

독일의 보건의료 제도

김가정의학과의원

김 영 재

일반적 현황

1. 전체 면적: 356,978 km²

2. 인구현황

- 총인구: 82,797,408명(2000, 7월)
- 연령구조

연령구간	0~14세	15~64세	65세 이상
비율	14%	68%	16%

• 인구밀도: 230명/km² (1999): 서부에 집중되어 거주, 30만명 이상 거주 도시 19개 중 3개만이 동부에 위치하고 있으며, 가장 큰 도시는 베를린(350만명)이다.

3. 연방공화국(Federal Republic)

• 16개 주로 구성되어 있고 각 주마다 헌법이 있고, 상원(Federal Council) 및 하원의회(Federal Assembly)가 있다.

- 상원(Federal Council): 16개 연방 주 대표, Federal Assembly에서 통과된 법률을 승인

- 하원의회(Federal Assembly): 672 의원, 4년마다 선출, 1998년 이후로 Social Democrats와 Greens가 다수당으로 정부구성. 법률통과 및 대법관선출, 정부관리가 주요 기능

4. 경제현황

- GDP
 - 1998 GDP: DM 3,784 billion
 - Real growth rate: 1.5% (1999)
 - per capital: \$26,012 (1999)
 - Sector별 구성현황: Agriculture 1.2%, Industry 30.4%, Services 68.4% (1999)
- inflation rate: 0.8% (1999)
- 실업률: 1999년 평균 410만 인구가 실업자로 10.5%이며, 동부는 17.6%로 서부보다 두 배의 실업률로 고실업률이 경제 문제가 되고 있다.

보건의료체계

1. 보건지표[†]

2. 의료자원

1) 의료 관련 시설

(1) 1차 진료소(Office-based Physicians): 독일에서는 일반의, 전문의, 치과의사가 외래진료시설로 개원하고 있다. 일반개원의 및 전문개원의의 대다수는 '보험개원의'이고, 그 주(州) 보험계약협회에서 회원이다. 이것은 치과의사의 경우도 마찬가지이다. 또한 보험의와 보험치과의에게 1999년 1월부터 「68세 정년제」가 도입되고 있지만, 구동독州에는 일부 예외적인 개원 연장이 인정되고 있다. 기존 개원의의 개원형태는 의사개인이 단독으로 개원하는 형태를 취하는 경우가 많았지만, 최근에는 개원의가 지는 위험부담과 인건비 및 투자·설비비 등의 절감을 꾀하기 위하여 「공동개원형」 클리닉이 증가하고 있다. 1980년 당시(구서독) 일반/개원의에서 차지하는 비

교신저자: 김영재
Tel: 02-942-7912, Fax: 02-942-7922
E-mail: kyj650@medigate.net

- 김영재: 독일의 보건의료 제도 -

보건지표[†]

내용	독일	한국	미국
평균수명(1998) ^{a)}			
남성	74	69	73
여성	80	76	80
60세 이상 인구 비율(% ^{b)}			
남성	18	8	14
여성	25	12	18
부양비(/100)			
1978	54	64	52
1998	47	40	52
성비(Males per 100 females, 1998) ^{b)}	96	102	97
총출산율(1995~2000) ^{c)}	1.30	1.65	1.96
출생률(/1,000)	9.6	14.6	14.8
사망률(/1,000)	10.4	5.3	8.8
인구증가율(1978~1988) ^{a)}	0.2	1.1	1.0
의료비지출	10.4	4.0	13.5
1인당 의료비지출(달러) ^{e)}	2,339	587	3,925
Public sector (% of Total, 1995) ^{a)}	47.0%	34.0%	47.0%
GDP대비 국민의료비 ^{e)}	10.4	4.0	13.5
Total (% of GDP, 1995) ^{a)}	10.5%	5.4%	14.0%
Public Sector (% of GDP, 1995) ^{a)}	8.2%	-	6.6%
의료종사자수(/10,000) ^{f)}			
의사	34	12	26
치과 의사	7	3	6
간호사	90 ^{g)}	28	81

[†] '99.8. 통계로 본 세계 속의 한국, 통계청.

a) World Health Report 1999- Basic Indicators.

b) Sex and Age Annual 1950~2050 (1996 revision), supplemented by Demographic Yearbook 1997 (United Nations publication).

c) Estimated from Population Division of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 1996 Revision (United Nations Publication) Supplemented by Demographic Yearbook 1997.

d) International Labour Office, Year Book of Labour Statistics 1998 (Geneva, 1998).

*독일, 미국(1997), 한국(1996).

e) Health, United States, 1999.

f) 1996년, 한국(97).

g) 1995년 자료.

율은 44%이고 전문의가 차지하는 비율은 56%이었지만, 1997년에는 각각 39%, 61%로, 전문의의 비율이 매년 높아지고 있음을 알 수 있다.

(2) 병원: 독일의 병원은 크게 세 가지의 설립주

체로 구분된다. 즉 공립병원, 공익병원, 그리고 사립 병원이 있다. 공립병원은 연방, 州(州연합), 시군읍(시군읍 연합) 등에 의해 운영되고 있고, 공익병원은 독일적십자를 비롯한 재단 또는 카리타스(Karitas;

katholic)와 디아코니(Diakonie; protestant=Lutter) 등의 종교단체에 의해 운영되고 있다. 또, 사립병원은 연방영업법 제30조에 의거 허가된 것이다. 독일에서는 외래진료와 병원진료 사이에 엄격한 구분이 있어서 대부분의 경우 병원진료에서는 외래진료를 하지 않고 또 외래진료를 담당하는 의사는 병원진료를 하지 않는다. 독일의 병원은 10병상 이상으로 입원환자의 치료, 간호를 담당하고 있으며, 외래진료는 퇴원환자의 추후관리 정도이다. 일반적으로 공립병원 및 공익병원은 종합병원이 많고, 사립병원은 단과병원이 많다. 공립병원 중에는 주립병원으로서 대학병원도 있어서 의사의 실질적인 수련기관이 되고 있다. 병원은 질병금고와 개별계약함으로써 보험의료기관으로서 기능도 하지만, 대학병원 및 州의 병원계획에 포함되는 병원(계획병원)은 자동적으로 계약병원이 된다.

(3) 약국: 독일은 오래 전부터 의약분업이 이루어져서 약국은 의료시설으로서 중요한 위치를 차지하고 있다. 약국은 1960년 제정된 「약국법」에 기초하고 있지만, 개설기준은 州에 따라 조금씩 다르다.

2) 의료관계 종사자

(1) 의사: 의사에게는 1961년의 「연방의사법」에 의거 의사면허가 필요해졌고, 의사면허는 대학의 의학부에서 6년간의 교육을 마친 후 의사시험을 보고 합격한 경우에 받을 수 있다. 1970년부터 새로운 교육제도가 채택되었다. 최초 2년간은 임상 전 교육으로 물리학, 화학, 동물학, 생화학, 생리학, 유전학, 해부학, 심리학, 통계학 등을 수료하면 'Physikum'이라는 전국규모의 의사 예비시험이 있고, 이 시험을 통과한 후에 처음으로 임상학과 교육이 시작된다. 미생물학, 병리학, 임상학 외에도 이비인후과, 피부과, 소

아과, 신경과 등의 각 임상학과 공부를 하고, 지정병원 등에서의 교육실습을 마친 후 시험이 있고, 그것을 통과하면 비로소 의사의 자격을 취득하게 된다. 전문의가 되기 위해서는 의사면허 취득 후, 전문의 교육을 받고 연방의사회의 인정을 받아야만 한다. 내과, 외과, 부인과는 6년간, 신경정신과, 소아과, 방사선과, 마취과, 미생물학과, 임상화학과, 병리학과는 5년간, 그 외는 4년간, 각 州의 의사협의회가 지정하는 병원에서 지도의사의 지도를 받은 후 전문의로서 인정된다. 전문의와 같은 형태로 자격을 취득하는 종합의가 있는데, 이는 내과, 외과 또는 부인과 등에 이르는 넓은 지식경험의 취득을 목적으로 하는 수련과정을 종료한 사람에게 주어진다. 수련기간은 4년으로 전문의와 같이 지정된 병원에서 지도를 받는다.

(2) 치과의사: 치과의사의 경우도 1952년 치과진료행위에 관한 법률에 의거 면허가 필요해졌고, 의사와 같이 일반의뿐만 아니라 전문의 제도가 있고, 치과전문의는 교정치과를 하고 있다.

(3) 약사: 약사도 「연방약사법」에 의거 면허제로 되어 있다. 1997년 기준으로 약사 수는 52,076명이다.

(4) 간호·개호직: 간호사는 간호학교에서 3년간의 교육을 받은 후, 국가시험에 합격한 경우에 그 자격이 부여된다. 간호사 대부분은 병원근무를 하고 있다.

3) 의료공급현황

(1) 독일의 총병원 병상수는 571,629병상으로, 독일 전체 평균 병상수는 주민 만명당 69.7병상이고, 주민진료활동의사는 총 282,032명으로 독일내 평균 진료활동의사 일인당 주민수는 286명이며, 진료활동 치과의사수는 총 62,277명으로 독일내 평균 치과의사 1인당 주민수는 1,317명이다.

Table 1. Development of the public-private mix in ownership of general hospitals, 1990~1998.

	Public		Non-for-profit		Private		Total Beds
	Beds	% share	Beds	% share	Beds	% share	
1990	387,207	62.8	206,936	33.5	22,779	3.7	616,922
1998	295,382	55.3	202,270	37.9	36,118	6.8	533,770
Change	-24.0%		-2.0%		+59.0%		-12.0%

Data source: Calculation based on Federal Statistical Office, Germany.

(2) 독일에는 1998년 현재 2,030개의 일반 종합 병원(general hospital)이 있는데, 이 중 약 790개는 공공소유이고, 820개가 민간비영리병원이며 420개는 민간영리병원이다. 이들 병원의 병상수 비율은 각각 55%, 38%, 7%이다. 그러나, 예방 및 재활 병상의 경우에는 소유형태가 크게 다른데 이

들 병상의 15%만이 공공 소유이며, 16%는 민간비영리, 69%는 민간영리이다. 병상의 87.5%는 국가 계획하에 있고, 전체병상의 95% 이상이 투자비용에 한해서는 소유형태에 관계없이 공적으로 재원이 조달된다. 완전히 민간보험환자만을 위한 병상도 2.7%를 차지한다.

3. 보건의료 이용체계

보험가입자가 보험료를 내고 보험에 가입된 상태라면, 원칙적으로 외래의료는 무료로 이용할 수 있으며 환자는 의사를 자유로이 선택할 수 있다. 병원에서 진료를 받을 때는 개업의의 진료의뢰가 필요하다.

(1) 외래진료(Primary and Secondary Ambulatory Health Care): 독일에서 외래진료란 일차의료와 외래에서의 2차 의료를 모두 포함하는 개념이다. 개원의가 사용하는 시설, 장비, 인력에 대한 재원은 직접 조달해야 한다. 개원의의 5% (외과 특수수술) 정도는 병원 내에서 환자를 치료할 수 있는 권리를 가지며, 이외의 다른 개원의는 환자를 병원에 의뢰하여 치료받도록 하고 퇴원 후 회송받는다. 개원의 외에도 11,000여명의 외래진료의사가 있는데, 이들은 개원의가 영업을 하지 않는 경우(야간) 등에서 외래진료를 한다. 일반의와 전문분야가 없는 의사는 가정의로서 활동하며, 내과의사와 소아과는 전문의로 일할 것인지 가정의로 일할 것인지 선택할 수 있다. 현재 일반의가 전체 개원의에서 차지하는 비중은 40% 미만이다. 독일은 문지기 제도(Gate Keeping System)가 없으며, 대신에 환자들은 질병금고에 계약을 맺고 있는 의사를 자유롭게 선택한다. 일차의료를 강화하거나 통제할 기전은 없으며 환자들은 자유롭게 외래 전문의를 선택할 수 있다. 정부가 가정의의 지위를 개

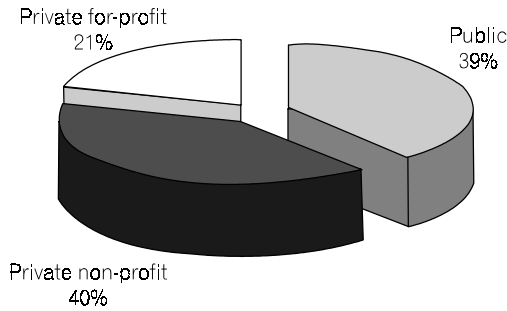


그림 1. 병원의 소유형태별 분포.

