

국제비교를 통해 본 일본의 의료비 및 거시경제적 효율성

Japan's Health Expenditure and its Macro-economic Efficiency in the International Context

丁 炯 先 Project Manager, Social Policy Division, OECD

의료제도의 '거시경제적' 효율성은 의료서비스를 위한 지출이 여타 재화와 용역을 위한 지출 수준에 비해 적절한 규모인지에 관한 논의와 관련되며, '미시경제적' 효율성은 의료자원의 투입-산출 비율에 관한 논의와 관련된다. 대체로 한 나라 의료제도의 거시경제적 효율성을 직접적으로 측정해 내는 것은 거의 불가능에 가깝다. 여타 재화와 용역을 위한 지출의 한계효용과 동일한 한계효용을 가지는 의료비 지출규모가 무엇인지는 그 나라 국민 내지 정부의 총의적 판단에 의존하게 되니 객관적인 수치로 단정하기 힘들기 때문이다. 본고에서는 일본 의료제도의 성과를 실질적인 투입-산출 측면보다는 이를 뒷받침하는 '의료비의 흐름'을 관찰, 분석함으로써 일본의료제도의 performance를 보고자 했으며, 특히 국제비교를 통해 함의를 얻고자 시도했다. 이로써 일본 의료제도의 거시경제적 효율성을 살펴보고 그러한 결과가 일본 의료제도의 어떠한 특성에 기인한 것인지도 생각해보고자 한다.

1. 머리말

의료시스템은 여러 가지 기능을 가진다. 그 중에서도 진료실이나 병상에서 의사를 비롯한 각종 의료인력이 제공하는 의료서비스를 통해 환자를 치료함으로써 정상적인 사회생활이 가능토록 하는 것은 가장 기본적인 기능일 것이다. 이러한 이유로 한 나라의 의료시스템 평가는 의료인력과 병상시설, 이를 통해 제공되는 외래, 입원 및 투약 그리고 그 결과로서의 건강에 대한 영향 등에 대한 관찰이 출발점이 된다. 하지만 한편으로 이러한 '물적 자원'의 투입, 산출은 이를 원활히 하기 위한 '돈'의 흐름에 의해 뒷받침되며, 이러한 '돈'의 흐름은 때로 단지 '물적 자원'의 투입, 산

출 구조만으로는 설명하기 힘든, 어느 정도 별도의 논리로 전개되기도 한다. 따라서 어떻게 구성된 어느 정도의 자금이 어떤 경로를 통해서 얼마나 그 가치(value for money)를 발휘하면서 의료시스템 안에서 흐르고 있는지를 파악하는 것이 의료시스템 성과 측정에 있어 또 하나의 다른 축을 형성하게 되는 것이다. 본고는 주로 후자 즉, '의료비의 흐름'을 관찰, 분석함으로써 일본 의료제도의 performance를 보고자 했으며 특히 국제비교를 통해 힌트를 얻고자 시도했다. 아울러 일본 의료제도의 거시경제적 효율성을 살펴보고 그러한 결과가 일본 의료제도의 어떠한 특성에 기인한 것인지도 생각해보고자 한다¹⁾.

2. 일본의 국민의료비와 OECD의 총의료비 (Total Health Expenditure)

일본의 후생(노동)성은 1954년 이후 일년에 한 번씩 국민의료비를 발표해 왔다. 국민의료비는 그간 의료보험에서의 진료비 총 규모나 그 구성의 시계열적 변화를 보여줌으로써 일본의 의료보험 정책을 위한 좋은 참고자료를 제공했다. 특히 국민의료비 총액 규모와 그 구성요소에 관한 정확한 자료는 1980년대 이후 일본 의료정책 내지 의료보험 정책의 목표가 되어온 의료비 억제책의 개발 및 시행에 기여한 바 크다. 국민의료비에는 이러한 순기능이 있는 반면에 그 개념이 철저히 일본의 의료보험제도를 중심으로 한 것이기 때문에 그대로 국제비교에 사용할 수 없는 문제가 있다. 따라서 국제비교를 위해 사용할 때는 그 포괄 범위를 재구성하는 절차가 필요하다. 그러나 그 동안 국제기준과의 이러한 차이에 대한 이해 부족으로 인해 일본의 정책 담당자는 물론 학자들 사이에, 그리고 일본인은 물론 일본 내부 사정에 접근하기 힘든 외국인들에게, 일본의 의료비 규모를 둘러싸고 상당한 혼란이 초래되었던 것 또한 사실이다.

일본 후생노동성의 국민의료비는 환자의 본인 부담부분은 포함하고 있으나, OTC 약재비용, 비급여 치과비용, 고급병실 이용료 등 비급여에 해당하는 부분은 포함하고 있지 않다. 또한 공중보

건을 위한 각종 지출이나 의료시설 등에 대한 투자지출도 포함하지 않는다. 그 결과 <표 1>에서 보듯이 OECD Health Data에 나오는 일본의 총의료비(THE: Total Health Expenditure) 수치보다 20% 이상 작다. 또한 OECD의 일본 THE 수치 또한 국민경제계산을 이용해 하향방식으로 산출해 왔기 때문에 OECD 'System of Health Accounts, (SHA)'에서 요구하고 있는 기준과는 거리가 있었다. OECD Health Data 2001에서는, 1998년에 한해서이지만, 처음으로 SHA 기준을 따른 THE의 산출을 시도했다. 이렇게 추계된 1998년 THE는 37조 1천억엔으로 OECD Health Data 2000에서 국민계정에 따라 산출되었던 37조 8천억엔보다 약간 줄어들었다. 그러나 이러한 새로운 1998년 추계에 SHA 방식이 얼마나 충실히 적용되었는지 아직 충분히 검토되지 않았고, 또한 SHA 방식이 적용되지 않은 1997년 이전의 수치와는 단절이 있기 때문에, 본고에서는 1998년 의료비로 기존의 추계와 새로운 추계를 병행하여 사용, 분석을 하고자 한다.

