



주요국의 건강보험제도

- 독일 -

| 태윤희 · 이호용 · 정서현 |

2017. 12.

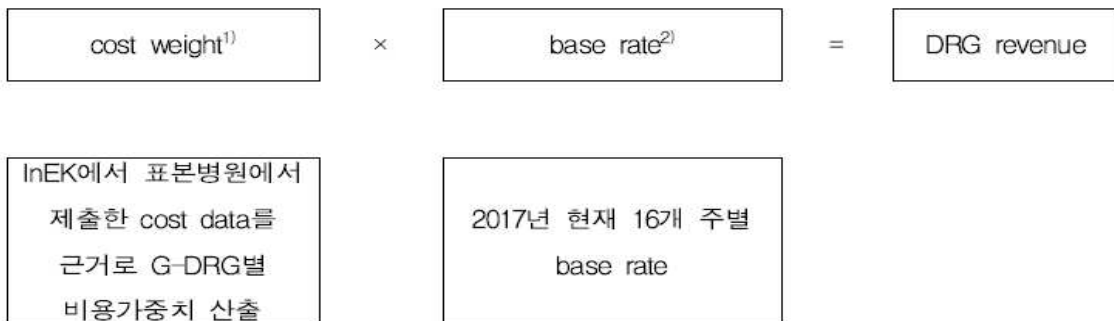
h·well
국민건강보험
건강보험정책연구원



○ 진료비 지불체계

□ 개요

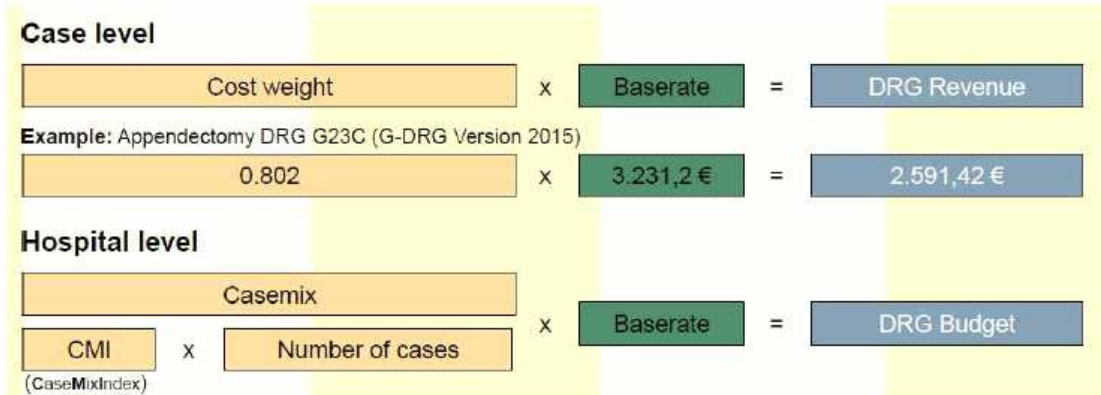
- 독일은 1993년부터 부문별 총액관리제(Sectoral Budgeting System)를 도입하여 시행해오고 있음
 - 부문별 총액관리제(Sectoral Budgeting)는 보건의료 전체를 포괄하는 총액을 미리 정하는 것이 아니라 주요 진료부문별로 각각 총액이 설정되는 방식임
 - 전체 부문 총괄금액이 먼저 정해지면 흑자부문에서 적자부문으로 지원이 가능하지만, 부문별 방식에서는 적자나 흑자를 해당 부문에서 해결해야 함
 - 즉, 각 부문 재정상황이 타 부문의 영향을 받지 않으며, 지출 초과 시 타 부문 총액을 전용하는 것이 불가능함
- 독일의 부문별 총액관리제는 시기별로 약제, 입원, 외래부문이 각각 상이한 형태로 운영되었으며, 운영 형태와 지불제도는 다음과 같음
 - 입원부문과 외래부문의 경우 1989년부터 공급자와 건강보험조합 간 협상에 기반한 부문별 진료비를 결정하기 시작했음
 - (입원부문) G-DRG를 이용한 의료비 지불
 - 병원 보수지불은 G-DRG(포괄수가)¹⁾로 지불되며, DRG 상환은 포괄수가와 기본율(base rate)의 곱으로 지불되며, G-DRG의 포괄수가 기준은 병원 보수체계연구소(InEK)에서 결정하고 있음²⁾



1) G-DRG 도입배경은 지출에 대한 책정과, 장기재원을 하려는 동기를 방지하고, 병원서비스를 비교하고 벤치마킹하여 서비스 제공자(병의원)간 경쟁을 유도하기 위해 도입되었음

2) 독일 사회법전 제5편 제64조b

[DRG remuneration, nationwide]



주 1) cost weight=해당 DRG 비용/전체 평균 비용

2) 병원의 지불수준을 결정하는 기본율(base rate)은 InEK³⁾에서 산출하는 국가단위 기본율(National base rate)을 기준으로 각 주별로 ±2.5%범위 내에서 결정

자료 : 환자별 원가 표준매뉴얼 개발 및 원가기반 지불보상체계 운영을 위한 국외(독일)출장 보고서, 국민건강보험공단, 2017

- 기본율(base rate)는 주별 건강보험조합과 병원협회 간 협상으로 결정되는데, 기본율(base rate)는 병원별 차이가 있으며 조정계수의 기능임. 이전의 병원 총액예산제를 실시하던 시기에 병원별 예산이 책정되어 각 병원간 수가 차이가 존재하고 있었으나, G-DRG 도입으로 표준화된 기준으로 지불하되 병원간 수가 차이를 조정하기 위한 목적임⁴⁾
- 2004년부터 정신과치료와 특수병동을 제외한 병원 입원부문 전체에 적용
- ※ 2003년 시범사업시 802개 질병군, 2005년 878개 질병군 적용, 2017년 현재 1255개 질병군 적용
- 약 1,750개 병원 (95% 이상)이 DRGs 사용
- (외래부문) 총액계약 범위 내에서 행위별 수가제에 근거하여 지불
 - (1단계) 연방차원에서 연방건강보험조합연합과 연방보험계약의사협회 간 수가체계, 상대가치, 급여범위, 단가에 관한 전체 지침을 협상
 - (2단계) 주 건강보험조합연합회와 주 보험의사협회 간 부문별 진료비 총액, 진료량, 의약품 및 치료재료의 적정량, 질 관리 등 협상. 해당 지역의 의료이용,

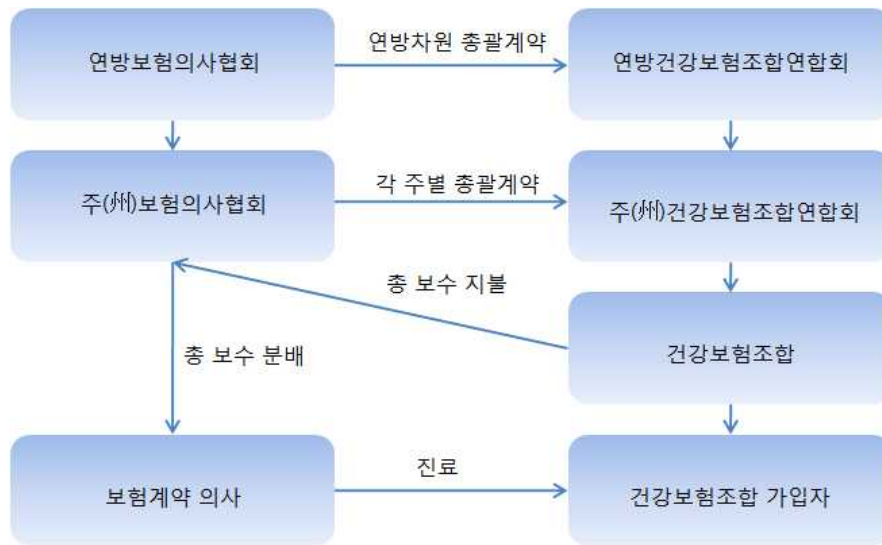
3) 병원보수체계연구소(InEK)는 2001년 연방건강보험조합연합회, 민간건강보험연합회, 독일병원협회가 공동으로 투자하여 설립한 자치기구임

4) 독일의 주요 지불방식이었던 총액예산제가 없어졌으나 잔재가 남아 있고, G-DRG를 통해 병원 총 예산의 60-70%가 지불되고 있으나 이 비율은 점차 확대될 계획임

경제수준, 인구 특성 등을 반영하여 실질적 주 단위 지불액을 결정하며, 실제 제공하는 서비스의 상대가치 총점이 다르므로 상대가치 1점당 단가는 주별로 차이가 있음

- (결렬시) 주 건강보험조합연합회와 주 보험의사협회 간 계약이 성사되지 못할 경우 중재위원회(Shiedsamt)를 통해 최종적으로 조정. 중재위원회는 3개월 이내에 구성원 다수결로 계약의 내용을 확정하며, 중재위원회 결정 때까지 임시로 기존 계약의 규정을 계속 적용
- 각 주의 보험의사협회는 할당된 진료비 예산총액 범위 내에서 개별의사에게 상대가치에 따른 행위별수가(FFS)로 지불하고 있음
- 상대가치는 상대가치위원회(Bewertungsausschuss)에서 결정되며, 동 위원회는 연방건강보험조합연합회 대표 3명, 연방보험의사협회 대표 3명으로 구성되어 연방건강보험조합연합회 내에 설치되어 있음
- ※ 상대가치는 상대가치위원회(Bewertungsausschuss)에서 결정되며, 동 위원회는 연방건강보험조합연합회 대표 3명, 연방보험의사협회 대표 3명으로 구성되어 연방건강보험조합연합회 내에 설치되어 있음⁵⁾
- ※ 주 건강보험조합연합회와 주 보험의사협회 간 부문별 진료비 총액, 진료량, 의약품 및 치료재료의 적정량, 보험의 인·허가 방식, 질 관리 등의 내용을 협상하며, 실질적으로 주 단위 지불액이 결정
- 연방건강보험조합연합회는 각 주(州) 별로 피보험자의 수와 이환 구조에 따른 수요를 반영하여, 부문별 진료비 총액을 주 보험의사협회에 분기별로 지급
- 주 보험의사협회는 개별 개원의에게 총액예산범위 내에서 진료보수점수표에 따라 행위별수가제에 근거하여 매월 진료비를 배분
- 개별 개원의사는 진료비를 받기 위해 자신이 제공한 서비스의 상대가치점수 총계를 매 분기마다 개원의사협회에 제시해야 하며, 의협은 개별 보험의가 청구한 진료비 내역을 점검
- 주 의협은 모든 개원의의 상대가치점수를 취합하여, 부문 진료비 총액을 취합한 상대가치총점으로 나누어 상대가치점수 당 단가를 산출. 이렇게 산출된 점수 당 단가와 개별 의사의 상대가치 총점을 곱해서 개별 개원의가 지급받는 진료비 결정

5) 독일 사회법전 제5편 제87조(연방기본계약, 단일평가기준, 연방단일의 기준치)



[그림 3-11] 독일 진료비 지불체계

- (약제부문) 의사 개별 처방약제비 총액관리방식

- 약제부문은 1993년부터 지출상한방식(spending caps)이 도입되어 정부가 본격적으로 진료비를 통제하기 시작하였으며, 2002년부터 의사 개별 처방 약제비 총액관리방식이 활용되고 있음

