

이에 대한 많은 평가가 이루어지 않고 있다. 관련 연구가 발표되기까지라도 본 연구를 통해 일본 의료계의 동향을 살펴 볼 수 있다는 점에 본 연구의 의의가 있다고 하겠다.

1. 서론

일본의 의료보험 제도 내에서 진료보수(診療報酬)라고 불리는 보험수가는 1989년 4월 및 1993년 4월의 개정을 제외하고는 1986년 4월 이후 2년에 한 번씩 개정을 하고 있는데(厚生統計協會, 2005), 이번 2006년 4월에도 예외 없이 개정이 이루어졌다. 그동안의 보험수가체계는 환자의 관점에서 보았을 때 질 높고 효율적인 의료 제공될 수 있도록 하기 위하여, 보험수가를 정하는 기준 및 척도의 명확화를 꾀하고 국민이 알기 쉬운 체계를 갖도록 하는 기본적인 방향을 목표로 가지고 있었다(厚生統計協會, 2005). 본 고에서는 후생노동성에서 발표한 “2006년 진료보수 개정안 개요에 관하여(平成18年度診療報酬改定の概要について)”(厚生労働省, 2006)를 중심으로 이번 개정에서 제시하고 있는 보험수가체계의 기본방침을 살펴보는 것을 연구의 목적으로 한다.

2. 보험수가개정의 기본방침

이번 보험수가 개정은 크게 네 가지 기본방침을 제시하고 있다. 첫째, 환자가 보았을 때 알기 쉽고, 환자의 삶의 질(Quality of Life: QOL)을 높이는 의료의 실현. 둘째, 질 높은 의료 효율적으로 제공하기 위한 의료의 기능분화 및 제휴 추진. 셋째, 일본의 의료 중에서 앞으로 중점적으로 대응해야 한다고 판단되는 영역에 관한 검토. 넷째, 의료비의 배분 중에서 효율화의 여지가 있다고 판단되는 영역에 관한 검토 등이 이에 해당된다(厚生労働省, 2006).

이 중 앞의 두 가지는 이전부터 필요성이 제시되어 왔지만, 뒤의 두 가지는 상대적으로 최근에 언급되었다고 볼 수 있는데, 계속적으로 변화하는 의료계의 미래에 대응하며 의료비 지출이라는 측면에서 보았을 때 가장 현실적인 점이라는 면에서 후자의 두 기본 방침이 우리에게 시사하는 것이 많을 것이라 생각된다. 한편, 이번 개정 내용을 보기에 앞서 과거의 보험수가 개정과의 배경 및 주요 내용을 살펴보면 <표 1>과 같다.¹⁾

1) 환자가 보았을 때 알기 쉽고, 환자의 삶의 질(QOL)을 높이는 의료의 실현

이 기본방침을 실현하기 위해서 이번 개정에서는 다섯 가지 구체적인 사항을 제시하고 있다.

1) 개호보험이 실시되기 이전에는 의료보험에 개호의 내용이 포함되기 때문에 비교에 무리가 따른다고 판단되어 2000년 이후부터 살펴보도록 하였다.

2006년도 일본 보험수가 개정의 내용 및 논의

오은환
교토대학교 의료경제학 박사과정

우리나라의 건강보험수가와 마찬가지로 일본 의료보험에서의 진료보수(診療報酬)가 이번 2006년 4월에 개정되었다. 그동안의 보험수가체계와 달라진 점은 무엇이며 우리에게 시사하는 점은 무엇인지를 후생노동성에서 발표한 “2006년 진료보수 개정안 개요에 관하여(平成18年度診療報酬改定の概要について)”를 중심으로 살펴보는 것을 본 연구의 목적으로 한다.

이번 보험수가 개정은 네 가지 기본방침을 제시하고 있다. 첫째, 환자가 보았을 때 알기 쉽고, 환자의 삶의 질을 높이는 의료의 실현. 둘째, 질 높은 의료 효율적으로 제공하기 위한 의료의 기능분화 및 제휴 추진. 셋째, 일본의 의료 중에서 앞으로 중점적으로 대응해야 한다고 판단되는 영역에 관한 검토. 넷째, 의료비의 배분 중에서 효율화의 여지가 있다고 판단되는 영역에 관한 검토 등이 이에 해당된다.

이번 개정에서 가장 논의가 되었던 부분이 바로 보험수가율 조정에 관한 것이다. 이번 개정을 통해 보험수가가 본체부분이 1.36% 인하, 약가

부분이 1.8% 인하됨으로써 전체적으로 3.16% 인하되었다. 이는 의료보험 사상 최대의 인하율이며, 2000년 이후 계속되는 보험수가율 인하를 의미한다.

그러나 지나친 보험수가의 억제는 의료서비스의 질 및 안정성의 어려움이 있고, 불필요한 의료서비스 제공의 빌미가 될 수 있는 가능성이 있다는 점에서 신중한 정책 결정이 이루어져야 한다.

