

# 고용 · 노동 · 사회위원회

고용 · 노동 · 사회위원회(Employment, Labor and Social Affairs Committee: ELSAC)는 2004년 9월 29일~10월 1일 3일간 OECD 본부에서 OECD 보건통계회의 및 보건계정 전문가회의(ELSAC 사회정책작업반 보건정책 담당 소관)를 잇따라 개최하였다. 대부분 통계회의가 그러하겠지만 이번 보건통계회의도 통계의 신뢰성과 비교가능성 증진을 위한 방법론과 고민이 주로 다루어졌다. 다음에서는 이 회의들의 주요 논의결과를 차례로 살펴본다.

## 1. 보건통계(Health Data) 전문가 회의(9월 29~30일)

### 가. OECD 2005 보건통계(Health Data) 보고서 발간계획

사무국은 OECD Health Data 2005판은 통계자료간 통합(consolidation), 핵심자료(core data) 수록 및 자료의 질(quality) 제고에 중점을 두어 추진할 것이며, 동시에 자료원과 방법(sources and methods)을 포함시키게 될 것이라고 밝혔다. OECD Health Data의 발간과 관련한 회원국의 주요 관심사는 미국이 가능한 한 표준형식(standard format)을 갖추는 것이 중요하다고 제안한 것에서 볼 수 있듯이

통계의 신뢰성, 비교가능성 확보에 맞추어져 있다. OECD 보건통계는 그간 용어정의의 변화, 국가별 통계산출방식의 차이 등으로 인해 그 신뢰성이 도전을 받아왔고, 이를 개선하기 위한 일련의 노력이 진행되고 있는데, 특히 병상 수(beds)와 장기요양(Long-Term Care) 관련 통계의 개선이 핵심사항이 되고 있다.

### 나. Health at a Glance 2005판 발간계획

각국의 의료 · 보건 현황을 살펴볼 수 있는 「Health at a Glance」 보고서가 2005년 10월 중 출간될 예정이다(매 2년마다 발간). 동 보고서에는 치과치료 및 기능별 의료비지출 데이터 추가, 외부요인에 의한 사망률 자료(기존의 자살 이외에 교통사고, 낙상, 살인 등 추가) 및 의료기술 데이터 확대, 전체 외과수술 수 데이터 삭제, 성별 암 사망률 자료 축소 등 변화가 있게 되며, 전체적으로는 현재의 34개 항목에서 35개 항목으로 확대될 예정이다. 「Health at a Glance」 역시 통계의 비교가능성을 어떻게 확보해나갈 것인가가 핵심과제인데, 예를 들어 약품소비의 경우, 현 통계방법으로는 어떤 약품을, 얼마나 소비하고 있는지는 파악할 수 없는 문제가 있고, 비만통계 또한 국가별 측정방법(측정, 상담, 설문)의 차이로 인해 동일선상에서의 비교가 불가하다

는 문제가 노출되고 있다(호주 등 지적).

우리나라 역시 국가별 통계자료의 비교가능성 확보가 전제조건이라고 강조하였는데, 예를 들어, 인구 100만 명당 CT, MRI의 경우 영국은 공공병원만의 수치이고, 미국은 보유 병원의 수치이기 때문에 자료간 차이가 너무 크다는 문제를 지적하였다. 특히 이 두 고가의 의료장비는 한국내에서도 자주 인용되는 수치인데 이렇게 서로 다른 개념의 수치가 상호 비교될 경우 많은 오해를 불러일으키게 될 것이며, 결과적으로 국제비교의 장점보다는 데이터 불일치로 인한 오해와 혼선의 문제가 더 크다는 점을 강조하였다.

#### 다. 의료자원 및 이용(Health Care Resources and Utilization)

의료자원 중 가장 논란이 많은 병상 수(Beds)와 관련하여 사무국은 “acute care beds”를 curative와 rehabilitative로 구분하여(SHA방식) 통계를 제출해줄 것을 요구하였다(acute care beds는 1980년대는 30일 이하, 그 이후는 18일 이하로 규정). 이에 대해 우리나라는 “acute care beds”에 대한 개념 정의가 SHA의 기능별 분류를 따르고 있기 때문에 상당한 혼란이 초래되고 있다는 점을 지적하면서 SHA의 공급자별 분류에 따른 자료수집이 이루어져야 함을 강조하였다.

