

독일 의료보험개혁(2003)의 동향과 쟁점

이 준 영, 서울시립대학교 사회복지학과 교수

2004년 6월

독일은 최근 사민당(SPD)이 기민당(CDU) 및 기사당(CSU)과 연합하여 다섯 번째 의료보험개혁을 단행하였다.

최근의 의료보험개혁은 보험료 상승으로 인한 인건비 부담이 국가경쟁력과 고용에 미치는 영향을 줄이기 위한 것이다. 그래서 환자들의 본인부담 증가와 의료공급자들에 대한 대책을 통해 의료비 절감을 추진하는 한편, 보험료를 중심으로 하는 전통적 재원조달방식을 일부 수정하여 근로자와 국가의 재정적 책임을 강화하는 방향으로 전환하였다.

지금까지의 개혁들에서는 의료수요 억제를 위한 대책이 중심이었지만, 2003년의 의료보험개혁은 비용억제 대책뿐만 아니라 새로운 재정방식을 도입하여 재정안정을 모색하고 있다는 점이 특색이다.

본고에서는 2004년부터 시행되는 의료보험개혁의 목표와 주요 내용을 살펴보고, 이것이 기대한 절감효과를 거둘 수 있을 것인지를 검토하였다. 독일 연방정부는 의료보험개혁을 통해 약 130억 유로의 의료비 절감효과를 기대하고 있으나, 환자들은 물론, 의료공급자들까지도 개혁방안에 대한 불만을 표시하였다. 따라서 의료보험개혁이 기대한 효과를 거두기 위해서는 의료보험 가입자들과 의료공급자들의 협조가 전제되어야 할 것이다.

발행처: 프리드리히 에베르트 재단 주한 협력 사무소

편집인: 페터 가이, 박상희

편집위원: 김영희, 안두순, 안석교, 양민석, 이삼열, 정현백, 최연혜 (가나다 순)

주소: 서울시 종로구 운니동 98-5 삼환 빌딩 1101호 ☎ 110-742

Tel: (02) 745-2648/9, Fax: (02) 745-6684

e-mail: feskorea@fes.or.kr & fesrok@fes.or.kr

<http://www.fes.or.kr>

I. 독일 의료보험개혁(2003)의 배경

1. 개요

최근 독일은 전반적 사회개혁프로그램인 ‘Agenda 2010’의 주요 분야로 제시된 의료보험의 개혁을 위해 의료보험현대화법을 마련하였다. 지금까지 독일의 의료보험개혁은 <표 1>에서와 같이 크게 다섯 차례에 걸쳐 이루어졌다.

이러한 독일 의료보험개혁들의 배후에는 이른바 의료비의 폭발적 상승이 주요한 원인으로 작용하였다. 다른 나라들과 마찬가지로 독일의 의료비 상승 역시 주로 의료기술의 진보와 인구노령화로 인해 초래되었다.

의료비의 과도한 상승은 의료보험의 재정적자로 연결되었는데 2002년을 기준으로 의료보험의 총수입은 1,402억 유로인데 비해, 총지출은 1,436억 유로로 34억 유로의 적자를 기록하였다. 그리하여 의료보험의 보험료율도 지속적으로 상승하여 1907년 8.2%에서 10.5%(1975년), 13.5%(1995년) 그리고 2002년에는 14%에 이르렀다. 이 같은 상승 추세는 심각한 우려를 낳고 있는데, 보험료율이 2040년에는 20%에 달할 것이며 최악의 경우에는 30%를 넘어설 가능성도 있다는 연구 결과가 있을 정도이다.

현실적으로는 큰 폭의 재정적자에도 불구하고 보험료를 무한정으로 인상할 수도 없었다. 왜냐하면 독일의 의료비 지출은 GDP의 10.8%로 영국(6.7%), 오스트리아(8.2%) 그리고 네덜란드(8.6%) 등 다른 유럽 국가들보다 높은 편이기 때문이다. 보험료의 인상은 인건비를 상승시켜 실업의 증가를 초래한다는 견해가 있는데, 독일 정부는 사회보험료율을 1% 인상하게 되면 첫 해에 2만 개의 일자리가 사라지고, 2년 후에는 10만 개에 달하는 일자리가 없어지는 것으로 추산하였다.

그런데 보험료 인상이 용이하지 않다고 해서 의료보험의 급여를 축소하여 환자들에게만 부담을 전가시킬 수도 없었다. 왜냐하면 이는 독일 의료보험에서 가장 중요한 원칙 중 하나로 지켜져 온 사회연대의 원칙에 배치되는 것이기 때문이다.

