

독일의 의료보험 개혁 동향

황도경

(한국보건사회연구원 건강보장연구실 부연구위원)

[특집]

2013년 새 정부의 주요 과제 중 하나는 '복지'입니다. 이에 최신외국법제정보는 가장 중요한 분야로 언급되는 '주거', '보육', '의료', '교육'에 걸쳐 주요 외국의 법제를 소개하고자 합니다.

I. 서론

II. 독일 사회보장제도의 역사적 발전 과정

III. 독일 질병(의료)보험의 운영체계

IV. 최근 독일 질병(의료)보험의 개혁동향

V. 최근 독일의료개혁에서의 시사점

I. 서론

건강보험과 의료급여제도는 우리나라 의료보장체계의 근간을 이루고 있다. 500인 이상 사업장 가입자를 대상으로 1977년 건강보험이 시작되었다. 동시에 최저생계비 이하의 저소득 계층을 대상으로 공공부조형태의 의료급여제도 또한 1977년에 도입되었다. 점진적으로 건강보험의 적용 대상을 확대하여 1988년 전 국민 보험시대가 도래하였다. 이후 1999년 ‘국민건강보험법’이 국회를 통과함에 따라 2000년 7월부터 종래에 개별적으로 분리 운영되어 오던 직장조합이 공무원·교직원 및 지역가입자와 통합되면서 하나의 거대 보험자 집단으로 태어났다. 하지만 최근 전 국민을 대상으로 포괄적 보건의료 서비스를 보편적으로 제공하는 단일보험자 체계의 지속 가능성에 의문을 제기하면서 경쟁과 효율이 강조된 경쟁적 다보험자 체계 주장이 제기되고 있다.

지난 2000년 다보험자체계에서 단일보험자체제로 전환한 우리나라의 국민건강보험제도는 다른 선진국들의 사회보험과 마찬가지로 환경변화에 적응하면서 지속가능성을 담보하기 위하여 부분적 또는 전면적 제도개혁을 끊임없이 실시하고 있다. 국민건강보험의 개혁에서 많은 국가들이 시사점을 제공하지만, 그 중에서도 우리나라의 국민건강보험은 일본을 통해 소개된 독일의 공적 질병보험제도를 기본 모델로 해서 우리나라의 특성에 맞게 발전시켜 왔기 때문에 독일의 제도개혁이 주는 시사점은 그 의미가 크다고 할 수 있다.

따라서 본고에서는 전반적인 독일의 사회보험법의 발전과정을 먼저 살펴보고, 현재 독일이 안고 있는 질병보험제도의 현안 및 과제가 무엇인지 그리고 이에 따른 최근의 개혁동향을 고찰함으로써 우리나라 국민건강보험제도에 주는 시사점을 얻고자 한다.

II. 독일 사회보장제도의 역사적 발전 과정¹⁾

독일은 사회보험제도를 수립함에 있어 선진적인 국가이다. 19세기 후반 독일은 비스마르크가 3개의 사회보험체계를 도입, 입법화시키면서 근로자들의 질병, 업무상 재해, 장애 및 노령의 위험으로부터 보호할 수 있는 체계가 마련되었다. 비스마르크의 사회보험법은 독일

1) 본 절은 전광석(2008), “독일사회보장법과 사회정책”, 전광희 외(2012), 『주요국의 사회보장제도: 독일편』, 한국보건사회연구원의 주요내용을 기초로 정리한 것이다.

의 산업혁명 이후 자본주의 전개과정에서 나타나고 있는 노동자문제에 대응하기 위한 방안이었다. 19세기 후반 이래 노동자들이 저임금, 장시간 노동, 질병, 직장상실 등의 위협으로 인하여 생활환경이 악화되고, 장래생활은 불안하였다. 당시 노동자계급의 현실비판은 프롤레타리아 해방을 구호로 내걸고 정치세력으로 등장한 사회주의 세력의 관심과 맥락을 같이 하였다. 프로이센의 지배세력은 이러한 움직임을 신생 독일제국에 대한 중대 위협으로 간주하였고, 이러한 위협에 대처하는 하나의 방법으로 비스마르크를 중심으로 “프롤레타리아에 의한 사회주의 국가의 건설”이란 혁명적 목표에 대한 유화책이었으며, 그것이 사회정책이란 구상으로 나타났다. 좀 더 거시적으로 보면 독일의 사회보장제도, 특히 노동자 사회보험은 독일민족의 통일과 근대국가 형성을 위한 거대 프로젝트의 일부였다. 이러한 프로젝트는 우선, 1878년의 ‘사회주의 진압법(Sozialistengesetz)’을 제정하고, 폭력혁명으로 계급해방을 추진하여, 독일제국의 발전을 방해하는 세력을 탄압하는 방법으로 이용되었으며 1881년 11월 7일의 ‘황제칙서(Kaiserliche Botschaft)’로 노동자계급을 위한 사회정책이 구체적으로 추진되기 시작하였다.²⁾

