

2020년 일본의 진료보수 개정

The Revision of Medical Fee Schedule in Japan, 2020



엄혜은 주임연구원
건강보험심사평가원 기술평가연구부

- Key Points**
- ☑ 일본의 2020년도 진료보수 개정의 기본방향은 전 세대형 사회보장, 환자에게 밀접한 의료 제공, 근무방식 개혁을 통한 의료종사자의 근무부담 경감, 보험제도의 지속성 확보
 - ☑ 2040년의 의료, 요양서비스 수요증가에 대비하여 지역포괄케어를 완성하는데 중점을 두고 인력 추가 배치 가산, 업무효율화를 위한 정보통신기기 활용 및 기록요건 완화, 진료정보 및 투약정보 연계 등의 수가 신설
 - ☑ 질 높은 의료서비스 제공과 조기 재택복귀를 위한 영양관리, 배뇨자립지원, 방문간호 지도가산 항목과 함께 후발의약품사용 촉진, 비용효과평가로 약가 사후관리, 기존기술 재평가와 신의료 기술 평가를 통한 수가조정 사항 등을 진료보수에 반영

Key Words 진료보수, 지역포괄케어, 의료기능 분화
Medical service fee, Regional comprehensive care, Differentiation of Medical function

1. 들어가며

일본의 진료보수(medical fee)는 한국의 건강보험 요양급여비용에 해당하는 것으로 기술 서비스 수가와 약가로 구성되어 있으며 2년 주기로 개정된다. 기술서비스에 대한 보수는 의과, 치과, 조제 보수점수표로 구성되고 진료보수는 의료 행위별 점수 1점당 10엔을 곱하여 계산된다(후생노동성, 2018).

진료보수는 다음의 절차를 거쳐 결정된다. 먼저 재무성과 후생노동성이 총액 개정률을 정하면 후생노동성 산하 사회보장심의회는 의료보험부회와 의료부회는 논의를 통해 개정의 기본방침을 정한다. 이 기본방침에 근거하여 중앙사회보험의료협의회는 개별 의약품 가격과 기술서비스에 대한 진료보수 항목별 점수, 산정요건 등을 논의하여 진료보수를 개정한다(건강보험심사평가원, 2020).

2020년 진료보수 개정의 기본적인 방향은 첫째, 전 세대형 사회보장, 둘째, 환자와 국민에게 밀접한 의료 실현, 셋째, 의료종사자의 근무부담 경감 및 근무방식의 개혁 추진, 넷째, 의료서비스의 효율화와 적정화, 보험제도의 안정성과 지속성을 확보하는 것이다. 이번 개정은 지난 2018년의 개정(진료보수와 간호보수¹⁾의 동시개정)과 같이 베이비붐 세대가 모두 75세 이상의 후기고령자가 되는 2025년²⁾을 대비하여 외래와 입원 의료기능의 분화와 강화, 의료와 간호의 역할분담과 연계를 지속적으로 추진하는 것이 기본 관점이다. 이러한 방향성에 따라 일하는 방식의 개혁, 환자에게 안전하고 질 높은 의료 실현, 의료기능의 분화·강화, 효율화·적정화를 통하여 건강보험의 안정성과 지속성의 향상을 구체적인 세부 과제로 추진하고 있다.

이 글에서는 2020년 일본의 진료보수 개정의 주요 내용을 세부과제별로 확인하고 시사점을 도출하고자 한다.

2. 주요 개정사항

가. 근무방식 개혁을 통한 의료종사자 부담 경감

근무방식 개혁을 통한 의료종사자의 근무 부담 경감은 이번 개정의 중점과제이다.

먼저, 응급의료 종사자의 근무방식 개선을 위한 수가가 신설되었다(표 1). 응급실은 근무시간 과다 등 업무 부담이 심하여 교대근무, 당직 후 업무 배제 등의 방식과 추가 인력을 확보하여 근무여건을 개선할 필요가 있다. 연간 응급환자 이송건수 2,000건 이상인 기관이 근무환경 및 처우개선을 위하여 관련 계획(당직 후 수술업무 배제, 교대 근무 계획 등)을 수립하면 해당 기관에서 입원 기본료 또는 특정입원료를 산정³⁾하는 환자에게 입원 첫날에 한해 520점을 가산할 수 있다(표 1). 이번 개정으로 전국 약 900여 개의 응급의료 제공기관이 연간 350억 엔의 가산 지원금⁴⁾을 받을 수 있을 것으로 추정되며, 이를 추가인력 확충을 위한 인건비로 사용할 수 있게 된다.

