제공</p> <p>-본 세션의 이해관계자 대화(stakeholder dialogue)는 공공·민간·지역사회 영역의 재정 및 지적 자원을 견인하는 파트너십을 통한 혁신적이고 영향력 있는 개입의 모범적 사례 제공</p> <p>❖ 발표자</p> <p>-Gary Barker, President and CEO, Promundo, Brazil/USA</p> <p>-Ghada Hatem, Medecin-Chef, Maison</p>

2018 사회정책 포럼 세부 일정표 (2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올)		
	Labour, European Commission -Brian Lee-Archer, Managing Director - Health and Public Service, Accenture, Australia -Javier García Bejos, Under-Secretary of Planning, Evaluation and Regional Development, Ministry of Social Development (Sedesol), Mexico -Rait Kuuse, Deputy Secretary-General, Ministry of Social Affairs, Estonia -Zara Nanu, CEO, Gapsquare, UK (Moderator) Ronnie Goldberg, Senior Counsel, United States Council for International Business	des Femmes, France -Ajmal Sataar, Founder and President, Inspire Nunavut, Canada -Tjaša Sobočan, Social Innovation Generator and International Lead, Simbioza, Slovenia (Moderator) Margaret Biggs, Matthews Fellow on Global Public Policy, School of Policy Studies, Queen's University, Canada
15:45-16:00	Coffee-break	
16:00-17:15	클로징 전체 회의: 포용적 성장을 위한 사회정책 (Closing Plenary: Social Policies for Inclusive Growth, Room: Grand Salon) 경제적 경쟁력과 생산성 확대, 탄력적 사회구조 지원, 노동시장과 사회 변화에 대응하는 정책 개발을 통해 사회정책이 광범위한 포괄적 성장 의제에 기여하는 방안 논의 ❖ 발표자 -Jean-Yves Duclos, Minister of Families, Children and Social Development, Canada -Effie Achtsioglou, Minister of Labour Social Security and Social Solidarity, Greece -Jose Antonio Vieira da Silva, Minister of Labour, Solidarity, and Social Security, Portugal -Annika Strandhall, Minister for Health and Social Affairs, Sweden -Mizuho Onuma, Parliamentary Vice-Minister of Health, Labour and Welfare, Japan (Moderator) Stefano Scarpetta, Director of the OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs	
17:15-18:30	Reception(Foyer Grand Salon)	
19:00-21:00	장관 만찬 (closed event)	

나. 사회정책장관회의(2018년 5월 15일 화요일)

□ 35개 이상의 OECD 및 파트너 국가들의 사회정책장관 참여

○ ‘공동의 번영을 위한 사회정책: 포용적 미래’라는 주제 하에 몬트리올 사회정책장관회의는 각국의 사회 보호에서 변화, 기회, 모범사례를 교환할 것임.

○ 주요 이슈

- 비정형 일자리의 근로자를 보다 잘 포괄하기 위한 사회보호제도의 현대화
- 모든 사람에 대한 다양성과 사회 통합 촉진
- 인구 고령화 과제 대응
- 어린이와 청년에 대한 동등한 기회 보장
- 정책 설계와 개혁에서 성 평등과 여성 문제의 주류화

□ 회의는 오전에 개회 전체회의, 오후에 전체회의와 분과 회의로 구성됨.

○ 개회 전체회의의 주제는 ‘공동의 번영을 위한 사회정책: 포용적 미래’

○ 오후 전체회의의 주제는 ‘협력 강화: 다양성과 사회적 포용을 촉진하는 정책’

○ 오후 분과세션은 다음과 같이 세 개의 주제로 세분됨.

- (세션 M1) 현명하게 나이 들기: 인구고령화 과제 해결
 - Chair: Effie Achtsioglou, Minister of Labour, Social Insurance and Social Solidarity, Greece
- (세션 M2) 사이클 깨기: 아동, 청년, 세대 간 불리(disadvantage)
 - Chair: José António Vieira da Silva, Minister of Labour, Solidarity and Social Security, Portugal
- (세션 M3) 변화의 시간: 사회정책에서 성 주류화
 - Chair: Annika Strandhäll, Minister for Health and Social Affairs, Sweden

○ 폐회 전체 회의에서는 장관 선언문 발표

〈표 3-3〉 2018 사회정책장관회의 세부 일정표

2018년 사회정책장관회의 세부일정 (2018년 5월 15일 캐나다 몬트리올)			
9:00-9:30	개회사		
9:30-12:30	개회 전체 회의(Opening Plenary Session) 공동 번영을 위한 사회 정책: 포용적 미래 (Social Policy for Shared Prosperity: Embracing the Future) - 오전 본회의는 정책포럼에서 논의되었던 주제에 대한 논의를 이어가며, 노동의 신세계에서 사회정책이 직면한 과제 해결을 위한 모범 사례에 중점을 둠. - 장관들은 현재의 사회적 보호와 관련한 대화에 시민이 참여한 우수 사례를 제공하고 미래의 사회적 보호시스템을 위해 지속해야 할 구체적 정책 활동 사례를 공유		
10:30-11:00	단체 사진 촬영 및 Coffee Break		
12:30-14:30	점심식사(Ministers' Working Lunch)		
14:30-15:45	오후 전체 회의(Afternoon Plenary Session) 협력 강화: 다양성과 사회적 포용을 촉진하는 정책 (Stronger Together: Policies to Promote Diversity and Social Inclusion) - 오후 본회의는 각국이 다양성과 포괄적인 사회를 촉진시키는 방법에 대해 논의 - 일부 사회집단은 노동시장의 변화 외에도 시스템적 장벽에 직면해 있음. 장애인, 소수민족, 성적소수자(LGBT)들은 많은 경우 사회와 노동시장에서 자신의 잠재력을 충분히 발휘할 수 없는 상황에 처함. - 장관들은 각국의 정책이 어떻게 역사적으로 차별을 겪어온 집단들을 통합하고 있는지에 대해 토의		
15:45-16:00	Coffee Break		
16:00-17:15	장관 분과 세션: 불평등한 고령화 예방(Preventing Ageing Unequally) 장관들은 조기 아동 및 청소년, 가족 형성 및 육아, 노년기에 이르는 생애주기 전반에서 불평등을 예방, 완화, 대처하기 위한 국가전략 토의		
	16:00-17:15 Breakout Session M1 현명하게 나이 들기: 인구고령화 과제 해결(Getting older and wiser: Addressing challenges of population ageing)	16:00-17:15 Breakout Session M2 사이클 깨기: 아동, 청년, 세대 간 불리(Breaking the Cycle: Children, Youth, and Intergenerational Disadvantage)	16:00-17:15 Breakout Session M3 변화의 시간: 사회정책에서 성 주류화(Time for Change: Mainstreaming Gender in Social Policy)
	-인구 노령화는 연금, 건강, 기타 사회프로그램에서의 비용 급증과 동반된 노동 공급 감소(및 세수입)로 사회적 보호 시스템의 부담을 증가시킴. -최근의 불평등 추세와 공공재정의 긴축과 결합된 인구구조 변화는 미래 연금수급자의 불평등 위험을 확대시킬 것임. -국가들이 이러한 문제에 대처하여 적용할 수 있는 전략들을 논의함.	-가정환경, 보육 및 교육에 대한 접근성, 아동에게 투자된 자원에서의 격차는 사회경제적 그룹 전반에서 기회의 균등을 기대하기 어렵다는 것을 의미함. -장관들은 포괄적 성장과 세대 간 이동을 위한 핵심적 기반인 아동과 청소년들의 생애 초기 기회균등을 위해 각국이 어떤 해결책을 제시해 왔는지 논의	-성 역할 및 가족형태의 변화가 정책 설계에서 현대화와 성의 포용을 요구해왔지만, 사회정책은 여전히 남성부양자 모델(Male Breadwinner Model)에 기초하고 있음. -장관들은 여성의 노동시장 참여율 향상과 유급 및 무급 노동에 대한 양성 평등의 필요 등 21세기의 새로운 현실에 맞도록 사회보호제도를 수정해 온 경험을 공유
17:15-17:30	분과 세션별 좌장의 요약 보고		
17:30-18:00	폐회 전체 회의: 사회정책장관회의 폐회 및 장관회의 선언문 발표		

2. 2018 사회정책 포럼 및 장관회의 논의를 위한 이슈 브리프

이슈 브리프 1 (장관회의 오전본회의 관련)

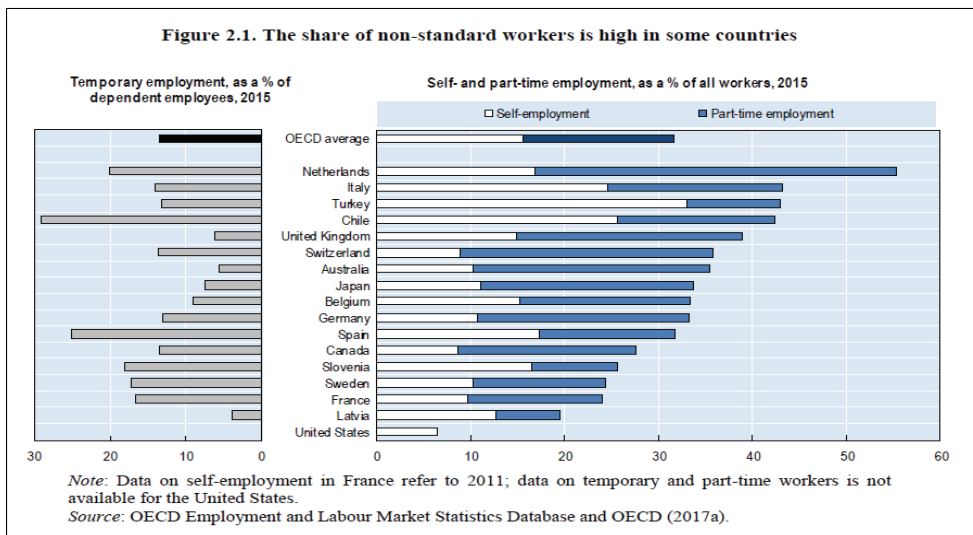
변화하는 노동의 세계에서 사회적 보호(Social Protection)의 변화
(Adapting Social Protection to a Changing World of Works)

□ 비정형 근로자에 대한 제한적 사회보호

- 사회보장제도는 여전히 단일한 고용주에게 고용된 전형적 상근 정규직을 기준으로 설계되어, 다양한 일자리에서 수입은 얻는 노동자나, 임시·독립적인 형태로 고용된 노동자들은 수급자격을 잃거나 보장범위가 제한적
 - OECD 국가들의 경우 전체 노동자의 약 16%가 자영업자이며 임시고용계약으로 일하는 노동자 또한 약 14%에 달함(Figure 2.1).
 - 자영업자의 경우 가장 기본적인 수혜만 누리는 경우가 많음: 조사된 35개의 유럽국가중 6개의 국가만이 자영업자를 표준적인 임금근로자와 같은 방식으로 보장(Spasova et al., 2017)
 - 임시 계약직 노동자들의 경우 불충분한 기여분으로 인해 실업급여 등 자격이나 혜택이 제한되기도 함.
 - 여성은 시간제와 임시직 일자리를 가지는 경향이 있기 때문에 수급자격이 제한될 위험이 남성보다 큼.
- 세계화와 기술의 발달로 노동시장이 변화하면서 다양한 형태의 비정형 고용형태가 증가했으나, 이들에게는 사회보장의 제공이 제한됨.
 - 노동자들이 온라인 플랫폼을 통해 소비자들이 요구하는 개인적인 업무를 수행하기 시작하면서 독립계약자와 같은 새로운 형태의 고용 출현
 - 이러한 새로운 형태의 고용은 근무 장소나 시간에 유연성을 제공하고 돌봄 책임이나 거주지 문제로 인해 노동시장에서 소외되었던 사람들에게 새로운 기회 제공, 하지만 일자리 질에 대한 우려를 증가시킴. 이러한 변화가 노동자들에게 도움이 되려면, 작업형태가 자발적이고, 사회보호 접근성이 있어

야 하고, 직업과 수입의 불안정성에 대한 보상이 주어져야 함.

- 새로운 고용형태에 대한 사회보장을 제공하는 것은 형평성 관점에서 매우 중요한 문제이며, 사회보장제도의 재정분담 기반을 갖추기 위한 올바른 인센티브 제공의 측면에서도 핵심적인 문제임.
- 기업들은 사회보장 재정에 기여하지 않는 고용형태로 노동수요가 이동할 것이며 이러한 위험은 기술의 발달로 인한 거래비용(Transaction Cost) 감소로 인해 더욱 증가할 것임(OECD, 2016).
- 또한 비정형적 고용형태를 선택한 건강한 고학력 청년 노동자들이 사회보장제도로의 편입을 거부함에 따라 사회보장제도의 위험대응력이 위기에 처할 수 있음.



□ 노동의 신세계에 적응하는 사회보호제도 개혁의 세 가지 접근방안

○ 비정형(non-standard) 노동자들을 기존의 사회보장제도에 편입시키고 근로자의 필요를 충족시키기 위한 제도 조정

- 몇몇 OECD국가에서는 비정형 노동자들을 기존의 사회보장제도에 편입하고 있으며 이는 주어진 문제에 대한 간단한 해결책이 될 수 있음.
- 그러나 사용자와 고용인의 분담금으로 운영되는 기존의 사회보장제도에서,

사용자가 없거나 불명확한 고용 형태의 경우 사용자의 분담책임 소재가 모호해질 수 있음.

- 자영업자의 경우 수입에 변동성이 있기 때문에 과거의 소득에 기반한 분담금 평가가 현재의 수입능력을 초과할 수 있음.
- 자발적인 실업을 구분하기 어렵고, 실업수당 지급을 위한 구직활동을 모니터링하기 어려워 고용보험 이슈와 관련한 도덕적 해이가 발생할 수 있음.

○ 사회보호의 개인화(Individualized social protection)

- 사회보장 분담금을 직업이 아닌 개인을 기준으로 책정함으로써 이직을 용이하게 할 수 있음.
- 몇몇 OECD국가들의 경우 개인활동계정(individual activity accounts)의 도입을 염두에 두고 있음.
 - 개인활동계정을 통해 개인별 분담금 부담이 가능하며 분담금의 이동성과 유연성을 개선 할 수 있음.
- 그러나 사회보장의 개인화는 모든 노동자들에게 이익을 주기 위해서 얼마만큼의 재분배를 포함해야 하는지와 재원조달 및 사용자의 역할을 어떻게 설정해야 할지, 퇴직을 위한 비축과 훈련이나 창업을 위한 투자의 비율을 어떻게 조정해야할 지에 대한 문제를 안고 있음.

○ 사회보호의 보편성 강화

- 사회보장을 고용관계와 분리시킴으로서 보장 격차를 해소하고 일자리를 따라 수급자격을 추적해야하는 수고를 줄일 수 있음.
- 건강보험과 출산휴가와 같은 사회보장의 경우 이미 많은 OECD국가에서 보편적으로 적용되고 있음.
- 호주, 뉴질랜드처럼 기준에 적합한 저소득가구에게 소득을 보충해주는 방식도 있으나 자영업자의 수입추적과 소득변동이 여전히 주요한 문제로 남아 있음.
- 보편적인 기본소득(Universal Basic Income; UBI)의 도입이 비정형 노동자들의 통합문제를 해결해 줄 수 있으나 기본소득의 경우 현존하는 정책전

략으로부터 너무 큰 변화이며, 예산부족의 문제를 안고 있음.

논의 주제: 변화하는 노동 환경에 적응하는 사회보호(social protection) 변화

- 귀국의 사회보호시스템은 자영업자와 비정형(non-standard) 근로자들을 얼마나 포괄하고 있는가? 이를 위한 개혁 계획이 있는가? 어떤 분야, 직업, 인구집단에서 비정형 근로 방식의 영향을 가장 크게 받는가?
- 비정형 근로자들의 증가가 귀국의 사회보호제도 재원조달에 위협으로 작용하고 있는가? 귀국은 사회보호 재원조달방식의 변화를 고려하고 있는가?
- 귀국은 최저임금(minimum wages), 근로시간(working time), 고용보호(employment protection), 단체교섭(collective bargaining), 사회보호(social protection)의 측면에서, 국가 전체 또는 하부 수준에서 플랫폼 노동(일명 gig economy)의 규제는 어떤 단계에 있는가?

이슈 브리프 2 (장관회의 오후본회의 관련)

함께 더 강하게: 다양성과 사회포용성을 위한 정책
(Stronger Together: Policies to Promote Diversity and Social Inclusion)

□ 다양성의 측면

○ 다양성을 인정하고 모든 집단의 참여를 가능하게 하는 것이 포용적인 성장을 위한 전제조건이지만 장애인, 소수민족, 성적소수자들과 같은 사회적 소수집단은 여전히 광범위한 차별에 노출되어 있으며 적극적으로 사회·경제적 활동에 참여하기 어려운 실정임.

- OECD국가에서 생산가능인구의 약 15%가 장애 혹은 장기적인 건강문제를 가지고 있어 일상생활에 어려움을 겪고 있음.
- 해당 비율은 연령이 올라갈수록 증가해 50세에서 60세 사이에 이르면 그 비율이 2배에 달함.
- 장애를 가진 사람들의 경우 근로의지가 있음에도 불구하고 노동시장에 참

여가 어려우며 조사된 16개 OECD국가에서 비장애인과 장애인간의 실업률 격차는 27%p에 달하고, 참여하는 경우에도 직업선택의 범위가 제한적

○ 이민자들 또한 사회적 소외의 위험에 처한 집단 중 하나인데, OECD국가 국민의 1/10이 국외 출신이며, 국외 출신은 청년 코호트에서 많이 나타남.

- 15세에서 34세 인구의 약 25%가량이 해외에서 태어났거나, 국내에서 태어났지만 이민자 부모를 두고 있었음.
- 대부분의 OECD 국가에서 이민자들의 고용률은 낮게 나타나며, 고숙련 이민자의 경우에도 마찬가지임. 이민자 여성들의 경우 특히 노동시장에서 불이익을 당하는 그룹이었는데, 대부분의 국가에서 이민자 여성들의 고용률은 이민자 남성, 국내 출신 여성, 남성의 고용률을 크게 밑돌음.
- 대부분의 OECD국가에서는 비 이민 소수민족 인구(3-4세대 전 이민자의 후손)의 규모를 파악하지 않고 있으나 이들의 규모는 생각보다 큼
 - 미국의 전수조사자료에 따르면 2016년 기준 인구의 13%가 아프리카 출신 이민자의 후손이었고 18%가 라틴계였음.
 - 영국의 국가 통계보고서는 2011년 인구의 약 13%가 흑인이거나 소수민족인 것으로 발표
- OECD국가에서 소수민족 그룹의 노동참여는 다수민족에 비해 약간 적은 수준이었지만 교육수준, 활동영역, 급여, 직업의 질 측면에서 큰 불평등을 겪고 있었음.
 - 미국, 뉴질랜드, 멕시코, 칠레와 같은 국가들의 경우 원주민들의 교육은 낮은 수준에 머물렀고 고용률이 낮고 저임금 직군에 많이 종사하고 있었음.

○ 성적지향에 따른 차별이 여전히 사회에 만연해 있음.

- 성적지향에 대해 직접적으로 질문한 OECD국가의 수가 소수에 불과하며 정확히 보고되지 않는 경우가 많아 동성애자, 양성애자, 트랜스젠더, 중성 등 성적 소수자의 규모를 추정하는 데에는 어려움이 있음.
 - 데이터와 조사의 한계로 인해 성적소수자들이 노동시장에서 평균이상 혹

은 이하로 활동하고 있는지에 대한 확인은 힘들다, 현장실험에 따르면 동성애자의 경우 구직과정에서 면접까지 진출할 확률이 이성애자의 절반수준에 불과했음

- 여러 OECD 국가가 동성애를 수용하고 있음에도 불구하고 여전히 동성애 혐오가 만연해있으며 다수의 성적소수자들이 차별을 경험 한다 보고함.

- 이로 인해 성적소수자들은 교육의 정도와 정신건강에 상당한 영향을 받고 있으며 동성커플의 법적지위 제한은 관계의 안정성과 자녀들의 웰빙(well-being)에 부정적 영향을 미치고 있음.

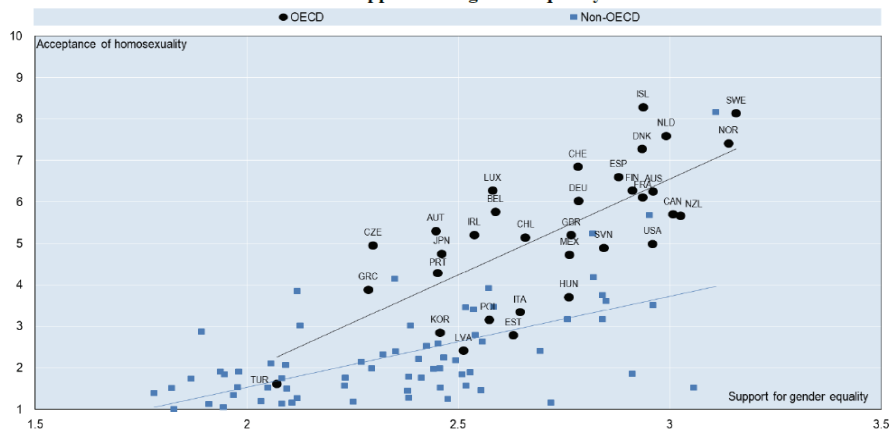
○ 여성의 경우 소수그룹으로 분류 할 수는 없으나 사회적, 경제적 참여에 있어서 여러 차별을 경험하고 있음.

○ 여러 불리한 사회적 정체성을 갖춘 개인들의 경우 인종차별, 성차별, 계급차별, 동성애차별, 외국인 차별 등 다양한 형태의 차별에 복합적으로 피해를 받고 있음.

○ 국가적인 수준에서 양성평등에 더 많은 지원을 하는 사회일수록 동성애에 대한 수용성이 높게 나타났으며 이민자들에 대한 관점도 긍정적인 것으로 나타남.

동성애 수용도가 높은 국가들이 양성 평등에 지지적임.

Figure 2.2. Countries with higher levels of acceptance of homosexuality are also more supportive of gender equality



Source: Valfort (2017), Figure 1.1.

□ 포용적이고 생산적인 다양성 사회 구축

○ 사회적으로 불리한 집단들이 사회적, 경제적 번영에 접근하기 위해 다면적이고 전 정부 수준의 접근법이 요구되며, 이는 다음과 같은 노력들을 포함:

- 양질의 유아기(good-quality early childhood) 및 교육 기회를 통한 기회의 형평성 보장
- 소수 집단의 규모 및 이들의 사회, 교육, 경제 지표에 대한 양질의 데이터 확보
- 생애 전반에 걸쳐 모든 사람들의 노동시장 및 사회보장제도 진입을 촉진하는 지원 제공
- 반차별법 제정; 학교, 직장, 승진에서 나타날 수 있는 편견 타파 및 가정, 직장, 사회에 만연한 선입견 철폐

토의 질문: 다양성(diversity)과 사회포용(social inclusion) 촉진 정책

- 귀국에서 장애인, 소수인종(이주자, 비이주자), 성적소수자(LGBTI)가 직면하는 가장 큰 고용 및 사회문제에는 어떤 것들이 있는가?
- 이들이 학교, 노동시장, 사회 전반에서 공평한 기회를 보장받도록 정부는 어떤 정책들을 실행해왔는가? 정책들의 성과는 무엇인가? 반차별 정책에 대한 표적화된 사회정책의 상대적 중요성은 무엇인가?
- 정부 부처의 정책결정 과정에 이들 취약집단의 관점과 의견을 포함하는 방식과 최종 결과는 ?

이슈 브리프 3.1 (장관회의 오후분과세션 M1 관련)

현명하게 나이 들기 : 인구고령화의 도전과 대응
(Getting older and wiser: Addressing the challenges of pop. ageing)

□ 정책수립가는 두 메가트렌드에 직면: 인구 고령화와 불평등 확대

○ 1980년에는 OECD평균 생산가능 인구 100명당 65세 인구수는 20명에 불과했으나 2050년경에 해당 숫자는 2배 증가할 것으로 예상되며 신흥경제국들의 경우 고령화 속도가 더 빠를 것으로 전망

- 세대 간 불평등이 증가하고 있음. 현재 구직 세대 사이의 불평등은 현재 고령근로자들 간 불평등보다 이미 더욱 큼.

○ 미래 노인들의 삶은?

- 일부 노인들은 노동생애 보다 긴 실업과 저임금에 노출될 가능성이 높은 반면, 더 안정적 노후를 누리는 노인도 다수 존재

- 교육, 보건, 고용, 소득에 있어서의 불평등은 생애 초기부터 구축되기 시작

• 대학교육을 받은 25세 남성은 교육수준이 낮은 동년배보다 기대수명이 8년 더 길었으며, 대학교육을 받은 여성의 경우 기대수명이 4.6년 더 길었음.

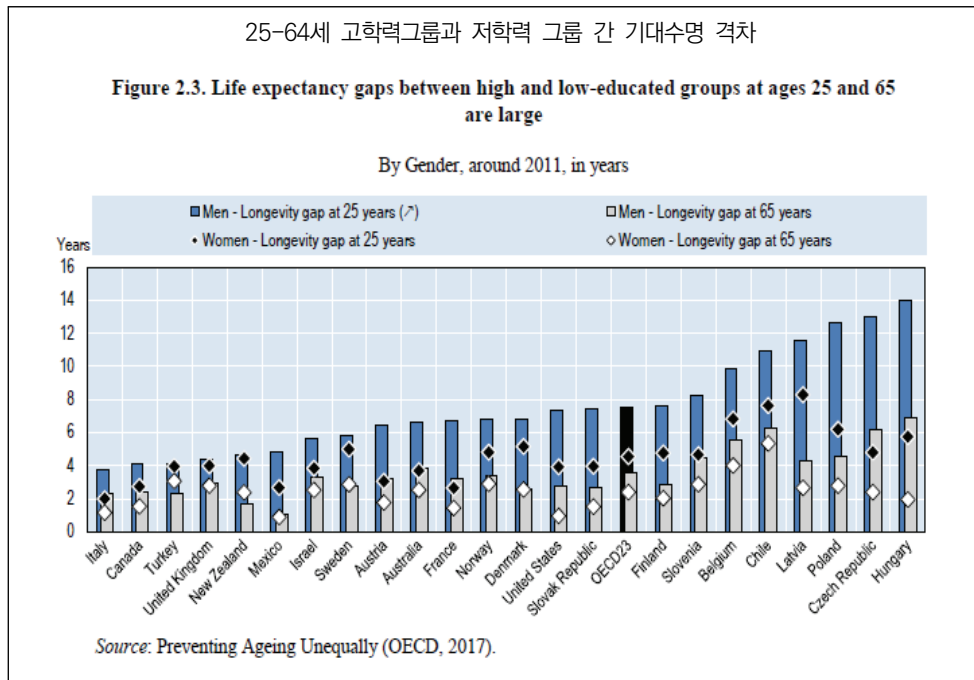
• 모든 연령에서, 건강이 나쁜 사람이 덜 일하고 덜 벌었음. 모든 직종에서, 나쁜 건강은 교육수준이 낮은 남성의 생애수입을 1/3만큼 감소시켰으나 고학력 남성에서는 17%의 손실을 초래함.

• 교육수준이 낮은 인구의 경우 대학교육을 받은 인구에 비해 건강문제에 더 큰 영향을 받으며, 퇴직 시기도 더 빠름.

- 건강악화가 고령노동자들을 조기은퇴에 주요한 원인으로 작용했으나 직업 훈련, 노동시장의 기능, 돌봄부담, 연금제도의 설계 등의 요소도 55세 이상 인구의 고용 저하에 주요한 역할을 함.

- 저소득자는 고소득자에 비해 기대수명이 더 낮았으며, 총 연금 수령액 또한 약 13% 더 낮았음.

- 노년기의 양성평등 또한 주요한 문제로 남아 있으며, 노년기의 노동시장과 소득에 있어 큰 성별 차이가 있음. 65세 이상 여성 연금수령액은 남성보다 평균 27% 낮고, 75세 이상 여성의 빈곤율은 매우 높음.



□ 불평등한 고령화를 막기 위한 포괄적인 정책적 접근

○ 많은 국가들이 연금제도 및 은퇴 후 소득보장시스템이 재정적, 사회적으로 지속가능할 수 있도록 지속적인 개편을 단행해 나가야하지만 노년기를 유일한 정책적 노력의 대상으로 삼아서는 안 되며 전 생애에 걸친 불평등을 예방하기 위한 정책적 노력을 기울여야 함.

- 첫째, 불평등이 축적되기 전에 예방해야 하는 것이 중요함; 생애조기개입이 우선적인 정책 의제로 설정되어야 하며, 사회-경제적 불이익과 건강상태의 연결을 끊기 위한 전략을 수립해야함.
- 둘째, 고착된 불평등을 완화시켜야함: 건강노화 촉진, 고령노동자의 활동과

훈련 지원, 노년기 직업의 품질 향상, 근로감독 등을 포함한 정책 필요

- 셋째, 노년기 불평등에 대처해야 함. 은퇴 후 소득보장제도 개편만으로 노년기 불평등을 해소하는 것은 불가능 하나 불평등 감소는 가능함.
 - 잘 설계된 1차 연금제도와 기타 연금제도의 재분배 구성요소들은 사회·경제적 격차 및 기대수명의 격차가 연금소득에 미치는 영향을 제한 할 수 있음.
 - 또한, 홈 케어(home care)를 지불 가능한 수준으로 만듦으로써 장기요양에서 불평등이 해소 될 필요가 있음.

○ 위에서 언급된 정책 패키지를 설계하고 수행하기 위해서는 가정, 교육, 고용 섹터 간 협력은 물론 관련 정부부처간의 협력 필요

- 행정부처 간 보다 나은 정보 및 지식 공유도 서비스 전달비용 감소에 도움이 될 수 있으며, 정책적 수요 파악과 서로 다른 행위자간 정책대응 통합을 위한 강력한 리더십 필요

토의 질문: 인구 고령화 과제 해결

- 고령화 과제 해결에 있어서 귀 국가의 정책적 우선순위는 무엇인가?
- 불평등한 고령화를 막기 위해 귀국이 사용하고 있는 정책 프레임워크나 메커니즘에는 어떤 것들이 있는가?
- 귀국의 연금정책은 재정적, 사회적 지속가능성이라는 두 가지 목표를 어떻게 다루고 있습니까?

이슈 브리프 3.2 (장관회의 오후분과세션 M2 관련)

사이클 깨기: 아동기, 청년기, 세대 간 불리
(Breaking the Cycle: Childhood, Youth, and Intergenerational Disadvantage)

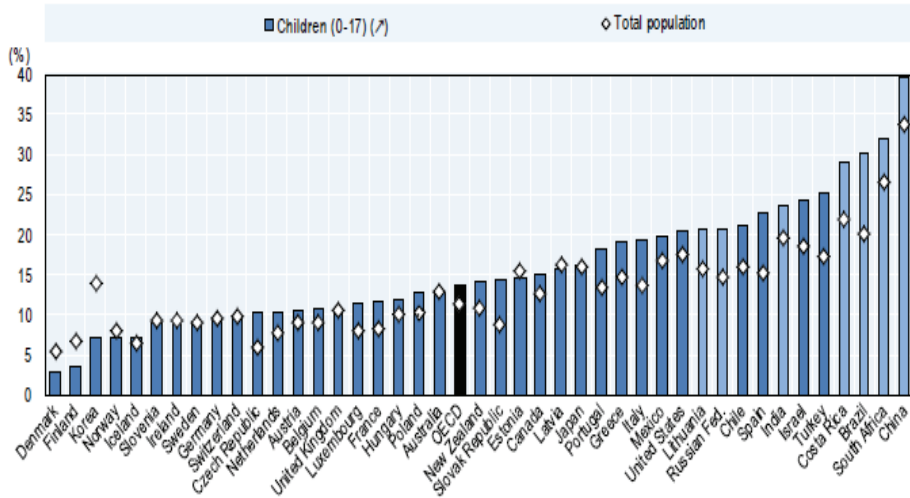
□ 저소득층 아동들은 복합적인 불리함에 직면

○ OECD국가의 다수의 아동들이 아동기 교육 및 보육에 대한 불평등한 접근, 조기퇴학, 아동에 대한 지출 격차 등 다양한 요소로 인해 장기적인 불평등에 노출되어 있으며, 이는 포용적인 성장에 상당히 부정적인 영향을 미치고 있음.

- OECD 국가 아동들은 7명에 1명꼴로 상대적 소득빈곤에 노출되어 있으며 대부분의 국가에서 아동들이 다른 연령대의 인구보다 빈곤을 경험할 확률이 더 높음(Figure 2.4).

중위소득 50%미만 가처분소득을 갖는 인구와 0-17세 아동 비율

Figure 2.4. Percentage of children (0-17) and total population with a disposable income of less than 50% of the national annual median, 2015 or nearest available year



Source: OECD Income Distribution Database (<http://oe.cd/idd>).

- 빈곤한 아동일수록 건강상태가 좋지 않고 학업 성취도가 낮으며, 따돌림에 노출되거나 부모와 관계가 소원할 확률 증가함.
- 나쁜 건강상태와 낮은 학업성취도는 청년기의 실업 위험과 큰 연관성을 가짐.
- 건강문제로 고통 받는 15-29세 청년들의 경우 직업도 없고 훈련과 교육도 받지 않는 니트족(NEET)이 될 확률이 일반적 동년배보다 4배 높았음.

○ 지속가능하며 포용적인 성장을 위해서 정책수립자들은 사회 경제적으로 불리함에 처해 있는 아동과 청년들에게 특별한 관심을 가지고 모든 측면에서 전반적인 아동의 웰빙과 청년의 기회를 신장하기 위해 노력해야 함.

□ 평등한 기회 촉진

- 사회정책은 아동과 청년들의 평등한 기회부여를 위해 다음과 같은 전략을 수립 할 수 있음.
- 아동의 물질 결핍과 가족 환경에 대한 가구 빈곤과 빈곤 영향 퇴치
 - 가구 빈곤은 교육, 영양, 여가, 보육 등 아동의 개발을 위한 투입에 악영향을 미침.
 - 저소득가구의 경우 불편한 교통편으로 인해 학교에 대한 접근이 어렵거나 범죄에 노출될 확률이 높음.
 - 재정적 어려움은 또한 부모와 자녀간의 소통을 포함해 가구원간의 관계에 악영향을 미칠 수 있음.
 - 일과 가정 양립을 위한 정책 또한 양질의 양육과 부모-자녀 간 소통에 있어 중요한 역할을 할 수 있음.
- 사회 경제적으로 불리한 아동들의 다양한 욕구(needs) 해결
 - 통합적인 서비스 전달은 가구의 다양한 서비스 수요를 충족시킬 수 있는 잠재가능성을 가지고 있음.
 - 나라별로 서비스의 범위나 설계는 다양하나 성공적인 통합서비스 전달

사업들은 사례 관리, 지역사회기반의 단일 창구(single-entry point) 등을 가지는 공통점을 가지고 있음.

- 또 다른 전략은 가정기반 서비스로, 서비스에 대한 접근성이 떨어지는 가구들을 도울 수 있음.
- 통합서비스 전달 프로그램의 효과성은 서로 다른 서비스들의 상호작용 정도와 지역사회, 국가의 공공기관들이 통합서비스 전달을 얼마나 용이하게 하는지에 달려 있음.

○ 가구 내 동거형태의 변화에 따른 사회보호제도 변화

- 아동들이 받는 정책적 지원은 부모의 동거 형태에 대한 법적 인정에 따라 달라질 수 있으므로 동거형태의 다양화는 아동기의 불평등에 영향을 미칠 수 있음.
- 많은 국가들이 비혼 부모의 자녀들을 위해 보다 많은 지원을 고려할 필요가 있음.
- 세제와 아동지원 제도 또한 모든 아동들이 부모의 법적 파트너십 지위와 무관하게 같은 지원을 받을 수 있도록 해야 함.

○ 아동에 대한 투자의 적시성

- 불리함이 견고해지기 전에 생애조기 개입을 수행해야 향후 개인적, 사회적, 국가적 비용을 줄일 수 있음.
- 인지적, 사회적, 신체적 기술 및 건강의 조기개발을 위한 지원정책들은 교육, 고용, 소득에 장기적으로 긍정적 영향을 미칠 수 있음.
- 정책자들은 또한 저소득층 아동들이 아동기에 필요한 지원의 혜택을 볼 수 있도록 평등한 접근을 보장해야 함.

○ 청년 실업자들을 위한 맞춤형 개입

- 장애가 있거나 중등교육을 마치지 못한 청년 니트족의 경우 보다 집중적인 지원이 필요함.
- 가장 유망한 프로그램은 학업, 직업훈련, 상담, 주거지원을 복합적으로 지

원함으로써 인지적 능력과 직업능력, 사회적 기술을 동시에 성장시키는 프로그램임.

토의 질문: 아동기, 청년기, 세대를 이어가는 불리함(disadvantage)

- 귀국에서 특별히 빈곤 위험에 처한 아동들을 있습니까? 이유는 무엇입니까. 아동 빈곤에 대응하기 위해 어떤 프로그램 또는 정책들이 있으며, 성과는 어떠한가?
- 가장 소외된 아동들을 지원하고 그들의 다면적인 욕구를 해결하기 위해 어떤 유형의 서비스 제공방식이 가장 잘 작동했는가? 귀국의 사회정책은 어떻게 비전통적인 가족 구성에서 아동들이 직면한 문제를 해결하기 위해 어떤 정책이 있는가?
- 청년 니트족(NEET)의 구직과 필요 기술 습득을 위해 어떻게 지원하고 있는가? 소수와 취약 집단에 타겟팅하고 있는 정책이 있는가?