먼저 1883년 ‘노동자질병보험법(Gesetz über die Kranken- Versicherung der Arbeiter)’을 제정하였다. 관리운영방식으로 직역별·지역별 조합방식을 채택하였고, 보험가입은 강제였다. 급여의 종류로는 요양급여와 질병보상으로 이루어졌다. 이러한 질병보험의 요소들은 기본적으로 제2차 세계대전 이후의 수립된 독일연방공화국, 바로 현대 독일의 질병보험에도 그대로 계승되었다. 국가는 입법을 통하여 최종적 행정적 책임을 지지만 코포라티즘(Korporatism)적 관리운영체제를 기본으로 하고, 서비스급여인 요양급여와 더불어 단기적인 소득대체급여인 질병보상금을 급여의 내용으로 하는 점 등이 그것이다.

재해보험법(Unfallversicherungsgesetz)은 당시 산업재해의 20% 정도만 보호의 전제조건인 고용주 과실을 물을 수 있었기 때문에, 모든 노동자를 산업재해로부터 보호하는 안정적 수단이 되지 못하였다. 이 때문에 고용주 과실을 묻지 않고 산업재해로부터 노동자를 보호하는 법을 제정했는데 재해보험의 재원확보, 관리운영, 급여방식을 둘러싸고 당시 정치세력들은 입장을 달리하였다. 결국 재해보험의 재원을 국고가 부담하고, 전국적인 조직으로 관리·운영하여야 한다는 비스마르크의 아이디어는 실현되지 못하였고 직업조합이 관리운영의 주체가 되고, 고용주의 보험료를 재원으로 기금을 창설하는 법률이 제정되었다. 또 재해보험의 재원을 국고로 충당할 경우 연방세를 인상해야 하기 때문에 1884년 보험료를 재원으

2) Stolleis, 2012.

로 하는 방식으로 제정되었다.

19세기 후반의 비스마르크 사회보험법은 1911년 7월 19일 ‘제국보험법’으로 일원화되었다. 이 법은 전후 현대 독일에서 사회보장법전 편찬 작업이 시작되기 전까지는 물론 그 후에도 오랜 동안 사회보험 기본법이 되었다.³⁾ 사회보험법은 제1차 세계대전을 계기로 보호 대상과 급여수준에 있어 주목할 만한 성장을 하였는데 그 이유는 두 가지였다. 첫째, 전쟁 중 억압적 성격이 강했던 노동정책에 대한 보상으로 사회급여를 개선할 필요가 있었고 둘째, 전쟁으로 인하여 사회적 보호대상자가 증가하였기 때문이었다. 이로써 국가가 단순히 법과 질서를 유지하는 자유방임주의적 국가에서 적극적으로 개인생활에 개입하여 생활개선을 목적으로 하는 급여를 지급하는 복지국가로 발전하게 되었다. 이후 히틀러의 나치 정권이 등장하면서 독일의 사회보장정책은 새로운 전환점을 맞이하였다. 나치 정권은 민족공동체(Volksgemeinschaft)를 선동하면서, 이를 조성하는 데 필요한 물질적 기초를 제공한다는 명분으로 사회보장정책을 활성화하였다. 전후 사회보장정책의 제1과제는 이때 폐지된 자치 운영조직을 재건하는 것이었는데, 이 시기에는 사회보험의 가입대상이 확대되어 자영업자와 수공업자에게도 가입 자격이 주어졌다.

제2차 세계대전 후, 패전으로 국토가 동서로 분단된 서독의 사회보험은 사실상 폐허에서 출발하였다. 나치시대 제정과 조직이 국가에 집중되었기 때문에 정권의 붕괴와 더불어 사회보험 역시 파탄에 빠졌다. 당시 설정된 사회보험의 목표는 보험공동체의 경제적 재건, 자치 운영의 회복, 사회보험급여를 변화된 물가 및 임금구조에 적응시키기 위한 화폐개혁, 전쟁 희생자 처리에 대한 보험법적 고려 등이었다.

