

I 서론

II 국민의료비 현황

III 사회보장체계 전반의 개혁동향

IV 건강보험제도 관련 개혁동향

1. 의료공급체계
2. 진료보수
3. 약가제도
4. 고령자의료제도

V 의료제도 개혁

1. 2002년도 법개정
2. 의료제도 발본개혁으로의 노력
3. 보험자의 재편 통합
4. 새로운 고령자의료제도의 창설
5. 개혁의 절차 시기

VI 직역별 건강보험 현황과 과제

1. 정부관장 건강보험
2. 조합관장 건강보험
3. 국민건강보험: 지역보험

VII 소결

※ 참고문헌

제4장 일 본¹⁾

I 서론

일본의 사회보장제도의 역사는 1922년 제정된 건강보험법(시행 1927년)으로부터 구체적인 형태로 도입되었으며, 신 헌법체계에서는 1950년 사회보장제도심의회가 제시한 사회보장 구상을 근거로 점차적으로 확충되었다.

모든 국민이 공적의료보험제도, 공적연금제도에 가입하도록 규정하고 있으며 관련 체제는 1961년에 정비되었다. 그 후도 건강보험과 연금보험의 급여율의 인상, 고용보험과 고용촉진시책의 확충, 노동자재해보상제도의 확대, 사회복지 각 법 제정과 사회복지서비스의 확충, 아동수당제도의 창설 등 제도의 정비확충을 착실히 진행해왔다.

현재 일본의 사회보장제도는 사회보험, 아동수당, 공적부조, 사회복지, 공중위생, 의료, 환경정책, 전쟁희생자원호 등으로 구성되어 있으며, 사회보험부문으로는 건강보험, 연금보험, 고용보험 및 재해보상보험의 각 제도가 있다.

건강보험은 피용자를 대상으로 하는 건강보험, 선원보험, 각종 공제조합과, 지역주민 및 자영업자 등을 대상으로 하는 국민건강보험으로 구분은 [그림 4-1]과 같은 구성으로 보험자별 현황은 <표 4-1>과 같다.

1) 日本 社會保障年監 2003年版을 중심으로 週刊 社會保障 vol.57 no.2246에 소개된 내용을 중심으로 관련자료를 재정리한 내용임.

* 자료번역: 김도훈, 건강보험연구센터

○ 연 혁

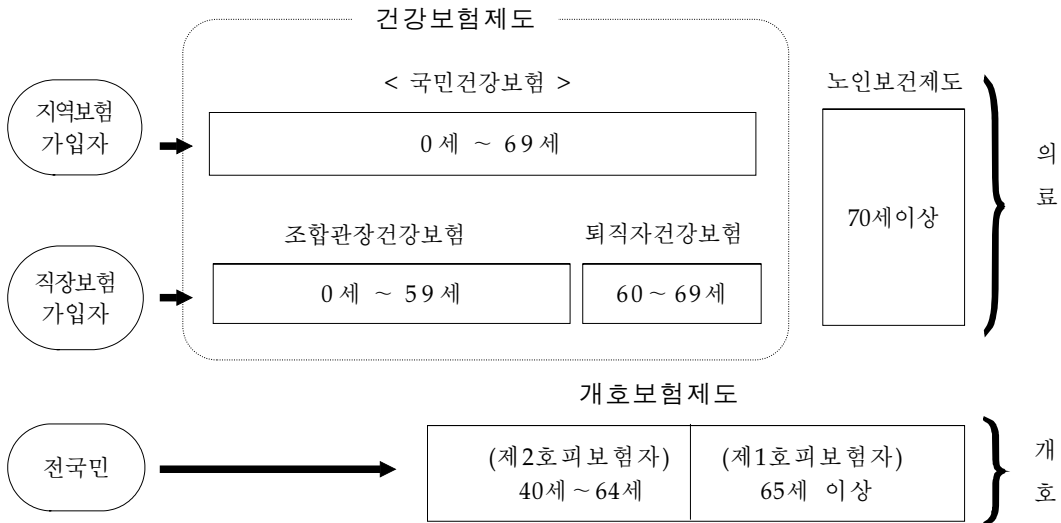
1922	○ 건강보험법 제정(1927년 시행)
1938	○ 국민건강보험법 제정 - 시·정·촌, 직종을 단위로 임의적용
1948	○ 국가공무원공제조합법, 사회보험진료보수지불기금법 제정
1953	○ 일용노동자 건강보험법 제정
1961	○ 전국민 건강보험 실시
1982	○ 노인보건법 제정(1983년 시행)
1984	○ 퇴직자의료제도 실시
1994	○ 보험급여 확대(고령자간병, 재택의료 등 개선)
1997	○ 본인급여 80%, 외래약제에 대한 일부부담 도입, 노인부담 인상
2001	○ 노인 90% 급여, 보험료 적용 총보수제, 외래약제 일부부담 폐지

자료: 일본 사회보장연감 2002년판

연금제도에는 전국민을 대상으로 기초연금을 지급하는 국민연금과, 피용자를 대상으로 소득비례부분을 지급하는 후생연금보험, 각종 공제조합이 있다. 또 고용보험 및 일용노동자를 대상으로 하는 고용보험과 선원보험이 있다. 그리고 재해보상보험에는 노동자재해보상보험, 선원보험, 국가공무원재해보상보험, 지방공무원재해보상보험이 있다.

오늘날 일본의 사회보장제도는 국민의 생활을 지탱하는 중요한 기반이 되고 있으며 세계최고 수준의 평균수명과 높은 보건의료수준을 실현하는데 크게 기여하고 있다. 그러나 인구의 고령화, 여성의 사회참여, 고용형태의 변화, 산업구조의 변화 등 사회경제구조는 변화와 함께 국민의 의식 및 가치관이 함께 급변하고 있다. 다른 나라의 경우 단일 건강보험제도 내에서 노인, 요양, 실업보상 등의 문제를 해결하고 있는데 반하여 일본의 제도는 가능한 세분화하여 그 기능을 특화하고 전문화하는 정책을 통해서 전문성과 효율성을 추구하는 특징을 갖고 있다. 일반적으로 개호(또는 요양)보험에서 노인의료문제를 포괄적으로 다루고 있으나 일본은 1982년부터 노인건강보험을 구분 운영하고 있으며, 2000년에 다시 개호보험제도를 창설한 바 있다. 이것은 각 영역별 구분된 재정확충과 관련영역에서의 재원각출, 서비스에 대한 보수체계 등을 구분함으로써 보다 경제적인 방편으로 대처를 모색하는 방안

으로 타제도와 차별성을 유지하면서 수혜자의 만족도를 제고하는 정책으로 일관하고 있다.



※ 개호보험 전국에 대한 의무부담, 공공재원 투입

[그림 4-1] 일본의 보건의료체계와 건강보험제도 개요

<표 4-1> 보험자 유형별 현황

제 도 명		대 상 피 보 험 자	보 험 자	가 입 자 수
피 용 자 보 험	정부관장건강보험	주로 중소기업의 노동자	국가	3,756만명
	조합관장건강보험	주로 대기업의 노동자	건강보험조합 1,794	3,258만명
	69조의7*에 해당 하는 피보험자	일일고용자	국가	6만명
	선원보험	선원	국가	26만명
	공제조합	국가공무원 지방공무원 사학교직원	24개 조합 54개 조합 1개 조합	1,014만명
국민건강보험	농업종사자 자영업자	시정촌 3,249 국보조합 166	시정촌 4,102만명 국보조합 443만명	
퇴직자건강보험	피용자보험퇴직자	시정촌 3,249		
노인보건제도	70세이상 일반노인 65세이상 위상노인,장애자	시정촌	피용자보험 351만 국민건강보험 1,041만	

* 건강보험법 제69조 7항에서 규정하는 피보험자임

자료 : 日本 厚生省 編, 厚生白書 2000년도판

그러한 가운데, 사회보장제도도 육아·개호휴업제도의 도입 및 고령자 개호시책의 확충 등 사회경제 변화에 대응한 변혁이 요구되고 있다. 그러나 1990년 초반부터 경기침체가 계속되는 가운데 세계적으로 유례가 없는 급속한 고령화는 심각한 재정불안의 우려를 낳고 있다. 사회보장제도의 대부분이 사회보험방식을 취하고 있기 때문에 재정의 대부분을 보험료 수입에 의존하고 있는데 극심한 일본의 경기침체는 보험료 수입감소로 이어져 건강보험 재정적자를 초래하고 있다.

