

연 구 보 고 서
2 0 2 3 - 0 5

일본 의료보험·수가 체계 현황에 관한 연구

2023. 10.



연구자 : 강 주 현 (연구 원)
김 계 현 (연구 위원)
문 성 제 (연구 원)
신 요 한 (연구 원)

요 약 문

최근 고령화로 인한 노인인구 증가 및 신종 코로나 감염증 확산 등으로 인해 지난해 건강보험 진료비가 100조 원을 돌파한 것으로 나타났다. 이 중 65세 이상 고령자 진료비도 44조 1,187억 원으로, 전체 진료비의 43.1%를 차지하는 것이다. 인구 고령화가 가속화되면서 노인 의료비의 증가는 계속될 것으로 보이며, 최근 불거진 필수의료 분야 문제 및 새로운 감염병의 확산 가능성 등 건강보험 재정 지속성에 대한 우려가 지속되고 있다.

본 연구는 저출산 고령화 사회를 먼저 경험함과 동시에 전 세계에서 우리나라와 가장 유사한 건강보험제도를 도입한 일본의 의료보험과 수가체계 현황을 고찰하여 우리나라 건강보험제도 개선에 참고가 될 시사점을 도출하는 것을 주목적으로 하였다.

본 연구는 문헌고찰의 방법을 통해 일본의 의료보험제도 및 의료법의 특징과 개정 경위를 파악하고, 의료보험 진료비 지불체계 및 수가 산정구조를 고찰하였으며, 후기고령자제도의 현황과 정책 방향을 검토하였다. 또한, 일본 의료보험 수가체계에 대한 기초자료를 확보하기 위해 일본진료수가집 2022년판을 일부 번역하여 부록에 수록하였다.

일본에서는 2년마다 진료수가 개정을 통해 수가와 보험급여 범위 등을 정하고 있다. 진료수가 개정에는 내각, 사회보장심의회, 중앙사회보험 의료협의회 등 보건의료계 주요 조직이 참여하여 면밀한 조사와 심층적인 논의를 통해 개정 사항을 정한다. 이는 일본 보건의료정책의 주요 이슈와 정책 동향을 살필 수 있는 도구로서도 기능한다.

2022년 진료수가 개정에서는 노인 인구 증가에 대응하여 건강 수명 연장과 전 세대형 사회보장 실현을 골자로 하여 신종 감염병에 대응할 수 있는 양질의 의료제공체계 구축, 안전하고 질 좋은 의료의 실현을 위한 의사의 업무 개편 등이 중점 과제로 제시되었다.

2024년도 차기 진료수가 개정에는 2022년도 진료수가 개정에 대한 평가를 참고하여 개정될 예정이며, 최근 다양한 관점에서 해당 진료수가 개정에 대한 평가가 이루어

졌다. 따라서, 본 연구에서는 진료수가 개정의 구조 및 절차를 파악하고, 최근 진료수가 개정에 대한 일본 내 평가를 살펴 국내 의료제도 개선과 관련한 시사점을 제시하였다.

일본은 질병의 발생 시기에 따라 급성기-회복기-만성기(유지기)로 의료전달체계를 구축하고 있다. 이 중 급성기 의료의 경우, 환자의 입원부터 퇴원까지 원활한 의료 제공하고자 급성기 일반입원료 체제를 1~7단계에서 1~6단계 체제로 간소화하였다. 또한, 양질의 급성기 의료 제공을 위한 방안으로써 수가 점수가 가장 높은 일반입원료 1 체제에 대해 ‘급성기 충실체제가산’ 수가를 신설하여 입원기간 최대 14일 이내까지 가산 수가를 신설할 수 있도록 하였다.

회복기 의료의 경우, 입원료 체제를 1~6단계에서 1~5단계 체제로 변경하였는데, 이는 해당 입원료 5,6 체제에 대한 인력 및 시설, 장비 기준 등이 미충족된 의료기관이 많아 양질의 의료 제공을 위한 방안으로써 간소화한 것이다. 또한 지역포괄케어병동의 경우, 해당병원의 일반병동에서 지역포괄케어병동으로 이동하는 비율이 60% 미만이면 해당 입원료가 15% 삭감되도록 개정하였다.

만성기 의료의 경우, 정맥 영양 시행 시 연하기능평가를 반드시 행해야 하며, 완화 케어병동 입원료에 ‘동통 평가를 실시한 경우에 대한 가산’ 수가를 신설하여 양질의 입원의료체계를 추진하도록 하고 있다.

외래의 경우, 200병상 이상 규모의 대형병원에서 진료를 받거나 소개장(진료의뢰서) 없이 방문하게 될 때 초진 정액 본인부담액을 5,000엔에서 7,000엔을 부담하도록 수가를 인상하여 대형병원 진료 쓸림 현상을 조금이라도 완화하고자 하였다. 또한 초진료의 경우, 우리나라와 달리 의료기관 종별에 상관없이 288점(약 28,800원)을 산정할 수 있게 되어 있는데 이러한 수가는 우리나라의 상급종합병원급 의료기관 초진료에 해당하는 255.79점(20,390원, 2023년 기준)에 비해 훨씬 높게 설정되어 전체적으로 우리나라에 비해 수가 체계가 잘 갖춰진 것을 알 수 있으며, 중소병원을 고려한 수가 체계가 마련되어 있다. 또한, 재진료의 경우, 200병상 병·의원급의 수가가 의원급 의료기관보다 더 수가가 낮게 설정되어 있어 대형병원 입장에서는 낮은 진료수가로 인한 재진 진료를 스스로 피할 수 있도록 하는 수가 체계가 마련되어 있는 것을 알 수 있다. 야간 진료의 경우, 6세 미만 소아 가산은 26%, 시간 외 가산은 69%, 휴일 가산은

127%, 심야 가산은 241% 높게 산정할 수 있게 되어 있다. 이러한 내용은 우리나라의 6세 미만 소아 가산 정책이 최대 각 의료기관 종별 수가의 100%만 가산할 수 있게 되어 있는 체제에 비해 높은 수가 수준으로, 소아과 진료 체제에 대한 지원책이 잘 마련되어 있는 것을 알 수 있다. 종합해보면 일본의 진료수가 체계는 입원, 외래 모두 저출산 초고령사회에 효율적으로 대비할 수 있는 방향으로 개선되고 있다는 것을 알 수 있다.

본 연구에서는 일본 진료수가집의 방대한 분량으로 인해 모든 내용을 담기에는 한계가 있어 중요한 일부분만 다루었다. 일본의 진료수가는 우리나라보다 훨씬 더 많은 종류의 수가와 복잡한 형태로 구성되어 있으므로, 세부적으로 수가를 비교·분석하여 국내 수가 체계 개선에 대한 시사점을 도출하는 연구를 수행할 필요가 있다. 또한, 일본의 정책 동향을 면밀하게 살펴 국내 저출산·초고령 등 인구구조 변화에 대비한 수가 정책을 마련할 필요가 있다.

목 차

제1장 I 서론	1
제1절 연구배경 및 필요성	3
제2절 연구 내용 및 방법	5
제2장 I 의료보험제도	7
제1절 의료제도 및 의료법 개요	9
제2절 의료보험제도 개요	13
제3장 I 의료보험 진료비 지불체계	31
제1절 진료비 지불체계 개요	33
제2절 진료비 지불 유형	35
제3절 진료수가 개정	44
제4절 진료비 심사 및 지불제도	50
제4장 I 의료보험 수가 산정구조	53
제1절 의료보험 수가 산정구조	55
제2절 외래 기본진료료	59
제3절 특계진료료	62
제4절 입원료	78

제5장 후기고령자 제도	91
제6장 종합 및 제언	103
참고문헌	111
부록	115

표 목 차

■ 표 1 ■	일본 의료보험제도 유형	14
■ 표 2 ■	일본 의료보험제도의 주요 경과	15
■ 표 3 ■	의료보험별 보험자	18
■ 표 4 ■	일본의 보험 외 병용요양비 제도	29
■ 표 5 ■	주요 진단군 분류	36
■ 표 6 ■	진단군 분류 코드의 14자리 구성 명세	37
■ 표 7 ■	DPC 대상 병원 기준	39
■ 표 8 ■	DPC 산정 대상 병동	39
■ 표 9 ■	2022년도 진료수가 개정	46
■ 표 10 ■	2022년도 진료수가 개정의 기본방침	46
■ 표 11 ■	국보연합회의 심사·지불 업무	51
■ 표 12 ■	외래환자 명세서 기재용 기본진료료 및 특계진료료의 종류	56
■ 표 13 ■	초진료(288점) 산정 관련 가산의 종류 및 점수	59
■ 표 14 ■	초·재진료 산정 관련 환자 소개·역 소개율에 대한 삭감 기준	61
■ 표 15 ■	재진료(73점) 및 외래진료료(74점) 산정 관련 가산의 종류 및 점수	61
■ 표 16 ■	재택 요양 진료수가에 영향을 미치는 3가지 요인	64
■ 표 17 ■	검체의 종류 및 진료수가	65
■ 표 18 ■	영상 진단의 종류 및 진료수가	66
■ 표 19 ■	투약(처방)의 종류 및 진료수가	67
■ 표 20 ■	주사의 종류 및 진료수가	68
■ 표 21 ■	재활치료료 산정 대상	69
■ 표 22 ■	정신과 치료 방법에 대한 개요	70
■ 표 23 ■	수술의 종류 및 수가	72

■ 표 24 ■	마취의 종류 및 수가	73
■ 표 25 ■	방사선 치료의 종류 및 수가	74
■ 표 26 ■	병리 진단의 종류 및 수가	75
■ 표 27 ■	외래환자 명세서 작성 예	76
■ 표 28 ■	입원환자 명세서 작성 예	77
■ 표 29 ■	일반병동 입원기본료(A100) 수가의 기본 개요(2023년 기준)	80
■ 표 30 ■	지역포괄케어병동 입원료(A380-3) 수가의 기본 개요(2023년 기준)	82
■ 표 31 ■	회복기재활병동 입원 대상 질환(2023년 기준)	83
■ 표 32 ■	회복기재활병동 입원료(A308) 수가의 기본 개요(2023년 기준)	84
■ 표 33 ■	요양병동 입원기본료(A101) 수가의 기본 개요(2023년 기준)	86
■ 표 34 ■	유상진료소 요양병동 입원기본료(A101)	88
■ 표 35 ■	후기고령자 대상 보험제도 변화 비교	95
■ 표 36 ■	후기고령자 보험료 균등할액 경감 대상 및 비율	98
■ 표 37 ■	도쿄 보험료액 및 경감 예시(연간 금액)	99
■ 표 38 ■	본인부담 한도액(월간 금액)	100

그림 목 차

■ 그림 1 ■	일본 의료비 본인부담률	16
■ 그림 2 ■	국민건강보험 지출(시정촌)	21
■ 그림 3 ■	국민건강보험 지출(도도부현)	22
■ 그림 4 ■	피보험자 1인당 보험료 및 보험급여비 추이	22
■ 그림 5 ■	혼합진료 경우의 부담	26
■ 그림 6 ■	일본 의료보험 제도의 구조	34
■ 그림 7 ■	포괄평가 산정식	40
■ 그림 8 ■	일본 진료수가 개정 구조	44
■ 그림 9 ■	진료수가 개정률 추이	45
■ 그림 10 ■	중앙사회보험 의료협회의 구성과 역할	48
■ 그림 11 ■	국보 연합회의 진료수가 심사·지불 범위	52
■ 그림 12 ■	일본 의약품 가격 결정 방법	57
■ 그림 13 ■	후기고령자의료제도 의료전달체계	96
■ 그림 14 ■	도쿄도의 2022·2023년도 보험료액(연간금액)	97

제1장 서론

제1절 연구배경 및 필요성

의료보험제도는 질병·부상·출산·사망 등에 대해 보험급여를 제공함으로써 국민이 건강생활을 영위하도록 하는 의료보장의 수단이라고 할 수 있다. 일본은 우리나라와 같이 의료보험제도를 통한 의료보장을 채택하고 있고, 우리나라가 처음 건강보험제도를 도입할 당시 일본의 의료보험을 참고하여 두 국가 간 유사한 부분이 많다. 이에 일본의 의료보험제도를 살피는 것은 국내 제도 개선에 유용하다.

우리나라의 건강보험제도는 높은 기대수명, 낮은 회피가능 사망률 등 우수한 건강 결과를 이끌었다고 볼 수 있다. 그러나 제도 도입 초기에 설계된 저부담-저급여-저수가의 구조적인 문제, 의료전달체계 부재로 인한 대형병원 환자 쏠림 현상과 이로 인한 지역 의료체계 위기, 필수의료 분야 붕괴 위기 등 많은 문제를 안고 있다. 특히 장기적인 의료계획의 부재, 저출산 및 고령화라는 보건의료환경의 급격한 변화, 의료비 증가의 문제 등으로 인해 건강보험제도의 지속가능성을 우려하지 않을 수 없는 상황이다. 이는 국내 건강보험제도가 다방면의 개선 없이는 유지되기 어렵다는 것을 보여준다.

일본은 1961년 전 국민 의료보험 달성 이후 보장의 수준을 향상시키는 방향으로 정책이 이루어졌다. 1970년대까지는 본인부담 완화가 이루어지다가 1980년대 의료비 증가와 함께 다시 본인부담이 강화되어 현재까지 그 기초를 유지하고 있다. 특히 일본은 2006년에 초고령사회에 진입하면서 생산연령인구의 감소로 인해 다양한 문제를 겪었으며, 이에 대응하기 위해 의료비 적정화 종합계획 추진, 후기고령자제도 신설, 도도부현 단위의 보험자 개편 등 다방면으로 제도의 개혁을 시도해왔다.¹⁾

일본에서는 2025년에 베이비붐 세대인 단카이(団塊) 세대가 모두 75세에 진입하는 등 더 심화된 고령화 국면을 앞두고 의료비 증가와 함께 보험료 수입의 감소가 가속할 것으로 예견된다. 이에 일본은 ‘고령자 의료 확보에 관한 법률’을 개정하여 후기고령자 의료비 부담률을 개편하고, 의료법을 개정하여 1차 의료를 담당하는 카카리츠케의(かかりつけ医, 동네 단골 병·의원 의사)의 기능을 강화하는 등 건강보험 재정 건전성 확보

1) 배준호 외, 일본의 사회보장제도, 한국보건사회연구원, 2018.

를 위한 정책을 적극 추진하고 있다.

한국은 2025년에 초고령사회를 마주할 전망이다. 일본은 한국보다 20년 앞서 초고령사회를 겪으며 의료보험제도를 개혁해왔다. 이에 일본의 의료보험제도를 다각도로 분석하여 우리나라의 제도 개선에 참고가 될 시사점을 도출할 필요가 있다. 특히, 의료 제공체계를 규정하는 의료법·제도와 그 개정 경위를 살피는 것은 시기별 주요 쟁점을 파악하는 데 도움이 된다. 또한 진료비 지불체계를 확인하는 것은 의료보험제도의 핵심인 보험급여의 운용을 이해하는 데 도움이 되며, 의료보험 수가체계와 산정구조를 고찰하는 것은 의료행위에 대한 가치해석의 관점을 알 수 있게 한다.

따라서 본 연구는 일본의 의료보험제도, 진료비 지불체계, 수가 산정구조의 전반 및 세부 내용을 파악하여 향후 국내 건강보험제도 개선에 적용할 수 있는 시사점을 도출하고자 한다. 아울러 ‘일본 진료수가집(2022년판)’을 번역하여 부록에 수록함으로써 일본 진료수가의 수준, 현황을 확인하였다.

제2절 연구 내용 및 방법

본 연구는 일본의 의료보험제도, 진료비 지불체계, 수가 산정구조, 후기고령자제도를 조사하여 우리나라 건강보험제도 개선의 시사점을 도출하고자 하였다.

세부 연구내용은 다음과 같다.

첫째, 일본의 의료보험제도 및 의료법의 특징 및 개정 경위를 파악한다.

둘째, 일본의 의료보험 진료비 지불체계 및 의료보험 수가 산정구조를 고찰한다.

셋째, 일본 후기고령자제도의 현황과 정책 방향을 검토 후, 세부 내용을 분석한다.

넷째, 이상의 내용을 종합적으로 분석하여 우리나라 건강보험제도 개선에 적용할 수 있는 시사점을 도출한다.

본 연구는 연구목적 달성을 위해 주로 문헌고찰의 방법을 사용하였고, 일본의 의료보험제도 관련 법률 및 정책자료, 논문 등을 조사 및 분석하였다. 또한, 일본 진료수가 집(2022년판)을 번역하여 부록에 수록하였다.

제2장 의료보험제도

제1절 의료제도 및 의료법 개요

1. 의료제도 개요

의료법은 그 나라의 의료제도 전반, 의료제공체계에 관한 내용을 규정하고 있다. 특히 의료제공체계란 의료서비스를 제공하는 자로부터 의료서비스 이용자인 국민에게 전해지는 기전을 일컫는데, 의료법이 그 근간이 된다.²⁾ 일본 의료법의 경우 이러한 내용을 충실하게 규정하고 있다.

1948년 제정된 일본 의료법은 ‘의료서비스를 받는 자의 적절한 선택을 지원하는 데 필요한 사항(의료에 관한 정보 제공, 업무 등의 강도), 의료의 안전을 확보하기 위한 관리에 필요한 사항, 의료기관별 시설의 정비와 상호 간 기능 분담 및 연계를 위해 필요한 사항(의료제공 체제 확보, 지역사회 내에서의 병상 기능 분화 및 연계 추진 등)’ 등을 규정하고 있다.³⁾

일본 의료법상 의료인은 의사, 치과의사, 약사, 간호사로 규정되어 있고, 의료기관의 종류는 진료소, 병원, 특정기능병원이 있다. 병원의 경우 의사 또는 치과의사가 의업을 실시하는 장소로 병원은 20인 이상 환자를 입원시키기 위한 시설을 갖춘 곳이고, 진료소는 입원 시설을 갖추지 않았거나 19인 이하 입원 시설을 갖춘 곳으로 우리의 의원급 의료기관에 해당한다. 한편 의료법에 명시된 병상의 종류는 정신병상, 감염병상, 결핵병상, 영양병상, 일반병상으로 구분되며(제7조), 병상 기능의 구분은 고도 급성기, 급성기, 회복기, 만성기 병상으로 구분된다(의료법 시행규칙 제30조 33의2).

1차 의료는 대부분 진료소가 담당하고, 2차 진료는 병원이 담당한다. 병원 중 고도의 의료기술을 제공하는 능력을 갖추고, 고도의 의료기술의 개발 및 평가할 능력을 갖추었으며, 고도급성기 의료 제공을 담당하는 특정기능병원은 우리나라의 대학병원급 의료기관에 해당된다.

2) 배준호 외, 전게서, p.69.

3) 일본 의료법 <https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=323AC0000000205>

일본은 의료법 제정 후 1950년부터 의료사업의 경영 주체가 법인격을 취득할 수 있도록 했고, 의료법인을 별도의 장(제6장)으로 두어 법인의 조건, 설립, 해산 및 청산, 합병 및 분할 등 세부적인 내용 등을 규정하고 있다.

의료법인은 도도부현 지사가 인가하는 사단 또는 재단이다. 이는 의료사업의 경영 주체가 의료업의 비영리성을 유지하면서 법인격을 취득하는 방법으로 민간 의료기관의 자금조달을 쉽게 하여 의료기관의 경영을 돕고자 한 것이다.⁴⁾ 의료법인은 영리 추구가 원칙적으로 금지되어 있고, 지역에서 의료의 중요한 담당자로서 적극적으로 노력해야 하며, 잉여금을 배당해서는 안 된다고 규정하고 있다. 또한 의료법상 의료법인이 할 수 있는 부대사업의 범위를 규정하고 있고, 예외적으로 사회의료법인의 경우 수익사업을 할 수 있다(제42조의2). 사회의료법인은 공익성을 담보하는 조건을 충족하고 도도부현의 인정을 받는 경우 다른 사업에서 나오는 수익을 병원 등 본래 사업에 충당할 수 있다. 이는 의료의 비영리성을 유지하면서 경영의 투명화와 효율화, 또한 지역 의료의 안정화를 목표로 하는 것이다.⁵⁾

의료법에서는 의료 안전 보장을 위해 국가와 도도부현 등이 필요한 조치를 하도록 하고, 의료사고 발생 시 필요한 조사, 의료 안전 확보를 위한 지침 제정 및 직원 교육 등 의료기관 관리자(장)의 의무 등을 규정하고 있다.

한편, 의료법에는 상당 부분에 걸쳐 의료제공체계 확보(제5장)에 대한 사항을 규정하고 있는데 구체적으로는 지역의료 계획 및 병상 기능 분화 및 연계 추진, 의료기관 종사자 확보 및 공공기관 운영에 관한 내용으로 구성되어 있다. 또한 지역의료 연계 추진 법인(제7장)에서는 지역에서 병원과 진료소, 개호노인보건시설, 개호의료원 등의 연계 추진 방침 및 관련 법인 운영 등에 관한 조항을 24개 조항에 걸쳐 규정하고 있다.⁶⁾

의약분업의 경우 강제적으로 적용되지는 않고 원외 처방 시 의사에게 보상하는 방식으로 의사의 자발적 참여를 유도하고 있다. 즉 의사는 환자에게 처방전을 교부하고 약

4) 배준호 외, 전거서, p.470.

5) 남상요, 일본의 사례를 통해 본 국내 의료법인제도 개선의 시사점, 병원경영 리포트, 2018.

6) 강주현, 일본의 의료·개호전달체계 현황 및 시사점, 의료정책포럼 제20권 제2호, 2022. 10. p.22-23.

국의 약사는 처방전대로 조제하여, 의사와 약사의 업무를 분담하는 형태이다.

의료전달체계의 경우 우리와 유사하게 환자 관점에서 1, 2, 3차 의료기관 이용에 별 다른 장벽이 없으며, 진료의뢰서가 없는 경우 환자의 부담을 높이거나, 의료기관 스스로 소개 환자 비율을 유지하도록 하는 정책적 방법을 활용하고 있다. 다만 일본 의료법상 의료제공체계에 대한 세부적인 규정을 담아 우리보다는 정교한 체계를 갖추고 있다는 평가가 있다.⁷⁾

2. 의료법 개정 관련 특징

의료법 개정 사항을 통해 당시 의료제도의 주요 이슈를 가늠할 수 있다.

일본의 경우 1980년대 초 의료 시설과 인력의 양적 확보는 달성하였으나, 의료자원의 지역 간 불균형 분포, 의료기관의 기능과 연계 체계의 문제가 나타났다. 이에 1985년 의료법 개정을 통해 의료권을 설정하고 도도부현별 의료계획을 수립하도록 하여 지역별 필요 병상수를 확인하고, 도도부현이 병상 개설에 제동을 걸 수 있는 권한을 부여하였다. 즉 의료법에 의거 도도부현은 의료제공체계 확보를 위한 계획을 수립해야 하는데, 동 계획에는 장래 병상 수 필요량 산정과 지역에서의 필요한 목표 의사 수, 의사 외 의료종사자 확보에 관한 사항, 지역 내 응급이나 재해 의료, 오벽지 의료, 주산기 의료, 소아의료 확보에 필요한 사항, 연계 체계 등을 포함하여 실행하여야 한다.

1992년 의료법 개정에서는 의료기관의 기능을 체계화하여 특정기능병원을 제도화하고 의료기관의 의료 관련 보고 및 정보 제공을 의무화하였다.

1997년 3차 개정에는 의료계획 제도의 필수 기재 사항 추가, 의료법인 업무 확대 내용을 포함하였고, 2000년 제4차 개정에는 병원의 병상을 요양 병상과 일반병상으로 구분하고, 병원 관련 필수 시설 및 인력 배치 기준 등의 규제를 완화하였다. 이는 지역에서 병상을 확보한다는 측면보다 과잉 공급된 병상을 규제한다는 방침이었으며, 이에 ‘기준 병상 수’라는 용어가 사용되었다.

2006년 제5차 개정에는 의료계획 제도를 수정하여 의료기능별 분화 및 연계를 추진

7) 강주현, 전계서, p.21.

하였고, 지역별·진료과목별 의사 인력의 불균형 분포 문제 해결을 위한 대응 방안을 담았다. 2014년 제6차 개정에는 인구의 고령화에 대비해 효율적이고 질 높은 의료제공체계를 갖추겠다는 목표에 따라 의료기관의 기능을 다양하게 분화하고 이들의 연계를 추진하기 위해 병상기능 보고제도를 도입하고, 이를 통해 지역의료 계획 또는 지역 의료 구상 체계를 마련하였으며, 의료인력 확보를 위해 지역의료 지원센터 설치 등을 규정하였다. 특히 2014년 일본은 ‘의료·개호 종합 확보 추진법’을 시행하면서 각 도도부현이 ‘지역 의료구상’ 작업을 시행하였다. 이는 2025년 필요 병상수를 추계하기 위함으로 지역 의료제공체계 계획의 일환이었다. 동 계획에서 의료권은 일본 전 지역을 응급의료 및 일반적인 입원 치료가 완결될 수 있도록 세분화하였는데, 이를 1, 2, 3차 의료권이라 한다. 3차 의료권은 주로 46개 도도부현 각 지역 전체를 의미하고, 2차 의료권은 다수의 시구정촌으로 구성하되, 하나의 현(県) 단위 지역을 지역 면적에 따라 몇 개의 구역으로 세분화하여 한 구역으로 설정하였다. 1차 의료권은 외래를 중심으로 하는 일상적인 의료를 제공하는 지역 구분 형태로서 원칙적으로 시구정촌이 중심이 되었다.⁸⁾

2015년 제7차 개정에서는 의료기관 상호 간 기능 분담 및 연계 업무를 추진하였고, 2017년 제8차 개정에서는 특정기능병원 관리 및 운영 체계를 강화하였으며, 2018년과 2021년 개정에서는 지역 간 의사 편재 문제 해소, 지역에서의 양질의 의료 및 개호의 종합적인 확보, 지역의료 실현을 위한 의료기관 지원 등의 내용을 포함하였다.⁹⁾

8) 강주현, 전제서, p.23.

9) 박수경, 일본 의료계획 방향 및 시사점, 건강보험정책연구원, 2015.; 이현옥 외, 주요국의 건강보장제도 현황과 정책 동향, 건강보험연구원, 2022. p.42-43.

제2절 의료보험제도 개요

1. 의료보험제도의 시행 과정¹⁰⁾¹¹⁾

일본의 경우 1867년 메이지유신 이후 근대 의료가 시작되었다. 초기 의료서비스는 대부분 민간 부문이 제공하고, 정부의 경우 공중보건 측면에서 영양 수준을 높이고, 감염병에 대처하는 역할을 하였다. 이후 1938년 후생성이 설치되었고, 전후(戰後) 1946년 헌법이 제정되면서 국민의 생존권 확립과 생활의 진보·향상이 국가의 의무로 규정되었으며, 이후 식품,약품, 환경위생, 국민의 건강 등에 대한 제도 확충이 이루어졌다.

의료보장의 경우 사회보험 방식으로 시작되었는데, 의료와 관련된 사회보험에는 의료보험, 의료부조와 개호보험이 포함된다.

일본은 19세기 후반부터 군인, 공무원, 일부 기업을 중심으로 의료보험이 시작되었는데, 1911년 공장법이 제정되면서 노재(勞災=산재)보험이 도입되었다. 강제보험으로서 의료보장이 시작된 것은 1922년 건강보험법¹²⁾ 제정 후, 1927년 동 법의 시행으로 시작되었는데, 당시에는 광업 같은 위험한 업종의 노동자를 위한 조합(피용자보험)이었고, 10인 이상 사업장에 적용되었다. 이후 전쟁으로 인해 경제가 어려워지면서 건강보험조합이 늘어나고, 1934년 5인 이상 사업장, 1937년에는 사무직 근로자까지 확대되었으며, 1941년에는 노동자 본인 외 피부양자에게까지 건강보험 적용이 확대되었다. 특히 일반 직장근로자 외에 특정 직역의 경우 근거법을 달리하여 선원보험법, 국가공무원공제조합법, 지방공무원등공제조합법, 사립학교교직원공제법에 의해 각각 (직장)건강보험제도의 적용을 받는다. 반면 보험료를 내줄 고용주가 없는 농민, 자영업자들의 경우 어려움이 더 커지자 1920년대와 1930년대 마을 단위 농민조합이 만들어졌으며, 1938년에는 국민건강보험법이 통과되면서 국가가 지역의 건강보험을 보조할 수 있게

10) 배준호 외, 전게서, p.489-492.

11) 김계현, 한국, 일본, 대만의 건강보험제도 비교, 의료정책포럼 제14권 제4호, 2017. 85-91.

12) 동 법은 근로자의 생활상 불안을 없애고 근로 능률 향상 및 국가산업의 건전한 발달을 촉진하기 위해 시작되었다.

되었다. 이것이 현재 일본의 지역 의료보험인 국민건강보험의 시작이다.

이후 1955년 사회당과 자민당이 통합되면서 전 국민 건강보험 보장을 공약으로 내세웠고, 이에 맞춰 후생성은 ‘국민 개보험을 위한 4개년 계획’을 준비하였으며, 1958년 국민건강보험법이 통과되면서 1961년 전 국민 건강보험을 달성하였다. 이후 1973년 오일 쇼크로 인한 경기침체와 국가재정 악화, 고령화에 따른 의료비 문제 등을 이유로 건강보험제도의 전면적인 개편을 통해 1980년대 초 노인보건제도와 퇴직자 의료제도가 시행되었다.

일본은 1961년 전 국민 건강보험을 달성하였지만, 세부적으로 다양한 제도가 운용되며 제도별로 운영방식도 상이하다. 앞서 살펴본 바와 같이 일본은 지역별로 상호공제제도가 발달하면서 직장근로자들의 사회보험이 시작되었고, 직장보험에서 제외된 지역주민 등에게 지역 건강보험이 실시되면서 전 국민 건강보험이 달성된 것이다. 이상의 내용을 정리해보면 일본의 의료보장 체계는 크게 (직장)건강보험제도와 (지역)건강보험제도가 있고, 별도로 후기고령자의료제도가 있다. 이중 (직장)건강보험에는 ① 건강보험협회와 건강보험조합이 관장하는 건강보험이 있고, ② 공제조합(국가공무원공제조합, 지방공무원공제조합, 사립학교교직원 공제조합)에 의한 건강보험, ③ 선원보험법에 따른 선원보험이 운영되고 있다. 한편 (지역)건강보험제도는 국민건강보험법에 따라 농업종사자, 자영업자 등을 피보험자로 하여 운영되고 있다.¹³⁾

표 1 일본 의료보험제도 유형

구분		유형		
(공적) 의료보장 체계	건강 보험제도	직장 건강보험제도	건강보험	전국 건강보험협회 관장 건강보험
				건강보험조합 관장 건강보험
		공제조합		국가공무원 공제조합
				지방공무원 공제조합
				사립학교 교직원 공제조합
		선원보험		
	지역 건강보험제도	국민건강보험(농업종사자, 자영업자, 퇴직자 등 시정촌 기타 국민건강보험조합(직종조합))		
	후기고령자 의료제도	후기고령자 의료제도		

자료: 이현옥 외, 주요국의 건강보장제도 현황과 정책 동향, 건강보험연구원, 2022. p.55.

13) 김계현, 한국, 일본, 대만의 건강보험제도 비교, 의료정책포럼 제14권 제4호, 2017. 85-91.

한편 건강보험제도와 별도로 2008년에는 후기고령자의료제도가 시작되었고, 2018년에는 국민건강보험제도의 재정 운영이 시정촌에서 도도부현 단위로 변경되었다.

■ 표 2 ■ 일본 의료보험제도의 주요 경과

연 도	주요 내용
1922년	(구) 건강보험법
1938년	(구) 국민건강보험법
1958년	국민건강보험법 제정
1961년	전 국민 의료보험 실현
1973년	70세 이상 의료비 무료(본인부담 무료)
1983년	노인보건법 시행
1984년	지역 보험(피용자보험)의 본인부담 10%
1997년	지역 보험(피용자보험)의 본인부담 20%
2003년	지역 보험(피용자보험)의 본인부담 30%
2008년	후기고령자 의료제도 시작
2015년	의료보험제도 개혁법 시행
2018년	국민건강보험 재정 운영 시정촌에서 도도부현 단위로 변경

자료: www.med.or.kr.

