

일본의 2000년대 의료보험제도 개혁과
“일본형 복지”

연세대학교 대학원
지역학협동과정
조 은

일본의 2000년대 의료보험제도 개혁과
“일본형 복지”

지도교수 류석춘

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2013년 12월 일

연세대학교 대학원

지역학협동과정

조 은

조 은의 석사 학위논문으로 인준함

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

연세대학교 대학원

2013년 12월 일

차 례

그림 차례	ii
표 차례	ii
국문 요약	iii
제1장 서론	1
1.1. 연구목적	1
1.2. 기존연구 검토	5
1.3. 연구방법과 구성	8
제2장 일본 의료보험제도의 도입과 전개	10
2.1. 공적 의료보험제도의 도입과 전개	10
2.2. 노인보건제도의 도입과 전개	16
2.3. 현행 의료보험제도	19
제3장 2000년대 개혁과 후기고령자의료제도의 도입	31
3.1. 2000년대 의료보험제도 개혁	31
3.2. 후기고령자의료제도의 도입	44
3.3. 2000년대 개혁의 의미	50
제4장 2000년대 개혁 이후의 변화	57
4.1. 민영의료보험시장의 반응	57
4.2. 의료보험에 대한 인식 변화	69
4.3. 2009년 선거에 나타난 정계의 반응	73
제5장 결론	78
참고 문헌	80
영문 요약	88

< 그림 차례 >

<그림 2-1>	공적 의료보험제도의 진료 프로세스	30
<그림 3-1>	합계출산율과 기대수명	31
<그림 3-2>	65세 이상 인구추이와 고령화율	32
<그림 3-3>	의료비 지출 동향	35
<그림 3-4>	후기고령자의료제도의 개념도	47
<그림 4-1>	민영의료보험의 보장범위	60
<그림 4-2>	민영보험에서 지출된 의료비용 합계	63
<그림 4-3>	가계의 의료비용 지출 추이	66
<그림 4-4>	가계에서 재원조달 된 의료비용과 그 비중	67

< 표 차례 >

<표 2-1>	제도 형성기의 일본 의료보험제도 전개과정	15
<표 2-2>	노인의료비 현황	18
<표 2-3>	일본 의료보험제도 개요 (2012년 6월말 기준)	22
<표 2-4>	동경도의 표준보수월액별 건강보험료 (2004년 9월 기준)	24
<표 2-5>	국민의료비 재원별 충당 현황 (2009년 기준)	28
<표 2-6>	의료보험제도 재정현황 (2009년 기준)	29
<표 3-1>	연령별 연간 평균 의료비용	33
<표 3-2>	시정촌 운영 국민건강보험의 가입자 수와 70세 이상 고령자 비율	37
<표 4-1>	민영의료보험의 보험급부	61
<표 4-2>	암과 특정질병보장 상품 및 특약 가입률	64
<표 4-3>	상해나 질병에 대해 불안을 느끼는 이유 (2010년 기준)	70

국 문 요 약

일본의 2000년대 의료보험제도 개혁과 “일본형 복지”

1922년 도입된 의료보험제도는 일본에서 가장 오래된 사회보장제도로, 1942년 시행된 연금제도와 함께 일본 복지의 근간을 이루는 제도이다. 일본의 의료보험체계는 크게 근로자와 그들의 피부양자를 위한 건강보험과 그 외 자영업자, 농림수산업 종사자, 무직자를 위한 국민건강보험을 중심으로 운영되어 왔다. 두 제도는 다소 상이한 점은 있지만, 가족을 기본 단위로 보험료를 징수하고, 보험자가 대개 지역사회 등의 조합이며, 국고보조를 받는다는 공통점을 가지고 있다. 즉, 일본의 의료보장체계는 가족, 공동체, 그리고 국가가 역할을 분담하여 맡아온 셈이다. 이는 일본 정부가 주장해온 ‘일본형 복지’의 모습이기도 하다. 일본 정부가 제시한 일본형 복지란 개인의 자립을 기초로 하고 이를 사회가 연대정신을 바탕으로 뒷받침하며, 그 위에 정부가 적정한 공적 복지를 보장하는 삼중구조를 말한다. 일본 정부는 이를 일본인이 가진 자립정신과 상부상조정신, 그리고 일본 사회의 연대정신에 부합하는 것으로 일본 복지가 나가야 할 방향이라고 제시했다.

그런데 최근 일본에서 의료보험제도 개혁논의가 정치적, 사회적 이슈로 떠올랐다. 의료기술의 발달, 건강에 대한 국민들의 기대수준 향상, 그리고 인구의 고령화로 의료비용은 꾸준히 증가하여왔고, 일본 사회는 이로 인한 재정문제를 어떻게 해결할 것인가라는 문제에 직면한 것이다. 일본 정부는 이를 위해 보험료 인상과 자기부담금 인상을 주요골자로 한 제도 개혁을 2000년, 2002년, 2006년 세 차례에 걸쳐 단행하였고 2008년에는 75세 이상의 고령자들을 대상으로 하는 후기고령자의료제도를 도입하였다. 일본 정부는 개혁의 취지를 자조(自助)- 공조(共助)- 공조(公助)의 순환구조를 재구축하는 것이라고 설명하였다. 그러나 이 연구에서는 일련의 개혁들이 그간 일본의 의료보장체계를 지탱해온 가족의 부양과 사회적 연대를 무너뜨린 것이었고, 국가의 책임은 축소시키고 개인의 책임만을 강조한 것이었음을 밝히려 했다.

기존의 길에서 벗어난 개혁에 대한 반동은 곳곳에서 나타나고 있다. 일본 정부가 시장 규제 완화정책을 통해 민영의료보험 가입을 장려했지만 개인들의 반응은 냉담했

다. 오히려 국가의 부담을 늘려야한다는 인식이 확산되기 시작했고 이러한 민심은 2009년도 민주당 집권과정에서도 확인할 수 있었다. 2000년대 의료보험개혁으로 야기된 문제를 해결하겠다는 민주당은 본격적인 정책을 펼쳐보지 못하고 정권을 내주어야 했지만 개인의 책임만을 강조한 개혁에서 정책의 방향이 바뀌려 하고 있다. 2013년 현재 사회보장제도의 재원을 마련하기 위한 소비세 인상이 확정되어 내년 4월 시행을 앞두고 있는데 정부는 이로 인해 마련된 재원은 모두 사회보장제도에 투입하겠다고 국민에게 약속했다. 또한 소비세 인상 논의 과정에서 사회보장제도 문제는 다함께 해결해야 한다는 사회적 공감대가 형성되고 있다. ‘일본형 복지’의 궤도에서 이탈했던 일본이 다시 그들만의 개인, 사회 그리고 국가의 균형점을 찾아갈지 귀추가 주목된다.

핵심되는 말: 일본형 복지, 의료보험제도, 의료보험제도 개혁

제 1장 서론

1.1 연구목적

복지에 대한 사회적 관심이 높아지면서 최근에는 다른 국가의 복지제도를 소개하는 언론 보도를 종종 접하게 된다. 그 중에서도 복지선진국으로 받아들여지고 있는 스웨덴과 함께 사회 환경, 제도, 문화 등이 상대적으로 가장 유사한 일본 사례를 소개하는 것을 자주 보게 된다.¹⁾ 일본의 성공은 우리네가 따라잡아야 할 본보기로, 일본의 실패는 타산지석의 사례로 다뤄진다. 이런 상황은 일본 복지연구에서도 크게 다르지 않은 듯하다. 연구의 목적은 세부 분야, 시기, 혹은 연구자에 따라 다소 상이하지만, 발표된 논문과 책들을 보면 일본의 제도와 이에 상응하는 한국의 제도를 비교하거나, 일본의 사례로부터 한국에의 시사점을 도출하기 위한 것이 특히 많다. 그래서 국내의 일본 복지에 대한 연구는 특정한 시기에 쏟아져 나오기도 하고, 개호보험(介護保險) 등 일부 제도에 집중되기도 한다(최옥채, 2011: 79-80).²⁾

이런 경향이 그릇되었다는 것은 결코 아니다. 다만 그와 다르게 이 연구는 일본 사회를 보다 정확하게 이해하고 싶었던 갈증에서 시작되었음을 밝혀두고 싶다. 일본 사회를 이해하기 위한 여러 갈래의 길 중에서 일본의 복지를 고찰하는 길을 선택한 것이다. 이는 한 사회의 복지이념과 그에 따른 제도는 그 사회가 빚어낸 특유한 역사적 산물이라는 인식에 근거한 것이다(전광석, 2012: 28). 이는 일본의 사회보장제도가 독일의 것을 본보기로 만들어져 표면적으로는 독일의 것과 유사해보이지만 내재되어 있는 사회구조는 다른 이유이기도 하다. 일본의 복지는 일본 사회의 역사와 가치에

1) 경향신문. 2013. “해외 노인복지사례... 정년 늘리고 가사 원조”, 4월 23일. ; 한국일보. 2013. “연금 개혁 논란. 복지강국의 기초연금제도는”, 1월 25일. ; 이코노미 인사이트. 2012(17호). “특집 2011 복지논쟁”, 9월 1일. 등이 있다.
2) 국내 노인장기요양보험제도 도입(2008년)을 목전에 두고 2006년부터 일본 개호보험에 대한 연구가 쏟아졌었다(최옥채, 2011: 80). 개호보험은 질병, 장애, 노화 등으로 일상생활이 불편한 사람들을 위해 요양서비스를 제공하는 사회보험이다.

맞는 양상으로 발달해온 것이다(武川正吾, 2003: 2).

일본은 1970년대 중반 일본 복지가 나가야할 방향에 대하여 고민하기 시작하였다. 이는 소위 ‘복지원년(福祉元年)’이라 불리는 1973년을 전후하여 일본의 사회보장체계가 일정한 수준에 올라선 다음의 일이었다. 당시에 일본은 70세 이상 고령자들의 의료비를 무료화 하는 등 의료보험 급부를 늘리고, 연금제도에 불가변동을 반영하도록 하고 급부도 상향조정 하는 등 복지제도 전반을 확충하였다. 이렇듯 일차적인 복지는 달성되었다는 인식을 바탕으로 서구국가의 복지 모델에서 벗어난 ‘일본형 복지사회(日本型福祉社会)’에 대한 모색이 시작된 것이었다(堀 勝洋, 1981).³⁾

일본 정부는 1979년 ‘일본형 복지사회’의 건설을 정치적 과제로 내세우고 ‘일본형 복지’에 대한 틀을 제시했다.⁴⁾ 일본 정부가 주장한 일본형 복지사회란 개인의 자립과 자조를 기본으로 하고, 이를 가정 및 이웃 그리고 지역사회가 연대정신을 기초로 하여 뒷받침하며, 그 위에 정부가 적정한 공적 복지를 보장하고 개인과 가족 그리고 지역사회가 원만히 작동할 수 있도록 지원하는 삼중구조를 의미하는 것이었다. 그리고 이는 일본인이 가진 자립정신과 상부상조정신(相互扶助の精神), 그리고 일본 사회의 연대정신에 부합하는 것으로 일본만의 독자적인 방식이라고 일본 정부는 덧붙였다. 요컨대 자조(自助), 공조(共助), 공조(公助)로 대표되는 개인, 가정과 지역사회, 그리고 정부가 역할을 분담하여 복지를 이루는 것이 일본 정부가 제시한 ‘일본형 복지’였다(經濟企画庁, 1979; 厚生省, 1986).⁵⁾

3) 1975년 무라카미 야스스케(村上泰亮) 동경대 교수가 「생애설계계획-일본형 복지사회의 비전(生涯設計計画-日本型福祉社会のビジョン)」에서 처음으로 ‘일본형 복지사회’라는 말을 사용하면서 일본학계에서는 일본형 복지국가라는 용어대신 일본형 복지사회라는 말을 사용하게 되었다(堀 勝洋, 1981: 37).

4) 오오히라 마사요시(大平 正芳) 수상은 1979년 1월 25일 87회 국회연설에서 “일본인이 가진 자립자조의 정신, 배려가 있는 인간관계, 상부상조 정신을 지켜가면서, 이에 걸맞은 공적 복지로서 공정하고 활력이 있는 일본형 복지사회 건설을 위해 노력 하겠다”고 밝혔다.(日本人の持つ自立自助の精神, 思いやりのある人間関係, 相互扶助の仕組みを守りながら, これに適正な公的福祉を組み合わせた公正で活力ある日本型福祉社会の建設に努めたいと思います。)(일본 외무성 홈페이지, 검색일: 2013년 12월 22일)

5) 서구 선진국을 따라잡은 우리나라의 경제사회가 앞으로 나갈 방향은, 선진국을 본으로 삼는 것이 아니라 이러한 새로운 국가사회를 배경으로 하여 개인의 자조노력과 가정과 이웃·지역사회 등의 연대를 기초로 함과 동시에 효율적인 정부가 적정한 공적복지를 중점적으로 보

이로부터 삼십 여년이 지났다. 일본의 복지는 과거 일본 정부가 제시했던 ‘일본형 복지’의 길을 걸어왔을까. 지금 일본 사회는 ‘일본형 복지’의 모습을 하고 있는가. 이 질문들로부터 이 연구는 시작한다. 그리고 그 답을 찾기 위해 일본의 복지제도 중에서도 이 연구는 의료보험제도를 고찰하려 한다. 1922년 도입된 의료보험제도는 일본의 사회보장제도 중에서 가장 오래되었을 뿐 아니라, 도입 이후부터 현재까지 사회 경제적 요인에 의해 지속적으로 변화해 왔다는 점에서 일본 사회가 빚어온 복지를 고찰하려는 본 연구의 취지에 걸맞기 때문이다.

뿐만 아니라 의료, 혹은 건강은 개인영역의 것이기도 하지만 그와 동시에 한 가족의 문제이면서, 사회·국가적으로도 중요한 의미를 지닌다. 건강은 본인뿐만 아니라 가족 구성원의 인생 만족도를 좌우하는 요소이면서 동시에 공공재로서의 성격도 지니고 있기 때문이다. 질병은 한 가정에 경제적 부담을 야기한다는 점에서 개인과 가정에게 중요한 문제이다. 특히 육체노동자 비율이 높은 저소득층은 사고와 질병에 더 쉽게 노출되어 의료서비스를 더 많이 필요로 하고, 그들에게 의료비용은 생계위협으로 직결될 수 있는 사안이기까지 하다. 한편 의료는 한 사회의 노동생산성과 밀접한 관계를 맺는다는 점에서 공공의 문제이기도 하다.⁶⁾ 미흡한 의료보장체제로 인한 비용은 중국에는 그 사회가 부담해야 할 몫이 된다. 이는 의료서비스를 오롯이 시장원리에만 맡길 수도 있지만 대부분의 현대국가에서 정부가 어떤 형태로든 의료시장에 개입하는 이유이기도 하다. 요컨대 의료는 개인은 물론 국가차원에서 중요한 과제로 받아들여지고 있으며, 이는 의료보장 영역을 고찰하는 것이 한 사회의 복지를 가능하게 하는데 있어서 주요한 열쇠가 될 수 있다는 것을 의미한다(Ramesh, 2000: 81-87;

장하는, 자유경제사회가 지닌 창조적 활력을 원동력으로 한 우리나라 독자적인 길을 선택하고 창출하여, 말하자면 일본형이라고 할 수 있는 새로운 복지사회를 실현시키는 것이어야만 한다.(欧米先進国へキャッチアップした我が国経済社会の今後の方向としては、先進国に範を求め続けるのではなく、このような新しい国家社会を背景として、個人の自助努力と家庭や近隣・地域社会等の連帯を基礎としつつ、効率のよい政府が適正な公的福祉を重点的に保障するという自由経済社会のもつ創造的活力を原動力とした我が国独自の道を選択創出する、いわば日本型ともいべき新しい福祉社会の実現を目指すものでなければならない。)(経済企画庁, 1979).

- 6) 인구단위당 간호사, 의사와 같은 의료진의 수, 병상 수 등의 의료서비스 공급이 노동 생산성과 관계가 있음은 실증연구를 통해 입증된 바 있다(Ramesh, 2000: 82).

Ikegami, 1992: 614-616).

일본의 의료보험제도는 비교적 저렴한 비용으로 효과적인 의료보장 결과를 달성했다는 평가를 받아왔다(Ikegami, 1992: 614-616). 일본의 국민 일인당 의료비용은 2,878달러(PPP달러 기준)로 스웨덴(3,722달러), 독일(4,218달러), 미국(7,960달러) 등 다른 선진국과 비교하면 상당히 낮은 수준이다(일본 2008년, 그 외 국가 2009년 기준).⁷⁾ 또한 GDP 대비 의료비용의 비중에서도 일본은 1960년부터 2008년까지 OECD 국가의 평균을 항시 하회했다. 반면에 기대수명, 영아사망률 등의 의료 성과지표에서 일본은 수위를 다룬다. 일본의 기대수명은 83세로 OECD 국가 중 가장 길고, 영아사망률은 1,000명당 2.4명으로 아이슬란드(1.8명)의 뒤를 이어 세계에서 두 번째로 낮다(2009년 기준; OECD, 2011).⁸⁾ 가히 일본의 의료보험제도는 성공적이었다고 평가할 수 있는 대목이다.

그런데 의료보험 개혁이 최근 일본에서 사회적 정치적 이슈가 되고 있다. 의료보험 개혁 논의의 발단은 재정문제였다. 의료기술의 발달, 건강에 대한 국민들의 기대수준 향상, 그리고 다른 어떤 요인보다 인구의 고령화로 의료비용은 꾸준히 증가하여왔다. 그리고 일본 정부는 의료보험제도의 재정문제를 해결하기 위하여 2000년대에 들어서서, 2000년, 2002년, 2006년의 세 차례에 걸쳐 제도개혁을 단행했다. 그런데 개혁에 대한 국민의 평가는 상당히 부정적이었다. 단적인 예로, 개혁의 일환이었던 후기고령자의료제도(後期高齢者医療制度)⁹⁾는 시행 이듬해인 2009년 선거에서 당시 야당이었던 민주당(民主党)이 제도 폐지를 공약으로 내세워 총선에서 승리를 거두었을 만큼 국민의 반발이 거셌다.¹⁰⁾ 왜 일본 국민들은 강한 거부반응을 일으켰던 것일까. 일본 정부는 개혁의 취지를 자조(自助)- 공조(共助)- 공조(公助)의 순환구조를 재구축하는 것이라고 설명하였다. 그러나 이 연구에서는 일련의 개혁이 개인의 자립만을 강조하

7) OECD 평균은 2009년 기준 3,233달러였다(OECD, 2011).

8) 2009년도 OECD 평균 기대수명은 79.5세, 영아사망률은 4.4명이다(OECD, 2011).

9) 후기고령자의료제도는 75세 이상의 고령자들을 위한 별도의 의료제도를 말한다. 이에 대해서는 본문에서 자세히 살펴보기로 한다.

10) 당시 민주당은 후기고령자의료제도 폐지 외에, 주요공약으로 최저연금제 시행, 아동수당 확대 등의 복지공약을 내세워 승리를 거두었다. 2차 세계대전 이후 55년간 줄곧 집권해온 자민당(自民黨)을 무너뜨린 정권교체였다.

는 것이었고, 오히려 일본의 복지를 지탱해온 연대의식을 바탕으로 한 가족-사회-국가의 결합구조를 망가뜨리는 것이었다고 본다. 즉, 국민들의 거부반응은 개혁의 내용이 그간 일본 복지가 걸어온 경로를 이탈하는 것에서 야기된 것으로 본다.

2000년대 의료보험제도 개혁이 시작된 이후부터 의료정책의 기본방향에 대한 고민을 요구하는 목소리가 커졌다. 의료는 개인이 책임지는 것으로 보는 시각과 국가의 역할을 강화해야한다는 견해가 대립하고, 의료보험 급여의 확대와 재정부담 문제 사이의 적절한 균형점이 어디인가를 두고 갑론을박이 벌어지고 있다.¹¹⁾ 이 모든 것은 일본 복지가 나가야할 방향에 대한 고민을 요구하는 것이라고 바꿔 말할 수 있을 것이다. 2000년대는 의료보험제도 뿐만 아니라 연금제도 개혁이 단행됐고 개호보험이 시행되는 등 일본 복지가 변화를 겪고 있는 시기이다. 따라서 의료보험제도의 전개 역사와 2000년대 개혁 과정을 고찰하는 작업은 일본 복지의 과거와 현재모습을 보여줄 뿐만 아니라, 현재 기로에 서 있는 일본 복지가 향후 어떤 길을 택할 것인지를 짐작할 수 있게 해줄 것이다.

1.2 기존연구 검토

일본 복지의 특성에 대한 평가는 매우 다양하게 나타나고 있으며, 그를 둘러싼 논쟁은 지금도 계속되고 있다. 일본 복지 성격에 대한 기존 연구의 특징 중 하나는 복지국가 유형론 틀 안에서 이루어진 것이 많다는 점이다. 이는 일본 복지의 성격에 대한 연구가 복지국가 유형화 논의 과정에서 시작되었기 때문이다(전광석, 2012: 54). 그러나 이 연구에서는 복지국가 유형론은 차치하고 기존 연구들이 제시한 일본 복지

11) 朝日新聞. 2013. “高齢者の医療費 「生活を支える」制度へ転換を”, 4월 20일. 毎日新聞. 2010. “高齢者医療改革 やはり拙速はだめだ”, 12월 11일. ; 毎日新聞. 2012. “社会保障 「自助」か「公助」「共助」か”, 11월 19일. ; 読売新聞. 2012. “健保財政悪化 医療費負担の世代格差是正を”, 12월 25일. 등 사설과 기고 글이 다수 있다.

의 특성을 살펴보기로 하겠다.

기존 연구들은 일본 복지의 가장 큰 특징으로 국가의 역할이 제한적이라는 점을 제시했다. 조영훈은 여러 차례에 걸쳐 사회정책의 절대적 보장수준이 매우 낮은 점을 들어 일본의 복지에서 국가의 역할이 최소화 되어있음을 주장하였다. 일본은 민영보험시장이 매우 발달하였는데 이는 국가에서 제공하는 사회보장이 빈약하여 개인들이 시장에 의존할 수밖에 없었기 때문이라는 것이다. 또한 그는 일본에서 기업복지가 발달한 것 역시 사회보장제도의 부족함을 채우기 위하여 나타난 결과물이라 주장한다(조영훈, 2006; 2005; 2004).

최무현·김경희(2004)는 일본의 개호보험제도를 분석한 연구를 통해 일본의 사회보장이 국가의 부담을 최소화하는 원칙하에 이루어져왔음을 실증적으로 밝혔다. 개호보험은 사회보험임에도 불구하고 엄격한 인정절차를 요한다는 점에서 공적 부조의 성격을 띠고 있으며, 서비스를 이용하는 사람에게 자기부담금을 내도록 한 것이나 민간사업자를 통해 서비스를 제공하는 점은 신자유주의적인 복지의 일면을 보여준다고 주장한다(최무현·김경희, 2004).

존스(Jones, 1993)는 일본이 헌법에 국민에게 건강과 품위 있는 삶을 누릴 권리가 있음을 명시하고는 있지만, 서구 국가들과는 달리 실질적으로는 공동체의 건설, 공동체 의식의 정립을 복지의 최우선 과제로 삼고 있다고 지적한다. 그리고 이것이 가족을 사회 단위로 하는 정책 수립과 전통적 촌락과 유사한 지역사회 구축으로 이어진다는 것이다. 존스는 이를 서구와는 다른 문화적 전통과 사회구성 원리, 곧 개인보다는 집단을 중시하는 유교문화의 유산에서 기인한 것으로 해석한다(Jones, 1993).

존스의 논의는 굿맨(Goodman)과 팡(Peng)에 의해서 확대되었다. 이 둘은 사회정책 분석을 통해 일본이 “유교주의 담론과 전통을 융합”한 독특한 사회복지국가임을 주장한다. 또한 일본은 가족복지체제가 잘 구축되어 있어 국가복지에 대한 요구가 최소화되어있다고 주장한다. 따라서 일본의 사회보험 체제는 잔여적인 성격을 띠는 것이다. 그리고 기업들은 우수한 인재를 끌어들이기 위해 기업복지에 적극적으로 나서는데 반면, 그들이 제공하는 복지의 매력을 떨어뜨릴 수 있는 공공복지의 확대에 대해서는 비협조적인데 이 점 역시 일본 사회보장제도의 발달을 저해하는 요소로 작용했

다고 주장한다. 이런 특징들을 통해 굿맨과 팡은 일본의 복지체제가 가족의 역할을 의도적으로 강조하고, 자조와 자급자족을 중시하는 형태를 띠고 있다고 지적한다 (Goodman & Peng, 1999).¹²⁾

일본의 복지에서 가족이 중추적인 역할을 맡고 있다는 것은 에스핑 앤더슨도 지적한 바 있다. 그는 일본의 사회보장제도는 사회보험을 중심으로 구성되어 있는 것이 큰 특징인데, 특히 그 혜택이 남성 부양자를 중심으로 하여 전달되는 체계로서 가족이 복지에 일차적인 책임을 지는 가족주의적 성격을 지닌다고 분석하였다. 또한 일본의 발달된 기업복지 역시 고용주들의 가부장주의적인 배려에서 출발한 것으로 해석하였다. 그리고 이러한 특성들은 일본의 사회보장정책이 발달할수록 강화되는 추세에 있다고 보았다(에스핑 앤더슨, 2007, 2006, 1997).

앞서 언급한 최무현·김경희(2004)도 개호보험이 외형적으로는 탈가족화를 지향하고 있으나 실질적으로는 전통적인 가족에 의존할 수밖에 없는 요소가 잔재해 있음을 밝히며 가족중심적인 성격을 일본 복지의 특성으로 꼽았다(최무현·김경희, 2004).

이에서 더 나아가 신카와(新川敏光)는 일본 복지를 ‘가족주의 모델’ 이라고 명명한다. 그에 따르면 일본의 복지제도는 가정, 특히 여성이 공급하는 복지를 기본 전제로 하여 성립되었다는 것이다. 그리고 보육, 개호 등의 사회복지서비스제도가 발달하지 않은 점을 그 근거로 제시한다. 또한 그는 일본에서 여성의 노동시장 참여를 지원하는 사회정책이 잘 이루어지지 않은 점도 같은 맥락에서 이해할 수 있다고 주장한다(新川, 2005).

이런 그의 가족주의 논의를 배경으로 가나가와시(川崎市)의 고령자복지정책 사례연구를 한 김지미(2010)는 일본 복지의 성격을 ‘신가족주의’ 라고 규정한다. 그의 연구에 따르면 과거 여성에 의존한 가족개호가 사회개호로 전환되어, 가족개호 제공자

12) 한편 일본 내에서는 일본을 ‘유교형 복지국가’ 나 ‘동아시아형 복지국가’ 로 분류하는데 대한 반대 의견이 존재한다. 다케가와 쇼고는 이런 연구가 타문화권에서 일어나는 현상에 대해서는 문화적 본질에 의한 현상으로만 이해하려고 하는 ‘자민족 중심주의’ 적인 것이라고 지적한다. 그는 서구의 국가들도 기독교 전통을 공유하지만 서로 다른 특성의 복지국가를 형성하였다는 점을 상기시키며, ‘복지 오리엔탈리즘’ 에서 벗어난 동아시아 복지에 대한 연구가 필요하다고 주장한다(武川, 2004; 2003).

로서의 여성의 역할은 축소되고 있지만, 개호노동에 참여하게 된 여성은 그 노동조건이 열악하여 실질적으로 경제적 자립을 할 수 없다는 점에서 오히려 생계부양자로서의 지위가 강화되고 있다. 또한 지역사회복지의 자원봉사자라는 역할은 여성을 한층 더 가계보조적인 노동자로 규정짓는다는 점에서 일본의 복지가 신가족주의적인 성격으로 재편되고 있음을 지적하고 있다(김지미, 2010).

대부분의 기존 연구들은 일본 복지의 특성은 한 마디로 단언하기 어려운 복합적인 것이라고 입을 모으고 있다. 한 사회의 복지는 노후보장, 의료보장, 실업급여, 주택, 교육 등 여러 분야에 걸쳐서 일어난다. 그리고 그 분야에 따라 추구하는 복지목표, 이해관계자, 정책결정과정, 그리고 제도가 걸어온 경로가 서로 상이하다는 점을 생각하면 이런 평가는 어쩌면 매우 당연한 것이다(Kasza, 2002).

그럼에도 불구하고 기존 연구들의 공통적으로 제시한 일본 복지의 특성을 요약한다면, 가족과 지역사회를 중심으로 형성되어 왔고 국가의 역할이 제한적이라는 것이다. 이는 앞서 일본 정부가 제시한, 개인의 자립과 가족과 사회의 연대 그리고 이를 지원하는 정부라는 삼각구조의 일본형 복지와 상당히 흡사한 모습이라 할 수 있다. 그런데 주지하다시피 핵가족화와 저출산, 산업구조의 변화 등 사회 경제적 환경은 빠르게 변하고 있고 이에 맞춰 제도도 끊임없이 바뀌고 있다. 이런 상황 하에서 일본형 복지가 유지될 수 있을지, 아니면 어떤 양상으로 변하게 될지를 고민하는 것은 이 연구의 과제이다.

1.3 연구방법과 구성

앞서 언급하였듯이 이 연구의 목적은 의료보험제도의 전개과정을 통해 일본의 복지를 고찰하는 데 있으며 크게 개혁 이전의 의료보험제도의 양상, 2000년대 개혁의 내용, 그리고 개혁이 일으킨 반향의 세 부분으로 나누어 살펴볼 것이다. 본문의 첫 장

에 해당하는 2장에서는 전 국민을 대상으로 한 공적 의료보험제도와 고령자를 위한 의료제도가 성립되어 전개되어온 과정을 살펴볼 것이다.¹³⁾ 그리고 직역보험에 해당하는 건강보험(健康保險)과 지역보험의 국민건강보험(國民健康保險)을 중심으로 현행 의료보험제도의 보험료 및 급여체계 등을 보기로 한다. 이를 통해서 일본의 의료보험 제도가 가족부양과 지역사회연대를 바탕으로 성립되어 유지되어 왔음을 밝힐 것이다.

3장에서는 2000년대 의료보험제도 개혁을 보기로 한다. 의료보험제도 개혁은 법률 개정안과, 관련 심의회의 보고서 및 후생노동성에서 발표한 대 국민 설명 자료를 사용할 것이다. 2000년과 2002년의 의료보험제도 개혁은 보험료 인상과 자기부담금 체계의 변경 등을 중심으로 살펴볼 것이고, 2008년 시행된 후기고령자의료제도는 기존의 고령자 의료제도와와의 차이점을 중심으로 하되, 특히 보험료 징수 및 재정운영구조에서 달라진 점을 상세히 분석하기로 한다. 그리하여 2000년대 개혁이 일본 정부의 주장과는 달리, 가족과 사회의 연대를 배제하고 개인의 책임만 강조하는 것이었음을 밝히기로 한다.

