

일본 진료수가의 현황과 과제
-2012년 진료수가 개정을 중심으로-

손동국 (건강보험정책연구원)

출애굽기 15:26 가라사대 너희가 너희 하나님 나 여호와와 나의 보기에 의를 행하며 내 계명에 귀를 기울이며 내 모든 규례를 지키면 내가 애굽 사람에게 내린 모든 질병의 하나도 너희에게 내리지 아니하리니 나는 너희를 치료하는 여호와임이니라

일본 건강보험(이하 의료보험)의 역사는 1922년에 건강보험법을 제정하고, 점차 그 적용 대상을 확대하여 1961년 ‘국민건강보험법’의 개정을 통해 모든 국민이 공적 의료보험제도에 가입하는 국민개보험(전국민 의료보험)을 달성하였다. 의료보험의 운영은 강제가입에 의한 사회보험 방식(우리나라와 동일)이며, 그 종류는 주로 피용자를 대상으로 하는 ①피용자보험과 농림어업 종사자, 자영업자, 퇴직자 등을 대상으로 하는 ②지역보험(국민건강보험) 등 2가지로 크게 구분할 수 있다. 피용자보험(직장)과 국민건강보험(지역) 체계는 우리나라의 의료보험이 통합되기 이전의 직장 및 지역의료보험으로 분리되어있던 모습이다(김도훈, 2011; 남상요, 2010).

통합이전의 모습이라는 것만 제외한다면, 그 운영방식에서 우리나라와 큰 차이가 없으며(기본적으로 일본의 의료보험 제도를 한국에 도입하였으므로), 건강보험 통합이후에도 일본 의료보험제도는 우리나라에 많은 영향을 주고 있다.

1984년부터 2010년까지 일본의 진료수가 개정의 변화는 집권정당에 따라 상당한 차이가 있었으며, 약가부문에서는 인상이 거의 없었으며, 복지예산이 급격하게 감소된(고이즈미 정권) 2002년부터는 이러한 현상이 더욱 두드러지게 나타난다(보건사회연구원, 2012). 이는 최근 ‘4대 중증질환의 보장성 확대’나 선택진료, 상급병실 및 간병서비스(비급여가 아닌 필요서비스임) 등 ‘3대 비급여’의 급여화를 둘러싼 보건복지확대(본질은 의료수가인상이라는 주장도 있음)가 이슈인 우리나라와 조금 다른 양상을 보인다.

일본의 진료보수 결정과정은 ①1927년 건강보험법 시행 당시 지불측과 진료측의 계약을 통해 결정되었으며, ②1943년부터는 노동대신에 의한 결정으로 바뀐 구조 하에서도, 지불측과 진료측의 의견을 청취하여 결정하는 형태였으며, ③1944년 노동대신이 진료보수를 결정함에 있어서 학식경험자 등의 의견 청취를 위한 조직으로 ‘사회보험진료보수산정협의회’를 설치하였다. 이것이 현재의 ‘중앙사회보험의료협의회’(중의협)의 원형이다(보건사회연구원, 2012).

중의협은 보험자 및 피보험자의 대표위원(지불측 위원 7명), 의사, 치과의사, 약사의 대표위원(진료측 위원 7명), 공익대표위원(국회동의인사 6명)으로 구성되어 있으며, 진료수가의 수준에 대한 심의를 한다. 여기를 거친 진료수가를 후생노동대신이 정하도록 되어있다. 우리나라의 ‘건강보험정책심의회’(건정심)에 해당한다. 독일도 이와 유사한 ‘의사질병금고

연방위원회'를 운영하고 있다(윤창겸, 2012).

발표자료에서, 일본 정부는 "사회보장과 조세의 일체적 개혁"의 전체적인 미래상 등을 제시한 「사회보장과 조세의 일체적 개혁」에서 '고령화가 급속히 진행되는 2025년의 일본에서 어디에 거주하고 있어도 그 사람이 적절한 의료 및 간호서비스를 받을 수 있는 사회를 실현 하겠다'고 언급하였고, 이를 위해 급성기를 비롯한 의료기능의 강화, 병원 및 병상기능의 역할분담과 연계의 추진, 재가의료의 강화 등을 추진하고자 하였다.

또한 일본에서 2012년에 개정된 진료수가와 2014년의 차기 진료수가 개정을 위한 논의를 통해, ①병상의 기능분화 및 강화와 연계의 추진, ②외래진료의 기능분화의 적극적인 추진 및 재택의료 등의 중점화와 효율화 도모의 필요성을 언급하고 있다. 결론적으로, 일본 정부는 2014년도 진료수가 개정이 필요한 의료서비스의 제공촉진 및 의료공급체계의 정비에 이바지하고, 일본 건강보험제도를 더한층 발전시키고자 노력하고 있다고 평가하고 있다.

우리나라에 주는 시사점으로는, ①향후 의료비 관리를 얼마나 잘 하느냐가 건강보험제도의 지속가능성을 좌우할 것이며, ②더 이상 고령화가 비단 일본만의 문제가 아니라 우리도 심각한 문제가 될 것이라는 점이다. 그 이유는 의료기술의 급속한 발전과 인구 고령화는 의료비 지출로 이어지며, 특히 고령화는 노동인구의 감소와 같은 자원 조달의 어려움을 가중시키기 때문에 건강보험의 지속가능성과도 연결된 문제이다. ③또한 의료공급의 효율을 찾기 위해서는 진료수가에 대한 공정성과 전문성을 갖추어야 할 필요가 있다는 점 또한 충분히 참고할 사항일 것이다.

첨언한다면, 현재는 우리나라의 의료제도 특히 건강보험의 전반적인 패러다임을 바꾸어야 할 시점이라는 점이다. 건강보험의 지속가능성을 높이기 위해 ①보험료 부과체계를 개선하여 보험료 부과기반을 확충하고, ②진료비의 청구·지불 시스템 등 재정누수 요소를 제거하는 등 우리나라 건강보험의 개혁이 필요한 시점이다. 다행스럽게도 우리나라는 건강보험이 통합된 단일보험자 체제이므로 건강보험의 개혁을 시도함에 있어 일본에 비해 상대적으로 수월할 것으로 판단된다.

참고문헌

- 김도훈(2011). "일본 건강보험제도의 최근 개혁 동향" 건강보장정책, 10(2); 142-154.
남상요(2010). "일본의 의료보험제도 및 진료비지출체계에 관한 연구", 의료정책연구소 보건사회연구원(2012). "일본출장보고서 - 진료보수제도 개요 및 수가계약의 과정 -"
윤창겸(2012). "건강보험정책심의위원회 의사결정구조의 문제점 및 개선방안", 국회 정책세미나 토론문, 국회의원 박인숙(2012.12.28.).