국외출장 결과보고서

1 출장 개요

□ 출장목적

○ 2026년 OECD 보건통계작업반(WPHS) 제9차 회의 및 HCQO 합동회의 참석

□ 과제명

○ 2025년 국민보건계정

□ 출장기간

○ 2026.10.20.(화)~2026.10.24.(토)

□ 출장국가(도시) 및 방문기관

○ 프랑스(파리) / OECD

□ 출장자

소속	직위	이름
한국보건사회연구원	선임연구위원	신정우

일자	시간	지역		내용	
		출발	도착		
10/20 (화)	전일	인천	파리	○ 국가 간 이동: 대한민국(ICN)→ 프랑스(CDG)	
		10/20(화)	10/20(화)		
10/21 (수)	전일	프랑스 파리		09:30~17:30	(회의) HCQO · 보건통계작업반 합동회의 (장소) OECD 컨퍼런스센터
10/22 (목)	전일	프랑스 파리		09:30~18:00	(회의) 보건통계작업반 본회의 1일차 (장소) OECD 컨퍼런스센터
10/23 (금)	전일	프랑스 파리		09:30~18:00	(회의) 보건통계작업반 본회의 2일차 (장소) OECD 컨퍼런스센터
10/24 (토)	전일	파리	서울	○ 국가 간 이동: 프랑스(CDG) → 대한민국(ICN)	
		10/23(금)	10/24(토)		

KIHASA 한국보건사회연구원 KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

2 출장 주요내용

기 관	OECD 보건통계작업반(WPHS)·보건의료 질과 성과 작업반(HCQO) 합동회의
일 시	2026.10.21.(수) 09:30~17:30(CET)
장 소	OECD 컨퍼런스센터 / 2 rue André Pascal, Paris (온라인 병행)
참석자	**(출장자)** 신정우 선임연구위원 **(참석)** 회원국 대표단, OECD 사무국, Eurostat·WHO 등 국제기구

1. 회의 개요(의제 1)

○ 두 작업반의 네 번째 대면 합동회의로, OECD 보건지표 대부분을 관장하는 두 작업반이 정보 인프라, 코딩, 지표 표준화, 적시성 등 공통 과제를 논의함

- HCQO는 119개 지표(2024~2025년 수집 기준), WPHS는 1,200여 개 지표를 관리함

2. 국가 내 건강 격차 측정(의제 2)

○ 자료 연계와 사회경제·인구학적 정보의 표준화된 수집을 통해 국가 내 건강 격차를 측정하는 프로젝트를 두 작업 흐름으로 추진 중임

- 지역 단위: 10.16. 워크숍(29개국 92명) 결과 보고, 시범 산출한 지역 박탈지수(MSCI) 최하위 5분위 지역의 사망률이 최상위보다 약 9% 높음(잠정), 2027년 4분기 분석보고서 발간
- 개인 단위: 사회경제·건강자료 연계 현황 스냅숏 설문을 11월 말 배포(2027년 1월 회수), 2027.1.14. 워크숍 개최

3. 낭비적 지출 지표(의제 3)

○ 낭비를 임상적 낭비(저가치 진료·위해사건), 운영상 낭비(제공방식·투입구성), 거버넌스 낭비(불필요한 행정·부정행위)로 나누어 기존 지표의 활용 가능성을 검토함

- Choosing Wisely(영상검사·항생제·벤조디아제핀·제왕절개·항정신병약 중심 저가치 진료 대시보드 제안), Euro-Peristat(Robson 분류 기반 제왕절개율 분석) 발표

○ 분임토의(5개 그룹, 약 30개국) 결과, 어떤 지표도 맥락 정보 없이는 낭비를 나타낼 수 없고, 국가 간 평균보다 국가 내 변이·추세가 유용하며, 질 지표와 짝지어 보아야 한다는 데 의견이 모임

- 시범 후보: Robson 그룹별 제왕절개율, 선택 시술의 지역 변이, 진료지침 기반 저가치 진료, 진단별 재원일수, 대기에 따른 위해 등

4. 분류체계 변화와 비교 가능성(의제 4)

○ ICD-11: Eurostat 태스크포스(14개국)는 ICD-10 기반 사망원인 단축목록의 단순 매핑이 어려워 신규 목록을 마련 중이며, 이에 따른 시계열 단절이 불가피함

○ ICHI: WHO 국제보건중재분류는 2027년 5월 세계보건총회 채택을 목표로 하며, HCQO 시술 기반 지표의 국가별 시술 선택을 ICHI 코드 목록과 자동 매핑 도구로 맞추는 방안이 제안됨

○ COFOG: 1999년 이후 첫 개정으로 보건 분야는 SHA와의 정합성, 장기요양·디지털 보건 처리가 쟁점이며, 2028년 UN 통계위원회 승인 예정

