

연구보고서 2005-26

# 건강보험제도의 발전과정 비교연구

최병호

한동운 이정우

이건세 신현웅

선우덕 배성일

한국보건사회연구원

## 머 리 말

국민건강보험제도는 1977년 도입 이후 조직 및 재정운영 체계의 갈등, 수가 수준 산정의 갈등, 보장성 강화의 갈등 등 많은 굴곡을 겪으면서 현재에 이르고 있다. 향후 건강보험제도의 바람직한 방향을 정립하기 위해서 다른 나라들의 성공과 실패의 경험에서 교훈을 얻을 필요가 있다. 본 연구는 주요국의 건강보험제도의 발전과정을 비교함으로써 정책담당자들에게 시사점을 제공하고, 향후 건강보험제도의 선진화를 위한 정책방향 정립에 기여하고자 한다.

본 연구는 비교연구를 위하여 국가별로 다음 항목들의 역사적 변화를 추적하려 하였다. 제도외적 환경(소득, 인구, 고령화 등), 제도유형(탄생배경), 재정(보험료율, 국고, 비용통제 메커니즘), 급여(급여범위), 지불보상방식, 관리시스템, 보건의료제도들이다. 비교대상 국가는 아시아(한국, 일본, 대만, 싱가포르), 유럽(영국, 독일, 네덜란드)과 미국을 선정하였다. 주요국의 건강보험제도의 역사적인 발전과정을 살펴봄으로써 정책적인 판단의 기초 자료를 제공함으로써 향후 우리나라 건강보험제도의 선진화를 위한 정책수립에 기여하고자 하였다.

본 보고서는 본 연구원의 최병호 연구위원이 연구책임자이며, 영국은 한동운 교수(한양대), 독일은 이정우 교수(인제대), 네덜란드는 이건설 교수(건국대), 미국은 신현웅 박사(한국보건사회연구원), 일본은 선우덕 박사(한국보건사회연구원), 대만과 싱가포르는 배성일 박사(OECD Asia 센터) 등이 담당하였다. 본 보고서가 향후 건강보험제도의 발전을 위한 기초 자료로 활용되기를 기대한다.

2005년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

## 목 차

요 약 .....	13
I. 서론 .....	66
II. 영국 건강보험의 발전과정 .....	68
1. 서론 .....	68
2. 본 연구의 목적 .....	69
3. 영국 의료체계와 의료개혁의 원인 .....	69
4. 예산 보유 일반(GP fundholding)의 출현 .....	71
5. GP Fundholding 제도의 폐지와 개별의료서비스 시범사업, 일차 의료 그룹 및 일차의료 트러스트의 도입 .....	72
6. Health action zone(HAZs) .....	77
7. 토의 및 결론 .....	78
III. 독일의 의료보장제도 .....	82
1. 보건의료비용의 급속한 증가와 경제·사회적 환경의 변화 .....	82
2. 공적의료보험제도의 태동과 주요 개혁동향 .....	87
3. 공적의료보험제도의 구성체계 .....	115
IV. 네덜란드 건강보험의 발전과정 .....	128
1. 경제사회 환경의 변화 .....	128
2. 보험의료 시스템의 발전과정 및 특성 .....	130
3. 건강보험제도의 태동과 주요 개혁 .....	131
4. 네덜란드의 건강보험제도 개요 .....	133
5. 재원조달 및 재원배분 .....	137
6. 장기요양보험제도 .....	142

7. 질병금고보험 .....	149
8. 민간의료보험 .....	160
9. 건강보험의 접근성 향상을 위한 법 .....	161
10. 사회보장제도 내에서의 건강보험 .....	162
11. 교훈 및 시사점 .....	165
V. 미국의 건강보험 발전과정 .....	171
1. 의료보장제도의 개요 .....	171
2. 의료보장의 시작 .....	173
3. 관리의료의 기원 .....	175
4. 관리의료의 도래 .....	176
5. 미국의 공적건강보험 .....	181
6. 의료보장 현황 및 개혁동향 .....	183
VI. 일본 건강보험의 발전과정 .....	185
1. 제도의 개관 .....	185
2. 제도의 개정 .....	203
3. 개호보험제도의 주요내용 .....	212
VII. 대만 건강보험의 발전과정 .....	223
1. 경제사회 환경의 변화: 소득, 인구규모, 고령화 .....	223
2. 보건의료 시스템과 건강보험제도의 발전과정 .....	225
3. 건강보험제도의 변화 .....	227
4. 시사점 .....	246
VIII. 싱가포르 건강보험의 발전과정 .....	248
1. 경제사회 환경의 변화: 소득, 인구규모, 고령화 .....	248
2. 보건의료 시스템 및 건강보험제도의 발전과정 .....	250
3. 건강보험제도의 변화 .....	252
4. 빈곤층에 대한 의료급여(medicaid)와의 관계 .....	264

5. 사회보장제도 내에서의 건강보험 .....	265
6. 장기요양제도와의 관계 .....	266
7. 시사점 .....	269
IX. 한국의 건강보험 발전을 위한 정책과제 .....	272
1. 건강보험제도 발전의 공통적 지향점 .....	272
2. 건강보험의 적용대상 .....	273
3. 보험급여 .....	275
4. 재원조달 .....	277
5. 지불보상제도 .....	278
6. 재정운영 및 관리방식 .....	279
참고문헌 .....	282

## 표 목 차

〈표 III- 1〉 보건의료비 지출규모의 변화추이(1970~2002년) .....	82
〈표 III- 2〉 OECD 국가의 보건의료지출 관련 주요 지표(2002년) .....	83
〈표 III- 3〉 독일 공적의료보험제도의 평균보험요율, 소득상한선 그리고 최고보험료의 변화추이(1960년~2005년) .....	84
〈표 III- 4〉 독일 공적의료보험제도의 가입자 구성에 대한 연도별 변화추이(1960년~2004년) .....	86
〈표 III- 5〉 동독지역 공적의료보험제도에 대한 타 사회보험제도의 재정지원 규모(1991~93년) .....	98
〈표 III- 6〉 공적의료보험제도 가입자의 규모와 질병금고의 수에 대한 역사적 변화과정 .....	117
〈표 IV- 1〉 네덜란드의 소득수준 및 의료지출수준 .....	130
〈표 IV- 2〉 네덜란드 의료보험의 구분 .....	134
〈표 IV- 3〉 사회보험 가입자의 보험료 부담 사례 .....	138
〈표 IV- 4〉 네덜란드 보건의료재원(1980-2000) .....	139
〈표 IV- 5〉 보건의료분야별 재원의 배분(1999) .....	140
〈표 IV- 6〉 장기요양보험(AWBZ)의 수입과 지출 .....	147
〈표 IV- 7〉 질병치료에 대한 지출 .....	154
〈표 IV- 8〉 건강기금재원 .....	156
〈표 IV- 9〉 질병금고보험(Zfw) 일반 금고(AK) 수입 지출 .....	159
〈표 IV-10〉 민간의료보험의 수입과 지출 .....	160
〈표 V- 1〉 보험 가입유형별 현황 .....	183
〈표 V- 2〉 정부보험 유형별 현황 .....	184
〈표 VI- 1〉 일본 건강보험제도의 변천 .....	186
〈표 VI- 2〉 일본 국민건강보험제도의 변천 .....	193

〈표 VI- 3〉 일본의 고령자관련 보건의료복지정책 변화 .....	201
〈표 VI- 4〉 노인보건제도에서의 노인의료비 본인일부부담금 내용(2002년 이후) .....	203
〈표 VI- 5〉 일본 건강보험제도의 주요 개정내용(국민개보험 달성이후) ..	208
〈표 VI- 6〉 일본 진료보수개정의 변천 .....	210
〈표 VI- 7〉 일본 약가기준개정의 변천 .....	211
〈표 VI- 8〉 일본 개호보험제도의 수립과정 .....	215
〈표 VII- 1〉 대만의 경제 수준 .....	224
〈표 VII- 2〉 대만의 인구 변화 .....	225
〈표 VII- 3〉全民건강보험의 적용인구 현황 .....	228
〈표 VII- 4〉全民건강보험의 피보험자와 피부양자, 집단가입자 범주 .....	229
〈표 VII- 5〉 보험대상류별 적용인구현황 .....	230
〈표 VII- 6〉 외래 수진 시 본인부담률 .....	233
〈표 VII- 7〉 입원 수진 시 본인부담률 .....	233
〈표 VII- 8〉 본인부담금에 대한 특정조건 면제규정 .....	233
〈표 VII- 9〉 중대 상병 31종 및 카드 보유자 수 .....	234
〈표 VII-10〉 보험료 산정 방식 .....	235
〈표 VII-11〉 보험료 기여율 .....	236
〈표 VII-12〉 총액예산제의 적용범위 .....	238
〈표 VII-13〉 연도별 요양기관종별 계약현황 .....	242
〈표 VIII- 1〉 싱가포르의 경제 수준 .....	249
〈표 VIII- 2〉 싱가포르의 인구변화 .....	250
〈표 VIII- 3〉 연도별 주요 보건의료 계획 .....	252
〈표 VIII- 4〉 Medisave 적용인구 및 적립액의 변화 .....	253
〈표 VIII- 5〉 싱가포르의 공공병원 병상분포 및 정부보조 비율(1995) .....	254
〈표 VIII- 6〉 Medisave 보험료 .....	256
〈표 VIII- 7〉 Medisave 부담 가능 급여내용 .....	256
〈표 VIII- 8〉 본인전액부담금 및 본인일부부담금 .....	257

〈표 VIII- 9〉	연간 Medishield 및 Medishield Plan 보험료 .....	258
〈표 VIII-10〉	Medishield 급여내용 및 청구 상한액 .....	259
〈표 VIII-11〉	종합진료소의 진료비 .....	262
〈표 VIII-12〉	민간위원의 진료비 .....	262
〈표 VIII-13〉	DIAPE의 월 급여액 .....	268
〈표 VIII-14〉	MSA 제도의 장단점 비교 .....	269

## 그림목차

[그림 IV-1]	65세 이상 인구비율(2002년) .....	129
[그림 IV-2]	65세 이상 비율(2000~2050년) .....	129
[그림 IV-3]	Gross expenditure on social protection(1999~2000) .....	163
[그림 IV-4]	Net expenditure on social protection(1997년) .....	164
[그림 IV-5]	Gross expenditure on social protection, proportions expressed as percentages(2000년) .....	164
[그림 IV-6]	Basic health package 결정 기준 .....	170
[그림 VI-1]	개호보험제도의 전반적인 구조 .....	213
[그림 VI-2]	개호서비스의 이용절차 .....	214
[그림 VI-3]	서비스유형별 이용자 본인부담액 비교(2003년) .....	220
[그림 VII-1]	총액예산의 구성 현황(2002년) .....	240
[그림 VII-2]	전민건강보험조직계통도 .....	245
[그림 VIII-1]	CPF 계정의 종류와 내용 .....	266

Abstract

## A Comparative Study of the Development of Health Insurance

### 1. Objectives

- Since its introduction in 1997, the National Health Insurance as it is now has come across numerous difficulties concerning its finances, performance, estimation of fee levels, coverage and benefit levels.
- While it is important to surmount current problems facing the National Health Insurance, it is also worthwhile to learn lessons from other countries' trials, tribulations and success stories in their efforts to protect their peoples from health risks.
- This study is aimed at carrying out a comparative examination of the courses of health insurance development in selected countries, with a view to providing necessary policy implications to for the improvement of the National Health Insurance.

### 2. Method

- Literature review: OECD, EU, ILO, and ISSA
- Time series analysis on OECD Health Data
- The framework of the comparison is based on historical changes in the following items: environmental factors (income, population, aging process), type of health insurance (background), financing method (premium rate, national coffers, cost control mechanism), benefit level (coverage), reimbursement method, management system, and health and medical system.

### 3. Contents

- Countries of comparison
  - Asia (Korea, Japan, Taiwan, and Singapore), Europe (the UK, Germany, the

Netherlands, Sweden), and America (the US and Canada)

- Comparison of the time series analysis on OECD Health Data
  - Cross-national comparisons are made over items concerning health insurance as well as those concerning health and medical systems and health service providers
- Assessment of the process of health insurance development in each country
- Policy implications

#### 4. Expected contribution

- An in-depth examination of the developmental process of health insurance for a number of countries, this study will provide basic materials needed in policymaking.
- Also, the study will prove helpful in shaping policy directions for Korea' health insurance

## 요 약

### 1. 연구 필요성과 목적

- 국민건강보험제도의 바람직한 방향을 정립하기 위해서 주요국들의 건강보험제도의 발전과정을 비교함으로써 시사점을 제공하고, 향후 건강보험제도의 선진화를 위한 정책방향을 정립함.
- 국제비교 연구의 틀로써 바람직한 것은 먼저 경제사회환경의 변화를 살펴보고, 건강보험제도를 포괄하는 전반적인 보건의료시스템의 발전과정을 짚어 보아야 함.
  - 이러한 전반적인 맥락 속에서 건강보험제도의 태동과 주요한 개혁들 (turning points)을 살펴보아야 할 것임.
  - 구체적으로는 첫째, 적용대상인구의 변화, 둘째, 보험급여의 확대, 셋째, 재원조달방식 및 재정 (보험료율, 국고), 넷째, 지불보상방식 및 비용통제 메커니즘, 다섯째, 관리시스템(통합, 조합, 경쟁 등) 등에 대한 변화과정을 비교할 수 있음.
  - 다음으로 건강보험과 밀접한 연관이 있는 빈곤층에 대한 의료급여 (medicaid)와의 관계, 사회보장제도 내에서의 건강보험 특히 4대 사회보험제도와의 비교도 중요함.
  - 근래에는 장기요양제도(Long-term Care)와의 관계가 중요한 논쟁의 핵심으로 떠오르고 있음.
  - 그러나 본 연구에서는 자료의 제약상 상기 비교분석의 틀을 따르지는 못하였음.

- 비교대상 국가로는 유럽지역은 NHS 국가인 영국, 조합식 사회보험방식 국가인 독일과 네덜란드를 선정
  - 자유주의 국가인 미국을 비교의 대상으로 포함하였으며, 역사적 전통과 문화가 유사한 아시아지역 국가의 비교도 중요하기 때문에 조합식 사회보험방식의 일본, 통합식 사회보험방식인 대만, 그리고 의료저축방식의 싱가포르를 비교대상 국가로 선정

## 2. 영국의 건강보험의 발전과정

- 영국은 1948년에 국가보건서비스(NHS: National Health Service)제도 도입
  - 포괄적인 의료서비스의 제공, 일정기간이상 영국에 거주하는 모든 사람은 이를 이용할 수 있는 권리, 그 제공에 있어 지불 능력에 의하지 않고 필요에 따른 제공을 유지
- 영국 일차의료부문의 의료정책 변화에 대한 이해를 돕기 위하여 의료개혁의 원인을 간략히 소개하고, 영국의 일차의료제도의 변화를 중심으로 소개
  - 1990년대에 도입된 내부시장(internal market)의 GP fundholding(예산 보유 일반의)제도의 도입 배경과 그 폐지
  - 일차의료 집단(primary care group)과 일차의료 트러스트(primary care trust)의 도입 배경과 발전과정을 소개
  - 마지막으로 이러한 변화가 우리나라 의료제도에 주는 함의(implication)를 논의
- 영국 의료체계와 의료개혁의 원인
  - 1990년 초반 이전의 NHS제도 내에서는 지역보건당국(health authority)이 중앙정부에서 할당된 보건의료 예산으로 해당 지역의 보건의료기관의 운영을 직접 관장하며, 주민에 대한 보건의료서비스 제공에 대한 책임을 짐.

- 병원부문의 의사들은 봉급제로 고용되어 있고, 일차의료 부문의 의사 (GP: general practitioner)는 주로 병원에 제공되고 있는 전문의 서비스에 대한 gate-keeper 역할을 하며, 정부와 계약에 의하여 자신에게 등록된 주민에 의료서비스를 제공
- GP에 대한 진료보수 지불방식은 봉급제, 인두제 및 일부 행위당 수가제 등의 혼합적인 형태를 취함.
- 전통적인 NHS제도 하에서는 개인의 지불능력 보다는 의료수요에 따른 의료서비스의 분배라는 사회계층간의 형평성 추구가 주요한 핵심으로 추구되어 왔음.
- 그러나 효율성 측면에서는 의료서비스 공급 측면의 비효율은 고질적인 문제로 지적되어 왔음. 예를 들면, 전국적으로 100만 명이 넘는 수술 환자 대기자 명단(waiting list)은 국민에게는 불만과 고통을 주고 있으며, 영국 정치권에도 많은 부담을 주고 있음.
- 그 대책으로써 1990대초 보수당 정부는 보건부분내 예산에 관한 부문간의 벽을 허물고, 서비스 제공자들이 주어진 예산범위 내에서 일하도록 격려한다거나 NHS에 '내부시장'(Internal Market) 도입을 시도
- '내부시장'은 재원은 조세에 의존하지만 구매자와 공급자의 구분을 통한 공급자들 간의 경쟁이 그 요체임.
  - 구매자로서 지역보건당국(health authority)은 해당 지역의 주민을 위하여 서비스를 의료서비스 공급자와 계약을 통해 구입
  - 공급자는 새롭게 도입된 병원 트러스트와 지역사회 서비스 트러스트인데, 이는 기존의 NHS 병원들과 지역사회 서비스 공급자를 묶어 일정 규모의 트러스트를 설립
- \* 신제도 도입이전에는 보건당국이 이들을 직접 운영하였으나 이후에는 운영의 독립성과 책임과 책무를 부여

□ 예산보유 일반의(GP fundholding)의 출현

- 내부시장의 공급자간의 경쟁은 일차의료부문에 예산보유 일반의(GP fundholding)제도의 도입을 촉진
- 기본 틀: 지역보건당국(health authority)은 일정 요건을 갖춘 일반의(들)에게 등록된 주민들을 위하여 비 응급수술을 포함한 병원 서비스 및 지역 사회 의료서비스를 구매할 수 있는 예산을 지급하였고, 남은 예산에 대하여 자신들의 서비스 개선 등에 사용할 수 있는 권한을 부여
- 이 제도 도입은 의료조직간의 환경에 많은 변화를 초래
  - 이전에는 일반의가 자신의 환자를 병원으로 진료를 의뢰할 경우 해당 지역의 보건당국에 의하여 이미 결정되어 있었기 때문에 등록환자가 병원 치료가 필요한 경우 진료를 의뢰한 병원의 전문의사(consultant)들에게 선처를 구해야 했음.
  - 제도 도입 이후로는 자신의 환자들에게 양질의 서비스를 신속하게 제공하는 병원을 선택할 수 있는 권한을 갖게 되었음.

□ GP Fundholding 제도의 폐지와 개별의료서비스 시범사업, 일차의료그룹 및 일차의료 트러스트의 도입

- 보수당 정부에서는 예산을 갖는 일반의(GP fundholding) 제도의 긍정적인 측면에 고무되어 확산을 기했으나, 1997년 이후 노동당 정부에서는 이 제도의 부정적인 측면을 부각시키면서 폐지하기에 이르렀음.
- 즉, 서비스 구매자로서의 일차의료의 역할을 강조하였음에도 불구하고, 일차보건의료조직은 서비스제공자로서의 그들의 역할을 확대하였음.
  - 예산보유일반의들은 등록환자에서 더 나은 의료서비스에 대한 접근성을 보장하기 위하여 서비스의 범위를 확대하였음.
- 개별적 의료 서비스 (Personal medical services) 시범사업
  - 서비스 제공자로서 역할이 1997의 NHS (Primary Care) Act 이후 ‘개별적

의료서비스 시범사업'(personal medical services pilots)에서 강조되었음.

- 이전에는 일반의사(GP)들이 NHS와 계약에 의해서 등록환자에게 의료 서비스를 제공하였으나, 이 제도의 도입으로 일차의료 조직에서 봉급제로 일반의사를 고용할 수 있게 되었음.
  - 이러한 계약형태의 변화를 통하여 지역보건당국이 일반의, 지역 및 전문의 서비스를 한데 묶는 역할을 할 수 있게 되었음(예: 이전에는 계약제이기 때문에 지역당국이 일반의를 통제할 수 없었으나, 이후 봉직의 신분으로 바뀌면서 병원 의사들처럼 이들에 대한 보건당국의 개입이 용이 해졌음).
- 일차의료그룹(primary care groups)과 일차의료 트러스트(primary care trust)의 도입
- Health Act 1999를 통하여 일차의료그룹(PCG: primary care group)과 일차의료 트러스트(primary care trust)를 도입
  - PCG 는 노동당 정부 계획의 핵심을 이루며 상호 협조적이고 통합적인 의료제도로의 변화를 추구 → 이를 통하여 internal market 도입 후 영국의 기본특징인 구매자와 제공자간 분리를 유지
    - \* 일반적으로 PCG는 평균 10만 명의 등록된 인구를 갖는 일반의, 지역간호사들의 집단을 일컬음
  - PCG 도입 목적: 지역에서의 다양한 서비스 제공을 위해 일차의료 전문가들의 참여를 유도하고, 이전의 GP fundholding 제도에서 유발된 문제(분절성, 불 형평성 및 높은 거래비용)에 대한 해결방안으로 설계
  - PCG 의 발전 유형
    - 유형 1: PCG가 보건당국에 병원 및 지역보건의료서비스 구매에 대하여 자문하는 역할
      - \* 일반의 주도 위원회(GP-dominated committee) 성격의 그룹
    - 유형 2: PCG가 등록주민들을 위한 서비스의 90%를 구매할 수 있으며,

보건당국의 하부 위원회 역할을 함(\* 예산을 보건당국으로부터 위임을 받은 형태).

유형 3: PCT가 등록주민들을 위한 서비스 계획과 구매 및 보건당국으로부터 위임받은 제반 업무를 수행 → PCG들은 PCT 형태로 변화될 것이며, PCT가 보건당국의 자원과 기능을 갖게 됨.

유형 4: 유형 3의 PCT 기능 이외에 지역의료 서비스 제공을 위한 책임을 짐. PCT는 대부분의 병원 및 지역보건의료 서비스의 구매를 담당함. NHS 일차보건의료서비스는 PCT에 의해 제공됨.

- 2001년까지 잉글랜드 지역에 434개의 PCG들과 40개의 PCT들이 있고, 2001년 4월에는 124개의 PCG들은 PCT로 전환 → 이전의 4,000여개의 서비스구매 관련 조직은 481개의 PCG들로 대체됨. 이전의 조직은 자발적인 참여 조직이었으나 이 일차의료그룹은 의무적으로 참여해야 함.
- Health and Social Care Bill 은 PCT들이 지방 행정당국으로부터 권한을 위임을 받아 social care 예산도 보유할 수 있게 함. → 이를 통해 일차의료 서비스에 있어서 보건의료(health services)와 사회복지서비스(social service)를 통합하는 쪽으로 변화
- 일차의료그룹의 현재 진행과정
  - 효과적인 PCG 조직을 발전시키기 위해 운영위원회를 구성하며, 동 위원회는 일반의사, 간호사, 사회서비스 관련자 및 일반인들로 구성됨 → 아직 초기 단계로써 조직 내부적으로 많은 시간과 노력이 필요함.
  - 2004년까지 모든 PCG들은 PCT들로 전환시키려는 계획을 갖고 있어 PCT로의 전환이 주요 안건으로 떠오르고 있음.

#### □ Health action zone(HAZs)

- 1997년부터 시행된 잉글랜드지역의 가장 취약한 지역들 중 일부에서 시행되고 있는 제도로 계층간의 건강불평등 해소를 목적으로 하는 제도

- HAZs는 NHS, 지역당국, 지역사회 그룹, 자선조직 및 민간부문(사업기관) 간의 파트너십
  - 공중보건, 보건의 지역주민과의 연결, 고용, 재개발, 교육, 주거 및 탈빈곤화 활동 등을 포괄하는 광범위한 프로그램이며, 이러한 제반 서비스들을 통합하여 해당 지역의 주된 활동으로 발전시키는 접근방안임.
- 전국 26개의 HAZs에 대해 보건부는 2005/6년까지 예산지원을 할 예정
  - HAZ내의 PCT들은 HAZ의 자원이 사용될 방향과 PCT들의 관할하는 환자들의 건강불평등을 해소하는데 도움이 될 수 있도록 제반 운영에 대해 책임을 짐.
  - 이들의 실적은 Strategic health authorities 에 의하여 관리됨. HAZs는 인구 18만에서 140만까지 관장하며 총 1300만 명을 포함하고 있음.  
(\* 지역적으로는 도시내부나 시골, 예전의 탄광지역을 주 대상지역으로 함)

□ 토의 및 결론

- 예산보유 일반의 제도의 폐지와 개별의료서비스 사업, PCG/PCT 제도 및 HAZs의 도입을 시도함으로써 일차의료에서의 의료서비스, 지역서비스와 사회서비스의 통합을 통한 일차보건부문의 효율성 증진을 추구하고 있음.
- PCG/PCT들은 지역주민에 필요한 서비스를 직접 제공하고, 이에 대한 계획과 구매를 해야 함. 이를 위해 일차의료서비스, 예산 및 서비스의 관리를 얼마나 효율적으로 하느냐에 제도의 성공 여부가 달려 있음.
- 영국의 일차의료부문의 기능과 조직의 개편을 통해 추구되어진 점을 요약하면 다음과 같음.
  - 첫째, 일차의료 그룹이나 트러스트와 같이 일차의료 제공자들을 단순히 일차의료공급자 만으로 활용하기 보다는 이들에게 의료 예산과 주민들에 대한 의료 수요를 예측하고, 공급 계획에 참여 시키고 있는 것임.
  - 둘째, 일차의료 제공자들의 지역 내에서 조직화임. 여러 형태의 조직화

를 통해 고비용, 불균등한 의료공급의 지역적 분포 개선, 취약계층을 포함한 양질의 서비스 제공, 예산의 효율적 사용과 비용의 절감효과를 기대

- 셋째, 의료서비스 제공에 있어서, 일반의, 지역 및 전문의서비스의 분절화 현상을 통합적인 관리의료 제공 시스템에로의 전환임.
- 영국의 예산보유 일반의 제도나 일차의료그룹/트러스트는 미국의 메니지드케어(managed care)와 유사성을 발견할 수 있음.
- 영국과 미국의 의료제도는 양 극단에서 발전해 왔으나 일차의료 부문에서의 조직 변화에서 convergence를 관찰할 수 있음.
- 한국에 주는 시사점
  - 일차보건의료조직을 중심으로 주민들에 대한 보건의료 서비스에 대한 수요를 측정하고, 서비스 제공에 있어 일차보건의료조직이 그 중심적 역할을 해야 하는 점에 대해 정부, 의료제공자, 국민들이 인식을 같이 하는 데에 있음.
  - 한국이 1995년부터 시작된 지역보건소를 중심으로 한 해당지역의 의료 수요 측정과 의료서비스 공급을 위한 지역보건의료계획은 영국 시스템으로부터 시사점을 얻을 수 있음.

### 3. 독일의 건강보험제도의 발전과정

#### □ 보건의료비용의 급속한 증가

- 독일의 보건의료비는 1970년 GDP의 6.2%, 2002년 10.9%로 증가하였고, GDP 대비 공공 보건의료비 비중은 1970년 4.5%, 2002년 8.6%로 증가함. 이는 OECD 회원국가들 중 가장 높은 수준을 차지
- 이에 따라 보험요율은 1960년 8.4%에서 1980년 11.4%, 2000년 13.5%, 2005년 14.24%로 지속적으로 증가

□ 공적의료보험제도의 태동과 주요 개혁동향

- 공적의료보험제도의 도입 이전에도 일부의 영주국가에서는 자체적인 법률에 의거하여 다양한 형태의 의료보험금고를 운영
- 1883년 6월에 제정된 『공장근로자의 의료보험과 관련한 법률(Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter)』은 최초의 전국적인 공적의료보험제도
  - 동 제도는 질병으로 인해 근로불능의 상태에 있는 근로자를 위한 소득 보장, 의료보장 그리고 장애비의 지원을 주된 기능으로 하였음.
  - 1908년 전체 인구의 18%가 적용되었고 22,887개의 질병금고에 가입
- 1911년 이후 대대적인 적용대상의 확대(농업 또는 임업부문 종사근로자, 비정규직 근로자 그리고 가내수공업자 등, 사무직 근로자)
  - 별도로 소득상한선을 두어 상한선을 초과하지 않을 경우에만 당연적용
- 1918~1933년간 바이마르 공화국은 1차 대전 패전 이후의 상황 그리고 세계대공황의 여파로 인한 대량실업과 고도인플레이션의 여파로 인하여 긴축정책을 단행
  - 1930년에는 ‘담당의사제도’(vertrauensärztlicher Dienst) 신설
  - 진료건당 50 Pfennig의 본인부담, 상병급여의 상한선 적용 그리고 조합별 임의급여의 제한 등
  - 보험의사 연합회의 설립과 총액예산제의 도입
- 나치정권하 1934년에 도입된 『사회보험재건법(Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung)』 → 종전 노사 ‘자치운영의 원리’ 대신 소위 ‘지도자의 원리’(Führerprinzip)로 대체
  - 개별 질병금고의 사업·회계·경영에 대한 감사의 권한이 주보험청(Landesversicherungsamt)으로 이관
- 2차 세계대전의 와중인 1941년에서 1943년 사이 개혁조치

- 의료보험 급여의 수급일수 제한을 완전히 철폐
- 아이를 가진 취업여성에 대한 의료보장
- 1941년 연금수급자의 의료보험 당연적용
- 사회보험료 징수행정의 간소화 → 1942년 의료보험, 연금보험 그리고  
실업보험의 보험료 징수창구가 의료보험으로 단일화
- 2차대전 전후 국가재건 시기의 공적의료보험
  - 동독지역은 공산주의의 이념에 기초하여 모든 사회보험제도를 단일의  
국민사회보험으로 통합
  - 서독지역은 예전의 전통적 운영원리에 입각한 분립형 사회보험체계를  
복구하는 노력을 단계적으로 진행
  - 1951년에서 53년간 노사자율에 의한 관리운영의 전통이 정착됨.
  - 제반 사회보험제도는 국가의 행정기구로부터 독립된 고유의 업무영역  
을 확보
- 1955년 보험의사법의 제정: 보험의사연합회의 보험의사 임면권한 그리고  
주 단위의 연방 단위의 질병금고연합회의 법적 권한과 책임이 법률적으  
로 명확하게 규정됨.
  - 이러한 조직과 권한의 문제를 행정적으로 관리할 수 있도록 하기 위해  
1956년에 연방보험청(Bundesversicherungsamt) 설립
- 1956년 『연금수급자의 의료보험 적용에 관한 법률』 도입 → 연금수급자  
에 대해서도 일반가입자와 완전히 동등한 적용, 나아가 보험료는 전액  
공적연금보험제도에서 부담
- 경제부흥시기의 공적의료보험 적용확대
  - 1968년 모든 연금수급자에 대해서는 아무런 전제조건 없이 공적의료보  
험제도의 당연적용
  - 1971년 공적의료보험의 적용상한선과 소득상한선을 공히 공적연금제도

소득상한선의 75% 수준으로 책정하고 매년 재조정

- 1972년 『농민의료보험법』 도입으로 자영농민, 가족종사자 그리고 농업을 중단한 일부의 노령계층이 제도의 보호를 받을 수 있게 됨. 이후 수차례의 법개정을 통해 현재는 임업은 물론 과수원업, 원예업, 양봉업, 어업 및 양식업 종사자에 대해서도 당연적용

\* 운영재원은 가입자의 보험료와 정부보조금으로 충당되며, 정부보조금은 개인의 재산과 소득에 따라 차등적으로 지원

\* 관리운영은 지역별 또는 업종별로 구분하여 독립적인 농업질병금고에서 전담, 현재 전국 9개 기관

- 1975년 『장애인의 사회보험에 관한 법률』 도입으로 45만 명의 장애인이 공적의료보험의 적용 → 이에 따라 사회부조제도의 재정절감 효과
- 1975년 『학생의 의료보험에 관한 법률』에 따라 대학생과 실습생에 대하여 당연적용, 기타 직업교육생에 대해 임의가입자격 부여
- 1981년 『예술가사회보험법』 제정으로 자유예술가, 작가 그리고 프리랜스들의 노후소득보장과 의료보장; 재원은 피보험자의 사회보험료, 예술가사회기부금, 정부보조금으로 충당하고, 관리는 예술가사회금고가 수행

- 경제부흥기의 보험급여의 확대

- 1971년 조기검진이 법정급여로 채택
- 1974년 의료서비스의 수급일수 제한 폐지, 피보험자 또는 피부양자(주로 주부)의 상병시 가사보조급여 도입, 아동간호를 위한 휴가의 신청권과 상병급여의 지급 등
- 1974년 『재활사업조정법』의 제정으로 재활사업가로서의 역할을 수행, 의료적 재활의 우선적 책임자로서 활동
- 1975년 이후부터 불임시술과 임신중절을 위한 비용 지원

- 오일쇼크 이후의 장기적 경기침체 시기의 공적의료보험

- 보험요율이 1971년 8.2%에서 1976년 11.3%로 가파르게 인상되어 의료 보험의 재정능력과 가입자들의 부담능력에 대한 불안감 고조
- 1977년·1979년·1981년 재정절감을 위한 법률개정, 1981년과 1984년의 『종합병원 비용절감법』 등은 총액상한제, 병원운영의 합리성과 효율성 제고, 그리고 ‘재정수입에 기반한 재정운용정책’의 추진 등
  - \* 또한 연금수급자의 의료보험료 부담률 인상, 본인부담율의 상향조정, 급여의 부정수급이나 과잉수급을 방지하기 위한 제제조치의 강화, 의료공급자에 대한 질병금고의 감독권한 강화 등 단행
- 1977년 ‘재정조정사업’ 도입으로 연금수급자로 인한 질병금고 상호간 재정부담의 불균형 문제를 해소 → 의료보험재정의 40% 가량이 공동의 재원으로 활용
- 1983년과 1984년에 단행된 『일반재정 긴축법』으로 인해 더욱 강력하게 추진

#### □ 독일의 통일과 공적의료보험

- 1991년 서독 의료보장 관련법의 적용확대
- 첫째, 독립적 분산관리 원칙에 입각한 다양한 종류의 질병금고가 동독지역에 설립 → 8가지 종류의 질병금고 도입; 1994년 전 주민의 90% 가량이 의료보험의 적용
- 둘째, 국가주도의 무상의료공급제도에서 사회보험의 운영원리에 입각한 수익자 부담방식으로 전환
- 셋째, 동독의 낙후된 의료공급체계를 개편
  - 개업의사제도를 활성화 → 1992년 3만 명의 의사와 치과의사가 개업을 하여 동독 1차 진료의 80%를 담당
  - 노후화된 종합병원 현대화 위해 병원시설의 신축 또는 개조, 최신 장비도입 → 소요재원은 『의료보험구조조정법』에 의해 1995~2004년

간 연방정부가 매년 9억 DM 그리고 동일한 금액을 주정부와 질병금고가 부담

- 의약품의 생산 및 공급체계를 민영화하여 원활한 약품의 유통 → 이에 따른 의료보험재정부담 완화위해 1993년까지 동독의 의약품 가격에 대해 서독의 45% 수준에서 결정되도록 함. 소요 비용은 약사·약품도매상·제약회사가 공동으로 부담
- 넷째, 동독 질병금고의 재원조달은 통일 초기 보험료 수준의 과도한 인상을 억제하기 위하여 과도기적으로 12.8%로 고정하여 운영
- 실업자와 연금수급자의 의료보험료는 전액 실업보험제도와 공적연금제도에서 부담

□ 공적의료보험제도의 주요 개혁동향

- 수차례의 법안들은 제도의 근본적 개혁보다는 단순히 일시적 재정안정을 목표로 하는 미세조정의 수준을 유지
  - 공적의료보험제도의 경우 제도의 개혁이 특히 어려운 영역으로 손꼽히는데, 이유는 이해주체의 다양성으로 인해 재정안정화를 목표로 하는 어떠한 개혁법안들도 종종 주체들 상호간 이해의 대립과 반목을 야기
  - 의료비용의 폭발적 증가는 의료의 수요 및 공급체계와 관련한 특성 그리고 정치·경제·사회적 측면에서 다양한 요인들 상호간의 작용에 기인을 하고 있는 것으로 판단됨.
  - 공적의료보험의 개혁은 거시적 차원의 재정절감정책보다는 이해관계의 다양성과 상호작용들을 감안한 미시적이고 종합적인 정책을 통해서만 그 실효성을 발휘할 수 있을 것으로 판단됨.
- 1989년의 의료보험개혁법
  - 첫째, 의료공급 과잉문제(일례로 치과와 약품부문)는 해소하고, 의료공급 부족문제(일례로 장기요양환자의 재가급여)를 보완

- 둘째, 개인의 책임을 강화하기 위해 입원, 보철, 의약품에 대한 본인부담의 인상
  - 셋째, 경제성 관점에서 진료비심사 강화
  - 넷째, 종전 제국보험법 제2권에 수록되었던 의료보험 관련 법률은 1989년 이후부터 사회법전 제5권으로 이관
    - \* 1989년 보험재정의 지출규모가 전후 최초로 절감되는 성과를 달성하였으나, 1990년 중반 이후 재차 재정지출이 재정수입을 초과
      - 이유: 동독에 대한 비용부담, 이외에 재정절감을 위한 정책대안(의사의 의약품 처방기준선 설정, 의료보험카드 도입, 경영부실 종합병원에 대한 질병금고의 계약해지 권리 등)이 제대로 실시되지 못함.
- 1993년의 의료보험구조개혁법
- 단기적 개혁조치
    - 보험재정의 70%를 차지하는 병원, 의원, 치과, 의약품, 시설요양에 대한 분야별 총액예산제 한시적 도입
    - 최초의 총액예산은 1991년의 분야별 재정지출총액을 기준으로 1991년과 1992년의 임금총액 상승률을 적용하는 방식으로 결정
    - 이외에 치과보철과 의약품 등에 대해 수가와 가격 인하 단행
  - 구조적 개혁조치
    - 첫째, 종합병원부문에 대한 개혁: ① 수가의 비용보전 원칙을 폐지하고, 난이도를 감안한 건당 정액제와 특별수당제 적용, ② 입원 전후의 종합병원 이용과 외래 수술 허용, ③ 1995~2004년까지 동독 지역 병원시설 투자를 위한 연방-주정부-질병금고의 공동재정 프로그램 운영
    - 둘째, 외래진료와 관련 ① 1998년까지 수요계획에 따라 보험의사 수를 통제, 1999년부터 지역별 수요에 따라 보험의사의 허가를 조

정, ② 보험의사의 정년연령을 68세로 제한, ③ 치과보철치료 등에 대한 진료점수를 10% 인하하고, 치과부문에서 기준점수 초과시 진료점수 체감제

- 셋째, 의약품 부문은 1990~1992년간 보험재정지출의 24%를 차지하여 중점 개혁대상이 되었음. ① 의사별 의약품 처방의 총량을 제한, 기준 초과시 보험의사와 제약회사가 비용 분담, ② 1993년과 1994년 의약품의 생산단가를 각각 5% 인하, ③ 의약품 거래의 투명성과 질적 보장을 목적으로 '의료보험 적용 의약품 연구소'를 국회의 상임위원회에 설치하고, 1995년까지 의약품 약가표(positive list)를 제작하도록 하는 과제를 부여, ④ 약품 낭비를 방지하기 위해 1994년부터 의약품의 포장규격을 기준으로 본인부담금의 수준을 결정
- 넷째, 질병금고 행정관리체계의 개혁. ① 1996년까지 전체 보험가입자의 95%에게 질병금고의 선택권을 부여하여 경쟁을 통한 보험료 인하, ② 질병금고간 경쟁의 공정성을 보장하기 위해 위험구조조정 제도 도입(\* 위험요소: 소득·피부양가족의 규모·연령 또는 성별 질병발생 확률), ③ 보험의사의 신분이 모든 질병금고에 동일하게 적용되는 '계약의사'가 되도록 함, ④ 질병금고 상호간의 합병이 용이하도록 하고, 주정부 차원에서 기존의 지역질병금고와 동업조합질병금고의 통합을 지원
- 이전에는 주로 의료수요의 통제를 통하여 보험재정의 안정화를 추구하였던 것과는 달리, 의료공급자와 의료수요자가 재정안정을 위한 경제적 비용의 각각 3/4과 1/4 가량을 분담하도록 하였음.
- 분야별로 정해둔 목표가 미달하였을 경우 해당 분야를 대상으로 정책적 개입을 할 수 있는 법적 근거를 마련; 개입의 결정·방법 및 수단·주체의 선정에 대해서는 별도의 중재위원회가 결정을 함.
- 동법 시행 후 의약품 부문에서 괄목할만한 재정절감의 효과가 나타났으며, 1994년까지 이어져 제도개혁의 성과에 대한 정치적·사회적 주목

을 받게 됨. 그러나 1995년 이후 다시 의료비용의 증가로 인한 보험재정의 적자문제와 보험료의 인상문제가 발생

- 1997년의 보험료경감법과 두 차례 의료보험개편법

- 1997년 『의료보험의 보험료 경감을 위한 법률』, 그리고 『일차 및 이차의 공적의료보험 자치운영과 자기책임 재규정에 관한 법률』
- 첫째, 본인부담을 대폭 인상하고, 정액본인부담금을 연동화하여 재정지출에서 본인부담 비중을 기존 4%에서 6%로 인상
- 둘째, 보험료의 인상과 본인부담의 인상을 상호 연계하여 작동
- 셋째, 일부 법정급여(교통비, 방문간호, 요양비 등)를 임의급여로 전환, 보험료의 환불제도, 부가급여에 대한 특별보험료의 징수 등 질병금고별 자율적 운영 사업을 확대

- 1999년의 의료보험 연대강화법

- 1998년 10월 총선을 통하여 쉬뢰더를 수상으로 하는 시민당과 녹색당의 연정 출범; 1999년 의료보험 연대강화법은 이듬해인 2000년의 의료보험 대개혁을 위한 예비적 단계의 조치
- 첫째, 본인부담의 포괄적 인상과 매년도의 자동적 재조정 폐지
- 둘째, 질병금고별로 보험료인상과 본인부담 인상 상호간 연계장치 폐지
- 셋째, 민영보험적 요소(예, 보험료 환불제도, 비용의 사후보전제도, 부가급여 등)를 폐지
- 급여제한 조치의 일부 완화; 의약품 포장규격별 본인부담금의 수준을 인하하고, 치과보철에 대한 지원방식을 기존의 정액지원방식에서 현금급여로 전환

- 의료보험개혁 2000

- 부담 가능한 보험료로 양적·질적으로 충분한 의료서비스의 제공을 목표로 총 16개의 영역에서 의료자원의 낭비를 초래하는 적자요인 제거

- 동시에 질병금고 상호간 그리고 의료공급자 상호간 경쟁을 활성화함으로써 의료시스템의 효율성과 질적 능력을 제고
  - 의료보험개혁법안의 주요 내용
    - ① 외래와 입원간 연계성 강화, ② 가정의 역할 강화, ③ 종합병원의 질병군별 포괄수가제(DRG) 도입, ④ 건강증진사업의 활성화, ⑤ 환자의 권리 확대, ⑥ 진료과정에서 의료기술 적용의 적절성 심사, ⑦ 외래·입원·처방약품으로 구분된 예산상한제를 전국적인 총액예산제로 전환
  - 모든 관련단체들이 광범위한 지지의사를 표현하였으나, 법안의 입안과정에서 의료공급자들이 총액예산제로 인한 경제적 피해와 진료권의 침해 등을 이유로 반대세력으로 활동
  - 총액예산제와 일부 법안의 내용은 주정부의 대표자로 구성된 연방 상원의 동의가 반드시 필요로 하였으나, 연이은 지방선거에서 사민·녹색 연립정부의 패배로 원안대로의 통과가 불가능하게 되었음.
  - 따라서 연립정부는 논란이 되었던 주요 개혁대안들을 제외한 상태에서 의료보험개혁법안을 의회에 제출하여 2000년 1월 제정
  - 그 결과, 당초의 총액예산제 대신 영역별 예산제를 채택하고, 질병금고와 의료공급자간 수가계약의 책정시 보험료의 안정성을 일차적으로 고려하도록 의무화하였음.
  - 종합병원의 질병군별 포괄수가제는 주정부의 반대로 도입이 좌절되었으며, 환자의 인적정보와 진료비정보를 상호 연계하고자 하였던 방안 또한 도입이 될 수 없게 되었음.
- 새로 제정된 의료보험개혁법의 주요 내용
- 첫째, 의료공급 영역별 ‘자체의 질적 관리’를 의무화하고 동시에 공급자 상호간 연계체계를 강화
  - 둘째, 위원회의 활동영역을 확대하기 위하여 의사/치과의사연방위원회와 보험의사연방위원회 이외에 별도로 종합병원연방위원회를 새로이

신설 → 개별 영역 상호간 조정능력을 활성화하기 위해 별도로 조정위원회 운영

- 셋째, 예방·건강증진·환자상담 등과 관련한 사업이 활성화될 수 있도록 하고, 이러한 업무는 질병금고연합회에서 담당
- 2001년 의료보험의 법률조정법 제정
  - 서독과 동독으로 구분 운영되어 오던 제반 규정(대표적으로 회계방식, 위험구조조정 등)들을 통일적으로 적용
- 2003년 『종합병원에 대한 질병군별 포괄수가제 도입에 관한 법률』 제정
  - 관련 제도의 도입과 경과규정에 대한 내용을 명시
- 의약품 부문에 있어서 예산제 폐지되고, 관련 당사자간 자율적 계약을 통하여 비용의 절감이 이루어질 수 있도록 하였음.
  - 의약품에 대한 본인부담금 수준은 한시적으로 연방보건복지부에서 별도로 규정을 통하여 결정
- 이러한 조치에도 불구하고 2001년과 2002년에는 이미 의료보험 재정지출의 증가율에 비해 재정수입의 증가율이 현저하게 둔화
- 연방정부는 2003년 1월 1일 『보험료 안정화법』 제정
  - 보험재정 적자를 해소하기 위한 긴급 대안들을 마련하고, 재정안정을 위한 질병금고의 결정권한을 확대하는 조치를 단행
- 2004년의 의료보험 현대화법
  - 재정절감조치를 통하여 재정안정과 보험료의 절감을 도모
    - 첫째, 환자의 자주권을 강화하기 위하여 환자대리인제도, 그리고 의료정책의 결정과정에서 환자 또는 장애인단체의 참여권 도입
    - 둘째, ‘의료의 질과 경제성 연구소’를 설립하여 급여 내용을 심사할 수 있도록 하고, 모든 의료 인력에 대한 보수교육을 의무화
    - 셋째, 분업과 협업의 차원에서 의원과 병원의 연계체계를 강화하고,

의학과 전통의학의 협진이 용이하게 이루어질 수 있도록 함.

- 넷째, 기존의 총액보수제는 2007년부터 질병의 종류별로 구분된 표준보수제로 전환
  - 다섯째, 의약품에 대한 현행의 정액부담제를 변경하고, 의사의 처방 의무가 없는 의약품에 대해서는 원칙적으로 급여항목에서 제외
  - 여섯째, 치과보철에 대해서는 2005년부터 상태별로 정액의 보조금이 지급되도록 하고, 이에 대해 가입자가 별도로 납부하는 정액의 보험료를 통하여 충당하도록 함.(그러나 시행과정에서 정액보험료는 소득비례 추가보험료의 형태로 변경)
  - 일곱째, 장제비, 출산수당, 불임시술, 안경, 인공수정, 교통비 등에 대한 급여는 대폭적으로 축소조정; 상병급여에 대해서는 2006년부터 가입자(사용주는 제외)가 전액 부담하는 추가적인 보험료를 통하여 지원이 될 수 있도록 함.
  - 여덟째, 모든 의료서비스에 대해서는 비용의 10%를 환자가 부담하도록 하고, 최고 10 Euro를 초과할 수 없도록 함. 외래진료의 경우 환자는 의사에게 분기당 10Euro의 방문료를 지불, 다만 본인부담금은 연간 가계소득의 2%를 초과할 수 없도록 함. 만성 질환자의 경우 그 비율을 1%를 상한으로 함.
  - 아홉째, 산전후휴가급여의 재원은 일반조세에서 충당하도록 하고, 그 비용은 담뭍세에서 충당하도록 함.
  - 열번째, 환자용 영수증의 발급을 의무화하고, 나아가 2006년부터 전자의료보험카드가 발급되도록 함.
- 2004년 98억 Euro의 재정지출을 삭감함으로써 의료보험료의 수준이 평균적으로 전년도 14.3%에서 13.6%로 인하되는 효과를 기대
  - 중장기적으로 2007년에는 치과보철과 상병급여에 대한 재정조달방식의 변경 등을 통하여 전체적으로 대략 230억 Euro의 보험재정을 절감하여

의료보험료가 12.15%의 수준으로 인하될 것으로 전망

- 종합병원별로 달리 운영해 오고 있는 수가체계를 2009년부터 전국적으로 통일된 기준에 의하여 적용되는 포괄수가제도를 도입
- 순수한 보험목적 이외의 사업들(일례로 통일비용, 분배적 비용 등)로 인한 비용에 대하여 국가가 최초로 재정보조를 할 수 있도록 하는 규정을 둠. → 국가는 2004년 10Euro, 2005년 25억Euro 그리고 2006년부터는 매년 42억Euro를 보조금의 형태로 지급

□ 21세기의 의료보장을 위한 정당별 개혁모델의 논쟁

- 기민당(CDU)과 기사당(CSU)의 ‘연대적 건강보험료 모델’, 그리고 사민당(SPD)과 녹색당(Die GRÜNEN)의 ‘국민보험 모델’이 있으며, 공히 추구하여야 하는 기본목표는,

- 첫째, 장기적으로 재정적 지속가능성 보장
- 둘째, 경제성장과 고용에 미치는 부작용 억제
- 셋째, 연대성과 분배정의 유지
- 넷째, 의료시장의 전반적 영역에 걸쳐 경쟁의 원리 활성화

- 보수정당(기민당과 기사당)의 연대적 건강보험료 모델

\* 사회보장위원회는 2003년 6월 ‘건강보험료 모델’을 골자로 하는 보고서 제출, 동년 12월 제17차 전당대회에서 공식당론으로 확정

- 첫째, 장래에도 첨단 의료서비스를 모두에게 제공
- 둘째, 의료비용의 투명성 확보, 보험자 상호간 경쟁 강화
- 셋째, 의료비지출과 인건비 상호간 연계성 가급적 배제
- 넷째, 고령화에도 불구하고 보험재정의 수입기반 안정적 확보
- 구체적인 내용

◦ 개인적 건강보험료: 보험료를 월 109Euro로 책정하고, 아동에 대해 보험료의 면제; 개인은 근로소득의 7%를 보험료로 납부하되 최고

109Euro를 초과할 수 없도록 함. 109Euro를 미달하게 될 때에 나머지 차액에 대해 별도의 특별기금에서 충당

- 사용자보험료: 6.5% 고정률 유지
  - 사용자보험료와 타사회보장제도의 재정지원(예, 연금수급자 등 사회보장 수급자들의 의료보험료)은 별도 특별기금에서 관리 → 특별기금은 모든 가입자들이 보험료 109Euro를 납부할 수 있도록 하기 위한 재원으로 활용
  - 총액건강보험료: 개인적 건강보험료와 사용자보험료로 구성되며, 모든 개인에게 동일하게 적용되는 정액의 인두세보험료로 기능 (\*가입자 1인당 평균 비용은 월 169Euro)
  - 아동에 대한 보험료의 면제: 조세재원에서 충당
  - 미래에 대비한 적립금의 운영
  - 경쟁의 활성화:
    - a) 의료공급 영역에 있어서 경쟁관계 강화: 외래부문에서 보험회사 연합회의 독점적 권한을 제한하고 전문의의 공급체계를 재조정
    - b) 병원부문의 질병금고와 종합병원 간 개별적인 계약체결 허용
    - c) 외래-입원-재활을 연계하는 통합의료체계 활성화하고, 이를 하나의 단위로 질병금고와 계약이 체결되도록 함.
    - d) 가입자의 확보를 위한 민간의료보험 상호간의 경쟁을 원활화: 민간의료보험자는 보험료의 일정부분을 가입자 개인별 적립금으로 조성 → 보험자 변경 시 이전이 가능하도록 함.
- 사민당과 녹색당의 국민보험 모델
- 2003년 11월 전당대회에서 연대성, 공정성, 경제성을 기본목표로 하는 국민보험 모델을 당론으로 확정
  - 전 국민에 대한 국민보험의 적용; 민간의료보험에 대해서도 동일한 조건으로 국민보험을 운영할 수 있는 권한을 부여

- 근로소득과 자산소득에 비례하는 보험료 부과
  - 일층 보험료는 근로소득은 물론 자영소득, 연금 또는 실업급여 등 사회보장급여에 대하여 부과하고, 현행과 같이 소득상한선을 적용
  - 이층 보험료인 자산소득 비례보험료는 이자소득, 배당소득, 임대소득 등에 대하여 부과(\* 자산소득에 대한 기초공제, 현재가치를 기준으로 1,340Euro/년 적용)
  - \* 다른 대안으로서 ‘자산세 모델’은 자산소득에 대한 별도의 목적세
- 모든 개인에게 질병금고 또는 민간의료보험에 상관없이 보험자를 임의로 선택할 수 있는 권한을 부여(\* 보험자는 ‘가입자의 선별권’ 없음)
- 모든 보험자는 국민보험에서 정한 급여의 내용과 수준을 동일한 조건으로 제공
- 의료서비스의 질 제고를 위한 경쟁강화; 질병금고-보험의사-종합병원 간 직접계약, 통합의료체계와 전문적 진료프로그램 실현을 위한 제도적 기반 확충, 환자의 의사 선택권 확대, 의료서비스의 질적 수준을 반영할 수 있는 수가체계 도입

#### 4. 네덜란드 건강보험의 발전과정

##### □ 네덜란드 의료제도의 특성

- 첫째, 재원조달에 있어 공공재원과 민간재원의 조합
  - 국민의 2/3는 강제적 사회보험 적용, 1/3은 민간보험 가입
  - 일반조세 재원 조달은 10% 미만, 환자의 직접부담 재원은 7%
  - 공공재원(사회보험, 법적 민간보험, 조세)은 전체 재원의 85%
- 둘째, 민간 중심의 의료서비스 공급
  - 의료시설 대부분은 비정부기관에 의해 소유·운영, 개원의사의 경우 독자적인 경영

- 셋째, 보건정책에 있어 협동주의 정책(corporatist policy)
  - 보건의료에 있어 다양한 이해집단의 공식적 대표자는 자문기구를 통해 정책의 형성과 집행에 참여
  - 의료공급자가 주도적인 위치를 차지하고 있으며 때론 이들의 반대에 부딪혀 의료개혁이 늦추어지거나 이루어지지 않기도 함.

□ 건강보험제도의 태동과 주요 개혁(turning points)

- 경과
  - 1964년 질병금고보험법 제정(ZFW)
  - 1968년 장기요양보험법 제정(AWBZ)
  - 1980년 보건의료 수가법(Health Tariff Act, WTG): 수가(tariffs)와 보상, 예산을 통제
  - 1982년 보건의료시설계획법(WZV): 지역의 의료수요에 대한 예측에 기초하여 시설을 설립
  - 1986년 건강보험에 관한 접근성 향상법(WTZ)
  - 1987년 대커 위원회(Dekker Committee) 개혁추진보고서(Willingness to Change)
  - 1989년 일차개혁법(First Reform Act) 제정
  - 1991년 이차개혁법(Second Reform Act) 제정
  - 1991년 Dunning 위원회의 보건의료의 선택에 대한 보고서: ‘medical prodecures’에 대한 경제성 평가를 통해 급여 우선순위 선정
  - \* 우선순위: 필요성(necessity), 효과(effect), 효율(efficiency, cost-effectiveness), 개인적 책임성(individual responsibility) → Basic health package 에 활용
  - 1991년 의약품 참조가격제 도입, 의료시설 질에 관한 법(Quality of Health facilities Act)

- 1993년 의료전문가법(BIG): 전문가의 학력과 인증을 규제
- 1994년 반오테르류법(Van Otterloo Act): 저소득층 노인의 급성기 치료에 대한 질병금고보험(ZFW)에 대한 접근성 더욱 확대
- 1995년 의약품 가격법(Pharmaceuticals Prices Act)

□ 네덜란드의 건강보험제도 개요

- 3개의 영역으로 구분
  - 제1영역: 장기(long-term) 또는 고액(catastrophic) 의료를 보장하는 장기요양보험(AWBZ)
  - 제2영역: 급성기치료(acute care)를 보장하는 건강보험제도(소득수준에 따라 사회보험제도와 민간보험제도로 구분)
  - 제3영역: 보충적 보험(supplementary)

<표 1> 네덜란드의 건강보험의 구조

3rd compartment (3% health expenditure)	Complementary health insurance	
2nd compartment (53% health expenditure)	Sickness fund (compulsory)	Private health insurance (mostly voluntary)
1st compartment (44% health expenditure)	National health insurance for catastrophic risks (AWBZ) (compulsory)	

□ 1st compartment: 장기요양보험(AWBZ)

- 1968년 장기요양시설에 적용되기 시작하여 정신적, 신체적 장애인을 위한 가정간호(home care), 주간간호(day care), 재활을 위한 입원시설, 외래시설, 모자보건, 예방접종까지 확대
- 모든 거주자가 강제 가입해야 하는 사회보험
- 사회적 연대에 기초하여 소득에 기초한 기여금(income related contribution) 납부

□ 2nd 영역: 건강보험제도(Social and private health insurance)

- 저소득층을 위한 사회보험과 자발적인 가입의 민간보험으로 구분
- 국민의 64%는 사회보험기금의 가입자이며, 35%는 민간보험가입자
- \* 이원화 운영의 이유: 사회보험은 역사적으로 사회적인 취약계층인 노동자를 보호하기 위한 질병금고(sickness funds)에서 출발하였고, 이런 집단을 제외한 사회적인 고소득층은 적용대상이 되지 않음.
- 그런데 네덜란드의 민간보험은 민간보험에서 나타날 수 있는 ‘역선택’, ‘단물 빼먹기’(cream skimming)는 나타나지 않고 있음. 국가의 통제와 사회적인 연대의식(solidarity)이 이런 것을 방지하고 있음.

□ 2nd 영역 중 사회보험(Sickness fund insurance)

- 1940년 이전 1,000개의 질병금고; 1941년 질병금고법령으로 저소득 노동자의 강제 가입
- 1964년 질병금고법으로 통합이 진행되어 1980년대에는 60여개의 질병금고, 1999년 30개의 질병금고 (\*6개의 거대 조합이 국민의 약 60%인 1천만 명 가입자 확보)
- 1994년 저소득층 노인의 가입을 확대
- 1999년 저소득층 자영업자의 가입을 허용
- 예산은 중앙의 보험위원회(Health Insurance Board(CVZ))에서 받으며 이 예산은 가입자의 연령, 성, 지역, 장애 수준을 고려하여 배정
- 자본투자에 대하여 별도로 지원을 받으며 고위험 집단에 대한 초과비용을 보상받음.
- 사회보험기금은 또한 가입자를 대신하여 장기요양보험(AWBZ)의 행정적인 업무를 실시
- 건강보험위원회(the Health Insurance Board, CVZ)는 질병금고보험(ZFW)과 장기요양보험(AWBZ)의 중앙 기금을 운영; 사회보험기금과 민간보험을 감독, 관리

- 1999년 이후 감독기능은 분리되어 건강보험위원회(CVZ)와는 독립적인 건강보험감독위원회(Supervisory Board for Health Insurance(CTU))가 사회보험기금의 운영상태를 감독
- 민간보험은 재무부의 감독 하에 있는 Central Insurance Chamber에서 감독, 통제

□ 2nd 영역 중 민간보험(Private health insurance)

- 사회보험의 가입조건에 해당하지 않는 고소득층은 50여개의 민간보험 가운데 하나를 선택
- 의무가입은 아니지만 대부분이 민간보험에 가입
- 민간보험은 전적으로 위험률에 기초하여 보험료를 부과하지는 않음.
- 1970년 초반 한 민간보험은 학생을 대상으로 싼 보험을 제안 → 다른 회사들도 이 정책을 따랐음. 따라서 노인에게 비싼 보험료 부과 → 결국 악순환적인 보험료의 차별(differentiation)과 위험선택(risk selection)을 불러 일으켰음.
- 이에 따라 정부는 민간보험의 노인이나 고위험 가입자를 위한 별도의 보험인 건강보험접근성 향상제도(WTZ)를 도입
  - 적용범위는 사회보험과 대부분 동일하고 가입자들은 별도의 정부관리 보험료를 납부함. → 부족한 비용의 조달을 위해 모든 민간보험가입자들이 의무적으로 비용분담

□ 3rd 영역

- 사치적 입원시설(luxury hotel service)의 이용, 성인의 일부 치과 치료, 장기적인 물리치료와 같은 부분
- 별도의 보충적(supplementary)인 민간보험을 가입 → 위험률에 기초한 기여금을 지불
- 사회보험 가입자의 90% 이상이 보충적 민간보험에 가입

- 민간보험의 약 2/3는 다양한 형태의 보충적 보험을 판매

□ 재원조달 및 재원배분

- 장기요양보험(AWBZ)

- 강제기여금으로 세금과 같이 징수, 2000년 세금 공제전 수입 28,000유로의 경우 10.25%가 기여금
- 징수된 기여금은 중앙의 보험기금에 전달되고 질병기금위원회(Sickness Fund Council)는 개별 보험기금에 배분

- 사회보험

- 33,000유로 이하의 소득을 갖는 피고용자의 경우 모두 가입
- 2000년 세금 공제전 소득 25,000유로의 경우 8.1%(고용자부담 6.35%, 피고용자 1.75%)
- 중앙의 질병기금위원회(Sick Fund Council)로 납부되어, 중앙에서 각 질병금고로 배분
- 별도로 자신이 가입한 각 사회보험기금에 일정률의 기여금(flat rate premium)을 납부; 2000년 1인당 1년 평균 188유로(\* 보험기금별로 기여금을 달리 정함)

- 민간보험

- 위험률에 기초한 보험료 납부; 1년에 평균 990유로
- 특정 위험집단의 경우 건강보험접근성 향상제도(WTZ)에 의해 정부가 관리하는 기금에 최대 1인당 월 115유로 납부

□ 재원 배분 및 보수지불체계

- 보건의료의 연간 총지출상한(as a quasi budget)을 잠정 결정한 뒤에 보건복지부는 보건의료의 부분별로 예산을 할당(global sectoral budgets)
- 단계화된 예산배분모형(cascading budgeting model)하에서 보험자와 의료공급자는 서비스의 양, 질, 가격을 협상

- 개업의(General physician)에 대한 보수지불은 등록환자의 연간 등록비(annual capitation fee)에 기초함.
  - 비용은 의사소득(income), 진료비용(practice costs), 보수교육비용(costs of postgraduate course), 연금 등을 포함.
  - 민간보험 환자는 행위별 수가제에 기초하여 보수지불
- 병원에 대한 보수지불
  - 1982년까지 일당제(per-diem rate)로 운영, 1983년에 예산체계(budget based financing system)를 도입, 1988년 budget model을 도입하여 유사한 기능의 병원간 평균 비용의 개념을 도입(\* 병원의 target costs를 추정하는 formula 가 있음)

〈표 2〉 네덜란드의 건강기금재원의 구성

(단위: 백만 유로)

	2002	비율(%)
장기요양보험(AWBZ)	15.5	40
질병금고보험(Zfw)	14.7	37
민간보험(Private insurance)	5.7	14
정부	2.0	4
환자 기여금 및 기타 수입	2.6	5
합 계	40.5	100

## □ 교훈 및 시사점

- 사회보험을 통한 공공재원조달, 민간중심의 의료서비스 공급은 형식상으로 우리와 비슷한 것 같지만 그 성격에 많은 차이가 있음. 특히 보건의료정책에서 협동주의 접근방식은 우리나라에서 찾아보기 어려움.
- 민간중심의 공급자는 우리와 형식상 비슷하지만 일반의를 중심으로 하는 일차진료 영역과 입원을 중심으로 하는 병원 영역이 구분되어 있음. 특히 병원 수용능력(capacity)에 대한 규제가 강하여 정부의 허가를 얻어야 함.

- 사회보험과 같은 공공재원으로 병원을 지원하기도 함. 사적 투자의 대상으로 병원의 운영과 경영이 이루어지지 않으며 건강보험은 병원의 시설에 대한 지원을 통해 사회적인 통제를 함.
- 일정소득 이상의 국민은 민간보험에 가입하지만 민간보험에서 나타날 수 있는 ‘위험선택’, ‘단물 빼먹기’(cream skimming)를 방지하기 위해 국가가 개입
  - ‘건강보험 접근성 향상을 위한 법’(The Medical Insurance Access Act 1998)은 민간보험에 대한 정부 개입의 대표적인 사례로 사회적 취약계층의 건강보험 접근성 향상을 위해 정부가 민간보험에 개입
  - 민간보험이 제공할 표준화된 기본 최소한의 급여기준을 규정함.
  - 사회보험과 민간보험을 통해 사회적인 약자를 사회적으로 보장하기 위해 부담을 감수함.
- 사회적 연대(solidarity)는 매우 중요한 역할을 함. 고액진료나 장기요양입원이 가계의 파탄을 가져오지 않도록 보장함.
  - 네덜란드 국민의 86%는 소득수준에 관계없이 의료가 형평하게 접근되어야 한다고 생각함.
- 국가 전체 예산 가운데 보건의료분야에 할당되는 예산이 결정되고 이것에 따라 보건 분야의 각 세부영역에 예산이 배분됨. 이에 기초하여 병원, 개원의, 기타 시설 등에서 공급이 이루어짐.

## 5. 미국의 건강보험 발전과정

### □ 개관

- 공적건강보험제도는 65세 이상 노인과 장애인을 대상으로 한 메디케어(Medicare)제도가 있음.

- 저소득층을 대상으로 조세재원으로 운영하는 메디케이드(Medicaid)제도를 운영
- 미국은 의료비가 급증하면서 비용을 억제하면서도 관리효율과 질을 보장하기 위한 의료관리 시스템을 도입하였으며, 그 대표적인 관리방식이 ‘관리의료’(managed care)임.
  - 관리의료방식은 공적의료보장 영역에서도 확산되어 왔음.
  - ‘관리의료방식’은 보험자-환자-의료공급자 3자간 선택을 통한 경쟁적인 시스템으로 이해할 수 있음.
  - 즉, 환자는 낮은 비용으로 좋은 서비스를 약속하는 보험자를 선택할 수 있고, 의료공급자 역시 좋은 조건을 제시하는 보험자와 계약할 수 있고, 보험자는 실력 있으면서도 낮은 보상을 감수하는 의료공급자와 계약할 수 있음.
  - 관리의료하에서는 행위별수가 보상이 아닌 인두당 정액제(capitation)를 주로 채택함으로써 과잉진료를 줄이려 함. 행위별 수가제하에서는 높은 본인부담을 유지하는 것이 의료비억제 기전이었으나, 관리의료의 정액제하에서는 환자부담을 높게 유지할 필요가 없어 환자부담이 경감됨.
  - 한편으로 관리의료는 과소서비스나 질의 하락을 단점으로 지적받고 있어 적절한 의료서비스의 양과 질의 유지, 불필요한 서비스의 감축 등이 과제로 제시되고 있음.
- 관리의료의 주요내용은 ① 의료에 있어서 공사의 역할분담, ② 의료분야에 있어서 경쟁원리 도입, ③ 의료의 표준화 및 증거에 기초를 둔 의료(EBM)의 실천, ④ 진료가이드라인과 의료의 기술평가
- 최근 관리의료의 성장세는 두드러지게 나타나 고용주가 의료보험을 제공할 경우 70% 이상이 HMO, PPOs(Preferred Provider Organizations), 의사연대(Physician networks) 등의 형태로 관리의료를 실시

## □ 미국 의료보장의 시작

- 1960년대 이전은 의사의 환자 서비스는 양자간 자율에 맡겨져 있었으며, 주로 행위별수가제를 통해 진료비를 지불
- 이러한 전통적인 시장에 맡겨진 의료는 비효율성을 야기하였고, 비효율의 원인으로 도덕적 해이(moral hazard)와 수요유인(demand inducement)을 꼽았음.
  - 그 외 비효율의 원인으로 새로운 의료기술, 비용을 보상하는 지불제도, 의료군비전쟁(medical arms race)이라는 유해한 경쟁 등
  - 1970년대에 정부의 의료비 증가 억제대책에도 불구하고 1982년에 의료비지출이 GDP의 10%를 초과, 1990년에 GDP의 12.6%, 2004년 16%임.
  - 증가하는 비용에 대한 부담을 지게 되는 쪽은 주로 민간건강보험의 구매자인 기업들이었음(미국 기업이 다른 나라 기업에 비해 경쟁력이 떨어지는 하나의 원인이 되기도 함).
- 이 때문에 1990년대 이후 관리의료(managed care)가 가장 중요한 특징으로 자리 잡았음.

## □ 관리의료의 기원

- 관리의료의 기원을 의사들이 공제조합과 노동조합 등에게 선불제 의료서비스를 제공하기로 한 1890년대로 추정
  - 의사들은 가입회원 당 매년 1달러에서 2달러를 받고 무제한적인 의료혜택을 제공
- 1920년에 이르러서는 오레곤과 워싱턴의 약 24개의 클리닉들이 노동자 집단들에게 비슷한 선불제도를 제공
- 실질적인 관리의료의 시초라고 일컬어지는 것은 1927년에 오클라호마 농부연맹(Farmers' Union)과 계약을 맺고 운영
- 선불제 민간보험의 대명사처럼 되어 있는 카이저재단 건강보험의 전신은 1930년대 블루크로스 보험이 출현한 것과 비슷한 시기에 나타남.

- 남부 캘리포니아의 의사인 시드니 가필드는 카이저의 보험사업자가 근로자 한 명당 하루 5센트의 선금을 치른다면, 그는 카이저 건축 노동자들에게 산업재해 진료를 제공해주고, 5센트를 더 내면, 산업재해와 관련 없는 진료도 제공

#### □ 관리의료의 도래

- 1970년대 중반 주로 서해안지역의 기업가와 학자들로 구성된 집단이 HMO 개념을 전파하기 시작
  - HMO란 이름은 1970년 Paul Ellwood 가 제안: 환자가 건강해야 의료이용을 적게 하고 병원과 의사들이 모두 행복하기 때문에 의료제공자들이 환자들의 건강을 유지시키려고 노력할 것이라고 판단하여 ‘건강유지조직(Health Maintenance Organization)’이란 이름을 제안
  - 일차 진료의사 수련을 받은 Ellwood는 1960년대 이래로 HMO의 지지자였으며, 대부분의 미국인을 HMO에 가입시킬 계획이었던 닉슨 대통령의 국민건강보험 정책 구상에 영향력을 행사
- 실질적으로 관리의료의 확대되기 시작한 것은 1973년 닉슨행정부이며 HMO Act를 제정
  - 선불정액제 보험을 금지하는 주들의 법률들을 무효화시켰으며, 25인 이상 노동자를 고용하고 있는 기업 중 의료보험을 제공하고자 하는 기업은 반드시 HMO를 선택사항 중 하나로 포함하도록 규정

#### □ 관리의료의 유형

- HMO
  - HMO의 다양한 유형을 구분하기 위해 Paul Ellwood는 의사들을 조직하는 방법에 따른 4개의 유형 설정: Staff 모델, Group 모델, IPA (Independent Physician Association) 모델, Network 모델
  - Staff 모델 HMO는 의사를 고용하는 보험회사; 이러한 HMO에 속한 의

사는 봉급을 받기 때문에 수요를 유인하거나 환자의 도덕적 해이에 편승하려는 직접적인 재정적 인센티브를 가지지 않음.

- Group 모델 HMO는 거대 의사그룹과 계약하여 전문적 서비스 및 때때로 부가적인 서비스를 제공하는 보험회사
  - \* Staff 및 Group 모델에 속한 의사는 자신이 소속된 HMO를 위해서만 일하였음. 1980년에는 전체 HMO의 60퍼센트를 차지했고, HMO 가입자의 80퍼센트 이상이 그에 속해 있었음.
  - \* 그러나 대부분의 의사들이 선불을 고집스럽게 거부하였기 때문에 1980년대에 새로운 Staff 및 Group 모델 HMO는 거의 만들어지지 않았음.
- IPA는 기존의 진료방식과 독립성을 유지하기를 원하는 의사그룹들이 형성; IPA는 마치 보험회사처럼 일정한 보험료를 받아 IPA에 속한 의사에게 배분 → 대부분의 초창기 IPA는 행위별수가제로 지불하였고, 이 때문에 많은 IPA들이 매우 높은 비용 때문에 파산하는 경우가 많았음.
- Network 모델 HMO는 기존의 지역 및 전국적 보험자들이 자사와 이미 계약하고 있는 수많은 사업주/고객의 수요를 충족시키기를 원하였기 때문에 만들어졌음.
  - 이들 보험자들(Blue Cross, Blue Shield, Aetna, Prudential 등)은 의사 개인 및 의사그룹과 계약
  - 한 의사가 여러 HMO와 계약하는 것과 HMO 이외의 환자들에게도 치료를 계속하는 것을 허용
  - 많은 네트워크 보험자가 의사들에게 행위별수가제로 지불하였지만, 통상적인 것보다는 낮은 진료비를 지불
- IPA, Network, 그리고 다른 'Mixed' 모델(IPA와 Network의 특징을 결합한 모델)이 HMO 가운데서 가장 큰 성장을 이룩했음.
  - 환자들이 이들을 더 선호하는 이유는 전통적인 형태의 보건의료에 최소한의 변화만을 초래하기 때문임.

→ 의사들도 선호하는데, 지역 및 전국적 고용주들은 특히 원스톱 쇼핑의 편리함 때문에 지역 및 전국적 보험자가 제공하는 보험을 선호

– PPO(Preferred Provider Organization)

- 1978년 자체보험을 제공하는 사업주들을 위한 제3의 관리자(TPA: third-party administrator)인 AdMar는 로스앤젤레스 지역의 병원들과 선택적 계약을 하기 시작

→ AdMar는 병원들과 선택적으로 계약할 때 진료비 할인을 요구함으로써 PPO의 전형적인 모델이 됨.