2. 의료보험제도의 특징

건강보험제도의 구조는 복잡하지만, 기본적으로 강제가입에 의한 사회보험방식을 채택하고 있고, 보험자 유형별로 가입자격이 상이한 다보험자 제도로 한국의 단일 보험자 제도와 차이가 있다.

건강보험은 질병, 부상, 사망, 출산 등 단기적인 경제적 손실에 대해 보험급여를 제공하는 것을 원칙으로 한다. 피보험자가 의료기관에서 의료서비스를 받을 때, 연령 및 소득에 따라 본인부담금을 차등하여 부담하며, 환자가 정률로 부담하는 본인부담에는 일정한 상한을 두고 있다. 75세 이상 고령자는 기본적으로 본인부담률이 10%이나, 개인소득이 일정 구간을 넘는 일부 고령자는 20~30%의 부담을 진다. 또한 6세 미만의 취학 전 아동은 본인부담률 20%가 적용되며, 69세 이하의 피보험자는 본인부담률 30%가 적용된다(그림 1).

	일반 소득자 등	일정 이상 소득자	현역 수준 소득자
75세	10% 부담	20% 부담	30% 부담
70세	20% 부담		
6세	30% 부담		
	20% 부담		

■ 그림 1 ■ 일본 의료비 본인부담률

자료: 厚生労働省, 2023.

주1) 본인부담률 차등 적용의 기준이 되는 소득(일정 이상·현역 수준)은 지역마다 다름.

개인소득 일정 구간은 도쿄도의 경우, 현역 수준의 소득은 같은 세대의 피보험자 중 주민세 과세 소득이 145만 엔 이상으로 정하고 있다. 또한, 일정 이상 소득은 주민세 과세 소득이 28만 엔 이상이거나 합계 소득 금액이 200만 엔 이상(피보험자 1명), 320만 엔 이상(피보험자 2명 이상)으로 정하며, 지정 기준 미만 금액은 일반 소득자로 정하고 있다. 소득 판정으로 현역 수준 소득자로 정해진 경우에도 ① 1945년 1월 2일 이후 태어난 피보험자 및 같은 세대의 피보험자의 소득 금액 합계액이 210만 엔 이하, 또는 ② 전년의 수입액이 383만 엔 미만이자 피보험자의 수입 합계액이 520만 엔 미만(가구에 피보험자 1명인 경우), 후기고령자 의료제도 피보험자 전원의 전년 수입 합계액이 520만 엔 미만(가구에 피보험자 2명 이상인 경우)일 때에는 본인부담률 30% 대상이 되지 않는다.

재원은 주로 보험료와 국고보조금에 의해 조달되며 재원에서 차지하는 국고보조금의 비율은 제도마다 다르다. 보험급여체계 역시 급여의 내용은 보험자마다 다르고, 피보험자와 피부양자마다 다르다.¹⁴⁾

대표적으로 직장근로자를 대상으로 하는 건강보험제도에서 보험료율은 피보험자 5.00%,

14) 정희정 외, 한국과 일본 의료보험제도 비교연구, 일본근대학연구 제31권 제1호, 2011.

고용주 5.00%씩 부담하여 평균 10.0%이고, 제도 운용을 위한 운용비와 급여비의 16.4%를 국고에서 지원한다. 또한, 전국 1,410개 조합으로 구성된(직장) 건강보험조합의 경우 조합에 따라 보험료율이 상이한데, 2004년 7.5%였던 평균 보험료율은 후기고령자 의료제도에 대한 부담 증가로 지속적으로 인상되어 2023년에는 9.27%까지 인상되었다.¹⁵⁾¹⁶⁾

건강보험제도의 관리운영 주체는 후생노동성으로 일본 전역의 8개소의 지방 후생국이 지방행정을 담당한다. 한편 의료기관은 신청에 따라 요양기관으로 참여할 수 있고, 각 지방후생국에서 보험의료기관을 지정한다. 특히 일본의 경우 의사도 보험의로서 지방후생국에 등록해야 하며, 이에 따라 보험진료를 받고자 하는 자는 보험의료기관에서 등록된 보험의에게 진료를 받아야 한다.

보험의료기관은 피보험자에게 보험급여를 제공해야 하며 진료비는 보험자로부터 보험의료기관에 지불된다.

3. 관리운영체계

의료보험제도의 전반적인 관리와 운영은 중앙행정기관인 후생노동성의 보험국이 담당하고, 일본 전역 8개소의 지방 후생국이 연금 등 다른 사회보험 업무와 함께 의료보험 업무를 담당한다.

후생노동성 보험국은 건강보험, 국민건강보험, 선원보험, 고령자 의료제도에 대한 정책설계, 조정, 건강보험조합과 지역건강보험 보험자 등에 대한 지도·감독 외 사회보험 전반의 행정을 담당한다.

지방후생국의 경우 2001년 전국에 8개가 설립되었는데, 이후 47개 도도부현에 사무소가 설치·운영되고 있다. 지방후생국은 건강보험조합에 대한 지도·감독, 국립병원의 관리, 보험의료기관에 대한 지도·감독, 관내 건강보험협회 지부 및 사회보험 진료수가 지불기금 지부에 대한 지도·감독 업무를 수행한다. 보험별 보험자는 다음과 같다.

15) 김명중, 일본에서 사업주의 사회보험료 부담, 국제노동동향, 2015. 5. p.69.

16) 健康保険組合連合会, 健康保険組合 予算編成状況, 2023. 4.

표 3 | 의료보험별 보험자

	제도	피보험자		보험자	급부 사유
의료보험	건강보험	일반	건강보험 적용 사업소의 직장인 근로자(민간 회사)	전국건강보험협회, 건강보험 조합	업무 외의 질병·부상, 출산, 사망
		의료법 제3조 제2항의 규정에 따른 피보험자	건강보험의 적용 사업소의 임시 근로자나 계절적 사업에 종사하는 사람 등	전국건강보험협회	
	선원보험 (질병부문)	선원으로 선박 소유자에게 사용되는 사람		전국건강보험협회	
	공제조합 (단기급여)	국가공무원, 지방공무원, 사학 교직원		각종 공제조합	질병·부상, 출산, 사망
	국민건강보험	건강보험·선원보험·공제조합 등에 가입하고 있는 근로자 이외의 일반주민		시(구)정촌	
은퇴자 의료	국민건강보험	후생연금보험 등 피용자연금에 일정 기간 가입하고 노령연금급여를 받는 65세 미만의 사람		시(구)정촌	질병·부상
노인 의료	후기고령자 의료제도	75세 이상의 사람, 또는 65세~74세로 후기고령자 의료광역연합의 인정을 받은 일정한 장애 상태의 사람		후기고령자 의료광역 연합	질병·부상

자료: <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat320/sb3190/sbb3190/1966-200/>

한편 지역건강보험의 보험자가 공동 사무처리를 위해 국민건강보험법에 근거한 공공 법인으로 국민건강보험단체연합회를 설립할 수 있다. 동 연합회의 회원은 시정촌이고, 보험자의 공동사업을 위한 조직이라 시정촌의 보험자 업무를 공동 관리하고, 고령자 의료, 개호보험 등 업무를 수행한다.¹⁷⁾

17) 이현옥 외, 2022년 주요국의 건강보험제도 현황과 정책 동향- 일본, 국민건강보험공단 건강보험연구원, 2022. p.68.

4. 의료보험제도와 국민건강보험제도

가. 의료보험제도(직장건강보험)

건강보험(의료보험)은 직장 근로자의 업무 외 사유로 인한 질병, 부상, 사망 또는 출산에 대하여 보험급여를 제공하고, 피부양자에게도 동일한 보험급여를 제공하는 것을 목적으로 한다.

적용 대상의 경우 피보험자는 5명 이상 상시 근로자를 고용한 강제 적용 사업장에 고용된 자이고, 임의 피보험자는 강제 적용 사업장에 해당하지 않는 사업자에 고용된 자로 해당 사업장 전체의 근로자 절반 이상의 동의를 받은 후, 고용주가 후생노동성 대신의 인가를 받아 임의적용사업장이 될 수 있으며, 이 경우 모든 근로자가 피보험자가 된다. 또한 피보험자였던 자가 퇴직 등에 의해 피보험자 자격을 상실한 후에도 지속적으로 피보험자 자격을 유지할 수 있는데 이를 임의계속 피보험자라고 한다.

특히 피보험자 외 피부양자도 보험적용을 받게 되는데 피부양자의 범위에는 ‘직계존속, 배우자, 자녀, 손자녀, 자매로 주로 피보험자에 의해 생계를 유지하는 자, 피보험자와 3촌 내의 친족으로 동일 세대에 속하는 경우, 피보험자의 배우자로 혼인신고를 하지 않았지만 사실상 혼인 관계와 동일한 사정에 있는 자의 부모와 자녀로 피보험자와 동일 세대에 속하는 자, 피보험자의 배우자 사망 후 그 부모와 자녀로 동일 세대에 속하는 자’가 포함된다.

(직장)의료보험제도의 보험자는 건강보험조합과 전국건강보험협회이다. 조합관장 건강보험의 경우 조합 단독 또는 2개 이상의 사업주가 공동으로 후생노동대신에 신청하여 인가를 받아 설립하고, 단일 조합의 경우 피보험자 요건은 700명 이상이다. 또한 통합 건강보험조합은 동일 업종 복수의 기업이 공동으로 설립하는 형태로 피보험자 요건은 3,000명이다. 협회 관장 건강보험의 경우 조합이 조직되지 않은 소규모 사업장이 가입하고 조합관장 건강보험 가입자 이외 피보험자, 일용 노동자 등이 대상이 된다.

2022년 기준 조합관장 건강보험의 피보험자 수는 1,641.1만 명, 피부양자 수는 1,197.1만 명이고, 협회관장 건강보험의 피보험자의 수는 2,514.9만 명이다.

보험급여는 피보험자 및 피부양자의 질병 및 부상이 있는 경우 의료서비스 그 자체가

보험급여로 현물급여 방식이 원칙이다. 보험급여는 요양급여, 입원 시 식사요양비, 입원 시 생활요양비, 방문간호 요양비, 보험 외(外) 병용요양비(특정요양비), 요양비, 이송비, 상병수당, 매장료·매장비, 출산·육아 일시금, 출산수당 등이다. 특히 요양급여는 피보험자의 질병 및 부상에 대한 급여로서 진찰, 약제 및 치료재료의 지급, 처치, 수술 기타 치료, 재택의 요양상 관리와 그 요양에 따른 돌봄 기타 간호, 병원 및 진료소로의 입원과 그 요양에 따른 돌봄 기타 간호서비스를 제공하는데, 원칙적으로 기간 제한은 없다.

급여율은 6세 미만 취학 전 소아의 경우 80%가 적용되고, 취학 후 연령부터 70세 미만은 70%, 70세 이상은 90%가 적용되며, 환자가 정률로 부담하는 본인부담은 70세 미만의 피보험자는 30%, 70~74세의 경우 요양급여 비용의 20%(일정 이상 소득자는 30%), 75세 이상의 경우 10%(일정 이상 소득자는 30%)의 비율이 적용된다.

부가급여는 조합별로 모기업의 특징과 재정 상황에 따라 조합별 규약으로 정할 수 있으며 법정급여와 함께 제공된다.

한편 의료보험의 재원은 주로 보험료와 국고 부담으로 구성된다. 보험료는 피보험자의 표준보수월액, 표준상여액에 일반보험료율을 곱한 금액으로 매월 부담한다.

2022년 기준 의료보험제도 보험료율은 조합관장 의료보험의 경우 평균 9.26%, 협회관장 건강보험의 경우 평균 10.0%로 표준보수월액(1개월)·표준상여액에 해당 보험료율을 곱한 것이 보험료 총액이 된다.¹⁸⁾ 보험료는 고용주와 피보험자가 50%씩 부담하는 것이 원칙이고, 임의계속피보험자의 경우만 본인이 100% 부담한다.

나. 국민건강보험제도(지역 의료보험제도)

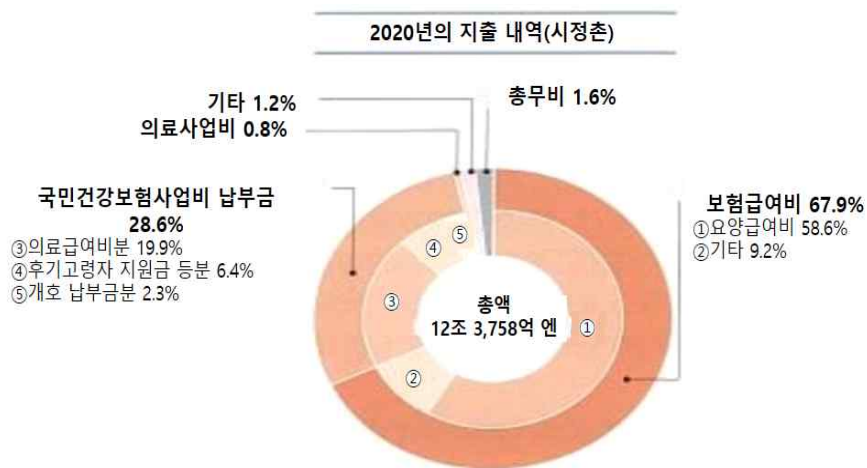
국민건강보험제도는 직장 의료보험제도를 포함 다른 의료보험제도(피용자보험, 후기고령자 의료제도에 가입되지 않은 국민을 대상으로 한 의료보험제도로 직장 건강보험제도와 대비되는 지역 의료보험제도이다.

국민건강보험제도의 목적은 농민이나 자영업자 등 직장 의료보험제도에 가입되지 못한 자를 대상으로 질병과 부상, 출산, 사망에 대해 필요한 급여를 제공하기 위함이다.

18) 健康保険組合連合会, 令和4年度(2022年度)健保組合予算編成状況について, 2022.

보험자는 도도부현 및 시정촌 국민건강보험과 국민건강보험조합이다. 국민건강보험법에 근거해 도도부현과 시정촌은 지역건강보험을 시행할 법적 의무가 부과되어 실행 주체가 된다. 국민건강보험조합의 경우 동종 업종에 종사하는 자 300명 이상으로 조직되는 공법인으로 주로 의사, 치과의사, 약사, 변호사, 식품판매업, 토목건축업, 이미용업 등이 조합을 설립하고 있다.¹⁹⁾

2018년 국민건강보험법 개정 이후부터는 도도부현과 시정촌이 함께 국민건강보험을 운영하며, 특히 도도부현이 재정 운영의 책임 주체로서 중심적인 역할을 담당하게 되었다. 2018년을 기준으로 국민건강보험의 수입 총액에서 보험료는 20.1%를 차지하고, 이 외 대부분의 재정은 도도부현 및 시정촌으로부터의 공비나 피고용자 보험의 전기고령자 교부금²⁰⁾ 등으로 충당된다. 국민건강보험의 재원은 시정촌의 경우 보험급여비 67.9%, 국민건강보험사업비 납부금 28.6% 등에 지출되었다(그림 2). 도도부현의 경우 보험급여비 등 교부금 78.8%, 후기고령자 지원금 등 14.2%, 개호(간병) 납부금 5.2% 등에 지출되는 것으로 나타났다(그림 3).



■ 그림 2 ■ 국민건강보험 지출(시정촌)

자료: 国民健康保険中央会, 2022.

19) 이현옥 외, 2022년 주요국의 건강보험제도 현황과 정책 동향- 일본, 국민건강보험공단 건강보험연구원, 2022. p.103.

20) 국보·피용자보험의 전기고령자(65세~74세)의 편재에 의한 보험자 간의 부담 불균형을 각 보험자의 가입자 수에 따라 조정하기 위한 교부금

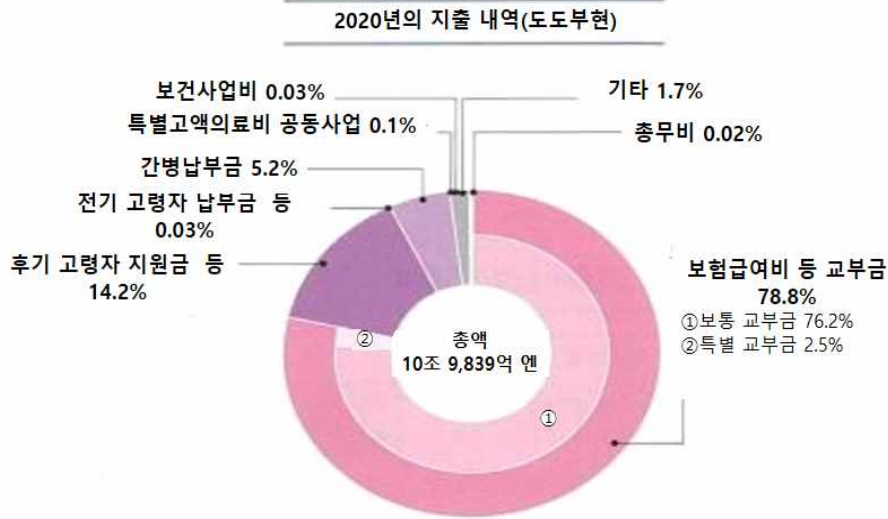


그림 3 국민건강보험 지출(도도부현)

자료: 国民健康保険中央会, 2022.

국민건강보험의 보험료 총액은 피보험자 수의 감소 등의 영향으로 2016년부터 감소하였다. 반면, 피보험자 1인당 보험료 및 보험급여비는 의료 고도화 등에 의한 보험료율의 인상으로 증가하는 경향을 보인다(그림 4).



그림 4 피보험자 1인당 보험료 및 보험급여비 추이

자료: 国民健康保険中央会, 2022.

국민건강보험제도 역시 도도부현 내 주소를 둔 자는 법률상 국민건강보험의 피보험자가 되는 강제가입 제도로 2020년 기준 시정촌 보험자 수는 1,716개, 피보험자 수는 26,193천명, 국민건강보험조합 보험자 수는 161개, 피보험자 수 2,711천명이다.²¹⁾²²⁾

보험급여는 요양급여(진찰, 약제 및 치료재료의 지급, 처치, 수술 기타 치료, 자택에서의 요양상 관리와 그 요양에 수반하는 돌봄 기타 간호, 병원 및 진료소의 입원과 그 요양에 수반하는 돌봄 기타 간호)의 입원 시 식사요양비와 생활요양비, 보험 외 병용요양비, 요양비, 방문간호요양비, 특별요양비, 이송비, 고액요양비 및 고액간호 합산요양비, 특별요양비, 이송비, 출산·육아 일시금 및 장제비(장제급여), 출산수당, 상병수당 등이다.

본인부담금은 일반 피보험자(퇴직자 의료제도의 대상자 이외의 피보험자), 퇴직피보험자(퇴직 의료제도 대상자) 및 그 피부양자에 대해서 70세 미만은 30%(의무교육 취학 전 20%), 70세 이상 고령자는 20% 이중 일정 이상 소득자(현역 근로자의 소득 수준 기준)는 30%이다. 다만 보험자는 보험 재정의 건전성을 손상할 우려가 없다고 인정되는 경우 조례 및 규약으로 이 비율을 줄일 수 있다.

국민건강보험제도의 재원은 대부분 보험료와 국고보조금(국고 부담)이고, 도도부현 보조금, 시정촌의 일반회계로부터의 이월금 등도 있다. 보험료의 경우 대부분 각 시정촌 각 세대주에게 보험료를 징수한다.²³⁾ 시정촌 및 피보험자에 따라 보험료 부과방식

21) 이현옥 외, 주요국의 건강보험제도 현황과 정책 동향, 건강정책연구원, 2022. p.103.

22) 다만 다음의 사항에 해당하는 자는 피보험자에서 제외되는데, ① 건강보험, 선원보험, 국가공무원공제조합, 지방공무원 등 공제조합 또는 사립학교 교직원공제조합의 피보험자 또는 조합원과 그 피부양자 ② 건강보험법 제3조 제2항의 규정에 따른 피보험자로서 일용 특례 피보험자 수첩을 교부 받아 건강보험 인지 사이에 있는 자와 그 피부양자 ③ 고령자 의료 확보에 관한 법률에 의한 피보험자(후기고령자 의료제도) ④ 생활보호법상 보호받는 세대에 속하는 자 ⑤ 국민건강보험조합의 피보험자, 기타 시정촌이 실시하는 국민건강보험의 피보험자로서 65세 미만 이면서 후생연금보험이나 각종 공제조합의 노령 또는 퇴직 사유로 연금 등을 수급할 수 있는 자로서 가입 기간이 20년 이상인 자 또는 40세 이후의 가입 기간이 10년 이상인 자 등임. 이현옥 외, 전제자료, p.106.

23) 일반 피보험자에게는 보험세를 부과하는 방법도 있는데, 보험세 부과 방법은 해당 연도 일반 피보험자의 요양급여 비용 지급에 필요한 비용의 총예상액에서 피보험자의 본인부담금 총액의 예상액을 공제한 금액의 65% 해당액과 해당 연도 기타 국가 부담금의 예상액을 공제한 금액과 합산한다. 부과방식은 다양한 방식이 적용된다.

과 부과율(보험료율)이 다른데 2020년 기준 주로 소득할, 피보험자 균등할, 세대별 평등할 등을 조합하여 부과하는 방식인 3방식 적용대상자가 가장 많으며, 보험료율은 가나가와현(神奈川県) 히라츠카(平塚)시의 경우 5.85% 수준이다.²⁴⁾

한편, 국민건강보험의 경우 지역의 피보험자들의 보험료 부담 능력, 사업주가 없어 보험료만으로 보험 운영이 어렵기 때문에 보험 재정의 건전성을 위해 국가보조금이 투입된다. 즉 국가보조금을 통해 국민건강보험(지역건강보험)의 요양급여비 등과 재정조정교부금, 보험자 노력지원제도 교부금 등이 지급된다. 먼저 요양급여비용에 대한 보조금의 경우 요양급여비에서 일부부담금에 해당하는 금액을 공제한 금액과 요양급여비용 지급에 필요한 비용의 합산액에서 보험 기반 안정이 임금의 50%에 해당하는 금액을 공제한 금액, 전기고령자 납부금 및 후기고령자 지원금과 개호 납부에 필요한 비용을 합산한 금액의 32%를 부담한다.

국민건강보험조합에 대한 보조금의 경우 마찬가지로 조합의 요양급여비용을 지원(보조)하는데, 그 비율은 조합의 소득 수준에 따라 13~32% 범위 내에서 지원한다. 또한, 조합의 재정 능력이나 재해 등 특별한 사정이 있는 경우 특별 보조금을 지원하기도 한다. 또한 지역건강보험의 재정을 조정하기 위해 시정촌의 보험재정 상황을 고려하여 재정조정교부금을 지급하기도 하는데, 해당 교부금을 통해 전·후기고령자 납부금, 지원금의 약 16%를 보조한다. 그 밖에도 국민건강보험재정의 보조를 위해 특별회계, 고액 의료비 공동사업 및 보험재정 안정화 사업 등을 실시하고 있다.

국민건강보험제도와 관련된 최근 동향으로 2018년에 국민건강보험법 개정에서는 ‘전 세대 대응형 사회보장제도 구축’을 위한 일부 개정이 이루어진 바 있는데(레이와(令和) 3년(2022년) 법률 제66호), 이는 현 세대의 혜택이 적고, 부담은 늘면서 고령자 중심의 사회보장 구조라는 불만에 따라 전 세대가 안심하고, 지지할 수 있는 사회보장 체계 구축을 위해 개정되었다. 주요 내용은 모든 세대의 건강보험 부담과 급여 혜택을 재검토하여 후기고령자 의료제도의 부담 비율을 재검토하고, 어린이·육아 지원 확충으로 육아휴직 중 보험료 면제 요건을 검토하였으며, 건강한 현역, 근로 환경 조성을 위

24) 3방식을 적용하는 히라츠카시의 경우 보험료 부과방식은 (전년도 총소득금액 등-기초공제액 33만엔)×5.85%가 적용된다. 이현옥 외, 전계자료, p.113.

해 예방 및 건강관리 서비스, 중증화 예방사업 강화, 어린이 관련 국민건강보험료 감액 조치 강화, 국민건강보험 재정 운영의 안정화 도모를 위한 대치를 강화하는 내용을 담았다.²⁵⁾

다. 기타 선원보험 및 공제조합

선원보험은 1939년 4월 선원보험법에 따라 시작되었다. 선원보험에 대한 보험자는 정부이며, 피보험자는 선원이다. 선원보험의 특징은 보험사고의 범위가 넓어 직무상 사고 및 직무 외 사고가 급여내용에 포함되고, 급여의 경우 요양급여, 요양비, 이송비, 상병수당, 고액요양비, 출산·육아 일시금, 출산수당, 개호료, 장제료 같은 급여뿐 아니라 실업급여, 연금급여도 포괄하는 종합적인 사회보험의 성격을 가지고 있다. 2010년부터 전국건강보험협회 선원보험부가 보험제도를 운영하고 있으며 협회 관장 건강보험과 유사한 형태로 운영되고 있다.

한편 공제조합은 직종별로 국가공무원 공제조합, 지방공무원 공제조합, 사립학교 교직원공제조합이 있다. 본인부담금은 건강보험과 동일하게 적용되고, 급여내용은 요양급여와 보험 외 병용 요양비, 가족요양비, 고액요양비, 방문간호 요양비, 가족 방문 간호 요양비, 입원 시 식사요양비와 생활요양비, 이송비, 가족이송비, 매장료, 출산수당, 휴업 및 휴직 수당, 육아휴직 수당, 개호 휴직 수당, 상조금, 재해보상금 등이다.

5. 혼합진료 금지 제도

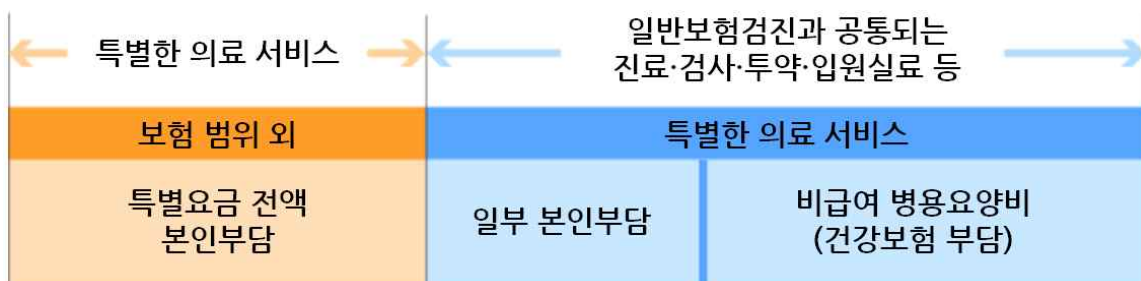
혼합진료란 건강보험의 적용을 받는 진료와 그 이외 진료의 병용을 의미한다. 일본에서는 혼합진료를 원칙적으로 금지한다. 혼합진료 금지원칙은 일본 국민건강보험법 제44조, 보험의료기관 및 보험의료담당규칙 제5조 및 제5조의2 규정에 따른다.²⁶⁾ 그

25) 일본 후생노동성, 전 세대 대응형의 사회보장제도를 구축하기 위한 건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률의 개요 개정의 취지 중,
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuhoken/koukiko_urei/index_00002.html. 2023. 4. 29. 추출

러나 혼합진료 자체를 금지하는 것이 아니라 진료비의 혼합을 금지하는 것으로 건강보험 적용 진료(보험진료)와 비급여 진료(자유진료)가 동시에 시행될 경우, 비급여 진료(자유진료)에 대한 비용을 환자에게 따로 청구할 수 없다. 이에 환자의 치료과정에서 비급여 진료(자유진료)가 포함될 경우 환자는 진료에 대한 전체 비용을 '자유진료'로 하여 초진 비용까지 전액을 환자가 부담하도록 한다.²⁷⁾ 다만 건강보험법 개정마다 예외적 허용이 생겼다.

1984년 건강보험법 개정 시에는 특정요양비 제도가 도입되어 3차 의료기관 등 특정 승인 의료기관에서 이루어지는 고도선진의료기술료, 병실차액료 등은 혼합진료로써 허용하였다.

2004년 8월 규제개혁회의에서 혼합진료를 전면 허용해야 한다는 제안 이후, 당시 총리가 공감을 표하면서 사회적 이슈가 되었다.²⁸⁾ 이후 2006년 건강보험법 개정에서는 특정요양비 제도가 '보험 외 병용요양비 제도'로 개편되어, 평가요양과 선정요양에 대해서는 보험진료와의 병용이 인정되었다.



■ 그림 5 ■ 혼합진료 경우의 부담

자료: <https://www.mhi.or.jp/contents/kyufu/heiyo.html>

26) 오은환, 의료서비스 선택과 비급여 의료비 부담: 일본 혼합진료 금지 제도 고찰, 한국보건행정학회지 제31권 제1호, 2021. p.17-23.

27) 宇田憲司, 日本の健康保険制度に関連する法律上の問題, 比較医療学会発表資料, 2015.4. p.27-31.

28) 이규식 외, 일본 의료제도의 발전과 현안 과제, 이슈페이퍼 제59, 건강복지정책연구원, 2023. 7.24. p.13.

평가요양이란 아직 보험진료의 대상이 되지는 않았으나 일정한 효과와 안전성이 확인된 진단, 치료서비스·의약품·의료기기를 대상으로 하여 보험 도입(등재)을 위한 평가를 하는 것으로 선진의료(고도의료 포함),²⁹⁾ 임상시험에 관한 진료, 의료기기 시험 관련 진료, 약사법 승인 후 보험등재 전의 의약품 및 의료기기 사용, 적용 외 의약품 및 의료기기 사용이 해당되었다. 또한 선정요양은 피보험자의 선택에 의한 특실 이용, 그 외 후생노동대신이 정하는 요양으로 보험 도입을 전제하지 않는 항목들이었다.³⁰⁾

2012년 개정에서는 선진의료와 고도의료가 통합되어 선진의료A, B로 변경되었는데 기존의 고도의료는 선진의료B로 변경되었다. 선진의료A는 유효성이 인정된 기술로 의료기관으로부터 신청 받아 선진의료회의가 심사방법을 정하고 여기에서 타당성을 인정받으면, 일정 기준에 적합한 의료기관에서 실시할 수 있도록 허용하였다. 한편, 선진의료B는 전문가들에 의한 위원회에서 안전성 및 유효성을 검토하는 심사체계를 거쳐 보다 엄격하게 평가하도록 하고, 시행 의료기관 역시 제한하였다.

일본에서도 혼합진료에 대한 법적 다툼이 있다. 2007년 도쿄지방법원은 혼합진료를 원칙적으로 금지하고 있는 후생노동성의 법률 운영에 대한 근거가 없다는 판결을 내렸는데, 이는 1989년 ‘혼합진료 원칙 금지’가 적법하다는 판결을 내린 도쿄지방법원의 판결과는 다른 판단이어서 일본에서도 이슈가 되었다. 이후 2011년 최고재판소는 법 해석과 정책의 타당성 양면에서 ‘혼합진료 금지원칙’이 적법하다고 인정하였다.³¹⁾

당시 일본 최고재판소는 건강보험에 의해 제공되는 의료의 질 확보와 자원 측면에서의 제약 등을 고려할 때, 건강보험은 적용 범위를 합리적으로 제한할 수밖에 없으며, 건강보험법은 환자와 의료기관 간 정보의 비대칭성에 의해 발생하는 환자 측의 부당한 부담의 방지, 보험 재원의 한계에 의한 보험진료 범위 축소 방지 등의 요청에 따라 본질적인 의료서비스 외에 부수적인 의료서비스에 관하여 건강보험제도를 탄력적으로 적

29) 약사법상 승인을 얻은 의약품이나 의료기기 가운데 반드시 고도인 것은 아니나, 기존 기술보다는 뛰어난 효과가 있다고 하여 안전성·유효성인 확인된 것.

30) 상급 병실, 치과 금합금, 예약 진료, 시간 외 진료, 200병상 이상 병원의 초진, 소아위축 지도 관리, 200병상 이상 병원의 재진, 180일 이상의 입원, 제한 회수를 넘는 의료행위 등이 해당됨. 오은환, 전제 논문, p.18.

