

한일 양국의 지속가능한 의료보장법제 연구

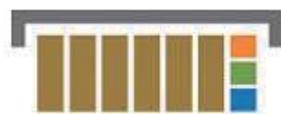
홍성민 · 가타기리 유키



법제교류 연구 16-18-⑦

한일 양국의 지속가능한 의료보장법제 연구

홍 성 민 · 가타기리 유키



한국법제연구원
KOREA LEGISLATION RESEARCH INSTITUTE

한일 양국의 지속가능한 의료보장법제 연구

A Study on Sustainable Health Security Act in South Korea and Japan

연구자 : 홍성민(한국법제연구원 부연구위원)
Hong, Songmin

가타기리 유키(일본 오타루상과대학 교수)
Katagiri Yuki

2016. 10. 31.

요약문

I. 연구배경 및 목적

□ 배 경

- 한일 양국의 지속가능한 의료보장법제에 관한 비교법연구를 통하여 효율적인 보건의료서비스 제공체계 및 자원조달방안에 관한 기초자료의 마련 및 방향성의 제시가 필요

□ 목 적

- 의료보장법제를 중심으로 한 한일 양국의 비교법제 연구를 통하여 우리나라에서의 법제의 내용 및 방법, 특히 법제와 정책의 연계방안에 관한 시사점을 도출

II. 주요내용

□ 한일 양국의 의료보장법제 비교

- 전국민개보험체제
- 민간의료기관을 주축으로 하는 의료제공체계
- 낮은 의료비로 고도의 의료를 실현하고 있는 통제수단
- 사회보험방식을 기본으로 하면서도 공비를 투입

□ 일본의 최근 개혁동향과 평가

- 국민건강보험의 재정안정화: 보험자지원제도의 확충을 위하여 공비를 투입하고 국민건강보험사업의 운영(보험자)을 개편함
- 후기고령자지원금 전면총보수비율제도 도입: 피용자보험의 후기고령자지원금에 관하여 응능부담원칙을 적용함
- 의료비부담의 공평화: 입원시 식사요양비 및 생활요양비를 조정하고 소개장 없이 병원진료 시의 정액부담을 도입함
- 의료비적정화계획 재고 및 보건사업 촉진: 정부 및 도도부현의 의료비적정화계획에 관하여 내용, 평가 및 작성절차를 변경하고 의료보험제도의 보건사업을 확충함
- 환자신청요양제도의 도입: 혼합진료에 관하여 부분·예외적으로 허용하였던 보험외비용요양비제도를 확충함
- 정부지원의 확대 등: 재정기반이 취약한 직역보험자의 안정을 도모하고 후기고령자지원금의 부담을 완화함

Ⅲ. 기대효과

- 한일 양국의 지속가능한 의료보장법제에 관한 비교법연구를 통하여 앞으로 우리나라 의료보장법제의 개선을 위한 법개정의 입법 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대됨
- 우리나라와 유사한 체계를 가지고 있는 일본의 의료보장법제를 조사 및 분석하여 이를 바탕으로 관련 법제의 특징과

시사점을 도출함으로써 앞으로 우리나라 의료보장법제와 관련된 법이론적 전개와 정립에 기여할 것으로 판단됨

▶▶ 주제어 : 사회보장, 의료보장법제, 의료제공체계, 자원조달체계, 의료보험

Abstract

I . Background and Purposes

Background of Research

- Necessity of basic data research and guideline for efficient health and medical system and financing methods through comparative study on sustainable Health Security Act in South Korea and Japan

Purpose of Research

- Implications of South Korean legislation's content and method, especially for effective connection between legislation and policy, through comparative study focusing on South Korea and Japan's Health Security Act

II . Main Contents

Comparison of healthcare legislation in South Korea and Japan

- Universal Health Insurance Coverage System
- Health service delivery system led by private medical facilities

- Control measures achieving high-quality medical service with low costs
- Based on the social insurance system, spending the public subsidy to maintain the universal health insurance coverage
- Japan's recent reform trends and evaluation
 - Financial stabilization of national health insurance: expanding public financing and reorganizing management of the National Health Insurance Program (insurer) for improvement of insurer support system
 - Adoption of total expense ratio policy for the supportive contribution for the latter-staged elderly: Applying ability to pay principle regarding employment insurance's supportive contribution for the latter-staged elderly
 - Fair share of medical expenses: adjusting meals and living care expenses during hospitalization and adopting flat rate policy for medical treatment without letters
 - Reconsideration of medical expense rationalization plan and promotion of health service: Changing national and prefecture's plan to rationalize medical expense regarding its contents and procedures of assessment and evaluation, and expanding and improving health service

- Adoption of Patients offer medical treatment system (患者申出療養制度): expanding Uninsured benefits combination system that was exceptionally insured before
- Increasing government funding: aiming financial stabilization of occupational insurer with weak financing resources and alleviating burden of the supportive contribution for the latter-staged elderly

III. Expected Effects

- This comparative study on sustainable Health Security Act in South Korea and Japan is expected to be practically used as basic legislative material for improvement of South Korea's Health Security Act
- Research and analysis of Japan's Health Security Act that is similar to South Korea's, and its legislative characteristics and implications will contribute to South Korea's hereafter Health Security Act related legal theory's formation and establishment

▶ **Key Words** : Social security, Health Security Act, Medical service delivery system, Financing supply system, Healthcare insurance

목 차

요 약 문	3
Abstract	7
제 1 장 서 론	15
제 1 절 연구의 배경	15
제 2 절 연구의 목적 및 구성	17
제 2 장 우리나라의 의료보장법제	21
제 1 절 기본구조	21
제 2 절 의료제공체계	24
1. 의료기관	24
2. 의료인	25
3. 의료기관의 종류와 현황	26
제 3 절 자원조달체계	29
1. 국민건강보험법	29
2. 적용범위	31
3. 보험자	32
4. 보험급여	32
5. 심사 및 평가	35
6. 재 원	36

제 3 장 일본의 의료보장법제	39
제 1 절 기본구조	39
제 2 절 의료제공체계	42
1. 의료법	42
2. 의사법	43
3. 특징과 과제	43
제 3 절 재원조달체계	44
1. 공적의료보험	44
2. 적용범위	46
3. 보험자	47
4. 보험급여	48
5. 심사 및 평가	50
6. 재 원	50
제 4 절 최근 개혁	57
1. 의료법 개정	59
2. 국민건강보험법 개정	63
3. 건강보험법 개정	66
4. 고령자 의료확보에 관한 법률 개정	69
제 4 장 결 론	71
제 1 절 평 가	71
1. 국민건강보험의 재정안정화	71
2. 후기고령자지원금의 전면총보수비율제도 도입	85

3. 의료비 부담의 공평화 등	87
4. 의료비적정화계획 재고 및 보건사업 촉진	92
5. 환자신청요양제도의 도입	96
6. 정부지원의 확대 등	101
제 2 절 시 사	107
참고문헌 및 논문	113

제 1 장 서 론

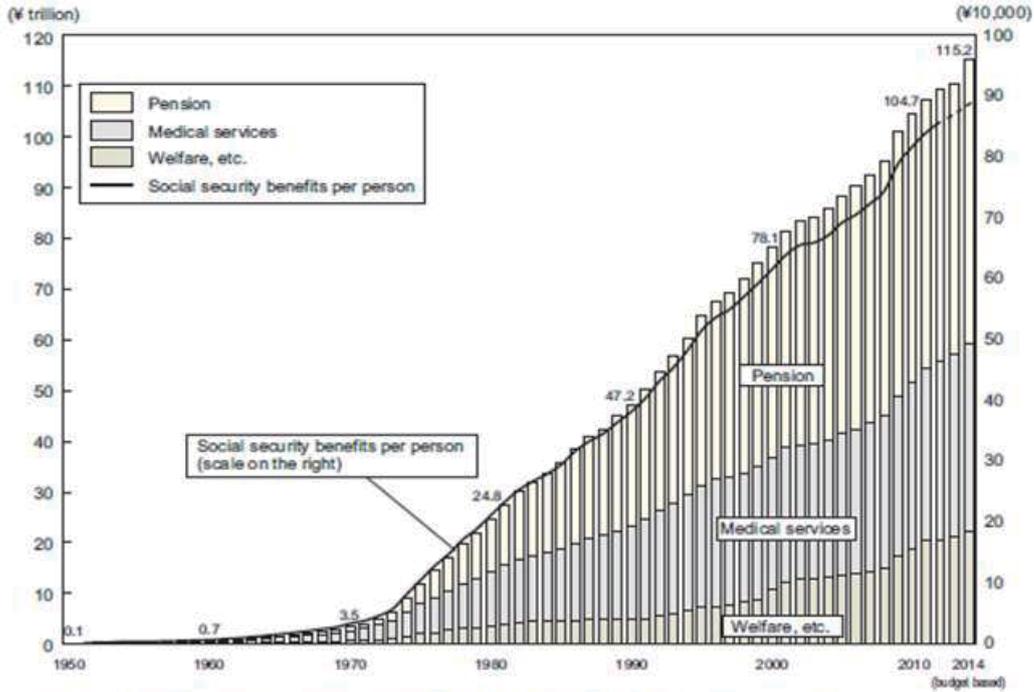
제 1 절 연구의 배경

우리나라는 현재 사회·경제적 발달과 함께 고령화로 인하여 노인 인구가 급격하게 증가하고 있다. 이와 같은 인구의 고령화는 다음에 서처럼 의료비 지출요인으로 지목되고 있다. 즉, 2014년 65세 이상의 노인인구가 542만 명으로 전체인구의 약 11.3%를 차지하고 있으며(통계청, 2015년), 2011년 통계청 자료에 의하면 65세 이상 노인인구의 비중은 계속적으로 증가하여 2017년에는 14.0%를 넘게 되어 고령사회에 진입하고, 2025년에는 20%를 넘어 초고령사회에 진입할 것이라고 발표하였다. 또한 건강보험통계연보에 의하면 2007년 건강보험 적용 인구 대비 65세 이상 노인인구가 9.17%로 이들이 지출한 진료비는 전체의 28.2%에 해당하는 9조 1,190억 원을 지출한 반면, 2014년 노인인구가 11.9%로 증가하면서는 진료비의 36.3%에 해당하는 19조 9,687억 원을 지출하였다. 이와 관련하여 우리나라와 유사한 사정을 가지고 있는 일본도 사회보장 전체비용이 약 100조 엔을 넘어선 가운데 사회보장제도에 관한 지속가능성에 관한 과제의 핵심영역은 의료보장제도라고 판단하고 있으며, 특히 국민의료비가 국민소득에서 약 10%를 차지하는 상황에서 지속가능한 의료보장법제에 관한 연구의 필요성이 대두되고 있다.

<그림 1 일본의 사회보장지출 및 의료비>

Overview		Trends in Social Security Benefits				
	1970	1980	1990	2000	2014 (budget based)	
National Income (Trillion) A	61.0	203.9	346.9	371.8	370.5	
Total Benefits (Trillion) B	3.5 (100.0%)	24.8 (100.0%)	47.2 (100.0%)	78.1 (100.0%)	115.2 (100.0%)	
(Breakdown) Pension	0.9 (24.3%)	10.5 (42.2%)	24.0 (50.9%)	41.2 (52.7%)	56.0 (48.6%)	
Medical services	2.1 (58.9%)	10.7 (43.3%)	18.4 (38.9%)	26.0 (33.3%)	37.0 (32.1%)	
Welfare, etc.	0.6 (16.8%)	3.6 (14.5%)	4.8 (10.2%)	10.9 (14.0%)	22.2 (19.3%)	
B / A	5.77%	12.15%	13.61%	21.01%	31.09%	

제1장 서론



Source: "Social Security Benefits FY2011", National Institute of Population and Social Security Research
 FY2012-2014 (budget based) - Estimated by the MHLW
 National Income for FY2014 - "Fiscal 2014 Economic Outlook and Basic Stance for Economic and Fiscal Management"
 (Decided by the Cabinet on January 24, 2014)
 (Note) The figures shown in the diagram are social security benefits (¥ trillion) of FY1950, FY1960, FY1970, FY1980, FY1990, FY2000, 2010, and FY2014 (budget based).

출처: 제12차 ALIN 전문가포럼 자료집 (가타기리 유키 교수 발표)



출처: 고령사회의 노인건강과 의료서비스에 관한 국제 심포지엄 (홍성민 토론)

제 2 절 연구의 목적 및 구성

이와 같은 상황에서 한일 양국의 지속가능한 의료보장법제에 관한 비교법연구를 통하여, 보다 효율적인 보건의료서비스 제공체계 및 재원조달방안에 관한 우리나라 도입 또는 법제화에 필요한 기초자료의 마련 및 방향성의 제시가 필요하다고 판단된다. 나아가 우리나라에서 지속가능한 의료보장제도의 구축을 위하여 그동안 사회학, 보건학 등 다양한 관점에서의 정책적 고찰은 이루어져 왔으나 법률학적 관점에서 고찰은 부족하다고 할 수 있다. 이에 해당 연구에서는 지속가능한 의료보장법제를 중심으로 한 한일 양국의 비교법제 연구를 통하여 우리나라에서 지속가능한 의료보장법제를 확립하기 위한 법적규제의 내용 및 방법, 특히 법제와 정책의 연계방안을 검토하여 시사점을 도출하고자 한다.

일본의 의료보장제도는 현재, ①피고용자와 그 피부양자가 가입하는 피고용자의료보험(직역보험), ②자영업자, 연금수급자, 비정규직 근로자 등 피고용자의료보험에 가입하지 않고 있는 자들이 가입하고 있는 국민건강보험(일부 직종의 국민건강보험조합을 제외한 지역보험), ③ 75세 이상의 노인이 가입하는 후기고령자의료제도로 구분할 수 있다. 또한 이와 같은 일본의 의료보장법제는 우리나라와 동일하게 다음과 같은 특징을 가지고 있다. 즉, ①모든 국민이 공적의료보험을 통하여 보장을 받는 전국민개보험체제, ②민간의료기관을 주축으로 하는 의료제공체제에서 환자는 자유롭게 의료기관을 선택할 수 있는 프리엑세스, ③진료보수제도를 통하여 낮은 의료비로 고도의 의료를 실현하고 있는 통제수단, ④사회보험방식을 기본으로 하면서도 전국민개보험체제를 유지하기 위하여 공비를 투입하고 있는 재정방식이다. 우리나라와 일본 양국은 공통적으로, 사회보험방식에 의한 공적의료보장

제도를 채택하였음에도 불구하고, 서로의 사회적, 경제적, 정치적 상황에 따라 다른 형태로 발전하여 왔다.¹⁾ 그럼에도 불구하고 양국의 의료보장법제는 공통적으로 국민의 건강증진을 위하여 의료서비스를 제공함으로써 국민보건의 향상과 사회보장의 증진에 이바지함을 목적으로 하고 있다.²⁾

의료보장법제는 국가마다 여러 형태를 가지고 있으나 의료정책에 관해서는 공통의 목표가 존재한다. 즉, ‘질 높은 의료로 가능한 한 최소의 비용으로 국민 모두에게 공평하게 보장하는 것’이라 할 수 있겠다. 세부적으로 요소를 구분하면 ①의료의 질(quality), ②의료접근의 공평성(equity), ③의료비용(cost)이다.³⁾ 이는 또한 의료보장법제 및 의료정책의 내용 및 방향성을 평가하는 기준이 되기도 한다. 그러므로 한국과 일본 양국의 의료보장법제를 비교하는 의의는 다음과 같다.⁴⁾ ①양국의 의료보장법제가 서로 다르다고 하여도 위에서 언급한 의료보장법제 및 의료정책에 관한 목표와 평가기준 자체는 동일하다. ②또한, 의료성과를 평가하는 절대적 기준이 존재하지 않는 이상 타국과의 상대평가를 통하여 자국의 의료보장법제 및 의료정책에서 개선해야 할 과제를 명확히 할 수 있다. ③나아가 한일 양국이 저출산 고령화의 심화 및 의료기술의 발달로 인하여 의료비 증가가 불가피한 반면 더 이상의 높은 경제발전을 기대할 수 없다는 공통의 문제를 안

1) 片桐由喜 「韓国の病院—特徴と今日的課題—」 健保連海外医療保障108号 (2015年) 108頁. 우리나라 사회보장제도에 대한 일본의 영향에 관해서는, 同 「韓国・占領体制下における社会保障制度」 商学討究55卷2/3号 (2004年) 143~175頁와 「韓国・社会保障法制の基盤形成過程—所得保障制度を中心に—」 同56卷1号 (2005年) 57~112頁를 참조.

2) 일본의 국민건강보험법 제1조는 “국민건강보험사업의 건전한 운영을 확보하여 이로써 사회보장 및 국민보건의 향상에 기여하는 것을 목적으로 한다”고 규정하고 있으며, 우리나라 국민건강보험법 1조도 “국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다”고 규정하고 있다.

3) 島崎謙治 『日本の医療 制度と政策』 (東京大学出版会、2012年) 15쪽.

4) 島崎, 앞의 책 26-27쪽.

고 있는 상황에서 타국의 의료보장법제 및 의료정책으로부터 시사를 얻을 수 있다. 어쩌면 이와 같이 한 국가에서 의료보장법제를 개혁하고 의료정책을 입안할 때에 타국의 법제 및 정책을 참고하는 방법은 가장 효율적이고 선택 가능한 최선의 방안이라 할 수 있겠다.

위와 같은 사항을 고려하여 해당 보고서에서는 다음과 같은 구성으로 논의를 전개하고자 한다. 즉, 2장에서 우리나라의 의료보장법제를 간략히 개관하고, 3장에서 일본의 의료보장법제에 관하여 재원조달체계에 관한 현황 및 법제 분석과 의료제공체계에 관한 현황 및 법제 분석을 실시한 후에, 마지막 4장에서는 앞의 장에서 실시한 고찰과 분석을 기초로 하여 평가와 시사를 논하고자 한다. 참고로 해당 보고서에 있어서는 일본 오타루상과대학 법학부의 가타기리유키 교수의 기존의 연구물 및 이번 보고서를 위하여 작성한 원고를 많은 부분 수렴하고 있음을 미리 밝혀 둔다.

제 2 장 우리나라의 의료보장법제

제 1 절 기본구조

우리나라 의료보장법제는 사회보험방식에 의한 공적의료보험제도를 기본으로 하고 있으며, 가장 큰 특징은 국민 모두가 의무적으로 가입하는 전국민개보험체제를 이루고 있다는 점이다.⁵⁾ 한편 이를 보완하는 제도로써 저소득자 및 국가유공자 등을 대상으로 하는 공비의료제도를 함께 운영하고 있다. 이와 같은 의료보장제도를 규율하고 있는 법은 기본법으로서의 보건의료기본법⁶⁾을 주축으로 크게 의료제공체계에 관한 법제와 자원조달체계에 관한 법제로 구분할 수 있다. ①의료제공체계를 규율하는 법제로는 의료기관 및 의료종사자(의사 및 간호사 등)에 관해서는 의료법⁷⁾, 약국 및 약제사에 관해서는 약사법⁸⁾이 있으며, 공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하고 있는 공공보건의료에 관한 법률⁹⁾, 지역 내의 주민을 위한 보건의료 및 공중위생을 담당하고 있는 지역보건법¹⁰⁾, 군인 등 군보건의료 체계와 정책을 규정하고 있는 군보건의료에 관한 법률¹¹⁾, 보건의료 취약지역에 관한 대책으로서 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법(이하 ‘농어촌보건법’이라 함)¹²⁾ 등이 있다. ②자원조달체계를 규율하는 법제로는 전국민개

5) 홍성민, ‘医療供給体制における国家統制—保健医療機関の指定を中心に—’, 社会保障法 第31号 (2016년) 157-158쪽, 동 ‘Unification of National Health Insurance Service (NHIS)’ *Current Issues in Korean Law* 한국법제연구원 (2015년) 163쪽 및 김나경 “의료보험의 법정책 - 기초법 이념과 법실무” (집문당, 2012년) 96쪽.

6) 2015년12월29일 법률 제13649호.

7) 2015년12월29일 법률 제13658호.

8) 2015년12월22일 법률 제13598호.

9) 2016년2월3일 법률 제13982호.

10) 2016년2월3일 법률 제14009호.

11) 2015년9월1일 법률 제13502호.

12) 2016년2월3일 법률 제13989호.

제 2 장 우리나라의 의료보장법제

보험체제를 규정하고 있는 국민건강보험법¹³⁾과 저소득자 및 국가유공자 등에 관한 의료급여법¹⁴⁾이 있으며, 기타 국민건강증진법¹⁵⁾에서도 담배세를 재원으로 국민건강증진기금에서 재원을 지원하도록 규정하고 있다.

<표 1 우리나라 의료보장 현황>

연 도		2000년	2005년	2010년	2015년
의 료 보 장 현 황					
의료보장인구		4,747	4,915	5,058	5,203
건강 보험 ¹⁾	피보험자수	4,590	4,740	4,891	5,049
	직장가입자	2,240	2,723	3,238	3,622
	지역가입자	2,250	2,016	1,652	1,427
의료 부조 ²⁾	적용자수	157	176	167	154
재 원 조 달 체 계					
보험 재정	전체수입 ³⁾	8.9	20.3	33.6	52.4
	보험료 ³⁾	7.2	16.3	28.5	44.0
	전체지출 ³⁾	10.0	19.1	34.9	48.2
	의료급여비 ³⁾	1.5	3.2	4.9	5.9
	평균보험료 ¹⁾	11.2	22.9	40.4	51.6
	평균의료급여비 ²⁾	95.4	195.6	294.6	406.9

13) 2016년3월22일 법률 제14084호.

14) 2016년2월3일 법률 제14003호.

15) 2016년3월2일 법률 제14057호.

연 도				2000년	2005년	2010년	2015년
보험 급여 현황 ¹⁾	급여종류별	현물 급여	%	98.5	99.2	98.5	97.5
		현금 급여		1.5	0.8	1.5	2.5
	진료형태별	입원		35.8	29.3	36.4	50.0
		외래		64.2	70.7	63.6	50.0
진료 현황	평균진료횟수 ¹⁾		회	13.59	15.35	18.59	19.68
	평균입원일수 ³⁾		일	-	14.9	15.8	16.5 (¹⁴)
국민 의료비 ³⁾	국민의료비중 공적재 원이 차지하는 비율		%	55.2	52.9	56.7	54.1 (¹⁴)
의 료 제 공 체 계							
의료 종사자 ³⁾	의사		인 구 1천 명 당	1.80	2.09	2.44	2.67 (¹⁴)
	치과의사			0.38	0.46	0.51	0.56 (¹⁴)
	간호사			3.41	4.44	5.47	6.41 (¹⁴)
병상수 ³⁾				4.65	5.90	8.76	11.66 (¹⁴)

주: 1) 계수 중 단위미만 수는 반올림을 원칙으로 한 것이므로 내용의 합과 총수가 일치하지 않을 수도 있음

2) 보험재정의 수입과 지출은 자금수지 기준 자료이므로 결상서상의 수치와 차이가 있음

자료: 1) 국민건강보험공단, 건강보험 주요통계, 각 연도,

2) 보건복지부, 국민건강보험공단, 의료급여 통계연보, 각연도

3) OECD, OECD Healthdata, 2016년 9월 28일 접속

제 2 절 의료제공체계

1. 의료기관

한국의 의료제공체계의 특징 중 하나는 민간의료기관을 주축으로 하는¹⁶⁾ 의료제공체제에서 환자는 자유롭게 의료기관을 선택할 수 있는 프리엑세스를 보장하고 있다는 것이다. 국민건강보험법 42조는 “요양급여는 다음 각 호의 요양기관에서 실시한다”고 규정하고 있으며, 의료기관으로는 의료법상의 의료기관, 약사법상의 약국, 지역보건법상의 보건소 등 및 농어촌보건법상의 보건진료소를 열거하고 있다. 이와 같은 의료기관 및 약국 등은 의료기관 및 약국의 개설과 동시에 특별한 절차 없이 국민건강보험법상의 요양기관이 되는데 이른바 당연지정제도¹⁷⁾를 취하고 있는 것이다. 한편 의료법상의 의료기관은 의료법 3조에 따라 외래환자를 주요 대상으로 하는 의원급 의료기관, 입원환자를 주요 대상으로 하는 병원급 의료기관 및 조산원으로 크게 분류할 수 있다. 그리고 의원급 의료기관을 개설하려고 하는 자는 기초자치단체장인 시장·군수 및 구청장에게 신고하여야 하며(동법33조 3항), 병원급 의료기관을 개설하려고 하는 자는 광역자치단체장인 시·도지사의 허가를 받아야 한다(동조4항). 병원급 의료기관에 관해서는, 30개 이상의 병상을 가지는 의료기관을 병원, 치과병원 및 한방병원, 100개 이상의 병상을 가지면 종합병원이라고 한다. 한편 100개 이상 300개 이하 또는 300개 이상의 종합병원에 관해서는 각각 개설이 필요한 진료과 및 상근전문의의 배치를 의무화하고 있다(동법3조의3). 나아가 특정진료과목, 특정질환에 고도의료를 제공하는 병원급

16) 서울대학교 보건대학원 민간의료기관의 공공성평가와 공공의료의 수행방안연구 (2013년)에 의하면, 2012년 기준 전체의료기관 중에서 민간의료기관의 비율이 94.2%, 병상수 비율이 90.0%를 점하고 있다.

17) 당연지정제도에 관해서는, 홍성민, “医療供給体制における国家統制—保健医療機関の指定を中心に—”, 社会保障法 第31号 (2016년)을 참조.

의료기관에 관해서는 전문병원으로(동법3조의5), 종합병원 중에서 중증환자에 대하여 고도의료를 제공하는 의료기관에 관해서는 상급종합병원으로 지정할 수 있다(동법3조의4). 지역보건법상의 보건소 등은 동법 10조에 따라 지방자치단체에 설치되며 의료법상의 의료기관과 동일한 기능을 수행한다. 농어촌보건법상의 보건진료소는 주로 보건 의료 취약지역에 설치된다(동법15조).

<표 2 의료제공체계>

의료법	의원급 의료기관	의원		치과의원		한방의원	
	조산원	조산원					
	병원급 의료기관	병원	치과 병원	한방 병원	요양 병원	종합 병원	
지역보건법		보건소					
		보건의료원 · 보건지소					
농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법		보건진료소					

출처: 片桐由喜 「韓国の病院—特徴と今日的課題—」 健保連海外医療保障108号 (2015年)

2. 의료인

의사 및 간호사 등 의료인의 자격 등에 관해서는 의료법이 규율하고 있다. 의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사의 면허는 소정의 학교를 졸업하고 국가시험에 합격해야만 받을 수 있다(동법5조~7조). 의사, 치과의사, 한의사에 관해서는 의과대학이 아닌 비의과대학 졸업 후에 의과대학전문대학원에서 석사 및 박사를 취득한 자에게도 국가시험의 수험자격을 인정하고 있다. 조산사에 관해서는 간호사 면허를

가지는 자가 보건복지부 장관이 인정하는 의료기관에서 1년간 조산수습과정을 마치면 수험자격이 주어지며, 간호사는 간호대학 등 전문교육기관을 졸업하면 수험자격이 주어진다. 이와 같은 의료인의 면허에 관해서는 보건복지부 장관이 면허에 관한 사항을 등록대장에 등록하고 의료인에게 면허증을 교부하여야 한다(동법11조).

3. 의료기관의 종류와 현황

(1) 의료기관의 종류

이미 언급한 것처럼 의료기관의 종류, 개설 등에 관한 근거법은 의료법이다. 동법3조는 의료기관의 종류와 그 분류기준을 다음과 같이 규정하고 있다. 또한 의료기관으로는 의과, 치과, 한방 및 조산을 담당하는 의원이 각각 규정되어 있는데, 이하에서는 주로 의과를 중심으로 소개한다.