구급차 내에 전담 간호사 배치에 따른 가산기준은 세분화 되어 연간 응급환자 이송건수가 200~999건인 기관은 200점, 1,000건 이상인 기관은 400점까지 추가 가산이 가능하다(표 1).

1) 간호보수란 간호보험(노인장기요양제도와 비슷)의 수가를 의미하며 3년마다 개정된다.

2) 2025년에는 2차 세계대전 이후 1947년부터 1949년에 태어난 1차 베이비붐 세대가 75세 이상의 고령자가 되며, 65세 이상 연령이 인구의 30%를 넘어 의료와 요양서비스의 수요증가를 예상하고 있다.

3) 입원기본료 산정환자 외에 뇌졸중 케어유닛 관리료, 소아중환자실 입원료, 감염환자 입원관리료와 같은 특정입원료를 산정하는 환자 중 지역가산이 가능한 환자에 한하여 '지역의료체제 확보가산(520점)'을 할 수 있다.

4) 니혼게이지이 신문 '대형병원의 입원료 5,200엔 가산, 4월에 진료보수 개정'(2020.2.기사)의 일부 내용을 인용하였다.

이외 근무부담을 완화하기 위해 사무보조인력, 간호조무사, 야간 간호인력을 추가 확보한 경우 받을 수 있는 수가도 상향조정되었고, 의사 등의 근무시간 상한제도가 2024년 4월부터 시작된다(표 1).

또한 의료기관의 업무 효율화를 위해 서면동의가 필요한 서류들은 전자기록으로 대체 가능하고, 외래환자 식사지도 시 2회째부터 정보통신기기를 활용한 비대면 방식에도 수가 산정이 가능하며, 재택요양지도료 산정 시 의사가 간호사, 영양사 등 타 직종에 지시한 사항을 기록하던 요건은 삭제된다(표 1).

(표 1) 근무방식 개혁에 대한 주요 개정 내용

구분	진료보수 내용	비고
응급의료분야	지역의료체제 확보가산 신설 •응급이송 2,000건(년) 이상 •근무환경/처우개선 계획 수립 - 당직 후 업무배려, 정규직 의사 고용, 교대근무계획 등	•입원 첫날에 한하여 급성기 일반입원 기본료에 520점 가산
	구급차간호사 배치 가산 기준 세분화 •응급이송 1,000건(년) 이상 기관 •응급전담간호사 배치	•(전) 200건(년) 이상 200점 가산 •(후) 1,000건(년) 이상 400점 가산, 200~999건(년) 200점 가산
근무부담 완화	보조인력 배치 시 가산 변경 •야간간호인력 배치 점수 상향조정 •간호조무사 배치 점수 변경 •영양지원팀 가산 대상 병동 확대	<예시> 의사 사무보조배치 I (전) 198~920점 → (후) 248~970점
업무효율화	기록의 효율화·합리화 •서면동의 요건 → 전자기록 가능 •재택요양지도료 산정 시 의사 지시사항 기록 요건 삭제	-
	ICT¹⁾ 활용 •외래 영양지도료 2회째부터 정보통신기기 이용 가능 •외래 항암요법 환자에게 맞춘 세심한 영양관리 지속 목적	•대면 200점, 정보통신기기활용 180점 * 첫 회(260점)는 대면지도 필수 •월 2회 이상 구체적 식단 지도 •전담영양사 1명 이상 배치

주: 1) ICT: Information Coummunication Technology, 정보통신기기 및 전자의무기록 등을 포함한다.

자료: 후생노동성. 2020년 진료보수개정에 대하여. 2020.3.5.

