

독일의 의료보험 개혁이 사회적 연대감에 미치는 영향

The Impact of Germany's Health Insurance Reform on Social Solidarity

임문혁 탐라대학교 사회복지학과 조교수

독일의 의료제도는 국제적으로 높은 수준의 자원과 의료자원을 갖추고 있으며 독일 국민들에게 포괄적인 급여를 형평성 있게 제공하는 보건의료제도로 평가 되고 있다. 그러나 높은 의료비와 보험료 부담에 비하여 국민들의 보건의료제도에 대한 만족도는 상대적으로 높지 않은 실정이다. 따라서 독일정부는 효율성 제고를 통한 의료비 절감과 소비자 선택을 강화하여 국민들의 의료제도에 대한 만족도를 높이기 위하여 시장경쟁원리를 도입하여 의료보험 개혁을 시도하였다. 그러나 시장 지향적 의료개혁이 공적의료보험의 기본원리인 사회적 연대감을 훼손시킬 수 있다는 우려가 제기되었다. 이에 본 고에서는 독일의 의료보험 개혁이 공적의료보험의 기본원리인 사회적 연대감에 어떠한 영향을 미치고 있는지를 살펴보았다. 분석결과 독일 의료보험 개혁 중 보험자간의 경쟁은 사회적 연대감을 제고하는데 긍정적인 영향을 미친 반면 본인부담의 증가와 급여제한은 사회적 연대감에 부정적인 영향을 미치고 있었다. 의료개혁을 함에 있어서 항상 고려해야 하는 두 가지 핵심요소인 경쟁과 사회적 연대감은 병존이 쉽지 않으므로 사회적 연대감을 유지하면서 의료보험 제도에 효율성을 제고하기 위한 경쟁체계를 도입 하려면 사회적 연대감을 보호하기 위한 많은 정부의 정책적 고려가 필요함을 독일의 경험은 보여주고 있다.

1. 서 론

독일의 의료제도는 국제적으로 높은 수준의 자원과 의료자원을 갖추고 있으며 독일 국민들에게 포괄적인 급여를 형평성 있게 제공하는 보건의료제도로 평가 되고 있다. 또한 영국과는 달리 의료 이용 시 오래 대기해야 하는 문제가 없다는 점도 독일 의료제도의 장점으로 꼽히고

있다.¹⁾ 그러나 독일의 경우 국내총생산에서 보건의료비가 차지하는 비율이 OECD 회원국 중 미국, 스위스에 이어 3번째로 높은데²⁾ 이렇게 높은 보건의료비가 효율적으로 사용되고 있는지에 대해서는 논란의 여지가 있다. 세계보건기구(WHO)가 2000년에 발표한 191개국의 보건의료제도 성과를 평가한 자료에 의하면 독일은 의료서비스 분야에서 14위, 효율성 분야에서는

25위를 차지했다.³⁾ 뿐만 아니라 보건의료제도에 대한 각 국가별 국민들의 만족도를 조사한 Blendon 등(2001)의 조사 결과에 따르면 독일 국민의 자국 보건의료제도에 대한 만족도는 다른 유럽국가들 보다 낮으며 북미국가인 캐나다, 미국보다 조금 높은 수준으로 나타나고 있다⁴⁾

이러한 독일의 의료보험 제도에 내재해 있는 문제점을 해결하기 위한 방안은 효율성 제고를 통한 의료비 절감과 소비자 선택을 강화하여 국민들의 의료제도에 대한 만족도를 높이는 것이다. 이를 위하여 독일 정부는 의료제도에 시장 경쟁 기전을 도입하여 의료보험 제도를 개혁하고자 하였다. 그러나 1990년대에 들어 시장 지향적 의료보험 개혁론이 탄력을 받기 시작하면서 비스마르크에 의해 1883년 독일의 공적 의료보험이 시작될 때부터 기본원리였던 사회적 연대감이 훼손 될 수 있다는 우려가 제기되기 시작하였다. 특히 1996년부터 피보험자들이 보험자인 질병금고를 자유롭게 선택할 수 있게 되어 질병금고간의 경쟁이 심화됨에 따라⁵⁾ 이러한 논의는 활기를 띄기 시작하였다.

이에 본 고에서는 독일 의료보험 제도를 사회적 연대감과 관련된 부분을 중심으로 개관하고 독일의료 제도의 문제점을 알아보며 독일정부의 의료보험 개혁 내용과 의료보험 개혁으로 인

하여 독일 공적의료보험의 기본원리인 사회적 연대감이 훼손되고 있는지를 살펴보았다.

2. 독일 의료보험제도 개관

1) 적용대상

독일의료보험의 특징 중의 하나는 일정소득 이하인자는 공적의료보험에 강제적으로 가입하도록 법제화 되어 있고 일정 소득 이상의 고소득자는 공적의료보험이나 민간의료보험을 선택하여 가입할 수 있다는 점이다. 2005년 현재 월 3,900 유로 이하의 소득자는 공적의료보험에 강제적으로 가입하게 되어 있으며 월 소득이 3,900 유로를 초과하는 경우는 공적의료보험이나 민간의료보험 중 하나를 선택하여 가입하든지 의료보험에 가입하지 않아도 되게 되어있다.⁶⁾ 민간의료보험의 주가입자는 자영자, 공무원, 교사와 고소득층으로 민간의료보험을 선택한 자들이다. 고소득층이 민간의료보험을 선택하여 가입하였을 경우 공적의료보험으로 소속을 바꾸는 것은 특수한 경우를 제외하고는 가능하지 않다. 2003년 현재 독일 국민의 공적의료보험 가입률은 약 87.8%이고⁷⁾ 9.7%는 민간보험

1) Grosse-Tebble, S and Figueras, J. (eds.) "Snapshots of health systems", *European Observatory on Health Systems and Policies*, WHO, 2005.