사무국은 회의 둘째날 우리의 제안을 받아들여, SHA의 공급자별 분류(HP1.1. 일반병원, HP1.2 정신 및 약물중독병원, HP1.3 기타

특수병원 등)에 의한 병상 수 생산가능성을 추가의제(agenda)로 상정하여 논의를 진행하였다. 다만 병상 수 통계는 그동안 기능별 분류를 적용해왔기 때문에, 특히 유럽지역에서 이를 변경하는 것을 주저하고 있다. 사무국은 우리 제안의 타당성에 공감하면서도 보다 신중하고 장기적인 검토가 필요한 분야로 정리하였다.

#### 라. 장기요양(Long-Term Care: LTC) 서비스

또 하나의 핵심이슈인 LTC와 관련하여, 사무국은 장기요양서비스와 관련한 추가 프로젝트를 진행할 계획이며, 장기요양서비스와 관련한 데이터의 정의 및 가이드라인 초안을 2005년 중 제시할 예정이라고 밝혔다. 특히 LTC 통계의 문제는 재가요양(home care)통계가 부정확하고, 동시에 사회보장서비스와 구분하는 것이 쉽지 않다는 것이다. 각 회원국은 서비스를 받는 사람에 따라 통계를 구분하는 것도 쉽지 않을 것이며(영국), 재가요양을 하다가 다시 의료기관으로 돌아가는 경우를 어디에 포함시킬 것인지 등에 대해 의문을 제기하였다(미국).

#### 마. 보건 고용통계(간호사)

OECD는 보건통계의 다양한 관점을 반영하고자 간호사 및 의사 등에 관한 통계생산을 위해서도 노력하고 있는데, 사무국은 의료인력에 대해서는 “노동력 통계(Labor Force

Survey)”를 활용할 수 있다고 제시하였다(신뢰할 수 있고, 근로시간 파악 등이 가능).

간호사의 분류와 관련, EU통계국(Eurostat)은 간호사를 산파(midwives), 자격간호사(special nursing care), 준간호사(associate nurses) 및 간병보호직(caring professions) 등으로 구분할 것을 제안하였는데, caring professions의 경우 개념이 모호하고(호주), 의료와 복지간 구분이 불명확하다는 지적(스위스)이 있었고, 산파의 경우 통계를 산출하기 어려워 포함하지 않고 있다는 발언(일본)도 있었다. 또한 훈련 중인 간호사를 어떻게 분류할 것인지, 동시에 오전에는 간호사, 오후에는 정부근무 등 소위 이중직업을 가진 사람들의 분류법에 대해서도 논의가 있었다(추후 검토 필요).

### 바. 의료직 종사자의 보수(Remuneration of Health Professionals)

사무국은 의사와 간호사의 보수(remuneration) 산출작업을 제안하였는데, 봉급(피고용)인력과 비봉급(자영)인력, 일반의(GP)와 전문의로 나누어 네 가지 유형의 보수수준을 파악하되, 각 회원국에서 최소한 두 개 항목(cell)은 제출해줄 것을 요청하였다.

이에 대해 EC는 의료인력 보수의 국제비교는 물론 타 부문과의 비교작업도 필요하지만, 문제는 전체 보수와 사회보장세 및 보상적 급여(complementary salary)를 구분해내는 것이 어려울 뿐더러, 국가간 자료원(sources)과

측정방법(methods)의 차이로 인해 비교가능성을 확보한다는 것이 쉽지 않을 것이라고 지적하였다. 우리나라는 의사의 보수수준 자료는 정치적인 성격과 함께 정치적 과급효과가 적지 않고, 이러한 자료가 언론에 보도되었을 때의 반향을 고려하지 않을 수 없을 것임을 언급하였다. 동시에 자료의 정확성과 비교가능성이 무엇보다 중요하며, 기존의 보건프로젝트를 통해 제출되어 있는 수치는 일부 사례이고 전체 의사의 수입을 대변할 수 있는지는 자신할 수 없으므로 별도 작업에 의해 보충될 필요성이 있음을 환기시켰다.

