

독일 의료보험의 본인부담 상한제도: 한국 의료보험에 주는 함의를 중심으로

우 경 숙¹ | 신 영 전^{1*}

¹ 한양대학교

* 교신저자: 신영전
(yshin@hanyang.ac.kr)

| 초 록 |

본인부담 상한제는 과도한 의료비로부터 개인과 가구를 보호하는 의료 안전망으로 여러 국가에서 운영하고 있다. 이 연구는 보편적 의료보장 수준이 높은 독일의 본인부담 상한제를 고찰하여, 향후 한국의 본인부담 상한제의 실효성 제고와 의료보험제도 개선을 위한 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

독일은 1989년 ‘의료보험개혁법’을 통해 전액 및 일부 본인부담면제, 2003년 ‘의료보험현대화법’ 현재의 본인부담 상한제로 개정되었다. 상한제 운영은 보험자인 질병급고가 상한제 규정 및 원칙에 근거하여 운영한다. 독일에서 환자는 서비스 이용 시점에 10%의 정률부담금을 지불하지만 항목별로 10유로의 고정 금액이 설정되어있고, 가구 단위로 본인부담금이 연간 상한액을 초과하면 면제해주는 이중 안전망으로 설계되어 있다. 본인부담 상한액은 연간 가구 총소득의 2%, 만성질환자 가구는 1%로 낮은 수준이며, 상한액 산정에 ‘가족에 대한 고려’, ‘저소득 가구 특별 규정’, ‘사회부조 한도액 대출’ 등의 특성을 반영하여 차등화하고 있다.

최근 보장 수준의 일부 후퇴에도 불구하고, 소득비례 상한기준 적용을 통한 형평성 제고와 개인 및 가구의 특성을 고려하여, 정교하게 설계된 본인부담 상한제라는 두터운 이중 의료 안전망을 운영함으로써 84.6%의 높은 보장 수준과 2.4%의 낮은 재난적 의료비 발생률을 보이고 있다. 이와 같은 독일 본인부담금 제도의 특징은 유사한 제도를 운영하면서도 독일에 비해 내용과 구조적 한계를 가지고 있는 한국 본인부담제도 개선에 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

주요 용어: 독일, 의료보험제도(GKV), 본인부담금, 본인부담 상한제도, 건강보험 보장성

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 본인부담 상한제는 환자가 부담하는 의료비 총액이 연간 일정 금액을 초과하는 경우에 국민건강보험공단이 초과금액을 지원하는 제도이다. 이 연구는 독일 의료보험의 본인부담 상한제를 검토하여 한국 제도의 개선을 위한 시사점을 살펴보고자 한다.

새롭게 밝혀진 내용은? 독일에서 의료보험으로 의료서비스를 이용할 때, 환자는 의료 기관에 서비스당 10유로 이하의 매우 저렴한 비용을 직접 지불한다. 또한 1년 동안 이용한 서비스 비용이 아무리 커도 가구 소득의 2%의 금액까지만 지출하면, 나머지 금액은 독일 의료보험공단에 해당하는 정부기관이 초과금액을 부담한다. 또한 만성질환자가 있는 가구는 연간 소득의 1%까지만 의료비를 부담하도록 설계하였고, 가구 구성원, 장애 수준, 돌봄 필요성 등 다양한 특성을 반영하고 있다. 이와 같은 독일의 본인부담 상한제도는 질병으로 인한 경제적 위험으로부터 국민을 안전하게 보호하는 역할을 하고 있다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 독일의 본인부담 상한제는 형태는 유사하지만 의료비로부터 국민을 보호하는 데 한계가 있는 한국의 본인부담 제도를 개선하는 데 활용할 수 있을 것이다.

■ 투 고 일: 2022. 07. 31.
■ 수 정 일: 2022. 11. 07.
■ 게재확정일: 2022. 11. 21.

1. 서론

의료보험체계의 1차적인 목표는 의료비의 상당 부분을 보험자가 부담하는 방식을 통해 과도한 의료비로 인한 생계파탄을 막는 것이다. 그럼에도 불구하고 일부 환자들에게는 과도한 의료비가 발생할 수 있는데 이를 막기 위한 핵심 안전장치 중 하나가 '본인부담 상한제(caps on cost-sharing)'이다. 본인부담 상한제는 그 나라의 사회·경제적 여건, 의료보험의 보장 수준, 지불방식 등에 따라 다양한 방식으로 대부분의 선진국에서 운영되고 있다.

한국의 국민건강보험은 보장인구 측면에서 보편적 의료보장과 단일 보험자를 통한 보험재정의 통합운영을 특징으로 하며, 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 상대적으로 낮은 의료비 지출함에도 불구하고 기대수명이 높고, 영아 사망 및 암 사망률 등이 낮아 비교적 효율적이라는 긍정적 평가를 받고 있다(김용익, 2018; 신정우, 2020). 그러나 국민의 기본적 권리이자 건강권의 기초가 되는 건강보험 보장률이 OECD 국가 평균 80%에 미치지 못하는 65.3% 수준(2020 기준)이다. 이와 같은 낮은 보장 수준은 미충족 의료 경험률과 재난적 의료비 발생과 재정적 어려움으로 인한 보험료 미납 등의 이유로 급여가 중지되어 의료 사각지대에 놓인 취약계층이 발생하고 있다(신영전, 2019). 구체적으로, 한국의 의료 미충족률은 2019년을 기준으로 국민건강영양조사 5.8%, 지역사회건강조사 5.3%, 2017년 기준 한국의료패널 11.6%로 나타났다(장빛나 외, 2022). 이에 비해 OECD 국가의 의료 미충족률 평균은 2.5% 수준으로(OECD, 2021), 한국의 미충족 의료 경험률은 여전히 높은 실정이다. 또한 재정적 보호 지표로 사용되는 재난적 의료비는 한국의 경우 2018년 기준 발생률은 7.5%로 나타나 2% 미만의 유럽 선진국에 비해 매우 높은 수준이며, OECD 회원국의 평균 5.4%보다도 높다(OECD, 2019).

한국 정부는 2005년부터 과도한 의료비 지출로 경제적 어려움을 겪는 가구의 의료비 부담을 경감하기 위해 보장성 강화정책과 함께 건강보험 본인부담액 상한제를 추진해오고 있다. 이 제도는 고액 진료비로부터 가구의 경제적 부담을 경감한다는 측면에서 보완적인 의료 안전망이다. 그러나 여러 차례의 제도 개선에도 불구하고, 소득 차등적 적용 측면에서 저소득 계층에 대한 높은 상한액 기준(손연우, 최선영, 2020), 부양 의무자 적용 원칙으로 인한 저소득 계층의 환급금 비수급 문제(김수진, 2020), 의료비 발생 시점과 환급금 지급 시점

간의 차이로 인한 환자의 경제적 어려움(김수진, 2020; 조하현 외, 2020), 보험급여에서의 높은 부담금뿐만 아니라 예비급여 및 새로운 비급여에서의 본인부담금 문제(임승지, 신한나, 손동국, 2018), 의료비 경감제도의 불충분한 지원으로 인해 재난적 의료비 지원사업과 이원화 운영으로 인한 비효율성(우경숙, 김도훈, 신영전, 2018) 등이 지적되고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 높은 의료보장 수준과 본인부담 상한제를 효과적으로 시행하고 있는 국가들의 경험을 통해 배울 필요가 있다.

사회보험방식의 의료보장제도를 운영하는 국가 중에서 일본, 대만, 독일, 스웨덴, 스위스, 노르웨이 등이 한국과 유사한 본인부담 상한제를 시행하고 있다. 각 국가들은 의료비로 인한 개인과 가구의 재정적 어려움을 막기 위해 이를 운영하고 있다는 공통점이 있으나, 의료보험체계와 본인부담 수준에 따라 적용 대상자 및 서비스 항목, 상한액 기준 등의 적용 방식과 관리 운영에 차이를 보인다(임승지, 신한나, 손동국, 2018). 이 중에서 독일은 1989년 '의료보험개혁법(Gesundheitsreformgesetz, GRG)'을 통해 전체 및 부분 본인부담 면제를 처음 도입하였고, 2003년 '의료보험현대화법(GKV-Modernisierungsgesetz, GMG)'을 통해 본인부담 확대정책과 함께 현재의 본인부담 상한제도 기틀을 갖추었다(Finder & Lundy, 2009). 독일은 세계 최초로 사회보험방식의 의료보험체계를 도입하였을 뿐만 아니라, 다양한 환경 변화에서도 지속적인 제도 개선을 통해 보편적 보장과 적정 수준의 급여범위를 유지하고 있다(Busse et al., 2017). 다른 선진국들과 마찬가지로 경제 위기 및 인구 고령화, 만성질환으로 인한 막대한 의료 재정 적자에 직면하면서도 비교적 안정적으로 제도를 운영해 왔다는 평가를 받고 있다(Green et al., 2012).

독일과 한국은 사회보장정책의 역사적 발전 과정이나 의료보험을 운영하는 방식에 차이가 있으나, 한국은 일본과 독일의 의료보험제도를 기본 모델로 국내 상황에 맞게 발전시켜왔기 때문에 제도적으로 유사한 측면들이 있다(이용갑, 2009; 황도경, 2013). 독일은 다양한 재정 안정화 정책을 동원하여 상황에 따라 혁신적 또는 점진적으로 의료보험체계의 개혁을 추진하면서도 공공성을 확보했을 뿐만 아니라(Busse et al., 2017), 높은 수준의 의료보장률(86.0%)을 유지하고 있다는 점(OECD, 2022)에서 독일의 의료보험 제도 도입 및 안정적인 운영이 한국에 주는 시사점이 크다고 할 수 있다. 따라서 독일의 의료보장체계에서 본인부담 상한제를 고찰함으로써 한국

건강보험 제도의 실효성을 높이기 위한 개선 방향과 정책적 시사점을 도출할 필요가 있다.

이 연구에서는 다음의 내용을 중심으로 독일의 본인부담 상한제를 고찰하고자 한다. 첫째, 독일 본인부담 상한제의 관리 및 운영 체계 현황과 큰 특징은 무엇인가? 둘째, 의료보험의 재정적 보호 측면에서 독일 본인부담 상한제도는 어떠한 역할을 하는가? 셋째, 최근 독일 본인부담금 상한제의 변화와 성과는 무엇인가? 마지막으로 이상의 분석을 통해 과다한 의료비 지출로부터 가구의 재정적 보호를 위한 한국 정부의 보장성강화 정책과 건강보험의 지속 가능성 확보를 위한 제도 개선에 독일 본인부담상한제가 주는 정책적 함의를 고찰한다.

조사 대상은 사회보장체계를 규정하고 있는 사회보장법(SGB)에 근거하여, 사회보험을 다루는 사회보장법 제5권(SGB V, 의료보험)의 의료보험 피보험자, 기초 보장에 해당하는 사회보장법 제12권(SGB XII, 사회 부조법)의 사회부조 수급자를 대상으로 하였다.

이를 위해 독일 연방보건부 및 연방질병금고에서 발행하는 간행물 및 보고서, 공식웹사이트를 이용한 정책브리핑자료, 사회보장법을 포함한 법령 및 자치규정, 통계지표 등을 검토하여 독일의 본인부담제도 및 본인부담 상한제도의 관리 및 운영 현황을 조사하였고, 국내외 전자저널을 통한 학술 연구와 국제기구에서 발간한 연구 보고서 등을 활용하여 제도에 대한 평가 및 문제점, 주요 쟁점사항 등을 검토하였다.

