

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

☐ 출장목적

- OECD 보건통계작업반 회의 참석

☐ 과제명

- 2025년 OECD 등 국제기구 보건통계 생산 및 관리

☐ 출장기간

- 2025.10.26.(일)~2025.11.01.(토)

☐ 출장국가(도시)

- 프랑스(파리)

☐ 출장자

- 김희년 부연구위원

☐ 일정요약

일자	국가(도시)	방문기관	면담자	주요 활동상황
10.26.	한국-프랑스	-	-	한국 출발/프랑스 도착
10.27.	프랑스(파리)	OECD	주오이시디 대한민국대표부	사전회의
10.28.	프랑스(파리)	OECD	HCQO	OECD 보건의료의 질 및 성과 작업반 회의
10.29.	프랑스(파리)	OECD	WPHS & HCQO	OECD 장기요양통계 워크숍
10.30.	프랑스(파리)	OECD	WPHS	OECD 보건통계작업반 회의
10.31.	프랑스(파리)	OECD	WPHS	OECD 보건통계작업반 회의
11.1	프랑스-덴마크	-	-	프랑스 출발 / 덴마크 도착

2 출장 주요내용

①	한국 출발 / 프랑스 도착
일 시	2025.10.26.(일)
장 소	인천국제공항 → 파리 샤를드골 공항
참석자	김희년 부연구위원
출국 및 숙소 도착	
②	주오이시디 대표부 사전회의
일 시	2025.10.27.(월) 17:00~19:00
장 소	OECD 파리 본부
참석자	주오이시디 대한민국대표부 신옥수 1등서기관
- OECD 통계 주요논의 사항 점검 - WPHS 주요논의 내용 및 OECD 내 Working party, Focal Point 체계 관리 등 논의 - LTC 지표 산출 등 국내 및 OECD 등 회원국 협업구조 구축 전략 논의 - AI working party 신설 관련 논의 수행	
③	OECD 보건의료 질 및 성과 작업반 회의
일 시	2025.10.28.(화) 09:00~18:00
장 소	OECD 파리 본부
참석자	OECD 회원국 대표단(30개국), 가입 논의국(4개국), 추가 참여국(2개국), 세계보건기구, JCI(Joint Commission International) 등
□ 안건 1: 정신건강 시범 데이터 수집 ○ 정신과 재입원 반복과 응급실 방문 반복 지표에 대해 시범 수집했고, 30개국이 최소 1개 이상의 지표를 보고하며 국가들의 데이터 역량이 향상된 것으로 나타남 - 정신과 재입원 반복은 연 3회 이상 재입원한 경우에 해당되며, 비계획 재입원에 초점을 두는 지표로, 퇴원 계획 미흡, 연속성 부족, 지역사회 수용 문제를 나타냄 - 응급실 방문 반복은 일상에서의 부적절한 진료로 인해 발생하는 경우에 해당하며, 9개국이 청소년 자료를 보고했고, 8개국의 비교가능성이 높았음 - 데이터에 응급실의 모든 환경을 포함시키는 것의 중요성을 강조하며, 비교가능성을 위한 상세한 메타데이터 수집이 제안됨	

- o 덴마크에서 정신질환은 전체 질병 부담의 25%를 차지하며, 이는 암(15%)과 심혈관질환(17%)과 비교해도 높은 수치임. 이에 정신건강 지표 개발을 지지함과 동시에 보건의료체계의 접근성의 중요성을 강조했고, 보건의료체계 차이로 인해 재입원 데이터 해석이 어려운 상황임
- o 국가별로 지표 수집 시 장애물이나 향후 지표 수집을 위한 개선안을 제안함
 - 스웨덴과 노르웨이는 환자의 자의 입원(self-admitting to hospitals)으로 인해 재입원 정의와 계획 및 비계획 입원의 구분이 어렵다고 설명함
 - 이스라엘은 재입원 분석에서 입원 기간의 중요성을 강조했으며, 퇴원의 종류(의사 권유 또는 자발적)를 확인할 것을 제안함
 - 영국은 재입원을 비교가능성을 위해 보다 상세한 코딩의 필요성을 강조함
- o 사무국은 맥락 지표(입원 병상 수, 평균 입원 기간 등)의 중요성을 언급했고, 정신건강 지표의 연령별 구분을 고려하여 26년 5월 회의에서 재논의할 것을 제안함

□ 안건 2: 보건 데이터 거버넌스 권고안에 대한 모니터링 및 상호운용성

- o 2024년 12월 보건위원회에서 논의된 바와 같이 OECD 보건데이터 거버넌스 권고에 대한 모니터링을 위한 작업이 진행 중임. 이를 위하여 워크숍 및 인터뷰, 설문조사를 기반으로 검토가 진행됨
 - 사무국은 39건의 인터뷰 및 문헌 조사가 포함된 프로젝트에 대해 설명하며 통합된 디지털 건강 인프라의 중요성을 강조함
 - 상호 운용성과 건강 데이터는 GDP의 연간 2% 가치를 창출할 수 있는 성장 동력임
- o 사무국은 30개국으로부터 디지털 건강 지표를 수집한 결과를 보고했는데 이 중 42%는 데이터 품질 보증 체계를 갖추고 있고, 33%는 디지털 교육 프로그램에 투자하고 있었음
- o 과제로는 데이터 기밀성, 보안, 전자건강기록(EHRs)과 환자 포털에 특정 건강 데이터의 가용성이 있음
 - 전자건강기록 및 환자 포털 이용을 통해 개인 건강 정보 및 검사 결과 데이터가 가장 일반적으로 제공되며, 영상관련 자료는 아직 제한적으로 제공되고 있음
- o 노르웨이의 디지털 건강 시스템은 보건복지부, 공공 거버넌스 부처, 노르웨이 공중보건연구소 등으로 책임이 분산되어 있으며, 4개 지역 및 357개 자치구가 각각 다른 IT 시스템을 사용하여 보건 서비스를 제공함. 이에 2023년 건강 데이터 및 서비스 통합을 목표로 National eHealth Strategy를 시행함

- 정책, 인프라, 인력 측면에서의 준비도는 높으나 전자건강기록(EHRs) 간 상호 운용성, 클라우드 기술 정책·디지털화 지원 측정 지표 개발과 같은 과제가 존재함
- 많은 자치구에서 2000년대 초반에 구현된 디지털 시스템을 사용하고 있는 등 지방 자치구별 재정 능력 및 자원의 차이가 발생함
- 시민이 검증된 건강 정보와 개인 건강 데이터에 접근할 수 있도록 개설된 Health Norway 포털은 상담 예약, 검사 결과 확인 등의 다양한 건강 서비스를 제공하며 투명성과 환자 권한 강화를 촉진함

o 사무국은 국가 간 공통 지침이 필요함에 동의하며, 현재 지침을 준비 중임

- AI, 유럽 데이터베이스 공간 등에 대한 명확한 입법 개념 정립이 필요하며, 1차 데이터에서 2차 데이터 이용으로의 전환 지원에 초점을 둠

o 소그룹 토론(보건 데이터 거버넌스)

- (참여, 조정·협력, 역량) 그룹 1에서는 공공, 정부, 기관의 프로젝트 참여 중요성을 강조하며, 프로젝트별 공공 협력의 필요성을 언급함. 설문문을 통해 다양한 공공 협의 방법과 보건 데이터 조직 간 상호운용성 및 단편화 문제를 다룸. 고유 식별자의 중요성과 함께 일관된 정보 코딩의 필요성을 논의함
- (정보 제공, 동의, 2차 자료 활용) 그룹 2에서는 개인 정보 보호와 공공 데이터 필요성 간 균형을 강조하며, 관련 실제 정책 및 관행의 중요성을 언급함. 데이터 공유를 위한 동의 과정을 도입을 통해 관료주의 완화 및 의사결정 개선이 필요하며, 2차 데이터의 연구 및 상업적 활용에 대한 검토 절차의 중요성을 강조함
- (투명성, 기술 발전, 모니터링) 그룹 3에서는 데이터 사용 투명성, 법적 근거, 승인된 프로젝트 공개 목록 중요성을 강조하며, 환자의 데이터 권리 이해와 동의에 대한 탐색의 필요성도 언급함. 책임 있는 데이터 사용에 대한 인센티브의 필요성을 논의하며, 재정적 인센티브보다는 비공식적인 인센티브가 더 바람직하다고 언급함. AI에 의한 2차 데이터 사용의 영향 모니터링과 평가 중요성도 강조함
- (보안, 관리, 보건 데이터 활용 조직) 그룹 4에서는 국가별 구조 및 조직 차이로 설문 응답의 어려움을 언급하며, 기술적 보호 장치보다 중요한 법률 및 제재에 집중할 것을 제안함. 데이터 유출 및 교육 결과 보고 지표의 유용성을 강조하며, 1차 및 2차 데이터 사용의 구분을 제안함
- (전체) 온라인 그룹은 설문 설계 및 향후 설문 방향에 대해 논의함. 전자건강기록과 AI 거버넌스 내 AI 적용 가능성 탐색에 관심을 나타냈으며, 외래, 입원, 1차 진료 등 진료 수준별 데이터 분리 관련 질문의 필요성이 제기됨. 또한, 전자건강기록에서 2차 데이터 생성 능력에 대한 이해의 중요성도 언급됨

