

2. 독일 복지국가: 보호하는 국가 (Fürsorgender Staat)에서 작동하는 (Aktivierender Staat) 국가로

서구 유럽의 복지 국가들은 19세기 중반의 생 성기 이후 차별적인 형태로 발전되어 왔다. 에스 팅 엔더슨은 복지국가의 성격과 형태에 대한 연 구를 통해서 이러한 유럽 복지국가들의 형태를 구별하고자 했다.¹⁾ 그 이후, 많은 학자들이 복지 국가의 발전에 대한 연구를 거듭하여 각 나라마 다 가지고 있는 특징들을 파악하고 이를 다른 국 가들과 비교하고자 하였다. 이러한 연구들에서 독일은 보수적 조합주의 모델(Konservativ-Korporatistisches Regime)로서 평가되는데, 주요 평가 기준들로 사회적 계급의 분류(혹은 직업에 따른 분류)에 의해 조직화된 사회보험, 낮은 노동의 상품화 수준을 유지하기 위한 국가의 강한 개입, 다소 강하게 유지되어 온 가족체계의 특성 들이 제시된다. 8년대 중반까지 독일은 이러한 보호 또는 보급국가적 특성들을 가진 보수적 복지국가로 분류되어 왔다. 이러한 보호하는 복지 국가는 시장경제의 구조적 결과에 의해 야기되 는 여러 사회 문제들에 해결책을 모색하고자 하는 목적으로 발생되었다.²⁾ 독일 복지국가는 각 종 사회적 위험들로부터 국민을 보호하기 위해 보호권을 확대하고, 자유시장체제에서 노동강

요를 다소 약화시키기 위해 소득 대체 서비스를 통해 강하게 개입해 왔다. 특히 국가가 직접 노동시장에서 규정적 노사관계(Normalarbeitsverhältnis), 해고보호(Kündigungsschutz), 직업보호(Berufsschutz) 등의 방법들을 통해 폭넓게 노사관계에 간섭함으로써 개별적 노동관계와 노동자들을 보호하고자 했다. 또한 독일 복지국가는 사회적으로 혜택 받지 못한 국민들에게 사회적 자원을 보급하는 주로 반응적이고, 보상적인 사회복지정책들이 발전되었다. 따라서 사회적 통제를 통해서라기 보다 권리의 보장, 재정적 지원, 재활을 위한 자극들을 통한 개입형태가 중심이 되었다. 이러한 독일의 사회복지정책은 자유와 평등의 가치 실현을 목적으로 하고 있다. 우선 자유(Freiheit)는 물질적 한계상황으로부터의 자유로서 이해될 수 있는데, 국가는 국민이 어떤 상황에 처해 있든지 최저한의 생계를 위한 물질적 자원을 지원하여 최소한의 생활 수준을 보장해 왔다. 평등(Gleichheit)은 사회 계급간의 생활수준과 소득수준의 차이를 줄이는 것을 말하는데, 이 가치는 결과(Outcome)에서 그 수준이 평가되며, 국가를 통해 불평등한 시장소득의 분배가 이루어져 왔다. 이러한 보호하는 복지국가에서 국가는 사회 전반에 걸쳐 무제한적인 통제능력을 가진 것으로 인식되었다. 70년대에 독일은 국가의 적극적 정치를 통해 사회를 직접적

1) Gosta Esping Andersen, The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge, 1990, Kapitel 6, 7; Ders., Social Foundations of Postindustrial Economics, Oxford, 1992, Kapitel 6.

2) Jens Alber, Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Sozialversicherung in Westeuropa. Frankfurt/New York, 1982.

최근 의료영역 개혁과정에서 나타나는 독일 복지 국가의 성향변화

최영진

독일 브레멘 대학교 박사과정

1. 서론

이 논문의 목적은 최근 의료영역 개혁과정을 통해 독일의 복지국가의 성향변화를 살펴보는 것이다. 독일 사회보장 정책은 복지국가의 생성 이후 지속적으로 변화의 과정을 겪어왔다. 특히 최근에 이르러 의료 영역의 경우, 의료기술의 발전과 노인인구의 증가에 따라 그 욕구와 수요의 정도가 변함으로 인해 개혁의 요구에 직면하고 있다. 2차세계대전 이후로 유지되어온 독일 복지국가의 전통적인 역할과 성향이 이러한 개혁 요구에 반응하면서 변화를 겪고 있다. 이러한 상황에서 이 논문은 다음의 세가지 주요 질문에 대한 답을 찾는 과정을 통해 구성되어 진다. 첫째, 독일은 역사적 발전으로 볼 때 어떠한 특성을 가진 복지국가의 형태를 띠는가? 둘째, 최근의 의료 영역은 어떠한 개혁과정을 겪고 있는가? 셋째, 이러한 의료영역 개혁과정들 속에서 독일 복지국가의 성향변화를 살펴볼 수 있는가? 첫째 질문의 경우, 독일의 복지국가가 전반적인 사회보장정책의 영역에서 어떠한 역할을 해왔는지 파악함으로써 해답을 찾을 수 있다. 둘째 질문의

경우, 기본적인 독일 건강보험의 체계를 바탕으로, 2005년 말 사민당(SPD)과 기민당(CDU), 기사당(CSU)의 대결합 과정에서 나타나는 건강보험에서의 개혁안들과 그에 대한 국민들이 반응을 살펴봄으로써 설명될 수 있다. 세 번째 질문의 경우, 의료서비스의 제공 과정에서 변화내용을 살펴봄으로써 새로운 특성들이 파악될 수 있다. 따라서 이 논문은 우선 독일에서 복지국가의 역사적 발전과정을 짧게 살펴보게 된다. 두 번째로, 독일 건강보험의 기본구조와 최근에 논의되어 온 각 정당들의 개혁안을 살펴보게 된다. 또한 이 부분에서 이러한 개혁안들에 대한 국민들의 반응을 살펴보게 되는데, 이들은 결국 정책과정에서 피드백 역할을 통해 새로운 정책안의 구성에 중요한 영향력을 미치게 되기 때문이다. 세 번째로, 전반적인 의료영역에서 의료서비스 제공의 수단과 방법의 변화는 공급자의 범위, 재정 마련 방법, 의료 공급 수준 등을 통해 살펴보게 된다. 마지막으로 이 논문은 의료영역에서 나타나는 독일 복지국가의 개혁성향을 정리하면서 지속적인 복지발전에 있어 고려되어야 할 점들을 제안하면서 마무리 된다.

해외제도 하이라이트

Mitte)라는 말을 사용한 것에서 발생되었다. 그 후 보장 국가로서 작동하는 복지국가의 사회복지정책적 목적은 정부 교체 이후 국무장관이었던 부도 훔바흐(Budo Hombach)에 의해 상세하게 설명되었다.⁸⁾ 국가는 한 하위체계가 다른 체계로부터 부정적인 영향을 받을 시 이를 보상하고, 이를 규정적으로 막는 것뿐만 아니라 마찬가지로 하위 체계들이 최상으로 서로 밀접하게 관련되도록 하고 이를 구조화해야 한다. 예를 들어 사회보장 체계는 생업을 위한 노동시장의 재수용(Wiederaufnahme)과 자발성(Eigeninitiative)을 최대한으로 준비하고 지원하도록 구성되어져야 한다. 개인적인 권리와 의무의 새로운 조화, 그에 대한 요구, 그리고 행정적으로 관리하고 법을 만들며 생존과 예방을 위해 작동하는 국가는 국민들을 더 믿고, 그를 통해 그들의 활동을 기대해야 한다. 이러한 모든 것은 국가가 모든 책임을 회피하는 것이 아니라 오히려 그 반대로 이해될 수 있다. 새로운 개입모델로서 창조적이고, 혁신적이며, 적극적인 정책이 될 수 있다. 이러한 작동하는 국가로의 성향 변화는 슈뢰더(Gerhard Schröder)의 '요구하라 그리고 지원하라'는 슬로건에서 잘 나타난다.⁹⁾ 이레네 디겔데이(Irene Dingeldey)는 보호하는 국가와 작동하는 국가를 그 목적과 간섭방법 등을 기준으로 그 특