따라서 일본의 사회보장제도는 경제적 요인에 의한 수입감소와 고령화에 따른 비용부담의 증가라는 2가지 과제를 해결해야하는 과제에 직면해 있다. 이에 사회보장부담의 증가에 어떻게 대처해갈지가 중요한 과제가 되고 있고, 연금지급개시연령의 인상, 의료보험의 급여범위의 재검토, 의료자원의 효율적인 이용 등에 의한 비용억제대책, 세제를 포함한 부담방법도 재검토할 필요성이 생기고 있다.

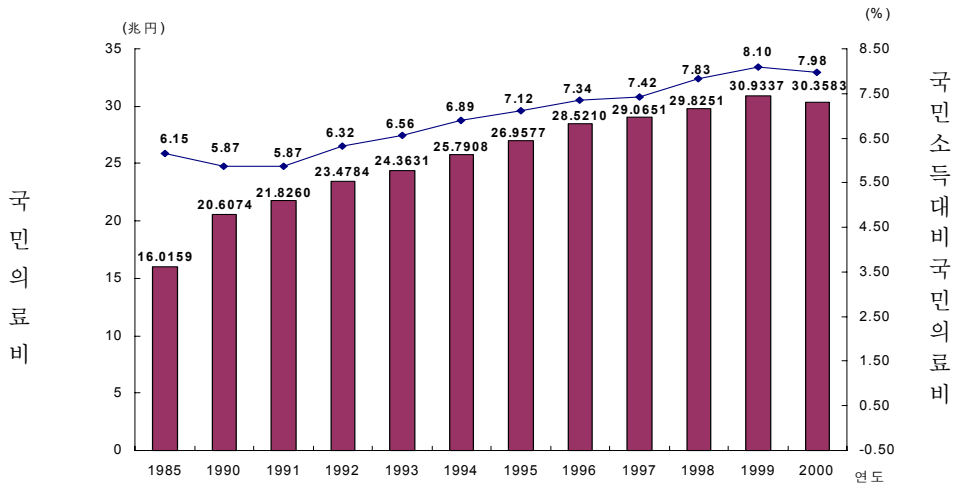
II 국민의료비 현황

2000년도의 일본의 국민의료비는 전년도에 비해서 1.9%, 5,754억엔 감소하여 30조3,583억엔으로 표면적으로는 1954년도의 조사개시 이후 처음으로 감소되었다. 감소 주요인은 2000년 4월에 시행된 개호보험제도에 의해 약 1조 7천엔의 의료비가 개호보험으로 이행하였기 때문이다. 그러므로 그 이행분을 포함하면 국민의료비는 여전히 증가경향에 있고, 국민의료비의 국민소득에 대한 비율도 7.98%(전년도 8.10%)로 과거 최고였던 전년도와 나란히 높은 수준이었다.

일본은 다른 선진국에 비하여 낮은 국민의료비 수준으로 높은 건강수준(세계 최장수국가이자 영아사망율이 최하수준)을 유지하고 있다. 이로 인하여 급속히 진행되는 의료비의 증가는 의료보험재정을 더욱 심각한 부담을 초래하고 있다. 2001년도 정부관장 건강보험은 4,231억엔, 조합관장건강보험은 3,013억엔 수준의 최고의 적자를 기록했다. 전년도는 개호보험제도 창설에 따라 감소한 노인보건각출금도 2001년도에는 다시 증가로 전환되고 있는 점에서 재정상황은 여전히 어렵다.

사회구조의 변화속도에 현행의 의료제도가 대응하고 있지 못하는 점도 큰 문제

이다. 평균수명은 매년 증가(2001년 통계 : 남자 78.07세, 여자 84.93세), 총인구에 대한 65세 이상의 고령자가 차지하는 비율이 계속 증가하고 있는 한편, 여성의 출산률(1명의 여성이 평생 낳는 자녀수)은 전년도의 1.36명을 밑돌고, 2001년의 통계에서 과거최저의 1.33명까지 낮아지면서 급속한 저출생·고령화가 진행하고 있다. 또 소위 거품경제 붕괴 후 일본경제는 다시 일어설 수 있는 돌파구가 보이지 않고 있다. 완전실업률이 5% 전후를 추이하는 전후 최악의 실업상황과 더불어, 라이프스타일 및 가치관의 변화에서 파견노동자 및 계약사원이라는 비정규고용자가 증가하고 종신고용형이라고 일컫는 일본의 고용형태가 변화를 맞고 있다. 이와 같은 사회경제적 변화는 의료뿐만 아니라 연금, 개호라는 사회보장제도 전체에 큰 영향을 끼치고 비용의 증가를 초래하는 한편, 그 비용을 부담하는 근로자세대가 감소하는 것을 의미하고 있다. 또 종래의 의료수준을 훨씬 초과하는 고도선진의료의 발달도 의료비 증가의 하나의 원인이 되고 있다.



[그림 4-2] 국민의료비의 추이

Ⅲ 사회보장체계 전반의 개혁 동향

70년대 말엽 선진국들의 신보수주의 정책에서 비롯된 '작은정부'를 지향하는 개혁이 일본에서도 예외 없이 추진되었다. 행정개혁의 기본방향은 고령화의 진전에 따른 수요증대에 대응하여 지속적인 국가정책으로서 안정적으로 기능을 유지할 수 있도록 의료비의 적정화, 건강보험제도의 합리화, 보조금의 삭감 그리고 수익자부담 및 각종 지원금, 민간의 활용 등 일련의 개혁을 추진하는 것을 목표로 했다.

다른 선진국 등에 비하여 비교적 적은 의료비를 쓰고 있지만 최근 계속되고 있는 경기침체와 상대적으로 빠르게 증가하는 의료비의 규모는 일본 정부로 하여금 여러 가지 의료비 억제 정책을 추진하게 되었다. 또한 세계에서 가장 빠르게 진행되는 노령화와 전통적 가족 구조의 해체로 인한 노령인구에 대한 의료 및 요양의 문제가 매우 중요한 문제로 부각되고 있다.

일본의 사회보장제도 전반의 개혁은 비용의 억제, 관리운영체계의 통합, 일원화 등으로 요약할 수 있다. 일본의 사회보장제도가 다른 나라와 다른 특징은 목표로 하는 보장의 유형별로 제도를 세분화하는 방법으로 비용의 차별화, 효율화를 추구하는 것이다. 즉 동일한 국민 보건의료 대책으로서 건강보험, 노인보험 및 개호보험으로 구분하고 있는데 세대간 계층간 부담의 이전이 불가피한데 대한 각출금의 증가가 그 증가 폭 만큼의 저항을 증대시키고 있다.

1982년 노인보건법 제정 이전에는 고령자의료가 무료로 제공되었으나, 본인 일부 부담금이 도입되었으며, 동시에 1984년 건강보험법 개정을 통해 창설 이래 유지되어 온 100% 급부가 폐지되고 10% 자기부담(90% 급부)이 도입되었다. 정부부담의 경감을 위하여 1986년 노인보건법 개정을 통해 다시 고령자의 본인일부부담금을 인상했다. 1988년 국민건강보험 개혁을 통해 지방자치단체(도도부현)의 부담을 늘리고, 건강보험 관리운영체계에 있어서 시정촌 단위운영에서 단일관리운영체제로 진전되는 계기를 마련하기도 했다.