또한 전 세계에서 가장 높은 수준의 노인인구 비율과 평균수명, 그리고 고가의 의료기술을 향유하고 있음에도 불구하고 연령조정 국민 일인당 의료비지출 증가율 및 정부지출 증가율 등이 낮은 수준인 현실을 보았을 때, 앞으로의 문제에 대처하기 위해서는 지나친 의료비 증가에 대한 경계보다는 보다 현실에 가까운 정책수립이 요구된다고 하겠다.

본고에서는 2006년 일본 의료보험수가 개정을 후생노동성의 발표 자료를 중심으로 살펴보았다. 개정이 발표 및 실시된 직후여서 아직까지

우선, 보험수가체계를 간소화하는 것이다. 예를 들어, 각 보험수가 항목의 명칭을 알기 쉽도록 고치고, 노인 보험수가접수표를 일반 보험수가 접수표 등과 단일화하는 것이다.

두 번째는 의료비의 내용을 알 수 있는 영수증의 교부이다. 새로운 개정에 의해 보험의료기관 등은 2006년 4월 1일부터 의료비의 내용을 알 수 있는 영수증을 무상으로 반드시 교부하도록 되었는데, 이를 통해 보험수가표상의 각 항목의 금액을 알 수 있게 된다. 이에 그치지 않고, 환자로부터 요구가 있을 경우에는 상세한 의료비의 내용을 알 수 있는 명세서를 발행할 것을 장려하고 있다.

세 번째는 환자의 관점을 중시하는 것이다. 이를 위해 진료정보제공과 관련된 체계를 간소화하고, 환자 또는 환자의 가족으로부터 주치의 이외의 의사의 의견(second opinion)에 대한 요구가 있었으며 주치의가 이에 응해 환자 및 가족에게 진료에 관한 정보를 제공하였다고 판단되었을 경우 보험수가에서 이에 대한 보상을 하게 된다.

네 번째는 생활습관병 등의 중증화 예방에 관한 내용이다. 이를 위해 니코틴 의존증 환자에 대한 관리료 및 암진료 제휴거점병원의 입원 등을 보험수가에 포함하였다.

마지막으로 수술에 관한 것으로서, 각 의료기관의 연간수술건수와 수술실적 등을 종합적으로 평가해서, 환자가 다양한 정보에 기초하여 적절한 의료기관을 선택할 수 있도록 하는 한편, 의료기관에게는 가산점을 부과하도록 하는 것이다. 이를 위해 빠른 시일 내에 조사 및 검증을

실시할 것이 명시되었다.

2) 질 높은 의료로 효율적으로 제공하기 위한 의료의 기능분화 및 제휴의 추진

이를 위해서는 크게 여섯 가지 항목이 제시되어 있다. 우선 재택의료에 관한 것이다. 이 방안은 노인들이 가능한 한 생활에 익숙해 있던 가정이나 지역에서 생활을 계속할 수 있도록 하며, 자신과 가까운 사람들과의 지속적인 관계 안에서 재택에서 마지막을 맞을 수 있도록 하기 위하여 보험수가에 새롭게 재택요양지원진료소제도를 포함한 것이다.

두 번째는 초진 및 재진에 관한 것이다. 초진료에 있어서 병원 및 진료소간에 차이가 있던 것을 이번 개정에서는 병원의 보험수가를 높이고 진료소의 보험수가를 낮춰서 둘 간의 보험수가를 단일화하였다. 또한 재진료에 있어서는 병원의 보험수가를 낮추는 것 이상으로 진료소의 보험수가를 더 낮춤으로써, 병원과 진료소간의 재진료 보험수가의 격차를 줄이도록 하였다. 또한 의료기관의 기능분화 및 제휴에 그다지 도움이 되지 않는다고 판단됨으로써 초진료에 포함되었던 병원소개 환자가산을 폐지하였다.

세 번째는 진단군분류별포괄수가에 관한 것이다. 급성기입원의료에 있어서 진단군분류별 포괄수가제도에 의한 지불대상병원을 확대하고, 시범적으로 적용하고 있는 병원 및 포괄수가제도에 포함되기를 원하는 조사협력병원들 중에서 일정 기준을 만족하는 병원들을 포괄수가