성을 구분하여 다음과 같이 설명하고 있다.¹⁰⁾ 우선 보호하는 국가의 경우, 사회적 자원의 보급이 사회적 욕구의 반응에 의해 보상의 의미에서 실행된다. 자유의 가치는 물질적인 한계상황으로부터의 최소한의 생활수준의 보장이라는 의미를 띠며, 평등은 소득의 불평등에 따른 재분배를 의미한다. 또한 각종 사회적 권리들은 소속과 요구 수준에 따라 공평하게 보장된다. 국가의 개입은 계획을 통한 보장의 책임하에 다른 사회 체계의 구성요소(시장, 자본 등)에 비해 국가의 우위적 위치가 인정된다. 작동하는 국가에서의 경우, 사회복지 서비스의 수급에 있어 개인의 책임성과 활동성이 중시되며, 자유의 가치는 개인의 자기 관리를 통한 노동의 재생산에 대한 지원의 의미에서 이해된다. 평등은 노동의 재상품을 위한 가능성을 높이기 위한 각종 사회적 자원에서의 접근에서 동등한 입장이 보장되는 것을 의미한다. 사회적 권리들은 기업 경제적 요소가 개입됨으로써 조건화 되고, 개인화되며 계약을 통한 보장이 이루어진다. 이러한 작동하는 복지국가에서 국가는 직접적인 개입보다는 중간자적인 입장에서 조합적이고 폭넓은 서비스 제공을 가능하게 하는 기능을 하게 된다.

8) Budo Homebach, Die Balance von Rechten und Pflichten sichern. Der Aktivierende Sozialstaat- Das Neue Leitbild, in: Soziale Sicherheit, 48(1992)2, S.41-45.

9) Gerhard Schröder /Tony Blair, Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokraten, in: Blätter für Deutsche und Internationale Politik, (1992)7, S.888-896.

10) Irene Dingeldey, Politikfeldübergreifende Koordination als Neue Steuerungsform in Aktivierenden Staat, in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft, (2003) 1, S.97-100.

Social Services Highlight

으로 구성할 수 있는 계획하는 국가(Planender Staat)의 모습으로 발전되었고, 강력한 국가 조직들은 각 기능에 따라 구별되었다.³⁾ 사회복지 서비스는 세금과 강제적 부담금에 따라 재정이 마련되었고, 국가 조직들에 의해서 공급되었다. 이러한 보수 조합적인 복지국가의 발전은 조합적인 활동가들(Sozialpartner, Verbände)의 참여를 통해 이루어졌다. 가족에 대한 복지서비스 공급에 있어 국가의 역할은 심각하게 논의되지 않았고, 여성들이 노동시장에 참여하지 않는 것이 사회적으로 당연시 되었다.⁴⁾ 그러나 다른 유럽 국가들에서와 마찬가지로 독일의 이러한 케인즈적인 경제간섭정책은 1973년의 오일쇼크에 의해 경제정책의 변화가 요구되었고, 이는 자연스럽게 국가 역할의 변화를 이끌었다. 그뿐 아니라 당시에 인플레이션 그리고 실업 등의 위기상황을 대처하는 과정에서 정부는 조정능력의 결함들을 보였다. 또한 80년대 말부터 시작된 경제영역에서의 세계화와 국제화의 물결 속에서 한편으로 국가의 주체적 통제권이 제한되고, 다른 한편으로는 노동조합이나 연방활동가들의 내부적인 거부권 행사자들(Veto-Spieler)에 대한 의존

성이 증가되면서 국가 개입에 대한 실패를 경험하게 되었다.⁵⁾ 보호하는 국가가 보여준 이러한 개입에 있어서의 결함들과 당시 위기 상황에 대한 논의들은 결국 신자유주의에 감화된 경제정책적인 개입형태를 발생시켰다. 독일의 복지국가는 80년대 초 이후로 모든 서방 국가들과 마찬가지로 어느 정도 공급 중심적인 경제정책을 추구하였다. 이러한 성향들은 국가의 공공지출의 제한과 감소를 통해서 잘 드러난다.⁶⁾ 날씬한 국가(Schlanker Staat) 라는 라벨하에 70년대 말부터 80년대 이후로 행정의 근대화와 관련하여 국가 활동의 기본업무로의 회귀가 논의되었다. 지금까지 여러 정책들의 보장, 재정 그리고 실천 등의 면에서 순전히 국가를 통해 공급되는 서비스들이 구별되기 시작했다. 행정 내부에 독립적 행정기관을 설치하거나, 제 3자에게 정책수행을 위임하거나, 또는 완전한 민영화를 통하여 행정의 업무를 제한함으로써 공공행정의 활동범위를 줄였다. 이러한 복지국가의 역할의 변화는 최근에 이르러 작동하는 국가라는 개념으로 논의되어 왔다.⁷⁾ 작동하는 국가란 개념은 1998년 사민당의 선거 운동 과정에서 '새로운 중간'(Neue

3) Irene Dingeldey, Aktivierender Wohlfahrtsstaat und Sozialpolitische Steuerung, in APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte),(2006)8-9, S.4.

4) Iiona Ostner/Jane Lewis, Gender and the Evolution of European Social Policies. Zes-Arbeitspapier Nr.4, Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Bremen, 1994, S.5.

5) Renate Mayntz, Politische Steuerung und Gesellschaftliche Steuerungsprobleme, in: dies., Soziale Dynamik und Politische Steuerung: Theoretische und Methodologische Überlegungen, Frankfurt/M, New York, 1997, S. 186-208.

6) Manfred G Schmidt, Sozialpolitik. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Opladen, (4. Aufl), 2005.

7) Institute Arbeit und Technik in Gelsenkirchen: Stephan V. Bandemer, Aktivierender Staat, New Governance und Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, in: Thomas Oik/Adalbert Evers/Rolf G. Heinze(Hrsg.), Baustelle Sozialstaat. Umbauten und veränderte Grundrisse, Wiesbaden, 2001, S.37-51.

은 소득과 관련되며, 임금 총액에서 일정한 퍼센트의 납부로서 총원된다. 2005년 6월 30일까지는 고용주와 고용자가 50%씩 부담하였으며, 이 이후로는 의치(Zahnersatz)나 질병비(Krankentagegeld)를 위한 서비스는 고용자만이 0.4%나 0.5%를 납부함으로써 재정이 총원된다. 고용자에게는 사회보험 기여금이 임금대체금액으로서 여겨진다. 기여금 수준 결정선(현재 3523 유로)보다 더 많은 소득을 가진 경우, 특별한 부가서비스 없이 높은 기여금을 납부해야 한다. 법적 건강보험의 전반적인 재정은 부과원칙(Umlageprinzip)을 통해 이루어 지는데, 이는 각 출된 기여금이 현재의 의료비용으로 사용되는 것을 의미한다. 건강보험 기여금은 노년에 다시 급여 받을 수 있는 회귀 기능이 없으며, 모든 기여자는 세대 계약에 의해 세대간에 차이가 있을 수 있는 의료비용을 감당해야 한다. 2004년에는 80세 이상 인구 중에 개인당 12,430유로의 의료비용이 소모되었으며, 전체 인구에서 평균적으로 두 당(Pro Kopf) 2,710유로가 지출되었다. 이러한 재정 총원 방법은 예전의 산업노동자의 일반노동관계(Normalarbeitsverhältnis), 완전고용(Vollbeschäftigung), 지속적인 재생산(Kontinuierliche Reproduktion)의 기본적인 형태에 기반을 두고 있다. 건강보험은 직업이 없는 가정주부나 아동은 별도의 기여금 없이 생계부양자의 가입 시 동시 가입된다. 지금까지 고착되어진 일반적인 가족형태에서 아내는 가정주부