31) 최고재 平成23년 10월 25일 제3소법정 판결.

용할 수 있도록 규정한 것이라고 판결하였다. 이러한 맥락에서 혼합진료 금지원칙은 그 취지와 목적 및 건강보험 법체계 전체의 정합성, 건강보험제도가 사회보장제도의 일환으로 입법되었다는 점 등에서 볼 때, 혼합진료 금지원칙이 보험 의료의 안전성 및 유효성을 위협하고 합리성을 저해하는 것이라 할 수 없다고 판단하였다. 최고재판소의 이러한 판결 이후 혼합진료 허용에 관한 주장이 다소 진정되었다.³²⁾

한편 2014년 3월 제2기 아베 정권의 규제개혁회의에서는 의료산업을 미래 성장 동력으로 기대가 큰 분야로 꼽고, 의약품, 의료기기 등 의료산업의 시장 규모를 2020년까지 16조 엔으로 확대하겠다는 목표를 제시하였다. 특히 의료산업과 관련된 각종 규제 조치로 의료기관이 의료서비스에 대한 수요를 맞추지 못하는 현실 속에서 의료산업 성장의 걸림돌이 된다고 보고, 대표적인 예가 혼합진료 금지 조치라 하여 이를 해결하기 위해 ‘선택요양제도’의 신설을 공표하였다.

이는 환자의 선택권과 의사의 재량권을 존중하여 환자가 선택한 의료에 대해서는 안전성·유효성의 확인, 의료기관 및 의료행위의 제한을 하지 않고 보험자에 의한 신고만으로 혼합진료를 허용한다는 것이었다. 그러나 해당 정책에 대해 일본의사회, 환자단체 뿐만 아니라 보험자단체도 반대 의사를 표명하였으며, 후생노동성 역시 신중한 검토가 필요하다는 입장이었다. 그러나 아베 총리의 ‘보험 외 병용 요양제도’ 확대에 대한 강한 의지가 있어 규제개혁회의와 후생노동성 사이에 절충과정을 통해 기존에 보험 외 병용 요양제도에 포함되어 있던 1) 선정요양 2) 평가요양 외에 3) 환자신청 평가요양을 신설하는 안으로 타협하여 2016년부터 운영되고 있다.

32) 김계현, 일본 건강보험제도상의 법적 문제: 혼합진료 논의를 중심으로, 의료정책연구소 내부자료, 2015.5.

표 4 일본의 보험 외 병용요양비 제도

명칭	내용
평가요양	• 선진의료(선진A: 22기술, 선진B: 61기술 2020년 6월 기준) • 의약품, 의료기기, 재생의료 등 제품의 시험에 관한 진료 • 약사법 승인 후 보험등재 이전의 의약품, 의료기기, 재생의료 등의 제품 사용 • 약가기준등재의약품의 적용 외 사용 (용법, 용량, 효능, 효과의 일부 변경을 신청한 것) • 보험적용 의료기기, 재생의료 등 제품의 적용 외 사용 (사용목적, 효능, 효과 등의 일부 변경을 신청한 것)
환자신청요양	미승인의약품 등을 일찍 사용하고 싶은 경우, 환자의 신청으로 주치의가 그러한 시험을 하는 병원과 상의하여 사전진료계획을 수립하여 받는 진료
선정요양	• 특별한 요양환경(차액 병상) • 치과의 합금금 등 • 금속상총의치(金屬床總義齒) • 예약진료 • 시간 외 진료 • 대형병원의 의뢰서 없는 초진 • 대형병원의 의뢰서 없는 재진 • 소아치아의 지도관리 • 180일 초과 입원(일수 초과면 입원료 기본점수의 15%를 환자가 부담) • 제한 횟수를 초과하는 의료행위(실행 여부 불확실)

자료: 이규식 외, 2023. 재인용.

제3장 의료보험 진료비 지불체계

제1절 진료비 지불체계 개요

일본의 보험자는 납부된 보험료와 일부 국고의 지원을 재원으로 제공자와의 계약을 통해 피보험자에게 보험급여를 제공한다(그림 6). 보험자는 의료서비스 제공량에 근거한 행위별수가제(fee-for-service)로 제공자가 청구한 금액을 지불하며, 급성기 입원환자를 대상으로 진단군 분류에 따른 일당 지불제도(Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System, DPC/PDPS)를 겸하여 진료비에 보상하고 있다. 보험자는 전체 의료비용의 70~90%를 지불하며, 나머지는 가입자가 본인부담금으로 지불한다.

일본의 구매자(보험자)와 공급자는 분리되어있고, 본질적으로 계약 관계이다. 수가와 보험급여 범위 등의 계약 내용은 2년마다 수가개정³³⁾을 통해 법률로 정해지며, 이에 건강보험 의료서비스 및 의약품의 가격은 전국적으로 동일하다. 일본에서 건강보험급여를 제공하기 위해선 제공자는 지방후생국에 보험의 자격을 신청해야 한다.

제공자가 후생노동성과 계약을 체결하면, 후생노동성이 정한 규칙과 규정을 준수해야 한다. 공급자는 47개 도도부현에 설립된 청구 심사·지불 기관에 상환을 위한 월별 청구를 제출한다. 지역 공급자가 제출한 모든 청구는 전문위원회에서 검토하며, 각 공급자의 규칙 이행 및 준수 여부를 모니터링한다. 일본의 의료보험 계약 체계는 공급자에 대한 규제와 표준화된 수가 설정을 가능하게 하여 환자의 소득이나 거주지, 병원의 유형(공공/민간)과 관계없이 양질의 의료서비스를 이용할 수 있게 하였다.

33) 후생노동성과 재무성이 총액 개정률을 결정한 후, 중앙사회보험의료협의회 산하 소위원회가 논의를 통해 개정 방침을 정함. 이를 근거로 후생노동대신이 진료수가 개정을 결정하고 고시함.

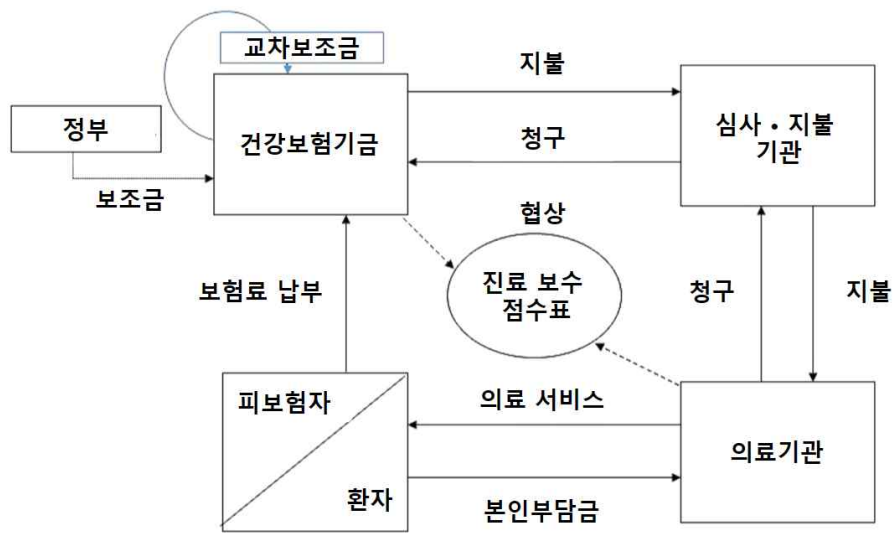


그림 6 일본 의료보험 제도의 구조

자료: Matsuda S. 2019.

제2절 진료비 지불 유형

1. 행위별수가제

일본의 진료비 지불제도는 의료기관이 제공한 의료서비스의 항목과 수량에 따라 보수를 지급하는 ‘행위별수가제’를 기본으로 한다. 지불 대상이 되는 의료서비스의 범위와 상환액(보상액)은 건강보험법에 근거하여 진료 보수(일본에서는 ‘진료수가’를 ‘진료보수’라는 용어로 사용함. 이하, ‘진료수가’) 점수표로 공표되고, 이를 국민건강보험법, 공제조합법, 선원보험법 등에서도 준용하게 되어 있다. 진료수가 점수표는 의과·치과·제조의 3개 영역으로 분할되며, 보험의료기관과 약국에서 시행하는 의료서비스를 수천 항목으로 분류하여 각 항목에 단가를 정하고 있다.

보험의료기관에서는 제공한 의료서비스의 진료수가 점수를 환자마다 합산하여 1점당 10엔으로 환산하고, 그로부터 환자 부담분을 뺀 금액을 심사·지불 기관에 청구한다. 심사·지불 기관에서는 심사를 통해 문제가 없는 경우 의료기관에 진료수가를 지불한다.

2. Diagnosis Procedure Combination(DPC) 제도

1) 제도 개요

일본은 DPC 대상 병원에서 진료비 지불 방식으로서 행위별 수가제와 함께 DPC/PDPS를 혼용하고 있다. 병원급 의료기관은 자발적인 신청을 통해 DPC 대상 병원으로 지정되면 급성기 입원환자에 대해 DPC/PDPS로 진료비를 지불받을 수 있다. DPC (Diagnosis Procedure Combination)는 진단군 분류를 의미하며, PDPS(Per-Diem Payment System)는 일당 지불제도를 의미한다.

진단군 분류란 의료자원 필요도의 균질성(재원일수나 실제 의료행위 비용 등)과 임상적 유사성에 따라 환자를 분류하는 방법이다. 일본에서는 독자적인 진단군 분류인 DPC가 개발³⁴⁾되어 2003년도부터 DPC에 기반한 치료비 포괄평가가 일부 도입되었

다. 제도 도입 1년 후인 2004년 4월 재검토 이후에는 2년에 한 번씩 수가 개정과 동시에 DPC 개정이 이루어지며 제도 참여 병원을 늘리고 있다.

급성기 입원의료에 관한 DPC 점수표는 행위별 수가³⁵⁾에 의한 점수표를 대신하여 포괄지급을 도입·보급할 목적으로 만들어졌다. DPC 대상 병원에서는 대상이 되는 환자에 대해 포괄점수를 산정한 후, 포괄 범위 이외 부분은 행위별 수가 점수를 가산하여 청구한다. 대상 입원환자마다 진단군 분류를 확정하기 위한 주상병명을 결정하고, 월 단위로 청구를 시행한다.

세계보건기구가 정한 국제질병분류(International Classification of Disease, ICD)는 1989에 제10회 수정 승인 후 1993년부터 사용되고 있다. DPC는 이 ICD-10에 근거하여 우선적으로 18개 주요 진단군 분류(Major Diagnosis Category, MDC)로 나누어져 있다(표 5). 이 18개 분류에 속하는 502개의 기저질환을 중증도, 연령, 수술 및 처치 유무, 부상병명 등으로 나누고, 추가적으로 4,064개 진단군으로 분류하고 있다.

표 5 주요 진단군 분류

주요 진단군	관련 질환
MDC1	신경계
MDC2	안과계
MDC3	이비인후과계
MDC4	호흡기
MDC5	순환기계
MDC6	소화기계, 담도, 췌장
MDC7	근골격계
MDC8	피부·피하 조직
MDC9	유방
MDC10	내분비·영양·대사

34) 특정기능병원과 민간병원을 포함한 급성기 병원에서 수집한 퇴원환자 데이터를 바탕으로 일본의 독자적인 질병분류를 작성하고, 이에 따라 진단군 분류별(수술 등 일부 점수 제외) 1일당 정액 점수가 정해짐.

35) 행위별 수가제에서는 병명이나 진료내용에 따른 소요 의료비의 기준을 알 수 없었고, 다른 병원과 비교도 할 수 없었음. 또한, 동일 질병도 입원 일수에 큰 차이가 생기는 원인이나 의료의 질 차이도 알 수 없었음.

주요 진단군	관련 질환
MDC11	장·요로계 및 남성 생식기계
MDC12	여성생식기계 및 산욕기·이상임신분만
MDC13	혈액·조혈기·면역기관
MDC14	신생아, 선천성 기형
MDC15	소아
MDC16	외상·열상·중독
MDC17	정신
MDC18	기타

자료: DPC点数早見表, 2022.

DPC 점수표³⁶⁾에 따르면, 진단군 분류는 ‘의료자원을 가장 많이 투입한 상병’에 의해 결정된다. 입원 중 여러 상병에 대한 치료를 한 경우에도 대상 환자의 입원 전체 기간 동안 인적·물적 의료자원을 가장 많이 투입한 상병명에 따라 주치의가 하나의 진단군 분류로 지정한다.

【표 6】 진단군 분류 코드의 14자리 구성 명세

자리수	범주	내용
1~2	질병코드	주요 진단군(MDC)
3~6		상병명 세분류 코드
7	병태 등 분류	0=이외; 1=15세 미만; 2=15세 이상 지역사회 획득 폐렴
8	연령·출생 시 체중 등	나이
9~10	수술	01~06= 별도 정의; 99=수술 없음; 97=기타 수술 있음
11	수술·처치 등 1	0=없음; 1=있음; 2~5=별도 정의
12	수술·처치 등 2	0=없음; 1=있음; 2~9=별도 정의
13	부상병	0=없음; 1, 2=있음
14	중증도	별도 정의

자료: DPC点数早見表, 2022.

36) 후생노동성 고시 제77호 별표(진단군 분류 점수표), 2022년 3월 18일 기준.

의료자원을 가장 많이 투입한 상병명이 확정되면, 해당 분류에 대해 어떤 수술이나 처치가 행해졌는지, 부상병 여부 등에 의해 세분화되어 14자리의 진단군 분류가 결정된다(표 6). 또한, 이러한 진단군 분류에는 임상 전문가로 구성된 진단군 분류 조사 연구반에 의해 개정 시마다 재검토³⁷⁾가 이루어지고 있다.

(1) DPC 대상 병원

2003년 4월 제도 개시 시점에서는 고도 의료를 제공하는 2개의 대학병원을 포함하여 82개의 특정기능병원의 일반병동이 DPC 제도의 대상 병원이 되었다. 2004년 2분기에는 민간병원을 포함한 62개 병원이 추가적으로 지정되어 2006년 3월까지 2년간 시범적으로 운영되었다. 이후 DPC 대상 병원 수는 매년 증가하여 2022년 4월을 기준으로 1,764개의 의료기관에 61만 이상의 DPC 산정 병상이 지정되었다.

당초 특정 기능병상을 중심으로 시작하여 제도가 진행되면서 상당히 다양한 병원이 참여하였고, 이 중에는 급성기로서 부적합한 의료기관도 참가하여 DPC 대상 병원의 방향성에 대한 논의가 이루어졌다. 급성기를 ‘환자의 병태가 불안정한 상태에서 치료로 어느 정도 안정된 상태에 이르기까지’라고 정의한 후, 중증과 경증 급성기를 포함하여 DPC의 대상으로 정하였다.

DPC 대상 병원 지정은 2년마다 시행되는 진료수가 개정 시, 이루어진다. 의료기관은 DPC 대상 병원으로 지정되기 위해서 다음의 기준을 충족해야 한다(표 7). 또한 DPC 대상 병원의 퇴출 규칙을 설정하는 등 기준 외 부적합 기관에 대한 대책을 마련하였다.

2012년도 개정부터는 의료기관의 특성에 따른 기초계수 제도가 신설되었다.³⁸⁾ DPC 대상 병원의 분류는 I군, II군, III군으로 구분하였으나, 2018년 개정부터는 대학병원 본원군, DPC 특정 병원군, DPC 표준 병원군의 3분류로 각각 계수를 설정하고 있다.

37) 의료자원의 동등성, 임상적 유사성, 분류의 간결화, 업코딩 방지 등의 관점에서 개정 전 12개 월분의 퇴원환자 조사 데이터를 토대로 이루어짐.

38) DPC 제도 도입 시부터 의료 수입의 격변을 피하고자, 각 의료기관에 전년도 의료 수입 실적을 바탕으로 한 조정계수가 설정되었고, 2012년 개정부터 단계적으로 기초계수와 기능 평가계수로 대체가 이루어졌음. 2018년 개정으로 대체가 완료됨.

【표 7】 DPC 대상 병원 기준

- ① 급성기 일반입원 기본료, 특정기능병원 입원 기본료(일반병동에 한함), 전문병원 입원기본료에 대해 7대 1 입원기본료 또는 10대 1 입원기본료와 관련된 신고를 할 것
- ② A207 의무기록 관리체제 가산의 신고를 하고 있을 것
- ③ 후생노동성이 실시하는 'DPC 조사'에 적절하게 참여하여 입원환자 및 외래 진료 데이터를 제출할 것
- ④ 상기 ③의 조사에서 적절한 데이터를 제출하고, 조사 기간의 데이터/병상비가 0.875 이상일 것
- ⑤ '적정 코딩 관련 위원회'를 설치하고 연 4회 개최할 것. 또한, 해당 입원기본료 기준을 충족하지 못하는 병원에 대해서는 다시 요건을 충족할 수 있는지를 판단하기 위해 3개월의 유예기간을 두고, 해당 기간 내 요건을 충족하지 못하면 DPC 병원에서 제외함

자료: DPC点数早見表. 2022.

주1) 제출 데이터: DPC 대상 병원·준비 병원은 DPC 청구와는 별도로 진료록(의무기록) 정보를 후생노동성에 제출해야 함. 제출 데이터는 크게 환자 단위 정보, 의료비 청구자료, 의료기관 단위 정보로 나뉨.

(2) DPC 대상 환자

DPC 산정 대상 환자는 대상 병원의 포괄점수가 설정된 진단군 분류에 해당하는 병동에 입원한 환자이다(표 8). 단, 특정 기준에 포함된 환자는 포괄 수가 산정 대상에서 제외되어 종래대로 행위별 수가로 산정된다.³⁹⁾

【표 8】 DPC 산정 대상 병동

구분		산정 대상 여부
일반병동 입원기본료	급성기 일반입원기본료	O
	지역 일반입원기본료	X
요양병동 입원기본료		X
결핵병동 입원기본료		X
정신병동 입원기본료		X
특정기능병원 입원기본료	일반병동	O
	그 외	X
전문병원 입원기본료	7대 1, 10대 1 입원기본료	O
	13대 1 입원기본료	X
장애인 시설 등 입원기본료		X

자료: DPC点数早見表. 2022.

39) 입원 후 24시간 이내 사망한 환자 또는 생후 1주일 이내 사망한 신생아, 평가 요양 또는 환자 신청 요양을 받는 환자, 장기이식을 받는 환자, 급성기 이외의 특정 입원료 등 산정 환자, 기타 후생노동대신이 별도로 정하는 자 등이 대상 외 환자로 고시됨.

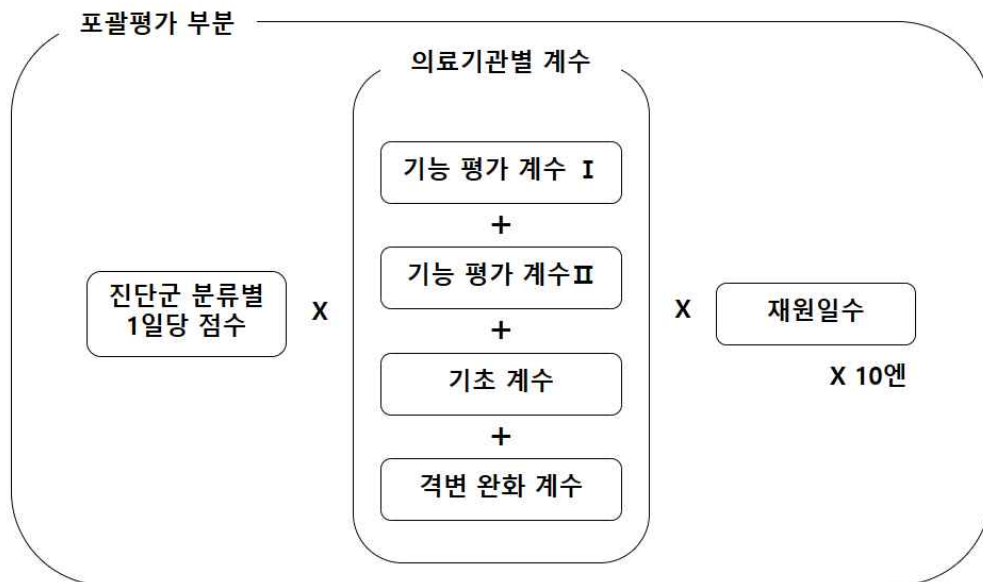
(3) 포괄 범위

진단군 분류에 해당하고 포괄 산정이 되는 경우라도 모든 점수가 포괄된 것은 아니다. 병원의 시설·보수 요소가 포괄평가에 해당되며, 의사의 기술적 요소는 현행 행위별 수가 점수로 별도 산정한다. 대상 환자는 포괄평가 및 현행 행위별 수가 점수를 모두 합산한 금액으로 월 단위 청구가 이루어진다. 즉, DPC 청구 총액의 계산식은 다음과 같다.

$$\text{DPC/PDPS의 총 보상 금액} = \text{진단군 분류에 따른 포괄평가} + \text{행위별 수가 평가} + \text{입원 시 식사요양비}$$

2) 산정 방법

DPC/PDPS에서의 진료수가액은 포괄평가부분과 행위별 수가 평가 부분으로 구성된다. 포괄평가에 대해서는 진단군 분류 점수표에 정해진 분류 구분에 따라 각각 입원기간별 점수(1일당 점수)가 산정되며, 대상 환자 한 명당 그 점수에 의료기관별 계수를 곱하여 산출한다. 즉, DPC/PDPS에 의한 포괄평가 부분의 산정식은 다음과 같다(그림 7).



■ 그림 7 ■ 포괄평가 산정식

자료: DPC点数早見表. 2022.

(1) 입원기간별 점수

재원일수에 따른 의료자원의 투입량을 적절히 평가한다는 관점에서 진단군 분류별 1일당 점수는 재원일수에 따라 3단계로 체감하는 구조이다. 이 점수 설정은 기본형과 다른 세 가지 설정 방법으로 구성되어 있다.

기본형의 경우 재원일수에 따라 ① 입원기간Ⅰ(재원일수의 25 백분위수 이하)은 평균 점수에 17% 가산(A), ② 입원기간Ⅱ(25 백분위수 초과~평균 재원일수 이하)는 평균 점수에서 A에 해당하는 부분을 공제(B), ③ 입원기간Ⅲ(평균 재원일수 초과)은 B의 85%로 산정한다. 즉, 재원일수가 짧을수록 높은 점수를 산정할 수 있는 구조이다. 또한 평균 재원일수의 표준편차의 2배를 초과하는 입원은 모두 행위별 수가로 산정한다.

기본형 이외에도 ▲입원 초기 의료자원의 투입량이 많은 진단군 분류, ▲입원 초기 의료자원의 투입량이 적은 진단군 분류, ▲고액 약제나 수술 등에 관련된 진단군 분류에 해당하는 점수 설정 방식이 있다. 이러한 방식들은 수차례 개정을 통해 각기 임상현장에 적합한 방식으로 점수가 조정되고 있다.

(2) 의료기관별 계수

의료기관별 계수는 병원의 기능을 평가하기 위한 계수이다. 높은 기능을 가진 병원은 그 기능을 유지하기 위해 상응하는 비용이 든다고 보아 그 비용을 보증하는 평가계수가 설정된 것이다. DPC/PDPS에서는 진단군 분류당 1인당 점수와 의료기관별 계수를 곱하여 최종 청구 점수를 결정한다. 의료기관별 계수는 기능평가계수Ⅰ·Ⅱ, 기초계수, 격변완화계수의 합이다.

기능평가계수Ⅰ은 의료기관의 인원 배치나 의료기관이 전체적으로 가지는 기능 등 의료기관 단위에서의 구조적 요소를 평가하는 계수이다. 행위별 수가 평가 체계에서의 점수 설정을 바탕으로 설정되며, 입원기본료 등의 가산은 DPC 포괄 수가를 산정하는 모든 입원환자에 대한 가산에 대해 계수를 설정하여 평가한다. 특정기능병원 입원기본료 신고병원, 전문병원 입원기본료 신고병원, 일반병동 입원기본료 신고병원 등 3유형마다 기능평가계수Ⅰ의 각 계수가 설정되어 있다.

기능평가계수Ⅱ는 진료 실적이나 의료의 질 향상에 대한 공헌 등을 토대로 의료기관

이 담당해야 할 역할이나 기능을 평가하는 계수이다. DPC 대상 병원마다 설정되어 있으며, 2018년도 개정에서는 조정계수에서 기능평가계수Ⅱ로 대체됨에 따라 이를 중심으로 한 재정비가 이루어졌다. 주요 지수로는 보험진료지수, 효율성지수, 복잡성지수, 커버리지지수, 지역의료지수, 응급의료지수, 후발의약품지수, 중증도지수 등 8개 지수로 크게 나뉘었으나 후발의약품지수와 중증도 지수는 폐지되었다.

기초계수는 가장 최근의 의료기관 군별 포괄범위 행위별 수가 점수의 평균값에 개정을 곱한 수가에 상당하는 계수를 의미한다. 기초계수는 2012년도 개정에서 신설되었으며, 의료기관 군별 기본적인 진료기능을 평가하기 위한 것이다. 2018년도 개정에서는 기존의 의료기관 군의 명칭(DPC병원 I·II·III군)이 대학병원 본군, DPC 특정병원군, DPC 표준병원군으로 변경되었다.

격변완화계수는 진료수가 개정에 따른 격변을 완화하기 위한 계수이다. DPC의 원활한 도입을 위해 각 의료기관의 의업 수입 수준이 개정 전후에 기본적으로 유지할 수 있도록 조정계수를 도입했으나, 그 역할이 다하여 2018년도에 폐지되었다. 이에 따라 수가 개정 연도의 격변에 대한 대응으로 개정 연도에만 격변완화계수가 마련되었다.

(3) 기타

특정입원료의 일부로, 특정 요건을 충족했을 경우에 산정하는 점수(응급입원료, 특정 중환자실 관리료 등)의 가산이 규정되어 있다. 또한 진단군 분류에서 상병명별 수술·처치·부상병의 정의에 대해서는 후생노동성 고시 제77호에 규정되어 있다. 수술·처치 등에 대해서는 행위별 수가 점수표의 K코드, J코드가, 상병명에는 ICD-10코드가, 정의 부상병명에는 질환코드가 이용되고 있다.

3) 청구 방법

행위별 수가 산정과 마찬가지로 월 단위로 청구된다. 의료비 청구서(명세서)의 양식은 후생노동성 고시 제126호에 따라 독자적으로 정해져 있다. 양식에는 진단군 분류 결정에 참고가 되는 환자 기초정보란, 포괄평가 부분과 행위별 수가 부분을 각각 나누

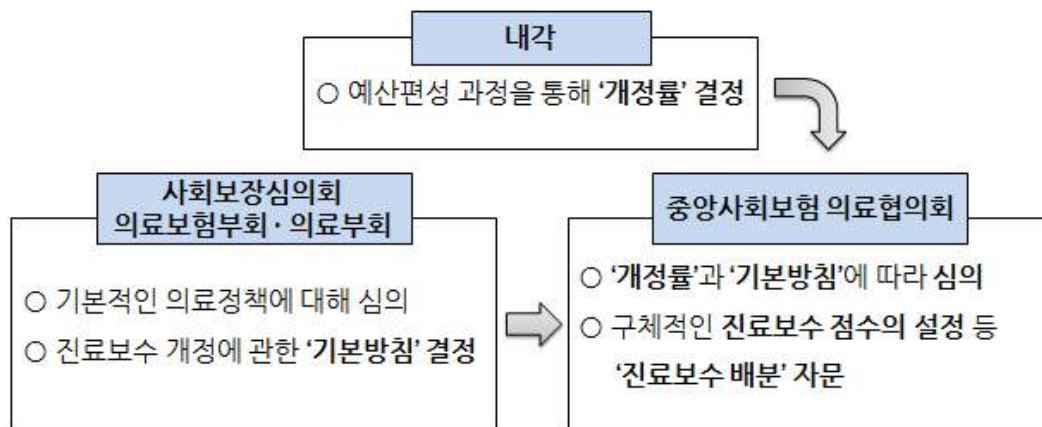
어 기재하게 되어 있다. 또한, 2009년 1월부터는 진료 행위의 내용을 알 수 있는 정보를 첨부하며, 환자의 입원 중 의료자원을 가장 많이 투입한 상병명을 기준으로 주치의가 진단군 분류를 결정한다.

제3절 진료수가 개정

1. 진료수가 개정 구조

일본에서 수가와 보험급여 범위 등의 계약 내용은 2년마다 진료수가 개정을 통해 정하는 것이 원칙이나, 2021년도부터는 의료비 성장 억제 관점에서 약가 부분이 매년 개정되고 있다. 진료수가 개정에서는 각 의료행위 및 약제의 기준과 더불어 수가 점수(1점=10엔)에 대한 검토가 이루어진다.

진료수가의 개정은 ① 내각에서 예산 총액 개정을 결정, ② 사회보장심의회 의료보험부회 및 의료부회에서 기본방침 결정, ③ 중앙사회보험 의료협의회에서 구체적인 진료수가 점수 설정의 과정을 통해 이루어진다(그림 8). 최종적인 진료수가의 결정권은 후생노동대신에게 있다.



■ 그림 8 ■ 일본 진료수가 개정 구조

자료: <http://www.procomu.jp/janap2010/shuuda.pdf>

개정률의 정의는 진료수가 개정에 따른 보수액의 변화율을 의미한다. 개정률의 산정 기준은 법적·제도적으로 명시되어 있지는 않고, 의료경제 실태조사를 통한 의료기관의 경영상황, 고령자의 인구, 물가·임금 등의 거시경제 지표, 국가 예산 상황 등을 고려하여 산정한다.⁴⁰⁾

진료수가 개정률은 본체와 약가로 구성된다. 본체는 의사의 인건비나 기술료 등 사람의 행위, 서비스에 대한 대가를 지칭하며 의과·치과·조제를 아울러 약 5,000가지로 분류된다. 약가의 경우 의약품·의료기기 비용 등을 지칭하며 약 16,500가지 품목으로 이루어져 있다. 본체의 경우 2008년도 이후 매 개정에서 1% 이내로 증가하고 있으며, 약가 부분은 매 개정에서 -2 ~ -1% 수준으로 개정되었다. 전체 개정률도 매 개정에서 삭감되는 경향을 보인다(그림 9). 또한 최근 2022년도 진료수가 개정에서 진료수가 본체는 0.43% 증가, 약가 등 부분은 -1.37% 감축되어 전체 개정률은 -0.94%로 결정되었다(표 9).

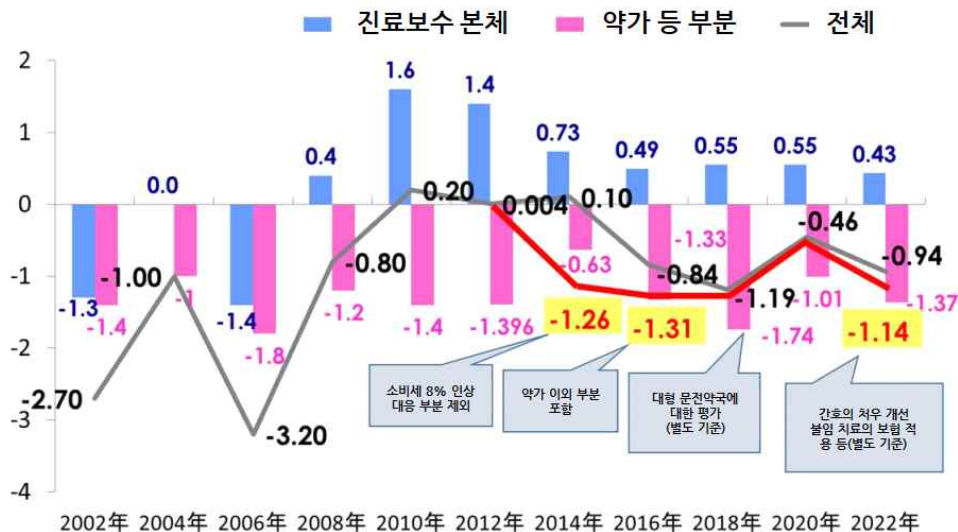


그림 9 진료수가 개정률 추이

자료: 医療法人仁真会, 2022年診療報酬改定について, 2022.