5. 자료수집 방식 개선 및 응급실 진료(의제 5·6)

○ 국가 산출, 제출 전 점검, 자료·메타데이터 제출의 각 단계에서 두 작업반이 공유할 수 있는 방식(공통 CSV 규격, 온라인 메타데이터, API 수집 등)을 논의함

○ 응급실 시범수집(2024~2026년, 25개국→35개국) 결과, 인구 대비 응급실 방문은 국가 간 7배 차이, 구급차 내원 약 20%, 입원 연계 약 5분의 1 수준임

- 총 방문, 내원 경로, 이후 행선지, 연령별 자료를 정규 수집에 포함하는 방안 제안, 폴란드(TOPSOR 대기시간 체계)·리투아니아(건강보험·사망원인 자료 연계) 사례 발표

기 관	OECD 보건통계작업반(WPHS) 제9차 회의 1일차
일 시	2026.10.22.(목) 09:30~18:00(CET)
장 소	OECD 컨퍼런스센터 / 2 rue André Pascal, Paris
참석자	**(출장자)** 신정우 선임연구위원 **(참석)** 회원국 대표단, OECD 사무국, 국제기구

1. 보건의료 디지털 전환의 측정(의제 4)

○ 2025년 디지털보건지표조사(19개국) 결과, 전자의무기록(EHR)이 보급되어도 일상적 진료 활용으로 이어지지 않는 '이행 격차'가 확인됨

- 기본 기능(70~73%)에 비해 임상의사결정지원(54%)·정보교환(57%) 활용이 낮고, 정신건강 분야가 가장 낮음(36%)
- 한국은 EHR '높은 보급·높은 활용' 국가군에 위치하며, 마이데이터 앱 인지율 41.8% 대비 이용 경험 14.1%(KIHASA, 2025)가 환자포털 사례로 인용됨

○ OECD 평균 진료의 13%가 원격진료(2023년)로 기존 지표에 영향을 주고 있으며, 아일랜드(가상병동·수술허브), 핀란드(Kanta), 캐나다(CIHI), Transform Health(디지털 보건투자 분류) 사례가 발표됨

○ 분임토의 결과 원격 상담(전달방식 구분 보고), 재택 입원·가상병동(기록 관행 비교), 원격 모니터링(서비스 경계·단위 합의)을 우선 과제로 정리함

2. 2026년 자료수집 평가 및 2027년 제안(의제 5)

○ Health Data·JQNMHC: 2027년 신규 지표 없음, 전문과목별 보수 수집 지속, 응급실 방문 지표 정규 포함 권고, 정신건강 시범지표(자해 입원, 외래 환자·접촉)는 2027년 시범 지속

- 2027년 설문 12월 중순 발송, 제출기한 Health Data 2027.2.17., JQNMHC 2027.3.1.

○ 민간의료보험(VHI): Health Data와 JHAQ 간 가입률·지출 정합성 문제가 제기되었고, 복수 보험 가입을 반영한 '피보험 건수' 시범수집이 제안됨

○ 보건계정(JHAQ): t-1 잠정추계를 자체 산출하는 23개국 중 한국은 '전체 표' 산출국으로 분류됨

- 신규 비망항목 보고국은 응급의료(EMS) 5개국, 정신건강(MHC) 6개국, PPR 2개국, 백

신(FP3214) 6개국으로 아직 소수임

- 2027 JHAQ는 1월 중순 발송·3.31. 기한, 비Eurostat 국가는 OECD Secure Transfer로 제출하고 CSV 파일 제출이 허용되며, COVID-19 지출 보고는 중단됨
- CSV 파일은 HCSHA_2011 데이터 흐름에 국가·연도·SHA 차원(HC·HF·HP·FS·FP·HK)·값·플래그를 행 단위로 기록하는 구조이며, 비Eurostat 국가는 전 연도를 한 파일(3차원)로 제출하되 상세 수준은 기존 XLSM 파일과 같아야 함
- 보고 쟁점: 주간치료와 외래의 구분, 가상병동 등 신규 제공방식, 세액공제·환급(실제 정부 지급분은 HF.3에서 HF.1.1로 재배분 권고)
- 세액공제는 OECD 국가의 약 40%가 본인부담을, 약 50%가 민간보험료를 대상으로 하나 JHAQ에 반영한 국가는 각각 4개국, 1개국임. 권고는 정부와 가계(또는 보험자) 간 관측 가능한 실제 지급에만 적용되며, 보험료 환급은 재원(FS.4·FS.5에서 FS.1로) 재배분 대상임

3. 장기요양 통계 강화(의제 6)

○ 장기요양 인력 시범수집(24개국) 결과, 외국 출생 비율·교대근무·근속기간·시간당 임금은 정규 수집에 포함하고, 교육훈련 참여·인력배치 기준은 제외하는 방안이 제안됨