2) OECD, *Health at a glance*, 2005.

3) 레노어 지우어, 「독일 의료보험제도의 위기와 개혁」, 『한독 경상학회 국제학술 심포지움 자료』, 2004; Graf J. M. "German health care system in transition", *Eur J Health Econom*, 2005.

4) 이상이 · 전창배 · 이용갑 · 허순임 · 서남규, 「의료산업화와 공공성에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2005.

5) Stock S. A. K., Redaelli M., Lauterbach, K. W. "Disease management and health care reforms in Germany— Does more competition lead to less solidarity?", *Health Policy*, 2006a.

6) Graf J. M. 2005.

에, 0.2%는 보험 혜택을 전혀 받고 있지 않으며, 군인과 사회복지 수급자등 나머지는 대부분 공공부문의 다른 시스템의 적용을 받고 있다.⁸⁾

2) 관리운영주체

독일의 의료보험제도는 2004년 현재 법령에 의해 지역별, 직역별로 조직된 자치법인체인 292개의 법정질병금고와 약 50개의 민간 의료보험자에 의해 운영되고 있다. 법정질병금고는 지역질병금고(17개소), 기업질병금고(229개소), 생산직, 사무직 대체질병금고(10개소), 동업자 질병금고(20개소), 농민질병금고(14개소), 선원 질병금고(1개소), 광산근로자 질병금고(1개소)의 7 종류로 나누어진다.⁹⁾

질병금고의 종류¹⁰⁾

○ 지역질병금고(AOK)

- 지역질병금고는 지방의회의 결정에 의해 각 지역에 설치되어 있으며 일정지역 주민을 대상으로 하는 금고이지만, 다른 금고에 가입하지 않은 그 지역의 거주자를 대상으로 한다.

○ 기업질병금고(BKK)

- 기업질병금고는 기업의 피고용자를 대상으로 하며 최소 1,000명의 보험가입의 무자를 상시 고용하는 기업이 설립한다.

○ 생산직, 사무직 근로자 대체질병금고(AEV, VdAK)

- 가입대상인 생산직, 사무직 근로자와 법정질병 금고가입의무면제자(소득상한선을 초과하는 자), 성직자, 겸직자 등은 자신의 선택에 의해 임의로 가입할 수 있다. 고액소득자인 임의피보험자의 가입률이 높고 가입을 촉진하기 위한 영업 활동이 활발하며 공사적 색채가 강하다. 재정도 다른 종류의 질병금고에 비해 안정되어 있고, 일반적으로 보충금고의 급여는 다른 법정질병금고의 법정급여 이상의 급여를 받을 수 있다.

○ 동업자질병금고(IKK)

- 동업자질병금고는 소규모의 상인, 수공업자 및 자영자 등을 대상으로 하며, 단독 동업질병금고 성립요건은 최소 1,000명의 보험가입의무자를 상시 유지하는 것이다.

○ 그 외에 농민질병금고(LKK), 선원질병금고(SEE), 광산근로자질병금고(BKN)가 있다.

3) 보험료와 급여

독일 공적의료보험의 주 재원은 보험료이다. 보험료는 총임금에 대하여 정률로 부과되며 보

험료 책정의 상한 임금은 3,525 유로이다. 보험료는 2005년까지 노·사가 50 : 50의 비율로 분담하였으나 2006년부터 피용자가 54%, 사용자가 46%를 부담하게 되어 사용자에게 유리한 방식으로 변화였다.¹¹⁾ 개별질병금고마다 보험료율은 상이하며 2006년 현재 평균적으로 피보험자는 소득의 7.5%, 사용자는 6.6%를 보험료로 내고 있다.¹²⁾ 그리고 비근로 배우자와 어린이에게는 보험료를 부과하지 않고 있다. 연금수급자는 본인과 연금기금에서 50%씩 부담하고 실직자인 경우는 보험료 전액을 고용보험에서 지불하고 있으며 사회부조 계층의 보험료는 국가가 지원을 하고 있다.

독일 의료보험 급여의 95%가 법정급여 방식이며 대체의학, 침술, 온천요법과 같은 일부 서비스에 대하여 질병금고의 재정사정에 따라 임의급여 하도록 되어 있다.¹³⁾

이 상대적으로 높은 나라이다. OECD(2005)¹⁴⁾ 자료에 의하면 2003년 현재 국내총생산 대비 국민의료비의 비중이 독일의 경우 11.1%로 미국(15.0%), 스위스(11.5%)에 이어 OECD 국가 중 3번째로 높은 나라이다. 이는 프랑스(10.1%), 스웨덴(9.4%), 영국(7.7%) 등 다른 유럽국가보다 높은 수준이며 OECD 평균(8.8%)을 훨씬 상회하고 한국(5.6%)에 비해 매우 높은 수준이다(그림 1 참조). 또한 구매력 평가(purchasing power parity)를 기준으로 1인당 의료비를 살펴 보면 독일은 US\$ 2,996으로 OECD 평균인 US\$ 2,394의 1.25배인 것으로 나타났다(표 1 참조). OECD(2001)¹⁵⁾가 Log를 이용하여 단순회귀 분석을 한 결과(R² = 0.92)에도 독일은 1인당 국내총생산을 감안한 1인당 의료비 수준이 다른 OECD 국가에 비해 높은 것으로 나타났다(그림 2 참조).