<표 3 의료기관의 종류>

구 분		주요환자	병상수	필요진료과목
의원		외래환자	30 미만	
병원	병원	입원환자	30 이상	
	요양병원		30 이상	
	종합병원		100~300	7과목 이상
			301 이상	9과목 이상
상급종합병원		20과목 이상		

출처: 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원, 2014년 건강보험통계연보 (2015년)

요양병원은 장기입원을 필요로 하는 환자에게 의료행위를 제공하기 위하여 설치된 병상을 가지고 있는 병원을 말하며, 상급종합병원이 되기 위해서는 20과목 이상의 진료과목을 필요로 하면서 나아가 전문의 양성기관과 질병군별 환자구성비율이 일정비율 이상일 것 등 몇 가지의 요건을 충족하여야 한다. 2015년부터 3년간 상급종합병원에 관한 지정을 받은 병원은 전국에서 43개소이며, 이중 14개 병원이 서울에 집중하고 있다. 상급종합병원에는 이른바 빅5라고 불리는 대규모병원이 포함되어 있는데, 연세대학교 서울세브란스병원(병상수 2,048), 서울대학교병원(병상수 1,786), 카톨릭대학 서울성모병원(병상수1,332), 서울아산병원(병상수 2,690), 삼성서울병원(병상수 1,982)가 이에 해당한다. 기타 종류별 의료기관수 및 의료기관별 병상수는 다음과 같다.

<표 4 종류별 의료기관 수>

	의원	병원	요양병원	종합병원(상급종합병원)	합계
2004	24,491	763	92	241 (42)	25,629
2009	27,027	1,262	777	269 (44)	29,379
2014	28,883	1,474	1,337	287 (43)	32,024

<표 5 의료기관별 병상 수>

	의원	병원	요양병원	종합병원	합계
2004	91,702	86,897	10,445	117,323	306,367
2009	91,762	130,788	89,503	130,601	442,654
2013	79,641	155,861	192,659	141,425	569,586

출처: 국민건강보험공단·건강보험심사평가원, 2014년 건강보험통계연보 (2015년)

(2) 의료기관의 설치 및 접근성

의료법에 의하면 의료기관을 개설 가능한 자는 의사, 치과의, 한방의, 또는 조산사, 의료법인, 비영리법인 등에 한정되어 있다. 그리고 의료법인, 및 비영리법인은 부대사업으로 인정되고 있는 장례식장과 주차장의 운영을 포함해 의업을 행할 때 영리를 추구하는 것이 금지되어 있다(의료법시행령20조). 현재 이와 같은 의료기관은 기능에 따라 2가지로 구분할 수 있다. 즉, 1차 의료기관으로서 의원, 병원, 및 종합병원, 2차 의료기관으로서 상급종합병원이다. 우리나라의 경우 환자는 모든 의료기관에서의 수진이 거의 자유이며, 상급종합병원에서 수진 시에 한하여 1차 의료기관의 소개장을 필요로 하고 있다(국민건강보험요양급부기준에 관한 규칙 2조). 이에 관해서는¹⁸⁾ 전국민개보험체제의 달성으로 국민의 의료비부담이 경감되어 수진율이 높아진 반면, 규모가 큰 병원을 선호하는 경향이 강해져 가벼운 증상이라도 근처의원에서 진찰받지 않고 도시의 병원에 환자가 집중되는 폐해가 일어났다. 이에 정부는 사회보험제도 하에서 의료기관으로의 수진행동이 자유방임상태라면 의료보험제도를 유지하는 것이 곤란하다는 인식에 근거해, 1981년 국책연구기관인 한국인구보건연구원(현재의 한국보건사회연구원)에서 진료권 설정에 관한 연구를 위탁했다. 그리고 1982년 해당 연구원은 보고서 “전국보험의료망 편성을 위한 조사연구”에서 다음과 같이 제언하였다.

- ① 진료권을 생활권 내의 소진료권, 기초자치단체 단위의 중진료권, 광역자치단체 단위의 대진료권 3가지로 나눈다.
- ② 의료기관을 기능에 따라 1차 의료기관(의원), 2차 의료기관(병원, 종합병원), 및 3차 의료기관(대학병원, 대형병원)으로 분류한다

18) 이규식 보건의료정책 뉴 패러다임 계축문화사 (2015년) 329~344쪽.

③ 기능별의료기관을 의료권마다 배치하고 환자의 수진행동모델을 제시한다. 즉, 1차(소진료권 내의 의원), 2차(중진료권 내의 500상이하의 병원, 또는 종합병원), 그리고 3차(대진료권 500상이상의 대학병원, 또는 700상이상의 대형병원)의 순서로 수진한다.

그러나 1987년에 발표된 제2차보고서에서는 소진료권이 현실적이지 않다고 하여 의료권을 13개의 대진료권과 135개의 중진료권으로 재편하는 것을 제안하였고, 1989년의 전국민개보험 달성과 동시에 진료권 구성이 실시단계에 이르렀으나 최종적으로 진료권은 8개의 대진료권과 140개의 중진료권으로 수정되었다. 더불어 의료기관의 기능별분류도 1차 의료기관과 2차 의료기관을 하나로 모아 2개의 의료기관으로 분류하였다. 그럼에도 불구하고 이와 같은 수진모델에 관해서는 국민의 반발이 거세 정부는 1995년에 대진료권, 1998년에 중진료권을 차례차례 폐지하였다.

제 3 절 자원조달체계

1. 국민건강보험법

우리나라는 1963년 처음으로 의료보장법제로서 의료보험법을 제정하였다. 동법은 피용자와 비피용자로 피보험자를 구분하여, 전자에 관해서는 직장별, 후자에 관해서는 지역별로 하는 보험자로서 의료보험조합을 설립하도록 하였다. 하지만 이에 관해서는 조합설립 및 보험가입에 관하여 임의로 하고 있었기 때문에 제대로 시행되지 못하였다. 1977년 의료보험법을 전면 개정하여 500인 이상의 사업장에 대하여 강제적용으로 하면서, 1979년 300인 이상, 1981년에 100인 이상, 1988년에 5인 이상, 2003년에 1인 이상의 사업장으로 점차 강제가입 피보험자의 범위를 확대하였다. 한편 이와 같은 의료보험법과는 별도

로 공무원과 사립학교교직원을 대상으로 하는 ‘공무원 및 사립학교교직원의료보험법’을 1977년에 제정하였고, 자영업자와 농어업 종사자를 위하여 1988년에 농촌지역, 1989년에 도시지역에 거주하는 자에게도 의료보험을 확대 실시하였다. 이를 통하여 우리나라의 의료보험제도는 실시한 지 불과 10여년 만에 모든 국민에 대한 의료보장을 실현한 전국민개보험체제를 달성하였다.¹⁹⁾

한편 1997년 12월 31일에 제정되어 1998년 10월 1일부터 시행된 국민의료보험법²⁰⁾에 의하여 공무원 및 사립학교교직원 의료보험관리공단과 227개의 지역의료보험조합이 조직상 통합되어, ‘국민의료보험관리공단’이 단일보험자로서 전 국민의 60%에 해당하는 2800만 여명의 공무원 및 사립학교교직원 피보험자와 지역의료보험의 피보험자를 관리하게 되었다²¹⁾(제1차 통합). 이후 1999년 2월 8일에 제정되어 2000년 1월 1일부터 시행된 국민건강보험법²²⁾에 의하여 직장의료보험조합까지 완전하게 통합됨으로써, ‘국민건강보험공단’을 단일보험자로 하는 전국민개보험체제가 마침내 형성되었다²³⁾(제2차 통합). 한편 2000년 1월 1일 국민건강보험법이 시행되기 이전까지는, 직장의료보험의 피보험자에게는 의료보험법이, 공무원 및 사립학교교직원과 지역의료보험의 피보험자에게는 국민의료보험법이 각각 적용되어 왔으나, 국민건강보험법²⁴⁾의 시행과 더불어 위의 의료보험법과 국민의료보험법은 모두 폐지되었다.²⁵⁾

19) 홍성민 Unification of National Health Insurance Service (NHIS) *Current Issues in Korean Law* 한국법제연구원 (2015년) 164-165쪽.

20) 1997년 12월 31일 법률 제5488호.

21) 헌법재판소 2000년6월29일 99헌마289 결정.

22) 1999년 2월 8일 법률 제5854호.

23) 헌법재판소 2000년6월29일 99헌마289 결정.

24) 우리나라 의료보험법제에 관해서는 정홍기, 조정찬 공저 국민건강보험법 한국법제연구원 (2003년)을 참조.

25) 홍성민 Unification of National Health Insurance Service (NHIS) *Current Issues in Korean Law* 한국법제연구원 (2015년) 165-166쪽.

2. 적용범위

우리나라의 국민건강보험법(이하 “동법”이라 한다)은 국내에 거주하고 있는 국민²⁶⁾에 대하여 건강보험의 가입자 또는 피부양자가 된다고 규정하고 있다(다만, 의료급여법에 의한 의료급여를 받는 자 등은 제외함).

(1) 직장가입자

모든 사업장의 근로자, 사용자, 공무원 및 교직원은 직장가입자가 된다. 다만 1개월 미만의 일용근로자, 1개월간 근로시간이 60시간 미만인 단시간근로자 및 병역수행자 등은 제외된다(6조2항).

(2) 피부양자

직장가입자에게 주로 생계를 의존하는 자(소득조건 있음)로, 해당 직장가입자의 ①배우자, ②직계존속, ③직계비속과 그 배우자, ④형제자매에 관해서는 피부양자로 인정되어 별도의 보험가입 없이 보험급여를 받을 수 있다(5조2항, 3항).

(3) 지역가입자

가입자 중에 직장가입자와 그 피부양자를 제외한 자에 대해서는 지역가입자가 된다(6조3항). 한편 지역가입자에 관해서는 피부양자제도는 마련되어 있지 않으며, 세대구성원 모두가 가입자가 된다.

26) 외국인에 관해서는 동법 109조에서 특례를 규정하고 있다.

3. 보험자

동법은 건강보험사업에 관해서 보건복지부장관이 관장한다고 규정하고 있으며(2조), 주요한 정책결정 및 계획수립을 위해서 건강보험정책심의위원회를 두면서도(3조의2, 4조), 별도의 기관으로서 국민건강보험공단(이하 ‘공단’이라 함)을 보험자로 규정하고 있다²⁷⁾(13조). 보험자의 업무에는 ①가입자 및 피부양자의 자격 관리, ②보험료(기타 사회보험료 포함)와 기타 동법에 따른 징수금의 부과 및 징수, ③보험급여의 관리, ④가입자 및 피부양자의 건강 유지와 증진을 위하여 필요한 예방사업, ⑤보험급여비용의 지급, ⑥자산의 관리·운영 및 증식사업, ⑦의료시설의 운영, ⑧건강보험에 관한 교육훈련 및 홍보, ⑨건강보험에 관한 조사연구 및 국제협력 등이 있다(14조).

4. 보험급여

동법의 보험급여는 크게 현물급여와 현금급여로 구분되는데, 주로 요양급여와 같은 현물급여를 원칙으로 하고 있다. 이와 같은 요양급여는 요양기관에 의하여 제공된다고 규정하고 있으며(42조1항), 요양기관 및 의사에 대해서는 수진 의무를 부과하고 있다. 또한 보험적용의 요양급여와 함께 동법은 보험이 적용되지 않는 의료행위 등에 관해서도 이른바 법정비급여를 규정하고 있다(42조4항). 한편 현금급여로는 현행법상 요양기관이 아닌 곳에서 의료급여를 받은 경우에 지급되는 요양비(49조) 외에 부가급여로서 임신 및 출산진료비²⁸⁾, 장제비,

27) 이와 같은 국민건강보험에서의 삼위일체적 관계 및 과제에 관해서는, 권오탁 “국민건강보험법상 의사결정구조의 문제와 개선방안” 사회보장법학 제5권1호(2016년) 5-38쪽을 참조.

28) 임신출산 진료비에 관해서는 2016년 7월 기준 50만원(다태아의 경우 70만원)을 서비스이용권으로 지급하고 있다. 현행제도의 구체적 내용에 관해서는, 김승희·임

상병수당 등이 규정되어 있는데(50조), 장제비와 상병수당²⁹⁾에 관해서는 실시의 근거규정이 되는 동법시행령이 마련되어 있지 못하여 시행도 이루어지지 않고 있다.

(1) 법정급여(요양급여)

법정급여에는 가입자와 피부양자의 질병, 부상, 출상 등에 대한 다음의 요양급여가 있다. 즉, ①진찰 및 검사, ②약제 및 치료재료의 지급, ③처치와 수술 및 기타 치료, ④예방 및 재활, ⑤입원, ⑥간호, ⑦이송이 있다(41조1항). 이와 같은 요양급여의 방법, 절차, 범위, 상한 등에 관해서는 보건복지부령인 ‘국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙³⁰⁾(이하 ‘요양기준규칙’이라고 함)’에 위임하고 있다. 이와 같은 위임에 따라 요양급여의 범주에 속하는 행위목록을 보건관료에 의해 구체화하고 있는데, 요양기준규칙 8조에 따르면 보건복지부장관은 요양급여대상을 급여목록표로 정하여 고시한다.³¹⁾

(2) 법정비급여

동법은 업무나 일상생활에 지장이 없는 질환에 대한 의료행위 및 기타 보건복지부령으로 정하는 약제 등에 관하여 요양급여대상에서 제외한다고 하여(41조4항), 이른바 법정비급여를 규정하고 있다. 이와 같은 법정비급여에 관해서는 요양기준규칙 별표2가 구체적으로 열거하고 있다. 해당열거에 따르면, ①업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환에

승지·강하림·최은희·김유리·김아름 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구 국민건강보험 건강보험정책연구원(2015년) 82쪽-84쪽을 참조.

29) 외국의 상병수당제도와 우리나라의 도입에 필요한 고려요소에 관해서는, 문성국·최은희·김승희·이장욱 주요국의 상병수당제도 현황 고찰 및 시사점 연구 국민건강보험 건강보험정책연구원(2015년)을 참조.

30) 2016년8월4일 보건복지부령 제431호.

31) 김나경 앞의 책 113쪽.

대한 의료행위, 약제 및 치료재료, ②신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 의료행위, 약제 및 치료재료, ③예방진료로서 질병 및 부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 의료행위, 약제 및 치료재료(건강검진 제외), ④보험급여시책상 요양급여로 인정하기 어렵거나 그 밖에 건강보험급여의 원리에 부합하지 않는 의료행위, 약제 및 치료재료, ⑤건강보험제도의 여건상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 등이 있다.³²⁾

(3) 임의비급여

위의 법정급여 및 법정비급여 어느 것으로도 인정되지는 않지만, 의사가 환자의 요청 또는 치료 상의 필요성에 의하여 실시하는 의료행위로, 법정외의 치료기술이나 약제 및 치료제의 처방을 포함한 요양급여로서 인정되는 약제라 하여도 적용외의 질병이나 사용횟수의 제한을 초과하여 사용하는 등의 동법이 급여를 목록화 하고 있음으로써 발생하는 해당목록에 속하지 않는 모든 의료행위를 임의비급여라고 한다. 즉 이와 같은 의료행위는 ‘요양급여에 해당하지 않아’ ‘비급여’에 해당하게 되지만 ‘법으로 규정되지 않은 것임에도’ ‘임의적’으로 실시한다는 의미에서 법정비급여와 대비되는 의미로 임의비급여라고 불리는 것이다.³³⁾ 물론 임의비급여가 법상 규정되어 있는 것은 아니다.

32) 구체적 내용 및 세부 항목에 관해서는, 김나경 앞의 책 117-120쪽.

33) 김나경 앞의 책 120쪽. 이와 같은 임의비급여 문제에 관해서는 김나경 앞의 책 120-157쪽, 김한나·김계현·이정찬 “대형병원에서의 요양급여기준 외 치료행위 인정요건에 관한 검토” 충남대학교 법학연구 제24권1호 (2013년) 685쪽, 정영철 “공법적 시각에서 본 임의비급여의 제한적 허용의 쟁점” 법학논고 제40집(2012년) 257쪽, 최호영 “건강보험체계와 임의비급여” 사회보장법연구 제2호 (2012년) 172쪽, 김계현 “요양기관 강제지정제의 문제점과 개선방향” 의료정책포럼 제6권 (2008년) 23쪽, 이흥재·전광석·박지순 사회보장법 제3판 (신조사, 2015년) 47-49쪽, 노호창 “공적 건강보장에 있어서의 자유제한과 그 정당성” 사회보장법연구 제3권1호 (2014년) 187-188쪽, 김종수 “임의비급여에 관한 사회보장법적 검토” 사회보장법연구 제1호(2012년) 142-143쪽, 정철 “건강보험상 임의비급여 허용의 문제점” 법학논총 제24권1호(2011년) 10쪽 등 참조.

기존에 임의비급여는 요양기준규칙의 위반행위에 해당하여, 보건복지부에서 임의비급여를 실시한 의료기관에 대하여 업무정지 및 과징금 처분 나아가 국민건강보험공단에서는 비용의 환수를 실시하여 왔다. 이에 대하여 의료기관 측에서는 해당 임의비급여의 의료행위에 관해서 치료 상의 필요성 및 정당성을 주장하면서 해당 처분 등의 취소를 요구하는 행정소송을 제기하였다. 우리나라 대법원은 이와 같은 의료기관 측의 주장을 인정하지 않는 입장을 고수하여 왔으나, 2012년 6월 18일 기존의 판례의 입장을 일부 변경하여³⁴⁾, 임의비급여의 적법성 판단에 관하여 ①의료기관이 환자에게 충분히 설명하고 ②환자로부터 동의를 얻었으며 나아가 ③임의비급여의 의학적 필요성이 인정되어 ④이를 의료기관 측이 입증한 경우에는 제한적으로 임의비급여가 허용된다고 판시하였다.

(4) 건강검진

위에서처럼 예방진료로써 질병 및 부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 의료행위 등은 보험급여대상이 아니지만, 동법은 가입자와 피부양자에 대하여 질병의 조기 발견과 그에 따른 요양급여를 하기 위하여 건강검진을 실시한다고 규정하고 있다(52조). 이와 같은 건강검진에 관해서는, ①일반건강검진, ②암검진, ③영유아건강검진, ④생애전환기검진이 있으며, 해당 비용에 관해서는 암검진을 제외하고 전액 보험자가 부담한다.

5. 심사 및 평가

동법은 보험급여비용의 지급에 관하여 보험자인 공단의 업무로 규정하고 있다. 한편 보험자에게 요양급여비용을 청구하고자 하는 의료

34) 대법원 2012.6.18. 선고, 2010두27639,27646, 전원합의체 판결.

기관은 해당청구 전에 건강보험심사평가원(이하 ‘심사평가원’이라 함)에 대하여 요양급여의 심사를 청구하도록 규정하고 있으며, 이와 같은 심사평가원에 대한 심사청구로 공단에 대한 요양급여비용의 청구를 갈음하고 있다(47조). 그리고 심사청구원은 해당심사 후 지체 없이 그 결과를 공단에 통보해야 하며, 공단이 해당통보를 받으면 요양급여비용을 지급하여야 한다. 이와 같은 심사청구원의 주된 업무는 ① 요양급여비용의 심사, ②요양급여의 적정성 평가 및 ③심사기준 및 평가기준의 개발 등이다(63조). 요양급여의 심사 및 평가기준은 한편으로 요양급여를 제공하는 일반원칙에 따르고 있으며, 다른 한편으로는 이와 같은 일반원칙을 구체화하는 요양급여제공의 세부사항에 대한 고시로 이루어져 있다.³⁵⁾ 우리나라는 이와 같은 심사 및 평가업무에 관하여 2000년부터 온라인청구방식을 도입하여 운영하고 있다.

6. 재 원

국민건강보험의 재원은 가입자로부터의 보험료와 정부지원금으로 충당하고 있다.³⁶⁾ 보험료 징수에 관해서는 직장가입자와 지역가입자의 소득과약의 정도가 상이하기 때문에 각각 별도의 징수기준을 규정하고 있다.

(1) 직장가입자의 보험료

직장가입자에 관해서는 보수 비례(69조4항), 노사절반에 의한 부담(76조) 및 사용자의 납부의무(77조1항) 등을 원칙으로 하고 있다. 구체적인 보험료의 산정은 기본적으로 개인의 보수월액에 보험료율을 곱

35) 요양급여의 심사 및 평가에 관해서는, 김나경 앞의 책 214-252쪽 및 가타기리 자료집을 참조.

36) 우리나라 건강보험의 재정수입구조 및 외국과의 비교에 관해서는, 이정면·이수연·조정완·홍성민 주요국 건강보험의 재정수입구조 변화에 대한 연구 국민건강보험 건강보험정책연구원(2015년)을 참조.

하는 방식을 취하고 있으며, 한편 보수 외 소득이 7200만원을 초과하는 경우에는 추가적으로 보험료를 징수하고 있다(69조4항).

<표 6 직장가입자 보험료 산정방식>

보수외 소득이 연 7200만원을 기준으로, - 7200만원 이하의 경우: 보수월액 X 보험료율 - 7200만원 초과인 경우: 보수월액 X 보험료율 + 보수외 소득 X 보험료율의 1/2
--

(2) 지역가입자의 보험료

지역가입자에 관해서는 세대단위를 원칙으로 계산되며(69조5항), 미성년자를 제외한 세대전원이 연대하여 보험료 부담의무를 가진다(76조3항). 보험료의 산정은 직장가입자에 비하여 소득과약이 어렵기 때문에 이른바 보험료부과점수방식을 채용하고 있다. 즉, 보험료의 산정기준이 되는 소득, 재산(부동산 및 자동차 등) 및 생활수준·경제활동참가율(성별, 연령, 소득, 재산 등을 종합적으로 고려한 평가소득)을 점수화 하여, 이에 1점당 금액을 곱하여 보험료를 산정하는 것이다. 한편 연수입 500만원을 기준으로 2종류의 산정방식을 채용하고 있다.

<표 7 지역가입자 보험료 산정방식>

①소득등급별 점수 (75등급) 종합과세소득, 근로·연금·농업소득	→	연수입 500만원 초과인 세대 →(①+②+③) X 1점당 금액
②재산등급별 점수 (50등급) 토지·건물·임대주택보증금		

③자동차등급별 점수 (7등급) 사용연수에 따라 감면		
④생활수준 및 경제활동 참가율 등급별 점수 (30등급) 성별, 연령, 재산, 자동차 종합고려		연수입 500만원 이하인 세대 →(②+③+④) X 1점당 금액

(3) 정부지원금

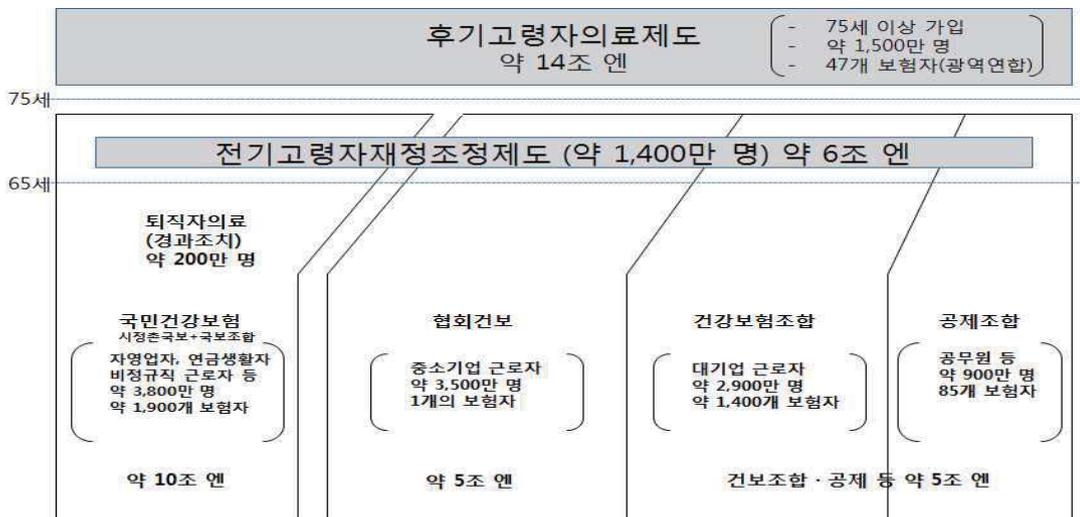
동법은 국가가 건강보험의 재정지원책으로서 예산범위 내에 보험료 예상수입액의 14%를 지원할 수 있다고 규정하고 있다(108조1항). 또한 담배세를 재원으로 하는 국민건강증진기금으로부터도 보험료예상수입액의 6%를 매년도 부담금 예상수입의 65% 한도로 지원 받고 있다(108조2항, 국민건강증진법 부칙 법률 제6619호 2항).

제 3 장 일본의 의료보장법제

제 1 절 기본구조

일본에서는 의료보장과 관련하여 우리나라와 동일하게 모든 국민이 공적의료보험제도 중 어느 하나에 의무적으로 가입하여 보장을 받을 수 있는 전국민개보험체제를 확립하고 있다. 반면에 일본의 공적의료보험제도는 다원화된 제도로 이루어져 있는데³⁷⁾, 이미 설명한 것처럼 근로자를 위한 직역보험(건강보험, 선원보험, 공무원 및 사립학교직원 공제조합 및 일부 자영업자의 국민건강보험조합 등), 지역보험으로서 근로자 외의 75세 미만의 자를 위한 국민건강보험제도와 75세 이상의 고령자를 위한 후기고령자의료제도³⁸⁾로 구별할 수 있다.

<그림 2 일본의 의료보장제도 체계>



출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』(第一法規、2016年) 5頁

37) 일본의 의료보장제도에 관해서는 김도훈·권진희·유애정·문용필 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향 (일본) 국민건강보험 건강보험정책연구원 (2014년)을 참조.
 38) 일본의 후기고령자의료제도에 관해서는 김명중 “일본의 후기고령자의료보험제도의 실시와 문제점” 국제노동브리프 (2008년) 103-114쪽.

일본의 의료보장제도는 제1차 세계대전, 쌀 파동, 전후 공황 등 불안정한 사회·경제적 상황에 대응하기 위하여 독일의 비스마르크형 사회보험제도를 참고하여 일본 정부가 검토를 추진하다가 1922년 직역보험인 건강보험법을 제정하여 처음으로 실시되었다. 농어촌에서도 경제공황의 영향으로 의료비를 마련하기 위하여 전답을 팔거나 소작농이 되는 상황에 처하는 농가가 속출하게 되면서 일본 정부는 1933년 지역보험인 국민건강보험제도의 검토를 실시하였고, 1938년에 국민건강보험법이 비로소 제정되었다. 지역보험인 국민건강보험제도는 시행당초 임의설립의 조합방식으로 지역주민의 연대를 기초로 한 상부상조제도였다. 하지만 1945년 제2차 세계대전의 끝난 후에 사회·경제적 상황이 급변하게 되면서 많은 국민건강보험조합에서 스스로의 운영이 불가능해지게 되었다. 이에 1948년 국민건강보험법의 개정을 통하여 보험자를 원칙적으로 시정촌으로 하고 피보험자에게 가입의무를 부과하는 등의 의료보험제도의 공공성을 강조한 개혁이 실시되었다. 나아가 1958년에는 국민건강보험법의 전부개정을 통하여 국고보조에 관하여 정률부담을 의무화하여 국가의 재정책임을 명확히 하고, 보험급여에 관하여 직역보험인 건강보험제도와 급여범위를 동일하게 하는 동시에 급여비율도 최저 50%로 하는 등의 개혁을 실시하였다. 이를 통하여 일본은 1961년에 (일부의 의사가 없는 지역 등을 제외하고) 모든 국민이 의료보험제도에 가입하는 전국민개보험체제를 달성하기에 이른다. 한편 일본은 고도경제성장을 배경으로 사회보장의 확충을 도모하였는데 이와 관련하여 1973년 70세 이상의 노인의료비를 전액 무료화 하였다. 하지만 노인의료비의 무료화로 인하여 이른바 ‘사회적 입원’으로 대표되는 노인의료비 급격한 증가가 문제화 되었다. 이와 같은 문제에 대비하기 위하여 1983년 노인보건법을 제정하여 환자부담을 도입하였지만, 이후에도 노인의료비의 증가는 일본의 의료보험제도의 과제로 떠올랐으며 2008년에 구조적 해결을 위하여 75세 이상의 노인에 대한 독립된 의료보장제도로서 후기고령자의료제도가 시행되었다.

