일본의 의료제도 구조개혁

김명중 (일본경제연구센터 연구원)

■ 머리말

일본에서는 의료보험제도의 재정 안정화와 지속적인 유지를 목적으로 의료제도개혁 관련법을 통과시켜 개혁 작업을 진행하고 있으며 그 중 일부가 2006년 10월 1일부터 실시되었다. 이 법은 정부와 여당을 주축으로 하는 의료개혁협의회의 결정에 따라 중장기적 단기적인 대책에 의한 의료비 적정화와 새로운 고령자의료제도의 창설, 보험자의 재편 및 통합 등을 그 중심 내용으로 하고 있다. 따라서 본고에서는 최근 일본의 의료비 동향과 의료제도 구조개혁의 중심 내용을 살펴보는 것을 그 목적으로 한다. 급속한 인구고령화와 이에 따른 의료비 증가가 서서히 사회적인 문제로 대두되고 있는 한국에 있어서 본고의 내용이 향후 한국의 의료제도 개혁에 조금이나마 참고가 되기를 바라는 바이다.

■ 의료제도 구조개혁의 기본 방향

인구고령화와 의료비 증가, 장기간의 경기불황, 국민생활과 의식 변화 등은 일본이 의료제도의 구조개혁을 실시한 주된 요인이라고 할 수 있다.

이러한 구조개혁은 ① 기존의 의료보험제도의 지속적인 유지 ② 의료비 적정화의 실현 ③ 의료비의 급부와 부담에 대한 관계의 명확화를 기본 방침으로 하고 있다. 일본의 의료제도 개혁은 관

계 당사자가 전원 참가하는 것에 의해 의료비를 적정화하고, 급부와 부담의 관계가 공평하고 투명한 국민 중심의 제도 구축을 지향하고 있으며, 그 자세한 내용은 다음과 같다.

① 도도부현[1] 단위를 중심으로 하여 예방, 의료제공, 의료보험에 관한 정책을 유기적으로 연동한다.
② 정부, 지방자치단체(도도부현 및 시정촌[2]) 를 포함한 의료보험자, 의료기관, 환자(피보험자) 등이 각각의 역할을 담당한다.
③ 향후 국민건강과 의료의 방향성을 전망하고 국민의 생활의 질을 향상시킴과 동시에 의료의 효율화와 의료비 적정화를 실현한다.
④ 급부와 부담의 관계가 공평하고 투명한 국민 중심의 의료구조 개혁을 지향한다.

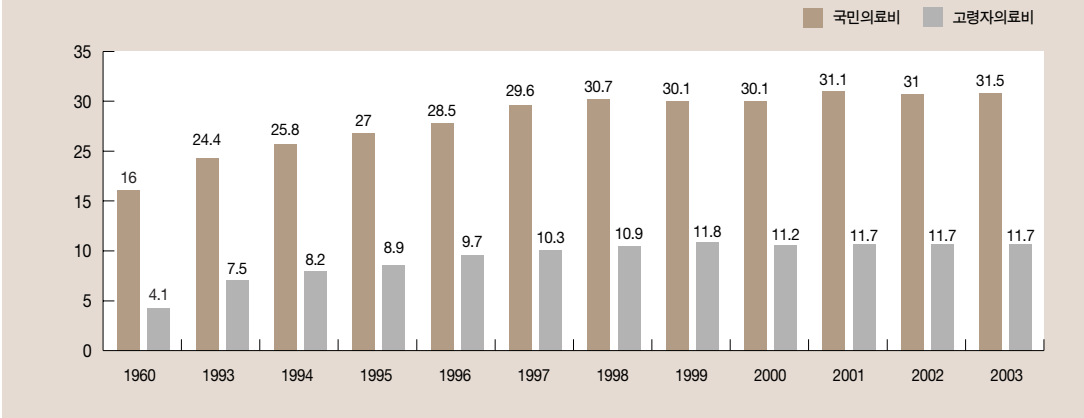
■ 일본의 의료 및 의료비 동향

현재 일본에서는 당뇨병 등 생활습관병 환자가 계속해서 증가하고 있는데 이러한 생활습관병은 연령 증가에 따라 뇌경색 또는 심근경색 등으로 악화되어 입원까지 이르는 사례가 증가하고 있어 의료비 증가의 중요한 원인이 되고 있다. 따라서 일본 정부는 생활습관병에 대한 대책을 마련하고 의료비 상승의 원인이 되는 고령자의 사회적 입원을 포함한 장기 입원을 시정하는 등 중장기적인 의료비 적정화를 위한 기본 방침을 구상하고 있다.