2) 높은 건강보험료율

2002년 현재 독일의 보험료율은 14.0%로 다른 나라에 비해 매우 높은 실정이다. 이러한 높은 보험료율로 인하여 피보험자가 고통을 받고 있고 사용자는 인건비의 부담을 느끼고 있다.

3. 독일의료제도의 문제점

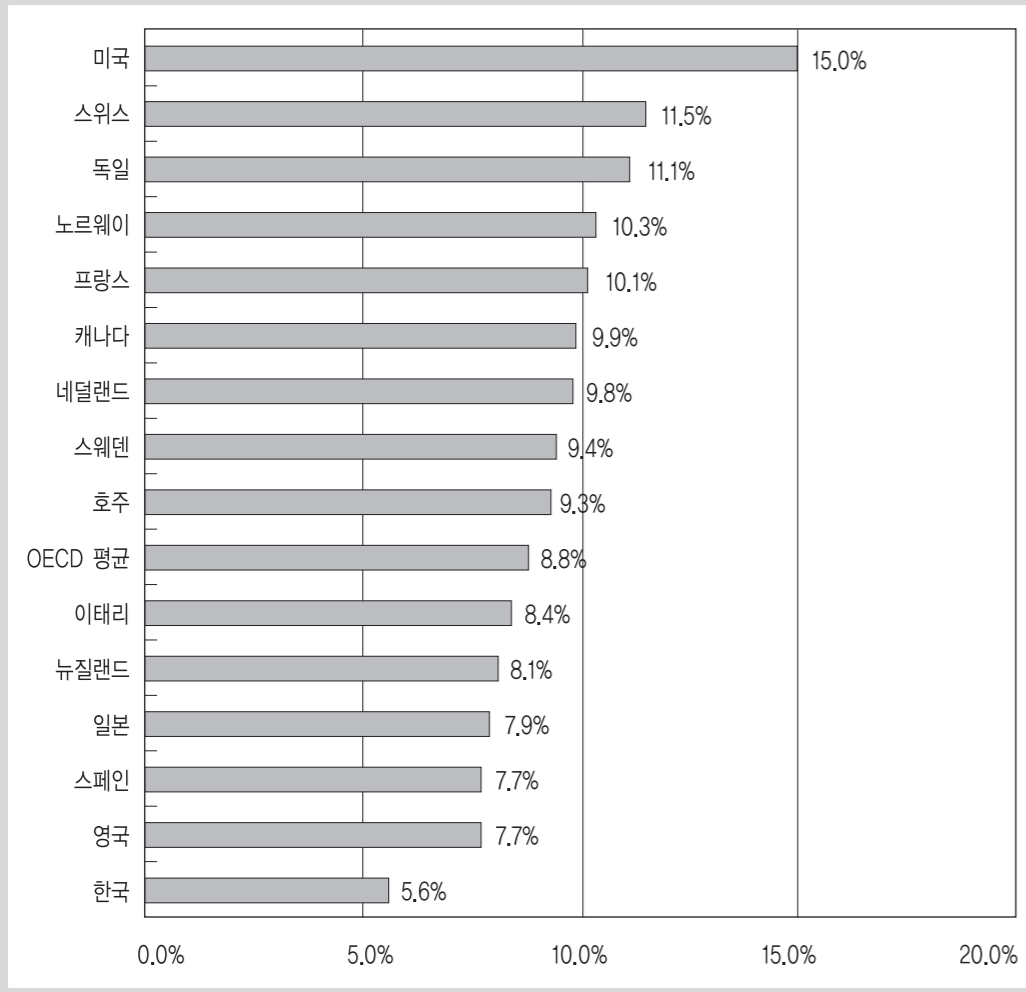
1) 높은 의료비

독일은 다른 나라에 비하여 보건의료비 지출

11) Stock S. A. K., Redaelli M., Lauterbach, K. W. "The influence of the labor market on German health care reforms", *Health Affairs*, 2006b.
 12) Schmidt U. *Health policy and health economics in Germany*, Friedrich Ebert Foundation, 2006.
 13) Dixon A., Pfaff M., Hermes J. "Solidarity and competition in social health insurance countries", in Saltman R. B., Busse R. and Figueras J.(eds.) *Social health insurance systems in western Europe*, Open University Press, 2004.
 14) OECD. 2005.
 15) OECD. *Health at a glance*, 2001.

7) 공적의료보험 가입자의 1/3은 보험료를 내지 않는 비근로 배우자, 18세 미만 자녀, 학생 등이다(Graf J. M. 2005).
 8) Wörz M. and Busse R. "Analysing the impact of health-care system change in the EU member states-Germany", *Health Econ*, 2005.
 9) Wörz M. and Busse R. 2005.
 10) 의료정책연구소. 「OECD 국가의 의료재원조달 및 지불체계」, 대한의사협회, 2006.