일본 역시 ①의료제공체계에 관해서는 의료시설을 규율하고 있는 의료법³⁹⁾을 기본으로 하며, 의료종사자를 규율하는 법으로 의사법⁴⁰⁾, 치과 의사법⁴¹⁾, 보건사조산사간호사법⁴²⁾, 치과위생사법⁴³⁾, 진료방사선기사법⁴⁴⁾, 치과기공사법⁴⁵⁾, 임상검사기사 등에 관한 법률⁴⁶⁾, 이학요법사 및 작업요법사법⁴⁷⁾, 시능훈련사법⁴⁸⁾, 임상공학기사법⁴⁹⁾, 언어청각사법⁵⁰⁾ 등 직종에 따라 다수의 법률이 존재한다. 기타 의약품에 관해서는 의약품, 의료기기 등의 품질, 유효성 및 안전성 확보등에 관한 법률⁵¹⁾과 약제사법⁵²⁾이 있다. 그리고 ②재원조달체계에 관해서는 공적의료보험제도에 관한 법률로서 건강보험법⁵³⁾, 선원보험법⁵⁴⁾, 국가공무원공제조합법⁵⁵⁾, 지방공무원등 공제조합법⁵⁶⁾, 사립학교교직원공제법⁵⁷⁾, 국민건강보험법⁵⁸⁾ 및 기타 고령자 의료확보에 관한 법률⁵⁹⁾, 난병환자에 대한 의료 등에 관한 법률⁶⁰⁾이 각각 규정하고 있다.

39) 医療法（昭和二十三年七月三十日法律第二百五号）

40) 医師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百一号）

41) 歯科医師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百二号）

42) 保健師助産師看護師法（昭和二十三年七月三十日法律第二百三号）

43) 歯科衛生士法（昭和二十三年七月三十日法律第二百四号）

44) 診療放射線技師法（昭和二十六年六月十一日法律第二百二十六号）

45) 歯科技工士法（昭和三十年八月十六日法律第百六十八号）

46) 臨床検査技師等に関する法律（昭和三十二年四月二十三日法律第七十六号）

47) 理学療法士及び作業療法士法（昭和四十年六月二十九日法律第百三十七号）

48) 視能訓練士法（昭和四十六年五月二十日法律第六十四号）

49) 臨床工学技士法（昭和六十二年六月二日法律第六十号）

50) 言語聴覚士法（平成九年十二月十九日法律第百三十二号）

51) 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和三十五年八月十日法律第百四十五号）

52) 薬剤師法（昭和三十五年八月十日法律第百四十六号）

53) 健康保険法（大正十一年四月二十二日法律第七十号）

54) 船員保険法（昭和十四年四月六日法律第七十三号）

55) 国家公務員共済組合法（昭和三十二年五月一日法律第百二十八号）

56) 地方公務員等共済組合法（昭和三十七年九月八日法律第百五十二号）

57) 私立学校教職員共済法（昭和二十八年八月二十一日法律第百四十五号）

58) 国民健康保険法（昭和三十二年十二月二十七日法律第百九十二号）

59) 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年八月十七日法律第八十号）

제 2 절 의료제공체계

1. 의료법

의료시설을 규율하고 있는 의료법은 1948년에 제정되었으며, 의사법·치과 의사법과 함께 일본의 의료제도의 중핵을 구성하고 있다. 법제정 당초에는 의료제공시설에 관한 규제법으로서의 성격이 강하였지만, 이후 수차례의 법개정을 통하여 점차 의료제공체계에 관한 기본법으로서의 성격을 갖추게 되었다. 현재는 ①의료제공의 이념(생명 존중과 개인의 존엄유지를 목적으로 함), ②국가·지방자치단체·의사 등 의료종사자·의료제공시설의 개설자 등의 책무, ③의료에 관한 정보제공 및 의료업·치과 의료업 등에 관한 광고규제, ④의료안전의 확보, ⑤병원(20병상 이상의 의료시설)·진료소(0~19병상의 의료시설)·조산소 등의 의료제공시설에 관한 정의, 기능별 분류, 개설, 관리, 시설 등의 기준 및 감독, ⑥일반병상·요양병상·정신병상 등 병상종별, ⑦의료제공체제를 확보하기 위한 계획(의료계획)의 입안 및 추진, ⑧공적의료기관의 설치 등, ⑨의료법인의 설립, 조직, 업무, 운영 및 감독 등에 관하여 규정하고 있다. 특히 중요한 규정사항으로는, 병상이 없는 진료소는 원칙적으로 신고만으로 개설이 가능하지만 병원이나 병상이 있는 진료소의 개설에 관해서는 도도부현지사의 허가를 받도록 하고 있으며, 도도부현지사는 의료계획의 달성 및 추진을 위하여 특히 필요가 있는 경우에 민간의료기관의 개설이나 병상수의 증가 등에 관하여 권고를 할 수 있고 의료기관이 이와 같은 권고를 따르지 않는 경우에 후생노동대신이 해당 의료기관에 관한 보험의료기관의 지정을 거부할 수 있도록 규정하고 있다.⁶¹⁾

60) 難病の患者に対する医療等に関する法律 (平成二十六年五月三十日法律第五十号)

61) 구체적 내용에 관해서는, 홍성민 앞의 논문 158-159쪽을 참조.

2. 의사법

1948년에 제정된 의사법은 의료종사자의 핵심을 담당하는 의사에 관해서 규율하고 있는 법률이다. 동법은 의사에 관하여, ①의무, ②자격요건 및 면허, ③국가시험, ④업무 등을 규정하고 있으며, 의사에게는 업무와 명칭에 관하여 독점적 권한을 인정하여 모든 의료행위를 수행할 수 있음(포괄적인 의료업의 독점)을 규정하고 있다.

3. 특징과 과제

일본의 의료제공체계의 특징은 ①의료법인 등 민간부문 중심의 사회적제공이 공적부문보다 우위를 점하고 있는 점, ②인원 및 시설기준을 충족하면 원칙적으로 의료기관을 개설할 수 있는 자유 개업의제도를 취하고 있는 점, ③개업의에 의한 게이트키퍼 기능이 약하여 환자가 자유롭게 수진의료기관을 선택할 수 있는 프리엑세스가 보장되어 있는 점, ④의사의 전문적 지식과 기능 및 이를 근거로 한 재량이 존중되는 자유재량권이 보장되어 있는 점을 들 수 있는데, 이는 우리나라와 매우 유사한 특징이라고 할 수 있다. 또한 최근에 있어서는 일본 의료제공체계에서의 과제로 다음과 같이 나타나고 있다. ①병상수의 과잉과 지역적 편재를 시정하기 위하여 1985년 의료법 개정으로 의료계획제도가 도입되어 자유 개업의제도에 대한 제약을 강화하였다. ②고령화에 따라 급성기 질환중심에서 만성기 질환중심으로의 질병구조의 변화에 대응하여 의료기관의 기능분화와 체계화를 도모하기 위하여, 특정기능병원, 요양형병상군, 지역의료지원병원 등을 제도화하고 나아가 수진행동을 통제하는 등 프리엑세스에 대한 제약을 강화하였다. ③환자의 자율존중과 의료에 관한 정보개시 등이 중시되어

환자동의제도, 진료차트 및 진료정보의 개시, 광고제한의 완화 및 의료정보의 제공추진 등 의사의 전문재량권에 대한 제약도 강화되고 있다. ④마지막으로 최근에는 의료의 질에 대한 국민의 요구가 높아짐에 따라 의료종사자의 자질향상, 병원기능평가의 도입⁶²⁾, 근거기반 의료(이른바 EBM)의 추진 등도 실시되고 있다.

제 3 절 재원조달체계

1. 공적의료보험

일본의 의료보험제도는 크게 직업 및 직종을 기준으로 피보험자 자격을 판단하는 직역의료보험과 거주지역 즉 주소를 기준으로 피보험자 자격을 판단하는 지역의료보험의 2축으로 구성된 체계를 특징으로 한다. 이를 구체적으로 살펴보면, 직역의료보험으로는 ①건강보험(조합관장건강보험 및 전국건강보험협회관장건강보험), ②선원보험, ③각종 공제제도와 ④국민건강보험조합이 있으며, 지역의료보험으로는 앞의 의료보험에 가입되어 있는 자 및 생활보호대상자를 제외한 ⑤시정촌국민건강보험(이하 국민건강보험이라고 함) 및 75세 이상의 고령자들을 대상으로 하는 ⑥후기고령자의료제도가 있다.

62) 일본의 병원기능평가제도에 관해서는, 가타기리 자료집을 참조.

<표 8 일본의 의료보험제도 비교>

	국민건강 보험	협회건보	조합건보	공제조합	후기고령자 의료제도
보험자 수	1,717	1	1,419	85	47
가입자 수	3,397만명 2,010만 세대	3,564만명 피보험자 2,030만명 피부양자 1,534만명	2,927만명 피보험자 1,560만명 피부양자 1,368만명	891만명 피보험자 449만명 피부양자 442만명	1,544만명
가입자 평균연령	50.9세	36.6세	34.3세	33.3세	82.1세
65~74세 의 고령자 비율	35.6%	5.5%	2.8%	1.5%	2.4% (장애인)
가입자 1명당 의료비	32.5만엔	16.4만엔	14.6만엔	15.0만엔	93.0만엔
평균소득	83만엔	139만엔	202만엔	221만엔	80만엔
평균보험 료	8.5만엔	10.6만엔	11.4만엔	13.3만엔	6.7만엔
보험료부 담율	10.3%	7.6%	5.6%	6.0%	8.4%
공비부담	급여비등 의 50%	16.4%	차등보조	없음	급여비등의 50%
공비부담 총액	4조3,319억 엔	1조1,781억 엔	381억엔	없음	7조6,368억 엔

출처: 「医療保険制度の現状と課題」週刊社会保障2887号 (2016年) 15頁.

2. 적용범위

(1) 건강보험

건강보험법은 제조업·토목건축업·운송업·판매업·보험금융업 등 일정한 사업을 행하는 모든 법인사업장 및 상시 5인 이상의 종업원을 사용하는 개인사업장에 대하여 강제적용을 규정하고 있으며, 해당사업장에서 사용되는 자(피용자)를 강제적용 피보험자로 규정하고 있다(3조1항~3항). 사업주와의 관계에서는 사용관계가 있으면 인정되는 것을 전제로, 반드시 고용계약을 체결할 것을 요건으로 하지 않으며 실무상에서는 해당사업장의 통상 근로자의 소정근로시간 및 근로일수의 4/3이상 근로하고 있으면 피보험자로 인정하고 있다. 또한 강제적용의 사업장이 아니더라도 해당사업자의 종업원 1/2 이상이 동의하면 후생노동대신의 인가를 받아 임의적용 사업장이 될 수 있다(11조). 나아가 퇴직 등으로 적용사업장에서 사용관계가 종료되어 피보험자 자격을 상실한 경우에도 보험자에 대하여 신청하면 2년간을 한도로 임의계속 피보험자가 될 수 있다(임의계속피보험자제도, 3조4항). 한편 건강보험의 피보험자 요건을 만족하여도 선원보험 및 각종 공제조합의 피보험자의 경우에는 건강보험의 피보험자에서 제외된다.

(2) 국민건강보험

국민건강보험법은 시정촌 및 특별구의 구역 내에서 주소를 가지고 있는 자로 기타 피용자보험에 가입되어 있지 않는 자를 적용대상으로 하고 있다(5조). 주소는 일본민법 22조의 주소의 개념을 원용하여 해당자의 생활의 본거지로 해석되고 있으며, 국적에 관계없이 외국인이라 하여도 주소를 가지고 있으면 단기체재를 제외하고 국민건강보험의 피보험자가 된다. 국민건강보험의 적용대상은 당초 농림수산업자

나 자영업자가 중심이었지만, 현재에는 건강보험법이 적용되지 않는 개인 영세기업의 종업원 및 무직자가 주를 이루고 있다.

(3) 후기고령자의료제도

후기고령자의료제도의 피보험자는 도도부현단위로 설립된 후기고령자의료광역연합(이하 광역연합이라고 함)의 지역 내에서 주소를 가지는 ①75세 이상의 고령자 및 ②65세 이상 75세 미만의 일정한 장애를 가지고 있으며 광역연합의 인정을 받은 자이다. 이와 같은 자에 관해서는 기존에 피용자보험 및 국민건강보험의 가입자에 해당하였지만, 2006년 법개정으로 2008년 4월부터 후기고령자의료제도가 실시되면서 해당 피보험자로 전환되었다.

3. 보험자

(1) 건강보험

건강보험법은 보험자로서 건강보험조합과 전국건강보험협회를 규정하고 있다(4조). 건강보험조합은 일정수 이상의 피보험자를 사용하는 사업주가 피보험자의 1/2 이상의 동의를 얻어 필요사항을 기재한 정관을 작성하여 후생노동대신의 인가를 받아 설립할 수 있다. 건강보험법의 가입자로 건강보험조합에 가입하지 않은 자는 전국건강보험협회가 운영하는 이른바 협회건보에 가입하게 되는데, 협회건보는 2006년 법개정으로 2008년 10월에 설립되었으며 기존에 정부가 관장하였던 정부관장건강보험의 운영을 승계하였다. 전국건강보험협회는 독립한 공법인으로, 도도부현마다 지부를 설치하고 있으며 해당 도도부현단위의 재정운영을 실시하고 있다. 현재 일본의 건강보험에 관해서는 대기업에 근무하는 피용자 및 그 피부양자의 대부분이 건강보험조합

이 운영하는 보험에 가입하고 있는 반면, 중소기업에 근무하는 피용자 및 그 피부양자는 협회건보에 가입하고 있다.

(2) 국민건강보험

국민건강보험법은 보험자로서 시정촌과 특별구(동경의 23구)를 규정하고 있다(3조1항). 다만 2006년의 법개정 이후 도도부현 단위를 축으로 하는 국민건강보험의 보험자 재편 및 통합이 진행되고 있으며, 국민건강보험에서도 도도부현 단위의 공동사업(예를 들어 보험자간 재정조정사업 등)을 확대하는 등 재정운영 측면에서 사실상 도도부현 단위화가 실시되고 있다.

(3) 후기고령자의료제도

후기고령자의료제도의 보험자는 도도부현 지역단위 내에서 모든 시정촌이 참가하여 설립하는 특별지방공공단체인 광역연합이 담당하고 있다.

4. 보험급여

(1) 개 요

일본의 모든 공적의료보험의 보험급여는 원칙적으로 건강보험법에서 규정하는 내용을 기본으로 한다. 그리고 건강보험법상의 보험급여에는 크게 요양급여를 기본으로 하는 법정급여와 소득보장 및 비용보전을 위한 현금급여로서의 부가급여로 구별할 수 있다. 현물급여는 원칙적으로 환자부담분을 제외한 진료보수에 관하여 의사와 환자의 관점에서 제3자인 보험자가 지불하는 것으로, 이른바 제3자 지불방식을 취하고 있다. 반면에 현금급여에 관해서는 일단 피보험자가 의료

기관에 대하여 의료비 전액을 지불한 후에 보험자에 대하여 보험급여 범위내의 비용을 청구하는 비용상환방식을 취하고 있다.

(2) 요양급여

건강보험법은 공적의료보험의 기본이 되는 현물급여로서의 요양급여로 ①진찰, ②약제 및 치료재료의 지급, ③처치, 수술 및 기타 치료, ④주거에서의 요양상 관리 및 해당요양에 필요한 돌봄 및 기타 간호, ⑤병원 또는 진료소에의 입원 및 해당요양에 필요한 돌봄 및 간호를 규정하고 있으며(63조1항), 이는 현재 일본의 일반적인 의료수준에 비추어 치료 상 필요하다고 인정되는 상병의 치료 및 이를 위한 진단이나 간호 등을 보험진료로서 보장하고 있는 것이다. 이에 ①상병의 치료에 해당하지 않는 의료행위, ②상병의 치료를 전제로 하지 않는 검사, ③현재 일본의 의료수준에서 볼 때에 일반적·표준적이라고 인정할 수 없는 상병의 치료 및 진단, ④치료자체가 아닌 치료환경 및 요양생활의 향상에 기여하는 내용 등은 원칙적으로 보험급여에서 제외된다.

(3) 기타 보험급여

위의 요양급여 외에도 현물급여로서는 가족요양비, 고액진료비, 입원시 식사요양비, 입원시 생활요양비, 보험외비용요양비, 방문간호요양비가 있으며, 현금급여로는 고액개호합산요양비, 요양비, 특별요양비, 이송비, 장제비, 출산육아일시금, 상병수당금, 출산수당금이 있다(52조). 국민건강보험 및 후기고령자의료제도의 보험급여는 약간의 예외(예를 들어 후기고령자의료제도에서는 출산관련 급여, 국민건강보험에서는 상병수당금 등)를 제외하고는 기본적으로 건강보험법상의 보험급여와 동일하다.

5. 심사 및 평가

일본에서는 심사 및 평가에 관하여 사회보험진료보수지불기금법⁶³⁾에 따라 보험자와 보험의료기관 사이에 관여하는 심사지불기관(사회보험진료보수지불기금과 도도부현마다 설치된 국민건강보험단체연합회)이 주로 위탁을 받아 실시하고 있다. 사회보험진료보수지불기금은 동법에 따라 진료보수의 심사 및 지불을 목적으로 설치된 공법인이며, 국민건강보험단체연합회는 국보법에 따라 국민건강보험의 보험자가 공동으로 진료보수의 심사 및 지불 기타 업무를 수행하기 위하여 도도부현 단위로 조직한 보험자연합체(공법인)이다. 보험의료기관은 보험진료에 필요한 비용에서 환자부담상당액을 공제한 금액(요양급여에 관한 비용)에 관한 진료보수청구서 및 명세서를 위의 심사지불기관에 제출한다. 심사지불기관은 해당서류에 관하여 요양담당규칙 및 산정고시에 비추어 심사 후에 필요에 따라 청구된 점수를 변경하여 해당비용을 지불하게 된다. 최종적으로는 해당비용을 심사지불기관이 보험자에게 청구하여 지불을 받는데, 현재에는 이와 같은 대부분의 과정이 전산화되어 있다.

6. 재 원

일본의 공적의료보험의 재원도 우리나라와 동일하게 보험료와 공비가 주를 이루지만, 해당 구성비율 등에 관해서는 각 의료보험제도 및 보험자에 따라 매우 다르다.

63) 社会保険診療報酬支払基金法 (昭和二十三年七月十日法律第二九号)

(1) 건강보험

건강보험조합의 경우 해당 재원에 관하여 기본적으로 모두 보험료에 의하여 충당하고 있는 반면, 협회건보는 기본적으로 보험료를 주요 재원으로 하면서도 16.4%의 정부지원이 실시되고 있다. 건강보험사업의 사무집행비에 관해서는 공통적으로 정부가 예산범위 내에서 일부 부담하고 있다(151조). 건강보험의 보험료는 피보험자의 표준보수월액과 표준상여액에 일정한 보험료율을 곱하여 산정한다(156조). 표준보수월액이란 매월 지급되는 급여, 수당 및 기타 보수를 보험료계산의 편의상 1급~47급의 단계로 구분한 기준표이며, 표준상여액은 보너스 연간총액을 기준으로 하고 있다. 보험료율은 법정 3%~13% 범위 내에서 각각의 건강보험조합 스스로가 결정하는 한편 전국건강보험협회에서는 도도부현지부가 자율적으로 결정하고 있다(160조). 건강보험의 경우 이와 같은 보험료 외에도 전기고령자납부금, 후기고령자지원금, 개호납부금 등의 명목으로 징수를 실시하고 있다(155조). 특히 건강보험의 보험료는 피보험자와 사용자가 각각 절반씩 부담하는 것을 원칙으로 하고 있으며(161조1항), 납부의무에 관해서는 사용자 의무로 규정하고 있다(2항).

<표 9 건강보험의 보험료>

표준보수월액 표준상여액	X	법정 보험료율: 3~13%	=	보험료 금액
		- 개별 건보조합이 결정 - 건보협회의 경우 도도부현 지부단위별로 결정		사업주와 피보험자가 절반씩 부담

<표 10 건강보험의 표준보수월액>

등급	표준보수 월액	보수월액 범위	등급	표준보수 월액	보수월액 범위
1	58	~ 63	25	360	350 ~ 370
2	68	63 ~ 73	26	380	370 ~ 395
3	78	73 ~ 83	27	410	395 ~ 425
4	88	83 ~ 93	28	440	425 ~ 455
5	98	93 ~ 101	29	470	455 ~ 485
6	104	101 ~ 107	30	500	485 ~ 515
7	110	107 ~ 114	31	530	515 ~ 545
8	118	114 ~ 122	32	560	545 ~ 575
9	126	122 ~ 130	33	590	575 ~ 605
10	134	130 ~ 138	34	620	605 ~ 635
11	142	138 ~ 146	35	650	635 ~ 665
12	150	146 ~ 155	36	680	665 ~ 695
13	160	155 ~ 165	37	710	695 ~ 730
14	170	165 ~ 175	38	750	730 ~ 770
15	180	175 ~ 185	39	790	770 ~ 810
16	190	185 ~ 195	40	830	810 ~ 855
17	200	195 ~ 210	41	880	855 ~ 905
18	220	210 ~ 230	42	930	905 ~ 955
19	240	230 ~ 250	43	980	955 ~ 1005
20	260	250 ~ 270	44	1030	1005 ~ 1055
21	280	270 ~ 290	45	1090	1055 ~ 1115

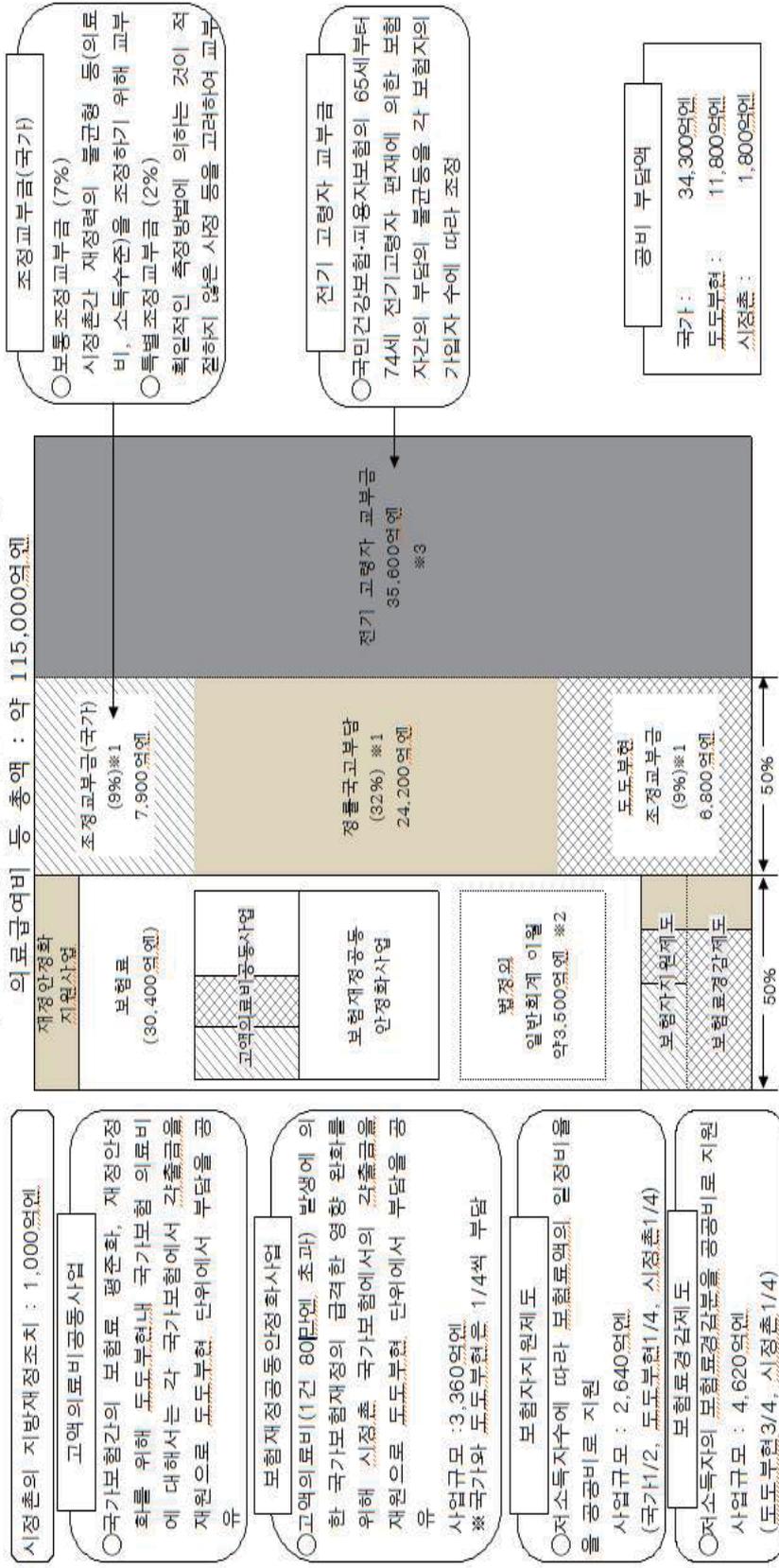
등급	표준보수 월액	보수월액 범위	등급	표준보수 월액	보수월액 범위
22	300	290 ~ 310	46	1150	1115 ~ 1175
23	320	310 ~ 330	47	1210	1175 ~
24	340	330 ~ 350	금액단위: 1,000엔		

(2) 국민건강보험

국민건강보험은 건강보험에 비하여 재원이 충분하지 못하기 때문에 많은 공비가 투입되고 있으며, 이에 의료급여비용에 관한 재원은 기본적으로 보험료 50%와 공비 50%로 구성되어 있다. 공비에 관해서 세부적으로는 정부의 정률부담 32%(70조), 정부의 조정교부금 9%(72조), 도도부현의 조정교부금 9%(72조의2)로 구성되어 있으며, 이 외에도 고액의료비공동사업이나 보험기반안정체도의 실시 등으로 별도 일정액의 공비부담이 실시되고 있다(그림3 참조).