이러한 상황에서 의료보험의 재정을 근로자와 사용자만 부담하는 보험료를 위주로 하는 방식이 과연 적절한 것인가 하는 근본적인 의문이 제기되었다. 사용자의 보험료는 일정액으로 제한하고 근로자의 보험료만 소득에 비례하도록 하자는 의견과 보험료를 가입자당 일정액으로 하자는 등의 다양한 의견들도 제시되었다. 그 결과, 최근의 개혁에서는 의료보험 급여 중 일부에 대해 조세를 재원으로 하는 방안이 도입되었다.

<표 1> 독일 의료보험 개혁

제1단계 (1989)	의료개혁법	의료비 상승 억제 대책
제2단계 (1992)	의료구조법	의료비 상승 억제 대책
제3단계 (1997)	신질서법	질병금고간의 경쟁 도입
제4단계 (2000)	의료보험개혁법	의료전달체계의 강화 병원진료비 지불 개편(DRG)
제5단계 (2003)	의료보험현대화법	의료보험 재정 개혁

결국, 과거의 의료보험개혁들이 의료비의 상승을 억제하기 위해 주로 의료의 공급과 이용에 대한 통제를 위주로 하였던 것에 비해, 최근의 다섯 번째 개혁에서는 의료이용 및 의료비상승 억제대책 외에도 의료보험의 전통적 재정방식의 수정을 시도한다는 점이 주목할 만하다.

2. 의료보험 재정방식에 관한 논쟁

1) 의료분야협력전문위원회의 재정방식 개혁안

의료보험의 재정방식과 관련하여 이미 1997년에 독일의 ‘의료분야의 협력을 위한 전문위원회(SVRKAiG: 이하 전문위원회)’는 특별보고서를 통해 의료보험에서의 사회적 연대 실현을 위한 비용들을 분담하기 위한 새로운 방안을 제시하였다.

전문위원회는 질병으로 인한 손실은 병에 걸린 사람과 걸리지 않은 사람 간에 분담이 이루어지는 것이므로, 공적 의료보험뿐만 아니라 민간 의료보험에서도 상당히 중요한 기능을 하며 향후에도 이 원리는 계속 적용되어야 하는 것으로 보았다.

보험료 부담은 공적 의료보험에서 질병률과 무관하게 결정되는데, 전문위원회는 보험료 산정에 질병률을 반영하는 이른바 수지상응의 원칙으로 전환하도록 권고했다.

노령화로 인한 위험은 연령에 상관없이 보험료가 결정되는 이른바 세대간 계약을 통해 그 비용이 분담된다. 세대간 계약은 부과방식에 기초하고 있는데, 이것이 효과적으로 운영되기 위해서는 생산인구와 부양을 받는 노령인구의 비율이 안정적으로 유지된다는 것이 전제되어야 한다. 그러나 현실적으로 여러 가지 원인에 의해 그것이 불가능하기 때문에 심각한 문제가 발생하는 것이다. 전문위원회는 그러한 인구구조 변화에 따른 위험을 방지하기 위해서 인구변동을 고려한 사회기금을 마련해야한다고 제안하였다. 즉, 인구변동에 따른 위험을 별도로 분리하여 특별한 재원을 마련하여 운용하자는 것이다. 한편, 그 기금의 재정운용방식은 적립방식으로 하고, 그 기금의 재원조달을 위해 추가적인 보험료 또는 조세를 징수해야 하지만 국민들의 거부감 때문에 실현하기 어렵고, 그 기금의 여유 자금이 다른 사회보험의 재원으로 활용되는 문제점도 배제할 수 없다고 보았다. 따라서, 이러한

<표 2> 사회적 연대 비용 분담 방식의 개선

분 야	현재의 규정	개선안
질병으로 인한 손실	의료보험 내에서 분산	현행대로 유지
보험료 부담	질병률과 무관 (사회적 연대의 원칙)	질병률을 고려 (수지상응의 원칙)
노령화 위험의 분산	부과방식	· 인구변화를 고려한 사회기금 · 개인 저축과 적립방식
소득의 재분배	능력에 따른 보험료 부담	· 위험에 따른 보험료 부담
가족부양 부담	피부양자의 보험료 납입 면제	· 인두제 보험료

※ 자료: SVRKAiG. 1997. p. 340에서 재정리

문제를 극복하기 위한 대안으로 개별적인 저축으로 적립하는 방식을 제안하였다. 이 방식은 최근 우리나라에서도 논의되었던 의료저축계정과 유사한 것으로 볼 수 있다.