□ 안건 3: 성별과 보건의료 질 성과

- 여성의 기대수명이 일반적으로 남성보다 길며, 남성의 사망률 및 조기사망률이 전반적으로 더 높은 것으로 나타남
 - OECD 국가별로 기대수명 격차가 다르며 리투아니아와 라트비아가 가장 높음. OECD 국가 중 남성의 심혈관 질환 사망률이 높으며, 라트비아가 가장 큰 격차를 보임. 조기 사망의 경우 여성은 암, 남성은 사고 및 자살 등 외부 원인의 비중이 가장 큼
 - 젊은 여성들 사이에서 높은 유병률을 보이는 유방암에 대한 조기 검진이 필요함. 심장마비 후 30일 사망률은 20개국에서 여성이 더 높은 것으로 나타남
- 남성이 전반적으로 여성보다 더 높은 건강수준을 보고하며, 여성이 더 많은 제약(limitations)을 겪음
 - 남성의 심혈관 대사 상태, 흡연 및 과체중 비율이 높고, 여성은 신체 활동 부족 비율이 높음. 좋은 교육 수준이 건강에 영향을 미치며, 이와 같은 사회적 불평등으로 인한 건강 결과는 남녀 모두에게서 나타남
- 단기 및 장기 지표를 포함한 6개 영역에서 지식과 데이터를 확장하고자 함
 - 단기 지표에는 자궁내막증 입원, 산후우울증 선별, 임신 중 당뇨병 및 고혈압 측정이 포함되며, 장기 지표에는 방법론 연구와 데이터 연계에 초점을 두고 그 결과를 중요하게 봄
 - 2026년 3분기에 시범 데이터 수집이 계획되어 있으며, 치매 지표 개발과 같이 광범위한 노력이 필요함
- 벨기에는 여성 건강 모니터링 지표의 개선을 위해 여성 건강 보고서를 제작했고, 이는 여성 건강 지표의 격차를 확인하고 새로운 관심 및 이니셔티브를 유발함
 - 보고서는 낮은 자궁내막증 유병률(3%)과 교육 수준, 연령, 지역별 차이를 확인하며 진료 조직 개선의 필요성을 기반으로 자궁내막증 환자를 위한 진료 개선 방안 마련을 위해 노력 중임. 또한, 보고서를 통해 건강 인터뷰 조사에 자궁내막증 문항이 추가되었으며, 벨기에의 모성 정신 건강이 유럽 평균 보다 낮은 것을 밝히며 새로운 산과 질환 관련 진료 계획을 수립함
 - 학생 연령대의 행동 조사 데이터의 활용을 통해 청소년 정신건강 및 소셜 미디어 사용 부분을 다룰 수 있을 것임. 보고서는 포괄적인 데이터 시스템 강화의 필요성을 강조했고, 우선순위 주제 중 많은 부분의 측정이 어렵다는 점을 지적함. 시범 데이터 수집은 주로 임신과 산후에 집중했으나 여성 건강은 출산 측면 외의 포괄적인 접근이 필요함
 - 성별 민감성이 데이터 수집에 더 반영되어야 하며, 성별 관점이 반영되지 않은 기존 데이터 소스를 기반으로 새로운 지표를 개발할 기회가 있음을 언급함. 여성 건강 지표를

일반 데이터 수집 프로세스에 통합해 특정 보고서나 이니셔티브가 필요하지 않게 되는 것이 이상적인 결과임

- 주요 지표로는 출산 후 입원, 산후우울증 선별 비율, 골다공증 고위험군 적절 치료 등이 있으며, 출산 가능 연령 중 자궁내막증 진단을 받은 여성의 비율이 최우선 지표임을 밝힘
 - 21개국이 자궁내막증 진단 여성의 비율을 보고했고, 16개국이 출산 후 입원을 보고함
- 각국의 대표자들은 장애 요인, 개선안 등 여성 건강 지표 산출 관련 의견을 제시함
 - 영국은 모성 정신건강의 중요성과 산후 입원 시 모성 정신건강 문제 인식을 강조했으며, 노르웨이와 영국은 병원 입원의 특정 진단(산후 응급 입원, 당뇨병·고혈압 등)에 집중하는 것을 제안함. 슬로베니아는 여성 건강에 집중하면서 남성 건강도 함께 고려할 것을 언급함
 - 캐나다는 임신 및 산후 기간 입원 시 지속해서 성별을 구분할 것을 제안했고, 불가리아는 평행 처방법과 임신 여성의 약제 환급 미비로 인해 특정 지표의 제공이 어려움을 밝힘. 아일랜드는 임신성 당뇨병 선별 어려움과 지표에 대한 세부 항목의 필요성을 논의함
 - 스웨덴은 모성 정신건강을 선별하기 위해 다른 측정 방법의 모색을 지지하며, 자살 데이터에서 의도가 명확하지 않은 경우를 포함할 것을 제안함. 아일랜드는 선별을 위해 표준화된 의학 지침의 검토를 제안함. 이스라엘에서는 모든 임신 및 산후 여성에 대한 당뇨병과 우울증 선별 결과를 공유했고, 영국은 모성 이환 예방에 대한 관심을 확대하고 병원 데이터에서 예방 가능한 모성 이환의 원인을 살필 것을 제안함
 - 논의 후 사무국은 일차 진료 및 산후 환경에서 데이터 가용성 문제를 언급했고, 모성 정신건강 선별을 위한 대안 탐색 및 산모 이환 1년 이내의 데이터 탐색을 논의함. 또한, 병원 수준의 데이터 및 다른 분야의 학습 가능성이 중요하며, 장기적으로는 자궁내막증 진단 및 진료의 적시성, 만성질환 및 모성 건강 지표의 연계에 초점을 맞추고 있음

□ 안건 4: HCQO 지표 - 데이터 및 분석

- 2024-25년 데이터 수집은 역대 최대인 41개국이 참여했으며 환자안전문화, 고/슬관절 치환술 PROMs 등 신규 영역 추가로 수집 지표가 늘어남
 - 연계 데이터 제출 국가가 증가해 환자 안전 지표는 22-25개국, 병원 재입원 지표는 16-24개국이 제출함. 특히 회피 가능한 입원 및 환자 안전 지표에서 연계 국가 수가 증가했으며, 통합 치료 및 생애말기돌봄 지표 제출 국가도 증가함
- 사무국은 정책 결정자에게 시기적절한 데이터의 중요성을 강조하며 2024-25 주기와 2022-23 주기를 비교했고, 대부분의 국가가 T-1 또는 T-2 시점에 보고하며 시기적절성이 향상된 것으로 나타남

- 특히 가장 최근 제출한 시점인 T-1에 제출한 국가가 22-23주기(26%)에 비해 24-25주기(35%)에 많이 향상됨
- o 당뇨병 하지 대절단율은 국가별 편차가 크게 나타났으며, 스웨덴은 2022-23 주기 대비 2024-25 주기에 눈에 띄게 증가했고, 루마니아의 데이터는 비교하기 어려워 추가적인 조사가 필요함
- o 급성기 진료, 정신건강, 생애말기돌봄 지표도 함께 다뤄졌으며 더 나은 데이터의 비교 가능성과 적시성이 강조됨
 - 급성기 진료는 AMI와 뇌졸중의 24시간 및 30일 내 사망률에 집중되었고, 국가별 24시간 사망률 차이와 30일 사망률과의 연관성을 살펴보았으며, 사망률이 높은 국가의 응급 치료 접근성 및 질 향상의 필요성을 언급함
 - 정신건강에서는 정신 질환자의 퇴원 후 1년 및 30일 내 자살률을 살펴보고, 해당 지표 산출 시 2차 진단을 포함할 경우 인구가 적은 아일랜드를 제외하고 큰 영향을 미치지 않음
 - 환자 안전 문화에서는 보건 종사자의 직종별 적절한 인력 및 업무 속도에 대한 인식 자료를 통해 환자 안전 문화 지표가 환자 안전 진전에 중요함을 확인함
 - 생애말기돌봄에서는 병원 입원 및 장기 요양의 사망 장소와 관련된 지표를 확인했고, 장기 요양시설과 호스피스 데이터 분리 수집 필요성이 강조됨. Health at a Glance에 생애말기돌봄 지표의 포함과 치료 품질 평가 및 모니터링 중요성을 논의했으며, 데이터 수집 지침에서 병원 제공자 및 입원 지표 정의의 명확화를 위한 계획이 제시됨
- o HCQO 지표 및 자료 수집 방식의 개선을 위해 개별 지표에 대한 서면 절차 도입이 제안되었고, 국가별 절차 매핑 시 ICD 활용을 제안함. 또한, 자살 및 당뇨병 지표의 정확도 향상을 위해 코딩 차이 및 정의 명확화 문제를 확인함
- o 24시간 내 사망 데이터는 치료의 질과 독립적임을 언급하며, 독일의 경우 24시간 이내 사망자 중 26%가 병원 외에서 소생술을 받은 것으로 나타남
- o 사망 장소 데이터 계층의 일관성이 필요하며, 생애말기돌봄의 주요 연령 그룹인 75세 이상에 집중할 것을 제안함
- o HCQO 데이터 수집의 현대화 계획과 엑셀에서 CSV 파일로의 전환을 설명하고, 0 분모 문제 해결과 데이터 검증 개선 등 현황을 보고함. 더불어, CSV 파일 형식 일관성, 대문자화, 코드 이름 철자 정확성이 중요한 것으로 확인됨
 - 슬로베니아는 계산 코드 공유가 비교 가능성 향상과 노동 강도 감소에 도움 될 것이라 언급함