본문의 마지막 장에 해당하는 4장에서는 2000년대 개혁이 미친 영향을 시장, 정치, 그리고 국민의식의 세 가지 측면으로 나누어 분석하기로 한다. 이를 위해 각각 민영 의료보험 가입현황 및 가입특성에 대한 통계자료, 의료보험제도를 둘러싸고 여야당이 첨예하게 대립했던 2009년 선거의 공약집 및 기사 등의 자료, 그리고 내각부와 기타 기관에서 시행한 의료보험제도와 의료보장에 대한 의식조사 자료를 사용할 것이다. 이런 자료를 통해 이 연구에서 밝히고자 하는 것은 일본 정부가 제도개혁을 통해 개인의 책임을 강화시키고자 하였으나 국민들은 이에 대해 거부반응을 일으켰고 오히려 국가책임 확대를 더욱 요구하기 시작했다는 점이다.

13) 고령자를 위한 의료제도는 의료보험기능뿐만 아니라 질병예방 및 건강증진 정책을 포함하는 것이지만 이 연구에서는 제도분석 범위를 의료보험기능에 해당하는 영역으로 한정할 것이다.

제 2장 일본 의료보험제도의 도입과 전개

2.1 공적 의료보험제도의 도입과 전개

1922년 도입된 의료보험제도는 일본의 여러 사회보험제도 중에서 가장 역사가 오래된 것이다. 제1차 세계대전이 끝난 무렵 일본은 복지국가가 형성되기에 좋은 조건을 갖추고 있었다. 1920년대 당시는 보통선거법이 제정되는 등(1925년) 일본의 민주주의가 뿌리를 내리기 시작하던 ‘다이쇼 데모크라시(大正デモクラシー)’ 시대였기 때문이다.¹⁴⁾ 제 1차 세계대전으로 공업화를 이룬 일본에는 노동자수가 급증했다. 노동조합원의 숫자가 크게 늘어나고 노동운동이 활발하게 일어났고 이는 민권운동, 여성운동으로 번져갔다. 노동쟁의는 1920년대 경제가 불황에 빠지면서 더욱 심해졌다. 이에 1922년에는 노동문제를 관할하는 사회국(社会局)이 내무성(内務省)에 신설되었고, 1926년에는 노동쟁의법(労働争議法)이 시행되었다. 이런 시대적 배경을 고려할 때, 공장과 광산 노동자들을 대상으로 한 건강보험법(健康保険法)의 제정은 노사대립을 완화시키고 노동의 능률을 올려 국가산업의 발전을 도모하려는 목적에서 이루어진 것임을 알 수 있다(박지연, 2005; 앤드루 고든스, 2005; 岡本, 2010; 山田, 2006). 후에 일본 정부 스스로도 건강보험법의 도입을 “노동 능률을 향상시키고, 노동과 자본의 괴리를 방지하며, 산업의 건전한 발달을 도모하는 데 있어서뿐만 아니라, (중략) 노동자의 공평한 대우를 보장하는 일환으로서도 중요” 했다고 평가하였다(内務省社会局保険部, 1935: 23).¹⁵⁾

이 건강보험법은 독일의 질병보험을 모델로 한 것으로 적용대상 사업장에서 일하는

14) 다이쇼 데모크라시 시대란 1905년~1932년 일본의 민주주의가 뿌리내리던 시대를 일컫는 말이다. 다이쇼(大正)는 당시 천황의 이름이며 정당의 당원들이 선거를 통해 국회에 진출하고, 이들이 내각을 구성하는 정당정치 체제가 시작되었다. 이 외에도 노동운동, 민권운동 등이 활발하게 일어났었다(앤드루 고든, 2005).

15) 労働能率ヲ増進シ、労資ノ乖離ヲ防止シ、産業ノ健全ナル発達ヲ期スル上ニ..労働者ニ対スル公平ナル待遇ヲ保障スル方途トシテ一日モ急ニスベカラザルモノナリト信ズ(内務省社会局保険部, 1935: 23).

노동자의 강제가입, 임금에 비례한 보험료 체계, 현물급부 원칙 등의 기본 골격은 독일의 것과 매우 흡사했다. 그러나 건강보험법은 일본의 의료보장제도를 사회보험방식으로 규정했다는 점에서 중요한 의미를 지니고 있다. 그리고 독일의 질병보험과도 몇 가지 다른 특징을 가지고 있었다. 우선 독일과 달리 보험자를 정부와 건강보험조합 모두를 택했다는 점이다. 이는 보험의 적정한 운영을 위하여 자치조합을 보험자로 하는 것을 가장 이상적이라고 생각했으나 길드(Guild, 상업자동업조합), 춘프트(Zunft, 수공업자공동조합) 등의 자치조직이 발달해있던 독일과는 달리 공제제도가 뿌리내리지 못한 일본의 여건 때문이었다. 따라서 건강보험조합을 보험자로 하고, 이것이 여의치 않은 경우에 한하여 정부가 운영하는 방침을 채택했다. 당시 야당은 정부를 단일 보험자로 하는 의료보험 법안을 제출했었다는 점에서 건강보험조합을 보험자로 택한 것은 자치를 강조한 정책안이었다고 평가할 수 있다(島崎, 2011: 39-40).

두 번째로 업무로 인한 상해와 질병을 건강보험의 급여범위에 포함시켰다는 점을 특징으로 들 수 있다. 기존의 광업법(1905년 제정)과 공장법(1911년 제정)에서도 업무로 인한 상병에 대해서는 사용자가 비용을 부담토록 했으나, 업무의 기인성을 판단하는데 문제가 많았던 점을 개선한 것이었다. 이는 노동자에게 유리한 조항이었으나, 일본 산업의 많은 부분을 차지하고 있는 중소기업 사업자의 책임을 덜어주기 위한 조치이기도 했다. 즉, 사용자들이 보험 제도를 통해 경제적 책임을 분담할 수 있도록 하고 급여를 둘러싼 분쟁을 줄여 그들이 산업발달에 매진할 수 있도록 하려는 의도의 조치였던 것이다.¹⁶⁾ 또한 도입 초기부터 노사가 보험료를 절반씩 부담토록 하였는데,¹⁷⁾ 이는 통계적 수치에 근거한 것이라기보다는 노사협조 정신을 도모하기 위한 것으로 해석할 수 있다. 끝으로 국고의 재정지원이 있었다. 보험으로 인한 이익을 궁극적으로 국가경제산업도 향유한다는 관점에서, 건강보험을 중요한 산업시책으로 보았기 때문이었다(박지연, 2006; 島崎, 2011; 内務省社会局保険部, 1935).

16) 1947년 노동기준법(労働基準法)과 노동자재해보상보험법(労働者災害補償保険法)이 제정되면서 건강보험법의 업무로 인한 상해와 질병 보장은 폐지되었다.

17) 당시 독일은 사업주가 1/3, 노동자가 2/3을 부담하였고 노사가 보험료를 절반씩 부담하게 된 것은 1949년의 일로, 처음부터 노사가 보험료를 절반씩 부담하게 한 것은 온전히 일본의 판단이었다(島崎, 2011).

이런 배경은 1938년 제정된 국민건강보험법도 크게 다르지 않다. 1930년대 일본 국민들의 삶은 세계대공황과 만주사변(1931년), 중일전쟁(1939년)으로 곤궁해졌고, 이는 도시지역보다 농촌 지역이 특히 그러하였다. 농촌을 구제하고 앞으로의 전쟁을 대비하기 위하여 일본 정부는 지방단체에 재원을 지원하는 방식을 통해 농촌 주민들의 건강과 체력을 확보하려 했던 것이다. 그러나 국민건강보험의 조합설립은 강제사항이 아니라 임의에 의한 것이었고, 가입 역시 임의에 의한 것이었다. 그리고 각 조합에는 급여, 본인부담금은 물론 적용제외자 등을 정할 수 있는 폭넓은 재량권이 부여되어 있었다. 1942년에는 건강보험법이 개정되면서 지방장관이 필요하다고 인정한 경우에 한하여 강제설립을 할 수 있도록 하는 규정이 신설되고, 보험급여 대상자를 피보험자 본인에서 그 가족까지 확대하게 되었다. 이는 ‘최후전선을 지켜야(銃後の守り)’ 한다는 전쟁에 대한 절박한 의지에서 발로한 것이기는 했지만,¹⁸⁾ 이 개정을 통해 일본 국민들의 대다수가 의료보험의 혜택을 받게 되었다(박지연, 2006; 岡本, 2010; 山田, 2006).¹⁹⁾

그러나 제 2차 세계대전의 패배로 그간의 공적 의료보험제도는 무너졌고, 일본은 미국의 점령 하에 들어갔다. 일본에 민주주의 체제를 정착시키고 싶어 했던 미국 총사령부(GHQ)의 지휘 하에 일본은 1946년 헌법을 공포하였다. 헌법에서 국민에게 기본적인 인권은 물론 사회권까지 보장되었다. 헌법 25조에서 “모든 국민은 육체적으로 문화적으로 최저한의 생활을 영위할 권리를 가진다”며, “국가는 모든 생활 방면에 있어서 사회복지, 사회보장, 그리고 공중위생의 향상과 증진을 위해 노력하지 않으면 안 된다”고 사회권을 규정하였다.²⁰⁾ 이는 사실상 서구국가들의 것과 다른없는

18) 당시 일본은 ‘총동원체제’로 노동력이 매우 중요한 시기였고 여러 분야에서 여성들도 노동에 참가하게 되었다. 이런 시대적 환경으로 노동자와 여성의 지위가 조금은 개선되었다고 보는 시각이 있다(岡本, 2010).

19) 당시 전 국민에 보험혜택을 적용하는 것이 실현 직전까지 갔다고 보는 견해도 있다(박광덕, 2007: 90) 그러나 보통국보조합제도로 시정촌(市町村)의 95%정도 조합이 설립된 것은 맞지만 명목적인 조합도 존재했고, 급여내용의 질이 낮았다는 점을 주지할 필요가 있다(박지연, 2006).

20) すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない(日本国憲法第25条)。

복지국가체제를 선언한 것이나 다름없었다(岡本, 2010: 208).

1950년 사회보장제도 심의회(社会保障制度審議會)에서 권고한 바에 따라 다시 공적 의료보험제도를 재검토하기 시작했다.²¹⁾ 그리고 1956년에는 ‘의료보장제도에 관한 권고(医療保障制度に関する勧告)’가 발표되었다. ‘사회보장제도에 관한 권고(社会保障制度に関する勧告)’와 ‘의료보장제도에 관한 권고’는 일본의 의료보장제도의 방향을 결정지은 것이었다. 특히, ‘사회보장제도에 관한 권고’에서는 “국민이 곤궁하게 되는 원인은 여러 가지이기 때문에, 국가는 국민의 생활을 보장하는 방법을 다양화 할 필요가 있다. 그러나 그것은 국민의 자주적 책임 관념을 해치는 것이어서는 안 된다. 이 의미에서 사회보장의 중심에는 자기 자신이 있어야 하며, 그에 소요되는 비용을 각출하는 사회보험제도여야 한다.”고 서술하여 일본의 사회보장, 특히 사회보험이 지향하는 바를 명확히 하였다(島崎, 2011).²²⁾

‘사회보장제도에 관한 권고’와 ‘의료보장제도에 관한 권고’가 바탕이 되어, 일본의 의료보장제도의 개선 작업이 시작되었다.²³⁾ 그리고 국민 모두에게 의료보험이 적용될 수 있도록 1958년 국민건강보험법을 개정하여 마침내 1961년에 ‘전 국민 의료보험’을 달성하였다. 1955년 이후 정책 추진속도가 급속히 빨라진 것은 당시 인구의 31.9%에 해당하는 약 2천만 명의 사람이 의료보험혜택을 받지 못하고 있었고, 경제의 급속한 성장으로 ‘구빈(救貧)대책’에서 ‘방빈(防貧)대책’으로 전환할 여력을 갖추게 되었기 때문이었다.²⁴⁾ 그런데 당시 의료보험제도의 혜택을 받지 못하고

21) 사회보장제도심의회에서 발표한 사회보장제도에 관한 권고(社会保障制度に関する勧告)는 현재 일본사회보장제도의 근간이 되었다는 평을 받고 있다. 이 보고서는 의료, 연금, 실업, 산업재해를 포함한 사회보험과 공적 부조, 공중위생과 의료, 사회복지, 그리고 운영과 재정에 대한 기획을 담고 있었다. 이 보고서 내용이 모두 정책에 반영되지는 못했지만 일본 사회보장제도의 개념과 범위, 그리고 문제점을 총체적으로 짚어냈다는 데서 획기적이라는 평가를 받고 있다(岡本, 2010; 山田, 2006).

22) 社会保障制度に関する勧告의 총설 1장에 나온다. 国民が困窮におちいる原因は種々であるから、 国家が国民の生活を保障する方法ももとより多岐であるけれども、 それがために国民の自主的責任の觀念を害することがあってはならない。その意味においては、 社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な経費を醸出せしめるところの社会保険制度でなければならない(社会保障制度審議會, 1950).

23) 사회보장제도심의회 이외에도 1955년에는 칠인위원회(七人委員会), 1956년에는 의료보장위원회(医療保障委員会)가 설치되어 의료보장과 관련한 제안서들을 내놓았다.

있는 국민의 수를 보다 신속히 줄이는 것에 초점을 두어, 전쟁 전의 직역과 지역으로 나눈 보험체계가 그대로 유지되게 되었다(박지연, 2006; 이용필·문상호, 2012; 岡本, 2010; 山田, 2006).

이상의 일본 의료보험의 도입과정으로부터 두 가지 특징을 찾을 수 있다. 하나는 건강보험법과 국민건강보험법이 각각 노동정책입법의 성격을 지니고 있었고 이에 따라 일본의 의료보험은 신분에 따라 분절되는 형태가 구축되어 지금까지 그것이 이어져오고 있다는 점이다.²⁵⁾ 다만 현행의 건강보험과 국민건강보험은 보험급부가 대동소이하다는 점에서 ‘실제적인’ 분절이 있는지에 대하여 논란의 여지는 남아있으나, 의료보험제도의 초기에는 가입강제여부, 보험자의 성격, 국가의 개입 정도 등이 의료보험의 종류에 따라 달랐다는 점은 주지할 필요가 있다.

두 번째는 보험급여가 남성 노동자에서 가족구성원 전체로 확대된 것은 남성 부양자에 의존하고 있던 여성과 아동이 잠재적인 노동자로서의 가치를 인정받았기 때문이라는 점이다. 앞서 언급했듯이 가족급여가 도입된 것은 제 2차 세계대전 시기에 국가총동원체제 하에서 양질의 노동력을 확보할 필요가 있었던 시대적 배경에서 기인한 것이기 때문이다. 이는 또한 일본의 초기의 의료보험제도가 전시입법의 성격을 띠고 있었음을 보여주는 것이기도 하다. 물론 전후(戰後) 확립된 현대의 의료보험제도는 사회권을 존중한다는 헌법 정신에 입각한 것이라는 점을 명백히 밝히고 있다.

24) 당시를 “전후 시대는 끝났는가(戰後は終わったか) 시기”로 부른다. 국민 대부분이 궁핍한 생활을 하던 전후에는 전쟁고아를 위한 아동복지, 전쟁 상해자를 위한 신체장애자 복지 등 구빈대책이 우선시되었지만, 조금씩 국가가 경제적 여유를 가지게 되면서 연금과 의료 등에 힘쓸 경제적 여력이 생긴 시기를 말한다. 시기적으로는 쇼와 30년대(1955년 이후)를 말한다(島崎, 2011)

25) 기존 연구들은 대체적으로 일본 복지가 사회보험을 중심으로 발전한 것에는 동의하지만 사회보험제도가 신분적으로 분절(status segmentation, 혹은 지위분절)되어 있는가에 대해서는 의견이 나뉜다. 에스핑 앤더슨은 일본의 제도는 신분적으로 분절되어 있어 사회적으로 계층을 나누는 기능을 한다고 본데 반하여, 조영훈은 사회보험제도가 직역별로 구분되어 있는 것은 맞지만, 직역에 따라 보장 내용이 크게 다르지 않다는 점에서 신분적으로 분절된다고 볼 수 없다고 주장한다(에스핑 앤더슨, 2007; 조영훈, 2004)

<표 2-1> 제도 형성기의 일본 의료보험제도 전개과정

1922년: 건강보험법 제정(1927년 시행, 노동자의 질병과 재해 대상)
1938년: 국민건강보험법 제정 (시정촌(市町村) 단위의 조합 창설)
1939년: 직원건강보험법 공포(1940년 시행, 화이트칼라 근로자 대상)
선원보험법 제정(1941년 시행)
건강보험법 가족급여 도입(임의)
1942년: 건강보험법 개정을 통해 직원건강보험과 통합
국민건강보험 가족급여 도입
1946년: 일본국헌법제정(1947년 시행)
1948년: 의료법 제정
국민건강보험 시정촌 공영에 의한 운영으로 변경 ²⁶⁾
1950년: 사회보장제도심의회의 「사회보장제도에 관한 권고」 발표
1951년: 지바세법개정으로 국민건강보험세(国民健康保険税) 도입
1955년: 국민건강보험법 개정을 통해 국고보조 도입
1958년: 국민건강보험법 전면개정 (전 시정촌 실시 의무화)
1961년: 전 국민 의료보험 달성

* 출처: 厚生労働省, 2011. 「厚生労働白書」를 참고하여 필자 작성

26) 이는 전쟁으로 인하여 조합원들은 생활고로 보험료를 납부하기 어려워진 데 반하여 의료제의 가격은 상승하여 휴업하는 조합이 속출하기 때문이었다. 시정촌 공영에 의한 운영방식은 국민건강보험에 대한 국가의 개입이 강화된 것으로 해석할 수 있다(이용필·문상호, 2012).

2.2 노인보건제도의 도입과 전개

일본은 의료보험제도와는 별도로 고령자를 위한 보건의료서비스 정책을 1960년대 초부터 실시하여왔다. 그 틀을 마련한 것은 1963년 제정된 노인복지법(老人福祉法)이다. 이 법은 전후(戰後) 눈부신 사회발전을 이끌어온 세대가 나이가 들어도 건강하고 안정된 생활을 할 수 있도록 보장하는데 그 목적을 두고 있었다.²⁷⁾ 또한 노인복지법에서는 국가와 지방자치단체²⁸⁾에 노인복지의 증진을 위해 노력할 의무가 있음을 명확히 하고 있다.²⁹⁾

노인복지법의 시행으로 고령자들은 무료로 건강검진을 받을 수 있게 되었다. 하지만 검진으로 병을 발견하더라도 치료를 받을 수 없는 고령자들이 많았다.³⁰⁾ 이는 당시 고령자에게 의료비용이 큰 부담이었기 때문이다. 당시 국민건강보험 피보험자 본인의 자기부담금 비율은 50%에 이르렀었다(1961년도 기준). 건강보험의 피보험자는 자기부담금이 없었으나, 그 피부양자의 의료비용에 대해서는 역시 개인이 절반을 부담해야했다. 따라서 지방자치단체를 중심으로 고령자 의료비용의 높은 자기부담금 문제를 해결하려는 움직임이 일기 시작했다. 1960년도 이와테현(岩手県)의 사와우치촌(沢内村)에서 65세 이상 고령자의 자기부담금을 예산에서 지원하여, 사실상 무료 진료정책을 최초로 시작하였다.³¹⁾

27) 노인복지법 제 2조(기본적 이념): 노인은 수년에 걸쳐 사회발전에 기여해 온 사람으로서, 그리고 풍부한 지식과 경험을 가진 자로서 존경을 받고, 보람있고 건전하고 평화로운 생활을 보장받아야한다.(老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする。)(老人福祉法)

28) 일본에서도 지방자치단체(地方自治体)라는 용어가 통용되지만, 법률에서는 지방공공단체(地方公共団体)라고 표기한다. 이 글에서는 지방자치단체로 표기하기로 한다.

29) 노인복지법 제 4조 1항 (노인복지 증진의 의무): 국가와 지방자치단체는 노인의 복지를 증진시킬 의무가 있다. (国及び地方公共団体は、老人の福祉を増進する責務を有する。)(老人福祉法)

30) 고령자들이 중년세대보다 유병률이 높은데도 불구하고, 의료기관에서 진료를 받는 비율은 중년 세대보다 낮았다(이케가미 나오키, 2004: 112)

31) 사와우치현은 현재 니시와가정(西和賀町)으로 통합되었다.

이어서 1969년 동경도(東京都)에서 노인의료비 자기부담금을 전액 지원하는 정책이 실시되었다.³²⁾ 당시 여당이었던 자민당과 정부는 이에 대해 “시들어 말라버린 나무에 물을 주는 정책”이라며 반대 입장을 표명하고, 자기부담금을 지자체가 대신 부담하는 것은 건강보험법 위반이라는 해석을 내놓았다. 이런 정부와 여당의 태도는 노인 은 물론 국민들의 반발을 불러일으켰다(이케가미 나오키, 2004: 112).³³⁾ 노인의료비 무료화에 대한 국민의 요구가 커지자 하나둘 이 정책을 시행하는 지자체가 늘어갔고, 결국 일본 정부는 1973년 노인복지법을 개정하여 70세 이상의 고령자와 65세 이상의 고령자 중 특정 장애를 지닌 사람들은 자기부담금 없이 의료서비스를 받을 수 있게 하였다. 그러나 법이 개정되었을 당시에 노인의료비 무료정책을 시행하지 않고 있던 현은 두 곳 뿐이어서, 촌 단위에서 시작된 정책이 도, 현으로 확대되어 마지못해 국가가 받아들인 모양새가 되었다.

의료서비스가 필요한 때에 의료비에 대한 부담 없이 적절한 진료를 받을 수 있게 되어, 고령자의 건강과 복지는 향상되었다. 그러나 이와 더불어 노인 의료에 대한 정부의 보조금은 가파르게 증가하기 시작했다. 1972년 146억 엔이었던 노인 의료비 지출은 1973년에는 1,433억 엔, 1975년에는 2,147억 엔, 1980년에는 4,358억 엔으로 증가했던 것이다(総理府, 社会保障統計年報).

32) 같은 해에 아키타현(秋田県)에서 80세 이상의 고령자에게 자기부담금이 일정금액을 초과할 경우 그 부분을 지원해주는 정책이 시행되었다.

33) 당시 미노베리(美濃部亮吉) 동경도지사는 정부의 반대에도 굽히지 않고 노인 의료비 무료화 정책을 계속 추진했다. 그는 자민당 출신이 아니라 사회당과 공산당이 맺은 혁신통일(革新統一) 협정이 나온 인물이었다. 혁신통일 협정이란 1960년대부터 1970년대 초반에 걸쳐 사회당과 공산당이 증세와 복지축소를 반대하고 국민생활을 지키는 것 등의 목표를 내걸고 이에 맞는 도도부현(都道府県) 지사와 시정촌장 후보를 공동으로 추천하기로 한 협정이다.

<표 2-2> 노인의료비 현황

(단위: 억 엔)

구 분	1972년	1973년	1975년	1980년
노인의료비(a)	146	1,433	2,147	4,358
전체 사회복지비용(b)	3,166	5,921	11,210	21,293
노인의료비 비율(a/b)	4.6 %	14.2 %	19.1 %	20.5 %

* 전체 사회복지비용은 심신장애, 노인복지, 노인의료, 아동, 모자위생 및 복지, 학교급식, 재해구조 등의 사회복지비용을 합한 금액이다

* 자료: 總理府, 社会保障統計年報 각 년도.

이런 가운데 일본 정부는 1982년 노인보건법(老人保健法)을 제정하고 1983년 노인보건제도를 시행하였다. 그리고 그 목적을 노인보건법 제 1조에 “노후 건강을 유지하고 적절한 의료를 받을 수 있도록 하기 위해, 질병의 예방, 치료 그리고 보건사업을 종합적으로 실시하여 국민보건과 노인복지를 증진시키기 위한” 것이라고 밝혔다.³⁴⁾ 하지만 실상은 노인보건제도의 도입은 늘어나는 재정 부담으로 인하여 노인의료비 무료 정책을 폐지하기 위한 것이었다.³⁵⁾

노인보건법의 도입으로 고령자는 자기부담금을 납부하게 되었고 노인의료비의 재정구조가 변경되었다. 자기부담금은 외래진료 월 400엔, 입원진료 하루 300엔의 적은 금액으로 사실상 재정구조 변경이 더 큰 의미를 가진다고 볼 수 있다.

34) この法律は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もつて国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることを目的とする(老人保健法).

35) 실제로 대장성은 1976년도 예산안 작성과정에서 고령자에게 일부 자기부담금을 내도록 하는 방침을 검토했으나 미키(三木武夫) 수상의 지시로 보류됐다.

2.3 현행 의료보험제도

1961년 ‘전 국민 의료보험’이 달성된 이후에 일본의 공적 의료보험은 개선을 거듭했다. 1963년에 건강보험과 국민건강보험 공히 요양급여기간의 제한이 폐지되었다. 또한 같은 해, 국민건강보험은 피보험자(세대주)의 의료비용에 대하여 70%로 급여율을 개선하였고 1968년에는 가족에게까지 이를 확대하여 적용하였다. ‘복지원년(福祉元年)’이라고 불리는 1973년 개정된 건강보험은 고액 요양비 제도(高額療養費制度)를 창설하고,³⁶⁾ 국민건강보험과 마찬가지로 피보험자의 가족에 대한 급여율을 70%로 상향조정하였다. 그리고 앞서 살펴보았듯이 1972년 제정된 노인복지법에 따라 1973년부터는 노인의료비 무료화가 전면 시행되었다. 이러한 고도경제성장에 힘입은 의료보험제도의 확충으로 개인들의 진료를 받을 수 있는 기회는 개선되어갔다.

그러나 복지의 근간을 다지고자 했던 1973년에 제 1차 오일쇼크가 발생하였고, 일본 경제는 조정을 받기 시작했다. 반면 개정된 제도에 따라 1978년까지 의료비는 거의 매년 두 자리 수의 증가율을 기록하며 의료보험의 재정을 압박하기 시작했다. 이에 1980년대에는 재정 부담을 축소하는 방향의 정책이 시행되기 시작하며 “의료제도의 개혁기”가 찾아왔다. 1982년에는 노인보건법(老人保健法)을 제정하여 노인의료비 무료정책이 사실상 폐지되었다. 이어 1984년에 건강보험법이 국민이 10%의 자기부담금을 내도록 개정되었고 이는 이후의 개정에서 계속 상향조정되었다. 그리고 같은 해에 퇴직자 의료제도(退職者医療制度)가 창설되었다. 이는 건강보험 등 피용자로서 건강보험을 가입했던 사람이 퇴직할 경우 국민건강보험에 편입하게 하되 이들의 급부에 대하여 직역건강보험에서 재원을 일부 충당하도록 한 것으로 직역 건강보험과 지역 건강보험의 이원구조를 유지하기 위한 조치였다고 평가할 수 있다(鳥崎, 2011).

1990년대 말 인구의 고령화로 인한 사회문제에 대한 관심이 높아지면서 자민당은 고령자들의 의료, 연금, 간호 등에 대한 복지의 틀을 새로 구상하겠다고 공표하였다.³⁷⁾ 이에 고령자를 위한 의료보험제도 방식에 대한 논의가 시작되었고, 2006년 건

36) 환자의 자기부담금액이 월간 일정금액을 초과할 경우 일부를 돌려주는 제도이다. 이에 대하여는 후에 다시 보기로 한다.

강보험법 개정안이 제출되어 2008년 4월부터는 75세 이상의 고령자들을 별도의 피보험자로 하는 후기고령자 의료제도가 창설되어 현재의 의료보험체계가 유지되고 있다. 이 장에서는 전 국민의 80 %가 적용 받고 있는 국민건강보험과 건강보험을 중심으로 제도를 살펴보도록 하겠다.

1) 적용대상

현행 일본의 의료보험제도를 요약하면 다음의 <표 2-2>와 같다. 크게 건강보험과 국민건강보험, 선원보험, 각종 공제와 후기고령자의료제도로 나뉠 수 있으며 국민 모두가 자신에 맞는 제도에 적용을 받고 있다.

건강보험은 건강보험법에 규정된 업종의 5인 이상을 고용하는 사업소, 또는 정부 및 법인의 사업소에서 고용되어 근무하고 있는 피용 근로자, 그리고 피부양자를 대상으로 한 의료보험이다. 상기의 규정에 적용을 받지 않는 사업소라고 하더라도 근로자의 과반수의 동의를 얻어 사업주가 신청할 경우 건강보험의 적용을 받을 수 있다. 건강보험에는 크게 협회건강보험(協会けんぽ, 구 정부관장 건강보험), 조합건강보험, 건강보험법 제3조 2항 적용자를 위한 건강보험으로 나뉜다. 건강보험조합은 사업소 단독 혹은 복수로 700인 이상의 종업원이 있을 경우, 또는 일정 지역 내에 모여 있는 다른 업종의 복수 사업소의 종업원 수가 3,000인 이상일 경우 후생노동성 장관의 인가를 받고 설립할 수 있다. 이런 경우 조합건강보험의 적용을 받게 되고, 그 외 건강보험조합을 설립하지 못한 사업소의 근로자는 협회건강보험을 적용 받게 된다. 건강보험법 제3조 2항의 근로자는 일일 근로자나 2개월 이내의 단기계약 근로자를 말하며, 이들 역시 협회건강보험의 대상자가 된다.³⁷⁾

국민건강보험은 피용자(被傭者) 보험의 적용을 받지 않는, 농림수산업 종사자 및 자영업자, 소규모사업소의 근로자, 무직자를 대상으로 하고 있다. 개인의 주소지에

37) 第146回国会 衆議院 厚生委員会 第2号 1999년 11월 9일자 의사록 참고(중위원 홈페이지, 검색일: 2013년 5월 14일).

38) 일일 근로자라고 하더라도 1개월 이상 계속하여 고용되는 경우, 2개월 이내의 기간 계약자라도 소정의 기간을 계속하여 고용되는 경우에는 이에 해당되지 않는다.

따라 시정촌(市町村)에서 운영하는 국민건강보험에 적용을 받는 것이 원칙이지만, 동종의 사업 또는 업무를 하는 사람들을 조합원으로 하는 국민건강보험조합에 적용을 받을 수도 있다.³⁹⁾ 또한 피용자 보험에 적용을 받던 사람이 퇴직하였을 경우에 원칙적으로 국민건강보험의 적용을 받게 된다. 다만, 2개월 이상 건강보험을 적용 받던 사람이 원할 경우 신청에 의하여 2년간 건강보험의 피보험자 자격을 유지할 수 있다.