표 1. 2000년 이후 일본 보험수가 개정의 배경 및 주요 내용

개정 연도	기본 방침(배경)	주요 내용
2000	의료기관의 기능분담 및 제휴를 촉진하고 의료기술을 적절히 평가하며, 행위별수가제도와 포괄수가제도를 적절히 조합할 수 있는 방안을 찾도록 하여 기본진료료, 수술료를 중심으로 체계적인 조정에 착수하며, 포괄수가의 범위를 확대한다. 또한 약가 제도개혁에 맞추어 약제사용 적정화의 확대 및 약제관련기술료의 적절한 평가를 실시한다. 그리고 의료의 질 및 환자서비스의 향상을 위하여 소아의료 및 회복기 재활의 충실을 꾀하며, 보험수가 감점제의 조정을 포함하여 장기요양환자에게 필요한 의료의 확보, 유효성 및 효율성이 높은 신규기술의 보험도입, 치과 의료기술평가, 환자에게 필요한 정보제공의 확보, 재택의료의 충실 등을 실시한다. 이를 위하여 의과, 치과, 조제별로 질적인 면과 양적인 면 모두에 있어서 현행수가의 합리화와 간소화를 꾀하며, 0.9%의 재원에 1.9%를 더한 재원을 현시점에서 필요도가 높은 분야에 중점적으로 배분한다. ¹⁾	1. 보험수가체계의 조정 2. 약제사용 적정화의 확대 및 약제관련기술료의 조정 3. 기타
2002	임금, 물가의 동향 및 최근의 심각한 경제동향 등을 근거로 보험수가 개정율을 1.3% 인한다. ²⁾ 이를 위하여 기본진료료를 포함해 광범위한 항목에 대하여 합리화를 추진하는 한편, 의료의 질향상 등을 중점적으로 수가의 재조정을 실시한다. 구체적으로는 효율적인 의료제공체제의 확보, 환자의 특성에 맞춘 의료의 평가, 의료기술의 적절한 평가 등의 관점으로부터 필요한 부분에 대해 재조정을 실시하는 것과 더불어, 체계적인 재조정을 추진하고 장기입원과 관련된 보험급여의 범위를 재조정하며, 특정기능병원 등에 대하여 의료기관별 포괄평가제도를 실시하고 환자의 필요도의 다양화에 대응하기 위해 특정요양비제도를 조정한다. 또한 약가제도개혁, 보험의료재료제도개혁 등과 더불어 약제관련기술료의 조정 및 의료기술과 관련된 시설요건 등을 조정한다.	1. 효율적인 의료제공체제의 조정 2. 환자의 특성에 맞는 의료료의 조정 3. 의료기술의 적절한 평가 4. 약제사용의 적정화 및 약제관련기술료의 수정 5. 특정요양비제도의 수정
2004	자유로운 진료권 선택(free access)을 원칙으로 하고 전국민의료보험체제가 지속될 수 있도록 하며, 환자중심을 우선으로 하는 질 높고 안심할 수 있는 효율적인 의료를 확립할 수 있는 기본적인 방침의 바탕 위에 합리적으로 조정할 수 있도록 한다. 또한 현재의 심각한 경제사회정세를 반영하는 한편, 의료의 안전 및 질의 확보, 구체적으로는 포괄수가제도, 소아의료와 정신 의료 등을 중점적으로 조정하며, 국민이 납득할 수 있도록 개정하기 위하여 보험수가 개정율의 증감은 없는 것으로 한다. ³⁾	1. 의료기술의 적절한 평가 2. 의료기관에서의 비용 등을 적절히 반영 3. 환자의 관점을 중시 4. 보험수가체계의 방향 제시 5. 기타

주: 1) 약가부분은 1.7% 인하되었으나 본체부분이 1.9% 인상되어, 전체적으로 0.2% 인상되었다.
2) 본체부분이 1.3% 인하되었고 약가부분도 1.4% 인하되어, 전체적으로 2.7% 인하되었다.
3) 그러나 실제로는 본체부분에 대해서는 증감이 없었으나, 약가부분의 수가가 1% 인하되어 전체적으로 1% 인하되었다.
자료: 厚生省, 平成12年度社會保險診療報酬改定等の概要, 2000.
厚生労働省, 平成14年度社會保險診療報酬等の改定概要, 2002.
厚生労働省, 平成16年度社會保險診療報酬等の改定概要, 2004.

여섯 번째는 의료의 정보기술화에 관한 것이다. 의료의 정보기술화를 집중적으로 추진하기 위하여, 2010년까지 반드시 구비하여야 하는 요건을 만족시키면서 선택적으로 구비하여야 하는 요건을 어느 하나라도 만족시킬 경우, 전자화가 산점으로 초진료에 대한 가산점을 신설하였다.

일곱 번째는 의료안전대책에 관한 내용이다. 급성기 입원의료의 고도화, 복잡화에 대응하며 의료안전관리대책의 실시체계를 목적으로, 급성기 입원의료에 있어서 의료안전대책과 관련된 전문교육을 받은 간호사, 약제사 등을 의료안전관리자로 종사하도록 배치시키고 있는 경우, 입원기본료에 대한 가산점을 신설하였다.

여덟 번째는 의료기술에 관한 것이다. 첨단의료기술 중 보험적용이 적당하다고 판단된 것들을 보험에 포함시켰다. 또한 학회로부터 보험적용의 요청이 있었던 기술 중 적용이 타당하다고 판단되는 기술들을 보험에 포함시키는 한편, 재평가의 필요성이 인식된 기존 기술에 대해서도 재평가를 실시하였다.

4) 의료비의 배분 중에서 효율화의 여지가 있다고 판단되는 영역에 관한 검토

3부가 보험수가와 관련한 의료의 변화 추이에 맞추어 신설된 것이 많은 것에 반해, 여기에서는 의료비의 문제 중에서 현실에 가깝도록 조정할 수 있는 것들에 관한 내용을 다루고 있다.

