

ISSUE PAPER

No. 59

일본 의료제도의 발전과 현안 과제

방문자: 이규식(대표 집필, 연구원장),
김도훈, 김수홍(희연의료재단 이사장)

우리나라는 1945년 건국 이후 일본의 의료제도나 건강보험제도를 많이 참고하여 현대적인 의료체계를 수립하였다. 그러다 2000년 7월 건강보험을 통합하면서 의료제도나 건강보험제도를 한국형으로 전환시켜, 새로운 모형으로 만들었다. 의료와 같은 사회제도는 나름대로 발전모형이 있다. 특히 사회보험인 건강보험은 서유럽이 가장 앞섰고, 일본은 독일의 영향을 받았다.

우리나라는 건강보험에 대한 이념 정립도 하지 못하고, 독자적인 이론도 개발하지 못한 상태에서 형평이라는 정치적 이념에 사로 잡혀 2000년대 들어 독자적인 모형으로 나아갔다. 그러다 보니 의료보장을 택한 어느 나라에서도 볼 수 없는 「공공보건의료에 관한 법률」을 제정하여 민간의료기관을 공공의료에서 배제시켜 민간의료기관에 대한 정부 개입이라는 무장을 해제하는 우를 범하였다. 뿐만 아니라 「국민건강보험법」을 제정하면서 비급여서비스를 인정하여 모든 의료기관이 영리적 활동이 가능하도록 하였다. 그리고 통합에 앞서 국민불편의 이유로 진료권도 폐지하고 환자의뢰체제로 약화시켜 의료의 수도권 집중을 방조하게 되었다.

그러한 결과는 의료체계의 붕괴를 우려하는 지경에 이르게 되었다. 이러한 상황에서 일본은 1868년 메이지유신 후 어떠한 방법으로 전통적 한방의료를 근대의료로 전환하였고, 1945년 이후 어떻게 의료의 현대화를 달성하였는지 궁금하여 2023년 6월 28~29일 일본의사회와 국립사회보장·인구문제연구소를 방문하여 의제(医制) 공포 이후의 과정이나 최근의 의사인력 등에 관하여 조사 하였다. 자료 정리는 방문기관의 의견을 중심으로 하되 이해를 돕기 위하여 별도 자료도 함께 활용하였다.

I. 의제(医制)에 관하여

「의제」는 일본이 서양의료를 도입하면서 전통적인 한의학의 관습에서 벗어나 근대적인 의료제도로 바꾸기 위한 정부의 첫 조치로 일본 의료의 골격이 되었다. 「의제」는 법령이라기보다는 의료 및 위생행정의 방침을 제시한 훈령적 성격을 지녔다. 「의제」에는 공중보건의 행정구조, 의학교육, 그리고 약사업무에 이르기까지 광범위한 내용을 포함하고 있다.

「의제」 공포에 앞서 이미 1869년 독일 모형의 의료제도 채택을 결정하고 의학교육도 독일 방식을 도입하였다¹⁾. 「의제」를 토대로 1875년 위생국을 내무성에 설치하였고 공중보건의 책임을 지방 정부에 위임하였다. 일본은 예방사업을 강화하기 위하여 1893년에는 공중보건업무를 경찰 시스템과 결합하였다(島崎謙治, 2011).

[양·한방 통합을 통한 의료의 일원화]

「의제」는 '의료계의 진료환경이나 의료관행(医俗)을 참작하여 서서히 시행하면 별다른 반발이 없을 것이다'라는 생각에서 의제(医制)의 공포 후 곧바로 전면적으로 시행하지 않고 조건이 갖춰진 것부터 순차적으로 시행하여 근대적 의료를 정착시켰다.

양·한방 의료일원화도 이러한 방향에서 이루어지기 시작하였다. 「의제」가 공포된 1874년의 조사를 보면 의사 28,262명 중 80%가 한방의사(漢方醫)였고, 일원화에 한의제는 당연히 반발·저항 하였던 것이다. 80%나 되는 한의사가 점차 세력이 늘어나는 신흥(新興) 서양의사와 첨예하게 대치하고 있었지만, 당시 의사 일반의 학식(學識) 수준은 낮았던 것으로 보인다. 당시 사정(事情)에 대해서는 메이지 원년(1868년) 12월 7일의 태정관(太政官, 현재 총리대신) 포고에서 '의사의 의(儀), 인지성명(人之姓名)에 관계되어, 실제로 쉽지 않은 직(職)에 처해 있다. 그러나 근세(近世), 불학무술(不學無術)한 무리, 외설적으로 방약(方藥)을 만지작거리다가 생명을 그르치는 자가 적지 않아 성조인자(聖朝仁慈)의 취지를 저버리는 일이 아닐 수 없다. 금반(今般) 의학소(醫學所) 추심상의 성패에 대해서는 규칙을 마련하여 학(學)의 성패, 술(術)의 공拙(功拙)을 꼼꼼히 시험하여 면허를 얻은 자가 아니면, 의업(醫業)을 하는 것이 허용되지 않으므로 그렇게 각오하고 더욱 학술에 힘써야 할 일'이라고 하였다. 그러나 선조(先祖) 전래(傳來)의 상한(傷寒)론(한의학의 의미)을 배운 것만으로는 근대의학의 기초지식이 부족하여, 한의사 중에서도 선견지명이 있는 사람은 서양의학을 배우기도 하였다.

1) 일본도 쇄국정책을 실시하였으나, 유일하게 1600년 네덜란드(화란)로 하여금 나가사키의 데지마(인공섬)에 '화란상관'을 설치할 수 있도록 허용하면서 서양문물을 받아들이게 되었다. 처음에는 화란상관을 통하여 주로 네덜란드의 문물을 배웠기 때문에 란학(蘭學)이 유행하였다. 특히 시볼트(1796~1866)라는 네덜란드인이 서양의학과 서양문물의 도입에 많은 역할을 하였다. 메이지 유신으로 쇄국정책을 철폐하고 비로소 서양문물을 도입하게 되는데, 그에 앞서 1871년 12월 이와쿠라 사절단을 서구 12개국에 파견하여 약 2년 동안 서양문물을 관찰한 후에 새로운 정책을 실시하여 본격적인 개방이 이루어졌다.

당시 한의계는 제국의회(현재의 국회)에 한의학 존속을 위한 청원을 하는 등의 저항도 하였다. 이에 정부는 「의제」를 통한 근대적 의사제도를 확립하기 위해서 당시에 한의사를 비롯해 이미 개업하고 있던 의사에 대한 배려를 하였다.

「의제」에 의거하여 1875년 의사개업을 위한 면허(免許狀)시험을 근대 의학을 토대로 실시하게 되었다. 의사 면허시험은 도쿄, 교토, 오사카 지역에서 먼저 실시되었고, 1878년 부터 지방의 상황에 따라 순차적으로 시행되었으며, 1879년 내무성은 의사 면허시험규칙을 제정하여 통일하였다. 1883년에는 치과의사 면허시험이 의사 면허와 분리되어 실시되었다.

그러나 이미 개업하고 있던 의사에게는 그대로 의사업무를 계속할 수 있도록 인정하고, 1882년에는 종래 개업의사의 자제(子弟)에 대해서도 개업 면허를 부여하는 조치를 취하였다. 당시는 근대적인 의사 양성기관이 없어 한의사들은 도제(徒弟)교육 방식으로 자녀들도 수련하고 있었기 때문에 이들에게도 면허를 부여하였다.

