

# 보건사회연구

## HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

김안나 가족친화정책의 실태 및 효과성에 대한 근로자 생애주기적 접근

강지원 국제비교를 통해서 본 한국의 한부모가족정책

배하옥 | 김유경 여성장애인의 사회적 배제와 빈곤의 실증분석

장윤정 일본 노인입소시설의 유니트케어(unit care) 실시에 따른  
케어워커(careworker)의 소진과 케어업무 및 케어환경에 관한 연구

이필도 | 김미혜 표준장례비용 산정에 관한 연구

구인회 | 손병돈 | 외국인 이주자의 사회통합 방안 탐색:  
엄기욱 | 정재훈 | 영주권자에 대한 사회복지제도 적용을 중심으로  
이수연

박능후 | 배미원 근로빈곤층 노동이동 결정요인 분석

이용갑 지난 20년간 독일 공적 건강보험 개혁과 시사점 :  
경쟁적 다보험자체계에서 공적 건강보험제도에 대한 국가의 역할과 책임 강화

최성은 과세표준소득의 세율탄력성과 소득세의 효율비용에 관한 연구

정인석 | 이상직 약제비 관리방안으로서 저가구매 인센티브 제도

김기량 | 김미경 | 한국 식품 미보장 현황 및 특성  
신영전

서 평 최은진 : 확대되는 의료서비스시장과 소비자의 선택

# 지난 20년간 독일 공적 건강보험 개혁과 시사점

## - 경쟁적 다보험자체계에서 공적 건강보험제도에 대한 국가의 역할과 책임 강화 -

이용갑

(서강대학교)

---

경쟁과 효율이 강조된 다보험자체계, 민간 의료보험 활성화를 위한 국민건강보험의 기초 보장제도로의 제한 등 최근 우리나라 국민건강보험제도에 대한 재검토 논의가 활발하다. 하지만, 전 국민의 공적 건강보험 또는 민간 의료보험에의 가입 강제, 국고보조금 지급의 확대 및 국가가 직접 관리하는 건강보험기금에 의한 전국차원의 재정분산기전 도입 등 공적 건강보험에 대한 국가의 책임과 역할을 강화한 독일의 공적 건강보험제도 개혁 2007은 이러한 논의와는 상반되는 개혁사례를 제공하고 있다.

본 연구는 지난 1980년대 후반부터 실시된 독일의 공적 건강보험 개혁의 전체적 과정을 의사결정자 및 재정의 조달자·관리자로서 국가의 역할과 책임 강화라는 관점에서 분석하였다. 독일 공적 건강보험의 개혁에 대한 분석을 기초로 본 연구는 단일보험자체계인 우리나라 국민건강보험의 지속가능성을 보장할 수 있는 시사점을 국가의 역할과 책임 강화, 재정안정화를 위한 모든 이해 당사자들의 재정적 부담 및 지속적인 개혁에도 불구하고 공적 건강보험 제도의 역할과 기능 유지에서 찾고자 하였다.

**주요용어:** 공적 건강보험 개혁, 건강보험기금, 국가의 역할과 책임 강화, 보험료율

## I. 서론

최근 우리나라에서는 국민건강보험제도의 구조 및 역할과 기능에 관한 논의가 활발하다. 전 국민을 대상으로 포괄적 보건의료 서비스를 보편적으로 제공하는 단일보험자체계의 지속가능성에 의문을 제기하면서 2006년 네덜란드 건강보험제도 개혁을 참고하여 경쟁과 효율이 강조된 경쟁적 다보험자체계 주장과 민간 의료보험 활성화를 위한 국민건강보험의 기초 보장제도로의 제한 등이 대안으로 논의되고 있다(이규식 외, 2008 및 제17대 대통령직인수위원회, 2008). 하지만, 지난 20여 년간 수차례 실시된 독일 공적 건강보험제도 개혁은 이러한 논의와는 상반되는 논의의 틀을 제공하고 있다. 특히, 2007년 개혁은 1883년 독일에서 공적 건강보험 도입이후 처음으로 전 국민에 대한 공적 건강보험 또는 민간 의료보험의 가입 강제, 폐지할 예정이었던 국고보조금 지급의 확대 및 경쟁적 다보험자체계를 유지하기 위한 국고보조금과 개별 공적 건강보험조합들이 징수한 보험료를 통합하여 국가가 직접 관리하는 건강보험기금으로 이전한 후 개별 공적 건강보험조합에 성·연령·건강위험도를 고려하여 재분배하는 전국차원의 재정분산기전 도입 등 공적 건강보험에 대한 국가의 역할과 책임을 강화하였다(Niejahr, 2006). 이러한 독일의 개혁사례는 다보험자방식의 공적 건강보험체계는 전국 단위의 위험분산 또는 재정분산이 어려울 뿐만 아니라, 독립적인 다수 보험자들은 규모가 크지 않기 때문에 국가보조금 지급확대와 국가의 직접 관리에 의한 전국단위의 재정분산 기전의 작동, 보험자 규모의 확대를 통한 구매력의 강화, 의료서비스의 질 향상과 서비스 제공형태의 다양화를 통한 가입자 지원 등이 개혁의 중요 과제라는 것을 보여주는 사례라고 할 수 있다(van de Ven, Beck, van de Voorde, Wasem & Zmora, 2007; Wasem, 2007).

지난 2000년 다보험자체계에서 단일보험자체제로 전환한 우리나라의 국민건강보험제도도 다른 OECD 국가들의 여타 사회보험과 마찬가지로 환경변화에 적응하면서 지속가능성을 담보하기 위하여 제도 개혁을 연속하여 실시하고 있다. 국민건강보험의 개혁 전략을 수립하는데 있어 많은 국가들이 다양한 시사점을 제공하지만, 지난 20여년 동안 실시된 독일의 제도개혁이 주는 시사점은 그 의미가 크다고 할 수 있다. 공적 건강보험제도에 대한 국가 개입 확대와 이를 뒷받침하는 국가의 행정적·재정적인 역할과 책임 강화는 독일 공적 건강보험 제도가 어떻게 지속가능성을 확보하는 가를 보여주고 있는 것이다.

본 연구는 지난 1980년대 후반부터 실시된 독일 공적 건강보험 개혁의 전체적 과정을 의 사결정자 및 재정의 조달자·관리자로서 국가의 역할과 책임 강화라는 관점에서 분석하여 단일보험자체계인 국민건강보험의 지속가능성을 보장할 수 있는 시사점을 찾고자 한다. 이를 위하여 본 연구는 먼저 독일의 공적 건강보험체계를 분석하고, 지난 1980년대 후반부터

실시된 독일의 공적 건강보험 개혁의 전체적 과정을 연방정부를 구성하는 정당들간의 연립의 관점에서 분석하고자 한다.

## II. 독일 공적 건강보험제도의 구조

1883년에 도입된 독일의 공적 건강보험제도는 엄밀한 의미에서 전 국민을 대상으로 한 보편적인 공적 건강보험제도는 아니다. 공적 건강보험제도는 일정 소득 이하의 소득계층만을 강제가입 대상자로 법제화하고 있으며, 일정 수준이상의 소득계층은 민간 의료보험을 선택할 수 있도록 제도적으로 개방되어 있다. 즉, 독일의 공적 건강보험제도는 1883년 도입될 당시부터 고용주, 고소득 근로자, 자영자를 보호대상으로 설정하지 않았으며, 그 후 농어민과 수공업자 등 특정 자영자들만을 직종별로 구분하여 공적 건강보험을 제공하였다(Busse & Riesberg, 2004; Bäker, Bispinck, Hofemann, Naegle & Neubauer, 2008). 국가와 지방자치단체의 일반 공무원은 봉급수준과 관계없이 안정된 신분보장 때문에 공적 건강보험제도의 보호대상이 아니며, 국가와 지방자치단체가 고용주로서 민간 의료보험에 가입시켜 의료보장을 제공하고 있다. 국방과 치안을 담당하는 연방정부의 특수직 공무원과 특정 공공부문 근로자는 공적 건강보험이나 민간 의료보험이 아닌 국가의 특수지역에 대한 별도의 공적 의료보장제도가 보호하고 있다<sup>1)</sup>.

공적 건강보험에서 소득을 기준으로 사회보험의 강제적용대상 여부를 결정하는 기준은 연방노동사회부가 매년 발표하는 가입자의 소득 기준 ‘사회보험 강제가입 상한선’이다. 2009년의 경우 공적 건강보험과 공적 장기요양보험의 강제가입 상한선은 가입자의 세전 연간 소득 48,600€, 월 소득은 4,050€이다(BMA, 2009). 2007년 근로자의 월 평균 세전 임금이 2,263€임을 고려할 경우 거의 대부분의 근로자가 공적 건강보험의 적용을 받는다고 할 수 있다(BMA, 2008). 강제가입 상한선 미만의 소득자는 원칙적으로 공적 건강보험 가입이 의무이며, 이들이 납부해야 하는 보험료 산정에는 ‘보험료산정 한도액’이 적용되어, 그 한도액

---

1) 독일 공적 건강보험제도의 이러한 특성은 2006년 이전 네덜란드 공적 건강보험제도와 동일한 특성이다. 그 이유는 독일이 제2차 세계대전에서 네덜란드를 점령하면서 1941년에 공포한 「의료보험조합 법령」에 따라 네덜란드는 독일식 공적 건강보험제도와 민간 의료보험제도를 도입하였기 때문이다. 가입자에 따라 다양한 공적 건강보험제도와 민간 의료보험제도로 구분된 네덜란드 제도를 개혁하고자 한 시도는 다양하였다. 대표적인 제안 중 하나인 1987년의 Dekker보고서는 전 국민에 대한 사회보험방식의 건강보험 가입을 강제화하고, 민간 의료보험제도를 폐지할 것을 제안하였다. 하지만, 2006년에 실시된 네덜란드 건강보험제도 개혁은 공적 건강보험조합을 민간으로 전환하고, 네덜란드의 모든 거주자는 새로운 건강보험에 가입할 의무를 부과하였다(Exter, Hermans, Dosljak & Busse, 2004; Niejahr, 2006).