제 3 장 일본의 의료보장법제

<그림 3 국민건강보험 정부지원금 구성 현황(2015년도)>



*1 여러 보험공부금의 9%, 32%, 9%의 비율을 기초로 하나, 정률 국고부담 중 일정액에 있어서는 재정조정기능을 강화하는 관점에서 국가의 조정교부금으로 대체하는 등의 법률상 조치가 있음

*2平成25년도 결산(장정칙)에 의한 결산비준 등 목적의 일반회계 이월액

*3 퇴직 피보험자를 제외하고 산정한 전기 고령자 교부금이며, 실제 교부금과는 차이가 있음

출처 : これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—(第一法規, 2016年) 34頁

국민건강보험의 보험료에 관해서는 건강보험과 달리 피보험자의 부담능력에 따른 보험료부분(응능할)과 수익에 따른 정액의 보험료부분(응익할)을 조합하여 부과하고 있다. 응능할에는 소득에 따라 부과하는 ①소득할, 자산에 따라 부과하는 ②자산할이 있으며 응익할에는 각 피보험자마다 정액 부과하는 ③피보험자균등할과 세대마다 정액 부과하는 ④세대별평등할로 구성되어 있다. 한편, 각 보험자(시정촌 및 특별구)마다 4방식(①+②+③+④), 3방식(①+③+④), 2방식(①+③) 중 하나의 부과방식을 선택하여 보험료를 징수하고 있으며, 대도시의 경우에는 2방식을 기타 다수의 시정촌은 4방식을 주로 채용하고 있다. 한편 이와 같은 보험료의 산정, 부과 및 징수 등에 관해서는 시정촌이 조례를 제정하여 규정하고 있다(81조).

<표 11 국민건강보험의 보험료부과방식>

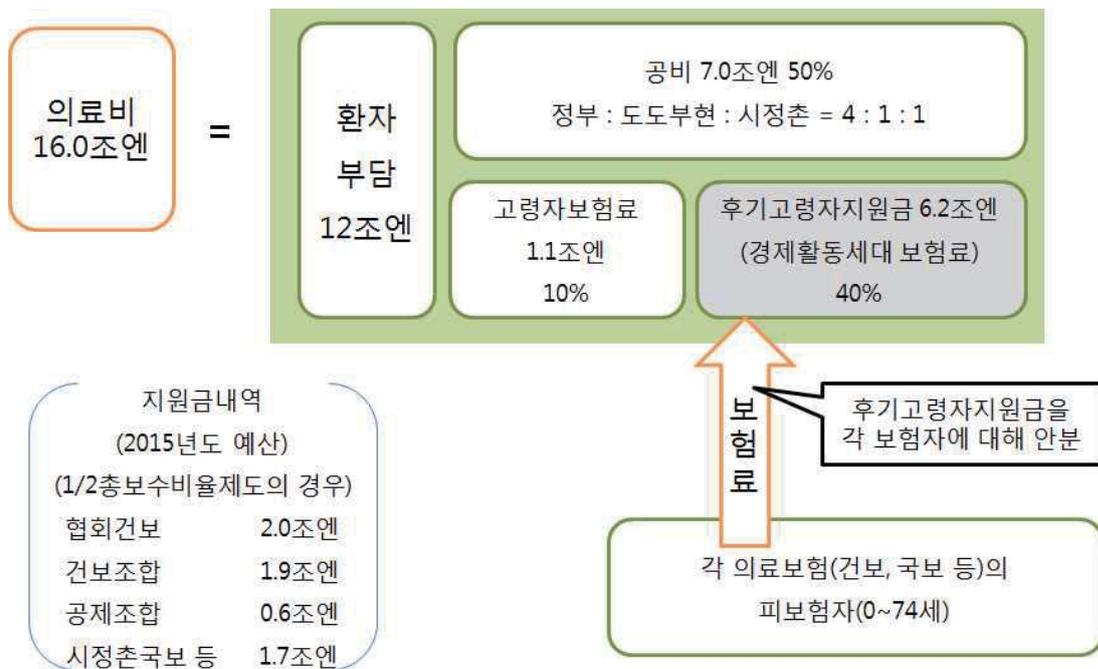
구 분	항 목	비 율
4방식	소득할	40%
	자산할	10%
	피보험자균등할	35%
	세대별평등할	15%
3방식	소득할	50%
	피보험자균등할	35%
	세대별평등할	15%
2방식	소득할	50%
	피보험자균등할	50%

(3) 후기고령자의료제도

후기고령자의료제도의 재원은 후기고령자의 보험료 10%, 공비 50% 및 기타 공적의료보험의 보험자가 지원하는 후기고령자지원금 40%로

구성된다. 공적의료보험의 보험자가 해당 가입자 수마다 부과되는 후
 기고령자지원금을 사회보험진료보수지불기금에 납부하게 되면, 해당
 기금이 후기고령자교부금 명목으로 각 도도부현의 광역연합에 교부하
 는 것이다. 보험료의 산정, 부과 및 징수에 관해서는 국민건강보험과
 동일하게 광역연합이 정령으로 정하는 기준에 따라 조례로 규정하도
 록 되어 있으며, 소득할과 피보험자균등화에 관하여 원칙적으로 50%
 씩 구성하고 있다.

<그림 4 후기고령자의료제도의 재원구성>



출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 『持続可能な医療
 保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』(第一
 法規、2016年) 53頁

제 4 절 최근 개혁

일본의 지역의료보험제도인 국민건강보험은 피보험자의 연령이 높아 의료비지출이 많으며 저소득자가 많이 가입하고 있고 나아가 보험자가 소규모인 점 등 많은 구조적 문제점을 안고 있었다. 지역의료보험제도인 건강보험 중에서 중소기업의 근로자가 주를 이루는 협회건강보 역시 재정기반이 취약한 문제점을 안고 있으며, 대기업 근로자가 주를 이루는 건보조합과의 보험료율 차이가 일본의 경기침체와 함께 점점 벌어지고 있다. 나아가 고령화가 진전됨에 따라 건강보험 및 공제조합에서 고령자의료에 재정 지원하는 부담금 규모가 증대되고 있는 점도 문제로 떠오르고 있다. 후기고령자의료제도에 관해서는 75세 이상 노인을 따로 구분하여 제도를 설계하는 등에 대한 국민의 이해 및 설득의 부족으로 2008년의 제도 실시부터 ‘연령에 의한 차별’ 또는 ‘노인 죽이기’ 등의 비난을 받아 왔다. 앞으로 고령자의 의료비가 더욱 증가할 것이 예상되는 상황 속에서 후기고령자의료제도를 안정적으로 운영해 가기 위해서는 ①보험료, 공비부담 및 고령자 본인부담의 적절한 조화, ②세대간 또는 세대내 부담의 공평, ③의료비 증가의 적정화 등이 과제로 떠오르고 있다.

이에 일본에서는 2014년 2월 12일 “지역에서 의료 및 간호의 종합적인 확보를 추진하기 위한 관계 법률의 정비 등에 관한 법률⁶⁴⁾”과 2015년 5월 27일 “지속가능한 의료보험제도를 구축하기 위한 국민건강보험법 등 일부를 개정하는 법률⁶⁵⁾”을 각각 개정 및 제정하여, 다음

64) 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 (平成二十六年二月十二日法律第八十三号) 주요 내용에 관해서는, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-07.pdf> (2016년9월8일 열람) 참조.

65) 持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律 (平成二十七年五月二十七日法律第三十一号) 주요 내용에 관해서는,

과 같은 의료보장법제의 개혁을 도모하고 있다.

<표 12 일본의 의료·개호보장법제 개혁>

의료제공체계의 개혁	자원조달체계의 개혁
<p>① 병상의 기능분화·연계, 재택의료의 추진 등</p> <ul style="list-style-type: none"> · 병상의 기능분화와 연계를 추진하여 초기증상부터 입원, 회복기(재활), 퇴원까지의 흐름을 자연스럽게 하고, 신속한 재택·사회복귀가 가능하게 함 · 재택의료·개호를 추진하여 지역생활을 계속하도록 함 · 의사, 간호사 등의 의료종사자를 확보함 <p>(새로운 기금의 창설, 진료보수에 관한 적절한 대응을 검토 및 필요한 조치를 취함)</p> <p>② 지역포괄 케어시스템의 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> · 개호가 필요하게 되어도 익숙한 지역에서 생활할 수 있도록 개호·의료·예방·생활지원·거주가 일체적으로 제공되는 지역포괄 케어시스템을 구축하기 위해 아래 대응을 실시 i) 의료와 개호의 연계 ii) 생활지원·개호예방의 기반정비 iii) 치매대책 iv) 지역의 실정에 맞도록 요지 	<p>① 의료보험제도의 재정기반의 안정화</p> <ul style="list-style-type: none"> · 저소득자가 많이 가입한 국민건강보험의 재정지원의 확충(국민건강보험의 보험자, 운영 등의 방식에 관한 개혁을 전제로 재정지원의 확충을 포함) · 직장가입자에 대한 정부지원 <p>② 보험료에 관한 국민부담의 공정성 확보</p> <ul style="list-style-type: none"> · 국민건강보험 등의 저소득자 보험료 경감조치의 확충 · 후기고령자 지원금에 관하여 전면총보수비율제도의 도입 <p>③ 보험급여대상인 요양범위의 적정화 등</p> <ul style="list-style-type: none"> · 저소득자의 배려와 함께 고액요양비의 개선 · 의료제공시설 상호간 기능분담과 재택요양과의 공정성 관점에서 외래·입원에 관한 급여 개선 <p>④ 개호급여의 중점화·효율화</p> <ul style="list-style-type: none"> · 일정이상소득자의 이용자부담 개선

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000087814.pdf>
(2016년9월8일 열람)참조.

의료제공체계의 개혁	자원조달체계의 개혁
원자의 지원 개선 v) 인력의 확보 등	⑤ 개호보험 제1호보험료에 관한 저소득자 경감 강화

출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』(第一法規、2016年) 21頁

한편 위의 개혁에서는 의료보장법제와 함께 개호⁶⁶⁾보장법제의 개정도 함께 이루어졌으나, 이하에서는 의료보장법제만을 다루기로 하고 개호보장법제에 관해서는 다음을 기약하기로 한다.

1. 의료법 개정

(1) 병상기능의 분화 및 연계 추진

① 병상기능보고제도

일반병상 또는 요양병상을 가지고 있는 병원 및 진료소의 관리자는 병상의 기능구분에 따라 기준일의 병상기능, 기준일로부터 일정기간 경과한 후의 병상기능의 예정 및 입원환자에게 제공하는 의료내용 등의 정보를 도도부현지사에게 보고해야 한다(의료법 30조의13 1항).

② 지역의료구상

도도부현은 의료계획에서 지역의료구상(해당구역에서의 병상기능구분에 따른 장래의 필요 병상수 등을 고려한 장래의 의료제공체제에 관한 구상)에 관한 사항, 지역의료구상을 실현하기 위한 병상기능의 분화 및 연계 추진에 관한 사항 등을 정한다(30조의4).

66) 우리나라에서는 장기요양보험법에서 ‘장기요양’이라는 용어를 사용하는 반면, 일본에서는 ‘介護’라는 용어를 사용한다. 개호 및 장기요양의 법률상 개념정의에 관해서는, 홍성민 “독일 장기요양보험법상 보험사고와 법개정에 관한 소고” 법제연구 제50호 (2016년) 319-354쪽.

③ 지역의료구상을 실현하기 위한 조치

도도부현은 지역의료구상지역마다 진료에 관한 학식경험자단체 및 기타 의료관계자, 의료보험자 등 관계자와의 협의의 장을 마련하고 해당지역의료구상의 실현 및 추진에 필요한 사항에 관하여 협력을 실시한다(30조의14 1항). 도도부현지사는 병원개설 등의 신청에 대하여 허가하려는 경우에는 병상의 기능구분에 따라 해당지역의료구상지역에서 기존의 병상수가 장래의 필요한 병상수보다 부족한 부분을 해당 허가에 의한 병상에 의하여 제공하는 것 및 기타 지역의료구상을 실현하기 위하여 필요한 조건을 제시할 수 있다(7조5항). 도도부현지사는 병상기능보고에서 기준일 병상기능과 기준일 후의 병상기능이 서로 다른 경우에 해당지역의료구상에서 기준일 후의 병상기능에 관한 병상수가 장래 필요한 병상수를 이미 달성하고 있으면, 해당병상기능보고에 관한 의료기관의 개설자 및 관리자에 대하여 기준일 병상기능과 기준일 후의 병상기능이 서로 다른 이유 등을 도도부현의료심사회에서 설명하도록 요구할 수 있으며, 해당설명 내용을 고려하여 어쩔 수 없는 사정에 의한 것으로 인정할 수 없는 경우에는 도도부현의료심사회의 의견을 듣고 기준일 병상기능을 기준일 후의 병상기능으로 변경하지 말 것을 요청할 수 있다(30조의15). 도도부현지사는 지역의료구상을 실현하기 위하여 필요한 사항에 관하여 위의 관계자 협의가 이루어지지 않는 경우에는, 의료기관의 개설자 및 관리자에 대하여 도도부현의료심사회의 의견을 듣고 해당지역의료구상에서 기존의 병상수가 장래 필요한 병상수를 달성하지 못한 병상의 기능구분에 관한 부분을 제공하는 등의 필요한 조치를 취하도록 요청할 수 있다(30조의16). 도도부현지사는 해당지역의료구상지역에서 요양병상 및 일반 병상의 수가 이에 관한 기준병상수를 초과하고 있는 경우, 공적의료

기관 외의 의료기관이 정당한 이유 없이 허가받은 병상의 업무를 수행하고 있지 않다면 해당 의료기관의 개설자 및 관리자에 대하여 병상수의 삭감조치를 요청할 수 있다(30조의12). 의료기관의 개설자 및 관리자가 위의 요청에 따르지 않는 경우, 도도부현지사는 도도부현의료심의회에 의견을 듣고 해당 의료기관의 개설자 및 관리자에 대하여 권고를 할 수 있으며, 나아가 해당 권고 또는 명령에 따르지 않는 경우에 도도부현지사는 그 내용의 공표 및 지역의료지원병원 또는 특정 기능병원의 승인의 취소 등을 할 수 있다(29조3항과 4항, 제30조의17 및 30조의18). 보험자 등이 도도부현마다 조직한 보험자협의회에 관하여 의료계획을 정하거나 변경하려는 경우에 미리 의견을 들어야 하는 대상으로 추가한다(30조의4 14항).

④ 재택의료의 확충 및 의료와 간호의 연계추진을 위한 의료계획

후생노동대신은 의료제공체계의 확보를 도모하기 위한 기본방침을 정할 때에는 종합확보방침에 따라 정해야 하며, 도도부현이 의료계획을 작성할 때에는 도도부현계획 및 도도부현 개호보험사업지원계획과의 정합성도 고려해야 한다(30조의3 1항 및 30조의4 10항). 재택에서 의료확보를 목표로 하는 사항 및 의료연계체제에 관한 사항을 의료계획에서 정하는 사항으로 추가한다(30조의4 2항). 도도부현의 의료계획 변경(재택에서의 의료확보의 실현상황에 관해서는 3년)에 관해서 6년마다 실시한다(30조의6).

⑤ 의료기관 개설자 및 관리자, 국민의 역할

지역에서 병상기능의 분화 및 연계에 관하여 병원, 진료소 및 국민의 역할을 규정한다(6조의2 2항, 3항 및 30조의7).

(2) 의료종사자와 의료기관

① 의료종사자의 확보

도도부현지사는 특정기능병원, 지역의료지원병원 및 공적의료기관 등의 개설자 또는 관리자 및 기타 관계자에 대하여 의사의 파견, 연수체제의 정비 및 기타 의사가 부족한 지역의 병원 또는 진료소에서 의사의 확보를 위하여 필요한 협력을 요청할 수 있다(30조의24). 도도부현은 의사확보에 관한 조사 및 분석, 상담, 정보의 제공 등의 원조 및 기타 의사확보를 위하여 필요한 지원에 관한 사무를 실시하도록 노력해야 한다(30조의25 1항). 병원 또는 진료소의 관리자는 의료종사자의 근무환경 개선 등의 조치를 강구하도록 노력해야 하며, 후생노동대신은 이를 위한 지침을 정해야 한다(30조의19 및 30조의20). 도도부현은 의료종사자의 근무환경 개선에 관한 상담, 정보제공 및 조언 등의 원조 및 기타 의료종사자의 근무환경 개선을 위하여 필요한 지원에 관한 사무를 실시하도록 노력해야 한다(30조의21 1항).

② 의료기관의 안전 확보

병원, 진료소 또는 조산소의 관리자는 의료사고(의료기관에 근무하는 의료종사자가 제공한 의료로 인하여 또는 기인할 것으로 의심되는 사망 및 사산으로 해당관리자가 사망 또는 사산을 예상하지 못한 것을 말함)가 발생한 경우, 의료사고조사·지원센터에 보고한 후에 필요한 조사 등을 실시하여 그 결과를 의료사고조사·지원센터에 대하여 보고 및 유족에 대하여 설명해야 한다(6조의10 및 6조의11). 의료사고조사·지원센터는 의료사고가 발생한 의료기관의 관리자 또는 해당 의료사고의 유족으로부터 의뢰가 있는 경우, 필요한 조사 등을 실시하여 그 결과를 해당관리자 및 유족에 대하여 보고해야 한다(6조의17).

2. 국민건강보험법 개정

(1) 보험자와 피보험자

도도부현은 해당 도도부현 지역 내의 시정촌 및 특별구와 함께 국민건강보험을 실시·운영한다(3조1항). 도도부현 지역 내의 주소를 가지는 자는 도도부현이 해당 도도부현 지역 내의 시정촌 및 특별구와 함께 실시·운영하는 국민건강보험의 피보험자가 된다(5조).

(2) 정부, 도도부현, 시정촌의 의무

정부는 국민건강보험사업의 운영이 건전하게 실시·운영되도록 필요한 조치를 강구함과 동시에, 국민건강보험법의 목적을 실현하기 위하여 보건, 의료 및 복지에 관한 정책 및 기타 관련정책을 적극적으로 추진한다(4조1항). 도도부현은 안정적인 재정운영, 시정촌의 국민건강보험사업의 효율적인 실시 및 기타 도도부현과 해당 도도부현 지역 내의 시정촌의 국민건강보험사업의 건전한 운영에 관해서 중심적인 역할을 담당한다(4조2항). 시정촌은 피보험자의 자격취득 및 상실에 관한 사항, 국민건강보험의 보험료 징수, 보건사업의 실시 및 기타 국민건강보험사업을 적절하게 실시한다(4조3항). 국민건강보험사업의 운영에 관한 중요사항을 심의하기 위하여 도도부현 및 시정촌에 각각 국민건강보험사업의 운영에 관한 협의회를 둔다(11조).

(3) 비용 부담

① 정 부

정부는 법령의 규정에 따라 도도부현에 대하여 요양급여 등에 필요한 비용 등의 100분의 32를 부담함과 동시에, 고액의료비 부담대상액

의 4분의 1에 상당하는 금액을 부담한다(70조1항과 3항). 정부는 정령의 규정에 따라 도도부현에 대하여 요양급여 등에 필요한 비용 등의 100분의 9에 상당하는 금액을 조정교부금으로 교부함과 동시에, 피보험자의 건강유지 및 증진, 의료의 효율적인 제공 추진 및 기타 의료에 필요한 비용의 적정화 등을 도모하는 도도부현 및 해당 도도부현 지역 내의 시정촌을 지원하기 위하여 정령의 규정에 따라 예산범위 내에서 도도부현에 대하여 교부금을 교부한다(72조).

② 도도부현

도도부현은 정령의 규정에 따라 일반회계에서 요양급여 등에 필요한 비용 등의 100분의 9에 상당하는 금액 및 고액의료비 부담대상액의 4분의 1에 상당하는 금액을 해당 도도부현의 국민건강보험에 관한 특별회계로 이입해야 한다(72조의2).

③ 국민건강보험 보험급여비등 교부금 및 사업비납부금

도도부현은 정령의 규정에 따라 조례를 정하여 해당 도도부현 지역 내의 시정촌에 대하여 요양급여 등에 필요한 비용 및 기타 국민건강보험사업에 필요한 비용을 국민건강보험 보험급여비등 교부금 명목으로 교부한다(75조의2). 도도부현은 해당 도도부현 지역 내의 시정촌에 의한 보험급여가 법령의 규정에 위반되거나 부당하게 실시될 우려가 있는 경우, 해당 시정촌(보험급여에 관한 사무를 위탁 받은 국민건강보험단체연합회를 포함)에 대하여 해당 보험급여에 관하여 재심사를 요구할 수 있다. 나아가 이와 같은 경우 해당 시정촌이 해당 보험급여의 전부 또는 일부를 취소하지도 않은 채 해당 보험급여를 법령의 규정에 위반하거나 부당하게 실시하였다고 인정된 경우(위의 재심사요구에 따라 국민건강보험진료보수심사위원회 등에서 심사가 실시된 경우를 제외)에는, 해당 시정촌에 대하여 해당 보험급여의 전부 또는

일부를 취소하도록 권고할 수 있으며, 시정촌이 해당 권고에 따르지 않는 경우 정령의 규정에 따라 국민건강보험 보험급여비등 교부금에서 해당권고에 관한 보험급여에 상당하는 금액을 감액할 수 있다(75조3~75조의6). 도도부현은 국민건강보험 보험급여비등 교부금에 필요한 비용 및 기타 국민건강보험사업에 필요한 비용을 충당하기 위하여 정령의 규정에 따라 조례를 정하여 매년도별 해당 도도부현 지역 내의 시정촌으로부터 국민건강보험 사업납부금을 징수한다(75조의7).

④ 재정안정화기금의 설치

도도부현은 국민건강보험의 재정 안정화를 도모하기 위한 재정안정화기금을 설치하여, 다음의 사업 등에 필요한 비용으로 지출한다. 즉, ①보험료의 수납이 부족한 해당 도도부현 지역 내의 시정촌에 대하여 정령의 규정에 따라 자금의 대부 또는 교부에 관한 사업과 ②도도부현의 국민건강보험에 관한 특별회계에서 요양급여 등에 필요한 비용 등에 지출하기 위하여 이입된 금액이 실제로 요양급여 등에 필요한 금액 등보다 부족한 경우에 정령의 규정에 따라 재정안정화기금으로부터 해당 도도부현의 국민건강보험에 관한 특별회계로 이입하는 경우이다.

⑤ 국민건강보험조합에 대한 지원

국민건강보험조합에 대한 요양급여 등에 필요한 비용 등의 정부지원금 비율은 국민건강보험조합의 재정력을 감안하여 100분의 32 범위 내에서 정령의 규정하는 비율로 하고, 추가적으로 해당 정부지원금액의 상한을 인상한다(73조).

(4) 도도부현 국민건강보험 운영방침

도도부현은 국민건강보험의 안정적인 재정운영 및 해당 도도부현 지역 내의 시정촌의 국민건강보험사업을 광역적·효율적으로 운영 및

추진하기 위하여 도도부현 및 해당 도도부현 지역 내의 시정촌의 국민건강보험사업의 운영에 관한 방침을 결정한다(82조의2). 도도부현은 매년도마다 후생노동성령의 규정에 따라 해당 도도부현 지역 내의 각 시정촌별 보험료율에 관한 표준적인 수치 등을 산정한다(82조의3).

(5) 국민건강보험단체연합회

도도부현, 시정촌 및 국민건강보험조합은 공동으로 국민건강보험사업의 목적을 실현하기 위하여 국민건강보험단체연합회를 설립할 수 있다. 국민건강보험단체연합회의 구역 내의 도도부현, 시정촌 및 국민건강보험조합의 3분의 2 이상이 가입하고 있는 경우, 해당 구역 내의 기타 도도부현, 시정촌 및 국민건강보험조합은 모두 해당 국민건강보험단체연합회의 회원이 된다(83조1항 및 84조3항).

3. 건강보험법 개정

(1) 보험료

표준보수월액에 관하여 3등급 구분을 추가하여 해당 상한액을 139만 엔으로 한다(40조1항). 표준상여액의 상한액에 관하여 해당년도에서 표준상여액의 누계액을 573만 엔으로 한다(45조1항). 협회건보 및 건보조합이 관장하는 건강보험의 일반보험료율에 관하여 1000분의 30 ~ 1000분의 130 범위 내에서 결정한다(160조1항).

(2) 보험급여

① 환자신청요양제도

환자의 신청을 통하여 후생노동대신이 규정하는 고도의 의료기술을 사용하게 되는 요양에 관해서 보험외비용요양비의 지급대상으로 한다

(63조2항 및 86조). 환자의 신청에 관해서는 해당신청에 관한 요양을 실시하는 임상연구중핵병원(보험의료기관에 한함) 개설자의 의견서 및 기타 필요한 서류를 첨부하여 후생노동대신에 대하여 신청한다(63조4항). 후생노동대신은 해당신청에 관해서 신속하게 검토한 후에 필요하다고 인정되는 경우에는, 해당신청에 관한 요양을 환자신청요양으로 정함과 동시에 해당 내용을 신청한 자에게 신속하게 통지한다(63조5항과 6항).

② 분담 및 연계

특정기능병원 및 기타 병원으로 후생노동성령이 규정한 의료기관은 환자의 병상태 및 기타 사정에 따라 적절한 다른 보험의료기관을 해당 환자에게 소개하는 등 기타 보험의료기관 상호간의 기능 분담 및 업무의 연계를 위한 조치로서 후생노동성령이 규정한 조치를 강구한다(70조3항).

③ 입원 시 식사요양비

입원 시 식사요양비의 식사요양표준부담액에 관해서 평균적인 가격의 식비 및 특정개호보험시설 등의 식사제공에 필요한 평균적인 비용을 감안하여 후생노동대신이 결정한다(85조2항).

④ 상병수당금

상병수당금에 관해서 1일당 상병수당금의 지급을 시작한 날에 속하는 달 이전 12개월간의 매월 표준보수월액을 평균한 금액의 30분의 1에 상당하는 금액의 3분의 2에 상당하는 금액으로 한다(99조2항).

⑤ 출산수당금

출산수당금에 관해서 위의 상병수당금의 지급에 관한 규정을 준용한다(102조2항).

(3) 보건사업

보험자는 건강교육, 건강상담과 건강검진 및 건강관리와 질병예방에 관한 피보험자 및 기타 피부양자의 자조 노력에 관한 지원 및 기타 건강유지와 건강증진을 위하여 필요한 사업을 실시하도록 노력해야 한다(150조1항).

(4) 정부지원

협회건보의 사업집행에 필요한 비용 중 피보험자에 관한 요양급여 등에 대하여 실시하는 정부지원금에 관해서, 해당 요양급여 등의 금액에 1000분의 130에서 1000분의 200의 범위 내에서 정령이 규정하는 비율을 곱한 금액으로 한다(153조1항). 앞의 규정에도 불구하고 협회건보의 사업집행에 필요한 비용 중 피보험자에 관한 요양급여 등에 대하여 실시하는 정부지원금에 관해서 당분간 해당 요양급여 등의 금액에 1000분의 164를 곱한 금액으로 한다(부칙5조). 2015년도 이후의 협회건보의 정부지원금에 관해서 협회건보의 준비금이 법정준비금을 초과하여 적립된 경우에는 하나의 사업년도에 적립된 준비금의 1000분의 164를 곱한 금액을 다음 사업년도의 정부지원금에서 공제한다(부칙5조의 4~5조의6). 정부는 협회건보의 일반보험료율을 인상할 필요가 있는 경우, 협회건보의 정부지원금에 관한 규정을 검토하여 그 결과에 따라 소정의 조치를 강구한다(부칙5조의7).

(5) 업무의 위탁

보험자는 보험급여 중에 후생노동성령이 규정하는 급여의 지급에 관한 사무, 보험급여의 지급, 보건사업 등의 실시 및 보험료 징수 등에 관한 정보수집 또는 정리에 관한 사무, 보험급여의 지급 및 보험료 징

수 등에 관한 정보이용 또는 제공에 관한 사무를 사회보험진료보수지불기금 또는 국민건강보험단체연합회에 위탁할 수 있다(205조의4).