II. 이론적 고찰

1. 독일의 의료보장제도

독일 의료보장체계는 사회보장법(Sozialgesetzbuch, SGB)에 근거하여 공적 의료보험과 민간의료보험, 그리고 사회부조로 구성된다. 2007년에 제정된 ‘의료보험 경쟁력강화법(GKV-WSG)’에 의해 독일의 모든 시민들은 2009년 1월1일부터 질병금고에서 운영하는 의료보험 또는 민간의료 보험에 의무적으로 가입해야 한다(GKV-spitzenverband, 2022). 2022년을 기준으로 독일 국민의 90%(약 7,700만 명)는 의료보험에 가입해 있으며, 이들은 의무 가입자, 가족 가입자, 임의 가입자로 구성된다. 의무 가입자는 연방 정부가 매년 소득을 기준으로 설정하는 연간 의무보험 한도를 초과하지 않는 근로자

및 피고용인, 연금 수급자들이 해당되고, 가족 가입자는 의무 가입자의 자녀 및 배우자 중에서 일정 소득 이하인 피부양 가족이다. 임의 가입자는 의무보험 가입 면제자, 의무보험 또는 민간의료보험과 계약이 종료된 피보험자들 중에서 의료보험을 자발적으로 선택한 사람들이다. 이 중 자발적 가입자들은 연간 소득이 의무가입 한도를 초과한 근로자, 자영업자 및 프리랜서, 중앙 및 지방정부의 공무원 등이 해당된다(BMG, 2022).

2009년부터 민간의료 보험사는 의료보험과 계약상 급여 수준과 가격이 유사한 기본 보험(basis tariff)을 제공할 의무가 있다. 이와 같은 대체형 민간보험에서 제공하는 기본 보험의 적정성을 확보하기 위해 의료보험의 최대 보험료를 초과할 수 없도록 규정하고, 피보험자의 기본 보험 상품에 대한 가입 거절 또는 초과 위험에 대한 보험료 할증, 급여 제한을 원칙적으로 금지하고 있다. 따라서 의료보험 의무가입 면제자와 2009년 이전에 민간의료보험과 계약을 체결한 피보험자들은 민간보험의 기본 보험상품에 가입할 수 있으며, 동일 민간보험사 또는 다른 보험사를 통해 보충형 보험에 가입할 수 있다(BMG, 2014).

사회부조는 스스로 생계를 유지할 수 없는 저소득계층에게 적절한 생활 수준을 보장하는 제도이다. 사회부조 수급자에 대한 의료서비스 지원은 사회보장법 제12권 8조(§ 8 SGB XI, 사회부조 건강지원)와 사회보장법 제5권 264조(§ 264 SGB V, 의료보험 대상이 아닌 자에 대한 진료)에 근거하여, 의료보험 피보험자와 동일한 급여 서비스를 제공받고, 가구의 연간 상한액까지 본인부담금을 지불해야 한다. 사회부조에 대한 의료서비스 지원은 수급자들이 선택한 의료보험 또는 민간의료보험이 의료 기관에 먼저 비용을 지급하면, 이후 사회보장기관(welfare office)에서 실제 발생 비용을 질병금고에 분기별로 상환하는 방식이다. 또한 일정 소득으로 인하여 생계지원을 받지 못하는 저소득 계층도 사회보장국의 승인을 받은 후 의료 기관을 통해 서비스를 제공받을 수 있으며, 진료비는 사회보장기관이 의료 기관에 직접 보상한다(BMJ, 2018).

의료 보험자는 다수의 질병금고(Krankenkasse)이며, 개별 질병금고는 독립적으로 조직 운영 및 재정 관리를 수행하지만, 연방질병금고협회(GKV-Spitzenverband) 및 연방정부의 관리·감독을 받는다(GKV-spitzenverband, 2022). 주요 재원은 피보험자의 소득에 기반을 둔 보험료와 연방 정부의 보조금이다. 이를 재정관리기관인 건강기금(Gesundheitsfond)에서 피보험자의 성, 연령, 질병 등의 위험요인이 반영된 위험조

정보상액을 산출하여, 다시 개별 질병금고에 건강기금으로 배분한다(Jacobs & Wasem, 2013). 의료보험료는 근로자와 고용자가 절반씩 부담하는데, 일반 보험료율은 의무 가입자 급여 소득의 14.6%이며, 병가 수당이 없는 자영업자는 총소득의 14.0%, 저소득 계층 및 실업 수당 수급자는 1.3%로 보험료를 감면을 적용받는다. 또한 2015년부터 모든 질병금고는 재정 상황에 따라 피보험자의 소득에 최대 1.6%까지 추가 보험료를 부과할 수 있는데, 이를 통한 급여의 차별화는 피보험자의 선택권을 보장하는 동시에 가입자 확보를 위한 질병금고 간에 경쟁을 심화시켰다(BMG, 2022). 이로 인해 상대적으로 경쟁력이 취약한 질병금고들은 규모가 큰 질병금고에 통합되면서 그 수가 지속적으로 감소하여 1990년 1,147개에서 2000년에는 420개로 크게 감소하였고, 2022년 1월을 기준으로 97개가 운영되고 있다(GKV-spitzenverband, 2022). 현재 독일의 질병금고는 6개 유형으로 구분할 수 있는데, 지역 가입자를 대상으로 하는 지역질병금고(AOK), 근로자의 자조 조직이 설립한 대체질병금고(Vdek), 의무가입 직원이 천 명 이상인 사업장의 고용주가 설립한 기업질병금고(BKK), 수공업 조합에서 설립한 수공업질병금고(IKK), 광산업 근로자들을 위한 광업질병금고(KBS), 농업 종사자 및 그 가족을 위한 농업질병금고(LKK)이다. 이 중 대체질병금고(Vdek)가 의료보험 시장에서 가장 큰 규모인 약 38.3%를 차지하고, 그다음은 지역질병금고 36.9% 순이다(GKV-Statistik, 2022; Vdek, 2022a).

독일의 의료보험에는 급여항목을 정의하는 별도의 목록이 없다. 다만 사회보장법 5권 12조(§ 12 SGB V)에서 피보험자의 의학적 상태와 필요에 기반을 두어, 적절하고 비용 효율적인 서비스로 규정하고 있다. 이에 환자는 서비스 제공자에게

불필요하거나 비경제적인 급여서비스를 요구할 수 없고, 의료보험 계약의사는 환자의 의학적 상태에 따라 비용-효율적인 방법으로 서비스를 제공해야 한다(BMJ, 2018). 실제적인 보험급여 결정 및 기준 설정은 연방의료보험의사협회, 독일병원협회 및 중앙질병금고협회 대표로 구성된 연방공동위원회(G-BA)가 입법기관의 원칙 따라 수행한다. 이외에 외래 및 입원 서비스의 질 관리, 표준 치료 및 진료 프로세스 개발, 질병금고 및 의료공급자, 피보험자의 의무 사항 등을 규정하는데, 이와 같은 연방공동위원회의 진료 지침과 결정 사항들은 독일 의료체제에서 법적 구속력을 가진다(G-BA, 2022).

법정급여범위는 질병 치료, 질병 진단, 예방 및 완화 서비스, 의약품, 보조 기구, 치과 치료, 심리 치료, 아동 질병 수당, 암 예방 등이 포함되며, 모든 질병금고는 급여 항목의 95%에 대해 동일한 범위와 기준으로 서비스를 제공해야 한다. 단, 개별 질병금고는 법률 조항 내에서 선택적 추가 보험료를 통해 의료 기관과 계약을 체결하여, 다학제 통합 진료, 만성질환 치료 프로그램, 추가 서비스(검사, 예방 접종, 의료 보조 장치 등), 주치의 진료, 자영업자를 위한 질병 수당 등의 추가 급여를 제공할 수 있다(BMG, 2022).

2. 본인부담상한제 개념, 역할 및 연구동향

가. 본인부담 상한제 개념 및 방식

본인부담 상한제는 의료 보장성 관점에서 서비스에 대한 사용자 요금(user charges) 또는 본인부담금(co-payment)에 대한 논의에서 시작된다. 본인부담금은 정부와 의료보험과 같이 제3자가 보장하는 의료서비스를 환자가 이용하는 시점에

표 1. 질병금고 유형 및 피보험자 수

의료보험 유형	설립 주체 및 가입 대상	보험자 수	피보험자 가입 비율(%)
지역질병금고 (AOK)	지역 주민	11	36.9
대체질병금고 (Vdek)	생산 및 노동 근로자 자조조직	6	38.3
기업질병금고 (BKK)	의무가입 대상 천 명 이상의 기업	72	14.9
수공업질병금고 (IKK)	의무가입 대상 천 명 이상의 수공업	1	7.0
광업질병금고 (KBS)	광산업 근로자	1	2.0
농업질병금고 (LKK)	농민(농업, 임업, 원예)	6	0.8
합 계		97	100.0

자료: GKV-Statistik(2022) 및 Vdek(2022a) 내용을 표로 정리한 것임.

서 발생하는 법정 본인부담 및 비급여 본인부담, 비공식적인 비용 지출의 합계를 의미한다(Rice et al., 2018). 본인부담금은 경제적 장벽을 통해 의료서비스의 수요를 조절하는 정책 수단과 의료비 재원 조달 방법으로 사용되고 있다. 본인부담 제도는 질병, 서비스, 항목에 초점을 두지 않고 본인부담의 유형(type of co-payment), 본인부담 면제(exemptions), 본인부담 상한액(caps)을 고려하여 사람을 중심으로 설계하도록 권장하고 있다. 이 중에서 본인부담 상한액은 개인 또는 가구가 이용한 개별 서비스 또는 일정 기간 동안 현금으로 지불하는 최대 금액을 의미하며, 이를 본인부담 한도액 또는 본인부담 상한액으로 정의된다. 본인부담 상한제는 의료비 지출로부터 서비스 이용자를 보호하기 위한 기전으로, 국가의 경제적 상황, 사회보장 유형, 보험급여 범위 및 수준에 따라 개인 및 가구 소득에 기초하여 차등적으로 적용하는 방식과 의료비 지출 절대 금액을 보상하는 방식으로 구분할 수 있다(Yerramilli et al., 2018).

나. 의료보장에서 본인부담 상한제의 역할과 정책적 함의

의료 서비스에 대한 환자의 본인부담은 거의 모든 의료체계에 존재하기 때문에 의료 접근성의 불형평성과 과도한 의료비 지출로 인한 재정적 어려움, 그로 인한 빈곤화 문제가 저소득 국가나 개발 도상 국가를 중심으로 발생하고 있다. 그러나 이는 저소득 국가에 국한된 문제가 아니라 경제 수준이 높고, 의료비에 대한 공공지출이 상대적으로 높은 선진 국가에서도 빈곤층과 취약계층에서 집중적으로 발생하고 있다(OECD, 2019). 의료비로 인한 개인 및 가구의 재정적 어려움은 다양한 정책 수단을 통해 줄일 수 있는데, 이 중 여러 국가에서 본인부담 상한제를 의료비로부터 개인 및 가구를 보호하는 의료 안전망(safety net)의 수단으로 이용하고 있다.