이상의 소득은 보험료산정에서 제외된다. 보험료산정 한도액은 사회보험의 종류와 지역에 따라 차별적이다. 지역간 소득격차를 고려하여 구 동독지역 주민에게 적용하는 보험료산정 한도액은 구 서독지역 주민에 적용하는 소득기준액의 85% 수준이며, 노령연금보험과 실업보험에도 이 차이가 적용된다. 하지만, 건강보험과 장기요양보험의 경우 지역주민들 간의 보험료산정 한도액의 차이는 존재하지 않는다. 또한 공적 건강보험과 공적 장기요양보험에 적용되는 보험료산정 한도액은 노령연금보험과 실업보험 경우의 75% 수준이다. 이는 일반적으로 독일의 사회보장체계가 질병과 장기요양시 의료서비스와 일상생활 유지 서비스의 제공보다는 노후와 실업시 소득보장을 위한 사회보장에 더 많은 노력을 기울이고 있다고 해석할 수 있다. 공적 건강보험의 가입의무자에게 적용되는 보험료 산정 한도액은 2009년의 경우 연간 소득은 43,200€, 월 소득은 3,600€이다(BMA, 2009).

이에 따라 독일의 의료보장체계는 ‘강제가입 상한선’ 이하의 소득을 갖는 사회보험 강제가입 대상자들을 위한 “공적 건강보험체계”, 공공부조·특수지역 공무원·국가보훈대상자 등을 위한 “공적 건강보험 이외의 공적 의료보장 프로그램” 및 일반 공무원과 강제가입 상한선 이상의 소득을 갖는 사회보험 강제가입 적용제외자들을 위한 “민간 의료보험”으로 구성된다. 2007년 현재 독일 인구 약 8,230만 명 중 공적 건강보험의 피보험자는 85.5%인 약 7,040만 명이며, 3.9%인 약 320만 명은 공적 건강보험 이외의 공적 의료보장 프로그램의 보호를 받고 있으며, 무보험자는 전체 인구의 0.12%인 약 10만 명이다. 반면에, 민간 의료보험에 가입한 고소득 사회계층과 공무원은 독일 인구의 10.3%인 약 850만 명이다(KBV, 2008).

가입자에 의한 독자적인 운영과 독립 채산제를 원칙으로 하는 공법인인 독일의 공적 건강보험조합은 지난 100여년간 지속적인 통폐합의 결과로 1908년 22,887개에서 1951년 1,992개, 1991년 1,135개, 2009년 202개로 크게 감소하였다(BMA, 2009). 1993년 개혁에 따라 가입자의 공적 건강보험조합에 대한 선택의 자유가 보장되지만, 과거의 전통적인 구분인 지역과 직종/직장을 기준으로 공적 건강보험조합은 다음과 같은 6개의 집단으로 분류된다(표 1 참조).

첫째, ‘일반 지역 건강보험조합(AOK)’은 소규모 사업장의 근로자, 지역 주민, 농업노동자 및 강제가입 대상자 중 다른 건강보험조합의 미가입자를 보호하고 있다. 전국적으로 15개 존재하는 일반 지역 건강보험조합은 전체 공적 건강보험 피보험자의 약 33.9%를 보호하고 있다. 둘째, ‘직장 건강보험조합(BKK)’은 상시 1,000명 이상을 고용하는 일반 사업장의 근로자들을 보호하고 있다. 2009년 현재 전국적으로 155개가 존재하는 직장 건강보험조합은 공적 건강보험 피보험자의 약 19.6%에게 공적 의료보장을 제공하고 있다. 셋째, ‘수공업자 건강보험조합(IKK)’은 상시 1,000명 이상을 고용하는 수공업 사업장의 근로자들을 보호하고 있다.

표 1. 건강보험 조합 기준 피보험자의 분류(2009년 1월 현재)

공적 건강보험조합의 구분		규모	피보험자	
			규모(100만명)	비율(%)
1차 건강보험조합	일반 지역	15	23.7	33.9
	직장	155	13.7	19.6
	수공업자	14	5.5	7.9
	광산·철도근로자·선원	1	1.7	2.4
	농민	9	0.9	1.3
2차 건강보험 조합	생산직 근로자 2차	1	24.5	35.0
	사무직 근로자 2차	7		
전체		202	70.0	100.0

자료: BMA. (2009). Übersicht über das Sozialrecht.

전국적으로 14개가 존재하는 수공업자 건강보험조합은 공적 건강보험 피보험자의 약 7.9%를 보호하고 있다. 넷째, ‘농민 건강보험조합(LKK)’은 자영농민 및 그 가족종업원을 보호 대상으로 하고 있으며, 농민에게 재해보험·노령연금보험·건강보험을 제공하는 농민 사회보험의 한 부분이다. 2009년 현재 전국적으로 9개가 존재하는 농민 건강보험조합은 공적 건강보험 피보험자의 약 1.3%에게 공적 의료보장을 제공하고 있다. 다섯째, ‘광산·철도근로자·선원 건강보험조합(BKnsch-Bahn-SeeKK)’은 광산업 종사자, 해상선박 승무원 및 국영에서 민영화된 철도 종사자를 보호 대상으로 한다. 전국에 1개가 존재하는 광산·철도근로자·선원 건강보험조합은 공적 건강보험 피보험자의 약 2.4%를 보호하고 있다. 여섯째, 근로자들 중 상대적으로 고소득 근로자들을 대상으로 하는 공적 건강보험조합은 ‘생산직 근로자 2차 건강보험조합(Arb. EK)’과 ‘사무직 근로자 2차 건강보험조합(Ang. EK)’으로 구분된다. 2009년 현재 전국적으로 8개의 2차 공적 건강보험조합은 전체 공적 건강보험 피보험자의 약 35.0%에게 공적 의료보장을 제공하고 있다.

6개의 건강보험조합 종류 중 일반 지역 건강보험조합, 직장 건강보험조합, 수공업자 건강보험조합, 농민 건강보험조합, 광산·철도근로자·선원 건강보험조합은 지역과 직종/직장에 따라 자신이 가입해야 할 건강보험조합이 사전에 결정되어 있다는 의미에서 ‘1차 건강보험조합’으로 분류한다. 반면에 상대적으로 고소득 근로자들이 가입하는 전국단위의 생산직 근로자 2차 건강보험조합과 사무직 근로자 2차 건강보험조합은 1911년의 제국보험법에 따라 1차 건강보험조합이 아닌 다른 공적 건강보험조합에 가입하고 있다는 의미에서 ‘2차 건강보험조합’으로 구분된다. 2009년 현재 202개의 공적 건강보험조합은 주와 연방차원에서 6개

연합회를 구성하고 있으며, 또한 전국차원에서 전체 공적 건강보험조합의 이익을 대변하기 위하여 1개의 ‘연방 공적 건강보험조합 최고 협회’를 구성하고 있다.

다보협자체계인 독일의 공적 건강보험제도는 공적 건강보험조합, 중앙정부인 연방정부, 지방정부인 16개의 주정부, 보험계약사, 병원, 약국, 제약회사 등 다양한 행위자들에 의해 운영되고 있다. 공적 건강보험조합은 공적 건강보험의 보험자이며 동시에 산재보험을 제외한 4대 사회보험(공적 노령연금보험, 공적 건강보험, 공적 장기요양보험, 실업보험)의 가격 관리와 보험료 부과·징수 및 개별 사회보험 보험자에 대한 보험료 분배를 담당하는 통합 ‘징수처’의 역할도 한다. 공적 건강보험조합들은 연방이 아닌 주 차원에서 다른 공적 건강보험조합들과 함께 공적 건강보험의 외래진료를 보장하기 위해 지역의 보험계약회사협회와 진료보수 규모를 계약할 뿐만 아니라 입원진료를 위해 개별 병원 입원진료의 보수를 계약한다.

보건의료서비스 제공자들은 외래진료를 제공하는 보험계약회사들과 입원진료를 제공하는 병원들로 구분된다. 보험계약회사들은 주 차원에서 협회를 구성하며, 주차원에서 공적 건강보험조합 연합회들과 외래진료에 관한 전체적 사항을 협의하고, 집단적으로 계약한다. 병원들도 주 차원에서 협회를 구성하여 공적 건강보험조합 주 연합회들과 입원진료에 관한 전체적 사항을 협의하고, 개별적으로 계약한다.

연방정부는 전국적으로 적용되는 제도와 법률을 제·개정하고, 공적 건강보험조합과 공급자간의 이해관계를 조정한다<sup>2)</sup>. 또한 연방정부는 연방차원의 건강보험조합 연합회 및 보험계약회사협회, 병원협회 등 각 공급자조직에 대한 관리감독, 건강보험조합과 보건의료서비스 제공자간의 중재기관에 관한 세부 사항 결정, 공적 건강보험에서의 의약품정책 등을 담당한다. 하지만, 독일 연방정부는 지난 20여년 동안 공적 건강보험개혁 과정에서 보건의료부문 전반에 개입하면서 보험자인 공적 건강보험조합을 대신한 의사결정자 및 재원의 조달자와 관리자로서 발전하였다. 특히, 2007년 개혁에 따라 연방정부의 역할은 공적 건강보험의 재정안

2) 보건의료체계에서 국가의 역할은 ‘법률의 제·개정을 통한 규칙제정’, ‘보건의료체계 참여자들 간의 이해 조정’, ‘재원 조달’, ‘보건의료 서비스 생산’ 등으로 구분할 수 있다. 영국과 같은 국가보건의료체계(NHS)에서 국가는 이 모든 역할을 거의 다하는 것으로 이해할 수 있다. 반면에 독일과 같은 사회보험체계에서 국가의 역할은 법률의 제·개정을 통한 규칙제정과 보건의료체계 참여자들 간의 이해 조정이며, 이를 구체적으로 나열하면 다음과 같은 열 가지로 구분된다: 첫째, 건강보험조합의 규모, 지배구조와 회계; 둘째, 가입자의 범위; 셋째, 가입자와 건강보험조합간의 관계, 특히 조합 선택의 가능 정도; 넷째, 보험료 부과 대상; 다섯째, 보험료 산정 기준; 여섯째, 건강보험조합들간 및 건강보험조합에 대한 보험료 공동화와 분배의 기전과 범위; 일곱째, 급여 범위; 여덟째, 공급자의 형태와 조직; 아홉째, 제공되는 보건의료 서비스의 형태, 진료비 지불, 질에 대한 건강보험조합들과 공급자들 간의 계약 관계; 열째, 진료를 위한 환자의 공급자에 대한 접근(Busse, Saltman & Dubois, 2004). 이 중 첫 번째부터 여섯 번째는 건강보험조합과 가입자와의 관계에서 조직과 재정에 관련한 국가의 규칙 제정이라고 할 수 있으며, 일곱 번째부터 열 번째는 보건의료 서비스 제공과 이용을 둘러싼 건강보험조합, 공급자, 피보험자간의 관계 규정과 이해 조정이라고 할 수 있다.

