

## 2007 독일 의료보험의 개혁

이 준 영, 서울시립대학교 사회복지학과 교수

2007년 9월

---

독일은 이미 여러 차례 의료보험을 개혁했으나, 2007년 초 또 한 차례 개혁을 단행했다. 이는 최근 독일에서도 급속한 인구 노령화로 진료비가 증가하고 있어 만성질환 등에 대한 급여체계를 보완하고 이에 소요되는 추가 재원을 마련하기 위해 의료보험 개혁이 필요하였기 때문이다.

2007년 독일 의료보험 개혁의 핵심 내용은 크게 4가지로 볼 수 있다. 첫째로 의료보험 사각지대의 해소인데, 과거 고소득자로서 공적 의료보험에서 탈퇴한 노인들이 만성질환 등으로 인해 증가하는 진료비를 직접 부담해야 하는 문제를 해결하기 위해 다시 공적 의료보험으로 복귀할 수 있는 기회를 제공해야만 했다. 둘째로 급여제도의 변경인데, 증가하는 만성질환의 예방을 비롯한 관리프로그램을 확대하기 위해 의료서비스의 개선이 필요하였다. 셋째로 의료보험 관리기구의 개편인데, 질병금고 간의 경쟁을 강화하고 관리기구를 간소화하여 행정 관리비용을 절감하는 것에 목표를 두고 있다. 넷째로 건강증진기금의 도입인데, 보험재정의 관리를 개별 조합에서 중앙집중형으로 전환하여 기존의 복잡한 질병금고 간 위험구조조정(RSA)을 단순화하려는 것이다. 아울러 보험료를 이른바 '균등보험료'와 자율적으로 정할 수 있는 '추가보험료'로 구분하여 의료보험료가 기업의 임금비용에 주는 부담을 줄이려고 하였다. 즉, 균등부분에 대해서만 노사가 절반씩 부담하고 추가보험료에 대해서는 가입자인 근로자가 단독으로 부담하도록 하였다.

그러나 여러 전문가들은 이번의 개혁에서도 의료보험 재정의 근본적인 불안정 요인을 제거하지 못하였기 때문에 장차 보험료율의 안정도 기대하기 어렵다는 데 일치된 견해를 보이고 있다. 최근 독일에서 근로자의 수가 지속적으로 감소하고 있을 뿐만 아니라 전체 국민소득에서 차지하는 근로소득의 비중도 점차 감소하고 있어 근로소득에만 부과하는 의료보험료를 통해 재원을 안정적으로 확보할 수 있는가 하는 질문은 독일 의료보험이 풀어야 할 숙제로 여전히 남아있다.

---

발행처: 프리드리히 에베르트 재단 주한 협력 사무소

편집인: 베르너 캠페터, 박상희

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

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

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. 2007년 의료보험 개혁의 개요

독일은 여러 차례에 걸쳐 의료보험을 개혁했다. 1989년(의료개혁법, Gesundheitsreformgesetz)과 1992년(의료구조법, Gesundheitsstrukturgesetz)에는 의료비의 상승 억제가 개혁의 핵심 과제였으며, 1997년(신질서법, GKV-Neuordnungsgesetz)에는 질병금고들 간의 경쟁이 도입되었다. 2000년(의료보험개혁법, Solidaritätsstärkungsgesetz)에는 의료전달체계 강화와 병원진료비 지불제도의 변경이 주요 내용이였다. 하지만, 2003년의 의료보험현대화법(GKV-Modernisierungsgesetz)부터는 의료보험 재정에 대한 개혁이 핵심 사안으로 다루어짐으로써 이전과는 다른 경향을 보였다. 그리고 2007년의 개혁에 다시 재정방식의 파격적인 변화가 포함되었다. 그 외에도 보험관리방식의 변경으로 경쟁을 강화하여 비용을 절감하고, 급여제도의 개선을 통해 의료보험 서비스의 질을 높이려고 노력하고 있다. 이는 다른 선진 국가들과 마찬가지로 독일도 인구 노령화로 폭발적으로 증가하는 의료비의 재원을 추가적으로 마련하기 위한 개혁이 필요하였기 때문이다.

