

의료보험체계에서 이념의 갈등과 조화

-의료보험에서 경쟁의 억제와 유인-

김 나 경*

I. 의료보험의 이념적 구조

1. '사회보험'으로서 의료보험: 사회보험의 기초로서 '사회적 연대성' 이념
2. '의료급부의 질적 향상'과 '의료보험급여의 보장성 확대'
3. 의료보험에서 경쟁원리 작동의 한계

II. 국민건강보험의 운용구조: 사회적 연대성 이념의 확대와 경쟁원리의 위축

1. 전국민의료보험제도에 의한 사회적 연대성 이념의 전면적 확대
2. 단일보험자로서 국가: 정책적 결정의 전면적 국가통제
3. 경쟁 이념의 전면적 배제

III. 독일의 법정의료보험(GKV) 체계에서 경쟁원리의 작동과 제한

1. 경쟁의 사회보장성 확보
2. 경쟁원리의 작동

IV. 결 론

I. 의료보험의 이념적 구조

1. '사회보험'으로서 의료보험: 사회보험의 기초로서 '사회적 연대성' 이념

이른바 사회복지국가를 지향하는 많은 국가들에서 의료보험은 자유시장의 영역에 내맡겨져 있기보다 '사회보험'의 형태로(도) 운영된다. 메디케어

* 논문접수: 2009. 09. 15. * 심사개시: 2009. 11. 10. * 게재확정: 2009. 12. 10.

* 성신여자대학교 법과대학 조교수, 법학박사

* 이 논문은 2009.9.19. 대한의료법학회 월례학술발표회에서 발표한 내용을 수정하고 보완하여 작성된 것이다.

(Medicare)나 메디케이드(Medicaid)와 같은 사회 ‘보장’적 의료제도를 갖추고 있긴 하지만) 의료보험이 전적으로 민영화·영리화되어 있다고 볼 수 있는 미국의 경우에도, ‘공적’ 의료보험제도를 도입할 필요가 있다는 문제 제기는 끊임없이 일어나고 있으며, 특히 현 미국정부는 의료보험제도의 개혁을 주요 과제 중 하나로 삼고 있는 듯하다.¹⁾

「사회보장기본법」에 따르면 ‘사회보험’이란 “국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험방식에 의하여 대처함으로써 국민건강과 소득을 보장하는 제도”로(동법 제3조 제2호), 사회보장에 의해 국민의 복지증진을 도모하는 한 수단이다. 국가에 대한 ‘사회보장’의 요구 혹은 사회복지국가의 실현에 대한 요구는 자유주의의 이상을 확대시키는 데에 중점을 두었던 근대법적 규율이 도외시했던 사회적 결과에 대한 관심에서 등장한다. 여기서 - 국가를 통해 개선되어야 할 - ‘사회적 결과’란 무엇보다도 ‘(경제적 혹은 일정한 사회적 맥락에서의) 강자와 약자’ 간의 ‘실질적인 불평등’이다. 많은 국가들에 있어서 사회보험은 그러한 불평등을 해소함으로써 일정 수준의 삶의 질을 보장하는 가장 전형적인 수단 중의 하나가 되어가고 있다. 의료보험이 사회보험으로 정책화되는 경우 국가가 해소해야 할 불평등의 문제는 다른 아닌, 경제적 강자와 약자 간의 혹은 성별, 연령, 건강상태 등에 따라 위험발생률이 상이한 사람들 간의 ‘의료서비스에 대한 접근에 있어서의 불평등’ 문제이다.

‘보험’의 기본적 이념은 무엇보다, ‘위험의 재분배’이다. 보험은 한편으로는 개인적인 차원에서 개인에게 현실화될 수 있는 다양한 위험들을 ‘수직적’으로 분배한다. 다른 한편 보험을 통해 보험가입자들 간에는 위험이 ‘수평적’으로 분배된다. ‘사회보험’이 갖는 특징은, 이와 같은 위험의 분배 방식이 - 사적(私的) 보험과는 달리 - 국가에 의해 결정된다는 점이다. 사회보장

1) 오바마 현 미국대통령은 의회와 협력하여 2009년 내로 의료개혁법안을 통과하겠다는 공약을 발표한 바 있으며, 이후 몇 차례의 공식 연설을 통해 개혁의지를 더 확실하게 밝혔다(2009.6.13. 라디오 연설 및 2009.6.15. 미국 의학협회(AMA) 연례회의 연설문 등 참조).

이념 혹은 사회복지 이념에 지향된 국가는 우선 - 앞에서도 언급했듯 - 보험의 가입을 ‘강제’하고 가입자들의 보험료를 직접 책정한다. 이러한 정책에 의해 - 특히 경제적 약자와 강자들 간의 보험료의 차등적 산정²⁾ 그리고 그와는 무관한 보험급여의 동일성에 의해- 실질적으로 가입자들 간에 ‘소득의 재분배’가 있게 된다. 즉, 특정한 피보험자 그룹이 손실비용의 대부분을 다른 그룹에 지급해서는 안 된다는 피보험자들 개인에 있어서의 “개별적인 형평”(혹은 ‘개별적인 등가성’³⁾)의 문제는 도외시되고, 수입이 낮은 피보험자들은 다른 피보험자들보다 자신이 납부한 보험료의 가치에 비해 상대적으로 더 큰 급여를 받음으로써 일정한 생활수준을 보장받을 수 있어야 한다는 급여지급에서의 “사회적 적정성”이라는 이념이 강조된다.⁴⁾ 그리고 사회보험에서의 이와 같은 정책적 방향은 바로 국가적 사회보장의 이념적 기초라 할 수 있는 ‘사회적 연대성’의 원리에 입각한 것이다.

2. ‘의료급부의 질적 향상’과 ‘의료보험급여의 보장성 확대’

가. ‘의료급부의 질적 향상’ 그리고 ‘보장성 확대’

하지만 이와 같은 ‘사회보험’으로서의 의료보험이 단지 ‘사회적 연대성’ 이념의 실현만을 지향할 수는 없다. 사회적 연대성 이념의 실현과 아울러 좀 더 근본적으로 생각해 보아야 할 것은 ‘의료’보험의 보다 궁극적인 목적이다.

의료보험이 의료적 위험 혹은 질병의 위험의 분산을 통해 달성하고자 하는 것은 결국, 그러한 위험에 직면한 개인이 좋은 의료서비스를 제공받음으로써 위험을 더 잘 극복할 수 있도록 하고 이를 통해 더 나아가서는 전체

2) 사회보험으로서의 법정의료보험은 - 사적 보험에서의 ‘위험에 상응하는(risikoäquivalent)’ 보험료 산정이 있게 되는 것과는 다르게 - 일반적으로 “근로수입(Arbeitsentgelt)”에 기준하여 보험료를 산정한다. 이와 같은 의료보험에서의 ‘연대성원칙’에 관해서는 Ingwer Ebsen, §15 Krankenversicherung, in: Bernd Baron v. Maydell, Franz Ruland, Ulrich Becker (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch SRH, 4.Aufl., 제705면 참조.

3) 헌법재판소 2000.6.29. 선고 99헌마289 참조.

4) 이달휴, “사회보험의 원리”, 『복지행정논총』, 제10권, 2000, 제286면.

국민의 건강수준을 향상시키는 것이다. ‘치료’라는 ‘의료’의 고유한 본질에서 파생되는 이러한 목적은 단지 동일한 의료보험급여를 다수의 사람에게 공급해줌으로써 달성될 수 있는 것이 아니다. 건강의 증진이라는 목표는 일정수준의 ‘의료급부⁵⁾의 질’이 확보되고 더 나아가 그 질적 수준이 (의료기술의 발전에 발맞추어) ‘지속적으로 향상’될 때에 비로소 ‘온전히’ 실현된다. 특히, 한정된 재원으로 운영되는 의료보험에 있어서 보험을 통해 제공되는 보험급여의 수준은 질적으로 뿐만 아니라 양적으로도 확대되어야 한다. 이는 종종 의료보험의 ‘보장성 강화’ 혹은 보험급여의 ‘포괄성 확대’의 문제라 일컬어진다.

의사결정에서의 자율성, 아울러 치료에 지향된 의사와 환자의 만남이라는 의료의 고유한 본질을 생각해볼 때⁶⁾ 간과해서는 안 될 점은, 의료보험정책과 관련된 의사결정에 있어서 ‘의료적 자율성’의 이념이 실현되어야 한다는 것이다. 정부가 의료보험정책을 독점적 권위에 의해 수립하고 집행하는 것이 아니라 의료보험과 관련을 맺는 다른 당사자들, 즉 의료인(의료전문가)과 의료소비자, 그리고 - 정부 이외의 보험자가 존재하는 경우에는 - 의료보험자들이 정책수행에 주체적으로 참여하는 것은 그러한 자율성 실현을 위한 일차적인 전제이다.⁷⁾ 덧붙여, 이와 같은 ‘자율성’의 원리는, ‘사회적 연대성’의 이념, ‘의료급부의 질적 향상’, 그리고 ‘의료보험급여의 보장성 확대’라는 이념과 병렬적으로 이해하기보다는 그러한 이념들을 실현하는 과정에서 이루어지는 모든 의사결정의 고유한 작동원리라고 설명하는 것이 이 논문에서 의료보험의 문제구조를 파악하는 데에 좀더 도움이 될 것 같다.