○ 주거형 요양시설(ALF) 시범수집(19개국)은 국가별 정의 차이가 커서 정의를 보완한 뒤 정규 수집 여부를 검토하기로 함

기 관	OECD 보건통계작업반(WPHS) 제9차 회의 2일차
일 시	2026.10.23.(금) 09:30~18:00(CET)
장 소	OECD 컨퍼런스센터 / 2 rue André Pascal, Paris
참석자	**(출장자)** 신정우 선임연구위원 **(참석)** 회원국 대표단, OECD 사무국, 국제기구

1. 생산성 측정: 노동과 자본(의제 7)

○ 단일 생산성 지표보다 국제 자료 기반의 개선을 목표로, 진료 활동 대비 의사 FTE·근무시간, 서비스 활동 대비 자본 투입을 분리하여 접근함

- 의사 진료 시범수집(30개국): 원격진료 구분, 진료 장소 범위, 일반의·전문의 분류 등이 국가마다 달라 정의 명확화가 필요함
- 노동 투입은 인원·FTE·근무시간 자료가 혼재하며, 병원·봉급 의사는 포괄이 양호하나 개원의·외래 부문은 취약하고, 인원-FTE 환산 방식과 복수 근무지·중복 산정 처리가 국가마다 다름

○ 분임토의 결과, 정의·메타데이터·포괄범위를 먼저 정비하고 집중 시범을 거친 뒤 정규 보고를 검토하기로 함

- 진료: 의료인 유형별 분해를 우선하고 장소별 자료는 구분 보고
- 노동: 국가별 산정 방식 현황조사와 메타데이터 수집, 일반의부터 FTE·근무시간 통일 가능성 검토, 전문과목 분류는 Eurostat과 조율
- 자본: 국가 자료원 매핑, 보건계정 자본지출과 연계(건물·시설부터), 디지털 자산 활용에 관한 집중 시범 검토

2. 보건의료 가격 측정(의제 8)

○ 개별 가격 설문(15개국)과 문헌조사로 입원(DRG 수가)·외래 가격을 비교한 결과, 같은 항목도 국가 간 차이가 크게 나타남

- 차이 요인으로 DRG 연계 수입 비중(한국은 25% 미만 국가군), 수가에서 제외되는 비용(자본, 고가약, 의사 인건비), DRG 세분화 정도를 제시함
- 향후 서비스 규격 정교화, 가격 미확인 서비스의 가격 산정, 민간보험·본인부담 가격 수집을 위한 임시 전문가그룹 구성 제안

○ 독일 통계청은 1,650개 지출 항목에 17개 가격지수를 적용하여 실질 보건의료비를 산출·

공표하는 사례를 발표함

3. 예방 지출 측정(의제 9)

○ OECD 평가 결과 거의 모든 국가가 예방 지출 일부를 과소 보고하고 있으며, 누락분을 보정한 추계치는 보고치보다 평균 약 4분의 1 높음

- 누락이 큰 영역은 건강상태 모니터링(HC.6.4: 성인·치과 검진, 산업보건, 모자보건)으로, 보정 후 예방 지출의 약 5분의 2를 차지함
- 주요 권고: 서비스·재원·공급자 매핑으로 누락 영역 확인, 정부·의무보험 외 지출(본인부담, 사업주 부담 산업보건 등) 포착, 진료 중 검진 등 예방 활동을 분리하는 배분키 개발, 가장 상세한 자료 활용과 국내 타 자료와의 교차 검증, 보건계정·공중보건 전문가 협업
- 한국은 HC.6.4 세부 자료(활동·대상 집단별) 보유국으로 소개됨, 전체 회원국 대상 보고서는 2027년 3월 말 발간 예정
- 앞선 OECD 면담에서 한국에 프로젝트 참여와 HC.6.1·6.3·6.4 세분 자료 제공 가능 여부 확인을 요청한 사안과 연계됨

4. 보건위기 대비(PPR) 지출 측정(의제 10)

○ OECD·WHO·세계은행이 보건위기 예방·대비·대응(PPR) 지출 추적 체계(Global Health and Resilience Tracker)를 구축 중이며, 보건 부문 공개는 2027~2028년 예정

- SHA 기능별 배분비율로 추계한 2023년 고소득국 1인당 PPR 지출은 75.7달러(저소득국의 약 20배)이나 경상의료비 대비 비중은 2% 미만
- 2026 JHAQ 직접 보고는 체코·에스토니아 2개국이며, 두 나라가 시범 산출 경험을 발표함

5. 폐회(의제 12)

○ 2027년 의장단은 기존 4인에 James Cooper(영국)를 추가한 5인으로 제안되었으며, 차기 회의는 2027.10.6.~8.에 개최되며, 10.6.은 HCQO와 합동 예정