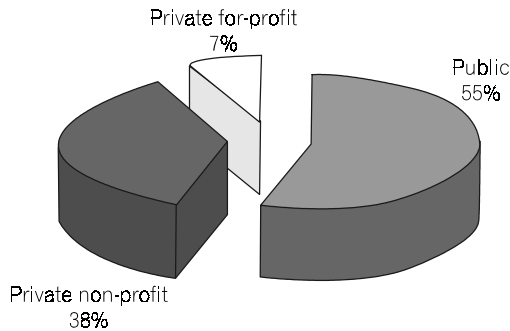


그림 2. 병상의 소유형태별 분포.

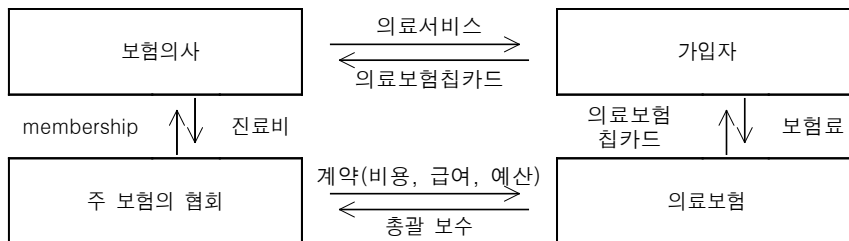


그림 3. 외래의료이용절차.

표 2. 법정의료보험에 가입된 외래전문의 수, 1990~1998*.

전문과목	개원의 수 1990	증가율	개원의 수 1998	입원치료를 할 수 있는 개원의, 1998	외래치료를 할 수 있는 병원의사, 1998
마취과	508	+264%	1,848	142	1,117
피부과	2,535	+30%	3,299	25	99
이비인후과	2,967	+31%	3,900	1,592	151
산부인과	7,306	+31%	9,580	1,574	862
내과	12,720	+25%	15,951	330	2,584
임상병리과	419	+38%	577		90
안과	3,228	+50%	4,847	23	636
신경과	4,092	+27%	5,191	605	98
정형외과	3,460	+39%	4,815	487	279
소아과	5,128	+14%	5,824	39	701
심리치료사	842	+215%	2,653		363
방사선과	1,439	+59%	2,282		751
외과	2,539	+35%	3,435	512	1781
비뇨기과	1,744	+43%	2,490	475	216
모든 전문과목	50,767	+37%	69,024	5,939	10,360
일반의	38,244	+14%	43,659	142	503
총계	88,811	+27%	112,683	6,081	10,863

*Federal association of SHI physicians 1999.

선하려는 노력을 기울임에도 불구하고 외래전문의는 증가하고 있으며 일반의는 1998년에 40% 이하로 감소하고 있다.

(2) 병원의료(Secondary and tertiary hospital care): 외래서비스 및 병원의료가 분리됨에 따라 병원은 외래환자클리닉을 운영하지 않았으며, 환자들은 병원을 입원치료를 위해서 주로 사용하게 되었다. 그러나 1990년대 중반부터 병원은 외래환자를 대상으로 당일 수술을 시행하였는데 이 Day-Surgery와 입원치료 전후의 제한된 외래치료의 경우 예외이다. 어린이와 연금수혜자에 대해서는 병원의료는 무료이며, 기타 환자들은 적은 비용만 지불하면 된다. 전통적으로 병원에게는 병원들, 질병금고 및 주 사이의 동의에 의해서 매일 일정액을 지불하는 정액제 근거하에 보수가 지불되었는데, 이는 외래 및 병원의료의 분리와 아울러 독일에서 병원 체류일을 더 길게 하며 비용을 증가시키는 원인으로 작용하였다. 이에 1994년부터 일련의 개혁들이 단행되어, 병원은 숙식비,

응급의료 등 부가적으로 사용된 자원들에 대한 특별한 병동보상 및 표준화된 치료과정에 대한 보수의 세 가지 부분으로 이루어진 보수를 지불 받고 있다. 다른 유럽연합국가와 비교 시 독일은 병원침상을 줄이는 데는 매우 성공적이었지만, 1990년대 중반에 유럽연합에서 인구 1,000명당 가장 많은 급성 침상수를 보유하고 있었다. 전통적으로 장기요양은 병원에서만 가능하였다. 따라서 사람들은 단지의 의학적 이유만으로 입원하는 것이 아니었다. 이런 상황을 고치기 위해서 1995년 장기간병보험법이 제정되어서 가족이나 이웃에 의한 가정에서의 간병이 가능하도록 했으며, 이는 법정보험이나 민간보험으로 재원이 보충적으로 충당되고 있다.

(3) 공공보건의료서비스: 공공보건의료서비스에 특수한 과제는 주마다 수행하는 수준이 다르기는 하지만 일반적으로는 선택된 집단에 대한 치료 활동을 포함한다. 공공보건사무실에서 제공되는 서비스로는 보건의료기관의 피고용인에 대한 감독, 전염성 질

환에 대한 예방과 감시, 식품, 제약 및 약품과 관련된 상업활동에 대한 감독, 환경위생의 일부영역, 지역사회 정신보건서비스 제공, 보건교육, 학동기 및 다른 집단의 신체검진 등이 있다.

4. 보건의료의 조직적 구조 및 관리

독일의 의료제도는 연방주의와 조합주의를 기초로

하고 있으며 이는 보건의료제도뿐 아니라 정치 등 보건의료조직 외부에도 같이 적용되는 원리이다. 연방주의는 독일의 연방정부가 16개 주(Lander)로 구성되어 있는 것에 기초하고 있다. 조합주의는 첫째, 법에 의해서 국가의 책임을 조합 자치기관(Corporatist Self-Governed Institution)에 이양하는 것이며, 둘째, 조합에 대한 가입의 의무가 있으며, 국가의 감시와

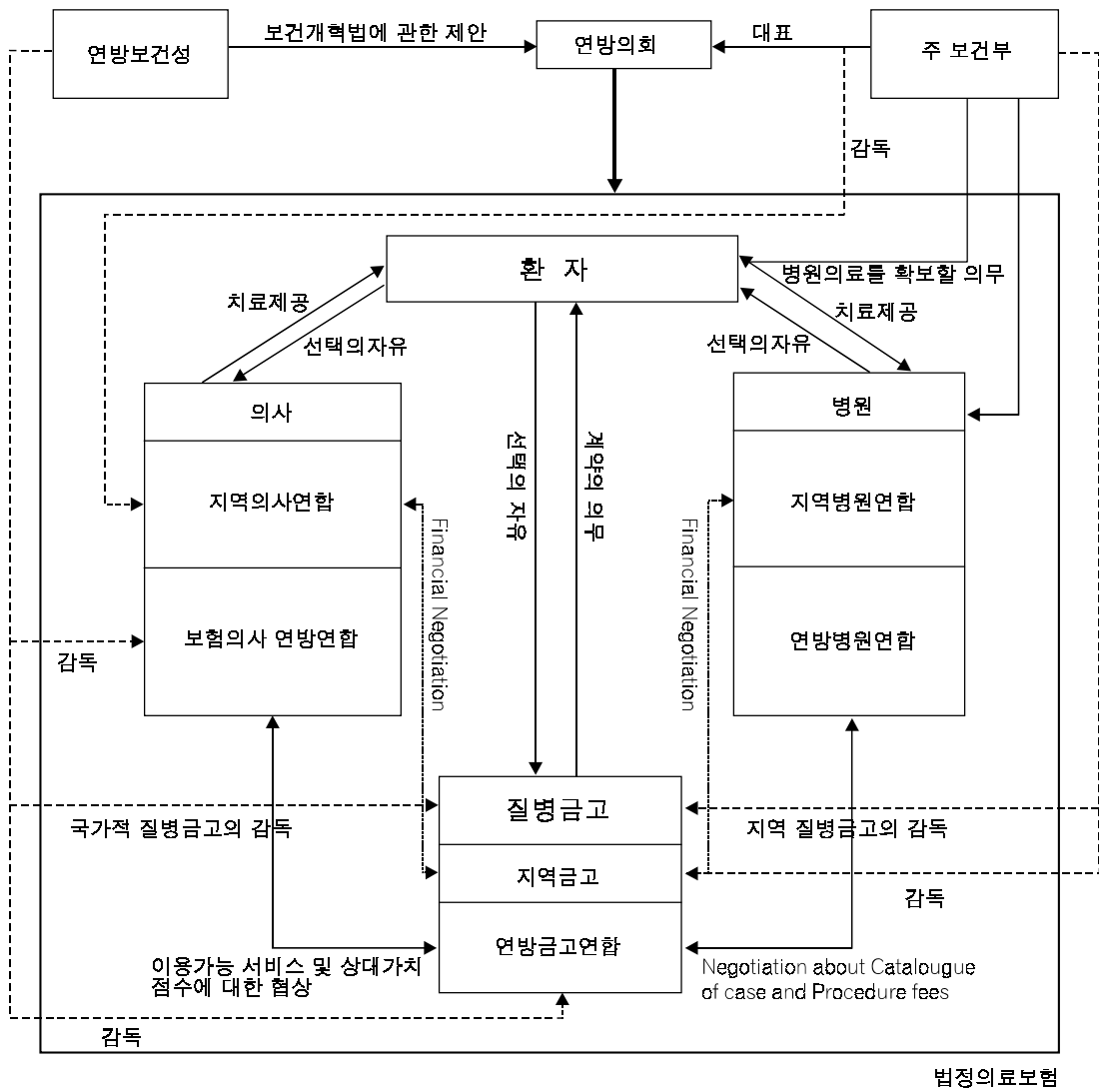


그림 4. 독일 보건의료 핵심주체의 조직적 관계(Health care system transition, Germany 2000, WHO Regional Office Europe에서 인용함).

통제를 다소간 받는 상태에서 재원을 증가시킬 수 있는 권한이 있고, 셋째, 다른 조합과 계약을 할 수 있으며 조합원들에게 재정을 조달하고 서비스를 전달하는 권리와 의무를 갖고 있음을 말한다. 보건의료체계에서 조합은 구매자측의 질병금고와 공급자측의 의사와 치과의사연합으로 대표되며 양측은 참여의 무가 있다. 연방정부, 주 및 조합의 역할과 상호관계는 그림 4와 같다.

1) Federal level

- 국가적 수준에서 연방보건성 및 의회는 가장 주요한 행정부처이다.

(1) 연방보건성(Federal Ministry for Health): 연방정부의 수준에서 서비스의 재정 및 공급의 원칙과 형평성과 포괄성 등을 통제하고 있고, 때때로 연방의회도 중요한 역할을 하고 있다. 보건성은 행정 및 국제문제, 제약 및 의료관련 제품 및 장기요양치료, 보건의료 및 법정 건강보험, 소비자 보호와 수의학, 정부조연구구 등 5개 주요역할을 수행한다. 형평성, 포괄성, 사회서비스의 공급과 제정은 연방 보건성에서 규제된다. 모든 법적 사회보험은 Social Code Book (SCB)-사회보험법의 초석-을 통해 규제되지만, 여러 부(ministry)의 기관으로 나누어 다루어진다. 연방보건성은 어떤 것을 규제해야하는지, 어떤 것은 재정과 공급자의 위원회를 통해서, 혹은 직접적인 협상을 통해서 자기규제(self-regulated)가 될 수 있을지 규정한다. 연방의회에 의해 규칙이 규정되는 반면에, 연방보건성은 위원회뿐만 아니라, 의사협회 연맹과 질병금고 감독에 대한 책임을 진다. 질병금고 운영의 감독은 모든 질병 금고 간의 위험구조보상 계획을 맡은 연방보험국에서 책임을 지고, 장기요양간호도 SCB를 통해 연방보건성의 기관에 의해 규제를 받는다.

(2) 상임자문회(Concerted Action in Health Care):

1977년에 만들어진 정부자문기구로서 보건의료의 의학적, 경제적 상황에 대한 자료를 수집하고 제시하여 정부와 조합기관을 도와 보건의료의 효과성과 효율성을 향상하기 위한 일은 물론 진료비지불제도, 보건의료서비스 전달, 보건의료제도의 향상을 위한 권장안을 만드는 일을 하고 있다. 보건의료협력회의 위원은 총 65명이며 위원들은 보건의료 관련 조직과 보

건의료 전문가들이다.

2) Lander level

1998년 현재 16개 주정부 중 13개에 보건부가 있으나 독립된 행정부서로서 존재하지는 않고, 대개는 노동 및 사회서비스와 겹하고 있으며, 담당업무는 다음과 같다.

- 공중보건서비스 및 환경위생
- 건강증진, 예방 및 AIDS 관리
- 주 소유 병원 관리
- 병원 기획
- 의료전문가 및 기관 감독
- 정신병 및 불법 의약품 감독
- 제약품 및 약사 감독 등이며,

건강에 영향을 주는 교통, 도시계획, 교육 등은 다른 부서에서 관장하고 있다.