독일의 사회보장은 1950년대와 특히 1960년대 후반 경제기적의 시기에, 적어도 1970년대의 오일위기 등으로 경제성장이 안정화되기 전까지는 질적, 양적 팽창을 거듭하면서 제도적으로 정비되기 시작하였다. 사회보험의 대상과 보호되는 위험의 범위가 확대되었다. 사회보험이 고용관계를 전제로 하지 않고, 자영업자, 예술가 등 노동자가 아닌 계층으로 의무 가입을 확대하였다. 노동자 보험으로 출발한 독일의 사회보험에 보편적 복지의 성격을 부여한 조치는 1972년 제국보험법 제1233조의 제정이었다. 제국보험법의 제정으로 기존의 사회보험이 주로 보험사고를 사후급여로 보호한 반면, 이제 사고의 발생 자체를 사전 예방하려는 데 관심을 기울이게 되었다. 가령 질병보험에 질병의 조기 발견을 위한 조치들이 도입되었다.

3) Stolleis, 2012.

1980년대 후반 이후 독일의 사회보험은 점차 긴축시대의 축소지향형으로 변모하기 시작하였다. 경제성장이 고성장 기조를 유지할 수 없는 상황에서 실업률은 증가하고, 보험료 수입은 줄어들었으며 국가채무가 커지는 상황에서 사회보장의 확충에는 한계가 있었기 때문이다. 또 유럽의 많은 나라에서 현재 큰 걱정거리로 등장하기 시작한 이른바 저출산이 지속화하고 그 여파로 인구구조의 고령화가 사회보장제도에 주는 충격이 논의되기 시작했다. 결과적으로 1960년대와 1970년대 중반까지의 팽창주의적 사회보장 개혁은 독일 경제의 고도 성장과 안정적 성장을 바탕으로 하였는데, 이때 사회보험의 보험료와 급여액의 관계를 제약하는 일부 구조적 원리를 넘어서서 사회보장의 혜택이 확충되었으나 이러한 발전은 경제성장이 한계에 봉착하면서 1980년대에 들어와서는 국가재정의 큰 부담이 되었다. 이러한 구조에서 내외적 요인에 의한 경제성장의 둔화는 긴축적인 사회정책으로 패러다임 전환으로 나타났다. 1989년 독일 연방의회를 통과하여 효력을 발생했던 ‘건강제도구조개혁법’은 기존 사회보장법의 개정을 통하여, 사회보장의 각종 혜택을 축소함으로써 독일이 처한 새로운 시대적 상황에 적응하려는 노력의 일환이었다.

1990년대 이후 독일의 사회보장제도는 지속가능한 경제성장, 점증하는 실업률, 국가재통합의 문제뿐만 아니라 세계화, 고령화, 인구구조의 불균형, 가족구조의 변화, 여성의 기능 및 의식의 변화와 같은 새로운 상황에서 다양한 방식으로 구조개혁이 불가피해졌다. 이에 대하여, 독일은 질병보험 및 연금보험의 구조개혁을 단행해야 할 뿐만 아니라 새로운 사회문제에 대한 대응방안을 모색해야 하는 어려운 문제에 봉착하게 되었다.

한편 긴축시대에 사회보험은 확대되기도 하였다. 1980년대 이후 노령으로 인한 장기요양에 대한 사회적 보호의 필요성이 제기되면서 1992년 질병보험법을 개정하여 잠정적으로 장기요양을 질병보험의 과제로 하였다. 이후 1995년 장기요양을 독자적으로 보호하는 요양보험(Pflegeversicherung)을 도입하고 사회보장법 제11편(SGB XI)에 관련 규정을 두었다. 1995년의 요양보험은 19세기 말 비스마르크가 도입한 질병보험, 재해보험, 고령보험, 바이마르공화국 시대에 체계화된 실업보험과 함께, 현대 독일의 사회보험체계의 5대 핵심영역을 이루게 된다.