나. 안전하고 질 높은 의료서비스의 제공

안전하고 질 높은 의료서비스의 제공은 의료기술의 발전과 동시에 환자의 안전을 더욱 확보하고 환자 중심의 찾기 쉽고 이해하기 쉬운 의료서비스를 제공하는 것을 의미한다. 해당 과제는 2018년 진료보수 개정 때부터 추진되었으며 2020년에는 (표 2)와 같은 사항들이 신설·추가되었다.

먼저, 소아에 대한 지속적인 관리가 이루어질 수 있도록 소아담당진료료를 3세 미만에서 6세 미만으로 변경하였다(표 2). 소아연령은 집중적인 예방접종이 필요한 시기이며 각종 질환의 조기 발견과 이에 따른 추적관리가 중요하기 때문이다.

모든 연령을 대상으로 단골 약국과 약사의 지도료와 포괄적 지도료⁵⁾의 점수를 상향조정하고, 6개 이상의 약제를 처방받는 환자의 중복투약 방지를 위해 약사가 현재 먹는 약을 확인하고 조제할 수 있도록 복용약제조정지원비를 신설하였다(표 2).

환자 소개(의뢰)-역소개(회송) 시 환자의 동의를 받아 회송기관에 환자의 진료정보를 제공하면 150점을 추가 산정할 수 있다. 기존 수가인 소개율·역소개율⁶⁾에 따라 진찰료를 차등 산정하거나, 지역의료지원병원⁷⁾ 입원료 가산을 하는 것과 같이 의료전달체계를 강화하는 수가정책의 일환으로 시행된다(우봉식, 2019).

각종 질환의 중증화 방지 대책으로 산후 당뇨병관리료를 신설하여 임신성 당뇨병환자가 산후 12주 동안에도 적절히 관리받을 수 있게 되며, 신장대체요법관리료를 신설하여 만성신부전 환자가 경력 있는 의료진이 배치된 기관에서 투석 등의 전문적인 교육을 받을 수 있도록 하였다(표 2).

아울러, 암 핵심·거점·재휴병원에서는 암에 대한 유전자 진단 및 유전성 종양에 대한 상담 제공 수가와, 암환자가 약국에서 항암제 및 항구토제 등을 처방받으면 전문적이고 충분한 설명을 받을 수 있도록 특정약제관리지도료 항목을 신설하였다(표 2).

5) 단골약사지도료는 후생노동대신이 특히 안전관리가 필요하다고 정한 의약품의 조제 및 복용지도 시 산정하는 수가이며, 단골약사포괄관리지도료는 재택요양 진료소를 갖춘 기관에서 지역포괄진료가산 및 치매지역포괄진료가산을 산정하는 환자에게 동의를 얻고 약사가 필요한 지도를 실시한 경우에 산정하는 수가이다. 지역포괄진료가산 대상은 이상지질혈증, 고지혈증, 당뇨병, 치매 중 2개 이상의 질환이 있는 환자이며, 치매지역포괄진료가산 대상은 치매 이외에 1개 이상 질환을 동반한 환자로 5개 이상의 내복약 처방 또는 3개 이상의 항정신성 약물을 처방받지 않는 환자이다.

6) 소개(의뢰), 역소개(회송) 환자 비율은 1년 단위로 평가하며, 소개율은 (소개환자수+응급환자수)÷초진환자수로 계산하며, 역소개율은 역소개환자수÷초진환자수로 계산한다.

7) 지역의료지원병원은 도도부현 지사가 지정하며, 200병상 이상, 소개(의뢰)환자 중심 서비스 제공, 응급의료 제공이 가능한 의료기관으로 환자와 가까운 지역에서 의료서비스를 제공하는 기관이다.