본인부담 상한제는 특정 항목이나 서비스에 제한하지 않고, 일정 기간 동안 모든 서비스에서 발생한 의료비에 적용하거나, 상한액이 충분히 낮게 설정된 경우에도 가계 소득에 따라 비율로 설정되어야 재정적 위험으로 개인 및 가구를 보호하는 기능을 할 수 있다. 그러나 정교하고 실효적으로 운영하지 않으면 저소득 계층의 건강권을 보호하는 데 한계가 있다(Yerramilli et al., 2018). 물론 일부 국가에서는 본인부담금 상한제가 의료비로부터 가구의 경제적 위기를 완화하는 데 핵심적인 역할을 하는 것으로 밝혀졌으나, 재정적 보호 지표인

재난적 의료비 발생을 감소시키지는 못했다(Lee & Cheong, 2017; Yerramilli et al., 2018). 특히, 본인부담 상한제가 소득에 관계없이 모든 국민에게 동일한 수준으로 적용하는 경우, 극소수의 개인에게만 혜택이 주어지고, 대다수 국민의 재정적 부담을 줄이지 못하는 것으로 나타났다(Riggs et al., 2015).

다. 의료보장제도의 본인부담금 상한제 관련 연구 동향

지금까지 본인부담 상한제에 관한 연구들은 본인부담제도와 함께 진료비 상한제가 개인 및 가구에 미치는 영향에 대하여 저소득 국가 및 개발 도상국가뿐만 아니라 고소득 및 선진 국가(Rice et al., 2018; Qin et al., 2019; Kyriopoulos, Nikoloski & Mossialos, 2021), 그리고 국내에서도 지속적으로 수행되어 왔다(유혜림, 김진수, 2016; Lee & Cheong, 2017; 박초열, 2021). 이 연구들은 공통적으로 높은 수준의 본인부담금이 국가와 사회에 광범위하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히, 저소득 계층의 의료 서비스의 접근성을 저해하여 건강 상태를 악화시키고, 일부 환자들은 의료 서비스에 대한 선택적 소비를 통해 필요한 치료를 포기하거나 중단하였다. 또한 의료비 지출이 가구의 지불 능력에 비해 큰 경우에 개인 및 가구는 재정적 어려움을 경험하게 되거나, 저소득 계층과 장기적 치료를 필요로 하는 만성질환자와 같은 취약계층에서는 소액의 본인부담금으로도 재난적 의료비 발생, 빈곤화 또는 빈곤의 심화가 나타났다(OECD, 2019; Qin et al., 2019).

저소득 국가는 물론 보편적 의료보장을 시행하고 있는 국가에서도 개인 및 가구에 대한 재정적 보호를 위해 다양한 정책을 수행하고 있다. 특히, 독일을 포함한 유럽 국가들은 의료체계 내에서 재정적 보호 정책 수행에 대한 감시(monitoring) 및 분석, 정책 효과 평가에 대한 연구들이 지속적으로 수행되어 왔으나(Globerman, 2016; Yerramilli et al., 2018), 여러 국가의 다양한 제도 및 정책들을 개괄적으로 서술하는 수준에 그치고 있다. 또한 주요 외국의 본인부담 상한제의 도입 및 제도의 운영 및 특성들을 고찰한 연구(임승지 외, 2015; 2018), 의약품을 중심으로 여러 국가의 본인부담제도 및 상한제를 검토한 연구(박찬미 외, 2012), 한국과 일본의 진료비 상한제의 비교 분석을 통한 시사점을 도출한 연구(우경숙, 김도훈, 신영전, 2018)들이 있으나, 독일의 본인부담제도 및 본인부담 상한제를 심층적으로 분석한 연구는 아직 시행된 바

없다. 따라서 독일 의료보험의 상한제 도입 및 시행 경과, 제도의 특성과 관리 운영방식, 제도의 성과 및 쟁점사항들을 고찰하여 한국 제도의 개선 방향과 시사점을 도출할 필요가 있다.

III. 독일 의료보험의 본인부담 상한제

1. 본인부담 상한제 도입 및 변천

독일의 본인부담 상한제(Belastungsgrenze)는 의료 서비스 및 의약품에 대한 비용부담 정책과 함께 도입되었다. 독일 정부는 1923년 정률 부담금(co-insurance)을 의약품에 처음 도입하였고, 1977년 ‘의료보험비용억제법(KVVG)’을 통해 처방 의약품에 정액 본인부담금(co-payment)을 부과하였다. 본인부담제도 도입 초기에는 서비스 비용에 대한 부담이 거의 없거나 비교적 낮은 수준이었으나, 1980년대 이후부터 비용 부담은 점차 다양한 서비스 영역으로 확대되었다. 특히, 1989년 ‘의료보험개혁법(GRG)’에서는 일부 처방 의약품에 대한 급여 제한, 입원진료 및 의약품에 대한 본인부담 확대 및 인상 조치 등을 단행했다. 이와 같은 급여 축소 및 본인부담 확대로 인해 소득에 비해 의료비 지출이 높은 가구나 저소득 가구에 발생할 수 있는 재정적 부담에 대한 우려와 독일 의료보험의 원칙인 사회 연대성과 효율성 간의 충돌을 완화하기 위해 정부는 세 가지 유형의 전액 또는 부분 본인부담금 면제 제도를 도입하였다. 첫 번째 유형은 취약계층에 대한 ‘본인부담금 전액면제(Härtefall regelungen)¹⁾’로서 연간 총소득이 일정 수준 이하인 의료보험 피보험자 가구, 저소득 계층인 사회복지 및 실업급여 수급자에 대하여 소득 수준에 관계없이 의약품, 치료 및 보조 기구, 이송비, 출산, 치료, 입원 치료 및 재활 및 틀니에서 발생하는 본인부담금을 면제해주는 규정이다(Langer et al., 2006). 두 번째 유형은 ‘본인부담 일부면제(Überforderungsklausel)²⁾’이며 의료보험 일반 피보험자에 대하여 연간 총소득의 2%를 초과(고소득 가구 4% 적용)하는 본인부담금을 면제하는 규정으로, 이는 현재 독일의 본인부담 상한제의 기본 틀이라고 할 수 있다. 세 번째 유형은 장기간 치료를

받아야 하는 특정 만성질환자에 대해 가구 생계 소득의 1%를 초과하는 본인부담금을 면제하는 ‘만성질환자 규정(Chroniker regelung)’이다. 그러나 이 같은 초기의 본인부담 상한제도는 ‘의료보험현대화법’이 도입되기 이전인 2003년까지만 적용되었다(Steffen, 2021).

독일 정부는 2004년 1월 1일부터 의료보험의 연대성 유지 및 재정 안정화, 질적 수준 향상, 비용에 대한 인식을 높이기 위한 구조적 개혁과 함께 의료비 부담을 재구성하는 ‘의료보험현대화법(GMG)’을 통해 현재 독일의 본인부담제도를 도입하였다(Fuhrmann et al., 2004). 이 제도에서는 의료보험 피보험자뿐만 아니라 이전에 본인부담 면제 혜택을 받았던 일부 의료보험 피보험자 및 사회복지 수급자들도 이른바, ‘법정본인부담금’을 지불하도록 규정하였다. 본인부담금은 원칙적으로 서비스 비용의 10%로 설정되었는데, 실제 지불금액은 항목별로 최소 5유로에서 최대 10유로 수준이다. 또한 가정간호, 외래 집중 치료, 병원 및 입원 치료에 대한 본인부담 부과는 연 28일까지로 제한하였다. 이외에 의약품 상환비용(고정비용)을 초과하는 본인부담금, 틀니 및 치열 교정기, 의료 보조 기구 및 인공 수정과 같은 특정 서비스에 대한 급여 초과 비용을 지불해야 한다. 한편, 피보험자 및 가족의 건강 증진을 위한 예방 서비스, 선별 검사 및 검진, 권고된 예방 접종, 소변 및 혈액 검사와 같은 항목의 본인부담금을 면제하였고, 가족 구성원 중 18세 이하의 아동 및 청소년에 대한 모든 급여 서비스, 임산부의 임신 및 출산과 관련된 의약품 및 의료용품에 대한 본인부담을 면제하였다(BMG, 2022).

위와 같은 새로운 규정으로 인하여 이전에 본인부담을 면제받았던 대상자들의 비용 부담이 증가한 반면에 일부 질환으로만 제한되었던 만성질환자에 대한 정의가 재정립되면서 전액 본인부담 면제 대상자의 상당수가 만성질환자 대상 가구로 이동하였다(Langer et al., 2006).

2. 본인부담 상한제 관리 및 운영 방식

본인부담 상한제의 관리 운영은 보험자인 다수의 개별 질병금고이며, 사회복지장법 5권 62조(§ 62 SGB V, 법정 본인부담금 및 면제 규정)에 근거하여 모든 질병금고는 동일한 기준

1) 본인부담금 전액면제(Härtefall regelungen; Hardship regulations): 취약계층의 본인부담 전액을 면제해주는 제도

2) 본인부담 일부면제(Überforderungsklausel; excessive demand clause): 일반 피보험자에 대한 본인부담금 일부면제

과 절차 원칙을 적용하여 운영한다. 본인부담 상한제 대상자는 회계연도를 기준으로 1개 이상의 질병보험에 가입한 개인 피보험자 또는 서로 다른 질병금고에 가입되어 있는 가족 피보험자이다. 질병금고는 피보험자의 연간 본인부담 한도액 초과 여부를 통보해주지 않기 때문에 피보험자 스스로 의료비 영수증을 수집하여 자신이 가입한 질병금고에 본인부담 면제 신청서와 영수증을 제출해야 한다. 만약 가족 피보험자가 서로 다른 질병금고에 가입했다면, 피보험자가 처음 지정한 질병금고가 회계질병금고(calculating sickness fund)의 기능을 담당하여, 피보험자 가구의 본인부담 상한액 결정 및 초과금액 상환 등의 업무를 수행한다(Vdek, 2022b).

본인부담 상한제 관리 운영 방식은 본인부담 면제 신청 시기에 따라 3가지 유형으로 구분할 수 있다. 첫 번째는 피보험자가 회계연도 말 이후에 본인부담 한도 초과금을 신청하는 방식이다. 회계질병금고는 피보험자 가구의 연간 본인부담 한도 및 상환액을 산출하고, 총금액을 가족 구성원이 가입한 개별 질병금고에 배분한다. 이에 각 질병금고들은 회계질병금고의 결정에 따라 피보험자에게 상한금액을 환급해준다. 두 번째는 회계 연도 중간에 피보험자 및 가족 구성원의 본인부담금이 한도액에 도달하거나 초과한 경우이다. 피보험자가 질병

금고에 본인부담 면제 신청서를 제출하면, 회계질병금고는 심사를 통해 이후의 회계기간 동안의 본인부담금을 면제하는 ‘법정 본인부담 면제 증명서’를 발급해 준다. 세 번째 유형은 단기간 내에 한도액 초과가 예상되는 경우, 피보험자가 ‘한도액 선지급 신청서’를 제출하여 본인부담금을 면제받는 방식이다. 피보험자가 제출한 자료에 근거하여 회계질병금고에서 산출한 본인부담 한도액을 피보험자가 일시금으로 지급하면, 회계연도 동안 적용되는 ‘본인부담 면제카드’를 발급받을 수 있다. 이때 회계질병금고는 피보험자로부터 징수 받은 선지급금을 가족 구성원들이 가입한 질병금고에 가입자 수와 보장 수준에 따라 배분한다. 환자 입장에서 이 방식은 진료비 영수증을 수집하지 않아도 된다는 장점이 있으나, 실제 발생한 본인부담금 총액이 선불금액보다 낮더라도 그 차액을 환불 받을 수 없다는 단점이 있다(GKV-Spitzenverband, 2018).