첫 번째는 만성기 입원의료에 관한 것이다. 여기에서는 만성기 입원환자의 특성에 맞춰 수가

를 조정하도록 하며 의료보험과 개호보험의 역할분담을 명확히 하는 것으로부터, 의료의 구분 및 일상생활수행능력(Activities of Daily Living: ADL)의 상황에 의한 구분 등에 기초한 환자분류를 활용하는 방법을 도입하고, 의료의 필요성이 높은 환자와 관련된 의료에 관해서는 수가를 인상하는 한편, 의료의 필요성이 낮은 의료에 관해서는 수가를 인하하였다.

두 번째는 입원시의 식사에 관한 것이다. 실제 제공된 식사수와 관계없이 1일 단위로 계산되던 기존의 보험수가를 고쳐 1식(食) 단위로 비용을 설정하되, 1일 3식을 한도로 하여 실제로 제공된 식사수에 맞춰 계산하도록 수가를 조정하였다.

세 번째는 콘택트렌즈에 관한 것이다. 콘택트렌즈와 관련된 진료에 있어서 보험적용의 범위를 명확히 하도록 할 수 있는 방안이 제시되었다.

네 번째는 검사에 관한 것이다. 검체검사 및 생체검사의 수가를 인하 또는 폐지하였다.

다섯 번째는 치과 보험수가에 관한 내용이다. 환자에게 실효성이 있는 자세한 정보제공을 추진하며, 치과의의 임상연수를 필수화하는 내용 등이 포함되었다.

여섯 번째는 약제수가에 관한 내용이다. 처방전의 접수횟수 및 특정 보험의료기관으로부터의 처방전 집중률 등에 관한 체계를 조정하는 등의 내용을 포함하고 있다.

일곱 번째는 그 외의 것들에 관한 내용이다. 후발의약품의 사용을 촉진하기 위하여 이와 관련된 환경을 정비하고, 의료법상 의사, 간호사 등의 인원배치수가 일정의 비율 이상 모자라는

제에 포함시키는 것 등에 관한 조치이다. 그리고 진단군분류상의 보험수가 점수표를 간소화하는 내용을 포함하고 있다. 또한 여기에서 중요한 내용은 이번 보험수가가 전체적으로 3.16% 인화된 것과 맞추어 진단군분류별포괄수가에 해당하는 대상병원들에 대해서 포괄범위의 수입이 마찬가지로 3.16% 감소하도록 조정계수를 설정하도록 한 것이다. 이 부분에 대해서는 뒤에서 좀 더 살펴보기로 한다.

네 번째는 재활에 관한 것이다. 현행의 물리치료, 작업치료, 언어청각치료를 재편하여, 새롭게 뇌혈관질환재활, 운동기재활, 호흡기재활, 심대혈관질환재활의 네 가지의 질환별 재활을 신설하는 것을 골자로 한다. 또한 급성기, 회복기, 퇴원 후 등의 재활에 대해서도 새롭게 재편하는 내용을 포함하고 있다.

다섯 번째는 정신의료에 관한 것이다. 정신의료에서는 급성기 입원의료의 중요성을 인식하여 정신과응급입원료 및 정신과급성기 치료병동입원료의 보험수가를 인상하였다. 치매질환과 관련해서는 의료와 개호의 역할분담을 명확히 하는 한편, 중증치매환자의 데이케어의 보험수가를 조정하였다.

여섯 번째는 그 외의 것들에 관한 내용이다. 의료기관의 지역 제휴를 도모하기 위해 의료기관간에 진료정보가 공유되는 체계를 가질 수 있도록 유도하였다. 그리고 개호노인보건시설, 임상연수병원 및 뇌졸중 치료시설에 대한 수가를 조정하였다.

3) 일본의 의료분야 중에서 앞으로 중점적으로 대응해야 한다고 판단되는 영역에 관한 검토

여기에서는 심각한 의사부족의 문제를 겪고 있는 소아과, 산부인과, 마취과 등 특정 진료과에 대한 대처방법 등의 내용을 다루며, 중요한 문제로 부각되고 있는 의료정보, 의료안전, 의료기술 등에 관한 내용들이 포함된다.

첫 번째는 소아의료 및 소아응급의료에 관한 내용이다. 소아과 의사, 특히 야간 및 휴일에 발생하는 소아과 진료문제에 대응하기 위하여 이번 개정에서는 소아과와 관련된 보험수가를 대폭 인상하였다.

두 번째는 산부인과에 관한 것이다. 결혼을 하는 나이가 늦어지는 추세가 두드러짐에 따라 고령출산에 의한 고위험분만의 가능성도 높아지고 있기에, 이에 대한 대처방법으로 가산점을 새로이 신설하였다.

세 번째는 마취과에 관한 내용이다. 소아과, 산부인과와 마찬가지로 의료인력부족의 어려움을 겪고 있는 마취과에 대해서도 보험수가를 인상하는 한편, 중증 환자에 대한 마취의료에 가산점을 새로 신설하였다.

네 번째는 병리진단에 관한 것이다. 병원 내에서의 병리학적 검사의 실시를 장려하기 위하여 병리진단료의 보험수가를 인상하였다.