이슈 브리프 3.3 (장관회의 오후분과세션 M3 관련)

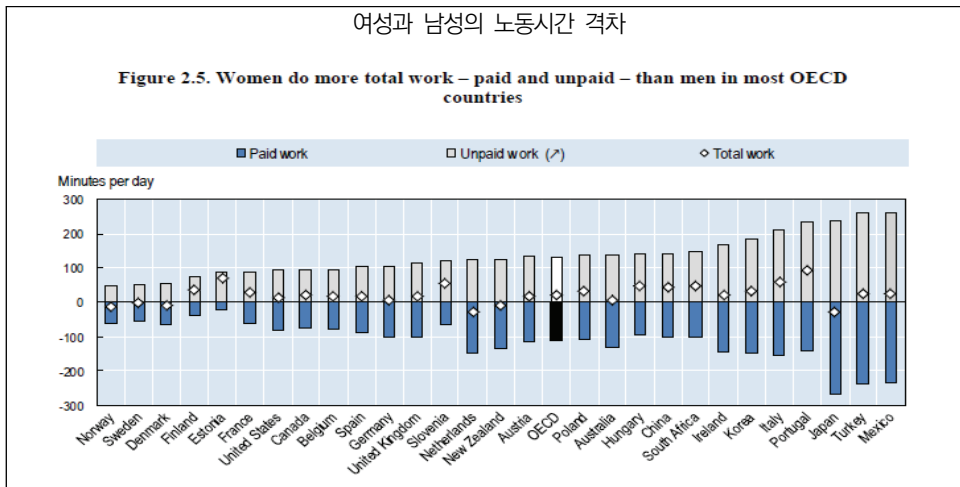
변화의 시간: 사회정책에서 성 주류화
(Time for Change: Mainstreaming Gender in Social Policy)

□ 양성평등의 현재와 미래의 과제

○ 양성불평등은 모든 국가에서 사회적, 경제적으로 만연

- 지난 수십년간 여성의 교육수준과 노동참여 비율은 증가해 왔으나 OECD 평균 여성의 유급노동 참여율은 남성에 비해 12% 낮음.
- 노동시장에 진입한 여성들의 경우 파트타임으로 일하거나 관리직 진출이 어렵고 수익성이 낮은 섹터에서 일하는 비율이 높았으며, 남성과 상당한 규모의 임금격차를 경험하는 등 여전히 성차별에 노출되어 있음.
- 중간수준의 임금을 받는 상근직 여성 노동자의 경우 같은 조건의 남성보다 15% 낮은 임금을 받음.

- 노동시장에서의 성별격차는 자녀양육기에 더 크게 나타났는데, 여성에게 치우친 양육책임은 기혼여성의 노동 참여와 급여, 발전의 기회를 미혼의 여성과 남성에 비해 저하시킴.
- 무급노동, 유급노동 시간을 종합했을 때 대부분의 OECD국가에서 여성의 노동시간이 남성의 노동시간보다 길었으며(Figure 2.5) 몇몇 신흥경제국에서 여성의 무급노동시간은 남성의 무급노동시간의 10배에 달함.



○ 여성이 유급노동에 참여하는 가정의 숫자는 증가해왔지만 사회정책은 여전히 이들을 위한 충분한 지원을 제공하지 못하고 있음.

- 구시대적 남성부양자 중심의 모델에 기반 한 사회정책은 여성이 노동시장에 참여하는 것에 대한 인센티브를 감소시키며 많은 정책들이 여전히 여성들을 사실상의 돌봄 제공자로 규정하고 있음.
- 육아휴직과 같은 일과 가정 양립을 목표로 한 정책들의 경우에도 ‘부모’가 아닌 ‘어머니’를 대상으로 한다면 성에 대한 편견을 심어주는 결과를 낳을 수 있음.
- 대부분 여성에 의해 무급으로 제공되는 노인 돌봄 또한 주요한 문제로 부상하고 있으며 향후 양성 불평등의 동인이 될 것임.

- 사회정책은 적절한 가격과 양질의 노인케어를 제공하는 동시에 돌봄 제공자들이 그들의 노동과 건강, 수익과 관련된 리스크를 적절히 커버할 수 있도록 도와야 함.

□ 사회정책에 있어서 성 주류화

- 양성평등을 위해서는 전 정부 수준의 접근법이 요구되며 모든 정책과 예산은 여성과 남성, 여성청소년과 남성 청소년, 여성문제에 미칠 수 있는 다양한 영향력들을 고려해야만 함
- 성주류화를 위해서는 정책과정의 모든 단계에서 각 이슈에 대한 성 영향력을 평가해야 함
- 최근의 OECD 조사(2017)는 여성에 대한 폭력(violence against women: VAW), 성별 임금격차, 무급노동의 불평등한 분배를 양성불평등에 있어서 가장 중요한 세 가지 이슈로 규정하고 성 주류화를 위해 국가의 취해야 할 여러 층위에서의 활동을 제시함.
 - 각국 정부는 여성에게 직·간접적으로 영향을 미치는 이슈들에 대한 데이터 수집을 개선해야 함.
 - 국가는 시간조사 및 VAW(violence against women) 조사를 통해 여성의 역량강화에 중요한 지표들을 생산해내고 있으나 이러한 조사들은 OECD국가에서 자주 수행되지 않고 있음.
 - 정책 입안자는 성차별이 정책 채택에 미치는 영향을 고려해야 함.
 - 유연근무, 파트타임 근무, 육아 휴직 등 일과 가정 양립을 위한 정책적 수단의 수혜자가 여성으로 한정된다면 이들 수단은 오히려 성별 임금격차를 늘이는데 기여할 수 있음.
 - 여성과 남성에게 미치는 영향의 차이가 프로그램 설계, 평가, 개혁에서 검토되고 검사되어야 함.
 - 조건부 현금급여 프로그램 등에서 급여 충족 조건이 여성들의 고용을 감소시킬 수 있음.

토의 질문: 사회정책에 있어서 성 주류화(gender mainstreaming)

- 귀국은 무급노동(unpaid work)에서 남성과 여성의 불평등한 분배를 어떻게 해결하고 있는가? 무급노동에서 불평등한 분배를 해결하기 위한 시도들이 어떻게 노동시장에서 여성의 참여, 임금, 승진에 영향을 미치고 있는가?
- 귀국 정부는 사회정책 수립과정의 각 단계에서 성 차이(gender difference)를 고려하고 있는가? 관련된 모범사례가 있는가? 정책 과정의 각 단계에서 어떤 장애물이 존재하는가?
- 귀하 정책 영역에서 성(gender)을 주류화하는데 유용한 제도적 장치는 무엇인가? 각기 다른 정책 분야, 이슈, 부처 간 어떻게 조정이 이루어지는가?

3. 2018 사회정책 포럼 및 장관회의 결과

가. 2018 사회정책 포럼 결과

□ 사회정책포럼 참석 개요

○ 일시 : '18. 5. 14(월)

○ 주요 참석자

- 35개국 이상의 OECD 회원국 및 파트너 국가 대표
- 한국 대표단: (복지부) 박능후 장관, 장재혁 국장, 장재원 과장, 김진옥 사무관, 안선미 주무관, 이슬비 에디터, (보사연) 강신욱 선임연구위원, 강희정 연구위원

□ 사회정책포럼 오전 본회의

○ 일시 : '18. 5. 14.(월) 09:30 ~ 11:00

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 그랜드살롱

○ 진행 방식

- 주제: 내일의 사회정책 발전을 위한 오늘의 경청(Listening Today for Better Social Policies Tomorrow)
- 사회보호를 위한 현재와 미래의 과제, 정책입안에서 시민 참여
- 패널 구성: 사회자 1명, 전문가 5명

역 할	소 속	직 위	성 명
Moderator	The Canadian Press, Ottawa Bureau	Chief	Heather Scoffield
Speaker	Ministry of Families, Children and Social Development, Canada	Minister	Jean-Yves Duclos
	Ministry of Employment and Social Protection, Ireland	Minister	Regina Doherty
	Politics and Government Outreach, United States	Global Director	Katie Harbath
	City of Athens, Greece	Mayor	Giorgos Kaminis
	OECD Sherpa to the G20	Chief of Staff	Gabriela Ramos

○ 주요 논의 내용

- 사람들에게 중요한 걱정요소에 대한 조사 결과
 - 정책포럼을 위해 준비된 “risk that matters”의 조사 결과, 사회적 이동성 저하에 대한 염려, 삶의 수준이 전년보다 못해졌다는 인식, 이러한 위험에 대비한 혁신적 수단이 필요하다는 인식 등이 확인됨.
- 환경 변화와 정책의 대응에 대한 경험
 - (아일랜드) 자영업자(스스로 선택하지 않은 자영업자 포함) 대상 연금 지급 방안, 한부모 가정에 대한 급여 수준 향상, 정기적 근로 가구 조사를 통한 삶의 질 향상 목적의 공공서비스 모델 개발 등
 - (캐나다) 경제적 조건 뿐 아니라 사회적 측면의 보호 문제에 대한 대응, 매직 트라이앵글(중산층, 지속가능성, 경제성장)의 틀에서 정책 수립, 노숙자 감소를 위한 주거정책 등
 - (그리스) 경제적 위기 극복 과정에서 사회적 돌봄 구조 변화, 취약계층에 대한 의료 및 사회적 지원(신체적, 정신적 측면을 포함한 전인적 접근)을 위한 지역단위 일차의료센터 운영 등
 - (OECD) 정책 대응의 방향으로 급여의 자격기준 상향 조정, 과표 확대, 조세체계의 누진성 강화, 사후적 재분배에 대한 개입에서 분배에 대한 개입으로 전환 제시
- 시민의 걱정과 관심을 파악하는 방식과 정책 반영
 - (아일랜드) 매년 사회통합포럼을 통해 사회 구성원들의 의견을 수렴하고 이에 근거한 정책예산 수립
 - (그리스) 사회적 이동성을 높이기 위한 주민참여를 유도하는 다양한 프로젝트 운영, 다양한 이해관계자의 참여를 기반으로 정부에 대한 신뢰 회복과 민관협력의 시너지 창출
 - (페이스북) 지역단위 프로그램 참여, 개선의견이나 불만을 정부에 전달하는 창구로서 사회연결망의 역할, 디지털 독해력 향상을 위한 지원 필요성 강조

□ 오전 분과 세션

○ 일시 : '18. 5. 14.(월) 11:15 ~ 12:30

○ 진행방식

- 모두를 위한 사회적 보호 보장(Ensuring Social Protection for All)을 공통 주제로 하여 두 개 분과로 구성
- Session 1: 사회적 보호에서 집단적 책임 vs. 개인적 책임(For one or for all? Collective vs. Individual responsibilities in Social Protection)
- Session 2: 사회적 보호에서 격차 좁히기(Leaving no one Behind: Targeting Gaps in Social Protection)

□ 오전 분과 Session 1: 사회적 보호에서 집단적 책임 vs. 개인적 책임(For one or for all? Collective vs. Individual responsibilities in Social Protection)

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 그랜드살롱

○ 패널 구성:

역 할	소 속	직 위	성 명
Moderator	The Canadian Press, Ottawa Bureau	Chief	Heather Scoffield
Speaker	Berlin Social Science Centre, Germany	Head of Work and Care Unit	Lena Hipp
	University Adolfo Ibáñez, Chile	Associate Professor of Economics	Eduardo Fajnzylber
	University of Oxford, UK	Associate Professor of Law	Jeremias Prassl
	Ministry of Employment and Social Solidarity, Québec, Canada	Minister	Francois Blais

○ 주요 논의 내용

- 비정형, 불안정 노동자의 분포에 대한 국제 비교에서 특징
- 거의 대부분의 OECD국가에서 비정형 고용이 증가했으며 정도에서만 다소 차이가 있음(예, 네덜란드는 40%, 동유럽 국가는 10% 이하).

- 비정형노동자가 동질적인 인구집단(예, 여성, 이민자 등)에 집중되어 있다는 점이 특징임.
- 임시노동자(temporary worker) 역시 광범위하게 존재하며, 특히 첫 직장경력으로 임시직을 택하는 경우가 증가함.
- 노동자에 대한 사회적 보호의 주요 사례
 - 캐나다 퀘벡 주는 캐나다에서 소득이 높은 주이며 조세제도 등 재분배 제도가(예, 연대세제지원금(solidarity tax credit)) 잘 작동하여 낮은 빈곤율을 보임. 고용 상황 역시 완전 고용과 보편적 보호 상태를 보임.
 - 칠레는 오래전부터 개인계정에 기반한 보편적, 소득비례, 지속가능한 연금제도를 운영 중. 지속가능성에는 문제가 없으나 급여 충분성(특히 중산층의 경우) 부족이 문제임. 개인 계정으로 운영되는 연금제도는 노동자의 이동성이 높은 사회에서 잘 작동되는 장점이 있었으나 최근 이민의 증가로 새롭게 문제가 부각됨.
- 변화하는 노동에 대한 법적, 제도적 대응 사례
 - 새로운 비즈니스 모델과 새로운 노동에 대한 법적 대응의 방식은 크게 두 가지임. 첫째는 기존의 법으로 노동자와 소비자를 보호하는 것이고, 둘째는 법제를 혁신하고 새로운 법으로 변화하는 현실에 대응하는 것임. 노동 유연성과 노동 보호는 상충된다고 볼 수 없음.
 - 캐나다 퀘벡주는 프리케리어트 근로자의 소득 감소에 대응하고 빈곤율을 줄이기 위해 연대세제지원금이라는 일종의 마이너스의 소득세제 운영. 특히, 단독가구의 수급률을 높이하고자 하고 있으며, 장애인에 대해서는 급여를 약 40% 증가시키려 계획 중임.
- 노동자 보호에서의 사회적 격차를 줄이는 방안
 - 최저임금을 점차 인상하는 것이 필요함. 최저임금의 인상은 고용주가 얻은 것을 나누는 것이며 비공식 노동을 공식화하는 데 유리함.
 - 비전형 고용주가 증가하는 상황에서 빅데이터를 이용한 조세, 사회보장, 고용보호의 통합운영 가능성이 존재함(예, 폴란드).

- 남녀 근로자간 사회적 보호의 격차를 줄이는 방법은 양질의 보육서비스를 제공하고 조세체계를 개인화하는 것, 그리고 남성의 근로시간을 단축하는 것 등임.

□ 오전 분과 Session 2: 사회적 보호에서 격차 좁히기(Leaving no one Behind: Targeting Gaps in Social Protection)

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 소프라노

○ 패널 구성:

역 할	소 속	직 위	성 명
Moderator	Social policy, Employment and Social Development	Senior Director	Doug Murphy
Speaker	Center for Applied Behavioral Science, MDRC, USA	Director	Rekha Balu
	Evaluation and Information Management, Ministry of Social Development, Brazil	Vice-Minister	Vinicius Botelho
	International Social Security Association (ISSA)	President	Joachim Breuer
	Social Work and Public Affairs, Columbia University, USA	Professor	Jane Waldfogel
	China Association of Social Security, China	General Secretary	Lu Quan

○ 주요 논의 내용

- 사회적 보호에서 격차와 정책 대응
 - 노동시장에서의 포용성 확대를 위한 사회정책의 중요성 확대
 - 사회보호에서 보장성에서 격차 뿐 아니라 자격이 있어도 정보가 없어 보장 받지 못하는 정보 격차도 중요한 이슈
 - 정부기구들을 참여시키는 노력, 접근 장애 해소, 제도의 복잡성, 법적 요건 등에 대한 설계 강화 필요
- 국가 유형별 사회적 격차에 대한 관점 차이
 - (ISSA) 사회적 급여 확대 정책은 사람의 포괄성, 바른 서비스, 서비스 제공의 정확성 측면에서 추진, 고소득 국가들은 높은 보장률 달성으로 서비스의 정확성에 관심을 갖는 반면, 신흥 중위소득 및 저소득 국가들은 새

로운 유형의 노동자 출현으로 인한 새로운 격차 해소에 관심

- 격차 감소를 위한 정책대응 사례

- (중국 사례) 사회보호 확대 정책은 중앙정부의 설계와 지방정부의 역량 향상을 통한 협력 중요, 공공기금(public finance) 마련을 통한 지방 보조, 단계적 보장성 확대 및 대상 제외자들에 대한 현금 이전 등
- (브라질 사례) 80년대 이후 사회보험의 지속가능성이 과제, 개인 기여금과 조세를 통해 임시노동자들도 사회보장제도에 편입, 현금수당제도 도입을 통한 격차 감소와 가족 등록시스템을 통한 사각지대 해소 추진, 프로그램 확대에서 타깃팅 정확도 중요
- (미국 사례) 미국 보건부, 좋은 급여정책을 통한 비용효과성 제고를 위해 저소득층 가구 대상 바른 행태 변화를 유도하는 Nudging 프로그램 운영
- (OECD) 경제적, 의료적 만족 등 다차원적 빈곤지표 개발 추진, 사회정책에서 빈곤의 영향을 검토하고 보완적 빈곤지표를 개발하여 모든 회원국들이 정책 효과를 점검하도록 지원

- 모범적 접근

- 사회보장제도의 향상을 위한 골드 트라이앵글(예방, 재활, 보장성) 관점과 격차 해소를 위한 기술의 활용과 낙인(stigma) 문제 등 다양한 문제를 고려한 정책의 정교성 필요

□ 오후 분과 세션

○ 일시 : '18. 5. 14.(월) 14:30 ~ 15:45

○ 진행방식

- 사회정책에서 혁신(Innovation in Social Policy)을 공통 주제로 하여 두 개 분과로 구성
- Session 3: 사회정책을 위한 새로운 도구("There's an App for that": New Tools for Social Policy)
- Session 4: 파트너십을 통한 영향: 21세기 사회 혁신(Impact through

Partnership: Social innovation in the 21th Century)

□ 오후 분과 Session 3: 사회정책을 위한 새로운 도구(“There’s an App for that”: New Tools for Social Policy)

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 소프라노

○ 패널 구성: 사회자 1명, 전문가 5명

역 할	소 속	직 위	성 명
Moderator	United States Council for International Business	Senior Counsel	Ronnie Goldberg
Speaker	Robotics, Artificial Intelligence and the Future of Labour, European Commission	Special Adviser	Michel Servoz
	Health and Public Service, Accenture, Australia	Brian Lee-Archer,	Brian Lee-Archer,
	Planning, Evaluation and Regional Development, Ministry of Social Development (Sedesol), Mexico	Under-Secretary	Javier Garcia Bejos
	Ministry of Social Affairs, Estonia	Deputy Secretary-General	Rait Kuuse
	Gapsquare, UK	CEO	Zara Nanu

○ 주요 논의 내용

- 사회정책을 위한 데이터 통합과 프라이버시 문제
 - 포용적 사회는 정책들의 통합을 위해 중앙에서 관리하는 데이터 통합을 요구, 개인정보 보호는 가장 높은 관심 이슈
 - 관련하여, EU GDPR(general data protection regulation, 유럽지역 data privacy 관련법의 조정을 위한 EU가이드라인), 미국의 개인 동의 기반 데이터 연계 법제화, 에스토니아의 Opt-out 제도 등 새롭게 정교한 방식의 접근이 소개됨.
 - 에스토니아는 전자주민증 도입, 통합과 소통을 위한 데이터 활용에서 선도적인 국가로 대표됨. 개인별 전자 아이디 발급이 핵심 요소였음.
- 사회보호를 위한 데이터와 기술의 활용
 - EU는 사회서비스를 개인화(Individualization)하는 접근에서 데이터 통합과 인공지능 분석의 필요성을 제시, 의료에서 예방 효과 확대와 사회적

기본권 측면에서 기술의 활용 촉진 강조

- 성 격차, 공공 분야에서 발생하는 틈(chasm)을 해결하기 위한 기술 활용, 데이터 분석의 필요성 증가
- 소외 집단에 대한 접근
 - 에스토니아는 인터넷 사용률이 90%이상으로 높은 나라였던 반면, 멕시코는 개인별 식별 아이디가 없어 사회보호에서 제외되는 사각지대 발생, 데이터 구축이 우선 과제임.
 - 전자적 데이터 구축을 위한 노력과 서비스 전달을 위한 디지털화를 구분하여 단계적으로 추진 필요
- 디지털 도구의 접근과 이용에 있어서 동일한 기회 보장
 - 성별 보수에서 격차, 고용 격차, 연금 격차, 빈곤 격차 등 다양한 격차 감소를 위해 디지털 솔루션에 대한 공평한 기회를 보장하고 이를 활용하는 북유럽 국가들의 사례 공유 필요

□ 오후 분과 Session 4: 파트너십을 통한 영향: 21세기 사회 혁신(Impact through Partnership: Social innovation in the 21th Century)

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 그랜드 살롱

○ 패널 구성: 사회자 1명, 전문가 4명

역 할	소 속	직 위	성 명
Moderator	United States Council for International Business	Senior Counsel	Ronnie Goldberg
Speaker	Robotics, Artificial Intelligence and the Future of Labour, European Commission	Special Adviser	Michel Servoz
	Health and Public Service, Accenture, Australia	Brian Lee-Archer,	Brian Lee-Archer,
	Planning, Evaluation and Regional Development, Ministry of Social Development (Sedesol), Mexico	Under-Secretary	Javier García Bejos
	Ministry of Social Affairs, Estonia	Deputy Secretary-General	Rait Kuuse
	Gapsquare, UK	CEO	Zara Nanu

○ 주요 논의 내용

- 민간단체들의 주요 활동 내용 소개
 - (슬로베니아)고령자의 디지털격차를 줄이기 위한 자원봉사 활동
 - (캐나다 퀘벡) 발전이 지체된 일부 지역공동체에 대해 주로 문화적 활동 지원을 통해 발전을 지원하는 활동
 - (프랑스) 여성의 지위가 열악한 지역(국가)에서 피해 여성을 수용하여 돌보고 의료, 심리, 법적 상담을 제공
 - (브라질) 남성의 위해서도 성 평등은 중요하다는 의식 하에 성 평등을 위한 자원봉사 활동
- 누가 가장 중요한 파트너이며 어떤 협력이 가장 필요한가?
 - 자원봉사자가 가장 중요한 주체이지만 현실적으로 자금지원(funding)이 가장 아쉬움
 - 자원봉사의 경우에는 첫해의 경험이 매우 중요하며, 포기하지 않는 것이 중요.
 - (파트너 간 이해의 충돌 우려에 대해) 공동체와 민간의 개입이 상충되는 경우는 많지 않음.
- 정부는 어떻게 좋은 파트너가 될 수 있는가
 - 정부는 재정지원을 통해 지원할 수 있을 뿐만 아니라 민간과의 열린 대화, 민간 사이의 연결을 지원하는 방식으로 민간을 지원할 수 있음.
 - 정부의 빈곤감소 정책은 그 자체로 긍정적 역할을 수행함.

□ 사회정책포럼 오후 전체 회의

○ 일시 : '18. 5. 14.(월) 16:00 ~ 17:15

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 그랜드살롱

○ 진행 방식

- 주제: 포용적 성장을 위한 사회 정책(Social Policies for Inclusive

Growth)

○ 패널 구성: 사회자 1명, 전문가 5명

역 할	소 속	직 위	성 명
Moderator	The Canadian Press, Ottawa Bureau	Chief	Heather Scoffield
Speaker	Ministry of Families, Children and Social Development, Canada	Minister	Jean-Yves Duclos
	Ministry of Employment and Social Protection, Ireland	Minister	Regina Doherty
	Politics and Government Outreach, United States	Global Director	Katie Harbath
	City of Athens, Greece	Mayor	Giorgos Kaminis
	OECD Sherpa to the G20	Chief of Staff	Gabriela Ramos

○ 주요 논의 내용

- 오늘의 논의를 바탕으로 내일 장관회의에서 제기할 쟁점
 - (그리스) 사회적 연대와 사회 통합은 현대 사회에 두 가지 코너스톤(cornerstone)이 되어야 함, 급격한 사회적 변화는 공동번영에 대한 새로운 정의를 필요로 함. 즉, 부를 얼마나 생산하는지가 아닌 얼마나 분배하는지가 공동번영의 기준이 되어야 함. 이를 위한 두 개의 축은 노동화(labourize)와 견고한 사회국가(사회적 대화) 건설임.
 - (캐나다) 정책과 정치는 관련되어 있고 경청(listening)과 대응(responding)은 동시에 중요하게 다루어져야 함. 이러한 과정을 통해 긍정적인 사회적 결과를 기대할 수 있으며, 보다 공개적이고 투명한 사회를 만들어가는 것임. OECD 국가 간 공동의 비전 설정과 협력이 중요함.
 - (일본) 포용적 성장을 위한 사회정책을 논의 중이며, 노동시장의 구조 변화에 중요한 기회로 활용하고 있음. 특히, 일본의 고령화에 대응하는 선도적 정책 경험의 공유는 지속가능한 경제정책 방향 추진에 기여할 것임.
 - (스웨덴) 스웨덴 젊은이들의 미래에 대한 걱정을 확인하는 것은 더 좋은 미래를 설계하는 좋은 근거라고 기대함. 사회정책의 실현 가능성 차원에서 사람들의 신뢰가 매우 중요함. 스웨덴이 평등한 국가라는 인식이 확산되어 있으나 젊은층의 상황은 낙관적이지 않음(불평등이 서서히 증가하고 있고 정부 신뢰도 낮아짐). 정책과 정치의 관련성에 동의하며, 내일 장

관회의에서 정부신뢰를 다시 회복할 수 있는 방안에 대한 논의를 제안함.

- (포르투갈) 사회정책에서 다른 접근이 필요한 때라는 의견에 동의함. 시장에 대해 최소한의 영향만을 주려는 접근은 더 이상 유효하지 않음. 노동과 사회적 보호간의 관계에서 비전형 근로자에 대한 보호제도를 발견하는 것이 힘든 과제임. 이에 대해서는 모든 국가에 적용되는 공통된 해법이 존재하지는 않을 것임.
- 성 격차(gender gap) 감소를 위한 접근
 - (포르투갈) 서로 다른 주장을 듣는 것이 매우 중요하며, 부모보험의 개인 단위 적용 등 여성의 경제적 의존성을 감소시키는 정책적 접근이 필요함.
 - (일본) 여성 고용 촉진, 어린이에 대한 투자 확대, 여성의 고용 유지를 위한 지원 강화 등 정책 추진 중, OECD의 근거기반 정책개발과 지원을 기대함.
- 경제위기를 경험한 정부 정책의 변화
 - (포르투갈) 최저임금 인상, 기술향상(up-skilling)을 위한 투자(훈련과 생애 교육) 확대를 통해 경제적 안정성 제고
 - (그리스) 경제적 위기 이후 긴축재정기간 동안 사회연대적 소득 프로그램 도입, 빈곤아동에 대한 급여 확대, 무상 보육 프로그램 추진 등 광범위한 사회적 개혁 단행, 실업률 감소 등 긍정적 성과를 확인하고 있음.
- 중산층 정책과 시민 사회와의 협력
 - (캐나다) 매직 트라이앵글(중산층, 지속가능성, 경제성장)의 틀에서 중산층 중심의 정책을 추진하고 있으며, 성장에서 형평성 보장과 특히, 성 평등의 관점을 중요하게 다루고 있음. 캐나다의 사회정책 추진에 있어서 이해관계자의 참여는 정책 추진의 핵심 요소임.

나. 사회정책장관회의 결과

□ 사회정책장관회의 참석 개요

○ 일시 : '18. 5. 15(화)

○ 주요 참석자

- 35개국 이상의 OECD 회원국 및 파트너 국가 대표
- 한국 대표단: (복지부) 박능후 장관, 장재혁 국장, 장재원 과장, 김진옥 사무관, 안선미 주무관, 이슬비 에디터, (보사연) 강신욱 선임연구위원, 강희정 연구위원

□ 사회정책장관회의 오전 본회의

○ 일시 : '18. 5. 15(화), 09:30 ~ 12:30

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 그랜드살롱

○ 진행 방식

- 주제: 공동 번영을 위한 사회 정책: 포용적 미래(Social Policy for Shared Prosperity: Embracing the Future)
- 각국 장관은 전날 사회정책포럼의 논의를 바탕으로 노동의 신세계에서 사회정책이 직면한 과제 해결과 사회보호정책 수립에서 시민 참여에 대한 정책 사례 공유

○ 주요 논의 내용

- (포르투갈) 비정형 형태 고용에 대한 유연성 확대, 사회통합 차원에서 이들을 포용하는 프로그램 시행의 세 가지 접근 소개. 첫째, 적극적 노동시장정책(ALMP)으로 투자기업에게 인센티브 제공, 둘째, 비정형 근로와 임시고용의 범위를 규제하고 위반 기업에 대한 벌금 부과 또는 준수 기업에 대한 인센티브 제공셋째, 비정형 노동에 대한 새로운 보호제도 구축으로 부모휴가(parental leave), 상병휴가 등을 포함하고 있음.
- (그리스) 이전에 규정되지 않았던 근로형태 증가에 따른 부정적 영향을 해

소하기 위한 장기적 로드맵을 수립하고 이 과정에서 사회적 대화를 활용함. 임금기반 고용 영역 뿐 아니라 농업분야에서도 노동감독관 제도 도입을 통해서 비정형 노동자의 무분별한 사용을 방지함. 정형노동의 증가로 불평등이 감소하고 연금재정의 지속가능성에도 긍정적인 영향을 미침.

- (일본) 보편적 건강보장과 연금제도의 틀을 기반으로 사회보호제도를 강화함. 제도의 지속가능성 제고를 위해 2014년에 소비세를 도입하고 이를 통해 재정 수입과 지출을 확대시킴. 정규 노동자와 비정규 노동자간의 격차 감소를 위해 사회보험에서 시간제 노동자를 단계적으로 포함시키고 기본 의료 서비스 제공을 통해 근로자에 대한 포용성과 건강수준 향상의 접근을 확대시키고 있음.
- (리투아니아) 사회보장 범위 확대를 통해 모든 형태의 고용이 동일하게 보호받도록 전략 추진, 조세 및 연금 개혁 추진 중.
- (아일랜드) 동일한 사회권과 사회 정의를 기반으로 모든 유형의 근로자는 동일한 사회적 보호를 보장받음. 노동계약을 의무화하고 위반 기업에 대한 페널티 강화, 기타 스킬 미스매치, 실업자 등에 대한 훈련 및 지원 프로그램 진행 중.
- (노르웨이) 취약 집단의 노동시장 참여 제고를 위해 적극적 노동시장 정책과 맞춤형 취업지원 서비스를 제공하며, 현재 시스템의 유지를 위해 모든 사회 파트너들이 공동의 책임의식을 가지고 협력하고 있음.
- (에스토니아) 취약집단 대상 사회보호제도를 개선 중임. 사회적 혁신의 가능성에 주목하고 있으며, 대표적 예로 e-서비스 제공의 긍정적 성과(전달체계의 거리 문제 해소, 표적화 기능 제고 등)를 확인함. 지역과 정부가 디지털 채널로 소통하는 선도적 인프라가 사회보험의 보장성을 확대하는데 기여함. 사회연대성 측면에서 보편적 보장을 위한 건강보험과 연금제도 개선을 추진 중임.
- (영국) 3개의 축(첫째, 고용 기회의 극대화 둘째, 노동시장의 유연성 확대 셋째, 고용형태의 다양화에 대응)으로 사회보호제도를 개선중임. 관련 정책으로 적극적 노동시장 정책 강화, 근로인센티브 제고, 유니버설 크레딧을 통

한 소득 보장, 자영자 대상 개인화된 급여제도 운영 등을 포함함.

- (독일) 주로 비스마르크식의 사회보험제도에 기반하여 제도를 운영 중임. 연방정부 노동부의 핵심 영역은 근로자를 지속적으로 훈련시키는 것이며, 모든 부처가 이러한 책임을 가짐. 시간제 근로자에 대한 사회보험 가입범위 확대를 추진 중임. 사회적 대화를 통해 작성된 정부 백서를 바탕으로 정책을 추진 중임. 플랫폼 노동자의 국경을 넘는 이동성을 고려하여 일국단위의 규제를 개혁하고 향후 국제적 협력 강화를 제안함.
- (EU) 장기적 번영을 위해 교육 훈련과 여성의 경제활동 참여가 필요함. 이를 위해 평생교육의 기회가 부여되어야 하며, 사회적 보호 강화를 위한 사회적 대화가 필수적임. 사회적 보호의 강화는 격차의 축소와 포괄성 확대로 접근되어야 하며 새로운 세대에 대한 실업급여는 구직 및 훈련 서비스와 결합되어야 함. 또한 보다 혁신적인 접근으로 정책수립과정에서 사회권 실현에 대한 관심을 확대해야 함.
- (이스라엘) 증가하는 근로빈곤 해결을 위해서 저소득층의 자산형성프로그램을 추진하고 있음. 18세 미만 아동에게 저축계정을 개설하고 인출 시에 보너스를 지급함. 조사결과 저축된 금액은 대학 1년치 등록금에 해당됨.
- (BIAC) OECD의 전향적 논의를 환영하며, 논의의 진전을 위해 5가지 접근을 제안함. 첫째, 사회급여제도는 새로운 형태 노동을 반영해야 함. 둘째는 플랫폼 노동에 대한 탈신비화가 필요함. 셋째, 사회적 급여의 이동성(어떤 종사상 지위에 있던지 급여 혜택을 받을 수 있음)을 제고해야 함. 넷째, 교육 및 교육 훈련에 대한 지원과 여성의 경력 단절을 예방해야 함. 다섯째, 모든 사회파트너들의 적극적 참여가 필요함.
- (TUAC) 사회보호제도는 사회통합관점에서 변화되어야 함. 취약 노동자 보호를 위해 세 개의 축으로 정책 추진을 제안함. 첫째, 보호의 사각지대를 없애는 예방적 조치가 필요함. 둘째, 모든 유형의 노동에 대해 사회적 보호가 이루어져야 함. 셋째, 단체교섭의 적용범위를 확대하고 특히, gig 노동자에 대해 사항이 교섭에 포함되어야 함.
- (스웨덴) 변화에 대응하기 위한 사회보호제도의 준비를 위해 3개의 필라로

구성된 스웨덴 모델을 소개함. 첫째, 노동시장에서의 권익 보호, 둘째, 보편적 사회보호제도, 셋째, 사회 파트너 간 단체협상에 따른 근로자 보호임. 보험급여의 인상, 장기적 지속가능성 제고, 연령기준의 상향 등 연금개혁 방안에 대해 여·야간 협의가 진행 중이며, 근로자 보호를 위한 정책이 확대되고 있으며 연금제도에서의 성별격차 해소를 위한 액션플랜을 시행중임.

- (미국) 사회보호제도의 변화에 있어서 국가 및 지방정부의 혁신을 유도하고, 건강보험 보장범위를 확대 중에 있음. 지역사회 기반으로 보건, 복지, 주거정책의 통합적 접근이 추진되고 있음.
- (한국) 한국의 포용적 복지, 소득주도 성장에 대한 정책 추진을 소개함(발언문 참조).
- (프랑스) 전체 사회보호제도 개혁을 진행 중에 있으며, 빈곤 해소와 형평성 개선을 위한 중점 추진 방향으로 첫째, 아동에 대한 교육 기회 확대 등 사회적 보호를 위한 투자 확대 둘째, IT 시스템 활용을 통한 제도 접근성 확대, 셋째, 노동시장 진입 지원을 위한 훈련프로그램 확대 넷째, 연대성을 바탕으로 사회보호제도의 지방분권화 추진하고 있음.
- (핀란드) 보편성에 입각한 변화를 추진 중임. 모든 근로자는 고용주 아니면 피용자라는 원칙을 적용하여 급여 범위에 포괄하고 있음. 연말까지 기본소득 실험이 진행되며, 그 결과는 '19년 중에 발표될 예정임.
- (이탈리아) 빈곤 퇴치를 위한 정책을 추진 중임. 유럽에서 그리스와 함께 최저소득보장제도가 없는 나라임. 그러나 포용적 소득보장제도를 시행 예정임. OECD의 조사결과, 이탈리아에서 가장 높은 순위의 미래 걱정은 가계 수지균형이었음. 적극적 노동시장 정책을 권장하고 있으나 그것만으로는 불충분함. 지역사회 단위로 직업, 교육, 주거 보호의 통합적 접근과 개인맞춤형 서비스를 제공할 것임.
- (오스트리아) 복잡한 욕구를 충족하기 위한 사회보호제도의 형성이 과제, 고령 빈곤자에 대한 의료보장, 플랫폼 노동자들의 보호를 위해 사회보험제도 기반 정책을 추진 중임. 자영자와 임금근로자의 구분 없이 모두가 연금제도의 대상으로 포함됨.

- (폴란드) 자영 근로자를 위한 사회보호제도를 찾는 것이 과제임. 모든 유형의 근로자를 포괄하는 사회보호제도가 필요하며, 필요한 욕구에 따른 급여를 제공하는 제도의 정확성을 높이면서 최저임금제도, 단체협상을 통한 근로자 보호, 가족수당 도입, 교육급여 등을 통한 인적 투자 확대를 추진하고 있음.
- (멕시코) 보다 효율적인 방식을 견지하면서 더 나은 삶의 질을 보장하기 위하여 다자적 관점에서 공통의 의제를 선정하여 사회보호제도의 변화를 추구하는 것이 필요함. OECD 조사에서 보여준 글로벌 수준의 위험을 바탕으로 멕시코는 새로운 사회적 대화를 추진할 필요성을 확인하였음.
- (칠레) 아동, 여성, 원주민 등 취약 집단 중심의 정책을 추진 중이며, 관련 정책의 평가를 바탕으로 제도의 설계를 개선하고자 노력하고 있음. 포괄성과 급여수준을 높이는 연금개혁을 진행 중이며, 산업, 학제, 시민 사회와 연합하여 빈곤 감소를 위한 정책을 추진 중임.
- 의장은 논의를 다음과 같이 요약하며 사회정책장관회의의 선언문 채택을 제안함.
 - 성장의 혜택은 모두에게 공유되어야 하며, 모든 구성원은 성장에 기여할 수 있어야 함.
 - 중산층의 유지와 강화를 위한 정책 접근 필요함.
 - 다양한 문제에 대해 인구집단을 세분화하고 이들을 연결하는 포용적 접근을 지향해야 함.
 - 궁극적으로 보다 나은 정책의 도출은 보다 나은 정치를 통해 가능함.
- 참여한 장관의 만장일치로 선언문을 채택함(선언문 참조).