□ 안건 5: 암 치료의 질 및 적시성 개선

- 유럽 암 불평등 등록부(European cancer inequalities registry)의 새로운 분석 보고서를 통해 암 치료 질과 조기 진단 개선에 초점을 맞추어 논의함
- 보고서를 통해 증가하는 암 부담은 점점 더 많은 OECD 국가들의 의료 시스템에 재정적 부담으로 이어질 것임을 확인함. 예비 결과에서 EU 국가들의 부분 진단자 수가 증가하고 2010년부터 2020년 사이에 암 유병률이 증가한 것으로 나타남
- 보고서는 젊은 연령대(15세~49세)의 암 발생 추이 변화에 주목했는데, 특히 젊은 여성의 암 발생률이 16% 증가했으며, 주요 원인은 갑상선암, 유방암, 피부 흑색종, 대장암으로 나타남
 - 남성의 전체적인 암 발생률의 큰 변화는 없으나 고환암, 피부 흑색종, 대장암은 증가함
 - 젊은 암 환자 및 치료 지원 서비스 수요 증가가 보건 시스템에 부담을 줄 수 있음
- 보고서는 상승하는 비용과 치료 성과 향상을 관리하기 위해 암 치료 시스템의 가치 향상이 중요하다고 강조함
 - 2023년 암 관련 보건 지출은 전체 건강 지출의 7%였으며, 2023년부터 2050년까지 60% 증가할 것으로 예상됨
 - 암 진단 및 서비스 접근 지연 문제가 강조되었으며, 초기 진단과 치료 시작 사이의 미충족 수요가 높게 나타남
- 보고서는 방사선 종양학자, 의료 물리학자, 방사선 기술자 등 전문화된 인력의 필요성을 나타냄. 임상 가이드라인을 채택하고 실행할 기전이 부족하며, 12개국만 임상 가이드라인 준수를 모니터링함
- 보고서는 PaRIS 설문 데이터를 활용해 암 환자가 일차 의료 환자보다 더 취약하며 웰빙과 삶의 질이 낮음을 보여줌. 사람 중심 치료와 암 환자의 건강 결과 간 긍정적 상관관계가 있으며, 의료 기록의 효과적 사용, 치료 조정 개선, 환자 참여는 사람 중심 치료와 큰 연관성이 있음
- 정확한 암 등록은 근거 기반의 암 정책 개발을 위해 필요하며, 발생률, 생존율, 불평등 추적 및 예방, 조기 검출, 치료 성과 평가에 필수적임
 - 암 데이터 범위는 유럽 내 이질적으로 나타나며, 일부 국가는 전국 단위 완전 범위를 가 지나, 일부는 지역 등록부에 의존함
 - 유럽의 암 데이터는 European Network of Cancer Registries(ENCR)와 European Cancer Information System(EACIS)를 통해 조정되지만, 데이터 이질성, 생존 데이터 노후화, 치료 데이터 불완전성 등의 문제에 직면해 있음. EACIS 데이터베이스 범위는 완전하지 않으며, 프랑스와 스페인 등 특정 국가의 데이터 공백이 존재함

- o 암 데이터 수집의 주요 과제는 데이터 이질성, 코딩 표준 차이, 시기 적절성 문제, 생존 데이터 노후화임
 - 치료 및 병기 데이터는 종종 불완전하며, 법적 프레임워크와 GDPR 해석 차이로 데이터 공유가 제한됨
 - EACIS 현대화 목표에는 생존 및 유병률 지표 업데이트, 선별 데이터베이스 연계가 포함되고, 인력 및 자원 한계, 코딩 불일치, 긴 데이터 제공 지연 문제 극복이 필수적임
- o Cancer Watch은 2028년까지 29개국 90여개 파트너 기관과 협력하며, 주요 목표는 데이터 품질 및 시기 적절성 향상, 등록부 디지털 및 분석역량 강화, European Health Data Space와의 협력임
 - 공동 활동은 공유 도구, 방법론, 향후 암 지표 로드맵을 제공하고, 데이터 운영 조화 기회를 발굴함
 - 국가 등록부의 디지털 성숙도를 평가하고 필요 시 현대화를 지원하며 지역적으로 데이터를 검증 및 집계하는 도구를 도입할 수 있음
 - 2028년까지 표준화되고 비교 가능한 암 지표를 제공하며 정책 입안자, 연구자, 환자 치료 향상을 위한 실행 가능한 통찰력을 제공함
- o 암 지표 시범 데이터 수집 결과, 일부 국가에서 6개 지표 전부를 제공하고, 11개국은 최소 4개 지표를 제공함
 - 초기 지표는 대장암과 폐암의 적시성과 접근성을 강조하며 응급 진료 비율을 중점으로 봄. 대장암은 응급 진료 비율이 낮아 선별 프로그램 효과가 나타났으며, 폐암은 응급 진료 비율이 높아 조기 개입이 미비했음을 시사함
 - 유방암의 OECD 평균 조기 진단 비율은 50% 이상이며, 선별 프로그램이 잘 조직되어 있음을 시사함. 대장암의 조기 진단 비율은 22%로 낮았는데 이는 조직 또는 수용 부족 문제일 수 있음
 - 치료 시작까지 지연 시간 중앙값은 대장암이 가장 짧았고, 폐암은 31일, 유방암은 37일로 나타남
 - 응급 수술 사망률은 계획 수술보다 훨씬 높아 조기 발견의 중요성을 나타내며, 표적 치료를 받는 유방암 환자의 임상 가이드라인 준수율이 대부분 국가에서 높게 보고됨
 - 팬데믹 기간 동안 폐암 응급 진단은 증가한 반면, 자궁경부암 조기 진단은 감소했으며, 모든 국가에서 진단 후 신속한 치료 시작에 방해를 받음
 - 암 치료 과정과 선별 효과를 이해를 위해 6개 지표를 향후 데이터 수집에 포함할 것을 제안하였으며, 암 등록부는 암 질 지표 수집과 보고에 필수적임

- o 룩셈부르크는 적은 인구 규모로 데이터 제공의 어려움과 다른 기관과 협력의 필요성을 언급했으며, 핀란드는 일부 지표가 데이터 부족으로 구현이 어렵다고 보고함. 슬로베니아도 여러 등록부에서 데이터를 조합하는 데 어려움을 표했고, 암 종류의 구분 필요성을 언급함. 이스라엘은 폐암 및 대장암 응급 진료에 관한 의료 지식을 언급하며 정의 개선 필요성을 강조했고, 캐나다는 선별 연령과 정책 변화 필요성에 관한 질문을 제기함

□ 안건 6: EU 심혈관 건강 프로젝트 현황 업데이트

- o 사무국은 심혈관 질환 관련 보고서를 소개하며 위험 요인, 치료 질, 정책 환경에 대해 보고함
 - 심혈관 질환은 EU 내 주요 사망원인으로 전체 사망의 3분의 1을 차지함. 최근 몇 년간 심혈관 질환 사망률 감소가 둔화되고 일부 국가는 역전 현상을 경험하고 있음. 코로나19 팬데믹은 기존의 EU 내 심혈관 질환 사망의 불평등을 악화시킴
 - 심혈관 질환 사망률은 남성이 여성보다 높으며, 심혈관 질환 환자는 신체적, 정신적 건강 모두에서 낮은 삶의 질을 보고함. EU 내 심혈관 질환의 재정 부담은 연간 2,280억 유로로, 지역 GDP의 약 2%를 차지함. 사망자의 4분의 3 이상은 조절 가능한 위험과 관련 있으며, 대사 위험이 약 70%를 차지함
 - 대사 위험 요인 선별의 중요성이 강조됨. 일차 의료를 받는 심혈관 질환 환자 중 40%는 최근 1년간 응급실을 방문한 적이 있으며, 입원은 더 흔하게 나타남. 일차 의료 개선으로 불필요한 입원을 줄이면 EU의 병원비용 중 450억 유로를 절감 가능함
 - 병원 치료 효과는 국가별 격차가 존재하며, AMI 30일 내 사망률은 국가 간에 최대 3배까지 차이가 발생함. 급성기 이후 서비스는 장기적으로 심혈관 질환 관련 사망 및 이환 감소에 중요함. 여러 국가가 만성질환 부담 완화를 위한 전략을 시행하고 있으며, 이는 건강 증진, 질병 예방, 조기 발견을 포함하지만 불평등 해소와 환자 중심 치료 분야는 개선이 필요함
- o EU 심혈관 건강 계획은 비감염성 질환 부담 완화를 목표로 하며, 예방, 조기 발견, 선별, 치료, 케어, 재활 혁신을 통한 심혈관 문제 해결을 목적으로 함. 계획은 당뇨병, 비만, 심혈관 질환 간 밀접한 위험 삼각형에 집중하며, 신기술 및 AI 활용도 추후 포함될 예정임
- o 루마니아는 심혈관 및 뇌혈관질환 대응을 위한 국가 행동 계획을 제시했으며, 전략 목표는 2030년까지 심혈관 사망률 30% 및 뇌졸중 부담 10% 감축임. 이 계획은 위험 요인, 예방 정책, 접근 장벽, 인력, 연구 개발, 건강 정보 시스템을 포함하며, 통합적 예방, 진단, 치료, 재활 접근과 기회균등 및 재정 지속 가능성에 중점을 둠