→ AdMar는 근로자가 비계약 관계의 병원을 방문 할 때는 본인부담액(copayment)을 내도록 요구했으며, 이것은 근로자가 “지정된”(preferred) 병원에 방문할 동기를 부여

□ 미국의 공적건강보험

- 1930년대 대공황시기에 사회보장의 양대축인 의료보장과 국민연금(소득보장)을 도입하려 하였으나 의료보장제도는 반영되지 못하고 1935년 사회보장법(Social Security Act)에 의해 사회연금제도만 반영
- 이후에도 전 국민을 대상으로 한 공적의료보장제도를 도입하고자 하였으나 민간보험업계나 의료계 등의 반대로 성사되지 못하였음.
- 1965년에야 메디케어와 메디케이드 프로그램 제정
  - 65세 이상 노인과 장애인 등 근로능력이 없는 계층에 한정적으로 공적 의료보장제도(Medicare) 도입
- 일정 소득 이하의 빈곤층을 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid)도 함께 도입

□ 메디케어

- 메디케어는 크게 4부분

- 병원 입원과 관련된 관리비용을 보장하는 강제가입인 파트 A(병원보험 또는 입원보험: Hospital Insurance); 사용자와 피용자가 각각 소득의 1.45% 납부
- 의사서비스에 대해 보장하는 임의가입인 파트 B(보충적 의료보험: Supplementary Medical Insurance); 정부예산 75%와 가입자 보험료 25%로 운영
- 파트 C: 'Medicare + Choice'라 불리며, 전통적인 행위수가제에 의한 메디케어 선택하거나, HMO류의 관리의료방식을 선택할 수 있음. MSA 방식을 선택할 수도 있음.
- 외래 처방약에 대한 급여를 대상으로 하는 파트 D가 2006년부터 시행

#### □ 메디케이드

- 빈곤층에게 의료서비스를 제공하는 연방정부와 주정부의 공동프로그램
- 연방정부는 법령, 규칙, 정책, 지침 등을 통하여 전국적인 일관성
- 주정부는 실제 프로그램을 운영; 대상자기준 설정, 급여의 유형, 양 기간 범위 등의 결정, 서비스에 대한 보상수준 결정, 프로그램의 행정, 관리 등을 모두 담당함. 이러한 구조적 원인 때문에 메디케이드는 대상자 기준, 급여의 내용, 지불방식 등이 주별로 천차만별임.

#### □ 미국 의료보장 현황 및 개혁 동향

- 의료보장 현황
  - 2004년 기준 인구의 68.1%가 민간보험에 가입, 27.2%가 메디케어나 메디케이드 등의 공적의료보장에 가입
  - 보험이 없는 경우가 15.7%
  - 인구의 59.9%는 직장을 통해서 민간보험에 가입
  - 인구의 9.3%는 자영자 등 개인단위에서 민간보험에 가입

〈표 3〉 미국의 보험 가입유형별 현황

연도	인구(만명)	보험 가입자					무보험자
		계	민간 보험			정부보험	
			직장	개인기준	계		
2004	29,115	24,533	19,826	17,417	2,696	7,908	4,582
2003	28,828	24,332	19,786	17,402	2,648	7,675	4,496
2000	27,951	23,971	20,106	17,784	2,654	6,903	3,980

주: 민간보험과 정부보험은 상당수 중복 가입되어 있음.

〈표 4〉 미국의 의료보장제도의 가입자 현황

연도	계	메디케어	메디케이드	군인보험 등
2004	7,908	3,974	3,751	1,068
2003	7,675	3,945	3,564	997
2000	6,903	3,774	2,953	909

주: 메디케어와 메디케이드는 상당수 중복 가입되어 있음.

- 2004년 전체의료비는 1조 8,776억불로서 GDP 대비 16%로 사상최고치를 기록(1인당 의료비는 6,280불)

#### □ 개혁동향

- 첫째, 건강저축계정(Health Saving Accounts) 운영 확대
- 둘째, 의료제도의 투명성 제고를 위해 의료서비스산업이나 건강보험산업 주체들도 환자에게 신빙성 있는 정보를 제공하도록 함.
- 셋째, 정보기술을 의료시스템에 적용하여 국민들이 전자의료정보를 소지할 수 있도록 10년 계획을 추진
- 넷째, 소규모 기업의 의료비 부담을 경감하기 위해 유사 소기업끼리의 풀을 만들어 위험분산
- 다섯째, 의료소송제도 개혁을 추진

## 6. 일본 건강보험의 발전과정

### □ 개관

- 1922년 건강보험법 제정(피용근로자 및 피부양가족)
- 1927년 전면시행: 정부를 보험자로 하는 정부관장건강보험(중소기업 중심)과 조합을 보험자로 하는 조합관장건강보험(700인 이상 종업원)
- 1938년 국민건강보험법 제정(자영자 등 지역주민)
- 1958년 국민건강보험 전면시행(시정촌이 보험자이지만, 동종의 사업 또는 업무에 종사하는 자를 조합원으로 하는 국민건강보험조합 운영), 급여율 50%
- 1961년 국민개보험 달성
- 1963년 요양급여기간의 제한 폐지, 국민건강보험 세대주 급여율 70%
- 1968년 국민건강보험 세대원 급여율 70%
- 1972년 노인복지법 개정: 노인의료의 무료화 1973년에 실시
- 1973년 가족의 보험급여율 70%, 고액요양비제도의 창설, 정부관장건강보험의 국고보조 정률화(10%)
- 1975년 고액요양비제도의 완전실시
- 1981년 가족 입원보험급여율 80%
- 1983년 노인보건제도 실시
- 1984년 피보험자본인 90% 급여, 퇴직자의료제도 설립
- 1991년 노인보건제도 일부부담 인상, 노인방문간호 창설
- 1992년 5년 정도를 중심으로 한 중기재정운영 시도
- 1994년 간병간호/개호 개선, 재택의료의 명확화 및 방문간호 확대, 입원 시 식사요양비 설치, 환자식사 일부부담 도입, 육아휴업중의 피용자보험료 면제

- 1997년 본인 80% 급여, 외래약제에 대한 일부부담 도입, 6세미만 아동 약제비 본인부담 면제
- 2001년 노인보건 90% 급여, 노인외래약제 일부부담 폐지
- 2002년 본인 70% 급여, 총보수제, 외래약제 일부부담 폐지, 노인보건 대상연령 75세로 상향조정, 3세 미만 영유아 급여율 80%, 시정촌국보의 광역화 지원기금 설치, 고액요양비 공동사업 확충 및 제도화

□ 주요 보험급여내용

- 요양급여: 비용의 70% 보장, 3세 미만은 80%, 70세 이상은 90%(단, 고소득자는 80%)
- 입원시 식사비: 일당 본인부담 780엔인데, 저 소득자는 일당 650엔(단, 연간 90일 초과 입원시 일당 500엔), 70세 이상 저 소득자는 650엔 또는 500엔(일정기준의 경우 300엔)
- 특정요양비: 특정승인보험의료기관에서 고도선진의료를 받은 경우 그 기초적인 부분에 대해 지급
- 방문간호요양비 및 가족방문간호요양비: 의사 지시로 지정방문간호사업자로부터 지정방문간호를 받을 때에 비용의 70% 보장, 3세 미만 영유아는 80% 보장, 70세 이상자는 80~90% 보장
- 상병수당금: 표준보수일액의 60%이고, 지급기간은 1년6개월까지임.
- 출산수당금: 출산일 이전 42일부터 출산일 이후 56일간 일당 표준보수일액의 60%를 지급
- 출산육아일시금 및 가족출산육아일시금 : 본인, 피부양자를 불문하고 아동 1인당 30만 엔 정액 지급
- 장제비 및 가족장제비: 표준보수의 1개월분 지급, 피부양자 사망시 10만 엔
- 가족요양비: 비용의 70% 보장, 3세 미만 영유아는 80%, 70세 이상 자는 90%상당액 지급

- 고액요양비 : 본인부담한도액 초과액을 지급하며, 본인부담한도액은,
  - 일반소득자:  $72,300\text{엔} + (\text{의료비} - 241,000\text{엔}) \times 1\%$
  - 표준표수월액 56만엔 이상인 상위소득자 :  $139,800\text{엔} + (\text{의료비} - 466,000\text{엔}) \times 1\%$  (단, 특정요양비에 대한 특별요금, 입원시의 식사에 따른 표준 부담액은 대상이 되지 않음)
  - 그 외 다른 예외적인 고액요양비 제도 운영  
 (\* 국민건강보험의 경우 개인단위에 대해 외래의 일부부담금만이 대상이 되고 본인부담한도액 12,000엔 초과시 초과금 지급; 세대단위에 대해 개인단위의 고액요양비를 지급한 후 입원의 일부부담금을 포함한 세대전체의 일부부담금을 대상으로 본인부담한도액 42,000엔 초과시 초과금 지급)
- 퇴직자의료제도
  - 대상은 피용자연금법에 의해 노령(퇴직)연금 또는 통산노령(퇴직)연금 수급자 및 그 피부양자
  - 보험급여는 국민건강보험과 동일
  - 보험료는 일반 피보험자와 동일방법으로 부과

□ 고령자 의료보장

- 1963년 노인복지법 제정(특별양호노인홈 개설); 장기요양서비스를 노인복지법에 의해 제공. 그 이전에는 빈곤/영세민노인을 대상으로 한 생활보호, 양로원 입소보호만 제공.
- 1970년 지자체별로 노인의료 본인부담 무료화 실시
- 1973년 노인의료무료화제도 제정 (지자체가 고령자의 건강보험 본인일부 부담금을 대납해주는 방식)
- 1982년 노인보건법 제정(1983년 시행), 노인진료보수 신설, 노인병원의 제도화-건강보험제도에 치료와 더불어 간병수발비용 포함

- 1987년 노인보건시설(계약형 재활요양시설) 신설
- 1989년 골드플랜(고령자보건복지추진10개년전략) 실시, 재가복지서비스의 강화
- 1990년 노인복지법 개정, 고령자복지에 대한 권한이 지자체로 이양
- 1992년 방문간호스테이션 개설, 개호력강화병원 개설
- 1994년 요양형병상군 형태로 일부병원을 장기요양시설화, 신골드플랜 제정, 공적장기요양보험제도 구상
- 2000년 공적개호보험제도의 도입 실시

## 7. 대만의 건강보험제도 발전

### □ 건강보험제도의 발전과정

- 최초의 법은 1950년 노동보험, 1958년 공무원보험
- 1970년대 보건정책은 우선적으로 보건의료 자원의 공급을 증가하는 것에 전념했음. 그러나 보건의료의 재정적 장벽을 제거하는 문제는 진척이 없었음.
- 당시 노동보험과 공무원보험이 있었으나, 건강보험은 1980년대까지 겨우 인구의 16%에 적용
- 1986년 9월 28일, 민주진보당(현 집권당)이 결성되고 사회정책과 마찬가지로 정치적 자유의 문제에 관해 국민당을 공격 → 이에 따라 1985년에 정부는 먼저 농민건강보험을 전략적으로 시행하였고, 1990년 저소득가구 보험, 전민건강보험 목표연도를 1995년으로 앞당김.
- 1995년 전민건강보험(NHI) 실시
  - 1995년 이전에는 공무원보험·노동보험·농민보험 등을 포함한 12가지의 사회보장프로그램이 있었는데, 전 인구의 59%에만 적용

- 단일보험자방식의 사회보험제도로 중앙건강보험국이 운영
- 총액예산제의 전면 도입에 성공하여, 총액예산 내의 행위별수가제
- 전국 의료기관의 93.8%에 해당하는 17,022개의 의료기관과 계약
- 건강보험제도에 대한 대국민 만족도는 2005년 현재 72% 이상

□ 적용

- 최소 4개월 이상 거주한 모든 국민에 대한 강제가입
- 피보험자의 고용상태에 따라 6개 집단으로 분류
  - 1종(공무원, 공공기관, 공·사립학교 정규직원, 고용주 혹은 자영업주, 전문직업인), 2종(자영업자, 선원), 3종 농어민, 4종 군인, 5종 사회부조 대상자, 6종 퇴역군인 및 유가족

□ 보험급여

- 외래진료, 입원진료, 중의학, 치과진료, 분만, 재활치료, 보건예방프로그램, 재가서비스, 만성정신질환자의 재활, 가정방문서비스
- 40세 이상에 대한 각종 예방검사, 14회까지 산전 진찰, 6회까지의 영유아 성장발육검진 등
- CT, MRI, ESWL(체외충격파쇄석기) 등 대부분의 고가의료장비와 개심술 등 고가수술
- 반면, 예방접종, 성형수술, 치열교정, 인체실험, 병실차액, 지정진료료, tube feeding 이외의 식사, 의치·의안·안경·보청기 등 비치료성 보장구 등은 급여가 되지 않음.

□ 본인부담

- 외래: 본인부담률은 20%(\*진료의뢰서 없는 경우 지구병원은 30%, 지역 병원은 40%, 종합병원은 50%)
- 급성질환 병동의 30일 이하 및 만성질환 병동의 180일 이하일 경우 본인 부담 상한은 입원당 NT\$23,000

- 본인부담 상한의 연간 한도는 2002년 이후 NT\$39,000
  - 입원당 본인부담 상한은 평균국민소득의 6%에 근거하여 산출되고, 누적 입원에 대한 본인부담 상한은 평균국민소득의 10%로 산출

〈표 5〉 대만의 외래 본인부담

(2004년 3월 현재/ 단위: NT\$)

의료기관의 종류	외래	치과	중의	응급
Clinic	50	50	50	150
District Hospital	50	50	50	150
Regional Hospital	140	50	50	210
Academic Hospital	210	50	50	420

〈표 6〉 대만의 입원 본인부담률

병실별	본인부담률			
	5%	10%	20%	30%
급성병실	-	30일 이내	31일-60일	61일 이상
만성병실	30일 이내	31일-90일	91일-180일	181일 이상

- 2001년 7월 약제비와 빈번한 이용자, 재활치료에 대해서는 추가본인부담금을 부과
- 장기진료나 고가의 진료를 요하는 ① 중대 상병, ② 분만, ③ 소정의 예방보건서비스의 수급, ④ 도서벽지 지구의 수진에 해당하는 경우 본인부담 면제
  - 중대 상병카드는 2004년 8월 현재全民건강보험 전체가입자 2,180만여명 중 3.1%에 해당하는 68만여 명에게 발급 (건강보험재정의 25%를 전체 보험가입자 3.1%에 불과한 중대상병에 사용)

□ 재원조달방식 및 재정

- 보험료 부과

- 근로자: 소득월액 × 보험료율 × 근로자기여율 × (1 + 피부양자수)
- 지역주민: 피보험자 평균보험료 × 보험료 기여율 × (1 + 피부양자수)

<표 7> 대만의 피보험자별 보험료 분담(%)

보험대상류별		분담비율			
		피보험자	가입단위 (사용자)	중앙정부	지자체 (省/縣)
제1류	공무원	30	70	0	-
	사립학교 교직원	30	35	35	또는 35
	사업장 피고용자(공공, 민간)	30	60	10	또는 5
	사용자, 자영자	100	0	0	-
제2류	직종별협회 소속 자영자, 외향선원	60	0	40	또는 40
제3류	농민, 어민, 농진수리회 회원	30	0	60/40	10/30
제4류	군인, 대체복무기간 중 공익요원	0	0	100	-
제5류	성(省)단위 저소득층	0	0	35	65
	광역시단위 저소득층			광역시정부 100	
제6류	퇴역군인	0	0	100	국가보훈처 상동
	퇴역군인의 피부양자	30	0	70	
	제1 내지 5류, 퇴역군인 등의 피보험자 및 그 피부양자 외의 세대	60	0	40	
	호주 및 대표				

- 2001년 평균 피부양자수는 0.78명이며, 피부양자수는 3명이 상한
- 2004년 보험료율은 4.55%이며, 사용자·정부는 전국 평균 피부양율 0.78만큼을 일률 부담
- 가입자는 피부양자 3명인 경우 최고 본인부담 보험료율은 5.46%
- 보험료율은 피부양자수에 따라 최저 7.0% 최고 11.1% (평균피부양자수 0.78을 고려할 경우 전체평균은 8.1%)

□ 지불보상방식 및 비용통제 메커니즘

- 총액예산제하의 행위별수가제이며, DRG 50개와 도서산간에서의 인두제 (capitation payment)도 이용
  - 1980년대 후반부터 총액예산제도를 도입하기 위해 정부, 의료계 및 보험자의 공동 노력
  - 1998년에 치과부문을 시작으로 2000년 한방 부문, 2001년 의원부문, 2002년 7월에는 병원부문에 적용
- 총액 설정과정 및 배분
  - 행정원 위생서(우리의 보건복지부)에서 연도 시작 6개월 전에 의료계 대표, 전문학자, 건강보험국과 건강보험의료비용협정위원회가 연구그룹을 결성하여 총액의 범위에 대한 초안을 잡고 행정원에 심사결정을 신청
  - 건강보험의료비용협정위원회에서 총액, 증가율, 배분 formula 등에 대한 협정안을 연도 시작 3개월 전에 위생서에 제출하여 심사결정 신청
  - 협정 실패시 위생서에서 최종 결정을 하게 되며, 중앙건강보험국에서는 이에 따라 보험료를 산정하고 지역별로 예산을 배정
  - 전국단위의 총액예산이 결정되면 다시 4개의 부문예산으로 배분되고, 부문예산은 6개 지역으로 인구수에 따라 배분 → 지역 내에서는 의사별로 행위별수가제에 의해서, 병원의 일부 진료에 대해서는 포괄수가제에 의해 배분; 산간 및 도서지역 주민과 정신과 진료에 대해서는 인두제 방식으로 예산배정
  - 반면, 병원예산은 지역별 배분을 하지 않음(급성·중증질환비용, 약제비·외래·입원비용, 행위수가·포괄수가범위, 질 근거 지불 배분)
- 중앙건강보험국은 협회와 계약내용에 대해 집단적으로 협상을 한 후 병원, 의원과 개별적으로 계약
  - 즉, 포괄적 집단협상을 통한 개별 계약방식

- 개별로 계약을 하는 이유는 집단적으로 건강보험을 거부할 수 있기 때문임.
- 현재의 계약기간은 2년
- 의료기관 중 계약을 하지 않는 기관은 주로 매우 유명한 의사이거나 성형외과, 비만클리닉처럼 보험급여가 되지 않는 진료과목, 그리고 행정처분 등으로 인해 계약을 할 수 없는 기관 등
- 약국의 계약률이 다른 종별에 비해 매우 낮음. 이유는 요양기관에서 약사를 고용하면 의약분업으로 인정하는 직능분업을 하기 때문임.
- 계약률은 대형병원은 거의 100%, 지역병원은 98%, 의원급은 90%내외, 치과의원 97%, 약국 50% 미만

□ 관리시스템

- 정부가 단일보험자의 역할
- 위생서(보건복지부)는 전민건강보험감리위원회, 전민건강보험쟁의심의위원회, 전민건강보험의료비용협정위원회, 중앙건강보험국 등을 두고 있음.
- 전민건강보험감리위원회(Supervisory Committee)

□ 시사점

- 건강보험시장에서 정부가 독점이므로 가격조절이 가능하며, 국민들에 대한 완벽한 의료이용 정보를 수집
- 그러나 정부기관인 중앙건강보험국이 행정부와 입법부로부터의 막대한 정치적 간섭을 막을 수 없음.
- 건강보험의 지출 규모는 GDP의 5.3~6.3% 정도로 OECD 국가들의 평균보다도 낮음. 총비용에 대한 증가율은 2002년부터 시행된 총액예산제 이후 5~6% 정도로 통제
- 행정비용은 1995년 3.1%에서 2003년 1.76%로 감소
- 건강보험에 대한 국민만족도는 70% 이상, 환자들의 의료의 질에 대한 평가는 80~88% 수준

## 8. 싱가포르의 건강보험 발전

### □ 싱가포르의 연혁

- 1819년에는 영국이 네덜란드의 동인도 회사를 견제할 목적으로 싱가포르를 사들여 자유 무역항으로 건설
- 1921년 영국이 군사 기지를 건설, 영국의 동아시아 식민지의 교두보
- 1959년 6월 자치권 획득, 1963년에는 말레이 연방, 사바, 사라와크와 함께 말레이시아 연방에 가입, 1965년 8월 영 연방으로부터 분리 독립
- 인구는 2004년 424만 명, 65+인구 8%

### □ 건강보험제도의 발전과정

- 1965년 영국으로부터 독립 이후 NHS 제도가 의료보장체계의 근간이며, 대부분의 의료서비스는 공적의료기관에 의해 제공되었고 재원도 일반조세에 의해 조달
- 1970년대에 급격한 의료비증가, 국영병원체계에 의한 의료공급의 비효율성과 저생산적 의료구조, 공급자 중심의 의료 환경, 지나친 관료주의 폐단 등이 개혁과제로 대두
- 1980년에 심각해진 보험재정 악화를 해결하기 위해 MSA 제도 도입을 적극 검토
- 1984년 Medisave 제도 도입(\* 건강보험에 의료이용자 선택권 부여, 자기책임과 자기 신뢰성 강조, 가능한 자유로운 시장경제체제의 도입)
- 1990년 Medishield 제도 도입: Medisave의 급여 대상에서 제외되거나 비용을 충당할 수 없는 중증고액 질환 위험에 대비하는 제도
- 1993년 Medifund 제도 도입: 대략 10%에 육박하는 빈곤층을 위한 건강보험기금 대출제도(\* 1993년에 정부가 예산에서 출자하여 15억 US 달러의 기금을 조성, 이자수입으로 운영); 병원이나 의료사회사업가가 자산조사를 거쳐 대상자 선정, 병원 메디펀드 위원회(Hospital Medifund

Committee)의 심의·의결을 거쳐 자금을 대출

- 2002년 Eldersshield 도입: 노인장기요양에 대비

- 적용대상인구: Medisave 적용인구는 총인구의 70%
- 공공의료비율이 80%이며, 공공병원의 등급별 분포와 운영비용 중 정부의 보조비율은 다음과 같음.

<표 8> 싱가포르의 공공병원 병상분포 및 정부보조 비율(1995)

병상의 종류	분포비율(%)	정부보조비율(%)	비고
A 급	7	0	최고급 호텔수준
B1 급	16	20	
B2 급	28	65	
C 급	49	80	

- 재원
  - 중앙적립기금(CPF; 강제적인 사회보장저축기금)에서 관리
  - 3개의 개인저축구좌: 보통구좌(Ordinary Account), 의료저축계좌(Medisave Account), 특별구좌(Special Account)
    - 보통구좌: 주택구입, 가정보호, 교육 및 투자를 위해 활용
    - 의료저축계좌: 의료비지불만을 위해 활용
    - 특별구좌: 노후, 불의의 사고에 따른 소득보장
- Medisave
  - 중증 및 장기 질환으로 많은 비용이 소요되는 진료비를 제외한 입원비용을 조달하기 위해 개인별 계좌에 일정금액을 적립
  - 개인 저축이기 때문에 위험 분산(risk-share)과 재정통합(financial pooling)기능이 전혀 없음.

- 보험료는 소득의 6~8%를 저축계정에 적립
  - 자영자는 정부 부처 소관별로 46개 직종을 구분하여 자영자 면허를 허가하고 이 직종에 속하는 자영자 중 연간 소득이 6,000SG\$이상인 자는 매월 6~8%의 보험료를 부담
  - 46개 직종 외에 종사하며 일정 소득 과세자료를 보유하지 않은 자영자는 연령에 따라 일정액을 적립
- 적립액은 55세에 인출가능하나 최소한의 범정부비용 만큼은 보유
  - 납입액이 상한 적립액인 3만SG\$을 초과할 경우에는 상위계정인 중앙적립기금(CPF)으로 이전되어 주택, 교육, 투자 등 다른 용도로 전용
- Medisave로 급여를 받고자 할 때는 국공립병원과 요양기관으로 인정을 받은 기관을 이용해야 함.

#### □ Medishield 와 Medishield Plus

- 장기간 입원을 요하는 중증질환으로 치료비가 많이 소요되는 경우에 대비하여 Medishield와 Medishield Plus제도가 보충(보험방식)
- 둘 중 한 가지만 가입이 가능하고 70세 이전에 가입하여 75세 까지만 급여를 보장; 소득과는 무관하게 연령이 높을수록 보험료 상승
- 선택가입방식으로써 '99년 말 Medisave 가입자의 78%만이 가입
- 전액본인부담금제(deductible)와 본인일부부담금제(co-insurance)를 채택
- 엄격히 급여를 제한시킬 뿐 만 아니라 급여가 가능한 항목을 선정하고 각 항목에 대한 급여금액을 고시
- 본인부담금은 Medisave와 민간보험 등으로 해결하고 그것으로도 부족할 때는 직접 현금으로 부담

#### □ Medifund

- 빈곤층의 진료비 보조해 주기 위해 별도의 자금으로 운영

- Medisave로 해결할 수 없을 때 최후적으로 의존한다는 점에서 공적부조(public assistance)로서의 성격
- 그러나 Medisave에 가입하여야 한다는 점과 수혜대상자를 획일적으로 미리 선정해 두지 않는다는 점에서 공적부조와는 성질이 다름.
- 공공의료기관 및 정부가 지정하는 의료기관(Voluntary Welfare Organization 등)에서 진료를 받아야 함. 정부의 보조금을 많이 받는 B2급 이하의 병실서비스를 이용하여야 함.
- 보조금은 환자의 소득, Medisave 등 대체재원의 다소, 진료비의 규모 등을 고려하여 결정
- 의료기관에 소속된 사회복지사들(Social Worker)이 ‘병원 Medifund 심사위원회(Medifund Committee)’에 상정하여 동 위원회의 결정에 따라 보조금 결정

□ 의료전달체계

- 1차의료의 20%는 공공종합진료소(polyclinics)에서 제공하며, 80%는 개인 의원 의사가 제공
- 2, 3차 전문의료는 개인병원이나 공공병원에서 제공되며 80%는 공공병원이, 20%는 민간병원이 담당
- 응급 시에는 공공병원에 존재하는 “24시간 Accident & Emergency Ambulance Service”를 이용
- 정부의 역할은 병상의 공급을 조절하고 high-tech/high-cost medicine의 도입, 그리고 공공부문의 비용 상승률을 조절

□ 장기요양제도(Eldershield)

- 기초적인 일상생활 3가지 이상을 할 수 없는 고령자에게 매달 300SG\$ (60개월 까지)를 제공; 환자들과 그들의 가족에게 재정적 부담을 덜어주며, 가정이나 시설에서 간호나 의료 지불에 이용

- 2002년 9월 중앙적립기금(CPF)계좌를 소지한 40세와 69세 사이의 모든 싱가포르 시민과 영주권자는 자동적으로 가입
- Eldershield의 보험료는 피보험자의 Medisave 계좌나 배우자, 부모, 자녀 또는 손자의 계좌로부터 공제될 수 있음.

□ IDAPE(Interim Disability Assistance Programme for the Elderly)

- 적용대상은 2002년 9월 30일에 70세 이상인 싱가포르 시민으로 6가지 ADL -씻기, 먹기, 옷 입기, 화장실 이용, 움직이기, 이동하기- 중 3가지 이상을 수행할 수 없는 자에 한정, 월 가계소득이 1,000SG\$ 이하인 경우
- 고령 또는 이전의 신체장애 때문에 Eldershield에 자격 미달인 싱가포르 시민을 대상으로 하며, 일생동안 60달까지 100SG\$ 또는 150SG\$를 개인 수급자에게 제공

□ 시사점

- 건강에 대한 개인 및 가족 책임으로 개인이 의료이용 시 97%의 본인부담 지불
- MSA 제도는 포괄적인 보험급여보다는 중증질병보험 중심을 지향하며 MSA 급여는 종합병원으로 한정
- 어떤 새로운 제도의 도입도 CPF 체계를 이용할 수 있어 새로운 조직비용을 줄일 수 있고, 가입자 등록, 보험료 징수, 급여 등 핵심적 관리비용을 절감
- 현행 의료보장제도는 주로 입원 및 중증질환에 한정하여 의료저축계정의 인출 허용 및 보험급여를 지급함에 따라 외래진료부분에 대한 보장성이 약함.
- 자영자의 경우 전체 가입자 중 47%만이 저축금을 완납하고 36%는 일부 미납, 17%는 전혀 저축금을 납부하지 않고 있어 자영자의 의료비 조달 문제가 대두

## 9. 한국의 건강보험 발전을 위한 정책과제

### □ 건강보험제도 발전의 공통적인 지향점

- 첫째, 의료적 접근의 사회적 형평(혹은 사회연대)과 함께 제도운영의 시장원리(경쟁을 통한 효율성)를 조화
- 둘째, 의료공급과 건강보험제도간에 적절한 조화를 통한 효과적인 의료정책을 추진함. 의료공급이 공공화 되어 있으면 건강보험은 효율을 추구하고, 반면에 의료공급이 민간화 되어 있으면 건강보험은 형평을 추구
- 셋째, 제도의 개혁은 끊임없이 지속되고 있음. 한번에 끝나는 완전한 개혁은 없음.
- 넷째, 의료서비스 혹은 제도관리 양측 면에서 통합(포괄화)의 방향으로 움직임.

### □ 건강보험의 적용대상

- 전 국민에 대한 강제적용은 이론적이고 실리적인 판단 이외에 역사적인 맥락과 국민의 정서, 그리고 정치적인 판단이 개입됨.
- 현재 직장과 지역으로 이원화된 적용체계 보다는 다원화된 관리체계로 운영하는 방안을 검토; 지역 내 대상 집단의 성격이 유사한 집단별로 구분하여 관리하는 것이 효율적일 수 있음.
- 직장근로자로서 퇴직한 경우 지역가입자로 편입하지 않고 계속해서 직장에서 관리하는 방안을 검토
- 의료급여대상자를 건강보험에 편입하는 방안도 검토; 건강보험의 보장성이 강화되고 소득수준을 감안한 본인부담상한제가 실효성 있게 도입된다면 의료급여대상자의 보호는 건강보험의 틀 내에서도 확보 가능
- 자격 및 징수 실적에 대한 성과관리가 이루어져야 하고, 현재의 통합적인 방식 내에 경쟁적 성과관리 시스템이 들어와야 할 것임.

#### □ 보험급여

- 우선적으로 질병위험으로부터 가계를 보호할 수 있도록 본인부담의 상한을 두는 것이 중요함.
- 환자부담의 구조를 진료부문별로, 환자의 사회적 계층별로 재조정하여 꼭 필요한 곳의 환자부담은 대폭 줄이고 우선순위가 떨어지는 곳은 환자부담을 상향하는 구조조정을 고려함.
- 의료서비스의 영역을 다층 혹은 다원적으로 분리하여 접근할 것을 검토함. 보험급여를 여러 개의 주머니로 분리 관리하는 것이 의료보장제도가 지향하는 여러 목적들을 달성하는 데에 효과적일 수 있음.

#### □ 재원조달

- 현재의 징수시스템이 앞으로도 과연 지속가능할 것인지에 대해 회의적인 의견들이 많음.
- 많은 국가들에서 징수전문조직인 국세청에서 징수하고 있는 점은 시사하는 바가 큼.
- 다른 대안은 조세방식의 재원조달이며, 조세방식의 득실을 고려하여 신중한 결정이 필요함. 조세방식으로 전환하게 되면 건강보험재정은 예산제로 운용해야 할 것이고, 의료비에 대한 상당한 통제가 가해질 것임.

#### □ 지불보상제도

- 현재 지출총액의 한도가 정해지지 않은 open-ended 방식으로 지불 보상하는 시스템을 계속 유지하기 어려울 것임.
- 의료부문별로 이윤이 적정하게 보상되는 기전을 마련하면서 총액을 제한하는 방식으로 나아가야 할 것임. 의료부문별 보상이 적절한 균형을 이루어야 할 것이고, 보건 정책적으로 육성이 필요한 곳에는 지불보상 측면에서의 유인이 필요할 것임.

## □ 재정운영 및 관리방식

- 건강보험의 재정운영 및 관리방식은 대체로 의료비용을 억제하고 경쟁시스템을 도입하려는 방향으로 개혁되어 왔음.
- 우리나라의 경우 민간중심의 공급시스템을 유지하고 있으면서 재정운영은 공공성을 강화하려 함으로써 균형을 맞추고 있음.
- ‘gatekeeper’로서의 일차의료의 역할이 제대로 정립되어 있지 못하고, 의료기관 유형별 역할이 미분화된 상태에서 의료기관간 고객 확보와 수익성 경쟁이 가열되고 있는 상황임.
- 의료시설이나 병상의 증설에 대한 규제가 거의 없어 공급요인으로부터 비롯된 의료비 증가에 노출되고 있음. 따라서 의료공급에 대한 올바른 규제와 더불어 재정측면에서의 통제가 필요할 것임.
- 전체 자원 중에서 의료자원에 대한 투입의 적정선을 설정하여 의료자원 투입량 내에서 적절한 의료부문간 효율적이고 공평한 배분이 이루어져야 할 것임.

## I. 서론

국민건강보험제도는 1977년 도입 이후 조직 및 재정운영 체계의 갈등, 수가 수준 산정의 갈등, 보장성 강화의 갈등 등 많은 굴곡을 겪으면서 현재에 이르고 있다. 향후 건강보험제도의 바람직한 방향을 정립하기 위해서는 당면한 과제들을 해결해나가는 것도 중요하지만, 건강보험을 보장하기 위한 다른 나라들의 성공과 실패의 경험에서 교훈을 얻을 필요가 있다. 본 연구는 주요국의 건강보험제도의 발전과정을 비교함으로써 정책담당자들에게 시사점을 제공하고, 향후 건강보험제도의 선진화를 위한 정책방향 정립에 기여하고자 한다.

국제비교 연구에는 비교연구의 틀이 필요하다. 주로 다음 항목들의 역사적인 변화를 추적하는 것이 바람직하다고 생각하였다. 먼저 경제사회환경의 변화 즉, 소득, 인구규모 및 인구구조의 변화 추세 등을 살펴보는 것이 좋다. 다음으로 건강보험제도를 포괄하는 전반적인 보건의료시스템의 발전과정을 짚어 보아야 할 것이다. 이러한 전반적인 맥락 속에서 건강보험제도의 태동과 주요한 개혁들(turning points)을 살펴보아야 할 것이다. 보다 구체적으로 건강보험제도의 부문별 변화과정을 살펴보는데, 첫째, 적용대상인구의 변화, 둘째, 보험급여의 확대, 셋째, 재원조달방식 및 재정 (보험료율, 국고), 넷째, 지불보상방식 및 비용통제 메커니즘, 다섯째, 관리시스템(통합, 조합, 경쟁 등) 등에 대한 변화과정을 비교할 수 있다면 좋을 것이다. 다음으로 건강보험과 밀접한 연관이 있는 빈곤층에 대한 의료급여(medicaid)와의 관계도 중요한 연구의 대상이 된다. 나아가서는 사회보장제도 내에서의 건강보험 특히 4대 사회보험제도와의 비교<sup>주1)</sup>도 중요한 사안이 된다. 근래에는 장기요양제도(Long-term Care)와의 관계가 중요한 논쟁의 핵심으로 떠오르고 있다.

---

주1) 4대 사회보험의 재원을 통합하여 조달하는 국가와 제도별로 분리하는 국가들이 있음. 그리고 모성급여(maternity benefits)를 건강보험에서 제공하는 국가와 family allowances에서 제공하는 국가가 있음.

비교대상 국가로는 유럽지역은 NHS 국가인 영국, 조합식 사회보험방식 국가인 독일과 네덜란드를 선정하였으며, 자유주의 국가인 미국을 비교의 대상으로 포함하였다. 역사적 전통과 문화가 유사한 아시아지역 국가의 비교도 중요하기 때문에 조합식 사회보험방식의 일본, 통합식 사회보험방식인 대만, 그리고 의료저축방식의 싱가포르를 비교대상 국가로 선정하였다. 비교대상 국가별로 연구를 담당할 연구진은 영국은 한양대학교 예방의학교실의 한동운 교수, 독일은 인제대학교 사회복지학과와 이정우 교수, 네덜란드는 건국대학교 예방의학교실 이건세 교수, 대만과 싱가포르는 OECD Asia 센터의 배성일 박사, 미국은 보건사회연구원의 신현웅 박사, 한국의 비교대상국가로부터의 시사점 및 종합정리는 보건사회연구원의 최병호 박사가 담당하였다.

본 보고서의 순서는 대상 국가별로 서술하는 방식을 취하였다. 영국, 독일, 네덜란드, 미국, 다음으로 아시아 국가인 일본, 대만, 싱가포르 순으로 배열하였다. 마지막으로 외국으로부터의 시사점과 평가 및 발전과제를 제시하도록 하였다.

## Ⅱ. 영국 건강보험의 발전과정

### 1. 서론

전 세계적으로 보건의료체계는 지역을 기반으로 한 보건의료 일차보건의료체계의 개선과 확대를 계속하고 있다. 이는 세계 각국에서 공통적으로 보이는 보건의료수요의 변화와 보건의료부문에의 자원 부족에 대한 대응방안으로, 서구의 주요 선진국들이 직면하고 있는 중요한 의료계의 현안인 보건의료체계의 적절성, 효율적 및 형평성 제고를 위한 개선책이기도 하다. 이는 영국도 예외는 아닌 것 같다.

영국은 1948년에 국가보건서비스(NHS: National Health Service) 체도를 도입하였으며, 현재까지 같은 NHS체도를 유지하고 있는 대표적인 나라 중의 하나로, 50년이 지난 지금에 있어서도 그 기본적인 틀 - 포괄적인 의료서비스의 제공, 일정기간이상 영국에 거주하는 모든 사람은 이를 이용할 수 있는 권리, 그 제공에 있어 지불 능력에 의하지 않고 필요에 따른 제공을 유지하고 있다.

1990년도 초부터 NHS의 고질적인 문제인 비효율성의 개선과 지속적으로 증가되는 의료비용 지출의 절감을 위하여 새로운 보건의료정책 수립과 시행을 통해 국가적인 실험과 새로운 의료체도의 개발을 계속하고 있다. 특히 일차의료조직의 구성과 역할의 변화를 위한 새로운 체도의 도입으로 영국의 보건의료계는 많은 변화가 가시화되고 있다.

물론 보건의료부문의 개혁에 미치는 중요한 요인이 보건의료부문 자체에 내재한 문제만 국한되는 것이 아니라 국가지원 복지 프로그램이나 또 다른 사회부문의 개혁의 좀더 광범위한 구조적인 노력의 일부분이기도 하다. 즉, 각국의 보건의료 개혁에 미치는 요인은 의료 자체 요인과 의료 외적으로 요인으로 구분될 수 있다. 그러나 본 고에서는 논의는 의료부문자체에 대한서만 국한할 것이다.

## 2. 본 연구의 목적

본 연구의 목적은 영국 일차의료부문의 의료정책 변화에 대한 이해를 돕기 위하여, 의료개혁의 원인을 간략히 소개한 후, 영국의 일차의료제도의 변화 중 1990년대에 도입된 내부시장(internal market)의 GP fundholding(예산보유 일반의) 제도의 도입 배경과 그 폐지, 일차의료 집단(primary care group)과 일차의료 트러스트(primary care trust)의 도입 배경과 발전과정을 소개하고, 마지막으로 이러한 변화가 우리나라 의료제도에 주는 함의(implication)를 논의 하고자 한다.

이를 위하여 영국의 GP fundholding(예산보유 일반의)제도, 일차의료 집단(primary care group)과 일차의료 트러스트(primary care trust) 평가 관련 문헌의 체계적 고찰(systemic review)을 하였고, 또한 일차보건의료관련 조직(Health action zone 등) 관련 영국정부의 웹사이트, 관련 문헌도 포함하였다.

## 3. 영국 의료체계와 의료개혁의 원인

영국의 의료제도는 최근의 우리나라의 의료개혁의 여파로 세간에 비교적 잘 알려져 있는 것 같다. 영국의 국가 보건 서비스(NHS)는 1948년에 도입되었고, 세 가지 주요 특징- 의료서비스 이용의 무료, 보편성 및 포괄성이 있다. 이 제도 하에 의료서비스는 그 재원과 서비스공급에 있어서 주로 공공부문에 의존하고 있다. 모든 보건의료서비스를 보건영국정부의 보건의료부문에 대한 이 제도 이전부터 있어 왔으며, 그 개입의 정도에 있어서 다른 나라에 비하여 상당히 높다.

1990년 초반 이전의 NHS제도 내에서는 지역보건 당국(health authority)이 중앙정부에서 할당된 보건의료 예산으로 해당 지역의 보건의료기관의 운영을 직접 관장하며, 주민에 대한 보건의료서비스 제공에 대한 책임을 지고 있었다. NHS에 의해서 제공되어지는 서비스에 있어서는 기본적으로 병원, 지역보건의료서비스 및 가정의 서비스(일반의, 치과의, 약사 및 안경사)를 포함한다.

병원부문의 의사들은 봉급제로 고용되어 있고, 일차의료 부문의 의사(GP:

general practitioner)는 주로 병원에 제공되고 있는 전문의 서비스에 대한 gate-keeper 역할을 하며, 정부와 계약에 의하여 자신에게 등록된 주민에 의료서비스를 제공한다. 이 GP에 대한 진료보수 지불방식은 봉급제, 인두제 및 일부 행위당 수가제 등의 혼합적인 형태를 취하고 있다.

그러나 일차보건의료 부문에 있어, 1970년대부터 그 업무량이 증대되어 왔고, 노령인구의 증가, 정신질환자와 같은 취약계층에 대한 지역보건의료 부문의 건강증진, 질병예방 프로그램의 도입과 영국정부의 보건의료 정책은 일차보건의료 부문에 더 많은 업무량의 증가를 야기하였다.

1960년대와 1970년대에 일차보건의료부문에의 문제가 때때로 문제화되었으나 1980년대에 이러한 이슈가 절정에 달하였다. 당시 보수당 정부는 일차보건의료 부문의 발전에 대한 많은 관심을 가졌는데, 이는 앞서 언급한 병원부문에의 문제해결을 위하여 일차보건의료부문에서 대체 병원서비스 제공으로 병원서비스 수요 감소나 NHS 재정적인 부담을 감소시킬 수 있을 것으로 믿고 있었기 때문이다.

전통적인 NHS제도 하에서는 형평성 측면에서 보면, 의료비의 급격한 증가 없이 모든 국민에게 필요에 따른 포괄적인 의료서비스에 대한 접근성이 보장되어 왔다. 즉, 영국의 의료 정책에 있어서는 개개인의 지불 능력에 보다는 의료 수요에 따른 의료서비스의 분배라는 이용에 대한 사회계층간의 형평성 추구가 주요한 핵심으로 추구되어 왔다. 그러나 효율성 측면에서는, 영국 의료부문에서 도입시기부터 의료서비스 공급 측면의 비효율성은 고질적인 문제로 지적되어 오고 있다. 그 한 예로 전국적으로 100만 명이 넘는 수술 환자 대기자 명단(waiting list)은 국민에게는 불만과 고통을 주고 있으며, 영국 정치권에도 많은 부담을 주고 있다.

이와 같이 증대되는 국민의 불만과 의료수요 증가에 따른 의료비의 지속적인 증가에 대한 대책의 일환으로 1990대초 영국의 보수당 정부는 보건부분내 예산에 관한 부문간의 벽을 허물고, 서비스 제공자들이 주어진 예산범위 내에서 일하도록 격려한다거나, NHS에 '내부 시장(Internal Market)'제도의 도입을 시도하였다. 특히 이 '내부 시장' 도입은 보건의료서비스 시장에서 그 재원에 있어

조세에 의존하지만 구매자와 공급자의 구분을 통한 공급자들 간의 경쟁이 그 요체이다. 이 제도 시작 초기에는 구매자로는 지역보건 당국(health authority)이 해당 지역의 주민을 위하여 서비스를 의료서비스 공급자와 계약을 하였다. 공급자로는 새롭게 도입된 병원 트러스트와 지역사회 서비스 트러스트인데, 이는 기존의 NHS 병원들과 지역사회 서비스 공급자를 묶어 일정 규모의 트러스트를 설립하여, 이 신 제도 도입이전에는 보건당국이 이들을 직접 운영하였으나 이후에는 운영의 독립성과 책임과 책무가 부여되고 있다.

#### 4. 예산 보유 일반의(GP fundholding)의 출현

이후 내부 시장의 공급자간의 경쟁은 일차의료 부문에서의 또 다른 조직을 도입함으로써 촉진되었다. 즉, 예산보유 일반의(GP fundholding) 제도의 도입이 그것이다. 이 제도 도입 전에는 기존의 일반의(GP)들은 주로 해당 지역의 일차 의료기관(health center)에서 NHS의 근간을 유지하는 일차의료 제공자로 NHS와 계약에 의해 진료하는 의사였고, 앞서 설명한 바와 같이 전문의(consultant) 치료에 대한 gate-keeper 역할을 하고 있었다.

그러나 보수당 정부는 GP fundholding의 성공적인 도입을 위하여 초기에는 비교적 단순형에서 복잡한 형태에 이르기 까지 여러 형태의 GP fundholding 제도를 제안하여 많은 일반의들의 참여를 얻어 내었다. 이 제도 하에서의 기본 틀은 다음과 같다. 한 지역의 보건당국(health authority)은 해당 지역의 일반의들 가운데 일정한 요건을 갖춘 일반의(들)에게 해당 등록된 주민들을 위하여 비 응급수술을 포함한 일정한 병원 서비스 및 지역사회 의료 서비스를 구매할 수 있는 예산을 지급하였고, 남은 예산에 대하여 자신들의 서비스 개선 등에 사용할 수 있는 권한을 부여하였다.

이 제도의 도입은 의료조직간의 환경에 많은 변화를 초래하였다. 특히 예산 보유 일반의들이 근무하고 있는 일차의료기관들(health center)과 병원들 사이의 관계 변화는 주목해 볼 만하다. 이러한 제도 이전에는 일반의가 자신의 환자를

병원으로 진료를 의뢰할 경우 해당지역의 보건당국에 의하여 이미 결정되어 있어, 즉, 의뢰 병원에 대한 선택권이 없었기 때문에, 자신에게 등록된 환자가 병원 치료가 필요한 경우 진료를 의뢰한 병원의 전문의사(consultant)들에게 선처를 구해야 했다. 그러나 이 제도 도입 이후로는 자신의 환자들에게 양질의 서비스를 신속하게 제공하는 병원을 선택할 수 있는 권한을 갖게 되었다. 이 제도 전후의 의료계의 한 에피소드가 그 당시 널리 알려 졌는데, 이는 이 제도 도입 전후의 의료계 분위기의 변화를 쉽게 이해 할 수 있다. 즉, 이 제도 시행 전에는 일반의가 연말 인사로 병원의 전문의사(consultant) 에게 크리스마스카드를 보냈으나 이 제도의 시행 후에는 병원의 전문의사가 예산보유 일반의들에게 크리스마스카드를 보내고 있다는 것이다.

## 5. GP Fundholding 제도의 폐지와 개별의료서비스 시범 사업, 일차 의료 그룹 및 일차의료 트러스트의 도입

1990년도 보수당 정부에 의해 시작된 '일차의료가 주도하는 NHS'(primary care led NHS)가 발전하면서 일차 예산 보유 일반의들은 그 규모가 커졌고, 의료 서비스 구매자로서의 역할을 즐겼다. 더군다나 이 일차의료 조직은 포괄적인 서비스 제공을 위한 예산과 계획에 대한 필요성을 인지하기 시작하였다.

그러나 새로 도입된 의료정책의 취지는 서비스 구매자로서의 일차의료의 역할을 강조하였음에도 불구하고, 일차보건의료조직은 서비스제공자로서의 그들의 역할을 확대하였다. 한 예로 많은 연구결과가 보고한 바와 같이, 이 제도를 통하여 예산 보유 일반의들은 그들에게 등록된 환자에서 더 나은 의료서비스에 대한 접근성을 보장하기 위하여, 그들이 제공하는 서비스의 범위를 확대하였고, 통합된 연계 서비스 제공의 일부로서 일차의료서비스를 발전시켰다.

이 제도 도입의 초기에 상반된 연구 결과에도 불구하고, 보수당 정부에서는 예산을 갖는 일반의(GP fundholding) 제도의 긍정적인 측면에 고무되어 확산을 기했으나, 1997년 이후 노동당 정부에서는 이 제도의 부정적인 측면을 부각시

키면서 폐지하기에 이르렀다. 그러나 이 제도의 시행으로 일차의료기관 중 구매자의 역할을 하는 기관이 잉글랜드 지역만 관련된 약 4000개의 조직(보건당국, GP fundholding, locality commissioning group)이 남게 되었다.

#### 가. 개별적 의료 서비스(Personal medical services) 시범사업

앞서 지적한 바와 같이 일차 의료 조직들은 서비스 구매자로서의 역할보다는 서비스 제공자로서 역할이 1997의 NHS (Primary Care) Act 이후 ‘개별적 의료 서비스 시범사업’(personal medical services pilots)에서 강조되었다.

이 제도는 실제적으로 82개의 첫 번째 개별적 의료서비스 시범사업형태로 1998년 4월부터 3년 예정으로 시행되었으며, 이 당시 400명의 GP들이 약 60만 명 이상의 환자들을 관리하였다. 2002년 현재 잉글랜드 지역의 GP 중 22%가 1700여개의 시범사업에 참여하고 있었고, 현재는 2500여개의 시범사업에 9300명의 GP가 가담하고 있다.

이 새롭게 도입된 제도는 잉글랜드 지역의 일반의들이 진료하고 있는 일차의료기관과 병원 트러스트가 새로운 방법으로 일차의료서비스를 확대 발전할 수 있는 기회를 제공하였다. 더 중요한 점은 보건당국과 일차의료서비스 제공기관 간의 새로운 방식의 계약 관계를 토대로 해당 지역의 보건당국이 일반의, 지역 및 전문의사 서비스의 통합에 보다 더 적극적인 역할을 할 수 있게 하였다.

이 제도 전에는 일반의사(GP)들이 NHS와 전통적인 계약, 즉, 독립적인 계약에 의해서 NHS내에서 자신에 등록된 환자에 의료서비스를 제공하였으나, 이 제도의 도입으로 일차의료 조직에서 봉급제로 일반의사를 고용할 수 있게 되었다. 이로 인하여 이 제도 시행 초기에 NHS내의 조직과 보건의료의 전문적 영역에 많은 변화가 유발되었다. 즉, 이 제도의 도입으로 인하여, 의사들도 고용되어 간호사 등 다른 보건의료 전문가들과 같이 봉직의 신분으로 동일한 의료서비스 제공 조직에 근무하게 때문에, 이들의 활동에 일반의들의 더 많은 참여를 볼 수 있었다. 이 제도의 도입의 또 다른 이유로는 일차의료에서의 인력수급에 있어서 기존 계약관계의 비유연성 감소가 그것이다.

이 시범사업의 기본적인 실시 방안은 다음과 같다. 즉, 사업의 우선순위 선정에 있어, 해당 지역에 의한 결정과 이 사업 운영에 있어서 유연성을 확보하고, 병원 이외에서 제공되어지는 제반 의료서비스의 범주를 넓히는데 관심을 기울였다. 이 시범사업은 일반의사(GP)들이 NHS와의 계약 관계를 벗어나고, 보건당국이 어떠한 형태의 NHS 공급자로부터 일차의료나 관련 서비스를 구매할 수 있게 허용되었다. 예를 들어 일반의사를 통상적인 계약에 의해서 구할 수 없는 의료 취약지에서 봉급제 의사를 고용할 수도 있다. 이러한 계약형태의 변화를 통하여 지역의 보건당국이 일반의, 지역 및 전문의 서비스를 한데 묶는 역할을 할 수 있게 되었다. 즉, 개별적 의료서비스 시범사업을 통하여 영국 의료제도의 구성의 일부분 및 일반의 서비스의 일부를 기능적으로 분리(한 예로, 일반의 경우 계약제이기 때문에 지역당국이 이들에 대해서는 이 제도 도입이전에는 통제할 수 없었으나 일부 봉직의 신분으로 바뀌면서 병원의 의사들처럼 이들에 대한 보건당국의 개입이 용이 해졌다)할 수 있게 되었고, 이를 통하여 그 동안 단일한 관리 의료체제로 통합을 하게하고 있다.

#### 나. 일차의료그룹(primary care groups)과 일차의료 트러스트(primary care trust)의 도입

영국의 NHS는 Health Act 1999를 통하여 일차의료 그룹(PCG: primary care group)과 일차의료 트러스트(primary care trust) 도입하였다. 특히 '일차의료그룹'은 현 노동당 정부 계획의 핵심을 이루는 것으로, 좀더 상호 협조적이고 통합적인 의료제도로의 변화를 추구하고 있다. 결국 이를 통하여 internal market 도입 후 영국의료 제도의 기본적인 특징인 구매자와 의료 제공자의 분리를 유지하고 있다.

이 '일차의료그룹'은 예산보유 일반의(GP fundholding) 제도의 폐지에 따른 후속 조직으로 영국 의료정책의 주류인 일차의료 중심의 NHS로의 개편을 위한 재정비를 하고 있다.

PCG들을 도입한 목적은 지역에서의 서비스 제공의 다양한 형태를 구성하고

교섭하는 과정에 일차의료 전문가들의 참여 유도하여, NHS내에서 이러한 경험들을 축적하는 것이었다. 동시에 이 PCG들은 노동당 정부에 의해서 이전의 모델(GP fundholding)에서 유발된 문제들(분절성, 불 형평성 및 높은 거래비용) 대한 해결방안의 하나로 설계되었다.

일반적으로 PCG들은 평균 10만 명의 등록된 인구를 갖는 일반의, 지역 간호사들의 집단을 일컫는다. 이 PCG는 현재 세 단계의 발전 과정을 거치고 있다. 첫째 단계로는 일반의사들과 지역 간호사들이 보건당국에 조언하는 역할을 한다. 즉, 해당지역의 보건당국에 병원 및 지역보건의료서비스구매에 대하여 자문을 하고 있는 일반의가 주도하는 위원회(GP-dominated committee) 성격의 그룹이다. 현재 PCG의 약 반이 이 형태를 유지하고 있다. 두 번째 단계는 일반의사들과 지역 간호사들이 그 해당 그룹에게 등록된 주민들을 위한 서비스의 90%를 구매할 수 있다. 이 그룹은 보건당국의 하부 위원회 역할을 한다. 이를 위한 예산까지 보건당국으로부터 위임을 받은 형태이다. 세 번째 단계에서는 일반의사들과 지역 간호사들이 포함된 그들에게 등록된 주민들을 위한 서비스의 계획과 구매 및 보건당국에 의해 위임된 제반 업무에 대해 설명의 의무가 있다. 대부분의 PCG들은 PCT 형태로 변화될 예정으로 되어 있다. 이 PCT가 현재 대부분의 보건당국의 자원과 기능을 갖게 될 것이다. 네 번째 단계에서는 세 번째 단계의 PCT의 기능이외에 지역의료 서비스 제공을 위한 책임이 있다. PCT는 대부분의 병원 및 지역 보건의료 서비스의 구매를 담당하게 되고, 향후 NHS 일차보건의료서비스는 PCT들에 의하여 제공될 것이며 NHS에서 가장 중요한 역할을 할 예정이다.

그러나 실제적으로는 이 그룹들의 크기는 다양하며, 5만에서 25만 명의 주민을 대상으로 한다. 그 기능에 있어서도 이전의 구매조직(GP fundholding, locality commissioning group 등)의 모델보다 더 넓은 범위의 서비스 구매에 대한 책임을 갖고 있다. 즉, PCG와 PCT들은 한정된 예산 범위 내(cash limited budget)에서 그들에게 등록된 환자들의 보건의료 서비스 사용, 즉, 병원 및 지역의 보건의료서비스, 일반가정의사 및 약 처방 등에 관해 지불을 하고 있다.

2001년까지 잉글랜드 지역에 434개의 PCG들과 40개의 PCT들이 있고, 2001년

4월에는 124개의 PCG들은 PCT로 되었다. 결국 이 제도의 도입으로 이전의 4000여개의 서비스구매 관련 조직은 481의 PCG들로 대체되었다. 이전의 조직은 자발적인 참여 조직이었으나 이 일차의료 그룹은 의무적으로 참여해야 하는 점이 서로 간에 다르다.

Health and Social Care Bill 또한 PCT들이 지방 행정당국으로부터 권한을 위임을 받아 social care 예산도 보유할 수 있게 하고 있다. 이를 통하여 일차의료 서비스에 있어서 보건의료(health services)와 사회복지서비스(social service)를 통합하는 쪽으로 변화하고 있다.

#### 다. 일차의료 그룹의 현재 진행과정

일차의료그룹들이 직면하고 있는 현재의 의무는 '어떻게 효과적인 이들의 조직을 발전시킬 것이냐?'이다. 이를 위하여 우선 적절한 하부 구조를 구성해야 하는데, 정부는 PCG들에 공식적인 운영 위원회 구성을 권고하고 있다. 이 위원회는 해당 지역에서 임명된 위원장에 의해 운영되며, 일반의사, 간호사, 사회서비스 관련자 및 일반인들로 구성되어 진다. 그러나 아직 초기 단계이기 때문에 아직도 이를 구성하기 위하여 조직 내부적으로 많은 시간과 노력이 필요하고, 또한 해당 그룹은 실제적인 운영과 관련된 문제, 자금 조달, 그 구성인력이 자립적인 독립 조직의 구성원으로 같이 일하는 서로 배우는 일이 그들 업무의 주류를 이루고 있다.

이러한 초기의 준비 단계에 겪어야 하는 일들로 인하여, 그 그룹이 실행하여야 하는 기본적인 기능을 하기가 어렵고, 소수의 그룹만이 요구되어 지는 서비스에 대한 계획과 구매를 하고 있다. 또한, 이들은 일차의료 관련 서비스, 예산의 관리 및 서비스 관리준비 등에서 미숙함을 보이고 있다.

그러나 최근 PCG들은 의료서비스 수요관리에 있어서 진전을 보이고 있다. 예를 들어, 이들 그룹들은 점수제도를 도입하여 병원으로의 환자 의뢰를 줄이고, 조기 퇴원을 권장하고 있고, 지역에서는 다 분야 지역 지원팀을 구성하여 지역사회 주민을 지원함으로써 해당지역의 환자의 병원입원과 퇴원에 있어서

효율성이 증대되고 있다고 보고되고 있다.

향후 영국 정부는 2004년까지 모든 일차의료 그룹들은 일차의료 트러스트들로 모두 전환시키려는 계획을 갖고 있다. 따라서 최근 대부분의 PCG들 간에 PCT로의 전환이 주요한 안건으로 떠오르고 있다. 아직 많은 PCG들은 개발단계에 있으나, 이를 통하여 그 규모가 커지고 조직간의 통합이 이루어지고 있다. 이는 영국의 NHS 도입이후 처음으로 일차의료 서비스와 지역사회 서비스가 단일 조직에 의하여 통합되었고, 이는 향후 일차의료서비스 개발의 주요한 결정 인자가 될 것이다. 또한 이를 위하여 PCG/PCT들은 지역의 보건 당국뿐만 아니라 행정당국과의 새로운 'Partnership'이 필요로 한다. 이를 통하여 많은 프로그램을 도입하고 있다. 그 한 예로, 최근 영국 정부는 Primary Care Access Target (일차의료접근목표)를 설정하고, 이를 달성하기 위하여 모든 PCT조직들에게 Primary Care Access Fund(일차의료접근기금)를 배정하였으며, 이를 사용하여 주민들이 일차의료에 24/48내에 이용할 수 있게 일차의료에 있어 능력 증대나 제공할 수 있는 서비스의 확대 일차 및 이차의료에서의 의료수요를 관리하게 하고 있다.

## 6. Health action zone(HAZs)

Health action zones(HAZs) 은 1997년부터 시행된 잉글랜드지역의 가장 취약한 지역들 중 일부에서 시행되고 있는 제도로, 계층간의 건강 불평등 해소를 그 목적으로 하는 제도이다. HAZs는 NHS, 지역 당국, 지역사회의 그룹, 자선조직 및 민간부문(사업기관) 간의 파트너십이라 할 수 있고, 그 활동에 있어 공중보건, 보건과의 지역주민과의 연결, 고용, 재개발, 교육, 주거 및 탈 빈곤화 활동 등을 포괄하는 광범위한 프로그램이다. 이 HAZs의 주된 목적은 이러한 제반 서비스를 통합하고, 이러한 활동들이 해당 지역의 주된 활동으로 발전하게 하는 접근 방안이다.

이를 위하여 NHS내부의 조직이나 외부 조직들이 지역 주민들의 건강증진을

위해 합의된 전략을 수행하며, 기대되는 효과로는 이 프로그램 운영을 통하여, 건강 불평등과 같은 지역사회의 문제를 제고하며, 해당 지역의 환자나 취약 계층들에게 보다 책임 있는 지역보건의료서비스를 발전시키는 것이다.

영국전역에 26개의 HAZs가 있으며, 보건부는 2005/6년까지 예산지원을 할 예정이다. 특히 HAZ들 내의 PCT들은 HAZ들의 자원들이 사용될 방향과, 이들의 활동이 PCT들의 관할하는 환자들의 건강불평등을 해소하는데 도움이 될 수 있게 하는 제반 운영에 대하여 책임을 진다. 이들의 업적은 strategic health authorities에 의하여 관리된다. 이러한 HAZs은 인구 18만에서 140만까지 관장하며, 총 1300만 명을 포함하고 있다. 지역적으로는 도시내부나, 시골, 예전의 탄광지역을 주 대상지역으로 하고 있다.

## 7. 토의 및 결론

앞서 소개한 바와 같이, 영국은 일차의료 분야에서 예산 보유일반의 제도의 폐지와 개별의료서비스 사업, PCG/PCT 제도 및 HAZs 의 도입을 시도함으로써 일차의료에서의 의료서비스, 지역서비스와 사회 서비스의 통합을 통한 일차보건의료 부문의 효율성의 증진을 추구하고 있다. PCG/PCT들은 지역주민에 필요한 서비스를 직접 제공하고, 이에 대한 계획과 구매를 해야 한다. 이를 위하여 일차의료서비스, 예산 및 서비스의 관리 등을 얼마나 효율적으로 하느냐에 이 제도의 성공 여부가 달려 있다고 볼 수 있다.

앞서 설명한 영국의 일차의료부문에서의 그 기능과 조직의 개편을 통해 추구되어진 점을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 일차의료 그룹이나 트러스트와 같이 일차의료 제공자들을 단순히 일차의료 공급자만으로 활용하기 보다는 이들에게 의료 예산과 주민들에 대한 의료 수요에 대한 예측하고, 그에 대한 공급 수준을 계획에 참여 시키고 있다는 것이다.

둘째, 일차의료 제공자들의 지역 내에서 조직화이다. 이들의 여러 형태의 조

직화를 통하여 의료계의 문제점인 고비용, 불균등한 의료서비스 제공자들의 지역적인 분포 등을 개선, 취약계층을 포함한 주민들에게 양질의 서비스를 제공하고, 주어진 예산의 효율적 사용과 비용의 절감효과를 기대할 수 있다.

셋째, 의료서비스 제공에 있어서, 지역의 일반의, 지역 및 전문의서비스의 분절화 현상을 계약 형태의 변화 등을 통하여 통합적인 관리의료 제공 시스템으로의 전환이다. PCG/PCT와 같은 일차보건의료조직은 해당 지역의 주민들에게 좀더 책임감을 갖고, 양질의 서비스를 제공하기 위한 통합적인 지역의료체계의 발전을 위한 한 과정을 구성하였다.

마지막으로, 앞서 설명한 바와 같이, 영국의 일차의료 제도의 변화를 보면 재미있는 점을 관찰 할 수 있다. 즉, 예산보유 일반의 제도나 일차의료그룹/트러스트는 미국의 매니지드 케어(managed care)와 유사성을 발견할 수 있다. 영국의 일차의료그룹/트러스트와 미국의 매니지드 케어(managed care)와는 양 극단의 의료제도 하에서 발전해 왔으나 그 기능에 있어 매우 유사 한 점이 발견되고 있다. 즉, 최근 십수 년간의 영국의 경험으로 미루어 볼 때, 일차 의료 부문에서의 조직 변화에서 하나의 convergence를 관찰 할 수 있다. 이러한 시도는 영국 NHS제도의 근본적인 개혁을 의미한다.

1997년 후반의 IMF이후 6년이 지난 지금 한국의 보건 의료계 내에는 많은 어려움과 문제점이 도출되고 있다. 특히 의약분업 이후 지속되고 있는 정부/보험자와 의료제공자들 간의 갈등, 지역 약사와 일차의료기관간의 갈등, 지역 일차의료기관, 중소 병원 및 대형 병원 간의 역할 중복 및 경쟁, 인력난 및 경영난, 급성병상 과잉과 장기요양시설의 부족, 또한 최근 정부의 공공보건의료 확충 등이 보건의료부문에 부담을 주고 있고, 제도적인 변화를 요구하고 있다. 이는 어떤 의미에서 의료수요와 공급에 대한 관리체계의 미흡에서 빚어지는 현상일 수도 있다. 이러한 의료제도상의 국면에서 우리는 영국의 일차의료부문의 개혁을 통하여 무엇을 배울 수 있을까?

이에 대한 대답은 그리 간단하지 않은 것 같다. 즉, 한국의 의료제도 역시 이들 국가와는 매우 다른 토대 위에서 발전한 의료제도를 갖고 있다. 우리나라의 경우 의료 보험의 경우 단일 조직으로 운영되고, 의료 공급자의 경우 일차의료

조직이나 병원조직이 대부분 민간 중심이고, 조직운영의 측면에서, 이들이 각각의 독립적 운영 체계로 운영하고 있어 이들 간의 관계의 단절화 등 상당한 상이성을 갖고 있다.

그러나 의료제도에 있어서 미국과 영국간의 그 상이성에도 불구하고 일차의료 기관에게 일정한 예산을 관리 및 운영에 대한 권한의 부여를 통한 의료제도의 통합 및 효율화를 추구하고 있으며, 영국의 일차의료그룹의 경우 해당지역의 주민에 대한 의료수요와 공급에 대한 계획과 서비스 제공자와의 구매에 대한 책무가 부여되는 점에서 이 제도의 장점으로 부각되고 있다. 따라서 우리가 배워야 하는 것은, 일차보건의료조직을 중심으로 한 영국 정책의 기초는 주민들에 대한 보건의료 서비스에 대한 수요를 측정과 그 제반 서비스 제공에 있어 일차보건의료조직이 그 중심적 역할을 해야 한다는 점에 대한 인식을 정부나 의료제공자, 국민들이 같이 하고 있는 것이다.

마지막으로, 이들의 경험에 비추어 우리의 보건의료부문에 이러한 개념을 도입, 발전시킬 수 있을까? 우리나라에서도 이와 같은 추세가 전혀 새로운 것은 아닌 것 같다. 1995년부터 시작된 지역보건소를 중심으로 한 해당지역의 의료수요 측정과 의료서비스 공급을 위한 지역보건의료계획이 그것이다. 또한 보건의료부문의 환경 변화 - 즉, 노령인구의 증가, 질병 양상의 변화, 보건의료조직과 인력 구성의 변화 등 - 는 보건의료서비스 제공체계에 있어 변화를 요구하고 있다.

우리나라의 경우 이러한 지역공공부문의 활동이 지역보건의료공급체계에 직접적인 영향을 미치기는 아직 미흡하다고 볼 수 있다. 그러나 그 수립과정에 있어서 해당 지역의 의료서비스 제공자들, 자선단체, 지역보건의료전문가 및 지역 주민들이 참여하고 있어, 지역의 보건의료수요와 공급체계 개선을 위한 지역중심의 활동을 우리는 이미 경험하고 있다. 즉, 이미 지역주민이 필요로 하는 보건의료서비스의 예측과 공급에 있어 제한적이거나 공공보건의료조직(일차보건의료조직)이 그 중심적 역할을 하고 있으며, 이에 대한 법적, 제도적 변화도 시스템이 있다고 볼 수 있다.

따라서 영국에서의 일차의료조직관련 의료정책의 도입과 그 실행과정의 경험

과 그 결과들을 신중하게 검토하고 연구하여, 우리나라의 지역중심의 통합적인 보건의료서비스 제공 체계를 발전시켜나가기 위하여, 기존의 지역의료보건계획 수립에 관한 제도를 잘 보완 발전시켜나가는 것이 미래 우리사회의 포괄적인 지역보건의료서비스제공체계 수립의 한 방안이 아닐까?

### Ⅲ. 독일의 의료보장제도

#### 1. 보건의료비용의 급속한 증가와 경제·사회적 환경의 변화

독일은 OECD 국가들 가운데 보건의료부문에 상대적으로 많은 재원을 투입하고 있는 국가로 손꼽히고 있다. 아래의 <표 III-1>은 보건의료부문에 대한 지출규모의 연도별 변화추이를 보여주고 있다. 이에 따르면 독일의 보건의료비용 지출규모는 1970년 217억 Euro로 같은 해 GDP의 6.2%를 차지하였던 것으로 나타나고 있다. 그러나 이후 그 규모는 지속적으로 증가하여 2002년에는 2,300억 Euro로, 이는 단순히 명목금액을 기준으로 볼 때 1970년 대비 약 10.6배 상승한 것으로 기록되고 있다. 그리고 이러한 지출규모를 다시 2002년도의 GDP와 대비해 볼 때 그 비율은 10.9%로 나타나고 있다. 이상과 같은 사실에서 볼 때 독일의 보건의료비 지출규모는 절대적인 금액의 측면에서는 물론 상대적 비율의 측면에서도 매년 지속적으로 증가하여 국민 경제적 차원에서 상당한 부담요인으로 작용을 하고 있다. 뿐만 아니라 보건의료비의 지출규모가 증가하면서 전체 보건의료비 지출 가운데 공공부문이 차지하는 비중도 1970년 72.8%에서 2002년 78.5%로 증가한 것으로 기록되고 있다. 이러한 현상에 따라 GDP 대비 공공 보건의료비의 지출규모도 1970년 4.5%에서 2002년 8.6%로 대략 2배 증가한 것으로 나타나고 있다.

<표 III-1> 보건의료비 지출규모의 변화추이(1970~2002년)

	1970	1980	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
전체 보건의료비 지출											
금액(10억 Euro)	21.7	66.4	108.3	190.4	199.4	200.2	204.7	210.4	214.9	223.0	230.0
GDP대비 비율(%)	6.2	8.7	8.5	10.6	10.9	10.7	10.6	10.6	10.6	10.8	10.9
공공 보건의료비 지출											
전체 보건의료비 지출 중 비율(%)	72.8	78.7	76.2	80.5	80.6	79.1	78.6	78.6	78.8	78.6	78.5
GDP대비 비율(%)	4.5	6.8	6.5	8.5	8.8	8.5	8.3	8.4	8.3	8.5	8.6

자료: OECD Health Data 2004

OECD 회원 국가들의 보건의료 관련 재정지출 현황들을 비교해 보면 아래의 <표 III-2>와 같다. 국제간 비교에 있어서 독일의 GDP 대비 보건의료비 지출 규모는 2002년 현재 10.9%로 미국의 14.6% 다음으로 높은 수준으로 나타나고 있다. 이 이외에도 같은 해 독일의 전체 보건의료비 지출 중 공공의료비 지출이 차지하는 비율은 NHS 국가들을 제외한 사회의료보험(SHI) 국가들 중 상당히 높은 수준인 78.5%로 집계되고 있다. 그리고 2002년 독일의 GDP 대비 공공의료비 지출 비율은 8.6%로 OECD 회원국가들 중 가장 높은 수준을 차지하였던 것으로 기록되고 있다. 그로 인한 결과로서 독일의 전체 보건의료비 중 민간 의료보험이 차지하는 비중은 8.6%로 독일이 대체형 및 보충형 민간 의료보험 모두를 허용하는 국가임을 고려한다면 상대적으로 낮은 수준이라고 할 수 있다.

<표 III-2> OECD 국가의 보건의료지출 관련 주요 지표(2002년)

	GDP 대비 전체 보건의료비 지출(%)	전체 보건의료비 대비 공공의료비 지출(%)	GDP 대비 공공의료비 지출(%)	전체 보건의료비 대비 의약품비 지출(%)	전체 의약품비 지출 중 공공 약제비(%)	전체 보건의료비 대비 민간 의료보험 지출(%)
호주	9.1 (A)	68.2 (A)	6.2 (A)	13.8 (A)	53.8	7.6 (A)
캐나다	9.6	69.9	6.7	16.6	37.6	12.7
프랑스	9.7	76.0	7.4	20.8	67.0	13.2
<b>독일</b>	<b>10.9</b>	<b>78.5</b>	<b>8.6</b>	<b>14.5</b>	<b>74.8</b>	<b>8.6</b>
이탈리아	8.5	75.6	6.4	22.4	52.1	0.9
일본	7.8 (A)	81.7 (A)	6.4 (A)	18.8 (A)	68.3	0.3 (A)
한국	5.1	52.1	2.7	25.6	49.4	2.0
네덜란드	9.1	67.8 (B)	5.5 (B)	10.4	66.6 (D)	17.1
스웨덴	9.2	85.3	7.9	13.1	69.3	-
영국	7.7	83.4	6.4	15.8 (B)	66.6 (D)	3.3 (C)
미국	14.6	44.9	6.6	12.8	19.5	36.2

주: (A) 2001년; (B) 1997년; (C) 1996년; (D) 1990년

출처: OECD HEALTH DATA 2004, 3rd. edition

독일 정부의 발표에 따르면 지난 30년 동안 보건의료비 지출의 증가율은 같은 기간동안 GDP 그리고 임금총액의 성장률보다 각각 3.6배와 3.2배 이상 높게 이루어졌던 것으로 조사되고 있다(Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005). 이러한 경향에 따라 공적의료보험제도의 재정지출 또한 빠르게 증가하게 되었으며, 그 재원은 아래의 <표 III-3>에서 보는 바와 같이 주로 보험요율과 소득상한선의 인상을 통하여 충당해 왔다. 그리고 보험요율과 소득상한선의 점차적 인상으로 인해 나타나게 된 결과로서 소득상한선의 가입자가 납부하게 되는 최고보험료 또한 빠르게 증가하여 그 수준은 1960년 665 DM에서 2005년에는 무려 6,024 Euro에 달하고 있다.