□ 입원 부문

가. 지불보상체계 개혁 과정 및 내용

○ 병원구조조정법(Hospital Restructuring Act, 1984)

- 1972년에 제정된 병원재정법에 따라 병원의 운영비용은 일당 정액(per diem) 방식으로 지급되었으며, 각 병원별로 사후에 전액을 보상받았음
- 이로 인해 진료비용이 과다하게 지출되자 1985년에는 전액보상방식의 전통을 고려한 사전지불예산제(prospective budgeting system)를 도입했음
- 일당 비용(per diem)에 대한 병원과 건강보험조합 간 협상방식을 채택하여 초과비용에 대한 보상을 더 이상 인정하지 않도록 하였으나, 사후에 실제 이용률을 고려하여 가격을 조정할 수 있도록 함으로써 사실상 비용전체를 보상받을 수 있었음

- 실질 입원일수와 예상 입원일수의 차이에 따른 손해나 이익을 건강보험조합이 병원에 일부 보상해주었으므로 목표예산(target budgeting)에 가까웠음

○ 보건의료구조법(Health Care Structure Act, 1993)

- 보건의료구조법은 병원재정 개혁을 위해 향후 시행된 단계적 계획을 포함한 법안임
- 비용절감 정책을 목표로 한 강력한 비용억제정책으로 1993년부터 1995년까지 정부가 명시한 예산 증가액을 협상과정에서 강제하여 비용 증가율을 엄격히 통제했음
- 병원의 손실에 대해서도 아무런 보상을 해주지 않는 고정예산(fixed budgeting) 방식을 한시적으로 도입하여 기존 병원 운영비용 부문의 '전액보상 원칙(full cost cover principle)'은 폐기되었음

○ 혼합지불방식(1996~2002년)

- 1996년부터 다시 지출목표제 방식으로 전환하였고 병원별로 정해진 총액 내에서 세부 지불은 혼합(mix)지불방식, 즉 건당 포괄수가, 특별보수, 수진과목별 일당 정액 요양비 및 기초 요양비를 혼합한 방식을 운용하였음
- 각 방식의 개념과 세부 내용은 다음과 같음
 - 건당 포괄수가 : 난이도를 조정하지 않은 초기 단계의 DRG
 - 특별 보수 : 의학적·기술적으로 난이도가 높고 진료비가 고가인 수술(장기 이식, 심장수술 등)
- ※ 건당 진료비와 특별보수는 연방차원의 병원협회와 건강보험조합연합회가 계약을 체결
- 일당 정액 : 병상점유율, 내원일수 등을 기초로 1일 정액을 산정하고, 개별 병원과 주 건강보험조합이 계약을 체결

○ 공적건강보험개혁법(Statutory Health Insurance Reform Act, 2000)

- G-DRG체계가 시작되었음

○ G-DRG(2003년~)

- 이전 단계 혼합지불방식을 적용할 때 그 구성 비율은 사실상 일당정액제가 대부분을 차지하였음
- ※ 1998년 기준으로 특별보수는 8%, 건당 포괄수는 15%, 나머지 77%는 일당정액에 의한 총액이었음

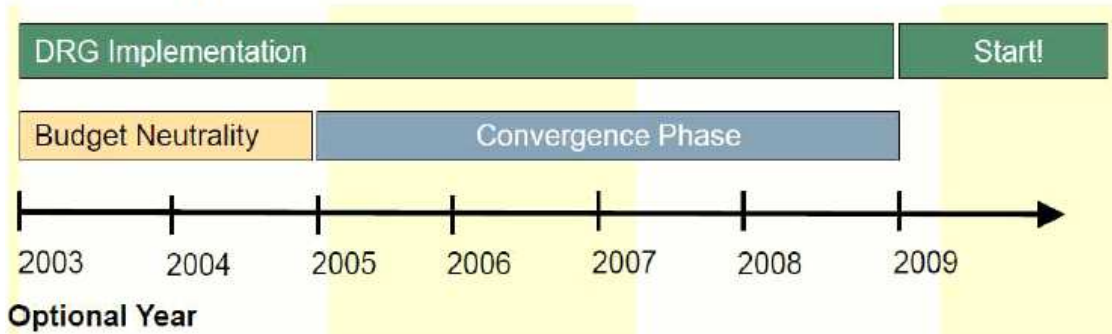
- ※ 이런 방식은 입원일수를 늘리려는 인센티브가 작용했고 무엇보다 진료내용과 실적을 반영한 투명한 비용산출과 그에 따른 총액결정이 당시 상황으로서는 불가능했던 문제가 있음
- 2002년 이전에는 내원일수에 따라 급여가 보상되었으나, 2002년부터 건당 포괄 수가제를 도입하게 되어 예산을 책정하는데 급여내용, 즉 서비스 내역의 숫자와 가격이 영향을 미치게 되었음
- 성과(performance)에 따른 급여지불을 통한 효율성 증대, 입원진료의 내·외적 질 비교 및 경쟁체제 확립을 통한 의료서비스 질 향상, 병원운영의 투명성과 조직구조 개선을 위해 호주 DRG를 근간으로 독일의 상황에 맞게 변형시킨 G-DRG를 개발하여 2003년부터 정신과치료와 특수병동을 제외한 병원 입원부문 전체에 적용하였음
- ※ 호주의 경우, 독일과 건강보험제도 운영방식이 유사하고 질병 중증정도가 구분되었으며 제도모방에 따른 비용을 1회만 지불하면 되었기 때문에 가장 적합한 모델로 선택되었음
- 독일에서 DRG를 전면적으로 시행하기 이전에, 제도를 둘러싼 이해당사자 간 합의를 도출하는 과정에 많은 논의와 시간이 소요되었는데, 이는 독일에서는 개혁 법안이 제출되면 상당한 시간이 소요되더라도 관련 이해당사자간에 충분한 토론과 소통을 통해 합의점을 도출하여 제도를 시행하려는 전통에 기반한 것이라 볼 수 있음
- 정부의 제도 도입 및 시행에 대한 강력한 의지 표명 후, 시범사업을 통해 문제점을 검토하고 관련 당사자들의 의견을 수렴하는 과정을 충분히 거쳐 2003년 시행 이전에 이미 제도 도입에 대한 합의에 도달하였음
- 모든 의료공급자들에게는 일반적으로 이익 추구를 극대화하려는 경향이 존재하나, 독일 병원협회는 무한경쟁을 통해 의료비 지출을 계속해서 상승 시킬 수는 없는 상황에 대해 의견을 공유하고, 정부가 국가 차원에서 총지출 증가를 관리하려는 노력에 동의하였음
- 의협 또한 재정투명성과 효율성을 제고하려는 강력한 의지가 있었기 때문에 병원 협회는 제도 도입에 대해 찬성하였음

◆ G-DRG 도입 과정

- 1단계 '준비기간(phase-of preparation)'(2000~2002년)
- ※ 호주 AR-DRG를 독일 병원환경에 맞추는 과정으로 ICD-9-CM에 근거한 호주 처치코드와 ICD-10-WHO 진단 코드를 독일 처치분류코드인 German procedure classification codes(OPS)와 독일 의무기록 및 정보 연구소(German Institute for Medical Document and Information, DIMDI)에서 ICD-10-GM(독일변환)으로 수정
- 상대비용 가중치(cost weight)를 산출하기 위한 원가회계 시스템을 개발(InEK)
- 2단계 '예산중립단계(Budget-Neutral Phase)'(2003~2004년)
- DRG 도입, 병원은 기존에 협상된 예산을 그대로 적용을 받음
- 1단계와 차이점이 있다면, 상환단위가 더 이상 일당정액이 아니라 질병군을 따른다는 것임
- 3단계 '수렴(Convergence) 단계'(2005~2010년)
- 개별병원의 기준율(Base rate)을 주 단위의 기본율(Base rate)으로 수렴
- 4단계 주단위 기본율을 국가단위 기본율 근접(2010년 이후)
- 2010년 이후 InEK에서 국가단위의 기본율(National base rate)을 산출
- ※ InEK에서 산출하는 국가단위 기본율은 주별 기본율 범위를 결정하는 기준선일 뿐, 실제 지불수준을 결정하는 각 병원의 기본율(base rate)은 주별로 결정됨 ... 16개 주의 기본율(base rate) 있음(2017년 기준)
- 주단위 기본율(State wide base rate)이 국가단위의 1.25% 이하, 2.5%이상에 근접하도록 함

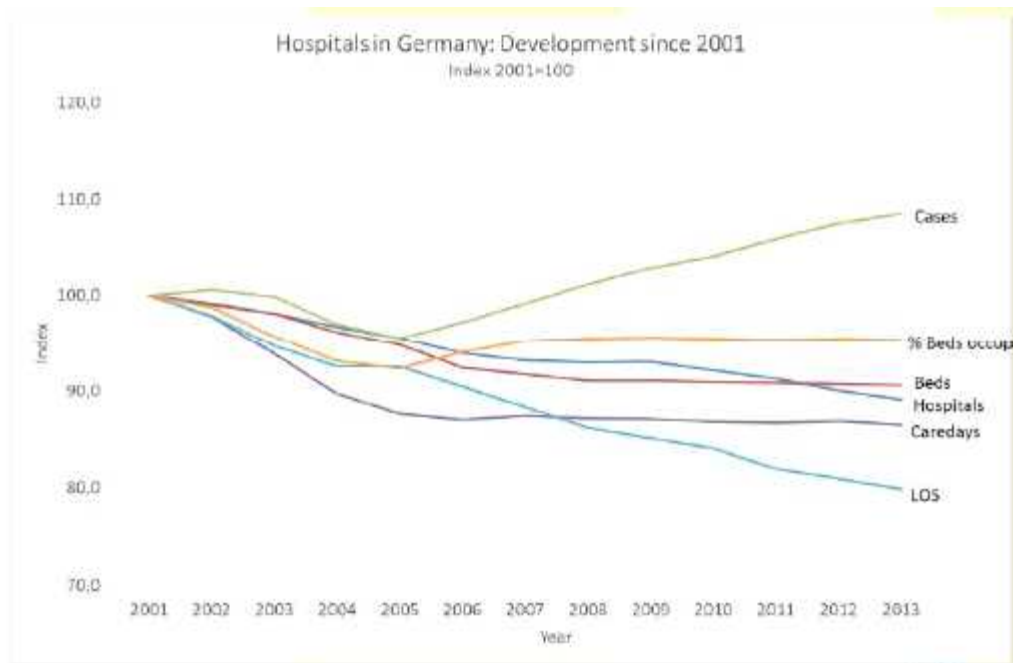
자료 : 환자별 원가 표준매뉴얼 개발 및 원가기반 지불보상체계 운영을 위한 국외(독일)출장 보고서, 국민건강보험공단, 2017

[Schedule for implementation of DRG]



자료 : 환자별 원가 표준매뉴얼 개발 및 원가기반 지불보상체계 운영을 위한 국외(독일)출장 보고서, 국민건강보험공단, 2017

- G-DRG 도입 후 현재 진료 건수가 증가하였는데, 특히 무릎, 허리수술 건수가 증가하였음
- DRG 건수가 병원의 수익증대를 위해 늘린 것인지, 실제로 건수가 증가한 것인지에 대해서는 현재 연구 진행 중임