[그림 1]은 일본의 국민의료비와 고령자의료비의 동향을 나타내고 있다. 1960년에 16조 엔으로 국민소득 대비 6.1%에 불과하던 일본의 국민의료비는 소득의 향상, 의료 이용의 증가, 고령화의 진전, 고가 의료장비의 증가 등 의료비 상승 요인으로 인해 2003년에는 31.5조 엔으로 국민소득 대비 8.6%까지 증가하였다. 또한 1960년에 4.1조 엔으로 국민의료비의 25.4%를 차지하던 고령자의료비도 고령화의 진전과 함께 계속해서 증가하여 2003년에는 11.7조 엔으로 국민의료

1) 도도부현(都道府縣) : 한국의 도(道)에 해당하는 일본의 행정구역.
2) 市町村.

[그림 1] 일본의 국민의료비와 고령자의료비의 동향



자료 : 厚生労働省(2006), 「医療構造改革の目指すもの」.

비의 36.9%를 차지하게 되었다.[3] 물론 다른 OECD 가맹국들과 비교해 보면 일본의 국민소득 대비 의료비는 한국과 마찬가지로 상당히 낮은 수준에 머물러 있다고 할 수 있다.[4] 일본의 의료비가 낮은 이유로는 일본의 의료보험조합이 건강보험과 국민건강보험, 공제조합 등으로 나누어져 있는데도 불구하고 의료의 가격이 부담 능력이 가장 낮은 의료보험조합에 맞추어 결정되는 등 가격이 일률적인 점과, 의사나 간호사 수(인구 1만 명당)가 다른 나라에 비해 적은 점, 그리고 동양적인 유교사상을 바탕으로 한 가족 중심의 개호(介護)가 실질적으로 의료비 산출에 계산되고 있지 않은 점 등을 들 수 있다.

3) 厚生労働省(2006), 「医療構造改革の目指すもの」.
4) OECD Health Data(2006)에는 2003년도의 일본의 국민소득 대비 의료비 비율이 8.0%(2003년)로 기록되어 있다. 미국 15.3%(2004년), 스위스 11.6%(2004년), 프랑스 10.5%(2004년), 포르투갈 10.0%(2004년).

■ 의료비 적정화를 위한 종합적인 대책 추진

의료비 적정화 계획은 ① 향후 국민 건강과 의료의 나아갈 방향을 전망하고 국민의 생활의 질 향상과 의료의 효율화를 도모하여 의료비 증가율을 조금씩 하향 조정하는 중장기적인 대책과 ② 공적보험 급부의 내용과 범위를 조정하고, 진료 보수를 개정하는 등 공적 의료보험 급부비의 증가를 직접적으로 억제하는 단기적인 대책으로 나누어진다.

중장기적인 의료비의 적정화

의료비 적정화 계획에 바탕을 두고, 관계 당사자의 참가에 의한 중장기적인 의료비 적정화를 추진함과 동시에, 공적 보험급부의 내용 및 범위의 수정 등 단기적인 대책을 조합하여, 국민적 합의를 얻고 의료비의 적정화를 추구하는 것을 목적으로 하고 있다. 정부는 지방자치단체가 의료비 적정화 정책을 계획하는 데에 참고가 될 수 있도록 의료비 적정화에 대한 정책 목표에 대한 기준을 설정하고 지방자치단체 및 의료기관 등 관계 당사자의 역할을 명확히 제시하여야 한다.

고령자의 본인부담 비율 인상

현역세대 수준의 소득이 있는 70세 이상 고령자의 본인부담 비율이 기존의 20%에서 30%로 인상된다(2006년 10월). 즉 지금까지 일률적으로 약자로 분류되었던 고령자를 소득수준에 따라 분리하여, 현역세대와 동일한 소득수준과 생활수준을 유지하고 있는 고령자는 현역세대와 동일한 부담을 가져야 한다는 방침이 고령자의 본인부담 비율을 개정한 주된 이유이다.

2006년 8월에 실시된 세제 개정에 의해 고령자 부부세대의 현역세대 수준의 연간 수입 기준은 기존의 620만 엔 이상에서 520만 엔 이상으로 하향 조정되었는데(단 신세대의 경우 383만 엔 이상), 이로 인해 약 80만 명의 고령자가 본인부담 비율 30%의 대상에 추가되게 되었다. 또한 2008년 4월 부터는 70세에서 74세까지의 일반 소득자 및 주민세 비과세 대상의 저소득 고령자에 대

해서도 본인부담 비율이 기존의 10%에서 20%로 인상된다. 단, 75세 이상 초(超)고령자의 일반 소득자 및 저소득 고령자의 본인부담 비율은 현재의 10%가 그대로 유지된다.