3. 일본 의료비의 분석

1) 1인당 의료비

1998년 일본인 1인당 THE는 미국달러 표시 구매력으로 환산할 때 1822달러(2001년 데이터에 따르면 1795달러)에 해당한다. 이는 OECD

1) 일본 의료제도에 있어서 '물적 자원'의 투입-산출구조와 의료비의 흐름을 동시에 살펴본 것으로 Jeong, H.S. and Hurst, J., "An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System", *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No.56, OECD, Paris, 2001. 참고

표 1. 일본의 국민의료비와 총의료비(Total Health Expenditure)

연 도	국민의료비 (billion Yen)	총의료비(THE) (billion Yen)	백분율 차이
1970	2,496	3,339	25%
1975	6,478	8,378	23%
1980	11,981	15,657	23%
1985	16,016	21,627	26%
1990	20,607	26,113	21%
1995	26,958	34,820	23%
1998	29,825	37,800(37,121) ¹⁾	21%

주: 1) 괄호 밖의 수치는 OECD Health Data 2000에 발표되었던 1998년 THE이며,

괄호 안의 수치는 OECD Health Data 2001에서 발표된 1998년 THE임.

자료: OECD, *OECD Health Data 2001*, 2001.

일본 후생(노동)성, 『국민의료비』 1998.

평균 1701달러보다는 높지만 일본과 비슷한 경제 수준인 G7 국가의 평균 2192달러보다 낮은 편이고, 4165달러인 미국의 절반에도 못 미치는 수준이다(그림 1 참조).

1인당 의료비는 1970년대에는 7.1%로 높은 실질증가율을 보였으나, 1980년대에는 2.7%로 떨어졌다가 1990년대에는 다시 4.0%로 반등했다(그림 2 참조). 이는 같은 기간 동안 각각 5.6%, 3.0%, 2.9%로 실질증가율이 계속 떨어져 온 OECD 평균과 대비되는데, 특히 1990년대는 일본 실질의료비가 OECD 국가들의 평균보다 약간 빠른 속도로 증가했다.

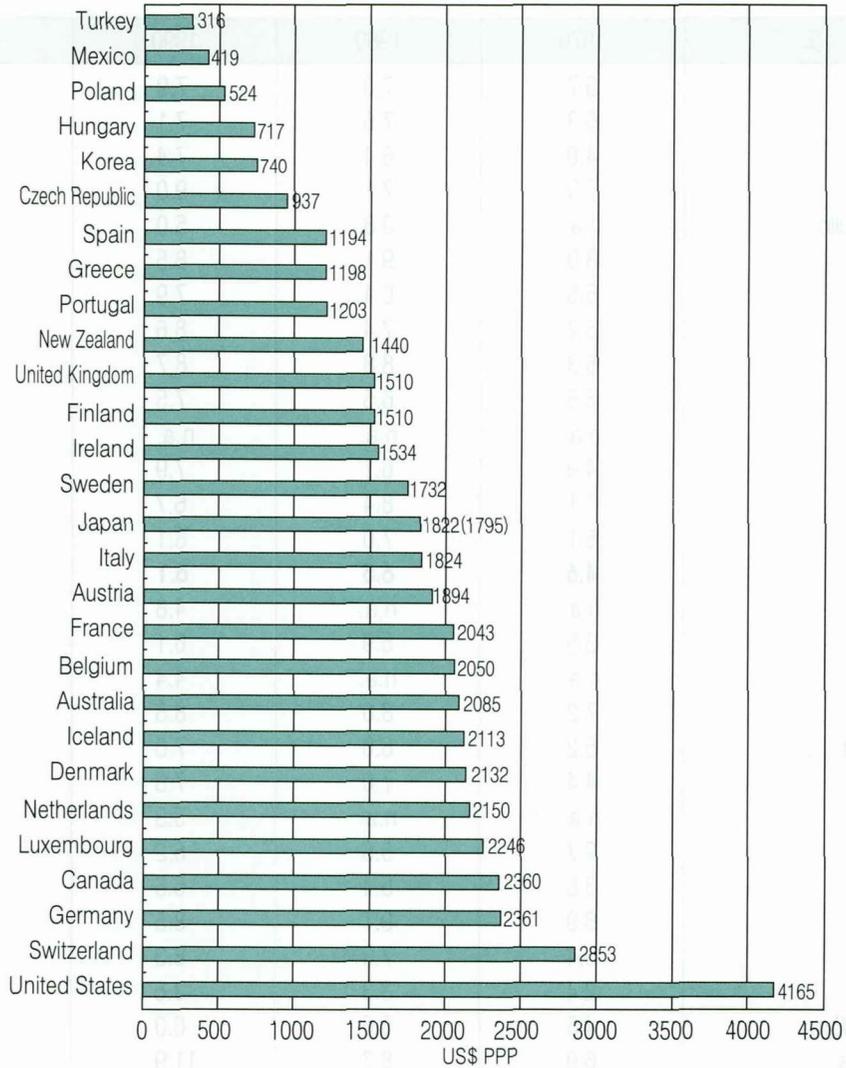
2) 국민총생산(Gross Domestic Product) 대비 총의료비

〈표 2〉에서 보듯이 1998년 일본의 GDP 대비 THE는 7.6%(7.4%)로 G7국가 평균 9.5%보

다는 물론이거니와 OECD 평균 7.9%보다도 낮다. 일본의 GDP 대비 THE는 1인당 THE의 경우와 마찬가지로 1980년대에 증가했다가 1990년대에는 약간 감소했고 1998년에는 다시 증가했다.