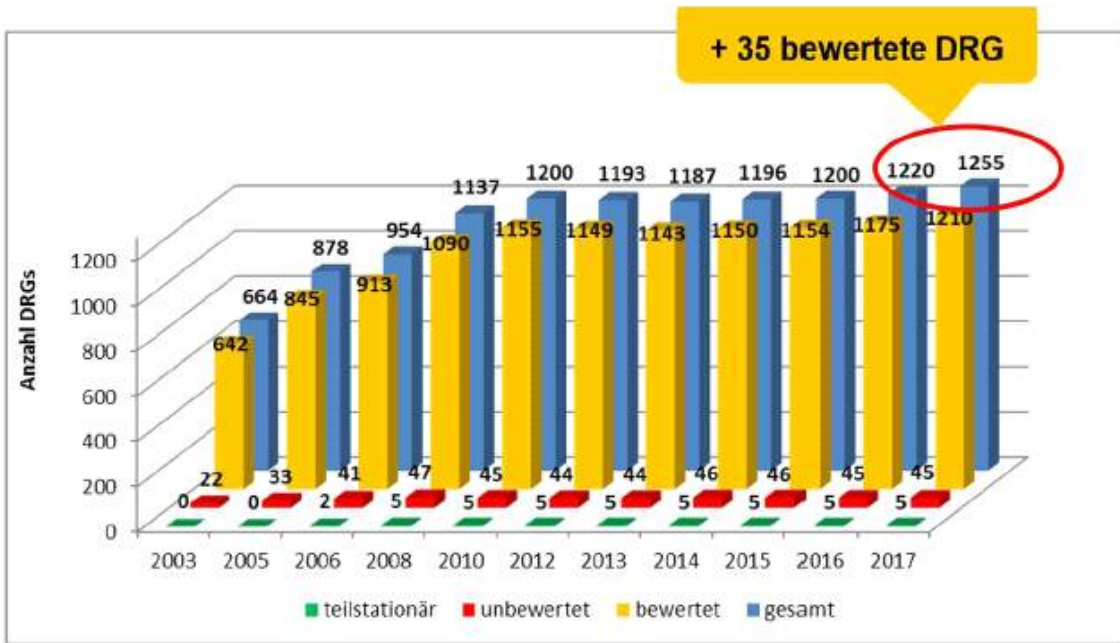


자료 : 환자별 원가 표준매뉴얼 개발 및 원가기반 지불보상체계 운영을 위한 국외(독일) 출장보고서, 국민건강보험공단, 2017

- DRG 코딩 심사
 - MDK에서 청구건의 약 10%를 무작위로 추출하여 심사
 - 의심이 되는 건수에 대해 자료를 요청하여 의도된 오류일 경우 건당 €450 벌금, 단 오류가 없을 경우 건당 €200~300를 다시 받음
- 질 관리는 IQWiG(Institute for Quality and Efficiency in Health Care)에서 하고 있음

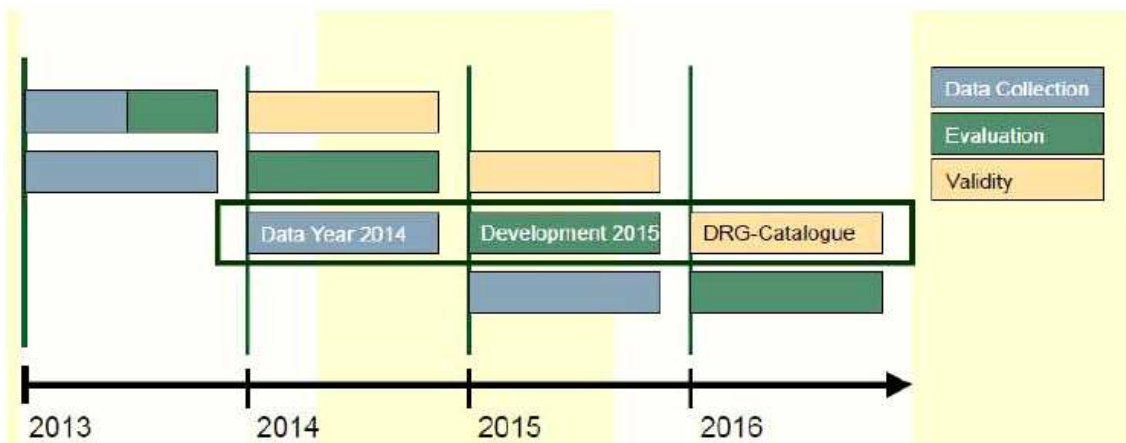
○ G-DRG분류

- 2003년 664개 질병군에서 2017년 현재 총 1,255개로 확대되었음
 - 2016년 대비 2017년에는 35개 질병군이 증가하였음
- 매년 G-DRG 카탈로그 업데이트
- 법령에 의해 DIMDI 주관 하에 코딩 가이드라인이 만들어 짐
 - 업코딩(Up-Coding)이 고의적인 경우에는 패널티가 부여됨



자료 : 환자별 원가 표준매뉴얼 개발 및 원가기반 지불보상체계 운영을 위한 국외(독일)출장보고서, 국민건강보험공단, 2017

- 2016년 적용 수가를 산출하기 위해 전체 병원 및 표본병원이 2014년 자료를 2015년 초에 제출하는데 2015년에 평가하여 2016년 수가를 하반기에 발표함



자료 : 환자별 원가 표준매뉴얼 개발 및 원가기반 지불보상체계 운영을 위한 국외(독일)출장 보고서, 국민건강보험공단, 2017

나. 병원총액 결정 및 계약방식

- 독일 병원 재정은 시설투자 비용과 운영 비용의 2가지 형태로 크게 분류
 - 시설투자 비용(infrastructure investments)은 주별 병원계획(hospital plan)에

따라 주 정부가 조달하고, 운영비용(operating costs, 병원인력의 인건비 포함)은 보험자인 건강보험조합(sickness fund)이 부담하는 형태로 이원화되어 운영되고 있음

- 병원은 건강보험조합에서 진료비를 직접 보상받으며(현물급여 원칙), 독일 환자의 90%는 병원 고지서를 별도로 받지 않음. 병원 상환은 공적건강보험이나 민간건강보험 환자 모두 동일
- 병원의 운영비용(operating costs)은 크게 3가지 형태로, DRG 예산(casemix × base rate)과 (연방차원에서 가격이 고정된)추가 비용(supplementary fees), (개별 병원별로 제공되는)개별서비스 비용(surcharges)으로 구성됨
 - ※ 예를 들어, 심장혈관 확장을 위한 약이 발라진 스텐트는 연방 전체로 가격이 고정되지 않고 병원별로 건강보험조합과 협상과정에서 결정됨. 특수치료, 고액치료, 투석, 혈소판제제 등은 DRG에 포함되지 않고 연방차원에서 고정되지 않은 개별 의료서비스(surcharges)에 해당
- 또 다른 측면에서 병원예산은 3가지 변수(환자변수, 의료·경영변수, 병원·지역·국가 수준의 구조변수)로 결정됨
 - 환자 변수(patient variables)는 입원환자의 특성이 반영된 성별, 연령, 주상병, 부상병, 중증도가 있음
 - 의료·경영 변수(medical and management decision variables)로는 처치(procedures) 강도와 혼합(mix), 기술과 인력의 활용도가 해당
 - 병원·지역·국가 수준의 구조변수로는 병원규모, 수련병원 여부(teaching status), 지역적 차이(urbanity), 임금 수준 등이 있음
- 독일은 노조가 활성화되어 있어 임금상승에 대한 압박이 강한 편인데, 병원 의사와 기타 의료인력의 임금이 상승될수록 병원의 예산한도가 제한되어 있어 매우 곤란한 상황에 처하기도 함
- DRG 예산은 기본율(base rate)에 가중치(relative cost weight)를 부여하는 방식으로 산정되는데, 앞서 살펴본 환자 변수와 의료·경영 변수는 가중치에, 구조변수는 기본율(base rate)에 영향을 미치고 있음
- 2009년까지는 병원별 특성이 기본율(base rate)에 반영되어 병원별로 예산이

상이하게 책정되었지만, 2010년부터는 병원별 특성을 주별로 통일해서 주(state) 안에서는 기본율(base rate)가 모두 같아졌음

※ 예를 들면, 2010년 베를린에서 정상분만은 1,582유로로 산정되었음

- DRG 기본율(base rate) 수렴계획을 살펴보면,
 - 2000년부터 2002년까지 개발·준비기간을 거쳐 완성된 G-DRG는 2003년 이후부터 본격적으로 도입·시행되었음
 - 2003년에는 독일 내 예산과 상관없이 희망 병원에 대해 자율적으로 적용했음
 - 2004년에는 예산과 상관없지만 모든 병원에 의무적으로 적용했음
 - 2005년부터는 그간 축적된 자료를 바탕으로 실제 제공된 양에 따라 병원별 특성을 반영하여 병원별로 기본가를 상이하게 적용하기 시작했음
 - 그 후로 매년 비율을 상·하향 조정하는 과정을 통해 2009년까지 병원별 기본율(base rate)의 차이를 주 단위로 동일하게 수렴해갔음. 그리하여 2010년부터는 주별 기본가는 상이하지만 같은 주(state) 안에서 병원의 기본가는 동일하게 적용되었음

※ 2015년부터 기본율(base rate)를 연방단일로 하려는 방침임

- 상대가중치(relative cost weight)의 산정방식 관련, 가중치는 DRG에 포함되는 모든 건(case)들의 평균비용을 기준값(독일 모든 환자의 평균비용)으로 나누어 산출함. 그러므로 가중치가 1이면, 독일 내 모든 환자의 평균 비용과 같다는 의미임

※ DRG에 정해진 기간보다 입원기간이 짧으면 일당 비용이 더 낮게 책정되고 입원기간이 길면 일당 비용은 추가 된다. 병원 의사와 외래 의사가 병원을 이용할 경우 각각 DRG 수가가 달리 적용되는데, 외래 의사의 경우가 숫자도 적고 가격도 더 저렴하게 책정됨. 평균적으로 한 질병군에 대한 환자 1명당 2,900유로 정도인데, 응급환자와 중환자는 높게 책정되어 10만 유로까지 올라가기도 함

- 독일에서 각 병원은 주 건강보험조합연합회와 개별적으로 계약을 체결하고 있음. 개별 병원은 진료량에 대한 예측치를 계산하여 제출하고 그 내용을 근거로 협상에 임하게 됨
- 병원들은 연방과 주 차원에서 협회를 구성하여 건강보험조합연합회와 공적 건강보험에서의 입원진료에 관한 전체적 사항을 협의함