소득의 재분배는 보험료 산정기준 등을 통해 이루어지며 보험료납입의 면제, 실업자, 사회부조 수급권자, 연금자, 학생, 인턴 사원 그리고 예술가 등 특수한 계층을 위한 특별규정이 있다. 전문위원회는 그러한 계층에 대해 위험에 따른 보험료를 부과하지 못하게 되었기 때문에 보험자들이 이들의 가입을 꺼려할 것인데, 그와 같은 시도가 차별금지와 같은 규제를 통해 과연 효과적으로 억제될 수 있을지 의문을 제기했다. 아울러 그에 대한 해결책으로서 이른바 "모든 사람들에게 의료보험을"이라는 원칙 하에 위험에 따라 보험료를 부과하고, 특수한 계층으로 인해 보험료 수입이 적어지는 경우 국가의 보조를 통해 이를 보완하는 방안을 제시했다.

출산을 저하와 여성의 직업활동 증가로 피부양 가족의 수가 지속적으로 감소하고 있어서 가족부양으로 인한 재정부담은 점차 감소할 것이다. 가족부양의 문제는 보험료 납입면제제도에 의해 비용이 분담된다. 의료보험에서 피부양가족에 대한 배려는 조세나

사회보장급여를 통한 사회 전체의 소득재분배제도와 중복된다고 보는 견해가 있었기에, 뤼립위원회는 재정적자 해소를 위해 피부양자제도를 폐지하자고 제안하였다. 그러나 이 제도는 독일 의료보험의 핵심적 제도라는 주장이 더 많아 그대로 유지하기로 하였다. 전문위원회는 가족부양의 지원으로 인한 의료보험의 부담을 감소시키려면 가족부양의 비용을 근로자와 사용자만 부담하는 의료보험에서 분리하여 조세를 통한 소득재분배제도로 전환시키는 것이 효율적이며, 보험료도 개인별로 각각 일정액을 납부하는 인두제로 전환하는 것이 적절하다고 보았다.

2) 뤼립위원회에서의 논의

의료보험개혁과 관련하여 기업들의 경쟁력을 제고하고 고용을 늘리기 위한 노력으로 기업들의 임금비용을 절감할 수 있는 방안들이 논의되었다. 뤼립위원회에서 라우터바흐 교수는 현재와 같은 근로자사회보험을 유지·강화하자는 의견을 제시하였으며, 뤼립 교수는 민간 의료보험과 같이 위험에 따른 보험료를 중심으로 의료보험의 재원을 조달하고 사회적 형평의 달성을 위한 지출은 조세를 통해 조달하자고 제안하였다.

<표 3> 의료보험 장기재정의 모형(Y-모델)

근로자사회보험방식 (노·사 공동 부담)	의료보험료방식 (근로자 부담)
카알 라우터바흐(Karl Lauterbach)	베르트 뤼립(Bert Rürup)
<ul style="list-style-type: none"> · 경제적 능력에 따른 부담 원칙 · 임금수준비례 보험료 · 사회적 형평은 의료보험 내에서 수행 · 보험가입 의무경계소득 수준 인상 · 보험가입자 및 부과 할 재원의 확대 	<ul style="list-style-type: none"> · 위험에 따라 부담하는 수지상응 원칙 · 임금과 무관한 보험료 부과 · 사회적 형평은 조세제도나 소득이전제도로 · 민간보험의 활용 · 민간보험간, 공공과 민간간의 경쟁 강화

자료: Weller, M. & Haas, A.-K., Gesundheit und Gesellschaft. 2003. 6. p. 24

올라 슈미트(SPD) 연방보건부장관은 이러한 의견들을 반영하여 2단계로 구성된 의료보험 개혁안(2003)을 마련하였다. 개혁안의 제1단계에서는 라우터바흐 교수의 의견이 주로 반영되었다고 볼 수 있다. 상병수당을 가입자 단독부담으로 전환하고, 경제전반에 걸쳐 혜택이 돌아가는 급여는 조세로 부담하며, 본인부담 및 개인의 수수료를 높이고 그리고 연금에 대한 보험료 부과 등 단기적 절감조치들이 포함되었고, 제2단계는 장기적인 대책인데 뤼프 교수의 제안을 반영하여 보험료의 재원 자체를 변경하려는 계획이 포함되었다.

II. 의료보험 현대화법의 주요 내용

1. 의료서비스의 개혁

의료보험현대화법(2003)은 높은 의료서비스를 유지하되 의료보험의 가입자도 질병의 비용을 적절한 보험료 수준에서 부담하는 것이 사회적으로 타당하다는 전제하에 평균 보험료율을 13% 이하로 낮추는 것을 목표로하였다. 이와 같은 목적을 달성하기 위해 새로운 개혁방안이 마련된 것이며, 독일 연방정부는 이 개혁을 통해 약 150억 유로가 절감될 것으로 기대하였다.

의료서비스분야에서 의료보험현대화법이 추구하는 개혁의 목표는 크게 가입자의 참여 확대, 의료서비스의 질 향상 그리고 효율성 제고라는 세 가지로 나누어 볼 수 있다.

1) 가입자의 참여 확대

최근 의료보험개혁의 주요 내용 중 하나는 의료보험에서 투명성을 제고하여 가입자들의 참여를 확대하는 것이다.