식비 및 거주비 개정

만성적인 질병으로 요양병원 등에 장기 입원하고 있는 70세 이상 환자의 식비와 거주비가 인상된다. 이 개정은 사실상 개호를 목적으로 입원해 있는 고령자를 병원이나 자택으로 유도해 국민의료비 증가의 커다란 요인인 사회적 입원을 줄이는 것을 목적으로 하고 있다. 현재 한 끼당 260엔(월 약 24,000엔)인 환자부담은 2006년 10월 1일부터 한 끼당 460엔(월 42,000엔)으로 인상되어, 여기에 광열수도비 등 거주비 1만엔 을 합치면 월 52,000엔으로, 기존에 비해 월 28,000엔 정도 환자부담이 증가할 것으로 예상되고 있다. 더욱이 새로운 고령자 의료제도가 시행되는 2008년부터는 식비와 거주비에 대한 개정안이 65세에서 69세까지의 고령자에게 확대되는 등 전 고령자가 이 제도의 적용을 받게 된다. 단, 인공호흡기를 사용하고 있거나 사지가 마비되어 입원이 필요한 환자의 경우에는 기존의 방침이 적용되며, 주민세 비과세 등 저소득층은 연금 수입에 따라 부담이 경감된다.

본인부담액 상한제 개정

암 치료 등에 필요한 고액 의료비는 1 개월을 기준으로 본인부담액에 상한이 설정되어 있는데, 현역세대와 고령자 세대에 대한 상한액이 2006년 10월 1일부터 모두 인상되었다. 본인부담액의 상한은 정액분과 정액분을 기준으로 하여 산출되는 변액분을 합쳐 결정된다. 본인부담액의 상한액은 70세 미만인 자와 70세 이상인 자를 구분하여 실시되며 그 자세한 내용은 <표 1>과 <표 2>를 참고하기 바란다.

〈표 1〉 본인부담액 상한제도의 변경 (70세 미만인 자)

	2006년 9월 30일까지	2006년 10월 1일부터
고소득자 (월수 56만 엔 이상)	139,800 엔 +(의료비총액 - 466,000 엔)×1% 〈77,700 엔〉	150,000 엔 +(의료비총액 - 500,000 엔)×1% 〈83,400 엔〉
일반소득자	72,300엔 +(의료비총액 - 241,000 엔)×1% 〈40,200 엔〉	80,100 엔 +(의료비총액 - 267,000 엔)×1% 〈44,400 엔〉
저소득자	35,400 엔 〈24,600 엔〉	35,400 엔 〈24,600 엔〉

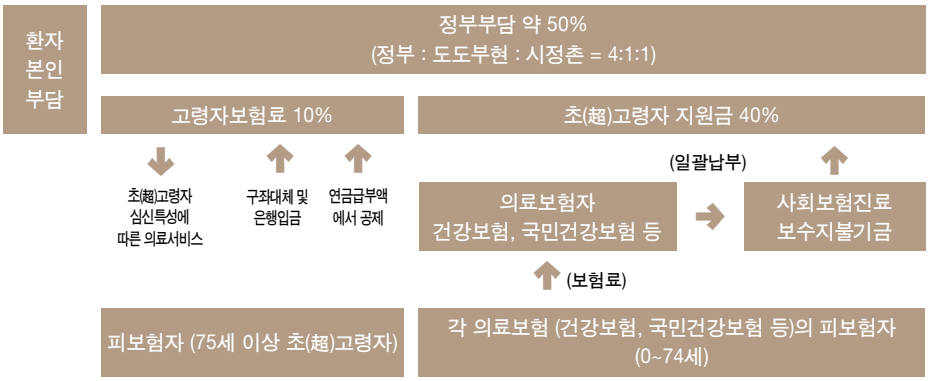
주 : ① < >내의 금액은 과거 12개월간 동일 세대에 대한 고액 진료비의 지급이 3회 이상 발생했을 경우의 4회째 기준액
② 2006년 10월 1일부터의 고소득자 기준 : 월수 53만 엔 이상으로 변경
자료 : 일본 후생노동성 홈페이지 http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01

〈표 2〉 본인부담액 상한제도의 변경 (70세 이상인 자)