그리고 건강보험과 국민건강보험 등 각종 의료보험제도의 피보험자들은 만 75세가 되면 자동적으로 후기고령자의료제도에 편입하게 된다. 이에 대하여서는 이후에 살펴보기로 한다.

39) 시정촌(市町村)은 우리나라 시읍면에 해당하는 일본의 행정 구획 명칭이다.

<표 2-3> 일본 의료보험제도 개요 (2012년 6월말 기준)

(단위: 개, 천 명)

제 도		보험자	가입자수(본인/가족)
건강 보험	협회 건강보험	정부 ⁴⁰⁾	19,580 / 15,265
	조합관장 건강보험	건강보험조합 (1,458)	15,574 / 14,035
	건강보험법 제3조2항 적용자	정부	12 / 6
선원보험		정부	70 / 76
각종 공제	국가공무원	공제조합(20)	4,523 / 4,665
	지방공무원 등	공제조합(64)	
	사학교직원	사업단(1)	
국민 건강 보험	농업 및 자영업자	시정촌 (1,723) 국보조합 (165)	시정촌 35,493 국보조합 3,277
	피용자보험의 퇴직자	시정촌 (1,723)	
후기고령자 의료제도		후기고령자 의료광역연합 (47)	14,341

* 보험자 괄호 숫자는 각 보험자의 수

* 출처: 厚生労働省. 2012. 「平成24年度版厚生労働白書」 28쪽.

2) 보험료 체계

건강보험의 보험료는 사용자와 근로자가 각각 반씩 부담하는 것을 원칙으로 하고 있다. 협회건강보험의 2012년 6월 말 기준 전국 평균 보험요율은 표준보수월액의 10

40) 정확히 보험자는 전국건강보험협회(全国健康保険協会)이지만 여기서는 정부라고 기재하였다.

%로 사용자와 근로자가 각각 5 %씩 부담한다.⁴¹⁾ 표준보수월액(標準報酬月額)은 47개 등급으로 나뉘어져 있어서 소득에 비례하여 보험료를 징수하는 효과를 낸다. 최저등급의 표준보수월액은 월 58,000엔(보수월액 63,000엔 미만)이며, 최고등급은 월 1,210,000엔(보수월액 1,175,000엔 이상)이다.⁴²⁾ 2011년도 집계 자료에 따르면 협회 건강보험 피보험자 일인당 부담한 보험료는 17.5 만 엔이었고(사업자 분까지 포함할 경우 35만 엔), 이를 피부양자까지 포함할 경우에는 가입자 일인 당 일 년 평균 보험료는 9.9만 엔 이었다(사업자 분까지 포함할 경우, 19.7만 엔). 조합건강보험의 경우는 3.0 %에서 9.5 %의 범위에서 규약에 의하여 자유롭게 정할 수 있다. 또한 사용자의 부담비율을 규약에 의거하여 증액시킬 수 있다. 건강보험 제3조 2항에 해당하는 임시근로자의 경우에는 하루 390엔에서 3,230엔의 범위 내에서 법령에 근거하여 부담하게 된다.

41) 현재 일본은 현별로 보험요율이 다르다. 9.85 %에서 10.16 %로 다양하다. 가장 높은 현은 사가현(佐賀県)이며, 나가노현(長野県)이 가장 낮다. 보험요율이 다른 것은 현마다 의료비용의 차이가 있기 때문이다. 다만, 현별의 차이를 최소화하기 위하여 다소간의 조정을 실시한다(協会けんぽ 홈페이지, 검색일: 2013년 5월 1일).

42) 참고로 연금은 30개 등급으로 나뉘어져 있으며, 최저등급의 표준보수월액은 월 98,000엔(보수월액 101,000엔 미만)이고 최고등급은 월620,000엔(보수월액 605,000엔 이상)이다.

<표 2-4> 동경도의 표준보수월액별 건강보험료 (2004년 9월 기준)

등 급	보수월액 (이상 ~ 미만)	표준보수월액	건강보험료
1	0 엔 ~ 63,000 엔	58,000 엔	2,891 엔
10	130,000 엔 ~ 138,000 엔	134,000 엔	6,680 엔
20	250,000 엔 ~ 270,000 엔	260,000 엔	12,961 엔
25	350,000 엔 ~ 370,000 엔	360,000 엔	17,946 엔
30	485,000 엔 ~ 515,000 엔	500,000 엔	24,925 엔
40	810,000 엔 ~ 855,000 엔	830,000 엔	41,375 엔
47	1,175,000 엔 ~	1,210,000 엔	60,318 엔

- * 동경도의 보험요율은 근로자 4.985 %이며 사용자도 동일한 보험료를 납부한다.
- * 건강보험료는 개호보험료를 제외한 것으로 실제로는 개호보험료가 추가되어 징수된다.
- * 출처: 후생노동성 홈페이지의 표준보수월액표를 근거하여 필자 작성(검색일: 2013년 6월3일)

국민건강보험의 경우에는 피보험자가 속해 있는 세대의 세대주 또는 세대원에게 보험료를 부과한다. 즉, 건강보험과는 달리 피보험자와 보험료 납부자가 반드시 일치하지 않는다. 보험료 산정은 보험자에 따라 다소의 차이가 있으며, 시정촌이 보험자인 경우에는 보험료 대신에 국민건강보험세(国民健康保険税)의 조세형태로 징수할 수도 있다. 보험세로 규정되는 경우에는 피보험자의 세대주가 납부의 의무를 가지게 된다. 납부하는 보험료, 혹은 보험세는 소득, 자산에 대하여 부과되는 능력 비례분(응능주의, 応能割り)에 더하여 그 시정촌 혹은 국민건강보험조합의 전체 피보험자에게 부과되는 부담금이(응익주의, 応益割り) 추가된다. 2012년도의 경우 피보험자 한 명이 납부한 평균 보험료는 8.1만 엔이었다.

3) 보험급여

일본의 의료보험제도는 현물급여를 원칙으로 하고 있지만 일정한 현금급여도 갖추고 있다. 후생노동성에서는 의료보험의 보험급여를 크게 의료급여와 현금급여로 나누고 있는데 의료급여 부분에 있어서 건강보험과 국민건강보험은 대동소이하다. 단, 건강보험에서도 조합건강보험의 경우에는 규약에 근거하여 추가적인 보험급여를 지급할 수 있으며, 국민건강보험도 시정촌의 재량권이 인정되는 부분이 있어 다소 차이가 발생할 수는 있다. 의료급여에는 크게 6가지 항목이 있다.

① 요양급여

요양급여는 업무에서 기인하지 않은 상해와 질병에 대한 진료, 약제비용, 치료재료 지급, 수술을 포함한 치료비용을 포함한다. 급여율은 연령에 따라 상이하다. 취학 이전의 아동과 70세 이상 75세 미만인 자는 80%, 그 외의 경우는 70%이다. 단, 70세 이상 75세 미만이라고 하더라도 일정 소득이 있는 자는 70%만 받을 수 있다. 이 때 기준은 145만 엔인데, 이는 현역 세대의 평균 과세소득 금액이다.

② 입원시 식사요양비

입원에 따른 식사비용은 자기부담액(食事療養標準負擔額)을 제외한 전부를 급부받을 수 있다. 식사비용의 자기 부담금은 한 끼 260엔이지만, 저소득자는 90일까지는 한 끼에 210엔, 91일부터는 160엔만 부담하면 된다. 최저소득층에게는 입원 일수에 상관없이 100엔만 부담하도록 되어 있다.

③ 입원시 생활요양비

이는 65세 이상인 피보험자가 요양병상(療養病床)에 입원했을 경우에만 지급된다.⁴³⁾ 입원 식사요양비와 마찬가지로 자기부담액(生活療養標準負擔額)이 있다. 식비에서 한 끼당 460엔, 거주비용에서 320엔이 공제되어 지급된다.⁴⁴⁾ 저소득

자의 경우에는 거주비용 부담액은 동일하지만 식비 부담액이 210엔으로 경감되며 최저소득층은 130엔만 부담하면 된다. 다만, 원인불명의 난치병으로 인정된 환자에 대해서는 입원 했을 경우의 식사요양비 기준에 따르게 된다.

④ 방문 간호비

의사의 지시로, 후생노동성이 지정한 방문 간호사업자로부터 방문간호를 받았을 경우 그 비용이 지급된다. 급여율은 요양급여와 동일한 기준에 따르며 후생노동성이 지정한 경우를 제외하고 주 3회에 한한다.

⑤ 이송비

의사지시에 따른 병원 등의 의료기관으로 이송하는 데 발생한 비용으로 자기부담금은 없다.

⑥ 고액요양비

자기부담금의 합계가 월 일정액을 넘을 경우 그 금액을 돌려주는 제도이다. 이에 대하여는 후에 다시 살펴보기로 한다.

건강보험과 국민건강보험의 가장 큰 차이는 현금급여에 있다. 건강보험에서는 출산과 질병 및 부상으로 인한 요양으로 근로를 하지 못하였을 경우 소득을 보전하는 기능이 있으나, 국민건강보험에는 이러한 기능이 없는 것이 두드러진 차이점이다. 건

43) 요양병상이란 장기간의 간호를 중심으로 한 병원을 말한다. 대부분 병실과 복도 등을 넓게 하는 등, 장기 입원 환자의 거주 편리성을 배려하도록 시설이 되어 있다(아이치현 홈페이지, 검색일: 2013년 6월 3일).

44) 이는 영양사가 상시 근무하는 등 생활요양에 있어 일정기준을 갖추고 지방사회보험사업국에 인증 받은 의료기관에 한한다. 그렇지 않은 의료기관에 대해서는 거주비용은 동일하게 하되, 식비는 한 끼 당 420엔을 환자가 부담한다.

강보험에서는 출산 전 42일 ~ 출산 후 56일 동안 출산으로 인하여 보수를 받지 못한 경우 표준보수일액의 2/3를 지급한다(출산 수당금). 또한 질병, 부상의 요양으로 근무하지 못할 때 역시 4일 ~ 1년 6개월까지 표준보수일액의 2/3를 지급한다(상병 수당금). 국민건강보험에서도 시정촌의 규약에 이를 규정할 수는 있지만, 현재 시행되고 있는 곳은 단 한 곳도 없다(2014년 3월 기준). 그 외 현금급여에는 출산육아 일시금과 장제비가 있다. 출산할 경우 아동 1인당 39만 엔~ 42만 엔을 지급하는데 이 금액은 조합에 따라 차이가 있다. 장제비의 경우 건강보험은 5만 엔을, 국민건강보험은 규정에 따라 1만~ 5만 엔을 지급한다.

추가적으로 선원보험과 각종공제의 보험급여를 살펴보면 선원보험 및 국가공무원, 지방공무원, 사학교직원 의료보험 공히 건강보험과 비슷한 의료급여와 현물급여를 지급한다. 즉, 이들 모두 출산 수당금과 상병 수당금 제도를 가지고 있으며, 지급 수준 또한 건강보험과 대동소이하다. 국가공무원, 지방공무원, 사학교직원 의료보험은 이에 더하여 재해위로금과 조의금을 지급하는 규정을 가지고 있어, 가장 넓은 보장 범위를 가지고 있다.

4) 재정운영

건강보험의 협회건강보험과 건강보험법 제 3조 2항에 해당하는 일용직을 위한 건강보험의 경우, 보험운영에 필요한 행정비용 전액과 보험급여 비용의 16.4 %를 국고에서 충당한다. 조합건강보험의 경우에는 이와 달리 각 조합의 재정 부담에 대하여 예산을 측정하여 정액형태로 재정을 지원한다. 국민건강보험의 경우 보험운영의 행정비용 전액을 국고에서 부담한다. 이에 더하여 시정촌이 보험자로 있는 국민건강보험의 경우는 보험급여의 41 %를, 국민건강보험조합이 보험자인 경우에는 보험급여의 47 %를 국고에서 부담한다. 단, 시정촌이 보험자로 있는 경우라 하더라도 건강보험의 적용을 받다가 퇴직한 경우에 해당하는 자의 보험급여에 대해서는 국가의 재정적 보조가 없다.⁴⁵⁾ 이와 마찬가지로 국가공무원, 지방공무원, 사학교직원 의료보험 공제의

45) 퇴직자의 의료비용에 대해서는 건강보험(협회보험, 조합관장 보험)에서 각출하여 재정을

경우에도 국가는 재정적 지원을 하지 않는다.

일본의 의료보험제도의 한해 수입과 지출은 규모는 약 36조 엔에 이른다. 이는 국민소득 대비 9.9 %에 이르는 수치이다(2009년도 기준). 모든 의료보험제도를 통합하여 보았을 때, 재원의 충당은 다음의 <표 2-5>와 같이 나타난다. 국고의 부담은 중앙 정부가 25.3 %, 지방자치단체가 12.1 %로 전체의 37 %를 상회하고 있다.

<표 2-5> 국민의료비 재원별 충당 현황 (2009년도 기준)

개인부담	보험료		재정지원		합 계
	피보험자	사용자	국가	지방정부	
13.9 %	28.3 % ⁴⁶⁾	20.3 %	25.3 %	12.1 %	100 %

* 출처: 厚生労働省. 2012. 「平成24年度版厚生労働白書」 34쪽.

보충한다.

46) 피보험자의 부담과 사용자 부담분이 동일하지 않은 것은 건강보험뿐 아니라 국민건강보험이 더해져 있기 때문이다.

<표 2-6> 의료보험제도 재정현황 (2009년도 결산)

(단위: 억 엔)

제 도	건강보험		국민 건강보험	후기 고령자 의료제도	
	구 분	협 회			조 합
경 상 수 입	보험료	59,555	59,671	27,955	8,565
	국고부담	9,678	39	29,246	35,842
	후기 고령자 교부금 ⁴⁷⁾	-	-	-	47,235
	전기 고령자 교부금	-	-	26,690	-
	계	69,735	61,718	113,914	111,480
경 상 지 출	보험급부	44,513	34,385	85,550	110,403
	후기 고령자 지원금	15,069	12,685	15,776	-
	전기 고령자 납부금	10,961	11,094	-	-
	퇴직자 각출금	2,742	2,851	-	-
	계	74,628	66,952	120,005	110,974
계	Δ4,893	Δ5,234	Δ6,090	505	

* 경상수입과 경상지출의 계는 기타 수입과 지출을 포함한 것으로 각항의 합과 같지 않다.

* 출처: 厚生労働省. 2012. 「平成24年度版厚生労働白書」 37쪽.

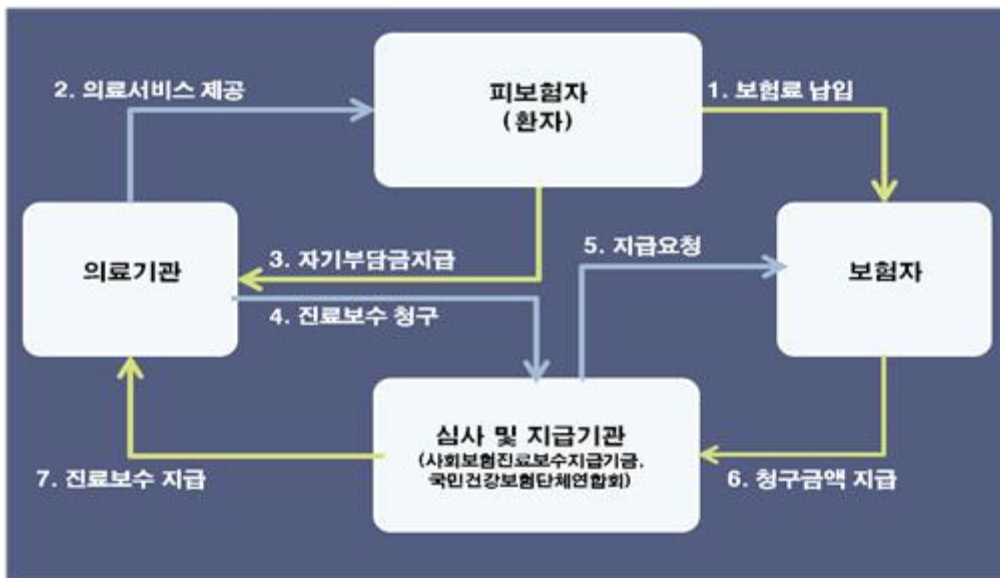
5) 관리운영체계

앞서 살펴보았듯이 일본의 의료보험제도는 일원화 되어있지 않으며, 각각의 제도는 근거법령이 다르고 운영하는 보험자 역시 상이하다. 이에 따라 보험료 납부방법에

47) 후기고령자 교부금과 전기고령자 교부금에 대하여서는 이후 후기고령자 의료제도를 살펴
면서 논하기로 한다.

는 다소간의 차이도 존재한다. 그러나 어떤 보험제도에 속하여 있던지 개인은 자신이 진료를 받을 곳을 선택할 자유를 가지고 있으며, 진료를 받는 프로세스는 동일하다. 이를 그림으로 나타내면 다음의 그림과 같다.

<그림 2-1> 공적 의료보험제도의 진료 프로세스



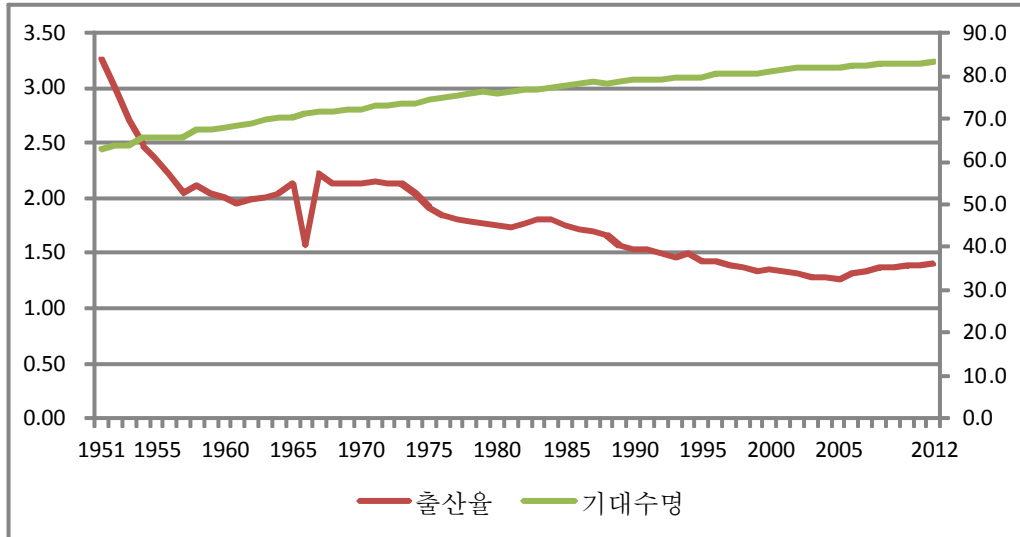
출처: 厚生労働省, 2012, 「平成24年度版厚生労働白書」 31쪽.

제 3장 2000년대 개혁과 후기고령자의료제도의 도입

3.1 2000년대 의료보험제도 개혁

1961년 전 국민을 대상으로 의료보험제도를 실시하게 된 이래 일본 사회는 여러 면에서 변화가 일어났고 이런 변화는 의료보험제도에도 영향을 끼쳤다. 그 중에서도 인구 고령화는 의료보험제도의 근간을 흔드는 것이었다. 인구의 고령화는 대개 출산율의 저하와 수명의 연장 등의 요인에 의하여 발생하게 되는데 일본은 1950년대 말부터 이러한 면에서 변화의 양상을 보이기 시작하였다. <그림 3-1>에서 볼 수 있듯이 의료보험제도가 전 국민으로 확대된 1960년대 초반에는 2.00이던 합계 출산율이 2012년에는 1.41로 떨어졌다. 그리고 같은 기간 이와는 반대로 기대수명은 68.4년에서 83.2년으로 약 15년이나 증가했다.

<그림 3-1> 합계출산율과 기대수명



* 1970년도까지의 자료는 오키나와현(沖縄県)을 제외한 수치이다.

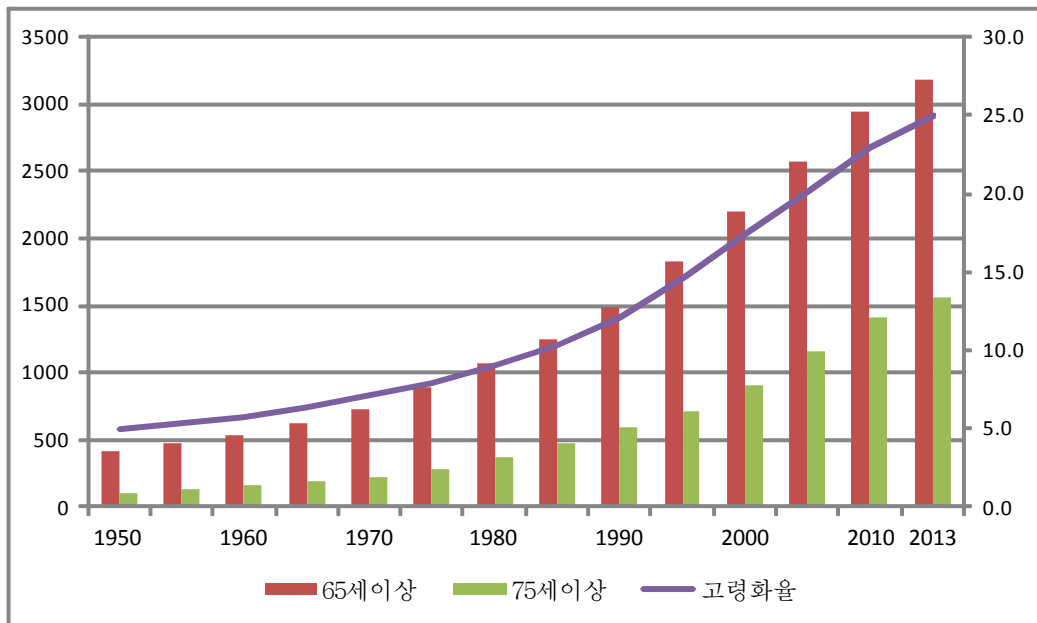
* 출처: 출산율- 総務省統計局. 2013. 「平成24年人口動態調査」

기대수명- 厚生労働省. 2013. 「平成24年簡易生命表の概況」⁴⁸⁾

이는 곧 일본 사회의 고령화를 의미하는 것이었다. 출산율의 저하와 기대수명의 연장에 더하여 1960년대 이전은 다산(多産)의 시대였기 때문에 고령자의 수는 더욱 급속하게 늘어났다. 1970년에 65세 이상 인구가 전체 인구의 7.1%를 돌파하며 고령화 사회(aging society)에 진입한 일본은 1994년에는 14%를 기록하며 고령 사회(aged society)로 접어들었다. 2012년 현재 65세 이상의 고령자는 3,074만 명에 이르는데, 이는 인구의 4명 중 1명에 해당하는 셈이며(24.1%), 80세 이상의 초고령자의 비율도 7.0%에 이른다(総務省統計局, 2013).

<그림 3-2> 65세 이상 인구추이와 고령화율⁴⁹⁾

(단위: 만 명, %)



* 1970년도까지의 자료는 오키나와현(沖縄県)을 제외한 수치이다.

* 출처: 総務省統計局, 2013. 「国勢調査」

48) 오키나와현은 세계2차 대전 중이던 1945년 미군에 의해 점령되어 군정(軍政) 하에 있다가 1972년도 일본의 현으로 다시 편입되었다. 이런 영향으로 1970년대 이전의 일본 통계자료에는 오키나와현이 집계에서 제외되어 있는 것을 종종 발견할 수 있다.

49) 고령화율이란 전체 인구 중 65세 이상 인구의 비율을 말한다.

이러한 인구의 고령화는 의료보험제도의 재정 문제를 야기했다. 일반적으로 고령자는 젊은 세대에 비하여 의료 서비스를 더 필요로 하기에 평균적으로 지출하는 의료비용이 높다. 실제로 일본의 의료비용 통계를 살펴보면, 고령자의 평균 의료비용은 항상 젊은 세대의 평균을 상회했을 뿐 아니라 약 4배정도의 금액을 지출하고 있다는 것을 알 수 있다(<표 3-1> 참고).

<표 3-1> 연령별 연간 평균 의료비용

(단위: 천 엔)

	1995년	2000년	2005년	2010년
0 ~ 14세	69.4	114.0	126.6	143.6
15 ~ 44세	71.2	96.3	99.1	106.1
45 ~ 64세	196.3	245.4	244.4	268.2
65세 이상	540.9	643.3	635.6	702.7
(70세 이상)	(639.8)	(734.2)	(733.2)	(794.9)
전 체	174.2	237.5	259.3	292.2

* 출처: 厚生労働省. 「国民医療費」 각 년도.

물론 의료비용이 증가한 것은 비단 고령자의 증가로 인한 것만은 아니다. 생활수준이 향상되면 사람들은 보다 건강한 삶을 추구하려는 욕구가 생기고, 이는 자연히 의료비용의 증가로 이어지기 때문이다.⁵⁰⁾ 또한, 의료기술의 발달로 의료 영역이 확장되어 고가의 의료서비스가 등장하기도 한다. 이는 위의 자료에서 고령자 세대뿐만 아니라

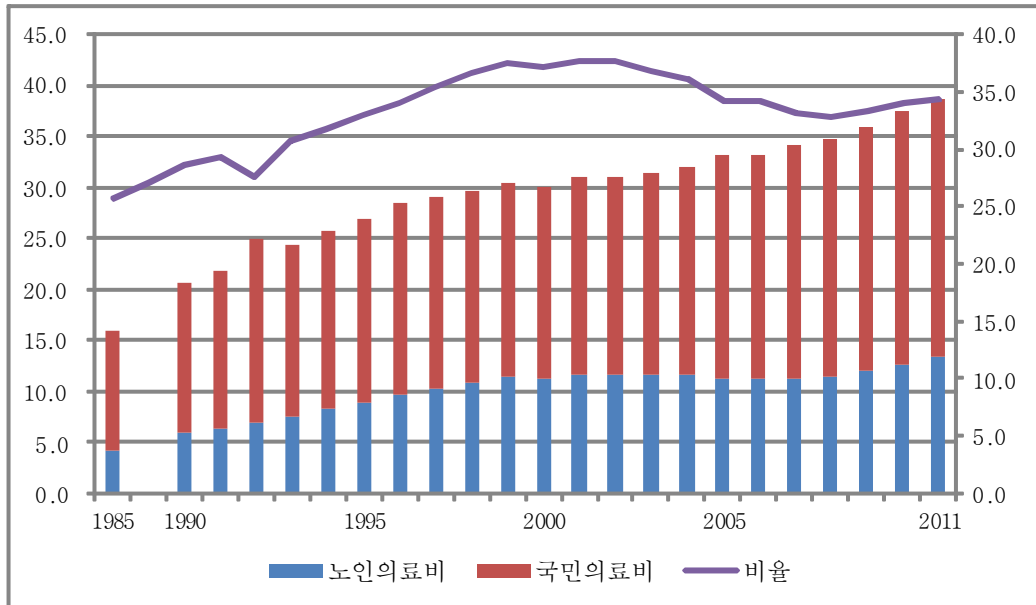
50) 일본에서는 2000년을 전후로 의사로부터 진료의 목적과 내용, 방법 등에 대한 자세한 설명을 듣고 이를 충분히 이해한 후에 치료를 받기 원하는 사람들이 늘고 있다. 이를 일본에서는 인포드 컨센트(インフォームドコンセント, informed consent)라 하는데, 비용을 더 지불하더라도 보다 질 높은 의료 서비스를 받기 원하는 국민들의 욕구를 반영한다고 볼 수 있다.

라 젊은 세대가 지출하는 의료비용 역시 지속적으로 증가하는 것으로부터 확인할 수 있다(<표 3-1> 참고).

여러 요인들이 복합적으로 의료비용의 상승을 야기했지만, 특히 인구의 고령화가 의료비용 증가를 견인한 것임에는 의심의 여지가 없다. 이는 전체 국민의료비에서 고령자 인구가 지출하는 비율이 꾸준히 상승하고 있는 것으로부터 확인할 수 있다(<그림 3-3> 참고). 1985년 전체의 25.6 % 수준이던 고령자의 의료비용은 1993년에는 30.7 %를 돌파하여 2002년에는 37.7 %까지 치솟았다. 2003년부터는 고령자의 의료비 비중 증가추세가 다소 주춤한 듯 보이지만 이는 일본 정부가 ‘노인’의 기준을 70세에서 75세로 상향 조정하였기 때문에 생긴 착시 현상일 뿐 증가추세가 꺾인 것은 아니다. 예를 들어 2010년에 75세 이상의 고령자가 지출한 의료비용은 전체의 33.3 %인데, 과거와 동일한 70세 기준을 적용하면 45.1 %에 이른다.

<그림 3-3> 의료비 지출 동향⁵¹⁾

(단위: 조 엔, %)



- * 노인의료비 집계 기준: 2002년9월 이전- 70세 이상,
2003년 10월부터- 1세 씩 상향조정되어 2007년 10월 이후- 75세 이상
- * 출처: 厚生労働省. 「厚生労働白書」. 2000년, 2013년.

인구의 고령화로 인해 야기된 재정문제는 경제 호황이 끝나고 성장이 둔화 된 1990년대 초부터 본격적으로 나타나기 시작했다. 앞서 살펴보았듯이 지출은 꾸준히 늘어 가는데 반하여, 고용 저하와 소득 감소 등으로 보험료 수입을 늘리는 것은 어려웠기 때문이었다.⁵²⁾ 1993년도에 정부관장 건강보험(현재의 협회 건강보험)은 935억 엔의 적자를 기록하였는데, 이는 제 1차 오일쇼크가 있던 1975년 이래 23년 만의 일이었다. 이후 적자는 큰 폭으로 증가하여 1996년도에는 적자가 4,193억 엔에 이르렀다.

51) 2000년도에 의료비가 다소 감소한 것은 개호보험이 실시되면서 일부 비용이 집계에서 제외되었기 때문이다.

52) 버블 붕괴가 일어난 1992년부터 일본의 국민소득은 1%대 성장률을 기록하는 반면, 진료비는 매년 6% 전후로 증가했다(厚生労働省, 1997).