정화를 위한 국가보조금 지급 및 공적 건강보험조합들 간의 재원분배까지 확대되었다. 그 결과 1883년 공적 건강보험제도의 도입이래 공적 건강보험에 대한 국가의 역할과 책임은 그 어느 시기보다 커지게 되었다.

개별 공적 건강보험조합 및 지역 보험계약의사협회와 개별 병원이 소재한 16개 주 정부는 연방정부가 제정한 법률들에 근거하여 주 차원의 구체적인 법령들을 제·개정하여 보건의료 서비스 제공에 대한 실질적인 책임을 가진다. 이를 위하여 주정부는 공적 건강보험조합과 지역 보험계약의사협회와 개별 병원과 주 병원협회를 실제로 감독하며, 지원한다. 또한 주정부는 공공병원을 운영하며, 매년 작성하는 주의 병원계획에 따라 지역주민에 대한 병원 입원진료를 보장하고 있다.

### III. 2007년 이전의 독일 공적 건강보험의 개혁

#### 1. 보수정당과 시장자유주의정당 연방정부의 가입자의 부담증가를 통한 재정지출억제와 보험자간 경쟁체계 도입

독일에서의 공적 건강보험제도 개혁은 독일만의 고유한 부분도 있지만, 기본 방향이나 목표는 많은 유럽공동체 국가들이 지속적으로 실시하는 보건의료개혁의 큰 흐름에서 크게 벗어나는 것이라고 할 수는 없다. 주요 유럽 국가들이 실시한 보건의료개혁의 큰 흐름을 시기별로 구분한다면 다음과 같이 요약할 수 있다(Mossialos & Le Grand, 1999; Saltman, Busse & Figueras (ed.), 2004). 1970대 중반부터 1980년대 중반까지 실시된 보건의료개혁의 핵심은 국가의 직·간접 통제에 의한 보건의료비 지출억제였다. 1980년대 중반부터 1990년대 중반까지 개혁의 주요 내용은 공급자들의 자율적 지출억제를 유도할 수 있도록 하는 보건의료 분야에서 예산제 확대였다. 1990년대 중반부터 2000년대 초반까지 실시된 개혁은 재정적 지속가능성에 대한 문제제기를 바탕으로 양질의 보건의료 서비스 공급을 위한 일반적인 보건의료 서비스의 공급을 제한하고, 의학적 효과라는 근거에 기초한 보건의료 서비스 구매를 결정하는 기전을 도입하였다. 이에 따라 1980년대 후반이후 계속된 독일 공적 건강보험제도의 개혁은 이러한 보건의료체계에 대한 개혁의 흐름 및 국가의 역할과 책임 강화라는 관점에서 분석될 수 있다. 또한 이러한 분석은 연방정부를 구성하는 정당들간의 연립정부 구성에 따라 공적 건강보험 개혁의 내용이 차별적일 수 있음을 보여준다.

1982년 가을부터 1998년 가을까지 약 16년 동안 집권한 보수정당인 기민당(CDU)·기사



당(CSU)과 시장자유주의정당인 자민당(FDP) 연방정부가 실시한 보건의료개혁의 기본 방향은 같은 시기에 유럽연합 국가들이 실시한 보건의료개혁의 공통 사항인 예산제 도입에 의한 재정지출 억제였다. 또한 이 시기에는 가장 큰 개혁 중 하나는 지난 19세기부터 이어져온 조합별 건강보험 가입강제를 해제한 가입자의 건강보험조합 선택 자유의 보장이었다. 특히, 독일 고유의 개혁과 관련한 공적 건강보험조합들 간의 경쟁을 유발시키고자 도입한 가입자의 건강보험조합 선택 자유의 보장은 공적 건강보험의 재정문제 뿐만 아니라 제도 자체에 대한 국가의 개입이 시작된 것을 의미한다(Bäker, Bispinck, Hofemann, Naegele & Neubauer, 2008).

재정안정화 및 보건의료 서비스에 대한 수요를 억제하기 위하여 1989년에 실시된 ‘공적 건강보험 구조개혁법’의 목적은 의료비 증가억제, 보험료율 안정화 및 환자 본인부담금의 인상, 처방 의약품 급여비 제한 등 수요억제였다. 이 세 가지 목적을 달성하기 위하여 1989년 개혁은 입원진료, 치과보철, 온천요법, 의약품 등에서 환자 본인부담금을 인상하고, 안경과 비경제적 또는 효과가 분명치 않은 의약품 등에 대한 공적 건강보험의 급여를 제한하였으며, 외래진료 처방 의약품에 대한 참조가격제를 도입하였다(Frerich & Frey, 1996). 그 결과 1990년 중반까지 공적 건강보험의 재정지출 증가는 어느 정도 억제되었다(표 2 참조).

1990년 이후 병원과 약제비를 중심으로 지출이 다시 증가되는 상황에서 실시된 1993년의 ‘공적 건강보험구조개혁법’은 부문별 총액예산제 도입으로 공급자들이 자율적으로 진료비 증가를 억제하고, 공적 건강보험조합의 보험료율 인상을 억제하고자 하였다(Nagel, 2007). 1993년 개혁의 주요 내용은 먼저 개별 병원의 입원진료 비용, 외래진료를 담당하는 주 보험계약(치과)의사협회 전체의 진료보수, 외래진료에서 주 보험계약(치과)의사협회 전체가 처방하는 의약품 비용 세 가지에 대하여 지역별 총액예산제를 도입하였다<sup>3)</sup>. 둘째, 외래진료를 담당하는 보험계약의사에 대한 수급계획에 따라 보험계약의사 과잉지역에서는 보험계약의사에 대한 허가를 제한하고, 보험계약(치과)의사의 정년을 일반적으로 68세로 제한하여 외래진료담당 의사의 수급을 조절하고자 하였다. 셋째, 지역과 직종/직장을 기준으로 보험가입이 제한된 공적 건강보험 가입구조에 근본적인 변화를 초래하였다. 즉, 가입자가 자신이 가입하고자 하는 공적 건강보험조합을 자유롭게 선택할 수 있도록 보험자선택을 자유화하고, 조합간 가입자 유치를 위한 보험료율 인하를 가능하게 하였다(Frerich & Frey, 1996). 이와 같은 개혁에도 불구하고 1995년 이후 공적 건강보험의 진료비는 계속 증가하여, 공적 건강보험 전체

3) 외래진료 처방 의약품에 대한 부문별 총액예산제는 1993년에 실시되었지만, 나머지 두 개 부문의 총액예산제는 3년의 유예기간 후에 실시되었다.

의 재정은 다시 적자로 전환하였다(표 2 참조).

보수정당인 기민당(CDU)·기사당(CSU)과 시장자유주의정당인 자민당(FDP) 연방정부의 마지막 보건의료 개혁인 1997년 ‘공적 건강보험 구조개혁법’은 재정지출 억제를 더욱 강화하기 위하여 먼저 보험료율 안정화를 법제화하였다. 이에 따라 1996년의 보험료율은 동결되었고, 1997년의 경우는 0.4% 인가가 법제화되었다. 둘째, 보험료율이 0.1% 인상될 경우 환자의 정액 본인부담금은 1DM, 정율 본인부담금은 1% 인상하도록 의무화하여 공적 건강보험 조합의 보험료율 인상을 피보험자의 본인부담금 인상과 연계하였다. 결국 이러한 조치는 보험료율 인상을 매개로 가입자의 공적 건강보험조합에 대한 선택을 촉진시키고, 조합들간의 경쟁을 강화시키는 것이다(Busse & Riesberg, 2004). 셋째, 의약품, 교통비, 요양비, 입원, 치과보철 등에 대한 급여 제한과 본인부담금 인상을 통해 진료비 증가를 억제하고자 하였다. 넷째, 보험료 일부 상환, 본인부담금 인상, 부가급여에 대한 특별 보험료 징수, 시범사업 등 민간 의료보험적 요소가 투입된 보험자의 자체사업을 대폭적으로 인정하여 공적 건강보험조합의 자율권을 확대하였다(Nagel, 2007).

표 2. 독일 보건의료개혁과 공적 건강보험에의 재정 영향

년도	전체 지출 (10억€)	재정영향(10억€)	
		흑자	적자
1992	109		-4.78
1993	108	+5.33	
1994	117	+1.11	
1995	124		-3.56
1996	126		-3.98
1997	125	+0.0005	
1998	128	+0.0006	
1999	131		-0.00008
2000	134	+0.0001	
2001	139		-2.69
2002	144		-3.41
2003	145		-3.44
2004	140	+4.02	
2005	143	+1.78	

자료: Busse & Riesberg. (2006). Health Care Systems in Transition, Germany, WHO Regional Office for Europe, 2004; AOK, Zahlen und Fakten 2005/2006.

## 2. 사회민주주의정당과 시민·환경주의정당 연방정부의 공급자개혁을 통한 재정안정화

1998년 가을부터 2005년 가을까지 집권한 사회민주주의정당인 사민당(SPD)과 시민·환경주의정당인 동맹 90·녹색당(Bündnis 90·Drünie Gre) 연방정부의 보건의료개혁은 과거 정부의 지출증가억제 정책을 재검토하고, 외래진료 처방의약품에 대한 처방 허용 의약품목록제도와 병원 입원진료에 대한 포괄수가제를 도입하고자 하였다. 이러한 논의는 재정지출 억제 그 자체에서 벗어나 재정지출을 억제할 수 있는 급여비 지출관리 기전을 공급자에 대한 개혁에서 확보하고자 하는 논의라고 할 수 있다(Busse & Riesberg, 2004).

