

# 건강보험심사평가시스템의 일본진출에 대해



염종순 대표이사  
이코퍼레이션닷컴제이피

## 1. 들어가며

건강보험심사평가시스템의 일본 진출 이야기에 앞서 일본의 국가재정 악화가 눈에 띄이게 악화되고 있다. 일본국 재무성의 홈페이지에 의하면 2016년 11월 현재 일본국의 GDP대비 국가채무비율은 세계에서 1위로서 232.4%를 기록하고 있는 것을 알 수 있다. 2017년 현재 세계 통화기금이 발표한 일본국채 발행 총액은 1,306,817십억 엔이며 매년 재정적자가 수십조 엔씩 증가하고 있어서 국가재정 건전화는 무엇보다 시급한 과제이다.

일본	188.8	193.2	209.4	215.4	220.3	226.1	229.2	232.4
미국	93.5	102.7	108.3	111.4	111.4	111.6	110.6	111.4
영국	81.7	93.0	106.9	111.2	106.4	116.8	116.4	115.5
독일	75.6	84.2	83.6	86.3	81.4	82.1	78.5	75.0
프랑스	93.2	96.9	100.8	110.5	110.1	119.1	120.1	121.3
이탈리아	127.3	126.0	119.4	138.1	145.0	158.7	160.7	159.9
캐나다	87.4	89.5	93.1	95.9	92.3	94.6	94.8	94.8
그리스	135.2	128.6	111.2	166.2	182.0	181.3	190.0	200.0

[http://www.mof.go.jp/tax\\_policy/summary/condition/007.htm](http://www.mof.go.jp/tax_policy/summary/condition/007.htm)

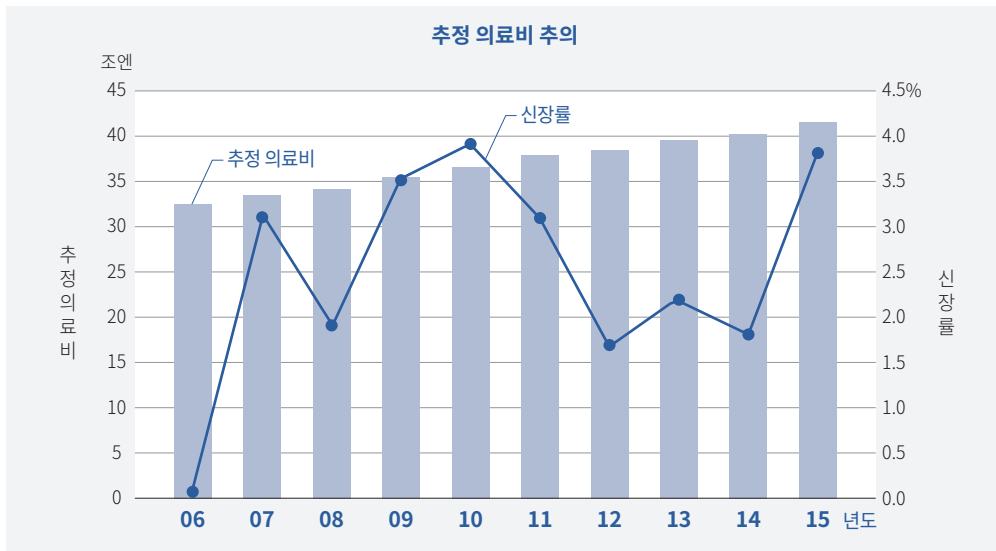
이러한 상황 가운데 일본정부는 국가적 혁신을 통하여 국가경영의 효율화를 기하고 예산의 획기적인 절감을 실천하기 위해 사회 전 분야에 걸쳐 여러가지 혁신적 대책을 강구하고 있다. 그중에서도 매년 큰 폭으로 증가하고 있는 의료비문제는 일본정부에 재정건전화에 심각한 타격을 주고 있는 요소 중에 하나이다. 2015년 기준 일본의 개략적 의료비 총액은 41.5조 엔을 돌파하였고 앞으로도 의료기술의 향상으로 인해 연명치료가 늘어나고 전국민의 고령화가 급격하게 진행되고 있어 혁신적 대책이 수립되지 않는다면 앞으로도 더욱 더 어려운 지경에 이르게 될 것으로 우려되는 상황이다.