1997년도 6월에 약제사용의 관리감독을 강화, 치료비용의 자기부담금 인상 및 약제비용에 자기부담금 도입 등을 주요 내용으로 하여 건강보험법을 일부 개정했지만 적자의 폭을 줄이는데 그쳤다.⁵³⁾ 조합관장 건강보험도 상황은 크게 다르지 않았지만, 정부관장 건강보험과 다른 점이 있다면 조합에 따라 재정 상황이 상이했다는 점이다. 예를 들어 1998년도에 조합관장 건강보험은 전체적으로 365억 엔의 흑자를 기록했지만, 전체의 절반이 넘는 조합이 적자를 기록했고 그 적자액은 1,436억 엔에 이르렀다. 조합관장 건강보험은 표준 보수월액을 기준으로 보험료를 거둬들이는데, 경기 불황으로 표준 보수월액도 늘어나지 않고, 보험요율을 인상할 수도 없어 적자를 기록하는 조합들도 정부관장 건강보험과 마찬가지로 보험료 수입을 늘리는 것이 사실상 불가능했다.

국민건강보험 역시 건강보험과 마찬가지로 1990년대에 적자를 기록하기 시작했다. 그런데 국민건강보험은 인구의 고령화나 경제 불황에 더하여 산업구조 변화로 인한 구조적인 문제점을 가지고 있었다. 1960년대 이후 경제가 발전하면서 산업구조가 농수산업과 같은 1차 산업에서 2·3차 산업 중심으로 변화하였는데, 이는 국민건강보험 가입자 수의 감소를 가져왔다. 1960년도 인구조사(国勢調査)에 따르면 1차 산업 종사자는 경제활동인구의 33.8%에 이르렀고, 1965년 국민건강보험 가입자 수 역시 전체 인구의 42.7%로 건강보험과 균형을 이루었었다. 그러나 2·3차 산업에 종사하는 인구가 늘어나면서 이런 균형은 깨졌고, 특히 국민건강보험 가입자 중 경제활동인구의 비중이 급격히 줄어들었다.⁵⁴⁾ 국민건강보험에 가입한 세대주 중에서 무직자의 비율이 1965년도의 6.6%에서 2000년도에는 49.5%로 급증했는데, 이는 자연히 국민건강보험의 보험료 수입 감소로 이어지는 것이었다.

53) 1997년 9월부터 시행되었다.

54) 2010년도 인구조사에 의하면 1차 산업(농업, 수산업, 임업, 광업) 종사자는 전체 경제인구의 4%에 그쳤다(総務省統計局, 2010. 「国勢調査」).

<표 3-2> 시정촌 운영 국민건강보험의 가입자 수와 70세 이상 고령자 비율

구 분	1965년	1985년	2000년	2005년	2012년 ⁵⁵⁾
가입자 수 (전체인구 대비)	4,193만 (42.7 %)	4,173만 (34.5 %)	4,294만 (33.8 %)	4,778만 (37.4 %)	3,817만 (31.3 %)
고령자 비율	5.0 %	12.4 %	25.3 %	29.7 %	16.4 %
세대주가 무직자인 비율	6.6 %	23.7 %	49.5 %	53.8 %	39.4 %

* 2012년도 자료의 세대주가 무직자인 비율은 2011년도 기준

* 출처: 1985년 이전 자료- 島崎健治. 2011. 「日本の医療制度と政策」 82쪽.
(원자료: 厚生省. 「国民健康保険実態調査報告」. 각 년도)
2000년 이후 자료- 厚生労働省. 「国民健康保険実態調査」. 각 년도

인구의 고령화와 경제 불황으로 인해 재정적으로 타격을 받은 것은 비단 의료보험 제도 뿐만은 아니었다. 1990년대에 연금을 비롯하여 대부분의 사회보장제도가 재정문제에 봉착했고, 사회의 변화에 걸맞은 사회 안전망 개혁의 필요성이 대두되었다. 이에 일본 정부는 1996년 ‘사회보장구조개혁의 방향(社会保障構造改革の方向)’이라는 보고서를 통해 21세기의 일본의 사회보장제도에 대해 큰 틀을 다시 짜겠다고 발표했다.⁵⁶⁾ 이에 맞춰 1997년 건강보험법 개정안을 검토하던 국회심의회(国会審議會)는 진료보수체계와 의약품 가격체계, 고령자를 위한 의료제도, 그리고 의료서비스 공급체계의 정비를 주요 4대 과제로 하는 의료제도 개혁안을 마련할 것을 후생성(厚生省, 현재 후생노동성)에 지시하였다.⁵⁷⁾ 이에 그 해 8월 후생성은 ‘21세기 의료보험제도

55) 2005년에 비하여 비율이 가입자 수, 고령자 비율, 그리고 세대주가 무직자인 비율이 급격히 감소하는 것은 75세 이상 고령자가 후기고령자의료제도로 편입되었기 때문이다.

56) 8개의 사회보장 제도 심의회(사회보장제도심의회, 의료심의회, 중앙사회복지심의회, 노인보건복지심의회, 중앙아동복지심의회, 의료보험심의회, 중앙사회보험의료협의회, 연금심의회)의 주장들이 모여 결의한 것이었다.

57) 2001년 1월 후생성(厚生省)과 노동성(労働省)이 통합하여 후생노동성이 되었다.

(21世紀の医療保険制度)’ 안을 내놓았고, 여당도 2000년도 시행을 목표로 하는 ‘21세기의 국민의료- 양질의 의료와 개보험제도 확보를 위한 지침(21世紀の国民医療-良質な医療と皆保険制度確保への指針)’ 안을 발표했다.⁵⁸⁾ 이후 후생성은 의료보험 복지심의회(医療保険福祉審議会)를 설치하고 여당과 본격적인 개혁안을 검토하기 시작하여 1999년 10월에는 여당이 ‘의료제도발본개혁의 기본 방침(医療制度抜本改革の基本方針)’ 을 발표하였다. 이듬해 1월 후생성은 이를 토대로 ‘의료제도 발본개혁 추진안에 대하여(医療制度抜本改革の進め方について)’ 라는 보고서를 발표하고 2월에 건강보험법 개정안을 국회에 제출하였는데 이것이 2000년대 일본 의료보험 개혁의 시작이었다.

2000년 2월에 통과된 건강보험법 개정안은 같은 해 7월부터 시행에 들어갔는데 크게 두 가지를 주요 골자로 하고 있었다.⁵⁹⁾ 그 하나는 고령자에게 의료비용의 10%를 자기부담금으로 내도록 한 것이다. 개정 전에도 일부 자기부담금을 부담하도록 하고는 있었으나 외래진료에 대하여 530엔, 입원진료에 대하여 1일 1,200엔을 적용하는 등 적은 액수였다.⁶⁰⁾ 개정안은 고령자의 경제적 부담을 고려하여 진료소 및 소규모 병원의 외래진료는 월 3,000엔, 그 외 병원의 외래진료는 월 5,000엔, 그리고 입원진료는 월 37,200엔의 상한선을 두기는 했으나 개정 전과 비교하면 자기부담금이 대폭 커진 셈이었다.⁶¹⁾

두 번째는 고액요양비 제도의 조정이다. 고액요양비 제도는 자기부담금의 합계가 월 일정액을 넘을 경우 그 초과분을 돌려주는 일종의 환급 제도이다. 사회보장혜택을 확대하던 복지원년(1973년)에 도입된 것으로 개정 전에는 소득 수준, 의료비용의 지

58) 당시 여당은 자유민주당과 사회민주당 그리고 신당 사키가게(新党さきがけ)당의 연합이었고, 이 세 개 정당은 앞서 1996년 12월에 여당의료보험제도 개혁협의회(与党医療保険制度改革協議会)를 설치하고 1997년 4월에 의료제도개혁의 기본방침(医療制度改革の基本方針)을 발표하기도 했다.

59) 그 외에 2000년도 개호보험의 도입으로 인하여 의료보험제도에서 제공하던 혜택의 일부가 개호보험으로 이전됨에 따라 보험요율 조정 내용이 포함되어 있다.

60) 주민세(市町村民税) 비과세 대상자 및 노령복지연금(高齢福祉年金) 수급자는 입원진료를 받을 경우 하루 500엔만 부담했다. 주민세 비과세 대상자란 저소득층을 의미하며, 2000년도 연금을 받는 고령자 부부의 경우 연간 수입이 267만 엔 미만, 4인 가족의 경우 연간 수입 250만 엔 미만일 경우 이에 해당하였다(厚生労働省, 2000.).

61) 단, 주민세 비과세 대상자는 24,600엔, 노령복지연금 수급자는 15,000엔을 상한선으로 두었다.

출 수준에 상관없이 전 국민이 월 63,600엔의 동일한 기준을 적용 받았다.⁶²⁾ 물론 저소득층의 경우에는 월 35,400엔으로 더 낮은 기준을 적용받았지만 이는 부조적인 성격이었던 것일 뿐, 소득 수준에 따라 차별적으로 적용 했던 것이라고 보기 어렵다. 그런데 2000년도 개정에서는 월 평균 소득이 56만 엔을 넘는 사람에게는 월 121,800엔으로 자기부담금 한도를 변경하였다. 그리고 월단위로 기준금액을 초과하는 비용을 전액 돌려주던 것을 수정하여 초과금액의 1%는 제외하도록 하여 지출한 의료비용에 따라 환급금이 달라지도록 기준이 변경되었다.⁶³⁾ 예를 들어 한 달 동안 의료비용을 100,000엔을 지출한 경우 개정 전에는 63,600엔을 초과한 36,400엔을 환급 받을 수 있었지만, 개정 후에는 고소득자의 경우에는 환급을 전혀 받지 못하고, 고소득자가 아니더라도 36,400엔에서 1%를 제외한 금액을 환급받게 되었다.

2000년도 개정안은 당초 “발본(拔本)” 개혁을 하겠다는 목표의 첫 단계였다고 볼 수 있다. 이는 일본 정부가 건강보험 개정법의 부칙에 “의료보험제도의 문제가 되는 문제를 뿌리 뽑는 개혁안을 계속 검토하고, 그 검토 결과에 따라 적절한 조치를 강구하기까지의 것”이라고 명시한 데서도 알 수 있다.⁶⁴⁾

후생노동성, 정부·여당 사회보장개혁협의회(政府·与党社会保障改革協議会), 사회보장심의회 의료보험부회(社会保障審議會医療保険部会)가 협의를 계속한 끝에 정부·여당사회보장개혁 협의회에서 2001년 11월 의료보험을 포함한 의료제도 전반에 대한 개혁 내용을 담은 ‘의료제도 개혁대강(医療制度改革大綱)’을 발표했다. 그리고 이를 바탕으로 한 건강보험법 등의 개정에 관한 법률안이 2002년 3월에 국회에 제출되었는데, 이것이 바로 2002년도 개혁이다.

이 개정안은 크게 네 가지 내용을 담고 있는데, 그 하나는 자기부담금의 조정이었다. 개정 전에는 국민건강보험과 건강보험의 본인부담금이 상이했다. 국민건강보험은 30%를 적용하는데 반하여 건강보험은 피보험자 본인에게는 20%, 피부양자에게는 외래진료의 경우 30%, 입원진료의 경우 20%를 적용해왔다. 이를 2002년부터 국민건강보험과 건강보험 가입자 모두에게 일률적으로 30%를 적용하게 한 것이었는데, 건강보험 가입자의 부담이 늘어난 셈이었다. 다만 저출산 기조를 고려하여, 국민건강보험

62) 단, 연간 4회 이상 고액요양비 제도를 통해 환급을 받는 환자의 경우에는, 월 37,200엔을 적용받는다.

63) 단, 저소득층은 이 규정을 적용받지 않는다.

64) 医療保険制度等について抜本的な改革を行うための検討を行いその結果に基づいて必要な措置を講ずるまでの間をいう(健康保険法).

과 건강보험 공히 3세 미만 유아의 진료에 대해서는 20 %의 자기부담금을 내도록 하였다. 그리고 고액요양비의 적용기준이 2000년에 이어 다시 조정되었다. 고소득자는 기존의 월 121,800엔에서 월 139,800엔으로 2년여 만에 또 다시 상향조정되었고, 그 외의 일반 소득자에 대한 기준도 월 63,600엔에서 72,300엔으로 변경되었다. 2000년 개혁에서 도입된 기준금액을 초과한 의료비용의 1 %를 부담하도록 한 규정은 변경 없이 유지되었다.

두 번째로 노인보건법에 근거한 의료 급부를 받는 대상자의 기준을 70세에서 매년 1세씩 단계적으로 상향조정하여 최종 75세로 변경하기로 하였다. 다만 기준이 상향조정되어 노인보건법에 적용을 받지 않게 되더라도 70세가 넘는 고령자는 현행과 동일하게 자기부담금을 10 %만 부담할 수 있도록 조치하였다.⁶⁵⁾ 그리고 고령자 의료비에 대해서 국고부담을 현행 30 %에서 50 %로 늘리기로 결정하였는데, 이는 이후 고령자 의료정책 개혁을 위한 초석이었다.

세 번째 주요 변경내용은 70세 이상 고령자 중에서 현역세대의 평균 근로소득 이상의 소득이 있는 경우에는 20 %의 자기부담금을 부담토록 한 것이다. 그 뿐만이 아니라 고액요양비 제도를 통한 환급도 젊은 세대와 동일하게 적용토록 하였다. 즉, 월 72,300엔 이상을 의료비로 지출했을 경우에 환급을 받을 수 있도록 했는데, 기존에는 월 37,200엔이었던 점을 고려하면 부담이 크게 늘어난 셈이다. 다만 현역세대에 대한 기준과 다른 점이 있다면 이 규정은 입원진료비용에 한정된 것이며 외래진료에 대해서는 월 40,200엔을 기준금액으로 정한 것이었다.⁶⁶⁾ 또한 현역세대 수준의 소득이 없는 고령자라고 하더라도 고액요양비 제도의 기준이 외래진료의 경우 월 3,200엔에서 12,000엔으로, 입원진료는 월 24,600엔에서 40,200엔으로 크게 상향되었다. 그리고 저소득 고령자도 기존에는 월 3,200엔 이상의 외래진료 비용을 지불할 경우 그 초과 금액을 환급해주었으나, 이 기준을 8,000엔으로 조정했다.⁶⁷⁾ 이는 소득의 적고 많음

65) 이 후에 다시 살펴보겠지만, 2008년도 후기고령자의료제도 도입과 함께 70세~74세(전기고령자, 前期高齢者)의 고령자는 20 %의 자기부담금을 지불하게 변경되었다.

66) 고액요양비 제도를 적용함에 있어 70세 미만의 경우는 외래진료와 입원진료의 구분이 없다.

67) 단, 저소득 고령자의 기준을 변경하여, 입원진료를 받을 경우 기존보다 많은 사람이 더 많은 환급금을 받을 수 있도록 하였다.

을 떠나 70세 이상 고령자들의 부담이 늘어난 것을 의미하는 것이었다.

끝으로 건강보험의 보험료를 산정하는 데 있어 보너스를 포함하는 총 보수제(總報酬制)로 기준을 변경하였다. 이와 동시에 정부관장 건강보험은 보험요율 역시 기존의 8.5%에서 8.2%로 변경하였는데, 기존은 보너스를 제외한 월급에 8.5%를 적용했기 때문에 실질적으로는 보험료가 상승하는 효과가 있었다. 예를 들어 연간 수입이 417만 엔인 근로자의(월급 30만 엔, 보너스 57만 엔) 경우 기존에는 근로자와 사용자가 각각 15.5만 엔씩을 부담하면 됐지만, 개정 후에는 17.1만 엔을 내야 한다.

2002년도에 제출된 개정 법안은 국민의 부담이 높아진다는 점 때문에 국회에서 난항을 겪었다. 하지만 의료보험제도의 근본적인 개혁이 필요하다는 것에는 공감대가 형성되어 있었고, 고이즈미(小泉純一郎) 당시 총리가 강력히 개혁 추진을 주장하여 개정안이 7월에 통과되었다. 그리고 정부·여당 사회보장개혁협의회는 개정안 부칙에 의료보험자의 통합 및 재편 검토, 새로운 후기고령자의료제도 창설, 진료보수체계의 개혁 등의 세 가지 과제를 검토해야한다고 덧붙여 향후 의료제도의 개혁에 대한 의지를 명시해두었다.

곧 바로 후생노동성은 장관(대신, 大臣)을 본부장으로 하는 의료제도개혁추진본부(医療制度改革推進本部)를 설치하고, 위의 사안에 대한 검토에 들어갔다. 그리고 2002년 12월에 ‘후생노동성시안(厚生労働省試案)’을 마련하여 발표하고 관계단체 및 여당과 의견을 조율하기 시작했다. 그리고 결의된 내용에 따라 2003년 3월 ‘의료보험제도와 진료보수체계에 대한 기본방침(健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針))’을 발표했다. 이를 토대로 논의가 지속되어 2006년 2월 건강보험법과 의료법 개정안이 국회에 제출되어 2006년 의료보험개혁이 이루어졌다.⁶⁸⁾

변경 전 적용 대상		변경 후 적용 대상		자기부담금 상한금액(입원)
주민세 비과세 대상자	고령자의 약 30%	주민세 비과세 대상자*	고령자의 약 15%	
노령복지연금 수급자	고령자의 0.7%	연간 수입 65만 엔 미만	고령자의 약 15%	15,000엔

* 연간 수입 65만 엔 미만인자 제외

* 출처: 厚生労働省.2002. 「医療制度改革について」

68) 2006년 6월에 건강보험법 등 일부개정에 관한 법률안과 질 높은 의료 제공체계 확립을 위한 의료법 등 일부개정에 관한 법률안이 통과되었다.

우선, 현역세대만큼 소득이 있는 70세 이상 고령자들은 10월부터 현역세대와 동일하게 의료비용의 30 %를 부담하도록 개정되었다. 그런데 여기서 주지할 것은 2004년 세제(稅制) 개편으로 이 기준에 해당되는 고령자가 늘어났다는 점이다. 2005년부터 적용된 이 새로운 세제 안에 공적연금 등 연금수입에 대한 공제 축소와 노년자 공제(老年者控除) 폐지가 포함되어 있어서 그러한 것인데, 고령자 부부의 경우 이전에는 연 수입 621만 엔 이상인 경우에 현역세대 수준의 소득이 있는 세대로 분류되었으나 변경 후에는 520만 엔으로 그 기준이 크게 낮아졌다.⁶⁹⁾ 기준이 낮아져 현역세대에 상응하는 소득이 있는 자로 분류된 고령자에게는 현행대로 20 %의 자기부담금을 적용키로 하였지만 이는 2년간만 적용되는 경과조치로 결국에는 더 많은 고령자들에게 자비 부담이 늘어난 것이었다.

또한 70세 이상 고령자가 요양을 위해 장기간 입원할 경우, 개인이 좀 더 비용을 부담하도록 변경하였다. 요양을 위하여 장기간 입원하는 병상을 요양병상(療養病床)이라 하는데, 1992년도에 치료를 위하여 입원하는 일반병상(一般病床)과 구분하기 위하여 도입한 것이었다.⁷⁰⁾ 2006년도 개혁 이전에는 환자가 식자재비용 2.4만 엔을 부담하던 것을 식자재와 조리비용을 포함한 식비(월 4.2만 엔)와 수도 및 광열비를 포함한 주거비 1만 엔을 추가로 부담하도록 변경하였다. 이것은 환자의 부담이 늘어난 것이기도 하지만, 보험급부가 축소된 것이라는 점에서 주목할 만한 개혁 내용이다.

그리고 2000년, 2002년에 이어서 또 다시 자기부담금 한도가 상향조정되었다. 저소득층에 대한 기준은 동결되었지만, 일반인은 80,100엔으로 2002년보다 10 % 정도 상향조정되었다. 고소득자는 월 150,000엔으로 조정되었는데, 2000년도에는 소득에 따른 구분이 없어서 월 63,600엔을 적용받았던 점을 생각하면 6년 사이에 두 배 이상 오른 셈이었다. 게다가 건강보험에서는 고소득자의 기준을 기존 표준보수월액이 56만 엔 이상에서 53만 엔으로, 국민건강보험에서는 연 수입 670만 엔 이상에서 600만 엔으로 조정하여 고소득자 규정을 적용받는 계층을 확대했다. 한편, 70세 이상 고령자는 외래진료에 대한 자기부담금 한도는 조정이 없었지만 입원진료비용에 대하여 약 10 % 오른 월 44,400엔을 적용받게 되었다. 그리고 후기고령자의료제도가 시작하는

69) 노년자공제(老年者控除)는 연 수입 1,000만 엔 미만인 65세 이상 고령자들에게 소득에서 50만 엔을 일률적으로 공제해준 것이었다.

70) 2002년 당시에는 의료법상 결핵병상(結核病床), 정신병상(精神病床), 감염병병상(感染症病床), 그리고 일반병상과 요양병상으로 5가지 종류의 병상이 있었다. 당시에는 요양병상에 입원하는 환자는 의료보험과 개호보험 중에 선택하여 보험급부를 신청할 수 있었다.

2008년부터는 70세 이상 75세 미만인 전기고령자에게는 월 62,100엔을 적용키로 하였다.

2002년도 개혁 당시 국민건강보험의 보험자를 지원하는 방안을 마련하는 것 등 과제로 남겨두었던 보험자 재편 및 통합이 2006년도 개혁에 포함되었다. 앞서 언급했듯이 산업구조 변화로 젊은 경제인구가 국민건강보험에서 이탈하면서, 일부 시정촌 보험자는 보험을 운영하기에 어려움을 겪을 정도로 규모가 줄어들었다. 이를 해결하기 위해 2009년까지 한시적으로 네 가지 정책을 시행하기로 하였는데 그 중 하나가 ‘고액의료비 공동사업(高額医療費共同事業)’이다. 이 사업은 시정촌이 고액치료로 인하여 받는 재정적 타격을 완화시키기 위한 것으로, 시정촌(1/2), 도도부현(都道府県)(1/4) 그리고 정부(1/4)가 80만 엔 이상의 고액치료에 대한 급부를 공동으로 부담키로 한 것이었다.⁷¹⁾ 또한, 앞서 언급했듯이 시정촌이 운영하는 국민건강보험은 고령자와 무직자 세대주 비율이 늘어나는 문제를 안고 있었는데 이는 피보험자 중에 저소득층이 많다는 것을 의미하는 것이었다. 저소득층의 의료비용이 시정촌 보험자의 재정에 부담이 되자, 정부에서 저소득층의 의료에 소요되는 비용의 절반을 그리고 1/4을 도도부현에서 지원하기로 하였다. 시정촌이 운영하는 국민건강보험의 또 다른 문제점은 산업 기반, 지리적 위치 등에 따라 각기 처한 상황이 다르고, 따라서 비슷한 소득 수준이더라도 거주 지역에 따라 국민들이 부담해야 하는 보험료 편차가 컸다는 점이다. 이런 문제를 해결하기 위해 시정촌에 1,000억 엔 정도의 예산을 지원하는 ‘국민건강보험 재정안정화 지원사업(国保財政安定化支援事業)’을 시행키로 하였다. 끝으로 도도부현 단위로 공동 기금을 마련하여 30만 엔 이상의 의료비에 대해서는 이 기금에서 급부를 지급토록 하는 ‘보험재정 공동안정화 사업(保険財政共同安定化事業)’안을 마련하였다. 고액의료비 공동사업과 비슷한 구상이지만 국고 지원이 없다는 점이 다르고, 도도부현 단위로 사업을 실시한다는 점에서 보험자를 시정촌이 아닌 광역단위로 확대하는 구상안의 시험인 셈이었다.

끝으로 2006년도 개혁에서는 후기고령자의료제도의 도입이 확정되었다. 상기의 네 가지 정책을 2009년까지 한시적으로 운영키로 한 것은 2008년 후기고령자의료제도가 시정촌의 재정현황에 미치는 효과를 보고 정책을 재검토하기로 했기 때문이다. 후기

71) 도도부현(都道府県)이란 각기 일본의 행정구역 명칭이며 2013년 현재 일본에는 1개의 도(都, 동경도), 1개의 도(道, 북해도), 2개의 부(府, 오사카부와 교토부) 그리고 43개의 현(県)이 있다.

고령자의료제도는 다음 장에서 살펴보기로 한다.

3.2 후기고령자의료제도의 도입

노인보건제도에 대한 재검토가 제안된 것은 의료보험제도의 재정문제가 불어지던 1997년 즈음의 일이었다. 개호보험의 도입이 사실상 확정된 이후 노인보건복지심의회(老人保健福祉審議會)에서 ‘앞으로의 노인보건제도 개혁과 평성 9년(1997년) 개정에 대하여(今後の老人保健制度改革と平成9年改正について)’라는 보고서를 내고 노인보건제도의 개혁의 필요성을 지적하였다.⁷²⁾ 이 보고서는 고령자의 의료보험에 대한 네 가지 대안 모델을 제시 하였는데, 이 네 가지 모델이 이후 후기고령자의료제도를 둘러싼 논의의 기반이 되었다(泉眞樹子, 2010a : 61). 첫 번째 모델은 고령자 전체를 따로 구분하여 새로운 보험 제도를 만드는 것이었고 두 번째는 고령자가 은퇴 후에도 현역시절 속해있던 보험제도에 계속 남게 하되 보험제도 간에 재정 조정 장치를 두는 것이었다. 세 번째는 전 국민을 하나로 묶는 의료보험제도를 만들고 고령자 역시 이에 포함시키는 것이었고, 마지막 모델은 현행 노인보건제도를 유지하되 지금까지 나타난 제도의 문제점을 개선하자는 것이었다(老人保健福祉審議會, 1996). 1997년 후생성과 여당에서도 각기 ‘21세기 의료보험제도’ 보고서와 ‘21세기의 국민의료’ 보고서를 통해 고령자 의료제도의 개혁의 필요성을 인정했다. 다만 후생성은 직역보험과 지역보험으로 양분화 되어 있는 의료보험제도를 일원화하여 지역의료보험체계로 만드는 안과, 피용자보험과 국민건강보험의 두 제도 위에 고령자를 위한 별도의 제도를 만드는 안의 두 가지를 내놓은 반면, 여당은 고령자를 위한 독립적인 제도를 만들 것을 주장했다. 이듬해인 1998년 일본 정부는 국민복지위원회(国民福祉委員会)의 부대결의(附帶決議)를 통해 고령자의료제도에 대한 근본적이고도 구체적인 재검토를 2000년까지 마치겠다고 발표했다.

이에 따라 의료보험복지심의회 제도기획부회(医療保険福祉審議會制度企画部会)와 (1998년 11월, 1999년 11월) 후생성(1999년 11월)이 고령자의료제도에 대한 제안 보

72) 이 보고서는 1996년 12월에 발표되었다.

고서를 번갈아 내놓았지만, 의견을 하나로 모으지는 못했다. 처음 약속했던 2000년이 되자 후생성은 기한을 연장하여 2002년까지 고령자의료제도의 구체적인 개혁안을 마련하겠다고 발표했다.⁷³⁾ 참의원(參議院)에서도 역시 2000년도 의료개혁안을 통과시키면서 새로운 고령자 의료제도를 조속히 마련하여 반드시 2002년에는 실시할 수 있도록 할 것을 부대결의로 채택하였다(厚生省, 2000).⁷⁴⁾ 그러나 2002년까지도 끝내 합의는 이루어지지 못했다. 그러던 중 후생노동성이 2002년 12월 보고서 ‘의료보험제도 체계에 대한 방향 검토(医療保険制度の体系の在り方)’를 발표하면서 그 간에 논의되던 여러 대안 중에 두 가지 안만을 채택하여 논의를 좁혔다. 하나는 현행의 국민건강보험과 건강보험의 이원화된 보험체계를 유지하고 고령자가 각각의 보험제도에서 급부를 받되, 보험자간에 연령구조가 달라서 생기는 재정 부담의 차이를 조정하는 장치를 두는 것이었다. 이를 ‘리스크구조 조정방식(リスク構造調整方式)’이라 불렀다. 그리고 다른 하나는 75세 이상의 고령자를 대상으로 한 독립적인 제도를 만드는 안이었다. 시정촌이 운영을 맡고 고령자가 일부 보험료를 내고 국민건강보험과 건강보험이 각각의 가입자 수에 비례하여 지원금을 내어 이 기금으로 독립적인 제도를 운영한다는 것이었다(厚生省, 2002a).

이 두 가지 안을 가지고 논의가 계속되던 2003년, 의료서비스를 받는데 있어 75세 이상의 고령자와 65세 이상 75세 미만 고령자들이 서로 다른 특성을 보인다는 점에 근거하여 75세 이상의 후기고령자를 위한 별도의 의료제도를 만드는 것에 의견이 모아졌다. 그리고 재정은 고령자가 납부하는 보험료와 국민건강보험 및 건강보험으로부터의 지원금, 그리고 국고로 충당하기로 내각 회의에서 결정되었다(厚生労働省, 2003). 이후 2005년 후생노동성은 ‘의료제도 구조개혁시안(医療制度構造改革試案)’ 발표를 통해 후기고령자의료제도의 도입을 기정사실화 하고 구체적인 방안을 여당과의 협의를 거쳐 마련하여 2006년에 노인보건법 개정안을 국회에 제출하였다. 이에 기존의 노인보건법을 ‘고령자의 의료 확보에 관한 법률(高齢者の医療の確保に関する法律)’로 명칭을 바꾸고 2008년 4월부터 후기고령자의료제도가 도입되었다.⁷⁵⁾

73) “省内に検討チームを設け、老人医療費を公平に負担する仕組みや高齢者にふさわしい医療が効率的に提供される仕組みに係る改革のための具体的措置について、平成14年度を目途に精力的に検討を進める。”(厚生省, 2000).

74) 그 외에 정부·여당사회보장개혁협의회에서도 2001년 발표한 ‘사회보장개혁대강(社会保障改革大綱)’에서 2002년에는 고령자의료제도를 포함한 의료제도개혁을 목표로 할 것이라고 밝히고 있다.