일본의 사회보장개혁의 전체적 흐름은 급부수준의 인하와 억제, 국가책임 범위의 축소, 제도체계의 통합화, 세대간 또는 급부와 부담의 형평화 등으로 요약할 수 있

다. 이는 궁극적으로 국가의 부담을 최소화하려는 노력의 일환으로 신보수주의 정책의 일면을 보여주는 측면이라 하겠다. 그러나 일본의 사회보장제도가 사회보험방식에 의한 勞·使·政의 3자 부담구도의 이라는 기본틀을 선택하고 있는 상황에서는 기본적으로 정부부담의 경감에 한계가 있을 수밖에 없다.

IV 건강보험제도 관련 개혁동향

의료를 둘러싼 환경은 눈부시게 변화하고 있다. 이와 같은 상황 속에서 의료의 질의 향상, 의료공급체계의 효율화, 의료보험의 재정안정화 등을 중심으로 한 종합적인 제도개혁을 하고 장래에 걸쳐 지속가능하고 안정적인 의료보험제도를 확립하는 것이 강력하게 요구되고 있다. 지속 가능한 의료보험제도를 확립하기 위하여 정부를 비롯한 관계자는 의료공급체계, 진료보수, 고령자의료제도의 4가지 과제를 중심으로 개혁에 노력해왔다. 여기서는 의료보험제도의 문제점과 그 해결을 위한 개혁방향들을 소개한다.

1. 의료공급체계

일본의 의료공급체계는 1948년에 제정된 의료법 하에서 모든 국민에 대해 평등하게 의료를 받는 기회를 보장한다고 하는 관점에서 정비가 진행되고, 누구라도 용이하게 의료기관을 이용할 수 있는 체제를 구축하였다. 의료공급에 있어서 병상수를 예로 든다면, 인구 10만명당 병상수의 격차가 지역에 따라 최대 3배 가까이 되는 등, 지역적인 편차를 시정할 필요성은 남아 있지만, 양적인 정비는 상당한 정도 달성되었다고 할 수 있다. 그러나 국제적으로 보면 일본은 인구당 병상수가 많고 입원환자의 평균재원일수가 긴 반면, 병상당 의료종사자가 적다고 하는 사실과 보다 나은 양질의 의료 확보와 효율적인 의료공급체계의 확립이 요구되고 있다.

이러한 사정 및 고령화, 질병구조의 변화, 의료수요의 다양화 등, 의료를 둘러싼 환경의 변화와 함께, 지금까지 의료법의 개정이 행해져 왔다. 1985년의 1차 개정

서는 의료기관의 계획적 정비와 상호연계를 도모하기 위한 의료계획의 작성, 의료 법인에 대한 지도감독규정의 강화, 1992년의 2차 개정에서는 고도의료를 제공하는 특정기능병원과 장기요양의 환자에 의료를 제공하는 요양형 병상군의 제도화에 의한 의료시설기능의 체계화, 광고규제의 완화 등이 이루어졌다. 게다가,

1998년의 제3차 개정에서는

- ① 의료제공에 있어서 환자에게 적절한 설명을 하는 것을 의무규정으로 한다
- ② 진료소에도 요양형 병상군을 설치할 수 있도록 한다
- ③ 지역에 필요한 의료를 확보하기 위하여 단골의를 지원하는 지역의료지원병원을 제도화하는 등의 개정이 이루어졌다.

그리고 2001년에는

- ① 병상의 종류를 일반병상, 요양병상, 정신병상, 감염증병상, 결핵병상으로 구분하고 환자의 병태(病態)에 따른 의료를 제공하는 시스템을 정비한다
- ② 일반병동의 간호직원의 배치기준을 입원환자 3명에 대해 1명으로 한다
- ③ 의료종사자의 자질향상을 위하여 의사, 치과의사에게 임상연수를 필수로 하는 등을 주요 내용으로 하는 제4차 개정이 이루어졌다.

이와 같이 보다 나은 의료공급체계의 실현을 위하여 개정이 이루어져 왔는데, 여전히 남은 과제도 많다. 후생노동성은 2002년 3월 건보법 등 개정법 부칙에 명기한 발본개혁의 모든 과제를 검토할 목적으로 의료제도개혁추진본부를 발족시켰다. 이 추진본부내에 설치한 「의료공급체계의 개혁에 관한 검토팀」은 2002년 8월에 「의료공급체계의 개혁의 기본적 방향」이라는 제목으로 하는 중간보고서를 책정하고, 후생노동대신에게 제출하였다. 그 중에서

- ① 환자가 용이하게 의료정보에 접근할 수 있도록, 인터넷 등을 통한 공적기관 등에 의한 적절한 정보제공의 충실·촉진을 도모함과 동시에, 정보제공에 관한 규정의 정비를 한다
- ② 안전하고 안심할 수 있는 의료를 실현하기 위하여 모든 의료기관에 의료안전 관리체제를 의무화한다

- ③ 환자의 病態에 따른 질 높은 의료를 효율적으로 제공하기 위하여 의료기관의 기능분화·효율화를 촉진한다
- ④ 의료를 담당하는 인력의 확보·자질향상을 위하여 의사 등의 임상연수의 필수화 및 의료종사자의 국가시험 등의 재검토를 한다
- ⑤ 전자차트 및 명세서 전산처리를 추진함에 따라 업무의 효율화를 도모하는 등, 개혁을 위한 구체대책을 제시하였다.

2. 진료보수

일본의 진료보수체계는 성과불방식을 기본으로 하고 있다. 이 방식은 진료행위의 양과 진료보수액이 비례하기 때문에, 환자에게 충분한 의료를 제공할 수 있는 한편, 과잉 치료 및 검사, 의료비의 부당·부정청구를 초래할 우려가 있어 의료비 증가의 커다란 요인도 되고 있다. 또 이 체계는 급성질환을 중심으로 체계화되고 있고 만성질환이 주류가 되고 있는 현재의 질병구조에 적합하지 않기 때문에, 의료종사자의 기술격차 및 의료기관의 기능의 차이를 반영하고 있지 않다. 현행의 진료보수체계는 1958년에 시행된 이래, 점차 개정은 행해졌지만, 체계적으로 근본적인 재검토가 행해지지 않은 채 현재에 이르고 여러 가지 구조상의 문제를 안고 있다.

일본의 진료보수체계는 대체로 진료비를 억제하는 효율적인 기전이 고려된 것으로 평가를 받고 있는데 점수체계화 된 진료보수체계는 수술 등 전문의료에 대해서는 전반적인 점수를 낮게 설정하고 반대로 비교적 값싼 외래의 일반적 의료에 대해서는 점수가 높게 설정되어 있다. 또한 국가가 모든 의료서비스의 가격을 결정하기 때문에 의료기관과 보험자는 별개의 가격으로 교섭할 수 없다. 이와 관련된 방대한 관리비용을 절약할 수 있는 장점도 있다.

이 때문에 건강보험 상황에 적합한 투명성 높은 진료보수체계를 구축하기 위하여 중앙사회보험의료협의회에서 심의가 계속되고 있다. 그 중에서도 1998년 11월에 개시된 「급성기 입원의료의 정액불방식의 시행」은 의료비의 억제를 위한 노력으로서 주목을 받고 있다. 이것은 미국의 medicare에서 채택되고 있는 DRG/PPS(진단군별 정액불 방식)를 근거로 한 일본형 정액불 방식이고 183개 진단군 분류에 해

당하는 환자를 대상으로 당초 10개 국립병원 등에서 시행을 개시하였다. 그 후 진료내용의 조사를 목적으로 정액불을 수반하지 않는 형태로 민간병원에도 범위를 확대함과 동시에, 진단군별 분류를 267개 분류까지 확대하는 등, 본격적인 도입을 위한 데이터의 수집이 진행되고 있다. 게다가 2001년 4월, 중앙사회보험의료협의회는 「진료보수체계에 관련한 금후의 검토사항」을 발표하였다.