진료의 투명성을 확보하고 가입자들에게 진료비용에 대한 인식을 고취시키기 위해 의사들이 의무적으로 환자에게 진료영수증을 발급하도록 하였다.

2006년부터는 전자식으로 제작된 보건증을 도입하여 중복 검사를 방지하고 응급 의료시 필요한 정보를 신속하게 제공하도록 하였다.

질병의 예방을 위한 노력이 확인되는 경우 초과진료 등에서 본인부담금을 면제하는 등의 방법을 통해 보상함으로써 질병의 치료에 따른 비용을 억제하려고 하고 있다.

의료보험 관련 정책결정에 가입자들의 의견이 좀더 적극적으로 반영되도록 하기 위해 2004년부터 모든 위원회에 가입자의 대표자들이 참여하는 것을 의무화하였다. 연방차원에서 환자들의 고충처리를 담당하는 기관을 설치하도록 하였다.

2) 의료서비스의 질 향상

세계보건기구(WHO)의 2000년 보고서(World Health Report)에 의하면, 독일의 의료서비스 수준은 세계 22위에 머물고 있다. 따라서 독일에서는 의료서비스의 질을 제고하는 것이 중요한 과제였다.

① 주치의제도 의무화

전문의들의 중복검사 등을 방지하기 위해 의료보험개혁법(2000)에서부터 강조되어왔던 주치의 제도를 의무화하였다.

② 병원의 외래진료 허용

당뇨병, 심장병, 유방암 등의 만성질환에 대해서는 질병관리프로그램(DMP)의 일환으로 실시하도록 하였다.

③ 합동진료센터

의료보험현대화법(2003)에서는 의사와 기타 치료 관련 전문가가 합동으로 개원한 형태를 허용하였다. 젊은 의사는 고용형태로 근무할 수 있어 개원에 따른 위험 부담을 감소시킬 수 있으며, 의약품에 대한 효율적 관리가 가능하고 중복검사를 방지하는 효과가 기대되고 있다.

④ 개별 진료계약 허용

기준에는 지역단위로 질병금고연합회와 보험회사협회가 진료계약을 체결하였으나, 향후에는 개별의사들이 질병금고(의료보험조합)와 별도의 개별 진료계약을 체결할 수 있도록 허용하였다.

⑤ 의사들에 대한 정기적인 교육과 자질 검증

의료서비스의 질을 향상하기 위해 의사들에 대해 정기적인 교육과 검증제도를 도입하기로 하였다. 특히, 향상교육이나 세미나에 참석하지 않는 의사들은 진료비를 삭감하거나 보험회사 자격이 박탈될 수 있도록 하였다.

⑥ 의료의 질과 경제성 전담기구의 설치

의료의 질과 경제성 제고를 위해 이른바 독일의료 질센터(DZQM)를 설립하여 (의료)급여의 효과와 질에 대하여 평가하고, 의료보험 급여 항목을 새로운 의학 지식 및 의료기술의 발전에 부응하도록 변경하며, 의약품의 비용편익 분석 등을 실시하도록 하였다.

3) 효율성 제고

① 의약품에 대한 새로운 참조가격제 시행

특히 의약품 중 명확한 치료 효과가 있는 약품들에 대해서는 참조가격제가 적용되지 않으나, 특히 의약품이라도 치료 효과가 미미한 경우는 참조가격제를 적용하도록 하고 있다. 참조가격제의 약제비 절감 효과는

경험적으로 입증되었다. 1997년부터 2002년까지 참조가격제가 적용된 약품들에 대한 약제비는 약 90억 유로로 안정적인 반면, 비적용 약품들의 경우는 80억 유로에서 150억 유로로 증가하였다. 참조가격이 적용되지 않는 약품을 6% 할인된 가격으로 의료보험에 납품하던 것의 할인율을 16%로 높였다.

② 약사들에 대한 새로운 보상제도의 실시를 통한 약제비 절감

약제비 절감에 대한 약사들의 협조를 유도하기 위해 약품 한 상자 당 8유로 또는 10유로와 약국 구매가격의 3%를 지급하기로 결정하였다. 또한 약국에 납품되는 의약품은 상자 1개 당 2유로를 할인해주도록 하였다.

③ 일반의약품에 대한 자유가격제도

의사의 처방을 필요로 하지 않는 약품들의 경우 약국에서 가격을 자유롭게 결정하도록 하였으며, 이는 약국간의 가격경쟁을 유도하고 환자들의 선택 가능성을 높이려는 것이다. 이러한 조치들을 통해 약 5억 유로의 약제비가 절감될 것으로 예측된다.