(표 2) 안전하고 질 높은 의료서비스 제공에 대한 주요 개정내용

구분	진료보수 내용	비고
의사/약국/약사의 단골(담당) 기능 강화	소아담당진료료 적용기준 확대 • 소아환자의 조기발견, 조기치료, 지속진료를 위함	• (전) 3세 미만 → (후) 6세 미만
	약사지도료 상향조정 • 전문적 지도와 환자 개인정보 보호가 가능한 별도 공간 마련	• 단골약사지도료 (전) 73점 → (후) 76점 • 단골약사포괄관리료 (전) 281점 → (후) 291점
	복용약제조정지원비 신설 • 중복투약 방지 목적 • 6개 이상 약 처방받는 경우 대상	100점, 3개월에 1번 산정
환자 진료에 필요한 정보 제공	진료정보 제공료 Ⅲ 신설 • 지역종합진료가산 대상 기관 • 회송기관에 진료정보제공	• 150점 • 환자 동의 필수
각종 질환의 중증화 예방대책	산후 당뇨병관리료 Ⅱ 신설 • 임신성 당뇨 환자 산후 지속관리	• 120점, 산후 12주 동안 1회 산정
	신장대체요법지도관리료 신설 • 투석 전 신부전 단계의 환자 • 인공신장 도입기 가산기준 ²⁾ • 신장내과 근무 3년 이상 의사 • 경력간호사	• 500점, 1인당 1회 산정 * 간호사기준: 5년 이상 경력 또는 3년 이상 신장내과 근무 간호사
양질의 암 의료서비스 제공	유전성종양상담료 신설 • 암 핵심, 거점, 제후 병원	• 유전성종양상담료 1,000점
	유전성 암 검사료 및 상담료 신설 • 유전성 유방암, 난소암 검사	• BRCA1/2 검사(혈액) 20,200점 • 유전상담(서면) 300점
	특정약제관리지도 가산 Ⅱ 신설 • 암환자 대상 • 항암제 치료 후 약국에서 항암제 및 항구토제 처방 받는 경우	• 특정약제관리지도 가산 Ⅱ 100점 * 월 1회 산정

주: 1) 인공신장도입기 가산2)의 기준은 전년도에 신장이식을 한 환자가 3명 이상이어야 한다.

자료: 후생노동성, 2020년 진료보수개정에 대하여, 2020.3.5.

다. 의료기능의 분화 및 강화

2016년부터 추진된 과제로 급성기, 회복기, 만성기 등 환자의 상태에 따른 의료서비스 제공과 각 단계별 의료서비스 제공 체계 연계에 중점을 두고 있다.

먼저 외래의료 기능 강화(전문화)를 위한 개정내용을 살펴보면, 환자가 진료의뢰서 없이 진찰 받을 경우 특별요금을 징수해야하는 대상기관이 확대되었다. 지난 2018년에는 특정 기능병원 및 400병상 이상 의료기관이 대상이었으나 2020년에는 특정기능병원⁸⁾과 지역의료지원병원(200병상 미만 제외)으로 늘어났다(표 3).

일본에서는 중증도 및 의료·간호필요도 평가를 통해 입원료를 가산한다. 중증도 및 의료·간호필요도는 인력배치와 급성기 집중간호 필요성을 자원소모의 관점에서 평가하는 것으로 A, B, C항목으로 구분된다. A항목은 입원 중 필요한 전문적인 치료 또는 처치(심전도, 욕창처치, 주사제 등), B항목은 일상적 활동(일어나기, 구강청결, 의복착용 등), C항목⁹⁾은 수술 등의 의학적 상황여부를 평가한다. 이 중 C항목은 수술별 평균 재원일수의 초과여부에 따라 점수를 부여하며 2020년 개정에서는 실제 병원자료를 이용한 시뮬레이션을 통해 평균 재원일수를 기존보다 길게 변경하였다. 그리고 90% 이상 입원하여 실시하는 검사와 수술을 C항목에 추가하였다(표 3).

의료기능의 연계 측면에서는 조기영양개입 관리 가산과 배뇨자립 지원을 위한 가산수가 신설·변경되어 입원단계부터 재택복귀를 촉진할 수 있도록 하였다. 또한 양질의 재택의료 및 간호서비스 제공을 촉진하기 위해 24시간 방문간호체제 및 전문간호사 요건을 갖춘 기관은 방문간호지도료를 가산할 수 있도록 하였다(표 3).

그리고 재택환자에게 계획된 일정 외의 약제관리를 위한 긴급 방문 시 긴급방문약제관리료를 신설하고, 입원환자의 영양관리 정보가 재택담당 의료기관에 제공되어 정보가 연계될 수 있도록 영양정보제공 수가를 신설하여 지역의료기관과의 포괄케어시스템을 마련하였다(표 3).