4. 고령자 의료확보에 관한 법률 개정

(1) 전국 의료비적정화계획

전국 의료비적정화계획의 기간에 관해서 6년을 1기로 한다(8조1항). 각 도도부현의 의료계획에 근거한 사업의 실시로 인한 병상기능의 분화 및 연계의 추진성과 내지는 국민건강의 유지 및 증진, 의료의 효율적인 제공추진으로 인한 의료비적정화의 효과 등을 고려하여, 후생노동성령의 규정에 따라 산정된 계획기간에서 필요하다고 예상되는 목표비용에 관한 사항을 전국 의료비적정화계획에 규정한다(8조4항). 의료에 필요한 정부비용이 위의 후생노동성령의 규정에 따라 산정된 계획기간에서 필요하다고 예상되는 정부의 목표비용을 크게 초과하는 경우에는, 해당 요인을 분석하고 그 해소를 위하여 관계자와 협력하여 필요한 대책을 강구한다(11조8항).

(2) 도도부현 의료비적정화계획

도도부현 의료비적정화계획의 기관에 관해서 6년을 1기로 한다(9조1항). 도도부현의 의료계획에 근거한 사업의 실시로 인한 병상기능의 분화 및 연계의 추진성과 내지는 주민건강의 유지 및 증진, 의료의 효율적인 제공추진으로 인한 의료비적정화의 효과 등을 고려하여, 후생노동성령의 규정에 따라 산정된 계획기간에서 필요하다고 예상되는 목표비용에 관한 사항을 도도부현 의료비적정화계획에 규정한다(9조2항). 의료에 필요한 도도부현의 비용이 위의 후생노동성령의 규정에 따라 산정된 계획기간에서 필요하다고 예상되는 도도부현의 목표비용을 크게 초과하는 경우에는, 해당요인을 분석하고 해당 도도부현에서

의 의료제공체계의 확보를 위하여 관계자와 협력하여 필요한 대책을 강구하도록 노력해야 한다(11조4항).

(3) 재 원

① 전기고령자납부금등 산정방법 및 부담경감에 관한 정부지원

전기고령자납부금 등의 각출금이 많은 보험자의 부담을 재고한 경감조치에 관해서 대상이 되는 보험자의 범위를 확대함과 동시에 정부가 해당 확대분의 비용부담에 필요한 비용의 2분의 1에 상당하는 금액을 부담한다(38조 및 39조, 93조).

② 후기고령자지원금 등의 산정방법

지역보험 등의 보험자에 관한 후기고령자지원금의 산정에 관해서 해당금액의 전부를 지역보험 등의 보험자의 표준보수총액에 따라 계산한다(120조 및 121조). 전기고령자납부금의 산정에서의 전기고령자에 관한 후기고령자지원금 산정방법에 관해서 앞의 표준보수총액에 따른 계산을 도입하고 전기고령자의 가입률에 근거하여 계산한다(38조 및 39조). 앞의 표준보수총액에 따른 계산의 시행 전까지 2015년도 및 2016년도의 지역보험 등의 보험자에 관한 후기고령자 지원금의 산정에 관해서, 2015년도는 지역보험 등의 보험자의 표준보수총액의 2분의 1을, 2016년도는 지역보험 등의 보험자의 표준보수총액의 3분의 2를 기준으로 계산한다(부칙14조의7~14조의10).

(4) 보건사업

후기고령자의료광역연합은 고령자의 심신 특성에 따라 보건사업을 실시하도록 노력함과 동시에, 보건사업의 실시에 있어서는 개호보험의 지역지원사업을 실시하는 시정촌 등과의 연계를 도모한다(120조).

제 4 장 결 론

제 1 절 평 가

1. 국민건강보험의 재정안정화

(1) 개 요

일본의 국민건강보험은 피용자보험 등 기타 의료보험제도의 가입자들을 제외하고 원칙적으로 일본국내에 주거하고 있는 모든 국민이 가입하는 지역의료보험제도로, 전국민개보험체제의 기초를 이루는 제도로서 중요한 역할을 해왔다. 한편으로 해당 가입자의 연령구성이 높고 의료비수준이 높으며 저소득자의 피보험자가 많은 반면 소득에서 차지하는 보험료부담이 무거운 등 구조적인 문제를 가지고 있어, 이에 보험자인 시정촌은 매년 많은 금액의 적자보전을 목적으로 법정지원금 외의 공비를 투입하고 있다. 이와 같은 재정상의 구조적인 문제를 가지고 있는 국민건강보험의 재정안정화는 지속가능한 의료보장법제를 구축하고 특히 앞으로도 전국민개보험체제를 유지하기 위하여 필요불가결한 것으로, 최근 일본의 의료보험제도개혁의 최대 핵심이라고 할 수 있다.

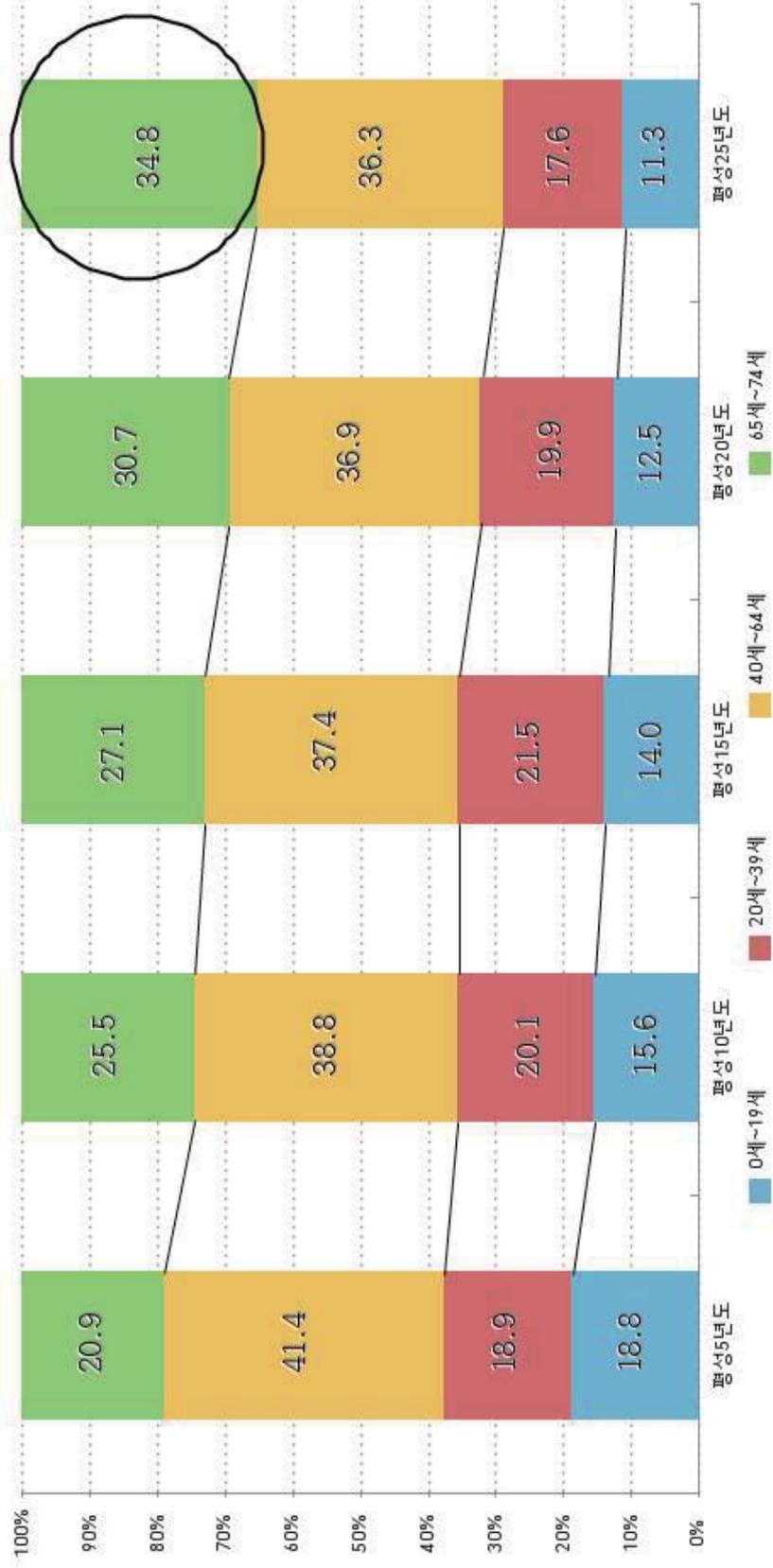
(2) 문제분석⁶⁷⁾

- ① 피보험자의 높은 연령구성 및 낮은 소득수준
- ② 높은 보험료 부담과 낮은 보험료 징수율
- ③ 국민건강보험의 재정적자 상황
- ④ 소규모 보험자 및 의료비·보험료의 지역격차

67) 문제분석의 수치 및 통계에 관해서는, 국민건강보험사업연보(http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryuhoken/database/seido/kokumin_nenpo.html) 를 참조함.

<그림 5 국민건강보험의 피보험자의 연령구성>

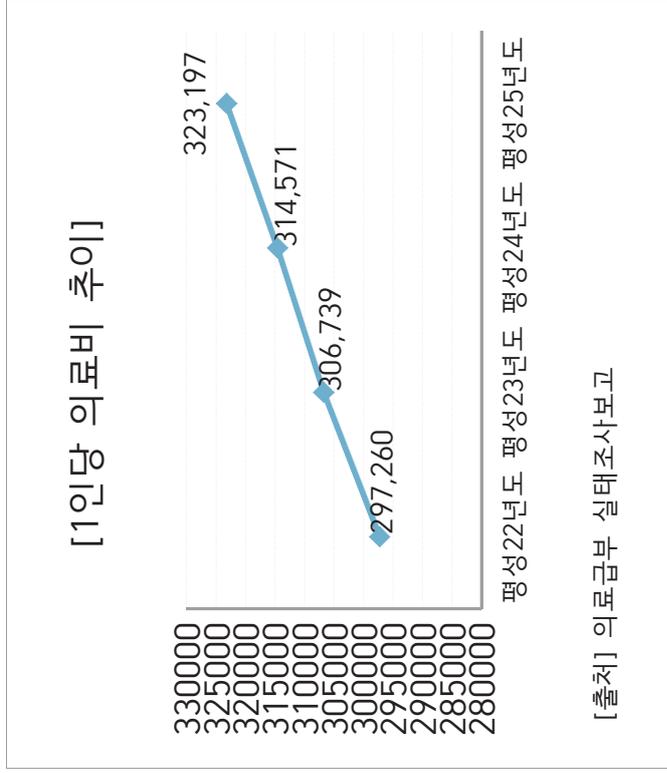
○ 전체 피보험자 중 65세부터 74세까지의 비율이 점차 증가하여 평성 27년도에는 34.8%에 이름



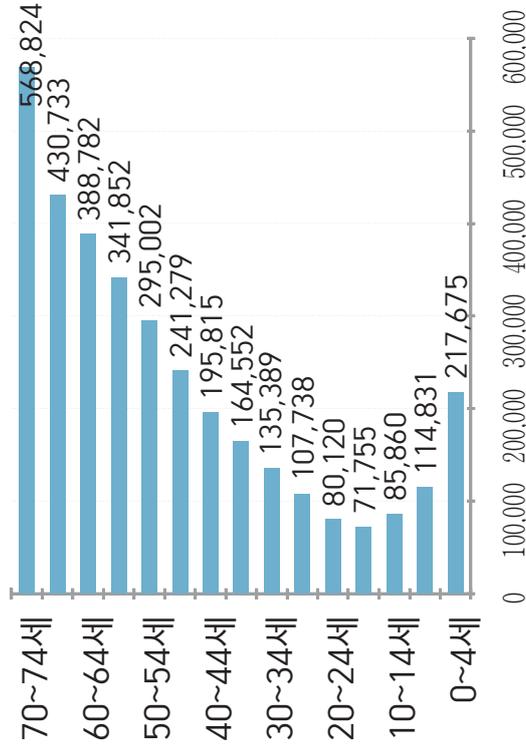
(자료) 후생노동성 보령국「국민건강보험 실태조사」

<그림 6 국민건강보험의 1인당 의료비>

- 1인당 의료비는 증가 추세이며, 2013년도는 32.3만엔임
- 1인당 의료비를 연령단계별로 보면, 70세부터 74세까지가 가장 높으며, 56.9만엔임

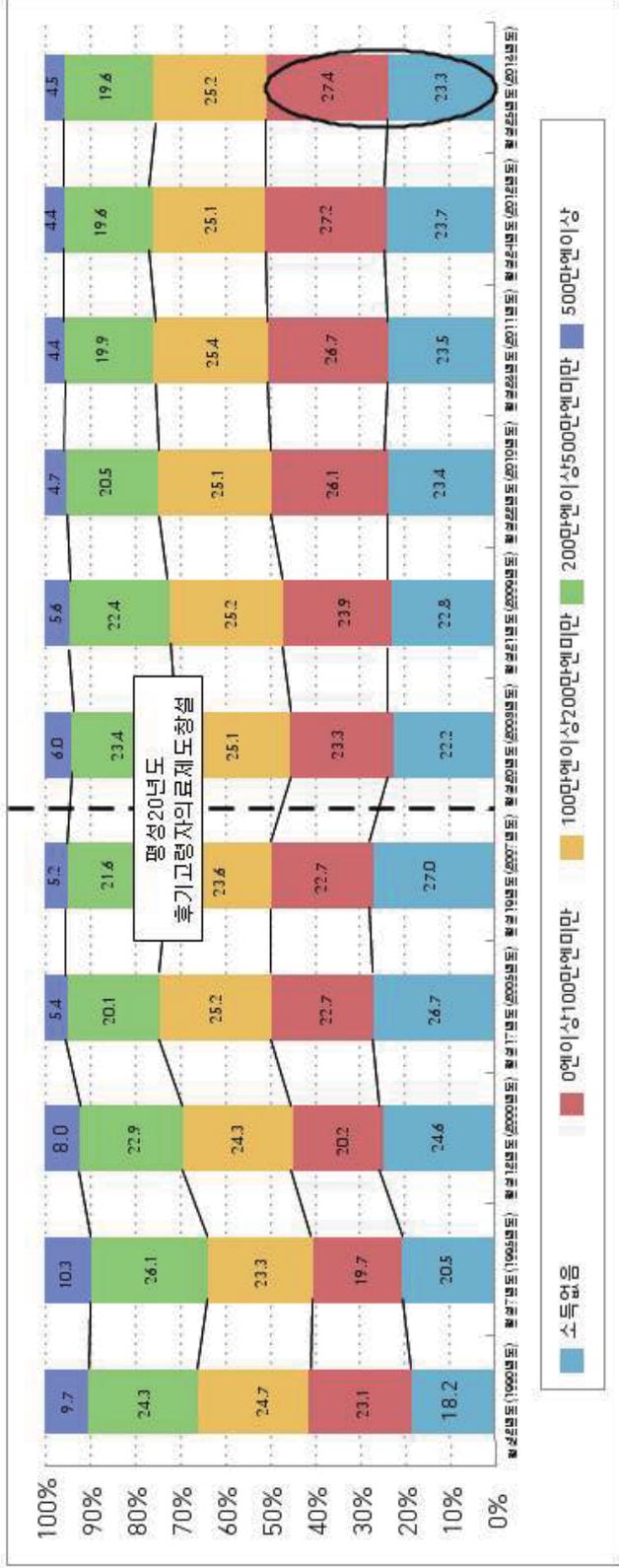


[연령단계별 1인당 의료비(평성25년도)]



<그림 7 세대 소득계층별 비율>

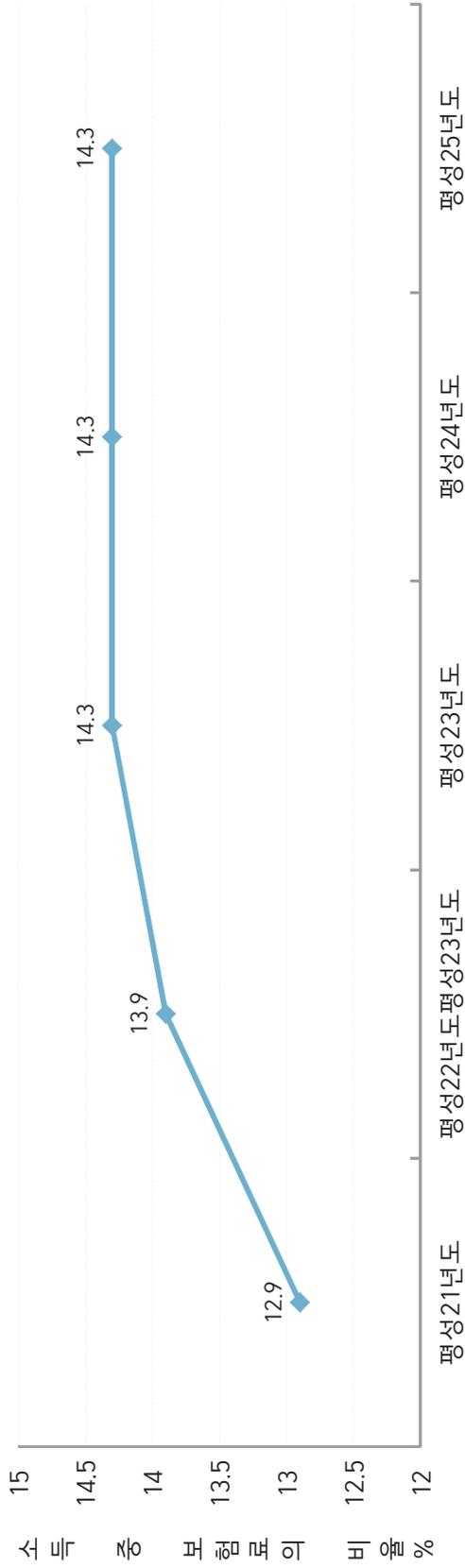
○ 2013년도에 가입세대의 23.3%가 소득이 없고, 27.4%가 0엔 이상 100만 엔 미만 세대이며, 저소득 세대의 비율은 증가 경향임
 ※ ‘소득이 없는’세대의 수입은 급여수입세대에서는 65만 엔 이하, 연금수입세대에서는 120만 엔 이하



- (주1) 국민건강보험 실태조사보고에 의함.
- (주2) 의제세대, 소득발상은 제외하고 집계함.
- (주3) 평균 20년도 이후는 후기 고령자 의료제도가 창설되어 대상세대가 달라졌음에 유의할 필요가 있음
- (주4) 여기서의 ‘소득’이란 개정되기 전의 방식으로 산정된 소득총액임(기초공제전)

<그림 8 국민건강보험의 보험료 부담률>

- 소득 중 보험료의 비율(보험료 부담률)은 해마다 상승하고 있고, 2013년도 보험료 부담률은 14.3%임
- 2009년도부터 2013년도에 걸쳐 보험료 부담률은 11% 상승하고 있음

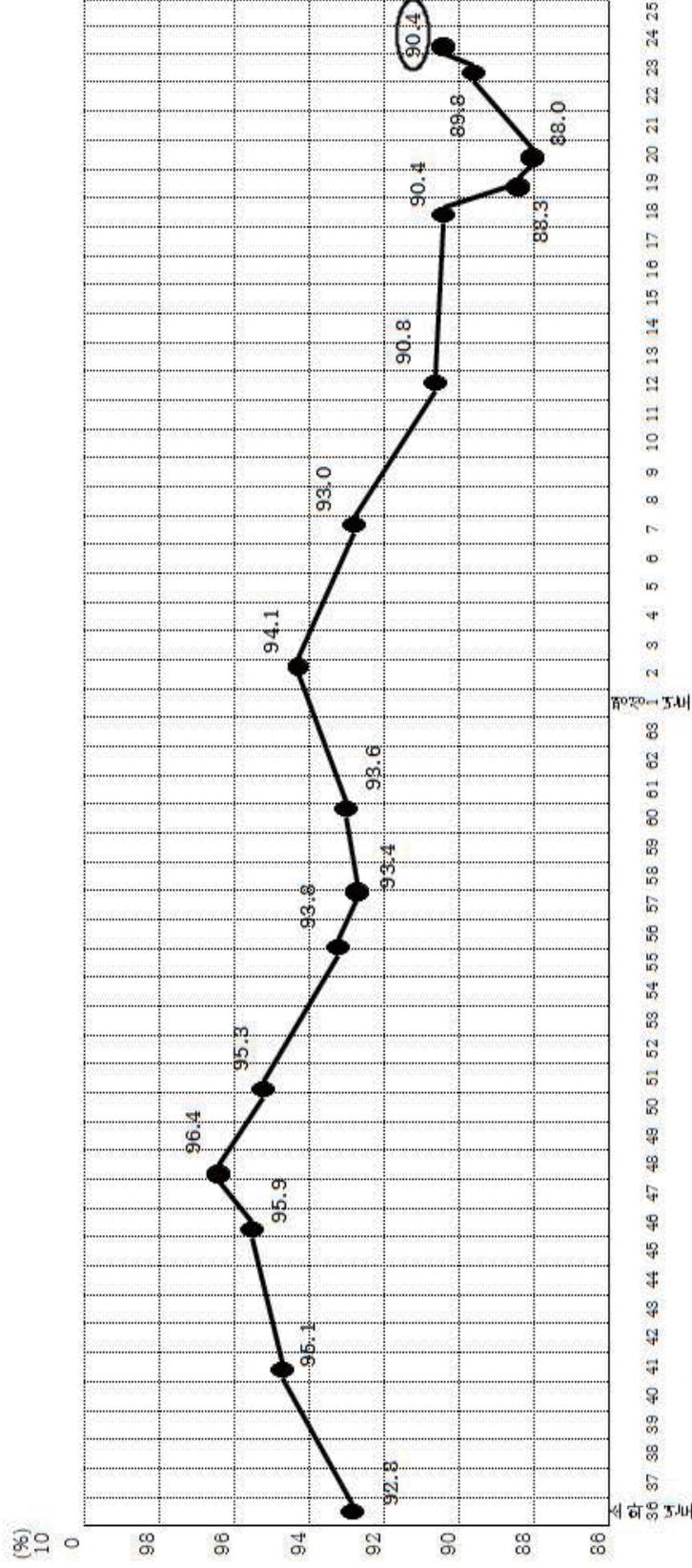


[출처] 국민건강보험사업연보, 국민건강보험 실태조사

- ※ 1 여기서의 ‘소득’이란 개정되기 전의 방식으로 산정된 소득총액을 가리키며, 총 소득금액 및 산립소득금액 또는 기타 소득과 구분하여 산정된 소득금액에서 기초연금을 제외한 금액임
- ※ 2 ‘보험료부담률’은 보험료(세금) 조정액을 개정되기 전 소득에서 제외한 것이며, 보험료(세금) 조정액에는 개호납부금 부분을 포함

<그림 9 국민건강보험 보험료의 징수율>

○ 2013년도의 보험료의 징수율은 90.42%로 상승, 6년 만에 90%를 회복하였음



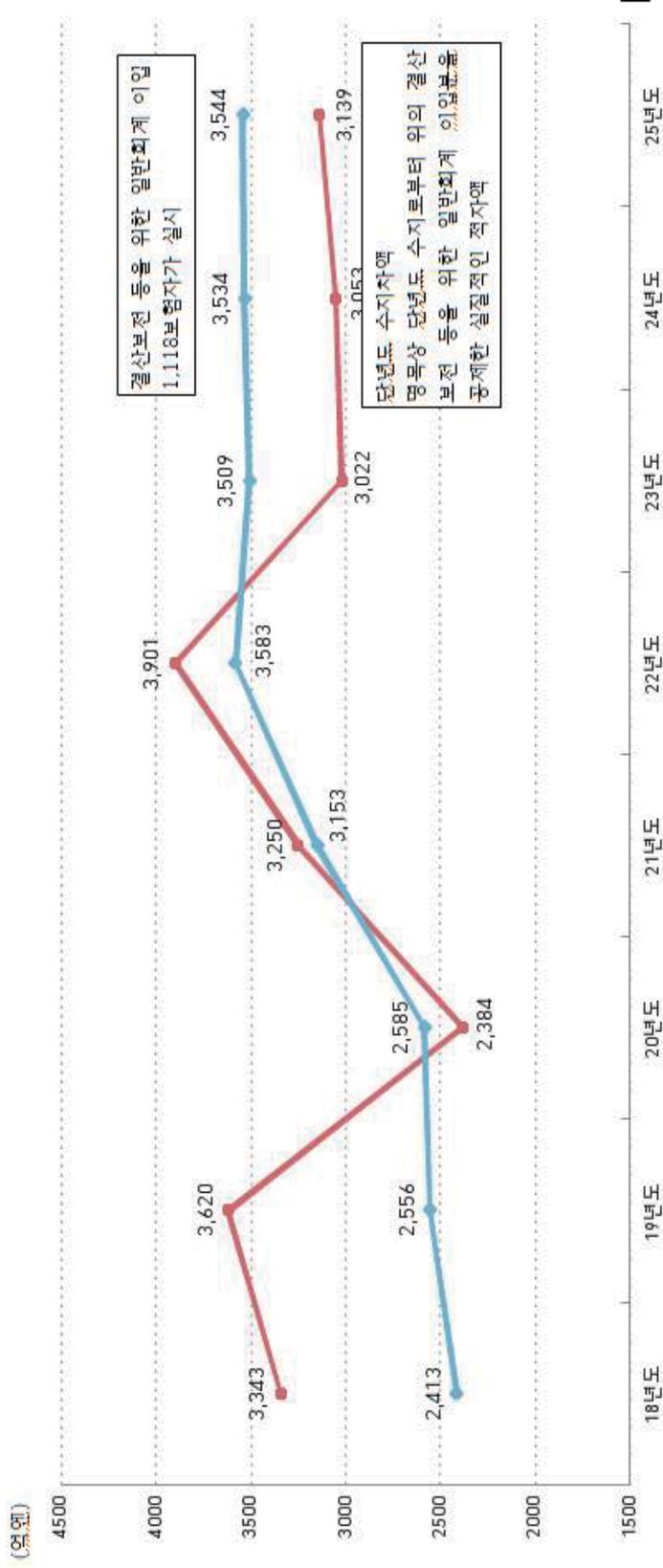
[출처] 국민건강보험 사업연보

(주1) 징수율은 계속불명자분, 조정액을 근거로 산출하였음. (소수점 아래 2자리 미만 반올림)