로서 여겨졌고, 일인 생계 부양자 형태를 기준으로 건강보험이 설계되어 있기 때문이다. 의료서비스의 비용계산은 치료를 담당하는 의사나 병원들로부터 공단과 함께 공단 의료진들의 협의를 통하여 이루어지므로 보험가입자는 치료비용을 알지 못한다. 그들의 기여금은 고용주에 의해 지불된다. 보험가입자는 최근에 도입된 3개월에 10유로 씩 내는 방문비용(Praxisgebühr)을 제외하면 따로 진료비를 지불할 필요가 없다. 따라서 의료서비스 수급에 대한 개인 책임감이나 비용의식에 대한 특별한 자극이 없다. 또한 공적 건강보험 공단들 사이에는 구조적 위협에 대한 보상이 존재한다. 즉, 상대적으로 적은 보험수입을 가진 보험 공단들이 가지는 위협을 다른 수입이 많은 공단들이 함께 부담함으로써 보험공단 간에 실질적인 서비스에 있어 경쟁이 있을 수 없다. 따라서 보험공단의 경우 엄청난 절약가능성을 가지게 된다. 그러나 의료의 발전과 늘어난 기대수명에 의해 노인인구의 비율이 급속하게 증가함으로써 의료비용은 최근에 폭발적으로 증가했다.¹³⁾ 정책적으로 의료비 절약을 위한 노력은 이러한 이유들에서 비롯된다. 그 외에도 의약품에 대한 추가 부담이나 방문비나 지불 의무가 도입되었는데, 이는 의료비용이 계속적으로 빠르게 증가하는 것을 막고, 동시에 보험 가입자들의 높은 의료비의 경우 개별적으로 부담시킴으로써 의료인식을 높이는데 목적이 있다.

두 번째로, 독일에서 사적 건강보험은 소득이

13) Werner Sesselmeier, Die Demographische Herausforderung der Alterssicherung, in APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte), (2006) 8-9, S.25-27.

3. 독일의 최근 의료영역에서 나타나는 개혁

독일의 의료영역은 최근 여러 차례의 개혁을 통해 변화과정을 겪고 있는데 이러한 변화는 기술적이고, 과학적인 혁신에 따른 적응을 의미한다. 이러한 과정을 통해 가능한 한 효과적으로 질병이 예방되고, 건강이 유지 또는 회복되어질 수 있다. 새로운 기술과 현실 관련적인 지식들에 의존하는 이러한 변화 과정은 항상 의료 서비스의 질의 향상과 연결된다. 그러나 이와 동시에 이러한 변화 움직임은 비용 절감과 서비스 감소로의 이동에서도 나타난다. 실제로 사회보험 제도에서의 의료는 주요 지출요소 (Kostenfaktor)이다.¹¹⁾ 최근에 이르러 독일의 높은 의료공급 수준은 더 이상 가능한 기술적 혁신과 학문적인 습득에 의해 유지될 수 없다는 것이 재차 확인되어 의료개혁 과정에서 건강보험의 수준, 포괄성, 미래 지향성, 현실성 등이 논의되고 있다. 2005년 11월 말에 구성된 대화합(Große Koalition)의 과업에는 공공 재정의 개선 외에 법적 건강보험의 개혁이 포함되었다. 따라서 건강보험제도의 개선은 그 조직과 재정에서 기본적으로, 새로운 방향설정이 요구되고 있다. 현재 사민당(SPD)의 모든 시민들의 강제적 가입을 전제하는 시민보험(Bürgerversicherung)안과 기민당과 기사당(CDU/CSU)의 적절하게 책정되어진

두당일괄요율(Kopfpauschal)에 대한 형태, 그리고 두 모델들의 결합안이 개혁안들로 제시되고 있다. 이 부분에서는 이러한 열띤 논쟁들을 통해 진행되고 있는 의료영역의 개혁 과정을 보다 구체적으로 살펴보기로 한다. 이를 위해, 먼저 독일의 기본적인 건강보험체계를 살펴보고, 이를 개선하기 위해 제안되고 있는 개혁안들과 이에 대한 국민들의 반응들을 알아본다.

1) 독일 건강보험의 기본 체계

먼저 독일의 건강보험제도를 살펴보면, 법적 보험의무가입자의 영역은 공적-법적 건강보험 공단(GKK)이 담당하고 있고, 사적 보험의무가입자를 위해서는 사적 건강보험공단이 담당하고 있다.¹²⁾ 우선 공적 건강보험은 강제 보험이다. 소득에 따라 보험가입의무의 한계선이 결정되는데 2006년 현재 매월 3937,50유로 이하의 소득자들은 의무적으로 보험에 가입하여야 한다. 이러한 보험가입 의무는 근본적으로 사회적 보호를 요하는 대상자들을 위해 보조주의원칙(Subsidiaritätsprinzip)에 따라서 국가적 보호의 수단으로 도입되었다. 현재 60퍼센트 이상의 국민들이 의무 가입 대상자이며, 이들은 다양한 의료 공단에 차별적인 기여금(총임금에서 12-14%)을 선택하여 납부하고 있다. 제공되는 의료 서비스 목록은 대부분 동일하다. 법적 건강보험의 재정

11) Josef Schmid, Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, Leske /Budrich, Opladen, 2002, S.112, 273.

12) Bernd-Peter Lange, Ordnungspolitische Perspektiven für die Krankenversicherung, in APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte), (2006) 8-9, S.11.

장 강한 노인층을 점점 더 나이든 세대들로 이동시키고 있다. 2050년에는 전체 인구의 절반이 48세보다 높을 것이고, 태어난 아동 수와 60세 이상 인구의 수의 합은 전체 인구의 절반이 될 것이다. 오늘날 226명의 생산 인구는 100명의 연금자를, 2030년에는 78명의 생산 인구가, 2050년에는 71명의 생산 인구가 각각 100명의 연금자를 부양해야 한다.¹⁷⁾ 인간의 기대수명은 계속적으로 높아지고, 전체 인구는 줄어들기 시작하고 있다. 건강보험에서의 세대 계약은 이러한 조건하에서 더 이상 유지가 불가능해진다. 넷째, 연방, 국가, 공동체를 합한 국가 빚이 1.4 조 유로의 엄청난 수준에 이르렀고, 이는 2004년 총 680억 유로를 이자로 지불해야 했다. 우선적으로 독일에 의해 지원되고, 요구된 유럽의 안정화 정책은 2006년 재차 연방(Bund)과 주들(Länder)에 의해 상처를 입게 되었다.¹⁸⁾ 공적인 분야에서 철저한 절약이 필요한데, 의료영역에 국가 보조금을 지출할 여유가 없다. 다섯째, 현재 기본적인 경제성장을 기대할 수 없다. 독일의 경제상황을 볼 때 폭넓은 새로운 일자리의 창출보다 계속적인 일자리 감소가 이루어 질 것이라고 예상된다. 국제 비교에서 세금부담은 독일기업의 국제 경쟁력을 약화시키는 것이 아니고, 높은 임금 대체비용-총임금에서 42퍼센트의 고용주와 고용자의 비율-과 연금과 의료를 위한 사회복지

세금이 특히 그 원인이다. 여섯째, 법적 건강보험의 개혁의 경우 관료제의 철폐와 서비스 경쟁이 요구된다. 개혁 이전의 개혁이 필요하다.¹⁹⁾ 연방주의 개혁과 마찬가지로 사회복지정책 시스템이 더 잘 작동하기 위해 전제 조건들이 만들어져야 한다. 이러한 법적 건강보험을 개혁하는 과정에서 부딪치게 되는 난관은 모든 문제들이 연결되어 있음에서 비롯된다. 낮은 경제성장, 높은 실업률은 법적 건강보험의 재정을 악화시킨다. 노동시장의 필수적인 유연화와 낮은 임금 영역들에서 일자리를 만드는 것-소득세의 경감을 통해 지원되는-은 총경제 성장 약화에 대한 해답으로서 이루어지고 있고, 이는 결국 법적 건강보험의 재정을 점점 더 압박하게 된다. 인구 성장은 중장기적으로 실업률의 감소를 이끌지만 연금자들에게 적절하게 상향된 기여금을 부담시키지 않는 한, 결국 가속화 되고 있는 고령화 현상은 의료비용을 증가 시킬 것이다.