그림 1. OECD 주요국가의 국내총생산 대비 국민의료비 비율(2003)



자료: OECD, Health at a glance, 2005

이러한 인건비의 상승은 국가경쟁력을 약화시키고 실업의 증가를 초래한다는 견해가 있다. 독일정부는 건강보험료율을 1% 인상하면 첫째 2만개의 일자리가 사라지고, 2년 후에는 10만개의 일자리가 줄어들 것으로 추산하였다.¹⁶⁾ 1970년에 8%에 불과하던 보험료율이 14%까지 증가한 1차적인 원인은 지출의 증가보다는 경제성장의 둔화에 기인하고 인구구조

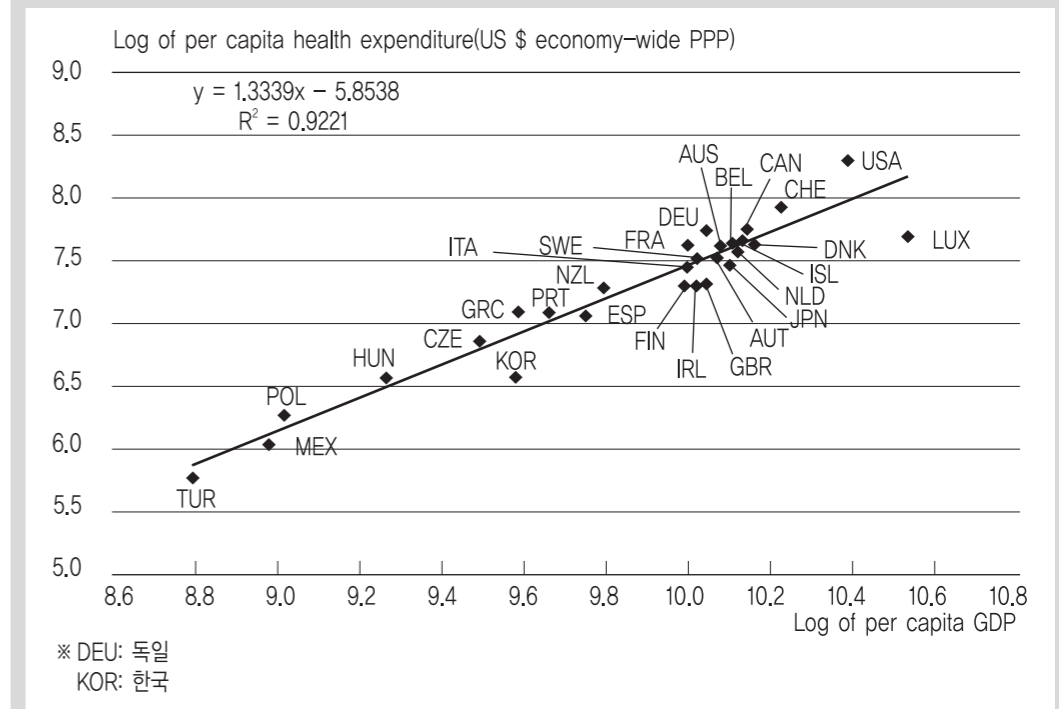
16) 이준영, 「독일 의료보험 개혁(2003)의 동향과 쟁점」, 『FFS-Information-Series 2004-03』, 프리드리히 에베르트 재단 주한 협력사무소, 2004.

표 1. OECD 주요국가의 의료비

국 가	의료비	
	의료비/GDP(%)	1인당 의료비(US \$, %)
독일	11.1	2,996(125)
한국	5.6	1,074(45)
영국	7.7	2,231(93)
미국	15.0	5,635(235)
일본	7.9	2,139(89)
OECD 평균	8.8	2,394(100)

자료: OECD, Health at a glance, 2005

그림 2. OECD 국가의 1인당 GDP와 1인당 의료비 관계(1998)



자료: OECD, Health at a glance, 2001.

변화에 따른 고령화로 인한 근로자 수의 감소도 보험료를 상승의 원인으로 지적될 수 있다.¹⁷⁾

독일의 의료비 상승요인이 될 수 있는 몇 가지 변수를 OECD 다른 회원국의 지표와 비교하여 보면 65세 이상 노인인구가 총인구의 18%로 나타나 OECD 평균인 9%의 2배이며 주요 의료자원인 의사수와 급성 병상 수는 인구 천 명당 3.4명, 6.6병상으로 나타나 OECD 평균인 2.9명, 5.3병상보다 높은 수준인 것으로 나타났다. 그러나 고가장비인 CT나 MRI는 OECD 평균에 못 미치는 것으로 나타났다.

3) 의료체계에 대한 비교적 낮은 국민 만족도

이같이 독일이 다른 OECD 국가에 비하여 많은 의료비를 사용하고 있는데 국민 건강수준은 어떠한가? 거시적 건강수준의 지표로 영아사망율과 국민의 평균수명을 사용하여 국가간 건강수준을 비교하면 독일인의 건강수준은 OECD 회원국의 평균 수준보다 양호한 것으로 나타나고 있다(표 4 참조).

그러나 보건의료체계에 대한 독일 국민의 만족도는 50으로 프랑스(78), 네덜란드(73), 스웨

표 2. 주요국의 건강보험료율

구 분	독일(2002)	한국(2005)	일본(2002)	프랑스(2003)	대만(2002)
보험료율	14.0	4.3	8.5	13.6	9.1

자료: 보건복지부, 「건강보험 보장성 강화방안」, 2005; 이상이·전창배·이용갑·허순임·서남규, 「의료산업화와 공공성에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2005 재인용.

표 3. OECD 주요국가의 의료비 상승요인 지표 (2003)

국 가	65+/총인구 (%)	고가장비(대/ 백만명)*		의사수 (명/천명)	급성병상수 (병상/천명)
		CT	MRI		
독일	18	14.2	6.0	3.4	6.6
한국	8	30.9	7.9	1.6	5.7
일본	19	92.6	35.3	2.0	8.9
미국	12	13.1	8.6	2.3	2.9
영국	16	5.8	5.2	2.2	3.7
OECD 평균	9	17.6	7.3	2.9	5.3

주: *2002 자료임.
자료: OECD, Health at a glance, 2005.