□ 오후 본회의

- 일시 : '18. 5. 15(화), 14:30 ~ 15:45
- 장소 : 하얏트리젠시 4층, 그랜드살롱
- 진행 방식

- 주제: 협력 강화-다양성과 사회적 포용을 촉진하는 정책(Stronger Together: Policies to Promote Diversity and Social Inclusion)
- 각국 장관은 다양성과 포용적 사회를 위한 정책 추진 사례 공유

○ 주요 논의 내용

- (콜롬비아) 사회 통합을 목적으로 LGBTI 등 서로 다른 영역으로부터의 모든 시민을 보호하는 정책을 추진 중임. 관련하여 여성이 노동시장 참여 기회 확대를 위한 로드맵을 추진 중임.
- (EU) 유럽 공동체간 공동의 가치를 지향하며, 성적 지향 등 다양한 차이에 대한 차별을 금지하고 사회적 보호에 대한 접근성을 기본권으로 보장하는 모범적 정책 사례를 공유하고자 하고 있음.
- (독일) 소수집단 등에 대한 차별 금지를 바탕으로 노동시장 통합 추진 중임. 구체적으로 이주민과 난민 노동자에 대한 언어 지원, 자원봉사, 직업 훈련 등 패키지 서비스를 제공하고 있음. 장애인의 권리보호를 위한 UN의 액션 플랜을 따르고 있으며, 새로운 기술 적응에 필요한 지원을 제공하고 있음.
- (이스라엘) 저소득층 청년을 지원하고 있으며, 시민사회와 협력하여 정신적, 신체적 건강을 지원하고 있음. 지역차원에서는 교육과 훈련비용에 대한 지역의 지원을 유도함. 소수자에 대한 신뢰할 만한 정책 데이터베이스 구축을 위해 노력하고 있음.
- (덴마크) 유엔 지속가능개발목표에 기반하여 장애인의 노동시장 참여를 위한 국가 액션 플랜을 추진 중임. 장애인 고용을 촉진하기 위해 장애 요인을 해소하고 있으며(고용주 지원 프로그램 등), 구직과 건강지원 프로그램을 시행하고 있음. 장애인 단체와 협력 및 대화하고 있으나 지원조직의 분산이 문제로 제기됨. 이를 해소하기 위해 단일 지원조직 구축 방안을 모색 중임.
- (그리스) 사회통합을 위해 3개 집단을 대상으로 정책을 추진 중임. 첫째, 일 반인을 위해서는 삶의 질을 개선하고, 지역사회 기반 통합적 사회서비스(교육 및 직업훈련) 지원센터를 운영 중임. 둘째, 장애인에 대해서는 디지털 시스템을 통해 급여신청자에 대한 정보를 취합하고 이를 근거로 접근성을 확

대하고 있음. LGBTI에 대해서는 다른 집단과의 조화로운 생활을 위한 입법이 제안된 상태이나 의회 내에서 논의 중임.

- (네덜란드) 장애인의 노동시장 참여를 제고하기 위해 장애인 대상 임금보조 제도를 개혁하였으며, 그에 따라 더 많은 일자리가 창출되었음. 정신질환을 가진 이들과 다양한 문제가 중첩된 가구에 대한 지원을 추진하고 있음.
- (영국) 성적 지향 등 9개 특성을 가진 집단을 규정하고 이들에 대한 차별을 금지하는 정책 프레임워크를 추진 중임.
- (세계은행) 사회통합은 개발을 위해서도 바람직한 일이며, 보편적인 사회보호는 개발에 대한 수요를 증진시킬 것임. 해당 국가의 개발기관(development agency)에 대한 적극적 지원을 요청함.
- (BIAC) BIAC은 소수자가 모든 경제활동에서 보호를 받을 수 있도록 지원하고 있으며 특히, 법적 제약을 해지하고 사용자 책임성을 강조하고 있음.
- (TUAC) 소수자들의 다양성을 존중하고 이들에 대한 불평등을 해소하기 위해서는 취업 기회의 확대와 일자리 질의 개선이 무엇보다 필요함. 인민과 난민들을 통합하기 위한 교육, 직업훈련, 정주, 언어지원서비스가 필요함. 각국의 정부는 이들을 체계적이고 구조적으로 지원해주기 바람.

□ 오후 분과 세션 1

○ 일시 : '18. 5. 15(화), 16:00 ~ 17:15

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 그랜드살롱

○ 진행 방식

- 불평등한 고령화 예방(Preventing Ageing Unequally)
- (세션 M1) 현명하게 나이 들기: 인구고령화 과제 해결
 - Chair: Effie Achtsioglou, Minister of Labour, Social Insurance and Social Solidarity, Greece
- (세션 M2) 사이클 깨기: 아동, 청년, 세대 간 불리(disadvantage)
 - Chair: José António Vieira da Silva, Minister of Labour,

Solidarity and Social Security, Portugal

- (세션 M3) 변화의 시간: 사회정책에서 성 주류화

- Chair: Annika Strandhäll, Minister for Health and Social Affairs, Sweden

※ 한국은 M1 분과에 참석

○ 주요 논의 내용

- (아일랜드) 장애인을 위한 사회지출, 특히 연금지출을 확대하고 있음. 고령자의 불평등 방지를 위해 연금의 수급연령을 점진적으로 상향조정하고 있으며 연금운영의 투명성을 높이고자 하고 있음.
- (핀란드) 고령자의 경제활동을 연장하기 위해 2017년 연금개혁을 단행함. 저소득층에 대한 급여를 인상하고 부분급여를 신설함. 젠더 격차를 해소하기 위해 양질의 보육서비스, 부모휴가, 보건의료서비스의 질 제고 등을 통해 일 가정 양립과 건강한 고령화를 지원함.
- (리투아니아) 기초연금제도 시행, 평균 임금수준 향상, 의료시스템 혁신을 통해 고령 인구를 통합적으로 관리하고 있음.
- (룩셈부르크) 평생 교육과 훈련을 지원하기 위한 보조금을 지급하고 있으며, 퇴직 연령 연장 등 연금 개혁을 추진 중에 있음.
- (사회보장협회) 일부 국가에서 장기요양에 대한 보장이 충분하지 않음. 이들이 가족의 도움을 받을 수 없는 경우, 해법은 쉽지 않음(로봇의 돌봄을 원하지 않음). 80세 이상 후기 고령 노인에 대한 장기요양 수요에 대한 대응과 예방적 접근의 강화가 필요함.
- (한국) 2008년부터 장기요양보험제도의 도입을 소개하고 최근, 대통령 공약의 이행으로 '치매국가책임제'가 시행되고 있음.
- (네덜란드) 연금개혁은 성공적이었으며, 재정적 지지와 정치적 지지를 모두 받고 있음. 저숙련, 저학력 집단이 연금수급이전 조기사망확률이 높아 연금수혜의 격차가 발생함. 격차를 축소하고 급여를 인상하기 위해 지속가능성과 연대성 강화 차원에서 새로운 개혁을 준비 중임.

- (캐나다) 3층의 다층적 노후소득보장제도를 갖추고 있음. 특히, 2층(공적연금)의 개혁을 위한 2가지 실험(소득대체율 인상, 수급연령의 사향조정)이 진행 중임.
- (미국) 건강과 복지 수준을 향상시키는 지역사회 기반의 사업을 추진하고 있음. 다만, 개인의 책임과 선택의 자유를 존중하는 원칙을 견지하고 있음.
- (일본) 인구구조변화에 대응하는 사회보호제도 혁신을 진행 중임. 장기요양서비스에서 의료서비스 역할 강화 등 지역사회 단위에서 보건과 복지를 연계하는 통합 서비스 제공을 통해 고령자의 삶의 질 향상을 유도하고 있음.

□ 폐회 본회의

○ 일시 : '18. 5. 15(화), 16:00 ~ 17:15

○ 장소 : 하얏트리젠시 4층, 소프라노(M!)

○ 주요 내용

- 각 분과세션의 의장은 주요 논의내용을 요약 보고함.
 - M1: 젠더 격차와 불평등한 고령화 예방을 위해 사회보호정책에서 재분배적 요소를 더욱 강화할 필요가 있음.
 - M2: 아동기의 빈곤경험이 성년기의 빈곤으로 연결되지 않도록 보다 나은 아동 지원 정책이 필요하며, 그 일환으로 근로빈곤가구에 대한 지원이 강화되어야 함.
 - M3: 젠더 격차 해소에 대한 정치적 의지와 전략적 접근(부모 휴가, 모성 휴가 등 지원 강화, 여성 경력 단절 감소 전략, 정책결정과정에서 성 주류화)이 필요함.
- 의장은 분과 세션 의장과 관계자의 노고를 치하하며 '**사회정책장관 선언문(부록 참조)**' 인준을 확인한 후 폐회를 선언함.

제3절 제133차 고용노동사회위원회 의제 및 결과

1. 제133차 고용노동사회위원회 의제 및 결과

□ 제133차 고용노동사회위원회 안건은 다음 표와 같으며, 세부적으로 정리된 안건은 ‘정리’열에 ‘●’표기함.

○ 133차 안건 중 보건복지부 관련 다음 2개 의제(유족연금, 사회정책장관회의의 의결사항 이행)를 정리함.

〈표 3-4〉 제133차 OECD 고용노동사회위원회 안건

안건(2018년 10월 17~18일)	문서 번호	정리
Item 1. ADOPTION OF THE DRAFT AGENDA	DELSA/ELSA/A(2018)2/REV1	
Item 2. APPROVAL OF THE DRAFT SUMMARY RECORD	DELSA/ELSA/M(2018)1	
Item 3. DIRECTOR'S ORAL STATEMENT	DELSA/ELSA/RD(2018)6	
Item 4. MIGRATION REPORT ON ACTIVITIES		
Item 5. HIGH-LEVEL MEETING ON MIGRATION	DELSA/ELSA(2018)20	
Item 6. SOCIAL INCLUSION CHALLENGES AND POLICY PRIORITIES IN PERU		
Item 7. HORIZONTAL PROJECT: ENSURING THE EFFECTIVE INTEGRATION OF VULNERABLE MIGRATION GROUPS	DELSA/ELSA(2018)13	
Item 8. THE OECD FUTURE OF WORK NARRATIVE AND EMERGING POLICY ORIENTATIONS	DELSA/ELSA(2018)14	
Item 9. FUTURE-READY ADULT LEARNING SYSTEMS	DELSA/ELSA(2018)15	
Item 10. NEW SKILLS STRATEGY	DELSA/ELSA(2018)23	
Item 11. JOB QUALITY, HEALTH AND PRODUCTIVITY	DELSA/ELSA(2018)16 DELSA/ELSA/RD(2018)8	
Item 12. SURVIVOR PENSIONS	DELSA/ELSA(2018)19	●
Item 13. WHERE ARE MIDDLE CLASS JOBS?	DELSA/ELSA(2018)17	
Item 14. POST-ACCESSION REPORTING: LATVIA	DELSA/ELSA(2018)22	
Item 15. IMPLEMENTING THE SOCIAL POLICY MINISTERIAL MANDATE: A PROPOSAL	DELSA/ELSA(2018)18 DELSA/ELSA/RD(2018)9	●
Item 16. ELSAC IN-DEPTH EVALUATION	DELSA/ELSA(2018)12	
Item 17. ELECTION OF THE BUREAU		
Item 18. OTHER BUSINESS	DELSA/ELSA/RD(2018)7	

2. 주요 의제별 세부내용

가. 유족연금

주요 내용
<p>□ 역사적 배경과 유족연금의 목적</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 유족연금 도입은 남성부양자 가족모델에서 미망인의 경제상황 급격히 개선 <ul style="list-style-type: none"> - 그러나 현재에서는 비슷한 빈곤 상황에 있는 다른 사람들보다, 왜 배우자를 잃은 사람이 더 큰 혜택을 받아야 하는지에 대한 정당화는 분명하지 않음. ○ 소비평활화는 유족연금에 대한 오늘날의 주요한 정당화 근거임. <ul style="list-style-type: none"> - 부부가 함께 생활할 때 혼자 생활하는 것보다 생활비가 적으므로, 부부가 동일한 연금을 받더라도 한 배우자의 사망은 다른 한 배우자의 생활수준을 감소시킴. - 민간 생명보험 시장에서는 이 위험이 충분히 다뤄지지 못할 수 있음. <p>□ 소비평활화를 목적으로 한 유족연금의 제도 개선 방향</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 조기노령연금 수급개시연령 전에 영구 유족연금에 대한 수급권 부여 안 됨. ○ 유족연금 비용은 대상 커플 내, 또는 최소한 모든 커플 내에서 내부화 <ul style="list-style-type: none"> - 이는 동일한 연금기여 축적에서, 커플인 개인의 노령연금이 독신인 개인의 노령연금보다 적어야 함을 의미함. ○ 유족연금은 원칙적으로 결혼만이 아닌 동성결혼(civil unions), 'formal partnerships'으로 확대되어야 함. ○ 유족연금은 사별 외의 이혼이나 분리에 적용되어서는 안 됨.

□ 서론: 역사적 배경과 유족연금의 목적

- 유족연금의 도입은 남성부양자 가족모델에서 과부(widow)의 경제적 상황을 급격히 개선
- 비슷한 빈곤(poor income) 상황에 있는 다른 사람들보다, 왜 배우자를 잃은

사람(widowed persons)이 더 큰 혜택을 받아야 하는지에 대한 정당화는 분명하지 않음.

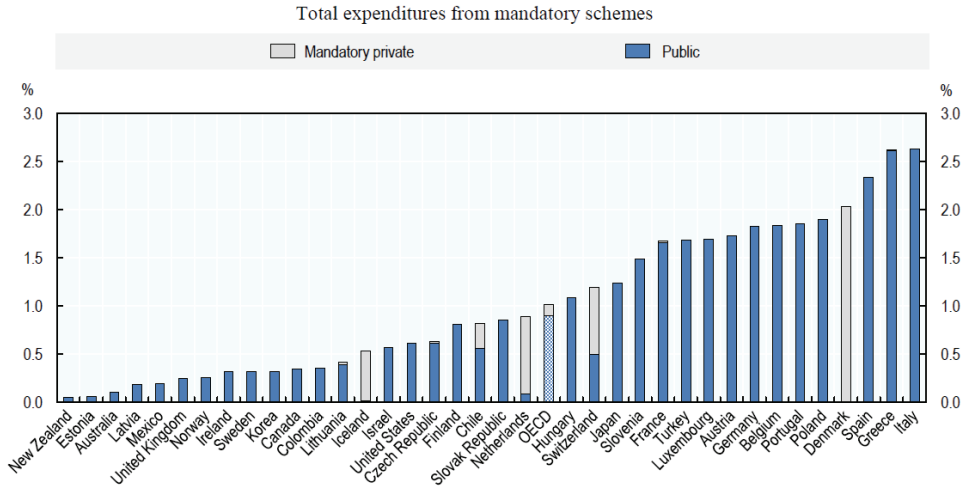
- 빈곤구제가 주요 목적이었던 몇 국가들은 유족연금을 없앴음(7.4.).
- 소비평활화(consumption-smoothing)는 유족연금에 대한 오늘날의 주요한 정당화 근거임.

- 부부가 함께 생활할 때 혼자 생활하는 것보다 생활비가 적으므로, 부부가 동일한 연금을 받더라도 한 배우자의 사망은 상대 배우자의 생활수준을 감소시킴.
- 민간 생명보험 시장에서는 이 위험이 충분히 다뤄지지 못할 수 있음.
- 유족과 노령연금 제도 설계의 사회경제적 기반은 지난 몇 십 년 동안 다양한 차원에서 크게 변화함.
 - 궁극적으로 이러한 변화는 유족연금의 존재이유에 대해 의문을 제기함.
 - 이 장은 3개의 관련된 질문들에 대해 답하는데 기여하고자 함.
 - 유족을 보호하기 위해 연금제도가 해야 하는 역할을 무엇인가?
 - deep developments을 경험 중인 사회들에서 현재의 유족연금은 잘 설계되었는가?
 - 국가별 역사적 배경을 넘어, 유족연금은 여전히 필요한가? 만약 필요하다면, 이를 현재에 새로 설계한다고 가정한다면 어떤 형태일까?

□ 오늘날의 유족연금: 지출, 수급자 수, 급여수준

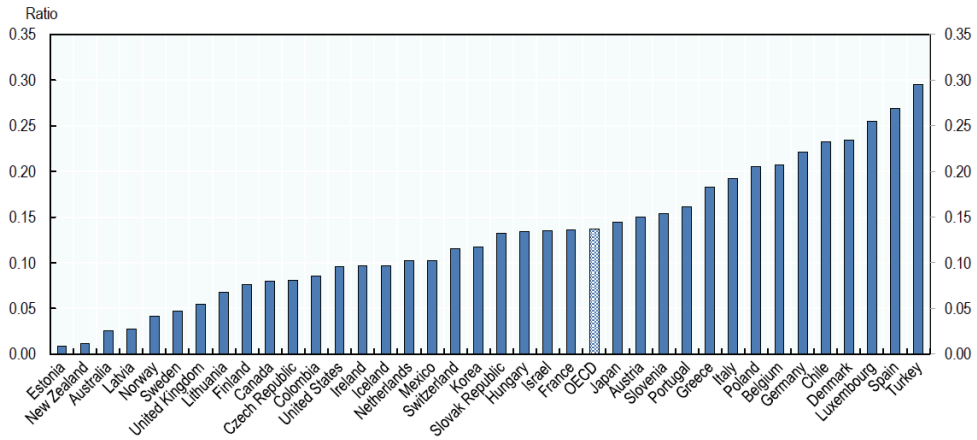
- OECD 국가들은 평균적으로 GDP의 1%를 유족연금에 지출함(Figure 7.1).

Figure 7.1. Expenditures on survivor benefits, % of GDP, 2015 or latest



Note: The data on the United Kingdom are based on data provided by Department for Work and Pensions.² Data on survivor pensions in mandatory private schemes in Australia, Denmark (ATP), Estonia, Israel, Mexico, Norway, the Slovak Republic and Sweden are not available.
Source: OECD social expenditure database and information provided by countries.

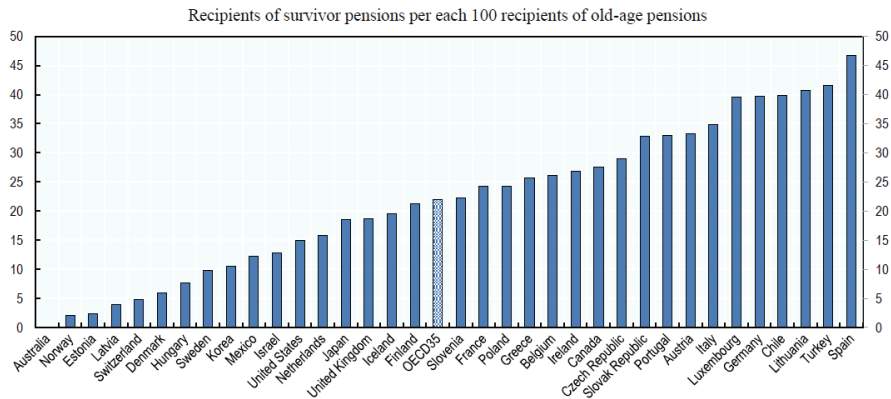
Figure 7.2. Expenditure on survivor benefits relative to spending on old-age benefits, 2015 or latest



Note: See preceding figure.
Source: OECD social expenditure database and information provided by countries.

○ OECD 국가들에서는 평균적으로 100명의 노령연금 수급자 당 22명의 유족연금 수급자가 있음.

Figure 7.3. Number of recipients of survivor pensions in 2014

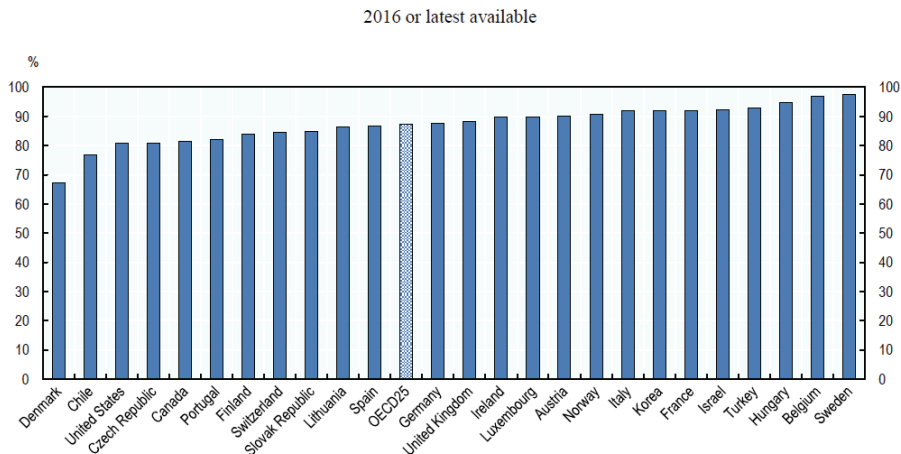


Note: See the statlink.

Source: OECD social benefits recipients' database and information provided by countries. See the statlink for more details.

- OECD 25개국에서 유족연금의 수급자 중 여성의 비중은 평균적으로 85%임(Figure 7.4.).

Figure 7.4. Share of women among recipients of survivor pensions in OECD countries



Note: Data for Chile, France, Norway, and Switzerland are calculated as averages in public and mandatory private / occupational schemes.

Source: Data provided by countries for 2016 or 2017 and OECD social benefit recipients database 2014 (for Belgium, Ireland).

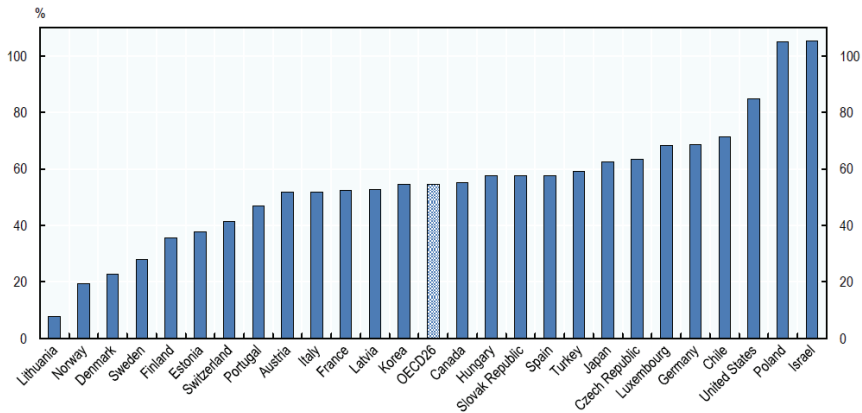
- OECD 국가들에서 66세 이상(older than 65)의 배우자를 잃은 사람(widowed people) 중 2/3 미만이 유족연금을 받음.

○ 평균 급여수준

- OECD 27개국에서 유족연금 급여액의 평균 수준은 노령연금의 55%임 (Figure 7.5.).

Figure 7.5. Average level of survivor pensions relative to old-age pensions

2016 or latest available.



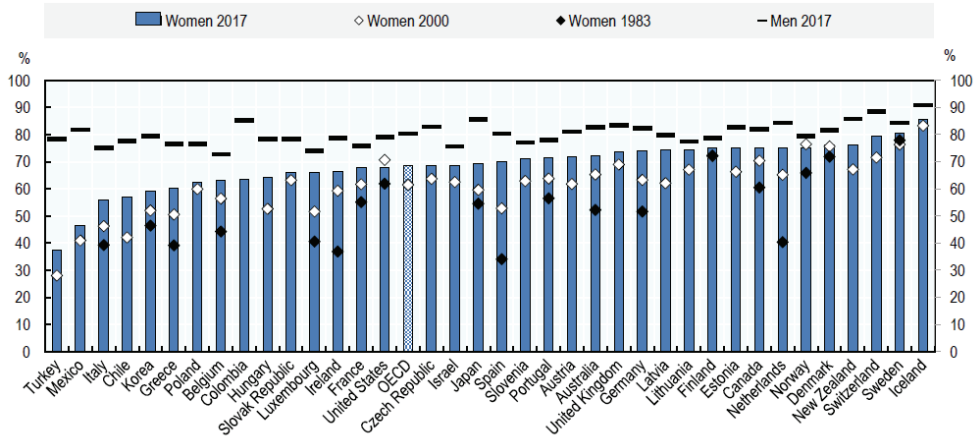
Note: Data cover year 2016 or 2017. Data for the United Kingdom are excluded as it is not possible to identify the share of survivor pensions in total pension income of category B pensions of the old basic scheme.

Source: Information provided by countries. For Germany data are from Deutsche Rentenversicherung (2017) and for Poland from ZUS (2018).

□ 변화하는 사회경제적 환경

- 최근의 추세는 유족연금의 역할을 감소시킬 것이고, 따라서 유족연금의 지출이 감소할 것 같음.
- 여성은 더(more often) 일하며, 젠더 고용격차는 줄어들고 있음.
 - 여성의 노동시장참여율이 크게 높아짐(Figure 7.6.)

Figure 7.6. Labour force participation in the age group 15-64 by gender since 1983



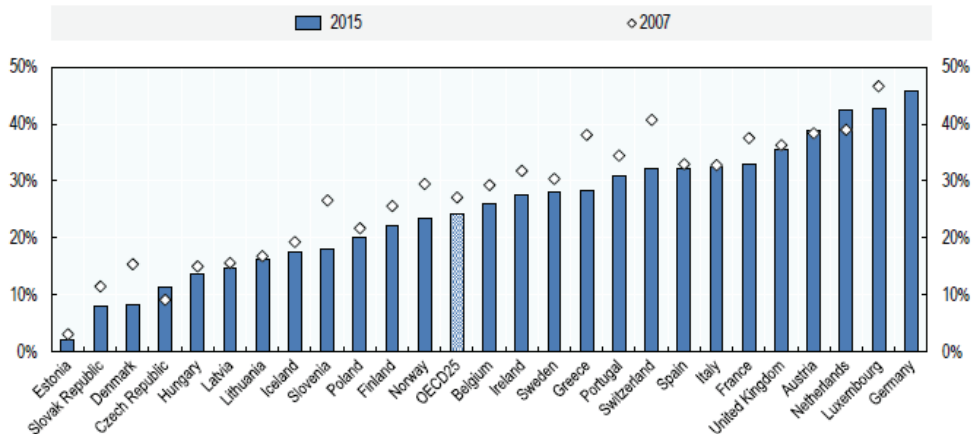
Note: OECD average calculated for all countries for which data were available.

Source: OECD Labour Force Survey indicators.

○ 연금과 고령빈곤의 젠더 격차

- 여성이 남성보다 노동시장참여와 임금이 낮으면 연금이 낮아짐. OECD 25 개국에서 2015년에 연금급여액이 24% 낮았으며, 2007년에 27% 낮았음.

Figure 7.7. Gender gap in total pension income



Note: The gender gap in pensions is calculated as the difference of average pensions between men and women divided by the average pension of men. The average for OECD25 does not include Germany as the value for 2007 was not available. The "2015" values for Germany and Iceland are from 2014. The "2007" value for France is an average of 2006 and 2008.

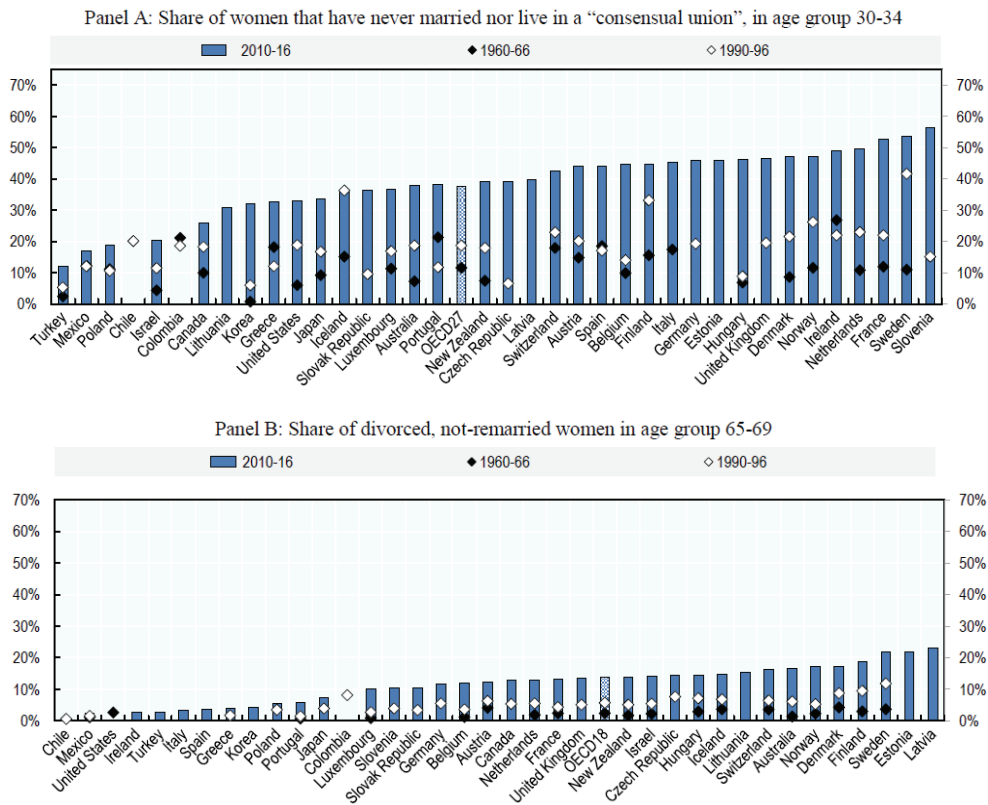
Source: EU-SILC, 2016.

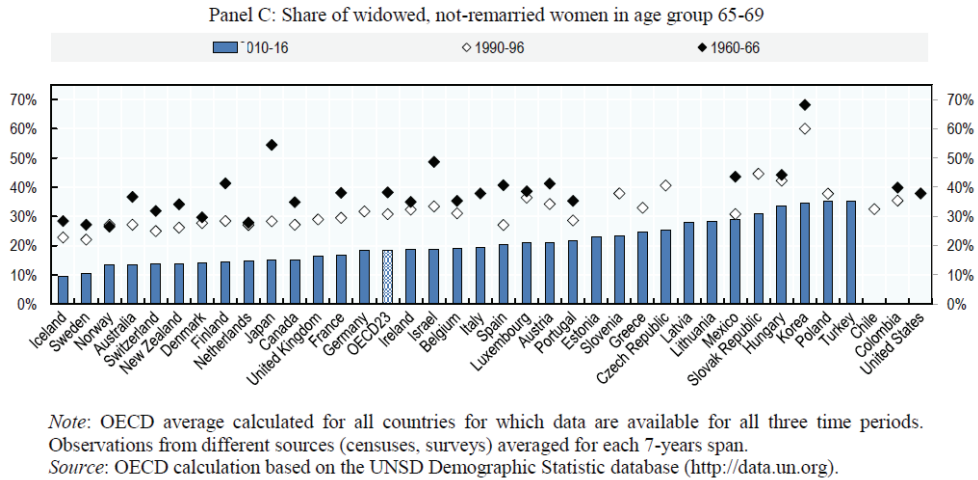
- 고령 여성의 낮은 연금수급권과 긴 수명은 빈곤율을 높임.
- OECD 국가들에서, 75세 이상의 빈곤율은 균등화중위소득의 50%를 빈곤선으로 사용할 때, 여성은 17%, 남성은 10%임. 66-75세 여성의 빈곤율은 12%임.
- 많은 연금들은 임금보다 낮은 수준으로 인상되는 가격들(prices)에 연동됨.

○ 가족구조(families)의 변화

- 커플(couples)과 결혼은 과거보다 늦게 형성되고 덜 안정적인.
- OECD 27개국에서, 결혼한 적이 없는 여성의 비중은 2010-2016년에 38%, 1990-1996년에 19%, 1960-1966년에 12%임(Figure 7.8. Panel A).

Figure 7.8. Trends in family formation reduce the number of widows





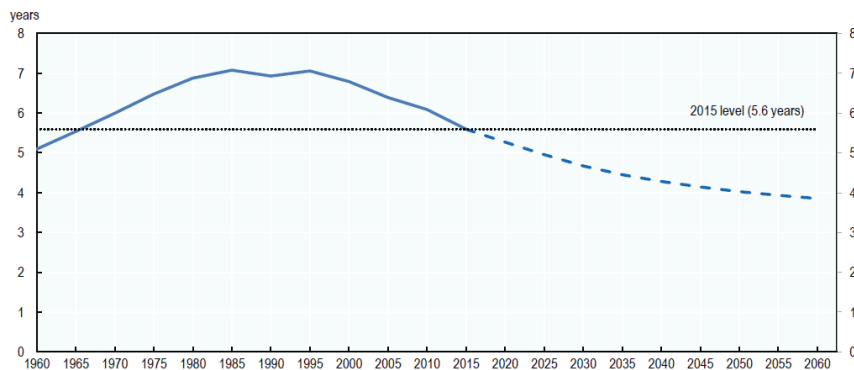
- OECD 18개국에서, 이혼자 중 재혼하지 않은 65-69세 여성의 비율은 1960-1966년 2%에서 2010-2016년 14%로 증가하였음.

○ 남녀 간 기대수명 격차

- 기대수명의 증가는 인상적이었음. 출생 시 기대수명(life expectancy at birth)은 1960년 69세에서 2015년 82세로 증가함.
- OECD 국가들에서 1990년대 이후로 남성의 기대수명은 빠르게 증가하여, 젠더 격차는 1985년 최고 7.1년에서 2015년 5.6년으로 감소함(Figure 7.9).

Figure 7.9. Gender gap in life expectancy at birth, 1960 - 2060

Difference between female and male life expectancy, averaged across OECD countries



□ 수급자격 기준(eligibility criteria)과 급여결정 방식(benefit determination)

○ 수급자격 기준

Table 7.1. Age-related eligibility and survivor pensions payable based on the spouse's situation
Case of permanent payments to spouses without dependent children

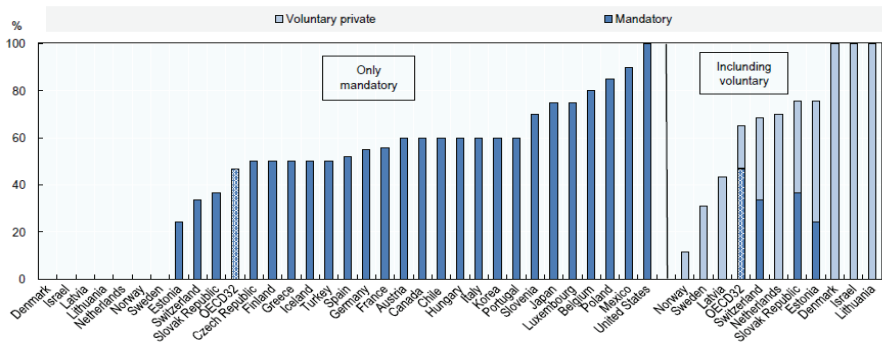
	Minimum eligibility age	Civil union	Cohabitation	Divorce	Remarriage		Minimum eligibility age	Civil union	Cohabitation	Divorce	Remarriage
Austria	35			✓		Korea	-		✓		
Belgium	46.5			✓		Lithuania	63.3/61.6*				
Canada	65*		✓	✓	✓	Luxembourg	-			✓	✓ ^A
Chile	-		✓			Mexico	-		✓	✓	
Czech Republic	55/58				✓ ^T	Netherlands	-		✓	✓	
Estonia	63*			✓	✓ ^T	Norway	-		✓	✓	
Finland	50			✓	✓ ^A	Poland	50			✓	✓
France	55/60			✓	✓	Portugal	35		✓	✓	
Germany	45.5			✓		Slovak Republic	62*				
Greece	55			✓		Slovenia	55		✓	✓	
Hungary	63*		✓	✓		Spain	-		✓	✓	✓ ^A
Ireland	-			✓		Switzerland	45			✓	
Israel	40					Turkey	-			✓	✓ ^A
Italy	-					United States	60				
Japan	55		✓								

Note: Rules apply to surviving spouses with no dependent child nor disability. Details are provided in the statlink. * = same as retirement age. - = no requirement age. ✓ = pension is payable. ✓^T = a temporary or lump-sum pension is payable. ✓^A = Eligibility or period of payment differs depending on the age of remarriage. See the statlink for further details.

○ 급여결정 방식

Figure 7.10. Survivor pension as a share of the deceased's pension

Mandatory earnings-related pension only, and survivor pensions available after the retirement age and not accounting for means-testing survivor pensions against other income



Note: Private-sector rules apply to surviving spouses of the cohort reaching age 20 in 2016 with no dependent child and no work history. If survivor options in mandatory private schemes are not specified by law, it is assumed that the joint annuity is 14% lower than the individual annuity and that the benefit is not reduced upon the death of a partner. It follows the Swedish regulations of ATP supplementary pension scheme (Monticone et al., 2008). Calculations are made at male's normal retirement ages assuming same-age couples. Australia is excluded: most mandatory earnings-related pensions (superannuation) are paid out as lump sums, hence joint annuities are not modelled in Australia. Ireland, New Zealand and the United Kingdom are excluded as no mandatory earnings-related pension schemes exist. When countries have several components in the mandatory pension, the average value is shown using the shares of each component in the total pension of a full-career average earner as weights.

Source: SSA (2016), MISSOC and information provided by countries.

Table 7.2. Means-testing of survivor pensions against old-age pensions and other income

Survivor pensions for spouses in earnings-related schemes, above retirement age			
Affected by income of any household member	Affected by own old-age pensions and individual earnings	Affected by own old-age pensions but not by earnings	Neither affected by individual nor by household income
Austria	Belgium	Canada	Chile
France (general scheme)	Germany	Czech Republic	France (occupational)
Israel (men)	Italy	Estonia	Israel (women)
Norway	Japan	Finland	Lithuania
Turkey	Luxembourg	Hungary	Mexico
	Netherlands	Ireland	Portugal
	Poland	Korea	Spain
	Slovenia	Slovak Republic	
	Greece	Switzerland	
		United States	

Note: Some countries are excluded (See note to Table 7.1). See the statlink for a detailed note to this table.

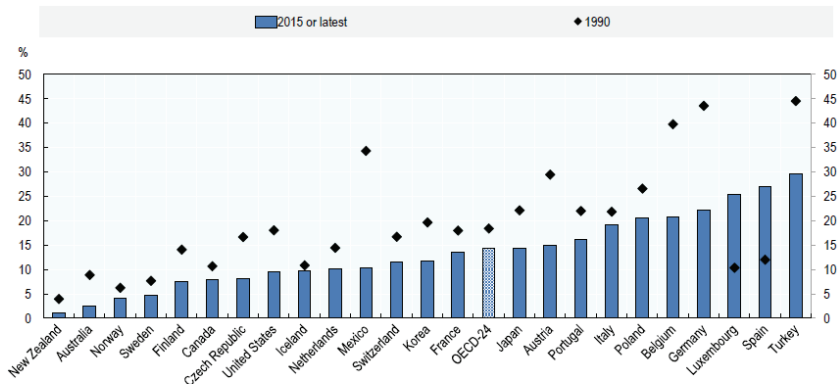
Source: SSA, MISSOC and information provided by countries.

□ 유족연금 개혁

○ 연금제도 발달에서(within evolving pension systems) 유족연금 개혁

○ 지출 추세

Figure 7.11. Trends in survivor benefit expenditures in mandatory schemes as a share of old-age spending, %



Note: Data for Chile, Denmark, Greece and Ireland were not included due to break in series. Data for the other missing OECD countries are not available for 1990.