- 주 병원협회는 병원 경영상황에 대한 자문, 관련법률 개정을 위한 입법예고시 참여, 병원예산 계약시 지원, 주 전체에 적용되는 급여에 따른 기본 수가를 책정하는데 결정적 역할을 하고 있음
- 계약의 당사자는 개별 병원과 건강보험조합이지만, 주 병원협회는 계약시 표준화 되어 있는 견본을 제시해서 개별 당사자가 상황에 맞게 활용해서 사용할 수 있도록 하고 있음
- 주 차원에서는 진료량(volume), 가격(price), 의료의 질(quality), 신기술에 대한 급여여부 등에 대해 구체적 논의와 최종 계약을 진행함. 이 과정에서 계약 당사자인 병원과 건강보험조합은 상호 경쟁하게 되는데, 병원은 건강보험조합으로부터 예산을 보다 높게 책정받기 위해 병원 간 경쟁하며 건강보험조합 간에도 경쟁하게 됨. 결국 병원의 규모와 환자의 질병구성에 따라 병원별로 예산의 차이가 발생
 - ※ 즉, 계약과정에서 병원은 더 많은 예산을 배정받기 위해서 환자가 더 많아 졌다거나 중증도가 더 커졌다거나 특별한 의료서비스를 제공하고 있다는 증거를 제시해야 함
- 이와 같이, 병원별 예산이 다르게 책정될 뿐만 아니라 각 주 별로도 병원에서 제공되는 의료서비스 수가의 기본가격은 상이함. 주별로 기본가를 책정하는데 병원협회가 결정적 역할을 수행하고 있으며, 병원협회는 1년에 한 번씩 가격요인과 가중치를 어떻게 선정하고 적용할지를 건강보험조합과 협의함
- 건강보험조합과 병원 간 협상 결과를 주 단위에서 승인하면 계약이 종료되나, 계약이 성사되지 못할 경우 중재위원회를 통해 최종적으로 조정하게 됨
- 정부 차원에서는 매년 예산 증가율을 제한하고 있는데, 증가율은 연방보건부에서 매년 확정하며 보험료 인상률까지만 허용하고 있음. 2011년 예산을 책정할 시점에는 2010년 지출총액이 완전히 파악되지 않기 때문에 2009년도 지출총액을 반영하여 결정함
 - ※ 2011년 총액 증가율은 0.9%이며 연 평균증가율은 약 3~4%였음
- 만약 지출이 선지불한 병원 예산을 초과할 경우, 초과분의 65%는 병원에서 지불하고, 나머지는 35%는 건강보험조합에서 지급함. 즉, 공급자는 초과분의 35%만 보상받을 수 있으며 나머지는 병원에서 부담해야 함

□ 외래 부문

가. 독일 외래 총액관리제 전개 과정

- 공적보험에 기반한 독일은 본래부터 보험자와 공급자가 분리된 상태로 계약에 의한 보험자-공급자 관계설정이 초기부터 형성되어 있었으며, 보험자와 공급자의 계약관계는 보험제도를 구성하는 일 측면으로 자리잡고 독일 보험제도의 발전과 함께 기본 골격이 변화하였음
- ※ 영국이나 스웨덴, 뉴질랜드 등 베버리지(Beverage) 국가들에서는 시스템 내에 인위적으로 구매기능과 공급기능을 분리시켜 계약방식을 도입
- 1883년 근로자 건강보험에 대한 법률이 통과되면서 건강보험조합과 공급자 간의 계약관계가 공식화되었음. 이 당시 협상은 건강보험조합과 공급자 간 개별계약이었음. 근로자 건강보험법에서는 서면계약의 형식만을 규정하였을 뿐 계약내용에 대한 규정은 포함하고 있지 않았기 때문에 계약의 가장 핵심적인 부분인 보상방식은 개별 계약 건에 따라 매우 다양한 형태로 나타났음
- 1892년 기존 법에 대한 수정이 이루어지면서 계약방식을 통해 일부 공급자를 배제시키는 것이 실질적으로 가능해졌음. 이러한 여러 가지 요인으로 이 시기에는 건강보험조합이 계약협상에 있어 확실한 지배적 위치를 차지했음
- 이후 30년 동안은 공급자들이 스스로의 권익을 보호하기 위해 조직을 결성하고 이를 통한 집단적 계약방식을 요구했음. 이를 둘러싼 공급자와 건강보험조합 간의 갈등이 고조되는 가운데 1914년 소위 베를린 협정(Berliner Abkommen)이 통과되었음. 베를린 협정을 통해 계약협상 준비 및 의사가 법정 공급자가 되는 것과 관련한 규정(즉, 건강보험조합의 개업허가)을 만드는 새로운 위원회가 도입되었음
- 1923년 베를린 협정이 만료되면서 공급자와 건강보험조합 간의 충돌은 다시 재개되었음. 양자 간 충돌이 해결의 기미를 보이지 않자 긴급법적조치가 취해졌음. 이때 최초로 집단계약방식이 도입되었고 그 후 10년간 개별계약과 초기형태의 집단계약(새로 생긴 공급자연합과 건강보험조합연합회 간의)이 공존하였음

- 1931년~1932년 긴급 법률조치의 필요성이 다시 발생하였고 그 결과 공급자들이 선호하는 집단계약이 결정되었음. 이로써 보험회사협회가 보험회사의 자치조직으로 공식적으로 인정되었으며 공급자와 건강보험조합 간의 개별 계약은 막을 내리게 되었고 집단계약 개념의 총액계약이 도입되었음. 보험회사들의 진료환경, 서비스 제공조건이나 수입 등에 대한 내용은 결과적으로 진료비 지급에 관련된 내용과 연계되기 때문에 이때 결정된 집단계약은 결과적으로 오늘날 총액계약 형태의 초기형태가 되었음. 또한 이 결정을 통해 서비스 공급보장(Sicherstellungsauftrag)의 의무가 건강보험조합으로부터 보험회사협회로 위임되었고 보험회사협회는 파업권을 양보하게 되었음. 이러한 집단협약에 의한 계약방식은 1945년 이후 변화없이 유지되었고 진료행위에 대한 어떤 내용도 양자 간에 동등하게 구성된 협상기구를 통해 결정하게 되었음
- 1980년대부터 재정문제가 주요 의제로 부각됨에 따라, 1986년 연방수준의 협상위원회에서 자발적으로 총괄지급액의 전체수준을 기본임금의 변동수준에 연계시킬 것에 합의하였음
- 1989년부터 외래수술, 조기 진단 및 예방에 대해 별도로 지급액을 산출하기 시작하였고, 심화되는 재정난 속에 진료의 경제성에 대한 고려 및 보험료 안정 원칙에 따른 자원배분에 계약의 양 당사자가 자발적으로 합의하는 분위기가 형성되었음
- 이상의 과정을 통해 공급자들은 보험자와 대등한 협상력을 확보하게 되었으며 이와 동시에 공급자는 보험제도의 운영 및 안정된 발전을 위해 여러 가지 의무를 부여받고 합의하게 되었음
- 공급자 단체에게 부여된 의무는 다음과 같음
 - 첫째, 공급자 단체는 공적건강보험 가입자에 대한 서비스 제공을 보장해야 함. 이는 각 지역별로 적정한 인력을 확보할 것과 지역간 배치가 형평하게 이루어지도록 하는 것을 포함함. 이러한 의무는 사회법전(SGB)에서 의도

하고 있는 과도공급통제와 맞물려 보험재정의 압박을 가하지 않는 합리적인 수준의 서비스 공급량 유지의 의무와 연결되게 됨

- 둘째, 공급자 단체는 소속 의사들이 제공하는 진료가 법과 계약에서 명시하고 있는 원칙과 기준에 부합하는 방식으로 제공될 수 있도록 감시하고 심사하는 역할을 부여받았음. 이는 보험자에 의한 심사보다는 전문성을 살릴 수도 있다는 장점과 함께 자발적인 협조를 유도할 수 있다는 측면도 있음. 또한 공급자 단체가 서비스 제공과 관련한 경제성 심사의 원칙을 받아들임으로써 안정적 보험제도 유지에 공동의 노력을 기울일 수 있게 되었다는 측면에서도 긍정적임. 공급자 단체는 회원의 비경제적 진료나 처방에 대해 해당금액의 반환을 요구할 수 있으며, 진료행태에 대한 감시, 감독도 병행하여 문제가 있는 경우 해당하는 조치를 취할 수 있음

나. 총액 계약절차

- 독일에서 외래부문의 총액 계약절차는 다음과 같음
 - 건강보험조합과 의료공급자 간 연방차원과 주 차원에서 2단계에 걸쳐 협상을 진행
 - 1단계는 연방차원 협상으로 연방 건강보험조합연합회와 연방 보험의사협회간 수가체계, 상대가치, 급여범위, 단가에 관한 전체 지침을 협상하며, 연방차원에서 결정되는 환산지수는 연방단위 의사서비스의 총진료량을 예측한 후 이를 바탕으로 결정하는 것으로 이후 2단계로 이루어지는 주 차원 협상에 활용되는 기준 환산지수로서 기능함
 - 주 차원 협상에서는 주 건강보험조합연합회와 주 보험의사협회간 부문별 진료비 총액, 진료량, 의약품 및 치료재료의 적정량, 보험의 인·허가 방식, 질 관리 등의 내용을 협상하며, 실질적으로 주 단위 지불액이 결정되는 과정임. 이 과정에서는 연방차원에서 이루어진 계약을 기본으로 주차원에서 해당 지역의 의료이용현황 및 경제수준, 인구 등 여러 가지 지역특성을 고려하여 조정하게 됨. 또한 연방차원의 급여목록 중 실질적으로 주 단위에서 제공되는 급여에 대한 결정 및 조정도 가능함. 2005년 상대가치체계(EBM)을 개정하면서 GP와 전문의 수가구조를 분리하여 사실상 두 영역을 분리하였고

GP 부문 주단위 총액결정시 인구집단의 이환수준을 반영할 수 있도록 하였음

- 독일 의원부문 총액관리제의 엄격성은 시기마다 변화를 보이는데 1987년에는 외래 의사서비스 비용이 건강보험조합의 수입증가율을 넘지 못하게 하였고, 이러한 조치가 실제로 기능하지 못하자 1992년에 HCSA법을 통해 외래 의사 서비스 비용 상한 증가율이 건강보험조합의 수입 증가율을 넘지 못하도록 법으로 규제하기도 하였음

- 1995년에 이 규정은 좀 더 허용적인 방식으로 전환되었다가 새 정부가 들어선 1998년에는 다시 엄격해졌고, 최근에는 총액결정에 인구집단의 이환수준을 반영하면서 총액상한에 대한 규제는 다소 느슨해진 상태임

- 보험계약의사는 보험계약의사협회에 계약을 위임하여 이루어지므로 보험 계약의사협회의 권한과 책임이 막강하였음

※ 병원은 개별 병원별로 보험자 단체와 각각 계약을 체결하며, 이 과정에서 보다 높은 예산을 책정 받기 위해서 병원 간 상호 경쟁하고 건강보험조합 간에도 경쟁

- 건강보험조합과 의료공급자 간 협상 결과를 주 단위에서 승인하면 계약이 종료 되나, 계약이 성사되지 못할 경우 중재위원회(Shiedsamt)를 통해 최종적으로 조정하게 됨. 중재위원회는 3개월 이내에 구성원 다수결로 계약의 내용을 확정하며, 중재위원회 결정 때까지 임시로 기존 계약의 규정을 계속 적용

※ 중재위원회는 의사측 대표자, 건강보험조합 대표자 동수, 1인의 중립의장, 2인의 중립구성원으로 구성(연방보험의사협회, 건강보험조합주연합회가 동의해야 함)하며 임기는 4년으로 명예직으로 직무 수행 (연방보건부는 연방 의회가 동의한 법규명령으로 중재위원회 구성, 선임, 임기, 직무수행방식, 실비보상, 시간소요에 대한 보상, 업무 집행, 소송절차, 요금징수, 액수 및 비용 분배에 관한 세부사항을 결정)

※ 독일 사회법전 제5편 제89조(중재위원회)