40) 남상요, 일본의 건강보험 수가결정구조와 수가개정 절차, 의료정책포럼 제19권 제3호, 2021. 28-32.

【표 9】 2022년도 진료수가 개정

- 진료수가 본체 +0.43%
- 약가 등 -1.37%
 - ① 약가 -1.35%
 - ② 재료가격 -0.02%
- 전체 개정률 **-0.94%** 개정

자료: 厚生労働省, 令和4年度診療報酬改定の基本方針, 2021.

진료수가 개정의 기본방침은 2020년도부터 개정의 기본적인 관점과 구체적인 방향성에서 큰 변화 없이 효과적·효율적 의료제공체제 구축, 의사 업무 개편, 환자 안전, 제도 안전성 향상 등을 골자로 하고 있다(표 10).

【표 10】 2022년도 진료수가 개정의 기본방침

- ① **COVID-19 등에도 대응할 수 있는 효율적·효과적·고품질의 의료제공체제 구축 [중점과제]**
 - 의료계획, 외래의료의 기능 분화, 의사·치과의사·약사의 기능 평가
 - 질 좋은 재택의료, 방문간호 확보, 지역포괄케어시스템의 추진 등
- ② **안전하고 질 좋은 의료의 실현을 위한 의사의 업무 개편 등 추진 [중점과제]**
 - 각 지역의 전문성 발휘를 위한 근무 환경 개선, 팀 의료 추진
 - 지역의료확보 도모 관점의 구급의료체제 확보 등
- ③ **환자 및 국민에게 가깝고, 싸고, 안전하고 질 좋은 의료 실현**
 - 안전의료체제 평가, 의약품 안정 공급 확보
 - 의료에서 ICT활용, 디지털화 대응 등
- ④ **효율화·적정화를 통한 제도의 안정성·지속가능성의 향상**
 - 제네릭의약품 사용 촉진, 시장가격에 근거한 적정한 평가
 - 중증화 예방 이니셔티브 추진, 비용효과평가제도 활용 등

자료: 厚生労働省, 令和4年度診療報酬改定の基本方針, 2021.

2. 진료수가 개정 기구⁴¹⁾

1) 내각

일본의 내각은 국회가 정한 예산과 법률에 근거하여 국가의 행정권을 담당하는 최고 합의기관이며, 총리와 각 부처의 장으로 구성된다. 내각(후생노동성 및 재무성)은 예산 편성 과정을 통해 개정률을 결정한다. 내각이 개정률을 결정하는 것은 국민의료비 중 국고 부담분이 큰 비중을 차지하고 있기 때문으로 여겨진다.

2) 사회보장심의회

사회보장심의회는 사회보장 및 인구문제에 관한 후생노동대신의 자문기관으로 산하에 6개의 분과회와 15개 부회를 가진다. 사회보장심의회 산하 의료보험부회 및 의료부회에서는 진료수가체계와 의료공급체계가 연계되어 운영될 수 있도록 의료정책에 대해 심의하여 개정 전년도 말에 진료수가 개정에 관한 기본방침을 정한다.

3) 중앙사회보험 의료협의회

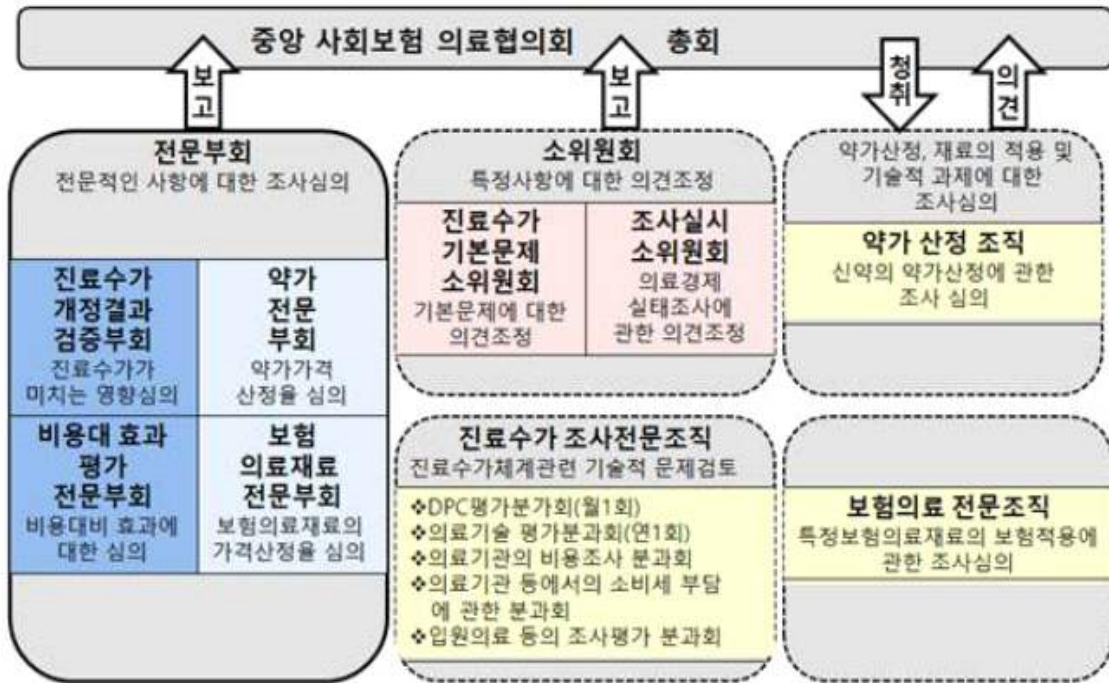
중앙사회보험 의료협의회(이하, 중의협)는 일본의 건강보험제도 및 진료수가의 개정 등에 대해 심의하는 후생노동대신의 자문기관이다. 본래 중의협은 진료수가 개정에서 개정률과 기본방침을 모두 결정하던 최고 의사결정기구였으나 2004년 뇌물수수 사건을 계기로 개혁이 단행되어 권한과 역할이 대폭 축소되었다. 중의협은 내각의 개정률과 사회보장심의회와 기본방침에 근거하여 진료수가 개별 항목에 대한 구체적인 점수나 산정 요건을 심의하고 후생노동대신에게 알린다.

중의협은 전체회의(총회)와 산하 조직으로 구성되어 있다(그림 10). 중의협 전체회의에는 20명의 위원이 있고, 지불 측 위원(보험자, 피보험자의 대표) 7명, 진료측 위원(의사, 치과 의사, 약제사 대표) 7명, 공익 위원(학자 등) 6명으로 구성된다.⁴²⁾ 또한, 전

41) 김정덕 등, 건강보험 요양급여 지출 구조 개선 방안 -한·일 진료수가 구조 비교를 통하여-, 건강보험정책연구원, 2014.

42) 厚生労働省, 中央社会保険医療協議会 総会 (第 543 回), 2023.

문사항 심의에 필요하다고 인정되는 경우 10명 이내의 전문위원을 둘 수 있다.



■ 그림 10 ■ 중앙사회보험 의료협회의 구성과 역할

자료: 남상요, 일본의 건강보험 수가결정구조와 수가개정 절차, 의료정책포럼 제19권 제3호, 2021. 28-32.

중의협 산하 조직은 상호 보완하는 내부 조직과 외부 조직으로 구분되며, 내부 조직에는 조사 실시 소위원회, 진료수가 기본문제 소위원회, 약가 전문 부회, 보험의료재료 전문 부회, 진료수가 개정 결과 검증 부회, 비용 대비 효과 평가 전문 부회의 2개의 소위원회와 4개의 부회가 있다. 소위원회는 의견 조정이 필요한 사항에 대한 조사를 수행하고, 전문 부회는 전문적 사항에 대해 조사를 수행한다.

또한, 중의협의 외부 조직은 중의협 회장의 필요에 따라 설치되는 조직으로서, 현재는 약가산정조직, 보험의료재료 전문조직, 진료수가 조사전문조직, 비용효과평가 전문조직 등의 전문 조직으로 구성된다. 외부 조직은 의료전문가만으로 구성되는 실무위원회의 성격을 가지며, 조사 결과를 바탕으로 중의협 전체회의에 의견을 제시한다.

3. 진료수가 개정 절차⁴³⁾

중의협은 정부와 의료계의 대립 의견에 대해 최종의견을 내며, 여기서 결정되지 않는 경우엔 후생노동대신의 직권으로 진료수가 개정 사항이 결정된다. 진료수가 개정의 절차는 개정 전년도 6월에 중의협의 의료경제 실태조사를 기점으로 시작한다. 이는 병원, 일반 진료소, 치과 진료소 및 보험 약국의 경영실태를 조사하여 진료수가 개정에 관한 기초자료를 수집하는 것을 목적으로 한다. 또한, 이와 함께 개정 전년도 6월 후생노동성에서는 약가조사를 수행한다. 이는 약가기준에 등재된 모든 의약품에 대해 보험의료기관 및 보험 약국에 대한 의약품 도매 판매업자의 판매 가격·수량 및 의료기관 등에서의 구입 가격·수량 등을 조사하여 진료수가 개정에 관한 기초자료를 수집하는 것을 목적으로 한다.

의료경제실태조사의 속보 결과는 12월 초순에 중의협에 보고되며, 이는 진료수가 개정률의 심의에 활용된다. 중의협의 심의가 이뤄지는 한편, 진료수가 개정률에 대해서도 후생노동성과 재무성이 중의협의 중재로 의견을 절충한다. 또한 내각은 약가조사에 근거하여 약가 개정률을 산출하며, 이와 함께 예산원안을 제시하기 전에 결론을 내린다. 이는 통상적으로 12월 중순에 시행된다.

개정률이 설정된 후, 중의협에서는 개정에 대한 구체적인 검토를 개시한다. 중의협의 심의에 따라 후생노동성은 원안을 작성하고, 후생노동대신은 중의협에 자문을 요청하여 수일 이내에 답신을 얻는다. 통상적으로 2월 초·중순에 시행된다.

중의협의 자문에 따라 고시 및 통지의 작성 및 공개는 통상 3월 초순에 이루어진다. 또한, 개정은 일부 예외 사항을 제외하고 4월 1일에 실시한다. 이후 중의협 산하의 기본문제 소위원회는 2년 이상에 걸쳐 진료수가 전반에 걸친 심의를 수행하여 향후 개정 방향을 제시한다.

43) 남상요, 일본의 건강보험 수가결정구조와 수가개정 절차, 의료정책포럼 제19권 제3호, 2021. 28-32.

제4절 진료비 심사 및 지불제도

1. 건강보험

건강보험의 보험자는 진료비의 심사·지불 업무에 대해 사회보험 진료수가 지불기금(이하 ‘지불기금’)에 위탁하여 실시한다. 건강보험 가입자나 그 가족이 병이나 부상을 입고 보험의료기관⁴⁴⁾에서 치료받으면, 그 의료비는 진료보상 명세서의 형태로 병원에서 지불기금에 청구된다.

지불기금에서는 병원에서 청구된 명세서의 적정성을 심사한 후 건강보험 보험자 측에 진료비를 청구한다. 건강보험 보험자는 사업주와 종업원이 납부한 보험료로 지불기금에 진료비를 지불하고, 지불기금은 매월 일정 기간까지 보험의료기관에 이를 지불한다.

2. 사회보험 진료수가 지불기금

진료비 심사·지불기관으로는 사회보험 진료수가 지급기금(이하 ‘지불기금’)과 국민건강보험단체연합회의 2가지 구분이 존재한다. 지불기금은 명세서의 심사·지불 업무를 전문으로 실시하는 것을 목적으로 설립된 민간 법인으로, 전국 조직으로서 도쿄의 본부와 47개 도도부현의 지부로 구성된다. 민간 법인이지만 법률에 따라 설립되어 비영리이며, 사업계획이나 수지 예산에는 후생노동성의 인가가 필요하다. 지불기금은 일반적으로 직장인 보험(건보 조합이나 협회 건보 등)의 명세서 심사·지불 업무를 수행한다.

심사는 진료 행위나 의약품 등이 보험진료 규칙을 준수하는지 확인하는 절차이다. 심사 항목에는 기재 사항(기재 누락, 보험자 번호 등), 진료 행위(진료 행위의 명칭, 접수, 횟수, 의학적 적부 등), 의약품(의약품의 명칭, 용법, 용량 등), 치료재료(치료재료

44) 후생노동대신의 지정을 받은 병원, 진료소, 약국. 보험의료기관이 아닌 의료기관의 의료비는 전액 본인부담이 됨. 병원 등을 개설하는 경우 후생노동대신에 보험의료기관 지정 신청을 함. 보험의료기관에서는 보험의가 건강보험법에 규정된 보험진료를 시행함.

의 명칭, 가격, 용법 등)가 있다. 이에 대해 보험진료 규칙인 요양 담당 규칙, 진료수가 점수표, 후생노동성 통지와 적합 여부를 확인한다.

심사는 컴퓨터와 직원에 의한 확인 후, 심사위원의 심사와 위원회로 최종 결정된다. 먼저, 컴퓨터 확인 단계에서는 명세서의 기재 누락, 진료수가의 산정 요건과의 적합성을 확인한다. 이후 직원의 심사 전 확인 단계에서는 컴퓨터 확인 결과를 직접 확인하며, 심사위원의 심사를 위한 준비 작업을 수행한다. 이후 의사회 등이 추천한 심사위원(진료 담당자 대표, 보험자 대표, 학식 경험자)이 의학적 타당성 등을 개별적으로 심사한다. 최종적으로 심사위원 3자로 구성된 심사위원회에서 최종 결정을 내린다.

3. 기타 제도

국민건강보험(이하 ‘국보’)은 지역의 자영업자, 농업종사자 등의 가입자에 대해 보험자로서 진료비 심사·지불업무, 행정·사무 등의 업무를 수행하고 있다.

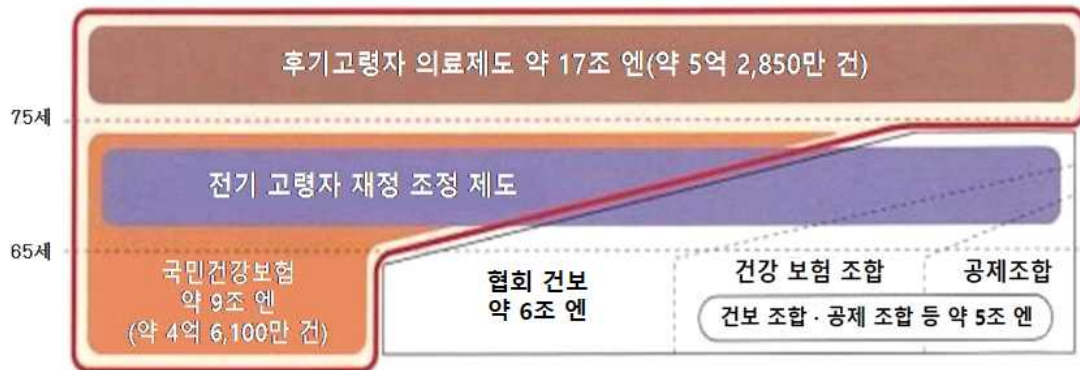
국민건강보험단체연합회(이하, ‘국보연합회’)는 국보의 보험자인 도도부현, 시정촌 및 국가건강보험조합이 공동으로 사무를 수행하기 위해 47개 도도부현 단위에 설치된 공법인이다. 국보연합회는 국민건강보험과 시정촌의 후기고령자 의료·개호보험·장애인 종합 지원에 대해 심사·지불 업무와 함께 보험자 사무를 공동으로 수행하고 있다(표 11).

표 11 국민건강보험의 심사·지불 업무

	국민건강보험	후기고령자 의료·개호보험·장애인 종합 지원
심사·지불 업무	- 국민건강보험의 진료수가 등 - 출산육아일시금(지급업무) - 지방단독사업에 의한 복지의료비	- 후기고령자 의료 진료수가 등 - 공비 부담 의료비 - 개호급부비 등 - 장애인종합지원 급여비 - 지방 단독 사업에 따른 복지 의료비

자료: 国民健康保険中央会, 2022.

국보연합회에서는 보험의료기관 등에서 제출되는 국보 및 후기고령자 의료에 대한 의료비 명세서(청구서)에 대해 연간 약 10억 건을 심사하여 일본의 의료급여비 약 37조 엔 중 70%인 약 26조 엔을 취급하고 있다(그림 11).



■ 그림 11 ■ 국보 연합회의 진료수가 심사·지불 범위

자료: 国民健康保険中央会, 2022.

주1) 붉은 테두리 내부가 국보연합회의 취급 범위에 해당함.

주2) 금액은 2022년도 예산 기준의 의료급여비

주3) 전기고령자 재정조정제도로 국보와 피고용자 보험의 보험자 간 부담을 조정함(65~74세).

한편 국민건강보험중앙회(이하 ‘국보중앙회’)는 전국 47개 도도부현에 설치된 국보연합회를 회원으로 하는 중앙단체(공익사단법인)이다. 국보중앙회는 각 도도부현의 국보연합회가 시정촌의 보험자로부터 위탁된 업무를 효율적으로 운영하기 위한 전국 규모 시스템의 필요로 구축되었다.

국보중앙회는 국민의료보험제도뿐만 아니라 후기고령자 의료제도, 개호보험제도, 장애인 종합지원제도 등의 다른 사회보장제도도 지원한다. 또한 국보연합회에서 보험의료기관 등에 대한 진료수가의 심사·지불을 효과적으로 수행할 수 있도록 지원하는 역할도 수행하며, 이와 관련하여 심사 지불업무 개혁 추진, 국민건강보험 진료수가 특별심사⁴⁵⁾ 실시, 진료수가 전국 결제⁴⁶⁾ 등의 업무를 수행한다.

45) 의료의 고도화, 전문화 및 청구내용의 복잡 다단화에 대해 심사의 적정화를 도모하기 위해 국보연합회에 청구된 진료수가 명세서 중 극히 고액인 건(건당 점수가 의과 38만 점, 치과 20만 점, 한방 4천 점 이상; 1점=10엔)에 대해 전국 통일적으로 심사를 시행함.

46) 국보에서는 피보험자가 다른 현에서 진료를 받은 경우 국보중앙회가 47개 국보연합회 간 진료수가액의 상계 사무를 하고, 보험의료기관은 모두 환자가 속한 현의 국보연합회에 진료수가를 청구·수령하는 구조로 되어 있음. 이 제도로 청구 사무의 간소화·지불 수속의 단일화를 이룩하여 피보험자가 전국의 보험의료기관에서 진료받을 수 있게 됨.

제4장 의료보험 수가 산정구조

제1절 의료보험 수가 산정구조

1. 진료 보수(수가) 산정구조

일본의 의료기관에서 진료 및 치료를 받을 경우, 우리나라와 마찬가지로 각 의료행위에 대한 수가가 정해져 있다. 이를 ‘진료수가’라고 하며, 의료기관의 입장에서는 의료 수입(보수)에 해당하므로 ‘보수’라는 단어를 사용하고 있다. 환자 본인부담률은 전술한 바와 같이 연령 및 개인별 수익·재산 구조 등에 따라 다르지만, 기본적으로 6세 이상 70세 미만의 경우, 30%를 부담한다. 의료기관에서는 진료수가 산정 규칙에 따라 의료비를 계산하게 되며, 명세서에는 금액(円)이 아닌 점수(点数)로 표기한다. 진료비 영수증에는 각 의료행위에 대한 점수와 금액을 각각 표기하게 되어 있다. 점수 당 단가는 10엔이며, 우리나라에서는 일반적으로 100원으로 계산하여 적용한다.

일본의 진료수가는 2년에 1회 개정되며, 진료 점수를 해석하기 위해서는 진료비 명세서에 기재되는 각 의료행위 및 점수 관련 세부 사항에 대해 이해할 수 있어야 한다.

본 내용 중, 이하의 수가 산정에 관한 내용(표 포함)은 ‘진료점수조건표(일본 진료수가집, 2022년판)’에 수록된 내용을 토대로 요약 정리하였다.

진료수가는 ‘기본진료료’와 ‘특계진료료’로 구분되는데 기본진료료는 초진료, 재진료, 입원료 등 진료의 기초가 되는 점수에 해당되며 특계진료료는 의학관리, 재택의료, 검사, 영상진단, 투약, 주사, 재활, 정신과 전문치료요법, 처치, 수술, 마취, 방사선치료, 병리 진단 등의 진료 행위를 점수화한 것이다.

일본의 명세서 형식은 기본료와 행위료로 분리되어있지 않으며 명세서에는 각 의료행위에 대해 점수로만 표기된다는 특징이 있다. 일본의 ‘기본진료료’ 항목에 해당하는 ‘진찰료’ 항목은 기본료 항목에만 산정되지만 ‘특계진료료’ 항목의 경우, 우리나라와 다르게 기본료와 행위료 항목으로 분리되어 산정되지 않는다.

또한, 우리나라의 명세서에는 각 의료행위에 대한 수가가 금액으로 표기되며 행위료에는 의료기관 종별로 가산율이 차등 산정되므로 양국 간의 명세서 작성 방식에 다소

차이점이 존재한다는 것을 알 수 있다. 명세서는 우리나라와 마찬가지로 ‘외래환자용’과 ‘입원환자용’으로 구분되며, 외래환자용 명세서의 경우, 기본진료료 항목에 ‘초진료’ 및 ‘재진료’ 산정 항목으로 구성된다. 특계진료료 항목에는 의학관리, 재택의료, 검사, 영상진단, 투약, 주사, 재활, 정신과 전문요법, 처치, 수술, 마취, 방사선치료, 병리 진단 등 13개 항목으로 구성되어 있다.

【표 12】 외래환자 명세서 기재용 기본진료료 및 특계진료료의 종류

〈기본진료료〉
1. 초진료: 해당 의료기관에서 처음으로 진료를 받은 경우에 대한 비용. 단, 환자가 임의로 진료를 중지한 상태에서 1개월이 경과한 경우, 동일한 진단명으로 진료를 받게 되더라도 다시 초진료를 산정하게 됨. 2. 재진료: 해당 의료기관에서 2회째 이상 진료를 받게 되는 경우에 대한 비용. 진료소(의원급 의료기관) 및 일반병상 수가 200병상 미만의 의료기관에서는 ‘재진료’로 산정하며, 일반병상이 200병상 이상이면 재진료 대신 ‘외래진료료’라는 명칭을 사용함.
〈특계진료료〉
1. 의학관리: 의사 등이 환자에게 실시한 의학적 지도 등에 대한 비용 2. 재택의료: 재택에서 시행되는 요양비용 3. 검사: 신체 이상 등에 대한 진단을 위해 시행되는 각종 검사 비용 4. 영상진단: X-ray 촬영 및 CT 스캔 검사 등에 대한 비용 5. 투약: 약사의 약 조제비용 6. 주사: IM, IV 등 각종 주사 비용 7. 재활: 재활 전문 인력이 제공하는 재활 치료비용 8. 정신과 전문 치료요법: 정신질환 환자에게 실시하는 각종 치료비용 9. 처치: 의사 및 간호사가 실시하는 부상에 대한 치료비용 10. 수술: 외과적 수술비용 11. 마취: 각종 수술 시, 시행되는 마취 등에 대한 비용 12. 방사선치료: 암 치료 등을 위한 방사선 치료비용 13. 병리진단: 병리과 전문의에 의한 전문적인 진단 비용

2. 약가 산정구조

일본은 1978년 의약품 제품별로 약가를 정하는 현행 제품별 약가기준제도가 확립되었다. 신약은 건강보험 적용을 위해 보험약가를 득해야 한다. 약가를 결정하는 조직은 사회보장심의회, 중앙사회보험의료협의회(이하 ‘중의협’), 약가산정 조직으로 구분할 수 있다. 사회보장심의회는 후생노동대신의 자문기관으로서 사회보장제도의 횡단적인 기본 사항과 사회보장 각 제도의 정의 등을 심의한다.

약가 산정은 원칙적으로 2년마다 진료수가와 약가 개정을 중심으로 의료보험의 급부 및 지불에 관한 주요 사항을 심의한다. 약가산정조직은 신약의 약가산정 과정을 투명화하고 적절한 절차를 확보하기 위해 2000년에 설치되어 약가수재안 작성을 담당하고 있다. 보험적용이 적절하다고 여겨진 의약품은 약가산정조직의 검토를 거친 후 중의협의 승인을 거쳐서 약가 기준에 등재된다.

약가산정조직은 제약사가 제출한 정보를 토대로 약가비교 방식(유사약의 약가에 근거한 가격)이나 원가계산 방식(비교약이 없을 경우 전반적인 생산 및 판매 비용을 평가하여 약가 결정)에 따라 보험급여 가격을 결정한다(그림 12).

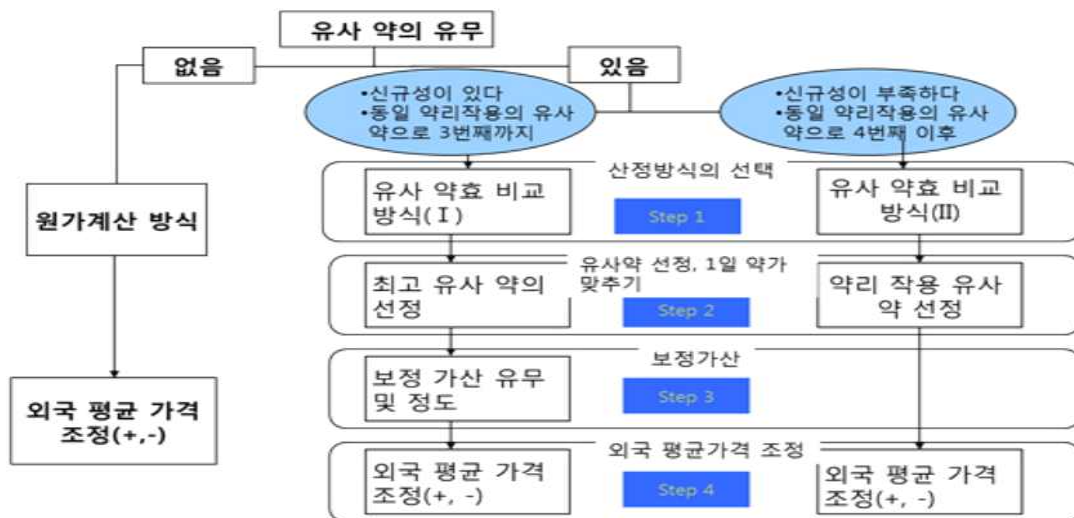


그림 12 일본 의약품 가격 결정 방법

자료: 김경선 등. 2016.

약가 가격 결정 방법 중 유사약효 비교방식은 I, II 두 가지 형식이 있고, 가격 결정을 위한 비교 대상은 시장의 기존 약품이다. 유사 약효 비교방식(I)은 기존의 비교약보다 치료적 유용성이 증가한 경우, 소아 적응증 또는 치료 영역이 좁다면 일일 치료비용에 근거하여 비교약 대비 가산을 부여받을 수 있다. 유사 약효 비교방식(II)은 후생성에서 제네릭으로 분류되어 약가 가산에 해당하지 않으면 급여목록표에 동일 계열의 다른 치료제의 평균 가격이나 최저가격에 따라 약가를 산정한다.

원가계산방식은 신규의약품 약가 결정 시 급여목록에 유사약이 없으면, 제조원가, 판매 및 연구비용, 운송 및 보험비용, 유통 관련 간접비를 고려하여 가격을 결정한다. 또한, 원가에 표준 영업이익율인 16.9%를 더하며, 이는 약가산정조직의 재량에 따라 8.5~33.8% 수준에서 가감될 수 있다.

일본에서는 치료적 유효성의 향상을 인정함으로써 제약사들의 신약 투자를 장려하기 위한 보정가산 제도가 시행되고 있다. 신약의 유용성에 따라 유용성 가산, 시장성 가산 등 여러 종류의 가산이 동시에 적용될 수 있다. 유용성 가산은 신약의 작용기전이 비교약과 유의적으로 다른지 등을 평가하며, 시장성 가산은 희귀 질환 영역에 사용되는 경우 제약사의 낮은 수익률에 대한 보상 기전으로 고안된 것이다.

외국 평균 가격 조정에서는 산정된 신규의약품 가격을 일본 시장과 유사하다고 판단되는 미국, 프랑스, 독일, 영국 총 4개국의 평균 가격을 참고하여 최대 2배를 초과하지 않는 선에서 상향 또는 하향 조정한다. 특히, 산정된 약가가 참조국 평균 가격의 75% 이하인 경우 상향, 125% 이상인 경우 하향 조정이 이루어진다.

3. 가산 수가

우리나라와 일본의 의료보험 진료비 구조는 유사하나, 일본의 가산제도가 상대적으로 잘 발달되어 있다. 일본의 입원료는 병동의 종류(일반, 요양, 정신, 결핵, 장애인 시설 등), 병원의 특성(전문병원, 특정기능병원), 종별에 따른 입원기본료에 총 71종의 다양한 가산점수를 더하여 구성된다(일부 청구코드 내 가산 항목까지 포함 시, 79종).⁴⁷⁾ 반면, 우리나라는 2023년 현재 7개 유형(종별, 전문의, 야간·공휴, 소아, 장애인, 입원, 특정항목)에 20개 항목의 가산제도가 적용되고 있어 전체 유형의 항목을 다 합쳐도 일본의 입원기본료에 부과되는 가산 수가 종류에 훨씬 미치지 못할 만큼 가산 수가의 종류가 매우 적다. 일본에서는 검사료, 처치·수술료 등의 항목은 기본진료료에 포함하여 산정하고 있다. 또한, 검사료 중 혈액화학검사는 실시 종목 수에 따라 포괄화된 점수를 산정하고 있다. 이 외에도 청구 및 진료비 산정의 편의를 위해 포괄화된 항목도 많다.

47) 診療報酬早見表2022, 114-117p.

제2절 외래 기본진료료

1. 초진료(A000)⁴⁸⁾

초진료는 288점으로 정해져 있으며(동일한 날에 타 진료과에서 초진을 시행한 경우, 144점 산정), 환자의 연령 및 진료 시간에 따라 상대가치점수에 대한 차이가 발생한다. 예를 들어, 진료 시간이 9시~6시까지인 의료기관에 6세 이상인 환자가 방문했다면 외래 초진료 288점이 산정된다. 그러나 같은 시간대에 6세 미만인 환자가 방문한 경우, 영·유아 가산 75점을 소정 점수에 가산하게 되어 총 363점이 된다.

진료 시간 외 시간대에 내원했을 경우, '시간 외 가산' 수가를 산정할 수 있다. 시간 외 가산 산정이 가능한 시간대는 대체로 오전 6시~8시에 해당하며, 6세 이상이면 85점, 6세 미만이면 200점을 별도로 산정 할 수 있다. 토요일 및 공휴일에 진료 받은 경우에도 가산 산정 대상이 되며 6세 이상은 250점, 6세 미만은 365점을 가산한다. '일요일 및 국민의 축일(祝日=공휴일)에 관한 법률'에 따르면 1월 2일 및 3일, 12월 29일~31일까지 공휴일로 규정하고 있다. 심야 시간대에 해당하는 22시에서 다음 날 오전 6시 사이에 내원했을 경우, 6세 이상은 480점, 6세 미만은 695점을 가산한다.

【 표 13 】 초진료(288점) 산정 관련 가산의 종류 및 점수

	6세 이상	6세 미만
진료 시간 내	-	+75점 ⁴⁹⁾
시간 외 가산(야간)	+85점	+200점
휴일 가산 일요·공휴일(12/29~1/3)	+250점	+365점
심야 가산(PM10:00~AM:6:00)	+480점	+695점

초진 시, 카카리츠케 의사(かかりつけ医, 동네 단골 병·의원 의사)의 기능을 평가한 '기능강화가산'의 경우, 진료소 또는 허가병상 200병상 미만의 병원에만 80점을 산정할 수 있다. 또한, '양질의 적정 의료를 효율적으로 제공하기 위한 체제 확보 추진 의

48) 2023년 4월 기준(診療報酬早見表, 2022)

49) 단, 시간 외 가산 및 휴일 가산, 심야 가산 산정 시에는 산정하지 않는다.

