

건강보장비용의 공·사 분담과 증가 억제 방안: 일본

2021. 6

배준호·김명중

한국조세재정연구원

세종특별자치시 시청대로 336
TEL: 044-414-2114(代), www.kipf.re.kr

 한국조세재정연구원
KOREA INSTITUTE OF PUBLIC FINANCE

건강보장비용의 공·사 분담과 증가 억제 방안: 일본

2021. 6

배준호·김명중

본 보고서는 한국조세재정연구원의 의뢰로 외부 연구진이
작성하였으며, 본원의 공식 의견이 아님을 밝힙니다.

요약 및 정책적 시사점

본 연구에서는 일본 건강보험과 의료체계의 변천과 현황을 개략적으로 고찰하고, 보건의료지출(health expenditure) 재원조달의 공·사 분담체계와 의료비 증가 억제 방안을 분석, 평가하였다. 이 보고서에서 우리는 편의상 보건의료지출이라는 학술용어를 '건강보장비용'과 동일한 의미로 사용한다. 고찰을 통해 얻은 일본 건강보험과 의료체계 및 보건의료지출(health expenditure) 재원조달의 공·사 분담체계 특성은 다음과 같이 정리할 수 있다.

- 1) 일본은 세계 최고 고연령 국가이고 고령화 속도가 빠름에도 불구하고 의료비를 위시한 보건의료지출의 규모와 증가율을 비교적 잘 통제하고 있다. 이는 자유로운 의료기관 선택(free access, 장소, 시간에 관계없이 이용 가능) 체제에서 얻어진 결과이다.
- 2) 배경에는 의료와 건강보험에서 '공공성과 형평성'을 '상업성과 효율성'보다 우선하는 당국과 전문가들의 공통된 인식과 분석에 입각한 강력한 의료기관 통제가 있다.
- 3) 국민개(皆)보험 체제하에 공적건강보험의 비중이 압도적이고 민영건강보험의 역할은 제한적이다. 배경에는 '혼합진료 원칙 금지'라는 일본 특유의 규제와 소득보상에 중점을 둔 민영건강보험, 건강보험 네트워크(공적건강보험과 민영건강보험, 민영건강보험회사간 등)의 정비를 통한 정보 공유 부재 등의 특징이 있다.
- 4) 실손보험 가입률이 낮아 의료기관 종사자나 환자의 도덕적 해이에 의한 과잉진료, 부당진료의 폐해가 적다. 민영건강보험의 지급 보험금이

정책형 중심이라 의료비지출과의 연관성이 명확하지 않다. 이로 인해 '임의 보건의료지출' 통계의 신뢰도가 떨어진다.

- 5) 본인부담률은 낮은 수준이며 지속적으로 하락하고 있다. 배경에는 고령자 증가와 고령자의 낮은 본인부담률이 있다. 고령자 본인부담률은 다수가 10%를 적용받고 20%, 30% 적용자는 소수이다. 고령자의 낮은 본인부담률이 건강보험 재정적자 누적의 한 원인으로 지적되고 있다.
- 6) 공적건강보험은 보험자가 다수(3,243곳)인 조합방식으로 운영되며 조합 간 재정력 차이가 커 보험료 부과에 따른 불공평이 존재한다. 불공평 해소 목적의 재정조정제도가 있으나 복잡하고 자주 바뀌어 가입자들의 이해도가 낮고, 불공평은 여전히 남아 있다는 인식이 강하다.
- 7) 재정력이 양호한 일부 조합(조합건보 1,394곳)이 보험료 수준을 밝히지 않는 등 공적건강보험임에도 보험료 통계가 명확히 정리되지 않고 있다. 건강보험 등 사회보장과 세정 분야 행정의 효율적 관리를 위해 2016년 1월부터 개인번호제가 시행되고 있지만, 보험자 간 네트워크 구축을 통한 공적건강보험 전 가입자의 보험료 징수와 급여 관리 등의 분야에까지 확산되는 데에는 시간이 소요될 전망이다. 다수 보험자에 따른 보험료 징수상의 비효율도 문제로 지적될 수 있다.
- 8) 사회보험으로 운영되는 공적건강보험이 보험료 징수와 급여 지출을 통해 소득재분배에 기여하고 있는데, 그 수준이 건강보험 재정에 투입되는 조세 재원의 소득재분배 효과와 비교하여 클지, 작을지는 불명확하다. 보험료 징수 단계에서의 소득재분배 효과는 우리나라에 비해 크게 떨어진다.
- 9) 의료서비스 수급 단계에서의 본인부담률은 원칙 3할(고령자 1할~3할)로 단순한 편이며 고액의료비(진료 건당 80만엔 초과) 상한제, 낮은 진

찰료 등 정액본인부담(copayment) 등으로 평균실효 본인부담률은 10%대로 추정된다.

- 10) 의료기관 등급에 따른 본인부담률 차이는 기본적으로 없다. 1984년부터 2006년 9월까지 시행된 ‘특정요양비’ 제도에서 ‘특별 서비스’로 규정된 200병상 이상 병원의 초진과 재진에 대해 높은 진찰료(정액본인부담)가 설정된 적이 있었으나 지금은 폐지되었다. 2006년 9월 이전에는 대학병원 등 대병원이 특정승인보험의료기관으로 지정되었으나 이후 통상의 보험의료기관으로 바뀌었다.
- 11) 자유로운 의료기관 선택으로 인한 환자의 대형병원(200병상 이상) 집중 현상이 없지 않다. 후생노동성은 진료소 등 1차 의료기관 소개장 없이 대형병원 방문 시 초진에 초과 부담(2천엔 전후) 부과를 고려 중이다. 대형병원 외래 환자 중 경증환자 비율은 30%를 넘는 것으로 나타나고 있다.
- 12) 의료행위에 보험진료와 보험외진료의 병용을 허용하는 ‘혼합진료’는 원칙 금지다(치과 제외). 후생노동성 해석 등 관행에서 1984년 관련 규정(보험의료기관 및 보험의료요양담당규칙 제18조, 특수요법등 금지)이 정비되고 최고재판소 판례(2011)로 굳어졌다. 보험외진료 희망시 진료비 전액이 본인부담이다. 이 제도로 보험급여서비스로 자족하는 이들이 많아 의료비 증가 억제에 효과가 있는 것으로 평가되고 있다.
- 13) 혼합진료의 예외적 허용인 ‘보험외비용요양비제도’는 2006년 10월 도입되었으며 이전의 ‘특정요양비’ 제도를 대체하였다. 특정요양비는 1984년 도입된 제도로 대학병원 등의 고도선진의료(지금은 선진의료) 해당 시, 기초의료 부분을 특정요양비로 보험급여하고 특별서비스와 특별의료 부분 비용을 피보험자가 부담한다. 선진의료 등이 포함된 평가요양과 병실료 차액 등이 포함된 선정요양이 있다. 전체 보험급

여 중 보험외비용요양비 비중은 크지 않을 것으로 추정된다.

- 14) 혼합진료 원칙 금지로 공적건강보험을 보충(supplementary)하기 위해 민영건강보험을 사용하기 힘들다는 사실과 실손보험의 낮은 보급률은 상관관계가 높아 보인다.
- 15) 일본의사회 등 의료인 다수가 혼합진료 해금 반대, 고령자 본인부담률 인상에 소극적인 자세 견지, 영리병원 등 의료약자 편에 서는 등 의료의 공공성 유지와 형평성 확보에 열정적이다. 이는 병원이나 주변 의사와의 경쟁 압력이 커지는 것을 막기 위함도 있을 것이다. 혼합진료와 실손보험에 기대 수익을 늘리며 의료약자에 대한 배려가 약해 가진 자의 이익단체로 인식되는 우리나라 의사사회와 대조된다.
- 16) 장수화에 따른 치매환자 급증과 이에 따른 장기요양보험 지출 증가로 보건의료지출 억제가 쉽지 않다. 의료비 증가 억제에 일정한 성과를 거두어도 장기요양비용(즉 개호비용) 관리에는 한계가 있기 때문이다. 치매의 국가책임제와 같은 제도의 도입은 생각하기 힘든 상황이다.
- 17) 고령화, 장수화의 심화로 국민의료비와 보건의료지출이 지속적으로 늘어 일본 정부는 2008년부터 두 차례에 걸친 5년 단위 의료비 적정화계획을 수립, 추진하였고, 2018년부터 2023년까지 제3기 의료비 적정화계획을 추진 중이다. 1기, 2기 의료비 적정화계획은 세부 목표 측면에서는 낮은 달성도 등 미흡한 점이 많지만, 제네릭 의약품 사용 비율의 획기적 증대, 의료요양병상 수 감소와 평균재원일수 단축 등에 의한 입원의료비 억제, 당초 계획에 없었던 의료보수 개정(주로 인하), 본인부담 인상 등의 파급효과로 의료비 억제 측면에서는 기대 이상의 성과를 거두었다.

- 18) 전국 평균 차원의 성과에도 불구하고 지역별 (의료비) 격차가 꽤 커서 이의 축소 작업이 과제이다. 제3기 의료비 적정화계획은 입원의료비 억제를 위해 1, 2기 이상으로 도도부현, 즉 지방정부 주도하의 적정화 사업(지역의료구상)에 중점을 두고 있다. 지속적 축소에도 불구하고 과잉 상태인 병상 수 감축에 지방정부를 끌어들여 자체 의료구상에 입각한 병상 기능 분화와 연계 작업으로 효율화하도록 유도하고 있다. 이는 고령화, 장수화가 피크를 향해가는 시점에 입원의료비 억제가 의료비 증가율 억제의 최대 과제임을 시사한다.
- 19) 개호보험은 2000년 4월 제도 발족 후 증가율을 보면 20년 사이에 피보험자가 1.65배인데 요개호(요지원) 인정자는 3.1배, 서비스 이용자 인 지급자는 19년 사이에 3.3배에 달한다. 개호보험 급여로 측정할 총비용은 19년 사이에 3.3배 늘었고 보험료는 2배로 커졌다(65세 이상 제1호 피보험자, 전국평균 월액, 제1기(2000~2002년) 2,911엔, 제7기(2018~2020년) 5,869엔). 기초연금 월평균 지급액이 약 5만엔이고 보험료가 기초연금에서 원천징수되는 것을 감안하면 추가적 인상은 쉽지 않을 전망이다.
- 20) 개호보험은 발족 후 급격한 개호비용 증대를 억제하면서 다양한 개호 수요에 대응하여 건강수명 확보와 환자 대상의 일정 수준 서비스 제공에 기여했다고 평가할 수 있을 것이다. 하지만 재정 압박, 개호 분야 일손 부족, 복잡해진 제도라는 문제점 해결 과정에서 국가가 지방정부에 책임의 많은 부분을 떠넘기려 한다. 또 비중이 커지는 치매 대책, 개호예방과 일상생활지원(신중합사업) 등 국가 재정사업 특성이 강한 분야까지 개호보험제도 틀 내에서 해결하려는 시도는 재고의 여지가 있다. 분명한 것은 부담과 급여 관계를 명확히 하여 제도의 장기지속가능성을 확보하는 것이며, 이를 위해 부담을 늘려 급여수준을 유지할 것인지, 부담 수준에 맞게 급여 수준을 억제할 것인지에 대한 가입자 의사 확인 작업이 필요하다는 것이다.

- 21) 우리나라도 건강보험과 의료체계를 잘 운영해 오고 있으며 의료기관 접근과 고가 의료서비스 접근 등 일부 분야에서는 일본을 넘어선 것으로 평가받기도 한다. 일찍 정비된 주민등록번호와 단일 보험자 방식, 강력한 행정력을 바탕으로 가입자 관리, 보험료 징수와 급여 지출, 진료비 심사 평가 등에서 높은 효율성을 추구하고 있다. 하지만 2008년 이후 활성화된 실손보험의 방만한 운영과 이에 따른 의료비 급증 등은 일본에 크게 뒤진 모습이라고 할 수 있다.
- 22) 실손보험 등 민영건강보험이 비용에 상응하는 의료서비스를 제공하지 못하는 'value for money' 문제가 지적될 수 있다. 지출 중 상당 부분이 비필수적 분야 지출로 평가되면서 의료보험 재원 활용의 비효율성이 지적되고 있다. 앞서 민영건강보험을 도입한 일본에선 실손보험의 존재감이 약하고 정액 보상 상품이 주류이다.
- 23) 일본 수준의 고령화기에 일본보다 낮은 보건의료지출로 건강수명을 보장하려면 지금 우리에게 어떤 작업이 필요할까. 공적건강보험 지출의 효율화 작업 외에 민영건강보험의 내실화가 시급하다. 민영건강보험 보험료가 공적건강보험 보험료로 대체된 상황을 고려하면 파급 효과는 자명하다. 당장은 민영건강보험의 내실화를 추구하되 건강보험 일원화를 함께 검토해야 할 시점에 근접하고 있다고 할 수 있다.
- 24) 보건의료지출, 즉 건강보장비용의 증가를 억제하기 위해 ① 외래와 입원 등 가입자들의 의료기관 이용 관행을 서구형으로 바꿔 나가기 위해 주치의 제도 도입 등 의료전달체계를 개편한다. ② 의약품 처방과 관련하여 과잉 처방과 고가 처방이라는 그간의 관행을 개선한다. ③ 민영건강보험의 주축인 실손보험 개편을 통해 사실상의 건강보험 일원화에 나선다. ④ 건강수명 확보와 관련이 없거나 약한 의료서비스 공급을 최소화한다. 치료 후 현업 복귀나 건강한 삶을 이어갈 가능성이 현저히 낮은데도 '인도 차원'을 내세워 분별없는 의료서비스 제공이 이뤄지지 않도록 한다.

I. 서론	1
II. 기존 연구 고찰과 본 연구의 의의	6
1. 기존 연구	6
2. 본 연구의 의의	12
III. 일본의 의료체계와 건강보험	14
1. 현황과 역사적 변천	14
가. 자원조달: 정부제도	16
나. 자원조달: 강제 가입 건강보험	17
다. 자원조달: 본인부담	23
라. 자원조달: 임의 가입 건강보험	25
마. 의료급여와 의료제공체계	29
2. 경과와 성과 평가	33
가. 정책 목표	34
나. 비용부담 억제와 공평한 자원조달	35
다. 환자 경험과 의로서비스 접근의 형평성	38
라. 의료(서비스) 성과와 의료의 질	44
마. 보건의료체계의 효율성	52
바. 투명성과 설명 책임성	54
IV. 건강보장비용의 공·사 분담	56
1. 일본 사례: 공·사 분담의 변천과 배경	56
가. 개요	56
나. 보건의료지출의 변천	58
다. 국민의료비 지출 내역	62

라. 국민의료비 자원 구성	66
마. 자원 조달: 공적 부문	70
바. 자원 조달: 본인부담	87
사. 자원조달: 비급여 직접 지불(direct payment)	94
아. 자원조달: 임의건강보험(민영건강보험)	96
자. 자원조달: 기타 조달과 지불 방식	96
차. 구매 및 구매자-제공자 관계	96
2. 일본과 주요국 사례 비교	98
가. 보건의료지출 규모와 주체별 자원 부담 내역	99
나. 혼합진료에 대한 국가별 대응	107
V. 건강보장비용 증가 억제 방안	113
1. 의료비 증가 억제 방안과 성과	114
가. 추진경과	114
나. 성과와 평가	121
2. 개호비용 증가 억제 방안과 성과	129
가. 추진 경과	130
나. 성과와 평가	140
VI. 결론: 요약과 시사점	143
참고문헌	150

표목차

〈표 III-1〉 주요 건강보험 제도 비교(2018년 3월말 기준)	18
〈표 III-2〉 건강보험 본인부담률 변동 추이	24
〈표 III-3〉 민보(民保)의 특정보장기능 생명보험과 특약 가입률	25
〈표 III-4〉 공적건강보험 급여 내용(2018년 8월 기준)	27
〈표 III-5a〉 의료시설 현황(2018년 기준)	31
〈표 III-5b〉 병상 규모별 병원 현황(2018년 기준)	31
〈표 III-6〉 건강보험 자원 조달의 누진도(가구 기준, Kakwani 지수)	37
〈표 III-7〉 일본과 미국의 외과 수술 사망률	51
〈표 IV-1〉 일본 보건의료지출 추이(1995~2019)	58
〈표 IV-2〉 주요국 정부보건의료지출의 정부지출 대비 비율(2000~2017년)	59
〈표 IV-3〉 주요국 보건의료지출의 GDP 대비 비율 추이(1995~2019)	61
〈표 IV-4〉 주요국 1인당 보건의료지출(1995~2019)	62
〈표 IV-5〉 국민의료비의 내역과 변천(1995~2019)	63
〈표 IV-6〉 연령그룹별 진료 종류별 의료비 지출(전체, 2017년도)	65
〈표 IV-7〉 연령그룹별 진료 종류별 의료비 지출(남자, 2017년도)	65
〈표 IV-8〉 연령그룹별 진료 종류별 의료비 지출(여자, 2017년도)	66
〈표 IV-9〉 국민의료비 자원 구성(1985~2017)	67
〈표 IV-10〉 중앙정부 예산 중 세출과 사회보장관계비 추이(1975~2020)	68
〈표 IV-11〉 중앙정부 예산 중 세입 추이(1975~2020)	68
〈표 IV-12〉 중앙정부 일반회계 사회보장 4경비 내역(2020년)	70
〈표 IV-13〉 건강보험제도별 피보험자 분포	71
〈표 IV-14〉 교차 지원 메커니즘	73
〈표 IV-15〉 후기고령자의료제도 자원조달 상세(2008년 이후)	86
〈표 IV-16〉 본인부담 상한액(2018년 8월 이후)	90
〈표 IV-17〉 민영건강보험 보장 범위 규제	111
〈표 V-1〉 3기에 걸친 의료비 적정화계획(2008~2023)	121

그림목차

[그림 II-1] OECD 회원국 등 주요국의 보건의료지출 자원 내역(2017년 중심) · 10	10
[그림 II-2] 주요국 임의건강보험의 보건의료지출 대비 비율(2003~2017) ····· 11	11
[그림 II-3] 주요국 강제 건강보험의 재원조달 내역(2017년) ····· 12	12
[그림 III-1] 일본 의료제도의 개요 ····· 15	15
[그림 III-2] 시읍면 국보의 재원 구성(2019년도 예산 기준) ····· 22	22
[그림 III-3] 전기고령자 재정조정 ····· 23	23
[그림 III-4] 소득분위당 가구 비식료품 소비지출내 보건의료지출 비율 (1989~2009) ····· 36	36
[그림 III-5a] 의료서비스 접근의 수평적 공평성 ····· 40	40
[그림 III-5b] 의료서비스 접근의 수평적 공평성 ····· 40	40
[그림 III-6] 의료서비스 접근의 수평적 공평성 ····· 41	41
[그림 III-7] 비용 문제로 의료서비스 이용 상실 경험자 비율 ····· 43	43
[그림 III-8] 학력별 전 요인 사망리스크 비율(2010년) ····· 45	45
[그림 III-9a] 5분위 소득 계층별 불건강 상태(자기 평가, 남자) ····· 46	46
[그림 III-9b] 5분위 소득 계층별 불건강 상태(자기 평가, 여자) ····· 47	47
[그림 III-10] 전수 건강 진단 정책 도입 전후 진단율 ····· 49	49
[그림 III-11] 여러 유형 암의 5년 상대 생존률 ····· 50	50
[그림 IV-1] 주요국의 본인부담률(최종가구소비지출 대비 비율, 2017년) ····· 57	57
[그림 IV-2a] 주요국 정부 보건의료지출의 정부지출 대비 비율(2000~2017) ··· 60	60
[그림 IV-2b] 주요국 정부 보건의료지출의 정부지출 대비 비율(2000~2017) ··· 60	60
[그림 IV-3] 건강보험제도간의 교차 지원 ····· 73	73
[그림 IV-4] 협회건보 보험료율 추이(1947~2020) ····· 75	75
[그림 IV-5] 응능할지수와 응익할지수의 상관 ····· 81	81
[그림 IV-6] 의료비 지역차 지수와 표준화지수의 상관 ····· 81	81
[그림 IV-7] 응능할지수와 응익할지수의 상관 ····· 82	82

[그림 IV-8] 의료비 지역차 지수와 표준화지수의 상관	82
[그림 IV-9] 노인보건제도의 재정 재배분(2008년 이전)	83
[그림 IV-10] 후기고령자의료제도의 재정풀(2008년 이후)	85
[그림 IV-11] 주요국의 본인부담률(최종가구소비지출 대비, 2015년)	92
[그림 IV-12] 주요국의 본인부담률(최종가구소비지출 대비, 2013년)	93
[그림 IV-13] 주요국 본인부담의 재화 서비스별 내역(2013년)	93
[그림 IV-14a] 주요국의 GDP 대비 보건의료지출 비율(1975~2019)	100
[그림 IV-14b] 주요국의 GDP 대비 보건의료지출 비율(1975~2019)	101
[그림 IV-15a] 주요국의 보건의료지출 대비 공공·의무 보건의료지출 비율 (1970~2019)	102
[그림 IV-15b] 주요국의 보건의료지출 대비 공공·의무 보건의료지출 비율 (1970~2019)	103
[그림 IV-16a] 주요국의 보건의료지출 대비 임의 보건의료지출 비율 (1995~2019)	104
[그림 IV-16b] 주요국의 보건의료지출 대비 임의 보건의료지출 비율 (1995~2019)	105
[그림 IV-17a] 주요국의 보건의료지출 대비 본인부담 비율(1970~2019)	106
[그림 IV-17b] 주요국의 보건의료지출 대비 본인부담 비율(1970~2019)	106
[그림 IV-18] 혼합진료와 비용부담: 일본·영국·캐나다	112
[그림 V-1] 개호비용과 월평균 보험료(제1호 피보험자)	134
[그림 V-2] 지역포괄케어시스템 체계	139

I. 서론

본 연구의 분석 대상은 일본의 건강보험과 의료체계가 1차적 주제이고, 이와 관련된 OECD 주요국 사례에 대한 개략적 고찰이다. 우리는 이상의 분석 대상에 대한 고찰을 통해 우리나라 건강보험과 의료체계의 발전 방향에 대한 시사점을 모색한다. 특히 관심을 갖고 분석하는 대상은 일본 건강보험과 의료체계의 변천 및 그 배경, 이를 재정적으로 지지하는 보건의료지출(health expenditure), 즉 건강(보장)¹⁾비용의 공·사 분담체계와 동 비용의 증가율 억제 방안이다.

보건의료지출은 세계보건기구(WHO)와 OECD 등 국제기구가 채택하는 보건의료지출 개념으로, 일본 및 우리나라에서 통용되는 ‘국민의료비’보다 광의의 개념으로 당연히 그 값이 더 크다. WHO 등이 제시한 ‘보건의료지출(health expenditure)’ 정의에 따르면 이는 의료 관련 최종 소비와 보건 활동의 생산에 따른 지출로, 국민의료비보다 포괄 범위가 넓어 질병 예방과 재활, 장기요양, 일반의약품 비용 등을 포함한다.²⁾

WHO 등에 따르면 보건의료지출은 치료(입원, 외래, 재가), 재활(입원, 외래, 재가), 장기요양(입원, Day cases, 재가), 기타의 네 가지로 구분된다. 기타에는 의료 보조서비스, 외래환자 처방 의약품 등, 예방과 공중보건, 보건

1) 건강보장의 영어 표기로 ‘health security’가 고려될 수 있지만, 이는 ‘보건안전’으로 본국의 건강보장과는 거리가 있다. 즉 자국민의 건강 및 후생 증진 관련 공중보건 사고의 예방, 완화 활동과 조치를 지칭한다. 이들 활동은 국경을 넘나들며 국제관계 및 안보 연구와도 연관된 신 패러다임 구축 작업의 일환이다. 한편 ‘healthcare security’는 ‘의료서비스 안전’으로 병원 등 의료시설과 환자 관련 정보의 안전한 보관, 활용 등에 사용된다. 참고로 정형선(2018)은 건강보장보다 좁은 ‘의료보장’을 쓰면서 이를 ‘의료제도의 경제적 지원 내지 재원조달 기능을 통해 의료제도 구성원의 의료이용을 보장하는 것’으로 규정한다. p.489.

2) WHO 등에 따르면 보건의료지출은 “보건 재화 및 서비스(health goods and services)로 규정된 재화·서비스의 최종 소비, 그리고 보건 활동(health activities)으로 규정된 특정 활동의 생산에 소요되는 지출”로 정의된다. WHO·World Bank·USAID(2003), p.296.

행정과 공·사 건강보험, 의료 제공자의 자본형성, 의료인력의 교육·훈련, 보건의료 연구개발, 식품위생 음용수통제, 환경보건(environmental health) 등이 포함된다.³⁾

나라에 따라 다르긴 하지만 우리나라와 일본을 포함한 적지 않은 국가에서 보건의료지출이 증가하고 있다. 그 배경에는 보건위생의 개선 및 의료기술 발전에 따른 수명의 연장과 의료수요 증가 현상이 있다. 보건위생을 포함한 보건의료 시스템(health system)은 나라별로 조금씩 다른 모습을 지니고 있으며 그에 따른 성과도 제각각이다.

주지하듯이 일본은 세계 최고 수준의 고령 국가임에도 불구하고, 의료비를 위시한 보건의료지출을 상대적으로 잘 통제해온 것으로 평가받고 있다. 이와 관련한 이의 제기 등 문제가 없는 것은 아니지만, 본 연구는 일본 정부가 보건의료지출 증가 억제에서 일정 부분의 성과를 내고 있음을 확인하고 있다. 일본은 유럽 주요국과 유사하게 보건의료지출 소요 재원의 대부분을 조세나 사회보험 등 공적 루트로 조달하고, 민간의료보험과 본인부담 의존 비율을 낮게 유지한다. 본인부담 월 상한은 재난적 수준의 부담으로부터 가입자를 보호하며 저소득가구 보험료 면제, 아동의 본인부담 보조, 만성 난치 질환 환자 보조 등도 가입자의 의료비 부담을 낮춘다.

한 나라 보건의료 시스템(health system)의 효율성은 추구하는 목표에 이르기 위해 이용가능한 자원을 얼마나 잘 활용하는가 하는 것이다. 보건의료 시스템에는 이해관계를 지닌 다양한 제공자가 참여하고, 이때 비효율은 개별 제공자에서 전체 보건의료 시스템에 이르기까지 다양한 형태를 가진다. 정책당국으로서는 개별 제공자 수준⁴⁾보다 전체 보건의료 시스템의 비효율

3) WHO·World Bank·USAID(2003), p.28, table 3.2 International Classification for Health Accounts scheme for health care functions (ICHA-HC)

4) 제공자 수준이라면 자원의 소비(비용)와 성과(편익)를 계측하여 효율성을 분석하는 것이 가능할 수 있을지 모르며, 특정 조치의 비용과 편익을 직접 계측, 비교효과성 측정치를 얻어내는 계량경제 모형 등이 활용될 수 있다. 하지만 보건의료 시스템이 대상일 경우 관련 작업은 매우 복잡하며 WHO(2000)의 World Health Report 2000에서 확인 가능하다. 그럼에도 불구하고 보건계정의 국민계정 도입 시도 등 일정 수준의 노력이 행해지고 있다. 다만 이해관계자별 회계 계정 구축 시(제공자, 환자 등)의 복잡하고 모호함은 남은 과제라고 할 수 있다.

최소화에 주력할 것이다. 그런데 보건의료지출이 지속적으로 증가하는 상황에서 효율성 측정이 이런저런 제약으로 인해 쉽지 않을 경우, 어떻게 하면 가장 적은 비용으로 목표로 하는 보건의료 시스템을 운영할 것인가,⁵⁾ 즉 비용 효율성(cost-effectiveness) 추구가 정책당국의 주된 관심이 된다.

비슷한 수준의 건강서비스를 제공하는 나라에 비해 보건의료지출이 적다면 그만큼 비효율이 작고 비용 효율성이 높다고 볼 수 있다. 일본의 보건의료 시스템에 대한 대외 평가가 높은 것은 이같은 차원에서 이해될 수 있을 것이다. 아울러 건강서비스 수준과 보건의료지출이 비슷한 상황이라면 제공자별, 기능별 지출의 차이에 대한 고찰을 통해 일본을 위시한 주요국 보건의료 시스템의 비효율과 개선 방향에 대한 시사점을 얻을 수 있다. 이처럼 양호한 보건의료 시스템을 가진 국가와의 비교는 접근 시 일정 수준의 주의가 필요하겠지만, 자국 보건의료 시스템의 진단과 개선 방향 모색에 도움을 줄 수 있다.

2019년 기준 일본은 보건의료지출의 84.3%를 공공기금으로 조달하며 이는 OECD 회원국 중 여섯 번째로 노르웨이(85.4), 스웨덴(85.2), 독일(85.0), 미국(84.8), 룩셈부르크(84.5) 다음이다. 그 연장선에서 보건의료지출 재원 내 민간보험과 본인부담률은 상대적으로 낮다. 보건의료지출 재원의 핵심인 공공기금은 사회보험료와 정부재정 이전(tax transfer)으로 구성되며, 정부재정 이전은 재정 사정이 나쁜 건강보험조합을 지원한다. 의료서비스를 포함한 사회보장 급여와 정부재정 이전을 통한 세대간 재분배가 일본 내 가구소득 재분배의 주된 통로로, 과세에 의한 세대내 재분배는 보조 수준에 머물고 있다.

본인부담률은 2003년 이후 70세 미만의 가입자가 30%이고 가구소득에 따른 월 본인부담 상한(고액의료비제도)이 있어 재난적 수준의 부담으로부터 가입자를 보호한다. 덧붙여 저소득가구 보험료 면제, 아동의 본인부담 보조, 난치성 만성질환자 환자 지원 등이 재난적 수준의 의료비 부담으로부터 가입자를 보호한다.

5) 비용 효율성을 추구하는 상황은 목표로 하는 보건의료 시스템 구축 시 얻어지는 편익을 계측하기 힘들거나 특정한 사유로 계측하려 하지 않을 때 등이다.

우리나라도 일본 못지않게 양호한 수준의 건강보험과 의료체계를 운영하고 있다. 의료기관에의 자유로운 접근과 고가 의료서비스에의 접근 등 일부 분야에서는 일본을 넘어선 것으로 평가받기도 한다. 하지만 건강보험과 의료체계에 내재된 도덕적 해이, 보건의료지출의 비효율적 관리가 두드러지는 민영건강보험(실손보험 등) 등 적지 않은 분야에서 여전히 일본에 뒤졌거나 만족스럽지 못한 것으로 나타난다.

보험자가 복수로 존재하는 일본과 달리 단일 보험자인 우리나라에서는 보험자 간 비용 절약의 경쟁 유인이 존재하지 않아 의료서비스 제공자(의사 등)의 비용 청구에 대한 감시, 감독이 상대적으로 약해질 수 있다. 실제로 민영건강보험의 진료비 청구에 대한 감시, 감독은 공적 건강보험에 비해 매우 약해, 이 루트를 통한 가입자와 제공자의 도덕적 해이에 따른 과잉 진료, 이에 따른 보건의료지출, 즉 건강(보장)비용의 비효율이 오래전부터 이슈화 되어 왔다. 의료기관에의 자유로운 접근은 일본과 마찬가지로 매우 양호하지만 상급종합병원(대학병원 등) 집중화 등 의료전달체계상의 왜곡, 입원기간 장기화, 가입자 1인당 높은 외래 빈도, 많은 처방당 의약품 수 등에서 일본 이상의 문제점을 안고 있다.

본고의 주된 관심 분야인 보건의료지출의 효율적 운영, 관리 분야에서는 일본의 그것과 비교할 때 비효율이 적지 않은데, 그중 많은 부분이 실손보험 등 민간의료보험의 비능률적 운영에 따른 것이다. 즉 민간의료보험 지출비용에 상응하는 의료서비스가 피보험자에게 제공되지 못하는 ‘value for money’ 상의 문제가 있다. 동 지출의 상당 부분이 비필수적 분야 지출로 평가되는 등 의료보험 재원 활용의 비효율성이 작지 않다는 것이다.⁶⁾ 참고로 우리보다 앞서 의료보험 상품을 도입한 일본 보험업계에서는 실손보험 상품이 미

6) 김관옥·신영전(2017)은 정액의료보험 신규가입자는 미가입자에 비해 의료비의 유의한 증가가 나타나지 않았지만 실손의료보험 신규가입자는 정액의료보험 신규가입자에 비해 ‘비급여’ ‘교통비(입원간병비) 포함 처방약값’ ‘총진료비(건보부담금+법정본인부담금+비급여)’에서 유의한 증가가 있었으며, 실손의료보험 신규가입자는 미가입자에 비해 ‘총의료비(건보부담금+법정본인부담금+비급여+교통비(입원간병비) 포함 처방약값)’가 유의하게 증가하였다고 보고한다. 이들은 실손의료보험 신규가입이 개인의료비와 국민건강보험 재정지출을 증가시키는 것으로 나타났다고 주장한다. pp.305~306.

미하며, 2020년 현재도 정액 보상 의료보험 상품 중심 구조로 운영되고 있다.

이하 본 보고서의 서술은 다음과 같다. 제II장에서는 본고 주제와 관련한 기존 연구를 고찰하고 본 연구의 의의에 대해 서술한다. 제III장에서는 일본 의료체계와 건강보험의 현황과 역사적 변천을 정리한다. 제IV장에서는 건강 보장비용의 공·사 분담체계와 관련하여 일본 사례를 서술하고 주요국 사례와 비교한다. 제V장에서는 일본이 2008년 이후 추진해오고 있는 의료비 증가 억제 방안에 대해 살펴보고 제VI장에서는 요약과 시사점을 정리한다.

Ⅱ. 기존 연구 고찰과 본 연구의 의의

이 장에서는 제1절에서 본고의 주제와 연관되는 기존 연구를 살펴보고 제2절에서 본 연구의 의의에 대해 정리한다.

1. 기존 연구

본 연구의 분석 주제는, 일차적으로 ‘일본의 건강보험과 의료체계’이고, 이차적으로 이를 재정적으로 지지하는 보건의료지출(health expenditure), 즉 ‘건강(보장)비용’의 공·사 분담체계 평가와 동 비용의 증가율 억제 방안이다. 필요시 OECD 주요국 사례에 대한 고찰을 덧붙인다.

먼저 일본의 건강보험과 의료체계에 대해 살펴본다. 이 주제에 대한 국내 문헌은 소수이지만 정형선(2019)을 위시하여 해당 분야 전문가들이 현황 중심으로 소개한 연구가 있다. 일본에는 관련 문헌이 아주 많은데 대표적인 것으로 Kenji Shibuya · Stuart Gilmour · Kozo Tatara eds.(2018)를 들 수 있다. 이 보고서는 WHO가 소정의 목차를 정해 각국 전문가들이 필진으로 참여해 간행하는 Health System Review(Japan, 2018)시리즈물의 하나이다. 요약, 서장, 조직과 감독, 재원조달, 의료 자원, 제공 서비스, 의료개혁, 보건의료체계 평가, 결론으로 구성되어 거의 전 부문을 다루고 있다. 참고로 한국 버전은 Soonman Kwon ed.(2015)으로 출간된 바 있다.

이하에선 Kenji Shibuya et al.(2018)이 인식하는 일본 건강보험과 의료체계의 역사적 변천과 문제점을 소개한다. 지난 수십 년간 일본의 보건의료체계는 일본이 세계에서 가장 건강한 국가의 하나가 되는 데 중요한 역할을 해왔다. 동 체계는 전반적인 성과 개선이 있었지만 아직 도전 과제가 남아 있으며, 건강보험 재원조달의 지속가능성, 가입자 간 불평등 해소, 장수 사

회에의 체계적 대응 등이 그것이다.

1970년대 후반 이후 일본경제의 성장률이 낮아지고 고령화로 인해 의료 수요가 늘면서 의료제도(health care system)의 지속가능성에 대한 의문이 제기되었다. 이어 전개된 논의에서 의료비 통제가 주요 정책 주제의 하나가 되었는데, 정책 방향은 서비스와 의약품, 기자재 등 공급 분야의 엄격한 가격통제에 중심이 놓여져 왔다. 반면 수요 측면에서는 오늘날까지 자유로운 접근 정책이 유지되고 있다.

제시된 각종 개혁 비전은 당해 연도 수입으로 경상지출(이자지출 등 제외)을 충당하여 적자가 나지 않도록 하는 '기초재정수지 회복'과 전 국민에의 보편적 적용과 공적 제도 간 보험료 동등화 등을 우선과제로 강조한다. 형평성 최우선 정책이 양질의 의료와 효율성 추구를 저해할 수 있다는 점에서 문제가 없지는 않다. 후생노동 대신이 작성한 '2035 정책 비전'은 전 국민에의 보편적 적용을 강조하면서, 시민들의 합리적 선택과 연대를 통해 재정적으로 지속가능한 양질의 의료를 달성할 수 있도록 사회보장체계의 기반을 다질 것을 강조한다(Miyata H et al., 2015; Shibuya K, 2016).

다음은 건강보장비용의 공·사 분담체계 평가 및 동 비용의 증가율 억제 방안이다. 건강보장비용의 증가율 억제 방안에 대해서는 일본 사례를 다룬 松井(2009), 印南(2017)를 위시하여 후생노동성이 2006년 이후 체계적으로 대응해 오는 등 관련 문헌이 꽤 된다. 일본이 2008년 이후 14년째 추진해오고 있는 의료비 적정화, 즉 건강보장비용 증가율 억제 방안에 대해서는 제 V장에서 다루고 있다.

이에 비해 '건강보장비용의 공·사 분담체계 평가'에 대한 문헌은 상대적으로 적다. 민영건강보험이 상대적으로 발달한 일본에서 몇 편의 연구가 관찰되고 있다. 誠澤吉彦(2011)과 河口洋行(2012)이 대표적이다.

스자와(誠澤吉彦)는 건강보험의 비효율을 초래하는 거래당사자 정보비용 증가, 역선택, 도덕적 해이 문제에 대응하기 위해 공적건강보험과 민영건강보험이 취하고 있는 일련의 조치⁷⁾가 지닌 장단점에 대한 인식을 토대로 두

7) 거래 당사자 정보비용 증가에 대해서는 공적건강보험이 균일 기여, 균일 보장, 민영건강보험은 단체 보험계약으로, 역선택에 대해서는 강제가입과 리스크 세분화와 엄격한 언더

영역이 양자택일의 문제라기보다 역할을 분담하여 병존하면서 건강보험의 비효율 최소화를 도모하는 것이 바람직할 수 있다고 지적한다. 그는 양자의 균형 모형을 고려한다. 풀 가격의 적정가격선과 저위험자의 무차별곡선을 고려하여 그 접점에서 공적건강보험이 균일 기여와 균일 보장 방식으로 서비스를 제공하고 이를 넘어서는 범위에서는 민영건강보험이 위험을 세분화하여 제공하는 것이 효율성 측면에서 낫다고 제시한다.

한편 가와구치(河口洋行)는 건강보장에서 공사 역할 분담에 대한 시사점을 얻기 위해 민영건강보험을 활용하고 있는 7개국 사례에 대해 고찰했다. 이를 토대로 민영건강보험의 기능과 내용이 어떻게 자리매김되어야 할지에 대해 살펴보았다. 관련하여 필자는 일본 특유의 규제로 일컬어지는 ‘혼합진료 금지’ 조치에 대해 분석하고 있다. Flood and Haugan(2010)의 지적대로 특정 정책의 평가는 이와 관련된 다른 규제와 제도 설계를 함께 고려하여 평가해야 한다고 강조한다. 그 연장선에서 공적건강보험의 보장 범위와 민영건강보험의 기능 및 현상을 연관시켜 분석하여 공적건강보장제도에서 공사 재원의 활용에 또 관련된 정책에 문제가 없는지를 고찰한다.

한편 개략적인 내용을 다른 저작으로 WHO(2000, ch.5)외에 연례 보고서인 OECD(2019)와 WHO의 Health System Review 시리즈(Korea, 2015; Japan 2018) 등이 있다. 시리즈물은 WHO가 소정의 목적을 정하고 각국 전문가들이 필진으로 참여해 간행되고 있다. 시리즈물에는 각국 사정이 체계적으로 소개되어 있지만 변천의 역사적 배경과 비교 고찰 등 분야에서는 설명이 불충분하다. 두 국제기구 보고서의 ‘보건의료지출’ 재원조달(health financing) 항목이 통계와 관련 사안에 대해 서술하는데, 제도와 통계의 변천 배경 및 의료 재원의 효율적 활용 여부 등에 대한 해설과 분석은 제한적이다.

참고로 본고에서 사용하는 ‘건강보장비용’ 개념은 위 국제기구가 사용하는 ‘보건의료지출’과 거의 같은 내용이다. 건강보장비용을 ‘건강한 삶의 유지와 보장에 필요한 비용’으로 이해할 경우, 이는 일본에서 ‘국민의료비’로 정의되어 통용되는 협의의 비용 개념⁸⁾에 질병과 사고의 예방비용, 장기요양비용,

라이팅으로, 도덕적 해이에 대해서는 본인부담제도(co-insurance)와 경험요율제도 도입 등이 그것이다.

재활비용, 일반의약품 구입비 등을 추가한 광의의 보건의료비용으로 정의될 수 있다.

OECD(2019)와 Shibuya et al.(2018) 등에 따르면, 일본의 보건의료는 재정적 지속가능성 제고와 가입자 간의 형평성 확보 등의 측면에서 개선할 점이 없지 않지만 전반적으로 보면 양적인 면과 질적 측면에서 꽤 양호한 수준이며, 건강보장비용의 공·사 분담 면에서도 별다른 문제점을 찾아볼 수 없다고 할 수 있다. 보건의료 재정의 84% 전후 수준이 공적으로 조달되는 현 상황을 바꿀 필요성이 없다는 얘기다.

한편 Kwon(2015)⁹⁾에 의하면 우리나라 보건의료는 환자 비용부담 억제(financial protection)와 형평성(equity) 측면은 개선되었지만 다른 분야에서 개선해야 할 점이 여전히 남아 있고, 의료 이용 측면에서 빈곤층의 1차 의료(primary care) 접근과 지속적인 의료서비스 수급에 다소간의 어려움이 있는 것으로 보고되고 있다. 또 보건의료 분야의 투자 증가에 상응한 양질의 의료 제공이 확인해야 할 과제로 남아 있다. 재정의 지속가능성 확보에 대한 우려는 높지 않지만 가입자 간 형평성 확보 측면에서 개선이 요망된다. 특히 실손의료보험 등 민간보험 가입자가 외래 중심으로 과잉진료에 나서 의료비 지출을 늘리는 것으로 확인되고 있다. 이는 건강보장비용의 공·사 분담체계 측면에서 일본에 없거나 약한 과제가 우리나라에 상존하고 있음을 시사한다.

보건의료지출 재원조달 내역¹⁰⁾이 [그림 II-1]과 [그림 II-2]에 제시되어 있다. 일본은 OECD 평균보다 임의건강보험과 본인부담률이 낮지만 우리나라

8) 유의할 점은 국내에서 2014년까지 사용된 국민의료비는 일본의 국민의료비와 달리 국제 기구가 권장하는 보건의료지출에 상응하는 개념이라는 사실이다. 2015년부터는 경상의료비(current health expenditure)라는 용어를 사용하고 있다. 이 분야 전문가인 정형선 교수에 의하면 우리나라는 2005년부터 국제기구 제시 기준과 동일하게 보건의료지출을 집계해 왔다고 한다. 요컨대 용어는 같아도 한일 양국에서 그 개념을 달리 사용해 왔다는 사실이다.

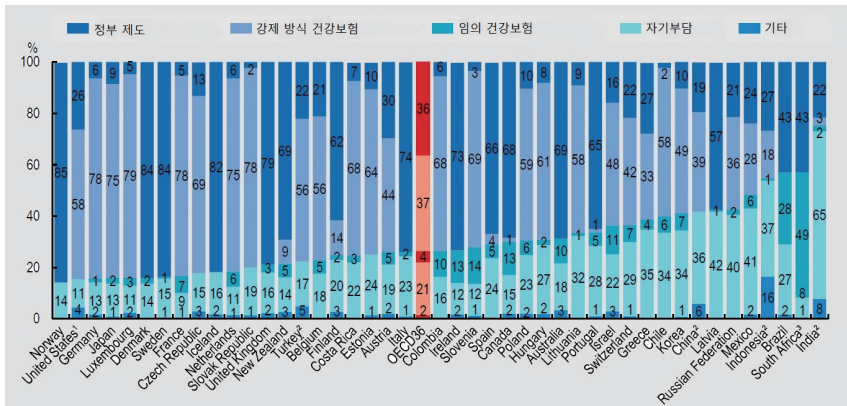
9) pp.43~45에 관련 내용이 서술되어 있다. 필자들은 민영건강보험의 역할이 불확실(controversial)하며, 보건복지부와 국민건강보험공단이 가입자의 도덕적 해이가 통제되지 않을 경우 국민건강보험 재정의 지속가능성에 마이너스 효과가 우려된다고 지적한다. 그런데 이같은 우려는 다른 연구자들의 분석으로 속속 확인되고 있다.

10) OECD(2019), pp.156~159에 관련 내용이 서술되어 있다.

는 동 평균보다 각각의 부담이 높다. 특히 2008년 이후 9년간 임의건강보험 비중이 빠르게 늘었다. 호주도 2012년 이후 빠른 증가세를 보였다. 본인부담률은 일본이 13%로 OECD 평균인 21%보다 낮는데 우리나라는 34%로 멕시코(41%), 그리스, 칠레와 더불어 상위권이다.

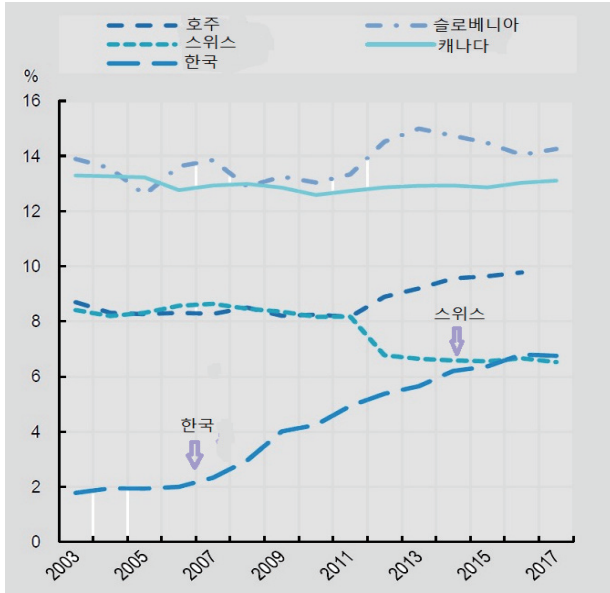
OECD(2019)는 공적건강보험 강화의 흐름이 있었던 지난 십수 년간 ‘임의 건강보험+자기부담’ 비중이 평균 기준 시 2003년의 28%에서 2017년 26%로 약간 줄었을 뿐이라고 지적한다. 그런데 우리나라는 41.3%(2.6%+38.7%)에서 40.6%(8.0%+32.6%)으로 감소폭이 더 작다.

[그림 II-1] OECD 회원국 등 주요국의 보건의료지출 자원 내역(2017년 중심)



주: 1. 표기 시 정부제도는 국고지원, 강제 방식 건강보험은 의무 가입 건강보험, 임의 건강보험은 민영보험, 자기부담은 본인부담으로 사용되기도 한다.
 2. 미국 민영건강보험사 지출은 강제 방식으로 처리 2. 임의건강보험으로 세분하기 힘든 건강 제도 가령 NPISH와 기업지원 제도는 기타로 처리 3. 세분하기 힘든 임의지불제도는 임의건강보험으로 처리
 출처: OECD(2019), *Health at a Glance 2019* p. 157, fig.7.8

[그림 II-2] 주요국 임의건강보험의 보건의료지출 대비 비율(2003~2017)



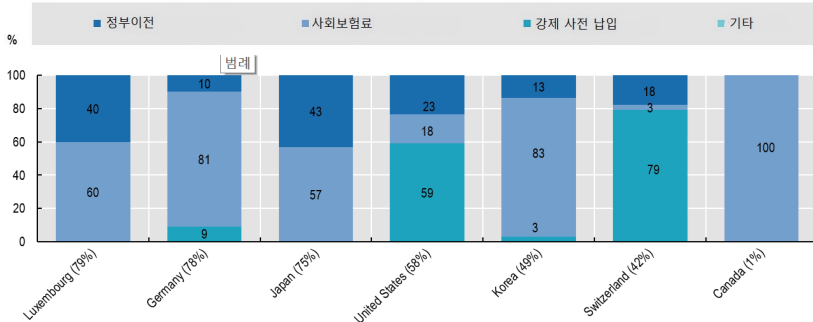
출처: OECD(2019) Health at a Glance 2019 p. 157, fig.7.9

건강보험의 주축인 강제 건강보험의 재원조달 내역이 [그림 II-3]에 제시되어 있다.

우리나라는 강제 건강보험 재원에서 점하는 정부재정(혹은 정부이전) 비중이 13%로 일본(43%), 룩셈부르크(40%), 미국(23%), 스위스(18%)보다 낮다. 또한 보건의료지출에서 정부제도가 차지하는 재원조달 비중이 10%로 미국(26%), 스위스(22%)보다 낮고, 일본(9%), 룩셈부르크(5%)보다 높다(그림 II-1). 주요국에 비해 정부재정의 보건의료지출 재정 지원이 약한 편이다.¹¹⁾

11) 독일은 양자에서 우리나라보다 낮은(10%, 6%) 정부재정 지원을 보이고 있다. 캐나다는 보건의료지출 내 정부제도 비중이 68%로 높고 강제 건강보험의 비중은 1%에 불과하다. 그렇지만 양국은 '정부제도+강제 건강보험' 지출이 총정부지출에서 점하는 비중은 20%와 19%로 우리나라(13%)보다 높다. OECD(2019), *Health at a Glance 2019* p. 159, fig.7.12

[그림 II-3] 주요국 강제 건강보험의 재원조달 내역(2017년)



출처: OECD(2019), *Health at a Glance 2019* p. 159, fig.7.13

2. 본 연구의 의의

일본 보건의료제도의 역사적 변천과 현황 분석에 관한 연구나 보건의료지출의 증가율 억제 방안 이슈로 한정하면 일본은 물론이고 국내에도 일정 수준에 달한 기존 문헌이 없지 않다. 본 연구는 이 단계를 넘어서 일본과 우리나라를 위시한 주요국의 보건의료지출(health expenditure), 즉 건강보장비용의 공·사 분담체계를 평가하여 현행 수준의 적정성 검토 작업을 시도한다.

보건의료지출의 공·사 분담에 대해 OECD, WHO 등의 국제기구는 ‘실상이 이렇다’, ‘역사적으로 이렇게 변천해 왔다’하는 수준의 서술에 그치고 있다. ‘재원조달의 공평성’에 대해서는 일정 수준의 관심을 할애하지만 공·사 분담이 오늘의 상황에 이르게 된 해당 국가의 역사적, 사회적 배경, 조달된 재원 활용의 효율성 등에 대해서는 별반 언급이 없다. 본 연구에서는 상대적으로 조사 연구가 덜 되어 있는 이 분야를 좀더 파고들어 공·사 분담 비율에 담겨진 문제점과 개선방향을 모색한다.

정부제도와 강제 방식 건강보험의 합계를 공적 부담, 임의건강보험과 자기부담, 기타의 합계를 사적 부담으로 구분할 경우, 공·사 부담이 일본은 84:16으로 공적 부담이 월등히 큰 반면 우리나라는 59:41로 사적 부담이 매우 크다(그림 II-1). 이같은 차이가 지닌 문제점과 고려 가능한 개선 방안

대해 고찰한다.

여기서 독자들의 이해를 돕기 위해 본고에서 사용하는 몇 가지 개념에 대해 간략히 정리한다. 먼저 WHO, OECD 등 국제기구가 사용하는 ‘보건의료 지출(health expenditure)’은 우리나라 보건복지부나 일본 후생노동성이 사용하는 (국민)의료비 개념보다 광의의 개념이다. 보건의료지출에는 장기요양(개호)비용, 방문간호(home visit health care), 개인이 본인부담으로 구입한 유사 의료서비스와 의약품 비용 등이 포함된다. 이는 본고에서 사용하는 ‘건강보장비용’과 같은 개념이다. 건강보장비용이라는 용어는 아직 국내에서 보편적으로 사용되지 않고 있지만 이미 널리 쓰이고 있는 ‘소득보장비용’이라는 용어가 대조되는 건강 보건 분야 개념으로 향후 사용이 기대되는 용어이다. 후생노동성이 작성, 공표하는 국민의료비에는 병원, 의원, 약국, 방문간호요양 등에서 행해진 지출만이 포함된다.

국민의료비는 건강보험 가입자인 국민들이 각종 의료기관(치과 포함)에 지출한 진료비와 약국이 처방전에 따라 조제해 청구한 약제비, 방문간호요양 시 지출 비용으로 구성된다. 진료비에는 의료기관에 지불한 입원비용(식사요양, 생활요양, 즉 간병비 포함)과 입원외비용, 치과 지불 비용이 포함된다. 우리나라에는 대학병원(혹은 상급종합병원) 등 의료기관 등급에 따른 진료비 본인부담률, 진찰료(정액본인부담)에 차이가 있지만 일본에는 없다. 2006년 9월 이전 일본에서도 한때 대학병원, 종합병원 등의 진찰료가 높게 설정된 적이 있었으나 폐지되었다.

의료비를 포함한 보건의료지출의 공·사 부담이라 함은 전체 보건의료지출 중 정부 재정지출(의료급여, 공적건강보험 지원금 등), 공적건강보험, 강제가입 민영건강보험의 지출 등을 공공·의무적 비용, 즉 공적 부담으로 구분한다. 그리고 임의 가입의 민영건강보험 등에의 가입자 지출과 본인부담 등 공공·의무적 비용 외 부분을 사적 부담으로 정의한다. 공적건강보험의 보장성을 강화하여 보험이 적용되지 않는 비급여 분야를 축소하면 공적 부담이 늘고 사적 부담이 줄어든다.

Ⅲ. 일본의 의료체계와 건강보험

이 장에서는 제1절에서 일본 의료체계와 건강보험의 현황과 역사적 변천을 살펴보고, 제2절에서 제도 운영의 경과와 성과에 대해 평가한다.

1. 현황과 역사적 변천

이 장에서는 제1절에서 일본 의료체계와 건강보험의 현황과 역사적 변천을 정리한다. 먼저 2018년 기준으로 현황을 살펴보고 핵심 이슈 중심으로 역사적 변천과 그 배경을 추적해 본다. [그림 III-1]에 일본 의료제도의 개요가 소개되어 있다.

의료제도의 주체는 크게 보면 의료서비스 및 의약품 제공자, 건강보험을 제공하는 복수의 보험자, 대다수 국민이 피보험자(혹은 가입자)의 세 축으로 나눌 수 있다. 중앙정부는 이들 주체들이 마찰 없이 기능하여 건강보험이 잘 돌아가도록 감독하고 규제하는 역할을 맡고, 매년 막대한 금액을 예산으로 편성하여 취약계층이 많은 보험자를 지원한다. 일본에서는 정부 재정지원금을 ‘공비’(公費)라고 표기한다.