새로운 연방정부가 1998년에 처음 실시한 보건의료개혁인 ‘공적 건강보험 연대강화법’의 핵심 내용은 보건의료체계에서 공공성 강화, 공적 건강보험의 급여범위 축소 중지 및 공적 건강보험에서 보험료 일부 상환과 같은 민간 의료보험적 요소의 제거 등이었다. 이는 과거 연방정부가 실시한 1997년 개혁에 나타난 정책방향을 수정한 새로운 연방정부의 대 국민 공약이라고 할 수 있다(Nagel, 2007). 16년 만에 집권한 사민당 중심의 새로운 연방정부가 처음으로 실시한 1998년 개혁은 먼저 외래진료 처방 의약품에 대한 환자의 본인부담금을 인하하여 피보험자의 부담을 경감시켰다. 둘째, 환자 본인부담금의 「임금연동」과 「보험료를 연동」을 폐지하여 공적 건강보험조합들 간의 경쟁에서 민간 의료보험적 요소를 제거하였다. 셋째, 이와 함께 공적 건강보험조합 정관에서 보험료 일부 상환과 민간 의료보험적 요소를 삭제하였다(Busse & Riesberg, 2004; Nagel, 2007).

독일 공적 건강보험제도 개혁에서 엄청난 사회적 반향과 함께 성공과 실패를 동시에 경험한 ‘공적 건강보험 개혁 2000’은 병원 입원진료에 대한 진료비 지불제도로 질병군별 포괄수가제를 도입하고, 외래진료 처방의약품에 대한 처방 허용 의약품목록을 도입하고자 하였다. 이외에도 2000년 개혁은 지역별로 구분된 보험계약(치)의사에 의한 외래진료·병원 입원진료·외래진료에서 처방의약품으로 구분된 예산을 하나의 포괄적인 총액예산제로 묶고 이를 기준으로 보험료율을 안정시키고, 입원진료와 외래진료를 연계하고자 하였다. 이와 같은 네 가지 목적을 달성하기 위하여 ‘공적 건강보험 개혁 2000’은 주 단위와 개별 건강보험조합 단위에서 예산제를 도입하고, 보건의료 서비스의 과잉공급을 강제적으로 조정하고, 주치의의 역할을 강화하며, 질병군별 포괄수가제를 도입하는 등 가입자보다는 공급자에 대한 개혁을 통해 의료비 증가를 억제하고자 하였다. 하지만, 보건의료 서비스 공급자의 강력한 반발과 야당의 반대로 2000년 개혁은 주치의의 역할 강화와 병원 입원진료에 대한 질병군별 포괄수가제의 도입만이 실시되었다.

표 3. 독일 공적 건강보험의 평균 보험료율

년도	1960	1975	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
보험료율(%)	8.40	10.50	11.38	12.53	13.24	13.52	13.58	14.00	14.35	14.27	13.77	13.38	13.97	14.00	15.50

자료: BMA. (2009). Übersicht über das Sozialrecht.

계속되는 경기침체와 실업율의 증가는 전체 사회보험의 보험료율을 지속적으로 증가시켰다. 이러한 상황에서 연방정부는 전체 사회보험료율을 40%에서 제한하고자 하는 계획에 따라 2002년 11월에 ‘보험료율 법정화법’을 제정하여, 2002년 11월 7일부터 2003년 12월말까지 보험료율 인상을 법적으로 금지하였다. 독일 경제의 국제경쟁력을 유지하기 위하여 전체 사회보험료율의 안정화를 추진하는 연방정부는 2004년에는 ‘보건의료현대화법’을 실시하여 공적 건강보험의 재정안정화를 위하여 피보험자뿐만 아니라 의사와 제약업계를 포함한 보건의료체계의 모든 행위자들에게 재정적 부담을 부과하였다(Nagel, 2007). 2004년 개혁에 따라 공적 건강보험의 가장 큰 변화는 외래진료에 대한 환자의 정액 본인부담금인 ‘외래진료 방문료’가 도입된 것이다. ‘외래진료 방문료’는 환자가 자신을 진료하는 보험계약의사에게 매 분기마다 10€씩 지불하는 정액 본인부담금으로 환자의 본인부담금을 증가시켜 외래진료 양을 감소시키고자 도입된 것이다. ‘외래진료 방문료’ 도입 결과 외래진료의 양은 3~5% 정도 감소하고, 환자들은 이비인후과, 피부과 의원 등 전문의의 진료를 기피하게 되었다(KBV, 2004). 2004년 개혁의 두 번째 효과는 공적 건강보험 보험료의 인하이다. 공적 건강보험 조합들은 보험재정이 흑자로 전환됨에 따라 보험료율을 인하할 수 있게 되었다(표 2 및 표 3 참조). 이와 같은 개혁은 독일 사회보험제도 자체에 큰 변화를 유도하였다. 독일의 사회보험은 전통적으로 가입자와 그의 고용주가 비용을 반분하는 재원조달원칙이 적용되고 있었다. 하지만, 2004년 개혁은 국가경쟁력강화를 이유로 기업의 인건비 부담을 인하하고자 법정 급여의 하나인 상병수당에 대한 고용주 부담분을 폐지하였다. 이에 따라 상병수당은 2006년부터 가입자의 보험료만으로 급여를 제공하게 되었다. 2005년부터는 치아대체도 가입자의 보험료만으로 급여를 제공하도록 하였다.

2004년 개혁이 의도한 재정안정화는 즉시 발생하였다. 공적 건강보험은 환자 본인부담금과 일부 급여의 삭체 및 의료서비스 제공자에 대한 개혁 등으로 10년 만에 처음으로 2004년 1/4분기에 약 10억€의 흑자를 기록하였다. 즉, 2004년 1/4분기 공적 건강보험체계의 수입은 약 380억€이었으며, 지출은 약 370억€이었다(표 4 참조). 이에 따라 건강보험조합들이 예상한 1%는 아니지만 보험료율을 어느 정도 인하함으로써 가입자의 보험료납부 부담과 고용주 부담의 보험료와 임금부대비용의 감소를 유도하였다(표 3 참조).

표 4. 2003년 1/4분기 대비 2004년 1/4분기 공적 의료보험 전체의 재정증감비율

급여항목	지출액(억€)	증감율(%)
외래진료	58.48	-4.5
치과의사진료	20.21	+0.5
의치	8.83	+7.0
의약품	48.91	-15.4
보장구	10.55	-12.1
치료재료	7.72	-4.3
입원진료	116.87	+1.9
상병수당	15.89	-11.4
교통비	5.68	-10.5
예방과 재활	5.36	-2.6
사회부조	2.47	+9.9
재택 질병요양	3.82	+3.4
순수 관리비	17.96	+2.9

자료: KBV. (2004). Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2004.

2004년 개혁은 공적 건강보험의 재정안정화에는 일시적으로 기여하였으나, 본인부담금의 증가에 따라 저소득·취약계층의 강력한 저항을 초래하였다. 상병수당과 치아대체에 대한 재원을 가입자만 부담하게 함으로써 고용주와 근로자의 사회보험료 동일 분담 원칙을 약화시켰을 뿐만 아니라, ‘외래진료 방문료’의 도입은 경제적으로 소득수준이 높고 건강한 사람이 경제적으로 취약하고 아픈 사람보다 재원의 많은 부분을 조달하는 사회연대성 원칙을 약화시키는 결과를 초래한 것이라는 사회적 비판이 지속적으로 제기되고 있다(Nagel, 2007; Bäker, Bispinck, Hofemann, Naegele & Neubauer, 2008).

## IV. 전 국민 가입강제와 건강보험기금을 통한 국가의 역할과 책임 강화

### 1. 보수정당과 사회민주주의정당 연립정부 국가의 역할과 책임 강화

2005년 가을부터 2009년 가을까지 집권한 보수정당인 기민당(CDU)·기사당(CSU)과 사회민주당인 사민당(SPD)은 2005년 11월 연립정부를 구성하면서 공적 건강보험제도의 개혁

에 합의하였다. 이 합의에 따라 ‘공적 건강보험 경쟁력 강화법’으로 명명된 보건의료개혁 2007은 공적 건강보험제도의 근간은 유지하면서도 가입대상자, 관리운영, 재원조달 및 민간 의료보험과의 관계에서 커다란 변화를 유도하였다. 2007년 개혁은 먼저 독일의 모든 거주민에게 공적 건강보험 또는 민간 의료보험에의 가입을 의무화하였다. 과거 공적 건강보험의 가입자였지만 현재 미가입자들은 2007년 4월 1일부터 공적 건강보험에 대한 가입의무가 부과되었으며, 과거 민간 의료보험의 가입자였지만 현재 미가입자들은 2007년 7월 1일부터 민간 의료보험에의 가입을 의무화하였다. 이에 따라 2007년 현재 전체 인구의 0.12%인 약 10만명인 무보험자에 대한 공적 건강보험 또는 민간 의료보험에의 가입이 강제된 것이다. 2007년 개혁은 가입강제를 원활하게 하기 위하여 공적 건강보험의 경우 공적 건강보험조합에 의한 가입거부를 금지하였으며, 민간 의료보험의 경우 2007년 4월 1일부터 ‘조정된 표준보험료’, 2009년 1월 1일부터 ‘새로운 기본 보험료’에 기초하여 가입희망자를 거부하지 않고 가입시키도록 하였다. ‘조정된 표준 보험료’ 또는 ‘새로운 기본 보험료’는 보험료 산정에서는 가입자의 성·연령만 고려하며, 건강위험상태는 고려하지 않은 집단보험료율의 하나라고 할 수 있다<sup>4)</sup>. 따라서 민간 의료보험에의 가입에서 가입자의 건강위험에 기초한 추가보험료 또는 급여 제한은 금지되며, 보험료율은 2007년의 경우 월 약 500€ 수준인 공적 건강보험의 월 최고 보험료를 초과할 수 없으며, 급여범위는 공적 건강보험의 급여범위와 동일해야 한다. 모든 거주민에 대한 건강보험 가입이 의무화됨에 따라 건강보험에 가입하는 저소득·취약계층의 경우 보험료납부에서 발생할 수 있는 재정적 어려움을 국가가 해소하는 것이 보건의료개혁 2007의 보완책이다. 만약 실직자와 공공부조 수급자가 민간 의료보험 가입 대상자일 경우 민간 의료보험사는 이들의 보험료를 50% 경감해야 하며, 50% 경감된 보험료를 납부하지 못하는 가입자 중 실직자는 실업수당을 지급하는 연방고용청, 공공부조 수급자는 지자체로부터 보험료를 지원받게 된다.