료법 등의 일부를 개정하는 법률(2021년 법률 제49호)의 일부가 2022년 4월 1일자로 시행됨에 따라 ‘외래기능보고(의료법(1948년 법률 제205호) 제30조의 18의 2 제1항 및 동 법 제30조의 18의 3 제1항 규정에 따라 시행되는 보고를 의미함. 이하, 상동)가 2022년 10월부터 시행되고 있다.⁵⁰⁾

환자 소개율 및 역소개율은 ‘외래기능보고 등에 관한 가이드라인’⁵¹⁾에 따라 계산하며, 계산식은 다음과 같다.

$$\bigcirc \text{ 소개율(\%)} = \text{소개 환자 수} \div \text{초진 환자 수} \times 100$$

$$\bigcirc \text{ 역소개율(\%)} = \text{역소개 환자 수} \div \text{초진 환자 수} \times 100$$

소개 비율이 50% 미만 또는 역소개 비율 30% 미만인 특정기능병원 및 일반병상 200병상 이상의 지역의료 지원병원 및 외래기능보고 대상 병원 등 환자 소개 진료 중점 의료기관 및 소개 비율 40% 미만 또는 역소개 비율 20% 미만의 허가병상 400병상 이상이면서 일반병상 200병상 이상인 병원의 경우, 초진료가 214점으로 삭감된다.

2. 재진료(A001)

병상수가 200병상 미만인 의료기관에서 재진을 시행한 경우, 재진료는 73점으로 산정된다. 200병상 이상인 경우, 재진료라는 용어 대신 ‘외래진료료’라는 용어를 사용하며 1점 더 높은 74점을 산정한다. ‘외래진료료’에는 간단한 검사 등에 대한 수가가 포함되어 있다는 특징이 있는데 예를 들어 상대가치점수 26점에 해당하는 ‘소변 검사’의 경우, ‘외래진료료’ 점수 74점에 포함되어 있다. 200병상 미만의 의료기관 ‘재진료’ 73점에는 포함되지 않으며 별도로 산정한다. 의료기관 입장에서는 재진료수가 낮게 설정되어 있음을 알 수 있다.

재진료수가 낮은 이유는 200병상 이상 의료기관의 경우, 전문적인 치료가 필요한 환자를 진료하는 한편 비교적 상태가 안정적인 환자에 대해 200병상 미만의 병원에서도 진료하도록 권장하고 있다. 이에 따라 200병상 이상의 의료기관에서는 재진 환자를 별

50) <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/167633.pdf>

51) <https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T220404G0235.pdf>

도의 의료기관으로 소개하고, 주로 초진 환자를 진료하고 있으며, 소개 비율이 50% 미만 또는 역 소개 비율 30% 미만의 특정기능병원 및 일반병상 200병상 이상의 지역 의료 지원병원 및 외래기능보고 대상 병원 등 환자 소개 진료 중점 의료기관 및 소개 비율 40% 미만 또는 역소개 비율 20% 미만의 허가병상 400병상 이상이면서 일반병상 200병상 이상인 병원의 경우, 외래진료료가 55점으로 삭감된다.

【 표 14 】 초·재진료 산정 관련 환자 소개·역 소개율에 대한 삭감 기준

의료기관의 종류	개정안
특정기능병원	소개 비율: 50% 미만 역 소개 비율: 30% 미만
지역의료 지원병원 (일반병상 200병상 이상)	소개 비율: 50% 미만 역 소개 비율: 30% 미만
소개 진료 중점 의료기관 (일반병상 200병상 이상)	소개 비율: 50% 미만 역 소개 비율: 30% 미만
허가병상 400병상 이상 병원	소개 비율: 40% 미만 역 소개 비율 20% 미만

또한, 의료기관에서 제시한 표준 진료시간대에 6세 미만인 환자가 방문한 경우, 영·유아 가산 38점을 소정 점수에 가산하게 되어 총 111점(외래진료료의 경우, 112점)이 된다.

진료 시간 이외의 시간대에 내원했을 경우, ‘시간 외 가산’ 수가를 산정할 수 있으며 6세 이상이면 65점, 6세 미만이면 135점을 별도로 산정 할 수 있다. 토요일 및 공휴일에 진료받은 경우에도 가산 산정 대상이 되며 6세 이상은 190점, 6세 미만은 260점을 가산한다. 심야에 방문했을 경우, 심야 가산 6세 이상은 420점, 6세 미만은 590점을 가산한다.

【 표 15 】 재진료(73점) 및 외래진료료(74점) 산정 관련 가산의 종류 및 점수

	6세 이상	6세 미만
진료 시간 내	-	+38점 ⁵²⁾
시간 외 가산 (야간)	+65점	+135점
휴일 가산 (일요·공휴일·12/29~1/3)	+190점	+260점
심야 가산 (PM10:00~AM:6:00)	+420점	+590점

52) 단, 시간 외 가산 및 휴일 가산, 심야 가산 산정 시에는 산정하지 않는다.

제3절 특계진료료

1. 의학관리

의학관리는 특정 질환을 앓고 있는 환자에 대해 의사 등이 의학적 관리를 지도했을 경우, 산정하는 진료수가이다. 입원환자를 대상으로 하는 경우를 포함하여 총 50종류 이상에 달한다. 2022년 수가 개정에서는 정보통신기기를 이용한 의학관리 등에 관한 평가의 재검토 및 불임 치료가 보험 적용됨에 따라 ‘일반불임치료관리료’, ‘생식보조의료관리료’ 등의 항목이 신설되었다.⁵³⁾

전체 의학관리료 중 〈B000특정질환요양관리료〉는 생활습관병(당뇨병, 고혈압, 암 등) 등 후생노동대신이 별도로 정하는 질환이 주 질병인 환자에게 일차 의료 및 복약, 운동, 영양 등에 관한 관리를 시행한 경우, 월 2회에 한하여 산정할 수 있으며 고령자가 가진 질병을 종합적으로 관리하기 위한 진료수가이다. 진료소의 경우 225점, 허가병상 100병상 미만인 병원의 경우 147점, 허가병상 100병상 이상 200병상 미만인 병원의 경우 87점을 산정한다.

해당 수가는 일차의료(Primary care)를 담당하는 지역사회 주치의가 계획적으로 실시하는 요양관리에 대한 평가이므로 허가병상 200병상 이상인 의료기관에서는 동 수가를 산정할 수 없으며, 입원환자도 산정할 수 없다.

의학관리는 의사의 지시에 따라 타 전문직이 실시하는 경우도 있다. 예를 들어, 〈B000특정질환요양관리료〉 항목 중 외래 및 입원환자에 대한 ‘영양식사지도료’는 암 환자 및 섭식기능 또는 연하기능이 저하된 환자, 저 영양 상태인 환자 등에 대해 관리 영양사가 식단을 작성하여 지도를 시행한 경우에 산정한다. 첫 회는 약 30분 이상, 2회째 이후는 약 20분 이상 요양을 위해 필요한 지도를 시행한 경우, 입원 중 2회에 한하여 산정한다(단, 주 1회에 한함).

이전 개정까지는 영양식 지도 등을 2회째 이후 실시한 경우, 정보통신기기를 이용한

53) <https://www.mhlw.go.jp/content/000901931.pdf>

경우에 대한 진료수가가 설정되어 있었지만, 이번 개정에서는 외래영양식사지도에 대한 지속적인 Follow-up을 위해 첫 회부터 정보통신기기를 이용한 경우에 대한 진료수가(온라인(원격) 진료수가)가 신설되었다.

카카리츠케 의사의 기능을 평가한 재진료 가산인 <지역포괄진료가산>이 진료소가 대상인 <행위별 수가 점수>인 것에 비해 <지역포괄진료료>는 진료소와 허가병상 200병상 미만인 병원이 포괄 진료 대상이다. 지질이상증, 고혈압증, 당뇨병, 만성심부전, 만성심장병(만성 유지 투석을 시행하지 않는 경우에 한함) 또는 인지저하증 중 2가지 이상을 보유한 환자에 대해 주치의가 영양상의 지도 및 복약 관리, 재택 대응 등을 포함한 포괄적인 관리를 한 경우, 월 1회당 1,660점(지역포괄진료료 1의 경우)을 산정할 수 있다.

약제료는 포괄점수에 해당하지만, 행위별 수가로 산정 가능하며 점수가 높게 설정되어 있다. 또한 지역포괄진료료 수가 체제 신고 시 <인지저하증 지역포괄진료료>를 산정할 수 있다.

2. 재택의료

재택의료의 진료수가는 ① 재택환자진료·지도료, ② 재택요양지도관리료, ③ 약제료, ④ 특정보험의료재료료 4가지로 구분된다. 최근 재택의료는 입원의료 및 외래 의료에 이어 제3의 의료로서 필요성이 높아지고 있으며, 해당 진료수가체계는 점점 복잡해지고 있다. 주로 ‘재택医료를 제공하는 의료기관의 종류’, ‘재택医료를 받는 환자의 상황’, ‘방문 진료 횟수 및 방법, 인원수’ 3가지에 의해 점수가 세분되고 있다.

재택의료는 주로 3가지 요인에 의해 산정되는 점수가 바뀌고 있는데 첫째, ‘재택의료 제공하는 의료기관의 종류’이다. 주로 재택요양지원진료소 또는 재택요양지원병원 인지에 대한 여부, 기능강화형에 대한 여부, 병상 보유 여부’에 의해 점수가 구분되고 있다.

둘째, ‘재택医료를 받는 환자의 상황’에 따라서도 점수가 바뀌고 있다. 구체적으로는

‘중증 환자(※ 특계진료료 시설 기준 등 별표 제8-2에 규정)’의 경우에는 점수가 높게 설정되어 있다. 또한, ‘요개호 2 이상 등 일정 상태인 경우’에는 포괄적 지원 가산(150 점)을 산정할 수 있다. 또한, 환자 거주 장소에 따라서도 점수가 세분되어 있다. 자택에서는 재택 시, 의학종합관리료, 그룹홈 등의 시설에서는 시설 입소 시 등 의학종합관리료 등을 산정하게 된다. 점수는 시설 입소 환자보다 자택 환자 등에게 산정하는 재택 시, 의학종합관리료 쪽이 더 높게 설정되어 있다.

또한, 세 번째가 ‘방문 진료 횟수 및 방법, 인원수’이다. 방문 횟수에 대해서는 ‘월 2회 이상’이 ‘월 1회’로 구분되어 있다. 또한, 방법에 대해서는 이번 개정에서 재택의료에 대해서도 ‘정보통신기기를 이용한 경우’에 대한 평가가 신설되어 이러한 이용 유무에 따라 점수가 세분화되었다. 방문 인원수에 대해서도 ‘1명’, ‘2명 이상 9명 이하’, ‘그 외’ 경우로 구분된다.

입소 환자 1명당 월수입은 약 5만 엔 정도 되는데, 예를 들면 재택요양지원진료소에 해당하지 않는 클리닉이 중증 환자 등이 아닌 재택 환자에게 월 2회 방문 진료를 한 경우, 주로 진료수가로서는 ‘재택 환자 방문 진료료(888점/회)’ 및 ‘재택 시 의학종합관리료(2,750점/월)’가 산정된다. 기타 재택요양관리지도(개호보수 298단위/회)가 산정된다. 따라서, 총 51,220엔이 된다. 지역포괄케어시스템 구축을 위해 재택의료를 충실히 하는 것은 중요한 과제이며 국가적 차원에서 재택의료를 추진해 나가고자 하는 목적이 있다.

표 16 재택 요양 진료수가에 영향을 미치는 3가지 요인

요인	내용
① 재택의료 제공 의료기관의 종류	- 기능강화형 재택요양지원진료소 및 재택요양지원병원(병상 有) - 기능강화형 재택요양지원진료소 및 재택요양지원병원(병상 無) - 상기 이외
② 재택의료를 제공받는 환자의 상황	환자의 상태: 중증 환자 및 요개호 2 이상 등 일정 상태인 환자의 경우 상기 이외 거주 장소: 자택, 그룹 홈 등 요양시설
③ 방문 진료 횟수 및 인원수	방문 횟수: 월 1회 및 월 2회 이상 진료 방법: 정보통신기기를 이용한 진료의 유무 방문 인원: 1명, 2명 이상 9명 이하, 10명 이상

3. 검사

검체 검사에 대한 진료수가는 검체를 채취하는 비용(진단 천자, 검체 채취료)을 채취한 검체를 검사하는 비용(검체검사실시료)으로서 검사한 결과를 진단하는 요금(검체검사판단료)의 3가지를 합한 점수가 된다.

예를 들면, 혈액 검사의 한 종류인 ‘말초혈액일반검사(21점)’를 실시한 경우, 검사료 외에 검체 채취료인 혈액 채취 37점, 검체 판단료 125점이 가산되어 총 183점이 된다.

검체 검사의 종류는 약 300종이 있으며, 개별적으로 검사실시료가 정해져 있다. 대략적으로는 ① 소변·분변검사, ② 혈액학적검사, ③ 생화학적검사(I), ④ 생화학적검사(II), ⑤ 면역학적검사, ⑥ 미생물학적 검사의 6종류로 구분된다.

검사는 ‘검체 검사’ 외에 ‘생체 검사’라고 부르는 경우가 있다. 생체 검사는 심전도, 초음파, 내시경(위 카메라) 등 다양한 기기를 사용하여 신체 이상 여부를 조사하는 것이다.

생체 검사에 대한 진료수가는 약 100종이 있으며, 기본적으로 실시한 ‘생체 검사료’만 산정한다(판단료는 검사료에 포함되어 있음). 예를 들어 내시경 검사를 시행한 경우, 상행 결장 부위는 1,550점, 하행 결장은 1,350점으로 정해져 있다. 또한, 내시경 검사 등에서 암이 의심되는 조직 또는 세포를 채취한 경우, 천자 및 검체 채취료를 별도로 산정한다.

표 17 검체의 종류 및 진료수가

	검체 검사	생체 검사
검사의 개요	인체에서 채취한 검체를 대상으로 한 검사(대·소변 등의 검사, 혈액학적 검사, 생화학적 검사, 면역학적 검사 등)	각종 기기를 이용하여 신체 이상 여부를 조사하는 검사 (호흡 순환 기능 검사, 초음파검사, 뇌파검사, 내시경 검사 등)
진료수가의 산정구조	진단 천자·검체 채취료 + 검체 검사실시료 + 검체 검사 판단료	생체 검사료 + (진단 천자·검체 채취료)

4. 영상진단

영상진단 관련 진료수가는 크게 3종류로 구분되는데, ‘X선 진단’ 및 ‘컴퓨터 단층 영상진단(CT, MRI, PET)’, ‘핵의학진단’으로 구분된다. 영상진단에 대한 진료수가는 영상에 대한 ‘촬영료’와 촬영한 영상을 의사가 보고 판단하는 ‘진단료’로 분류된다. X선 진단의 경우, ‘사진 진단’, 컴퓨터 단층 촬영 진단인 경우, ‘컴퓨터 단층 촬영 진단’, 핵의학 진단인 경우 ‘핵의학 진단’의 진단료를 각각 산정한다.

표 18 영상 진단의 종류 및 진료수가

	X선 진단	컴퓨터 단층 촬영 진단	핵의학 진단
촬영료	X선을 이용한 일반 영상진단 방법	CT 또는 MRI 기기를 이용한 영상진단 방법	방사성 약제를 이용하여 암을 진단하는 방법
	아날로그 촬영 디지털 촬영 등	CT 촬영 MRI 촬영 등	양전자 단층 촬영 등
진단료	사진 진단	컴퓨터 단층 진단	핵의학 진단

5. 투약

투약에 대한 진료수가로서 ‘처방료’와 ‘조제료’ 산정이 가능하며, 별도의 약제대로서 ‘조제료’를 산정할 수 있다. 처방료는 기본적으로 1회당 42점으로 정해져 있지만, 여러 종류의 약을 동시에 처방하는 경우, 수가가 삭감된다. 구체적으로는 7종류 이상의 내복약을 투여할 경우 29점, 3종류 이상의 항정신성 약물을 투여할 경우 18점으로 삭감된다. 동시에 많은 약을 투여할 경우, 부작용에 대한 위험이 따르기 때문에 동시에 많은 약을 처방할 경우, 처방료에 대한 점수가 낮아지게 된다.

조제료는 의사의 지시에 따라 약제사가 약을 환자에게 제공 시 산정하는 진료 점수이며, 약사의 조제에 따른 기술료에 해당한다. 조제료는 내복약의 경우 11점, 외용약의 경우 8점이 된다. 단, 입원환자의 경우, 일률적으로 7점이 된다. 또한, 약사가 상근 근무 중인 의료기관에서 투약한 경우, 조제 기본료로서 외래에서는 14점, 입원에서는 42점을 산정한다(입원 외 처방은 제외). 또한, 약 자체에 대한 비용으로서 ‘약제료’를 별도로 산정할 수 있다.

현재 의료기관의 70% 이상은 원내가 아닌 원외 약국에서 약을 조제하며, 환자에게 약을 처방하고 있다. 의료기관 내에서 약을 처방하는 것을 ‘원내 처방’, 약국에서 약을 조제하는 것을 ‘원외 처방’이라고 한다. 원외 처방의 경우, 의료기관에서는 진료수가로 ‘처방전료’만 산정한다.

【 표 19 】 투약(처방)의 종류 및 진료수가

	원내 처방	원외 처방
	의료기관 내에서 약을 조제	약국에서 약을 조제
진료수가	처방료 + 조제료·조제기술기본료 + 약제료 ※ 입원환자에 대해서는 처방료 산정을 하지 않음.	처방전료 ※ 조제료 및 약제료는 약국에서 지불

6. 주사

주사는 의사 또는 의사의 지시 하에 간호사가 실시한다. 진료수가는 주사의 종류에 따라 ‘주사실시료’를 산정한다. 주사실시료는 주사를 놓은 부위에 따라 각기 다른 점수가 설정돼 있다. 예를 들어, 환자에게 점적을 실시한 경우 ‘점적주사’, 정맥에 주사를 놓은 경우 ‘정맥 내 주사’, 중심 정맥 카테터를 통해 중심 정맥에 약물을 투여한 경우, ‘중심 정맥 주사료’를 산정하며, 주사실시료는 총 20가지로 분류된다.

점적 주사 점수는 주사한 약물의 양에 따라 달라진다. 1일 주사량이 500ml 이상인 경우, 99점이지만, 주사량이 500ml가 되지 않는 경우, 50점이 된다(6세 미만으로서 1일 주사량이 100ml 이상인 경우, 101점). 그 외에 정맥 내 주사는 1회당 34점, 중심 정맥 주사는 1일당 140점 등으로 정해져 있다.

암 치료의 일환으로서 시행되는 치료법인 ‘화학요법’은 항암제를 주사 등으로 체내에 투여하여 암세포 억제 등에 대한 효과를 기대할 수 있다. 화학요법은 최근 통원 치료가 가능하게 됨에 따라 외래 화학요법을 시행하게 됨으로써 환자에 따라서는 일상생

활을 해나가면서 치료받을 수 있다는 장점이 있다.

외래 화학요법을 시행할 경우, ‘주사실시료’에 ‘외래화학요법가산’ 수가를 산정할 수 있다. 또한, 특수 주사를 시행한 경우, 각종 가산 수가를 산정할 수 있으며, ‘생물학적 제제 주사 가산’은 백신 등을 사용한 경우, 주사 실시료와는 별도로 산정한다. ‘정밀 지속 점적 주사 가산’은 실린지 펌프를 이용한 약제 주입 시, 산정 가능하다. 또한, 무균작업실험대 등에서 무균 관리가 필요한 주사약을 조제한 경우, ‘무균조제처리료’를 산정한다.

표 20 주사의 종류 및 진료수가

주사실시료	
☐ 피내, 피하 및 근육 내 주사	☐ 골수 내 주사
☐ 정맥 내 주사	☐ 뇌 척수강 주사
☐ 점적 주사	☐ 관절강 내 주사
☐ 중심정맥주사 등	
+	
가산 등	
☐ 생물학적 제제 주사 가산	☐ 외래화학요법 가산
☐ 정밀 지속 점적 주사 가산	☐ 무균제제 처리료
☐ 마약 가산	
+	
약제료·재료료	

7. 재활

뇌경색 등의 발병으로 인해 신체에 마비가 남은 경우, 신체기능 회복을 위해 재활치료를 받게 되는데 재활치료에 대한 수가는 질환 등에 따라 10종류 정도로 분류된다.

최근 고령자가 증가하면서 치료 후 외상 예방 등을 위해 재활치료의 중요성이 점점 높아지고 있으며, ‘재활치료료’ 항목 역시 비교적 점수가 높게 설정되었다.

뇌경색 및 지주막하 출혈이 발병한 환자, 뇌종양 등으로 수술을 시행한 환자를 대상으로 재활치료를 실시한 경우, ‘뇌혈관질환 등 재활치료료’를 산정한다. 파킨슨병 등 신

경근질환 및 고차뇌기능장애 환자 등도 뇌혈관 재활치료료 수가 산정 대상이 된다. ‘운동기 재활치료료’의 경우, 주로 전도 등에 의해 대퇴골 경부 골절(고관절 골절) 및 척추 압박골절 고령 환자가 해당 수가 산정 대상이 된다. 골절 이외에도 관절 마모로 변형성 관절증에 의한 인공관절 치환술을 실시한 환자 등도 운동기 재활치료 대상이 된다.

급성심근경색 및 협심증 발작 등의 환자는 ‘심혈관질환 재활치료료’, 비사용(폐용) 증후군 발병 환자에게는 ‘비사용(폐용) 증후군 재활치료료’, 섭식기능장애 환자에 대해서는 ‘섭식기능요법’ 수가를 산정할 수 있다. 그 외 ‘암 환자 재활치료료’, ‘난치병 환자 재활치료료’ 등을 산정할 수 있다.

또한, 심혈관질환 등 일부 재활치료료에 대해, 발병부터 30일까지는 ‘조기 재활 가산’으로서 30점을 산정할 수 있으며 발병부터 14일까지는 ‘조기 가산’으로서 45점을 산정할 수 있는데, 이러한 이유는 재활치료를 한층 더 집중적으로 추진하기 위한 방침이며, 발병 초기부터 수가를 높게 산정할 수 있도록 설정되어 있다.

표 21 재활치료료 산정 대상

	재활치료료 산정 대상
심뇌혈관질환 재활치료료	급성심근경색, 협심증 발작 등
뇌혈관질환 등 재활치료료	뇌경색, 뇌출혈, 지주막하 출혈, 파킨슨병 등
비사용 증후군 재활치료료	급성 질환 등에 따른 안정에 의한 비사용(폐용) 증후군
운동기 재활치료료	상하지 복합손상, 척추 손상에 의한 사지 마비, 체간·상하지 골절 등
호흡기 재활치료료	폐렴, 무기폐, 폐종양, 흉부 외상 등
난치병 질환 재활치료료	베체트병, 다발성경화증, 중증 근 무력증 등
암 환자 재활치료료	암 진단 환자로서 수술 등을 실시한 환자
섭식기능요법	섭식기능장애 환자

8. 정신과 전문 치료요법

정신 질환 환자에 대한 치료는 주로 정신과 진료 전문 의료기관에서 실시되며, ‘정신과 전문 치료’라는 항목 중 약 20종류의 치료법으로 분류되어 있다. 정신과 전문의에 의한 심리치료 및 개인, 그룹 단위 활동을 통해 사회 적응 능력 향상을 도모하는

등 각종 치료 관련 수가 산정이 가능하다.

정신과 전문의에 의한 치료법으로는 ‘통원·재택정신치료’, ‘인지치료·인지행동치료’, ‘심신의학치료’ 등이 있는데 예를 들어, ‘인지치료·인지행동치료’는 기분 장애 및 공황 장애, 외상 후 스트레스 장애 등 환자에 대한 인지 편향 개선을 위한 정신 치료요법의 하나이다. 또한, ‘통원집단정신치료’는 환자들이 그룹을 형성하여(1회당 10명까지) 대화 및 연극 등을 통해 감정 표현을 하도록 하며, 대인관계 형성 방법 및 사회 적응 기술을 습득하기 위한 치료 방법이다.

그룹 스포츠 등의 활동을 통해 정신 증상 회복을 도모하기 위한 치료법도 있다. ‘정신과 쇼트 케어’, ‘정신과 데이케어’는 사회생활 기능 회복을 목적으로 그룹별로 일과 중에 활동을 시행한다. ‘정신과 나이트 케어’는 오후 4시 이후, 사회 복귀를 위한 각종 활동을 시행하는 정신과 치료요법이다.

표 22 정신과 치료 방법에 대한 개요

	치료 방법에 대한 개요
통원·재택정신치료	통합 실조증, 조울증 등의 환자에게 사회 적응 능력 등의 향상을 도모하기 위한 어드바이스 등을 실시하는 치료 방법
인지 요법·인지행동요법	우울증 등의 기분 장애, 강박 장애 등의 환자에 대해 인지 편향 등을 개선하기 위한 치료 방법
심신의학요법	심신증 환자에 대해 심리치료, 행동요법 등에 의해 회복을 도모하는 치료법
통원집단정신요법	대인관계 상호 작용을 통한 사회 적응 기술 습득 등에 의해 증상 개선을 도모하는 치료 방법
정신과 작업치료	사회생활에 대한 기능 회복을 목적으로 실시하는 것으로서 1일 2시간의 작업을 표준으로 하는 치료 방법
정신과 쇼트 케어	1일 3시간을 표준으로 하여 그룹 단위로 스포츠 등을 실시하여 지역사회 복귀를 도모하는 치료 방법
정신과 나이트 케어	오후 4시 이후, 4시간을 표준 치료 시간으로 하여 사회생활 기능 회복을 목적으로 활동을 시행하는 치료 방법
정신과 재택환자 지원 관리료	입·퇴원을 반복하여 증상이 안정되지 않은 환자 등에게 정기적으로 방문 진료 및 방문간호를 시행

9. 처치

처치의 경우, 총 10개 항목으로 구분되는데 구체적으로는 ① 일반 처치, ② 응급 처치, ③ 피부과 처치, ④ 비뇨기과 처치, ⑤ 산부인과 처치, ⑥ 안과 처치, ⑦ 이비인후과 처치, ⑧ 정형외과적 처치, ⑨ 영양 처치, ⑩ 깁스(Cast)의 영역으로 구성된다. 일반 처치로는 창상, 화상, 욕창 및 산소 호흡 등이 해당된다. 창상에 대한 진료수가는 붕대 등을 감는 면적에 따라 점수가 다르며, 100cm² 이상 500cm² 미만은 60점 등으로 정해져 있다. 또한, 처치를 위해 사용하는 붕대나 거즈 등의 비용은 환자에게 별도로 청구할 수 없다.

응급 처치로는 인공호흡 및 심장 마사지 등이 해당된다. 인공호흡 점수는 시간에 따라 다르며, 30분 이내인 경우 242점, 30분을 초과하는 경우, 30분마다 50점이 가산된다. (5시간을 초과하는 경우, 별도 산정). 또한, 심장 마사지도 마찬가지로 실시 시간에 따라 산정 가능한 점수가 정해져 있다.

골절 등으로 인해 깁스로 고정된 경우, 깁스 점수를 산정한다. 깁스 점수는 고정 부위에 따라 다르며, 코의 경우 310점, 손·발은 490점, 쇄골은 1,250점으로 정해져 있다.

10. 수술

수술은 수천 가지 수술 항목이 존재하며, 수술 점수는 한국과 마찬가지로 일반적으로 난이도가 높은 수술일수록 점수가 높게 설정된다. 복잡한 골절 및 관절 부위 등이 골절된 경우 이루어지는 수술이 ‘관혈적 수술’인데 이 수술은 출혈 가능성이 있으며, 통상적인 골절 치료에서는 골절된 부위를 깁스로 고정하는 처치가 이루어지고 있지만 관혈적 수술에서는 수술로 뼈를 정상적인 위치로 되돌려 나사나 금속판 등으로 뼈를 고정한다.

관혈적 수술 점수는 ‘견갑골, 상지, 대퇴골’의 경우, 18,810점, ‘전완, 하퇴, 주상골’은 15,980점, 그 외 부위는 11,370을 산정한다. 또한, 수술에서 사용한 나사 또는 플레이트 등 진료수가 산정 원칙으로 정해진 재료에 대한 비용은 수술료에 포함되지 않으며, 환자에게 별도로 청구한다.

위절제술의 경우, 최근 관절경 수술이 시행되고 있으며, 위절제술에 대한 진료수가는 개복 수술의 경우 55,870점, 복강경 수술의 경우 64,120점을 산정할 수 있으며 모

두 악성 종양에 대한 수술 점수에 해당한다. 또한, 수술 난이도의 차이 등으로 인해 개복술에 비해 복강경 수술에 대한 수가 점수가 더 높다.

2022년 수가 개정에서는 신종 코로나 감염증에 대한 대응을 위해 인공호흡 및 인공 심폐에 대한 치료 요건 및 평가가 재검토되었다. 에크모(ECMO)를 이용한 중증 환자에 대한 치료는 ‘체외식막형 인공 폐(1일당) 첫 산정일(30,150점)’을 신설하였다. 또한, 불임 치료에 대해서도 ‘인공 수정’, ‘배아 이식’ 등이 신설되어 아이를 갖고자 하는 자가 효과적이고 안전한 불임 치료를 받기 쉬워질 수 있을 것으로 기대된다.

또한, 수술 유무와 관계없이 환자에게 수혈을 시행하는 경우, ‘수혈료’를 산정할 수 있다. 수혈한 혈액량이 200ml까지는 450점, 200ml를 초과하는 경우는 200ml당 350점이 가산된다. 또한, 수술 전 환자에게 수혈을 시행하고 보존한 경우, ‘자가 수혈(自己血貯血)’은 해당 의료기관에서 수술 예정인 환자에게 채혈을 시행하고 해당 혈액을 보존한 경우에 산정한다.

표 23 | 수술의 종류 및 수가

〈수술료〉
피부절개술, 피부이식술, 골절관혈적수술, 인공관절치환술, 두개골내혈종제거술, 뇌혈관내수술, 수정체재건술, 고막형성수술, 상인두폴립적출술, 악관절형성술, 유선종양적출술, 폐절제술, 식도협착확장술, 경피적경동맥스텐트삽입술, 변형성술, 페이스메이커이식술, 탈장수술, 내시경적 위·십이지장폴립·점막절제술, 위절제술, 급성췌장염수술, 충수절제술, 뇨관결석술, 경뇨도적전립선절제술, 제왕절개술 등
+
수혈료
+
약제료·재료료

11. 마취

수술 시, 시행되는 마취는 전신 마취와 국소 마취로 분류되며, 몸의 통증을 완화하기 위해 주사하는 ‘신경 블록(Nerve Block)’ 마취도 포함된다. 전신 마취 방법에는 정맥에 마취약을 주사하는 정맥 마취와 가스 마취기를 이용한 폐쇄 순환식 전신 마취 등

이 있다. 정맥 마취에 대한 진료수가는 마취 시간이 10분 미만이면 120점, 10분을 초과하는 경우 600점(상근 마취과 의사가 시행하는 경우 1,100점)을 산정한다.

폐쇄 순환식 전신 마취에서는 시행하는 수술 내용에 따라 점수가 다르다. 심장 수술 시 등에 실시하는 마취에는 어느 정도 기량이 요구되기 때문에 수가가 높게 설정되어 있다. 또한, 심부전 및 당뇨병 등에 대한 ‘마취가 곤란한 환자’에 대한 마취를 시행하는 경우에도 점수가 높게 설정된다.

국소 마취의 경우, 마취약을 주사하는 부위에 따라 ‘척추 마취’와 ‘경막 외 마취’로 구분된다. 척추 마취는 하반신만 마취가 되도록 하는 방법이며, 경막 외 마취는 마취약 주입 부위에 따라 마취 효과가 다르게 나타나도록 하는 방법이다. 또한, 마취 범위에 따라 수가 점수도 달라진다.

상근 마취과 의사가 환자에게 진찰 및 마취를 시행한 경우, ‘마취관리료’를 별도로 산정할 수 있으며, 긴급 수술로 인해 시간 외 마취를 시행한 경우, ‘시간 외 가산’, 휴일에 마취를 시행한 경우 ‘휴일 가산’ 수가를 산정할 수 있다.

또한, 신경 블록의 경우, 진료수가는 마취 부위별로 수가가 다르게 산정되는데 예를 들어, ‘안(眼) 신경 블록 마취’의 경우 800점, ‘요부 교감 신경 블록(Lumbar sympathetic ganglion block) 마취’의 경우 570점, ‘좌골 신경 블록 마취’의 경우 90점 등을 산정할 수 있다.