III. 독일 질병(의료)보험의 운영체계⁴⁾

독일의 의료보장체계는 법정보험인 공보험과 대체형 민간보험, 공적부조 제도로 구성되어 있다. 일정소득 이하의 국민은 법정보험 강제가입, 일정소득 이상 국민과 공무원은 민간보험에 가입되어 있다. 가입비율은 법정보험 가입자 약 91%(7천만 명), 민간보험 가입자 약 9%이다. 최저생계비 이하 국민은 정부의 보험료 지원을 통한 법정보험가입 또는 공적부조 대상으로 분류된다. 하지만 2007년도 건강보험 개혁방안으로 인해 종전의 법정보험은 강제가입, 대체형 민간보험은 임의가입 체계에서 2009년부터 전국민 강제가입 체계로 전환되어 전국민 건강보험 체계를 구축하였다. 법정보험과 민간보험은 소득수준이나 직역에 따라 분리하여 운영하도록 하였고, 현재 건강보험 미가입자 중 종전에 법정보험 가입자는 법정보험과 민간보험 중 선택하고, 종전 민간보험 가입자는 민간보험 가입을 의무화하였다. 공적부조 대상인 저소득층 중 일부를 법정보험 가입자로 전환(2006년)하였고, 근로능력자와 과거 법정보험에 가입했던 근로무능력자 중 보험가입 희망자에게 정부가 보험료를 지원하고 있다. 독일은 모든 거주민에게 질병보험 가입을 의무화하였지만, 독일의 공적 질병보험제도는 엄밀한 의미에서 전 국민을 대상으로 한 보편적인 질병보험제도가 아니다. 공적 질병보험제도는 일정 소득 이하의 소득계층만을 강제가입 대상으로 법제화하고 있으며, 일정 수준 이상의 소득계층은 공적 질병보험이나 민간보험 가운데 하나를 선택하여 가입할 수 있다.

독일의 공적 질병보험체계는 1차 질병금고와 2차 질병금고로 구분된다. 2007년 기준 독일 인구 약 8,230만 명 중 공적 질병보험의 피보험자는 85.5%이며, 3.9%인 약 320만 명은 공공부조와 같은 공적 의료보장 프로그램의 보호를 받고 있다. 반면에 공적 질병보험에 가입하지 않고 민간보험에만 가입한 고소득 사회계층과 공무원은 독일 인구의 10.3%인 약 850만 명이며, 무보험자는 전체 인구의 0.12% 정도이다. 공적 질병보험에서 소득을 기준으로 사회보험의 강제적용대상 여부를 결정하는 기준은 매년 연방노동사회부가 발표하는 가입자의 소득기준 '사회보험 강제가입 소득 상한선'이다. 2009년 질병보험과 장기요양보험의 강제가입 상한선은 가입자의 세전 연간 소득 4만 8,600€ 월 소득은 4,050€이다. 2007년 근로자의 월 평균 세전 임금이 2,263€임을 고려할 때, 거의 대부분의 근로자가 질병보험의 적용을 받는다고 할 수 있다. 강제가입 상한선 미만의 소득자는 원칙적으로 질병보험 가입이 의무

4) 본 절은 이준영·전광희 외(2012), 『주요국의 사회보장제도: 독일편』, 한국보건사회연구원의 주요내용을 기초로 정리한 것이다.

이며, 이들이 납부해야 하는 보험료 산정에는 보험료산정 한도액이 적용되어 그 한도액 이상의 소득은 보험료 산정에서 제외된다.

공적 질병보험의 운영기관은 ‘질병금고(Krankenkassen)’라 불리는 건강보험조합이고, 이들은 자치운영의 원칙에 따라 조직할 수 있지만 최종적으로 연방보건부(BMG: Bundesministerium der Gesundheit)의 지휘와 감독을 받도록 되어 있다. 또, 이들 질병금고는 사회보장법 제5편 제217조의 규정에 근거하여, 독일질병금고연합회(GKV-Spitzenverband)를 조직하여, 건강보험에 대한 품질이나 경제성에 대한 수요증대에 대응하도록 하고 있다. 질병금고는 지역별, 직종별로 조합의 종류가 다원적이며, 또 각 종류별로 다수의 조합이 구성되어 있다. 독일 질병금고의 종류는 6가지로 구성되어 있는데 지역질병금고(AOK), 직장질병금고(BKK), 수공업자질병금고(IKK), 대체질병금고(EKK), 농민질병금고(LKK), 광부질병금고(BKK)가 그것이다. 1994년 이들 금고의 총수는 1,145개였다가 2011년에는 155개로 대폭 축소되었다.