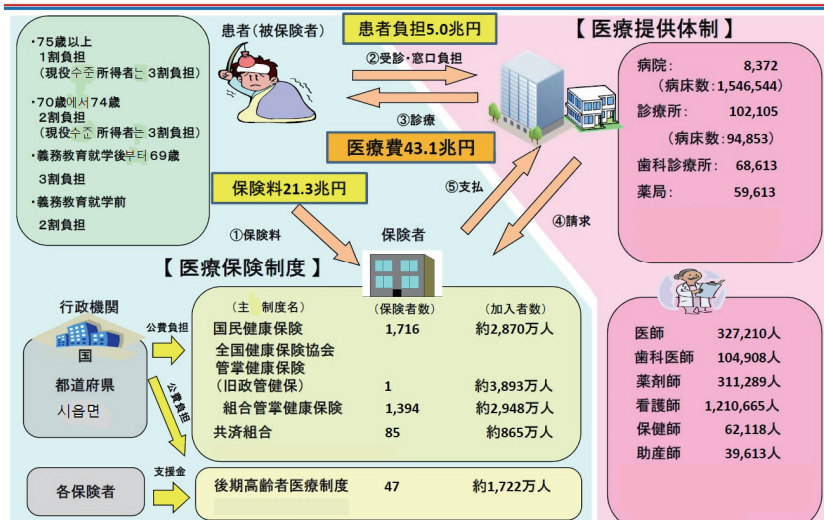
지방정부는 전 의료보험 적용대상의 23%를 점하는 국민건강보험(통칭 시읍면 국보¹²⁾)을 직접 운영한다. 피보험자는 피용자보험과 후기고령자의료제도에 가입하지 않은 모든 주민이다. 보험자는 1,763곳으로 광역단체인 도도부현 47곳, 기초자치단체인 시읍면 1,716곳이다. 2018년부터 광역단체가 보험자로 추가되었다. 피보험자는 비정규직 근로자와 연금생활자 등 무직자가 약 7할을 점하고 있으며 이전에는 농림수산업자와 자영업자가 다수였다.

12) 별도로 가입자는 적지만 의사, 약사, 변호사, 세무사, 건설, 식품판매, 청과시장 등 전문직종 단체가 결성한 국민건강보험조합이 있다.

건강보험제도에는 크게 나누어 피용자건강보험과 국민건강보험(NHI)이 있다. 가입대상은 전자가 공무원과 회사원, 후자는 자영자와 실업자(퇴직자 포함)이다. 피용자건강보험은 다시 일본건강보험협회(협회건보), 사회관장건강보험(조합건보), 공제조합, 선원보험의 4가지로 구분된다. 단일보험기금이 없고 보험자는 약 3천개 조합이며 보험료가 조합마다 조금씩 다르다.

당연히 건강보험과 관련하여 비효율과 불공평이 존재하고 있으며, 여러 유형의 교차 보조제도를 통해 재정적으로 취약한 국민건강보험을 지원하고 있다. 그럼에도 불구하고 건강보험의 재원조달과 관련하여 제도 간의 재정적 지속가능성, 형평성 확보 등이 여전히 과제로 남아 있다.

[그림 III-1] 일본 의료제도의 개요



주: 1. 의료제공체제의 병원 등 의료기관 숫자는 2018년 10월 1일 기준, 출처는 2018년 의료시설(동태)조사. 약국은 2018년 3월말 기준, 출처는 2018년도 위생행정보고예. 의사, 치과의사, 약제사는 2018년말 기준, 출처는 2018년 의사·치과의사·약제사 조사. 간호사·보건사·조산사는 2016년 후생노동성 의정국 간호과 집계
2. 의료보험제도 현황에서 보험자 수와 가입자 수는 2018년 3월말 기준
출처: 후생노동성, 「我が国の医療保険について」, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html

이같은 과제가 있지만 일본은 공적 부문 중심의 건강보험체계를 운영하고 있다. 정부의 조세보조금과 공적건강보험 보험료로 구성되는 공적 재원이 전 보건의료지출의 84.3%(2019년 기준)를 점해 OECD 평균인 74.0%를 크게 웃돌고 있다(부표 4-2). 일본 내에서 통상 사용되는 (국민)의료비 개념은 OECD 와 WHO 등 국제기구가 사용하는 '보건의료지출'보다 협의의 개념으로 당연히 그 값이 작다.

건강보험 적용률은 100%인데 보험과 연관된 의료행위가 5천엔 이상이고 치과 및 의약품도 적용대상이다. 후생노동성은 2년마다 건강보험의 적용률 과 의료행위, 의약품, 의료장비에 대한 지출청구 상황 등을 조사하는데, 모든 병의원은 후생노동성이 정한 전국 통일의 요금표에 따라 진료비를 청구 해야 하며 독자적 처치에 대한 별도 가격을 정할 수 없다.

가. 자원조달: 정부제도

일본 정부가 지출하는 감염증 대책 등 공중보건 관련 비용을 포함한 보건 위생대책비¹³⁾, 최저층 대상의 생활보호대책비 중 의료부조 등 정부가 보건 의료지출과 관련한 비용이 여기에 포함된다. [그림 II-1]에서 보듯이 그 비중은 OECD 평균 및 주요국 수준과 비교할 때 낮게 나온다. 하지만 여기에는 정부가 강제 가입 건강보험을 지원하기 위해 지원하는 금액이 포함되어 있지 않은데, 이 금액이 정부제도에 포함되는 항목으로 지출하는 금액보다 월등히 크다. 가령 2018년 후생노동성 소관 일반회계 세출 당초 예산에는 보건위생대책비가 0.35조엔, 생활보호의 일환으로 제공되는 의료부조가 1.4조엔인 데 비해 강제 가입 건강보험을 지원하는 의료보험 급여 비용이 9.3조엔에 달한다.¹⁴⁾

13) 이는 대인보건 분야와 대물보건 분야로 구분할 수 있다. 전자에는 감염증 대책, 에이즈 난병 대책, 정신보건 대책, 모자보건 대책 등이 있고 후자에는 식품위생 관계, 의료감시 등 관계, 생활위생 관계 등이 있다.

14) 厚生労働省(2019), 『平成30年版 厚生労働白書』資料編, pp.18-19.

나. 재원조달: 강제 가입 건강보험

일본의 건강보험에는 크게 보아 세 가지 제도가 있다. <표 Ⅲ-1>에 제시되어 있듯이 ‘시읍면 국보’로 일컬어지는 국민건강보험, 직장 가입자 다수가 가입해 있는 피용자보험, 75세 이상의 가입자로 구성된 후기고령자의료제도가 그것이다. 피용자보험은 협회건보, 조합건보, 공제조합의 세 가지(선원보험 포함 시 네 가지)로 나뉘어진다.

1) 시읍면 국보

시읍면 국보는 광역연합과 지방정부가 보험자로서 자영업자, 은퇴자, 전업주부 등 피용자보험과 후기고령자의료제도에 가입하지 않은 모든 주민이 피보험자이다. 전체 의료보험 적용대상의 23%를 점하며, 보험자는 2018년도 이후 광역단체인 도도부현(47곳)과 기초자치단체인 시읍면(1,716곳)의 1,763 곳이다. 2018년 이전에는 시읍면만이 보험자였다. 피보험자는 비정규직 근로자와 연금생활자 등 무직자가 7할을 점하는데 이전에는 농림수산업자와 자영업자가 중심이었다. 1인당 평균 보험료는 연 8.7만엔으로 피용자보험에 비해 월등히 낮지만 보험료 부담률은 10.2%로 가장 높다.

시읍면 국보는 매년 막대한 공비를 지원받음에도 불구하고 보험료 부담률이 높아 전체 건강보험 가입자의 보험료 부담 평준화 측면에서 해결해야 할 과제로 남아 있다. 위의 평균 보험료에는 개호납부금이 포함되지 않았으며 실제 보험료율은 시읍면이 각각의 사정을 고려하여 정한다.

〈표 III-1〉 주요 건강보험 제도 비교(2018년 3월말 기준)

	국민건강보험(1958~) ¹⁾ (시업면 국보)		피용자보험(1927~) ²⁾		후기고령자의료제도 (2008~)
	협회건보	조합건보	공제조합		
1	보험자(보험자수)	시업면 지지체(1,716)	1	1,394	광역연합(47)
2	적용대상 가입자수	자영업자, 실업자, 고령자 등 2870만명	중소기업, 211.3만명	대기업, 10.4만명	75세 이상 고령자
			계	2948만명	865만명
			피보험자 수	2320만명	453만명
3	가입자 평균연령	52.9세	34.9세	33.0세	82.4세
4	가입자 중 65~74세 비율	41.9%	7.2%	3.2%	1.9% ³⁾
5	1인당 의료비	36.3만엔	17.8만엔	15.8만엔	16.0만엔
6	연평균 소득 ⁴⁾	1인당	151만엔 ⁵⁾	218만엔	242만엔
		1세대당	254만엔 ⁵⁾	388만엔 ⁵⁾	460만엔 ⁵⁾
7	1인당 평균 보험료 ⁶⁾	사업주 가입자	11.4만엔	12.7만엔	14.2만엔
		부담제외 가입자	19.1만엔	22.7만엔	27.1만엔
		사업주 부담포함 가입자	22.8만엔	27.8만엔	28.4만엔
8	보험료 부담률	10.2%	38.3만엔	49.7만엔	54.1만엔
9	공비(公費) 부담	급여비 등의 50%+ 보험료 경감 등	7.5%	5.8%	5.9%
		후기고령자지원금 등 부담 큰 보험자 등 보조	급여비 등의 16.4%	후기고령자지원금 등 부담 큰 보험자 등 보조	없음
10	공비 부담액 ⁷⁾ (2019년도 예산 기준)	4조 4,156억엔 (중앙정부 3조 1907 억엔)	1조 2,020억엔 (지역 국비)	739억엔 (지역 국비)	급여비 등의 약 50% + 보험료 경감 등 8조 2,300억엔 (중앙정부 5조 2736억엔)

- 주: 1) 시읍면 국보 외 국민건강보험조합 통칭 '지역 국보'로 163개 조합 있음.
 2) 3개 조합 외 산원보험과 법 3조 2항 규정에 의한 협회건보가 있음. 산원보험의 적용 사업소 수는 5,608개소이며 협회건보는 적용대상이 일고 특례 피보험자로 적용 사업소 628개에 18만명이 있음.
 3) 일정 장애 상태'로 광역연합의 인정받은 자 비율.
 4) 시읍면 국보와 후기고령자의료제도는 중소득금액(수입총액에서 필요경비, 급여소득금액, 공적연금등공제를 뺀 값) 및 신림소득금액에 집순실 이월공제액, 분리양도소득금액을 더한 값을 평균가입자 수로 나눈 값. 소득은 국민건강보험 실태조사와 후기고령자의료제도 피보험자실태조사의 전년도 소득을 이용. 협회건보, 조합건보, 공제조합은 표준보수총액에서 급여소득공제 상당액을 뺀 값을 연도 평균가입자 수로 나눈 값.
 5) 해당 세대 피보험자 인당 금액.
 6) 시읍면 국보, 후기고령자의료제도는 당해 연도 보험료 조정액, 피용자보험은 결산 보험료액 토대로 추계. 보험료에는 개호분은 불포함.
 7) 개호납부금, 특정진료, 특정 보건지도 등에 대한 부담금, 보조금은 포함되지 않음.

출처: 후생노동성, 保険高調査課(2019), 「我が国の医療保険について」 및 医療保険に関する基礎資料 '平成29年度の医療費等の状況'. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html

2) 피용자보험

피용자보험에서는 대기업 근로자가 중심이 된 조합건보, 공무원과 사립학교 교직원으로 구성된 공제조합으로 재정상황이 양호한 편이다. 이에 비해 협회건보는 가입자 수는 가장 많지만 중소·영세 기업 등 상대적으로 재정력이 약한 기업, 조직의 근로자와 이들의 피부양자가 주 가입자이다. 피용자보험의 가입자는 적용사업소 고용자와 피부양자 등이다. 적용사업소는 중앙정부, 지방자치체, 법인사무소, 강제 적용 업종의 종업원 5인 이상 개인 사무소를 지칭하고, 고용자는 소정 노동시간, 소정 노동일수가 해당 사업소 동종 업무 종사의 통상 취업자에 비해 약 3/4 이상인 자를 가리킨다. 1인당 평균 보험료에서 가입자 값이 피보험자 값보다 작은 것은, 가입자에는 피보험자 외에 소득이 없거나 작은 피부양자가 포함되어 있기 때문이다.

가) 조합건보

조합건보는 단일 기업에 의해 조직된 단일 조합(피보험자 수 700인 이상)과 동종동업 사업주 등으로 조직된 조합인 총합 조합(피보험자 수 3,000인 이상)으로 나눌 수 있다. 보험료율은 조합별로 다른데 2016년도 기준 평균 9.1%였으며 2019년 3월 기준 9.218%이다.

나) 공제조합

공제조합은 공무원과 사립학교 교직원 대상의 보험자로 보험료율은 2013년도 기준 평균 국(중앙정부)공제 8.2%, 지(지방정부)공제 9.4%, 사학공제 7.4%이다. 공비 지원이 전혀 없는 재정적으로 가장 탄탄한 조합이다.

다) 협회건보

협회건보는 피용자보험 중 재정력이 가장 약한데 이는 가입자 연평균 소득, 1인당 평균 보험료 수준의 차이에서 쉽게 확인할 수 있다. 아울러 해산된 조합건보의 피보험자 등을 받아들이는 안전망 역할도 수행한다. 보험료율은 광역단체인 도도부현 지부별로 설정하며 2018년도 평균 10.0%이다.

3) 후기고령자의료제도

후기고령자의료제도는 현역 세대가 적은 75세 이상 고령자가 가입자이며 매년 그 숫자가 늘고 있다. 재정 수입이 적은 반면 지출이 많을 수밖에 없는 이들 고령자 의료를 사회전체가 지지한다는 관점에서, 소요 재정의 약 9할을 후기고령자 외 가입자(보험료로 조성되는) 지원금과 공비로 조달하고 가입자 부담은 1할(실제로는 경감조치 등으로 8% 정도) 수준으로 억제하고 있다.

지원금 지원 방식은 피용자보험의 협회건보(2.2조엔), 조합건보(2.1조엔), 공제조합(0.6조엔)과 도도부현등(1.9조엔) 등이 지원금을 '사회보험진료보수 지불기금'에 납부하면 동 기금이 후기고령자의료제도에 이를 교부한다. 각 조합별 지원금 결정은 '후기고령자지원금 전기재정조정'에 따른다. 보험료는 2019년도 기준 전국 평균 월 5,860엔이며 기초연금만 수급하는 이들은 월 750엔이다. 일본 연금기구가 연금 지급 시 보험료를 원천징수하는 형태로 거둔다.

후기고령의료제도에의 공비 부담은 중앙정부 4/6, 도도부현 1/6, 시읍면 1/6이 원칙이다. 이렇게 조달한 공비는 전 건강보험 지원 공비의 59.1%에 상당한다. 이 제도 외에 공비가 지원되는 곳은 시읍면 국보 31.8%, 협회건보 8.6%, 조합건보 0.5% 등이다.

4) (취약 보험인) 시읍면 국보 재정 지원

재정이 취약하여 매년 막대한 공비가 지원되고 있는 시읍면 국보의 재원 조달 내역을 살펴보자. [그림 Ⅲ-2에 2019년도 예산 기준 시읍면 국보의 재원 조달 상황이 제시되어 있다. 총재원 11.0조엔은 타 건강보험(대부분 피용자보험)으로부터의 지원인 전기고령자교부금 3.49조엔(31.7%), 정부 재정지원인 공비 부담 4.83조엔(43.9%), 가입자 보험료 2.67조엔(24.3%)으로 구성된다.

재원 조달의 원칙은 보험료와 공비가 각 50%이지만 각종 경감, 지원 조치로 보험료 50% 부분 중 적지 않은 부분이 공비 지원으로 채워져, 보험료

부담은 실제 35.6%에 머물고 있다. 여기서 법정 외 일반회계 전입분(0.25조 엔)을 차감하면 실제 부담은 32.2%로 더 낮아진다.

[그림 Ⅲ-2] 시읍면 국보의 자원 구성(2019년도 예산 기준)

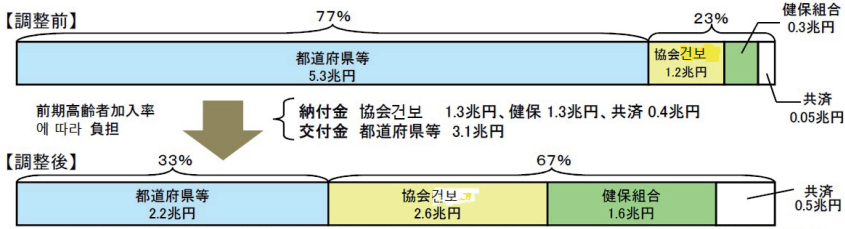
자원 조달 원칙		전기고령자교부금 3.49조엔
보험료 50%	공비 50%	
시읍면 재정조치 0.1조엔	중앙정부 조정교부금(9%) 0.82조엔	
보험자노력지원제도 0.09조엔		
보험료 2.67조엔 (이중 법정외 일반회계 전입 0.25조엔)	정률 국고보조(32%) 2.29조엔	
저소득, 고액의료비등 대책 0.45조엔	도도부현 전입금(9%) 0.64조엔	
보험료 경감제도 0.44조엔		

주: 음영색 부분이 공비 부담액(급여비 등의 50% + 보험료 경감 등)
출처: 후생노동성, 「我が国の医療保険について」, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/iryuhoken01/index.html

시읍면 국보에는 광역연합 등 47곳이 2018년 이후 새롭게 보험자로 들어와 기능하고 있다. 도도부현 등이라고 일컬어지는 광역연합은 보험료 수입보다 의료비 지출이 많아 건강보험 재정 운영에 큰 부담을 주는 전기고령자(65~74세) 관리에 필요한 재정조정을 위한 보험자로 기능하기 위해 존재한다.

[그림 Ⅲ-2]에 나와 있는 전기고령자교부금은 전기고령자가 상대적으로 적은 피용자보험(협회건보, 조합건보, 공제조합)이 소정의 지원금을 부담(전기고령자 재정조정)하여 전기고령자가 많은 도도부현 등에 교부하는 재정지원금이다(이때 사회보험진료보수지불기금 활용). 재정조정 방식은 각 건강보험조합별 전기고령자가입률을 토대로 적은 곳이 많은 곳을 소정의 기준에 따라 교부금 형태로 지원한다. 2020년도 예산안 기준으로 전기고령자 재정조정 사례가 [그림 Ⅲ-3]에 제시되어 있다.

[그림 III-3] 전기고령자 재정조정



출처: 후생노동성, '我が国の医療保険について'. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/iryohoken01/index.html

다. 자원조달: 본인부담

본인부담률(일본에서는 자기부담률 혹은 환자부담률)이 11.6%(5.0조엔/43.1조엔)로 [그림 II-1]에 제시된 값(13%)보다 다소 작는데, 이는 본인부담 비중이 큰 예방, 장기요양, 일반의약품비 등이 의료비에서 빠진 영향으로 짐작할 수 있다.

본인부담률은 연령에 따라 차등되어 75세 이상 10%, 6세 미만과 70대 전반 20%, 6세 이상 69세까지는 30%이다. 70세 이상에 대한 본인부담은 1983년 1월까지 제로(0)였으나 그해 2월부터 정액 부담이 부과되기 시작하여 단계적으로 강화되어 왔다. 지금과 같은 본인부담률은 2008년 4월 이후 시행되고 있다. 다만 70세 이상이라도 현역 수준의 소득자로 판명되는 경우 30%를 부과하고 있다.

본인부담률의 역사적 변천이 <표 III-2>에 정리되어 있다. 70세 이상 고령자들의 경우 1973년 1월의 노인의료비지급제도 발족을 계기로 크게 변동해 왔음을 알 수 있다. 이른바 복지원년으로 불리는 1973년 이후 한동안 의료비 부담이 거의 없었으나 10년 후인 1983년 2월 정액 부담이 추가되고 2000년 1월 이후 정률 부담으로 바뀌어 점차 강화되어 왔음을 알 수 있다. 70세 미만은 국민건강보험에서 30% 부담이 일관되게 유지되어온 반면, 피용자보험(피보험자)에서는 정액 부담(1983년까지), 10%(1984년 이후), 20%(1997년 이후), 30%로 점진적으로 본인부담이 강화된다. 2003년 4월 이후 70세 미만은 모두 입원, 외래 구분 없이 30% 부담을 지고 있다.

〈표 III-2〉 건강보험 본인부담률 변동 추이

~1972.12		1973.1~		1983.2~	1997.9~	2001.1~	2002.10~	2003.4~	2006.10~	2008.4~
노인의료비 지급제도 이전	노인의료비 지급제도	노인의료비지급제도 (노인복지법)	노인보건제도							후기고령자 의료제도
	70세 이상 고령자	없음	인원 300엔/일 외래 400엔/일	1000엔/일 (월 상한 있음) 의원은 정액제 선택 가약제 일부 부담 폐지 +약제 고액의료비 장설	정률 1할 (현역수준 소득자 2할)	정률 1할 (현역수준 소득자 2할)	정률 1할 (현역수준 소득자 2할)	정률 1할 (현역수준 소득자 2할)	정률 1할 (현역수준 소득자 2할)	75세 이상
피부 합자	국보	3할	3할, 고액의료비 장설 (1973-)	임원 3할, 외래 3할 + 약제 일부 부담 (3세 미만 유아 2할(2002.10-))	3할	3할	3할	3할	3할	70세 미만
	피부 합자	국보	정액(-1983)→ 1할(1984-) 고액의료비 장설	임원 2할, 외래 2할+약제 일부 부담 (3세 미만 유아 2할(2002.10-))	3할	3할	3할	3할	3할	70세 미만
피부 합자	피부 합자	피부 합자	정액(-1983)→ 1할(1984-) 고액의료비 장설	임원 2할, 외래 2할+약제 일부 부담 (3세 미만 유아 2할(2002.10-))	3할	3할	3할	3할	3할	70세 미만
	피부 합자	피부 합자	정액(-1983)→ 1할(1984-) 고액의료비 장설	임원 2할, 외래 2할+약제 일부 부담 (3세 미만 유아 2할(2002.10-))	3할	3할	3할	3할	3할	70세 미만

주 1. 1984년 특요양비제도 창설, 향후 보험 도입의 필요성 고려하여 그동안 보험 진료와 동시 이용이 인정되지 않던 요양에 대해 신진 의료기술 등으로 대상을 확대하여 2006년 '보험외병용양비제도'로 재구성
 2. 1994년 10월 임원시 식시요양비제도 창설. 2006년 10월 임원시 생활요양비제도 창설
 3. 2002년 10월부터 3세 미만 유아는 2할 부담으로 경감. 2008년 4월부터 의무교육 취학전으로 적용대상 확대
 출처: 후생노동성, 「我が国の医療保険について」, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken01/index.html

라. 재원조달: 임의 가입 건강보험

보건의료지출에 소요되는 재원의 일부는 개인들이 임의로 가입하는 민영 건강보험에 의해 조달되고 있다. [그림 II-1]에 나와 있듯이 민영건강보험이 보건의료지출에서 차지하는 비중은 OECD 평균의 절반 수준에 불과할 정도로 비중이 약하다. 하지만 2018년 기준 일본인의 88.5%(세대 기준)가 의료보험 내지 의료특약 형태로 보험에 가입해 있다(〈표 III-3〉). 가입률은 지난 10여년 사이에 감소 추세이긴 하지만 여전히 높은 수준이다.

이처럼 높은 가입률에도 불구하고 보건의료지출에서 점하는 비중이 낮은 것은 실제로 지급되는 보험금이 적기 때문이다. 참고로 일본의 의료보험은 일시금, 입원 시 일액 기준 급여금 같은 정액형(일액 日額)이 다수라서 통상 일액형으로 일컫어짐이 다수파이고, 본인부담금 내지 비급여 등 실제 지출 금액을 대상으로 보상하는 실비 보상형(혹은 실비정산형)보험금은 소수파이다.

〈표 III-3〉 민보(民保)의 특정보장기능 생명보험과 특약 가입률

(단위: %)

	3년마다 조사, 세대 기준			
	2009년	2012년	2015년	2018년
의료보험 · 의료특약	92.8	92.4	91.7	88.5
암보험 · 암특약	59.5	62.3	60.7	62.8
특정질병보장보험 · 특별질병보장특약	41.0	43.4	44.0	39.6
특정손상특약	29.4	29.3	28.0	22.8
질병장애특약 · 중도만성질환보장특약	16.2	17.9	16.4	12.4
개호보험 · 개호특약	13.7	14.2	15.3	14.1
통원특약	42.2	43.8	40.6	35.0

주: '민보'라 함은 간포(간이보험)생명을 제외한 민간 생명보험회사를 지칭.

특정질병이라 함은 암, 심장질환, 뇌혈관질환, 간질환, 신장질환, 당뇨병을 지칭하며, 진단시 대부분 일시금이 지급된다.

출처: 生命保險文化センター, 「平成30年度 生命保険に関する全国実態調査(速報版)」まとまる.press release, 2018.9.14., 圖表 3, p.3.

일본에 민간의료보험 상품을 판매하는 40개 생명보험회사 대부분이 일액형을 택하고 있고 손해보험회사도 유사한 상품을 내놓고 있어 일본 내 일액형 상품은 100개가 넘는 것으로 추정된다. 이에 비해 실비정산형은 두 종류 상품이 있을 뿐이며 판매회사도 AIG손해보험, 소니손해보험 등 4개 보험사

에 머물고 있다.¹⁵⁾

요컨대 일본의 민영건강보험에서는 입원하거나 수술받고 통원하는 경우에 보험금(통상 급여금이라고 함)을 지급받을 수 있으며 대부분의 경우 입원 혹은 통원¹⁶⁾ 일수에 따라 정해지는 일액형(정액형) 방식으로 수령한다. 또 입원하지 않고 외래 형태로 진료받는 경우에는 예외적인 경우를 제외하곤 보험금을 수령할 수 없다. 따라서 의료기관이나 환자가 과잉진료에 나설 유인이 상대적으로 약하다. 이러한 구조가 높은 가입률에도 불구하고 민영건강보험의 보험금 지출을 억제하는 한 가지 요인으로 이해될 수 있다.¹⁷⁾

일본 보험업계에서는 2000년대 초반 무렵 “앞으로 실비보상형같은 보험 상품이 도입되어 업계 표준이 될 것이다”라는 얘기가 무성했지만, 실제 상품화가 2010년 경으로 예상보다 늦었고 도입 이후에도 생각만큼 보급되지 않고 있다. 그 배경에는 약관 등 상품 내용이 이해하기 힘들고, 입원과 수술이 급여 대상으로 외래 진료에 보험 적용이 거의 허용되지 않는 점 등이 이유로 지적되고 있다.

참고로 실비보상형은 공적건강보험의 그것과 유사하게 진료보수 점수와 연계되어 운영되고 있다. 진료 행위별로 정해진 점수에 따라 근거하여 진료보수 명세가 작성된다. 많은 보험사들이 보험점수당 3엔(혹은 2엔, 1엔) 등의 형태로 급여금을 계산하는데, 배경에는 공적건강보험이 총진료액의 70%(혹은 80%, 90%)를 부담하고 본인부담을 30%(혹은 20%, 10%)로 책정하는 본인부담 규정이 있다.

15) 관련 정보는 다음 웹사이트에서 접근가능하다. <http://hokenmatome.net/aigsonpo-iryou/>

16) 이때의 통원은 질병이나 부상으로 입원하여 수술을 포함한 치료를 받고 퇴원한 이후 지속적 치료를 위한 통원을 지칭한다. 따라서 통원급여금을 받을 수 있는 통원보장은 입원급여금보장과 수술급여금같은 기본보장에 이어 추가 보장으로 활용되고 있다. 다만 예외적인 상품으로 입원전의 통원 진료를 보장하는 사례도 없지 않다. 배경에는 통원 진료 보장이 의료보험 보험료를 크게 상승시키기 때문이다. 후생노동성의 2014년도 환자 조사에 따르면 병의원을 찾은 환자의 84.6%가 외래 환자로 입원 환자의 5.5배에 달한다.

17) 일본과 달리 우리나라의 민영건강보험에서는 일본보다 실비보상형 상품을 조기에 도입하여 통원 진료에도 폭넓게 적용해 왔다. 이것이 의료기관과 가입자들의 도덕적 해이를 촉발하여 실손보험료를 지속적으로 높이고, 실손보험사의 경영에 큰 부(負)의 충격을 가한 주된 이유일 수 있다. 물론 이에 대해서는 추가적인 엄밀한 검토가 필요할 것이다.

〈표 III -4〉 공적건강보험 급여 내용(2018년 8월 기준)

급여		시업면 국보(국민건강보험) · 후기고령자의료제도		피용자보험(협회건보, 조합건보, 공제조합)				
의료 급여	요양급여	의무교육 취학전은 8할, 취학 이후부터 70세 미만 8할						
	방문간호요양비	70~74세는 8할, 단 한역 수준 소득지(한역세대 평균 과세소득 연 145만원 이상)는 7할						
	입원시 식사요양비	75세 이상은 9할, 단 한역 수준 소득자는 7할						
	입원시 생활요양비 (65세-)	'식사요양 표준부담액'은 1식당 460엔, 저소득자는 210엔(단 90일 초과 입원시 160엔), 70세 이상 저소득자 100엔						
단 행	고액의료비 (본인부담한도액, 월기준)	생활요양 표준부담액'은 1식당 460엔 + 370엔(거주비), 단 입원시 생활요양(II) 신청 보험의료기관은 420엔 저소득자는 210엔 + 370엔, 최하소득자는 130엔 + 370엔, 노령복지연금 수급자는 100엔		난병 환자 부담은 '식사요양 표준부담액'과 동일				
		과호안은 고액 요양비 지급이 4개월 이상 지속시 감액치 (다수회 해당)		주민세 비과세	연수입 ~370	동 370~770	동 770~1160	동 1,160~
		70세 미만(연수 입 어림치, 만엔)	3.54(2.46)	5.76(4.44)	8.01 + (의료비- 26.7)*0.01(4.44)	16.74 + (의료비- 55.8)*0.01(9.3)	25.26 + (의료비- 84.2)*0.01(14.01)	25.26 + (의료비- 84.2)*0.01(14.01)
		70세 이상(연수 입 어림치, 만엔)	저소득자 ¹⁾	표준보수월액 26만원 이하 ²⁾	동 370-770	동 770-1,160	동 1,160-	
현금 급여	출산육아일시금 ³⁾	피보험자나 피부양자의 출산 시, (원칙) 42만엔 지급, 국민건강보험에서는 지급액은 조례나 규약이 정하는 바에 의함						
	매장료 ⁴⁾	피보험자나 피부양자 사망 시, 건강보험과 공제보험에서는 5만엔 지급, 국민건강보험과 후기고령자의료제도는 조례나 규약이 정하는 금액을 지급(대부분의 시읍면과 후기고령자의료 공역연합에서 시행, 금액은 1~5만엔 정도)						
	상병수당금	피보험자가 업무 외 이유로 요양과 노무불능시, 가장 18개월 하루당 직전 12개월 표준보수월액 평균액의 1/30 지급						
차 등	출산수당금	임의급여로 시행하는 곳 없음						
	출산수당금	피보험자의 산후 중 하루당 직전 12개월 표준보수월액 평균액의 1/30 상당액의 2/3 금액						

- 주: 1) 이는 입원 및 외래(세대별)에 해당하는 내용으로 외래(개인별)의 경우 0.8만엔,
 2) 이는 입원 및 외래(세대별)에 해당하는 내용으로 외래(개인별)의 경우 1.8만엔(연 상한 14.4만엔),
 3) 후기고령자의료제도는 출산급여 없음. 건강보험 피부양자의 경우 가족출산육아일시금으로 지급되고 공제제도에서는 출산비, 가족출산비로 지급,
 4) 피부양자에게는 가족매장료로 지급. 국민건강보험과 후기고령자의료제도에서는 장제비로 지급.
- 출처: 후생노동성, 「我が国の医療保険について」, https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_hoken/iryuu_hoken01/index.html

마. 의료급여와 의료제공체계

1) 의료급여

이상과 같이 다양한 형태로 조달된 건강보험 재원은 의료서비스 제공과 관련한 인건비, 기자재 등 물품비, 관리행정비외에 현금급여, 의약품 구입비, 의료기관 수익, 민간 보험사의 경상운영비와 수익 등으로 지출된다.

〈표 Ⅲ-4〉에는 건강보험이 제공하는 급여인 의료급여와 현금급여가 건강보험제도별로 정리되어 있다. 정도의 차이는 있으나 대부분의 급여가 각 건강보험에 적용되는데, 상병수당금과 출산수당금은 피용자보험에만 있고 시 읍면 국보와 후기고령자 의료제도에는 없다.

의료급여에는 병의원에서 제공받는 요양급여, 방문간호요양비, 입원 시 식사요양비, 입원 시 생활요양비, 고액의료비(본인부담 한도액 초과분)이 있으며, 현금급여에는 출산육아일시금, 매장료, 상병수당금, 출산수당금이 있다. 의료급여는 연령과 소득수준에 따라 급여 수준이 차등화되며 상세한 내용은 〈표 Ⅲ-4〉를 참조하기 바란다. 이같은 급여 수준의 차등화가 가입자들에게 어느 정도의 형평성을 보장해 주는지에 대해서는 추가적인 분석이 필요할 것이다.

2) 의료제공체계

〔그림 Ⅲ-1〕에 소개된 의료제공체계에는 의료기관(약국 포함), 의료종사자만이 약식으로 정리되어 있는데 이를 좀더 소상히 살펴보자.

가) 의료시설

의료시설은 「의료법」에 따라 크게 병원과 진료소(우리의 의원 상당)로 구분되며, 20병상 이상을 병원, 19병상 이하를 진료소로 칭한다. 병원은 상병자에 대해 과학적이고 적절한 진료를 수행할 수 있는 구조설비 등을 상당 수준으로 충실히 갖추어야 요구된다. 이에 비해 진료소는 병원에 비해 규제가 약하다.

「의료법」은 병원 중 개인원배치기준, 구조설비기준, 관리자 책무 등에서 소정의 요건을 갖춰 일정 기능을 지닌 병원에 대해서는 특정기능병원(86곳), 지역의료지원병원(607곳), 임상연구중핵병원(13곳) 등의 명칭 사용을 허용하여 일반병원과 구별하고 있다.

특정기능병원은 고도 의료 제공과 고도 의료기술의 개발 및 평가, 고도 의료의 연수를 실시할 수 있어야 하며, 다른 병원이나 진료소에서 소개된 환자에 대한 의료 제공 시 소개율 50% 이상, 역소개율 40% 이상을 유지해야 한다. 400병상 이상의 병상 수를 지녀야 하며 집중치료실, 무균병실, 의약품정보관리실을 보유해야 한다. 승인 주체는 후생노동대신이다.

지역의료지원병원은 소개환자에 대한 의료 제공(주치의 등예외 환자 역소개도 포함), 의료기기의 공동이용 실시, 구급의료 제공, 지역 의료종사자에 대한 연수 실시 등의 역할을 수행해야 한다. 소개율 관련 규정은 다음의 세 가지 중 하나에 속해야 한다. 소개율 80% 이상, 소개율 65% 이상이며 역소개율 40% 이상, 소개율 50% 이상이며 역소개율 70% 이상이 그것이다. 200병상 이상의 병실을 지녀야 하며 승인 주체는 도도부현 지사이다. 개설 주체는 국가, 도도부현, 시읍면, 사회의료법인, 의료법인 등이다. 1997년의 「의료법」 개정으로 창설되었다.

임상연구중핵병원은 특정임상연구에 대한 계획의 입안과 실시, 공동 특정임상연구 시의 주도적 역할, 다른 병원 및 진료소에 특정임상연구 실시 관련 상담과 필요 정보의 제공 및 조언, 특정임상연구 관련 연수를 수행해야 하며, 구조설비로 소정의 임상검사시설, 집중치료실 등을 갖추고 있어야 한다. 임상연구지원 및 관리부문 인원(최소한)으로 의사·치과의사 5인, 약제사 5인, 간호사 10인, 임상연구코디네이터 등 24인, 데이터 매니저 3인, 생물통계가 2인, 약사승인심사기관 경험자 1인 등이다. 400병상 이상의 병상을 갖추어야 하며 승인 주체는 후생노동대신이다.

이들 3개 병원 외에 정신병질환 대상의 병상만을 지닌 정신병원, 결핵환자 대상의 병상만을 지닌 결핵병원이 있으며, 이들 병원에 대해서는 일부 병상에 대해 인원배치기준, 구조설비기준 면에서 다른 기준을 적용한다.

병상은 일반병상, 영양병상, 정신병상, 감염증병상, 결핵병상으로 구분된

다. 2014년의 병상기능보고제도 창설 이후 일반병상과 요양병상에 대해선 고도급성기기능·급성기기능·회복기기능·만성기기능에서 하나를 택해 병동 단위로 병상 기능을 보고토록 하고 있다.

한편 보험의료기관은 「건강보험법」을 위시한 의료보험 각 법의 규정에 따라 후생노동대신의 지정을 받은 병원 내지 진료소를 지칭하고, 보험약국은 같은 법 규정에 따라 지정받아 요양급여를 행하는 약국을 지칭한다.¹⁸⁾

〈표 III-5a〉 의료시설 현황(2018년 기준)

(단위: 개소, %)

병원				일반진료소	치과진료소
소계	국립	공적	기타		
8,372	324	1,207	6,841	102,105	68,613
100.0	3.9	14.4	81.7		

출처: 후생노동성, 政策統括官付保健統計室, 「医療施設調査」

〈표 III-5b〉 병상 규모별 병원 현황(2018년 기준)

(단위: 병상, %)

소계	20-99	100-299	300-499	500-
8,372	2,977	3,906	1,081	408
100.0	35.6	46.7	12.9	4.9

출처: 후생노동성, 政策統括官付保健統計室, 「医療施設調査」

의료시설 현황은 〈표 III-5a〉에 제시되어 있다. 병원은 1990년의 10,096곳을 피크로 지속적으로 감소하고 있다. 국립병원은 1980년 이후, 공적 병원은 2003년 이후 지속적으로 줄고 있다.¹⁹⁾ 민간 의료법인이 주축인 기타 병원은 1990년의 8,326곳을 피크로 지속적으로 감소하고 있다. 기타를 세분하

18) 우리나라에서는 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 실시 기관을 ‘요양기관’으로 호칭하며, 의료기관(근거법은 의료법), 약국(동 약사법), 한국 희귀·필수의약품센터(동 약사법), 보건소·보건의료원·보건지소(동 지역보건법), 보건진료소(동 농어촌 등 보건의료법)를 위한 특별조치법을 포괄한다.

19) 국립병원은 2014년 조직 관리방식 개편으로 일시적으로 56곳이 늘었으나 이후 다시 감소세를 보이고 있다. 2014년부터 사회보험관계단체 중 전국사회보험협회연합회, 후생연금사업진흥단, 선원보험회 61개 병원이 독립행정법인 지역의료기능추진기구 57개 병원으로 이관되었다. 그런데 이들 병원의 개설자 구분이 국립으로 분류되고 있다. 高山一夫(2018), p.15, 표 4의 각주 1.

면 사회보험단체 52곳, 의료법인 5,764곳, 개인 187곳, 기타 838곳이다. <표 III-5b>에 병상 규모별 병원 분포가 제시되어 있는데 20~99병상과 500병상 초과는 2007년 이후 지속적으로 줄고 있다. 가장 숫자가 많은 100~299 병상은 증감세를 보이지만 2007년 대비 늘었고, 300~499 병상은 2014년과 2015년에 예외적으로 늘었지만 2007년 이후 감소 추세에 있다.

끝으로 약국은 2018년 기준 59,613곳으로 추세적으로 늘고 있다. 처방전 수취율, 즉 의약분업률도 74.0%(2018년)로 지속적으로 증가하고 있다. 동수취율은 약국에의 처방전 매수/외래처방 건수로 계산한다. 일본은 여전히 임의분업 상태로 완전한 의약분업에 이르지 못해 2019년 기준 의약분업률은 74.9%에 머물고 있다.²⁰⁾ 2007년 국립병원에서 완전분업(원외처방전 수취율 70% 이상)이 추구되는 등 지속적인 분업화 노력이 시도되고 있다. 후생노동백서에도 국민들에게 의약분업의 장점을 홍보하는 내용이 매년 게시되고 있다.

나) 의료인력

의사와 치과의사의 수는 매년 증가하고 있으며 2018년 말 기준으로 의사 311,963명, 치과의사 101,777명으로 합계 41만명이 넘는다. 비율은 치과의사 1인당 의사 3.07명의 수준이다. 의사의 증가 속도가 치과의사보다 빠르다. 이같은 증가에도 불구하고 인구 10만명당 의사 247명, 치과의사 81명으로²¹⁾ 주요국 수준에 비하면 적은 편이다. 약제사는 240,371명이다.

또다른 의료인력으로 보건사 62,118명, 조산사 39,613명, 간호사 1,210,665명, 준간호사 347,675명이 있다.²²⁾

20) 일본약제사회가 발표한 처방전수취율(즉 의약분업률)통계이다. 매년 약간씩 높아지고 있으며 전년 대비 0.9% 포인트 상승하였다. 80% 이상의 수취율을 보이는 곳이 北海道(82.3%), 青森(85.4%), 岩手(85.6%), 宮城(84.3%), 秋田(88.9%), 東京(80.3%), 神奈川(84.2%), 新潟(85.1%), 島根(81.6%), 佐賀(82.2%) 등 10개 도도부현이다. 保険調剤の動向「2019年度調剤分(全保険・速報値)」.

21) 이들 자료의 출처는 후생노동성, 政策統括官付保健統計室 「平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計」. 의사와 치과의사는 의료시설 종사자, 약제사는 약국과 의료시설 종사자를 지칭한다.

22) 자료 출처는 후생노동성, 医政局 조사(2016년 기준)이다.

이밖의 의료 기능인력으로 이학요법사(PT) 91,694.8명, 작업요법사(OT) 47,852.0명, 시능(視能)훈련사 8,889.1명, 언어청각사 16,639.2명, 의지(義肢)장구사 105.3명, 진료방사선기사 54,213.1명, 임상검사기사 66,866.0명, 임상공학기사 28,043.4명이 있다.²³⁾ 이들 인력은 상근자로 환산한 값이다.

그리고 취업치과위생사 132,629명, 취업치과기공사 34,468명, 취업안마마사지지압사 118,916명, 취업침사(鍼師) 121,757명, 취업뜸사(灸師) 119,796명, 취업유도정복사²⁴⁾(整復師) 73,017명이 있다.²⁵⁾ 또 구급구명사 56,415명이 있다.²⁶⁾

2. 경과와 성과 평가

앞에서 살펴본 일본 의료체계의 건강보험의 현황과 역사적 변천에 대한 내용을 토대로 일본 의료체계의 건강보험 정책의 경과 및 성과에 대해 검토한다. 세계적으로 평가가 양호한 일본 제도이지만 분야에 따라서 개선해야 할 문제점이 없지 않을 것이다. 여기서는 일본 내 전문가들이 보는 평가 내지 시각을 소개하는 데 중점을 두되²⁷⁾ 필요한 곳에서는 필자 소견을 피력하는 형태로 서술한다.

이하에서 살펴보는 주제는 국민의 비용부담 억제, 자원조달상의 공평, 환자의 반응, 의료 접근상의 형평, 건강 성과, 건강서비스 성과, 의료의 질, 보건의료 시스템의 효율성, 투명성과 설명 가능성의 아홉 가지이다. 이 중에는 앞에 서술한 개황 부분에서 언급이 없었거나 상대적으로 약하게 다루었던 분야도 없지 않다. 이 점에 대해서는 양해를 구한다.

23) 자료 출처는 후생노동성, 政策統括官付保健統計室 「平成29年医療施設調査」.

24) 통상 정골원(整骨院)의 정골사, 접골원(接骨院)의 접골사로 호칭되며 골절(骨折)·탈구(脱臼) 등을 정상 상태로 고치는 접골(接骨)을 행한다.

25) 자료 출처는 후생노동성, 政策統括官付行政報告統計室 「平成30年衛生行政報告例」.

26) 자료 출처는 후생노동성, 医政局조사(2018년 3월말). 면허등록자수 기준.

27) 이하의 서술은 Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds.(2018) ch 7, "Assessment of the health system," pp.166~188에 크게 의존하고 있다.

가. 정책 목표

2009년 일본 HiT 리뷰(2009 Japan Health Systems in Transition review)가 서술하고 있듯이 전후 사회보장과 건강정책의 기초는 일본국 「헌법」 제 25조이다. 여기서 “모든 국민은 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 누릴 권리가 있다”는 규정에 이어 제2항에선 국가는 “모든 생활 측면에서 사회복지, 사회보장 및 공중위생의 향상과 증진에 노력해야 한다”라고 규정되어 있다(일본국 헌법 1946년).

보편적인 건강보험체계가 공식 부문 근로자를 대상으로 1927년 시작한 것은 당초에는 군사적 목적에서였다. 그러나 1950년대의 정책 논쟁이 헌법 제25조의 정신 아래 시민 간의 형평성을 담보하는 복지국가 창설에 집중되면서, 「국민건강보험법」 개정을 거쳐 1961년 전 국민이 적용대상에 포함되는 보편적 건강보험의 창설로 이어진다(Hashimoto H et al., 2011).

1970년대 후반 이후 일본경제의 성장률이 떨어지고 고령화로 인해 의료 수요가 늘어나면서, 의료체계(health care system)의 지속가능성 유지 논의 시 비용 통제가 주요 정책 주제의 하나가 되었다. 그동안의 가격통제는 원칙적으로 공급 측면 중심으로 엄하게 추진되어온 반면, 수요 측면에서는 오늘날까지 자유로운 접근 정책이 유지되고 있다.

근간의 개혁 비전도 기초재정수지 회복, 즉 당해 연도 수입으로 당해 연도 경상지출을 충당하여 추가적인 적자를 내지 않는 것을 최우선 과제로 설정하고, 전 국민에의 제도 적용과 제도 간의 공적 보험료 형평성 확보를 여전히 강조한다. 일부에서는 형평성 최우선 정책은 본질적으로 양질의 서비스 제공과 효율성 추구 수단을 포기하는 것이라고 비판한다. 후생노동대신이 작성한 ‘2035 정책 비전’의 핵심 정책도 전 국민의 적용대상 포괄을 내세우고, 시민 스스로에 의한 합리적 선택과 시민 간 연대를 통해 재정적으로 지속가능한 양질의 의료를 달성하는 사회보장을 설계해야 한다고 강조한다(Miyata H et al., 2015; Shibuya K, 2016).

나. 비용부담 억제와 공평한 자원조달

1) 비용부담 억제

먼저 비용부담 억제(financial protection)에 대해 검토한다. 2019년 기준 일본 전체 보건의료지출의 84.3%가 공공기금으로 조달되고 있다. 이는 OECD 회원국 중 여섯 번째로 노르웨이(85.4), 스웨덴(85.2), 독일(85.0), 미국(84.8), 룩셈부르크(84.5) 다음이다(그림 II-1).²⁸⁾

2003년 이후 본인부담률은 6~69세의 모든 수급자에 대해 30%로 설정되어 있고(〈표 III-2〉), 가구소득 수준에 따라 월 상한이 있어 재난적 의료비 부담으로부터 보호하고 있다. 덧붙여 저소득가구 보험료 면제, 아동 본인부담 보조, 만성 난치질환 환자 보조 등으로 피보험자가 재난적 수준의 의료비 부담을 지지 않도록 보호한다. 이들 정책은 의료비 지출로 피보험자가 경제적 위기에 빠지지 않도록 하는 다중 장치이다.

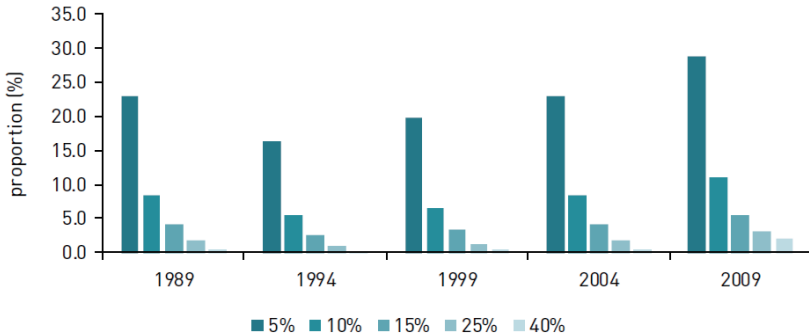
2007년 국립인구사회보장연구소 조사에 따르면 조사 가구의 0.76%가 전년도에 경제적 이유로 의료기관 방문을 자제했다고 보고하고 있다. 이 비율은 2012년 30~65세에서 2.9%, 65세 초과에서 1.1%로 높아졌다(국립사회보장인구문제연구소, 2017). 다만 2007년과 2012년 간의 조사항목 변화로 양자 비교의 타당성은 일정 수준 유보가 필요할 것이다.

일본은 그동안 가구 비용부담 억제 면에서 일정 수준 성과를 보였지만 최근 조사에 따르면 1990년대 후반 이후 경기불황으로 실질과 명목 양 측면에서 가구소득이 줄어든 것으로 나타난다. 가구의 비식료품 소비지출 내 보건 의료지출 비중이 시간이 지나면서 증가하고 있다(그림 III-4). 분석기간을 2014년, 2019년으로 확장하여 하위 10%의 소비지출 내역을 살펴보다도 비슷한 추세가 확인된다.²⁹⁾

28) 한국(60.8)은 조사대상 37개국 중 33위로 밑에서 다섯 번째 순위이다. 멕시코(50.5), 그리스(59.2), 칠레(59.3), 라트비아(59.8) 등이다.

29) 총무성이 공표한 가계조사 통계를 이용한 하위 10% 1분위(전체 세대)의 보건의료지출 비율을 살펴보면 2009년 8.9%, 2014년 8.8%, 2019년 10.6%로 지난 10년 사이에 최하위 층의 보건의료 부담이 증가한 것으로 나타난다. 월평균 보건의료지출과 비식료품 소비지출은 2009년 5,305엔과 59,596엔, 2014년 5,442엔과 61,849엔, 2019년 6,132엔과 58,065엔이다. 이때 비식료품 소비지출은 소비지출에서 식료품 지출과 기타소비지출(중

[그림 III-4] 소득분위당 가구 비식료품 소비지출내 보건의료지출 비율(1989~2009)



주: 보건의료지출에는 치과를 포함한 병원 외래, 입원 시의 본인부담이 포함됨. 5%는 하위 5% 계층, 10%는 하위 10% 즉 10분위 중 1분위, 40%는 4분위를 지칭.
출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.,(2018), p.168, fig 7.2 이는 總務省 家計調査 원자료를 활용한 분석임.

이같은 결과의 배경에는 비용부담 정책이 소득 수준 구간을 엄밀한 기준을 세워 나누기보다 개략 나누어 겹보기에 보편적인 부담을 지도록(effectively universal)할 뿐으로, 실제로 저소득 가구가 고소득 가구보다 높은 본인부담률을 진다는 사실이 있다. 실제로 연소득 33,300~69,360달러 구간에서는 상한이 같은 울이다. 여기에 비용부담이 크지 않도록 지원하는 보조금이 저소득 가구의 재난적 부담을 실효적으로 덜어주기보다, 도덕적 해이에 의한 중·고소득 가구의 의료서비스 과다 이용을 유발하고 있다. 다만 이 지적에 대한 실증적 분석은 자료 제약으로 일정한 한계가 있다.

다른 한 가지 문제는 사실상 공적의료보험이 적용되지 않는 인구가 늘고 있다는 점이다. 이는 건강보험의 보편적 적용에 대한 이의 제기이기도 하다. 일본의 공적의료보험은 취업 형태 기준으로 공식 부문과 비공식 부문으로 나누어 볼 수 있는데, 최근(생산자산(production assets)이 없는) 비정규직 근로자가 늘면서 비공식 부문에서의 무보험자 비율이 높아질 위험이 커지고 있다. 무보험자에 대한 공식 통계는 없다.

하지만 한 추정치에 따르면 2007년 기준 전체 인구의 약 1.3%가 사실상

여, 교제비, 송금 등)을 뺀 값이다. <https://www.stat.go.jp/data/kakei/npsf.html> 家計調査年報(総世帯)

건강보험 적용대상에서 제외되어 있다(Hashimoto H et al., 2011). 이들이 채택한 정의대로 “직접세를 내지만 건강보험료를 내지 않아 건강보험제도의 적용을 받지 않는 자”를 무보험자라고 규정하면 2013년 기준 그 숫자는 3.2%로 증가한다(2013년 국민생활기초조사 원자료 추정).

2) 공평한 재원조달

2014년 세계은행 보고서에서 오시오 등이 밝히고 있듯이 일본의 공적건강보험은 사회보험료와 정부 재정 지원의 혼합 형태로 재원을 조달한다. 정부 재정 지원은 재정적으로 취약한 조합 내지 제도의 가입자가 동일한 급여를 받을 수 있도록 하기 위해 행해진다(Oshio T et al., 2014).

일본에서는 가구 소득을 동등화하려는 재분배기능이 과세를 통한 세대내 재배분보다 고령 인구에의 부과방식 사회보장 급여와 재정 이전(tax transfer)이라는 세대간 재분배로 주로 이뤄진다. 사회보장의 재분배 기능은 고령화로 인해 1980년대 이후 강화되었다.

〈표 III-6〉 건강보험 재원 조달의 누진도(가구 기준, Kakwani 지수)

	직접세	간접세	사회보험료	본인부담	가중합
1989	0.200	-0.041	-0.064	-0.084	-0.006
1994	0.169	-0.034	-0.074	-0.083	-0.018
1999	0.175	-0.036	-0.018	-0.090	0.017
2004	0.187	-0.037	-0.038	-0.056	0.016
2009	-0.101	-0.016	-0.078	-0.015	-0.068

출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds.(2018), p.170, fig 7.3.

〈표 III-6〉은 가계조사의 원자료를 사용하여 건강보험 재원 조달의 누진도를 측정하는 것이다(O'Donnell O et al., 2008). Kakwani 지수는 재원조달이 서로 다른 지불능력(월간 지출과 납세액 등)을 지닌 가구 간에 공평한지를 나타낸다. 양(+)의 값은 부유한 가구가 상대적으로 좀더 많이 부담하고 음(-)의 값은 저소득 가구가 많이 부담하는 것을 의미한다.

담배와 주류에의 소비세, 부가세 등의 간접세, 사회보험료, 본인부담은 음

(-)의 값으로 저소득 가구 부담이 더 큰 역진성을 보여준다. 반면 큰 양(+)의 값의 직접세는 누진성을 보여준다. 전체 효과의 가중합은 거의 제로로 양자 효과가 상쇄되고 있다.

그런데 추세가 2009년 역전되어 1990년대 중반 이전처럼 다시 저소득 가구 부담이 다소 증가하고 있다. 유념할 점은 2009년이 세계적인 경제 위기로 가구소득, 연금급여, 정부 세입이 크게 줄어든 해라는 사실이다. 그런데 2009년 이후 민주당 정권, 지민당 아베 정권으로 이어지면서 분배보다 성장 우선 전략이 추구되어 건강보험 재원 조달 과정에서 저소득 가구 부담의 상대적 증대 현상이 심화되었을 가능성이 있다.

다. 환자 경험과 의료서비스 접근의 형평성

1) 환자 경험

접근상의 형평성과 비용부담 억제 분야에서 높은 성과를 보여 왔음에도 불구하고 소비자 만족도에 대한 국가 간 비교 조사에서 일본의 소비자(환자)는 자국 보건의료체계에 대해 다른 나라 사람들보다 덜 만족하는 것으로 나타난다(국제사회조사프로그램, Murata H et al., 2014).

물론 국가 간의 사용자 경험 비교는 방법론상의 문제가 있다. 평가된 만족도는 보건의료체계에 대한 소비자 기대에 크게 의존하는데, 평가는 각국의 사회적, 역사적, 정치적 연관 속에서 형성된다. 따라서 국가 간 비교를 통해 절차의 질(process quality)과 서비스 제공 성과(service provision outcomes)에 대한 공정한 평가를 내리긴 어렵다.

이 점을 고려하여 일본 내 평가로 한정하면, 보건의료 체계의 성과에 대한 소비자 인식의 시계열 분석은 환자 기대에 체계가 반응하는 여러 가지 추세적 변화가 개선되는 것으로 나타난다. 후생노동성이 3년마다 실시하는 환자행태조사³⁰⁾에 따르면 환자 만족도는 늘 확인되고 있으며 시간에 따라 개선되는 것으로 나타난다. 다만 소규모 만성질환 전문병원에서 낮은 질이 문제점으로 지적되기는 한다.