④	OECD 장기요양통계 워크숍
일 시	2025.10.29.(수) 09:00~18:00
장 소	OECD 파리 본부
참석자	OECD 회원국 대표단(30개국), 가입 논의국(4개국), 추가 참여국(2개국), 세계보건기구, JCI(Joint Commission International) 등

□ 안건 1: 장기요양(LTC)의 정의

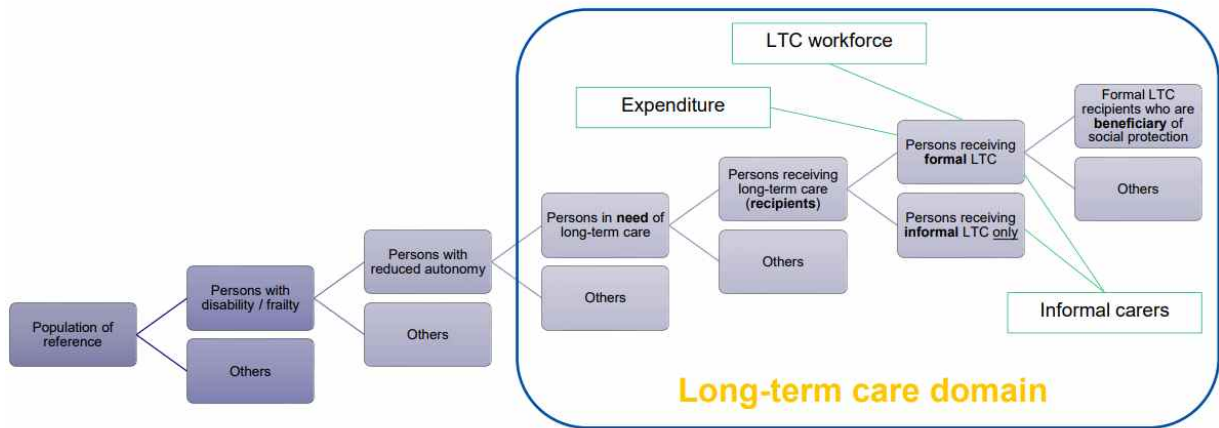
o (사무국) OECD 사무국은 장기요양(LTC)에 대한 정의 제시 및 논의 주재

- 보건계정체계인 System of Health Account 2011의 LTC 정의 인용
- LTC(보건·사회) 서비스는 장기적인 의존 상태를 가진 사람들의 **통증을 완화하고 건강 상태의 악화(퇴행)를 감소 또는 관리하는 것을 1차적 목적으로** 제공되는 다양한 의료적·개인적 돌봄 및 지원 서비스로 구성
- 이러한 서비스는 식사, 세면, 옷 입기와 같은 일상생활활동(ADL)에 대한 도움을 통해 개인적 돌봄을 지원하며, 요리, 장보기, 재정 관리와 같은 도구적 일상생활활동(IADL) 지원을 통해 이용자가 가능한 한 독립적으로 생활할 수 있도록 돕는 것을 목표로 함.
- 사무국은 다음을 회원국에게 질의하고 의견 수렴
 1. 회원국에서 자료를 수집할 때 사용하는 ‘LTC’ 정의에 포함되는 서비스는 어떤 것이 있는가?
 2. 어떤 서비스들을 장기요양에 포함하거나 제외해야 하는지, 그 범위는 어느 정도여야 하는가?
 3. 지출과 이용자(수급자)에 대한 자료를 국가 간에 비교 가능하도록 만들기 위해, 장기요양의 정의를 어떻게 조화(표준화)하는 것이 가장 바람직하다고 생각하는가?

o (국가별 토론)

- (EU) 유럽연합은 유럽의 장기요양 통계 및 정책지원을 위한 TF 소개(TFLTC) 및 장기요양의 영역을 제안

<잠정적인 장기요양 분류 기준>



- (캐나다) LTC를 재정측면에서 구분하는 것도 중요하나 환자 즉 대상자의 관점에서 구분하기 위한 기준을 마련하는 것이 필요함을 제시
- (아일랜드) 민간에서 제공하는 다양한 LTC 관련 지원과 봉사를 어떻게 측정할 수 있을지에 대해서도 고민해야 함을 제시
- (스웨덴) 재택서비스(Home based care)와 LTC 서비스를 어떻게 구분할지에 대해서도 명확하지 않은 상황이므로 정의를 하고 나서도 이를 구분하기 위한 가이드가 구체화 될 필요가 있음 제시
- (한국) 우리 대표단은 한국의 건강보험체계와 장기요양보험체계를 소개하고 OECD 정의에 따른 장기요양서비스 제공 기관 기준으로 요양병원과 요양시설로 구분할 수있음을 알림

□ 안건 2: 장기요양 질

- o (사무국) 장기요양(LTC) 시범 수집 데이터는 낙상, 억제, 지연 퇴원의 세 가지 영역으로 구성되어 있으며, 낙상 횟수 파악, 인력 배치를 통한 낙상 감소, 억제 사용 조사, LTC 확대를 통한 지연 퇴원 비율 감소 등을 목표로 함
 - 시범 데이터 제출은 낙상 및 골절로 인한 입원율에 관한 통찰을 제공하며, 지연 퇴원 문제 개선의 필요성과 조기 퇴원의 중요성을 확인함
 - 일부 국가가 LTC 지표 접근 방법을 탐색하고 있으나, 자료원과 보고 방법이 각각 다르게 사용되며 일부는 입원 환자 데이터에 의존하고 있음
- o 사무국은 대표단에게 세 가지 시범 지표에 대한 경험과 그 밖의 유용한 지표를 공유하도록 요청했고, 다음과 같은 의견이 제시되었음
 - 장기요양 대상자의 이질성을 강조하며, 집 · 주거지원 · 요양원별 품질 지표의 분리 보고

필요성이 언급됨. 품질 정의는 접근성, 안전성, 돌봄 통합성, 효율성 등이 주요 차원으로 언급되었고, 품질 모니터링을 위한 정책 질문은 좋은 돌봄과 그렇지 않은 부분을 파악해 개입과 교육에 활용하는 데 있음

- 건강과 사회 돌봄 부문 간 단절된 데이터 시스템 때문에 품질 데이터 수집이 어렵다고 밝힘. 브라질과 포르투갈은 공공, 민간, 비영리 제공자 간 데이터 연계 문제에 직면해 있지만, 데이터 연계 개선과 이용자 만족도 같은 언어적 지표 활용에 의지가 있음을 표명함. 브라질은 부처 간 협의회를 구성할 예정이며, 한국은 자연 퇴원 측정 시 명확한 정의가 필요하다고 언급함
- 정의가 지표 비교 가능성에 미치는 영향을 논의하며 보건계정과 협력할 필요성을 강조했고, 보건과 사회 돌봄 부처 간 데이터 단절 문제도 지적함. 입원 기록 데이터베이스의 단순성 및 신뢰도가 높다고 평가되었으며, 지표 수집을 위한 OECD의 지속적인 요구가 필요함
- 일부 국가는 LTC 억제 관련 데이터 수집에 어려움을 겪는다고 언급했으며, LTC 및 보건 데이터의 연결성을 높일 필요가 있음을 강조함. 연령 확인(age certification) 등을 통해 데이터 비교 가능성을 확보하는 게 중요하며, 의료 퇴원 대상자를 식별하는 국가별 방식이 도구 검증에 활용될 수 있음을 언급함
- 수집 가능하고 국제 비교가 가능한 일부 안전성 및 결과 지표가 우선돼야 하며, 욕창(pressure ulcers), 골절(fractures), 조기 사망(premature mortality) 등이 주요 지표로 제시됨. 명확한 지표 가이드라인과 국가 간 교류 확대가 중요하며, 데이터 보호 문제와 소규모 국가의 표본 크기 문제가 언급됨
- o 치매 관련 시범 데이터 수집을 통해 치매 유병률, 진단율, 치매 진단자 처방 약물 데이터가 수집됨. 2017년 시범 참여국은 12개로, 시간 경과에 따라 치매 유병률이 증가하는 경향과 젊은 집단 내 성별 차이가 확인됨

o (국가별 토론)