## 2. 일본의 의료보험 재정의 동향

일본의 후생 노동성이 2016년 9월 13일 발표 한 2015년도 일본국민의 개략적 의료비 총액은 41.5 조엔, 전년도대비 1.51 조원, 비율로 3.8% 증가했다. 대략적인 의료비가 40조 엔을 넘는 것은 2016년이 처음으로, 과거 최고를 갱신하는 것은 13년 연속이다.

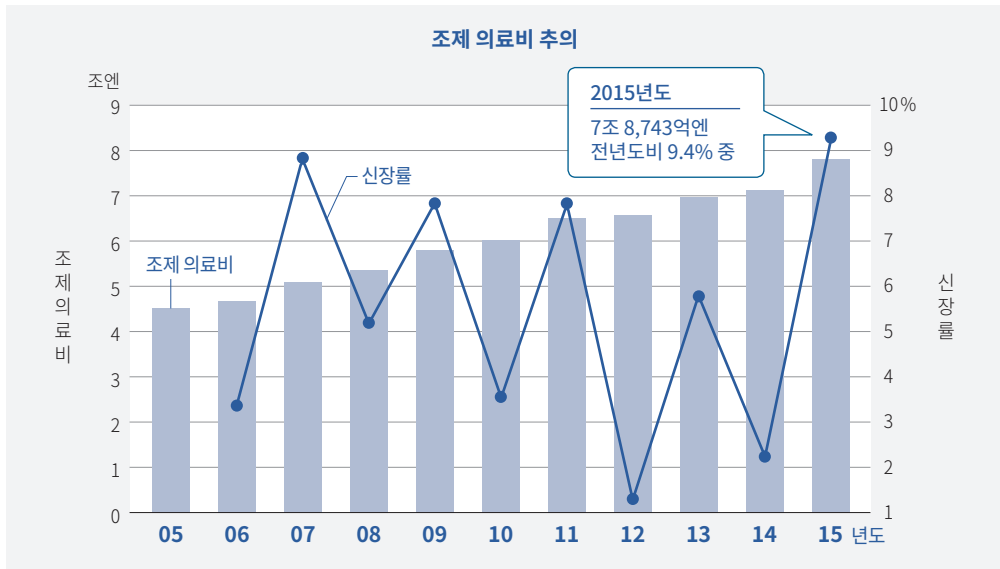
후생 노동성이 이번에 발표한 의료비는 의료기관에서의 진료 보수 청구에 근거 속보치, 공적 의료 보험과 공비 부담 의료(생활 보호 등)를 커버하고 있지만, 산재 및 전액 자비의 의료비는 포함되어 있지 않으므로 '대략 의료비'라고 한다.

대략적인 의료비 증가로는 12 ~ 14년도 2% 안팎의 성장에 머물러 있었지만, 15년도 추세로 보았을 때 큰 성장으로 전환했다. 3% 대의 성장이 되는 것은 11년도 이후, 4년 만에 3% 대 후반이 되는 것은 10년 이후 5년만이다.



자료: 후생노동성 「의료비의 이동」 을 바탕으로 작성

또한 대략적인 의료비 내역은 ‘입원’이 16.4조 엔으로 전체의 39.5%를 차지, ‘외래 입원’은 14.2조엔(34.3%), ‘조제’가 7.9조원(19.0%), ‘치과’가 2.8조 엔(6.8%) 등 이다. 특히 급격한 증가로 눈에 띄이는 것은 조제부분으로 전년도보다 6800억 엔(9.4%)이 증가했다. 조제 의료비의 증가가 예상 의료비 전체를 끌어 올리는 큰 요인이라고 보여진다. 조제기본료 및 조제비용 등의 ‘기술료’와 ‘약값’ 등이 포함 된 조제의료비는 최근 몇 년간 전체 의료비의 증가보다 빠른 속도로 증가하고 있다. 요인으로는 ▽ 고령화에 따른 환자 증가와 원외 처방전을 발행하는 의료기관의 증가에 따라 처방전 매수가 증가 ▽ 기술료 및 약제비용의 상승으로 처방전 1장당 단가가 상승하는 현상 등을 들 수 있지만 다음의 그래프를 봐도 알 수 있듯 2015년도는 지난 10년간 가장 큰 증가폭을 보였다.