2007년 2월 독일 연방의회가 이른바 그리하여 '의료보험 경쟁강화법(Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV)'을 제정하였고 이를 연방상원에서 추인함으로써 의료보험 개혁에 대한 법적 근거를 마련했다.

## II. 2007년 의료보험 개혁의 주요 내용

여기서는 Gilbert & Specht가 사회복지 정책의 차원을 구분할 때 적용한 할당체계(사회보장제도의 수혜자 선별제도), 급여체계, 전달체계 그리고 재정이라는 4가지 기준에 따라 독일 의료보험의 주요 개혁 내용을 살펴보았다.

### 1. 사각 지대 해소를 위한 할당 체계의 개편

2007년 초 약 20만 명의 독일국민이 보험에 가입하지 않고 있는데 이들은 대부분 보험가입의무 경계선인 2006년 연소득 47,250유로(약 5천9백만 원)를 넘어서는 고소득자로서 가입의무가 없는 사람들이다. 그러나 개혁이 시행된 2007년 4월 1일부터 모든 독일 국민은 의료보험에 의무적으로 가입해야 한다. 과거 한 번이라도 공적 의료보험에 가입한 경우는 공적 의료보험에 복귀해야 하고, 민간 보험에 가입하였던 사람의 경우는 민간보험에 다시 가입해야 한다. 그리고 2009년부터는 이들도 공적 의료보험에 가입할 수 있다. 단, 기존의 민간보험에서처럼 자신의 위험에 따라 보험료가 달라지는 것이 아니라 표준보험료만 납부하면 누구나 의료보험에 가입할 수 있다.

이러한 개혁은 노령화 인구가 점차 증가하고 그에 따라 만성질환으로 인한 진료비도 점차 증가하고 있다는 문제 의식에서 출발하였다. 즉, 과거 고소득자로서 한번 공적 의료보험에서 탈퇴하여 무보험 상태에 있는 노인들은 엄청난 액수의 진료비를 직접 부담해야만 했다. 이러한 부담을 덜어 주기 위해서 이들에게 의료보험으로 복귀할 수 있는 기회를 제공해야만 했다.

### 2. 의료서비스의 개선을 위한 급여체계의 개혁

2007년 의료보험 개혁에는 의료서비스의 개선을 위한 다양한 조치들을 포함하고 있다. 병원에서 외래 진료, 말기 환자의 가정 요양, 예방 접종 및 모자 휴양의 인정, 가정 요양의 제공, 의료 재활서비스와 효과적, 효율적인 약품의 이용 등이 그 내용이다.

#### 1) 의료보험 급여제도의 변경

2007년의 개혁으로 지금까지 의료보험에서 제외되었던 사람들도 공적 의료보험에 가입하고 그 혜택을

받을 수 있게 되었다. 지금까지는 가입자에게 의료서비스를 보장하기 위해 질병금고가 예방 및 재활서비스를 제공하는 기관과 계약을 맺었으나 이제부터는 의료보험 가입자들이 직접 예방 및 재활서비스 제공자를 선택할 수 있다. 이것은 일종의 서비스 구매 방식으로 진료비가 질병금고에서 부담해야 하는 비용을 초과하는 경우 그 차액은 이용자가 지불해야 한다.

재가 요양의 경우 지금까지는 요양이 가정에서 이루어지는 경우에만 재가 요양으로 인정되었으나 이제부터는 그룹홈 등과 같은 새로운 주거 형태도 인정된다. 완전입원시설에서의 간병은 2007년 7월 1일부터 장기요양보험에서 제공하고 있다.

권장하는 예방접종, 부모가 동행하는 자녀의 휴양 등에 대한 급여 제공의 경우에도 지금까지는 임의 급여로서 질병금고가 자율적으로 결정할 수 있도록 하였으나 이제부터는 법정 급여로 전환된다. 한편, 성형 수술, 피어싱 또는 문신 등과 같이 스스로 선택한 의료 수요는 의료보험의 급여로 제공할 수 없도록 제한된다. 치과 예방조치에 규칙적으로 참여한 가입자에게 의치를 보조하는 예와 같이 조기 검진 및 예방적 조치들에 참여한 45~55세 가입자들에게는 보험료 환급과 같은 보너스제도를 시행한다.