다섯 번째는 급성기 입원의료에 관한 것이다. 급성기 입원의료의 실태에 대응하고 보다 충실한 간호체계를 꾀하는 한편, 평균재원일수를 낮추기 위해 평균재원일수의 요건을 축소하였다.

였다(厚生労働省, 2006). 또한 보험수가율 인하가 “의료비 적정화”라는 명목 하에 의료비를 억제하는 것이라는 여론의 주장에 대해서도, 어디까지나 적절한 의료를 제공하고 국민의 생활의 질을 향상시키려고 하다 보니 결과적으로 의료비의 증가를 누를 수밖에 없었을 뿐이지 궁극적인 정책 목표는 “생활습관병의 예방 및 재원일수의 단축”이라고 항변하였다(井田恭子·和田紀子, 2006).

그러나 이번 보험수가율 개정에 고이즈미 총리의 의지가 강력하게 반영되었다는 근거를 여러 곳을 통해 확인 할 수 있는데, “재무성은 본체부분³⁾에서만도 5%의 보험수가율 인하를 주장했기에 불만이 남았다”⁴⁾고 하고, 의사회에서는 “의료의 질 및 안정성의 유지가 어려우므로,⁵⁾ 오히려 3% 이상 인상해야 한다”⁶⁾고 주장하였다는 점이다. 또한 후생노동성의 입장도 “의료는 국민의 생명과 직결되는 것이고, 필요한 것은 분명히 필요한 것이니만큼 무리해서 의료비를 억제할 것이 아니라, 각 지방자치단체별로 효율화를 구체적으로 추진하는 것이 중요하다”⁷⁾고 할 정도였다. 이렇듯 이번 결과는 누구의 동의도 얻지 못한 것으로 보였지만, 고이즈미 총리는 “세출삭감을 철저히 하라는 여론의 목소리에 맞추지 않

을 수 없다. 각론에 대한 반대는 받아들일 수 없다”⁸⁾고 주장하였다.

4. 보험수가율 조정 내용

1) 사상 최대의 인하율

2005년 12월 18일, 정부와 여당인 자민당이 2006년 4월부터 적용되는 의료보험 개정안을 발표하였다. 내용의 골자는 보험수가 총액을 전체적으로 3.16% 인하하는 것이었다. 일본의 보험수가는 치료행위 및 조제부분을 다루는 본체부분과 약 및 의료재료와 관련된 약가부분으로 이루어져 있는데, 이번 개정을 통해 본체부분이 1.36% 인하, 약가부분이 1.8% 인하되었다. 이는 처음으로 본체부분이 인하되었던 2002년도의 개정 이래 의료보험 사상 두 번째로 본체부분의 보험수가가 인하된 것이다(그림 1).

또한 보험수가 전체로도 과거 최대의 인하율을 기록했던 2002년도의 2.7%보다 훨씬 큰 폭인 3.16%의 인하율이 결정됨으로써, 6년 연속 보험수가가 인하되었다. 보험수가를 1% 인하하면 국비에서 약 750억 엔의 의료비억제효과가

경우 입원기본료의 감액을 실시하던 기존의 체계를 재조정하였다.

3. 보험수가율 조정의 배경

2절 2부에서 간단히 언급했듯이, 이번 개정에서 가장 논의가 되었던 부분이 바로 보험수가율 조정이다. 이번 개정을 통해 보험수가가 전체적으로 3.16% 인하되었는데, 이는 과거 최대의 인하율일 뿐만 아니라 보험수가 개정과 관련된 논쟁의 중심이 되었다. 그러므로 여기에서는 보험수가율 조정의 과정을 살펴보고자 한다.

1) 개혁과 선거

세금 및 재정과 관련한 삼위일체 개혁, 공무원 감축 및 정부계 금융기관 통폐합 등과 같은 작은 정부 지향의 개혁과 더불어 꾸준히 그리고 강력히 추진해 온 우정민영화 개혁이 우여곡절 끝에 중의원에서 통과 되었으나, 지난해 8월 자민당 내부의 반발로 참의원에서 부결되었다. 이에 고이즈미 총리는 중의원을 해산시키고, 새로이 치러지는 중의원 선거 결과를 우정민영화에 대한 국민의 의사로 받아들이겠다고, 경우에 따라서는 총리직을 물러나겠다는 결의까지 보였다. 그리하여 다음 달에 있었던 중의원 선거는 국내외로 많은 관심을 받았는데, 결과는 싱겁게 자민당의 압승으로 나타났

다. 이 결과로 고이즈미 총리의 개혁은 뜻 단 배에 순풍을 맞은 듯 추진될 수 있었다.

2) 보험수가율 조정 과정

의료보험과 관련된 보험수가율의 조정 과정도 이런 맥락으로부터 살펴보는 것이 좋을 듯하다. 2006년도 보험수가 개정과 관련하여 여러 차례의 중앙사회보험의료협회회의 및 공청회 등이 열렸으나, 후생노동성, 재계, 의료계 및 환자단체 등과의 합의가 이루어지지 않고 있던 상황이었으나 지난해 9월에 실시된 중의원 선거 결과 직후부터 보험수가율 인하에 관한 큰 틀이 가시화되기 시작하다가 12월 18일 일요일 공식적으로 발표되기에 이르렀다.