검토항목으로는

- ① 의료기관의 기능분담과 연계
- ② 의료기술의 적정평가
- ③ 고령자의료에 관련된 진료보수상의 평가
- ④ 성과불과 포괄불의 최선의 조합
- ⑤ 의료에 관련한 정보제공의 추진 등이고, 이 항목에 따른 심의가 진행되었다.

어려운 경제정세 속에서 행해진 2002년의 진료보수개정은 임금 및 물가의 동향에 대응하여 사상최초로 진료보수의 1.3%가 인하되었다. 개정은 중앙사회보험의료협의회에서의 지금까지의 검토를 고려에 넣으면서 구체적으로는 장기입원의 일부 특정요양비화 등의 합리화 항목 이외에, 소아의료 및 정신의료의 평가의 충실, 생활습관병에 대한 대응 등의 인상대책도 담고 있었다. 의료비의 증가억제에 주안을 두는 한편, 의료의 질을 담보하는 관점에서 필요한 의료에 대해서는 인상이 이루어지는 등, 사회적 요청에도 배려한 내용으로 되어 있다. 의료비가 연간 4% 전후 증가하고 있는 점을 감안하면 부족한 점이 있지만, 진료보수체계를 수정할 수 있었던 것은 획기적인 일이라고 할 수 있다.

또 정액불방식에 대해서는 2003년 4월부터 대학병원 등의 특정기능병원을 중심으로 의료기관별 포괄평가를 실시하였다. 이것은 의료기관의 기능분담의 추진을 도모할 관점에서 82개 특정기능병원 등을 대상으로 하여 원칙적으로 일반병동의 입원환자를 대상으로 의료기관별로 진단군 분류에 따른 환자 1인당 1일당 포괄평가를 원칙으로 한 지불방식을 도입하는 것이고, 일부 진단군 분류 및 의료기관의 기능에 대응한 포괄불이 실시된 것은 평가된다.

기타 중앙사회보험의료협의회에서는 2002년 2월의 답신의 부대의견에서 진료보수개정을 보다 실행에 맞은 형식으로 실시하기 위하여 진료보수개정의 기

초자료가 되는 국가의 의료경제실태조사 등의 개선의 검토를 하는 등 다양한 노력이 진행되고 있다.

3. 약가제도

일본의 의료비에 차지하는 약제비의 비율(약제비율)은 국제적으로 봐도 높은 수준에 있어 왔다. 공정가격인 약가기준은 약가조사에 근거해 산출한 시장실세가격의 평균치에 개정전의 약가에 일정률(R폭(Reason zone))을 곱한 액을 더하여 결정되고 있다. 그러나 거래가격은 약가개정후도 시장 속에서 저하하기 때문에, 약가기준과의 사이에 차이가 발생한다. 이것은 약가차익이라고 일컬어지고 의료기관의 이익이 되고 있었다. 약가차익은 의료기관에 약제비 억제 의 인센티브를 작용하게 어렵게 해주고 약제비율을 높이는 요인이다. 또 다량 약제투여 및 고약가의 약제사용 등 약제사용에 왜곡을 발생시키기 때문에, 지금까지 약가차익을 해소하는 방향으로 개혁이 진행되어 왔다. R폭은 약가개정 마다 인하되었고, 1992년에는 15%이었던 것이 1998년에는 5%가 되고, 2000년의 개정에서는 R폭은 「유통안정을 위하여 최소한 필요한 조정비율 : 조정폭」이라는 사고방식으로 고쳐서 2%로 설정되었다. 이와 같은 약가차익 해소로의 노력은 약가차 및 약제비율을 착실히 축소되고 있다.

2000년도의 약가제도 개혁에서는 조정폭을 일률적으로 2%로 설정함과 동시에, 제3자 조직인 「약가산정조직」을 설치함에 따라 약가산정과정의 투명화를 도모하였지만, 선발품과 후발품, 획기적 신약 등의 약가산정규칙의 재검토가 과제로서 남았다. 약가제도 개혁을 위한 논의는 그들 남겨진 과제를 중심으로 진행되고 2001년 12월 중앙사회보험의료협의회는 「2002년 약가제도 개혁의 기본방침」을 발표하였다. 기본방침에서는 보험재원의 효율적, 중점적 배분이라는 관점에서 혁신적인 신약 및 유용성이 높은 신약에 대해서는 평가를 충실시키는 한편, 기존의 의약품에 대해서는 가격의 적정화를 도모하는 것을 기본으로 약가산정규칙을 재검토하고 있다. 2002년 2월 이 기본방침에 근거하여 신약의 약가산정규칙의 재검토 및 선발품 약가의 인하 등을 주요 내용으로 하는 개정이 결정되었다.

또 2002년도에는 진료보수개정과 같이 약가 등의 개정이 이루어지고 의료비 base으로 약가기준은 1.3%, 의료재료가격기준은 0.1% 인하하는 것이 결정되었다. 선발품 약가의 적정화에 관련된 신규칙의 일부가 적용되었을 뿐만 아니라, 시장실 세가격에 따른 약가의 적정화에 따라 대략 80%의 의약품의 가격이 인하하게 되었다.

4. 고령자의료제도

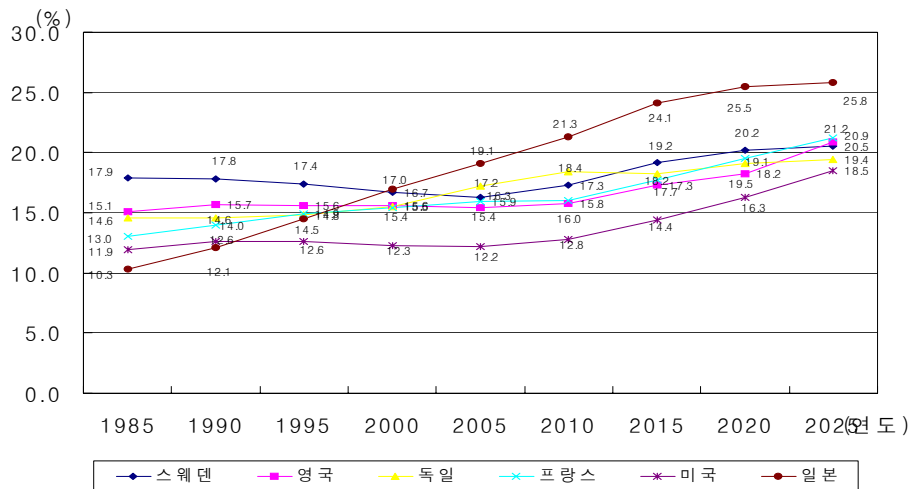
고령자의료는 의료보험제도 개혁의 최대 내지 긴급한 과제이다.

급속한 고령화가 진행되고 있는 일본에서는 노인의료비의 급등이 계속되고 있는데 1960년 65세 이상 인구 비율이 6%에 불과했지만 1990년에는 배로 증가했고 2025년도에는 4명당 1명 꼴로 개호를 필요로 하는 고령자가 500만명에 달할 것으로 추계하고 있다. 개호보험은 완전히 새로운 형태의 사회보험으로 국민 전원으로부터 보험료를 징수하고 그 보험료액 만큼의 공공재원을 준비하는 방법으로 독일 제도에서 인용한 방법이다. 일본이 GDP에 비하여 국민의료비 수준이 낮은 편에 속하는 국가이지만 인구의 고령화가 진료비의 부담을 우려할 만한 여건에 놓이게 되는 점을 고려한 것이다.