5) 이 글에서는 의료인이 제공하는 일반적인 의료서비스 일체를 의료‘급부’라 표현하고 (의료)보험을 매개하여 이루어지는 의료서비스를 의료보험‘급여’라 지칭할 것이다. 하지만, 글의 내용상 두 가지의 용어가 늘 명확히 구별되지는 않고 교차하여 사용되는 경우도 있을 수 있음을 밝혀둔다.

6) 이에 관해서는 이상돈·김나경, 『의료법강의』, 법문사, 2009, 제7~8면 참조.

7) 이와 같은 ‘의료적 대화’에 관해서는 이상돈·김나경, 전계서, 제14면 이하 참조.

나. 이념의 적극적 실현의 전제: '경쟁' 원리의 작동

그런데 특히 '의료급부의 질적 향상'과 '보험급여의 보장성 강화'라는 이념의 실현은 의료급부제공자들(Leistungserbringer)⁸⁾과 의료보험자들의 일정한 노력을 전제한다.

피보험자에게 제공되는 의료급부가 일정한 질적 수준을 유지할 수 있기 위해서는, 우선 의료급부제공자들의 의료적 행위가 특정 의료서비스가 갖추어야 할 일정한 절대적 기준을 충족시켜야 한다. 이는 의료전문가들의 입장에서 해당 의료서비스에 있어서의 자율적인 질적 통제기준을 마련하고 운용할 필요성을 근거 짓는다. 예를 들어, 각종 전문의 협회나 학회에서 제정되는 임상진료지침과 같은 것들이 그러한 역할을 할 수 있다. 다른 한편, 이를 넘어서서 의료급부제공자들은 의료소비자인 피보험자에게 의료의 이상인 '최선의 진료'에 좀더 가깝고 그들의 기호나 선호를 충족시킬 수 있는 서비스를 지속적으로 개발하려는 노력을 해야 한다. 그런데 이러한 노력은 단지 의료급부제공자의 고매한 히포크라테스적 직업정신에 의해서 촉발될 수 있는 것이 아니다. 의료급부제공자들의 노력의 촉매가 되는 것은 무엇보다도 '의료인들 간에 더 많은 환자를 유치하려는', '경쟁'이다. 더 나아가 이러한 노력은 '의료급부제공자와 의료보험자간의 상호적 협력'을 통해 조직화된 형태로 이루어질 수도 있다. 이러한 협력 역시 의료급부제공자들 간에 더 많은 환자를 유치하려는 경쟁이 있음과 동시에, '다수의' 의료보험자들 간에 더 많은 보험가입자를 확보하려는 경쟁이 있을 때에 촉발될 수 있다.

다른 한편, 의료보험정책이 단지 의료보험자의 '의료'에 대한 도덕 혹은 윤리의식에만 의존하는 경우에는, '의료보험급여의 보장성 확대'를 위한 노력이 끊임없이 경주될 것을 기대하기 어렵다. 그러한 노력은 무엇보다, 의료보험자들 간에 의료보험가입자에게 더 다양한, 혹은 더 많은 의료서비스

8) 이 논문에서는 편의를 위해 사회보험의 체제 내에서 제공되는 의료'급여'도 포괄적으로 의료(적) 급부라 칭하며, 의료보험자와 계약을 맺고 피보험자에게 의료적 급부를 제공하는 자를 '의료급부제공자'라 칭하고자 한다.

를 제공함으로써 더 많은 보험가입자를 확보하려는 ‘경쟁’에 의해 확실히 뒷받침될 수 있다.

이와 같이, 의료의 본질로부터 비롯되는 언급한 두 가지의 이념들을 실현하려는 적극적 노력은 국가의 관료적 통제에 의해서가 아니라 의료보험자들 간에 혹은 의료급부제공자들 간에 ‘경쟁’의 원리가 작동하는 경우 비로소 기대할 수 있다. 이는 ‘사회적 연대성’의 이념과는 대조적으로 의료체계에서 - ‘평등’의 이념뿐만 아니라 - ‘자유’의 이념이 실현될 것이 요청됨을 의미한다.⁹⁾

3. 의료보험에서 경쟁원리 작동의 한계

이상에서 이야기한 의료보험의 두 가지 요소를 조화시키는 것, 즉, ‘사회보장성’을 확보하면서 동시에 경쟁을 통해 의료급부의 포괄성을 확대하고 의료급부의 질을 지속적으로 향상시키는 것은 결코 쉽지 않다. ‘사회보장성’의 이념을 실현하기 위해서는 ‘국가적 통제’, 즉 시장 진입의 국가적 강제나 제한 혹은 급여 가격의 국가적 결정이 전제되어야 하므로, 시장의 원리 혹은 경쟁의 원리가 본질적으로 위축될 수밖에 없다. 즉, 사회보장이념을 지나치게 강조하게 되면 더 나은 의료급부제공, 그리고 이를 통한 다수의 피보험자의 확보를 위한 경쟁이 일어나지 못하게 되고, 의료급부의 보장성이 약화되거나 의료급부의 질적 향상이 더디어질 수 있다.

결국 의료보험을 사회보험으로 운용할 때에 그 정책의 성공과 실패는 이와 같은 이념들의 조화를 어떻게 가능하게 할 것인가에 달려 있게 된다. 그런데 여기서 우선 생각해 보아야 하는 것은, 의료의 영역은 특히 그 고유한 특징으로 인해 경쟁의 원리를 전면적으로 도입하기 어려운 점이 있다는 것이다. 의료의 영역에서는 무엇보다도 ‘건강’이라는 급부가 갖는 특별한 속

9) 이와 관련하여 의료보험에서 ‘자유’와 ‘평등’의 이념이 대립함을 보여주는 이상돈, 『의료체계의 법』, 고려대학교 출판부, 2000, 제56면 이하 참조.

성으로 인해 경쟁의 다양한 전제조건들이 결합되어 있다. 그러한 한계를 의료공급자의 측면과 보험자의 측면으로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

가. 의료공급자 간의 경쟁의 측면

의료적 급부에 대한 수요를 창출하는 원인인 ‘질병’은 어느 정도의 ‘긴급성’을 갖는 “위급한 상황(Notfall)”이다.¹⁰⁾ 이러한 상황에서 환자는 의료공급자를 선택함에 있어 시간적·공간적 제약을 많이 받을 수밖에 없다. 즉, 실제로 환자에게 의료급부를 제공하게 되는 의료인은 필요한 자격을 갖추고(Qualifikation) 적절한 시간에 적절한 장소에 있는 의료인인 경우가 많다.¹¹⁾ 그렇기 때문에 경쟁자들 간의 ‘기회의 동등’이라는 경쟁의 전제가 결합되어 있다. 뿐만 아니라 의료급부제공자의 수는 경쟁이 기능적으로 작동할 만큼 늘 충분한 것이 아니라는 점은 의료급부제공자들 간의 경쟁을 더욱 어렵게 한다. 의료소비자의 입장에서는 의료급부제공자들 간의 경쟁은 제공하는 의료급부와 그 원인이 되는 질병 간에 비교가 가능한 경우에 있을 수 있다. 바로 그러한 경우에만 소비자는 쉽게 ‘다른’ 의료급부제공자로 교체할 수 있기 때문이다. 의료급부제공자의 수가 충분하지 않을 뿐만 아니라, 질병의 종류가 너무나 다양하고 환자들 간의 개인적 특성이 모두 다르며 의료적 조치 자체가 매우 복잡성을 띠는 것이라는 점을 볼 때에¹²⁾, 의료급부에 있어서는 이와 같은 전제조건 역시 결합되어 있다고 볼 수밖에 없다. 더 나아가 의료적 지식이 있어서 환자와 의사는 힘의 불균형상태에 있을 수밖에 없다는 점¹³⁾, 즉, 피보험자는 개별적인 의료급부제공자들이 최

10) Heinz-Uwe Dettling, Funktionsbedingungen des Wettbewerbs und des Gesundheitswesens, GesundheitsRecht, 2008, Heft 4, 제175면.

11) Heinz-Uwe Dettling, 전제논문, 제177면.

12) 이러한 점을 Dettling은 경쟁을 위해 요청되는 “급부제공에 있어서의 동일성이 불충분하다(Unzureichende Homogenität der Leistungsangebote und mangelnde Reparabilität schlechter Leistungen)”고 이야기한다(Heinz-Uwe Dettling, 전제논문, 제178면).

13) 이에 대해서는 김나경, “의사의 설명의무의 법적 이해”, 『한국의료법학회지』, 제15권 제1호, 2007, 제11면 참조.

신의 치료라는 자신의 목적을 달성하기 위해서 필요한 치료의 과정을 어떠한 방식으로 진행시키는지, 그리고 해당 치료의 질적 수준은 어떠한지에 대한 지식을 갖추기가 너무 어렵다는 점¹⁴⁾은 소비자들의 의료급부제공자들에 대한 선택 자체를 어렵게 한다는 점에서, 마찬가지로 경쟁 원리가 기능적으로 작동하기 어렵게 한다.