8) 대학병원, 암센터, 순환기센터 등 전문화된 의료서비스를 제공하며 우리나라 상급종합병원과 유사하다.

9) C항목의 수술 등 의료상황에서 판단기준이 되는 기간은 수술당일을 포함하며, 동일질환으로 실시한 재수술과 검사만 시행한 경우는 제외된다.

(표 3) 의료기능 분화·강화에 대한 주요 개정내용

구분	진료보수 내용	비고
외래 의료의 강화(전문화)	외래 특별요금 징수기관 확대 • 의뢰서 없이 외래진료 시, 환자가 특별요금을 부담하는 기관 확대	• (전) 특정기능병원과 400병상 이상 기관 • (후) 특정기능병원과 지역의료지원병원 (200병상 미만 제외)
입원의료평가 항목 검토 및 조기 재택복귀 촉진	C항목-수술별 재원일수 연장 • 개두수술 7일간 → 13일간 • 개흉수술 7일간 → 12일간 • 개복수술 4일간 → 7일간 • 골격계수술 4일간 → 7일간 • 흉·복강경 수술 3일간 → 5일간 • 전신/척추마취 수술 2일간 → 5일간 • 내과수술 2일간 → 5일간 C항목-입원하는 검사/수술 추가 • 검사 2일, 수술 6일	• 실제 재원일수를 감안하여 판단기간 변경 • 새로 추가된 검사/수술의 예: * 검사: 종격동경, 복강경 등 * 수술: 상하악성형술 등
	조기 영양개입관리 가산 신설 • 조기 재택복귀 촉진 • 중환자실 입실 후 48시간 이내 영양 및 장관 평가 실시	• 400점, 1일 단위 산정(7일 한정)
	배뇨자립지원료 신설 • 유치도뇨관 삽입 중(또는 제거 후) 포괄적 배뇨관리 목적 • 소변케어팀, 배뇨관리 설명서 구비, 원내 연수 실시	• 200점, 주 1회 산정(12주 한정)
	소변자립지도료 산정 대상 변경 • 퇴원 후 지속적 배뇨지도	• (전)입원 환자 → (후)외래 환자 • 200점, 주 1회 산정(12주 한정)
질 높은 재택의료와 방문간호서비스 제공	방문간호지도 가산료 신설 • 24시간 방문간호 체제 • 요건 - 전문간호사 동행(5회 이상) - 소아방문간호(25회 이상) - 난치병환자간호(25회 이상) - 임종관리(4회 이상) - 퇴원시 공동지도(25회 이상) - 개방형병원 공동지도(40회 이상)	• 150점, 월 1회 산정 • 400병상 이상 기관은 전문간호사 외 2항목 이상 실적 충족 필수
	긴급방문약제관리료 신설 • 재택환자에게 계획된 약제 관리와 별도로 긴급약제관리 실시	• 200점
지역포괄케어시스템 추진	영양정보 제공료 신설 • 입원 중 영양관리 정보를 재택담당 의료기관 (개호노인복지 시설, 요양원 등)에 제공하는 경우	• 50점

자료: 후생노동성, 2020년 진료보수개정에 대하여, 2020.3.5.

라. 효율화·적정화를 통한 제도의 지속성 향상

인구의 고령화와 기술의 발전, 고가 의약품의 개발 등에 따라 의료비가 지속적으로 증가하는 가운데 건강보험제도의 지속성과 안정성을 위한 정책들이 요구되고 있다. 이에 따른 건강보험 재정절감을 위한 주요 개정사항을 살펴본다.

먼저 약의 조제와 관련하여, 동일 약제에 성분명으로 처방하는 경우 가산점수가 1점 상향되고, 후발의약품 사용 촉진을 위해 2020년 9월부터 후발의약품 사용률이 20%이하로 저조한 약국은 조제기본료에서 2점을 감산한다(표 4).

그리고 비용효과평가 제도를 활용하여 시장규모가 크고 단가가 높은 의약품과 의료기기의 가격을 조정한다. 특히 매년 평가를 실시하는 의약품은 이미 보험 등재된 약을 포함하므로 약가의 사후관리도 가능하다(표 4).