3. 본인부담 상한액 산정 기준 및 산출 원칙

본인부담 상한액은 피보험자 가구 구성원, 가구의 연간 생계 소득, 1년 동안 지불한 본인부담금에 기초하여 산정한다. 가구 구성원은 피보험자가 본인부담 면제 신청서를 제출하는

표 2. 독일의 본인부담금 유형 및 범위

서비스 항목	본인부담금	본인부담 범위 및 예외
의약품 및 드레싱	의약품 드레싱 비용의 10%	최소 5유로~최대 10유로
이송 비용	이송료의 10%	최소 5유로~최대 10유로 *18세 미만의 아동 및 청소년 부과
가정 간호	비용의 10%+처방당 10유로	1년 28일로 제한
재가 요양	1일 비용의 10%	최소 5유로~최대 10유로
원의 치료 (물리치료, 작업치료, 언어치료 등)	치료 비용의 10%+처방당 10유로	-
의료 기기 및 보조 기구	각 의료기기 비용의 10%	최소 5유로~최대 10유로 (소비재의 경우 팩(pack) 단위당 10%)
외래 집중 치료	입원 치료시설: 1일 10유로 재가: 치료 비용 10%+처방당 10유로	연간 최대 28일
병원 치료	일당 10유로	연간 최대 28일
입원 치료	일당 10유로	연간 최대 28일
재활 치료(입원, 외래), 후속 재활치료	일당 10유로	연간 최대 28일
모자 및 부자를 위한 예방 및 재활	일당 10유로	-
사회 요법(정신질환 외래)	1일 비용의 10%	최소 5유로~최대 10유로
틀니	25~40%	개인의 치아 관리 노력에 따라
인공 수정	50%	-

자료: GKV-spitzenverband(2022). Gesetzliche Zuzahlungen. 2022.

시점에서 동일 세대에 거주하는 배우자 및 동거인, 18세 미만의 아동 및 청소년, 기타 친족(농업의료보험에 한함)을 기본으로 한다. 이외에 가족 유형 및 구성원의 특성을 다양하게 고려하는데, 구체적으로는 공동 세대 여부, 자녀가 있는 이혼 및 재혼 가정, 손자 및 손녀 등 위탁 아동 가정, 19세 이상의 성인 자녀 가정, 피보험자 및 배우자 사망 가정, 미혼의 장애 자녀 가구 등 다양하고 세밀하게 가구를 유형화하고, 각 사례별로 본인부담 상한액 기준 및 산출 원칙을 제시하고 있다(GKV-Spitzenverband, 2018).

연간 총 생계소득은 동일 가구에 거주하는 가족 구성원들의 연간 생계 소득의 합산을 의미한다. 독일 입법부는 생계 소득의 개념을 구체적으로 명시한 바는 없으나, 기존 법령과 판례법에 근거하여 연방의료보험협회와 의료보험협회는 생계 소득을 근로 소득, 사업 소득, 자산 소득, 임대 소득, 퇴직금, 사회부조법에 따른 기초 생계비, 법정연금보험 또는 사적연금, 노령 연금, 상해보험금, 연방 정부에서 지급하는 양육수당, 실업 수당, 장기요양수당 등으로 규정하고 있다. 이와 같은 연간 총 생계 소득에 따라 일반 피보험자 가구는 한도액을 2%로 제한하고, 만성질환자 가구는 1%로 설정하고 있다(GKV-Spitzenverband, 2018). 이 외에 개별 가구 단위로 상한액을 산정 할 때, 부양가족인 배우자 및 자녀에 대한 가족 수당을 연간 총소득에서 공제하는 ‘가족 특별 고려(Familien besonders Rücksicht)’가 있다. 이 공제액은 전년도 전체 연금 수급자의 연평균 소득(참조 소득)에 일정 비율을 적용하여 산출하는데, 2022년을 기준으로 첫 번째 가족 구성원(일반적으로 배우자)은 기준참조 소득의 15%인 5,922유로, 추가 가족 구성원들은 기준 참조 소득의 10%인 3,948유로, 아동은 1인당 8,388유로로 설정되었다(Vdek, 2022b).

4. 본인부담 상한제 특별 규정: 만성질환자 및 저소득계층

독일 본인부담 상한제의 정교함은 특별 규정에 잘 나타나 있다. 연방공동위원회(G-BA)는 만성질환자에 대한 규정을 이행하기 위해 ‘만성질환자 지침(Chroniker-Richtlinie)’을 마련하였다. 이 지침에 따르면, 중증의 만성질환자는 ‘최소 1년 동

안 동일 질병으로 분기에 한 번 이상 의사의 진료를 받은 환자’로 정의하고, 다음 3가지 기준을 적용하여 인정하고 있다. 첫째, 장기요양제도의 ‘돌봄 필요도 평가’에서 3등급 이상 판정을 받은 대상자이다. 둘째, 사회보장법 9권(장애인 재활 및 참여)에 근거하여 질병으로 인한 장애등급(GdB) 또는 연방공급법(BVG) 30조(사회적 보상)에 근거하여, 손상 등급(GdS)이 최소 60등급이상이거나³⁾, 장애 및 손상으로 인하여 근로소득(MDE)이 60%이상 감소한 경우이다. 셋째, 의사의 의학적 평가에 근거하여, 생명을 위협하는 질병의 악화, 기대 수명 감소 및 삶의 질을 영구적으로 저하시킬 수 있는 질병을 치료하고, 지속적인 관리가 필요한 환자로 규정하고 있다. 피보험자가 만성질환자 지침을 통해 1%의 본인부담 한도액을 적용받기 위해서는 장기 치료 필요성이 기재된 의료 진단서 또는 장기요양 증명서, 장애 및 손상 등급, 작업 능력의 감소를 증명할 수 있는 최종 통지서 사본을 질병금고에 제출해야 한다(G-BA, 2017). 또한 만성질환자의 자격을 지속적으로 유지하기 위해서 피보험자는 의료 기관을 통해 치료 및 검사를 지속적으로 받고 있다는 증거자료를 제출해야 한다. 단, 피보험자가 질병금고에서 운영하고 있는 구조화된 질병관리프로그램(Disease Management Program)에 등록하여 지속적으로 참여하면 치료 증거를 제공한 것으로 간주한다. 반면에 장기요양보험을 통해 만성질환자로 분류된 피보험자는 진단 1년 이후부터 영구적 관리가 필요한 것으로 간주하기 때문에 추가 증명서를 제출할 필요가 없다(Vdek, 2022b).

사회부조 수급자 및 저소득 계층의 본인부담 상한제는 ‘저소득 특별 규정’에 따라 생계 소득이 아닌 기초보장소득(표준 요율 1수준: 연5,388유로)⁴⁾을 적용하여 한도액을 산정한다(BGM, 2022). 저소득 규정 대상자에는 사회부조 수급자 이외에 정부로부터 재정적 지원을 받는 생계급여 및 주거급여 수급자, 의료보험 대상이 아닌 망명 신청자 및 질병보험 없는 실업자, 장기요양제도에 적용받는 배우자 및 동거인이 질병 및 장애로 재활시설에 영구적으로 입원한 경우, 구직자 기본보장에 적용받는 18세 미만 청소년, 편부모 자녀, 미성년의 배우자 등이 포함된다. 2022년을 기준으로 저소득 규정 가구의 연간 한도액은 107.76유로이며, 만성질환자가 있는 가구는 추가 감액을 적용받아 53.88유로로 설정된다(Betanet,

3) 장애등급(GdB)과 손상등급(GdS)은 20에서 100등급으로, 등급이 높을수록 장애 및 손상 정도가 심각함을 의미함.

4) 연방통계청이 소비자 표본을 대상으로 조사한 구매 지표로 산출한 금액으로, 혼합지수를 적용하여 매년 조정함.

표 3. 본인부담 상한제 제외 서비스

보험급여 제외 및 부분 상한 서비스	개인의료서비스(IGeL)
<ul style="list-style-type: none"> 출산 및 사망 수당 의학적으로 필요하지 않은 불임수술 시각 보조구 및 안경(어린이, 청소년, 시각장애인 제외) 외래 이송비(의사 소견서 및 질병금고 사전 승인 제외) 처방전이 불필요한 일반 의약품 일상적 의료 보조에 대한 추가 비용(정형외과용 신발) 흉터 제거 등의 성형 수술 간호사 돌봄 비용 개인 재활 및 마사지 비용 삶의 질 향상을 위한 약품(체중 감량제, 모발 개선제) 인공사지 또는 의수 병실 선택 서비스(2인 병실) 틀니 정액보조금에 추가 발생비용 인공 수정(세 번째 시도까지 비용의 50% 보상) 	<ul style="list-style-type: none"> 의학적 증상이 없는 심리치료 및 심리 검사 스포츠 의학 및 환경의학 의료보험을 벗어난 외과적 개입(미용, 피부) 심리 상담 서비스(부부 상담 등) 통증 침술(요통) 안과적 질병 조기 발견 진단(녹내장, 안압 측정) 임신 중 추가 검진 및 진단 암 조기 진단을 위한 개별 장기 초음파 검사 의료보험 이외의 진단서 및 증명서 발급 여행 자문 및 의약품, 예방접종 오존요법 광 간섭 단층촬영(OCT) 결장 수증 치료(colon hydrotherapy) 혈액 자외선 치료(ultraviolet radiation of the blood)

자료: AOK(2021a) 및 KVB(2017)의 내용을 표로 정리한 것임.

2021).

독일 지방정부는 사회부조 수급자들이 본인부담 한도액 선 지불을 신청하는 경우에 일시불로 지출해야 하는 재정적 부담을 경감해주기 위해 ‘사회부조 한도액 대출’ 제도를 운영하고 있다. 이 제도는 사회부조 수급자가 지역 사회보장기관에 대출을 신청하면, 사회보장기관이 질병금고와 사전협의를 통해 수급자 대신 선지급금을 지불하고, 사회부조 수급자는 해당 금액을 몇 개월에 걸쳐 사회보장기관에 분납하는 방식이다(BMG, 2022). 또한 연방연금법(BVG)과 연방보상법(BEG) 또는 이와 동일한 원칙을 적용 할 수 있는 법률에 근거하여, 연방 정부 및 주정부가 지원하는 기초 연금 및 기본 수당, 임신 부를 위한 모성지원금, 요양보호 수급자의 현물급여를 대체하는 간병수당 등의 재정적 혜택들을 본인부담 상한제의 연간 생계 소득 합산에서 제외하는 규정을 마련함으로써(GKV-Spitzenverband, 2018), 취약계층에 대한 본인부담 상한 수준을 낮추고 있다.

5. 상한제 적용 항목 및 제외 서비스 관리

본인부담 상한제는 <사회보장법 5권>의 원칙에 근거하여, 연방공동위원회(G-BA)에서 규정하는 급여 서비스를 대상으로 한다. 따라서 보험급여에서 제외되는 비급여 서비스와 틀

니 및 인공수정과 같이 일부 금액만 상환해주는 서비스에 대한 추가 부담금은 상한제에서 제외된다(AOK, 2021a). 또한 연방공동위원회(G-BA)의 보험등재 평가를 받지 못했거나, 급여결정 과정에서 근거가 불충한 신의료 서비스 또는 보험재정에 부담을 줄 우려가 있어 의료보험과 민간의료보험 기본 상품에서 제외된 비급여서비스를 개인의료서비스(Individual healthcare services, 이하 IGeL)로 정의하고, 해당 항목들을 본인부담 상한제에서 제외하고 있다(KVB, 2017).