<표 III-3> 독일 공적의료보험제도의 평균보험요율, 소득상한선 그리고 최고보험료의 변화추이(1960년~2005년)

연 도	평균보험요율	소득상한선	주어진 소득상한선에서 최고보험료
1960	8.40%	7,920 DM	665 DM
1975	10.50%	25,200 DM	2,646 DM
1980	11.38%	37,800 DM	4,302 DM
1990	12.53%	56,700 DM	7,105 DM
1995	13.24%	70,200 DM	9,294 DM
2000	13.52%	77,400 DM	10,464 DM
2001	13.58%	40,034 Euro	5,429 Euro
2002	14.02%	40,494 Euro	5,669 Euro
2003	14.35%	41,400 Euro	5,941 Euro
2004	14.28%	41,850 Euro	5,976 Euro
2005	14.24%	42,300 Euro	6,024 Euro

자료: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Übersicht über das Sozialrecht, 2005.

이상에서 살펴본 보건의료비 지출의 급속한 증가는 경제·사회의 측면에서 다양한 변수들의 상호작용으로 인해 나타나게 된 결과로 판단된다. 아래에서는

이와 관련한 내용을 간략하게 정리해 보고자 한다.

#### 가. 경제환경의 변화

전후 독일은 급속한 경제성장과 3차 산업을 위주로 하는 산업구조의 변화과정을 거치게 되었다. 이러한 상황에서 먼저 경제성장을 통한 국민소득의 증대는 의료수요의 확대에 기여를 하게 되었으나, 동시에 보건의료 부문의 경우 그 특성상 가격에 의한 시장의 조절기능이 제한적으로 작용을 하게 되어 각종 의료자원배분의 왜곡현상과 의료비지출의 증가문제를 초래하게 되었다. 다음으로 3차 산업의 발전은 특히 보건의료부문에 있어서 인력수요의 증가와 함께 그에 따른 부작용의 하나로서 종종 의료공급의 과잉문제를 야기하게 되었다.

보건의료부문에 대한 수요의 증대는 일반적으로 의료비지출의 확대를 초래하게 되는 경향을 보이게 된다. 그러나 여기서 특히 주목하여야 할 점은 의료비 증가의 원인이 단순히 화폐적 차원에서 가격인상으로 인한 효과뿐만 아니라, 오히려 실물적 차원에서 의료공급의 양적·질적 팽창에 기인을 하고 있다는 점이다. 이러한 사실은 한편으로는 환자의 의료수요에 있어서 의료공급자가 영향을 행사하게 되는 의료수요의 이중성 문제 그리고 다른 한편으로는 의료기술의 발전 등으로 인해 나타나게 되는 현상으로 판단된다. 여기서 무엇보다도 의료기술의 발전은 부단히 새로운 의료수요의 영역을 창출하게 되고, 이는 다시 의료비지출의 증대를 초래하게 되는 문제를 가지고 있다.

#### 나. 인구구조의 변화

독일의 경우 1960년 중반 이후 출산율의 급격한 하락 그리고 평균수명의 지속적인 연장추세 등으로 인해 인구구조의 고령화 문제가 심각한 사회문제로 등장해 오고 있다. 그리고 이러한 고령화의 현상은 아래의 <표 III-4>에서 보는 바와 같이 공적의료보험제도에서도 마찬가지로 발견할 수 있다.

〈표 III-4〉 독일 공적의료보험제도의 가입자 구성에 대한 연도별 변화추이  
(1960년 ~ 2004년)

연도	가입자 <sup>1)</sup> (A)	이 중 당연가입자			상병급여 수급자 비율 <sup>2)</sup> %	당연가입자 100명당 연간 상병일수
		일반가입자 1,000명	연금수급자 (B)	B/A %		
1960	27060	17655	5504	20.3	6.0	2323.9
1970	30646	17839	8009	26.1	5.6	1980.5
1980	35340	20638	10303	29.1	5.7	2014.5
1990	37939	22494	11011	29.0	5.2	1939.2
1991	50270	30990	14169	28.2	4.9	1710.7
2000	51036	29206	15302	30.0	4.2	1673.1
2001	50994	29041	15314	30.0	4.2	1668.1
2002	50970	28826	16230	31.8	4.0	1643.7
2003	50754	28957	16681	32.9	3.6	155.3
2004	50625	28748	16816	33.2	3.4	미확정

주: 1)보험료를 납부하는 당연가입자와 임의가입자를 합제한 수치임.

2)매년도 당연가입자 중 당해연도에 상병급여를 수급한 경력이 있는 사람의 비율임.

자료: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch 2005.

위의 표에 따르면 매년도 보험료의 납부를 통하여 가입자격을 획득하게 되는 사람들 가운데 연금수급자가 차지하는 비중은 1960년 20.3%에서 매년 꾸준히 증가하여 2004년에는 33.2%를 기록하고 있는 것으로 나타나고 있다. 일반적으로 노령가입자의 경우 일반가입자에 비해 상대적으로 낮은 보험료로 상대적으로 많은 의료서비스 관련 급여를 수급하게 되어 그들의 비중이 높아지게 되면 보험재정에 상당한 부담을 주게 되는 문제가 발생하게 된다. 일례로 한 연구결과(Frerich, 1991)에 따르면 독일 공적의료보험제도에 가입하고 있는 평균적인 연금수급자가 납부하게 되는 보험료로 자신의 의료비지출을 충당하는 자급비율(Selbstdeckungsgrad)은 1975년 71.5%에서 1985년 42.6%로 하락한 것으로 조사되었으며, 이러한 추세는 의료기술의 발전 등 제반의 환경적 요인으로 인하여 이후에도 지속적으로 이어진 것으로 짐작된다.

#### 다. 질병구조의 변화

인구의 고령화는 단순히 그 자체로서 의료비지출의 증가요인이 될 뿐만 아니라, 국가 전체적으로 질병발생의 양상(Krankheitspanorama)을 변화시키게 되어 또 다른 차원에서 의료비용의 가파른 증가를 야기하게 되는 문제가 있다. 지난 수십 년 동안의 질병양상을 살펴보면 응급성질환은 점차 감소하고 있는 반면, 만성퇴행성질환의 비중은 꾸준히 증가해 오고 있는 경향을 보이고 있다. 그리고 이러한 경향은 평균수명의 연장추세에 따라 앞으로도 더욱 심화될 것으로 전망이 된다.

일반적으로 만성퇴행성질환은 치유가 어렵고 단지 증상의 완화만 가능하게 되는 특성을 보이고 있다. 이러한 특성으로 인하여 만성퇴행성질환의 경우 의학적 치료의 기간이 장기적이고 또한 비용집약적인 속성을 보여 중장기적으로 국민경제의 의료비부담이 가중되는 문제가 발생할 수 있다.

## 2. 공적의료보험제도의 태동과 주요 개혁동향

### 가. 공적의료보험제도의 성립과 발전과정

#### 1) 성립 배경

독일의 공적의료보험제도는 100년이 넘는 역사를 가지고 있으며, 독일의 사회보험제도들 가운데에서도 가장 오래된 제도이다. 이러한 공적의료보험제도의 도입 이전에도 일부의 영주국가에서는 자체적인 법률에 의거하여 다양한 형태의 의료보험금고를 운영해 왔던 것으로 알려지고 있다. 여기에는 대표적으로 1845년 프로이센의 공제금고(Unterstützungskasse) 그리고 1876년의 제국법률에 의해 도입된 부조금고(Hilfskasse) 등이 있으며, 이들은 주로 수공업자와 도제 그리고 공장노동자들을 대상으로 의료보장의 업무를 수행하였다.

1883년 6월에 제정된 『공장근로자의 의료보험과 관련한 법률(Gesetz betreffend

die Krankenversicherung der Arbeiter)』은 독일에 있어서 최초로 전국을 대상으로 적용의 효력을 가진 공적의료보험제도가 도입되게 되었다는 의미를 가지고 있다. 동 제도는 질병으로 인해 근로불능의 상태에 있는 근로자를 위한 소득보장, 의료보장 그리고 장제비의 지원을 주된 기능으로 하였다. 그리고 피부양 가족의 의료보장에 대해서는 질병금고(Krankenkasse)별로 정관을 통하여 보호가 이루어질 수 있도록 하였다. 제도의 도입 초기 의료의 수급기간은 보험재정의 상황을 감안하여 최고 13주로 제한하였으며, 이후 1903년에는 그 기간이 26주로 확대되었다.

보험료는 사용자 일괄적으로 납부를 하도록 하되, 그 비용은 사용자 1/3 그리고 근로자 2/3의 비율로 분담되도록 하였다. 도입 당시의 주된 의료보험자는 지역질병금고, 직장질병금고, 건설질병금고, 동업조합질병금고 그리고 광산질병금고 등으로 구성되었으며, 법률에 의한 당연적용의 대상자가 어느 금고에도 해당되지 못하였을 경우 자치단체의 책임으로 운영되는 자치단체 의료보험(Gemeinde-Krankenversicherung)에서 관리가 될 수 있도록 하였다. 공적의료보험제도의 도입 이후 적용대상이 지속적으로 확대되었으며, 1908년의 경우 전체 인구의 18%에 해당되는 13.2백만 명 가량이 총 22,887개의 질병금고에 가입을 하였던 것으로 조사되고 있다.

## 2) 바이마르 공화국에서의 공적의료보험

1918년 바이마르 공화국의 창설 이전인 1911년에는 전체 사회보험간 체계성과 연계성을 강화하기 위한 일환으로서 제국보험법(Reichsversicherungsordnung)이 제정되었다. 이에 따라 의료보험을 포함하여 연금보험과 산재보험이 제국보험법전에 포함되었으며, 의료보험은 동 법전의 제2권에 수록되었다. 제국보험법의 규정에 따라 자치단체 의료보험이 폐지되었으며, 동 업무는 지역질병금고나 (새로이 도입된) 주질병금고(Landkrankenkasse)로 이관되었다. 그리고 이 시기 대대적인 적용대상의 확대가 이루어지게 되어 6-7백만 명 가량의 농업 또는 임업 부문 종사근로자, 비정규직 근로자 그리고 가내수공업자 등에 대해서도 제도의 보호가 이루어질 수 있게 되었다. 나아가 사무직 근로자에 대해서도 비로소 제

도의 보호가 이루어질 수 있게 되었으나, 별도로 소득상한선을 두어 연간소득이 2,500 Mark를 초과하지 않을 경우에만 당연적용의 대상이 될 수 있도록 하였다. 그리고 이후 이러한 소득상한선은 점차 상향조정되어 1927년에는 3,600 Mark의 수준에서 책정되었다.

1918년에서 1933년의 기간동안 집권한 바이마르 공화국은 1차 세계대전 패전 이후의 긴급 상황 그리고 세계대공황의 여파로 인한 대량실업과 고도인플레이션의 여파로 인하여 각종의 긴축정책을 단행하였으며, 이러한 현상은 공적의료보험제도에서도 적용되었다. 이에 따라 1930년에는 오늘날의 주치의제도와 유사한 ‘담당의사제도’(vertrauensärztlicher Dienst)가 신설되었으며 그 이외에도 진료건당 50 Pfennig의 본인부담, 상병급여의 상한선 적용 그리고 조합별 임의급여의 제한 등의 조치가 단행되었다. 또한 이 시기에 들어와 보험의사 연합회의 설립과 총액예산제의 도입이 이루어지게 되었다. 이러한 현상과는 반대로 비록 제한적이거나 급여의 확대가 이루어지게 되어 종전 조합별 임의급여의 형태로 운영되어 왔던 가족간호급여(Familienkrankenpflege)가 최초로 법정급여로 전환되었다. 그리고 산전·산후의 출산급여가 양적·질적 측면에서 확충되었으며, 이는 피부양자에게도 동일하게 적용될 수 있게 되었다.

독일 공적의료보험제도의 도입 이후 질병금고와 보험의사 상호간의 계약관계의 불공정성이 꾸준히 문제점으로 지적되어 왔다. 그 배경으로는 모든 질병금고가 자체적으로 수가를 결정하고 이에 기초하여 의사 개인별로 계약을 체결하였기 때문이다. 이에 따라 질병금고연합회와 보험의사연합회는 제국보험법의 발효에 즈음하여 보험의사의 선정과 수가계약의 결정과정에 있어서 의사들의 동등한 권리가 반영이 될 수 있도록 하고, 별도의 분쟁조정위원회를 설치할 것을 합의하였다. 그리고 이러한 내용은 1920년대의 수차례에 걸친 입법을 통하여 정착되었으며, 오늘날 보험의사법(Kassenarztrecht)의 핵심적 근간이 되고 있다.

### 3) 히틀러 치하의 공적의료보험

나치정권은 자신들의 정치·경제적 이데올로기에 기초하여 독일 의료보험제도의 개혁을 단행하였다. 그 일환으로서 1934년에 도입된 『사회보험재건법

(Gesetz über den Aufbau der Sozialversicherung)』은 제국보험법의 내용을 대대적으로 수정하여 종전 노사의 자율적 책임에 입각한 ‘자치운영의 원리’(Selbstverwaltungsprinzip)를 폐지하고, 대신 소위 ‘지도자의 원리’(Führerprinzip)로 대체되도록 하였다. 이에 따라 이후 독일의 공적의료보험제도는 행정관리체계, 재정운영 그리고 감독권의 차원에서 대대적인 수정을 경험하게 되었다. 대표적으로 개별 질병금고의 사업·회계·경영에 대한 감사의 권한이 주보험청(Landesversicherungsamt)으로 이관되게 되었으며, 의료보험의 사업들 가운데 상당부분도 공적연금제도에 위임되게 되었다.

2차 세계대전의 와중인 1941년에서 1943년 사이 의료보험제도의 중요한 개혁조치가 단행되었다. 첫째, 의료보험 급여의 수급일수 제한이 완전히 철폐되게 되었다. 둘째, 아이를 가진 취업여성에 대한 의료보장 그리고 상병급여의 내용이 대폭적으로 개선되게 되었다. 셋째, 1941년 연금수급자의 의료보험 당연적용이 최초로 이루어지게 되었다. 넷째, 사회보험료 징수행정의 간소화를 통한 전시의 인력동원을 확충하기 위한 일환으로서 1942년 의료보험, 연금보험 그리고 실업보험의 보험료 징수창구가 의료보험으로 단일화되었다.

#### 4) 전후 국가재건 시기의 공적의료보험

2차 세계대전의 패전 이후 독일은 나치정권 잔재의 철폐와 전후의 복구를 위해 노력을 하였으며, 이는 공적의료보험제도에서도 동일하게 적용되었다. 그러나 독일의 분단으로 인하여 동독지역은 공산주의의 이념에 기초하여 모든 사회보험제도를 단일의 국민사회보험으로 통합을 하였으며, 서독지역은 예전의 전통적 운영원리에 입각한 분립형 사회보험체계를 복구하는 노력을 단계적으로 진행하였다.

독일연방공화국의 설립에 따라 공적의료보험제도도 새로운 발전의 계기를 맞이하게 되었다. 대표적으로 1951년에서 53년의 기간동안 종전 의료보험의 자치운영을 저해하였던 사회보험재건법이 단계적으로 폐지되었으며, 다시 노사자율에 의한 관리운영의 전통이 정착되게 되었다. 그리고 같은 시기 ‘사회보험의

관할권'(Sozialgerichtsbarkeit)을 명문화하는 법률이 최초로 도입되어 의료보험을 포함한 제반의 사회보험제도는 국가의 행정기구로부터 독립된 고유의 업무영역을 확보할 수 있게 되었다. 이에 따라 전쟁의 피해를 입은 국가의 보훈대상자(일례로 전쟁원호대상자, 귀환자, 추방자 등)들에 대한 공적의료보험제도의 책임을 명시하는 각종의 규정들이 단계적으로 폐지되었으며, 이들에 대해서는 새로운 법률을 통해 보호가 이루어질 수 있도록 하였다.

1955년 보험의사법의 제정에 따라 의사와 질병금고의 관계가 새로이 정립되게 되었다. 이에 따라 보험의사연합회의 보험의사 임면권한 그리고 주 단위와 연방 단위의 질병금고연합회의 법적 권한과 책임이 법률적으로 명확하게 규정될 수 있게 되었다. 이러한 조직과 권한의 문제를 행정적으로 관리할 수 있도록 하기 위한 일환으로서 1956년에 연방보험청(Bundesversicherungsamt)이 설립되었다. 그리고 같은 해 『연금수급자의 의료보험 적용에 관한 법률』(Gesetz über die Krankenversicherung der Rentner)이 도입되어 연금수급자에 대해서도 일반가입자와 완전히 동등한 적용이 이루어질 수 있도록 하고, 나아가 이들의 보험료는 전액 공적연금보험제도에서 부담하도록 하였다.

#### 5) 경제부흥시기의 공적의료보험

경제부흥시기 독일의 공적의료보험은 제도의 발전과 관련하여 수차례의 중요한 전환과정을 거치게 된다. 다음에서는 이와 관련한 내용을 간략하게 정리해 보고자 한다.

##### 가) 두 차례의 의료보험 개혁법안 좌절

1957년의 연금대개혁(große Rentenreform) 이후 독일의 공적의료보험제도에 있어서도 대대적인 개혁이 요구되었다. 이에 따라 1959년 정부에 의해 제출된 의료보험 개혁법안은 본인부담제도의 도입, 공장근로자와 사무직근로자의 동등한 제도적용, 보험의사의 허가제한 폐지 등을 주된 내용으로 담고 있었다. 그러나 동 법안은 본인부담제의 도입에 대한 노동조합과 의료계의 강력한 반대로 인하

여 좌절을 겪게 되었다. 이에 정부는 1961년 재차 예전의 법안에 사용주의 임금보전 의무와 아동수당을 새로이 추가한 사회연대법안을 제출하였으나 이번에는 사용주까지도 반대세력에 가세하여 법안의 통과가 실현될 수 없게 되었다. 따라서 이러한 두 차례에 걸친 개혁법안의 좌절로 인하여 독일의 공적의료보험은 이후 25년 동안 근본적인 제도개혁이 없이 운영되게 되어 제도 내적·외적 모순적 상황이 점차 누적되게 되는 결과를 초래하게 되었다.

#### 나) 사용주의 임금보전의무 도입

상병급여(Krankengeld)는 질병으로 인해 소득단절의 문제가 발생하게 될 경우 별도의 대체소득을 보장하기 위한 목적으로 운영되는 제도로서 의료보험재정의 상당부분을 차지해 왔다. 독일은 일정한 상병기간(현재 6주) 동안 사용주가 임금보전(Lohnfortzahlung)을 해주도록 하고, 그 이후의 최고 78주에 대해서는 의료보험이 부담하도록 하는 취지의 법안을 단계적으로 도입을 하여 최종적으로 1969년에 오늘날과 같은 형태를 갖추게 되었다. 이러한 법률은 의료보험의 재정을 획기적으로 절감하게 되어, 그 유휴재원으로 의료서비스의 확충을 위한 기반을 제공할 수 있게 되었다. 그리고 동 법률은 공장근로자와 사무직근로자의 구분이 없이 동등한 법적 보호가 이루어질 수 있도록 하였다는 점에서 그 의의를 가지고 있다.

이상과 같은 취지와는 달리 산전후 휴가급여에 대해서는 다음과 같은 절충방안을 적용해 오고 있다. 즉, 여성근로자의 소득을 기준으로 의료보험이 일정부분(현재는 13Euro/일)을 지원하고, 나머지에 대해서는 사용주가 부담하도록 하는 방식을 채택하고 있다.<sup>주2)</sup>

#### 다) 적용대상의 점진적 확대

전후의 폭발적 경제성장을 기반으로 하여 독일의 공적의료보험제도는 적용대상을 지속적으로 확대해 왔다. 다음에서는 이와 관련한 중요한 사항들을 정리

주2) 이는 2005년 관련 법률의 개정에 따라 지원방식의 변화가 발생하게 되었음.

해 보고자 한다.

첫째, 1968년 법률을 개정하여 모든 연금수급자에 대해서는 아무런 전제조건 없이 공적의료보험제도의 당연적용이 이루어질 수 있도록 하였다. 이와는 달리 1956년의 관련 법률에서는 연금수급자가 이전에 일정한 기간동안 공적의료보험의 가입경력을 갖춘 경우에만 적용이 될 수 있도록 하여 가입자격의 제한이 존재하였다.

둘째, 1971년에는 공적의료보험의 적용상한선(Versicherungspflichtgrenze)과 소득상한선(Beitragsbemessungsgrenze)이 공히 공적연금제도 소득상한선의 75% 수준으로 책정하고, 이후 매년도 관련 지표의 변화에 따라 재조정될 수 있도록 하였다. 이와는 달리 이전의 경우 두 종류의 상한선은 정치적 고려에 따라 수시적인 조정이 이루어져 왔다. 이상과 같이 공적의료보험 적용상한선과 소득상한선의 인상에 따라 사무직근로계층의 60%에 상당하는 약 710만 명이 제도의 적용을 받을 수 있게 되었다.

셋째, 1972년 『농민의료보험법』(Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)의 도입에 따라 자영농민, 가족종사자 그리고 농업을 중단한 일부의 노령계층이 제도의 보호를 받을 수 있게 되었다. 그리고 이후 수차례의 법률 개정을 통하여 현재는 임업은 물론 과수원업, 원예업, 양봉업, 어업 및 양식업 종사자에 대해서도 당연적용이 이루어지고 있다. 동 제도의 운영재원은 가입자의 보험료와 정부보조금으로 충당되며, 정부보조금은 개인의 재산과 소득에 따라 차등적으로 지원되고 있다. 그리고 제도의 관리운영은 지역별 또는 업종별로 구분하여 독립적인 농업질병금고(landwirtschaftliche Krankenkasse)에서 전담을 하고 있으며, 현재 전국적으로 9개의 기관이 존재하고 있다.

넷째, 1975년 『장애인의 사회보험에 관한 법률』(Gesetz über die Sozialversicherung der Behinderten)의 도입에 따라 전국적으로 약 45만 명의 장애인이 공적의료보험의 적용을 받을 수 있게 되었다. 그리고 그 이전부터 보호 작업장 장애인의 신분으로 당연적용을 받아왔던 사람들의 경우 본인의 희망에 따라 가입자격의 선택이 가능하도록 하였다. 이상과 같은 조치에 따라 독일의 사회부조제도(Sozialhilfe)는 상당한 수준의 재정절감의 효과를 누릴 수 있게 되었다. 왜냐하

면 그 이전 이들 가운데 상당수가 사회부조제도의 보호를 받아왔기 때문이다.

다섯째, 1975년에 도입된 『학생의 의료보험에 관한 법률』(Gesetz über die Krankenversicherung der Studenten)에 따라 대학생과 실습생에 대하여 당연적용이 이루어지게 되었다. 그리고 기타의 직업교육생에 대해서는 의료보험에 임의로 가입을 할 수 있는 자격이 부여되었다.

여섯째, 1981년 『예술가사회보험법』(Künstlersozialversicherungsgesetz)의 제정에 따라 자유예술가, 작가 그리고 프리랜스들의 노후소득보장과 의료보장이 이루어질 수 있게 되었다. 이러한 예술가사회보험의 재정은 피보험자의 사회보험료, 예술가사회기부금(Künstlersozialabgabe) 그리고 정부보조금으로 충당된다. 자유예술가와 작가들은 일반 근로자들의 경우와 같이 의료보험료와 연금보험료의 절반을 부담하고, 나머지의 절반은 각각 예술가사회기부금 납부의무자와 정부가 분담하게 된다. 여기서 예술가사회기부금은 예술가와 작가의 작품을 상업적 목적으로 사용하는 사람들이 부담하게 되며, 이는 예술가사회보험 한해 지출총액의 대략 25%를 차지한다. 그리고 예술가사회보험법에 준한 행정업무는 예술가사회금고가 수행하게 된다. 이 때 예술가사회금고는 사회보험의 실행주체가 아니라, 피보험자와 공적사회보험(즉, 공적의료보험과 공적연금보험) 상호간의 업무를 중재해 주는 대행기구로서의 역할을 담당하게 된다.

#### 라) 급여의 내용과 수준 확대

경제부흥시기에 이루어진 급여확대의 내용은 다음과 같이 정리해 볼 수 있다. 그리고 이를 위한 재원의 상당부분은 ① 경제성장을 통한 소득증대 ② 상병시 최초 6주간 사용주의 임금보전 ③ 소득상한선의 매년도 재조정 등을 통해 충당되었던 것으로 조사되고 있다.

첫째, 1971년 예방사업의 일환으로서 조기검진이 의료보험의 법정급여로 채택되었다.

둘째, 1974년 법률의 개정에 따라 의료서비스의 수급일수 제한 폐지, 피보험자 또는 피부양자(주로 주부)의 상병시 가사보조급여(Haushaltshilfe)의 도입, 아

동안호를 위한 휴가의 신청권과 상병급여의 지급 등이 이루어지게 되었다.

셋째, 1974년 『재활사업조정법』(Rehabilitationsangleichungsgesetz)의 제정에 따라 공적의료보험은 신규로 재활사업자로서의 역할을 수행하여야 하는 의무를 가지게 되었다. 나아가 공적의료보험은 질병의 발생원인이 모호하여 책임소재가 불분명할 경우 의료적 재활의 우선적 책임자로서 활동을 하여야 한다.

넷째, 1975년 이후부터 법률로 허용되는 범위의 이내에서 불임시술과 임신중절을 위한 비용이 의료보험의 재정에서 지원될 수 있게 되었다.

#### 6) 오일쇼크 이후의 장기적 경기침체 시기의 공적의료보험

경제부흥시기 정책적 중점과제로 추진된 적용대상과 급여의 확대는 의료비 지출의 폭발적 증가(Kostenexplosion)를 초래하였으며, 이러한 현상과 함께 1970년대 중반 이후의 장기적 경기침체로 인하여 독일의 공적의료보험제도는 심각한 재정위기에 직면하게 되었다. 특히 1972년 종합병원에 대한 수가책정방식의 개혁조치 이후 병원에 대한 의료보험 재정지출의 규모가 매년 25% 가량 상승하게 되었다. 그로 인한 결과로서 전체 질병금고의 평균적인 의료보험요율이 1971년 8.2%에서 1976년 11.3%로 가파르게 인상되어 점차 의료보험의 재정능력과 가입자들의 부담능력에 대한 불안감이 고조되게 되었다.

1977년·1979년·1981년 재정절감을 위한 세 차례의 법률개정 그리고 1981년과 1984년의 『종합병원 비용절감법』(Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz) 등은 보험료의 안정을 목표로 총액상한제, 병원운영의 합리성과 효율성 제고 그리고 ‘재정수입에 기반한 재정운용정책’(einnahmenorientierte Ausgabenpolitik)의 추진 등을 핵심적 정책수단으로 채택하였다. 이 시기 연금수급자의 의료보험료 부담률 인상, 본인부담율의 상향조정, 급여의 부정수급이나 과잉수급을 방지하기 위한 제제조치의 강화 그리고 의료공급자에 대한 질병금고의 감독권한 강화 등이 재정안정을 위한 일환으로 단행되었다. 그리고 ‘보건의료의 공동위원회’(Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen)가 설립되어 공적의료보험의 재정현황과 중장기 전망 그리고 보건의료부문의 구조적 결함 발굴과 대안제시 등을

주된 임무로 하여 활동하게 되었다.

1977년에는 ‘재정조정사업’(Finanzausgleich)이 도입되어 연금수급자로 인한 질병금고 상호간 재정부담의 불균형 문제를 해소하고자 하였다. 이러한 조치에 따라 전체 의료보험재정의 40% 가량이 공동의 재원으로 활용이 될 수 있게 되었다(Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005).

의료보험의 재정절감을 위한 일련의 조치들은 연방정부의 재정불안을 계기로 1983년과 1984년에 단행된 『일반재정 긴축법』(Haushaltsbegleitgesetz)으로 인해 더욱 강력하게 추진되게 되었다. 이상에서 설명한 제반의 조치에 힘입어 공적 의료보험제도의 보험료가 일시적으로 안정을 유지하다가, 1984년 이후 재차 가속적으로 증가하게 되었다. 이에 따라 제도의 근본적 개혁에 대한 사회적 요구가 점차 증가하게 되었다.

#### 7) 독일의 통일과 공적의료보험

사회주의 동독의 의료보장제도는 계획경제의 체제이념에 의거하여 국가에 의해 관리·운영되어 왔다. 이에 따라 재원의 배분 그리고 의료자원의 생산 및 분배는 철저히 중앙에 의해 통제되었다. 의료인력 또한 공무원으로서 국가가 임명권을 행사하였다. 이러한 국가관리에 의한 의료보장체계는 제도운영의 비효율성을 초래하여 의료수급의 불균형과 재원의 낭비 그리고 의료시설의 노후화 문제에 직면하게 되었다(Sachverständigenrat, 1994).

1991년 1월 1일 서독지역 의료보장 관련법의 적용확대에 따라 동독지역 의료보장체계에 획기적인 변화가 발생하게 되었다. 이와 관련한 사항은 다음과 같이 정리해 볼 수 있다.

첫째, 독립적 분산관리의 원칙에 입각하여 다양한 종류의 질병금고가 동독지역에도 설립될 수 있게 되었다. 서독지역 의료보험제도의 분류기준에 준하여 8가지 종류의 질병금고가 도입되었으며, 1994년의 경우 대략 전체 주민의 90% 가량이 의료보험의 적용을 받고 있는 것으로 조사되었다.

둘째, 과거 국가주도의 무상의료공급제도에서 사회보험의 운영원리에 입각한

수익자 부담방식(보험료의 납부의무와 의료비용의 일부에 대한 환자 본인부담 등)으로 전환이 이루어지게 되었다. 그러나 통일 과도기 동독지역의 경제적 여건을 감안하여 저소득 가입자의 경우 의료비용의 본인부담율이 경감 또는 완화될 수 있도록 하는 보완적 조치를 실시하였다.

셋째, 과거 동독지역의 낙후된 의료공급체계를 개편하여 양질의 의료서비스가 충분한 수준으로 제공될 수 있도록 하였다. 그 일환으로서 먼저 개업의사제도를 활성화하여 지역단위의 의료공급기반이 될 수 있도록 하였다. 이에 따라 통일 2년 후인 1992년의 경우 대략 3만명의 의사와 치과의사가 개업을 하여 동독지역 전체 1차진료의 80%를 담당하였던 것으로 파악되고 있다(Sachverständigenrat, 1994). 다음으로 동독지역의 노후화된 종합병원을 현대화하기 위하여 병원시설의 신축 또는 개조가 대대적으로 이루어졌으며 동시에 최신 장비도 속속 도입될 수 있게 되었다. 그리고 이러한 사업을 위한 소요재원은 『의료보험구조조정법』(Gesundheitsstrukturgesetz)에 의거하여 1995년부터 2004년까지 연방정부가 매년 9억DM 그리고 동일한 금액을 주정부와 질병금고가 부담하도록 하였다. 마지막으로 의약품의 생산 및 공급체계를 민영화하여 원활한 약품의 유통이 이루어질 수 있도록 하였다. 그리고 이에 따른 의료보험재정의 부담을 완화하기 위한 일시적 조치로서 1993년까지 동독지역의 의약품 가격에 대해서는 서독지역의 45% 수준에서 결정되도록 하고, 그 비용은 약사·약품도매상·제약회사가 공동으로 부담하도록 하였다.

넷째, 동독지역 질병금고의 운영에 필요한 재원조달과 관련한 사항이다. 원칙적으로 개별 질병금고는 독립채산의 단위로서 전적으로 가입자의 보험료로 운영비용을 충당하여야만 한다. 그러나 통일 초기 보험료 수준의 과도한 인상을 억제하기 위하여 보험요율은 동독지역 질병금고에 대하여 과도기적으로 12.8%로 고정하여 운영하였다. 나아가 동독지역의 경우 예외적으로 실업자와 연금수급자의 의료보험료는 전액 실업보험제도와 공적연금제도에서 부담하도록 하였다. 아래의 <표 III-5>에서 제시된 바와 같이 이러한 타 사회보험제도의 재정지원규모는 1993년의 경우 약 87억DM로 같은 해 동독지역 전체 의료보험 재정수입의 24% 가량을 차지한 것으로 조사되고 있다.

〈표 III-5〉 동독지역 공적의료보험제도에 대한 타 사회보험제도의 재정지원 규모(1991~1993년)

(단위: 억DM, %)

연도	재정지원총액		공적연금→동독지역 질병금고		실업보험→동독지역 질병금고	
	금액	비율 <sup>1)</sup>	금액	비율 <sup>1)</sup>	금액	비율 <sup>1)</sup>
1991	79.0	30.3	37.1	14.3	41.9	16.0
1992	81.2	24.3	25.0	7.5	56.2	16.8
1993	86.5	23.9	30.0	8.3	56.5	15.6

주: 1) 매년도 동독지역 전체 질병금고 재정수입 대비 재정지원액의 비율을 나타내는 수치임.

자료: Henke und Leber, Territoriale Erweiterung und wettbewerbliche Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung, 1993.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Sozialbericht, 1993.

#### 나. 공적의료보험제도의 주요 개혁동향

전후 독일의 사회보험들은 급속한 정치·경제·사회적 환경변화에 적응하기 위한 목표로 대폭적인 구조개혁을 단행하였다. 대표적으로 공적연금제도의 경우 1957년, 산재보험제도의 경우 1962년 그리고 실업보험제도의 경우 1962년에 각각 단행된 개혁조치들이 여기에 해당이 된다. 이와는 달리 공적의료보험제도의 경우 앞서 설명한 바와 같이 각각 1959년과 1961년의 개혁법안들이 이해집단들의 반발로 인하여 좌절을 겪게 되었다. 그리고 이후 수차례의 법안들은 제도의 근본적 개혁보다는 단순히 일시적 재정안정을 목표로 하는 미세조정 수준을 유지하였다. 따라서 모순적인 제도체계를 유지하는 상태에서 보험재정의 안정을 위한 일련의 개혁법안들은 단지 일시적인 효과만 발휘할 뿐 재차 비용의 폭발적 증가로 이어지는 결과를 초래하게 되었다.

다른 일반 사회보험제도와는 달리 공적의료보험제도의 경우 제도의 개혁이 특히 어려운 영역으로 손꼽히고 있다. 그 주된 이유로서 해당 영역의 경우 이해주체의 다양성으로 인해 재정안정화를 목표로 하는 어떠한 개혁법안들도 중

종 주체들 상호간 이해의 대립과 반목을 야기하게 되어 실현가능성이 제약을 받을 수 있기 때문이다. 나아가 전후의 기간동안 지속되어온 의료비용의 폭발적 증가는 의료의 수요 및 공급체계와 관련한 특성 그리고 정치·경제·사회적 측면에서 다양한 요인들 상호간의 작용에 기인을 하고 있는 것으로 판단된다. 이상과 같은 점들을 감안해 볼 경우 공적의료보험의 개혁을 위한 법률은 단순히 거시적 차원의 재정절감정책보다는, 이해관계의 다양성과 상호작용들을 감안한 미시적이고 종합적인 정책을 통해서만 그 실효성을 발휘할 수 있을 것으로 판단된다.

#### 1) 1989년의 의료보험개혁법(Gesundheits-Reformgesetz)

1989년의 의료보험개혁법은 독일 공적의료보험제도의 구조적 결함을 해소하기 위한 목적으로 단행된 최초의 법률로 평가를 받고 있다. 그러나 동 법률은 전통적 기본원리(일례로 연대의 원리, 자치운영의 원리, 조합주의의 원리 등)에 기초하여 제도개혁을 시도하여 근본적 개혁대안의 제시에 있어서는 일정한 한계를 가지게 되었다.

의료보험개혁법은 의료보험재정의 안정화를 목표로 다음과 같은 주요 정책방안을 추구하였다. 첫째, 의료공급체계의 불균형을 해소하기 위한 목적으로 한편으로 의료공급의 과잉문제(일례로 치과와 약품부문)를 해소하고, 다른 한편으로 부문별로 의료공급의 부족문제(일례로 장기요양환자의 재가급여)를 보완할 수 있도록 하였다. 둘째, 의료수요에 있어서 개인의 책임을 강화하기 위하여 입원, 보철 그리고 의약품에 대한 본인부담의 인상이 이루어질 수 있도록 하였다. 셋째, 경제성의 관점에서 진료비심사가 강화되었다. 넷째, 독일의 공적의료보험제도가 완전히 새로운 법률에 기초하여 운영이 될 수 있도록 하는 전기를 마련하였다.

의료보험개혁법의 중요한 의의는 동 법의 발효에 따라 독일의 공적의료보험제도가 전적으로 새로운 법률체계로 편입될 수 있도록 하였다는 점이다. 구체적으로 종전 제국보험법 제2권에 수록되었던 의료보험 관련 법률은 1989년 이

후부터 사회법전(Sozialgesetzbuch) 제5권으로 이관되었다. 이에 따라 향후의 의료보험개혁은 전체 사회보장법률체계와의 연계성을 유지하는 상태에서 이루어질 수 있도록 하는 계기를 마련하게 되었다.

의료보험개혁법의 발효에 따라 1989년 보험재정의 지출규모가 전후 최초로 절감되는 성과를 달성하게 되었으나, 이듬해 1990년 중반 이후 재차 재정지출이 재정수입을 초과하게 되는 현상이 본격적으로 나타나기 시작하였다. 그 주된 이유로서 무엇보다도 통일 직후 동독지역에 대한 보건의료체계의 구축 및 확충으로 인한 비용부담의 증가가 지적될 수 있다. 나아가 이 이외에도 재정절감을 위한 당초의 정책대안들(대표적으로 의사의 의약품 처방 기준선 설정, 의료보험카드의 도입, 경영적으로 부실한 종합병원에 대한 질병금고의 계약해지 권리 등)이 제대로 실시되지 못한 점도 재정부실의 중요한 요인으로 작용을 하였던 것으로 조사되고 있다.

## 2) 1993년의 의료보험구조개혁법(Gesundheitsstrukturgesetz)

1990년대 초반 의료보험 재정지출의 가파른 상승과 보험료의 불안정 문제에 대처하기 위하여 1993년 의료보험구조개혁법이 제정되었다. 동 법률은 정책수단의 내용별 구분에 따라 단기적 조치와 구조적 조치로 나누어 살펴볼 수 있다.

### 가) 단기적 개혁조치

의료보험구조개혁법은 보험재정의 안정성을 회복하기 위한 단기적 방안으로서 전체 보험재정의 70%를 차지하는 병원, 의원, 치과, 의약품, 시설요양에 대한 분야별 총액예산제(Budgetierung)를 한시적으로 도입하였다. 그리고 이러한 총액예산제는 질병금고의 관리운영비에도 비슷한 방법으로 적용될 수 있도록 하였다. 여기서 최초의 총액예산은 1991년의 분야별 재정지출총액을 기준으로 1991년과 1992년의 임금총액 상승률을 적용하는 방식으로 결정되었다. 이 이외에도 치과보철과 의약품 등에 대해서는 각각 수가와 가격의 인하가 직권으로 단행되었다.

## 나) 구조적 개혁조치

의료보험구조개혁법은 분야별로 다음과 같은 구조적 개혁을 단행하였다.

첫째, 종합병원부문에 대한 개혁방안과 관련한 사항이다. 여기에는 대표적으로 ① 종합병원에 대한 수가책정방식으로서 종전 비용보전의 원칙(Selbstkostendeckungsprinzip)을 폐지하고, 대신 난이도를 감안한 건당 정액제(Fallpauschale)와 특별수당제(Sonderentgelte)를 1995년부터 적용 ② 의원과 병원의 연계체계를 강화하기 위한 목적으로 입원 전후의 종합병원 이용과 외래의 수술 허용 ③ 1995년부터 2004년까지 동독지역의 병원시설 투자를 위해 연방, 주정부 그리고 질병금고의 공동재정 프로그램 운영 등이 있다.

둘째, 외래진료와 관련한 사항으로서 대표적으로 ① 1998년까지 수요계획에 따라 보험의사의 수를 통제하도록 하고, 1999년부터는 지역별 수요에 따라 보험의사의 허가를 조정할 수 있도록 함 ② 보험의사의 정년연령을 68세로 운영 함 ③ 치과보철치료 등에 대한 진료점수를 10% 인하하고, 치과부문에 있어서 일정한 기준점수를 설정하여 그 이상에 대해서는 진료점수가 체감되도록 함.

셋째, 의약품 부문의 경우 1990년에서 1992년 사이 전체 보험재정지출의 24% 가량을 차지하여 의료보험구조개혁법에서 중점적인 개혁대상이 되었다. 이와 관련한 조치들로는 대표적으로 ① 의사별로 의약품 처방의 총량을 제한하도록 하고, 만약 그 기준을 초과하게 되었을 경우 보험의사와 제약회사가 그 비용을 분담하도록 함. ② 연대적 기여의 차원에서 1993년과 1994년 의약품의 생산단가를 각각 5% 인하하도록 함. ③ 의약품 거래의 투명성과 질적 보장을 목적으로 '의료보험 적용 의약품 연구소'를 국회의 상임위원회에 설치하고, 1995년까지 의약품 약가표(positive list)를 제작하도록 하는 과제를 부여함. ④ 약품의 낭비문제를 방지하기 위하여 1994년부터 의약품의 포장규격을 기준으로 본인부담금의 수준을 결정하도록 함.

넷째, 질병금고 행정관리체계의 개혁과 관련한 사항이다. 여기에는 대표적으로 ① 1996년까지 전체 보험가입자의 95%에게 질병금고의 선택권을 부여함으로써 경쟁을 통한 보험료 인하의 기반 확충 ② 질병금고간 경쟁의 공정성을 보

장하기 위한 목적으로 개별 보험가입자의 위험을 균등화할 수 있는 위험구조조정제도(Risikostrukturausgleich)를 도입하도록 함. 여기에 반영될 수 있는 위험요소로서 소득·피부양가족의 규모·연령 또는 성별 질병발생 확률이 반영될 수 있도록 함. 그리고 1995년부터 기존의 연금수급자에 대한 재정조정사업을 위험구조조정제도로 대체함. ③ 보험의사법을 질병금고의 종류에 상관없이 동일하게 적용하도록 함. 그리고 이에 따라 기존 보험의사의 신분을 개선하여 모든 질병금고에 동일하게 적용되는 ‘계약의사(Vertragsarzt)’가 될 수 있도록 함. ④ 질병금고의 자치운영기구를 1996년부터 법률에서 정하는 바에 따라 새로이 개편하도록 함. ⑤ 자율적인 차원에서 질병금고 상호간의 합병이 용이하게 이루어질 수 있도록 하고, 특히 주정부의 차원에서 기존의 지역질병금고와 동업조합질병금고의 통합을 지원함.

이전의 의료보험개혁법이 주로 의료수요의 통제를 통하여 보험재정의 안정화를 추구하였던 것과는 달리, 의료보험구조개혁법은 의료공급자와 의료수요자가 재정안정을 위한 경제적 비용의 각각 3/4과 1/4 가량을 분담하도록 하였다. 그리고 동 법률에서는 분야별로 정해둔 목표가 미달하였을 경우 해당 분야를 대상으로 정책적 개입을 할 수 있는 법적 근거를 마련해 두었으며, 개입의 결정·방법 및 수단·주체의 선정에 대해서는 별도의 중재위원회가 결정을 할 수 있도록 하였다. 나아가 비용절감의 일환으로서 의료보험구조개혁법은 의료시설 및 설비의 과잉문제를 제한하기 위하여 행정적 지침의 마련과 질병금고의 권한을 강화하고, 공급자가 의료재원을 효율적으로 활용할 수 있도록 하는 경제적 유인을 제고하였다. 끝으로 무엇보다도 의료보험구조개혁법의 중요한 의의는 질병금고 상호간 경쟁체제를 도입함으로써 장차 모든 의료공급부문에서도 경쟁이 활성화될 수 있는 기반을 마련하였다는 점에서 찾아볼 수 있다.

의료보험구조개혁법의 도입 이후 의료의 공급 및 행정 등 많은 부문, 특히 의약품의 부문에서 괄목할만한 재정절감의 효과가 나타날 수 있게 되었다. 그리고 이러한 긍정적 추세는 1994년까지 이어져 제도개혁의 성과에 대한 정치적·사회적 주목을 받게 되었으나, 1995년 이후부터 다시 의료비용의 증가로 인한 보험재정의 적자문제와 보험료의 인상문제가 점차 본격적으로 발생하게 되었다.

### 3) 1997년의 보험료경감법(Beitragsentlastungsgesetz)과 두 차례의 의료보험개편법(GKV-Neuordnungsgesetze)

1997년 『의료보험의 보험료 경감을 위한 법률(Gesetz zur Entlastung der Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung): 약칭으로 보험료경감법』 그리고 『일차 및 이차의 공적의료보험 자치운영과 자기책임 재규정에 관한 법률(erstes und zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung): 약칭으로 의료보험개편법』이 제정되었다. 이러한 법률은 보험료의 상승을 억제하고 보험재정의 적자문제를 방지하기 위한 목적으로 도입되었다. 중요한 정책적 내용들을 정리해보면 다음과 같다.

첫째, 본인부담을 대폭적으로 인상하고, 정액본인부담금을 연동화 하여 전체적으로 의료보험 재정지출에서 본인부담이 차지하는 비중이 기존의 4%에서 6%로 인상될 수 있도록 하였다. 둘째, 질병금고의 재정안정화 유인을 제고하기 위하여 보험료의 인상과 본인부담의 인상이 상호 연계하여 작동될 수 있도록 하는 제도가 도입되었다. 셋째, 질병금고의 자율권을 확대하고 재정안정을 도모하기 위한 목적으로 일부의 법정급여(교통비, 방문간호, 요양비 등)를 임의급여로 전환하였다. 그리고 보험료의 환불제도, 부가급여에 대한 특별보험료의 징수 등 질병금고별로 자체적으로 운영할 수 있는 사업의 내용을 확대하였다.

### 4) 1999년의 의료보험 연대강화법(GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz)

1998년 10월 총선의 승리를 통하여 슈뢰더를 수상으로 하는 사민당과 녹색당의 연정이 출범함에 따라 보건의료정책의 방향에 있어서 상당한 변화가 발생하게 되었다. 그 일환으로 1999년의 의료보험 연대강화법은 이듬해인 2000년의 의료보험 대개혁을 위한 예비적 단계의 조치로서 다음과 같은 목적으로 도입되었다. 첫째, 이전의 정권에서 채택한 본인부담의 포괄적 인상과 매년도의 자동적 재조정이 폐지되도록 하였다. 둘째, 질병금고별로 보험료의 인상과 본인부담의 인상 상호간의 연계장치 역시 폐지되도록 하였다. 셋째, 공적의료보험제도에

포함되어 있는 민영보험적 요소(일례로 보험료의 환불제도, 비용의 사후보전제도, 정관에 의해 별도의 보험료 재원으로 운영되는 부가급여 등)를 폐지하도록 하였다.

의료보험 연대강화법은 이전 정권에서 재정절감을 목적으로 추진한 급여제한의 조치들 가운데 일부를 완화하였다. 대표적으로 의약품의 포장규격별로 적용되던 본인부담금의 수준을 인하하고, 초과보철에 대한 지원방식을 기존의 정액 지원방식에서 현금급여로 전환하는 조치가 단행되었다.

#### 5) 의료보험개혁 2000(GKV-Gesundheitsreform)과 의료보험의 법률조정법(Gesetz zur Rechtsangleichung in der GKV)

사민당과 녹색당 연합정부는 의료보험체계의 총체적 개혁을 위한 일환으로 1999년 6월 의료보험개혁법안을 의회에 제출하였다. 동 법안은 ‘부담 가능한 보험료로 양적·질적으로 충분한 의료서비스의 제공’을 목표로 총 16개의 영역에서 의료자원의 낭비를 초래하는 적자요인 제거하고 동시에 질병금고 상호간 그리고 의료공급자 상호간 경쟁을 활성화함으로써 의료시스템의 효율성과 질적 능력을 제고하고자 하였다. 의료보험개혁법안의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다: ① 외래와 입원 간 연계성 강화 ② 가정의의 역할 강화 ③ 종합병원의 수가체계를 단순화하기 위하여 질병군별 포괄수가제(DRG) 도입 ④ 건강증진사업의 활성화 ⑤ 환자의 권리 확대 ⑥ 진료의 과정에서 의료기술 적용의 적절성 심사 ⑦ 외래·입원·처방약품으로 구분하여 적용되던 예산의 상한을 하나의 총액으로 설정하여 전국규모로 예산을 결정하도록 하는 총액예산제(Globalbudget)의 도입 등.

의료보험개혁법안의 기본방향에 대하여 모든 관련단체들이 광범위한 지지의사를 표현하였으나, 이후 법안의 입안과정에서 의료공급자들이 총액예산제로 인한 경제적 피해와 진료권의 침해 등을 이유로 반대세력으로 활동을 하였다. 나아가 이러한 총액예산제와 일부 법안의 내용은 주정부의 대표자로 구성된 연방상원(Bundesrat)의 동의가 반드시 필요로 하였으나, 연이은 지방선거에서 사민

·녹색 연립정부의 패배로 원안대로의 통과가 불가능하게 되었다. 따라서 연립 정부는 논란의 대상이 되었던 주요 개혁대안들을 제외한 상태에서 의료보험개혁법안을 의회에 제출하여 마침내 2000년 1월 1일 제정이 될 수 있게 되었다.

의료보험개혁법은 당초의 총액예산제 대신 영역별 예산제를 채택하고, 질병금고와 의료공급자간 수가계약의 책정시 보험료의 안정성을 일차적으로 고려하도록 의무화하였다. 그리고 종합병원의 재정안정과 경영효율성을 제고하기 위한 목적의 질병군별 포괄수가제는 주정부의 반대로 인하여 도입이 좌절되었으며, 환자의 인적정보와 진료비정보를 상호 연계하고자 하였던 방안 또한 도입이 될 수 없게 되었다.

새로이 제정된 의료보험개혁법의 주요 내용을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 의료의 질적 수준을 제고하기 위하여 의료공급의 영역별로 ‘자체의 질적 관리’(interne Qualitätsmanagement)를 의무화하고 동시에 공급자 상호간 연계체계를 강화하도록 하였다. 둘째, 위원회의 활동영역을 확대하기 위하여 의사/치과의사연방위원회와 보험의사연방위원회 이외에 별도로 종합병원연방위원회가 새로이 신설되었다. 그리고 개별 영역 상호간 조정능력을 활성화하기 위한 일환으로 별도로 조정위원회(Koordinierungsausschuss)가 운영이 될 수 있게 되었다. 셋째, 예방·건강증진·환자상담 등과 관련한 사업이 활성화될 수 있도록 하고, 이러한 업무는 질병금고연합회에서 담당하도록 하였다.

2001년에는 의료보험의 법률조정법이 제정되어, 종전 서독지역과 동독지역으로 구분하여 운영되어 오던 제반의 규정(대표적으로 회계방식, 위험구조조정 등)들이 통일적으로 적용될 수 있도록 하였다. 그리고 2003년 『종합병원에 대한 질병군별 포괄수가제의 도입에 관한 법률』(Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser)이 제정되어 관련 제도의 도입과 경과규정에 대한 내용을 명시해 두었다. 그리고 의약품 부문에 있어서는 예산제가 폐지되고, 대신 관련 당사자간 자율적 계약을 통하여 비용의 절감이 이루어질 수 있도록 하였다. 대신 의약품에 대한 본인부담금의 수준은 한시적으로 연방보건복지부에서 별도로 규정을 통하여 결정을 하도록 하였다.

의료보험개혁법과 이후 제정된 일련의 법률에도 불구하고 2001년과 2002년에

는 이미 의료보험 재정지출의 증가율에 비해 재정수입의 증가율이 현저하게 둔화되는 현상을 보이게 되었다. 이에 연방정부는 2003년 1월 1일 『보험료 안정화법』(Beitragsicherungsgesetz)을 제정하여 보험재정의 적자를 해소하기 위한 긴급 대안들을 마련하고, 동시에 재정안정을 위한 질병금고의 결정권한을 확대하는 조치를 단행하였다.

#### 6) 2004년의 의료보험 현대화법(GKV-Modernisierungsgesetz)

의료보험 현대화법은 독일 의료보장제도의 구조적 개혁을 통하여 의료공급체계의 효율성, 질적 수준 제고 그리고 의료보험의 재정안정을 목표로 2004년 1월 1일 발효되었다. 동 법안은 사전에 여당과 야당의 상호 합의를 바탕으로 작성이 되었기 때문에 의회의 심의과정에서 별다른 이견이 없이 통과될 수 있게 되었다.

의료보험 현대화법은 대대적인 재정절감조치를 통하여 재정안정과 보험료의 절감을 도모하고자 하였다. 정부의 재정전망에 따르면 동 법안의 발효에 따라 2004년 총 98억 Euro의 재정지출을 삭감함으로써 의료보험료의 수준이 평균적으로 전년도 14.3%에서 13.6%로 인하되는 효과가 발생할 것으로 기대하고 있다. 나아가 중장기적으로 2007년에는 치과보철과 상병급여에 대한 재정조달방식의 변경 등을 통하여 전체적으로 대략 230억 Euro의 보험재정을 절감하여 의료보험료가 12.15%의 수준으로 인하될 것으로 전망되고 있다.

의료보험 현대화법의 기본방향은 개략적으로 본인부담의 내용과 수준 확대, 사용자의 비용부담 경감, 급여의 대폭적 삭감 그리고 보충적 의료보험의 도입으로 정리해 볼 수 있다. 이에 근거한 세부적 내용을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 환자의 자주권을 강화하기 위하여 환자대리인제도(Patientenbeauftragten) 그리고 의료정책의 결정과정에서 환자 또는 장애인단체의 참여권(Mitbestimmungsrecht)이 최초로 도입되었다. 둘째, 의료서비스의 질적 개선을 위하여 독립적인 ‘의료의 질과 경제성 연구소’를 설립하여 급여의 내용을 심사할 수 있도록 하고, 나아가 모든 의료인력에 대한 보수교육을 의무화하였다. 셋째,

분업과 협업의 차원에서 의원과 병원의 연계체계를 강화하고, 의학과 전통의학의 협진이 용이하게 이루어질 수 있도록 한다. 넷째, 기존의 총액보수제(Gesamtvergütung)는 2007년부터 질병의 종류별로 구분된 표준보수제(Regelleistungsvolumina)로 전환을 하도록 한다. 다섯째, 의약품에 대한 현행의 정액부담제를 변경하고, 의사의 처방의무가 없는 의약품에 대해서는 원칙적으로 급여항목에서 제외하도록 한다. 여섯째, 치과보철에 대해서는 2005년부터 상대적으로 정액의 보조금이 지급되도록 하고, 이에 대해서는 가입자가 별도로 납부하는 정액의 보험료를 통하여 충당하도록 한다. 일곱째, 장제비, 출산수당, 불임시술, 안경, 인공수정, 교통비 등에 대한 급여는 대폭적으로 축소 조정하도록 한다. 그리고 상병급여에 대해서는 2006년부터 가입자(사용주는 제외)가 전액 부담하는 추가적인 보험료를 통하여 지원이 될 수 있도록 한다. 여덟째, 모든 의료서비스에 대해서는 비용의 10%를 환자가 부담하도록 하고, 최고 10Euro를 초과할 수 없도록 한다. 그리고 외래진료의 경우 환자는 의사에게 분기당 10Euro의 방문료(Praxisgebühr)를 지불하여야 한다. 다만 개별 가정의 경제적 부담을 경감해 주기 위한 보완적 조치로서 본인부담금은 연간 가계소득의 2%를 초과할 수 없도록 하고, 만성 질환자의 경우 그 비율을 1%의 수준으로 적용하고 있다. 아홉째, 산전후휴가급여의 재원은 일반조세에서 충당하도록 하고, 그 비용은 담뱃세에서 충당하도록 한다. 열 번째, 환자용 영수증의 발급을 의무화하고, 나아가 2006년부터 전자의료보험카드가 발급되도록 한다.

의료보험 현대화법의 시행과정에서 치과보철에 대한 정액보험료에 대한 문제가 지적되어 소득비례 추가보험료의 형태로 변경이 되었다. 이에 따라 치과보철 그리고 상병급여에 대한 추가보험료는 2005년 7월부터 0.9%의 수준에서 부과될 수 있도록 하였다. 그리고 법률의 개정을 통하여 현재 종합병원별로 달리 운영해 오고 있는 수가체계를 2009년부터 전국적으로 통일된 기준에 의하여 적용되는 포괄수가제도를 도입한다.

의료보험 현대화법의 중요한 특징 가운데 하나로서 순수한 보험목적 이외의 사업들(일례로 통일비용, 분배적 비용 등)로 인한 비용에 대하여 국가가 최초로 재정보조를 할 수 있도록 하는 규정을 두었다는 점을 지적할 수 있다. 이에 따

라 국가는 2004년 10Euro, 2005년 25억Euro 그리고 2006년부터는 매년 42억Euro를 보조금의 형태로 지급하게 됨으로써 보험재정의 안정에 기여를 할 수 있게 되었다.

## 7) 21세기의 의료보장을 위한 정당별 개혁모델의 논쟁

### 가) 독일 의료보장체계에 대한 근본적 개혁의 필요성과 개혁의 기본방향

독일의 현행 의료보장체계는 구조적 결함의 문제에 직면하고 있다. 먼저 의료기술의 발전과 고령인구의 급속한 증가에도 불구하고 비효율적인 의료시장의 환경은 자원의 낭비와 함께 국민경제의 의료비부담을 가중하고 있다. 다음으로 단기적으로는 높은 실업률에 따른 고용의 불안정과 경기침체 그리고 중장기적으로 인구의 고령화 추세로 인한 생산인구의 감소 등은 의료보험의 재정적 기반을 위협해 오고 있다. 이러한 근본적인 모순구조에 대한 대수술이 없는 상태에서 그동안 단행되어 왔던 일련의 개혁조치들은 단지 일시적인 차원에서만 재정안정의 효과를 가져왔을 뿐 일정한 시차를 두고 재차 의료비지출의 가속적 증가를 초래하게 되는 한계를 보이고 있다. 특히 보험료의 인상은 공히 노동시장의 수요와 공급의 측면에서 부정적인 영향을 미치게 되어 재정수지의 불균형으로 인해 또 다시 보험료의 인상이 필요로 하게 되는 악순환의 문제를 야기하고 있다.

이상에서 언급한 독일 의료보장체계의 구조적 모순에 대한 인식과 사회적 위기감으로 인하여 대대적인 제도개혁의 필요성에 대한 공감대가 점차 확산되어 가고 있다. 이에 대처하여 현재 독일에서는 다양한 개혁방안들이 논의되고 있으며, 대표적으로 기민당(CDU)과 기사당(CSU)의 ‘연대적 건강보험료 모델’(Solidarisches Gesundheitsprämien-Modell) 그리고 사민당(SPD)과 녹색당(Die GRÜNEN)의 ‘국민보험 모델’(Bürgerversicherungs-Modell)이 실현가능한 대안으로 다루어지고 있다. 의료보장체계의 개혁방안에 대한 이질성에도 불구하고 공히 추구하여야 하는 기본목표는 다음과 같이 정리해 볼 수 있다(Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 2005). 첫째, 중장기적으로 인구구조와 경제·

사회적 환경의 변화에도 불구하고 재정적 지속가능성이 보장될 수 있어야 한다. 둘째, 부대적 인건비의 증가로 인해 경제성장과 고용에 미치는 부작용이 억제될 수 있도록 하여야 한다. 셋째, 독일 의료보장의 기본원리가 되는 연대성과 분배정의가 유지될 수 있도록 하여야 한다. 넷째, 의료시장의 전반적 영역에 걸쳐 경쟁의 원리가 활성화될 수 있도록 하여야 한다.

#### 나) 기민당과 기사당의 연대적 건강보험료 모델

독일의 보수정당인 기민당과 기사당은 ‘의료보험의 개혁을 위한 사회보장위원회’를 결성하여 다음과 같은 기본방향을 충족할 수 있는 개혁방안의 마련을 의뢰하였다. 첫째, 장래에도 첨단 의료서비스가 모두에게 제공될 수 있도록 하고, 동시에 이를 위한 비용은 사회적으로 공정한 방법으로 분담이 될 수 있는 방안이 강구되어야 한다. 둘째, 의료비용의 투명성이 확보되어야 하고, 보험자 상호간 경쟁이 강화될 수 있는 제도적 기반이 강구되어야 한다. 셋째, 의료비지출과 인건비 상호간 연계성이 가급적 배제될 수 있도록 하여야 한다. 넷째, 인구의 고령화에도 불구하고 보험재정의 수입기반이 안정적으로 확보될 수 있도록 하여야 한다. 이상과 같은 과제를 충족하기 위하여 사회보장위원회는 2003년 6월 ‘건강보험료 모델’을 주요 골자로 하는 보고서를 제출하였으며, 이는 같은 해 12월 제17차 전당대회에서 공식적인 당론으로 확정이 되었다.

연대적 건강보험료 모델은 현행의 보험료 부과체계를 폐지하고, 대신 새로이 총액건강보험료(Gesamt-Gesundheitsprämie)를 도입하고, 이는 개인적 건강보험료(persönliche Gesundheitsprämie)와 사용자보험료(Arbeitgeberprämie)로 구성이 될 수 있도록 하는 것을 핵심적 내용으로 하고 있다. 아래에서는 동 모델의 주요 특징에 대해 간략하게 설명해 보고자 한다.

##### (1) 개인적 건강보험료

개인적 보험료는 성인을 대상으로 현재가치로 월 109Euro로 책정하고, 대신 아동에 대해서는 보험료의 면제혜택이 주어질 수 있도록 한다. 제도의 구체적

인 내용을 살펴보면 모든 개인은 자신의 근로소득을 기준으로 7%의 보험료를 납부하여야 하며, 그 금액은 최고 109Euro를 초과할 수 없도록 하고 있다. 이에 따라 중산층 이상의 고소득자는 현행의 제도에 비해 상당한 보험료의 경감혜택을 누릴 수 있게 되며, 이는 근로유인의 측면에서는 물론 의료보장에 대한 개인적 자율성의 측면에서도 긍정적인 효과를 가져다 줄 수 있을 것으로 기대가 되고 있다. 반대로 개인이 납부하게 될 보험료가 109Euro를 미달하게 되었을 경우 나머지의 차액에 대해서는 별도의 특별기금(Sondervermögen)에서 충당이 되도록 한다.

공적의료보험제도의 적용대상은 현행과 같이 유지하고, 이에 따라 공무원이나 고소득자는 제도의 강제적용에서 제외가 될 수 있도록 한다. 그리고 소득이 없는 전업주부에 대해서는 배우자의 소득을 반분(Ehegattensplitting)하여 이를 기준으로 개인적 건강보험료의 납부가 이루어질 수 있도록 한다. 이러한 방안은 소득상한선 이상의 고소득자들 가운데 상당수가 제도의 강제적용에서 제외되는 것을 방지하게 되는 효과를 가져다 줄 수 있을 것으로 예상된다. 나아가 자영업자들에 대해서는 현행과 같이 임의적용을 허용하고, 일반가입자들의 경우와는 달리 개인적 보험료만으로 공적의료보험의 가입이 이루어질 수 있도록 한다.

## (2) 사용자보험료

보험료의 노사 반반부담의 원칙을 폐지하고, 대신 사용자보험료는 원칙적으로 6.5%의 수준에서 고정이 될 수 있도록 한다. 이에 따라 사용자보험료는 인구의 고령화나 의학기술의 발전에 따른 의료비지출의 증가에도 불구하고 일정한 수준을 유지할 수 있도록 함으로써 기업의 인력채용에 긍정적인 작용을 할 수 있을 것으로 예상된다. 그리고 중장기적으로 사용자보험료는 세제혜택을 통해 보전해 주는 방안을 강구하도록 함으로써 기업의 인건비 부담이 획기적으로 경감될 수 있도록 한다.

사용자보험료와 타사회보장제도의 재정지원(일례로 연금수급자 등 사회보장

수급자들의 의료보험료)은 별도의 특별기금에서 관리가 될 수 있도록 한다. 그리고 특별기금은 모든 가입자들이 자신의 소득에 상관없이 동일한 수준의 개인적 보험료(109Euro)를 납부할 수 있도록 하기 위한 재원으로 활용이 되도록 한다. 이러한 방안은 한편으로는 소득의 재분배를 통하여 제도의 연대적 기능에 기여를 할 수 있고, 다른 한편으로는 모든 가입자가 개인별 평균비용에 상당하는 금액의 보험료를 납부하게 됨으로써 질병금고 상호간 공정한 경쟁의 기반을 조성해 줄 수 있다는 점에서 그 의의를 찾아볼 수 있다.

### (3) 총액건강보험료

총액건강보험료는 개인적 건강보험료와 사용자보험료로 구성이 된다. 여기서 총액건강보험료는 가입자 개인별로 자신의 소득수준, 연령, 건강상태, 성 그리고 가족구성에 상관없이 모두에게 동일하게 적용되는 정액의 인두세보험료(Kopfprämie)로 기능을 하게 된다. 그리고 총액건강보험료는 질병금고가 가입자 1인당 평균적으로 지급하는 비용을 충당하는 수준에서 결정이 되며, 현재의 기준으로 그 금액은 월 169Euro가 된다. 나아가 이러한 기능에 따라 총액건강보험료는 현행과 같이 자의적이고 객관적 기준을 결여하고 있는 위험구조조정사업을 대체하도록 함으로써 행정비용의 절감효과는 물론 모든 질병금고들이 가입자의 확보를 목표로 공정한 경쟁을 할 수 있는 여건을 마련해 주는 효과도 가져다 줄 것으로 기대가 되고 있다.

### (4) 아동에 대한 보험료의 면제

아동은 세대간 연대적 기능을 바탕으로 운영되는 사회보장제도의 존립을 위해 필수적인 전제조건이 되므로 이들에 대해서는 보험료가 면제될 수 있도록 한다. 그리고 그에 상당하는 비용은 부담의 공정성을 위한 차원에서 전액 조세재원에서 충당하도록 한다. 다만 연대적 건강보험료 모델의 도입 초기 소요재원의 책정을 위한 일환으로 당해연도에 한해서 예외적으로 사용자보험료에서 지원이 될 수 있도록 한다.

## (5) 미래에 대비한 적립금의 운영

연대적 건강보험료 모델은 미래 의료비지출의 일정부분을 충당할 수 있는 적립금(kapitalgedeckte Vorsorgeelemente)의 조성을 제시하고 있다. 그리고 이를 위한 재원은 특별기금에서 충당하도록 하고 있다.

## (6) 경쟁의 활성화

질병금고 상호간 경쟁은 보험자들이 가입자 개인별 선호에 상응하는 다양한 보험 상품을 저렴한 가격으로 운영할 수 있도록 하는 압력으로 작용을 할 수 있다. 나아가 연대적 건강보험료 모델은 의료공급주체들 상호간에도 경쟁관계가 활성화될 수 있는 다양한 대안을 제시하고 있다.

이상과 관련한 내용을 간략하게 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 모든 의료공급의 영역에 있어서 경쟁관계가 강화될 수 있도록 하기 위하여 계약체결방식이 자율화될 수 있도록 한다. 그 일환으로서 먼저 외래부문의 경우 보험회사연합회의 독점적 권한을 제한하고 전문의의 공급체계를 재조정하도록 한다. 다음으로 병원부문의 경우 질병금고와 종합병원 간 개별적인 계약체결이 허용될 수 있도록 한다. 둘째, 외래-입원-재활을 연계하는 통합의료체계가 활성화될 수 있도록 하고, 이를 하나의 단위로 하여 질병금고와 계약이 체결될 수 있도록 한다. 셋째, 가입자의 확보를 위한 민간의료보험 상호간의 경쟁이 원활하게 이루어질 수 있도록 하여야 한다. 그 일환으로서 민간의료보험자는 보험료의 일정부분을 가입자 개인별 적립금(kapitalgedeckte Vorsorgeanteile)으로 조성하여야 하며, 보험자의 변경 시 이의 이전이 이루어질 수 있도록 한다.

## 다) 사민당과 녹색당의 국민보험 모델

녹색당의 정책적 공조 하에서 사민당은 2003년 11월 전당대회에서 연대성, 공정성, 경제성을 기본목표로 하는 국민보험 모델을 당론으로 확정을 하였다. 이와 관련하여 먼저 연대성의 차원에서 모든 사람들이 자신의 능력에 따라 보험료를 부담할 수 있도록 하는 의료보험체계가 확립되어야 한다. 다음으로 공

정성의 차원에서 의료보험의 재원은 근로소득을 포함한 모든 소득원에 대하여 부과될 수 있도록 하여야 한다. 마지막으로 경제성의 차원에서 모든 가입자들에게 보험자(질병금고 또는 민간의료보험)의 선택권을 보장함으로써 완전한 경쟁의 기반을 확립하고, 이를 통하여 보험재정의 절감효과와 보험료의 안정이 장기적으로 유지될 수 있도록 한다. 이상과 같은 기본목표를 추구하는 국민보험 모델의 주요 내용을 정리해 보면 아래와 같다.

#### (1) 전 국민에 대한 국민보험의 적용

국민보험 모델은 모든 국민을 적용대상으로 하고, 그 일환으로서 기존의 ‘보험적용의 상한선’(Versicherungspflichtgrenze)을 폐지하도록 한다. 그리고 질병금고는 원칙적으로 국민보험의 적용을 받도록 하고, 민간의료보험에 대해서도 동일한 조건으로 국민보험을 운영할 수 있는 권한을 부여한다. 가입자들의 확보를 위한 보험자들 상호간 경쟁이 공정하게 이루어질 수 있도록 하기 위하여 개인별 수지율(즉, 보험료 대비 급여)을 표준화할 수 있는 위험구조조정사업을 강화하도록 한다.

국민보험의 운영에 있어서 개별 보험자에게 부과되는 최소한의 조건은 다음과 같다. 첫째, 근로소득과 자산소득에 비례하는 보험료가 부과되도록 하고, 근로소득에 연계된 보험료에 대해서는 노사 반반부담의 원칙이 적용되어야 한다. 둘째, 보험자는 ‘가입자의 선별권’(Rosinenpickerei)을 행사할 수 없으며, 따라서 개인이 가입을 신청을 하면 조건 없이 이를 수락하여야 한다. 셋째, 모든 보험자는 국민보험에서 정한 급여의 내용과 수준을 동일한 조건으로 제공할 수 있어야 한다. 넷째, 소득이 없는 부양가족에 대해서는 현행과 같이 보험료의 부담이 없이 의료보험의 혜택을 부여하여야 한다. 다섯째, 현물급여의 원칙이 준수되어야 한다.

국민보험 모델은 모든 개인에게 질병금고 또는 민간의료보험에 상관없이 보험자를 임의로 선택할 수 있는 권한을 부여하고 있다. 그리고 종전부터 민간의료보험에 가입을 해왔던 사람에 대해서는 기존의 계약관계를 유지하거나 해당 보험자가 제공하는 국민보험에 가입이 가능하도록 하고 있다. 그러나 신규의

의료보험 적용자는 반드시 국민보험에만 가입을 하여야 하며, 이 경우에도 질병금고 또는 민간의료보험을 본인의 희망에 따라 선택할 수 있다.

## (2) 의료보험료의 이원화

국민보험 모델은 개인별로 각각 근로소득과 자산소득에 비례하는 보험료의 부과방안을 제안하고 있다. 이러한 의료보험료의 이원화와 전 국민에 대한 국민보험의 적용확대는 부대적 인건비를 경감하여 노동시장에도 긍정적인 효과를 가져다 줄 수 있을 것으로 기대가 되고 있다. 그리고 국민보험은 소득상한선(Beitragsbemessungsgrenze)의 적용을 제안하고 있다.

국민보험 모델에 따르면 먼저 근로소득에 비례하는 ‘일층의 보험료’(erste Säule der Beiträge)는 근로소득은 물론 자영소득, 연금 또는 실업급여 등 사회보장급여에 대하여 부과하고, 현행과 같이 소득상한선을 적용하도록 한다.

다음으로 자산소득에 비례하는 보험료는 이자소득, 배당소득, 임대소득 등에 대하여 부과하도록 한다. 국민보험 모델은 구체적인 보험료의 부과방식과 관련하여 아래와 같은 두 가지의 대안을 제시하고 있다. 구체적으로 ‘일층의 보험료’(zweite Säule der Beiträge) 부과방식은 별도의 소득상한선까지 보험료를 부과하고, 조세법에 근거하여 자산소득에 대한 기초공제(현재가치를 기준으로 1,340Euro/년)를 적용하도록 한다. 그리고 이러한 보험료는 국세청의 소득 자료에 기초하여 부과를 하도록 한다. 또 다른 대안으로서 ‘자산세 모델’(Kapital-Steuer-Modell)은 자산소득에 대한 별도의 목적세를 도입하여 국민보험의 재원으로 충당하도록 하는 방안을 제안하고 있다. 그리고 이러한 모델에서는 조세의 특성을 감안하여 소득상한선이 적용될 수 없도록 하고 있다.

## (3) 의료서비스의 질적 수준 제고를 위한 경쟁의 강화

모든 국민에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위한 일환으로서 의료공급자 상호간 경쟁이 활성화될 수 있도록 하여야 한다. 그 일환으로서 질병금고, 보험의사 그리고 종합병원 상호간 직접적인 계약이 이루어질 수 있도록 한다. 그리고 통합의료체계와 전문적 진료프로그램 등이 원활하게 실현될 수 있는 제도적

기반을 확충하도록 한다. 나아가 환자의 의사 선택권이 확대될 수 있도록 하고, 동시에 의료서비스의 질적 수준을 반영할 수 있는 수가체계가 도입될 수 있도록 한다.

### 3. 공적의료보험제도의 구성체계

#### 가. 제도운영의 기본원리

약 120년에 걸친 독일 공적의료보험제도의 역사에서 핵심적으로 유지되어 온 기본원리로는 현물급여의 원리, 연대성의 원리, 자치운영의 원리 그리고 분산관리의 원리가 언급될 수 있다. 이러한 기본원리는 일부의 경우 과거 중세시대의 전통으로부터 유래된 것도 있고, 동시에 일부는 비스마르크의 입법 당시 특별한 정책적 의도에서 채택된 것도 있는 것으로 알려지고 있다. 따라서 이러한 기본원리들에 대한 고찰은 오늘날 독일 의료보장제도의 고유한 특성을 이해하는데 도움이 될 수 있을 것으로 판단된다.