(주2) 평성12년도 이후의 조정액 등은 개호납부금, 평성20년도 이후는 후기고령자 지원금을 포함하고 있음

<그림 10 국민건강보험의 재정현황>

○ 단년도의 수지는 항상 적자이며, 결산보전 등을 위한 일반회계 이입도 행해지고 있음

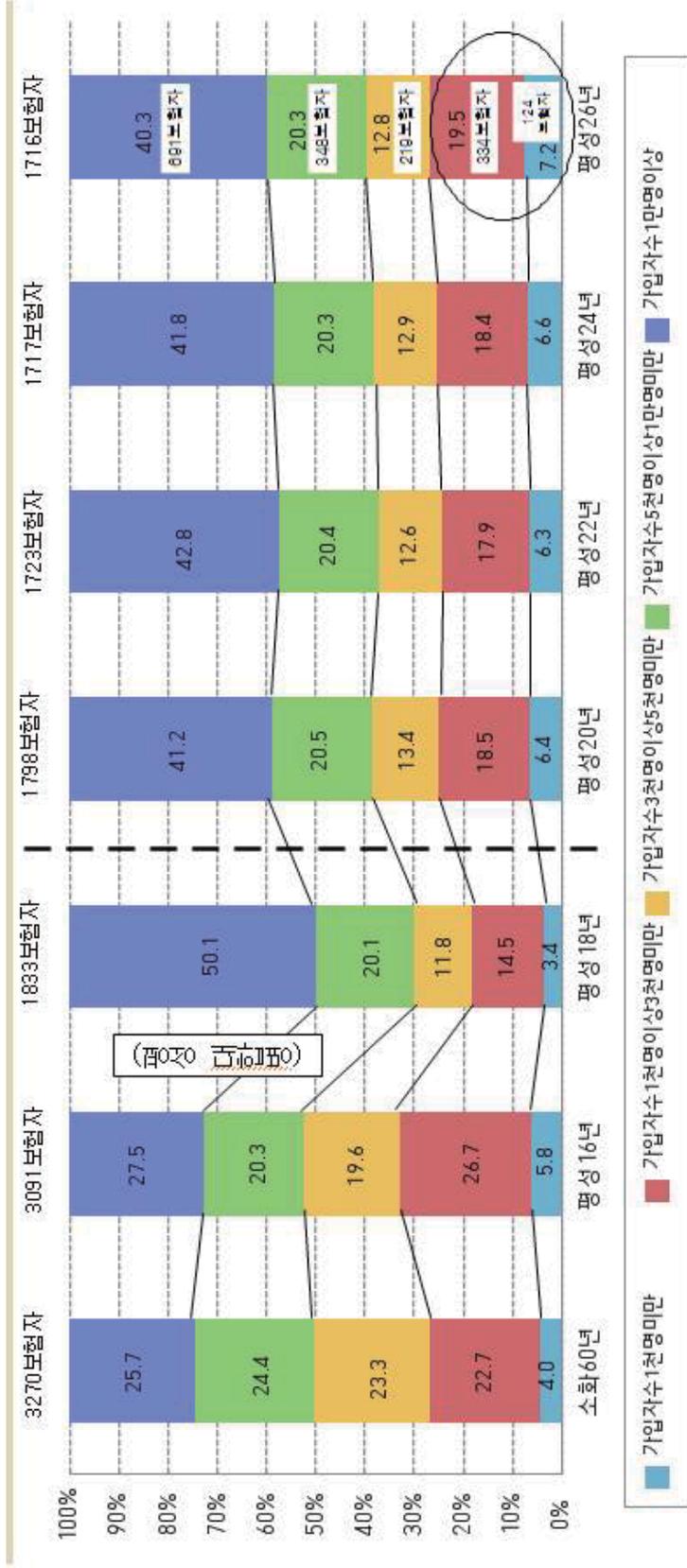


[출처] 국민건강보험 사업연보, 국민건강보험 사업실시현황보고서
 (주1) '결산보전 등을 위한 일반회계 이월금'이란 '일반회계 이월금(병정회)' 중 결산보전비용을 목적으로 하는 금액
 (주2) 평상21년도부터 도포도의 특별구 재정조정교부금 중 결산보전목적의 금액도 포함
 (주3) 단년도 수지 차감액은 실질적인 단년도 수지 차감액이며, 각 연도 모두 적자임
 (주4) 평상25년도는 잠정치임

<그림 11 국민건강보험의 보험자 규모별 구성비율>

○ 2014년 시점에서 1,716보험자 중 458보험자(약1/4)가 피보험자수 3,000명 미만의 소규모

※단, 2014년도의 수치는 잠정치임



(※) 평성20년도에 후기고령자 의료제도가 창설되어 피보험자수가 감소하고 있는 점에 유의할 필요가 있음

<표 13 국민건강보험의 도도부현별 1인당 의료비 격차 현황>

	보험자별 1인당 의료비			도도부현별 1인당		
	최 대	최 소	격차	최 대	최 소	격차
홋카이도	쇼산베츠무라 526,295	라우스정 224,090	2,3배	364,012	13	
아오모리	소토기하마정 352,882	로카소무라 253,378	1,4배	304,844	39	
미와테	오쓰치정 412,970	가류마에정 267,929	1,5배	334,643	25	
미야기	시치카슈쿠정 370,371	오하라무라 253,703	1,5배	324,271	32	
아키타	오가시 416,513	오가타무라 260,065	1,6배	354,830	15	
아마가타	아마노베정 378,224	활삼진구 278,497	1,4배	332,347	26	
후쿠시마	나라하정 445,443	니시고무라 269,445	1,7배	321,798	34	
이바라키	기타미바라키시 353,393	호코타시 241,801	1,5배	281,266	46	
토치기	미부정 316,630	마시코정 267,701	1,2배	293,796	43	
군마	고나정 431,508	쇼와정 229,099	1,9배	298,314	41	
사이타마	히가시지치부무라 342,243	토다시 269,157	1,3배	296,689	42	
치바	나가라정 352,006	마사히시 242,101	1,5배	292,674	44	
도쿄도	토시마무라 555,744	오가사와리무라 170,706	3,3배	292,132	45	
가나가와	아마기타정 360,667	오이정 277,786	1,3배	306,556	38	
니카타	아에시마우리무라 444,296	미나미우요 269,027	1,7배	331,947	27	
토야마	우오즈시 393,305	도나미시 323,305	1,2배	350,125	18	
미시గా와	후다쓰시미즈정 432,293	노노이치정 333,381	1,3배	367,665	12	
후쿠이	미하미정 422,632	다카하마정 302,497	1,4배	350,392	17	
아이치시	다바야마무라 456,721	오시노무라 266,222	1,7배	309,004	37	
나가노	지코호쿠무라 415,635	미나미키무라 180,855	2,3배	314,404	35	
기후	세키기하라정 359,479	사카호기정 267,627	1,3배	324,713	30	
시즈오카	니시미즈정 354,284	시미즈정 271,271	1,3배	310,209	36	
아이치	토요네무라 371,182	다하라시 233,956	1,6배	299,309	40	
미에	기호쿠정 398,423	와타라이정 284,020	1,4배	331,810	28	
시 가	다카정 376,065	아이소정 293,033	1,3배	323,927	33	
교 토	미나미야마 시부무라 396,246	교단고시 310,614	1,3배	337,826	24	
오사카	미사키정 413,412	센난시 287,235	1,4배	338,021	23	
요코하마	아코시 396,107	토요오카시 311,911	1,3배	340,536	21	
나라	키미기타 야마무라 461,660	시모기타 야마무라 261,459	1,8배	324,419	31	
와카야마	기미노정 394,570	미나베정 250,148	1,6배	326,800	29	
돗토리	난부정 421,001	돗토리시 323,262	1,3배	346,834	20	
시마네	가와모토정 467,893	지부무라 335,220	1,4배	396,128	2	
오카야마	니미시 456,187	소자시 361,545	1,3배	375,435	10	
히로시마	오사카 카에시마정 478,957	후쿠야마시 347,216	1,4배	381,454	8	
야마구치	미에시 482,882	구다마츠시 346,791	1,4배	397,230	1	
도쿠시마	가미야마정 453,783	마쓰시게정 323,823	1,4배	374,484	11	
카가와	나오시마정 456,819	우타츠정 329,265	1,4배	391,387	3	
에히메	구마코겐정 445,396	우와지마시 311,559	1,4배	352,613	16	
고치	가타가와무라 508,629	오카와무라 283,153	1,8배	376,166	9	
후쿠오카	부젠시 431,738	니카가와정 305,425	1,4배	349,357	19	
사가	미야키정 469,820	간카미정 326,243	1,4배	384,422	5	
나가사키	나가사키시 431,351	오지카정 318,489	1,4배	383,975	6	
구마모토	미나미타시 523,049	유부야마무라 295,089	1,8배	354,999	14	
오이타	쓰쿠미시 455,220	히메지마무라 305,426	1,5배	386,609	4	
미야자키	미사토정 431,024	쓰노정 291,014	1,5배	339,803	22	
가고시마	미나미 시모타시 473,269	요른정 231,528	2,0배	381,547	7	
오카와	오기미무라 368,672	자메이무라 176,281	2,1배	276,918	47	

1인당 의료비 전국평균 : 324,543엔

[참고] これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の動向とポイント—』(第一巻、2016年) 36頁

(3) 개혁내용

① 정부 등의 지원 확충으로 재정기반 강화

2015년부터 보험자지원제도의 확충을 위하여, 매년 약 1,700억 엔의 공비를 투입하고 나아가 2018년 이후에는 보험자노력지원제도, 정부에 의한 재정조정기능의 강화, 지방자치단체의 책임과는 관계없는 요인으로 의한 의료비증가 등에 대응, 재정안정화기금의 창설 및 고액의 의료비에 대비하기 위하여 마련된 의료비공동사업에 관한 재정지원의 확충을 위하여 매년 약 1,700억 엔의 공비를 투입하기로 하였다(재정안정화기금의 창설을 위하여 2015년도부터 2017년에도 공비투입을 실시함). 그러므로 새로운 국보제도가 시행되는 2018년 이후에는, 매년 약 3,400억 엔의 공비가 국보에 대하여 투입되게 되는 것이다.

② 국민건강보험사업의 운영 재편

2018년부터 도도부현은 해당 도도부현 지역 내의 시정촌과 함께, 국민건강보험을 운영하게 되었다. 즉, 국민건강보험에 관하여 도도부현이 해당 도도부현 지역 내의 시정촌과 함께 보험자가 되어 도도부현 및 시정촌 서로가 적절한 역할을 나누어 국민건강보험사업의 운영을 수행하는 것이다. 도도부현 등이 국민건강보험의 사업을 운영함에 있어서는 우선 도도부현이 재정운영의 책임주체가 되며, 안정적인 재정운영과 효율적인 사업 확보 등 국민건강보험의 운영에 중심적인 역할을 담당하여 제도를 안정화 시킨다. 한편 시정촌은 지역주민과 가까운 관계를 활용하여 자격관리, 보험급여, 보험료율 결정, 부과 및 징수, 보험사업 등 지역주민과 밀접한 사업을 계속해서 담당하기로 하였다. 이처럼 국민건강보험의 운영에 관해서는 크게 도도부현이 재정운영을 담당하면서, 시정촌이 보험료의 부과·징수 및 보험급여를 담당하게 되었다. 이에 기존에 시정촌이 일원적으로 수행해 왔던 국민

건강보험의 운영에 관한 수입·지출에 관하여, 도도부현에 설치된 국민건강보험에 관한 특별회계에서는 도도부현 단위의 국민건강보험 사업비에 관한 수입과 지출을 수행하는 한편, 시정촌에 설치된 국민건강보험에 관한 특별회계에서는, 보험료 부과·징수 및 보험급여에 관한 시정촌 국민건강보험사업에 관한 수입·지출을 수행하게 되었다. 즉, 수입에 관하여, 도도부현은 전기고령자교부금, 정부지원금, 조정교부금 등 공비를 수입하는 것과 함께, 보험료에 관하여 도도부현 지역 내의 시정촌에 보험료로 징수해야 할 금액으로서 국민건강보험사업비 납부금을 징수한다. 시정촌은 위의 국민건강보험사업비납부금을 조달하기 위하여 피보험자 세대주에 대해서 보험료를 부과·징수하여 국민건강보험사업비납부금을 납부한다. 한편 지출에 관하여, 도도부현은 시정촌이 지급하는 보험급여에 필요한 비용에 관하여 국민건강보험보험급여비 등 교부금을 교부하면서 후기고령자지원금, 개호납부금 등 기타 제도에 대한 납부금의 납부를 수행한다. 시정촌은 보험의료기관 등 또는 세대주에 대하여 보험급여를 수행하는데, 이와 같은 보험급여에 필요한 비용은 위의 도도부현이 교부하는 국민건강보험급여비 등 교부금에 의하여 충당된다.

<표 15 국민건강보험사업의 운영 재편>

개혁의 방향성	
운영 방향	<ul style="list-style-type: none"> ○ 도도부현이 해당 도도부현 지역 내의 시정촌과 함께 국민건강보험의 운영을 담당 ○ 도도부현이 재정운영의 책임주체가 되어 안정적인 재정운영과 효율적인 사업운영의 확보 등의 국민건강보험 운영에 중심적인 역할을 담당, 제도를 안정화 ○ 도도부현이 해당 도도부현 지역 내의 통일적인 운영방침으로서의 도도부현 국가보험운영방침을 공표하고 시정촌이 담당하는 사무의 효율화, 표준화, 광역화를 추진

	도도부현의 주요역할	시정촌의 주요역할
재정 운영	<ul style="list-style-type: none"> · 재정운영의 책임주체 · 각 시정촌의 국가보험사업비 납부금을 결정 · 재정안정화 기금의 설치·운영 	<ul style="list-style-type: none"> · 국가보험사업비 납부금을 도도부현에 납부
자격 관리	<ul style="list-style-type: none"> · 국민건강보험운영방침에 기초하여 사업의 효율화, 표준화, 광역화를 추진 	<ul style="list-style-type: none"> · 지역주민과 가까운 관계를 유지하면서 자격을 관리 (피보험자증 등의 발행)
보험료	<ul style="list-style-type: none"> · 표준적인 산정방법에 의해 시정촌마다의 표준보험료율을 산정 및 공표 	<ul style="list-style-type: none"> · 표준보험료율 등을 참고하여 보험료율을 결정 · 개개의 사정에 따라 부과·징수
보험급여	<ul style="list-style-type: none"> · 보험급여에 필요한 비용을 전액 시정촌에 지불 · 시정촌이 지급한 보험급여의 점검 	<ul style="list-style-type: none"> · 보험급여의 결정 · 개별사정에 따른 청구부담감면 등
보건사업	<ul style="list-style-type: none"> · 시정촌에 대해 필요한 조언 및 지원 	<ul style="list-style-type: none"> · 피보험자의 특성에 따른 친밀감 있는 보건사업을 실시

출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』(第一法規、2016年) 41頁

(4) 평가 및 과제

① 평가

이번 법개정으로 2018년부터 도도부현이 재정운영의 책임주체가 되어 안정적인 재정운영과 효율적인 사업의 확보 등 지역의료보험운영의 중심적인 역할을 담당하게 되었다. 이는 1948년 국민건강보험법 개정으로 지역의료보험의 보험자가 원칙적으로 시정촌으로 하였던 이래에 가장 큰 의료보장법제의 개정이라 할 수 있다. 이로 인하여 첫째, 고액의료비의 발생 등 재정적 리스크가 도도부현 전체로 분산되

어 급격한 재정악화나 그에 따른 급격한 보험료 인상을 방지할 수 있게 되었고, 나아가 예상치 못한 급여의 증가나 보험료 징수부족에 관해서는 도도부현에 설치된 재정안정화 기금으로부터 대부 및 교부가 이루어지게 되었다. 이와 같은 조치로 도도부현 등이 운영하는 국민건강보험의 재정은 안정화를 이루었다고 평가된다. 둘째, 지역의료구상을 포함한 의료계획을 책정 및 실시하는 도도부현이 국민건강보험의 재정운영에도 책임을 가지게 됨으로써 도도부현이 재원조달체계와 의료제공체계의 양면을 고려하면서 지역 의료의 충실화를 도모하고 효율적이고 질 높은 의료를 제공할 수 있게 된 것이다. 셋째, 도도부현이 국민건강보험의 운영방침을 통일적으로 제시함으로써 시정촌의 사무집행의 효율화 및 비용감축, 표준화를 도모하게 되었고, 이에 정부도 표준시스템을 구축하여 시정촌의 사무집행의 효율화 등을 지원하도록 하였다. 넷째, 이번 개혁으로 국민건강보험의 피보험자는 도도부현이 운영하는 국민건강보험의 피보험자가 되어, 도도부현 지역 내의 시정촌에서 이동이 있는 경우에도 피보험자자격의 변동이 없으며 고액요양비의 해당요건이 계속 적용되어 부담이 경감되는 등의 혜택을 누릴 수 있게 되었다.

② 과 제

이번 개혁은 2018년을 목표로 점진적으로 실시될 예정이지만, 새로운 국민건강보험제도의 구체적 내용에 관해서는 2018년 제도의 본격적인 시행을 앞두고 지방과의 협의를 통하여 구체화가 요구된다. 즉, 국민건강보험사업납부금의 산정방법이나 표준보험료율의 산정방법 등에 관해서는 구체적 사항을 정령에 위임하고 있어 그 구체적인 산정방법 등을 추후에 결정해야 한다. 또한 도도부현의 국민건강보험운영방침에서 게재하여야 할 구체적 사항에 관해서도 가이드라인 등을 통하여 구체화할 필요가 있다. 나아가 새로운 국민건강보험제도의 시행

후에도 의료비의 증가요인 및 이에 관한 적정화를 위한 노력 등을 검증하고 지속적인 개혁을 앞으로도 추진해 가면서 국민건강보험의 지속가능한 운영을 확보하기 위한 조치를 강구해야 할 것이다.

2. 후기고령자지원금의 전면총보수비율제도 도입

(1) 문제 분석

후기고령자의료제도는 고령세대와 현역세대의 비용부담관계를 명확히 하기 위하여 75세 이상의 고령자 등을 대상으로 하는 독립된 의료보장제도로서 마련되었다. 후기고령자 등에 관한 의료비에 관해서는 고령자에게 일정한 보험료부담을 부과하면서 많은 공비 외에도 국민 모두가 함께하는 사회연대의 이념에 근거하여 피용자보험과 국민건강보험의 현역세대가 의료비의 많은 부분을 지원하는 구조를 이루고 있다. 즉 의료급여비의 약 50%를 공비가, 현역세대가 부담하는 후기고령자지원금이 약 40%를, 그리고 나머지 약 10%에 관해서만 후기고령자의료제도의 피보험자 보험료로 충당하고 있다. 특히, 이와 같은 후기고령자지원금에 관해서는 제도시행 당초, 후기고령자의 의료비를 모든 국민이 공평하게 부담하는 취지에서 각 보험자의 가입자 수에 따른 부담을 기본으로 하였다. 하지만 보험자마다의 재정상황을 고려하지 않은 채 이처럼 보험자의 가입자 수에 따른 부담을 부과함으로써 재정력이 약한 보험자의 부담은 상대적으로 증대되었다. 이에 전국건강보험협회의 재정상황이 악화된 것 등을 고려하여 의료보험제도의 안정적 운영을 도모하기 위한 국민건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률⁶⁸⁾을 통하여 2010년부터 2012년까지 피용자보험에 관한 후기고령자지원금의 3분의 1에 관하여 각 피용자보험자의 표준보수총액에

68) 医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律(平成22年法律第35号)

따라 부담하는 특례가 실시되었다. 나아가 건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률⁶⁹⁾을 통하여 2013년과 2014년에도 이와 같이 표준보수 총액에 따라 부담하는 특례가 연장되었다.

(2) 개혁 내용

2017년부터 후기고령자지원금의 전면총보수비율제도가 실시됨으로써 각 피용자보험자의 후기고령자지원금에 필요한 보험료율은 원칙적으로 동일한 수준으로 고정되어 부담능력에 따라 부과가 가능해졌다. 금액상으로는 후기고령자지원금에 관하여 협회건보의 경우 약 2,400억 엔의 감소, 건보조합의 경우 약 1,500억 엔의 증가, 공제조합의 경우 약 800억 엔의 증가가 예상되고 있다. 한편 법률상 규정에 관해서는, 기존에 각 보험자가 부담하는 후기고령자지원금은 가입자 수에 따라 부과되는 것을 원칙으로 하여 경과적인 특례로써 피용자보험 등의 보험자가 부담하는 후기고령자지원금의 3분의 1에 관해서만 총보수비율제도로 하였던 반면에, 고령자의 의료 확보에 관한 법률의 본칙에서는 가입자 수에 따른 부담을 규정하고(120조 및 121조) 부칙에서 피용자보험 등의 보험자가 부담하는 부분의 3분의 1에 관하여 총보수비율제도로 한다고 규정하고 있었다(14조의 3~14조의 6). 이에 대하여 법개정 이후의 내용을 보면, ①각 피용자보험 등의 보험자가 부담하는 후기고령자지원금에 관해서는 동법120조1항1호에서 우선 보험납부대상액의 예상총액⁷⁰⁾을 모든 보험자에 관한 가입자의 예상 인원수로 나눈 것에 모든 피용자보험 등의 보험자에 관한 가입자의 예상

69) 健康保険法等の一部を改正する法律 (平成25年法律第26号)

70) 각 보험자가 부담하는 후기고령자지원금을 산출함에 있어서는, 우선 광역연합이 후기고령자의료급여비로 지급하게 될 비용의 예상액을 계산하여 해당비용의 예상액에서 피보험자의 보험료로 충당하는 부분 및 공비부담분을 공제한 금액을 보험료납부대상액으로 하여, 모든 광역연합의 보험료납부대상액을 합산한 것이 보험료납부대상액의 예상총액이 된다.

인원수를 곱하여 피용자보험 등의 보험자 전체가 부담해야 하는 후기고령자지원금의 총액을 산출한 후에(후기고령자지원금은 피용자보험 등의 보험자 전체와 피용자보험 등의 보험자 외의 보험자 전체 사이에서 가입자 수에 따라 배분되는 것을 원칙으로 함), 이와 같은 피용자보험 등의 보험자 전체가 부담해야 하는 후기고령자지원금의 총액에서 피용자보험 등의 보험자 전체의 표준보수총액이 차지하는 해당 피용자보험 등의 개별보험자의 표준보수총액의 비율을 곱하여 산정한다고 규정하고 있다.⁷¹⁾ 또한, ②피용자보험 등의 보험자 외의 보험자(국민건강보험)가 부담하는 후기고령자지원금에 관해서는 동항2호에서 보험납부대상액의 예상총액을 모든 보험자에 관한 가입자의 예상 인원수로 나눈 것에 해당 개별보험자의 가입자 예상 인원수를 곱하여 산정한다고 규정하고 있다(해당규정은 개정 전 동법120조1항과 동일함). 그리고 2017년 후기고령자지원금의 전면총보수비율제도의 시행으로 2010년 이후의 후기고령자지원금을 표준보수총액에 따라 부담하는 특례를 규정한 부칙은 삭제하기로 하였다(2015년과 2016년 경과규정 제외).

3. 의료비 부담의 공평화 등

(1) 입원 시 식사요양비 및 생활요양비

입원 시의 식사는 치료의 일환으로 과거에는 요양급여로 인정되었지만, 1994년 이후 입원 시의 식사에 관한 질 향상과 환자수요의 다양화에 대응하고 입원환자와 재택 등에서 요양하는 환자와의 비용부담의 공평화를 도모하는 관점에서, 입원 시 식사요양비가 도입되어

71) 한편 피용자보험 등의 보험자의 전기고령자에 관한 후기고령자지원금에 관해서도 전면총보수비율제도 시행 후의 후기고령자지원금을 통하여 전기고령자가입율에 의한 조정을 실시하기로 하였다(동법 34조3항).

별도 보험급여로 지급하고 있다. 한편 유사한 제도로써 요양병상에 입원한 65세 이상의 고령자에 대하여 지급하는 입원 시 생활요양비가 있다. 입원 시 생활요양비는 요양병상이 개호병상과 동일하게 ‘거주’로서의 기능을 가지고 있음에 착안하여, 개호보험과의 균형을 도모하는 관점에서 식비에 관해서 개호보험시설과 동일하게 식재료비 및 조리비 상당액과 거주비로서 상하수도·광열비 상당액을 환자부담으로 하고 있는 것이다.

<표 16 입원 시 식사요양비 및 생활요양비의 도입과정>

~1971년	○요양급여 (진료보수) · 입원 시 기본진료비의 일부(급식가산)로서 평가
1972년 ~1993년	○요양급여 (진료보수) · 입원 시 기본진료비와는 별개로 급식비를 신설하여 평가
1994년 ~2005년	○입원 시 식사요양비제도의 도입 · 입원 시의 식사는 보험급여대상으로 하고 재택과 입원 비용부담의 공평화 관점에서 재택과 입원 양쪽에 드는 비용으로서 식재료비 상당액을 본인 부담화 · 환자 측의 비용부담 의식을 높임에 따라 식사의 질 향상 효과도 기대
2006년~	○입원 시 생활요양비제도의 도입 · 요양병상이 개호병상과 같이 ‘거주’로서의 기능을 가진 점에 착안하여 개호시설을 통상 본인과 가족이 부담하고 있는 식비(식재료비 + 조리비 상당액) 및 거주비(상하수도·광열비 상당액)를 본인 부담화

한편 이번 법개정으로 고령화의 심화 등에 따라 지역포괄케어시스템을 구축해가는 상황에서 입원과 재택의료의 공평화를 도모하는 관점에서, 일정한 소득이상의 자에 관한 입원 시의 식사비에 관하여 요양병상에 입원한 65세 이상의 고령자의 식사비(입원 시 생활요양비)에

상당하는 환자부담과 개호보험시설에서의 평균적인 부담액을 고려하여 재택의료 중에도 부담하는 식재료비 및 조리비 상당액을 환자에게 부담시키는 한편 급격한 부담증가를 방지하기 위한 단계적 인상조치를 실시한다. 나아가 저소득자 및 난병·소아만성특정질병의 환자에 관해서는 기존의 부담액을 유지하는 것으로 이들에 대하여 배려하기로 하였다. 환자부담에 관한 구체적인 금액은 고시로 규정되어 있는데, 해당개정을 통하여 법률상 환자부담을 정함에 있어서 기존 ‘평균적인 가게에서의 식비상황’과 함께 ‘특정개호보험시설 등에서의 식사 제공에 필요한 평균적인 비용금액’도 감안하도록 규정하였다.

(2) 소개장 없는 병원진료시의 정액부담 도입

의료의 접근성은 유지하면서 의료기관 간의 적절한 역할분담을 도모하기 위해서, 대형병원의 외래는 소개환자를 중심으로 하고 일반적인 외래진료는 주치의와 상담하도록 하는 것이 중요하다. 하지만 의료현장에서는 소개장이 없어도 대형병원에 내원하여 외래진료를 받는 환자비율이 매우 높고, 현행제도상 소개장 없는 환자가 200병상 이상의 병원을 수진하는 경우 병원은 선정의료로서 초진 및 재진 시 임의로 일정한 환자부담을 요구할 수 있지만 200병상 이상의 병원에서 초진 시 환자부담을 징수하는 병원이 약 45%, 재진 시 징수하는 병원은 겨우 4%를 밀돌고 있는 실정이다. 의료기관 간의 기능분담 및 업무연계에 관해서는 의료제공체계의 정비 측면에서 의료법이 규정하고 있지만, 의료보험법에서는 기존에 구체적인 규정을 마련하지 않은 체 진료보수에 의한 유도조치 등을 실시하여 왔다. 이와 같은 보험의료기관 간의 기능분담 및 업무연계를 강화하고 제한된 의료자원을 보험진료에 효율적으로 활용하는 것은 의료보험 운영의 효율화를 기본이념으로 하는 건강보험법 취지에도 합치된다. 특히 일정한 규모 이상의 대형병원은 지역의료의 중심적 역할을 담당하는 보험의료기관으로

서 주위의 중소병원 또는 진료소 등과 항상 정보교환 등 업무를 연계하고 급성기에서 아급성기, 회복기, 만성기로 이행하는 환자에게 다른 적절한 보험의료기관을 소개하는 등 역할이 기대된다. 이에 이번 법 개정에서는 제한된 의료자원을 효과적·효율적으로 활용하는 관점에서 기존에 병원의 임의조치였던 선정요양 등을 대형병원에 대하여 의무로 규정하였으며, 소개장 없이 대형병원에서 진료를 받은 환자에게 정액부담을 의무화하고 외래의 기능분화를 강화함과 동시에 대형병원이 근무의 부담을 경감하는 것을 목적으로 하였다. 단, 정액부담의 예외로써 구급차 등으로 운송된 구급환자나 지역에 산부인과 등 진료과 및 진료소가 없어 대형병원이 외래진료를 담당할 수밖에 없는 경우 등이 상정되었다.