질병보험의 가입자는 법적으로 특정 금고에 가입할 의무가 강제되지는 않는다. 이는 조합 간의 경쟁을 유도하고 보험재정의 건전화를 도모하기 위하여, 1996년에 신규로 도입된 제도이다. 이 제도를 통하여 질병금고 간에 균등한 조건 아래서 자유로운 경쟁할 수 있는 기반을 마련하였으며, 위에서 설명한 위험구조조정은 보험재정의 평등을 실현하기 위한 조치라고 볼 수 있다. 특히, 대체질병금고(EKK: Ersatzkrankenkasse)가 일반국민에게 개방되어, 다른 금고들이 대체금고와 같은 조건 아래서 경쟁할 수 있도록 하였다.

위와 같이 공정한 경쟁의 조건을 마련한 후 실제 금고 간에 경쟁을 통한 재정건전화를 이룰 수 있도록 하였다. 가입자는 기존 금고의 보험료율이 인상되는 경우 금고를 탈퇴할 수 있도록 하고 있다. 보험료율의 인상은 질병금고에게 불이익을 가져다주는 구조를 생성하여, 질병금고 간에 무한경쟁을 초래하는 측면이 있다고 할 수 있다.

IV. 최근 독일 질병(의료)보험의 개혁동향

독일의 사회보장제도에 대한 부담은 21세기가 시작되어도 계속 증가하였다. 1997년 이후 실업률은 400만 명을 넘었고, 인구변동으로 출산율 저하와 인구의 고령화, 나아가 인구감소에 대한 두려움이 심각해졌다. 의료기술의 진전과 더불어 건강보험의 비용은 증가하고, 사회보험체제의 재원확보에 대한 우려의 목소리가 커지고 있다. 공적 보건의료 부문에서도 혁신이 필요하다는 인식이 확산되어 왔다. 보건의료부문의 발전을 계속 촉진하여야 했지만,

동시에 환자의 건강을 돌보는 것도 고려하지 않으면 안 되었다. 2003년 1단계 조치로서 보험료율안정법(Beitragsatzsicherungs-Gesetz)이 발효하여, 질병금고의 재정상태를 안정화하여 공적 질병보험에 대한 재정건전성을 강화하였다. 이 법률에는 공적 질병보험의 소득상한선제도를 폐지하여 노동자는 특정 총소득의 수준에 이르기까지 공적질병보험에 가입할 수 있는 것은 물론 의료수단, 치료비, 병원, 질병금고 등의 비용절감 조치를 포함하는 것이었다. 독일 건강보험 개혁은 2004년 초에 그 효력을 발생하였다. 우선 환자는 장래에 더 많은 보험료를 납부하여야 하나, 안정된 질병기금에서 동일한 이익을 향유할 수 있도록 하였다. 즉, 보다 많은 발언권과 서비스에 충실한 구조를 통하여 피보험자의 이익에 초점을 맞추도록 하고 있다.

이후 독일 정부의 핵심과제는 공적 질병보험의 시스템 개혁이었다. 이러한 의료개혁을 추구한 가장 직접적인 문제는 질병보험의 재정안정화, 즉 재정적자의 해소였다. 질병보험의 재정안정화를 위한 독일 정부의 노력을 시기별로 정리해 보면, 우선 1989년에 실시된 의료개혁법은 의료비 증가억제, 보험료율 안정화 및 환자 본인부담금의 인상, 급여비 제한 등 주요역제가 목표였다. 1990년 이후 병원과 약제비를 중심으로 지출이 다시 증가되는 상황에서 실시된 1993년의 '공적 질병보험 구조개혁법(Gesundheitsstrukturgesetz)'은 부문별 총액예산제 도입으로 공급자들이 자율적으로 진료비 증가를 억제하고, 지역과 직종/직장을 기준으로 보험가입이 제한된 질병보험의 가입구조를 변경하여, 질병금고에 대한 피보험자의 자유선택권을 부여하였다. 이에 따라 질병금고들이 보험료율을 인하하여 가입자를 유치하기 위한 경쟁이 시작되었다.

이와 같은 개혁에도 불구하고 1995년 이후 질병보험의 진료비는 계속 증가하여 질병보험 전체의 재정은 다시 적자로 전환되었다. 1997년 공적 질병보험 구조개혁법은 재정지출 억제를 더욱 강화하기 위하여 먼저 보험료율 안정화를 법제화하여 보험료율을 동결·인하하였고, 일부 항목에 대한 급여제한과 본인부담금 인상을 통해 진료비 증가를 억제하고자 하였다.