2007 개혁의 두 번째 사항은 공적 건강보험에 대한 국가의 책임을 보다 적극적으로 강화한 것이다. 2005년 11월 새 연방정부가 출범할 당시 공적 건강보험에 대한 국가보조금 지급은 2006년 27억€, 2007년 15억€를 지급하고 2008년부터 폐지하기로 합의하였었다. 하지만, 보건의료개혁 2007은 공적 건강보험에 대한 연방정부 보조금 지급을 부활시킬 뿐만 아니라 확대하였다. 즉, 국가보조금의 규모는 2008년 15억€, 2009년 40억€이며, 2010년부터 매년 15억€를 증액하여 최종적으로는 140억€까지 증가하게 된다. 연방정부가 공적 건강보험

---

4) 네덜란드의 2006년 개혁에서와 같이 독일의 민간 의료보험은 ‘조정된 표준 보험료’ 또는 ‘새로운 기본 보험료’가 가입자 유치를 둘러싼 민간 의료보험사간의 경쟁요소로 작용하게 된다(Niejahr, 2006).

에 대한 보조금의 부활과 증액을 결정한 것은 국가가 국민에게 보편적으로 제공해야 하지만 공적 건강보험자가 피보험자에게 제공하는 보건의료 서비스에 대한 비용 지불이라고 할 수 있다<sup>5)</sup>. 보건의료개혁 2007에 따른 공적 건강보험에 대한 국가보조금 지급의 제도화는 다음과 같은 방향에서 공적 건강보험에 대한 국가 책임과 역할의 강화를 유도하게 된다. 먼저, 국가의 공적 건강보험에 대하여 보조금 지급은 결국 납세자가 공적 건강보험의 재원조달에 참여하게 된다는 것이다(Penske, 2006). 이에 따라 국가는 공적 건강보험을 둘러싼 보건의료 환경에 국가의 정책의지를 실현할 수 있는 가능성을 확대하였다. 또한 국가가 공적 건강보험에 대하여 보조금을 지급함에 따라 보건의료정책에 대한 국가의 조정가능성이 확대된다. 병원 현대화의 사례와 같이 연방정부가 공적 건강보험에 보조금을 지급함에 따라 16개 연방 주들은 부분적으로 낙후한 2,100개 병원의 현대화를 추진해야 할 의무가 부과되었다. 즉, 16개 주 정부들은 병원현대화를 위하여 공적 건강보험에 총 50억€를 부담하게 되었다.

2007년 개혁의 세 번째 사항은 상병수당의 유무와 대기기간에 따라 구분된 기존의 보험료 체계를 민간 의료보험적 요소인 건강에 대한 가입자의 자기책임에 대한 보상과 연계한 것이다. 이에 따라 보험료는 가입자 선택의 다양화를 위하여 다음과 같은 여섯 가지 보험료 종류가 추가로 도입되었다. 첫째, 주치의를 선택하는 가입자를 위한 보험료; 둘째, 외래진료와 입원진료간의 통합진료와 구조화된 진료 프로그램을 선택하는 가입자를 위한 보험료; 셋째, 공제액이 있는 보험료를 임의 가입자에서 모든 가입자로 확대; 넷째, 의료서비스를 이용할 경우 현물급여방식 대신 비용상환 방식을 선택하는 가입자를 위한 보험료; 다섯째, 유사요법치료와 같이 특별한 치료를 희망하는 가입자에 대한 보험료; 여섯째, 자영자와 같이 2009년 1월 1일부터 상병수당을 희망하는 가입자에 대한 보험료, 결국 2007년 개혁은 공적 건강보험조합간의 경쟁을 다양한 보험료율과 보험료 수준에서 더욱 강화한 것이다(Bäker, Bispinck, Hofemann, Naegle & Neubauer, 2008). 또한 이러한 다양한 보험료 종류의 도입은 지난 1997년 보수정당인 기민당·기사당과 시장자유주의정당인 자민당 연방정부가 실시하였지만, 이듬해인 1998년 집권한 사회민주주의정당인 사민당과 시민·환경주의정당인 동맹 90·녹색당 연방정부가 폐기하였던 가입자의 건강에 대한 자기책임강화라는 민간 의료보험적 요소의 재도입이라고도 할 수 있다.

2007 개혁의 네 번째 사항은 2007년 말 현재 30개의 주식회사 형태와 19개의 공제조합 형태의 민간 의료보험사들간 경쟁을 강화시키는 것이다. 민간 의료보험사들간 경쟁강화의 첫

5) 독일의 공적 건강보험자가 국가를 대신하여 피보험자에게 제공하는 대표적인 보건의료 서비스는 임·출산부에 대한 급여, 자녀양육에 대한 단기 가계지원, 자녀의 질병으로 인한 부모의 상병결근에 대한 상병수당 등이다.

번째 기전은 민간 의료보험 가입을 희망하는 과거 민간 의료보험 가입자들에 대한 가입제한 금지 및 이들만을 위한 집단보험료율인 ‘조정된 표준 보험료’와 ‘새로운 기본 보험료’의 적용이다. 다른 경쟁강화기전은 민간 의료보험의 현재 가입자가 보험사를 변경하는 경우 기존 보험사에 적용한 해당 가입자의 ‘노후 의료비 적립금’을 새로운 보험사가 인수하게 하는 것이다. 2007년 민간 의료보험 지출의 약 30.9%인 노후 의료비 적립금을 강제적으로 이전시키는 이 조치는 1993년 공적 건강보험 개혁이후 가입자들의 공적 건강보험조합 선택의 자유를 민간 의료보험에도 적용한 것이다(Nagel, 2007)<sup>6)</sup>.

2007년 개혁의 다섯 번째 사항은 지역과 직종으로 구분된 6개의 ‘연방 공적 건강보험조합 최고협회들’을 연방차원에서 1개로 통합하는 것이다. 이는 외래진료부문에서는 연방보험계약(치과)의사협회가, 병원 입원진료부문에서는 독일병원협회가 공급자의 이익을 대변하는 각각 1개의 법정 단체임을 고려하여 연방차원에서 공적 건강보험의 의사결정과정을 합리적으로 단순화한 것이다. 공법인으로서 연방보건부의 감독을 받으며 연방차원에서 공적 보험자의 이익을 대변하는 새로운 ‘연방 공적 건강보험조합 최고협회’는 보건의료 서비스의 질과 경제성 제고를 위한 기준을 규정하게 된다. 또한 연방 공적 건강보험조합 최고협회는 보험료와 국가보조금으로 구성된 건강보험기금을 개별 건강보험조합으로 분배하는데 필요한 가입자 전체의 성·연령·유병률 등의 정보 생산을 위한 공적 건강보험조합들간 정보교환의 표준화와 제공절차 등을 개발하는 역할을 수행한다(AOK-Bundesverband, 2008).

보건의료개혁 2007의 여섯 번째 사항이자 가장 핵심적 사항은 ‘건강보험기금(Gesundheitsfonds)’의 도입을 통한 다보험자 방식의 공적 건강보험 재원조달에서 국가에 의한 위험분산과 재정관리의 전국화이다. 건강보험조합별로 차별적인 공적 건강보험의 보험료는 2009년 1월 1일부터 연방차원에서 단일화됨으로써 단일 보험료율에 의한 재원의 투명성과 공적 건강보험조합간의 경쟁을 촉진시키게 된다<sup>7)</sup>. 고용주와 근로자가 납부하는 정률보험료는 연방정부가 지급하는 국가보조금과 함께 연방차원에서 구성되는 건강보험기금으로 이전되어 개별 건강보험조합 가입자의 성·연령, 취업능력과 건강위험을 기준으로 한 새로운 위험균등화 프로그램에 따라 재원이 분배된다(그림 1 참조)<sup>8)</sup>. 연방보험청이 직접 관리하는 건강보험기금으로부터 분배받은 재원이 충분하지 않은 경우 공적 건강보험조합은 가입자에

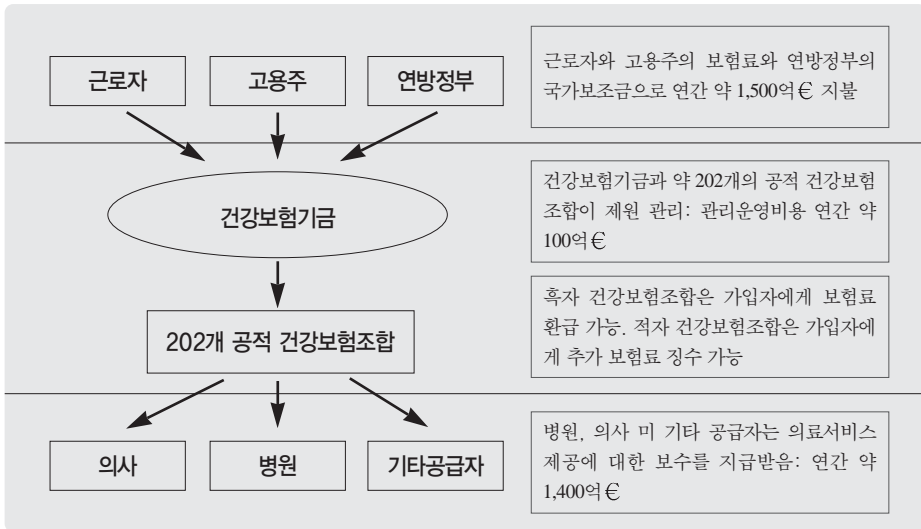
6) 2007년 민간 의료보험의 전체 지출은 약 330.1억€로 이 중 급여비 지출은 57.3%인 189.0억€, 보험료 상환을 위한 적립금은 11.2%인 36.9억€, 노후 의료비 적립금은 30.9%인 102.1억€였다(PKV, 2008).

7) 2009년 1월부터 부과되는 연방차원의 단일 보험료율은 개별 건강보험조합들이 합의한 보험료율이 아니라 연방보건부가 결정하는 보험료율로 현재 15.5%이다. 건강보험기금으로 모아지는 보험료는 기존과 같이 개별 공적 건강보험조합들이 징수하며, 공적 건강보험조합들은 정수한 보험료를 건강보험기금에 이전한다.



대한 소득조사 없이 최대 월 8€까지 추가보험료를 부과할 수 있다<sup>8)</sup>. 다만, 가입자에게 부과되는 추가보험료는 개별 공적 건강보험조합 예산의 1%를 초과할 수 없다. 반면에 건강보험 기금으로부터 분배받은 재원이 충분하여 후자가 발생할 경우 공적 건강보험조합은 가입자에게 보험료의 일부를 상환할 수도 있다.