종래부터 개업하고 있던 자는 면허시험 없이, 계속해서 의업에 종사하는 것이 인정되었는데, 이러한 의사를 '종래 개업의'라 불렀다. 또한 1877년에는 '메이지유신 이래 의사로서 관성(官省)에 근무하거나 지방 공립학교 병원에서 교수 또는 치료를 전임(專任)하여 당초부터 일가(一家)를 이루는 자'는 봉직이력의(奉職履歷醫)라고 부르고, '종래 개업의사'와 마찬가지로 시험을 면제하였다.

1883년 의사면허규칙, 의술(醫術) 개업규칙이 포달(布達)되면서 의사는 원칙적으로 '의술개업시험에 응시해 내무경(內務卿, 현재 내무대신)으로부터 개업 면장(免狀)을 얻어야' 되었다. 이때도 종래 개업의는 계속 그 개업이 인정되었다. 또한 의사가 부족한 지역에서는 부지사(府知事), 현령(縣令)의 구상(具狀)에 따라 내무경은 의술 개업시험을 거치지 않은 자라 하더라도 그 이력(履歷)에 따라 가(假)개업 면장(免狀)을 수여할 수 있는 한지(限地)개업의 제도가 채택되었다.

그 후, 1906년 「의사법」이 제정되고 의사의 자격과 업무에 관한 규제가 집대성됨으로써 한지개업의 제도는 폐지되어 기존 면장을 받고 있던 자 즉 종래 개업의, 봉직이력의만이 계속 그 업무를 수행할 수 있게 되었다.

종래 개업의, 봉직이력의, 한지개업의는 대부분 한의사였으나, 한의사는 「의제」 공포 이래, 의학 7개 과를 둘러싼 서양의사 간 이론논쟁, 각기(脚氣)병 시술병원에서 한방과 서양의학이 각기병 치료의 우열을 겨룬 이른바 '한서각기(漢西脚氣) 스모'2), 제국의회에

2) 일본에서 동·서양의료의 대결에서 한방이 양방에 패하게 된 일화의 하나로 환자를 대상으로 진료기술의 우위를 다투는 시험에서 비방(秘方)을 중심으로 하는 한의사가 자신의 비방이 알려지는 것을 우려하여 최선을 다할 수 없었기 때문이라는 것이다. 이 일화의 진실 여부를 떠나 의료기술은 학회를 통하여 검증 받기 때문에 한번 공개된 의술은 어떤 의사라도 재현이 가능하여 근거중심의료 (evidence-based medicine)가 된다. 비방은 이와 같은 근거중심의료에서 벗어나기 때문에 과학으로서의 존립을 어렵게 한다.

대한 한방의학 존속의 청원 등 한방의학 존속을 위해 여러 저항을 시도했으나 시대 흐름에 항거할 수 없어서 서양의(西洋醫)의 대두로 쇠퇴일로를 걸어갔다.

근대적 의사제도의 역사는 한의사와 서양의사간의 경쟁의 역사인데, 「의제」의 공포 이후 일본의 근대 의학교육제도가 실시되면서 한의사의 쇠퇴가 시작되었다. 즉, 근대적 의학교육의 발전과 함께 의사면허시험이 계속됨에 따라 근대적 서양의학을 배운 의사가 점차 증가하는 변화가 이루어졌다. 근대적 서양의학을 익힌 의사의 비율은 [표 1]에서 볼 수 있는 바와 같이 1884년에는 9.5%에 불과하였으나, 1902년에는 55.3%로 전체 의사의 절반을 넘었고, 1939년에는 99.9%가 되어, 결국 한의사가 1%에도 미치지 못하는 상태가 되었다. 일본은 의료관행을 일시에 바꾸려 하지 않고, 조건이 갖추어지기를 기다려 단계적으로 실시하여 양·한방의 단일화라는 의료의 일원화를 초기부터 이루었다.

[표 1] 의사 수, 종래 개업의 등, 의사·대학 졸업 등 의사 수·비율의 연차 추이

연도	총수	종래 개업의 등	대학졸업 등
1884년	40,880	36,996(90.5%)	3,884(9.5%)
1894년	39,634	28,338(71.5%)	11,296(28.5%)
1904년	35,289	19,303(54.7%)	15,986(55.3%)
1914년	42,404	8,693(20.5%)	33,711(79.5%)
1924년	43,702	3,059(7.0%)	40,643(93.0%)
1934년	55,016	715(1.3%)	54,301(98.7%)
1939년	64,234	312(0.5%)	63,913(99.5%)

주: 1) 종래 개업의 : 봉직(奉直) 이력(履歷), 종래 개업의사(자체 포함) 및 한지(限地) 개업의사
2) 대학졸업 등 : 대학졸업, 관공(官公)사립(지정) 의학전문학교 졸업, 외국학교 졸업(시험을 포함), 시험 급제(及第)

출처: 내무부 '위생국 연보'(일본 의사회로부터 브리핑 자료, 2023.06.28.)

1967년 당시의 다케미 다로 일본 의사회장의 설명에 따르면, 국민의 생명을 구한다는 목적으로 서양의학만을 고집하지 않고 한의학도 그 수단인 한나라는 생각에서 한방제제(漢方製劑) 4개 처방이 건강보험의 급여로 되었고, 현재는 148개 처방이 의료용 한방제제로서 보험급여에 포함되고 있다.

한편 우리나라는 1951년에 제정된 「국민의료법」 제2조에서 의료업자로 제1종 의료·치과의사, 제2종 한의사, 제3종 보건원·조산원·간호원의 3종으로 구분하면서 한의사를 인정하였고 1953년부터는 서울한외과대학(경희대 한의대 전신)이 설립되어 의료를 2원화시키는 성급함을 보였다. 대한민국 건국 후, 6.25 전쟁 중인 1951년 「국민의료법」을 제정하면서 법에 규정하는 조문들이 앞으로의 의료발전에 어떠한 영향을 미치고 현재의

의료관행과는 어떻게 상충하는 지 등에 대한 고민 없이 당시의 의료관행을 인정하는 법률을 제정하여 의료의 2원화를 굳히게 된 것이다.

[의제와 의약분업]

서양의학이 공식적으로 도입됨에 「의제」에 의약분업을 명시하고 약사 자격 요건을 규정하였다. 그러나 처방과 조제가 동시에 제공되는 한방의료 이용에 익숙한 국민에게 의약분업은 의사들로 하여금 환자를 쫓아내는 것과 다름이 없다는 인식으로 의사들이 반대하였기 때문에 실행으로 옮기지는 못하였다(Tatara and Okamoto, 2009).

일본은 앞서 언급한 바와 같이 「의제」에 명기된 내용이라도 당시의 의료관행(医俗)을 존중하여 한의학 중심의 의료시스템에서 분업은 의사의 극심한 반대로 실행에 옮기지 아니 하였다. 그리하여 의료계의 자율적인 분업에 의존하다가, 1997년 후생성이 전국에서 37개 모델병원을 선정하여 완전분업(처방전 수취율이 70% 이상을 의미)을 시행한 이후에야 의약분업이 진전되었다. [표 2]에서 볼 수 있는 바와 같이 2003년에 분업률이 51.6%에 이르렀고, 2020년에는 74.9%에 달하고 있어 일본에서는 이러한 결과를 거의 완전분업으로 간주하고 있다(일본약제사회, 2023).