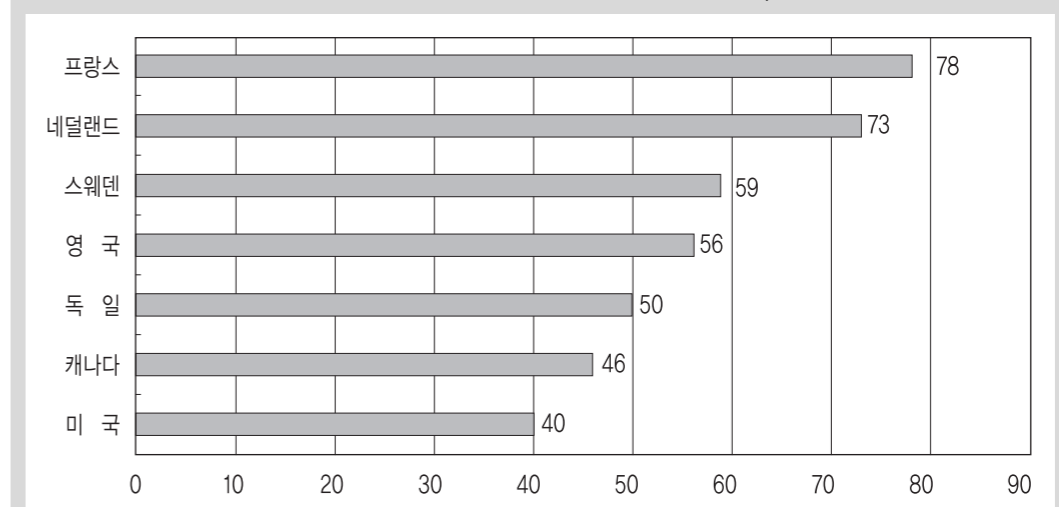
17) 레노어 자우어, 2004.

표 4. OECD 주요국가의 건강수준 비교 (2003)

국 가	영아사망율 (출생아 1000명 당)	건강수준	
		평균수명(세)	
		남	여
독일	4.2	75.5	81.3
한국	6.2**	73.4*	80.4*
영국	5.3	76.2	80.7
미국	6.9	74.5*	79.9*
일본	3.0	78.4	85.3
OECD 평균	6.1	74.9	80.7

주: *2002년 자료임. **1999년 자료임.
자료: OECD, Health at a glance, 2005.

그림 3. 보건의료체계에 대한 각 국가별 국민들의 만족도, 1999~2000



자료: 이상이·전창배·이용갑·허순임·서남규, 「의료산업화와 공공성에 관한 연구」, 국민건강보험공단, 2005.

덴(59), 영국(56)과 같은 다른 유럽국가에 비해 낮은 수준이며 캐나다(46), 미국(40)과 같은 북미 국가에 비해 다소 높게 나타났다. 이는 높은 의료비와 의료 보험료율에 비하여 의료의 질적 수준이 기대에 못 미치기 때문이다.

4. 사회적 연대감과 독일의 의료 보험 개혁

1) 사회적 연대감

사회적 연대감은 일반적으로 개인간 또는 집단간 공동의 위험을 공유하고 고난의 시기나 질병에 걸렸을 때 사회구성원들 간에 서로 돕자는 사회적 합의를 바탕으로 하며¹⁸⁾ 현대 복지국가의 보건 의료 재정에서 도덕적으로 매우 중요한 요소로 간주되어 왔다. 따라서 독일의 공적 의료보험법도 적용대상 및 급여확대를 통하여 사회적 연대감을 강화하는 방향으로 법이 제정되었다.

사회적 연대감은 집합성과 소득 재분배의 개념을 내포하고 있으며 사회적 위험 관련 연대감(risk solidarity)과 소득 관련 연대감(income solidarity)의 두 종류로 분류할 수 있다. 사회적 위험 관련 연대감은 사회적 위험이 낮은 건강한 자가 사회적 위험이 높은 불 건강한자에게 소득을 이전 시켜주는 개념으로 사회적 위험 관련 연대감이 높은 공적 의료보험 제도에서 의료보험 가입자는 건강 상태에 관계없이 의료보험 급여를 받기가 용이하다. 이는 민간보험에서 건강 수준에 따라 보험료 수준이 달라지는 제도와 대비되는 요소이다. 소득 관련 연대감의 개념은 보험료 부과에 있어서 지불능력에 따라 보험료

를 부과함을 의미하며 이는 소득이 높은 구성원이 소득이 낮은 구성원을 지원하는 제도의 기본원리이다.¹⁹⁾ 따라서 사회적 연대감이 기본원리인 공적 의료보험은 건강상태에 무관하게 소득 수준에 따라 보험료를 지불하고 임상적 요구가 발생할 경우 지불능력에 관계없이 보건의료급여를 받을 수 있어 건강권이 보장되고 형평성이 강조되는 제도로 볼 수 있다.

2) 의료보험 개혁이 사회적 연대감에 미치는 영향

(1) 보험자간의 경쟁체계 도입과 위험구조조정

의료보험 개혁의 목적은 효과적으로 의료비 증가를 억제하고 구성원들의 보험자 선택권을 제고하기 위한 것이며 이를 위하여 보험자간의 경쟁체계를 도입할 필요가 있었다. 보험자간의 경쟁제도가 도입된 1996년 이전에는 구성원들은 지역 또는 직업을 기준으로 보험자에 가입이 되는 체제여서 소득이 높고 질병 발생률이 낮은 구성원이 많은 보험자와 그 반대되는 보험자간의 보험료율의 차이가 구조적으로 발생할 수밖에 없었고 사회적 연대감도 상당히 제한될 수밖에 없었다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 보건의료구조법(Health Care Structure Act)안이 작성되었고