		2006년 9월 30일까지		2006년 10월 1일부터	
		외래(개인별)	1 개월당 본인부담액 상한액	외래(개인별)	1 개월당 본인부담액 상한액
현역세대 수준의 소득자 (과세소득 145만 엔 이상)		40,200 엔	72,300 엔 +(의료비총액 - 361,500 엔) ×1% 〈40,200 엔〉	44,400 엔	80,100 엔 +(의료비총액 - 267,000 엔) ×1% 〈44,400 엔〉
일반소득자		12,000 엔	40,200 엔	12,000 엔	44,400 엔
저소득자	II	12,000 엔	24,600 엔	12,000 엔	24,600 엔
	I (연금수입 80만 엔 이하 등)		15,000 엔		15,000 엔

주 : < >내의 금액은 과거 12개월간 동일 세대에 대한 고액 진료비의 지급이 3회 이상 발생했을 경우의 4회째 기준액
자료 : 일본 후생노동성 홈페이지 http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01

[그림 2] 초(超)고령자의료제도의 구조



자료 : 일본 후생노동성 홈페이지 http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01

■ 초(超)고령자의료제도의 시행

75세 이상의 초(超)고령자 전원이 가입하는 공적의료보험제도가 2008년부터 실시된다. 보험료는 가입자 전원으로부터 징수하며, 징수관련 업무는 시정촌이 담당하고 재정운영은 전 시정촌이 가입하는 도도부현 단위의 광역연합이 담당한다. 재정은 75세 이상 고령자의 보험료 10%, 정부부담 50%, 74세 이하가 가입하는 각 건강보험으로부터의 지원금 40%로 운영될 예정이다. 대상자 수는 75세 이상 초(超)고령자 약 1,300만 명으로 초(超)고령자에 대한 의료비 11.4조 엔을 급부비 10.3조 엔과 환자부담 1.1조 엔으로 충당할 방침이다. 보험료는 광역연합별로 결정되는데 후생노동성은 2008년도 제도 발족시의 보험료를 후생연금의 평균 연금액 수급자의 경우 1인당 월 6,200엔(전국 평균)으로 설정하고 저소득자의 보험료를 3단계로 경감할 방침이다.

보험료는 전원이 납부하는 정액 부분과 소득에 따라 보험료 납부 금액에 차이를 둔 소득비례 부분으로 구분된다. 후생연금의 평균 연금액 수급자(1년 208만 엔)의 보험료 표준 모델은 정액 부분과 소득비례 부분에 대한 보험료로 각각 3,100엔씩 총 6,200엔을 납부하도록 되어 있다. 반면 수입이 일정액 이하인 경우 정액 부분의 보험료가 하향 조정(3단계)되며, 소득비례 부분의 보

험료도 경감된다. 후생연금의 기초연금 수급자의 보험료는 월 900엔으로 예상하고 있다.

후생노동성의 보험료 계산 모델은 아내가 기초연금을, 남편이 후생연금을 수급하는 세대의 연금 급부액의 단순 합계가 302만 엔 미만인 경우, 소득비례 부분의 보험료는 전액 면제되고, 정액 부분도 20% 경감(월 보험료 2,500 엔)되도록 설정되어 있다.[5] 단 상기의 보험료는 어디까지나 후생노동성의 시산으로, 실제 보험료가 수입이 아닌 각종 공제액을 적용한 소득을 기준으로 계산되는 점과 보험료가 운영 주체인 지역자치단체의 재정상황 등에 의해 결정되는 점을 고려하면 실제 보험료는 후생노동성의 보험료와 다소 차이가 발생할 수 있다.

■ 보험자의 재편 및 통합

국민건강보험

국민건강보험은 도도부현 단위로 보험 운영을 추진하기 위해 보험재정의 안정화와 보험료 평준화를 촉진하는 관점에서 도도부현 내의 시정촌의 갹출에 의해 의료비를 충당하는 공동사업의 확충을 도모한다. 또한 보험자 지원제도 등 국민건강보험 재정기반 강화책을 공비 부담을 포함하여 종합적으로 개정한다(2008년도).

정부관장 건강보험

정부관장 건강보험에 대해서는 정부와는 별도의 전국 단위의 공법인(公法人)을 보험자로 설립하고, 도도부현별로 지역의 의료비를 반영한 보험료율을 설정하는 등 도도부현 단위의 재정 운영을 기본으로 한다(2008년도).