주정부는 보건의료에 대한 몇 가지 의무가 있으며 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 병원을 확보해야 되는 의무를 지니고 있음으로 해서 병원계획을 갖고 있고, 이 계획에 해당되는 병원의 병상 수에 비례하여 투자액을 보상하는 제도가 있다. 병원의 소유권과 무관하게 투자하고 있으며 주정부의 우선 순위에 근거하고 있다. 투자되는 부문은 건물이나 대규모 의료기술 등이며 주정부가 건물의 유지 및 보수에 책임이 있는지는 분명하지 않다.

둘째, 공공의료서비스를 제공해야 한다. 공공의료서비스는 보건의료기관에 있는 피고용인의 감독, 전염병의 예방, 감시와 보건의료에 관련된 상업적 행위 감시, 약제, 환경위생, 상담, 지역사회정신보건서비스 제공, 아동에 대한 보건교육 및 건강증진과 임상검진 등을 포괄한다.

셋째, 주정부는 의학, 치의학, 약학교육에 책임이 있으며 지역사회나 지역질병금고에 대한 감독의 책임이 있다.

주정부는 Working Group of Senior Health Officials 와 Conference of Health Ministers를 통해 그들의 공공의료활동을 조정한다. 그러나 위의 2개만으로 의무적인 결정을 통과시키는 것은 불가능하므로, 주정부는 다양한 임무를 수행할 기관들을 설립해왔다.

3) Corporatist level

(1) 의료서비스 구매자(질병금고): 1999년 중반

에 453개의 지역별, 직역별로 조직된 자치법인체인 질병금고가 있으며 이에 7,200만명이 피보험자로 있으며, 5,070만명의 부양자가 있고, 52개의 사보험조직회사가 710만명을 대상으로 보험서비스를 제공한다.

질병금고는 관계법령에 의하여 질병보험의 업무를 수입, 시행하고 있다. 각 금고는 정관에 따라 조직, 업무, 대상자의 범위 등을 정하고 있으며, 지역, 회사, 전국규모로 조직되어 있다. 질병금고는 광범위한 서비스에 대해 보건의료제공자에게 상환을 하고 있으며, 정상고용상태에서의 수입에 비례해서 보험료를 할당함으로써 재원을 마련한다.

질병금고는 피보험자들로부터 보험료를 인상할 수 있는 권리와 의무를 갖고, 급여에 필요한 보험료를 결정하는 권리를 갖는다. 질병금고는 피보험자들의 입장에서 제공자들과 가격, 양, 질보장(quality assurance)에 대하여 협상할 책임이 있다. 계약에 의해서 급여되는 서비스는 질병금고의 사전 허락 없이 모든 피보험자들에게 제공된다. 그러나 예방을 위한 온천치료(spa treatment), 재활 서비스와 집에서의 단기 간호(short-term nursing care at home)는 사전 허락이 필요하다. 의심의 여지가 있을 경우, 질병금고는 그들의 Medical Review Board로부터 치료의 의학적 필요성에 대해 전문가의 의견을 구한다.

질병금고의 종류에는 일반지역, 기업, 동업(길드), 농업, 광업, 선원, 대체질병금고(사무직, 생산직)가 있다. 모든 조합은 법인이며 이익을 추구하지 않고, 자치를 원리로 하며 위원회는 선거로 선출한다. 가입자의 보험선택은 전통적으로 제한되어 있었으나, 현재 지역질병금고와 대체질병금고는 모든 사람이 가입할 수 있고, 아직까지 회사 및 기업질병금고는 개방되어 있지 않으며, 선원 및 광부질병금고는 지정된 사람만 가입할 수 있다.

(2) 의료서비스 제공자

① 보험계약의(醫) 협회; 연방주의 원칙하에 모든 주마다 존재하며 총 23개가 있고, 쾰른에는 연방의료보험의연합이 있다. 외래의료를 기준으로 질병금고의 회원을 치료하는 모든 의사는 각자 소속된 협회가 있어야 하며, 협회는 개인적 기술을 시행하는 회원 및 병원의료로 구분한다. 모든 협회는 대표자들에 의한 이사회 및 의회가 있다.

② 치과의협회; 보험의협회와 같은 방식으로 조직된다.

③ 병원조직; 주조직이 있고 및 연방조직은 뒤셀도르프에 있다.

병원부분에서의 법인이권이 없기 때문에 병원은 개별적으로 질병금고와 계약을 해야 하는데, 대체로 특정병원과 5% 이상 market share를 하는 경우 대상병원과 계약을 체결한다. 그러나 제공하는 서비스의 범위 및 수, 보수율에 관한 조건은 모든 질병금고에서 법적인 효과가 있다. 연방보건성이 병원조직을 법인협회로 만들고자 한 시도가 성공적이지 못하였는데, 2000년 구조개혁법에서는 19명의 대표(질병금고, 병원, 연방보험의협회 및 연방보험의 및 질병금고위원회)로 구성된 위원회를 구성하여 '유사법인체(quasi-corporatist)'로 만들고자 하였다.

ㄱ) 보험계약의사협회

(ㄱ) 기본 성격; 지역 보험계약의사협회는 해당 지역에서 법정 의료보험의 외래진료를 담당하는 모든 보험계약의사가 강제적으로 가입해야 하는 조직으로 의료공급 기본원칙(충분성, 합목적성, 경제성)을 추구한다.

(ㄴ) 기본업무

- 계약
 - 의료보험조합과 진료비총액(총보수) 및 처방의약품 총액을 계약
- 지불
 - 소속 보험계약의사들간에 총보수의 분배 및 의약품총액준수에 관한 법적 사항을 점검
 - 소속 보험계약의사들간에 총보수를 진료실적에 근거하여 분배
- 의료급여 서비스의 보증 및 질 향상
 - 피보험자에게 외래진료의 제공을 보장
 - 제공되는 의료서비스의 질을 보장
- 정치적 대표성
 - 해당 지역 보험계약의사들의 정치적 이익을 대변
 - 국가정책을 보험의사에게 전파한다.
- ㄴ) 헤센 보험계약의사협회
 - (ㄱ) 헤센 보험계약의사협회의 기초적 사실
 - 10,000여명의 보험계약의사와 보험계약 심리치

료사가 강제 가입되어 있음.

- 약 600만명의 적용인구에게 외래진료를 제공
- 70여년 역사를 가진 조직
- 총 900여명의 직원(약 600명이 진료비 심사, 여타 인력은 소송, 질 관리)

(ㄴ) 진료비 지급

- 소속 보험계약의사의 약 90%는 진료비를 디스켓으로 신청

- 진료비 심사는 약 3분기 이상이 소요됨
- 개산불 지급 시 최근 개업의사에게는 종전 개업 시 실적 또는 최근 1개월간의 실적을 전화 문의 후 타의사와 비교하여 책정

- 보험계약의사에게는 전년도 진료비를 기준으로 개산불로 지불

(ㄷ) 재원

- 보험계약의사들은 진료비 총액의 2.5%를 지역 보험계약의사협회에 납부

- 디스켓이 아닌 서면으로 진료비를 신청하는 보험계약의사는 진료비 총액의 2.7%를 지역 보험계약의사협회에 납부

(ㄷ) 지역 보험계약의사협회의 QA활동

(ㄱ) QA활동의 법적 근거

- 사회법전 제5권 제135조에 따라 연방위원회가 결정한 사항은 외래진료를 담당하는 모든 보험계약 의사에게 강제적으로 적용되는 사항임.

- QA활동의 방법

- Ring Tests: 진료에 대한 임상적 시험
- Colloquia: QA를 위한 논의 및 토의
- Individual Quality Tests (sampling): 표본추출된 개별 보험계약의사에 대한 의료의 질 심사
- Quality Circle: 의료의 질을 향상시키기 위한 자발적 보수교육

(ㄴ) QA활동의 조직구조

- QA 위원장
- QA 담당부서: 35명의 직원
- QA 위원회: 의사들로 구성(비상근)

(ㄷ) Quality Circle: 575개 정도 있음

- Quality Circle의 목적
- 외래진료에서 제공되는 보건의료서비스의 질 향상
- 보험계약의사들의 직업만족도 증진

- 보험계약의사들에 대한 보수교육 및 평생교육
- Quality Circle는 추상적이며 학문적인 주제가 아닌 외래진료에서 발생하는 구체적이며 실제적인 주제를 취급

- Quality Circle의 기본 원칙

- 보험계약의사들의 자발적 참여
- 지속성: 동일 참여인을 대상으로 15회까지 실시
- 목표지향성
- 체계적 접근
- 참여자가 증거에 기반한(Evidence-based) 주제를 자체적으로 선택
- 필요한 경우에 한해서만 전문가 참여
- Quality Circle의 주제
- 보험계약의사가 외래진료에서 일상적으로 경험하는 문제 및 경우

· 보험계약의사 자신의 외래진료에 대한 비교와 반성적 고찰

· 지침의 개발

- Quality Circle의 발전

- Quality Circle을 1차 진료 의사의 QA 도구로 발전
- 서로 다른 직업적 배경을 가진 의사들이 참여함으로써 복잡한 문제의 해결에는 최상의 해결방안을 제시
- 임상적 문제에 대한 해결방안의 제시를 목표로 함.

(ㄷ) 적용

- 모든 의사에게 강제적용
- 진료비심사와 결합
- ※ 의료의 질 자체를 향상시키는 것이 의료제공자체의 한 부분이라는 시각

(ㄷ) 질 낮은 의사에 대한 규제

- 1차: 시험실시
- 2차: 병원에서의 재교육(의사 보수교육이 3년 내 150점 확보해야 하는데 QC (수강하면 3점 인정)
- 3차: 진료비 지불거절
- 4차: 보험의사 배제 (5년 후 재신청 가능하나 보험의사로 인정된다는 보장은 없음)

(3) 보험자와 공급자의 조정위원회: 질병금고와 공급자의 조정위원회 중 가장 중요한 연방위원회(Federal Committee of Physicians and Sickness Fund)는 1923년에 설립되었으며, 9명의 대표가 양측에서 같이 나오며(보험계약의사 대표는 9명은 연방보험

계약의사협회가 임명하며, 질병금고 대표 9명은 보험가입자의 구성비율을 반영하여 각 연방질병금고 연합회가 임명) 양측에서 각각 제안한 중립위원이 2명 있고(통상 법률전문가) 중립위원은 양측에서 인정을 받아야 된다. 위원 임기는 4년이며, 연방위원회 위원은 자신을 임명한 조직의 지시에 구속되지 않는다.

조정위원회는 지난 수 십년간 약의 처방, 의사의 배분, 신기술 및 외래치료의 항목에 대한 16개 지침을 만들었다. 조정위원회는 1997년 법개정으로 인하여 비의사가 제공하는 치료 및 재활치료에 대한 진료를 인정하는 책임을 지고 있다. 조정위원회 안에는 여러 개의 소위원회가 있으며 그중 하나는 새로운 진단 및 치료방법의 효과성을 평가하고 임상지침을 제안하는 일을 하고 있다. 또 하나의 다른 질병금고와 의사연합은 상대가치점수(Unified Value Scale: UVS)에 대한 결정을 내리는 일을 하고 있다.

표 3. 연방위원회 구성.

공익대표	위원장 1명 위원 2명
의사대표	위원 9명
의료보험조합대표	위원 9명
- 지역 질병금고	- 위원 3명
- 보충 질병금고	- 위원 2명
- 직장 질병금고	- 위원 1명
- 직능인 질병금고	- 위원 1명
- 농민 질병금고	- 위원 1명

가) 의약품 위원회

- 효과적이며 가능한 의약품처방에 관한 지침 마련
- 보험계약의사는 이 지침에 따라 처방의약품의 종류와 양을 결정
 - 특정 의약품 집단은 비용-효과 원칙에 따라 처방대상목록에서 배제되거나 처방이 제한됨.
- 1989년부터는 질병보험이 상환하는 의약품 최고 가격을 설정한 참조가격제를 도입
 - 참조가격의 결정은 두 단계로 이루어짐.

표 4. 공적 의료보험의 적용대상.