30) <http://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hss/pbs.html>

조사에 따르면 의료 전문가들의 제공 정보가 환자들이 좀더 나은 치료와 질적 서비스를 모색하는 데 유효하게 도움을 주는 것으로 나타난다. 후생노동성 건강서비스국은 2006년 「암대책기본법」 제정 후 암질환을 앓는 환자들에게 좀더 나은 정보를 제공하는 정보 플랫폼을 준비해 왔다. 일부 정보는 이미 입수 가능한 수준이었지만 해당 정보가 환자들의 의사결정에 효과적인 도움을 줄 것으로 기대되고 있다.

자유로운 접근정책과 지역 내 병의원이 고밀도로 분포함으로써 전문 서비스를 받기 위해 길게 대기하는 문제는 거의 발생하지 않고 있다. 다만 일부 분야에서는 전문의들이 도심 지역을 선호하여 시골 지역에서 전문서비스를 접하기 힘든 문제가 없지 않다. Tanihara et al.(2011)은 1980년대 후반 이후 인구 10만명당 의사 수가 꾸준히 증가했지만 의사들의 지역 간 분포 격차는 바뀌지 않았다고 지적한다(Tanihara S et al., 2011).

2) 의료서비스 접근의 형평성

의료서비스 접근의 수평적 공평과 자원배분 관점에서의 접근 형평성, 그리고 문화값에 대해 검토하는데 먼저 전자부터 살펴본다.

의료서비스 접근의 형평성은 여러 관점에서 평가될 수 있는데 여기서는 접근의 수평적 공평성, 이는 Wagstaff et al.의 주장처럼 ‘동일 수요 동일 처치’(ETEN)에 입각해 평가한다(Watanabe R et al., 2012). 이를 위해 두 유형의 집중지수를 계산하는데, 하나는 가구소득 수준에 따른 의료기관 실제 방문, 다른 하나는 인구유형과 질병 조건에 따른 기대 의료수요이다. 양자의 차이를 ‘수평적 공평성(HI) 지수’로 정의한다.

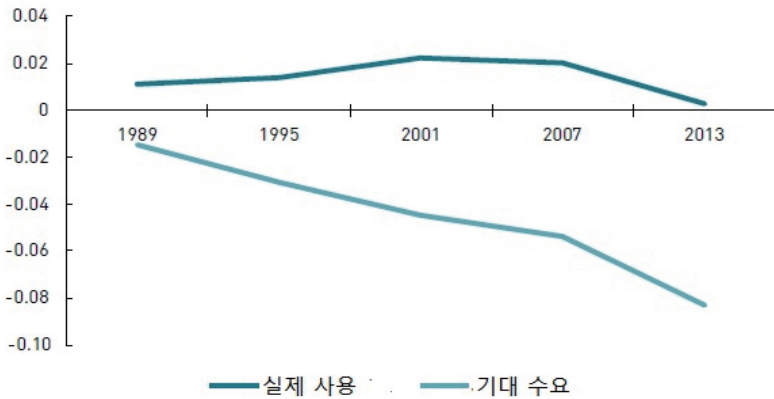
전국의 대표적 가구 조사로 횡단면 자료를 제공하는 1986년부터 2007년까지의 국민생활기초조사 원자료를 이용하여 분석한 Watanabe-Hashimoto (2012)는, HI가 일본에서는 상대적으로 작으며 그 정도는 65세 이하에선 시간에 따라 증가세가 관찰되지만 65세 초과에서는 그 값이 아주 작은 수준에서 일정한 모습을 보인다고 지적한다(그림 III-6a, III-6b).

나아가 2010년과 2013년의 두 해 자료를 입수해 추가로 평가해 보았다.

2008년의 세계적 경제위기와 그에 따른 가구소득 감소가 의료서비스 접근의 수평적 공평성에 미치는 효과를 검토해보기 위함이다. 2010년에 비해 2013년에 실질 이용과 기대수요 모두 크게 떨어지는 결과가 나타난다. 이 때에 효과에 대한 명확한 판단을 위해선 2014년 이후에 대한 추가적 검토가 필요할 것이다. 이 무렵 고령자의 본인부담률이 20%로 인상되었고 소비세율이 5%에서 8%로 상향조정되었기 때문이다.

[그림 III-5a] 의료서비스 접근의 수평적 공평성

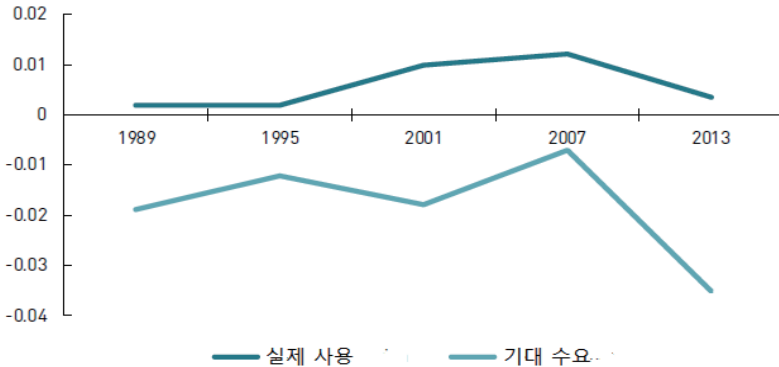
(가구소득 집중지수, 20~64세)



출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.175, fig 7.6a.

[그림 III-5b] 의료서비스 접근의 수평적 공평성

(가구소득 집중지수, 65세 이상)



출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.175, fig 7.6b.

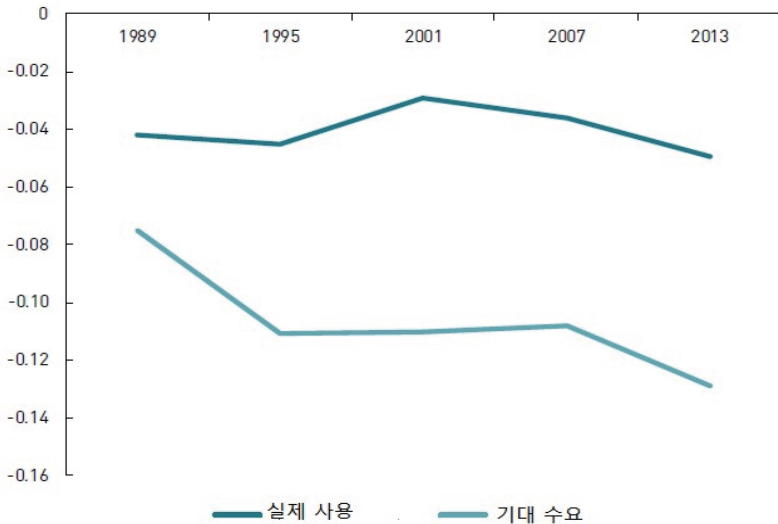
2008년 무렵 GDP 성장률이 꽤 떨어졌지만 일본 정부는 보건의료지출을 줄이는 강한 재정안정 조치를 취하지 않고 수가(fee schedule) 조정으로 고령화에 따른 한계적 증가를 허용하는 데 그쳤다.

의료서비스 수요 면에선 고소득 고령자의 본인부담이 2003년부터 10%에서 20%로, 2006년부터 30%로 증가했지만 70세 초과에 대해서는 가구소득과 관계없이 20%로 설정하였다. 훗날 정부는 이 개정의 실시를 2014년까지 미룬다. 후생노동성은 고령자가구의 6~7% 정도가 고소득층일 것으로 추정한다(후생노동성 2012a).

한편 [그림 III-6]에선 20세 이상의 실질 의료서비스 이용에 대한 집중 지수가 일정하게 음(-)으로 나타나 저소득 가구가 실제로 서비스를 많이 이용하고 있음을 시사한다. 이는 저소득 고령자 가구가 청장년 가구에 비해 의료 수요가 높고 본인부담률이 낮아 의료이용이 높다는 사실로 쉽게 설명할 수 있다. 실제 이용과 기대 수요 간의 차이인 HI가 음(-)의 값으로, 저소득 가구가 수요보다 의료 이용을 억제하고 있음을 암시한다.

[그림 III-6] 의료서비스 접근의 수평적 공평성

(가구소득 집중지수, 20세 이상)



출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.174, fig 7.5.

저소득가구의 불공평은 2001년에 가장 크고 이후 -0.05까지 줄어든다. HI 변화는 추정 의료서비스 수요 변화에 주로 기인하며, 이는 1997년 IMF 외환 위기 이후인 1998년에 -0.12로 가장 낮은 값을 보이다가 2013년 -0.08로 약간 회복된다.

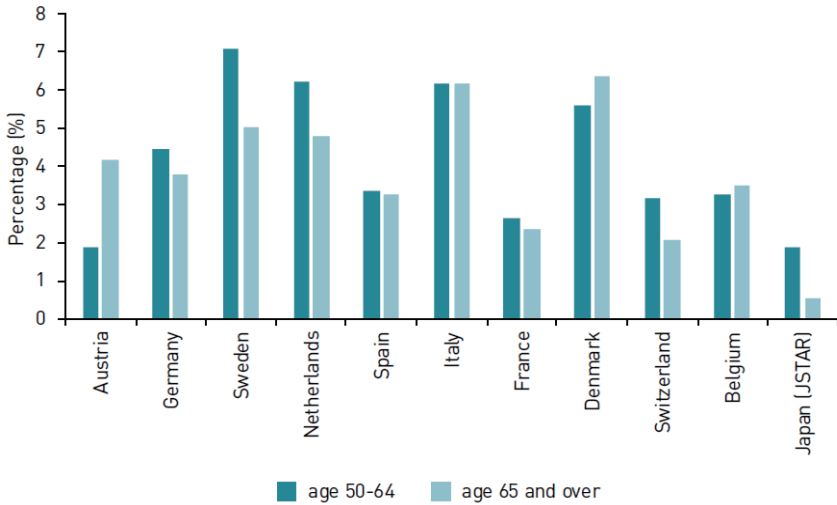
의료서비스 접근 갭이 증가한 청장년 세대에 비해 65세 이상에서는 HI가 작다. 이는 고령자 본인부담 감소에 따른 결과로 소득수준과 무관하게 의료 이용의 형평성을 확보하는 데 성공적이었다고 할 수 있다(그림 III-5b).

2010년 고소득 고령자의 본인부담률 증가 조치가 2010년 기준 수평적 공평성 증가로 이어진 듯하다. 그런데 2013년에 실질 이용과 기대수요 모두 크게 떨어진 것에 대해서는 좀더 관찰이 필요하다. 이것이 경기 침체에 따른 가구 의료 지불 여력의 감소 때문일 수 있기 때문이다.

한편 국가 간 비교를 위해 일본의 고령은퇴조사(Japanese Study of Ageing and Retirement)와 유럽의 지매연구인 유럽내 건강과 은퇴 조사(Study of Health and Retirement in Europe)를 택했다. 양 연구는 미국 건강과 은퇴 연구(US health and retirement study)가 진행하는 고령자 패널 조사 세계 버전의 일부이다. 일본 조사는 임의적이고 확률적이지 않으며 주요 도시 선정 표본이라는 점에서 비교에는 신중해야 할 것이다.

[그림 III-7]은 지난해 비용부담 때문에 의료 이용을 포기했다고 주장하는 이들의 비율인데, 유럽보다 일본이 더 적고 65세 이상에서 특히 그러한 결과가 나타나는 것은 본인부담률 감소 때문으로 판단된다. Nishi et al.(2002)은 전국적 대표 가구에 대한 조사를 토대로 분석하여 본인부담률 감소가 70세 이상 고령자의 양호한 건강상태, 특히 정신건강과 관계가 깊다고 지적한다(Nishi A et al., 2012). 그러나 Shigeoka(2014)는 본인부담률 감소에도 불구하고 사망률 감소라는 측면에서 어떠한 긍정적 효과도 확인하지 못했다고 보고한다(Shigeoka H, 2014).

[그림 III-7] 비용 문제로 의료서비스 이용 상실 경험자 비율



주: 여기서 '지난해'는 분석자에 따라 상이함. 유럽은 2004-2005년, 일본은 2009년 이전.
출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.176, fig 7.7.

이어서 자원 배분 관점에서의 접근 형평성과 문화갭에 대해 살펴보자. 앞에서 지적하였듯이 의사와 의료분야 전문가는 도시 지역에 편중 분포한다. Sakata et al.(2016)은 2002년과 2011년 사이 간호사의 지역 간 분포에 대한 시계열 분석을 행해, 기간 중 인구 10만명당 간호사 수가 증가했음에도 불구하고 분포가 왜곡되어 도시지역 급성기 병원에 간호사가 편중되었다고 지적한다. 배경에는 급성기 질환을 다루는 도시 병원이 간호사 급여를 높여 병상당 간호사 수를 늘리는 임금정책을 택한 사실이 있다고 지적한다. 또 급성기 병원에서도 도시·농촌 간에 간호사 분포가 왜곡되어 있다(Sakata Y et al., 2016).

이밖에 일본 보건의료체계에는 문화갭 문제가 있다. 인종적으로 소수지만 이들의 의료 수요가 언어 장벽으로 제대로 의료서비스 이용으로 연결되지 못하는 문제이다. 일본인 특히 의료종사자의 영어를 위시한 외국어 구사 능력이 양호하지 않아 2020 도쿄올림픽, 패럴림픽(2021년 이후로 연기됨)을 앞두고 다중 언어 통역서비스 강화 노력 등이 일부 시행되고 있다. 하지만 그 효과에 대한 체계적이고 실증적인 증거는 아직 없다. 이 문제의 크기와 심각성은 여전히 정확히 파악되지 않고 있다. 인종적 소수가 경제적, 언어

적 장래로 인해 의료 접근에 어려움을 겪고 있다는 일부 사례 보고가 있는 정도이다(Sawada T, 2007).

라. 의료(서비스) 성과와 의료의 질

1) 의료(서비스) 성과

먼저 성과의 공평성에 대해 살펴본다. 1970년 이후 일본 내 국민건강(population health)이 획기적으로 개선된 것은 뇌졸중(stroke) 사망자의 급격한 감소에 기인한다. 그런데 이는 지역 건강 담당자(practitioner)에 의한 고혈압 위험에 대한 건강교육, 개선된 주거여건, 다이어트 식습관(dietary intake), 고혈압 약품에의 접근 덕분이라고 할 수 있다(Ikeda N et al., 2011). 국민건강, 가령 기대여명, 신생아사망률, 산모사망률 등도 크게 개선되었다.

기여여명의 국내 격차에 대해 살펴보자. 일본인들이 매우 수준 높은 국민건강을 누리고 있지만 국내적으로 여전히 해결되지 않은 격차(discrepancy)가 존재하고 있고 1990년에 이르러서야 현 간 기대여명 격차가 축소되었으나 이후 다시 확대되고 있다. Nomura et al.,(2017)은 2017년 기대여명과 건강기대여명이 가장 높은 현과 가장 낮은 현 간 격차가 1990년과 2015년 사이에 2.5년에서 3.1년, 2.3년에서 2.7년으로 늘어났다고 보고한다. 한편 같은 시기에 전체 연령 표준화(age-standardized) 사망률은 29.0%(28.7~29.3) 감소했고, 사망률은 현 간 격차가 꽤 있어 -32.4%(-34.8~-30.0)에서 -22.0%(-20.4~-20.1)에 분포하고 있다(Nomura S et al., 2017).

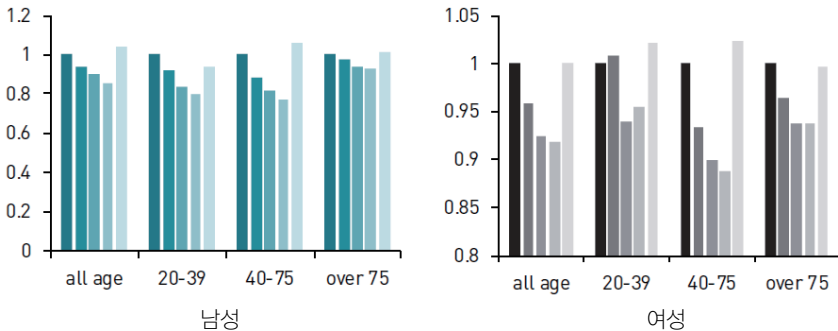
현(縣) 간의 지속적 격차를 결정하는 요인이 어떤 것일지에 대해서는 사회적 결정인자와 건강 격차 간 관계를 포함하여 좀더 조사가 필요하다. 현 시점에서는 건강 성과와 건강 및 의료 지출의 인적 자원 수 간에 상관관계가 없는 것으로 확인되고 있다. 오늘날 평균 가구소득, 교육수준, 산업구조와 실업률 그리고 흡연같은 리스크 요인에서 현 간에 실질적이고 체계적인 격차가 존재한다는 사실은 알려져 있다. 이들을 고려하여 현 수준에서의 상세한 리스크 인자 분석이 요청되고 있다.

사회경제적 조건에 따른 건강 격차에 대해 살펴보자. 일본의 공식 통계는 교육배경과 가구소득 관점에서 사회경제적 지위 관련 정보를 포함하지 않고, 국가 차원에서의 질병 귀착, 생존율과 사망률의 사회경제적 격차 관련 정보가 제한적으로 제공된다.

한 대규모 역할 코호트 조사(암리스크 평가에 대한 일본 협동 코호트 조사, JACC)에서 Fujino et al.(2005)는 서로 다른 교육수준에 따른 사망률 격차를 제시하고 있다(Fujino Y et al., 2005). 이 조사는 지역 건강 조사에 참여한 40세 이상 성인에서 사망률의 모든 원인과 학력 간에 유의한 관계가 있다고 밝히고 있다.

저자들은 확률적으로 인구에 대한 미시자료를 사망통계와 연계하여 학력 간 사망률 격차를 설명하고 있는데 이는 Blakely and Salmond(2002, Blakely T et al., 2012)이 일찍이 행한 방식이다. 결과는 모든 사망원인에서 학력 관련 격차는 남성, 중년과 초기고령자에서 좀더 두드러진다는 것이다(그림 III-8).

[그림 III-8] 학력별 전 요인 사망리스크 비율(2010년)



주: 막대기등은 연령별로 중졸 이하, 고졸, 전문대졸, 대졸 이상, 불명 포함 기타의 순
출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds.(2018), p.179, fig 7.8.

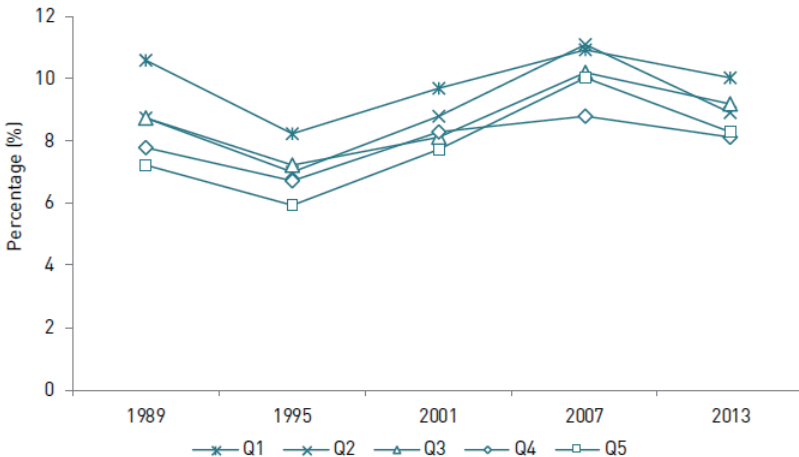
Wada et al.(2012)은 직업계층은 사망 리스크와 유의하게 연관되어 있다고 지적한다(Wada K et al., 2012). 한 가지 특이한 점은 시계열 분석에 따르면 일본에서는 유럽, 미국과 달리 경기 불황이 육체노동자보다 관리자층에서 사망률을 높이는 것으로 나타난다는 사실이다. 그러한 흐름은 자살률에서 좀더 뚜렷하지만 암사망률에서도 확인된다. 한편 통계가 작성되지 않

아 일본에는 전국 대표 표본에서 소득수준이나 학력에 따른 사회경제적 사망률 격차에 대한 증거 확보가 힘들다.

주관적 건강 상태에 관한 소득관련 격차는 Kachi et al.(2013)이 1986년부터 2007년 전국 대표 가구 조사(국민생활기초조사, 후생노동성)를 이용하여 보고하고 있다(Kachi Y et al., 2013). 여기서 2010년부터 2013년 자료는 2008년의 세계적 경기 침체 이후 추세를 반영하기 위해 추가되었다. 소득 5분위 간 주관적 건강 지위상 격차는 2004년까지 줄어들다가 이후 다시 확대되고 있다(그림 Ⅲ-9a, Ⅲ-9b). 주목할 점은 하위 5분위에서 건강 지위가 크게 떨어지고 있다는 것인데 이는 경제적 어려움이 이들 계층에 가장 크게 영향을 미쳤다는 것을 의미한다.

사회경제적 자료는 의료 이용기록과 연계되어 있지 않으므로 이 단계에서 의료 성과상의 사회경제적 격차에 관한 실증적 데이터는 사실상 없다. Ito et al.(2014)은 오사카 지역의 인구 기초암 이력을 활용하여 지역 간 박탈(deprivation) 지수에 대응하여 암 생존율 갭이 일정하게 관찰된다고 지적한다. 1993년에서 2004년까지 사이에 생존율은 전반적으로 높아졌지만 격차는 상존했다는 것이다(Ito Y et al., 2014)

[그림 Ⅲ-9a] 5분위 소득 계층별 불건강 상태(자기 평가, 남자)



주: Q1은 5분위 중 최하위층 Q5는 5분위 중 최상위층
출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds.(2018), p.180, fig 7.9.

[그림 III-9b] 5분위 소득 계층별 불건강 상태(자기 평가, 여자)



주: Q1은 5분위 중 최하위층 Q5는 5분위 중 최상위층
 출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.181, fig 7.10.

2) 의료서비스와 의료의 질

자유로운 의료기관 선택 정책과 건강보험의 보편 적용, 어린이, 고령자, 장애인 등 좀더 큰 의료서비스 수요를 지닌 층에 대한 여러 유형의 보조 조치는 이론적으로 양호한 의료성과를 나타내야 한다. 실제로 일부에서는 일본의 양호한 국민건강(장수 등)을 양질의 의료와 안심되는 접근성에서 찾고 있다. 하지만 일본 내 의료서비스의 실효 적용범위에 대해선 제한적 증거밖에 없다.

예방의료를 보자. b형 헤모필루스 인플루엔자(Hib), b형 간염(hepatitis B), BCG, 홍역, 풍진(rubella), 4종 혼합 백신(디프테리아, 백일해, 파상풍, 급성회백수염, DPT-IPV), 수두(varicella), 폐렴(pneumococcus), 일본뇌염(Japanese encephalitis)에 대해선 어린이 대상으로 무상 예방접종 프로그램이 계획되어 있다. 이외의 백신은 본인부담으로 행해진다. 로타바이러스, 볼거리(유행성 이하선염, mumps), A형 간염, 독감(인플루엔자)에 대한 백신은 본인부담이 발생하지만 지자체별로 다양한 수준의 보조금이 지급되고 있다. 근자에 65세 초과 고령자 대상의 폐렴(구균성)백신은 본인 일부부담으로 이용할 수

있게 되었는데 지자체별로 조금씩 다르다.

놀랍게도 일본 내 실효적 백신의 적용대상에 대한 공식 통계는 없다. 후생노동성은 목표 인구에 대한 정보를 제공하고 의료기관에서 제공된 백신의 숫자를 발표하고 있다(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bcg/other/5.html>). 그러나 계획된 대로 목표 인구에 백신이 제대로 시행되고 있는지는 이들 공표 숫자로는 확인되지 않는다. 가계조사에 근거한 조사에 따르면 실시율은 90% 정도이며 95%를 약간 넘어선 것으로 나타난다(Baba K et al., 2011, Ueda M et al., 2014).

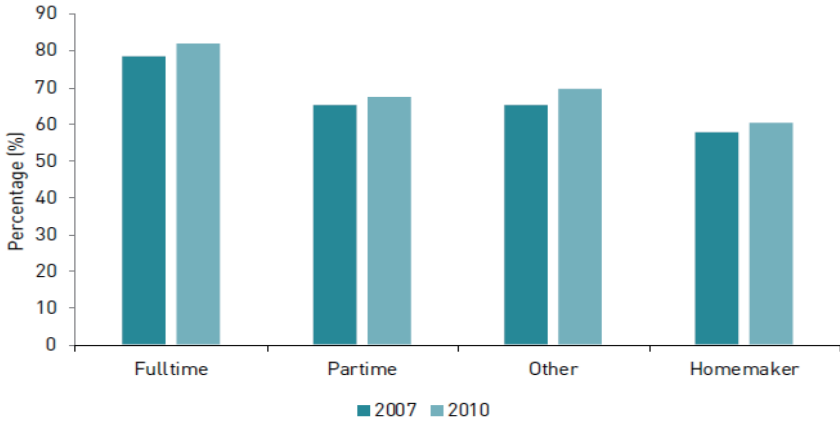
무료로 제공됨에도 통상적인 백신의 적용대상이 공평하게 분포하고 있는지 여부는 답을 찾아야 할 건강정책 과제의 하나로 남아 있다. Ueda et al.(2014)은 교육 수준이 낮고 보육휴가 없이 일하는 25세 이하 엄마의 자녀들이 홍역, DPT에 대한 백신을 제때 받지 못하는 경향이 있다고 보고한다. (Ueda M et al., 2014). 조합과 다중 백신은 일본 백신 정책에서 널리 활용되지 않고 있는데, 그 배경에는 시민 활동가들이 “정부가 백신의 부작용 예방 규제에 실패했다”고 정부 대상으로 법적 소송을 걸어올 것을 두려워하여 백신 정책에서 소극적인 자세를 취하고 있기 때문이다(Hanley SJB et al. 2015). 결과적으로 일본의 백신 계획은 매우 복잡하여 부모들에게 시기적으로(temporal)나 비용적으로 부담을 주고 있다. 또 문화적 언어상 장벽이 외국 출생 어린이들의 백신 접종률을 낮추고 있다(Tsukui S et al., 2009).

본인부담으로 행해지는 (아동에 대한) 임의 백신 접종률이 꽤 낮고 가구 소득과 지자체에 의한 보조금 지원 수준이 접종률을 정하는 데 중요한 역할을 한다고 알려져 있다(Shono A et al., 2015).

건강검진(check-up)과 검사(screening)에 대해 검토해 보자. 일본 정부는 2008년 특별 건강점검과 상세 건강안내(SHCSHG) 정책을 도입해 내장지방 증후군(metabolic syndrome)같은 만성질환에 대한 검사(screening)와 조기 개입을 통해 보건의료지출을 통제해 보려고 했다. 정책 도입 후 건강진단 참가율은 크게 늘었다. 그러나 일부 건강진단의 실효성에 대한 증거가 제한적이고(Matsuda S, 2015) 근로자 지위와 연관된 공공보건 플랜에 따라 진단율에 상당한 격차가 존재하고 있다. 회사 플랜이 제공되는 정규직 근로자는

90% 수준의 진단율을 보이는 데 비해 비공식 부문의 시간제 근로자와 가사노동자 등 비고용자는 아주 낮았다(그림 Ⅲ-10). ‘전수 건강 진단’ 정책 도입은 정규직 근로자의 진단율을 획기적으로 올렸지만 이로 인해 근로 지위에 따른 격차가 더 확대되는 모양새가 되었다.

[그림 Ⅲ-10] 전수 건강 진단 정책 도입 전후 진단율

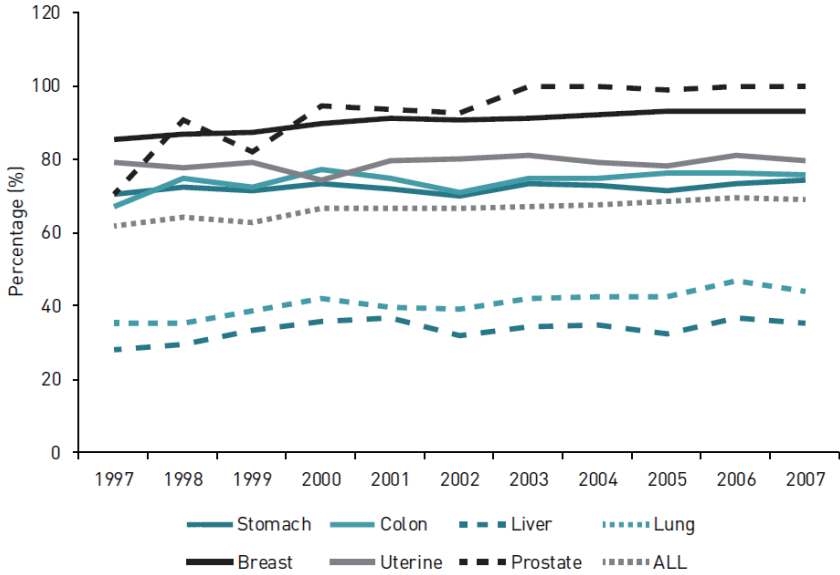


주: 왼쪽부터 정규직, 시간제, 기타, 가사 종사자의 순
출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.183, fig 7.11.

위암, 대장암(결장, 직장), 자궁경부암, 유방암 등의 암검사 프로그램은 지자체나 일부 직장에서 임의로 제공되며 본인부담률은 다양하다. 전체적으로 검사율은 OECD 회원국 수준보다 낮다. 2012년부터 시행 중인 전국적인 암 퇴치 정책은 2015년까지의 5년간에 50% 수진율을 벤치마크로 삼고 있다. 주목할 점은 암검사에 남녀 간 격차가 상당히 존재한다는 사실이다. 이는 시간, 비용, 검사 프로그램의 지역적 자원 접근성에 좌우되며 남자들이 조사 기간 중 암검사에 적극 임하는 경향이 확인되었다.

국립암센터는 근자에 유방암, 자궁경부암, 대장암 환자의 5년간의 상대생존율에 대한 자료를 공표했다(그림 Ⅲ-11). 이들 자료는 여러 조건하의 생존율이 크게 개선되고 있음을 보여준다. 다만 그것이 일차적 예방, 조기 검사프로그램, 치료 기술의 진보, 과잉 진단의 어느 것에 근거하는지는 좀더 관찰해봐야 한다.

[그림 III-11] 여러 유형 암의 5년 상대 생존률



주: 위쪽 왼쪽부터 위, 결장, 간, 폐, 아래쪽 왼쪽부터 유방, 자궁, 전립선, 전체의 순
출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.184, fig 7.12.

다음은 일차 의료(primary care) 서비스에 대한 서술이다. 일본 내 일차 의료의 성과에 대한 실증적 증거는 제한적이다. ‘가정의’(general practitioner) 전공은 일본에서는 비교적 최근의 일로서, 일차 의료서비스는 주로 일반/가정 의학에 대한 약간의 지식을 지닌 의원급 의사(clinic physician)가 수행해 왔다. 대신 이들은 특정 전문분야의 전문가로서 인정되어 온 경향도 있었다. 가령 정형외과 면허를 지닌 의사가 일반 외과와 내과 치료를 담당하는 것 등이다.

Hashimoto et al.(2011)은 미국과 비교해 일차 의료 체계는 잘 갖추어져 있으며 고혈압과 고지혈증 통제에 대한 효과적인 대응은 부족한 편이라고 지적한다(Hashimoto H et al., 2011). Tanaka et al.(2016)은 치료 절차(clinical process) 지표에 대한 정부 통계를 이용하여 당뇨병 통제에 대한 병원 내 조치, 특히 미세혈관 합병증 검사 등이 적정 수준 이하라고 지적한다(Tanaka H et al., 2016). 만성질환 치료의 질이 상대적으로 떨어지는 것은 일본 의료가 지닌 표준 가이드라인의 부재, 전문영역으로서의 일반의 훈

런 부족, 예방 서비스와 치료 서비스 간 분업 등에 그 원인이 있다고 할 수 있다(Hashimoto et al., 2011).

다음은 급성기 의료 서비스에 대해 살펴본다. 2003년 급성기 병원에 진단군 분류별 일당 정액지불제도(DPC, Diagnosis Procedure Combination)가 도입된 후 일본 내 병원 서비스에서 급성기 의료 참가의 성과가 크게 좋아졌다. 미국과 일본의 수술 후 병원 내 사망률을 비교해보자. 주요 외과의 사망률 등 일부 영역에서는 양국이 비슷한 수치를 보여주지만 간과 위 수술에서는 일본이 더 나은 값을 보여준다(〈표 III-7〉). 이는 주로 낮은 합병률 때문이고 낮은 비만을 같은 환자 리스크 관련 사안에서 일본이 더 유리한 조건에 있다는 사실도 부분적으로 관련되어 있다고 볼 수 있다.

〈표 III-7〉 일본과 미국의 외과 수술 사망률

(단위: 명, %)

	일본(진단-치료 결합, 2006~2008)					미국(전국 입원 환자 표본, 2008)				
	환자수	75세 이상	동반 이환 지수 (%)	병원내 사망	조사 망률 (%)	환자수	75세 이상	동반 이환 지수 (%)	병원내 사망	조사 망률 (%)
전체 수술	1,794,268	19.6	9.2	23,049	1.28	11,902,905	16.1	13.9	146,350	1.23
관상동맥우회	13,382	28.5	21.3	404	3.02	222,250	21.5	26.6	4,935	2.22
판막	11,669	26.3	7.2	437	3.74	107,939	33.2	23.1	5,757	5.33
유방암	51,755	13.8	14.8	22	0.04	37,353	20.2	50.0	33	0.09
폐암	28,096	27.0	45.0	271	0.96	38,399	25.4	72.6	959	2.50
식도암	5,398	15.1	33.9	236	4.37	2,024	17.0	56.7	157	7.76
위암	49,787	31.1	33.0	781	1.57	8,869	33.3	70.3	453	5.11
간암	16,502	22.6	74.4	437	2.65	3,676	16.1	76.8	191	5.20
췌장암	10,143	24.1	39.6	301	2.97	8,007	22.6	69.7	352	4.40
대장암	70,678	33.8	35.1	1458	2.06	341,666	26.4	30.9	14,861	4.45
신장암	13,571	25.8	10.3	107	0.79	72,371	14.5	37.2	814	1.12
자궁암	12,072	7.4	17.3	29	0.24	40,474	15.0	43.3	178	0.44
엉덩이 무릎 관절 전치환	52,938	38.0	1.8	69	0.13	901,022	25.4	4.3	1,124	0.12

주: 위쪽 왼쪽부터 위, 결장, 간, 폐, 아래쪽 왼쪽부터 유방, 자궁, 전립선, 전체의 순
출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds.(2018), p.185, table 7.1

OECD 보건통계 2015는 급성 심근경색, 출혈성 뇌졸중, 허혈발작(뇌졸중)을 포함한 몇 가지 서비스 인정 후 30일 내 사망률의 국가 간 비교 통계를 제공하고 있다(OECD, 2015). 이에 따르면 일본 병원은 급성 심근경색에 대한 성과가 अच्छ게 나온다. OECD 평균 8.0% 대비 약 12%를 보이고 있다. 이들 자료는 ‘국립 환자 조사 2011’에서 제시된 내용으로 동 조사는 매 3년마다 후생노동성이 실시하며 만성기 의료 병원을 포함하여 병원 간 가중치를 주어 계산한다. 이 조사는 지정된 한 달 사이에 일어난 사례에 대한 정보를 제공하는데 질병의 계절별 추세를 무시하므로 왜곡될 수 있어 해석 시 주의가 요망된다.

매년 급성기 의료 병원의 약 90%를 포괄하는 진단군 분류별 일당 정액 지불제도(DPC) 자료에 따르면 병원내 사망률은 7.2%로 국가 간 급성기 의료 성과의 비교를 위해서는 데이터 베이스의 질적 개선이 필요함을 시사한다. 즉 데이터의 질과 출처의 비교가능성에 대한 검토가 선행될 필요가 있다는 것이다.

마. 보건의료체계의 효율성

먼저 배분효율에 대해 살펴보자. 의료 자원 배분에 대한 정책은 극히 최근까지 제공자(주로 일본의사협회, JMA), 지불자(공보험자 등), 정부(재무성과 후생노동성) 사이에서 정해졌다. 2014년 지역 내 포괄적 의료, 장기요양 확보법 제정 이후 새롭게 제시된 플랜은 진료비 청구서와 기타 사용 정보에 대한 국가 차원의 데이터베이스를 잘 분석하여 지역 차원에서 병상과 기타 자원의 최적 할당을 추정하도록 하고 있다.

의료기관들은 매달 지불청구서를 사회보험진료보수지불기금(CRROs)에 제출한다. 제출된 모든 청구서는 기금에서 사정을 거쳐 수가(fee schedule)에 따라 의료기관에 지급된다. 이 과정에서 모든 청구 자료가 국가데이터베이스에 저장된다. 이 베이스는 전 국민건강보험하의 모든 의료보험 청구서를 관장하여 진단내역, 연령, 성, 경과, 제공된 약의 양과 가격에 대한 정보가 포함된다. 매년 17억건이 넘는 기록이 꼬박꼬박 데이터베이스에 저장된다(Matsuda S et al., 2014).

각 지자체는 국가데이터베이스를 통해 병원을 찾은 환자에 대한 상세한 정보를 얻는다. 이때 유의할 점은 국가데이터베이스에 정보가 자동적으로 축적되는 구조이지만 의료기관이 지자체에 관련 정보를 보고할 필요는 없다는 사실이다. 이때 지자체는 입수되어 분석된 자료를 토대로 2025년에 예상되는 환자 수와 처치 규모를 추정한다(Nichi-Iko Medical Practice Institute Co Ltd, 2014). 이러한 지역 자원 수요에 대한 추정 결과가 표로 만들어져 지역 내 토의에 부쳐지겠지만, 새로운 방식이 의료 자원의 배분효율을 어느 정도 개선할지는 장래의 분석에 의존해야 한다.

다음은 기술적 효율성이다. 2003년 성과 보고와 더불어 진단군 분류별 일당 정액지불제도(DPC) 도입 후 평균 입원일과 참가 병원 간 입원일수 격차가 지난 십년 사이에 크게 줄었다. 2002년의 21.2일에서 2007년의 16.7일로 축소된 것이다(후생노동성, 2008a). 이같은 감소는 표준화된 환자 분류(case-mix) 평가가 병원 간 치료 절차를 표준화하는 데 성공했다는 것을 시사한다. Noguchi et al.(2010)은 이같은 새로운 방식이 여러 외과수술에서 기술적 효율성을 개선했다고 보고한다(Noguchi H et al., 2010).

그렇지만 일본 의료의 기술적 효율성 문제를 논할 때 좀더 개선할 여지가 적지 않다. 정부는 전 국민 건강보험체계하의 의약품 가격조정 시 비용효율 분석을 도입하여 효율성을 높이려고 했으며, 이때 채택된 방법은 복제의약품 사용 촉진과 별도 처방없이(without referral) 고기능 서비스(의약품 포함) 이용자에 대한 과징적 본인 부담이었다. 이들 정책의 효과가 어떤 것일지는 좀더 평가를 기다려야 할 것이다.

나아가 새로운 면허(board certification)체계와 유능한 보조자(의사급 간호사(nurse practitioners)와 의사 보조자(assistants) 등)제도를 도입하여 의사의 성과를 크게 개선해 보려는 시도 등이 논의되었다. 하지만 정치권의 반응이 시큰둥하여 2021년 3월까지 이 주제에 대해 진보가 없다.

바. 투명성과 설명 책임성

제출 자료의 표준화와 진단군 분류별 일당 정액지불제도(DPC) 도입으로 급성기 병원은 표준화된 퇴원 환자 자료를 제출해야 하므로 투명성과 설명 책임성이 개선되고 있다. 이 제도 도입이 일부 병원 그룹의 자발적인 성과 지수 공표로 이어졌다. 대표적인 것이 국립병원 관리체인 국립병원협회와 교토대 보건경제와질관리과가 추진하는 질 개선 프로젝트 등이다. 이후 기능평가계수2의 보험진료지수 항목에 ‘병원정보 공표’가 수가에 반영되면서, 지금은 대부분의 DPC 병원이 성과지수(표준화된 양식 있음)를 공표하고 있다.

선행한 곳은 국립치료데이터베이스(NCD)로 이는 질 감독과 개선 목적으로 모든 외과 수술사례를 기록하는 전문외과위원회(specialty surgery boards)에 부설되어 있다(<http://www.ncd.or.jp/>). 2014년 3월 기준 4,105개 의료기관에서 연간 150만건이 넘는 수술 사례가 있으며 이는 전 일본 내 수술의 95% 이상을 점한다.

정부는 최근 「병원서비스법」을 개정하여 성과보고 체계를 좀더 확대하고자 하고 있다. 이에 따르면 모든 병원은 각자의 기능을 4개의 카테고리, 즉 고도 급성기, 급성기, 회복기, 만성기 분류에 따라 지역의 현 정부에 보고하여, 지역의료비전계획하에 지역 내 자원활용에 대한 공적 결정에 도움이 되도록 하고 있다. 그런데 논의의 진행 절차에 대한 청사진이 없다. 논의 현장을 지역 사회에 공개해야 할지도 정해지지 않았다.

최근에 내각에선 데이터에 입각한 지역 의료 수요 추정과 미래 전망을 내놓고 있는데(내각, 2015b), 그러한 정책 개혁이 어떤 결과를 가져올지는 실증 분석을 기다려야 할 것이다.

급성기 입원 환자를 대상으로 한 진단군 분류별 일당 정액지불제도(DPC) 데이터베이스에 비해 외래환자와 만성질환 입원환자에 대한 성과 평가는 아직 제한적이다. 이들에 대한 데이터는 주로 국가데이터베이스에서 처리되고 있는데 이 기관은 주 목적이 지불 관리에 있고 연구, 분석이 아니므로 상세한 절차나 성과 데이터를 보유하고 있지 않다. 비용 효율성 분석에 입각한 실증적 증거가 없다 보니 공공영역에서의 자원활용과 가격설정에 대한 투명

한 논의가 쉽지 않다.

데이터와 증거에 입각한 정책 수립을 위해 정부는 서서히, 그렇지만 한발 한발 정책을 바꿔나가 정부 데이터가 모두에게 공개되도록 하고 있다. 여기에는 정책 수립과 평가 목적의 분석 관련 행정 기록이 포함된다. 그러나 데이터의 질을 높이고 좀더 널리 활용되도록 하는 데 필요한 조직 하부구조 정보는 여전히 구하기 힘들다.

IV. 건강보장비용의 공·사 부담

1. 일본 사례: 공·사 부담의 변천과 배경

가. 개요

여기서는 일본의 건강보장비용, 즉 보건의료지출의 재원조달에 대해 살펴본다.³¹⁾ 제Ⅲ장 제1절에서 재원조달 개요에 대해 서술하였기 때문에 본 절에서는 중복을 피해 재원조달의 상세에 대해 살펴본다. 제Ⅲ장 제1절에서 서술한 재원조달 루트에는 크게 정부제도, 강제가입 건강보험, 본인부담, 임의가입 건강보험의 4가지가 있다. 사회보험 방식으로 운영되는 의료체계가므로 가입자가 내는 보험료가 주된 재원이며 이외에 정부가 지원하는 국고 보조, 가입자 본인부담이 보조 재원으로 활용되고 있다.

OECD의 보건통계³²⁾에 의하면 2019년 기준 일본의 전체 보건의료지출은 지속적으로 늘어나 GDP의 11.1%에 달해 37개국 중 5위 수준이다. 일본보다 앞선 국가로 미국(17.0), 스위스(12.1), 독일(11.7), 프랑스(11.2)가 있으며 일본 뒤로 스웨덴(10.9), 캐나다(10.8) 등이 이어지며 지속적인 증가세를 보이고 있는 한국은 8.0%로 23위다(〈부표 4-1〉).

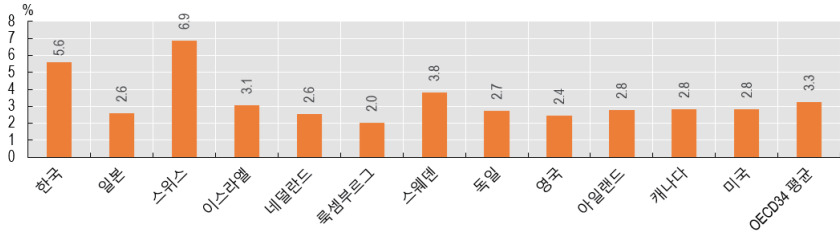
사회보험료와 (조세)보조금 등 공적 재원이 일본 의료재정의 기둥이다. 2019년 기준 전체 보건의료지출의 84.3%가 공적 재원으로 OECD 평균 74.0%보다 10%p 높다(〈부표 4-2〉). 민간보험 등 3.2%(2018년), 본인부담 12.7%(2018년)와 같이 사적 재원은 15% 수준이다(〈부표 4-3〉, 〈부표 4-4〉). 본인부담은 2003년을 피크로 추세적으로 줄어들고 있다. 그 결과 본인부담

31) 이 부분은 아래 저작의 서술에 크게 의존하여 작성되었다. Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), 3장, pp.43-71.

32) <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> 'health expenditure and financing'

의 가구 소비지출 내 비중은 2.6%(2017년)로 OECD 34개국 평균 3.3%보다 0.7%p 적다(그림 IV-1). 하지만 최근 수년 사이 이 비중은 일본을 위시하여 OECD 회원국 내에서 전반적으로 확대되고 있다.³³⁾

[그림 IV-1] 주요국의 본인부담률(최종가구소비지출 대비 비율, 2017년)



출처: OECD, Health Statistics 2019, OECD 국민계정 데이터베이스

이상에서 보듯이 일본은 주요국 중 건강보장비용의 공적 재원 비중이 꽤 높은 나라에 속하며 사적 재원 비중은 15% 정도로 낮다. 추세적으로도 사적 재원 비중은 2003년 이후 미약하지만 감소세를 보여주고 있다. 배경에는 본인부담의 지속적 감소 영향이 크다. 민간보험 등의 재원은 기간 중 증감을 반복하여 감소에의 기여는 크지 않다고 할 수 있다(부표 4-4, <부표 4-3>).³⁴⁾

본인부담이 줄어든 배경에는 일본의 빠른 장수화와 일본 사회 내의 ‘노인은 경제적 약자’라는 인식이 있다. 이같은 인식은 객관적 사실 여부와 관계없이 확산되어 왔으며 집권 여당인 자민당 정치가들이 이를 확산시켜온 측면이 없지 않다. 2008년 4월 후기고령자의료제도가 발족하면서 70세 이상의 본인부담이 커졌지만, 그 정도가 상대적으로 약해 근간의 건강보장비용 내 본인부담률의 지속적 저하의 한 가지 원인이 되고 있는 것으로 이해할 수 있다. 즉 70대 전반의 2할, 70대 후반 이후의 1할 부담이라는 신정책은, 이

33) 가장 높은 나라는 스위스 6.9%이며 그다음이 한국 5.6%, (중국 4.5%), 스웨덴 3.8%이며, 낮은 국가로 룩셈부르크와 프랑스가 2.0%, 영국 2.4% 등이 있다. 출처는 OECD Health Statistics 2019, OECD National Accounts Database, Health at a Glance 2019, Figure 5.11. Out-of-pocket spending as share of final household consumption, 2017 (or nearest year).

34) 다만 공적 재원과 달리 생명보험사가 지급하는 의료보험금이 제대로 관련 통계에 포착되고 있는지에 대한 확인이 필요할 것이다. 일본 내에는 이 통계의 신뢰도를 의심시키는 의견이 적지 않기 때문이다.

미지 측면에서의 파급효과는 일정 수준 이상이였을지 모르지만 실제 파급효과는 상대적으로 약했다고 볼 수 있다.

나. 보건의료지출의 변천

일본의 보건의료지출은 아래 <표 IV-1>에서 보듯이 지속적으로 증가해오고 있다.

<표 IV-1> 일본 보건의료지출 추이(1995~2019)

(단위: %)

	1995	2000	2005	2010	2015	2019
전 보건의료지출(A, 대 GDP)	7	8	8	10	11	11
공적 지출(B)/A	82	81	82	82	84	84
사적 지출(C)/A	18	19	19	18	16	16
정부 보건의료지출/정부 총지출	15	15	18	19	23	24*
본인부담/C	79	81	83	81	81	80
본인부담/A	14	16	16	14	13	13

주: 1. *는 2017년 기준

2. 일본 통계에서 2000, 2005, 2020년의 3개년에는 개호비용이 포함되지 않은 반면 2015년, 2019년 통계에는 개호비용이 포함되어 있다는 점에서 유의할 필요가 있다.

출처: WHO 통계자료(GHO)

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-1a-mobilization-of-resources> Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataro eds.(2018), p.44, table 3.1

일본의 GDP 대비 전체 보건의료지출의 비율은 1995년의 7%에서 2019년 11%로 늘었다. 2019년 기준 전체 보건의료지출의 84%는 공적 부문에서, 16%는 사적 부문에서 조달되었다. 공적, 사적 지출의 비율은 1995년 이후 공적 지출이 늘고 사적 지출이 줄어드는 추세를 보이고 있다. 사적 지출의 주된 부분인 본인부담 감소가 그 배경이다. 본인부담의 전체 보건의료지출 대비 비율은 2000년의 16%³⁵⁾에서 2019년 13%로 줄었으며 2000년대 들어와

35) 2000년은 일본에 개호보험이 도입되기 시작한 해이다. 2000년 보건의료지출 통계에 개호비용이 포함하여 감안하면 16%보다 약간 낮은 값이 얻어질 것으로 전망된다. 이하 2000년부터 2010년까지의 통계치(일본 보건의료지출) 사용 시 이 점에 대한 고려가 필요하다. 물론 이같은 고려가 기존의 분석 결과에 미치는 파급효과는 그렇게 커 보이지

감소세를 보이고 있다.

정부의 총지출 대비 보건의료지출은 1995년의 15%에서 2017년 24%로 크게 늘어 주요국 중 가장 높은 수준을 보이고 있다(〈표 IV-2〉). 2005년 이전만 해도 일본보다 높은 나라들이 일부 있었지만, 2010년 이후 일본은 비교대상 12개국 중 가장 높은 값을 보여주고 있다(그림 IV-2a, IV-2b). 참고로 한국은 2000년에는 12개국 중 가장 낮은 값을 나타냈지만 2017년에는 스위스, 이스라엘, 룩셈부르크보다 높은 값을 보여주고 있다. 스위스 등 3개국은 지난 십수년 사이에 건강보험 재정지출 확대 억제에 꽤 성과를 보여준 국가로 주목받고 있다.

〈표 IV-2〉 주요국 정부보건의료지출의 정부지출 대비 비율(2000~2017년)

(단위: %)

	2000	2005	2010	2015	2017
한국	8.1	9.3	11.8	12.5	13.4
일본	15.3	17.8	18.9	23.2	23.6
스위스	8.2	9.7	10.1	10.6	11.0
이스라엘	8.9	9.3	10.7	11.7	11.9
네덜란드	12.6	14.7	14.3	15.1	15.3
룩셈부르크	13.0	13.9	13.7	11.1	10.8
스웨덴	11.7	12.9	13.7	18.5	18.7
독일	17.2	16.8	17.6	19.5	19.9
영국	13.8	14.5	15.0	18.4	18.7
아일랜드	14.8	18.1	17.2	18.3	20.0
캐나다	14.8	17.1	18.3	19.6	19.3
미국	16.2	17.9	18.4	22.3	22.6

주: 아일랜드는 2009년도 값, 2010년은 12.3으로 주변 연도에 비해 예외적으로 낮음.

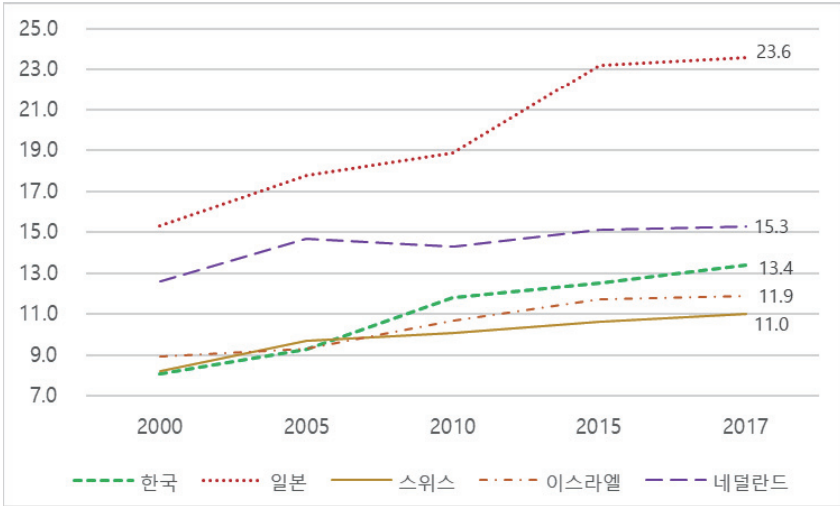
일본 통계에서 2000, 2005, 2020년의 3개년에는 개호비용이 포함되지 않은 반면 2015년, 2017년 통계에는 개호비용이 포함되어 있다는 점에서 유의할 필요가 있다.

출처: WHO 통계자료(GHO)

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-1.a-mobilization-of-resources>

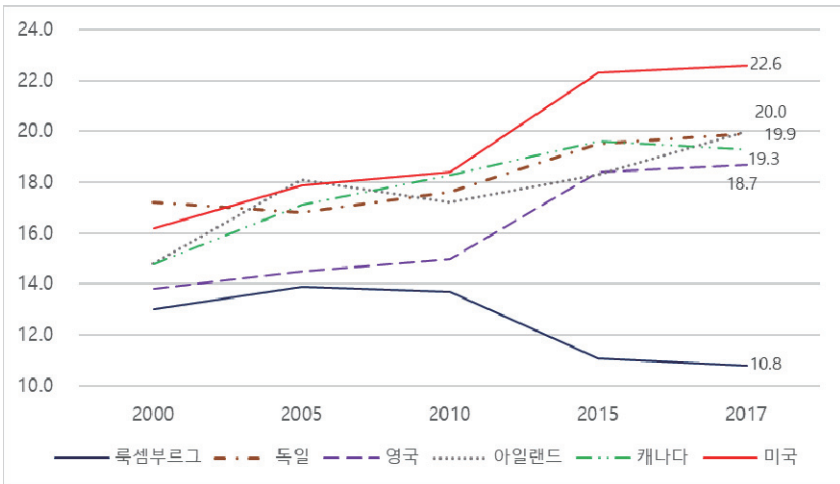
않는다.

[그림 IV-2a] 주요국 정부 보건의료지출의 정부지출 대비 비율(2000~2017)



출처: WHO 통계자료(GHO)

[그림 IV-2b] 주요국 정부 보건의료지출의 정부지출 대비 비율(2000~2017)



출처: WHO 통계자료(GHO)

한편 OECD 자료로 일본의 현황을 점검해보자. GDP 대비 전 보건의료지출 비율은 2019년 11.1%로 같은 해 OECD 평균 8.8%보다 2.3%p 더 높다 (<표 IV-3>). 일본은 역사적으로 다른 나라에 비해 낮은 보건의료지출로 양질의 의료서비스를 제공해온 나라로 알려져 왔다. 그런데 OECD의 보건계정체계(SHA)자료로 본 보건의료지출의 GDP 대비 비율은 회원국 중 세 번째로 높다. 1995년 이후 룩셈부르크와 아일랜드를 제외하고 10개국에서 증가해 왔으며, 2019년 기준 유럽권 주요국의 전체 보건의료지출은 두 나라를 제외하고 GDP의 10% 수준을 넘고 있다.

<표 IV-3> 주요국 보건의료지출의 GDP 대비 비율 추이(1995~2019)

(단위: %)

	1995	2000	2005	2010	2015	2019
한국	3.4	3.9	4.6	5.9	6.7	8.0
일본	6.3	7.2	7.8	9.2	10.9	11.1
스위스	8.9	9.4	10.3	10.3	11.4	12.1
이스라엘	6.9	6.8	7.1	7.0	7.1	7.5
네덜란드	7.3	7.7	9.1	10.2	10.3	10.0
룩셈부르크	5.3	5.9	7.2	7.0	5.3	5.4
스웨덴	7.3	7.4	8.2	8.3	10.8	10.9
독일	9.5	9.9	10.3	11.1	11.2	11.7
영국	5.6	7.3	8.5	10.0	9.9	10.3
아일랜드	6.1	5.9	7.6	10.5	7.3	6.8
캐나다	8.5	8.2	9.0	10.7	10.7	10.8
미국	12.5	12.5	14.6	16.3	16.7	17.0
OECD 평균			7.9	8.7	8.7	8.8

주: 일본 통계에서 2000, 2005, 2020년의 3개년에는 개호비용이 포함되지 않은 반면 2015년, 2019년 통계에는 개호비용이 포함되어 있다는 점에서 유의할 필요가 있다.