④ 약국판매 약품에 대한 우편판매 허용

이것은 만성질환자나 약국이 문을 닫은 시간에 약을 필요로 하는 사람들의 편의를 증진시키기 위한 조치이다.

⑤ 의료서비스의 오·남용 신고 센터 설치

환자들의 불필요한 의료이용과 의사들의 과도한 진료를 억제하기 위해 보험회사협회와 질병금고 등에 신고센터의 설치를 의무화하였다.

⑥ 관리운영비 상승의 억제

관리운영비를 2007년까지 기본임금에 따라 변화하도록 개정하였으며, 가입자 1인당 관리운영비가 전체

질병 금고의 평균보다 10% 이상 상승하지 못하도록 제한하였다.

2. 본인부담 및 급여의 개혁

1) 본인부담의 변화

① 본인부담제도의 단순화

지금까지의 본인부담제도는 다양하고 복잡하였다. 최근의 의료보험 현대화법은 일반적으로 본인부담을 5~10유로로 단순화하였으며, 가격이 5유로 이하인 경우는 실제가격을 부담하도록 한다.

② 본인부담의 면제 및 상한선 변경

사회조항에 따라 월소득이 일정액(2003년 952유로) 이하인 사람의 경우는 본인부담이 면제된다. 18세 이하의 아동도 중진과 같이 원칙적으로 본인부담이 면제된다.

본인부담으로 인해 환자들에게 지나친 경제적 부담이

가해지지 않도록 본인부담의 상한선을 새로이 결정하였다. 외래의 경우 분기 당 10유로, 입원진료의 경우 매일 10유로씩 1년에 28일까지로 제한하였다. 또한 본인부담의 한계는 소득수준과 연계되는데 연간 총소득의 2%까지이며(사회조항), 만성질환자의 경우는 본인부담액이 1%를 초과할 수 없도록 하였다(과부담방지조항). 피부양자가 있는 경우 이들에 대한 경감조치로 본인부담 상한선을 낮아지도록 하였다.

③ 보너스 제도

예방을 통한 의료비 절감효과를 높이기 위해, 질병 예방을 위한 환자의 적극적인 노력이 확인되는 경우에 재정적 보상을 제공하기로 하였다. 그래서 주치의 제도, 만성 질환자 프로그램(DMP) 그리고 통합진료 체계 등에 적극적으로 참여한 경우에는 본인부담의 면제나 부분적인 보험료를 경감해 주도록 하였다. 통합진료는 병원, 개원의 그리고 약국 간의 긴밀한 협조를 의미한다. 이를 적극적으로 유도하기 위해 총진료비의 1%를 별도로 할애하여 통합진료체계를 구축하는데 지원하도록 했다. 보상의 구체적인 내용은

<표 4> 본인부담의 변화

급여항목	본인부담	경감조치
개원의 진료	개원의 수수료 (분기별로 10유로)	주치의를 거쳐 다른 전문의에게 의뢰될 경우, 만성질환자, 아동, 사고, 예방을 위한 정기적인 검진, 예방접종을 위한 방문 등은 면제
의약품 및 봉대	개당 가격의 10%, (최소 5유로에서 최대 10유로까지)	주치의를 통한 의뢰는 일부 경감
보조치료서비스/ 재가요양	비용의 10% 및 10유로의 처방료	1년에 28일까지로 제한
보조기구	건당 가격의 10% (최소 5유로에서 최대 10유로까지)	
의료사회사업/ 가사보조	일일 비용의 10% (최소 5유로에서 최대 10유로까지)	
입원요양 및 재활	일일 10유로	1년에 28일까지로 제한
보호의 의료재활	일일 10유로	

질병금고에서 자율적으로 결정할 수 있다. 이와 같은 보너스제도의 실시에도 소요되는 재원은 비용절감과 효율성 제고를 통해 조달하도록 하였다.

2) 급여와 관련된 변화

의료보험개혁(2003)으로 일부 급여가 의료보험에서 제외되었기 때문에 정관수술, 안경 그리고 일반의약품은 의료보험에서 급여할 수 없게 되었다. 또한 일부 급여는 아예 폐지되기도 하였는데 장제비의 경우가 그렇다. 아울러 급여의 범위가 축소되는 경우도 있었는데 인공수정 시술 횟수가 축소된 것이 여기에 해당된다.

급여보상방식에도 부분적인 변화가 있었는데, 보조치아는 지금까지는 무료로 진료를 받은 후 질병금고에서 진료비를 치과의사에게 지불해주는 현물급여방식을 유지해왔으나 향후에는 일정액을 지원하는 상환방식으로 전환하기로 하였다.

3. 의료보험 재정방식의 개혁

1) 예외적 급여에 대한 조세 활용

독일 의료보험의 경우, 이른바 '예외적인 급여'라고 하여 산모수당, 피임, 임신중절, 아동의 질병 시 상병수당의 지급 등을 제공하였다. 지금까지는 이러한 급여와 관련된 사회적 연대와 그에 따른 부담을 제한적으로 의료보험제도 내에서만 분담하도록 하였다.