구 분	대 상
강제가입 대상자	<ul style="list-style-type: none"> • 일정소득 이하(2001년 현재 소득이 월평균 6,525마르크 이하)의 직장근로자 및 일반노동자 • 연금 수급자, 특정자영업자(예술가 및 저술가), 농림업 경영자 및 그의 가족 종사자, 실업자 • 재활서비스를 받고 있는 자, 장애자 복지공장에서 일하는 장애자 • 일반학생, 직업교육 실습생, 청소년 재활시설에서 직업훈련중인 자 ※ 피부양자: 실업자, 소득없는 배우자 및 자녀
가입 의무 면제자	<p>다음에 해당하는 자는 공적질병보험의 강제가입의무를 법률의 규정에 의해 자동적으로 또는 신청에 의해 면제</p> <ul style="list-style-type: none"> • 겸업 또는 부업을 하고 있는 자 • 공무원 및 공무원에 준하는 자, 종교단체의 성직자 • 근로학생 • 고소득의 직장근로자 및 자영업자 • 특정 연금 수급자 등
임의가입 대상자	<p>다음에 해당하는 자로서 연소득이 강제가입 상한액 이하인 경우에는 공적질병금고에 임의로 가입 가능</p> <ul style="list-style-type: none"> • 가입 의무 면제자 • 사업경영자 • 가족종사자 <p>연소득에 관계없이 다음에 해당하는 자도 임의가입이 가능하다.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 일정소득 이상(2001년 현재 연소득이 월평균 6,525마르크 이상)의 직장근로자나 일반노동자 • 피보험자의 유족 또는 이혼한 배우자 • 피보험자의 자녀로서 가족급여를 받고 있지 않은 자

표 5. 공적 의료보험의 본인부담 및 부담면제(2000년부터).

보험급여	본인부담 액수	면제가능성
의약품(포장단위에 따라)	8,9,10 마르크	1, 2, 3
붕 대	8마르크(처방당)	1, 2, 3
외래진료 교통비	100%	2, 3
환자이송, 구조차량 교통비용	25마르크(한 번 주행당)	2, 3
입원진료 단축위한 교통비	상 동	2, 3
치료수단(마사지, 환자체조 등)	비용의 15%	1, 2, 3
압박요법의 밴드,보조수단	소매가나 정액의 20%	1, 2
의치(보너스 규정)	원칙:50%, 정기치아 검진한 경우:40~35%	2, 3
병원진료	17마르크(서), 14마르크(동)/1일 1년에 최고 14일	1
입원치료, 외래/입원 재할	17마르크(서), 14마르크(동)/1일	1, 2
연속재할	17마르크(서), 14마르크(동)/1일 1년에 최고 14일	1, 2
임산부 요양	17마르크(서), 14마르크(동)/1일	1, 2

주1. 18세미만 피보험자의 일반적 면제
 주2. 완전 면제
 주3. 부분면제

- 제1단계: 연방위원회가 의약품을 분류
- 제2단계: 질병금고최고협회가 해당 의약품집단에 대한 참조가격 결정
 - 참조가격제에 해당되는 의약품은 고정되어 있으며, 이는 의약품에 대한 지침의 일부임
 - 의약품가격 상승억제에 위원회의 지침이 중요역할
 - 제약회사가 강력하므로 소송사례가 많음.

5. 의료보험 방식

독일의 의료보험체계는 사회보험방식으로 지역보험과 직역보험이 병립하고 있다. 독일 국민은 누구나 공적의료보험이나 민간의료보험 중 하나에 의무적으로 가입하여야 하고, 일정소득(보험료 산정 보수 한도액의 75%) 이하는 공적의료보험에 강제적으로 가입하도록 되어 있으며, 소득 상위계층은 공적 의료보험이나 민간의료보험에 선택적으로 가입할 수 있도록 되어 있다.

6. 보험자 종류 및 가입현황

1) 보험가입 상태

현재 국민의 87.7%는 공적의료보험에 가입되어

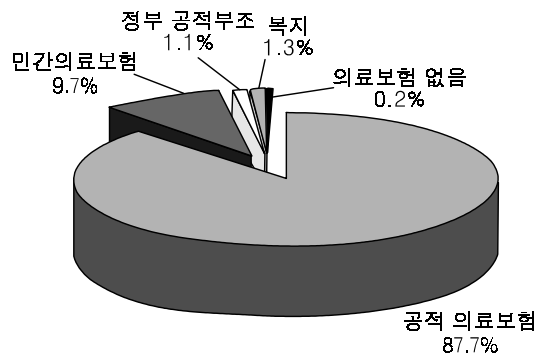


그림 5. 독일국민의 의료보험가입 형태.

있으며, 이중 74%는 의무적 가입자와 부양가족이고 14%는 자유가입자와 부양가족이다. 전체적으로 9%의 인구는 민간보험에 가입되어 있고 2%는 정부가 제공하는 무료진료를 받고 있으며 0.2%는 보험이 없다.

2) 급여범위

급여는 질병예방, 검사와 스크리닝, 진단 및 치료

표 6. 독일 의료보험의 종류 및 보험자수.

의료보험자의 종류	가입대상 및 설립주체	보험자수('98/'99)
지역질병금고(AOK)	지역주민 및 다른 질병금고에 가입하지 않은 보험가입의무자	(18/17)
기업질병금고(BKK)	1000명 이상의 보험가입의무자를 상시 고용하는 사업장의 사용자에 의해 설립	(386/359)
동업조합질병금고(IKK)	1000명 이상의 보험가입의무자를 상시 유지할 수 있는 수공업자 동업조합에 의해 설립	(43/42)
선원질병금고(Seekk)	해상선박승무원	(1/1)
광산근로자조합(Bkn)	광부	(1/1)
대체보험(EKA)	생산직 및 사무직 노동자	(13/13)
농업질병금고(LKK)	자영농민 및 그 가족종업원	(20/20)

(외래, 치과, 비의사의 치료, 약물, 의료기기, 입원치료, nursing home, 재활)와 수술, 상병수당(첫 6주는 고용주가 지불하고 이후에는 질병금고가 지급), 건강증진 수당(질병금고에서 직접지불)등을 포괄적으로 포함한다. 사회법령집에는 예방서비스와 스크리닝 검사를 상세한 내용까지 규제하고 있으며, 의사와 질병금고의 연방연합이 더욱 많은 부분(cure, diagnosis, treatment)에 대한 정의 및 목록을 가지고 있다. 비의사부문은 물리치료사와 언어치사 및 다른 직업적 치료사 등이며 이들은 의사와 질병금고연합이 시술의 질을 인정한 경우에만 보험급여대상이 된다. 가정간호서비스는 별도로 규제되고 있다. 이는 질병금고와 장기요양금고가 분리되어 있기 때문이며 처음에는 규제받지 않았으나 연방위원회가 Guideline을 만들었다.

3) 보험자

독일의 공적의료보험은 지역이나 직종에 근거한 조합주의적 방식을 택하고 있으며, 현재 7종류의 질병금고(생산직 대체보험과 사무직 대체보험을 나눌 경우는 8종류)가 있고, 1999년 현재 독일 전역에 453개의 질병금고가 있고 여기에 72백만명의 피보험자가 가입하고 있다. 각 질병금고는 재정적·조직적으로 독립적이고 모든 질병금고는 비영리조직이며, 각 가입자에 의해 선출된 자치조직에 의해 운영된다.

독일의 보험자수는 점차로 감소하고 있는 추세로, 1980년 1,319개에 이르던 질병금고의 수가 1990년에는 1,147개로 감소하였고, 보건의료구조법(Health Care Structure Act)에 의해 가입자의 직종에 관계없

표 7. 공적 의료보험의 보험자 종류별 가입자 현황(1999년, 단위: 천명).

보험자종류	구서독	구동독	계
AOK (지역의료보험)	15,694	4,635	20,329
BKK (기업의료보험)	5,633	767	6,400
IKK (동업조합의료보험)	2,472	802	3,274
EAK (대체보험)	15,709	3,409	19,118
계	40,979	9,613	50,592

이 모든 질병금고에 가입할 수 있게 됨에 따라 질병금고 간에 가입자 유치를 위한 경쟁이 시작되었고, 그 결과 질병금고의 합병경향이 나타났다. 1995년 이전에는 생산직 노동자들은 질병금고를 선택할 권한이 없었고 동업조합질병금고나 기업질병금고가 있지 않은 경우에는 지역질병금고의 가입자가 되어야 했다. 반면, 사무직 노동자들은 지역질병금고나 기타 여러 대체보험들 중 하나를 선택하여 가입할 수 있었다. 그러나, 보건의료관계법의 시행으로 생산직 노동자와 사무직 노동자간의 보험가입기회의 차별이 없어지게 되어, AOK 입장에서 보면 의무적인 가입자를 확보하지 못하게 됨으로써 합병경향이 더욱 두드러졌고, 전체 질병금고의 수는 1995년에는 960개, 1999년에는 453개까지 줄어들었다. 하지만 직장금고와 동업자 금고는 폐쇄적 방식을 고수하고 있고, 농부, 선원 및 광부에 대한 질병금고는 여전히 회원 을 지정하고 있다.

7. 보험료 수입 및 지출

1999년 현재 공적의료보험의 총수입과 총지출은 각각 2,562억 마르크 및 2,553억 마르크에 달한다. 이를 보험자별로 보면 지역의료보험은 총지출이 총수입에 비해 상당히 크고, 노동자 대체보험은 총지출이 총수입보다 적어서 대체보험에서 지역의료보험으로 위험구조조정의 재원이 이동할 것임을 예상할 수 있다.

1) 보험재원

원칙적으로 보험재원은 보험료 중심으로 운영되며, 일반적인 피고용자의 경우 피보험자와 사업주가 반반씩 보험료를 부담하며, 연금수급자는 본인과 연금보험자가 반반씩 보험료를 부담한다. 실업자와 사회부조계층은 보험료를 국가에서 지원하며, 자영자의 경우(사업주가 없는 경우) 보험료를 전액 본인 부담하여야 하지만, 자영자의 경우에는 민간보험에 가입하는 경우가 많다. 공적 의료보험의 보험료율은 1970년 평균 8.2%에서 99년 현재 평균 13.6% 정도로 증가했으며, 지역별, 보험자 종류별로 보험료에 약간의 격차가 있다. 독일의 보험가입자는 대체로 무료로 의료이용을 할 수 있으나, 일부 항목에 대해서는 약간의 본인부담이 있다.

2) 지출현황 및 내역

독일 의료보험의 지출은 1999년 이후로는 안정적인 양상을 나타내며, 이를 전체 국민총생산 대비로 보면 공적의료보험지출은 7% 내외이고, 지역의료보험에 국한할 경우 전체 국민총생산의 3% 내외이다.

독일의 공적의료보험이 1999년에 지출한 비용은 총 2,560.5억 마르크였고, 지역의료보험이 지출한 비용은 1,030억 마르크였다. 그림에서 보여지는 바와 같이, 독일의 의료보험은 입원 및 외래서비스는 물론이고 교통비, 상병수당, 의치, 요양비(말기암환자 등에 대한 간병)를 보험급여하고 있고, 병원 및 외래, 약제 서비스에 지출되는 비용이 전체 지출의 70%정도를 차지한다. 독일의 의료보험이 병원에 지출하는 비용은 병원시설의 운용비용에 국한되며, 투자비용은 원칙적으로 수가로 보상하지 않는다.

1999년에 독일의 공적의료보험(GKV)이 진료비에 지출한 비용은 총 240,481,532,000마르크였고, 이중 지역의료보험(AOK)에서 지출한 진료비는 102,528,661,000 마르크였다. 독일 의료보험의 주요 진료비 지출내역

의료보험 지출내역(1999)-전체

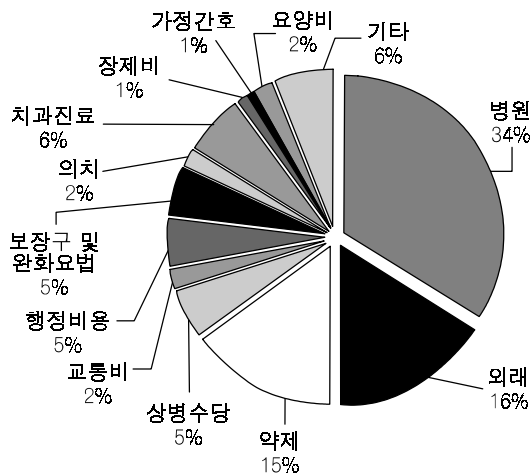


그림 6. 독일의료보험의 지출 내역.

표 8. 1999년의 보험지출내역(단위: 백만 마르크).

구분	GKV (공적의료보험전체)	AOK (지역의료보험)
병원진료 (재활치료 제외)	82,919	38,915
1차진료 의사	41,463	15,776
치과 의사	15,111	5,156
의치	6,331	2,508
의약품	37,451	16,409
각종 치료요법 /보조용구	17,715	7,360
상병수당	13,948	5,494
요양(cures)	5,146	2,023
교통비	4,550	2,325
가정 간호	3,081	1,611
사회복지사업, 질병예방	1,497	730
행정비용	13,845	5,718
기타	5,117	3,143
계	248,174	107,168

의 비중 변화(1970~1999)를 보면, 병원진료비가 계속해서 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 1996년 이래로는 거의 비중의 변화가 없다. 의사에 대한 진료

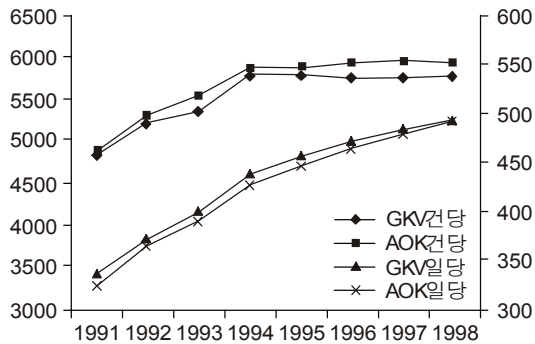


그림 7. 연도별 입원진료비 추이(건당 진료비는 왼쪽축, 일당 진료비는 오른쪽축).