많은 언론들은 이와 관련된 논평들을 내놓기 시작하였는데, 이번 보험수가 개정과 직접적으로 관련해서는 아니지만, “선거에서 고이즈미 승리 이후, 상황이 꽤 바뀌었다”(社會保險研究所, 2005), “총선거에서 압승한 고이즈미 수상이 ‘과거 최대의 인하’를 지시하자 꼼짝없이 할 수 밖에 없게 되었다”²⁾ 등으로 이번 보험수가 개정을 표현하였다.

물론 정부 입장에서는 이번 보험수가율 개정과 관련하여 예산안의 편성과정에 있어서 “임금, 물가의 동향 등 현재의 경제동향, 의료경제실태 조사의 결과 및 보험재정의 상황 등을 고려하여 보험수가율을 인하하기에 이르렀다”고 발표하

2) 朝日新聞 2005년 12월 20일자.

3) 일본의 보험수가는 치료행위 및 조제부분을 다루는 본체부분과 약 및 의료재료와 관계된 약가부분으로 이루어져 있다. 이번 보험수가율 조정을 통해 본체부분은 1.36% 인하, 약가부분은 1.8%가 인하되었다. 이번 보험수가율 조정의 내용은 뒤에서 좀 더 자세히 살펴보고자 한다.

4) 産経新聞 2005년 12월 19일자.
 5) 産経新聞 2005년 12월 19일자.
 6) 朝日新聞 2005년 12월 20일자.
 7) 朝日新聞 2005년 6월 24일자.
 8) 共同通信 2005년 12월 19일자.

의 경우 보험수가를 통해 의료기관에 지불하는 수가는 높아진 반면, 환자의 본인부담을 높임으로써 병원의 문턱을 높게 하였다. 이는 결국 형식적으로는 소아과 등과 같이 의사부족을 겪는 부문에 대한 의료자원의 재배치라고 하지만, 실제로는 본인부담을 높임으로써 의료이용을 억제하고, 궁극적으로는 의료비 지출을 줄이려는 취지로 해석된다.

이와 맥락을 같이 하는 것으로서 노인환자에 대한 일당 입원기본료를 조정하였는데, 일상생활수행능력의 정도를 의료의 필요도에 따라 다르게 지불하도록 하는 것이다. 그러나 이는 결국 의료비의 확장을 억제하기 위한 장기입원의 노인 입원 구조의 개혁과도 연관되며,¹⁰⁾ 현재 20%의 본인부담을 지고 있는 일정 소득 이상의 70세 이상 노인의 경우 이번 10월부터 30%로 인상되는 것이 이를 뒷받침한다.

5. 논의 및 결론

본고에서는 2006년도 일본 보험수가 개정의 내용을 살펴보고 그에 대한 평가가 이루어졌다. 이를 위하여 후생노동성의 발표 자료인 “2006년 진료보수 개정안 개요에 관하여(平成18年度診療報酬改定の概要について)”(厚生労働省, 2006)를 중심으로 고찰하였다. 그러나 본고에서는 보험수가 개정의 구체적인 내용보다는 보험수가

율 인하와 관련된 논의가 좀 더 이루어졌다. 이는 이번 보험수가 개정의 전체적인 내용이 보험수가율 인하라는 큰 틀 내에서 이루어졌다고 보았기 때문이다.

본문에서도 밝힌 바와 같이, 정부 입장에서는 이번 보험수가율 개정과 관련하여 예산안의 편성과정에 있어서 “임금, 물가의 동향 등 현재의 경제동향, 의료경제실태조사의 결과 및 보험재정의 상황 등을 고려하여 보험수가율을 인하하기에 이르렀다”고 발표하였으나, 단순히 의료비 억제라는 측면만을 고려한 정책을 따르기에는 무리가 있는 것으로 보인다.

왜냐하면 우리나라의 건강보험 자료를 이용한 실증분석(오은환, 2000)을 통해서도 밝혀진 바와 같이, 지나친 보험수가의 억제는 불필요한 의료서비스 제공의 빌미가 될 수 있는 가능성이 있으므로 단순히 의료비 지출을 막으려는 정책이 중심이 되기보다는 증가하는 의료비에 대해 어떻게 대처해야 할 것인가를 고려하지 않으면 안 되기 때문이다.

한 예로, [그림 2]에서 볼 수 있듯이 일본의 인구대비 병상수는 OECD 회원국 중 최고 수준인 것에 반해, 인구대비 활동의사수는 거의 가장 낮은 수준의 국가 중의 하나인 사실을 지적할 수 있다(OECD, 2005). 이는 近藤克則(2004)의 연구에서도 보여주듯이 지나친 의료비 억제는 의료의 질을 저하시키고, 또 다른 문제를 야기할 수 있다는 것을 의미한다. 그는 “낮은 가격에 빠르

10) 日本經濟新聞 2006년 2월 17일자.