#### 1) 현물급여의 원리

현물급여의 원리(Sachleistungsprinzip)는 공적의료보험제도의 도입 당시 모든 가입자들이 원칙적으로 과도한 경제적 부담이 없이 의료서비스를 받을 수 있는 제도적 환경을 구축하기 위한 정책적 의도로 채택되었다. 그리고 이러한 현물급여의 원리가 원만하게 작동될 수 있도록 하기 위해서는 공적의료보험자인 질병금고는 의료의 공급자들과 의료서비스 및 수가 등과 관련한 별도의 계약을 필요로 하게 된다.

현물급여의 원리는 소득수준에 상관없이 모든 가입자에게 동등한 의료보장의 혜택이 돌아갈 수 있도록 하고, 동시에 질병의 발생 시 환자 개인별로 가장 적절한 의료서비스를 제공해 줄 수 있다는 장점을 가지고 있다. 그러나 이러한 현물급여는 가격기능의 불완전성과 비용책정의 불투명성 등으로 인하여 한정된 의료자원을 효율적으로 활용할 수 있는 경제적 유인이 제대로 작동을 할 수 없

는 문제를 보일 수 있다.

이와는 달리 비용보상의 원리(Kostenerstattungsprinzip)는 환자 개인이 의료서비스의 비용을 일차적으로 부담을 하고, 사후적으로 영수증을 토대로 비용의 전부 또는 일부를 보전받을 수 있도록 하는 방안이 된다. 일반적으로 공적의료보험자인 질병금고의 경우 지원의 수준은 기존의 현물급여에 상당하는 금액에서 결정이 되는 반면, 민간의료보험의 경우 대개 약관에서 정한 바에 따라 비용의 일정비율로 지급이 된다. 그리고 지불방식으로서 비용보상의 원리가 채택될 경우 한편으로는 환자들의 비용인식과 가격결정의 투명성이 제고될 수 있으며, 다른 한편으로 의료보험자와 의료공급자 상호간 별도의 계약체결이 필요로 하지 않아 행정비용의 절감효과가 발생할 수 있는 장점이 있다. 2004년 의료보험 현대화법의 발효에 따라 현행 현물급여의 원리에 대한 보완대책의 일환으로 일부의 의료서비스 항목에 대하여 비용보상의 방식이 적용될 수 있도록 하였다.

## 2) 연대성의 원리

공적의료보장제도에 있어서 ‘연대성의 원리’(Solidarprinzip)는 다음과 같은 방식으로 적용되고 있다. 먼저 비용부담의 측면과 관련한 사항이다. 모든 가입자가 자신의 소득에 비례하여 납부하여야 하는 ‘능력의 원칙’(Leistungsprinzip)이 적용되고 있다. 이러한 능력의 원칙은 보험료의 부담에 있어서 고소득계층과 저소득계층 상호간 소득의 이전이 이루어질 수 있도록 하는 ‘수직적 재분배’(vertical income redistribution) 그리고 개인별로 나이, 건강상태, 성 그리고 가족구성 등에 상관없이 보험료를 부과하는 ‘수평적 재분배’(horizontal income redistribution)를 실현할 수 있는 기반으로 작용을 하게 된다. 다음으로 급여의 측면과 관련한 사항으로서 여기서 연대성의 원리는 소위 ‘필요의 원칙’을 바탕을 두고 있다. 구체적으로 모든 가입자는 자신이 납부한 보험료에 상관없이 개인별로 질병의 치료를 위해 요구되는 의료서비스를 제공받을 수 있다. 이상의 내용을 요약하면 독일의 공적의료보험제도에 있어서 개인은 자신의 능력을 기준으로 비용을 부담하게 되는 반면, 급여는 질병의 치료를 위한 필요를 기준으로 제공이 될 수 있도록 하는 특성을 보이고 있다.

## 3) 조합주의에 바탕을 둔 분산관리의 원리

독일의 공적의료보험제도는 다수의 질병금고에 의해 분산 운영되는 특성을 보이고 있다. 질병금고는 직역별·직종별·지역별 특성에 따라 크게 8가지의 종류가 있으며, 2004년 현재 총 280개의 질병금고가 법적으로 독립된 공공법인의 형태로 운영되고 있다. 이와 관련한 세부적 내역을 살펴보면 ① 17개의 지역질병금고 ② 222개의 직장질병금고 ③ 19개의 동업조합질병금고 ④ 9개의 농민질병금고 ⑤ 7개의 사무직근로자 대체금고 ⑥ 4개의 공장근로자 대체금고 ⑦ 1개의 해양질병금고 ⑧ 1개의 광산금고가 공적의료보험제도의 보험자로 활동을 하고 있다. 아래의 <표 III-6>에서 보는 바와 같이 질병금고의 수는 1908년 총 22,887개에서 규모의 경제를 위한 국가의 노력에 따라 꾸준히 줄어들어 왔으며, 특히 의료보험구조개혁법과 의료보험 현대화법의 발효에 따라 이러한 경향이 두드러지게 나타나게 되었다.

<표 III-6> 공적의료보험제도 가입자의 규모와 질병금고의 수에 대한 역사적 변화과정

연 도	가입자수(백만명)	질병금고의 수
1908	10.0	22,887
1914	16.0	13,500
1932	18.7	6,000
1938	23.2	4,600
1951	20.0	1,992
1955	22.7	2,070
1960	27.1	2,028
1970	30.6	1,815
1980	35.4	1,319
1990	37.8	1,147
1991 <sup>1)</sup>	50.3	1,135
1995	50.7	898
2000	51.1	414
2004	50.8	280

주: 1) 1991년부터의 자료는 통일 이후 전체 독일지역을 대상으로 집계된 것임.

자료: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Übersicht über das Sozialrecht, 2005.

공적의료보험제도의 분산관리방식은 제도 도입 당시 합리성이나 효율성을 목표로 하는 어떠한 정책적 의도보다는, 길드제도에 바탕을 둔 동업조합의 기능을 계승·발전시키기 위한 차원에서 채택이 되었다. 이러한 분산관리체계는 다음과 같은 장점을 가지고 있다(이정우, 2002). 첫째, 민주적 제도운영과 가입자들의 다양한 욕구를 수렴할 수 있는 기반이 될 수 있다. 둘째, 직역·직종·지역별로 특수한 수요를 제도의 운영과정에서 반영해 줄 수 있는 장점이 있다. 셋째, 분산관리방식은 개별 질병금고의 단위로 보험료의 부과와 급여의 지급이 이루어지게 되므로 비용의 분담과정에서 가입자의 반발을 최소화할 수 있다. 반대로 분산관리방식은 다음과 같은 단점을 보이게 된다. 첫째, 다보험자에 의한 제도의 운영으로 인하여 행정관리비용이 과도하게 발생하게 되는 문제가 있다. 둘째, 분산관리방식은 한편으로는 동일한 제도체계 하에서 질병금고별로 차별적인 보호가 이루어지게 되는 형평성의 문제, 다른 한편으로는 제도의 복잡성에 따른 국민들의 불편을 초래할 수 있다. 셋째, 다보험자 방식으로 인하여 공동체의 규모가 상대적으로 작아서 위험분산의 기능과 분배적 기능이 제한을 받게 되는 문제가 있다.

#### 4) 자치운영의 원리

공적의료보험제도의 관리주체가 되는 질병금고는 법적으로 독립된 공공법인으로서 노사의 자율적 참여를 바탕으로 하는 자치운영의 원리(Selbstverwaltungsprinzip)에 입각하여 운영이 되고 있다. 여기서 제도운영에 대한 참여는 개별 질병금고에 소속된 가입자와 사용자가 매 6년마다 실시되는 ‘사회보험선거’(Sozialwahl)를 통하여 선출한 대의원들에 의해 이루어지게 되는 간접적 방식을 적용해 오고 있다. 이에 따라 질병금고의 자치운영은 가입자와 사용자를 대표하는 대의원들이 각자의 판단과 책임을 바탕으로 자율적으로 제도를 운영하도록 하고, 대신 국가는 법률에 근거하여 총괄적인 감독권을 행사하는 방식을 채택하고 있다.

이상과 같은 자치운영의 원리는 다음과 같은 기본정신을 바탕으로 하고 있다

(Blüm, 1993). 첫째, 참여민주주의의 원칙이다. 구체적으로 자치운영의 원리는 개별 질병금고의 경영과 중요한 정책사안과 관련한 의사결정의 과정에서 가입자 및 사용자의 대표를 참여하도록 함으로써 제도운영의 민주성을 확보할 수 있다. 둘째, 권력분산의 원칙이다. 자치운영의 원리는 조합운영과 재정운용에 있어서 독립성을 보장함으로써 관료화의 문제와 정치적 목적의 제도개입을 방지할 수 있다. 셋째, 다원주의의 원칙이다. 자치운영의 원리는 다양한 사회계층에게 제도참여의 기회를 제공함으로써 다양한 사회적 욕구가 민주적인 절차와 방법으로 수렴될 수 있도록 하고 있다. 나아가 자치운영의 원리는 내부적인 이해조정과 절차를 통하여 각종의 이해갈등을 자체적으로 해결할 수 있는 제도적 기반을 조성해 줄 수 있다.

#### 나. 적용대상

독일의 공적의료보험제도는 최초로 산업근로계층만을 대상으로 하는 노동자 사회보험으로 출발을 하였으며, 이후 점차 적용대상을 확대하여 전 국민을 대상으로 하는 일반사회보험으로 그 기능을 확대하였다. 오늘날 전체 국민의 90% 가량이 공적의료보험제도의 적용을 받고 있으며, 여기에 해당이 되는 않는 나머지의 국민들 대다수는 민간의료보험, 전쟁피해자보훈제도 그리고 의료급여제도(Krankenhilfe) 등을 통하여 의료보장의 혜택을 받고 있는 것으로 알려지고 있다.

공적의료보험제도의 적용은 크게 당연적용, 임의적용 그리고 피부양가족의 적용으로 구분하여 운영이 되고 있다. 그리고 이러한 적용의 구분을 위한 구체적인 조건들은 법률로 정해두고 있다. 다음에는 이러한 내용에 대해 간략하게 설명해 보고자 한다.

##### 1) 당연적용

당연적용(Versicherungspflicht)은 개인의 의사와는 상관없이 의무적인 제도가입이 이루어지게 되는 것을 의미하며, 여기에 해당되는 대상은 다음과 같다: ①

근로자 그리고 근로소득을 대가로 직업교육에 종사하는 자 ② 실업자 ③ 자영농민과 가족종사자 ④ 예술가와 자유기고자 ⑤ 청소년보호시설이나 재활시설 등에서 근로활동이나 기타 고용증진사업에 참여하는 자 ⑥ 장애인보호작업장이나 이와 유사한 시설에서 활동하는 장애인 ⑦ 대학생과 직업교육 참여자 ⑧ 연금수급자.

자영업을 주업으로 하는 상태에서 임금근로를 부업으로 하고 있을 경우 당연적용의 대상에서 제외가 되도록 하고 있다. 그리고 연금수급자의 경우 자신의 전체 취업활동주기를 기준으로 후반부 기간의 90% 이상에 상당하는 의료보험 가입경력을 보유하고 있었을 경우에만 당연가입이 이루어질 수 있게 된다. 자영농민의 경우 농업경영의 규모가 일정수준 이상이 되고 동시에 농업을 주업으로 종사하였을 경우에만 농민질병금고의 당연적용 대상이 될 수 있다. 그리고 가족종사자에 대해서는 만 15세부터 당연가입이 이루어지게 되며, 전직 농민으로서 농민연금을 수급하고 있거나 일정한 수준 이상의 연금가입경력을 확보하였을 경우에도 당연가입의 자격이 부여되고 있다.

당연적용의 대상으로서 다음과 같은 요건에 해당되는 사람들의 경우 본인이 희망을 할 경우 ‘적용의 자유(Versicherungsfreiheit)’가 주어지고 있다: ① 근로자로서 자신의 근로소득이 일정한 상한선을 초과하는 사람. 그러나 선원에 대해서는 소득수준에 상관없이 당연가입이 적용됨 ② 공무원이나 공무원연금수급자 그리고 사립학교 교사 ③ 성직자 ④ 자영농민과 예술가를 제외한 모든 자영업자. 이들에 대해 제도적용의 자유가 주어지게 되는 배경은 해당 계층의 경우 스스로의 능력으로 자신의 의료보장문제를 해결할 수 있는 능력을 갖추고 있다고 판단이 되기 때문이다.

## 2) 임의적용

공적의료보험제도의 임의적용(freiwillige Versicherung)은 원칙적으로 종전 가입경력을 보유하고 있던 사람에게만 주어지게 된다. 구체적으로 당연가입의 신분에서 탈퇴 직전 12개월 동안 지속적으로 보험에 가입을 하였거나, 지난 5년간 최소 24개월 이상의 보험가입경력을 보유하고 있을 경우 본인의 신청에 따라 임의

가입이 허용된다. 이 이외에 다음과 같은 요건에 해당되는 사람에 대해서도 임의적용이 이루어질 수 있다: ① 직장 초년생으로 입사 즉시 소득상한선을 초과하게 된 사람 ② 외국에서 돌아와 2달 이내에 직업에 종사하게 된 사람 등. 원칙적으로 이러한 임의적용은 요건을 충족하는 사람이 3개월 이내에 신청을 할 경우에만 허용이 될 수 있도록 하고 있다.

### 3) 피부양가족의 보험적용

피부양가족의 보험적용(Familienversicherung)은 배우자(또는 이와 유사한 관계를 유지하고 있는 상대방) 그리고 아동을 대상으로 별도의 보험료 부담이 없이 보험가입의 혜택을 부여하기 위한 목적으로 운영되는 제도이다. 이 경우 개인은 독일에 거주를 하여야 하며, 동시에 자신의 소득이 전체연금가입자 평균소득의 1/7을 초과하지 않아야 한다. 아동의 경우 원칙적으로 만 18세까지 보험혜택이 부여되며, 만약 학업 또는 대체복무에 종사할 경우 최고 25세까지 연장이 허용된다. 그리고 장애아동에 대해서는 이러한 연령제한의 적용이 없이 보험의 혜택이 제공될 수 있도록 하고 있다.

## 다. 보험급여

### 1) 급여의 종별 구성과 내용

사회보장법전 제5권의 의료보험에서 가입자에게 제공되는 급여의 종류와 그 내용은 다음과 같이 정리해 두고 있다.

첫째, 건강증진과 질병예방을 위한 급여로서 이는 동법 제20조~24조에서 명시되어 있다. 여기에는 개략적으로 예방이나 재활을 위해 활동을 하는 자조그룹에 대한 경제적·행정적 지원, 아동을 대상으로 하는 치과질환, 산모를 위한 예방지원 그리고 기타의 예방사업 등이 있다.

둘째, 건강검진사업의 일환으로 제공되는 급여로서 이는 동법 제25조~26조에서 그 내용을 수록하고 있다. 이와 관련한 대표적인 사업으로는 만 35세 이

상의 성인을 대상으로 매 2년 주기의 건강검진, 20세 이상의 여성 그리고 45세 이상의 남성에 대한 매 1년 주기의 암검진, 아동의 정상발육과 구강질환에 대한 정기적 건강검진 등이 있다.

셋째, 요양급여는 질병의 치료를 목적으로 하는 제반의 급여로서 그 내용은 법률 제27조~52조에 상세히 정리되어 있다. 여기에는 대표적으로 의과적 또는 치과적 진료, 치열교정, 의약품·보조약품·보장구의 지급, 자택에서의 요양치료 지원, 가사보조(Haushaltshilfe), 입원치료, 재활 등이 있다. 이 중 가사보조는 가입자인 부모가 입원 등으로 인해 만 12세 미만의 아동이나 장애아동의 보호와 가사문제가 발생하게 되었을 경우 지원되는 급여가 된다.

넷째, 임신과 출산과 관련하여 제공되는 급여로서 이는 별도로 제국사회보험법 제195조~200조에 명시되어 있다. 여기에 해당되는 급여로는 대표적으로 각종의 검진(질병검사, 유전병조기발견, 양수검사 등), 산전-출산-산후의 의료지원, 가사원조 그리고 산전후수당(Mutterschaftsgeld) 등이 있다. 이 중 산전후휴가급여는 총 14주 동안의 출산휴가기간(일반적으로 산전 6주와 산후 8주)에 대하여 지급되는 급여를 의미한다. 이는 근로여성의 종전 3개월 동안의 순임금을 기준으로 질병금고에서 일당 최고 13Euro 그리고 사용자가 나머지의 차액을 보전해주는 방법으로 지급이 된다. 그러나 이러한 내용은 『비용조정법』(Aufwendungsausgleichsgesetz)의 제정에 따라 2006년 1월 1일부터 다음과 같은 방식으로 변경이 되게 되었다. 구체적으로 산전후휴가수당으로 인한 비용부담의 공정성을 제고하기 위하여 모든 사용자는 일종의 보험료인 분담금(Umlagebeitrag)을 공적의료보험에 납부하여야 하며 이렇게 조성된 기금에서 급여가 지급될 수 있도록 한다. 그리고 이러한 비용의 일정부분은 국가가 부담하도록 하고, 그 재원을 충당하기 위하여 담배세가 인상될 예정에 있다.

다섯째, 상병수당(Krankengeld)은 질병으로 인해 근로불능의 상태에 있거나 입원을 하였을 경우 별도의 대체소득을 목적으로 지원되는 급여로서 의료보험법 제44조~51조에 근거하여 운영이 된다. 이러한 상병수당은 원칙적으로 당연가입자에 대해서만 제공이 되며, 임의가입자에 대해서는 질병금고별 정관에 급여의 수급자격 배제 또는 일정한 대기기간의 적용을 명시하여 운영할 수 있다.

록 하고 있다. 상병수당은 3년의 기간동안 최고 78주간 지급이 되며, 이 중 최초로 6주에 대해서는 사용자가 임금보전법에 따라 제공하고 나머지의 기간에 대해서는 공적의료보험에서 부담을 하게 된다. 이 이외에도 상병수당은 보험의 적용을 받는 12세 미만 아동의 상병으로 인해 부모가 근로활동을 할 수 없게 되었을 경우에도 지급이 된다. 이 경우 상병수당은 매 아동당 연간 10일까지(최고 25일로 제한) 그리고 한 부모 가정의 경우 매 아동당 연간 20일까지(최고 50일로 제한) 제공이 될 수 있다. 이상에서 설명한 상병수당은 부모의 총임금을 기준으로 70%의 수준에서 지급이 되며, 어떠한 경우에도 순임금의 90%를 초과할 수 없도록 하는 제한규정을 적용하고 있다.

## 2) 본인부담제도

2004년 1월 1일 의료보험 현대화법의 발효 이후 대부분의 급여에 대해 원칙적으로 본인부담금이 부과되게 되었다. 그러나 이러한 본인부담금의 확대실시에 따른 개별 가정의 경제적 부담을 완화해 주기 위한 보완적 조치로서 연간 총수입의 2%를 초과하는 금액에 대해서는 본인부담상한제가 적용되도록 하였다. 이 이외에도 만성질환자에 대해서는 본인부담상한제를 총수입의 1%로 낮게 적용하고, 나아가 아동에 대해서는 예전과 같이 본인부담이 면제가 되도록 하였다.

본인부담제도의 내용에 대해 간략히 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 18세 이상의 모든 피보험자는 의사의 방문시 분기당 10Euro의 방문료를 부담하여야 한다. 그러나 건강검진이나 예방을 위한 차원의 진료에 대해서는 방문료가 면제 되도록 하고 있다. 둘째, 입원진료의 경우 1일당 10Euro를 부담하여야 하며, 이러한 본인부담은 연간 최고 28일까지로 제한이 되도록 하고 있다. 셋째, 교통비는 외래진료의 경우 원칙적으로 지급되지 않도록 하고, 입원진료의 경우 5Euro~10Euro를 초과하지 않는 범위에서 교통비의 10%를 본인이 부담하도록 한다. 넷째, 의약품의 경우에도 마찬가지로 5Euro~10Euro를 초과하지 않는 범위에서 약가의 10%를 본인이 부담하여야 한다. 다섯째, 치과보철의 경우 개인의 예방 노력을 반영하여 비용의 35%~50%를 본인이 부담하도록 한다.

### 3) 진료비지불제도

진료비지불제도는 의료서비스의 제공에 따른 보수체계를 결정하는 방식으로 의원과 병원으로 구분하여 달리 적용되고 있다. 구체적으로 일반의원에 대해서는 총액예산방식 그리고 병원에 대해서는 특수진료보수, 진단군별보수, 진료과목별 일당진료비 그리고 1일의 기본요양비 등 4가지의 지표를 혼합하여 운영이 되고 있다.

독일의 진료비지불방식은 원칙적으로 행위별수가제를 기반으로 하고 있으나, 주요 부문별로 예산총액을 미리 정하여 운영하는 부문별 예산제를 적용하고 있다. 여기서 부문별 예산은 외래부문, 병원부문, 약제비부문, 치료용구부문, 완화요법부문 등으로 구분하여 각각 별도로 책정을 하게 된다.

먼저 외래부문에 대한 진료비지불방식은 총액계약제를 토대로 운영이 된다. 이에 따라 개별 질병급고는 별도의 계약에 근거하여 주단위의 보험의사연합회에 진료비 예산총액을 일괄적으로 지불을 하게 되고, 이후 보험의사연합회는 전체 총액의 범위 내에서 진료보수 점수표에 따라 행위별 보수의 형태로 배분을 하게 된다. 이에 따라 공적의료보험의 차원에서는 별도로 진료비 심사를 위한 행정기구가 필요로 하지 않게 된다.

다음으로 병원부문에 대한 진료비지불계약은 원칙적으로 병원별로 이루어지게 된다. 병원에 대하여 적용되는 보수체계는 포괄화된 보수의 형태로서 진단군별보수와 특수진료보수 그리고 환자 개인별로 정액의 형태로 적용되는 진료과목별 일당진료비 그리고 1일 기본요양비로 구성이 되어 있다. 여기서 진단군별보수는 질병별로 통상적으로 예상되는 진료행위에 따른 비용을 포괄적으로 평가하여 보수를 결정하는 방식으로서 주로 외과적 치료부문에 적용이 된다. 특별진료보수는 장기이식이나 심장수술 등 난이도가 높고 비용집약적인 외과수술에 한하여 특별히 적용되는 보수방식으로서 통상적으로 진단군별보수와 통합하여 운영이 된다. 그리고 진단군별보수와 특별진료보수가 적용되는 진료의 영역 그리고 보수는 병원협회와 질병급고연합회에서 주별로 결정을 하게 된다. 이상과는 달리 일반적인 병원진료 영역의 경우 보수는 질병급고와 병원간 개별

적 계약을 통하여 결정이 되며, 여기에 해당되는 진료과목별 진료비와 기본요양비는 환자 개인별로 1일당 정액의 형태로 지급이 된다. 여기서 진료과목별 진료비는 과목별로 정해진 진료비 및 간호에 대한 보수가 되며, 기본요양비는 병실료, 식비, 병원행정 그리고 각종의 운영비용을 충당하기 위한 목적으로 지원이 된다.

#### 라. 재원조달

보험재정은 질병금고별 독립채산의 원칙에 기초하여 운영이 되며, 여기서 보험료는 재정의 수지균형을 위한 핵심적 재원이 된다. 이에 따라 개별 질병금고는 원칙적으로 매 1년마다 자체적으로 보험요율을 결정하게 되며, 특별한 경우 회계연도의 도중에도 보험요율의 변경이 허용되고 있다. 보험재정은 보험료 수입은 물론 사안별로 농민질병금고, 광산질병금고, 학생, 병역 의무자에 대한 국고보조금 그리고 모성보호법(Mutterschutzgesetz)에 의한 산전후휴가수당에 대한 국가의 분담금 등을 통하여 충당이 되고 있다. 그리고 이 이외에도 연금 또는 실업급여 등 사회보장급여 수급자의 의료보장을 위해 해당 기관이 제공하는 재정지원 그리고 위험구조조정사업의 일환으로 실시되는 질병금고 상호간 또한 재정조정 또한 중요한 수입원이 작용을 하고 있다.

공적의료보험제도의 보험료는 원칙적으로 노사 반반부담의 원칙이 적용되지만, 월 400Euro 미만의 경미한 근로자에 대해서는 사용자가 보험료의 전부를 부담하게 된다. 연금수급자의 경우 본인과 연금관리공단에서 각각 보험료의 절반씩 부담을 하고 있는 반면, 실업급여 수급자의 경우 연방고용에이전트가 보험료의 대부분을 지원하고 있다. 그리고 사회부조제도의 생계급여 수급자에 대해서는 일반가입자와 같은 의료보험카드가 발급되며, 동등한 수준의 급여가 제공이 된다. 그러나 다만 이들의 신분은 일반가입자와 다르게 취급이 되고 있다. 그리고 만약 의료보험의 임의가입자가 보험료를 납부할 능력이 없게 되었을 경우 사회부조제도에서 생계급여의 일환으로 보험료의 지원이 주어질 수 있도록 하고 있다. 끝으로 법정 소득상한선 이상의 고소득근로자가 민간의료보험에 가

입을 하게 되었을 경우 사용자는 소득상한선을 기준으로 하여 책정된 보험료의 절반을 지원하여야 한다.

#### 마. 관리운영체계

개별 질병금고는 재정적으로나 행정적으로 독립된 자치운영의 단위가 된다. 이러한 자치운영기구는 질병금고별로 운영위원회(Verwaltungsrat)와 전문직 이사회(hauptamtlicher Vorstand)로 구성이 되어 있다. 여기서 먼저 운영위원회는 사회보험선거를 통하여 선출된 사용자의 대표와 가입자의 대표가 동수의 대의원으로 활동을 하게 되며, 개별 질병금고의 최고 의사결정기구가 된다. 의료보험 구조개혁법에 따라 운영위원회는 최고 30인 이내로 구성이 된다. 이러한 운영위원회의 기능은 질병금고의 정관 제정, 보험료의 결정, 사업예산 및 회계의 심의 및 승인, 전문직 이사회에 위임 임면권 그리고 질병금고별 부가급여의 실시에 대한 승인을 행사하게 된다. 다음으로 전문직 이사회는 6년의 임기로 활동을 하게 되며, 질병금고의 실질적 운영자로서 대외적으로는 법적 대변인의 역할을 담당하게 된다. 이사회에 위임수는 50만 명 이내의 가입자를 가진 질병금고의 경우 최고 2명 그리고 그 이상의 경우 3명 이내로 제한하고 있다. 그리고 운영위원회의 대의원은 명예직 위원으로 활동을 하게 되는 반면, 전문직 이사회에 위임은 보수를 받는 전문가로 구성이 된다.

국가는 개별 질병금고에 대한 감독권을 행사하게 된다. 이 경우 감독권은 개별 사업의 세부적 내용이 대상이 아니라, 업무의 적법성(Rechtmäßigkeit) 여부 등을 중심으로 이루어지게 된다. 세부적으로 먼저 공적의료보험제도의 주관 부서인 연방보건복지부(2005년 12월부터 연방보건부)는 최소한 5년마다 연방질병금고최고연합회와 연방보험의사협회의 업무, 회계 및 경영내역 등에 대한 감사를 실시하게 된다. 다음으로 주정부는 주단위의 질병금고연합회, 보험의사협회, 질병금고의 설립 승인과 경영 및 회계 등에 대한 감독권을 행사하게 된다. 마지막으로 연방보험청은 연방정부의 국고보조금을 일정한 기준에 따라 개별 질병금고별로 배분하는 역할과 질병금고간 위험구조조정사업의 수행자로서 역할을 하게 된다.

#### 바. 사회보험 징수업무의 공동관리

독일의 경우 산재보험제도를 제외한 나머지 4대 사회보험제도의 보험료는 개별 근로자가 가입한 질병금고에서 총사회보험료(Gesamtsozialversicherungsbeitrag)의 형태로 통합징수하고 있다. 여기서 질병금고는 공동 징수한 보험료를 타사회보험제도에 이체하는 업무뿐만 아니라, 해당 근로자가 개별 사회보험제도의 당연 적용 대상자인지를 판단하고 보험료를 결정하는 업무도 수행하게 된다.

총사회보험료는 사용자와 근로자가 절반씩 부담하지만, 사용자가 책임을 지고 질병금고에 보험료를 납부하여야 한다. 이에 질병금고는 징수할 총사회보험료를 일일단위로 연금관리공단과 연방고용에이전트로 전달하여야 한다. 통상적으로 이체금액은 가입자 개인별 보험료 기준이 아니라, 개별 사회보험간 합의한 기본비율(Schlüsselzahl)에 의해 총액단위로 이루어지게 된다. 여기서 기본비율은 개별 사회보험자의 지난달 징수총액을 기준으로 산정을 하게 된다. 그리고 질병금고는 매달 20일까지 지난 1달 동안 타 사회보험자간의 거래금액을 실질적 회계에 기초하여 정산을 하게 된다. 총사회보험료의 징수비용에 대하여 질병금고는 연금관리공단과 연방고용에이전트로부터 징수액의 2%를 위탁수수료 지급받고 있다.

## IV. 네덜란드 건강보험의 발전과정

### 1. 경제사회 환경의 변화

#### 가. 개요

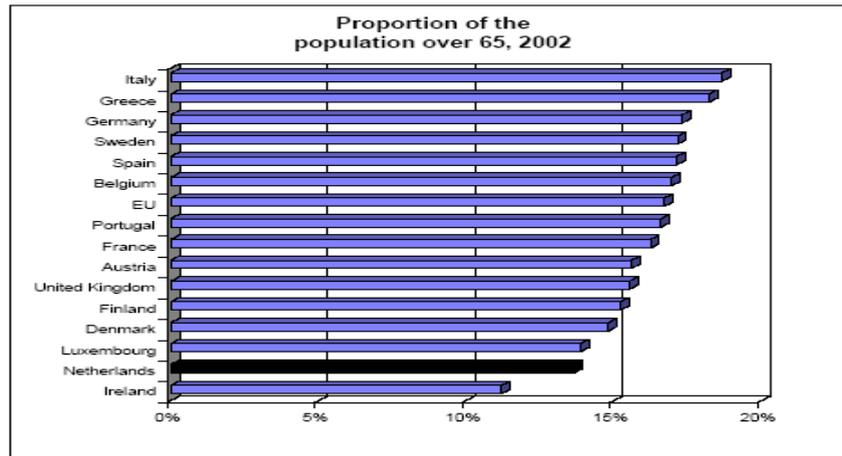
네덜란드는 영국과 같은 입헌군주제의 국가체제(The Kingdom of the Netherlands)를 가지고 있다. 여왕이 존재하며 정부는 내각책임제이다. 지방자치가 발달한 나라로 12개의 광역자치단체(province)와 646개의 기초단체(municipalities)가 있다.

의회 (States General)는 상원 (the First Chamber) 및 하원 (the Second Chamber) 양원제이다. 다수당이 존재하며 이들의 연합으로 정부가 구성된다. 1950년 이후 70년대 초까지 온건중도파인 기민당(Christian Democratic Party)이 정부를 주도하였다. 1973년 노동당(Labour Party)의 승리로 연합정권이 성립된다. 1994년 이후 정부는 노동당, 자민당 등으로 구성되었다. 최근에는 정당은 온건중도파인 기민당(CDA)과 중도좌파인 노동당(PvdA), 우파인 자민당(VVD)이 다수당이며 이외에도 소수당으로 녹색당(GL), Pim Fortuyn당, 사회당, 민주66당이 있다. 정당연합에 의한 정부성격은 의료정책, 의료개혁의 방향과 속도에도 많은 영향을 미친다.

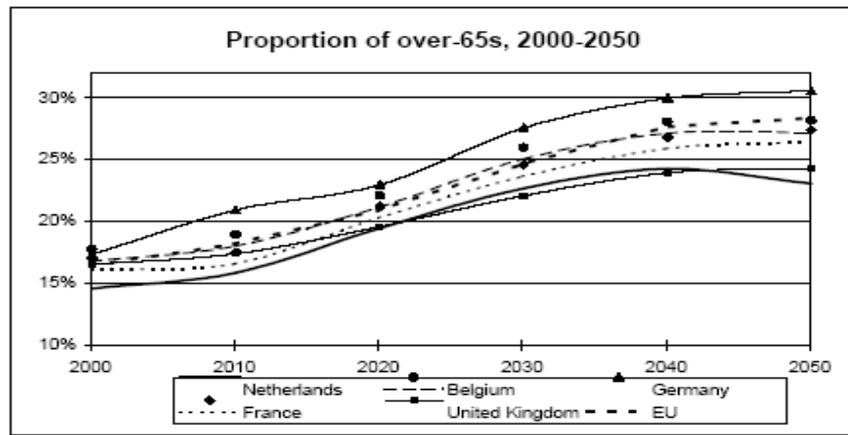
#### 나. 인구 및 면적

네덜란드의 2000년 국토면적(내해수면 포함)은 41,548평방 Km이며 바다보다 낮은 지형으로 인해 내해수면(inland water)이 20%를 차지한다.(내해수면 제외시 면적: 37,305 평방 Km). 2000년 현재 인구는 약 1천5백9십만 명으로 약 80%가 도시지역에 거주하고 있다. 65세 이상 인구는 13%이다(Statistics Netherlands, 2004).

[그림 IV-1] 65세 이상 인구비율(2002년)



[그림 IV-2] 65세 이상 비율(2000~2050년)



source: Eurostat

유럽연합 국민 가운데 65세 이상 인구는 평균 16%를 차지한다. 20년 후에는 노인의 인구 비율은 28%로 증가할 것이다. 네덜란드는 다른 유럽연합 국가에 비하여 노인 인구 비율이 낮은 편이다.

#### 다. 소득 수준

네덜란드의 인구는 약 1,600만 명이며 GDP는 4,011억 유로로서 일인당 GDP는 25,200유로이다. 2000년을 기준으로 우리나라와 비교하였을 때 국민 일인당 소득은 매우 높은 수준이다.

〈표 IV-1〉 네덜란드 소득수준 및 의료지출수준

	대한민국(A)	네덜란드(B)	비율(A/B*100)
인구(천명)	45,985	15,884	290%
면적(km <sup>2</sup> )	99,460	37,305	267%
국민소득 GDP(백만 \$)	457,215	371,375	123%
국민1인당 소득 (\$)	9,943	23,380	43%
전체의료비 지출(백만 \$)	20,848	30,947	67%
국민1인당 의료비 지출(\$)	453	1,948	23%

자료: 2000년 기준.

인구, 면적: 통계청, Statistics Netherlands.

국민소득 GDP, 전체의료비 지출: OECD data

## 2. 보건의료 시스템의 발전과정 및 특성

### 가. 네덜란드 의료제도의 특성

네덜란드 의료제도는 첫째, 자원조달에 있어 공공재원과 민간재원의 조합, 둘째, 민간 중심의 의료서비스 공급, 셋째, 보건정책에 있어 협동주의 정책(corporatist policy)의 독특한 특성을 갖고 있다(Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002).

#### 1) 공공재원과 민간재원의 조합

급성기 치료(acute care)의 경우 2/3의 국민이 강제적 사회보험(sickness fund

insurance)에 의해 적용받는다. 1/3의 국민은 민간보험을 가입할 수 있다. 민간보험은 강제가 아니지만 대부분 가입하여 보험 가입이 되지 않은 국민은 전체의 1% 정도이다. 일반 조세(tax)에 의한 재원 조달은 10% 미만이며, 환자의 직접부담에 의한 재원 조달은 7% 정도이다. 공공재원(사회보험, 법적 민간보험, 조세)은 전체 재원의 85%를 차지한다.

## 2) 민간 중심의 의료서비스 공급

의료서비스는 민간 중심으로 공급된다. 유럽의 다른 나라처럼 오랜 전통으로 자선단체, 비정부기관이 의료서비스를 공급하고 있다. 유럽은 역사적으로 지역 사회, 교회, 수도원이 노인, 병자, 부랑자(homeless), 정신질환자를 위한 병원을 설립하였다. 2차대전 후 사회보험의 확대와 복지국가 지향으로 의료시설의 기획과 자원의 배치 등에 있어 정부의 개입은 증가하지만, 의료시설은 대부분 비정부기관에 의해 소유, 운영되고 있으며 개원의사의 경우 독자적인 경영(self-employed)을 하고 있다.

## 3) 협동주의 정책(corporatist policy)

네덜란드의 사회정책분야는 협동주의적 전통을 가지고 있다. 보건의료에 있어 다양한 이해집단의 공식적 대표자는 자문기구(advisory bodies)를 통해 정책의 형성과 집행에 참여한다. 의료의 공급자가 주도적인 위치를 차지하고 있으며 때론 이들의 반대에 부딪혀 의료개혁이 늦추어지거나 이루어지지 않기도 한다.

## 3. 건강보험제도의 태동과 주요 개혁(turning points)

### 가. 최근의 주요 변화

의료서비스의 공급자들은 대부분 민간의료기관이지만 정부는 건강보험과 의료서비스의 공급에서 중요한 역할을 한다. 급성기 치료를 중심으로 하는 질병

금고보험(Ziekenfondswet, ZFW)와 장기요양을 중심으로 하는 장기요양보험(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ)인 2개의 사회보험은 피보험자와 급여범위, 의료 및 보험에 대한 접근성, 보험기금의 행정적인 운영에 대한 원칙과 세부적인 지침을 제공한다.

1986년 정부는 민간보험의 가입자에게 나타날 수 있는 위험선택과 접근성 제약을 해결하기 위해 건강보험접근성 향상법(the Health Insurance Access Act (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, WTZ)을 실시하였다.

병원 및 의료시설의 설립에 관한 특별법인 보건의료시설계획법(Health Facilities Planning Act, WZV)을 신설하여 지역의 의료수요에 대한 예측에 기초하여 시설을 설립하게 하였다. 또 다른 법(Wet tarieven gezondheidszorg, WTG)은 수가(tariffs)와 보상, 예산을 통제한다. 독립 자율적인 조직인 보건의료수가협회(the College for Health Care Tariffs, CTG)는 보건의료시설에 대한 예산 집행과 평가를 담당하고 있다. 의료공급자와 보험자는 전체 의료비, 지역별 의료비의 배분에 대한 협상을 한다.

1989년까지 가정의는 새로운 진료행위를 위해서는 지역당국에 허가를 받아야 했지만 이제는 이것을 적용하지 않는다. 대신 1993년에 실시된 의료전문가법(The Individual Health Care Professionals Act (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet BIG)에 의해 전문가의 학력과 인증을 규제한다. 또한 1991년의 의료시설 질에 관한 법(Quality of Health Institutions Act (Kwaliteitswet zorginstellingen)은 의료시설에 의해 제공되는 서비스의 질적 수준을 통제한다. 이 법의 원칙은 의료서비스의 제공자 자신이 서비스의 질에 대한 일차적인 책임을 갖고 있어야 한다는 것에 입각하고 있다.

다음은 2차 대전 전후 네덜란드의 의료제도의 발전에 중요한 역할을 한 법, 정책 및 자문보고에 대한 것들이다.

<네덜란드의 보건의료 정책의 주요 연대기(1941~2000)>

- 1964 질병금고보험법 제정(Sickness Fund Act, Ziekenfondswet, ZFW)
- 1966 공중보건에 대한 백서

- 1968 장기요양보험법 제정(Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ)
- 1974 보건의료 구조개편에 대한 정책 백서
- 1980 보건의료 수가법(Health Tariff Act, WTG)
- 1982 병원 기획법(Hospital Planning Act, WZV)
- 1986 건강보험에 관한 접근성 향상법(Health Insurance Access Act, WTZ)
- 1987 대커 위원회(Dekker Committee) 개혁추진보고서(Willingness to Change)
- 1988 보건의료개혁에 대한 정부 보고서
- 1989 일차개혁법(First Reform Act) 제정
- 1991 이차개혁법(Second Reform Act) 제정
- 1991 더닝위원회(Committee Dunning) 보건의료의 선택에 대한 보고서
- 1991 의약품 참조가격제 도입
- 1991 의료시설 질에 관한 법(Quality of Health facilities Act)
- 1994 반오터류법(Van Otterloo Act)
- 1995 의약품 가격법(Pharmaceuticals Prices Act)

#### 4. 네덜란드의 건강보험제도 개요

##### 가. 의료보험

네덜란드와 우리나라는 사회보험방식의 의료제도를 갖추고 있다. 우리나라는 하나의 보험자(single insurer)가 대부분의 국민에 적용되는 국가보험(National Health Insurance)인데 비하여 네덜란드는 사회보험과 민간보험의 병행하는 형태이며, 각각의 보험자도 여러 개가 있다.

네덜란드의 의료보험은 3개의 영역(compartment)으로 구분되어 있다. 제1영역(first compartment)은 장기(long-term) 또는 고액(catastrophic) 의료를 보장하는 장기요양보험(AWBZ)이며, 제2영역(second compartment)은 급성기 치료(acute care)를 보장하는 건강보험제도(소득수준에 따라 사회보험제도와 민간보험제도로 구분), 그리고 제3영역(third compartment)은 보충적 보험(supplementary)이다.

〈표 IV-2〉 네덜란드 건강보험의 구분

Complementary health insurance	
<b>Third compartment(3% health expenditure)</b>	
Sickness fund (compulsory)	Private health insurance (mostly voluntary)
<b>Second compartment(53% health expenditure)</b>	
National health insurance for catastrophic risks (AWBZ) (compulsory)	
<b>First compartment(44% health expenditure)</b>	

From. Lamers LM, et al. 2003

#### 1) First compartment: 장기요양보험(AWBZ)

1968년 장기요양시설에 적용되기 시작한 이 장기요양보험(AWBZ, Exceptional Medical Expense Act)은 이후 정신적, 신체적으로 장애가 있는 사람을 위해 가정간호(home care), 주간간호(day care), 재활을 위한 입원시설, 외래시설, 모자보건, 예방접종까지 확대되었다. 이것은 네덜란드의 모든 거주자가 강제 가입해야 하는 사회보험이다. 사회적 연대(solidarity)에 기초하여 모든 가입자는 수입에 기초한 기여금(income related contribution)을 납부한다. 그러므로 수입이 없는 사람은 기여금을 납부하지 않는다.

#### 2) Second compartment: 건강보험제도(Social and private health insurance)

제2영역은 소득수준에 따라 구분되는데 저소득층을 위한 사회보험과 자발적인 가입의 민간보험으로 구분된다. 국민의 64%는 사회보험기금의 가입자이며, 35%는 민간보험가입자이다. 사회보험 가입자와 민간보험 가입자는 위의 장기요양보험(AWBZ)의 적용을 받는다.

제2영역을 이와 같이 구분한 것은 유럽에서 사회보험의 역사적인 발전과 밀

접히 관련되어 있다(Leichter HM, 1979). 사회보험은 역사적으로 사회적인 취약 계층인 노동자를 보호하기 위한 질병금고(sickness funds)에서 출발하였으며 노동운동의 발전과 밀접히 관련되어 있다. 사회보험은 사회적 취약계층의 의료에 대한 보장을 목적으로 하기 때문에 이런 집단을 제외한 사회적인 고소득층은 적용대상이 되지 않는다. 독일과 같이 이들은 민간보험의 적용대상이 된다. 그러나 네덜란드의 민간보험은 민간보험에서 나타날 수 있는 '역선택'(adverse selection), '단물 빼먹기'(cream skimming)는 나타나지 않고 있다. 국가의 통제와 사회적인 연대의식(solidarity)이 이런 것을 방지하고 있다.

#### 가) 사회보험(Sickness fund insurance)

유럽의 다른 나라와 같이 오랜 전통을 가진 사회보험은 1940년 이전 1,000개의 질병금고(sickness fund)가 있었다. 1941년 질병금고법령(Sickness Fund Decree)에 의해 저소득 노동자의 경우 강제로 가입하도록 하였다. 1940년대 초 200여 개의 질병금고는 1964년 질병금고법(the Sickness Fund Act)에 의해 통합이 더욱 진행되어 1980년대에는 60여개의 질병보험기금이 존재하였다. 1999년 30개의 질병금고는 평균 30만 명의 가입자를 가지고 있지만 적게는 1천명에서 많게는 1백만 명까지 다양하였다. 시장에서 전략적인 위치를 차지하기 위해 질병금고는 통합되어 1999년 1백만 명 이상의 가입자를 갖는 6개의 거대한 보험조합이 생겼으며 이 6개의 조합은 네덜란드 국민의 약 60%인 1천만 명의 가입자를 확보하고 있다.

네덜란드 국민의 약 64%가 가입된 사회보험기금은 일정 소득 수준 이하의 저소득층 피고용자(employee)를 대상으로 했지만 1994년 저소득층 노인의 가입을 확대하였고, 1999년 저소득층 자영업자의 가입을 허용하여 가입자를 확대하였다. 이것은 전통적인 Bismarck 성격의 사회보험의 변화를 의미하는 것으로 고용상태(employment)가 더 이상 핵심적인 가입의 적용 조건이 되지 않고 수입 수준이 적용조건이 되는 것을 의미한다.

이 사회보험기금은 가정의사(GP), 전문의, 병원에서 제공되는 급성기 치료뿐 아니라 치과진료, 의료장비 및 보장구(medical aids and appliances), 산과 및 모

자보건(obstetric and maternity care), 응급수송 및 이동(ambulance and transportation) 등을 포함한다.

사회보험기금은 독립된 법적 조직이다. 예산은 중앙의 보험기금위원회(Health Insurance Board(CVZ))에서 받으며 이 예산은 가입자의 연령, 성, 지역, 장애 수준(disability)을 고려하여 배정된다. 실제적인 지출이 이 예산을 초과하는 경우 연말에 별도의 충원을 받는다. 자본투자(capital investment)에 대하여 별도로 지원을 받으며 고위험집단에 대한 초과비용을 보상받는다. 사회보험기금은 또한 가입자를 대신하여 장기요양보험(AWBZ)의 행정적인 업무를 실시한다. 이런 행정관리업무는 지역사무소(regional office)에서 일괄 담당한다.

건강보험기금위원회(the Health Insurance Board, CVZ)는 질병금고보험(ZFW)과 장기요양보험(AWBZ)의 중앙 기금을 운영한다. 이 조직은 보험기금의 예산을 책정하며, 기금을 각 사회보험기금과 기관에 배정하고, 선불예산을 초과하는 지출에 대하여 지불보상을 한다. 사회보험기금과 민간보험을 감독, 관리하고 있다. 1999년 이후 감독기능은 분리되어 건강보험기금위원회(CVZ)와는 독립적인 건강보험감독위원회(Supervisory Board for Health Insurance(CTU))가 사회보험기금의 운영상태를 감독하고 있으며, 민간보험의 경우 재무부의 감독 하에 있는 Central Insurance Chamber에서 감독, 통제를 받는다.

#### 나) 민간보험(Private health insurance)

사회보험의 가입조건에 해당하지 않는 고소득층은 50여개의 민간보험 가운데 하나를 선택할 수 있다. 의무는 아니지만 대부분이 민간보험에 가입하고 있다. 노인에게 높은 보험료를 부과할 수 있지만 네덜란드의 민간보험은 전적으로 위험률에 기초하여 보험료를 부과하지는 않는다.

1970년 초반 한 민간보험은 학생을 대상으로 짠 보험을 제안하였다. 다른 회사들도 이 정책을 따랐다. 따라서 노인의 경우 비싼 보험료가 부과되었다. 이것은 결국 악순환적인 보험료의 차별(differentiation)과 위험선택(risk selection)을 불러 일으켰다. 민간보험자가 이것을 해결하는데 실패하자 정부는 이 문제에

관여하여 민간보험의 노인이나 고위험가입자를 위한 별도의 보험인 건강보험접근성 향상제도(WTZ)를 도입하였다. 이 건강보험접근성 향상제도(WTZ) 적용 범위는 사회보험과 대부분 동일하고 가입자들은 별도의 정부관리 보험료를 납부한다. 그러나 이 보험료로 비용을 감당하기 어렵기 때문에 모든 민간보험가입자는 이것의 비용부담에 의무적으로 참여한다.

#### 다) Third compartment

이 영역은 제1영역, 제2영역에 포함되지 않은 사치적 입원시설(luxury hotel service)의 이용, 성인의 일부 치과 치료, 장기적인 물리치료와 같은 부분이다. 원하는 경우 별도의 보충적(supplementary)인 민간보험을 가입할 수 있다. 이것은 위험률에 기초한 기여금을 지불한다. 사회보험에 가입된 사람의 90% 이상은 이 보충적 민간보험에 가입되어 있다. 민간보험의 약 2/3는 다양한 형태의 보충적 보험을 판매하고 있다. 법적으로 사회보험과 민간보험은 운영, 재정에서 차이가 있고, 다른 기관의 감독을 받지만, 실제적으로 시장에서 우월한 위치를 차지하고 보다 많은 가입자를 확보하기 위해 사회보험과 민간보험은 매우 긴밀히 협조한다.

1980년대 후반 분산된 보험조합을 단일한 보험자로 통합하기 위한 대커(Dekker) 개혁안이 제안되었으나 받아들여지지 않았다.

## 5. 재원조달 및 재원배분

### 가. 재원조달

장기요양보험(AWBZ)을 위한 재원은 강제적인 기여금으로 조달되며 이것은 세금과 같이 징수된다. 2000년 세금공제전 수입 28,000유로의 경우 10.25%가 기여금이다. 징수된 기여금은 중앙의 보험기금에 전달되고 질병기금위원회(Sickness Fund Council)는 개별 보험기금에 배분한다. 장기요양보험(AWBZ)에

의한 상환지불은 각 질병금고에서 직접 공급자로 이루어진다.

사회보험은 33,000유로 이하의 소득을 갖는 피고용자의 경우 모두 가입한다. 소득수준에 따른 기여금과 상대적으로 적은 비중을 차지하는 일정률 기여금이 있다. 소득에 기초한(income related) 기여금 비율은 2000년 세금 공제 전 소득 25,000유로의 경우 8.1%이다. 이 가운데 고용자의 부담은 6.35%, 피고용자는 1.75%이다. 소득에 기초한 이 기여금은 고용자에 의해 납부되며 중앙의 질병기금위원회(Sick Fund Council)로 납부되고 이 기구의 감독에 따라 각 질병금고로 배분된다. 이것과는 별도로 자신이 가입한 각 사회보험기금에 일정율의 기여금(flat rate premium)을 납부해야 한다. 2000년 한 사람당 1년 평균 188유로를 납부하였다. 각 보험기금은 이 기여금을 각자 정할 수 있다.

민간보험 가입자는 위험률에 기초한 보험료(risk related premium)를 납부하며 평균 1년에 990유로를 납부하였다. 특정 위험집단의 경우 건강보험접근성 향상 제도(WTZ)에 의해 정부가 관리하는 기금에 최대 한 사람당 한달에 115유로를 납부한다. 다른 가입자들은 비용초과를 보완하기 위해 정기적인 기여금 이외에 1998년의 경우 1년 평균 한 사람당 180유로를 납부하였다.

<표 IV-3> 사회보험 가입자의 보험료 부담 사례

Complementary health insurance	
<b>Third compartment(3% health expenditure)</b>	
Sickness fund : 678유로 <sup>†</sup> = ①+② ① 본인부담(1,75%) = 490유로 (나머지(6.35%) 1,778유로 고용자 부담) ② 일정률 기여금 188유로	Private health insurance (mostly voluntary)
<b>Second compartment(53% health expenditure)</b>	
AWBZ : 28,000유로×0.1025 = 2,870유로	
<b>First compartment(44% health expenditure)</b>	

주: 사회보험 가운데 고용자 부담은 제외(2000년 기준 세금공제전 연소득 28,000 유로의 경우)

위의 예에서 사회보험 가입자 2000년 기준 세금공제전 연소득 28,000유로의 경우 1유로를 약 1,300원으로 환산하였을 경우, 즉, 세금공제전 36,400,000원(월 평균 약 3백만원)의 소득자의 경우 연 3,548유로, 즉, 1년에 4백6십만원(월 평균 약 38만원)을 납부한다. 제3영역의 보충적 보험을 가입하였을 경우 더 납부할 것이다. 고소득 민간보험 가입자의 경우 소득에 기초하여 기여금을 납부하기 때문에 이것보다 훨씬 많은 금액을 지불할 것이다. 세금공제전 소득이라는 것과 다른 연금을 납부하는 것을 고려하면 적지 않은 비율이 보험료로 지불된다.

사회보험과 민간보험은 네덜란드 의료서비스의 중요한 재정 조달원이다. 약 85%가 전체 보건의료재원을 담당하고 있다. 일반조세로 정부가 일정부분 담당하는 것과 직접 환자의 부담하는 것은 전체 의료비 지출의 약 7%를 차지한다.

전체 의료비 부담의 상대적인 비율이 변화하였다. 1986년 내각은 피고용자가 아닌 노인을 중심으로 한 자발적인 민간보험(the voluntary sickness fund scheme)을 중지하고 많은 노인들이 건강보험에 가입하는 것을 허용하였다. 이것으로 민간보험이 부담하는 재정비율이 감소하였다.

1994년의 Van Otterloo Act는 저소득층 노인의 급성기 치료에 대한 질병금고보험(the ZFW scheme)에 대한 접근성을 더욱 확대하였다. 1999년 시행된 다른 법은 저소득 자영업(self-employed)자가 이 건강보험에 가입하는 것을 허락하여 사실상 고용상태가 건강보험의 가입 조건으로 더 이상 작용하지는 않았다. 1990년대 초기의 지속적인 의료개혁으로 급성기 건강보험과 민간보험에서 담당하던 급여는 장기요양급여(AWBZ)로 옮겨가기도 하였다.

<표 IV-4> 네덜란드 보건의료재원(1980~2000)

(단위:백만 유로(Millions of euros))

	1980	1990	1995	2000
a) 장기요양보험(Long term care insurance, AWBZ)	6,406	7,108	11,553	12,980
b) 질병금고보험(Sickness fund insurance, ZFW)	3,904	6,824	7,471	13,065
c) 민간의료보험(Private health insurance)	4,209	3,480	3,307	4,919
d) 정부	1,572	2,298	2,700	1,799
e) 직접 부담(Direct payments)	1,178	2,134	2,142	2,194
합 계	17,269	21,844	27,174	35,097

〈표 IV-4〉 계속

	(단위:%)			
	1980	1990	1995	2000
a) 장기요양보험(Long term care insurance, AWBZ)	37	33	43	37
b) 질병금고보험(Sickness fund insurance, ZFW)	23	31	27	37
c) 민간의료보험(Private health insurance)	24	16	12	14
d) 정부	9	11	10	5
e) 직접 부담(Direct payments)	7	10	8	6
합 계	100	100	100	100

Sources: MoH 1987; MoH 1992a; MoH 1996a; MoH 1998a; MoH 2000a; (One Euro=Dfl. 2,20371)

#### 나. 자원 배분 및 보수지불체계

##### 1) 분야별 보건의료 자원 배분

의료시설과 분야에 걸친 재원을 배분하는 것은 정부의 중요한 역할이다. 이 예산배분은 몇 단계를 걸쳐 일어난다. 우선, 전체 경제 및 예산의 한 부분으로 보건의료부분의 일년 전체적인 지출범위(annual overall expenditure ceiling (as a quasi budget)를 잠정적으로 결정한다. 일단 내각이 전체적인 예산에 동의하면 보건복지부는 보건의료의 특정 세부 부분에 예산을 할당한다. 이 배분은 부분의 총괄예산(global sectoral budgets)으로 볼 수 있다. 각 범위 내에서 보건복지부는 각 세부 영역에 배분되는 예산을 결정한다. 이와 같은 점차 세분화된 예산 배분(cascading budgeting model)에서 보험자와 의료공급자는 제공되어야 할 서비스의 양적 수준, 질, 가격을 협상한다.

〈표 IV-5〉 보건의료분야별 재원의 배분(1999)

	(단위:백만 유로)		
a) 병원, 일반의, 다른 급성기 치료	28,419	12,892	(40%)
b) 간호요양소, 요양시설, 가정간호	15,736	7,141	(22%)
c) 의약품과 의료보조기	7,668	3,480	(11%)
d) 장애인 등에 대한 요양	6,303	2,860	(9%)
e) 정신보건	5,198	2,359	(7%)
f) 공중보건 및 예방	1,219	0,553	(2%)
e) 행정	6,567	2,980	(9%)
합 계	71,126	32,276	(100%)

## 2) 개업의(General physician)에 대한 보수지불

네덜란드에서 ‘개원의’는 우리나라의 ‘가정의’(family physician)와 동일하다. 다른 전문의도 일부 개업하지만 일차 진료를 담당하지 않는다. 네덜란드의 개원의는 19세기 후반부터 증가하기 시작했으며 1956년 가정의학 전문학회의 설립으로 전문적인 과정으로 성립되었다. 네덜란드 일차의료의 3가지 기본적인 원칙은 등록(listing), 문지기 역할(gatekeeping), 가족중심(family orientation)이다(de Melker, RA, 1997).

개업의에 대한 비용지불은 영국과 같이 의사에게 등록된 환자의 연간 등록비(annual capitation fee)에 기초하여 이루어진다. 비용지불산정 방식에는 의사의 수입(income), 진료비용(practice costs), 보수교육 과정 비용(costs of postgraduate course), 연금 등을 포함하도록 되어 있다. 민간보험 환자의 경우 행위별 수가제에 기초하여 보수지불을 한다.

표준 수입(standard income), 표준 비용(standard costs), 표준 업무량(standard workload)을 고려하여 의료서비스에 대한 수가(tariff)가 계산된다. 표준 수입은 각 전문가에 대하여 중앙 정부에서 결정된다. 표준 수입에는 급여(salary), 휴일수당(holiday allowance), 보험, 사회보험 및 연금 기여금 등이 포함된다. 각 항목은 국가가 정한 지침에 의해 계산된다. 표준 비용은 각 전문가 집단에 따라 진료에 소요되는 비용으로 차량, 전화, 진료지역, 장비, 전산화 등을 고려한다. 이것 역시 표준화되어 있고 매년 보정된다. 표준 업무량(standard workload)은 처방수, 환자방문수, 분만건수와 같은 것으로 보정한다. 지침에 의해 결정된 전문가의 수가는 전국적으로 동일하다(Scheerder R.L.J.M, 1997).

## 3) 병원에 대한 보수지불

네덜란드는 민간에 의해 의료서비스가 공급되고 사회보험에 의해 재원 조달되는 체계이며 병원계획은 공공의 책임(public responsibility)하에 있다(de Folter RJ, 1997)

대부분의 병원은 비영리 조직, 자선 단체에 의해 소유되어 있고, 정부는 이들

병원에 대한 계획, 통제 역할을 담당한다. 특히 병원의 수용(capacity) 능력에 대한 규제가 강하여 정부의 허가를 얻어야 한다. 사회보험과 같은 공공 재원으로 병원을 지원한다.

1982년까지 병원, 간호요양원(nursing home)은 일당 비용(per - diem rate)으로 지불되었으며 공급되는 서비스의 양에는 제한이 없었다. 이와 같은 개방적 재원구조(open-ended financing system)는 재원 기간을 늘릴 수밖에 없었다. 이것은 비용절감과는 거리가 먼 방식이었다. 1983년 재정에 기초한 예산체계(budget based financing system)를 도입하였다. 초기에는 문제도 있어 효율적인 병원이 불리하기도 했으나 1988년 budget model을 도입하여 유사한 기능의 병원간 평균 비용의 개념을 도입하였다. 각 병원의 target costs를 추정하는 formula가 있다. 병원 예산의 약 15%는 병원의 진료권 지역 인구(catchment's population)에 따라 배분된다. 35%는 병원의 전문의와 병상수와 같은 병원 규모 지표(capacity parameter)에 의해 배분되고, 50%는 입원수, 환자 재원일, 낮치료, 외래 초진 환자수와 같은 생산성 지표(production parameter)에 의해 배분된다. 생산성과 관련된 서비스의 양과 가격의 설정은 매년 병원과 사회보험기금과 민간보험대표와의 협상을 통해 결정된다.

## 6. 장기요양보험(The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ) 제도

1962년 보건복지부장관인 Veldkamp 전체 국민을 대상으로 중요한 질병에 대한 재정적 부담을 감소하려는 보험에 대한 계획을 수립하였다. 이것은 심각한 선천적인 장애, 정신장애 등으로 장기적인 요양과 간호를 받아야 하는 사람을 염두에 둔 것으로 이런 질병이 발생할 위험요인이 특별히 크지는 않지만 이런 질병이 발생한 경우 누구도 이런 비용을 감당하기 어렵기 때문에 '예외적인 의료적 비용'이라는 용어를 사용하였다. 장기요양보험(The Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)은 1967년 입법화되어 1968년부터 실시되었다.

이 보험은 강제적용이 되며 가입자는 법에 의한 기여금을 납부해야 한다. 이 법에 의한 급여 이용 여부와 관계없이 보험에 가입되어야 한다. 1999년 네덜란드의 연금이나 다른 사회보험의 적용을 받아 급여의 대상이 되지만 외국에 살고 있어 실제로 혜택을 받을 수 없는 사람들을 위하여 보험 가입에 대한 법을 제정하여 2000년부터 자발적인 장기요양보험제도(The Voluntary AWBZ Insurance Act) 가 시행되었다.

#### 가. 적용 대상자

장기요양보험(AWBZ)은 국가보험으로 다음의 경우 보험가입자가 된다.

- 네덜란드 거주자: 네덜란드에 살고 있는 사람은 국토범위에 살고 있는 사람을 의미하지만 다른 곳에 살고 있는 사람도 가능할 수 있다.
- 네덜란드에 고용되어 있어 세금을 납부해야 하는 비거주자.
- 1999년 법에 의해 국가보험의 가입이 제한되는 비거주자

이 적용에서 네덜란드 국민인지 아닌지는 중요하지 않지만 국민이 아닌 경우 법적으로 네덜란드의 거주가 허용되어 있어 장기요양보험(AWBZ)의 적용에 문제가 없어야 한다.

이 법에 의한 급여를 받기 위해서는 사회보험, 민간보험, 공무원보험과 같은 실제적인 보험에 등록되어야 한다. 이런 보험은 장기요양보험(AWBZ)을 등록하도록 되어 있다. 이들 보험은 장기요양보험(AWBZ)을 적용하는 실제적인 보험자로서 역할을 한다. 이들이 사회보험이나 민간보험을 종료하면 장기요양보험(AWBZ)은 자동으로 종료된다, 외국에 거주하는 사람은 장기요양보험(AWBZ)에 가입 신청을 해야 한다.

가입 기간은 1년이며 매년 갱신하는 것으로 되어 있다. 가입자가 사전에 가입을 원치 않는다는 것을 통보하지 않으면 매년 자동으로 가입하는 것으로 되어 있다.

## 나. 급여 범위

장기요양보험(AWBZ)은 간호 및 일반 요양, 정신보건 급여, 장애인 급여, 예방 급여를 제공받을 수 있다.

급여 조건은 규정에 의해 조절된다. 여기에는 절차에 대한 규정에 따라 급여 대상자가 해당 서비스의 요구에 적합한지 사전에 파악하는 적응성 평가단(an indication body)의 과정을 거쳐야 한다. 적응증에 대해서는 급여 적응기준(the Care Indication Decree)이 제시되어 있다.

어떤 경우에는 보험 가입자가 비용에 대한 지불의 조건하에 급여가 가능하다. 이것은 비용에 대한 부담 및 관련 규정(the Decree on Personal Contributions to the Cost of Care and the associated Regulations on Personal Contributions to the Cost of Care)에 따라 정해져 있다. 요양시설에 입소에 대한 비용, 가정 간호 비용, 심리치료(psychotherapy) 등에 대한 비용은 재산의 평가를 통해 부담한다.

### 1) 간호 및 요양 서비스(Nursing and general care)

간호 및 요양 서비스는 신체적 장애가 있는 사람이나 의학적 조건이나 사회 심리적 문제가 연관되어 이것을 요구하는 사람에게 제공되는 서비스를 포괄한다.

이것은 검사, 검진, 일반 요양(general care), 간호, 감독 및 치료를 포함하며 시설이나 환자의 가정에서 제공될 수 있다. 시설을 이용하는 것은 전일, 부분시간(part-time) 적용되면 이런 서비스는 간호요양원, 거주시설, 가정간호조직, 신체적 장애인을 위한 가족형 거주시설, 낮 요양 시설 등에서 제공된다. 이런 기관은 동일한 유형의 서비스를 제공하지 않으며 각각 시설에 적합한 전문화된 서비스를 제공한다.

### 2) 정신보건(Mental health care)

정신보건 서비스는 정신적인 장애와 심리적인 이상으로 고통 받는 사람들에게 제공된다. 검사와 검진, 상담, 정보제공, 치료, 감독, 간호, 일반 요양 서비스를 포함한다. 기관이나 다른 조건에서도 제공 가능하다. 정신병원, 일반병원의

정신병동, 통원 정신보건 기관, 요양 거주 시설, 정신과의 외래 등을 포함한다.

3) 감각 장애를 위한 요양(Care for people with sensory disabilities)

시각 장애, 청각 장애, 의사소통의 장애가 있는 사람들에게 제공되며 검사와 검진, 치료, 감독, 일반 요양 서비스를 포함한다.

4) 정신 장애를 위한 요양(Care for people with mental disabilities)

정신 장애가 있는 사람을 위한 것으로 시설, 가족형 거주 시설을 포함하여 검사, 검진, 치료, 감독, 간호, 일반 요양 서비스를 포함한다.

5) 예방 사업(Organised prevention)

임신이나 영유아 시기에 제공되는 예방적 서비스로서 감독, 정보제공, 기타 서비스를 포함한다. 페닐케톤요증, 선천성갑상선기능저하증과 같은 선천성대사 이상 검사와 디티피, 엠एम알, 폴리오, Hib와 같은 예방접종을 포함한다.

6) 다른 요양 급여

식이 상담, 대학병원 및 일반병원, 재활시설의 입원에 대한 급여를 제공한다. 식이 상담은 의학적인 상황과 식습관에 대한 정보제공을 포함한다.

입원의 경우 장기요양보험(AWBZ)의 범위 내에서 적용 가능하다. 환자의 처음 365일 입원의 경우 다른 사회보험이나 민간보험을 통해 적용 가능하다. 이것이 경과한 이후의 입원은 요양보험에서 적용하며 입원시설의 경우 전문의학적 시설, 요양시설(paramedical care), 의약품 및 의료장비의 제공을 포함한다. 거동장애가 있는 사람을 위한 재활센터의 경우에도 처음 365일은 다른 보험에서 적용되며 이후의 입원에 대한 검사, 검진, 치료, 상담, 행동요법, 재활용법 등에 대한 급여를 제공한다.

#### 다. 자원 조달 및 기금

질병금고보험(Zfw)법에 의해 다음의 경우에 건강보험기금위원회(CVZ)는 장기요양보험(AFBZ)에게 기금을 조성하도록 하고 있다.

- 1) 장기요양보험(AWBZ) or 질병금고보험(Zfw)에 포함하도록 제안된 급여로서 예를 들면 성병(STDs)환자의 외래 치료
- 2) 다른 급여에 제안된 것을 대체하는 시설에 대한 것으로 당뇨병 환자의 교육을 포함한 근육성 질환 환자에 대한 가족의 감독에 대한 급여.
- 3) 혁신적인 정신보건사업에 대한 연구 프로젝트
- 4) 독립적인 개인 비용의 조성에 의한 환자의 건강관리
- 5) 장기요양보험(AWBZ) or 질병금고보험(Zfw)의 운용을 위한 연구. 비용-효과에 대한 대학병원의 연구
- 6) 기타 다른 목적에 의한 것으로 유산치료서(abortion clinics), 산전산후 B형 간염검사, 인플루엔자 백신, 유방암 조기검진, 자궁암 조기검진 등을 포함한다.

장기요양보험(AWBZ)의 비용은 보험 가입의 기여금과 비용 지불에서 충당된다. 요양보험의 기여금은 다른 보험의 기여금과 같이 세금과 함께 걷는다. 매년 정부는 요양보험의 기여금의 비율을 설정한다. 피고용인의 경우 고용자가 기여금을 납부하며 자영업자의 경우 평가에 따라 기여금을 납부한다.

대부분의 경우 수입에 관련되어 기여금을 납부하지만 장기시설에 입소하여 자신의 집에 대한 비용지출이 감소하는 것과 같이 요양의 결과 환자가 경제적인 편익을 얻게 되는 경우에는 환자는 기여금을 지불한다.

국세청은 수거한 기여금을 the 장기요양보험(AWBZ)에게 전달하고 이 기금은 건강보험기금위원회(CVZ)가 관리한다. 환자로부터 기여금을 받은 기관(executive bodies)도 이 기금을 장기요양보험(AWBZ)에게 전달한다. 건강보험기금위원회(CVZ)는 환자의 치료에 사용되는 비용을 장기요양보험(AWBZ)을 통해

의료공급자에게 전달하고 조합의 운영에 필요한 경비를 위해 요양보험관리기관 (the executive bodies)에게 지급된다.

〈표 IV-6〉 장기요양보험(AWBZ)의 수입과 지출

(단위: in millions of euros)

AFBZ	2001	2002
지출(Expenditure)	15,973.3	17,223.6
요양급여 제공 및 기금	15,833.7	17,079.3
관리 비용	139.6	144.1
수입(Income)	16,066.1	16,242.6
수입관련 기여금(Income-related contributions)	12,774.1	12,189.2
환자 기여금	1,707.9	1,769.8
정부 기여금	5.9	6.2
할인비용에 대한 기여금(Contributions to the Cost of Discounts)	1,672.3	2,391.0
다른 수입	-94.1	-113.5
운영 균형(Operating balance)	92.84	980.9
장기요양보험(AFBZ) 자본	530.7	-450.2
기여금에 따른 지불가능한 수입(millions)	202,601.9	211,708.3
기여율(Contribution rate, %)	10.25	10.25

Source: VWS.

#### 라. 관리 운영

건강보험, 민간보험과 공무원보험은 장기요양보험(AWBZ)을 실제 운영하는 주체이다. 건강보험은 자동적으로 요양보험의 운영 주체가 되며, 공무원보험은 보건복지부에 등록만을 필요로 한다. 민간보험의 경우에는 인증 절차를 거치게 된다.

장기요양보험(AWBZ)을 집행하는 것, 특히 의료공급자와 계약하거나 환자의 기여금을 거두는 것은 31개 지역 집행 사무소(regional health care offices)에 위

입되어 있다.

요양보험은 가입자들이 제공받을 수 있는 급여를 제공하는 체계이다. 집행 사무소는 의료 공급자나 기관들과 계약을 해야 한다. 그러나 집행 사무소는 공급자들과 직접 협상하는 것을 허용하지 않는다. 특별한 경우 허가를 받아야 하며, 국가 수준에서 공급자와 보험자를 대표하는 조직에게 자문을 받는다. 이 자문이 성공적이지 않으면 협상을 통해 요양보험 급여를 결정한다. 의료수가법(the Health Care Charges Act (Wtg))에 따라 요양급여 수가는 국가 수가 기준위원회(the National Health Tariffs Authority, CTG)의 승인을 받아야 한다.

2001년 건강보험 감독위원회 설치법(the Supervisory Board for Health Care Insurance Establishment Act)의 집행으로 질병금고보험(Zfw)과 요양보험의 감독은 기존의 조직인 건강보험기금위원회(CVZ)에서 조직적으로 분리되어 독립적인 건강보험감독위원회 Supervisory Board for Health Care Insurance (CTZ)가 담당하게 되었다.

건강보험기금위원회(CVZ)는 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw) 조직의 운영에 대한 이사회 조직으로 역할을 한다. 보험조직에 기금을 배분하고 전체 보험의 운영의 틀 내에서 이들 보험조직을 관리 운영 한다.

보험정책의 방향설정과 관련된 주요 역할은 다음과 같다.

- 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)의 집행에 대한 조정
- 다른 공공보건정책과 사회보장정책과의 조정
- 요양보험집행사무소, 보험자와 의료공급자에 대한 보험정책의 변화 등에 대한 정보 제공
- 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)의 새로운 정책의 시행가능성, 효율성에 대한 평가 보고
- 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)에 대한 보건복지부장관의 정책에 대한 실제적 개발
- 건강보험기금과 집행 조직에 대한 인정
- 건강보험의 의무이행, 기금의 집행에 대한 인증

- 협상과 국가 자문의 결과에 대한 인정
- 의료공급기관에 대한 인증

관리 및 재정(Management and finance)에 관한 주요 역할은 다음과 같다

- 일반 기금(the General Fund (AK)과 the AFBZ)의 관리
- 이 기금에서 집행되어야 하는 자원에 관한 보고
- 수입과 관련하여 부과되는 기여금의 수준에 관한 보고
- 보건복지부의 정책에 근거한 예산 수립에 대한 지침 제시
- 집행사무소에 대한 the executive bodies 예산 지급
- 기금 조성

건강보험감독위원회(Supervisory Board for Health Care Insurance)는 장기요양보험(AWBZ) 질병금고보험(Zfw)의 운영에 대한 합법성과 효율성을 모니터한다. 개별적인 요양보험 집행사무소를 정기적으로 감독한다. 일반적인 감사를 통해 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)을 운영을 감독한다.

보건복지부장관과 보험위원회에 운영의 합법성과 효율성에 대한 매년 보고서 준비한다. 제안된 정책이나 법안의 감독과 집행에서 시행 가능성에 대한 보고서 작성, 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)의 합법적 인정(authorisation)의 철회 등에 대한 자문 등을 한다.

## 7. 질병금고보험(The Health insurance Act, Zfw) 제도

질병금고보험법(The Health Insurance Act(Zfw)은 사회보험으로 1964년 제정되어 1966년부터 시행되어 왔다. 이 법에 따른 보험은 강제적인 것으로 기준에 해당하는 모든 사람은 자동적으로 보험에 가입하여 기여금을 부담해야 한다. 1998년부터 65세 이상의 노인이나 아직 사회보험에 가입하지 않은 사람이 가입할 수 있으며 이들의 연간 세금 부과 이전의 소득은 2002년 기준 EUR 19,550이다.

### 가. 적용 대상

다음의 사람들이 건강보험의 가입자가 된다.