5) 수입 감소에 따라 정액 부분의 감액률은 50%(보험료 1,500 엔), 70%(보험료 900 엔)까지 조정된다.

건강보험조합

건강보험조합에 대해서는 규제완화 등을 통해 재편 및 통합을 추진한다. 또한 동일 도도부현 내의 건강보합의 재편 및 통합을 위해 기업 및 업종을 넘어선 지역형 건강보험조합의 설립을 인정한다(2006년도).

■ 진료보수체계의 개정

2006년 진료보수체계 개정에 있어서 개정률은 진료보수 본체가 1.36%, 약가가 1.8%로 전체 3.16%가 하향 조정되었는데 이는 과거 최대의 하향 폭이라고 할 수 있다. 2006년 진료보수 개정에서는 ① 기본 방침에 따라 환자가 이해하기 쉽고, 환자의 생활의 질을 향상시킬 수 있는 의료를 실현하는 시점 ② 질 높은 의료를 효율적으로 제공하기 위한 의료 기능의 분화 및 연계를 추진하는 시점 ③ 향후 일본이 중점적으로 대응해 나아가야 된다고 판단되는 영역의 평가방법에 대해 검토하는 시점 ④ 의료비를 배분하는 데 있어서 효율화가 가능하다고 판단되는 영역의 평가 방법에 대해 검토하는 시점에 대해 개정 작업이 진행되었다. 시점별 주된 내용은 다음과 같다.

1) 기본 방침에 따라 환자가 이해하기 쉽고, 환자의 생활의 질을 향상시킬 수 있는 의료를 실현하는 시점

- 진료보수 체계의 간소화
- 의료비의 내역을 알 수 있는 영수증의 교부
- 환자의 시점을 중시 : 예)세컨드 오피니언(second opinion)을 요구하는 환자나 가족에 대해 진료에 관한 정보를 제공하는 경우 재평가
- 생활습관병 등 중증화 예방에 대한 재평가 : 예) 금연을 희망하는 니코틴 의존증 환자에 대해 일정 기간의 금연 지도를 한 경우 재평가

2) 질 높은 의료를 효율적으로 제공하기 위한 의료 기능의 분화 및 연계를 추진하는 시점

- 재택 의료에 대한 평가 : 예) 중증도, 치료의 난이도가 높은 환자에 대한 방문간호에 대해서 평가를 상향 조정
- 초진 및 재진에 대한 평가 : 예)초진료에 대한 병원의 평가를 상향 조정하고, 진료소의 평가를 하향 조정하여 병원과 진료소의 점수를 통일한다.
- DPC(일본판 포괄수가제) 관련 평가 : 예)급성기 입원 의료에 대해 DPC에 의한 지급대상 병원을 확대한다.
- 재활 프로그램에 대한 평가 : 예)현행 체계를 뇌혈관 질환 등에 대한 재활, 운동기에 대한 재활, 호흡기에 대한 재활 및 심혈관 질환에 대한 재활의 4개 질환의 평가체계로 수정한다.

3) 향후 일본이 중점적으로 대응해 나아가야 된다고 판단되는 영역의 평가 방법에 대해 검토하는 시점

- 소아의료 및 소아 구급의료에 대한 평가 : 예)심야 소아 구급의료의 대응체제에 대한 평가 충실
- 산부인과의료에 대한 평가 : 예)만혼화에 의한 출산의 고령화 등에 의한 하이 리스크 분만의 증가에 대응하기 위해 산부인과 체제가 정비되어 있는 병원에 있어서의 하이 리스크 임산부에 대한 분만 관리를 재평가
- 의료의 IT화와 관련된 평가 : 예)의료의 IT화를 집중적으로 추진하는 관점에서 의료의 IT화에 대해서 한시적으로 재평가

4) 의료비를 배분하는 데 있어서 효율화가 가능하다고 판단되는 영역의 평가 방법에 대해 검토하는 시점

- 입원시 식사에 대한 평가 : 예) 입원시 식사에 대한 비용으로서 1일당 비용을 설정하여 실제로 제공되는 식사 수와 관계없이 1일 단위로 평가를 실시하고 있는 현행 시스템을 수정하여 한 끼당 비용을 설정, 실제로 제공된 식사 수에 따라 평가를 실시한다.
- 검사와 관련된 평가 : 예)생체검사료의 검사 난이도 등을 고려하여 평가를 수정

〈표 3〉 2006년의 진료보수 개정 및 건강보험법 개정을 실시하지 않을 경우의 재정부담(2008년)