우리나라는 의약분업도 2000년 7월 당시의 의료관행이나 진료환경 등을 고려하지 않고 군사작전처럼 단숨에 단행하여 여러 부작용을 일으켰다.

[표 2] 일본의 의약분업률

	처방전 발행매수(억 매)	처방전 수취율(%)
1992	1.8	14.0
1997	3.4	26.0
2003	6.0	51.6
2020	8.2	74.9

주: 처방전 수취율이란 외래 처방전을 원외 약국이 수취한 비율로 의약분업률을 의미
출처: 일본약제사회 (2023),

II. 「의료법」 제정: 현대적 의료로 발전

일본은 제2차 세계대전이 끝난 후인 1948년 「의료법」을 제정하면서 의제(医制) 시대에서 벗어나 현대적 의료로 발전을 하게 된다. 먼저 「의제」와 「의료법」의 차이점을 살펴보기로 한다.

「의제」는 위생행정기구, 의학교육, 의사개업면허제도, 약제사(藥劑師)·약사(藥事)제도를 내용으로 하여 의료행정을 위한 훈령적 성격을 띠었다. 그러다 1945년 제2차 세계대전 패망직후 8월 미군정이 시작되면서 현대적인 의료발전기로 접어들게 된다.

1948년에 제정된 「의료법」은 의료일반에 관계되는 법률로서 병원 및 진료소(의원)에 해당, 또 광고 규제 등 주로 의료시설에 관한 규정을 내용으로 하였다. 그 후 꾸준한 개정을 통하여 의료법인제도의 추가, **1985년에는 제1차 의료계획³⁾**이 도입되어 「의사법」이 의사의 양성·자격·업무 등에 관한 규정을 담당하는데 비하여, 「의료법」은 의료제공체제를 관장하는 것으로 자리매김하고 있다. 물론 두 법률은 상호 연관성을 갖고 있다. 예를 들어 「의료법」·「의사법」 개정에 의해 「의료법」에 의사확보계획을 정하는 동시에, 「의사법」에서는 의사양성과정을 통한 의사확보의 관점에서 중앙정부나 도·도·부·현이 대학이나 일본전문의료기구 등에게 의학부, 임상연수, 전문연수에 대해 요청하는 규정이 마련되었다.

또한 「의료법」이나 각 직종의 근거법 뿐만 아니라 약사(藥事)·의료기기, 건강보험, 개호보험, 고령자의료제도, 지역의료개호종합확보기금 등 다양한 의료관계법령에 의해 의료정책이 이루어지고 있다. 나아가 개인정보보호, ICT, 건축기준, 소방 등에 관한 매우 많은 법령이 의료와 관련되어 제정되어 있다.

[직종별 개별법의 제정]

일본은 「의료법」이 제정되기 이전인 1906년 「의사법」과 「치과의사법」을 제정하였고, 1948년에는 「보건부·조산부·간호부법(보조간법)」을 제정하였다. 이와 같이 개별 직능에 대한 법률이 먼저 제정되고 난 후에 「의료법」이 제정되어, 모든 의료직능에 관한 사항을 「의료법」에 포함시킨 우리나라와는 다른 법률 체계를 지니고 있다.

1) 각 직능별로 별도의 법을 제정하게 된 배경

별도의 직능별로 법률이 제정된 배경 중 하나로는 각 직종의 양성과 관련된 상황의 차이를 들 수 있다. 의사에 대해서는 「의제」를 공포하기 이전부터 한방, 서양의학의 의사가 양성되어 온 반면, 간호사 양성은 늦어지고 있었다.

특히 의사·치과의사 자격에 대해서는 일본 전체의 근대화를 추진하고, 또 방역 등의 관점에서 의업(醫業)·치과의업을 행하는 자로서 조기에 입법화해야 할 필요성이 있었다. 「의제」에 애초부터 의학교육, 의사개업면허제도가 들어간 이유도 거기에 있다고 할 수 있다. 그 후 필요성에 따라 각 직종별로 법제도가 추가되었다.

간호사의 경우, 1948년 「보건부조산부간호부법(보조간법)」 제정 이전에 1899년 산파(産婆)규칙, 1900년에 도쿄도에서 간호사규칙이 제정되었고(오사카부에서도 1902년에 제정), 1915년에 중앙정부에서 간호사규칙을 제정하였다.

그리고 애초부터 인력의 양성과정, 직책이나 업무내용이 다른 각 직종을 하나의 법령으로 규정해야 한다는 생각은 없었다. 다만 직능간의 연계는 각 직능별 법률에서 서로

3) 이때에 의료권(2차 및 3차)이 설정된다.

관련성을 갖도록 규정하여 대처하였다. 예를 들어 상기의 간호사규칙에서는 '주치의의 지시를 받은 경우 이외에 치료기계를 사용하거나 의약품을 수여해서는 안 된다'고 규정하고 있으며, 그것은 현행 「보건부조산부간호부법」에도 '의사의 지시에 따른 진료의 보조행위'로 계승되고 있다. 이처럼 두 법률에 따라 의사와 간호사 간의 법적 관계가 담보되고 있어 개별법으로 규정하여도 문제가 없다고 하겠다.

한국과 같이 하나의 법제도에서 규정하는 방법도 있겠지만, '의사의 지시에 근거한 진료의 보조행위'와의 관계성을 정하는 것을 전제로 각 직종을 별개의 법령에서 규정하고 각각의 목적이나 특성에 따른 양성이나 업무내용의 내실화를 도모해 나간다는 정책도 효과적이라고 생각된다.

2) 직종별로 독립적 법률이 갖는 이점

어떠한 의료정책이라도 공서양속(公序良俗, 공중질서나 미풍양식), 의료의 안전이나 제도의 안정 등의 확보를 전제로 의학·의료의 발전, 사회통념의 변화 및 인구변동 등 상황에 따라 입안, 수행해 나갈 필요가 있다.

의료 인력의 직종에 따라 법률이 나뉘어져 있음으로써 그 직종에 맞는 양성, 업무내용의 개선, 내실화 등의 정책을 기동적(機動的)으로 입안, 수행할 수 있다고 하겠다. 하나의 법령에서 각 직종을 규정하고 있을 경우 상당히 복잡해져 많은 관계자에게 있어서는 그 법령을 이해하고 논의하는 것이 곤란해질 우려도 있다.

게다가 한 직종에 하나의 법률만 있다고 할 수 없다. 예를 들어 간호사에 대해서는 보건사조산사간호사법 이외에 간호사 확보라는 정책 목적 아래 「간호사 등의 인재 확보 촉진에 관한 법률」이 제정되어 있다.

중요한 것은 직종에 따라 법령을 정리한 후 서로 관련성을 갖게 하면서 정책을 생각해 나가는 것이라고 생각된다.

3) 의사법과 간호사법의 독립이 두 직종 업무 협력에 장애는 없는지?

〈참고: 한국은 별도 법률이 없고 모두 「의료법」으로 대처하고 있어 2023년에 야당이 대한간호협회의 요청에 부응하여 독립된 「간호사법」의 제정을 시도하였으나, 대통령의 거부권으로 「간호사법」의 별도 제정은 무산 됨〉

일본은 의사와 간호사의 근거법이 분리되어 있는 것에 대한 장애는 인식하지 못하고 있다. 예를 들어 현행 「의사법」 제17조에는 '의사가 아니면 의업을 해서는 안 된다.'고 규정돼 있어 어떤 직종이든 적용된다.