이와 같은 상황에서, 의료급부의 제공을 시장의 논리에 완전히 맡기게 되면, 특히 시간적·장소적으로 제한이 되어 있으며 특정 진료에 적합한 의료분과여야 한다는 조건으로부터 자유로울 수 없는 의료시장의 특성상, 의료급부제공자들은 자신들의, 말하자면 우월적 지위를 이용하여 지나치게 높은 대가를 요구하게 되기 쉬울 것이다. 특히 “질병이라는 압력”하에 있는 환자들은 많은 경우 높은 가격일지라도 대가를 지불할 준비가 되어 있다는 사실은 이러한 악결과를 더욱 부추길 수 있다.¹⁵⁾ 더 나아가 이러한 상황에서는 의료급부의 ‘질적’ 수준을 보장하는 것 역시 쉽지 않다. 자유시장에서 질적 수준을 보장하는 것은 동일한 조건에서 더 나은 서비스를 제공할 수 있는 다수의 공급자들의 존재라는 점은 분명하다.

나. 보험자 간의 경쟁

의료보험자들 간의 경쟁은 일차적으로는 ‘다수’의 의료보험자가 존재하고 그들이 각기 의료소비자에 대해 다양한 조건의 보험 상품들을 제공함으로써 가능하다. 그리고 보험자들을 완전한 시장경쟁의 논리에 두게 된다는 것은 다른 한편, 보험자들이 ‘이윤추구’라는 시장의 논리에 철저히 충실해 진다는 것을 의미한다. 그런데 의료급부의 특성을 고려해볼 때에, 보험자

14) 바로 이러한 점에서 피보험자는 “급부(Leistung)의 측면”에서 볼 때에 목표지향적인 선택을 할 수 있는 요소들에 관해 분명히 알기가 어렵다고 하는 Eberhard Wille, Volker Ulrich, Udo Schneider. Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Nomos Verlag (E. Wille, V. Ulrich, U. Schneider (Hrsg.)), 2007, 제23면 참조.

15) Heinz-Uwe Dettling, 전제논문, 제178면.

의 입장에서는 무엇보다도 이른바 ‘위험’률이 낮은 피보험자들을 유치해야만 재정적으로 좀더 많은 이익을 유지할 수 있다. 그렇다면, 보험자들은 위험률이 높은 피보험자들, 예를 들어 나이가 많거나 많은 선행 질환들을 앓았던 피보험자들을 기피하는 경향을 보이게 될 수 있고, 건강의 측면에서의 사회적 약자들은 점점 더 건강서비스로부터 소외될 수 있다. 특히, 의료보험자들이 이윤을 높이기 위해 개발하는 다양한 상품들은 다름 아니라 건강의 측면에서 약자에게 불리한 조건의 상품들일 경우가 많다. 덧붙여, 보험자와 의료급부제공자 간의 자유로운 계약체결이 - 전면적으로는 부분적으로든 - 허용되어 있는 경우에, 보험자는 더 나은 의료급부제공자와 계약체결을 함으로써 자신의 보험상품의 질적 수준을 높이려 할 것이다. 하지만, 계약을 체결할 의료급부제공자를 선택함에 있어 보험자는 - 피보험자가 의료급부제공자를 선택하는 경우에서와 마찬가지로 - 의료급부제공자에 대한 지식과 정보의 부족이라는 문제에 직면할 수밖에 없다.

II. 국민건강보험의 운용구조: 사회적 연대성 이념의 확대와 경쟁원리의 위축

그렇다면, 우리나라의 국민건강보험체계 내에서는 이와 같은 이념들의 긴장이 어떠한 방식으로 해소되거나 혹은 고조되고 있는가. 우리나라에서 의료보험은 고용보험, 산업재해보상보험(이하 산재보험), 그리고 연금보험과 더불어 - 이른바 4대 보험 중 하나로서 - ‘사회보험’의 성격을 지닌다. 의료보험의 대상인 ‘질병’의 위험은 사회보장기본법상 사회보험제도의 대상으로 규정되어 있다(동법 제3조 제1호). 뿐만 아니라 헌법재판소는 국민에게 건강보험에의 가입의무를 강제로 부과하고 경제적 능력에 따른 보험료를 납부하도록 하는 국민건강보험법 규정에 대한 헌법소원심판에서 “우리나라는 건강보험에 관하여 (...) 사회보험제도를 채택”하고 있으며 이는 “보

협법적 관계가 민·상법 상의 계약에 의하여 성립되는 사보험과는 크게 다르다”는 점을 분명히 밝힌 바 있다.¹⁶⁾

의료보험을 사회보험으로 운용함으로써 의료서비스 수요자들 간의 서비스 접근에 대한 불평등을 해소하고 사회적 연대성을 실현하기 위해 국민건강보험체계가 운용되는 방식은 다음과 같다.

1. 전국민의료보험제도에 의한 사회적 연대성 이념의 전면적 확대

우리나라에서는 근로자를 대상으로 하는 직장의료보험이 실시된 지 12년 만인 1989년, 이른바 ‘전국민의료보험제도’가 확립되었다. 현재 국민건강보험의 수혜자는, 의료급여법 상의 의료급여 수급권자나 유공자 등 의료보호 대상자를 제외한 (국내에 거주하는) 모든 국민이다.¹⁷⁾ 국민건강보험은 근로자만이 아니라 사용자 및 공무원과 교직원을 - 일정한 예외적 경우를 제외하고는 - 직장가입자, 그리고 직장가입자 및 그 피부양자를 제외한 자는 모두 지역가입자로서 해당보험의 ‘의무가입자’가 됨을 규정함으로써 의료보험의 혜택이 ‘전국민’에게 돌아가도록 하고 있다(동법 제5조 및 제6조 참조). 이로써 (건강의 악화로 인한 재정적) 위험을 보험을 통해 분산시키고자 하는 자발적 의지가 없는 - 많은 경우 고소득층에 속하는 - 사람들도 국민건강보험법에 따르면 ‘모두’, ‘강제적으로’ 보험에 가입하게 된다. 덧붙여, 고용보험법이나 산재보험법이 그 인적 적용범위를 명시적으로 근로기준법상의 “근로자” 개념에 기초하여 확정하는 것¹⁸⁾(특히 산재보험법 제5조 제2

16) 헌법재판소 2003.10.30. 선고 2000헌마801.

17) 「국민건강보험법」 제5조 제1항 참조; 덧붙여 동법의 적용범위는 일정범위의 재외국민과 외국인에게까지 확대되어 있다. 종전에는 대통령령이 정하는 외국인과 재외국민은 본인의 신청에 따라 국민건강보험에 ‘임의가입’할 수 있도록 되어 있었지만(동법 제93조 제2항), 2005.7.13. 동법이 개정됨에 따라 “국내에 체류하고 있는 재외국민 또는 외국인으로서는 대통령령이 정하는 사람은” ‘당연히’ “이 법의 적용을 받는 가입자 또는 피부양자”가 되게 되었다.

18) 박지순, “사회보험의 인적 적용범위에 관한 고찰 - 사회보험법과 노동법상의 근로자 개념을 중심으로-”, 『노동법학』, 제20호, 2005, 제193~194면.

호 참조)과는 달리 국민건강보험법은 동법에서의 ‘근로자’의 범위를 ‘법인의 이사 기타 임원을 포함하여 직업의 종별에 불구하고 근로의 대가로서 보수를 받아 생활하는 자’(국민건강보험법 제3조 제1호)로 획정하고 있다. 이러한 점들은 국민건강보험법에서는 무엇보다 ‘사회적 연대성’ 이념의 실현 범위가 매우 확대되어 있음을 보여준다.¹⁹⁾ 특히, 강제적 가입을 통해 피보험자가 확대되는 경우에는 의료보험을 통해 보장되어야 하는 최소한의 급여 수준이 - 피보험자 집단의 규모가 작은 경우에 비해 - 보다 쉽게 달성될 수 있다.²⁰⁾

더 나아가, 보험료는 피보험자의 보수(報酬)나 소득·재산·생활수준·경제활동참가율 등 무엇보다 피보험자의 보험료부담능력을 고려하여 결정된다(국민건강보험법 제63조 제1항 및 제64조 제1항). 도서·벽지·농어촌 등 대통령령이 정하는 지역에 거주하는 자, 65세 이상인 자, 「장애인복지법」에 따라 등록된 장애인, 국가유공자, 휴직자, 그밖에 생활이 어렵거나 천재지변 등의 사유로 보험료의 경감이 필요하다고 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 자 등에 대해서는 보험료가 경감될 수 있다는 규정(동법 제66조 제1항)도 같은 맥락에서 있다. 그리고 직장가입자의 경우에는 직장가입자와 그 직장가입자가 속한 사업장의 사업주나 해당 기관의 장 또는 국가가 보험료를 ‘분담’하게 하는데, 이러한 보험료의 산정방식들을 통해 보험료 납부에 있어서 서로 다른 사회적·경제적 계층들 간에 ‘소득의 재분배’가 실현된다.²¹⁾

19) 물론, 고용보험법이나 산재보험법과 관련해서도 근로자의 개념을 단지 근로기준법상의 근로자개념에 국한할 것이 아니라 실질적인 근로관계의 모습을 기준으로 확대해서 바라보는 것이 바람직하다는 견해가 제시되고 있다(이러한 논의에 대해서는 박지순, 전개논문, 제192면 이하 참조; 그밖에도 이와 관련하여 사회보험관련법률에서는 노동법에서와 통일적으로 근로자 개념을 구성하거나 파악하기 어렵다는 박종희, “근로기준법상 근로자개념”, 『노동법학』, 제16호, 2003, 제125면 참조).

20) 이에 대해서는 이달휴, 전개논문, 제285면 참조.