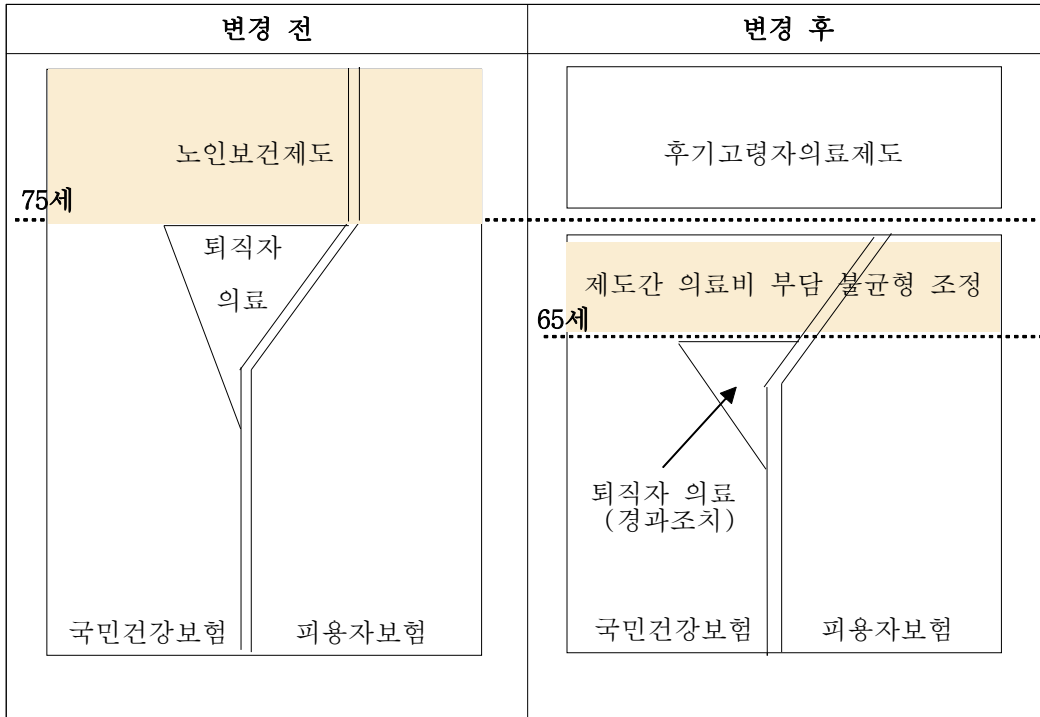
후기고령자의료제도는 75세 이상 고령자와 일정한 수준 이상의 장애가 있다고 판정 받은 65세 이상 75세 미만 고령자를 대상으로 하고 있다는 점에서는 기존의 노인보건제도와 표면적으로는 다른 점이 없다.⁷⁵⁾ 그러나 후기고령자의료제도는 독립적인 제도로써 기존에는 국민건강보험과 건강보험 등의 피보험자 지위를 유지하면서 노인보건제도를 적용받았던 것과는 다르게 75세가 되면 일률적으로 기존제도에서 ‘탈퇴’하여 후기고령자의료제도에 편입하게 된다(<그림 3-4> 참고).

후기고령자의료제도는 기존의 노인보건제도와 몇 가지 측면에서 다르다. 우선, 후기고령자의료제도의 운영은 각 시도부현에 새로 설치한 47개의 후기고령자의료광역연합(後期高齢者医療広域連合, 이후 광역연합이라 한다)에서 맡게 되었다. 해당 지역 내의 시정촌은 의무적으로 이 광역연합에 가입하며 광역연합장에 대한 선거권을 가지게 되었다. 광역연합을 설치한 것은 보험제도나 거주 지역에 따라서 보험료 부담 차이가 상당히 컸던 문제를 해결하기 위해서였는데 새로운 제도에서는 광역연합이 자체적으로 보험료 및 급부를 결정하게 되어, 같은 시도부현에 거주하는 고령자는 비슷한 수준의 보험료를 부담하게 되었다. 광역연합은 보험료 및 의료급부를 결정하는 것 외에 피보험자 자격관리 및 피보험자증 교부 업무를 맡고 시정촌은 보험료 징수 및 각종 신고 접수 등 창구업무를 맡게 되어 책임업무가 명확히 나뉘어졌다.

75) 법률의 취지가 이어진다는 점에서 새로운 법률을 제정하지 않고, 기존의 노인보건법을 일부개정(一部改正)하였다. 그러나 실제적으로는 전부개정(全部改正)에 해당한다고 볼 수 있다(土佐和男, 2008. 「高齢者の医療の確保に関する法律の解説」 38쪽; 泉眞樹子, 2010a.: 62쪽 재인용).

76) 후기고령자의료광역연합에서 장애 판정을 하며, 생활보험법에 근거하여 공적 부조를 받고 있는 세대의 고령자는 의료 부조를 받을 수 있기 때문에 후기고령자의료제도를 적용받지 않는다.

<그림 3-4> 후기고령자의료제도의 개념도



출처: 厚生労働省, 2006. 「健康保険法等の一部を改正する法律について」을 참고하여 필자 작성

후기고령자의료제도의 보험료는 소득에 상관없이 균일하게 적용되는 ‘균등 보험료(均等割)’와 소득에 비례하여 적용되는 ‘소득비례 보험료(所得割)’로 구성된다.⁷⁷⁾ 균등 보험료와 소득비례 보험료를 50:50의 비율로 하는 것을 원칙으로 하지만 광역연합에서 실정에 따라 이 비율을 조정할 수 있다. 지역의 소득수준이 낮은 광역연합은 균등 보험료 비율을 높일 수 있고, 반대로 소득수준이 높은 광역연합은 소득비례 보험료 비율을 높일 수 있다. 2006년도 후생노동성이 발표한 ‘건강보험법 등의 일부 개정에 관한 법률에 대하여(健康保険法等の一部を改正する法律について)’ 보고서에

77) 전자를 의료급부를 받기 때문에 부담한다는 점에서 응익분(応益分), 후자를 소득에 따라 비례한다는 점에서 응능분(応能分)이라고 부르기도 하며, 이런 보험료 산정 방식은 국민건강보험과 동일한 것이다.

따르면 보통의 연금 소득자가 부담해야하는 평균 보험료는 균등분과 소득 비례분이 각각 3,100엔으로 합계 월 6,200엔 수준이었다(厚生労働省, 2006).⁷⁸⁾ 그리고 연금 수급액이 월 1만 5천 엔이 넘을 경우에는 보험료가 연금에서 원천징수 되고(특별징수), 연금 수급액이 이보다 적을 경우에는 창구에서 납부하거나 계좌이체 등을 통해 납부하면 된다(보통징수).⁷⁹⁾ 다만 본인이 원할 경우, 본인, 세대주, 혹은 배우자의 계좌에서 보험료를 이체하도록 변경할 수 있다.⁸⁰⁾

그런데 후기고령자의료제도는 세대단위가 아닌 ‘개인단위’로 적용된다는 특징으로 인해 기존에는 보험료를 부담하지 않던 일부 고령자들이 보험료를 부담해야 하는 경우가 발생했다. 대표적인 경우가 기존에 건강보험의 피보험자인 배우자나 자녀가 있어서 그 피부양자로서 보험혜택을 받던 고령자이다.⁸¹⁾ 또한 자녀의 피부양자가 아니라 고령자 본인이 세대주로서 국민건강보험의 보험료를 내고 있던 경우라고 하더라도 세대주가 후기고령자의료제도로 편입되면 75세 미만인 배우자는 별도로 국민건강보험의 보험료를 납부해야하는 경우도 발생했다.⁸²⁾ 세대에 급격하게 부담이 증가하는 것을 막기 위해 일본 정부는 일부 보험료 경과조치를 마련하였다. 이에 따라 피용자보험의 피부양자로서 보험료를 내지 않던 경우에는, 제도가 시작하는 2008년 4월부터 2년 동안 균등 보험료의 절반을 경감하여 주고 이에 해당하는 재원은 지방자치단체에서 부담하기로 하였다. 그러나 보험료 납부에 대한 저항이 거세지자, 2008년 10월부터 2010년 3월까지 균등 보험료의 90 %를 경감해주시기로 하고, 추가로 경감하는데 소요되는 재원은 국고에서 지원하기로 하였다.⁸³⁾ 저소득 고령자를 위한 경과조치도 마련하였는데, 연금수입에 따라 균등 보험료를 경감해주는 것이었다. 제도 도입 당시에는

78) 연금이 연 208만 엔인 경우이다.

79) 단, 개호보험료와 후기고령자의료제도의 보험료 합계가 연금의 1/2을 넘는 경우에는 계좌이체 등의 방법으로 납부한다.

80) 배우자 혹은 자녀인 세대주 계좌에서 보험료가 이체될 경우 사회보험료공제(社会保険料控除)를 받을 수 있다.

81) 후기고령자의료제도 도입 당시 건강보험에 가입한 배우자의 피부양자는 약 5만 명, 자녀의 피부양자는 약 185만 명 정도로 추정되었다(島崎健治, 2011: 292)

82) 세대주로서 국민건강보험에 보험료를 내고 있던 고령자와 그 배우자가 75세 이상이 되면 각자 보험료를 납부하게 되지만 이를 추가적으로 보험료를 부담하게 된 경우라고 할 수는 없다. 세대주가 납부의 의무를 지니고 있었을 뿐, 엄밀히 배우자의 보험료도 납부하고 있었던 것이기 때문이다.

83) 이후에 기간이 연장되어 실제로는 2011년 3월까지 균등분의 90 %를 경감해주는 경과조치가 이어졌다.

연간 연금이 168만 엔 미만인 경우 균등 보험료의 20 %, 192.5만 엔 미만은 50 %, 238만 엔 미만은 70 %를 경감해주기로 하였지만 고령자들의 보험료 납부에 대한 반대가 심하여 이후에는 연금 수급액이 80만 엔 미만인 경우 90 %를, 168만 엔 미만인 경우 85 %로 경감 폭을 확대했다.

후기고령자의료제도는 고령자로부터 징수한 보험료(10 %), 건강보험 등의 피용자보험과 국민건강보험으로부터의 지원금(약 40 %), 그리고 공비(公費, 약 50 %)로 재정이 운영된다. 건강보험과 국민건강보험은 피보험자 수에 비례하여 지원금을 내며 공비는 국가와 도도부현 그리고 시정촌이 4:1:1의 비율로 부담한다.⁸⁴⁾ 이러한 재정운영 방식은 고령자가 늘어나면 전체 파이가 커지기 때문에 현역세대의 부담은 시간이 흐를수록 점차 늘어날 수밖에 없다는 문제점이 있다. 그뿐만이 아니라 고령자는 늘어나는 추세인데 반하여 현역세대는 감소하기 때문에 현역세대의 부담이 더욱 급격히 늘어난다는 문제점도 있었다. 이를 고려하여 후기고령자의료제도는 2년 마다 재정 부담률을 조정하기로 하고, 조정할 때마다 젊은 세대 감소율을 고령자 보험요율에 반영하기로 하였다. 이에 따르면 2015년에 고령자가 부담할 보험료는 전체 재정의 10.8 %에 이르러 고령자 한 명이 부담해야 할 평균보험료가 8.5만 엔이 될 것으로 예상된다. 2008년도 평균보험료가 6.1만 엔 수준인 것을 감안하면 부담이 가파르게 증가하는 셈이다(厚生労働省, 2006).⁸⁵⁾

후기고령자의료제도의 급부는 기존의 노인보건의료제도에서 제공하던 급부를 모두 포함하고 있다.⁸⁶⁾ 이에 더하여 고액개호합산요양비제도(高額介護合算療養費制度)가 신설됐다. 기존에는 개호보험과 의료보험에 대해서 자기부담금 상한선을 각기 적용했지만, 후기고령자의료제도를 도입하면서 개호보험과 의료보험의 자기부담금을 합산하여 연간 56만 엔(저소득자의 경우 31만 엔)이 넘을 경우 환급해주기로 한 것이다.⁸⁷⁾

84) 기존에는 각 제도에 속한 노인인구의 비율에 따라 노인보건각출금이 산정되었다.

85) 후기고령자의 부담 = 10 % + 2008년 현역세대 부담률(약 40 %) x 2008년부터 개정까지 현역세대 감소율의 1/2

$$\text{현역세대 감소율} = \frac{2008\text{년도 현역세대 인구} - \text{개정년도의 현역세대 인구}}{2008\text{년도 현역세대 인구}}$$

(厚生労働省, 2006)

86) 구체적으로는 요양비, 의료비, 입원시 식사 요양비, 입원시 생활 요양비, 보험외 병용 요양비, 방문 간병 요양비, 요양비, 이송비, 특별요양비, 고액요양비, 고액의료비이다.

87) 이는 비단 고령자만 해당하는 것이 아니라 70세 미만의 현역세대에도 적용되며, 이 때 기준금액은 연간 67만 엔(저소득자는 34만 엔)이다.

제도상으로는 급부가 늘어난 셈이었지만 모두에게 그러한 것은 아니었다.⁸⁸⁾ 대표적인 예는 근로자로 고용되어 일하고 있는 고령자의 경우이다. 이들은 후기고령자의료제도에 강제로 편입되면서 피용자보험법을 적용 받을 경우 누릴 수 있는 권리를 잃게 되었다. 건강보험료의 절반을 사용자에게 부담토록 하는 것이나 상병수당금을 받는 것 등이 이에 해당된다.⁸⁹⁾ 비단 이런 경우가 아니더라도 고령자가 의료기관을 이용하는데 제약이 생겼다. 후기고령자는 원칙적으로 진료소에서 담당의를 선택해야 하고, 진찰이 필요한 경우에는 주치의와 먼저 상담을 해야 하게 된 것이다. 이런 담당의제도 도입의 취지는 고령자들이 여러 가지 만성질환을 가지고 있는 경우가 많아 체계적인 관리를 받을 수 있도록 하기 위한 것이었다. 하지만 문제는 후기고령자를 대상으로 한 진료수가 제도를 별도로 도입하여, 후기고령자 진료비에 대하여 포괄요금으로 1개월에 6천 엔을 책정한 것으로 의료기관이 추가적인 검사를 회피하거나, 건강상태가 좋은 고령자만 환자로 받을 가능성이 생겼다. 고령자와 의료기관 모두 담당의제도에 참여할지 여부를 선택할 수 있고, 담당의를 선택했다더라도 다른 의료기관에서 진료를 받을 수는 있지만, 후기고령자 진료에 대해 별도의 진료수가 체계를 운영하는 것은 고령자 의료 선택권에 영향을 끼칠 수밖에 없다(이흥무, 2008: 36-41).

3.3 2000년대 개혁의 의미

2000년대 일본의 의료보험제도 개혁은 인구 고령화로 의료비용이 꾸준히 증가하는 문제에 대한 대처였다고 요약할 수 있을 것이다. 고령화나 의료기술의 발달 등으로 의료비용이 증가하는 것은 일본뿐만 아니라 다른 나라에서도 나타나고 있는 현상이다. 이런 늘어나는 의료비용에 대한 대책은, 국고지원 강화, 의료보험료 인상, 혹은 환자의 부담을 증가시키는 방법 등이 있으며 나라마다 각기 다른 선택을 한다(조영훈, 2005). 그런 점에서 의료보험 개혁은 재정문제에 대한 해결책이라는 표면적인 의미 이상의 것으로서, 향후 일본 의료보험제도가 나가려는 방향을 보여주는 것이라고

88) 2008년 기준 약 30만 명으로 추정된다(島崎健治, 2011: 292)

89) 상병수당금은 광역연합의 자체적 결정에 따라 임의 급부로 제공 될 수는 있다.

할 수 있다.

2000년대 의료보험개혁의 가장 큰 특징은 의료 서비스는 국가가 보장하는 모두가 누릴 수 있는 권리라는 의미가 한 단계 퇴색되었다는 점이다. 이는 의료보험을 포함한 각종 사회보장제도 개혁에 대하여 사회보장심의회가 제시한 밑그림에서부터 나타났다. 1995년의 ‘사회보장체제의 재구축(권고)(社会保障体制の再構築(勧告)’에서는 21세기 사회보장체제의 모습에 대하여 “모두(みんな)를 위해서, 모두(みんな)가 같이 만들어, 모두(みんな)가 같이 이를 받쳐서 이어가야 하는 것 “이라고 정의했다(社会保障制度審議會, 1995).⁹⁰⁾ 이는 과거 ‘사회보장제도에 관한 권고’에서 “생활보장의 책임이 국가에 있다 “고 명시하고, 이를 위해 정부나 공공단체가 민주적이고 효율적인 방법으로 종합적인 계획을 세워 시행해나가야 한다고 ‘국가의 책임’ 을 명확히 밝혔던 것과 대조된다(社会保障制度審議會, 1950).⁹¹⁾

이는 의료보험 개혁 안에서 다시금 확인된다. 앞서 살펴보았듯이 2000년도 일련의 개혁을 통해서 일본은 자기부담금 비율을 인상하고, 자기부담금의 한도를 상향조정하는 등 환자의 부담을 늘리는 방법으로 재정문제에 대응했다. 직업, 소득 등의 조건에 관계없이 국민 모두가 의료서비스를 받을 수 있어야 한다는 사회보장의 기본이념에 비추어 보면 국고지원을 늘리는 것이 가장 바람직하고, 차선책으로는 사회구성원들이 비용을 분담한다는 측면에서 의료보험료를 인상하는 방안을 꼽을 수 있다(조영훈, 2005: 37-38). 일본 스스로도 사회보장제도란 질병, 노화 등의 어려운 문제에 대하여 “보험방식이나 직접적인 공적 부담을 통해” 모든 국민이 문화적 사회 구성원으로서의 생활을 영위할 수 있도록 하기 위한 것으로 정의했던 바가 있다.⁹²⁾ 그러나 2000년대 개혁에서는 일관되게 자기부담금을 늘리는 방식을 택함으로써 이런 의미가 퇴색되었다.

이는 후기고령자의료제도에서도 다시 확인된다. 과거 무료로 받던 의료서비스에 대

90) 社会保障制度は、みんなのためにみんなづくり、みんなで支えていくものとして、21世紀の社会連帯のあかしとしなければならない(社会保障制度審議會, 1995).

91) このような生活保障の責任は国家にある。国家はこれに対する総合的企画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない(社会保障制度審議會, 1950).

92) いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齡、失業、多子その他困窮の原因に 対し、保険的方法又は直接公の負担において經濟保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいうのである(社会保障制度審議會, 1950).

하여, 고령자들은 2000년도 개혁에서 능력(소득)에 상응하는 자기부담금을 내게 된 데 이어 2008년도 후기고령자의료제도 도입으로 이익(급부)에 상응하는 보험료를 부담하게 되었다. 능력이 아닌 이익에 상응하는 보험료를 부담하게 하는 것은, 동일한 상품에 대해서는 동일한 가격을 낸다는 점에서 의료서비스를 사회복지 서비스가 아닌 일반상품화 시키는 것에 다름이 없다(池田和彦, 2010: 137). 또한 후기고령자의료제도에서 자격증명서 제도를 도입한 것을 들 수 있다. 국민건강보험에서는 보험료를 1년 이상 체납할 경우, 피보험자증을 반납하도록 하고 대신에 자격증명서를 교부한다. 자격증명서로 의료기관에서 진료를 받을 경우에는 창구에서 의료비 전부를 환자가 부담해야 한다. 이후에 신청하여 자기부담금을 제외한 차액을 돌려받을 수는 있지만, 자격증명서는 보험료를 체납했다고 낙인을 찍는 것으로, 국민건강보험을 유지하기 위한 장치이다. 그간에는 70세 이상 고령자에게는 이 규정을 적용하지 않다가, 후기고령자의료제도를 통해 고령자에게도 이 규정을 적용케 된 것이다. 후기고령자의료제도의 보험료가 원칙적으로 연금에서 원천징수 된다는 점을 감안하면, 실질적으로 이 규정에 적용받게 될 사람은 연금이 월 1만 5천 엔 미만이어서 보험료 원천징수 규정을 받지 않는 저소득 고령자이며 그들에게 의료보험이 적용되지 않은 치료비는 적은 돈일 리가 없다. 이렇게 자격증명서 제도는 저소득 고령자를 의료제도에서 배제시킬 수 있다는 점에서 사회보장의 의미가 퇴색된 것으로 해석할 수 있다.⁹³⁾

국가의 책임을 줄이면 이에 상응하여 누군가의 책임이 늘어날 수밖에 없는데, 이를 인식한 듯 2000년대 개혁 보고서 곳곳에서 ‘개인의 자립’ 과 ‘사회적 연대’ 를 강조한 것을 찾아볼 수 있다. ‘사회보장체제의 재구축(권고)’에서는 사회보장제도란 “개개인을 기저로 하는 것과 동시에 개개인의 사회적 연대에 의해 성립” 되는 것이며, 사회적 연대의 역할이 점점 더 중요해질 것이라고 강조하고 있다(社会保障制度審議會, 1995).⁹⁴⁾ 물론 과거에도 국민은 사회구성원으로서 사회보장제도에 대한 책임

93) 이에 대한 비난이 거세지자 2009년 후생노동성은 각 광연연합에 자격증명서 교부를 원칙적으로 하지 말도록 지시했다. 보험료를 납부할 능력이 있는데 악질적으로 체납하고 자격증명서를 교부받아도 의료서비스를 충분히 받을 능력이 있다고 판단되는 경우에만 적용하도록 하고, 자격증명서를 발급하는 경우 후생노동성에 보고토록 했다(厚生労働省, 2009).

94) 개인화가 진전될수록 그만큼 사회적 관계가 문제시 되어, 이와 함께 연대관계가 형성되지 않으면 사회는 해체되고 만다. 사회보장은 개개인을 기저로 함과 동시에 개개인의 사회적 연대에 의해 형성되는 것으로서, 앞으로도 그 역할은 점점 더 중요해질 수밖에 없다.(個人化が進展すればするだけ、他方で社会的連関が問われ連帯関係が同時に形成されないと、社会

이 있음을 밝히고 있었다. 하지만 그것은 “국가가 책임을 지는 이상 이에 상응해서” 필요한 책임을 다해야한다는 것으로 이차적인 책임이었다.⁹⁵⁾ 그런데 1996년 사회보장관계심의회 회장회의에서 발표한 ‘사회보장구조개혁의 방향(중간발표), 社会保障構造改革の方向(中間まとめ)’는 사회와 경제가 성숙하였고 이에 따라 개인의 책임이 바뀌었다고 지적하며 이를 사회보장제도 개혁의 이유 중 하나로 꼽았다. 즉, 이제는 개인이 자신의 생활에 맞게 책임과 부담을 져야하고, 그럴 능력이 없는 경우에는 사회적 연대 정신에 입각하여 지원해야 한다는 것이다(社会保障関係審議会会長会議, 1996).⁹⁶⁾ 자립과 연대에 대한 강조는 의료보험개혁의 방향을 제시한 ‘의료보험제도 체계에 대한 방향 검토’에서도 다시 한 번 나타난다. 개혁을 통해 “개인의 자립을 기본으로 한 사회연대에 의한 상호부조 체계”를 유지하겠다는 것이었다(厚生労働省, 2002).⁹⁷⁾ 이는 일본 정부가 1970년대 말부터 제시해온 ‘일본형 복지’의 모습과 크게 다른 것은 아니었다. 하지만 문제는 실상이 이와 달랐다는 데 있다.

일련의 의료보험제도 개혁을 통해 사회적 연대보다는 개인의 책임이 훨씬 강조되었던 것이다. 이는 후기고령자의료제도에서 쉽게 확인할 수 있다. 우선 후기고령자의료제도의 도입으로 75세를 기준으로 고령자세대와 현역세대의 경계가 뚜렷해졌다. 일본

は解体する。社会保障は、個々人を基底とすると同時に、個々人の社会的連帯によって成立するものであり、今後その役割はますます重要になるといわねばならない)(社会保障制度審議会, 1995).

95) 이렇게 국가가 책임을 지는 이상, 국민은 이에 상응하게 사회연대의 정신에 입각하여 각자의 능력이 합당한 이 제도를 유지하고 운영하기 위해 필요한 사회적 의무를 다하지 않으면 안 된다. (そうして一方国家がこういう責任をとる以上は、他方国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれの能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果さなければならない)(社会保障制度審議会, 1950).

96) 사회와 경제가 성숙하여, 개인이 각자의 생활양식에 맞게, 기본적으로는 생활을 자신의 책임으로 유지하고, 생활에 필요한 서비스에 대해서는 자신의 책임과 부담에 따라 선택해야 한다. 그런 가운데, 자기의 능력만으로는 자립적인 생활이 어려운 상황에 빠진 경우에는 사회연대 정신에 입각하여 필요한 지원을 하는 것이 필요하다. (成熟した社会・経済においては、各人がそれぞれの生活態様に応じ、基本的には自らの生活を自らの責任で維持し、生活に必要なサービスについても自己の責任と負担において選択することとした上で、個人が自らの力のみでは生き生きと自立した生活を送ることが困難な状況に陥った場合には、社会連帯の精神に基づき、必要な支援を行っていくことが求められている)(社会保障関係審議会会長会議, 1996)

97) 個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持する(厚生労働省, 2002)

정부는 후기고령자들은 여러 질병을 동시에 앓고 있거나, 만성질환인 경우가 많다는 이유로 그들을 기존의 제도에서 분리하여 독립적인 제도를 만들었다. 이는 리스크 분산이라는 보험의 일반적인 원칙에도 어긋날 뿐만 아니라, 이로 인해 후기고령자들은 나이로 인해 차별을 받고, 사회로부터 소외되었다는 감정적 반감을 느꼈다(吉岡成子, 2009: 84). 이는 후기고령자의료제도가 사회적 연대정신에 입각한 타개책이 아니었다는 것을 잘 보여준다.

뿐만 아니라 후기고령자의료제도의 재정운영 방식에서도 이런 점을 찾아볼 수 있다. 후기고령자의료제도에서는 고령자들이 전체 의료비용의 10%를 보험료로 부담하게 된 만큼, 현역세대의 부담이 줄어들었다. 노인보건제도는 재정의 50%를 건강보험과 국민건강보험의 지원금이 부담했으나, 후기고령자의료제도에서는 그 비중이 40%로 줄었기 때문이다. 이것이 바로 사회적 연대의 약화를 의미한다고 말하고자 하는 것이 아니다. 요는 후기고령자의료제도가 도입되면서, 피용자보험의 보험료 내역에 고령자의료제도에 지원되는 금액을 구분하여 기재하기 시작했다는 점이다.⁹⁸⁾ 후기고령자의료제도에 대해 논의하는 과정에서 일본 정부는 노인보건제도의 문제점 중 하나로 현역세대와 고령자세대의 비용부담 관계가 명확하지 않다는 것을 들었는데, 이런 조치는 이를 위한 것이라 볼 수 있다(厚生労働省, 2006). 그런데 일각에서는 이것이 현역세대와 고령자세대의 갈등을 유발한다고 보고 있다. 사실 세대 간의 갈등을 야기하기 위하여 일본 정부가 의도적으로 이런 조치를 취하였는지는 확인하기 어렵다. 하지만 과거의 기업연금 개혁 사례 등을 볼 때 현역세대에게 고령자의 의료비용이 너무 높기 때문에 재정문제가 야기되고 있다고 설명하는 것은 세대 간의 갈등을 유발한다는 것이다. 그리고 향후 이런 갈등은 고령자의 부담을 늘리거나 또는 보험금부를 삭감하는 기제로 사용될 소지가 있다(이흥무, 2008: 43).⁹⁹⁾ 이는 사회적 연대를 강화시킨다기보다 오히려 와해시키는 셈이다.

2000년대 의료보험개혁은 사회적 연대에 의한 부양뿐만 아니라 가족에 의한 부양에도 반하는 것이었다. ‘세대 단위’로 유지되어온 의료보험체계에 ‘개인 단위’ 개념이 도입되었기 때문이다. 앞서 설명하였듯이 후기고령자의료제도의 도입으로 건강

98) 이를 위해 피용자보험은 보험요율을 피보험자가 속한 의료제도 사업을 위해 책정된 기본보험요율과, 고령자의료제도 지원을 위해 책정된 특정보험요율 둘로 나누었다.

99) 기업연금 개혁 과정에서 현역세대에게 고령자의 연금 수급액이 많아 연금제정이 고갈되고 있다고 설명하여 세대 간의 갈등을 일으켜, 연금 수급 개시 연령을 늦추거나 수급액을 삭감한 것으로 알려져 있다(이흥무, 2008: 43).

보험에 가입한 자녀 혹은 배우자의 피부양자로서 의료보험 혜택을 받던 고령자가 75세가 되면 피보험자로서 보험료를 내도록 바뀌었다. 개개인을 피보험자로 하고 피부양자 개념이 없는 것은 기존의 국민건강보험도 동일하지만, 국민건강보험은 세대 단위로 보험료를 부과하고 세대주에게 보험료 납입 책임을 지웠다는 점에서 개개인이 보험료 납입 책임을 지는 후기고령자의료제도와는 다르다.

또한 고액요양비제도에서도 세대 단위 개념이 깨졌다. 한 달 동안 부담한 의료비용이 일정금액을 넘을 경우 환급해주는 고액요양비제도는 같은 의료제도에 속한 세대원이 지출한 의료비에 한하여 합산이 가능하다. 건강보험의 피보험자는 본인의 의료비와 함께 자신의 피부양자인 부모와 자녀의 의료비를 합산하여 일정 금액이 넘을 경우 환급을 신청할 수 있다. 과거에는 고령자 부모가 노인보건제도의 적용을 받더라도 건강보험의 피부양자 신분을 유지했기 때문에 별 다른 문제가 없었다. 그런데 후기고령자의료제도의 도입으로 75세 이상의 부모를 위해 지출한 의료비용은 다른 가족의 것과 합산할 수 없게 되었다. 후기고령자의료제도는 노인보건제도와 달리 독립적인 제도이기 때문이다. 이런 문제는 자녀에게 부양을 받지 않는 국민건강보험에 가입한 고령자 부부에게도 마찬가지로 나타난다. 배우자 중 한 명이 먼저 75세가 되어 후기고령자의료제도에 가입하게 되면 부부는 고액요양비의료제도를 합산하여 신청할 수 없게 된 것이다. 나머지 한 명마저 후기고령자의료제도에 편입하게 되면 다시 부부가 합산하여 고액요양비제도를 이용할 수는 있지만 후기고령자의료제도의 도입으로 가족의 부양을 지원하는 기능이 약화된 것은 명백하다.

그런데 후기고령자의료제도에서 세대, 혹은 가족 개념 자체가 전부 부정된 것은 아니었다. 보험료를 부과할 때 소득 비례부분은 세대의 소득수준을 기준으로 하여 결정하고, 진료를 받고 병원 창구에서 부담하는 자기부담금을 산정하는 데 있어서도 세대의 소득에 따라 부담률을 달리하기 때문이다. 이를 보면 일본 정부가 재정 운영에 유리하게 가족의 개념을 편의적으로 재단했다는 것을 알 수 있다. 다음 장에서 살펴볼겠지만 이로 인해 일본 정부는 가족의 부양이라는 사회적 가치를 깎아 내렸다는 비난을 피할 수 없게 되었다.

2000년대 의료보험제도 개혁의 마지막 특징은 바로 자기책임이 강조된 것이다. 2002년에 건강보험의 자기부담비율을 30%로 상향조정된 것을 포함하여, 고액요양비제도의 기준은 개혁 때마다 상향조정되었다. 또한 자신이 받은 급부에 상응하여 책임을 져야 한다는 취지로서 고액요양비 제도에서 의료비용의 1%를 제외한 금액을 환급

받도록 조정하기도 하였다. 일반적으로 이렇게 자기부담금을 늘리면 진료를 받는 횟수가 줄어들어 전체적인 의료비가 통제되는 효과를 가진다고 알려져 있다(조영훈, 2005: 37-38). 그러나 이런 방법은 환자들이 진료가 반드시 필요하지 않은 경우에도 의료서비스를 받는 경향이 있을 때 효과가 있는 것이다. 이미 의료서비스가 필수재인 상황에서는 이 기제는 더 이상 작동하지 않는다. 일본의 경우는 어땠을까.