그동안 제한적으로 실시해 오던 협진체제가 확대되고, 특히 장기요양서비스 제공에 의사가 아닌 물리치료사를 비롯한 기타 치료전문가들의 참여를 허용한다. 이제부터 모든 질병금고는 가입자들이 담당 의사를 직접 선택할 수 있도록 가정의 제도를 도입해야 하는데, 이는 가정의를 통해 불필요한 진료를 통제하여 진료비의 과도한 상승을 억제하기 위한 것이다.

## 2) 의사 진료비 지불제도 변경

지금까지는 환산 가치(각 진료 행위를 점수로 평가할 때 1점에 해당되는 화폐의 액수)가 변동하여 진료비의 계산이 매우 복잡하고 예측이 불가능하였으나 이제부터는 고정된 수가 구조를 갖는 단순화된 진료비 지불체제로 전환된다. 그리고 외래와 입원 등 분야를 초월하는 협진체제를 도입함으로써 부문별 총액 예산제는 폐지된다. 그 대신 진료량을 초과하는 정도에 따라 환산가치를 달리하는 지불체제로 전환된다. 이 경우 가입자의 질병이 높아져 비용이 증가하면 증가하는 진료비 부담의 위험은 고스란히 질병금고의 몫이 된다. 행위별 수가제는 제한적으로만 인정하고 대부분의 진료는 포괄 수가제로 전환한다. 단, 특수한 진료에 대한 추가 진료비는 인정한다. 모든 질병금고는 동일한 진료에 대해 동일한 수가를 지불하고, 만성 질환자의 진료와 관련된 규정을 표준화하였다. 이때, 비용이 특별히 많이 드는 처방의 경우 그 분야 전문의사가 반드시 관여하여야 한다는 내용이 포함되었다.

## 3) 병원 진료

외래 수술 같은 병원의 외래 진료는 계속하며 이와 관련된 허가 및 진료비 지불에 관한 규정을 구체화했다. 2008년까지 병원의 모든 진료비는 DRG 방식의<sup>1)</sup> 포괄수가제에 따라 지불하고, 특수한 외래 진료를 촉진시키기 위해 필요한 비용은 병원과 질병금고에서 절반씩 부담한다. 따라서 병원들은 재정 안정 조치에 참여하기 위해 재정 건전화 부담금으로 병원 예산의 1%를 부담한다.

## 4) 의약품 급여

최근 수년간 약제비가 의료보험 급여비 중 가장 크게 증가하였는데 이는 비싼 약의 처방이 증가하였기

1) DRG(Diagnosis Related Group) 진단된 질병 종류별로 일정액의 진료비를 포괄적으로 지불하는 수가제도.

때문이다. 따라서 2007년 개혁에서는 의료보험에서 지불할 수 있는 약품의 최고 가격이 미리 정해진 최고 의약품가격제도로 전환되었으며, 약국들은 제약업자들과 협상을 통해 좀 더 저렴한 의약품 가격을 결정할 수 있게 되었다. 이를 통해 2007년에는 적어도 약 5억 유로의 약제비를 절감할 수 있을 것으로 기대된다. 만약, 약국들이 협상을 제대로 못 해서 기대한 것만큼 절감 효과가 나타나지 않으면 약국들은 그 차액만큼 의료보험에 대해서 의약품 가격을 할인해 주어야 한다.

지금까지 새로운 의약품은 효능 평가를 받아야 했지만, 이제부터는 여기에 비용-편익 분석이 추가된다. 신약은 허가를 받고 시장에서 판매하는 경우 기본적으로 의료보험의 급여로 처방될 수 있다.

지금까지는 개봉한 포장 상자에서 사용하지 않은 약품을 다른 가입자에게 제공하는 것이 금지되었으나, 이제부터는 호스피스 또는 요양원 등의 공동시설에서 중앙 집중적으로 관리할 경우 사용하고 남은 약품을 다른 환자에게 제공할 수 있다. 또한, 지금까지는 약을 포장된 상자 단위로만 판매하였으나 이제부터는 날개로도 판매할 수 있다.

### 3. 보험자 간 경쟁 강화를 위한 전달체계의 개편

이번 독일 의료보험 개혁의 특징은 질병금고들 간의 경쟁을 강화하기 위한 전달체계의 개편 방안들을 다음과 같이 다수 포함하고 있다.