있다는 연구를 바탕으로 계산하면, 이번 개정을 통해 국비에서 약 2370억 엔의 의료비절감 효과가 있을 것으로 예상된다. 게다가 노인들을 대상으로 하는 개호보험 역시 수가가 0.5% 인하되었기에 이를 포함하면 총 2850억 엔의 재정압축효과가 예상된다.⁹⁾

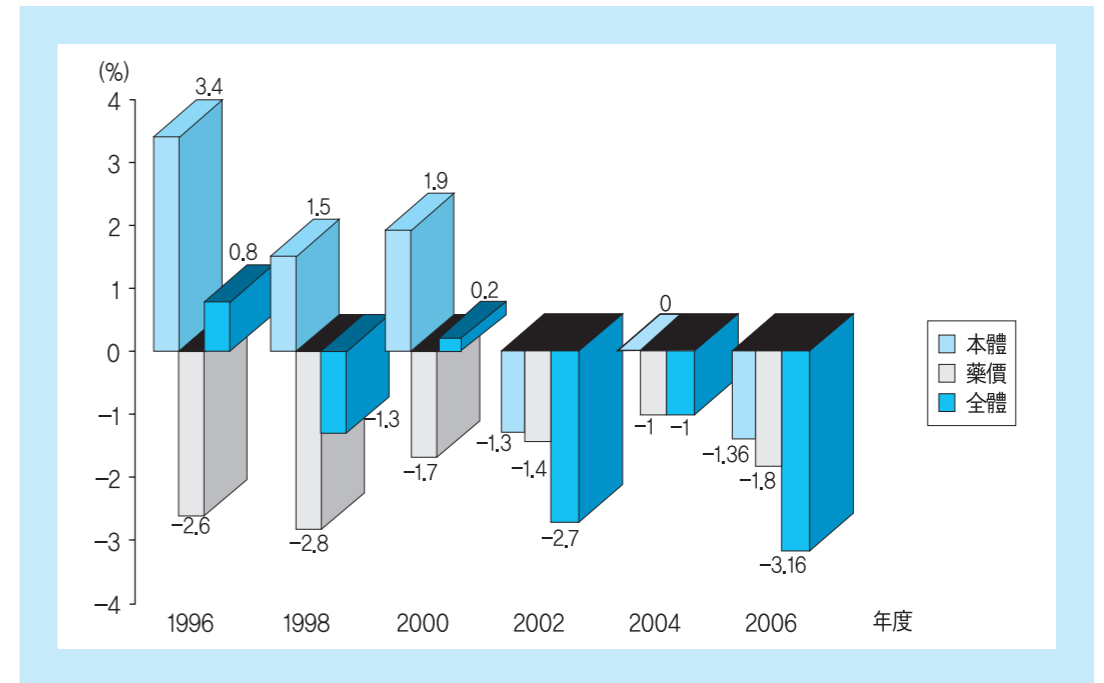
억제하면 역효과가 발생할 수 있다는 의견을 반영하면서 이번 개정에서 강조하고 있는 것 중의 하나가 단순한 수가율 인하가 아닌 신축적인 조정이라는 것이다. 그 예로 의사부족 등에 대처하기 위하여 소아과, 산부인과, 마취과 및 응급의료, 일반병상의 간호사 배치 등의 수가를 0.3% 인상하였다는 점을 들 수 있다.

2) 신축적인 수가 조정

그러나 환자의 부담 면에서는 외래 및 입원의 본인부담은 가벼워졌으나, 소아과의 본인부담 앞에서도 언급한 것처럼, 무리하게 의료비를

이 무거워졌다는 모순을 안고 있다. 즉, 소아과

그림 1. 보험수가율 개정의 변화



자료: 厚生統計協會, 國民衛生の動向, 2005. 朝日新聞 2005년 12월 19일자.

9) 朝日新聞 2005년 12월 19일자.

는 하지만 당분간은 계속될 추세이다. 그러나 二木立(2005)이 주장하듯이 의료비 증가에 대한 지나친 우려는 국민만 혼란시키는 정책이 될 뿐이다. 그 예로, 1995년 당시 2000년의 총 의료비를 38조 엔으로 추정하였으나, 2000년 실제치는 그와는 차이가 있는 30조 엔이었다. 또한 2010년의 총 의료비를 추정하는 데 있어서도 1995년에는 68조 엔이었던 것이 2001년에는 46조엔, 그리고 다시 2005년에는 41조 엔으로 감소 추정되었다. 따라서 지나친 의료비 증가에 대한 경계보다는 보다 현실에 가까운 정책수립이 요구된다고 하겠다.

또한 <표 2>에서 보여주듯이 국내총생산 중 총의료비의 비중은 매년 증가하고 있으나, 총의료비 중 공적부담의 비중은 해마다 감소 추세에 있다. 이를 반영하듯 총의료비 중 본인부담율은 매년 증가하고 있다. 결국 평균수명의 연장 및 고령화 등에 의한 의료비지출 증가가 불가피한

상황에서 정부지출을 줄이는 것은 국민들 각자에게 의료비의 부담을 떠넘기는 것에 불과한 것으로 보인다. 이는 의료보험제도가 사회안전장치로서의 역할을 수행하는 본래의 목적에 위반되는 것이라 할 수 있다. 이런 현상은 다른 OECD국가들에 비해 현저히 낮은 의료비를 지출하면서도 매우 높은 수준의 본인부담율을 유지하고 있는 우리나라의 건강보험제도에 시사하는 바가 크다고 할 수 있다.