또한 「보건사조산사간호사법」에는 '보건사, 조산사, 간호사 또는 준(准)간호사는 주치의 또는 치과의사의 지시가 있는 경우를 제외하고 진료기계를 사용하여 의약품을 수여(授與)하며 의약품에 대하여 지시를 하거나 그 밖에 의사 또는 치과의사가 행하는 것이 아

니면 위생상 위해가 발생할 우려가 있는 행위를 하여서는 아니 된다.'(임시응급의 처치를 하는 경우에는 그러하지 아니하다)고 되어 있고, 또한 법 문장 중의 행위를 '진료의 보조행위'라고 부르고 있다. 이처럼 의사와 간호사의 근거법이 분리돼 있더라도 의사의 지시가 없으면 진료 보조행위를 할 수 없도록 규정돼 있다.

의사와 간호사의 의료현장에서의 협력관계는 법령만으로 규정되는 것이 아니라 의사의 전문직 자율성(professional autonomy) 아래, 개별 의사와 간호사와의 기능, 경험, 입장이나 직책 등에 따른 것이 된다고 생각한다.

또한 규제법이 아니라 정책을 추진하기 위한 법령이나 건강보험·개호보험의 진료수가 상 평가 등 다양한 시책이 복합적, 중층적으로 이루어져 의사와 간호사를 비롯한 다직종과의 연계가 추진되고 있다. 예를 들어 소비세 증세분을 재원으로 하는 지역의료개호종합확보기금에 의해 지역연계, 의사확보 등을 지원하고 있다.

3) 일본은 지역사회간호사라는 제도가 있는지?

국가(중앙정부) 차원의 제도로서는 없다. 지역사회간호사는 없지만, 국가가 정하는 「개호보험법」에서 규정하는 지정기준을 충족한다면 간호사는 방문간호스테이션을 독립적으로 개업할 수 있다. 다만 방문간호를 할 때는 의사의 지시서가 필요하다.

4) 한국에서는 의사의 지도·감독을 매우 제한적으로 해석하여 간호사나 물리치료사와 같은 인력의 자율적인 활동이 거의 제한되는데 일본의 경우는?

〈참고: 한국에서는 초기에는 의사와 간호사가 같은 현장에서 일하면서 간호사가 의사의 지시를 받아 하는 주사행위와 같은 것을 지도·감독으로 해석하였으나, 현재는 같은 현장을 조금 확대 해석하여 같은 공간(즉, 병원 안에서)에서 의사의 처방에 따라 물리치료사나 간호사가 의료보조행위를 하는 것을 지도·감독으로 해석하고 있음. 의사가 병원이나 의원에 있으면서 의사 처방에 따라 간호사가 병·의원 밖의 환자 가정을 방문하여 주사나 간단한 치료행위 등을 하는 행위는 불법으로 간주함. 따라서 의사의 처방이 있더라도 방문간호사가 환자 가정에서 독자적인 의료행위는 할 수 없음〉

일본에서도 간호사의 주사행위 등은 「보건사조산사간호사법」상 의사의 지시에 따른 진료보조행위로 이루어져야 한다. 여기서 말하는 '의사의 지시'는 그 진료의 보조행위의 난이도, 의료기술 등에 따라 그때 그때 지시를 받는 것이 필요한 것(구체적 지시), 프로토콜 등에 따라 행위를 하는 것(포괄적 지시)이 있다.

방문간호에서는 의사의 지시서에 따라 그 자리에 의사가 없어도 환자의 거택(居宅)에서 간호가 이루어지고 있다. 또 특정행위연수 수료 간호사는 의사가 간호사에게 진료의 보조를 하도록 하기 위해서 그 지시로 작성하는 문서인 절차서(手順書)에 따라 의사가

없는 장소에서 업무를 수행하고 있다

일본은 우리나라에 비하여 방문간호에서는 의사의 지도감독이 조금 포괄적으로 해석이 이루어지는 것 같다.

Ⅲ. 의사인력의 적정성에 관하여

〈참고: OECD 통계를 보면 2020년 기준 인구 1,000명당 임상 의사 수가 일본 2.6명, 한국 2.5명으로 양국 모두 OECD 평균 3.7에 비하여 적으며, 의학계열대학 졸업자 수를 보면 인구 100,000명당 일본 6.9명, 한국 7.2명으로 OECD 평균 13.6명에 비하여 크게 떨어지고 있음〉

1) 한국은 최근 응급의학이나 소아청소년과 등에서는 의사 구하기가 어려운데 일본의 사정은 어떠한지?

일본에서도 과거 지방도시에서 5천만 엔으로 산부인과 의사를 모집했지만 여의치 않았던 사례가 있었다. 2000년대에 들어서 산과(産科)와 소아과를 비롯해 지역별 및 진료과별로 의사의 편재(偏在)·부족이 사회문제로 등장하였다. 또한 초고령사회 등 인구변동과 의료기술의 고도화에 따라 의사의 수요도 달라지고 있다.

그 때문에 의학부 정원 증가, 의사 확보를 협의하는 장(場)의 설치와 그 시책의 실시기관(지역의료지원센터)의 설립, 의료근무환경개선지원센터의 설립, 도도부현 의사확보계획의 수립⁴⁾, 의사와 다른 직종과의 연계 및 Task sharing, 의사를 보조하는 의료비서·의사사무작업 보조자의 확보, 의료기능의 분화·연계 및 그것을 평가한 진료수가 설정 등의 여러 시책이 진행되어 왔다. 또한 노동시간 단축 등의 의사의 일하는 방식 개혁도 이루어지고 있다. 특히 최근에 추진하는 의료DX(digital transformation)⁵⁾도 의사의 근무환경 개선, 업무 효율성 향상에 기여하게 된다.

의사양성 수에 대해서는 2008년도부터 특정 지역 및 진료과에 근무를 조건으로 한 지역범위(할당) 등을 중심으로 단계적으로 의학부 정원을 증원하여 전국 수준에서 의사 수는 매년 3,500명~4,000명씩 증가하고 있다. 후생노동성의 장래 의사수급추계결과에 따르면 노동시간을 일반노동자와 동일하게 주 60시간을 상한으로 하는 등의 가정(假定) 하에 '수요(需要) Case 2'에서는 2023년도 의학부 입학자가 의사가 될 것으로 예상되는 2029년경에 균형이 잡힐 것이라고 추계되어 있다.

4) 일본은 의사편재를 해소하기 위하여 이미 1973년 제2차 다나카 내각에서 1현 1의과대 정책을 채택하여 1979년 琉球대학의학부 설립을 마지막으로 정책목표는 달성하였으나, 그 후 의료자원배치의 지역간 격차는 더욱 벌어졌다 (松田晋哉, 2015).

5) 의료DX란 보건·의료·개호의 각 단계(질병의 예방, 진찰, 치료, 처방, 진단서 작성, 진료비 청구, 의료·개호 연계를 통한 케어, 지역의료연계, 연구개발 등)에서 발생하는 정보와 data를 최적화된 기반을 통하여 관계자들의 업무와 시스템, data 보존의 외부화·공통화·표준화를 도모하여 국민 자신의 예방을 촉진하고 보다 양질의 서비스를 받을 수 있도록 사회나 생활의 형태를 바꾸는 디지털혁명으로 정의할 수 있다.