#### 1) 질병금고 간 경쟁 도입

이번 개혁에는 공공 및 민간 의료보험 관리기구의 현대화를 위한 여러 가지 조치들을 포함하고 있다. 지금까지 직장 질병금고의 경우 경쟁에서 제외되어

왔으나, 2009년부터 모든 질병금고가 경쟁체제로 전환된다.

이는 가입자들이 보험료를 자유롭게 선택하게 함으로써 질병금고 간의 경쟁을 강화하려는 시도이다. 예를 들어, 이른바 ‘가정의 보험요율제’는 가입자가 가정의 진료를 정기적으로 활용하는 경우 낮은 보험료를 적용하는 것이다. 또한 ‘본인부담 보험요율제’는 환자가 진료비의 일정 부분을 자신이 부담하는 방식을 선택하는 경우 낮은 보험료를 적용하는 것이다. 이와 같이 다양한 보험요율제를 개발하고 제공함으로써 질병금고들 간에 더 많은 가입자를 유치하려는 경쟁을 유발할 것이다.

#### 2) 대체형 민간 의료보험의 인정

지금까지는 보험의무가입 경계선 이상의 고소득자는 공적 의료보험에 가입하지 않아도 되었으며 자발적으로 공적 의료보험이나 민간 의료보험에 가입할 수 있었다. 그들 중 한번 민간의료보험에 가입한 사람은 공적 의료보험으로 소속을 변경할 수 없었다. 또한 민간 의료보험에서 탈퇴한 사람은 더 이상 민간 보험으로 돌아갈 수도 없었으며 공적 의료보험으로의 변경도 원칙적으로 불가능 하였다. 따라서 그들은 무보험 상태에 있을 수밖에 없었다. 그리고 공적 의료보험의 임의 가입자로서 민간보험으로 변경한 사람들은 이른바 ‘표준보험료’로만 가입할 수 있었다.

지금까지 민간보험은 완전 보장과 부분 보장으로 구분하여 보험료를 차등화하였으나 이제부터 민간 보험은 이른바 ‘기본보험료’를 징수하도록 의무화했다. 이제부터는 마지막으로 민간보험에 가입하였던 사람들도 기본보험료로 민간보험에 복귀할 수 있고, 민간보험의 기본보험료는 모든 임의 가입자에게 적용할 수 있게 되었다. 2009년부터 민

간보험에서도 가입자는 이른바 ‘기본보험료’로 어느 보험회사나 선택하여 가입할 수 있는데, 이때 민간 보험회사들은 가입자를 거부할 수 없다. 이것이 이른바 ‘계약강제(Kontrahierungszwang)’이다. 또한, 민간 보험회사에 기본보험료로 가입하는 경우 공적 의료보험과 동일한 수준의 급여를 보장해야 하며, 개인별 위험에 대해 판정하거나 또는 추가보험료를 징수하거나 급여에서 제외하는 조건을 부과해서도 안 된다. 수가 제도도 공적의료보험에 대응하는 수가를 지불할 수 있게 급여 항목을 구성하였고, 보험료는 공적 의료보험료의 최대 액수를 초과할 수 없게 된다.

과거에 보험의무가입 상한선 이상의 고소득 근로자로서 공적 의료보험에 임의로 가입한 사람은 민간 보험으로 옮길 수도 있었다. 그러나 이제부터 이들이 공적 의료보험에서 민간으로 변경하기 위해서는 3년 연속 보험의무가입 경계선 이상의 고소득을 올려야 한다.

한편, 다른 민간보험으로의 변경은 재정적 이유로 지금까지는 거의 불가능하였다. 노령적립금을 이체할 수 없었기 때문이었다. 이제부터는 같은 보험료율로 보험회사를 변경하는 것은 물론 민간보험으로부터 공적 의료보험으로의 변경도 가능하게 되었다. 이른바 계약강제의 원칙과 노령적립금의 이체 허용을 통해 이를 가능케 하였다. 즉, 민간 의료보험에서 가입자가 회사를 변경하려고 할 때 노령으로 인한 추가 진료비를 부담하기 위해 적절한 금액을 다른 회사로 이체하는 것을 법적으로 보장하였다.