독일 의료체계에서 서비스의 질 관리 및 적정성 평가업무를 담당하는 연방의료서비스기관(federal medical service, MD)에서 IGeL 서비스 이용방법, 개별 IGeL 서비스의 효과 및 부작용 등을 평가하고, 그 결과를 공개하고 있다. 또한 의료공공자 자치 조직인 의료보험의사협회(KVB)와 민간 의사협회(BÄK)는 「개인부담서비스 제공 원칙」을 규정하여, 의사들이 IGeL서비스를 제공하는 과정에서 환자에게 서비스에 대한 정보 제공, 전액 환자 부담 사유, 서면 계약을 통한 사전 동의 등을 준수하는지를 감독한다. 만약 의사와 환자 간에 서면 계약이 이루어지지 않았다면, 치료 결과에 관계없이 의료기관은 환자로부터 진료비를 상환받을 수 없다. 또한 의료보험 급여 서비스와 IGeL서비스를 연계한 진료행위는 원칙적으로 허용하지 않기 때문에 두 서비스는 별도로 제공되어야 한다(MDB, 2019).

IV. 독일 본인부담 상한 제도의 특징: 성과와 한계

1. 독일 본인부담 상한제도의 성과

가. 본인부담 상한액 지급 대상자 수

[그림 1]은 연도별 독일 의료보험의 본인부담 상한제 적용 대상자 수이다. 2019년에 전체 576만 명이 본인부담 상한액을 초과하였는데, 전체 대상자의 95%가 상한 기준 1%인 만성질환자였다. 특히 2004년부터 2011년 사이에 만성질환자 규정을 이용한 상한액 초과 대상자 수가 증가하였는데, 이는 복합 만성질환자와 돌봄이 필요한 고령 인구의 증가 때문이다(Langer et al., 2013). 반면에 상한 기준 2% 피보험자는 2004년부터 이미 적용 대상자 수가 현저히 낮았고, 이후에도 지속적으로 감소하는 양상을 보였다. 또한 2012년부터는 상한 기준 2% 대상자뿐만 아니라 만성질환자를 포함한 전체 지급 대상자 수가 감소하는 추세를 보였다(GbE-bund, 2022). 이와 같이 2012년 이후 상한제 지급 대상자 수가 감소한 것은 해당 기간에 법정 본인부담금이 감소했기 때문으로 보이는데(Langer et al., 2013), 이는 과도하게 증가한 의약품 지출을 통제하기 위해 독일 정부가 도입한 여러 가지 의약품 비용 억

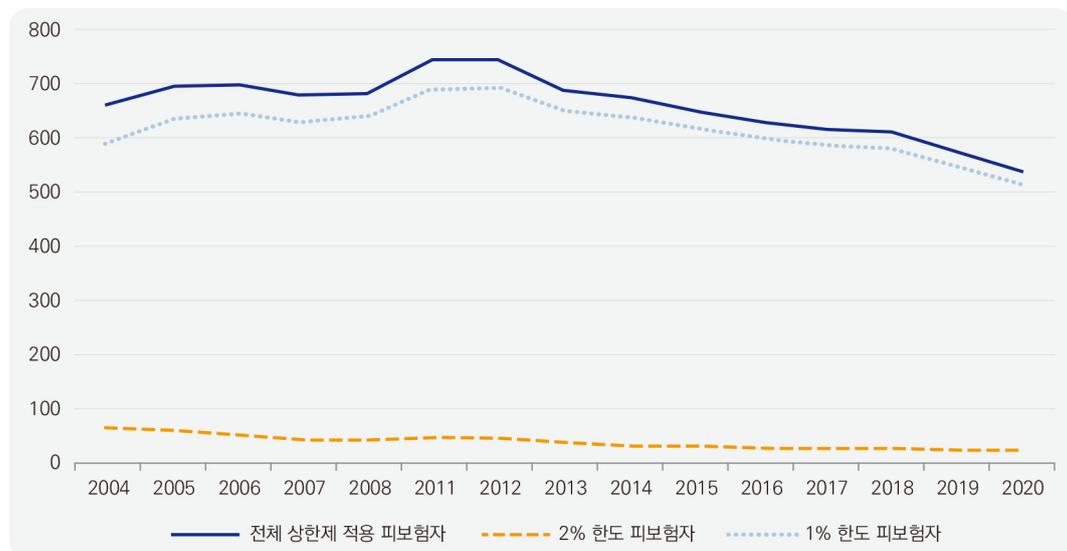
제 정책의 영향으로 의약품 본인부담금이 감소했기 때문으로 추정된다(Schröder, 2013). 2011년 발표된 의약품시장개혁법(AMNOG)에는 제약업체와 질병금고협회의 간 상환금액 할인 계약, 가격 유예, 의약품 의무 할인 증가 등의 의약품 가격 하락 정책들이 포함되어 있다(Schröder, 2013; Schwabe, 2016). 이와 관련하여 2012년 전체 의료비에서 가구 본인부담이 차지하는 비중이 14.0%였으나, 2013년 13.2%로 감소하였고, 2017년 이후 12.8% 수준을 유지하고 있다(표 4).

나. 낮은 수준의 재난적 의료비 발생 및 의료 빈곤화

개인 및 가구의 지불 능력에 비해 의료비 부담이 크면 재정적 어려움을 경험하게 되는데, 특히 빈곤계층 또는 장기간 치료를 받아야 하는 만성질환자 가구들이 이에 취약하다. 개인과 가구의 본인부담금 지출과 관련된 재정적 부담을 측정하여 보편적 의료보장 수준을 평가하기 위해 가장 널리 이용되는 지표가 재난적 의료비인데, 이를 통해 의료체계가 적절한 재정적 보호 기능을 하는지 알 수 있다(OECD, 2022). WHO의 '가구예산조사(national household budget surveys)'에서 31개 국가를 대상으로 재난적 의료비 발생률(소비지출의 40%초과)을 조사한 결과, 독일의 재난적 의료비 발생은 2.4%로 프랑스(2.1%), 일본(2.6%)과 함께 낮은 국가에 속한다. 반면, 한

그림 1. 연도별 의료보험 진료비 상한제 초과금 적용 대상자

(단위: 만 명)



자료: GbE-bund(2022). Überschreitungen der Belastungsgrenze für Zuzahlungen gemäß § 62 SGB V der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung의 수치를 그림으로 제시함.

국은 7.5%로 OECD평균 5.4%보다 높았고, 에스토니아(7.5%)와 미국(7.5%)과 유사한 수준을 보였다(WHO, 2019; WHO, 2021)

높은 수준의 의료비는 가구의 빈곤화를 발생시킨다는 개념의 '의료 빈곤화(improverishing health spending)'는 사회적 차원에서 과도한 의료비로부터 가구를 보호해야 함을 강조하고 있다. WHO 유럽지역사무소가 2019년을 기준으로 가용 자료가 있는 33개 유럽 국가를 대상으로 조사한 결과, 본인부담금 지출 이후 빈곤선 이하로 떨어진 가구의 비율은 평균 1.2%였다. 독일은 2008년 0.33%에서 2013년 0.17%로 감소한 이후 2018년 현재까지 그 수치를 그대로 유지하고 있다(WHO, 2021).

독일도 다른 국가와 마찬가지로 대부분의 본인부담금을 의약품 및 의료 기구에 지출하고 있었다(GbE-bund, 2022). 이에 대한 본인부담은 10%의 정률제를 원칙으로 하고 있으나, 항목별로 고정액이 설정되어 있기 때문에 실제로 환자가 지불하는 본인부담 수준은 높지 않다. 또한 의료보험에는 피보험자의 건강 증진을 장려하고, 특정 지위에 있는 가족 피보험자를 지원하기 위해 본인부담금을 면제하는 규정이 있다. 대표적으로 19세 미만의 아동 및 청소년에 대해 이송비를 제외한 의료 서비스, 임산부의 임신 및 출산 관련 의약품이 있으며, 특히 보험외 급여 항목인 소변 및 혈액 검사 시험지(strip), 의료보험이 제공하는 예방 및 조기 발견 검사, 권장예방접종 비용은 정부 예산을 통해 지원된다(BMG, 2022). 이와 같이 의료비 지출에 대한 공공 재원의 비중이 높은 반면에 환자가 직접 지출하는 본인부담 수준이 낮기 때문에 독일 의료보장체계가 다른 OECD 또는 EU 국가보다 재정적 보호 기능이 강력하게 작동하고 있다.

다. 미충족 의료 발생 및 서비스에 대한 질적 만족도

보편적 의료보장 수준을 정확히 파악하기 위해서는 재정적 보호 지표뿐만 아니라 의료서비스에 대한 접근성과 질적 수준도 함께 고려해야 한다. 의료서비스의 필요성을 인지했음에도 불구하고, 치료(치과 포함)를 받지 못한 경험을 나타내는 '미충족 의료'를 의료 접근성의 대리지표로 사용했을 때, 2019년 기준 27개의 OECD 국가의 평균은 2.6%였고, 독일은 0.3%로 스페인, 네덜란드의 0.2% 다음 순으로 낮은 수치를 보여(OECD, 2022), 의료서비스에 대한 접근성이 높다는 것을 시

사한다. 이에 반해 한국의 미충족률(치과 제외)은 2016년 8.8%에서 2019년 6.4%로 다소 감소하였으나, 여전히 높은 수준이며, 치과 진료에 대한 미충족 의료율은 30.2%로 매우 높은 실정이다(질병관리청, 2020).

의료보장의 기본원칙 중 하나인 사회·경제적 상황에 관계없이 모든 인구에게 고품질의 서비스를 제공하는지를 전 세계 국가를 대상으로 조사한 결과, 거주 지역을 통해 제공받는 의료서비스에 대한 질적 만족도 있어서 독일은 핀란드와 동일하게 85%로 OECD 회원국 평균(71%)보다 높았다. 한국은 71%였고, 로 독일 및 한국과 유사한 건강보험제도를 운영하고 있는 일본은 73%로 나타났다(OECD, 2022).

라. 높은 보장 수준의 의료보험

보편적 의료보장을 달성하기 위하여 많은 국가들은 정부의 일반 재정 또는 사회보험 지출을 늘리는 추세이다. 독일은 인구 1인당 의료비로 4,980유로를 지출하였는데(GbE-bund, 2022), 이는 유럽연합(European Union, EU)의 평균 3,523유로보다 41% 더 높은 수준이다. 또한 동 기간 경상의료비는 국내 총생산(GDP) 대비 11.9%로, OECD 회원국 평균 9.5%보다 높을 뿐만 아니라, EU 국가(평균 9.9%) 중에서 가장 높은 수준이다(WHO, 2022). 이 같은 경상의료비에서 정부예산 및 의료보험과 같은 공공재원이 차지하는 비중으로 의료보장률을 평가하는데, 2019년 독일의 공공 재원 비중은 77.7%로 OECD 회원 국가 평균인 71.1%보다 6.6%포인트 높았고, EU 국가에서는 사회보험 국가 중에서 룩셈부르크(80.3%), 프랑스(78.2%)의 뒤를 이었다. 독일 의료보장 수준은 1970년에 71.41%로 높은 수준이었으며, 이후 증감을 반복하면서 증가 추세를 보였다. 특히, 1989년 본인부담금 확대 정책 및 초기의 본인부담 상한제를 도입한 다음 해인 1990년에도 75.4%로 증가 추세를 보였다. 또한 '의료보험 현대화법'을 제정한 2003년 77.4%에서 2005년 75.7%로 다소 감소하였으나, 2013년에 다시 증가 추세로 전환되었고 2015년 이후 77.0% 이상의 의료보장 수준을 안정하게 유지하고 있다.

독일 보건의료체계에 가장 안정적인 재원은 의료보험료로, 2019년을 기준으로 전체 의료비의 64.4% 수준이며, 2009년 의무 보험 가입으로 증가한 민간 의무보험까지 포함하면 전체 의료비의 71.4%를 차지하고 있다. 이와는 반대로 자발적 보충 보험(voluntary insurance schemes)의 비중은 2009년 의

무보험 도입 이전에는 9.0% 수준이었으나, 지속적으로 감소하여 2019년에는 1.3%에 그치고 있다.