출처: OECD Health Statistics 2020

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

〈표 IV-4〉 주요국 1인당 보건의료지출(1995~2019)

(단위: ppp \$)

	1995	2000	2005	2010	2015	2019
한국	457.5	725.8	1134.5	1878.8	2490.5	3384.2
일본	1469.5	1850.8	2471.2	3169.5	4516.9	4822.8
스위스	2637.6	3324.7	4106.1	5087.0	6467.5	7732.4
이스라엘	1366.3	1550.4	1756.3	1794.5	2310.6	2932.5
네덜란드	1700.8	2646.2	3583.5	4472.6	4928.4	5765.1
룩셈부르크	2224.6	3409.7	4881.4	5622.6	4693.5	5558.3
스웨덴	1660.7	2195.1	2809.4	3432.9	5002.1	5782.3
독일	2251.4	2894.2	3429.9	4421.5	5294.6	6645.8
영국	1143.0	1915.7	2772.7	3030.8	3828.3	4653.1
아일랜드	1154.4	1828.9	3093.4	4049.2	4296.9	5275.5
캐나다	2002.4	2451.0	3291.9	4140.6	4610.2	5418.4
미국	-	4557.2	6443.3	7922.2	9498.3	11071.7
OECD 평균	-	-	2447.5	3093.3	3514.7	4223.5

주: 일본 통계에서 2000, 2005, 2020년의 3개년에는 개호비용이 포함되지 않은 반면 2015년, 2019년 통계에는 개호비용이 포함되어 있다는 점에서 유의할 필요가 있다.

출처: OECD Health Statistics 2020

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

다음은 1인당 보건의료지출이다. 일본은 1995년 1469.5달러에서 2019년 4822.8달러로 3.3배로 늘었으며(〈표 IV-4〉) 빠른 고령화, 장수화를 고려하면 향후에도 지속적으로 늘어날 전망이다. 2005년 이후 OECD 평균보다 큰 값을 보이고 있다. 한국을 위시한 모든 회원국에서 증가세가 나타나고 있으며, 2019년 기준 6천달러 이상의 지출을 보이는 나라는 미국, 스위스, 독일 등이다.

다. 국민의료비 지출 내역

여기서는 보건의료지출보다 협의 개념인 (일본) 국민의료비의 내역과 그 변천에 대해 살펴본다. 〈표 IV-5〉에 제시되어 있듯이 국민의료비는 1995년 이후 지속적으로 증가하고 있지만 구성 내역은 꽤 큰 변화를 보이고 있다. 2015년까지 진료의료비가 감소하고 약국조제의료비가 증가하였으나, 이후 진료의료비 비중이 다소 늘고 약국조제의료비 비중이 약간 줄었다.

기간 중 약국조제의료비가 크게 늘어난 것은 의약분업이 확대되면서 생겨난 결과일 수 있다. 즉 약품 처방 관행이 의원에서 직접 처방하던 것에서 의약분업으로 바뀌면서 나타난 변화라는 것이다. 일본의 의약분업률은 매년 조금씩 높아지고 있으나 2019년 기준 74.9%에 머물고 있다. 2015년 이후 비중 감소는 의약품 단가 인하 등이 반영된 것으로 이해할 수 있다.

기간 중 진료의료비 비중이 감소하고 있는데 ‘외과’보다 ‘치과’의 감소폭이 크고, 외과에서는 입원 의료비가 증가하는 한편 외래 의료비는 빠르게 감소하고 있다. 외래 의료비에 약국조제의료비를 더한 값은 2000년 이후 50% 전반 수준에 머물러 있다. 값이 작지만 방문간호요양의료비가 최근 증가하고 있다. 이는 급속한 고령화, 장수화에 따른 가정간호(home care), 방문의료(home visit health care) 서비스 증가를 반영하는 것일 수 있다.

〈표 IV-5〉 국민의료비의 내역과 변천(1995~2019)

	1995	2000	2005	2010	2015	2019
국민의료비(조엔)	27.0	30.1	33.1	37.4	41.5	43.6
구성비(%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1.진료의료비	93.9	90.7	86.2	81.9	80.5	81.5
외과	81.1	78.9	75.4	72.7	73.7	74.6
-입원	36.8	37.5	36.6	37.7	39.5	40.5
-외래	44.3	41.5	38.8	35.1	34.2	34.1
치과	8.8	8.5	7.8	7.0	6.7	6.9
2.약국조제의료비 ¹⁾	4.7	9.2	13.8	16.4	19.0	17.8
3.방문간호요양의료비 ²⁾	1.4	0.1 ²⁾	0.12)	1.7	0.4	0.7
* 외래 + 약국조제	49.0	50.7	52.6	51.5	53.3	51.9

주: 1) 약국조제의료비는 WHO 등이 규정하는 ‘약제비’보다 작음. 진료의료비에 포함된 의약품 비용 등이 빠져 있음. 西沢和彦(2013).

2) 2010년까지의 방문간호요양에는 ‘요양비 등’이 포함되지만 2000년, 2005년은 그렇지 않음. ‘입원시 식사·생활의료비’는 2010년까지는 의과, 치과 아닌 진료비(총액)에 포함되고 이후에는 의과, 치과, 진료비(총액)에 각각 들어감.

출처: 후생노동성, 「国民医療費の概況」, 각 연도. ‘診療種類別国民医療費’.

후생노동성, 保険局調査課 MEDIAS ‘令和元年度 医療費の動向’, p.3, 頁 3-1.

다음은 국민의료비를 연령그룹별, 진료종류별로 구분하여 특성을 살펴본다. 전체, 남자, 여자로 구분하여 <표 IV-6>에서 <표 IV-8>에 관련 내용이 정리되어 있다.

먼저 남녀를 합친 전체로 살펴보면, 의료비 지출은 나이가 들면서 빠르게 증가한다. 가장 많은 지출은 65세 이상 60.3%이고, 가장 적은 지출은 14세 이하 5.9%이다. 1인당 의료비는 75세 이상 후기고령자층이 92.1만엔으로 전 연령 평균 34.0만엔의 2.7배에 달한다. 이 연령층이 지출하는 의료비는 전체 의료비의 37.4%에 달한다.

1인당 의료비에 주목하여 '65세 이상/64세 이하 비율'을 보면 전체 평균이 3.9배이며 진료 종류별로는 의과 4.3배, 약국조제 3.6배, 치과 1.7배로 의과가 가장 크다. '75세 이상/전 연령' 비율은 전체 평균이 2.7배이며 진료 종류별로는 의과 2.8배, 약국조제 2.5배, 치과 1.4배로 의과가 크긴 하지만 진료 종류별 차이는 상대적으로 작다.

다음은 남자만이다. 가장 많은 지출은 65세 이상 58.1%, 가장 적은 지출은 14세 이하 6.7%로 전체보다 차이가 줄어든다. 1인당 의료비는 75세 이상 후기고령자층이 100.0만엔으로 전 연령 평균 33.9만엔의 3.0배에 달한다. 이 연령층이 지출하는 의료비는 전체 의료비의 32.7%이다.

1인당 의료비에 주목하여 '65세 이상/64세 이하' 비율을 보면 전체 평균이 4.2배이며 진료 종류별로는 의과 4.7배, 약국조제 3.7배, 치과 1.8배로 의과가 가장 크다. '75세 이상/전 연령' 비율은 전체 평균이 3.0배이며 진료 종류별로는 의과 3.1배, 약국조제 2.7배, 치과 1.6배이다.

여자만의 경우, 가장 많은 지출은 65세 이상 63.3%, 가장 적은 지출은 14세 이하 5.1%로 전체보다 차이가 확대된다. 1인당 의료비는 75세 이상이 87.1만엔으로 전 연령 평균 34.1만엔의 2.6배에 달한다. 이 연령층이 지출하는 의료비는 전체 의료비의 41.8%이다.

〈표 IV-6〉 연령그룹별 진료 종류별 의료비 지출(전체, 2017년도)

(단위: %, 만엔)

	전체		의과		치과		약국조제	
	구성비	1인당	구성비	1인당	구성비	1인당	구성비	1인당
전 연령	100.0	34.0	100.0	24.3	100.0	2.3	100.0	6.2
-64	39.7	18.7	37.6	12.7	60.3	1.9	41.7	3.6
0-14	5.9	16.3	5.7	11.3	8.3	1.5	6.2	3.1
15-44	12.2	12.3	11.0	7.9	24.2	1.6	12.9	2.4
45-64	21.6	28.2	20.8	19.5	27.8	2.5	22.6	5.4
65-	60.3	73.8	62.4	54.8	39.7	3.3	58.3	13.0
75-	37.4	92.1	39.2	69.2	19.8	3.3	35.2	15.7

출처: 후생노동성, 「国民医療費の概況」, 平成29年度(2017년), pp.6-7.

〈표 IV-7〉 연령그룹별 진료 종류별 의료비 지출(남자, 2017년도)

(단위: %, 만엔)

	전체		의과		치과		약국조제	
	구성비	1인당	구성비	1인당	구성비	1인당	구성비	1인당
전 연령	100.0	33.9	100.0	24.6	100.0	2.2	100.0	6.0
-64	41.9	18.9	39.6	12.9	61.9	1.8	45.0	3.6
0-14	6.7	17.5	6.4	12.2	9.3	1.6	7.4	3.4
15-44	11.4	10.9	10.0	7.0	24.0	1.5	12.7	2.1
45-64	23.8	30.1	23.1	21.2	28.6	2.3	24.9	5.6
65-	58.1	79.5	60.4	60.0	38.1	3.3	55.0	13.3
75-	32.7	100.0	34.3	76.1	18.0	3.5	30.4	16.4

출처: 후생노동성, 「国民医療費の概況」, 平成29年度(2017년), pp.6-7.

1인당 의료비 지출에 주목하여 ‘65세 이상/64세 이하’ 비율을 보면 전체 평균이 3.8배이며 의과 4.1배, 약국조제 3.5배, 치과 1.5배로 의과가 가장 크다. ‘75세 이상/전 연령’ 비율은 전체 평균이 2.6배이며 진료 종류별로는 의과 2.7배, 약국조제 2.4배, 치과 1.3배이다.

〈표 IV-8〉 연령그룹별 진료 종류별 의료비 지출(여자, 2017년도)

(단위: %, 만엔)

	전체		의과		치과		약국조제	
	구성비	1인당	구성비	1인당	구성비	1인당	구성비	1인당
전 연령	100.0	34.1	100.0	24.1	100.0	2.4	100.0	6.4
~64	37.7	18.5	35.6	12.4	59.0	2.1	38.8	3.6
0~14	5.1	15.0	5.0	10.4	7.4	1.5	5.1	2.8
15~44	13.0	13.7	12.0	9.0	24.4	1.8	13.0	2.6
45~64	19.6	26.3	18.6	17.7	27.2	2.6	20.6	5.2
65~	62.3	69.5	64.4	50.8	41.0	3.2	61.2	12.7
75~	41.8	87.1	44.0	64.8	21.4	3.2	4.0	15.4

출처: 후생노동성, 「国民医療費の概況」, 平成29年度(2017년), pp.6~7.

한편 국민의료비 지출 내역을 질병별로 구분하여 살펴볼 수도 있다. 본고의 특성상 이에 대한 상세한 서술은 필요없는 것으로 판단되므로 큰 개요만 정리한다. 의료비 지출 금액이 큰 순서는 순환기 질병, 종양(neoplasm), 호흡기(respiratory) 질병, 부상, 약물과 기타 외부 충격, 정신과(mental and behavioural disorders) 질환, 소화기 질환, 신경계 질환, 감염증 기생충 질환의 순이다.

라. 국민의료비 자원 구성

국민의료비 자원 구성 내역은 2017년도 기준 건강보험 보험료 49.4%, 공비(公費, 조세보조금 등) 38.4%, 본인부담 11.6% 등이다³⁶⁾(〈표 IV-9〉). 보험료는 피보험자인 가입자와 사업주가 부담하고 공비는 중앙정부와 지방정부가 부담한다. 지방정부는 다시 광역단체와 시읍면 지자체로 구분되며 기초단체인 시읍면의 부담이 더 크다.

지난 30여년의 추세를 보면 공비 비율이 늘어난 대신 보험료는 줄었다. 2015년 이후 그간의 추세와 다소 다른 모습이 보이기도 하지만 중장기적으

36) 후생노동성, 「国民医療費の概況」 平成29年度, p.4, 表3 財源別国民医療費. 보험료와 공비 합계가 87.8%이고 여기에 환자 본인부담(11.6%)을 더하면 99.4%가 된다. 나머지는 '원인자 부담'으로 이는 '공해건강피해보상 등에 관한 법률' 및 '건강피해구제제도에 의한 구제급여' 등이다.

로 그간의 추세가 지속될 가능성이 높다. 배경에는 2005년 이후 나타난 흐름인 '본인부담 감소세'가 정치적 이유 등으로 향후 한동안 이어질 것이라는 전망이 있다.

〈표 IV-9〉 국민의료비 자원 구성(1985~2017)

(단위: %)

	1985	1995	2000	2005	2010	2015	2017
총액	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
공비(조세보조금)							
중앙정부	26.6	24.2	24.7	25.2	25.9	25.7	25.3
지방정부	6.8	7.5	8.5	11.4	12.2	13.2	13.1
소계	33.4	31.7	33.2	36.6	38.1	38.9	38.4
보험료							
사업주	23.4	24.5	22.7	20.3	20.1	20.6	21.1
피보험자	30.9	31.9	30.7	28.7	28.3	28.2	28.3
소계	54.3	56.4	53.4	49.0	48.5	48.8	49.4
본인부담	12.0	11.8	13.4	14.4	12.7	11.6	11.6

주: 공비, 보험료, 본인부담 외에 기타 부담이 있다. 원인자 부담인 '공해건강피해보상등에 관한 법률' 및 '건강피해구제제도에 의한 구제급여등'이 그것이다.

자동차 교통사고에 의한 자동차손해배상책임보험 지불은, 2009년도까지는 본인부담, 2010년도부터는 원인자부담에 포함시킨다.

출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds.(2018), p.52, table 3.8

후생노동성(2019), 「国民医療費の概況」, 平成29年度(2017년), p.14. 第3表 財源別にみた国民医療費・対前年度増減率・構成割合の年次推移

공비는 일반회계 세출 등 정부 예산으로 편성되어 지원되는 금액으로 건강보험 외에 국민연금, 장기요양, 사회복지 분야 등 사회보장을 위해 배분된다. 이러한 예산을 일본에서는 '사회보장관계비'라고 부르는데 중앙정부 예산의 약 1/3 규모에 달한다. 2020년(당초 예산) 기준으로 35.9조엔 규모이며 전체 예산 102.7조엔의 34.8%를 점한다(〈표 IV-10〉).

사회보장관계비는 고령화와 장수화가 진행됨에 따라 1975년 18.3%에서 1995년 19.6%, 2015년 32.7%로 지속적으로 증가해 왔다. 향후에도 한동안 증가세를 보이다가 고령화와 장수화가 피크를 넘어서는 2040년 이후 감소세를 보인 후 안정될 것으로 전망된다.

〈표 IV-10〉 중앙정부 예산 중 세출과 사회보장관계비 추이(1975~2020)

(단위: 조엔, %)

	1975	1985	1995	2005	2015	2020
중앙정부 예산(일반회계 세출)	21.3	52.5	71.0	82.2	96.3	102.7
구성비	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
사회보장관계비 ¹⁾	18.3	18.3	19.6	24.8	32.7	34.8
국채비 ²⁾	4.9	19.5	18.6	22.4	24.3	22.7

주: 1) 사회보장관계비는 중앙정부 일반회계상의 연금급여비, 의료급여비, 개호급여비, 소자화대책비, 생활부조 등 사회복지비, 보건위생비, 고용노동재해대책비 등이다.

2) 국채비는 채무상환비, 공비등상환 등 필요경비, 이자 지불 필요경비, 이자지불비 사무처리비 등이다.

출처: 재무성, 재정관계기초데이터(2020년 4월), 一般会計歳出等の推移(当初ベース)

https://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/basic_data/202004/sy202004d.pdf

〈표 IV-11〉 중앙정부 예산 중 세입 추이(1975~2020)

(단위: 조엔, %)

	1975		1985		1995		2005		2015		2020	
			지난 10년 평균 증가율		지난 10년 평균 증가율		지난 10년 평균 증가율		지난 10년 평균 증가율		지난 1년 증가율	
조세수입	13.8 (64.0)	38.2 (70.7)	10.8	51.9 (64.5)	3.1	49.1 (55.1)	▲0.6	56.3 (55.1)	1.4	63.5 (61.9)	5.5	
기타수입	2.4 (11.4)	3.5 (6.5)	3.6	7.4 (9.2)	7.8	8.7 (9.7)	1.6	11.0 (10.7)	2.4	6.6 (6.4)	▲10.8	
공채금수입	5.3 (24.6)	12.3 (22.8)	8.8	18.4(2.9) (22.8)	4.1	31.3 (35.1)	5.4	34.9 (34.2)	1.1	32.6 (31.7)	▲12.2	
합계	21.5 (100.0)	54.0 (100.0)	9.7	80.6 (100.0)	4.1	89.0 (100.0)	1.0	102.2 (100.0)	1.4	102.7 (100.0)	▲1.9	

주: 1. 2015년까지는 결산액, 2020년은 예산액

2. 1995년 공채금수입은 해당연도 감세특례공채 발행액 2.9조엔을 뺀 값임.

출처: 財務省の政策, わが国の財政状況>財政関係基礎データ>財政関係基礎データ(令和2年4月)>歳入(一般会計) 構成の推移

https://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/basic_data/202004/sy202004b.html

여기서 사회보장관계비 등 세출을 떠받치고 있는 세입 상황에 대해 잠시 살펴보자. 중앙정부 세입 추이를 보면 공채금 수입이 높아 2005년 이후 전체 세입의 1/3을 넘나들고 있었음을 알 수 있다. 최근 축소되어 2020년의 32.6조엔은 일반회계 세입 102.7조엔의 31.7%에 해당한다³⁷⁾(〈표 IV-11〉).

37) 소비세율 인상 등의 영향으로 세수입이 지속적으로 증가하면서 공채발행 수입이 줄고

일본의 조세제도는 직접세 의존형인데 불황이 장기화하면서 세입 흐름이 좋지 않아 소비세 등 간접세 기능이 강화되고 있다. 조세부담의 공평성 제고보다 세수 확보기능 확보와 낮은 징세비용 등 효율성 측면이 강조된 결과이다.

배경에는 지속적으로 증가하는 사회보장 예산을 떠받치기 위한 안정적 세입 확보가 필요했다는 사정이 있다. 구체적으로 2013년 사회보장과 조세의 일체개혁이 제안되었고, 이때 소비세율 증대가 예정되었으며 추가 확보 세수의 사회보장 재원 충당이 결정되었다. 이때의 프로그램에 따라 소비세율이 그간의 5%에서 2014년 8%, 2019년 10%로 인상된 바 있다. 다만 경기 상황에 따른 조치로 당초 예정했던 인상 시기가 뒤로 미뤄졌다.

다시 세출 분야로 돌아가 건강보험 지원 공비가 포함되는 사회보장관계비의 항목별 할당 내역을 살펴보자. 2020년 예산은 당초 35.9조엔이었는데 보정 후 36.7조엔으로 늘었고, 이 중 소비세수 국가분을 충당하는 사회보장 4경비는 31.7조엔이다. 여기서는 이를 중심으로 살펴본다.

항목별로는 연금급여비 12.5조엔³⁸⁾, 의료급여비(의료부조 포함) 12.2조엔, 개호급여비(개호부조 포함) 3.4조엔, 소자녀화대책비 3.1조엔이다. 상세 내역이 <표 IV-12>에 정리되어 있다. 여기에 생활부조등사회복지비 4.5조엔, 보건위생대책비 0.9조엔, 고용노동재해대책비 0.2조엔이 포함되면 36.7조엔이 된다. 의료급여비(38.5%)보다 약간 큰 연금급여비(41.3%)가 지출되고 있다.

의료급여비 내역을 보면 12.2조엔의 절반인 6.1조엔이 후기고령자 관련 부담금, 교부금, 보조금 등 고령자의료에 할당되고, 재정이 취약한 건강보험을 지원하는 국민건강보험 부담금과 건강보험협회 보조금 등에 4.2조엔이 지원되고 있다. 최저생활보장 차원에서 지원되는 무료 의료인 의료부조에 1.5조엔이 투입되고 있다. 이밖에 특정 질환과 장애인 지원을 위해 0.4조엔이 지원되고 있으며, 결핵부담금·원폭피해자·corona-19 감염증 지원 등에도 일부 금액이 할당되고 있다.

있다.

38) 여기에 별도로 기초연금 등 국가공무원공제조합 부담금 등 0.4조엔과 국채비(연금특례 공채상환재원) 0.3조엔이 추가된다.

〈표 IV-12〉 중앙정부 일반회계 사회보장 4경비 내역(2020년)

(단위: 조엔, %)

		2020년 예산	구성비
연금	기초연금 각출 등 연금특별회계 전입, 국채비		12.7
	기초연금 등 국가공무원공제조합 부담금		0.4
	소계		13.1
의료	고령자의료	후기고령자 관련 부담금, 교부금, 보조금 등	6.1
	일반의료	국민건강보험 부담금, 건강보험협회 보조금 등	4.2
	특정질환	만성, 소아만성특정질환 부담금	0.1
	장애보건복지	장애자 부담금 등	0.3
	생활보호	의료부조	1.5
	기타	결핵 부담금, 보조금, 원폭 피해자, corona-19 감염증 공비부담 등	0.03
	소계		12.2
개호	개호급여 관련 부담금, 보조금, 교부금		3.3
	개호부조(생활보호)		0.1
	소계		3.4
자녀	대학 등 수학기원비		0.49
	아동수당연금(특) 전입		1.1
	자녀 교육 보육 급여 등 연금(특) 전입		1.3
	자녀 양육 지원사업 연금(특) 전입		0.05
	육아 휴업수당 국가공무원공제조합 부담금		-
	기타		0.14
	소계		3.0
합계		31.7	100.0

주: 사회보장 4경비의 분류에는 생활부조등사회복지비, 보건위생대책비, 고용노동재해대책비가 제외된다.
출처: 前田由美子(2020), p.15 表 2.1.1 国·一般会計 社会保障 4経費の内訳.

마. 자원 조달: 공적 부문

여기서는 공적 부문을 통한 건강보험 자원 조달에 대해 서술하는데 제III장에서 서술한 내용과 중복되는 부분을 제외한다.

1) 건강보험제도별 피보험자 추이

일본의 건강보험 제도에는 크게 나누어 피용자보험과 국민건강보험, 후기

고령자의료제도의 세 종류가 있다(〈표 IV-13〉). 국민건강보험은 시읍면 국보와 직역 국보로 구성되며 주류는 시읍면 국보이다. 피용자보험은 직역보험이라고도 하며 5가지로 분류되는데 조합관장건강보험³⁹⁾(조합건보), 전국건강보험협회관장건강보험⁴⁰⁾(협회건보), 공무원 및 사립학교교직원 공제조합, 선원보험, 「건강보험법」 제3조 제2항의 협회건보가 있다. 선원보험은 1940년 창설 이후 국가가 보험자였으나 2010년 이후 전국건강보험협회로 이관되었다. 각 제도에 대한 상세한 내용이 제Ⅲ장의 〈표 Ⅲ-1〉에 정리되어 있다. 공무원 등이 가입하는 공제조합과 선원보험은 발족 이후의 경과와 보장의 특성상 조합건보 및 협회건보와 약간 다른 내용을 지니고 있다.

1980년 이후 건강보험제도의 변천 추이를 피보험자 수 중심으로 정리하면 〈표 IV-13〉과 같다.

〈표 IV-13〉 건강보험제도별 피보험자 분포

(단위: 만명, %)

		1980	1990	2000	2010	2015	2017
전 피보험자		11,704	12,426	12,635	12,691	12,621	12,589
구성비		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100
- 피용자보험		61.9	65.2	62.0	57.8	59.6	61.3
1	협회건보	27.2	29.6	29.0	27.3	29.5	30.9
2	조합건보	23.5	25.7	25.0	23.2	23.1	23.4
3	공제조합	10.7	9.6	7.9	7.2	7.0	6.9
4	선원보험	0.6	0.3	0.2	0.1	0.1	0.1
- 국민건강보험		38.0	34.6	37.5	30.4	27.5	25.0
- 후기고령자의료(2008년~)		-	-	-	11.2	12.9	13.7

출처: 후생노동성 保險局調査課(2019), 医療保険に関する基礎資料 '平成29年度の医療費等の状況'.

표에서 보듯이 2017년 기준 피보험자의 61.3%가 피용자보험, 25.0%가 국민건강보험, 나머지 13.7%가 후기고령자의료제도에 가입되어 있다. 피용자

39) 조합건보는 다시 3가지 유형으로 나눌 수 있는데 단일형, 조합형, 지역형이 그것이다.
40) 이전에는 국가(사회보험청)가 보험자인 '정부관장건강보험'이었는데 2008년 10월부터 운영자인 전국건강보험협회의 이름을 따서 지금의 이름이 되었다. 근자에는 대기업 중에 조합건보 대신 협회건보로 이행하는 사례가 늘고 있다.

보험안에선 협회건보 30.9%, 조합건보 23.4%, 공제조합 6.9%의 순이다. 국민건강보험은 1990년대와 2000년대 전반 은퇴자와 실업자가 늘면서 피보험자 수가 증가하였으나 이후 빠르게 줄어들고 있다. 대신 크게 늘어난 곳이 구 노인의료제도(1983년)를 대신해 2008년 도입된 후기고령자(75세 이상)의 료제도이다. 국민건강보험 적용대상인 피보험자가 나이들면서 75세 이후 후기고령자의료제도로 옮겨오고 있다.

2) 건강보험제도 간 재정조정

건강보험 제도는 재정력에 큰 차이가 있기 때문에 제도 간 재정조정을 통해 부담의 형평성 확보에 나선다. 의료체계 내 보험자는 약 3천여 곳이며 가장 많은 곳이 지역자나 은퇴자 등이 피보험자인 국민건강보험이다. 이 제도의 주축은 기초단체인 시읍면이 운영하는 시읍면 국보인데, 1961년의 제도 발족 이후 도시화와 고령화의 영향으로 시읍면별 피보험자의 직업, 연령, 소득 등의 차이가 확대되고 있다. 이로 인해 건강보험 재정 여건이 달라져 소득에 부과하는 보험료율에 차이가 나타나고 있다. 한편 국민건강보험 전체로도 재정적 여유가 있는 피용자보험과의 재정 불균형이 장기간 지속되고 있다.

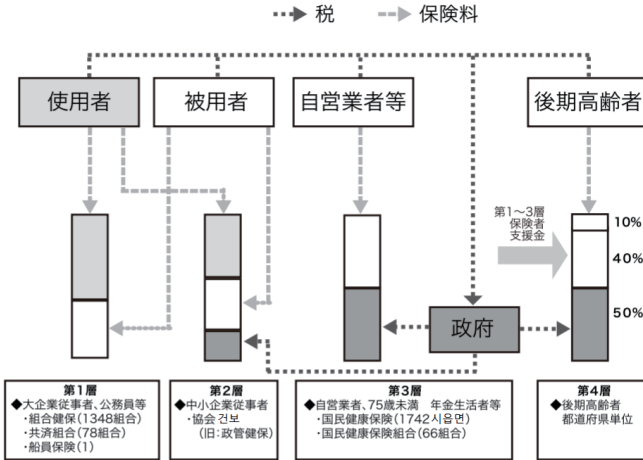
이같은 문제의 배경에는 분립형 보험자 체계가 있다. 일본 의료보험제도에는 보험자 간의 보험료 격차 외에 진료 내역 심사평가, 관리비 등 측면에서의 비효율이 문제점으로 지적되고 있다.

[그림 IV-3]에는 보험제도 간의 교차 지원제도가 정리되어 있다. 3층으로 소개된 국민건강보험에는 전체 재정의 50%가 조세보조금인 공비인데, 이 중 중앙정부가 32%, 지방 광역단체가 9%를 지원하며 나머지 9%는 조정보조금이다. 조정보조금은 기초단체인 시읍면 국보의 약한 재정력을 지원하기 위한 것이다. 중앙정부와 광역단체의 지원금은 저소득가구 보험료 보조, 시읍면간 보험료율 차이 조정 보조, 고액의료행위 보조 등에 사용된다.

1층과 2층으로 소개된 피용자보험도 제도별로 재정력에 차이가 있다. 1층의 조합건보는 재정력이 가장 안정되어 있는 반면 2층의 협회건보는 중소기업이 주축으로 재정상황이 좋지 않아 조세보조금인 공비가 중앙정부에서 지

원되며 지원규모는 전체 재정소요의 16.4%이다(〈표 IV-14〉). 조합건보 중 경제 침체로 해산하는 경우 협회건보가 이를 받아들이는 안전망으로 기능한다.

[그림 IV-3] 건강보험제도간의 교차 지원



출처: Ikegami N et al.(2011)

〈표 IV-14〉 교차 지원 메커니즘

	공비 50%			보험료 50%
국민건강보험 (시읍면·국보)	중앙정부 32%	지방 광역단체 9%	조정 보조금 9%	보험료에의 공적 보조 저소득가구 보험료 보조 시읍면간 보험료율차 조정보조금 고가 의료행위 보조
협회건보	중앙정부 16.4%			
후기고령자의료제도	중앙정부 47%			
저소득 가구	100%			

출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.58, fig.3.4

빈곤선 이하층에 대한 의료부조는 생활보호에서 제공하는 현물급여로 소요 재원은 100% 정부 보조로 조달된다. 대상 인원은 1995년 88.2만명(전 인구의 0.7%)에서 2018년 209.7만명(전인구의 1.7%)으로 늘었다.⁴¹⁾ 의료부조 명목의 보건의료지출은 2017년 1.77조엔으로 같은 해 국민의료비 43.1조엔

의 4.1%에 해당한다⁴²⁾.

일본 정부는 의료부조의 증가를 억제하기 위해 4가지 방안을 우선적으로 제안하고 있다. 복제의약품 사용 촉진, 약국 이중 처방(polypharmacy) 감소, 의료기관 잦은 이용 유인 약화, 비전염성 질환의 적절한 통제 강화가 그것이다.

3) 건강보험제도별 보험료율과 부과징수

피용자보험에서는 고용주가 보험료를 급여에서 원천징수한다. 고용주는 보험자를 대신하여 보험료를 원천징수한다. (기여)보험료는 피용자와 고용주가 공평하게 분담한다. 보험료율은 보험자에 따라 다른데, 지출이 많고 가입자들의 소득수준이 낮은 곳은 보험료율이 높다. 중소기업 근로자가 가입자 다수를 점하며 가입자 수가 적지 않은 협회건보를 예로 들면, 평균 보험료율은 2020년 기준 전국 단위 최고 사가현 10.73%, 최저 니이가타현 9.58%로 격차가 1.15%p이다. 전국 평균은 10.0%이다.

[그림 IV-4]에는 협회건보의 지난 70년 이상의 보험료율 추이가 제시되어 있다. 장기간 7, 8%대에 머물다 2010년대 이후 상승세로 돌아서 지금은 10%대를 보이고 있다. 그림에는 2000년 이후 당시 도입된 개호보험의 보험료율을 합한 통합 보험료율이 함께 제시되고 있다.

앞에서 지적하였듯이 협회건보 보험료율은 2009년 이후 광역단체별로 부

41) 생활보호 수급자 수는 1985년 143.1만명으로 증가해 오다가 1995년 88.2만명으로까지 감소하였다. 이후 증가세를 보여 2014년 216.6만명으로 늘어났으나 이후 감소세로 돌아서 2018년 209.7만명 수준을 보이고 있다. 의료부조로 한정하면 1985년 91.0만명으로 증가해 오다가 1993년 65.9만명으로까지 감소하였다. 이후 증가세를 보여 2015년 177.6만명으로 늘어났으나 이후 감소세로 돌아서 2018년 175.1만명 수준을 보이고 있다. 전체 생활보호 수급자 대비 의료부조 수급자 비율(부조율)은 83.5%로 1975년 이후 가장 높은 수준을 보이고 있다. 생활보호제도는 생활이 곤궁한 모든 국민에게 곤궁 정도에 따른 필요한 보호로 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 보장하고 자립을 조장하는 제도이다. 생활부조, 교육부조, 주택부조, 의료부조, 개호부조, 출산부조, 생업부조, 장제부조의 8 종류가 있으며 요보호자의 필요에 맞춰 하나 혹은 복수의 부조를 행한다.

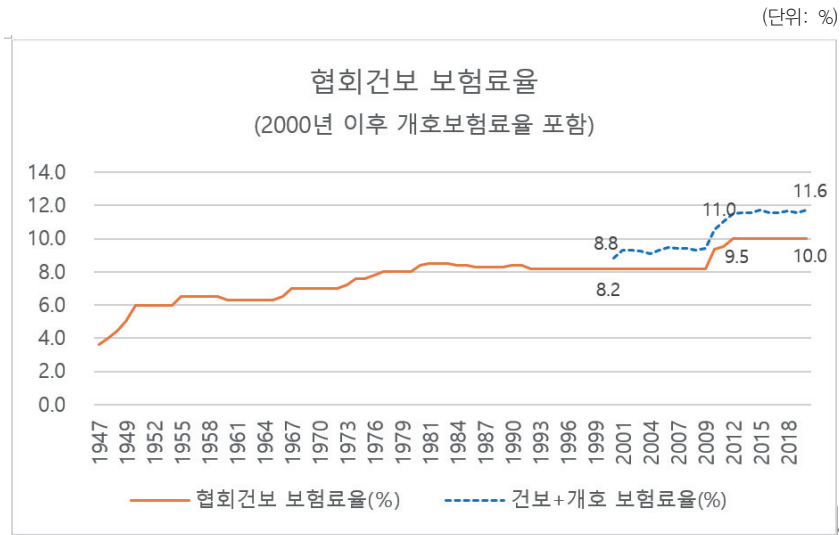
후생노동성, 厚生労働白書 資料編, 令和2年(2020년)版, pp.207~208.

42) 후생노동성, 政策統括官付参事官付保健統計室, 平成 29 年度(2017년도) 国民医療費の概況, 第2表 制度区分別にみた国民医療費・対前年度増減率・構成割合の年次推移, 2019. 9.26., p.13.

과되므로 단체별로 보험요율 격차가 나타나고 있으며 그 격차가 확대되는 모습을 보이고 있다. 가령 가장 높은 수준인 오사카부(2020년, 10.22%)와 가장 낮은 시가현(2020년, 9.79%)에서 보듯이 보험요율 격차는 매해 줄어들 기보다는 확대되고 있다.⁴³⁾

도도부현별 보험요율은 지역 가입자 의료비에 근거해 산출되므로 의료비가 낮아지면 보험요율이 떨어진다. 2018년도부터는 인센티브 제도⁴⁴⁾ 도입으로 가입자와 사업주의 특정건강진(健診)과 특정보건지도, 제네릭(즉 복제) 의약품 사용비율 등에의 접근 결과가 보험요율에 반영된다.

[그림 IV-4] 협회건보 보험료율 추이(1947~2020)



협회건보의 보험요율은 ‘일반보험요율’로 일컬어지며 특정보험요율과 기본보험요율을 합친 요율이다. 특정보험요율은 전기고령자 납부금, 후기고령자

43) (사)오사카부의사회, 「保険料率の格差はこれで良いのか」, 府医ニュース, 第2933号, 2020.7.1. <https://www.osaka.med.or.jp/doctor/doctor-news-detail?no=20200701-2933-4&dir=2020>

44) 인센티브 제도의 개요는 ① 제도의 신재원으로 전 지부 보험료율에 0.01%를 넣어 계산한다. 이는 3년간에 걸쳐 단계적으로 도입되며 2020년도 보험료율 반영 비율은 0.004%, 2021년 0.007%, 2022년 0.01%로 상향조정한다. ② 각 지부의 평가지표(특정건강진 수신율 등) 실적에 따라 득점을 부여하여 이 득점으로 순위를 매겨 47지부 중 상위 23개 지부에 ①을 재원으로 한 포상금을 충당함으로써 보험료율을 낮춘다.

지원금, 퇴직자급여각출금 및 병상전환지원금 등에 충당하기 위한 보험료율이고, 기본보험료율은 가입자에 대한 의료급여, 보건사업 등에 충당하기 위한 보험료율이다. 여기서 전기고령자는 65세 이상 75세 미만의 공적의료보험제도 가입자이고, 후기고령자는 75세 이상(혹은 후기고령자의료광역연합의 장애인정을 받은 65세 이상 75세 미만)으로 후기고령자의료제도 가입자를 지칭한다.

협회건보 못지않게 가입자가 많은 곳이 건강보험조합이다. 대기업이 설립하여 운영하는 곳으로, 단독형(사원 700인 이상이 조건)과 조합형이 있다. 조합형은 단독형의 조건을 채우지 못하는 동 업종 기업이 모여 세운 건보로 보험료율을 독자적으로 정할 수 있다. 보험료 부담비율도 협회건보에서는 노사가 절반인 데 비해 조합건보에서는 독자적으로 정할 수 있다. 이로 인해 대기업과 중소기업간에 격차가 생긴다.

조사가능한 112개 단독형 건강보험조합을 대상으로 살펴보자. 보험료율은 최저가 6.0%로 6%대 2개 조합, 7%대 13개 조합, 8%대 46개 조합, 9%대 42개 조합, 10%대 8개 조합으로 최고는 유일하게 11.4%인 1개 조합이다. 9% 이상 조합의 보험료율은 10% 미만이다.⁴⁵⁾

개인부담률은 보험료율 6% 조합의 1.5%가 가장 낮고, 2%대 7개 조합, 3%대 64조합, 4%대 38개 조합, 5% 이상은 2개 조합뿐이며 이때의 각 개인부담률은 5%와 5.35%이다. 보험료율이 가장 높은 11.4%인 조합의 개인부담률은 4.45%, 회사부담률은 6.95%로 대기업 사원이 우대받고 있으며 대기업의 부담능력이 높다는 것을 보여준다. 52곳의 종합형 건강보험조합 조사에선 최저 8.5%, 최고 10.5%로 개인부담률은 4.1%에서 5.25%였으며 개인부담률이 5.0%를 넘는 곳이 4조합이었다.

건강보험조합연합회 발표에 따르면 평균보험료율은 9.21%로, 노사 절반의 부담구조를 고려하면 개인부담은 약 4.6%로 협회건보에 비해 낮을 뿐 아니라 조합안에서도 격차를 보이고 있다. 조합건보의 보험료율은 일률적으로 규정하기 힘들며, 조합건보 중 협회건보의 평균보험료율(10.0%)보다 보

45) 일반사단법인 오사카부 의사회

<https://www.osaka.med.or.jp/doctor/doctor-news-detail?no=20200701-2933-4&dir=2020>

협료율이 높은 곳이 314개 조합으로 전체의 22.5%나 된다(2017년 기준).

이렇게 되면 사업주 입장에서 조합건보 가입 유인이 약해져 조합건보를 탈퇴, 조합 해산, 협회건보 가입의 움직임이 보일 수 있다. 그런데 협회건보에는 국고지원금이 적지 않게 투입되어 협회건보 확대는 국가재정의 부담증대로 이어진다. 실제로 2017년 4월 이후 12개 건보조합이 해산했는데 이 중 10개 조합의 보험료율이 10% 이상이었다.

조합건보의 보험료율은 평균적으로 협회건보보다 낮지만 향후 차이가 줄어들 여지가 크다. 고령자 각출금(후기고령자지원금 + 전기고령자납부금) 부담이 매년 빠르게 증가하고 있기 때문이다.⁴⁶⁾ 동 각출금이 머지않아 가입자 급여비, 즉 가입자가 의료기관 이용 시 의료비의 7할을 부담하는 부분 등 법정급여비보다 커질 전망이다. 조합건보는 보험료율 인상으로 재정수지 적자를 막아야 할 것이다. 2017년의 경우, 가입자 급여비가 3.92조엔이고 고령자 각출금은 3.53조엔인데 증가율이 전자는 2.2%인데 후자는 7.5%다. 고령자 각출금은 후기고령자지원금 1.83조엔, 전기고령자납부금 1.59조엔인데 증가율은 전자가 9.1%, 후자가 6.3%다.⁴⁷⁾

조합별로 재정사정에 따라 2017년도 기준 전체 조합건보 조합의 1/3 이상은 고령자의료 각출금(A)이 법정급여비(B)보다 더 크다. $A/(A+B)$ 가 50~60%인 곳이 468개 조합(33.6%), 60% 이상이 22개 조합(1.6%)에 이른다.⁴⁸⁾ 배경에는 가깝게는 근자에 행해진 각출금 산출 방식의 변화, 즉 가입자할에서 총보수할로의 변경이 있고, 시야를 넓히면 2008년부터 도입된 후기고령자의료제도라는 신제도의 영향이 있다. 신제도가 도입되기 직전 2007년의 경우, $A/(A+B)$ 값이 50%를 넘는 조합은 6.5%에 불과했는데 2017년에는 35.2%로 5배 이상 증가했다.

이같은 현상이 심화하면서 근간 현역 세대 수준이나 그 이상의 부담능력을 지닌 후기고령자에게 응분의 부담을 요구해야 한다는 주장이 설득력을 얻고 있다.⁴⁹⁾

46) 2012년 45.8%, 2015년 46.9%, 2018년 47.1%로 증가하고 있다. 第119回 社会保障審議會 医療保険部会(2019.9.27.) 資料 2 医療保険制度をめぐる状況, p.30.

47) <https://gemmed.ghc-j.com/?p=22626>

48) 동 비율이 40% 미만인 곳이 166개 조합(11.9%), 40~50%인 곳이 738개 조합(52.9%)이다.

한편 일부 건보조합은 보험료율을 공표하지 않고 있다. 은행 등 금융기관, 방송업계, 외자계 회사 등 상대적으로 재정적으로 여유가 있는 조합인데, 이들 기관도 관련 정보를 공표하는 것이 필요하다.

공무원 등 공제조합의 건강보험료율(단기급여 각출율이라고도 함)은 개인부담각출률이 문부과학성공제 4.047%, 공립학교공제 4.210%, 일본우정공제 4.410%, 사학공제 4.410%이다. 또 시읍면 직원공제조합의 개인부담 각출률은 오사카부 4.850%로 대기업 쪽 개인부담률이 낮은 경향을 보인다.

다음은 국민건강보험의 보험료율에 대해 살펴보자. 피용자보험과 달리 국민건강보험의 피보험자는 자영업자와 실업자, 은퇴자 등이 주된 대상이다. 소득이 불안정하거나 없는 이들이 적지 않다. 이들에 대한 보험료율은 이러한 사정을 고려하여 꽤 복잡한 룰하에 결정된다. 주류인 시읍면 국보의 보험료율은 세대별로 계산되며 저소득자에 대한 경감 등의 조치를 거쳐 실제 '보험료조정액'으로 부과된다.

세대별 보험료액은 세대별 응능할액⁵⁰⁾ + 세대별 응익할액⁵¹⁾이며, 여기서 전자는 소득할액(소득할율⁵²⁾ × 세대소득액 + 자산할액(자산할율⁵³⁾ × 세대자산액으로 정해지며, 후자는 1인당 균등할액⁵⁴⁾ × 세대별 피보험자수 + 1세대당 평등할액으로 정해진다. 여기서 소득할액, 자산할액, 1인당 균등할액, 1세대당 평등할액은 보험자 조례로 정해져 있다.

한편 많은 보험자는 세대소득액으로 구 단서 소득⁵⁵⁾을 사용하고 세대자

49) 건보조합연합회 등이 이러한 주장을 강하게 내세우고 있다. 이들 단체는 고령자의료비 부담구조개혁 외에도 의료비 증가 억제와 건강수명 증대를 위한 보건사업 강화 등을 정부 등에 요청하고 있다.

50) 응능할율은 소득할액 + 자산할액/구 단서 소득비율임

51) 피보험자 1인당 균등할액 + 평등할액/피보험자수

52) (조례로 정하는) 소득할율(구 단서 방식이고 균일부과 보험자인 경우)은 소득할액/구 단서 소득총액(전국 평균, 도도부현별 및 상기 외 보험자인 경우)

53) 자산할액/구 단서 소득총액

54) (조례로 정하는) 1인당 균등할액(균일 부과보험자인 경우)은 균등할액/피보험 총수로 정해짐.

55) 과세표준액으로 소득에서 「지방세법」 제314조의2 제2항 규정에 의한 기초공제 후 금액이다. 구 「지방세법」 제292조 제4항 단서의 과세총소득금액과 같은 방식으로 산정되며, 「국민건강보험법 시행령」 제29조 7 제2항 제4호에 규정되어 있음. 일반적으로 저소득자가 많은 국보 보험자는 과세소득 범위가 넓은 구 단서 방식에서의 소득할액 산정을 원

산액으로 고정자산세액을 사용한다. 1인당 균등할액은 피보험자 1인당 부과금이며 1인당 평등할액은 세대별 부과금이다. 보험료는 의료급여분, 후기고령자지원분, 개호납부금 분별로 계산되어 각각 부과한도액이 정해져 있다.

세대소득액과 세대자산액을 그대로 사용하여 부과한도액을 넘으면 소득액과 자산액을 보정하는데, 여기서 보험료 산정액은 보정전 소득액과 자산액으로 계산한 값을 지칭한다.

한편 보험자는 소득할, 자산할, 균등할, 평등할을 고려하여 2방식(소득할, 균등할), 3방식(소득할, 균등할, 평등할), 4방식(소득할, 자산할, 균등할, 평등할) 중 택할 수 있다.

시읍면 건보에선 보험자별로 보험료가 다르지만 자산할, 평등할 등 보험료부과방식이 달라 단순 비교가 힘들다. 그래서 응능할지수⁵⁶⁾, 응익할지수⁵⁷⁾, 표준화지수⁵⁸⁾라는 3개의 보험료 지수를 도입하여 보험료 수준을 비교하고 있다.⁵⁹⁾

칙으로 한다.

- 56) 응능할이라 함은 (소득, 재산)능력에 따른 부담을 지칭한다. 응능할율(즉 응능할액(소득할+자산할)의 구 단서 대서 소득비율)의 전국 평균을 1로 지수화한 값. 응능할 비중이 큰 중고소득자의 보험료 수준을 나타내는 지표라고 할 수 있다.
- 57) 응익할이란 수익 규모에 따른 부담을 지칭한다. 응익할액(피보험자 1인당 응익할액(균등할+평등할))의 전국 평균을 1로 하여 지수화한 값. 소득과 자산이 없는 저소득자의 보험료 수준을 나타내는 지표라고 할 수 있다.
- 58) 평균소득자의 보험료 응익할과 응능할 비율로 응익할지수와 응능할지수를 가중평균한 값. 평균소득자의 보험료 수준을 나타내는 지표로, 평균응능할비율 * 응능할지수 + 평균응익할비율 * 응익할지수임. 평균응능할비율은 전국평균응능할비율 × 전국평균 1인당 단서소득 / (전국평균응능할율 × 전국평균 1인당 단서소득 + 전국 평균 응익할액)이며, 평균응익할비율은 전국평균응익할액 / (전국평균응능할율 × 전국 평균 1인당 단서 소득 + 전국평균응익할액)임. 한편 표준화 보험료액은 응능할률 × 전국 평균 1인당 구 단서 소득 + 응익할액으로 나타낼 수 있으며, 표준화 지수는 (당해보험자 응능할률 × 전국 평균 1인당 단서 소득 + 당해 보험자 응익할액) / (전국 평균 응능할률 × 전국 평균 1인당 구 단서소득 + 전국평균 응익할액)으로 나타낼 수 있음. 이렇게 보면 표준화 보험료액은 표준화지수 × 전국 평균 1인당 보험료액으로 표시할 수 있음.
- 59) 이전에 사용한 '1인당 보험료조정액'과 '보험료부담률'은 약점이 있었다. 이들 지표는 소득수준에 영향을 받아 소득이 높은 시읍면은 1인당 보험료조정액이 높은 데 보험료부담률이 낮게 나오고, 소득이 낮은 시읍면에서는 반대 양상이 나타났다. 같은 부과방식으로 소득할률, 균등할 등 보험료 수준이 같은 시읍면에서도 소득수준에 따라 1인당 보험료조정액과 보험료부담률이 다르게 나와 보험료 수준 지표로 적절하지 않은 경우가 있었다. 참고로 2017년도 1인당 보험료 조정액 평균은 8.74만엔, 보험료부담률(실적보험료(8.63만엔)/과세표준액)은 12.5%이다.

유념할 점은 응능할률, 응익할액은 자산할과 평등할을 소득당이나 피보험자 1인당으로 환산하므로 3방식 내지 4방식을 채택하는 보험자는 보험료율(조례로 정하는 소득할율, 자산할율, 1인당 균등할액과 1세대당 평등할액)이 같은 보험자라도 소득당 자산액과 세대당 피보험자 수의 다소에 따라 보험료 지수에 차이가 생길 수 있다.

2017년도의 보험료 부과 상황을 정리해보자. 47개 광역단체(도도부현) 중 세대별 연간 보험료(표준화보험료 산정액)가 가장 높은 곳은 도쿠시마현 14.56만엔이고 가장 낮은 곳은 사이타마현이 10.25만엔으로 격차는 1.4배이다. 지수(표준화지수)로는 1.243과 0.875이다. 1,716개가 있는 보험자별로는 가장 높은 곳이 홋카이도 데시오쵸(天塩町) 19.09만엔, 가장 낮은 곳이 도쿄도 미쿠라시마촌(御蔵島村) 5.62만엔으로 격차는 3.4배에 달한다. 지수로는 1.629와 0.480이다. 보험자의 약 80%는 0.8~1.2 사이에 있다. 광역단체 내 보험자별 격차가 가장 큰 곳은 홋카이도(3.1배)이고 가장 작은 곳은 가가와현(1.2배)이다.

참고로 피보험자 2,957만명의 1인당 과세표준액은 69.10만엔이고, 세대별 연간 보험료(표준화보험료 산정액)은 11.72만엔, 1인당 보험료 조정액 평균은 8.74만엔이다.⁶⁰⁾

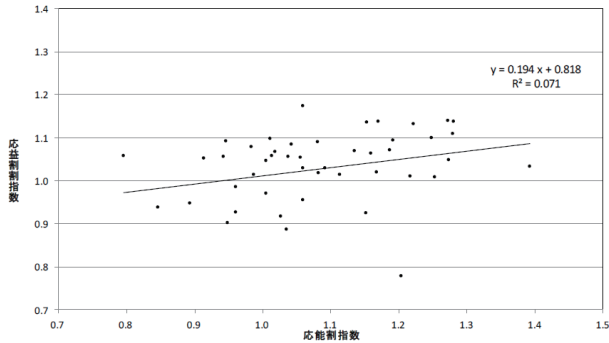
위 표준화 보험료 산정의 두 가지 기준인 응능할률과 응익할액을 살펴보자. 먼저 응능할률은 피보험자 세대의 소득과 자산을 반영하여 결정되는데 가장 큰 곳은 도쿠시마현 13.8%이고 가장 낮은 곳은 아이치현 7.9%로 격차는 1.7배이다. 보험자별로는 가장 높은 곳이 오키나와현 다라마촌(多良間村) 20.6%, 가장 낮은 곳이 홋카이도 호로카나이쵸(幌加内町) 3.3%로 격차는 6.3배이다. 응능할률은 응익할액보다 편차가 크다.

다음의 응익할액은 균등할과 평등할의 합계로 정해지는데 가장 큰 곳은 이시카와현 5.74만엔, 가장 작은 곳은 사이타마현 3.35만엔이다. 보험자별로는 가장 높은 곳이 홋카이도 도마마에쵸(苫前町) 7.70만엔, 가장 낮은 곳이 가고시마현 미시마무라(三島村) 1.39만엔으로 격차는 5.5배이다.

60) 후기고령자의료제도에서는 피보험자 수 1,700만명, 과세표준액 67.60만엔, 세대별 연간 보험료(표준화보험료 산정액)은 10.69만엔, 1인당 보험료 조정액 평균은 7.02만엔이다.

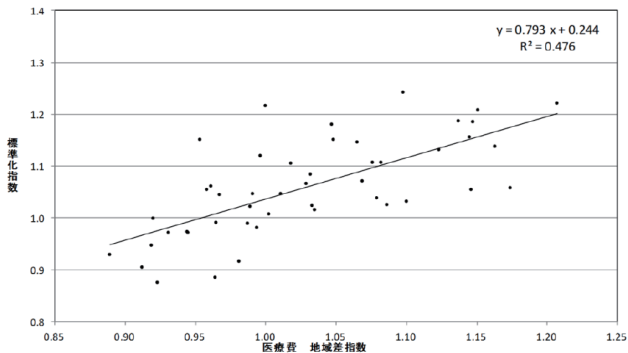
국민건강보험의 경우, 광역단체별로 파악한 보험료내 응능할율과 응익할액은 상관관계가 낮다(그림 IV-5)⁶¹⁾. 또 의료비 지역차와 보험료 수준의 상관관계도 높지는 않다(그림 IV-6). 한편 후기고령자의료제도에서는 변수 간의 상관관계가 꽤 강하게 확인되며, 법정외 전입액이 큰 보험자일수록 보험료가 낮아지는 경향을 보인다(그림 IV-7, IV-8).

[그림 IV-5] 응능할지수와 응익할지수의 상관



출처: 후생노동성 保険局調査課(2019), 「2017년도 시읍면 국민건강보험 보험료 지역차 분석」, p.16.

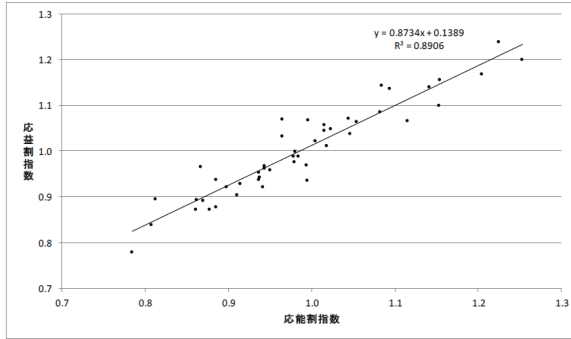
[그림 IV-6] 의료비 지역차 지수와 표준화지수의 상관



출처: 후생노동성 保険局調査課(2019), 「2017년도 시읍면 국민건강보험 보험료 지역차 분석」, p.16.

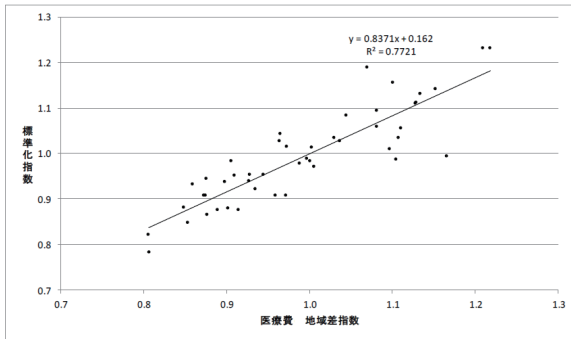
61) 상관계수는 R, R^2 은 결정계수. 결정계수는 변동 중 회귀식으로 설명가능한 비율을 나타낸다.

[그림 IV-7] 응능할지수와 응익할지수의 상관
(후기고령자의료제도)



출처: 후생노동성 保険局調査課(2019), 2017년도 시읍면 국민건강보험 보험료 지역차 분석, p.21.

[그림 IV-8] 의료비 지역차 지수와 표준화지수의 상관
(후기고령자의료제도)



출처: 노동후생성 保険局調査課(2019), 「平成29年度市町村国民健康保険における保険料の地域差分析」, p.21.