2018년에는 「의료법」 개정으로 의사확보계획이 도입되어 의사편재지표에 근거한 의사 소수(少數)구역의 설정, 그에 따른 시책의 실시 등이 추진되었으나 그 효과는 아직 알 수 없다.

2) 일본 의사확보대책의 수립

이와 동시에 「의료법」에서는 의사확보계획과의 정합성 확보 차원에서 다음과 같이 의사확보대책을 실시하게 하였다.

【의학부】

도·도·부·현 지사에게 대학에 대한 지역범위·지역출신 입학자 범위의 설정·확충을 요청할 권한을 신설

【임상연수】

임상연수병원의 지정, 연수의 모집정원 설정 권한을 중앙정부에서 도·도·부·현으로 이양

【전문연수】

중앙정부에 일본전문 의기구 등에 대해 필요한 연수 기회를 확보하도록 요청하는 권한을 부여

중앙정부는 도·도·부·현의 의견을 들은 후, 일본전문 의기구 등에 대해 지역의료의 관점에서 필요한 조치의 실시 의견을 내는 구조를 신설 함

한국이 특정 지역이나 특정 전문과의 의사 편재·부족에 대처하기 위해서는 한 가지 방안으로만 해결할 수 없으며, 앞에서 열거한 여러 시책을 복합적, 중층적으로 조합해야만 한다고 생각한다. 일본도 최근 격심한 논의 끝에 2개의 의학부가 신설되었는데, 양국 모두 저출산이 중요 과제가 되었듯이 의료의 수급을 내다본 시책이 필요하다.

또한 저출산 아래, 의사뿐만 아니라 다양한 분야에서 우수한 인재가 활약해야만 한다. 그러기 위해서는 의학부의 정원에 대해서도 적절히 재검토할 필요가 있다고 생각한다.

【일본의 의사연수와 관련된 참고 자료】

2004년에 도입된 신(新)의사임상연수제도⁶⁾에 의거하여 초기연수의가 대학병원 이외의 병원을 선택하는 경우가 증가하고, 대학병원이 지역의 의료기관에 의사 파견을 중지했기 때문에 의사 편재가 심화되고 의사 부족이 표면화되었다.

그러던 중, 2006년 2월 후쿠시마(福島)현립 오노(大野)병원 산부인과 의사가 체포된

6) 의학부를 졸업하고 의료에 종사할 의사는 2년 이상의 임상수련을 받아야 하는 제도를 의미한다.

일(오노병원 사건), 같은 해 8월 나라(奈良)현에서 '임산부 진료거부' 문제(오요도(大淀)병원 사건), 또한 같은 해 10월 도쿄(東京)도에서 출산이 임박한 임산부가 뇌내출혈을 일으켜 도쿄도내 8개 병원에 이송을 요청했지만, 거절당해 도쿄도립 스미히가시(墨東)병원이 최종적으로 받아들였지만 임산부는 제왕절개 3일 후 사망한 것 등 산과 관계 사건이 잇따라 일어나 의사 부족 및 진료과 편재, 임상연수제도에 의한 의사 인양(引揚)⁷⁾ 등과의 관계로 큰 문제가 발생했다. 때마침 '의료붕괴'가 향간에 떠돌았던 시기가 있었다.

정부·후생노동성은 이 문제에 대응하기 위해 2006년에는 「신(新) 의사확보 종합대책」, 2007년에는 「긴급의사 확보대책」을 잇달아 발표해 잠정적으로 의사양성 수를 증가시키려는 노력을 하였다. 이러한 대응으로는 부족하여 당시 마스조에 요이치(舩添要一) 후생노동성 대신의 강력한 의지에 따라 2008년 6월 18일 「안심과 희망의 의료확보 비전」이 발표되면서 '기존의 내각회의 결정을 대신해 의사양성 수를 증가'시키는 것으로 되어 궤도에 오르게 되었다. 6월 27일, 「기본방침 2008」에서도 '조속히 사상 최대 정도까지 증원함과 동시에, 향후 필요한 의사 양성에 대해 검토한다'라고 하여 기존의 의사 양성 억제정책을 근본적으로 재검토했다.

2022년 5월에 발간된 일본의사회총합연구기구의 Research Report No.126 '의사양성 수 증가 후의 의사 수 변화에 대한 보고서'에 따르면 증가된 의사의 대부분이 병원에 고용되었고, 진료소(의원) 의사로의 진입은 부진한 것으로 나타났다. 또한 진료과별로 보면 내과, 외과의 의사가 감소하고 표방과(標榜科)의 세분화로 전문 분화(分化)(○○내과)가 진행되었다. 전체적으로는 정신과가 증가하고 있으며, 젊은 의사 층에서는 성형외과 및 미용외과를 선호하고 있다는 내용이었다. 현재 동네 주치의(가카리츠케 의사) 기능을 담당해야 할 내과계 의사의 전문 분화가 진행되고 있으며, 특히 젊은 의사는 보험 이외 자유 진료가 가능한 진료과(성형이나 미용외과)로 유출되는 상황이 전개되어 정책 방향과 역행하는 문제가 있다.

이러한 데이터를 보면, 공교롭게도 「안심과 희망의 의료 확보 비전」에서는 의사 수를 증가시키고 동시에, 의료종사자(의사)에게는 자신이 공공성이 높은 존재라는 의식을 요구하고 있는데, 15년이 경과하면서 의사 수는 증가하고 의사가 자유롭게 진료과를 선택할 수 있는 환경은 이루어졌지만 비전에 기재된 '의사의 공공성'에 대한 논의나 의사(의대생)의 의식개혁은 진행되지 않고 있으며, 또한 진료과의 편제도 시정되지 않은 채 큰 과제로 남아 있다. 이러한 과제에 더 많은 부담을 주고 있는 것이 전문의 제도이다. 19번째 영역의 전문의로 총합진료전문의를 인정하고는 있지만, 전문의기구가 주도적으로 국가의 시책에 호응하여 동네 주치의 기능을 담당할 총합진료전문의로 유도하는 모습이 전혀 보이지 않는다는 점이다.

7) 대학병원의 연수위가 부족해지자 지역의료기관에 파견되어 있는 의사를 대학병원으로 복귀시키는 제도를 말한다.

[제9회 지역의료구상의 의사확보계획⁸⁾]

먼저 2024년도 의학부 임시정원에 관한 토론을 위하여 의사확보계획 Working Group의 회의자료(자료 4)에 나오는 의학부 입학정원에 대한 연차 추이를 보면 [표 3]과 같다. 2021년 현재의 의학부 입학정원을 보면 자치의대⁹⁾를 제외하고 9,234명이다. 자치의대를 제외한 의학부 정원이 2007년 7,525명이었으나, 임시정원은 2008년 118명에서 시작하여 매년 임시정원을 늘려 2021년에는 임시정원이 865명으로 그 비율이 9.4%에 이르고 있다.