2002년 건강보험의 자기부담비율이 20%에서 30%로 상향조정된 이후에 의료서비스 이용실태에 변화가 있었는지를 측정한 한 연구 결과에 의하면 의료서비스 이용횟수는 뚜렷한 감소를 보이지 않았다. 그리고 개인의 의료비용 지출은 자기부담금이 오른 만큼 늘어난 것으로 조사됐다. 특히 이런 현상은 가계소득 대비 의료비용 지출비율이 높은 60세 이상 고령자에게서 가장 뚜렷하게 나타났다(Matsuura 外, 2011). 이는 일련의 의료보험 개혁을 통해 줄어든 국가와 사회의 책임이 결국 개인에게 고스란히 전가되었음을 보여주는 것이다.

이상에서 살펴본 2000년대 일본 의료보험제도 개혁의 특징은 정부 역할의 축소, 사회적 연대의 약화 그리고 개인 책임의 강조로 정리할 수 있다. 그런데 의료보험제도를 포함한 사회보장제도의 개혁을 시작하면서 일본 정부는 개혁의 필요성에 대해 개인의 자립을 사회적 연대가 뒷받침하는 상호부조 체계를 정비하고 지키기 위한 것이라고 설명했었다(厚生労働省, 2002). 일본 정부가 밝힌 이러한 취지는 ‘일본형 복지’를 유지하겠다는 것과 다름이 없었다. 하지만 2000년대 의료보험제도 개혁의 내용은 이런 일본 정부가 내걸었던 목표와는 반대의 것이었다. 실상은 자조(自助)-공조(共助)-공조(公助)의 삼중구조가 재정비되기는커녕 오로지 개인의 부담만이 늘어났기 때문이다. 제도의 재정 문제를 해결하기 위하여 개혁이 시작되었다는 점을 고려한다면 국가 역할의 축소는 어쩌면 당연한 선택이었는지도 모른다. 하지만 개혁은 이에 그치지 않고 개인의 자립을 떠받쳐온 사회적 연대에 의한 부양, 특히 가족의 부양 기능까지 약화시켰다. 이것은 그간 일본 정부가 주장해 온 ‘일본형 복지’를 스스로가 무너뜨린 것이라 할 수 있다.

제 4장 2000년대 개혁 이후의 변화

4.1 민영의료보험시장의 반응

보험이란 동일하고 우발적인 사고발생 위험을 가진 다수의 사람들이 일정한 금액을 각출하여 공동재산을 비축하고, 사고로 인한 우연한 손실에 대하여 보상하는 제도이다(이호용 외, 2011: 4). 이런 맥락에서 본다면 의료보험이란 건강관리 비용으로 인한 경제적 위험을 시간적(보험료 선 지불, pre-payment)으로, 인적으로(다른 보험 가입자에게 전가, pooling) 분산하는 것이라고 정의 할 수 있다(OECD, 2004: 7). 공적 의료보험과 민영의료보험을 구분하는 선을 정하는 것은 간단하지 않지만 법률적으로 가입이 의무화 되어있을 경우 공적 의료보험으로, 임의적으로 가입하는 경우를 민영 의료보험으로 나누어 볼 수 있다(田近, 菊池, 2012a: 10-13).¹⁰⁰⁾

공적 의료보험과 민영의료보험의 역할 분담은 국가에 따라서 매우 다르게 나타나고 각각의 양상은 그 사회의 특징을 투영하고 있다(OECD, 2004). 특히 민영의료보험은 건강관리 혹은 의료비용으로 인한 경제적 위험을 분산하기 위해 개인이 자신의 의지에 따라 선택적으로 가입한다는 점에서 개인의 니즈가 비교적 명확하게 반영된다(丹下, 2006). 그런 점에서 의료보험제도 개혁에 따른 민영의료보험시장의 변화는 의료보험제도개혁이 일본 사회에 어떤 영향을 끼쳤는지를 가늠해볼 수 있는 좋은 지표가 될 수 있다.

일본의 민영의료보험 시장은 독특하게 전개되어 왔다. 일본에서 의료비를 보장한 최초의 보험 상품은 1963년 출시된 손해보험사의 교통사고 상해보험이었다.¹⁰¹⁾ 이후 교통사고뿐만 아니라 일반 상해 사고에 의한 입원 보험급여로 확대되어, 1964년에는 생명보험사, 손해보험사 모두 재해로 인한 입원으로 인한 비용을 보장하는 재해보장 특약을 출시하였다. 이어서 1966년에는 질병입원에 대하여 보장하는 상품이 최초로

100) OECD는 공적 의료보험과 민영 의료보험을 나누는 기준으로 보험의 주된 자원(조세, 보험료), 강제가입 여부, 가입형태(단체가입(group), 개별가입(personal)), 보험료 산정방식(소득비례, 위험비례 등)을 제시했다(OECD, 2004).

101) 이 상품에 포함된 교통상해 특약은 재해에 의한 입원에 대해 정액의 보험금을 지급하였다.

등장했다.¹⁰²⁾ 당시에는 상법과 보험업법에 생명보험사와 손해보험사가 각각 판매할 수 있는 상해보험과 질병보험의 범위에 대한 명확한 규정이 존재하지 않았다. 1965년 대장성(大藏省, 오늘날의 재무성(財務省))이 이를 조정하여 생명보험과 손해보험의 ‘중간보험’으로서, 질병, 상해 또는 이로 인한 간병에 대하여 보험급여를 제공하는 제 3분야 보험도입을 결정하였다(이현복 외, 2011: 168-170).¹⁰³⁾ 그런데 이 과정에서 국제사회로부터 시장 개방 압력을 받아오던 일본 정부는 국내 시장 자유화 선언과 함께 그 일환으로 제 3분야보험의 상품판매를 국내대형 생명보험회사에는 금지하고 외국자본 보험회사와 국내 중소형 생명보험회사에만 허용하는 조치를 내렸다.¹⁰⁴⁾ 이후 일본 국내 보험회사들에게 민영의료보험 상품 판매가 허용된 2001년까지 일본 의료보험시장은 진입과 성장이 제한되어 있었다.¹⁰⁵⁾

일본 정부가 민영의료보험시장의 규제를 완화하기 위한 조치를 취하는 시기가 의료보험개혁 논의가 일던 시기와 맞물려 있음을 지적해두고 싶다. 일본은 1993년도에 민영의료보험시장 진입규제를 완화하기 위해 미·일 구조협약에 보험업을 정식 안건으로 요청하였고, 협상은 난항을 겪다가 미국보험회사들의 의료보험상품에 대한 매출의존도가 높은 점을 고려해 일본 보험회사의 의료보험시장 진출에 유예기간을 두기로 양측이 양보하며 1996년에 협의에 다다랐다. 일본 정부는 미국과 협의를 진행하면서 한편으로는 제 3분야보험 상품을 생명보험사와 손해보험사 모두가 판매할 수 있도록 하는 것 등 규제완화를 주요 골자로 하여 1995년에 보험업법을 개정하였다(1996년 4월 시행).¹⁰⁶⁾ 이 과정이 진행되던 때는 일본 정부가 의료보험개혁의 방향을 검토하던 시

102) 료에이 생명보험회사(協栄保険株式会社, 현 지부라루타생명보험 ジブラルタ生命保険)가 출시한 악성 신생물에 의한 입원비용을 보장한 상품이었다.

103) 제 3분야보험은 보험의 목적이 사람이라는 점에서 손해보험과 차이가 있으나, 실제 발생한 손해만큼 보상하는 방식(실손 보상 방식)을 따를 수 있다는 점에서 생명보험과도 다르다(芹澤, 2010: 249-250). 한국의 경우 제3보험, 혹은 제 3종 보험이라 부른다.

104) 당시 판매가 금지된 대형생명보험회사는 닛폰(日本), 다이이치(第一), 스미토모(住友), 아사히(朝日), 메이지(明治), 미쯔이(三井), 야스다(安田), 치요다(千代田)생명이다.

105) 미일구조협약(Japan-US structural impediment initiative talks, 혹은 미일구조문제협 의)은 1989년 9월부터 4회에 걸쳐 열린 미일 양국간의 무역 구조장벽을 철폐하기 위한 협의를 말한다. 1980년대부터 무역협약이 계속되어왔음에도 불구하고 일본시장이 개방되지 않는 것에 불만을 느낀 미국이 분야별 협상이 아닌 그 배후에 있는 구조장벽을 철폐할 것을 요청하였다(정치학대사전 편찬위원회, 2002)

106) 생명보험업계와 손해보험업계는 보장하는 리스크와 보험기간에 차이가 있어 겸업이 금지되어 왔으나, 상해, 질병, 개호 분야에 있어서는 그 차이가 적어졌다는 이유에서였다. 이의

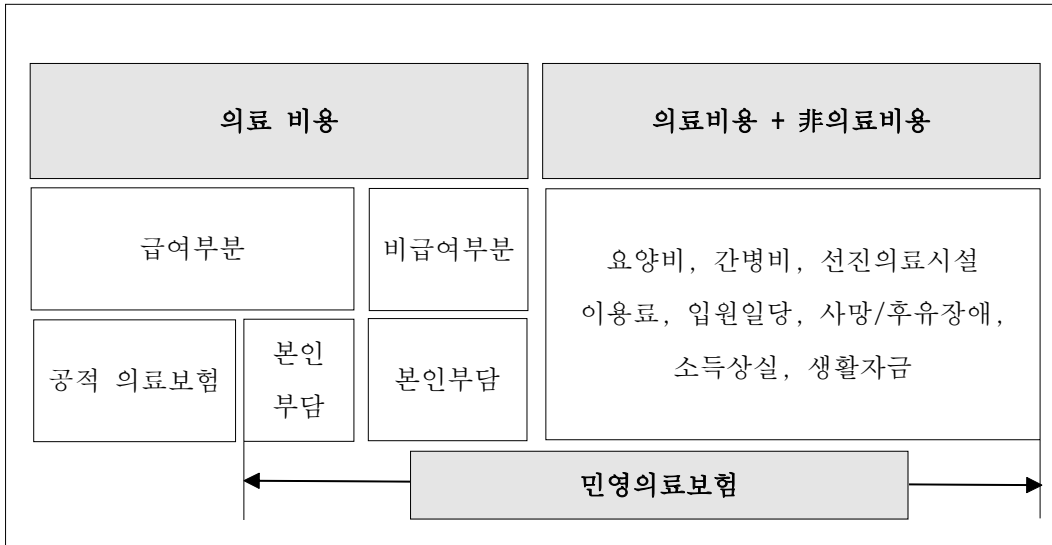
기였고, 일본 국내 보험회사들이 자유롭게 민영의료보험 상품을 출시한 2001년은 2000년도 개혁이 시작된 이듬해였다. 물론 보험시장 규제완화 정책이 전적으로 의료보험제도 개혁을 위한 포석이었다고 볼 수만은 없다. 하지만 1996년도 ‘사회보장구조개혁의 방향’에서 의료보장 영역에서 “강제적인 부담을 동반하는 공적 분야와 개인의 자유로운 선택에 의한 사적분야의 역할 분담을 정리”하고 “규제완화를 통해 민간분야의 활력을 촉진” 하겠다고 밝혔던 것을 고려한다면 민영의료보험시장을 둘러싼 정책의 변화는 국민의 민영의료보험 가입을 장려하려는 의도가 있었다고 볼 수밖에 없다(社会保障関係審議會会長會議, 1996).¹⁰⁷⁾

일본의 민영 의료보험은 공적 의료보험에 대해 보완적이고 추가적인 역할을 하고 있다. 민영 의료보험은 공적 의료보험에서 환자들이 내야하는 자기부담금 뿐만 아니라, 공적 의료보험의 급여에 해당되지 않는 의료비용 및 공적의료보험에서 벗어난 비급여 부분을 추가로 보장한다(<그림 4-1> 참고)(이현복 外, 2011: 84).

에 보험회사를 상호회사에서 주식회사로 전환을 허용하고 여러 회사 상품을 동시에 판매할 수 있는 보험중개인제도 등이 도입되었다(芹澤, 2010: 257-259)

107) “国民的な合意の下で、強制的な負担を伴う公的分野と個人の自由な選択による私的分野の役割分担を整理し明確にしつつ、規制緩和等を進めることにより民間活力の導入を促進す”(社会保障関係審議會会長會議, 1996).

<그림 4-1> 민영의료보험의 보장범위



* 출처: 이현복 외 2011. 「민영의료보험의 합리적 관리방안」 82쪽을 참고하여 작성

민영의료보험이 제공하는 보험 급부는 그 상품마다 매우 다양하지만, 크게 네 가지 보장내용을 기본으로 하고 있다. 상해나 질병으로 인한 통원진료비용 및 입원비용과 수술비용, 그리고 선진의료비용이다. 입원보험금은 의사가 치료를 위해 필요하다고 판단하여 입원한 경우로, 미용, 분만, 질병과 관계없는 불임수술, 치료가 수반되지 않는 검사를 위한 입원은 제외된다. 하지만 국내외 병원에 관계없이 보험금이 지급된다. 입원보험금은 일당 5천 엔, 1만 엔과 같이 정액으로 정해지며 입원일수에 상당하는 금액을 지급한다. 통원보험금은 치료를 목적으로 외래진료나 왕진을 받았을 경우에 지급된다. 그런데 생명보험사의 상품은 입원하여 진료를 마친 이후의 통원진료에 한해서만 보험금을 지급하는 경우가 많다. 통원보험금도 입원과 마찬가지로 통원 일수에 일당 통원보험금을 곱하여 지급한다. 수술보험금은 상해나 질병으로 수술을 받았을 경우에 지급된다. 수술의 종류에 따라 일당 입원보험금의 10배, 20배, 혹은 40 배에 상당하는 금액을 받는 것이 일반적이지만, 기존에 정해진 정액 보험금을 지급하는 상품도 있다. 수술보험금은 수술 횟수만큼 받는 것이 원칙이지만 한 번에 두 종류의 수술을 받은 경우에는 일 회에 해당하는 보험금만 받을 수 있다. 끝으로 선진의료 보험금은 후생노동성에서 정한 ‘선진의료(先進医療)’ 를 받았을 경우에 지급된다.

선진의료란 고도의 의료기술을 이용하는 치료이지만, 약사법상에 승인이 나지 않거나, 적응외(適應外) 사용으로 인정된 의약품이나 의료기기를 사용하지 않는 의료를 말한다.¹⁰⁸⁾ 선진의료보험금은 일정한 한도 내에서 실제 소요된 비용을 지급하는 것과, 치료 내용에 따라 정액 보험금을 지급하는 것의 두 종류가 있는데 전자가 보다 일반적이다(李洪茂, 2012: 471-476).

<표 4-1> 민영의료보험의 보험급부

구 분	요 건	보 험 금
입원 보험금	우연하고 갑작스런 사고에 의한 상해나 질병으로 인해 입원했을 경우	일당 입원보험금 x 입원일수
통원 보험금	상해나 질병의 치료를 위해 통원한 경우	일당 통원보험금 x 통원일수
수술 보험금	상해나 질병으로 인한 입원 보험금이 지급되는 경우로 상해나 질병의 치료를 위해 수술을 받았을 경우	일당 입원보험금 x 약정 배율
선진의료 보험금	상해나 질병으로 입원하여, 그 치료를 위하여 선진의료료를 받아 특별요금을 부담한 경우	선진의료기술료에 상당하는 금액, 또는 정액 보험금

* 출처: 李洪茂, 2012. 「民間医療保険の構造と生損保間の融合」 472쪽.

국내보험회사들의 민영의료보험 판매에 대한 규제가 완화된 이후, 민영의료보험 시장은 다음과 같은 요인으로 인해 크게 성장할 것으로 기대됐다. 가장 큰 기대요인은 2000년대에 공적 의료보험의 자기부담금이 상향 조정된 것이었다. 특히 수명이 연장되고, 만성질환이 많아질수록 정률로 적용되는 자기부담금은 누적되어 누구에게나 부담이 되기 마련이다. 두 번째는 의료기관에서 공적 의료보험에서 규정하는 급부수준

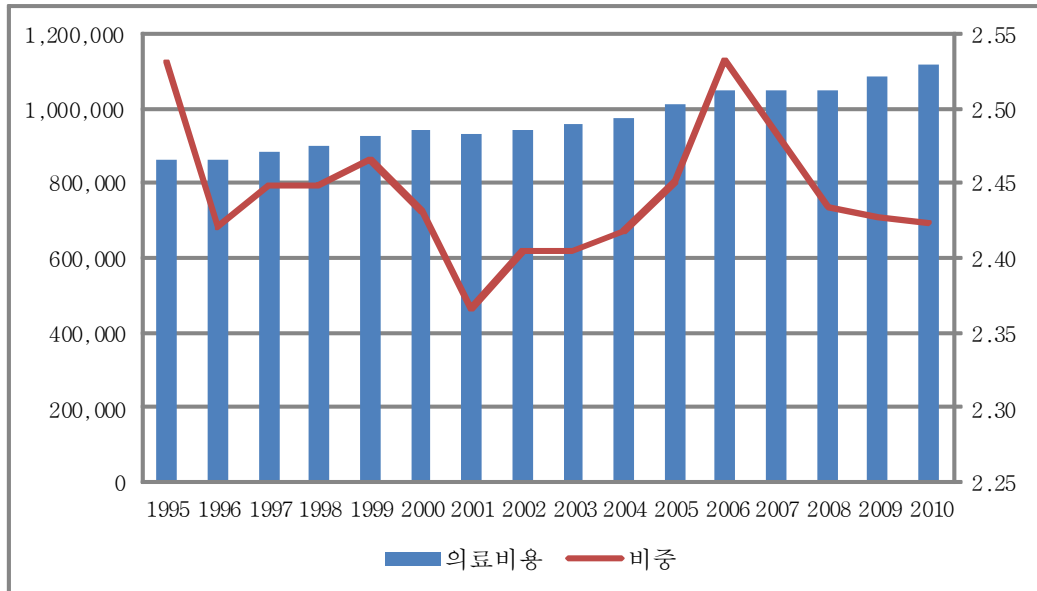
108) 2013년 11월 1일 기준으로 65종류의 기술이 선진의료로 지정되어 있다.

보다 높은 서비스를 제공한다는 점이다. 예를 들면 공적 의료보험에서는 입원 급부에 대해 6인실을 기준으로 하고 있지만, 의료기관에서는 1~2인실 병실을 제공하며 상황에 따라서는 원하지 않아도 긴급하게 상급병실을 이용해야할 수도 있다. 이로 인해 발생하는 차액은 고액요양비제도의 혜택에서 제외되어 고스란히 환자의 몫이 된다. 끝으로 고도의 의료기술을 이용한 치료가 늘어나고 있기 때문이다. 후생노동성은 이런 진료 중 일부를 선진의료로 분류하여 사용을 승인하고 있지만 공적 의료보험제도 급부 대상에서는 제외하고 있다. 그런데 대개 이런 진료기술은 많은 비용이 들기 때문에 민영의료보험의 수요를 증가시키게 된다(李洪茂, 2012: 484-487).

그러나 일본의 민영의료보험시장을 보면 2000년 이후에도 뚜렷한 성장을 보이지 않고 있다. 일본의 민영의료보험시장에 대한 통계자료는 접근하기 어렵다. 우선, 민영의료보험이 생명보험회사와 손해보험회사에서 판매되고 있고, 그 상품의 형태 또한 매우 다양하기 때문이다. 또한 의료비용만을 보장 내용으로 하는 보험 상품도 있지만, 사망보험이나 생존보험에 특약 형태로 추가되어 판매되는 경우가 많아서 의료보험의 시장규모를 정확히 파악하기란 쉬운 일이 아니다. 그 대신에 민영의료보험으로부터 지급된 의료비용 규모로서 성장추이를 가늠해볼 수 있을 것이다. 민영의료보험에서 지급하는 의료비의 규모는 매년 꾸준히 늘어나고 있다(<그림 4-2> 참고). 1995년도 8천 6백억 엔에서 2005년에는 1조 엔을 넘어섰고 2010년 현재에는 1조 1천억 엔을 상회하고 있다. 지난 20여 년간에 매년 평균 1.8%씩 늘어난 셈이다. 하지만 이로부터 민영의료보험시장이 성장했다고 판단하기는 어렵다. 전체 의료비에서 민영의료보험으로부터 지급된 비중은 20여 년간의 평균 2.44%정도에 머물러 있기 때문이다. 그리고 이런 추세는 의료보험개혁을 전후로 해서도 큰 변화의 양상을 보이지 않는다.

<그림 4-2> 민영보험에서 지출된 의료비용 합계

(단위: 백만 엔, %)



* 출처: OECD 통계사이트(stats.oecd.org) : Health expenditure and financing.

다음으로 생명보험회사 상품 중에 의료비가 보장되는 단독 상품이나 의료비가 보장되는 특약을 가입한 비율을 조사한 자료를 보기로 하겠다. 생명보험문화센터(生命文化センター)에서 실시한 ‘생명보험에 대한 전국실태조사(命保険に関する全国実態調査)’에 따르면 암을 보장하는 단독 상품이나, 암 보장 내용이 포함된 상품에 가입한 비율은 세대 기준으로 2000년도에 47.6 %에서 2012년도에는 62.3 %로 성장하였다. 그러나 암, 급성심근경색, 뇌졸중의 3대 성인 질병을 보장하는 특정질병보장상품이나 특정질병보장특약을 가입한 비율은 2000년도에는 39.3 %에서 2003년도에는 47.0 %로 높아졌다가 2012년에는 43.4 %로 다시 줄어들었다(<표 4-2> 참고)(生命文化センター, 2012).¹⁰⁹⁾ 이런 자료로부터 환자부담을 늘리는 방향의 의료보험개혁이 진행되었음에

109) 생명보험문화센터는 1965년부터 3년에 한 번씩 ‘생명보험에 관한 전국실태조사(命保険に関する全国実態調査)’를 발표하고 있다. 세대원이 2명 이상인 약 4,000 세대를 대상으로 일반 가정의 생명보험 가입 현황에 대하여 조사한 것이다.

도 불구하고 민영의료보험상품의 판매는 뚜렷하게 늘어나지 않았다는 것을 알 수 있다.

<표 4-2> 암과 특정질병보장 상품 및 특약 가입률

구 분	암보험 및 암 특약	특정질병보장보험 및 특약
2000년	47.6 %	39.3 %
2003년	55.5 %	47.0 %
2006년	56.4 %	44.4 %
2009년	59.5 %	41.0 %
2012년	62.3 %	43.4 %

* 세대기준 가입률이다

* 출처: 生命文化センター, 2012. 「命保険に関する全国実態調査」을 참고하여 작성

민영의료보험 시장이 기대만큼 성장하지 못한 이유를 몇 가지 추측해볼 수 있다. 우선은 고액요양비제도이다. 환자가 부담한 비용이 일정 금액을 초과할 경우 돌려주는 이 제도는 그 기준금액이 2000년대 의료보험개혁으로 꾸준히 상향조정되고 있지만 여전히 국민의 의료비용 부담을 상당히 덜어주고 있다. 또한 자신이 질병에 걸리거나 다쳤을 때 부담해야할 비용의 상한선을 개인들이 미리 알고 있기 때문에 의료비용에 대한 심리적 불안은 줄어든다. 그리고 불확실한 미래를 대비하는 민영의료보험의 역할을 생각해봤을 때 민영의료보험에 대한 니즈를 경감시킬 것이라고 추측할 수 있다. 두 번째는 건강보험이 장기입원 등으로 인한 소득상실 부분을 보장하는 기능을 가지고 있다는 것이다. 건강보험에서는 질병이나 부상의 요양으로 일을 하지 못하는 경우 그 해당사유가 발생한 4일째부터 1년 6개월까지 표준보수일액의 2/3를 지급한다. 민영의료보험에 가입하는 동기 중 하나는 의료비용뿐만 아니라 장기입원이나, 후유장애 등으로 인한 소득상실이다. 따라서 건강보험의 상병 수당금 역시 민영의료보험의 니즈를 저하시키는 요인으로 작용할 것이다.

그러나 이것이 곧 국민들이 민영의료보험이 불필요하다고 생각하고 있다는 것을 의

미하지는 않는다. 오히려 민영의료보험이 필요하다는 인식은 확산되고 있다. 생명보험문화센터의 조사에 따르면 현재 생활비를 줄여서라도 민영의료보험에 가입해야한다고 대답한 사람의 비율은 1993년 59.3 %에서 꾸준히 늘어나 2013년에는 67.4 %로 증가했다. 그리고 생명보험에 가입하지 않은 이유에 대해서 물었을 때, 경제적 여유가 없거나(44.1 %, 복수응답) 건강이나 연령제한으로 가입할 수 없기 때문(18.0 %)이라는 응답자가 가장 많았다. 국가에서 제공하는 사회보장만으로 충분하다고 생각하기 때문이라는 응답은 3.4 %에 불과하였다. 연금과 의료보장 상품에 대한 구분 없이 물어본 질문이기는 하지만 민영보험에 가입이 저조한 이유가 공적 보험으로 충분하다고 생각하기 때문이 아니라는 점은 명확하다. 이는 연금과 의료를 포함한 전반적인 생활보장에 있어서 공적 보험에서 제공하는 보장만으로는 충분하다고 생각하는 응답자가 불과 14.1 %에 그친 것에서도 다시금 확인할 수 있다. 그리고 생활보장을 위해서는 공적 의료보험과 함께 민영보험을 준비해야한다고 대답한 사람은 84.3 %에 이르렀다(2012년 기준; 生命文化センター, 2012).

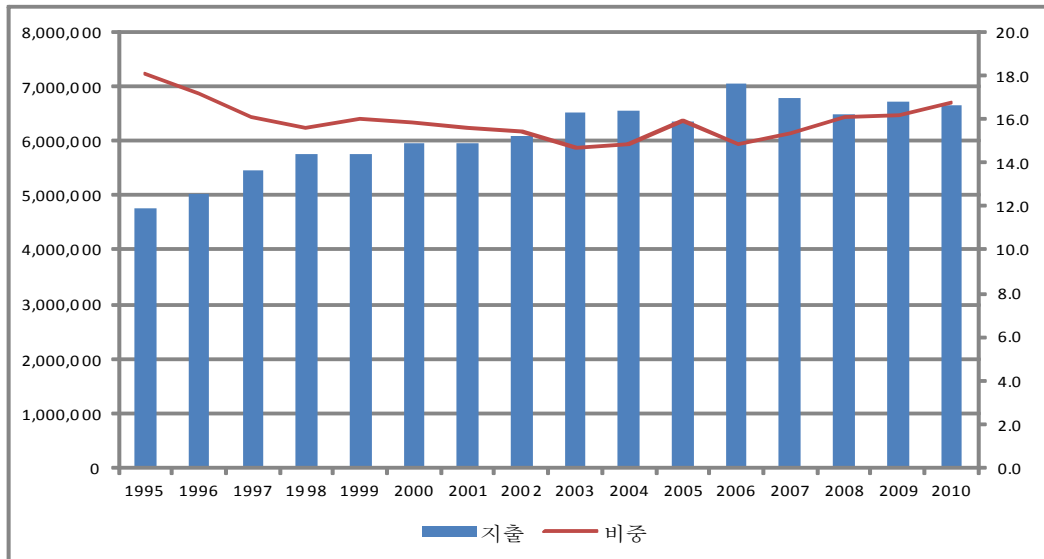
또한 일본 국민들은 향후에 세대주를 위하여 새로이 가입하거나, 추가로 가입할 의사가 있는 보험 상품이 무엇인지 물었을 때 질병이나 상해에 의한 치료 및 입원에 대비한 상품을 제일 많이 꼽았고(54.4 %, 복수응답), 그 다음으로 노후생활에 대비한 상품을 꼽았다(44.0 %). 2000년도 조사에서는 의료비용을 보장하는 상품과 노후를 대비하는 상품을 대답한 비율이 각각 47.7 %와 47.6 %로 엇비슷했던 점을 고려하면 의료보장에 대한 우려가 늘어난 것으로 해석할 수 있다. 특히 후기고령자의료제도가 도입된 2008년 직후인 2009년에는 그 응답자의 비율이 각각 56.0 %와 41.2 %로 확연하게 벌어져 당시에 의료보장에 대한 불안이 상당했음을 확인할 수 있다(生命文化センター, 2012).

공적 의료보험에 대해서 불안을 느끼고 민영의료보험이 필요하다고 생각하면서도 민영의료보험이 뚜렷하게 늘어나지 않는 이유는 무엇일까. 이즈음에서 가계(household)가 부담하고 있는 의료비용을 살펴볼 필요가 있다. 먼저 가계에서 자기부담금 등 의료서비스를 받으면서 직접 부담한 비용에 대한 OECD의 통계자료를 보겠다. 전체 의료비용에서 자기부담금 등 가계가 직접 지출한 비용이 차지하고 있는 비중은 2000년대에 15 ~ 16 % 안팎에서 등락을 거듭하고 있다. 2007년 이후로는 꾸준히 증가하고 있지만, 2011년 이후의 자료가 발표되지 않아 성장세가 지속되고 있는지를 속단하기는 어렵다. 하지만 가계가 지출하는 절대 금액은 거의 매년 증가하고 있다. 2000

년도에 5조 9천억 엔 정도에서 2010년도에는 6조 6천억 엔으로 10여 년 간 12 %나 늘어났다. 1990년대 이후 경제 발전이 둔화되었던 점을 고려하면 소득의 증가 없이 의료비용 지출은 늘어난 것으로 가계에 부담이 상당할 것을 짐작할 수 있다. 특히 자기 부담금 비율이 변경되거나 고액요양비제도의 기준금액이 상향조정된 2000년과 2003년, 2006년에는 급작스럽게 가계의 지출이 뚜렷이 늘어났던 것도 확인할 수 있다(<그림 4-3> 참고).