개호보험은 노인들의 '사회적 입원'이라고 일컬어지는 범주까지 포함하는 비용을 포함하는 개념이다. 고령자의 시설요양은 병원, 노인보건시설 및 특별노인요양시설 등의 시설 체계 안에서 제공되며 각각의 재원이나 비용부담 방법을 달리하고 있다. 개호보험제도와 관련하여 개호의 필요성을 판단하는 역할과 서비스의 제공자와 방법에 관한 명확한 개념이 확고하지 못하다. 또한 개호서비스의 특성 상 시설 외에서 서비스 대상자의 자택 등에서 이루어지는 서비스의 보다 다양한 방법과 수준에 관한 문제, 보험자의 선정, 시설, 인원 등 인프라의 정비를 어떻게 할 것인지에 대한 많은 실험들이 행해지고 있다.

급격한 고령화에 따라 거동불능 및 치매 등의 요개호자가 급증하고 있는데 반하여, 핵가족화의 진행, 여성의 사회진출 등 사회상황의 변화에 의해 종래의 가족에 의한 개호의 기능은 저하하고 있다. 개호문제는 국민의 노후생활에서의 최대의 불안요인이고, 그 대책의 확충이 요구되고 있다. 그러나 종래의 개호서비스는 노인복

지과 노인보건의 2가지 다른 제도 하에 실시되고, 부담의 공평, 효율성의 확보 등의 면에서 문제가 많고, 종합적인 개호대책을 새롭게 모색해야 할 필요성이 대두되고 있다. 이는 후발국으로서 개호보험을 준비하고 있는 우리나라에 많은 시사점을 부여해 줄 수 있을 것으로 기대 된다.

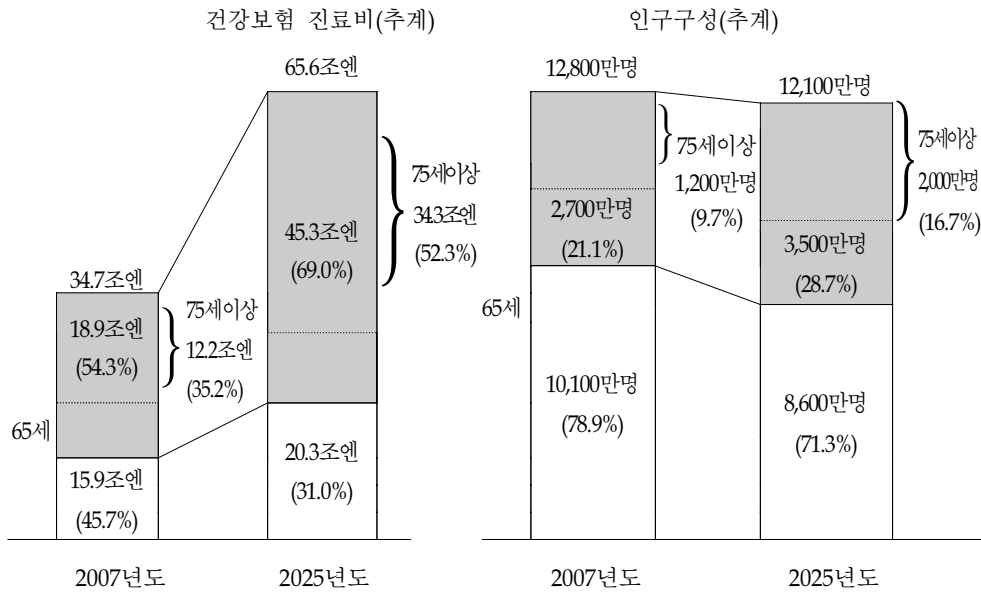


[그림 4-3] 65세 이상의 고령자의 비율

2000년도의 노인의료비는 전년도에 비해 5.1%, 6,043억엔 감소한 11조 1,997억엔이 되고 국민의료비에 차지하는 노인의료비의 비율도 전년도 대비 1.3% 감소한 36.9%가 되었다. 그러나, 이것은 개호보험제도의 실시에 따라 약 1조 7,000억엔의 의료비가 개호보험으로 이행한 것에 의한 효과에 지나지 않는다. 노인의료비의 총건수는 3억 5,693만 5,000건, 전년도 대비 6.8%로 크게 증가하고 있다. 향후 국민의료비에서 차지하는 노인의료비의 비율이 계속 확대할 것으로 예상된다.

노인의료는 환자부담의 수준이 낮게 억제되고 있어서 대부분 공적부담과 각 건강보험제도로부터의 각출금으로 조달되고 있다. 최근 노인의료비의 증가에 따르는 각 보험자 모두 수입에 차지하는 각출금의 비율이 30% 가까이를 차지하면서 어려운 재정운영을 압박하고 있으며 보험가입자들이 각출금으로 인한 과중한 부담에 대한 갈등과 불만이 제기되기도 했다. 향후도 고령자의 증가에 따른 노인의료비의

증가는 피할 수 없을 것으로 예상되며, 「고령자의 특성에 따른 적절한 의료제공」과 「노인의료비 증가의 적정화와 공평한 부담」을 가능케 하는 새로운 고령자의료제도의 창설이 요구되고 있다.



[그림 4-4] 건강보험 진료비와 인구구성

새로운 제도의 구축을 둘러싸고는 지금까지 후생노동성, 각 정당을 비롯해 관계 단체에 의해 활발한 논의가 전개되어 왔다. 2000년 가을에는 일본의사회, 건강보험조합연합회, 경제단체연합회 등이 잇달아 의견서를 발표하고 독립보험방식(일본의사회안), 조합방식(건보련안), 통합방식(국보안), 연령리스크구조조정방식(학자 일부)이라는 모델플랜을 제시하였다. 각 관계단체 모두 고령자의료제도로의 공적부담 도입의 확대는 피할 수 없다고 하는 점에서는 일치하지만, 운영방법, 재원조달방법, 제도의 대상자 등이 다르고 주장은 정면으로 대립하였다.

2002년 의료제도 개혁에서도 고령자의료제도에 대해서는 당년도 중에 기본방침을 책정한 후에, 2년을 목표로 제도를 창설한다고 하는 부칙에 명기되는 것에 그치고, 또 신제도의 창설은 보류되게 되었다. 기본방침 및 실시시기가 나타난다고 할 수 있고 지금까지의 경과를 보면, 개혁으로의 길은 험하다고 할 수 있는데, 고령자

의료제도의 창설 내지 지속 가능한 의료보험제도의 구축은 있을 수 없다. 새로운 제도의 창설이 단순한 노력 목표가 끝나는 것이 아니고, 확실히 실행되는 것이 기대된다.

V 의료제도 개혁

1. 2002년도 법개정

2000년도의 발본개혁이 보류된 이후에, 날로 악화되는 의료보험재정을 배경으로 더 이상의 개혁의 연기는 허용할 수 없다는 굳은 결의 하에 건강보험관계자는 2002년도 개혁에 커다란 기대를 걸고 정력적으로 활동을 해 왔다.

이와 같은 가운데, 2001년 11월에 정부·여당사회보장개혁협의회는 「의료제도 개혁대강」을 발표했고, 2002년 3월 1일에는 이 「의료제도 개혁대강」을 근거로 작성한 「건강보험제도 등 개정안」과 「건강증진법안」이 국회에 제출되었다. 그러나 이 법안에 대해서는 환자부담률 및 보험료율의 인상 등 재정대책을 시종일관 「발본개혁 없는 부담증가」이고, 부담증가가 경기침체에 부정적 영향을 미치게 된다는, 발본개혁의 실현의 담보가 없는 등, 수많은 문제점이 지적되고 심의는 난항을 거듭했지만, 7월 26일 정부 원안대로 가결, 성립되었다. 이 개혁안은 보건의료시스템·진료비 지불체계·건강보험제도의 개혁 등을 적극적으로 추진하는 것을 주요골자로 각 제도·세대를 통하여 급여와 부담의 재검토, 말기고령자에 대한 시책의 중점화, 국민건강보험제도의 재정기반의 강화 등을 주축으로 하고 있다.