3) 정당별 건강보험 개혁안

이러한 개혁적 요구에 맞서 현재 제안되고 있는 정당별 개혁 모델안을 살펴보면 다음과 같다. 시민당과 녹색정당이 제안하고 있는 시민보험은 모든 사람을 위한 법적 건강보험이라는 점에서 강제보험에 해당한다.²⁰⁾ 이 보험은 현재까지

17) Ebd., Tabelle 50, S.257.

18) Bernd-Peter Lange, Ebd., S.12.

19) Ebd., S.13.

20) Ebd., S.14.

보험가입 의무기준선보다 높은 국민을 위해 존재한다. 현재 국민의 10퍼센트 정도가 사적 건강보험에 가입되어 있다. 또한 직업에 따라 공무원이나 자영업자들이 경우, 사적 건강보험에 가입되어 있다. 소득과 상관없이 적용되는 위험 수준의 정도에 따라 기여금의 수준이 결정된다. 적립방식(Kapitaldeckungsprinzip)-기여금이 노년에 재부여될 수 있는-을 통해 재정이 마련되며, 이러한 기여금 수준은 연령에 따라 증가하지 않는다. 의료영역의 일반적인 가격증가를 약화시키기 위해 2000년 1월 이후 추가적으로 기존 기여금에 10퍼센트의 법적 추가 부담금이 부과되었다. 이외에도 서비스 범위에 따라 기여금액 수준이 선택되어질 수 있다. 따라서 의사들과 병원들은 개별적으로 보험 가입자들에게 높은 기여금을 부담시킬 수 있는데, 사적 건강보험공단의 경우 매년 약 85억 유로를 전 독일의 의료재정에 기여하고 있다. 많은 진료소와 병원들은 이러한 가능성 없이는 거의 살아남을 수 없다. 물론 사적 건강보험에는 서비스 경쟁이 존재한다. 보험 가입자는 기여금과 서비스, 행정비용의 수준, 자본이율, 의료 서비스의 비이용시 기여금의 재급여 보장의 수준을 비교할 수 있다. 그 외에도 사적 건강보험과 관련된 사적 기업들은 차별적으로 조직된다. 한편으로는 주식회사, 그리고 다른 한편으로는 상호성에 대한 보험협회가 있다.

2) 법적 건강보험의 개혁과제

현재 법적 건강보험은 다음과 같은 요인들에 의해 개혁이 요구되고 있다.¹⁴⁾ 첫째로, 일반노동관계-한 고용주 또는 같은 소속의 고용주에 몇 십년 동안 계속적으로 노동을 하는 관계-가 점점 약화되고 있다. 노동시간(정규직 혹은 비정규직)은 실업, 재교육, 양육휴가를 위한 노동시장에서의 이탈과정이 교체되면서 일어난다. 노동자가 실제로 연금으로 들어가는 나이는 65세보다 훨씬 이전이고, 대부분 반나절 노동활동에 참여하는 여성노동의 퍼센트가 높아지고 있다.¹⁵⁾ 둘째로, 독일은 이미 여러 해에 걸쳐 구조적 실업에 골머리를 앓고 있는데, 2006년 현재 공식적인 자료에 의하면 연평균 실업자가 거의 5백만 명에 이르고 있다. 그 외에도 잠재적 실업, 즉 재교육에 있거나 혹은 퇴직하여 실업자로 등록하지 않은 경우 등이 있다. 총경제 발전에 대한 검토위원회(SVR)에 의하면 이들은 거의 160만 명에 이른다.¹⁶⁾ 이렇게 높은 수준의 지속적인 실업은 법적 건강보험공단이 그들의 수입으로 더 이상 살아남을 수 없는 상황으로 몰아가고 있다. 셋째, 인구 피라미드가 급격하게 변했고, 현재도 계속적으로 변하고 있다. 현재 1.3아동 수를 나타내며 격감하는 재생산율은-현재의 수준으로 인구의 안정화를 위해서 한 여성 당 평균적으로 2.1명의 아동을 필요로 한다-수적으로 가

14) Bernd-Peter Lange, Ebd., S.12.

15) Josef Schmid, Ebd., S.313-334, 375.

16) SVR Jahresgutachten, 2004/2005, Randnr. 244f.

금으로 납부되고, 그 수준은 각각의 공단에 따라 차별화된다. 개별적인 질병위험도에 따른 기여금의 차별성, 나이나 성별에 따른 기여금의 차별성이 허용되지 않는다. 재정은 부과원칙에 의해 마련되며 적립방식(Kapitaldeckung)의 요소가 첨가된다. 일하지 않는 배우자의 비기여를 통한 동시보험가입제도는 폐지된다. 20세 이하의 아동의 보험기여금의 경우에 있어 시민일괄요율은 평균적으로 198유로로 정해지게 된다. 기본적인 수준을 보장하는 건강보험들을 위해 계약강요가 존재한다. 기존의 법적건강보험과 새롭게 기업형태로 이끌어낸 사적 건강보험들은 보험들 사이의 경쟁이 보장되어야 한다. 적은 소득을 가지는 사람에게는 사회복지서비스가 제공된다. SVR은 인구의 38퍼센트가 부조 수급자가 될 것이고, 국가의 보조액은 거의 매년 3백억에 이를 것이다. 건강보험 기여금에 있어 고용주의 할당율은 총임금에서 지불되어 진다. 이러한 SVR은 모델의 개별적인 요소들에 있어 논거를 제시하는데 소홀하다. 예를 들어 왜 사적 건강보험을 그들의 기원인 기업적인 활동영역에서 분리하는 것이 헌법적으로 정당하지 못한지, 왜 개별적 건강위험도, 나이, 성별에 따른 기여금의 차별이 고려되어서는 안되는지 그리고 무엇이 새로운 기업형태를 말하는 것인지 등에 대한 논리적 설명이 없다. 긍정적으로 보아지는 것은 SVR이 건강기여금을 노동비에서 추출하는 것을 반대하는 것과 원칙적으로 보험사들 사이의 더 많은 경

쟁을 고려한다는 것이다. 그러나 SVR이 두 타협이 불가능한 모델들의 종합형태를 구하는 것인지는 회의적이다.

4) 의료보험 개혁안들에 대한 국민의 반응

앞에서 살펴본 개혁안에 대한 국민들의 반응은 세가지 면에서 살펴볼 수 있다.²³⁾ 건강보험의 재정과 직접적으로 관련되는 보험금의 분배에 대한 반응, 보험 가입자들 사이에서 이루어지는 위험수준의 보상정도에 대한 인식, 그리고 위에 제시된 개혁안들에 대한 찬반의 정도를 알아볼 수 있다.

먼저 건강보험의 기여금의 분배는 연대책임주의 원칙에 기반하며 3가지 분배원칙에 의해 시행된다. 이 분배원칙은 첫째로 건강한 사람과 병든 사람사이의 분배, 둘째로 높은 소득을 가진 사람과 낮은 소득을 가진 사람사이의 분배, 마지막으로 혼자 사는 사람과 가족을 이루고 있는 사람사이의 분배이다. 이러한 분배에 있어서의 연대책임주의는 최근에 나타나는 건강보험 재정 약화로 인해 흔들리고 있다. 특히 세 번째 분배 원칙에서 가정주부와 아동의 별도의 기여없이 동시 가입하는 부분이 최근에 많이 비판되고 있다. 이러한 분배 원칙들에 대한 국민의 반응은 다음 표를 통하여 잘 살펴볼 수 있다.

23) Bernhard Christoph/Carsten G. Ullrich, Die GKV in den Augen der Buerger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen, in: Sozialer Fortschritt, (2006)4, S.76.