<그림 4-3> 가계의 의료비용 지출 추이(Out of pocket expenditure)

(단위: 백만 엔, %)



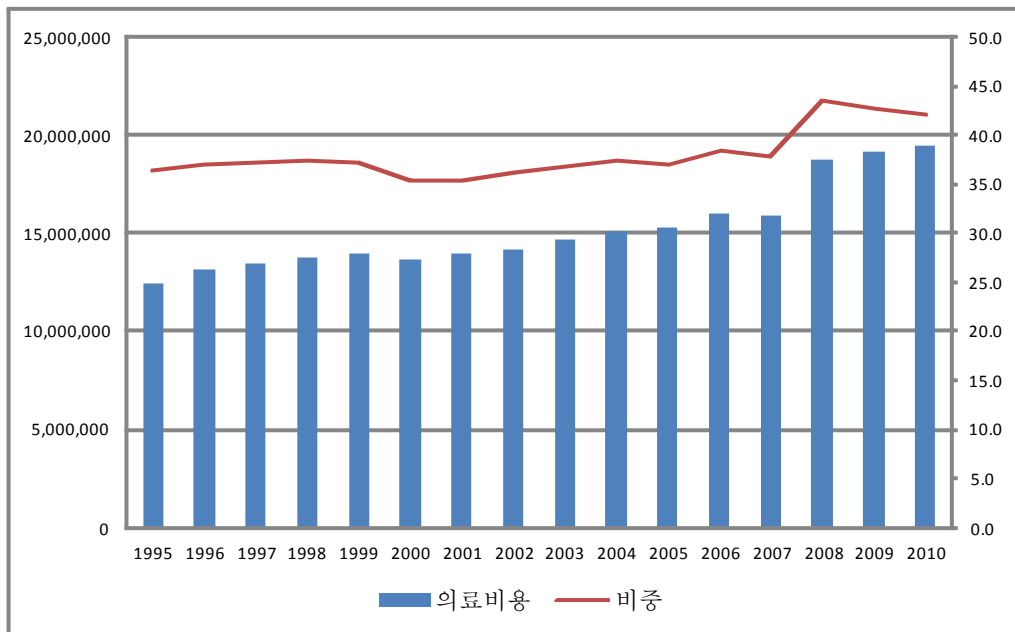
* 출처: OECD 통계사이트(stats.oecd.org) : Health expenditure and financing.

다음은 OECD에서 전체 의료비용의 재원을 정부와 기업 그리고 가계에서 얼마큼씩 부담하는지에 대하여 집계한 자료를 보도록 하겠다. 이 자료가 상기의 자료와 다른 점은 의료비용을 지출한 주체 대신에 실질적으로 그 재원이 어디에서 조달되었는가를 살펴보았다는 점이다. 즉 앞서 본 자료가 공적의료보험이나 민영의료보험 혹은 자기 부담금으로 나누어져 집계되었다면 이 자료는 전체 의료비용의 재원이 정부, 기업 그

리고 가계에서 각각 얼마큼씩 조달되었는가를 살펴보고 있는 것이다. 이 OECD 통계에 따르면 의료비용의 1/3 이상을 가계에서 부담하고 있다. 특히 2008년도에는 그 비중이 2007년 37.8 %에서 43.6 %로 경증 뛰었다. 이후 2009년에 42.8 %, 2010년에 42.2 %로 다소 줄었지만 후기고령자의료제도가 도입된 이후부터는 4할 이상을 가계에서 부담하게 된 것을 확인할 수 있다.

<그림 4-4> 가계에서 재원조달 된 의료비용과 그 비중

(단위: 백만 엔, %)



출처: OECD 통계사이트(stats.oecd.org) : Health expenditure and financing.

앞서 2000년대 의료보험개혁은 개인의 책임만을 강화하는 것이었음을 이야기 한 바가 있다. 그리고 이런 기조는 1990년대 말부터 시작된 민영의료보험시장의 규제 완화 정책을 통해 다시 한 번 확인할 수 있었다. 민영의료보험시장의 규제 완화 정책의 의도는 결국 개인들의 민영의료보험상품 가입을 장려하는 것이기 때문이다. 그러나 앞

서 살펴보았듯이 민영의료보험상품의 판매는 뚜렷한 증가를 보이고 있지 않다. 이와 함께 가계가 의료비용의 상당부분을 책임지고 있는 것을 보여주는 앞의 자료들은, 의료비용으로 인한 경제적 부담과 위험이 민영의료보험을 통해 분산되지도 않았고, 결국 가계가 고스란히 이를 흡수하고 있다는 것을 보여준다. 이것이 일본 정부가 내걸었던 ‘일본 전통의 사회적 연대정신’을 바탕으로 한 상호부조체계의 재정립과 완전히 다른 것이었음은 물론이다. 곧, 민영의료보험시장을 둘러싼 정책은 일본 정부 스스로가 ‘일본형 복지’에서 이탈했음을 다시금 확인시켜준다.

여기서 주목하고 싶은 것 하나는 2010년도의 세제 개편이다. 일본도 우리나라와 비슷하게 소득에 대한 세액 공제 제도를 운영하고 있다. 기초공제와 배우자 공제를 비롯하여 사회보험료, 의료비 등 14개의 항목이 있으며, 민영 보험과 관련하여 생명보험료 공제 조항이 있다.¹¹⁰⁾ 그런데 2010년도 세제 개정으로 2012년도부터 생명보험 계약에 대한 소득공제가 확대되었다. 기존에는 일반생명보험의 보험료와, 개인연금의 보험료의 두 가지 항목만이 있었다. 일반생명보험은 종신보험 등의 사망보험, 개호보험, 의료보험 모두를 포함한 것으로 연간 납입한 보험료에 대하여 최대 5만 엔 한도까지 공제 혜택을 제공했다. 그리고 개인연금에 대해서도 동일하게 연간 최대 5만 엔까지 세제 혜택이 있었다. 그런데 2010년도 세제 개편에서 개인연금 항목은 기존과 동일하게 유지하되 공제한도를 4만 엔으로 축소하고, 사망보험을 분리하여 연간 최대 4만 엔, 개호보험과 의료보험을 합산하여 역시 4만 엔의 공제를 받을 수 있도록 항목을 분리하여 확대하였다.¹¹¹⁾

이 세제 개편은 의료보험과 개호보험에 대한 가입을 장려하는 것으로 해석할 수 있다. 본 세제 개편에 앞서 2006년도에는 손해보험사의 화재보험과 상해보험에 대한 소득공제 혜택(한도 18,000엔)을 폐지하는 등 보험료에 대한 공제 혜택을 축소했었기 때문이다.¹¹²⁾ 이와 함께 통상 종신보험의 보험료가 의료보험이나 개호보험의 보험료

110) 14개 항목은 잡손공제(雜損控除, 재해나 도난 등으로 인한 자산의 손실에 대한 세제 혜택), 의료비, 사회보험료, 소규모기업공제 보험료(小規模企業共済等掛金控除), 생명보험료, 지진보험료, 기부금, 장애인, 과부(寡婦, 寡夫控除), 근로학생, 배우자, 배우자특별공제, 부양공제, 기초공제 이다.

111) 단, 새로운 세제혜택은 2012년 1월 1일 이후에 가입한 보험에만 적용되며 그 이전에 가입한 보험은 기존과 동일한 기준을 적용 받는다. 2012년 이전에 가입한 보험과 2012년 이후에 가입한 보험을 모두 가진 사람에 대해서는 각각에 대하여 공제를 받을 수 있도록 하되, 각각의 항목에 대해 합계액이 4만 엔을 초과할 수 없다.

112) 2010년 동일본대지진 이후에는 지진보험의 가입을 장려하기 위하여 지진보험 공제로 항목

보다 높은데도 불구하고 동일한 한도를 적용한 점을 고려하면 의료보험과 개호보험에 대한 혜택을 상대적으로 더 많이 늘린 것으로 볼 수 있다. 이 조치가 민영의료보험 상품 가입을 실질적으로 증가시킬지는 미지수이지만, 자조(自助)만을 강조하는 공적 의료보험의 방향은 앞으로도 지속될 것임을 보여준다.

4.2 의료보험에 대한 인식 변화

2000년대 의료보험 개혁으로 의료보장을 둘러싼 인식이 변화하고 있다. 크게 두 가지 변화를 볼 수 있는데 하나는 의료보장에 대한 불안감이 커지면서 정부의 역할을 늘리기를 바라는 것이다. 생명보험문화센터에서 실시한 ‘생활보장에 관한 조사(生活保障に関する調査)’에 따르면 해를 입거나 질병에 걸리는 것에 대하여 불안하지 않다고 대답한 사람은 1998년도에는 13.3%였지만 이 수치는 꾸준히 감소하여 2010년도에는 10.1%로 조사되었다.¹¹³⁾ 상해를 입거나 질병에 걸리는 것이 불안하다고 대답한 응답자는(89.3%, 2010년 기준) 그 이유로 장기간의 입원으로 의료비용이 많이 드는 것(58.6%, 복수응답)과 공적의료보험만으로는 부족할 것(52.3%)을 꼽았다. 공적의료보험만으로는 부족할 것을 염려한 응답자의 비율은 2004년도 조사의 34.0%에 비하여 18.3%p나 늘어난 것이다. 또한 상해나 질병을 염려하는 이유로 2007년도 조사까지는 의료비용을 첫 번째로 꼽고 두 번째는 가족의 육체적 정신적 부담을 들었으나 2010년도 조사에서는 공적의료보험이 두 번째 이유로 올라섰다(<표 4-3> 참고). 이는 2000년대 일련의 의료보험제도 개혁과 특히 2008년도 후기고령자의료제도 도입으로 국민들이 공적 의료보험에 대한 불안을 느끼고 있음을 잘 보여주는 것이라 하겠다(生命保險文化センター, 2010).

을 변경하고 50,000엔 한도로 보험료 전액을 공제해주고 있다.

113) 생명보험문화센터는 1987년부터 3년에 한 번씩 ‘생활보장에 관한 조사(生活保障に関する調査)’를 발표하고 있다. 18-69세 성인 남녀 약 4,000여 명을 대상으로 한 이 조사는 생명보험 가입 현황이나 생활보장에 대한 인식조사가 포함되어 있다.

<표 4-3> 상해나 질병에 대해 불안을 느끼는 이유 (2010년 기준, 상위 5가지)

이유	2004년	2007년	2010년
장기간의 입원으로 의료비가 늘어남	60.2 %	57.9 %	58.6 %
공적 의료보험만으로는 부족	34.0 %	39.6 %	52.3 %
가족의 정신적 육체적 부담	44.7 %	46.9 %	48.1 %
후유증이나 장애	30.6 %	33.0 %	39.3 %
3대 질병에 걸림	34.1 %	38.6 %	38.0 %

* 3대 질병은 암, 급성심근경색, 뇌졸중이다.

* 출처: 生命文化センター, 2010. 「生活保障に関する調査」 6쪽.

또한 생명보험문화센터의 2013년도 조사에 따르면 가정에서 경제적 준비를 하는 중요한 이유로 남성 응답자는 자신이 입원했을 경우(48.3 %, 복수응답)를 가장 많이 꼽았다. 이는 자신이 사망했을 경우(45.4 %)보다 높은 수치인데, 과거 1995년과 1998년도 조사에서는 자신이 사망하는 것을 대비하기 위해서라는 답이 더 많았던 점과 대비된다.¹¹⁴⁾ 여성 응답자도 가정에서 경제적 준비를 하는 이유로 자신의 입원(39.4 %)과 배우자의 입원(34.7 %)을 가장 많이 꼽았다. 이는 자신이 사망(17.0 %)이나 배우자의 사망(29.6 %)보다도 높은 수치이다(生命保險文化センター, 2013). 이로부터 국민들의 질병에 걸렸을 때 의료비용에 대한 불안이 계속 증가하고 있다는 것을 알 수 있다.

이런 의료에 대한 불안이 커지면서 공적 의료보험에 대한 기대도 달라지고 있다. 향후 진료를 받거나 입원하게 되었을 때를 대비하여 스스로 준비하기 보다는 보험료를 더 내더라도 공적의료보험 급부가 확충되기를 바라는지, 아니면 공적의료보험 급부를 확충하기 위해 보험료를 더 내느니 스스로 대비하겠는가라는 질문에 대하여 공

114) 2013년도 조사를 기준으로 세 번째 항목은 자신의 개호에 필요한 비용 준비(24.3 %), 네 번째는 자신 또는 배우자의 노후자금 준비(23.0 %)였다. 다섯 번째는 자녀의 교육자금 준비였다(16.8 %)(生命保險文化センター, 2013).

적의료보험을 충실하게 하기 바란다는 대답이 2008년을 전후로 크게 늘어난 것에서 확인할 수 있다. 2007년도 조사에서는 39.0 %의 응답자가 공적의료보험을 충실히 할 것을 택하고, 응답자의 51.8 %가 스스로 대비하겠다고 대답한 반면, 2010년에는 각각의 대답이 46.5 %로 대등해졌다. 보험료를 더 부담하더라도 공적 의료보험이 확충되기를 바라는 비율이 3년 사이에 7.5%p 늘어난 것이다. 이는 공적 연금에 대한 동일한 질문에 대해 절반이 넘는 사람이 공적연금을 확충하는 것보다 스스로 대비하는 것을 택하겠다고 대답한 것(53.2 %)과, 보험료를 더 부담하더라도 공적 연금이 확충되기를 바란다는 응답자가 같은 기간 39.4 %(2007년)에서 37.7 %(2010년)로 오히려 줄어든 것과 대비되는 것이다(生命保險文化センター, 2010). 이는 그만큼 공적 의료보험이 확충되기를 바라는 사람이 많다는 것을 의미한다.

그런데 단순히 공적 의료보험의 확충을 바라는 것이 아니라, 그에 있어 정부의 역할을 늘려야 한다는 의견이 많다. 2010년 9월에 내각부에서 실시한 ‘고령자 의료제도에 관한 설문조사(高齢者医療制度に関する世論調査)’에 따르면 후기고령자의료제도의 재정운영에 있어서 세금으로 충당하는 비율을 늘려야 한다고 대답한 응답자는 43.4 %에 이르렀다. 고령자의 부담을 늘려야 한다는 응답자는 12.0 %에 그쳤으며, 현역세대의 부담을 늘려야 한다는 비율은 9.6 %로 가장 적었다. 특히 세금으로 충당하는 비율을 늘려야 한다고 대답한 응답자 중의 50.0 %는 바로, 혹은 빠른 시일 내에 이렇게 처리되기를 바란다고 대답하였다(内閣府, 2010).

정부의 역할을 늘려야 한다는 의견은 특히 2008년 후기고령자의료제도의 도입을 둘러싸고 불거졌다. 일본 의사회(日本医師会)는 후기고령자제도의 도입에 반대하는 자료를 발표하면서 고령자를 위한 의료제도의 재원을 국고에서 50 %만 충당할 것이 아니라 사회보장의 원칙에 맞게 국고 부담률을 90 %로 늘려야 한다고 주장했다. 일본 의사회는 구체적으로 2008년도에 45 %를 공비로 충당하고 매년 5%p씩 그 비율을 늘려, 2017년부터 90 %를 공비에서 재원을 출현하고 나머지 10 %를 자기부담금과 후기고령자들로부터 거둬들이는 보험료로 충당할 것을 제안했다. 후기고령자에 대한 의료는 “보험이 아니라 보장”이기 때문에 국가에서 전적으로 부담해야 한다는 것이었다(日本医師会, 2007).¹¹⁵⁾ 이런 주장은 국가의 역할을 늘려야 한다는 것을 의미하기도 하지만, 동시에 건강보험 및 국민건강보험의 후기고령자의료제도지원금을 폐지하자는 것으로서 사회적 연대를 바탕으로 한 고령자 의료에 대한 지원을 배제하자는 것을 의

115) 後期高齢者は「保険」というより「保障」である(日本医師会, 2007).

미하는 것이기도 했다.

전국보건의단체연합회(全国保險医団体連合会) 역시 비슷하게 고령자 의료비용 문제는 국가의 재정 부담을 늘리는 것으로 해결해야 한다고 주장했다. 일본의사회처럼 건강보험과 국민건강보험으로부터의 후기고령자의료제도에 대한 지원금은 폐지하자고 주장하지는 않았지만, 국가의 재정 투입을 늘린다면 고령자 의료제도에 대한 지원금으로 인한 건강보험과 국민건강보험의 재정 문제 역시 해결될 것이라고 주장했다(全国保險医団体連合会, 2007).

국가가 의료보장에 더 힘을 쏟아야 한다는 의견은 고령자들 사이에서도 높아졌다. 2012년도에 내각부에서 단카이 세대(1947~1949년 출생자)를 대상으로 실시한 조사에 따르면 향후에 정부가 고령자를 위하여 주력해야 할 정책으로 개호 등의 복지서비스(68.4%, 복수응답)와 의료서비스(60.3%)를 가장 많이 꼽았다(内閣府, 2013). 55세 이상 성인을 대상으로 한 비슷한 조사에서도 정부가 주력하기를 바라는 정책으로 개호 등의 복지서비스(50.0%, 복수응답)와 의료서비스(40.9%)를 응답한 사람이 가장 많았다(内閣府, 2012). 이는 1998년도의 조사에서는 노후 생활이 가능하도록 소득을 보장하는데 힘써야 한다고 대답한 사람이 가장 많았던 것(48.6%, 복수응답)과 대비되는 것으로 그만큼 의료보장 정책에 대하여 국가가 힘을 써야 한다고 생각하는 사람이 늘어난 것을 보여준다(内閣府, 1998). 그런데 흥미로운 것은 의료보장을 넘어서 건강관리까지도 정부가 힘써야 한다고 생각한 사람이 늘었다는 점이다. 2002년도에는 61.4%의 사람이 국가나 지자체가 건강관리에 대한 대책을 마련해주기를 바란데 비하여 2007년에는 79.2%의 사람이 동일한 질문에 대하여 그렇다고 대답하였다(内閣府, 2007).

이렇게 정부가 책임을 좀 더 져야한다는 목소리가 높아진 것은 개인과 사회 그리고 국가의 삼중구조의 균형이 무너졌기 때문이라고 볼 수 있다. 앞서 살펴보았듯이 개인과 가계가 이미 상당한 경제적 부담을 안고 있는 가운데 자조(自助)만을 강조한 개혁이 시행되었고 일본 정부의 계속되는 책임 전가에 개인이 반기를 들기 시작한 것이다. 이런 의식의 변화는 2009년도 선거에서 명확하게 드러났는데 이에 대하여 다음 장에서 살펴보도록 하겠다.

4.3 2009년 선거에 나타난 정계의 반응

2009년 일본 민주당(民主党)이 54년 만에 정권교체에 성공했다. 이는 오랜 경기침체, 부패와 세습 그리고 정치적 무능함에 실망한 국민들이 자민당(自民黨)에 등을 돌렸기 때문이었다. 정권교체의 원동력에 대한 분석은 여러 가지가 있으나, 민주당의 적극적인 복지공약이 크게 작용했다는 점은 의심의 여지가 없다. 이 점을 미야모토 타로(宮元太郎)는 ‘생활보장’의 붕괴로 설명하고 있다. 그에 따르면 사람들이 일본을 지배해온 관료제를 신뢰한 것도 아니며 정부의 행정적 재량에 만족했던 것도 아니지만 ‘생활보장’이 유지되고 있었기 때문에 자민당에 불신이나 불만을 표출하지 않았다는 것이다.¹¹⁶⁾ 그러나 1990년대 후반부터 사회보장제도 개혁을 포함한 신자유주의적 구조개혁으로 생활 보장이 급속히 악화되었고 관료의 부정부패까지 속출하면서 행정 불신은 깊어져 갔다(미야모토 타로, 2011). 이런 생활보장의 불안과 행정 관료제에 대한 불신 속에서 ‘생활 제일(生活第一)’과 ‘탈 관료(脱官僚)’를 제창한 민주당이 집권한 것은 어떻게 보면 자연스러운 시대적 흐름이었다고 볼 수 있을 것이다. 2009년 8월 중의원(衆議院)선거에서 민주당은 매달 2만 6천 엔의 어린이 수당(子供手当) 지급, 고등학교교육 무상실시, 최저 연금제 실시 등의 복지 공약을 내세웠고 이는 큰 인기를 끌며 민주당의 승리를 이끌었다. 그리고 그 공약 중에는 바로 후기고령자의료제도의 폐지가 포함되어 있었다.

민주당이 자민당의 의료보장제도 정책에 대하여 본격적으로 비난하기 시작한 것은 후기고령자의료제도 도입이 발표된 2006년부터였다. 건강보험법 개정을 검토하는 참의원 본회의에서 민주당은 연금과는 다르게 의료제도에서 그 비용을 세대 간에 공평하게 부담해야한다는 발상은 틀린 것이라고 주장했다(參議院, 2006).¹¹⁷⁾ 병약한 고령

116) 구체적으로는 미야모토는 생활보장의 붕괴를 ‘3중 구조의 해체’로서 설명하고 있다. 그는 사회보장과 고용보장을 합하여 ‘생활보장’으로 정의하고, 과거 일본은 고용보장이 잘 되어 있었기 때문에 생활보장이 실현 가능해 왔다고 평가한다. 3중 구조란, 우선 관료제가 자민당과 기업을 보호해주고, 관료제의 보호를 받는 기업은 남성근로자의 고용을 보장하고, 이 남성근로자는 아내와 자식 등 가족을 보호하는 3중 연쇄 체제를 말하는 것이며, 이것이 일본의 생활보장의 근간이 되어왔다는 것이 미야모토의 주장이다.

117) 총리와 후생노동부 장관은 제도를 고령자 세대와 현역 세대의 부담을 명확하게 구분하여 알기 쉽게 할 필요가 있다고 설명하지만, 본디 연금과 달리 병약한 고령자를 포함한 의료제도에서 세대 간에 공평하게 부담하자는 것은 잘못된 것입니다.(総理や厚労大臣は、高齢世

자에게 보험료를 부담시킬 것이 아니라, 사회와 국가가 나서서 고령자가 의료서비스를 보장해주어야 한다는 것이었다. 후기고령자의료제도는 오로지 의료비용 지출을 줄이기 위해서 만들어진 제도일 뿐이며 그 안의 여러 장치들로 인해 국민들이 적절한 의료서비스를 받지 못하게 될 수 있고 고령자에게 큰 불안감을 안겨주고 있다고 비난했다(衆議院, 2008). 그리고 후기고령자의료제도의 도입을 검토하던 2006년도의 추계와는 달리 개인이 부담하는 보험료 총액이 1천억 엔 이상 늘어 개인의 부담이 과중되었으며 보험료 부담도 고소득자에게는 상대적으로 적고, 저소득층에게는 높게 책정되어 사회보장의 기본적 이념에 어긋난다고 지적했다(參議院, 2008a).¹¹⁸⁾

후기고령자의료제도에 대한 비난은 비단 민주당에서만 나온 것은 아니었다. 자민당 원로들을 중심으로 후기고령자의료제도에 대한 지탄이 쏟아졌다. 그들은 후기고령자의료제도의 문제점은 고령자의 부담을 늘린 것뿐만이 아니라 “부모를 부양하는 전통적인 가족의 끈(伝統的な家族のきずな)”을 끊어버린 것이라고 하며 “국가가 틀렸다”고 비난했다(參議院, 2008b).¹¹⁹⁾ 요컨대 후기고령자의료제도를 둘러싼 비판은 사회적 연대를 바탕으로 한 ‘일본형 복지’의 붕괴에 대한 지탄이었던 셈이다.

이어진 2009년 선거에서 민주당은 후기고령자의료제도는 연령으로 사람을 차별하는 제도라며 이에 관련된 모든 법률을 폐지함으로써 후기고령자의료제도 도입으로 깨진 국민의 신뢰를 회복하겠다고 공약을 내세웠다. 또한 자민당이 추진해온 2,200억 엔 규모의 사회보장제도에 대한 예산 삭감을 당장 중지하고 후기고령자의료제도를 폐지할 경우 발생할 것으로 예상되는 국민건강보험의 재정부담 등 8,500억 엔에 이르는 일체 비용은 국가 예산에서 충당하겠다고 주장했다. 이는 앞서 살펴보았듯이 국고로 재정을 더 충당해야 한다고 생각하고 있던 국민들의 입맛에 맞아떨어지는 공약이었

代と現役世代の負担を明確化し、分かりやすい制度とする必要があると説明されますが、そもそも年金と違って、病弱な高齢者を含む医療制度において世代間の負担の公平を強調することは間違っています。)(參議院, 2006)

118) 그 외에 후기고령자의료제도에서 고령자가 생명연장을 위한 연명치료를 하지 않겠다고 미리 서면으로 의사를 표시하면 의사에게 진료보수를 지급하는 것에 대해 존엄사를 조장하고 고려장을 유도하는 것과 다름없다고 비난했다(參議院, 2008a; 2006).

119) 시오카와(塩川正十郎) 전 재무장관은 2008년 4월 17일자 산케이신문(産経新聞)에 후기고령자의료제도를 비판하는 기고 글을 실었다. 그는 한 장의 종잇조각이(후기고령자의료제도의 보험증을 말하는 것임) 내 인생을 부정하는 것이나 다름없었고, 후기고령자의료제도는 고령의 부모를 부양한다는 전통적인 가정의 틀을 부수고 부부 사이에도 서먹서먹함을 가져오는 것이라고 지적했다(參議院, 2008b).

다.

또한 민주당은 암환자나 간염환자 등 장기간 치료를 받는 환자들의 부담을 낮추겠다고 공약을 내걸었다. 이는 2000년대의 의료보험개혁으로 기준이 상향조정되어 온 고액요양비제도를 개선하겠다는 것을 의미했다. 고액요양비제도는 환자의 부담을 일정 수준으로 묶어두는 역할을 하지만, 암환자 등 장기간 치료를 받는 환자에게 이 금액이 누적되면 이 역시 부담이 크기에 제도 개선이 필요하다고 민주당은 설명했다. 덧붙여 간염환자는 월 1만 엔 이상을 부담하지 않도록 조치하고, 치료를 위해 휴업하거나 휴직할 경우 생활비까지 지원하겠다고 했다(民主党, 2009). 이는 2000년대 개혁으로 급증한 개인의 부담을 덜어주기 위한 구체적인 제안이었다.

그 외에도 민주당은 지역보험과 피용자보험으로 이원화 되어 있는 의료보험제도를 단계적으로 통합하여 지역의료보험으로 일원화하여 운영하는 안을 제안했다(民主党, 2009). 일반적으로 보험자를 통합하여 운영하면 보험재정은 안정되고 가입자들은 적정한 수준의 보험료를 부담하고 적정한 수준의 급부를 받을 수 있어 의료보장기능이 더 효과적으로 실현된다고 알려져 있다. 그리고 소득재분배기능이 작동됨에 따라 국민적 연대 역시 제고된다고 평가받는다(박재용·박재원, 2001). 이런 점을 고려하면 민주당이 내건 의료보험제도 공약은 개인의 책임을 줄이고 사회와 국가의 역할을 늘려 기존의 ‘일본형’으로 복원하겠다는 것으로 해석할 수 있다.

이는 자민당의 2009년도 공약집에 후기고령자의료제도를 포함한 의료보험제도에 대한 언급이 특별히 없었던 것과 대비되는 것이다. 자민당 역시 암 환자나 간염환자에 대한 대책을 마련하겠다고 공약을 내걸었으나 그 주요내용은 그 치료방법 연구를 위한 기금을 조성하겠다는 것으로, 민주당처럼 환자의 재정적 부담을 덜어주겠다는 것은 아니었다. 그 외에 국민의 건강을 위해 구강보건법 등을 만들겠다는 것과, 진료보수제도를 개정하여 의사 수를 확보하여 의료진이 부족한 지역의 의료문제를 해결하겠다는 공약 정도를 언급했다(自民党, 2009). 이런 의료서비스 확보에 대해서는 민주당 역시 같은 공약을 내걸었다는 점에서 차이가 없다.

2009년 중의원 선거에서 민주당은 승리를 거뒀다. 민주당의 승리가 전적으로 의료보장제도를 포함한 복지공약 때문이라고 할 수는 없다. 하지만 적어도 의료보장 영역에 있어서 민주당이 2000년대 의료보험개혁 등으로 야기된 불만을 잘 간파하고 이에 대한 공약을 펼쳤다고 평가할 수 있다. 그러나 집권초기부터 재원조달 문제로 대표적인 복지 공약 중 하나였던 어린이 수당 문제가 난항을 겪고, 3.11 동일본 대지진이

접치면서 상황은 더욱 악화되어 급기야 2011년 7월 민주당은 실현가능성을 따지지 않고 복지공약을 내걸었던 점을 국민에게 사과해야만 했다.¹²⁰⁾ 사회보장제도의 재원을 마련하기 위해 소비세 인상을 추진하던 민주당의 노다(野田佳彦) 수상은 소비세를 현행 5%에서 2014년 4월 8%, 2015년 10%로 단계적으로 인상하기로 2012년 6월 자민당과 합의했다. 대신에 민주당의 주요공약이었던 최저연금제 도입을 철회하고 소비세 법인이 가결되는 데로 국회를 해산하고 다시 국민들에게 뜻을 물을 것을 약속했다. 그에 따라 치러진 2012년 12월 선거에서, 집권 3년 3개월 만에 민주당 정권은 무너지고 자민당이 재집권 했다.

민주당의 집권으로 의료보장을 포함한 복지에 대한 새로운 길을 모색하던 일본은 자민당의 재집권으로 다시 원점으로 돌아간 셈이지만 적어도 의료보장 영역에 있어서 자민당의 태도는 달라졌다. 2010년도 참의원 선거에서 자민당은 고령자를 위한 의료제도의 기준을 65세로 낮추고 고령자를 위한 의료제도의 문제점을 개선하겠다고 공약을 내걸었던 것이다. 구체적으로는 피용자보험에 가입되어 있던 고령자는 연령이 고령자 의료제도의 기준이 되더라도 그대로 피용자보험에 남아있도록 하고, 그 배우자도 피용자보험의 피부양자 자격을 유지할 수 있게 하겠다고 밝혔다. 또한 세제 개편을 통해서 65세 이상의 고령자 의료비용의 국고부담을 늘리겠다고 약속했다. 고액요양비 제도에 대해서도 경기가 최악의 상황에 있는 만큼 한도액을 낮추는 것을 검토하겠다고 공약을 내걸었다(自民党, 2010). 이는 고령자 의료제도에 대한 국민의 불만을 처음으로 인정한 것이었고, 2000년대 의료보험제도 개혁을 다시 검토하겠다는 의미였다.

민주당 정권하에서 추진되어오던 소비세 인상은 자민당의 재집권 하에 계속 진행되고 있다. 지난 2013년 10월에 아베(安部晋三) 정권은 ‘지속가능한 사회보장제도 확

120) 실현 불가능한 정책이 (2009년 공약에) 있었던 이유 중 하나는 정책의 필요성이나 그 실현의 가능성에 대해서, 매니페스토 작성 단계에서 검토가 불충분했던 것이 있습니다. 정권 교체를 통해 정책 전환을 단순히 실현시킨다는 의욕이 앞서 세출의 증대와 그에 대한 보조금의 재검토 작업을 충분히 하지 못했습니다. 달콤한 전망만을 보여드렸던 점에 대해 국민 여러분께 솔직하게 사과를 드립니다。(岡田克也幹事長会見記録 2011年7月21日) 実現できていない政策がある理由として、政策の必要性やその実現の見通しについて、マニフェスト作成段階において検討不十分なところがあったことが挙げられます。政権交代の実現によって、大きな政策転換を一気に実現するとの意気込みが歳出の増大につながり、他方、その裏付けとなる歳入増について補助金の見直しなどが十分に実現しておりません。この点について、その見通しの甘さについて国民の皆さんに率直におわびを申し上げたいと考えております(민주당 홈페이지, 검색일: 2013년 12월 27일).