21) 이와 같은 소득의 재분배 효과는 헌법재판소에 의해서도 명시적인 국민건강보험의 운용목적 중 하나로 언급되고 있다. 이에 대해서는 헌법재판소 2000.6.29. 선고 99헌마 289, 그리고 헌법재판소 2003.10.30. 선고 2000헌마801 결정 참조.

2. 단일보험자로서 국가: 정책적 결정의 전면적 국가통제

뿐만 아니라 현재 시행되고 있는 「국민건강보험법」은 1999년에 제정된 것으로 이로써 의료보험체계가 국가가 운영하는 ‘일원화된 (단일보험자체제의) 공보험’의 형태를 갖추게 되었다. 특히 ‘국민건강보험’ 체계로의 의료보험의 ‘통합’은 단지 보험을 관리하는 기구의 통합만을 의도하는 것이 아니라, 이와 결합한 재정적인 통합을 수반하는 것이며 더 나아가 보험료의 부과방식의 통일성을 확보한다는 ‘전방위적’ 성격을 지닌다. 이러한 통합은 물론, 보험료 부담에 있어서 조합 간의 형평성이 확보되기 어렵다는 문제점을 해결하고 조합방식의 운용과정에서 등장할 수 있는 조합별로의 경제적 계층의 분리 등과 같은 문제점을 해결함으로써 소득재분배의 효과를 높히려는 것이다. 하지만 그뿐 아니라 통합에 의해, 국민에 대한 의료서비스의 제공이 국가 혹은 정부의 전담적 과제라는 인식을 분명히 심어주며, 의료보험정책에 있어서 국가가 독점기구인 국민건강보험공단을 통해 정부주도의 정책결정을 용이하게 하는 발판이 마련되는 것으로 보인다.

더 나아가 현재 법원에 의한 국민건강보험법령의 해석이나 합헌성 판단은 - 구체적 규범형성의 차원에서 - 의료서비스에 대한 전면적인 국가적 통제와 관리를 완성한다. 예를 들어 대법원은 현행 국민건강보험법과 관련 법령들에 따르면 ‘임의로 비급여행위를 하고 이에 대해 환자로부터 대가를 받는 것이 전면적으로 금지’된다는 결정을 내렸다.²²⁾ 헌법재판소 역시 보건복지부장관의 고시에 의해 의료행위의 방식이 제한되며 고시되지 않은 방식으로 의료행위를 하는 경우 환자에게 그 비용을 청구하는 것을 금지하는 것이 합헌이라는 입장을 밝힌 바 있다.²³⁾ 이러한 결정들에 비추어보면 국민건강보험체계에서는 ‘전국민의 의료서비스 수혜에서의 (적어도 형식적

22) 대법원 2001.7.13. 선고 99두12250 판결 및 대법원 2005.10.28. 선고 2003두13434 판결; 임의비급여의 통제 문제에 대해 자세히는 김나경, “의료행위의 규범적 통제방식에 대한 소고”, 『인권과 정의』, 2009, 제73면 이하.

23) 헌법재판소 2007.8.30. 선고 2006헌마417.

인) 평등'이 무엇보다 중요한 과제로 여겨지고 있는 듯하다.

3. 경쟁 이념의 전면적 배제

이와 같은 국민건강보험체계의 특징은 한마디로 표현하면 '의료보험(의 범위와 방식)에 대한 국가의 전면적 통제'이다. 하지만, 다른 한편 이와 같이 강화된 국가적 통제로 인해 국민건강보험체계에는 실질적으로 '경쟁의 원리'가 작동할 여지가 거의 없는 것으로 보인다. 건강보험에 있어서의 경쟁은 다만, 국민건강보험에 대해 '보충적으로 혹은 보완적으로' 존재하는 민간의료보험상품들 간에 - 주변적으로 - 존재하고 있을 뿐이다. 특히, 2005년 9월부터는 손해보험사만이 판매하던 이른바 '실손보상형' 민간의료보험을 생명보험회사들도 판매할 수 있게 되었는데, 이를 통해 민간의료보험이 더욱 활성화될 것이라는 전망을 해볼 수는 있다. '실손보상형' 민간의료보험은 기존에 '정액방식'으로만 존재했던 민간의료보험과 비교해볼 때에 의료소비자들의 의료서비스에 대한 수요를 더 증가시킴으로써 의료시장을 활성화하는 계기가 될 수도 있고, 소비자들의 다양한 요구가 더 섬세하게 반영되는 서비스의 개발을 가져올 수도 있다.²⁴⁾ 이러한 변화를 통해 민간의료보험시장이 성장하게 되면, 보다 저렴한 민간의료보험상품들이 공공의료보험의 낮은 보장성을 실질적으로 보완하는 기능을 하게 되리라는 기대를 해볼 수도 있다.

그러나 우리나라에서의 민간의료보험의 현재와 같은 운용형태는 실질적으로 '정체되어 있거나' 혹은 '관료화된' 국민건강보험의 근본적인 구조적 변화를 가져오기에는 역부족이다. 어디까지나 국민건강보험이 전국민의 공적 의료보험시스템을 독점하고 있으므로 공적 의료보험제공자들 간의 경쟁은 전혀 기대할 수 없으며, 뿐만 아니라 의료급부제공자들의 - 보건의료료가

24) "정액 방식에 비해 실손방식의 민간의료보험하에서 실질적으로 의료공급자가 많은 영향을 받는다"(강성욱·권영대·김성아, "민간의료보험이 병원에 미치는 영향에 관한 고찰", 『보건경제와 정책연구』, 제10권 제2호, 2004, 제24면)는 것은 이러한 맥락에서 이해할 수 있다.

정한 방식을 넘어서는 - 의료기술의 개발이 임의비급여의 전면적 통제라는 방식에 의해 차단됨으로써 그들 간의 새로운 기술 개발을 위한 노력이나 경쟁의 동기가 위축되어 있다. 그런 한에서는 “다양하고 질적 수준이 높은 의료육구를 충족시키기에 한계”²⁵⁾가 있다는 국민건강보험의 문제가 해결되기를 기대하기는 어렵다.

III. 독일의 법정의료보험(GKV) 체계에서 경쟁원리의 작동과 제한

이와 같은 국민건강보험체계의 운용방식의 특징인 ‘국가의 독점적 경영과 통제’ 그리고 ‘경쟁원리의 전면적 차단’은 어쨌든 우선은 앞의 항목 I.에서 살펴본 의료보험의 이념적 구조에 비추어볼 때 바람직하지만은 않은 것으로 보인다. 이 문제를 둘러싼 다양한 이해들을 생각할 때에, 물론 그러한 문제들을 해결할 수 있는 결정적인 대안이 존재하기를 기대하기는 어렵다. 다만, 의료보험체계의 다양한 운용방안들을 살펴보고 이를 우리의 체계와 비교해보는 것은, 새로운 대안을 모색해나가기 위한 중요한 단서를 제공할 수 있을 것이다. 특히, 독일의 법정의료보험체계(GKV: Gesetzliche Krankenversicherung)는, 앞에서 언급했던 국민건강보험 체계의 주요한 특징들과 관련하여 많은 부분 차별화된 모습을 보여준다. 독일의 의료보험 체계 하에는 250개가 넘는 ‘다수의’ 법정의료보험자들이 존재하며, 법정의료보험에의 가입의무가 전국민에게 부여되어 있지 않고, 의료급부제공자와 법정의료보험의 피보험자들 간의 사적 계약의 영역이 법적으로 확보되어 있다. 아래에서는 특히, 이러한 GKV의 체계에서 ‘경쟁의 원리’가 어떠한 방식으로 작동하는지, 즉 사회보험으로서 GKV가 갖는 ‘사회적 연대성’ 이념

25) 최병호 외, “국민건강보험과 민간보험의 보완적 발전방안 연구”, 『건강보험동향』, 제29호, 국민건강보험공단, 2001, 제35면.

을 실현하고 ‘경쟁’ 원리의 전면적 도입을 주저하면서도, ‘경쟁’의 원리가 부분적으로 작동할 수 있도록 어떠한 장치들을 마련하고 있는지에 대해 살펴봄으로써, 국민건강보험체계에 대한 이해의 폭을 좀더 넓혀보고자 한다.

1. 경쟁의 사회보장성 확보

가. 제도의 변화: 건강기금제도와 통일적 보험료율 제도의 도입

의료보험에 있어서, 보험료율의 책정을 포함한 보험료의 운영과 관리에 대해 개별보험자들이 갖는 자유는, 보험자들 간의 경쟁을 촉발하는 가장 큰 힘이라 할 수 있다. 그런데 최근 독일 GKV 체계에서는 바로 이와 같은 보험자의 자유가 큰 변화를 맞이하게 되었다. 그러한 변화를 주도한 것은 무엇보다 ‘건강기금제도(Gesundheitsfonds)’의 도입, 그리고 ‘통일적 보험료율’ 제도의 도입이다.