이러한 시계열적 변화는 앞에서 본 의료비 증가율뿐 아니라 일반 경제의 성장률과도 함께 관련되는데, 〈그림 2〉는 이 관계를 분석적으로 보여준다. 특히 1970년대와 1990년대를 비교해 볼 때, 1970년대에는 GDP 증가율에 비해 의료비 증가율이 뚜렷이 높았지만 1990년대에는 의료비의 증가 외에도 GDP 증가율의 감소가 두드러진다. 즉, 1970년대의 GDP 대비 의료비 증가는 의료비의 증가가 주도했다고 한다면 1990년대의 증가는 일본 경제의 성장 둔화가 주도한 측면이 강하다.

그림 1. 각국별 일인당 의료비¹⁾(1998)



주: 1) 일본은 OECD Health Data 2000의 수치임.
 자료: OECD, OECD Health Data 2001, 2001.

표 2. 국내총생산(GDP) 대비 총의료비(1970~1998)

(단위 : %)

연 도	1970	1980	1990	1998
Australia	5.7	7.0	7.9	8.6
Austria	5.3	7.6	7.1	8.0
Belgium	4.0	6.4	7.4	8.6
Canada	7.0	7.1	9.0	9.3
Czech Republic	n.a.	3.8	5.0	7.1
Denmark	8.0	9.1	8.5	8.3
Finland	5.6	6.4	7.9	6.9
France	5.7	7.4	8.6	9.4
Germany	6.3	8.8	8.7	10.3
Greece	5.6	6.5	7.5	8.4
Hungary	n.a.	n.a.	n.a.	6.8
Iceland	4.9	6.1	7.9	8.4
Ireland	5.1	8.4	6.7	6.8
Italy	5.1	7.0	8.1	8.2
Japan¹⁾	4.6	6.5	6.1	7.6(7.4)
Korea	n.a.	n.a.	4.8	5.1
Luxembourg	3.5	5.9	6.1	6.0
Mexico	n.a.	n.a.	4.4	5.3
Netherlands	7.2	8.0	8.5	8.7
New Zealand	5.2	6.0	7.0	8.1
Norway	4.4	7.0	7.8	8.6
Poland	n.a.	n.a.	5.3	6.4
Portugal	2.7	5.6	6.2	7.7
Spain	3.6	5.4	6.6	7.0
Sweden	6.9	9.1	8.5	7.9
Switzerland	5.4	7.3	8.3	10.4
Turkey	2.4	3.3	3.6	4.8
United Kingdom	4.5	5.6	6.0	6.8
United States	6.9	8.7	11.9	12.9
G-7 average	5.5	7.1	7.8	9.5
20-country average ²⁾	5.3	6.9	7.6	8.3
29-country average ³⁾	n.a.	n.a.	7.2	7.9

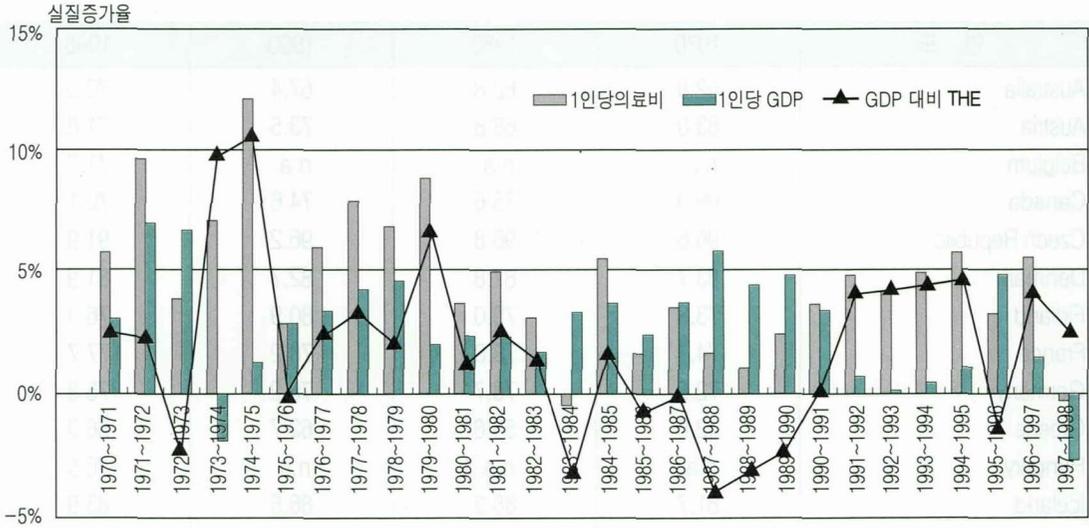
주: 1) 일본의 ()안의 수치는 OECD Health Data 2001의 수치임.

2) 1970~1998 사이에 추계수치가 있고 추계방법상의 단절이 없는 20개 국가의 평균임.

3) 슬로바키아를 제외한 29개 OECD 국가의 평균임.

자료: OECD, OECD Health Data 2001, 2001.

그림 2. 1인당 의료비, 1인당 GDP 및 GDP 대비 THE의 증가율(1970~1998)



자료: OECD, OECD Health Data 2001, 2001.