본고에서는 2006년 일본 의료보험수가 개정을 후생노동성의 발표 및 언론 자료를 중심으로 살펴보았다. 개정이 발표 및 실시된 직후여서 학술적인 논문을 통한 고찰은 이루어지지 않았다. 이번 개정의 성과 및 문제점은 향후 정책 연구를 통하여 밝혀질 것으로 생각된다. 관련 연구가 발표되기까지라도 본 연구를 통해 일본 의료계의 동향을 살펴 볼 수 있다는 점에 본 연구의 의의가 있다고 하겠다. [GSST](#)

표 2. 일본의 의료비 지출 및 구성 추이

(단위: %)

연도	국내총생산 중 총의료비 비중	총의료비 중 공적부담율	총의료비 중 본인부담율 (가계기준)
1995	6.8	82.8	15.6
1996	7.0	81.5	16.8
1997	6.9	80.8	17.5
1998	7.2	81.1	17.1
1999	7.4	81.3	16.9
2000	7.6	81.7	16.5
2001	7.8	81.5	17.3
2002	83.0	15.3	7.9

자료: OECD Health Data 2005.

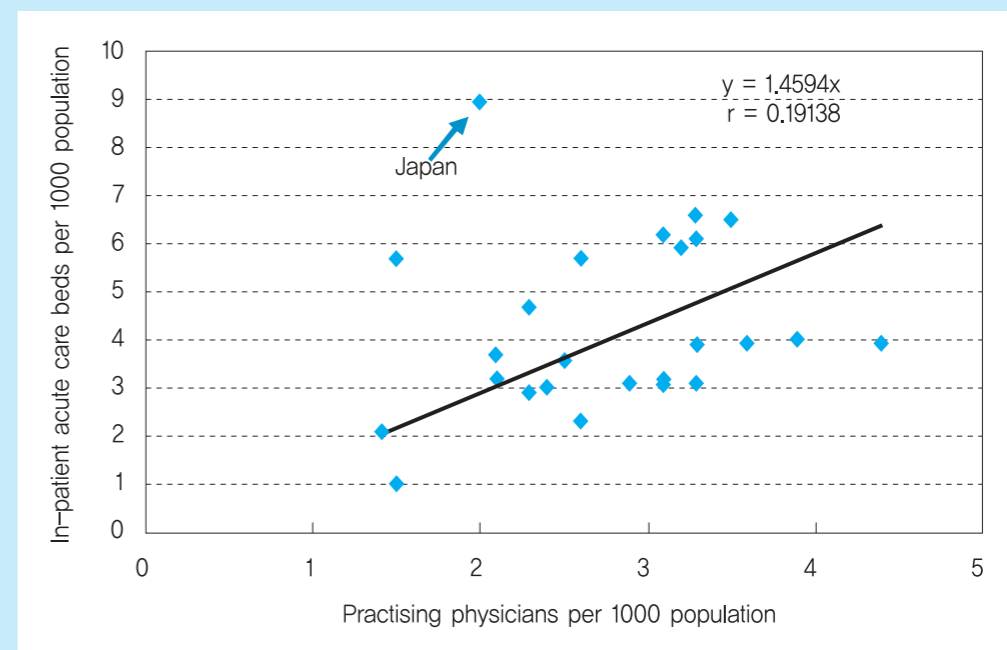
면서 질 좋은 의료는 있을 수 없다”고 주장하며, 이러한 추세로 2000년에 영국에서 2005년까지 의료비를 50% 늘린다고 공표한 사실과 캐나다에서 2002년에 공적의료비를 9% 추가 확대하는 개혁안을 제시한 것을 예로 든다.

또한 OECD 회원국 중 10개국을 대상으로 한 NBER의 최근 연구보고서(Kotlikoff & Hagist, 2005)에서도 지적하듯이, 일본의 연령조정 국민 일인당 의료비지출 증가율 및 정부지출 증가율은 각각 3.57%와 6.67%로서 대상국들의 평균 이하의 낮은 수준인 것으로 나타난 것처럼, 전

세계에서 가장 높은 수준의 노인인구비율과 평균수명, 그리고 고가의 의료기술을 향유(Eun-Hwan Oh et al., 2005)하고 있다는 점에서 단순히 의료비 억제 정책만을 고집할 것이 아니라 어느 정도의 의료비 지출 증가는 당연한 것으로 보아도 될 것이다.

의학 및 의료기술의 발달과 평균수명의 연장 등으로 인한 의료비의 증가는 어쩔 수 없는 현실이다. 또한 소자녀화가 두드러지고 노인인구 비율이 높아지고 있는 것도 고령인구부양 및 노인 의료비라는 면에서 부담이 되는 것이 사실이기

그림 2. OECD 회원국의 인구 대비 활동의사수 및 병상수 (2002)



자료: OECD Health Data 2005.