그림 1. 건강보험기금과 독일 공적 건강보험제도의 자원 흐름



건강보험기금의 도입으로 공적 건강보험제도는 크게 변화하였다. 무엇보다도 자신이 가입한 건강보험조합이 추가보험료를 부과할 경우 가입자는 자신의 건강보험조합을 즉시 변경할 수 있는 보험자선택의 자유가 동시에 주어진다. 이에 따라 추가보험료 부과 여부가 공적 건강보험조합간의 경쟁요소로 작용하게 됨에 따라 개별 건강보험조합은 추가보험료 부과 발생하지 않도록 급여비 지출 관리를 강화해야 한다. 이러한 의미에서 건강보험기금의 도입은

8) 40개 연령·성 집단, 6개 취업능력감소 집단과 106개 위계질서가 정립된 유병률 집단으로 구성된 공적 건강보험조합들 간의 새로운 위험균등화 프로그램은 다음과 같은 세 단계에서 작동된다. 첫째, 개별 건강보험 조합은 가입자 1인당 공적 건강보험체계 전체의 가입자 1인당 평균 지출액 수준의 '기본금액'을 지급받는다. 둘째, 성, 연령에 따라 기본금액에 추가금액을 지급 또는 삭감하여 가입자 전체의 성·연령을 보정하고 질환이 있는 가입자에 대해서는 개별 건강보험조합은 추가금액을 지급받는다. 셋째, 개별 건강보험조합은 취업능력감소 노령연금 수급자에 대한 기본금액을 다시 추가로 지급받는다(Drabinski, 2008).

9) 추가보험료는 고용주와 반분하는 것이 아니라 가입자인 근로자만 납부하는 보험료이다. 따라서 현재 납부하고 있는 0.9%의 특별보험료이외에 최대 1.0%의 보험료를 추가적으로 납부하게 된다면, 가입자인 근로자는 고용주보다도 최대 1.9%의 보험료를 더 많이 납부하게 된다.

지난 1993년 개혁에 따라 도입된 공적 건강보험조합들간의 경쟁을 더욱 강화한다는 의미에서 ‘관리된 경쟁’으로 해석되기도 한다(유근춘, 2007). 건강보험기금의 도입은 또한 공적 건강보험조합의 역할을 변화시켰다. 건강보험기금에 납부하는 보험료율은 연방보건부가 전국 단일 보험료율로 결정함에 따라 공적 건강보험조합의 보험료 결정 자율성은 없어지게 되었고, 공적 건강보험조합은 급여, 질, 서비스, 제공형태 및 비용관리에 집중하게 되었다(Bäker, Bispinck, Hofemann, Naegele & Neubauer, 2008). 그 결과 공적 건강보험조합들 간의 양질의 보건의료 서비스 제공 경쟁은 외래진료 의사, 병원뿐만 아니라 제약회사, 치료기기 생산자와의 자유계약으로 더욱 강화된다(AOK-Bundesverband, 2008).

2007년 개혁은 2006년 전체 공적 건강보험 급여비 지출액 1,386.8억€의 18.6%인 258.3억€를 지출하는 외래진료 처방 의약품에 지출된 비용을 억제할 수 있도록 공적 건강보험조합의 권한을 강화하였다. 공적 건강보험조합은 2003년부터 제약회사와 특허가 만료된 제너릭 의약품에 대한 가격할인 협상이 가능하였으며, 2007년 개혁에 따라 공적 건강보험조합은 의약품 비용 절감을 위한 제약회사간의 계약이 보다 쉬워졌다. 이에 따라 일반 지역 건강보험조합(AOK)은 2009년 말까지 제약회사와의 계약을 통해 최대 약 10억€의 의약품 비용을 절감할 계획이다. 이 계획에 따라 외래진료를 받은 일반 지역 건강보험조합 피보험자들이 약국에 처방전을 제시하면 약국은 일반 지역 건강보험조합과 가격할인을 계약한 제약회사의 의약품을 제공하게 된다(AOK-Bundesverband, 2008). 또한 보건의료개혁 2007은 근거에 기반한 의약품의 시판허가와 처방을 시도하고 있다. 즉, 의약품 허가시 해당 의약품이 실제로 환자치료를 향상시키는가를 확인하기 위하여 비용효과분석이 도입되었다. 그리고 유전공학으로 제조된 성분에 기초한 의약품과 같은 특수 의약품과 고도 혁신 의약품의 처방은 환자의 진료에 해당 의약품이 반드시 필요한가에 대한 전문가 동료의 2차 소견서가 첨부되어야만 공적 건강보험이 해당 의약품에 대한 비용을 지불할 수 있게 되었다.

## 2. 건강보험기금 도입에 따른 국가 공적 건강보험조합 가입자의 역할 변화

보건의료개혁 2007은 지난 20여 년간 지속된 독일의 공적 건강보험제도에서 몇 가지 상반된 경향이 동시에 적용된 개혁이다. 민간 의료보험적 요소가 반영된 다양한 종류의 보험료와 그 수준을 둘러싼 공적 건강보험조합들간 경쟁, 국가보조금 증액과 건강보험기금에 의한 재정관리의 전국화를 통한 국가의 역할과 책임 강화 및 보험료를 결정권한이 없어진 공적 건강보험조합의 급여비지출 관리기능 강화 등이 바로 그것이다. 이러한 상반된 요소들에 따라 국

가, 공적 건강보험조합, 가입자와 그 고용주, 의료서비스 제공자 등 공적 건강보험체계 행위자들의 의사결정과 행동은 변화될 수밖에 없다(Nagel, 2007; Bäker, Bispinck, Hofemann, Naegele & Neubauer, 2008). 이러한 변화를 강제한 가장 핵심적인 요소는 건강보험기금에 의한 경쟁적 다보험자 전체에 대한 전국적 재정관리 기전이다(Goepffarth, Greß, Jacobs & Wasem, 2007). 국가의 경우 공적 건강보험 재원의 중앙집중화와 전국 단위에서의 재원 분배를 책임져야 할 뿐만 아니라 국가보조금의 지속적 투입 및 보험료를 결정까지 담당하게 되었다. 연방보험청은 건강보험기금을 관리하고, 202개의 공적 건강보험조합에게 재원을 분배하게 된다. 연방보건부는 공적 건강보험에 관한 각종 법률의 제·개정과 전체적인 관리뿐만 아니라 보험료율도 결정하게 되었다. 국가의 역할이 공적 건강보험에 대한 일반적 관리에서 구체적인 재원의 조달과 분배로 전환되면서 국가의 책임도 강화되었다.

공적 건강보험조합의 경우 2009년부터 연방정부가 보험료율을 전국 단위의 단일 보험료율로 결정하고, 2011년부터는 기존의 4대 사회보험의 보험료 징수업무도 새로운 징수기관으로 이전될 수 있음에 따라 1883년 공적 건강보험제도 도입이후 건강보험조합이 가졌던 보험료 결정의 자율성은 사라지게 되었다. 또한 조직적으로는 전국 단위의 6개 건강보험조합연합회가 1개로 전환됨에 따라 조합들간 및 조합들과 연합회간 약 7,000만여 명의 공적 건강보험 피보험자에 대한 정보교환을 위한 전산체계 구축이 필수적이 되었다. 또한 재원조달방법의 변경은 공적 건강보험조합의 관리운영을 보다 경제적으로 변화시키고 있다. 2009년의 경우 재원의 100%가 건강보험기금에서 분배되지만, 2010년부터는 재원의 95%만 건강보험기금에서 분배되고, 나머지 5%는 추가보험료를 이용한 자체 충당이 계획되어 있다. 이에 따라 건강보험기금이 배분한 재원의 효율적 관리뿐만 아니라 추가보험료의 부과여부가 가입자 유지·유치를 위한 공적 건강보험조합들간 경쟁의 기전이 된다. 이러한 의미에서 공적 건강보험조합들간의 경쟁은 추가보험료 부과를 기준으로 한 ‘관리된 경쟁’이 강화되었다. 또한 건강보험기금으로부터 분배된 재원의 효율적 사용의 강제는 공적 건강보험조합의 기본 성격을 보험료 부과·징수와 재정관리에서 급여관리로 전환시키고 있다(AOK-Bundesverband, 2008).

가입자의 경우 추가적인 재정부담 가능성과 의도하지 않은 선택의 확대에 직면하게 되었다. 지난 2004년 개혁에 따라 상병수당을 위하여 고용주보다 약 0.9%의 보험료를 더 많이 납부하고 있는 가입자는 향후 자기 소득의 최대 1%에 해당되는 추가보험료를 납부할 수도 있는 상황에 직면하게 되었다. 물론 추가보험료 납부에 따라 가입자에게는 건강보험조합 변경의 자유가 즉시 주어진다. 하지만, 가입자에게 주어지는 다양한 보험료율에 대한 선택, 건강보험조합 선택 가능성의 확대는 약 1%의 추가 비용 지불의무와 의도하지 않은 선택의 자유를 확대하는 것이라고 할 수 있다.

건강보험기금의 도입에 따라 근로자를 대신하여 사회보험료를 납부하는 고용주의 납부절차도 획기적으로 변화하게 되었다. 산재보험을 제외한 기존의 4대 사회보험 보험료 납부의 절차는 고용주가 자신의 근로자 개개인이 가입한 공적 건강보험조합에 이들의 사회보험료 전체를 납부해야하기 때문에 고용주의 입장에서는 개별 근로자의 공적 건강보험조합을 개별적으로 확인해야 하는 어려움이 있다. 건강보험개혁 2007은 이러한 보험료 납부절차를 2011년부터 고용주친화적으로 변경할 수 있도록 하였다. 즉, 4대 사회보험 보험료의 징수처 역할을 수행하는 공적 건강보험조합의 보험료 부과징수분배 기능은 2010년 12월 31일까지만 유지된다. 고용주들은 공동으로 2011년 1월 1일부터 사회보험 적용대상 확인, 보험료 부과·징수, 개별 사회보험자로의 보험료 분배 등을 담당하는 새로운 사회보험료 징수처를 설립할 수 있게 된 것이다. 그리고 연방 공적 건강보험조합 최고협회는 고용주들이 공동으로 설립할 수 있는 새로운 사회보험료 징수처의 설립 여부에 대한 의견제시와 연방차원에서 표준화된 보험료 부과징수의 실무를 보장하게 된다.