또한 이 개혁에 따라 당면의 보험재정의 안정화가 도모되는데, 장래의 급속한 고령화의 진행을 생각하면, 모종의 개혁이 필요하다. 이를 위해 개정법 부칙에서는 급여율 70%를 앞으로도 유지하는 취지의 규정을 두는 등, 의료보험제도체계 및 진료보수체계에 대해서 “기본방침”을 부칙으로 규정하고 있다.

<2002년 10월부터 시행>

1) 환자 본인부담에 대해서

- 70세 이상의 고령자는 정률 10% 부담으로 하고, 일정 이상 소득자는 20% 부담으로 한다.
- 3세 미만의 피부양자는 20% 부담으로 한다.
- 고령수급자(노인보건적용대상자를 제외한 70세-74세인 자)에 소요되는 외래약제 일부부담을 폐지한다.

2) 본인부담한도액을 재검토한다.

3) 노인보건제도의 대상연령을 현행의 70세 이상에서 75세 이상으로 인상한다.(경과조치로서 개정법의 시행일의 전일에 70세-74세인 자에 대해서도 노인보건적용대상자로 한다)

4) 노인의료비에 대한 공적부담비율을 현행의 30%에서 단계적으로 5년간에 걸쳐 50%로 확충한다.

5) 노인가입을 상한의 철폐 등, 노인보건각출금 산정방법을 재검토한다.

6) 퇴직자에 소요되는 노인보건각출금은 퇴직자의료제도에서 부담하도록 하고, 퇴직자각출금의 산정기초를 총보수액을 변경한다.

<2003년 4월부터 시행>

7) 피용자보험제도에서의 3세 이상의 70세 미만인 자의 본인부담률을 30%로 인상한다.

8) 피용자보험의 보험료 산정기초에 대해서 종래의 월수입 기준에서 연수입 기준으로 하는 총보수제를 도입하고, 상여금에 대해서도 보험료율을 부과한다.

9) 정부관장 건강보험의 보험료율을 총보수제하에 8.2%로 한다.

10) 젊은이에 소요되는 외래약제 일부부담을 폐지한다.

또, 금번 개혁에 이어서 다음 개혁을 위하여 다음의 점을 부칙으로 규정하였다.

1) 정부는 보험자의 통합 및 재편을 포함한 의료보험제도의 체계의 방법, 새로운

고령자의료제도의 창설, 진료보수체계의 재검토에 대해서 2002년도 중에 기본방침을 책정하고, 그 방침에 근거하여 가능한한 신속하게(고령자의료제도에 대해서는 대략 2년을 목표로) 소요의 조치를 강구한다.

- 2) 정부는 2년을 목표로 사회보험병원의 방법의 재검토, 사회보험청의 업무운영의 효율화 및 사무의 합리화에 대해서 구체적 내용, 연차계획을 명확히 하고, 소요의 조치를 강구한다.
- 3) 정부는 3년을 목표로 정부가 보험자인 사회보험 및 노동보험의 징수사무의 일원화, 진료보수의 심사, 사무처리체계의 재검토에 대해서 구체적 내용, 연차계획을 명확히 하고 소요의 조치를 강구한다.
- 4) 정부는 5년을 목표로 정부관장건강보험의 사무 및 조직형태의 방법의 재검토에 대해서 검토를 하고, 그 결과에 근거하여 소요의 조치를 강구한다.

2. 의료제도 발본개혁으로의 노력

「장래에 걸쳐 지속 가능한 의료보험제도를 구축한다」라고 하는 2002년 발본개혁의 기본적 방향성은 명확한데도 불구하고, 금번 개정은 환자부담률 및 보험료율의 인상 등 재정대책에 편중되어 있어서, 근본적 개혁으로서는 불충분한 것이 되었다. 이 개정이 건강보험재정에 미치는 영향은 그만큼 큰 것이 아닌 것으로 판단한다. 2003년도 보험료 기준으로 건강보험조합이 2,000억엔 감소, 정부관장건강보험조합이 3,100억엔 감소, 5년 후인 2007년에는 건강보험조합이 5,000억엔 감소, 정부관장건강보험조합이 4,800억엔 감소의 보험료 감축효과가 나타날 것을 예측하고 있지만, 2002년도 재정파탄으로 의심되고 있던 정부관장건강보험조합에 대해서는 2003년도부터 2005년의 3년 간은 흑자를 계상하는데, 2006, 2007년에는 재차 적자에 전락하고 전반 3년 간의 흑자가 후반 2년 간 상쇄하는 5년 간의 수지균형에 그칠 것이라는 후생노동성의 시산에 의해 이미 명확해지고 있다. 또 노인보건각출금제도가 존속하였기 때문에, 금후 각출금 부담이 증가하는 것도 염려된다.

의료보험재정의 파탄을 회피하는 대책이 필요하다는 것은 말할 필요도 없지만, 현행제도의 틀내에서의 재검토는 한계가 있고, 지속가능하고 안정적인 제도를 구축

해 가는 데에서는 무엇보다도 우선 구조적인 개혁이 필요하다. 후생노동성은 2002년 12월 17일 2002년도 개정법의 부칙에 규정된 의료제도 개혁의 기본방침의 시안을 공표 하였다. 이 기본적인 사고로의 구체적인 대응은 보험자의 재편·통합, 고령자의료제도의 창설이라는 커다란 2가지의 내용으로 성립하고 있다.

- ① 보험자의 통합·재편을 포함한 의료보험제도 체계의 방법
- ② 새로운 고령자의료제도의 창설
- ③ 진료보수체계의 재검토를 주요과제에 금후 정부·여당간에서 기본방침에 대해서 논의를 진행해가는 때의 디딤판으로서 거론되었다.

이 시안을 근거로 2003년 3월 정부의 기본방침이 결정되었다. 기본방침은

- ① 안정적이고 지속 가능한 의료보험제도의 구축
- ② 급여의 평등과 부담의 형성성 제고
- ③ 양질 내지 효율적인 의료의 확보를 기본적인 사고방식으로 발표되었고 그 내용은 다음과 같다.

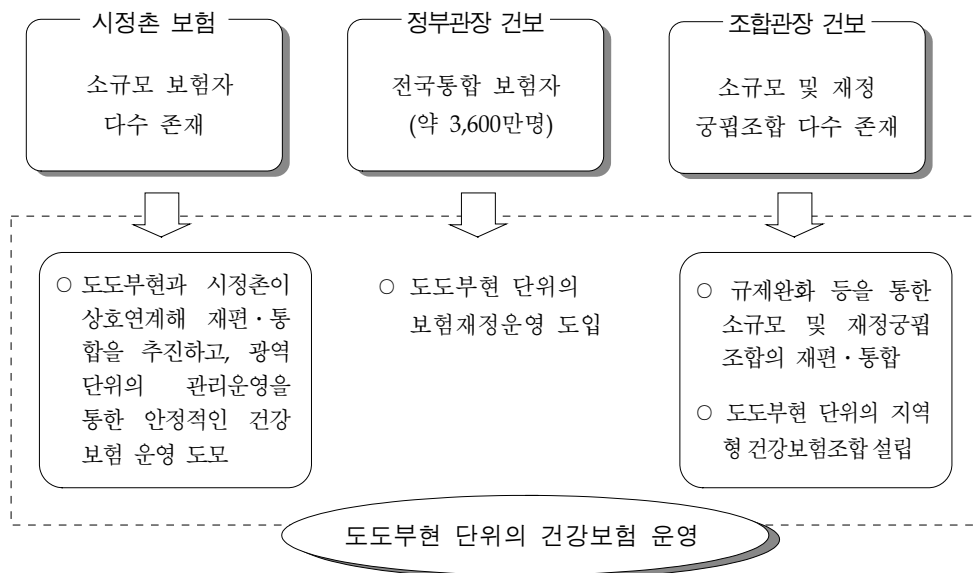
3. 보험자의 재편·통합

일본 건강보험제도는 약5천 여개의 보험자로 구성되어, 보험자별 연령구성 및 소득수준에 큰 격차를 보이고 있다. 규모면에서 정부관장 직장건강보험의 경우 약 3,600만명의 가입자를 통합·운영하고 있지만, 조합관장 직장건강보험과 지역건강보험은 소규모·재정궁핍상태의 다수 보험자로 구성되어 있다. 이러한 구조적인 보험자간 재정기반의 안정을 도모함과 동시에, 보험자로서의 기능을 발휘하기 쉽게 하기 위하여 보험자의 재편·통합을 추진한다는 기본방침을 확정했다.