일본은 2008년도 이후 의학부 입학정원을 역대 최대 규모까지 증원하였다. 그리고 의학부 정원에서 차지하는 지역할당 등의 수 및 비율도 증가시키고 있다(2007년도 173명(2.3%)에서 2021년 1,723명(18.7%)으로). 각의 결정 등에 따라 2008년도 이후 의학부 임시정원을 잠정적으로 증원하는 대책이 실시되었는데, 2019년에 임시정원의 설치기한이 만료되는 시점을 맞이하게 되었다. 그러나 한번 증원된 정원이 비록 임시정원이라 할지라도 이를 중단시킨다는 것이 쉽지 않아 2006년 8월 31일 총무성, 재무성, 문교과학성 및 후생노동성 등 4개 부처의 대신들이 만나 「신의사확보대책」, 2007년 5월 31일에는 정부·여당의 「긴급의사확보대책」 그리고 2010년 6월 18일 각의에서 「신성장전략」과 같은 대책을 내놓았으나 임시정원의 중단은 결정하지 못하였다.

그러다 2018년 6월 15일 내각의 결정으로 「경제재정운영과 개혁의 기본방침 2018」을 발표하면서 다음과 같은 결정을 하였다. “2020년 및 2021년도 입학정원에 대해서는 2019년도 의과대학 정원을 초과하지 않는 범위에서 그 필요성을 신중히 조사하면서 잠정적으로 현재 의학부 정원을 대체로 유지하기로 한다. 2022년도 이후에 대해서는 정기적으로 의사수급 추계를 실시한 후 근로방식 개혁이나 의사편제 상황 등을 고려하면서 장래의 의학부 정원의 감원을 위한 의사양성 수 방침에 대해 검토한다.” 그에 따라 임기정원의 중단은 여전히 결정하지 못하였다.

이듬해인 2019년 6월 21일 내각에서는 「경제재정운영과 개혁의 기본방침 2019」를 발표하면서 “의사편제지표를 활용하여 임상연수나 전문연수를 포함한 의사의 커리어도 감안한 실효성 있는 지역별 및 진료과별 의사편제대책을 추진하기로 하였다. 그리고 2022년도 이후 의학부 정원에 대해 정기적으로 의사수급 추계를 실시한 후 의학부 정원의 감원을 위한 의사양성 수 방침에 대해 검토한다”고 하여 전년도와 입장 차이가 없었다. 한편 2023년도 의학부 임시정원에 대해서는 치학부(齒學部) 대체방법을 제외하고

8) 이 부분은 제9회 지역의료구상 및 의사확보계획 Working Group의 회의자료 (2022년 10월 27일)인 「令和6年(2024)도 의학부 임시 정원과 관련된 방침에 대하여」를 토대로 작성하였다.

9) 의사의 부족으로 의료서비스 공급이 어려운 의료 낙후지역 등의 의료보장 강화와 지역주민복지 증진을 위해 47개 지방정부(도·도·부·현)가 공동으로 1972년 학교법인으로 자치의대를 설립하였으며, 의학부와 간호학부가 있다. 의학부의 경우, 도·도·부·현별로 2~3명의 학생을 선발(연도별 입학생 수는 [표 3]에 게재)한다.

2022년도와 동일한 방법으로 설정하기로 하고 치학부 대체방법은 폐지하고 지역의사의 확보·진료과 편제 대책에 유용한 범위에 한해 지역 임시정원으로 활용하기로 결정하였다.

2024년도 의학부 임시정원과 관련된 방침은 2022년 1월의 「의료종사자 수급에 관한 검토회 의사수급분과회 제5차 중간정리」를 통하여 의료계획의 책정을 통한 의료제공 체제나 의사 배치의 적정화와 함께 검토할 필요가 있다고 하였다. 또, 「제8차 의료계획 등에 관한 검토회」 등에서의 상황을 바탕으로 검토할 필요가 있다」라고 하여 검토의 필요성만 강조할 뿐 임시정원의 중단 문제는 전혀 다루지 않았다. 2024년도 입학정원에 대해서는 2019년도 의학부 총 정원수(9,420명)를 상한으로 하여 2023년도의 틀을 잠정적으로 유지하기로 결정하였다.

그리고 2025년도 이후 의학부 임시정원에 대해서는 「제8차 의료계획 등에 관한 검토회」 등에서의 논의 상황을 토대로 다시 검토하는 것으로 하여 임시정원의 중단은 역시 뒤로 미루고 있는 상황이다.

[표 3] 일본의 의과대 정원과 지역할당 인원 추이

	2007	2008	2011	2015	2019	2021
의학부 정원(1)	7,625	7,793	8,923	9,134	9,420	9,457
자치의대 정원	100	110	113	123	123	223
자치의대 제외한 정원(2)	7,525	7,683	8,810	9,011	9,297	9,234
지역할당 등	173	418	1,242	1,531	1,687	1,723
정원(2)에 대한 지역할당의 비율(%)	2.3	5.4	14.1	17.0	18.1	18.7
지역할당 요건하의 임시정원	0	118	676	858	904	865
정원(2)에 대한 임시정원의 비율(%)	0	1.5	7.7	9.5	9.7	9.4

출처: 제9회 지역의료구상 및 의사확보계획에 관하여, 문부과학성(2023), 의학교육과

Ⅳ. 일본의사회와 혼합진료¹⁰⁾

일본은 1961년에 전국민의료보험을 달성하였고, 23년 후인 1984년에 '특정요양비제도'라는 공적으로 인정된 매우 제한된 혼합진료 제도가 도입하였으며, 2006년에 현재의 '보험외비용요양비제도'로 개편하게 된다.

2004년 8월 규제개혁·민간개방추진회의(약칭 규제개혁회의)가 '혼합진료를 전면 해금해야 한다'고 제안하고, 당시 고이즈미(小泉) 총리도 '연내에 전면 해금하는 방향으로 결

10) 혼합진료란 건강보험의료에서 급여서비스와 비급여서비스를 같이 제공할 수 있는 진료를 의미한다.

론을 내주었으면 좋겠다'고 발언하면서 사회적으로 큰 이슈가 되었다.

고이즈미 총리의 전면적 해금 발언을 하였을 때 일본의사회는 반대 입장을 분명히 하였다. 이와 같은 반대 여론으로 인하여 여러 가지 조정을 한 끝에 혼합진료의 전면적인 허용이 아니라 일정한 제동을 거는 것으로 결론이 났다. 국내 미승인 의약품의 심사기간 단축, 신고를 통한 선진기술 실시 등 보다 신속한 선진의료기술의 실시가 가능하도록 '특정요양비제도'를 개편하는 형태로 [표 4]에서와 같은 '보험외비용요양비제도'가 되었다.

이후에도 심사의 신속화 및 규제 완화를 위한 논의가 진행되어, 2015년에 난치병으로 투병 중인 환자의 신청을 계기로 국내 미승인 의약품 등의 사용 등을 신속하게 보험외 비용요양으로 사용할 수 있도록 하여 환자의 치료 선택권을 확대하기 위한 '환자신청평가요양'이 신설되어 2016년부터 운영되었다.

[제한된 범위의 혼합진료 허용: 보험외 비용요양비 제도]

'특정요양비제도'에는 보험급여와 다양한 환자 요구(needs)와의 조정을 위해 (구)선정요양(피보험자가 선택하는 특별서비스)과 고도선진의료제도의 고유한 유형이 존재하고 있었다.