■ 표 24 ■ 마취의 종류 및 수가

마취료	
<마취료> ☐ 정맥 마취 ☐ 폐쇄순환식 전신 마취 ☐ 척추 마취 ☐ 경막 외 마취 ☐ 흡입 마취 ☐ 근육 주사에 의한 전신 마취, 항문 마취 ☐ 상하지 전달 마취 등	<신경 블록 마취료> ☐ 신경근 블록 마취 ☐ 안 신경 블록 마취 ☐ 요부 교감 신경절(ganglion) 블록 마취 ☐ 성상(Stellate) 신경절 블록 마취 ☐ 안면 신경 블록 마취 ☐ 늑간(Intercostal) 신경 마취 ☐ 뇌하수체 마취 ☐ 하악 신경 마취 ☐ 좌골 신경 마취 등
+	
약제료·재료료	

12. 방사선 치료

방사선 치료는 체외에서 방사선을 조사하여 치료하는 ‘외부 조사’와 체내에서 방사선을 조사하는 ‘내부 조사’로 분류된다. 현재는 주로 외부 조사에 의한 치료가 이루어지고 있다.

외부 조사는 대형 장치를 이용하여 체외에서 암 부위에 방사선을 조사하는 치료법이다. 사용하는 방사선에는 몇 가지 종류가 있으며, X선 및 감마선 외에 최근 중입자선을 이용한 치료도 시행되고 있다.

방사선 치료는 고도의 의료기기를 사용하여 실시되므로 점수는 비교적 높게 설정돼 있다. 예를 들면, ‘감마나이프에 의한 정위방사선치료(Stereotaxic radiation therapy)’는 50,000점, 직선가속기에 의한 방사선치료(정위방사선치료)는 63,000점, 중입자선 치료는 187,500점(희귀병에 대해 실시한 경우) 등으로 정해져 있다.

내부 조사는 미세한 방사성 물질을 암 부위 및 그 부근에 삽입하여 치료하는 방법이다. 구강암, 설암, 유방암, 전립선암 등에 대해 캡슐형 방사성 물질을 삽입하는 방법(밀봉소선원치료)이 이용되며, 갑상선암 등의 경우, 방사성 물질을 복용하는 방법(비밀봉소선원치료)이 이용되는 경우가 있다.

표 25 방사선 치료의 종류 및 수가

외부 조사	내부 조사
☐ 표재성 방사선치료 ☐ 고에너지 방사선치료 ☐ 감마나이프에 의한 정위방사선치료 ☐ 직선가속기에 의한 방사선치료 ☐ 중입자선 치료 등	☐ 밀봉소선원치료 (강(Cavity) 내, 조직 내, 방사성 입자) ☐ 비밀봉소선원치료

13. 병리진단

병리진단에 대한 진료수가는 현미경으로 관찰하기 위해 표본을 제적하는 ‘병리표본 제작료’와 의사에 의한 진단인 ‘병리진단·판단료’로 분류된다. 환자에게 채취한 조직을

기반으로 표본 제작 시, ‘병리조직 표본 제작’으로서 860점을 산정한다. 위나 소장 등 여러 장기에서 조직을 채취해 표본을 제작한 경우, 장기 3곳까지 산정 가능하다.

또한, 전자현미경으로 관찰하기 위한 표본을 제작한 경우, ‘전자현미경병리조직표본제작료(2,000점)’를 산정하며, 수술 중 환자에게 채취한 조직에서 표본을 제작한 경우에는 ‘수술 중 쾌속병리조직표본제작(1,990점)’을 산정한다. 또한, 세침(Fine needle) 등을 이용하여 소량의 세포를 채취해 진단하는 ‘세포진단검사’ 방법도 있는데 유방암이 의심되는 경우 주사침을 이용하여 세포를 채취한 후 표본을 제작한 경우에는 1 부위 당 190점을 산정하며, 검체 채취에 필요한 비용은 ‘진단 천자·검체 채취료’로 청구한다.

병리 진단·판단료는 ‘병리과 전문의’가 병리 진단을 시행하는 경우 및 기타 의사가 시행하는 경우에 대한 수가가 다르게 설정되는데, 병리과 전문의가 조직 표본을 기반으로 진단을 실시한 경우에는 ‘조직진단료(520점)’를 산정하며, 세포 진단에서 채취한 세포 표본에 따라 진단한 경우, ‘세포진단료(200점)’를 산정한다. 또한, 병리 진단 경력 7년 이상인 의사가 근무하는 의료기관에서는 ‘병리진단 관리가산’을 추가 산정할 수 있다.

병리과 전문의가 아닌 의사에 의해 진단이 이루어진 경우, ‘병리판단료’로서 130점을 산정할 수 있으며, 병리과 전문의가 없는 의료기관에서도 일정 요건을 충족함으로써 병리과 전문의가 있는 의료기관으로 표본을 보낸 후, 진단 결과를 문서로 보고 받을 수 있다.

【표 26】 병리 진단의 종류 및 수가

병리표본제작료	
☐ 병리조직표본제작	☐ 수술 중 신속 세포 진단
☐ 전자현미경 병리 조직 표본 제작	☐ 세포 진단
☐ 면역 염색(면역항체법) 병리 조직 표본 제작	☐ HER2 유전자 표본 제작
☐ 수술 중 신속 병리조직 표본 제작	☐ ALK 융합 유전자 표본 제작
+	
병리진단·판단료	
☐ 병리진단료	☐ 병리판단료
+	
【검사료】 진단 천자·검체채취료, 약제료, 재료료	

일본의 진료명세서에는 한국의 명세서와 달리 각 의료행위에 대한 금액을 점수로 표기하며, 기본료와 행위료로 분리되어 산정되지 않는다는 특징이 있다. 세부 산정 케이스를 살펴보면 다음과 같다.⁵⁴⁾

【표 27】 외래환자 명세서 작성 예

진료명세서(외래환자용)					
환자번호	123456	성명	○○ ○○	진료일	2023.04.17.
진료과					
구분	항목			점수	횟수
기본료	※ 외래진료료			73	1
재택	※ 재택 자기주사 지도관리료(월 28회 이상)			750	1
	※ 혈당 자기측정기 가산(월 100회 이상) (제1형 당뇨병에 한함)			1,490	1
처방	※ 처방전료(기타)			68	1
검사	※ 생화학적검사료(1) 판단료				
	※ 혈액학적검사판단료				
	※ B-V				
	※ 검체검사관리가산(1)			144	1
	※ 혈중미생물			125	1
	※ 생화학적검사(1)(10항목 이상)			30	1
	ALP			40	1
	LAP			40	1
	γ-GTP			112	1
	CK				
	ChE				
	Amy				
	TP				
	Alb				
	BIL/Total				
	BIL/Indirect				
영상 진단	※ 흉부 단순 촬영(디지털 촬영) 영상기록용 필름(절반) 1매			280	12

54) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203025.pdf>

표 28 입원환자 명세서 작성 예

진료명세서(입원환자용)					
환자번호	123456	성명	○○ ○○	진료일	2023.04.17.
진료과					
구분	항목			점수	횟수
의학관리	※ 약제관리지도료 2 (약제관리지도료 1 이외의 환자)			325	1
주사	※ 점적 주사 서클레스 주) 0.1% 100mL 1병 생리식염수 500mL 1병			276	1
	※ 점적 주사료			97	1
	※ 무균 조제 처치료 2			40	1
처치	※ 응급의료를 위한 기관 내 삽관			500	1
	※ 카운터쇼크(Countershock)			3,500	1
	※ 인공호흡(5시간 초과) 360분			819	1
	※ 비개흉(Closed chest) 심장 마사지 60분			290	1
검사	※ 미생물학적 검사 판단료			150	1
	※ 검체·검사 관리 가산(2)			100	1
	※ HCV 핵산 정량 검사			437	1
재활	※ 심혈관질환 재활치료료(1)			280	12
	조기 재활 가산				
	초기 가산				
입원료	※ 급성기 일반입원료 7 일반병동 입원기간 가산(14일 이내)			1,782	7
	※ 의사 사무작업 보조체제 가산1(50:1)			270	1
	※ 구명구급입원료1(3일 이내)			9,869	3
	※ 구명구급입원료1(4일 이상 7일 이내)			8,929	2

제4절 입원료

입원료는 환자 입원 시, 부담하는 기본료에 해당하며 병상의 종류, 병동별 간호 인력기준, 평균 입원 기간 등에 따라 본인부담금이 달라진다. 입원료 결정 요인에서 중심이 되는 것은 바로 간호 인력 기준이며, 의료기관의 의료 제공 기능별로 기준이 다르게 설정되어 있다. ‘급성기 일반입원료 1’ 수가 체제에서는 7:1 간호 인력 기준이 적용되며, 이러한 간호 체제에서는 1일당 1,650점, 10:1 간호 체제에서는 1일당 1,332점이 된다. 이러한 경우, 200병상에서의 병상 가동률 80%인 병원에서는 1년간 약 1억 5,000만 엔(약 15억 원)의 수익 차가 발생하는 것이다.

병원 수익의 큰 비율을 차지하는 ‘입원기본료’ 수익에는 간호사의 영향이 크다고 할 수 있다. 따라서 진료수가 개정 시, 입원기본료에 대한 재검토가 이루어진다면 큰 이슈가 된다. 병원으로서는 입원기본료가 변경된다는 것이 수익에 큰 영향을 미치게 되기 때문이다.

진료수가 산정에 있어 간호사의 관여가 평가됨에 따라 작성해야 할 진료수가 산정 관련 서류가 증가하고 있다. 입원 진료계획서, 간호 필요도 체크, 간호 필요도 평가 기록, 퇴원 요양계획서, 섭식기능요법 지도 기록 등 많은 진료수가 산정 관련 항목이 있다.

간호사가 관여하는 이러한 진료수가 항목은 진료 행위를 제공한 근거(진료수가 관련 서류) 없으면 수가 산정이 불가능하다. 따라서, 간호사는 업무 중 자신이 관여하는 진료수가에 대한 명확한 이해를 바탕으로 근거 서류를 명확히 작성해야 한다.

일본의 입원료 수가는 환자의 질병 진행시기에 따라 구분되며, 이러한 의미에 대해 병기(病期)라는 용어를 사용한다. 환자의 병기는 총 3가지로 구분되는데 첫 번째는 급성기(환자에게 치료를 시작하는 첫 단계), 두 번째는 회복기(급성기 치료를 거쳐 재택 복귀를 위해 재활치료 등을 실시하는 단계), 세 번째는 만성기(장기 요양이 필요한 단계)로 구분된다.

이러한 3가지 의료제공체계에 따라 입원료를 구분하며, 각 입원료 체계 하에 세부 수가가 정해지게 되는데 예를 들면 ‘일반병동’은 급성기 환자를 대상으로 하는 병동,

‘지역포괄케어병동’ 및 ‘회복기재활병동’은 회복기 환자를 대상으로 하는 병동으로 구분되며, ‘요양병동’은 만성기 환자를 대상으로 하는 병동으로 구분된다.

일본에서는 환자가 발병 후, 치료를 시행하는 단계에서는 일반적으로 ‘일반병동’에 입원한다. 이후, 증상이 안정되어 퇴원을 위해 재활치료를 실시하는 단계에서는 ‘회복기재활병동, 퇴원이 어려워 장기 요양이 필요한 환자의 경우 ‘요양병동’으로 이동한다. 이렇게 환자는 자신의 질병 진행 시기에 따라 입원하는 병동이 다르며 각 병동 입원료 수가가 모두 다르게 설정되어 있다.

입원료 수가는 1일 당으로 계산하게 되는데, 예를 들면 일반병동에 10일간 입원했다가 회복기재활병동에 30일간 입원한 환자의 경우, (일반병동 입원료 × 10) + (회복기재활병동 입원료 × 30)의 합계 금액이 해당 환자의 입원료가 된다.

1. 일반병동 입원료

일반병동은 주로 급성기 환자가 입원하는 병동으로, 일반병동에 입원한 환자는 ‘일반병동 입원기본료’ 수가를 청구한다. ‘일반병동 입원기본료’는 간호사 인력 배치 기준 등에 따라 ‘급성기 일반 입원기본료’와 ‘지역 일반 입원기본료’ 중 한 가지 수가를 산정할 수 있다.

이 중 ‘급성기 일반 입원기본료’는 총 1~6까지 구분되는데 수가 점수가 가장 높은 ‘급성기 일반입원료1’의 경우, 급성기 의료를 제공하는 병동 중에서도 급성기 환자 비율(중증도, 의료·간호 필요도)이 28% 이상(200병상 미만, 200병상 이상인 경우 미 해당)으로 가장 높게 설정되어 있으며, 간호사 배치 비율도 7:1 이상으로 정해져 있다. 간호 인력은 70% 이상 간호사(RN)가 배치되어야 하며, 환자의 평균 재원일수도 18일 이내여야 한다.

입원료 2~6의 경우, 간호 인력 기준은 10:1 이상으로 정해져 있으며, 간호 인력은 입원료 1 체제와 마찬가지로 70% 이상 간호사(RN)로 배치해야 한다. 환자의 평균 재원일수는 21일 이내여야 하며, 진료 데이터 제출 가산 수가 체제를 신고해야 한다.

‘지역일반입원기본료’는 ‘급성기 일반 입원기본료’에 비해 점수가 낮게 설정되어 있다. 지역일반입원기본료는 1~3까지 구분되며 해당 입원료 1, 2의 경우, 간호 인력 기준이 13:1 이상이어야 하며 이 중 간호사(RN) 배치 비율이 70% 이상이어야 한다. 평균 재원일수는 24일 이내여야 하며, 진료 데이터 제출 가산 수가 체제를 신고해야 한다. 입원료 3의 경우, 간호 인력 배치기준이 15:1 이상이어야 하며 이 중 간호사(RN) 배치 비율이 40% 이상이어야 한다. 평균 재원일수는 60일 이내여야 하며, 진료 데이터 제출 가산 수가 체제를 신고해야 한다.

‘일반병동 입원기본료’는 ‘급성기 일반 입원기본료’와 ‘지역 일반 입원기본료’ 2가지 모두 환자의 입원 기간에 따라 가산 수가를 산정할 수 있다. 입원 첫날부터 14일까지는 450점, 15일째부터 30일까지는 192점을 각 입원료에 가산할 수 있다.

【 표 29 】 일반병동 입원기본료(A100) 수가의 기본 개요(2023년 기준)

입원료	간호인력 배치기준	점수	평균 재원일수	입원일로부터~ 14일까지	입원 15일째부터 ~ 30일까지
급성기 일반 입원료 1	7:1 (RN 70% 이상)	1,650점	18일 이내	+	450점 가산 192점 가산
급성기 일반 입원료 2~6	10:1 (RN 70% 이상)	1,619 ~ 1,382점	21일 이내		
지역 일반 입원료 1~2	13:1 (RN 70% 이상)	1,159 ~ 1,153점	24일 이내		
지역 일반 입원료 3	15:1 (RN 40% 이상)	988점	60일 이내		

2. 지역포괄케어병동 입원료

지역포괄케어병동은 총 3가지 입원 조건을 충족해야 하는데 첫째, 급성기 치료를 경과한 환자가 입원하거나 둘째, 재택 치료를 시행하는 환자 등이 입원하거나 셋째, 재택 복귀를 지원하기 위해 입원하는 병동에 해당한다. 지역포괄케어병동은 질환과 관계없이 입원할 수 있지만 입원 상한 기한은 원칙적으로 60일까지만 가능하다.

2022년 개정된 수가에서도 위의 3가지 입원 기능이 제공될 수 있도록 재검토되었

다. 구체적으로는 환자가 해당 병원의 일반병동에서 지역포괄케어병동으로 이동한 환자의 비율이 '60% 미만'이어야 하며, 이러한 조건에 부합되지 않을 경우, 해당 입원료 수가가 15% 감산된다. 이러한 조건에 해당되는 병원은 '200병상 이상'이어야 하며, 자택 등에서 직접 지역포괄케어병동에 입원한 환자에 대한 비율도 '20% 이상'의 조건을 충족해야 한다.

지역포괄케어병동은 병동 단위만이 아닌 '병실' 단위로도 수가 체제를 신고할 수 있어 입원료 수가 산정 방법이 2가지로 분류된다. 지역포괄케어를 병동 단위로 운영하는 병원의 경우, '지역포괄케어병동입원료'로 수가를 산정하게 되며, 일반병동을 한 곳만 보유한 병원에서 일반병동의 일부 병실을 지역포괄케어병동으로 신고할 수 있는데 이러한 경우, '지역포괄케어병동입원료'가 아닌 '지역포괄케어병동 입원의료관리료'로 수가를 산정하게 된다.

또한, 이 수가는 2가지 종류 모두 '생활 요양을 받는 경우'에 대한 수기도 별도로 정해져 있는데 '생활 요양'이란, 65세 이상인 자가 해당 병동(병상 기능: 요양 병상)에 입원하여 식대를 공제받는 경우를 의미하며, 이러한 경우 산정할 수 있다. '생활 요양을 받는 경우'에 대한 수가는 '지역포괄케어병동입원료' 및 '지역포괄케어병동 입원의료관리료'의 각 세부 수가에 비해 다소 낮게 책정되어 있다.

【 표 30 】 지역포괄케어병동 입원료(A380-3) 수가의 기본 개요(2023년 기준)

항목	입원료1	관리료1	입원료2	관리료2	입원료3	관리료3	입원료4	관리료4
점수	2,809		2,620		2,285		2,706	
생활 요양 을 받는 경우	2,794		2,605		2,270		2,060	
재택 복귀율	72.5% 이상				70% 이상 (미충족 시, 10% 감산)			
해당병원 일반병동 에서 이동해 온 경우	-	-	60% 미만 (허가병상 200병상 이상인 경우. 미충족 시 15% 감산)	-	-	-	60% 미만 (허가병상 200병상 이상인 경우. 미충족 시 15% 감산)	-
자택 등 에서 입원한 환자의 경우	20% 이상	20% 이상 (10병상 미만인 경우, 최근 3개월간 8명 이상)	① 20% 이상		20% 이상	20% 이상 (10병상 미만인 경우, 최근 3개월간 8명 이상)	① 20% 이상	
자택 등 에서 긴급 입원한 환자	최근 3개월간 9명 이상	최근 3개월 간 9명 이상	② 최근 3개월간 9명 이상		최근 3개월간 9명 이상	최근 3개월간 9명 이상	② 최근 3개월간 9명 이상	
재택의료 등의 실적	2가지 이상	2가지 이상	③ 1가지 이상		2가지 이상	2가지 이상	③ 1가지 이상	

지역포괄케어병동 입원료의 내용 중 굵은 선으로 테두리 표기된 항목의 ①~③의 내용 중 1가지 이상의 내용을 충족하지 못했을 경우, 10% 감산된다(표 30).⁵⁵⁾

55) <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000966248.pdf>

3. 회복기재활병동 입원료

회복기재활병동은 뇌혈관질환이나 골절 등 회복기 재활 대상 질환자만 입원할 수 있는 병동으로서 급성기 일반병동에서 치료를 마친 후, 회복기 재활치료를 위해 입원하는 병동에 해당한다. 회복기재활병동은 2000년 개호보험제도 시작과 함께 창설되었으며, 입원료는 총 1~6까지 분류되어 있었으나 2022년 수가 개정으로 인해 ‘입원료 5’ 체제는 폐지되었으며, 현재 총 1~5까지의 수가 체제가 마련되어 있다.

수가 점수가 가장 높은 ‘회복기재활병동 입원료 1’ 수가 체제를 적용받기 위해서는 몇 가지 조건을 충족해야 할 필요가 있다. 예를 들어, ‘중증 환자 입원 비율 40% 이상’, ‘휴일 재활치료 실시’, ‘재택복귀율 70% 이상’, ‘관리영양사 인력 의무 배치’ 등의 수가 산정 요건을 충족해야 한다. ‘회복기재활병동 입원료’ 수가는 ‘일반병동 입원료’ 수가와 다르게 검사료 및 주사료 등의 수가가 포함되어 있다.

회복기재활병동 입원료 1, 3의 경우, 한국의 의료기관평가인증원에 해당하는 ‘일본 의료기능평가기구’에서 시행하는 의료기관평가 인증을 받도록 권고하고 있으며, 양질의 회복기 재활의료 제공을 위한 방안을 모색해 나가고 있다.

회복기재활치료 수가는 뇌혈관질환, 심혈관질환, 운동기질환, 호흡기질환, 폐용(비사용) 증후군 등이 있다(표 31, 32).

표 31 회복기재활병동 입원 대상 질환(2023년 기준)⁵⁶⁾

회복기 재활 대상 질환	회복기재활병동 입원 상한 기한
뇌혈관질환, 지주막하 출혈 선트 수술 등	150일
고차뇌기능장애를 동반한 중증 뇌혈관 장애 등	180일
대퇴골, 골반, 고관절 또는 슬관절 골절 등	90일
폐렴 등의 치료에 따른 폐용(비사용) 증후군	90일
슬관절 등의 신경, 근육 또는 인대 손상	60일
고관절 또는 슬관절 치환술 이후	90일
급성심근경색, 협심증 발작, 기타 급성으로 발병한 심혈관질환 발병 이후 등	90일

56) <http://www.rehabili.jp/patient/>

표 32 회복기재활병동 입원료(A308) 수가의 기본 개요(2023년 기준)⁵⁷⁾

	입원료 1	입원료 2	입원료 3	입원료 4	입원료 5
의사	상근 의사 1명 이상				
간호 인력 기준	13:1 이상 (70% 이상 RN 배치)		15:1 이상 (40% 이상 RN 배치)		
간호보조원	30:1 이상				
재활전문직	전속 상근 물리치료사 3명 이상, 작업치료사 2명 이상, 언어치료사 1명 이상		전속 상근 물리치료사 2명 이상, 작업치료사 1명 이상		
사회복지사	전임 상근 1명 이상		-		
관리영양사	전임 상근 1명	전임 상근 1명 배치(권고)			
의료기관평가인증	인증 취득 (권고)		인증 취득 (권고)		
재활실적지수 등 원내 게시판 등에 공개	○				
(진료)데이터 제출가산 신고	○				○
휴일 재활치료 실시	○		-		
신규 입원환자 중 중증 환자 비율	40% 이상		30% 이상		-
입원 시, 중증 환자에 대한 입원 시 일상생활 기능평가 개선 정도 ()안의 점수는 FIM 총득점	30% 이상 4점(16점) 이상 개선		30% 이상 3점(12점) 이상 개선		-
재택복귀율 (자택 등의 퇴원 비율)	70% 이상				-
재활실적지수	40 이상	-	35 이상	-	-
회복기재활병동 입원료 점수 ()안의 점수는 생활 요양을 받는 경우	2,129점 (2,115점)	2,066점 (2,051점)	1,899점 (1,884점)	1,841점 (1,827점)	1,678점 (1,664점)

57) <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000966248.pdf>

4. 요양병동 입원료

요양병동은 주로 장기간 의료적 관리 및 처치가 필요한 환자가 입원하는 병동을 의미하며, 재택 및 개호시설에서 요양 생활이 곤란한 환자가 입원 대상이 된다. 요양병동에 입원하기 위한 판정 기준으로는 「의료구분」이라는 척도가 이용된다. 의료구분 1~3단계 평가 중 3단계가 가장 의료 필요도가 높은 환자에 해당하며, 2단계는 3단계에 준하는 의료 필요도가 높은 환자를 나타낸다.

구체적으로는 ‘의료구분 3’의 경우, 요양병동 입원기본료 1, 2의 A, B, C 입원료 수가에 해당하는 항목이며, 대상 질환의 명칭은 스몬병(SMON, 아급성 척수 시신경증)에 해당하는 환자이다. 환자 상태는 의사 및 간호 인력이 항시 환자를 감시하거나 관리하고 있는 상태로서 「24시간 지속 점적」, 「중심 정맥 영양」, 「인공호흡기」등을 사용하고 있는 환자이며, 「배액(Drain)법」 또는 「흉강이나 복강 세척을 시행하고 있는 상태」이다. 또한, 「발열이 동반된 상황에서 기관 절개 또는 기관 내 삽관을 시행」 및 「산소 요법 시행(고밀도 치료가 필요한 상태)」, 감염증 치료가 필요하여 격리실에서 관리하고 있는 상태를 의미한다.

‘의료구분 2’는 요양병동 입원기본료 1,2의 D, E, F 입원료 수가에 해당하는 항목이며, 대상 질환의 명칭은 근디스트로피(Muscular dystrophy)증, 다발성경화증, 근위축성 측색경화증, 파킨슨병 관련 질환, 기타 지정 난치병 등(스몬(SMON)병 제외), 척수 손상(경추 손상이 원인인 마비가 사지 전부에 나타나는 경우에 한함), 만성 폐쇄성 폐 질환(휴·존스의 분류가 V도 상태에 해당하는 경우에 한함), 악성 종양(의료용 마약 등 약제 투여에 의한 통증 제어가 필요한 경우에 한함)에 해당하는 환자이다.

환자 상태의 경우, 「폐렴」, 「요로감염증」, 「상병 등에 의한 재활이 필요한 상태(원인이 되는 상병 등의 발병 후 30일 이내인 경우로서 실제로 재활을 시행하고 있는 경우에 한함)」, 「발열을 동반한 탈수 상태」, 「욕창」, 「말초순환장애」, 「섬망」, 「우울증」, 「창상」, 「투석」 치료 및 「산소 요법」을 실시 환자 등이 해당된다. ‘의료구분 2·3’에 해당하지 않는 환자는 ‘의료구분 1’에 해당된다.

요양병동 입원료는 「요양병동입원기본료1」과 「요양병동입원기본료2」로 분류된다. 간

호 인력 기준은 20:1로 정해져 있는데 「요양병동입원기본료1」 수가 산정 요건은 입원 환자 중 ‘의료구분 2’ 또는 ‘의료구분 3’에 해당하는 입원환자가 전체 입원환자 중 80% 이상이어야 하며 「요양병동입원기본료2」의 경우, 입원환자 중 ‘의료구분 2’ 또는 ‘의료구분 3’에 해당하는 입원환자가 전체 입원환자 중 50% 이상이어야 산정 가능하다.

요양병동 입원기본료 1,2는 입원환자에 대해 일률적인 점수로 구분되는 것이 아닌 총 9단계로 점수가 구분되는데, 예를 들면 「요양병동입원기본료1」 수가 체제를 신고 중인 환자 중 ‘의료구분 3’ 및 ‘ADL구분 3’에 해당하는 환자의 경우, 입원료는 ‘1,232 점(요양병동입원기본료F)’ 수가를 산정한다.

또한, ‘ADL(Activities of Daily Living)구분’이란, 환자의 일상생활동작(식사, 화장 실, 이동 등)의 정도를 나타내는 척도이며, ‘ADL 구분’ 점수가 높을수록 자립도가 낮은(개호가 필요한) 환자에 해당한다. ADL 구분 및 의료 구분이 높을수록 신체적 개호 및 의료적 관리가 필요한 환자에 해당하므로 입원료도 높게 설정되어 있다. 요양병동 입원기본료 1,2에 대한 기본 수가 구조의 개요는 다음과 같다.

【 표 33 】 요양병동 입원기본료(A101) 수가의 기본 개요(2023년 기준)⁵⁸⁾

〈요양병동입원료 1〉 () 안의 내용은 ‘생활 요양을 받는 경우’에 대한 수가 점수

	의료구분 1	의료구분 2	의료구분 3
ADL구분 1	입원료 I 815점 생활 요양을 받는 경우 (801점)	입원료 F 1,232점 생활 요양을 받는 경우 (1,217점)	입원료 C 1,471점 생활 요양을 받는 경우 (1,457점)
ADL구분 2	입원료 H 920점 생활 요양을 받는 경우 (905점)	입원료 E 1,386점 생활 요양을 받는 경우 (1,372점)	입원료 B 1,758점 생활 요양을 받는 경우 (1,744점)
ADL구분 3	입원료 G 968점 생활 요양을 받는 경우 (953점)	입원료 D 1,414점 생활 요양을 받는 경우 (1,399점)	입원료 A 1,813점 생활 요양을 받는 경우 (1,798점)

58) 日本診療点数早見表2022, p.81.

〈요양병동입원료 2〉

	의료구분 1	의료구분 2	의료구분 3
ADL구분 1	입원료 I 751점 생활 요양을 받는 경우 (736점)	입원료 F 1,167점 생활 요양을 받는 경우 (1,153점)	입원료 C 1,406점 생활 요양을 받는 경우 (1,392점)
ADL구분 2	입원료 H 855점 생활 요양을 받는 경우 (841점)	입원료 E 1,322점 생활 요양을 받는 경우 (1,307점)	입원료 B 1,694점 생활 요양을 받는 경우 (1,680점)
ADL구분 3	입원료 G 903점 생활 요양을 받는 경우 (899점)	입원료 D 1,349점 생활 요양을 받는 경우 (1,335점)	입원료 A 1,748점 생활 요양을 받는 경우 (1,734점)

5. 기타 병동 입원료

그 외 정신질환 환자가 입원하는 ‘정신병동입원료(1~5)’ 및 결핵(주로 폐결핵) 환자의 치료를 위한 ‘결핵병동입원료(1~6)’ 수가가 있다. 고도급성기 의료를 제공하는 ‘특정기능병원 입원기본료’의 경우, 일반병동, 결핵병동, 정신병동을 둘 수 있는데 각 병동에 대한 입원료 수가는 간호 인력 기준에 따라 수가가 다르게 설정되어 있다. 일반병동의 경우, 7:1 및 10:1 기준으로 나뉘어져 있으며, 결핵병동 및 정신병동의 경우, 7:1, 10:1, 13:1, 15:1의 4단계 형태로 수가가 분류된다.

일반병동의 경우, 입원 기간 14일 이내까지는 1일당 712점의 입원료를 산정할 수 있지만, 15일 이후, 30일까지는 입원료 수가가 207점으로 대폭 삭감된다. 결핵병동의 경우, 30일 이내까지는 1일당 330점까지 산정 가능하며, 31일부터 90일 이내까지는 200점으로 삭감된다.

정신병동의 경우, 입원료 수가가 총 4단계로 분류되는데 입원 기간 14일 이내까지는 505점, 15일 이상 30일 이내까지는 250점, 31일부터 90일 이내는 125점, 91일부터 180일 이내는 30점, 181일부터 1년까지는 15점을 산정한다.

또한, 악성 종양 및 순환기질환 등의 환자를 대상으로 고도 급성기 의료를 제공하는

전문병원의 경우 ‘전문병원 입원기본료’를 산정하며, 간호인력 7:1, 10:1, 13:1 기준에 따라 차등 수가를 적용하게 되어 있다.

일본에서는 1~19병상까지 보유한 의원급 의료기관을 ‘유상진료소’라고 한다. 유상진료소에서 산정 가능한 입원료 수가는 총 2가지가 있는데 첫 번째는 ‘유상진료소 입원기본료’를 산정할 수 있으며 1~6 체제까지 세분화되어 있다. 해당 수가는 입원일을 기준으로 수가가 3단계로 차등화 되는데 예를 들어, ‘유상진료소 입원기본료 1’의 경우, 입원 기간 14일 이내까지는 917점, 15일 이상 30일 이내까지는 712점, 31일 이상이면 604점을 산정할 수 있으며 해당 입원기본료 1의 수가체계가 가장 수가가 높고 2~6 체제로 갈수록 점점 수가가 낮아지는 구조이다.

두 번째는 ‘유상진료소 요양병동 입원기본료’를 산정할 수 있으며, 입원료 체계는 총 의료구분 1~3과 ADL(일상생활동작:Activities of Daily Living)구분 1~3의 조합 형태로 구성되어 있으며, 1~5(A~E)까지 산정할 수 있다.