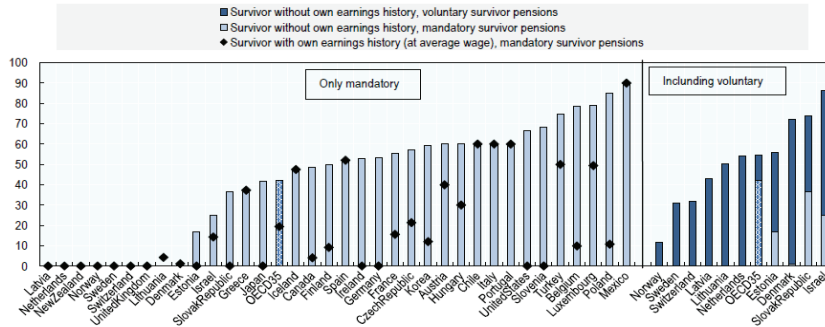
Source: Social Expenditure Database.

□ 미래의 유족연금

○ 사망자의 연금이 얼마만큼 유족연금에 의해 대체되었는가?

Figure 7.12. Survivor pensions relative to the old-age pensions of the deceased spouse

Same age couple, the deceased has worked a full career from age 20 at the average wage and has died just after having retired at the normal retirement age, mandatory old-age pension schemes



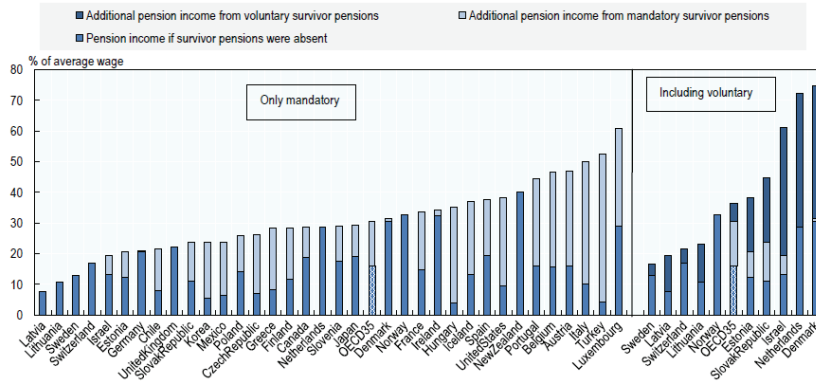
Note: In Greece, survivor pensions cease after three years for widows/widowers without own earnings history and drop to 50% after three years for those with own earnings history. Australia is excluded: most mandatory earnings-related pensions (superannuation) are paid out as lump sums, hence joint annuities are not modelled in Australia. Data on Colombia are not available.

Source: OECD pension model, 1996-born cohort.

○ 유족의 전체 연금소득에서 유족연금의 비중(contribution)

Figure 7.13. Total pension income of a survivor without own earnings history

Same age couple, the deceased has worked through full career at earning average wage and has died just after having retired, mandatory pension schemes



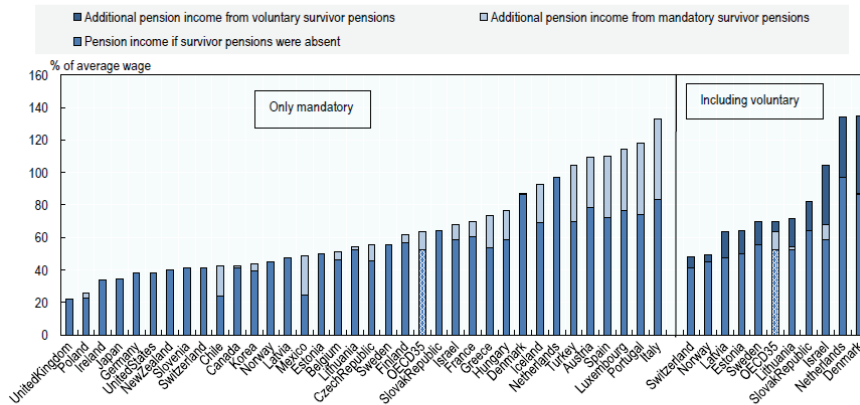
Note: The pension income if survivor pensions were absent sums all pensions that would be paid in a world without survivor pensions, thereby taking into account eligibility to potential additional benefits from first-tier pensions. Additional pension income from survivor pensions then displays the effective additional income stemming from survivor pensions. Australia is excluded due to comparability reasons.

Source: OECD pension model, 1996-born cohort.

○ 배우자의 죽음 이후 생활수준의 유지

Figure 7.14. Total pension income of survivors with own earnings history

Same age couple, the deceased has worked through full career at earning average wage and has died just after having retired, mandatory pension schemes

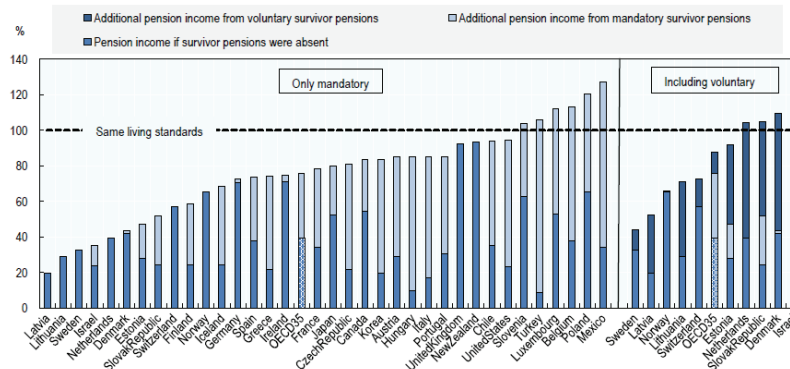


Note: The pension income if survivor pensions were absent sums all pensions that would be paid in a world without survivor pensions, thereby taking into account eligibility to potential additional benefits from first-tier pensions. Additional pension income from survivor pensions then displays the effective additional income stemming from survivor pensions. Australia is excluded due to comparability reasons.

○ 연금 분리(pension splitting)와 유족연금 - 정책 시나리오

Figure 7.15. Total pension income of survivor of single-earner couple relative to equalised pension income before the death

Same age couple, the deceased has worked through full career at earning average wage and has died just after having retired, mandatory pension schemes

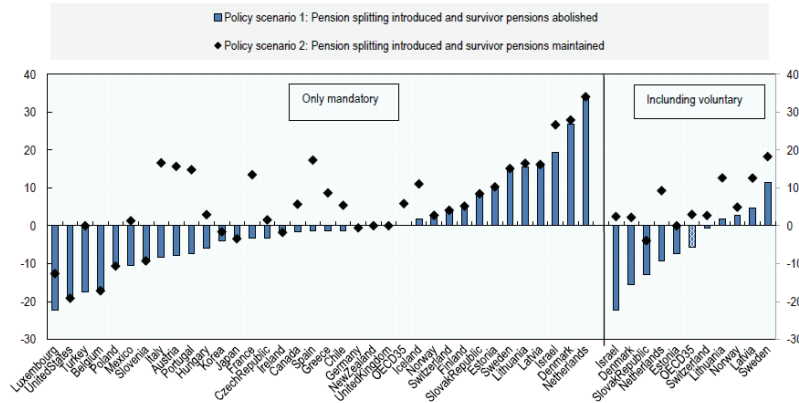


Note: The pension income if survivor pensions were absent sums all pensions that would be paid in a world without survivor pensions, thereby taking into account eligibility to potential additional benefits from first-tier pensions. Additional pension income from survivor pensions then displays the effective additional income stemming from survivor pensions. Australia is excluded due to comparability reasons.

Source: OECD pension model, 1996-born cohort.

Figure 7.16. The impact of introducing pension splitting on the survivor's pension income

Change in survivor's total pension income compared to current legislation in % of average wage



Note: The simulation assumes the deceased of the same age couple has worked through full career at average wage and died just after having retired. Only mandatory survivor options from mandatory pension schemes are included while total pensions are split. Australia, Latvia, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden and the United Kingdom do not provide mandatory survivor pensions for the 1996-born cohort. Australia is excluded due to comparability reasons.

Source: OECD pension model.

□ 일반적 논의

○ 커플/부부(partners) 간의 유족연금은 복잡한 주제임.

- 노령연금, 가족정책, 상속권의 다양한 요소들을 혼합함.
- 역사적으로, 유족연금은 배우자의 사망 이후 과부를 빈곤으로부터 보호하고 생활수준의 평활화를 돕기 위해 설계됨.
- 오늘날 빈곤구제는 독신(singles), 과부(widows), 홀아비(widowers)를 구분하지 않는 정책수단에 의해 목적된(targeted) 정책목표(policy objective)임.
- 그러므로 소비평활화는 현재 유족연금에 의해 추구되는 주요 핵심 목적이며, 이는 많은 경우 사실상 남성과 여성 간의 연금 격차를 줄임.

○ 연금수급권의 상속(inheritance of pension entitlements)

- 연금수급권은 상속자산의 일부인가?
- 부과방식 제도(PAYGO entitlements), 포인트제도 또는 명목적 확정 기여 제도로부터의 개인계좌(individual accounts from point system or

notional defined contribution schemes), 기금 확정 급여 제도(funded defined schemes)에서 개인의 연금수급권은 개인의 재산의 일부가 아님.

- 개인 기금 확정 기여 계좌(individual funded contribution accounts)는 상속될 수 있는 개인 재산의 아이디어에 더 가까움.
- 이는 만약 가입자(contributor)가 은퇴 전에 죽거나 해지하였을 때, 일반적으로 기여(cumulation) 단계에 있음.
- 만약 가입자가 해지하면(survives and starts to withdraw), 선택은 일시불, 프로그램화된 출금(programmed withdrawals), 유족연금에 대한 특정한 규칙을 따르는 개인 연금보험(individual annuities), 또는 생존 위험을 직접적으로 다루는 결합-생명 연금(joint-life annuities which directly address survivor risks) 간에 선택해야 할 수 있음.

○ 유족연금과 재분배

- 유족연금의 본래의 목적은 낡은 가족모델을 의미함.
- 남자는 일하고 여성은 가사를 전담함.
- 여성의 고용은 확대되었고 가족 형성은 덜 안정적이며 다양해짐.
- 이러한 사회변화는 연금제도의 도전적 시기에 발생함.
- 수명 증가와 출산율 감소의 인구학적 변화는 노령인구의 지원비(support ratios)에 압력을 가하였고, 확정 급여 제도의 재정을 악화시키고 확정 기여 제도의 수익률을 낮춤.
- 하나의 정책적 함의는 연금정책이 모든 사람들의 노동시장참여를 촉진해야 한다는 것임.
- 그러므로 완전노령연금의 수급개시연령(normal retirement age)보다 낮은 연령에서 영구(permanent) 유족연금의 수급권을 주는 것은, 이러한 일반적인 원칙들과 일치하지 않음.
- 대신, 영구 유족연금의 수급권은 조기노령연금 수급개시연령(retirement age) 법칙과 일치해야 함.

- 어린 연령대의 유족에게는 파트너 사망으로 인한 재정적 부담을 상쇄하기 위하여, 일시적인 급여가 제공되어야 함.
- 한 대안은 유족이 조기노령연금의 수급개시연령이 되기 전에도 일부의 권리를 가질 수 있게 하는 것임.
- 현재 유족연금은 의도치 않은 재분배를 가져옴: 독신에게서 커플로, 맞벌이 커플에서 외벌이 커플로.

○ 유족연금 비용의 내부화(internalising)

- 바람직하지 않은 형태의 재분배를 피하기 위한 두 방법이 있음.
- 첫째, 규모의 경제를 이유로 파트너의 연금급여를 독신에 비하여 낮춤.
- 이는 유족연금의 재원을 조달하기 위함임(칠레와 스웨덴)
- 유족연금은 원칙적으로 결혼만이 아닌 동성결혼(civil unions), 'formal partnerships'로 확대되어야 함.

○ 연금수급권의 분리 (splitting pension rights)

- 이혼 커플과 분리 커플의 상황은 매우 다름. (분리 커플은 유족연금의 수급 대상이 아님)
- 분리 커플은 현재 평활화해야 하는 소비자 없어, 소비 평활화 동기는 오래된 파트너십(old partner ship)에는 적용되지 않음.
- 그러나 주요한 질문은 과거의 연금 수급권임. 공식 노동과 가사 노동을 어떻게 평가할 것인가.
- 연금수급권의 분리는 확실한 근거가 있음.
- 예를 들어, 완전 분리(full split)의 경우, 각 파트너는 결합(union) 도중 두 파트너에 의해서 축적된 총 수급권을 반씩 나눠가짐.
- 분리(splitting)는 단순한 증가율에 기초한 확정 기여, 포인트제도 또는 확정 급여 제도에서는 상당히 쉬움.
- 기여와 연금 권리 간의 약한 연결을 가진 제도이거나 복잡하고 분절된(fragmented) 연금제도에서 분리를 도입하는 것은 더 복잡함.

- 연금수급권의 분리는 분리된 커플(separated unions)에 대하여 유족연금을 대체해야 하는 반면, 유지되고 있는 커플(ongoing partnerships)에 대해서 유족연금의 대체는 아님.
- 연금기여 기간 동안의 분리된 권한들과 함께, 현재의 파트너십은 규모의 경제로 인하여 파트너의 죽음 이후 낮은 삶의 수준의 위험에 여전히 노출됨.
- 예를 들어, OECD 균등화 스케일(equivalence scale)에 기초했을 때, 사망자의 권리의 41%의 유족에게의 이전이 완전 분리(full splitting)의 경우에 소비 평활화의 목적을 성취함.
- 이들에 대하여 유족연금은 여전히 역할을 해야 하며, 반면 유족연금이 (주어진 연금 분리에서) 사망자의 연금을 대체하는 비율은 소비 평활화를 보장하기 위해 현재 적용되는 비율보다 적을 수 있음.

□ 결론: 주요 결과와 핵심 정책함의

○ 주요 결과

- 오늘날 유족연금의 정당화는 소비 평활화에 의함.
- 유족연금의 대상자를 동성 결혼과 동거인으로 확대하는 경우가 늘고 있음.

○ 핵심 정책적 함의

- 유족연금은 더 명확하게 유족의 생활수준의 평활화에 초점을 맞춰야 하며 (여전히 필요한 정책적 목적), 경제활동 연령에서의 노동시장참여에 대한 디스인센티브를 제한해야 함.
- 근시안적 행동과 충분한 민간 연금시장의 부재는 유족연금의 필요를 정당화함.
- 조기노령연금 수급개시연령(retirement age) 전에 영구 유족연금에 대한 수급권을 주어서는 안 됨.
- 유족연금의 비용은 대상(given) 커플 내에서, 또는 최소한 모든 커플들 내에서 내부화해야 함. 이는 동일한 연금기여 축적에서, 커플인 개인의 노령연금이 독신인 개인의 노령연금보다 적어야 함을 의미함. 예산-중립적 개혁

에서, 이는 독신의 연금수준을 높이고 커플인 개인의 연금수준을 낮추는 것을 의미함.

- 유족연금은 원칙적으로 결혼만이 아닌 동성결혼(civil unions), 'formal partnerships'로 확대되어야 함.
- 유족연금은 사별 외의 이혼이나 분리에 적용되어서는 안 됨.
- 커플 내에서 연금수급권의 분리는 확실한 근거가 있음. 그러나 반드시 반-반(half-half)은 아님.
- 분리(splitting)는 단순한 증가율에 기초한 확정 기여, 포인트제도 또는 확정 급여 제도에서는 상당히 쉬움. 기여와 연금 권리 간의 약한 연결을 가진 제도이거나 복잡하고 분절된(fragmented) 연금제도에서 분리를 도입하는 것은 더 복잡함.
- 연금수급권의 분리는 분리된 커플(separated unions)에 대하여 유족연금을 대체해야 하는 반면, 유지되고 있는 커플(ongoing partnerships)에 대해서 유족연금의 대체는 아님. 이들에 대하여 유족연금은 여전히 역할을 해야 하며, 반면 유족연금이 (주어진 연금 분리에서) 사망자의 연금을 대체하는 비율은 소비 평활화를 보장하기 위해 현재 적용되는 비율보다 적을 수 있음.

나. 사회정책장관회의 의결사항 이행

1) 제안

주요 내용
<p>□ 사회 정책들의 새로운 풍경: 왜 위험을 검토할 시간인가?</p> <p>○ 오늘날과 미래에 사람들이 직면하는 사회경제적 위험들과 기회들에 대한 철저한 재평가가 필요함.</p> <p>□ 위험 매핑의 틀을 개발하기</p> <p>○ 위험 매핑을 위한 틀을 개발하기: 개인, 가구, 사회가 직면하고 있는 위험은 무엇인가?</p> <ul style="list-style-type: none"> - 고용 위험, 기술 위험, 소득 위험, 건강 위험, 재정적 위험, 주거 관련 위험, 가족과 지역사회 위험 - 이러한 위험 요소들 중 어느 것도 새로운 것은 아니라고 주장할 수 있으나, 그러나 새로운 것과 정책의 방향전환이 필요한 것은 인구들에서 이 위험들의 정보와 분포가 변화했다는 것임. <p>□ 효과적이고 효율적인 사회정책을 위한 최선의 방안과 메커니즘들을 규정하는 것은 위험과 기회의 프로파일의 변화하는 형태에 대한 신중한 매핑과 평가를 요구함.</p> <p>○ 성공적인 위험 매핑을 통해 정책 입안자는 다음과 같은 질문들을 해결할 수 있는 답을 찾고 정책 해결책을 개발해야 함.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 가장 큰 위험은 무엇인가? - 누가 가장 많이 노출되었는가? - 서로 다른 위험에 대한 노출은 어떻게 상호작용하는가? - 위험은 어떻게 배열되고 가장 잘 예방되는가? - 사회 프로그램의 효과성과 비용 효율성을 개선하기 위해서 자료 분석과 예측 알고리즘이 어떻게 사용될 수 있는가? <p>□ 오늘의 사회적 필요와 내일을 위한 사회적 자료</p> <p>○ 사회적 위험들의 측정과 매핑</p> <ul style="list-style-type: none"> - 장관회의에서 요청된 사항의 수행을 위해, 사무국은 사람들이 직면하고 있

주요 내용
<p>는 위험들과 관련된 사회적 자료를 목록화하기 위한 매핑 작업을 시작할 것을 제안함.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 기존 자료원을 이용하여 사회적 위험과 필요를 측정하고 매핑 - 공공기관들에 의해서 수집된 행정 자료는 개인의 위험과 필요에 대한 더 깊은 통찰력을 제공할 수 있음. - 민간기업은 대체적으로 위험 매핑에 매우 유용한 자료를 점차적으로 많이 보유하고 있음. <p>□ 장관회의 결의사항의 이행</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 이 장에서는 캐나다 몬트리올에서 개최된 사회정책장관회의로부터 주어진 임무의 새로운 정책 연구 우선순위들을 어떻게 다룰지를 제안함.

1.1) 반응적 사회정책들의 위험을 이해하기

- 사회정책과 사회보호제도들은 모두에게 이익이 되는 경제성장을 증진시키는데 필수적임.
- 사회보호제도는 사회적 약자 집단들(disadvantaged groups)에게 기회에 대한 접근을 촉진시키고, 사회 내에서 자원을 재분배하는 것을 도움. 이는 더 통합적인 사회를 만들기 위한 정부의 노력에 기여함.
- ‘Framework for Policy Action on Inclusive Growth’에서 진전된 것처럼, 통합적 성장의 핵심적인 목적들 중 하나는 생활수준의 개선임.
 - 세계화, 디지털화, 인구학적 그리고 기후변화는 경제가 작동하는 방식을 변화시키고 있으며 성장을 위한 새로운 기회를 제공하지만, 또한 만약 성장으로부터의 이익이 사람들에게 공평히 분배되지 않는다면 깊은 불평등의 위험을 발생시킴.
- ‘Framework for Policy Action on Inclusive Growth’는 사회정책들을 정

책 의제의 최우선에 둘 것과 불리한 사람들과 지역에 투자할 것을 권고함.

- 통합적 성장은 모든 사람들이 기여하고 성장과 개선된 삶의 질로부터 이익을 얻을 수 있는 공평한 사회를 만들기 위해, 정부가 더 많은 것을 해야 한다는 것을 인정함.

□ 이 문서의 첫 번째 부분에서는 사회정책의 개관과 ‘사람들이 그들을 둘러싼 세계의 변화에 의해서 어떻게 영향을 받는지를 이론적으로 구조화하기 위해서 사회적 위험의 개념이 어떻게 사용되는지에 대한 설명’을 제공함.

□ 두 번째 부분에서는 두 개의 보완적인 작업들(streams of work)을 제안함.

- ‘회원국들이 생활수준을 개선시키고 모두에게 이익이 되는 성장을 보장하는 사회정책들을 발전시킬 수 있도록’ 지식기반을 구축하고 강건한 증거기반의 정책을 제안하는 오늘의 사회적 필요와 내일을 위한 사회적 자료

□ 세 번째 파트에서는 최근의 관련 연구 추세 및 미래 작업을 위해 제안된 새로운 대안들에 기반한 결정사항들을 회원국들에 어떻게 적용할 수 있는가에 대해 논의

1.1.1) 사회 정책들의 새로운 풍경: 왜 위험을 검토할 시간인가?

□ 오늘날과 미래에 사람들이 직면하는 사회경제적 위험들과 기회들에 대한 철저한 재평가가 필요함.

- 대부분의 국가들에서, 사회보호제도는 가구의 단일의 주부양자의 상당히 안정적인 풀타임 일자리가 지배적인 고용 모델을 중심으로 발달하였음.

- 이 제도들은 실업, 질병, 장애, 고령과 같은 안정적인 근로경력을 방해하는 위험들을 대응하기 위해서 설계되었음; 근로소득이 없는 기간 동안 근로자를 지원하고, 안정된 고용으로의 회귀를 돕고, 가구구성원들을 보호함.

□ 이 고용 모델은 경제와 사회의 깊고 급격한 변화들에 의해서 점차적으로 도전받고 있음.

- 대부분의 국가들에서 전체적인 근로기간이 줄어들지는 않았으나, 평균적으로 노동시장의 신규진입자는 안정된 일자리를 가지기 전에 다수의 노동시장 이행들에 직면함.
 - 더 많은 근로자들이 파트타임 일자리, 비표준적인 근로 형태들(임시직, 자영업, 'job on call' 등에 종사함.
- 변화하는 경제적 및 노동시장의 풍경들에서, 많은 근로자들은 그들의 근로 생애 동안 부적절하고 구식이고 또는 단순히 사용할 수 없는 기술들을 가질 위험에 노출되어 있음.
 - 과거에는 동일하거나 비슷한 부문들에서 새로운 직업을 찾도록 근로자들을 돕는 동안 현금혜택이 제공되었음.
 - 오늘날 이는 충분하지 않음.
 - 새로운 기술의 습득, 기술의 향상, 적응에의 지원이 사회보호제도로 통합될 필요가 있으며, 구직자와 급여 청구자가 이용가능해야 함.
- 다른 변화들은 젠더 역할의 변화와 관련됨.
 - 더 많은 여성이 노동시장에 진입하고 남아 있기 때문에, 배우자에 대한 파생된 권리를 지닌 남성부양자 모델은 구식임.
 - 그러나 젠더 임금 및 근로 격차가 지속되면, 여성의 급여 수급권, 특히 노령 연금의 수급권은 여전히 남성을 따라가지 못함.
- 여성의 노동시장참여의 증가에도 불구하고, 아이와 노인 돌봄의 젠더 격차는 강하게 지속됨.
 - 사회정책은 남성과 여성 간의 무급 노동을 더 잘 공유하도록 하는 것과, 돌봄자를 지원하는 것이 필요함.
 - 특히, 인구학적 변화의 배경에서, 노인 돌봄은 점점 더 큰 도전이 될 것임.
- 가족 정책은 또한 새로운 현실에 적응해야 함.

- 이혼율의 증가, 가족 해체/재구성, 그리고 결혼하지 않기로 선택한 커플들의 증가는 오늘날의 평균적인 가구가 그들의 자원을 과거와 다르게 공유하게 분배함을 의미함.
- 가족 구조의 추세는 주택 정책의 변화와 결합됨.
- 위에서 언급한 발달들은 빈곤과 불평등에 명백한 함의를 가짐.
- 사회 이동성과 불평등에 대한 OECD 연구는 정부행동과 정책들이 공평한 경쟁의 장을 만들고 복지를 증진시키기 위해서 어떻게 도울 수 있는지를 보여주기 위해서, 생애주기의 관점을 취함.

1.1.2) 위험 매핑의 틀을 개발하기

① 위험 매핑을 위한 틀을 개발하기: 개인, 가구, 사회가 직면하고 있는 위험은 무엇인가?

- 개인, 가정, 또는 지역사회의 웰빙에 위협을 가하는 위험들의 목록은 넓.
- 이들은 7개의 주요 범주들로 분류될 수 있음.
- 고용 위험: 실업, 저고용, 불안정, 고객 또는 계약 손실, 저임금, 노동법 보호에 대한 접근의 부족, 열악한 근로환경
- 기술 위험: 낮은 수준의 문해력과 필수 기술 숙련도, 근로 준비도의 부족, 기술 노후화, 더 이상 요구되지 않는 교육과 훈련 조건들, 새로운 기술의 훈련과 습득에 대한 접근의 어려움
- 소득 위험: 낮거나 소득이 없음, 불안정하고 예측할 수 없는 소득, 소득의 일시적 또는 영구적 감소
- 건강 위험
- 재정적 위험: 부채, 저축 및 투자의 불충분함 또는 손실, 인플레이션과 구매력

감소, 낮은 금융 문해력과 수리적 기술

- 주거 관련 위험: 임대료 또는 주택담보대출 지불 불능, 저렴한 주택의 부족, 건강에 해로운 생활환경, 퇴거, 노숙
- 가족과 지역사회 위험: 이혼, 한부모, 배우자 사망, 가정 폭력, 괴롭힘, 차별, 사회적 고립 및 배제, 증가된 돌봄 책임

□ 이러한 위험 요소들 중 어느 것도 새로운 것은 아니라고 주장할 수 있음.

□ 그러나 새로운 것과 정책의 방향전환이 필요한 것은 인구들에서 이 위험들의 정보와 분포가 변화했다는 것임.

② 위험 매핑이 정책 입안을 어떻게 더 잘 개선시킬 수 있는가?

□ 효과적이고 효율적인 사회정책을 위한 최선의 방안과 메커니즘들을 규정하는 것은 위험과 기회의 프로파일의 변화하는 형태에 대한 신중한 매핑과 평가를 요구함.

- 성공적인 위험 매핑을 통해 정책 입안자는 다음과 같은 질문들에 대한 답을 찾고 정책적 해결책을 개발해야 함.

- 가장 큰 위험은 무엇인가?
- 누가 가장 많이 노출되었는가?
- 서로 다른 위험에 대한 노출은 어떻게 상호작용하는가?
- 위험은 어떻게 배열되고 가장 잘 예방되는가?
- 사회 프로그램의 효과성과 비용 효율성을 개선하기 위해서 자료 분석과 예측 알고리즘이 어떻게 사용될 수 있는가?

□ 정부들은 사회적 위험들에 직면할 수 있는 사람들의 필요를 더 잘 이해하고 예측하기 위한 예측 알고리즘의 사용에 점차적으로 관심이 증가하고 있음을 보여주고 있음.

1.2) Social Needs Today(오늘의 사회적 필요)와 Social Data for Tomorrow (내일을 위한 사회적 자료)

1.2.1) 사회적 위험들의 측정과 매핑

- 장관회의에서 요청된 사항의 수행을 위해서, 사무국은 사람들이 직면하고 있는 위험들과 관련된 사회적 자료를 목록화하기 위한 매핑 작업을 시작할 것을 제안함.
- 여기에는 회원국들의 OECD와의 정기적인 교류를 통하여 제공되는 자료들이 포함될 것이지만, 또한 정부, 여론조사, 특정한 행정 자료, 사회적 위험과 위험 인식과 관련된 정부들의 다른 자료원에 의해서 수행되는 일반적인 사회 조사들을 포함한 넓은 범위의 자료들이 포함될 것임.
- 기존에 존재하는 자료원들을 더 효과적으로 평가하고 사용함으로써 - 예를 들어, 부처들과 기관들의 행정자료와 설문조사 기록들을 연결시킴으로써 - 국가들은 현재와 다가오는 사회적 필요들에 대한 더 통합적인 검토를 개발할 수 있을 것임.
- 기존 자료원들을 평가하고 다른 자료원들을 정리하는 것(identifying)은 Social Data for Tomorrow Programme의 핵심이 될 것임.

① 기존 자료원을 이용하여 사회적 위험과 필요를 측정하고 매핑

- 노동력 및 일반적인 다목적 가구조사들은 오랜 기간 다른 사회적 위험들의 만연(prevalence)을 측정하는데 사용되었음.
- 이것들은 다음을 포함함.
 - 노동시장 위험: (장기) 실업, 저소득 상태, 비자발적 파트타임 고용
 - 소득 위험: 빈곤, 소득 불안정, 물질적 부족(deprivation)
 - 재정 위험: 가구 부채, 긴급한 상황일 때 사용할 수 있는 저축(emergency

savings)의 부족

- 건강 위험: 일상생활의 기본적인 도구적 활동의 기능적 장애
- 가족 위험: 이혼, 가정폭력
- 주택 위험: 주택 특성과 비용 관련

□ 다른 가족과 지역사회 위험들은 전문화된 조사들에서만 다루어지는 경향이 있음.

- 예를 들어, Maxican National Survey on the Dynamics of Relationships in Households는 여성이 경험하는 정서적, 육체적, 성적, 그리고 다른 유형들의 폭력과 연관된 주제들을 다룸.
- Australia's National Health Survey는 정신건강, 장애, 음주, 건강에 대한 상세한 정보들을 제공함.
- New Zealand's General Social Survey는 사회적 연결, 그리고 the United States Federal Reserve's Survey of Consumer Finances는 개인의 자산과 부채에 대해서.

□ 자신의 위험에 대한 개인의 인식, 예를 들어, 직업을 잃고 새로운 직업을 찾지 못하거나, 파트너와 헤어지거나 또는 아프거나, 필요할 때 지원에 접근하지 못하는 것들은 그들의 실제 위험과는 상당히 다를 수 있음.

- 정책 입안자들은 더 나은 위험 매핑으로부터만 이익을 얻는 것이 아니라, 또한 위험 인식의 깊은 이해로부터 이익을 얻음.
- OECD의 Risks that Matter 조사는 이 주제에 대한 증거를 제공함.
 - 그러나 사회정책에 대한 사람들의 의견을 탐색하기 위해서 사용되어야만 하는 위험 인식을 살펴보는 많은 다른 국가 수준의 그리고 국제 수준의 조사들이 있음.

□ 공공기관들에 의해서 수집된 행정 자료는 개인의 위험과 필요에 대한 더 깊은 통찰력을 제공할 수 있음.

- 세금 또는 사회보장 기관들의 자료는 낮은 소득수준이거나 또는 강한 변동성을 가지는 소득수준의 집단들을 프로파일하는 것을 도움.
 - 공공 고용 또는 사회복지서비스는 종종 무직자나 다른 어려움을 겪는 (disadvantaged) 가구들의 필요와 그들이 받는 지원에 대한 상세한 정보들을 모음.
 - 몇 개의 국가들은 또한, 교육 경로와 결과들에 대한 행정적인 개인 수준의 정보(영국과 같이), 또는 개인의 건강 결과와 사법 제도와와의 상호작용에 대한 정보(예. 노르웨이)를 체계적으로 모음.
- 설문조사와 행정자료를 결합하는 것은 연구자들이 위험과 필요에 대한 더 통합적인 매핑을 위해서, 자료원들 각각의 강점을 이용하는 것을 도움.
- 행정 자료는 설문 조사보다 더 정확한 경향이 있으며, 이들은 또한 더 많은 인구를 포괄하고 더 긴 관찰 기간을 가짐.
 - 예를 들어, 이는 작지만 잠재적으로 상당히 소외된 집단들에 초점을 맞추는 것을 허용하며, 필요와 위험들의 지리학적 위험들을 대표하고, 또한 생애주기 관점을 차용하는 것을 허용함.
 - 한편, 설문조사는 일반적으로 개인 및 가구 특성들에 대한 더 상세한 정보들을 포함하며, 공공 행정기관에 의해서 쉽게 관찰되지 않는 결과들을 포괄함(자기평가건강, 웰빙, 태도, 시간사용패턴과 같은).
 - 어떠한 경우에는, 설문조사와 행정자료를 직접적으로 연결하는 것은 다른 자료원들의 보완성을 최대한으로 활용하는 강력한 방법이 될 수 있음; 예. 소득 또는 재산에 대한 행정 자료들로 가구 조사를 풍부하게 함.
- 이러한 자료들은 다양한 가능한 용도를 가짐.
- 한 가지 예는 짧고 불안정한 고용 기간들의 발생과 동인에 대한 분석임.
 - 다른 예는 개인이 자격이 있는 지원들에 접근하는데 걸리는 시간임.
 - 연계된 자료는 충격의 발생(설문조사에서 나타나는)과 공공부조 또는 사회보

험 급여의 시작(행정자료에서 나타나는) 간의 긴 시간에 대한 통찰력을 제공함.

- 그러나 표본 크기가 작으면 다양한 유형의 위험에 대한 이러한 유형의 분석이 어려울 수 있음.

□ 민간기업은 대체적으로 위험 매핑에 매우 유용한 자료를 점차적으로 많이 보유하고 있음.

○ 이러한 사례들은, 은행과 신용카드 회사에 저장된 신용평가 또는 지불 정보부터, 건강보험회사들에 의해서 수집된 의료 파일들과 행동 자료들을 넘어서, 인터넷 검색 엔진 운영자와 사회적 네트워크들에 의해서 수집된 자료와 “메타 자료”들에 이름.

○ 이러한 자료들의 대부분은 개인정보보호 또는 기밀유지를 이유로 정부 또는 연구자들의 손에 닿지 않는 곳에 있음.

- 그러나 민간 부문은 이미 그들 자신의 리스트 매핑과 보험수리 계산에 대해서 이를 사용하고 있으며, 따라서 이들은 강력한 자료 분석과 예측 도구들의 개발에서 주도적인 역할을 하고 있음(주목할 만한 것은 머신러닝 분야에 서).

- 이는 정부와 공공서비스 제공자들에게 유용할 수 있음.

□ 이러한 새로운 자료원들과 도구들의 일부는 필요와 위험 상황의 발생을 적시에 파악하는 것을 도울 수 있음.

○ 예를 들어, 검색 엔진에서 사용되는 질의어의 빈도는 전염병의 발생(Carneiro and Mylonakis, 2009) 및 실업의 급증(Baker and Fradkin, 2017)을 나타낼 수 있음.

○ ‘현재 예보(now-casting)’의 이러한 형태들은 정책입안자들과 사회서비스 제공자들이 사회적 위험과 필요의 발생 추세들을, 기존의 설문조사 또는 행정자료를 사용하는 것보다 더 빨리 파악하고 대응하는 것을 허용할 수 있는 잠재력을 가지며 또한 적절한 대상 인구들을 서비스로 더 적절하게 이끄는 잠재력을 가짐.

- Australian Department of Jobs and Small Business에서 발표된 월간 vacancy report는 이미 직업, 기술수준, 지역에 따른 세부적인 정보들을 제공하는 최대 규모의 온라인 직업 탐색 플랫폼에 게시된, 새로운 온라인 구직 광고들의 개수에 단독으로 기반을 두고 있음.
 - 그러나 이러한 새로운 자료원들과 도구들의 잠재적인 기회들과 단점들은 여전히 더 탐구할 필요가 있음.
- 극단적으로 볼 때, 공공 및 민간 자료원들(검색 용어와 지역을 포함한)의 조합은 개인정보(privacy)의 상실이 될 수 있음.
 - 이러한 수단을 통하여 사회서비스 전달을 개선하는 기회를 탐색하는 정부 또는 기관들은, 이러한 위험을 인식하고 개인의 프라이버시와 자료 보호의 권리가 침해당하지 않으며 알고리즘에서 개인 자료의 사용이 자료의 오용 또는 징벌적 사용(이로 인한 수급자에 대한 낙인)을 가져오지 않도록 주의해야 할 필요가 있음.
- 보다 표준적인 자료원에 적용되는 새로운 접근들은 특성들과 위험들 간의관계를 보여주면서, 국가들과 집단들의 개선된 비교를 허용할 수 있음.
 - 예를 들어, OECD의 최근 Faces of Joblessness 보고서는 특정한 시기에 실업한 개인들만이 아니라 시간에 따라 노동시장에 약한 연결(weak attachment)을 가진 개인들을 파악하는 것을 허용하는 종단 자료를 사용함.
 - 이 보고서는 다른 차원들(근로 관련 능력들, 근로 인센티브, 고용 기회)에 대한 고용 장애물들을 분석함.
 - 군집 접근에 기초하여, 이것들은 개인들이 동시에 다양한 고용 장애물들에 직면하고 실업한 청년들과 같은 집단들은 구분된 장애물들을 가진 하위 집단들로 구성됨을 보여줌.

② 사회적 위험 매핑에서 기존 자료의 한계는 무엇인가?

□ 기존 설문 조사들의 주제 범위는 국가마다 다르며, 이는 모든 국가들이 사회적 위험과 필요에 대한 동일한 이해를 가지는 것이 아님을 함의함.

○ 국가들은 이러한 숨겨진 위험들에 대한 통찰력을 얻기 위해서, 기존의 설문조사들에 추가적인 모듈을 더하는 것을 고려할 수 있음.

□ 측정이 자주 어렵기 때문에, 특정한 주제들은 기존의 자료원들에서 다루어지지 않음. 이것들은 다음을 포함함.

○ 기술 노후화의 위험: Survey of Adult Skills(PIAAC)는 예를 들어, 실업자와 고용된 근로자의 기술들을 어떻게 비교하고, 잘 고용된(well employed) 근로자들의 기술들이 그들의 직업 요구와 어떻게 대응하는지를 보여줌으로써, 몇 개의 증거를 제공함.

- 그러나 인지적 및 직장(workplace) 기술들에 초점을 맞추면서, 기술적 지식(technical knowledge)과 기술(skills)이 더 빨리 노후화되는지를 완전히 포착할 수 없음.

- 이에 더해, 이 조사는 겨우 10년마다 실행되며, 이는 기술필요, 기술사용, 기술적응의 변화를 측정하는 능력을 다소 제한함.