- 1) 질병금고법(Sickness Benefits Act)에 의한 피고용인으로서 2002년 기준 년 소득 EUR 30,700 이하인 사람
- 2) 네덜란드에 거주하고 있으며 일반 유족보상법에 적용 대상자(the General Surviving Dependants Act), 업무장애보험(Incapacity Insurance)에 가입되어 45% 이상 장애로 급여를 받고 있는 자영업자(Self-Employed Persons Act (Waz), 장애 실업자(Young Disabled Persons), 그리고 출산급여(maternity benefit)를 받고 있는 사람
- 3) 업무장애보험에 가입된 65세 이전의 자영업자로 2002 EUR 19,650 이하 소득인 사람
- 4) 퇴직 연금이나 급여를 받고 있는 특정 집단
- 5) 65세에 도달했을 때 이전의 국가에 의한 건강보험을 적용 받던 사람
- 6) 65세 도달했을 때 국가 보장 건강보험에 가입되지 않았으나 2002 EUR 19,550 이하인 사람 가운데 보험 가입을 원하는 사람
- 7) 가족법에 의해 일상생활유지 수당(maintenance payment (alimony)을 받거나 2002년 EUR 19,650 이하인 사람

네덜란드의 국적을 갖고 있는가 그렇지 않은가는 보험적용에 중요한 것은 아니지만 네덜란드에 합법적으로 거주하고 있어야 한다. 피보험자의 파트너와 어린이 또한 같은 조건으로 보험에 가입된다. 파트너는 법적인 배우자나 등록된 동거인, 동성 또는 이성으로 지속적으로 가계를 유지하고 있는 개인이다.

보험 가입자가 급여를 받기 위해서는 등록을 해야 하며 이것은 권리와 의무를 구체화하기 위한 행정적인 절차이다. 가입자는 선택한 건강보험에 등록해야 하는데 선원이나 외국에 살고 있는 사람을 제외하고는 특별한 제약이 없어 네덜란드에 있는 보험 가운데 선택할 수 있다.

등록은 1년 기간 동안 유효하며 다음 해에도 지속적으로 갱신된다. 다른 보험으로 변경을 할 수 있으며 사전에 통보를 통해 변경할 수 있으며 2개월 이전에 통보해야 한다.

#### 나. 보험급여

질병금고보험(Zfw)은 일반의, 의료기사(paramedical care), 산과 진료, 모성 보건, 의약품, 의료기구, 치과 진료, 전문의 진료(병원 등), 보청기, 혈액투석, 유전적 검사, 재활 치료, 예방적 혈전 용해, 이송 등에 대한 급여를 제공한다. 이용 가능한 급여, 서비스의 성격은 구체적으로 건강보험의 규정에 자세히 기술하고 있으며 적용 분야에 따라 다르고 어떤 경우에는 본인이 부담하는 수준에 따라 차이가 나는 서비스도 있다.

##### 1) 일반의 진료(General practitioner care)

개업의에 의한 내과적, 외과적 진료이며 상담, 방문, 처방, 전문의 의뢰, 단순 수술 등을 포함한다.

##### 2) 의료지원 서비스(Paramedical care)

물리치료, 언어치료 등을 포함하며 1년에 각 적응증에 따라 9번(session) 까지 가능하다. 일반의나 전문의가 의뢰할 경우 보험자는 사전 허가를 통해 9번 이상 제공할 수 있다.

##### 3) 산과적 진료(Obstetric care)

일반의나 산파(midwives)에 의해 제공되는 산과적 진료

##### 4) 모성 진료(Maternity care)

모성 진료는 2가지 유형이 있는데 첫째는 모성 진료센터에서 파견된 인력(maternity assistant)에 의해 산모와 영아를 위해 가정에서 제공되는 것으로 최대

10일 동안 적게는 24시간에서 80시간의 서비스가 제공된다. 둘째, 모성 진료센터와 병원에서 제공되는 것으로 시간당 또는 일당 본인 부담을 지불하며 병원의 경우 추가 부담을 지불한다.

#### 5) 의약품 급여(Pharmaceutical care)

의약품, 치료 목적의 식이적 제품(dietary products)에 대한 급여로서 의약품은 치료적 목적에 따라 동등한 군으로 구분된 의약품으로 구분되며 각 군에 따라 급여에 포함되는 양적 수준이 정해져 있다. 급여 수준은 각 군의 평균 가격이다.

#### 6) 의료장비(Medical devices)

일차적으로 가정에서 사용하는 항목들로 개인적인 물품(당뇨검사기, 기저귀)에서 보조기구(보청기, 의족기) 까지 포함한다. 이동장비를 빌리는 것도 가능하다. 급여 범위와 수준에 제약이 있으며 어떤 경우 본인 부담금이 있다. 최소한 기간을 사용하며 최대한 평균 수준에 사용하는 것을 일반적인 규칙으로 하고 있다. 어떤 경우 수리비용은 급여 포함되며 사용자가 정상적인 운영에 필요한 비용을 부담하는 것을 원칙으로 한다.

#### 7) 치과 진료(Dental care)

구강 진료는 예방적인 것과 구강 수술에 해당한다. 해당하는 환자는 보철을 할 수 있다. 18세까지 해당하는 젊은 사람들은 5세부터 1년에 두 번 불소도포(fluoride application)나 치주질환(periodontal care)관리를 받을 수 있다. 신체적, 정신적 장애가 있는 사람이나 의학적 치료 결과 치아 및 구강에 비정상적인 이상이 있는 사람은 포괄적인 구강 진료를 받을 수 있다.

#### 8) 전문의 진료(Specialist medical care)

가) 병원에서 제공되는 전문의 진료, 간호, 일반 요양, 의료기사 서비스, 의약품이며, 이식수술과 관련된 비용도 포함

나) 병원을 이용하지 않은 전문의 진료

처음 365일은 질병금고보험(Zfw)에서 적용하지만 이후의 병원 입원에 관한 비용은 장기요양보험(AWBZ)으로 청구된다. 입원이 필요 없고 간호요양소에 입소해야 하는 환자가 적절한 시설을 찾지 못하면 질병금고보험(Zfw)에서 4주 동안 병원 입원을 연장할 수 있다. 이후에 발생하는 비용은 장기요양보험(AWBZ)으로 청구된다.

9) Audiological care

청력검사센터의 청력기능검사와 자문을 포함하며 보청기의 사용을 포함 한다.

10) Genetic testing

유전적 이상에 대한 검사, 상담, 전문 기관에서 관련된 심리적 지지를 포함한다.

11) Non-clinical haemodialysis

가정이나 투석센터에서 혈액투석. 가정에서 할 경우 관련 인력의 훈련이나 장비의 이송도 급여에 포함한다. 가정의 수리 및 특별 위생 시설의 설치도 급여에 포함한다.

12) Chronic intermittent ventilation

호흡기센터(ventilation centre)에서 제공하는 치료를 포함하며 가정에서 사용하는 장비도 포함한다.

13) Rehabilitative care

전문의, 의료기사, 행동치료사 등의 재활관련 검사, 치료, 상담을 포함한다. 일반 요양이나 간호시설에서 제공될 수도 있으며 처음 365일은 질병금고보험(Zfw)에서 지급하며 이후의 비용은 장기요양보험(AWBZ)에서 지불한다.

## 14) Thrombosis prevention

예방적 혈전용해술을 급역화하며 혈액응고시간을 결정하기 위한 정기적인 혈액검사, 임상검사를 포함한다.

## 15) Transportation

의학적인 적응에 해당하는 앰블런스, 택시, 개인 자가용의 이용에 사용한 비용을 급역에 포함한다. 의사는 이를 확인해야 한다. 의료시설에서 사용할 수 있는 가장 저렴한 대중교통수단에 대한 비용을 보험에서 지급한다. 특별한 경우에는 헬리콥터와 같은 특별 이송 수단도 급역로 제공할 수 있다. 사전 허락을 취득한 경우 외국에서 치료하기 위해 이동하는데 소요되는 비용을 지불할 수 있다.

〈표 IV-7〉 질병치료에 대한 지출

(단위: 백만 유로(millions of euros))

	2001	2002
일반의 진료(GP care)	11,239.6	1,356.3
보건소(Health centres)	28.4	28.4
치과 진료(Dental care)	552.7	563.7
물리치료(Physiotherapy)	625.0	647.6
도수요법(Remedial therapy)	38.4	39.8
언어치료(Speech therapy)	45.5	46.6
에르고요법(Ergotherapy)	6.4	6.4
산과치료(Obstetric care)	99.2	102.7
모성치료(Maternity care)	222.9	226.0
일반 사회적 지원(General social support)	108.0	108.0
일반병원 및 전문병원치료	7,291.4	7,419.1
대학병원치료	2,628.6	2,668.5
기타 다른 치료	540.0	447.7
전문의 치료	1,256.5	1,268.7
전문의 치과 치료	69.8	70.5
앰블런스 서비스	232.9	245.7
다른 이송	147.9	147.9
기타 예비	3.3	6.7
합 계	15,136.3	15,400.4

Source: VWS

#### 다. 자원 조달 및 기금

건강보험은 질병금고보험(Zfw) 아래의 목적을 위한 일반기금(General Fund, AK) 조성을 할 수 있다.

- 1) 장기요양보험(AWBZ)이나 질병금고보험(Zfw)에 포함할 것으로 제안된 급여. 시험관 수정(In vitro fertilisation), 로봇수술(Robot manipulation)
- 2) 급여에 있는 기존에 치료를 대체하는 형태의 대체치료("flexi-care")
- 3) 혁신적 치료. 아직은 없다.
- 4) 환자들의 독립적인 진료를 받을 수 있도록 지원하는 장비
- 5) 장기요양보험(AWBZ) or 질병금고보험(Zfw) 운용과 관련된 연구 기금
- 6) 기타 다른 목적의 기금 사업

건강보험기금위원회(CVZ)에 의해 허가를 받은 의료기관, 시설, 의료공급자는 질병금고보험(Zfw) 급여를 제공할 수 있다.

보험 가입된 사람은 보험기금과 협약된 의사나 의료기관을 방문할 수 있다. 피보험자는 의료기관이나 개업의를 선택할 수 있지만 개업의의 경우에는 등록 체계를 가지고 있다. 피보험자는 보험과 협약된 개업의를 선택할 수 있으며 개업의는 등록된 환자의 수에 따라 일년 동안 정해진 기금을 받는다.

질병금고보험(Zfw)에 대한 지출은 주로 수입에 관련된 기여금으로 충당되며, 이것 외에도 노인건강보험을 위한 공동기금법(MOOZ, the Elderly Health Insurance Act Beneficiaries (Joint Financing Act (MOOZ), 정부 보조금으로 충당된다. 모든 재원은 기금은 건강보험기금위원회(CVZ)에 의해 관리되는 국가보험 기금에 모인다.

#### 가) 기여금(Contributions)

65세 이전까지는 수입에 기초한 일정 비율을 기여금으로 납부해야 한다. 2002년 7.95%이었다. 1989년부터 수입에 기반을 둔 기여금 외에도 명목적인 기여금을 납부한다. 강제적인 사회 보험에 가입된 사람이 2002년 1년에 납부한

금액은 EUR 28,188 이었다.

소득 수준이 아주 낮은 사람은 비율이 아니라 책정된 금액만을 납부하며 명목적인 기여금의 납부도 면제된다. 각 보험조합은 명목 기여금을 자율적으로 정하기만 피보험자는 매달 일정액을 납부한다.

#### 나) 노인건강보험을 위한 공동기금(MOOZ contributions)

65세 이후의 사람들이 국가보험에 가입하기 위해서는 정년퇴임 이전 민간보험에도 지속적으로 가입되어 있어야 한다. 그러나 65세 이상의 노인에서 민간보험보다 국가보험에 가입되어 있는 사람들의 비율이 더 높다. 노인건강보험 공동기금은 민간보험에 가입된 사람들이 국가보험의 많은 노인 비율로 인한 비용 지출에 기여하기 위한 것이다. 민간보험에 가입자에게 할당된 기여금은 2002년 20세-65세까지 사람은 EUR 81.60, 20세까지 사람은 EUR 40.80, 65세 이상의 사람은 EUR 65.28 이었다.

〈표 IV-8〉 건강기금재원

	(단위: 백만 유로)	
	2002	%
장기요양보험(AWBZ)	15.5	40
질병금고보험(Zfw)	14.7	37
민간보험(Private insurance)	5.7	14
정부	2.0	4
환자 기여금 및 기타 수입	2.6	5
합 계	40.5	100

Source: VWS

#### 다) 정부 기여금(Government contribution)

1996년 의료보험 접근성 개선법(The Medical Insurance Access Act)과 노인건강보험을 위한 공동기금(MOOZ contributions)으로 정부의 보험운영에 대한 기여는 증가하였다. 이 규모는 매년 일정액 결정된다.

## 라. 관리 운영

질병금고보험(Zfw)은 전체 보험운영을 인증된 각 건강보험조합에 할당한다. 1992년부터 보험조합들은 스스로 업무를 결정할 수 있다. 건강보험조합이 의료 서비스를 제공할 수는 없다. 그러나 대부(loan)를 하는 것은 가능하며 보험조합이 보다 효율적으로 의료서비스를 제공할 수 있도록 하기 위해 기회를 확대하고 있으며 의약품을 공급하는 것은 가능하게 되었다.

실제적인 보험서비스 범위를 벗어 나는 것에 대한 보험급여 기회를 확대하기 위해 추가적인 보충 보험을 제공할 수 있다. 각 보험조합은 추가적 보험의 서비스 범위를 스스로 결정할 수 있으며 대부분의 경우 치과 치료, 대체의학(alternative medicine), 외국의 치료비 등을 포함하고 있다.

개별 건강보험조합은 국민건강보험의 운영과 관련된 재정적인 부담을 공동으로 지고 있으며 이것은 우선 서비스의 제공과 비용 상황과 관련되어 있고 다음으로는 보험의 운용, 관리와 관련되어 있다.

1991년 이후 보험을 통해 제공받을 수 있는 급여와 지불 규모를 명확히 하였다. 예산은 배분 기준에 따라 범위가 결정되었다. 제공되는 서비스의 가격, 질적 수준, 양적 수준과 관련된 보험조합의 조정을 해야 한다.

보험조합은 대상자의 의학적 조건과 무관하게 가입을 원하는 사람을 수용해야 한다. 가입자의 위험수준(risk profile)을 고려한 예산 배정이 이루어진다.

### 1) 예산(Budget formulation)

보건복지부장관은 매년 말 다음 해에 사용될 보험예산을 설정하고 세부적인 예산 배분의 일반 원칙을 제시하여 보건 분야 세부적인 배분이 이루어진다. 이것에 따라 건강보험기금위원회(CVZ)는 개별 보험조합에 예산에 대하여 정보를 제공하고 일반기금(AK)에서 매월 일정액을 지급한다. 보험조합에 지급되는 금액으로 서비스의 제공, 비용 상황을 모두 조달할 수 없어 각 보험조합은 명목 기여금을 받는다. 사전에 조합에 배분되는 예산을 알기 때문에 보험은 명목 기여금의 수준을 결정하는데 이것을 결정하는 방식과 조합원의 가입을 유도하는

과정에서 보험조합간의 경쟁이 이루어진다. 보험조합은 지출보다 수입이 많을 경우 각각의 재정적 보충기금(financial reserves)에 적립한다.

## 2) 재정배분(Allocation criteria)

건강보험기금위원회(CVZ)가 각 보험조합에 예산을 배분할 때는 규범적인 기준(normative criteria)을 적용하는데 이것은 가입된 사람 수와 이들의 위험요인(risk profile)과 관련되어 있다. 그러나 1993년 연령과 성을 포함하여 예산 배분을 고려하였다. 이후 법적 기준(legal grounds criterion)을 추가하여 산업재해 피해자, 피고용인, 보충적 급여 수혜자(supplementary benefit recipients), 다른 급여 수혜자, 65세 이상의 노인을 포함하고 있다.

2002에는 다른 배분 기준을 추가하여 의약품 소비를 반영한 의약품 비용집단(Pharmacy Cost Group(FKG))을 포함하였다.

## 3) 의료기관 재정배분(Division model)

예산은 보험조합뿐 아니라 병원, 재활센터와 같은 의료기관에도 배분된다. 보험조합은 집합적으로 의료기관의 재정을 지급해야 한다. 그러나 의료기관과 협의를 통해 예산 규모가 결정되어야 가능하다.

의료기관의 예산은 지역적 비용(location costs), 고정(fixed) 비용, 반고정(semi-fixed) 비용, 가변 비용으로 구성되어 있어 보험자는 의료기관과 특히 가변 비용에 대하여 협상한다. 이것이 의료기관 예산의 기초가 된다. 그러나 보험자는 건축의 증설에 관련된 고정비용에는 아무런 영향력을 행사할 수 없다.

이것은 보험조합은 병원 예산을 지원해야 하는 이중적인 예산의 어려움(double budgeting problem)을 해결하기 위해 병원의 고정자산과 관련된 재정적 위험을 피할 수 있도록 마련된 조치이다. 그러므로 1996년부터 2001년까지 보험자가 부담해야하는 위험은 병원에 입원하는 환자수, 외래 환자수와 같은 것으로 고정비용과 무관하다.

그러나 2002년 이후 환자에게 부과되는 비용은 기관에 따른 두 가지 비용으

로 구분된다. 하나는 기관의 고정비용에서 나오는 비용이고 다른 하나는 보험자가 지급하는 가변 비용에 관련된 것이다. 건강보험기금위원회(CVZ)는 병원의 고정비용에 대한 기금의 보조금을 지급한다.

4) 재정불균형 조정(Correction mechanisms)

보험조합이 지출해야 하는 실제 비용과 예산 할당의 차이를 해결하기 위한 다양한 기전이 있었다. 일반 평준화(generic equalisation) 조정은 평균 비용의 수준에서 조정하는 것이며, 회계 기간 말경 추가적인 자원을 배정하는 후향적 조정(a retrospective adjustment) 방법이 있으며, 1997년 이후 고액 진료비 조정(high cost equalisation, HKV) 방법이 있다.

1984년 이후 보험조합은 별도의 예산으로 관리운영 비용을 배정받는다. 보건분야의 예산 배분과 같은 방식으로 보건복지부장관은 배분 지침을 제시하고 이것에 따라 예산이 결정되면 매월 선불로 이 비용을 각 보험조합에 지급한다.

<표 IV-9> 질병금고보험(Zfw) 일반 금고(AK) 수입 지출

(단위: 백만 유로)

	2001	2002
지출(Expenditure)	12,619.6	13,223.4
치료	11,777.4	12,677.2
관리	435.6	450.4
후향적 조정(치료)	181.5	0.0
후향적 조정(가입자 수)	147.5	0.0
기타	77.6	83.5
수입(Income)	13,024.8	13,448.0
수입관련 기여금	9,624.0	9,884.7
노인공동기금(MOOZ)	367.1	401.7
정부기여금	3,181.1	3,295.4
다른 수입	-147.5	-133.9
운영 균형	405.2	224.6
일반 기금 자본	364.6	589.1

Source: VWS

보험조합은 의료기관뿐 아니라 개별적인 일반의, 전문의와도 협약을 맺어야 했다. 그러나 1992년 이후 개별 의사를 대상으로 한 협약을 하지 않아도 된다. 그러나 병원과 같은 기관과는 아직도 협약을 맺어야 한다. 이 협상은 보험자와 의료기관이 상호 균형적인 입장에서 의료의 효과와 질에 향상하는 방향으로 진행하도록 한다.

건강보험기금위원회(CVZ)는 국가 수준에서 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)의 운영을 관리하는 역할을 한다. 건강보험기금위원회(CVZ)는 법적으로 효율적으로 보험조합과 장기요양보험(AWBZ) 집행사무소가 질병금고보험(Zfw)과 장기요양보험(AWBZ)이 추진되는지 모니터한다.

## 8. 민간의료보험(Private health insurance )

〈표 IV-10〉 민간의료보험의 수입과 지출

	(단위: 백만 유로)	
	2001	2002
지출(Expenditure)	5,210.3	5,717.8
급여 지급	4,704.7	5,190.5
관리비용	505.7	527.2
수입(Income)	5,026.3	5,578.8
기여금	4,371.5	4,887.1
건강보험접근성향상(Wtz) 기여금	701.1	738.0
다른 수입	-46.3	-46.3

Source: VWS

국가 보험과는 달리 민가보험은 개인의 계약에 의해 성립되고 정부는 직접적인 통제를 하지 않는다. 민간보험은 자신의 기준을 적용하고 사람들은 소득에 기초한 것이 아닌 명목적 보험료(nominal premium)를 지불하는데 이것은 1년에 약 EUR 900 정도이다.

그러나 민간보험에 가입된 사람도 1998년 신설된 건강보험접근성 향상법

Medical Insurance Access Act 1998 (Wtz 1998)과 MOOZ 에 의해 할당된 기여금을 납부해야 한다.

## 9. 건강보험의 접근성 향상을 위한 법(The Medical Insurance Access Act 1998)

건강보험 접근성 향상법(Medical Insurance Access Act, Wtz)은 국가 건강보험의 조건에 맞지 않고 또한 민간보험에 가입할 만한 수준이 되지 않는 고위험군에게 “표준화된 보험급여”(standard insurance package)를 제공하기 위해 제정되었다.

1986년 정부는 자발적으로 가입하는 노인의 국가보험을 폐지하였다. 그 결과 이전에 보험에 적용되는 몇몇 집단들은 민간보험에 가입할 수밖에 없었다. 이런 집단의 적절한 보험에 대한 접근성을 향상하기 위해 이 법안이 만들어졌다. 이 법에 따라 민간보험은 표준화된 형태의 보험급여(a standard Wtz policy)를 민간보험의 상품의 하나로 선택 반듯이 포함해야한다. 보험 가입자의 가입조건, 부담해야 하는 위험 수준, 가입자가 납부해야 하는 기여금 수준에 대한 법적 규정이 있다.

이 보험은 민간보험에 관한 정책이므로 민간보험에 의지해야 하는 사람들에게는 법적인 강제 조항이 없어 가입은 자유이다. 그러나 민간보험회사는 법적인 조건이 충족한다면 표준화된 보험에 가입자를 거부할 수 없도록 되어 있다.

법에 의해 표준화된 민간보험에 가입이 가능한 사람들은 이전의 국가보험에 가입되어 있다가 탈퇴한 사람들, 65세 이상의 노인, 네덜란드에 거주하게 된 외국 사람들, 의료보험이 없는 사람들이다.

표준화된 급여에 의해 제공되는 급여 범위는 실제로 국가보험과 동일하다. 그러나 환자 본인이 부담해야 하는 비용의 할당에 약간의 차이가 있어 환자의 서비스에 대한 기여에 차이가 있다.

보험가입자는 병원, 전문의, 치과 의사, 개원의사, 산과, 물리치료사, 직업치료사 등 다양한 의료공급자를 자유롭게 선택할 수 있다. 그러나 전문의 서비스나 물리치료, 운동치료와 같은 다양한 서비스를 받기 위해서는 일반의로부터의 의

되서가 반드시 필요하다.

이 법에 따라 재원은 보험가입자들의 기여금과 다른 부분에 할당된 기여금이다. 보험가입자는 기준에 일정 수준의 기여금을 납부한다.

2002년 기준으로 이전의 자발적 국가 보험 가입자로서 65세 이하는 매월 EUR 108.80, 65세 이상 표준보험급여(Wtz) 가입자는 매월 EUR 136, 65세 미만의 표준보험급여(Wtz) 가입자는 매월 EUR 136, 학생 재정지원금을 받는 학생의 경우 최대한 매월 EUR 33.95 정도이다.

할당 기여금(The apportionment contribution)은 표준보험급여에 가입된 사람들이 납부한 기여금이 부족한 것을 충당하기 위해 부과된 것으로 모든 민간보험에 가입된 65세 미만의 사람들이 부족한 부분을 납부한다. 2002년 일년에 20세 미만의 경우 EUR 117.12, 20세에서 65세 경우 EUR 234.24를 납부하였다.

민간보험의 지출에 대한 감독은 연금보험감독원(Pension and Insurance Supervisory Board(PVK))이 담당한다. 개별 보험가입자의 표준화된 급여 제공에 관한 모니터는 보건복지부가 담당하며 표준보험급여의 기여금에 대한 변동은 재정경제부가 책임을 담당한다.

## 10. 사회보장제도 내에서의 건강보험

사회보장체계(social protection system)의 관점에서 네덜란드의 복지는 20세기 초반 직업성 상해급여(work injury benefits (1901))를 출발점으로 볼 수 있다. 2차 대전까지 직장을 단위로 한 피고용보험(employee insurance)으로 확대되어 재해보장, 실직 및 퇴직보장, 상해보장까지 확대되었다.

사회보장은 질병, 실직, 장애로 인한 근로 불능, 퇴직 등으로 인해 스스로 수입이 없는 사람을 보호하기 위한 것으로 1) 사회보호(social security, national insurances and employee insurances), 2) 공적, 사회적 부조(social assistance), 3) 노인 연금(old age pension provisions)을 기본으로 한다.

- 국가보험(National insurance)은 노인연금(AOW), 유족연금(survivors' pensions, ANW), 자녀급여(child benefits, AKW), 젊은 사람을 대상으로

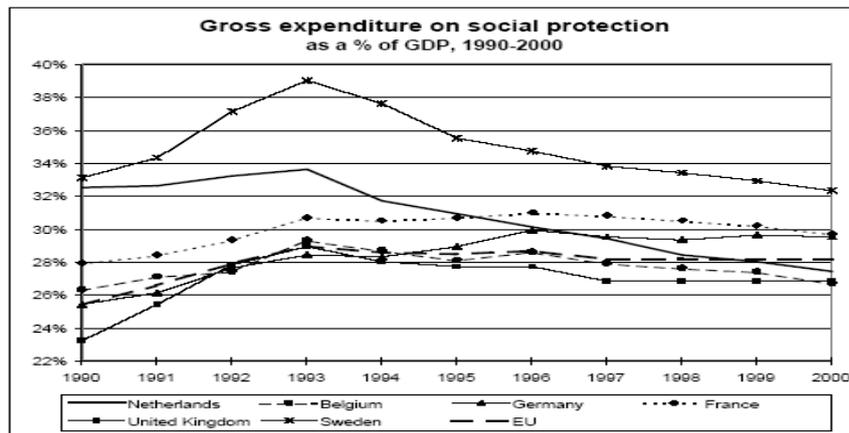
하는 장애급여(Wajong), 자영업자 장애급여(WAZ)이다. 이 보험은 강제가입이며 기여금은 수입에 기초하여 부과되며, 급여는 일정률로 제공된다. 국가보험은 사회보험은행(Social Insurance Bank, SVB)

- 피고용자 보험(Employee insurance)은 실직(WW), 장기적 장애(WAO), 질병(ZW)의 위험에 대한 대책이다. 이 보험은 강제가입이며 기여금은 임금의 일정 비율로 적용되며 급여는 임금과 관련되어 있다.
- 사회적 부조(Social assistance)는 모든 시민이 가능하며 보험의 가입이 가능하지 않을 경우 기초적인 수입 수준을 보장하기 위한 것이다. 이것은 세금에 의한 일반 기금으로 충당되며 지방자치단체가 책임을 가지고 있다.

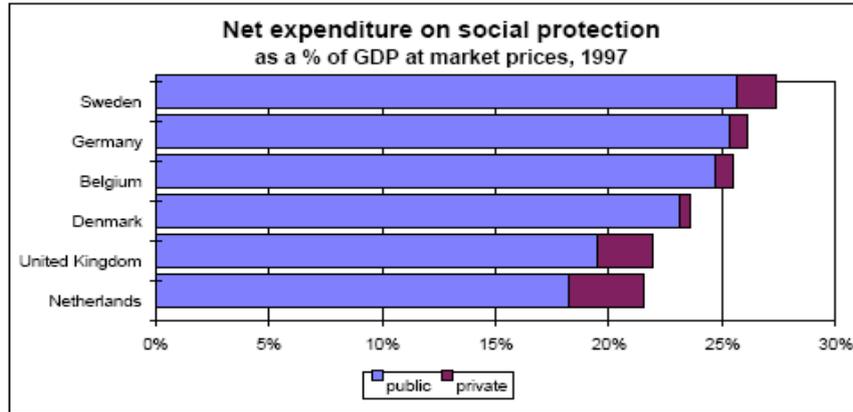
일반적으로 다양한 사회보장 급여의 제공은 최소한의 임금과 관련되어 있으며 이 임금은 평균 임금의 상승과도 연관되어 있다.

경제 후퇴와 고령인구의 증가는 네덜란드의 사회보장에 상당한 압력을 가하고 있다. 그래서 정책은 사회보장체계가 자생적인 역량을 강화하는 것을 목적으로 한다. 정부 정책의 중요한 원칙 가운데 하나는 일할 수 있는 능력이 있는 사람은 일을 해야 한다는 것이다. 다양한 방법을 통해 이 원칙은 실행되고 있다.

[그림 IV-3] Gross expenditure on social protection(1999-2000)



[그림 IV-4] Net expenditure on social protection(1997년)

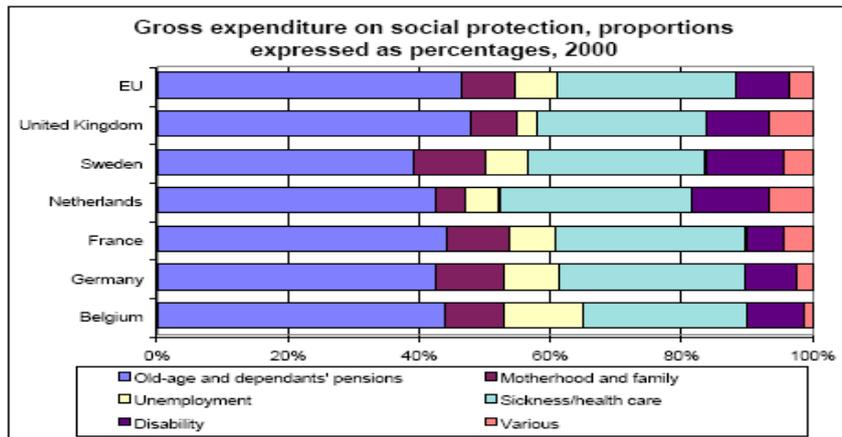


Source: W. Adema: Net Social Expenditure, OECD, Paris, 2001

GDP의 비율에서 사회보장을 포함한 건강보험 등 사회적 안전망을 위한 지출은 네덜란드가 유럽의 다른 나라와 같이 높은 수준을 차지하고 있다.

그러나 네덜란드의 급여는 총합(gross amount)으로 지출되고 있어 순합(net amount)으로 지불되는 다른 나라에 비하면 네덜란드는 가장 낮은 수준이다.

[그림 IV-5] Gross expenditure on social protection, proportions expressed as percentages(2000년)



Source: Eurostat

사회보장에 대한 지출은 급여의 유형에 따라 구분할 경우 노인 및 퇴직 연금이 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 다른 나라에 비하면 네덜란드와 스웨덴은 장애에 대한 급여가 높은 비율을 차지한다. 독일과 스웨덴의 경우 출산 및 가족에 대한 급여가 많지만 네덜란드는 이 비율이 매우 낮다

(<http://internationalezaken.szw.nl/>).

## 11. 교훈 및 시사점

### 가. 보건 의료체계의 성격

네덜란드의 국가보건의료체계는 사회보험을 기본으로 하고 민간이 의료공급의 중심을 차지하고 있다. 우리나라와 같이 사회보험을 통한 공공 재정조달, 민간중심의 의료서비스 공급은 형식상으로는 비슷한 것 같지만 그 성격에 많은 차이가 있다. 특히 보건의료정책에서 협동주의 접근방식은 우리나라에서 찾아보기 어렵다.

사회보험의 경우 장기요양보험과 급성기 질병금고보험을 통해 실제적인 급여를 제공하고 있으며, 건강보험조합간의 재정불균형을 해소하기 위한 다양한 기전을 갖추고 있다. 질병금고는 최근 퇴직자, 고령자, 저소득 자영자를 가입자로 받아들여 전통적인 비고용자를 중심으로 한 질병금고의 성격이 변화하였지만 아직 피고용자를 중심으로 질병금고가 운영되고 있다. 또한 사회보험조합 간의 경쟁을 위한 기전이 있지만 건강보험의 근본적인 취지를 훼손하지 않는 수준의 경쟁을 도입하고 있다.

민간중심의 공급자는 우리나라와 형식상 비슷하지만 일반의를 중심으로 하는 일차진료 영역과 입원을 중심으로 하는 병원 영역이 구분되어 있다. 병원의 경우 중세부터 갖고 있는 전통으로 수입을 중심으로 운영되지는 않는다. 대부분의 병원은 비영리 조직, 자선 단체에 의해 소유되어 있고, 정부는 이들 병원에 대한 계획, 통제 역할을 담당한다. 특히 병원 수용(capacity) 능력에 대한 규제가

강하여 정부의 허가를 얻어야 한다. 사회보험과 같은 공공 재원으로 병원을 지원하기도 한다(de Folter, 1997). 사적 투자의 대상으로 병원의 운영과 경영이 이루어지지 않으며 건강보험은 병원의 시설에 대한 지원을 통해 사회적인 통제를 한다. 네덜란드를 포함하여 외국의 건강보장제도의 교훈을 도출하는데 있어 이와 같은 제도적 차이를 고려하여 각 나라에서 작동하는 기전을 파악하고 우리의 교훈을 도출하는 것이 중요할 것이다.

#### 나. 건강보험과 사회적 보장성

네덜란드의 의료보험제도의 특성은 목적에 따라 3가지 영역으로 부분되어 있다는 것과 다수의 사회보험, 민간보험이 존재한다는 것이다. 사회보험의 경우 소득에 기초한 기여금을 지불하며, 중앙의 보험기금을 통해 각 보험기금에 위험률을 보정한 예산배분이 이루어진다. 일정소득 이상의 국민은 민간보험에 가입하지만 민간보험에서 나타날 수 있는 위험선택, ‘단물 빼먹기’(cream skimming)를 방지하기 위해 국가가 개입한다.

네덜란드에서 사회적 연대(solidarity)는 매우 중요한 역할을 한다. 네덜란드에 있어 급여의 확대와 본인부담은 현재 커다란 문제가 되지 않고 있다. 그것은 이미 복지국가로서 성장 발전하였기 때문이다. 상당부분의 보건의료 및 사회복지 서비스가 급여로 적용되고 있으며, 고액진료나 장기요양입원이 가계의 파탄을 가져오지 않도록 사회, 국가가 이를 보장하기 때문이다. 많은 사람들이 현재의 질적 수준과 접근성이 보장되기를 원한다. 네덜란드 국민의 86%는 소득수준에 관계없이 의료가 형평하게 접근되어야 한다고 생각한다(NIPO, 1995)

네덜란드의 장기요양보험은 이를 보장한다. 네덜란드의 경우 사회적 연대가 중요하게 작용하고 있다. 네덜란드에서 장기요양보험은 소수의 사람이 이용한다. 약 1%. 이를 위해 나머지 사람이 비용을 지불하는 것이다. 네덜란드는 ‘정의’보다는 ‘연대’에 더욱 가치를 두고 있다. 사회의 약자에 대한 돌봄이 네덜란드의 연대의 원칙으로 작용한다(Suzan V. 2001).

네덜란드의 민간보험은 완전히 자유 시장이 아니다. 그러나 강제보험처럼 완

전히 규제되지는 않는다. 즉, ‘건강보험의 접근성 향상을 위한 법’(The Medical Insurance Access Act 1998)은 민간보험에 대한 정부 개입의 대표적인 사례로 사회적 취약 계층 및 건강보험에 대한 접근성을 향상하기 위해 정부가 민간보험에 개입하는 대표적인 사례이다. 이외에도 노인건강보험을 위한 공동기금법(MOOZ)도 이와 유사한 성격이다. 민간보험이 제공할 표준화된 기본 최소한의 급여기준(package)을 규정한다. 또한 이 법은 최대한의 가격(maximum price)을 규정한다. 민간회사에서 발생하는 손실은 이 법을 통해 보상받는다. 이것이 민간보험에서 위험에 따른 연대(risk solidarity)이다.

네덜란드는 사회보험과 민간보험을 통해 사회적인 약자를 사회적으로 보장하기 위해 부담을 감수하는 것이다. 소득수준이 높은 사람은 소득에 비례하여 많은 기여를 한다. 사회보험에 가입된 소득수준이 낮은 사람의 경우에도 적지 않은 보험료를 납부하고 있다. ‘저부담-저급여’인 우리나라와는 반대로 ‘고부담-고급여’이다.

#### 다. 재정 조달

보건의료의 재원조달에서 중요한 것은 개인과 사회, 공공재원과 민간재원에 어떻게 분담할 것인가를 결정하는 것이다. 이것은 의료에 대한 사회적 인식에 따라 차이가 있지만 사회보장은 개인의 위험률이 아닌 소득수준에 따른 기여율 결정을 원칙으로 한다. 우리나라의 경우 보험료의 조달은 소득수준에 따라 기여율이 결정되지만 보험의 적용범위가 제약되어 있어 본인부담, 비급여부분은 보험의 보장성에 대한 제약요인이 되고 있다.

네덜란드의 경우 보험을 통해 필요에 따라 급여가 제공되므로 우리나라와 같은 비급여부분에서 사회적 보장성에 대한 문제가 크지는 않은 것 같다. 보충적 민간보험의 도입을 통해 해결 가능하지만 이것은 사회적 보장성의 영역을 개인의 책임과 선택의 영역으로 돌리는 것이다. 그러나 실제적인 보장을 위한 사회적 재원 조달에 국민의 동의가 높지 않을 것 같다.

네덜란드는 우리나라보다 국민 일인당 보건의료비 지출 수준이 높다. 상당히

많은 보험료를 부담하고 있다. 보건의료에 대한 재정지출 수준은 거시 경제적 효율성과 보건의료에 대한 정책적 우선순위, 국민의 관심 등을 반영하고 있다. 어느 정도 수준이 적당한지 결정하는 것은 매우 어려울 것이다. 우리나라의 보건의료비 지출은 증가하고 있으며 향후 고령화를 고려할 때 더욱 증가할 것이며 보험의 급여확대는 직접적인 증가요인이 될 것이다. 이것은 결국 국민의 부담을 증가시킬 것이다. 우리나라 국민들이 이를 위해 어느 정도의 비용을 지불을 감수할 것인지, 소득에 따른 부과를 어느 수준에서 받아들일 것인지(사회적 형평성), 고부담의 전제조건은 무엇인지(예를 들어, 재정운영의 투명성, 지출구조의 합리성)를 파악하는 것이 중요할 것이다.

#### 라. 자원 배분

한정된 재원을 어떤 분야에 얼마나 사용할 것이며, 사용된 자원에 대한 지불 보상은 어떻게 할 것인가는 자원이용의 효율성과 결과에 영향을 미칠 것이다. 우리나라는 개원의, 병원에 대한 지불보상은 구분하지 않으며 행위별수가제를 실시하고 있다. 네덜란드의 경우 국가 전체 예산 가운데 보건의료분야에 할당되는 예산이 결정되고 이것에 따라 보건 분야의 각 세부영역에 예산이 배분된다. 이것에 기초하여 병원, 개원의, 기타 시설 등에서 공급이 이루어진다. 우리나라의 경우 의료보험에 대한 지출 총액은 결정되지 않는다. 주어진 예산 범위에서 지출한다. 재정의 지출 분야는 입원, 외래 등으로 구분되지만 각 영역별 지출범위는 정해지지 않았다.

우리나라도 보건의료비용절감을 위한 총액예산제 도입을 주장하고 있다. 이것은 단순한 제도가 아닌 사회적 자원의 배분에 대한 원칙, 의사결정방법이 전제되어야 할 것이다. 총액을 어느 수준에서 합리적으로 결정할 것이며, 이것을 어떻게 분배할 것인가에 대한 사회적 합의, 원칙 없이 총액예산제도가 실시되기는 쉽지 않을 것이다.

보수지불방식은 의사 및 병원의 행태를 결정하는 중요한 요인 가운데 하나이다. 또한 보건의료 비용절감 정책과도 밀접히 관련되어 있다. 많은 나라와 같이

네덜란드 역시 일차진료를 담당하는 의사와 병원에 대한 보수지불방식이 구분되어 있다. 증가하는 보건의료비용을 억제하기 위해 일반의의 주치의 제도, 병원의 총액예산제로 변경하였다.

의료비 지출에서 병원과 개원의에 할당된 예산이 다른 것은 서로 간에 역할이 다르고 따라서 동일한 서비스를 제공하기 위해 경쟁할 필요가 없다는 것이다. 서로의 역할과 그것에 따른 보상체계가 다르다. 우리나라의 경우 이런 구분이 없다.

#### 마. 비용절감

보건정책은 거시적 경제정책과 맞물려져 있다. 국제적인 경쟁력과 고용을 고려할 때 보건의료비 지출은 통제의 필요성이 있다. 보건의료는 공공 지출 항목의 주요한 부분이다. 노동임금을 낮은 수준으로 유지하고 국제 경쟁력을 갖추기 위해 공공 지출을 감소하는 것은 네덜란드의 거시 경제 정책의 주요한 목표가 되었다.

보건의료부분에서 비용 절감을 위한 정책으로 예산 기전의 변화, 보험급여 항목의 삭제, 소비를 억제하기 위한 정책 등이다. 그러나 본인비용부담과 급여 항목 삭제는 많은 논쟁을 야기하였다. 정치적으로 급여를 축소하는 것보다 확대하는 것이 더 쉽다. 급여의 확대는 많은 사람이 조금씩 부담하여 소수의 집단에서 많은 급여 혜택이 주어지지만, 급여의 축소는 특정 집단에게 비용이 집중되고 많은 사람에서 적은 혜택을 의미한다.

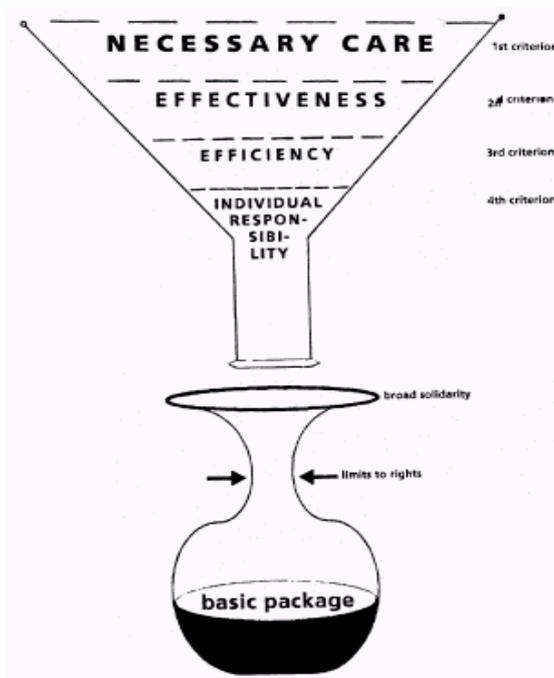
이런 비용 절감을 위한 정책과 논쟁을 통해 정부는 사회보험에서 불필요한 서비스를 삭제하기 위해 보다 체계적으로 접근할 필요성을 인식하였으며 이후 '핵심 서비스'(core services)의 '기본적 급여'(basic package)를 정의하기 위한 접근한다. Dunning committee의 권고에 의해 기초하여 질병보험금고위원회(Dutch Sickness Fund Council)는 120개 이상의 medical procedures에 대한 경제성 평가, 특히 비용-효과 평가를 대대적으로 시작한다. 어떤 경우 이 결과를 기초하여 급여삭제를 하였다.

#### 바. 급여 결정을 위한 우선순위 설정

제한된 자원을 효율적으로 배분하기 위한 우선순위 설정은 쉽지 않다. 네덜란드를 포함하여 전 세계적으로 스웨덴, 뉴질랜드, 미국의 오레건(Oregon)에서 우선순위를 설정하기 위한 접근을 하였다. 이런 접근은 필수적인 또는 핵심적인 기본 보건의료서비스를 설정하고 이것에 기초하여 제한된 자원을 배분하려는 것이다(Ham C, 1997).

네덜란드의 경우 Dunning report를 통해 필요성(necessity), 효과(effect), 효율(efficiency, cost-effectiveness), 개인적 책임성(individual responsibility)이 자원배분의 기준으로 제시되었다(Government Committee on Choices in Health Care, 1992). 이 원칙은 급여 기준(Basic health package)에 활용된다.

[그림 IV-6] Basic health package 결정 기준



## V. 미국의 건강보험 발전과정

### 1. 미국 의료보장제도의 개요

미국은 전형적으로 민간의료에 의존하고 있는 국가이다. 또한 미국의 일반 국민들은 대부분 민간의료보험을 이용하고 있다. 다만 미국정부는 65세 이상 노인층과 저소득층을 대상으로 Medicare와 Medicaid 등 공적의료보험을 설치 운영하고 있다. 그러나 최근 들어 이들 공적 의료보험을 통하여 지출되는 의료비가 급증하면서 선불제에 의한 진료보수 정액제를 중심으로 하는 관리의료의 역할이 커지고 있는 실정이다. 미국은 관리医료를 통하여 과잉진료의 요인을 줄이면서 전통적인 행위별 수가제도와 비교하여 개인부담을 경감시켜 비용 절감효과를 거두고 있음을 본다. 다른 한편으로 관리의료는 과소서비스의 공급이나 의료서비스 질의 하락을 단점으로 지적받고 있어 적절한 의료서비스의 양과 질의 유지, 불필요한 서비스의 감축 등이 앞으로의 과제로 제시되고 있다.

관리의료는 ‘의료서비스의 접근성, 비용, 질을 효율적으로 관리하는 시스템에 있어서 의료의 재정과 공급의 통합체’라고 풀이된다. 관리의료의 의미는 다양하나 한마디로 말하여 ‘질 좋은 서비스를 가능한 한 효율 좋고 낮은 비용으로 제공받을 수 있는 의료시스템의 구축’을 목표로 삼고 있다. 이는 시장 지향적이며 자유로운 의료시스템을 추구하면서 적절한 통제를 통하여 의료비를 억제하고 있다. 이를 위해서는 의료기술의 평가수법이나 진료에 관한 데이터베이스의 구비가 기초가 된다.

따라서 관리의료는 ① 의료에 있어서 공사의 역할분담 ② 의료분야에 있어서 경쟁원리의 도입 ③ 의료의 표준화 및 EBM(Evidence-Based Medicine<sup>주3)</sup>, 증거

---

주3) EBM은 개별 환자의 진료에 대한 의사결정을 내림에 있어서 현재까지 나와 있는 대안 중 최고수준의 물증 또는 증거를 지닌 대안을 양심적이고도 명시적이며 현명하게 활용하는 것을 말한다.

에 기초를 둔 의료)의 실천 ④ 진료가이드라인과 의료의 기술평가를 주요내용으로 한다. 그러므로 관리의료는 의사나 병원 등 의료공급자 측에 편제된 의료에 관한 정보나 의료의 제공과 관련되는 권한의 일부를 보험자 측으로 이관, 의료비 억제나 의료의 질에 대하여 주도권을 보험자에 주려고하는 특성을 지니고 있다고 볼 수 있다.

의료시장은 완전경쟁과 거리가 멀기 때문에 영국은 사회화된 의료, 캐나다는 국유화된 의료제도라는 극단적인 양상을 보여주고 있으나 미국은 높은 질의 의료유지를 하면서 의료비를 가장 많이 지출하는 나라가 되고 있다. 미국은 환자가 그들이 제공받는 의료서비스에 대한 지불보상제도로써 행위별 수가 및 의료전달시스템(fee-for-service payment and delivery system)을 채택하고 있다. 미국의 민간보험의 본인부담은 통상 일정액 공제제(deductible)와 본인부담금(coinsurance)을 채택하고 있다.

미국은 의료비급등에 대한 대안으로 관리경쟁(managed competition)을 고취하고 있다. 관리의료는 보험자와 서비스제공자가 사전협의하여 미리 정해진 수가표에 따라 의료비를 지불하는 제도로서 일정액 공제제와 본인부담제가 없는 것이 보통이다. 진료보수로 정액제를 실시하여 비용을 절감할 수 있다는 장점 때문에 최근으로 올수록 관리의료를 실시하는 기관이 증가하고 있는 추세이다.

최근 관리의료의 성장세는 두드러지게 나타나고 있다. 특히 사용자가 의료보험을 제공할 경우 70% 이상이 HMO, PPOs(Preferred Provider Organizations, 특약의료기구), 의사연대(Physician networks) 등의 형태로 관리의료를 실시하고 있는데 무엇보다도 의료서비스 공급자에게 과잉공급 또는 불요불급한 서비스를 제공하도록 유인을 제공하지 않기 때문이다. 이를테면 HMO의 경우 문지기 의사가 1차 의료를 제공하고 필요한 경우 전문의에게 의뢰하게 되는데 통상 보험자가 지불하는 선불정액수가 이외에 환자가 추가적으로 비용을 부담하는 경우는 거의 없다. 다른 한편으로 의료서비스제공자들이 서비스를 더 많이 제공한다고 해서 더 많은 금액을 보상해 주지 않으므로 불필요한 의료서비스를 제공할 유인이 없는 것이다. 요컨대 관리의료는 과잉진료의 유인은 없으나 과소서비스제공이나 낮은 질의 서비스가 문제가 되기도 한다. 따라서 앞으로의 과제는 ‘어떻

게 적절한 양과 질을 유지하면서 불필요한 서비스를 근절하느냐'로 요약된다.

미국의 주요 공공보건의료 프로그램으로는 1965년 창설된 Medicare(노인과 연금급여를 받는 장애자를 대상)와 Medicaid(사회부조를 받는 빈곤층을 대상)를 들 수 있다. 이들 공적의료보험제도에 소요되는 비용은 해를 달리할수록 급속하게 증가하고 있어 심각한 문제가 되고 있는 바 Medicaid의 경우 1996년 HMO 유형으로 의료보험형태를 변화시키면서 의료비의 증가율을 둔화시킬 수 있었다.

먼저 Medicare는 제1부(강제적용의 병원보험)와 제2부(임의가입의 보충적 의료보험으로 의사 및 외래서비스를 대상)로 구성되어 있는데 재원의 1부의 경우 노사가 분담하는 임금세 2.9%이며, 2부는 매월 가입자가 46.5\$씩 불입하는 보험료와 일반재정으로부터의 보조금으로 구성된다. 1983년 개혁에서는 첫째 주어진 진료내용에 대하여 보험자가 미리 정해 놓은 수가를 적용하는 제도인 선불제도의 도입으로 비용이 감소되었다. 그러나 의료의 질도 하락하는 문제를 낳게 되었고 둘째 두 가지 관리의료형태 중 하나를 선택하도록 의무화되었다. Medicaid는 각 주별로 운영하나 재원은 연방정부와 주정부가 분담한다. Medicare의 경우와 마찬가지로 의료비 증가가 문제가 되고 있어 의료비억제를 위한 연방정부의 부정청구 적발 노력 강화, 관리의료로의 전환(비중이 33%로 높아짐) 등으로 의료비용의 증가율이 최근 둔화되고 있다.

## 2. 미국 의료보장의 시작

1960년대 이전 미국의 보건의료 분야에 대해 묘사하면 “자유방임주의”라고 표현하는 것이 적절할 것이다. 전통적인 미국의 보건의료는 다음의 세 가지 특징을 가지고 있었는데, 첫째, 환자들은 대리인 역할을 해 줄 자율적인 의사들에게 의존했다. 둘째, 환자들은 독립적이고 비영리병원에서 복합적인 진료를 받았다. 셋째, 보험자들은 진료의사결정에 개입하지 않았으며, 의사와 병원 등 제공자들에게 행위별수가제를 통해 진료비를 지불하였다.

이러한 특징들은 환자들이 어떤 의료서비스를 구매해야 하는지, 어디서 그것을 구매해야 하는지, 그리고 어떻게 조화된 의료를 보장받을 것인지를 문제를 해결하는데 도움을 주었다. 그러나 이러한 보건의료는 비용이 비싸다는 약점이 있었다. 미국인들은 다른 나라에 비해 보건의료에 더 많은 돈을 지출하지만, 그만큼 더 건강하지 않다. 따라서 미국인들이 전통적인 보건의료체계에 엄청난 신뢰를 가지고 있음에도 불구하고 이 시스템에 태생적으로 비효율적이라고 판단하였다.

1960년대와 1970년대에 발표된 연구들에서, 경제학자들은 전통적인 보건의료에 광대한 비효율을 초래하는 두 가지 잠재적인 원인을 제시하였는데, 첫째, 보험환자들은 가격에 관계없이 모든 의료혜택을, 심지어 건강에 정말 미미한 도움을 줄 수도 있는 것까지도 모두 요구하였다. 경제학자들은 이런 과도한 수요를 도덕적 해이(moral hazard)라고 불렀다. 둘째, 행위별수가제에 따라 진료비를 지불받는 자율적인 제공자들은 환자들에게 가치가 없을지도 모르는 가장 비싼 치료방법을 권하려는 재정적인 인센티브를 갖으며, 이런 현상을 수요유인(demand inducement)이라고 불렀다.

그리고 1970년대 알레인 엔토벤, 해롤드 러프트, 버튼 와이즈브로드 등은 비효율의 원인으로써 새로운 의료기술, 비용에 기초한 지불제도, 그리고 의료 군비전쟁(medical arms race)이라는 불린 유해한 경쟁을 지목하였다. 이러한 보건의료의 비효율은 1980년대 초반까지 계속되었으며, 1970년대에 정부의 의료비 증가를 억제대책에도 불구하고 국가의 보건의료비 지출은 계속해서 매년 두 자리 수의 증가율을 보였다. 1982년에 이르러서는 보건의료비 지출이 GDP의 10퍼센트를 초과하였고, 꾸준히 증가하고 있는 추세였다. 1990년에는 보건의료비가 GDP의 12.6퍼센트를 차지하게 되었는데, 그 당시 일부 분석가들은 2000년에는 그 수치가 20퍼센트를 초과할 것이라고 예상하였다(2004년 16%임).

이러한 증가하는 비용에 대한 부담을 지게 되는 쪽은 주로 민간건강보험의 구매자인 기업들이었다. 하지만 이 당시 대부분의 기업은 증가하는 의료비에 대해 아무런 조치도 취하지 못했다. 사실 1970년대 중반에 이미 일부 고용주들은 증가하는 보건의료비 때문에 미국의 기업이 다른 나라의 기업에 비해 경쟁

력이 떨어진다는 불평을 하였다. 1976년에 제너럴모터스의 한 최고 중역은 미국 자동차 산업의 경쟁력을 비판하면서, 제너럴모터스가 미국제철회사에 지불하는 돈 보다 블루크로스 와 블루실드에 지불하는 돈이 더 많다고 한탄하였다.

1980년대에도 비용이 계속 상승함에 따라 많은 기업이 노동비용의 10퍼센트에 가까운 돈을 건강보험에 지출하고 있다는 사실을 깨닫게 되었다. 이러한 문제를 해결하기 위한 민간부문에서 제시될 수 있는 유일한 해결방안은 관리의료였다.

미국보건의료는 1990년대 이후 관리의료(managed care)가 가장 중요한 특징으로 자리잡았다. 이 말을 우리말로 정확하게 옮기는 것은 불가능하지만, “적극적인 계약 혹은 의료이용의 통제를 통하여 환자진료를 ‘관리’ 함으로써 비용을 절감하고자 하는 모든 노력을 의미한다.” 관리의료라는 개념이 점차 전통적 의료체계와 대치되는 보험의 형태를 전반적으로 총칭하는 개념이 되어가고 있다.

### 3. 관리의료의 기원

폴 스타는 관리의료의 기원을 의사들이 공제조합과 노동조합 등의 노동집단들에게 선불제 의료서비스를 제공하기로 한 1890년대로 추정했다. 의사들은 회원 당 매년 1달러에서 2달러를 받고 무제한적인 의료혜택을 제공하였다. 선불제 집단의료는 워싱턴 주 타코마의 웨스턴클리닉과 같은 의료집단들이 제재소의 근무자들에게 매달 일정한 금액을 미리 내면 산업의학(업무와 관련된 상해나 병을 위한 의료)을 제공하기로 하였던 20세기 초반에 시작되었다.

1920년에 이르러서는 오레곤과 워싱턴의 약 24개의 클리닉들이 다른 노동자 집단들에게 비슷한 선불제도를 제공하였다. 실질적인 관리의료의 시초라고 일컬어지는 것은 1927년에 미첼 샤디드 박사가 오클라호마 주 엘크 시티에서 오클라호마 농부연맹(Farmers' Union)과 계약을 맺고 선불제로 일정액의 돈을 납부하면 정해진 범위내의 일체의 진료를 제공하기로 하고 수백가구의 등록을 받았다. 샤디드의 계획은 7년 후 농업연합협동조합으로 발전하였다.

마치 선불제 민간보험의 대명사처럼 되어 있는 카이저재단 건강보험의 전신은 1930년대, 블루크로스 보험이 출현한 것과 비슷한 시기에 나타났다. 남부 캘리포니아의 의사인 시드니 가필드는 매력적인 조건으로 헨리 카이저와 계약하였는데, 만약 카이저의 보험사업자가 가필드에게 근로자 한 명당 하루 5센트의 선금을 치른다면, 그는 카이저 건축 노동자들에게 산업재해 진료를 제공해주고, 5센트를 더 내면, 산업재해와 관련 없는 진료도 제공하는 것이었다. 로스앤젤레스에서의 이 프로그램의 최초 성공 이후에, 가필드는 그랜드콜리덤 건설에 근무하고 있는 카이저의 노동자들에게 가정의학을 제공함으로써 워싱턴 주에서도 이 방식을 도입하였다.

제2차 세계대전으로 인해 수만 명의 근로자들이 북부 캘리포니아와 오레곤 주 포틀랜드에 있는 카이저의 조선소에서 일하게 되었을 때, 카이저는 최초의 HMO의 청사진을 창조하였다. 카이저는 지역의 퍼머넌트 의료그룹이라는 제공자 집단과 독점적인 선불 계약 하에 모든 의사서비스를 확보했다. 그러면 퍼머넌트는 카이저 가입자들에게만 독점적으로 진료를 제공하였다. 이런 쌍방의 계약 때문에, 퍼머넌트는 종종 카이저에게 속해있는 것으로 간주되며, 그래서 일반적으로 카이저-퍼머넌트 보험이라고 한다. 또한 카이저는 독자적인 병원을 가지고 있었는데, 그렇게 함으로 그들은 전통적인 보건의료 분야에서 병상을 지속적으로 채우려는 인센티브를 제거하였다.

#### 4. 관리의료의 도래

1970년대 중반, 폴 엘우드, 알렌 엔토벤, 해롤드 러프트의 주도로, 주로 서해안지역의 기업가와 학자들로 구성된 소규모의 영향력 있는 일군의 사람들이 HMO의 개념을 전파하기 시작했다. HMO란 이름은 1970년 폴 엘우드가 제안한 것으로 선불제도는 환자가 건강해야 의료이용을 적게 해야 병원과 의사들이 모두 행복하기 때문에 의료제공자들이 환자들의 건강을 유지시키려고 노력할 것이라고 판단하여 “건강유지기관(HMO)”이라는 이름을 제안했다.

일차진료의사 수련을 받은 엘우드는 1960년대 이래로 HMO의 지지자였으며, 대부분의 미국인을 HMO에 가입시킬 계획이었던 닉슨 대통령의 국민건강보험 정책 구상에 영향력을 행사했다. 실질적으로 관리의료가 확대되기 시작한 것은 1973년 닉슨행정부 때로 닉슨행정부는 HMO를 촉진 하는 법률(HMO Act)을 제정하고 모두 3억 7천만 달러에 이르는 기금을 HMO 가입 확대를 위한 기금으로 조성하고 선불정액제 보험을 금지하는 주들의 법률들을 무효화시켰으며, 무엇보다 25명이상 노동자를 고용하고 있는 기업 중 의료보험 급여를 하고자 하는 기업은 반드시 HMO를 선택사항 중 하나로 포함되도록 규정하였다.

#### 가. 관리의료의 유형

##### 1) HMO

HMO의 다양한 유형을 구분하기 위해 폴 엘우드는 의사들을 조직하는 방법에 따른 4개의 범주 (스텝모델, 그룹모델, 독립진료연합모델[IPA], 네트워크모델) 명명하였다. HMO 유형 구분 직접고용방식과 계약방식으로 크게 두 가지로 구분하기도 한다.

스텝모델 HMO는 의사를 고용하는 보험회사이다. 이러한 HMO에 속한 의사는 봉급을 받기 때문에, 수요를 유인하거나 환자의 도덕적 해이에 편승하려는 직접적인 재정적 인센티브를 가지지 않는다.

그룹모델 HMO는 거대 의사그룹과 계약하여 전문적 서비스 및 때때로 부가적인 서비스를 제공하는 보험회사이다. 카이저와 퍼젯사운드 그룹건강협동조합 등 가장 성공적이었던 초창기 HMO들은 전형적인 스텝 또는 그룹모델이었다.

스텝 및 그룹모델에 속한 의사는 주로 자신이 소속된 HMO를 위해서만 일하였다. 두 모델 모두에서 HMO는 의사가 환자를 어디에 입원시킬지를 제한할 수 있다. 1980년에는 스텝 및 그룹모델 HMO가 전체 HMO의 60퍼센트를 차지했고, HMO 가입자의 80퍼센트 이상이 그에 속해있었다. 그러나 대부분의 의사들이 선불 개념을 고집스럽게 거부하였기 때문에, 1980년대에 새로운 스텝 및

그룹모델 HMO는 거의 만들어지지 않았음.

HMO에 대한 증가하는 수요를 충족시키기 위해서는 다른 모델의 HMO가 나타나야만 했던 것이다. IPA와 네트워크모델은 이미 존재하는 의료 제공자의 인프라 위에 설립되었다. 많은 IPA는 기존의 치료 스타일과 독립성을 유지하기를 원하는 의사그룹들이 형성하였다. IPA는 마치 보험회사처럼 일정한 보험료를 받아 IPA에 속한 의사에게 배분하였다. 대부분의 초창기 IPA는 의사에게 행위별수가제로 지불하였고, 이로 인해 초창기의 많은 IPA들이 매우 높은 비용 때문에 파산하는 경우가 많았다.

네트워크모델 HMO는 기존의 지역 및 전국적 보험자들이 자사와 이미 계약하고 있는 수많은 사업주/고객의 수요를 충족시키기를 원하였기 때문에 만들어졌다. 이들 보험자들(블루크로스 와 블루실드, 에트나, 푸르덴셜 등)은 의사 개인 및 의사그룹과 계약했다. 그들은 한 의사가 여러 HMO와 계약하는 것과 HMO 이외의 환자들에게도 치료를 계속하는 것을 허용했다. 많은 네트워크 보험자가 의사들에게 행위별수가제로 지불하였지만, 통상적인 것보다는 낮은 진료비를 지불하였다.

IPA, 네트워크, 그리고 다른 “혼합모델” (IPA와 네트워크의 특징을 결합한 모델) HMO는 HMO 가운데서 가장 큰 성장을 이룩했다. 환자들이 스태프 및 그룹 모델보다 이들을 더 선호하는 이유는 이 모델들이 전통적인 형태의 보건의료에 최소한의 변화만을 초래하기 때문이다. 같은 이유에서 의사들도 이들을 더 선호한다. 지역 및 전국적 고용주들은 특히 원스톱 쇼핑의 편리함 때문에 지역 및 전국적 보험자가 제공하는 보험을 선호한다. 그러나 스태프모델 이외 그룹모델이나 IPA, 네트워크모델 등은 제공자그룹이나 개인과 계약하여 서비스를 제공하는데, 이때 의료제공자는 대단히 다양한 방식을 가질 수 있는데 이는 계약의 대상이 되는 의료제공자 조직자체가 매우 다양하기 때문이다. 그러한 의미에서 HMO 방식을 몇 가지 원형에 기초하여 나누는 것은 편의를 위한 것일 뿐 실제 운영 내용으로는 크게 직접고용방식과 계약방식으로 구분하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

## 2) 지정의료기관 (PPO, Preferred Provider Organization)

경제학자 테드 프레치에 의하면 최초의 PPO는 듀얼플러스(Dual-Plus)라는 로스앤젤레스 회사였는데, 이 회사는 1970년에 몇 개의 보험회사를 대표하여 의사위원회와 계약했다. 1978년, 자체보험을 제공하는 사업주들을 위한 제삼의 관리자(TPA, third-party administrator)인 애드마(AdMar)는 로스앤젤레스 지역의 병원들과 선택적 계약을 하기 시작했다. 애드마는 병원들과 선택적으로 계약할 때 진료비 할인을 요구함으로써 PPO의 전형적인 모델이 되었다. 애드마는 근로자가 비계약 관계의 병원을 방문 할 때는 본인부담액(copayment)을 내도록 요구했으며, 이것은 근로자가 “지정된”(preferred) 병원에 방문할 동기를 부여했다. 프레치는 “PPO”라는 명칭은 폴 엘우드와 두뇌집단인 인터스터디의 한 멤버인 린다 엘와인에 의해 최초로 사용되었다고 기술하였다. PPO는 HMO 이전의 전통적 의료보험의 변형으로 계약된 제공자 이외의 제공자를 이용하는 경우 추가부담 하도록 하는 방식이다.

### 나. 관리의료조직의 전략

관리의료 제공자가 수백 개 존재하기 때문에 사업주와 근로자가 직면하는 선택상황은 매우 당황스러운 것일 수 있다. 하지만 관리의료조직이 성공을 위해 사용하는 전략은 단 세 가지(선택적 계약, 혁신적 인센티브, 이용심사) 뿐이다.

#### 1) 선택적 계약 (Selective Contracting)

HMO는 지역병원 및 의사와 협상하여 최선의 가격을 제시하는 측과 선택적으로 계약하였다. 동시에 그들은 비계약 관계의 의료 제공자로부터의 치료를 받는 환자에게는 지불을 거부하였다. 1980년대 초에 이르러서는 배상보험자와 자체보험자들 또한 PPO를 조직하여 선택적 계약을 도입하였다. 이는 환자와는 달리, 지불자(보험회사)는 가장 적절한 가격을 선택할 동기가 매우 컸는데, 그렇게 하면 그 자신이 낮은 가격을 제공할 수 있기 때문이었다.

보험시장에서 경쟁력을 유지하기 위해서는, 절약분을 가입자에게 돌려줄 수 있어야 한다. 또한, 지불자는 가격에 대한 비교쇼핑을 더 잘 할 수 있다. 수천 명의 환자를 대표하여 쇼핑하기 때문에 지불자는 계약전문가를 고용할 능력을 가지고 있다. 청구 자료에 대한 세심한 검토를 통해 전문가들은 동일한 치료에 대해 서로 다른 의료 제공자가 부과하는 가격을 비교할 수 있고, 최저 가격의 의료 제공자를 알아낼 수 있다. 지불자는 진료비를 낮추지 않으면 환자들이 찾아가지 않을 것이라고 의료 제공자에게 확실하게 경고할 수 있다. 이러한 협상력을 고수하기 위해, 지불자는 비계약 제공자(소위 out-of-network provider)에게 진료를 받는 환자에게 보험금을 더 적게 지불함으로써 그러한 의료 제공자로부터 떨어지도록 조장한다.

쉐인리, 화이트와 데이비드 드란노브는 이런 식으로 생겨난 제공자간의 경쟁을 “지불자 기전(payer-driven)”이라고 표현한다. 지불자 기전 경쟁 하에서 의료 제공자는 기꺼이 상당한 할인을 제공한다.

## 2) 혁신적 인센티브 (Innovative Incentives)

의료비용을 통제하기 위해 많은 HMO는 의료이용과 보상간의 비례를 차단한다. 초기의 선불제 그룹진료는 소속된 의사에게 고정된 봉급을 지불하였으며, 오늘의 스텝모델 HMO도 소속된 의사에게 봉급을 지급한다.

단기적으로, 봉급의사는 그들이 고급의료를 제공하던지 저급의료를 제공하던지 동일한 돈을 번다. 이로 인해 의사는 과소 치료를 하게 되지만, 장기적으로 볼 때 이것이 반드시 사실이라고 볼 수는 없는데, HMO는 의사의 실적에 기초하여 연봉을 조정할 수 있기 때문이다. 만일 HMO가 가장 비용억제를 잘 한 의사에게 보상한다면, 의사들은 여전히 과소치료 쪽으로 치우칠 것이다. 반면에, HMO가 연말에 환자를 재등록시키거나 높은 만족도를 보고한 의사에게 재정적인 보상을 해준다면, 의사는 환자의 요구를 좀 더 중시할 것이다.

보험자가 의료비를 통제하기 위해 사용하는 또 다른 전략은 의사에게 인두제(capitation) 방식으로 지불하는 것이다. 인두제를 통해 보험자는 제공자에게 “위

협부담을 떠넘긴다.” 다시 말해서 HMO는 만약 1천명의 회원 중 아픈 사람이나 많은 일차의료가 요구되는 사람의 비율이 너무 많은 경우에도 더 이상 재정적으로 부담을 지지 않는다. 대신에 그 비용은 일차진료 의사들이 감수하며, 이로 인해 일차진료 의사들은 비용에 민감해 지고, 의료이용을 제한하도록 고무시킨다. 그러나 이러한 전략을 적용하는 HMO에게는 잠재적인 함정이 있다. 일차진료 그룹은 확실히 자신의 서비스 이용을 줄이려는 재정적 인센티브를 갖지만, 다른 서비스의 이용을 줄이려는 인센티브는 갖고 있지 않다. 즉, 일차진료의사 그룹은 단순히 모든 환자를 전문의에게 의뢰하기만 할지 모른다. 이것은 더 높은 비용을 유발할 수 있다. 그러나 HMO는 일차진료 의사에게 더 높은 인두제 요금을 지불하고, 환자 의뢰에 드는 비용을 그 의사가 지불하도록 함으로써 이 문제를 처리할 수 있다.

## 5. 미국의 공적건강보험

미국에서도 20세기 초부터 공적의료보장제도를 도입하기 위하여 노력하였지만 성공하지 못하였다. 1930년 대 공황 시기에도 사회보장의 양대 축인 의료보장과 국민연금(소득보장)을 도입하려 하였으나 의료보장제도는 반영되지 못하고 1935년 사회보장법(Social Security Act)에 의해 의료보장이 제외된 사회연금제도만이 반영되었다. 이후에도 전 국민을 대상으로 한 공적의료보장제도를 도입하고자 하였으나 민간보험업계나 의료계 등의 반대로 성사되지 못하였다. 공적보험의 시초는 1960년도에 연방정부에서 가난한 노인에 대한 의료 서비스를 보조하는 커-밀스(Kerr-Mills) 프로그램을 창안한 것이다.

이후 린든 존슨의 위대한 사회 프로그램의 주요골자였던 1965년의 사회보장수정안에 의해 메디케어와 메디케이드 프로그램이 제정되었다. 메디케어는 1965년에 노인을 대상으로 한 공적의료보장을 한다는 명분 아래 메디케어(Medicare)제도를 법제화하였으며, 65세 이상 노인과 장애인 등 근로능력이 없는 계층에 한정적으로 공적의료보장제도를 도입하였다. 이때 일정 소득이하의

빈곤층을 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid)도 함께 도입되었다.

#### 가. 메디케어

메디케어는 크게 4부분으로 나누어져 있다. 첫째, 입원서비스 등을 보장하는 강제가입인 파트 A(병원보험 또는 입원보험: Hospital Insurance)로 파트 A는 사용자와 피용자가 각각 소득의 1.45%에 해당하는 금액을 납부하는 사회보장세가 주요 재원이다. HI 기금의 장기재정추계는 2020년에 재정이 고갈될 것으로 전망하고 있어 대책마련이 필요하다.

외래에 대한 의사의 진찰 등을 보장하는 임의 가입인 파트 B(보충적 의료보험: Supplementary Medical Insurance)로 파트 B는 정부의 일반예산 75%와 가입자 보험료 25%로 운영된다.

급여에 따라 나눈 분류가 아닌 별도의 관리방식에 따라 구분한 파트 C가 있다. 즉, 메디케어 대상자를 연방정부가 직접 관리하는 것이 아니라, 일반 가입자와 같은 방식으로 민간보험회사(HMO나 PPO)에 가입시키고 보험회사가 관리하는 방식으로 보험료는 정부가 부담한다.

외래 처방약에 대한 급여를 대상으로 하는 파트 D가 2006년부터 시행된다.

#### 나. 메디케이드

메디케이드는 2004년 전국적으로 3,751만 명에게 정부에서 의료보장을 해주는 프로그램으로 주로 빈곤층에게 의료서비스를 제공하는 연방정부와 주정부의 공동프로그램이다. 연방정부는 법령, 규칙, 정책, 지침 등을 통하여 전국적인 일관성을 기하는 역할을 한다. 주정부는 이 범위 내에서 실제 프로그램을 운영하지만 실제 프로그램을 운영한다는 것을 뜻한다. 주정부는 대상자기준 설정, 급여의 유형, 양 기간 범위 등의 결정, 서비스에 대한 보상수준 결정, 프로그램의 행정, 관리 등을 모두 담당한다. 이러한 구조적 원인 때문에 메디케이드는 대상자 기준, 급여의 내용, 지불방식 등이 주별로 천차만별이다.

## 6. 미국 의료보장 현황 및 개역 동향

### 가. 의료보장 현황

2004년 기준(미국 인구센서스)으로 미국의 전체인구(29,115만명) 중 19,826만명(68.10%)이 민간보험에 가입되어 있고, 7,908만명(27.16%)이 메디케어나 메디케이드 등의 공적의료보험에 가입되어 있어 전체 인구 중 24,533만명(84.3%)이 보험을 가지고 있고, 보험이 없는 경우가 4,582만명(15.7%)에 이르고 있다.

민간보험에 가입한 자는 19,826만명으로 이중 17,417만명(전체인구의 59.85%)은 직장을 통해서 민간보험에 가입하고 있으며, 2,696만명(전체인구의 9.3%)이 자영자 등 개인단위에서 전액본인부담으로 민간보험에 가입하고 있다.

〈표 V-1〉 보험 가입유형별 현황

연도	인구(만명)	보험 가입자					무보험자
		계	민간 보험			정부보험	
			계	직장	개인기준		
2004	29,115	24,533	19,826	17,417	2,696	7,908	4,582
2003	28,828	24,332	19,786	17,402	2,648	7,675	4,496
2000	27,951	23,971	20,106	17,784	2,654	6,903	3,980

주: 민간보험과 정부보험은 상당수 중복 가입되어 있음.