### 3) 질병금고 관리체계의 변경

2006년까지 독일에는 250개의 질병금고가 있었다. 그러나 이번 개혁으로 질병금고들 간의 합병이 추진 되는데, 이때 서로 종류가 다른 질병금고들 끼리의

합병도 가능하다. 지금까지는 동일한 종류의 질병금고들 간에만 합병을 허용했으나 이제부터는 종류에 상관없이 모든 질병금고들이 서로 합병할 수 있게 된 것이다.

그리고 지금까지는 각 질병금고의 종류별로 7개의 연방 상급단체가 구성되어 있었지만 이제부터는 모든 질병금고의 종류를 통합하여 하나의 연방 상급단체를 설립한다. 또한 지금까지는 질병금고와 보험의 사협회와의 단체계약만이 체결되었으나 이제부터는 단체계약 외에도 개별적으로 별도의 계약을 체결할 수 있게 되었다. 급격히 증가하고 있는 환자의 이송 비용을 억제할 필요가 있어 이송 서비스를 제공하는 의료기관은 청구 금액의 3%를 부담하게 된다.

### 4) 보험료 징수 방식의 개선

사용자는 지금까지 개별적인 의료보험료를 기타 사회보험료와 함께 개별 근로자들이 가입한 질병금고에 납부하였지만, 이제부터 사용자는 자신의 사업장에 종사하는 모든 근로자의 보험료를 하나의 납입기관에 납부하면 된다. 이로써 보험료 납입과 관련된 업무가 상당히 간소화 되었다.

## 4. 의료보험 재정의 개혁

2007년 의료보험 재정 개혁의 핵심 과제는 임금에 압박을 주는 보험료 부담을 억제하고 노령화에 따라 상승하는 진료비를 충당할 추가 재원을 확보하는 데 있다.

### 1) 건강증진기금의 도입

2009년부터 독일 의료보험 재정은 이른바 ‘건강증진기금(Gesundheitsfonds)’을 중심으로 운영하도록 개편된다. 사민당과 기민당 기사당(CSU)의 연정은 2006년 7월 3일 건강증진기금의 도입에 합의하였다.

보험료와 조세 수입은 모두 건강기금으로 모은 후 다시 개별 질병금고들에게 배정한다. 따라서 각 질병금고들은 사회보험의 보험료를 징수하여 일단 새로 신설되는 중앙관리기구에 이체한다. 연방보험청이 중앙관리기구의 역할을 담당한다(제271조 제1항).

건강증진기금은 연방보험청이 특별기금의 형태로 관리한다. 이 기금은 보험료와 국고 지원을 통해 마련한다.

2009년부터 모든 의료보험 가입자는 동일한 요율로 보험료를 부담한다. 이미 장기요양보험, 연금보험 그리고 실업보험 등에서는 단일한 보험료율을 적용하고 있다. 모든 질병금고는 근로자와 사용자가 보험료를 납입하는 당일에 그 보험료를 건강기금에 이체해야 한다. 그리고 2011년부터 사용자는 자신이 고용하고 있는 모든 근로자에 대한 (사회)보험료를 합산하여 하나의 질병금고에 납입하여야 한다.

질병금고들에 대한 건강기금의 배분에서는 각 질병금고 가입자들의 질병률을 반영한다. 질병금고들은 가입자 1인당 기본지원금과 연령 및 위험(건강 상태)에 따른 조정지원금을 받는다. 이로써 각 질병금고들은 가입자들의 진료를 보장하기 위해 필요로 하는 재원을 거의(약 95%) 확보하게 된다. 건강증진기금의 도입으로 보험료 징수의 업무가 대폭 간소화 되었으며 그동안 여러 질병금고들 간 상이한 위험구조를 균등화하기 위해 실시해 왔던 복잡한 위험구조균등화(RSA)<sup>2)</sup> 절차를 단순화할 수 있었다.

질병금고가 재정적으로 건전하지 못한 경우 가입자들에게 최대 1%까지의 추가보험료를 징수할 수 있

다. 이 경우 가입자는 그 질병금고를 떠나 다른 곳으로 소속을 변경할 수 있다. 그러나 추가보험료를 징수하는 경우와는 반대로, 만약 건강기금에서 받은 재원이 모든 비용을 지출하고도 남는 경우에는 가입자들에게 보험료를 환급해야 한다.