○ 사회서비스 필요의 충족: 예를 들어, 일부 가구 조사들은 돌봄, 장기요양, 정신 건강서비스가 필요한 개인들이 이에 접근할 수 있는지의 여부를 파악함.

- 그러나 이러한 서비스의 질과 적정성은 설문조사를 통해서 측정하는 것은 어려움.

○ 청구되지 않은 급여: 일부 사회 프로그램은 그들의 목표 사용자에게 도달하지 못하고, 많은 잠재적 수혜자들은 급여들에 접근함.

- 예를 들어, 정부는 소득세에 기초하여 계산되고 지급되는 급여들을 도입할 수 있음.

- 소득세를 지불하지 않는 사람들, 예를 들어 급여 기준에 충족되는(예: 저소

득) 집 없는 사람들이나 비공식 노동시장에 있는 사람들은, 급여를 받지 않음.

- 급여 수급의 장애는 특정 대상 집단들의 위험들을 증가시킬 수 있음.

□ 인구 조사와 행정자료는 특히 취약한 인구 집단을 충분히 커버하지 못할 수 있음.

○ 이들 중에는 노숙인, 비정규적인 이민자들, 시설에 거주하는 개인들이 있음.

○ 기존의 노동시장과 가구 조사들에서 이 집단의 포함은 실현 가능하지 않을 수 있음.

○ 그럼에도 불구하고, 사회적 위험들과 필요들은 이러한 집단들에 대해서 더 많은 정보를 수집하는 방법을 찾을 필요가 있음.

□ 가구패널조사도 사회적 필요와 삶의 궤적들에 대한 다수의 반복되는 사회적 위험 충격들의 영향을 평가하는 것은 도전적인 과제임.

○ 특히 취약한 인구들은 패널에서 이탈되는 경향이 있음.

○ 연결된 설문조사와 행정자료는 어떤 환경들에서는 이러한 개인들이 어떻게 행동하는지에 대한 통찰력을 제공할 수 있지만, (예를 들어, 소득 정보와 그들이 공공부조를 받고 있는지를 보여줌으로써) 이러한 자료들에 접근하고 분석하는 것은 어렵다.

○ 더욱이, 이러한 연결에서도 삶의 만족과 건강 지위와 같은 중요한 측면들에 대한 정보는 없을 수 있음.

1.2.2) 사람들에게 듣기

□ 기술을 사용하여 행동, 추세, 수급률을 더 잘 이해할 수 있는 잠재력은 있지만, 인적 요소는 사회 정책 설계와 전달의 핵심적인 요소로 남아 있음.

○ OECD의 2018 Risks that Matter 조사는 응답자의 다수가 필요할 때 사회

급여의 접근이 불가능하다고 생각한다는 것을 보여줌.

- 이는 급여제도에 대한 정보의 부족과, 공공기관에 대한 신뢰의 부족을 모두 의미함.
- 공공기관의 신뢰를 세우는 것은 효율적인 서비스 전달과 역동적인 공공과 이해관계자의 참여 모두를 필요로 함.
- 모든 집단들의 관심을 다루는 새로운 사회 정책 모델은 사람들이 사회정책에 대한 기대와 우선순위에 대하여 잘 알고, 신중하게 듣고, 모든 이해관계자들의 의견을 통합하고, 혁신적 접근을 공동 개발할 때 만들어질 수 있음.
- 잘 설계된 설문조사들과 여론조사들과 같은 새로운 수단들, 그리고 사람들에게 그들의 염려, 기대, 우선순위를 직접적으로 묻는 것은 사회정책이 사회적 필요에 대해 더 통합적이고 더 반응적일 수 있도록 도울 수 있음.
- 듣기는 또한 위험 커버리지의 우선순위를 정하는 것을 도움.

□ 동시에, 위험의 예방, 재분배, 풀링은 중요하지만 항상 인기 있는 것은 아님.

- 예를 들어, 선택의 여지가 있을 때, 많은 사람들은 연금 보험료를 내지 않고 저축을 연기할 것임.
- 그러나 자발적 참여에 대하여 강제의 정도는 사람들의 지각된 위험들과 나타난(stated) 선호들을 고려하여 검토될 수 있음.

□ 오늘날의 사회보호제도는 장기간에 걸쳐 발달하였으며, 국가의 사회, 경제, 문화적 전통에 뿌리박고 있음.

- 디지털화와 세계화는 모든 국가와 모든 집단들에 영향을 미치지만, 국가들과 사람들의 필요는 모두 같지 않음.
- 개혁의 맨 처음 단계에서부터 모든 이해관계자들을 폭넓게 참여시키고, 이들을 수행에 포함시키는 것은, 현재 권리를 박탈당했다고 느끼는 사람들로부터의 신뢰와 승인을 구축하는 것을 돕고, 어렵고 차별받는 집단들을 이 과정에 참여시키는 것을 또한 도움.

- 시민사회, 비영리 및 민간 부문의 행위자들을 이 과정에 참여시키는 것은 또한 ‘사회적 영향 채권과 같은 사회정책의 새로운 재정조달 모델들’, ‘자산기반 사회프로그램’, ‘다른 혁신적 정책들’을 개발하는 것을 도울 수 있음.
- 통합된 서비스 전달에 대한 OECD의 작업에서 나타나는 것처럼, 국가들은 또한 사회서비스 제공에 대한 더 통합된 접근들로부터 이익을 얻을 수 있음 (which account for clients’ diverse needs and cross administrative silos)
- Social Needs Today Program의 일부로서, OECD는 사회정책에 대한 의견을 제시하기 위해서 이해관계자들과 대중을 어떻게 함께 모을지에 대한 정부들로부터의 질적인 정보를 수집할 것임.
- 많은 회원국들은 시민 회담(civil consultation)에 참여하고 있으며, OECD는 경험을 교환하는 국가들의 포럼을 제공하고 부문들 간의 효과적이고 생산적인 협의(consultation)를 이끌 수 있으며, 이는 공공기관의 신뢰를 증진시킬 수 있음.
- 반대로, 비효율적으로 수행되는 경우, 참여는 형식주의의 느낌을 강화할 수 있고 이해관계자들에게 들리지 않을 수 있음(not being heard among stakeholders).
- 이해관계자 참여는 전통적이고 영향력 있는 교섭담당자(interlocutor)에 의한 전통적인 정부의 로비를 넘어선 협의를 의미하며, 다음들을 포함할 수 있음; 오프라인(in-person) 또는 온라인 포커스 집단들; 프로그램 수혜자, 지원자, 자문 패널들로부터의 피드백; 온라인 협의; in-person town-hall meetings; 연합 학습 포럼(특정한 이해관계자 집단, 학계, 영향력 있는 사람들을 대상으로 하는)
- 예를 들어, 캐나다에서는 2016년부터 정부가, 사회정책개발과 개혁과정의 일환으로서, 빈곤, 무주택, 부모 급여의 변화, 노동 기준들을 포함한 사회적 이슈들의 범위들에 이해관계자들을 참여시킴.

- 이러한 협의들은 다양한 형태로 진행되었음: 온라인 협의; town-hall meeting; 노동 및 사업 파트너들과의 사회적 대화
- 이러한 협의의 한 가지 공통된 요소는 폭넓은 청중과 ‘제안된 의견들과 협의가 정책 결정 과정에 어떻게 정보를 제공하였는지’를 공유하기 위해, 각 주제에 대한 “What we heard” 보고서를 공공에게 제공하였다는 것임.
- OECD 또는 이해관계자 참여로부터의 사례들의 수집은 Putting People at the Centre of Social Policy Development와 연관된 연구 우선순위들에 대한 기초를 형성할 것임.
- Risks that Matter Survey와 같은 대중 의견에 대한 정보의 수집은, 예를 들어 사람들이 필요할 때 사회 급여들에 접근할 수 없는 것에 대하여 사람들이 어떻게 느끼고 이 두려움을 어떻게 다루려고 하는지를 이해하는 것을 도움.
- 국가들이 무엇을 하는지에 대한 정보를 수집하는 것에 더하여, Listening to people에 대한 작업은 공공 협의의 방식에 대한 연구, 이해관계자 참여에 대한 연구(공공행정에 대한 연구들)를 포함함.
- 협의가 사회적 대화와 어떻게 교차하는지, 이해관계자가 참여를 로비, 기대관리, 정책결정과정에서 피드백 순환고리의 구축과 어떻게 결합시키는지에 대한 통찰력

1.3) 장관회의 결의사항의 이행

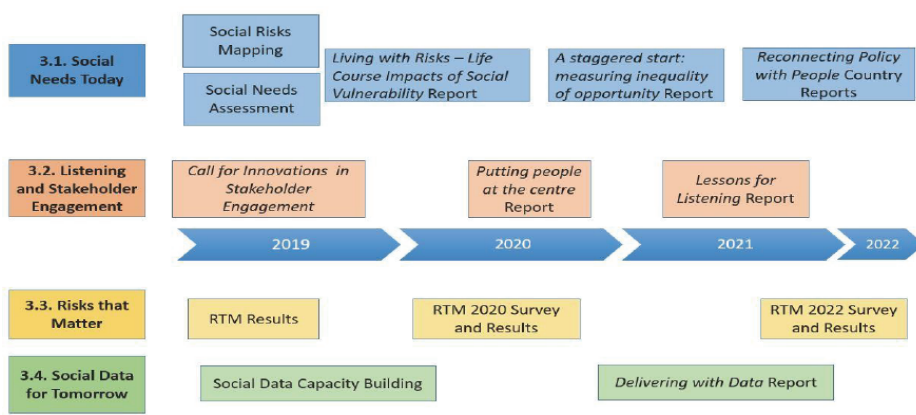
- 이 세 번째 장은 캐나다 몬트리올에서 개최된 사회정책장관회의로부터 주어진 임무의 새로운 정책연구의 우선순위들을 어떻게 다룰지를 제안함.
- 제안된 작업은 진행 중인 정책 우선순위들에 보완적이며, Inclusive Growth Initiative와 연관된 OECD의 활동, 새로운 Jobs Strategy의 국가 수준에서의 수행, Future of Work의 지속되는 활동에 기반을 둘 것임.
- 이 단계에서는 토론을 위한 주요 작업라인을 설정함.

- 사회적 위험 분석을 뒷받침할 두 번째 단계에서는 상세한 분석 틀이 정교화 될 것임.

□ 아래의 그림(Figure 3.1)은 장관회의 결의사항을 수행하기 위해서 제안된 접근과 순서를 개략적으로 설명함.

- Social Risks Mapping, Listening, Stakeholder Engagement에 대한 연구부터 시작하는 것이 제안됨.
- 이 작업은 2019년 초기에 시작될 수 있으며, 더 상세한 국가 수준의 분석과 상세한 연구는 순차적으로 이루어질 것임.
- Social Data for Tomorrow는 사회정책연구를 지원하고 향상시키기 위한 자료의 질과 종류들을 개선시키기 위해서, 전문가 수준에서의 더 많은 참여로부터 이익을 얻을 것임.
- 자료 수집의 범위를 확대하는 목적은 정보에 입각한 정책 결정을 내리기 위한 더 큰 지식 기반을 개발하는 것임.

Figure 3.1. Implementing the Ministerial Mandate



1.3.1) 사회적 위험들의 매핑

- 변화하는 위험 프로파일과 사회적 필요들의 평가의 실제적인 수행은 두 단계로 진행될 수 있음; 사회적 위험 매핑과 사회적 필요의 평가
 - 이는 취약한 사람들에 대한 사회적 보호를 개선하는 것에 대한 연구와 권고를 포함하는, 일련의 국가들의 보고서들에 대한 토대가 될 것임.
- 국가와 사람들이 위험을 이해하는 방법은 최근 수십년 동안 진화되었고, 위험 노출의 빈도와 기간의 장기적 영향에 대한 학습의 관심은 많은 나라들에서 나타났음.
 - 사회적 위험들을 매핑하는 주요한 것은 Understanding 21st Century Social Risks in the OECD로 잠정적으로 명명된 국가 간 연구가 될 것임.
 - 일련의 변화가 각기 다른 인구 집단들에 대해 같은 정도로 영향을 미치지 않기 때문에, 분석은 소득, 연령, 성별, 교육수준, 다른 특성들에 의해서 정의된 사회경제적 집단들에 대하여 구분되어 수행될 수 있음.
 - 위험의 다른 차원은 기회의 불평등을 고려하는 것임; 즉, 생애주기 궤적이 사람들의 사회경제적 배경, 구조적 불리함과 차별에 의해서 어떻게 결정되는지.
 - 예를 들어, 빈곤하게 태어난 사람들, 소수 집단에 속한 사람들, 또는 경제적으로 어려운 지역에서 온 사람들은 이러한 도전들에 직면하지 않는 사람들과 동일한 궤적의 삶을 시작하지 않음.
 - 개인과 단체들의 기회의 평등을 측정하고 정부들이 공평한 경쟁의 장을 만들기 위해서 할 수 있는 것들에 대한 정책 권고들을 만들기 위한 연구들은, A Staggered Start: Measuring inequality of opportunity의 주제 아래에서 정교화될 수 있음.
 - 사회적 위험의 매핑은 사람들의 삶에 대한 위험 궤적들을 살펴보면서, 촉발 사건들과 이것들이 위험 노출에 어떻게 영향을 미치는지를 이해하기 위한 생애주기 관점을 취할 수 있음.

- 사회적 위험 매핑에 대한 연구를 추진하면서, OECD는 국가들이 자료원을 개발하고 인프라를 구축하도록 도움으로써 불평등, 사회적 이동성, 약자들의 생애주기 영향들과 관련된 그들의 작업에 새로운 차원을 더할 수 있음.
- 전통적으로 생애주기 또는 세대 간 관점으로부터 사회적 그리고 고용 결과들을 분석하는 것은 매우 도전적인 과제였음; 왜냐하면 긴 시간 동안 사람들을 추적하는 것을 허용하는 자료들은 극히 소수의 국가들에서만 이용가능하였기 때문
- 최근, 많은 국가들에서 다양한 행정자료원들을 결합하고 이를 경제적 분석에 대해 접근할 수 있게 하는데 상당한 진전을 이루었음.
- 한 예는 영국 교육부의 최근의 노력임.
 - 아동의 교육 결과에 대한 행정 자료와 노동시장 자료와 부모의 세금 기록을 결합하여, 부모의 배경이 교육 및 노동시장 궤적에 미치는 영향에 대한 분석을 허용함.
- 북유럽 국가들, 특히 덴마크와 노르웨이에서는 소득, 교육결과, 노동시장결과, 건강에 대한 다양한 공공 등록 정보들을 체계적으로 수집하였음; 이들을 연결하고 정책 분석과 연구에 활용할 수 있도록.
- 이 분석 작업은 사회적 자료 역량 구축의 과정을 수반할 수 있는데, 이 과정에서 OECD는 ‘현재의 사회적 위험들, 생애주기에 따른 이들의 변화, 세대 간의 이들의 전달’을 연구할 수 있는 자료 인프라를 개발하는 것을 원하는 국가들에게 기술적 지원을 제공할 수 있음.
- 이 과정은 처음에는 OECD 국가들에서 이미 사용되고 있을 수 있는 사회적 위험의 매핑에 적합한 행정자료의 이용가능한 원천의 현황파악일 것임.
- 다음 단계에서, OECD는 정책분석을 위한 행정자료의 추출과 국가 간 최선의 사례들의 교환에 대한 정치적, 법적, 기술적 장애물들에 대하여, 국가들과 논의할 수 있음.

- 또한 OECD는 더 큰 국가 간 비교가능성을 보장하고 따라서 더 강건한 사회정책 연구와 분석을 보장할 수 있는, 행정 사회적 자료의 기본 표준들과 정의들을 개발하는 과정을 지원하는 것이 이상적인 과정임.
- 위험 매핑만으로는 위에서 언급한 위험들 중 하나 또는 그 이상을 경험한 개인들이 그들의 필요를 충족시킬 수 있는지의 여부를 알 수 없음.
 - 그러므로 이는 사회 요구 평가에 의해서 보완되어야만 함.
 - 자료 이용가능성에 대한 평가가 있을 때까지, 이 평가는 두 개의 형태를 취할 수 있음.
 - 첫 번째로 가정된 필요들의 프로파일(예를 들어, 교육, 보건, 주거, 소득; 다양한 유형들의 가구들에 대하여, 한부모, 직업을 찾지 못한 청년, 건강이 나쁜 고령자 등)은 이 필요들이 실제로 충족되었는지의 정도와 비교할 수 있음.
 - 둘째, 구체적인 위험들에 초점을 맞춤; 다른 위험들에 노출된 인구들 중 그들의 필요를 충족시킬 수 있는 비중은, 그렇지 못한 비중, 그리고 이 두 집단의 특성들이 어떻게 다른지가 결정됨.
 - 두 유형의 분석 모두 사회보호제도가 필요의 격차를 해소하는데 얼마나 기여하는지를 강조할 것임.
- 국가 간 분석에 더하여, OECD는 장관회의 결의사항 이행을 위한 두 번째 단계로 Reconnecting Policy with People: Making Social Protection Fir for the Future라고 명명한 국가 검토를 수행할 것을 제안함.
 - 이러한 검토는 국가 수준에서 위험 프로파일의 이동에 대한 심층 분석을 제공함; 이는 국가의 우선순위들에 따라 선택된 상세한 특정 위험들, 집단들, 정책 영역들을 살펴봄.
 - OECD는 국가 특정적 도전들을 평가하고 이 이슈들을 다룰 수 있는 가능한 정책 접근들을 규명하는 “how to” 국가 보고서들을 착수하기 위해서 위에서 설

명된 증거 기반을 활용함.

- 예를 들어, 국가 보고서는 개인들이 권리가 있는 사회적 급여들을 지원하거나 받는 것으로부터 개인들을 방해하는 장애물들에 대한, 보완적인 질적 증거를 제공할 것임.
- 예를 들면, 한부모 가정의 필요에는 주로 최저소득수준과 아동돌봄에 대한 접근이 포함됨.
 - 따라서 이들의 실제 소득은 '비빈곤 상태에 머무르고 그들의 자가보고된 재정적 의무들을 충족시키기 위해서 필요한' 가정된 소득수준과 비교될 수 있음.
 - 전후 이전 소득의 비교들은 요구되는 것과 실제 소득 간의 잠재적 격차를 해소하는데 있어 사회보호제도의 역할을 드러낼 수 있음.
 - 자료 이용가능성과 국가들의 관심들에 따라, 초점은 특정한 사회적 필요들과 서비스들(장기요양과 아동돌봄과 같은)에 둘 수 있음.
 - 이 작업은 Doing Better for Families and Integrating Social Services for Vulnerable Groups - Bridging Sectors for Better Service Delivery 와 같은 이전의 OECD 보고서들에 기초해서 작성될 것임.
- 분석으로의 확장은 위험들에 취약할 수 있는 인구의 비중을 평가할 수 있음(어떠한 충격들을 하나 또는 그 이상 경험할 때)
 - 예를 들어, 다른 자료원들을 통해, 가구소득 자료는 추가적인 이전 없이 비빈곤 상태에 머무를 수 있는지의 여부를 평가하는데 사용될 수 있음.
 - 주거비용이 부담이거나 주거비용이 가처분소득의 40%에 이르는 가구들은 위험에 있는 것으로 고려될 수 있음.
- 최근의 OECD 프로젝트인 Faces of Joblessness의 성공을 기초로, OECD는 위험의 생애주기 영향에 대한 작업을 확대하기 위해서 종단자료셋들의 이용을 확대할 것을 제안함.

- 이 프로젝트는 자료원의 이용가능성에 기초하여, 국가들이 OECD에서 다양한 인구 집단들에 따라 고용과 사회 통합의 장애물의 만연이 어떻게 다른지에 대하여 더 많은 것을 배우도록 도울 수 있으며, 개인이 여러 장벽을 극복할 수 있도록 우수 사례들에 대한 정책 논의의 기초를 제공할 수 있음.
- 주제별로, 참여 국가들의 관심에 따라, 검토의 초점은 노동시장부착이 없거나 약한 인구들로부터 노동시장소득이 지속적으로 낮거나 상당히 가변적인 사람들에게로 확대될 수 있음.

1.3.2) 듣기와 이해관계자의 참여

- 마지막으로, 잠정적으로 Putting People at the Centre of Social Policy Development라고 명명된 새로운 프로젝트를 시작하는 것이 제안됨.
- 이는 OECD Governance Directorate과 연계하여, OECD 국가들에 대한 정보수집의 착수를 포함할 것임.
- The Call for Innovations in Stakeholder Engagement는 OECD Observatory of Public Sector Innovation (OPSI)와 연계하여 2018년 11월에 착수될 수 있으며, Lessons for Listening: Stakeholder Engagement in Policy Design이라는 이름의 심층 보고서에 기여할 수 있음.
- 이 보고서의 내용은 OECD의 국제적 전문가 자문, 정책개혁에 대한 이해관계자의 의견을 수렴한 국가적 경험들을 수집하기 위한 회원국들에게 보내는 조사 설문지, Risks that Matter Survey의 결과, 사회정책 설계와 개혁에서 사용자와 전문가들의 피드백을 통합하기 위한 “how to” 가이드를 개발하기 위한 OECD 국가들의 진상조사와 연구를 사용할 수 있음.
- 예를 들어, 이 연구는 다음과 같은 질문들에 대하여 통찰력을 얻으려 함.
 - 정책 입안자가 도움을 얻는 것은 어떤 유형들인가?
 - 어떤 경험들이 이전 가능하고 확장될 수 있는가?
 - 이해관계자와 시민 참여의 어떤 메커니즘이 잘 작동하는가?

□ 이 보고서는 또한 다음들을 할 수 있음.

- 특정한 정책 영역들에서 관심의 결과들을 측정하는 도구들을 제안.
- 프로그램 참여의 모든 과정(타겟 인구집단 설정부터 프로그램 신청, 프로그램 경험, 프로그램 종료에 이르기까지)을 어떻게 개선할지에 대하여 정부에게 조언을 할 수 있음.
- 수혜자의 경험들을 개선시키는데 있어 공무원들의 중요한 역할을 이해하는 것을 도움.

□ Lessons for Listening report에서 수집된 정보들을 바탕으로, OECD는 Listening in Society Today Network("LiSTN")이라 불리는 온라인 연합 학습 네트워크를 구축하는 것을 제안함.

- 이 온라인 포럼은 국가, 지역, 지방 정부들에게 사회 정책들의 설계와 개혁에서 시민 참여의 사례들을 수집하고 비교할 수 있는 장을 제공할 수 있음.
- 사회적 위험과 필요를 파악하고 다루기 위해서, OECD 정부들은 점차적으로 '이해관계자들에게 듣고, 수집된 피드백을 검증하고, 정책 설계와 개혁 과정에서 피드백을 통합하기 위한' 혁신적 접근들을 사용하고 있음.
- OECD 플랫폼은 온라인 참여, 대상 집단들과의 원탁회의와 협의, 자문 패널들, 상세한 의견 조사들과 같은 점차적으로 대중적인 수단들의 최선의 사례들을 제시함.
- 이러한 활동은 연관된 다른 Directorates뿐만 아니라 OECD Governance Directorate과 밀접히 연합하여 수행될 것임.

□ Lessons 또는 Listening 보고서의 출판과 온라인 포럼의 시작에 따른 국가들의 관심을 기다리는 동안, OECD는 특정 국가들의 이해관계자 참여전략의 국가 검토를 수행하고 나아가 새로운 방식들을 제안할 수 있음.

1.3.3) Social Data for Tomorrow(내일을 위한 사회적 자료)

□ 보다 효과적인 사회 정책은 사회적 위험과 필요에 대한 더 나은 자료를 필요로 함.

○ 2.1.1.에서 설명한 자료 수집, 저장 및 분석에서의 급격한 최근의 진보는 더 나은 증거 기반의 사회정책을 만드는데 엄청난 잠재력을 지님.

○ 특히, 이는 ‘취약계층과 그들의 위험과 필요를 파악하고’, ‘현재 정책들이 이러한 요구들을 어느 정도로 충족시키는지 또는 충족시키지 못하는지에 대해 평가하고’, ‘현재 정책들이 다양한 사회적 결과들을 개선시키는데 얼마나 효과적인지를 평가하는’ 강력한 새로운 방식들을 제공함.

○ 그러나 이러한 새로운 가능성들을 활용하려면, 정부들은 종종 일련의 정치적, 기술적, 법적 장애물들을 먼저 극복해야만 함.

□ 이 새로운 프로젝트, 잠정적으로 명명된 Delivering with Data: Improving Information for Better Social Policies, 와 함께, 사무국은 국가들이 사회정책입안에 정보를 제공하는데 사용할 수 있는 자료의 유형들을 상당히 확대하고 기존에 존재하는 자료원들을 더 많이 만들기 위한 전문가들의 역량을 구축할 수 있도록 국가들을 도울 계획임.

○ 이 프로젝트는 OECD Statistics and Data Directorate(SDD)와 공동으로 수행될 것임.

○ 첫 번째 단계에서, 이 프로젝트는 국가들이 사회정책의 설계, 타겟팅, 전달, 평가에 대해서 현재 행정 또는 조사 자료들을 어떻게 활용하는지와 차이점들을 잘 파악하는 것을 목표로 함.

○ 결과 자료의 사용 목록은 회원국들에게 보는 조사 설문지로부터의 결과에 기초하여 작성될 수 있음.

○ 두 번째 단계에서는, 이 프로젝트는 국가들의 자료 수집과 처리에서 최근의 기술적 진보들을 활용하여 사회정책 분석과 설계를 위해 이용가능한 기존의 자

료의 사용을 확대하는 것을 돕는 것을 목적으로 함.

- 프로젝트의 이 부분은 OECD에 의해서 조직된 국제적 전문가 협의들뿐만 아니라, OECD 국가들의 사실조사 임무들에 의존함.

□ Delivering with Data라는 이름의 OECD social Data Report에서 종합된 이 작업의 결과들은 다음을 포함함.

- 사회정책설계와 전달을 위해 국가들에서 현재 사용되는 행정 미시자료의 다양한 출처들에 대한 검토를 제공하는 사회정책 자료 목록
 - 이 장은 또한 정책 분석과 수행에 이용가능한 행정 자료를 만드는데 있어 성공하거나 실패한 국가들의 경험들에 대한 토론, 그리고 가장 중요한 자료 격차에 대한 평가가 포함될 수 있음.
- 등록 기반과 조사 자료의 다른 자료원들을 연결하고, 기술적 그리고 법적 이슈들을 모두 다루고, 자료 수집, 관리, 사용, 저장과 관련된 이슈들을 다루는 기회와 도전들에 대한 논의
- 자료분석 도구들의 최근의 진보들에 대한 논의; 취약한 인구들을 더 잘 파악할 수 있는 머신러닝 도구들과 예측 알고리즘의 잠재적인 사용을 살펴보고, 사회적 위험을 예방하고, 사회정책 개입들을 타겟팅함.
 - 이 부분은 국가들의 경험들의 공유가 포함될 수 있음; 국가들은 새로운 도구들의 일부를 시험하고 있으며, 특정 분야에서는 이미 사용되고 있음.
- 검색 엔진 운영자에 의해서 공유되는 공개적으로 이용가능한 “big data”를 포함한, 새로운 사회 정책 자료의 잠재력과 위험들에 대한 논의; 이는 현재 발생하는 사회적 위험과 필요들에 대해서 사용할 수 있지만, 잠재적으로 행정자료들 또는 민간부문 회사들에서 이용가능한 사회적 또는 건강결과들에 대한 더 민감한 미시자료임.
- 사회정책의 영향 평가의 이익과 한계에 대해 살펴봄; 순전히 관찰적인 접근들에 대한 통제된 자연 실험들의 이익을 논의함; 만약 엄밀한 프로그램 평가가 허용되는 경우 새로운 정책들의 설계와 구현에 대한 함의를 논의; 보완적인 질

적 증거가 결과들을 해석하는 것을 돕고 일반화 가능성에 대해 알림으로써 줄 수 있는 혜택을 살펴봄.

○ 이 작업의 하나의 장기적 결과는 “What Works in Social Policy” 정보센터 일 수 있음.

- 즉, OECD 국가들의 사회정책의 기존의 품질 영향 평가들로부터의 결과들을 수집하고 종합하는 데이터베이스

□ 사무국이 익명화되고 적절히 표준화된 국가 수준의 행정 자료에 대한 국제적으로 비교가능한 통계를 추출할 수 있도록 허용하는, OECD 국가들에서 분산된 자료 네트워크에 대한 개념

○ 직접적 또는 원격 자료 접근에 대한 높은 법적 장애가 높음을 고려하여, 이 개념은 원격 실행 시스템에 의존할 수 있음; 여기서 외부 연구자들에 의해서 작성된 코드는 국가 통계국 또는 행정기관의 전문가들에 의해서 로컬하게 수행될 수 있음.

□ 국가들의 관심을 기다리는 동안, OECD는 ‘사회적 자료 잠재력을 개발하도록 국가들을 돕기 위하여’ 특정 국가의 사회적 자료의 수집, 관리, 분석전략에 대한 국가 리뷰를 수행할 수 있음.

○ 이 리뷰들은 작성된 국가보고서와 역량 구축을 위한 조직화된 워크숍을 포함할 수 있음.

1.3.4) Risks that Matter(중요한 위험들)

□ 최근 착수된 OECD Risks that Matter 여론 조사는 위험에 대한 사람들의 태도, 그들의 개인적 위험 계층, 다양한 사회정책 영역들에 추가적인 지출을 할 의지에 대한 중요한 통찰력을 제공함.

○ 2018 Risks that Matter 조사의 응답자들은 그들 또는 그들의 가족이 직면하는 가장 중요한 단기적 위험들이, 질병, 장애, 겨우 먹고 사는 것(make ends

meet)과 직업을 잃는 것임을 일관되게 보임.

- 이러한 두려움 뒤에는 사회보호제도가 장애, 이혼, 실업과 같은 충격들로부터 개인들을 반등시키도록 도울 수 있다는 것에 대한 의심이 있을 수 있음.
- 위에서 나열된 다른 자료원들의 보완으로서, 정책이 각 국가에서 사람들의 관심사들에 어떻게 더 잘 대응할 수 있는지를 이해하기 위한, 이 조사의 추가적인 웨이브들을 수행할 것으로 계획된 것임; 각 웨이브들은 특정한 정책 영역들과 관심사들에 대한 초점을 포함함.

□ OECD는 Risks that Matter 조사를 2018년에 더하여, 2020년과 2022년에도 시행할 것을 제안함.

- 이 조사는 시민에게 무엇이 중요한지에 대한 독특한 국가 간 정보원임.
- OECD는 ‘위험 인식이 국가들에 따라 어떻게 다른지를 이해하고, 복지국가들이 이러한 위험들을 어떻게 다루는지를 이해하고, 사람들이 그들의 정부로부터 무엇을 가장 원하는지를 이해하기 위해서’, 포함된 국가들의 수를 늘리는 것을 제안함.
- 미래의 조사들은 핵심 질문들을 반복할 수 있지만, 특정한 위험들을 살펴보기 위한 새로운 모듈들을 추가할 것임; 예. 주택 필요, 청년 지원, 출산, 노인돌봄에 대한 특정한 초점.
- 결과들은 일련의 요약들로 제공될 것이며, 핵심 지표들은 Society at a Glance에 포함될 것임.

2) 사람들을 사회정책의 중심에 놓기: 사회정책설계에의 이해관계자의 참여

주요 내용
<p>□ 사람들을 사회정책의 중심에 놓기: 사회정책설계에의 이해관계자의 참여</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2018년 5월 Social Policy Minister's Meeting에서, 장관들은 사람들이 직면하는 위험의 변화와 그들이 정부와 사회정책으로부터 기대하는 것을 더 잘 이해하기 위해서, 이해관계자들과 협의의 다양한 형태를 통한 사람

주요 내용
<p>들의 의견을 경청할 가치가 있음을 인정함.</p> <p>○ 사회적 위험을 “Social Needs Today Programme”과 매핑할 목적의 작업의 일환으로, OECD는 Observatory of Public Sector Innovation(OSPI)과의 작업을 시작할 것을 제안하고 ‘사회정책설계의 이해관계자 참여’의 주제에 대한 “Call for Innovations”를 시작함.</p> <p>○ “Call for Innovations”는 이해관계자 참여에 기초하여 지시기반을 세우는 다각적 접근의 첫 번째 요소가 될 것이며, 회원국들 간의 공유될 수 있는 모범 사례들을 제공함으로써 다른 연구와 통합될 수 있음.</p>

□ 사람들을 사회정책의 중심에 놓기: 사회정책설계에의 이해관계자의 참여

○ 2018년 5월 Social Policy Minister’s Meeting에서, 장관들은 사람들이 직면하는 위험의 변화와 그들이 정부와 사회정책으로부터 기대하는 것을 더 잘 이해하기 위해서, 이해관계자들과 협의의 다양한 형태를 통한 사람들의 의견을 경청할 가치가 있음을 인정함.

- 사회적 위험을 “Social Needs Today Programme”과 매핑할 목적의 작업의 일환으로, OECD는 Observatory of Public Sector Innovation(OSPI)과의 작업을 시작할 것을 제안하고 ‘사회정책설계의 이해관계자 참여’의 주제에 대한 “Call for Innovations”를 시작함.
- “Call for Innovations”는 이해관계자 참여에 기초하여 지시기반을 세우는 다각적 접근의 첫 번째 요소가 될 것이며, 회원국들 간의 공유될 수 있는 모범 사례들을 제공함으로써 다른 연구와 통합될 수 있음.

□ 내일의 더 나은 사회 정책을 위해 오늘의 듣기

○ OECD 국가들의 정부들은 사회 정책, 프로그램, 서비스가 수혜자의 필요와 기대를 충족시키는 것을 보장하기를 원함.

- 관점들과 피드백들을 모으기 위해서 개인 및 이해관계자들과의 자문은 사

회정책과 사회보호제도의 설계, 수행, 평가를 개선시킬 수 있음.

- 사회정책장관회의 후속조치의 일환으로 OECD는 “Social Needs Today Programme”과 관련하여 “Stakeholder Engagement in Social Policy Design”에 관한 작업을 추가할 것임.

○ 사회보호제도는 국가의 사회, 경제, 문화 전통에 깊게 뿌리박고 있음.

- 디지털화와 세계화는 모든 국가와 모든 집단들에 영향을 미치지만, 국가와 사람들의 요구가 모두 같지는 않음.
- 협동과 공동창작은 오늘날의 정책 설계에 반드시 필요함.

□ Call for Innovations

○ 이해관계자 및 공공 자문 프로세스의 설계와 수행의 우수 사례를 모색하기 위해서, 공동 ELS-GOV initiative를 시작하는 것을 제안함.

○ 이것의 목적은 정부들의 교섭담당자들로부터 정보를 모으고, 혁신적인 좋은 사례를 파악하고, 이를 공개적으로 사용가능한 온라인 플랫폼을 통해 공유하는 것임.

□ 다음 단계

○ 기존 OPSI 인프라 및 경험을 바탕으로, Call for Innovations는 빨리, 이상적으로는 2019년 초에 시작할 수 있음.

- 이의 성공은 회원국들의 투입에 달려 있으며, ELSAC 위원회 구성원들은 OPSI의 기여자가 될 그들의 부처들에서의 대담자를 파악하는 것이 권고됨.
- OECD가 사회정책설계의 성공적인 혁신 사례들을 모으기를 열망하므로 OPSI와의 연합은 비용 중립적일 것임.

○ Call for Innovation에 대한 추가적인 의사소통은 ONE 회원들과 파트너들, OECD 연구에의 기여자들의 네트워크를 포함한 다른 채널들, 그리고 소셜미디어를 통해서 공유될 것임.

3. 제133차 고용노동사회위원회 보건복지관련 의제 논의 결과

가. 유족연금(유족연금은 여전히 필요한가?)

□ 주요내용

- Pensions Outlook 2018의 한 챕터로 발간 예정
 - 2주 후 최종본
 - 민간연금 작업반 올해 12월 3일 논의
- (현황) OECD 국가들은 평균적으로 GDP의 1%를 유족연금에 지출. 그리스, 이탈리아, 스페인은 2% 넘게 지출
- 유족연금 논의 배경과 사회경제적 추세
 - (유족연금의 존재 이유에 대한 의문) 유족연금은 역사적으로 남성 주부양자의 사망 시 배우자의 빈곤구제를 주목적으로 설계됨. 현재 전체 빈곤층 대상 빈곤완화 수단이 있으므로 배우자를 잃은 빈곤층을 대상으로 한 제도의 지속 필요성에 의구심이 제기됨. 유족연금을 빈곤구제 수단으로 활용하던 몇 개 국가들은 유족연금을 폐지하기도 함.
 - (현재 유족연금 근거) 오늘날은 소비평활화(consumption smoothing)가 유족연금의 주요한 정당화 근거임. 부부 생활 시에는 규모의 경제, 한 배우자 사망 후 동일한 연금액은 유족의 생활수준을 감소시킴. 민간보험 시장에서는 이 위험이 충분히 다뤄지지 못할 수 있음. 이런 측면에서 유족연금이 남성과 여성의 연금수급권 격차를 줄이는 역할
 - (사회경제적 환경 변화) 유족연금은 과거 남성 주부양자 모델에 기반한 연금시스템. 여성의 경제활동참가 증대, 가족구조 다양화, 결혼문화 변화 등 사회경제적으로 변화하는 환경에 여전히 필요한 제도인가 논의가 필요
- 소비평활화를 위한 유족연금 개선 방안과 수급권 분리
 - 유족연금은 더 명확하게 유족의 생활수준의 평활화에 초점을 맞춰야 하며, 경제활동 연령에서의 노동시장 참여 동기를 저해해서는 안 됨.

- 연금수급권의 분리가 분리된 커플(separated unions)에 대하여 유족연금을 대체해야 하는 반면, 유지되고 있는 커플(ongoing partnerships)에 대해서 유족연금을 대체하는 것은 아님. 이들에 대하여 유족연금은 여전히 역할을 해야 하며, 반면 유족연금이 사망자의 연금을 대체하는 비율은 소비평활화를 보장하기 위해 현재 적용되는 비율보다 적을 수 있음.
- 유족연금 대상자를 원칙적으로 동성결혼과 동거인으로 확대해야 함.