자료: 후생노동성 「조제의료비의 이동」을 바탕으로 작성

이에 따라 일본정부는 여럿 타분야는 물론 특히 의료분야에서도 지속가능한 고효율 저비용의 의료서비스를 국민들에게 제공하기 위하여 여러가지 정책을 추진하고 있다. 이와 관련하여 후생성은 환자들의 전자카르테 혹은 건강진단정보 등 각종 의료정보 빅데이터를 적극 활용, 질병발생후의 치료에서 질병발병전의 사전예방 개념의 의료서비스를 제공하기 위해 의료분야의 정보화를 적극 추진하고 있다. 또한 의료비의 효율적 집행 및 관리 등을 실현하기 위하여 2016년 4월에 ‘데이터 헬스 시대의 질 높은 의료의 실현을 위한 전문가회의’를 설치하여 각계 각층의 전문가들로 하여금 금후(今後)의 나아갈 방향에 대해서 정책적 기본 방침을 확정하였다.

첫 번째, 심사기관의 심사업무의 효율화, 심사기준의 통일화를 실시 두 번째, 빅데이터를 활용한 보험자기능의 강화 및 의료의 질 향상, 세 번째로, 첫 번째와 두 번째의 목표를 달성하기 위해 지불기금의 조직과 체제 혁신방안 등이 거론되고 있다. 심사기관의 심사업무의 효율화, 심사기준의 통일화의 관점으로 볼 때 현재 대부분의 심사는 의사 및 의료관계자의 목시검사로 이루어지고 있으므로 이를 컴퓨터를 활용한 자동심사시스템으로 전환하여 신속·정확하며 저렴한 비용으로 심사처리가 이루어지도록 해야 하는 과제이다. 또한 마이넘버 도입으로 인한 각종 의료데이터의 정비와 또한 개인정보보호법 등과 관련된 프라이버시 침해문제를 고려한 의료데이터의 2차사용 관련법 제정비가 필요하다고 제안하였다. 한편 지불기금과 국보련으로 나뉜진 보험청구 심사체제에 대해서는 통합의 필요성과 당위성은 인식하나 여러가지 장애요인 등을 고려하여 당분간은 전국일원화 및 블록단위의 통합보다 컴퓨터 심사의 기준 혹은 지역별 차이 등을 파악한 후 전문가 등의 협의를 거쳐 향후 통일화 준비를 진행하는 것으로 정리되었다.

필자는 이러한 일본의 의료보험 심사평가체제의 혁신작업에 있어서 한국의 건강보험심사평가원의 역할과 심평원이 보유한 건강보험심사평가시스템(이하 HIRA시스템) 등이야말로 적극적 벤치마킹의 대상이며 To Be모델이 될 것으로 예상하고 일본정부 요인에게 수차례에 걸쳐 제안을 하였다. 그로 인해 수년간 후생성 대신을 비롯하여 일본정부 요인 및 업계관계자들이 심평원을 방문하여 벤치마킹을 실시한 것으로 알고 있다. 그러한 연유로 인해 대한민국의 건강보험심사평가원의 조직구성 및 업무내용 그리고 심평원이 보유한 정보시스템은 의료분야의 비용을 파격적으로 줄이며 의료서비스를 향상시켜 나가야 하는 일본정부의 입장에서 우리의 토털시스템은 상당히 매력적인 패키지임을 주장할 수 있다. 그러한 의미에서 일단 일본의 의료보험제도 운영현황과 의료보험제도에 관련된 단체들의 현황을 검토해 볼 필요가 있다.

### 3. 일본의 의료보험 제도의 개요

현재 일본의 의료보험<sup>1)</sup> 가입자는 국민건강보험조합 1,880개, 가입자 3700만 명, 전국건강보험협회 관장건강보험(구정관건보) 가입자 3,600만 명, 조합관장건강보험조합1,409개소, 가입자 2,900만 명 및 공제조합 85개소 가입자 900만 명 등이 가입되어 있으며 75세 이상의 고령자만을 가입자로 하는 후기고령자의료보험조합47개소, 가입자가 1500만 명으로 전 국민이 건강보험에 가입되는 전국민건강보험 제도를 실시하고 있다. 한편 이들에게 의료서비스를 제공하고 있는 의료서비스 제공자<sup>2)</sup>를 살펴보면 병원8,493(병상수총계 1,568,261)과 진료소(병상수총계