- o (일본) 일본은 행정 데이터를 활용한 치매 유병률 추정 경험을 공유했으며, 행정 데이터에서 치매와 경도인지장애(MCI)를 분리하는 데 어려움이 있음을 언급함. 작은 지방 자치단체 데이터와 LTC 신청자 데이터를 이용해 추정하며, OECD 요구를 충족하려면 복잡한 데이터 연계가 필요함. LTC를 받지 않는 치매 환자 식별 문제도 함께 지적됨

□ 안건 3: 장기요양 인력

- o (사무국) OECD 사무국은 장기요양에 대한 정의 제시 및 논의 주재
 - 사무국은 장기요양(LTC) 종사자를 가정이나 시설(병원은 제외)에서 돌봄을 제공하며, 자

격을 갖춘 간호사 또는 개인 돌봄 인력(personal care workers)으로서 도움과 지원을 제공하는 **유급 종사자**로 정의

- 인력과 관련하여 사무국은 국제표준직업분류(ISCO-08)와 유럽연합 경제활동 통계분류 체계를 참고하여 자료수집체계 구축
- 전반적으로 몇 개국을 제외하고 LTC 종사자는 2013년에 비해 증가하였으나 대부분의 국가에서 임시직(part time)으로 종사하는 것으로 파악됨
- 향후 추가적으로 5가지 영역에서 자료 수집 필요성을 제안하며 유럽연합의 노동조사결과를 공유함.
 1. **교육과 수련 참여** : 장기요양 종사자 등록(registry) 또는 노동조사(labour force surveys)를 활용
 2. **외국 출생 여부**: 노동조사(labour force surveys)를 활용
 3. **교대근무** : 노동조사(labour force surveys)를 활용
 4. **직업 안정성** : 노동조사(labour force surveys)를 활용
 5. **임금** : 시간당 임금(rate) 형태로 수집할 수도 있으며, 특정 임금 기준(threshold) 이하를 받는 장기요양 종사자의 비율로 수집 가능
- 사무국은 OECD 국가 전반에서 장기요양(LTC) 부문의 인력 부족은 지속적인 문제로, 이는 기존 종사자들의 부담을 가중시키고(예: 유연하지 않은 근무시간, 장시간 노동 등), 근무환경을 악화시킴에 따라 인력배치 기준(staffing ratio)을 설정하는 것이 요양서비스의 질을 보장하기 위한 한 가지 방안이 될 수 있음을 제안
- OECD 국가의 3분의 2는 요양시설(nursing homes)에 대해 의무적 또는 권고 수준의 인력 배치 기준을 운영하고 있으나, 재가요양(home care) 및 주간보호(day care) 서비스에서는 이러한 기준이 상대적으로 적음을 확인

o (국가별 토론)

- (유럽연합) LTC 인력과 관련하여 “양질의 장기요양(LCT)에 대한 지불가능한 접근성 확보를 위한 위원회의 모니터링 체계” 발표하였으며 5개 주요 영역(적절성, 가용성, 품질, 노동력, 비공식 돌봄자)에 50개의 지표 제시함. 유럽연합의 LTC 인력 정의를 및 분류체계를 제시하고 성과측정, 정책적 요소, 맥락적 정보를 계량화 할 수 있는 지표 제시함. 나라마다 인력의 직장 형태, 고용 구조 및 장소 등 차이가 크며 가사근로자, 상주간병인, 이주노동자등 취약한 집단일수록 더욱 정보 파악에 어려움이 있었음을 공유함. 또한 LTC 인력은 노동환경이 열악한 경우가 많으며 일하는 빈곤층이 될 위험이 있을 뿐아니라 다양한 건강위해요소에 노출될 가능성도 많아 정책적 지원모색 필요성을 강조함.
- (핀란드) 핀란드는 2020년 도입된 인력 배치 비율 법안을 설명함. 이 법은 24시간 케어에만 적용되며, 가정간호 등 다른 서비스에는 적용되지 않음. 인력 배치 비율은 인력의 총 근무 시간을 3주 평균 대상자 수로 나눈 값임. 시간제 및 초과 근무를 포함하며, 소프트웨어 호환성 문제로 수작업 집계를 하고 있음. 이 비율은 서비스 체계 중 일부에

해당하며, 자원적정성은 서비스 구간별로 차이가 발생함. 핀란드의 LTC는 지자체(Municipality)에서 관장하는바 자료의 수집체계를 구축하는 노력이 필요해, 최근 자료 수집체계 일원화를 노력하고 있음.

- **(프랑스)** 노인 돌봄 시설의 인력 배치와 특성에 대해 설명함. 인력의 대다수는 여성이며, 의료인력 중심으로 고령화가 심화되고 있음. 이직률이 높아 약 70%는 근속 기간이 1년 미만이며, 인력 배치 비율은 시설 유형별로 꾸준히 증가했으며 최근 급증함. 신규 요양 병상 부족과 입소자 의존도 증가로 신중한 인력 계획이 요구됨. 경제계량 모델로 입소자 자립도, 시설 유형, 서비스 하도급 정도를 반영해 향후 인력 수요를 예측함. 2019년 인력 수요 예상치는 현재 관측치 대비 약간 부족하며, 주요 원인은 입소자 자립도 감소임.
- **(WHO)** WHO 담당자는 OECD 장기요양 설문조사를 통한 유럽 데이터 수집을 언급하였으며, 인력 수준의 중요성과 보건의료 인력 수요 추정을 위한 방법 비교에 대해 논의함. 의료진의 정신건강과 간호조무사 및 돌봄인력 경력 발전이 강조되었으며, 협력과 데이터 공유 확대가 필요하다는 의견이 있었음.

□ 안건 4: 장기요양 환경(setting)

o **(사무국)** 사무국은 주간 LTC 시설 시범 데이터 수집과 지표 확대 계획을 설명함.

- 이 계획의 목표는 주간보호 이용자와 LTC 전체 수혜자 수를 포함해 돌봄 범위를 더 완전하게 파악하는 것임.
- 주간보호의 정의에는 신체·문화 활동, 식사, 간식, 의료, 개인 돌봄 지원 서비스가 포함됨. 26개국 중 21개국이 주간보호 데이터를, 22개국이 LTC 전수 데이터를 제출함
- 기관 LTC 환경 정의에 주거지원 시설 같은 새 범주를 포함할 것을 제안하였으며 주거지원 시설은 일상생활활동을 지원하며 OECD 국가에서 증가 추세
- 정의 정교화는 돌봄 서비스의 다양성 반영과 LTC 시스템 변화 이해에 기여함

o **(국가별 토론)**

- **(스페인)** 스페인은 주간 LTC 시설 운영 경험과 정보 공유 중요성을 논의했으며, 장기요양 서비스 개선과 노동력 계획을 위한 협력과 데이터 공유 필요성이 제기됨
- 스페인의 주야간 돌봄센터 서비스를 포함한 법적 틀을 설명함. 주간 및 야간 돌봄센터는 노인 주간보호센터, 65세 미만 대상 주간보호센터, 전문 돌봄 주간보호센터, 야간 돌봄센터의 네 가지 유형으로 분류됨. 스페인 돌봄센터는 주로 자치주와 지방정부가 관리하는 사회 및 보건 자원으로, 의존도가 높은 개인을 대상으로 함. 센터는 작업치료, 물리치료, 심리지원 등의 심리 사회적 돌봄을 제공하며, 가정 돌봄을 보완하고 가족을 지원하는 것이 목적임
- 센터는 개인별 필요에 따른 맞춤형 재활 중심 돌봄을 제공하며 가족에 필수적인 지원을

제공함. 또한, 사회적 관계와 여가 활동을 장려하여 이용자의 삶의 질을 높이고 고립을 예방하는 역할을 함

- 스페인은 노인 사회서비스 보고서와 의존도별 혜택을 통해 주간보호 통계를 산출함. 2023년 12월 31일 기준 3,611개 센터에 106,245개의 이용 가능 좌석과 80,149명의 이용자가 있는 것으로 확인되며, 이용자의 68.8%는 여성이고 64.8%는 18세 이상으로 나타남

o **(노르웨이)** 노르웨이의 돌봄 서비스는 주민 요구에 따라 357개 지방자치체간 협력을 통해 제공하며, 여러 자료(서비스, 활동, 인구, 인력, 회계 정보)를 표준화·구조화·조정하여 수집 및 제공하는 Costa 시스템이 구축되어 있음

- 노르웨이 통계청 홈페이지에서는 가정 서비스, 요양원, 인력 및 회계 관련 정보를 제공하며, 일차 의료를 위한 등록부에는 시설 수, 병상 수, 시설 내외 활동(주간보호 포함), 인력 명부 등이 포함됨. 시스템을 통해 돌봄 수혜자와 제공자를 매칭할 수 있으며, 대다수 시설과 주간보호센터는 조직 번호로 식별이 가능함

o **(네덜란드)** 네덜란드는 주간보호가 대부분 돌봄 패키지 일부이며 따로 구분되지 않음을 언급했고, 영국은 주간보호가 돌봄 부문 내 비중이 적고 데이터 수집이 제한적이라고 함. 이와 비슷하게, 사회적 돌봄 데이터 수집 및 지출의 어려움과 두 시스템 통합 노력이 필요하다는 제안도 제기됨

o 주간보호는 건강한 노화, 사회적 상호작용, 외로움 문제 해결에 중요함이 강조되었고, LTC 환경 내 주간보호 모니터링 필요성과 지방정부의 제약 문제도 제안됨. 일부 국가에서는 주거지원을 가정 돌봄으로 분류하는 것과 LTC 내 기관 유형 구분이 필요함을 언급함

□ 안건 5: 장기요양 지출

o **(사무국)** 사무국은 보건계정체계(SHA2011)의 산출체계를 제시하며 경상의료비(current health expenditure) 내 포함되는 LTC-health와 경상의료비에 포함되지는 않으나 관련성이 있는 LTC-social의 정의에 대해 논의하며 회원국이 제출한 LTC 지출 관련 자료를 분석하여 보고함.