그러나 그와 같은 급여들은 수혜자들에게 직접적인 혜택이 되는 것은 물론이고, 출산율을 높여 생산인구의 수를 증가시키므로 국민경제 전반에 혜택이 돌아간다고 보았다. 즉, 그러한 급여들에 대하여 긍정적인 외부효과가 있다고 인정한 것으로 볼 수 있다. 따라서 2003년 의료보험현대화법에 따른 개혁에서는 이러한 급여가 국가 경제 전반에 영향을 줄 수 있다고 보고 향후에는 조세를 통해 재원을 조달하도록 변경하였다. 지급은 과거와 같이 질병금고에서 수행하도록 하였다.

<표 5> 급여의 변화

급여항목	변경 내용	비고
장제비 및 출산수당	급여항목에서 제외	
정관수술	의학적으로 불가피하지 않은 경우 제외	
인공수정	50% 급여인정, 3번 시도로 제한 여성 25-40세, 남성 50세로 제한	
안경 및 콘택트렌즈	급여항목에서 제외	시각장애인과 18세 이하의 아동에게 급여 인정
교통비	개원의 방문 교통비는 비급여	특수한 경우에는 급여 인정
약제비	일반의약품 비급여	12세 이하의 아동, 발달장애 아동, 중증질환자의 경우는 급여 인정
예외적 급여	조세를 통해 재원을 조달	산모수당, 피임, 임신중절, 아동의 질병 시 상병수당
보조치	2005년부터 임의급여 2005년부터 매월 10유로 이내의 추가적 부담 정률제에서 정액제로 전환	피부양 가족 본인부담면제

그리하여, 독일 사회법전에 따라 연방정부는 예외적 급여로 인한 비용을 분담하기 위해 5월 1일과 11월 1일 매년 두 번에 걸쳐 연방사회보험청을 통해 의료보험에 분담금을 지급하도록 규정했다. 2004년에는 10억 유로, 2005년에는 25억 유로 그리고 2006년에는 42억 유로를 지급하도록 하였다.

질병금고(의료보험조합)들의 상급단체들은 공동으로 하나의 질병금고 또는 하나의 질병금고연합회를 센터로 정해서 연방사회보험청과 정산을 하도록 한다. 연방사회보험청은 연방의 분담금을 이 센터에 지불하여 관련된 질병금고들에게 분배되도록 하였다. 연방보건부는 연방정부의 동의를 얻어 시행령을 통해 이 분담금의 분배에 관한 세부사항을 정한다. 분배는 예외적 급여로 인한 지출 비율을 기준으로 이루어진다.

2) 연금급여에 대한 보험료 징수

독일은 1960년대에 연금수급자 진료비의 90% 이상을 연금수급자 의료보험의 보험료수입으로 충당했으나, 최근에는 이 충당비율이 40%에도 못 미치고 있기 때문에 의료보험 재정적자의 주요 요인으로 작용하고 있다. 따라서 이러한 재정적자 폭을 줄이기 위한 대책의 일환으로 연금수급자가 연금 이외의 기타 소득이 있는 경우는 그것에 대해서도 보험료를 납부하도록 하였다. 보험료는 보험료산정 상한선까지의 소득에 대해서만 납부할 의무가 있는데, 2003년에는 월 소득 3,450유로가 상한선이었다.

3) 상병수당의 재원변경

독일에서는 근로자가 질병으로 일을 못하게 되면 6주까지는 사용자가 임금을 계속 지불하지만, 그 이후에는 의료보험에서 상병수당을 지불하여 질병으로 인한 소득의 결손을 보상하게 된다. 상병수당제도를 법정 급여에서 제외하고 민간보험으로 전환하자는 의견은

질병금고들의 반대로 채택되지 않았다. 최근의 개혁에서는 상병수당을 받으려면 사전에 가입자가 0.5%의 보험료를 별도로 부담하도록 하였다. 이로써 그 동안 노사가 공동으로 납부했던 일반보험료에서 상병수당의 비용을 부담했던 것이, 향후에는 가입자가 단독으로 부담하게 되었다.

4. 의료보험의 구조 개혁

1) 질병금고 구조의 개혁

의료보험 현대화법(2003)에는 질병금고의 구조를 변경하는 내용을 포함하고 있는데, 이는 서로 다른 종류의 질병금고간 경쟁을 강화하여 가입자 구조 등을 균등화 하려는 데 목적이 있다. 질병금고간의 합병도 허용하였으며, 직장질병금고에서는 인건비가 보험료율에 고려되도록 하였다.