- 건강보험조합과 보험의사협회는 중재위원회의 결정에 대하여 불만을 가질 경우 사회법원(Sozialgericht)에 소송을 제기할 수 있음(이용갑 등, 2005)

- 특수 외래수술의 경우(고관절 등) 개별 의사 및 집단과 특정 건강보험조합과

직접 단일계약을 맺고 더 많은 진료비를 보상받을 수 있으며, 이는 보험회사 협회가 직접 관리하지 않고 이루어지는 계약임

다. 진료비 지불보상 절차

- 연방 건강보험조합연합회는 각 주(州)별로 피보험자의 수와 이환구조에 따른 수요를 반영하여 1인당 비용을 합의·산출하여 부문별 진료비 총액을 계산한 주 보험회사협회에 분기별로 지급하며, 주 보험회사협회는 개별 보험회사에게 총액범위 내에서 진료보수 점수표에 따라 행위별수가제에 근거하여 매월 진료비를 배분함
- 진료비는 가정의(family doctor)와 전문의(specialist)로 구분되어 지급되며, 가정의는 다시 주치의(GP)와 소아과 의사로 나뉘어 예산이 지급되고, 전문의는 마취과와 안과·치과 등으로 구분되어 예산이 지급
- 개별 보험회사는 진료비를 받기 위해 자신이 제공한 서비스의 상대가치점수 총계를 매 분기마다 보험회사협회에 제시해야 하며, 의협은 개별 보험회사가 청구한 진료비 내역을 점검함. 진료비가 부당청구가 되었을 경우에는 보험회사협회가 건강보험조합과 조정자 역할을 수행하고 있기 때문임
- 주 의협은 모든 보험회사의 상대가치점수를 취합하여, 부문 진료비총액을 취합한 상대가치총점으로 나누어 상대가치 점수당 단가를 산출함. 이렇게 산출된 점수당 단가와 개별 보험회의 상대가치총점을 곱해서 개별 보험회가 지급받는 진료비가 결정됨. 개별 보험회가 지급받는 진료비 총액을 미리 알 수는 없는데, 이는 1점당 단가가 서비스 제공량에 연동하여 계속 변동하기 때문임. 보험의들은 전년 단가에 의한 잠정 지불액을 먼저 받은 후, 정확한 점수당 단가가 결정되면 사후정산을 하고, 이러한 점수당 단가는 주에 따라 다름
- 개별 보험의에게 지급되는 배분의 기준으로 사용되는 동일평가척도(EBM)는 1977년 외래부문에 처음으로 도입되었음

- 행위별수가제에 대한 진료비 보상을 위해 모든 건강보험조합에서 ‘점수치(point value)’를 부여하는데 2가지 방식으로 운영됨
 - 하나는 비례적 지급액을 배분하기 위한 상대가치로서 고정예산 방식이고, 다른 하나는 고정상한이 없이 직접 지급하는 방식임
 - 고정상한방식과 행위별수가제의 결합은 일종의 ‘죄수의 딜레마(prisoner’s dilemma)’ 현상을 야기함. 즉, 각 의원들은 다른 의원들의 진료행위를 알 수 없기 때문에 개별 의원들은 자신의 이익을 극대화하기 위해 전체적으로 단가가 떨어지더라도 진료량을 확대하게 됨
 - 2005년 4월 이러한 ‘죄수의 딜레마’ 현상을 제거함으로써 점점 하락하는 ‘점당 단가(point value)’가 더욱 떨어지는 것을 막기 위해 새로운 EBM 2000plus가 도입되었음

<표 3-11> EBM과 EBM 2000 plus의 비교

구분	기존 EBM	EBM 2000 plus
투명성	- 진료에 대한 평가 또는 보험조합에 의한 진료 평가가 오래된 자료에 기초하고 있음 - 전문과목별 의사 특성이 반영되지 못함	- 안정적인 경영자료에 기초하여 각 진료 보수 결정 - 개원비용 고려 - 각 의사집단별로 정의된 지료목록
유연성	- EBM과 HVM의 부조화	- 진료부문을 포괄하는 단일 보수논리 - EBM과 HVM의 조화

※ HVM은 진료행위별, 과목별, 지역별 가산점에 해당

라. 진료비 배분방식

- 2009년 이전에 모든 의료서비스는 동일한 가격으로 산정되었으나, 2009년부터는 전문의 진료과목별로 가격을 달리하여 매 분기별로 가격을 결정
- 예를 들며, 처음에는 1점당 5.12센트로 시작했으나, 의료서비스 양이 증가하면서 단가가 계속 하락하여 현재는 1점당 3.5센트까지 낮아졌음. 때로는 점당 0.5센트 까지 떨어져서 의협은 상당한 어려움을 겪고 있음. 2008년 기준 의료서비스 양에 따라 점수당 3.5센트로 계산되고, 예산을 초과했을 경우 고정 가격보다 더 적은 비용으로 계산됨(법률로 규정)

※ 예: 진료비(기본 의료공급량) = 상대가치점수 × 점당 가격(3.5센트)

- 독일에서 건강보험조합에서 지불 보상하는 의료서비스의 종류는 4가지인데, 가장 보편적으로는 모든 의사가 지불받을 수 있는 의료서비스(RLV)가 있으며, 다음

으로 서비스 질 평가를 통해 그 수준을 승인받았을 경우에 지불 보상받을 수 있는 의료서비스(QZV)가 있음

- 일반적으로 의사가 임의로 제공한 추가적 의료서비스는 모두 보상받지 못하지만, 예외적으로 아래와 같은 항목의 의료서비스(EGV)와 유행성 질환 등은 건강보험조합에서 보상받을 수 있음

- 산모예방검진, 암 조기진단, 신생아 검진, 백신 접종
- 치료적·예방적 장 내시경검사
- 외래 수술
- 외래의사가 병원에서 행하는 치료
- 방사선 치료
- 특수 계약, 항암치료협정, 사회정신의학 협정(SPV)

- 한편 최근에 늘어나는 것이 개별 의료서비스(IGEL)인데, 이는 공적건강보험에서 급여하지 않는 서비스임. 꼭 필요한 것은 아니지만 의사의 권유로 환자가 선택할 수 있음. 환자가 개별적으로 선택할 수 있는 서비스 분야이고 이를 통해 의사는 공적건강보험 이외 다른 수익을 얻을 수 있고 환자는 본인부담 지출로 더 나은 서비스를 받을 수 있음

※ 예를 들면, 신생아 선천성 기형검사에서 공적건강보험은 30가지 종류만 실시하는데 환자가 원해서 60가지를 받는다면 이것이 IGEL에 해당됨

- 2008년 기준으로 진료비 총액 보상내역을 살펴보면, 총보상액의 연간 최대 상한선은 85%이며, 나머지 15%는 개인의료서비스에 해당되며, 상병양상에 따라 해마다 상한선이 조금씩 달라짐. 연 증가율은 2%로, 85% 증가분 이상에 대해 2%까지 건강보험조합에서 지급받을 수 있고, 환자들의 행태변화와 진단명 분석 결과(질병의 변화, 환자특성에 따라)에 따라 증가율이 달라질 수 있음. 연방보험의사연합회가 산하 협회에서 전달된 서류를 모아서 제3자 연구기관에 위탁 조사한 결과 2%로 나왔음. 최근에는 주별로 특성에 따라 격차가 생기는 추세임

□ 약제비 부문 총액관리제

- 독일은 병원과 의원부문 총액관리제에 이어 약제비 부문까지 총액관리방식을 적용하고 있음. 2014년에 약품비 총액예산은 전년대비 6.6% 증가한 약 20억 유로로 많아졌음. 이는 연방건강보험조합연합회(GKV-Spitzenverband)와 연방보험의사협회 간 협상을 통한 연례 정형계약으로 합의되었음⁶⁾
- 독일의 처방약제비 총액관리 방식은 1992년 이전까지는 약제비에 대한 지출상한(spending cap)이 전혀 없는 방식이었음
- 1993년 병원 뿐 아니라 의원부문까지 지출상한을 강제하는 총액관리방식이 강화되면서 외래처방 약제비에 대해 지역별 약제비 총액관리제(collective spending cap)를 적용하기 시작하였고 이를 가능하게 하기 위해 건강보험조합연합회와 23개 지역의사협회들이 지역별 약제비 총액에 대해서도 협상을 하였음
- 일부 지역에서는 1994년, 1995년, 1996년 실제 지출액이 약제비 총액을 초과함에 따라 건강보험조합 측과 의사협회가 초과비용을 처리하는 방법에 대한 협상을 시작하였고 대체적으로 초과분을 차년도에 보상(even-out)하는 방식으로 합의하기도 하였음. 이런 목표관리정책은 단기적으로 약제비 비용을 줄이고 장기적으로는 약제비 구성의 수정을 가져오는 것으로 확인되었음
- 이러한 방법이 1997년까지 계속되었으나 1998년부터는 목표진료비 방식이 공식적으로 폐기되고 개별 의사별 약제비 총액 목표방식이 도입되었음. 이 제도에서는 개별 의사가 약제비에 대해 초과금액을 해당 건강보험조합에 직접 보상하도록 하는 방식이었음. 이 당시 본래는 개인 의사별 지출목표 뿐 아니라 기존의 지역별 약제비 총액방식을 계속하기로 하였고 지역별 약제비 총액방식을 강화하기 위한 시도가 1999년 일부 있었으나 실행상의 문제로 현실화되지 못하였음
- 결국 2001년 지역별 약제비 총액은 공식적으로 폐기되면서 2002년부터 현재까지 개별 처방약제비 총액관리방식이 활용되고 있음

6) 국민건강보험공단 내부자료, 건강보험 해외통신원 동향보고서, 2013.