1998년 '공적 질병보험 연대강화법'은 의약품에 대한 환자 본인부담금을 인하하여 피보험자의 부담을 경감시키고, 환자 본인부담금과 보험료율의 연동을 폐지하여 공적 질병금고들 간의 경쟁에서 민간보험적 요소를 제거하여 보건의료체계의 공공성을 다시 강화하였다. '공적 질병보험 개혁법(2000년)'은 1993년 공적 질병보험 구조개혁법을 근간으로 자유로운 질병금고 선택, 질병금고간의 경쟁 그리고 위험구조균등과 관련한 개혁들을 진행하는 한편, 질병보험의 재정 안정도를 높이기 위해 지출 및 수입구조에 대한 개혁을 추진했다. 지출 측면에서는 의료수가와 의약품 및 병원 부분에 대하여, 수입 측면에서는 보험료율 인상과 급여항목을 조정했다. 그 결과 기존의 총액계약제에서 점진적으로 포괄수가제(DRG)로의 전

비교법 현안분석

환이 이루어졌고, 질병보험료의 인상은 공적 질병보험에서 민간보험으로 변경하는 가입자 수의 증가와 공적 질병보험 가입자 수의 감소로 나타났다.

이러한 개혁에도 불구하고 계속되는 독일의 경기침체와 실업률의 증가는 전체 사회보험의 보험료율을 지속적으로 증가시켰다. 독일 경제의 국제경쟁력을 유지하기 위하여 전체 사회보험료율의 안정화를 추진한 연방정부는 2004년 '보건의료 현대화법'을 실시하였다. 개혁 내용의 핵심은 질병보험의 장기적 재정안정과 관련해서 첫째, 비급여항목의 확대와 새로운 본인부담금 신설, 그리고 무엇보다도 심각한 것으로서 의료기관 과잉 방문을 억제하기 위한 '진료기관 이용료(매 분기 10유로)'의 도입이었다. 이는 환자와 의사 사이에 최초로 현금을 매개로 한 화폐관계가 발생했다는 점에서 의료부분의 시장메커니즘 도입을 의미했다. 제도 시행 직후 환자의 본인부담금 증가로 외래 진료의 양이 감소했으며, 소득수준에 따른 진료기피 현상이 나타났다. 둘째, 국가 경쟁력 강화를 위한 고용주의 노동비용 절감이란 취지하에 의치와 상병수당에 대한 '노사 공동부담원칙'을 삭제했다. 2005년부터는 해당비용에 대한 고용주 부담분이 폐지되어, 피보험자가 모두 부담하게 되었다. 셋째, 질병금고 간의 경쟁강화 측면에서 질병금고들은 구조조정을 했고, 질병금고 간 합병도 허용됐다. 이 개혁으로 사실상 질병금고들 간의 내적인 경쟁 심화와 외적으로 민간보험과의 경쟁 역시 유발되었다.

이상의 개혁으로 재정안정이란 정책목표는 달성되었다. 그러나 질병보험의 의료에 대한 보장성과 사회적 형평성 측면에서 문제점이 계속 지적되고 있다. 그 중 심각한 것이 '자기책임성 강화'와 '탈연대화 경향'이다. 또한 질병금고 간의 경쟁 격화로 의료양극화가 발생해 피보험자들의 능력에 따른 의료서비스가 구별되는 현상이 나타나기 시작했다. 질병보험의 사회연대 원칙이 약화되고, 질병금고 간의 냉정한 경쟁원리가 부각되자 질병자, 사회적 약자, 저소득자에 대한 기피와 이로 인한 의료 양극화가 확대될 위험이 대두된 것이다. 의료정책 내의 경쟁요소 도입은 결과적으로 의료영역의 경제화와 민영화, 상품화를 가속화하고, 이는 독일의 신자유주의적 사회국가 재편과정의 하나로 평가되고 있다.

2007년 '공적 질병보험 경쟁력강화법'은 질병보험의 근간을 유지하면서도 가입대상자, 관리운영, 재원조달 및 민간보험과의 관계에서 커다란 변화를 유도했다. 2007년 개혁의 주요 내용은 먼저, 독일의 모든 거주민에게 공적 또는 민간보험 가입을 의무화하였으며, 공적 질병보험에 대한 국가의 책임을 강화하여 당초 2008년부터 폐지할 예정이었던 국가보조금 지급을 부활·확대하였다. 또한 기존의 보험료 체계에 6가지 보험료 종류를 추가 도입함으로써 가입자의 선택의 폭을 확대했다. 이는 공적 질병금고 간의 경쟁을 다양한 보험료율과 보험료 수준에서 더욱 강화한 것이며, 가입자의 건강에 대한 자기책임 강화라는 민간보험적 요소를 도입한 것이다. 마지막으로 '건강기금(Gesundheitfonds)'을 도입하여 다보험자 방식

의 공적 질병보험 재원조달에서 국가에 의한 위험분산과 재정 관리의 전국화를 추진했다. 이에 따라 질병금고별로 차별적이었던 공적 질병보험의 보험료가 연방차원에서 단일화됨으로써 재원의 투명성이 확보되었고, 공적 질병금고들 간의 양질의 의료서비스 제공 경쟁이 더욱 강화되었다.