(3) 피용자보험의 표준보수월액 상한 인상

건강보험의 보험료는 피보험자에게 지급되는 보수를 기초로 하는 것이 아니라 등급에 따라 구분된 가상의 보수기준표인 표준보수총액을 기초로 산정된다. 이는 매월 보수의 변동을 보험료에 반영하게 되면 보험자의 사무가 곤란해지기 때문에, 표준보수월액으로 하여 원칙 1년간 고정된 가상의 보수기준표를 사용하여 건강보험사업의 원활하고 신속한 운영을 도모하고 있는 것이다. 현행 표준보수월액은 하한 1등급 58,000엔에서 상한 47등급 1,210,000엔까지의 총 47등급으로, 의료보험의 급여는 소득에 관계없이 동일하기 때문에(상병수당금 제외) 부담과 급여의 균형을 도모하는 관점에서 표준보수월액의 상한을 마련하여 일정소득 이상의 경우 보험료의 부과대상으로 하지 않고 있다. 한편 표준보수월액의 상한에 해당하는 자가 전체 피보험자에서 차지하는 비율이 1.5%를 초과하여 이와 같은 상태가 계속될 것으로 인정되는 경우, 개정 후에 상한에 해당하는 자가 전체에서 차지하는 비율이 1%를 밑돌지 않는 범위에서 정령으로 등급을 추가할 수 있다.

이번 법개정에서는 해당비율이 0.95%로 정령으로 등급을 추가할 수 있는 상황은 아니지만 보험료에 관한 국민부담의 공평을 확보하는 관점에서 표준보수월액에 3등급을 추가하여 상한액을 121만 엔에서 139만 엔으로 인상하였다. 또한 상여에 관해서도 건강보험법은 보험료부과를 위한 표준상여액을 규정하고 있는데 이번 법개정에서 표준상여액의 연간상한도 540만 엔에서 573만 엔으로 인상하였다.

(4) 상병수당 및 출산수당의 산정방법

건강보험의 피보험자가 질병 또는 부상의 요양으로 노무를 제공할 수 없게 되거나 출산 전후에 일정기간 동안 노무를 제공할 수 없게 되어 소득의 상실 또는 감소가 발생한 경우 이와 같은 소득감소 및 상실을 보전하고 생활을 보장하는 취지에서 건강보험의 급여로 상병수당금 및 출산수당금(이하 ‘해당수당금 등’이라고 함)을 지급한다. 해당수당금 등에 관해서는 피보험자의 직전 표준보수일액⁷²⁾의 3분의 2에 상당하는 금액으로 하고 있다. 해당수당의 취지가 휴업전의 소득수준 및 부담과 급여의 공평성을 감안한 생활보장에 있음을 고려하여, 이번 법개정에서 해당수당금 등의 지급액에 관한 산정기초를 ‘직전의 표준보수월액의 30분의 1에 상당하는 금액’에서 ‘상병수당금의 지급이 시작되는 날에 속한 월 이전의 직전에 계속하여 12개월간의 각월의 표준보수월액을 평균한 금액의 30분의 1에 상당하는 금액’으로 개정하였다. 또한 피보험자의 표준보수월액이 아직 12개월을 채우지 못한 경우에는 해당피보험자의 표준보수월액에 관한 평균금액 또는 해당피보험자가 속한 보험자의 전체피보험자의 표준보수월액에 관한 평균금액 중에서 소액인 것의 30분의 1을 기준으로 산정한다.

72) 표준보수월액을 30일로 나눈 금액을 표준보수일액이라 한다.

<표 17 상병수당금과 출산수당금 비교>

	상병수당금	출산수당금
급여요건	피보험자(임의계속피보험자를 제외)가 업무의 사유로 요양을 요하여 업무에 복귀할 수 없는 때에는 업무복귀가 불가능해진 날로부터 기산하여 3일을 경과한 날부터 업무복귀를 할 수 없는 기간에 지급	피보험자(임의계속피보험자를 제외)가 출산을 위해 직장을 휴직, 사업주로부터 보수를 받을 수 없을 때 지급
지급액	1일당 표준보수일액(표준보수월액의 30분의 1에 상당하는 금액)의 3분의 2에 상당하는 금액	1일당 표준보수일액(표준보수월액의 30분의 1에 상당하는 금액)의 3분의 2에 상당하는 금액
지급기간	동일한 질병 또는 부상 및 이로 인한 질병으로 그 지급이 시작된 날부터 기산하여 1년 6개월을 초과하지 않는 기간	출산일(실제 출산이 예정일 이후인 때에는 출산예정일) 이전 42일(쌍둥이의 경우는 98일)부터 출산일 다음날 이후 56일까지 범위 내에서 직장을 휴직한 기간

4. 의료비적정화계획 재고 및 보건사업 촉진

(1) 의료비적정화계획

의료비적정화계획은 2006년 의료제도개혁에서 고령화에 따른 적절한 의료의 확보를 도모하기 위하여 의료비적정화를 종합적·계획적으로 추진하는 것을 목적으로 도입되었다. 2006년 의료제도개혁에서는 주로 고령자의 의료비에 초점을 맞추어, ①국민건강의 유지 및 증진

을 위한 생활습관병 대책과 ②의료의 효율적인 제공을 도모하기 위한 평균재원일수의 단축을 추진하였다. 나아가 앞으로의 목표에 관하여 정부 및 도도부현의 의료비적정화계획에 설정하고 이를 기초로 장래의 의료비를 전망하는 한편 해당내용에 관해서는 계획기간 중 및 기간종료 후에 각각 평가 및 재검토하도록 하였다.

<표 18 의료비적정화계획의 개요>

<p>목적: 고령화에 따른 적절한 의료의 확보를 도모하기 위하여 의료비적정화를 종합적·계획적으로 추진</p>
<p>근거법령: 고령자 의료확보에 관한 법률 작성주체: 정부 및 도도부현 계획기간: 5년 (제1기 2008년~2012년, 제2기 2013년~2017년) 주요사항: 의료비의 전망 건강유지의 추진에 관한 목표 및 구체적인 대응 의료의 효율적인 제공에 관한 목표 및 구체적인 대응</p>
<p>도도부현 의료비적정화계획에서의 목표</p> <p>(1) 주민 건강유지의 추진에 관한 목표</p> <ul style="list-style-type: none"> - 특정건강진단의 실시율에 관한 목표 - 특정보건지도의 실시율에 관한 목표 - 대사증후군 해당자 및 예비군의 감소율에 관한 목표 - 금연대책에 관한 목표 <p>(2)의료의 효율적인 제공에 관한 목표</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의료기능의 강화 및 연계 등을 통한 평균재원일수 단축에 관한 목표 - 후발의약품의 사용촉진에 관한 목표

이번 법개정에서는 크게 계획내용, 평가방법, 계획작성의 절차에 관하여 제도변경이 있었다. ①계획내용과 관련하여 모든 도도부현의 의료계획에 근거한 사업의 실시로 병상기능의 분화 및 연계의 추진성과, 국민건강유지의 추진 및 효율적인 의료제공의 추진을 통하여 예

상되는 의료비적정화 효과 및 기타 사항을 고려하여 후생노동성령이 정하는 산정방식에 의한 의료비 전망(정부의 의료비용 목표)에 관한 사항을 정하도록 하였다. 또한 해당 도도부현의 의료계획에 근거한 사업의 실시로 병상기능의 분화 및 연계의 추진성과, 주민건강유지의 추진 및 효율적인 의료제공의 추진을 통하여 예상되는 의료비적정화 효과를 고려하여 후생노동성령이 정하는 산정방식에 의한 의료비 전망(도도부현의 의료비용 목표)에 관한 사항을 정하도록 하였다. ②평가방법과 관련하여 도도부현은 고령자 의료확보에 관한 법률 11조2항의 결과공표 및 12조1항의 실적평가를 실시한 연도를 제외하고 매년 도도부현계획의 진척상황을 공표하도록 하였으며, 후생노동대신은 11조7항의 결과공표 및 12조3항의 실적평가를 실시한 연도를 제외하고 매년 전국계획의 진척상황을 공표하도록 하였다. 또한 도도부현은 다음 도도부현 의료비적정화계획의 작성을 위하여 계획기간이 종료하는 날의 연도에 계획기간의 진척상황을 조사 및 분석하여 그 결과를 공표하고 이를 후생노동대신에 보고하도록 하였으며, 정부는 계획기간이 종료하는 날의 연도에 계획기간이 진척사항을 조사 및 분석하여 그 결과를 공표하도록 하였다. 나아가 도도부현은 계획기간에 도도부현의 의료비용 목표를 크게 초과하거나 또는 건강유지의 추진에 관한 목표 및 효율적인 의료제공의 추진에 관한 목표를 달성할 수 없다고 인정되는 경우 그 요인을 분석하고 해당 도도부현의 의료제공체제에 있어서 보험자, 광역연합, 의료기관 및 기타 관계자와 협력하여 필요한 대책을 강구하도록 하였으며, 후생노동대신은 계획기간에 정부의 의료비용 목표를 크게 초과하거나 또는 건강유지의 추진에 관한 목표 및 효율적인 의료제공이 추진에 관한 목표를 달성할 수 없다고 인정되는 경우 그 요인을 분석하고 이를 해결하기 위하여 보험자, 광역연합, 의료기관 및 기타 관계자와 협력하여 필요한 대책을 강구하도록 하였다. ③계획작성의 절차와 관련하여 도도부현의 의료계획과의 정

합성을 위하여 6년을 1기로 정하였으며, 도도부현이 계획을 정하거나 이를 변경하고자 하는 경우 관계 시정촌 및 보험자협의회와 협의하도록 하였다. 한편 도도부현이 계획을 작성하거나 해당계획의 시책을 실시하고자 하는 경우 광역연합 및 보험자협의회에 대하여 필요한 협력을 요청할 수 있도록 하였다.

(2) 보건사업

① 건강보험법의 보건사업

건강보험법150조1항은 보험자가 수행 가능한 보건사업을 규정하고 있다. 최근 일부 보험자 중에 피보험자 등 본인이 자주적으로 건강을 관리하는 경우나 특정검진 및 보건지도를 계속하여 받는 경우에 헬스케어포인트를 부여하여 해당포인트에 따라 상품과 교환하는 사업을 수행하고 있다. 이와 같은 사업은 보험자가 피보험자 등에 대하여 본인의 질병예방 및 건강관리에 따른 인센티브를 제공함으로써 피보험자들의 건강의식 및 건강행동을 높이는 효과를 보이고 있다. 또한 2014년 이후 모든 보험자는 진료명세서나 특정검진 등의 데이터를 분석하고 이를 토대로 가입자의 건강유지 및 증진을 위한 보건사업의 실시계획으로서 데이터헬스계획을 작성하고 있으며 2015년부터는 정부가 이를 장려하고 있다. 이에 이번 법개정에서 건강보험법150조1항에 보험자가 수행 가능한 보건사업으로, 건강관리 및 질병예방에 관한 자주노력에 대한 지원을 추가하여 보험자가 헬스포인트를 제공하는 것에 대하여 법률상 규정을 명확히 하는 한편, 보험자가 보건사업을 수행함에 있어 고령자 의료확보에 관한 법률 16조1항이 규정하는 조사 및 분석에 필요한 정보를 활용하고 이를 적절하고 유효하게 수행하도록 하는 규정도 추가하였다. 또한 이와 같은 사업의 원활한 수행을 위하여 후생노동대신이 보험자에 대하여 지침을 공표하고 정보들 제공하는 등 기타 필요한 지원을 하도록 규정하였다.

② 후기고령자의료제도의 보건의사업

고령자 의료확보에 관한 법률 125조는 광역연합이 건강교육, 건강상담, 건강검진 및 기타 피보험자의 건강유지 및 증진을 위하여 필요한 사업을 수행하도록 노력할 것을 규정하고 있으며, 이를 근거로 광역연합은 피보험자의 요양을 위하여 필요한 용구의 대여 및 기타 피보험자의 요양환경이 향상을 위하여 필요한 사업, 후기고령자의료급여를 위하여 필요한 사업, 피보험자의 요양비용에 관한 자금대부 및 기타 필요한 사업을 수행할 수 있다. 이번 법개정에서는 후기고령자의 보건의사업에 관하여 고령자의 심신특성에 따른 보건의사업을 수행하도록 명시하면서, 광역연합이 보건지도를 수행하는 것을 규정하는 한편 피보험자의 건강관리 및 질병예방에 관한 자주노력에 대하여 지원하도록 규정하였으며, 광역연합이 보건의사업을 수행함에 있어서 동법16조1항이 규정하는 조사 및 분석에 필요한 정보를 활용하고 이를 적절하고 유효하게 수행하도록 하였다. 이와 같은 사업의 원활한 수행을 위하여 후생노동대신이 보험자에 대하여 지침을 공표하고 정보를 제공하는 등 기타 필요한 지원을 하도록 하였다. 한편 이들 조치 외에도 개호보험의 지역지원사업을 실시하는 시정촌 및 보험자와 연계하고 개호보험법 제116조1항이 규정하는 기본지침과의 조화도 고려하도록 하였다.

5. 환자신청요양제도의 도입

(1) 혼합진료금지와 보험외비용요양비제도

의료보장법제는 원칙 안전성과 유효성이 인정된 의료만을 의료보험의 급여로 적용하여 의료를 필요로 하는 자에게 질 높은 의료를 가능한 한 최소의 비용으로 국민 모두에게 공평하게 제공하는 것을 목표

로 한다. 이와 같은 원칙에 기초하여 일본에서는 보험진료와 보험외진료의 병용을 원칙적으로 금지하고 있으며(이른바 혼합진료의 금지), 이는 안전성 및 유효성이 명확하지 않은 의료가 무제한으로 확대되거나 선진적인 의료가 비급여대상으로 제공되어 환자부담을 증가하는 것을 방지하기 위함이다. 다만, 일본에서도 모든 보험외진료가 보험진료와 병용되는 것을 금지하는 것은 아니고 2006년에 도입된 보험외비용요양비제도를 통하여 평가요양⁷³⁾ 및 선정요양⁷⁴⁾에 관해서는 예외적으로 보험진료와의 병용을 인정하여 혼합진료 중에서 원래 보험진료의 부분에 대해서만(평가요양 및 선진요양에 관해서는 전액 본인부담) 보험외비용요양비로서 급여를 제공하고 있다. 이는 국민에게 필요한 의료의 질과 평등성은 유지하면서도 다양한 국민의 의료수요에 신속하고 적절하게 대응하기 위한 조치라 할 수 있다.

(2) 개혁 내용

이번 법개정을 통하여 보험외비용요양비의 하나로 환자신청요양제도가 추가적으로 도입되었다. 환자신청요양제도는 일본국내의 미승인 의약품 등을 신속하게 사용하고 싶은 환자를 위하여 해당 환자가 신청하는 것으로 사용을 인정하고 있는 것으로, 앞의 평가요양과 비교할 때에 환자의 신청을 기점으로 하고 안전성 및 유효성 심사를 신속하게 실시하며 선진의료로 가까운 의료기관에서 받을 수 있도록 하였다. 환자신청요양제도는 ①실시의 전례가 없는 의료에 관해서 환자가 임상연구중핵병원만이 아닌 가까운 특정기능병원에서도 신청을 할 수 있도록 하면서 신청 전에 주치의와 상담을 실시하도록 하였다. 또한 임상연구중핵병원도 안전성 및 유효성을 환자에게 설명하여 그 이

73) 평가요양이란 선진의료기술이나 보험수재 전의 신약 등 보험도입을 위한 평가가 필요한 요양을 말한다.

74) 선정요양이란 예를 들어 특별병실이나 예약진료, 시간외진료 및 고가의 치과재료 등 주로 환자의 편의와 선호에 따라 직접 선택하는 요양을 말한다.

해를 얻은 후에 정부에 신청할 수 있도록 하였다. 한편, ②선진의료로 실시된 적이 없는 의료만이 아니라 이미 실시되고 있는 의료에 관해서도 보다 환자와 가까운 의료기관에서 실시하거나 실시계획의 대상 외 환자에게도 실시할 수 있도록 하였다. 나아가 치료실험 중의 미승인 의약품에 관해서 해당 실험계획에서 제외된 환자가 신청이 있는 경우에는 가능한 유연한 대응을 하도록 조치하였다.

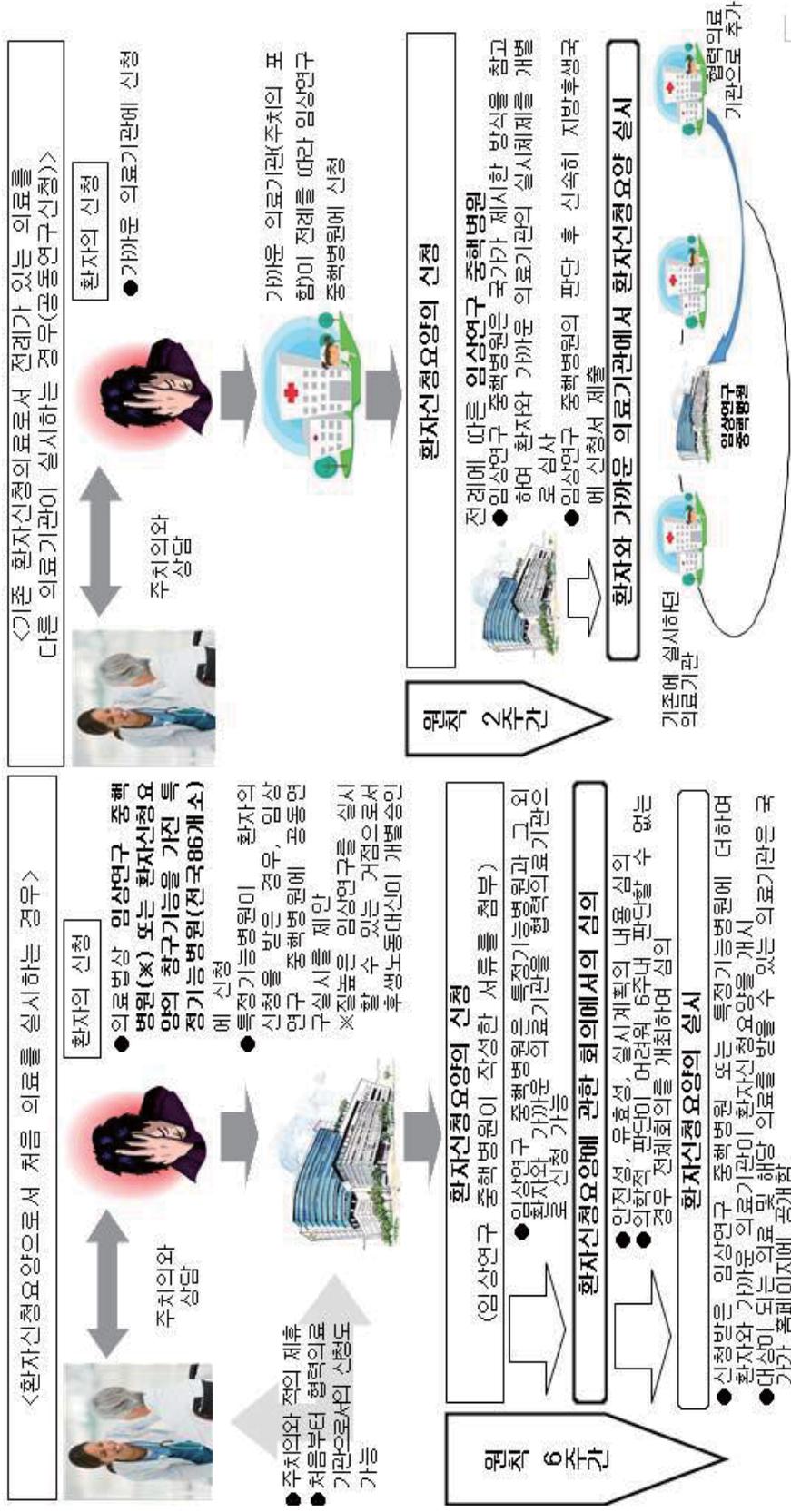
<표 19 환자신청요양에 관한 개정 조문내용>

<p>○건강보험법 (2016년 4월 시행) ※밑줄 친 부분이 추가부분</p> <p>제63조 (요양급여)</p> <p>2 다음의 요양에 관한 급여는 전항의 급여에 포함되지 아니한다.</p> <p>1. 2. (생략)</p> <p>3. <u>후생노동대신이 정한 고도의료기술을 이용한 요양 기타 요양에 있어서 전항의 급여대상 인정여부가 적정의료의 효율적인 제공의 관점에서 평가할 필요가 있는 요양(다음호의 환자신청요양을 제외한다)으로서 후생노동대신이 인정하는 것(이하 ‘평가요양’이라 한다)</u></p> <p>4. <u>고도의 의료기술을 이용한 요양에 있어서 해당 요양을 받으려는 자의 신청에 근거하여 전항의 급여대상 인정여부가 적정의료의 효율적 제공의 관점에서 평가할 필요가 있는 요양으로서 후생노동대신이 정한 것(이하 ‘환자신청요양’이라 한다)</u></p> <p>5. (생략)</p> <p>3 (생략)</p> <p>4 <u>제2항 제4호의 신청은 후생노동대신이 정한 절차에 따라 후생노동대신에 해당 신청에 관한 요양을 실시하는 의료법 제4조의3에서 규정하는 임상연구 중핵병원(보험의료기관에 한한다) 개설자의 의견서 기타 필요한 서류를 첨부한다.</u></p> <p>5 <u>후생노동대신은 제2항 제4호의 신청을 받은 경우 당해 신청을 지체 없이 검토하여 이에 관한 요양이 동호의 평가를 할 필요가 있다고 인정되는 경우에는 해당 요양을 환자신청요양으로 한다.</u></p>

6 후생노동대신은 전항의 규정에 의해 제2항 제4호의 신청에 관한 요양을 환자신청요양으로 하는 경우에는 그 취지를 해당 신청을 한 자에게 지체 없이 통지하여야 한다.

7 후생노동대신은 제5항의 규정에 따라 제2항 제4호의 신청을 검토하고, 해당 신청에 관한 요양을 환자신청요양으로 하지 않는 경우에는 이유를 첨부하여 그 취지를 해당 신청을 한 자에게 지체 없이 통지하여야 한다.

<그림 12 환자신청요양제도의 개요>



출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 持続可能な医療保険制度の構築に向けてー平成27年改革の奇跡とポイントー (第一法規, 2016年) 96頁

6. 정부지원의 확대 등

(1) 협회건보에 대한 지원율

위에서도 언급한 것처럼 일본 정부는 어려운 협회건보의 재정기반을 안정시키고 나아가 의료보험제도의 안정적인 운영을 도모하기 위하여 국민건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률을 제정하여, 2010년부터 2012년까지 3년간 특례조치로 ①1992년 이후 13%였던 정부지원율을 16.4%로 인상, ②후기고령자지원금의 3분의 1에 대하여 총보수비율제도를 도입, ③협회건보에 대하여 의무화하였던 단년도 수지균형원칙을 완화하였다. 이와 같은 특례조치의 기한이 끝나는 2013년 이후에도 협회건보의 재정지원조치로서 건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률을 제정하여 위의 ①과 ②의 특례조치를 2년간 연장하기로 하였다. 이번 법개정에서는 앞으로 고령자의 의료비가 지속적으로 증가할 것과 이에 따른 급격한 보험료율 인상의 방지 등을 고려하고 나아가 협회건보의 재정기반을 안정시키기 위하여 2015년 이후의 정부지원율을 ‘당분간 16.4%’를 유지하도록 규정하여 위와 같은 특례조치의 기한을 삭제하였다. 한편 정부의 재정상황이나 경제정세 등을 고려하여 정부지원을 감액할 수 있는 규정을 마련하였으며, 추후에 있어서의 정부지원율에 대한 재검토도 함께 규정하였다.

<표 20 협회건보의 정부지원율과 보험료율>

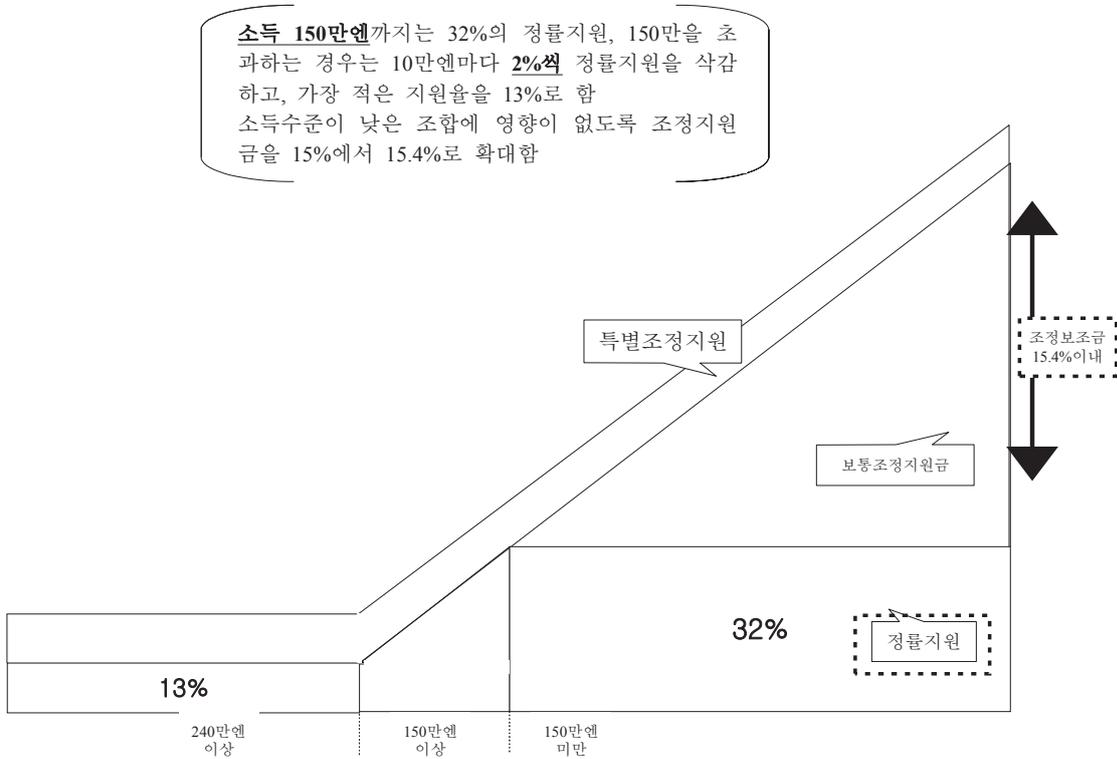
연 도	정부지원율	보험료율
1956년~	예산범위 내에서 급여비의 일부를 지원	1955년: 6.5% 1960년: 6.3% 1966년: 6.5% 1967년: 7.0%
1973년~	보험료율 0.1% 증가할 때마다 지원율을 0.8% 증가 - 1973년: 10.0% - 1974년: 13.2% - 1976년: 14.8% - 1978년: 16.4%	1973년: 7.2% 1974년: 7.6% 1976년: 7.8% 1978년: 8.0%
1981년~	16.4%~20% 내에서 정령으로 규정하고 단 당분 간 16.4%로 법정	1981년4월: 8.4% 1981년12월: 8.5% 1984년: 8.4% 1986년: 8.3% 1990년: 8.4%
1992년~	16.4%~20% 내에서 정령으로 규정하고 단 당분 간 13.0%로 법정	1992년: 8.2% 1997년: 8.5% 2003년: 8.2%
2010년~	2010년에서 2014년까지 16.4%로 법정	2009년: 8.2% 2010년: 9.34% 2011년: 9.5% 2012년: 10.0%

출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』(第一法規、2016年) 103頁

(2) 국보조합에 대한 지원율

정부는 현행 국민건강보험조합에 대하여 보험급여비 등의 총액의 정률 32%를 지원하고 있는데, 이번 법개정에서 의료보험의 보험료에 관한 국민 부담의 공평화를 확보하기 위하여 피보험자의 소득수준이 높은 국민건강보험조합에 대해서 이와 같은 정부의 정률지원을 재고하기로 하였다. 이에 국민건강보험조합에 대한 정부의 정률지원에 관하여 해당조합의 피보험자 1명당 소득이 150만엔까지의 조합에 관해서는 현행대로 보험급여비 등의 총액 정률 32%를 지원하지만, 150만엔을 넘는 경우에는 초과한 금액에 관하여 10만엔당 2%씩 정률지원을 삭감하고 피보험자 1명당 소득이 240만엔 이상의 조합에 관해서는 정률 13%를 지원하기로 하였다. 한편 이와 같은 정률지원의 재편에 관해서는 국민건강보험조합의 재정에 미치는 영향을 완화하기 위하여 2016년부터 2020년까지 경과조치도 함께 마련되었다.