비는 1970년대에는 상당히 큰 비중을 차지하였으나 1990년 이래로는 안정적인 양상을 보이고 있고, 의치에 대한 보험급여는 축소되고 있으며, 보장구(및 치료용구)에 대한 보험급여는 1970년에 비해 큰 폭으로 확대되었다는 것을 알 수 있다.

8. 공적의료보험 관련 주요 통계

1) 입원 관련

독일 의료보험에서 병원에 입원진료비로 지출한 비용의 추이를 살펴보면, 건당 입원진료비는 최근 들어 안정적인 추세를 보이고 있으나 일당 입원진료비는 지속적으로 증가하고 있는 추세에 있다. 병원의 1일 입원진료비는 주별로 약간씩 차이가 있으며, 평균적으로는 489.28마르크로 나타났다.

2) 외래(개업의) 관련

독일의 공적의료보험은 1999년 현재 가입자 1인당 814마르크 정도를, 지역의료보험은 776마르크 정도를 개업의에 대한 진료비로 지출하고 있다. 독일의 보험의사는 1인당 약 472천 마르크(한화로 약 2억 8천만원) 정도를 벌고 있으며 이중 188천 마르크(한화로 약 1억 2천만원)가 순수입에 해당한다. 의사의 수입은 진료과별로 차이가 있어 총수입의 경우 최소 308천 마르크에서 최대 830천마르크까지, 순수입의 경우 최소 161천마르크에서 최대 236천마르크 까지 분포하고 있다. 이러한 수입은 사무직노동자에 비해서는 2~3배, 생산직노동자에 비해서는 3~5배 높은 것이라고 하나, 독일의사의 경우 정년이 제한되어 있

표 9. 진료과별 의사의 진료보수 총수입과 순수입. (단위: 천마르크, 년)

진료과	총수입 1998년	순수입 1995~1997 평균
내과	430	211
방사선과(핵의학)	830	224
비뇨기과	399	190
산부인과	375	196
소아과	365	189
신경과	308	184
안과	383	207
외과	388	171
이비인후과	400	236
일반외/수련외	315	161
정형외과	488	222
피부과	349	185

기 때문에(보험의 정년은 68세로 되어 있으나 대체로 60세 전후로 퇴직한다고 한다), 실제 직업에 종사할 수 있는 기간을 고려하여야 할 것이다.

3) 환자 관련

공적의료보험 피보험자의 의약품에 대한 자가부담액은 1987년 11억마르크에서 점차 증가하여, 의약품 포장크기별 본인부담액을 인상시켰던 1998년에는 54억마르크까지 도달했다가 1999년에는 43억마르크로 감소하였다.

9. 보험자 간의 경쟁 및 위험구조조정

보험가입에 있어서의 육체노동자와 정신노동자 간의 차별이 없어지면서, 지역의료보험(AOK)은 더 이상 의무적인 가입자를 가질 수 없게 되었다. 또한, 모든 피고용자들이 자신을 위한 공적 의료보험을 선택할 수 있게 되면서, 공적 의료보험에도 경쟁이 시작되었다(회사와 동업자 조합의 보험은 예외). 경쟁이 시작되면서 보험자 간 합병과 가입자 이동이 큰 폭으로 일어났는데, AOK입장에서는 96년 자유경쟁이 도입되고 나서, 그 해에 상당히 많은 가입해약이 있게 되었고, 97년에는 해약자가 약간 줄었다가 98, 99, 2000년에는 점차로 다시 해약자가 증가하여 전체적으로 가입자가 줄어드는 추세에 있다.

한편, 보험자 간 경쟁이 도입되긴 하였으나, 이러한 경쟁이 보험자에게 건강한 가입자들만을 선택하려는 유인이 생기게 만들면 안 되므로, 가입자들의 의료위험에 근거하여 재정의 형평성을 도모하고자 위험구조조정이 행해지게 되었다. 이러한 위험구조조정은 특히 AOK의 경우 전체 가입자수는 줄어드는 추세인데 비해 비용지출이 되는 환자는 남아 있기 때문에 더욱 필요하였다. 현재, 위험구조조정에 사용되는 항목은 성, 연령, 부양자수, 기초수입(보험료 산정에 사용되는 기초수입) 등이나 2007년부터는 40,000마르크 이상의 고가치료자에게는 유병율을 고려한 위험구조조정방식을 사용할 예정이다.

1) 위험구조 조정방식

각 보험자들이 보험료를 내서 사회연대적 의미를 가진 위험보상수입(RCS-revenue)을 만들고, 이를 보험자별 위험요소(위험형평계수: risk equivalence factor)에 근거하여 다시 모든 보험사들에게 나누어주게 되며, 그 결과로 각 보험자들은 위험보상표준수입(RCS-standard revenue)을 갖게 된다.

조정의 결과로, 위험은 보험자 간에 고르게 분산되나, 보험자별로 실제 지출하는 1인당 급여비가 평균적인 수준을 상회하게 되면 위험구조조정 후에도 지출이 수입에 못미치게 되므로 보험료를 인상시켜 이를 보전하여야 하므로 해당 보험자의 경쟁력을 약화시키게 된다. 결과적으로, 각 보험자는 낮은 보험료를 유지하기 위해 1인당 평균 급여비를 낮추려는 유인을 갖게 되나, 연령이나 소득에 의한 급여비 지출의 차이는 위험구조조정에 의해 보전되므로 젊고 소득이 높은 가입자를 유치하려는 경쟁은 일어나지 않게 되고, 경쟁은 주로 질병금고의 경영효율화를 촉진하는 방향으로 일어난다.

10. 보조재정지원

법정 의료보험은 총보건의료재정의 66~68%를 부담하고 있다. 보건의료재정의 다른 부분은 조세, 본인부담 및 민간보험으로 구성되어 있다(표 10).

조세는 보건의료재정에서 다양한 용도로 쓰이고 있다. 일부는 공무원의 민간의료보험에 대한 상환을 위해 사용되고 있으며 이밖에도 의료보험료, 복지대

표 10. 독일의 보건의료재정 구성*.

재원	1970	1985	1990	1995
공공				
법정 보험 (Statutory insurance)	58.3	66.3	66.0	68.2
조세	14.5	11.2	10.8	10.0
민간				
본인부담	13.9	10.3	11.1	10.8
민간보험	7.5	5.9	6.5	6.6
기타	6.8	5.1	4.9	4.4
총의료비/GDP	6.3	8.8	8.7	10.4

*OECD, OECD health data, 1999.

상인 사람에게 보건의료비 지급 및 정부가 제공하는 무료보건의료서비스, 병원에 대한 자본투자비용, 공공보건의료서비스 및 농부질병금고에 대한 보조금 등으로 사용된다.

비교적 낮은 본인부담은 독일의 오랜 전통이며 특히 약제비에서 그러하다. 이 부분에서는 해마다 일정액의 본인부담금이 증가하여 왔으나 1992년까지는 약제비의 5% 미만으로 안정되게 유지하여 왔다. 보건의료구조법을 통하여 1993년 포장단위당 정액제를 도입하였으며 1994년에는 포장 크기에 따라서 도입하였다. 이 방법에 의해서 환자들의 비용부담은 1993년에는 8%였으며 1994년에는 9%였다.

민간보험은 두가지 종류가 있다. 어떤 특정한 집단에 대한 모든 급여를 하는 것과 질병금고의 피보험자의 보충보험을 제공하는 것이 있다. 52개의 민간의료보험이 존재하고 있다. 부가적으로 45개의 소규모이면서 지역에 기반을 둔 민간의료보험자가 있다. 전체 급여를 다 해주는 민간의료보험의 보험료는 보충보험의 4배 이상이다.

인구의 약 9%가 포괄적인 급여를 제공하는 하민간의료보험에 가입하고 있으며, 이들은 법정 의료보험과 같거나 더 나은 급여를 받게 된다. 민간의료보험에서는 보험료가 연령과 병력에 따라서 보험료가 결정된다. 또한 배우자와 부양가족에 대하여는 별도의 보험료가 지불되어야 한다. 보험

료는 연령에 따라 급격히 증가하며 일반적으로 민간의료보험에서 법정보험으로 재가입이 허용되지 않고 있다.

법정의료보험과는 달리 민간보험가입자는 진료비를 공급자에게 직접 지불해야 하며 나중에 보험자에게 상환을 받고 있다. 민간으로 제공되는 의료서비스의 가격목록을 법령으로 하는 것이 연방 보건성에 의해 제기된 반면에, 의사들은 일상적으로 더 높은 가격을 받는다(1.7~2.3배).

두 번째 민간의료보험은 보완형 보험이며, 예를 들면 병원에서 특진을 받는다거나 2인용 병실을 사용하는 것과 같은 종류이다.

진료비 지불 보상 제도

1. 개요

독일의 의료보험은 주요 비용부문별로 그 예산총액이 정해져 있는 부문별 예산제(Sectoral budget)를 택하고 있으며, 부문별 예산은 병원부문, 외래부문, 약제비부문, 치료용구부문, 완화요법부문 등으로 나뉘어 책정된다. 예산제는 외래부문부터 도입되어 점차로 예산제가 적용되는 부문이 확대되었다. 부문별 예산이라는 의미는, 각 부문의 예산이 적자나 흑자가 발생했다 하더라도 그 부문 내에서 해결해야 한다는 뜻이다. 만약, 총액예산(Global budget)이 도입되면 흑자부문에서 적자부문으로의 예산지원이 가능할 것이나 아직은 총액예산제가 시행되지 않고 있으며, 1999년에 총액예산제를 도입하려 시도하였으나 의사와 야당의 반대로 도입하지 못하였다.

2. 개업의에 대한 진료비 지불 계약

1) 계약 및 협상

개업의에 대한 진료비 지불은 크게 두 단계를 가지게 된다. 첫단계는 보험자가 보험의협회에게 보험의 외래부문의 진료비 총액을 지급하는 단계로써 보험자는 대개 개별보험의에게 진료비를 지급할 책임이 없다. 진료비 총액은 대체로 '보험가입자당 일정액(인두제와 유사)'에 근거하여 협상되며, 이 일정액은 주별로 상당한 변이가 있다. 이렇게, 보험자가 주단위로 보험의협회에 진료비 총액을 일괄 지불하면, 두 번째 단계로 보험의협회에서 개별 의사에게 통합가치척도(EBM) 및 일정 기준에 근거하여 진료비를 배분한다. 허가된 모든 의료행위는 EBM에 수록되어 있으며, 개별의사가 지불받는 진료행위의 실제 가격은 EBM에 점수당 단가를 곱한 것이다.

보험자단체의 연방차원의 연합회와 보험의의 연방차원의 협회가 총괄계약을 통해, 단가의 가이드라인과 상대가치점수(통합가치척도: EBM)를 계약한다. 점수당 단가에 대해 연방차원의 위원회에서는 지침만 제시하고, 실제로 적용하는 것은 주차원에서 이루어지나 대체로 연방차원의 지침을 따르는 게 일반적이고, 연방차원의 지침 설정에는 협력회의(Concerted action)가 권고하는 가이드라인과 연방법(Federal Law)에 의해 정해지는 가이드라인이 영향을 미친다. 연방차원의 지침에 기준을 두되, 주별로 협상에 의해 점수당 단가(진료비 총액)가 정해지므로 주별로 단가는 약간씩 다르다. 주별로 단가가 정해지면 연방차원에서 정해진 상대가치점수에 곱하여 진료보수 금액

표 11. 총액예산제 도입의 찬반 논쟁.

찬 성	반 대
<ul style="list-style-type: none"> • 의료보험기금을 서비스제공이 이루어진 sector에 직접 지급할 수 있는 효과적인 방법이다. • 지출의 전체적인 수준을 관리할 수 있어 보험료의 안정을 가져올 수 있다. • sector간에 경쟁을 도모할 수 있다(필요요건: 계약의 강제성 폐지). 	<ul style="list-style-type: none"> • 협상의 근거가 다르므로 전체적인 진료비를 통제하기가 어렵다. • 정치적인 의도가 깔려 있다. • 각 sector들이 기금 이전(transfer)으로 손실을 볼 우려가 있다. • 권력의 손실이나 경쟁의 강화를 가져오게 된다. • 정치적인 이해관계에 영향을 받는다.