3) 공공의료비(Public Health Expenditure)

〈표 3〉에서 보듯이 일본에 있어서 공공의료비의 THE 점유율은 1998년 78.5%로 이는 OECD 평균 75.2%를 약간 상회하는 수준이다. 여기서 공공의료비라 함은 조세나 사회보장기여금과 같이 강제적 재원으로 조달되는 의료비를 지칭하는 것으로 엄격히는 ‘공공재원의료비’라는 표현이 더 정확하다. 공공의료비 점유율이 높은 OECD 국가들의 경우 대체로 지난 30여 년간 그 비율이 낮아져왔고, 반대로 점유율이 낮은 국가들은 높아져왔다. 일본의 경우 OECD 평균 수준을 크게 벗어나진 않았지만 같은 기간 OECD 평균 이하에서 이상으로 이행해 왔다.

일본의 국민의료비는 THE의 하위개념이긴 하지만 THE의 80% 가까이를 점하고 있기 때

문에 국민의료비 재원구성의 변화를 통해 전체 THE 재원구성의 시계열적 변화를 충분히 확인해 볼 수 있다. 〈그림 3〉에서 보듯이 1998년의 경우 국민의료비의 52.9%는 보험료에서 충당이 되었고, 32.2%는 정부 예산(세금)에 의해 그리고 나머지 14.9%는 환자의 본인부담에 의해 충당되었다. 다시 말해서 국민의료비의 85.1%는 공공 재원에 의한 의료비이다. 1970년대 말까지는 정부 예산에 의한 재원 충당부분이 급격히 늘고 환자 본인부담이 급격히 줄어드는 양상을 보였으나 1980년대 초반 이후 세 가지 재원간의 구성 비율은 대체로 안정적인 추세를 보이고 있다. 다만, 최근 의료비의 증가에 따른 정부의 부담 증가와 보험재정의 악화로 환자 본인부담을 다소 늘이는 추세다.

1998년 국민의료비의 지출 중 의료보험조합의

표 3. 각국별 공공의료비 비율의 변화¹⁾

(단위 : %)

연 도	1970	1980	1990	1998
Australia	62.8	62.8	67.4	70.0
Austria	63.0	68.8	73.5	71.8
Belgium	n.a.	n.a.	n.a.	71.2
Canada	69.9	75.6	74.6	70.1
Czech Republic	96.6	96.8	96.2	91.9
Denmark	83.7	87.8	82.7	81.9
Finland	73.8	79.0	80.9	76.3
France	74.7	78.8	78.2	77.7
Germany	72.8	78.7	76.2	75.8
Greece	42.6	55.6	62.7	56.3
Hungary	n.a.	n.a.	n.a.	76.5
Iceland	81.7	88.2	86.6	83.9
Ireland	81.7	81.6	71.7	76.8
Italy	86.9	80.5	78.1	67.3
Japan	69.8	71.3	77.6	78.5
Korea	n.a.	n.a.	36.6	46.2
Luxembourg	88.9	92.8	93.1	92.4
Mexico	n.a.	n.a.	40.8	48.0
Netherlands	61.0	69.2	67.7	68.6
New Zealand	80.3	88.0	82.4	77.0
Norway	91.6	85.1	82.8	-
Poland	n.a.	n.a.	91.7	65.4
Portugal	59.0	64.3	65.5	66.9
Spain	65.4	79.9	78.7	76.4
Sweden	86.0	92.5	89.9	83.8
Turkey	37.3	27.3	61.0	71.9
United Kingdom	87.0	89.4	84.3	83.3
United States	36.3	41.5	39.6	44.8
21-country average²⁾	71.8	75.4	75.8	75.2

주: 1) 스위스는 공공의료비에 대한 정의가 달라 제외함.

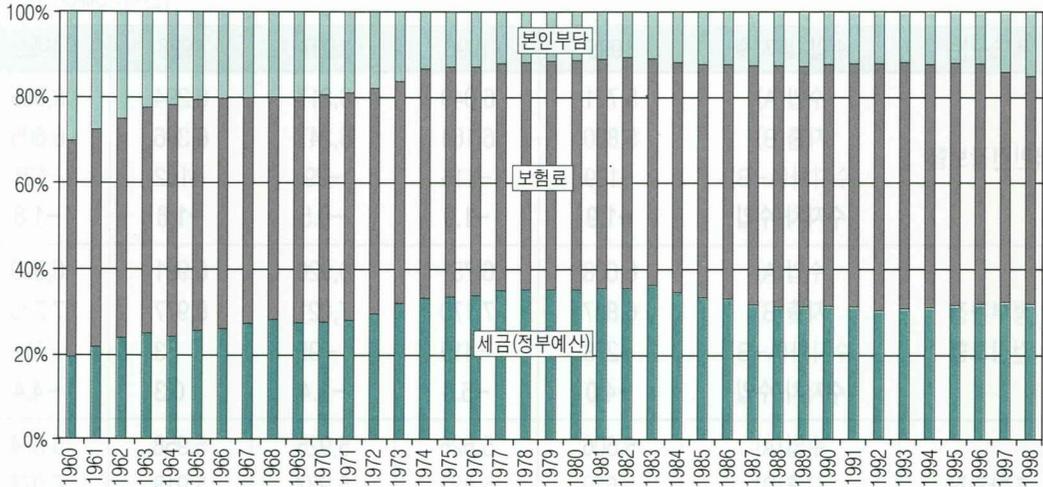
2) 1970~1998 사이에 추계수치가 있는 21개 국가의 평균임.

자료: OECD, *OECD Health Data 2001*, 2001.