2000년도에 건강보험이 없는 경우가 3,980만 명으로 전체인구의 14.2%이었으나 2004년도에는 4,582만 명으로 전체인구대비 15.7%로 증가하여 절대적인 대상자 수도 증가하였고, 상대적 비율도 증가하고 있다. 이러한 원인은 직장을 통한 의료보장 기능이 점차 약화되고 있는 것으로 2000년도 직장을 통해 민간보험에 가입한 비율은 인구대비 63.6%였으나, 2004년도에는 59.8%로 감소하였다.

공적의료보장 대상자를 세분화 하여 살펴보면 다음 표 2와 같으며, 공적의료보장 대상자수와 대상자 비중이 최근 계속 증가하고 있다. 2000년도 공적의료보장 대상인구는 6,903만명(인구대비 24.7%)에서 2004년도에는 7,908만명(인구대비 27.2%)으로 크게 증가하고 있는데. 이러한 현상은 최근 메디케이드의 대

상자 범위를 확대하는 데에 기인하고 있다.

〈표 V-2〉 정부보험 유형별 현황

연도	계	메디케어	메디케이드	군인보험등
2004	7,908	3,974	3,751	1,068
2003	7,675	3,945	3,564	997
2000	6,903	3,774	2,953	909

주: 메디케어와 메디케이드는 상당수 중복 가입되어 있음.

2006년 1월에 미국 의료보장청(CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services)에서 발표한 2004년 미국 전체의료비는 1조 8,776억불로서 1993년 9,165억불의 2배로 증가하였으며, GDP 대비 전체의료비가 16%로 사상최고치를 기록하였다. 그러나 의료비 증가율은 2004년도에 7.9%로 2002년 9.1%, 2003년 8.2%에 비해 계속 증가세가 둔화되는 추세를 보였다. 1인당 의료비는 6,280불을 지출한 것으로 나타났다.

미국의료비 지출 증가율이 감소하기는 하였지만, 아직도 GDP 대비 전체의료비가 16%를 차지하여 2003년 15.9%보다 0.1% 포인트가 증가하는 등 의료비 증가가 심각하여 의료비 증가억제를 위한 조치를 더욱 강화하려고 하고 있다.

#### 나. 개혁동향

미국의 최근 개혁방안으로 첫째, 건강저축계정(Health Saving Accounts) 운영 확대방안 둘째, 의료제도의 투명성 제고를 위해 의료서비스산업이나 건강보험 산업 주체들도 환자에게 신빙성 있는 정보를 제공하도록 하고 있다. 셋째는 의료에 정보기술을 의료시스템에 적용하여 국민들이 전자의료정보를 소지할 수 있도록 10년 계획을 추진 중이다. 넷째는 소규모 기업의 의료비 부담을 경감하기 위해 유사 소기업끼리 연합을 구성하여 인력 풀을 크게 하여 위험분산을 하여 대기업과 같은 대우를 받도록 추진하고 있다. 그리고 마지막으로 의료소송 제도 개혁을 추진 중이다.

## Ⅵ. 일본 건강보험의 발전과정

### 1. 제도의 개관

#### 가. 건강보험

일본의 건강보험은 각종 사업소에 고용되는 피용 근로자를 피보험자로 하는 의료보험제도로 피보험자의 업무의 상병, 사망, 분만에 관하여 보험급여를 제공함과 동시에 그 피부양자의 동일한 사고에 관해 보험급여를 제공하는 제도이다.

이 제도는 1922년 4월에 건강보험법에 의해 설립되었고, 1927년에 전면 실시하게 되어 일본 의료보험제도의 중심적 제도로 자리 잡고 있다.

보험자는 정부를 보험자로 하는 정부관장건강보험과 건강보험조합을 보험자로 하는 조합관장건강보험이 있다. 그 대상은 전자는 건강보험조합이 설립된 사업소 이외의 중소기업사업소로 하고 있고, 건강보험조합은 단독으로 상시 700인 이상의 종업원이 있는 사업소 및 동업종의 복수 사업소, 또는 일정 지역 내에 모여 있는 다른 업종의 복수 사업소로 상시 3,000인 이상의 종업원이 있는 경우, 후생노동성장관의 인가를 받고 설립할 수 있다.

피보험자는 4종류가 있다. 첫째, 적용사업소에 고용된 자로 건강보험법에 규정된 업종의 사업을 실시하는 사업소에서 상시 5인 이상을 고용하는 사업소 또는 정부, 법인의 사업소에 고용된 근로자는 건강보험의 가입자가 된다. 그리고 전술한 적용사업소 이외의 사업주라도 그 고용된 피용근로자의 과반수의 동의를 얻어 신청, 인가를 받으면, 건강보험의 가입자가 된다. 둘째, 임의계속피보험자로 피보험자가 퇴직 등에 의해 피보험자의 자격을 상실한 경우, 상실전에 계속해서 2개월 이상을 피보험자였던 자는 신청에 의해 원칙적으로 2년간은 피보험자 자격을 지속할 수 있다. 셋째, 일용직근로자로 1개월이내에 고용된 자, 2개월이내의 기간근로자, 계절적 업무로 4개월이내의 기간근로자, 임시적 사업으로

6개월이내의 기간근로자는 건강보험법에 의해 피보험자가 될 수 있다. 넷째, 특별퇴직피보험자로 특정 건강보험조합이 자체적으로 실시하는 퇴직자의료의 대상이 되는 피보험자로 그 범위는 각 특정건강보험조합의 규약으로 정해져 있다.

피부양자는 건강보험에서 피보험자본인 뿐만 아니라 그 가족 중, 일정범위의 자도 피부양자로서 급여대상이 된다.

표준보수월액은 건강보험에서 제1급 98,000엔에서 제39급 980,000엔까지 표준적인 보수월액을 정하고 각 피보험자의 보수를 각 등급에 맞게 분류하고 이것을 보험료 및 보험급여의 금액산정의 기초가 되고 있다. 그리고 표준상여금도 보험료 금액산정의 기초가 되고 있다.

〈표 VI-1〉 일본 건강보험제도의 변천

연도	변천내용
1922	- 건강보험법 제정
1927	- 전면시행
1947	- 연간소득제한 폐지, 노재급여 폐지
1953	- 일용직고용자건강보험법 제정, 급여기간을 3년으로 연장
1954	- 정부관장건강보험에 국고부담 도입
1961	- 국민개보험 달성
1963	- 요양급여기간의 제한 폐지
1972	- 노인복지법 개정: 노인의료의 무료화를 1973년에 실시
1973	- 가족의 보험급여율 70%, 고액요양비제도의 창설, 정부관장건강보험의 국고보조 정률화
1977	- 상여금에 대한 특별보험료 징수
1981	- 가족 입원보험급여율 80%
1983	- 노인보건제도 실시
1984	- 피보험자본인 90% 급여, 일용직근로자건강보험 통합

〈표 VI-1〉 계속

연도	변천내용
1986	- 노인보건: 일부부담 인상, 가입자분배율 인상, 노인보건시설 설치
1991	- 노인보건: 일부부담 인상, 노인방문간호 창설, 개호에 대한 공비부담 인상
1994	- 간병간호/개호 폐지, 재택의료의 명확화 및 방문간호 확대, 입원시 식사 요양비 설치, 환자식사 일부부담 도입, 육아휴업중의 피용자보험료 면제
1997	- 본인 80% 급여, 외래약제에 대한 일부부담 도입 - 노인보건: 일부부담 인상
1998	- 노인외래약제 일부부담 면제
2001	- 노인보건: 90% 급여, 노인외래약제 일부부담 폐지
2002	- 본인 70% 급여, 총보수제, 외래약제 일부부담 폐지 - 노인보건: 대상연령 인상, 일부부담금비율 변경

보험급여에는 요양급여, 입원시식사요양비, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비 및 가정방문간호요양비, 이송비 및 가족이송비, 상병수당금, 출산수당금, 출산육아일시금 및 가족출산육아일시금, 장제비 및 가족 장제비, 가족요양비, 고액요양비 등이 있다.

1) 요양급여

요양급여는 피보험자의 업무의 상병에 대한 진료, 약제 및 치료재료의 지급, 수술 등의 치료, 재택에서의 요양상 관리 및 요양에 동반되는 수발이나 간호, 병원입원 및 요양에 동반되는 수발이나 간호 등이 포함되어 있다. 이러한 급여는 보험의료기관 등에서의 현물급여로 지급되는 것을 원칙으로 하고 있다. 보험의료기관 등에서 요양급여를 받을 때에는 비용의 30%를 일부부담금으로 지불하여야 하고, 70세 이상 고령자에 대해서는 10%<sup>주4)</sup>를 지불하여야 한다.

주4) 일정소득수준 이상인 고소득계층의 경우에는 20%이다.

## 2) 입원시 식사요양비

입원시 식사요양비는 보험의료기관에 입원하여 식사제공을 받을 때에 지급된다. 금액은 식사에 필요한 비용에서 평균가계의 식사비를 감안하여 후생노동성 장관이 설정한 표준부담액을 공제한 금액이다. 그리고 표준부담액은 일당 780엔인데, 시정촌민세가 부과되지 않는 저 소득자에 대해 일당 650엔, 저소득자로 입원한 기간이 연간 90일을 초과한 경우, 일당 500엔으로 각각 경감되고 있다. 70세 이상의 고령자에 대해서는 저소득자의 경우 650엔 또는 500엔, 일정기준 이상인 경우는 300엔으로 경감된다.

## 3) 특정요양비

특정요양비는 특별한 요양환경의 제공, 의치제공, 200명상 이상의 의료기관에서의 초진 등 선택의료를 받은 경우 또는 대학부속병원 등의 고도의료를 제공하는 의료기관으로써 사회보험사무국의 승인을 받은 특정승인보험의료기관에서 고도선진의료를 받은 경우 그 기초적인 부분에 대해 지급된다. 또한 특정승인보험의료기관에 입원하여 식사제공을 받은 경우에 입원시 식사요양비상당액도 특정요양비로 지급된다.

## 4) 요양비

요양비는 특별한 사정에 의해 현물급여로 요양급여를 받지 못한 경우 보험자가 부득이하게 인정할 때에 지급된다. 또한 입원시식사요양비 및 특정요양비에 대해서도 요양급여와 같이 그 지급을 받지 못하였을 때에는 요양비로 지급된다.

## 5) 방문간호요양비 및 가족방문간호요양비

이는 피보험자 등이 재택에서 계속하여 요양을 받는 상태에 있고 병세가 안정되어 있는 경우 의사지시로 지정방문간호사업자로부터 지정방문간호를 받을 때에 지급된다. 금액은 지정방문간호에 필요한 비용의 70% 상당액이고 3세 미

만의 영유아에 대해서는 80% 상당액, 70세 이상의 고령자에 대해서는 80~90% 상당액이다.

#### 6) 이송비 및 가족이송비

피보험자 등이 상병에 따라 이동이 곤란한 경우에 의사지시에 따라 이송되었을 때에 보험자가 이송의 목적이 보험진료로 적절한 경우, 요양의 원인인 상병에 따라 이동이 곤란한 경우, 긴급 및 기타 부득이한 경우 등에 해당할 때에 지급된다. 지급액은 가장 경제적인 경로 및 방법으로 이송된 경우의 비용을 기준으로 보험자가 산정한다.

#### 7) 상병수당금

질병이나 부상의 요양으로 근로하지 않고 4일 이상 그 상태가 지속되어 임금을 지급받지 않을 때에 제공된다. 지급액은 일당 표준보수일액의 60%이고, 지급기간은 1년 6개월까지이다. 그리고 동일상병에 대해 후생연금의 장애연금 또는 장애수당금이 지급될 때 그리고 임의계속 피보험자 등에게 노령연금이 지급될 때, 양자를 비교하여 그 차액을 지급한다.

#### 8) 출산수당금

출산일 이전 42일부터 출산일 이후 56일간 출산으로 결근하고 보수가 지급되지 않은 경우에 일당 표준보수일액의 60%를 지급한다. 보수가 일부라도 지급되는 경우에는 출산수당금과의 차액이 지급된다.

#### 9) 출산육아일시금 및 가족출산육아일시금

본인, 피부양자를 불문하고 아동 1인당 30만 엔을 정액으로 지급한다.

#### 10) 장제비 및 가족 장제비

피보험자가 사망한 경우는 피보험자에 의해 생계를 유지하고 있었던 자가 이

장을 하는 경우 표준보수의 1개월분을 지급한다. 장제비의 지급을 받아야 하는 자가 없는 경우는 실제로 이장을 한 자에게 장제비의 범위 내에서 실비의 금액을 지급한다. 그리고 피부양자가 사망한 경우는 일률적으로 10만 엔이 가족장제비로 지급된다.

#### 11) 가족요양비

피부양자의 상병에 대해서도 가족요양비로 요양급여, 입원시식사요양비, 특정요양비와 동일한 급여가 제공된다. 지급액은 요양에 필요한 비용의 70%상당액이고 3세 미만의 영유아는 80%상당액, 70세 이상의 고령자는 90%상당액이 지급된다.

#### 12) 고액요양비

1개월의 일부부담금이나 피부양자의 자기부담금 등의 금액, 또는 피보험자 및 그 피부양자의 1개월 본인부담금 중 21,000엔 이상인 것을 합산한 액이 원칙적으로 본인부담한도액을 초과하였을 때 그 초과액이 고액요양비로써 지급된다. 여기에서 본인부담한도액은 일반소득자: 72,300엔+(의료비-241,000엔)×1%, 표준표수월액 56만 엔 이상인 상위소득자: 139,800엔+(의료비-466,000엔)×1%이다. 다만, 특정요양비에 대한 특별요금, 입원시의 식사에 따른 표준부담액은 대상이 되지 않는다.

그리고 피보험자나 피부양자가 요양을 받은 경우 요양월 이전의 12개월 이내에 이미 3개월 이상의 고액요양비가 지급되고 있을 때는 그 요양에 대한 고액요양비의 본인부담한도액은 일반 40,200엔, 상위소득자는 77,700으로 인하된다. 또한, 시정촌민세가 부과되지 않는 저 소득자는 1개월의 일부부담금이나 가족의 본인부담금 또는 피보험자 및 그 피부양자의 1개월 본인부담액 중, 21,000엔 이상의 금액을 합산한 액이 35,400엔을 초과한 경우는 그 초과액이 상환된다. 또한, 보험우선의 공비부담의료가 이루어지는 경우, 인공신장을 실시하고 있는 만성신부전 등의 고액장기질병의 경우, 생활보호법의 피보험자로서 의료부조가

제공되는 경우에는 합산대상이 되지 않으며, 각각 단독으로 72,300엔+(의료비-241,000엔)×1%, 1만 엔, 35,400엔의 본인부담한도액을 초과한 액이 고액요양비로 지급된다. 70세 이상의 고령자에 대해서는 개인외래로 일반 12,000엔, 일정 이상소득자 40,200엔, 저 소득자 8,000엔, 70세 이상 세대로 일반 40,200엔, 일정 이상 소득자 72,300엔+(의료비-241,000엔)×1%, 저 소득자 24,600엔 및 15,000엔의 한도액이 있다.

건강보험제도에서의 보건복지사업에는 피보험자 및 피부양자의 질병, 또는 부상의 요양 및 건강증진을 위하여 각 보험자가 병원, 의원, 보양소 등의 개설이나 각종 예방접종이나 건강진단, 건강교육, 건강상담, 고액요양비의 대여 등 건강의 유지증진을 위한 사업을 실시하고 있다.

보험료율을 보면, 정관건보의 보험료율은 82/1000이고, 이것을 노사가 공동으로 절반씩 부담한다. 법정외 일반보험료율은 82/1000이지만, 66/1000에서 91/1000범위 내에서 후생노동성장관이 사회보장심의회 심의를 거쳐 변경할 수 있다. 조합건보의 경우에는 30/1000에서 95/1000의 범위 내에서 각 조합마다 정한다. 부담비율은 원칙적으로 피보험자와 사업주가 절반씩 부담하지만, 규약에 따라 사업주의 부담비율을 증액시킬 수 있다.

국고는 정관건보의 사무비전액을 부담하고 급여비의 일부를 보조한다. 그리고 조합건보에 대해서도 사무비의 일부를 부담하고 재정의 압박을 받고 있는 조합에 대해서는 사업비의 일부를 보조한다. 정관건보의 급여 등 보조는 주요 보험급여비에 대해 130/1000상당액을 보조하고 있다.

#### 나. 선원보험 질병부분

선원보험은 1939년에 설립되었는데, 정부를 보험자로 하고 피보험자인 선원을 대상으로 한 질병급여, 실업급여, 산재급여 이외에 그 가족을 대상으로 한 질병급여를 실시하는 종합적인 사회보험제도이다.

선원보험의 질병부문은 정부관장건강보험과 노동자재해보상보험 등과 동일하며 직무상 또는 통근재해 및 직무 외에 대한 요양급여, 요양비, 이송비, 상병수

당금, 고액요양비, 출산육아일시금, 출산수당금, 개호료, 장제비, 퇴직후 급여 등이 있다.

그리고 피보험자와 그 가족의 복지증진을 도모하기 위하여 보양시설, 의료시설 등의 조치운영, 질병 및 재해예방의 예방대책, 선원고용의 촉진이나 안정사업, 유족이나 장애자에 대한 지원사업 등 각종 사업이 실시되고 있다.

#### 다. 공제조합 단기부분

공제조합제도는 1905년 당시의 정부제철소였던 八幡제철소에 설치된 것이 시초였고, 이어서 1907년에 국철공제조합의 전신인 제국철도청 현업원구제조합이 탄생되었으며, 그 이후 1908년부터 1942년까지 현업 제관청(체신, 인쇄, 조폐, 전매 등)에 설립되었다. 당초에는 업무재해급여를 제공하였지만, 관리나 군인의 은급제도에 대신하는 역할을 지니고 있었기 때문에 장기급여제도로써 연금급여가 도입된 1920년 이후 거의 퇴직연금제도로 확립되었다.

그리고 단기급여제도에 대해서도 업무상의 상병만을 대상으로 하고 있었지만, 1920년 이후 특히 건강보험제도의 실시에 자극을 받아 내용의 강화가 이루어졌다. 그리고 비현업부문에 대해서는 1920년에 경찰이 설립된 이후 1940년에 정부직원공제조합령을 기준으로 각 성청에 정부직원공제조합을 발족시키고 건강보험급여의 대행인 단기급여가 시작되었다.

이러한 공제조합제도는 기본적으로 메이지헌법 하에 만들어진 것이기 때문에 신헌법에 의한 사회보장제도의 일환으로 정리, 통합할 필요성이 있었기에 1948년에 구국가공무원공제조합법이 시행되었다. 동법에 의해 공제급여의 주축이 되어 왔던 공무재해급여를 재해보상법으로 이양시키고, 비현업관청의 피용자에게 그동안 없었던 장기급여가 적용되게 되었다.

그 이후 구시정촌직원공제조합법 및 사립학교교직원공제조합법(1954년), 공공기업체직원등공제조합법(1956년), 국가공무원공제조합법(1958년), 농림어업단체직원공제조합법(1959년), 지방공무원등 공제조합법(1962년)이 시행되어 각종 공제조합의 제도체계가 확립되었다. 현행제도에서는 단기부분이 건강보험법에 의한 급여를 대행하고 있다.

전반적인 제도의 개요를 살펴보면, 단기부분은 건강보험법에 의한 급여를 대 행하고 있고 급여내용은 거의 건강보험과 동일하다. 건강보험법에 의한 법정급 여 이외의 급여로 휴업수당금, 조위금/가족조위금, 재해문병금 등이 있고 부가 급여도 일부 인정하고 있다. 그리고 복지사업으로 복지재원이나 장기급여의 적 립금 일부를 활용하여 조합원과 그 가족복지의 증진에 노력하는 사업이 행해지 고 있다. 사업종류는 보험자에 따라서 다소 차이가 있는데, 병원, 의원, 보양소, 숙박시설, 운동장 등의 시설운영, 주택분양, 자금대여, 저축관리, 일용품의 저가 판매 등이 있다.

라. 국민건강보험

일본의 국민건강보험은 피용자보험의 적용을 받지 않는 농림수산업 종사자 및 자영업자, 소규모사업소의 피용자, 무직자 등을 피보험자로 하고 질병, 부상, 출산 및 사망에 관해 의료, 기타 보험급여를 실시하는 것으로 목적으로 하고 있다. 이 제도는 1938년 국민건강보험법에 의해 설립되었고, 시정촌의 임의실시 기관을 거쳐서 1958년에 전면 시행되었고, 1961년까지 유예기간을 거쳐 시정촌 에 실시의무가 지워졌다.

보험자는 시정촌의 지방자치단체가 원칙이지만, 이외에 동종의 사업 또는 업 무에 종사하는 자를 조합원으로 하는 국민건강보험조합이 있다. 피보험자는 대 상이 되는 시정촌의 지역 내에 주소를 지닌 자로 피용자보험이나 생활보호의 적용을 받지 않는 자이다.

〈표 VI-2〉 일본 국민건강보험제도의 변천

연도	변천내용
1938	- 국민건강보험법 제정
1948	- 법 개정; 시정촌 공영, 임의설립 강제가입
1955	- 급여비에 국고부담 도입
1958	- 신 국민건강보험법; 개보험 추진, 50%의 급여율

〈표 VI-2〉 계속

연도	변천내용
1961	- 개보험 달성
1963	- 세대주의 70% 급여율
1968	- 세대원 70%급여의 완전 실시
1972	- 노인복지법 개정: 노인의료의 무료화를 1973년에 실시
1975	- 고액요양비제도의 완전실시
1983	- 노인보건제도 실시
1984	- 퇴직자의료제도 설립
1986	- 노인보건: 일부부담 인상, 가입자분배율 인상, 노인보건시설 설치
1988	- 고 의료비시정촌의 안정화
1991	- 노인보건: 노인방문간호 창설, 개호에 대한 공비부담 인상
1994	- 간병간호/개호 폐지, 재택의료의 명확화 및 방문간호 확대, 입원시 식사요양비 설치, 환자식사 일부부담 도입, 육아휴업중의 피용자보험료 면제
1998	- 노인외래약제 일부부담 면제
2001	- 노인보건: 90% 급여, 노인외래약제 일부부담 폐지
2002	- 본인 70% 급여, 총보수제, 외래약제 일부부담 폐지 - 노인보건: 대상연령 인상, 일부부담급여율 변경

보험급여에는 법정급여인 요양급여, 입원시식사요양비, 특정요양비, 요양비, 방문간호요양비, 특별요양비, 이송비, 고액요양비, 출산육아일시금, 장제비가 있고 임의급여로 상병수당금이 있다.

#### 1) 요양급여

요양급여는 피보험자의 상병에 대해 보험의료기관에서 진료, 약제 및 치료제

료의 지급, 수술 등의 치료, 재택에서의 요양상 관리 및 요양에 동반되는 수발이나 간호, 병원입원 및 요양에 동반되는 수발이나 간호 등이 포함되어 있다. 이러한 급여는 보험의료기관 등에서의 현물급여로 지급되는 것을 원칙으로 하고 있다. 보험의료기관 등에서 요양급여를 받을 때에는 3세 이상 70세 미만의 경우 비용의 30%를 일부부담금으로 지불하여야 하고, 3세 미만인 경우는 20%, 70세 이상 고령자에 대해서는 10%<sup>주5)</sup>를 지불하여야 한다.

## 2) 입원시 식사요양비

입원시 식사요양비는 보험의료기관에 입원하여 식사제공을 받을 때에 지급된다. 금액은 식사에 필요한 비용에서 평균가계의 식사비를 감안하여 후생노동성 장관이 설정한 표준부담액을 공제한 금액이다. 그리고 표준부담액은 3세 이상 70세 미만의 경우 일당 780엔이다.

## 3) 특정요양비

특정요양비는 특별한 요양환경의 제공, 의치제공, 200병상이상의 의료기관에서의 초진 등 선택의료를 받은 경우 또는 대학부속병원 등의 고도의료를 제공하는 의료기관으로써 사회보험사무국의 승인을 받은 특정승인보험의료기관에서 고도선진의료를 받은 경우 그 기초적인 부분에 대해 지급된다. 3세 이상 70세 미만의 경우 70%, 3세 미만인 경우는 80%, 70세 이상 고령자에 대해서는 90%를 지불하여야 한다.

## 4) 특별요양비

피보험자증을 반환하고 피보험자자격증명서를 교부한 경우에 지급된다.

## 5) 방문간호요양비

이는 피보험자가 재택에서 계속하여 요양을 받는 상태에 있고 병세가 안정되

주5) 일정소득수준 이상인 고소득계층의 경우에는 20%이다.

어 있는 경우 의사지시로 지정방문간호사업자로부터 지정방문간호를 받을 때에 지급된다. 금액은 지정방문간호에 필요한 비용의 70% 상당액이다.

#### 6) 이송비

피보험자 등이 상병에 따라 이동이 곤란한 경우에 의사지시에 따라 이송되었을 때에 보험자가 이송의 목적이 보험진료로 적절한 경우, 요양의 원인인 상병에 따라 이동이 곤란 경우, 긴급 및 기타 부득이한 경우 등에 해당할 때에 지급된다. 지급액은 가장 경제적인 경로 및 방법으로 이송된 경우의 비용을 기준으로 보험자가 산정한다.

#### 7) 고액요양비

70세 이상의 피보험자에 대해서 1개월당 모든 일부부담금을 대상으로 하여 개인단위와 세대단위로 고액요양비가 산정된다. 개인단위에 대해서는 외래의 일부부담금만이 대상이 되고 본인부담한도액 12,000엔을 초과하였을 때 그 초과액이 고액요양비로써 지급된다. 세대단위에 대해서는 개인단위의 고액요양비를 지급한 후 입원의 일부부담금을 포함한 세대전체의 일부부담금을 대상으로 하고 본인부담한도액 42,000엔을 초과하였을 때 그 초과액이 고액요양비로써 지급된다. 국보세대전체에 대해서는 70세 이상의 피보험자에 대한 고액요양비를 지급한 후 일부부담금과 70세 미만의 피보험자의 일부부담금 중, 21,000엔 이상을 합산한 금액을 대상으로 하고 자기부담금 한도액 72,300엔+의료비로부터 241,000엔을 공제한 금액의 1%상당액을 초과하였을 때 그 초과액이 고액요양비로써 지급된다.

#### 8) 출산육아일시금 및 장제비

모든 보험자에게서 지급되고 있는 급여내용은 각 보험자의 조례/규약에서 정해져 있고, 보험자마다 상이하다.

건강보험제도에서의 보건사업으로 건강진단, 건강교육 등 피보험자의 건강증

진을 위하여 필요한 보건사업을 각 보험자가 병원, 의원, 보양소 등의 개설이나 각종 예방접종이나 건강진단을 실시하도록 하고 있다. 그리고 피보험자의 요양 환경 향상을 위해 필요한 사업 등도 실시할 수 있다.

보험료를 보면, 보험자는 피보험자가 속해 있는 세대의 세대주 또는 세대원 으로부터 보험료를 징수한다. 시정촌은 보험료 대신에 국민건강보험세를 징수 할 수 있다. 보험료(세)의 납부의무자는 세대주이고, 납부하여야 할 보험료(세) 는 당해세대의 각 피보험자에 대해 산정된 소득할액, 자산할액, 피보험자수에 따른 피보험자균등할액 및 균일한 세대별 평등할을 합산한 액이다. 저소득세대에 대해서는 보험료경감제도가 있고 종래 일률적인 균등할액 및 평등할액의 60% 또는 40%가 경감되지만, 1995년의 제도개정에 따라 응익비율에 따른 보험료경감제도가 확충되었다. 구체적으로 전년도 또는 당해연도의 응익비율이 45~55%의 보험자에 대해 새로이 20%경감제도가 창설되었다. 그리고 당해보험자에 대해서도 1996년도 이후 기존의 60%, 40%경감을 70%, 50%경감으로 바뀌었다.

국고는 시정촌에 소요되는 사무비부담금은 1992년도부터 직원급여비상당분에 대해 일반재원화 되었고, 1993년도는 임금 등, 1994년도는 광열수도비, 1998년도에는 전액 일반재원화 되었지만, 2000년도부터는 개호납부금에 대한 사무비가 예산화 되었다. 요양급여비/노인보건의료비 각출금/개호납부금 부담금은 시정촌에 대해 일반피보험자에 소요되는 의료급여비, 노인보건의료비 각출금 및 개호납부금액의 합산액의 40%를 국가가 부담하고 있다. 보험기반안정부담금은 1988년에 창설된 것으로 시정촌은 저소득자의 보험료경감상당액을 기초로 산정한 금액을 일반회계에서 국보특별회계에 전입시켜 당해전입액의 1/2를 국가가 부담한다. 그리고 2002년 법개정으로 2003년부터 2005년까지의 3년간은 보험료 경감의 대상이 된 일반피보험자수에 따라 평균보험료의 일정비율을 공비로 보전시켜 보험기반안정제도를 확충시켰다. 표준초과의료비 공동부담제도는 지정된 고액의료비지정 시정촌 중, 전전년도의 기준초과비용액(기준급여비의 1.17배를 초과한 금액)이 발생한 경우에 그 1/6을 국가가 부담한다. 고액의료비공동사업은 2002년도 법개정으로 2003년도부터 2005년도 까지 3년간은 고액의료비의

발생에 의한 국보재정의 급격한 영향을 완화시키기 위하여 각 시정촌 국보로부터의 각출금을 재원으로 하여 도도부현단위로 비용부담을 조정한다. 각출금에 대해서는 국가/도도부현은 각각 1/4를 부담한다. 국보광역화등지원기금은 도도부현에 시정촌 국보의 광역화 등으로 보험료평준화를 지원하기 위하여 기금을 마련하고 있다. 재정조정교부금은 시정촌의 보험재정 상태에 따라서 조정적으로 교부되는 것이기 때문에 그 총액은 일반피보험자에게 소요되는 의료급여비, 노인보건의료비 각출금 및 개호납부금 합산액의 10%로 되어 있다. 요양급여비/노인보건의료비각출금보조금은 국민건강보험조합에 대해 의료급여비, 노인보건의료비 각출금 및 개호납부금의 합산액에 대해 32% 이상 52% 이하의 범위 내에서 보조하는 것이다. 다만, 건강보험의 적용제외 승인을 받은 신규 국보가입자 및 그 가족에 대한 정률국고보조는 정부관장건강보험과 동일하다. 출산육아일시금등보조금은 국민건강보험조합의 출산육아일시금의 지급에 필요한 비용에 대해 보조하는 것이다.

#### 다. 퇴직자의료제도

고령퇴직자는 퇴직 후 일반적으로 국민건강보험의 피보험자가 되지만, 다음의 2가지 측면에서 불합리가 발생하였다. 즉, 현역시대보다도 의료의 필요성이 높은 퇴직 후에 급여수준이 저하된다는 점, 고령퇴직자의 의료비를 주로 국고와 다른 국보가입자에 의존한다는 점이다. 이와 같이 부담과 급여간의 불합리성을 시정하기 위하여 1984년도에 퇴직자의료제도를 창설하였다.

대상자는 국민건강보험의 피보험자이고 다음의 피용자연금법에 의해 노령(퇴직)연금 또는 통산노령(퇴직)연금 수급자 및 그 피부양자로 되어 있다. 여기에서 적용되는 법은 후생연금보험법, 은급법, 국가공무원공제조합법, 국가공무원공제조합법의 장기급여에 관한 시행법, 지방공무원등공제조합법, 지방공무원등공제조합법의 장기급여에 관한 시행법, 사립학교교직원공제조합법, 지방공무원의 퇴직연금에 관한 조례, 구령에 의한 공제조합 등으로부터의 연금수급자를 위한 특별조치법 등이다

보험급여는 급여율, 종류, 범위는 일반피보험자와 동일하다.

재원은 보험료, 요양급여비등 교부금, 요양급여비등 각출금이 있다. 보험료는 일반 피보험자와 동일한 방법으로 부과된다. 요양급여비교부금은 우선 퇴직피보험자 등에 소요된 의료급여에 필요한 비용 및 각 시정촌의 노인보건의료각출금에 퇴직자비율을 곱한 액을 합산하고 거기에서 퇴직피보험자 등에 소요된 보험료의 납부액에서 개호납부금으로 부과된 금액을 뺀 것을 공제한 금액으로 한다. 요양급여비등 각출금의 경우, 사회보험진료보수지불기금은 요양급여비교부금의 교부에 필요한 비용 및 기금의 사무처리에 필요한 비용을 충당하기 위해 매년도 피용자보험 등 보험자로부터 각출금을 징수하고 각 피용자보험 등 보험자는 그 각출금을 납부할 의무를 지닌다. 각 피용자보험 등 보험자가 납부하는 요양급여비각출금은 매년도의 요양급여비교부금의 교부에 필요한 비용액 및 지불기금 업무에 관한 사무처리에 필요한 비용액에 대해 각각 각 피용자보험 등 보험자마다의 표준보수총액에 따라 배분한 금액이다.

#### 바. 노인보건제도

일본은 1963년도에 노인복지법을 제정함으로써 노인을 대상으로 한 복지서비스와 보건의료서비스를 제공할 수 있는 기틀을 마련하였다. 의료부문에 대해서는 1959년도에 신국민건강보험법의 시행을 거쳐 국민개보험화를 달성하였고, 1968년도에는 국민건강보험제도<sup>주6)</sup>의 보험급여율을 70%로 일원화시키기에 이르렀다. 그러나 당시 대부분의 고령자는 연금수급권이 확립되어 있지 못한 상태였고, 경제적인 실정에서 보아도 질병의 조기발견 및 조기치료를 위한 추진 기회는 상당히 어려웠다.

따라서 각 지자체에서는 고령자의 의료비 본인부담문제를 개선하려는 욕구가 강하였는데, 1960년도에는 니가테懸 사와우치村, 1969년도에는 도쿄都와 아키타懸에서 노인의료비의 본인부담 무료화<sup>주7)</sup>를 실시하였고, 1972년 시점에서는 2

주6) 이는 과거 우리나라의 지역보험(지역자보험)에 해당하는 것으로 보험자는 시정촌(지자체)과 특정자영자집단조합으로 되어 있는데, 과거 보험급여율이 일원화되기 이전에는 보험자(조합)마다 상이하였음.

개 현을 제외한 전국에서 노인의료비의 본인부담무료화를 실시하기에 이르렀다.

한편, 노인복지법에서는 1969년에 65세 이상의 외상노인을 대상으로 한 방문 건강검진사업을 실시하였고, 1970년에는 노인성 백내장수술비를 지급하고, 1971년도에는 재택노인 기능훈련사업을 실시하였다. 그리고 1973년에 노인복지법이 개정되어 노인의료비지급제도에 의한 노인의료의 본인부담 무료화제도가 시행되기 시작하였다. 여기에서 노인의료의 본인부담무료화제도가 시행하게 된 배경을 보면 다음과 같다. 즉, 고령자는 유병률이 높고 질병의 만성화, 복합적으로 여러 질병을 동시에 앓고 있다는 특성을 가지고 있음에도 불구하고 조기발견, 조기치료로 이어지지 못하는 경향이 많았었다. 더욱이 의료비의 본인부담이 고령자의 조기수진을 저해하는 요인으로 나타났기 때문이었다.

따라서 노인의료의 본인부담 무료화제도의 목적은 고령자의 의료비 본인부담을 무료화시킴으로써 적시에 적절한 수진을 할 수 있도록 하게 하여 고령자의 질병을 조기에 발견하여 건강유지 및 복지향상을 도모하는데 두고 있다.

이러한 노인의료비지급제도는 1973년도 이후 급증하기 시작하여 다음과 같은 문제점을 노출시키게 되었다. 첫째, 노인의료비지급제도가 안이한 수진행태로 나타나 고령자인구의 증가와 더불어 재정부담을 강요하게 되었다는 점, 둘째, 피용자수가 증대하고 퇴직 후에는 대부분의 고령자가 국민건강보험에 가입하기 때문에 고령자의 국민건강보험 가입률이 높아져 노인의료비지급제도가 국민건강보험재정을 압박하고 있었다는 점, 셋째, 국민의 질병이환실태가 결핵 등의 전염성질환에서 뇌혈관질환이나 심장질환 등의 성인병(생활습관병)으로 이행되어 장년기부터 예방 및 조기발견대책이 중요시되게 되었다는 점이다.

결국, 이러한 문제점을 계기로 1982년도에 노인보건법이 제정되어 1983년도부터는 기존의 노인복지법에 의해 지급되던 노인의료지급제도는 폐지되었고, 노인보건법에 의해 70세 이상의 고령자에 대한 의료비의 일부 본인부담금이 도입되고 각 건강보험자의 각출로 노인의료비의 재원을 확보하게 되었다.

---

주7) 이는 건강보험제도에서 본인부담금을 지자체 예산으로 지불한다는 것을 의미함.

〈표 VI-3〉 일본의 고령자관련 보건의료복지정책 변화

구분	내용
1945년 (보건소 위주)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 급성전염병의 퇴치: 결핵, 이질, 폐렴, 기생충병 등</li> <li>- 높은 영아사망률</li> <li>- 공비의료제도 도입(결핵 등)</li> <li>- 평균수명: 남자 51세, 여자 54세 (1945)</li> </ul>
1961년 (개업의 및 병원 위주)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 전 국민 의료보험화 달성</li> <li>- 만성질환 증가</li> <li>- 정신장애, 응급의료, 무의촌 문제 대두</li> <li>- 건강보험진료비의 급증</li> <li>- 평균수명: 남자 65세, 여자 70세 (1960)</li> </ul>
1963년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 노인복지법 제정(특별양호노인홈 개설)</li> <li>- 장기요양서비스가 노인복지법에 의해 제공. 그 이전에는 빈곤/영세민노인을 대상으로 한 생활보호, 양로원 입소 보호만이 제공.</li> </ul>
1970년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 고령화 사회 진입(65세 이상 인구비율: 7%)</li> <li>- 지자체별로 노인의료 본인부담 무료화 실시</li> </ul>
1973년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 노인의료무료화제도 제정 (지자체가 고령자의 건강보험 본인일부부담금을 대납해주는 방식). 이로 인하여 노인의 진료가 급증</li> </ul>
1980년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 성인병 예방 중시</li> <li>- 외상노인, 치매문제가 사회화</li> <li>- 장수화로 고령 장애자가 증가</li> <li>- 2차 석유파동으로 예산억제시대로 전환 (1981년 제2임조 의료비삭제문제가 중요과제로 대두)</li> <li>- 평균수명: 남자 74세, 여자 79세 (1980)</li> </ul>
1982년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 노인보건법 제정(1983년 시행)</li> <li>- 노인진료보수 신설</li> <li>- 노인병원의 제도화-건강보험제도에 치료와 더불어 간병수발 비용이 포함</li> <li>- 외상노인문제가 심각화- 고령 장애자가 대량적으로 발생</li> <li>· 세대붕괴 요인, 장기요양부담 급증- 가족문제</li> <li>· 일본특유의 고의적 외상노인 70만명- 인권문제</li> <li>· 사회적 입원: 장기입원- 의료비문제</li> <li>- 의료의 복지화정책의 붕괴⇒ 외상노인=고령 장애자⇒ 복지의 대상자로 인식하기 시작</li> </ul>

〈표 VI-3〉 계속

구분	내용
1985년	- 의료법 개정
1987년	- 노인보건시설(계약형 재활요양시설) 신설 - 복구형 복지제도의 충격- 외상제로사회의 현실화
1989년	- 골드플랜(고령자보건복지추진10개년전략) 실시 - 재가복지서비스의 강화 (3대 재가복지서비스)
1990년	- 노인복지법 개정 - 고령자복지에 대한 권한이 지자체로 이양
1992년	- 방문간호스테이션 개설 - 의료비삭감의 초점으로 노인의 장기입원 개선이 주요 목표 - 개호력강화병원 개설
1994년	- 고령사회 진입 - 장기요양형병상군의 형태로 일부병원을 장기요양시설화 - 신골드플랜 제정 - 공적장기요양보험제도 구상 - 평균수명: 남자 76.25세, 여자 82.51세 (1995)
2000년	- 공적개호보험제도의 도입실시

기본적으로 노인보건법에는 의료부분과 보건부분으로 구분되어 있는데, 의료부분만을 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

의료부분의 대상이 되는 노인은 75세 이상인 자 및 65~75세 미만으로 장애인정을 받은 외상노인이다. 비용부담의 구조를 보면, 노인의 의료에 필요한 비용에서 일부부담금을 공제한 금액의 50%를 공비로 부담하고 나머지 50%는 각 의료보험제도의 보험자가 각출하는 공동부담의 형태로 취해지고 있다. 보험자의 각출금에 대해 각 보험자의 노인가입비율에 상당한 차이가 있고 특히 국민건강보험은 퇴직자가 많이 가입해 있기 때문에 노인가입비율의 차이에 의한 부담의 불균형을 시정하고 공평한 부담을 도모하기 위하여 어느 보험자도 노인가입비율이 동일할 것으로 가정하여 각출금을 산정, 부담하는 구조로 이루어져

있다. 노인의료비중, 이러한 조정의 대상이 되는 비율인 가입자배분율은 제도설립 당초에는 50%이었으나, 1986년 법개정으로 1987년부터 점차적으로 상향조정되어 1990년부터는 100%가 되었다.

〈표 VI-4〉 노인보건제도에서의 노인의료비 본인일부부담금 내용(2002년 이후)

소득구분	정률부담	외래(개인별)	자기부담한도액	입원시식사 요양비에 관한 표준부담액
일정이상소득자	20%	40,200엔	72,300엔+1%	780엔
일반	10%	12,000엔	40,200엔	780엔
저소득 II	10%	8,000엔	24,600엔	500-650엔
I	10%	8,000엔	15,000엔	300엔

## 2. 제도의 개정

일본정부는 국민의료비를 억제시키기 위하여 수요와 공급의 측면에서 다각적인 검토가 이루어지고 있으며 그 구체적 전개는 80년대 노인보건법의 제정을 시작하여 일련의 제도 개정이 이루어졌다. 현재 일본정부는 대국민소득에서 차지하는 국민의료비나 의료보험급부비의 증가율을 국민소득의 증가율과 일정한 수준으로 맞추려고 노력하고 있다.

### 가. 건강보험법의 개정

제2차 행정개혁에 있어서 의료비의 억제가 중요한 과제로 다루어지고 또 고령화 사회로 향해서 의료보험의 합리화 및 효율화를 위한 제언이 있었다. 그 가운데에서도 1982년 제3차 답신에서는 의료비지불방식의 개혁과 약가기준의 개선 등에 의한 의료비 적정화대책의 추진, 고액의료비의 적절한 보장과 경증 의료비에 있어서도 수익자 부담의 도입, 본인과 가족에 있어서 급여율 격차의

개선, 의료공급체계의 정비 등이 제언되었다. 더욱이 1983년 제5차 답신에 있어서는 보험자간의 부담과 급부의 균형, 보험자간의 재정조정기능의 강화, 퇴직자 의료제도의 창설 등의 지적이 있었다.

그리하여 건강보험법의 개정안은 1984년 국회에 제출되어 몇 가지 유형의 수정을 거친 뒤 동년 8월 7일에 성립되었다. 동 개정법안은 이때까지 계속심의, 폐안, 재제출 등에 의하여 성립된 종래의 건강보험개정에 비하여 근본적인 개혁임에도 불구하고 국회의 1회기 중에 성립된 것으로 극히 이례적임을 알 수 있다.

동 개정법안의 주요점은 고액요양비 지급제도의 개선 등 미미한 조정부분을 제외하면 다음과 같다. ① 피보험자 100% 급여가 폐지되고 10%의 본인부담제의 도입 ② 국민건강보험사업(시·정·촌)내에 퇴직자의료제도의 창설 ③ 일용고용자 건강보험제도를 폐지하고 일일고용건강보험은 정부관장건강보험제도에 포괄시키는 것을 특례로 하였다. 동 개정법으로 인하여 건강보험제도가 창설된 이래로 유지되어온 100% 급여가 폐지된 점은 획기적인 것이며, 앞으로 전 국민에게 있어서 급여율을 80% 정도로 통일하겠다는 정부의 의향에 의한 개혁이며 급여일원화의 일환을 나타낸 것이다. 한편 피용자본인의 급여율의 인하에 의한 여분의 재원은 퇴직자의료제도의 급여에 충당하고 국민건강보험의 국고부담을 억제한다는 재정대책에 의한 것이며, 또 피용자본인의 10% 본인부담의 도입은 과잉수진의 방지와 함께 수익자부담이라는 신보수주의적 방향으로 볼 수 있다.

한편 1984년 8월 건강보험법의 개정에 의해 국민건강보험가운데에 퇴직자의료제도가 창설되었다. 동 제도는 피용보험자가 국민건강보험으로 이전된 60세 이상 70세 미만의 자 (퇴직피보험자)에게 있어서 입원, 통원과 급부율을 70%에서 80%로 인상시키고, 그 비용을 퇴직피보험자의 보험료와 피용자 보험료로부터 각출금 조달하는 것이다.

동제도의 설립배경과 취지를 보면 피용자 보험의 피보험자가 고령이 되어 의료의 필요성이 높아지는 시기에 퇴직에 의해 (정년이 60세 이하인 기업이 대부분) 국민건강보험에 전입함으로써 국민건강보험의 기존 피보험자의 보험료와

국고보조로 충당되게 됨으로써 건강보험과 국민건강보험간의 구조적인 부담의 불균형을 시정하기 위해 만들어 진 것이다. 동제도가 급부와 부담의 격차를 시정하고 그 공평화를 꾀한다는 것에 있지만, 국민건강보험에 있어서 국고부담을 피용자 보험에게 전가하고 피용자 보험(건강보험)에서는 그 재원조달을 위해 급부의 절하(건강보험개정에 의해 급여수준 90%에서 퇴직후 국민건강보험에 가입함으로써 70%)를 꾀한다고 하는 재정대책 우려의 성격을 강하게 나타내고 있다.

#### 나. 국민건강보험법의 개정

상대적으로 저소득층 및 고령자의 가입이 많은 시정촌의 국민건강보험제도가 재정적으로 곤란한 상황에 있다는 것은 주지의 사실이다. 그나마 전술한 노인 보건법 및 퇴직자의료제도의 창설에 의해 급부와 부담의 공평화라는 재정조정 정책이 시행되었지만 여전히 국민건강보험의료비는 타 제도를 상회하는 높은 신장률을 보이고 있었다.

의료보험제도의 일원화를 실현하기 위한 그 전제조건으로서 국민건강보험의 운영의 안정화를 꾀하는 것이 필요하다고 말할 수 있지만, 건강보험법 및 노인법의 개정이 일단락된 후 과제로서 국민건강보험제도 개혁이 진행되어졌다. 이 경우 국민건강보험의 운영을 안정시키기 위해서는, 우선 보험료 부담능력이 낮은 피보험자 비율의 증가에 따라 일반피보험자의 부담을 증대하는 것과 의료비의 지역격차에 의한 보험자간의 재정상의 불균형이라는 과제를 해결하여야 할 것이다.

그동안 국민건강보험개혁의 경위를 보면, 첫째, 1986년 국민건강보험법 개정에 의해 보험료 체납자의 피보험자증을 반환시키고 대신 피보험자자격증명서를 교부하고, 보험급부를 제한하는 것이 가능하게 되었지만 이것은 국민건강보험의 원칙을 붕괴하는 것이라고 말할 수 있다.

둘째로, 후생성의 1986년 4월 [고령자대책 기획추진본부 보고서]는 21세기를 향한 장기비전을 제시하여 여기서 지역의보와 피용자보험의 이원체제 구상을 제안하고 이들의 경우 급부율 80% 원칙을 보고하였다. 또한 생활보호법상의 의료부조, 공비의료, 국민건강보험저소득자 등을 포함한 [복지의료제도]를 제창

하였다. 이구상은 현재까지 구체화 되지 않았지만 국민건강보험개혁의 기본방향의 하나가 된 것이다.

셋째, 1987년 10월 후생성은 국민건강보험문제 간담회에서 [국민건강보험제도의 과제와 개혁의 기본적 고령방향]을 제출하였는데, 여기서 국민건강보험개혁의 방향은 복지의료제도의 창설, 지역격차 조정시스템의 도입, 급부의 개선, 의료에 관한 총합적 대책의 실시, 그리고 노인보건의료비의 국고부담분의 삭감 등이었다. 그러나 동 구상은 지방자치제의 반대와 후생성, 대장성, 자치성의 절충에 의해 복지의료제도가 철회되었다.

그리하여 후생성은 동보고와 3성간의 협의를 근거로 하여 국민건강보험법 개정안을 국회에 제출하고 동 법안은 1988년 6월부터 시행되었다. 그 주요 개정점은 ① 보험기반 안정제도의 도입 ② 고액요양비 공동사업의 강화 ③ 고액의료비 시정촌의 안정화 계획 ④ 노인의료비 국고부담의 삭감 등이다. 여기서 ①은 보험료 부담능력이 낮은 피보험자의 가입비율이 높은 것이 국민건강보험제정의 불안정 요인이 되고 있는 것이므로 이것에 대처하기 위한 것이며, ②는 고의료비 시정촌을 지정하고 현저하게 높은 의료비의 일정부분(기준초과 비용액)에 있어서 보험료부담 이외에 국가, 도도부현 및 해당 시정촌이 공동 부담하는 것이었다.

이상의 개혁에서 특징적인 것은 도도부현의 부담으로 전가하는 경향이 강하고, 국민건강보험개혁이 시정촌 단위의 운영에서부터 확대하여 지역보험의 개편으로 향하고 있다. 이것은 후생성의 [일원화]안과 일본의 사회의 [통합일원화] 안과의 접점이 생길 수 있는 것이 되며 제도개혁은 새로운 전개를 보여 주는 것이 된다. 최근에는 [고령자 보건복지추진 10개년 전략]을 1988년 12월 책정하여 시설복지, 재택복지사업의 실현을 도모하고 보건, 의료, 복지와의 제휴를 꾀하고 있다.

#### 다. 노인보건법의 제정

1973년 1월부터 시행된 노인의료비 지급제도에 의해 노인의 수진율이 높아지고 그 의료비도 현저하게 증가되었다. 노인의료비의 증대는 당초 국가부담의

증액에 의하여 대응할 수 있었지만 국가 재정의 압박으로 재정개선론을 주장하는 사람들에 의해 비판을 받았다. 이와 같은 상황에서 노인의료비의 역제를 피하고, 국고부담을 수반하지 않고 각 보험자간에 공평하게 부담한다는 새로운 대책이 마련되어지게 되고 이에 따라 등장한 것이 1982년 노인보건법이었다.

동법의 목적은 [보편적인 고령화 사회의 도래에 대응하여 질병의 예방과 건강형성을 포함한 종합적인 노인보건대책을 추진함과 동시에 노인의료비는 국민 모두가 공평하게 부담한다고 하는 새로운 제도를 창설하는 것]이었다.

노인보건법의 사업은 [의료]와 [의료이외의 보건사업]으로 구별하고 의료는 시정촌장에 대한 국가의 기관위임사무로 하였으며 그 개요는 다음과 같다. ① 노인의료 대상자의 확대 (소득제한 요건은 철폐) ② 본인의 일부 부담금 도입 (통원의 경우 1개월 진료과목 400엔, 입원시 1일 300엔, 2개월 한도) ③ 노인의료의 비용부담은 (일부부담 제외) 국가가 20%, 도도부현이 5%, 시정촌이 5%, 의료보험제도의 각출금을 70%로 한다. 의료보험 각제도의 각출금은 노인의료비액에 따라 산정되는 [의료비부담 부분]과 각제도의 가입자 수에 따라 산정되는 [가입자부담부분]으로 하며 가입자 부담율은 당초에 50%로 하였다.

동법은 치료보다는 예방을, 시설케어 보다는 재택케어를, 고령자의료비의 국고부담보다 전 국민 공동부담 등을 의도하고 있다. 특히 여기서 ②의 고령자에 게서의 수익자 부담은 공비지출 역제의 재정대책에 의거한 것이며, ③의 고령자가 가입하였던 의료보험자 단체(건강보험, 직종공제, 국민건강보험 등)에 대해서 가입자 부담율을 산정한 것은 특히 국민건강보험에 대한 일종의 재원조정이라고 말해도 좋으며 이것으로 의료보험 제도간의 재정조정원리를 도입한 것이다.

상기의 노인보건법은 그 성립당초부터 3년 후의 개선을 예정하고 있어 1985년에 노인보건법이 개정되었다. 주요 개정점은 환자일부부담의 인상(외래의 1개월 400엔 → 800엔, 입원의 1일 300엔 → 400엔, 2개월 기한 철폐)과 가입자 부담율의 인상 (1982년 50%에서 1986년 80%, 87~89년 90%, 90년 이후 100%로 단계적 인상), 그리고 노인보건시설의 창설이었다. 동법의 개정은 노인의료비에 있어서 수익자 부담을 더욱 강화한 것이며, 각보험자 단체의 가입자 부담율 인상에 의해서 국민부담을 감소시키고 부담의 공평화를 피하기 위한 조치였지만

사실상은 정부부담분을 경감시키고자 한 것이었다.

〈표 VI-5〉 일본 건강보험제도의 주요 개정내용(국민개보험 달성이후)

개정연도	개정배경 및 주요내용
1973년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1943년 이후 변동이 없었던 가족의료급여개선을 중심으로 대폭적인 개선               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 가족급여율 인상</li> <li>· 고액요양비지급제도 설립</li> </ul> </li> <li>- 정관건보에 정률국고보조 도입               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 정률 10%의 국고보조 신설</li> </ul> </li> <li>- 선원보험, 각종공제조합에 대해서도 건보수준에 부합되게 급여개선</li> <li>- 국민건강보험의 고액요양비 지급</li> <li>- 일고노동자건강보험제도도 급여개선</li> </ul>
1977년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사회경제실태의 변화, 의료보험재정의 악화 등으로 개선대책 강구 필요성 제기               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 표준보수의 등급표와 일부부담금액 개정</li> <li>· 상병수당금의 지급기한 연장</li> </ul> </li> </ul>
1980년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 본인일부부담금의 인상</li> <li>- 고액요양비제도의 설립</li> <li>- 가족급여율의 인상</li> <li>- 보험요율의 상한 인상</li> <li>- 정관건보의 보험요율 인상</li> </ul>
1984년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 배경               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 본격적인 고령사회에 준비하고, 인생 80년 시대에 어울리는 의료보험제도의 안정기반 구축</li> <li>· 그리고 행정개혁, 재정재건의 정부 기본방침을 고려</li> <li>· 국민의료비의 증대 등을 감안</li> <li>· 의료보험제도간 급여와 부담의 격차 존재</li> </ul> </li> <li>- 주요내용               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 피용자보험 본인 100%급여율을 인하조치</li> <li>· 고액요양비지급제도의 개선</li> <li>· 특정요양비 개설</li> <li>· 퇴직자의료제도 설립</li> <li>· 국민건강보험제도의 국고보조 합리화</li> <li>· 일고건보 폐지 및 그 대상자의 건강보험으로 이전</li> </ul> </li> </ul>
1992년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 배경: 건강보험재정의 안정화</li> <li>- 주요내용               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 단년도 재정운영을 5년 정도를 중심으로 한 중기적 개정운영 시도</li> <li>· 단기적인 경기변동에 영향을 받지 않는 안정적인 보험료율 설정</li> <li>· 사업운영안정자금 설치</li> <li>· 의료보험심의회 설치</li> </ul> </li> </ul>

<표 VI-5> 계속

개정연도	개정배경 및 주요내용
1994년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 배경: 인구고령화의 진전, 질병구조의 변화, 의료서비스에 대한 국민욕구의 다양화 및 고도화</li> <li>- 주요내용               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 보험급여체계의 개선: 간병간호급여 개선, 재택의료 추진개선 등</li> <li>· 간호, 개호에 관한 급여개선</li> <li>· 재택의료 추진: 방문간호사업 확대 등</li> <li>· 입원시 식사에 대한 급여개선</li> <li>· 출산, 육아지원: 출산육아일시금 설립, 육아휴업중의 보험료 면제 등</li> </ul> </li> </ul>
1997년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 배경               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 저성장의 경제실태</li> <li>· 보험료수입 증가의 어려움 발생에 대해 의료비는 경제동향에 관계없이 급증하는 추세</li> </ul> </li> <li>- 주요내용               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료보험복지심의회 설치</li> <li>· 피보험자본인의 일부부담비율을 20%로 인상</li> <li>· 외래약제에 대한 일부부담비율 도입</li> <li>· 6세 미만 아동의 약제부담 면제</li> </ul> </li> </ul>
2000년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 배경: 고령화의 진전, 장기적 경제침체로 인한 의료보험재정 압박</li> <li>- 주요내용               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 입원기본료의 도입 등 포괄수가제도의 확대</li> <li>· 약가제도에서 기존 R폭방식 폐지</li> <li>· 의료제공체제에서 일반병상과 요양병상으로 구분</li> <li>· 노인환자 일부부담금 인상</li> <li>· 고액요양비 및 보험료를 상한 개선</li> </ul> </li> </ul>
2002년	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 배경: 경제침체, 고령화진전, 의료기술의 진보, 국민의식의 변화 등 환경변화에 대한 대응 필요</li> <li>- 주요내용               <ul style="list-style-type: none"> <li>· 각 제도, 세대를 통한 급여와 부담의 개선: 고령자에 대한 본인부담 정률제 도입, 소자화대책의 일환으로 3세미만 영유아의 급여율을 80%</li> <li>· 후기고령자에 대한 대책 강화: 노인의료의 대상연령을 75세로 상향 조정</li> <li>· 국민건강보험의 재정기반 강화: 시정촌국보의 광역화를 지원하기 위한 기금 설치, 고액요양비 공동사업 확충 및 제도화, 저 소득자를 다수 포함하는 보험자 지원</li> </ul> </li> </ul>

〈표 VI-6〉 일본 진료보수개정의 변천

연도	내용(개정률)
1958.10.1	- 총의료비로 8.5% 인상
1961. 7.1	- 총의료비로 12.5% 인상
1961.12.1	- 총의료비로 2.3% 인상
1963. 9.1	- 총의료비로 3.7% 인상
1965. 1.1	- 총의료비로 9.5% 인상
1965.11.1	- 총의료비의 4.5%의 약가인하, 이중 약 3%를 의사기술료로 대체
1967.12.1	- 의과 7.68%, 치과 12.65% 인상
1970. 2.1	- 의과 8.77%, 치과 9.73% 인상. 또한 7월1일부터 의과 0.97% 재인상
1972. 2.1	- 의과 13.70%, 치과 13.70%, 약국 6.54% 인상
1974. 2.1	- 의과 19.0%, 치과 19.9%, 약국 8.5% 인상
1974.10.1	- 의과 16.0%, 치과 16.2%, 약국 6.6% 인상
1976. 4.1	- 의과 9.0%, 약국 4.9% 인상. 8월1일 치과 9.6% 인상
1978. 2.1	- 의과 11.5%, 치과 12.7%, 약국 5.6%, 평균적으로 11.6% 인상
1981. 6.1	- 의과 8.4%, 치과 5.9%, 약국 3.8%, 평균적으로 8.1% 인상
1983. 2.1	- 일반 평균적으로 0.3% 인상
1984. 3.1	- 의과 3.0%, 치과 1.1%, 약국 1.0%, 평균적으로 2.8% 인상
1985. 3.1	- 의과 3.5%, 치과 2.5%, 약국 0.2%, 평균적으로 3.3% 인상
1986. 4.1	- 의과 2.5%, 치과 1.5%, 약국 0.3%, 평균적으로 2.3% 인상
1988. 4.1	- 의과 3.8%, 치과 1.0%(6월1일), 약국 1.7%, 평균적으로 3.4% 인상
1989. 6.1	- 소비세도입으로 0.11% 인상
1990. 4.1	- 의과 4.0%, 치과 1.4%, 조제 1.9%, 평균적으로 3.7% 인상
1992. 4.1	- 의과 5.4%, 치과 2.7%, 조제 1.9%, 평균적으로 5.0% 인상
1994. 4.1	- 의과 3.5%, 치과 2.1%, 조제 2.0%, 평균적으로 3.3% 인상
1994.10.1	- 의과 1.7%, 치과 0.2%, 조제 0.1%, 평균적으로 1.5% 인상
1996. 4.1	- 의과 3.6%, 치과 2.2%, 조제 1.3%, 평균적으로 3.4% 인상
1997. 4.1	- 의과 1.31%, 치과 0.75%, 조제 1.15%, 평균적으로 1.7% 인상
1998. 4.1	- 의과 1.5%, 치과 1.5%, 조제 0.7%, 평균적으로 1.5% 인상
2000. 4.1	- 의과 2.0%, 치과 2.5%, 조제 0.8%, 평균적으로 1.9% 인상
2002. 4.1	- 의과 1.3%, 치과 1.3%, 조제 1.3%, 평균적으로 1.3% 인하

자료: 건강보험조합연합회(편), 사회보장연감 2003년판, 2003.5

〈표 VI-7〉 일본 약가기준개정의 변천

개정일	개정구분	등록품목수	증감율(%)	
			약제비기준	의료비기준
1967.10.1	전면	6,831	10.2 (인하)	-
1969. 1.1	전면	6,874	5.6 (인하)	2.4 (인하)
1970. 8.1	전면	7,176	3.0 (인하)	1.3 (인하)
1972. 2.1	전면	7,236	3.9 (인하)	1.7 (인하)
1974. 2.1	전면	7,119	3.4 (인하)	1.5 (인하)
1975. 1.1	전면	6,891	1.55 (인하)	0.4 (인하)
1978. 2.1	전면	13,654	5.8 (인하)	2.0 (인하)
1981. 6.1	전면	12,881	18.6 (인하)	6.1 (인하)
1983. 1.1	부분	16,100	4.9 (인하)	1.5 (인하)
1984. 3.1	전면	13,471	16.6 (인하)	5.1 (인하)
1985. 3.1	부분	14,946	6.0 (인하)	1.9 (인하)
1986. 4.1	부분	15,166	5.1 (인하)	1.5 (인하)
1988. 4.1	전면	13,636	10.2 (인하)	2.9 (인하)
1989. 4.1	전면	13,713	2.4 (인상)	0.7 (인상)
1990. 4.1	전면	13,352	9.2 (인하)	2.7 (인하)
1992. 4.1	전면	13,573	8.1 (인하)	2.4 (인하)
1994. 4.1	전면	13,375	6.6 (인하)	2.1 (인하)
1996. 4.1	전면	12,869	6.8 (인하)	2.6 (인하)
1997. 4.1	전면	11,974	4.4 (인하)	1.27 (인하)
1998. 4.1	전면	11,692	9.7 (인하)	2.7 (인하)
2000. 4.1	전면	11,287	7.0 (인하)	1.6 (인하)
2002. 4.1	전면	11,191	6.2 (인하)	1.3 (인하)

자료: 건강보험조합연합회(편), 『사회보장연감』 2003년판, 2003.5

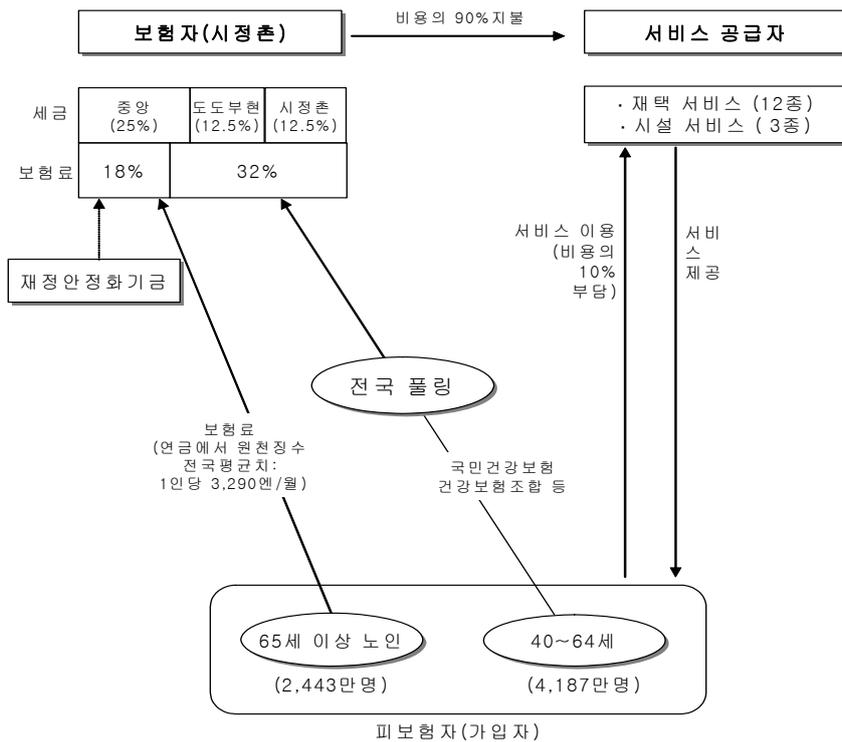
### 3. 개호보험제도의 주요내용

#### 가. 제도의 개관

개호보험제도의 기본 틀을 간략하게 설명하면 다음과 같다<sup>주8)</sup>. 첫째, 피보험자(가입자)는 직업, 소득수준, 거주지와 관계없이 연령에 따라서 구분하고 있는데, 65세 이상 노인은 1종 피보험자, 40~64세는 2종 피보험자이다. 따라서 40세미만인 자는 보험가입의 대상이 아니라는 것이다. 둘째, 보험자는 지자체(시정촌)라는 점이다. 지자체의 인구고령화 정도나 재정력에 따라서 보험재정의 균형유지가 어려운 지역이 발생하고 있는데, 이를 감안하여 재정안정화기금으로 지역간 재정력 격차를 조정하고 있다. 셋째, 보험급여는 재택서비스와 시설 서비스로 나누어지는데, 이용자는 보험급여의 10%를 서비스 이용 시에 공급자에게 지불한다는 점이다. 여기에서 특이한 점은 1종 피보험자는 질병유무와 관계없이 급여를 받을 수 있는 대상자이나, 2종 피보험자는 노화를 발생시키는 15개의 특정질환으로 인하여 개호상태에 빠진 경우에만 급여를 받을 수 있다는 것이다. 넷째, 재원은 정부지원금과 보험료로 구성되는데, 총비용의 50%를 정부지원금, 그리고 나머지를 보험료로 조달한다는 점이다. 65세 이상의 제1호 피보험자는 6단계의 소득수준을 감안하여 보험료를 정액으로 징수하되, 노령연금액이 일정액 이상인 경우에만 연금액에서 원천징수하고, 그 이하는 개별징수하고 있다.

주8) 厚生統計協會, 『保険と年金の動向』, 2004와 社會保障審議會介護保險部會, 『介護保險制度の見直しに向けて』, 中央法規, 2004.10을 참조함

[그림 VI-1] 개호보험제도의 전반적인 구조



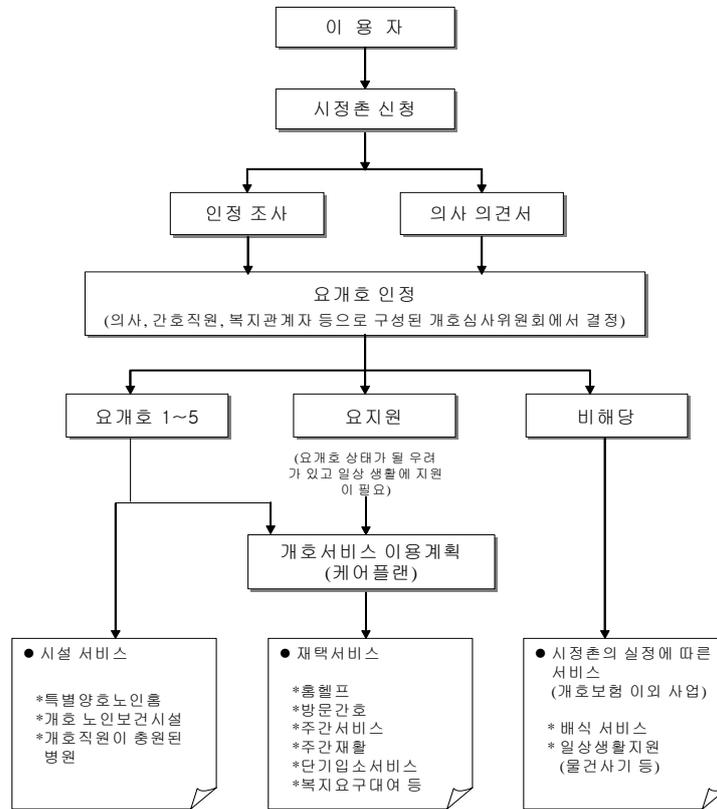
주: 피보험자 수는 2004년 전망치임

그리고 개호서비스의 이용절차를 간략하게 설명하면 다음과 같다(주9). 먼저, 이용자는 개호서비스를 이용하기 이전에 필수적으로 개호를 받을 상태에 놓여 있는지를 평가받은 후에 수급자격을 인정받아야 한다. 이 때, 이용자는 시정촌에 인정여부를 신청하면, 시정촌 개호심사위원회에서는 신체적, 정신적 기능 및 보건의료적 욕구상태에 대한 방문조사의 결과와 의사의 의견서를 바탕으로 요 개호 인정여부와 등급을 결정하고, 적절한 개호계획(care plan)에 따라 시설 및

주9) 厚生統計協會, 『保険と年金の動向』, 2004와 社會保障審議會介護保險部會, 『介護保險制度の見直しに向けて』, 中央法規, 2004.10을 참조함.

재택서비스를 이용하면 된다. 여기에서 특이한 점은 요개호상태로 판정받은 경우(요개호 1~5등급)에는 시설 및 재택서비스를 이용할 수 있으나, 요지원상태로 판정받은 경우는 재택서비스만을 이용할 수 있고, 비해당에 해당하는 경우는 개호보험제도의 서비스를 이용하지는 못하지만, 지자체별로 지방재정력에 따라 제공되는 서비스를 이용할 수 있다는 것이다<sup>주10)</sup>.

[그림 VI-2] 개호서비스의 이용절차



주10) 개호서비스를 이용할 수 있는 개호상태의 인정등급을 판정하는 기준은 개호필요시간인데, 최소한 25분이 넘어야 함. 따라서 25분미만인 경우는 개호의 필요성은 있지만, 보험급여의 수급자격기준에 미달하는 자라는 점임.

나. 제도의 수립과정

일본 개호보험제도의 수립과정을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 VI-8〉 일본 개호보험제도의 수립과정

연도	추진기구의 동향	개호보험 도입배경 및 준비내용
1989	- 개호대책검토회 보고	- 소비세 실시 - 고령자보건복지추진10개년계획(골드플랜) 책정 ※생활시설 및 재가복지시설 확충계획 수립 및 실시
1990		- 노인복지법 등, 복지관련 8개법령 개정 ※원활한 시설 확충 및 운영에 대비
1991		- 노인보건법 개정 ※노인방문간호제도 수립 ※개호관련 공비부담을 50%로 인상
1993	- 고령자정책의 기본방향에 관한 간담회 보고	- 모든 시도부현, 시정촌에 노인보건복지계획 작성 실시
1994	- 고령사회복지비전간담회 보고(21세기복지비전) - 개호계획검토회 중간보고 - 고령자개호대책본부 및 사무국 설치 - 치매성노인대책검토회 보고 - 고령자개호·자립지원시스템연구회 개최 (사회보험방식의 개호보험제도 제안) - 「고령자개호문제를 생각한다」 보고서 - 여당의 복지프로젝트팀이 개호보험을 검토하기 시작	- 신골드플랜 책정 ※개호서비스 인프라 확충계획을 상향 조정
1995	- 노인보건복지심의회에서 고령자개호 문제를 논의하기 시작 - 여당의 복지프로젝트팀, 노인보건복지심의회의 중간보고 - 총리부 고령자개호 여론조사 실시	- 독일의 장기요양보험 실시 - 장애자플랜 책정
1996	- 노인보건복지심의회 2차 및 최종보고 - 여당의 복지프로젝트팀이 후생성에 개호보험제도시안 작성을 지시 - 후생성 개호보험제도시안 작성, 발표 - 개호보험법안 국회에 제출	
1997	- 개호보험법안 중의원에서 수정가결 - 개호보험법안 참의원에서 수정가결 - 개호보험법안 임시국회에서 가결, 성립	- 개호보험 재원조달의 일환으로 소비세 인상 (3%⇒5%)
2000	- 개호보험제도 실시	- 「골드플랜 21」 책정 ※개호서비스 인프라 확충계획을 다시 상향조정

#### 다. 제도의 개선내용주11)

##### 1) 제도개선 의 기본목표

그동안 일본이 개호보험제도를 운영해본 결과, 긍정적인 측면도 있었지만, 그동안 도외시한 질적 서비스의 확보문제, 향후 10여년에 도래할 사회적 환경에 대한 제도의 적응성 등에서 현행 제도가 결코 만족스럽지 못하다는 의견이 제도개혁으로 이어지게 하였다고 보여 진다.

기본적으로 일본의 개호보험제도에서는 기본이념으로 고령자가 자신의 의사에 따라 자신이 보유한 신체적 기능을 최대한 활용하여 자립된 질 높은 생활을 보낼 수 있도록 지원하는 것으로 되어 있다. 이 중에서 자신의 의사에 따라 개호서비스를 선택할 수 있게 되었다는 점에서는 긍정적이나, 신체적 기능의 보유 및 활용, 질적 서비스 선택 측면에서는 많은 문제점을 노출시킨 것으로 지적되고 있다. 따라서 기본이념의 달성을 위한 제도개선의 목표를 ① 질적 서비스로의 개혁, ② 재택케어의 추진, ③ 지방분권의 추진으로 설정해 놓고 있다. 이를 위해서는 케어 매니지먼트(care management)의 효과성 제고, 재택 및 시설 서비스의 질적 제공, 재택과 시설서비스간 이용자부담의 비형평성 제거, 재가요양지원시설의 다양성 확보에 중점을 두고 개선이 이루어졌다.

##### 2) 향후 제도모델의 개선방향

현행 개호보험제도의 서비스모델은 다음 3가지로 구성되어 있는데, 첫째는 고령자가 요개호 상태에 빠진 이후에 서비스를 제공한다는 개호중심 모델, 둘째는 뇌졸중 등에 의해 신체적 장애를 지닌 고령자를 주 대상으로 한다는 신체수발중심 모델, 셋째는 재택개호에서 가족의 동거를 어느 정도 가정한 가족동거 모델이라는 것이다. 이러한 서비스모델아래에서는 향후 일본사회의 변화에 적응하기 어렵다는 전제하에 향후 제도의 기본모델은 ① 개호 및 예방의 모델, ② 신체수발 및 치매케어의 모델, ③ 가족동거 및 독거의 모델로 전환될 필요

주11) 본장의 내용은 한국보건사회연구원의 보건복지포럼 2005.8월호를 바탕으로 작성함.