사적으로 보험에 가입되었던 시민들을 포함하며, 노동수입 외의 수입, 예를 들어 이자나 주택 임대세 수입들 역시 기여금 책정 시에 고려된다. 지금까지의 사적 건강보험들의 차별적인 기여수준은 하나의 시민보험요율제(Bürgerversicherungstarif)로 통합될 수 있다. 당연히 하나의 건강보험 시장에서 서비스 경쟁이 있을 수 없으며, 위험성 검토나 감안 등은 제외되고, 계약적으로 가입이 강요된다. 그러나 이러한 제안들은 국민의 자기판단과 선거권은 비헌법적인 방법으로 제한하게 된다. 특히 이 형태는 개별적인 소득의 조사를 위해 더 많은 관료제와 감독을 이끌게 된다. 또한 사적인 건강보험에서 경제는 이전까지의 활동영역 즉 의료사고에 대한 완전보험과 관련되어 비헌법적인 방법으로 국영화 될 수 있는데, 이는 재정화를 위해 부과방식(Umlageverfahren)을 선택하는 것에서 확인된다.

기민당과 기사당의 이중모델(Hybridmodell)은 일괄보험금체계(Pauschalpremiensystem)와 소득과 관련된 기여금의 결합으로 구성된다.²¹⁾ 법적 건강보험에서 고용주 기여금은 총임금의 6.5%로 고정된다. 일괄보험금은 각각의 부부를 위해 납부되며, 아동을 위한 기여금 납부와 소득이 적은 가구를 위한 보조는 그와 반대로 국가적인 수단-소득세금에 대한 부가액-을 통해 재정이 마련된다. 고용주와 연금보험자는 기여금을 결제원(Clearingstelle)에 자동이체하고, 결제원은 개별적으로 납부된 보험금을 투자를 통해 증가

21) Ebd., S. 15.

22) Ebd. S. 15-16.

시킨다. 이 모델은 시민보험과 반대로 법적 건강보험의 현재 가입자 집단에만 관련된다는 장점을 가진다. 따라서 사적 예방의 선택권은 열려있다. 그러나 법적 건강보험의 현 제도에서 보험수준이 책정되기 때문에, 모든 국민을 위해 더 많은 선택권이나 더 많은 서비스 경쟁에 열려 있지 못하다. 또한 적지 않은 관료제를 이끌고(새로운 결제원의 설치와 관리), 국가 보조의 증가가 필수적이며, 의료제도의 투명성이 제한될 뿐만 아니라, 이는 결국 법적 건강보험의 재정면에서의 문제들과 연결된다. 이러한 이중모델은 한 입장은 두당일괄요율을 통해 법적 건강보험의 재정이 월급관계에서 급격하게 분리되기를 원하고(기민당의 입장), 다른 입장은 조심스럽게 법적 건강보험이 사회적인 이유들로 인한 국가 보조들을 도입함으로써 계속적으로 발전해 나가기를 바라기 때문에 결국 타협이 불가능할 수밖에 없다.

또한 2004/2005년도에 대한 평가를 통해 SVR은 연방선거실시 이전에 한 모델을 제시했다.²²⁾ 이 모델은 시민보험과 두당일괄요율제의 종합형태를 나타내고 있는데 다음과 같은 요소들을 포함하고 있다. 독일 거주국민은 소위 시민일괄요율에 가입할 의무를 가진다. 전체 사적 건강보험 시장은 새로운 단일화된 보험시장에 포함된다. 서비스 목록은 법적 건강보험의 표본에 따른 의료적으로 필수적인 서비스에 제한된다. 그리고 기여금들은 소득과 상관없이 일괄요율기여

해외제도 하이라이트

<표 2>에 따르면, 건강에 위험한 행동과 습관을 가질 경우 추가적으로 높은 기여금을 납부해야 한다는 것에 대부분 동의하고 있다. 특히 정기검진을 통한 자기예방 노력 시에 기여금을 낮출 수 있다는 부분에 아주 호의적이고, 서비스의 질이 높을 경우 높은 의료비용의 지불에 대해 불만이 높지 않은 것을 알 수 있다.

세 번째로, 건강보험의 재정적인 면에서의 개혁안들에 대한 국민들의 반응을 살펴보면, 개혁안에서 제시되는 3가지 구성요소, 즉 보험가입 의무자의 범위확대, 기여금 책정시 소득조사범위를 확대, 소득 의존적인 기여방식을 일정요율 기여방식으로 대체하는 것들을 기준으로 그 반응을 알아볼 수 있다.

<표 3>에서 살펴볼 수 있듯이 보험가입에 있어 구별을 없애고, 모든 국민이 법적건강보험에 가입해야 한다는 시민당의 개혁안에 4.6으로 가장 호의적인 반응이 나타났다. 반면 기민당과 기사당의 일정요율기여에 대해서는 2.6으로 다소

부정적인 태도를 보였다.

이렇게 개혁안에 대한 국민의 반응을 3가지 구성요소의 구분을 통해서 살펴보았을 때, 의료영역에서 연대책임주의 원칙이 약화(표1)되고, 개인의 자유와 책임이 더 강조(표 2)되는 것을 알 수 있다. 또한 국민은 사적 시장에서의 경쟁을 통한 서비스의 다양화를 원하며, 국가의 건강보험 행정조직의 근대화를 요구(표3)하고 있음을 파악할 수 있다.

4. 의료보험 개혁과정에서 나타나는 성향

위에서 살펴본 개혁요구와 개혁안, 그리고 국민의 반응에서 복지국가의 변화하는 성향을 파악할 수 있다. 여기서는 이러한 개혁과정에서 나타나는 특성들을 살펴보고, 실제 어떤 변화 현상들이 최근에 독일 의료영역에서 일어났는지 알아보게 된다.

표 3. 건강보험과 관련된 차별적인 개혁안에 대한 반응

	보험의무의 확대	재정원천의 확대	일정요율기여
등급 (1: 반대-6:찬성)	4.6	3.7	2.6

보험의무의 확대: 모든 경제활동 참여자들은 고소득자든, 공무원이든, 자영업자이든 법적 건강보험에 가입해야 함.
 재정원천의 확대: 월소득 뿐만 아니라 주택 임대금, 주식배당금 등의 부가소득도 기여금 책정 시 고려되어야 함.
 일정요율기여: 건강보험기여금의 수준은 소득에 따라 차등적이지 않고, 모든 보험가입자가 동일한 기여금을 납부해야 함.
 자료: Bernhard Christoph/Carsten G. Ullrich, Die GKV in den Augen der Buerger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen, in: Sozialer Fortschritt, (2006)4, S.80.
 메모: 1-6까지의 등급을 구분하여 1534명의 설문 응답자들의 반응을 살펴본 것임.

Social Services Highlight

표 1. 건강보험에 있어 분배에 대한 다양한 시각

분배원칙	건강한 사람/ 병든 사람	고소득자/ 저소득자	아동의 동시가입	배우자의 동시가입 A형태	배우자의 동시가입 B형태
등급 (1:옳지않음-6:매우옳음)	4.9	5.0	5.6	5.4	4.3

- 건강한사람/병든 사람: 소득이 동일할 경우 병든 사람은 건강한 사람의 기여금과 동일
 - 고소득자/저소득자: 의료 비용의 소비가 동일할 경우 고소득자의 기여금은 저소득자의 것보다 높음
 - 아동의 동시가입: 아동을 가진 부부의 경우 아동은 부가적인 기여금 납부 없이 동시가입
 - 배우자의 동시가입 A형태: 부부 중 한 배우자가 노동에 참여할 경우 아동을 양육하는 다른 배우자는 부가적인 기여금 납부 없이 동시가입
 - 배우자의 동시가입B형태: 부부 중 한 배우자가 노동에 참여할 경우 다른 배우자가 아동을 양육하지 않더라도 부가적인 기여금 없이 동시가입
 자료: Bernhard Christoph/Carsten G. Ullrich, Die GKV in den Augen der Buerger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen, in: Sozialer Fortschritt, (2006)4, S.77.
 메모: 1-6까지의 등급을 구분하여 1534명의 설문 응답자들의 반응을 살펴본 것임.

위의 표에서 살펴볼 수 있듯이 아동의 동시가입과 아동을 양육하는 비노동배우자의 동시가입에 대한 국민들의 인식은 호의적이지만 건강한 사람과 병든 사람 사이, 고소득자와 저소득자의 사이, 그리고 아동이 없는 비노동배우자의 동시가입에 대한 인식은 다소 회의적이다.