- OECD 국가별 장기요양 지출은 큰 차이를 보이며, 전체의 약 75%가 건강 관련 지출이고 25%는 사회 서비스 기반임. 사회적 장기요양과 개인 부담금(out-of-pocket spending) 파악이 어려움이 하나의 과제로 제기됨

- 장기요양은 HCP long-term health 내에 포함되며, 건강 및 사회 서비스 구성 비율로 나누어 분석됨. 장기요양은 민간과 공적 재원이 포함되어 모든 구성요소를 식별하기 어려움. 장기요양 항목으로 간주되는 활동과 제외되는 활동의 구분 문제가 논의되었으며, 장기요양 의존성의 핵심 기준인 장기 지속 상태가 강조됨

- 건강 장기요양 내 입원, 주간보호, 외래, 가정간호를 구분하여 분석했으며, 요양원, 가정 건강돌봄 제공자, 병원 등 다양한 제공자가 장기요양에 기여하는 역할도 함께 살펴봄

- 요양원과 가정 건강돌봄 제공자가 상당한 역할을 하고 있음을 강조함. 국가별로 LTC 제공 방식의 차이가 크게 나타났고, 요양원이나 병원에 크게 의존하는 곳도 존재함
- 본인 부담금 미포함, 사회적 LTC 지출 구분 등 데이터 격차 및 회계 문제를 확인했고, 개인 부담금 데이터 제공과 사회적 장기요양 지출 파악에 국가들이 노력할 필요가 있음
- 가정 기반 장기요양과 사회적 장기요양의 구분 필요성이 강조되었고, 민간 및 공공 사회적 LTC 식별 정확성 제고의 필요성이 제기됨
- 현재는 제공자 관점 위주로 되어있으며, LTC 서비스 대상 인구 집단의 식별이 부족한 상황임. 비교가능성 및 절차 개선을 위해 완화의료, 치매 환자 등과 같은 대상에 대한 구체적인 지침이 필요함
- 외래 진료와 돌봄 수당 관련하여 발전된 지침이 필요하며, ESCROSS 같은 추가 자료원과의 연계를 제안함. 체코의 보건-사회 돌봄 재정·서비스 법안이 좋은 사례로 제시됨
- 제공자 관점, 활동 기반 접근법과 같은 다양한 LTC 지출 식별 방법이 소개되었으며, Meals on Wheels 사례와 같이 LTC와 기타 서비스를 구분하는 것의 어려움을 언급함. 지출 불일치 및 유사성 확인을 위한 감사 방법이 제안되었고, 이는 동일한 방법을 사용하는 국가 간의 비교를 가능하게 함
- 현재 비공식 돌봄에 대한 정보를 수집하진 않지만, LTC 지출 평가에 중요한 역할을 할 가능성을 언급함. 연령 기준이 국가별로 다양해 정확한 연령대 설정이 필요하며, 연령대 일치화가 상대 비교를 위해 중요하다는 것을 강조함

o **(국가별 토론)** 회원국 및 사무국이 그룹을 나누어 토의를 진행하고 토의 내용을 전체 공유함

- **(슬로베니아 그리스)** 의료 및 사회 활동 내 개인 부담금 식별 어려움을 설명하며, 슬로베니아와 그리스는 가계조사를 사용한다고 밝힘.
- **(한국)** 한국의 장기요양 지출은 서비스를 기준으로 구분하기 보다 서비스의 대상자의 ADL 기준으로 분류함으로 건강보험의 요양병원과 건강보험의 요양시설 모두가 LTC-health에 해당하며 의료비에 집계됨
- **(영국)** 국가에서 제공하는 서비스별로 지출을 집계함으로 ADL에 따른 서비스로 지출내역을 분류하지만 데이터 확보가 어려움. LTC-health와 LTC-social 부분이 현장에서는 중첩함

⑤	OECD 보건통계작업반 회의(1일차)
일 시	2025.10.30.(목) 09:00~18:00
장 소	OECD 파리 본부
참석자	OECD 회원국 대표단(30개국), 가입 논의국(4개국), 추가 참여국(2개국), 세계보건기구, JCI(Joint Commission International) 등

□ 안건 1: OECD 보건통계의 HSPA 및 PaRIS와의 연계 : 일차의료(PHC)

- (사무국) 사무국은 PaRIS 1차 결과를 발표하고 OECD 보건체계 성과평가(HSPA) 프레임워크와 관련하여 OECD 보건통계 산출에 어떻게 더욱 기여할 수 있는지를 일차의료 측면에서 발표
 - PaRIS는 세계에서 가장 큰 규모의 만성질환자 조사이며, 45세 이상 인구 107,000명 및 1,800명의 일차의료의사를 대상으로 수행해 총 19개국에서 참여함.
 - 환자경험조사(PREMs)와 환자결과보고(PROMs)를 조사하며 신체, 정신, 사회적 기능, 안녕, 일반적 건강, 자가건강관리에 대한 자신감, 협력 경험, 사람중심적 돌봄, 경험한 의료질, 보건의료체계에 대하여 확인
 - 여성의 신체적 정신적 건강이 남성에 비해 낮다는 것, 만성질환이 더해질 때마다 그 사람의 사회적 삶이 악화된다는 것, 자가관리에 대한 지원을 일차의료에서 받은 환자들이 자신의 건강관리에 있어 더 자신감이 있다는 것을 실증적으로 파악함.
 - 향후 회원국의 적극적인 참여를 독려함

□ 안건 2: JHAQ의 일차의료 지출 정의

- (사무국) 사무국은 일차의료 지출을 정의하는 방식에 대하여 논의함.
 - SHA의 분류에 근거해 HC를 기준으로 하되 모든 제공자를 포함하는 것을 1안으로, 그 분류에 의약품 지출을 포함하는 것을 2안으로, 이 중 외래서비스제공자만을 대상으로 하는 경우를 3안으로 제시하며 각각 전체 의료비의 17%, 33%, 14%로 집계됨을 보고
 - 3안의 기준을 근거로 일차의료의 지출을 분석한 결과 OECD 평균은 14%였으며, 가장 높았던 리투아니아는 20%, 가장 적었던 스위스는 8% 수준이었음.
 - 다만 국제적 비교가능성을 높이기 위해 추가적인 논의가 필요하며 특히, 외래서비스 제공기관에서 제공하는 서비스 중 General(일반적인 의료)과 Specialised(전문과) 서비스를 구분하는 것이 필요

□ 안건 3: JHAQ 2025년 결과와 2026년 계획

○ (사무국) 사무국은 JHAQ의 결과를 공유하고 향후 일정을 공고함.

- JHAQ의 제출 수준은 꾸준히 개선되고 있으며 t-1 시점까지 모두 보고한 나라는 한국, 룩셈부르크, 덴마크, 캐나다임.
- 2027년부터 엑셀방식이 아닌 FLAT FILE 형식으로 자료를 제출할 수 있도록 할 예정이며 2026년 1월 회원국의 focal point에게 질의 송부 및 3월31일까지 보건계정 통계 제출을 요청함.
- 기존 코로나19와 관련하여 조사하던 항목을 JEE(Joint External Evaluation)에서 제시하는 보건의료체계 회복탄력성 강화를 위한 활동의 지출, 응급의료지출, 정신건강지출로 구분하여 수집할 것임.