성이 있다는 것이다. 이를 보다 구체적으로 정리하면 다음과 같다.

첫 번째의 모델에서는 현행제도에서 경증대상자에게 제공되는 개호서비스가 신체수발보다는 생활지원형 서비스가 중심적이어서 요개호상태의 유지 및 개선으로 이어지지 못하고 있다는 지적이 있고, 요개호자의 80%정도가 후기고령자가 차지하고 있다는 점에서 전기고령자 또는 그 이전의 중장년 계층부터 요개호 상태로의 진입을 억제시켜야 한다는 지적에 근거를 두고 있다. 비록 개호예방서비스가 기존 노인보건사업의 기능훈련서비스, 지자체의 개호예방 및 지역지원사업, 개호보험제도의 개호예방급여 및 재활서비스, 의료보험제도의 재활서비스 등으로 제공되고 있었지만, 사업주체간 연계성 부족, 대상자의 욕구실태 파악의 부정확성, 서비스평가의 부족 등으로 별로 효과성을 거두고 있지 못하고 있다는 것이다.

두 번째의 모델에서는 현행 개호보험제도가 1990년도의 골드플랜시기부터 신체적 장애를 지닌 고령자를 대상으로 하고 있어서 치매고령자의 증가에 대처하지 못했다는 지적에 근거를 두고 있다. 특히 후기고령자가 급증하고 있는 현실에서 치매성 고령자도 단순히 개호서비스의 급여대상으로 포함시킨다는 측면에서 벗어나 대규모 시설에서의 획일적인 서비스제공이 아니라 소규모의 다기능을 보유한 시설에서 보호하여야 한다는 새로운 방식의 서비스제공체계를 구축하여야 한다는 것이다.

세 번째의 모델에서는 향후의 사회적 변화로 독거노인과 노인부부만의 가구가 급증할 것으로 예상되고 있고, 대부분의 노인들이 재가에서의 개호를 선호하고 있기 때문에 이에 대응할 수 있는 지역케어체제로 구축되어야 한다는 것이다. 이에는 개호욕구 뿐만 아니라 의료서비스, 생활지원서비스, 비공식서비스 등도 포괄하는 서비스연계체제로 전환하고, 지역사회 내에서 포괄적인 서비스가 건강관리/예방-개호-종말기의 흐름에 따라 제공될 수 있도록 하며, 복지 및 의료기관의 시설이외에 주거 및 공공시설, 교통망, 인적자원네트워크 등 지역사회를 지원하는 각종 자원을 확보하는 것을 포함하고 있다.

### 3) 제도개선의 주안점

전술한 제도개선의 기본이념 및 기본방향을 근거로 하여 제도개선의 주안점을 ① 급여의 효율화 및 증점화, ② 새로운 서비스체계의 확립, ③ 서비스의 질 확보 및 향상, ④ 보험료 부담방식의 개선, ⑤ 제도운영의 개선 등 5가지 측면에 중점을 두고 논의하여 왔는데, 최종적으로는 ① 개호예방중시형 시스템으로의 전환(2006년 4월부터 시행), ② 시설급여의 개선(2005년 10월부터 시행), ③ 새로운 서비스체계의 확립(2006년 4월부터 시행), ④ 서비스 질의 향상(2006년 4월부터 시행), ⑤ 보험료부담 및 제도운영의 개선(2006년 4월부터 시행), ⑥ 개호서비스기반의 개선(2005년 4월부터 시행)으로 구분하여 정리, 개선대책을 발표하였다<sup>12)</sup>.

#### 가) 개호예방중시형 시스템으로의 전환

일반적으로 요개호상태의 원인에는 뇌졸중, 폐용증후군 및 치매의 3가지 유형으로 구분하고 있는데, 기존에는 뇌졸중에 의한 요개호 상태에 중점을 두고 있었지만, 요지원 및 요개호 1등급에 해당하는 경증대상 노인의 발생원인을 분석해 본 결과, 사전적인 예방이 가능한 폐용증후군<sup>13)</sup>에 기인하고 있었다는 것이다. 따라서 개호예방 및 재활서비스체계의 구축이 필요하다는 인식하에 예방대상자의 선정, 예방플랜, 단기간의 집중적인 서비스 실시, 재평가라고 하는 통일적인 개호예방중심의 매니지먼트를 확립시키고, 그동안 지자체별로 시행되어 왔던 노인보건사업, 개호예방 및 지역지원사업을 일원화함과 동시에 기존 개호보험제도에서 제공되던 예방급여와 개호급여의 일부를 재편성하여 新예방급여를 구축한다는 내용이다. 이러한 新예방급여의 대상자는 원칙적으로 요지원 또는 요개호 1등급에 해당하는 자 중에서 심신의 상태가 안정되어 있지 않

주12) 厚生労働省, 『介護保険制度改革の全體像』, 2004, 厚生労働省, 『持續可能な介護保険制度の構築』, 2004를 참조함

주13) 이는 골/관절질환 등을 원인으로 하고, 점차적으로 생활기능이 저하하는 현상을 말하는데, 요지원자 중의 47.2%, 요개호 1등급 중의 50.1%가 폐용증후군에 의해 요개호 상태에 빠진 것으로 조사되고 있음.

거나 인지기능이나 사고/감정 등의 장애로 서비스이용이 어려운 자를 제외한 모든 경증대상노인이다.

기본적으로 新예방급여는 기존의 재가서비스를 지칭하나, 생활기능의 유지 및 향상에 초점을 두고 서비스를 조합, 제공한다는 것이고, 신규로 포함되는 서비스에는 근력향상, 영양개선 및 구강기능의 향상을 유도하는 프로그램과 치매 예방, 우울증예방 및 집안 내 칩거예방을 유도하는 지역지원사업<sup>주14)</sup> 등이 포함되어 있다.

이러한 지역지원사업의 흐름도를 간략하게 정리하면 다음과 같다. 먼저 개호보험의 급여자격이 주어지지 않은 허약노인을 대상으로 생활습관병 예방/개호 예방검진을 실시하여 요개호상태의 위험성이 존재하는 고령자와 높은 위험성이 있는 고령자로 구분한다. 전자의 고령자에게는 건강교육적인 서비스를 중심으로 한 낙상골절예방교실, 운동지도사업, 신체적 활동교실 참여를 지원하고, 후자의 고령자에게는 이미 기능저하가 시작되고 있기 때문에 지역포괄지원센터(가칭)에서 기능훈련적인 서비스를 중심으로 한 IADL훈련사업, 고령자 근력향상훈련사업, 고령자 식생활개선사업을 실시하는 것으로 되어 있다.

#### 나) 시설급여의 개선

이는 공적연금제도와의 급여 중복성<sup>주15)</sup>, 재택과 시설간 이용자부담의 비형평성 문제로 제기된 것으로 시설에서의 주거비용 및 식비를 보험급여에서 제외하여 이용자 본인부담화하는 것을 내용으로 하고 있다. 이미 [그림 3]에서 비교 분석한 사례를 보면 알 수 있듯이 재택서비스 이용자에게 불리하게 되어 있기 때문에 이를 개선시키기 위하는데 목적이 있는데, 선진국의 경우에서도 식비나 주거비용은 이용자본인부담으로 되어 있다. 여기에서 주거비용은 개인실이나,

주14) 지역지원사업의 목적은 요개호 상태에 빠지기 이전부터 예방시키기 위한 것인데, 기존의 노인보건사업, 지자체의 개호예방/지역지원사업을 개선한다는 것이 전제임. 이러한 지역지원사업의 대상자규모는 전체노인인구의 5%정도로 추정하고 있음.

주15) 이는 공적연금액자체가 생활비용을 충당하기 위해서 지급되는 비용인데, 개호보험의 시설 급여에 생활비용에 해당하는 주거비, 식비 등도 포함되어 있다는 것을 의미함.

多人실에 따라 주거비용에 차등이 있고, 저소득계층에 대해서는 비용부담이 적어지도록 되어 있다.

[그림 VI-3] 서비스유형별 이용자 본인부담액 비교(2003년)

(총 재가서비스비용: 약 23.8만엔)

(총 시설서비스비용: 약 33.2만엔)

식비 약 3.1만엔	식비 2.3만엔
주거비 약 5.2만엔 (광열, 수도 포함)	법정부담 2.7만엔
법정부담 1.5만엔	
보험급여분 약 13.8만엔 (지급한도액까지 이용하는 경우에는 약 27.5만엔)	보험급여분 약 28.2만엔

주: 요개호 4등급에 해당하는 독신고령자를 기준

이외에 지난 2002년도부터 시설입소는 중증대상노인을 우선시하는 정책을 시행함에 따라서 요개호 4~5등급에 해당하는 노인비중이 점차적으로 늘어나고 있으며, 2014년도에는 그 비중을 70%이상으로 증가시킬 계획으로 있다.

다) 새로운 서비스체계의 확립

이번 제도개선으로 초점을 두고 있는 것이 지역밀착형 서비스의 구축, 소규모/다기능형 거택개호의 구축, 새로운 거주계통의 서비스 개선 등이다.

지역밀착형 서비스<sup>주16)</sup>는 현행 개호보험서비스가 전국적으로 확일화된 서비

주16) 지역밀착형서비스에 포함되는 것으로 정원 30인 미만의 소규모 개호노인복지시설(특별양호노인홈) 및 개호전용형 특정시설, 치매성고령자그룹홈, 소규모/다기능형 거택개호, 지역야간방문개호 등임.

스이기 때문에 지역특성을 고려한 유연한 서비스를 제공하는 데에는 미흡하다는 지적에 따라 전국 공통적인 일반서비스 이외에 각 시정촌의 특성에 부합되는 서비스를 구축하려는 데 있다. 소규모/다기능형 거택개호의 기본적인 개념은 통원을 중심으로 하고 요개호자의 상태나 희망에 따라서 수시로 방문과 숙박을 적절하게 조합하여 서비스를 제공하는데 두고 있다. 다시 말하면, 홈헬프 및 주·단기보호센터가 하나의 시설 내에 복합적으로 설치되어 있어 시설규모 자체는 소규모<sup>17)</sup>이지만, 통원, 숙박, 방문, 거주 등의 다기능을 구비하여 운영한다는 것이다.

그리고 현행 개호보험에서는 개호서비스를 제공할 수 있는 시설을 갖춘 유료 노인홈이나 케어하우스 등과 같은 특정시설에서의 생활개호서비스만 재가서비스급여로 인정하고 있지만, 이를 확대하여 양로시설과 같은 복지시설에서의 생활개호서비스도 급여대상으로 포함할 계획이다. 특히 특정시설에서의 서비스는 시설종사자 뿐만 아니라 외부의 개호서비스사업자와 계약하여 제공할 수 있도록 할 계획으로 있다.

#### 라) 서비스의 질 향상

이를 위해서 케어 매니지먼트의 체계적 개선, 철저한 정보개시 및 사후 규제의 확립을 마련해 놓고 있다.

케어 매니지먼트의 체계적 개선을 위해서는 포괄적/계속적인 매니지먼트를 강화하는데, 이를 통하여 지역포괄지원센터(가칭)의 설치로 주치의와의 연계, 재택과 시설, 의료와 개호의 연계, 지원이 어려운 사례에 대한 대응을 강화하는 것으로 되어 있다. 이외에 케어매니저의 자질 및 전문성의 향상, 독립성/중립성의 확보도 포함하고 있다. 특히 케어매니저의 자질 및 전문성을 향상시키기 위해서 보수교육 등의 연수를 의무화하고 케어플랜을 2명의 케어매니저가 검토하는 이중지정제를 도입하며, 자격갱신제를 도입하고, 주임케어매니저를 신설할 계획이다.

주17) 1개의 사업소당 등록자수는 25명 정도로 하고, 통원이용은 15명, 숙박이용은 통원자에 한하여 5명까지를 기준으로 하고 있음.

그리고 이용자의 서비스선택을 효과적으로 유도하기 위하여 모든 개호서비스 사업소를 대상으로 한 표준적인 정보작성 및 제시를 요구하고, 제도초기에 사업자의 확대를 위한 규제완화가 부실사업자를 양산시킴에 따라서 사후적으로 관리할 수 있는 규제 룰을 확립하였다.

#### 마) 보험료 부담방식 및 제도운영의 개선

고령자의 보험료는 지자체별로 5~6개의 소득단계별 정액으로 부과되고 있는데, 이 중에서 2단계의 소득수준을 2개로 다시 세분화하는 방식을 채택하고 있다. 그리고 기존에 노령기초연금, 노령연금/퇴직연금에만 적용되던 보험료 원천징수의 대상을 유족연금과 장애연금에도 적용하는 것으로 할 예정이다.

그리고 현행 인정조사의 위탁이 공정성 및 공평성 측면에서 많은 문제를 제기하고 있기 때문에 위탁처의 범위설정, 시정촌의 위탁조사의 적정성, 개호심사위원회의 판정의 정확성을 확보하는 것으로 되어 있다.

이외에 보험료부담과 관련해서는 보험재정의 안정화를 위해서 보험료부담을 현행 40세 이상에서 20세 이상으로 확대시키는 것을 논의한 바 있으나, 40세 미만 근로자의 반대가 예상될 뿐만 아니라 노사공동의 보험료부담원칙에 따라 사용자의 반발도 제기되고 있어, 이번 제도개선에는 포함되어 있지 않다.

#### 바) 개호서비스기반의 개선

도시지역의 급속한 고령화 및 독거화 추세, 익숙한 환경에서의 생활을 지원하는 지역케어체계의 확립, 개호예방에 대한 강화, 개호/복지기반정비의 지역격차 해소가 필요하다는 지적에 따라 지역개호/복지공간정비 등 교부금을 개선한다는 것이다. 이에 따라 시정촌은 일상생활권역을 단위로 해서 서비스거점을 정비하는 시정촌정비계획을 수립, 중앙정부에 제출하여야 하고, 도도부현은 특별양호노인홈과 같은 시설을 광역형시설로 정비하는 시설환경개선계획을 수립, 역시 중앙정부에 제출하도록 하고 있다.

## VII. 대만 건강보험의 발전과정

### 1. 경제사회 환경의 변화: 소득, 인구규모, 고령화

#### 가. 대만의 역사, 정치, 그리고 경제적 변화

대만은 19세기말 제국주의 영토확장의 조류에 휘말려 이후 50여 년간 일제 식민 통치 속에 있었다. 일제식민통치하에서 대만 사회는 점차 전통사회에서 현대사회로 변모하게 되며, 이후 1945년 제2차 세계대전이 종결됨에 따라 신민 통치에서 벗어나게 되었다.

이후 20세기 후반, 대만은 경제기적과 정치민주화 과정을 통해 세계의 주목을 받았으며 현재의 대만은 우수한 공공시설, 편리한 운송체계 및 완벽한 통신서비스를 구비하고 있어 아시아 태평양지역의 으뜸가는 선진지역으로 도약하고 있다. 정치적으로도 지난 2000년 대선에서 민진당(民進黨) 천수이벤(陳水扁)이 대통령에 당선됨으로써, 54년간의 기나긴 국민당 집권정치에 마침표를 찍고, 평화적 정권 교체에 성공한 것은 타이완 민주정치 발전상 하나의 이정표가 되었다.

#### 나. 대만의 소득규모

대만은 우리나라와 마찬가지로 높은 인구밀도와 빈약한 부존자원을 가지고 있지만, 그 대신 양질의 노동력을 가지고 있다. 대만의 1인당 국민소득(GDP)은 우리나라와 대체로 비슷한 수준이며 2001년도에 전 세계적 경기침체로 2.2% 감소 후에 2002년부터 미국 경제의 회복에 힘입어 지속적으로 증가하고 있다. 한편 실업률은 대체적으로 우리나라보다 높은 수준이며 2003년까지 지속적으로 증가하다가 2004년에 감소하였다(표 VII-1 참조).

〈표 VII-1〉 대만의 경제 수준

연도	GDP 성장률(%)	1인당 GDP(US \$)	실업률(%)
2000	5.8	13,823	3.0
2001	-2.2	12,480	4.6
2002	3.9	12,504	5.2
2003	3.3	12,645	5.0
2004	5.7	13,451	4.4

자료: 대만 통계국의 자료에 근거 재구성.

<http://eng.stat.gov.tw>

#### 다. 대만의 인구규모

대만의 전체인구수는 1990년 2,040만 명에서 2004년 2,269만 명으로 약 11.2%의 증가를 보였다. 남성과 여성의 성비를 살펴보면, 1990년 이후로 여성 백 명당 남성수가 106.9명에서 103.5명으로 지속적으로 감소하여 여성인구가 남성인구 보다 증가폭이 높음을 나타낸다.

가구당 평균 구성원수에서는 우리나라와 마찬가지로 핵가족화가 진척되어 구성원수가 1990년에는 가구 당 평균 1명에서 2004년에는 3.2명으로 감소하였다. 전체 인구 중 65세 이상 노인인구 비율은 1990년에 6.22%에서 2004년 9.48%로 증가하여 1990년대 초반에 이미 고령화 사회(Aging Society)<sup>주18)</sup>로 진입하였으며, 향후 고령화에 따른 사회경제적인 문제에 봉착하게 될 것으로 보인다(표VII-2 참조).

주18) 고령화란 한 국가의 전체 인구에서 노인인구(65세 이상)가 차지하는 구성비가 증가하는 현상을 의미하며 고령화에 대한 정의는 UN이 정한 기준에 따르고 있음. 이 기준에 따르면 전체 인구에서 노인인구 구성비가 7% 이상인 사회를 고령화 사회(Aging Society), 노인인구 구성비가 14% 이상인 사회를 고령사회(Aged Society), 그리고 노인인구 구성비가 20% 이상인 사회를 초 고령사회(Super-Aged Society)로 구분하고 있음.

〈표 VII-2〉 대만의 인구 변화

연도	총인구(천명)	여성 백명당 남성수	가구당 평균 구성원수	65세 이상 인구 비율(%)
1990	20,401	106.9	4.0	6.22
1995	21,357	106.0	3.7	7.64
2001	22,406	104.4	3.3	8.81
2002	22,521	104.1	3.3	9.02
2003	22,605	103.8	3.2	9.24
2004	22,689	103.5	3.2	9.48

자료: 대만 통계국의 자료에 근거 재구성.

<http://eng.stat.gov.tw>

## 2. 보건의료 시스템과 건강보험제도의 발전과정

대만 정부는 2차 세계대전 후 전염병 예방접종 같은 노력을 하긴 했지만, 보건의료 보급에 주의를 덜 기울였다. 한편, 1970년대 초반부터 국민들의 대표적 질환이 급성 전염성 질환으로부터 퇴행성 질환으로 변화 되었고, 국가 경제가 상대적 빈곤으로부터 번영으로 이동하기 시작했기 때문에 대만의 보건의료 수요는 급격히 증가하였다.

증가하는 보건의료 수요의 요청에 부응하기 위하여 1970년대 대만의 보건정책은 우선적으로 보건의료 자원의 공급을 증가하는 것에 전념했다. 정부는 의과대학 정원을 늘리고 공공병원을 건립하거나 확장을 계속하였으나, 보건의료의 재정적 장벽을 제거하는 문제는 진척이 없었다. 당시 대만에는 두개의 주요 건강보험 조직인 노동보험과 공무원보험이 있었으나, 건강보험은 1980년대까지도 겨우 인구의 16%에 적용되고 있었다<sup>주19)</sup>.

주19) 1995년全民건강보험(NHI)의 실시에 앞서, 공무원보험·노동보험·농민보험 등을 포함한 12가지의 사회보장프로그램이 있었는데, 전 인구의 59%에만 적용되었음. 보험 미적용 대상의 대다수는 의료수요가 높고, 경제적으로 피부양 상태에 있는 14세 이하의 어린이와 65세 이상의 노인이었음.

대만全民건강보험 개혁의 역사적인 흐름을 살펴보면, 주요 원동력은 보건의료에 대한 요구라기보다는 경제적 힘과 정치적 과정이었다. 1970년대 후반에, 대만의 일부 경제학자들이 일반적인 가정의 경우 가족을 위한 적절한 보건의료를 더 이상 구매할 수 없음을 관심을 가지기 시작했고, 사회 안정의 수단으로 사회적 영역을 발전시키는 것을 지지하였다.

야당의 공격적인 비판을 받았던 집권 국민당은 정통성 위기를 방어하기 위하여 급여와 사회복지 영역의 확대를 추진했고, 경제기획 및 발전위원회(CEPD: Council for Economic Planning and Development)는 1980년대 초반에 대만 사회복지 프로그램을 연구하는 포괄적인 기획 특별책무단을 조직하였다. 특별책무단은 사회복지에 관한 통합보고서를 완성하고 2000년까지 국민건강보험을 단계적으로 도입할 것을 권유하였다.

1986년 9월 28일, 민주진보당<sup>주20)</sup>이 결성되었고 사회정책과 마찬가지로 정치적 자유의 문제에 관해 국민당을 공격하였다. 그 응답으로써, 1985년에 정부는 먼저 농민건강보험을 전략적으로 시행하였고, 그 다음엔全民건강보험 목표연도를 1995년으로 앞당겼다.

1986년에서 1992년 사이에 대만은 과감한 정치 개혁을 수행하여, 정부는 긴급조치법을 해제하고 40년 이상 근무한 상원의원을 완전히 은퇴시켰으며, 정치력을 공고히 하기 위하여 국민당은全民건강보험을 발전시키는데 있어서 수동적이지 않았다.

1995년 12월 국회 하원의원 선거와 1996년 3월의 총통선거를 전망하면서, 국민당은 1994년 7월 19일全民건강보험법을 국회에서 통과시켰다. 이 법을 토대로 1995년 1월 1일에 중앙건강보험국을 설립하였고, 1995년 3월 1일까지 전 국민에게 건강보험을 적용토록 하고 공식 업무를 시작하였다.

이와 같이 태동한 대만의全民건강보험은 다음과 같은 특징을 가지고 있다.

첫째로, 대만의全民건강보험은 법률상 모든 국민은全民건강보험제도에 의무 가입해야 하며, 2005년 현재 99%의 국민에게 적용되고 있다. 둘째로, 단일

---

주20) 현 집권당

보험자방식의 사회의료보험제도로서 전민건강보험은 보험자인 중앙건강보험국이 운영하고 정부(행정원위생서)가 당해 제도의 주관기관이 된다. 셋째로, 가입자와 공급자에 의한 재정책임공유 체계로서 보험료는 피보험자·사용자·정부가 분담하며, 외래의료·입원·약제서비스에 대하여 본인일부부담금을 부과하고 있다. 마지막으로, 진료비 지불방식은 다양한 방식을 사용하고 있으며, 보험자의 꾸준한 노력으로 총액예산제 방식의 전면적 도입에 성공하여, 결국 총액예산제 내의 행위별수가제가 대만의 진료보수지불방식이라고 할 수 있다.

### 3. 건강보험제도의 변화

대만 건강보험제도의 근거가 되는 최초의 법은 1950년 Labor Insurance였다. 이후 1958년 공무원보험, 1985년 농민보험, 1990년 저소득가구 보험이 각각 제정되었으며, 1994년 현재 이들 보험의 적용률은 각각 40.12%, 8.06%, 8.21%, 0.55%였다. 현재의 대만 건강보험제도는 이러한 개별 보험프로그램을 1995년에 하나로 통합한 것으로 이의 근거가 되는 법은 국민건강보험법(National Health Insurance Act)이다. 국민건강보험법은 1994년 8월 공포되었으며, 1999년과 2001년 1월, 2002년 7월, 2003년 6월의 개정을 거쳐 오늘에 이르고 있다. 2004년 4월 기준으로, 22,134,270명이 가입되어 있어 97.6%의 국민에게 적용되고 있으며, 통합되기 이전의 59%에 비하여 매우 증가하였다. 중앙건강보험국(BNHI)은 전국 의료기관의 93.82%에 해당하는 17,022개의 의료기관과 계약을 맺고 있으며, 건강보험제도에 대한 대국민 만족도는 2005년 현재 72% 이상으로 나타났다.

#### 가. 적용대상인구의 변화

전민건강보험이 도입된 이후 적용인구는 지속적으로 증가하여왔다. 아래의 <표 VII-3>에 따르면 1995년 이후 적용인구는 1996년 4.8%의 증가 후에 매년 증가율이 떨어지는 것으로 나타난다. 반면, 총인구 대비 적용인구 비율은 1995년에 89.54%이었으나, 지속적으로 증가하여 2004년 현재 전인구의 97.55%가 건

강보험에 적용을 받는다.

〈표 VII-3〉 전민건강보험의 적용인구 현황

연도	적용인구(천명)	총인구 대비 적용인구(%)	적용인구 증가율(%)
1995	19,123	89.54	
1996	20,041	93.11	4.80
1997	20,492	94.25	2.25
1998	20,757	94.66	1.29
1999	21,090	95.46	1.60
2000	21,401	96.07	1.47
2001	21,654	96.64	1.18
2002	21,869	97.10	0.99
2003	21,984	97.25	0.53
2004	22,134	97.55	0.68

자료: 1) National Health Bureau, Taiwan  
 2) Census Office of the Executive Yuan  
<http://eng.stat.gov.tw/>

#### 1) 보험가입 및 탈퇴

전민건강보험은 위험분산·재원조달·의료서비스에 대한 동등한 접근성을 보장하기 위해 대만에 최소 4개월 이상 거주한 모든 국민에 대한 강제가입을 전제하는 사회보험프로그램이다. 피보험대상자는 피보험자와 그 부양가족이며 피부양자는 피보험자와 같이 등재되며, 피보험자는 고용상태와 그들이 속한 단체보험가입자의 형태에 따라 6개로 분류된다(표 VII-4 참조).

<표 VII-4> 전민건강보험의 피보험자와 피부양자, 집단가입자 범주

구분	주 체		가입단위
	피보험자	피부양자	
제 I 류	① 공무원 혹은 공공기관, 공·사립학교의 정규직원 ② 공·민영 사업체 기관의 직원 ③ 특정기관(①과②에 해당되지 않는)의 피고용자 ④ 고용주 혹은 자영업주 ⑤ 전문직업인	① 배우자(무직) ② 직계존속(부모, 조부모, 외조부모)(무직) ③ 직계비속 단, 직계비속은 20미만이거나 일정직업이 없는 혹은 20세 이상이라도 생계능력이 없거나 재학 중인 자	정부기관, 학교, 공·사적 기업, 기관이나 고용주
제 II 류	① 특정고용주가 없거나 자영업자로서 직업공회(일종의 직종노조)의 회원 ② 국립선원노조나 선주협회의 회원으로서 원양어업하는 선원	상 동	피보험자가 속한 직업공회
제 III 류	① 농민회 및 수리조합 회원 혹은 15세 이상으로서 실제 농업에 종사하는 자 ② 자영업자로서 어민회 감류회원으로 가입한자 또는 15세 이상으로서 실제 어업에 종사하는 자	상 동	농민회, 수리조합, 어민회
제 IV 류	군인 신분증서를 소지한 군인(장교, 하사, 병 포함) 복무대체기간 중에 있는 병역의무자(공익요원)	없 음	국방부가 지정하는 단위 내정부가 지정하는 단위
제 V 류	사회부조법에서 정의된 저소득 가정의 세대주	피보험자의 동거인	호적 소재지 향 (진·시·구) 행정사무소
제 VI 류	① 퇴역군인, 퇴역군인 유가족 ② 제1류 내지 제5류에 포함되지 않은 피보험자나 피부양자로 분류되지 않은 기타 세대주	1류와 같음	호적 소재지 향 (진·시·구) 행정사무소

주: 전민건강보험법에 근거 재구성

적용인구 현황은 2003년 4월말 현재 전체인구 중 교도소 수감자, 국외거주자 등 약 100만 명을 제외한 21,870천명(96.1%)이 전민건강보험에 가입되어 있으며, 이 중 제1류에 속하는 피보험대상자가 11,459천명으로 적용 인구의 54.40%를 차지하고 있으며 다음으로 제2류가 17.23%, 제3류가 15.22%, 제5류가 0.77%, 제6류가 14.39%를 각각 점유하고 있다(표VII-5 참조).

〈표 VII-5〉 보험대상류별 적용인구현황

(2003.04.31 기준, 단위: 명, %)

구 분	제1류	제2류	제3류	제5류	제6류	총 계
피보험자(명)	6,416,724	2,124,831	2,029,687	167,637	1,944,873	12,683,752
피부양자(명)	5,042,186	1,643,802	1,289,484	-	1,201,254	9,185,726
합계(명)	11,458,910	3,768,633	3,328,171	167,637	3,146,127	21,869,478
총적용인구대비(%)	54.40	17.23	15.22	0.77	14.39	100.00

주: 제4류는 군인 등

임금고용자들은 단체보험가입자로 고용주들을 통해 전민건강보험에 가입해야 하고, 고용이 되어 있지 않은 사람은 촌락(township, municipal, district)관리소를 통해 가입할 수 있다. 또한 피부양자들은 피보험자와 함께 전민건강보험에 가입하거나 탈퇴하도록 되어 있다. 그러나 피보험자로 분류된 사람들은 전민건강보험에 피부양자로 등록 될 수 없다.

현재 군대복무 중인 자와 투옥 중인 자는 국가에 의해 의료를 제공받기 때문에 대상에서 제외되며 대만국적 없이 대만에 거주하는 자와 외국인거주권(ARC)을 가진 자는 1999년 7월 17일부터 강제적으로 전민건강보험에 등록하도록 되어 있다.

반면, 보험대상이 다음의 사정이 있을 시, 가입단위는 상실 원인 발생의 3일 내, 「보험대상자탈퇴신청서」를 1부 작성하여, 중앙건강보험국할구분국(中央健康保險局轄區分局)에 이송, 상실 처리한다. ① 가입단위 전환, 가입신분의 변경,

사망 ② 수감자, 수형자 혹은 보안처분자, 관훈처분집행자, 그 집행기간이 2개월 이상인 자 ③ 실종 된지 만6개월 자, 만일 재난으로 실종되었다면 재난 발생 일부터 상실 ④ 가입자격의 상실 등

## 2) 보험의 정지 및 재가입

보험대상이 호적상 실종이 6개월 미만이거나 연속 2개월 이상 구금, 또는 6개월 이상 출국예상(원양어선선원은 제외)일 경우 보험을 정지할 수 있다. 가입단위는 「보험정지신청서」를 1부 작성하여 보험대상 소속의 중앙건강보험국할구분국(中央健康保險局轄區分局)에 이송하며, 또한 보험의 정지기간에는 보험료 납부를 일시 정지한다.

보험대상이 보험 정지의 원인이 없어진 후에는, 가입단위는 「재가입신청서」 1부를 작성하여 대상소속 중앙건강보험국할구분국에 이송하여, 재가입 절차를 하여야 한다.

실종 된지 6개월 이내 찾은 자와 6개월 이상 출국자는 귀국 당일 재가입 처리한다(단, 출국 후 6개월 미만에 귀국하고 또한 귀국단기체류기간 누적이 30일 초과 한 자는 보험정지를 취소하고, 보험정지기간의 보험료를 납부하여야 한다).

## 나. 보험급여의 확대

### 1) 급여내용

보험료를 지불하고 전민건강보험증을 가지고 있으면 전민건강보험의 가입자는 질병·상해, 출산의 경우 병원, 클리닉, 계약된 약국, 지정된 임상실험실과 같은 계약된 보건의료 제공자들로부터 광범위한 의료서비스를 받을 수 있다.

외래진료, 입원진료, 중의학, 치과진료, 분만, 재활치료, 보건예방프로그램, 재가서비스, 만성정신질환자의 재활 등과 함께, 40세 이상에 대한 각종 예방검사, 14회까지 산전 진찰, 6회까지의 영유아 성장발육검진 등이 급여범위에 포함된다.

다. 그 외에도 기타 장기입원진료, 가정방문서비스 등도 포함되며, CT, MRI, ESWL(체외충격파쇄석기) 등 대부분의 고가의료장비와 개심술 등 고가수술도 급여항목에 포함된다.

거택가정간호서비스의 항목에 들어가는 방문 및 진찰, 치료재료, 일반치료처치, 호흡, 소화와 비뇨기 계통의 도관 및 조구의 보호관리, 검사물 채집 및 송부 등 일체의 서비스에 대한 급여가 지원되고 있다. 특히, 재활부분에 있어서도 정신질환자의 사회재활서비스 급여를 더욱 강화하고 있다.

반면, 예방접종, 성형수술, 치열교정, 인체실험, 병실차액, 지정진료료, tube feeding 이외의 식사, 의치·의안·안경·보청기 등 비치료성 보장구 등은 급여가 되지 않는다.

## 2) 본인부담

건강보험 가입자는 의료자원의 양심적이고 효율적인 이용을 고취하기 위하여 의료비의 일정 부분을 본인이 부담하도록 하여 낭비와 오용을 예방하도록 하고 있다. 본인부담은 외래진료와 입원에 대하여 별도의 기준을 가지고 시행하며 외래 및 입원의 경우 본인부담은 다음과 같다(표 VII-6, 7 참조).

외래의 경우 법적으로는 외래 또는 응급방문 시 본인부담률은 20%이며, 진료의뢰 없이 진료 받는 경우 지구병원은 30%, 지역병원은 40%, 종합병원은 50%에 대한 근거규정<sup>주21)</sup>을 두면서, 정액부담제를 동시에 고려하고 있다.

급성질환 병동의 30일 이하 및 만성질환 병동의 180일 이하일 경우 본인부담 상한은 입원당 NT\$23,000이고, 본인부담 상한의 연간 한도는 2002년 이후 NT\$39,000으로 본인부담 상한은 매년 말 보건부에서 발표한다. 입원당 본인부담 상한은 평균국민소득의 6%에 근거하여 산출되고 누적 입원에 대한 본인부담 상한은 평균국민소득의 10%로 산출된다.

주21)全民健康保險法 第33條

〈표 VII-6〉 외래 수진 시 본인부담률

(2004년 3월 현재/단위 : NT\$)

의료기관의 종류	외래	치과	중의	응급
클리닉(Clinic)	50	50	50	150
지구병원(District Hospital)	50	50	50	150
지역병원(Regional Hospital)	140	50	50	210
대학병원(Academic Hospital)	210	50	50	420

주:全民건강보험법에 근거 재구성  
 자료: 김재연 등(2004)

〈표 VII-7〉 입원 수진 시 본인부담률

병실별	Co-Payment rate(본인부담률)			
	5%	10%	20%	30%
급성병실	-	30일 이내	31일-60일	61일 이상
만성병실	30일 이내	31일-90일	91일-180일	181일 이상

주:全民건강보험법에 근거 재구성  
 자료: 김재연 등(2004)

2001년 7월 1일부터 일반인들이 비용의식을 갖고, 건강의식을 증대시키고 간접적으로 의료자원의 낭비를 간접적으로 통제하기 위하여 약제비와 빈번한 이용자, 재활치료에 대해서는 추가본인부담금을 부과시키고 있다. 그러나 보건의료비를 많이 필요로 하는 사람들을 위하여, 중앙건강보험국은 2002년 9월부터 그들의 재정 부담을 줄여주기 위하여 본인부담금 면제규정을 만들었다(표 VII-8 참조).

〈표 VII-8〉 본인부담금에 대한 특정조건 면제규정

항 목	면 제
처방	1. 만성질환으로 인한 지속적인 처방전 소유자 2. 치과 외래 서비스 환자 3. 사례 지불 항목으로서 제공되는 외래환자
다빈도 이용자에 대한 부가요금	- 6세 이하 어린이
육체적인 재활치료(한방치료 포함)	- 중간 치료를 원하는 환자

자료: 김재연 등 (2003).

장기진료나 고가의 진료를 요하는 환자들의 경우는全民건강보험 제36조<sup>주22)</sup>에 의해 본인부담 의무를 면제하고 있으며, 중대 상병 31종 및 카드 보유자 현황은 다음과 같다(표 VII-9 참조).

중대 상병카드는 2004년 8월 현재 全民건강보험 전체가입자 2,180만여 명 중 3.1%에 해당하는 68만여 명에게 발급하고 있고, 2003년 중대 상병카드 보유자들의 진료비로 859억 6천만 대만달러를 투입하여, 건강보험제정의 25%를 전체 보험가입자 3.1%에 불과한 중대 상병 환자들을 위해 사용하고 있다.

〈표 VII-9〉 중대 상병 31종 및 카드 보유자 수

(2004. 8월 현재, 단위: 명)

중대 상병	보유 자수	중대 상병	보유 자수
1. 악성종양(암)	292,702	17. 선천성 면역결핍증	247
2. 혈우병	879	18. 척추손상 합병증	6,110
3. 용혈성 또는 재생불량성빈혈	1,928	19. 진폐증 등 직업병	9,385
4. 만성신부전, 정기혈액투석	55,403	20. 급성 뇌혈관 질환	0
5. 루푸스 등 자가면역증후군	41,017	21. 다발성경화증	515
6. 만성정신병	147,921	22. 선천성 근위축증	643
7. 선천성 대사이상증후군	7,849	23. 선선청 외피 기형	100
8. 선천성기형 또는 염색체이상	34,500	24. 한센병	360
9. 중증 화상	1,837	25. 식도위정맥류 등 간경화 합병증	16,244
10. 장기이식뒤 추적치료	3,901	26. 조산아	47
11. 소아마비·뇌성마비 합병증	9,513	27. 비소, 비소화합물 독성작용	276
12. 중증 상해	12,979	28. 에이즈	3,744
13. 인공호흡기 장기 사용	34,426	29. 운동신경질환	544
14. 광범위 장절제 증에 의한 영양불량자	520	30. 크로이츠펠트 야코프병	37
15. 잠수병	11	31. 기타 희귀질환	1,118
16. 중증 근무력증	2,662		
		총 합계	687,418

자료: 한겨레신문. 「건강/의료보험천국' 대만에 가다」. 2004.10.13. <http://www.hani.co.kr>

주22) 보험대상자가 ① 중대 상병, ② 분만, ③ 소정의 예방보건서비스의 수급, ④ 도서벽지 지구의 수진에 해당하는 경우 규정에 따라 본인이 부담하여야 할 비용을 면제함.

다. 재원조달방식 및 재정

1) 보험료 부과

전민건강보험 재정의 특징은 ‘능력에 따른 부담의 원천징수’로 건강보험의 재원은 주로 보험료 수입에서 조달되며 모든 보험료는 보건서비스에 사용된다. 보험료는 급여의 총액과 관련되어 있고, 제5류와 제6류 피보험자의 보험료는 제1류에서부터 제4류까지 피보험자 평균 보험료에 의해 결정된다(표Ⅱ-10 참조).

〈표 VII-10〉 보험료 산정 방식

임금근로자	피보험자	$\text{소득월액} \times \text{보험료율} \times \text{근로자기여율} \times (1 + \text{피부양자수})$
	단체보험가입자(사용자) 또는 정부	$\text{소득월액} \times \text{보험료율} \times \text{사용자기여율} \times (1 + \text{평균피부양자수})$
월급소득이 없는 지역주민	피보험자 또는 정부	$\text{피보험자의 평균보험료} \times \text{보험료 기여율} \times (1 + \text{피부양자수})$

- 주: 1) 2001. 1. 1. 기준으로 평균 피부양자수 0.78명.  
 2) 1999. 7. 1. 이후 3명 이상의 피부양자는 효율성으로 인하여 3명으로 계산함.  
 3) 대만의 법정 최고보험료율은 6%이나 2004년 현재 4.55%이고, 개인별 피부양율에 따라 크게 좌우됨.  
 4) 사용자· 정부는 전국 평균 피부양율 0.78만큼을 일률적으로 부담하지만, 가입자는 피부양자 몫의 보험료 부담의 상한 3명인 경우 최고 본인부담 보험료율이 5.46%가 되고 사용자 몫은 평균 4.86%, 정부부담 0.81%가 됨. 따라서 우리나라 제도와 같은 체계에 의한 보험료율은 피부양자수에 따라 최저 7.0% 최고 11.1%가 되고, 평균피부양자수 0.78을 고려할 경우 전체평균은 8.1%수준임.

자료: [http://www.nhi.gov.tw/00english/e\\_index.htm](http://www.nhi.gov.tw/00english/e_index.htm)

피보험자·사용자·정부 등 세 당사자는 각각 다른 비율로 보험료를 부담하고, 제5류(저소득 가구)와 제6류(퇴역군인)의 보험료는 전액 정부가 부담한다(표 VII-11 참조).

〈표 VII-11〉 보험료 기여율

(단위: %)

보험대상류별	분담비율			
	피보 험자	가입단위 (사용자)	중앙 정부	지자체 (省/縣)
제1류 공무원 사립학교 교직원 사업장 피고용자(공공, 민간) 사용자, 자영자	30	70	0	-
	30	35	35	또는 35
	30	60	10	또는 5
	100	0	0	-
제2류 직종별협회 소속 자영자, 외향선원	60	0	40	또는 40
제3류 농민, 어민, 농전수리회 회원	30	0	60/40	10/30
제4류 군인, 대체복무기간 중 공익요원	0	0	100	-
제5류 성(省)단위 저소득층 광역시단위 저소득층	0	0	35	65
				광역시정부 100
제6류 퇴역군인 퇴역군인의 피부양자 제1 내지 5류, 퇴역군인 등의 피보험자 및 그 피부양자 외의 세대 호주 및 대표	0	0	100	국가보훈처
	30	0	70	상동
	60	0	40	

주: 전민건강보험법에 근거 재구성  
자료: 김재연 등(2004)

## 2) 보험료 징수

2002년 말 현재 보험료 징수율은 97.8%에 이르고 있다. 보험가입자단체와 피보험자는 보험료연체에 부과되는 벌금을 피하기 위해 매달 제때에 보험료를 납부해야 하며, 보험가입자단체와 피보험자는 중앙건강보험국과 계약된 재정기관을 통해 보험료를 은행에 이체하게 된다.

보험료 납부기한은 보험료납부 통지서 수령 후 납부의무자는 익월 말일까지

현금 또는 구좌 입금하여야 하며, 10일간의 유예기간이 있으나 그 이후부터는 매일 0.5%의 가산금이 붙는다. 보험료의 연체가 2달 이상 지속되면, 모든 카드 갱신국과 촌락관리 사무소는 새로운 카드를 발행해주지 않으나 중앙건강보험국은 재정적인 어려움이 있는 사람들에 대해서는 의료에 대한 권리를 보호하고 있다.

보험가입자단체에서 보험료 납부·연체 보험료에 대한 과태료, 이자납부 등을 해결하지 못하면 중앙건강보험국은 30일간의 유예기간 이후에 법적 조치를 취하게 되며, 150일 이상 보험료를 납부하지 않은 피보험자에게도 똑같은 조치가 취해진다.

보험가입자단체와 피보험자가 소득월액을 축소하여 신고하는 것을 방지하기 위하여 중앙건강보험국은 다음의 조치들을 마련하였다. 우선, 소득세신고와 노공보험의 소득월액을 전민건강보험의 소득월액과 상호대조 및 정보비교를 하여 부족한 보험료를 징수하고 벌금을 부과하게 된다. 또한, 전민건강보험 내부 자료를 선택하고 체크하는 컴퓨터 프로그램을 사용한다. 예를 들어 보험가입자단체의 평균소득월액이 동일직업을 가진 사람에 비해 낮으면 이 보험가입자단체는 정확한 신고를 하도록 통지를 받게 되고, 보험가입자단체가 이 신고에 대해 시정을 하지 않으면 특별조사대상이 된다.

## 라. 지불보상방식 및 비용통제 메커니즘

### 1) 총액예산제의 도입배경 및 목적

대만의 지불보상방식은 총액예산제하의 행위별수가제이며, DRG 50개와 도서산간에서의 인두제(capitation payment)도 이용되고 있다.

대만에서 총액예산제를 도입하게 된 배경은 전민건강보험법이 실시된 1995년 이전의 경험에 비추어 볼 때 행위별수가제는 재정에 심각한 문제를 제기하였으며, 이 외에도 몇 가지 문제점을 나타내었다. 의료의 질, 보건의료의 책임성, 공급자의 자율성 향상과 재정자립을 확보하기 위한 조치로 건민건강보험의 계획

단계에서 총액상환제의 실시를 중점적으로 계획하고全民건강보험법에 이를 명문 규정하여 점진적으로 도입하였다.

도입 목적으로는 첫째로 의료비용의 급속한 성장을 억제하고 자급자족의 재무책임제도를 확보하는 것이고, 둘째로 단체협상을 통하여 소비자와 공급자의 이익충돌을 해결하고 정치 간섭을 감소시키는 것이다. 셋째로는 의료비용의 합리적 통제이고, 넷째로 의료의 질과 국민건강 향상이다. 다섯째로 상호규제로 의료서비스의 합리적 제공을 촉진하고, 여섯째로 상환표준의 자체 설정, 전문심사에 대한 책임, 진료가이드라인 등으로 전문집단의 자주성을 향상하는 것이다. 마지막으로 의료망의 계획분배로 의료자원의 합리적 분포, 의료사회지역화 촉진 등을 들 수 있다.

## 2) 총액예산제의 적용현황 및 범위

1980년대 후반부터 총액예산제도를 도입하기 위해 정부, 의료계 및 보험자의 공동 노력이 있어왔다. 우선 1998년에 치과부문을 시작으로 2000년 한방 부문, 2001년 의원부문, 2002년 7월에는 병원부문에 적용되었다.

총액예산제의 범위 내에서 개별 의료기관은 행위별수가제에 의해 지불을 받게 되므로 대만은 총액예산제 하의 행위별수가제라고 말할 수 있으며, 이 외에도 50개 상병에 대해 포괄수가제를 적용하고 있다. 아래의 <표 VII-12>는 총액예산제의 적용 범위를 나타낸다.

<표 VII-12> 총액예산제의 적용범위

구분	적용범위
한방 및 치과	의원 및 병원의 외래
양방 기층의료	외래 및 입원(외래수술) - 가정간호 및 정신질환의 지역사회 간호는 비포함
병원	외래, 입원 - 치과외래 및 한방의는 비 포함

주: 전염병, 중대 천재지변, 전쟁, 예측하지 못하는 정책변화의 영향은 포함하지 않음.

### 3) 총액 설정과정 및 배분

행정원 위생서(우리나라의 보건복지부에 해당, 이하 위생서)에서 연도 시작 6개월 전에 의료계대표, 전문학자, 건강보험국과 비협회 관련인사가 연구그룹을 결성하여 총액의 범위에 대한 초안을 잡고 행정원에 심사결정을 신청한다. 다음으로, 행정원이 재가한 총액의 범위 내에서 전민건강보험의료비용협정위원회<sup>23)</sup> (이하 비협회)에서 총액, 증가율, 배분 formula 등에 대한 협정안을 연도 시작 3개월 전에 위생서에 제출하여 심사결정을 신청한다. 협정 실패시 위생서에 회송되어 위생서에서 최종 결정을 하게 되며, 중앙건강보험국에서는 이에 따라 보험료를 산정하고 지역별로 예산을 배정하게 된다.

전국단위의 총액예산이 결정되면 다시 4개의 부문예산으로 배분되고, 각 부문예산은 6개 지역으로 인구수에 따라 배분된다. 이렇게 배정된 예산을 가지고 지역 내에서는 의사별로 행위별수가제에 의해서 그리고 병원의 일부 진료에 대해서는 포괄수가제에 의해 배분한다(그림 VII-1 참조). 그 외 산간 및 도서지역 주민과 정신과 진료에 대해서는 인두제 방식으로 예산배정을 하고 있다. 반면, 병원예산은 지역별 배분을 하지 않는다(급성·중증질환비용, 약제비·외래·입원비율, 행위수가·포괄수가범위, 질 근거 지불 배분).

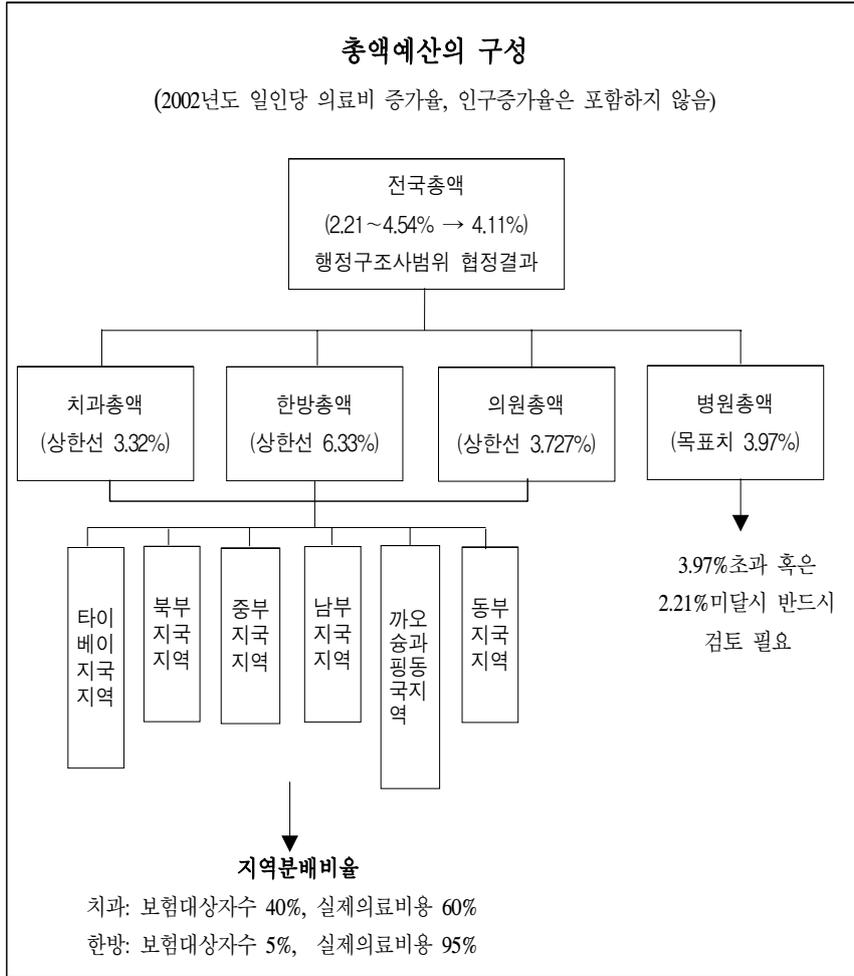
주23) ○ 의료비용협정위원회의 조직과 구성

- 행정원 위생서에 속함
- 12명의 상임위원과 27명의 위원으로 구성
- 위원: 공급자 대표 9명, 가입자 대표 9명, 관련 주관기관 대표 9명
- 상임위원: 의료비용 자료의 분석, 관련제도 연구, 위원회 의사의뢰 사안 처리 등

○ 의료비용협정위원회의 업무

- 행정원이 심사 결정한 의료비용의 총액범위 내에서 전민건강보험비용 총액과 그 분배방식을 협정
- 각 지역의 외래와 입원비용의 분배 비율 결정
- 의사, 한의사, 치과의사가 개설한 외래진료서비스, 약사의 약사서비스와 약품 등의 분배비율을 협정
- 외래의약품 비용이 미리 설정한 의약품비용총액을 초과할 때에는 그 초과한 부분을 당분기의 외래비용총액에서 삭감하는 비율 협정

[그림 VII-1] 총액예산의 구성 현황(2002년)



자료: 최숙자 · 김정희(2003)

중앙건강보험국은 협회와 계약내용에 대해 집단적으로 협상을 한 후 병원, 의원과 개별적으로 계약을 한다. 즉, 포괄적 집단협상을 통한 개별 계약방식이며, 따라서 계약체결의 자유는 보장된 반면 계약내용의 자유는 허용되지 않고 있다. 협상의 당사자는 협회와 중앙건강보험국의 본국이 된다. 협상기간은 보통

3~4개월이 소요되며 협상 내용에 근거하여 각 분국에서 개별기관을 대상으로 계약을 하고 있다.

개별로 계약을 하는 이유는 집단적으로 건강보험을 거부할 수 있기 때문인데 실제로 협상이 결렬될 경우 중앙건강보험국은 개별기관을 상대로 협상 및 계약을 한다. 따라서 계약의 당사자는 중앙건강보험국과 개별 기관이 됨을 알 수 있다.

계약은 기관에 대해서만 하고 있으며 기관에 속한 의사나 병상은 별도로 개별계약을 하지 않는다. 계약기관에 속한 의사나 병상은 당연히 건강보험 계약을 한 것으로 간주되고, 따라서 이들 병원은 건강보험환자에게 법정비급여 이외의 비용을 부담시키는 것이 허용되지 않는다.

계약의 내용(개별 급여항목 등)은 계약서에 포함되지 않으며 건강보험 수가표에 나와 있는 것이 포괄적으로 포함되며, 신의료기술 등은 별도의 위원회에서 급여여부가 결정되고 급여가 결정된 항목은 자동적으로 계약내용에 포함된다.

현재의 계약기간은 2년인데, 의협은 매년 계약을 하기를 원하고 중앙건강보험국은 가능하면 기간을 늘리고 싶어 한다. 최초 계약 시에는 직접 계약을 하나 이후에는 요양기관이 계약 만료일 전에 계약철회 의사를 밝히지 않거나 계약해지 조건에 해당하지 않는 경우, 자동으로 갱신되는 것으로 간주하여 우편으로 계약을 갱신하고 있다.

의료기관 중 계약을 하지 않는 기관은 주로 매우 유명한 의사이거나 성형외과, 비만클리닉처럼 보험급여가 되지 않는 진료과목, 그리고 행정처분 등으로 인해 계약을 할 수 없는 기관 등이며, 계약제를 실시한 이후 매년 계약률은 매우 높으며 따라서 계약률이 낮아 문제가 제기된 적은 없었다.

의약분업을 실시하는 대만에서 약국의 계약률이 다른 종별에 비해 매우 낮은 이유는 기관분업을 실시하는 우리나라와 달리 대만은 요양기관에서 약사를 고용하면 의약분업으로 인정하는 직능분업에 의한 의약분업을 하고 있기 때문이다.

치과와 한방기관은 진료특성상 가격탄력성이 높아 건강보험의 적용을 받지 않을 경우 환자수가 줄어들기 때문에 이들 부문은 계약제에 대한 호응도가 높은 반면, 병원급은 일종의 카르텔을 형성하고 있어 항상 협상에 어려움을 겪고

있다. 2003년 12월 현재 계약기관은 18,361개 이며 이는 전년에 비해 447개 늘어난 것이며, 종별 계약율은 의원급은 93%, 병원급은 99%이다(표Ⅶ-13 참조).

〈표 Ⅶ-13〉 연도별 요양기관종별 계약현황

(단위: 개, %)

병원	2002년 12월			2003년 12월		
	개설기관	계약기관	계약률	개설기관	계약기관	계약률
의학중심병원	23	23	100.0	23	23	100.0
구역병원	80	80	100.0	80	80	100.0
지역병원	459	450	98.0	445	437	98.2
의원	9,222	8,404	91.1	9,572	8,561	89.4
치과의원	5,751	5,609	97.5	5,881	5,701	96.9
약국	6,990	3,348	47.9	n.a	3,559	-

자료: 2002 health statistics, Department of Health  
[http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro\\_file/91](http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro_file/91)

#### 마. 관리시스템

대만의 건강보험 관리운영체계는 정부가 단일 보험자의 역할을 하며, 행정원 위생서(The Ministry for the Public Health)가 주관부처이며, 보험자는 중앙건강보험국(BNHI: Bureau of National Health Insurance)이다(그림 Ⅶ-2 참조).

위생서는全民건강보험의 계획, 정책연구,全民건강보험 조직조례의 확정,全民건강보험의 실행을 포함한全民건강보험사업 전반의 주관부서이며, 위원장 1인, 부위원장 1인, 과장 4인으로 구성되고 모든 위원은 위생서 장관이 중앙건강보험국 내부직원이나 외부 전문가 중에서 임명된다.

위생서는 지방정부의 위생국과는 소속관계가 아닌, 지도 협력의 관계를 맺고 있으며, 위생서장관은 소속기관으로全民건강보험감리위원회,全民건강보험쟁의

심의위원회, 전민건강보험의료비용협정위원회, 중앙건강보험국 등을 두고 있다.

건강보험 관리운영상의 특징은 전 국민 통합건강보험제도의 실시를 계기로 대상자 중심의 관리운영체계에서 위험중심의 관리체계로 전환시켜, 질병이라는 사회적 위험을 보장하기 위하여 위생서 중심으로 독립된 건강보험제도로 운영함에 그 특징이 있다.

1) 위생서 산하 3개 위원회의 및 중앙건강보험국의 주요기능

가) 전민건강보험감리위원회(Supervisory Committee)

1995년 4월에 조직되어 중앙건강보험국의 활동을 감독하고, 감리위원회의 위원은 총28명의 비상임위원으로서 정부(8명), 피보험자(5명), 의료공급자(5명), 사용자(5명), 의약·의료보험 전문가(5명) 등으로 구성되어 있다. 정부대표 중 1인이 위원장을 맡으며, 감리위원회 내에 상근 사무직원(21명)을 두고 위원회 업무를 지원한다.

주요 기능으로는 ① 중앙건강보험국의 연차 계획, 활동보고, 회계 심의, ② 의료보험에 대한 정책 제안, ③ 중앙건강보험국의 관리 및 보험재정 감사, ④ 법정급여에 대한 제안 및 심의 등 이다.

나) 전민건강보험쟁의심의위원회(Dispute Mediation Committee)

1995년 5월에 조직되어 보험자·보험가입단위·계약요양기관 등이 제기한 분쟁을 해결하는 역할을 한다. 위생서 장관이 의약전문가 중에서 임명한 고위전문가가 위원장이 되며 위원회는 보험전문가(2명), 법률전문가(4명), 의약전문가(6명), 위생서 대표(2명) 등 총 15명으로 구성된다.

주요 기능은 ① 피보험자의 자격기준, 부과기준 보수에 대한 분쟁 심의, ② 보험료, 보험료체납에 따른 벌금, 보험급여에 관련된 분쟁 심의, ③ 의료기관 관리(무면허 등), 진료비 지불(의료과오, 부당 청구 등)법적 권리 및 권한에 관한 분쟁 심의 등 이다.

다) 전민건강보험의료비용협정위원회(Medical Expense Arbitration Committee)

1996년 11월에 조직되어 진료비를 협정하고 배분하는 역할을 하며, 위원회는 의료공급자(9인), 피보험자대표 및 전 문가(9인), 정부대표(9인) 등 총 27인으로 구성된다.

주요기능은 ① 행정원이 승인한 전체진료비 예산범위 내에서의 지불의료비 총액의 협정, ② 6개 보험지역별 외래 및 입원 진료비의 배분비율 협정, ③ 의사·한의사·치과의사의 외래진료비 협정, ④ 약사의 약제비와 조제비율의 협정 및 의약분업제도, ⑤ 외래 약제비 지출액이 책정된 약제비 지출총액을 초과할 경우 당해연도 외래 진료비 총액예산에서 공제되어야 할 초과금액 협정 등이다.

라) 중앙건강보험국(BNHI: The Bureau of National Health Insurance)

위생서에 의해 설립된 전민건강보험의 단일보험자로서 전민건강보험법 제6조에 의거 건강보험을 관장하는데 조직의 효율적인 운영과 국민의 편의를 증진하기 위하여 분산운영체계를 채택하고 있다.

모든 국민에게 적정의료서비스를 제공하기 위해 본국, 6개 분국 및 2개 연합외래진료센터를 전국에 설치·운영하고 있다. 초기에는 6개의 연합외래진료센터를 운영하였으나, 2004년 현재 2개의 연합외래진료센터만 운영중이다.

중앙건강보험국 본국은 전반적인 운영을 감독하며, 6개 분국이 각각 해당지역의 업무를 담당한다. 각 분국의 규모는 인구나 관할지역의 특성을 감안하여 결정되었는데, 관할지역이 넓고 보험가입단위수가 대규모인 지역에는 업무효율성과 국민편의를 위해 28개의 연락사무소를 증설하였으며, 과거의 노공보험 외래진료센터가 중앙건강보험국에 편입되어 보험자의 직영의료기관이 되었다.

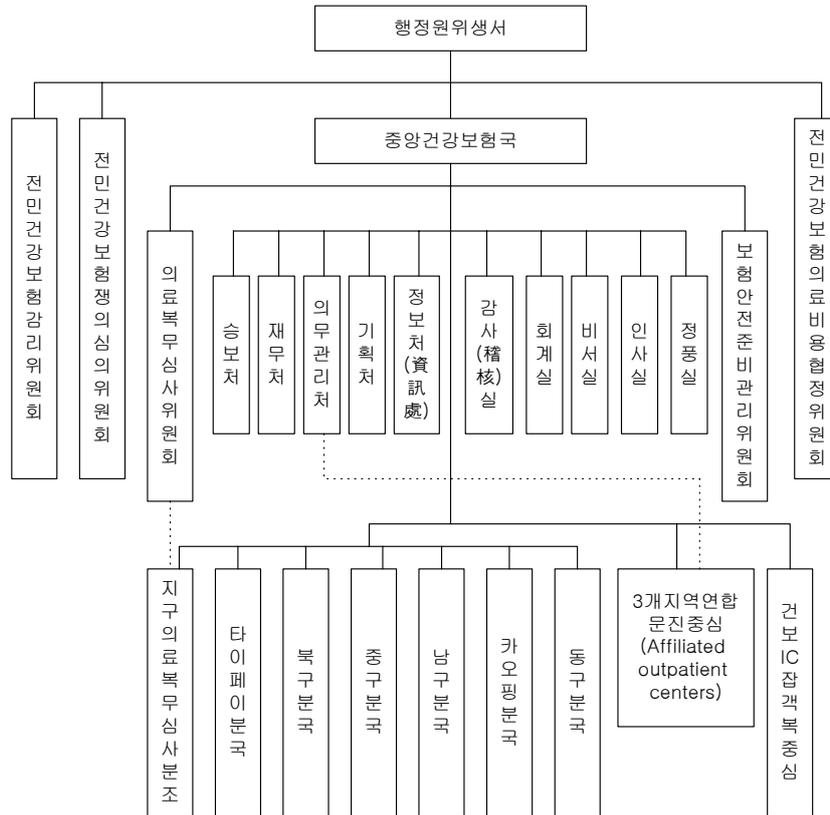
대부분의 집행업무는 각 분국 중심으로 운영되며 분국의 기능은 피보험자의 가입, 보험료부과·징수, 계약관계에 있는 의료기관의 관리, 진료비 심사·지불 등 대부분을 포괄하고 있다.

보험안전준비관리위원회는 보험안전준비(적립금)의 운영 및 관리사항을 감독

하며, 총경리가 위원장을 겸하고, 금융보험 혹은 재무관리 전문가 6인을 위원으로 위촉하되, 이들 위원은 무급이며 임기는 2년, 1회에 한하여 연임 가능하다.

의료서비스심사위원회(전문동료심사위원회)는 건강보험 의료서비스의 항목, 수량 및 질에 관한 사항을 심의하며, 교육 및 임상경험이 있는 의약전문가 26인 내지 31명을 위원으로 구성되며, 위원은 임기 2년, 무급이며, 1회에 한하여 연임이 가능하다.

[그림 VII-2]全民健康保險조직계통도



자료: <http://www.nhi.gov.tw/01intro/intro-2htm>

## 4. 시사점

### 가. 대만 건강보험 체계의 장점과 단점

대만 건강보험체계의 주관기관은 위생서이나 제도의 실질적인 관리운영기관은 법률상 보험자인 중앙건강보험국이다. 위생서는 법률상 건강보험의 주관기관으로서 제도를 최종적으로 책임지고 관장을 하고 있지만, 실질적인 정책의 결정과 운영은 전문성과 지속성, 책임성을 담보하고 있는 중앙건강보험국이 모두 담당하고 있다. 이에 따라, 건강보험시장에서 정부가 독점이므로 항상 가격조절이 가능하며, 국민들에 대한 완벽한 의료 이용 정보를 수집할 수 있다. 또한, 우리나라의 경우와 마찬가지로 단일 보험자이기 때문에 다보험자의 경우보다 관리 비용이 낮다.

반면, 현 건강보험체계의 단점은 보험자인 중앙건강보험국이 정부의 역할을 포기할 수 없다는 것이다. 대표적인 예로서 보험자는 선택적으로 의료공급자와 계약을 할 수 없거나 의약품에 대하여 배상할 수 없다. 또한, 정부기관인 중앙건강보험국이 행정부와 입법부로부터의 막대한 정치적 간섭을 막을 수 없다는 것이다.

### 나. 대만全民건강보험체계의 성과

첫 번째 성과로는, 의료수가에서의 합리적인 수준과 범위 내의 통제를 들 수 있을 것이다.全民건강보험의 지출 규모는 국민소득(GDP)의 5.3~6.3% 정도로 OECD 국가들의 평균보다도 낮음을 보여준다. 총비용에 대한 증가율은 2002년부터 시행된 총액예산제 이후 5~6% 정도로 통제되고 있다.

두 번째로는 보건의료접근성에서 형평성 제고이다. 소득 및 지역간에 주민들의 의료기관 접근성에서 격차가 없다는 것이며, 더욱이 2005년부터는 환자들이 의료기관을 임의로 선택 할 수조차 있게 되었다. 세 번째로는 낮은 관리운영비와 우수한 정보체계를 들 수 있다. 1995년에 행정관리비용은 3.1%에서 2003년에는 1.76%로 감소하였으며, 우수한 정보시스템은 업무처리를 효율적으로 할

수 있도록 해준다.

네 번째 성과로는 만족도 제고와 의료의 질 향상이다.全民건강보험에 대한 국민만족도는 70% 이상의 높은 수준을 유지하고 있고, 환자들의 총체적인 의료의 질에 대한 평가는 80~88% 수준이며 총액예산제 실시 이후 점차적으로 높아지고 있다. 마지막으로는 형평성 있는 자원조달을 들 수 있다.

## VIII. 싱가포르 건강보험의 발전과정

### 1. 경제사회 환경의 변화: 소득, 인구규모, 고령화

#### 가. 싱가포르의 역사, 정치, 그리고 경제적 변화

말레이 반도의 끝에 위치한 싱가포르는 본 섬과 50여 개의 작은 부속 섬들로 이루어져 있으며 면적은 약 640km<sup>2</sup>이다. 옛날 수마트라(인도네시아의 섬)의 왕자가 싱가포르에 처음 왔을 때 낫선 동물을 보고 이를 사자로 오인하여 싱가포르(Singa Pura: 사자의 도시)라고 칭한 것이 어원이 되어 훗날 영국인들에 의해 싱가포르로 불리게 되었다.

1819년에는 영국이 네덜란드의 동인도 회사를 견제할 목적으로 싱가포르를 사들여 자유 무역항으로 건설했다. 이로써 조그마한 어촌에 불과하던 싱가포르가 말레이 반도와 인근 여러 나라를 관할하는 영국의 무역 거점이 되었으며 아울러 1921년에 영국이 군사 기지를 건설함으로써 군사, 경제적으로 영국의 동아시아 식민지의 교두보로 자리 잡게 되었다.

태평양 전쟁 중 제국주의에 사로잡힌 일본은 싱가포르를 점령하고 무려 3만 여 이르는 주민들을 살상하는 대 학살극을 벌였다. 전후에 다시 들어선 영국에 대해서도 싱가포르의 주민들은 더 이상 온순한 태도를 보이지 않았다.

이에 1959년 6월 자치권을 획득하였으며, 1963년에는 말레이 연방, 사바, 사라와크와 함께 말레이시아 연방에 가입하였으나 인도네시아와의 분쟁, 연방 내의 인종 분규 등을 거치면서 1965년 8월에 영 연방 국가로 분리 독립하였다.

#### 나. 싱가포르의 소득규모

동남아시아에 있는 40여 개의 섬으로 이루어진 도시 국가인 싱가포르는 협소

한 국토면적, 높은 인구밀도, 빈약한 천연자원에도 불구하고, 아시아에서 일인당 국민소득(GDP)이 일본에 이어 2위를 차지할 정도의 부국이다. 싱가포르는 현재 동남아 교통상의 요지에 위치한 지리적 이점을 최대한 살려 동남아 최대의 자유 중계무역항 및 지역 금융센터로서 급속한 경제발전을 이룩해 오고 있다.

싱가포르의 최근 일인당 국민소득(GDP)은 2001년도에 전 세계적 경기침체와 테크놀로지 부문에서의 불황으로 인하여 2.2% 감소하였다. 이 후 미국 경제의 회복에 힘입어 1인당 국민소득(GDP)은 2002년부터 지속적으로 증가하였으며 2004년도에는 싱가포르 통화로 거의 43,000SG\$(25,000US\$)에 육박하고 있다. 한편 실업률은 대체적으로 우리나라보다 낮은 수준이나 점차적으로 증가 추세에 있다(표 VIII-1 참조).

〈표 VIII-1〉 싱가포르의 경제 수준

연도	GDP 성장률(%)	1인당 GDP(SG\$)	실업률(%)
2000	10.0	39,784	4.4
2001	-2.2	37,124	2.7
2002	3.9	37,843	4.2
2003	2.2	38,383	4.5
2004	8.8	42,948	4.4

자료: 싱가포르 통계청(Singapore Department of Statistics)  
<http://www.singstat.gov.sg/keystats/economy.html#pubfin>

#### 다. 싱가포르의 인구규모

싱가포르의 전체인구수는 1970년 207만 명에서 2004년 424만 명으로 약 34년 동안 약 104.4% 증가하였으며, 이는 매년 평균 3.1% 증가하였다는 것을 반영한다. 남성과 여성의 성비를 살펴보면, 1970년에 여성 백명당 남성수가 104.9명에서 1990년 102.7명으로 감소하여 여성인구가 남성인구 보다 더 증가함을 보였으며 2000년 이후로는 백명 이하로 감소하여 전체적으로 여성인구가 남성인구

를 초과하였다.

출생 시 기대수명은 지속적으로 증가하여 2004년에는 79세를 초과하는 것으로 나타났다. 이는 2002년도 OECD 전체국가의 출생 시 기대수명 평균인 77.2세를 훨씬 초과하는 것으로 싱가포르인의 건강수준의 양호함을 부분적으로 나타낸다. 마지막으로, 65세 이상 노인인구 비율은 빠른 증가추세를 보여 2000년에 이미 7.3%로 고령화 사회(Aging Society)<sup>주24)</sup>에 진입하였으며, 향후 고령화에 따른 사회경제적인 문제에 봉착하게 될 것으로 보인다(표 VIII-2 참조).

〈표 VIII-2〉 싱가포르의 인구 변화

연도	총인구(천명)	여성 백명당 남성수(명)	출생시 기대 수명(세)	65세 이상 인구 비율(%)
1970	2,074.5	104.9	65.8	3.4
1980	2,413.9	103.2	72.1	4.9
1990	3,047.1	102.7	75.3	6.0
2000	4,017.7	99.8	78.1	7.3
2004	4,240.3	98.8	79.3	8.0

주: 싱가포르 총인구는 싱가포르 거주인구와 비거주인구로 구성되며, 거주인구는 싱가포르 시민과 영주권자로 구성됨.

자료: 싱가포르 통계청(Singapore Department of Statistics)  
<http://www.singstat.gov.sg/keystats/economy.html#pubfin>

## 2. 보건의료 시스템 및 건강보험제도의 발전과정

1965년 영국으로부터 독립 이후 MSA 제도를 검토하기 이전까지 싱가포르는 영국의 NHS 제도를 의료보장체계의 근간으로 유지하여 왔으며, 대부분의 의료

주24) 고령화란 한 국가의 전체 인구에서 노인인구(65세 이상)가 차지하는 구성비가 증가하는 현상을 의미하며 고령화에 대한 정의는 UN이 정한 기준에 따르고 있음. 이 기준에 따르면 전체 인구에서 노인인구 구성비가 7% 이상인 사회를 고령화 사회(Aging Society), 노인인구 구성비가 14% 이상인 사회를 고령사회(Aged Society), 그리고 노인인구 구성비가 20% 이상인 사회를 초 고령사회(Super-Aged Society)로 구분하고 있음.

서비스는 공적의료기관에 의해 제공되었고 재원도 일반조세에 의해 조달되었다. 반면, 1970년대에 전 세계적인 경제위기를 거치면서 급격한 의료비지출증가, 국영병원체계에 의한 의료공급의 비효율성과 저생산적 의료구조, 공급자 중심의 의료 환경, 지나친 관료주의 폐단 등이 개혁과제로 대두되었다.

결국, 싱가포르 정부는 1980년에 심각해진 보험재정 악화를 해결하기 위해 MSA 제도 도입을 적극적으로 검토하여 1984년에 Medisave 제도를 도입하였다. 싱가포르 정부는 건강보험에 의료이용자 선택권 부여, 자기책임과 자기 신뢰성 강조, 가능한 자유로운 시장경제체제의 도입을 목적으로 정부는 보충적이고 최소한의 보건의료를 제공하고자 MSA 제도를 도입하였다. 제도 도입의 근본적인 이유는 의료비용을 절감하고, 도덕적 해이를 감소시켜 사적 자원의 활용을 적극적으로 유도하겠다는 의도가 더 강한 것으로 판단된다.

싱가포르의 MSA 제도는 Medisave, Medishield, Medifund의 3층으로 구성되며 '3M' 제도로도 불린다. 이러한 3층제도를 대강적으로 살펴보면, 첫째로 제 1층 제도인 Medisave 제도는 강제가입의무가 있으며 1984년에 처음 도입되었다. 둘째로 1990년에 도입된 Medishield 제도는 중대(중) 질병을 위한 선택형 건강보험제도로서 Medisave의 급여 대상에서 제외되거나 비용을 충당할 수 없는 질병 위험에 대비하는 제도이다. 중증질환이나 고액진료비용의 질병에 걸릴 경우 Medisave의 본인 계정을 모두 소비하더라도 의료비용이 모자라는 경우가 발생할 것에 대비하기 위한 선택형 2층 건강보험제도라고 할 수 있다.