○ 유족연금과 관련된 주요한 이슈

- (노동시장 참가유인 저해) 유족의 경제활동참가 유인을 저해하지 않는 방향으로 제도 개선되어야 함. 노령연금 수급개시연령 전에 영구 유족연금 수급권 부여는 경제활동참가 유인을 저해
- (성불평등 재생산) 커플 내 재정적 독립성 저해. 또한 유족연금은 무급가사노동에 대한 남성의 역할 감소를 정당화
- 현재 유족연금은 독신에게서 커플로, 맞벌이에서 홀벌이로 의도치 않은 재분배를 가져옴. 유족연금 비용은 한 커플 내에서 내부화(internalising)해야 함. 이는 동일한 연금기여 축적에서, 커플인 개인의 노령연금이 독신인 개인의 노령연금보다 적어야 함을 의미함. 예산-중립적 개혁에서, 이는 독신의 연금수준을 높이고 커플인 개인의 연금수준을 낮추는 것을 의미함.

□ 주요 논의 및 결과

- (TUAC) 유족연금 논의의 목표는 전반적인 연금시스템의 질을 향상시키는 것임을 전제로 해야 하며, 따라서 노령연금 전반의 다각적인 제도 향상에 대해서도 함께 논의할 필요가 있음. 그리고 주부양자 사망 시 남겨진 가족, 특히 아동이 있는 가족이 생존에 어려움을 겪는 문제가 반드시 고려되어야 함
- (BIAC) 고용주의 반응성에 대해서도 고려되어야 함
- (벨기에) 논의 방향 동의하지만, 몇 가지 우려사항 있음.
 - 보고서의 논의는 모두가 동등한 정보 접근성이나 연금수급권을 가진다는 전제에서 가능함. 저소득 또는 취약계층 유족은 노동시장 진입에 있어서 더

큰 어려움을 겪고, 충분하지 않은 연금수급자격에 직면하는 문제가 있음.

- 전반적인 사회보호 수준을 낮추려는 의도로 해석될 여지가 있음. 노인뿐만 아니라 아동이 있는 젊은 세대의 남겨진 가족(한부모가족)에 대한 사회통합적 접근 필요. 노동시장 포용도 중요
- 유족연금 평균 급여액은 유족 본인의 수급권에 따른 수급액에 더해진 것인지 무엇의 평균인지 명확하지 않음.
- 여성 노동시장참여율 제고에 부합하는 방향으로 개선
- 수급권 분리할 때 주거비 등 고정적으로 들어가는 비용(overhead cost)을 고려해야 함.

○ (유럽연합) 주부양자 모델 변화, 노동시장 변화에 따른 논의 흐름에 동의함. 하지만 유족연금 변화가 노령 여성의 소득에 미치는 영향이 크다는 점에 대해서는 고려해야 함. 성별 임금격차와 직종격차가 여전히 존재하는 가운데 유족연금이 사라지면 소득격차는 40%에서 46%로 증가. 유족연금에 대해 재검토 하더라도 유족연금이 없어졌을 때 나타나는 젠더적 관점에서의 일시적 불균형에 대해 충분히 고려해야 함.

○ (스웨덴) 예산중립적 접근, 젠더적 관점 제고 필요

○ (헝가리) 각국 연금시스템의 특성이 고려되어야 함. 헝가리의 최근 제도가 반영되어 있지 않음.

○ (아일랜드) 퇴직연령 전 수급권에 대해 명확하게 할 필요가 있음.

○ (사무국) 연금제도 전반의 질을 저해하지 않으면서 경제활동참가 유인을 제고하는 방향성에 대한 강조

- 유족연금 논의의 목적을 구체화할 필요가 있음.
- 임금, 직업, 연금수급권 성별격차로 인한 소득불평등 악화 문제와 아동이 있는 유가족의 생활에 대해 더욱 중대하게 고려할 것. 조세기반의 여타 현금지원 제도 등 포괄적으로 염두에 두고 제도 설계. 하지만 퇴직연령 이전에 수급권 발생은 노동시장 참가유인을 저해함을 재확인. 일시금 형태의 소

득지원 정책에 해서는 고려할 수 있음.

- 재정중립성, 고정비용(overhead cost) 문제 이미 반영되었고, 유지되고 있는 커플에 대해서는 연급수급권 분리를 고려하고 있지 않음.

나. 사회정책장관회의 후속조치 관련 논의

□ 주요내용

○ 왜 위험을 검토하는가?

- 생애주기적 관점에서 사회적 약자에 대한 기회와 사회적 복원력을 증진시키기 위해서는 생애이행기에 발생하는 다양한 위험요인을 진단하고 예방하는 것이 필요함. 따라서 오늘날과 미래에 사람들이 직면하는 사회경제적 위험들과 기회에 대한 철저한 재평가가 필요함.

○ 사회적 위험 맵핑하기(mapping)

- 가장 큰 위험은 무엇인가?
- 어떤 집단이나 개인이 가장 많이 노출되는가?
- 서로 다른 위험에 대한 노출은 어떻게 상호작용하는가?
- 위험은 어떻게 배열되고 가장 잘 예방되는가?
- 사회 프로그램의 효과성과 비용 효율성을 개선하기 위해서 자료 분석과 예측 알고리즘이 어떻게 사용될 수 있는가?

○ 다각적인 접근

- Social Needs Today Programme: 기존 데이터를 이용하여 사회적 위험과 필요를 측정하고 맵핑, 가구패널 자료를 이용하더라도 기존 자료로 다수의 사회적 위험이 삶에 미치는 충격과 사회정책의 효과를 측정하기는 여전히 어려움.
- 이해관계자의 의견 경청하기
- Risks That Matters(RTM) 조사: 2018 RTM 조사는 위험에 대한 사람들의 태도, 개인별 위험 취약도, 다양한 사회정책 영역에 대한 사회지출 의지

에 대한 중요한 통찰력 제공. 이 조사를 2020년, 2022년 시행할 것을 제안

- Social Data for Tomorrow: 보다 효과적인 사회정책은 사회적 위험과 필요에 대한 더 나은 자료를 필요로 함.

○ 사람들을 사회정책의 중심에 놓기: 사회정책설계에서 이해관계자 참여를 위한 Observatory of Public Sector Innovation(OPSI) 작업 제안

- OPSI는 회원국들간 성공적인 사례를 공유하는 플랫폼
- 사회정책장관회의에서 사람들이 직면하는 위험의 변화와 그들의 정부와 사회정책으로부터 기대하는 것을 더 잘 이해하기 위해, 다양한 형태로 이해관계자들의 의견을 경청할 가치가 있음을 공유했음.
- 사회적 위험을 Social Needs Today Programme과 맵핑할 목적으로 OPSI를 제안하며 사회정책설계의 이해관계자 참여를 주제로 하는 Call for Innovations를 시작함.
- 2019년 1~4월, 착수 및 동의(call), 결과물 도출을 계획하고 있음.

○ 향후 계획

- 2019년 ELSAC에서 사회적 위험 맵핑과 사회적 필요 진단을 위한 체계 제시 후, 2019년 맵핑과 평가 실시, 2022년까지 위험과 사회적 취약성 보고서, 기회불균등 진단 보고서, 정책과 사람을 연결하는 국가별 보고서 발간
- 2019년 1월 사회정책설계에서 이해관계자 참여를 위한 Call for Innovations 착수, 2021년 경청보고서에서 교훈 도출
- RTM 조사 결과 공유, 사회적 자료를 위한 작업 착수

□ 주요 논의 및 결과

○ (캐나다) 사회정책장관회의 의장국으로 자랑스러운 결과물임. 가장 중요한 것은 정확한 개입지점을 파악하는 것임. 이를 위해 개입 이전에 실증자료를 수집해야하고 이를 위해 국가 간 협력이 필요함. 다만 사회적 자원에 대해 충분히 언급되지 않았는데, 사회적 취약집단에 대한 비영리부분의 지원도 포함할 필요가 있음.

- (핀란드) 사회정책장관회의의 결과를 실행할 구체적인 제안을 환영함. 핀란드는 이와 관련한 몇 가지 정책실험을 실행하고 있음. 부분적인 기본소득 실험에 관해 핀란드 Economic Outlook에 이에 대한 내용이 담겨 있음. 핀란드는 또한 사회적 위험과 이에 대한 정책 대응을 맵핑하는 작업을 이미 수행하고 있음. 사회적 위험을 조사하고 측정하는 새로운 수학적 모델 등 핀란드의 경험을 회원국과 공유할 의향이 있음.
- (그리스) OECD와 사회정책장관회의 의장국, 부의장국들에 감사. 그리스도 포용적 성장에 우선순위를 두고 최저임금과 사회보호 시스템 등 몇 가지 정책에 타겟팅하고 있음. 하지만 효과적인 정책 설계를 위해서는 정책 효과에 대한 엄밀한 증거기반을 더욱 필요로 함.
- (리투아니아) OECD와 사회정책장관회의 의장국, 부의장국들에 감사. 현재 아래에서부터의 접근(bottom)을 꾀하고 있음. 각종 데이터를 수집하고 이를 정책에 반영하고자 하는데, RTM 조사 등에서 나온 사회적 이슈를 국가의 정책으로 어떻게 반영할 것인가 고민 필요. 위험을 맵핑하는 기준점이 될 만한 지표 도출이 요구됨.
- (유럽연합) 생애주기적 접근 환영. 시민사회의 역할에 대해서도 고려해주길 바람.
- (아르헨티나) 실재하는 사회적 위험을 진단하고 이에 대한 필요를 찾는 작업이 민간의 생산적 활동과 연계될 수 있어야 함. 민간부문도 사회적 영향력이 있고 사회프로그램에 재정을 지원하고 있음. 더욱 생산적인 비즈니스 활동과 연계성 제고가 요구됨.
- (미국) 공공거버넌스위원회(Public Governance Committee) 활동과 관계성 제고
- (사무국) 가장 효율적인 개입방법을 모색하는 과정임.
 - 정책적으로 의미 있는 '위험'에 대한 정의. 두 가지 형태의 위험이 있음. 하나는 객관적으로 관찰할 수 있는 실재하는 위험, 다른 하나는 위험할 확률로 점쳐지는 인식되는 위험. 이 두 가지 위험의 간극을 좁히되, 정책적 대응

은 실재하는 위험에 대한 것이어야 할 것임.

- 우리가 OPSI를 통해 얻고자 하는 것은 무엇인가? OPSI는 비단 국가공무원이 아니라 NGO 등 사회의 어떤 이해관계자도 접근할 수 있는 열린 포맷임. 하지만 임의적인 모든 의견이 담기는 것이 아니고 타운홀 미팅과 같이 체계를 갖추고 검토과정이 있는 경청(structural listening)의 장이 될 것임.

제 4 장

결론 및 제언

제1절 2018년 OECD 보건·복지 의제 동향

제2절 정책적 시사점과 제언

제1절 2018년 OECD 보건·복지 의제 동향

1. 사람중심 보건의료시스템의 구체적 실행

- 2017년 OECD 보건위원회는 OECD 보건장관회의 선언에 기초한 ‘사람중심 의료시스템’ 구축을 위한 후속 작업의 틀을 마련하는 논의가 주를 이루었음.
 - 2017년에 개최된 제21차와 22차 보건위원회는 그간의 지속 사업을 새로운 프레임에 맞게 보완 조정하거나 장관회의 요청사항의 이행과 새로운 틀의 논의 확대를 위한 새로운 과제의 설계가 주요한 논의 내용이었음.
 - 특히, 보건장관회의 후속으로 ‘OECD 국가 간 정신건강 벤치마킹’, ‘빅데이터 활용의 지식기반 보건의료시스템’, ‘데이터 거버넌스에 대한 위원회 권고의 이행 모니터링’에 대한 필요성이 강조되었음.
- 2018년 제23차와 24차 보건위원회는 2017년과 동일한 방향에서 보다 구체적인 실행 방안을 마련하기 위한 본격적인 분석과 논의가 진행되었음.
 - 사람중심 보건의료시스템의 분석적 틀과 세부 정책 논의
 - 사람중심 프레임워크의 구성 요소(voice, choice, co-production) 논의
 - 사람중심 보건의료시스템의 모범적 사례로서 호주, 영국, 미국 사례 공유
 - 호주는 지역사회 기반의 환자관리 팀을 통한 통합 서비스 계획 수립과 전자정보 교류를 위한 Health Care Homes, Digital Technology 활용 사례 공유
 - 영국은 사람중심의 광범위한 접근 중 환자의 의견(voice)과 선택(choice) 측면에서, 이용자들의 인식 확인과 평가, 질 평가 결과 공개를 통한 인센티브와 시장기전을 활용하여 선택을 활성화시키는 접근 공유

- 미국은 공동의 의사결정을 촉진함으로써 환자와 가족 중심의 의료 제공을 통해 가치 향상을 유도하는 혁신적 지불 모델의 운영 사례 공유
- 분석 프레임의 구체성 차원에서, 포함 요소의 측정 지표 간 관계와 지표별 정의를 명확히 하는 정비 필요성 합의

○ 환자보고지표 개발을 위한 국제 조사 추진

- 일차/외래 의료서비스 제공자로부터 보건의료서비스를 받고 있는 하나이상의 만성질환을 가진 성인의 건강결과와 경험에 대한 첫 국제 설문조사 시행
- 5년간 단계적 진행
 - Phase 1 (2018년 중순 - 2020년 중순) 설문 개발
 - Phase 2 (2020년 중순 - 2021년 중순) 현장 테스트
 - Phase 3 (2021년 중순 - 2023년) 모든 OECD 국가 대상 설문 실시
- 국가 간 비교 가능성을 제고하기 위한 설문 문항, 표본 규모, 관련 참여 및 예산 지원 등에 대한 논의 진행
 - 23차 회의 논의 결과, Phase 1 참여와 재정 부담은 별도의 문제로, 가능한 1단계 참여가 권장되었음.
 - '18년 11월 7일의 첫 번째 작업반 회의에서 구체적 진행 방안을 합의하고 이를 24차 회의에서 논의
 - '19년 초까지 1단계 사업 참여와 자발적 기여금 확정 요청
 - 다수 국가가 2단계 사업의 재정 옵션으로 Bilateral Memorandum of Understanding의 의한 기여금 결정 방식 지지

○ 지식기반보건시스템에 대한 고위급 포럼 추진

- 2019년 3분기 개최 예정으로 포럼의 테마와 주제 논의
- 덴마크가 포럼의 주최의사를 밝혔으며, 예산 부족분 충당을 위해 회원국의 재정기여 요청

□ 아울러, 보건위원회 구조 개편 이후 새롭게 구성된 전문가 그룹과 워킹파티가 운

영을 시작함.

- Expert Group on Pharmaceutical and Medical Device'의 1차 회의 (26-27 Mar)에 23개 회원국 전문가 참석
- Working Party on Health Care Quality and Outcomes의 1차 회의 (17-18 Mar)에 32개국 대표단 80명 참석

2. 가치기반 보건의료시스템으로 변화를 촉진하는 계량적 근거 생산

□ 보건의료시스템의 예방적 서비스 확대의 효과성에 대한 계량적 근거 생산

- 2018년 G20 회의에서 주요 보건 분야 주제는 '보편적 건강보장 달성을 위한 보건의료시스템의 개선', '건강불평등', 항생제 내성', '아동 비만의 감소'였음.
- 사람중심 보건의료시스템은 사람중심에서 서비스 제공과정의 혁신을 통해 결과의 향상과 비용의 감소를 기대하는 것으로 서비스 이용에 따른 가치의 향상에 목적을 두고 있음.
 - 따라서 이러한 변화의 확산은 예방적 서비스에 대한 접근 확대와 의료 결과의 측정 활동을 강화시키는 기반이 되고 있음.
- 실제, 24차 회의에서는 사람중심 보건의료시스템으로 변화를 안내하기 위한 분석 프레임워크가 의제로 채택되어 구체적인 정책 요소와 측정 지표에 대한 논의가 있었음.
- 아울러, 23차와 24차에 걸쳐 비만 및 신체 활동, 항생제 내성과 오피오이드 유행을 통제하기 위한 예방적 접근 정책에 대한 논의가 있었음.

□ 비용대비가치를 향상시키는 정책과 2030년까지 보건의료지출 추계 근거 제공

- 23차 회의에서는 '보건지출과 제도적 특성'이라는 의제 하에 기대수명을 높이면서 비용을 감소시켜 비용대비가치가 높은 정책들에 대한 논의가 있었음.
 - 거주기반보장(residence-based coverage) 국가들은 공급자의 가격 규제 수준 강화, 기여기반보장(contribution-based coverage) 국가들은 일차

건강보험이 급여하는 서비스 범위를 규정하는 포지티브리스트(positive list) 확대에 중점을 두고 있음.

- 회귀분석 결과, 서비스 보장성 확대, 의료기술 평가의 활용 등이 비용대비 가치를 높이는 정책들로 평가되었음.

○ 24차 회의에서는 사무국이 발표한 보건의료지출 추계 결과를 바탕으로 가치기반 의료시스템으로 변화를 촉진하기 위한 예방 효과 확대 및 효율성 제고 정책의 필요성이 논의되었음.

- 2015년 현재 GDP 대비 의료비 지출 비중은 8.8%(한국 7.0%) 대비 시나리오별 2030년 GDP 대비 보건지출 비중의 추계
 - 현재 상태 시나리오, 10%(한국 8.7%)
 - 건강행태 개선과 위험요인 감소의 건강증진시나리오, 9.7%(한국 8.3%)
 - 경제 내 생산성 증대가 실현되는 생산성증대시나리오, 9.6%(한국 8.5%)
 - 생산성 및 건강증진 시나리오와 소득증대 효과를 결합한 비용억제시나리오, 9.2%(한국 8.1%)
 - 비용억제정책들이 효과적으로 작동하지 않는 비용압박시나리오, 11.3%(한국 9.3%)
- 보건의료 지출의 적정화를 위해 건강증진, 생산성 확대 정책의 필요성 공유

3. 사람중심 포용적 성장을 위한 보건정책과 사회정책의 연계

□ 정신건강 성과 벤치마킹 프로젝트

- OECD는 '19년 보고서 발표 예정으로 정신건강 성과 벤치마킹 프로젝트를 진행하고 있으며, 정신건강 성과 프레임워크 개발, 성과 파악을 위한 지표 수집, 정책 연계를 내용으로 구성하고 있음.
- 국제 전문가 워크숍을 통해 사람 중심, 높은 질의 의료 접근성 향상, 좋은 거버넌스, 통합적 다분야 접근, 미래지향적 접근과 혁신 등의 정책 방향을 설정함.
- 정신건강에서 좋은 성과를 낸다는 것은 의료기관 내 인력의 책임뿐만 아니라,

교육 기관, 직장, 지역사회 커뮤니티를 둘러싼 다양한 영역에서의 책임도 요구됨. 또한 현재 증상을 치료하는 수준을 넘어, 정신건강 리터러시(mental health literacy), 연구 활성화, 모든 정책에서의 정신건강 등 다양한 요소를 모두 함께 구성해야 함.

- 통합적 서비스를 통해 정신질환자가 사회, 의료, 교육, 고용 등 각기 영역에서 가진 수요를 해결할 수 있어야 함.
 - OECD 이사회는 일찍이 정신건강 문제를 가진 청년을 위한 교육 기관, 직장 내 정신건강 문제 해결과 직장 복귀 지원, 정신질환자의 고용 기회 확대 등을 강조한 바 있음.
- 아울러, 높은 성과의 정신건강 시스템은 사람중심 원칙을 지키고 있음을 강조함으로써 지역사회 기반에서 사람중심으로 정책이 통합되는 범위가 확대되고 있음.

□ 건강 불평등 국가별 비교

- OECD 사무국은 OECD 고용노동국의 2017-2018 사업예산 목표인 ‘건강수준과 노동시장 성과, 사회적 결과 간의 관계에 대해 더 나은 이해의 제공’에 맞추어 EU 국가들을 대상으로 건강정책과 보건시스템의 차이에 따라 건강 불평등 수준을 비교하는 프로젝트를 진행하여 2019년에 보고서를 발표할 예정임.
- 건강은 OECD의 포용적 성장 프레임워크의 구성 요소로서 Better Life Index 조사에서 행복한 삶을 영위하기 위한 조건으로 가장 높은 순위를 차지함.
- 실업, 소득, 학력의 영향으로 인한 불평등을 감소시키기 위한 건강정책과 보건시스템의 역할을 확인하고 근거를 제공하고 있음.
- 건강이 노동시장 결과에 미치는 영향과 양질의 진료에 대한 접근 보장과 불평등 감소에 대한 보건시스템의 기여를 확인하는 근거 제공을 통해 포용적 성장을 위한 건강정책과 사회정책의 연계 필요성 제시

□ 장기요양 사회보호 프로젝트

- 인구 고령화의 가속화로 증가하는 돌봄 수요(care need)를 어떻게 충족시키는가는 중요 과제가 되고 있음.
- 사회경제적 수준이 낮을수록 돌봄에 대한 의존성(dependency)이 높아지지만 서비스 구매 능력이 낮은 데 대한 국가별 비교 근거를 제공하고 취약계층의 LTC 보장을 위한 사회적 보호 조치의 필요성을 확인함.
 - OECD 국가 중 상당수가 자산 조사(means testing)로 급여의 관대성(generosity)을 결정하는데, 일부 국가에서는 자산이 많은 노인은 공적 지원을 받지 못하거나 급여 수준이 매우 낮음. 이 경우 자산이 많으나 소득이 낮은 노인에게 치명적임.
 - 이러한 문제를 방지하기 위해, 일부 국가에서 자산 조사에 제한을 두거나 주택 문제의 해결책을 강구함. 일정 수준 이하 자산을 가진 노인은 LTC 비용 전체를 보장받도록 하거나, 주택을 담보로 지정하여 사망 이후에 LTC 비용을 상환하도록 함.
- 전체 자산의 상당 부분이 주택에 해당하기 때문에, 낮은 소득의 노인은 서비스 비용을 부담하기 위해 주택을 팔아야 하는 선택을 할 수도 있음. 자산, 특히 개인의 주택 처분으로 LTC 비용을 부담토록 하는 것은 (주택이 인생 전체의 저축과 노동의 결실을 의미한다는 점에서) 정치적으로도 공정하지 못함.
 - 저소득층 노인, 특히 중증도가 높지만 본인의 집에 머무는 저소득층 노인은 여러 국가에서 관찰되는 취약계층임. 특히, LTC 이용의 높은 본인 부담금으로 재정적 부담을 겪는 이들은 계속해서 상태가 악화되어 집에 남을 수밖에 없음.
 - 한국, 슬로베니아, 크로아티아가 이런 문제를 가진 대표적 국가로 평가됨.
- 본 보고서에 사용된 방법론은 소득만으로 LTC 서비스를 이용하지 못하는 노인의 규모를 추정할 수 있으나, 국가 수준에서 실제 얼마나 많은 사람들이 LTC를 구매하지 못하는지는 파악이 어려우며 국가 내 지역별 격차와 중증도를 반영하지 못한 결과임. 그러나 프로젝트의 결과는 보건과 사회정책의 경계를 허무는 포괄적 정책적 접근의 필요성과 방향을 제시할 것임.

〈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)
OECD 가입 검토	리투아니아 가입 검토		라트비아 가입 후 점검	
	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 우선 순위
			최근 기대수명 증가 둔화 또는 감소 국가 보고(영국, 미국)	오피오이드 유행: 예방과 효과적인 통제 방안
	보건의료 예방 지출		비만과 신체 활동, 관련 만성질환 관계 분석을 통한 노동시장에 미치는 부정적 영향 검토	
보건장관 회의(17.1) 후속 조치		치매 보고서 초안 검토		장기요양의 부담 적절성과 지속가능성: 장기요양 사회보호 프로젝트 결과 검토
	혁신적 치료에 대한 지속가능한 접근 보고서 초안 검토	혁신적 치료에 대한 지속가능한 접근 보고서 수정안 검토		
			환자 안전 및 미래 작업 방향	
			보건 지출과 제도적 특성	2030 보건의료지출 추계
	보건인력: 고용 및 경제 성장에 관한 고위급위원회에 대한 후속조치	보건의료인력 기술 평가에 대한 타당성 연구: 사람중심의료발성을 위한 보건의료인력 지원		보건의료인력이동 모니터링 국제 플랫폼: 보건인력 이주 패턴과 의학교육의 국제화
	보건위원회 개정(구조개편)			
	보건장관회의 요청 및 후속조치	사람중심보건의료시스템 프레임워크	사람중심보건의료시스템 포함 정책	사람중심보건의료시스템 분석 프레임
		정신건강사업 수정 제안		정신건강 성과 벤치마킹 프레임워크와 각국의 정책적 노력

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)
		데이터 거버넌스 권고 이행을 위한 실행 지침 및 모니터링 계획(안)	지식기반보건의료시스템 고위급 포럼 개최(안) 검토	검토 지식기반보건의료시스템 고위급 포럼 개최(안) 검토
	환자보고지표 진행 및 계획	환자보고지표 진행 및 계획	만성질환 환자보고지표 개발위한 국제비교조사 진행사항 업데이트	만성질환 환자보고지표 개발위한 국제비교조사 진행사항 업데이트: 참여 및 재정 기여 등 세부사항
				건강 및 의료 접근성에서 불평등
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	-최종안전에서 제외, 발표 지연
차기 현안보고서 주제선정	2018.6월 현안보고서 주제 - 병원 퇴원 연장	2018.12월 현안보고서 주제 - 다학제 팀기반 의료	2019.6월 현안보고서 주제 -대화형 원격의료(interactive telemedicine)	2019.12월 현안보고서 주제 -보건의료서비스 대기시간

4. 포용적 성장을 촉진하는 사회보호(Social Protection)제도 개혁 : 사회정책장관 회의 후속 조치의 진행

□ 빠른 인구 변화, 기술 발전, 디지털화, 세계화는 많은 기회를 창출하지만 사람들이 노동과 사회 환경의 빠른 변화에 대응하기는 어려움.

□ 2018년 5월 14~15일, 캐나다 몬트리올에서 개최된 사회정책장관회의는 빠르게 변화하는 사회에서 포용적 성장을 지원하는 사회보호제도를 중심 주제로 사회정책포럼과 연계하여 개최되었음.

○ 우리나라 보건복지부장관을 포함하여 35개국 이상의 OECD 회원국과 파트너 국가 등이 참석했고 전날(5월 14일) 사회정책포럼의 논의를 바탕으로 사회정책장관회의(5월 15일)가 개최되었음.

2018 사회정책 포럼 일정(2018년 5월 14일 캐나다 몬트리올) - 공동의 번영을 위한 사회정책: 포용적 미래-			
9:00-9:30	개회사		
9:30-11:00	개회 전체 회의: 내일의 사회정책 발전을 위한 오늘의 경청		
11:00-11:15	휴식		
11:15-12:30	오전 분과 세션 - 모두를 위한 사회적 보호 보장-		
	F1:사회 보호에서 집단책임 vs.개인책임	F2:사회 보호에서 격차 좁히기	
12:30-14:15	점심 (부대행사) OECD-Nordic 이사회 보고서 발표, 북유럽 국가의 성공적 정책 소개		
14:15-16:00	오후 분과 세션		
	F3:App:사회 정책의 새로운 도구	F4:파트너십을 통한 영향: 21세기 사회 혁신	
16:00-17:00	폐회 전체 회의: 포용적 성장을 위한 사회정책		
17:00-18:30	네트워킹 리셉션(캐나다 가족아동·사회개발부 장관 주재)		
19:00-21:00	장관 만찬		
2018년 사회정책장관 회의 세부일정 (2018년 5월 15일 캐나다 몬트리올) - 공동의 번영을 위한 사회정책: 포용적 미래-			
9:00-9:30	개회사		
9:30-12:15	오전 전체 회의		
10:30-10:45	휴식		
12:15-12:30	단체 사진 촬영		
12:30-14:30	장관 오찬		
14:30-15:45	오후 전체 회의 - 협력 강화 : 다양성과 사회적 포용을 촉진하는 정책 -		
15:45-16:00	휴식		
16:00-17:15	분과 세션: 불평등한 고령화 예방		
	M1:현명하게 나이 들기 - 인구고령화 과제 해결	M2: 악순환이 타파 - 아동, 청년, 세대간 불리	M3: 변화의 시간 - 사회정책에서 성 주류화
17:15-17:30	분과 세션별 좌장의 요약 보고		
17:30-18:00	클로징 전체 회의: 사회정책장관회의 폐회 및 장관회의 선언문 발표		

□ 사회정책장관회의는 OECD 고용노동사회국 주관으로 7년마다 개최되는 장관급 회의로 향후 7년간의 사회정책 방향을 설정함.

○ 정책포럼 주요 결과

- 정책포럼과 장관회의를 위해 준비된 “risk that matters”의 조사결과, 사람들은 사회적 이동성이 저하되고, 삶의 수준이 전년보다 나빠졌다고 인식하고 있으며, 이러한 위험에 대비한 혁신적 수단의 필요성을 인지하고 있음이 확인되었음.
- 정책 포럼에서는 환경변화와 정책의 대응에 있어서 사후적 개입보다는 분배에 대한 개입으로 전환이 필요하며, 지속적이고 정기적인 방식으로 시민의 걱정과 관심을 파악하고 이를 정책에 반영하는 방식이 필요하다는 논의가 있었음.
- 정책포럼의 분과회의에서는 비정형, 불안정 노동자 증가에 대응하는 사회적 보호와 격차 감소를 위한 제도적 대응의 필요성과 국가별 차별적 접근을 공유하고, 이러한 개입에 있어서 App 등 데이터와 신기술의 활용 가능성과 정부의 사회적 파트너십 구축의 필요성이 논의되었음.
- 정책포럼 전체 회의에서는 포용적 성장을 위한 사회정책의 주제와 관련하여 장관회의 논의 쟁점으로 다음의 내용들이 제기되었음.
 - 사회연대와 사회통합은 현대사회의 두 가지 코너스톤(cornerstone), 급격한 사회변화에 대응하여 부를 얼마나 생산하는지가 아닌 얼마나 분배하는지가 공동번영의 기준이 되어야 함.
 - 정책과 정치는 관련되어 있고 경청(listening)과 대응(responding)을 중요하게 다룸으로써 보다 공개적이고 투명한 사회를 만들어갈 수 있음.
 - 노동시장의 변화와 고령화에 대응하는 접근
 - 성 격차(gender gap)를 감소시키는 접근
 - 중산층 정책과 시민 사회와의 협력

○ 사회정책장관회의의 주요 결과

- 사회정책장관회의 오전 회의에서는 노동의 신세계에서 사회정책이 직면한 과제 해결과 사회보호정책 수립에서 시민 참여의 필요성에 대한 정책 포럼의 결과를 바탕으로 각 국가의 경험과 의견을 공유하였음.
 - 성장의 혜택은 모두에게 공유되어야 하며, 모든 구성원은 성장에 기여
 - 중산층의 유지와 강화를 위한 정책 접근 필요
 - 다양한 문제에 대해 인구집단을 세분하고 이들을 연결하는 포용적 접근의 지향
 - 궁극적으로 보다 나은 정책의 도출을 위해 보다 나은 정치 필요
- 사회정책장관회의 오후 회의에서는 다양성과 사회적 포용을 촉진하는 정책의 추진 사례를 공유하였음.
 - 사회통합의 관점에서 저소득층 청년, 장애인, 성소수집단 등의 노동시장 참여와 보호에 대한 사례가 공유됨.
- 사회정책장관회의 오후 분과회의가 다음과 같이 진행되고 이어진 본회의에서는 논의 결과를 바탕으로 사회정책장관 선언문을 채택하고 폐회함.
 - M1: 젠더 격차와 불평등한 고령화 예방을 위해 사회보호정책에서 재분배적 요소를 더욱 강화할 필요가 있음.
 - M2: 아동기의 빈곤경험이 성년기의 빈곤으로 연결되지 않도록 보다 나은 아동 지원 정책이 필요하며, 그 일환으로 근로빈곤가구에 대한 지원이 강화되어야 함.
 - M3: 젠더 격차 해소에 대한 정치적 의지와 전략적 접근(부모 휴가, 모성 휴가 등 지원 강화, 여성 경력 단절 감소 전략, 정책결정과정에서 성 주류화)이 필요함.

□ 이와 관련하여, 고용노동사회위원회는 사회정책장관회의 개최를 준비하기 위한 이슈브리프와 선언문 작성을 진행하였고 관련 후속조치를 이행하는 프로젝트를 진행하고 있음.

○ 경청을 통한 사회정책 수립을 위한 Risks That Matters(RTM) 조사

- 133차 고용노동사회위원회에서는 사회정책의 변화를 촉진하기 위해 국제 비교를 통해 정책 방향 수립과 추진의 근거가 될 ‘사회적 위험 조사와 정책 맵핑’ 프로젝트가 후속 과제 진행이 논의되었음.
 - 이는 사회정책장관회의에서 결의된 사회정책 수립에 있어서 ‘경청’의 필요성을 반영한 것임.
- 생애 주기적 관점에서 사회적 약자의 기회와 사회적 복원력 증진을 위해 생애 이행기의 다양한 위험요인을 진단하고 예방하는 것이 중요하며, 이를 위해 오늘과 미래의 사람들이 직면하는 사회경제적 위험들과 기회에 대한 재평가 필요
- Social Needs Today Programme 등 기존자료의 활용과 새로운 Risks That Matters(RTM) 조사를 2020년, 2022년 시행 계획
- 사람중심 사회정책 설계를 위한 플랫폼 구축
- 사회정책설계에서 이해관계자 참여를 위한 Observatory of Public Sector Innovation(OPSI) 작업 추진
 - OPSI는 회원국들간 성공적인 사례의 공유 플랫폼
- 2019년 상반기에 사회정책 설계에서 이해관계자 참여를 주제로 하는 Call for Innovation 과제 착수 예정
- 2022년까지 이상의 근거 마련과 연계하여 사회적 취약성 보고서, 기회불균등 진단 보고서 등 발표 예정

제2절 정책적 시사점과 제언

1. 정책적 시사점

□ 사회보호제도와 연계한 보편적 건강보장의 실현

○ 정신건강 성과 향상을 위한 지역사회 기반 통합적 접근 필요

- 정신건강에서 좋은 성과를 낸다는 것은 의료기관 내 인력의 책임뿐만 아니라, 교육 기관, 직장, 지역사회 커뮤니티를 둘러싼 다양한 영역에서의 책임도 요구 됨.
- 또한 현재 증상을 치료하는 수준을 넘어, 정신건강 리터러시(mental health literacy), 연구 활성화, 모든 정책에서의 정신건강 등 다양한 요소를 모두 함께 구성해야 함.
- 정신질환자가 사회, 의료, 교육, 고용 등 각기 영역에서 가진 수요를 지원하거나 해결할 수 있도록 지역사회 기반에서 사람중심으로 정책과 서비스 제공이 연계되고 통합되는 범위를 확대해야 할 것임.

○ 급성기 병원과 장기요양 서비스 연계를 위한 지역 인프라 확대와 장기요양서비스 이용의 직접본인부담에 대한 저소득 노인층의 보호

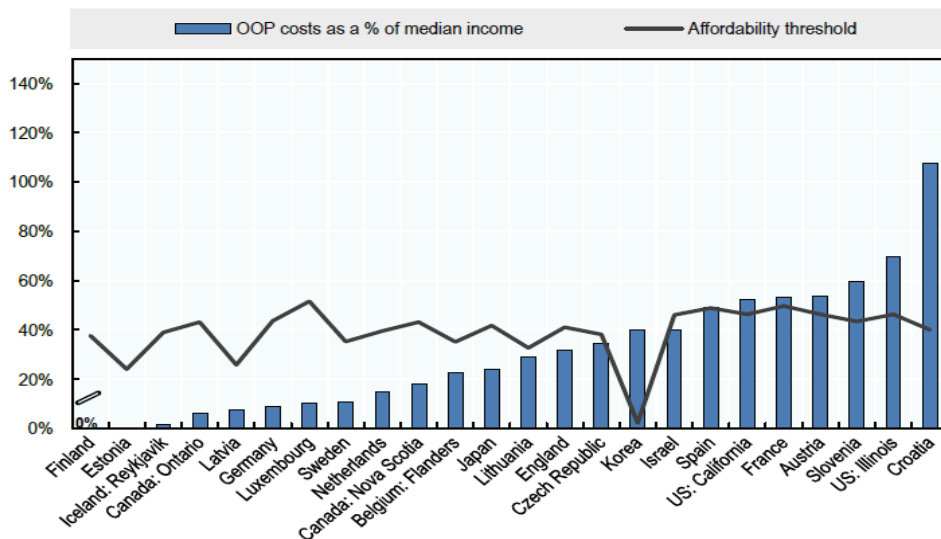
- 장기요양은 보건위원회의 이슈일 뿐 아니라 사회보호 측면에서도 고령사회에 대비해야 하는 핵심 이슈임.
- 제23차 보건위원회에서는 병원에서 퇴원이 지연되는 주요 원인으로 장기요양 및 지역사회 기반 돌봄을 포함한 퇴원 후 관리체계의 연계 부족이 논의된 바 있음.
 - 영국은 노인의 퇴원지연으로 상당한 NHS 지출 부담을 보고하고 있으며, 병원 입원 기간이 건강과 기능적 상태가 빠르게 악화될 수 있는 노인에게 특히 해로울 수 있다는 보고가 있음(National Audit Office 2016; Covinsky et al 2003; Zisberg et al 2015).
 - 병원 퇴원 지연에 미치는 영향 요인으로 첫째, 공급측면에서 재가 및 재

활진료 역량의 부족, 중간단계 돌봄 시설의 부족, 장기요양시설의 부족
 둘째, 수요 측면에서 환자 및 보호자의 선호와 재정적 이유가 있음.

- 제24차 회의에서는 장기요양제도의 부담 적절성과 접근성에 대한 논의가 있었으며, 재가 요양을 위한 저소득 노인층의 높은 장기요양서비스 비용 부담 문제가 부각되었음.
- 우리나라의 경우, 노인의 평균 소득이 근로연령층보다 훨씬 낮아서 대다수를 생활비로 쓰고 장기요양서비스 본인부담비용을 지불할 여력이 없는 국가로 분류됨.

[그림 4-1] OECD 국가에서 장기요양서비스 본인부담비율과 지불가능성 역치의 비교

As a proportion of the elderly median income, 2016.



자료: OECD(2018:16)

주: 지불가능성 역치는 노인의 중위소득 중 생활비(전체 국민의 중위소득 50% 적용)를 제외하고 장기요양을 위해 지불할 수 있는 소득의 비율임.

- 우리나라의 경우, 노인의 평균 소득이 근로연령층보다 훨씬 낮아서 대다수를 생활비로 쓰고 장기요양서비스 본인부담비용을 지불할 여력이 거의 없는 국가로 분류됨. 아울러, 본인부담수준도 핀란드, 캐나다, 스웨덴, 네덜란드, 일본 등에 비해 높은 수준으로 분류됨.