국민건강보험에 대해서는 도도부현 단위(우리나라 시도단위) 합병의 추진 및 사업의 공동화에 의해 보험운영의 광역화를 도모한다. 또한, 도도부현과 시정촌이 연계하여 보험자의 재편·통합을 계획적으로 추진하여 광역연합의 활용에 의해 도도부현에 있어서 안정된 보험운영을 도모한다. 정관건보는 재정운영을 도도부현 단위로 한다. 건보조합²⁾은 규제완화에 의해 소규모조합 및 재정궁핍조합의 재편·통합을 추진함과 동시에 도도부현 단위의 지역형 건강보험조합의 설립을 인정한다. 지

방자치 단위의 보험자로 통합효과로서 보험자로서 안정적인 관리운영을 할 수 있고, 각 도도부현의 의료서비스계획 수립을 용이하게 할 수 있는 성과를 기대한다.

- 도도부현 단위의 건강보험제도 재편·통합 추진
 - 보험자의 재정기반 안정
 - 보험자로서의 기능 발휘
- 지역의료관계자간 상호연계로 질 높고 효율적인 의료서비스를 제공할 수 있는 시스템 추진



[그림 4-5] 보험자 재편·통합의 기본방향

그러나 각 직역별 보험자들의 재정상황에 따라 관리체계의 통합에 대한 선호도가 다르게 나타나고 있다. 비교적 재정상황이 나은 대기업 피용자들로 운영하는 조합관장건강보험에서는 통합에 부정적인 입장이며 일반 지역주민과 자영자들을 대상으로 하는 국민건강보험과 소규모 피용자 대상 정부관장 건강보험의 경우 통합을 선호하는 경향을 보이고 있다. 이것은 재정측면에서 지원을 받아야 하는 보험자

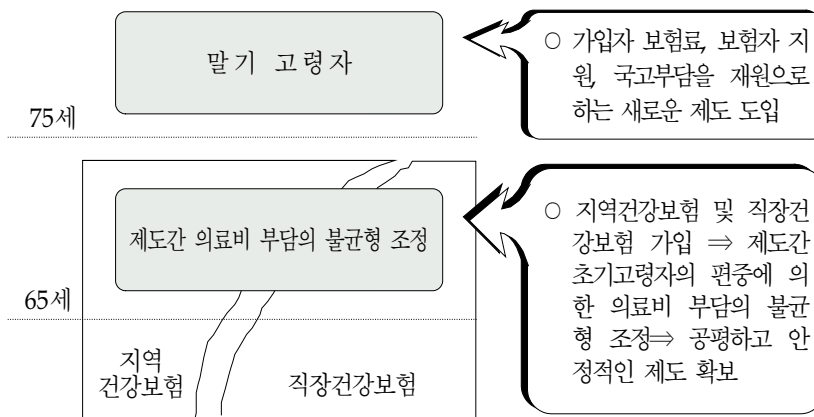
2) 건보조합: 대규모 사업장의 피용자들을 가입 대상으로 하는 보험자

의 경우 관리체계의 개혁을 통해서 재정공핍의 문제를 해결하려는 의도로 보인다. 이들은 2003년 한해 동안에도 우리나라 통합관리체계 견학을 위하여 국민건강보험 이사장을 비롯한 정부 고위관료 등이 공단을 방문한 바가 있으며 전국 전산망와 재정통합 관리체계에 대해 지대한 관심을 표하기도 했다.

4. 새로운 고령자의료제도의 창설

사회보험방식을 유지하고, 65세 이상 75세 미만의 전기 고령자, 75세 이상의 후기 고령자를 각각 대상으로 하는 새로운 제도 창설을 계획하고 있다. 이와 더불어 노인보건제도 및 퇴직자의료제도는 폐지한다. 65세 이상 75세 미만의 고령자는 국민건강보험 내지 피용자보험에 가입하고, 제도간에서 전기 고령자의 편재에 의한 의료비 부담의 불균형을 조정한다.

- 개인자립을 모토로 한 사회연대에 의한 상호부조시스템인 사회보험방식
- 65세 이상 대상인 말기고령자와 초기고령자의 특성에 따른 제도로 개편
- 세대간, 보험자간 보험료 부담의 공평화, 제도운영 책임주체의 명확화 도모
- 현역세대의 부담이 과중하지 않도록 고령자의 의료비 적정화 도모



[그림 4-6] 고령자 의료제도의 기본방향

[그림 4-6]에서 볼 때, 지역가입자의 65세 이상 고령자의 비중이 절대적으로 편중되어 있다는 점에서 75세 이상의 고령자에 대해서는 새로운 독립형의 보험제도를 창설 계획을 수립한 것이다. 이 재원은 이 제도에 가입하고 있는 고령자 자신으로부터 징수하는 보험료, 국민건강보험 및 피용자보험으로부터의 지원, 공적부담으로부터 조달한다. 국민건강보험과 피용자보험으로부터의 지원은 별도의 사회연대적인 보험료로 조달할 계획이다.

진료보수체계에 대해서는 의료기술의 적정한 평가, 의료기관의 운영비용 등의 적절한 평가, 환자의 시점의 중시의 3가지를 기본방침으로 재검토를 추진한다. 구체적으로는 의료기술에 대해서는 성과불을 기본으로 하고, 「난이도」, 「시간」, 「기술력」에 의해 평가한다. 의료기관의 비용에 대해서는 질병의 특성 및 중증도, 간호의 필요도 등에 따른 포괄평가와 의료기관의 기능에 따른 평가를 진행한다. 또, 환자의 시점을 중시하는 관점에서는 환자로의 정보제공을 추진함과 동시에, 환자수요의 다양화 및 의료기술의 고도화에 따라 환자의 선택을 중시한 서비스의 확충을 도모한다.

5. 개혁의 절차·시기

보험자의 재편·통합 및 고령자의료제도의 창설 등의 제도체계에 관한 개혁은 2008년도를 대비하여 실현을 목표로 하고, 실현 가능한 것은 점차적으로 실시해 옴기고 법률개정을 수반하는 것은 2년 후(2005년 봄 경)을 목표로 개정에 착수한다. 진료보수에 관한 개혁은 다음의 진료보수개정부터 점차적으로 실시해 간다. 기본방침에 근거한 구체안의 검토에 있어서는 도도부현, 시정촌, 보험자, 의료관계자를 포함하고 더 넓게 국민의 의견을 들은 후에 발표한다. 건강보험체계에 대해서는 2003년 7월부터 논의가 시작된 사회보장심의회 건강보험부회를 중심으로, 진료보수체계에 대해서는 중앙사회보험의료협의회를 중심으로 검토를 진행해 가는 것이다.