4) 후기고령자의료제도 재원조달

70세 이상 고령자 의료서비스는 일정한 소득 제한이 있었지만 1983년 1월까지 기본적으로 무료였다(노인의료비지급제도, 1973.1). 소요 재원은 전액 공비로 지원되었으며 부담은 국고(중앙정부), 광역단체, 시읍면이 4 : 1 : 1로 분담했다. 실시 주체는 시읍면장이었다.

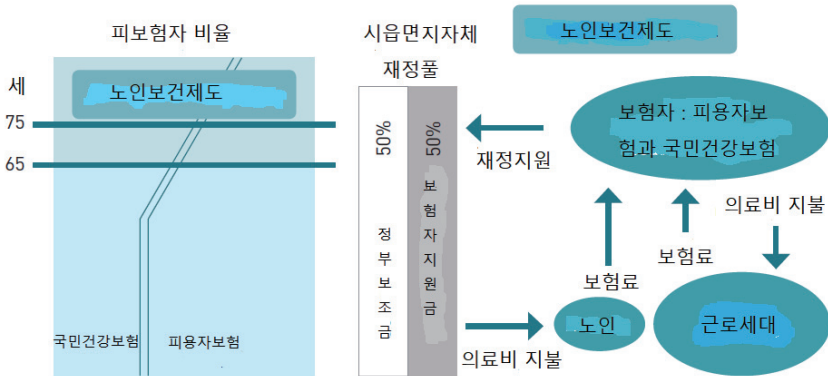
고령화 진전에 따른 의료비 지출 증가로 1983년 2월 노인보건제도가 도입되어 고령자 본인 10% 부담 제도가 신설되었다. 다른 연령층의 본인부담

률은 30%였다.

한편 노인보건제도는 피용자보험과 국민건강보험 간의 재정재배분 기구로도 기능하여, 두 보험제도 간의 고령자 의료부담 격차를 조정하였다. 대기업 종사자와 공무원의 대부분은 65세를 전후하여 은퇴, 국민건강보험(시읍면 국보)의 피보험자가 된다. 당연히 보험료 수입이 적고 의료비 지출이 많은 국보 조합은 재정적 어려움에 처하고 시골 지역의 조합은 특히 그렇다.

그래서 국보는 급여 지급액의 최대 41%까지를 노인보건제도로부터 보조받았다. 구체적으로는 70세 이상 고령자가 소수인 보험자(피용자보험 등)가 동 고령자가 다수인 보험자(국보)를 지원하는 형태이다(그림 IV-9). 제도 적용 대상 연령인 70세는 2002년부터 매년 1세씩 상향되어 2008년 75세로 상향조정되었다.

[그림 IV-9] 노인보건제도의 재정 재배분(2008년 이전)



- 주: 1. 소득이 없거나 작으며 질병에 약한 노인이 늘고 있는데 노인과 근로세대간 비용 구분이 불명확함.
 2. 시읍면 조합에서 볼 때 노인은 보험료 수입이 작고 의료비 지출이 큰 부담스러운 가입자임.
 3. 가입자의 연령, 소득 등의 차이로 시읍면 국보 조합간 보험료를 차이가 큼.
 출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.60, fig.3.5

노인보건제도하에서 현역 세대 가입자의 보험료율이 서로 달라 불공평성의 원인이 되었다. 제도 간, 동일 제도 내 조합 간 보험료율이 달랐는데 그 배경에는 제도별, 조합별로 가입자의 연령대와 소득 수준이 다르다는 사실이 있다. 공비인 국고보조금과 조정교부금 제도 등을 통해 불공평 해소에

나섰지만 한계가 있어 건강보험의 형평성 문제와 비효율로 지적되어 왔다. 고령화, 장수화의 심화로 의료비 지출이 지속적으로 늘어날 경우 그간의 문제가 한층 악화될 수 있다.

한국, 대만, 중국처럼 단일보험자 방식으로 바꾸는 것이 하나의 대안일 수 있지만 분립형 방식에 익숙해진 상황이라 실행 가능성은 높지 않다. 그래서 대안으로 2008년 후기고령자의료제도가 도입되었다. 빠르게 늘어나는 75세 이상 피보험자를 기존 보험제도에서 분리하여 관리하는 방식이다(그림 IV-10).

기존 제도에 남게 된 65세 이상 74세 이하 고령자는 전기고령자의료제도로 관리된다. 노인보건제도를 폐지하고 2008년 4월 시행된 후기고령자의료제도의 근거는 「고령자의료확보법」이다. 이 법에 따라 전기고령자의료제도와 후기고령자의료제도라는 두 개의 재정 풀이 도입되었다.

이 제도의 가입자는 후기고령자의료비 지출의 10%를 보험료로 납부하며 보험료는 연금에서 공제된다.⁶²⁾ 나머지 재원은 국고(중앙정부)보조금 50%와 피용자보험 지원금 40%로 충당한다. <표 IV-15>는 후기고령자의료제도 재원조달 내역을 소득 수준에 따라 두 가지로 구분하여 소개하고 있다.

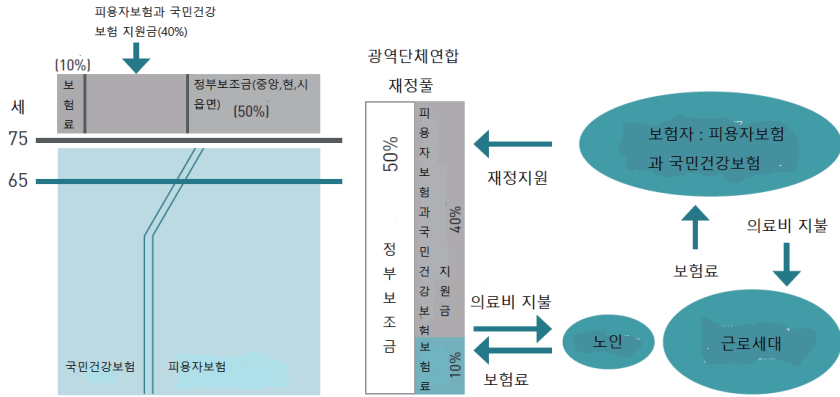
공비 부담인 정부보조금은 의료급여의 50%이며 국고(중앙정부), 현, 시읍면이 4:1:1 비율로 분담한다. 그런데 본인부담이 30%인 피보험자, 즉 전 피보험자의 약 7%가 공비 지원대상에서 빠져 실제 정부보조금은 법정 50%보다 낮다. 이때 국고보조금의 1/4이 조정교부금 명목으로 47개 시도부현에 분배되어 전 시읍면이 가입한 광역연합 간 재정불균형 해소에 쓰이므로, 국고보조금은 25%의 정률 국고보조와 8%의 조정교부금⁶³⁾으로 나뉘볼 수 있다. 또 보험료 경감조치와 고액의료비 부담을 덜어주기 위해 공비가 지원된다.⁶⁴⁾

62) 월 연금액이 18만엔 이상이고 의료보험료와 개호보험료를 합친 금액이 연금액의 1/2을 넘지 않는 경우로 한정된다.

63) 조정교부금은 두 가지로 구분된다. 보통조정교부금은 광역연합 간 재정력 불균형 조정에 사용되고, 특별조정교부금은 확립적 측정방법으로 조치할 수 없는 재해 등의 사정을 고려하여 교부되는 금액이다.

64) 2019년도 예산 기준 0.5조엔이다. 이 지원금이 (약 5할이라는) 공비 7.7조엔에 더해져 같은 해 공비 지원규모는 8.23조엔에 달한다. 7.7조엔의 공비 부담 내역은 국고 : 시도부현 : 시읍면 = 5.1조엔 : 1.3조엔 : 1.3조엔 = 4 : 1 : 1 이다.

[그림 IV-10] 후기고령자의료제도의 재정플(2008년 이후)



- 주: 1. 재정플 외에 고령자(즉 노인) 본인부담 10%가 있으며 노인과 근로세대 간 비용 구분 명확.
 2. 광역연합 입장에선 보험료 수입과 의료비 지출에서 노인의 부담률이 거의 동일함.
 3. 광역연합의 보험료율이므로 규모가 작은 시읍면 조합보다 보험료율 차이가 작음.
 출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.61, fig.3.6

이처럼 다양한 루트로 지원되는 금액을 고려하면 전체 후기고령자의료비 지출의 51%가 공비부담이고 이 중 33%p는 국고보조금이다.⁶⁵⁾ 유의할 점은 이들 값에는 피용자보험과 국민건강보험의 지원금 40%에 포함된 국고보조금이 빠져 있다는 사실이다. 피용자보험인 협회건보와 국민건강보험에는 전체 재정의 16.4%와 50%가 공비⁶⁶⁾로 지원되며 그 대부분이 국고보조금이다. 이것까지를 고려하면 후기고령자의료비 지출 중 공비부담은 60%대 중반으로 올라가고 국고보조금은 40%대 초반에 이를 것으로 추정된다

65) 2019년 예산 기준으로 후기고령자의료제도의 총지출이 약 16조엔이고 공비부담은 8.23조엔이며 이 중 국고보조금이 5.2736조엔이다. 第119回 社会保障審議會 医療保險部会 (2019.9.27.) 資料 2 「医療保險制度をめぐる状況」, p.12.

66) 공비 중 국고보조금은 국민건강보험(시읍면 국보) 72%, 협회건보 100%이다. 전자는 4.4156조엔 중 3.1907조엔, 후자는 1.2010조엔 전액이다. 2019년도 예산기준. 第 119回 社会保障審議會 医療保險部会 (2019.9.27.) 資料 2 「医療保險制度をめぐる状況」, p.12.

〈표 IV-15〉 후기고령자의료제도 재원조달 상세(2008년 이후)

(1) 75세 이상으로 근로세대보다 낮은 소득의 약 1,660만명			
본인부담	후기고령자의료제도(전액 공적 보조)		
	정부 보조 (50%, 부담은 국고:현:시읍면 = 4:1:1)	피용자(건강)보험과 국민건강보험 지원금 (40%)	보험료 (10%)
전 의료비의 10%	전 의료비의 90%		
- 보험료, 피용자보험과 국민건강보험 기여 부담비율은 매년 약간 다를 수 있음			

(2) 75세 이상으로 근로세대 수준 소득의 약 130만명			
본인부담	후기고령자의료제도(전액 공적 보조)		
	피용자보험과 국민건강보험 지원금 (90%)		보험료 (10%)
전 의료비의 30%	전 의료비의 70%		
- 정부 보조 없고 보험료, 피용자보험과 국민건강보험 기여 부담비율은 매년 약간씩 다를 수 있음			

출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds.(2018), p.62, fig.3.7를 토대로 하되 숫치는 최근 통계로 업데이트함

이같은 지원에도 광역연합의 재정에 불안요소가 남아 있어 몇 가지 추가 보완조치가 행해진다. 조정교부금, 재정안정화기금, 고액의료비 지원, 보험 기반안정제도 등이 그것이다.

조정교부금은 앞에서 설명했고, 재정안정화기금은 보험료 미납 위험, 급여 증가 위험 등에 따른 대비로 국가, 도도부현, 광역연합이 1/3씩 각출하여 도도부현에 설치하며 약 2천억엔 규모이다. 보험료 징수는 시읍면, 재정운영은 전 시읍면이 가입하는 광역연합이 맡아 2년을 1기로 운영한다.

부담이 큰 고액의료비(진료건당 80만엔 초과)는 국고:도도부현:광역연합이 1:1:2 비율로 재정 지원하며 사업규모는 약 1천억엔이다. 보험기반안정제도는 저소득자 등에 대한 보험료 경감 등으로 운용하며 경감분은 도도부현과 시읍면이 3:1로 부담하는 공비로 충당한다. 사업규모는 약 1,700억엔이다.

2020년 10월 기준 후기고령자는 1,864만명에 이르고 같은 해 12월 취업자 수는 6,666만명⁶⁷⁾ 으로 줄었다. 이에 따라 취업세대의 후기고령자의료제도

67) 2020년 10월 기준 총 취업자 수는 6,694만명이고 고용자 수, 즉 급여소득자는 5,998만

지원금은 2019년의 6.8조엔에서 7조엔대 전반으로 차츰 늘어날 것이다. 취업세대에 부과하는 건강보험료 수준과 후기고령자의료제도 지원금 수준이 주요 보건정책 이슈의 하나가 될 것으로 보인다. 그동안 보험자에 할당되는 지원금은 ‘가입자할’ 방식으로 가입자수에 일정 값을 곱해 계산되었다. 그런데 각 보험자의 총보수액에 일정 값을 곱해 산출하는 ‘총보수할’ 방식이 2014년부터 단계적으로 도입되어⁶⁸⁾ 2017년 이 방식이 전면 채택되었다.

2019년의 전국평균 보험료율은 소득할율이 8.81%, 균등할액 45,116엔이다 (부과한도액은 1인당 62만엔). 보험료율과 부과한도액은 2년 단위로 광역연합의회에서 개정된다. 2020년과 2021년은 전국평균 보험료율이 소득할율 8.72%, 균등할액 44,100엔이며 부과한도액은 1인당 64만엔이다.

한편 이 제도의 적용을 받는 피보험자는 2019년 9월말 기준 1,790만명⁶⁹⁾이며 이들은 본인부담률 10%와 30% 그룹으로 2분된다. 후자는 연수입이 383만엔 이상인 피보험자⁷⁰⁾로 약 130만명이며 전체 피보험자의 7% 정도이다. 나머지 93%는 전자의 10% 그룹에 속한다.

바. 자원 조달: 본인부담

보건의료지출에서 본인부담률은 리스크폴링 대상과 재난적 의료비 예방

명이다. 総務省統計局(2020.12), 労働力調査(基本集計) 2020年 10月分.

- 68) 2014년 1/3, 2015년 1/2, 2016년 2/3, 2017년 전면 형태로 전개되었다. 이행기에는 가입자 수와 부담능력(즉 급여와 상여금 수준)의 양자가 고려되었다. 한편 개호보험과 관련하여 취업세대인 제2호 피보험자(40~64세)가 부담하는 개호납부금의 경우, 2017년에 가입자할(인두할) 1/2, 총보수할 1/2로 도입되어 2020년부터 전면 총보수할로 운영되고 있다. 즉 2016년까지는 개호급여비의 28%(제2호 피보험자 보험료로 조달되는 자원)를 제2호 피보험자 수로 나눈 것이 1인당 보험료액이었다. 이로 인해 협회건보와 조합건보 가입자의 개호보험료율이 차이 나는 불공평이 지적되어 왔다. 2014년의 경우 협회건보 1.72%, 조합건보 1.40%인 보험료율이 총보수할로 바뀐 경우 중간 수준의 값으로 동일해진다.
- 69) 75세 이상이 1,759만명, 60대 후반이 12.6만명, 70대 전반이 18.0만명으로 합계 1,790만명이다. 평균 연령은 82.5세이며 90세 이상이 218.6만명 12.3%를 점하고 있다. 후생노동성 保険局(2020), 後期高齢者医療制度被保険者 実態調査報告 2019년도.
- 70) 좀더 상세히 보면 ① 세대내 피보험자 전원의 시민세, 현민세(혹은 도민세, 부민세) 과 세표준액이 연 145만엔 미만 ② 피보험자 1인 세대의 수입액(즉 각종 공제 이전 소득)이 383만엔 미만, 혹은 피보험자 2인 세대 수입액 합계가 520만엔 미만 ③ 피보험자 1인 세대로 피보험자 외 70세 이상 세대원 소득을 합한 수입액이 520만엔 미만의 어느 쪽에 속하면 10% 그룹에 속한다.

의 중요한 기능자이다. 높은 본인부담으로 필수재 소비 감소를 강요받거나 급진적 재난 상황에 처할 수 있다. 의료서비스에 대한 공적 재원 조달이 불충분하거나 리스크풀링 장치가 제한적인 나라에서는 본인부담률이 높을 수 밖에 없다.

비용분담(cost sharing) 차원의 본인부담률은 6세 이하 취학전 어린이 20%, 70세 이하 30%, 70~74세 20%, 75세 이상 10%이다. 「생활보호법」으로 지원받는 저소득층은 비용분담이 적용되지 않고 전액 국고 부담이다. 이같이 차등화된 본인부담률이지만 실효 부담률은 15.0% 수준이며 추세적으로 감소세를 보이고 있다.⁷¹⁾ 배경에는 어린이(2할)와 고령자(1할, 2할)의 낮은 본인부담률 외에 고액의료비 상한, 특정 상황에서의 무료 진료 허용 등이 있다.

30%의 비용분담률은 높아 보이지만 개인과 가구 단위로 월간 및 연간 상한이 있어 이를 초과하는 부분은 고액의료비제도가 적용된다. 이 제도는 의료비 지출로 환자가 빈곤에 빠지는 것을 막기 위한 것으로 1973년에 도입되었다. 후생노동성은 본인과 세대원의 월소득 수준을 고려하여 최대 본인부담액을 설정한다. 제도 도입 후 상당 기간 환자는 일단 전 의료비를 납부하고 수개월 후 신청을 통해 상한액 초과액을 환급받을 수 있었다. 그러다가 2007년 4월부터 ‘한도액적용인정증’ 제도가 도입되어 고액의료비 해당 시 이증서 제출로 본인부담한도액까지만 납부해도 되게끔 바뀌었다. 외래에 대해서는 2012년 4월부터 시행되었다. 물론 식사대, 차액병실료 등에는 적용되지 않는다.⁷²⁾

71) 2017년도의 의료비 40.24조엔 본인부담 6.04조엔에서 얻은 값이다. 해당 값이 2010년도 16.2%에서 2014년 15.4%, 2015년 15.1%로 근자에 감소세를 보이고 있다. 후생노동성, 医療保険に関する基礎資料

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryouhoken/database/zenpan/kiso.html>

参考 4 医療保険制度の財政構造表(平成29年度)

https://www.mhlw.go.jp/content/kouzou_h29.pdf

72) 연령(70세 미만, 70~74세, 75세 이상), 주민세 과세 여부에 따라 인정증의 종류가 다르다. 70세 미만으로 과세인 세대는 한도액적용인정증, 비과세인 세대는 표준부담액감액인정증 혹은 한도액 적용·표준부담액감액인정증, 70~74세는 현역수준1과 현역수준2 소득자(약 370만엔~약 1,160만엔)는 한도액적용인정증, 주민세 비과세 세대는 한도액적용·표준부담액 감액인정증이 발급된다. 70~74세는 2018년 8월부터 제도가 적용되어 한도액 적용인정증과 건강보험증, 고령수급권자증을 제출하면 적용대상이 된다. 소득수준이 일반, 현역수준3인 이들은 건강보험증, 고령수급자증을 제출하면 적용대상이 된다(이들에

〈표 IV-16〉에 가입자 소득에 따른 상한이 정리되어 있다. 한 의료기관의 본인부담(원외처방료 포함)이 상한을 넘지 않으면 같은 달 다른 의료기관의 본인부담을 더할 수 있고, 이 합산액이 상한을 넘으면 고액의료비제도 적용 대상이 된다(세대합산). 상한 초과 시 상한액과 의료비에서 일정 금액⁷³⁾ 공제한 값의 1%를 납부한다. 다만 69세 이하에서는 다른 의료기관의 본인부담이 2.1만엔 이상이라야 합산 가능하다.

본인부담액은 한 달 단위로 합산하며, 과거 12달 이내 3회 이상 상한에 이르면 4회째부터 다수회가 적용되어 상한이 낮아져 고액의료비 수급 요건 충족이 쉬워진다. 이렇게 되면 낮아진 상한을 활용하여 본인부담을 더 줄일 수 있다. 투석 등 만성질환 환자들이 이를 활용하고 있다.

〈표 IV-16〉에 나와 있듯이 수급자가 69세 이하이고 과세대상 소득이 없는 주민세 비과세자일 경우, 월 상한은 3.54만엔으로 이 한도 내에서 요양비의 30%를 납부한다. 수급자가 70세 이상이고 주민세 비과세자일 경우 개인 외래의 경우 월 상한은 8천엔으로 이 한도 내에서 요양비의 20%(75세 이상 10%)를 납부한다. 세대별 월 상한은 연소득 80만엔 이하는 1.5만엔, 연소득 80만엔 초과는 2.46만엔으로 이 한도 내에서 요양비의 20%(75세 이상 10%)를 납부한다. 이 그룹은 다수회 적용이 배제된다.⁷⁴⁾

게는 한도액적용인정증이 발행되지 않음). 75세 이상은 주민세 비과세 세대에만 한도액 적용·표준부담액감액인정증이 발급된다. 입원 시 식대가 감액되고 요양병상 입원 시 식비와 거주비 본인부담이 감액된다. 단 거주비는 노령복지연금수급자에게만 적용된다.

73) 소득 수준에 따라 26.7만엔, 55.8만엔, 84.2만엔을 공제한다. 이들 값은 본인부담 상한액 8.01만엔, 16.74만엔, 25.26만엔에 해당하는 의료비 총액이다. 〈표 IV-16〉 참조.

74) 일본의 본인부담액 상한이 적정한지에 대해서는 여러 가지 논의가 있을 것이다. 관련하여 한국과 비교하여 일본의 상한이 어떤 것인지 궁금해 하는 이들도 있을 것이다. 한국은 개인별 적용인 데 비해 일본은 70세 이상 외래에 개인별 적용이 있지만 대부분은 세대별 적용이라 양국 간 비교가 쉽지 않다. 2020년 기준 한국은 고소득층인 9분위, 10분위 연 본인부담 상한이 431만원, 582만원이고 저소득층인 1분위, 2~3분위 상한은 81만원(요양병원 120일 초과 125만원), 101만원(동 157만원)이다. 일본은 70세 이상 현역 수준 3할 부담 그룹이 월 8.01만엔에서 25.26만엔으로 연 환산시 96만엔에서 303만엔으로 한국보다 월등히 크다. 세대 단위이므로 1/2 정도를 고려하더라도 48만엔에서 151만엔으로 한국보다 작지 않다. 69세 이하에선 고소득층 상한은 동일한데 저소득층 상한이 더 높아 월 3.54만엔 연 환산 42.5만엔으로 1/2 정도 감안 시 한국보다 크다. 다만 연 상한이 월 상한에 비해 신축성이 있다는 점도 함께 감안해야 할 것이다.

〈표 IV-16〉 본인부담 상한액(2018년 8월 이후)

(단위: 만엔)

70세 이상						
소득 구분		연수입 표준보수월액 연 과세소득	외래 (개인별)	월 상한 (외래+입원, 세대별)		다수회 해당시 상한
본인 부담 3 할	현역 수준			본인 혹은 세대내 피보험자의 가장 큰 소득	약 1,160 이상 83 이상 690 이상	
		약 770 이상 53 이상 380 이상	16.74+(의료비-55.8)×1%		9.3	
		약 370 이상 28 이상 145 이상	8.01+(의료비-26.7)×1%		4.44	
본인 부담 1, 2 할	일반	세대원 중 한 명 이상이 주민세 과세대상	156 이상 26 이하 145 미만	1.8 (연 14.4)	5.76	4.44
	주민세 비과세	전 세대원 비과세, 연금소득공제 (80만엔)후 소득 있음	Ⅱ 세대	0.8	2.46	적용외
		전 세대원 비과세, 동 소득 없음	Ⅰ 세대		1.5	

69세 이하			
소득 구분	연수입 표준보수월액 국보 : 구 단서 소득	월 상한 (세대별)	다수회 해당시 상한
1	약 1,160 이상 83 초과 901 이상	25.26+(의료비-84.2)×1%	14.01
2	약 770 이상 53~79 600 이상	16.74+(의료비-55.8)×1%	9.3
3	약 370 이상 28~50 210 이상	8.01+(의료비-26.7)×1%	4.44
4	~약 370 26 이하 210 미만	5.76	4.44
5	주민세비과세자	3.54	2.46

출처: 후생노동성 保険局, 高額療養費制度を利用される皆さまへ(平成30年8月診療分から).

후생노동성은 본인부담 3할 그룹의 대상을 확대하는 문제⁷⁵⁾를 내부적으로 검토해 오고 있다. 이 과정에서 2020년 후생노동성 대신의 자문기관인 사회보장심의회 의료보험부회에서 공론화한 바 있다. 이는 일본 정부가 정한 경제·재정정책의 개혁공정표에 현역수준 소득의 판단기준에 대한 재검토가 검토사항으로 들어가 있는 것을 반영한 것이다. 결론은 당분간 현행대로 하는 것으로 정해졌다.⁷⁶⁾

다만 본인부담 2할 그룹의 설정 여부와 대상범위에 대해서는 좀더 논의하기로 했는데 2021년 2월 일본 정부는 2할 제도 도입을 각의결정해 국회에서 심의하기로 했다. 도입시기는 2022년도 10월에서 2023년 3월 중을 예정하고 있다. 독신은 연수입 200만엔 이상, 다세대원 가구는 75세 이상 연수입 합계가 320만엔 이상이면 본인부담률이 1할에서 2할로 인상된다.⁷⁷⁾

가령 저소득자를 제외한 1할 부담자 전원이 2할 부담 시 1인당 연간 부담액은 평균 8.1만엔에서 11.5만엔으로 늘어난다. 월의료비 상한을 정한 고액의료비제도로 2배까지 늘지는 않는다. 2할 부담에 대해, 경제단체연합회와 건보조합연합회는 저소득자를 제외한 연소득 155만엔 초과는 원칙 2할로 인상해야 한다고 주장하고, 일본의사회(中川俊男 회장)는 연소득 340만엔 이상을 내세워 주장 차이가 컸었다.

이상에서 살펴본 일본의 본인부담률을 OECD 회원국과 비교한 것이 [그림

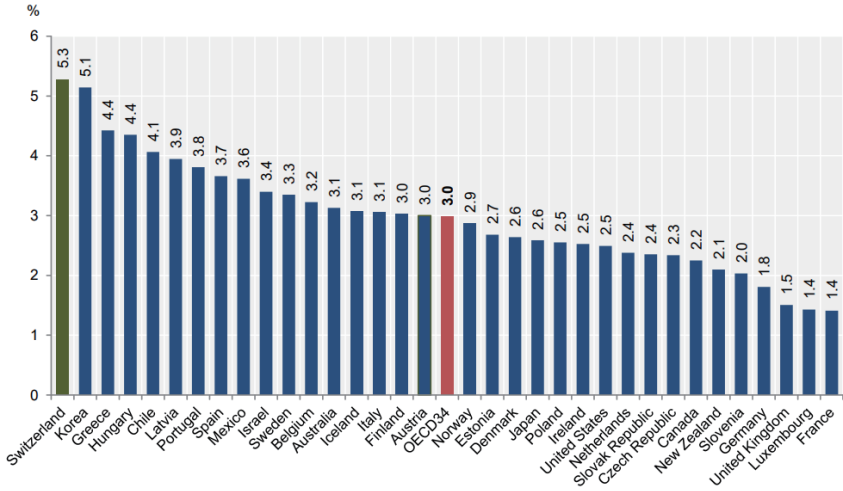
75) 3할 그룹의 의료비에는 공비가 투입되지 않아 3할 그룹을 넓히면 공비가 줄고 현역 세대 부담이 더 늘어난다. 이 때문에 현역 세대가 가입자의 대부분을 점하는 건보조합 연합회는 확대에 반대한다. 이들은 현재도 3할 그룹으로 인해 현역세대가 0.45조엔을 부담하고 있다고 주장한다(연합회 佐野雅宏 부회장).

76) 이번 논의 과정에서 드러난 후기고령자의 연소득 분포를 보면 다음과 같다. 연소득 383만엔 이상이 7%, 130만명인데, 이를 상위 15%로 변경하면 추가로 115만명이 늘어나고 연소득 270만엔 이상이 된다. 20%일 경우에는 각 200만명과 240만엔 이상, 25%일 경우에는 각 285만명과 220만엔 이상, 30%일 경우에는 각 370만명과 200만엔 이상이 된다. 日本經濟新聞 2020년 11월 12일.

77) 日本經濟新聞 2021년 2월 5일. 급격한 부담 증가를 배려하여 통원 횟수가 많은 외래환자에 대해서는 도입 후 3년간 1개월분 부담가를 3천엔 이내로 억제할 방침이다. 현역세대의 후기고령자 지원금은 연 7조엔 규모인데 2022년 이후 숫자가 많은 단카이세대가 후기고령자에 편입되면서 2025년에는 연 8조엔 규모로 늘어날 전망이다. 이같은 부담률 인상에도 불구하고 현역세대 지원금 경감 효과는 2025년 830억엔에 머물러 지속적인 부담과 급여 개정이 요청되는 상황이다.

IV-11)과 [그림 IV-12]에 정리되어 있다. 제시된 값은 각국의 최종가구소비지출 대비 의료비 본인부담률이다.⁷⁸⁾

[그림 IV-11] 주요국의 본인부담률(최종가구소비지출 대비, 2015년)

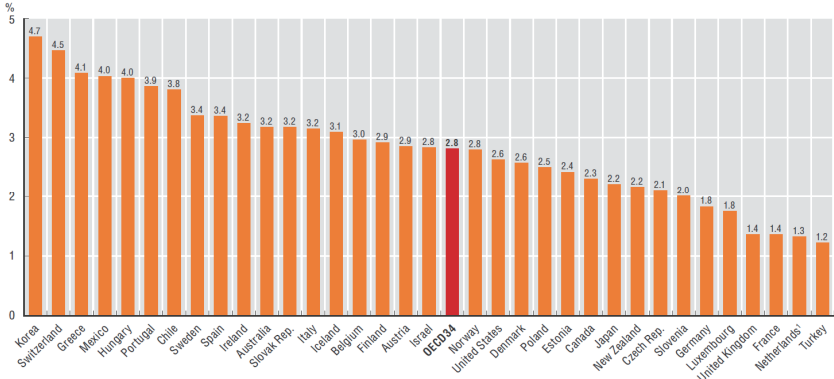


주: 여기에서의 지출은 장기요양 지출을 뺀 보건의료지출임
출처: OECD, *Health at a Glance 2017*. OECD Indicators, table 1.3(p.26) 활용하여 재구성.

OECD 평균은 최종가구소비지출의 3.0% 수준이다. 국가 간에 상당한 차이가 있어 프랑스, 룩셈부르크의 1.4%에서 스위스의 5.3%로 3배 이상 차이가 나며 일본은 2.6%로 평균보다 다소 낮다. 이는 낮은 본인부담(co-payment)과 고액의료비 상한제 때문으로 이해할 수 있다. 2013년과 비교하면 2년 사이에 OECD 평균이 0.2%p, 일본 0.4%p, 한국 0.4%p 늘었다([그림 IV-12]).

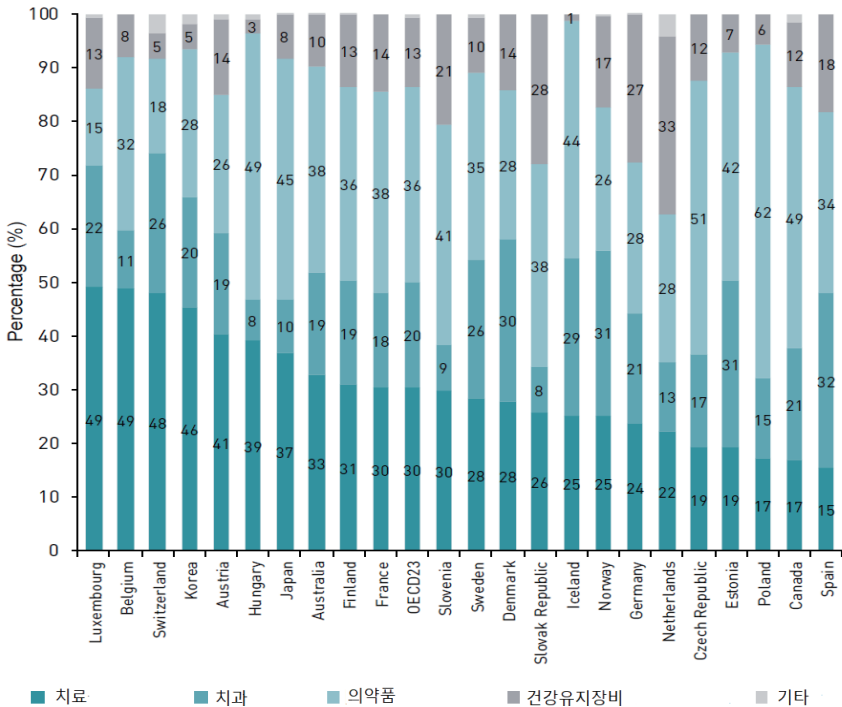
78) OECD는 *Health at a Glance 2017* 이후 저작에서 자료를 제시하지 않고 있다. 그럼에 제시된 자료는 2015년 기준인데 우리나라는 이후 본인부담이 약간 줄었을 뿐이므로 여기에 제시된 값과 크게 차이 나지 않을 수 있다. 이에 대해 정형선 교수는 본고에 대한 토론 과정에서 OECD 웹사이트의 기초 데이터를 활용하면 관련 자료를 얻을 수 있다고 지적하고 있다.

[그림 IV-12] 주요국의 본인부담률(최종가구소비지출 대비, 2013년)



주: 여기에서의 지출은 장기요양 지출을 뺀 보건의료지출임
 출처: OECD, *Health at a Glance 2015*: OECD Indicators, table 7.7, p.125.

[그림 IV-13] 주요국 본인부담의 재화 서비스별 내역(2013년)



주: 여기에서의 지출은 장기요양 지출을 뺀 보건의료지출임. 치료에는 재활과 보조 서비스 포함되고 건강 유지장비에는 안과 장비, 보청 장치, 휠체어 등이 포함됨.
 출처: Kenji Shibuya, Stuart Gilmour and Kozo Tataru eds.(2018), p.67, fig.3.9

[그림 IV-13]에는 OECD 회원국의 보건 의료 관련 재화 및 서비스의 본인 부담 지출의 구성 내역이다. 대부분의 국가에서 치료와 의약품(및 관련 서비스)이 2대 지출 항목으로 본인부담 지출의 60% 이상을 차지한다. 일본과 상당수 국가에서 의약품이 치료보다 높은 비중을 점한다. 치과 진료에도 평균 20% 정도가 지출되는데 일본은 10%로 상대적으로 낮다. 건강유지 장비에의 지출도 상대적으로 낮은 편에 속한다.

참고로 비용분담 중 이용자요금(user charges) 성격의 자책선납금(가입자 부담금, deductibles 혹은 excess)제도가 있다. 이는 진료비 청구 시의 보험 급여 산출에서 배제되는 금액으로 사고 원인과 무관한 가입자 전액부담의 정액 자책선납금으로, 개인이나 세대단위로 최고한도가 있다. 대부분의 건강보험회사는 자책선납금을 설정하고 있으며 이 금액이 클수록 보험료가 낮다.⁷⁹⁾ 제3자 지불 방식에서는 대부분 이 금액이 없다. 제3자가 가입자 책임으로 인한 손실을 회수할 것으로 보기 때문이다. 자책선납금제도는 주요국에서 광범위하게 이용되고 있지만 일본에서는 채택되지 않고 있다.

사. 자원조달: 비급여 직접 지불(direct payment)

대부분의 의료서비스는 국가 제공의 건강보험으로 대응할 수 있지만 비질병이나 미용 등 사치 목적의 의료서비스는 공적건강보험으로 대응하기 어려우므로 환자 본인이 치료비 전액을 지불해야 한다. 가령 자연분만 등이 대표적으로 산부인과나 조산부 등의 의료서비스 제공자는 건강보험 급여보다 정부가 출산장려와 관련해 제공하는 다양한 유형의 1회성 현금급여를 받는다.

주 급여는 42만엔 수준으로, 대부분의 제공자는 이 급여로 출산 관련 비용을 상쇄할 수 있다. 후생노동성이 출산에 대해 균일요금표를 적용하지 않으므로 산부인과와 조산부는 출산 비용을 자유롭게 설정할 수 있다. 대부분

79) 자책선납금(deductibles)과 유사한 개념으로 '정액본인부담(copayment)'이 있다. 이는 가입자가 진찰, 시험 혹은 처방받을 때 부과받는 정액 부담이다. 자책선납금과 다른 점은 정액본인부담은 전체 진료비에 포함되지만 자책선납금은 진료비에서 빠진다는 점이다. 한편 '정률본인부담(coinsurance)'은 전체 진료비 중 정액본인부담을 차감한 값을 가입자가 보험자가 분담하여 내는 것으로 2:8, 3:7 등과 같이 정해진 가입자/보험자 비율에 따라 청구액을 분담한다.

의 제공자는 위 현금급여 범위 내에서 비용을 정한다. 단 출산 시의 긴급 상황과 제왕절개 출산은 건강보험에서 질병으로 처리되므로 제공자는 수술 비용을 건강보험에 청구할 수 있다.

다른 비급여 사례로는 성형수술, 치열교정, 임신중절과 불임치료 등이 있다. 불임치료는 보조재생산치료(ART)로 알려져 있으며, 출산연령이 증가하면서 관련 사례가 늘고 있다.⁸⁰⁾

불임치료는 건강보험 적용 외로 자녀를 갖기 원하는 부부에게 본인부담이 꽤 부담스러울 수 있다. 이같은 비용부담을 완화하기 위해 2004년 보조금제도가 나왔다. 부부 합산 연소득이 730만엔 미만인 부부는 치료 1회당 15만엔의 보조금을 받을 수 있다. 많은 병원들이 100만엔 수준의 높은 요금을 부과하므로 보조금은 지정의료기관이 청구하는 실제 진료비보다 훨씬 적다. 참고로 불임치료 비용은 병의원이 자유롭게 요금을 책정할 수 있다.

보조금 청구는 아내 연령이 40세 미만이면 6회, 40세 이상이면 3회다. 첫 회에 한해 30만엔까지 지원받을 수 있다. 지원 대상은 특정불임치료(즉 체외수정 및 현미수정) 외 치료로 임신 전망이 없거나 극히 낮은 법률상 부부로, 최초 치료일에 아내 연령이 43세 미만이라야 한다. 연 지원건수는 2011년 이후 10만건을 넘어 2015년 16.1만건으로 가장 많았고 2017년에는 14.0만건이다. 이같은 지원에도 불구하고 매년 적지 않은 이들이 불임치료에 높은 진료비를 스스로 부담하고 있다.

유의할 점은 일본에선 건강보험 비급여 서비스 제공 시, 건강보험 급여를 청구할 수 없다는 사실이다(혼합진료(balance billing) 불허). 모든 서비스가 건강보험 적용대상에서 제외되며 비급여 서비스는 전액 본인부담이 원칙이다. 기본적으로 전국 단일 요금표와 약가표에 포함된 서비스에 대한 이중 청구(double billing), 즉 잔액청구(balance billing)와 추가청구(extra billing)가 허용되지 않는다. 추가청구는 건강보험 지급액 이상의 청구이고, 잔액청구는 비급여 서비스에 대한 청구를 지칭한다.

80) 후생노동성, 「不妊に悩む夫婦への支援について」, <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunit/suite/bunya/0000047270.html>

아. 재원조달: 임의건강보험(민영건강보험)

민영건강보험은 일본에서 제법 널리 보급되어 있어, 공적건강보험에서 지급하지 않는 이송, 식사, 취업 상실에 따른 소득손실 등의 비용 등의 급여를 제공받는다. 모든 일본인 거주자는 공적건강보험 가입자로 진료비의 최대 30%를 본인부담으로 지급한다. 민영건강보험 상품의 역할은 실손보험이 아니고, 질병으로 상실된 소득 상당액을 보충해주는 정액형 보험금 지급이 주 특성이다.

민영건강보험의 시장 규모는 2017년 기준 점유 비중에서 11.56%로 미국, 중국에 이어 세계 3위 규모다.⁸¹⁾ 일본 가구의 90% 정도가 하나 이상의 민영건강보험에 가입한 것으로 추정된다.

자. 재원조달: 기타 조달과 지불 방식

건강보험의 재원조달은 주로 공적건강보험으로 이뤄지고 조세가 보조한다. 이외 민영건강보험 상품이 있으며 두 방식 외 별도 재원조달 방식은 없다.

일본 내 의료제도는 후생노동성에 의해 재원조달은 물론 의료비 가격 설정, 지불방식 모두 강력히 통제되고 있다. 의료시설의 대부분은 민간 소유이지만 모든 의료서비스 가격은 전국 단위 요금표에 의해 일괄 관리되며 병의원은 이 가격표에 맞춰 의료비를 청구한다.

차. 구매 및 구매자-제공자 관계

일본 내 의료서비스 구매자인 보험자와 제공자 간의 관계는 완전히 분리되어 있다. 구매자와 제공자(병원, 의원, 제약사와 약국 등)는 특성상 계약 관계에 있지만 제공자는 구매자와 직접 계약 체결하는 것이 금지되어 있다.

81) 松岡 博司(2018), 「保険料で見る世界の生命保険市場 2017—中国が世界第2位に躍進し、日本は第3位に後退—スイス再保険のデータから—」, 『保険・年金フォーカス』, ニッセイ基礎研究所, 2018.10.23., p.1.

일본 생명보험회사의 보험료는 2002년도 이후 완만한 상승세를 보여왔으나 2017년도 보험료 등 수입 합계는 33.7조엔으로 2년 연속 줄고 있다. 2018년 4월 기준 일본에는 41개의 생명보험회사가 있다. 이들 보험사 보험료 등 중 어느 정도가 의료보험 관련일지는 별도 확인 작업이 필요하다.

「의료보험법」 제63조에 따르면 의료보험 사업에 참여하려는 제공자는 후생노동성에 신청해야 하며, 관련 기준이 동법 제65조와 제71조에 규정되어 있다. 실제로는 관련 절차와 규제감독이 후생노동성의 8개 지역사무소에 위임되어 있으며, 이들 사무소 밑에 각 현사무소가 실제 업무를 맡고 있다.

제공자와 후생노동성이 체결한 계약은 공법에 입각한 계약으로 사법에 입각한 계약과 구분된다. 차이점은 사법 계약에선 계약 당사자들이 계약내용을 정할 자유를 지녀, 구매자와 제공자는 급여의 가격과 범주에 대해 합의할 수 있고 의사별로 차등화된 가격을 설정할 수 있다. 주요국에서는 높은 성과와 평판을 지닌 의사는 그렇지 않은 의사보다 높은 가격을 주장할 수 있고, 그 연장선에서 구매자와 계약을 체결한다. 하지만 공법 계약에선 그러한 계약의 자유가 허용되지 않고, 가격과 적용대상 같은 계약 사안이 법으로 정해져 있다. 제공자는 이러한 계약을 받아들일지 말지를 선택할 뿐 협상의 여지가 없다.

법정 계약 내용은 의약품과 의료장치 가격, 진료 등 의료행위에 대한 균일 요금, 각종 행위 규칙(practice rule) 등이다. 전국 균일 요금표는 두 가지 기능을 가지는데, 하나는 의료보험 제공 서비스의 정의와 범위 규정이고, 다른 하나는 각 서비스별 요금과 청구조건 설정이다. 서비스와 의약품 가격은 전국 어디나 동일하여 제공자는 잔액청구 등으로 청구 내역을 조정할 수 없다.

제공자는 후생노동성과 계약하면 후생노동성이 요구하는 일련의 규칙과 규제를 준수해야 한다. 제공자는 전국 47개 현에 설치된 사회보험진료보수 지불기금(CRROs)에 월간 지불청구서를 제출하며, 지불청구서는 전문위원회가 성과와 규칙 준수를 감시한다. 이같은 조치에도 불구하고 같은 상황에 대한 지불청구에 현별로 차이가 크다.

이와 관련해 사회보험진료보수지불기금 전문가위원회, 보험자와 제공자간 이해충돌을 조정할 수 있는 거버넌스 이슈가 남아 있다. 2017년 7월 후생노동성은 동 기금의 개혁안을 통해 기금의 효율성 추구 지원과 ICT, 인공지능의 활용을 통한 지불청구서의 자동검사 체제 구축, 균일 체크리스트 도입 등이 제시되었다(사회보험진료보수지불기금 CRRS, 2017).

진료 관련 규칙과 요금표를 지키지 않으면 후생노동성(지역사무소)의 제

재를 받게 된다. 제재는 개별 지도 등의 약한 조치부터 현장 점검, 계약 취소 등의 벌칙까지 다양하다. 계약 취소는 사실상 사업 불가를 의미한다. 그 배경에는 의료서비스의 거의 100%가 의료보험 소관이라는 사실이다. 이는 일본에선 의사가 후생노동성과의 계약 없이 진료를 계속하기 어렵다는 것을 뜻한다.

후생노동성의 지도, 감사 등의 실시 내역을 보면, 개별 지도가 보험의료기관 등 4,724건, 보험의 등 14,860명이고(2018년 기준), 감사는 각 52건과 102명이며 취소(취소 상당을 포함)는 각 24건과 20명이다.⁸²⁾ 관련 통계는 연도별로 증감을 보이는 등 추세를 찾기 힘들다.

제공자에 대한 제재와 표준 요금 설정 등의 계약체제로 중앙정부는 의료계 전반에 강력한 영향을 행사한다. 이를 통해 비용 억제, 인적자원의 균등한 배분을 통한 형평성 확보, 의료서비스의 질적, 양적 수준 유지가 가능했다. 가입자들도 소득과 거주 장소, 공·사·대중소 병원 유형 등과 관계없이 양질의 의료서비스 접근권을 확보할 수 있었다.

2. 일본과 주요국 사례 비교

앞 절에서 건강보험 재원조달과 관련한 일본의 현황과 관련 제도를 상세하게 살펴보았다. 이때 몇 가지 지표에 대해서는 OECD 주요국과 비교하였다. 본인부담의 최종가구소비지출 대비 비율, 본인부담의 재화 서비스별 내역, 정부 보건의료지출의 정부지출 대비 비율, 보건의료지출의 GDP 대비 비율, 1인당 보건의료지출 등이 그것이다.

이하에서는 먼저 위에서 살펴보지 않았거나 개략적으로 살펴본 내용에 대해 일본과 주요국 사례를 비교한다. 보건의료지출의 GDP 대비 비율 추이

82) 세부 내역을 살펴보면, 개별 지도의 보험의료기관 등에서는 의과 1,653건, 치과 1,332건, 약국 1,739건 소계 4,724건이고, 보험의 등에서는 의사 9,210명, 치과의사 2,993명, 약제사 2,657명 소계 14,860명이다. 감사는 의과 16건, 치과 28건, 약국 8건 소계 52건이고 의과 36명, 치과의사 48명, 약제사 18명 소계 102명이다. 취소(취소 상당을 포함)는 의과 9건, 치과는 12건, 약국 3건 소계 24건이고, 의사 5명, 치과의사 12명, 약제사 3명 소계 20명이다. 후생노동성, 「平成 30 年度における保険医療機関等の指導・監査等の実施状況」, p.2.

(연도를 늘려 1970~2019년에 대해 살펴봄), 공공·의무 보건의료지출의 보건의료지출 비율(1970~2019년), 민간보험 등 임의 보건의료지출의 보건의료지출 대비 비율(1995~2019년), 본인부담의 보건의료지출 대비 비율(1970-2019년)이 그것이다.

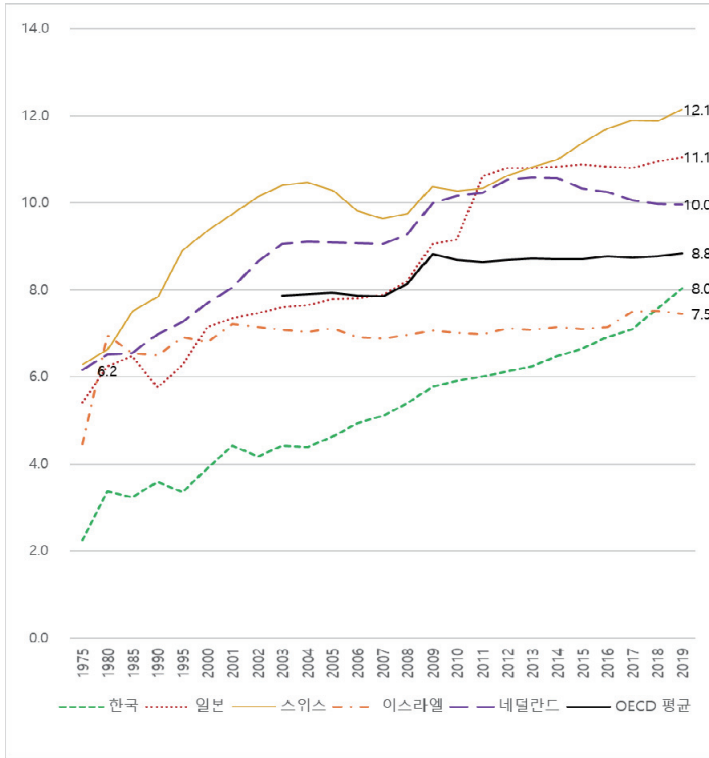
이어서 앞 절의 '사. 재원조달: 비급여 직접 지불'에서 언급한 혼합진료(balance billing)와 관련하여, 이를 원칙 금지하고 있는 일본에 대해 차별화된 정책을 전개하고 있는 영국, 캐나다 사례를 들어 비교함으로써 공적, 사적 재원의 병용을 통한 혼합진료에 대한 각국의 차별화된 대응에 대해 살펴본다.

가. 보건의료지출 규모와 주체별 재원 부담 내역

먼저 주요국 보건의료지출의 GDP 대비 비율 추이가 [그림 IV-14a] 및 [그림 IV-14b]에 제시되어 있다. 일본과 비교 대상 국가로 우리나라 외에 스위스, 이스라엘, 네덜란드, 룩셈부르크, 스웨덴, 독일, 영국, 아일랜드, 캐나다, 미국 등이 선정되었다. 스웨덴, 독일, 영국, 캐나다, 미국은 통상적인 비교 대상국이라고 할 수 있으므로, 나머지 국가의 선정 이유를 간단히 정리한다. 스위스와 이스라엘은 공적건강보험의 보장률이 우리나라보다 약간 높은 60%대 수준을 보인다. 이스라엘과 더불어 룩셈부르크, 네덜란드, 아일랜드는 보건의료지출의 증가 억제 내지 감소에 성공한 나라이다.

[그림 IV-14a] 주요국의 GDP 대비 보건의료지출 비율(1975~2019)

(단위: %)



출처: OECD Health Statistics 2020

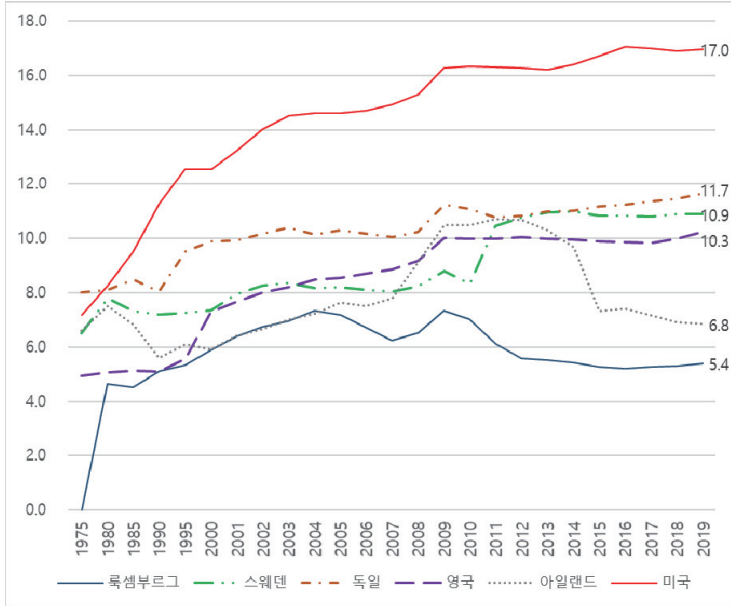
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

일본의 보건의료지출은 2011년에 빠르게 늘었으나⁸³⁾ 이후 증가세가 억제되고 있다(부표 4-1). 네덜란드는 2010년까지 일본보다 높은 수준을 보였으나 2011년 이후 일본보다 낮은 수준을 보여주고 있다. 2007년은 OECD 회원국 평균 수준이었던 일본의 보건의료지출은 2008년 이후 빠르게 늘어나 큰 수준의 격차를 보이고 있다. 우리나라와 스위스는 2011년 이후 일본 이상의 빠른 증가세를 보이고 있으며 비교 대상 12개국 중 증가율이 가장 높

83) 2010년 대비 2011년에 1.4%p 늘어난 것은 2011년부터 보건의료지출 통계에 개호비용이 포함되었기 때문이다. 즉 2010년까지는 개호비용이 포함되어 있지 않다. 2000년부터 2010년까지의 일본 보건의료지출 통계는 여기에 제시된 것보다 약간 클 수 있다는 사실을 염두에 두고 보면 좋을 것이다. <부표 4-1> 참조.

다. 우리나라보다 높은 수준을 보여오던 이스라엘이 2018년 이후 역전하여 더 낮은 수준을 보이고 있는 것이 시사적이다.

[그림 IV-14b] 주요국의 GDP 대비 보건의료지출 비율(1975~2019)
(단위: %)

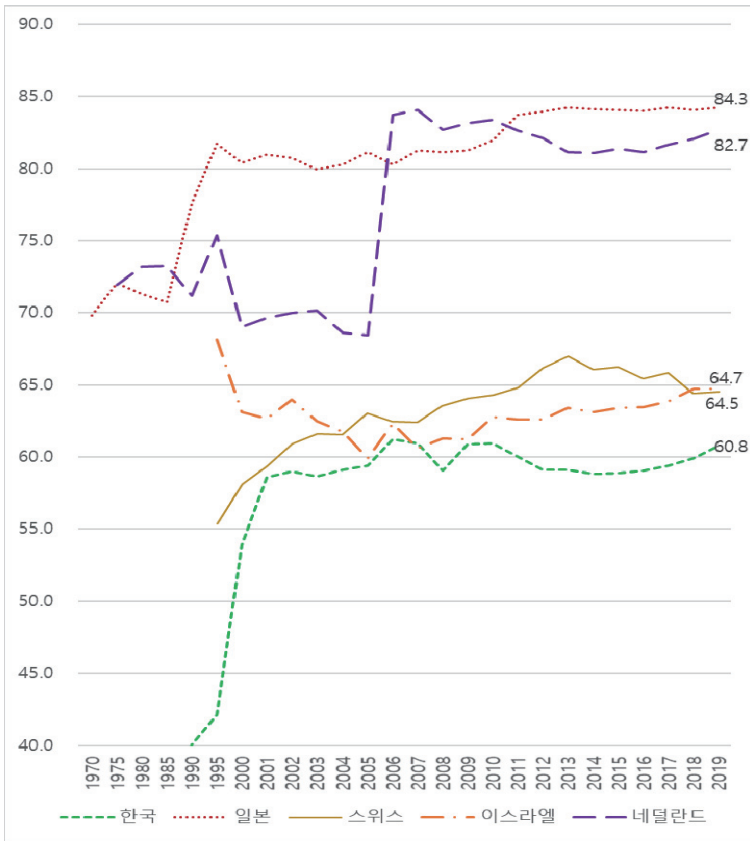


출처: [그림 IV-14a]와 동일

다음은 공공·의무 보건의료지출의 보건의료지출 대비 비율 추이가 [그림 IV-15a]와 [그림 IV-15b]에 제시되어 있다. 앞에서 서술하였듯이 이때의 보건의료지출에는 건강보험 지출 외에 장기요양보험 지출, 개인 구입 약가 등이 포함되어 있다. 따라서 통상의 공적건강보험 보장물과는 다른 수준을 보일 수 있다. 여기서 ‘공공·의무’라 함은 조세 등 정부재정 부담 및 강제 가입(공적 혹은 민영)건강보험 보험료 부담으로 지출하는 부분을 지칭한다. 일본은 독일, 룩셈부르크 등과 더불어 84%대의 높은 수준을 보이고 있다. 영국, 아일랜드, 캐나다 등은 70%대, 스위스, 이스라엘, 우리나라는 60%대에 있다.