이 법안은 1992년 국회를 통과하여 1993년부터 발효되었다. 보건의료구조법에 따라 보험자간의 경쟁체계를 도입하기 2년 전인 1994년부터 보험자간의 급여부담의 공정성을 기하고 질병금고간의 공정한 경쟁을 촉진시키기 위하여 위험구조보상계획이라 불리는 위험조정계획(risk-adjustment scheme)이 도입되었다.²⁰⁾ 위험조정계획은 위험조정변수로 연령, 성, 장애자수, 상병수당 수급자수 등을 사용하여 질병금고 구성원의 특성상 의료비 지출의 차이가 발생하는 부분을 보정해 주는 제도이다.²¹⁾ 따라서 위험조정계획은 보험자가 고소득자, 독신자, 무자녀 부부, 젊은이 등 의료이용 확률이 낮은 집단을 선호하여 가입 시키는 위험선택 행위를 억제하여 공정한 경쟁을 촉진시키고 경쟁에서 발생할 수 있는 사회적 연대감에 대한 부정적 영향을 줄이기 위한 기전이다. 다시 말하면 위험조정계획을 도입한 목적은 가입자의 연령이나 소득 등에 의한 급여비 지출의 차이를 보전시켜 줌으로써 보험자간에 젊고 소득이 높은 가입자를 가입 시키려는 위험선택 경쟁을 억제하고 효율성 제고를 통하여 보험료율을 낮추는 경쟁을 유도하고자 함이다.

위험조정계획 실시 후 눈에 띄는 변화는 질병금고간의 보험료율의 차이가 많이 줄어들었다는 점이다. 위험조정계획 실시 전 해인 1993년에 질병금고간의 평균보험료율의 차이가 2.3%였으나 1998년에는 1.02%, 2000년에는 1.19%로 감소하였다.²²⁾

이같이 보험자간의 위험구조 조정방식이 도입된 후 공적 의료보험의 거의 모든 구성원이 보험자인 질병금고를 자유롭게 선택하여 가입할 수 있도록 하는²³⁾ 보험자간의 경쟁이 1996년부터 시작되었다.²⁴⁾ 이때부터 모든 지역질병금고와 대체 질병금고는 모든 피보험자에게 등록이 개방되었고 지역질병금고와 동업자 질병금고의 경우는 다른 질병금고에 소속되었던 피보험자의 가입여부를 질병금고가 결정할 수 있게 되었다. 그러나 광산노동자, 선원, 농부 질병금고는 아직 동일직업의 구성원만을 피보험자로 하고 있다.²⁵⁾ 이같이 피보험자가 보험자를 자유롭게 선택함으로써 위험분산이 동일 질병금고 내에서만 일어나던 것이 질병금고 간으로 확장됨에 따라 위험관련 사회적 연대감이 확장되었다.²⁶⁾

보험자간의 경쟁이 시작된 이후 주요한 변화는 보험가입자의 이동이 크게 증가하였다는 점

18) Maarse H. and Paulus A. "Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2003.

19) Stock S. A. K., et al. 2006a.

20) Maarse H. and Paulus A. 2003.

21) Stock S. A. K., et al. 2006a; Worz M. and Busse R. 2005.

22) Worz M. and Busse R. 2005.

23) 2000년 이전에는 피보험자가 보험자 변경을 원할 때 변경 3개월 전 소속 보험자에게 미리 변경의사를 밝혀야 했으나 2000년부터는 이러한 제한이 없어졌고 대신 보험자를 변경한 후 18개월간 동안은 보험자 변경이 불가능 하도록 하였다(Dixon A. et al. 2004).

24) 1996년 이전에는 사무직 근로자는 보험자 선택이 자유로웠지만 대부분의 생산직 근로자는 지역과 직장에 따라 보험자가 정해졌다(Dixon A. et al. 2004).

25) Stock S. A. K., et al. 2006a.

26) Maarse H. and Paulus A. 2003.

이다. 1999년 초부터 2000년 봄까지 보험가입자의 4.7%가 보험자를 변경하였는데 가장 가입자가 증가한 보험자는 기업질병금고였다. 또한 1996년 10월부터 2004년 1월까지 기업질병금고는 가입자가 510만 명(98%)이 증가한 반면 지역질병금고는 330만 명(14/9%), 사무직 대체질병금고는 210만 명(11.6%)이 감소하였다.²⁷⁾

이같이 기업질병금고의 가입자가 증가한 이유는 기업 질병금고의 경우 주가입자가 건강상태가 양호한 직장인이고 다른 질병금고에 비해 보험료율이 낮기 때문이다. 이외에도 2001년까지는 위험조정계획에서 만성질환에 대한 보상을 하지 않은 것도 기업질병금고에 가입자가 증가한 원인으로 지적될 수 있다.

만성질환자가 많이 등록된 질병금고가 경쟁에서 불리해지는 현상을 해소하기 위하여 위험조정계획은 2002년 1월부터 일년에 20,450 유로 이상의 의료비가 발생하는 가입자가 소속된 질병금고에 그 의료비 총액의 60%를 보상해주는 제도를 도입함과 동시에 질병관리 프로그램(Disease Management Program: DMP)을 도입하였다. 질병관리 프로그램은 질병금고가 만성질환자에게 증거에 입각한 임상진료지침을 바탕으로 구조화된 치료를 제공하는 프로그램으로 질병금고가 질병관리 프로그램을 시행하기 전에 연방보험국(Federal Insurance Office)의 인가

를 받도록 되어 있으며 2004년 10월까지 유방암, 당뇨, 관상동맥성 심장질환이 인가되었다.²⁸⁾ 질병관리프로그램에 가입한 피보험자에 대하여 질병금고는 위험조정계획으로부터 만성질환자의 의료비에 대한 보상을 받을 수 있다.