2011년 1월부터 시행된 ‘공적 질병보험 재정조달법(2009)’의 핵심내용은 첫째, 고용주와 피고용인이 공동으로 부담하는 현재의 공적 질병보험 재원조달방식을 수정하여 노동비용을 감소시키고 고용안정을 꾀한다는 것이다. 이에 따라 15.5%의 보험료율에 대하여 고용주의 보험료율(7.3%)은 고정하고, 피고용인은 기존의 보험료율(8.2%)에 더하여 의료비용 증가에 상응하는 추가보험료(2%)를 납부하게 하였다. 둘째, 질병금고 간의 경쟁강화를 목적으로 추가보험료제도를 확대했다. 이에 따라 각 질병금고는 건강기금에서 배분받은 보험료로 질병금고 재정을 운영할 수 없을 때 부족한 재정을 가입자에게 추가로 징수하여 충당할 수 있게 되었다. 이는 질병보험 재정조달의 노사 공동부담 원칙의 파기로 평가된다. 셋째, 사회적 형평성을 고려하여 정부가 세금을 재원으로 하는 보조금을 지원하였다. 이는 피고용인의 과중한 부담을 막기 위해 피고용인이 내야 하는 추가보험료가 세전 임금의 2%를 넘을 때 정부가 지급하는 것이다. 독일 정부는 이러한 재정구조 개혁을 통해 질병보험에 대한 독일 국민의 책임은 물론, 경쟁과 연대를 강화하고자 하였다.

이상에서 살펴본 바와 같이 지난 20여 년 동안 독일 정부가 추진해 온 의료영역의 재정안정화 정책의 방향은 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 의료비 증가를 억제하기 위하여 보험료율 안정화, 환자의 본인 부담금 인상, 급여비 등을 제한했다. 둘째, 피보험자가 질병금고를 자유롭게 선택할 수 있도록 하여 공적 질병금고들 간의 경쟁을 강화했다. 셋째, 국가경쟁력을 강화하기 위하여 기업의 인건비 부담을 축소시키고자 피고용인이 부담하는 본인부담금을 확대하고 추가보험료를 도입했다. 넷째, 전 국민에 대한 질병보험 가입 의무화, 질병보험에 대한 정부지원금 증액, 그리고 ‘건강기금’ 도입을 통한 재정관리의 전국화 등 국가의 책임과 역할을 강화했다. 다섯째, 보험료의 종류와 수준을 다양화하여 가입자 개인의 선택의 폭을 확대하고 건강에 대한 자기책임과 결정권을 강화하였다.

사회적 연대의 원칙에 입각하여 발전해 온 독일의 질병보험 제도는 의료비용 확대의 결과를 가져왔고, 이에 경제적이고 재정적인 이해가 보험재정의 안정화 정책에 적극 도입되었다. 그 결과 의료비용의 개인부담 증가, 급여항목의 조정, 질병금고 간의 경쟁이 가속화됐다. 이러한 요소가 질병보험제도에 ‘시장 매커니즘’ 도입이라는 패러다임의 전환을 야기하였다. 그리고 생산입지의 ‘경쟁력 강화’를 위한 기업의 임금 외 비용을 축소하고자 하는 노력이 질병금고 간의 경쟁을 통해 직장 질병금고가 경쟁력의 우위를 갖게 하였다. 그 결과 직

장 질병보험의 보험료율은 인하된 반면, 일반 지역 질병보험 가입자는 더 많은 보험료를 납부하는 경향이 강해지고 있다. 질병금고 간의 경쟁은 의료서비스의 질을 향상시킨 반면, 위험요소가 적은 젊고 건강한 고소득자를 선별 유치하는 경쟁으로 이어질 수 있다. 또한 급여 항목의 제한과 개인부담의 증가는 의료서비스에 대한 개인적 책임을 강화시켜 개인의 의료 서비스에 대한 비용이 증가했다. 의료영역에서 자기책임의 강화는 환자 개인적인 책임을 강화시킴으로써 사회적으로 열악한 상황에 있는 계층들에게 더욱 불리하게 작용하여, 궁극적으로 의료영역에서 사회적 양극화 현상을 초래할 우려가 있다.