한편 네덜란드는 2003년 유럽의 일반의(GP)와 전문의(Specialists)간 보수수준에 관한 비교조사를 실시한바 있는데, 동 조사결과 일의 양(workloads)과 보수수준간에는 상관관계가 없는 것으로 나타났다고 한다(네덜란드와 영국 의사의 보수수준이 높으며, 오스트리아의 전문의는 일의 부담은 크나 보수는 평균수준인 9만 유로에 불과).

### 사. 진료의 질 지표 개발(Quality of Care Indicators)

OECD는 현재 21개 회원국의 참여하에 암 생존율, 면역률, 진단율(screening rate) 등 17개 분야에 걸쳐 진료의 질 지표를 개발, 조사를 행하고 있다. 현재는 예방과 1차 진료, 환자안전, 정신건강, 심장질환, 당뇨 등 다섯 가지 우선분야를 선정, 5개 전문가패널을 운영 중에 있는데, 3차 전문가회의는 12월 2~3일

간 개최 예정으로, 추가적 지표설정문제, 패널 추가설치문제 등 이슈를 논의할 예정이다.

## 2. 보건계정(Health Expenditure Data) 전문가회의(9월 30일~10월 1일)

### 가. 의료비와 자원(Health Expenditure and Financing), SHA에 따른 국민보건계정의 이행작업

「OECD Health Data 2004」에는 한국을 포함한 27개국의 2002년도 국민의료비 수치가 수록되게 되었으며, 호주, 일본 및 터키의 경우는 아직은 2001년 수치까지만 수록되어 있다. 사무국은 2005년판 Health Data의 발간과 관련, 통계작성 방법론의 명확한 제시; 병원 지출과 입원진료지출간 명확한 구분; 입원 및 외래진료에 있어 당일진료, 재가진료, 부속서비스지출을 가능한 구분하여 작성해줄 것을 요청하였다.

현재 OECD 보건계정체계(System of Health Account: SHA)에는 우리나라를 포함, 13개국이 참여하고 있는데, 최근 이외에도 여러 국가에서 SHA에 따른 통계생산을 위한 작업이 이루어지고 있다. 이번 회의에서 포르투갈은 지난 1년간의 작업결과를 발표하였으며, 오스트리아, 벨기에, 프랑스 등 12개 국가에서도 관련 작업을 진행하고 있는 것으로 보고되었다. 차기 작업결과는 2006년 12월 발행될 예정인바, 이에는 시계열자료뿐 아니라 특

정 주제별 분석 또한 포함할 계획이다. 우리나라는 지난 1년여에 걸친 SHA작업의 결과 한국 의료제도내의 자금흐름을 보다 정확히 볼 수 있는 성과를 얻었으며, 약제비규모의 변화와 같이 정책적 의미가 큰 지표들을 보다 정확히 산출할 수 있게 되었음을 설명하였다.

### 나. ISIC와 CPC의 개정작업 현황

사무국은 UN 통계국에서 2007년 제출을 목표로 국제표준산업분류(ISIC) 및 CPC(Central Product Classification) 개정작업을 진행 중이라고 보고하면서, 이와 관련한 OECD 차원의 보건의료 관련 분류제안을 제시하였다. 사무국은 ISIC와 관련, “건강과 사회사업(Section Q)”을 77(보건활동), 78(거주진료서비스), 79(거주시설이 없는 사회사업활동)로 구분하자는 미국 제안에 대해, 이를 ① 77(보건활동), 78(노령자 및 장애인 주거진료서비스), 79(여타 주거진료서비스), 80(노령자 및 장애인 비주거사회사업) 및 81(여타 비주거사회사업)로 구분하거나, ② 78, 79가 노령자, 장애인, 부랑자 및 아동을 모두 포함하고 있으므로 이를 ‘노령자 및 장애인 대상 서비스’와 ‘기타 그룹 대상 서비스’로 구분하는 방안을 수정 제안하였다. CPC의 경우는 ① 보건서비스, 주거진료서비스, 비주거사회사업의 세 가지로 분류하거나, ② 보건서비스, 노령자 및 장애인 대상 주거진료서비스, 여타 주거사회서비스, 노령자 및 장애인 대상 비주거사회서비스, 여타 비주거

사회서비스의 다섯 가지로 분류하는 방안을 제시하였다.