‘건강기금제도’ 하에서 피보험자는 보험자에게 월보험료를 납부하는 것이 아니라 건강기금에 보험료를 납부하며 보험자는 건강기금으로부터 배당금을 받게 된다. 여기서, 보험자가 받게 되는 배당금은 피보험자의 숫자를 기준으로 하는 기본배당금(Grundpauschale)에 - 피보험자의 나이, 성별 그리고 질환 등을 고려한 - 일정한 가산금(Zuschlag)을 더하거나 혹은 일정한 할인액(Abschlag)을 제한 액수가 된다.²⁶⁾ 현재 1인의 피보험자당 부여되는 기본배당금은 확정되어 있는데 이러한 ‘확정금액(Festbetrag)’은 한 달에 대략 170유로²⁷⁾이며, 각각의 피보험자의 질병위험(Krankheitsrisiko)에 따라 그 배당금은 조금씩 높아지거나 낮아진다. 결국 피보험자들이 납부하는 보험료가 보험자들 간에 ‘횡적으로 재분배’된다.

26) 이에 관해서는 Peter Axer, Finanzierung und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GesundheitsRecht, Heft 5, 2007, 제194면 참조.

27) <http://www.der-gesundheitsfonds.de/index.php?id=80> (최종접속일: 2009.12.16.)

‘건강기금제도’의 도입과 더불어 ‘보험료율’의 책정에 있어서도 변화가 있게 되었다.²⁸⁾ ‘다수의’ 법정의료보험자가 존재하는 독일에서는, 2009년 1월 1일 개정된 법률이 발효되기 이전의 SGB V에 따르면 보험자가 ‘보험약관(Satzung)’에서 보험료율을 확정했다(구법 제241조 제1항 제1문). 즉, 보험자의 ‘자율적 결정’이 존재하는 동시에 다수의 상이한 보험료율이 병존했다. 구법에서 규정하는 ‘일반 보험료율(Allgemeiner Beitragssatz)’은 법률이나 약관에서 보험료율이 따로 정해져 있지 않은 피보험자 그룹에 대해 적용되는 것이었다(동법 제241조 제1항 제2문). 그러나 2009년 1월 1일부터는 이른바 “통일적 보험료율(Einheitlicher Beitragssatz)” 제도가 도입되었다. 이로써, 연방정부(Bundesregierung)가 - 연방보험관청에 구성된 ‘평가위원회(Schätzerkreis)’의 평가결과를 분석하여 - “법령(Rechtsverordnung)”으로 규정하는 ‘일반 보험료율’은, ‘모든 보험자에 대해’ 적용되는 ‘통일적’ 보험료율로 기능하게 되었다.

나. ‘사회보장적’ 경쟁 시스템의 구축

이와 같은 제도의 변화가 실질적으로 보험가입자나 보험자 혹은 의료급부제공자에게 어떠한 영향을 가져올 것인지 혹은 그들의 GKV 체계 하에서의 행동방식을 어떻게 변화시킬 것인지를 한마디로 이야기할 수는 없다. 아래에서도 보게 되는 바와 같이, 독일의 GKV 시스템에서 작동하는 다양한 제도적 장치들은 모두 무수히 많은 미세한 변수들과의 복합체로서 존재하기 때문이다. 다만, 어쨌든 제도의 기본적인 모습이나 취지를 통해 제도가 지향하는 바를 외부적 관점에서 추론해볼 수는 있다.

‘건강기금제도’의 도입이 명시적으로 표방하는 것은, 보험자들 간의 경쟁의 ‘공정성’ 확보이다. 여기서 공정성의 확보 수단은 이른바 “위험구조의 평준화(Risikostrukturausgleich)”²⁹⁾이다. GKV 체계 하에서 피보험자들은

28) 보험료율의 ‘통일’은 ‘건강기금제도’ 운영의 필수적 전제가 된다고 할 수 있을 것이다.

보험자를 선택할 수 있는 반면 보험자의 피보험자 선택은 불가능하다. 따라서, 비용이 많이 드는 질환을 장기간 앓거나 건강이 좋지 않은 다수의 피보험자를 가입자로 두게 되는, 말하자면 ‘운이 없는’ 법정의료보험자는 상대적으로 큰 재정적자의 위험을 감수해야 한다. ‘건강기금’은 ‘보험료를 통일화’함과 동시에 보험자들에게 “질병감염률”에 따라 - 앞에서 설명한 바와 같이 - 총배당금에 일정액을 가산하거나 제하여 지급한다(‘질병감염률에 지향된(morbiditätsorientiert)’ 위험구조의 평준화). 이와 같이 경제적 측면에서 건강기금이라는 하나의 센터를 통해 건강보호체제를 통제하는 것은, 말하자면 모든 보험자들에게 ‘출발점’에서의 평등, 즉 경쟁을 위한 동일한 조건을 보장하려는 노력이다. 그리고 더 나아가서는, 보험자들의 상품개발이 질병감염률이 높은 환자를 기피하는 방식으로 이루어지기보다는 좀 더 소비자의 실질적인 선호와 이익에 지향되는 방향으로 이루어질 것이라는 기대가 있을 수 있다.

아울러 독일 정부는 통일적 보험료율 제도를 도입함으로써 “동일한 급부에 대한 동일한 보험료”의 원칙을 실현시키려 한다고 명시적으로 밝힌 바 있다.³⁰⁾ 어쨌든, 기본적인 GKV의 보장범위가 모든 법정의료보험의 피보험자들에게 동일하다면, 피보험자가 자신의 수입 중에서 부담하게 될 보험료의 비율이 동일해야 한다는 취지이다. 이와 같은 ‘통일적 보험료율’은 보험료를 책정의 주체를 보험자에서 ‘국가’로 변화시키므로 우선은 보험료 책정이 ‘관료주의화’된다는 우려를 피할 수 없다. 아울러 어쨌든 ‘기본적인 보험료의 측면’에서는³¹⁾ 서로 다른 보험자들의 보험상품 간의 차별성이 약화될 수 있다는 우려도 있을 수 있다. 즉, ‘거시적인’ 관점에서 볼 때에 보험자

29) 독일에서 위험구조의 평준화는 1994년부터 이루어졌으며 2002년부터는 더 정교화되었고, ‘건강기금제도’는 이를 더 발전시키기 위한 제도이다. 이에 대해서는 Ingwer Ebsen, §15 Krankenversicherung, 제698면 참조.

30) <http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2008/10/2008-10-07-krankenkassen-beitrag.html>(최종접속일: 2009.11.10.)

31) 이와 같이 표현한 것은, 아래의 항목 III.2.가.에서 설명하는 ‘부가적’ 보험료 등의 제도를 통해 보험료에서의 일정한 차등성이 있을 수 있기 때문이다.

들 간의 경쟁의 범위는 우선 축소되었다고 말할 수 있다. 그러나 다른 한편, ‘소비자’의 관점에서는 개별 보험자별로 산정의 근거가 불분명했던 보험료율의 투명성이 확보됨으로써 보험료율 책정이 이전보다 더 많은 정당성을 담보하게 된다. 더 나아가, 보험료율이 통일화됨으로 인해 다수의 보험자들은 보험료율 이외의 요소들, 특히, 의료보험급여의 제공에 있어서 서비스의 다양성이나 차별성을 통해 경쟁하려 하게 될 것이다. 즉, 경쟁의 범위가 ‘한정’되기는 하지만 경쟁의 변수들이 ‘소비자의 이익에 지향’됨으로써, 의료보험구조의 피보험자 지향성이 강화될 수 있다.

결국, 건강기금제도와 통일적 보험료율 제도를 통해 GKV는 ‘제한된 범위 내에서의 소비자에게 유리한 방향으로의 경쟁’을 지향하는 것으로 보인다. 이러한 제도들의 도입은 물론 보험자 간의 재정적 불균등을 해소하려는 노력, 즉 보험자의 입장을 반영하려는 노력을 보여주는 한다. 하지만 어쨌든 이러한 제도적인 변화들은 궁극적으로는 피보험자의 입장에 대한 적극적인 이해와 피보험자의 이익 도모에 지향되어 있는 것으로 보인다. 덧붙여, 이러한 이익 도모가 국가적 개입에 의해 이루어지며 어쨌든 그럼으로써 - 이하에서 보게 되는 바와 같이 - 보험자 간의 ‘경쟁’이 국가적으로 제한된 범위 내에서 일어나도록 유도한다는 점에서, 이를 ‘사회보장적 경쟁’의 지향 혹은 ‘경쟁의 사회보장성 확보를 위한 노력’이라 부를 수 있을 것이다.³²⁾

2. 경쟁원리의 작동

이상에서 본 바와 같이 새롭게 재편된 GKV 체계에서는 보험자들 간에 보험료율에 관한 경쟁이 불가능하게 됨으로써 경쟁의 영역이 축소되고 -

32) 이와 같은 제도들의 도입이 “통일적인 연대적 공동체(Solidargemeinschaft)를 재건”하는 것이라고 이야기하는 것(Rainer Pitschas, Die Gesundheitsreform 2007 – Verfassungskonformer Einstieg in den Systemwechsel der GKV, GesundheitsRech, Heft 2, 2008, 제 70면)은 바로 이러한 ‘사회보장성’의 강조를 보여주는 것이다.

어쨌든 건강기금제도의 취지에 따르면 - 보험자들은 경쟁을 위한 동일한 출발선상에 서게 된다. 더 나아가 GKV는 동일한 출발선상에 서 있는 보험자들이 실질적으로 경쟁을 하도록 유인하는 몇 가지의 제도적 장치를 '직접' 마련한다. 대표적인 것들로 꼽을 수 있는 것은 다음의 장치들이다: '부가적 보험료(Zusatzbeitrag) 제도', '프리미엄(Prämien) 지급 제도', '선택적 요금제(Wahltarife)'.