두 번째로 보험 가입자들 사이에서 이루어지

는 위험보상의 수준에 대한 인식을 살펴볼 수 있는데 이는 개별적인 예방노력, 건강한 생활 습관, 정기검진 참여를 통한 질병발생 위험도를 줄이고, 더 나아가 의료비용과 관련됨으로써 민감한 반응을 일으킬 수 있다. 다음 표에서 이러한 국민들의 반응을 잘 살펴볼 수 있다.

표 2. 보험자들 사이의 위험보상의 변화에 대한 인식

위험보상	합리화	예방보너스	위험한 스포츠에 대한 추가 부담	건강습관에 따른 추가 부담
등급 1: 동의-6: 반대	2.9	4.8	4.5	4.1

합리화: 보험공단은 비록 환자가 최상의 서비스를 받지 못하더라도 아주 비싼 의료서비스의 제공을 제한해야 함.
 예방보너스: 정기적인 건강검진에 참여할 경우(특히 암 예방이나 치의료 등), 낮은 기여금 납부.
 위험한 스포츠에 대한 추가부담: 위험한 스포츠 활동에 참여할 경우 높은 기여금 납부.
 건강습관에 따른 추가부담: 건강에 위험한 생활 습관을 가질 경우(예를 들어 흡연, 음주 등) 높은 기여금 납부.
 자료: Bernhard Christoph/Carsten G. Ullrich, Die GKV in den Augen der Buerger: Wahrnehmung des Lastenausgleichs und Bewertungen von Reformoptionen, in: Sozialer Fortschritt, (2006)4, S.78.
 메모: 1-6까지의 등급을 구분하여 1534명의 설문 응답자들의 반응을 살펴본 것임.

경제화 경향의 강화를 나타내는 표현이다. 그 외에 민영화란 개념은 의료 영역에서 개인적 책임과 부담이 증가하는 것을 포함한다.

2) 경제화와 민영화의 실제

이러한 경제화와 민영화의 과정은 두 가지로 구분하여 살펴볼 수 있다.²⁶⁾ 첫째로 보급구조에서의 경제화와 민영화 현상이다. 보급 구조에서의 이러한 현상은 공적인 영역에서 사적인 영역으로의 의료보급시설의 이동을 의미한다. 이 발전은 전 의료영역을 포괄(재활이나 요양시설)하는데 특히 병원영역에서 두드러지게 나타난다. 개별적 의료기관의 담당기관이나 의료기관의 자산분배에 대해 이용 가능한 통계들은 이러한 상황을 잘 보여준다.

<표 4>에서 1990년과 2003년 사이에 국립의 의료기관과 공공의료기관의 수가 서서히 줄어드는 반면 사적의료기관의 수가 증가하는 것을 알 수 있다. 실제로 이러한 병원민영화에 대한 연구

는 지금까지 단지 Case에 따른 연구에 집중되어 왔다. 민영화된 의료시설의 예들은 급속도로 직원들의 항의에 의해 공론화 되었다. 함부르크의 주립병원들(Landesbetriebs Krankenhäuser)의 민영화가 좋은 예이다. 현재 가장 큰 독일 의료기관인 아스클레피오스(Asklepios)는 전체 주립회사(Landesbetrieb)의 49.9%를 점유하고 있으며, 2007년부터 74.9%에 이를 것이다. 이미 계획된 기센이나 마부르크 대학병원의 민영화로 월급의 절감, 일자리 축소, 주말 노동시간의 확대, 교대나 야근의 폐지, 해고통지기간의 축소 등과 같은 노동계약에서의 기본적인 시간 제한 조치들이 추진되고 있다. 임금법에 대한 의무(Tarifrechtliche Bindung)의 해제는 민영화된 시설의 유일한 특징이 아니다. 주립의료기관인 베를린의 카리테병원(Charite-Kliniken)은 사민당과 사회주의 정당 의원들과 기관 이사장으로부터 노동시간의 확대와 소득 축소를 요구 받았다. 임금법에 대한 의무는 마찬가지로 베를린에서도 해제되었다. 이러한 의료진들의 노동부담의

표 4. 1990년과 2003년의 시간적 비교를 통한 병원과 담당기관의 발전

비고 해	국립의료기관		공공의료기관		사적의료기관	
	총수	침대	총수	침대	총수	침대
1990	1043	387207	843	206936	321	22779
2003	689	265520	737	187271	442	46994
경향(%)	-34	-31	-13	-10	38	106
비율(%)	36		39		25	

자료: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Zahlen, Daten, Fakten 2004/05, Düsseldorf, 2005, S.16.

26) Ullrich Bauer, Ebd., S.19.

1) 경제화와 민영화로의 길

개혁과정에서 기본적으로 경제화와 민영화라는 두 가지 뚜렷한 특성을 살펴볼 수 있다.²⁴⁾ 먼저 재정에서 있어 경제화 과정으로의 변화가 두드러지고 있다. 현재 독일의 의료영역은 엄청난 절약압박에 놓여있다. 이러한 상황에서 얼마나 많은 영역이 계속적으로 공적인 부분에서 수행되고, 미래에 어떤 영역이 사적인 부분에서 해결되어야 하는가가 논의되고 있다. 최근의 의료영역에서 반복되는 개혁은 결국 대부분이 경제화의 과정을 의미한다. 여기서 경제화란 개념은 다음과 같이 이해될 수 있다. 우선, 의료영역에서의 경제화의 배경에는 항상 의료비지출비용을 낮게 유지하고자 하는 시도가 놓여있다. 따라서 의료영역에서 경제화의 시작은 의료 보장 시스템의 제도화와 관련된다. 공급시스템(의료, 보살핌, 의약)의 방향은 비용 효과성을 포함하는 효율성의 기준들에서 벗어나지 못한다. 경제화의 이러한 형태는 이 영역에서 평등한 참여 기회를 보장하는 것과 오랫동안 같이 해 왔다. 경제화는 연대 책임적으로 계산된 기여의 강요에 의한 계속적인 재정화의 측면에서 의료정책적 필요성이 있다. 두 번째로, 경제화는 자유화나 시장경제적 탈규제화를 포함하는 의미를 나타내는 표현으로서 이용될 수 있다. 이러한 개념들은 주요기능

을 충족시킨다. 의료영역에서 무엇보다 건강과 관련된 전문적인 활동들의 방향은 기업 경제적인 활용의 극대화 혹은 이익의 최대화와 관련된다. 이러한 의미에서 경제화란 특히 이익최대화의 논리로부터 나온 동기가 전문적인 질적 수준의 논리(의료윤리와 평등)로부터 나온 동기보다 더 클 때 분명해진다. 이러한 경제화의 두 번째 형태는 현재 점점 강화되고 있다. 그러한 예상되는 결과들은 의료정책의 사회적 부분을 위협하고, 구매력에 따라 구성된 서비스의 분배를 이끌고 있다.

두 번째로 나타나는 현상은 의료 공급 부분에서의 민영화이다. 수단과 방법에 있어 경제화는 새로운 것이 아니다. 다만 새로운 것은 경제적 이익 추구자들에 의해 수행되는 그 강도와 급격성이다. 공공 의료 학자인 Hagen Kühn은 이와 관련해 독일 의료 조직들에서의 수단과 방법의 교환과정에 대해 다음과 같이 이야기 한다.²⁵⁾ 돈은 의료 보급의 확보를 위한 수단으로 남지 않고, 대신에 병약자들에 대한 의료 보급이 점점 수단이 되어가고 있고, 그를 통해 이익추구가 목적화되어 가고 있다. 민영화의 개념은 앞서 설명한 경제화란 개념과 하나의 중요한 부가적인 관계를 형성한다. 다시 말해 의료 민영화란 사적 이익 추구자들이 의료 공급 영역(서비스 공급자, 서비스의 질, 서비스의 가격 등)에서 드러내는

24) Ullrich Bauer, Ebd., S.18.