표 34 유상진료소 요양병동 입원기본료(A101)

	의료구분 1	의료구분 2	의료구분 3
ADL구분 1 〔판정점수 10점 이하〕	입원기본료 E 564점(549점)	입원기본료 C 827점(813점)	입원기본료 A 1,057점(1,042점)
ADL구분 2 〔판정점수 11~22점〕		입원기본료 B 945점(929점)	
ADL구분 3 〔판정점수 23점 이상〕	입원기본료 D 623점(638점)		

6. 입원료 관련 가산

입원료 수가에는 각종 가산을 산정할 수 있게 되어 있으며, 각 가산 수가에 대한 산정 요건을 충족하는 경우, 산정 가능하다. 입원료 관련 가산 수가의 종류는 의료안전대책가산, 감염대책향상가산, 구급의료관리가산 등 다양하며 전술한 바와 같이 총 71가지 가산 수가를 산정할 수 있도록 규정되어 있다.

입원료 관련 가산은 특정 입원료에 포함된 경우와 그렇지 않은 경우가 있으며, 특정

입원료에 포함된 경우, 산정할 수 없다. 예를 들어, 급성기충실체제가산(A200-2)의 경우, 「급성기일반입원료1(A100)」 수가 산정 체제하에서만 산정 가능하며, 지역가산(A218) 및 낙도가산(A218-2)의 경우, 모든 입원료 수가 산정 체제에서 산정 가능하다.

진료소 요양 병상 요양환경 가산(A223) 및 진료소 요양 병상 요양환경 개선 가산(A223-2)의 경우, 「유상진료소 요양 병상 입원기본료(A109)」 수가 산정체제 아래에서만 산정 가능하며, 유상진료소 완화케어진료가산(A226-3)의 경우, 「유상진료소 요양 병상 입원기본료(A109)」 및 「유상진료소 입원기본료(A108)」 수가 산정 체제하에서만 산정 가능하다. (기타 세부 내용은 수가집 부록 참조)

제5장 후기고령자 제도

1. 도입 배경

일본은 전 세계 인구고령화 1위 국가로서 오랫동안 초고령사회를 대비한 노인 관련 보건정책 및 제도들을 시행해왔다. 65세 이상의 노인들이 인구 전체의 7%를 넘어서는 고령화사회에 접어든지 약 25년 만에 고령사회(14%)로 전환되었으며, 2010년에는 노인인구가 총인구의 20%를 넘어서는 초고령사회로 진입하였다. 이는 의료기술의 발달로 국가의 평균 기대수명이 연장되었다는 점 이면에, 낮은 출산율과 급격히 증가하는 국민 총의료비 등의 문제들을 야기하고 있다.

일본 후생노동성에 따르면 2015년 기준, 75세 이상 노인 의료비의 비중은 전체 국민의료비의 35.8%를 차지하였고, 1인당 의료비가 약 93만 엔으로 65세 미만의 의료비보다 약 5배 높은 것으로 조사되었다. 그 밖에도 과거 베이비붐 시대에 태어난 다수의 국민이 곧 후기고령자로 편입될 예정이고, 점차 고령자 의료비의 증가와 국가 부담에 대한 우려가 나오고 있다. 이와 같은 이유로 일본은 국가적 차원에서 고령화 문제를 해결하기 위해 다양한 노인보건제도를 도입해왔으며, 현재도 제도의 개선 및 현실화를 위해 노력 중이다.

1) 일본의 노인보건제도(2008년 이전)⁵⁹⁾

1983년부터 시행된 일본의 노인보건제도는 급격하게 증가하는 노인 의료비를 감소시키고 고령자에게 의료비 일부를 분담시키기 위해 무료로 제공되던 노인 의료서비스의 비용을 폐지하는 것으로부터 시작되었다.

일본은 1973년부터 70세 이상, 2002년 이후는 75세 이상 노인을 대상으로 의료비 무료 정책을 펴 왔다. 하지만 이러한 무료화 정책은 환자들의 도덕적 해이와 의료기관의 과잉 진료를 유발했으며, 급격한 국민의료비 증가로 의료보험 재정 악화를 초래하게 되었다. 특히, 75세 이상 노인들의 노인보건제도 이용은 현역 세대, 즉 비(非)노인 인구가 온전히 재정적 부담을 하는 구조였기 때문에 고령자 의료비의 증가를 막을 수

59) 문성현. 일본 후기고령자의료제도의 도입과정과 현황. 시민건강증진연구소, 2008.

있는 의료비 부담분에 대한 책임을 고민해볼 필요가 있었다. 이와 같은 고령화의 심화는 현역 세대에게 더 많은 보험료를 부담하게 하는 비합리적인 문제를 초래하게 되었으며, 노인보건의료의 주 운영 주체가 시정촌이기 때문에 인구구조에 따라 지역 간 보험료 격차가 커지는 문제점을 발생시켰다.

2) 후기고령자의료제도(2008년 이후)

일본은 기존 노인보건의료의 문제점을 해결하기 위해 2008년 후기고령자의료제도를 도입하였다. 기존 제도에서는 75세 이상의 후기고령자가 건강보험조합과 노인보건의료에 동시에 가입하였지만, 2008년부터는 후기고령자만이 가입하는 보험제도를 도입함으로써 노인들에게도 의료서비스 이용에 대한 비용을 부담시키기 시작하였다.

기존에는 노인의료비 부담이 공비 50%와 노인보건기여금(국민건강보험과 피용자보험) 50%로 구성되었던 노인보건의료와 달리, 후기고령자의료제도는 건강보험조합으로부터 40%의 지원금과 후기고령자의료제도에 가입한 피보험자가 10% 부담하는 것으로 전환되었다. 또한 2008년 이전 노인보건의료의 운영 주체가 시정촌이었던 것과 달리 후기고령자의료제도는 도도부현별로 하나씩 설치된 광역연합 단체를 중심으로 운영되기 시작하였으며, 지역 간 보험료 격차가 발생하던 문제를 광역연합 내 균일한 보험료를 적용하게 함으로써 완화하고자 하였다.

광역연합의 역할은 후기고령자의료제도의 전반적인 운영을 담당하고 있으며, 피보험자 인정 및 자격 관리, 피보험자증 교부, 보험료 결정, 의료급부 등의 업무를 수행하고 있다. 반면에 시정촌의 역할은 보험료 징수, 각종 신청과 신고접수 및 상담 등의 창구 업무를 담당한다.

후기고령자의료제도 도입의 주목적은 75세 이상의 고령자들을 독립된 제도에 가입 시킴으로써 보험료를 조달하고, 고령화로 인해 상대적으로 인구수가 감소하고 있는 현역 세대에 대한 공적 보험료 부담분을 감소시키기 위함이었다.⁶⁰⁾ 따라서 본 제도는 고령자의 비율이 증가할수록 고령자 부담률이 높아지는 형태로 설계되었다. 1983년에

60) 김명중. 일본의 후기고령자의료보험제도의 실시와 문제점. 국제노동브리프, 2008.

도입된 노인보건제도와 2008년에 도입된 후기고령자의료보험제도의 차이를 비교한 내용은 다음과 같다(표 35).

【 표 35 】 후기고령자 대상 보험제도 변화 비교⁶¹⁾

구분	노인보건제도	후기고령자 의료보험제도
시행시기	1983년	2008년
운영주체	시정촌	후기고령자 의료광역연합
보험자격 관리	시정촌	후기고령자 의료광역연합
피보험자	75세 이상(65세 이상~75세 미만 중 일정 기준 이상의 장애가 있는 자)	
보험료	- 노인 보건에서의 보험료 미발생 - 각 의료보험제도의 보험료를 부담 - 피보험자의 피부양자에게는 보험료 미부과	- 환자본인부담을 제외한 총의료비의 1할을 보험료로 부담 - 피보험자의 피부양자에게도 보험료 부과
환자 본인부담	- 70세 이상은 이용한 의료서비스의 10% - 현역 세대와 동일한 소득을 가진 것으로 인정될 경우: 30%	
급부 종류	요양급부, 의료, 입원시 식사요양비, 입원시 생활요양비, 보험외 병용요양비, 방문간호요양비, 요양비, 이송비, 특별요양비, 고액요양비, 고액의료비	기존 노인보건제도의 급부 + 2008년에 신설된 고액개호합산요양비 및 광역연합의 조례에서 규정된 급부
재원구성	- 공비: 50% - 노인보건기여금: 50%	- 공비: 50% - 후기고령자지원금: 40% - 고령자 보험료: 10%
진료비 청구 심사	시정촌	후기고령자 의료광역연합
의료비 급부	시정촌	후기고령자 의료광역연합
보험료 징수	없음	시정촌

61) <https://www.shigakouiki.jp/0000000093.html>

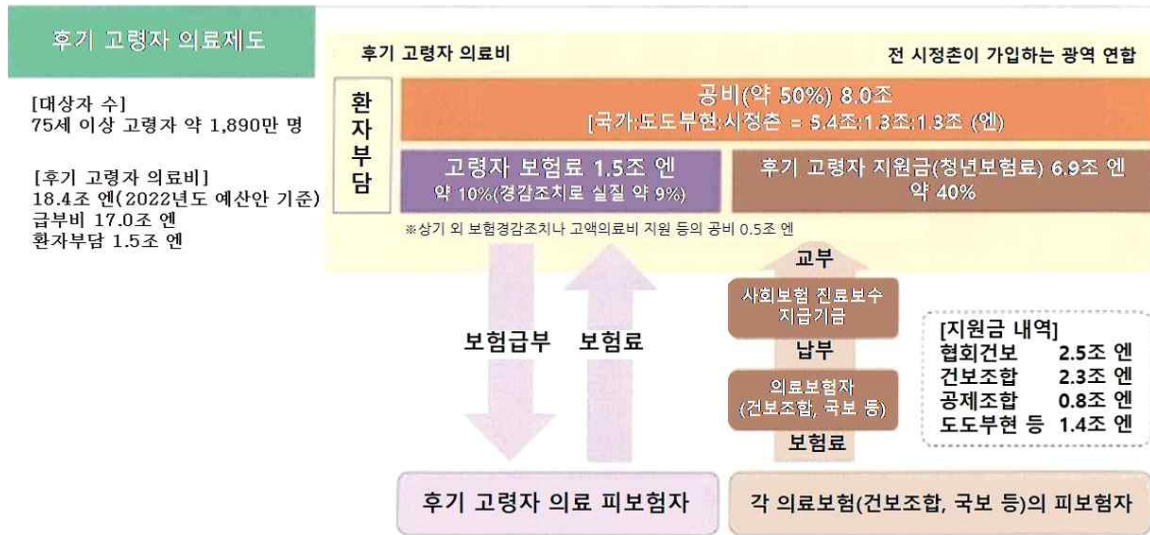


그림 13 후기고령자의료제도 의료전달체계

자료: 国民健康保険中央会, 2022.

2. 후기고령자의료제도의 특징

후기고령자의료제도는 75세 이상 고령자가 가입 대상이 되지만, 고령자 의료 확보에 관한 법률 제50조에 의거 65세 이상 75세 미만인 자로서 후생노동성에서 정하는 ‘일정 정도의 장애가 있다고 인정받은 자’도 가입 대상이 된다.⁶²⁾ 생활보호수급 노인은 후기고령자의료제도의 피보험자에 해당하지 않는다. 후기고령자는 75세가 되면 기존에 가입하고 있던 의료보험(국민건강보험, 건강보험, 공제 등)에서 자동으로 탈퇴가 되고 후기고령자의료제도의 피보험자로 자동으로 전환되기 때문에 별도의 가입 절차가 요구되지 않는다. 해당 의료제도에 가입된 후, 보험료는 원칙적으로 공적 연금에서 자동 차감되는 특별 징수 방법을 택하고 있으며, 특별 징수 대상에 해당하지 않는 후기고령자⁶³⁾는 납부서나 자동이체를 통해 납부할 수 있는 보통 징수 방법을 택해야 한다.

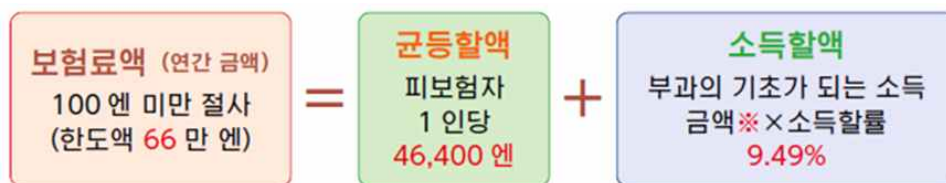
62) https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=357AC00000000080_20230609_505AC0000000048

63) 공적 연금의 수급액이 연간 18만 엔 미만이고, 개호보험료와 후기고령자의료제도 보험료의 합계액이 연금액의 절반 이상인 노인

1) 보험료

후기고령자의료제도의 보험료는 피보험자 모두가 동등하게 부담하는 ‘균등 할당액’과 소득에 따라 차등 부담되는 ‘소득비례 할당액’으로 나뉘며, 두 가지 할당액의 총합이 후기고령자 개인에게 부과된다.

후기고령자의 보험료율은 각 도도부현의 광역연합이 2년마다 산정하고 있으며, 시정촌과 관계없이 광역연합 내 동일한 보험료율을 적용하고 있다. 2년마다 산정된 보험료율은 도도부현별로 차이가 있고, 2020년 전국 평균 보험률은 균등 할당액이 47,777 엔, 소득비례 할당액이 9.34%였던 것으로 조사되었다. 최근 2022·2023년 도쿄도의 경우 연간 피보험자 1인당 46,400엔의 균등 할당액을 부담해야 하고,⁶⁴⁾ 소득비례 할당액은 소득 금액⁶⁵⁾의 9.49%를 부담해야 한다. 두 가지 할당액의 합계가 총 보험료이며, 연간 보험료액의 한도액은 66만 엔으로 정해져 있다(그림 14). 반면에 2020·2021년 오사카부의 균등 할당액은 54,111엔이었고, 소득비례 할당액은 소득 금액의 10.52%, 총보험료의 한도액은 64만 엔으로 지정되어 있었다.⁶⁶⁾



■ 그림 14 ■ 도쿄도의 2022·2023년도 보험료액(연간금액)

자료: 도쿄도 후기고령자 의료 광역연합. 후기고령자 안내서. 2022.

후기고령자 의료보험료의 할당액은 후기고령자의 소득 또는 세대 전체 소득 수준에 따라 경감이 가능하다. 균등할당액의 경우, 세대 내의 후기고령자(피보험자)와 세대주

64) 도쿄도 후기고령자의료 광역연합. 후기고령자의료제도 안내서, 2022.

65) 부과의 기초가 되는 소득 금액으로 전년도 총소득액 및 산림 소득, 주식, 장기(단기) 양도 소득 금액 등의 합계에서 지방세법에서 정한 기초 공제액(43만 엔, 한계 소득 금액이 2,400만 엔 이하인 경우)을 공제한 금액임.

66) 오사카부 후기고령자의료 광역연합. 후기고령자의료제도 안내서, 2021.

의 총소득 금액 등을 합한 금액을 바탕으로 경감될 수 있다. 경감 비율은 70%, 50%, 20%로 나뉘며, 총소득액이 기초공제액, 세대 내 연금 또는 급여소득자당 10만 엔, 그리고 후기고령자의료제도 피보험자 수당 28.5만 엔 또는 52만 엔 이하인 노인을 대상으로 경감 비율이 분류된다(표 36).

표 36 후기고령자 보험료 균등할액 경감 대상 및 비율

경감비율	경감 대상
70%	총소득 금액 등의 합계가 [기초공제액 ⁶⁷⁾ + (연금/급여소득자 수 - 1) × 10만 엔] 이하인 후기고령자
50%	총소득 금액 등의 합계가 [기초공제액 + (연금/급여소득자 수 - 1) × 10만 엔 + (후기고령 의료제도 피보험자 수) × 28.5만 엔] 이하인 후기고령자
20%	총소득 금액 등의 합계가 [기초공제액 + (연금/급여소득자 수 - 1) × 10만 엔 + (후기고령 의료제도 피보험자 수) × 52만 엔] 이하인 후기고령자

그 밖에도 피보험자 개인의 소득 금액을 바탕으로 소득비례 할당액도 경감이 가능하며, 소득 금액이 15만 엔 이하는 50% 경감, 20만 엔 이하는 25%가 경감된다. 일례로 도쿄도의 보험료액 및 경감 계산 방식은 아래와 같다(표 37).

예를 들어, 소득 금액이 기초공제액인 43만 엔보다 적은 후기고령자의 경우 부과의 기초가 되는 소득 금액이 0엔이 되고, 균등할액의 경감비율 또한 70%가 되어 해당 후기고령자는 피보험자 1인당 균등할당액 중 약 13,900엔만 부담하면 된다. 반면에 소득 금액이 기초공제액보다는 높지만 43만 엔을 제외한 소득 금액이 17만 엔일 때 소득비례 할당액이 25% 추가로 경감되어 12,099엔을 부과하고, 균등할당액은 50%가 경감되어 총 35,200엔의 보험료를 부과하게 된다. 하지만 소득 금액이 높은 후기고령자(약 140만 엔)의 경우, 기본적인 소득비례 할당액인 92,053엔과 균등할당액 46,400엔을 총 합한 138,400엔의 후기고령자의료제도 보험료를 지불해야 한다.

67) 2023년 기준, 43만 엔.

【 표 37 】 도쿄 보험료액 및 경감 예시(연간 금액)⁶⁸⁾

연금 수입액	80만 엔	150만 엔	104만 엔	200만 엔	250만 엔
① 소득금액	0엔	40만엔	60만엔	90만엔	140만엔
② 부과의 기초가 되는 소득금액(①-43만엔)	0엔	0엔	17만엔	47만엔	97만엔
③ 소득할액(②×9.49%)	0엔	0엔	12,099엔 (25% 경감)	44,603엔	92,053엔
④ 균등할액 경감 비율	70%	70%	50%	20%	없음
⑤ 경감 후 균등할액	13,920엔	13,920엔	23,200엔	37,120엔	46,400엔
연간 보험료액(③+⑤)	13,900엔	13,900엔	35,200엔	81,700엔	138,400엔

2) 본인부담률

후기고령자의료제도의 피보험자는 의료서비스 이용 시 보험증을 필수적으로 제시해야 하며, 보험증에는 본인부담 비율과 유효기간 등이 기재되어있다. 후기고령자의 본인 부담 비율은 과세 소득을 바탕으로 판정되며, 일반 후기고령자(주민세 과세 소득액이 145만 엔 미만)는 10%, 현역 근로자 수준의 소득(주민세 과세 소득액이 145만 엔 이상)을 가진 후기고령자는 30%를 부담해야 한다. 하지만 2022년 10월 1일을 기준으로 기존 10%의 본인부담률을 가진 후기고령자 중 ① 과세 소득이 28만 엔 이상이고 ② 연금 수입 및 기타 합계 소득 금액이 일정 수준 이상⁶⁹⁾인 경우, 20%를 부담하도록 개정되었다.

위의 두 가지 조건에 해당하지 않는 후기고령자는 기존과 같은 10%의 본인부담률을 가진다. 본인부담률이 개정된 배경은 2022년도 이후 단카이 세대(베이비붐 세대)가 후기고령자에 속하게 되면서 의료비가 증대될 우려가 있어, 건강보험(현역 세대)을 통한 현역 세대의 40% 지원 부담을 경감시키기 위함이다. 후기고령자의 의료비는 한도액까지만 본인이 부담하며, 초과한 금액은 광역연합에서 지급한다(표 38).

68) 후기고령자 단독세대로 본인의 수입이 연금뿐인 경우

69) 세대 내 피보험자가 1명일 경우, 연금 수입 + 기타 합계 소득 금액이 200만 엔 이상, 피보험자가 2명 이상일 경우, 연금 수입 + 기타 합계 소득 금액이 320만 엔 이상

표 38 | 본인부담 한도액(월간 금액)

부담 비율	소득구분 ⁷⁰⁾		외래+입원(세대단위)	
			외래(개인단위)	
30%	현역 수준 소득 III		252,600엔 +(100%분의 의료비 -842,000엔) * 1% 〈140,100엔〉	
	현역 수준 소득 II		167,400엔 +(100%분의 의료비 -558,000엔) * 1% 〈93,000엔〉	
	현역 수준 소득 I		80,100엔 +(100%분의 의료비 -267,000엔) * 1% 〈44,400엔〉	
10% ⇒20%	일반 II		6,000엔 + (100% 분의 의료비 -30,000엔) * 10% 또는 18,000엔 중 낮은 쪽 〈144,000엔〉	57,600엔 〈44,400엔〉
10%	일반 I		18,000엔 〈144,000엔〉	
	주민세 비과세 등	구분 II	8,000엔	24,600엔
		구분 I		15,000엔

3. 제도의 효과 및 한계점

1) 기대효과

2020년도 후기고령자의료제도의 보험재정 현황을 살펴보면, 수입이 약 16.5조 엔으로 2015년(약 15조 엔) 대비 약 10%로 증가한 수치를 보였다. 반면에 지출은 약 16.2조 엔으로 2015년 대비 약 11% 증가하였으며, 후기고령자의료제도의 수지 차액이 점차 감소한 결과를 보였다.⁷¹⁾ 하지만 해당 결과를 살펴보면 후기고령자 의료보험 수입에 비해 지출 증가율이 더 높았음에도 불구하고, 2020년 이후 꾸준히 수지 차액이 발생하는 것이 확인되었다(4,260억 엔→3,640억 엔).

또한 일본 후생노동성에 따르면, 2022년 대비 2025년의 후기고령자 지원금은 약 1

70) 현역 수준 소득 III: 과세소득 690만 엔 이상, 현역 수준 소득 II: 과세소득 380만 엔 이상, 현역 수준 소득 I: 과세소득 145만 엔 이상.

71) 이현옥, 김소영, 이연주, 김현기. 2022년도 주요국의 건강보장제도 현황과 정책동향: 일본. 국민건강보험공단 건강보험연구원, 2022.

조 엔(1인당 1.3만 엔)이 증가할 것으로 예측하였고, 전년도 대비 약 3,400억 엔(1인당 4,200엔)이 증가할 것으로 내다보았다. 이러한 문제를 해결하기 위해 2022년 10월부터 기존 10%의 보험료를 부담하던 후기고령자 중 특정 노인들을 대상으로 20%의 보험료를 부담함으로써 후기고령자의료제도 재정의 안정성을 확보하기 시작하였다. 이와 같은 제도 개정을 통해 후생노동성은 급부비가 1,880억 엔이 증가하고, 후기고령자 지원 목적의 현역 세대의 부담이 약 720억 엔이 경감될 것으로 예상하고 있다. 또한 후기고령자 보험료는 약 180억 엔이 경감될 것으로 예상되며, 공비는 980억 엔이 증가할 예정이다.

2) 한계점

현재까지 꾸준히 제기되고 있는 후기고령자제도에 대한 문제점은 시간이 지남에 따라 본인부담금이 증가한다는 점이다. 기존의 노인보건제도의 경우, 75세 이상의 고령자 중 연간 소득이 180만 엔 이상인 노인들을 제외하고는 부양가족으로 인정되어 보험료를 납부할 의무가 없었다. 하지만 후기고령자의료보험제도의 도입 이후, 연간 소득과 상관없이 75세 이상의 고령자가 모두 보험료를 납부할 의무가 생김으로서 본인부담이 증가되었다.

또한, 2024년부터는 후기고령자의 보험료에서 출산양육지원금을 일부 충당할 계획이고, 후기고령자의료제도 상한액도 현재 66만 엔에서 80만 엔으로 인상할 계획⁷²⁾으로, 후기고령자의 부담이 점차 증가할 예정이다. 그 밖에도 기존 소득에 따라 보험료를 납부하던 후기고령자를 부양자로 둔 가족, 즉 피부양자의 경우, 부양자가 후기고령자의료보험에 가입한 이후 납부하지 않던 국민건강보험료를 납부해야 할 의무가 발생한다.

인구구조 변화에 따라 후기고령자의 수가 증가할수록 국민의료비는 증가할 것으로 예상되지만, 그럼에도 불구하고 75세 미만 경제활동인구 감소에 따른 피보험자 감소로 인해 건강보험료도 축소될 우려가 있으며, 정부나 지방자치단체의 부담을 증가는 재정 악화의 문제점을 해결해야 할 측면이 있다. 즉, 후기고령자가 증가하는 의료비를 직접

72) 김남희. 저출산에 지원금 팍팍 늘리는 日...“75세 이상도 돈 보태라”. 머니투데이, 2023.02.10.
<https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2023021014140232326>

적으로 부담해야 할 것으로 예상된다. 더 나아가 이는 진료수가 인하로도 이어질 수 있어 고령자들의 의료서비스 질이 감소할 우려가 있다.

현재까지의 후기고령자의료제도의 평가를 살펴보면, 후기고령자에게 의료비 부담을 증가시킴에도 불구하고 현역 세대 1인당 보험료 경감효과는 연 700~800엔에 불과하다는 주장이 있고, 현역 세대의 부담을 줄이지 못할 뿐만 아니라 노인 빈곤을 악화시킨다는 의견이 있다. 따라서 후기고령자에 대한 개인 부담을 증가시킬 것이 아니라 정부의 재원 부담을 더 높여야 한다는 주장도 나오고 있다.⁷³⁾

73) 이연지. 천정부지 높아지는 日 고령자 의료비 부담. 브라보마이라이프, 2022.05.31.
https://bravo.etoday.co.kr/view/atc_view/13454

제6장 종합 및 제언

1. 2022년도 진료수가 개정

일본은 단카이 세대 전원이 90세 이상이 되는 2040년까지 노인 인구 증가에 대응하기 위한 의료제도를 구축하는 것을 목표로 하고 있다. 단기적으로는 2025년까지 의료기관의 역할을 분담하는 ‘지역의료구상’, 노동시간 축소 등을 다루는 ‘의사 업무 수행 방식 개혁’, 의사의 지역·진료과목의 ‘편재 대책’을 중심으로 지속 가능한 의료제도를 준비하고 있다.

2022년도 진료수가 개정도 이러한 맥락을 바탕으로 이루어졌다. 2022년 진료수가 개정의 기본 방침은 ‘건강 수명 연장, 100세 시대를 위한 전 세대형 사회보장 실현’이라는 골자가 담겨 있으며, 수가 개정의 기본 방향은 중점 과제인 ‘신종 코로나 감염병 등에도 대응할 수 있는 효과적인 양질의 의료제공체제 구축’ 및 ‘양질의 안전한 의료 실현을 위한 의사 등 의료종사자 근무 개혁 방안 추진’, ‘환자와 국민 곁에서 안심할 수 있는 양질의 의료 실현’, ‘효율화·적정화를 통한 안정성·지속성 향상’ 등 총 4가지 주제로 구성되어 있다.⁷⁴⁾

이 중 환자에게 입원부터 퇴원까지 원활한 의료를 제공하기 위한 방안으로 급성기 입원료에 대한 재검토가 이루어졌으며, 주요 개정사항으로 급성기 일반입원료를 1~7단계 체제에서 1~6단계 체제로 개정하였고, ‘급성기 충실체제가산’ 수가를 신설(7일 이내 460점, 8일 이상 11일 이내 250점, 12일 이상 14일 이내 180점)하였다. 해당 가산은 수가 점수가 가장 높은 급성기 일반입원료1 체제에 대해서만 산정이 가능하며, 양질의 급성기 의료 제공을 위한 방안으로 신설되었다.

특정 집중치료실 수가에 대한 재검토의 일환으로서 ‘중증 환자 대응체제 강화 가산(3일 이내 750점, 4일 이상 7일 이내 500점, 8일 이상 14일 이내 300점) 및 중증 환자 초기 지원 충실 가산(300점, 1일당)을 신설하였다. 회복기재활병동의 경우, 전술한 바와 같이 양질의 재활 의료 제공의 일환으로서 입원료 체제를 1~6단계에서 1~5단계 체제로 변경하였는데, 이는 해당 입원료 5, 6체제에 대한 인력 및 시설, 장비 기준 등이 미충족된 의료기관이 많아 양질의 의료 제공을 위한 방안으로써 간소화된 것이다.

74) <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001079186.pdf>

지역포괄케어병동의 경우, 해당병원의 일반병동에서 지역포괄케어병동으로의 이동 비율이 60% 미만일 경우, 해당 입원료가 15% 삭감된다.

요양병동의 경우 중심 정맥 영양 시행 시, 연하기능평가를 반드시 시행해야 하며 완화케어병동 입원료 수가에는 ‘동통 평가를 실시한 경우에 대한 가산’ 수가(100점, 1일당)가 신설되었다.

유상진료소의 경우, 유상진료소가 지역포괄케어시스템 내에서 담당하는 역할에 대한 평가를 확충하였으며, 급성기병동 및 자택에서 환자가 직접 유상진료소로 입원하는 경우에 대한 평가 및 만성 투석환자가 입원했을 경우에 대한 평가 체제로서 만성유지투석환자 관리 가산(1일당 100점)을 신설하였다.

외래의 경우, 200병상 이상 규모에 해당하는 소개 진료 중점 의료기관 및 지역의료지원병원, 특정기능병원에서 진료를 받을 경우, 소개장(진료의뢰서) 없이 방문하게 되는 경우, 초진 정액 본인부담액을 5,000엔에서 7,000엔으로 인상하였다. 또한, 노쇠(Frailty) 환자의 일정기간 내 처방전 반복 이용을 위한 ‘노쇠 환자용 처방전’ 양식을 신설하였으며, 생활습관병관리료, 재택 시 의학종합관리료, 질환별 재활치료료 등에 대한 각 의료기관의 청구 상황, 치료관리 상황 등 진료 내용에 관한 데이터를 지속적으로 후생노동성에 제출하는 경우에 대한 평가를 신설하였다. (기타 세부 내용은 수가집부록 참고)

2. 일본 진료수가체계의 특징

초진료의 경우, 2022년 기준 의료기관 종별과 관계없이 288점(약 28,800원)으로 산정하게 되어 있어 우리나라 초진료수가가 가장 높게 설정된 상급종합병원급 의료기관 초진료에 해당하는 255.79점(20,390원, 2023년 기준)에 비해 매우 높게 설정된 것을 알 수 있다. 재진료는 73점(약 7,300원)으로 산정하게 되어 있으며, 200병상 이상 의료기관에 대해서는 1점 더 높은 74점(약 7,400원)을 외래진료료로 산정하게 되어 있다.

의원과 병원급 이상 의료기관에 대한 수가의 차이를 거의 두지 않고 있지만, ‘외래진료료’에는 간단한 검사 등에 대한 수가가 포함되어 있다는 특징이 있다. 예를 들어

상대가치점수 26점에 해당하는 ‘소변검사’의 경우, 200병상 이상의 재진 수가에 해당하는 ‘외래진료료’ 점수 74점에 포함되어 있어 사실상 200병상 이하의 병·의원급 의료기관의 수가가 더 높게 설정된 것을 알 수 있는데, 이는 대형병원에서 낮은 수가로 인한 재진 진료를 기피하도록 유도하기 위한 방안이다.

야간 진료의 경우, 2023년 기준 각 의료기관이 신고한 통상적인 진료 시간 이외에 이루어지는 진료를 시간 외 가산, 휴일 가산(일요·공휴일 및 12/29~1/3일까지) 및 심야가산(22:00~06:00)으로 나누고 있다. 6세 미만에 대한 소아 가산의 경우, 초진료 288점에 75점을 가산할 수 있어 26% 높게 책정되어 있으며, 시간 외 가산은 200점이 가산되어 69%, 휴일 가산(일요·공휴일 및 12/29~1/3일까지)은 365점이 가산되어 127%, 심야가산(22:00~06:00)은 695점 가산되어 241% 높게 책정되어 있다. 일본은 소아 진료에 대한 가산 수가를 높게 책정함으로써 소아 응급 환자에 대한 진료 체제를 확보하기 위한 수가 정책을 지속적으로 추진하고 있다.

반면에 우리나라는 6세 미만에 대해 초진료에 대한 가산율을 20시~익일 7시에 내원했을 경우 의원급 기준 188.11점(17,320원), 병원급 208.86점(16,650원), 종합병원급 232.33점(18,520원), 상급종합병원급 255.79(20,390원)에 100%를 가산하게 되어 있어(2023년 9월 기준) 전체적으로 일본에 비해 턱없이 낮은 수가 체제하에서 진료가 이루어지고 있다는 것을 알 수 있다. 우리나라에서도 최근 보건복지부에서 발표한 바에 따르면, 소아과 진료 공백을 막기 위한 대책으로서 수가를 인상할 예정이다.⁷⁵⁾

일본의 입원료는 ‘1일당’으로 산정하게 되며, 입원 경과일에 따른 가산 수가를 산정하게 되어 있다. 예를 들어, ‘급성기 일반입원기본료 1~6’ 및 ‘지역일반입원기본료 1~3’의 경우, 입원 기간 14일 이내면 450점, 15일부터 30일 이내까지 192점을 가산할 수 있다(30일 초과 입원 시, 가산 점수 없음). 일반병동 입원기본료의 경우, 우리나라와 마찬가지로 입원료 체감제가 적용되고 있지만 입원기간 30일 이내까지 가산 수가를 적용하게 되어 있어 입원 기간에 따른 가산 수가 체제도 일본이 우리나라보다 매우 잘 갖춰져 있다는 것을 알 수 있다.