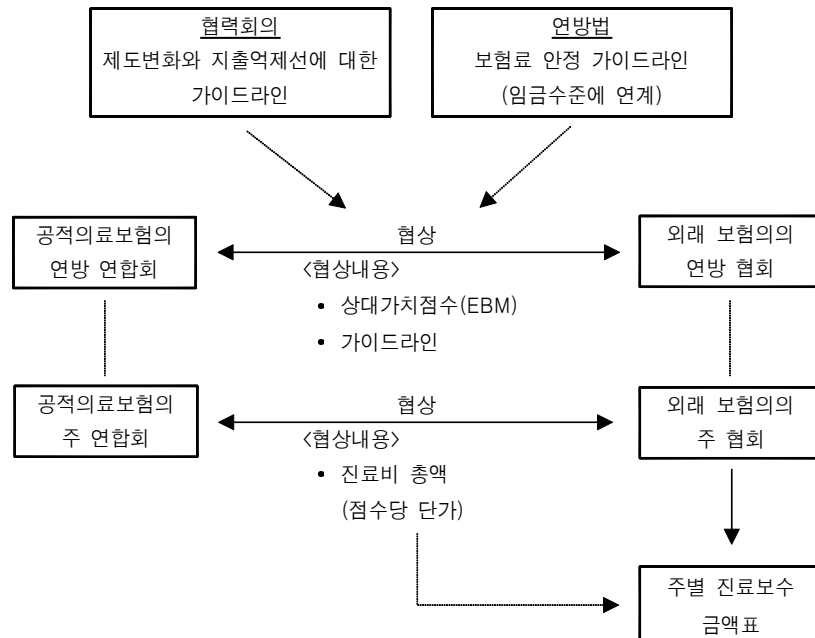


그림 8. 외래의사에 대한 수가 결정 과정.

표 12. 연방차원과 주차원의 협상내용.

연방차원의 협상내용	주차원의 협상내용
• 총괄보수제의 개선	• 진료보수 (접수당 단가), 규정진료량
• 진료구조	• 진료구조
• 보수 규정 (통합가치척도)	• 의약품 및 치료재료의 적정량
• 공적의료보험의 급여 목록	• 개업의 허가(인가) 신청
	• 경제적 치료/처방 방식

표(fee schedule)가 만들어진다.

이상에서 설명한 계약절차 외에도 보험자-공급자 간에 다수의 위원회가 구성되어 있어 다양한 논의들을 진행한다. 보험자와 보험의간에 구성하는 모든 위원회는 보험자와 공급자가 동수로 참여하고, 상대가치점수의 조정(평가위원회)은 물론이고 중재(중재청) 등 많은 영역에서 위원회를 구성하고 있다. 한편, 최근까지 보험자는 보험협회의 총액을 계약하고 개별의사와는 협상하지 않았으나, '보건개혁 2000'

에 의해 보험자가 개별 보험의사와 협상을 체결하는 것이 가능해졌다. 현재는 집단계약과 개별계약이 상존하고 있는 상태로, 아직 개별 계약하는 의사는 그다지 많지 않다.

(1) 총예산(진료비용)의 증가율

- 인구고령화, 현대화, 의료기술의 진보 등으로 급여확대의 필요성이 있음.

- 총예산은 의료의 필요성이 아닌 경제적 소득기준에 의해 증가율을 결정

- 총예산은 진료량 증가율에 기초한 것이 아니라 의료보험 가입자의 소득증가율에 기초하여 연간 증가율을 결정: 경제성장률 및 임금상승률을 상회하여서는 아니된다고 법제화

(2) 총예산(진료비용)의 분배

- 지역 보험계약의사협회에게 배정된 총비용은 개별 보험계약의사의 진료량에 따라 분배

• 보험계약의사는 피보험자에게 제공한 의료제공 서비스의 목록을 진료보수표에 따라 작성하여 계약 의사협회에 제출

• 의사협회는 진료보수표에 따라 점수를 환산하

- 여 총점수와 총예산을 비교하여 보험회사에게 분배
 - 의사들의 제출점수 조정을 위해 의사협회에서 「진료비 분배 기준」을 마련
 - 분배기준(척도): 의사협회 정관으로 규정
 - 행위별, 과목별로 구분
 - 장비 이용 진료점수는 다소 낮게, 상담중심 진료는 다소 높게 설정
 - 분배척도는 그 설정 근거를 반드시 마련: 쟁송시 자료
 - 심사 기준: ① 서식 작성의 정확성 ② 진료보수 예산의 정확성 ③ 신뢰성 ④ 경제성(의학적 필요성)
 - 경제성 부문은 조합연합회도 참여: 비경제적이거나 부적절한 경우에는 진료비를 지급치 아니함(일종의 경제성 평가 개별적용).
 - 보험계약의사는 자신이 진료한 진료의 내용이 연방위원회가 결정한 EBM (단일평가척도)에 포함된 내용이어야만 함.
 - EBM은 자원기준 상대가치척도의 행위별수가제임(행위번호, 내용, 점수로 구성하며, EBM에 없는 것은 비급여).
 - 경제성심사
 - 개별 보험계약의사의 진료가 경제적인가를 심사하여 총예산(진료비용) 분배에 참고
 - 환산지수: 주단위협회에서 결정(구서독과 구동독이 다르며, 인구밀집도 등에 따라서도 다름)
 - 환산지수는 보험계약의사협회별, 진료과목별, 지역별로 차별적임.
 - 환산지수는 전문의보다는 House Doctor (일반내과, GP, 소아과)에게, 그리고 도시지역 의사에게 보다는 농어촌지역 의사에게 높은 점수를 부여
 - 60%가 전문의, 40%가 일반의사인 실정에서 일반의사 진료 후 전문의로 이송되도록 하기 위해 책정(의료비 증가억제를 위한 정치적 고려사항), 이 경우 일반의사의 남진억제를 위해 진료가능행위를 제한함)
 - 총보수의 구분
 - 2000년 법정 의료보험 개혁법안에 따라 총진료비용은 전문의와 House Doctor 간의 총진료비용을 분리하여 분배하도록 하고 있음.
 - 총진료비용 분배의 법적 사항

- 총진료비용 분배는 연방차원의 법적 사항이 아니라 지역 보험계약의사협회의 자체적 사항임.
- 총진료비용 분배에 관한 지역 보험계약의사협회의 사항은 자의적인 것이 아니며 법원의 감독을 받음.

2) 계약불성립시의 중재

중재의 목표는 계약당사자간의 이해를 조정하는 것이며, 원칙적으로 분쟁이 생길 때마다 중재위원회를 구성할 수 있고, 중재결정은 3개월 후에 내려진다. 그 사이에 당사자간 자발적 해결도 가능하다. 보험급여와 관련하여서도 계약이 이루어지지 않을 상황을 예방하기 위해 중재절차를 따를 수 있는데, 독일의 의료보험은 그 급여의 보장을 위해 급여공급과 관련하여 체결되지 않은 경우, 즉 분쟁 시에는 강제적으로 급여공급의 내용이 결정되는 절차를 규정해 놓고 있다. 진료공급에 대한 계약이 전체 혹은 부분적으로 성립이 안 됐을 때는 중재위원회가 그 계약내용을 정하도록 되어 있으며, 중재위원회의 결정까지는 구계약의 규정이 잠정적으로 적용된다. 모든 중재위원회는 보험자와 공급자가 동수로 참여한다. 주중재위원회의 감독은 주의 사회보험을 담당하는 최고관청이 담당하고 연방중재중재위원회의 감독은 연방 노동/사회부 장관이 한다.

3) 진료비 관리 및 배분

보험자로부터 일단 진료비 총액이 지급되면, 이를 개별의사에게 배분하는 것은 보험협회의 책임이다.

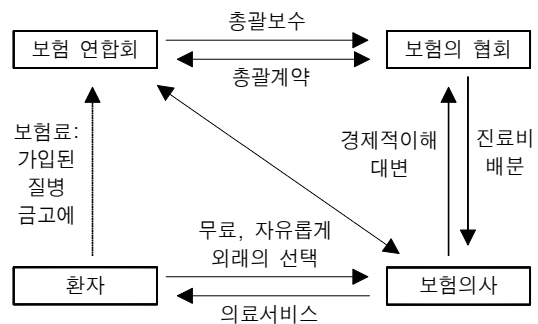


그림 9. 외래부문의 진료비 지급과 배분(점선은 이러한 계약형태가 일반적이지 않음을 의미).

보험의협회는 일종의 의사노조활동과 같은 기능을 하며 보험의협회의 대표가 보험자 대표와 진료 범위 및 진료가격에 대해 협상한다. 보험의협회 내에 자치를 위한 행정/관리 위원회가 다수 있다. 예를 들면, 연방차원에서는 계약협상위원회, 중재위원회, 평가위원회, 의사와 질병금고의 연방위원회 등이 있으며, 주차원에서는 계약협상위원회, 중재위원회, 허가(인가)위원회, 임명 위원회, 심사 위원회, 불평(항고)위원회, 의사와 질병금고의 주위원회 등이 있다.

개업의들은 보험의협회에 의무가입하도록 되어 있으며, 개업의가 아니더라도 의사면허가 있는 사람은 보험의협회에 가입가능하다. 진료보수는 반드시 보험의 협회를 통해서만 지급 가능하고, 개별보험의들이 보험의협회에 진료비를 청구하면, 보험의협회에서 진료내역을 심사하여 지급하게 되며, 진료내역 심사는 보험의협회의 의무이다. 각 주의 보험연합회는, 계약된 진료비 총액을 4씩 나누어 4번에 걸쳐 주 보험의 협회에 지불하고, 주별 보험의협회는 개별 보험의의 진료량에 따라 지급한다. 즉, 진료비 지급 기준은 원칙적으로 행위별 수가제이고, 보험의는 진료내역을 통합가치척도의 항목에 따라 기록하고 보수를 받게 될 보험의협회에 4분기마다 제출하여 진료비를 지급받는다.

개별보험의들에게 진료비를 분배하는 데 있어서의 두 가지 중요한 원칙은 '진료비 총액'과 '상한선'이다. 보험의들이 통합가치척도에 의해 진료비 청구를 하면, 보험의협회에서는 진료비를 지불하기 이전에 전체점수를 합계하여 이를 지불할 수 있는 진료비 총액과 비교하여 점수당 단가를 결정하게 된다. 즉, 진료비 총액이 정해져 있으므로 진료량이 늘어나면 진료행위의 단가가 낮아지게 된다. 따라서, 진료량에 대한 통제가 필요하게 되는데, 이를 위해 환자당 발생시킬 수 있는 총상대가치점수가 제한되어 있고, 이 점수는 전문과별·주별로 다르다. 또한 보험의협회별로 보상분배기준(Renumeration distribution scale)이 존재하여 전문과별·서비스별로 총상대가치점수의 최소치와 최대치를 정하고 있어 전문과 간의 지나친 변이를 조정하고 있다. 진료량의 상한선을 정하기 위해 여러 가지 과정을 거

치며 의사들 내에서 소규모 회의를 거치도록 하고 이를 수렴하고 있으며, 진료과별 상대가치점수의 총점은 피부과 등은 낮고, 내과, 외과 등은 높게 책정되어 있고, 보험의가 민간환자를 진료하는 것에 제한을 두지 않는다.

한편, 허위청구나 과잉진료를 예방하기 위해 보험의의 진료내역을 심사하게 되는데, 전체 보험의의 진료내역을 평가하여 전문과별 평균치보다 많은 서비스를 제공하였거나 병원으로의 의뢰가 많은 보험의의 진료내역을 심사한다. 이 때, 불필요한 진료를 했다고 판정되면 진료보수를 삭감하게 되나 법적인 제재는 없다. 만약, 개별의사가 진료보수삭감을 피하고 싶다면 보험의협회를 대상으로 중증도가 높은 환자가 많다는 등의 의료서비스제공량이 높은 이유를 직접 입증해야 한다.

4) 상대가치점수 조정

상대가치점수의 조정은 바람직한 행위의 점수를 높이고, 바람직하지 않은 행위의 점수를 낮추어 진료가 바람직한 방향으로 일어나도록 하는 데 원칙이 있다. 상대가치점수(통합가치척도)를 변경하기 위해서는 평가위원회의 결정을 거쳐야 하고, 평가위원회는 통합가치척도 목록집 내의 상대가치결정에 책임을 진다. 평가위원회는 보험의와 보험자가 동수(각 7명)로 참여하며 의장은 양측의 대표가 교대로 맡는다. 결정은 모든 구성원의 의견일치에 의해 이루어지는데, 만약 평가기준에 대한 합의가 전혀 혹은 부분적으로 모든 구성원의 의견일치에 의해 이루어지지 않으면 최소한 두 명 이상의 구성원의 요구에 따라 1명의 중립적 의장과 4명의 중립적 위원을 늘린 확장평가위원회를 구성할 수 있다. 중립의장의 지명에는 보험자와 공급자 양측의 의견이 일치해야 하고, 보험자와 공급자 측에서 각각 2명씩의 중립위원을 지명한다. 확장평가위원회는 위원과반수로 협의를 확정한다. 평가위원회는 상대가치점수의 결정 외에 신기술의 급여 여부 및 적응증에 대해서도 결정을 한다.