마지막으로 1993년에 도입된 제 3층제도인 Medifund 제도는 대략 10%에 육박하는 빈곤층을 위한 건강보험 기금 대출제도이다. 1993년에 정부가 예산에서 출자하여 15억 US 달러의 기금을 조성하였으며, 의료보장의 사각지대를 해소하기 위해 만들어졌다. 이 기금은 이자수입으로 운영되며 분배되지 않도록 규정되었다. 즉, 각 병원이나 의료사회사업가가 자산조사(means test: 빈곤층 재산을 사정하는 일)를 거쳐 대상자를 선정하고, 병원 메디펀드 위원회(Hospital Medifund Committee)의 심의·의결을 거쳐 자금을 대출해주는 제도이다.

〈표 VIII-3〉 연도별 주요 보건의료 개혁

보건의료 개혁	연도
National Health Plan	1983
Compulsory Savings Scheme (Medisave)	1984
Catastrophic Illness Insurance (Medishield)	1990
Medical Endowment Fund (Medifund)	1993
Public Hospital Restructuring	1985
Review Committee on National Health Policies	1991~1992
White Paper on "Affordable Healthcare"	1993
CASEMIX	1998
Eldershield	2002

자료: [www.tradeport.org/ts/countries/singapore](http://www.tradeport.org/ts/countries/singapore)

### 3. 건강보험제도의 변화

싱가포르의 의료보장제도는 세계적으로 유례가 없는 독특한 형태로서 정부의 지원과 개인의 책임 간의 조화를 강조하고 있다. 1980년대 이후 전 세계적으로 만연하고 있는 의료비 급증의 주요 원인이 의료보험에 의한 도덕적 해이에 있다는 인식이 널리 퍼지면서 현재 많은 국가들이 도입을 제고하고 있다. 또한 향후 고령화로 인한 의료비 지출이 급증할 것으로 예상되면서 고령화를 대비하기 위해 고안된 싱가포르의 의료보장제도에 대한 관심이 더욱 고조되고 있다.

#### 가. 적용대상인구의 변화

Medisave의 적용인구 및 적립액의 변동은 중앙적립기금(Central Provident Fund: 이하 CPF)의 일부로서 같이 변동을 한다. 아래의 <표 VIII-4>에 따르면 지난 10년 동안 적용인구는 매년도 약 1% 내외의 증가폭을 가지고 변동하여

왔으나, 총인구 대비 적용인구 비율은 2001년의 불황으로 인해 70.8%로 급격히 떨어진 후 서서히 증가하는 추세이다. 적립액의 경우는 2002년도에는 전년대비 4.6%, 2003년도에는 7.4%, 2005년도에는 8%로 성장하여 적용인구 보다 훨씬 큰 증가폭으로 변동하여 왔음을 보여준다.

〈표 VIII-4〉 Medisave 적용인구 및 적립액의 변화

연도	적용인구(천명)	총인구 대비 적용인구(%)	적립액(백만SG\$)
1993	2,456	74.1	52,334
1995	2,684	76.1	66,035
2001	2,923	70.8	92,221
2002	2,963	71.0	96,422
2003	2,978	71.2	103,539
2004	3,018	71.2	111,873

자료: 1) Central Provident Fund Board, Annual Report 2004.  
 2) 싱가포르 통계청(Singapore Department of Statistics)  
<http://www.singstat.gov.sg/keystats/economy.html#pubfin>

나. 재원조달방식 및 재정

싱가포르 보건재정의 기본 원칙은 ‘개인 책임’(individual responsibility)이며, 정부가 보조하여 기본 의료를 이용가능하게 하는 것이다. 환자들은 자신이 이용하는 의료에 대한 비용을 직접 지불해야하며 본인의 편의를 위한 부가 서비스는 더 지불해야 한다. 이런 ‘co-payment principle’은 완전 무상 의료체계의 허점을 피하는데 도움이 된다. 정부와 지역사회는 빈곤한 사람들을 지원하여 비용 지불 능력의 부족 때문에 필수요리를 이용하지 못하는 것을 방지한다.

싱가포르는 공공의료비율이 80%로서 영국식의 NHS에 기초를 둔 공공의료서비스 기반이 충실하다. 아래의 <표 VIII-5>는 싱가포르의 공공병원 병상분포 및 정부보조 비율을 나타낸다.

〈표 VIII-5〉 싱가포르의 공공병원 병상분포 및 정부보조 비율(1995)

병상의 종류	분포비율(%)	정부보조비율(%)	비 고
A 급	7	0	최고급 호텔수준
B1급	16	20	
B2급	28	65	
C 급	49	80	

## 가) 중앙적립기금(CPF: Central Provident Fund)

중앙적립기금(CPF)은 1955년 당시 퇴직 후 노동자의 경제적 보장을 위해 설립하였으나 점차적으로 그 기금의 용도를 확대하여 주택구입이나 의료서비스 등의 비용을 충당하기 위한 기금으로 발전해 왔다. 싱가포르의 의료보장프로그램은 대부분 노동성 산하의 중앙적립기금위원회(Central Provident Fund Board)에서 관할하고 있다. 중앙적립기금(CPF)은 의료보장 이외의 부문에 대한 사업을 실시하는 강제적인 사회보장저축기금이다.

중앙적립기금(CPF) 가입자는 3개의 개인 저축구좌를 개설해 놓아야 한다. 보통구좌(Ordinary Account), 의료저축계좌(Medisave Account), 특별구좌(Special Account)로서, 55세에 중앙적립기금(CPF) 최저액제도에 가입하면, 퇴직구좌(Retirement Account)도 개설할 수 있다. 보통구좌 적립기금은 주택구입, 가정보호, 교육 및 투자를 위해 활용되고 있으며, 의료저축계좌 적립기금은 의료비지불만을 위해 활용되고 있고, 특별구좌적립기금은 노후, 불의의 사고에 따른 소득보장을 위해 활용되고 있다.

## 나) 3M 제도

싱가포르정부는 국민들이 의료비를 지불하도록 3M제도(Medisave, Medishield, Medifund)라고 불리는 재정조달체계를 마련해 놓고 있다.

## (1) Medisave

Medisave는 국가적 강제저축으로서 역사적으로는 1984년에 처음 시작되었<sup>고</sup>주25) 중증 및 장기 질환으로 많은 비용이 소요되는 진료비를 제외한 입원비용을 조달하기 위하여 개인별 계좌에 일정금액을 적립하는 것을 말한다. 전 국민이 강제적으로 가입해야 되고 완전한 형태의 개인 저축이기 때문에 위험 분산(risk-share)과 재정통합(financial pooling)기능이 전혀 없어 사회보험방식으로 의료의 문제를 해결하는 방식과는 전혀 다르다. 대신에 개인별 혹은 가족차원에서 평생을 주기로 재원을 적립하는 수직적 형태로 위험을 분산하거나 재원을 조달하는 방법이다. 동 제도의 최우선적인 기본원리는 시장경제원리에 기초한 것이고, 운영목표는 국가의 무보조금이다. 즉,

- 1) 국민 개개인 은 각자가 쓰는 비용을 스스로 부담한다.
- 2) 각 연령세대는 당대의 지출을 후손으로 미루지 않고 자체적으로 해결한다.
- 3) 정부는 인구집단간 소득이전을 최소화한다.

보험료로서 소득의 6~8%를 매월 개인의 저축계정에 적립해야 하며 근로자/자영자를 분리하여 운영한다. Medisave는 근로자는 임금의 명목으로 받는 총소득을 대상으로 보험료를 부과하여 매월 봉급에서 사용자가 원천 징수하며 사용자가 보험료를 납부하게 된다. 한편, 자영자는 이원화시켜 관리를 하는데 정부 부처 소관별로 직종을 구분하여 자영자 면허를 허가하고 이 직종에 속하는 자영자 중 연간 소득이 6,000SG\$ 이상인 자는 매월 6~8%의 보험료를 부담하여야 한다<sup>주26)</sup>. 2000년 4월 현재 택시 운전자 등 약 46개의 직종에 대하여 면허 등록을 하도록 하고 있다. 46개 직종 외에 종사하며 일정 소득 과세자료를 보유하지 않은 자영자는 연령에 따라 일정액을 적립해야 한다(표IV-6 참조).

주25) 이 프로그램이 실시되기 이전의 의료서비스는 영국과 같이 일반조세를 통하여 공공부문의 시설에서 제공되는 형태를 취하고 있었음. 따라서 의료서비스가 이용시점에서 거의 무료로 제공되었고, 대부분의 중증질환은 공공병원에서 제공되었음. 그러한 역사적 배경으로 인하여 싱가포르에서 공적병상이 차지하는 비중이 80%로 높은 것임.

주26) Medisave에서 제외되는 자영자의 소득기준이 2002년까지는 2,400SG\$이었으나 2003년부터는 6,000SG\$로 인상됨.

〈표 VIII-6〉 Medisave 보험료

연령	임금 근로자			자영자			
	부과 기준	보험료율	월적립 상한	과세 소득자 부과기준	비과세 소득자 보험료율	부과기준	상한액
35세 이하		6%	360SG\$		6%	일률적	360SG\$
35~44세	월소득	7%	420SG\$	순과세 소득자료	7%	으로	420SG\$
45세 이상		8%	480SG\$		8%	추정	480SG\$

자료: 싱가포르 보건부(Ministry of Health Singapore)

<http://www.moh.gov.sg/corp/index.do>

적립액은 55세에 인출가능하게 되고 이때도 장래의 진료비 지출을 위하여 최소한의 법정비용 만큼은 보유하도록 해야 한다. 그리고 55세 이상이라도 계속 근로 중일 경우에는 보험료를 매월 납입해야하고 납입액이 상한 적립액인 30,000SG\$를 초과할 경우에는 상위계정인 중앙적립기금(CPF)으로 이전되어 주택, 교육, 투자 등 다른 용도로 전용될 수 있다. 2000년 말 Medisave Account에 271만 계좌를 보유하고 있으며, Medisave 적립금은 227억 달러로 전년대비 9% 증가했고, 인출액은 3억 9,100만SG\$로 13% 증가했으며, 계좌당 평균 잔액도 8,300SG\$로 7% 증가했다.

Medisave로 급여를 받고자 할 때는 국공립병원과 요양기관으로 인정을 받은 기관을 이용해야한다. Medisave 가입자는 물론 가입자의 부양가족에 대한 진료비로 사용할 수 있으며 Medisave로 부담할 수 있는 급여내용은 <표VIII-7>과 같다.

〈표 VIII-7〉 Medisave 부담 가능 급여내용

입원진료	외래진료
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 일일 병상료</li> <li>· 의사의 진찰료</li> <li>· 외과 수술</li> <li>· 검사료, 약품비, 재활서비스, 의료공급자재료, 이식 및 인공보철대</li> <li>· 회복, 정신과 및 낮 병동진료비 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· B형 간염 예방접종</li> <li>· 인공임신(본인 및 배우자)</li> <li>· 신장치료(본인)</li> <li>· 방사선치료</li> <li>· 화학요법</li> <li>· AZT 치료(본인) 등</li> </ul>

환자가 진료를 받은 후 병원에서는 청구서를 환자와 CPF에 통보하고 CPF에서는 진료내역을 심사한 후 본인의 Medisave 계좌에서 진료비를 인출하면서 진료비 지급내역서를 가입자에게 통보하고 또한 병원에서도 환자에게 진료내역을 통보한다.

(2) Medishield 와 Medishield Plus

Medisave가 가입자는 물론 가입자 가족들의 진료비(주로 입원)도 보조하지만 장기간 입원을 요하는 중증질환으로 치료비가 많이 소요되는 경우에 대비하여 Medishield와 Medishield Plus제도가 보충적 제도로서 1990년에 도입되었다. 이 두 제도는 Medisave와 달리 낮은 수준의 보험료를 연령에 따라 일괄적으로 부담하는 형태로 운영되는 의료보험제도이다. Medishield와 Medishield Plus 중 한 가지만 가입이 가능하고 70세 이전에 가입하여 75세 까지만 급여를 보장하는 등 제한이 따른다. 엄격한 당연 가입이 아니고 선택가입방식이므로 '99년 말 현재 전체 Medisave 가입자의 78%만이 가입하고 있다. 보험방식으로 운영되기 때문에 과도한 의료비 지출을 억제하기 위하여 일정액전액본인부담금제(deductible)와 본인일부부담금제(co-insurance)를 채택하고 있다. 아래의 <표 VIII-8>은 Medishield와 Medishield Plus의 본인전액부담금 및 본인일부부담금을 나타낸다.

<표 VIII-8> 본인전액부담금 및 본인일부부담금

구분	Medishield	Medishield Plus	
		Plan B	Plan A
본인전액부담금* (매 정책년도마다)	1,000SG\$(B2 병상 이상) 500SG\$(C급 병상)	2,500SG\$	4,000SG\$
본인일부부담금	20%	20%	20%

연간 보험료는 최소 12SG\$(Medishield)와 36SG\$(Medishield Plus)에서 시작하여 1,200SG\$까지 연령에 따라 다르다(표 VIII-9참조). 연령이 많을수록 보험료를

많이 부담하는데 고령일수록 위험이 높기 때문이다. 보험방식이지만 연령에 따른 위험을 고려하고 소득에 관계없이 획일적인 금액을 부담하도록 했다는 점에서 전통적인 사회보험방식하의 건강보험방식과는 크게 다른 특성을 보여주고 있다. 보험료는 Medisave 계정에서 자동인출이 가능하며 인출되는 연간 한도액은 660SG\$이고, 이 금액을 초과하는 보험료는 현금으로 직접 납부해야 한다.

〈표 VIII-9〉 연간 Medishield 및 Medishield Plan 보험료

(단위: SG\$)

연령	Medishield	Medishield Plus	
		Plan B	Plan A
30세 이하	12	36	60
31~40세	18	54	90
41~50세	36	108	180
51~60세	60	180	300
61~65세	96	288	480
66~70세	132	396	660
71~73세	204	612	1,020
74~75세	240	720	1,200

보험급여에 대해서는 MSA 구조에서의 인출과 Medishield 보험에서의 인출을 선택할 수 있다. 사회보험방식하의 건강보험제도와 다른 극단적인 경우는, 현재 질병치료를 받고 있으면 가입할 수 없다는 점이다. 어떤 질병은 가입 1년 전에 치료를 받은 실적이 있으면 그 질병에 대해서는 Medishield, Medishield Plus로는 급여를 받을 수 없다. 다음과 같은 항목이 그러한 대상의 일부이다.

- 가입 1년 전 치료경험이 있으면 급여를 받지 못하는 항목: 혈액관련 질병, 암, 뇌졸중, 만성 폐질환, 만성 신장질환, 류마티스성 심장질환 등
- 치료경험과 관계없이 급여제한 되는 항목: 앰블런스 이용료, 선천성 기형, 유전에 의한 질병, 성형수술, 분만(정상분만, 제왕절개 포함), 유산, 인공임신, 치과진료, 정신질환, AIDS 관련 질병 등

또한, Medishield, Medishield Plus에서는 엄격히 급여를 제한시킬 뿐 만 아니라 급여가 가능한 항목을 선정하고 각 항목에 대한 급여금액을 고시하고 있다 (표 VIII-10 참조).

<표 VIII-10> Medishield 급여내용 및 청구 상한액

급여 항목 내역	MediShield	MediShield Plus		
		Plan B	Plan A	
병실료 및 진료비 <sup>1)</sup>	\$120(매 일당)	\$300(매 일당)	\$500(매 일당)	
응급실료 <sup>2)</sup>	\$240(매 일당)	\$500(매 일당)	\$800(매 일당)	
외과 수술 <sup>2)</sup>	1등급	\$100	\$300	\$400
	2등급	\$200	\$600	\$800
	3등급	\$400	\$1,000	\$1,300
	4등급	\$500	\$1,500	\$2,000
	5등급	\$500	\$2,000	\$3,000
	6등급	\$600	\$3,000	\$4,000
	7등급	\$600	\$4,500	\$5,500
이식 및 의료 재료대	\$1,500(년간)	\$2,500(년간)	\$3,500(년간)	
감마 나이프 수술	\$4,800(매 수술시)	\$9,600(매수술시)	\$12,000(매수술시)	
외래 진료	방사선치료	\$40~\$80(일당)	\$80~\$160	\$100~\$200
	화학요법	\$75(7일 치료주기)	\$150(7일 치료주기)	\$200(7일 치료주기)
		\$300(21~28일치료)	\$600(21~28치료)	\$800(21~28치료주기)
	신장진료	\$700(월당)	\$1,600(월당)	\$2,000(월당)
Erythropoietin제	\$200(월당)	\$400(월당)	\$500(월당)	
	거부반응억제제	\$200(월당)	\$400(월당)	\$500(월당)
청 구	당해년도	\$20,000	\$50,000	\$70,000
상 한	평생주기	\$80,000	\$150,000	\$200,000
최종 가입 연령	70세	70세	70세	
최대급여기간(까지)	75세	75세	75세	

주: 1) 식사료, 처방료, 특진료, 검사료 등 포함

2) 수술의 난이도에 따라 1등급부터 7등급으로 나눔

<표 VIII-10>과 같은 급여내역과 지급상한액에 따라 Medishield에 의한 급여를 받은 경우 본인부담금과 Medishield 부담금은 동일상병일 경우라도 크게 차이를 보인다. 본인부담금은 Medisave와 민간보험 등으로 해결하고 그것으로도 부족할 때는 직접 현금으로 부담한다.

### (3) Medifund

1993년부터 시작된 Medifund는 가난한 계층이 진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 정부에서 그들의 진료비를 보조해 주기 위하여 별도의 자금을 운영하는 사회안전망(Safety net)의 일종이다. 가난한 계층이 Medisave와 Medishield 등으로도 진료비를 해결할 수 없을 때 지원해 주는 것이기 때문에 최후의, 최소한의 안전망이다. 따라서 의료에 대한 1차적 책임주체인 개인과 가족이 Medisave로 해결할 수 없을 때 최후적으로 의존한다는 점에서 공적 부조(public assistance)로서의 성격을 가지나 Medisave에 가입하여야 한다는 점과 수혜대상자를 획일적으로 미리 선정해 두고 급여를 무조건 해주지 않는다는 점에서 통상적 의미의 공적 부조와는 성질이 다르다고 할 수 있다.

Medifund에 의한 진료비 보조를 받기 위해서는 공공의료기관 및 정부가 지정하는 의료기관(Voluntary Welfare Organization 등)에서 진료를 받아야 할 뿐만 아니라 정부의 보조금을 많이 받는 B2급 이하의 병실서비스를 이용하여야 한다. 보조금의 규모는 개인별 상황에 따라 다르나, 환자의 소득, Medisave 등 대체재원의 다소, 진료비의 규모 등을 고려하여 결정한다. 보조금 지급대상은 진료기관 이용시점마다 진료비 지급이 어렵다고 판단되면 각 의료기관에 소속된 사회복지사들(Social Worker)이 Medifund 보조를 신청한 사람들의 어려움과 요구를 고려하여 ‘병원 Medifund 심사위원회(Medifund Committee)’에 상정하여 이 위원회의 결정에 따라 보조금의 정도가 결정된다. 최근 실적을 살펴보면 신청자의 약 99%가 지원을 받고 있음을 알 수 있으며 개략적인 한 가지 기준은 어른 2인과 3자녀를 표준세대로 하여 월수입이 1,400SG\$ 미만인 가구로 설정된다고 한다. 다만, B2 병실과 C 병실 이용자의 보조금을 동일하게 하기 위하여 B2 병

실 이용자는 진료비의 60%까지만 보조를 받는다(평균적으로, C 병실 진료비 규모는 B2 병실 진료비의 약 60%에 해당함).

#### 다. 지불보상방식 및 비용통제 메커니즘

##### 1) 의료전달체계

싱가포르의 의료전달체계는 공식적으로는 정부부문(government sector)과 민간 부문(private sector)의 이중구조로 구성되며 공공의료는 정부가 관장하고 민간의료는 민간병원과 고급의사들이 제공한다.

일차의료의 20%는 공공종합진료소(polyclinics)에서 제공하며 80%는 개인의원 의사가 제공한다고 한다. 숫자상으로는 19개 공공 진료소/약 2000개 민간 의원이 있다. 이삼차 전문의료는 개인병원이나 공공병원에서 제공되며 80%는 공공병원이 20%는 민간병원이 담당한다. 응급 시에는 공공병원에 존재하는 "24시간 Accident & Emergency Ambulance Service"를 이용할 수 있다. 싱가포르의 Civil Defence Force가 사고/trauma/응급의료의 경우에 Acute General Hospital로 환자를 이송하도록 Emergency Ambulance Service를 운영하고 있다.

##### 가) 일차의료 서비스

싱가포르에서 일차보건의료는 일차적 의학적 치료, 예방적 의료, 보건교육 등을 포함하며 종합진료소(polyclinic)와 개인의원 외래에서 네트워크를 통해 제공된다. 일차보건의료의 20%는 19개의 종합진료소에서 제공되고 나머지 80%는 약 2,000여 개의 민간의원에서 제공된다. 의학부 재학 중 정부제공 장학금수혜자(재학 중 full tuition과 생활비보조)는 5년 간 의무 근무를 해야 한다.

종합진료소란 정부소유의 외래진료소이다. 급만성환자의 치료, 검사, 방사선 검사, 약국 서비스, 예방접종, 건강검진, 교육, 정신보건 서비스를 제공하는 역할을 하고 있다. 종합진료소는 월요일에서 금요일에는 오전 8시~1시, 오후 2시~4시30분까지 운영하고 토요일은 오전 8시에서 12시30분까지 운영하며 공휴

일은 달는다. 진료비는 행위별, 환자의 질환종류별, 상태별 차이가 있을 수 있으나 기본은 <표 VIII-11>과 같다.

<표 VIII-11> 종합진료소의 진료비

(단위: SG\$)	
진찰 유형별	진찰료
성인에 대한 진찰	8.00
18세 미만 아동과 모든 취학 아동에 대한 진찰	4.00
65세 이상 싱가포르 시민에 대한 진찰	4.00
성인에 대한 약처방 (일주일 분)	1.20 ~ 6.00
취학 아동과 고령 시민(일주일 분)	0.60 ~ 3.00

싱가포르에는 약 1,470명의 의사가 운영하는 대략 2,000개에 달하는 민간의원(The Family Doctor)이 있다. 이들 민간의원은 각 도시 주민들의 주거지, 위성도시 인근에 위치한다. 싱가포르 인구의 85%가량이 고층 공공주택이나 개인소유 주택에서 거주한다. 평균적인 외래 진료비는 10SG\$에서 15SG\$(약 1만원)정도이다. 이 진료비는 공공 병원에서는 65세 이상과 18세 미만 인구에게는 75%까지 공제되고 다른 연령층의 경우 50%가 공제된다. 근무시간은 월요일에서 금요일에는 오전 9시~오후 5시까지 운영하고 토요일은 오전 9시부터 1시까지 운영하며 공휴일은 달는다. 요금은 행위별, 환자의 질환종류별, 상태별 차이가 있을 수 있으나 기본은 다음 <표 VIII-12>와 같다.

<표 VIII-12> 민간의원의 진료비

(단위: SG\$)	
진찰 유형별	진찰료
(단시간) 진료 (1 ~ 5분)	18 ~ 26
(장시간) 진료 (>20분)	25 ~ 55
(연장) 진료 (15분당)	20 ~ 25
비응급 방문진료	100 ~ 150
응급 방문진료	150 ~ 200
* 병원 입원자에 대한 진료 (일당)	50 ~ 100

### 나) (3차) 병원 서비스

싱가포르에는 26개 병원과 전문 센터에 약 11,798병상이 있으며, 이는 싱가포르 인구 1,000명당 3.2병상 (2.7 병상/1000 싱가포르 거주인)에 해당한다. 병상의 84%는 8개의 public hospital과 180~3110사이의 보조병상을 가진 5개의 speciality center에 있다. 한편 규모가 작은 16개의 private hospital이 각각 25~500병상을 보유하고 있다. 주요한 보건의료 공급자로서 정부의 역할은 병상의 공급을 조절하고 high-tech/high-cost medicine의 도입, 그리고 공공부문의 비용 상승률을 조절하는 것 등이다.

8개의 공공병원은 5개의 acute general hospital, 2개의 산부인과 정신과 전문 병원, 그리고 1개의 community hospital을 포함한다. General hospital은 여러 과의 급성 입원환자의 진료를 담당하고 분과 전문의와 전문의의 외래 진료, 24시간 응급의료 서비스 (A&E service, Accident and Emergency service)를 포함하고 있다. 더불어 안과, 피부과, 종양학, 심장학, 신경과학, 치과학을 위한 6개의 전문 기관이 존재한다. 3차 분과전문 진료 과목인 심장학, 신장학, 혈액학, 신경과학, 종양학, 방사선학, 성형 재건 수술 분야, 이식수술 분야는 두개의 규모가 큰 general hospital - Singapore General Hospital, National University Hospital - 에 집중되어 있다. 민간병원들도 유사한 과와 이에 상응하는 시설을 보유하고 있다.

공공병원에서 환자는 입원 시 각기 다른 형태의 병원 입원 시설을 선택할 수 있다. Public hospital 의 병상 중 79%는 거의 보조금으로 운영되고 나머지 21%는 완전히 환자 부담(private)이거나(Class A1, A2: 1, 2인실임 전액 환자 부담), 일부 환자 부담(semi-private) 병상(Class B2: 4~8인실 사이이고 20%에서 80%까지 보조금 지급)이다. 상급 병실에서 더 나은 서비스를 받기 위해서는 환자가 더 많은 부분을 부담해야 한다. 병실의 차이는 곧 퇴원 후 추적진료에 있어서도 이에 상응하는 진료의사에 차이가 있다. A급 병상 이용자는 퇴원 후에도 A급 병상 전담 분과 전문의에게 외래 진료를 받아야 한다. general hospital에서 평균 재원기간은 5.6일이고 평균 점유율은 약 81%가량이다. 한 가지 중요한 점은 무료 병상이 병실당 20인실 규모로 운영되고 있다는 점이다.

#### 다) 기타

정부는 Restructured Hospital로서 8개의 acute hospital과 6개의 speciality institute를 완전히 정부가 소유하고 민간 기업처럼 경영하는 하나의 기업으로 재건하였다. 이렇게 함으로써 병원경영에 자율성과 유연성을 가질 수 있고 환자의 요구에 더 신속하게 반응할 수 있게 되었다. 이 과정에서 상업적인 회계 시스템이 도입되고 더 정확한 운영비를 산출할 수 있고 재정원칙과 책임성을 갖출 수 있었다. 이렇게 재건된 병원은 다른 민간병원과 달리 정부로부터 보조금을 받는 형태이다. 즉, 재건된 병원들은 이윤을 추구하지 않는 형태이다. 이들 병원은 MOH를 통한 정부 정책에 따르게 된다.

정부는 또한 더 이상 acute general hospital에서 고가의 의료를 제공할 필요가 없는 노령, 장기 요양 환자를 위해 저렴한 community hospital을 도입하였다.

#### 라. 관리시스템

싱가포르의 보건의료서비스는 민간부문과 함께 3개의 국가부처가 관여하여 제공을 한다. 3개 국가부처의 역할을 살펴보면, 우선 보건부(Ministry of Health: MOH)는 예방/치료/재활의료서비스를 제공하며, 국가의 보건정책을 결정하고 의료수준을 규제하며 민간/공공영역을 조정하는 역할을 한다. 환경부(Ministry of the Environment: ENV)는 쓰레기/배수/오물처리/대기 및 수질오염관리/매개곤충으로 인한 전염성질환관리 및 해충관리/식품의 안전성 등을 담당한다. 노동부(Ministry of Manpower: MOM)는 산업장 및 일반 근로자들의 보건을 담당하고 의료 인력 수급을 조절하는 역할을 담당한다.

싱가포르의 경우 의료비는 개인 저축구좌에서 인출되는 것이므로 진료비 지불비용 외에 관리/운영비는 통계자료에 들어가지 않는다.

### 4. 빈곤층에 대한 의료급여(medicaid)와의 관계

3M 제도(Medisave, Medishield, Medifund)의 하나인 Medifund는 가난한 계층이

진료비를 부담할 수 없는 상황일 때 그들의 진료비를 보조해 주기 위하여 정부에서 설립한 기금으로 운영되는 사회안전망(safety net)의 일종이다. 가난한 계층이 Medisave/MediShield·정부의 보조금 등으로도 진료비를 해결할 수 없을 때 지원해 주는 것이기 때문에 최후의, 최소한의 안전망이다. 따라서 의료에 대한 1차적 책임주체인 개인과 가족이 Medisave로 해결할 수 없을 때 최후적으로 의존한다는 점에서 공적 부조(public assistance)로서의 성격을 가지나 Medisave에 가입하여야 한다는 점과 수혜대상자를 확일적으로 미리 선정해 두고 급여를 무조건 해주지 않는다는 점에서 통상적 의미의 공적 부조와는 성질이 다르다고 할 수 있다. B2나 C급병상에서 입원치료를 받거나 공공병원에서 재정보조를 받아 외래치료를 받는 환자들은 Medifund를 신청할 수 있다.

Medifund의 시작 이후, 많은 환자들이 혜택을 받아왔으며, 2002년에는 약 178,209명의 신청자 중 177,949명이 승인을 받았다. 이 때 사용된 Medifund의 총 보조액은 26.4백만SG\$이었다. 이들 중 57.7%가 B2/C 병실에서 입원환자로서 보조를 받았고, 37.3%가 외래 환자로서, 나머지 5%가 자원 복지 단체(Voluntary Welfare Organization)에 의해 이용되었다.

## 5. 사회보장제도 내에서의 건강보험

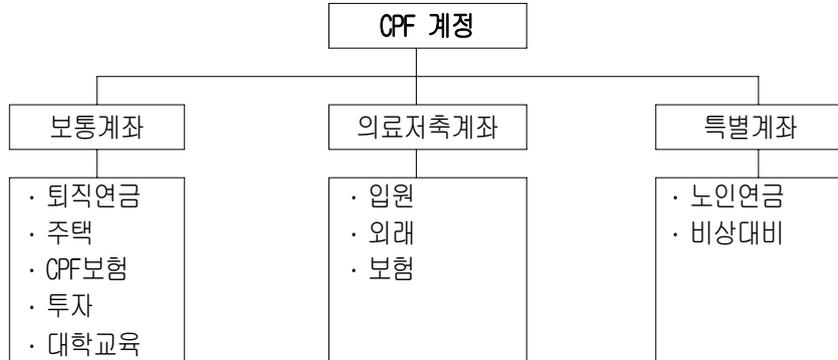
중앙적립기금(CPF)은 보험료 각출을 통하여 별도의 기금을 마련하고, 이를 중앙적립기금위원회에서 통합 관리하여 건강보험 등 사회보장 위험에 대비하는 강제적인 저축제도이다.

중앙적립기금(CPF)안은 1959년 국민행동당(People's Action Party: PAP)이 권력을 잡기 4년 전인 1955년에 영국식민지 정부에 의해 처음으로 도입되었다. 1965년에 싱가포르는 독립국가가 되었으며, 중앙적립기금(CPF)제도는 노동시장으로부터 조기에 강제 퇴출되거나 퇴직한 근로자들을 위한 재정보증을 하는 것으로서 연금 성격의 적립금으로 시작되었다. 이 후 중앙적립기금(CPF)제도는 번만큼 저축한다는(Save-as-you-earn) 접근을 토대로 고용인과 고용주로부터의

의무적인 분담금을 포함하여 지난 30년간에 걸쳐 종합적인 사회보장 기금으로 성격이 전환되어 계획적으로 확장되었다.

현재는 퇴직금, 주택구입자금, 보건의료(Medisave)지출까지를 포함하는 싱가포르의 사회보장제도를 대표하는 제도로 변천하였고, 최고 보험료 한도액은 월 6,000SG\$이다. 싱가포르 국민들은 극히 예외적인 경우를 제외하고 누구나 강제 저축구좌인 중앙적립기금(CPF)을 유지하여야 하는데, 이 구좌에 소득의 일정률을 매월 적립하고 적립금은 본인 및 가족의 의료비, 주택구입비, 교육비, 투자 등의 충당을 위해 인출할 수 있다. CPF 내에서는 세부계정을 두고 있는데 의료저축계좌인 Medisave도 이 중의 하나이다. 아래의 [그림 VIII-1]은 CPF 계정의 종류와 내용을 나타내며 중앙적립기금(CPF) 제도 내에서 의료저축계좌(Medisave Account)의 위치를 보여주고 있다.

[그림 VIII-1] CPF 계정의 종류와 내용



## 6. 장기요양제도와의 관계

### 가. Eldershield

Eldershield는 심각한 장애로 자신을 보호할 수 없는 사람들에게 재정적 도움

을 제공하기 위하여 도입되었다. 현재 싱가포르에서는 고령자 12명당 1명이 단순한 일상생활을 수행할 수 없을 정도로 고령과 질병으로 고생하고 있다. 이러한 고령자들은 고가로 인하여 재정적 도움이 요구되는 장기요양이 필요하며, 이에 따라 Eldershield는 기초적인 일상생활 3가지 이상을 할 수 없는 고령자에게 매달 300SG\$(6개월 까지)를 제공한다. 이러한 재정적 도움이 환자들과 그들의 가족에게 재정적 부담을 덜어주며, 가정이나 시설에서 간호나 의료 지拂에 이용될 수 있다.

#### 1) Eldershield의 도입

2002년 6월의 도입 시, 중앙적립기금(CPF)계좌를 소지한 40세와 69세 사이의 모든 싱가포르 시민과 영주권자는 2002년 9월 30일에 Eldershield와 관련된 소개 편지, 선택양식, 안내책자 등이 포함된 소포를 받았다. 소포를 받은 모든 수신자들은 2002년 9월 30일 이전에 탈퇴하거나 신체장애자가 아닌 한 자동적으로 가입이 되었다. 신체장애자는 MOH에 의해 설립된 IDAPE(Interim Disability Assistance Programme for the Elderly)의 재정 보조자로 고려될 수 있다. IDAPE는 가계소득 기준을 충족하는 자에 한하여 150SG\$ 또는 100SG\$ (6개월까지)의 현금이 매달 제공된다.

#### 2) Eldershield의 적용대상

도입 후 모든 중앙적립기금(CPF)계좌를 소지한 모든 싱가포르 시민과 영주권자는 40세에 도달하였을 때 자동적으로 가입이 되며 도입 시 받았던 비슷한 소포를 받게 된다.

#### 3) 보험료

Eldershield의 보험료는 피보험자의 Medisave 계좌나 배우자, 부모, 자녀 또는 손자의 계좌로부터 공제될 수 있으며, 현금으로도 지拂이 가능하다. 도입 시에 40에서 55세 사이의 피보험자는 일반보험계획(Regular Premium Plan) 하에서 65

세까지 매년 보험료를 지불하였으며, 싱가포르 시민은 정부로부터 보험료 보조를 제공받았다. 한편, 현재와 같은 안정기에는 보험료가 규칙적 보험료 계획(Regular Premium Plan)에 기초하여 지불된다.

#### 나. IDAPE(Interim Disability Assistance Programme for the Elderly)

IDAPE는 MSA제도와는 상관없이 신체장애인인 싱가포르 시민에게 재정보조를 제공하기 위한 정부보조계획이다. 반면, Eldershield의 자격조건과는 밀접한 관계가 있다고 할 수 있다. IDAPE는 고령 또는 이전의 신체장애 때문에 Eldershield에 자격 미달인 싱가포르 시민을 대상으로 하며, 일생동안 60달까지 100SG\$ 또는 150SG\$를 개인 수급자에게 제공한다.

##### 1) IDAPE의 적용대상

IDAPE의 적용대상은 2002년 9월 30일에 70세 이상인 싱가포르 시민으로 6가지의 일상 활동(Activity of Daily Living: ADL)-씻기, 먹기, 옷 입기, 화장실 이용, 움직이기, 이동하기- 중 3가지 이상을 수행 할 수 없는 자에 한정한다. 또한, 월간 가계소득이 1,000SG\$ 이하인 경우에만 해당된다.

##### 2) IDAPE의 급여

〈표 VIII-13〉 IDAPE의 월 급여액

일인당 월간 가계소득	월 급여액
700SG\$ 이하	150SG\$
701SG\$~1,000SG\$	100SG\$
1,000SG\$ 이상	IDAPE에 자격 미달

주: 일인당 월간 가계소득은 총 월간 가계소득을 총 가계구성원 수로 나눈 것임.

자료: 싱가포르 보건부(Ministry of Health Singapore)

<http://www.moh.gov.sg/corp/index.do>

## 7. 시사점

### 가. 싱가포르 보건의료 자원조달 메커니즘의 시사점

우선, 싱가포르에서는 건강에 대한 개인 및 가족 책임이 권장되어 개인이 의료이용 시 97%의 본인부담(OOP)을 지불해야 한다. 특히, MSA 제도는 포괄적인 보험급여보다는 중증질병보험 중심을 지향하며 97%의 본인부담비율(OOP)과 MSA 급여는 종합병원으로 한정된다는 것이다.

다음으로, 싱가포르의 경우 새로운 프로그램을 시작할 때, CPF를 이용한 연금프로그램으로 관리운영체계를 대신할 수 있다. 이는 새로운 조직을 형성하는 비용을 줄일 수 있고, 가입자 등록, 보험료 징수, 급여(MSA에서는 저축금 인출) 업무의 핵심적 관리 비용을 절감할 수 있다.

마지막으로 다음과 같은 시사점들을 들 수 있을 것이다. 건강 증진 및 질병 예방의 강조, 1984년에 세금에 의한 국가 자원조달체계를 강제저축체제로 전환, 공공종합진료소와 같이 보편적인 급여를 위한 기본의료 확충, 저소득층을 위한 보조금 지급과 감면, 공공영역과 민간영역간의 경쟁, 수요와 공급측면에서의 비용 절감 조치, 균형적인 건강보험제도 발전 등 이다.

〈표 VIII-14〉 MSA 제도의 장단점 비교

장 점	단 점
1. 의료비 낭비 억제	1. 의료비 남용 우려
2. 개인의 비소비액 만큼 반환	2. 국민간 위화감 조성 우려
3. 국가의 의료비부담이 거의 전무	

자료: 김경혜, 「의료저축제도」, 병원경영연구원.

<http://www.hospitallaw.or.kr/Medisave.html>

### 나. 싱가포르에서 MSA제도가 성공할 수 있었던 이유

종합병원 급 의료기관 중 80% 이상을 정부부문(government sector)이 차지(공

공 종합병원, 정부 주도의 구조 조정된 민간종합병원)함을 볼 때 정부가 공공 의료를 육성함을 알 수 있다. 직장인들의 낮은 이직률, 국민들의 높은 노동참여율, 낮은 자영업자 비율 및 높은 GDP 상승률로 효율적인 보험료 징수가 가능하다는 면도 성공의 이유로 들 수 있다.

전체자영업자의 비율이 8%대를 유지하고 있으며, 그 중 대부분을 차지하는 직종을 46개로 분류하며 자영업자 허가를 통해 소득의 파악이 용이하기 때문에 순수자영업자는 극소수를 차지하게 된다. 낮은 관리 운영비 또한 MSA 제도를 성공적으로 운영할 수 있는 기반이 된다. 저축계좌와 의료기관을 연결하는 정보 체계에서는 국가 전체 인구가 424만 명에 지나지 않고 그 중 302만 명이 Medisave에 가입하고 있어<sup>주27)</sup> 모든 업무가 전산으로 신속히 처리가능하다.

#### 다. 싱가포르의 당면문제

첫째로, 현행 싱가포르 제도에서는 고용주의 중앙적립기금(CPF) 부담 과다로 인하여 기업주가 (특히 고령자의) 고용을 꺼리게 됨에 따라 사용자 부담분 3% 축소와 저축금 산정 월급 상한선을 5,500SG\$로 하향조정하고 2006년부터는 4,500SG\$까지 축소하여 사용자 부담을 줄이는 정책을 실시할 예정이다.

둘째로, 싱가포르 정부는 적절한 비용으로 모든 국민이 양질의 진료를 받을 수 있도록 2004년 7월 5일부터 심장병 치료부분에 의료서비스 패키지(Medical Service Package)를 도입하여 입원한 병실에 따라 심장병환자의 치료비로부터 65~80%를 보조해 주고 있으며, 다른 상병으로 확대 계획을 추진하고 있다.

셋째로, 평균수명의 증가, 질병구조의 변화, 신 의료기술의 발달에 의한 개인별 의료비 지출이 증가함에 따라 55세에 달하는 가입자의 의료저축계정의 잔고 하한선을 현재 2,500SG\$에서 매년 2,500SG\$씩 단계적으로 인상시켜 2013년에는 25,000SG\$를 유지하게 하여 노후 의료비지출 증가에 대비하게 하고 있다.

마지막으로, 현행 의료보장제도는 주로 입원 및 중증질환에 한정하여 의료저축계정의 인출 허용 및 보험급여를 지급함에 따라 외래진료부분에 대한 보장성

주27) 2004년도 기준

이 약하다는 주장이 제기되고 있고, 자영자의 경우 전체 가입자 중 47%만이 저축금을 완납하고 36%는 일부 미납, 17%는 전혀 저축금을 납부하지 않고 있어 자영자의 의료비 조달문제가 대두되고 있다. 이에 대한 대안으로 보편적 가입과 외래진료의 보장성을 강화시킬 수 있는 새로운 제도를 도입하자는 주장도 제기되고 있다.

## IX. 한국의 건강보험 발전을 위한 정책과제

### 1. 건강보험제도 발전의 공통적인 지향점

국가가 의료보장의 책임을 지는 영국식 NHS 시스템으로부터 개인의 책임을 강조하는 싱가포르의 MSA 방식까지 각국의 경제사회적 여건과 의료시장의 특성에 따른 다양한 운영방식을 살펴보았다. 국가별로 건강보험의 역사적 발전과정은 상이하지만 각국에서 지향하는 공통점을 발견할 수 있다.

첫째, 의료적 접근의 사회적 형평(혹은 사회연대)과 함께 제도운영의 시장원리(경쟁을 통한 효율성)를 조화시키는 노력은 각국에 공통적이다. 다만, 어느 쪽을 강조하느냐에 따른 국가별 다양한 스펙트럼이 있을 뿐이다.

둘째, 건강보험제도 운영의 형평과 효율을 추구하면서 의료공급시장에서의 효율을 추구한다. 의료공급시장이 공공화 되어 있으면 건강보험제도는 효율을 추구하고, 반면에 의료공급시장이 민간화 되어 있으면 건강보험제도는 형평을 추구하는 등 의료공급시장과 건강보험제도간에 적절한 조화를 통한 효과적인 의료정책을 추진하려 한다.

셋째, 제도의 개혁은 끊임없이 지속되고 있다. 한번에 끝나는 완전한 개혁은 없다. 건강보험을 둘러싼 여건이 계속 변하기 때문이기도 하고, 당초 의도한 대로 개혁이 이루어지지 않기 때문이기도 하다. 어떤 이념의 정당이 집권하느냐에 따라 개혁의 방향이 달라지고, 의료시장의 이해관계자들의 이해에 따라 개혁이 탄력을 받기도 하고 좌절되기도 한다.<sup>주28)</sup>

넷째, 의료서비스 혹은 제도관리 양측면에서 통합(포괄화)의 방향으로 움직임이

---

주28) 이러한 관점에서 건강보험제도와 관계된 의료시장의 이해관계집단들은 상당한 정치적인 힘(power)을 갖고 있기 때문에 거시적인 차원의 개혁(특히 재정절감을 위한 과감한 개혁조치) 보다는 이해관계의 다양성과 상호작용을 감안한 미시적이고 종합적인(패키지화된) 정책이 실효성을 얻을 수 있다.

고 있다. 전통적인 의료서비스에 한정하여 보장하기 보다는 사회서비스 영역도 보장의 범위에 포괄하는 방향으로 나아가고 있다. 의료서비스 영역 내에서도 외래와 입원, 재활 등의 영역간 구분 보다는 영역간 연계와 통합적인 서비스를 강조하고 있다(‘수평적 서비스 통합’). 의료서비스 영역 내에서 일차의료와 이·삼차의료를 연계 혹은 통합적인 서비스를 강조한다(‘수직적 서비스 통합’). 제도의 관리조직에 있어서 보험자(조합)들이 경쟁을 통해 통합되는 경향을 보이며, 재정운영도 통합적 운영을 통한 효율화를 지향하는 경향이 있다.

아래에서는 각 부문별로 좀더 구체적인 개혁의 시사점을 도출해보고자 한다.

## 2. 건강보험의 적용대상

유럽의 사회보험방식 국가들에서는 스스로 질병위험에 대처할 수 있는 계층에 대해서는 강제적용에서 제외하고 있다. 이는 건강보험이 출범할 당시에 질병위험에 대처하기 어려운 열악한 환경의 근로자, 그리고 농민 등 사회적 취약 계층에 대해 건강보험을 적용할 필요성이 있었기 때문이었다. 또한 조합방식으로 운영하면서 직종별로 적용대상을 확대해나갔기 때문에 직종별 조합의 결성이 어렵거나 필요하지 않은 경우에는 건강보험의 적용에서 제외되었다. 따라서 고소득층이나 자영업자 등은 건강보험의 강제적용에서 대체로 제외되는 경향이 있다.

독일의 경우 일정 소득상한을 초과할 경우 강제적용이 되지 않는다. 그리고 1883년에 도입된 이후 1909년 근로자, 1911년 농업근로자, 1972년 농민, 과수·원예·양봉·어업 등에 적용되었고, 1975년 장애인과 학생, 1981년에는 예술가에 적용되었다. 이같이 점진적으로 적용이 확대되어 왔다. 네덜란드의 경우 인구의 35%는 민간보험에 가입하고 있는데, 네덜란드의 민간보험은 강한 사회보험적인 색채를 띠고 있다. 그런데 중증질환 및 장기요양, 가정간호 등은 별도의 특별보험으로써 전 국민이 강제 가입하도록 하고 있다. 반면에 자유주의 복지국가 유형에 속하는 영국이나 캐나다, 미국은 장기요양서비스를 자산조사를 통해

수혜대상자를 선정하여 급여하는 잔여적인 접근을 하고 있다.

그런데 건강보험제도가 아시아 국가에 도입되면서 전 국민에게 강제 적용되었다. 일본을 시작으로 한국, 대만, 싱가포르 등이 대부분 전 국민을 대상으로 건강보험제도를 적용하고 있다. 일본은 1922년 근로자를 대상으로 제도를 도입한 이래로 1938년 자영업자에게 적용하고 1961년에 전 국민 보증을 달성했다. 이러한 과정에서 직장에서 은퇴하는 노인의 건강보험 부담이 지역주민에 과도하게 전가되는 것을 방지하기 위해 직장조합의 적용을 받도록 하는 퇴직자의료제도가 창설되었다. 그리고 노인의 의료보장을 위해 노인의료 무료화 사업을 1970년대에 자치단체별로 시작하여 1983년 노인보건법 제정으로 모든 노인의 의료비부담을 획기적으로 경감하였다. 그러나 이러한 노인의료비 경감대책은 고령화의 진전과 더불어 보험재정에 상당한 압박으로 돌아와 노인의 본인부담율을 인상하게 되고 궁극적으로 2000년에 개호보험을 시행하게 되었다.

대만은 1950년에 노동보험을 도입함으로써 우리나라에 비해 먼저 시작하였으나, 1985년에야 농민에 대한 적용을 거쳐 1995년에 전 국민 보증을 달성하였다. 싱가포르는 1965년 독립하면서 NHS제도를 근간으로 하였으나 NHS 체제의 문제점이 드러나고 보험재정이 악화됨으로써 1980년에 MSA 제도 도입을 검토하기 시작하여 1984년 Medisave를 전 국민 건강보험제도로 도입하였다. 흥미로운 것은 빈곤층에 대한 의료비 대부제도인 Medifund 제도의 혜택을 받기 위해서는 Medisave에 가입되어 있어야 하고 신청 당시에 자산조사를 거쳐 혜택의 여부가 결정되므로 우리나라의 의료급여제도와는 상당한 차이가 있다.

건강보험의 적용대상은 반드시 전 국민이어야 할 당위성은 없을지 모른다. 그렇다면 어느 정도로 풀링(pooling)할 것인가? 적용대상의 범위가 넓어질수록 위험분산효과는 커질 것이다. 특히 고소득층을 포괄할수록 부담의 재분배효과는 커질 것이다. 만약 위험분산과 재분배 효과를 충실히 달성할 수 있는 장치를 보완한다면 전 국민에 대해 강제적용을 하지 않아도 될 것인가? 전 국민에 대한 적용 문제는 이론적이고 실리적인 판단 이외에 역사적인 맥락과 국민의 정서, 그리고 정치적인 판단이 개입되는 것 같다.

이러한 점에서 몇 가지 검토할 수 있는 문제는 첫째, 고소득 자영업자(예, 의

사, 변호사 등)이면서 소득과약이 잘 되지 않는 직종을 건강보험의 강제적용에서 제외하는 방안이 제기될 수 있다. 이들 계층은 소득과약의 한계에도 불구하고 보험급여 혜택 보다 더 많은 보험료를 부담하기 때문에 사회 연대적 관점에서 건강보험에서 제외하기는 어려울 것이다. 둘째, 현재 직장과 지역으로 양분하여 관리하고 있는데, 단일 부과체계가 개발되지 않는 한 통합된 관리는 어렵다. 직장과 지역으로 단순화된 이원체제 보다는 다원화된 관리체제로 운영하는 방안을 검토할 수 있다. 특히 지역의 적용대상자의 구성은 매우 복잡하기 때문에 대상 집단의 성격이 유사한 집단별로 구분하여 관리하는 것이 효율적일 수 있다. 그 밖에 직장근로자로서 퇴직한 경우 지역가입자로 편입하지 않고 계속해서 직장에서 관리하는 방안을 검토할 필요도 있다. 셋째, 의료급여대상자를 건강보험에 편입하는 방안도 이제는 깊이 연구할 필요가 있다. 많은 국가에서 빈곤층에 대한 의료보장 프로그램을 별도로 운영하지 않고 건강보험제도 속에서 관리하는 경우가 많다. 건강보험의 보장성이 강화되고 소득수준을 감안한 본인부담상한제가 실효성 있게 도입된다면 의료급여대상자의 보호는 건강보험의 틀 내에서도 확보될 것이다. 건강보험제도에서 의료급여 까지 관리하게 되면 그동안 비교적 허술하게 관리되었던 의료급여의 이용량이나 진료비용의 관리효율성 제고를 기대할 것이다.

한국 건강보험의 적용대상자에 대한 자격관리에 대한 논의는 그동안 소홀하였으며 새삼 강조되어야 한다. 자격관리에 토대를 둔 보험료징수에 대부분의 관리비용을 쓰면서도 체납자수는 점점 늘어왔다. 이러한 자격 및 징수 실적에 대한 성과관리가 이루어져야 하고, 현재의 통합적인 방식 내에 경쟁적 성과관리 시스템이 들어와야 할 것이다. 특히 자영자 및 보험료체납이 만성화되어 있는 집단에 대한 충실한 관리는 필수적이다.

### 3. 보험급여

보험급여는 보험재정의 악화에 따라 점차 개인의 책임을 강화하는 경향이 나

타나고 있으며, 보험급여를 축소하는 데에 있어서 우선순위에 대한 평가를 거치고 있다. 보험급여 정책에 있어서 매우 중요한 핵심은 대부분의 국가들에서 고액의 환자부담에 대한 상한선 제도를 갖고 있는 것이다.

보험급여가 매우 관대하였던 독일은 교통비, 방문간호, 요양비 등을 임의급여로 전환하거나, 처방 없는 의약품을 2004년 급여에서 제외하기도 하였고, 장제비, 출산수당, 불임시술, 안경, 인공수정 등을 축소 조정하였다. 환자본인부담을 10%로 인상하기도 하였다.(단, 상한을 제한) 급여를 축소하면서 조합별 부가급여를 허용하기도 하였으나 진보적인 시민당이 집권(1998년)하면서 부가급여를 폐지하였다. 네덜란드는 1964년 질병보험의 도입과 더불어 중증·장기질환에 대한 장기요양보험을 1968년에 도입하여 고액의료비에 대한 보장성을 담보하는 장치를 마련하였다. 1년 이상 입원이 장기화될 경우는 장기요양보험에서 보장한다. 1991년 Dunning 위원회는 의료기술의 경제성 평가를 토대로 급여의 우선순위를 정하도록 하였다. 일본은 1975년 고액요양비제도를 도입하여 고액의 환자부담에 대한 상한을 제한하는 조치를 취하였다. 보험재정의 압박에 따라 본인부담 정책은 수시로 변화하였으나 취약층에 대한 부담을 경감하는 정책은 유지하였다. 즉, 1997년 6세미만 아동의 약제비부담을 면제하였고, 2002년에는 일반적인 보험급여율 70%에 대해 3세미만 아동에게는 80%, 70세 이상 노인에게는 90%를 적용하였다.

대만은 본인부담상한제를 채택하고 있다. 입원건당 본인부담이 국민소득 평균의 6%를 넘지 않도록 하고, 연간 본인부담은 국민소득 평균의 10%를 넘지 않도록 하였다. 본인부담률을 진료영역별·의료기관종류별로 차등화 하였고, 입원기간별·급만성병실별로 차등화 하였다. 특히 중대상병·분만·예방·도서벽지환자에 대해 본인부담을 면제하는 정책을 취하고 있다. 싱가포르의 MSA 제도는 주로 중질환 중심으로 보장하고 있으며, 특히 Medishield를 통하여 고액진료비에 대해 보험방식으로 대처하는 장치를 두었다.

이상과 같이 보험급여는 우선적으로 질병위험으로부터 가계를 보호할 수 있도록 본인부담의 상한을 두는 것이 중요한 시사점이 된다. 그리고 중증질환을 우선적으로 보장하는 데에 우선순위를 두고 있다. 환자부담의 구조를 진료부문

별로, 환자의 사회적 계층별로 재조정하여 꼭 필요한 곳의 환자부담은 대폭 줄이고 우선순위가 떨어지는 곳은 환자부담을 상향하는 구조조정을 고려해야 할 것이다. 그리고 의료서비스의 영역을 다층 혹은 다원적으로 분리하여 접근하는 점도 시사점이 있다. 네덜란드는 중증·장기질환보험, 급성질환보험, 민간보충보험 등 3층적인 접근을 하고, 싱가포르의 MSA 제도를 3층적으로 운영하고 있으며, 최근 장기요양을 위한 Eldershield를 도입하였다. 독일과 일본이 장기요양서비스에 대해 별도의 보험제도를 창설하였다. 일본은 건강보험제도 내에 특정한 목적별로 여러 계정을 별도로 운영하는 것이 특징적이다. 보험급여를 총체적으로 하나의 주머니 속에서 관리하는 것 보다는 여러 개의 주머니로 분리하여 관리하는 것이 의료보장제도가 지향하는 여러 목적들을 달성하는 데에 효과적일 수 있다.

#### 4. 재원조달

재원조달에 있어서는 각국이 효율적인 보험료 징수체제를 확립하고 있다. 영국은 조세재원이므로 국세청의 징수시스템을 활용하고 있고, 독일은 4대사회보험의 징수를 1942년에 건강보험 조직에서 담당하도록 하였다. 대만은 건강보험청에서 직접 징수하는 방식 보다는 직종별 협회를 이용한 징수의 효율화를 도모하였으며, 싱가포르의 CPF(Central Provident Fund)라는 사회보장적립기금제도의 징수시스템을 이용하여 건강보험의 재원을 조달하고 있다. 미국 역시 OASDHI 제도의 재원조달을 국세청에 의해 통합 징수하는 시스템을 이용하고 있다. 일본은 대기업과 중소기업을 구분하여 별도로 징수관리를 하고 있는 비효율성이 있으나, 지역주민에 대한 보험료징수는 기초자치단체의 조직을 활용하고 있는 점에서 효율적이다.

우리나라의 징수방식은 건강보험제도 도입 초기에 시행착오를 거치면서 우리 실정에 맞도록 설계되고 보완된 방식을 대체로 유지하고 있다. 건강보험조합을 통합하면서 전국적으로 일원화된 부과체계를 도입하였으나, 소득, 재산(부동산

과세표준), 자동차 및 가구원을 토대로 보험료를 부과하는 기본적인 방식은 유지하고 있다. 그리고 과거의 조합이 보험료를 징수하던 방식이 건강보험공단의 지역별 지사에서 징수하는 방식으로 전환되었다. 이러한 징수방식에 대해 비판이 무성하지만 오랫동안 익숙해져 온 징수방식을 바꾸는 데에 따르는 위험을 생각하지 않을 수 없다. 현행 징수방식을 대체할만한 새로운 방식을 개발하기 쉽지 않다. 그러나 현재의 징수시스템이 앞으로도 과연 지속가능할 것인지에 대해 회의적인 의견들이 많다. 사회보험 징수조직을 통합하여 국세청 산하에 징수공단을 두고 통합 징수하는 대안이 유력하게 부상하고 있다. 앞서 본 바와 같이 상당수의 국가들에서 징수전문조직인 국세청에서 징수하고 있는 점은 시사하는 바가 크다. 다만, 우리나라의 현재의 실정에 맞는지에 대한 심도 있는 검토가 필요할 것이다. 국세청에서 징수하기 시작하면 그동안 소득과약에 소홀하였던 계층의 소득 과약률이 올라갈 것을 기대하고 있다. 그 밖에 다른 대안으로 건강보험의 재원조달은 조세방식으로 전환하는 방안이 있다. 조세방식의 장점은 보험료체납의 사각지대를 근원적으로 해소할 수 있고 기존의 복잡한 부과체계의 운용에서 벗어나고, 복잡한 징수방식에 따른 많은 징수인력을 절감할 수 있는 것이다. 그러나 단점으로는 방대한 보험재정을 세금으로 충당할 때에 따르는 조세부담의 문제, 일반재정으로 할 것인지 목적세로 할 것인지, 전액 국세로 할 것인지 일부 지방세 부담을 할 것인지 등 많은 논의가 필요하다. 그리고 조세방식으로 전환하게 되면 건강보험재정은 예산제로 운용해야 할 것이고, 의료비에 대한 상당한 통제가 가해질 것이다.

## 5. 지불보상제도

지불보상방식은 대부분의 국가들이 포괄화의 길을 걸어왔다. 독일은 1930년에 보험의사연합회를 설립하면서 총액예산제를 도입하기 시작한 오랜 역사를 갖고 있다. 2000년에 종합병원에 DRG를 도입하려 하였으나 주 정부가 반대하였다. 그러나 2003년에 다시 법을 제정하였다. 독일은 외래, 입원, 약품 부문에

영역별 예산상한제를 운영하여 왔으나, 사민당과 녹색당 연정이 1998년에 집권 하면서 총액예산제 도입을 추진하였다. 그러나 사민당의 총선패배로 결국 영역별 예산제로 다시 후퇴하였다. 네덜란드는 의료부문에 할당하는 총액예산을 토대로 의료부문내 각 세부부문별로 단계적으로 예산을 배정하는 방식(cascading budgeting)을 취하고 있다. 다만 역시 예산제를 채택하고 예산제하에서 행위별 수가에 의해 분배하고, 병원에 대해 DRG(50개)에 의한 배분, 도서산간지역에 인두제를 도입하고 있다. 미국은 의사서비스에 대해 행위별수가를 채택하지만 총액의 증가율을 ‘SGR’(sustainable growth rate)방식으로 통제하고 있으며, 병원관리비용에 대해 DRG 방식을 채택하고 있다.

대부분의 국가들의 경우 건강보험지출의 예산총액을 제한하면서 내부적인 효율을 담보하는 방향으로 발전하여 왔다. 즉, 총액을 제한하되 의사의 전문서비스에 대해서는 개별 서비스 행위별로 보상하고, 그 밖의 병원관리비용에 대해서는 비용항목별 보상이 아닌 포괄화된 방식으로 보상하고 있다. 우리나라의 경우에도 현재 지출총액의 한도가 정해지지 않은 open-ended 방식으로 지불보상하는 시스템을 계속 유지하기 어려울 것이다. 의료부문별로 이윤이 적정하게 보상되는 기전을 마련하면서 총액을 제한하는 방식으로 나아가야 할 것이다. 현재 의료부문별로 이윤에 상당한 격차가 존재하고, 이 때문에 의료의 건전한 발전이란 측면에서 왜곡이 나타나고 있다. 의료부문별 보상이 적절한 균형을 이루어야 할 것이고, 보건 정책적으로 육성이 필요한 곳에는 지불보상 측면에서의 유인이 필요할 것이다.

## 6. 재정운영 및 관리방식

건강보험의 재정운영 및 관리방식은 대체로 의료비용을 억제하고 경쟁시스템을 도입하려는 방향으로 개혁되어 왔다. 영국은 개원의에 대해 GP fundholding의 기능을 부여하여 개원의에게 일차의료의 문지기(gatekeeper) 역할을 부여하는 동시에 환자의 대리인으로써 환자의 전문적 진료서비스 및 입원서비스를 알선

하는 역할을 부여함으로써 비용을 절약하고 병원간의 경쟁을 유도하는 시스템을 도입하였다. 그러나 이 시스템이 의도한 대로 작동하지 않자, 노동당 정부는 지역별로 PCG(primary care group) 혹은 PCT(primary care trust)와 같은 일차의료 그룹으로 집단화하여 보건당국과 계약하는 시스템으로 전환하였다. 여기에서는 의료서비스 뿐 아니라 사회서비스까지 포괄적으로 제공하는 역할을 부여받고 있다. 근래에는 HAZ(health action zone)을 창설하여 취약지역에 대한 교육 및 주택, 의료서비스 등을 포괄적으로 제공하는 방식까지 도입하고 있다. 영국의 PCG 혹은 PCT 는 미국의 관리의료(managed care) 방식과 운영원리가 유사하여 영국의 NHS방식과 미국의 자유주의 의료방식이 수렴하는 접점을 찾아가고 있다는 점에서 흥미로운 사실이다.

아무튼 영국이나 미국은 서로 다른 의료시스템을 갖고 있으면서도 경쟁유인을 통한 효율성을 제고하려는 노력을 해왔다. 즉, 영국은 국가공영의 의료공급 체계와 국가의료재정 체계를 구축하고 있으면서 공급 시장 내에 시장원리를 도입하였고, 반면에 미국은 민간중심의 공급체계 속에서 과도한 자유방임형 서비스 거래방식으로 인하여 발생하는 비효율을 제거하기 위하여 직접적인 통제 보다는 치밀한 경쟁시스템을 통해 시장을 관리하는 소위 ‘managed competition’의 방식을 적용하고 있다.

독일은 비교적 너그러운 보험급여를 제공하고 있었기 때문에 의료비용과의 끊임없는 전쟁을 벌여왔다. 공급시장에 대한 규제와 더불어 보험관리의 경쟁시스템을 도입해왔다. 1956년에 연방보험청을 설립하여 관리하였으며, 보험의사수를 통제하고 지역별 의료수요에 따라 보험의사를 허가하였으며, 정년을 68세로 제한하고, 의약품의 처방총량을 제한하는 등 규제를 가하였다. 한편으로는 가입자에게 질병금고 선택권을 부여하는 등 경쟁을 강화하였다. 진보적인 성향을 지닌 사민당·녹색당 마저도 전 국민보험을 지향하는 국민보험모형을 제시하면서 민간보험사에게도 국민보험의 운영권한을 부여하는 제안을 하였고, 개인이 공보험과 민간보험간에 선택을 허용하였다. 나아가 조합, 보험의사, 종합병원 3자간에 직접 계약을 허용하는 경쟁시스템의 도입을 제안하였다.

네덜란드는 조합간 경쟁을 허용함으로써 1940년 108개의 조합이 1999년에 30

개로 줄었으며, 이중 6개의 대형조합이 대부분의 시장을 점유하고 있다. 병원의 capacity를 규제함으로써 공급요인으로부터의 의료비 발생을 억제하고 있다.

싱가포르는 CPF 시스템을 이용한 재정관리의 효율성을 확보하고 있으며, 의료공급의 80%는 공공의료이면서 재정운영은 저축방식과 같은 시장적인 메커니즘을 혼합하여 운영하고 있다.

우리나라의 경우 민간중심의 공급시스템을 유지하고 있으면서 재정운영은 공공성을 강화하려 함으로써 균형을 맞추고 있다. 그런데 우리나라의 의료시장은 미국 보다 더 자유롭게 방임된 측면이 강하다. 또한 ‘gatekeeper’로서의 일차의료의 역할이 제대로 정립되어 있지 못하고, 의료기관 유형별 역할이 미분화된 상태에서 의료기관간 고객 확보와 수익성 경쟁이 가열되고 있는 상황이다. 더구나 의료시설이나 병상의 증설에 대한 규제가 거의 없어 공급요인으로부터 비롯된 의료비 증가에 노출되고 있다. 이에 따라 건강보험재정의 지속가능성이 위협받을 것이다. 따라서 의료공급에 대한 올바른 규제와 더불어 재정측면에서의 통제가 필요할 것이다. 전체 자원 중에서 의료자원에 대한 투입의 적정선을 설정하여 의료자원 투입량 내에서 적절한 의료부문간 효율적이고 공평한 배분이 이루어져야 할 것이다. 건강보험이나 의료급여, 나아가 예방 및 건강증진사업 등 필수적인 보건의료 서비스의 범위를 정하고, 필수서비스에 대한 보장성은 확보되어야 할 것이다. 다만, 100% 보장성을 확보하기 어렵다면 보장성의 구조에 대한 검토가 필요하다. 예를 들어, 고액진료비에 대해서는 환자부담의 상한선을 설정하고, 긴급하지 않거나 도덕적 해이의 가능성이 있는 진료부문에 대해서는 보장성의 수준을 다소 낮추는 것이다. 필수서비스의 범위를 초과하는 서비스는 자유시장에서의 소비자 선택에 맡기되 소비자보호를 위한 일정한 규제가 필요할 것이다.

## 참 고 문 헌

<영국>

Baggott R. Health and health care in Britain. London: McMillan.

Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the UK. *European Journal of Public Health* 1995, 5:233~239.

Department of Health. The New NHS, Modern, Dependable. The Stationery Office, London, 1997.

Dixon J, Glennerster H. What do we know about fundholding in general practice? *British Medical Journal* 1995, 308:772~775 .

Dixon J, Holland P, Mays N. Developing primary care gatekeeping, commissioning and managed care. *BMJ* 1998; 317: 125-128.

Glendenning C. GPs and contracts: bringing general practice into primary care, *Policy and Administration*, 1999, 33;2: 115~131.

Glennerster H, Matsaganis M, Owens P. Implementing GP fundholding: wild card or winning hand? Open University Press, Buckingham, 1994.

Goodwin N, Mays N, Mcleod H, Malbon G, Raftery J. Evaluation of total purchasing pilots in England and Scotland and implications for primary care groups in England, *BMJ* 1998; 317: 256~259.

Griffiths C, Sturdy P, Naish J, Omar J, Dolan S, Feder G. Hospital admissions for asthma in east London: associations with characteristics of local general practices, prescribing, and population. *BMJ* 1997; 314: 482~486.

- Majeed A, Malcolm L. Unified budgets for primary care groups. *BMJ* 1999; 318: 772~776.
- Majeed A. Adapting routine information systems to meet the needs of primary care groups. *Pub Health Med* 1999; 1: 4~11.
- Malcolm L. GP budget holding in New Zealand: lessons for Britain and elsewhere. *BMJ* 1997; 314: 1890~1892.
- National Health Service Executive. *Developing Primary Care Groups*. NHS Executive, Leeds, 1998.
- National Health Service Executive. *Personal Medical Services Pilots under the NHS (Primary Care) Act 1997: a comprehensive guide*. NHS Executive, Leeds, 1997.
- National Health Service Executive. *Towards a Primary Care Led NHS*. NHS Executive, Leeds, 1995.
- NHS Confederation. *Primary care groups: hopes and fears survey*. NHS Confederation, Birmingham, 1999.
- NHS Executive. *Primary Care Trusts*. Department of Health website, 2001.
- Pollock AM. Will primary care trusts lead to US-style health care *BMJ* 2001; 322: 964~967.
- Robinson R, Steiner A. *Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service*. Open University Press, Buckingham, 1998.
- Saltman R, Figueras J, Sakellarides C. *Critical challenges for health care reform in Europe*. Open University Press, Buckingham, 1998.
- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998; 316: 39~42.

Secretary of State for Health. The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform, The Stationery Office, London, 2000.

Smith J, Regen E, Goodwin N, McLeod H, Shapiro J. Getting into their stride: interim report of the national evaluation of Primary Care Groups. Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1999.

Smith P, Sheldon T, Carr-Hill R, Martin S, Peacock S, Hardman G. Allocating resources to health authorities: results and policy implications of small area analysis of use of in-patient services. BMJ 1994; 309: 1050~1054.

Walsh N, Allen L, Baines D, Barnes M. Taking off: a first year report of the Personal Medical Services (PMS) Pilots in England. Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1999.

Wilkin D, Gillam S, Smith K. Tracking organizational change in the new NHS BMJ 2001; 322: 1464~1467.

<http://www.haznet.org.uk/>

<http://www.doh.gov.uk/pricare/pcts.htm>

<http://www.doh.gov.uk/pricare/improvedaccess.htm>

<독일>

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Übersicht über das Sozialrecht, 2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Statistisches Taschenbuch 2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Sozialbericht 2005.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ratgeber zur gesetzlichen

Krankenversicherung, 2005.

Frerich, J., Lehrbuch der Sozialpolitik, 1991

<네덜란드>

de Folter R.J. Medical specialists and hospitals - living apart, together. In: Schrijvers AJP(ed). Health and health care in the Netherlands. De Tijdstroom, Utrecht. 133~143. 1997

de Melker, RA. Th. Verheij.(1997) The Family Doctor - Central pillar of the Dutch health system. 65~77. In: Schrijvers AJP(ed). Health and health care in the Netherlands. De Tijdstroom, Utrecht.

<http://internationalezaken.szw.nl/>

Government Committee on Choices in Health Care. Choices in Health Care. Zoetermeer: Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.

Ham C, Priority setting in health care: learning from international experience. Health Policy, 1997 42; 49~66

Lamers LM, van Vliet, RCJA, van de Ven WPMN. Risk adjusted premium subsidies and risk sharing: key elements of the competitive sickness fund market in the Netherlands. Health Policy 2003 65; 49~62

Leichter HM. A comparative approach to policy analysis. Health care policy in four nations. Cambridge University Press. 1979. pp.110~156.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - NL. The Health insurance in the Netherlands. The Hague, 2002. pp.7~12.

NIPO, 1995. Nederlander wil goede maar goedkope gezondheidszorg. Staatscourant, 8/11/1995.

Scheerder R.L.J.M. Financing of the Dutch health care system. In: Schrijvers AJP(ed). Health and health care in the Netherlands. De Tijdstroom, Utrecht. 199~208. 1997.

Statistics Netherlands. Statistical Yearbook of the Netherlands 2004. 2004. 9.30. accessed.

<http://www.cbs.nl/en/publications/articles/general/statistical-yearbook/a-3-2004.pdf>

Suzan V. Your money or my life: justice, solidarity & responsibility in Dutch Health Care. 2001. Vrije University.

#### <미국>

김창엽, 『미국의 의료보장』, 한울아카데미, 2005.

김재연·김경하·한만호·박종연·서남규·엄의현·전창배, 『외국의 건강보장제도 동향조사』, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2003.

김재연·김경하·박병희·박희동·배성일·이효진·엄의현·전창배, 『외국보험자의 관리운영체계 비교조사』, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2004.

David Dranove, The Economic Evolution of American Health Care, Princeton University Press, 2000.

#### <대만>

김재연·김경하·한만호·박종연·서남규·엄의현·전창배, 『외국의 건강보장제도 동향조사』, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2003.

김재연·김경하·박병희·박희동·배성일·이효진·엄의현·전창배, 『외국보험자의 관리운영체계 비교조사』, 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2004.

김정희, 「대만의 요양기관계약제」, 『건강보험포럼』, Vol.3, No.2, 2004.

- 최숙자·김정희, 「대만의 총액예산제」, 『건강보험포럼』, Vol.2, No.3, 2003.
- Yue Chune Lee, 「대만의 효과적인 의료비 억제와 효율적인 의료전달체계 확립을 위한 진료비 지불제도 고찰」, 『국민건강보험공단 창립4주년기념 건강보험제도 발전을 위한 국제학술심포지움 자료집』, 국민건강보험공단, 2004.
- Yue Chune Lee, 「대만 국민건강보험의 재정안정」, 『한국-대만 국민건강보험 국제심포지움 자료집』, 국민건강보험공단, 2005.
- 대만全民건강보험법
- <http://www.nhic.gov.tw>
- <http://www.hani.co.kr>
- <http://www.mofe.go.kr>
- <싱가포르>
- 김경혜, 「의료저축제도」, 병원경영연구원.
- <http://www.hospitallaw.or.kr/Medisave.html>
- 양성일·최혜련, 『대만/싱가폴 출장보고서』, 보건복지부, 2000.
- 유경준·심상달, 『취약계층 보호정책의 방향과 과제』, 한국개발연구원, 2004.
- 손호철·강명세·안재홍·마인섭·양재진, 『세계화 도전과 한국복지국가의 대응』, 한국정치학회, 2003.
- 최인덕·백운국, 「MSA(Medical Savings Accounts)제도의 외국사례 고찰」, 『건강보험포럼』, Vol.3, No.1, 2004.
- Central Provident Fund Board Singapore, Annual Report 2004.
- Ministry of Health Singapore, Health Facts Singapore 2004.

Ramesh M., 「Social Security through Compulsory Savings: the Case of Singapore」, 『OECD 아시아 사회정책센터 개소기념 국제심포지엄 자료집』, OECD 아시아 사회정책센터, 2005.

OECD, OECD Health Data 2005.

<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/sn.html>

<http://www.income.coop/insurance/eldersshield/>

<http://www.singstat.gov.sg/keystats/economy.html#pubfin>

<http://www.tradeport.org/ts/countries/singapore>

연구보고서 2005-26

---

건강보험제도의 발전과정 비교연구  
A Comparative Study of the Development of Health Insurance

---

발행일	2005년 12월 일	값 8,000원
저 자	최 병 호 외	
발행인	김 용 문	
발행처	한국보건사회연구원	
	서울특별시 은평구 불광동 산42-14 (우: 122-705)	
	대표전화: 02) 380-8000	
	<a href="http://www.kihasa.re.kr">http://www.kihasa.re.kr</a>	
등 록	1994년 7월 1일 (제8-142호)	
인 쇄	동원문화사	

© 한국보건사회연구원 2005

---

ISBN 89-8187-373-9 93330