75) https://news.sbs.co.kr/news/endPage.do?news_id=N1007358316&plink=ORI&cooper=NAVER

3. 2022년도 진료수가 개정 평가⁷⁶⁾

차기 진료수가 개정은 2024년으로 예정되어 있고, 이에 따라 개정의 결과 검증과 정책 방향의 개선을 목적으로 2022년도 진료수가 개정에 대한 다방면의 평가가 이루어졌다. 특히, 이번 개정의 주요 문제점으로 ▲절차 민주주의에서의 탈선, ▲의료환경의 여유 감소, ▲지역포괄케어병동 관련 급격한 정책 방향 전환 등이 지적되었다.

2022년도 개정에서는 의료 본체에서 0.43% 인상이 이루어졌다. 그러나 세부 항목을 살펴보면, ‘불임치료의 보험 적용(0.2%)’과 ‘간호직원의 처우 개선(0.2%)’은 모두 중의협의 심의 전에 결정된 내각총리대신의 안전으로서 본래 별도 규정으로 취급되어야 한다. 심지어 각 적용 대상의 범위도 매우 제한적이다.

이번 개정에서는 수가 개정 관련 일부 정책이 후생노동대신과 재무대신의 정치적 절충으로 갑작스럽게 결정되었고, 이는 중의협의 심의권을 부정하고 침해하는 것이라는 지적이 제기되었다. 특히 의료보험과 같이 가격이 통제되고 있는 공공서비스의 경우에는 심의회의 의사결정이 시장원리를 대리하는 기능을 가진다. 이에 지불 측과 진료 측에 대한 ‘당사자 자치’의 원칙이 충분히 존중될 필요가 있다는 연유에서 절차 민주주의에서의 탈선이라는 지적이 나온 것이다.

이번 개정에서는 모든 의료분야에서 ‘기능 강화’의 목표를 내세우지만, 이를 뒷받침하기 위한 인력 증원에 대한 가산은 거의 도입되지 않았다. 결과적으로 병원에서 의료의 질과 안전성을 높이기 위해 인력을 증원하더라도 인건비 증가로 수익률이 저하될 가능성이 있고, 반대로 인력을 충원하지 않아 기존 직원의 근무 환경의 악화를 초래한다는 딜레마에 봉착하였다. 특히, 이번 개정에서 중증 환자 비율의 인상에 대해 기존 인력의 확충 없이는 환자를 안전하게 관리할 수 없다는 우려도 나왔다. 즉, 의료 환경의 여유가 줄어든 것이다.

지역포괄케어병동 관련 개정에는 감산 항목의 종류가 다양할 뿐만 아니라, 감산액도 크다. 구체적으로는 재택복귀율(-10%), 동일 병원 내 일반병동에서의 전송비율(-15%), 자택 등에서의 입원비율 및 재택의료 실적요건(-10%), 요양병상인 경우(-5%) 등이 있

76) 二木 立. 医療経済・政策学の視点から2022年度診療報酬改定の問題点を考える.病院, 2022;81(12).

다. 이론적으로는 이러한 항목들이 누적되면 40% 이상의 감산이 이뤄질 수도 있다. 지역포괄케어병동은 2014년도 진료수가 개정 당시엔 급성기 병상을 줄이기 위한 유인책이었다. 그러나 이 병동이 예상을 초과하여 증가하자 후생노동성은 정책의 급격한 방향 전환을 보인 것이다. 이에 후생노동성의 전통적인 진료수가 점수 조작에 의한 의료기관 유도 정책이라는 비판이 제기되었다.

일본에서는 2022년도 진료수가 개정이 병원에 대해 상당히 엄격한 기준을 적용한다는 지적과 함께 모든 입원 기능에 대해 확실한 방향성을 제시한 개정이라는 긍정적 평가도 존재한다. 이러한 상황에서 병원은 각 의료기능의 전문성을 살리면서 지역과 긴밀한 연계를 통해 효율적·효과적인 의료를 제공할 필요가 있을 것이다.

일본의 진료수가 개정의 내용을 살펴 정책의 방향성과 의미를 살피는 것은 법체계가 유사하며 고령화를 뒤따르는 우리나라에도 시사하는 바가 있다. 그러나 한편으로는 이러한 개정에 주로 관여한 정부의 관점에서 벗어나 의료제공자의 입장에서 정책을 살필 필요가 있다. 절차 민주주의의 탈선으로 의료계가 정부에 대한 신뢰를 잃는 것은 향후 정부와 의료계의 협력이 필수적인 의료제도의 개혁에 큰 방해가 될 수 있기 때문이다.

4. 수가 체계 관련 시사점

진료수가 구조 중 소아 가산의 경우, 일요·공휴일 가산을 127%, 심야 가산을 241%까지 높게 산정하게 되어 있어 저출산 사회 속 필수의료 체제를 확보하기 위한 정책을 추진하고 있다. 또한, 초·재진료수가 산정 상황을 비교해보면, 일본은 우리나라에 비해 초진료수가가 월등히 높게 산정되어 있는 것을 알 수 있으며 재진료의 경우, 의원급과 병원급의 수가 점수는 거의 차이가 없지만, 일부 검사료가 재진료에 포함되어 있다. 200병상 이상의 의료기관에서는 재진 환자를 별도의 의료기관으로 소개하고, 주로 초진 환자를 진료하고 있으며 환자 소개 비율이 50% 미만 또는 역 소개 비율이 30% 미만인 특정기능병원 및 일반병상 200병상 이상의 지역의료지원병원 및 외래기능 보고대상병원 등 환자 소개 진료 중점 의료기관 및 소개 비율 40% 미만 또는 역 소개 비율 20% 미만의 허가병상 400병상 이상인 일반병상 200병상 이상인 병원의 경우, 외

래진료료가 55점으로 삭감된다. 이러한 부분들은 우리나라에서도 의료전달체계 및 필수 의료 등의 붕괴 상황을 막기 위한 대안으로써 참고해 볼 필요가 있을 것으로 보인다.

가산 수가의 경우, 우리나라와는 비교도 할 수 없을 만큼 방대한 체제가 마련되어 있으며 각종 입원료 관련 71종류의 가산을 산정할 수 있게 되어 있다. 이 중 일반병동 입원기본료의 경우, 우리나라와 마찬가지로 입원료 체감제가 적용되지만, 입원 기간 30일 이내까지 가산 수가를 적용하게 되어 있어 우리나라와는 다르게 수가 지원책이 잘 되어 있는 것을 알 수 있다. 또한, 질병의 진행 시기에 따른 의료전달체계를 명확히 구분하여 그에 맞는 병상을 운영할 수 있도록 제도를 설계하였다. 제도를 뒷받침하는 수가 체제가 작동되고 있다는 점은 우리나라에서 특히 참고해야 할 부분이다.

본 연구는 일본 진료수가집의 방대한 양으로 인해 모든 내용을 담기에는 한계가 있어 극히 일부분의 내용을 다룰 수밖에 없었다. 일본의 진료수가는 우리나라보다 훨씬 더 많은 종류와 복잡한 형태로 구성되어 있으므로, 특정 수가에 대한 세부적인 분석을 통해 우리나라에 필요한 시사점을 도출하기 위한 연구 또는 수가 비교에 관한 연구 등을 점진적으로 해나갈 필요가 있을 것으로 보인다. 또한, 초고령사회를 맞이하여 회복기 재활, 온라인 진료, 재택의료 등에 관한 수가 체계 등에 대해서는 선형적 지식을 바탕으로 정교하게 구축되어 온 것을 알 수 있다. 따라서 해당 수가 등에 대한 체계 및 인구구조 변화에 따른 수가 개정 추이 등을 심층적으로 분석해 나갈 필요가 있을 것으로 보인다.

참고문헌

1. 국내 문헌

- 김경선, 채유리, 천국화, 손운정. 일본 건강보험 체계 및 약가제도. 한국제약협회 정책 보고서, 2016.
- 김명중. 일본의 후기고령자의료보험제도의 실시와 문제점. 국제노동브리프, 2008
- 김정덕, 강민진, 김도훈, 최영순, 카타기리유키. 건강보험 요양급여 지출 구조 개선 방안: 한·일 진료수가 구조 비교를 통하여. 건강보험정책연구원, 2014.
- 남상요, 권오주, 김영재, 西山孝之, 岡本悦司 외. 일본의 의료보험제도 및 진료비지불체계에 관한 연구. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 2010.
- 남상요. 일본의 건강보험 수가결정구조와 수가개정 절차. 의료정책포럼, 2021;19(3):28-32.
- 문성현. 일본 후기고령자의료제도의 도입과정과 현황. 시민건강증진연구소, 2008
- 배준호, 김규판, 김명중, 문성현, 임현정 외. 일본의 사회보장제도. 한국보건사회연구원, 2018.
- 신의철, 이창우, 김호중, 남지현, 박소정. 지불보상제도에 대한 체계적 분석과 고찰. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, 2014.
- 이현옥, 김소영, 이연주, 김현기. 2022년도 주요국의 건강보장제도 현황과 정책동향: 일본. 국민건강보험공단 건강보험연구원, 2022.

2. 국외 문헌

- 도쿄도 후기고령자의료 광역연합. 후기고령자의료제도 안내서. 2022.
- 오사카부 후기고령자의료 광역연합. 후기고령자의료제도 안내서. 2021.
- Matsuda S. Health policy in Japan-current situation and future challenges. JMA journal. 2019;2(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.31662/jmaj.2018-0016>.
- Sakamoto H., Rahman M., Nomura S., Okamoto E., Koike S. et al. Japan health system review. Health Systems in Transition, 2018;8(1).
- ナツメ社. ひとりで学べる診療報酬請求事務. 2022.
- 国民健康保険中央会. 国保のすがた. 2022.
- 秀和システム. 医療費の仕組みと基本がよくわかる. 2022.
- 医療法人仁真会. 2022年診療報酬改定について. 2022.

- 医歯薬出版. リハビリテーション診療報酬&介護報酬マニュアル. 2022.
- 医学通信社. DPC点数早見表 2022年4月版: 診断群分類樹形図と包括点数・対象疾患一覧. 2022.
- 医学通信社. 日本診療報酬早見表. 2022.
- 二木 立. 医療経済・政策学の視点から2022年度診療報酬改定の問題点を考える. 病院, 2022; 81(12). DOI: <https://doi.org/10.11477/mf.1541211817>.
- 厚生労働省(2021). 令和4年度診療報酬改定の基本方針.
- 厚生労働省(2023). 国民皆保険制度の意義.
- 厚生労働省(2023). 中央社会保険医療協議会 総会(第 543 回).

3. 웹사이트

- <http://www.procomu.jp/janap2010/shuuda.pdf>
- <http://www.rehabili.jp/patient/>
- https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=357AC00000000080_20230609_505AC00000000048
- <https://multimedia.3m.com/mws/media/1923679O/med-613-a-medical-environmenttopics5.pdf>
- <https://www.caremanagement.jp/feature/detail/162>
- [https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=842108\(DPC/PDPS\)](https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=842108(DPC/PDPS))
- <https://www.kyoukaikenpo.or.jp/g3/cat320/sb3190/sbb3190/1966-200/>
- <https://www.mhi.or.jp/contents/kyufu/heiyo.html>
- <https://www.mhlw.go.jp/content/000901931.pdf>
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000966248.pdf>
- <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000966248.pdf>
- <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203025.pdf>
- <https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T220404G0235.pdf>
- <https://www.pref.fukuoka.lg.jp/uploaded/attachment/167633.pdf>
- <https://www.shigakouiki.jp/00000000093.html>

부 부

부록. 일본진료점수조건표(2022년 4월판) 전체 목차

제1편 의과 진료보수점수표

【제1장 기본진료료】

제1부 ■ 초·재진료

○ 통칙

- A 000 초진료
- A 001 재진료
- A 002 외래진료료

제2부 ■ 입원료 등

○ 통칙

제1절 기본진료료

- A 100 일반병동 입원기본료
- A 101 요양병동 입원기본료
- A 102 결핵병동 입원기본료
- A 103 정신병동 입원기본료
- A 104 특정기능병원 입원기본료
- A 105 전문병원 입원기본료
- A 106 장애인 시설 등 입원기본료
- A 108 유상진료소 입원기본료
- A 109 유상진료소 요양병동 입원기본료

제2절 입원기본료 등 가산

- A 200 종합 입원 체제 가산
- A 200-2 급성기 충실 체제 가산
- A 204 지역의료지원병원 입원진료가산
- A 204-2 임상연수병원 입원진료가산
- A 204-3 소개 진료 중점 의료기관 입원진료가산
- A 205 구급 의료 관리 가산
- A 205-2 초급성기 뇌졸중 가산
- A 205-3 임신부 긴급 이송 입원 가산
- A 206 재택 환자 긴급 입원 진료 가산
- A 207 진료기록부 관리체제 가산
- A 207-2 의사 사무 작업 보조 체제 가산
- A 207-3 급성기 간호 보조 체제 가산
- A 207-4 간호 직원 야간 배치 가산
- A 208 영,유아 가산·소아 가산

- A 210 난치병 등 특별 입원 진료 가산
- A 211 특수 질환 입원 시설 관리 가산
- A 212 초 중증아(자) 입원 진료 가산·준 중증 아(자) 입원 진료 가산
- A 213 간호 배치 가산
- A 214 간호 보조 가산
- A 218 지역 가산
- A 218-2 낙도 가산
- A 219 요양 환경 가산
- A 220 HIV 감염자 요양환경 특별가산
- A 220-2 2중 감염병 환자 요양환경 가산
- A 221 중증 환자 등 요양환경 특별가산
- A 221-2 소아 요양환경 특별가산
- A 222 요양병동 요양환경 가산
- A 222-2 요양병동 요양환경 개선 가산
- A 223 진료소 요양병상 요양환경 가산
- A 223-2 진료소 요양병상 요양환경 개선 가산
- A 224 무균치료실 관리가산
- A 225 방사선 치료 병실 관리가산
- A 226 중증 피부 창상 관리가산
- A 226-2 완화 케어 의료 가산
- A 226-3 유상진료소 완화 케어 의료 가산
- A 227 정신과 조치 입원 의료 가산
- A 227-2 정신과 조치 입·퇴원 지원 가산
- A 228 정신과 응급 입원 시설 관리 가산
- A 229 정신과 격리실 관리 가산
- A 230 정신과 병동 입원 시 의학 관리 가산
- A 230-2 정신과 지역 이행 실시 가산
- A 230-3 정신과 신체 합병증 관리 가산
- A 230-4 정신과 연계팀 가산
- A 231-2 강도 행동 장애 입원의료관리가산
- A 231-3 의존증 입원의료관리가산
- A 231-4 섭식장애 입원의료관리가산
- A 232 암 거점 병원 가산
- A 233-2 영양지원팀 가산
- A 234 의료안전대책가산
- A 234-2 감염대책향상가산

A 234-3 환자지원체제 충실 가산
 A 234-4 중증 환자 초기 지원 충실 가산
 A 234-5 보고서 관리체제 가산
 A 236 욕창 고위험 환자 케어 가산
 A 236-2 고위험 임신부 관리 가산
 A 237 고위험 분만 등 관리 가산
 A 238-6 정신과 구급 이송 환자 지역 연계 소개 가산
 A 238-7 정신과 구급 이송 환자 지역 연계 유입 가산
 A 242 호흡케어가산
 A 242-2 수술 후 동통 관리 팀 가산
 A 243 후발의약품(제네릭) 사용 체제 가산
 A 244 병동 약제 업무 실시 가산
 A 245 데이터 제출 가산
 A 246 입·퇴원 지원 가산
 A 247 인지저하증 케어 가산
 A 247-2 섬망 고위험 환자 케어 가산
 A 248 정신 질환 진료 체제 가산
 A 249 정신과 급성기 의사 배치 가산
 A 250 약제종합평가 조정 가산
 A 251 배뇨자립지원 가산
 A 252 지역의료체제 확보 가산

제3절 특정입원료

A 300 구급구명입원료
 A 301 특정집중치료실관리료
 A 301-2 하이케어유닛 입원의료관리료
 A 301-3 뇌졸중케어유닛 입원의료관리료
 A 301-4 소아 특정집중치료실관리료
 A 302 신생아 특정집중치료실관리료
 A 303 종합 주산기 특정집중치료실관리료
 A 303-2 신생아 치료 회복실 입원의료관리료
 A 305 1종 감염증 환자 입원의료관리료
 A 306 특수 질환 입원의료관리료
 A 307 소아 입원의료관리료
 A 308 회복기재활병동입원료
 A 308-3 지역포괄케어병동입원료
 A 309 특수질환병동입원료
 A 310 완화케어병동입원료
 A 311 정신과 구급 급성기 의료 입원료
 A 311-2 정신과 급성기 치료 병동 입원료
 A 311-3 정신과 구급·합병증 입원료
 A 311-4 아동·사춘기 정신과 입원의료관리료

A 312 정신 요양 병동 입원료
 A 314 인지저하증 치료 병동 입원료
 A 317 특정 일반 병동 입원료
 A 318 지역 이행 기능 강화 병동 입원료
 A 319 특정기능병원 재활 병동 입원료

제4절 특정입원료

A 400 단기체제수술 등 기본료

【제2장 특개진료료】

제1부 I 의학관리 등

○ 통칙

제1절 의학관리료 등

B 000 특정질환요양관리료
 B 001 특정질환치료관리료
 1 바이러스질환지도료
 2 특정 약제 치료관리료
 3 악성 종양 특정 물질 치료관리료
 4 소아 특정 질환 상담료
 5 소아과 요양지도료
 6 간질 지도료
 7 난치병 외래 지도관리료
 8 피부과 특정 질환 지도관리료
 9 외래 영양 식사지도료
 10 입원 영양 식사지도료
 11 집단 영양 식사지도료
 12 심장 페이스 메이커 지도관리료
 13 재택 요양지도료
 14 고도 난청 지도관리료
 15 만성 유지 투석 환자 외래 의학관리료
 16 천식 치료관리료
 17 만성 동통 질환 관리료
 18 소아 악성 종양 환자 지도관리료
 20 당뇨병 합병증 관리료
 21 이비인후과 특정 질환 지도관리료
 22 암 성 동통 완화 지도관리료
 23 암 환자 지도관리료
 24 외래 완화 케어 관리료
 25 이식 후, 환자 지도관리료
 26 인공 수액 펌프 유지 주입 요법 지도관리료
 27 당뇨병 투석 예방 지도관리료

- 28 소아 운동기 질환 지도관리료
 29 유선염 증증화 예방 케어·지도료
 30 부인과 특정 질환 치료관리료
 31 신장투석요법 지도관리료
 32 일반 불임 치료관리료
 33 생식 보조 의료관리료
 34 이차성 골절 예방 지속관리료
 35 알레르기성 비염 면역 요법 치료관리료
 36 하지 창상 처치관리료
 B001-2 소아과 외래진료료
 B001-2-2 지역 연계 소아 야간·휴일 진료료
 B001-2-3 영·유아 육아 영양지도료
 B001-2-4 지역 연계 야간·휴일 진료료
 B001-2-5 원내 트리아지(Triage) 실시료
 B001-2-6 야간·휴일 구급 이송 의학관리료
 B001-2-7 외래 재활 진료료
 B001-2-8 외래 방사선 치료 관리료
 B001-2-9 지역포괄진료료
 B001-2-10 인지저하증 지역포괄진료료
 B001-2-11 소아 카카리츠케 의사 진료료
 B001-2-12 외래 종양 화학 요법 진료료
 B001-3 생활습관병관리료
 B001-3-2 니코틴 의존증 관리료
 B001-4 수술 전 의학관리료
 B001-5 수술 후 의학관리료
 B001-6 폐혈전색전증 예방관리료
 B001-7 림프종 지도관리료
 B001-8 탈장 압박지도관리료
 B001-9 영양·취업 활동 양립 지원 지도료
 B002 개방형 병원 공동지도료 (I)
 B003 개방형 병원 공동지도료 (II)
 B004 퇴원 시, 공동지도료 1
 B005 퇴원 시, 공동지도료 2
 B005-1-2 개호 지원 등 연계 지도료
 B005-1-3 개호보험 적용 재활치료 자격 이행 지원료
 B005-4 고위험 임신부 공동 관리료 (I)
 B005-5 고위험 임신부 공동 관리료 (II)
 B005-6 암 치료 연계 계획 책정료
 B005-6-2 암 치료 연계 지도료
 B005-6-3 암 치료 연계 관리료
 B005-6-4 외래 암 환자 재택 연계 지도료
 B005-7 인지저하증 전문 진단 관리료
 B005-7-2 인지저하증 영양 지도료
 B005-7-3 인지저하증 지원 지도료
 B005-8 폐렴 인터페론 치료 계획료
 B005-9 외래 배뇨 자립 지원료
 B005-10 고위험 임신부 연계 지도료 1
 B005-10-2 고위험 임신부 연계 지도료 2
 B005-11 원격 연계 진료료
 B005-12 정신과(마음 치료) 연계 지도료 (I)
 B005-13 정신과(마음 치료) 연계 지도료 (II)
 B006 구급·구명 관리료
 B006-3 퇴원 시, 재활치료 지도료
 B007 퇴원 전, 방문지도료
 B007-2 퇴원 후, 방문지도료
 B008 약제관리지도료
 B008-2 약제 종합 평가 조정관리료
 B009 진료정보제공료 (I)
 B009-2 전자의무기록 정보 평가료
 B010 진료정보제공료 (II)
 B010-2 진료정보연계공유료
 B011 연계 강화 진료 정보 제공료
 B011-3 약제정보제공료
 B011-4 의료기기 안전관리료
 B011-5 암 게놈 프로파일링 평가제공료
 B012 상병 수당금 의견서 교부로
 B013 요양비 동의서 교부로
 B014 퇴원 시, 약제 정보 관리 지도료
 B015 정신과 퇴원 시, 공동 지도료
 제2절 프로그램 의료기기 등 의학관리 가산
 B100 금연치료 보조 시스템 지도 관리 가산
 제3절 특정 보험(적용) 의료재료료
 제2부 ■ 재택의료
 ○ 통칙
 제1절 재택환자 진료·지도료
 C000 왕진료
 C001 재택 환자 방문진료료 (I)
 C001-2 재택 환자 방문진료료 (II)
 C002 재택 시, 의학종합관리료
 C002-2 시설 입소 시 등 의학종합관리료

C003 재택 암 의료 종합진료료
 C004 응급 이송 진료료
 C005 재택 환자 방문 간호·지도료
 C005-1-2 동일 건물 거주자 방문 간호·지도료
 C005-2 재택 환자 방문 점적 주사 관리 지도료
 C006 재택 환자 방문 재활 치료 지도료
 C007 방문 간호 지시료
 C007-2 개호 직원 등 객담 흡인 지시료
 C008 재택 환자 방문 약제 관리 지도료
 C009 재택 환자 방문 영양 식사 지도료
 C010 재택 환자 연계 지도료
 C011 재택 환자 긴급 시 등 컨퍼런스로
 C012 재택 환자 공동 진료료
 C013 재택 환자 방문 욕창 관리 지도료
 C014 외래 재택 공동 지도료

제2절 재택 요양 지도관리료

○ 통칙

《제1관 재택 요양 지도관리료》

○ 통칙

C100 퇴원 전, 재택 요양 지도관리료
 C101 재택 자가 주사 지도관리료
 C101-2 재택 소아 저 혈당 환자 지도관리료
 C101-3 재택 임신성 당뇨병 환자 지도관리료
 C102 재택 자가 복막 관류 지도관리료
 C102-2 재택 혈액 투석 지도관리료
 C103 재택 산소요법 지도관리료
 C104 재택 중심 정맥 영양요법 지도관리료
 C105 재택 성분 영양 경관 영양법 지도관리료
 C105-2 재택 소아 경관 영양법 지도관리료
 C105-3 재택 반 고형 영양 경관 영양법 지도관리료
 C106 재택 자가 도뇨 지도관리료
 C107 재택 인공 호흡 지도관리료
 C107-2 재택 지속 양압 호흡 요법 지도관리료
 C107-3 재택 하이 프로 테라피 지도관리료
 C108 재택 악성 종양 등 환자 지도관리료
 C108-2 재택 악성 종양 환자 공동지도료
 C109 재택 외상 환자 처치 지도관리료
 C110 재택 자가 동통 관리 지도관리료
 C110-2 재택 Tremor 증상 (관련) 자극 장치 지도관리료

C110-3 재택 마주 신경 전기 자극 치료 지도관리료
 C110-4 재택 천골 신경 자극 요법 지도관리료
 C110-5 재택 설하 신경 전기 자극 요법 지도관리료
 C111 재택 폐 고혈압성 환자 지도관리료
 C112 재택 기관 절개 환자 지도관리료
 C112-2 재택 후두 적출 환자 지도관리료
 C114 재택 난치성 피부질환 처치 지도관리료
 C116 재택 이식형 인공 보조 심장(비 박동형) 지도관리료
 C117 재택 경장 투약 지도관리료
 C118 재택 종양 치료 전장 요법 지도관리료
 C119 재택 직장경 자가 세정 지도관리료
 C120 재택 중이 가압 요법 지도관리료
 C121 재택 항균 약물 흡입 요법 지도관리료

《제2관 재택 요양 지도 관리 재료 가산》

○ 통칙

C150 자가 혈당 측정기 가산
 C151 주입기 가산
 C152 간헐적 주입 시린지 펌프 가산
 C152-2 혈당 지속 측정기 가산
 C152-3 경장 투약용 펌프 가산
 C153 주입기용 주사침 가산
 C154 자외선 살균기 가산
 C155 자동 복막 관류 장치 가산
 C156 투석액 공급 장치 가산
 C157 산소 봄베 가산
 C158 산소 농축 장치 가산
 C159 액화 산소 장치 가산
 C159-2 호흡 동조식 디멘드 벨브 가산
 C160 재택 중심 정맥 영양법 수액 세트 가산
 C161 주입 펌프 가산
 C162 재택 경관 영양법용 영양관 세트 가산
 C163 특수 카테터 가산
 C164 인공호흡기 가산
 C165 재택 지속 양압 호흡요법용 치료기 가산
 C166 휴대형 일회용 주입 펌프 가산
 C167 동통 등 관리용 송신기 가산
 C168 휴대형 정밀 수액 펌프 가산
 C168-2 휴대형 정밀 네블라이저 가산
 C169 기관 절개 환자용 인공 귀 가산
 C170 기도 내 객담 제거 보조 장치 가산

C171 재택산소요법 재료 가산
 C171-2 재택 지속 양압 호흡 요법 재료 가산
 C171-3 재택 하이프로테라피 재료 가산
 C172 재택 직장경 자가 세정용 재료 가산
 C173 횡격 신경 전기 자극 장치 가산
 C174 재택 하이프로 테라피 장치 가산
 C175 재택 항균 약물 호흡요법 네블라이저 가산

제3절 약제로

제4절 특정 보험(적용) 의료재료료

제3부 ■ 검사

○ 통칙

제1절 검체 검사료

《제1관 검체 검사 실시료》

대·소변 등 검사

혈액학적 검사 (I)

생화학적 검사 (II)

면역학적 검사

미생물학적 검사

기본적 검체 검사 실시료

《제2관 검체 검사 판단료》

제3절 생체 검사료

호흡 순환 기능 검사 등

초음파 검사 등

감시 장치에 의한 각종 검사

뇌파 검사 등

신경·근 검사

이비인후과학적 검사

안과학적 검사

피부과학적 검사

임상 심리·신경 심리 검사

부하 시험 등

라디오 아이소토프(Radioisotope)를 이용한

제반 검사

내시경 검사

제4절 진단 천자·검체 채취료

제5절 약제로

제6절 특정 보험(적용) 의료재료료

제4부 ■ 영상 진단

○ 통칙

제1절 방사선 영상진단료

제2절 핵의학 진단료

제3절 컴퓨터 단층 촬영 진단료

제4절 약제로

제5절 특정 보험(적용) 의료재료료

제5부 ■ 투약

○ 통칙

제1절 조제료

제2절 처방료

제3절 약제로

제4절 특정 보험(적용) 의료재료료

제5절 처방전료

제6절 조제기술기본료

제6부 ■ 주사

○ 통칙

제1절 주사료

《제1관 주사 실시료》

《제2관 무균 조제 처리료》

제7부 ■ 재활치료

○ 통칙

제1절 재활치료료

제2절 약제로

제8부 ■ 정신과 전문요법

○ 통칙

제1절 정신과 전문요법료

제2절 약제로

제3절 경과 조치

제9부 ■ 처치

○ 통칙

제1절 처치료

일반 처치
응급 처치
피부과 처치
비뇨기와 처치
산부인과 처치
안과 처치
이비인후과 처치
정형외과적 처치
영양 처치
기브스

제2절 처치 의료기기 등 가산

제3절 약제료

제4절 특정 보험(적용) 의료재료료

제10부 ■ 수술

○ 통칙

제1절 수술료

《제1관 피부·피하 조직》

피부, 피하 조직
성형

《제2관 근골격계·사지·체간》

근막, 근, 건, 건초
사지골
사지 관절, 인대
사지 절단, 분리, 재접합
수, 족
척추, 골반

《제3관 신경계·두개골》

두개골, 뇌
척수, 미주 신경, 교감 신경

《제4관 눈》

눈물길
안검
결막
안와, 눈물샘

안구, 안근
각막, 강막
포도막
안방, 망막
수정체, 초자체

《제5관 이비인후》

좌이
우이
내이
코
후비강
인후, 편도
후두, 기관

《제6관 안면·구강·경부》

치아, 치은(잇몸), 치조부
구강 전정, 구강 저부, 볼 점막, 혀
안면
안면부, 악관절
타액선
갑상선, 부갑상선(상피 소체)
기타 경부

《제7관 흉부》

유선
흉벽
흉강, 흉막
종격
기관지, 폐
식도
횡격막

《제8관 심·맥관》

심장, 심막, 폐동·정맥, 관혈관 등
동맥
정맥
림프관, 림프절

《제9관 복부》

복벽, 탈장
복막, 후측 복막, 장간막, 그물막
위, 십이지장
담낭, 담도
간

채장
 비장
 공장, 회장, 맹장, 충수, 결장
 직장
 항문, 기타 부위
 《제10관 요로계, 부신》
 부신
 신장, 신우
 뇨관
 방광
 요도
 《제11관 생식기》
 음경
 음낭, 고환, 고환 상체, 정관, 정삭
 정낭, 전립선
 외음부, 회음부
 질
 자궁
 자궁 부속기
 산과 수술
 기타
 《제13관 수술 등 관리료》
 제2절 수혈료
 제3절 수술용 의료기기 등 가산
 제4절 약제료

제5절 특정 보험(적용) 의료재료료

제11부 ■ 마취

○ 통칙

제1절 마취료

제2절 신경 블록 마취료

제3절 약제료

제4절 특정 보험(적용) 의료재료료

제12부 ■ 방사선치료

○ 통칙

제1절 방사선 치료 관리·실시료

제2절 특정 보험(적용) 의료재료료

제13부 ■ 병리진단

○ 통칙

제1절 병리 표본 제작료

제2절 병리 진단·판단료

【제3장 개호노인보건시설 입소자 관련 진료료】

【제4장 경과조치】

일본 의료보험·수가 체계 현황에 관한 연구

저 자 / 강 주 현 외

발행일 / 2023년 10월 발행

발행인 / 이 필 수

발행처 / 대한의사협회 의료정책연구원

서울특별시 용산구 이촌로46길 37 (우:04427)

TEL : 02)6350-6663 / FAX : 02)795-2900

※ 내용 중 이상한 부분이나 잘못된 사항이 발견되면 연락주시기 바랍니다.
감사합니다.