이에 대해 대부분 회원국은 두 번째 대안은 현실적으로 어려우므로, 첫 번째 대안을 지지한다고 답변하였다(노령자·장애인과 여타 대상 구분 곤란).

#### 다. 장기진료지출 추계(Estimating Expenditure on LTC)

장기진료는 만성장애, 독립성·일상활동의 감퇴 등으로 인해 지속적 도움이 필요한 입원환자에 대해 행해지는 의료 및 간호서비스를 말하며, 전형적으로 의료 및 사회서비스가 혼합되어 있는데, 현재 의료비지출 통계는 의료서비스에 한하여 추계하고 있다. 그러나 많은 회원국이 이를 구분하여 통계를 생산하는 것이 불가능하다는 점을 지적함에 따라 국제비교가능성이 문제로 대두되고 있는 실정이다.

사무국은 ① 주거시설을 구비하고 저수준의 진료서비스를 제공하는 기관에 대한 공공지출을 LTC 통계에 포함하고, ② 가정간호(Nursing Home)지출은 제외하며, ③ 재가 및 지역진료센터의 LTC 지출은 제외하는 사례 등이 비교가능성 문제를 야기하고 있다고 설명하면서, 보다 정교한 정의와 통계방법론의 제시를 위해 사무국 초안을 마련, 관련 전문가회의를 개최하고, 2005년 말까지 새로운 파일럿 데이터와 정의 및 방법론 제안을 마련, 회원국 간 검토를 행하게 될 것이라고 제안하였다.

### 3. 2005 보건통계회의 결산

이번 보건통계회의에서 우리 대표단은 OECD 및 국내 보건통계에 대한 풍부한 경험과 지식을 바탕으로 모든 주제에 대해 적극적으로 논의를 주도하였다. 특히 병상 수(Beds) 관련 논의에서는 급성병상 통계를 작성하는데 있어 기능별 분류보다는 공급자별 분류가 보다 적절함을 제안해 긴급 추가의제로 채택되었으며, 또한 SHA에 적용하는 국제분류기준(ICHA)과 관련해서도 한의사의 분류를 위한 HP.3 세분류 개정, 고경자본 형성에 대한 새로운 방법론의 추가 등은 SHA 매뉴얼 개정에 앞서 시급히 다루어져야 할 문제라고 제안하여 상당한 공감대를 얻기도 하였다.

이와 관련, 최근 우리의 OECD 보건통계 제출률이 지속적으로 증가하고는 있으나, 아직도 OECD 회원국 평균을 밑돌고 있으며, 무엇보다 통계의 개선을 통해 정책의 질과 투명성을 높일 수 있다는 점에서, 앞으로도 통계 개선을 위한 적극적 기반조성, 투자가 요구된다고 본다. 특히 우리나라의 급속한 고령화속도, 의료비지출 증가추세와 이 분야에 대한 관심과 중요도가 높아지고 있는 점을 고려할 때, 앞으로도 정책실무 책임자와 보건통계 전문가 등 관련 연구기관 전문가가 지속적으로 참여하는 가운데 국제동향 파악, 전문가 양성 및 이를 통한 정책의 시너지효과를 도모할 필요성이 크다고 본다. 동시에 이 같은 과정을 통해 우리에게 필요한 내용이 OECD에서 토론될 수 있도록 주도하고 그 과정에서 정책시

사점을 발굴하기 위한 노력이 함께 필요하다고 판단된다.

【정형우 주OECD대표부 1등서기관  
alshine@hanmail.net】