이와 같이 정부의 기본방침은 나타났지만, 고령자의료제도의 구체적인 구조 및 재원이 나타나고 있지 않는 등, 불명확한 부분이 많다. 또, 이 기본방침만으로는 의료보험제도의 안정적인 운영 및 지속성이 확보된다고 할 수 없다. 의료비의 증가가

계속되고 있는 가운데, 개혁의 실현목표로 되어 있는 2008년도까지 현재의 제도가 유지할 수 있을지 어떨지도 의문이다. 개혁안의 구체적인 검토와 조기실현을 위한 관계자의 금후의 노력이 기대된다.

VI 직역별 건강보험 현황과 과제

1. 정부관장 건강보험

정부관장 직장건강보험은 주로 700인 이하(법적으로 300인 이하) 중소기업 사업장의 종사자를 대상으로 서비스를 제공하며, 정부기관인 사회보험청이 보험자가 된다. 일부 특기할 만한 사업들을 소개하면 다음과 같다.

1) 진료비 심사

진료비 명세서를 전자매체에 의한 기술을 도입하여 효율화를 기하고 있다. 기존 사회보험청 산하 사회보험사무소(321개소)별로 실시되어 왔던 진료비명세서 점검조사는 1998년부터 지방자치단체별로 설치된 명세서점검사무센터(56개소)에서 실시하여 효과적이고 전문적인 점검시스템으로 개편하였으며, 2003년 2월부터 각 지방사회보험사무국에서는 가입자 및 요양기관별로 명세서 기본정보(가입자번호, 의료기관코드 등)를 자기매체(DAT)와 화상저장매체(DVD)에 수록한 「명세서 정보관리시스템」을 도입하여 정확하고 효율적인 점검을 실시하고 있다. 수진자에게 진료내역을 통보하는 기간도 연간 2개월 분으로 확대했다.

2) 보건예방사업

또한 재정여건이 어려운 가운데서도 건강검진사업, 고약진료비대불사업 등을 강화하고 있다. 2002년부터 한정된 재원으로 기본적인 건강진달을 받을 수 있는 기회를 공평하게 확보한다는 관점에서 일반건강검진사업에 주력하여 전년도대비 1.1% 증가한 323만명으로 대상을 확대했다. 2003년도부터는 보건사, 건강운동지도사 등이 배치하여 사회보험 센터에서 건강스포츠 전문의 등의 조언을 얻어 성인병예방,

개선지도, 운동처방 등 1차 예방을 중심으로 사업을 추진하고 있다.

3) 건강보험증 개편

기존 세대당 종지재질의 건강보험증을 플라스틱 매체로 교체하면서 가입자 1인 1매를 지급하는 제도로 전환 중에 있다. 2003년 10월 이후 신규 가입자에 대해서는 이미 신규 보험증으로 지급하였으며, 2004년 1월부로 전면 교체, 발급할 예정이다. 보험증의 1인 1매 발급제도는 가입자의 편의를 도모하고 진료비 관리에 있어서 전자매체에 의한 관리효율화를 그 목적으로 한다.

2. 조합관장 건강보험

1) 보험료 부과대상의 변경

조합관장 건강보험의 2002년도 평균보험료율은 8.565% 였으며 이 중 사업주 부담은 평균 4.796%, 가입자 부담은 평균 3.769% 였다. 그동안 특별보험료로서 1%의 범위 내에서 상여금에 대해 보험료를 부과할 수 있도록 했으나, 2003년 4월부터 총보수제를 도입, 상여금에 대해서도 동일한 보험료를 적용하고 있다.

2) 진료비 심사

2002년 12월 사회보험진료보수지불기금(직장건강보험 심사지불기구)에 위탁해야만 했던 진료비 명세서의 심사지불업무를 요양기관과의 합의를 전제로 하여 보험자(건강보험조합)가 스스로 실시할 수 있게 되었다(외부 민간사업자에게 위탁 가능)

3. 국민건강보험: 지역보험

국민건강보험은 전체적으로 재정안정이 최대의 현안이 되어 있으며 일련의 대책들로 이 문제에 집중되어 있다. 국보의 재정기반의 강화를 위하여 2002년부터 광역화 등 지원지급의 창설했고, 2003년부터 고액의료비공동사업의 확대를 비롯하여 보

험자별 재정격차의 문제를 극복하기 위한 대책들을 모색하고 있다. 특히 국보는 저소득층의 증가, 소규모 보험자의 증가에 따른 효율성 문제, 가입자의 고령화에 따른 의료비 급증 등의 요인에 따른 보험자간 심각한 재정격차가 가장 중요한 과제로 대두되어 있고 이러한 상황이 지방자치단체단위의 통합 모색, 전체 직종간의 재정균형조정사업 등의 개혁안이 마련된 것이다.

VII 소결

일본 건강보험제도는 우리나라에 비하여 50년 먼저 시행한 국가로서 우리나라 제도의 대부분이 독일제도를 근간으로 하는 일본제도를 모형으로 하고 있다는 점에서 일본제도를 고찰하는 것은 더욱 의미가 크다고 할 수 있다. 우리나라의 경우 2000년 7월부터 건강보험제도의 관리운영체계를 단일보험자로 통합함으로써 다소 다른 형식을 취하고 있으나 인구의 고령화 문제를 비롯한 재정불안 등 내용면에서 동일한 과제에 대한 공통관심사를 갖고 있다고 볼 수 있다. 일본의 개혁안 중 관리운영체계의 통합 조정에 있어서는 한국의 사례를 중심으로 대안을 모색하고 있다.

일본 건강보험제도 개혁의 주요골자는 국민개보험제도를 견지하면서 인구구성, 취업구조 등 사회구조변화에 유연하게 대응하고, 경제·재정상황에 대해 균형과 안정성을 고려한 지속 가능한 사회보장제도로 구축하는 것, 관리운영에 있어서 보험자의 자립성, 자주성을 존중하는 가운데 급여의 평등, 부담의 공평을 도모한다. 또한 보험자, 의료기관, 지방공공단체 등의 관계자가 연계하여 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 노력하는 내용을 골자로 하고 있다.

일본의 개혁프로그램이 우리 제도에 시사하는 바로는 각종 주요현안에 대해 관계전문가들에 의해 체계적이고 검토와 협의를 통해 구체적인 대안을 마련하는데 대단히 신중한 접근을 하고 있다는 점이다. 2002년 7월 개혁안에는 연도별 또는 각 과제별 검토범위와 기간을 명시하고 있다. 일본은 보험료 및 수가결정권도 정부가 직접 담당하고 있으면서도 그간 별다른 큰 문제가 없이 제도가 운영되고 있다. 물론 그 결정단계에서 국민수용성 등을 충분히 고려한 결과이기는 하지만, 대만과 같

이 일본 정부가 실질적인 보험자의 역할을 담당하는데 기인한다고 볼 수 있다.

일본의 개혁프로그램의 추진이 비교적 강력한 힘을 발휘할 수 있는 데는 다보험 자체계의 특성 상 보험자의 존재가 불분명한데서 기인한다. 전체 가입자의 26%에 해당하는 피용자보험을 제외하고 실질적으로 중앙 또는 지방정부가 보험자 역할을 수행하고 있기 때문에 정책의 결정에 강력한 이미지를 부여할 수 있고, 추진 또한 용이한 것으로 판단된다. 그러나 한편 정부의 보험자 역할로 말미암아 국민들은 가능한 국고부담이라는 방식의 재정확충을 선호하는 반면, 정부는 이를 적극적으로 회피하고 최소화하려는 노력이 집중되고 있다. 이러한 구체적인 예가 1980년대 행정개혁이었고 금번 개혁에서도 자주·자립을 개혁의 기본방침으로 채택을 하고 있는 것 또한 동일한 맥락이라 하겠다.

참고문헌

Health insurance, Long term care insurance and Health insurance societies in Japan, 2003.6.

社會保障讀本 2003年版

週刊社會保障, (株) 法研, vol.57 no2246, 8/11 · 18.

月刊健康保險