25) Hagen Kühn, Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Gine Elsner/Thomas Gerlinger/Klaus Stegmüller(Hrsg.), Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im Deregulierten Kapitalismus, Hamburg, 2004, S. 25-41.

표 5. 의료영역에 있어 재정화구조의 변화(1992-2003)

비용부담자와 지출	1992	2003
공적영역	21151	18786
사적영역	17391	29409

자료: Statistisches Bundesamt, http://www.destatis.de/themen/d/thm_gesundheit.php#Gesundheitsausgaben, 2006.

게 된다. 동시에 이런 방법으로 개별적 의료비용 인식이 향상될 수 있다. 의료영역의 사용자들은 비용민영화를 통해 공적영역의 결함을 보상할 수 있다. 보급에 있어 질의 향상을 위해서 각종 초과 부담들과 이에 따른 부정적 결과들, 이용 장애의 확대와 사회적으로 열악한 집단들의 후퇴 양상들은 감수되어야 한다.

3) 경제화와 민영화가 미치는 영향

이러한 의료영역에서 경제화와 민영화의 과정은 의료공급수단부족에 의해 발전되었는데 부족한 자본은 점점 더 많이 수급자의 지불능력에 따라서 지급된다. 누구나 의료보험공단의 일괄요율금액(Pauschalsätze)을 통해 보장하는 것보다 더 많은 서비스를 기대한다면, 더 많이 지불해야 한다. 질적으로 높은 보급은 거의 연대책임주의원칙에 따른 보급정책으로 이를 수 없다. 따라서 높은 수준의 보급은 별도로 지불되어야 하며, 실제로 오래 전부터 이러한 사적 기여들과 추가 비용들이 지불되어져 왔다. 또한 이러한 민영화는 의료영역에 있어 개인의 책임성의 면에서 논의된다. 의료의 민영화는 말 그대로 개별적인 행위자들이 그들의 의료보장을 위해 점점 더

많이 스스로 책임을 지는 과정으로서 이해될 수 있다. 이는 더 나아가 의무가 되어진다. 자기책임에 대한 이러한 논의는-90년대 이후로 개혁과정에서- 어느 정도 신자유주의적인 사상과 결합 가능하다. 이러한 결합은 모든 정치적인 행위자들 속에서 결합력을 확장시키는데, 그 이유는 이러한 자기책임에 대한 부분은 진보적인 형태로서 보수적인 사고와 일치될 수 있기 때문이다. 그러나 이러한 자기책임의 강화 현상은 실제로 현재 의료영역에서 외적 요인들(의료, 의료시설, 의약 등의 보급수준)의 영향을 약화시키고, 환자 개인적인 책임(질병예방이나 건강관리)을 강화시킴으로써 사회적으로 열악한 상황에 있는 계층들의 한계를 고려하지 못한다. 정보나, 상담, 예방과 치료에 대한 높은 욕구들을 가진 국민층을 소홀히 한다는 점에서 의료영역에서의 연대책임주의원칙은 파괴되고 있다고 볼 수 있다.

4) 자기책임의 강조

이러한 경제화와 민영화의 특성 외에도 의료영역에서의 사회적 양극화 현상이 언급될 수 있다.²⁵⁾ 그 동안의 의료에서 불평등의 생산과 재생

증대는 반드시 민영화의 결과는 아니다. 국립 혹은 공공 기관들은 운영에 있어 점점 기업 경제적인 수익계산(Rentabilitätskalkülen)을 향하고 있다. 이것은 영구적인 보급의 영역에서 비용계산의 새로운 규정을 통하여 추구된다. 이것이 두 번째 민영화 과정의 특징이다. 병원재정의 개혁의 경우, 소위 미래 지향적인 재정마련 방법의 도입이 중점화 되고 있다. 높은 입원 시간들과 높은 직원 수요에 대해 건강보험 공단들에게 경비를 부담시킬 수 있었던 이전의 재정형태와 반대로 미래 지향적인 시스템은 이들을 위한 비용 부담을 병원들에게 지운다. 2000년 통과된 의료개혁법(GMG)을 통해 통합보상체계(Entgeltsystem)가 도입되었다. 따라서 입원시간과 치료비용의 계산을 통해 건당일괄요율(Fallpauschal)로 규정된다. 건당일괄요율의 도입은 병원에서 경쟁 압력을 증가시키며, 병원이익이 더 이상 소비적인 치료방법을 통해 획득할 수 없게 했다. 치료를 위한 계산법은 진단목록에 따라 안정적으로 머문다. 치료를 위한 각종 비용들(기술적이나 지원을 통한)은 병원들을 통하여 규정될 수 있다. 당연히 병원에서 해고압력이 높아진다. 환자와 관련된 결정들은 미래 지향적인 재정형태의 결과로서 점점 더 병원들의 개별 경제적인 목적을 통하여 결정된다. 따라서 이러한 예산결정 방향은 진료소에서 중요한 의료서비스들이 사회적으로 선택적으로 수행되게 한다. 즉, 중요한 보급서비스들이 비용절감의 시도로서 수단화 된다. 국제

적 논의들에서 이러한 병원 경제적인 이유에서 발생하는 해고와 수단화들의 문제들은 이미 잘 알려져 있다. 더 적은 그리고 덜 훈련된 병원직원(양적 또는 질적으로)들은 진료에 있어 문제발생의 증가를 이끌고, 환자들의 높은 사망률을 이끈다. 또한 직원의 측면에서 높은 노동시간의 강도에 따른 육체적 부담 증가와 해고에 대한 불안감의 증가로 인해 사기가 저하되며, 노동사고 빈도율이 높아지게 된다. 의료영역에서의 이러한 부정적인 발전은 지금까지 미국적인 현상으로 여겨져 왔지만 독일에서도 최근에 이르러 이러한 경제화와 민영화의 결과들이 뚜렷이 나타난다.

이러한 현상은 공적영역에서 사적영역으로 확고한 비용전가 현상을 통해 살펴볼 수 있다. 독일 통계청의 보고에 따르면 의료영역에서의 재정화의 구조가 사적가구의 부담으로 이동되고 있다. 공적영역은 1992년과 비교하였을 때 2003년 거의 12%만큼 적게 의료지출을 하였다. 그와 반대로, 같은 기간 사적비용은 거의 70%까지 증가하였다.²⁷⁾

사적비용의 증가하는 비율은 몇 가지 이유들로 정당화될 수 있다. 증가된 추가지불액은 건강관련 태도들을 위한 자극이 될 수 있다. 또한 자기책임의식의 강조는 의료 정책적인 제어장치로서 고려될 수 있다. 그러나 이러한 이유들은 단지 부분적으로 적절하다. 실제로, 자기책임강조를 통해 큰 비용절감이 공적영역에서 가능하

27) Ebd., S.23.

해외제도 하이라이트

두 번째로 의료영역에서 이러한 복지국가의 성향변화를 고찰하기 위해 최근 지속적인 개혁 과정을 경험하고 있는 건강보험에 대해 알아보았다. 이 부분에서는 먼저 독일의 기본적인 건강보험체계를 살펴보고, 이를 개선하기 위해 제안되고 있는 개혁안들과 이에 대한 국민들의 반응들을 알아보았다. 독일의 건강보험은 법적 건강보험과 사적 건강보험으로 구분된다. 법적 건강보험은 강제보험으로서 가입의무에 대한 소득한계선이 정해져 있다. 법적 건강보험 공단이 제공하는 의료 서비스 목록은 대부분 동일하며, 재정은 소득과 관련되는데 현재 고용주와 고용자가 50%씩 부담한다. 법적 건강보험의 재정은 영은 부과방식을 통해 이루어진다. 그리고 가정주부나 아동은 별도의 기여금 없이 생계부양자의 가입 시 동시 가입된다. 최근 의료기술의 발전과 늘어난 기대수명에 의해 노인인구가 증가함으로써 의료비용을 증가시켜 의약품에 대한 추가 부담이나 방문비나 부가의무가 도입되었다. 사적 건강보험은 소득이 보험가입의무기준선보다 높은 국민을 위해 존재하며 현재 국민의 10퍼센트 정도가 가입되어 있다. 소득과 상관없이 기여금의 수준은 적용되는 위험수준의 정도에 따라 결정된다. 적립방식을 통해 재정이 마련되며, 서비스의 공급에 있어 경쟁이 존재한다. 특히 법적 건강보험은 노동관계의 변화, 높은 구조적 실업률에 따른 재정의 악화, 고령인구의 증가, 국가재정의 악화, 그리고 취약한 경제성장 등의 요인들에 의해 개혁이 요구되고 있다. 개혁안으로서 사민당(SPD)의 모든 시민들의 강제적