외래진료를 담당하는 보험계약의사들에 대한 진료보수 지불방식은 상대가치·환산지수를 기준으로 설정된 지역별 외래진료보수 총액예산제이다. 하지만, 이러한 진료보수 지불방식은 동일한 진료라도 지역별·분기별·주치의/전문의에 따라 실제로 지급되는 진료보수 금액이 차별적이었다. 2007년 개혁은 보험계약의사들이 자신에게 지불되는 진료보수의 총액을 사전에 알 수 있게 하는 단순하고 투명한 진료보수체계를 확립하고자 진료내용에 따라 진료보수가 전국적으로 단일화된 화폐가격기준 진료보수체계를 2009년부터 도입할 예정이다. 새로운 화폐가격기준 진료보수체계는 전체적 조망이 가능한 총액보수체계이며, 주치의와 전문의에 대해서는 각각의 차별적인 기준을 적용하게 된다. 새로운 진료보수체계는 건강보험기금에 의한 자원분배에 따라 피보험자의 유병률을 기준으로 건강위험에 대한 재정부담은 공적 건강보험조합이 책임지게 됨에 따라 피보험자의 유병률을 고려한 진료의 제공이 가능하게 되었다. 하지만, 새로운 진료보수 지불방법은 2008년 현재 약 1,511.2억€의 공적 건강보험의 급여비지출의 약 15.1%인 외래진료에 대한 진료보수의 증가를 유발하게 됨에 따라 보험료인상이 불가피하게 된다. 즉, 새로운 진료보수체계 도입에 의한 재정지출효과는 외래진료영역에서 약 10%의 재정지출 증가가 예상되며, 이는 약 0.25%의 보험료율 인상 요인이라고 할 수 있다(KBV, 2009).

입원진료를 담당하는 병원의 경우 2009년은 두 가지 의미를 갖는다. 먼저 지난 2000년 개혁에 따라 2005년부터 시작된 병원의 입원진료에 대한 질병군별 포괄수가제가 전국적으로 단일한 가격으로 통일되면서 병원간의 경쟁이 강화된다. 두 번째는 특정 질병에 한정된 병원과 외래 전문의간의 통합진료가 강화되었다. 공적 건강보험의 진료에 관한 각종 지침을 작성

하는 “연방 보험자 · 의사 공동위원회” 산하 ‘병원 외래진료 위원회’와 주 정부의 감독관청의 승인을 받은 병원은 특별한 전문지식과 장비가 필요한 외래진료를 제공하게 된다. 이러한 외래진료는 결국 특정 질병에 대한 전문의, 병원 및 기타 의료서비스 공급자들 간의 네트워크를 구성하여 제공되는 통합진료에 병원이 적극적으로 참여할 수 있음을 의미한다. 이러한 통합진료의 강화 틀에서 병원의 제한적 외래진료 참여를 촉진하는 것은 두 가지 목적이다. 먼저 공적 건강보험제도의 2008년 급여비 지출의 약 32.7%를 차지하는 병원의 계속되는 재정적 어려움은 병원뿐만 아니라 지역주민의 입원진료를 보장해야 하는 주정부의 재정적 부담을 가속화시키고 있다. 즉, 독일 병원협회에 의하면 독일의 병원은 2008년과 2009년 약 67억€의 적자가 예상되고, 주 정부가 병원에 투자해야 하는 비용도 약 20억€가 부족한 상황이다(AOK-Bundesverband, 2008). 또한 병원의 제한적 외래진료 허용과 통합진료에의 적극적인 참여 촉진은 독일 보건의료체계 개혁을 어렵게 하는 요소 중 하나인 보험계약의사에 의한 외래진료와 병원에 의한 입원진료에 대한 엄격한 구분을 어느 정도 완화시켜 보건의료체계의 전반적 효율성을 제고하고자 하는 계획의 일환이라고 할 수 있다.

## V. 결론 및 시사점

지난 20여년 간의 독일 공적 건강보험 개혁은 1883년 도입이후 지속되는 다보험자방식과 공적/민간 건강보험의 구분을 유지하면서도 국가가 주도하여 공적/민간 건강보험 보험자들 간 경쟁 강화, 외래진료에서 의료서비스의 공급과 사용 억제, 병원 입원진료에서 진료비 지불제도의 합리화를 통한 병원 진료비 지출증가 억제, 가입자의 보험자 선택의 자유 확대, 공적 건강보험조합간 재정분산의 전국화, 제공되는 서비스의 질 향상 등 통합주의적 요소가 점차 도입되는 것이라고 할 수 있다. 더구나 2007년에 실시된 보건의료개혁의 경우 모든 시민들에게 공적 또는 민간 의료보험에의 가입강제의 규정, 공적 건강보험에 대한 국가보조금의 증액, 건강보험기금 도입 등을 실시함으로써 국가의 역할과 책임을 강화하였다. 독일 공적 건강보험제도 개혁의 또 다른 특성은 개혁을 실시한 연방정부의 집권세력에 따라 개혁의 강조점이 조금씩 다르다는 것이다. 1982년부터 1998년까지 집권한 보수정당과 시장자유주의자정당의 연방정부는 환자의 본인부담금 증가를 통한 수요억제로 지출증가를 억제하고자 하였을 뿐만 아니라 가입자의 보험자 선택 자유를 통하여 경쟁적 다보험자체계를 도입하였다. 반면에 1998년부터 2005까지 집권한 시민당과 환경주의 · 시민운동가정당의 연방정부는 국가경쟁력강화라는 큰 틀 속에서 보험료를 인상을 억제하면서도 공급자에 대한 개혁을 통해 지출증

가를 억제하고자 하였다. 2005년부터 집권한 두 개의 거대 국민정당인 보수정당과 시민당의 연방정부는 공적 건강보험조합들 간의 경쟁은 강화하지만, 동시에 이를 유지하기 위한 건강보험기금을 중심으로 한 국가의 역할과 책임도 적극적으로 강화하였다(표 5 참조).

2007년 공적 건강보험제도 개혁에 대해서는 시장경쟁과 국가개입 강화라는 서로 상충되는 요소들을 동시에 도입한 것이라는 원론적 비판 이외에도 다음과 같은 두 가지 비판이 제기되고 있다. 먼저, 2007년 개혁은 폐지하기로 한 국가보조금의 지급을 증액하고, 국가가 전국 단위의 재정관리까지 맡게 된 것은 연립정부를 구성하는 두 개의 거대 국민정당들인 기민당(CDU)·기사당(CSU)과 시민당(SPD)이 사회적 파장이 큰 공적 건강보험제도를 획기적으로 개혁하기 보다는 문제해결을 연기시킨 타협의 결과라는 비판이다(Hoffmann, 2006; Breyer u.a., 2006). GDP의 약 6.4%의 비용으로 전 국민의 약 87.3%를 보호하는 공적 건강보험에 대한 근본적 개

표 5. 독일 공적 건강보험 개혁의 주요 내용

연방정부의 구성	년도	개혁의 주요 내용
보수당인 기민당(CDU)·기사당(CSU)과 시장자유주의당인 자민당(FDP)의 연립정부	1989	- 환자 본인부담금 인상 - 의약품 참조가격제 도입
	1993	- 외래진료/병원 입원진료/외래진료 처방의약품에 대한 부분별 총액예산제 도입 - 공적 건강보험조합 가입 개방으로 조합간 경쟁체계 도입
	1997	- 보험료를 동결 - 보험료를 인상과 환자 본인부담금 인상 연계 - 민간 의료보험적 요소인 보험료 일부 상환제 도입
사회민주주의정당인 시민당(SPD)과 시민·환경주의정당인 동맹90·녹색당(Bündnis 90·Die Grünen)의 연립정부	1998	- 보험료를 인상과 환자 본인부담금 인상 연계 폐지 - 민간 의료보험적 요소인 보험료 일부 상환제 폐지
	2000	- 병원 입원진료에 대한 진료보수지불 방법으로 질병군별 포괄수가제 도입 (→ 2005년 시범 도입, 2009년부터 전국 단일 가격제) - 외래진료에서 처방허용 의약품목록 도입(→ 실패)
	2004	- 외래진료에서 환자의 정액 본인부담금인 '외래진료 방문료' 도입 - 상병수당에 대한 고용주의 보험료 부담분 폐지(→ 공적 건강보험 보험료에 대한 근로자와 고용주의 반분 원칙 폐지)
보수당인 기민당(CDU)·기사당(CSU)과 사회민주주의당인 시민당(SPD)의 연립정부	2007	- 공적/민간 건강보험 구분 체계를 유지하면서 전 국민 건강보험 가입강제 - 공적 건강보험에 대한 국가보조금 지급 확대 - 민간 의료보험적 요소인 건강에 대한 가입자의 자기책임에 대한 보상과 연계한 보험료 종류 확대 - 표준보험료에 의한 가입과 노후적립금 이전 허용을 통한 민간 의료보험사들 간의 경쟁 강화 - 보험료 전체와 국가보조금을 가입자의 건강위험을 기준으로 모든 공적 건강보험조합에 분배하는 전국차원의 건강보험기금 도입(2009년부터) - 처방의약품 비용 절감을 위한 공적 건강보험조합의 계약기능 강화

혁은 정치적으로 위험한 선택이기 때문에 문제를 해결한 것이 아니라 해결을 연기한 것이라는 비판이다. 다음으로 조세가 투입되고 국가가 직접 관리하는 건강보험기금에 대한 비판은 계속되고 있다. 고소득계층의 경우 공적 건강보험제도에서 자신들의 소득 전체를 대상으로 사회연대성을 확대하려는 계획에 반대하고 있으며, 민간 의료보험 가입자들은 본인과 자녀를 위하여 보험료를 별도로 납부하는 상황에서 자신들에게는 급여가 제공되지 않는 건강보험기금에 조세에 의한 국가보조금을 납부하는 것은 의료보장에서 평등을 위배한다고 반대하고 있다. 이러한 관점에서 2007년 개혁은 공적 건강보험제도의 재정구조를 개혁한 것이 아니라 단지 재정적자를 예방하기 위한 수입증가 조치일 뿐이라는 비판이 제기되고 있다(Kumpmann, 2006). 또한 시장자유주의자 정당인 자민당(FDP)은 건강보험기금의 폐지를 강력하게 주장하고 있다<sup>10)</sup>.