---

1) 의료보험조합 수는 2015년 3월말 기준, 의료보험가입자는 2014년 3월말 기준 후생성발표  
 2) 병원, 진료소, 치과진료소는 2014년 후생성 의료시설조사에 준거, 약국은 2014년 후생성 위생행정보고서

112,364), 치과진료소(68,592), 약국(57,784)로 구성되어 있고 이들 의료기관에 종사하는 종사자수는 의사 311,205명, 치과의사 103,972명, 약제사 288,151명, 간호사 11,142,319명, 보건사 59,156명, 조산사 37,572명 등으로 구성되어 있다. (1)일본의 의료보험 운영형태를 보면 한국과 유사한 형태로서 각기 의료보험조합에 가입된 피보험자가 의료기관에서 진료를 받게되면 (2)의료기관은 의료보험 심사지불기관에 의료보험료를 청구하고 심사지불기관은 심사가 종료되면 의료기관에 보험료를 지불하는 형식으로 운영되고 있다. 현재 일본의 심사지불기관은 국민건강보험연합회(이후 국보련으로 호칭)와 사회보험진료보수지불기금(이후 지불기금으로 호칭) 2개 기관으로 나뉜다. 또한 2개의 기관은 각기 전국 47개 광역지방자치단체에 각기 사무소를 운영하고 있어 전국의 의료기관들은 소재지의 각각의 사무소에 의료보험청구를 실시한다.

이들이 처리하는 보험청구 내용을 살펴보면 다음과 같다

구분	지불기금	국보련
보험청구건수(2014기준)	연간 약 9.8억 건 월평균 8,120만 건	연간 약 10.1억 건 월평균 8,440만 건
지불금액(2014기준)	연간 약 11조 1,129억 엔 월평균 9,260억 엔	연간 약 23조 51억 엔 월평균 1조 9,170억 엔

한편 심사지불기관의 개요는 다음과 같다.

### 가. 사회보험진료보수지불기금의 개요

<b>설립근거</b>	사회보험진료보수지불기금법에 의거하여 설립된 민간법인
<b>법인성격 및 임원구성</b>	임원은 4자구성(보험자, 피보험자, 진료담당자, 공익재단)이며 보험자로부터 독립된 중립적 성격(지불기금법제 10조 2항)
<b>조직</b>	본부(동경도), 47개 시도부현(광역자치단체)에 지부
<b>직원수</b>	약 4,300명(2015년 기준) 본부에 약 300명, 지부 4,000명
<b>연혁</b>	지불기금창설이전 →심사는 의사회 또는 치과의사회에 위탁 →보험의지도위원회, 지불은 도도부현보험과 →사회보험협회(정관)각 조합 →건보련(건강보험연합회) 1948년 9월 기금법에 의해 특수법인으로 설립 심사의원회에 의한 심사개시(설립 다음해부터 진료담당자, 보험자 및 학식경험자의 3자구성) 2003년 10월 기금법개정에 따라 민간법인화

## 나. 국민건강보험단체연합회의 개요

<b>설립근거</b>	국민건강보험법에 의해 설립된 공익법인
<b>법인성격 및 임원구성</b>	보험자(시정촌 등의 기초자치 단체)가 공동으로 설립한 보험자단체라는 성격(국민건강보험법83조1항)
<b>조직</b>	각 시도부현(광역자치단체)별로 설립된 47개 단체
<b>직원수</b>	약 5,100명(2015년 기준)
<b>연혁</b>	1938년 - 1942년 →국보연합회가 전국적으로 순차적 설립 →당시의 심사는 도도부현 의사회 등에 설립된 심사위원회가 실시 1948년 →국민건강보험이 기초자치단체로 이양되면서 현명칭으로 개칭 1951년 →심사위원회 설치법정화