□ 총액계약제의 결과

- 독일의 외래 보험의사수는 그 동안 꾸준히 증가하였고 총액관리제 이후 외래 의사서비스에 지출된 지출규모는 거의 정확하게 의사 수 증가분만큼만 유지되고 있음
 - 이는 의사 1인당 수입이 명목기준으로 거의 일정하게 유지되고 있다는 것을 의미함. 최근 새로운 EBM을 도입하면서 외래 부문 총액 산출시 환자의 이환수준(즉, casemix)을 반영하는 방식을 강화하고 있으며, 이는 의사 1인당 수입 감소폭을 줄일 것으로 기대하고 있음
- 병원부문은 case payment 방식이 확대되면서 전반적으로 재원일수가 줄어드는 양상을 보였음. 즉, case payment 방식 도입 환자를 일찍 퇴원시키거나 재활 서비스로 보내는 현상이 관찰되었는데 이 기간 중 장기요양보험이 도입되었기 때문에 효과는 혼합(mix)되어 있다고 함
 - 한편, 복잡환자는 대학병원으로 의뢰되는 비율이 높아졌고 재원일수는 총액관리제와 case fee 도입 직후 줄어들었지만 DRG 전환 시에는 거의 별다른 반응을 보이지 않고 있음
- 총액관리 방식 도입 이후 총액관리제의 영향을 받는 두 부분(의사서비스 영역과 병원서비스 영역)의 진료비가 전체 GDP에서 차지하는 비중은 확실히 일정하게 유지되고 있음
 - 그러나 이를 지속적으로 유지하기 위해서는 내부 효율화 추구가 필요하기 때문에 여전히 독일에서는 다양한 방식이 연구가 진행 중임

○ 재정수입구조

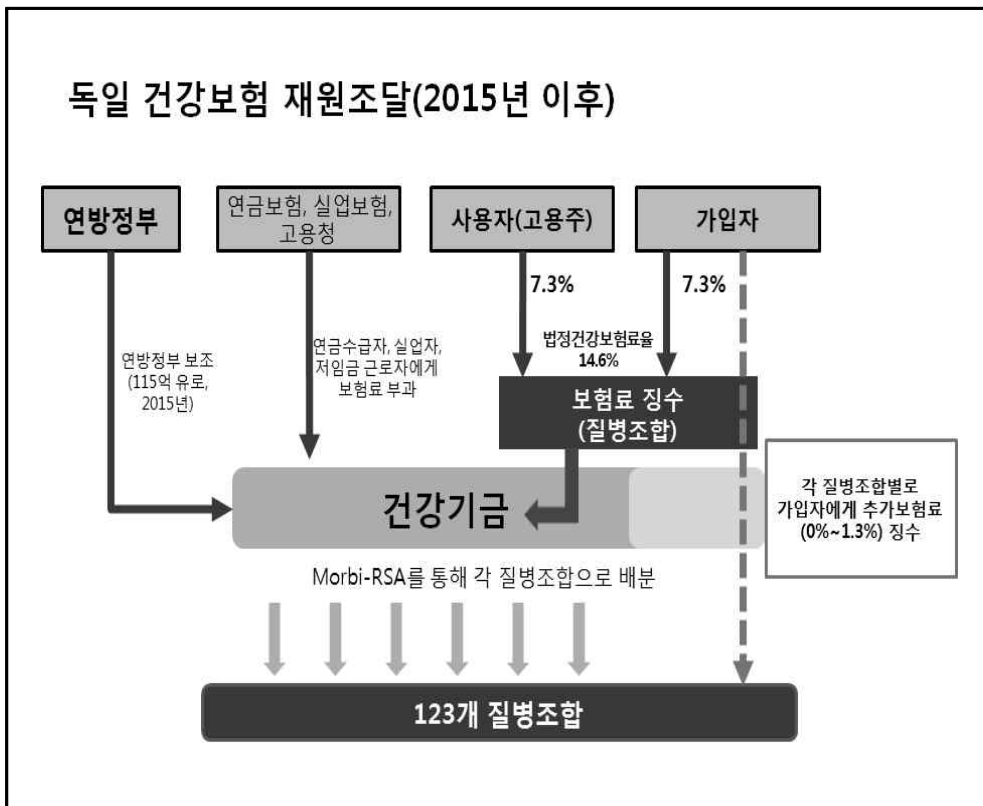
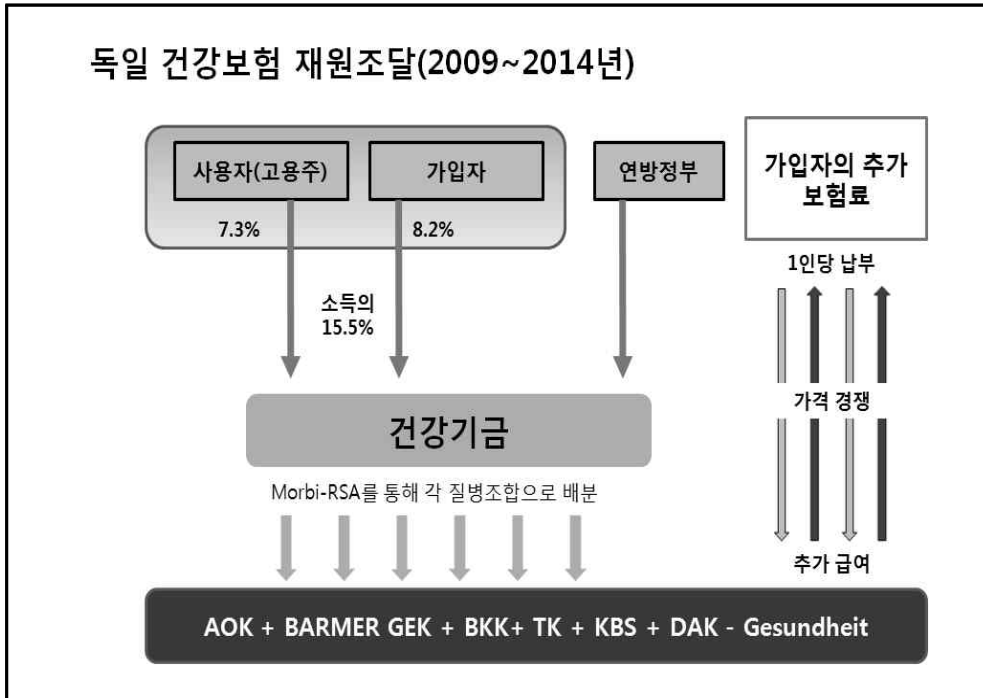
□ 재정수입구조의 변화

○ 개요

- 독일은 2007년 공적 건강보험 경쟁력강화법을 통해 ‘건강기금’을 신설하여 2009년부터 운영하고 있으며, 건강보험의 재원은 건강기금의 할당금(보험료와 정부의 재정지원)과 질병금고가 개별적으로 부과하는 추가보험료로 구성
- 질병금고는 고용주와 근로자의 보험료를 건강기금에 납부하며 2011년부터 고용주는 소속근로자의 보험료를 각 주를 대표하는 질병금고에 납부하여 건강기금으로 전달하고 있음
- 수입은 적어도 예상 비용지출액의 95%를 보상해야 하며, 만약 그 비율을 유지하기 어려운 경우에는 보험료율을 조정하였으나, 2011년 이후 보험료 중 기본보험료율(특히 사용자분 7.3%)을 고정하여 사용자의 고용환경을 개선하고자 함
- 최근에 공적건강보험 재정구조 및 질발전법을 통하여 일반보험료율을 14.9%로 인하하고, 기존에 소득에 연계하지 않던 추가보험료를 소득에 연계시켜 각각의 질병금고가 자율적으로 정률의 추가보험료를 부과하도록 하여 질병금고 간의 경쟁을 강화함

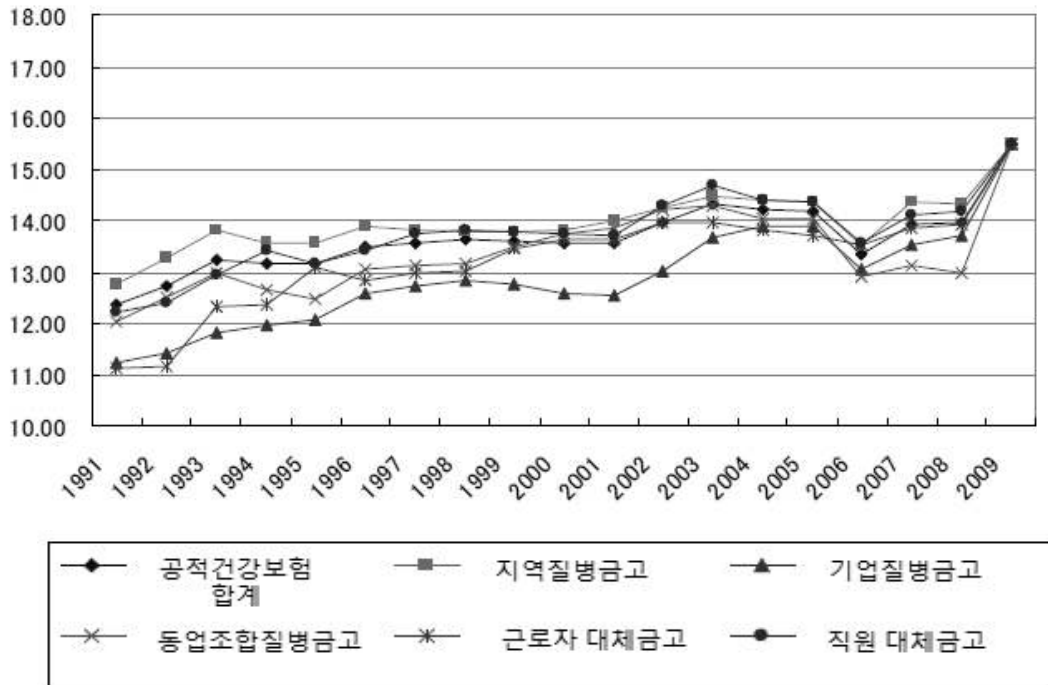
○ 건강기금(Gesundheitsfond) 도입

- 공적건강보험의 새로운 재정운영방식으로 2007년 공적건강보험경쟁력강화법의 제정으로 2009년 1월 도입되었으며, 도입 목적은 리스크와 가입자 이환율에 따른 질병금고(Krankenkasse) 간 불균형구조를 완화시키는 것임
- 건강기금은 건강보험의 지출을 예측하고, 재정의 안정화를 도모, 예측된 지출에 따라 공적건강보험의 보험료율을 확정하는 것으로, 보험료수입 외에 연방정부의 재정(조세)으로 보조받으며, 나아가 각 질병금고는 재정운영에 따라 보험가입자에게 자율적으로 추가보험료를 부과하고 있음
- (보험료율) 건강기금 도입 이전까지 각 질병금고들 간의 보험료율은 약 15%에서 17%까지 차이가 있었으나, 2009년 건강기금의 설립 이후 보험료율이 15.5%로 통일되었고, 2015년부터 14.6%로 조정됨



[그림 3-9] 건강보험의 재정수입구조 변화

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Die gesetzliche Krankenversicherung (Juni. 2015)



[그림] 공적건강보험 보험료율의 변화(2009년 통일 이전)

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Die gesetzliche Krankenversicherung (Juni. 2015)

- 2009년 7월에 보험료율을 사용자 7.0%, 근로자 7.9% 합계 14.9%로 인하함 (상병수당(2006년)과 의치 및 틀니(2005년)를 위한 특별보험료 0.9%를 포함하며, 근로자가 단독으로 부담)

※ 독일 사회법전 제5편 법정건강보험 제271조(건강기금), 제241조(일반보험료율)

건강기금 도입 이후 연도별 일반보험료율과 노사부담 비율

(단위: %)

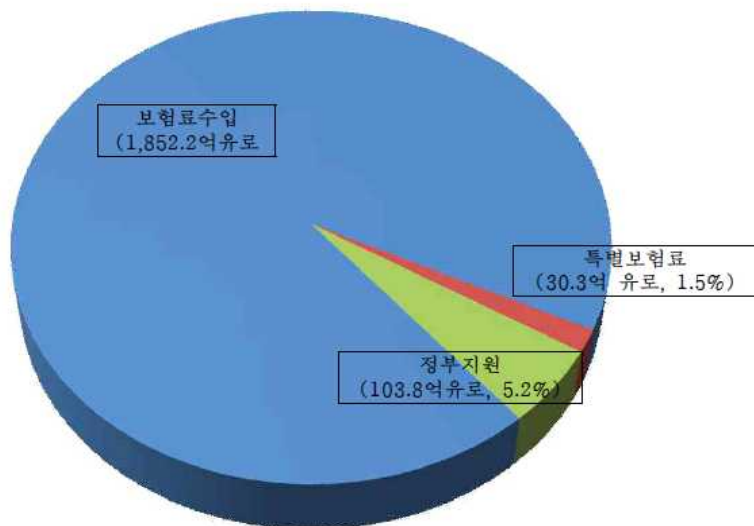
	사용자	근로자	합 계
2009. 1. 1	7.3	8.2	15.5
2009. 7. 1	7.0	7.9	14.9
2010	7.0	7.9	14.9
2011	7.3	8.2	15.5
2012	7.3	8.2	15.5
2013	7.3	8.2	15.5
2014	7.3	8.2	15.5
2015	7.3	7.3	14.6