네덜란드와 미국은 민영건강보험의 강제 가입을 중심으로 한 제도 개혁으로, 이전의 70%와 50%에 약간 미치지 못하는 수준에서 2006년과 2014년에 80% 중반으로 크게 높아졌다. 우리나라도 지역건강보험과 직장건강보험의 통합에 따라 2000년 이후 동 값이 높아졌다. 이후 공적건강보험 급여의 적용 대상 확대가 지속적으로 시도되었지만 장기간 60% 전후 수준에 머물러 있다. 배경에는 공적건강보험 비급여 서비스와 실손보험을 위시한 민영건강보험 지출의 지속적 증가가 있다.

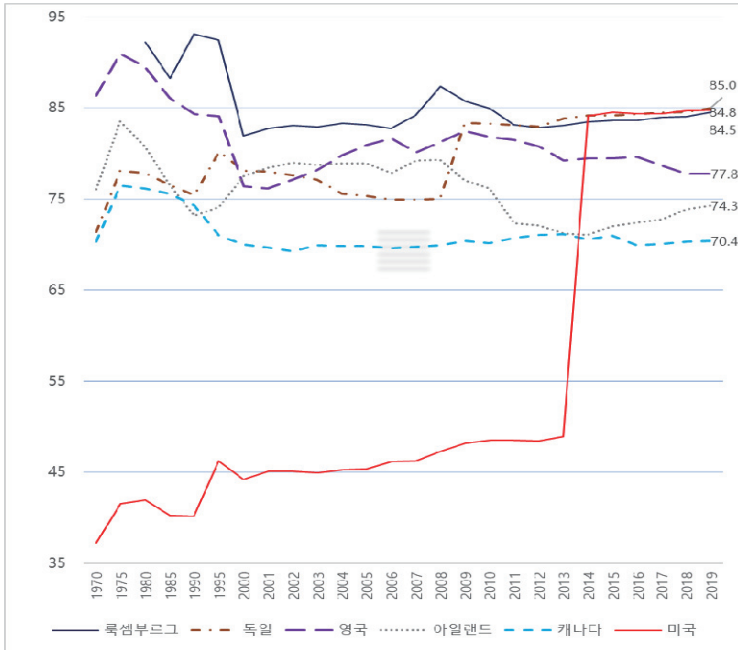
[그림 IV-15a] 주요국의 보건의료지출 대비 공공·의무 보건의료지출 비율(1970~2019)
(단위: %)



출처: OECD Health Statistics 2020
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

[그림 IV-15b] 주요국의 보건의료지출 대비 공공·의무 보건의료지출 비율(1970~2019)

(단위: %)



출처: 위와 동일

세번째는, 임의 보건의료지출의 보건의료지출 대비 비율로 [그림 IV-16a]와 [그림 IV-16b]에 그 추이가 제시되어 있다. 이때의 임의 보건의료지출은 임의 가입 민간보험의 의료지출, 임의 구입 의약품 및 의료용구 지출 등으로, 공공·의무 보건의료지출과 본인부담에 포함되지 않는 부분을 포함한다. 일본은 스웨덴, 독일보다 높지만 3%대로 낮은 수준을 유지하고 있다.

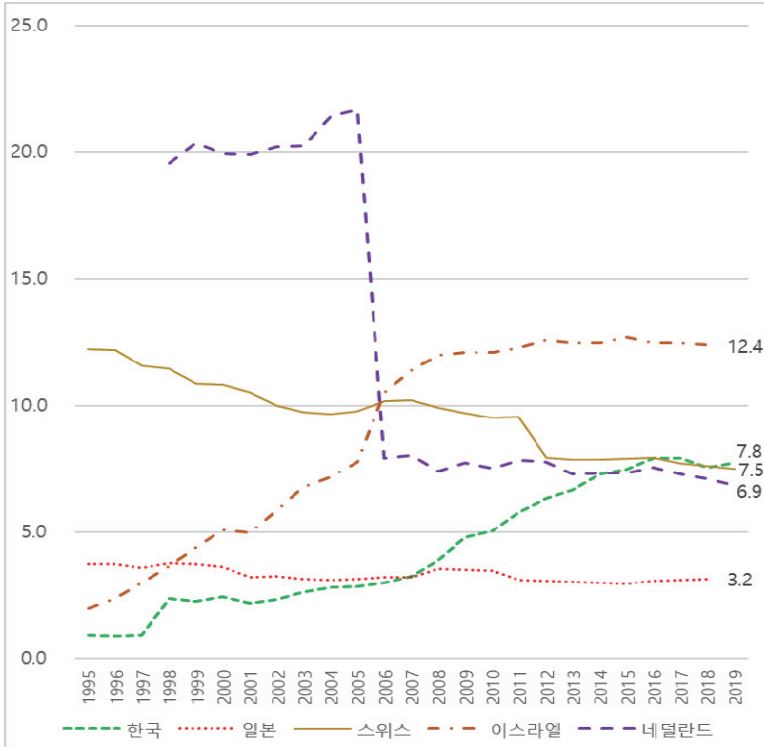
우리나라와 아일랜드를 제외한 대부분의 국가가 안정적인 수준을 보이거나 약간의 감소세를 보이고 있다. 네덜란드, 독일, 미국은 각각 2006년, 2009년, 2014년 건강보험 개혁으로 동 비율이 크게 떨어졌다.

2000년대 들어와 지속적으로 증가세를 보인 나라는 우리나라뿐이며 2017년을 피크로 다소 감소하고 있다. 배경에는 2008년 발족한 이명박 정부가 실손보험으로 일컬어지는 민영건강보험의 활성화에 나선 사실이 있다. 이후 10년간 주요국에서 찾아볼 수 없는 임의 보건의료지출의 지속적 증가 현상

이 우리나라에서 발생하였다. 2018년과 2019년의 감소세는 실속보험을 판매한 보험사들이 대규모 적자로 보이면서 보험금 지급 심사를 강화한 사실이 반영된 값이라고 할 수 있다.

[그림 IV-16a] 주요국의 보건의료지출 대비 임의 보건의료지출 비율(1995~2019)

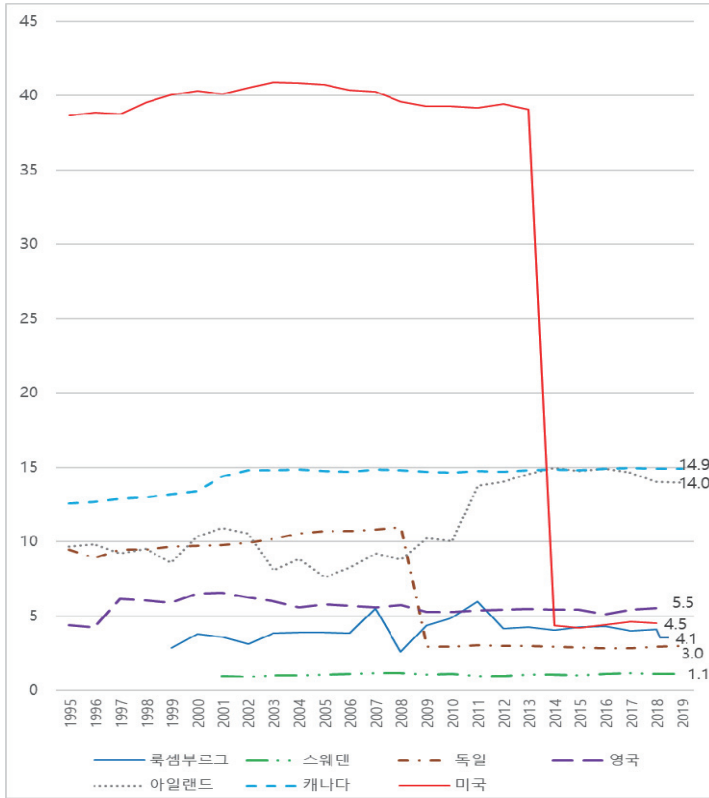
(단위: %)



출처: OECD Health Statistics 2020
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

[그림 IV-16b] 주요국의 보건의료지출 대비 임의 보건의료지출 비율(1995~2019)

(단위: %)



출처: [그림 IV-16a]와 동일

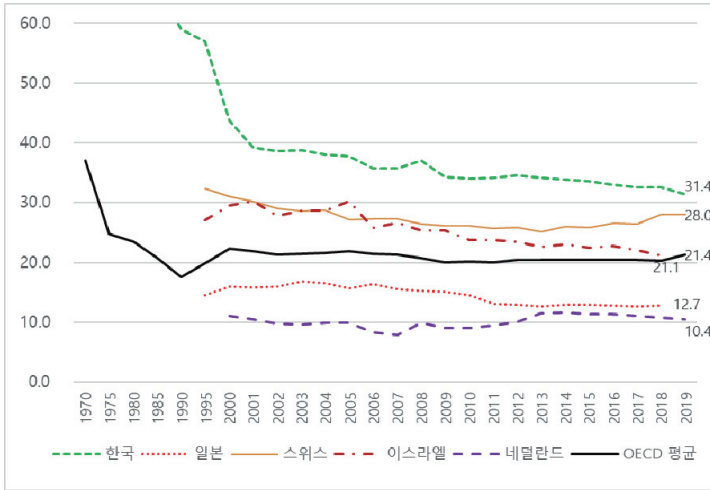
네번째는, 본인부담의 보건의료지출 대비 비율(1970~2019)로 [그림 IV-17a]와 [그림 IV-17b]에 그 추이가 제시되어 있다. 일본의 본인부담은 추세적으로 감소세이며 그 수준은 네덜란드, 룩셈부르크, 미국, 아일랜드, 독일 보다 다소 높지만 13% 미만이다.

이는 20%대인 스위스, 이스라엘, OECD 평균보다 낮고 2009년 이후 증가세를 보여온 영국보다 낮은 수준이다.

우리나라는 비교 대상국 중 유일하게 30%를 넘고 있으나 이스라엘과 더불어 추세적으로 감소세를 보이고 있다. 스위스는 2013년 이후 약하게나마 증가세를 보이고 있다.

[그림 IV-17a] 주요국의 보건의료지출 대비 본인부담 비율(1970~2019)

(단위: %)

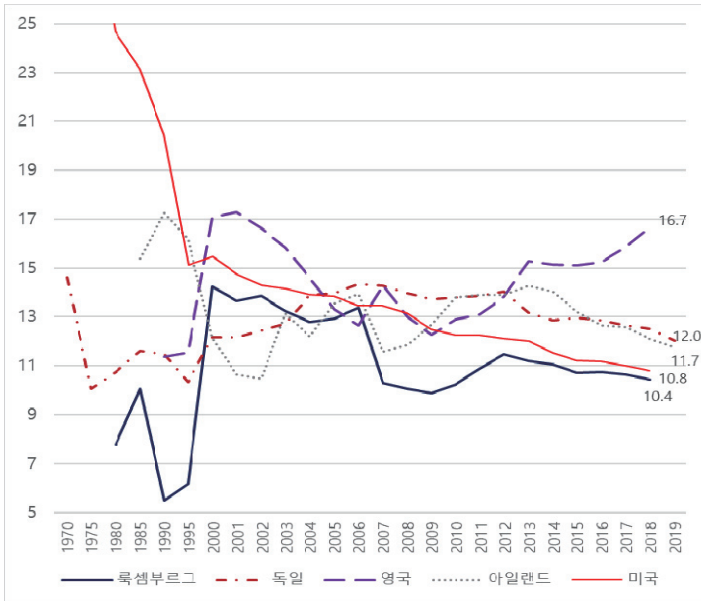


출처: OECD Health Statistics 2020

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

[그림 IV-17b] 주요국의 보건의료지출 대비 본인부담 비율(1970~2019)

(단위: %)



출처: [그림 IV-17a]와 동일

나. 혼합진료에 대한 국가별 대응

이하에서는 보험외비용요양비제도와 혼합진료에 대해 살펴본다. 보험외비용요양비제도는 보험 진료와 보험외 진료의 병용(併用)을 예외적으로 허용하여, 보험외 진료에 보험급여를 허용하는 것이다. '혼합진료'(balance billing 혹은 mixed billing)는 '일련의 의료행위에 대해 보험진료와 보험외진료의 병용을 허용하는 것(후생노동성)'이다. 진료비 청구 내역에 건강보험이 적용되는 급여 진료와 적용되지 않는 비급여 진료(사비진료)가 섞여 있는 경우이다.

먼저 보험외비용요양비제도에 대해 살펴보자. '보험외비용요양비'는 2006년 10월 도입되었으며 이전의 '특정요양비'제도를 대체한 것이다. 특정요양비는 1984년의 「건강보험법」 개정 시 신의료기술과 환자의 수요 다양화에 대응할 필요가 커지면서 도입되었다. 이 제도로 건강보험 피보험자가 보험 적용 범위의 요양을 받을 경우 일정 조건하에 보험외 진료와의 병용이 인정되었다.

그 내용은 피보험자가 특별 병실(상급 병실)을 사용하거나 특정승인보험 의료기관(대학병원 등 대병원)에서 고도선진의료료를 받을 경우, 기초의료 부분은 특정요양비로 보험급여되고 대상외 진료인 특별 서비스와 특별 의료부분 비용은 피보험자가 전액 부담한다. 이때 특별 서비스에는 특별 병실(차액 베드), 일반 병상 200상 이상의 병원의 초진과 재진⁸⁴⁾, 예약 진료, 180일 초과 장기입원, 약제·의료용구의 치험, 약사법 승인, 약가기준 수재(收載) 전 의약품 투여 등이 있다.

2006년 10월부터 특정승인보험의료기관이 통상의 보험의료기관으로, 고도 선진의료로 선진의료로, 피보험자 선정요양은 선정요양과 평가요양으로, 특정요양비가 보험외비용요양비로 바뀌었다.

'보험외비용요양'에는 평가요양⁸⁵⁾과 선정요양⁸⁶⁾이 있다. 전자는 보험도입

84) 1994년의 「의료법」 개정으로 지역의료와 고도 전문의료로 병원 규모 등에 따른 기능분담 원칙에 따라 추진하면서 병상 수 200개 이상인 병원에서 수진 시, 다른 의료기관 소개장이 없으면 특정요양비 제도에 의해 환자에게 별도부담금을 지불하도록 했는데 500엔에서 10,800엔까지 의료기관에 따라 달랐다.

85) 여기에는 선진의료, 의약품·의료기기·재생의료등 제품의 치험(治驗) 관련 진료, 약사법 승인 후이고 보험수재(收載)전인 의약품·의료기기·재생의료등 제품의 사용, 약가

을 위해 평가하는 요양서비스이고 후자는 보험도입을 전제로 하지 않는 요양서비스이다. 평가요양에 포함되는 선진의료는 미승인, 적응외의 체외진단약·의약품·의료기기 사용이나 특정 의료기술 실시 등을 동반하는 의료서비스를 지칭하며, 보험의료기관이 사무국에 신청하면 사무국이 선진의료회의를 통해 심사를 거쳐 실시한다.⁸⁷⁾

다음은 혼합진료이다. 사실 혼합진료에 대한 정의는 명확하지 않다. 위 후생노동성의 정의와 달리 “공적의료보험제도의 핵심 시스템인 의료 현물급여안에 비용이 (본인부담을 포함한)보험 급여와 비급여 환자부담 형태로 존재되어 있는 것”으로 정의되기도 한다.⁸⁸⁾ EU 국가에는 혼합진료와 유사한 ‘긴급피난적 한정사용’(compassionate use)제도가 있다. 암 등으로 위험도가 커져 마땅한 치료 방법이 없는 질환에 대해 환자 본인의 요망과 자기책임으로 미승인 약의 사용을 허용하는 제도이다.

일본은 혼합진료를 원칙적으로 허용하지 않고 이 경우 모든 진료를 비급

기준 수재 의약품의 적응외 사용(용법·용량·효능·효과의 일부 변경 승인 신청이 행해진 것), 보험적용 의료기기, 재생의료 등 제품의 적응외 사용(사용목적·효능·효과의 일부 변경 승인 신청이 행해진 것) 이 포함된다.

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/heiyou.html>

86) 여기에는 특별 요양환경(차액 베드 즉 병실료 차액), 치과 금합금 등, 금속상 총의치, 예약 진료, 시간의 진료, 대병원 초진, 소아 우식(齲蝕, 충치) 지도관리, 대병원 재진, 180일 이상 입원, 제한횟수 초과 의료행위 등이 포함된다. 출처는 위와 동일. 가령 차액 베드 사례를 통해 보험외비용요양비 구조를 보자. 기초부분인 입원기본료 상당액은 보험외비용요양비로서 건강보험 급여 처리하고, 추가부분인 병실료 차액은 환자가 지불하는 자유요금으로 즉 건강보험 비급여로 처리한다.

87) 선진의료는 A, B로 구분되며, A는 미승인, 적응외 의약품과 의료기기 사용을 수반하지 않는 의료기술. 또 미승인, 적응외 체외진단약 사용을 수반하는 의료기술 등으로 해당 검사약 등의 사용에 따른 인체에의 영향이 아주 작은 것이다. B는 미승인, 적응외 의약품과 의료기기 사용을 수반하는 의료기술. 또 미승인, 적응외 의약품과 의료기기 사용을 수반하지 않는 의료기술로 해당 의료기술의 안전성, 유효성 등을 고려할 때 실시에 앞서 실시환경과 기술효과 등에 대해 특히 중점적인 관찰, 평가가 필요하다고 판단되는 것이다. A는 기술적 타당성(유효성, 안전성, 기술적 성숙도) 심사와 사회적 타당성(윤리성, 보급성, 비용 대 효과) 심사를 거쳐 실시 가능 의료기관 시설기준을 정해 실시한다. B는 먼저 선진의료기술심사부회에서 기술적 타당성과 시험실시계획서 등을 심사하고 이후 다시 A가 받는 기술성 타당성 심사와 사회적 타당성 심사를 거쳐 의료기관별로 각자 실시 여부를 결정하여 실시한다.

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/heiyou.html>

88) 日本医師会医療政策会議, 「混合診療についての見解 ~わが国における医療のあるべき姿~」, プレスリリース, 2003.3.

여인 '자유진료'로 처리한다. 혼합진료 원칙 금지에 대한 법적 근거는 분명하지 않다. 후생노동성이 정한 「보험의료기관 및 보험의료요양담당규칙」(1957. 4.30.) 제18조 규정인 “(특수요법등 금지) 보험의는 '특수요법이나 신요법 등에 대해서는 후생노동대신이 정한 바 외에는 행해서는 안된다'는 것이 근거로 제시되기도 한다. 그렇지만 혼합진료 원칙 금지는 판례에 의해 지지받고 있다.⁸⁹⁾

일본에서는 의료기관(즉 공급자)의 공적건강보험 비급여 진료 서비스 제공을 거의 규제하지 않지만, 하나의 진료에서 공적건강보험(급여 서비스)과 민영건강보험(비급여 서비스)의 동시 사용을 금지하고 있다.

혼합진료는 일본 특유의 제도로 인식되고 있는데 이를 유지하지는 이들과 해금하지는 이들이 내세우는 이유는 이렇다.⁹⁰⁾ 먼저 유지하지는 이유는 유효성과 안전성이 담보되지 않은 진료가 횡행할 우려가 있다, 비용 상한이 없어서 치료비가 높아진다, 자유 진료가 일반화하면 환자의 경제력에 따른 의료 격차가 생길 수 있다, 신치료를 공적 의료 대상으로 하려는 유인이 약해져 공적 의료 범위가 줄어든다, 경제적 약자가 의료에 접근하기 힘들어져 국민개보험 체제가 붕괴될 수 있다 등이 그것이다.

한편 규제 개혁 차원에서 혼합진료를 자유롭게 허용하자고 주장하는 이들

89) 도쿄지방법원(2007.11.7.)은 악성종양 치료 시의 보험진료, 자유진료의 혼합진료와 관련한 보험진료 부분 급여 청구소송에 대한 판결에서 “건강보험법 등을 검토해도 보험의 치료 병용 시 보험진료 급여를 받을 수 없다는 근거를 찾을 수 없다”면서 “국가에 의한 현재의 법해석과 운용은 잘못”이라고 판시했다. 그런데 항소심에서 도쿄고등법원(2009. 9.29.)은 “보험의료기관 및 보험의료요양담당규칙 제18조 규정이 혼합진료를 원칙 금지한 것으로 보는 것이 상당”하다고 뒤엎으면서 원고 청구를 기각했다. 대법원적인 최고 재판소(2011.10.25.)도 “보험외병용요양비제도는 보험의료의 안전성과 유효성 확보, 환자의 부당한 부담 방지를 위한 것으로 혼합진료 금지 원칙이 전제라면, 혼합진료를 전액 본인부담으로 보는 해석은 건강보험법 전체의 정합성 관점에서 상당”이라고 하여 혼합진료 금지를 합법화하는 최초 판단을 내렸다. 『混合診療 日本 wiki. 最高裁第3小法廷判決(事件番号 : 平成22(行ツ)19, 事件名:健康保険受給権確認請求事件), 最高裁判所民事判例集 65卷 7号 2923頁. 참고로 전통적으로 (법적 근거 없이) 혼합진료가 금지되어 온 일반 의료 분야와 달리 치과 분야에서는 전통적으로 혼합진료가 인정되어 왔다. 법적 근거 논란이 일면서 후생노동성이 1984년 전술한 규칙 18조를 규정하고 이에 대한 후생노동성의 해석으로 혼합진료 금지가 시행되어 왔다.

90) 篠原石也(2015), 『医療・介護の現状と今後の展開』, 『ニッセイ基礎研究所報』 vol.59, p.20, 図表 34-1, 34-2.

도 오래전부터 있었다. 이들이 내세우는 이유는 진료와 그에 부수된 제반 서비스의 선택 폭이 넓어진다는 점, 환자의 본인부담이 줄어든다는 점, 의료의 질과 기술을 높일 수 있다는 점, 보험급여 지출을 억제할 수 있다는 점, 양질의 의료 서비스를 제공하지 못하는 의사가 도태되어 의료의 경제성이 높아진다는 점 등이다.

이어서 일본의 혼합진료 사례를 의료기관, 비용부담에 주목하여 영국, 캐나다 사례와 비교해 보자(그림 IV-18). 그림의 오른쪽에 나와 있는 일본의 경우, 강제 가입의 공적건강보험 외 민영건강보험에 '이중'으로 임의로 가입할 수 있고 이때 이 보험을 이용해 공적건강보험을 보충, 보완할 수 있다. 다만 건강보험 비급여 서비스 이용에 따른 혼합진료일 경우, 보험외비용요양으로 인정되는 사례를 제외하곤 공적건강보험 급여를 받을 수 없다. <표 IV-17>에서 보충에 대한 규제가 강하다고 한 것은 이를 지칭한 것이다.

비급여 서비스를 이용하려면 '이중' 민영건강보험을 구입해야 하는데(그림 IV-18), 이를 구입했다고 영국처럼 대기시간을 줄이거나 특정 병원을 선택할 수 없다. 그래서 공적건강보험 제공 급여를 중복 보장받기 위해 '이중' 민영건강보험에 가입하는 사례는 많지 않을 것이다.⁹¹⁾

영국의 공적건강보험은 원칙적으로 공적병원 서비스만 보장하므로 대기시간이 짧은 진료를 희망하면 민영건강보험에 가입해 민간병원에서 진료받아야 한다. '이중' 가입이 필요하며 건강보험 서비스는 1층의 '공'과 2층의 '사' 구조가 된다(그림 IV-18의 왼쪽 상단).

91) 다만 암보험 등의 민영건강보험을 '이중' 가입 보험상품이라고 볼 경우 가입자가 제법 된다. 대부분 정액 보험금이 지급되는 이 상품의 급여 수준이 높기 때문에 공적건강보험 급여 상당분(이른바 이중 부분)을 상쇄하고도 꽤 높은 수준의 (공적건강보험이 제공하지 않는) 의료서비스를 '보충적'으로 활용할 수 있다. 그러한 가입자들이 얼마나 되는지는 별도 조사가 필요하다.

〈표 IV-17〉 민영건강보험 보장 범위 규제

	공적건강보험 보충(supplementary)	공적건강보험 보완(complementary)
한국	거의 없음	거의 없음(단 실손보험 한도 있음)
일본	강함(단 보험외비용요양 일부 허용)	거의 없음
네덜란드	약함(치과, 재택케어, 대체의료 가)	약함(장기케어 및 재택의료 외 가)
독일	거의 없음	약함(입원비용, 외래비용, 치과, 약제, 재활, 재택케어 가)
영국	거의 없음	거의 없음
아일랜드	약함(치과, 재택케어, 대체의료 등 가)	-
캐나다	거의 없음	약함(GP(동네 의사)·전문의 외 서비스는 가)
호주	약함(치과, 안과, 재활 일부 가)	약함(GP와 장기케어 외 가)

주: 보충, 보완의 용어 사용과 관련하여 국내에선 다른 표기를 사용하는 이들도 있다. 가령 정형선 교수 등은 supplementary PHI를 '비급여 보충형 민영보험', complementary PHI를 '법정본인부담 보충형 민영보험'으로 번역해 사용하는 것이 좋겠다고 주장한다.

출처: Flood and Haugan(2010), p.35. table 2.2. 와 河川洋行(2012), p.80의 <表 7-2> 참조하여 필자 작성.

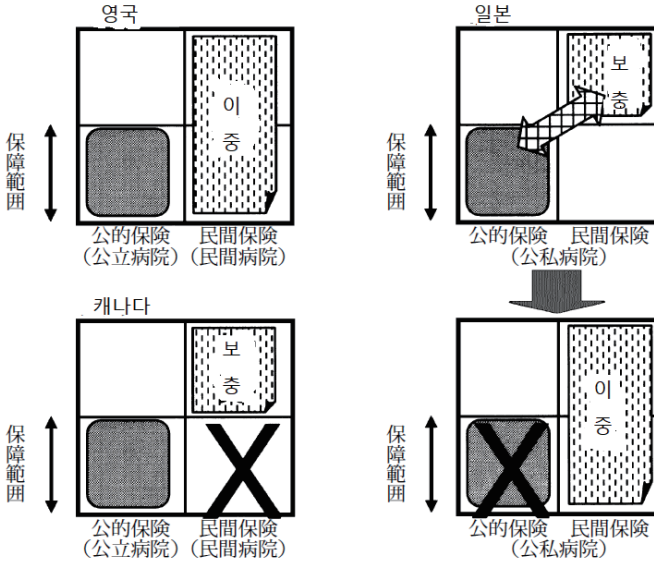
캐나다의 건강보험은 그 방식이 영국과 유사하지만 '이중' 가입이 안된다. 즉 민영건강보험으로 공적건강보험 급여서비스와 동일한 의료서비스를 구입할 수 없다. 대부분 급성기 질환 치료인 공적건강보험 급여는 공적 병원에서만 제공되어 영국같은 2층 구조의 건강보험 서비스와 구별된다.⁹²⁾(그림 IV-18의 왼쪽 하단). 아울러 자부담으로 양질의 서비스를 받으려는 '사비(私費)환자' 규제를 강화하여 공적 의료서비스를 강화하려는 정책을 유지하고 있다. 캐나다는 이같은 정책을 통해 의료소비의 형평성을 담보하면서 정부에 의한 의료비 제어에 일정한 성과를 거두고 있는 것으로 판단된다.

이처럼 공적건강보험이 강화되었는데 [그림 IV-15b], [그림 IV-16b]에 보이는 수치는 어떻게 된 것일까. 캐나다의 공공·의무 보건의료지출 비율이 70%에 머물고, 임의보건의료지출 비율이 비교대상국 중 가장 높은 15% 수준이다. 이는 보건의료지출의 적지 않은 비중을 점하는 치과 진료와 처방약이 보험대상에서 제외되기 때문이다. 물론 외상이나 다른 질환과 관련된 치과 진료는 보험이 적용되지만 대부분의 치과 진료인 스케일링, 충치 치료, 임플란트, 교정 등은 비급여로 처리되어 본인부담이다. 그래서 어느 나라보

92) 영국, 캐나다 사례에 대해선 河川洋行(2012), pp.83~85. 서술 참조

다 민영건강보험 가입이 활성화되어 있고, 국민들은 이를 활용해 공적건강보험이 적용되지 않는 진료, 치과 진료, 의약품 구입에 나선다.⁹³⁾

[그림 IV-18] 혼합진료와 비용부담: 일본·영국·캐나다



출처: 河川洋行(2012), p.84. 圖 2.

93) 민영건강보험은 진료비 및 약 처방비의 80% 이상을 제공한다. 의료기관과 약국, 보험사 간의 정산 체계가 연결되어 환자는 보험이 지급하지 않는 금액만 낸다. 본인부담은 전체 보건의료지출의 14.7%로 OECD 평균(21.4%)보다 훨씬 낮다(<부표 4-4>).

V. 건강보장비용 증가 억제 방안

인구 고령화 속도가 어느 나라보다 빨랐고 그에 비례하여 의료비 증가가 국민경제에서 큰 부담으로 여겨져, 의료비 증가를 억제하려는 정책적 시도가 21세기 초부터 시작되었다. 또 장수화에 따른 요보호자 증가에 대응해 2000년 도입한 개호보험 운영 등 개호비용이 의료비 이상의 증가율을 보이면서 이의 억제 정책도 함께 추구되었다.

의료비 증가 억제 논의는 2001년 6월 당시의 고이즈미 내각이 각의에서 정한 ‘경제재정운영 및 경제사회 구조개혁에 관한 기본방침 2001’(통칭 骨太 2001)에 최초로 그 방향이 제시되었다. 이 방침에는 “의료비 특히 고령화의 진전에 따라 증가하는 노인의료비에 대해선 경제동향과 크게 괴리되지 않도록 의료비 증가율 목표를 설정하고 그 증가를 억제하기 위한 새로운 틀을 구축한다”고 명시되어 있다. 이때 언급된 정책 목표의 핵심은 고령자 의료비 총액의 증가율 억제였는데 이후 수 년이 경과하도록 별반 성과를 거두지 못하고 있다.

이후 일본 정부는 2009년부터 2회에 걸쳐 5년 단위 ‘의료비 적정화’ 프로그램 추진해 오고 있으나 의료비 증가율 억제는 큰 성과를 보지 못하고 있다. 그 배경에는 장수화에 따라 의료서비스를 필요로 하는 고령자가 지속적으로 늘어나는 현실이 있다. 매년 증가하는 국민의료비와 보건의료지출은 경제성장률보다 빠른 속도로 늘어나고 있다.

하지만 관계 당국과 전문가 등은 이 정도의 증가율은 불가피한 것으로 받아들이는 경향이 없지 않다. 이는 의료 정책 관계자 다수가 동감하는 정책의 우선 목표가 ‘선 국민의료비 억제’보다 ‘의료의 질과 자유로운 병의원 이용(free access)을 유지하면서 감내할 수준으로 국민의료비 증가를 억제하는 것’에 놓여있다는 사실과 관계가 있는 것으로 이해된다.⁹⁴⁾

본 장에서는 이상의 논의에 대한 인식을 토대로 먼저 의료비 억제 방안과 실효성에 대해 살펴보고 이어서 간호비용의 억제 방안과 성과에 대해 검토한다.

1. 의료비 증가 억제 방안과 성과

가. 추진경과

1) 2005년의 정책 제언

2001년 6월의 기본방침 2001(통칭 骨太 2001) 이후 당국자 수준에서의 공식적 제안은 2005년 4월 27일과 6월 1일에 열린 경제재정자문회의에서 제시된 요시카와 히로시(吉川 洋) 도쿄대 교수의 생각이다. 그는 고이즈미 수상이 의장을 맡은 12인 회의에 참석한 4명의 민간 위원 중 한 명이었다. 나머지 3명은 훗마 마사야키(本間正明) 오사카대 교수와 2명의 경제단체 대표이었다.⁹⁵⁾ 이 회의에서 제시된 의견이 2009년 이후 후생노동성이 2기, 10년에 걸쳐 의료비 적정화 프로그램을 추진하는 출발점이 된다. 의견을 제시한 요시카와 교수의 발언을 요약해서 살펴보자. 그는 4월 27일자 회의에서 다음과 같이 주장하였다.⁹⁶⁾

“일본은 스페인, 이탈리아와 더불어 고령화가 매우 빠르게 진행되고 있다. 그 과정에서 증가중인 사회보장급여를 통제할 필요성이 크다. 사회보장의 중요 포인트는 ‘안심’인데 이는 제도의 지속가능성에서 찾을 수 있다. 급여에

94) 松井宏樹(2009). 이들은 일본이 자랑하는 국민 개보험(皆保険)제도를 통한 국민의 건강 유지와 향상을 지속적으로 추진하기 위해서는 진료보수점수표의 정기적 개정을 통한 적정수가, 약가 차익 발생 방지, 병의원 아닌 재택의료 도입 등 소프트한 정책 대응을 통한 소프트랜딩 방식이 의료비 증가 억제책이 필요하다고 지적한다. p.125, p.145.

95) 이들은 우시오 지로(牛尾 治朗) 우시오 전기 회장(당시), 오쿠다 히로시(奥田 碩) 도요타 자동차 회장(당시)

96) 이하의 글은 요시카와 교수의 발언 내용을 필자가 요점 중심으로 압축하여 재정리한 것이다. 실제 발언 기록은 内閣府(2005) 平成17年 第9回經濟財政諮問會議議事要旨, <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0427/shimon-s.pdf>, pp.4-9. 참조. 梅原英治(2007), 「經濟財政諮問會議に関するデータ集」(下), 資料, 大阪経大論集・第57巻第5号, 2007年1月, p.194.

상응하는 부담이 필요한데 국가 전체의 소득이라고 할 수 있는 ‘명목 GDP’ 나 ‘고령화수정 GDP’가 하나의 기준이 될 수 있다. 사회보장급여비의 증가율 억제율 ‘명목 GDP 증가율(A)’이 아닌 ‘고령화수정 GDP 증가율⁹⁷⁾’에 맞춰 운용하자는 것이 핵심이다. 고령화 진행기에는 사회보장급여비 증가율 목표를 A보다 다소 높게 세워 운영하고 고령화가 수습되면 A에 일치되도록 하자는 것이다.

이같은 거시적 목표를 사회보장급여비 관련 「骨太方針」과 「基本方針」 등에 명시하여 실적과 괴리될 경우 후생노동성이 그 이유를 설명하고 시정책을 강구토록 할 필요가 있다. 특히 의료와 개호(즉 장기요양)에 대해서는 5개년 계획을 세워 관련 대응책을 추진했으면 한다.

의료보험과 관련 급여 지출에 대해선, 수치 목표를 세워 이를 기계적으로 억누르기보다 여러 가지 상황을 고려하여 미시적 차원에서 종합 대응하는 것이 필요하다는 점에 대해 동감한다. 다만 후생노동성도 ‘의료비 적정화’라는 말을 사용하고 있는 것이 현실이고, 이 점을 고려하면 수년에 한번씩 거시 목표치 내지 지표와 맞춰보고 필요하면 피드백해 조정해 나갈 필요가 있다는 것이다. 이 방법만이 지속적인 고령화 추세하에 사회보장급여를 지속 가능하게 할 수 있다. 요컨대 미시적 사안의 종합적 고려 외 거시 지표와의 조화의 양쪽을 고려한 정책 대응이 필요하다는 것이다.

GDP 대비 의료비 비율은 지금 국제비교로 그렇게 높지 않다고 할지 모르지만 지속적인 고령화를 고려할 때 (후생노동대신이 얘기하는) 예정된 미시적 차원의 종합적 대책만으로는 충분하지 않다는 점을 강조하고 싶다. 국민들의 부담 증가는 피할 수 없으며 부담 수준 결정 시 GDP 대비 비율을 고려하지 않을 수 없다. 미시적 대책에 의한 의료비 적정화 추진과 더불어 5, 6년에 한번씩 거시 지표와 대조하며 조화를 추구하는 것이 바람직할 것이다. 후생노동성은 거시지표와의 조화에 관련해 어떤 거시 지표를 사용하

97) 고령화수정 GDP 성장률은 경제성장률에 고령화 요인을 추가한 지표로 명목 GDP 성장률 + (65세 이상 인구증가수×0.5 / 전년도 전인구)로 계산된다. 즉 인구 천명 당 고령자 3명 증가시 사회보장급여비를 명목성장률+0.15% 범위내에서 운용하자는 것이다. 0.5는 연금제도에서 비슷한 구상에 따라 0.5가 이미 채택되어 있기 때문에 나머지를 의료비에 반영하자는 것이다.

는 것이 좋을지 검토하는 것이 좋을 것이다.”

요시카와 교수가 거시 지표의 하나로 제시한 ‘고령화수정 GDP’ 지표는 명목 GDP 성장률에 늘어난 고령인구비율의 절반(65세 이상 증가수×0.5)/전년도 인구)을 더한 값이다. 0.5는 사회보장급여비의 약 절반을 접하는 연금에 대해 2004년 개혁으로 거시 연동이 도입된 것을 반영하여 나머지 사회보장급여비 증가율 관리를 염두에 둔 값이다.

2) 후생노동성의 대응

가) 요시카와 교수 제언 거부

2005년 요시카와 교수가 제언한 ‘사회보장급여비 증가율 관리’에 대해 당시 후생노동성(오쓰지 히데히사 尾辻秀久 대신, 경제재정자문회의 임시의원)은 일단 부정적인 자세를 견지했다. 같은 해 6월 1일 경제재정자문회의에 제출한 자료에서 다음과 같은 몇 가지 이유를 들어 동 제언을 거부한다.

① 의료비 증가는 의료 고도화와 지역 수진 행동 등에 의해 좌우되는 등 경제성장률과 연동하지 않는 측면이 있다. ② 환자 일부부담 인상과 진료보수 개정에 따른 그간의 억제방식은 효과가 일시적이므로 자연 증가에 따른 의료비 증가를 억제할 구조적 대책이 필요하다. ③ 의료비는 지역별로 격차가 있고 지역 내 의료제공체제 및 보건사업과 개호서비스 실시 상황 등과 연관되어 있다. 등의 이유를 들면서 GDP 연동 등 기계적인 증가율 관리는 현행 의료체계 관리에 큰 혼란을 가져온다고 지적하였다.

대안으로 전국 단위의 의료비 총액 목표를 토대로 지역(도도부현)별로 계획을 세워 의료비 자연 증가를 중장기적으로 또 구조적으로 억제하는 정책 전개가 필요하다고 제시하였다.

이후 고이즈미 내각은 후생노동성의 방침에 부응하는 형태로 의료제도 개혁의 틀을 마련하였다. 그해 6월 21일, 각의에서 결정한 ‘경제재정 운영과 구조개혁에 관한 기본방침 2005’에는 “사회보장급여비 증가에 대해서는 특히 증가가 두드러지는 의료를 염두에 두고 의료비 적정화의 실질적 성과를 추구하는 정책목표를 설정하여 정기적으로 그 달성 상황을 여러 관점에서

검증하고 달성에 필요한 조치를 취한다. 위 목표에 대해선 국민이 수용할 수 있는 부담수준, 인구고령화, 지역내 조치, 의료 특성 등을 감안하여 구체적인 조치 내용과 더불어 2005년도 중에 결론을 낸다. 이를 토대로 2006년도에 의료제도 개혁을 단행한다”라고 서술되어 있다.

나) 2006년 의료제도개혁과 의료비 적정화 계획

의료비 증가를 적정화하려는 중장기 대책은 2006년 의료제도개혁에서 구체화된다. 관련 내용은 「고령자 의료 확보에 관한 법률(1982년)」개정 법률안(제11조 등)에 포함되었다. “제도의 지속가능한 운영을 확보하기 위해 국가와 도도부현이 보험자 및 의료관계자 등의 협력을 얻어, 주민의 건강증진과 의료비 적정화를 추진하기 위해 6년을 1기로 국가는 의료비 적정화 기본방침 결정, 도도부현은 자체 의료비 적정화 계획을 수립하여 목표 달성을 위해 매진해 나간다”는 것이 그것이다.⁹⁸⁾

이 개혁 조치로 의료비 적정화계획이 2008년도부터 시작되었다. 국가 차원에서 의료비 적정화 기본방침을 정하고 이에 입각해 각 도도부현이 자체적인 의료비 적정화계획을 세웠다. 이때 계획에는 건강유지와 의료의 효율적 제공을 위한 도전 목표가 설정되고 계획기간 중의 의료비 전망이 제시되었다.

계획의 실효성을 높이기 위해 진행 상황 평가와 계획기간 종료 후의 실적 평가가 행해졌다. 각 도도부현이 보험자, 의료관계자 등의 협력을 얻어 목표 달성을 위해 노력하고 그 결과로서 의료비 증가 억제에 꾀했다는 점에서 밑으로부터의 상향식 개혁 작업(bottom up)이라고 할 수 있다.

98) 동법이 2015년 개정되면서 1기 5년, 2기 5년이 3기에 6년으로 바뀌었다. 아울러 동법 제9조에 도도부현 의료비 적정화계획과 관련하여 다음과 같은 내용이 규정되었다. 2. 도도부현 의료비 적정화계획에서는 해당 도도부현의 의료계획에 입각한 사업 실시로 병상의 기능 분화와 연계 추진 성과, 그리고 주민의 건강 유지 추진 및 의료의 효율적 제공 추진으로 달성이 예상되는 의료비 적정화 효과를 토대로, 후생노동성령이 정하는 바에 의해 산정한 계획기간의 의료 비용을 전망(이하 생략) 관련 사항을 정한다. 요컨대 이전의 두 차례 적정화 계획에 비해 도도부현 주도의 의료비 적정화 추진이라는 방향성이 더 강해졌다. 후생노동성(2018), 「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」, p.1.

이때의 조치에 따라 제1기 의료비 적정화계획(2008년-2012년), 제2기 의료비 적정화계획(2013년-2017년), 제3기 의료비 적정화계획(2018-2023년)이 수립되어 추진되었고 지금도 진행중이다. 각 기별 중점 도전목표는 제1기가 특정건진 실시율 70% 이상, 특정 보건지도 실시율 45% 이상, 내장지방증후군(고혈압, 당뇨 등 만성질병 우려) 해당자·예비군 감소, 평균재원일수 단축, 제2기는 1기 목표의 지속적 추진 외 흡연대책, 후발의약품 사용 확대, 제3기는 1기, 2기 목표에 덧붙여 생활습관병 중증화 예방, 예방 및 건강유지에 대한 개인 대상 유인조치, 의약품 적정 사용(중복투약과 다제투여 적정화)가 추가되었다. 관련 내용이 <표 V-1>에 정리되어 있다.

표에 나오는 특정건진, 특정 보건지도에 대해 간단히 설명한다.⁹⁹⁾ 시발은 2005년 12월 1일 정부·여당의료개혁협의회에서 내놓은 '의료제도개혁대강'에서 찾아볼 수 있다. 여기에 2015년도에 2008년도 대비 당뇨병 등의 생활습관병 유병자와 예비군(群)을 25% 감소시키고 중장기적으로 의료비 증가를 적정화해 나갈 방침이 제시되었다. 관련하여 2008년 4월부터 「고령자의료확보법」(1982년)에 입각해 의료보험자에게 내장지방 축적 등에 기인하는 생활습관병 관련 건강진사(診査, 이하 특정건진)와 특정건진 결과 건강유지 노력요망자에의 보건지도(이하 특정보건지도) 실시가 의무화되었다.¹⁰⁰⁾

특정건진과 특정보건지도는 40세에서 74세까지의 모든 의료보험 피보험자와 피부양자가 대상이며, 내장지방증후군(메타볼릭 신드롬) 해당자와 예비군을 줄이는 것이 주된 목적이다. 특정건진 결과에 따라 필요하면 특정보건지도가 행해지기도 한다.

먼저 특정건진은 특정 건강진사(健康診査)를 줄인 말로 의료보험자가 실

99) 국민건강 증진 운동의 뿌리는 좀더 거슬러 올라간다. 1978년 이후의 제1차 국민건강 대책, 1988년 이후의 제2차 국민건강 대책, 2000년 이후 21세기 국민건강 운동(건강일본 21), 2005년 9월 15일자 '향후 생활습관병대책 추진에 대해'(후생과학심의회 지역보건건강증진영양부회, 중간보고)에서 제시된 생활습관병 대책 제언(과학적 근거에 입각한 건진·보건지도 철저 필요 등) 등에 의해 2008년 4월부터 특정건진·특정보건지도가 도입된다. 참고로 일반건진은 각종 의료보험법에 입각해 의료보험자가 행하는 건강 진단과 건강진사(이하 건진)를 가리킨다. 2013년 4월 이후에는 건강일본21(제2차) 계획에 따라 건강수명 연장, 건강격차 축소, 생활습관 개선과 사회환경 정비 등 합계 53 항목에 걸친 구체적인 목표 항목이 설정되었다. 후생노동성 健康局(2013), pp.1-2.

100) 후생노동성 健康局(2013), p.1.

시하는 일반건강과 달리 내장지방증후군의 예방과 감소에 초점이 맞춰진 건강진사이다. 또 종래의 건강 진단이 생활습관병과 암 등의 조기발견, 조기 치료 등을 중시해온 것과도 비교된다. 검사항목은 기본항목으로 ① 기왕의 병력(복약력, 흡연습관 등) ② 자타각증상¹⁰¹⁾(이학적 소견), ③ 신장 체중 복위, BMI¹⁰²⁾ ④ 혈압 ⑤ 간기능, AST(GOT), ALT(GPT), γ -GT(γ -GTP) ⑥ 지질(脂質), 트리글리세라이드¹⁰³⁾, HDL콜레스테롤, LDL콜레스테롤 혹은 non HDL 콜레스테롤 ⑦ 혈당(공복시 혈당 혹은 HbA1c) ⑧ 뇨당, 뇨단백이 있다. 상세 진단 항목으로 심전도, 안저(眼底)¹⁰⁴⁾, 빈혈, 크레아티닌¹⁰⁵⁾ 검사가 있다.

특정보건지도는 특정건강 결과를 토대로 내장지방증후군 위험수에 따라 생활습관 개선이 필요하다고 판단되는 이들에 대해 행하는 보건지도를 지칭

101) 자각증상과 타각(他覺) 증상을 합친 말이다. 자각증상은 수진자 스스로 느끼는 증상이고, 타각증상은 일반적 의약품어라기보다 법률용어이다. 가령 타각소견이나 이학적 소견 등으로 사용된다.

102) BMI는 Body Mass Index를 줄인 말로 체질량지수나 체격지수 등으로 불린다. 체중(kg)을 신장(m) 제곱으로 나눈 값으로 비만과 저체중 판단에 이용된다. 비만의 판단기준은 나라에 따라 조금씩 다르며 세계보건기구(WHO)에서는 30 이상을 비만으로 본다. 일본비만학회에서는 18.5 미만을 저체중, 18.5 이상 25 미만을 보통체중, 25 이상을 비만으로 분류한다. 비만은 정도에 따라 비만1에서 비만4까지로 세분된다. 내장지방 축적은 BMI와 상관도가 높지 않으므로 내장지방증후군 진단기준에 BMI가 들어가지 않지만 예비군을 찾아내는 의미에서 특정건강 검사에 사용되고 있다.

<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/dictionary/metabolic/ym-002.html>

103) 영어로는 triglyceride(TG)이며 중성지방을 뜻한다. 쇠고기, 돼지고기, 생선, 식용유 등의 지질로 체지방의 대부분을 접하는 물질이며 단순히 지방이라고도 한다. 구성 성분인 지방산은 동물성 지방으로 포화지방산이 많고 상온에서 고체로 존재한다. 이에 비해 식물성 지방은 불포화지방산으로 상온에서 다수가 액상이다. 중성지방은 중요한 에너지원이지만 과다 섭취하면 체지방으로 축적되어 비만을 초래한다. 혈액 중의 중성지방치가 150mg/dl 이상이면 고 트리글리세라이드혈증으로 판단되어 내장지방증후군 진단기준에 포함된다. 健康日本21에서는 20~40대 성인의 지질에너지 비율의 25% 이하 유지가 목표이다.

104) 안저는 안구 후내벽면을 덮고 있는 망막을 지칭하며, 안저검사는 안저를 안저카메라로 촬영하여 안저 부위의 혈관, 망막, 시신경 등을 조사하는 검사이다.

105) 크레아티닌(creatinine)은 근세포내 크레아틴에서 생성되는 질소화합물이다. 크레아티닌은 신장의 사구체에서 여과되어 뇨세관에서 재흡수되지 않고 다량이 배출된다. 뇨중 크레아티닌(U-Cre, urea-creatinine)은 기준치가 1.0~1.5g/일이며 사구체 여과율(GFR)의 좋은 지표로 활용된다. 이 값이 커지면 사구체 여과기능의 저하, 신기능 장애를 시사한다. 반대로 낮아지면 근위축 질환이 의심되어 장기 외상 환자의 영양상태 평가에 도움이 된다.

한다. 대상자로 결정되면 자신의 건강상태에 대한 올바른 이해를 바탕으로 생활습관 개선을 위한 행동목표를 스스로 설정하고 이를 실시할 수 있도록 의사, 보건사¹⁰⁶⁾ 등에 의한 개인의 특성과 위험에 따른 지원이 행해진다. 보건지도는 대상자 선정방법에 따라 동기부여 지원과 적극적 지원의 두 방식으로 시행된다.

동기부여 지원은 ① 내장지방형비만 A타입이면서 추가 위험¹⁰⁷⁾이 하나 ② 내장지방형비만 B타입이면서 추가 위험이 하나 또는 두 가지인 이들이 그 대상이다.¹⁰⁸⁾ 이들에 대해선 20분 이상 개별 면담(대면 혹은 통신기기 이용)이나 그룹 지원을 통해 생활습관 개선에 대해 함께 생각하는 기회를 원칙적으로 1회 갖는다. 대상자가 스스로의 생활습관을 돌아보면서 행동목표를 세워 이를 지속적으로 추진할 수 있도록 지원하고 3~6개월 후 통신 등(전화, 이메일, 팩스, 편지 등)을 이용해 생활습관의 개선상황, 허리둘레, 체중 등을 묻고 대책을 세운다.

이에 대해 적극적 지원은 동기부여 지원에 덧붙여 3개월 이상 추가적으로 정기적이고 계속적인 지원(전화, 이메일, 팩스, 편지 등 이용)에 나선다. 이를 통해 대상자 스스로가 자신의 생활습관을 돌아보고 행동목표를 세워 이를 지속적으로 추진할 수 있도록 개선상황을 묻고, 3~6개월 후 통신부 등을 이용한 평가를 통해 대책을 세운다.

106) 보건지도에 종사하는 간호사로 질병 치료가 중심인 통상의 간호사와 달리 질병 예방이 중심 임무이다. 보건사는 간호사 면허 소지자로 소정의 보건사 양성과정(1년 이상) 수료 후 보건사 국가자격 시험에 합격한 자이다. 행정보건사, 산업보건사, 학교보건사, 병원보건사 등이 있다. 국내에도 보건간호사(간호직 공무원, 보건직 공무원), 산업간호사, 보건교사 등이 있지만 일본같은 별도 보건사 자격시험은 없다.

107) 여기에는 혈당, 지질, 혈압, 흡연력의 네 가지가 있다. ① 혈당은 공복시 혈당치가 100mg/dl 이상이거나 HbA1c 5.6%(NGSP值) 이상 ② 지질은 중성지방 150mg/dl 이상이거나 HDL콜레스테롤 40mg/dl 미만 3) 혈압은 수축기 혈압 130mmHg이거나 확장기 혈압 85mmHg 이상 ④ 흡연력은 앞의 ①에서 ③ 위험이 하나로 있는 경우에 위험으로 추가. 2018년 4월 이후 진단에서는 공복시 혈당치를 얻을 수 없는 경우 수시 혈당치를 사용한다.

108) A타입은 허리 둘레가 남성 85cm 이상, 여성 90cm 이상인 자이고 B타입은 남성 85cm, 여성 90cm 미만이면서 체질량지수가 25 이상인 자이다. 참고로 국내에선 비만 기준이 남성 90cm, 여성 85cm로 일본과 다르다.

〈표 V-1〉 3기에 걸친 의료비 적정화계획(2008~2023)

주민 건강 유지, 촉진 사항		의료의 효율적 제공, 추진 사항								
제1기 2008~12	특정건강 실시율 70% 이상	-		평 균 재 원 일 수	32.2일 (06년)을 29.8일 (12년)로	의료요양 병 상수 23만 (08년)을 약15만 (12년) 으로	-			
	특정보건 지도 실시율	-								
제2기 2013~17	45% 이상	흡 연 대 책		축 소	28.6일 (17년)로	-	의 약 품	제네릭의 약품수량 비율 (17년말 60% 이상, 20년 9월 80% 이상)	중 복 투 약, 다 제 투 여 적 정 화	
제3기 2018~23	내장지방 증후군 ¹⁾ 해당자 및 예비군 감소 (08년 대비 1기 10% 이상, 2기와 3기 25% 이상)		예방접종							-
			당뇨병 등 생활 습관병 중증화 예방조치 등							

주: 1) 내장지방 축적으로 고혈당, 지질이상증(고중성지방 혹은 저HDL 콜레스테롤형증), 고혈압 등의 동맥 경화 위험인자가 집중되어 있는 상태를 지칭한다. 인슐린 저항성, 동맥경화 유발성 리포단백이상, 고혈압 합병 심혈관병 이발(易發)증 상태로 추정되는 질환이다.

출처: 후생노동성, 「医療費適正化計画について」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190656.html>, 石橋未来(2018) 도표 3. p.4 등 참조하여 필자 작성

나. 성과와 평가

이하에서는 제1기와 제2기 의료비 적정화계획의 추진 결과에 대해 개략적으로 평가하고 이후 각 기별 추진 성과와 이에 대한 평가를 서술하고 제3기 계획에 대해 소개한다.

1) 제1기, 제2기 계획 추진 성과: 총평

2008년부터 2017년까지 10년간 추진된 두 차례 적정화계획에서 제시되었던 의료비 전망과 이에 대한 평가는 1기의 경우 꽤 부실하였고¹⁰⁹⁾ 2기에는

109) 石橋未来(2018) https://www.dir.co.jp/report/research/policyanalysis/social-securities/20180604_020129.html 참조.

1기 사례를 거울삼아 상당히 치밀한 평가 작업이 이루어졌다. 제대로 된 평가라면 적정화 조치가 취해졌을 경우의 의료비 전망과 그렇지 않은 경우의 전망치를 추계하여 계획기간 중의 중간연도 및 종료 후 다음 연도에 꼼꼼하게 비교해야 했다. 그런데 1기 평가에서는 그렇지 못하고 실적치와 추계치의 표면적인 비교로 끝났다.

즉 효과적인 평가가 이뤄지기 위해선 의료비 전망 작성 시점에 가정된 경제상황과 의료단가를 이후 실적치와 비교하여 어느 정도 차이가 나는지, 차이가 있다면 이를 조정하여 의료비 전망을 다시 계산하고 이를 실적과 비교하여 어느 정도 차이가 나는지, 이같은 차이가 적정화 조치의 어느 부분에 문제가 있어서 그런 것인지 등에 대해 검토해 이들 결과를 향후의 대응에 반영시키는 것이 필요하다. 그런데 이러한 작업이 일절 행해지지 않았다.

이를 교훈삼아 2기 평가에서는 꽤 엄격하게 접근하여 전망치와 실적치의 차이를 인구 요인, 고령화 요인, 진료보수개정 요인, 기타로 세분하여 5년간의 변화를 추적하였다.¹¹⁰⁾

이같은 한계점에도 불구하고 의료비 적정화에 대해선 일정한 성과를 거둔 것으로 평가할 수 있다. 1기의 경우 최종연도인 2012년도 의료비 실적치가 38.4조엔으로 전망치인 38.6조엔보다 0.2조엔 밀돌았다. 하지만 최초연도인 2008년도 실적치 34.1조엔 대비 12.6%가 증가하여 1기 계획에서 의도하였던 11.9% 증가보다 0.7%p 더 높게 나타났다. 실적치가 전망치가 보다 낮았음에도 증가율이 높게 나온 것은 2008년 전망치가 34.5조엔으로 실적치보다 0.4조엔 많게 전망되었기 때문이다.¹¹¹⁾

적정화 효과는 1기의 경우 전망된 0.9조엔보다 약간 낮은 성과를 거둔 것으로 평가할 수 있을 것이다. 당초 적정화 조치의 효과는 없었을 경우 39.5조엔이 조치 후 38.6조엔으로 줄어든 것으로 전망되었는데 실제로는 38.4조엔으로 더 줄었다. 다만 출발점이 전망치보다 더 낮았기 때문에 적정화 효과

110) 후생노동성(2019), 「第2期 医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」, 第五 医療費推計と実績の比較・分析, pp.33-37.