보험자 경쟁체계의 도입으로 인한 또 다른 변화는 질병금고간의 합병을 촉진시켜 20년 전 1,200개가 넘는 질병금고가 2005년에는 267개로 줄어들었다는 점이다.²⁹⁾

(2) 본인부담의 증가와 급여의 제한

① 본인부담비의 증가

본인부담비는 1980년대 초부터 실질적으로 증가하여 왔으며 1982년부터 2003년 사이에 6회에 걸쳐 본인부담을 증가 시키는 의료개혁이 이루어졌다. 이를 구체적으로 살펴보면 1980년 서독에서 총 공적의료보험 의료비 중 본인부담이 차지하는 비율은 3.1%였으나 1992년에는 3.6%, 2001년에는 4.3%로 증가하였고 2003년에 공적의료보험 현대화법이 통과되면서 본인부담비가 다시 한번 증가하였다.³⁰⁾

2004년부터 시행된 공적의료보험 현대화법에 따르면 2004년 1월부터 분기당 환자가 외래의나 치과에게 처음 진료를 받을 때 10유로를 지불하여야 하며 그 결과 의사 방문이 2003년

에 비하여 2004년도에는 8%가 감소하였다. 그리고 입원의 경우 매일 10유로씩 1년에 28일까지 본인부담하게 되었다. 처방약의 경우는 약품비의 10%를 최저 5유로에서 최고 10유로까지 본인부담하게 되었고 의료보조기구는 건당가격의 10%를 본인부담하게 되었다.³¹⁾ 또한 2003년까지는 일정소득 수준 미만인 소득자는 본인부담이 면제 되었으나 2004년부터는 자산조사를 거친 공공부조 수급자도 소득의 2%까지, 만성질환자의 경우는 소득의 1%까지 본인부담을 하여야하고 그 이상의 액수에 대하여 면제받게 되었다. 이러한 제도적 변화로 가장 타격을 받은 집단은 노숙자와 장기입원환자이다.³²⁾

본인부담의 증가는 본인부담이 지불능력과 무관하게 이루어진다는 측면에서 소득관련 사회적 연대감을 약화 시키고 사회적 위험이 증가함에 따라 본인부담이 증가된다는 면에서 위험관련 사회적 연대감에도 부정적인 영향을 미치고 있다.³³⁾ 또한 본인부담의 증가는 효율성 제고, 경쟁의 촉진, 소비자 주권의 강화 효과가 있다는 호평을 받기도 하지만 질병치료를 지연시키고 있다는 비판도 받고 있다. 따라서 독일 정부는 사회적 연대감에 미치는 부정적 영향을 최소화하기 위하여 본인부담 지출 총액 상한제

와 감면제도를 도입하였다. 이러한 본인부담제도의 변화로 말미암아 공적의료보험 지출의 2.4%에 해당하는 32조 유로가 절감될 것으로 추정된다. 이같이 2004년부터 실시된 공적의료보험 현대화법이 본인부담을 높이고 면제범위를 감소 시켰음에도 불구하고 국제적 관점에서 보면 아직도 독일의 본인부담 수준은 높은 편이 아니다.³⁴⁾

② 급여의 제한

공적의료보험 현대화법에 의하여 2004년부터 일부 급여가 의료보험에서 제외되었다. 예를 들어 의치, 대체의학의 비처방약, 안경, 이송서비스, 장제비 등은 보험급여에서 제외되었다. 이러한 급여제한은 사회적 연대감에 부정적인 영향을 미치지만 급여제한을 통하여 보험자는 2002년 현재 총 의료비의 1.9%에 해당하는 25조 유로의 지출을 절감할 수 있는 것으로 추정된다. 제외된 여러 급여항목 중 의치를 보험급여에서 제외하는 것에 대한 반발이 커서 보험급여에 다시 포함 시키는 대신 사용자를 제외한 피보험자에게만 보험료 부담률을 0.9% 인상시킬 예정이다.³⁵⁾

27) Wörz M. and Busse R. 2005.

28) Wörz M. and Busse R. 2005.

29) Graf J. M. 2005.

30) Wörz M. and Busse R. 2005.

31) Graf J. M. 2005.

32) Mosebach K. "The politics of health care financing reform in Germany", Euro Observer, WHO Regional Office for Europe, 2005.

33) Maarse H. and Paulus A. 2003.

34) Wörz M. and Busse R. 2005.

35) Mosebach K. 2005.

5. 의료보험 개혁의 최근 동향

2002년 독일정부는 의료보험의 재정적 안정을 기하기 위하여 전문가로 구성된 뤼립 위원회(Rurup Commission)를 설치하였고 뤼립 위원회는 2003년 보험료율을 낮출 수 있는 2가지 방식의 개혁안을 제안하였는데 전국민건강보험방식(All Citizen's Health Insurance: ACHI)과 정액보험료부과방식(Flat-Rate Premium Scheme: FRPS)이다.³⁶⁾