이외에 독일 정부가 일반 회계(financing schemes)를 통해 직접 지출하는 의료비 비중은 6.5% 수준이지만 연방 추가 보조금을 포함한 전체 국고지원은 13.0% 수준이다. 이와 같이 의료비에서 공공재원이 차지하는 비중이 높고, 의료보장 수준이 높으면 가구가 직접 지출하는 본인부담 비중은 상대적으로 낮아진다. 2019년을 기준으로 OECD 국가는 전체 의료비의 20%를, EU 국가는 평균 15.3%를 본인부담금을 통해 충당한 반면에 독일은 13.0%로 국가 간 비교에서도 낮은 수준을 보였다(OECD, 2022).

마. 의료보험에 대한 정부의 국고 지원

독일 정부가 일반 예산(Government schemes)을 통해 의료비로 직접 지출하는 비용은 6.5% 수준이지만, 추가적으로 공공 기관 및 보험 기금에 보조금을 지원하고 있다. 의료보험은 연금 및 실업 보험과 달리 2004년까지 피보험자의 보험료를 통해 자금을 조달해왔으나, 2003년 ‘의료보험현대화법’에 근거하여 ‘비-보험 서비스(non-insurance benefits)’ 부분에 재정을 지원하는 연방 보조금(federal subsidy)을 도입하였다(AOK, 2021b). 비-보험서비스는 가족정책이나 사회서비스에 제공할 수 있는 공공보건 서비스, 연방 보건 프로그램, 임신

및 출산 지원, 망명 신청자 의료 서비스 지원 등이 포함된다. 또한 실업급여(II) 수혜자 및 부양가족의 보험료, 공공기관의 고용주 보조금, 민간 비영리 단체의 활동을 지원하기 위해 조세(general tax) 투입을 통해(BREG, 2022) 의료보험의 지속 가능성을 위한 경제적 완충재 역할을 하고 있다(BGM, 2012).

연방 정부는 보건의료 환경 및 정부의 예산에 따라 보조금을 유동적으로 편성하는데, 2009년 세계 경제 및 금융 위기 상황에서 피보험자의 부담을 완화시키기 위해 의료 보험료를 일시적으로 경감한 반면에 연방 보조금을 2009년 72억 유로에서 2010년 157억 유로, 2012년 140억 유로까지 증액하였다. 2013년부터 2015년까지는 연방 예산 통합법으로 인하여 일시적으로 정부 지원을 감액하였으나, 2016년 다시 증액하여 140억 유로를 지원하였다. 2017년부터 2019년까지는 매년 145억 유로의 고정 금액을 지원하였는데, 이는 전체 의료비의 13%에 해당하는 금액이다. 최근 독일 연방 정부는 코로나 19 팬데믹 상황에 대응하기 위해 2021년 건강관리법(GVWG)을 통해 2022년 추가 보조금 79억 유로 늘리기로 결정하였다. 또한 연방 보건부는 2022년 의료보험에서 추가 보험료를 1.3%로 안정화하기 위해 연방 보조금을 추가적으로 설정할 수 있는 권한을 연방 의회로부터 승인받았다. 이에 연방보건부는 연방 조례에 근거하여, 2022년 건강기금에 총 285억 유로를 추가 지원하기로 결정하였다(Vdek, 2022c).

표 4. 독일의 의료비 지출 및 의료보장 수준

(단위: 백만 유로, 유로, %)

	2003	2005	2009	2012	2013	2015	2017	2018	2019
전체 의료비(€m)	236,277	242,106	281,591	304,320	315,363	344,768	376,600	393,094	413,805
GDP 대비 비율(%)	10.7	10.6	11.5	11.1	11.2	11.4	11.5	11.7	11.9
1인당 의료비(€)	2,897	2,975	3,499	3,784	3,910	4,221	4,556	4,741	4,980
공공 의료비(%)	77.4	75.7	75.7	75.4	76.4	77.0	77.7	77.6	77.7
의료 보험(%)	66.9	63.1	62.4	61.0	62.7	63.6	64.2	64.3	64.4
정부 예산(%)	10.5 (7.7)	12.6 (7.4)	13.3 (6.9)	14.4 (6.8)	13.7 (6.8)	13.4 (6.9)	13.4 (6.6)	13.0 (6.5)	12.7 (6.5)
가구 본인부담(%)	12.7	14.0	14.2	14.0	13.2	13.1	12.8	12.8	12.8
민간 의무보험(%)	-	-	13.9	7.5	7.4	13.1	7.0	7.0	7.0
자발적 보험(%)	8.3	8.8	1.4	1.5	1.6	1.5	1.4	1.4	1.3

주: 1) 의료보장 수준: 전체 의료비 대비 공공의료비 재원(정부 예산 및 의료보험) 비중
 2) 정부예산: 정부의 일반예산과 연방 보조금을 합한 비중이며, () 안은 이 중 정부의 일반 예산 비중

자료: 의료비 지출 현황: GbE-bund(2022). Ausgaben, Kosten, Finanzierung, 2022; WHO(2022). Global Health Observatory, 2022; 재원별 의료비 지출 비중(2000-2019): OECD(2022). Health data 2022.

2. 독일 진료비 상한 제도의 한계와 개선 사항

가. 본인부담 상한제 도입에 대한 비판 및 평가

독일의 본인부담 상한제는 의료기관 및 약국을 이용하는 환자들이 이전에는 지불하지 않았던 의료비를 지출하게 되는 본인부담금 정책 도입의 당위성을 확보하고, 피보험자의 보험 저항을 위한 정책적 수단이라는 비판을 받았다. 또한 저소득 계층이 지불해야 하는 본인부담금을 통한 비용통제는 오히려 관리비용으로 인하여 그 정책 효과가 감소한다는 지적도 제기되었다(Fuhrmann et al., 2004). 더욱이 본인부담 상한제를 급여 서비스로 국한하는 것은 환자들이 자신의 의학적 상태와 관계없이 의사에게 급여 의약품 처방만을 요구할 수 있으며, 이와 같은 상황은 저소득 계층에서 더욱 명확하게 나타난다고 비판하였다(DGB, 2006).

나. 본인부담 상한제 절차의 복잡성 및 행정적 부담

현재 독일 의료보험체계 내에서는 본인부담 상한제 자격 대상 확인 절차가 자동화되어 있지 않고, 질병금고에서도 피보험자에게 사전에 대상자 여부에 대한 정보를 제공해주지 않는다. 따라서 피보험자는 의료기관 및 약국에서 지불한 진료비 본인부담금에 대한 영수증을 수집하여 연간 본인부담 한도액 및 신청 자격 여부를 확인해야 한다. 또한 다보험자 체계에서 질병금고를 통한 신청 및 사후 환급 절차 역시 복잡하기 때문에 피보험자는 제도 운영 및 절차 등에 관한 규정을 숙지해야 한다. 이와 같이 제도의 행정적 복잡성과 피보험자의 낮은 인식 때문에 본인부담 한도액 초과 지급 대상자임에도 불구하고, 신청 누락으로 인하여 혜택에서 제외되는 사례가 있는 것으로 나타났다(Langer et al., 2013).

본인부담 상한제의 절차상 문제는 피보험자 및 환자뿐만 아니라 보험자인 질병금고에서도 지적되고 있다. 더욱이 일부 계층(사회부조 수급자 및 정부 생계지원 수급자)에 대한 특별 규정으로 인한 행정 업무와 그에 상응하는 비용 발생으로 인하여 지속적으로 적정 관리비 규제 대상으로 언급되고 있다. 이에 일부 질병금고에서는 특별 규정의 폐지를 요구하거나, 본인부담 한도액과 피보험자의 소득 정보를 자동으로 생성할 수 있는 프로그램을 요구하고 있다(Langer et al., 2013; Langer & Kunow, 2017)

다. 일부 저소득 계층에서의 재난적 의료비 및 빈곤 가구 발생

본인부담 확대 정책과 함께 급여 범위가 축소되거나 비급여 항목으로 전환되면서 일반 피보험자뿐만 아니라 저소득 계층에 대한 경제적 부담이 가중되었다. 2018년을 기준으로 독일 의료보험의 재정적 보호 기능을 평가하는 재난적 의료비 발생률 2.4%로 낮은 편이지만, 이 중 빈곤 가구(소비 최하위 25% 분위)에서의 발생률이 1.5%로 전체 60%를 차지하고 있었다. 이러한 수치는 한국(4.9%), 미국(4.5%), 프랑스(1.7%), 일본(1.9%) 등의 국가들보다 낮은 수준이지만 재난적 의료비가 저소득 계층에 집중적으로 발생한다는 것은 해당 가구의 의료 빈곤화 및 빈곤 심화에 직접적으로 영향을 미치기 때문에 중요하다.

실제로 빈곤하지 않았던 가구가 의료비 지출 이후 빈곤화된 비율은 0.17%로 매우 낮은 수준이지만 의료비 지출 이전에 이미 빈곤했던 가구의 빈곤 심화 비율 0.83%까지 포함하면 전체 가구의 1.0%가 의료비로 인해 빈곤 상태에 있는 것으로 나타났다(OECD, 2021). 이와 같은 지표에 근거했을 때, 의료비로부터 개인 및 가구를 재정적으로 보호하기 위한 독일 정부의 다양한 정책들이 저소득 계층에서는 사회 안전망으로서 충분하지 않은 한계를 보이고 있다.

V. 고찰 및 결론: 독일의 본인부담 상한제가 한국 의료보험에 주는 함의

1. 선제적으로 높은 의료보장 수준을 통한 안전망으로서 기능하는 의료보험

독일 의료보험은 연대와 자치를 기본 원칙으로 포괄적 의료보장과 높은 공공재원 지출을 통해 낮은 본인부담 수준을 유지하고 있다. 독일의 본인부담은 급여 서비스에 10%의 정률제 본인부담을 부과하고 있으나, 개별 항목별로 최대 10유로의 고정 금액이 설정되어 있기 때문에 초기 단계에서 환자가 실제로 지불해야 비용은 매우 낮은 수준이다. 더욱이 예외 사항을 두어 18세 미만의 아동 및 청소년의 전체 급여 항목, 임산부의 임신 출산과 관련된 의약품 및 의료용품에 대한 본인부담금을 면제하고 있다. 또한 독일 의료체계에 가장 중요한 재원은 피보험자의 보험료로서 안정적인 의료보험 건강 기

금뿐만 아니라 2009년 전 국민 의무 보험 가입을 도입하여 정부의 국고 지원과 의무적 의료보험을 통해 전체 의료비의 85%를 조달하고 있다. 또한 독일은 의료보험의 기능을 보장하고 지속성을 유지하기 위하여 정부의 책임과 역할을 강조하고 있다. 의료보험에 대한 정부 지원 및 보조금 확대, 건강기금 관리, 연방사회보장국을 통한 사회보험의 관리 감독, 정부 재정지원 및 건강기금 관리를 연방 정부에서 수행하고 있다. 특히, 글로벌 금융 및 경제 위기 이후 몇 년 동안 일부 유럽 국가(그리스, 포르투갈, 스페인 등)는 공공 예산의 균형을 위해 본인부담 및 상환 한도액 인상, 새로운 본인부담금 도입을 통해 의료비 지출을 충당하는 정책을 적용한 반면에, 독일은 동 기간 동안 보험료를 일시적으로 경감하고, 정부 예산을 증액하여 의료보험을 지원하는 등 피보험자의 의료비에 대한 부담을 최소화하고 있다(OECD, 2021).