1970년 이후 독일 의료보험의 비용억제를 위해 사용자, 가입자, 정치가 등이 모여 정책에 대한 논의를 해왔던 "의료제도협의회(KAiG)"는 더 이상 필요하지 않다고 보아 해체하기로 결정하였다.

2) 민간 의료보험의 인정

월 소득이 3,825유로(2003년) 이상인 사람은 공적 의료보험 가입의무가 면제되기 때문에 민간보험에 가입하거나 공적 의료보험의 임의가입자가 될 수 있다. 그 외에도 해외로부터 이송, 의치, 고액의 상병수당 그리고 안경 등을 급여로 받기 위해 민간보험에 가입할 수 있다. 이와 같은 보완적 민간보험의 가입을 위해 질병금고는 (의료)보험회사들과 협조할 수 있도록 하였다.

3) 진료비 지불 방식의 변경

의사들에게 지불되는 총 진료비의 산정은 2007년부터 전문의 집단별 법정급여량방식(합의된 진료량

× 환산지수)으로 전환된다. 법정급여량의 변화에 가입자의 질병률을 반영함으로써 질병금고는 질병률 증가로 인한 재정적 위험은 부담하지만, 의사의 수가 증가하여 초래되는 재정적 위험은 피하도록 하였다. 법정급여량의 연도별 책정에서 '보험료율 안정'이라는 기본원칙을 고려하도록 하였다. 그리하여 정해진 진료량 이상의 진료는 상당히 낮은 수가(환산지수)로 보상받게 된다. 개별적으로 질병금고와 계약을 맺어 총액예산 진료비 지불 방식의 적용을 받지 않는 개별 의사에 대한 진료비는 주로 포괄수가제 방식에 의해 지불한다.

4) 병원 재정방식의 변경

지금까지는 병원의 시설투자는 주 정부가 하고 운영비는 일일입원비의 형태로 질병금고가 보험료 수입에서 지불하는 2원 재정방식으로 유지되어 왔다. 2004년부터는 병원에 필요한 총경비를 질병금고가 지불하는 단독재정방식으로 전환하게 된다. 질병금고가 병원에 지불하는 총액예산은 가입자들의 기본임금을 고려하여 주 단위로 정해진다.

III. 의료보험개혁(2003)의 절감효과와 전망

1. 재정 절감 효과

독일은 의료보험 현대화법(2003)의 제정과 2004년부터 시행되는 의료보험개혁으로 지출면에서는 본인 부담 및 급여 내용의 변경, 그리고 수입면에서는 비용 부담 및 재원조달방식의 변경을 통해 상당한 액수의 의료비 절감효과를 기대하고 있다.

1) 상병수당의 재원 변경으로 인한 절감 효과
상병수당에 소요되는 비용을 근로자가 단독으로

부담하게 되는 경우, 사용자는 71억 유로를 절감할 수 있을 것으로 기대하고 있다. 그러나 이는 근로자와 사용자 간의 부담의 재분배일 뿐이며 의료보험의 실제적인 절감효과는 기대할 수 없다는 주장도 있다.

2) 예외적 급여의 재원 변경으로 인한 절감 효과
질병금고들은 예외적 급여비용에 대하여 조세를 재원으로 한 국고지원을 받게 되었다. 예외적인 급여비용을 담배세 수입을 통한 국고보조로 전환함으로써 45억 유로가 절감될 것이며, 그 결과 보험료율이 0.4% 인하될 수 있을 것으로 기대된다. 예외적 급여를 위한 재원마련을 위해 담배세를 2004년 1월에 1갑 당 40센트, 2004년 10월에 30센트, 그리고 9개월에 30센트를 인상하기로 계획하였다. 담배세는 보험재정의 확충뿐만 아니라 건강 증진효과도 있어 일석이조의 효과를 기대할 수 있다고 보았다. 문제는 담배세만으로 원하는 재원이 충분히 마련될 수 있을 것인가 하는 점과 가격경쟁에서 유리해 진 외국인 담배의 판매량이 증가할 수 있다는 점이다.

3) 급여항목의 변경으로 인한 절감 효과

정관수술 및 안경 등의 급여가 의료보험에서 제외되고 인공수정 횃수가 축소됨으로써 7억 유로가 절감될 것으로 기대되고 있다. 이른바 일반의약품은 의료보험에서 급여하지 않기로 함으로써 10억 유로가 절감될 것으로 전망되고 있다. 또한 장제비의 폐지로 예상되는 절감액은 4억 유로이다.

4) 본인부담의 변경으로 인한 절감 효과

개원의 수수료의 징수를 통해 약 17억 유로가 절감될 것으로 기대하고 있다. 그러나 이는 수수료를 분기별로 15유로로 가정한 것이었고 개혁안에서는 10유로로 결정되었기 때문에 실제 절감효과는 적을 수 있다.