- 저소득층 노인, 특히 중증도가 높지만 본인의 집에 머무는 저소득층 노인은 여러 국가에서 관찰되는 취약계층으로 높은 본인 부담금 때문에 집에 남을 수밖에 없음. 한국, 슬로베니아, 크로아티아가 이러한 문제를 가진 대표적 국가임.
- 2016년 이후 노인의 중위소득이 급격히 증가하고 있는 상황이므로 이에 대한 모니터링이 필요하며, 위의 그림에서 보면 장기요양제도의 서비스 충분성과 본인부담 수준의 적절성 뿐 아니라 사회보호제도를 통한 노인 소득 보장의 충분성을 제고하는 접근이 동시에 고려되어야 할 것임.
- 이와 관련하여, 사회정책장관회의 선언문에서는 ‘재정적·사회적으로 지속가능한 건강, 연금, 장기요양 정책을 통해 노년층의 불평등을 해결하는 것의 중요성’을 명시하고 있음.

□ 사람 중심의 결과 측면에서 성과 향상과 형평성 제고 위한 측정 기반 마련

- 구조와 과정 중심에서 사람에게 중요한 결과 중심으로 성과 측정의 변화가 추진되고 있음.
- 보편적 건강보장은 근본적으로 형평성을 전제하는 것으로 모두가 형평한 접근과 결과를 달성하기 위해서는 사전적으로 이러한 변화를 모니터링하기 위한 측정 인프라 구축이 필요함(World Health Organization, The World Bank, 2013).
- 23차 보건위원회에서는 사회경제적 수준이 낮은 이들에게 불리한 불균형, 더 좋은 건강과 더 좋은 노동시장 성과의 연관성, 예방서비스 접근에서 소득계층 간 격차에 대한 EU 및 기타 국가 간 비교가 논의되었음.
 - 사무국은 단기적으로 건강과 교육의 관련성에 초점을 맞추고 장기적으로 포용적 성장의 범위로 확대시킬 예정
 - 국가들은 OECD의 비교 근거를 바탕으로 보편적 보장의 틀에서 사회경제적 격차의 해소를 위한 정책적 접근의 필요성을 공유했음.
- 이러한 접근은 포용적 성장의 틀에서 건강과 기타 영역 간 정책의 상호 연관성

을 높일 수 있음.

- 사회구조 및 제도가 뒷받침 되지 않을 경우 건강수준의 지속적인 향상이 가능하지 않을 수 있음(김수진 2018;94).

- OECD는 PaRIS(Patient Reported Indicator System) 프로젝트를 통해 만성질환자의 의료경험에 대한 국제 조사를 추진 중 에 있음. 향후 측정의 범위를 계속 확대될 것임.
- 국내에서도 의료 질을 평가하고 이와 연계한 인센티브 지불제도가 확대되고 있으며, 평가 틀 내 환자보고지표에 의한 환자 중심성 뿐 아니라 형평성에 대한 평가가 반영되거나 확대될 것으로 기대되고 있음.
- 아울러, 가치기반 의료시스템에서 정책 설계는 투입 비용 대비 결과의 향상을 유도하는 정책 선택을 요구하므로 근거기반 정책 수립으로 확대되도록 측정 기반을 갖추는 정책적 투자가 필요함.

□ 가치기반 의료시스템으로 변화를 위한 예방적 접근의 확대

- OECD 보건위원회가 사람중심의 가치기반 의료를 지향하는 고(高)성과 의료 시스템 구축을 위해 데이터 기반의 보건의료시스템 구축, 의료 접근성 강화, 진료의 질 향상, 예방 의료의 효율적 제공을 주요 방향으로 권고하고 있음.
- 23차와 24차 OECD 보건위원회에서는 비만 및 신체 활동, 항생제 내성과 오피오이드 유행을 통제하기 위한 예방적 접근 정책에 대한 논의가 있었음.
 - 보건위원회는 2019년 후반에 발표 예정으로 ‘비만 및 신체 활동 프로젝트’를 진행하고 있으며, 이를 통해 건강한 행태가 건강 결과, 노동시장, 산업에 미치는 영향에 대한 실증적 근거를 제공하고 건강한 생활습관을 촉진하는 정책들을 공유하고 있음.
 - 항생제 내성, 오피오이드(마약성 진통제) 유행 등 새로운 위험에 대한 예방적 접근 확대 필요
 - 항생제의 신중한 사용을 촉진하고 감염의 확산을 예방하는 효과성과 비용-효과성 측면에서 항생제 내성 대응전략이 추진되고 있음.

- 마약성 진통제의 사용과 오남용, 처방 및 불법적 사용 행태가 회원국들에서 크게 증가하여 관련 사망이 증가하면서(일명 ‘opioid crisis’) 진통제 사용 예방을 위한 국가 전략들의 비교 분석과 관련 예방 정책의 강화가 요구되고 있음.

- 아울러, 24차 보건위원회에서 발표된 2030 보건의료 지출 추계 결과에 대한 논의는 건강증진 등 예방 정책 시행을 통한 지출 효율화 효과를 확인했음.
- 따라서 보다 적극적인 예방 정책의 수립을 위해 다양한 방식으로 신체 활동 등 건강 행태에 대한 정보를 수집하고 만성질환 예방과 건강결과 증진에 비용 효과적인 정책을 확대해야 할 것임.

□ 경청과 대응의 관계를 통한 보건복지 정책의 수용성 확대

- OECD 사회정책장관회의에 참석한 사회정책장관들은 정부에 대한 신뢰 회복과 사람중심의 성과 향상 정책의 발전을 위해 이해관계자의 견해와 사용자 피드백 반영을 통해 정책의 설계, 실행, 평가의 향상을 선언한 바 있음.
 - 사람이 직면한 위험과 사람들이 정부 및 사회정책에서 기대하는 것의 변화를 파악하기 위하여 서베이, 온라인 참여, 포커스 그룹, 이해관계자와의 다양한 형태의 협의를 통한 의견 청취의 중요성이 강조되었음.
- 향후 국내 보건복지 정책 설계를 위해 사람들의 위험과 기대를 측정하는 기전을 다양하게 마련하여 정책의 설계, 실행, 평가에 있어서 이해관계자의 참여를 확대시키고 이용자의 의견을 반영함으로써 정책의 투명성과 수용성을 높일 필요가 있음.

2. OECD 보건·복지 이슈 대응에 대한 평가와 제언

□ 보건위원회 활동에 대한 평가

- 연 2회 개최되는 보건위원회는 보건복지부 국제협력과를 중심으로 의제별로 관계되는 복지부 내 담당 부서 담당자와 관련 기관의 전문가로 대표단을 구성하여 참여했음.
- OECD 보건위원회 활동을 통해 관련 발간물에서 국내 정책이 공유되는 기회가 확대되고 국제사회에서 한국 건강보험 데이터의 우수성과 활용성에 대한 인식을 확대시키고 있다고 평가됨.
 - 대표단은 사전에 의제를 검토하여 복지부 내 관련 부서에 회람하고 의견을 수렴함으로써, 현장에서 의제와 관련된 국내 정책을 모범적 사례로 소개하고 결과의 전략적 활용을 위한 의견 반영을 적극적으로 요청했음.
 - 국내 AMR, 정신건강, 환자안전 관련 국가 전략 및 계획 소개
 - 아울러, 가치기반 의료·사람중심 보건의료시스템 구축 방향에 맞추어 OECD의 사람중심 분석 프레임워크, PaRIS, 정신건강 성과 벤치마킹 등 국가 간 비교와 협력 프로젝트에 참여하고 있음.

□ 사회정책장관회의와 고용노동사회위원회 참여에 대한 평가

- 보건복지부는 2018년 5월 개최된 사회정책장관회의 준비를 위해 2017년과 2018년 고용노동사회위원회에 참석하여 관련 의제의 사전점검 및 후속 논의를 확인했음.
- 박능후 복지부 장관은 사회정책장관회의에 참석하여 문재인 정부가 사회정책 목표로 추진하고 있는 ‘포용적 복지국가’를 위한 정책 추진 내용과 정부 혁신 로드맵을 소개했음.
- OECD 사회정책장관회의 선언문은 ‘포용적 성장과 연계한 사회제도 변화’와 ‘사람중심의 사회정책’의 실천 방향을 제시하고 있으며, 같은 맥락으로 추진되고 있는 보건복지부의 포용적 복지의 추진을 지원하는 근거로 활용될 수 있어

장관회의 참석의 성과가 높은 것으로 평가됨.

□ OECD 보건 및 복지 의제 관련 위원회 활동 관련 제언

- 2017년 1월 보건장관회의 이후 2018년 보건위원회는 관련 위임사항을 반영하여 다수의 새로운 과제를 시작했으며, 대부분의 과제가 중장기에 걸쳐 단계적으로 추진되고 있어 지속적인 관심과 연속적인 모니터링이 필요함.
 - 환자중심의 결과지표 활용의 확대 가능성을 고려하여 2018년부터 2023년까지 3단계로 진행되는 PaRIS에 대한 적극적 참여와 모니터링
 - 2019년에 보고서 발표 예정인 정신건강 성과 비교 프로젝트의 결과 활용성을 높이기 위한 적극적이고 연속적인 전문가 참여가 필요
 - 공중보건에 대한 국가 보고서, 장기요양 관련 보고서 등 기타 2019년에 발표 예정인 보고서의 초안 검토를 통해 국내 정책 사례에 대한 정확한 전달과 정책적 의미 제고를 위한 의견 반영
 - 2019년 3분기에 개최 예정인 지식기반보건시스템(KBHS)에 대한 고위급 회담에 대한 전략적 참여 방안 마련 필요
 - 빅데이터 활용에 대한 높은 관심과 국내 정책 추진을 위한 결과 활용 측면에서 참여 수준, 재정적 기여 수준 등에 대한 사전 논의와 결정 필요
- 특히, 2018년 5월에 개최된 사회정책장관회의 이후 아직 위임사항 관련 후속 과제 이행에 대한 고용노동사회위원회에 동향 모니터링도 필요함.
 - Risk That Matters(RTM) 조사에 대한 모니터링
- 향후 관련 위원회 참석 성과와 활용성 제고를 위해 국제사회에서 사용되는 국내 데이터에 대한 통합 모니터링 필요
 - OECD 보고서를 통해 공개되는 데이터의 출처 및 사용에 대한 추적 관리
 - 조사, 인터뷰, 데이터 분석 등 다양한 방식으로 국제 비교가 확대될 것에 대비하여, 관련 위원회 참여를 통해 의제 관련 각 프로젝트에서 사용되는 국내 데이터를 확인하고 진행 프로젝트와 사용 데이터의 출처 및 내용 등에 대한 데이터 구축과 모니터링 필요

- 제도적 차이 등 맥락적 이해 없이 직접적으로 국가 간 수치 비교가 이루어지지 않도록 프로젝트의 목적과 연계한 데이터 제공의 필요성 판단, 제공된 데이터의 질 관리 등을 위해 정기적으로 현황을 점검하고 판단을 재검토하는 모니터링 체계를 구축할 필요가 있음.
- 매년 참석하는 위원회와 의제별로 관련 검토 담당자 및 회의 참석자 정보와 연속적 대응을 위해 다음 관계자가 참고해야 할 중요 사항들을 기록하는 데이터 베이스 구축이 필요함.
- 대부분의 프로젝트에서 범위와 진행 기간이 확대되고 있어 관련 정보를 추적 관리하지 않으면 연속적인 대응이 어려울 수 있음.

- 강희정, 김현경, 박금령, 하솔잎, 서은원, 김민지(2017). 2017년 OECD 보건복지 이슈 분석 및 대응 전략 수립 연구. 세종:한국보건사회연구원.
- 김수진(2018). 미국에서의 사망률 증가와 시사점. 국제사회보장리뷰 4:94-104.
- Covinsky, K., Palmer, R., Fortinsky, R., Counsell, S, Stewart, A., Kresevic, D., Burant, C., Landefeld, C. (2003), "Loss of Independence in Activities of Daily Living in Older Adults Hospitalized with Medical Illnesses: Increased Vulnerability with Age," Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 52, pp.451-458.
- National Audit Office. (2016), "Discharging older patients from hospital: Report by the Comptroller and Auditor General," Department of Health, National Audit Office, London.
- OECD(2017). 22차 보건위원회 안전자료. DELSA/HEA(2017)20.
- OECD(2017). OECD WORK ON HEALTH.
- Rojas-García, A., Turner, S., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J., & Raine, R. (2018), "Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review," Health Expectations, Vol. 21, pp.41-56.
- World Health Organization, The World Bank(2013). Monitoring Progress towards universal health coverage at country and global levels: a framework. Joint WHO/World Bank Group Discussion Paper. January 2013. Accessed 2019 Jan 10 .
https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Presentation_CSOnconsultation_21Jan2014.pdf?ua=1

MINISTERIAL POLICY STATEMENT (2018.5.9.기준)

Social Policy For Shared Prosperity: Embracing the Future

We, the OECD Ministers and Representatives responsible for Social Policy, together with our counterparts from [Colombia, Lithuania, list of non-member to be determined], met in Montréal on 15 May 2018 under the chairmanship of Mr. Jean-Yves Duclos, Minister of Families, Children and Social Development in Canada. The Vice-Chairs were Ms. Effie Achtsioglou, Minister of Labour, Social Insurance and Social Solidarity of Greece; Mr. José António Vieira da Silva, Minister of Labour, Solidarity and Social Security of Portugal; and Ms. Annika Strandhäll, Minister for Health and Social Affairs of Sweden. The Ministerial meeting was preceded by a High-Level Policy Forum. The Council of Europe, the International Labour Organization (ILO), the International Social Security Association (ISSA), and the World Bank participated in the Policy Forum and Ministerial meeting, as did representatives from the Business and Industry Advisory Committee to the OECD (BIAC) and the Trade Union Advisory Committee to the OECD (TUAC).

1. We discussed how efficient and responsive governments can advance inclusive social policies that enhance economic competitiveness and productivity, support resilient social structures, and develop policy approaches that are responsive to changing labour markets and societal dynamics. Our meeting was well-timed to address challenges for social policy arising from globalization, migration, digitalization, and population ageing. While regular salaried employment is still the norm for a majority of workers in OECD countries, new forms of employment and discontinuous careers are becoming more frequent, which can expose weaknesses in traditional forms of social protection. There is also a concern in many emerging economies with sizeable informal employment. More than ever, we need social protection systems that bolster well-functioning labour markets, help alleviate poverty, and enhance social inclusion. Social policies and social protection systems are essential to achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development, of promoting inclusive and sustainable economic growth, full and productive employment; and reducing inequality.

2. We confirm our leadership role in positioning social policies within whole-of-government efforts to foster inclusive growth in our countries. We also confirm the importance of putting people at the centre of social policies. Listening to people's expectations, needs, and concerns when designing and reforming public policy is central to maintaining trust in our social institutions. We welcome the OECD's evidence-based policy analysis, comparable statistics, and recommendations which help us build efficient, responsive social protection systems to meet the changing needs of societies today and into the future.

Social protection for sustainable and inclusive growth

3. Building on the insights of the OECD's Inclusive Growth Initiative, we are convinced that social policies can promote more cohesive societies and sustainable and inclusive growth. Equal access to opportunities will improve positive outcomes across the population and improve the strength and sustainability of economic growth. Social protection can contribute to reducing

inequalities for more prosperous societies.

4. Recent OECD work has documented how inequalities in education, health and employment interact and compound over the life course. To address them, we need to take a comprehensive, whole-of-government policy approach that takes a life-course perspective and involves key stakeholders. We are committed to working in close coordination with our fellow Ministers in all relevant areas. We recognise the importance of mitigating entrenched inequalities through investments in early-life interventions and support for school-to-work transitions; fostering opportunities among the working-age population; and addressing inequality in old age through financially and socially sustainable health, pension, and long-term care policies. We welcome the OECD's Preventing Ageing Unequally Action Plan and the new OECD Jobs Strategy and we will work to implement them according to our countries' circumstances.

5. Gender gaps persist in social and economic outcomes across countries. We recognise gender inequalities not only as a human rights challenge but also as a barrier to inclusive growth. To reduce gender inequalities, we affirm the policy principles outlined in the 2013 OECD Recommendation of the Council on Gender Equality in Education, Employment and Entrepreneurship, to which our countries are signatories. These include but are not limited to promoting policies that reconcile work life and private life and working conditions, including tackling gender disparities in the uptake of paid and unpaid work; increasing the representation of women in decision-making positions; eliminating the discriminatory gender wage gap as well as reducing the gender gap in entrepreneurship activity. We also recognize the continued challenges faced by historically disadvantaged groups in our countries, including racial and ethnic minorities; indigenous communities; migrants, refugees, and other displaced persons; lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (LGBTI) people; older persons; and people with disabilities. We embrace diversity in our societies as a strength, not a weakness, and pledge to promote inclusivity for the benefit of our economies and societies overall.

Putting people at the centre of social policy

6. Despite living in an age of open digital communication, we are concerned that many people are not being heard and are feeling insecure about their future. We want to ensure that social policies, programmes, and services address the needs and expectations of beneficiaries. Consulting with individuals and stakeholders to gather perspectives and user feedback can improve the design, implementation, and evaluation of initiatives in view of advancing people-centred policies that help restore trust in government and improve outcomes.

7. We recognise the importance of building and strengthening constructive engagement and dialogue with social partners and civil society. This is particularly important given the changing nature of employment and the growing dissociation of dependent employment and social protection. Social partners and other key stakeholders should be consulted in the design, evaluation, and reform of social protection.

8. We acknowledge the importance of listening to people through the use of surveys, online engagement, focus groups, and various forms of consultations with stakeholders to better understand the changes in risks people face and what they expect from their governments and social policy. We aim to validate this stakeholder engagement through Ministerial and stakeholder review processes to help us incorporate and mediate people's views effectively. The digital transformation of our economies and societies opens new opportunities to gather better data, construct higher quality statistics, and information that can help make policy design more agile, flexible and responsive to users concerns and priorities. We acknowledge that governments should protect personal data and use them according to the laws and regulations in each country and in accordance with their international legal obligations, as applicable.

Embracing the Future: Modern social policies for the new world of work

9. We recognise that globalisation and technological change are reshaping the world of work and the relationship between workers, employers and social protection systems. Consequently, many of our social protection systems need to be modernised to provide flexible solutions and support to all workers including the self-employed and those with non-standard contracts. We recognize that workers who move between jobs, occupations, contracts and countries need portability of their benefits for which they have contributed. At the same time, we need continued efforts for the inclusion and activation of people who are part of disadvantaged groups. Social policies need to support all groups who face barriers to labour market participation, formal employment, and engagement in broader community life.

10. We exchanged experiences on the many novel social policy approaches that countries are using to extend coverage and ensure portability of social benefits, including individual account schemes, universal basic income pilot programmes, and using new technological tools to enable more efficient service delivery, administration and identification of needs. We discussed how to incorporate non-standard workers into social protection systems and better tailor social protection programmes to their needs and contributory capacities. We discussed the promise and challenges associated with individualized approaches, universal programmes that can help close coverage gaps, and targeted solutions for excluded or vulnerable groups. Our discussion allowed us to debate the advantages and challenges of new approaches to social protection and the need to be mindful of fiscal sustainability, poverty alleviation, incentives, labour market participation, and mutual obligations.

11. Public and private social innovations, including those in the fields of social finance, social enterprises and new technology for social policy administration, offer new perspectives on the financing, design, reform, and implementation of social programmes. We discussed the need to research, test, and evaluate these new approaches and the impact on existing social infrastructure, and we ask the OECD to facilitate the continued dialogue on these policies.

12. To better prepare for the future, social policies must be able to adapt to changing social and economic risks and opportunities. Regularly assessing and evaluating social programmes helps future-proof social policies and allows people to meet current and future challenges. We ask the OECD to continue to collect and analyse data on new social risks and opportunities and provide advice for the design and reform of comprehensive policies that include engagement and collaboration with social partners, stakeholders, and civil society.

13. We recognise that the rising cost of housing, which is outpacing inflation in many countries, is a growing concern for many people today and that housing typically constitutes a household's largest expense. Housing policy is often separate from the design and delivery of other social programmes and we call on the OECD to support us in advancing better coordination of housing policy as part of a comprehensive approach to social protection.

14. We recognise the need to use good-quality data, such as those collected by the OECD, to understand better how changing labour markets will affect future social needs. The aftermath of the financial and economic crisis has demonstrated the need for counter-cyclical social spending and we recognise the importance of creating the fiscal space to allow stabilizing mechanisms to work properly, intervening swiftly to protect the most vulnerable in economic downturns, and improving the resilience of our economies. We are committed to exploring options for improving the effectiveness and coverage of social protection systems and ensuring the development in some of our countries as well as the long-term fiscal sustainability of these programmes.

Exchanging best practice through international cooperation

15. International cooperation is helpful in building social protection systems that foster inclusive growth. We aim to draw from global best practice, both at the national and local level, and continue the fruitful exchanges we had at this Ministerial meeting. We look forward to continued OECD work on social policy to strengthen our understanding of how to build inclusive societies and labour markets and encourage further discussion related to the OECD's Inclusive Growth Initiative.

16. We remain committed to cooperate closely among ourselves and to engage with developing economies; developing economies to build a global understanding around inclusive and effective social protection systems. We will share our experiences and learn from new approaches applied outside of the OECD area to ensure that all countries can benefit from lessons learnt in social policy reform.

17. The OECD should continue to work with the ILO, ISSA, the Council of Europe, the World Bank, and other international organisations to advance our understanding of how to build effective, responsive, and forward-thinking social policies.

Annex to the Ministerial Policy Statement Future OECD work on social policy

18. We, the OECD Ministers and Representatives responsible for Social Policy, invite the OECD Employment, Labour and Social Affairs Committee (ELSAC) to continue to provide us with valuable comparative data and rigorous analyses of social policies. The OECD's work is important in helping us design effective, evidence-based social policies which are responsive to people's needs and preferences. We confirm that the OECD should take a life-course perspective in its research with the view of advancing social policies that can help reduce inequality and open opportunities at important life stages.

19. We therefore invite the ELSAC, in collaboration with other relevant bodies, to consider carrying out work in the following areas, subject to resources and in line with the usual budgetary and approval processes of the Organisation:

- Incorporate citizen and user feedback in order to co-create inclusive, responsive, and forward-thinking social policies that meet people's needs.
- Adopt a life-course perspective in the design and implementation of social policy, so that people have the necessary foundation to live fulfilling lives from infancy to old age.
- Promote gender equality and diversity (in its various forms) in the planning, implementation, and evaluation of social programmes, in order to promote inclusive outcomes and advance equality of opportunity.

20. With these priorities in mind, we invite ELSAC to consider carrying out future work in the following areas, subject to resource availability:

21. **Social Needs Today Programme.** In order to map social risks and needs, we encourage the OECD to use innovative approaches to increase the quality of its data and statistics, including cross-national surveys and stakeholder consultations, to understand risk hierarchies and trust in public policies. The Social Needs Today Programme should develop national and comparative reports that integrate labour force and household survey data, administrative data along with surveys that gather information on public perceptions with a view to understand complex social issues today and anticipate the concerns of tomorrow.

22. **Social Data for Tomorrow Programme.** The OECD's comparative advantage in data

collection and analysis is essential for designing inclusive, efficient, and forward-looking social policies. OECD should work with countries to develop data to help us assess how different life events can change the trajectory of women's and men's lives. Accessing and using existing data sources more effectively – for example by linking administrative and survey records across Ministries and agencies – can help countries develop a more comprehensive overview of current and upcoming social needs. We invite the OECD to draw on new research and technological tools, behavioural insights, and rigorous evaluation strategies in their work to provide sound policy advice and recommendations to member countries on complex and sensitive issues.

23. **Reconnecting Policy with People.** The OECD should draw on the robust evidence base described above to create "how to" country reports to assess country specific-challenges and identify possible policy approaches to address the issues identified in the Social Needs Today programme.

24. We also invite ELSAC, in collaboration with other relevant bodies, to continue work in the following areas, subject to resource availability:

25. **Addressing inequality and promoting social mobility.** Inequality of income and opportunity, social mobility, and the resilience of the middle class and lower-income people remain pressing issues. Access to good-quality and affordable housing – typically the largest cost borne by households – is an increasingly important indicator of inequality and social inclusion. We call on the OECD to continue its work in these topics, including the OECD's Income Distribution Database, the OECD's analysis of poverty and social exclusion, the OECD's analysis of redistribution policy, and the OECD Affordable Housing Database.

26. **Enhancing the well-being of families and children.** Many children in our countries do not get a good start in life, with negative long-term consequences that follow them through adolescence and into adulthood. We call on the OECD to continue its substantial work on children and family policies, including the OECD Family Database, the work on unpaid care, and the programme of work on child poverty and early learning and childcare. Youth skills development and employment should remain a priority for ongoing research.

27. **Promoting diversity and reducing gender inequality.** Social inclusion – in all forms – is important. Yet some groups continue to face systemic barriers to advancement, including people with disabilities; racial and ethnic minorities; lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people; and women. We welcome the OECD's Gender Strategy and the OECD's new work on how policies can benefit groups that have historically experienced discrimination.

28. **Adapting social protection systems to meet demographic challenges.** Population ageing and increased life expectancy, low fertility, and insufficient contributions to pension systems continue to challenge social protection systems. We encourage the OECD to continue its work on the financial and social sustainability of pension systems, and how to facilitate longer working lives.

29. We look forward to reviewing progress on this work at the next OECD Social Policy Ministerial meeting.

부록 2

장관 정책 선언문 (한글)

2019년 OECD 사회정책장관회의 선언문

- 공동의 번영을 위한 사회 정책: 포용적 미래 -

우리, 사회정책을 책임지는 OECD 장관들과 대표들은 관계국들[초청된 비회원국 명단]과 함께 2018년 5월 몬트리올에서 만나 캐나다 가족, 아동, 사회발전부 장관(Minister of Families, Children and Social Development in Canada), Mr. Jean-Yves Duclos 의장의 주재로 논의했다. 부의장은 Ms. Effie Achtsioglou, Minister of Labour, Social Insurance and Social Solidarity(그리스), Mr. José António Vieira da Silva, Minister of Labour, Solidarity and Social Security(포르투갈), Ms. Annika Strandhäll, Minister for Health and Social Affairs (스웨덴)이다. 장관급 회의는 정책포럼에 이어 개최되었고, 유럽평의회, 국제노동기구, 국제사회보장학회, 세계은행이 OECD 경제산업자문위원회(Business and Industry Advisory Committee, BIAC)와 노동조합자문위원회(Trade Union Advisory Committee, TUAC)와 함께 정책 포럼과 장관회의에 참석했다.

1. 우리는 정부가 경제적 경쟁력과 생산성을 높이고, 복원력 있는 사회구조(resilient social structure)를 지원하고, 변화하는 노동시장과 사회적 역동성에 대응하는 정책을 개발하기 위해 포용적 사회정책을 발전시키는 방안을 논의했다. 우리의 회담은 세계화(Globalization), 이민(Migration), 디지털화(Digitalization), 인구 고령화(Population Ageing)의 과제를 해결하기 위한 시의적절한 시점에 이루어졌다. OECD 국가에서 여전히 정규 급여 고용(regular salaried employment)이 대다수 근로자에게 표준(norm)이지만 새로운 형태의 고용과 일자리의 불연속성이 점차 증가하고 있어 전통적 형태의 사회적 보호를 약화시키고 있고, 많은 신흥 경제국에서는 상당한 규모의 비공식적(informal) 고용에 대한 우려가 있다. 그 어느 때보다 노동시장이 잘 기능하도록 뒷받침하고 빈곤 완화를 지원하며 사회통합(social inclusion)을 강화할 수 있는 사회보호제도가 요구된다. 사회정책과 사회보호제도는 포용적·지속가능한 성장(inclusive and sustainable growth)과 완전·생산적 고용(full and productive employment)을 촉진하고, 국가 내·국가 간 불평등을 감소시키는 2030 사회개발 목표(Social Development Goals) 달성의 핵심이다.

2. 우리는 우리 국가의 포용적 성장을 육성하는 전 정부 차원의 노력에서 사회정책을 위치시키는 우리 리더십의 역할을 확인한다. 우리는 또한 사람들을 사회정책의 중심에 두어야 하는 중요성을 확인한다. 공공 정책을 설계하고 개혁할 때, 사람들의 기대, 욕구, 관심을 경청하는 것은 우리의 사회제도에 대한 신뢰를 유지하는 핵심이다. 오늘날 그리고 미래 사회의 욕구 변화에 대응해 효율적이고 반응성 있는 사회보호제도 구축을 지원하기 위해서 OECD가 제공하는 근거기반 정책분석과 비교 통계 및 권고를 환영한다.

포용적 성장을 위한 사회보호(Social protection for inclusive growth)

3. OECD의 포용적 성장 계획(Inclusive Growth Initiative)을 바탕으로, 우리는 사회 정책이 포용적 사회와 포용적 성장을 촉진한다고 확신한다. 기회(opportunity)와 결과(outcomes)의 불평등은 사회적 응집성(Social Cohesion)에 영향을 미칠 뿐만 아니라 경제적 성장의 힘과 지속가능성을 위협한다. 사회정책은 보다 번영된 사회(more prosperous society)를 위해 불평등을 감소시키는 투자다.

4. 최근의 OECD 연구는 교육, 건강, 고용의 불평등이 생애 과정에서 어떻게 상호작용하고 혼합되는지 보여준다. 이를 해결하기 위해, 우리는 생애 주기적 관점을 취하고 주요 이해당사자를 참여시키는 전 정부 차원의 포괄적인 정책 접근 방식을 취할 필요가 있다. 따라서 모든 관련 분야의 장관들과 긴밀히 협력할 것을 약속한다. 우리는 생애초기 개입과 학교-일자리 이행(school-to-work transition) 지원에 대한 투자를 통해 고착화된 불평등을 완화하고; 근로 연령 인구에게 기회를 육성하고; 재정적·사회적으로 지속가능한 건강, 연금, 장기요양 정책을 통해 노년층의 불평등을 해결하는 것의 중요성을 인식한다. OECD의 불평등한 고령화 예방 실행 계획(preventing ageing unequally action plan)을 환영하고 국가 상황별 시행을 위해 적용할 정책 원칙에 주목하고 있다.

5. 성 격차(Gender gaps)는 많은 국가들의 사회적·경제적 결과에서 지속되고 있으며, 기본적인 인권 문제일 뿐 아니라 포용적 성장의 장애물로 작용하고 있다. 우리는 양성 불평등 감소를 위해 '교육, 고용, 창업에 있어서 양성평등에 대한 2013 OECD 권고안(the 2013 OECD Recommendation of the Council on Gender Equality in Education, Employment and Entrepreneurship)'에서 제시된 정책 원칙 제정을 재촉한다. 또한 우리 국가들에서 역사적으로 취약계층(소수 민족 및 인종, 원주민 공동체, 이주민과 난민, LGBTI(lesbian gay, bisexual, transsexual, intersex), 고령자, 장애인)이 직면하는 지속적 도전 과제를 인식하고, 다양성을 약점이 아닌 강점으로서 받아들이는 사회와 경제 및 사회 전체의 편익에 대한 포용성을 촉진할 것을 약속한다.

사람 중심의 사회정책(Putting People at the Centre of Social Policy)

6. 우리는 오픈 디지털 소통(open digital communication)의 시대에 살고 있으면서도, 많은 사람들이 미래에 대해 듣지 못하고 불안을 느끼고 있다는 것을 우려한다. 사회 정책·프로그램·서비스가 수혜자의 욕구와 기대를 충족시킬 수 있도록 보장하고자 한다. 정부에 대한 신뢰를 회복하고 성과를 향상시키는 사람중심 정책을 발전시킨다는 관점에서 개인 및 이해관계자의 견해와 사용자 피드백 반영은 정책의 설계, 실행, 평가를 향상시킬 것이다.

7. 우리는 사람이 직면한 위험과 사람들이 정부 및 사회정책에서 기대하는 것의 변화를 더 잘 파악하기 위해 서베이, 온라인 참여, 포커스 그룹, 이해관계자와 다양한 형태의 협의를 통해 사람들의 의견을 청취하는 것의 중요성에 동의한다. 우리는 정부가 사람들의 관점을 적절하게 통합하고 조정할 수 있도록 장관급 및 이해관계자의 검토 과정에서 이

해관계자가 참여할 수 있도록 하고자 한다. 우리 경제와 사회의 디지털 전환은 더 나은 데이터를 수집하고, 더 높은 질의 통계를 구축하며, 정책 설계가 사용자의 관심과 우선순위에 보다 신속하고 유연하게 대응할 수 있도록 정보 수집의 새로운 기회를 열어줄 것이다. 우리는 정부가 개인 데이터를 보호하고 각국의 법과 규제에 따라 그것을 사용할 책임이 있음 또한 동의한다.

8. 우리는 사회적 파트너(Social Partner) 및 시민 사회와의 건설적인 참여와 대화를 구축하고 강화하는 것의 중요성을 인식하고 있다. 이는 고용의 특성이 변화하고 종속적 고용과 사회적 보호의 관계가 점점 분리되는 상황에서 특히 중요하다. 사회 보호의 설계, 평가, 개혁에서 사회 파트너들과 기타 주요 이해관계자들의 의견을 반영할 필요가 있다.

포용적 미래: 노동의 신세계를 위한 현대적 사회 정책

9. 우리는 세계화와 기술적 변화가 노동의 세계와 노동자, 고용주, 사회보호제도 간의 관계를 변화시키고 있음을 인식한다. 많은 사회보호제도들은 자영자, 비정형(non-standard) 계약 형태를 포함하는 모든 노동자들에게 유연한 해결책과 지원을 제공할 수 있도록 현대화될 필요가 있다. 우리는 일자리, 직업, 계약, 국가 간 이동하는 노동자들이 그들이 기여한 바에 대해 급여를 받는 자격의 이동성이 필요하다는 데 동의한다. 동시에, 불리한 집단에 속하는 사람들의 참여와 활성화를 위한 지속적인 노력도 필요하다. 사회정책은 노동시장 참여, 공식적 고용, 폭넓은 공동체 생활 참여에서 장애를 겪는 모든 집단을 지원해야 한다.

10. 우리는 개인 계정 제도(individual accounts schemes), 보편적 기본 소득 시범 프로그램, 보다 효율적인 서비스 제공, 행정, 욕구 확인을 위해 사용한 새로운 기술 도구, 그리고 국가들이 보장 성(coverage) 확대와 사회적 급여 자격의 이동성 보장을 위해 활용한 많은 혁신적 사회정책 접근법을 공유했다. 우리는 비정형(non-standard) 근로자들을 사회보호제도에 포함시키고 그들의 욕구와 기여 역량에 맞게 제도를 보다 잘 조정하는 방법을 토의했다. 또한 우리는 개별화된 접근법, 보장성 격차를 줄일 수 있는 보편적 프로그램, 배제되거나 취약한 그룹을 표적화한 대책에 대한 전망과 과제를 논의했다. 새로운 사회 보호 접근법의 장점 및 도전 과제와 재정적 지속가능성, 빈곤 완화, 인센티브, 상호의무에 유의해야 할 필요성에 대해서도 토론했다.

11. 사회 정책 행정을 위한 사회 기금(social finance), 사회적 기업, 신기술 분야 등에서 공공 및 민간 사회 혁신은 사회 프로그램의 자금 조달, 설계, 개혁, 실행에 대한 새로운 관점을 제공한다. 우리는 새로운 접근법을 연구, 검증, 평가할 필요성과 기존 사회 인프라에 대한 영향을 논의했으며, OECD가 이러한 정책들에 대한 지속적인 대화를 촉진할 것을 촉구한다.

12. 미래를 보다 잘 준비하기 위해, 사회정책은 변화하는 사회적, 경제적 위험과 기회에 대응할 수 있어야 한다. 정기적으로 사회적 프로그램들을 평가(assessment)하고 사정(evaluation)하는 것은 미래지향적인 사회정책을 수립하고 사람들이 현재와 미래의 문제

를 해결하도록 도울 것이다. 우리는 OECD가 새로운 사회적 위험과 기회에 대한 데이터를 수집하고 분석하여 사회적 파트너, 이해관계자, 시민사회의 참여와 협력을 포함하는 포괄적 정책 설계와 개혁에 대해 권고해 줄 것을 요청한다.

13. 우리는 많은 나라에서 물가인상을 앞지르고 있는 주거비(housing costs) 증가가 오늘날 많은 사람들의 주요한 관심사가 되고 있으며, 일반적으로 주거(housing)비가 가구 지출에서 가장 큰 비중을 차지한다는 것을 인식한다. 주거정책은 다른 사회 프로그램의 설계 및 전달과 분리되어있는 경우가 많은데, 우리는 주거 정책이 사회 보호에 대한 포괄적 접근의 일환으로 조정 및 발전될 수 있도록 OECD의 지원을 요청한다.

14. 변화하는 노동시장이 미래의 사회적 욕구에 어떻게 영향을 미칠지를 더 잘 이해하기 위해 양질의 데이터 사용의 필요성을 인지한다. 재정적, 경제적 위기의 여파는 경기대응적(counter-cyclical) 사회지출의 필요성을 입증해왔고, 우리는 안정화 메커니즘이 적절히 작동하여 경제 침체기에 가장 취약한 이들의 보호를 위해 신속히 개입하고 우리 경제의 복원력을 향상시키기 위해 재정적 여력(fiscal space)을 만들어 두는 것의 중요성을 인식한다. 사회보호제도의 효과성과 보장성을 개선하고 이러한 프로그램들의 장기적 재정 지속가능성을 보장하기 위한 대안들을 탐색할 것이다.

국제협력을 통한 모범사례 교환

15. 국제협력은 포용적 성장을 육성하는 사회보호 제도를 구축하는데 도움이 된다. 우리는 국가 및 지역 수준에서 모범사례를 이끌어내고 장관급 회의에서 우리가 가진 유익한 교류를 지속하는 것을 목표로 한다. 우리는 포용적 사회와 노동 시장을 구축하는 방법에 대한 이해를 확대하고 OECD의 포용적 성장 사업과 관련된 추가 논의를 장려하기 위해 사회정책에 대한 OECD 작업이 계속되기를 기대한다.

16. 우리는 포용적이고 효과적인 사회보호제도를 둘러싼 전지구적 이해를 도모하기 위해 긴밀히 협조하고 있으며, 개발도상국이 참여할 수 있도록 노력하고 있다. 모든 국가들이 사회정책개혁에서 교훈을 얻도록 경험을 공유하고 OECD 외부에서 적용되는 새로운 접근법을 배울 것이다.