보험급여를 위한 지출이 차지하는 비율은, 노인

보건제도를 통한 보험급여를 포함해서 80.3%이

그림 3. 국민의료비의 재원(1960~1998)



자료: 일본 후생(노동)성, 『국민의료비』, 1998.

었다²⁾. 보험료를 통한 재원 총당 비율이 앞서 본 바와 같이 국민의료비의 52.9%인 점을 고려하면, 국민의료비(1998년 29조 8천억엔)의 27.4%에 해당하는 금액 또는 총 의료보험 급여 지출의 34%(8조 2천억엔)가 의료보험에 대한 정부 지원 또는 국고 보조금을 통해 충당되고 있음을 알 수 있다.

그러나 문제는 이러한 방대한 정부의 지원에도 불구하고 일본의 의료보험 전체가 최근 몇 년간 계속 심각한 재정적자를 보이고 있다는 점이다. <표 4>에서 보는 바와 같이 우리의 과거 지역 의료보험에 해당하는 국민건강보험은 1999년 한 해에 지역의료보험 총지출의 1.8%, 중소기업 소

속 직장인을 위한 '정부관장건강보험'은 4.4%, 대기업 소속 직장인을 위한 '조합관장건강보험'은 3.3%의 적자를 나타냈다. 특히 직장조합의 이러한 큰 적자는 그 상당부분이 사실상 재정공동부담제도로 기능하고 있는 노인의료제도를 통해 직장조합의 돈이 지역조합 소속 노인의 의료비를 위해 지출되는 데 기인한다.

4) 입원 및 외래 의료비 비율

전체 의료비에서 점하는 입원 및 외래의 구성 비율을 보면 1998년의 경우 입원이 37.6%, 외래가 32.8%이었다. 여기서 '외래'에는 의사에 의해 공급되는 약제비가 포함되어 있지 않다³⁾. 입

2) 나머지 19.7%중 환자부담분 14.9%를 제외한 4.9%는 생활보호법에 따른 의료부조 등 소위 '공공부담 의료급여분' 입.
 3) 후생(노동)성에서 발표한 일본의 국민의료비의 구성은 1998년 입원 41.0%, 외래 41.4% 약제 6.7%이었는데, 이러한 수치와 OECD 수치의 차이는 앞서 말한 바와 같이 일본 국민의료가 OECD에서의 전체 의료비(THE)보다 외연이 작다는 점 외에, 이와 같이 OECD 수치에서는 외래 의사가 공급하는 약제를 위한 지출이 외래 지출로서 분류되지 않

표 4. 일본 의료보험의 적자 추이

(단위: billion Yen, %)

제도구분	수입 및 지출	1995	1996	1997	1998	1999
국민건강보험	수입(A)	5,771	6,049	6,217	6,294	6,685
	지출(B)	5,880	6,164	6,247	6,396	6,805
	수지차(A-B)	-109	-115	-29	-102	-121
	수지차/수입	-1.9	-1.9	-0.5	-1.6	-1.8
정부관장 건강보험	수입(A)	6,608	6,751	6,926	6,981	6,909
	지출(B)	6,887	7,170	7,021	6,977	7,225
	수지차(A-B)	-278	-419	-95	3	-316
	수지차/수입	-4.0	-5.8	-1.4	0.3	-4.4
조합관장 건강보험	수입(A)	5,506	5,626	5,925	5,958	5,874
	지출(B)	5,629	5,823	5,927	5,918	6,078
	수지차(A-B)	-122	-198	-2	41	-203
	수지차/수입	-2.2	-3.4	0.0	0.7	-3.3

자료: 일본 후생(노동)성, 『국민의료비』, 1998.

원, 외래 및 약제 세 부문의 시계열 데이터가 제공되고 있는 13개 국가의 경우 입원 평균이 43.8%, 외래 평균이 29.4%인 것에 비추어 볼 때, 일본의 외래 비중이 여타 국가에 비해 상대적으로 높음을 알 수 있다. 이러한 진료비 수치는 여타 국가에 비해 입원수진률이 낮고 외래수진률이 높은 일본의 진료 패턴을 반영하고 있다. 다만, 의료비에서의 외래 구성비율은 OECD 여타 국가들의 경우 평균적으로 지난 20년간 거의 변화가 없었던 데 비해 일본의 경우 꾸준히 줄어들어 OECD 평균에 접근하고 있다.

5) 약제비

1998년 일본인 1인당 약제비는 구매력지수로 환산할 때 301달러로⁴⁾, 이는 데이터가 확보된 OECD 25개국의 평균 256달러를 상회한다. 하지만 비록 구매력지수로 환산을 했지만, 이러한 절대 금액의 비교는 구매력지수가 지니고 있는 한계만큼 국제비교에 제약이 있다. [그림 4]에서 실선과 점으로 표시된 각국별 의료비에서 점하는 약제비의 비율은 이러한 한계를 보충하여 국가의 료제도가 약제에 대해 어느 정도 의존하고 있는

는다는 점에 기인함.

4) 이는 OECD Health Data 2001에 나와 있는 1998년 데이터로, 1997년 이전의 데이터와 추계방식을 달리 하여 얻어진 결과임. 1997년의 1인당 약제비는 361달러로 되어 있고, 따라서 국제비교를 위한 일본의 약제비 규모는 향후 국제비교에 적합한 추계방식의 정착 과정에서 가변적임에 주의할 필요가 있음.