### 2) 보험료 부과 및 징수 방식의 개편

질병금고들은 연금보험가입자 평균소득의 60분의 1 이상의 수입이 있는 저소득 자영업자의 보험료 부과 기준을 정관으로 정할 수 있다. 법적으로는 보험료의 산정에서 가입자의 자산과 피부양자의 소득과 자산도 함께 고려될 수 있는 것으로 보고 있으나(사회법전 11권 제240조 제4항 제2문), 보험료는 지금까지와 마찬가지로 소득에 비례해서 부과된다.

실업부조(Arbeitslosengeld II)를 받는 사람들에게는 경감된 낮은 보험료율을 적용한다. 연금 수급자는 단일한 보험료율을 적용받으며, 보험료는 본인과 연금관리기관이 절반씩 부담한다. 이 경우 보험료는 일반 보험료율보다 0.9% 낮게 적용한다. 예를 들어, 일반보험료율이 14.2%이면 연금에 대한 의료보험료는 13.3%이다. 추가 보험료는 0.45%를 적용하며, 연금 수급자 단독으로 부담한다.

2007년 의료보험 재정개혁에서 나타나는 큰 변화 중 하나가 보험료 부과 방식이다. 지금까지 가입자는 자신이 속한 조합에서 정해진 요율에 따라 한 가지의 보험료만을 납부하였지만 이제부터는 두 가지 보험료를 구분하여 납부하여야 한다. 첫째는 '균등보험료'인데 이는 모든 조합에 단일한 요율로 적용되는 보험료이다. 따라서 지금까지 질병금고에 따라 서로 상이하게 책정되던 보험료율은 모든 질병금고들에게 동일

2) 질병금고별로 가입자의 연령, 성별, 건강 상태 등에 따라 달라지는 진료비 부담의 차이를 고려하기 위한 절차.

하게 적용되는 단일한 보험료율로 바뀌게 되는데, 이 보험료율은 연방보건부가 결정한다. 2009년 1월1일부터 최초로 적용되는 단일 보험료율은 2008년 11월 1일에 책정하도록 법으로 정해졌다. 현재는 14.2%가 될 것으로 예상하고 있다. 균등보험료의 경우에는 노사가 절반씩 부담하는 전통적 분담 방식이 계속 적용된다.

둘째는 '추가보험료'인데 이것은 각 조합별로 다르게 정해진다. 건강기금에서 배정받은 재원만으로는 충분하지 않은 질병금고는 가입자들로부터 추가보험료를 징수할 수 있다. 이 추가보험료는 가입자 단독으로 부담한다.

이와 같이 보험료를 두 가지로 구분한 것은 사용자의 노동 비용을 억제하려는 취지에서 시작된 것이라고 볼 수 있다. 노사가 절반씩 부담하는 균등보험료는 단일한 요율로 고정하여 사용자의 부담을 최소화하고, 건강기금에서 배정 받은 재원으로 충당하지 못하는 비용은 추가보험료를 통해 가입자들에게만 부담을 지우는 방식이다.

### 3) 의료보험에 대한 국고 지원

아동이 보험료를 납부하지 않아도 의료보험의 혜택을 받을 수 있도록 하거나 임신 및 출산에 관련된 급여를 보장하는 것은 장기적으로 국민경제 전체에 혜택이 돌아가는 이른바 국가적 과제이기 때문에 그 비용을 의료보험 가입자가 모두 부담하는 것은 적절하지 않다고 보았다. 따라서 질병금고가 이러한 급여를 제공하는데 필요한 비용을 정부가 부담한다는 의미에서 2004년부터 국고에서 이 비용을 지원하고

있다.<sup>3)</sup> 국고 보조는 조세를 재원으로 하는 연방정부의 예산으로 충당하는데, 2008년에 15억 유로(약 1조 9천억 원)<sup>4)</sup> 그리고 2009년에 30억 유로(약 3조7천억 원)를 지원하게 된다.

사회부조 수급자와 사회복지시설 생활자로서 부분적으로 생계보조를 받는 사람 그리고 연금이 낮아 국가 지원을 받는 사람들의 추가보험료는 기초보장을 담당하는 기관 또는 사회보장청 등이 부담한다. 장기 실업자의 경우도 마찬가지이다. 이러한 형태의 보험료 대납의 경우 중앙정부의 일반 예산으로 조달하는 것은 아니지만, 이것도 일종의 국고 보조라고 할 수 있다.