5) 공급자수 통제

독일에서 활동하는 의사의 수는 지난 25년 동안 계속 증가해왔다. 그러나 평균적인 증가는 1980년대의 평균 증가율이 3%이었던 것에 비하여 1990년대에는 2%로 안정되었다. 1998년에 총의사수는 357,700으

로 그중 287,000명이 활동하였으므로 인구 1000명당 의사수는 3.5명이었다. 의사 중 135,800명(47%)은 병원에서, 124,600명(43%)은 외래에서, 10,500명(4%)은 공공의료·기관이나 조합에서, 16,100명(6%)은 그 밖의 분야에서 종사하였다. 개별의사별로 상대가치점수를 통제한다고 하여도 공급자수가 적절히 통제되지 않으면 진료비 증가를 막기 어렵다. 이에, 독일에서는 지역의 의료필요에 따라 의사의 개원을 제한하고 있으며 이를 수요계획(need-based plan)이라 한다. 수요계획은 보험의사회의 구역을 일정하게 나누고(계획구역), 이 계획구역 안에 현존하는 인구수를 개업의수로 나누어서 '적절한' 의료이용이 일어나고 있는지 판단하고 과잉공급되었다고 생각되는 지역은 개원을 허가하지 않는 것이다. 전문과별로 결정된 지역별 의료인수가 110%를 넘는 경우 공급과잉지역으로 판정이 되어 이 지역에 새로 개업하는 것은 불가능하다. 처음엔 전문의가 모자란 농촌 지역에 의사를 공급하기 위한 의도에서 그렇게 하였으나 1980년대 이후로 초점은 과다공급을 막기 위한 것에 맞추어졌다.

전문과별 의사수주의 계산은 완전한 공식 등에 의해 정해진 것은 아니며, 인구수와 의사수만 고려된다. 즉, 인구집단의 연령별·성별 구성, 이환율, 사회경제적 상태, 지역내 병상 공급 현황 등은 고려되지 않는다. 보험의와 의료보험의 연방위원회에서 수요에 대한 가이드라인을 결정하는데, 지역을 도시특성(대도시 인구밀집지역에서 농촌지역)에 따라 10개 집단으로 구분하고 각 그룹별 의사수를 인구수로 나누어 수요를 결정한다. 이 정의에 기인하여 어떤 전문직의 수요는 지역별로 7.5배까지 차이가 나기도 한다.

3. 병원에 대한 진료비 지불 계약

1) 병원에 적용되는 지불보상의 종류

1996년 이후 독일의 병원부문은 상당한 변화를 겪게 되었는데, 그 이유는 주로 고정예산(fixed budget)의 도입, 외래 수술, 사전지불제(prospective payment)의 도입에 기인한다. 그 이전에는 1972년의 병원재원조달법(Hospital Financing Act)이래로 재원의 이원적 조달과(운용)비용의 완전보상(full cost cover)이 병원재원조달의 중요한 원칙이었다. 이 때, 재원

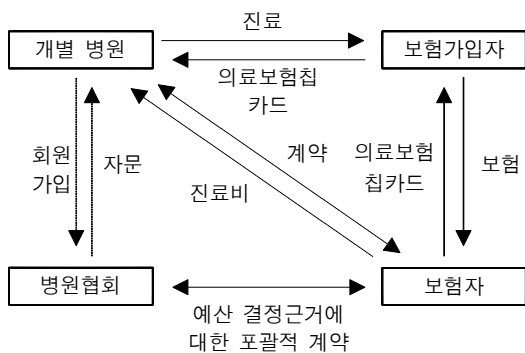
조달이 이원적이라 함은 투자비용(investment cost)과 운용비용(running cost)이 분리되고, 투자비용은 정부가, 운용비용은 보험자가 조달한다는 것을 의미한다. 투자비용을 정부로부터 받기 위해서 각 병원들은 정부의 병원계획 목록에 기재되어 있어야 하는데 이 목록에는 필요한 전문의수, 전문과별 병상수 등이 정해져 있다. 운용비용에는 병원이 고용하는 인력의 인건비가 모두 포함되며, 운용비용은 완전히 보상되었기 때문에 개별 병원의 일당 진료비는 진료가 일어난 후 사후적으로 지불되었다.

1992년에 이르기까지 국가의 비용절감정책은 주로 병원부문밖에서만 이루어졌고, 신생아의 재원기간 제한이나 고가의료기술 도입 시 외래의사의 동의 필요 등 부분적인 규제만 있었다. 1984년 병원구조조정법(Hospital Restructuring Act)에 의해 일당 진료비가 사전에 협상되었으나 실제로는 사후에 가격이 조정되어 결과적으로 완전히 비용을 보상받았다. 보건의료개혁법(Health Care Reform Act)에 의해 병원과 보험자는 의료의 질(Quality assurance)에 관해 계약해야 하게 되었고, 보험자는 병원들과 추가적으로 계약하거나 해지하는 것이 가능해졌다. 보건의료구조법(Health Care Structure Act)은 비용억제측면에서 병원부문에 영향을 준 최초의 법으로써, 1993년 이후 입원부문의 지출도 수입 이하로 규제되었고 비용완전보상원칙은 사라졌다. 또한 병원외래에서의 수술이나 처치가 허락되었으나 이 비용 역시 병원 예산에 포함되었으므로 병원외래에서 서비스를 제공할 유인은 초기에는 크지 않았다. 1996년 건당 포괄수가(Prospective Case-fee)과 특별보수(Procedure fee)가 도입되었는데, 건당 포괄수는 일부 진단명 및 특정기술에 대하여 재원기간에 발생한 모든 비용을 보상하는 형태이고, 특별보수는 일당 진료비 중 일부 고가급여에 대해서 별도로 보상하는 형태이다. 특별보수는 처치에 근거하여 지불되므로, 한 건에 대하여 하나 이상의 특별보수가 있을 수 있다. 1998년 현재 특별보수는 165종류, 건당 포괄수는 84종류가 있다. 건당 포괄수와 특별보수의 점수는 연방보건성(Federal Ministry of Health)이 정하고, 점수당 단가는 주차원에서 협상되는데, 점수가 보건성에 의해 고정되는 경우도 있으며 이 경우에는 점수당 단가

를 IDM으로 하고 있다. 1998년 현재 병원의료비에 서 차지하는 비율은 특별보수가 8%, 건당 포괄수가 가 15%정도이고, 평균적으로 각 병원은 32개의 건당 포괄수와 42개의 특별보수에 해당되는 서비스를 제공한다. 나머지 77%는 진료과목별 요양비 및 기초 요양비 형태로 1인 1일당 정액 형태로 지불되고, 진료과목별 요양비는 진료과목마다 설정된 진료 및 간호에 대한 보수이고, 기초 요양비는 병실료, 식비, 관리비 등 의료와는 직접적으로 관련되지 않는 부문에 대한 보수이다.

2) 병원에 대한 진료비 지불 계약

원칙적으로 병원에 대한 진료비 지불 계약은 개별 병원별로 이루어진다. 이때 개별 병원별로 이루어지는 계약은 주로 일당 진료비(per diem)에 대한 것이며, 특별보수(Procedure fee) 및 1건당 포괄수가(Case-fee)에 대한 계약은 병원협회와 한다. 한편, 독일에서 병원에 대한 예산제는 엄격한 의미에서 예산(budget) 이라기보다 목표(target)이며, 이 목표예산은 의료서비스의 양(건당 포괄지불이나 특별보수로 지불될 건수, 일당 진료비로 지불될 건수)과 일당 진료비 수준에 의해 정해진다. 만약 실제로 병원의 의료비 지출이 이 목표를 넘게 되면 수가를 50~90% 삭감하여 지급하고, 병원의 의료비 지출이 이 목표에 미달하면 차이의 40% (2000년 1월 1일 이후, 1999년에는 50%)를 돌려 받는다.



*개별 병원과 보험자간 계약 내용:
의료서비스의 예산, 가격, 양

그림 10. 보험자와 개별병원과의 계약.

최근의 독일 보건의료 정책

1. 독일 보건의료체계의 최근 세 가지 큰 경향

- (1) 효과의 증대: 1993년부터 병원재정의 변화
 - 기존의 급여별 비용지불에서 ‘특별수당’, ‘일당정액’ 및 총지출의 약 20%를 차지하는 보정(위험도 및 복잡성)이 없는 초기 DRG형태의 ‘포괄수가’로 전환
 - 2003년 1월 1일부터는 정신과를 제외한 병원의 모든 진료를 호주 DRG를 수정한 G-DRG로 전환(DRG 범주 800항목예상)

(2) 환자중심

(3) 결과의 관점: 결과의 일상적 및 궁극적 효과를 구분하여 병원진료의 효율성을 추구

- efficacy: 결과의 궁극적인 효과를 중시
- efficiency: 결과의 일상적인 효과를 중시
- 병원재정의 효과 증대, 환자 중심적 병원운영 및 결과의 효율성 중시라는 세 가지 경향은 병원진료의 질을 향상시키고자 하는 노력과 결합되면서 Quality Management를 체계화하고 있음.

2. 독일 보건의료체계의 구조변화

1) 포괄수가법

- 1993년부터 병원진료의 일부에 대하여 위험도 및 복잡성을 조정하지 않은 DRG의 초기 형태인 포괄수가제를 적용하고 있음.
- 2003년부터는 병원의 모든 진료에 대하여 Australian Refined DRG를 적용한 German DRG를 적용할 예정

- 800개 정도의 범주로 입원부문부터 시작
- DRG가 완비될수록 병원의 지불예산이 감소예상

2) 일반의 대한 우대정책

의사수의 증가가 1980년대에 주요한 지출증가 요인으로 판정되자, 질병금고는 의과대학생수를 감축시켜 배출되는 의사수를 엄격히 제한할 것과 법정 의료보험이 적용되는 의사수에도 엄격한 제한을 둘 것을 의사협회에 요구하였다. 이러한 조치는 일반의를 거치지 않고 바로 전문의를 찾아가 상담하는 환자수가 증가하고 있는 상황에 기인하기도 하였다. 평균적인 상담 비용이 일반의보다는 전문의에서 상당히 비

쌌기 때문에, 일반의로 하여금 보다 효과적이고 강제적인 '주치의 기능(gatekeeper function)'을 하게 만들어 환자의 접근성에 제한을 가하기 위한 다양한 정책들이 논의되었다.

1995년 이후 단일가치척도에 대한 전면적인 개정 작업이 이루어졌고 이 개정작업에서, 흔하게 사용되면서도 각각 별도로 보상이 이루어졌던 상담, 일반 신체 검진, 처방 등의 항목들을 한데 묶어, '통합적 진찰료(joint contact fee)'로 대체하고 전문과목별로 다른 점수를 부여하게 되었다. 또한, 의료기술의 이윤을 낮추기 위한 개정작업이 수행되어, 연간 시행횟수가 일정횟수를 넘는 경우 시행횟수 증가에 따라 감소하게 되는 투자비용을 고려하여 상대가치점수를 낮게 보상할 수 있게 되었다. 다른 한편으로 정부는 1994년 선거 직전, 일반의에 대한 보충적 수가보상을 증가시키기 위해 600만 마르크의 예산을 증대하여 의사들의 불만을 완화시키고자 하였다. 그러나 이러한 시도는 사회민주당이 집권당이 되면서 중단되었다(Maus, 1994). 현재 일반의에 대한 상대가치점수에 대한 환산지수가 다르게 적용되고 있다. 일반의는 점당 7페니히 전문의는 점당 3페니히가 적용되고 대신 전문의만이 할 수 있는 진료행위가 별도로 규정되어 있다. 또한 일반의만의 별도 총액을 추진하려 하고 있다.

3. 총액 예산제의 확대

보건의료구조법의 또다른 중요한 특징은 외래부문과 관련된 거의 모든 보건의료부문에 대해 총액예산 도입했다는 데 있다. 의사의 처방량을 통제하기 위해 약제비 상한제가 도입되었고, 약제비가 이 상한을 초과하게 되면 지역의사협회가 초과비용에 대한 책임을 졌다. 또한 비의사인력에 의한 간호와 의료용구에 있어서 역시 지출상한제가 도입되었다.