또한 의약품의 적정사용을 위하여 환자가 퇴원하면서 입원 전 처방받은 약의 복용을 변경(또는 중단)하는 경우 투약정보와 환자상태를 약국에 문서로 제공하면 정보 연계에 대한 가산을 할 수 있다(표 4).

검사로 관련내용은, 소아에게 컴퓨터단층촬영(CT) 검사를 시행하는 경우 명세서 적요란에 촬영사유를 반드시 기재하도록 강화하고, 초음파검사 시에는 해당 이미지와 검사결과를 명시하도록 개정하였다. 특히 흉·복부 초음파의 경우에는 검사하는 장기 또는 영역(예: 소화기계, 비뇨기계)을 명세서에 기재하여 수가 산정 시 세부적인 확인이 가능하도록 하였다(표 4).

의료기술의 평가분야에서는 하지정맥류 수술¹⁰⁾의 결찰절제술(고전적인 방법), 발거술, 소작술의 기술별 수가가 달랐으나 효과가 동등한 것으로 평가되어 수술의 수가를 모두 동일하게 조정하였고, 임상적인 유용성이 없어진 Bence Jones 단백질 소변검사¹¹⁾ 등은 폐지하였다(표 4). 이는 관련 학회 등이 제안한 기술을 포함하여 기존기술과 신의료기술, 선진의료기술에 대한 의료기술평가분과회의 검토결과를 바탕으로 보험도입, 폐지를 논의한 결과를 반영한 것이다.

이번 개정과 함께 보험이 적용되는 새로운 기술에는 로봇을 이용한 복강경 췌장 종양 절제술, 보툴리눔독소를 이용한 사시주사, 약제내성균 검출 검사, 가상 기관지경을 이용한 검사, 혈소판·혈장을 이용한 난치성 피부궤양 치료법이 있다. 난치성 피부궤양 치료는 선진의료로 적용되던 기술로 이번에 보험 급여화가 되는 사례이며, 다초점 렌즈를 이용한 수정체 재건술은 선진의료에서 삭제되고 선정요양¹²⁾으로 변경되었다(표 4).

10) 하지정맥류는 다리정맥(대복재정맥, 소복재정맥)의 판막 손상으로 혈류 정체와 혈관 팽창(늘어남)이 발생된 것을 의미한다. 수술적 치료는 하지정맥류 결찰절제술(묶고 잘라냄)과 발거술(절개 후 혈관에 철사줄 형태의 기구를 삽입하여 정맥 제거), 소작술(레이저 또는 고주파로 혈관을 태워서 제거)이 있다.

11) 다발성 골수종 진단 및 검사를 위해 사용되는 검사법으로 2022년 3월 31일까지는 산정이 가능하다.

12) 선정요양이란 상급병실 이용, 예약진료와 같은 피보험자의 선택에 따른 항목을 의미한다.

(표 4) 효율화·적정화를 통한 제도의 지속성 향상에 대한 주요 개정내용

구분	진료보수 내용	비고
후발의약품 사용의 촉진	성분명처방 가산 점수 변경 • 1점씩 상향조정	• 가산1 (전) 6점 → (후) 7점 • 가산2 (전) 4점 → (후) 5점
	후발의약품 사용률에 따른 감산 • 후발의약품 사용률이 저조한 약국(20% 이하)은 조제기본료 2점 감산	2020년 9월 이후에 적용
비용효과평가 제도 활용	평가 대상 • 시장규모가 크고, 단가가 높은 의약품과 의료기기 * 희귀질환, 소아사용제품 제외	• 의약품은 매년 평가 • 약가제도 보완을 위해 보험등재 후 가격조정에 활용
의약품 적정사용 추진	퇴원 시 투약정보 연계가산 신설 • 입원환자가 퇴원할 때 입원 전 복용하던 처방약을 변경/중단하는 경우 • 사유/환자상태를 문서로 약국에 제공	• 60점
의약품, 의료기기, 검사 적정사용 검토	소아CT 촬영 사유 기재 요건 추가 • 촬영사유 명세서 적요란 작성 필수	-
	초음파검사 기록 요건 추가 • (의무기록)해당 이미지, 결과 작성 • (명세서)장기/영역 정보 작성	• 흉·복부 초음파시 - 구체적인 장기(또는 영역) 명시 : 소화기, 신장, 비뇨기, 대동맥, 흉강/복강내 저류물 등
	수술평가 적정화 • 예: 하지정맥류 수술 : 기술별 효과가 동등하다 평가되어 수술별로 달랐던 수가를 통일	• 기준: 결찰절제술 10,200점 * 대복재정맥 발거술 (전) 11,020점→(후) 10,200점 * 하지정맥류 소작술 (전) 14,360점→(후) 10,200점
	보험적용 신의료기술 • 로봇이용 복강경 췌장 종양절제술 • 보툴리눔독소 이용 사시주사 • 약제내성균 검사 • 가상기관지경 이용 폐생검 • 혈소판(혈장)이용 난치성피부궤양치료 임상적 유용성 없어진 검사 폐지 • 예: Bence Jones검사	<기타> • 다초점렌즈 이용 수정체 재건술 - 선진의료에서 선정요양으로 변경