이에 비해 한국은 일부 질환에 대한 본인부담 산정 특례 및 의료급여 수급자 등 예외 사항을 제외하고, 원칙적으로 외래서비스에 요양기관 종별로 30~60%, 입원 서비스의 20%의 본인부담을 부과하고, 개별 서비스에 대한 고정 한도가 없기 때문에 환자가 직접 지불하는 본인부담금이 높은 실정이다. 이로 인한 의료 보장성의 공백은 민간의료보험 시장의 성장을 가져왔다. 2005년 전체 의료비에서 자발적 보험이 차지하는 비중은 1.9%였으나, 지난 15년 사이에 지속적으로 증가하여 2019년 7.6%를 차지하고 있다. 독일을 포함하여 보편적 의료 보장을 시행하는 대부분의 국가에서는 전체 의료비에서 본인부담금뿐만 아니라 자발적 보험이 차지하는 비중이 상당히 감소했으며, OECD 회원 국가에서도 4.8% 수준에 그치고 있다(OECD, 2021). 따라서 의료보장 수준 확대뿐만 아니라 민간 보험의 역할 정립을 위한 논의가 필요하다.

2. 개인의 질병, 장애, 가구 특성을 반영한 정교한 제도 설계를 통한 실효성 제고

독일과 한국의 본인부담 상한제는 1년을 단위로 법정급여 항목에서 발생한 본인부담금이 연간 상한액을 초과하면 보험자가 초과 금액을 부담하는 공통점을 가지고 있다. 그러나 두 국가의 제도는 <표 5>와 같이 본인부담 한도액 수준, 한도액 산정 방법, 상한제 신청 및 절차, 추가 보완 장치 마련 등 제도의 운영 체계 및 관리 방식에 차이를 보이고 있다.

독일은 급여서비스 이용 시점에서 항목별 본인부담 최대

금액을 설정하고, 가구 단위별로 연간 본인부담금 한도액을 통한 이중 안전망으로 설계되어 있으나, 한국은 서비스 이용 시점에서 요양기관 유형에 따라 차등적으로 발생하는 본인부담 연간 누적 금액만을 대상으로 운영하고 있다. 또한 독일 상한제 한도액은 일반 피보험자의 경우 연간 총 가구 소득의 2%, 만성질환자는 1% 수준으로 매우 낮을 뿐만 아니라 가구 구성원, 질병 상태 및 장애 수준, 돌봄 필요도 등을 반영하여 차등화하고 있다. 반면에 한국은 2018년 저소득층의 의료비 부담을 줄이기 위해 본인부담 상한액을 하향 조정했음에도 불구하고(보건복지부, 2019), 소득 하위 50% 계층의 본인부담 상한액이 연소득 10% 수준으로 여전히 높은 실정이다. 이와 같은 차이는 두 국가의 본인부담 초과액 지급 대상자 수에도 영향을 미치고 있다. 독일 상한제 지급 대상자 수는 2012년 이후 지속적으로 감소하고 있음에도 불구하고 2020년을 기준으로 독일 전체 인구의 6.7%에 해당하는 557만 명이 혜택을 받았다. 이에 비해 한국은 2017년 79만 명에서 '건강보험 보장성 강화 대책' 및 '소득 하위 50%의 본인부담 상한액 인하' 정책으로 적용 대상자가 지속적으로 증가하여 2018년 127만 명, 2021년 175만 명으로 연평균 25.9%포인트 증가하였으나(보건복지부, 2022), 이는 전체 인구의 3.4%로 독일 적용 대상자의 절반 수준에 그치고 있다.

독일은 상한액 산정 기준에 소득 및 가구 구성원뿐만 아니라 가족 수당 공제, 만성질환 특별 규정, 저소득 가구 특별 규정, 사회부조 한도액 대출, 정부의 생계 지원 수급자 규정과 같이 일본의 '고액 요양비 제도'와 유사하게 보완 장치를 추가적으로 마련하여 정교하게 제도 운영을 함으로써 제도의 실효성을 높일 뿐만 아니라 계층 간 형평성을 보장하고 있다. 이에 비해 한국은 소득 수준에 따른 보험료 분위를 7개 구간으로만 차등화하여 상한액을 산정하기 때문에 동일 소득 구간 대상자는 동일한 한도액이 산정되어 의료비 부담의 형평성 측면에서 문제가 발생할 수 있다.

신청 시기 및 지급 방법에 있어서 독일은 한도액 선 지급을 통한 사전 신청, 회계 연도 중간에 한도액에 도달 시, 이후 발생하는 본인부담금 면제 신청, 회계연도 말 이후에 본인부담 한도액 초과금 상환금 신청으로 구분할 수 있다. 따라서 독일은 어떠한 급여 방식을 적용하더라도 연간 한도액을 초과하는 비용을 피보험자가 직접 지출하지 않도록 설계되어 있다. 한국의 사전급여는 요양기관이 한도액 초과금을 건강보험 공단에 직접 청구하는 방식(요양병원 제외)이지만, 동일 요양

기관을 이용한 경우로 제한되어 있기 때문에 적용 대상자가 많지 않다. 또한 사후 급여는 연간 본인부담 전액을 피보험자가 부담해야 할 뿐만 아니라 의료비 발생 시점과 환급금 지급 시점 간의 차이로 인하여 재정적 어려움을 적시에 완화시키지 못한다는 한계가 있다.

두 나라 모두 법정급여만을 상한제 적용 대상으로 하고 있으나, 독일은 비급여 서비스를 개인부담서비스(IGeL)로 규정하고, 연방 정부 수준에서 서비스의 효과 및 부작용, 비용 등을 모니터링하고, 그 결과를 소비자에게 공개하고 있다. 또한 서비스 제공 이전에 공급자와 환자 간에 사전 정보 고지 및 동의서가 작성된 서면 계약을 의무화하는 등 체계적으로 관리하고 있다. 반면에 한국은 법정 본인부담률이 매우 높을 뿐만 아니라 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 항목 범위가 넓고, 선별급여, 전액본인부담, 임플란트, 상급병실(2~3인실) 입원료, 추나요법 본인 일부부담금 등으로 환자가 직접 지출하는 의료비 부담이 크다(김하운 외, 2021). 2019년을 기준으로 건강보험 총 진료비에서 비급여가 차지하는 비중은 16.1%(선

택적 비급여 제외)⁵⁾로 연평균 7.6%포인트의 증가 추세를 보이고 있기 때문에(국민건강보험공단, 2021), 본인부담 상한제 개선과 함께 비급여 영역에 대한 세부적인 기준 마련 및 체계적인 관리가 요구된다.

한국, 일본, 독일의 의료보험은 그 역사로 인해 유사한 구조와 운영체계를 가지고 있어 독일의 본인부담금 상한제 운영방식을 한국 의료보험에 적용시키는 것은 기술적으로는 용이한 측면이 있다. 문제는 더욱이 단일보험자 방식으로 운영되고 있는 한국은 조합방식이 가지는 행정적 분절화 문제를 극복할 수 있는 장점을 가지고 있다. 그러나 고액 본인부담금 발생 자체를 초기에 억제하고 보장 수준을 독일만큼 높이기 위한 재정의 확보, 특히 의료보험 재정 중 보험료 비중이 큰 독일 방식으로 한국 의료보험 재정을 안정적으로 확보하기 위해서는 의료보험료⁶⁾ 인상이 필요한데, 이는 어려운 정치적 과제가 될 것이다. 또한 안정적인 재정확보를 전제로 보다 정교한 지급 대상과 기준을 확대 설정하고 해당 대상자를 파악, 집행하는 운영체계를 추가적으로 확보하여야 하는 과제가 있다. 혼

표 5. 독일과 한국의 본인부담 상한제 비교

상한제 운영	독일	한국
관리운영 기관	개별 보험자 질병금고	국민건강보험공단
산정 단위	1년 단위(1월 1일~12월 31일)	1년 단위(1월 1일~12월 31일)
적용 대상	의료보험 및 사회부조 수급자의 보험급여	건강보험 피보험자의 보험급여
상한 적용 구조	상한액 이중 구조 - 급여서비스별 본인부담 최대 금액 설정 - 가구 단위 연간 본인부담금 상한	상한액 단일 구조 - 연간 본인부담금 상한
상한액 기준 산정방법	소득 및 가구 구성원에 따라 차등 - 일반 피보험자: 연간 생계 소득 총액의 2% - 만성질환자: 생계 총소득의 1% 한도액	보험 10분위 기준 7구간으로 차등하여 직장 및 지역 가입별로 산정
신청 시기 및 지급 방법	- 사전 신청: 한도액 선지급을 통한 본인부담 면제 - 중간 신청: 회계 연도 중간에 한도액에 도달 시, 이후 발생하는 본인부담금 면제 - 사후 신청: 회계연도 말 이후에 본인부담 한도액 초과금 상환	- 사전 급여: 동일 요양기관에서 연간 상한액 초과액을 요양기관이 건강보험공단에 청구하여 상환 - 사후 급여: 여러 요양기관에 지출한 본인부담금이 연간 상한액을 초과한 경우, 건강보험공단에 청구하면, 기본보험료 결정 전후에 따라 직접 환급
급여 방법	사전 신청 및 중간 신청: 현물급여 사후 신청: 현금급여	사전 급여: 현물급여 사후 급여: 현금급여
취약계층에 대한 특별 규정	- 저소득 피보험자 특별 규정 - 사회부조 수급자 선지불 한도액 대출 제도 - 정부의 생계 지원 수급자 규정	하위 소득 50% 대상자: 연소득 10% 수준 한도액
상한제 제외	- 비급여 및 부분상환항목, 개인의료서비스(IGeL) - 혼합진료 금지	- 비급여, 선별급여, 전액 본인부담, 기타 본인일부부담금 - 혼합진료 허용

5) 선택적 비급여에는 건강보험 보장을 지표에 포함되지 않는 미용, 성형, 건강증진 등이 포함됨.

6) 독일은 국가 의료비 재원의 62.7%(2020년 기준)를 보험료에서 충당하고 있는 반면, 한국은 41.3%(2020년 기준)에 그치고 있다. 반면 국고지원 비율은 독일 15.7%(2020년 기준), 한국 19.7%(2020년 기준)이다(OECD, 2022).

합진료금지를 통한 재정안정화 역시 높은 정치적 의지와 시행력을 필요로 할 것이다.

3. 결론

독일은 의료보험의 기본 원칙인 연대성을 보전하면서 상황에 따라 혁신적 또는 점진적인 개혁을 통해 제도의 지속 가능성을 강화시켜왔다. 공공 재원의 높은 비중에 근거하여, 1차적으로 의료보장범위가 포괄적이고 최초 서비스 이용 시점의 법정본인부담이 낮게 설정되어 있어 1차 사회 안전망으로서의 기능을 하고 있다. 최근 보장 수준의 일부 후퇴에도 불구하고, 2차적으로 가구 특성과 소득비례 상한기준의 적용을 통한 형평성 제고와 개인의 질병 상태와 장애 수준, 가구의 구성원 등을 고려하여 정교하게 설계된 본인부담 상한제라는 두터운

이중 의료 안전망을 운영함으로써 수준 높은 의료보장체계를 작동시키고 있다. 이상과 같은 독일 본인부담금 제도의 특징은 유사한 제도를 운영하면서도 독일에 비해 내용과 구조적 한계를 가지고 있는 한국 본인부담제도 개선에 유용하게 활용될 수 있을 것이다.

우경숙은 서울대학교 보건대학원에서 보건학 석사학위를 받았으며, 한양대학교 의과대학 의학과 박사학위를 받았다. 주요 관심 분야는 건강정책, 건강보험제도, 메타분석 등이다.