이러한 내부 비판에도 불구하고 독일의 공적 건강보험 개혁들이 우리나라 국민건강보험의 지속가능성 확보에 다양한 시사점을 제공할 수 있다. 첫 번째 시사점은 무엇보다도 공적 건강보험제도의 역할과 기능을 보장하기 위하여 국가가 공적 건강보험에 대한 역할과 책임을 강화한 것이다. 이러한 의미에서 폐지하기로 하였던 국가보조금의 확대와 국가에 의한 건강보험기금의 관리는 다보험자체계에서 통합주의 요소가 명시적 제도화된 것으로 이해할 수 있다. 독일의 이러한 국가의 역할과 책임 강화는 국민건강보험을 기초보장으로 한정하고, 개인이 선택하는 민간 의료보험의 역할과 기능을 강화하고자 하는 건강보험 재정안정화 전략의 재검토를 시사한다고 할 수 있다(제17대 대통령직인수위원회, 2008).

두 번째 시사점은 공적 건강보험제도와 관련한 모든 이해당사자들이 제도의 지속가능성을 위하여 재정적 부담을 나누어 갖도록 했다는 것이다. 특정 년도에 실시된 개혁에서는 환자, 그 다음 개혁에서는 외래진료를 담당하는 보험계약의사, 다른 개혁에서는 병원, 그 다음에는 건강보험조합, 또 다른 개혁에서는 국가의 부담, 그 외에도 가입자 등 모든 이해당사자들 중 어느 일방에게 부담이 편중되도록 하는 개혁은 없었다는 것이다.

세 번째 시사점은 연립정부를 구성하는 주도적 정당의 변화에도 불구하고 독일 공적 건강보험제도가 가지는 기능과 역할 및 기본 구조는 보전시키면서 경우에 따라서는 혁신적, 또는 점진적인 개혁이 실시되었다는 것이다. 다른 사회보장제도와 달리 의료보장은 성·연령·소득·지역을 구분하지 않고 그 영향이 즉각적인 사회보장제도이기 때문에 제도개혁의 방향성과 연속성의 유지와 함께 현행 제도에 대한 지속가능성에 대한 사회적 합의가 필요하다고 할 수 있다.

10) 2009년 9월에 실시된 연방하원 선거결과 보수당인 기민당(CDU)·기사당(CSU)과 시장자유주의정당인 자민당(FDP)이 연방정부를 구성하게 되었다. 연방정부 구성을 위한 협상에서 자민당은 건강보험기금의 폐지를 강력하게 주장하고 있지만, 거대 국민정당인 기민당(CDU)·기사당(CSU)은 이러한 요구를 강력하게 거부하고 있다.

현재 우리나라의 국민건강보험제도는 재정적 지속가능성과 보장성 강화뿐만 아니라 민간 의료보험활성화를 위한 기초보장제도로의 한정화라는 문제에 직면해 있다. 하지만, 독일의 사례에서 보는 바와 같이 국민건강보험의 향후 개혁은 재정안정화와 효율화라는 관점과 함께 공적 건강보험제도의 역할과 기능을 최대한 보장하기 위한 국가의 역할과 책임을 강화하는 방향에서 논의되어야 할 것이다.

이용갑은 독일 베를린 자유대학교에서 석·박사학위를 받았으며, 현재 서강대학교 공공정책 대학원에서 강의 중이다. 주요관심분야는 보건의료정책과 사회보장이다  
(E-mail: lankwitzer@empal.com).



## 참고문헌

- 유근춘(2007). 독일의 의료제도 - 특징과 개혁배경. 관리의료세미나 자료집, 11, 15.
- 이규식, 정기택, 김철중(2008). 네덜란드의 의료개혁에 관한 연구. 사회보장연구, 제24권 제4호, pp.229~253.
- 제17대 대통령직인수위원회(2008). 『백서 : 성공 그리고 나눔』, 제1권 : 이명박정부의 국정철학과 핵심정책과제.
- AOK. (2006). *Zahlen und Fakten 2005/2006*. Bonn.
- AOK-Bundesverband. (2008). “Von A(rztbesuch) bis Z(uzahlung): Das gilt 2008” ([http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/presse/das\\_gilt\\_2008.pdf](http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/presse/das_gilt_2008.pdf)).
- Bäker, G., R. Bispinck, K. Hofemann, G. Naegele & J. Neubauer. (2008). *Sozialpolitik und Soziale Lage in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 2. Gesundheit - Familie - Alter - Soziale Dienste*, 4. Aufl., Wiesbaden.
- Boss, A. (2006). *Zur geplanten Reform des Gesundheitswesens*, Institut für Weltwirtschaft Kiel, September.
- Breyer, F., u.a. (2006). Gesundheitspolitik in der Kompromissfalle: Kein Problem gelöst, aber neue geschaffen, *Wirtschaftsdienst Nr. 8*.
- Busse, R., R.B. Saltman & H.F.W. Dubois. (2004). Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments, in: Saltman, R.B., R. Busse & J. Figueras (ed.), *Social health insurance systems in western Europe*, Berkshire.
- BMA. (2008). *Statistisches Taschenbuch 2008 : Arbeits- und Sozialstatistik*, Bonn.
- BMA. (2009). Übersicht über das Sozialrecht, Nürnberg.
- Busse, R. & A. Riesberg. (2004). *Health Care Systems in Transition: Germany*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Drabinski, Th. (2008). *Gesundheitsfonds ante portas*, Institut für Mikrodaten- Analyse, Kiel, Januar.

- Exter, A., H. Hermans, M. Dosljak & R. Busse. (2004). *Health Care Systems in Transition: Netherlands*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Frerich J. & M. Frey. (1996). *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Bd. 3. Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der Deutschen Einheit*. 2. Aufl., Oldenburg.
- Goepffarth, D., S. Greß, K. Jacobs & J. Wasem. (2007). *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007: Gesundheitsfonds*, St. Augustin.
- Hoffmann, A. (2006). Mühsamer Kompromiss, der Probleme schafft. *Süddeutsche Zeitung vom*, 5.
- KBV. (2004). *Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2004*. Berlin.
- KBV. (2008). *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2008. Zahlen · Fakten · Information*, Köln.
- KBV. (2009). *EBM 2009 - Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung*. Köln.
- Kumpmann, I. (2006). Gesundheitsreform - Einnahmenerhöhung statt Strukturreform, Institut für Wirtschaftsforschung Halle (Hrsg.). *Wirtschaft im Wandel*, 8.
- Mossialos, E. & J. Le Grand (ed.). (1999). *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot.
- Nagel, E. (Hrsg.). (2007). *Das Gesundheitswesen in Deutschland : Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*, 4. Aufl., Köln.
- Niejahr, E. (2006). Erste Hilfe aus Den Haag, Gesundheit: In Holland funktioniert die Mischung aus Kopfpauschale und Bürgerversicherung. *DIE ZEIT Nr*, 14.
- Penske, M. (2006). Der Gesundheitsfonds löst keines der Finanzierungsprobleme der GKV. *Wirtschaftsdienst Nr*, 8.
- Saltman, R.B., R. Busse & J. Figueras (ed.). (2004). *Social health insurance systems in western Europe*, Berkshire.
- PKV. (2008). *Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2007/2008*, Köln/Berlin.
- van de Ven, W.P.M.M., K. Beck, C. van de Voorde, J. Wasem & I. Zmora. (2007). Risk adjustment and risk selection in Europe: 6 years later. *Health Policy*, 83.

Wasem, J. (2007). Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleiches ab dem Jahr 2009.  
*GGW, Nr. 3, Jg. 7, Juli.*

# Reforms of the German Public Health Insurance during the Last Twenty Years and Their Lessons for the Korean National Health Insurance

**Yong-Gab Lee**

(Sogang University)

---

Recent issues surrounding the reform of Korean National Health Insurance (NHI) include the introduction of a multi-insurers system with competition and efficiency, the limitation of the NHI in basic health security for the activation of private health insurance. But, the reforms of German Public Health Insurance during the last 20 years, especially the Reform 2007, provide definitely different lessons for the recent discussions of NHI reform in Korea. The major contents of the Reform 2007 are the coercion of public/private health insurance entry, extension of the state subsidy for the public health insurance, the state's direct management of the Health Insurance Funds that is comprised of state subsidies and contributions, the redistribution of the financial resources to Sickness Funds through the Health Insurance Funds.

This study is to review the reforms of the German Public Health Insurance from the perspective of strengthening state's role and responsibility. The major lessons of the German reforms are not only in the strengthening of the state's role and responsibility for the public health insurance, but also in sharing financial burdens between all stake-holders of the public health insurance, maintenance of the fundamental functions and structure of the public health insurance through reforms.

---

**Keywords :** Reform of the German Public Health Insurance, Health Insurance Funds, Strengthening the State's Role and Responsibility, Contribution Rate

2009년 제29권 2호

# 보건사회연구

HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

---

인쇄일 | 2009년 12월 15일

발행일 | 2009년 12월 31일

발행인 | 김용하

발행처 | 한국보건사회연구원

122-705 서울시 은평구 진흥로 268

전화 | 02-380-8000

홈페이지 | <http://www.kihasa.re.kr>

제작 | 예원기획

정가 | 5,000원

# HEALTH AND SOCIAL WELFARE REVIEW

- Anna Kim** The Effect of Family-friendly Policy in a Life Course Perspective
- Jiwon Kang** Korea's Policy on Single-parent Households: An International Comparison
- Bae, Hwa-ok | Kim, Yu-Kyung** Social Exclusion and Poverty of Disabled Women
- Jang, Yun-Jeong** The Impact of Implementation of Unit Care Systems on Care Workers' Burnout, Care Work and Care Environments in Japan's Special Nursing Homes
- Lee Pil-Do | Kim Mi-Hye** A Study of Standard Funeral Service Charge
- Ku, In-hoe | Shon, Byong-Don | Um, Ki-Wook | Jung, Jae-Hoon | Lee, Soo-Youn** Social Integration of Immigrants in Korea: Examination of the Eligibility of Permanent Residents to Social Welfare Benefits
- Park, Neung Hoo | Bae, Mi Won** Determinants of the Labor Mobility of the Working Poor
- Yong-Gab Lee** Reforms of the German Public Health Insurance during the Last Twenty Years and Their Lessons for the Korean National Health Insurance
- Seng-Eun Choi** Elasticity of Taxable Income and Deadweight Loss
- In Suk Cheong | Sangjik Lee** A Study on an Incentive System for Reducing Pharmaceutical Expenditure in Korea
- Kirang Kim | Mi Kyung Kim | Young-Jeon Shin** Household Food Insecurity and Its Characteristics in Korea