5) 추가적 소득에 대한 보험료부과로 인한 재정확충
연금수급자들도 연금 이외의 추가적 소득이 있는
경우 보험료를 납부하도록 하였는데 이를 통해 18억
유로의 재정수입이 증가할 것으로 기대된다.

6) 전체 재정절감 효과

<표 6>에 나타나듯이 독일 연방보건부는 의료보험
개혁(2003)을 통해 약 131억 유로가 절감될 것이라
고 예측하고 있는 반면, 지역의료보험연합회는 의료
보험개혁의 절감효과가 107억 유로 정도에 그칠 것
이라고 전망하고 있다. 비록 정확한 절감효과에 대한
다소간의 견해 차이는 존재하나 최근의 개혁으로 상
당한 절감 효과를 거둘 것이라는 점에서는 논란의
여지가 없다.

2. 의료보험개혁(2003)의 전망

의료보험개혁(2003)에서 기대되는 절감액의 절반에
해당되는 만큼 보험료율을 인하하도록 규정하였기 때
문에 독일 연방보건부는 보험료를 2004년에는 13.6%
그리고 2005년에는 12.5%로 안정시키는 목표를 무난
히 달성할 것이라고 기대하고 있다.

그러나 독일 정부의 그와 같은 낙관적 전망과는 달
리, 의료보험에 관련된 여러 집단들은 다양한 불만을
표시하고 있다. 보험의사들은 개원의 수수료가 너무 많
은 사무처리를 필요로 하며 실제로 의사방문을 억제하
는 효과를 가져올 수 있다는 것에 대해 회의적이었다.
또한 개원의 수수료로 인해 저소득층의 의료이용을

<표 6> 개혁으로 예상되는 절감액

(단위: 억 유로)

	개혁 조치	연방보건부 추계	AOK 추계
지출측면	상병수당 비용부담의 전환	0	0
	사회부조수급자의 의료보험혜택	0	0
	일반의약품의 급여제외	10	13
	인공수정 및 정관수술의 제외	2	2
	장제비의 제외	4	3
	안경 제외	5	5
	주치의제도 강화	30	10
	본인 부담(입원, 의약품, 전문의)	17	11
수입측면	예외적 급여에 대한 조세 활용	45	45
	기타 소득 및 자영소득에 대한 부과	18	18
전체 절감효과		131	107

자료: AOK-Bundesverband, 2003.

억제하는 효과만을 갖게 될 것이라고 보았다. 제약협회는 의료보험개혁(2003)으로 약제비가 절감되려면 환자들은 더 많은 본인부담금을 지불하고, 제약회사들은 약값을 16%나 할인하는 희생을 치러야 한다고 주장하였다. 특히 심각한 문제는 그로 인해 제약회사들의 신약개발 의지가 현저하게 저하되는 것이라고 보았다. 병원협회는 병원예산을 질병금고가 총액예산으로 지불하는 단독재정방식으로 전환하게 되면 질병금고의 통제력이 강화되고 병원들의 경영은 압박을 받게 될 것이라고 하였다.

이와 같이 보험의사, 제약업체 그리고 병원 등의 의료공급자들은 물론 가입자나 환자들도 본인부담의 증가와 의료이용의 제한을 이유로 의료보험 현대화법(2003)에 대해 부정적인 견해를 가지고 있다. 결국 2004년 1월부터 시행되고 있는 의료보험 개혁시도가 기대한 효과를 통해 의도된 목표를 달성할 것인가는 가입자 및 환자들 그리고 의료공급자들의 수용적 자세와 적극적인 협조를 얻어내는데 달려있다.

FES-Information-Series는 유럽의 통합 과정과 독일의 정치적 구조 및 발전에 대한 문제를 중심으로 해당 주제의 다양성과 상호 관련성을 부각시키고, 정책 대안에 대한 논의를 촉진시키는 목적으로 제공된다. FES-Information-Series는 독일과 유럽의 다양한 쟁점들을 소개함으로써 정책 대안 모색에 다소나마 기여하려는 시도이며, 특정 정치 노선을 지지하는 것은 아니다. FES-Information-Series의 개별 주제들은 독일이나 유럽의 발전 추세를 추적하고 평가할 능력을 구비한 전문가에 의해 집필된다. 본 자료에 수록된 내용은 필자들의 개인 의견이며, 그들이 관련된 기관 및 프리드리히 에베르트 재단의 공식 견해가 아님을 밝힌다. FES-Information-Series는 부정기 간행물이다. 프리드리히 에베르트 재단 홈페이지(<http://www.fes.or.kr>)에서 전문을 내려 받을 수 있으며, 본 재단 사무소에서도 무료로 받아볼 수 있다.

Copyright 1998-2004 © by Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Cooperation Office