표 5. 총의료비에서 차지하는 입원 및 외래 의료비 비율 추이¹⁾

(단위 : %)

국 가	입 원			외 래		
	1980	1990	1998	1980	1990	1998
Australia	51.0	45.9	43.3	22.3	21.9	22.0
Belgium	33.1	32.8	34.6	39.2	39.8	34.0
Canada	53.8	49.0	43.1	25.1	26.0	26.5
Denmark	61.6	56.7	54.3	22.3	22.2	23.8
Finland	46.3	44.7	41.1	25.0	31.4	30.6
France	48.2	46.0	44.6	25.2	23.6	23.0
Germany	33.2	34.7	34.0	33.4	30.4	28.9
Iceland	59.1	54.9	55.1	16.9	22.9	22.9
Italy	46.7	45.3	44.5	27.5	29.1	27.7
Japan²⁾	30.9	33.0	37.6(29.8)	44.6	43.9	32.8(39.6)
Luxembourg	31.3	26.4	30.7	49.5	49.3	49.9
Netherlands	55.5	50.5	52.8	21.4	24.4	20.2
Switzerland	39.9	49.5	50.3	42.6	39.5	40.1
United States	49.6	44.9	41.3	27.2	31.1	32.5
Average	45.7	43.9	43.8	30.2	31.1	29.4

주: 1) 일부 국가의 경우 각 연도의 가장 가까운 가용 데이터를 사용함.

2) ()안의 수치는 1997년의 수치로 이는 1998년 수치가 새로운 추계방식에 따르게 됨에 따라 이전 연도와 비교를 위해 제시됨. 새로운 방식에 따를 때 OECD 평균에 더 근접함을 알 수 있음.

자료: OECD, *OECD Health Data 2001*, 2001.

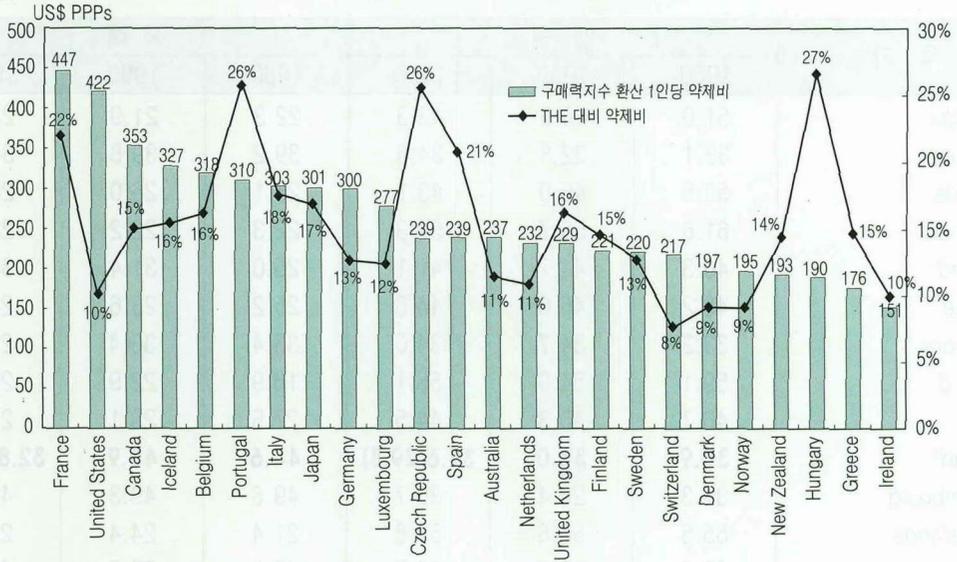
지를 보여주기 위한 것이다. 일본의 약제비 비율은 16.8%로 이는 OECD 국가 중 높은 편에 속한다.

일본인 1인당 약제비 지출은 계속 증가해 왔다. 일반 물가상승률을 고려한 약제비의 실질증가율은 다시 약품 가격의 상대적 증가율과 약품 사용량의 증가율로 분해할 수 있다. [그림 5]에서 보듯이 일본의 경우 1984~1997 사이 약제

비 실질증가율은 3.8%이었는데, 이중 약품 가격의 상승률에 기인한 부분은 거의 제로에 가깝다. 즉, 일본의 약제비 증가는 사용량(volume)의 증가에 기인한 것이다. 이는 두 가지 사실을 반영한다. 첫째, 일본의 의료수가 조정을 통한 의료비 억제와 주로 약가의 인하를 중심으로 이루어져 왔다는 점⁵⁾, 둘째, 의사의 약제 조제에 따른 약가 마진을 축소함으로써 의약분업의 실제적 효과를

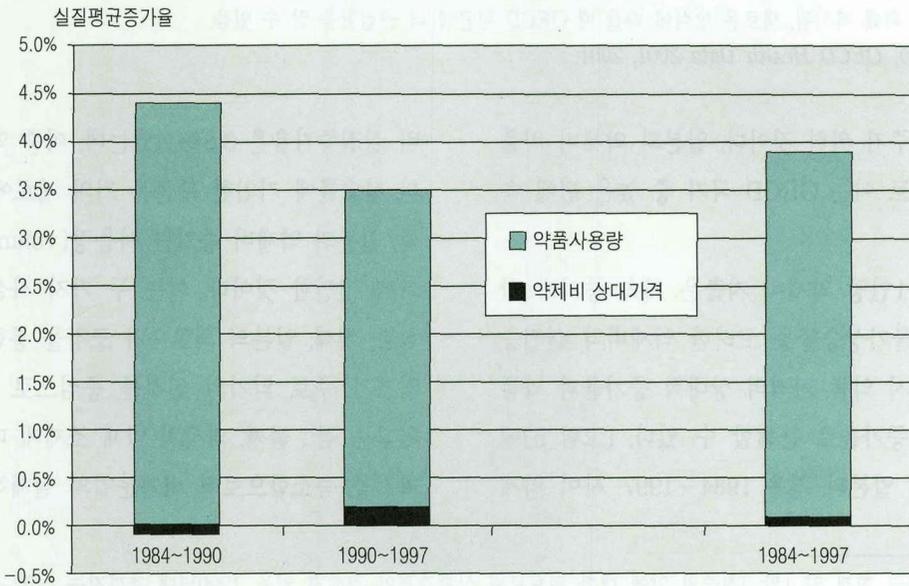
5) 일본에서는 현재 약 1만 3천종의 약에 대한 의료보험 상환가격이 정해져 있음. 1990년대 초까지는 시장 공급가격의 90% 수준에서 상환가격을 정하는 '90% bulk line' 방식을 사용했으나, 1992년부터 평균 도매가격에 적정 마진(R-