- 2011년 1월부터 보험료율을 다시 14.9%에서 15.5%로 인상하였으며, 인상된 0.6%의 보험료율은 사용자와 근로자가 함께 0.3%씩 부담하여, 사용자 7.3%, 근로자 8.2%(특별 보험료 0.9% 포함) 각각 부담 (사용자의 보험료부담을 7.3%로 고정)
- 공적건강보험 재정구조 및 질발전법을 통하여 2015년 1월부터 근로자가 단독으로 부담하는 특별보험료 0.9%를 폐지하여 일반보험료율을 14.9% (사용자 7.3%, 근로자 7.3%)로 인하함

- 건강보험료 부과체계

	부담자	산정방법
일반 보험료	의무 가입자	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 근로소득(총 급여액) × 보험료율 ※ 2015년부터 14.6%(사용자 7.3%, 근로자 7.3%)
	임의가입자	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 소득 × 보험료율 ※ 자영업자는 소득의 14.6%를 전액 본인이 부담 자영업자도 상병수당을 희망하는 경우 0.9% 추가 부담 ※ 임의 가입대상이며, 사업소득·임대소득·기타 소득에 부과
추가 보험료	근로자 및 자영업자 (고용주 제외)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 일률적인 금액으로 소득과 무관하게 책정 ※ 보험료 의무수입의 2%이내에서 추가 보험료 부과

- 건강보험 총수입 및 재원별 현황(2014년 기준)

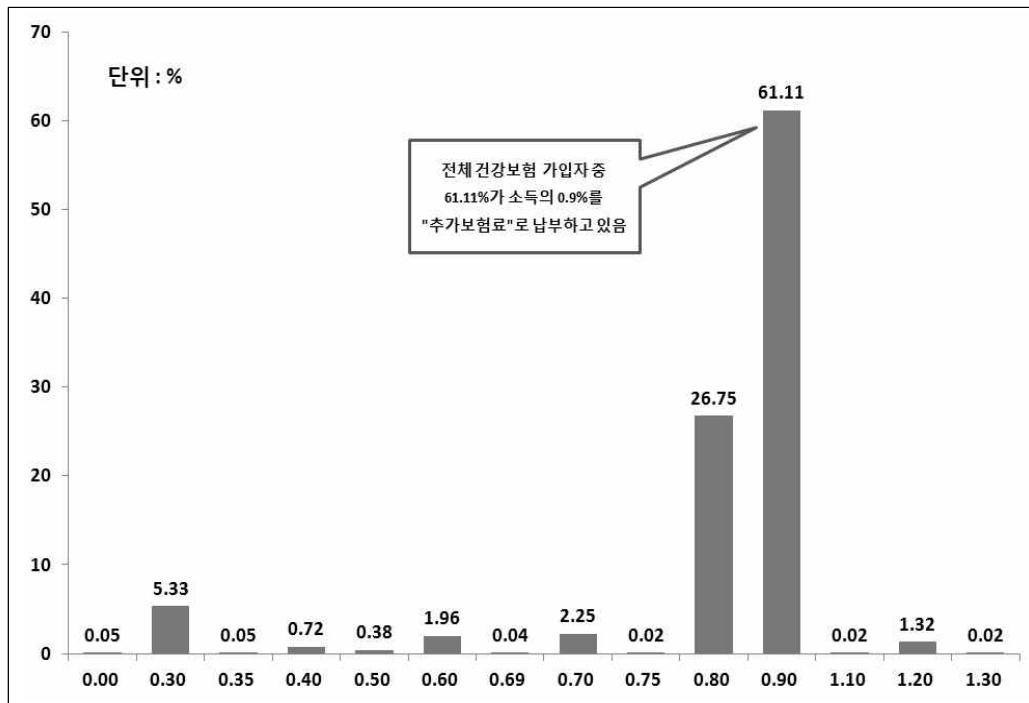


- 보험료부과소득(BpE)의 범위
 - 근로자의 소득 : 근로소득(총급여액)
 - ※ 건강보험의무가입한도 연 54,900유로(월 4,575.0유로)
 - 자영업자의 소득 : 자영업 수입 외 자본수입(이자배당금 등), 임대료, 지대 등 부동산 소득, 연금 소득도 포함
- (보수월액상한) 2015년 기준 연 49,500유로(월 4,125.0유로)을 초과하는 소득 부분에 대해서는 보험료를 더 이상 추가로 납부하지 않아도 됨
- 2015년 1월 1일부터 공적건강보험 재정구조 및 질발전법을 통하여 기존에 소득에 연계하지 않던 추가보험료를 소득에 연계시켜 각각의 질병금고가 자율적으로 정률의 추가보험료를 부과하도록 하여 질병금고 간의 경쟁을 강화함
- (기타) 연금수급자의 보험료는 기본적으로 일반 가입자와 같은 비율의 보험료율을 곱한 금액을 연금수급자와 연금보험관리기관에서 절반씩 부담하며, 실업자의 경우 그들이 등록된 고용안정센터(Arbeitsagentur)에서 건강보험료를 대납
 - ※ 월 450유로 이하 임금을 받는 영세근로자(minijob)의 경우 고용주가 단독으로 보험료 전액 부담
- (부과, 징수) 질병금고가 보험료의 부과·징수를 담당하고, 이를 건강기금(연방보험청이 관리)에 입금하면 건강기금에서 이를 다시 리스크 구조조정에 따라 개별 질병금고로 배분
 - ※ 리스크 구조조정: 건강기금은 보험료를 가입자의 연령, 성별, 건강상태에 따라 개별 질병금고에 배분, 만약 어느 질병금고에 중대한 질병을 가지고 있는 가입자가 많아 치료비용이 많이 소요된다면, 해당 질병금고는 다른 질병금고보다 더 많은 자원 배분

○ 추가보험료(Zusatzbeiträge)

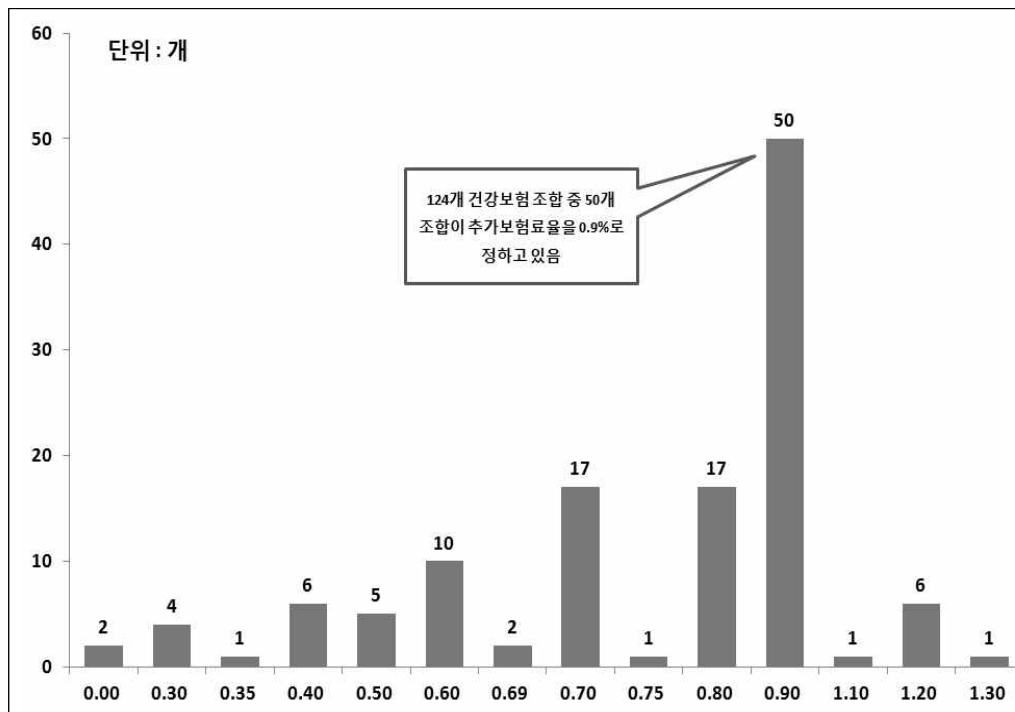
- 독일 연방정부는 2007년 공적건강보험경쟁력강화법을 제정하여 지금까지 사용자와 근로자가 각각 1/2씩 납부하던 건강보험료를 ‘일반보험료’와 ‘추가 보험료’로 이분화 하였는데, 이는 사용자의 부담을 낮추고 질병금고들 상호 간에 경쟁을 유도하여 질병금고를 통합하는데 목적이 있음

- 경기가 침체되면서 소득을 기준으로 하는 보험료 수입이 감소하는 반면 보험 급여의 지출이 계속 늘어나, 질병금고는 수입과 무관한 부분에서의 추가보험료를 개발할 필요가 발생함
- 건강기금이 질병금고에 배당하는 금액으로 질병금고의 재정을 운영할 수 없을 때 해당재정 상태에 맞게 추가보험료를 직접 징수할 수 있으며, 이는 질병금고의 정관으로 자율적으로 결정함
- 추가보험료는 가입자의 소득수준과 관계없이 동일하게 부과되며, 납부도 건강기금이 아닌 각 질병금고에 직접 납부(건강기금에 이체시키지 않고 질병금고가 보유함)
 - 피보험자 단독부담: 사용자가 아닌 가입자 본인이 직접 부담
- 정부는 추가보험료 납부로 인한 근로자의 과중한 부담을 덜어주기 위해 추가 보험료에 대한 보조금을 지급할 계획인데 이는 추가보험료가 개별근로자 세전 임금의 2%를 넘을 때 한함. 즉, 근로자 세전임금의 2%까지는 정부의 보조 없이 추가보험료를 근로자가 단독으로 납부
- 「공적건강보험재정법」에 의거 2011년부터 매년 연방보건부가 연방재정부와 같이 다음 연도 “평균 추가보험료(durchschnittlichen Zusatzbeitrag)”를 심사함
 - ※ 추가보험료는 질병금고마다 조금씩 다르며, 약 한 달에 8€ 정도이며, 2014년 기준 흑자수입으로 인해 연방보건부는 평균 추가보험료를 0유로로 결정
 - ※ 사회법전 5권 제 242a조 — § 242a SGB V
- 2015년 1월 1일부터 공적건강보험 재정구조 및 질발전법을 통하여 기존에 소득에 연계하지 않던 추가보험료를 소득에 연계시켜 각각의 질병금고가 자율적으로 정률의 추가보험료를 부과하도록 하여 질병금고 간의 경쟁을 강화함



공적건강보험 추가보험료 납부 가입자 비율(2015)

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Die gesetzliche Krankenversicherung (Juni. 2015)