또한, 본인부담과 보험급여에 관한 기본적인 제도 설계는 선정요양에 관한 특별서비스 부분의 본인부담과 고도선진의료제도에서 고도의 의료기술에 해당하는 부분의 비용에 대해서는 전액 환자부담으로 하고, 그 이외의 기본적인 진료에 해당하는 부분을 '특정요양비'로 보험에서 지급하는 것으로 되어 있었다. 제도 설계상으로는 이때 이미 현재 실시되고 있는 '보험외비용요양비제도'의 기본 골격이 만들어졌다.

선정요양은 환자 요구의 다양화에 대응하기 위한 것으로, 특별 개인실(차액 병상), 고가의 재료를 사용한 치과치료(금합금 등) 등 특별한 서비스 중 환자의 선택에 의한 것이 적절하다고 인정되는 것이 대상이었다.

한편, 고도선진의료제도는 의료기술의 발전을 바탕으로 제도화된 것이지만, 그 승인 방식은 '의료기술'과 '의료기관'을 각각 심사하여 승인하는 '이중 잣대'로 구성되었다. 양자의 심사는 '고도선진의료전문가회의'에서 실시되며, 먼저 '의료기술'에 대해서는 신청된 기술의 ① 고도선진성, ② 안전성, ③ 유효성, ④ 사회적 타당성 등의 관점에 따라 고도선진적인 의료기술인지, 특정요양비를 지급하기에 적합한 기술인지 평가하고, 다음으로 '의료기관'에 대해서 해당 의료기술을 실시하겠다고 신청한 대학병원 등 일정 요건을 충족하는 의료기관 및 의료기술을 실시하는 의사(책임자)에 대해서 신청된 고도선진의료기술이 안전성 등이 담보된다고 인정되는 경우에만 해당 신청 의료기관을 '특정승인보험의료기관'으로 승인하여 극히 제한적으로 실시할 수 있게 하였다.

보험외비용요양비제도는 '평가요양', '선정요양' 그리고 '환자신청요양'으로 구성되어 있었다. '평가요양'은 후생노동성 장관이 정한 고도의 의료기술을 사용한 요양으로 보험 급여의 대상이 되는 것에 대해서 적절한 의료의 효율적 제공을 도모하는 관점에서 평가를 실시하는 것으로서 선진의료, 치험(임상시험)에 관련한 진료, 약사법(藥事法)(현행 '의료기기 등의 품질, 유효성 및 안전성의 확보 등에 관한 법률') 승인 후에 보험등재 전의 의약품 등이 대상이었다.

'환자신청요양'은 미승인의약품을 일찍 사용하고 싶은 경우 환자가 사용을 신청하면 주치의가 그러한 약의 효능이나 안정성을 치험하는 병원과 협의하여 사전에 진료계획을 수립하여 투약하게 된다. 이 것 역시 장차 치험이 끝나면 요양급여의 대상이 된다.

'선정요양'은 요양급여의 대상이 될 수 없는 것으로 피보험자가 선택할 수 있는 특별한 요양환경(차액병실료, 이른바 차액병상), 치과 보철에서 금합금 등, 시간외 진료, 대형 병원 초진, 제한 횟수를 초과하는 의료행위(입원 일수 180일 제한 등) 등이 대상이 되고 있다.

당시 '선진의료제도' 운용에 있어서는 그동안의 고도선진의료제도 시대의 과제였던 새로운 의료기술이 승인되기까지 시간이 걸리고, 고도선진의료기술 이외의 기술에 대해서는 보험 도입을 위한 절차가 불분명하다는 점을 해결하기 위해서

- ① 반드시 고도화되지 않은 선진기술에 대해서는 보험 도입 전 단계로서 보험진료와의 병용을 허용함과 동시에, 고도선진의료까지 포함하여 보험 도입 절차의 투명화·신속화를 도모한다.
- ② 고도선진의료에서는 실시기관이 개별 허가제로 인해 그 수가 극히 적은 반면, 반드시 고도화되지 않은 선진기술에 대해서는 기술적으로 정해진 기준을 충족하는 의료기관이면 자동으로 특정요양비의 대상이 된다. 고도선진의료에 대해서도 실시 의료기관의 승인 요건을 완화하고, 향후에는 반드시 고도화되지 않은 선진기술과 유사한 규제로 변경해 나갈 계획이다.

이상의 생각으로 규정이 변경되고 있다.

2006년에 창설된 '보험외비용요양비제도'이지만, 그 이후에도 심사의 신속화나 규제 완화를 요구하는 논의가 진행되어 선진의료제도에서는,

- ① 2008년에는 국내 미승인 의약품 사용 등을 수반하는 의료기술에 대한 제도로써 선진의료 내에 '고도의료평가제도'가 신설되었다,
- ② 2012년에는 선진의료전문가회의와 고도의료평가회의를 일원화하여 선진의료를 '선진의료 A'와 '선진의료 B'로 분류¹¹⁾함과 동시에, 임상연구중핵병원 등에 대한 임상사용

11) 일본은 신의료기술의 무분별한 확산을 방지하기 위하여 신의료기술을 사용하겠다는 의료기관의 신청을 받아 타당성이 있으면, 후생성에서 원가조사를 토대로 수가를 승인하면서 소수의 의료기관만 비급여로 제공하는 것을 허용하고 있다. 선진의료는 A와 B가 있다. 선진의료 A는 지금 설명한 바와 같이 소수의 신청한 의료기관(2020년 6월 기준 22종의 기술을 인정, 하나의 기술 당 대략 10개 이하의 의료기관에

실적의 면제 등 운영상의 규제완화가 이루어졌다.

③ 2013년에는 '일본재흥(再興)전략'을 바탕으로 항암제에 대해서 외부기관 등의 전문 평가체제가 구축되어 이러한 전문평가를 실시할 경우에 통상 6~7개월이 소요되는 심사 기간을 대략 3개월로 단축하는 최첨단의료신속평가제도(선진의료 Highway 구상)가 제정되어 운영되고 있다.

2013년 규제개혁위원회는 '보험외병행요양제도' 중에 환자와 의사가 합의하면 일정한 절차와 규칙(rule)의 틀 안에서 혼합진료를 허용하는 '선택요양제도(가칭)'를 신설할 것을 제안했다. 그러나 '선택요양'은 선진의료처럼 대상 의료기술을 사전에 목록화하지 않고, 실시 의료기관을 제한하지 않으며, 요구되는 안전성이나 유효성 수준이 선진의료보다 낮고, 반드시 보험등재를 목적으로 하지 않기 때문에 지금까지의 '보험외병용요양비제도'에서의 '평가진료'의 사고방식이나 운영과 차이가 커서 관계기관과의 조정에 난항을 겪었다. 그 이후에도 논의는 계속되었고, 최종적으로 안전성이나 유효성 등의 확인에 대한 일정한 담보가 있는 '환자신청요양'의 신설로 조정이 이루어졌으며, 2014년 6월 '일본재흥전략'에 포함되었다. '환자신청요양'은 혼합진료의 안전성이나 유효성을 국가가 확인하고, 실시 의료기관에는 향후 보험등재를 위한 실시계획의 작성 및 실적보고를 요구한다는 점에서 선진의료와 유사한 구조인 반면, 환자의 신청을 받아서 한다는 점, 심사기간의 대폭 단축, 실시의료기관의 확대에 새로운 특징이 있었다.