가입을 전제하는 시민보험(Bürgerversicherung)안과 기민당과 기사당(CDU/CSU)의 적절하게 책정되어진 두당일괄요율(Kopfpauschal)에 대한 형태, 그리고 SVR이 제시하는 두 모델의 결합안을 살펴보았다. 이러한 개혁안에 대한 국민의 반응을 개혁안이 포함하는 3가지 구성요소의 구분을 통해서 살펴보았을 때, 의료영역에서 연대책임주의 원칙이 약화되고, 개인의 자유와 책임이 더 강조되는 것을 알 수 있다. 또한 국민은 사적 시장에서의 경쟁을 통한 서비스의 다양화를 원하며, 건강보험 행정조직의 근대화를 요구하고 있음을 파악할 수 있다.

세 번째로, 앞에서 살펴보았던 개혁요구와 개혁안, 그리고 그에 대한 국민의 반응에서 나타나는 복지국가의 변화하는 성향을 파악해 보았다. 개혁과정에서 기본적으로 경제화와 민영화의 특징이 나타났다. 부족한 재정 때문에 공적 영역에서 사적영역으로 서비스 공급이 이동되는 현상이 발견되었다. 이러한 현상은 사적 시장에서 공급자들의 서비스 경쟁을 강화시켜 의료서비스의 질을 향상시켰다. 또한 의료부담에 의해 개인의 의료비용인식을 향상시키고, 악화되고 있는 의료재정문제를 완화시키고 있다. 그러나 이는 결국 개인 부담율을 증가시키게 되며, 사회적으로 열악한 계층의 의료 서비스 접근을 제한하고 있다. 또한 결과적으로 사회적 자원의 유무에 따라 의료공급이 불공평하게 이루어져 사회적 양극화 현상을 야기시키고 있다. 이러한 건강보험을 중심으로 의료영역의 개혁과정을 살펴 보았을 때, 작동하는 국가의 성향으로의 변화를 뚜

Social Services Highlight

산은 보급시스템과 관련되어 있음이 분명해지고 있다. 불충분한 의료공급은 이때 무엇보다 사회적으로 열악한 국민집단에 영향을 주게 된다. 이러한 차별문제는 이중적인 면에서 의료의 기본문제가 되고 있다. 첫째, 의료사건 발생 위험이 사회적으로 불공평하게 분배된다. 대부분 의료영역에서 삶의 기회의 분배에 대한 분석들은 질병발생율이 사회적으로 불평등하게 분배된 요소들에 직접적으로 의존되어 있다는 것을 보여준다. 즉, 자원부족과 자원풍족은 개별적인 건강상태에 다양한 영향을 미치게 되고, 그로 인해 보급 서비스들에 대한 존재의 정도에 영향을 미치게 된다. 둘째, 차별적인 삶의 조건들은 한편으로 사람들의 자기도움잠재성(Sebsthilfepotenzial)의 감소와 관련된다. 여기에 현재까지의 논쟁에서 소홀히 다루어졌던 사회적 차별의 특성이 존재한다. 건강위험의 분배나 질병을 예방할 수 있는, 그것을 일찍 치료할 수 있고, 극복할 수 있는 능력은 사회적으로 불공평하게 분배된다. 질병에 걸리거나 장애를 가질 수 있는, 혹은 일찍 죽을 수 있는 높은 위험성을 가지고 있는 집단들은 대부분 그들의 생활 환경을 통제할 수 있는 제한된 가능성을 가지고 있다. 그들은 대부분 적은 수입과 낮은 교육수준을 가진다. 그들은 거의 사회적 집단들 속에 밀접하게 소속되거나 그들의 지원, 즉 상호적 도움이나 협력을 받을 수 없는 경우가 많다. 결국 이러한 특성들은 의료정책에 있어 외적요소의 영향력을 증가시키

게 되고, 자기책임과 자기강요를 증가시킨다. 이러한 보급 불공평은 증가는 의료부분의 발전에 핵심문제가 되고 있다.

5. 결론

이 논문은 최근의 의료영역 개혁과정을 통해 독일의 복지국가의 성향변화를 살펴보기 위해 쓰여졌다.

우선 역사적 발전과정을 고찰함으로써 전반적인 사회복지정책의 영역에서 국가의 역할의 변화과정을 알아보고 독일의 복지국가적 성격이 80년대부터 보호하는 국가에서 작동하는 복지국가의 성향을 띠기 시작한 것을 알 수 있었다. 보호하는 국가는 강한 국가의 개입에 의해 국민의 사회적 권리를 보호하고자 했다. 이러한 독일의 복지국가는 국민의 욕구에 맞는 사회적 자원을 보급함에 있어 보수 조합주의적 특성으로 규정되어져 왔다. 그러나 70년대의 오일쇼크와 경제성장의 둔화, 대량실업의 문제를 해결하는데 있어 국가는 결합을 보였고, 80년대부터 경제영역에서의 국제화와 세계화의 영향은 결국 복지국가의 성향 변화를 이끌게 된다. 이러한 복지국가는 사회복지영역에서 조정자로서 가능하며, 직접 서비스를 공급하거나 관리하기 보다 시장경제에서 노동을 통한 개인의 책임과 활동을 강조하는 특징을 보여 왔다.

28) Ullrich Bauer, Ebd., S.20.

몇하게 발견할 수 있다. 의료영역에서 서비스의 질, 재정화구조 그리고 공급구조 등을 살펴보았을 때 경제화와 민영화의 현상이 뚜렷이 나타나는데 이는 국가의 역할이 축소되고, 시장의 기능이 증가되는 것을 나타낸다. 시장에서의 서비스 경쟁의 보장과 지원은 이레네 디겔데이(Irene Dingeldey)가 제시하는 작동하는 국가의 전형적인 특성이다. 또한 최근에 도입되어진 특정부분에서의 추가 부담금, 건강습관이나 예방태도에 따른 기여금 경감 등을 통한 각종 수단들은 개인의 책임의식을 점점 강화시킨다. 따라서 최근에 나타나는 의료영역의 개혁 과정은 독일의 복지 국가를 작동하는 국가의 형태로 변화시키는 과정이라고 말할 수 있다. 그러나 이러한 작동하는 국가로의 개혁과정에서 그에 따른 부정적 결과들이 반드시 고려되어야 한다. 작동하는 국가의

전형적인 특징을 띠고 있는 미국의 의료개혁은 여기서 좋은 예가 될 수 있다. 미국은 오늘날 국내생산의 약 15퍼센트를 의료지출로 소비하고 있다. 따라서 미국은 OECD국가들에서 거의 최상위를 차지하지만 시장에 의해 규율 되고, 민영화된 의료 보장은 가장 비효율적이다. 약 4천5백만 미국인들이 2005년에 의료보험에 가입되어 있지 않았고, 인간개발보고서의 발표에 따르면 평균 유아사망률은 후진국의 수준에 위치한다.²⁹⁾ 또한 작동하는 국가로의 개혁은 보험경제로부터 출발된 'Moral Hazard' 라는 이유에서 계속적으로 추진되고 있는데, 이 과정에서 개혁에 의해 야기되는 자원 접근에 있어서의 사회적 불평등의 강화와 이에 따른 사회적 양극화 문제를 간과해서는 안될 것이다. [GSST](#)

29) United Nations Development Programme(UNDP), Human Development Report, New York, 2005