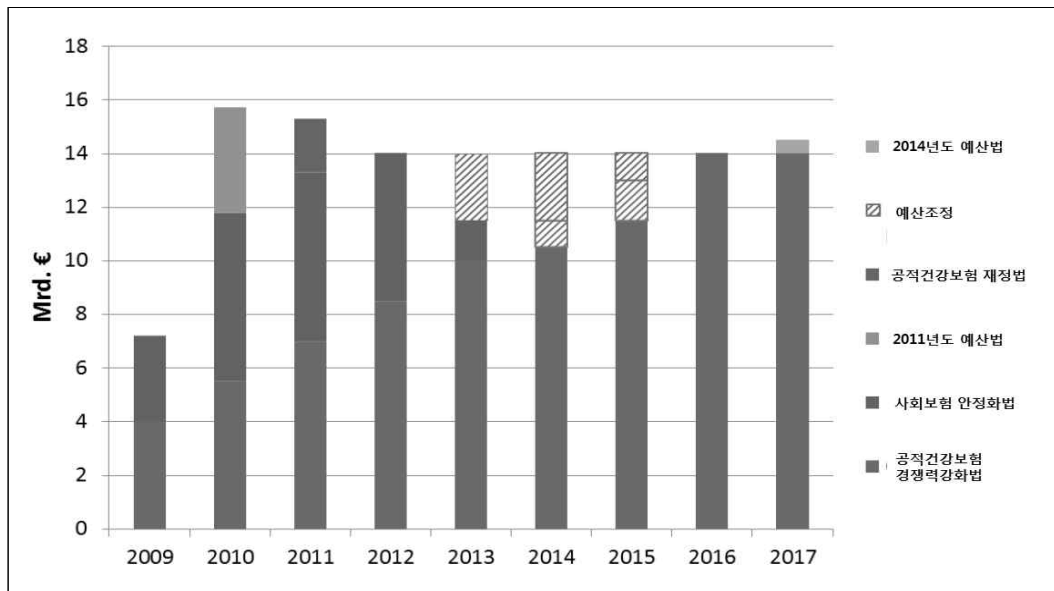


공적건강보험 추가보험료율별 조합 수(2015)

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Die gesetzliche Krankenversicherung (Juni. 2015)

○ 연방보조금

- 일반조세를 재원으로 하며, 공적건강보험의 보험외급여(versicherungsfremeden Leistungen)를 위한 지원이라는 명목으로 정액보조
- 기존 질병금고의 추가보험료 평균액이 가입자 근로소득의 2%를 초과하는 경우 차액을 연방정부가 보상해주는 사회적 조정(sozial Ausgleich)은 폐지
- 보험외급여의 내용(정액보조법령(Pauschal- Abgeltungsverdrdnung)의 별표)
 - 육아휴직기간동안의 보험료 면제 및 가족피보험자의 보험료 면제
 - 임신 및 출산에 관한 급여
 - 피임에 관한 급여
 - 불임에 관한 급여
 - 모성수당
 - 자녀의 질병으로 인한 휴직시의 상병수당
 - 질병으로 인한 가계 및 생계보조
- 연방보조금은 위와 같은 보험외급여를 명목으로 하고 있지만, 정액을 보조하고 있으며 정액 보조된 금액은 건강기금에 일괄 지불되어 연방보조금의 용도는 특정되어 있지 않음



공적건강보험의 연방보조금

자료: Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht, Deutscher Bundtag Haushaltsausschuss(2014)

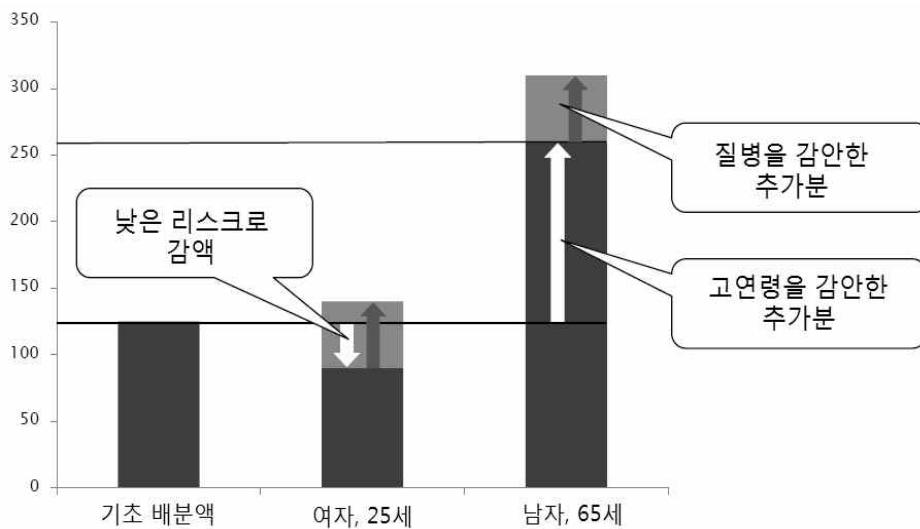
○ 리스크 구조조정(Morbi-RSA)

- 건강기금은 리스크 구조조정(Morbi-RSA)을 통해 보험자에게 연령, 성별, 질병 이환율을 고려한 피보험자 수만큼의 총액을 분배함에 있어 보험자의 리스크를 균등하게 고려하여 배분함

리스크 구조조정의 방식

위험구조균등('08.12.31까지)	이환위험구조포함 건강기금
<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 수요에 따른 분배 • 나이와 성별 • 노동력 감소 • 상병급여 사용권리 	<ul style="list-style-type: none"> • 이환에 따른 분배, 그룹으로 분류 • 40개의 나이와 성별그룹 • 6개의 노동력감소 그룹 • 106개의 이환그룹, 80개 질병, 진단과 약에 따라 정리

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Die gesetzliche Krankenversicherung (Juni. 2015)



[그림 3-14] 리스크 구조조정의 사례

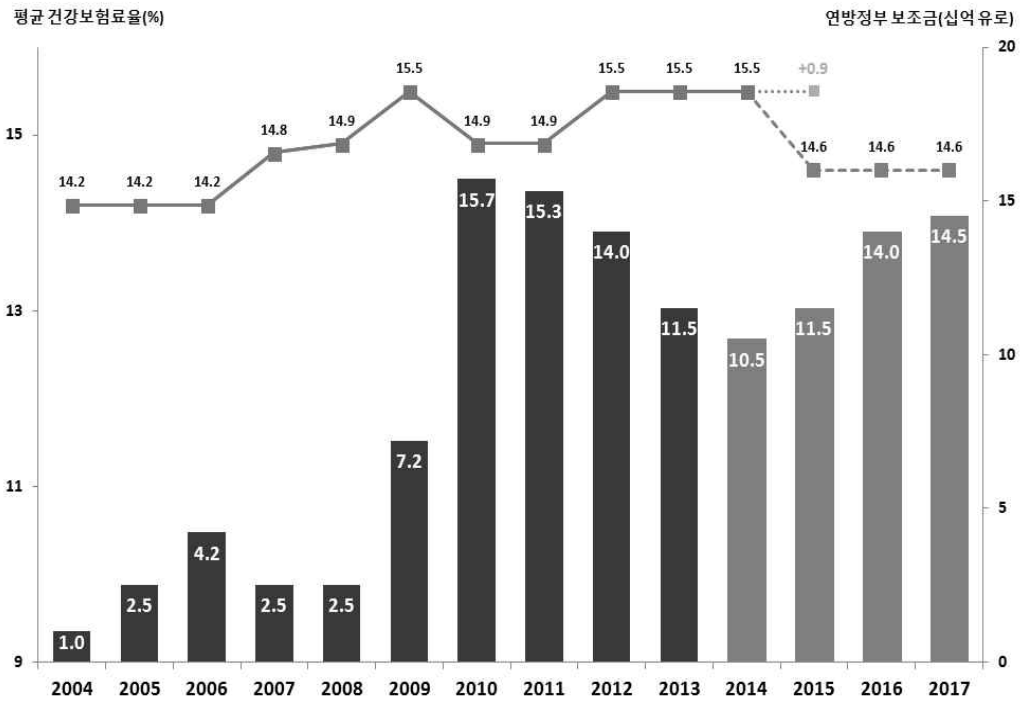
자료: Bundesministerium für Gesundheit, Die gesetzliche Krankenversicherung (Juni. 2015)

- ※ 보험료와 세금(2011년 기준 각각 1,691억 유로, 151억 유로)이 건강기금으로 형성되고, 리스크 구조조정을 통해 각 조합에 배정된 기금은 의사(289억 유로), 병원(592억 유로), 약제(286억 유로) 등에 지출됨

○ 독일 재정운영 방식 특성

- 재정운영과 관련하여 정부의 지원(정액의 연방보조금)이 약 8%~5%를 차지하고 국회가 건강보험정책을 심의·감독하나, 보험재정 자체는 질병금고(보험자)의 재정운영위원회에서 자율적으로 관리운영

- ※ 일반보험료율은 법률로 규정하고 있으나 추가보험료는 재정상황에 따라 질병
금고가 자율적으로 부과
- 독일은 건강보험재정에 대해 각 질병금고마다 조직된 재정운영위원회에서
회계 및 감사를 하고, 지역별 질병금고연합회와 중앙정부에서 관리·감독하는
형태를 취하고 있음
 - 그러나 질병금고 별로 보험료수입을 기반으로 한 단기재정 운영방식으로
운영되며, 건강보험의 일반보험료율은 법률로 규정하되 추가보험료는 질병
금고 별로 자율적으로 산정·부과하고 있음
- 건강보험료는 건강기금의 수입원으로 연방보험청(Bundesversicherungsamt)이
특별재산(Sondervermögen)의 형태로 관리
 - 건강보험조합 별로 상이한 리스크 구조(건강보험조합에 가입한 성, 연령,
이환율 등을 감안한 피보험자 구성)를 조정하기 위한 재보험적 성격을 띠는
중앙기금의 성격임
 - 따라서 독일의 공적건강보험은 기금화 되어 있지 않으며, 의회의 보험재정
세입과 세출에 대한 심의·의결 또한 이루어지지 않음
- 독일의 공적건강보험제도는 역사적인 배경으로 인하여 지역과 직업, 직장
등과 연계한 다수의 질병금고 종류로 나뉘어 운영되고 있으며 대표적인
건강보험은 다수의 금고별 독립채산제로 운영되고 있음
 - 2009년 이전에는 질병금고별로 보험료율을 결정하였으나 2009년 이후
연방정부가 전국 단일 보험료율을 결정하며 이후 2011년에는 법률로 규정
하였고, 보험료의 징수는 각 질병금고에서 하여 건강기금(연방보험청의
관리)으로 이관된 후 건강기금은 이 재정을 리스크 구조조정에 따라 각
질병금고에 배분해 주어 형평성을 도모하고 있음
 - 급여결정은 의료기술평가기구에 의해 근거가 제시된 후, 연방공동위원회
(G-BA)에서 결정하고 이를 각 질병금고가 따름
- 독일의 질병금고는 자치행정조직의 특성을 가지고 있어 모든 질병금고의
운영자는 정부의 감독 하에 놓여있지만 상당한 자율권을 가지고 있음
- 질병금고의 자치행정의 기본이념은 조직구성에 대한 자율권뿐만 아니라 그
운영에 대한 내용도 자율적으로 결정함



[그림 3-15] 공적건강보험의 보험료와 연방보조금 추이

자료: Bundesministerium für Gesundheit, Die gesetzliche Krankenversicherung (Juni, 2015)