④ 2015년 12월 27일 「건강보험법」 등의 개정으로 힘든 질병과 싸우는 환자의 신청을 기점으로 국내 미승인 의약품 등의 사용 등을 신속하게 보험외병용요양으로 사용할 수 있도록 하여 환자의 치료 선택지를 확대하는 것을 목적으로 하는 '환자신청요양'이 신설되어 2016년부터 운영되고 있다.

이러한 일련의 개혁을 거쳐 현재의 '보험외병용요양비제도'로 운영되어 매우 제한된 범위에서 혼합진료가 허용되고 있다.

우리나라와 달리 '보험외병용요양비제도'에 속한 서비스나 의약품의 경우, 가격은 후생노동성이 해당 기관으로부터 자료를 받아 원가를 토대로 가격을 고시하여 혼합진료에 속한 비급여에서 초과이윤을 얻을 수 없도록 한다는 점이다. 따라서 우리나라와 같이 혼합진료를 통하여 의료를 영리적으로 이용한다는 것은 상상할 수도 없다는 점이다.

시술을 허용, 한 기술은 25개 의료기관에 시술을 허용)에서만 제공하고, 선진의료 B는 특정기능병원(2019년 기준 86개 병원, 우리나라의 상급종합병원에 해당)에서만 제공 가능하다.

[표 4] 일본의 보험의 병용(併用)요양비제도

명칭	내 용
평가요양	<ul style="list-style-type: none"> •선진의료(선진A: 22기술, 선진B: 61기술 2020년 6월 기준) •의약품, 의료기기, 재생의료 등 제품의 시험에 관한 진료 •약사법 승인후 보험등재이전의 의약품, 의료기기, 재생의료 등의 제품 사용 •약가기준등재의약품의 적용외 사용 (용법, 용량, 효능, 효과의 일부 변경을 신청한 것) •보험적용 의료기기, 재생의료 등 제품의 적용외 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	<ul style="list-style-type: none"> •특별한 요양환경(차액 병상) •치과의 합금금 등 •금속상충의치(金屬床總義齒) •예약진료 •시간외 진료 •대형병원의 의뢰서 없는 초진 •대형병원의 의뢰서 없는 재진 •소아치아(小兒う齒)의 지도관리 •180일 초과 입원(일수 초과면 입원료 기본점수의 15%를 환자가 부담) •제한 횟수를 초과하는 의료행위(실행은 제대로 안하는 것 같음)

주: 평가요양과 환자신청요양은 보험도입을 위하여 평가하는 것이며
선정요양은 보험도입을 전제로 하지 않는 것임
일본의 차액병상의 비중은 2017년 7월 기준 전체 병상의 20.5%이며, 1일 병실료는 평균 6,188 엔(2,440~7,837엔)으로 한국에 비해 크게 낮음 (일본 중앙사회보험의료협회, 2018)
출처: 일본 후생노동성 (2020)

[혼합진료에 대한 일본의사회 입장]

전국민의료보험제도는 보험증 한 장으로 누구나, 언제 어디서나 의료를 받을 수 있는 세계 유례없는 시스템으로 일본의 보물이다. 일본을 포함한 선진국의 상황을 지켜보면 이 제도가 무너지지 않도록 유지, 지속하기 위한 세심한 대응을 추진해왔다.

[표 5]는 일본의사회의 혼합진료에 대한 입장문이다. 일본의사회는 의료를 교육과 같이 ‘공공재 (사회적 공동자본)’로 믿고 있기 때문에 의료가 이윤 획득을 위하여 사용되는 것을 강력하게 반대하고 있음을 볼 수 있다.

일본의사회는 사회보험의 기본원리를 이미 숙지하고 있기 때문에 비급여서비스를 전면 허용하여 혼합진료를 할 경우, 의료가 영리적 틀로 접어들 것은 알고 있었다. 이에 고이즈미(小泉) 총리가 ‘규제개혁’을 핑계로 혼합진료의 전면적 실시를 주장할 때, 일본의사

회가 이를 막은 것은 일본 의사들의 윤리 의식을 반영한 것이라 하겠다.

일본의사회의 태도는 우리나라에서 건강보험 통합을 위한 「국민건강보험법」에 아무런 생각도 없이 비급여서비스 제공을 공인하여 혼합진료를 일반화시킨 것과 대조를 이룬다. 비급여 허용이라는 무모한 행위는 사회보험의료보험제도에서는 영리가 고려되어서는 안 된다는 원칙을 깨닫지 못한데서 연유하고 있다. 우리나라 건강보험에서 비급여의 허용은 결국 의료를 이윤을 위하여 영리화시키는 계기가 되었고, 영리화는 민간병원 뿐만 아니라 공공병원까지 확산되어 지역별, 전문과별 의사의 편차는 물론 응급의료망의 훼손과 같은 무서운 결과를 초래하여 의료체계가 붕괴될 지경에 이르게 되었다.

[표 5] 혼합진료에 대한 일본의사회 입장

일본의사회는 혼합진료의 용인에 반대한다!

사회보장을 충실하게 하는 것은, 국가의 사회적 사명이라는 점이 일본국 헌법에 규정되어 있습니다. 국가가 해야 할 책임을 포기하고 돈의 유무로 건강이나 생명이 좌우되는 일이 없어야 합니다.

의료는 교육 등과 마찬가지로 '사회적 공통 자원'이라는 생각을 우리는 가지고 있습니다. 의료는 국민의 생명이나 건강을 보다 높은 수준으로 지킨다는 공공적 사명을 강하게 가지는 것이기 때문에, 모든 국민이 공정·평등에 의해 좋은 의료를 받을 수 있는 환경을 조성할 필요가 있습니다.

건강보험의 범위 내의 의료에 만족할 수 없고, 다른 의료를 받기 위해 더 많은 돈을 지불하고 싶어 하는 사람은 분명히 있을 수 있습니다. 그러나 “더 나은 의료를 받고 싶다”는 소원은 “다른 사람에게도 더 나은 의료가 제공되어야 한다”는 생각으로 바뀌어야 합니다.

우리가 혼합진료 문제를 말할 때는, 우리는 항상 「나 자신만이 만족하고 싶다」는 생각보다는 「사회로서 어떻게 해야 하는가」에 대한 관점을 가져야 한다고 생각합니다. 혼합진료는 이러한 사고방식에 정면으로 대립하는 것이기 때문에 우리는 강하게 반대하는 것입니다.

출처: 일본의사회 (2023)

참고문헌

島崎謙治 (2011), 『日本の医療』, 東京: 東京大學出版會.

松田晋哉 (2015), 地域医療構想を どう策定するか, 東京: 醫學書院

Tatara K and Okamoto E (2009), Japan health system review, *Health Systems in Transition* 11(5), Copenhagen: WHO Europe.

일본 의사회 (2023)

<https://www.med.or.jp/nichikara/kongouqa/appeal.html> (2023.07.18. 열람)

일본 약제사회 (2023)

<https://www.nichiyaku.or.jp/activities/division/about.html> (2023.07.18. 열람)

일본 중앙사회보험의료협의회 (2018), 제401회 총회(11월 14일) 자료.

일본 후생노동성 (2020)

<https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryō/kan02.html>
(2020.06.22. 열람)

2023.07.24.

No.59



건강복지정책연구원
Korea Institute for Health & Welfare Policy

우) 06648 서울시 서초구 반포대로 110, 산우빌딩 801호

T: 02-598-5562

www.kihaw.org