□ 안건 4: 2025년 JQNMHC 보건통계 수집결과 검토 및 2026년 지표 수집 계획

○ (사무국) 사무국은 보건통계 수집과 관련하여 2025년의 결과를 보고하고 2026년 지표 수집 계획을 발표함

- 2025년 38개국 중 37개국이 제출을 완료함.
- 향후 보건의료 전문가의 성별별, 진료과별 보상수준에 대한 지표, 의약품시장과 관련한 지표, 장기요양시설의 소유와 관련한 지표를 추가 수집할 예정임.
- 질병으로 인한 휴가 지표는 전일제 근로자의 병가 결근일수로 변경하고 아동 예방접종에 대한 지표도 1세미만에서 모든 대상 아동으로 수집조건 변경 예정
- 파일럿 수집 자료였던 응급의료 관련 지표는 정규 지표로 편입할 예정

□ 안건 5: 보건의료서비스 가격

○ (사무국) 사무국은 국가의 의료비 지출 규모에 대한 정보는 보건 시스템 성과 평가의 핵심 요소이며, 지출을 가격 요소와 물량 요소로 분해하면 국가 간 의료비 차이의 원인을 더 잘 이해하고 시간 경과에 따른 추세를 설명하는 데 도움이 될 수 있음을 강조

- 사무국은 EUROSTAT와 공동으로 구매력평가지수 계산을 위해 공동 수집하는 개별 가격에 대한 정기적 데이터 수집을 활용하였으며 초안이 제35차 위원회에서 논의됨. 회원국들은 보건통계 작업반에 초기분석 진행할 것을 지지함.
- 사무국은 OECD 국가들이 일반적으로 공공과 민간 제도의 공존체계를 유지하고 있으며 8개 국가는 가격표에 기반한 자료를 21개 국가는 다양한 조사방식을 활용한 자료를 사용

하고 있다고 보고함.

- 외래와 관련하여 의사의 보상 방식은 어떤 서비스가 수가에 포함되는지에 영향을 미치며 일부 OECD국가에서는 의사가 추가 청구하는 것을 허용함. OECD 국가들은 필연적인 비용 차이를 반영하기 위해 가격을 조정하는 체계를 갖추고 있으며 농촌 지역 의사에게 더 높은 수가를 지급하거나 본인부담을 낮추는 방식으로 의료접근성 개선을 위한 정책 수행
- 입원, 제왕절개과 관련하여 일반적인 분만을 보았을 때 각 국가의 가격차이가 다소 크다는 것을 확인할 수 있었음.
- 향후 지속적으로 외래, 병원서비스와 관련한 가격정보를 수집할 예정임.

□ 안건 6: 보건의료서비스 생산성

o (사무국) 사무국은 보건의료서비스 생산성에 관한 지금까지의 논의를 소개함.

- 의료 서비스 제공에 가장 큰 투입 요소인 의료 인력의 성과를 최적화하기 위해 정보 파악이 필요함을 강조함.
- 최근 수십 년간 대부분의 OECD 국가에서 노동 생산성 증가세가 현저히 둔화되었으며, 의료 분야에서도 유사한 정체 현상이 관찰됨
- 보건위원회(HC)의 기존 연구는 인력 부족 문제 해결 및 유지 강화를 위한 정책을 검토해 왔으며 다양한 연구에서는 생산성을 높이는 동시에 의료 서비스의 질을 유지하거나 개선하는 인력 및 조직 노력을 살펴볼 수 있음
- 디지털화와 인공지능은 의료 서비스의 제공, 관리 및 재정 방식도 변화시키고 있으며 머신러닝과 생성형 인공지능은 효율성, 질적 수준 및 접근성 향상에 큰 기회를 제공하는 동시에 인력 역할과 기술 요구사항을 재편하고 있어 국제적으로 비교가능한 생산성 측정 지표를 개발하고 모니터링하는 방안이 필요함.
- 주요지표로 의사 및 간호사의 주당 근무시간, 의사 1인당 예상 진료 건수, 병원 직원 1인당 병상 일수 등을 제시하였으나 의료의 질적 부분을 생산성 측정에 반영하는 문제에 대하여 심도있는 토론이 필요함을 강조
- 생산성 측정에 있어 다층 요인을 고려하는 접근법인 다중요소생산성(MFP) 개념체계를 소개하며 자본투입의 추정, ICT와 AI 등 디지털 기술의 투입, 무형자산과 조직적 자본등을 생산성 측정에 있어 반영할 방안 논의를 제안

o (국가별 토론)

- (아일랜드) 아일랜드는 생산성 평가를 위한 대시보드를 소개함. 아일랜드의 생산성 평가 TF는 2024년 발족하였으며 보건의료서비스 제공자의 높은 수준을 관리하기 위한 것을

목적으로 시작됨. 생산성 관련 지표를 지역별로 제시하며, 인구구조, 병원활동지표, 종합 활동지표, 종합 요약 지표, 생산성 KPI, 대기시간 요약등 정보를 제공함.

- **(영국)** 영국의 경우 2025년3월 공공서비스에 대한 국가통계학자의 독립적 측정 검토 보고서를 발간함. 공공재정의 투입이 산출로 이어지는 과정에 효율성이 발생해야 한다는 개념체계 아래 분석 수행. 생산성은 노동, 자본, 중간재의 투입을 분모로, 의료질을 보정한 산출을 분자로 측정함.
- **(호주)** 호주의 생산성 위원회의 논의 사항을 소개함. 건강보정수명(HALE)을 1인당 의료비로 나누어 비교하면 호주는28개국 중 3번째로 생산성이 높은 나라임. 생산성 측정에 있어 질병기반 및 질보정 방식이 중요한데, 환자중심의 방법, 질을 보정한 기대수명(QALYs)를 이용하는 방법, 대체효과를 측정하는 방법 제시. 더하여 호주의 보건의료체계 성과 평가 개념체계를 제안

□ 안건 7: OECD 데이터 익스플로러를 통한 보건통계 활용

- o **(사무국)** 사무국은 대표단에게 OECD 데이터 익스플로러를 통해 제공되는 다양한 보건 통계를 효과적으로 활용하는 방법에 대한 간단한 실습 세션을 제공

⑥	OECD 보건통계작업반 회의(2일차)
일 시	2025.10.31.(금) 09:00~18:00
장 소	OECD 파리 본부
참석자	OECD 회원국 대표단(30개국), 가입 논의국(4개국), 추가 참여국(2개국), 세계보건기구, JCI(Joint Commission International) 등

□ 안건 8: 정신건강: 시범데이터 수집 결과

- o **(사무국)** 사무국은 정신건강과 관련한 시범자료 수집 결과를 공유함.
 - 사무국은 정신건강 파일럿 지표로 인구집단의 정신건강, 서비스 접근성, 질과 협력 그리고 서비스 경험, 교육과 노동, 리더십과 거버넌스 영역별 수집이 이루어진 이력을 소개
 - 자해로 인한 입원 지표 수집 결과를 보고하였으며 인구 10만 명 당 가장 낮은 곳이 슬로베니아, 가장 높은 곳이 프랑스로 집계되었다고 보고함.
 - 추가로 정신건강 외래서비스 이용과 관련하여 인구 1,000명당 가장 낮았던 곳은 포르투갈이었고 가장 높은 곳은 에스토니아였음.

- 정신건강과 관련한 총공공지출은 2024년 기준 네덜란드가 가장 높게 집계됨.

o (국가별 토론)

- **(핀란드)** 핀란드는 2025년 정신건강데이터 수집에 참여한 경험을 공유함. 다만 정신건강을 측정하는 데 사망자료는 자살 및 물질 남용(알코올 및 약물) 관련 사망을 제외하면 유용하지 않으며 북유럽 국가들 간 사회보장제도 및 법률의 차이는 정신건강 문제로 인한 연금 및 병가(sick leave) 자료의 비교 가능성 확보를 어렵게 하고, 정신과 치료 관련 통계는 매년 수집되어야 하며, 가장 적절한 지표는 연령·성별·주요 ICD 진단(4개 그룹)에 따른 인구 1,000명당 치료 환자 수라고 제언함. 더불어 정신건강 관련 자원에 대한 데이터에는 보건 인력 자원과 병상 수 모두가 포함되어야 하며, 정신건강 지출에 관한 정보는 각국이 정신과 진료에 DRG 체계를 도입하고, 보건의료 지출에 대한 국가 수준의 자료를 개선한 이후부터 확보할 수 있음을 강조함. 정신건강과 관련된 긍정적 정신건강(positive mental health) 지표와 심리적 스트레스(psychological distress)에 관한 국가 단위 조사 자료는 모든 북유럽 국가에서 비교 가능한 자료가 확보되는 즉시 도입될 필요가 있으며 향후 유럽 공통 건강조사(European Health Interview Survey)의 도입을 통해, 이러한 자료가 보다 폭넓게 이용 가능해질 것으로 기대된다고 언급함.
- **(프랑스)** 프랑스는 자해로 인한 입원 지표를 중심으로 분석 결과를 발표함. 특히 프랑스에서는 10대 여성의 자해가 심각한 수준임을 지적하며 남성의 연령별 인구 10만명 당 자해로 인한 입원률과 여성의 것을 비교제시함. 다만 자료 수집에 있어 코딩의 한계가 있으며 조사 결과가 코딩에 따라 다소 왜곡이 있을 수 있음을 주의사항으로 첨언함.

□ 안건 9: 예방 지출: 방법론 및 예비 결과

o (사무국) 사무국은 정신건강과 관련한 시범자료 수집 결과를 공유함.