가. '부가적 보험료' 제도와 '프리미엄' 제도

(1) 제도의 운용방식

'부가적 보험료' 제도와 '프리미엄 지급' 제도는 보험자가 보험가입자에게 명시적으로 일정한 이익을 제공하거나 혹은 불이익을 가하게 하고, 이에 관해 보험가입자에게 자신이 선택했던 보험자에 대한 계약 해지 여부(또는 계약 연장 여부)를 결정하는 권리를 부여하는 제도이다.

이른바 GKV-경쟁촉진법(GKV-WSG: GKV-Wettwerbsstärkungsgesetz)에 의해 2007년 4월 1일 도입되었고, 2009년 1월 1일부터 효력을 발하기 시작한 SGB V 제242조 제1항에 따르면, 법정의료보험자들은 건강기금으로부터 받는 배당금으로 필요한 재정수요가 다 충족되지 않는 경우, 피보험자에게 '부가적 보험료'를 부과하는 것을 자신의 보험약관에 규정'해야만' 한다. 이때 보험자가 자신의 재정적 필요를 충족하기 위해 부가적 보험료를 부과하지 않고 대출을 받는 것은 허용되지 않는다.³³⁾ '프리미엄 지급 제도'는 이와는 반대로, 건강기금으로부터의 배당금이 보험자가 재정적으로 필요로 하는 금액을 넘어서는 경우 보험자가 가입자들에게 프리미엄을 지급하는 제도이다(SGB V 제242조 제2항). '부가적 보험료'의 부과가 보험자의 '의무'인 반면, 보험자의 프리미엄 지급 여부는 보험자의 선택사항이다.

33) Rainer Schlegel, Klaus Engelmann, SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung, Juris GmbH Saarbrücken, 2008, §242. Rn. 31.

이와 같은 ‘부가적 보험료’의 부과나 ‘프리미엄’의 지급에 있어서의 변화는 - 앞서 언급했듯 - 소비자의 계약해지권을 발생시킨다. 보험자가 피보험자에게 부가적 보험료를 요구하는 경우, 또는 부가적 보험료를 인상했거나 프리미엄의 지급액을 감액한 경우, 피보험자는 보험계약의 해지를 위해 일반적으로 요구되는 조건인 최소 18개월의 계약유지 기간과는 상관없이 계약을 해지할 수 있다(동법 제175조 제4항 제5문).

(2) 제도의 기본 취지: 보험자 간의 ‘차별성’ 확보와 ‘경쟁’

이러한 장치들은 우선 법정의료보험자들이 ‘합리적’이고 ‘경제적’인 활동을 함으로써 ‘부가적 보험료’를 부과하지 않을 수 있도록 노력하거나 프리미엄을 지급함으로써 더 많은 소비자를 확보할 수 있도록 노력하도록 유인하는 역할을 한다. 즉, ‘부가적 보험료의 부과’나 ‘프리미엄의 지급’은 그 자체로서는 우선 - 앞에서 보았던 ‘건강기금제도’나 ‘통일적 보험료율 제도’와는 달리 - 보험자 간의 ‘차별성’을 도모하게 함으로써 ‘경쟁’을 유발하는 장치이다.

(3) 경쟁의 ‘공정성’ 및 ‘소비자 지향성’ 확보

하지만, 앞에서 보았듯 GKV가 지향하는 경쟁은 어디까지나, (국가적 개입을 바탕으로 하는) ‘사회보장성’이 확보된 경쟁이다. 이러한 맥락에서 GKV 체계는 ‘부가적 보험료 부과’나 ‘프리미엄 지급’ 제도가 - 그 자체로는 경쟁을 직접 지향하더라도 - 경쟁을 과열시킴으로써 소비자에게 피해를 주는 것을 예방하는 장치를 마련한다.

우선 SGB V는 보험자가 경쟁을 위해 과도한 프리미엄을 지급함으로써 재정적인 어려움에 처하게 되고 이로 인해 결국은 보험가입자에 대한 급여능력을 상실하는 결과를 방지하는 장치를 마련하고 있다. 즉, 프리미엄의 지급은 어디까지나 동법 제261조에서 규정하고 있는 - 만일의 경우에 대비하여 보험자의 급여능력(Leistungsfähigkeit)을 보장하기 위한 - ‘예비금

(Rücklage)'을 확보할 의무³⁴⁾를 이행한 경우에만 가능하다. 아울러, 부가적 보험료 부과와 프리미엄 지급 제도는 해당 장치의 작동으로 인해 영향을 받게 되는 소비자의 이익을 보호하고 더 나아가 증진시키는 장치를 마련한다. 일차적으로 이러한 제도들이 추구하는 경쟁이 '소비자지향성'을 띠는 경쟁이라는 점은 보험가입자에게 일반적 해지의 요건을 필요로 하지 않는 '예외적인', 그리고 '일반적인' 해지권을 부여한다는 점에서 쉽게 확인할 수 있다. 이를 통해 우선은 소비자가 '보험료'와 관련하여 보험자 선택 당시 가졌던 '신뢰 이익'이 보호된다. 그리고 소비자는 해지권의 행사를 통해 항상 자신에게 더 '이익이 되는' 방향으로 행동할 자유를 부여받는다라는 점에서 경쟁이 소비자에게 부담을 주는 방식이 아니라, 이익을 주는 방식으로 이루어지는 것이라는 점도 확인할 수 있다. 덧붙여 생각해볼 수 있는 것은 보험가입자는 해당 보험사를 선택할 때에 전년도에 해당 보험사가 부과했던 부가적 보험료의 액수를 확인하지만, 그것만으로는 과연 앞으로 부가적 보험료가 부과될 것인지, 혹은 종전보다 더 인상될 것인지의 여부를 알 수 없었다는 점이다. 즉, 소비자의 해당보험사 선택은 종전의 부가적 보험료의 액수뿐만 아니라 다양한 여러 의료보험자들이 제시한 조건들을 비교하고 분석하여 내려진 결정이다. 그런데 만일 '부가적 보험료'가 너무 많이 부과되어 소비자가 다른 보험사를 선택해야만 할 정도로 결정이 일면 '강제'되는 결과가 발생한다면, 부가적 보험료 이외에 소비자가 해당보험사를 선택하도록 유인했던 많은 동기들이 무의미해질 수 있다. 이와 관련하여 SGB V 제242조 제1항은 '부가적 보험료'의 부과와 관련하여 일정한 한계를 설정한다. 이 규정에 따르면 '부가적 보험료'는 피보험자에게 보험료부과의무대상이 되는 수입(Beitragspflichtige Einnahme)의 1%를 넘어서는 안 된다(동조 제2문).³⁵⁾ 이를 통해 자신의 실천 이성에 기초한 소비자의 기존 결정

34) 이에 관해 상세히는 Rainer Schlegel, Klaus Engelmann, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, §261, Rn.16 이하 참조.

35) 다만, 부가적 보험료는 월 8유로를 넘지 않는 선에서는 피보험자의 수입과는 상관없이 부과할 수 있다(SGB V 제242조 제1항 제3문).

방향이 일정 정도 존중되고 보호될 수 있다. 즉, 입법자는 소비자의 이익을 단지 더 저렴한 부가적 보험료가 부과되거나 부가적 보험료가 부과되지 않는 다른 보험자를 선택할 가능성을 부여함으로써 보험료와 관련된 일면적 측면에서만 보호하는 것이 아니라 다각도에서 고려하려는 노력을 보여주는 것 같다.

나. ‘선택적 요금제(Wahltarife)’

(1) 제도의 운용

이상에서 보았던 ‘부가적 보험료’ 부과제도와 ‘프리미엄’ 지급제도가 보험 가입자에게 해당 보험사 선택에 따른 책임을 묻지 않고 선택의 변경가능성을 전면적으로 보장해주는 경쟁 촉진 장치라면, 의료소비자에게 ‘선택에 따른 책임’을 좀더 강하게 부과하는 방식으로 운용되는 경쟁 촉진 장치도 존재한다. ‘선택요금제(Wahltarif)’가 바로 그러한 예이다.