자료: 후생노동성. 2020년 진료보수개정에 대하여. 2020.3.5.

마. 기타

이외 진료보수의 개정과 함께 보험 의료재료의 분류군에도 변화가 있었다.

일본의 보험의료재료는 크게 포괄보상군(A)과 별도보상군(B), 신의료기술분류군(C), 비
급여군(F)으로 나뉜다. 지난 2018년에는 별도보상군인 B를 세분화(B1, B2, B3)하였고, 신의

료기술 분류군인 C(C1, C2)가 신설되었는데, 2020년에는 재제조(再製造) 제품에 대한 분류군(R)이 신설되었다.

재제조 분류군은 일회용 의료기기와 같이 한 번 사용된 후 다시 제조·판매를 위해 검사, 분해, 세척, 멸균 등 기타 필요한 처리를 한 제품으로, 원형 의료기기와 사용목적이 같고 동등한 품질, 효과와 안전성을 가지고 있는 제품을 의미한다. 일본의 체외식 페이스메이커용 카테터 전극¹³⁾은 사용 후 다시 제조할 때 제품의 일부가 새부품이 아닌 재생제품으로 구성된다. 이처럼 일회용 의료기기 제품을 다시 제조하는 경우 원형제품과는 제작비용이 다르므로 별도 분류 및 평가를 위하여 의료재료분류군을 신설한 것이다. 원형의료기기와 동일한 기능으로 생산된 R군 제품의 가격은 원형 의료기기가 속하는 기능구분의 가격에 생산계수를 곱하여 산정하게 되며, 생산계수는 0.7을 원칙으로 하되 개별 제조공정 등을 감안하여 결정하게 된다.

3. 나가며

초고령화 사회로 넘어간 일본은 2025년이 되면 65세 이상 인구가 30%를 초과하게 된다. 2025년의 의료·요양에 대한 수요 증가에 대비하여 새로운 사회보장제도와 효과적·효율적인 의료·요양서비스의 제공을 위해 지난 2011년 ‘사회보장과 조세의 일체개혁¹⁴⁾’논의를 통해 2025모델¹⁵⁾을 만들었다(남상요, 2016). 2025모델은 입원초기부터 재활을 추진하는 것으로 병원완결형에서 지역완결형으로 이행하는 것이 기본이며 궁극적으로 지역포괄 케어를 완성하는 것을 의미한다.

2040년에는 2차 베이비붐 세대가 65세 이상이 되어 고령인구는 더욱 늘어나게 된다(후생노동성, 2019). 이번 진료보수의 개정은 전체적으로 지역의료가 충실히 이루어질 수 있도록 개편하였다고 평가받고 있다(요미우리신문, 2020). 일본이 지역의료 촉진, 의료기능 분화를 통한 지역포괄케어에 중점을 두고 2020년 진료보수를 개정한 것은 2040년의 노령인구 급증, 출산인구 감소 같은 사회구조적 변화를 예비하는 것이라 생각된다.