독일은 최근 20여 년간에 걸친 의료개혁과정을 통하여 질병보험의 패러다임을 전환하고 시장 메커니즘 도입, 질병금고들 간의 경쟁강화, 개인책임원칙의 강화 등을 통해서 재정안정화를 유지하고자 했다. 그럼에도 불구하고 독일의 의료비 지출은 계속 증가하고 있고, 비용효과 대비 낮은 의료 서비스의 질과 효율성이 문제점으로 지적되고 있다. 그러한 이유로 우리나라의 상황과 같이 인구의 노령화에 따른 인구구조의 급격한 변화, 의료기술의 발전으로 인한 의료비 지출의 빠른 증가를 들 수 있다. 또한 장기적인 경기 침체와 경제성장 저하, 높은 실업률도 현재 공적 질병보험의 재정을 약화시키는 요인이다.

이렇게 변화하는 세계 속에서 근로자의 소득에 기초해서 질병보험재정을 조달하는 독일의 질병보험제도가 해결해야 할 과제는 우선 질병보험의 재정안정화를 위한 제도적 노력과 함께 의료 서비스의 질적 수준을 향상, 유지하는 것이다. 또한 의료영역에서의 사회적 양극화를 예방하고, 각 의료행위 주체들의 이해관계를 조정하는 것이 필요할 것이다.

V. 최근 독일의료개혁에서의 시사점

우리나라와 독일은 기여에 의한 재원조달 방식을 갖고 있어 사회보험국가로 분류될 수 있지만 의료보험의 역사적 기원과 운영원리는 다른 특성을 갖고 있다. 또한 독일 등 유럽국가에 비하여 의료보장의 역사가 짧은 우리나라는 아직까지는 국민의료비 규모가 선진국에 비하여 낮은 편이다. 하지만 빠른 고령화 속도, 신의료기술의 도입 등으로 의료비의 지속적인 증가가 예상되고 있으며, 그 증가속도는 OECD국가 중 가장 빠르다.

독일의 공적 질병보험제도는 우리나라 국민건강보험의 지속가능성 확보에 몇 가지 의미 있는 시사점을 제공한다. 첫째, 무엇보다도 공적 질병보험제도의 역할과 기능을 보장하기 위하여 국가가 질병보험에 대한 역할과 책임을 강화한 것이다. 이러한 의미에서 국가보조금의 확대와 국가에 의한 건강기금의 관리는 다보험자 체계에서 통합주의적 요소가 명시적으로

제도화된 것으로 이해할 수 있다. 독일의 이러한 국가의 역할과 책임 강화는 국민건강보험을 기초보장으로 한정하고, 개인이 선택하는 민간보험의 역할과 기능을 강화할 것을 주장하는 건강보험 재정안정화 전략의 재검토를 시사한다. 둘째, 공적 질병보험제도와 관련한 모든 이해 당사자들이 제도의 지속가능성을 위하여 재정적 부담을 나누어 갖도록 했다는 것이다. 환자, 외래진료를 담당하는 보험계약의사, 병원, 질병금고, 국가의 부담, 그 외에 보험가입자 등 모든 이해 당사자들 중 어느 일방에게 부담이 편중되지 않도록 개혁을 추진했다. 셋째, 연립정부를 구성하는 주도적 정당의 변화에도 불구하고, 독일의 공적 질병보험제도가 가지는 기능과 역할 및 기본 구조는 보전시키면서 경우에 따라서는 혁신적 또는 점진적인 개혁이 실시되었다는 것이다. 다른 사회보장 제도와 달리 의료보장은 성, 연령, 소득, 지역을 구분하지 않고 그 영향이 즉각적인 사회보장제도이기 때문에 제도개혁의 방향성과 연속성의 유지는 물론, 현행 제도의 지속가능성에 대한 사회적 합의가 필요하다고 할 수 있다.

참고문헌

이준영 · 전광희 외, 「주요국의 사회보장제도: 독일편」, 한국보건사회연구원, 2012.

Stolleis, Michael, *Origins of the German Welfare State: Social Policy in Germany to 1945*(German Social Policy), Springer, 2012.