SGB V 제53조는 ‘자기부담금제도(Selbstbehalte)’(동조 제1항)나 ‘프리미엄 요금제(Prämien-Tarife)’(동조 제2항), 그리고 ‘비용보상제도(Kostenentstattung)’(동조 제4항) 등의 실시를 위한 근거 규정이다. ‘자기부담금제도’란, 피보험자와 보험자 간의 약정을 통해 피보험자가 일정한 질병에 대한 급부들에 대해 일정 액수까지는 스스로 비용을 부담하도록 하는 요금제이다. 이 경우 피보험자가 자기부담 부분으로 약정하는 금액보다 ‘더 적은’ 금액이 보험자가 피보험자에 대해 지불하는 ‘프리미엄’으로 약정되는데, 이로써 피보험자는 보험료와 관련하여 일정한 ‘위험’을 부담하게 된다. ‘프리미엄 요금제’는 피보험자와 그의 부양가족들이 한 해 동안 보험자에게 부담이 되는 의료급여를 사용하지 않은 경우 연간보험료의 일부를 보험자로 부터 돌려받도록 하는 제도이다. 그리고 ‘비용보상제도’란 피보험자가 자신의 보험료 이외에 부가적으로 ‘특별한 프리미엄을 지불’하고 그 대신 - 법정 의료보험의 ‘현물급여’의 원칙에 대해 예외적으로 - ‘비용’을 보상받는 제도

이다. 이 규정에 의거하더라도 원칙적으로는 'GKV의 급여목록'에 명시되어 있는 급여들만이 보험급여의 대상이 되며, 다만 동조 제5항과의 연계 속에서 특정한 치료나 의약품에 대한 비용이 급여대상이 되는 경우가 있을 수 있다.³⁶⁾

(2) 제도의 의의

선택적 요금제도를 도입할 것인지의 여부는 보험자의 '선택' 사항이며, 도입된 제도의 사용여부 또한 전적으로 의료소비자의 결정에 달려있다. 의료 소비자들에게는 부담과 이익의 가능성이 병존하며 소비자들은 그에 대해 자신의 이성적 판단에 입각하여 스스로 결정을 내린다. 자신의 선택이 실제로 이익을 가져다줄 것인지는 사후적으로 피보험자가 사용한 의료급여의 양이나 빈도 등에 따라 달라지며, 그러한 결과에 대한 책임은 '전적으로' 소비자가 부담하게 된다. 보험가입자는 이와 같은 요금제를 선택하는 경우 '최소한' 3년 동안 의무적으로 가입되어 있어야 하며, - 보험자가 특정한 경우에만 예외적으로 특별해지권이 존재한다고 규정하는 경우를 제외하고는 - 그 기간 동안 보험을 해지할 수 없기(동법 제53조 제8항) 때문이다. 이와 같은 제도는 제한적인 영역에서 소비자가 비록 법정의료보험에 가입했다고 할지라도 사적 보험의 보편적 운용 방식을 선택할 기회를 부여한다. 어떤 법정의료보험회사가 이러한 선택적 요금제를 활용하고 있는지, 그리고 세부적으로 어떠한 방식으로 그 제도가 운용되고 있는지는, 우선은 법정의료보험에 대한 의무가입자들에게, 더 나아가 의무가입자가 아닌 의료소비자들에게도 사적 의료보험과의 비교 속에서 해당 법정의료보험사를 선택할 가능성을 제공할 수도 있다. 이를 통해 법정의료보험을 운용하는 보험자는 - 더 많은 보험가입자 유치를 통해 - 경제적 성장과 확대를 부분적으로나마 도모할 가능성이 있으며, 소비자에게 일방적 해지권 등이 부여되어 있

36) Rainer Schlegel, Klaus Engelmann. SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, §53, Rr.111.

지 않고 일정한 의무가입기간이 존재한다는 점에서 좀더 ‘영리성’을 도모할 수 있는 여지를 제공받기도 한다. 덧붙여 개별적인 선택요금제들은 여러 가지 상품들의 개발을 통해 특정성별이나 연령대, 혹은 일정 수준의 수입을 유지하는 피보험자를 유치할 수 있는 가능성을 열어두고 있다는 점도 같은 맥락에서 이해할 수 있다.

다. 의료급부제공자들 간의 경쟁 도모

(1) 사적 건강급부(IGeL)의 인정

독일 GKV 체계가 보여주는 또 다른 - 국민건강보험체계와 확연히 구별되는 - 특징 중의 하나는 의료급부제공자들에게 의료소비자와의 사적 계약이 허용되는 영역이 존재한다는 점이다. 이른바 ‘사적건강급부(IGeL: Individuelle Gesundheitsleistung)’라 불리는 의료적 급부는, 예를 들어 해당 질환에 대한 다른 치료방법은 GKV의 급부목록에 있지만 이를 넘어서서 의사가 추천하거나 적어도 의사가 해도 좋다고 생각하는 검사나 치료를 환자가 원하는 경우, 환자와 의사와의 계약을 통해 이루어지게 되는 급부이다. 「의사를 위한 연방계약 기본법(BMV-Ä)」 제3조는 ‘연방공동위원회(GBA: Gemeinsamer Bundesausschuss)’의 결정에 의해 GKV의 목록에서 제외되었었던 급부를 포함하여 보험의사가 제공할 의무를 지니지 않는 급부들도 서면의 치료계약 체결을 통해서 사적 의료행위(Privatbehandlung)의 영역에서 이루어질 수 있다는 점을 분명히 한다. 뿐만 아니라, 동법 제18조 제8항 제2호에서는 이와 같은 급부가 제공되는 경우, 피보험자에 대한 의사의 비용청구도 가능하다는 점을 이야기한다. 이러한 규정은 특히 의사가 이른바 ‘임의비급여’ 행위를 하고 이에 대한 대가를 환자에게 청구하는 것이 ‘사위 기타 부정한 방법에 의하여 보험급여비용을 받은 경우’에 해당한다고 보는 우리나라 사법부의 입장에 대해 시사하는 바가 크다. 독일의 의료비용규정 제6조 제2항은 비용산정표에 나와 있지 않은 독자적

인(selbstständig) 의료급부의 경우에도 “비용산정표에서 방법과 비용, 그리고 시간에 있어 동일한 가치를 갖는 급부에 상응해서 계산”하도록 규정함으로써, 임의비급여에 해당하는 행위의 비용청구 방식에 대한 근거가 되고 있다.³⁷⁾

(2) 의료급부의 질적 향상과 환자의 이익 도모

조합의사들(Kassenarzt 혹은 Vertragsarztrecht)에게 이와 같은 사적 계약의 영역을 인정하게 되면, 무엇보다도 조합의사들의 의료행위가 단지 관료적으로 통제된 규격화된 진료에만 머무르지 않을 수 있게 된다. 새로이 개발되고 의학적으로 인정되더라도 재정적 한계 등으로 인해 법정의료보험의 체계에 편입되지 못한 의료행위들은 필연적으로 존재할 수밖에 없다. IGeL 영역의 인정은 그러한 의료급부의 제공을 통해 의사의 의료행위가 ‘최선의 치료’라는 의료의 이상에 좀더 가까이 가도록 함으로써, 의료급부의 질적 향상을 도모한다. 특히, 이러한 영역이 인정되면 의사들 간에는 더 좋은 급부를 제공함으로써 더 나은 치료를 하려는 경쟁이 촉발될 수 있다. 더 나아가 일정한 IGeL에 대해 점점 더 많은 의사들이 관심을 갖고 의료소비자를 유인하며 소비자들로부터 해당급부가 다른 - 법정의료보험에 의한 의료급부의 목록에 등재된 - 방식의 급부보다 더 만족스럽다고 인정 받는다면, 해당 행위는 점점 더 보편성을 띠게 될 것이며, 결국 GKV의 체계는 해당 행위를 체계 내로 편입하라는 무언의 압력을 받게 되기 쉬울 것이라 전망해볼 수 있다. 그렇다면 결국 의료보험에 있어서의 ‘보장성’ 강화가 촉진될 수도 있다. 그리고 이러한 기대는 물론 앞에서 살펴본 바와 같이, 특히 ‘다수의’ 법정의료보험자들이 존재함으로써 그들 간에 다각도의 경쟁이 펼쳐지기 때문에 가능할 것이라는 점을 간과할 수 없다.

37) 이와 같이 - 언급한 독일의 법적 규정들을 기초로 - 독일의 사적 건강급부의 인정이 우리나라의 임의비급여 문제에 시사하는 바에 대해 분석한 글로는 김나경, 전계논문, 제 85면 이하 참조.

다. 의료보험자 - 의료급부제공자 간의 선별적 계약

다른 한편, 독일의 의료보험체계가 국민건강보험체계와 비교할 때에 갖는 특징 중 하나는 일정한 조건이 갖추어지는 경우, 보험자들이 단독으로 혹은 다른 보험자와 연합해서 의료서비스의 방식에 관해 의료급부제공자와의 특별한 계약을 체결할 수 있다는 점이다(SGB V 제73조의 c). 이는 보험의사들이 보험의사'연합'(Kassenärztliche Vereinigung)을 통해 보험자들과 '집단적' 계약(Gesamtvertrag)을 체결하는 원칙에 대한 예외이다. 이와 같은 계약을 체결하기 위해서는, 의료급부제공자들은 보험자가 요구하는 '특별한 자질'을 갖추어야 하며, 자격을 갖춘 의료급부제공자들이 계약체결을 신청하는 경우 보험자가 심사를 통해 체결의 여부를 결정한다. 물론, 보험가입자는 이러한 시스템에의 참여 여부를 자율적으로 결정한다. 이러한 선별적 계약을 통해서, 일차적으로는 보험자들 간에 더 많은 의료소비자를 유인하려는 '경쟁'이 일어나게 된다. 뿐만 아니라 의료급부제공자들 간에도 이와 같은 시스템에 참여하기 위한 경쟁이 있게 되는데³⁸⁾, 이와 같은 경쟁들은 무엇보다도 의료서비스의 '질적 향상'을 가져오게 된다(이른바 "(의료서비스의) 질에 지향된 경쟁"³⁹⁾). 특히 입법자는 이러한 질적 향상의 기초가 되는 새로운 서비스의 개발이 지속적으로 촉진될 수 있도록, '계약 내용의 결정'을 가능한 한 광범위하게 계약당사자들에게 맡기고 있다.⁴⁰⁾

IV. 결 론

현재의 국민건강보험체계는 의료보험체계에 대한 오랜 시간 동안의 고민의 산물이며, 따라서 항목 II.에서 언급했던 국민건강보험체계의 특징들에

38) Bundestag (BT) - Drs.16/3100, 제87면.