<그림 13 국보조합에 대한 정률정부지원의 변경>



출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』(第一法規、2016年) 105頁

(3) 후기고령자지원금 부담 완화

고령화의 심각화 등으로 고령자 의료비의 부담 특히 후기고령자지원금의 각출금 부담이 커지는 것과 위에서 설명한 후기고령자지원금의 전면총보수비율제도의 도입으로 일부 피용자보험자에게 더 많은 부담을 지우게 된 것을 고려하여, 이번 법개정에서 이와 같은 각출금 부담이 무거운 보험자를 위하여 공비를 투입하는 지원책을 제도화하였다. 즉, 현행의 부담조정기준율은 유지하면서 각출금 부담이 무거운

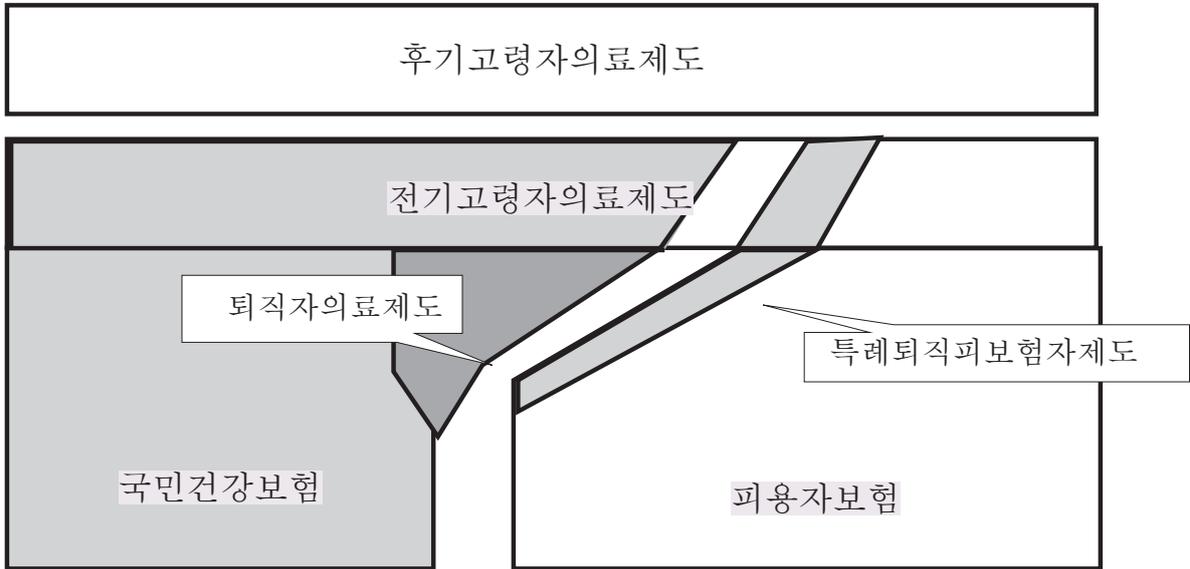
보험자에 관하여 부담경감의 대상보험자 수를 현행보다 확대하는 것으로, 이를 위하여 특별부담조정기준을 이상의 보험자로 정령이 정하는 바에 따라 산정한 재정력의 예상규모가 정령이 정하는 기준에 미치지 못하는 자를 특별부담조정기준초과보험자로 규정하였다(고령자의료확보에 관한 법률 38조1항2호). 그리고 확대부분의 부담조정액에 관하여 특별부담조정기준율과 부담조정기준율 간의 비용의 2분의 1에 대하여 공비를 투입하기 하였다(93조3항).

(4) 특례퇴직피보험자제도

피용자보험에 가입하고 있던 피보험자가 퇴직한 후에 그 대부분이 국민건강보험에 가입하게 되어 국민건강보험의 재정을 악화시키는 이유 등으로 국민건강보험 내에 퇴직자의료제도를 도입하였다.⁷⁵⁾ 한편 이와 같은 퇴직자의료제도와 함께 건강보험조합 중에 해당 건강보험조합의 피보험자였던 퇴직자에 대하여 퇴직 후에도 계속 현역피보험자와 동일한 보험급여 및 보건사업을 제공할 수 있는 특정퇴직피보험자제도를 도입하였다. 이와 관련하여 국민건강보험조합의 퇴직자의료제도는 폐지되지만 이번 법개정으로 건강보험조합의 특정퇴직피보험자제도에 관해서는 재량을 확대하고 해당 건강보험조합의 운영에 관하여 자주·자립을 촉진하기로 하였다.

75) 퇴직자의료제도에 관해서는 후기고령자의료제도 등에 관한 재정조정장치가 도입됨에 따라 해당제도를 2014년 시점의 65세미만 퇴직자에게까지만 적용하는 특례조치로 존속시키고 이후에 관해서는 폐지하기로 하였다.

<그림 14 퇴직자의료제도와 특례퇴직피보험자제도>



출처: これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編 『持続可能な医療保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』(第一法規、2016年) 106頁

(5) 사회보험진료보수지불기금의 업무확대

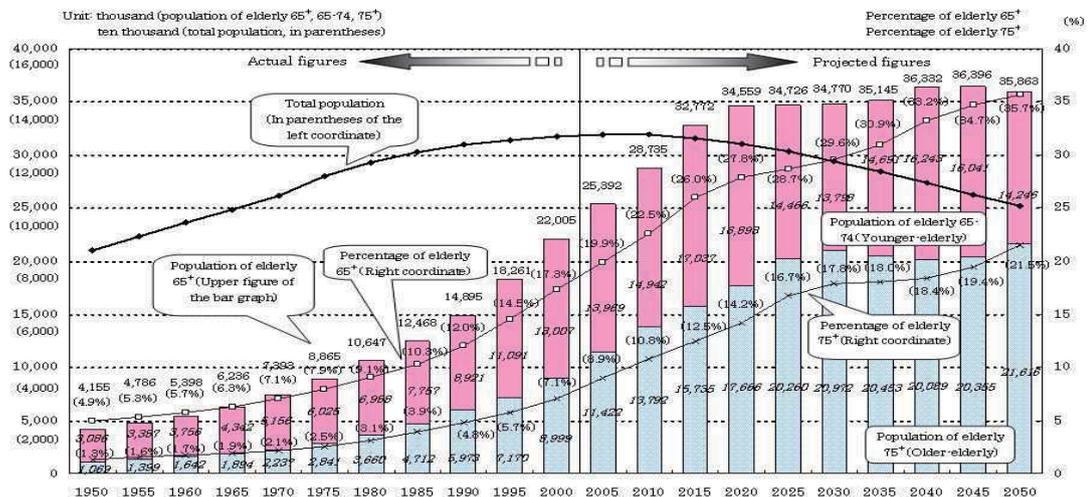
사회보험진료보수지불기금은 이미 설명한 것처럼 정확하고 신속한 진료보수의 지불과 의료보험급여의 적정한 심사를 목적으로 설립된 공법인으로 건강보험법 등의 규정에 따라 주로 피용자보험의 보험자로부터 위탁을 받아 진료보수의 심사지불업무를 담당하고 있다. 이번 법개정으로 사회보험진료보수지불기금의 심사지불업무 외에, ①임산부의 정상 분만에 관한 출산육아일시금 등을 직접 지불하는 업무, ②사회보장·조세번호제도⁷⁶⁾의 도입으로 보험자를 대신하여 개인번호를 포함한 개인정보의 정리 및 제공 등을 수행하는 업무를 담당하게 되었다.

76) 일본의 사회보장·조세번호제도에 관해서는, 조원제 ‘일본의 개인식별번호법제 현황과 문제점’ 정보화시대에 따른 개인식별번호법제의 쟁점과 과제 자료집 (한국 법제연구원, 2016년) 32-67쪽을 참조.

제 2 절 시 사

한국의 2014년 현재, 65세 이상의 노인인구수가 약 542만 명으로 고령화율은 약 12%이고⁷⁷⁾, 이는 일본의 절반 정도에 해당 한다(일본은 같은 해 26%⁷⁸⁾). 그러나 한국의 고령화 속도는 일본보다도 빨라, 7%부터 14%까지 요하는 고령사회 기간은 18년(일본은 24년), 14%부터 20%까지의 초고령사회는 8년(일본 12년)이다(2008년에는 14.5%, 2026년에는 20%가 될 것이라 예측). 그리고 2040년의 고령화율은 32.3%이며, 일본과 같은 수준까지 이를 것으로 보인다(일본은 같은 해 36.1%). 나아가 UN의 인구추계 연구에서도 우리나라는 2060년 전체 인구 10명 중 65세 이상의 노인인구수가 4명에 이르는 세계에서 가장 노인인구가 많은 국가로 전망하고 있다.⁷⁹⁾

<그림 15 일본의 고령화와 인구변화 >

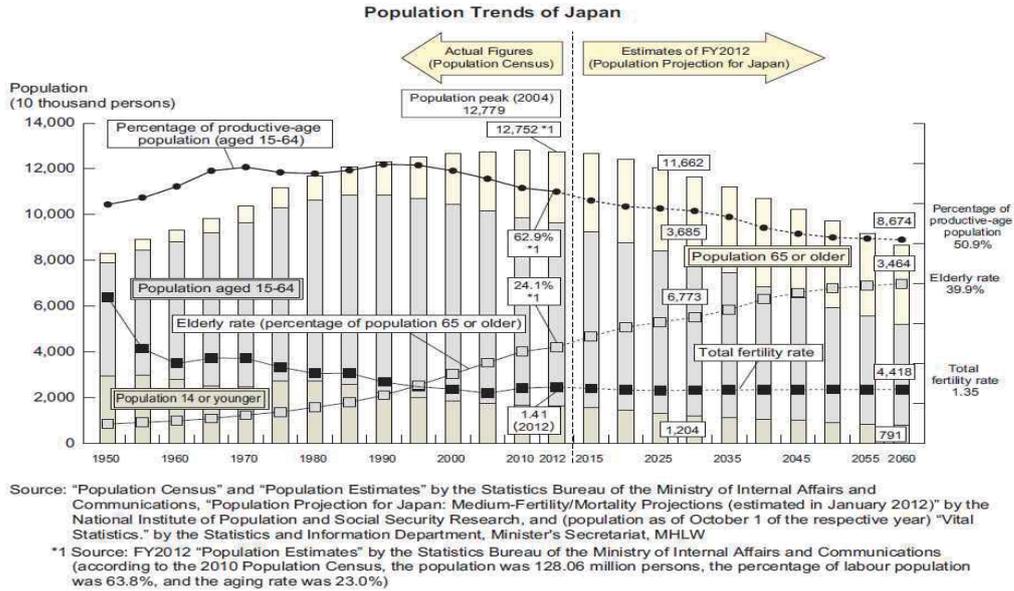


77) 한국통계청, 「2014 한국의 사회지표」 (2015년).

78) 후생노동성, 『헤이세이27년도 고령사회백서』.

79) UN (2010), World Population Prospects (The 2010 Review).

제 4 장 결 론



출처: 고령사회의 노인건강과 의료서비스에 관한 국제 심포지엄

이러한 인구의 고령화는 의료비 지출의 요인으로 지목되고 있다.⁸⁰⁾ 즉, 노인 진료비 관련 건강보험 통계연보를 살펴보면 2007년 건강보험 적용인구 대비 65세 이상 노인 9.17%가 지출한 진료비는 전체 건강보험 진료비의 28.2%인 9조 1,190억원을 지출하였다. 그러나 2014년에는 노인인구 11.9%가 전체 건강보험 진료비의 36.3%인 19조 9,687억원을 지출하였다. 같은 기간 65세 이상 적용인구는 연평균 4.59% 증가한 반면 65세 이상 노인 진료비는 연평균 11.85%씩 증가하여 65세 이상 노인 진료비가 노인 인구보다 2.6배 빨리 증가한다고 볼 수 있다(건강보험 주요통계, 각 연도). 이와 같은 상황은 일본도 동일하여, 2013년도 일본의 국민의료비는 40.1조 엔으로 전년도보다 8500억 엔, 약 2.2% 증가하였는데, 이중 75세 이상의 후기고령자 1명당 의료비가 2013년에 93.0만 엔으로, 후기고령자 이외의 1인당 의료비가

80) 이수연, 이동현, 조정완 65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 (2015년) 27쪽.

20.9만 엔인 것과 비교할 때에 4.5배로 나타나고 있다. 나아가 앞으로도 고령화의 심화로 일본의 의료비는 2025년에 61.8조 엔으로, 국민총생산의 신장률을 초월하여 증가할 것으로 예상되고 있다(2012년 추계).

이와 같은 상황에서 해당 보고서에서는 한일 양국의 지속가능한 의료보장법제에 관한 비교법연구를 통하여, 보다 효율적인 보건의료서비스 제공체계 및 재원조달방안에 관한 우리나라 도입 또는 법제화에 필요한 기초자료의 마련 및 방향성의 제시 특히 우리나라에서 지속가능한 의료보장법제를 확립하기 위한 법적규제의 내용 및 방법, 특히 법제와 정책의 연계방안을 검토하고자 하였다. 서두에서도 언급하였지만, 의료보장법제는 국가마다 여러 형태를 가지고 있으나 의료정책에 관해서는 공통의 목표가 존재한다. 즉, ‘질 높은 의료로 가능한 한 최소의 비용으로 국민 모두에게 공평하게 보장하는 것’이라 할 수 있겠다. 세부적으로 요소를 구분하면 ①의료의 질(quality), ②의료접근의 공평성(equity), ③의료비용(cost)이다. 이는 또한 의료보장법제 및 의료정책의 내용 및 방향성을 평가하는 기준이 되기도 한다. 이에 한국과 일본 양국의 의료보장법제를 비교하는 의미는 다음과 같이 말할 수 있다. ①양국의 의료보장법제가 서로 다르다고 하여도 위에서 언급한 의료보장법제 및 의료정책에 관한 목표와 평가기준 자체는 동일하다. ②또한, 의료성과를 평가하는 절대적 기준이 존재하지 않는 이상 타국과의 상대평가를 통하여 자국의 의료보장법제 및 의료정책에서 개선해야 할 과제를 명확히 할 수 있다. ③나아가 한일 양국이 저출산 고령화의 심화 및 의료기술의 발달로 인하여 의료비 증가가 불가피한 반면 더 이상의 높은 경제발전을 기대할 수 없다는 공통의 문제를 안고 있는 상황에서 타국의 의료보장법제 및 의료정책으로부터 시사를 얻을 수 있다. 어쩌면 이와 같이 한 국가에서 의료보장법제를 개혁하고 의료정책을 입안할 때에 타국의 법제 및 정책을 참고하는 방법은 가장 효율적이고 선택 가능한 최선의 방안이라 할 수 있겠다.

위에서 살펴본 일본의 의료보장법제의 최근 변화를 정리 및 요약하면, ①재원조달체계와 관련하여 2018년부터 도도부현이 재정운영의 책임주체가 되어 안정적인 재정운영과 효율적인 사업의 확보 등 지역 의료보험운영의 중심적인 역할을 담당하게 되었다. 이는 1948년 국민건강보험법 개정으로 지역의료보험의 보험자가 원칙적으로 시정촌으로 하였던 이래에 가장 큰 제도개정이라 할 수 있다. 또한 중소기업의 근로자 등이 가입하고 있는 직역보험의 정부지원율을 지금까지 특례적 조치로서 16.4%를 지원해 왔지만 이번 법개정으로 항시적으로 16.4%를 지원하게 되어 재정기반의 안정화를 도모하였다. ②의료제공체계와 관련하여서는 일본 국내의 미승인 의약품 등을 신속하게 보험외비용요양급여로서의 사용을 원하는 환자들의 요청에 따라 환자의 신청에 의한 제도로써 환자신청요양제도를 마련하였다. 또한 국가, 도도부현 및 보험자가 각각의 입장에서 의료비 적정화를 위한 실효적인 계획을 구축하기 위한 체제를 강화하기 위하여 의료비적정화 계획을 재고함과 동시에 보험자와 개인에 대한 인센티브를 강화하기로 하였다. 이와 같은 개혁내용은 일본에서 단과세대가 75세에 도달하는 2025년을 대비하면서 나아가 초고령화 사회에서도 지속가능한 의료보장법제를 구축하기 위하여 필요불가결한 개혁이라고 평가된다. 다만 법제도란 생각하지 못한 여러 효과 및 영향을 초래하는 것으로 우리나라 의료보장법제의 나아갈 방향을 생각할 때에는 이와 같은 것들도 충분히 염두에 두면서 현재의 상황과 문제에 따라 당사자의 이익, 기타 관계자에의 영향, 사회적 수용가능성 및 기타 법제도와의 정합성 등 많은 사정을 종합적으로 고려하여 가치중립적이고 종합적인 검토 및 구상이 필요하다고 할 수 있다. 마지막으로 외국의 법제도를 연구함에 있어서는 형식적인 소개나 비교에 그치거나 사례의 유무 및 전후 사정을 고려하지 않은 채 필요한 부분만 발췌하는 등의 방법은 지양하여야 하며, 중요한 것은 외국의 법제도 및 동향에 관한 정보의

축적 및 충실화에 있으며 해당국가 법제도의 의의 및 한계 등에도 유의하면서 이들을 충분히 감안하여 우리나라에서의 논의를 풍성하게 하는 것에 있음을 명심해야 할 것이다.

<표 21 한일 양국의 의료보장법제 비교 정리>

	한 국	일 본
특징	사회보험형 의료보장법제	사회보험형 의료보장법제
재원 조달 체계 법	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험법 - 의료급여법 - 국민건강증진법 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험법 - 국민건강보험법 - 고령자의료확보법 등
의료 제공 체계 법	<ul style="list-style-type: none"> - 의료법 - 약사법 - 지역보건법 - 농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법 등 	<ul style="list-style-type: none"> - 의료법 - 의사법 - 약사법 등
기본 구조	<ul style="list-style-type: none"> - 공적의료보험을 전국민에게 강제적용하는 전국민개보험체제 - 의료기관의 대부분을 민간의료기관이 차지 - 환자가 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있는 프리엑세스 	<ul style="list-style-type: none"> - 공적의료보험을 전국민에게 강제적용하는 전국민개보험체제 - 의료기관의 대부분을 민간의료기관이 차지 - 환자가 의료기관을 자유롭게 선택할 수 있는 프리엑세스
제도 운영 주체	국민건강보험공단이 근로자, 자영업자 등 모든 피보험자에 관해서 단일보험자로서 운영	<ul style="list-style-type: none"> - 지역보험에 관해서 전국건강보험협회, 건강보험조합 및 공제조합이 운영 - 지역보험에 관해서 시정촌이 국민건강보험을 운영 - 75세 이상 고령자에 관해서 광역연합이 후기고령자의료제도를 운영

제 4 장 결 론

	한 국	일 본
재 정 운 영 방 식	재원은 기본적으로 보험료가 중심 심으로, 공비로서 정부지원금이 14%, 국민건강증진기금에서 6% 부담	<ul style="list-style-type: none"> - 재원은 기본적으로 보험료가 중심 - 국보 및 후기고령자의료제도에 관해서 많은 공비가 투입 - 후기고령자의료제도에 대한 직역보험 및 국보로부터의 재정 지원을 위하여 각출금 마련

참고문헌 및 논문

- 김나경 의료보험의 법정책 - 기초법 이념과 법실무 (집문당, 2012년)
- 김승희 · 임승지 · 강하림 · 최은희 · 김유리 · 김아름 임신 및 출산 지원 강화를 위한 기초조사 연구 국민건강보험 건강보험정책연구원(2015년)
- 이수연, 이동현, 조정완 65세 이상 노인진료비 지출 증장기 추계 연구 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 (2015년)
- 이정면 · 이수연 · 조정완 · 홍성민 주요국 건강보험의 재정수입구조 변화에 대한 연구 국민건강보험 건강보험정책연구원 (2015년)
- 이흥재 · 전광석 · 박지순 사회보장법 제3판 (신조사, 2015년)
- 서울대학교보건대학원 민간의료기관의 공공성 평가 및 공공의료 수행방안 연구 (2013년)
- 문성국 · 최은희 · 김승희 · 이장욱 주요국의 상병수당제도 현황 고찰 및 시사점 연구 국민건강보험 건강보험정책연구원 (2015년)
- 김도훈 · 권진희 · 유애정 · 문용필 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향 (일본) 국민건강보험 건강보험정책연구원 (2014년)
- 권오탁 “국민건강보험법상 의사결정구조의 문제와 개선방안” 사회보장법학 제5권1호 (2016년)
- 김계현 “요양기관 강제지정제의 문제점과 개선방향” 의료정책포럼 제6권 (2008년)
- 김명중 “일본의 후기고령자의료보험제도의 실시와 문제점” 국제노동브리프 (2008년)

- 김중수 “임의비급여에 관한 사회보장법적 검토” 사회보장법연구 제 1호 (2012년)
- 김한나·김계현·이정찬 “대형병원에서의 요양급여기준 외 치료행위 인정요건에 관한 검토” 충남대학교 법학연구 제24권1호 (2013년)
- 노호창 “공적 건강보장에 있어서의 자유제한과 그 정당성” 사회보장법연구 제3권1호 (2014년)
“임의비급여의 허용요건” 노동법학 제44호 (2012년)
- 오대형 “건강보험 가입강제와 직장가입자·지역가입자 간의 차별” 이흥재 편저 사회보장판례연구 (법문사, 2010년)
- 오은환 “일본의 혼합진료금지제도와 신의료기술” HIRA 정책동향 제 02호 (2007년)
- 이승우 “국민건강보험법 제40조 제1항의 위헌여부” 헌법판례연구 제3권 (2001년)
- 조원제 “일본의 개인식별번호법제 현황과 문제점” 정보화시대에 따른 개인식별번호법제의 쟁점과 과제 자료집 한국법제연구원 (2016년)
- 정영철 “공법적 시각에서 본 임의비급여의 제한적 허용의 쟁점” 법학논고 제40집 (2012년)
- 정철 “건강보험상 임의비급여 허용의 문제점” 법학논총 제24권1호 (2011년)
- 최호영 “건강보험체계와 임의비급여” 사회보장법연구 제2호 (2012년)
- 홍성민 Unification of National Health Insurance Service (NHIS) Current Issues in Korean Law 한국법제연구원 (2015년)

홍성민 “독일 장기요양보험법상 보험사고와 법개정에 관한 소고”
법제연구 제50호 (2016년)

岩村正彦 「社会保障法 I」 (弘文堂, 2001年)

加藤智章・菊池馨実・倉田聡・前田雅子 「社会保障法 第6版」 (有斐閣,
2015年)

笠木映里 「公的医療保険の給付範囲」 (有斐閣, 2008年)

菊池馨実 「社会保障法」 (有斐閣, 2014年)

島崎謙治 「日本の医療 制度と政策」 (東京大学出版会, 2012年)

西村健一郎 「社会保障法入門 第2版」 (有斐閣, 2014年) 「社会保障法」
(有斐閣, 2007年)

「健康保険法の解釈と運用 第11版」 (法研, 2003年)

阿部泰陸 「地域医療計画に基づく保険医療機関指定拒否－鹿児島地裁
1998年(行ウ) 第三号保険医療機関指定拒否処分取消請求事件
1999年6月14日判決(判例時報1717号78頁)をめぐって一」 判
評502号 [判時1725号] (2000年)

稲森公嘉 「公的医療保険の給付」 日本社会保障法学会編 「新講座社会
保障法1 これからの医療と年金」 (法律文化社, 2012年)

「判例評釈・県知事による保険医療機関指定拒否の処分性と適法
性」 賃金と社会保障1307号 (2001年)

岩村正彦 「社会保障入門40」 自治実務セミナー41巻6号 (2002年)

尾形健 「保健医療機関指定拒否処分と憲法22条」 西村健一郎・岩村正
彦編 「社会保障判例百選 第4版」 (有斐閣, 2008年)

太田匡彦 「混合診療」 岩村正彦編 「社会保障判例百選 第5版」 (有斐
閣, 2016年)

- 片桐由喜 「韓国の病院—特徴と今日的課題—」 健保連海外医療保障
108号 (2015年)
- 「韓国・占領体制下における社会保障制度」 商学討究55巻2/3号
(2004年)
- 「韓国・社会保障法制の基盤形成過程—所得保障制度を中心に—」 同56巻1号 (2005年)
- 加藤智章 「保険医療期間の指定の法的性格」 岩村正彦編 「社会保障判
例百選 第5版」 (有斐閣, 2016年)
- 笠木映里 「混合診療」 西村健一郎・岩村正彦編 「社会保障判例百選 第4
版」 (有斐閣, 2008年)
- 菊池馨実 「国民健康保険条例の合憲性」 西村健一郎・岩村正彦編 「社会
保障判例百選 第4版」 (有斐閣, 2008年)
- 田村和之 「保険医療期間の指定の法的性格」 西村健一郎・岩村正彦編 「
社会保障判例百選 第4版」 (有斐閣, 2008年)
- 堤建造 「混合診療をめぐる経緯と論点」 レファレンス 770号 (2015년)
- 中川純 「国民健康保険条例の合憲性」 岩村正彦編 「社会保障判例百選
第5版」 (有斐閣, 2016年)
- 中野妙子 「医療法の勧告に反して開設された病院に対する保険医療機
関指定拒否—鹿児島地判平成11・6・14(山川病院事件)」 ジュリス
ト1199号 (2001年)
- 新田秀樹 「医療保険における保険者と医療機関の直接契約制の導入の
可能性—健康保険組合について」 名古屋大学法政論集第176巻
(1998年)

これからの医療保険制度の在り方を考える研究会編『持続可能な医療
保険制度の構築に向けて—平成27年改革の奇跡とポイント—』
(第一法規、2016年)

佐々木淳也「社会保障制度の課題と方向」週刊社会保障夏季特別号（法研、
2016年2887号）

佐藤豪竜「医療保険制度の現状と課題」同上

多田静香「高齢者医療制度の現状と課題」同上

平川星座「医療介護連携政策の現状と課題」同上

島田将広「診療報酬の現状と課題」同上

平塚直樹「被用者保険の現状と課題」同上

飯田雅人「国民健康保険の現状と課題」同上

植田博信「医療費動向と現状と課題」同上

江口隆裕「医療保険制度の課題と将来—何のための国保都道府県単位
化か」同上

武藤正樹「診療報酬・介護報酬同時改定に向けて」同上

伊藤憲昭「医療提供体制の現状と課題」同上

衣川敬「健康行政の現状と課題」同上

廣川晶子「医薬行政の現状と課題」同上

田中耕太郎「医療提供体制の課題と将来」同上

홍성민「医療供給体制における国家統制—保険医療機関の指定を中心
に—」社会保障法31号（2016年）

참고문헌 및 논문

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/186-02.pdf>

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000087814.pdf>

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/iryohoken/database/seido/okumin_nenpo.html