## III. 2007 독일 의료보험 개혁의 전망

2007년 의료보험개혁에서도 의료보험 재정 압박의 근본적 요인들을 제거하지는 못했다고 본다. 따라서 의료보험과 관련된 여러 전문가위원회들은 장차 보험료율이 상승할 것이라는 데 견해가 일치했다. 독일 사회에서도 점차 근로소득의 양극화가 심화되어서 보험료를 부과할 수 있는 소득계층의 폭이 점차 좁아지고 있다는 이유에서다. 즉, 보험료 부과 상한 이상의 고소득자들은 소득이 추가적으로 늘어도 보험료를 납부할 필요가 없으며, 저소득층의 경우는 소득이 점차 줄어들어 보험료를 납부하지 않게 된다는 것이다. 또한 근로소득보다는 임대소득이나 이자소득과 같은 기타소득의 비중이 높아져 보험료를 부과할 수 있는 근로소득이 전체 국민소득에서 차지하는 비중은 점차 줄어들고 근로소득의 증가율 또한 높지 않은 것도 문

3) 이러한 비용의 부담을 위해 정부는 부가가치세를 16%에서 19%로 인상했고 이것이 의약품 가격의 인상으로 이어져 다시 질병금고의 약해비 지출증가를 초래하는 문제가 발생하였다.

4) 2007년 7월 외환은행 환율 기준. 1유로 = 1,248원.

제다. 이처럼 2007년의 의료보험 개혁에서는 재정 부족의 근본 원인들에 대한 대처가 미흡하기 때문에 장차 보험료 수입이 크게 증가할 수 없고 따라서 보험료율의 인상이 불가피할 것으로 보인다. 독일의 보건 의료전문위원회는 2009년에 의료보험의 지출을 고려해 볼 때, 현재 평균 14%대에 있는 보험료율이 적어도 15%, 더 심하게는 15.5% 정도까지 인상될 것이라 예측하고 있다.

주목할 점은 2007년의 독일의료보험 개혁은 건강 증진기금의 도입으로 대표되는 재정부문의 개혁 외에도 보험 관리 구조에서 엄청난 변화가 생겼다는 것이다. 예를 들면, 보험료율을 단일화하고, 서로 다른 중

류의 질병금고 간의 합병을 허용하며, 각 주별로 하나의 연합회를 구성하도록 하는 것이다. 이것은 마치 비스마르크 이후 100여 년 이상 유지해 온 조합주의적 의료보험 관리방식을 포기한 것처럼 보인다. 지금까지는 유사한 직업별 또는 직종별 연대의식에 기초한 결속력을 강화하기 위해 자율적으로 질병금고를 운영하도록 해 온 것과는 다르게 이번 개혁은 오로지 질병금고 간의 경쟁을 강화하기 위해 질병금고들의 자율성을 계속 인정한다는 점에서 차이가 있다. 이것은 건강기금의 도입을 통한 사회적 연대라는 전통적 가치의 유지와 질병금고들 간 경쟁을 통한 서비스 개선과 진료비 절감이라는 두 마리의 토끼를 잡으려는 정책적 절충안으로 볼 수 있다.

FES-Information-Series는 유럽의 통합 과정과 독일의 정치 체제 및 발전을 중심으로 독일과 유럽의 다양한 쟁점들을 소개함으로써 해당 주제의 다양성과 상호 관련성을 부각시키고, 정책 대안에 대한 논의를 촉진할 목적으로 발간한다.

FES-Information-Series는 특정 정치 노선을 지지하지 않으며, 개별 주제들은 독일이나 유럽의 발전 추세를 관찰하고 평가할 능력을 갖춘 전문가가 집필한다. 여기에 수록된 내용은 필자들의 개인 의견이며, 프리드리히 에베르트 재단의 공식 견해가 아님을 밝힌다. FES-Information-Series는 부정기 간행물로 프리드리히 에베르트 재단 홈페이지(<http://www.fes.or.kr>)에서 전문을 내려 받을 수 있다.

Copyright 1998-2007 © by Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Cooperation Office