립을 위한 개혁추진에 관한 법률(持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案)’을 국회에 제출했다. 이에 따라 2014년 4월부터 일본의 소비세는 현행 5%에서 8%로 인상된다. 일본 정부는 그간 소비세율이 최종적으로 10%로 인상되면 이로부터 확보된 재원을 전부 사회보장제도 예산으로 쓰겠다고 밝혀왔다. 인상되는 5%p 중에서 4%p(10.8조 엔 규모)는 사회보장제도의 재정을 안정시키는 것에, 나머지 1%p(2.7조 엔 규모)는 보육 및 의료와 개호서비스 등 사회보장제도의 확충에 사용하겠다는 것이었다. 그리고 2014년도 예산안에 따르면 소비세율 인상으로 확보될 5조 엔은 기초연금 재정지원(2.95조 엔) 등 사회보장제도 확충에 투입된다(일본 재정성 홈페이지, 검색일: 2013년 12월 28일).

소비세로 재원을 충당하는 것이 바람직한 것만은 아니다. 무엇보다도 소득이 적은 계층일수록 조세부담률이 상대적으로 커지고 반대로 기업들의 사회보장제도에 대한 기여는 상대적으로 줄어들기 때문이다. 그리고 징수 규모가 한계에 다다랐을 때 사회보장제도 급부의 축소로 이어질 우려가 크다는 문제점도 있다. 그러나 그간 개인의 책임만을 강조하며 사회와 정부의 책임을 축소시켜온 정책기조가 한풀 꺾인 것이라는 점은 그나마 긍정적으로 평가할 수 있다. 그리고 국민에게 소비세 인상을 설득하는 과정에서 복지는 결국 모두가 나눠져야 할 책임이라는 공감대도 형성되고 있다.¹²¹⁾ 그런 점에서 금번 소비세 인상 결정은 그간 흔들렸던 공조(共助)와 공조(公助) 두 축의 기능을 회복하고 다시 ‘일본형 복지’의 궤도로 돌아가는 계기가 될 수 있을지도 모른다.

121) 2012년 12월에는 70%가 넘는 사람들이 소비세 인상에 반대했지만, 2013년 10월에는 53.3%의 사람이 찬성한다고 대답했다(共同通信, 10월 2일).

제 5장 결론

1970년대 일차적인 복지수준을 달성한 일본은 ‘일본형 복지’의 길을 모색하기 시작했다. ‘일본형 복지’란 개인의 자립을 중심으로, 이를 가정과 사회가 연대정신을 바탕으로 뒷받침하며, 그 위에 정부가 적정한 공적 복지를 보장하는 이른바 개인-사회-국가의 삼중구조를 의미하는 것이었다. 이 연구는 2000년대 일본 의료보험제도 개혁을 통해 이런 ‘일본형 복지’가 변용된 모습을 고찰하고자 하였다.

2000년대 의료보험제도 개혁은 인구 고령화와 사회경제환경의 변화에 따른 재정악화문제를 해결하기 위한 것이었다. 그런데 2000년, 2002년, 2006년에 단행된 의료보험개혁 내용을 살펴보니 개인의 부담만 계속 과중되고 있었다. 보험료와 자기부담금은 늘어났고, 고액요양비제도를 필두로 하여 급부는 축소되었던 것이다. 또한 2008년에 후기고령자의료제도가 도입되면서는 그간 배우자 혹은 자녀의 피부양자로서 보험료 부담을 지고 있지 않던 고령자마저도 보험료를 내게 되었다. 일본 정부는 사회적 연대정신을 바탕으로 한 상호부조체계를 재정립하여 재정문제를 해소하겠다고 주장했지만, 실상은 사회는 물론 가족의 부양까지 무너뜨린, 오로지 개인의 책임만을 강조한 정책들이 시행됐음을 확인할 수 있었다.

아울러 일본 정부는 민영의료보험시장 규제완화를 통해 개인들의 민영의료보험 가입을 장려했다. 하지만 민영의료보험 가입은 크게 늘지 않았고 이는 결국 늘어나는 의료비용의 부담이 분산되지 않고 가계가 고스란히 흡수하고 있음을 보여주는 것이었다. 이렇듯 개인의 부담이 지속적으로 늘어나자 공적의료보험을 확충하고, 국고지원을 강화해야 한다는 목소리가 높아졌다. 이는 2009년 민주당의 집권과정에서도 확인할 수 있었다. 자민당이 재집권하며 후기고령자의료제도 폐지 등, 2000년대 개혁을 원상태로 돌리고자 한 민주당의 공약은 실패로 돌아갔지만 자민당의 의료보장 영역에 대한 정책이 조금씩 변하고 있음을 확인할 수 있었다. 의료보장에 대한 국민의 불만이 정부에 전해진 셈이다. 2013년 소비세 인상안이 가결되면서 국민들 사이에서는 사회보장제도를 위해 조금씩 희생해야 한다는 공감대가 생기고 있고 일본 정부는 소비세 인상으로 충당된 재원을 사회보장제도 확충에만 쏟겠다고 약속했다. 자조(自助)만을 강조한 2000년대 개혁에서 일본 정부가 한 발 물러선 것이다. 이를 계기로 일본 사회가 그들만의 개인, 사회 그리고 국가의 균형점으로 돌아갈지를 지켜보는 것은 흥

미로울 것이다.

끝으로 이 연구에서 살펴본 의료보험개혁은 ‘의료제도’ 개혁의 일환이었음을 밝혀두고 싶다. 한 사회의 의료보장은 서비스 공급(provision)과 재원조달(financing)의 두 부분을 통해 이루어진다. 대부분의 현대국가는 공급과 재정의 두 부분 모두에서 공적 부문과 사적 부문이 혼재하는 모습을 나타내며, 일본 역시 그러하다. 일본의 의료서비스는 대부분이 민간 의료기관에 의해 제공되고, 대신에 정부는 진료보수제도를 통해서 서비스 공급 부분을 조정하고 있다. 2000년과 2002년 의료제도 개혁은 의료보험제도를 중심으로 하고 있으나, 2006년도 개혁에서는 진료보수체계와 보건의료시스템 개혁도 중요한 사안이었다. 특히 2008년도의 후기고령자의료제도 도입은 의료보험체계뿐만 아니라 진료보수체계 및 요양병상을 둘러싼 의료법 개정 등이 포함되어 있어 의료보장 전반을 아우르는 것이었다. 그러나 이 연구에서는 의료보험제도에 초점을 두었기 때문에 이에 대한 논의는 제외하였다. 즉, 이 연구는 의료제도의 일면만을 본 셈이다. 2013년에 발표된 ‘사회보장제도개혁국민회의 보고서(社会保障制度改革国民会議報告書)’에 따르면 이후 의료보장제도 영역에서 개혁은 의료보험뿐만 아니라 의료 제공체제의 개선에도 역점을 두고 있다. 향후에 이러한 진료보수체계 및 의료서비스의 공급측면에 대한 정책 변화까지 포괄한 분석이 이루어진다면 일본의 복지를 더 잘 이해할 수 있는 연구가 되리라 기대한다.

< 참고문헌 >

1. 국문자료

< 논문 >

- 김나경. 2009. “의료보험체계에서 이념의 갈등과 조화: 의료보험에서 경쟁의 억제와 유인”. **의료법학**, 10(2): 151-181.
- 김원섭. 2009. “한국에서 사회정책 개혁과 정책확산, 연금개혁의 사례”. 수록처: **한국 복지국가 성격논쟁Ⅱ**. 정무권 엮음. 서울: 인간과 복지.
- 김지미. 2010. “일본형 복지국가체제 재편과정에서의 ‘가족주의’에 관한 연구: 지자체의 고령자복지정책을 중심으로”. **사회보장연구**, 26(2): 343-374.
- 김진욱. 2009. “한국의 복지혼합과 복지체제”. 수록처: **한국 복지국가 성격논쟁Ⅱ**. 정무권 엮음. 서울: 인간과 복지.
- 김철주. 2004. “복지체제의 유형화와 결정요인에 관한 일연구: 탈가족화와 탈상품화를 중심으로”. **사회복지정책**, 20: 63-85.
- 나병균. 2010. “서구적 동아시아 복지국가 담론의 한국에 대한 적용 가능성 연구”. **사회복지연구**, 41(3): 5-28.
- 마이클 힐. 2011. “복지혼합의 비교연구”. 수록처: **복지혼합**. 김기태 역. 서울: 나눔의 집.
- 마틴 포웰. 2011. “복지혼합과 복지의 사회적 분화”. 수록처: **복지혼합**. 김기태 역. 서울: 나눔의 집.
- 박광덕. 2007. “한국과 일본의 의료보험개혁 비교연구 - 신제도주의적 관점에서-”. **한국정책학회 학술대회**, 2007(4): 67-99.
- 박재용, 박재원. 2001. “지역의료보험 통합전후의 계층간 보험료 이전효과 비교”. **보건행정학회지**, 11(2): 85-122.
- 박지연. 2006. “일본 의료보험제도의 성립 및 전개 과정”. **한국산업경제연구소 논문집**, 19: 169-194.
- 석재은. 2009. “한국 장기요양서비스의 복지혼합”. 수록처: **한국 복지국가 성격논쟁Ⅱ**. 정무권 엮음. 서울: 인간과 복지
- _____. 1999. **노인장기요양보호 복지공급주체간 역할분담에 관한 비교연구**. 박사학위논문, 이화여자대학교 대학원, 사회복지학과.
- 신동면. 2011a. “경제침체기의 일본형 복지체제 변화에 관한 연구: 자본주의 다양성 관점의 적용”. **한국사회정책**, 18(2): 175-208.
- _____. 2011b. “사회복지의 공공성 측정에 관한 연구”. 수록처: **사회정책과 새로운 패러다임**. 심창학, 조영훈 엮음. 서울: 으뜸.
- 심창학. 2004. “동아시아 복지 모델의 유형화 가능성 탐색: 담론과 실증 분석을 중심으로”. **사회복지정책**, 18(4): 55-81.
- 안세아. 2011. “젠더적 관점에서 본 한국의 복지체제유형 논의 -남부유럽과의 비교를 중심으로-”. **사회보장연구**, 27(2): 27-53.
- 엄경남. 2011. “복지국가 관점에서 바라본 교육복지우선지원 사업정책 분석 - Esping-Andersen의 복지국가 유형 분류를 중심으로-”. **한국아동복지학**, 36:

- 35-64.
- 왕혜숙. 2012. **복지정치와 가족담론 -한국과 대만의 의료보험 피부양자 제도 비교연구-**. 박사학위논문, 연세대학교 대학원, 사회학과.
- 이상일. 2009. “복지국가 의료개혁의 보건 관련 성과와 의료 탈상품화의 정치 -영국, 미국, 스웨덴, 이탈리아의 의료개혁 비교연구-”. **한국사회학**, 43(5): 275-310.
- 이응필, 문상호. 2012. “일본 의료제도의 변천과 정책적 시사점”. **한국정책학회 추계학술대회논문집**. 2012: 1-23.
- 이호용, 이현복. 2011. “민영건강보험의 보상범위에 관한 연구”. **보건경제와 정책연구**, 17(2): 1-25.
- 이흥무. 2012. “일본의 건강보험체계와 생손보 간의 융합”. 보험연구원 국제세미나, 2012년 10월 19일. <서울: 조선포텔>.
- _____. 2006a. “일본의 의료개혁과 공적 의료보험 개혁, 상”. **손해보험**, 455: 2-19.
- _____. 2006b. “일본의 의료개혁과 공적 의료보험 개혁, 하”. **손해보험**, 456: 12-20.
- 장영재. 양동현. 2012. “OECD 국가의 의료서비스산업의 효율성 측정 및 효율성 결정 요인: SBM과 SFA의 결합”. **산업경제연구**, 25(6): 3819-3844.
- 정기룡. 2012. “일본 공적연금제도의 복지이념에 관한 연구”. **일본어문화**, 23: 509-531.
- 조병희. 2009. “국가개입과 한국 의료체계의 성격”. 수록처: **한국 복지국가 성격논쟁Ⅱ**. 정무권 엮음. 서울: 인간과 복지.
- 조영훈. 2009. “가족주의와 보수주의 복지유형: “한국의 복지혼합과 복지체제”에 대한 논평”. 수록처: **한국 복지국가 성격논쟁Ⅱ**. 정무권 엮음. 서울: 인간과 복지.
- _____. 2006. “자유주의 복지유형으로서의 일본복지국가: 에스핑-안데르센의 보수주의 유형론 비판”. **한국사회학논집**, 40(4): 164-185.
- _____. 2005. “최근 일본 복지정책의 동향과 평가: 연금과 의료를 중심으로”. **사회복지정책**, 23: 29-47.
- _____. 2004. “자유주의 복지유형으로서의 한국복지국가: 민영보험의 상대적 발달을 중심으로”. **상황과 복지**, 19: 311-337.
- 최무현. 김경희. 2004. “일본의 복지레짐의 성격변화: 개호보험의 도입을 중심으로”. **한국행정학보**, 38(5): 303-325.
- 후지무라 마사유키. 2007. “현대 일본 사회보장의 역사-중앙집권적인 사회복지와 분립형 사회보험의 전개”. 수록처: **한국과 일본의 복지국가레짐 비교연구-사회보장 젠더 노동시장을 중심으로-**. 이해경, 다케가와 쇼고 엮음. 서울: 연세대학교 출판부.

< 단행본 >

- 김교성, 김연명, 최영, 김성원, 김병철 외. 2010. **동아시아 사회복지와 사회투자전략 -한·중·일 비교연구**. 서울: 나눔의 집

- 김진옥. 2011. **한국의 복지혼합**. 파주: 집문당.
- 김태성, 김진수. 2010. **사회보장론**. 서울: 청목출판사.
- 김태성, 성경룡. 1993. **복지국가론**. 서울: 나남.
- 다케가와 쇼고. 2004. **일본의 사회정책과 복지국가론**. 김성원 역. 서울: 인간과 복지.
- 문상식. 2009. **국민건강보험론**. 서울: 보문각.
- 미야모토 타로. 2011. **복지정치 일본의 생활보장과 민주주의**. 임성근 역. 서울: 논형.
- 박병현, 김교성, 남찬섭, Nelson Chow. **동아시아 사회복지 연구**. 고양: 공동체.
- 심창학, 조영훈, 편. 2010. **사회정책과 새로운 패러다임**. 서울: 오름.
- 앤드루 고든. 2005. **현대일본의 역사: 도쿠가와 시대에서 2001년까지**. 김우영 역. 서울: 이산.
- 윤홍식, 송다영, 김인숙. 2010. **가족정책: 복지국가의 새로운 전망**. 고양: 공동체.
- 이케가와 나오키, J.C. 캠벨. 2004. **일본의 의료: 통제와 균형 감각**. 서울: 청년의사.
- 이현복, 이호용, 이희영, 최기춘. 2011. **민영의료보험의 합리적 관리방안**. 서울: 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- 전광석. 2012. **복지국가론 <기원·발전·개편>**. 서울: 신조사.
- 정기룡. 2013. **일본의 사회정책**. 광주: 전남대학교출판부.
- 정치학대사전 편찬위원회. 2002. **21세기 정치학대사전**. 서울: Academia-research.
- 조영훈. 2006. **일본 복지국가의 어제와 오늘: 복지국가 이론들의 비교와 평가**. 파주: 도서출판 한울.
- 최병호, 한동운, 이정우, 이진세, 신현웅, 선우덕, 배성일. 2005. **건강보험제도의 발전과정 비교연구**. 서울: 한국보건사회연구원.
- 최옥채, 쿠로키 야스히로. 2011. **일본 사회복지학 삼각측량**. 파주: 양서원.
- 한국보건사회연구원. 2012. **주요국의 사회보장제도: 일본편**. 서울: 한국보건사회연구원.
- G. 에스핑앤더슨. 2007. **복지 자본주의의 세 가지 세계**. 박시종 역. 서울: 성균관대학교 출판부.
- _____. 2006. **복지체제의 위기와 대응**. 박시종 역. 서울: 성균관대학교 출판부.
- Goodman, Roger, Peng, Ito. 1999. “동아시아 복지국가들: 소요학습(逍遙學習), 적응적 변화, 국가형성”. 수록처: **변화하는 복지국가**. UN사회개발연구소, 고스타 에스핑 앤더슨 엮음. 한국사회복지학연구회 역. 서울: 인간과 복지.
- R.M 티트머스. 1980. **사회정책개론**. 김영모 역. 서울: 일조각.

2. 영문자료

< 논문 >

- Abrahamson, Peter E. 1999. “The welfare modeling business”. *Social Policy &*

- Administration*, 33(4): 394-415.
- _____. 1991. "Welfare and poverty in the Europe of the 1990s: social progress or social dumping?" . *International journal of health service*, 21(2): 237-264.
- Bambra, Clare. 2005a. "Worlds of welfare and the health care discrepancy" . *Social Policy & Society*, 4(1): 31-41.
- _____. 2005b. "Cash versus services: 'Worlds of welfare' and the decommodification of cash benefits and health care services" . *Journal of Social Policy*, 34: 195-213.
- Ikegami, Naoki. 1992. "The Economics of Health Care in Japan" . *Science*, 258(2082): 614-618.
- Jones, Catherine. 1993. "The Pacific challenge" . In: *New perspectives on the welfare state in Europe*, edited by Catherine Jones. London: Routeledge.
- Kam, Yu Wai. 2012. "The Contributions of the Health Decommodification Typologies to the Study of the East Asian Welfare Regime" . *Social Policy & Administration*, 46(1): 108-128.
- Kasza, Gregory J.. 2002. "The illusion of welfare 'regimes' " . *Journal of Social Policy*, 31(2): 271-287.
- Lee, Yih Jiunn, Ku, Yeun Wen. 2007. "East Asian Welfare Regimes: Testing the Hypothesis of the Developmental Welfare State" . *Social Policy & Administration*, 41(2): 197-212.
- Matsuura, Tamie, Sasaki, Masaru. 2011. "Can the health insurance reforms stop an increase in medical expenditures for middle- and old- aged persons in Japan?" . *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(2): 163-187.
- OECD. 2004. "PROPOSAL FOR A TAXONOMY OF HEALTH INSURANCE" .
- Rose, Richard. 1989. "Welfare: The public/private mix" . In: *Privatization and the welfare state*, edited by Kamerman, Sheila B. and Kahn, Alfred J.. New Jersey: Princeton University Press.

< 단행본 >

- Colombo, F. and Tapay, Nicole. 2004. *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems*. Paris: OECD publishing.
- Ramesh, M. and Asher, Mukul G. 2000. *Welfare capitalism in Southeast Asia: social security, health, and education policies*. New York: St. Martin' s press.
- Schoppa. J. Leonard. 2006. *Race for the exits: the unraveling of Japan' s system of social protection*. New York: Cornell University Press.
- Takahashi, Mutsuko. 1997. *The Emergence of welfare society in Japan*.

Brookfield: Ashgate Publishing Company.

3. 일문자료

< 논문 >

- 岡本英男. 2010. “日本における福祉国家の成立とその展開－世界史的文脈に即して－”. 受祿處: **現代の比較福祉国家論**. 金成垣 編著. 京都 : ミネルヴァ書房.
- 谷山新良. 1978. “日本における医療保険”. **生命保険文化センター所報**, 44: 1-76.
- 堀 勝洋. 1981. “日本型福祉社会論”. **季刊社会保障研究**, 17(1): 37-50.
- 堀田一吉. 2006a. “医療保障における民間医療保険の課題” 受祿處: **民間医療保険の戦略と課題**. 堀田一吉 編著. 東京 : 勁草書房.
- _____. 2006b. “問題提起: 民間医療保険をめぐる現状認識と構造的特徴”. 平成18年度日本保険学会大会, 2006年 10月 28日. <東京: 中央大学>.
- 宮地朋果. 2006. “医療保険をめぐる商品開発の動向”. 受祿處: **民間医療保険の戦略と課題**. 堀田一吉 編著. 東京 : 勁草書房.
- 芹澤 伸. 2010. “第三分野保険市場”. **新潟大学 経済論集**, 90: 249-271.
- 吉岡成子. 2009. “後期高齢者医療制度をめぐる経緯と見直しの動向”. **立法と調査**, 288: 76-91.
- 丹下博史. 2006. “医療保険への消費者ニーズと民間医療保険市場”. 受祿處: **民間医療保険の戦略と課題**. 堀田一吉 編著. 東京 : 勁草書房.
- 柳瀬典由. 2006. “医療保険の経済的特徴”. 受祿處: **民間医療保険の戦略と課題**. 堀田一吉 編著. 東京 : 勁草書房.
- 李洪茂. 2012. “民間医療保険の構造と生損保間の融合”. **早稲田商学第**, 431: 455 - 488.
- 武川正吾. 2010. “韓国の福祉国家形成と福祉国家の国際比較”. 受祿處: **現代の比較福祉国家論**. 金成垣 編著. 京都 : ミネルヴァ書房.
- _____. 2003. “日本の福祉レジーム”. **한국사회학회 국제학술대회**, 2003년 12월 11일-13일. <서울: 서울대학>
- 山田 武. 2006. “公的保険保障と国民生活”. 受祿處: **民間医療保険の戦略と課題**. 堀田一吉 編著. 東京 : 勁草書房.
- 山浦広海. 2000. “日米保険協議とGATSサービス交渉-保険分野国際化の試練に直面して-”. **生命保険論集**, 131: 49-86.
- 植村信保. 2010. “生命保険会社の経営悪化”. 受祿處: **不良債権と金融危機 (バブルデフレ期の日本経済と経済政策)**. 池尾和人 編集. 東京: 経済社会総合研究所.
- 原 伸子. 2010. “福祉国家の変容と家族政策: 公私二分法とジェンダー平等”. 受祿處: **福祉国家と家族**. 原 伸子 編著. 東京: 法政大学出版局.
- 田近栄治, 菊池 潤. 2012a. “医療保障における政府と民間保険の役割: 理論フレームと各国の事例”. **ファイナンシャルレビュー**, 111: 8-28.
- _____. 2012b. “日本の公的医療保険の課題と民間医療保険の可能

- 性”．ファイナンシャルレビュー，111：29-47．
- 池田和彦．2010．“社会保障構造改革の経緯とその特徴”．筑紫女学園大学筑紫女学園大学短期大学部紀要，5：129-139．
- 泉眞樹子．2010a．“高齢者医療制度の概要とこれまでの経緯－財政調整を中心に－”．レファレンス，709：55-79．
- _____．2010b．“医療費における自己負担と医療アクセス－保険給付と高額療養費、難病対策その他の公費医療－”．レファレンス，716：91-116．

< 단행본 >

- 内務省社会局保険部．1935．健康保険法施行経過記録．東京：内務省社会局保険部．
- 島崎健治．2011．日本の医療制度と政策．東京：東京大学出版会．
- 埋橋孝文．2011．福祉政策の国際動向と日本の選択－ポスト「三つの世界」論－．京都：法律文化社．
- 木下和夫 編．1981．日本型福祉の道．東京：財経詳報社．
- 小川道雄．2008．医療崩壊か再生か：問われる国民の選択．東京：NHK出版．
- 新川敏光．2005．日本型福祉レジームの発展と変容．京都：ミネルヴァ書房．

< 기타 >

- 経済企画庁．1979．新经济社会7カ年計画(1979年8月10日)．
- 高齢者医療制度に関する検討会．2009．高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理(2009年3月17日)．
- 関西経済連合会．2003．医療保険制度の体系の在り方(厚生労働省試案)に関する意見(2003年2月10日)．
- 内閣府．2013．団塊の世代の意識に関する調査(2013年6月15日)．
- _____．2012．平成24年度高齢者の健康に関する意識調査結果(概要版)．
- _____．2011．高齢者の生活と意識に関する第7回国際比較調査(2011年6月2日)．
- _____．2010．高齢者医療制度に関する世論調査(2010年11月8日)．
- _____．2009．平成20年度高齢者の生活実態に関する調査結果(2009年12月21日)．
- _____．2008．平成19年度高齢者の健康に関する意識調査(2008年1月29日)．
- _____．1999．平成10年度高齢者の日常生活に関する意識調査結果について(1999年7月)．
- 老人保健福祉審議会．1996．今後の老人保健制度改革と平成9年改正について(1996年12月2日)．
- 民主党．2009．マニフェスト．
- 社会保障関係審議会会長会議．1996．社会保障構造改革の方向(中間まとめ)(1996年11月19日)．
- 社会保障制度審議会．1995．社会保障体制の再構築(勧告)(1995年7月4日)．
- _____．1950．社会保障制度に関する勧告(1950年10月16日)．
- 生命文化センター．2013．平成25年度生活保障に関する調査(速報版)(2013年9月)．
- _____．2012．生命保険に関する全国実態調査(2012年9月)．

- _____. 2010. 生活保障に関する調査(2010年12月).
- 日本医師会. 2007. 後期高齢者医療制度について日本医師会の考え方(2007年2月22日).
- 自由民主党. 2010. 自民党政策集 J-ファイル2010(マニフェスト).
- _____. 2009. 政策パンフレット.
- 全国保険医団体連合会. 2007. 差別医療を拡大し、高齢者の人権を侵害する高齢者医療制度の抜本的是正を.(2007年6月3日).
- 政府・与党社会保障改革協議会. 2005. 医療制度改革大綱(2005年12月1日).
- 衆議院. 2008. 第169回国会 衆議院 厚生労働委員会 第4号(2008年4月4日).
- 参議院. 2008a. 第169回国会 参議院 厚生労働委員会 第14号(2008年6月3日).
- _____. 2008b. 第169回国会 参議院 厚生労働委員会 第6号(2008年4月17日).
- _____. 2006. 第164回国会 参議院 本会議 第26号(2006年5月22日).
- 総理府. 社会保障統計年報. 각 년도.
- 厚生労働省. 2009. 後期高齢者医療制度における被保険者資格証明書の厳格な運用の徹底について(2009年10月26日).
- _____. 2006. 健康保険法等の一部を改正する法律案の概要について(2006年3月15日).
- _____. 2005. 医療改革試案(2005年10月19日).
- _____. 2003. 健康保険法等の一部を改正する法律附則第2条第2項の規定に基づく基本方針(医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針)(2003年3月28日).
- _____. 2002a. 医療保険制度の体系の在り方(2002年12月17日).
- _____. 2002b. 医療制度改革について(2002年4月23日).
- _____. 厚生労働白書. 각 년도.
- 厚生省. 2000. 医療制度抜本改革の進め方(2000年1月31日).
- _____. 厚生白書. 각 년도.

< 웹사이트 >

- 국립사회보장 인구문제연구소(国立社会保障・人口問題研究所) www.ipss.go.jp
- 국세청(国税庁) www.nta.go.jp
- 내각관방(内閣官房) www.cas.go.jp
- 내각부(内閣府) www.cao.go.jp
- 마이니치신문(毎日新聞) www.mainichi.jp
- 민주당(民主党) www.dpj.or.jp
- 생명보험문화센터(生命文化センター) www.jili.or.jp
- 수상관저(首相官邸) www.kantei.go.jp
- 아사히신문(朝日新聞) www.asahi.com
- 요미우리신문(読売新聞) www.yomiuri.co.jp
- 외무성(外務省) www.mofa.go.jp
- 의료제도연구회(医療制度研究会) www.iryoseido.com
- 자유민주당(自由民主党) www.jimin.jp

중의원(衆議院) www.shugiin.go.jp
참의원(參議院) www.sangiin.go.jp
총무성 통계국(總務省統計局) www.stat.go.jp, www.e-stat.go.jp
총무성(總務省) 행정포털사이트 www.e-gov.go.jp
쿄도통신(共同通信) www.kyodo.co.jp
후생노동성(厚生労働省) www.mhlw.go.jp
OECD 통계사이트(OECD STAT) stats.oecd.org

ABSTRACT

The Public Health Insurance Reform in the 2000s and Japanese-type Welfare Society

Cho, Eun

Area Studies

The Graduate School

Yonsei University

The public health insurance system, introduced in 1922, has been played a key role in Japan's social welfare along with the public pension system that started in 1942. Broadly speaking, there are two types of public health insurance; Health Insurance and National Health Insurance. The former one is employment-based while the later one is for the people left out from the Health Insurance, including the self-employed and the unemployed. The two systems are somewhat different in terms of benefits, but several features are common. The premiums are collected from the family as a unit, and the insurers are usually associations including local communities. Also they depend on the government subsidies more or less. In other words, the family, the community, and the state have shared the role. This implies the 'Japanese-type welfare society'. In the late 1970s the Japanese government suggested this concept as their ideal model. The 'Japanese-type welfare society' consists of the individuals taking care of themselves, the society supporting them to do so, and the state providing appropriate welfare services. The government explained this three levels of social welfare system is consistent with Japanese values such as

self-reliance, mutual help, and social solidarity.

Recently the public health insurance reform has been controversial. The medical expenses have soared due to the advanced medical technology, the increasing interest in the health, and the aging population, and Japan had to deal with this problem. As a result, the reform, that include the increases of both premium and co-payment, was carried out in 2000, 2002, and 2006. Also Latter-Stage Elderly Healthcare System has been implemented by 2008. The Japanese government insisted the reform should be made in order to rebuild three levels of Japanese welfare system; self-help, mutual-help and public-help. However, this paper found that the reform lowered the responsibility of the state while it increased the one of the individuals. Also it tore down family support and social solidarity. That is to say the reform broke the bounds of Japanese-type welfare.

The reform triggered counteractions. The Japanese government has encouraged people to buy the private health insurance through the deregulation policies, however it has not led to the insurance purchase. Instead more people insisted that the state should take more responsibility on health care. This can be observed in the 2009 Japanese general election, which the Democratic Party of Japan won for the first time in 54 years. The Democratic Party of Japan claimed that they would address the issues caused by the public health insurance reform. Even though it ended in failure, it changed the direction of the reform that had emphasized the self-help. Recently the bill of raising the consumption tax has passed, and it will take into effect as of April 2014. The Japanese government promised to pour all of the money gained from the raise into social welfare system. Also, the debate over the consumption tax issue has encouraged Japan to form a social consensus that every member of the society should share the burden and contribute to community. This may serve as a momentum to get back to the equilibrium of the Japanese-type welfare.