39) Rainer Schlegel, Klaus Engelmann, SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung, § 73c, Rr. 35.

40) Rainer Schlegel, Klaus Engelmann, SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung, § 73c, Rr. 35.

대해 선불리 부정적인 평가를 내릴 수는 없다. 다만, 어쨌든 ‘사회적 연대성’의 이념, 그리고 ‘의료급부의 질적 향상’과 ‘의료보험급여의 보장성 확대’라는 이념의 동시적인 달성이 사회보험으로서 의료보험체제가 이상적으로 추구해야 하는 방향이라고 전제한다면, 국민건강보험체제는 ‘사회적 연대성’에로의 지나친 치중, 그리고 ‘경쟁원리의 전면적 배제’라는 현재의 모습을 변화시킬 필요성이 있을 수 있음을 완전히 외면할 수는 없다.⁴¹⁾

이상에서 본 독일의 법정의료보험체제에 마련된 다양한 장치들은 물론, 해당 장치들을 마련한 입법자의 기본적인 취지와는 다른 방향으로 작동할 가능성을 항상 안고 있다. 첫째, 하나의 제도 내부에는 사회보장성을 확보하기 위한 장치, 그리고 경쟁적 원리를 작동하게 함으로써 의료급부의 질적 향상이나 보장성 확대를 도모하는 장치가 동시에 마련되어 있는 경우가 많다. 둘째, 물론 더 주축이 되는 이념적 원리를 뒷받침하는 장치가 더 큰 영향력을 발휘하도록 해당 제도가 구축되어 있다고 할지라도, 그 제도가 병존하는 다양한 다른 제도들 안에서 작동하는 서로 다른 장치들과 맞물리게 되면 어떠한 반응이 일어나게 될지는 예측하기 어렵다. 하지만, 그렇더라도 GKV 체계 내에서 사회보장성의 이념이 무색해질 만큼 경쟁의 원리가 강화될 우려는 원칙적으로 배제되어 있다. 그러한 배제를 가능하게 하는 것은 앞에서 본 바와 같이 무엇보다도 ‘보험료율이 통일’되었고, ‘위험구조를 평준화’하려는 노력이 지속적으로 이루어지고 있기 때문이다. 이러한 기본적인 이념적 지향이 존재한다는 점은 GKV 체계의 다양한 장치들이 국민건강보험법체제와 완전히 동떨어져 있지는 않다고 이야기할 수 있는 하나의 기초일 수 있다. 물론, 국민건강보험법체제는 ‘단일화된’ 하나의 보험자

41) 이에 관한 논의로는 김한중, “국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체제의 개선방안”, 『보건복지정책의 발전방향』(대통령자문 정책기획위원회 2001년 정책과제), 제9장; 김홍식, “사회복지제도의 개선을 위한 민간보험 도입의 정책방향: 의료보험을 중심으로”, 『한국행정학보』, 제29권 제3호, 1995, 제983면 이하; 전형준, “의료서비스에 대한 영리의료법인과 민간의료보험 도입의 문제점 및 개선방향”, 『산업경제연구』, 제20권 제1호, 2007, 제415면 이하 참조.

만이 존재한다는 결정적인 차이점을 보이기는 하지만 말이다.

어쨌든, GKV 체계가 보여주듯 다양한 세부적 장치들을 통해 끊임없이 경쟁 이념과 사회보장성 이념이 서로 긴장하거나 또는 하나의 이념이 다른 이념을 자극하도록 하는 것은, 어쩌면 의료보험의 기본적인 작동원리일 수 있다. 물론, 여기서서는 그러한 많은 장치들의 작동이 빚어내는 어떠한 결과가 - 예를 들어 의료소비자에게 심리적 혹은 재정적 부담을 가중시키거나 사적보험과 공적 보험의 차별성을 무색하게 하는 - 단지 '하나의' 방향으로만 나아가지 않도록 하는 것이 중요하다. 이를 위해서는 그러한 장치들이 더 많아지고 더 섬세하게 작동하도록 하는 방안을 마련할 필요가 있다.

국민건강보험체계에서 아쉬운 점은 - 단지 의료급부제공자들 간에, 말하자면 더 친절한 서비스의 제공과 같은 것을 통한 경쟁 이외에는 - 경쟁의 원리가 작동할 수 있는 공간이 거의 없다는 점이다. 독일의 GKV 체계에 대한 이해는 사회적 연대성 이념의 지향이라는 기본 방향을 유지하면서도 세부적인 장치들을 통해 경쟁의 원리가 미세하게나마 작동할 수 있는 여지를 제공하는 방안에 대한 단서들을 제공해준다는 점에서, 국민건강보험체계의 발전 방향을 수립하는 데에 조금이나마 기여할 수 있을 것이다.

주제어 : 의료보험, 국민건강보험, 사회적 연대성, 의료의 자율성, 독일 의료 보험, 통일적 보험료율, 건강기금제도, 부가적 보험료

[참 고 문 헌]

1. 국내문헌

- 강성욱·권영대·김성아, “민간의료보험이 병원에 미칠 영향에 관한 고찰”, 『보건경제와 정책연구』, 제10권 제2호, 2004.
- 김나경, “의료행위의 규범적 통제방식에 대한 소고”, 『인권과 정의』, 2009.
- 김한중, “국민건강보험과 민간보험의 협력을 통한 의료보장체제의 개선방안”, 『보건복지정책의 발전방향』(대통령자문 정책기획위원회 2001년 정책과제).
- 김홍식, “사회복지제도의 개선을 위한 민간보험 도입의 정책방향-의료보험을 중심으로”, 『한국행정학보』, 제29권 제3호, 1995.
- 박지순, “사회보험의 인적 적용범위에 관한 고찰-사회보험법과 노동법상의 근로자개념을 중심으로”, 『노동법학』, 제20호, 2005.
- 이달휴, “사회보험의 원리”, 『복지행정논총』, 제10권, 2000.
- 이상돈·김나경, 『의료법강의』, 법문사, 2009.
- 이상돈, 『의료체제와 법』, 고려대학교 출판부, 2000.
- 전형준, “의료서비스에 대한 영리의료법인과 민간의료보험 도입의 문제점 및 개선방향”, 『산업경제연구』, 제20권 제1호, 2007.
- 최병호 외, “국민건강보험과 민간보험의 보완적 발전방안 연구”, 『건강보험동향』, 제29호, 국민건강보험공단, 2001.

2. 외국문헌

- Eberhard Wille, Volker Ulrich, Udo Schneider, Die Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich, in: Wettbewerb und Risikostrukturausgleich im internationalen Vergleich, Nomos Verlag (E. Wille, V. Ulrich, U. Schneider (Hrsg.)), 2007.
- Heinz-Uwe Dettling, Funktionsbedingungen des Wettbewerbs und des Gesundheitswesens, GesundheitsRecht, 2008, Heft 4.
- Ingwer Ebsen, §15 Krankenversicherung, in: Bernd Baron v. Maydell, Franz Ruland, Ulrich Becker (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch SRH, 4.Aufl.

Peter Axer, Finanzierung und Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GesundheitsRecht, Heft 5, 2007.

Rainer Pitschas, Die Gesundheitsreform 2007-Verfassungskonformer Einstieg in den Systemwechsel der GKV, GesundheitsRech, Heft 2, 2008.

Rainer Schlegel, Klaus Engelmann, SGB V-Gesetzliche Krankenversicherung, Juris GmbH Saarbrücken, 2008.

Die Auseinandersetzung und Harmonie von unterschiedlichen Ideen im Krankenversicherungssystem

Na-Kyoung Kim

Professor, Sungshin Women's University, College of Law

=ABSTRACT=

Im koreanischen Gesundheitsversicherungssystem spielt die soziale Solidarität Hauptrolle bei unterschiedlichen gesundheitspolitischen Entscheidungen. Daher wird manchmal vernachlässigt, dass auch die Qualitätsverbesserung der Medizin und der Umfang der von der Krankenversicherung unterstützten medizinischen Leistungen wichtige Elemente der Krankenversicherung sind. Um die letztere zwei Ideologien zu verwirklichen, soll insbesondere das Prinzip der Konkurrenz funktionieren können. Aber im koreanischen System hat die Konkurrenz fast gar kein Platz für sich. Auch das deutsche GKV (Gesetzliche Krankenversicherung)-system versucht die Sozialversicherung zu sein. Aber den deutschen Krankenversicherungssystem sieht es-spezziell mit dem Vergleich vom Koreanischen-zumindest viele unterschiedliche Funktionssysteme immanent zu sein. Zum einen tendiert die Einführung des Gesundheitsfonds und vom Einheitlichen Beitragssatz die Sozialsolidarität zu verstärken. Zum anderen tragen aber die Systeme von Zusatzbeitrag, Prämien und Wahltarife dazu bei, bessere Qualität der medizinischen Leistungen zu garantieren und die Präferenz von Patienten ernst zu nehmen. Es ist zwar nicht einfach vorauszusagen, zu welchen Ergebnissen diese Elementen führen. Aber die Funktion der unterschiedlichen Elementen, die die Konkurrenz motivieren können, zeigen schon viele Andeutungen für die Veränderung des koreanischen Systems.

Keywords : Gesetzliche Krankenversicherung, Gesundheitsfonds,
Einheitlicher Beitragssatz, Wahltarif, Zusatzbeitrag, Prämien