(E-mail: jeeye798@gmail.com)

신영전은 서울대학교 보건대학원에서 석·박사 학위를 받았으며, 한양대학교 의과대학 예방의학교실 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 건강정치학, 건강정치사, 북한보건의료 등이다.

(E-mail: yshin@hanyang.ac.kr)

참고문헌

- 국민건강보험공단. (2021). 『건강보험환자 진료비 실태조사』 통계정보 보고서. 원주: 국민건강보험공단.
- 김수진. (2020). 건강보험 보장성 강화에 따른 가구 의료비 부담 변화와 시사점. *보건복지포럼*, 289, pp.38-52.
- 김용익. (2018). 건강보장과 국민건강보험공단의 역할. *보건행정학회지*, 28(3), pp.210-216
- 김하윤, 장종원, 박보람, 임슬기, 고은비. (2021). 주요국의 비급여 관리현황과 시사점. 원주: 국민건강보험공단.
- 박찬미, 장선미, 강현아, 배은영, 장수현. (2012). 의약품 본인부담차등화 제도 연구. 원주: 건강보험심사평가원.
- 박초열. (2021). 본인부담상한제 등급 조정 전·후의 노인 1인당 총 진료비 현황과 영향 요인 분석. *보건의료산업학회지*, 15(2), pp.53-66.
- 보건복지부. (2022). 본인부담상한액 초과 의료비 지급 절차 오늘부터 시작, 약 175만 명에게 2조 3,860억 원 지급, 평균 1인당 136만 원 혜택(보도자료).
- 보건복지부. (2019). 본인부담상한제로 저소득층 의료비 부담 크게 감소(보도자료).
- 손연우, 최선영. (2020). 소득 차등적 건강보험 보장성 강화의 정치과정 분석: 본인부담상한제를 중심으로. *한국사회정책*, 27(4), pp.87-105.
- 신영전. (2019). 전국민의료보험 30년 역사가 주는 교훈. *보건사회연구*, 39(2), pp.5-9.
- 신정우. (2020). 2020년 OECD 보건통계를 통해 살펴본 우리의 보건의료 현황과 통계 정보 생산 개선 과제. *보건복지포럼*, 8, pp.30-42.
- 우경숙, 김도훈, 신영전. (2018). 한국과 일본의 진료비 상한제도 비교: 제도 실효성을 높이기 위한 방안모색을 중심으로. *비판사회정책*, 60, pp.253-299.
- 유혜림, 김진수. (2016). 건강보험 본인부담상한제의 효과성에 관한 연구. *사회보장연구*, 32(2), pp.135-164.
- 이용갑. (2009). 지난 20년간 독일 공적건강보험 개혁과 시사점: 경쟁적 다보험자체계에서 공적 건강보험제도에 대한 국가의 역할과 책임강화. *보건사회연구*, 29(2), pp.186-212.
- 임승지, 김승희, 최은희. (2015). 본인부담상한제 제도개선 영향분석 및 정책방안 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 임승지, 신한나, 손동국. (2018). 건강보험 부과체계개편과 보장성 확대에 따른 본인부담상한제 합리화 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 장빛나, 주재홍, 김휘준, 박은철, 장성인. (2022). 2020 미충족의료율과 추이. *한국보건행정학회*, 31(2), pp.237-243.
- 조하현, 김지은, 함명일, 강은정, 김선정. (2020). 건강보험 본인일부 부담률 적정성에 대한 대중의 인식. *보건행정학회지*, 30(4), pp.451-459.
- 질병관리청. (2020). *미충족의료 국가승인통계 제117002호*. Retrieved from <https://health.kdca.go.kr/healthinfo/biz/pblcVis/details.do?ctgrSn=70>.
- 황도경. (2013). 독일의 의료보험 개혁 동향. *최신외국법제정보* 3, pp.56-67. 한국법제연구원.
- AOK. (2021a). *Zuzahlung: Wann eine Befreiung möglich ist*. Berlin: AOK-Bundesverband Die Gesundheitskasse. <https://www.aok.de/pk/versichertenservice/zuzahlung-befreiung>에서 2022. 3. 22. 인출.
- AOK. (2021b). *Bundeszuschuss*. Berlin: AOK-Bundesverband. https://www.aok-bv.de/lexikon/b/index_00272.html에서 2022. 5. 23. 인출.
- Betanet. (2021). *Zuzahlung & Befreiung*. Institut gemeinnützige. <https://www.betanet.de/arznei-und-verbandmittel-zuzahlung-und-befreiung.html>에서 2022. 2. 3. 인출.
- BGM. (2012). *GKV- Finanzentwicklung in 2011*. Pressemitteilung, 7, März 2012. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG. (2014). *Basistarif in der privaten Krankenversicherung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMG. (2022). *Ratgeber Krankenversicherung Alles, was Sie zum Thema Krankenversicherung wissen müssen*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMJ. (2018). *Leistungskatalog der Krankenversicherung*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- BREG. (2022). *Mehr Geld für den Gesundheitsfonds. Etat für Gesundheit*. Bundesregierung. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/mehr-geld-fuer-den-gesundheitsfonds-387028>에서 2022. 4. 20. 인출.
- Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), pp.882-897.
- DGB. (2006). *Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Berlin: Deutscher

- Gewerkschaftsbund Bundesvorstand.
- Finder, B. D., & Lundy J. (2009). *Cost sharing for health care: France, Germany, and Switzerland*. Henry J. San Francisco: Kaiser Family Foundation, pp.1-25.
- Fuhrmann. W. (2004). *Wachsende Bürokratie bei sinkenden Leistungen: Das GKV-Modernisierungsgesetz*. Working Paper. Potsdam: Universität Potsdam.
- G-BA. (2022). *Der Gemeinsame Bundesausschuss Wer wir sind und was wir für Ihre Gesundheit tun*. brochure. Berlin: Gemeinsame Bundesausschuss.
- G-BA. (2017). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte*. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- GbE-bund. (2022). *Statistisches Bundesamt: Ausgaben, Kosten, Finanzierung*. Statistisches Bundesamtes. Berlin: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- GKV-spitzenverband. (2018). *Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB*. Berlin: GKV-spitzenverband.
- GKV-spitzenverband. (2022). *Die Gesetzlichen Krankenkassen*. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp에서 2022. 5. 2. 인출.
- GKV-Statistik. (2022). *Gesetzliche Krankenversicherung*. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswerte.
- Globerman, S. (2016). *Select cost sharing in universal health care countries*. Fraser Research Bulletin. Toronto: Fraser Institute.
- Green, D., Irvine, B., Clark, E., & Bidgood, E. (2012). *Healthcare Systems: Germany*. London: Civitas Health Unit.
- Jacobs. K., & Wasem. J. (2013). Vier Jahre Gesundheitsfonds in Modell mit Zukunft? *GGW*, 3(1), pp.15-22.
- KVB. (2017). *Informationen zur Privatliquidation bei GKV-Versicherten mit IGeL-Liste*. München: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.
- Kyriopoulos, I., Nikoloski, Z., & Mossialos, E. (2021). Financial protection in health among the middle-aged and elderly: Evidence from the Greek economic recession. *Health Policy*, 125(9), pp.1256-1266.
- Langer. B., & Kunow, C. (2017). Härtefallregelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung—Forschungsstand empirischer Studien. *Gesundheits-und Sozialpolitik*, 71(5), pp.7-14.
- Langer, B., Langer E., Müller, J., Paul, F., & Strohschneider, C. (2013). Administration der Härtefallregelungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung—Eine empirische Analyse. *Gesundheits und Sozialpolitik*, 67(4), pp.36-46.
- Langer, Bernhard, Anita B. Pfaff, & Axel Olaf Kern. (2006). *Steuerung des GKV-Arzneimittelmarktes—Auswirkungen von Selbstbeteiligungen und Härtefallregelungen*. Augsburg: Universitaet Augsburg.
- Lee, T. J., & Cheong, C. (2017). Has the Copayment Ceiling Improved Financial Protection in the Korean National Health Insurance System? Evidence From the 2009 Policy Change. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(6), pp.393-400.
- MDB. (2019). *15 Regeln bei Individuellen Gesundheitsleistungen*. Pressekonferenz IGeL-Monitor. Berlin: Medizinische Dienst Bund.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2022). *Health spending (indicator)*. doi: 10.1787/8643de7e-en.
- Qin, V. M., Hone, T., Millett, C., Moreno-Serra, R., McPake, B., Atun, R., & Lee, J. T. (2019). The impact of user charges on health outcomes in low-income and middle-income countries: a systematic review. *BMJ*, 3, e001087.
- Rice. T., Quentin, W., Anell, A., Barnes, A. J., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & Van Ginneken, E. (2018). Revisiting out-of-pocket requirements: trends in spending, financial access barriers, and policy in ten high-income countries. *BMC*, 18(1), pp.1-18.
- Riggs. K. R., Buttorff, C., & Alexander, G. C. (2015). Impact of out-of-pocket spending caps on financial burden of those with group health insurance. *Journal of general internal medicine*, 30(5), pp.683-688.
- Schröder. H. (2013). *Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2011*. Arzneiverordnungs-Report 2013,

- Berlin.
- Schwabe. (2016). *Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV*. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.
- Steffen. (2021). *Sozialpolitische Chronik*. Berlin: sozialpolitik.
- Yerramilli, P., Fernández, Ó., & Thomson, S. (2018). Financial protection in Europe: a systematic review of the literature and mapping of data availability. *Health Policy*, 122(5), pp.493-508.
- Vdek. (2022a). *Verband der Ersatzkassen. GKV - Verteilung der Versicherten auf die Kassenarten*. Berlin: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).
- Vdek. (2022b). *Zuzahlungen*. Berlin: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/zuzahlungen/_jcr_content/par.html에서 2022. 3. 12. 인출.
- VdeK. (2022c). *Daten zum Gesundheitswesen: Finanzierung*. Berlin: Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek).
- WHO. (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2021). *Impoverishing health spending - European Health Information Gateway*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://gateway.euro.who.int/en/indicators/uhcfp_1-impoverishing-health-spending/에서 2022. 3. 15. 인출.
- WHO. (2022). *The Global Health Observatory: Explore a world of health data. Domestic general government health expenditure (GGHE-D)*. Retrived from <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4953>.

Out-of-Pocket Maximum Policy in Germany's Health Insurance System:

A Focus on the Implications for Korean Health Insurance

Woo, Kyung-sook¹ | Shin, Young-jeon¹

¹ Hanyang University

Abstract

Purpose: The aim of this study was to provide policy implications for improving the effectiveness of the policy regarding out-of-pocket maximum in Korea by examining the operational method and characteristics of this policy that is stably implemented in Germany. **Coverage:** It applies to the benefits of insured persons registered in statutory health insurance. **Two-Level Maximum Policy:** It sets a maximum cap per item at the time of initial use of the benefit, and establishes the annual cap per household. **Management and Operation:** The sickness funds operates based on the co-payment ceiling regulations. **Ceiling Calculation:** The general cap is set at 2% of the annual household income, lowered to 1% for households with chronically ill members. **Evaluation:** Germany has improved practicality while securing equity between classes by considering household members, economic levels, diseases, and disabilities in co-payment ceiling. **Conclusion:** Out-of-Pocket Maximum operates as a medical safety net by precisely designing co-payment ceilings based on income. German co-payment system may be utilized for improving co-payment policies in Korea.

Keywords: Germany, Statutory Health Insurance (GKV), Co-Payment, Out-of-Pocket Maximum Policy, Health Care Coverage