111) 후생노동성(2014), 「第一期 医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」 표 23 제1기 계획상의 의료비 전망과 실제 의료비 비교, p.24.

는 0.9조엔을 약간 밑도는 수준으로 추정해 볼 수 있다.

2기의 경우 전망된 1.04조엔보다 월등히 큰 3.9조엔의 적정화 효과를 거두고 있다. 당초 계획에 없었던 진료보수개정(2014년, 2016년)에 따른 효과, 고령화에 따른 증가 압력 완화, 기타 조치(가령 의료 고도화, 환자부담 개정 등)에 증가율 억제 등이 주된 요인으로 꼽힌다. 인구 요인은 증가율 억제 효과가 기대 이하로 나왔다.¹¹²⁾

2) 1기 ~ 3기 계획: 상세 내용

〈표 V-1〉에 정리되어 있듯이 2008년 이후 추진되고 있는 의료비 적정화 프로그램의 큰 방향은 국민 건강의 유지 및 촉진과 의료의 효율적 제공의 양방에서 소기의 성과를 추구하는 것이다. 건강보험 가입자인 국민들이 평소 건강 관리에 유념하여 질병을 사전에 예방하거나 중증화를 막아 의료 수요 발생을 줄이고, 병원의 병상 감소와 더불어 입원 환자의 재원 일수를 줄이면서 재택 치료를 장려하여 입원 비용을 억제하며, 제네릭 의약품 사용 비율을 높이고, 약제 남용을 줄여 약제비를 절감하자는 세 축으로 정리해볼 수 있다.

물론 의료비 적정화 조치의 수용성 증대를 위해 당초 계획에 넣지 않았던 진료보수 조정(주로 인하), 환자 본인부담 조정(주로 인상) 등에 의한 의료비 억제도 적지 않은 효과를 거둔 것으로 평가되고 있다.

주목할 점은 의료비 증가 억제와 관련하여 국내에서 방안의 하나로 곧장 제기되는 과잉진료, 부당진료 억제 등이 일본에서는 거의 고려되지 않는다는 사실이다. 그 배경으로 우리에게 비해 건강보험 급여의 보장성이 높고 혼합진료 원칙 금지로 비급여 진료에 따른 부담이 커 이용자가 많지 않다는 사실 등이 고려될 수 있을 것이다.

112) 후생노동성(2019), 「第2期 医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」, 第五 医療費推計と実績の比較・分析, 표 25, 의료비 증가 관련 추계와 실적의 차이 상황, p.36.

가) 특정건진 실시율: 2012년 목표를 70%로 설정한 것은¹¹³⁾, 2004년 국민 생활기초조사결과에 따르면 지난 1년간 어떤 형태로든 건강 진단을 받은 이들의 비율이 60.4%로 나온 것을 반영한 것이다. 여러 가지 이유로 건강 진단을 받을 수 없는 환경에 있는 이, 또 수진을 원치 않는 이들이 있다는 점을 감안한 것으로 80% 정도가 고려가능한 최대치라고 보아 그에 근접한 70%를 목표치로 정했다. 하지만 1기 계획의 종료 시점인 2012년의 특정건진 실시율은 전국 평균이 2008년의 38.9%에서 7.3%p 증가한 46.2%로 목표치에 크게 미달되었고, 2017년의 실시율도 53.1%에 머물러¹¹⁴⁾ 3기 이후의 지속적 도전 과제로 남아 있다.

나) 특정보건지도 실시율: 2012년 목표를 45%로 설정한 것은 모델사업 등을 통해 보건지대로 2015년에 내장지방증후군 해당자·예비군 감소율 정책목표 25%를 달성하기 위해 2012년에 필요한 보건지도 실시율 수준으로 45%가 채택되었다. 1기 계획 종료시점인 2012년 실시율은 2008년의 7.7%에서 8.7%p 증가한 16.4%에 불과한 등 목표치에 크게 미달하였고, 2017년 시점에서도 19.5%에 불과하였다.¹¹⁵⁾ 당초에는 2015년 보건지도 실시율을 60%로 잡기도 했는데 그간의 시행 착오를 경험삼아 3기에서도 45%가 목표치로 채택되었다.

다) 내장지방증후군 해당자·예비군 감소율: 2012년 목표를 10%로 잡은 것은 2015년에 2008년 대비 25% 감소시킨다는 큰 목표하에 2012년 목표치를 설정한 것이다. 1기 계획 종료시점인 2012년 3.1% 감소에 머물러 목표치에 크게 미달하였다.¹¹⁶⁾ 2012년의 내장지방증후군 해당자 비율은 14.5%, 예비군은 11.9%로 합계 26.4%이다. 남자가 38.5%

113) 후생노동성(2008), 「医療費適正化計画の仕組み」, 2008년 4월 시행. 당초에는 2015년 목표치로 80%가 고려되었으나 3기 계획에서도 70%에 머물고 있다.

114) 후생노동성(2019), 「第118回 社会保障審議会 医療保険部会」, 参考資料 2-2, 第2期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価), p.8 표 3.

115) 위 자료 p.11 표 7.

116) 이는 후생노동성이 2017년 발표한 「第二期全国医療費適正化計画の進捗状況」에 따른 값이다.

로 여자 11.5%보다 3배 이상 높다. 조사대상인 40-74세에서 해당자는 남자 21.1%, 여자 6.3%, 예비군은 남자 17.4%, 여자 5.2%이다. 연령에 따라 증가하는 추세를 보이고 있다.¹¹⁷⁾

그런데 5년이 지난 2017년에는 목표와 달리 오히려 해당자·예비군 비율이 증가하였다. 특정진진 수진자 중 해당자 비율은 15.1%, 예비군 비율은 12.0%로 합계 27.1%이다. 남자는 40%, 여자는 12%대로 여전히 남자가 3배 이상 높은 수준을 보이고 있다.¹¹⁸⁾

2, 3기 계획에서도 동일한 목표가 제시되어 있는 사실에서 알 수 있듯이 25%는커녕 10% 목표치 달성도 쉬운 일이 아님을 알 수 있다. 의료비 적정화 계획 중 가장 목표치에 미달하는 부분이라고 할 수 있다.

라) 의료요양 병상 수: 요양병상¹¹⁹⁾ 중 의료의 필요성이 높은 용도로 사용되는 의료요양 병상의 수를 2008년의 23만상에서 2012년에 약 15만상으로 35% 줄이는 목표가 당초 제시되었다. 줄어든 병상은 개호요양 병상 등 노인보건시설과 케어하우스 등 재택요양지원 거점 기관의 병상으로 기능이 전환되도록 했다. 하지만 이같은 재편성이 실상에 맞지 않는다는 지적이 나와 요양병상 목표가 동결되고 기계적인 삭감을 하지 않기로 변경되었다. 지역과 의료기관이 자주적으로 병상 전환에 나서도록 방향이 바뀌었다.¹²⁰⁾

마) 의료요양 병상 수: (당초 계획) 위에 제시된 약 15만상의 전국 단위 요양병상 목표 수는 도도부현의 병상 목표 수를 토대로 얻어진 값이다. 도도부현은 기본 병상 수 산식(바)에 후기고령자수 증가율, 구명

117) 후생노동성(2014), 「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」 p.7의 도 9.

118) 후생노동성(2019), 「第2期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」 p.7 도 6.

119) 넓은 의미의 '요양병상'의 숫자는 2006년 35.0만상에서 2012년 32.9만상으로 6%가 감소하였다(의료시설조사), 후생노동성(2014), 「第一期医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」, p.10 표 4. 이에 따르면 요양병상 외 일반병상, 결핵병상, 정신병상을 포함한 전체 병상은 2006년에 162.7만상에서 2012년 157.8만상으로 3% 감소하였다. 일본 당국이 평균재원일수 감축과 더불어 요양병상 중 의료요양 병상 수를 집중적으로 줄이는 노력을 기울이고 있음을 알 수 있다.

120) 후생노동성(2010), 「全国医療費適正化計画中間評価(概要)」 p.1. 의료요양병상은 2006년 10월 23.4만상에서 2009년 7월 22.7만상으로 감소하였다. 개호요양 병상은 11.8만상에서 93만상으로 줄었다. 전체 요양병상은 35.2만상에서 32.0만상으로 9.1% 줄었다.

구급의료 충실, 조기 재활 강화에 의한 중증화 예방, 재택의료, 지역 케어 추진 등의 방침을 종합 고려하여 지역 병상 수를 정한다.

바) 의료요양 병상 수: (당초 계획) 도도부현의 기본 요양병상 수 설정 산식은 'a-b+c'로 한다. 2006년 10월 기준

a: 의료보험 적용 의료요양병상(회복기 재활 병동인 요양병상 제외) 수

b: 의료요양병상에서 개호보험 시설 등으로 전환 혹은 삭감 예정인 병상 수(의료구분 1 + 의료구분 2 * 0.3)

c: 개호보험 적용 요양병상에서 의료요양병상으로 전환 예정인 병상 수(의료구분 3 + 의료구분 2 * 0.7)

여기서 의료구분 3은 척추염증, 척추시신경장애 등과 같이 의사 및 간호사에 의한 24시간 체제 감시, 관리가 필요한 질환이나 상태, 의료구분 2는 근육위축증, 파킨슨병 관련 질환, 척추손상, 폐기종, 요로 감염증 등과 같이 의사 및 간호사에 의한 고도케어나 조치가 필요한 질환이나 상태, 그리고 의료구분 1은 2, 3이 아닌 질환이나 상태를 가리킨다.

사) 평균재원일수(개호요양병상 제외): 2012년 수치 목표로 제시된 29.8일은 2006년 병원보고에 나타난 32.2일(2008년은 31.6일)에서 2.4일을 줄인 것인데, 이는 가장 짧은 도도부현(나가노현 25일)의 평균재원일수와의 차이인 7.2일의 1/3에 해당하는 값이다. 이는 2015년까지 절반을 줄여 28.6일로 낮춘다는 장기목표에 입각해 제시된 값이었다. 2012년에 29.7일로 목표치에 도달하였다. 한편 2기에는 평균재원일수 수치목표가 28.6일로 제시되었는데 2017년 기준 27.2일로 당초 계획 수준에 도달한 것으로 평가된다.

2012년 기준 평균재원일수를 병상 종류별로 보면 전 병상 31.2일, 전 병상(개호요양병상 제외) 29.7일, 일반병상 17.5일, 정신병상 291.9일, 감염증병상 8.5일, 결핵병상 70.7일, 요양병상 171.8일, 개호요양병상 307.0일이다.¹²¹⁾

121) 후생노동성(2019), 「第2期 医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」 p.23 표 17.

2017년 기준 평균재원일수는 전 병상 28.2일, 전 병상(개호요양병상 제외) 27.2일, 일반병상 16.2일, 정신병상 267.7일, 감염증병상 8.0일, 결핵병상 66.5일, 요양병상 146.3일, 개호요양병상 308.9일이다. 개호요양병상을 제외하고 전 병상에서 재원일수가 줄어들었다.

- 아) 흡연대책: 이것이 2기, 3기 정책목표에 포함된 배경에는 암, 순환기질환 등 생활습관병의 발병 예방을 위해 가장 큰 위험인자의 하나로 주목된 흡연과 간접흡연대책이 필요하다는 인식이 있었기 때문이다. 정량적 수치목표가 설정되지 않았으나 건강의식 제고와 지속적인 계도활동의 영향으로 감소 추세를 보인다. 습관적 흡연자 비율은 2012년의 20.7%에서 2017년 17.7%로 3.0%p 감소하였다.¹²²⁾

2017년 기준으로 남녀, 연령별로 습관적 흡연자 비율을 보면 남자 29.4%, 여자 7.2%이며 40대가 25.4%로 가장 높고 30대 24.2%, 50대 20.9%, 60대 18.4%, 20대 16.9%, 70대 이상 8.8%로 낮아진다. 성별로는 남성은 30대가 40대보다 약간 높고 여성은 40대가 가장 높고 50대, 30대, 60대 순이다.¹²³⁾

- 자) 제네릭 의약품 사용 촉진: 2기 적정화 계획에서는 후발 의약품, 즉 제네릭 의약품 사용 촉진이 정책 목표로 채택되었으나 정량적 수치목표는 설정되지 않았다. 그런데 계획기간 중인 2013년 후생노동성이 작성한 로드맵에서 2018년 3월 말까지 제네릭 의약품 비율을 60% 이상으로 하는 목표가 제시되었다. 또 2017년 6월 각의에서 정해진 '경제재정운영과 개혁의 기본방침 2017'에서 2020년 9월까지 동 비율을 80% 이상으로 하는 목표를 내걸었다.

2013년 51.2%이던 제네릭 의약품 사용비율은 2015년 63.1%, 2017년 73.0%로 올라가 2기 계획기간 중의 목표(60%)를 달성하였고 3기 적정화계획 기간 중인 2020년 목표치인 80%도 달성 가능성이 높아 보

122) 이는 국민건강·영양조사에서 얻어진 값이다. 습관적 흡연자라 함은 '매일 피운다', '때때로 피우는 날이 있다'로 답한 이들을 지칭한다. 단 2012년은 습관적 흡연자 중 '지난 1개월 사이에 매일 혹은 때때로 흡연이라고 답한 이들을 가리킨다. 후생노동성(2019), 「第2期 医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」p.16 표 13.

123) 위 자료 p.16 표 14.

인다.¹²⁴⁾

차) 제3기 의료비 적정화 계획: 2018년부터 2023년까지의 6년 계획으로 입원의료비와 외래의료비 증가를 일정 수준 억제하는 것이 기본 목표이다. 입원의료비는 정량 목표를 정하지 않고 외래의료비는 0.6조엔¹²⁵⁾, 예상 외래의료비(30.3조엔)의 2% 감소를 목표로 정했다. 2014년 대비 입원의료비는 23.8-25.6% 증가 수준, 외래의료비는 20.2% 증가 수준으로 억제하는 것이 기본 목표이다.

금액으로는 2014년 입원의료비 16.0조엔을 2023년 19.8-20.1조엔 수준, 외래의료비는 24.7조엔에서 29.7조엔 선으로 억제하겠다는 것이다. 입원의료비에 대해 억제 수준을 명시하지 않은 것은 재택의료로의 이행에 따른 입원외의료비 증가 규모를 예상하기 힘들다는 점을 고려한 것이다. 분명한 것은 향후 외래의료비보다 입원의료비 증가폭이 더 클 것이므로, 이를 효과적으로 억제하는 것이 의료비 적정화의 큰 목표가 되어야 한다는 사실이고, 그래서 재택의료 이행을 다양한 형태로 지원, 촉진하고자 노력하고 있다는 사실이다.

카) 제3기 의료비 적정화계획: 입원의료비 억제는 도도부현의 의료계획인 지역의료구상에 담겨진 '병상 기능의 분화와 연계 추진 성과'에 상당 부분 의존하고 있다. 외래의료비는 특정검진·보건지도 실시율의 지속적 상향 추진, 제네릭 의약품 사용 촉진 강화(80% 이상)라는 1기, 2

124) 위 자료 p.25 표 18. 별도 자료에 의하면 제네릭 의약품 사용 비율은 수량 기준(신지표)으로 2019년 79.1%이다. 이 지표에 따르면 2015년 60.1%, 2017년 70.2%로 표 18의 값보다 다소 낮다. 이 점을 고려하면 표 18 기준에 맞춰 작성한 2019년 값은 80%를 넘어설 것으로 예상해 볼 수 있다. 의약품 사용 비율의 값이 다른 것은 연도말, 연도 평균 등으로 작성 기준이 다르기 때문이다. 제네릭 의약품 사용 비율은 ① 수량 기준(신 지표, 구 지표), ② 약제료 기준, ③ 후발의약품조제율 등의 형태로 작성되고 있다. 후생노동성(2020), press release, 「後発医薬品割合の推移及び後発医薬品割合(数量ベース)階級別保険薬局数構成割合」, p.4.

125) 내역을 보면 ① 특정검진 실시율과 보건지도 약 200억엔 ② 제네릭 의약품 사용 비율 상향(70%에서 80%) 약 4000억엔 ③ 당뇨병 중증화 예방(40세 이상 환자 1인당 의료비 평균과의 차액이 절반으로 줄어들 경우) 약 800억엔 ④ 중복투약(3 의료기관 이상)과 다제 투여(65세 이상으로 15종류 이상) 적정화 조치로 투여자가 절반으로 줄어들 경우 약 600억엔 이다. 의약품 사용 억제가 전체 절감액의 80%에 가깝다. 후생노동성(2018), 「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」, p.2.

기 노선에 덧붙여 3기에 당뇨병 등 생활습관병의 중증화 예방, 예방접종 등 예방조치 강화, 건강 촉진(개인 대상 유인 조치 등), 중복 투약과 다제(多劑)투여 적정화 등 의약품 적정 사용, 기타 조치 등이 추가 대책으로 설정되었다.

타) 종합: 2008년부터 2017년까지 10년간 추진된 제1기, 제2기 의료비 적정화 계획은 당초 설정한 세부 목표 측면에서 보면 달성하지 못한 부분이 훨씬 많지만, 제네릭 의약품 사용 비율의 획기적 증대, 의료요양 병상 수 감소와 평균재원일수 단축 등에 의한 입원의료비 억제, 그리고 당초 계획에 없었던 의료보수 개정(주로 인하), 본인부담 인상 등의 파급효과로 의료비 억제 측면에서는 당초 기대 이상의 성과를 거둔 것으로 평가될 수 있다.

유의할 점 중 하나는 전국 평균으로 일정 수준의 성과를 거두었더라도 지역별 의료비 격차가 꽤 크게 남아 있어 이를 축소하는 작업이 과제이다. 그래서 2018년부터 시작하는 6년 계획의 제3기 의료비 적정화 계획에서는 입원의료비 억제를 중심으로 1, 2기 이상으로 도도부현, 즉 지방정부 주도하의 적정화 사업(지역의료구상)에 중점이 더 주어졌다. 여전히 과잉상태로 평가받는 병상 수 감축 과정에서 지방정부가 자체 의료구상에 입각해 병상 기능의 분화와 연계를 통해 효율화해 나가도록 유도하고 있다. 이는 고령화, 장수화가 피크를 향해 가는 시점에서 입원의료비 억제가 의료비 증가율 억제의 최대 과제를 시사한다.

2. 개호비용 증가 억제 방안과 성과

일본의 개호보험은 2000년 4월 사회보험 형태로 제도가 창설되어 20년 이상 경과하고 있다. 개호보험제도 도입 준비는 1994년으로 거슬러 올라간다. 그 해 3월 고령사회복지비전간담회가 ‘21세기 복지비전’을 공표하고, 4월에 당시의 후생성이 고령자개호대책본부를 설치한 것이 출발점이라고 할 수 있다. 그리고 12월에는 고령자개호·자립지원시스템연구회가 보고서에서 개

호보험제도의 근간을 제시하였다. 이후 1995년 7월 사회보장제도심의회가 수상에게 개호보험제도 창설을 권고하였다. 1996년 6월 제도 창설에 여당이 합의하였고, 그해 11월 개호보험법안이 임시국회에 제출되어 1997년 12월 국회를 통과했다.¹²⁶⁾

40세 이상 국민이 피보험자이며, 40~64세는 제2호 피보험자, 65세 이상은 제1호 피보험자로 구분하여 관리하고 있다. 제도 발족 후 피보험자 1인당 평균보험료가 같도록 설정되었기 때문에 인구구조 변화를 반영하여 3년 단위로 제1호 집단과 제2호 집단이 부담해야 할 보험료 총액을 조정한다. 인구가 늘어나는 제1호 집단의 보험료 총액이 늘고, 인구수가 줄어드는 제2호 집단의 보험료 총액은 줄고 있다.

세계 최고 수준의 고령화를 보이고 있는 일본에선 20세기 후반부터 치매와 이에 근접한 증상을 보이는 이들이 늘면서 가족 내부에서 감당하기 힘들어지는 상황이 전개되고 있었다. 이러한 상황에서 정부 차원의 체계적 대응의 필요성을 느낀 후생노동성은 개호보험제도를 발족시키는데, 예상했던 것보다 빠른 속도로 개호비용이 늘어나면서 발족 후 얼마 되지 않은 시점에 잇따른 제도 개혁에 나선다. 그럼에도 불구하고 2021년 3월 기준 보건의료 지출, 즉 건강보장비용은 의료비 이상의 빠른 증가세를 보이고 있다.

이하에서는 제도 발족 이후 개호보험의 부담과 급여 상황을 정리하고, 개호비용 증가 억제를 위한 정책당국의 그간의 노력과 성과를 정리한다.

가. 추진 경과

1) 제도 발족 이후 전개

2000년 4월의 제도 발족 이후 개호보험 피보험자와 이용자는 급속히 증가해 오고 있다. 급속한 고령화로 65세 이상 제 1호 피보험자 수는 2000년 4월 말의 2,165만명에서 2020년 11월말에는 3,572만명으로 늘었고, 이 중 요

126) 제도 창설에 이르는 경과에 대한 좀더 상세한 서술은 미하라 다카시(三原岳 2020, 상), p.2 표 1과 pp.1~6 서술 참조. 그는 난산 끝에 태어난 개호보험제도의 특색을 네 가지 즉 계약제도 채택, 민간활력 이용, 지방분권 중시, 비용억제 장치 채택으로 정리하고 있다.

개호(요지원 포함) 인정자는 초기의 218만명에서 2020년 11월말 679.8만명으로 3배 이상 늘었는데 이는 제1호 피보험자의 18.7%에 해당한다.¹²⁷⁾ 아직은 제1호 피보험자보다 제2호 피보험자 수가 더 많다.

서비스 이용자도 크게 늘어 2000년 4월 대비 2019년 4월의 현황을 정리하면, 재택서비스 이용자 수는 97만명에서 379만명으로 3.9배, 시설서비스 이용자 수는 52만명에서 95만명으로 1.8배, 그리고 지역 밀착형 서비스 이용자 수는 2019년말 4월 기준 87만명에 이르고 있다. 전체 서비스 이용자는 2000년 4월의 149만명에서 2019년 4월 487만명으로 3.3배 늘었다. 여기에는 거택개호지원, 개호예방지원, 소규모다기능형 서비스, 복합형 서비스 포함, 개호보험시설, 지역밀착형 개호노인복지시설, 특정입소자 생활개호(지역밀착형 포함), 치매대응형 공동생활개호가 포함된다.¹²⁸⁾

자연히 개호비용과 보험료도 지속적으로 증가해 왔다. 개호보험 급여로 측정되는 총비용¹²⁹⁾은 발족 초기인 2000년의 3.6조엔에서 2019년 11.7조엔으로 늘었고, 보험료는 제1호 피보험자 기준(전국 평균, 월액) 제1기인 2000~2002년의 2,911엔에서 제7기인 2018~2020년의 5,869엔으로 2배 이상 커졌다.¹³⁰⁾ (그림 V-1 참조). 제1호 피보험자가 납부하는 보험료 총액은 전체 개호보험 급여의 약 23%(2018-2020년도)이다.

평균보험료와 달리 개인별 보험료는 꽤 차이가 난다. 제1호 피보험자는 보험자인 시읍면 상황을 반영하는 기준액, 시읍면세 과세 여부, 소득 수준에 따라 차등화된 금액이 부과된다. 기준액은 해당 시읍면 개호급여 필요비용 중 제1호 피보험자 평균부담분이다. 제2호 피보험자는 각 건강보험조합별로 약간씩 달라 개인별 소득 수준(표준보수월액, 표준상여액 등)과 개호보험료

127) 후생노동성, 「介護保険事業状況報告の概要」(2020.11월 잠정판)

<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m20/dl/2011a.pdf>

128) 후생노동성 老健局(2019), 「介護保険制度の見直しに関する意見(案)(参考資料)」12.27., 社会(保障)審議会 介護保険部会(第89回), 参考資料 2. p.2.

129) 여기에는 개호보험 관련 사무비용 및 인건비 등은 포함되지 않는다. 이들 비용은 지방 교부세로 처리된다.

130) 후생노동성 老健局(2019) p.76. 기초연금 평균지급액이 약 5만엔이고 개호보험료가 기초연금에서 원천징수되는 점을 고려하면, 추가적인 대규모 인상은 쉽지 않은 상황이라고 할 수 있다.

율(2021년 3월, 1.80%, 협회건보)이 공통 적용되고¹³¹⁾, 자영업자가 많은 국민건강보험에선 세대 피보험자 수(균등할), 세대당 금액(평등할), 세대 자산 규모(자산할) 등이 추가 고려되어 차등화된 금액이 부과된다. 시읍면은 자체 징수한 개호보험료, 각 건강보험조합이 징수하여 사회보험진료보수지불기금에 납부한 개호납부금을 재원으로 도도부현국민건강보험단체연합회(국보연합회, 심사·지불기관)에 개호급여비용을 지급한다.

개호비용의 조달은 보험료 50%, 조세 등 공적부담(이하 공비公費) 50%가 원칙이다. 2019년도 예산안 기준¹³²⁾으로 보면 제1호 보험료가 2.5조엔(23%), 제2호 보험료가 2.9조엔(27%)이다. 다만 보험료 부분 중 일부는 공적부담으로 충당되고 있다. 제1호 보험료 중 일부는 2015년도부터 저소득자 경감 차원에서 일부가 공적부담(국고, 도도부현, 시읍면)이며, 제2호 보험료에서도 일부가 공적부담이다. 2019년도 기준 공비부담 0.5조엔 중 협회건보(국고부담 0.1조엔), 국민건강보험(국고부담 0.3조엔, 도도부현 0.1조엔) 등이 그것이다.¹³³⁾

공적부담인 50%는 국고부담금 25%, 도도부현부담금 12.5%, 시읍면부담금 12.5%로 구성된다. 국고부담금은 5%의 조정교부금과 20%의 정률분으로 이루어진다. 2019년 기준 국고부담금 중 조정교부금 0.5조엔은 제1호 피보험자에서 점하는 75세 이상 고령자 비율과 소득단계별 비율 등을 고려하여 조정교부한다. 20%의 정률분 2조엔은 시설 급여비 부담비율 즉 국고부담금(정률분) 15%와 도도부현부담금 17.5%로 구성된다. 그리고 지방의 부담금인

131) 발족 후 2017년 7월까지 가입자할이 적용되어 제2호 피보험자는 모두 동일한 보험료를 부담했다. 가입자할은 제2호 피보험자 보험료 총액을 전체 피보험자 수로 나눈 값으로 소득과 개호보험료율이 영향을 미치지 못한다. 그런데 2017년 8월부터 총보수할로의 이행이 시작되어 가입자할 1/2, 총보수할 1/2, 2019년도 가입자할 1/4, 총보수할 3/4, 2020년도부터 총보수할이 되었다. 그 결과 평균소득이 낮은 협회건보 피보험자의 부담이 줄고 평균소득이 높은 공제조합, 건보조합 피보험자의 부담이 늘었다. 石橋未來(2021)에 따르면 2000년도 대비 2018년도 보험료는 선원보험(약 1.8배)과 협회건보(약 2배)가 제1호 피보험자 평균보험료 인상 수준(약 2배) 이하이고, 국보(약 2.2배), 건보조합(약 2.4배), 공제조합(약 2.6배)은 동 인상 수준 이상이며, 2020년 이후 차이가 확대될 전망이다. p.2 도표 1.

132) 개호급여비 10.8조엔, 총개호비용 11.7조엔이다. 여기서 사용하는 비율은 개호급여비 대비 비율이다.

133) 후생노동성 老健局, 「介護保険制度をめぐる状況について」, 2019년 2월 25일, p.5.

도도부현부담금 12.5% 1.5조엔, 시읍면부담금 12.5% 1.4조엔이 별도로 있다.

조정교부금(평균 5%)¹³⁴⁾은 후기고령자 비율이 높음에 따른 급여 증가¹³⁵⁾, 피보험자 소득수준이 낮음에 따른 보험료 수입 감소를 고려하기 위한 조치로, 시읍면 간의 재정력 격차 해소에 주된 목적이 있다.¹³⁶⁾ 이같은 조정을 통해 보험자 급여 수준이 같고 수입이 같은 피보험자라면 보험료 부담액이 같도록 한다.

2000년 4월에 시행된 개호보험제도는 이후 수차례 개정되어 오늘에 이르고 있다.¹³⁷⁾ 당초 시행 5년 후를 목표로 개정을 예정하고 있었다. 후생노동성 산하 자문기구인 사회보장심의회 개호보험부회는 제도의 지속가능성, 밝고 활력있는 초고령사회 구축, 사회보장 종합화라는 관점에서 2005년 법 개정에 착수하였고, 이후에도 2015년 개정 등 주기적으로 개혁 작업에 나섰다. 이때 늘 주된 관점은 개호서비스의 효율화와 중점화(重点化), 보험료 부담 증대 억제에 초점이 놓여진다.

134) 조정교부금 계산방법은 각 시읍면 보통조정교부금 교부액 = 해당 시읍면 표준 급여비액 × 보통조정교부금 교부비율, 여기서 보통조정교부금 교부비율은 28%- (23% × 후기고령자 가입비율 보정계수 × 소득단계별 가입비율 보정계수) 로 정해진다.

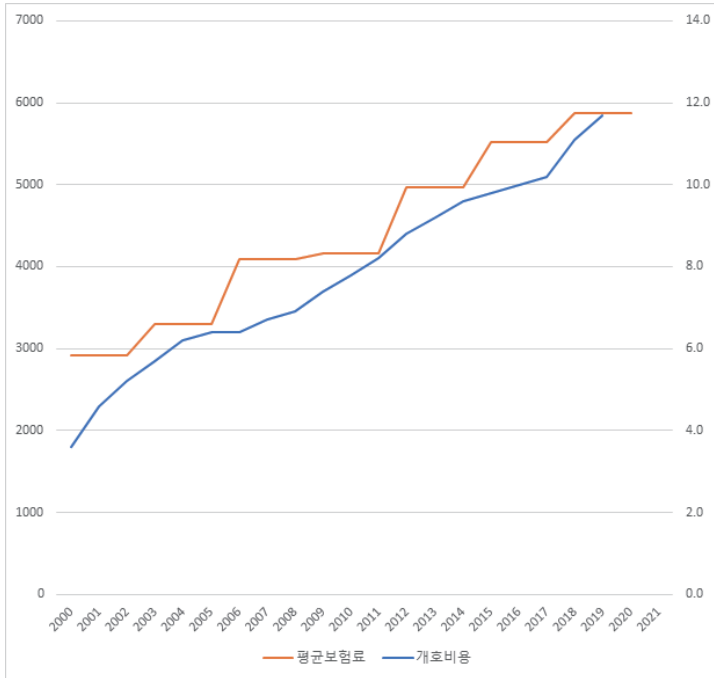
135) 전기고령자(65~74세)의 요개호인정률이 약 4.3%인 데 비해 후기고령자(75세 이상)의 요개호인정률은 약 32.2%로 7.5배의 차이를 보이고 있다. 조정하지 않으면 후기고령자 구성비율이 높은 시읍면 피보험자의 보험료율이 높아진다.

136) 재정력 격차 해소 노력에도 불구하고 개호보험재정 수지를 맞추지 못하는 시읍면이 소수 있다. 이들을 지원하기 위해 도도부현 단위로 설치된 재정안정화기금이 운영되고 있다. 2019년도 말 재정안정화기금 상황에 따르면 전국 47개 도도부현의 1,571개 보험자 중 대부분은 보험자는 5곳이며 대부금은 6,700만엔이다. 그리고 광역자치체인 도도부현별 재정안정화기금 적립금 상황을 보면 2019년도에 1,214억엔을 신규 적립하고 74억엔을 지출하여 적립금은 1,140억엔이다. 동 기금에는 공비(公費) 부담인 국가, 도도부현, 시읍면 각출분 중 일부가 적립된다. 적립금은 도도부현별로 관리되며 규모가 큰 오사카부가 86억엔, 후쿠오카현이 77억엔이며 가장 작은 돗토리현은 6억엔 정도에 머물고 있다. 후생노동성 老健局(2020), 「都道府県別 財政安定化基金貸付・交付等の状況(令和元年度未現在)」.

137) 지난 20년간의 개호보험제도 개정과 개호보수 개정의 주된 내용은 미하라 다카시(三原岳, 2020, 상), p.8 표 3 참조.

[그림 V-1] 개호비용과 월평균 보험료(제1호 피보험자)

(단위: 엔(좌), 조엔(우))



출처: 후생노동성 老健局(2019) p.76.

2) 개호보험제도 개혁

지난 20년 사이에 행해진 개혁, 개정의 큰 방향은 ① 개호보수의 적정화를 통한 재정 안정화, ② 요개호자 이전 단계인 요지원자 대상 급여인 예방 급여 창설과 예방사업인 생활지원 강화, ③ 지역포괄지원센터를 통한 지역 포괄케어 추진 등이다.

먼저 개호보수의 적정화를 살펴보자. 제도 발족 당시부터 비용 억제 장치가 도입되었지만¹³⁸⁾ 시행 후 얼마되지 않아 보수 삭감이 추진된다. 2003년도 개정으로 2.3%, 2005년도 개정으로 1.9%, 2006년도 개정으로 0.5%가 그

138) 첫째, 본인부담률 10%를 부과하고, 둘째, 요개호 인정제도 도입으로 보험자인 시읍면이 개호의 필요성과 요개호도 수준을 인정한 이들만이 소정의 한도 내에서 서비스를 수급할 수 있도록 하였다. 셋째, 어떤 서비스를 어느 시점에 받을지를 미리 정한 케어 매니지먼트를 채택하여 서비스 이용이 무제한으로 늘어나지 않도록 제어하였다.

것이다. 이같은 보수 삭감 노력에도 불구하고 발족 후 10년째인 2010년도의 총개호비용은 7.8조원으로 발족 당시인 2000년도 3.6조원의 2배 이상 규모에 달한다. 배경에는 요개호, 요지원 인정자 비율의 빠른 증가가 있다.

지속적인 개호보수 삭감에 대한 반동으로 2009년도 이후 보수 인상이 추진된다. 2009년도 3.0%, 2012년도 1.2%, 2014년도 0.63% 인상이 그것이다. 이같은 인상 조치는 개호보수를 발족 당시 보수 수준으로 돌려 놓는 정도에 머문다. 이후 2015년도에 2.27% 삭감이 행해진 이후 2017년도 1.14%, 2018년도 0.54% 2019년도 2.13%, 2021년도 0.7%의 지속적 인상으로 실질적인 인상 기조가 정착된다.¹³⁹⁾

개호보수 적정화 작업의 일환으로 2006년 4월부터 시설급여(시설서비스, 단기입소 서비스) 중 식비와 거주비를 보험급여 대상에서 제외하여 전액 본인부담으로 전환했다. 다만 시읍면민세 비과세 세대 등 저소득자에 대해서는 소득에 따른 이용자부담 단계별¹⁴⁰⁾로 식비, 거주비의 본인지출액(부담한 도액)을 설정하여 표준적 비용인 기준비용액과의 차액을 보충급여로 제공하도록 했다. 2015년 8월부터는 재택 생활자와 보험료 부담자와의 형평성 측면에서 보충급여 지급 시 예저금 등의 자산이 고려대상이 되었다.¹⁴¹⁾

개호서비스 이용 시 거택개호지원은 전액 보험급여된다. 나머지 서비스는 거주비, 식비¹⁴²⁾, 일상생활비¹⁴³⁾를 제외한 전체 개호비용 중 고령자(제1호

139) 공식적으로는 2018년도에 이은 2회 연속 인상이다. 하지만 개호직원 임금 인상 등을 포함한 임시개정(2017년도, 2019년도)까지를 고려하면 4회 연속 인상이라고 할 수 있다. 가령 2019년도 임시개정 시의 개호보수 인상 2.13% 내역을 보면 ① 개호직원 처우 개선 1.67% ② 소비세율 인상에 따른 보전 0.39% ③ 저소득자 식비, 거주비 부담 경감을 위한 보충급여 인상 0.06% 등으로 구성되어 있다.

<https://www.care-news.jp/useful/reward/201810>

140) 제1단계부터 제4단계로 구분된다. 1단계는 생활보호수급자, 세대 전원이 시읍면민세 비과세인 노령복지연금 수급자, 2단계는 세대 전원이 시읍면민세 비과세로 연금수입금액과 합계 소득 합이 80만엔 이하, 3단계는 세대 전원이 시읍면민세 비과세로 2단계 해당자가 아닌 자, 4단계는 보충급여 대상 외로 세대에 과세자가 있거나 시읍면민세 본인 과세자이다. 단계별 보충급여 사례와 시산 방식이 厚生労働省 老健局(2019, pp.80~83)에 제시되어 있다.

141) 예저금 등의 자산요건은 독신은 1천만엔 이하, 부부는 2천만엔 이하이다. 배우자 소득은 세대 분리 후에도 고려하고 배우자가 과세자인 경우에는 보충급여 지급 대상에서 제외된다. 또 2016년 8월부터는 이용자부담 단계 관성 시 비과세 연금(유족연금과 장애연금)도 고려한다. 후생노동성 老健局(2019) p.80.

피보험자) 본인부담률은 기본적으로 10%이며 소득수준에 따라 2015년 8월 이후 20%, 2018년 8월 이후 20%, 30%의 부담률이 적용되고 있다.¹⁴⁴⁾ 단 월별 본인부담 상한액이 있어 20%, 30% 적용자의 실제 부담액이 10% 적용자의 두 배, 세 배가 되지는 않는다. 상한이 고액개호서비스비 부담을 크게 완화시켜 준다.¹⁴⁵⁾

다음은 요지원자 대상 급여인 예방급여 창설과 예방사업인 생활지원의 강화이다.¹⁴⁶⁾ 2006년 4월부터 요개호 이전 단계인 요지원자에 대한 개호예방급여를 신설하였다. 서비스 단가가 높은 요개호 수급자 증가를 억제하기 위해 그 전 단계인 요지원자 관리를 강화하려는 것이 주된 목표이다. 제도 도입 후 15년 이상이 경과하면서 예방서비스 도입과 강화 효과가 개호비용 증가 억제에 부분적으로 기여하고 있는 것으로 평가되고 있다.

2014년 6월 제정된 「의료개호종합확보추진법」(지역 의료 및 개호의 종합적 확보 추진 위한 관계법률 정비 등에 관한 법률)에 따라 개정된 예방급여가 2015년 4월 이후 실시되고 있으며 2018년 4월까지 모든 시읍면으로 확대

142) 개호보험 3 시설과 단기 체류(short stay)에 대해서는 거주비와 식비에 대해 보충급여가 지급된다.

143) 서비스의 일환으로 제공되는 일상생활 편의 중 통상 필요한 비용으로 간주되는 이미용 비용, 교양오락비용, 금전 등 자산관리비용 등을 지칭한다.

144) 본인부담률은 2015년 7월까지 일률적으로 10%이었지만 2015년 8월부터 일정소득 이상자에게 20%가 적용되었다. 다만 월별 본인부담 상한액이 있어 대상자 전원의 부담이 2배가 되지는 않는다. 이후 2018년 8월부터 30% 적용 대상(현역 수준 소득자)이 추가되었다. 그 결과 2019년 기준 합계소득금액이 연 160만엔 이상이고 연금수입과 기타 합계소득의 합이 280만엔(독신, 부부는 346만엔) 이상이면 20%, 합계소득금액이 연 220만엔 이상이고 연금수입과 기타 합계소득의 합이 340만엔 이상(독신, 부부는 463만엔 이상)이면 30%가 적용된다. 후생노동성 老健局(2019) p.79.

145) 2017년 8월 이후 월 부담 상한은 ① 세대내에 현역 수준 소득자가 있거나 시읍면민세 납세자가 있는 경우 세대 기준 월 44,400엔, ② 세대원 전원이 시읍면민세 비과세자는 세대 기준 24,600엔, ③ 전년 합계소득금액과 공적연금 수입액 합이 연 80만엔 이하 세대 기준 월 24,600엔, 개인 기준 15,000엔, ④ 생활보호수급자 개인 기준 15,000엔이다. 3년간의 시한 조치로 세대내 65세 이상자의 본인부담률이 10%인 세대의 경우 연간 상한액은 446,400엔(37,200 × 12개월)이 적용되었다. 후생노동성(2017), 「平成29年8月から月々の負担の上限(高額介護サービス費の基準)が変わります」.

146) 三原岳(2020 하)은 예방사업 강화에서 강조되는 자립지원개호 개념은 제도 창설 시의 ‘고령자 자립지원’ 곧 ‘자기결정’과는 다른 개념이라고 지적한다. 당국의 개혁 의도는 개호예방 강화→신체적 자립→요개호도 유지·개선→개호급여비 억제로 이해할 수 있으며, 이때의 자립은 ‘신체적 자립’을 의미하는 데 멈추고 있다고 지적한다. pp.2~3.

되었다. 이는 독신세대 ‘요지원’ 고령자 증가에 대한 대응조치로 이들에 대한 생활지원을 통해 ‘요개호’로의 악화를 예방하기 위함이다. 생활지원, 개호 예방 서비스 제공 주체인 자원봉사자, NPO, 민간기업, 협동조합 등은 대상 고령자의 사회활동 참가를 지원하여 개호예방에 나서고 있다.

제도 창설 이후 개호예방 서비스 이용 대상인 요지원 1, 요지원 2 단계는 합쳐서 191만명(2020년 12월 기준)으로 전체 인정자 680만명의 28% 수준이다. 전체 서비스 수급자는 611만명으로 인정자보다 적으며¹⁴⁷⁾ 개호예방서비스 수급자가 109만명, 개호서비스 수급자가 527만명이다.¹⁴⁸⁾

개호예방서비스는 수급자가 적고 서비스 단가도 낮아 해당 서비스 비용이 개호서비스보다 적을 것은 쉽게 짐작할 수 있다. 2019년도 통계에 따르면 개호예방서비스 2,638억엔, 개호서비스 10조 2,457억엔으로 후자가 전자의 39배 규모다. 수급자 1인당 비용은 2020년 4월분 기준 개호예방서비스가 2.8만엔인데 개호서비스는 19.8만엔으로 7배 이상이다. 1인당 비용에서 차이가 나는데 개호서비스 이용자가 월등히 많기 때문에 전체 지출비용에서 큰 차이가 발생하고 있다.

서비스 항목별로 살펴보면 개호예방서비스에 없는 시설서비스에서의 높은 지출이 1인당 비용 격차의 주 원인임을 알 수 있다. ① 거택서비스는 예방서비스 2.3만엔, 개호서비스 12.1만엔, ② 개호지원은 예방 0.5만엔, 거택 1.5만엔, ③ 지역밀착형서비스는 예방 8.6만엔, 본 서비스 17.5만엔으로 2~5배 정도의 차이를 보인다. 이에 비해 시설서비스는 31.1만엔으로 단연 높고 비용 3조 4,797억엔은 개호서비스 총비용 10조 2,457억엔의 34%에 달한다.¹⁴⁹⁾ 전년 대비 증가율도 거택서비스, 지역밀착형서비스보다 훨씬 크다.¹⁵⁰⁾

147) 인정자는 690만명이며 수급자는 519만명이다(표 4). 인정자와 수급자 수가 다른 것은 2020년 4월 한달 심사분으로 파악했기 때문이다. 수급자 중 남녀 비율은 30.6%와 69.4%이다. 인정자 대비 수급자 비율은 75.2%로 남자 71.8%, 여자 76.8%이다. 611만명(표 1)은 2019년 5월 심사분부터 2020년 4월분 심사분의 실 수급자 수이다. 같은 기준으로 조사한 바에 따르면 2019년 597만명, 2018년 604만명, 2017년 614만명으로 연도별로 증감을 보이고 있다. 후생노동성(2020), 「2019년도 개호급여비등 실태통계 개황(2019년 5월 심사분-2020년 4월 심사분)」, 11.18., p.2.

148) 합계가 611만명보다 큰 것은 양 서비스를 중복 수급하는 이들이 있기 때문일 것으로 추정된다.

149) 시설서비스를 세분해 살펴보면 ① 개호복지시설서비스 1인당 비용 29.6만엔, 총비용 1

그래서 일본 정부는 지역포괄케어시스템망의 조기 구축과 강화를 통해 시설 서비스 비중을 줄이고 거택서비스와 지역밀착형서비스를 늘리려는 정책을 전개하고 있다.

세 번째는 지역포괄지원센터(개호예방지원사업소)를 통한 지역포괄케어 추진이다. 여기서 ‘지역’은 자택에서 30분 이내 권역을 지칭한다. 고령자가 자립해 생활할 수 있도록 개호, 예방, 주거에 의료를 포함한 생활지원서비스를 충실히 제공하는 지역포괄케어시스템 구축 사업(그림 V-2 참조)이 2012년 4월부터 본격화되었다.¹⁵¹⁾ 핵심은 의료와 개호의 연계 강화로, 중증의 홀로 사는 요개호자 등을 대상으로 정기순회, 수시대응형 방문개호간호, 복합형 서비스(간호 소규모 다기능형 재택개호)를 제공한다. 또 보험자인 시읍면이 자주적으로 ‘개호예방·(일상)생활지원(신)종합사업’에 나설 수 있도록 해 개호서비스 주체를 지방정부로 이행하려는 작업에 착수했다.¹⁵²⁾

2014년 6월 제정된 「의료개호종합확보추진법」에 따른 지역지원사업의 총

조 9,118억엔, ② 개호보건시설서비스 31.8만엔, 1조 3,341억엔, ③ 개호요양시설서비스 39.3만엔, 1,498억엔, ④ 개호의료원서비스 41.7만엔, 840억엔 등이다. 후생노동성(2020), 「2019년도 개호급여비등 실태통계 개황(2019년 5월 심사분·2020년 4월 심사분)」, 11.18., p.6. 표 6.

150) 2019년(4월 심사분) 대비 시설서비스는 9.4% 늘었는데 거택서비스는 1.7%, 지역밀착형서비스는 6.7%이다. 시설서비스 내에서는 개호보건시설서비스가 10.5%로 가장 높고 개호복지시설서비스 8.8%, 개호요양시설서비스 5.2%, 개호의료원서비스 -5.3%를 보이고 있다. p.6. 표 6.

151) ‘지역포괄케어시스템’이라는 개념의 시발점은 더 거슬러 올라간다. 1980년대 히로시마현 오노미치(尾道)시 미쓰기초(御鞆町)에서 채택되어 시행된 제도가 그 뿌리로 알려져 있다. 미쓰기초에서는 의료와 복지행정을 연계하여 ‘와상노인 제로’를 추구하는 획기적인 시도에 나섰다. 이것이 훗날 지역포괄케어시스템으로 불리게 된다. 2000년 개호보험 발족 후 고령자를 돌봐주는 의료와 개호, 복지의 연계에 생활지원 서비스가 곁들여져 지금 시스템으로 발전하였다. 본격적 보급은 2014년의 「의료개호종합확보추진법」 시행 이후라고 할 수 있다.

<https://www.minnanokaigo.com/guide/homecare/area-comprehensive-care-system/>

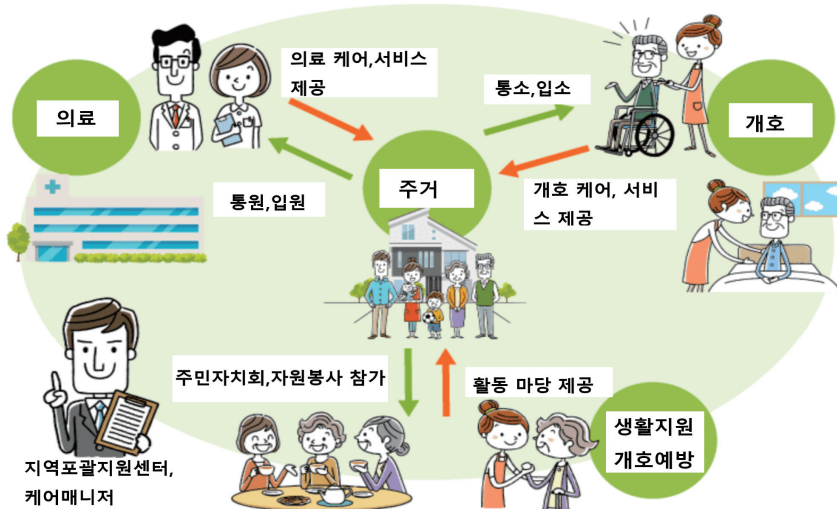
152) 서비스 주체가 지방정부 중심으로 바뀌는 과정에서 나타난 변화의 하나가 권리로서의 개호급여에서 조치로서의 개호급여로 성격이 바뀌어 가고 있는 점이다. 개호보험제도는 보험료 납부의 대가로 피보험자인 고령자가 서비스를 선택할 수 있는 권리성을 인정하고 있는데, 지방정부 주도가 강화되면서 지역케어회의의 결정이 중시되어 그러한 특성이 약화되고 있다. 당초에는 시읍면에 의한 요개호 인정과 서비스 내용을 정하는 케어매니지먼트(거택개호지원)를 분리하여 시읍면이 거택개호지원에 지나치게 간섭할 수 없도록 했는데 이후 그 경계가 모호해지고 있다. 지역케어회의의 5가지 기능과 조직적 측면에 대해서는 三原岳(2020, 하), pp.4~6 참조.

실화 조치로 재택의료·개호 연계 추진, 생활지원 서비스 충실·강화와 치매 대책 추진은 2015년 4월부터 시행되고 있으며 2018년 4월까지 모든 시읍면으로 확대되었다.

그동안 추진해 왔던 개호보수 삭감 노선은 개호인력 처우 개선을 통한 인력 확보가 큰 현안으로 부각되면서 2017년 이후 지속할 수 없게 되었다. 그러한 가운데 개호비용 억제 수단으로 주목받고 있는 것이 지역지원사업 확충 등 신종합사업의 활성화이다. 2017년 이후 지역지원사업 사업비가 크게 늘고 있다.¹⁵³⁾

최근 논의에서는 지역지원사업 활성화의 일환으로 고령자의 ‘편한 놀이터(通いの場)’ 충실화 사업이 추진되고 있다. ‘편한 놀이터’는 고령자들과 자원봉사자 등 다양한 주체가 가벼운 마음으로 참가하여 운동이나 체조 등을 즐기는 장소이다. 2019년 기준 전 고령자의 4.9% 정도가 이런 곳을 이용하는데 2025년에 8% 수준으로 끌어올리는 것이 목표이다. 이는 지역지원사업 중 ‘일반개호예방사업과 개호예방·일상생활지원 종합사업(신종합사업)에 속한다.

[그림 V-2] 지역모괄케어시스템 체계



출처: 후생노동성 2019.6.25. 기준
<https://www.minnanokaigo.com/guide/homecare/area-comprehensive-care-system/>

153) 지역지원사업은 도입된 2006년의 1,000억엔에서 2016년 2,700억엔 규모로 늘었을 뿐인데 2017년 4,400억엔 규모로 대폭 늘었다. 三原岳(2020, 상), p.11 그림 2 참조.

관련하여 일본 정부는 개호서비스 주체를 국가에서 지방정부로 옮기려 하고 있으며,¹⁵⁴⁾ 이 과정에서 지역포괄케어시스템 도입이 필수적 요소로 이해되고 있다. 전국적으로 개호시설과 인력이 부족한 상황에서 케어 장소를 시설에서 재택으로 옮기는 것이 정책당국이 추구하는 큰 목표의 하나이다. 특히 베이비붐 세대인 단카이(團塊) 세대가 75세 이상이 되는 2025년을 목표로 지역포괄케어시스템 구축을 추구하고 있다.

이 시스템은 고수준의 요개호 상태가 되더라도 살던 지역에서 평소대로 살다가 마지막을 맞이할 수 있도록 의료·개호·예방·주거·생활지원을 포괄적으로 확보, 제공하는 데 초점을 맞추고 있다. 조만간 치매 고령자가 늘어날 것으로 전망되는 상황에서 이들의 지역 내 생활을 뒷받침해주기 위해선 포괄케어시스템 구축이 시급한 것으로 인식되고 있다. 다만 고령화 진행 상황이 대도시부와 읍면 등 지역별로 차이나는 점을 고려하여, 보험자인 시읍면과 도도부현이 자주성과 주체성에 입각해 지역 특성을 고려한 시스템 구축을 추구하고 있다. 대도시부는 75세 이상 인구 비율이 빠르게 늘어나는 반면 읍면 지역은 75세 이상 인구 증가는 완만하지만 전체 인구가 줄고 있다.

나. 성과와 평가

개호보험은 주요국 중 비교적 일찍 도입된 사회보장제도의 한 축이다. 세계 최고 수준의 고령화, 장수화 국가인 일본인 만큼 주요국보다 조기에 제도 도입에 나서지 않을 수 없었을 것이다. 돌다리도 두들겨보고 건너는 일본 정책당국의 그간의 노선에 비추어 보면 꽤 이른 정책적 결단이라고 볼 수도 있다.

만일 2000년에 개호보험이 도입되지 않았더라면 어떠한 일이 벌어졌을까

154) 이때 보험자노력지원제도(2019년도 200억엔, 보험자기능강화추진교부금) 등이 활용되는데 이는 제도 발족 시 내세운 지방분권과 역행하는 집권화 노선이라는 비판이 있다. 三原岳(2020, 하), pp.6~9. 그는 후생노동성이 2019년 3월 제시한 ‘향후의 지역 전략’에서 시읍면이 자치회, 노인클럽, 지구사협(地区社協), PTA 등 지역 조직과의 신뢰관계, 협력관계 구축에 노력해야 한다면서 이 부분을 보험자기능강화추진교부금 교부 유인으로 삼고 있다고 지적한다. 국가가 시읍면의 개입을 강화하여 개호급여비를 억제하려 한다고 비판한다.

를 생각하면 제도 도입의 성과에 대해 일정 수준의 평가를 내리지 않을 수 없을 것이다. 개호보험이 도입된 오늘날 전개되는 모습인 치매환자 증가, 의료만으로는 대응하기 힘든 요개호 환자 증가, 의료와 개호 연계 대응이 필요한 환자 증가, 개호 작업에 따른 이직자 증가 등에서 미도입 시의 정황과 사회적 혼란을 쉽게 짐작할 수 있을 것이다.

하지만 제도 도입 후 20년 이상이 경과한 시점에서 문제점도 적지 않다. 개호비용의 지속적 증가에 따른 재원마련 작업, 생산연령인구(15~64세) 감소와 저보수에 따른 개호인력 부족, 지나치게 세분화된 서비스코드 등이 대표적이다. 이러한 문제에 대한 해결책으로 지역지원사업 강화에 초점이 놓이면서¹⁵⁵⁾ 사업 주체를 국가에서 지방정부로 이관하려는 움직임이 뚜렷해지고 있다.

재원 마련과 관련해서 보험자인 시읍면의 대응이 좀더 강화될 필요성이 지적되고 있다. 건강보험에선 시읍면이 부족 재원을 법정외 전입 형태로 보전하는데 개호보험에선 도도부현(광역자치단체)별 재정안정화기금의 교부나 대부로 대응한다. 그리고 저소득층 대상의 보험료 경감 조치가 명확한 기준 없이 보험자별로 자의적으로 행해지고 있는 점도 문제점으로 지적될 수 있다. 이는 부담과 급여의 명확한 대응을 강조한 제도 도입 당시의 기본 노선과도 어긋난다.¹⁵⁶⁾

개호인력 확보 문제는 심각하다. 통상 낮은 급여가 그 이유로 지적되지만 최근의 조사 결과, 급여만으로 해결하기 힘든 과제임이 부각되고 있다. 개호인력의 낮은 처우를 개선하려는 움직임은 2009년 3년 시한의 '개호직원처우개선교부금' 창설로 시작되었다. 이후 2012년의 가산조치로 개호보수체계에 반영되는 등 가산액이 조금씩 늘었지만 인력 부족은 해소되지 않고 있다. 그래서 최근에 외국인 인력 활용, 개호로봇 보급, 고령 자원봉사자 활용, 사무 효율화 등이 대안으로 제시되지만 근본적 해결책이 되지 못하고

155) 가령 정도가 가벼운 요지원자 대상 종합사업의 대상 확대와 요개호자에의 해당 서비스 개방, 이를 통한 요개호자 보험급여 축소 시도 등이 한 가지 사례이다. 개호비용을 억제해 보려는 정책당국의 의도와 달리 현실화되기 힘든 구상도 적지 않은 것으로 알려지고 있다.