또한 진료의뢰서 없이 큰 병원을 이용하는 경우 환자가 특별부담하는 기관의 범위가 2018년 보다 더욱 넓어진 것은 1차 의료에서 2차 의료로의 단계적 진입을 위한 게이트키퍼의 기능을 강화하고 의료자원의 효율적 활용과 의료기관 간의 역할을 적절히 분담시킴으

13) 페이스메이커란 심장에 주기적 전기자극을 주어 심박동을 유지시키는 장치로 체내형과 체외형 장치가 있다.

14) 2025년까지 모든 국민이 적절한 의료 개호서비스를 받는 사회를 실현하는 것을 주요목표로 한다.

15) 2010년 당시, 급성기병동(7:1병동)이 가장 많았으나 아급성기 13:1병동은 매우 적었다. 그리고 장기요양 병동(요양병동)의 규모가 커 전체적으로 와인잔 모양의 구조를 이루고 있었다. 2025년에는 고도급성기, 일반급성기, 아급성기, 장기요양 병상의 규모를 비슷하게 만들어 지역포괄케어, 재가케어 중심의 서비스를 실현하는 것이 2025모델의 핵심이다.

로써 지역의료기관의 활성화를 유도하는 방안이라고 할 수 있다.

그리고 2018년 개정¹⁶⁾에 이어서 2020년 개정에서 입원단계부터 재택복귀를 고려한 수가가 신설된 것은, 분화되어 있는 의료·요양시설들의 개별 기능 강화와 함께 지역사회로의 복귀는 촉진함으로써 각 의료기능이 서로 연계될 수 있도록 하는 좋은 사례로 판단된다.

아울러 약가에 대한 사후관리 기전 및 기존 기술 재평가를 통한 수가조정, 임상적 유용성이 없어진 검사에 대해서는 의료기술평가분과회의 논의결과를 고려하여 진료보수를 폐지하는 등 기등재된 기술서비스에 대한 수가를 재검토하는 부분은 의료기술의 전 주기 관리 측면에서 시사하는 바가 크다.

마지막으로 이번 개정과 함께 2024년부터 본격적으로 의료종사자의 근무시간 상한제를 도입하여 의료서비스 질과 생산성을 높이는 노력은 변화하는 사회 환경에도 적극적으로 대응하는 것으로 평가할 수 있다. ✕

16) 2018년 개정 시 지역거점병원은 외래의 지역 내 연계를 강화하고, 진료소는 주치의 기능을 강화시켰다.

참고문헌

- 건강보험심사평가원 혁신연구센터 기술평가연구부. 외국의 의료보장제도와 신의료기술에 대한 진료비 지불제도. 2020.
- 건강보험심사평가원. 2019년 치료재료 재평가 조정(안) 설명회 자료. 2019.
- 남상요. 일본의 제도를 통해 살펴본 우리나라 노인의료공급체계와 노인진료 수가 개선방안. HIRA 정책동향. 2016;10(3):26-34.
- 니혼게이자이신문. 대형병원입원료 5200엔 가산, 4월에 진료보수 개정. 2020.2.7.
- 요미우리신문. “진료보수 개정 지역의료의 충실에 접목”. 2020.2.12.
- 우봉식. 일본의 의료개호 개혁과 진료 의뢰회송 체계의 시사점. 의료정책포럼. 2020;17(4): 24-35.
- 후생노동성. 令和2年度 保険医療材料制度改革の概要 <https://mhlw.go.jp/> (검색일자: 2020.3.31.)
- 후생노동성. 令和2年度 診療報酬改定の概要(個別的事項) <https://mhlw.go.jp/> (검색일자: 2020.3.31.)
- 후생노동성. 令和2年度 診療報酬改定の基本方針. 2019.12.10. <https://mhlw.go.jp/> (검색일자: 2020.3.30.)
- 후생노동성. 診療報酬の算定方法の一部を改正する件(告示) 令和2年 厚生労働省告示第57号. <https://mhlw.go.jp/> (검색일자: 2020.5.14.)
- 후생노동성. 平成30年度 保険医療材料制度改革の概要. 2018.3.5. <https://mhlw.go.jp/> (검색일자: 2020.3.30.)
- 후생노동성. 平成28年度 診療報酬改定の概要 2016.3.4. <https://mhlw.go.jp/> (검색일자: 2020.4.16.)