(1) 의약품 예산의 결정

- 의약품예산은 지역 보험계약의사협회의 소속 보험 계약의사가 연간 처방할 수 있는 의약품 처방의 총액
- 의약품예산의 결정: 주(州) 질병금고연합회와 지역 보험계약의사협회가 계약
- 연간 의약품 급여비용 한도는 기본원칙이 법률로 정해져 있음.

(2) 의약품 예산의 준수

- 의약품 예산을 계약한 질병금고들과 지역 보험 계약의사협회는 소속 보험계약의사들이 전체적으로 의약품예산 총액을 준수할 수 있도록 감시, 감독 및 상담을 제공

- 기준값: 기준값은 각 진료과목별로 한 명의 환자 진료당 처방가능한 의약품의 양

(3) 의약품예산 초과 시 벌칙

- 집단상환: 지역 보험계약의사협회가 전체적으로 의약품 예산을 초과한 경우 초과액수만큼 다음 년도의 총보수를 삭감함.

- 개별상환: 지역 보험계약의사협회는 삭감당한 총 보수의 금액을 기준값을 초과한 개별 보험계약의 사에게 진료비 분배에서 삭감

- 집단상환의 폐지와 개별상환의 강화

· 2000년 법정 의료보험 개혁법에서 논란이 되는 집단상환은 폐지

· 대신 개별상환을 실시할 것이며 이를 위해 기준 값을 강화할 것임.

1) 약제비에 관련된 정책

약제비의 기하급수적인 증가에 대한 최초의 비용 억제조치가 1989년 보건의료개혁법(Health Care Reform Act)에서 도입되었으며, 1993년 보건의료구조법(Health Care Structure Act)을 통해 약제비 지출 상한제를 포함한 보다 강력한 억제책이 도입되었다.

약제비 지출이 보건의료지출에 미치는 영향을 감소시키기 위한 첫 시도로 의약품 기준가격(reference price, 참조가격이라고도 함)에 대한 가이드라인을 개발하였고, 1989년 보건의료개혁법(Health Care Reform Act)에서는 급여 제외 의약품 목록(negative list)을 도입하였다. 보건의료개혁법은 사회법령집 제5장의 도입과 함께 법정의료보험에 관련된 모든 규제조치를 개정하였는데, 사회법령집 제5장 35절에서는 질병금고와 의사들의 조합조직 간의 협상을 통해 기준가격을 설정하도록 정하고 있으며, 기준가격의 기본 취지는 질병금고를 통해 상환될 수 있는 비용의 상한을 정하는 데 있었다.

기준가격은 3단계로 정의되었는데, 첫 번째는 동일 성분 의약품(drugs containing the same substance), 다음은 유사성분의 의약품(drugs with similar sub-

stances), 마지막은 비슷한 효능을 가진 의약품(drugs with comparable efficacy) 등이었다. 이전에 기준가격 이상이었던 의약품은 가격이 낮아졌기 때문에 이 규제에 의해 기준가격 적용을 받는 의약품의 가격은 감소하였다. 그러나, 제약회사는 기준가격 적용을 받지 않는 약품 가격을 평균 이상으로 상승시킴으로써 이 손실을 만회하였고, 결과적으로 전체 비용에 대한 효과는 매우 미미하였다(Klauber, 1994).

환자 입장에서 기준가격의 효과는 두 가지 측면으로 나타났다. 일반적으로 기준가격 이하로 가격이 정해진 의약품의 경우(1992년까지) 본인부담이 없었고, 만약 보험가입자가 그보다 더 비싼 의약품 사용을 원하면 그 차액을 모두 본인 부담해야 했다. 기준가격이 적용되지 않는 의약품을 처방받는 경우, 환자는 의약품 한 포장(package)당 3마르크-이전에는 2마르크-를 지불해야 했다. 이 새로운 규제조치는 본인부담을 1/3 정도까지 증가시켰으나 기준가격 적용을 받는 의약품 수가 증가함으로써, 1992년에는 본인부담이 1988년 수준까지 낮아졌다. 기준가격 적용을 받는 의약품의 비중은 1990년에는 전체 의약품의 10%에 불과했으나, 1992년에는 거의 30%까지 증가하였고 1993년에는 40%정도가 되었다.

의약품에 대한 이러한 새로운 비용분담 방식은, 전반적으로 본인부담을 높이는 결과를 가져온 보건의료개혁법하의 본인부담 재설계의 일부였다. 본인부담 재설계를 통해 의치의 본인부담을 40%에서 50%로 높였고(사회법령집 제5장 30절), 물리치료 등 비의사인력에 의한 의료행위에 대해서는 10%의 본인부담(사회법령집 제5장 32절), 구급차에 의한 이송 1회당 20마르크 본인부담(사회법령집 제5장 60절), 입원 14일까지 재원 1일당 5마르크의 본인부담(사회법령집 제5장 39절) 등을 규정하였다. 의치와 입원치료에 대한 본인부담을 제외하고 질병금고의 의무가입자에 대한 본인부담은 부양가족수에 따라 1년에 총수입의 2%를 넘지 못하도록 제한되었다(사회법령집 제5장 62절). 의무가입자들보다 높은 수입을 가진 자발적 가입자들의 경우 이 제한은 4%로 높아졌다. 매우 낮은 소득층의 경우 환자들은 모든 본인부담에서 완전히 면제되었다.

사회법령집 제5장 34절을 통해, 질병금고에 의해

보상되지 않는 의약품을 등재한 '급여 제외 의약품 목록'은 법적인 강제 사항이 되었다. 연방 보건부에 의한 법령이 1991년에 마침내 도입되었고 여기에는 일반감기나 변비 등에 사용하는 약물이 포함되었다. 최초의 목록은 6,700개의 의약품을 포함했는데 이들 중 4,000개는 시장에서 사라졌던 것이었고, 나머지 2,700개는 질병금고 약제비 지출의 1.5%를 차지하고 있었던 것들이었다.

보건의료개혁법에 의해 도입된 새로운 항목은, 환수조치를 당할 정도로 평균을 초과하여 지출하는 의사에 대해 책임을 강화한 것이었다. 1989년 이전에는 특정의사의 진료행태가 그 의사가 속한 전문과목의 평균치를 상당히 벗어난 의사에 한해서 정당성을 입증하도록 하였다. 진료행태는 특정 진단 혹은 치료 행위, 전문의나 병원에 대한 의뢰, 처방 패턴, 질병금고, 진단서 발행 등에 대한 것을 포함하였다. 의사들이 평균적인 진료행태로 수렴하는 것을 방지하기 위해 분기별로 모든 의사의 2%를 임의로 추출하여 평가과정에 추가하였다(사회법령집 제5장 106절). 이러한 두 가지 조치를 통해, 연간 전체 의사의 2%가 불이익을 받았다.

그러나, 보건의료개혁법에 의해 도입된 이 조치는 실질적으로 약제비 예산을 정했던 것은 아니었다. 약제비 예산은 1993년 보건의료구조법에 의해 도입되었는데, 이는 한편으로 전통적인 원리였던 조합주의와 연방주의적 원리를 그 어느 때보다도 심하게 훼손하였고, 다른 한편으로는 규제가 작동하도록 하기 위해 이러한 구조, 특히 의사협회를 이용하였다.

2) 약제와 관련된 정책의 결과

이상의 3가지 비용억제책, 즉, 약가 인하, 새로운 본인부담제, 약제비 지출 상한제 등이 시행 첫해에 가져온 효과는, 법정의료보험에서 지출되는 외래부문 약제비를 18.8% 절감한 것이었다. 이를 금액으로 환산하면 법정의료보험이 1992년의 지출에서 51억 마르크를 절감했음을 의미한다. 이 절감액 중 약 10억 마르크는 약가 인하(평균 3.9% 인하)에 기인한다. 또 나머지 중 약 8억 마르크는 새로운 본인부담제 시행에 기인하는데, 이는 시장이 작아졌음에도 불구하고 환자 직접 지출이 총액 기준으로 66.7%가 증가하였다는 것을 의미한다. 처방약품에 대한 지출 중

에서 본인부담이 차지하는 비중은 1992년 4%에서 1993년에는 7.8%가 되었다. 이는 다시 말하면 전체 절감분의 60% 정도만이 의사의 처방행태변화에 기인하였다는 것이다.

의사에 의한 처방건수는 10.4% 감소하였고, 1993년의 처방당 평균가격은 1992년에 비해 4.6% 낮아졌다. 이러한 감소의 대부분은 앞서 언급한 3.9%의 약가 인하에 기인하였고, 나머지는 처방약품들의 구성 변화에 기인하였다(Selke, 1994). 이 구성 변화는 약품의 대체, 처방 종류의 변화, 동일 약품에 대한 처방량의 변화 등을 포함한다. 처방 약품의 구성 변화는 처음에는 부정적인 영향을 가져왔는데 이는 오리지널 의약품(original product) 대신 일반명 의약품(generic product)의 처방이 크게 증가하였기 때문이다. 1992년에서 1993년 사이에 일반명 의약품의 시장점유율은 수량 기준으로 30.8%에서 35.8%로 증가하였고 금액 기준으로는 24.9%에서 28.5%로 증가하였다(Klauber, 1994).

앞서 언급한 환자 본인부담의 증가에서 OTC 약품 판매증가에 따른 추가지출은 포함되지 않는다. 독일에서 'negative list'에 등재되어 있는 극소수의 약품을 제외한 거의 모든 약품은 의사에 의해 처방되어 법정의료보험에 의해 지불될 수 있고, 여기에는 OTC 약품도 포함된다. 1992년에 이러한 약품은 모든 처방건의 37.4%를 차지하였고 법정의료보험에서 지출되는 약제비의 25.3%를 차지하였다. 1992년에서 1993년 사이에(잠재적인) OTC 약품에 대한 처방은 건수 기준으로 약 17%, 금액 기준으로 23.5% (약 16억) 줄어들었는데, 이는 OTC 약품에 대한 시장점유율이 건수 기준 및 금액 기준으로 각각 37.5% 및 22.5% 감소하였기 때문이다(반면, 처방의무약품에 대한 처방은 건수 기준으로 6%, 금액 기준으로 11.4%만이 감소하였다). OTC 약품의 처방감소액 16억의 약 40%는, 이러한 약품을 환자가 직접 구매하게 됨으로써 환자에게 이전되었으며, 보험자로부터 환자에게로 비용이 전가되는 결과를 가져 왔다. OTC 약품 시장에서 일어난 이러한 뜻하지 않은 경향으로 인해, 처음에는 환자에 의해 직접적으로 구매되는 약품

이 처방약품보다 더 많은 변화를 겪었다.

또한, 처방약품수와 약품의 1일 사용량의 변화는 약물군별로 상당히 달랐는데, 1일 사용량에 있어 증가가 가장 많았던 약물은 14.6%가 증가하였고 감소가 가장 많았던 약물은 51.7%가 감소하였다. 대체로 효과가 증명되지 않았거나 논란의 여지가 있는 약물들이, 효과가 증명되고 논란의 여지가 없는 약물들에 비해 평균 2배 감소하였다. 전자의 그룹에서 흔히 거론되는 약들은 정맥혈관계의 문제에 대해 처방되는 약물인데, 이 약물에는 혈액순환을 증진시키는 약, 혈액 내 지질 수준을 낮추는 약, 미네랄이 포함된 약, 항저혈압약 및 비타민 등이 포함되었다. 반면 스테로이드, 항당뇨약, 베타 차단제, 아세틸콜린 차단제, 부신피질호르몬 등은 약제비 지출 상한제 실시에도 불구하고 더 자주 처방되었다.

많은 정책결정자들과 질병금고 관리자들의 관점에서 볼 때, 이러한 경향은 의사들의 합리적 행태의 증거였고 또 한편으로는 처방의 질에 어떠한 감소도 없다는 것을 의미하는 것이었다. 그러나, 효과가 증명되지 않거나 논란의 여지가 있는 약물들의 다수는 OTC 약품으로써 사용가능했고, 이로 인해 앞에서 언급되었던 것처럼 시장점유율이 급격히 상승하였다는 것을 고려에 넣어야 한다. 즉, 이는 환자들이 자발적으로 약품을 바꾸지는 않았으나, 더 이상 이전처럼 환자들이 요구하는 대로 관대하게 처방할 수 없었던 의사들에 의해, 약품을 바꾸도록 요청되었다는 증거이다(Glaeske, 1993).

참 고 문 헌

1. 국민건강보험공단. 외국의 건강보험제도 비교조사. 2000.
2. 국민건강보험공단. 건강보험동향. 2001.
3. 서울대보건대학원. 비교의료제도론. 2001.
4. European Observatory on Health Care Systems. Health Care System in Transition, Germany. 2000
5. OECD. OECD Health Data. 2000.
6. WHO Regional Office for Europe. Highlights on Health in Germany. 1999.