현행 독일 의료보험제도에서는 일정소득을 초과하는 고소득자의 경우 공적 의료보험이나 민간의료보험의 가입을 자유롭게 선택할 수 있는데 이러한 방식은 부자로부터 빈자에게 소득이전이 제한되므로 사회적 연대감을 제한하는 제도이다.³⁷⁾ 따라서 전국민건강보험방식에서는 고소득자와 공무원 등을 포함한 모든 국민이 공적의료보험제도에 가입하여 지불능력에 따라 보험료를 각출하도록 제안하고 있다. 또한 보험료 부과는 근로소득을 포함한 기타소득까지 보험료 부과대상으로 하여 보험료 부과 상한을 월 5,100유로로 할 것을 제안하였다. 전국민건강보험방식은 고소득자를 공적 의료보험에 포함시키고 자산소득 등에 추가적으로 보험료를 부과함으로써 사회적 연대감을 제고함과 동시에 보험료율을 낮추는 것을 목표로 하고 있다. 전국민건강보험방식이 기존방식과 동일한 점은 보

험료 부담을 사용자와 피용자가 공동으로 부담토록 한점이다. 또한 가입자가 공적의료보험이 제공하는 기본급여 이외의 보충급여에 대한 보험을 원할 경우 선택적으로 추가적인 민간의료보험에 가입할 수 있도록 하고 있다. 이러한 전국민건강보험방식은 현행 우리나라의 건강보험방식과 유사하다 할 수 있다.

한편 정액보험료 부과방식은 그 기본원리가 보험료와 노동인건비를 분리시키는데 있다. 이 제도 하에서는 피보험자가 소득수준이나 건강상태에 관계없이 정액의 보험료(월 109 유로)를 내고 저소득자의 경우는 조세로 보험료를 지원하는 방식이다. 따라서 공적의료보험 내에서 보험료에 의한 소득재분배는 발생하지 않는다. 그리고 사용자는 의료보험료를 내지 않는 대신 근로자의 임금을 높여주는 방식이다.³⁸⁾ 뤼립 위원회가 제안한 두 가지 개혁안은 궁극적으로 근로자에 대한 기업의 인건비 부담을 줄여 고용을 창출하고 경제를 활성화하자는데 있다. 이 두 가지 개혁안의 소득재분배 효과를 살펴보면 전국민건강보험방식이 고소득층에게 불리한 반면 정액보험료부과방식은 고소득층에게 유리한 것으로 평가 되고 있다.³⁹⁾

이러한 뤼립 위원회의 2가지 안을 검토한 후 2004년 11월 기독교민주당(Christian Democratic Union: CDU)과 기독교사회당(Christian Social Union: CSU) 두 보수당은 소득조정 정액보험료

방식을 채택하기로 합의하였다. 소득 조정 정액보험료 방식에서 근로자는 소득의 7%를 보험료로 내되 109 유로를 상한으로 하며 사용자는 6.5%의 보험료를 지급하도록 하고 사용자가 지급하는 보험료에는 상한을 정하지 않는 방식이다. 이 방식은 노·사로부터 각출된 보험료가 169 유로를 초과할 경우 초과금액은 정부가 운영하는 사용자 연대기금(Employers' Solidarity Fund)에서 관리하고 169 유로를 미달하는 경우에는 사용자 연대기금에서 그 차액을 보전해 주는 방식이다.⁴⁰⁾


6. 결 론

독일의 의료보험 개혁은 보험자간의 경쟁, 본인부담의 증가, 급여제한 등의 방법을 통하여 의료비 상승 억제 및 보험료율 인하를 목표로 하고 있다. 보험자간의 경쟁은 일반적으로 공적의료보험과 민간의료보험간의 경쟁을 생각할 수 있으나 독일의 경우는 고소득층이 공적의료보험에서 민간의료보험으로 이전했을 경우 다시 공적의료보험으로 재등록이 안 되기 때문에 공적의료보험과 민간의료보험간의 경쟁이 제약되어 있고 질병금고간의 경쟁에 의료보험 개혁의 초점이 맞추어져 있는 것이 특징이다.⁴¹⁾

그런데 1996년 이전 보험자간 경쟁체계 도입

이전의 독일의 의료보험 제도는 구조적으로 7 종류의 질병금고가 분절된 체제로서 위험분산이 같은 질병금고 내에서만 국한하여 발생되고 질병금고 간 위험분산이 이루어지지 않아 사회적 연대감이 제한될 수밖에 없는 실정이었다.⁴²⁾ 따라서 독일정부는 보험자간의 위험조정기전을 마련하고 피보험자에게 보험자 선택권을 부여하여 보험자 경쟁체계의 도입을 통하여 사회적 연대감을 향상시켰다. 그러나 독일의 경험은 보험급여의 95%가 법정급여이고 위험조정을 통하여 보험료율의 차이를 줄인 상태에서 보험자간의 경쟁을 통한 효율성 증진이 제한적임을 보여주고 있다.

보험료율을 낮추기 위한 개혁의 방법으로 채택한 본인부담의 증가와 급여제한은 사회적 연대감에 부정적 영향을 미쳤으나 본인부담 지출총액 상한제와 감면제도를 통하여 사회적 연대감에 미치는 부정적 영향을 최소화 하고자 하였다.⁴³⁾

어느 나라든 의료개혁을 함에 있어서 경쟁을 통한 효율성 증진과 사회적 연대감 유지의 조화를 추구하는 경향이 있다. 그러나 경쟁과 사회적 연대감이 병존하기는 쉽지 않으므로 사회적 연대감을 유지하면서 효율성을 제고하기 위한 경쟁체계를 도입 하려면 사회적 연대감을 보호하기 위한 많은 정부의 정책적 고려가 필요함을 독일의 경험은 보여주고 있다. 

36) Mosebach K. 2005; Worz M. and Busse R. 2005.

37) Dixon A. et al. 2004.

38) Graf J. M. 2005.

39) Mosebach K. 2005.

40) Mosebach K. 2005.

41) Dixon A. et al. 2004.

42) Maarse H. and Paulus A. 2003.

43) Graf J. M. 2005.