그림 4. 각국별 1인당 약제비 및 약제비 점유율



자료: OECD, OECD Health Data 2001, 2001.

그림 5. 1인당 약제비의 실질증가율 및 구성(1984~1997)



자료: OECD, OECD Health Data 2001, 2001.

거두려는 일본 정부의 노력이, 소위 '의약분업 율'⁶⁾의 증가라는 가시적 효과는 별개로 하고, 아직 약품 사용량의 억제 자체에는 큰 영향을 미치고 있지는 않다는 점이다.

4. 일본 의료제도의 거시경제적 효율성

의료제도의 '거시경제적' 효율성은 의료서비스를 위한 지출이 여타 재화와 용역을 위한 지출 수준에 비해 적절한 규모인지에 관한 논의와 관련되며, '미시경제적' 효율성은 의료자원의 투입-산출 비율에 관한 논의와 관련된다. 대체로 한 나라 의료제도의 거시경제적 효율성을 직접적으로 측정해 내는 것은 거의 불가능에 가깝다. 여타 재화와 용역을 위한 지출의 한계효용과 동일한 한계효용을 가지는 의료비 지출규모가 무엇인지는 그 나라 국민 내지 정부의 총의적 판단에 의존하게 되지 객관적인 수치로 단정하기 힘든 것이기 때문이다.

1998년 일본인 1인당 의료비 1822달러(또는 1795달러)는 [그림 6]의 회귀방정식에 의해 산출된 일본인 1인당 의료비의 기대치 2045달러에 미치지 못했다. 이러한 분석결과에 비추어 볼 때, 일본의 의료비 지출의 거시경제적 효율성과 관련해서 최소한 얘기할 수 있는 것은 일본인 1인당 의료비지출은 일본이라는 나라의 1인당 소득 수준에서 기대되는 의료비 지출규모보다 작

다는 점이다. 그러나 여기서 '기대치'는 '적정치'를 의미하지는 않는다. 실제로 일본인 1인당 의료비 지출액이 일본인 1인당 소득수준에 따른 지출 기대치보다 낮은 것은 의료제도의 미시경제적 효율성이 여타 국가에 비해 높거나, 아니면 그 국가의 국민(민간지출 측면)이나 정부(공공지출 측면)가 여타 국가에 비해 의료에 대한 우선순위를 낮게 두고 있거나 둘 중의 어느 하나 일 것이다.

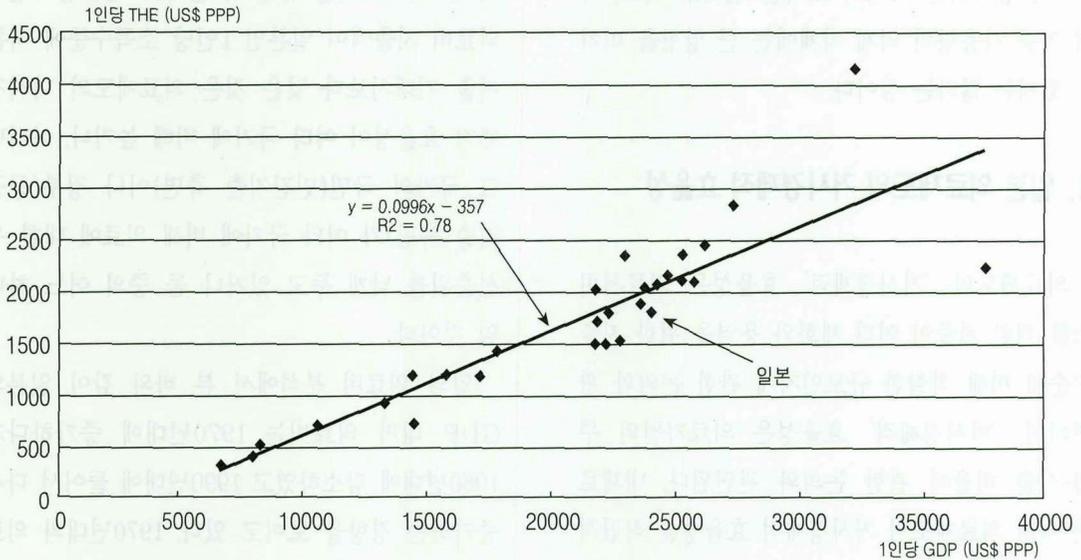
앞의 의료비 분석에서 본 바와 같이 일본의 GDP 대비 의료비는 1970년대에 증가하다가 1980년대에 감소하였고 1990년대에 들어서 다시 증가하는 경향을 보이고 있다. 1970년대의 의료비 급증에 따른 위기의식 증가, 그리고 1980년대 각종 의료비 억제책과 이에 따른 의료비 증가율의 둔화라는 추이는 실제로 영국, 프랑스, 독일 등 선진 각국의 공통된 경험이었다. 다만, 일본에서의 이러한 의료비 억제책의 성공에 점수를 준다면 그것은 당시 여타 국가들에 비해 급격한 인구고령화를 경험하는 상황에서 이루어졌다는 점일 것이다. 또한 1990년대의 GDP 대비 의료비 증가는 상당 부분 경기 침체에 따른 결과임도 이미 언급하였다.