	(75세 미만)				(75세 이상) 초(超)고령자	의료보험 협계	정부부담		
	정부관장 건강보험	조합관장 건강보험	공제조합	국민건강 보험			중앙정부	도도부현	시정촌
소요보험료 (단위 : 억 엔)	60,900	53,000	18,500	32,900	8,800	178,200	77,300	17,000	10,700
가입자 수 (단위 : 만 명)	3,400	2,800	900	3,800	13,000	12,700			
가입자 1인당 소요보험료 (단위 : 만 엔)	17.9	18.9	20.5	8.6	6.7	14.1			

자료 : 일본 후생노동성 홈페이지 http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01

〈표 4〉 2006년의 진료보수 개정 및 건강보험법 개정을 실시했을 경우의 재정부담(2008년)

	(75세 미만)				(75세 이상) 초(超)고령자	의료보험 협계	정부부담		
	정부관장 건강보험	조합관장 건강보험	공제조합	국민건강 보험			중앙정부	도도부현	시정촌
소요보험료 (단위 : 억 엔)	57,400	52,400	17,500	30,500	8,100	169,900	71,600	16,500	10,100
가입자 수 (단위 : 만 명)	3,400	2,800	900	3,800	13,000	12,700			
가입자 1인당 소요보험료 (단위 : 만 엔)	16.9	18.7	19.4	7.9	6.1	13.4			

자료 : 일본 후생노동성 홈페이지 http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01

■ 의료제도 개혁 실시 전후의 재정부담

<표 3>과 <표 4>는 각각 2006년도에 진료보수 개정 및 건강보험법 개정을 실시하지 않았을 경우와 실시했을 경우의 2008년도의 재정부담을 건강조합별로 나타내고 있으며, <표 5>는 개정

〈표 5〉 진료보수 개정 및 건강보험법 개정에 의한 효과

	(75세 미만)				(75세 이상) 초(超)고령자	의료보험 협계	정부부담		
	정부관장 건강보험	조합관장 건강보험	공제조합	국민건강 보험			중앙정부	도도부현	시정촌
소요보험료 (단위 : 억 엔)	△ 3500	△ 600	△ 1000	△ 2400	△ 700	△ 8300	△ 5700	△ 500	△ 600
가입자 1인당 소요보험료 (단위 : 만 엔)	△ 1.0	△ 0.2	△ 1.1	△ 0.7	△ 0.6	△ 0.7			

자료 : 일본 후생노동성 홈페이지 http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01

에 의한 효과이다. 전체적으로 개정을 했을 경우가 소요보험료와 가입자 1인당 소요보험료에 대한 재정부담이 감소하고 있으며, 이러한 효과는 고령자 비율이 상대적으로 높고 재정상태가 열악한 국민건강보험과 중소기업 등이 가입하는 조합관장건강보험에서 더 크게 나타나고 있다.

■ 결론

본고에서는 2006년 10월부터 본격적으로 실시된 일본의 의료보험제도의 개혁안에 대해서 살펴보았다. 의료보험제도 개혁의 핵심은 계속적으로 증가하는 의료비의 증가를 최대한 억제하여, 영구적으로 지속가능한 재정 기반을 구축하는 데에 있다고 볼 수 있다. 특히 전체 의료비 지출의 상당 부분을 차지하고 있는 고령자에 대해서는 지금까지의 고령자는 약자라는 개념에서 벗어나 고령자라 하더라도 일정 수준 이상의 소득이 있는 경우에는 현역세대와 동등하게 의료비를 부담하도록 개정한 점은 의료제도에 대한 구조개혁의 가장 큰 특징이라고 볼 수 있다. 향후 급속한 인구고령화로 고령자의 비율이 일본을 넘어설 것으로까지 예상되고 있는 한국의 상황에서 일본의 의료제도 개혁은 한국의 향후 의료보험제도 개혁에 많은 점을 시사하고 있다고 볼 수 있다. KLI

참고문헌

- OECD Health Data(2006).
- 權丈善一(2006),『医療年金問題の考え方 − 再配分政策の政治経済学Ⅲ』.
- 「特集後期高齢者は獨立保險で保險料 1, 支援金 4, 公費 5割」,『週刊社會保障』, Vol. 59, No. 2354.
- 厚生労働省(2005),「医療保險制度改革試案」.
- 厚生労働省(2006),「医療構造改革の目指すもの」.
- 藤田伍一(2006),「後期高齢者医療制度の創設」,『週刊社會保障』, Vol.60, No. 2383.