156) 관련된 상세한 서술은 三原岳(2020, 하), pp.9~10. 참조.

있다. 2025년 경 부족 인력이 약 55만명에 달할 전망이다에 해결책이 마땅치 않다. 그 배경에는 힘든 일에 비해 보수가 낮고 보람을 느끼지 못한다는 구조적 문제가 있다.¹⁵⁷⁾

서비스코드는 초기에는 1,760개 항목이었는데 2019년도에는 수년 전에 비해 줄었지만 24,970개 항목이다. 피크기인 2017년에는 29,608개 항목에 달했다.¹⁵⁸⁾ 배경에는 간호비용 억제 외 피보험자, 환자, 이용자, 서비스사업자 등의 광범위한 요구에 대응하는 과정에서 서비스 규율 기준과 보수체계가 복잡해진 점이 있다. 이같은 변화로 피보험자가 제도를 제대로 이용하기 어려워져 ‘고령자의 자기결정’ ‘주민 참가’라는 초기 이념이 퇴색되었다.

종합하면 제도 발족 후 급격한 간호비용의 증대를 억제하면서 간호 수요에 대응하여 건강수명 확보와 환자 대상의 일정 수준 서비스 제공에 기여했다고 평가할 수 있을 것이다. 하지만 재정 압박, 일손 부족, 복잡해진 제도라는 문제점 해결 과정에서 국가가 지방정부에 책임의 많은 부분을 떠넘기려는 의도가 부각되고 있다. 또 점증하는 치매 대책, 간호예방과 일상생활 지원(신종합사업) 등 국가 주도의 재정사업 특성이 강한 분야까지 간호보험 제도를 틀 내에서 해결하려는 움직임도 재고할 필요성이 있을 것이다. 분명한 것은 부담과 급여 관계를 명확히 하여 제도의 장기 지속가능성을 확보하는 것이 중요하며, 이를 위해 부담을 늘려 급여수준을 유지할 것인지, 부담 수준에 맞게 급여수준을 억제할 것인지에 대한 가입자 의사 확인 작업이 필요하다는 것이다.¹⁵⁹⁾

157) 실태조사에서는 보수 이슈 비중이 예상외로 낮다. 가령 개호노동안정센터의 2018년 조사에 따르면 ‘일을 그만둔 이유’의 응답 결과는 ‘수입이 적어’가 12.5%로 ‘결혼·출산·임신·육아 위해’(26.6%), ‘자신의 장래 전망 불확실’(15.6%), ‘직장 인간관계 문제’(15.4%) 등보다 주된 이유가 되지 못한다(응답자 수 17,217명, 복수응답 가). 三原岳(2020, 하), pp.12-14. 참조.

158) 三原岳(2020, 하), p.11 그림 3 참조.

159) 三原岳(2020, 하), p.15 참조.

VI. 결론: 요약과 시사점

본 연구에서는 일본 건강보험과 의료체계의 변천과 현황을 개략적으로 고찰하고, 보건의료지출(health expenditure) 재원조달의 공·사 분담체계의 의료비 증가 억제방안을 분석, 평가하였다. 이 보고서에서 우리는 편의상 보건의료지출이라는 학술용어를 '건강보장비용'과 동일한 의미로 사용하고 있다.

고찰을 통해 얻은 일본 건강보험과 의료체계 및 보건의료지출(health expenditure) 재원조달의 공·사 분담체계 특성과 의료비 증가 억제 방안의 핵심과 시사점은 다음과 같이 정리할 수 있다.

- 1) 일본은 세계 최고 고연령 국가이고 고령화 속도가 빠름에도 불구하고 의료비를 위시한 보건의료지출의 규모와 증가율을 비교적 잘 통제하고 있다. 게다가 이는 자유로운 의료기관 선택(free access, 장소, 시간에 관계없이 이용 가) 체제에서 얻어진 결과이다.
- 2) 배경에는 의료와 건강보험에서 '공공성과 형평성'을 '상업성과 효율성'보다 우선하는 당국과 전문가들의 공통된 인식과 분석에 입각한 강력한 의료기관 통제가 있다.
- 3) 국민개(皆)보험 체제하에 공적건강보험의 비중이 압도적이고 민영건강보험의 역할은 제한적이다. 배경에는 '혼합진료 원칙 금지'라는 일본 특유의 규제와 소득보상에 중점을 둔 민영건강보험, 건강보험 네트워크(공적건강보험과 민영건강보험, 민영건강보험회사 간 등) 정비를 통한 정보 공유 부재 등의 특징이 있다.
- 4) 실손보험 가입률이 낮아 의료기관 종사자나 환자의 도덕적 해이에 의한 과잉진료, 부당진료의 폐해가 적다. 민영건강보험의 지급 보험금이

정책형 중심이라 의료비지출과의 연관성이 명확하지 않다. 이로 인해 ‘임의 보건의료지출’ 통계의 신뢰도가 떨어진다.¹⁶⁰⁾

- 5) 본인부담률은 낮은 수준이며 지속적으로 하락하고 있다. 배경에는 고령자 증가와 고령자의 낮은 본인부담률이 있다. 고령자 본인부담률은 다수가 10%를 적용받고 20%, 30% 적용자는 소수이다. 고령자의 낮은 본인부담률이 건강보험 재정적자 누적의 한 원인으로 지적되고 있다.
- 6) 공적건강보험은 보험자가 다수(3,243곳)인 조합방식으로 운영되며 조합 간 재정력 차이가 커 보험료 부과에 따른 불공평이 존재한다. 불공평 해소 목적의 재정조정제도가 있으나 복잡하고 자주 바뀌어 가입자들의 이해도가 낮고, 불공평은 여전히 남아 있다는 인식이 강하다.
- 7) 재정력이 양호한 일부 조합(조합건보 1,394곳)이 보험료 수준을 밝히지 않는 등 공적건강보험임에도 보험료 통계가 명확히 정리되지 않고 있다. 건강보험 등 사회보장과 세정 분야 행정의 효율적 관리를 위해 2016년 1월부터 개인번호제가 시행되고 있지만, 보험자 간 네트워크 구축을 통한 공적건강보험 전 가입자의 보험료 징수와 급여 관리 등의 분야에까지 확산되는 데는 시간이 소요될 전망이다. 다수 보험자에 따른 보험료 징수상의 비효율도 문제로 지적될 수 있다.
- 8) 사회보험으로 운영되는 공적건강보험이 보험료 징수와 급여 지출을 통해 소득재분배에 기여하고 있는데, 그 수준이 건강보험 재정에 투입되는 조세 재원의 소득재분배 효과와 비교하여 클지, 작을지는 불명확하다. 보험료 징수 단계에서의 소득재분배 효과는 우리나라에 비해 크게 떨어진다.¹⁶¹⁾

160) 이는 WHO 등의 보건계정에서 민영보험 재원에는 실손형만 포함하고 정책형은 상당부분을 가계직접부담(Household Out of Pocket)에 포함시키기 때문이라고 한다. 중복계상의 문제 등을 피하기 위함이다. 지적해준 정형선 교수에게 감사드린다.

161) 일본의 경우(도쿄도, 협회건보, 2020년 기준) 표준보수월액 상한은 50등급 139만엔, 보험료 상한 16,2074만엔, 보험료율 11.66%(개호보험 포함), 표준보수월액 하한은 1등급 5.8만엔, 보험료 하한 0.67628만엔, 보험료율 11.66%로 상한과 하한 차이가 24배이다. 이에 비해 우리나라(2021년 기준)는 보수월액 상한 1억 274만원, 보험료 상한 704.79만원, 보험료율 7.65%(장기요양보험 포함), 보수월액 하한 27.93만원, 보험료 하한 1.914만원, 보험료율 7.65%로 상한과 하한 차이가 368배에 달한다. 우리나라는 일본과 달리 건강보험 재정에 투입되는 조세 재원 비중이 아주 낮아 건강보험을 통한 소득재

- 9) 의료서비스 수급 단계에서의 본인부담은 원칙 3할(고령자 1할~3할)로 단순한 편이며 고액의료비(진료건당 80만원 초과) 상한제, 낮은 진찰료 등 정액본인부담(copayment) 등으로 평균실효 본인부담률은 10%대로 추정된다.
- 10) 의료기관 등급에 따른 본인부담률 차이는 기본적으로 없다. 1984년부터 2006년 9월까지 시행된 ‘특정요양비’ 제도에서 ‘특별 서비스’로 규정된 200병상 이상 병원의 초진과 재진에 대해 높은 진찰료(정액본인부담)가 설정된 적이 있었으나 지금은 폐지되었다. 2006년 9월 이전에는 대학병원 등 대병원이 특정승인보험의료기관으로 지정되었으나 이후 통상의 보험의료기관으로 바뀌었다.
- 11) 자유로운 의료기관 선택으로 인한 환자의 대형병원(200병상 이상) 집중 현상이 없지 않다. 후생노동성은 진료소 등 1차 의료기관 소개장 없이 대형병원 방문 시 초진에 초과 부담(2천엔 전후) 부과를 고려중이다.¹⁶²⁾ 대형병원 외래 환자 중 경증환자 비율은 30%를 넘는 것으로 나타나고 있다.¹⁶³⁾
- 12) 의료행위에 보험진료와 보험외진료의 병용을 허용하는 ‘혼합진료’는 원칙 금지다(치과 제외). 후생노동성 해석 등 관행에서 1984년 관련 규정(보험의료기관 및 보험의료요양담당규칙 제18조, 특수요법 등 금지)이 정비되고 최고재판소 판례(2011)로 굳어졌다. 보험외진료 희망시 진료비 전액이 본인부담이다. 이 제도로 보험급여서비스로 자족하는 이들이 많아 의료비 증가 억제에 효과가 있는 것으로 평가되고 있다.
- 13) 혼합진료의 예외적 허용인 ‘보험외비용요양비제도’는 2006년 10월에 도입되었으며 이전의 ‘특정요양비’ 제도를 대체하였다. 특정요양비는 1984년 도입된 제도로 대학병원 등의 고도선진의료(지금은 선진의료) 해당 시, 기초의료 부분을 특정요양비로 보험급여하고 특별서비스와

분배 효과가 꽤 클 것으로 추정된다.

국민건강보험공단 <https://www.nhis.or.kr/nhis/policy/wbhada08300m01.do>

162) 朝日新聞, 2020.11.20.

163) 森脇睦子·梯正之·伏見清秀(2016), p.5.

특별의료 부분 비용을 피보험자가 부담한다. 선진의료 등이 포함된 평가요양과 병실료 차액 등이 포함된 선정요양이 있다. 전체 보험급여 중 보험외비용요양비 비중은 크지 않을 것으로 추정된다.

- 14) 혼합진료 원칙 금지로 공적건강보험을 보충(supplementary)하기 위해 민영건강보험을 사용하기 힘들다는 사실과 실손보험의 낮은 보급률은 상관관계가 높아 보인다.
- 15) 일본의사회 등 의료인 다수가 혼합진료 해금 반대, 고령자 본인부담률 인상에 소극적인 자세 견지, 영리병원 등 의료약자 편에서 서는 등 의료의 공공성 유지와 형평성 확보에 열정적이다. 이는 병원이나 주변 의사와의 경쟁 압력이 커지는 것을 막기 위함도 있을 것이다. 혼합진료와 실손보험에 기대 수익을 늘리며 의료약자에 대한 배려가 약해 가진자 이익단체로 인식되는 우리나라 의사회와 대조된다.¹⁶⁴⁾
- 16) 장수화에 따른 치매환자 증가와 이에 따른 장기요양보험 지출 증가로

164) 실손보험 등 민영 건강보험 가입자는 미가입자보다 비급여를 많이 활용하는데 그 배경에는 가입자 본인의 도덕적 해이 외에 의사 권고에 따른 과잉진료가 있는 것으로 이해되고 있다. 문성용 외(2019)에 따르면 민간의료보험 가입자들은 미가입자보다 비급여 본인부담 비중이 상대적으로 높았다. 2017년 기준 민간의료보험 가입자들의 의료비 구성 비중은 전체 의료비 중 공단부담금 53.5%, 본인부담금 46.5%(법정본인부담금 17.9%, 비급여본인부담금 28.6%)인 데 비해, 미가입자들의 의료비 구성은 공단부담금 65.7%, 본인부담금 34.3%(법정본인부담금 17.7%, 비급여본인부담금 16.6%)로 본인부담 비중이 상대적으로 낮았다. 이는 비급여 본인부담금이 상대적으로 낮은 것이 요인인 것으로 판단된다. 또 정액형 민간의료보험 가입자에 비해 실손형(실손 단독, 혼합형) 민간의료보험 가입자의 비급여 본인부담 비중이 상대적으로 높았다. 참고로 민간 의료보험 가입은 조사대상자의 78.7%가 정액형, 실손형, 혼합형(정액+실손) 중 한 개라도 가입한 것으로 분석되고, 연령이 높을수록 가입률이 낮으며, 가입자들은 월평균 13.2만원의 보험료를 내 국민건강보험 가입자 1인당 보험료(2017년) 4.8만원보다 2.7배 높았다. p.196. 한편 의사인 김종명(2017)은 “실손의료보험은 기존 비급여의 부담을 줄여주는 효과도 있지만 실손의료보험 자체로 인해 새로운 비급여의 팽창을 유발한다. 국민건강보험 진료비의 평균 비급여 비중은 18%이나 실손의료보험 가입자의 진료비중 비급여는 무려 36.3%에 이른다(보험개발원). (중략) 실손의료보험이 실제 기존의 취약한 건강보험의 보장을 보충해주는 효과는 예상보다 크지 않다. 오히려 가구의 민간의료보험료 부담을 높여 소비지출 여력을 줄여 경제에 악영향을 주고 있을 뿐이다. 또한 새로운 영역의 비급여의 팽창을 유발하여 전체 국민의 의료비 부담을 늘리고 있다.”고 지적한다. p.39. 다만 그는 의사 입장에서 실손의료보험을 잘못 설계하여 판매하는 정부와 보험사에게 그 책임을 지우고 있다. 정부, 보험사 책임이 없는 것은 아니지만 의사와 가입자의 도덕적 해이에 따른 책임이 작지 않음은 말할 필요가 없을 것이다.

보건의료지출 억제가 쉽지 않다. 의료비 증가 억제에 일정한 성과를 거두어도 장기요양비용(즉 개호비용) 관리에는 한계가 있기 때문이다. 치매의 국가책임제¹⁶⁵⁾ 같은 제도 도입은 생각하기 힘든 상황이다.

- 17) 고령화, 장수화의 심화로 국민의료비와 보건의료지출이 지속적으로 늘어 일본 정부는 2008년부터 두 차례에 걸친 5년 단위 의료비 적정화계획을 수립, 추진하였고, 2018년부터 2023년까지 제3기 의료비 적정화계획을 추진 중이다. 1기, 2기 의료비 적정화계획은 세부 목표 측면에서는 낮은 달성도 등 미흡한 점이 많지만, 제네릭 의약품 사용 비율의 획기적 증대, 의료요양병상 수 감소와 평균재원일수 단축 등에 의한 입원의료비 억제, 당초 계획에 없었던 의료보수 개정(주로 인하), 본인부담 인상 등의 파급효과로 의료비 억제 측면에서는 기대 이상의 성과를 거두었다.
- 18) 전국 평균 차원의 성과에도 불구하고 지역별 (의료비) 격차가 꽤 커서, 이의 축소 작업이 과제이다. 제3기 의료비 적정화계획은 입원의료비 억제를 위해 1, 2기 이상으로 도도부현, 즉 지방정부 주도하의 적정화 사업(지역의료구상)에 중점을 두고 있다. 지속적 축소에도 불구하고 과잉 상태인 병상 수 감축에 지방정부를 끌어들이 자체 의료구상에 입각한 병상 기능 분화와 연계 작업으로 효율화하도록 유도하고 있다. 이는 고령화, 장수화가 피크를 향해가는 시점에 입원의료비 억제가 의료비 증가율 억제의 최대 과제임을 시사한다.
- 19) 개호보험은 2000년 4월 제도 발족 후 증가율을 보면 20년 사이에 피보험자가 1.65배인데 요개호(요지원) 인정자는 3.1배, 서비스 이용자 인 수급자는 19년 사이에 3.3배에 달한다. 개호보험 급여로 측정된 총비용은 19년 사이에 3.3배 늘었고 보험료는 2배로 커졌다(65세 이상 제1호 피보험자, 전국평균 월액, 제1기(2000~2002년) 2,911엔, 제7기(2018~2020년) 5,869엔). 기초연금 월평균 지급액이 약 5만엔이고 보험료가 기초연금에서 원천징수되는 것을 감안하면 추가적 인상은

165) 우리나라는 2018년부터 치매국가책임제를 도입해 치매관리종합계획을 세우고 치매안심센터, 치매전문병동, 중증치매환자 의료비 부담 지원 등에 나서고 있다.

쉽지 않을 전망이다.

- 20) 개호보험은 발족 후 급격한 개호비용 증대를 억제하면서 다양한 개호 수요에 대응하여 건강수명 확보와 환자 대상의 일정 수준 서비스 제공에 기여했다고 평가할 수 있을 것이다. 하지만 재정 압박, 개호 분야 일손 부족, 복잡해진 제도라는 문제점 해결 과정에서 국가가 지방 정부에 책임의 많은 부분을 떠넘기려 한다. 또 비중이 커지는 치매 대책, 개호예방과 일상생활지원(신종합사업) 등 국가 재정사업 특성이 강한 분야까지 개호보험제도 틀 내에서 해결하려는 시도는 재고의 여지가 있다. 분명한 것은 부담과 급여 관계를 명확히 하여 제도의 장기지속가능성을 확보하는 것이며, 이를 위해 부담을 늘려 급여수준을 유지할 것인지, 부담 수준에 맞게 급여수준을 억제할 것인지에 대한 가입자 의사 확인 작업이 필요하다는 것이다.
- 21) 우리나라도 건강보험과 의료체계를 잘 운영해 오고 있으며 의료기관 접근과 고가 의료서비스 접근 등 일부 분야에서는 일본을 넘어선 것으로 평가받기도 한다. 일찍 정비된 주민번호와 단일 보험자 방식, 강력한 행정력을 바탕으로 가입자 관리, 보험료 징수와 급여 지출, 진료비 심사 평가 등에서 높은 효율성을 추구하고 있다. 하지만 2008년 이후 활성화된 실손보험의 방만한 운영과 이에 따른 의료비 급증 등은 일본에 크게 뒤진 모습이라고 할 수 있다.
- 22) 실손보험 등 민영건강보험이 비용에 상응하는 의료서비스를 제공하지 못하는 ‘value for money’ 문제가 지적될 수 있다. 지출 중 상당 부분이 비필수적 분야 지출로 평가되면서 의료보험 재원 활용의 비효율성이 지적되고 있다.¹⁶⁶⁾ 앞서 민영건강보험을 도입한 일본에선 실손보험의 존재감이 약하고 정액 보상 상품이 주류를 이루고 있다.

166) 관련하여 정형선(2021)은 “선택의 여지가 적은 ‘필수의료’는 본인부담이 낮을수록 좋지만 환자의 ‘선택적 성격’이 크면 본인부담률을 높게 설정해야 한다.”고 주장한다. ‘비급여 풍선효과’에 따른 의료 오남용과 이에 따른 의료비 팽창을 막는 방법의 하나가 본인부담률 차등화이며, 그러한 차원에서 “건강보험에서 급여하는 항목은 실손보험에서 보험금 지급 대상으로 하지 못하게 해야 한다.”고 하고 또 “신규 판매되는 실손보험 상품은 ‘비급여’만을 대상으로 하도록 제한해야 한다.”고 주장한다. 한겨레신문, 2021.1.11.

- 23) 일본 수준의 고령화기에 일본보다 낮은 보건의료지출로 건강수명을 보장하려면 지금 어떤 작업이 필요할까. 공적건강보험 지출의 효율화 작업 외에 민영건강보험의 내실화가 시급하다. 민영건강보험 보험료가 공적건강보험 보험료로 대체된 상황을 고려하면 파급 효과는 자명하다. 당장은 민영건강보험의 내실화를 추구하되 건강보험 일원화를 함께 검토해야 할 시점에 근접하고 있다고 할 수 있다.
- 24) 보건의료지출, 즉 건강보장비용의 증가를 억제하기 위해서는 ① 외래와 입원 등 가입자들의 의료기관 이용 관행을 서구형으로 바꿔 나가기 위해 주치의 제도 도입 등 의료전달체계를 개편한다.¹⁶⁷⁾ ② 의약품 처방과 관련하여 과잉 처방과 고가 처방이라는 그간의 관행을 개선한다.¹⁶⁸⁾ ③ 민영건강보험의 주축인 실손보험 개편을 통해 사실상의 건강보험 일원화에 나선다. ④ 건강수명 확보와 관련이 없거나 약한 의료서비스 공급을 최소화한다. 치료 후 현업 복귀나 건강한 삶을 어어갈 가능성이 현저히 낮은데도 ‘인도 차원’을 내세워 분별없는 의료서비스 제공이 이뤄지지 않도록 한다.¹⁶⁹⁾

167) 주치의 제도는 우리와 마찬가지로 일본에서도 그동안 의료비 억제 차원에서 별반 성과를 거두지 못한 것으로 평가되고 있다. 유럽처럼 활성화되어 있지도 않다. 다만 지금 우리가 도입해 운영하고 있는 병원 등급에 따른 진료비, 약가 본인부담률 차등제도의 실효성을 높여가면서 이른바 동네 병원의 활성화를 통한 주치의 제도 정착 노력은 앞으로 필요할 것이다.

168) 보건의료지출 내 의약품 비용의 비중은 점진적으로 낮아져 왔지만 아직 주요국에 비해 높은 게 사실이다. 고가 의약품 처방이 전보다 크게 줄었다고 하지만 과잉 처방 관행은 여전하다. 주요국에 비해 처방약 수가 많아 실제 복용되지 않고 버려지는 약품이 적지 않다. 일본에서 성과를 보고 있는 제네릭 의약품 처방 비중 증가는 DPC 제도와 연계되어 효과를 내고 있다고 알려져 있다. 한 보고서 검토자는 우리의 경우 DPC제도를 벤치마킹한 신포괄수가제도 도입과 의약품 관계를 연계한 정책 제언이 필요하다고 지적한다.

169) 이 주제는 의료제도를 구성하는 세 주체, 즉 보험자·정부, 의료제공자, 피보험자의 의료 현실에 대한 상황 인식에서 공통분모가 찾아질 때 해결의 실마리를 찾을 수 있을 것이다. 큰 시각으로 삶과 의료 문제를 조망하는 해안이 필요한 과제이기도 하다.

참고문헌

- 김관옥·신영전, 「민간의료보험 가입이 의료비에 미친 영향: 실손의료보험을 중심으로」, 『비판사회정책』 제54호, 2017, pp.305~334.
- 김중명, 「건강보험과 실손의료보험의 새로운 관계 정립 필요성」, 『의료정책포럼』, 15(1), 2017, pp.35~41
- 문성웅·강태욱·오하린·서남규·김성식, 『2017년 한국의료패널 심층분석 보고서 - 건강보험 보장성 및 민간의료보험 중심으로』, 연구보고서 2019-1-0006, 국민건강보험 건강보험정책연구원. 2019.
- 보험미래포럼, 『건강보험의 진화와 미래』, 21세기북스, 2012.
- 정형선, 「보건의료제도」, 『일본의 사회보장제도』, 한국보건사회연구원·나남, 2019. pp.455~488.
- 정형선, 「의료보장제도」, 『일본의 사회보장제도』, 한국보건사회연구원·나남, 2019. pp.489-520.
- 정형선, 「도덕적 해이 가져오는 실손보험 개선 필요하다」, 『한겨레신문』, 2021. 1.11.
- 高山一夫, 「医療業と地域経済-経済効果と地域医療政策の展開を中心に」, 『地域経済学研究』 第34号, 2018.
- 内閣府, 平成17年 第9回経済財政諮問会議議事要旨, 2005. <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/minutes/2005/0427/shimon-s.pdf>, pp.4-9.
- 梅原英治, 「経済財政諮問会議に関するデータ集(下)」, 資料, 『大阪経大論集』 第57巻 第5号, 2007年1月.
- 三原岳, 「20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る(上) -制度創設の過程、制度改正の経緯から見える変化と論点」, 『基礎研レポート』, ニッセ

- イ基礎研究所, 2020.4.1.
- 三原岳, 「20年を迎えた介護保険の足取りを振り返る(下)」-制度改正に共通して見られる 4つの傾向, 『基礎研レポート』, ニッセイ基礎研究所, 2020.4.10.
- 森脇睦子・梯正之・伏見清秀, 「軽症患者の大病院外来受診に関する検討」, 『日本医療病院管理学会誌』 vol.53, No.2, 日本医療病院管理学会, 2016, pp.5~14.
- 生命保険文化センター, 『平成30年度 生命保険に関する全国実態調査』, 2018.12.
- 石橋未来, 「医療費適正化計画は地域の課題を解消するか」 DIR, 2018.6.4., 大和総研, pp. 1.~12, https://www.dir.co.jp/report/research/policy-analysis/social-securities/20180604_020129.pdf
- 石橋未来, 「増加する介護保険料② 限界が見えてきた健保組合等の加入者の負担」, 大介護時代を乗り越える 第6回, DIR, 大和総研. 2021.2.25.
- 篠原拓也, 「医療・介護の現状と今後の展開」, 『ニッセイ基礎研究所報』 vol. 59, June 2015, pp.1~9.
- 松岡博司, 「保険料で見る世界の生命保険市場2017—中国が世界第2位に躍進し, 日本は第3位に後退—スイス再保険のデータから—」, 『保険・年金フォーカス』, ニッセイ基礎研究所, 2018.10.23.
- 松井宏樹, 「国民医療費抑制策の実施とその課題」, 『香川大学経済政策研究』 第5号 通巻 第5号, 2009年 3月, pp.125~145.
- 神田慶司, 「医療版マクロ経済スライド」の検討」, DIR Public Policy Research Note 大和総研, 2018.6.8., pp.1~11.
- 印南一路, 「医療費適正化政策を考える」, 『生活福祉研究』 37, 通巻 94号, August 2017, pp.37~49.
- 日本経済新聞, 2020.11.12. 2021.2.5.
- 日本薬師会, 保険調剤の動向 「2019年度調剤分(全保険・速報値)」, 2020.5.27.
- 前田由美子, 「2020年度 政府(国・一般会計)予算について—社会保障費を中心に—」, 『日医総研リサーチエッセイ』 No.81, 2020.5.19.
- 朝日新聞, 2020.11.20.

總務省, 『家計調査年報(総世帯)』. <https://www.stat.go.jp/data/kakei/npsf.html>

諏澤吉彦, 「医療保険市場における民間保険のあり方に関する考察—公的保険と民間保険の役割分担に関する分析モデルの検討を中心に—」, 『生命保険論集』 第174号, 2011, pp.1~26.

河口洋行, 「公的医療保障制度と民間医療保険に関する国際比較—公私財源の役割分担とその機能—」, 『成城・経済研究』 第196号, 2012.3, pp. 59~92.

厚生労働省, 「我が国の医療保険について」. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/iryuu/hoken01/index.html

厚生労働省 健康局, 『標準的な健診・保健指導プログラム(改訂版)』, 2013.4.

厚生労働省, 「平成29年8月から月々の負担の上限(高額介護サービス費の基準)が変わります」, 2017.

厚生労働省 老健局, 「介護保険制度の見直しに関する意見(案)」(参考資料) 社会保障審議会 介護保険部会(第89回) 参考資料 2. 2019.12.27.,

厚生労働省, 「介護保険事業状況報告の概要」 2020년 11월 잠정판. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m20/dl/2011a.pdf>

厚生労働省 老健局, 「介護保険制度をめぐる状況について」, 2019.2.25.

厚生労働省, 『令和2年版 厚生労働白書』 資料編, 2020.

厚生労働省 保険局 調査課, 医療保険に関する基礎資料 「平成29年度の医療費等の状況」, 2019.

厚生労働省, 「平成 29年度 国民医療費の概況」, 2019.

厚生労働省, 「第一期 医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」, 2014. 10.

厚生労働省, 第118回 社会保障審議会 医療保険部会, 参考資料 2-2, 2019. 6.12., 「第2期 医療費適正化計画の実績に関する評価(実績評価)」.

厚生労働省, 「医療費適正化基本方針の改正・医療費適正化計画について」, 2018.

厚生労働省, 「令和元年度調剤医療費(電算処理分)の動向」, を公表します, press release. 2020.8.28.

厚生労働省, 「令和元年度介護給付費等実態統計の概況(令和元年5月審査分~令和2年4月審査分), 2020.11.18.

厚生労働省 老健局, 「都道府県別 財政安定化基金貸付・交付等の状況(令和元年度末現在)」, 2020.

Chung, J., Kaleba, E. and Wozinak, G., “A framework for measuring healthcare efficiency and value,” WP. prepared for the Physician Consortium for Performance Improvement(Work Group on Efficiency and Cost of Care), 2008.

Flood, Colleen M. and A. Haugan, “Is Canada odd? - A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care,” *Health Economics, Policy and Law* Vol.5, 2010, pp.319~341.

Miyata H, Ezoe S, Hori M, Inoue M, Oguro K, Okamoto T et al., “Japan’s vision for health care in 2035,” *The Lancet*, 385, 2015, pp. 2549~2550.

National Quality Forum, *Measurement framework: evaluating efficiency across episodes of care*, Washington, DC: National Quality Forum, 2007.

OECD, *Health at a Glance 2019*.

OECD, Health Statistics 2020. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Papanicolas Irene and Peter Smith, *Health System Performance Comparison- An agenda for policy*, information and research-, Open University Press, 2013.

PBGH & CalPERS, *Hospital cost efficiency measurement: methodological approaches*, San Francisco, CA: Pacific Business Group on Health, and Sacramento, CA: California Public Employees Retirement Scheme, 2006.

RAND, “Identifying, categorizing and evaluating health care efficiency measures,” Rockville, MD: Agency for Health Research and Quality (Publication

No. 08-0030), 2008.

Shibuya K., “Protecting human security : Proposals for the G7 Ise-Shima Summit in Japan”, *The Lancet*, 387, 2016, pp. 2155~2162

Shibuya Kenji, Stuart Gilmour and Kozo Tatara eds., “*Japan Health System Review*”, *Health Systems in Transition* Vol. 8 No. 1, WHO Asia Pacific Observatory on Public Health Systems and Policies, 2018.

Soonman Kwon et al., “Republic of Korea Health System Review,” *Health Systems in Transition* Vol. 5 No. 4, WHO Asia Pacific Observatory on Public Health Systems and Policies, 2015.

WHO, *World Health Report 2000 : Health Systems : Improving Performance*. WHO · World Bank · USAID, *Guide to producing national health accounts- with special applications for low-income and middle-income countries*, 2003.

WHO, *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. WHO's framework for action, WHO Document Production Services, 2007.

WHO, GHO. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/indicator-groups/indicator-group-details/GHO/sdg-target-1.a-mobilization-of-resources>

[부표 4-1] 보건의료지출의 GDP 대비 비율(1975-2019)

(단위: %)

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
한국	2.2	3.4	3.2	3.6	3.4	3.9	4.4	4.2	4.4	4.4	4.6	4.9	5.1	5.4	5.8	5.9	6.0	6.1	6.2	6.5	6.7	6.9	7.1	7.6	8.0
일본	5.4	6.2	6.5	5.8	6.3	7.2	7.4	7.5	7.6	7.7	7.8	7.8	7.9	8.2	9.1	9.2	10.6	10.8	10.8	10.8	10.9	10.8	10.8	11.0	11.1
스위스	6.3	6.6	7.5	7.9	8.9	9.4	9.7	10.1	10.4	10.5	10.3	9.8	9.6	9.8	10.4	10.3	10.3	10.6	10.8	11.0	11.4	11.7	11.9	11.9	12.1
이스라엘	4.4	7.0	6.6	6.5	6.9	6.8	7.2	7.1	7.1	7.0	7.1	6.9	6.9	7.0	7.1	7.0	7.0	7.1	7.1	7.2	7.1	7.2	7.5	7.5	7.5
네덜란드	6.2	6.5	6.5	7.0	7.3	7.7	8.1	8.6	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.3	10.0	10.2	10.2	10.5	10.6	10.6	10.3	10.3	10.1	10.0	10.0
룩셈부르크		4.6	4.5	5.1	5.3	5.9	6.4	6.7	7.0	7.3	7.2	6.7	6.2	6.5	7.3	7.0	6.1	5.6	5.5	5.4	5.3	5.2	5.3	5.3	5.4
스웨덴	6.5	7.8	7.3	7.2	7.3	7.4	7.9	8.3	8.4	8.2	8.2	8.1	8.0	8.2	8.8	8.3	10.4	10.8	10.9	11.0	10.8	10.8	10.8	10.9	10.9
독일	8.0	8.1	8.5	8.0	9.5	9.9	9.9	10.2	10.4	10.1	10.3	10.2	10.1	10.3	11.2	11.1	10.8	10.8	11.0	11.0	11.2	11.2	11.4	11.5	11.7
영국	4.9	5.1	5.1	5.1	5.6	7.3	7.7	8.0	8.2	8.5	8.5	8.7	8.9	9.2	10.0	10.0	10.0	10.1	10.0	10.0	9.9	9.9	9.8	10.0	10.3
아일랜드	6.6	7.5	6.8	5.6	6.1	5.9	6.4	6.7	7.0	7.2	7.6	7.5	7.8	9.1	10.5	10.5	10.7	10.7	10.3	9.7	7.3	7.4	7.2	6.9	6.8
캐나다	6.5	6.5	7.6	8.4	8.5	8.2	8.6	8.9	9.0	9.1	9.0	9.3	9.4	9.6	10.7	10.7	10.3	10.4	10.3	10.3	10.7	11.0	10.8	10.8	10.8
미국	7.2	8.2	9.5	11.3	12.5	12.5	13.2	14.0	14.5	14.6	14.6	14.7	14.9	15.3	16.3	16.3	16.3	16.3	16.2	16.4	16.7	17.0	17.0	16.9	17.0
OECD 평균									7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	8.1	8.8	8.7	8.6	8.7	8.7	8.7	8.7	8.8	8.7	8.8	8.8

출처: OECD Health Statistics 2020
<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

[부표 4-2] 공공·의무 보건의료지출의 보건의료지출 대비 비율(1975-2019)

(단위: %)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
한국	9.1	10.5	20.2	32.6	40.1	42.1	53.9	58.6	59.0	58.6	59.1	59.4	61.3	60.9	59.0	60.9	60.9	60.0	59.1	59.1	58.9	58.9	59.0	59.4	59.9	60.8	
일본	69.8	72.0	71.3	70.7	77.6	81.8	80.4	81.0	80.8	80.0	80.3	81.2	80.3	81.2	81.2	81.3	81.9	83.7	83.9	84.3	84.1	84.1	84.0	84.2	84.1	84.1	84.3
스위스						55.4	58.1	59.4	61.0	61.6	61.6	63.1	62.5	62.4	63.6	64.1	64.3	64.8	66.2	67.0	66.1	66.2	65.5	65.9	64.4	64.5	
이스라엘						68.2	63.1	62.7	64.0	62.5	61.8	59.9	62.3	60.6	61.3	61.2	62.8	62.6	62.6	63.4	63.1	63.4	63.5	63.8	64.7	64.7	
네덜란드		71.9	73.2	73.3	71.2	75.4	69.0	69.6	70.0	70.2	68.6	68.4	83.8	84.1	82.7	83.2	83.4	82.7	82.1	81.1	81.1	81.4	81.1	81.7	82.1	82.7	
룩셈부르크			92.2	88.3	93.1	92.4	82.0	82.7	83.0	82.9	83.3	83.2	82.8	84.2	87.3	85.7	84.9	83.2	82.8	83.1	83.5	83.7	83.6	84.0	84.1	84.5	
스웨덴	83.8	89.4	92.0	89.5	79.6	86.6	85.5	82.2	82.6	83.2	82.7	82.3	82.4	82.6	82.5	82.5	82.4	84.4	84.2	84.0	84.0	84.1	84.4	84.8	85.1	85.2	
독일	71.4	78.1	77.8	76.6	75.4	80.2	78.1	78.1	77.6	77.1	75.6	75.3	74.9	74.9	75.1	83.3	83.2	83.1	83.0	83.8	84.2	84.2	84.3	84.5	84.6	85.0	
영국	86.4	90.9	89.5	86.1	84.3	84.1	76.4	76.2	77.1	78.2	79.8	80.9	81.7	80.1	81.3	82.5	81.8	81.5	80.8	79.2	79.5	79.5	79.7	78.7	77.8	77.8	
아일랜드	76.1	83.5	80.8	76.5	73.2	74.1	77.5	78.4	79.0	78.8	78.9	78.9	77.8	79.2	79.3	77.1	76.2	72.3	72.1	71.2	71.0	72.0	72.4	72.8	73.9	74.3	
캐나다	70.3	76.5	76.1	75.6	74.3	70.9	70.0	69.7	69.3	69.9	69.9	69.9	69.6	69.8	70.0	70.4	70.1	70.7	71.0	71.2	70.6	71.0	69.9	70.1	70.4	70.4	
미국	37.2	41.6	42.0	40.3	40.2	46.2	44.2	45.2	45.1	44.9	45.2	45.4	46.1	46.2	47.3	48.2	48.5	48.5	48.4	48.9	48.1	84.6	84.4	84.4	84.7	84.8	
OECD 평균	68.8	74.1	74.2	74.8	74.6	73.3	71.1	71.5	71.9	71.9	71.4	71.3	71.9	72.0	72.6	73.5	73.3	73.2	72.7	72.6	73.4	73.5	73.5	73.5	73.8	74.0	

출처: OECD Health Statistics 2020

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

[부표 4-3] 임의 보건 의료 지출의 보건 의료 지출 대비 비율(1975-2019)

(단위: %)

	1970	1975	1980	1985	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
한국	1.4	1.5	1.0	1.3	0.9	1.0	2.5	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.3	3.9	4.8	5.1	5.8	6.3	6.7	7.3	7.5	7.9	8.0	7.6	7.8
일본						3.8	3.7	3.3	3.3	3.1	3.1	3.3	3.2	3.6	3.5	3.5	3.1	3.1	3.0	3.0	3.0	3.1	3.1	3.2	
스위스						12.2	10.8	10.5	10.0	9.8	9.7	10.2	10.2	9.9	9.7	9.5	9.5	8.0	7.9	7.9	7.9	8.0	7.7	7.6	7.5
이스라엘						2.0	5.1	5.0	5.9	6.8	7.2	7.8	11.4	12.0	12.1	12.1	12.3	12.6	12.5	12.5	12.7	12.5	12.5	12.4	
네덜란드							19.9	19.9	20.2	20.2	21.4	21.7	7.9	8.0	7.4	7.8	7.5	7.9	7.8	7.3	7.3	7.6	7.3	7.1	6.9
룩셈부르크						1.7	1.4	1.4	3.8	3.1	3.9	3.8	5.5	2.6	4.4	4.9	6.0	4.2	4.2	4.1	4.2	4.3	4.0	4.1	
독일	13.9	11.9	11.4	11.8	13.1	9.5	9.7	9.8	9.9	10.2	10.6	10.7	10.8	11.0	2.9	3.0	3.0	3.0	3.0	2.9	2.9	2.8	2.8	2.9	3.0
스웨덴								1.0	0.9	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.1	1.1	1.0	1.0	1.0	1.1	1.0	1.1	1.2	1.1	1.1
영국			1.4			4.3	4.4	6.5	6.6	6.2	6.0	5.6	5.6	5.7	5.3	5.3	5.4	5.4	5.5	5.4	5.4	5.1	5.4	5.5	
아일랜드						8.1	9.6	9.7	10.4	10.9	8.1	8.9	7.6	8.2	8.8	10.2	10.0	13.8	14.0	14.5	15.0	14.7	14.9	14.6	14.0
캐나다						10.8	12.6	13.4	14.4	14.8	14.8	14.7	14.9	14.8	14.7	14.6	14.8	14.8	14.7	14.8	14.8	14.9	14.9	14.9	14.9
미국	25.6	27.7	33.3	36.6	39.4	38.7	40.3	40.1	40.6	40.9	40.8	40.8	40.3	39.6	39.3	39.3	39.2	39.5	39.1	4.3	4.2	4.4	4.4	4.6	4.5

출처: OECD Health Statistics 2020

<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

[부표 4-4] 본인부담의 보건지출 대비 비율(1975-2019)

(단위: %)

	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
한국	89.5	880	788	66.1	59.0	56.9	436	39.2	38.6	38.7	38.0	37.7	35.7	35.8	37.1	34.3	34.0	34.1	34.5	34.2	33.9	33.6	33.0	32.6	32.5	31.4
일본						14.5	15.9	15.8	16.0	16.9	16.6	15.7	16.4	15.5	15.2	15.2	14.6	13.1	13.0	12.7	12.9	12.9	12.9	12.7	12.7	
스위스						32.4	31.0	30.1	29.1	28.6	28.8	27.1	27.3	27.3	26.5	26.2	26.2	25.6	25.9	25.2	26.0	25.9	26.6	26.4	28.0	28.0
이스라엘						27.0	29.5	30.3	27.8	28.6	28.7	30.2	25.7	26.7	25.3	25.4	23.8	23.8	23.4	22.7	23.0	22.5	22.7	22.0	21.1	
네덜란드							11.0	10.5	9.8	9.6	10.0	9.9	8.3	7.9	9.9	9.1	9.1	9.5	10.1	11.5	11.6	11.3	11.3	11.1	10.8	10.4
룩셈부르크																										
스웨덴							14.5	16.9	16.5	15.9	16.2	16.6	16.5	16.3	16.3	16.4	16.5	14.6	14.8	14.9	14.9	14.9	14.5	14.1	13.8	13.6
독일	14.6	10.0	10.8	11.6	11.5	10.3	12.2	12.2	12.4	12.7	13.9	14.0	14.4	14.3	14.0	13.7	13.8	13.8	14.0	13.2	12.9	13.0	12.9	12.7	12.5	12.0
영국							17.1	17.3	16.6	15.8	14.6	13.3	12.6	14.3	13.0	12.3	12.9	13.1	13.8	15.3	15.1	15.1	15.2	15.9	16.7	
이탈리아							15.4	17.3	16.2	12.1	12.2	13.6	13.9	11.6	11.9	12.7	13.8	13.9	14.3	14.0	13.2	12.7	12.7	12.6	12.1	11.7
캐나다							15.0	16.5	16.6	15.9	15.3	15.4	15.7	15.4	15.2	14.9	15.2	14.5	14.3	14.0	14.6	14.2	15.2	15.0	14.7	14.7
미국	37.2	30.8	24.7	23.2	20.5	15.1	15.5	14.7	14.3	14.2	13.9	13.9	13.5	13.5	13.1	12.5	12.3	12.3	12.1	12.0	11.5	11.2	11.2	11.0	10.8	
OECD 평균	37.1	24.7	23.5	20.7	17.5	19.8	22.3	22.0	21.3	21.5	21.7	21.9	21.5	21.2	20.7	20.0	20.2	20.0	20.4	20.4	20.5	20.4	20.4	20.4	20.3	21.4

출처: OECD Health Statistics 2020(<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>)

〈부표 4-5〉 협회건보의 건강보험료율 추이

(단위: %)

연도	협회건보 보험료율	←좌	연도	협회건보 보험료율	←좌	우→	개호보험료율
1947	3.60	7월	1986	8.30	4월		
1948	4.00	8월	1987				
1949	4.40	2월	1988				
1949	5.00	9월	1989				
1950	6.00	2월	1990	8.40	4월		
1951			1991				
1952			1992	8.20	5월		
1953			1993				
1954			1994				
1955	6.50	7월	1995				
1956			1996				
1957			1997	8.50	10월		
1958			1998				
1959			1999				
1960	6.30	4월	2000			5월	0.60
1961			2001			2월	1.08
1962			2001			4월	1.09
1963			2002			4월	1.07
1964			2003	8.20	5월	5월	0.89
1965			2004			4월	1.11
1966	6.50	5월	2005			4월	1.25
1967	7.00	9월	2006			4월	1.23
1968			2007				1.23
1969	7.00	10월	2008			4월	1.13
1970			2009			4월	1.19
1971			2009	8.20	9월		1.19
1972			2010	9.34	4월	4월	1.50
1973	7.20	11월	2011	9.50	4월	4월	1.51
1974	7.60	12월	2012	10.00	4월	4월	1.55
1975			2013				1.55
1976	7.80		2014			4월	1.72
1977	8.00		2015			5월	1.58
1978			2016				1.58
1979			2017			4월	1.65
1980			2018			4월	1.57
1981	8.40	4월	2019			4월	1.73
1981	8.50	12월	2020			4월	1.79
1982							
1983							
1984	8.40	4월					
1985							

주: 1. 보험료는 징수월 전월 보수에 기초하여 부과
 2. 2009년 9월부터 도도부현 단위 보험료율로 변경되어 평균보험료율을 게재
 출처: <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat330/hokenyouritunohennsenn/>

〈부표 4-6〉 협회건보 건강보험료율: 2020년 도도부현 단위

(단위: %)

도도부현	일반보험료율	특정보험료율	기본보험료율
홋카이도	10.41	3.43	6.98
아오모리현	9.88	3.43	6.45
이와테현	9.77	3.43	6.34
미야기현	10.06	3.43	6.63
아키타현	10.25	3.43	6.82
아마가타현	10.05	3.43	6.62
후쿠시마현	9.71	3.43	6.28
이바라키현	9.77	3.43	6.34
栃木県	9.88	3.43	6.45
群馬県	9.77	3.43	6.34
埼玉県	9.81	3.43	6.38
千葉県	9.75	3.43	6.32
東京都	9.87	3.43	6.44
神奈川県	9.93	3.43	6.50
新潟県	9.58	3.43	6.15
富山県	9.59	3.43	6.16
石川県	10.01	3.43	6.58
福井県	9.95	3.43	6.52
山梨県	9.81	3.43	6.38
長野県	9.70	3.43	6.27
岐阜県	9.92	3.43	6.49
静岡県	9.73	3.43	6.30
愛知県	9.88	3.43	6.45
三重県	9.77	3.43	6.34
滋賀県	9.79	3.43	6.36
京都府	10.03	3.43	6.60
大阪府	10.22	3.43	6.79
兵庫県	10.14	3.43	6.71
奈良県	10.14	3.43	6.71
和歌山県	10.14	3.43	6.71
鳥取県	9.99	3.43	6.56
島根県	10.15	3.43	6.72
岡山県	10.17	3.43	6.74
広島県	10.01	3.43	6.58
山口県	10.20	3.43	6.77
徳島県	10.28	3.43	6.85
香川県	10.34	3.43	6.91
愛媛県	10.07	3.43	6.64
高知県	10.30	3.43	6.87
福岡県	10.32	3.43	6.89
佐賀県	10.73	3.43	7.30
長崎県	10.22	3.43	6.79
熊本県	10.33	3.43	6.90
大分県	10.17	3.43	6.74
宮崎県	9.91	3.43	6.48
鹿児島県	10.25	3.43	6.82
沖縄県	9.97	3.43	6.54

주: 1. 2008년 4월부터 일반보험료율을 특정보험료율, 기본보험료율로 구분하여 제시하고 있다.

2. 40세에서 64세로 개호보험 제2호 피보험자인 경우 개호보험료를 1.79%가 추가된다.

출처: <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g7/cat330/1936-295/> <표 12>.

〈부표 4-7〉 협회건보 건강보험료율(50 등급별): 2020년 도쿄도

(東京都)

(単位:円)

標準報酬		報酬月額		全国健康保険協会管掌健康保険料				厚生年金保険料(厚生年金基金加入員 제외)	
				介護保険第2号被保険者 に該当		介護保険第2号被保険者 該当		一般、坑内員・船員	
				9.87%		11.66%		18.300%※	
等級	月額	円以上	円未満	全額	折半額	全額	折半額	全額	折半額
1	58,000	~	63,000	5,724.3	2,862.3	6,762.3	3,381.4		
2	68,000	63,000	73,000	6,711.6	3,355.8	7,928.8	3,964.4		
3	78,000	73,000	83,000	7,698.6	3,849.3	9,094.8	4,547.4		
4(1)	88,000	83,000	93,000	8,695.8	4,342.8	10,260.8	5,130.4	16,104.00	8,052.00
5(2)	98,000	93,000	101,000	9,672.6	4,836.3	11,428.8	5,713.4	17,934.00	8,967.00
6(3)	104,000	101,000	107,000	10,264.8	5,132.4	12,126.4	6,063.2	19,032.00	9,516.00
7(4)	110,000	107,000	114,000	10,857.0	5,428.5	12,826.0	6,413.0	20,130.00	10,065.00
8(5)	118,000	114,000	122,000	11,646.6	5,823.3	13,758.8	6,879.4	21,594.00	10,797.00
9(6)	126,000	122,000	130,000	12,436.2	6,218.1	14,691.6	7,345.8	23,058.00	11,529.00
10(7)	134,000	130,000	138,000	13,225.8	6,612.9	15,624.4	7,812.2	24,522.00	12,261.00
11(8)	142,000	138,000	146,000	14,015.4	7,007.7	16,557.2	8,278.6	25,986.00	12,993.00
12(9)	150,000	146,000	155,000	14,805.0	7,402.5	17,490.0	8,745.0	27,450.00	13,725.00
13(10)	160,000	155,000	165,000	15,792.0	7,896.0	18,656.0	9,328.0	29,280.00	14,640.00
14(11)	170,000	165,000	175,000	16,779.0	8,389.5	19,822.0	9,911.0	31,110.00	15,555.00
15(12)	180,000	175,000	185,000	17,766.0	8,883.0	20,988.0	10,494.0	32,940.00	16,470.00
16(13)	190,000	185,000	195,000	18,753.0	9,376.5	22,154.0	11,077.0	34,770.00	17,385.00
17(14)	200,000	195,000	210,000	19,740.0	9,870.0	23,320.0	11,660.0	36,600.00	18,300.00
18(15)	220,000	210,000	230,000	21,714.0	10,857.0	25,652.0	12,826.0	40,260.00	20,130.00
19(16)	240,000	230,000	250,000	23,688.0	11,844.0	27,984.0	13,992.0	43,920.00	21,960.00
20(17)	260,000	250,000	270,000	25,662.0	12,831.0	30,316.0	15,158.0	47,580.00	23,790.00
21(18)	280,000	270,000	290,000	27,636.0	13,818.0	32,648.0	16,324.0	51,240.00	25,620.00
22(19)	300,000	290,000	310,000	29,610.0	14,805.0	34,980.0	17,490.0	54,900.00	27,450.00
23(20)	320,000	310,000	330,000	31,584.0	15,792.0	37,312.0	18,656.0	58,560.00	29,280.00
24(21)	340,000	330,000	350,000	33,558.0	16,779.0	39,644.0	19,822.0	62,220.00	31,110.00
25(22)	360,000	350,000	370,000	35,532.0	17,766.0	41,976.0	20,988.0	65,880.00	32,940.00
26(23)	380,000	370,000	395,000	37,506.0	18,753.0	44,308.0	22,154.0	69,540.00	34,770.00
27(24)	410,000	395,000	425,000	40,467.0	20,233.5	47,806.0	23,903.0	75,030.00	37,515.00
28(25)	440,000	425,000	455,000	43,428.0	21,714.0	51,304.0	25,652.0	80,520.00	40,260.00
29(26)	470,000	455,000	485,000	46,389.0	23,194.5	54,802.0	27,401.0	86,010.00	43,005.00
30(27)	500,000	485,000	515,000	49,350.0	24,675.0	58,300.0	29,150.0	91,500.00	45,750.00
31(28)	530,000	515,000	545,000	52,311.0	26,155.5	61,798.0	30,899.0	96,990.00	48,495.00
32(29)	560,000	545,000	575,000	55,272.0	27,636.0	65,296.0	32,648.0	102,480.00	51,240.00
33(30)	590,000	575,000	605,000	58,233.0	29,116.5	68,794.0	34,397.0	107,970.00	53,985.00
34(31)	620,000	605,000	635,000	61,194.0	30,597.0	72,292.0	36,146.0	113,460.00	56,730.00
35(32)	650,000	635,000	665,000	64,155.0	32,077.5	75,790.0	37,895.0	118,950.00	59,475.00
36	680,000	665,000	695,000	67,116.0	33,558.0	79,288.0	39,644.0		
37	710,000	695,000	730,000	70,077.0	35,038.5	82,786.0	41,393.0		
38	750,000	730,000	770,000	74,025.0	37,012.5	87,450.0	43,725.0		
39	790,000	770,000	810,000	77,973.0	38,986.5	92,114.0	46,057.0		
40	830,000	810,000	855,000	81,921.0	40,960.5	96,778.0	48,389.0		
41	880,000	855,000	905,000	86,856.0	43,428.0	102,608.0	51,304.0		
42	930,000	905,000	955,000	91,791.0	45,895.5	108,438.0	54,219.0		
43	980,000	955,000	1,005,000	96,726.0	48,363.0	114,268.0	57,134.0		
44	1,030,000	1,005,000	1,055,000	101,661.0	50,830.5	120,098.0	60,049.0		
45	1,090,000	1,055,000	1,115,000	107,583.0	53,791.5	127,094.0	63,547.0		
46	1,150,000	1,115,000	1,175,000	113,505.0	56,752.5	134,090.0	67,045.0		
47	1,210,000	1,175,000	1,235,000	119,427.0	59,713.5	141,086.0	70,543.0		
48	1,270,000	1,235,000	1,295,000	125,349.0	62,674.5	148,082.0	74,041.0		
49	1,330,000	1,295,000	1,355,000	131,271.0	65,635.5	155,078.0	77,539.0		
50	1,390,000	1,355,000	~	137,193.0	68,596.5	162,074.0	81,037.0		

- 주: 1. 이 표는 2020년 3월분 이후 건강보험료율과 개호보험료율 포함 건강보험료율을 제시하고 있다. 후생연금보험료율 18.3%는 2020년 9월분 이후, 자녀·양육 각출금을 0.36%는 2020년 4월분 이후 적용된다. 동 각출금은 사업주에게만 부과되며, 피보험자 후생연금 표준보수월액 및 표준상여액에 부과된다.
2. 개호보험 제2호 피보험자는 40세 이상 64세까지를 지칭하며 개호보험료율 1.79%가 추가된다.
 3. 등급은 건강보험이 50등급이며 후생연금은 32등급이다. 후생연금의 1등급은 보수월액 9.3만엔 미만이며 32등급은 63.5만엔 이상을 지칭한다.
 4. 협회건보의 임의계속피보험자 표준보수월액 상한은 30만엔이다. 자격 상실 후 요건에 따라 가입신청 한자로 최대 2년간 피보험자 자격을 유지할 수 있다.
 5. 후생연금기금 가입자는 기금별 면제 보험료율(2.4-5.0%)이 적용되어 차감된다.

출처: https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~7/media/Files/shared/hokenyouritu/r2/ippan_3/r20913tokyo.pdf

■ 저자약력

배준호

서울대학교 금속공학과 졸업
일본 히토쓰바시(一橋)대 경제학박사
현, 한신대 명예교수

김명중

한신대학교 일본학과 졸업
일본 게이오(慶應)대 상학박사
현, 닛세이 기초연구소 주임연구원

건강보장비용의 공·사 분담과 증가 억제 방안: 일본

발행	행	2021년 6월
저자	자	배준호 · 김명중
발행인	인	김재진
발행처	처	한국조세재정연구원
주소	소	30147 세종특별자치시 시청대로 336
전화	화	(044)414-2114(代)
홈페이지	지	www.kipf.re.kr
등록	록	1993. 7. 15. 제2014-24호
조판 및 인쇄	쇄	(주)프리비