일본에서 의료비 증가가 여타 선진국가들에 비해 억제되었던 것은 의료비 증가율을 국민소득의 증가율에서 크게 벗어나지 않게 하려고 하는 일본 정부의 드러나지 않는 정책 목표가 성공해

zone)을 얻는 소위 '가중평균치 일정가격폭 방식'으로 바뀌었음. 당시에는 15%의 마진을 인정했으나 그 비율이 점차 줄어 2000년부터는 2%의 마진만을 인정하고 있음.

6) 의사의 진찰 건수 중에서 약국에서의 약제 구입을 위한 처방전을 발급하는 건수의 비율을 지칭함.

그림 6. 1인당 THE 및 1인당 GDP(1998)



주: 일본의 총의료비는 OECD Health Data 2000상의 1998년 수치를 이용함.

자료: OECD, OECD Health Data 2001, 2001.

왔음을 보여준다. 이러한 성공은 첫째, 일본 공공 부문이 수가 결정을 통한 수요독점력(monopsony power)을 어느 정도 보유하고 있어 의료서비스 가격 상승을 억제할 수 있었고 의료서비스간 인센티브 배분을 통해 개별 서비스의 공급을 조절하려는 정부의 의도를 반영할 수 있었다는 점, 둘째, 1970년대에 급격히 줄어들었던 환자본인부담률을 1980년대 이후 다시 인상함으로써 의료 서비스에 대한 수요의 급격한 증가에 체동을 견점, 셋째, 의대 입학 정원의 조정 등을 통해 수요 창출력을 가진 의사인력의 공급 규모를 통제한

점등에 기인한 것으로 보인다.⁷⁾

5. 맺음말

본고에서는 일본 의료제도의 성과를 실질적인 투입-산출 측면보다는 이를 뒷받침하는 돈의 흐름을 중심으로 살펴보았다. 1980년대 이후 일본 정부의 의료비 억제를 위한 노력과 그 성과는 여러 곳에서 확인이 되었다. 그러한 성과가 어떻게 가능했는지 본문에서 개략적이거나 살펴보았지만, 특히 일본 정부의 수가 결정 상의 주도적 역

7) 이상 세 가지의 논의는 Jeong, H.S. and Hurst, J., "An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System", *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No.56, OECD, Paris, 2001, pp.57~58. 참고

할과 의료비 억제와의 관련성은 중요한 의미를 가진다. 일본 정부는 1970년대에 의료비가 급증하여 그 억제의 필요성이 커지게 되자 1981년 수가 개정부터 '자연증(自然増)'이라는 개념⁸⁾을 도입하여 의료서비스 이용량의 증가 내지 기술진보에 기인한 의료비의 증가부분만큼 의보수가 인상에서 제외하는 방안을 내게 된다. 그 이전에는 의보수가 결정시 국민소득의 증가율 전체를 수가 인상에 반영함으로써⁹⁾ 사실상 주로 '의사의 자연적 수입증가'에 의한 의료비 증가만큼 국민소득 증가율을 초과하는 결과를 가져왔으나 이제는 이 부분만큼을 제외하고 수가를 인상함으로써 의료비 증가가 이론적으로는 국민소득의 증가율을 넘지 않게 한 것이다.

물론 의료보험 수가는 진료측(공급자), 지불측(보험자), 공익측(정부 등)의 3자로 구성된 '중앙사회보험의료협의회'에서 정하게 되어 있다. 하

지만 전체 수가 인상률을 정함에 있어, 진료측과 지불측 사이에 인상률에 관한 합의가 이루어지기 힘들기 때문에, 공공일반의 관점을 중시하고 경제 전반에의 파급효과를 강조하는 정부의 의도가 사실상 반영되어 왔다. 또한 수가개정의 세부 내용을 정하는 데 있어서도, 방대한 의료행위별 점수의 구조 자체가 복잡한데다 의료공급자 내에서도 전문 분야별로 상반된 이해관계가 얽혀 있기 때문에, 후생(노동)성의 전문관료들이 객관적 조정자의 입장에서 주도적 역할을 해왔다. 이러한 과정에서 앞에서 관찰한 바와 같이 의료보험 총급여지출의 34% 가까이를 예산으로 충당하여야 하는 정부의 입장, 즉, 예산을 적게 투입하기 위해서는 보험급여지출의 증가폭을 줄여야 하고 이를 위해서는 수가 인상을 억제해야 하는 입장이 적극적으로 반영되어 온 것이다. 

8) '자연증(自然増)'은 논자에 따라 조금씩 상이한 개념으로 쓰이나, 대체로 1) 평균의료이용량 증가와 의료기술진보에 따른 의료강도(intensity)의 증가와 2) 노인인구비율의 증가에 따른 이용량 증가를 포괄하는 것으로 해석됨.

9) 보다 정확히는, 의사의 기술료는 1인당 GDP에, 기타직종의 인건비는 근로자 임금수준에, 재료비(물건비)는 소비자 물가지수에 연동하는 소위 '슬라이드방식'으로 1973년부터 적용되었음. 하지만 이 때에도 약가만은 약가조사의 결과에 따라 그 거래가격을 반영하여 개정하는 것으로 했음.