향후 대한민국의 HIRA시스템을 수출을 위해 노력한다면 어떠한 고려사항이 있는지를 충분히 검토하여 추진할 필요가 있다. 그러기 위해 고려해야 할 몇가지 요소들을 짚어보자. 먼저 일본정부의 의료보험재정의 현재 상황으로 볼 때 대한민국의 HIRA시스템의 도입이 무척이나 매력적임에는 틀림이 없다. 특히 일본의 의료보험청구시스템과 가장 유사한 형태로 만들어진 시스템이며 일본의 실질적인 적용가능성 측면과 경제적 측면 또한 데이터웨어 하우스 등을 이용한 최첨단 기능 등의 여러가지 측면에서 일본정부는 한국의 HIRA시스템에 매력을 느낄 것이고 실질적으로도 검토를 추진 중인 것으로 알고 있다. 그러나 아무리 매력적인 제안이라도 일본정부가 이를 검토하기 위해서는 여러가지 전제조건이 따르리라 본다. 필자는 2013년부터 일본정부로부터 “정부정보시스템혁신검토위원회 구성원” 혹은 “전자정부 전문원”으로 위촉되어 일본정부의 정보시스템 쇄신 및 전자정부 추진에 관여해 오고 있다. 또한 광역자치단체인 사가현의 “정보기획감”으로 7년간 재직, 기초지방자치단체인 아오모리시의 “정보정책조정감” 등으로 13년간 재직하며 현직공무원으로서 지방자치단체의 정보화에 관여한 경험을 가지고 있다. 그런 제 경험을 바탕으로 본 프로젝트를 성공적으로 이끌어나가기 위해서 필요한 몇 가지 조언을 드리고자 한다.

첫 번째, 당해 시스템은 일국의 의료보험체계를 뒤흔드는 거대한 프로젝트인 관계로 민간레벨의 영업차원에서 수행될 수 있는 사업은 아니며 정부차원의 협력이 수반되어야 하는 사업이라 생각한다. 따라서 양국의 정상회담이나 후생성과 한국의 보건복지부 차원의 협력 어젠더로 채택되는 것이 중요한 선결과제로 사료된다. 또한 의료정보화의 강력한 저항세력이라고 하는 일본의 사회의 설득도 중요한 과제중에 하나이므로 정보화의 역작용과 부작용만을 염려하는 이들을

설득하기 위해서는 한국의사회의 협력을 얻을 수만 있다면 강력한 무기를 얻는 것이라고 생각한다.

두 번째, 한국의 심평원 조직과는 달리 일본의 경우 지불기금이나 국보련 등에는 정보시스템 전문가가 부재한 관계로 현행시스템에 대한 실질적 업무노하우는 기존 시스템벤더가 보유하고 있어서 지불기금 등의 의지만으로는 프로젝트를 추진할 수도 없고 성공시킬 수도 없는 것이 현실이다. 수년전에 있었던 일본 특허청의 특허정보시스템의 쇄신작업의 실패사례는 이와 같다. 해당기관의 시스템담당자는 업무 노하우가 일천하고 시스템을 개발하고 유지보수해온 기존 벤더들은 기득권을 유지하기 위해서 시스템 쇄신을 협력하지 아니하고 다시 한번 일깨워준 사건인 만큼 시스템 쇄신시의 기존벤더의 활용 가능성에 대해 많은 고려가 필요하다.

따라서 후생성이나 지불기금 등의 관련 당사자들로서는 상당한 리스크를 각오하고 일을 추진하여야 하므로 이러한 불안요소를 불식시킬 필요가 있다. 그러한 이유에서 당해 프로젝트를 추진하기 위해서는 심평원의 각 부서의 전문가들의 적극적인 지원이 필요로 할 것으로 사료되며 또한 이를 적극적으로 일본 측에 어필해야 할 필요가 있다고 생각한다. 상기 이유로 볼 때 가장 원만한 추진방안은 심평원과 지불기금등의 협력하에 일본의 시스템 벤더가 심평원시스템을 바탕으로 새로운 시스템을 구축 혹은 심평원과 지불기금의 협력하에 양국의 시스템벤더가 협력하는 모습이 가장 성공 가능성을 높일 수 있는 형태가 아닐까 생각한다. 시간이 지나면 지날수록 일본 측의 국가재정악화와 의료보험 재정악화는 심해질 것으로 사료되므로 양국기관 간에 신뢰 구축과 협력의 분위기 조성을 위한 인적교류 등을 추진해 나가면서 점진적으로 당해 프로젝트를 추진해 나간다면 반드시 좋은 결과를 가져올 것으로 사료된다. X