17. OECD는 ILO, ISSA, Council of Europe, World Bank, 기타 국제기구와 지속적으로 협력하여 효과적이고, 대응성이 높으며, 진보적인 사회정책을 수립하는 방법에 대한 이해를 발전시켜나가야 한다.

부속 A. 장관정책선언문 부속: 사회정책에 대한 향후 OECD 작업

18. 우리, 사회정책에 책임 있는 OECD 장관들과 대표들은 OECD 고용노동사회위원회(ELSAC)가 우리에게 유용한 비교 자료와 엄밀한 사회정책 분석을 지속적으로 제공하도록 요청한다. 사람들의 요구와 취향에 대응하는데 효과적인 증거기반 사회정책을 설계하는데 있어 OECD의 역할은 중요하다. 우리는 OECD가 불평등을 감소시키고 중요한 생

애단계에서 기회를 열어주는 사회정책을 발전시킨다는 차원에서 관련 작업에서 생애 주기적 관점을 가져야 한다는 것을 확인한다.

19. 우리는 따라서 ELSAC이 자원과 조직의 일반적 예산 및 승인 절차에 따라 기타 관련 단체들과 협력하면서 다음의 영역에 대한 작업의 실행을 고려하도록 요청한다.

- 시민들의 요구를 충족하는 포괄적이고 대응성이 높으며 진보적인 사회정책 수립을 위해 시민들과 사용자의 피드백을 반영
- 시민들이 영아기부터 노년기까지 충족된 삶을 살아가는데 필요한 기반을 갖추 수 있도록 사회정책의 수립과 실행에 생애주기적 관점 도입
- 포용적인 성과를 보장하고 기회의 평등을 촉진하기 위해 사회프로그램의 기획, 실행, 평가에서 성 평등과 다양성(여러 형태에서)을 촉진

20. 위의 정책 우선순위를 고려해 각 국의 사회장관들은 ELSAC이 자원의 이용가능성에 따라 다음과 같은 분야에서 향후 작업을 수행 할 것을 요청한다.

21. 현재의 사회적 욕구 프로그램(Social Needs Today Programme) 사회적 위험과 욕구를 맵핑하기 위하여 우리는 OECD가 국가 간 설문조사, 이해관계자 자문 등 데이터와 통계의 질을 향상시키는 혁신적인 접근법들을 사용하고 공공 정책에서 위험의 계층 구조와 신뢰를 파악하도록 권장한다. 현재의 사회적 욕구 프로그램(Social Needs Today Programme)은 오늘날의 복합적인 사회문제를 이해하고 미래의 이슈를 조망하기 위한 목적으로 대중의 인식에 대한 정보를 수집하는 조사와 함께 노동력 및 가구 조사 데이터, 행정 데이터를 통합하는 국가 및 비교 보고서를 개발해야 한다.

22. 미래의 사회 데이터 프로그램(Social Data for Tomorrow Programme) 데이터수집과 분석에 있어서 OECD가 가지는 비교우위는 포용적이고 효율적이며 진보적인 사회정책 설계에 필수적이다. OECD는 서로 다른 생애사건들이 어떻게 여성 혹은 남성의 생애궤적을 변화시키는지를 평가하기 위한 데이터를 개발하는 작업을 국가들과 함께 수행해야 한다. 기존의 자료원에 보다 효과적으로 접근하고 활용하는 것 예를 들어, 부처 및 기구 간 행정 및 조사 기록을 연계하는 것은 국가들이 현재와 미래의 사회적 욕구를 보다 포괄적으로 조망하도록 도와줄 것이다. 우리는 OECD가 복잡하고 민감한 이슈들에 대해 타당한 정책 자문과 권고를 회원국들에게 제공하는 그들의 작업에서 새로운 연구 및 기술적 도구, 행동 통찰, 엄격한 평가 전략을 따르도록 요청한다.

23. 사람과 정책의 재연결(Reconnecting Policy with People) OECD는 국가별 보고서가 국가별 현안을 평가하는 방법을 개발하고 현재의 사회적 욕구 프로그램(Social Needs Today programme)에서 확인된 문제 해결을 위한 접근 가능한 방법의 파악에 있어서 앞서 언급한 강건한 근거 기반을 바탕으로 해야 한다.

24. 우리는 또한 ELSAC이 기타 관련 단체들과 협력하여 자원의 가용성에 따라 다음과 같은 분야에서 계속 작업해 주기를 요청 한다:

25. 불평등 해소와 사회적 이동성 촉진(Addressing inequality and promoting social

mobility) 소득과 기회의 불평등, 사회적 이동성, 중산층과 저소득 인구의 복원력(resilience)은 시급한 문제로 남아 있다. 양질이고 경제적으로 부담 가능한 주거(일반적으로 가구가 부담하는 가장 큰 비용)에 대한 접근은 불평등과 사회적 포용성 지표로서 중요성이 증가하고 있다. 우리는 OECD의 소득분배 데이터베이스, 빈곤과 사회적 소외에 대한 분석, 재분배 정책에 대한 분석, 지불 가능한 주거 데이터베이스(OECD Affordable Housing Database) 등을 포함해 이러한 주제들에 대한 작업을 OECD가 계속해줄 것을 요청한다.

26. 가족과 아동의 행복 증진(Enhancing the well-being of families and children) 우리 국가들에서 많은 아동이 생애 초기의 좋은 출발을 하지 못하여 청소년기와 성인기에 이르기까지 장기적으로 부정적인 결과를 경험하고 있다. 우리는 OECD 가족 데이터베이스, 무급 돌봄에 대한 작업, 아동빈곤·조기교육·보육에 대한 작업 프로그램을 포함하여 아동 및 가족 정책에 대한 상당한 작업을 OECD가 지속해 주기를 요청한다.

27. 다양성 촉진과 성 불평등 감소(Promoting diversity and reducing gender inequality) 사회적 포용성은 매우 중요한 문제임에도 불구하고 장애인, 소수 인종 및 민족, 레즈비언·게이·양성애자·성전환자·성적소수자·간성자(LGBTI), 그리고 여성들을 포함하여 일부 집단들은 여전히 발전의 장애물에 직면하고 있다. 우리는 OECD의 젠더 전략과 역사적으로 차별을 경험해 온 집단들에게 정책이 혜택을 줄 수 있는 방법에 대한 OECD의 새 작업을 환영한다.

28. 인구학적 문제에 조응하는 사회보호제도(Adapting social protection systems to meet demographic challenges) 인구고령화, 저출산, 불충분한 연금재정 기여는 사회보호시스템을 지속적으로 위협한다. 우리는 OECD가 연금제도의 재정적·사회적 지속가능성과 근로생애기간 연장의 실현에 대한 작업을 지속할 것을 권장한다.

29. 우리는 다음 OECD 사회정책장관회의에서 이 작업의 진전 상황을 검토하기를 기대한다.

부록 3

사회정책포럼과 사회정책장관회의 이슈 브리프 원문¹⁴⁾

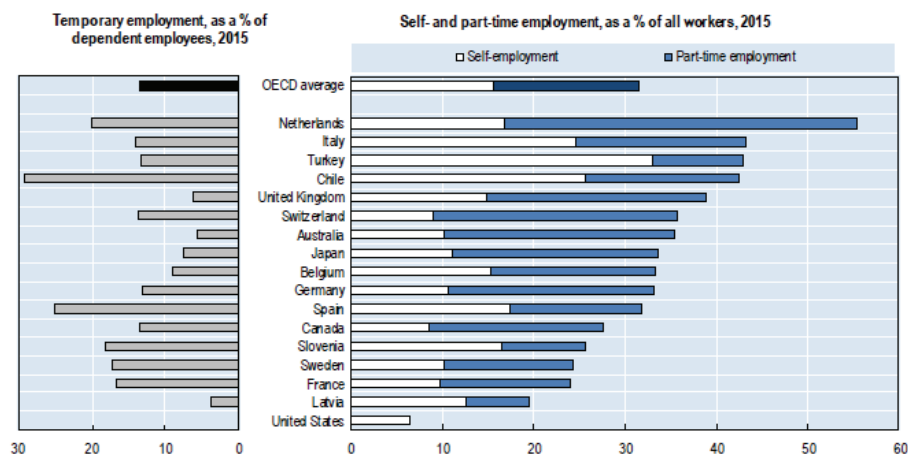
1. Adapting Social Protection to a Changing World of Work

Workers in non-standard employment have limited social protection

Social protection systems are often still designed with the archetype of full-time, permanent work for a single employer in mind. Workers who do not conform to this pattern – because they combine incomes from different sources or work in temporary or independent forms of employment – often lack coverage or lose accumulated benefit entitlements. Across the OECD, 16% of all workers are self-employed, and a further 14% are on temporary employment contracts (Figure 2.1). The self-employed are often only covered by the most basic of benefits: only six out of 35 European countries studied insure the self-employed in the same way as standard employees (Spasova et al., 2017). Those on temporary contracts may not be covered by unemployment protection and other benefits because of insufficient contributions. Women are at higher risk than men, as women's careers are more likely to include part-time work and temporary contracts – both of which can limit benefit eligibility.

Global trends such as globalisation and digitalisation are likely to increase the number of workers in non-standard forms of employment. New forms of employment emerge as workers carry out individual tasks required by consumers over online platforms, often as independent contractors. These new forms of employment can offer much flexibility – both regarding where and when the work is carried out – and therefore provide opportunities for people who have been excluded from the labour market, for example due to caregiving responsibilities or because they live in remote areas. Yet they also raise concerns about job quality. For workers to benefit, work arrangements should be voluntary, offer access to social protection, and compensate for lower job- and earnings stability.

Figure 2.1. The share of non-standard workers is high in some countries



14) 한글 내용은 본문에 있음.

Note: Data on self-employment in France refer to 2011; data on temporary and part-time workers is not available for the United States.

Source: OECD Employment and Labour Market Statistics Database and OECD (2017a)

Providing social protection coverage to these new forms of employment is key not only for equity reasons, but also to provide the right incentives to ensure the contribution base of social protection systems. Firms may shift their labour demand to forms of employment that are not subject to social security contributions; this risk increases as modern technologies lower transaction costs (OECD, 2016). Additionally, workers who are less likely to have to rely on the social protection system – such as the young, the well-educated and the healthy – may self-select into non-typical employment forms, jeopardising risk pooling in the social protection system.

Three avenues to reform social protection for the new world of work

Social protection systems can adapt to these challenges through three broad strategies that can be implemented simultaneously:

- **Incorporate non-standard workers into existing social protection systems and better tailor the schemes to meet workers' needs.** Several OECD countries include people in non-standard work in their standard social protection system. While this is a straightforward solution, it has drawbacks. Traditionally, both the employer and the employee pay contributions, but it is unclear who should pay the employer contribution if the workers cannot afford to pay, if there is no employer, or if the responsible employer is not easily identified. Self-employed workers' earnings often fluctuate and social contributions assessed on the basis of previous income may exceed their current earnings capacity. Finally, moral hazard is an issue, especially for unemployment insurance: voluntary quits are difficult to distinguish from the loss of business, and monitoring whether job search conditions for benefit receipt are met is more challenging than for employees.
- **Individualise social protection.** Tying social protection entitlements to an individual, instead of a job, would make social protection provisions more portable and facilitate transitions between jobs and sectors. Several OECD countries intend to introduce “*individual activity accounts*”. Individuals collect entitlements in such accounts, which are not only portable but can be used flexibly according to needs. This raises some challenges. A first question relates to how much redistribution such models should incorporate to ensure that all workers can benefit. A second question relates to funding and the respective roles of employers and the state. A third challenge is to decide how much of the entitlements should be reserved for future retirement benefits versus using the funds to invest in training (e.g. to reskill transitioning workers), start a company, or other assets.
- **Make social protection more universal.** Separating social protection from the employment relationship would remove coverage gaps and reduce the need to track entitlements across jobs, though it can be more costly to universalise benefits and innovative financing models might need to be considered. Some benefits – such as health insurance and parental leave – are already universal in many OECD countries. Targeting income replacement payments to low-income households

through means testing, such as in Australia and New Zealand, can also close coverage gaps, but tracking self-employment income and dealing with highly fluctuating earnings remains a challenge. Moving towards a universal basic income (UBI) would remove compliance problems and easily incorporate non-standard workers, but introducing UBI would represent a significant departure from existing policy strategies and would present a major budgetary challenge unless other cash benefits are withdrawn (OECD, 2017b).

Discussion Questions: Adapting Social Protection to a Changing World of Work

Discussion Questions: Adapting Social Protection to a Changing World of Work

1. How does your country's social protection system incorporate the self-employed and non-standard workers? Are there any plans for reform? What sectors, occupations, or parts of the population are being most significantly affected by non-standard work arrangements?
2. Are increasing numbers of workers in non-standard jobs a threat to the financing of the social protection system in your country? Is your country considering changes in the way social protection is financed?
3. What steps is your national or sub-national government taking to regulate platform work (the so-called gig-economy) in terms of minimum wages, working time, employment protection, collective bargaining and social protection?

2. Stronger Together: Policies to Promote Diversity and Social Inclusion

Faces of diversity

The full economic and social inclusion of disadvantaged minority groups remains an elusive goal. Embracing diversity and enabling the participation of all groups is a key prerequisite for inclusive growth. But several minority groups – such as people with disabilities, ethnic minorities (migrant and non-migrant), and lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (LGBTI) people– continue to face widespread discrimination, preventing them from participating fully in society and the economy.

Social exclusion affects a substantial share of the population worldwide. Across the OECD, nearly 15% of the working-age population report having a disability or long-lasting health problem that limits their activities in daily life. This share rises with age, with rates twice as high among those aged 50 to 64 (OECD, 2010). People with disabilities find it hard to participate in the labour market, even though many can and wish to work. In a study of 16 OECD countries, the gap in the unemployment rate between non-disabled and people with disability is 27 percentage points (OECD estimates, 2017). People with disabilities who do participate in the labour market are often restricted in the choice of job.

Immigrants are also at risk of social exclusion. Almost one in ten people living in the OECD are foreign-born, and foreign heritage is common in younger cohorts: slightly over a quarter of 15- to 34-year-olds are foreign-born or native-born offspring of immigrant parents (in countries with available

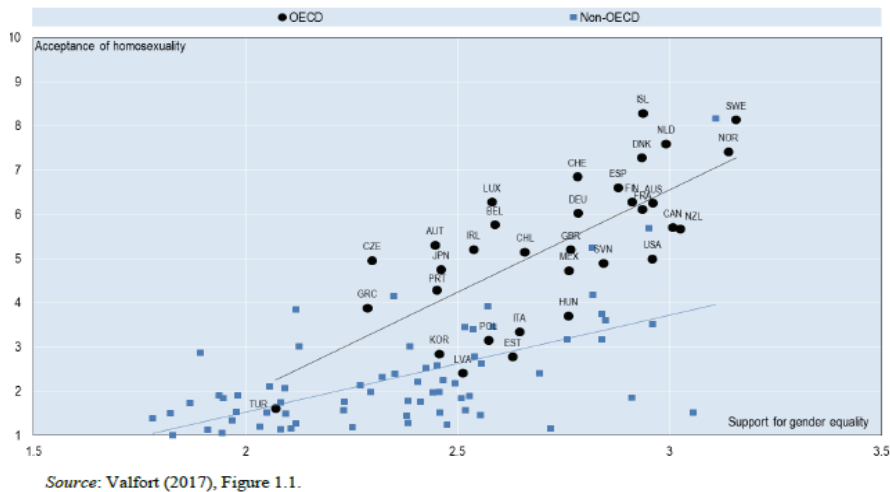
data, OECD, 2017a). In most OECD countries, immigrants have lower employment rates than the native-born population. This is true even for highly-skilled immigrants, as foreign credentials often do not translate well to host countries. Migrant women are particularly disadvantaged in the labour market, with employment rates well below foreign-born men and native-born women and men in most countries (OECD, 2017b).

Apart from Anglophone OECD countries, most OECD countries do not collect survey data on the size of non-migrant ethnic minority populations (e.g., indigenous peoples or ethnic minorities whose ancestors migrated three or more generations earlier). Yet these are sizable groups. According to Census data in the United States, about 13% of the population was African American and 18% was of Latino origin in 2016, while the United Kingdom's Office for National Statistics reports that nearly 13% of the population was black or ethnic minority in 2011. Ethnic minorities tend to participate only slightly less in the labour force than ethnic majority people in OECD countries, but sizeable inequalities are found in levels of education, sector of activity, pay and the quality of jobs – an unfortunate legacy of historic disadvantage, segregation, and discrimination. Self-identified indigenous people range from around 15% of the total population in New Zealand and Mexico, slightly less in Chile, and about 2-4% of the population in Australia, Canada and the United States, but estimates vary based on the definition of indigenous status used (Degler and Liebig, 2017). Across countries, indigenous groups tend to have lower levels of education, are less likely to be employed, and are overrepresented in low-wage jobs.

It is difficult to estimate the size of lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (LGBTI) populations, as relatively few OECD countries ask direct questions on sexual orientation and under-reporting is common. Among countries collecting such data, self-identification as LGB status ranges from 1.2% in Norway to 5.5% in the United States, with higher shares reporting same-sex sexual behaviour or attraction. It is difficult to estimate, at the population level, whether LGBTI people fare above or below average in labour market outcomes due to data limitations in surveys. Field experiments, however, show that homosexual applicants are only half as likely to be invited to a job interview as their heterosexual counterparts. LGBTI people also fare poorly in many other measures of well-being: while homosexuality has become more widely accepted over time in most OECD countries, homophobia remains widespread and a large majority of LGBTI people report experiencing discrimination. The pervasive stigmatization of sexual and gender minorities affects their educational attainment and mental health, and institutional barriers to the legal recognition of same-sex couples have negative effects on relationship stability and their children's well-being (Valfort, 2017).

Women, while obviously not a minority group, still face discrimination worldwide and face challenges participating fully in society and the economy (OECD, 2017b). Individuals with multiple disadvantaged social identities face compounding disadvantage and discrimination in combined forms of racism, sexism, classism, homophobia, or xenophobia – a phenomenon known as intersectionality. At the national level, societies that show more support for gender equality tend to have a higher acceptance of homosexuality (Figure 2.2), as do societies with positive views towards migrants (Valfort, 2017).

Figure 2.2. Countries with higher levels of acceptance of homosexuality are also more supportive of gender equality



Making diverse societies more inclusive and productive

A multifaceted, whole-of-government approach is needed to ensure that disadvantaged groups have full access to social and economic prosperity. This includes, but is not limited to:

- Ensuring equality of opportunity through good-quality early childhood and educational opportunities (see Issue Brief 3.2).
- Gathering good data on the size of minority populations and how they are faring in social, educational, and economic indicators.
- Ensuring adequate support throughout the life cycle to promote all people's integration into labour markets and social protection systems.
- Enact and enforce anti-discrimination legislation; tackle bias in schools and during workplace recruitment and promotion processes; and combat stereotyping at home, at work, and in society at large in order to ensure that all individuals can succeed regardless of their background.

Discussion questions: Policies to Promote Diversity and Social Inclusion

1. What are the most pressing employment and social challenges facing people with disabilities, ethnic minorities (migrant and non-migrant), and lesbian, gay, bisexual, transgender, and intersex (LGBTI) people in your country?
2. What policies has your government implemented to ensure that people in these groups have equal opportunities to succeed in schools, labour markets, and society at large, and what have been the outcomes of these policies? What is the relative importance of targeted social policies versus anti-discrimination policies?
3. How have the perspectives and opinions of people in these disadvantaged groups been incorporated in your Ministry's policymaking processes, and to what end?

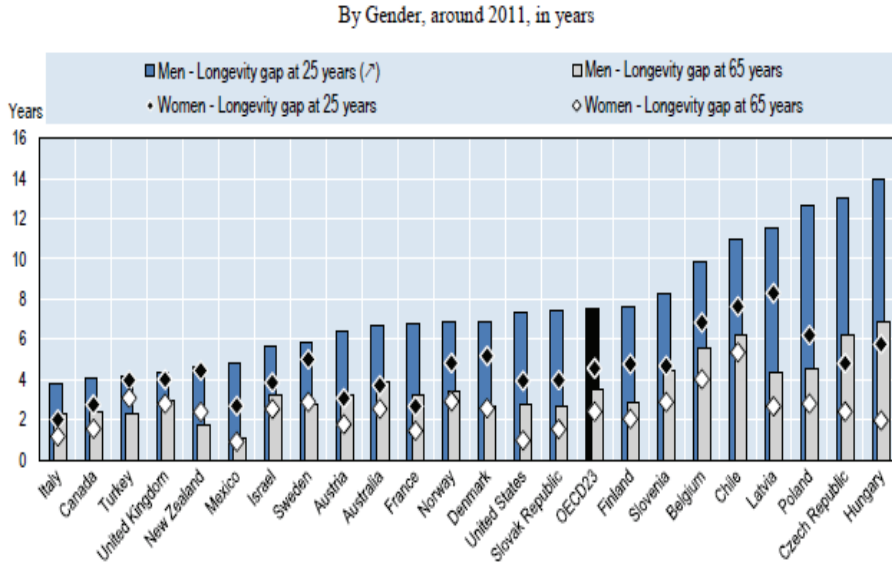
3.1. Getting older and wiser: Addressing the challenges of population ageing

Policy makers around the world are faced with two mega-trends: population ageing and rising inequality. In 1980, there were only 20 people aged 65 and over for every 100 people of working age, on average across the OECD; by 2050 this number is projected to almost double, and many emerging economies are ageing much faster. At the same time, inequality has been increasing from one generation to the next. Among people starting their working lives, inequality is now already much higher than among today's older workers.

How will older people fare in the future?

The future older population will be more diverse. People will live longer, but more will have experienced some period of unemployment during their working lives and more will have earned low wages, while others will have enjoyed higher, stable earning paths. Inequalities in education, health, employment and income start building up from early ages. A 25-year old university-educated man can expect to live almost eight years longer than his low-educated peer, on average across countries; for women the difference is 4.6 years (Figure 2.3). At all ages, persons in bad health work less and earn less. Over the whole career, bad health would reduce lifetime earnings of low-educated men by one-third whereas the loss is only 17% for highly-educated men.

Low-educated people are more likely to retire when they reach the retirement age in many countries, whereas individuals with higher education tend to work longer. Poor health is an important factor pushing older workers into early retirement. However, health only explains part of the drop in employment from age 55; other factors are also important, such as the way professional training operates, the functioning of labour markets, caregiving responsibilities, and the design of pension systems.

Figure 2.3. Life expectancy gaps between high and low-educated groups at ages 25 and 65 are large

Source: Preventing Ageing Unequally (OECD, 2017).

Low earners tend to have a lower life expectancy than high earners and this reduces further their total pensions by about 13% (OECD, 2017). Raising the retirement age tends to widen inequality in total pensions between low and high earners, but the impact is small (ibid). Gender inequality in old age is likely to remain substantial, given the still large gender gaps in labour markets and earnings. Annual pension payments to the over-65s today are about 27% lower for women on average, and old-age poverty is much higher among women than men, especially for women above 75.

Dependency in old age is felt more acutely by low socio-economic groups. Formal home care services – even for moderate needs – remain unaffordable for poorer elderly people in some countries, thereby driving many to go into institutional care. In countries with higher levels of social protection for long-term care services, rates of informal care are lower, and gender inequality in caring is smaller.

A comprehensive policy approach to prevent ageing unequally

Policies to prevent inequalities from rising over the life-cycle will need to take account of the new realities people are facing today in their families, workplaces, careers and in their health and disability risks. While many countries need to improve long-term care supports and continue pension reforms to make retirement income systems financially and socially sustainable, policy efforts to limit old-age inequalities cannot rely only on measures targeted to older people. It is more efficient to pick up socio-economic inequalities when they arise rather than try to remedy their consequences, including gender inequalities, which tend to widen in old age.

Policy makers need to intervene in crucial periods in people's lives when risks of lasting dis-

advantage occur, starting at a very early age (see Issue Brief 3.2), and take measures to prevent, mitigate and cope with inequalities over the life course. Inequality-reducing policies in one area will spill-over into other areas and thus generate greater total returns in terms of welfare than when the impacts are only considered in the area of the policy intervention.

- The first set of policy measures should aim to **prevent inequality before it accumulates over time**. Early-life interventions should be placed at the top of the policy agenda, followed up by policies to ensure a good start in working life and a strategy to break the links between socio-economic disadvantage and health status.
- The second set of measures should **mitigate entrenched inequalities**. The range of policies to meet this objective include the promotion of healthy ageing, employment, activation and training to support older workers, improvement of job quality for older workers through work and safety regulations as well as labour inspection, but also well-designed sickness schemes and health care services. In addition, any barriers to retain and hire older workers should be removed. Retaining older workers in the workforce is not to the detriment of younger workers; inequalities between generations need to be addressed primarily by early investment in the young.
- The third policy package needs to be designed to **cope with inequality at older ages**. Reforms to retirement income systems cannot remove inequality among older people, but they can reduce it. Well-designed first-tier pensions and other redistributive components of pension systems limit the impact on pension benefits of socio-economic differences in life expectancy. Some countries have pension adequacy risks, especially for women. Old-age safety nets and benefits for survivors need to be examined to ensure protection while limiting inefficiencies and work disincentives. Coverage of pension schemes is a challenge for social protection in the new world of work, especially for the self-employed and those with non-standard jobs, and more generally in emerging economies. Finally, inequalities in long-term care need to be tackled by making home care affordable for all and providing better support to informal carers.

Designing and implementing these policy packages requires rethinking the way policy is made, moving out of policy silos, and taking joint action across family, education, employment, and social ministries and agencies. Better information and knowledge sharing between administrations can also reduce the cost of delivering support, both in the short term and longer term by preventing inequalities from widening. Countries will differ in the way such knowledge sharing and joint policy action is best set up, but all will need strong leadership in identifying needs, acting upon them and coordinating policy responses between the different actors.

Discussion questions: Addressing the challenges of population ageing

1. What are your country's policy priorities in addressing the ageing challenge?
2. What policy frameworks and mechanisms is your country using, throughout the life course and including pensions, to prevent ageing unequally? What types of strategies is your government using to support their citizens in improving their attachment to the workforce at various junctures of their lives?
3. How are your pension policies addressing the twin goal of financial and social sustainability?

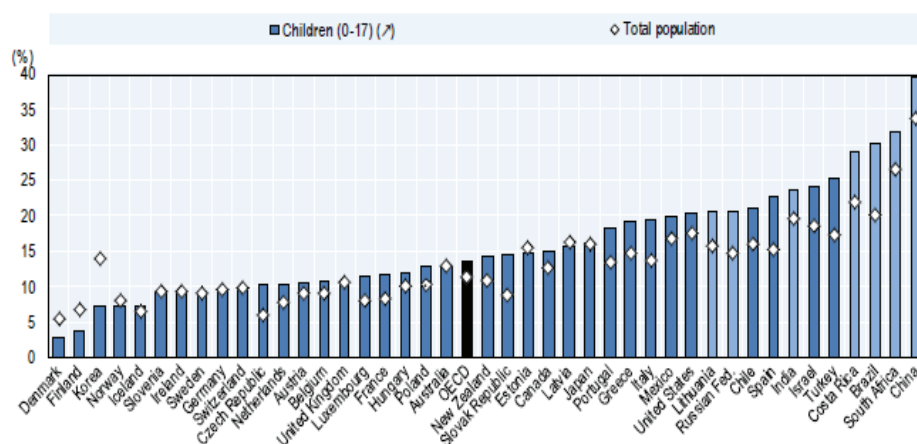
3.2. Breaking the Cycle: Childhood, Youth, and Intergenerational Disadvantage

Poor children face compounding disadvantage

Many children in OECD countries do not get a good start in life, with long-term consequences. Differences in family environments, unequal access to early childhood education and care (ECEC) and good-quality education, differences in early school leaving, and gaps in spending on children across socioeconomic groups hinder equality of opportunity for children with severe implications for inclusive growth.

Across the OECD, one child in seven lives in relative income poverty – this ratio goes to one in three for children from migrant families – and in most countries children are more likely than the rest of the population to experience poverty (Figure 2.4). Poor children fare worse, on average, in a range of well-being dimensions. For example, they are more likely to be in poor health than other children, they are less likely to do well at school, and they are more likely to experience bullying or have difficulty talking to their parents (OECD, 2016a). Poor health and poor school performance have strong bearings on the risk of joblessness in young adulthood: 15-29 year-olds suffering from poor health are four times more likely than their peers to be not in employment, education or training (NEET), while not having completed upper secondary education more than doubles the risk of becoming NEET later (OECD, 2016b). Children are often at a higher risk of poverty than the rest of the population (Figure 2.4).

Figure 2.4. Percentage of children (0-17) and total population with a disposable income of less than 50% of the national annual median, 2015 or nearest available year



Source: OECD Income Distribution Database (<http://oe.cd/idd>).

To promote strong and sustainable inclusive growth, policy should pay particular attention to disadvantaged children and young people, and respond to the needs of their families in order to enhance overall child well-being and the opportunities of young people across all dimensions.

Promoting equal opportunity

Social policies can help foster equal opportunities for children and youth through several broad strategies:

- Combat family poverty and its effects on child material deprivation and family climate.** Poverty can affect child outcomes through different channels. Inadequate economic resources first reduce households' ability to purchase or produce important "inputs" for child development, such as nutritious meals, educational resources, leisure activities, or high-quality formal childcare. Low-income families also often live in neighbourhoods with a lower provision of transportation or care services, more difficult access to good schools, and sometimes a greater exposure to crime. Financial strain also damages the family climate and affects family relationships, including interactions between parents and children, which in turn can affect children's outcomes. Better policies helping low-income parents to reconcile work and family are also crucial to improve the quality of parental time and of child-parent interactions.
- Address the multiple needs of disadvantaged children.** Integrated service delivery has the potential to improve service-use outcomes for families with multiple needs (OECD, 2015). Successful initiatives share common traits, such as case management and a community-based single-entry point to services, although existing programmes vary greatly across countries in scope and design. Another strategy is home-based services (e.g. mobile family support teams), which help

reach families that have difficulties in receiving services or are unable to access co-located services (e.g. in rural areas). Integrated home services also enable providers to assess and treat the full range of problems adults and children face. Programme effectiveness depends crucially on how different services work together and how well local, regional and national authorities facilitate the integration of service delivery.

- **Adapt social protection systems to changes in family living arrangements.** The growing heterogeneity of family living arrangements creates inequities between children, as the policy support they receive often depends on the legal recognition of their parents' partnership status. Many countries should consider increasing supports for children with non-married parents in the event that their parents separate or die. Tax and benefit systems, as well as child support regimes, also need to ensure that all children have access to the same supports regardless of their parents' legal partnership status.
- **Timing matters when investing in children.** Early interventions, in response to emerging signals of need, must be delivered before disadvantages become entrenched. This can also limit future costs to individuals, society and the state. Policies supporting the early development of cognitive (e.g. language and numeracy) skills, social (e.g. self-confidence, self-control, pro-social behaviour) skills, and physical health can have long-lasting positive effects on educational attainment, employment and income. Policy makers also need to promote equal access to ensure that young children from low-income families can benefit from the required support from a young age, e.g. participate in formal ECEC. When ECEC resources are constrained, priority should be given to the most disadvantaged children, as they have the greatest potential to benefit from early interventions.
- **Targeted interventions are needed for jobless young people.** While many young NEETs need only some support to find a job, those without upper secondary education and those with health problems or disabilities need more intensive help. The most promising programmes combine schooling and practical training with counselling, psychological support, and housing assistance to build cognitive, vocational and social skills simultaneously. Reaching the most disadvantaged young people, however, is a major challenge. Some countries now try to track young people who drop out of upper secondary school and offer them assistance before they are inactive for prolonged periods of time.

Discussion questions: Childhood, Youth, and Intergenerational Disadvantage

1. Are children considered at particular risk of poverty in your country and why? Which measures or programmes to combat child poverty and its consequences have worked well in your country?
2. What types of service delivery work best to reach the most disadvantaged children and address their multiple needs? How is social policy in your country addressing the challenges faced by children in non-traditional family arrangements?
3. What does your country do to support young people not in employment, education and training (NEET) in finding a job or attaining the right skills? Are there policies specifically targeting minority and disadvantaged groups?

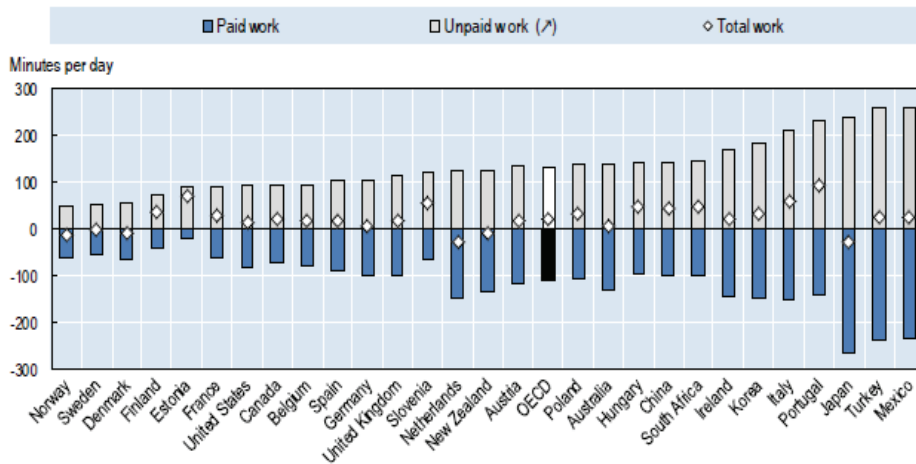
3.3. Time for Change: Mainstreaming Gender in Social Policy

Present and future challenges to gender equality

Gender inequalities pervade social and economic life in all countries. Girls' education levels and women's labour force participation rates have risen in recent decades, but women are still twelve percentage points less likely than men to engage in paid work, on average, across the OECD. When women *do* enter the labour force, they are more likely to work part-time, are less likely to advance to management, tend to work in less lucrative sectors, and still face discrimination. These factors combine to create a sizable wage gap: the median full-time female worker earns almost 15% less than her male counterpart, on average, across the OECD. This rate has barely moved in the past decade (OECD, 2017) and contributes (along with other factors) to a sizeable gender gap in pensions.

Gender gaps in the labour market widen during the childrearing years. Across countries, women's disproportionate responsibility for unpaid caregiving lowers their workforce participation, pay, and advancement, relative to women without children and men – yet women still do more total (paid and unpaid) work than men in most OECD countries (Figure 2.5). In some emerging economies, women spend as many as ten times more hours in unpaid work than men (OECD, 2017).

Figure 2.5. Women do more total work – paid and unpaid – than men in most OECD countries



Note: Figure 3.3 illustrates the difference (female minus male) in minutes per day spent on unpaid (grey) and paid (blue) work. The diamond illustrates the female minus male difference in *total* minutes of paid and unpaid work. Women do more total work than men in all countries where this value is greater than zero (i.e., equal distribution). In Mexico, for example, women do 261 more minutes of unpaid work than men per day, and men do 234 more minutes of paid work. In total, Mexican women do 26 more minutes of (paid and unpaid) work than men daily.

Source: *The Pursuit of Gender Equality: An Uphill Battle* (OECD, 2017)

Social policies are still not doing enough to support the growing number of families in which women do engage in paid work. Policies designed under the outdated single male breadwinner model can reduce incentives for women to engage in the labour market, and many policies still designate mothers as *de facto* caregivers. For example,

policies aimed at work-life balance, such as care-related leave, can reinforce gender stereotypes if they are targeted at 'mothers' rather than 'parents'. Several countries have expanded leave entitlements for fathers in recent years, but in most countries these entitlements are still dwarfed by those for mothers.

Elderly care, which also is predominantly provided by women and often unpaid, is a growing challenge and will be a driver of inequality in coming years. Social policies will have to evolve to help carers cover their labour market, health and income risks adequately while ensuring the provision of affordable, good-quality care for the elderly.

Mainstreaming gender in social policy

Although gender gaps are driven by many social, cultural, and economic factors, well-designed policies and institutions can help level the playing field between women and men. A whole-of-government approach is needed to advance gender equality across socioeconomic areas. All policies and budgets must be examined in terms of their different impacts on men and women and boys and girls, and 'women's issues' cannot be considered separately from the rest of the social protection system (e.g., only within the context of family policy). Mainstreaming gender requires evaluating gendered effects across issues and at every stage of the policy process – in survey and administrative data collection, in policy pre-planning and design, during policy implementation, and in evaluations of outcomes and reforms of programmes and policies. Access to and take-up of public programmes should be evaluated as well as gender gaps in socioeconomic outcomes.

59. In a recent OECD survey (OECD, 2017), governments identified their three most important gender inequality issues as violence against women (VAW), the gender wage gap, and the unequal sharing of unpaid work. These issues help illustrate the actions that governments need to take to mainstream gender at different stages.

- Governments should improve data collection around issues directly and indirectly affecting women. Time-use and VAW surveys produce crucial indicators on women's empowerment, yet these surveys are infrequently conducted in OECD countries, often in an ad hoc manner and not sufficiently tracked over time. Traditional surveys and administrative data should be used to gather and evaluate sex-disaggregated statistics on more traditional measures, such as sector composition or social programme take-up.
- Policymakers should consider how gender differences affect policy take-up. For instance, activation programmes may inadequately reach women if they are not accompanied by tools to reduce women's caregiving responsibilities (e.g., childcare supports for unemployed mothers). Work-life balance measures like flexible work, part-time work, and parental leave may in fact

disadvantage women and contribute to the gender wage gap if women are the only ones taking up the benefits. Fathers have been found to be less likely to take parental leave if a policy makes it more attractive for the lower earner to take leave.

- Different effects on women and men should be examined and tested in programme design, evaluations, and reform. For instance, some conditional cash transfer programmes have had the unexpected effect of reducing women's labour force participation if women do the majority of unpaid work (e.g. ensuring that children go to school and get health check-ups) to meet benefit conditions. Pension rules, e.g., those related to survivor benefits, can encourage or discourage labour force participation by spouses. Anticipating gender differences in advance, and reforming policies when differences are found, can make policies more equitable and efficient.

Discussion questions: Mainstreaming gender in social policy

1. How is your country addressing the unequal division of unpaid work across men and women? How are attempts to address inequalities in unpaid work affecting women's participation, wages, work-life balance, and advancement in the labour market?
2. How is your government incorporating gender differences at different stages of the social policy process? What good experiences has your country had, and which obstacles did you encounter at different stages of the policy process?
3. What institutional set-up have you found useful for mainstreaming gender within your policy areas and outside the realm of social policy? How is the coordination ensured across different policy areas, ministries, and other stakeholder groups?