- 2024년 실무그룹 회의 및 2025년 공중보건경제 전문가 그룹 회의에서의 논의를 바탕으로, 예방 및 공중보건 지출 측정 개선을 위한 OECD 프로젝트에 대한 최근 정보 제공
- 예방 지출 관련 기존 데이터의 범위, 품질 및 세부 수준을 평가하는 예비 설문조사 결과를 발표할 예정입니다. 대표단은 국제적 비교 가능성 향상과 보다 목표 지향적인 공중보건 투자 지원을 위해 위험 요인별, 인구 집단별, 프로그램 유형별 지출 내역 세분화 개선 방안에 대해 논의
- SHA2011에서는 전통적으로 건강(예방 포함) 지출을 HC6에서 집계하고 있었으며 OECD 평균 전체의료비 중 차지하는 비중은 3% 수준임.
- 대부분의 국가에서 2021년 코로나19의 영향으로 예방지출이 가장 정점을 기록하였으며 OECD 국가의 예방 의료지출 중 예방접종프로그램과 정기검진 지출이 약 절반을 차지함.
- 사무국은 예방과 관련하여 설문조사를 수행하였는데, 예방의료지출과 관련하여 확보할 수 있는 자료가 부분적이라고 평가한 국가가 2/3로 확인되었으며 그나마 가장 잘 확인 가능한 범주는 예방접종이라고 보고함. 대다수 국가들은 특정 하위 범주에 대해 일부

과소 보고가 있다고 지적

- 예방접종과 암검진 활동에 대한 국가별 회계처리 방식에 다소 차이가 있어 국제비교를 위한 논의가 추가될 필요가 있으며 예방 지출에 대한 보다 세분화된 데이터는 건강위해 요인과 인구집단 간 자원 배분방식을 이해하는데 활용도가 높을 것으로 판단됨.
- 이와 관련하여 사무국은 사무국은 OECD 및 EU 국가들을 대상으로 약 12건의 심층 연구를 수행할 계획이며 보고서는 2026년 중반 발간 예정임

o (국가별 토론)

- (에스토니아) 에스토니아는 의료비 지출중 예방지표의 자료원에 대해 소개함. 에스토니아의 경우도 코로나19의 영향으로 2020년 예방 지출이 증가하기 시작해 2021년 고점을 찍고 다시 감소함. 자료원으로는 공적으로 가용한 이차자료, NIHD 데이터 수집체계 추가적인 조사 등이 활용됨. 사회부(Ministry of Social Affairs)에서 매년 해당 부처 소관 정부기관들의 보건 지출 집계치를 제공. HF분류 별로 각기 다른 자료원 활용. 가령 HF121의 경우 건강보험재정 자료 활용.

□ 안건 10: 응급의료 서비스 접근성 -2025년 데이터 수집결과 보고

o (사무국) 사무국은 응급의료와 관련한 지표수집결과를 보고하였으며 응급의료에 대한 정의 및 자료 수집 방식에 대한 추가적인 논의 필요성 강조

- 병원 응급실(ED) 접근성은 OECD 국가 간 거의 7배 차이가 나며, 대부분의 OECD 국가에서 지난 10년간 증가
- 구급차를 통한 병원 응급실 방문 접근성은 OECD 국가 간 10배 이상 차이가 나며, 가장 높은 비율을 보이는 국가에서 가장 빠르게 증가하고 있으며 코로나19 팬데믹 초기 단계에 걸쳐 국가별로 병원 응급실 방문이 현저히 감소
- OECD 국가 간 직접 내원 비율은 6배 이상 차이가 나며, 평균적으로 병원 응급실 방문의 4명 중 3명이 직접 내원하는 것으로 나타났으며 이는 많은 내원자들이 다른 곳에서 더 효과적인 치료를 받을 수 있음을 시사
- 의료 전문가의 의뢰를 통해 응급 치료가 필요하다고 평가된 사람들로만 제한한다면 병원 응급실의 효율적 활용이 보장될 수 있으나 평균적으로 의뢰 후 직접 방문한 병원 응급실 내원 건수는 전체 병원 응급실 내원 건수의 약 30%에 불과
- 국가별로 응급실 방문 후 퇴원하여 집으로 돌아가는 사례는 크게 차이가 나지만, 입원 치료로 이어지는 응급실 방문 건수는 적으며 대부분의 국가에서 인구 100명당 3~6건의 비율을 보임
- 이러한 관측된 차이는 각국에서 응급의료체계 및 보건의료체계가 각기 어떻게 달리 운영되는지로 설명할 수 있음.
- 병원 응급실은 특히 포르투갈, 스페인, 미국, 이스라엘, 그리스 등 병원 응급실 방문률이

높은 국가에서 비응급 의료 서비스를 제공하는 확장된 역할을 수행하며 미국, 호주, 이스라엘, 그리스, 영국 등 일부 국가에서는 생명을 위협하지 않는 응급 상황을 위한 별도의 외래 진료 시설을 마련했지만, 이들 국가 대부분은 여전히 전국적으로 병원 응급실 방문률이 높은 편임.

- 일본, 체코, 독일, 폴란드, 스웨덴 등 병원 응급실 방문률이 낮은 국가들은 급성 심근경색(AMI) 및 뇌졸중과 같은 특정 생명을 위협하는 질환을 가진 환자를 위한 별도의 진료 경로를 마련하여 응급실 혼잡을 완화
- 네덜란드, 독일, 스웨덴을 비롯한 많은 국가에서는 일차 의료가 강화되었으며, 중증도가 낮은 환자들의 긴급 치료 수요를 위해 확대
- 출처 및 방법론 정보는 대부분의 지표에서 관찰되는 큰 변동성을 더 잘 이해하고 정책적 관련성을 높이는 데 기여할 수 있으며 응급실 방문에 대한 정기적 데이터 수집(도착 방식 및 결과 포함)의 지속은 병원 응급실과 구급차의 적절한 사용을 모니터링하고, 응급 의료 서비스, 응급 치료 및 일차 진료 강화 정책 변화가 병원 응급실 접근성에 미치는 영향을 평가하는 데 필수임

o (국가별 토론)

- **(한국)** 한국은 응급실 내원 자료를 확보할 수 있는 방안이 크게 두가지로 구분되어 있으며 그 둘의 차이가 날 수 있어 추가적인 논의가 필요함.

□ 안건 11: 폭염, 건강 및 보건시스템의 환경적 지속가능성

o (사무국) 사무국은 기후변화로 인한 폭염이 회원국 국민의 건강에 미치는 영향을 분석하였으며 그 결과를 공유함

- 열에 민감한 질환과 관련된 응급실 방문 및 입원 건수는 지난 10년간 증가했으며, 그 규모는 국가별로 차이가 있었는데 OECD 국가 전반에서, 해당 국가 최고 기온 10분위(deciles)에 해당하는 기온 노출과 연관된 초과 응급실 방문은 연간 전국 총 응급실 방문 건수의 최대 1.1%, 입원 건수의 최대 3.6% 증가와 관련이 있음이 확인됨.
- 고온이 입원에 미치는 가장 큰 영향은 포르투갈, 스페인, 이스라엘에서 관찰되었으며 프랑스, 크로아티아, 오스트리아에서도 중간 수준이지만 유의미한 영향이 추가로 보고함.
- 분석을 더욱 정교화하기 위해 열이 다양한 인구 집단에 미치는 차별적 영향을 더 잘 포착하기 위한 연령별 모델링을 포함할 수 있으며 호흡기 및 순환기 질환을 포함한 다른 열 민감성 질환에 대한 데이터를 활용하면 열이 건강 결과에 미치는 영향을 보다 포괄적으로 파악할 수 있을 것임

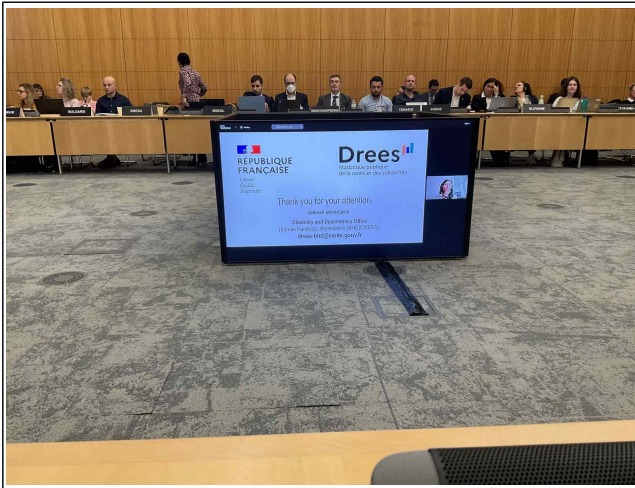
⑦	프랑스 출발 / 덴마크 도착
일 시	2025.11.1.(토)
장 소	파리 샤를드골 공항 → 코펜하겐 공항

참석자	김희년 부연구위원
출국 및 숙소 도착	

①

회의현장사진





② 회의참석자 명함



주오이시디
대한민국대표부

신 옥 수

1등서기관

4 Place de la Porte de Passy 75016 Paris, France
Tel +33-1-4405-2179 Fax +33-1-4704-2978
Mobile +33-6-8340-4262
Email usshin24@mofa.go.kr

oecd.mofa.go.kr

