입법평가연구 제14호 2018년 10월 pp. 145~182

독일과 프랑스 의료보험 제도의 재원확보 정책에서 자치와 연대의 정신에 대한 입법적 의의와 평가

김 종 호*

Contents

I. 서 론
II. 의료보험 제도에서의 자치
1. 독일의 의료보험의 자치
2. 프랑스의 의료보험의 자치
III. 의료보험 제도에서의 연대
1. 독일의 의료보험 연대
2. 프랑스의 의료보험 연대
IV. 의료보험 재원정책과 자치 및 연대
1. 독일의 재원정책
2. 프랑스의 재원정책
V. 독일과 프랑스 의료보험 관련 법제의 입법적 의의와 평가
1. 독일 의료보험의 특성
2. 프랑스 의료보험의 특성
3. 의료보험 관련 법제의 입법적 의의와 평가
VI. 시사점-결론을 대신하여

** 호서대학교 법경찰행정학부 교수, 법학박사(Ph.D & SJD)

Ⅰ. 서 론

보험 가입자들이 이용하는 의료서비스는 의료인들의 의료행위에 대한 비용을 지불하는 보험으로서 각국이 채용하고 있는 의료보험이다. 그런데 의료보험 제도에서 자치(自治)는 흔히 이용되지만 나라에 따라서 혹은 목적에 의해서 또 연구자마다 “자치”라는 말의 의미하는 내용이 다른 점에 유의하여야 한다. 예를 들면, 국가와 관계에서의 보험자의 법적 위치나 보험자의 재량권, 보험자의 기능, 재정적 자율성, 의사결정 당사자의 참여 등 다양하다. 의료보험 제도는 일반적으로 의료서비스 이용자가 평소에 일정한 금액을 보험자에게 보험료로 미리 지불함으로서 자신이 필요할 때 의료서비스를 저렴하게 구매할 수 있게 한다. 특히, 질병에 걸려 치료가 필요할 때에 발생하는 경제적 부담을 줄이는 것이 기본적인 역할이다. 이러한 의료보험 제도에서 ‘연대’는 매우 중요한 단어이다. 독일, 프랑스에서는 노사(勞使)가 함께 재산을 출연(出捐)하는 사회보험 방식을 채용한 방식이고 애당초부터 직역연대, 보험집단 내의 연대라는 이념이 있었다. 하지만 사회보장제도의 일반화나 일련의 개혁 속에서 이 연대의 개념이 변화하고 있다.

의료보험 재원의 정책은 자치와 연대의 위상과 떼려야 뗄 수가 없다. 그래서 의료보험 제도의 자치 및 연대의 논의와 중복되는 내용도 있지만 재원정책을 중심으로 자치와 연대의 관계를 언급하지 않을 수 없다. 본고에서는 독일과 프랑스 의료보험 제도의 재원확보 정책에서 자치와 연대의 정신을 살펴볼 것이다. 또한 독일과 프랑스 의료보험 관련 법제의 입법적 의의와 평가에 대하여 간략하게 언급하고자 한다.

Ⅱ. 의료보험 제도에서의 자치

1. 독일의 의료보험의 자치

독일의 의료보험인 질병보험은 사회법전 제5권(SGB Ⅴ)에서 규정하고 있다. 사회법전 제5권 제4조에서는 의료보험 담당기관은 연방 광부조합을 제외하고, 모든 것이 의료보험조합이며,[1] 위 법전은 의료보험조합의 법적 성격에 대해서는 "자치를 갖춘 공법적 권리능력 있는 사단"이라고 정의하고 있다. 즉, 사회법전에는 의료보험조합에 공법상의 법인격이 부여되는 것과 함께 조합 자신이 자치조직인 것이 명기되어 있다.[2] 이 점을 보더라도 알 수 있듯이 독일의 질병보험에 있어서 보험자의 자치가 핵심요소이며 이 개념이 기본원리로서 채용, 유지되어 왔다고 할 수 있다. 이처럼 보험자의 자치가 유지되어 온 배경은 독일 공법에서는 분권적인 통치구조 속에서 중간단체에 의한 공공적 임무수행과 중간단체의 자치 또는 자율을 전통적으로 존중했다는 역사에서 찾을 수 있다. 특히 사회보험에 대해서는 ① 19세기 말에 성립한 비스마르크 근로자 보험 이후, 보험사업을 관청조직의 직영이 아니라, 피보험자의 사단적(社團的) 성격을 그대로 전한 공동체적인 중간단체에 맡겨 왔다는 점, ② 역사적 변천은 있지만 중간단체 보험자에게는 실정법상으로도 학설상으로도 자치 내지 자율권을 인정했고 그것을 존중하는 태도를 보여 왔다는 점, ③ 사회의 실태에서 노사 양측 대표가 중층적으로 사회보험의 운영에 관여하고 이것이 일반적인 정치 시스템과는 별개의 존재의의를 가진 것으로 인정되어 온 점 등이 특징으로 지적할 수 있다.

독일에서는 실정법인 사회법전에서 의료보험조합의 자치를 인정하고 있다는 것은 명백하다.[3] 그러므로 입법자의 재량이 넓고 보험회사와 국가는 항상 긴장

---

1) 독일어 krankenkasse는 사전적 의미는 "질병금고"이나 우리 법제에 상응하는 의미는 의료보험조합이다. 본고에서는 부드러운 이해를 위해 직역을 피하고 우리법제에 상응한 용어를 사용하기로 한다.

2) 자세한 것은 倉田聡, "의료보험의 기본구조-독일 질병보험 제도사 연구," 북해도대학 도서간행회, (1997), p.19를 참조.

관계에 있다. 현재 연방 보건사회보장부가 발행하고 있는 법정 질병보험 안내서에서는 법정 질병보험은 자치의 원칙에 근거한다고 명시하고 있다. 독일의 의료보험조합 및 의사는 진료를 정비하는 권한을 국가로부터 부여받고 있다. 그리고 이들의 공법인은 국가의 감독 아래에서 법정된 임무를 민주적 자치 및 자기원칙이라는 기본원칙에 따라 수행한다고 기술하고 있다. 즉, 의료보험조합의 활동은 공법인으로 취급한다고 법으로 규정되어 있다. 많은 의료보험조합 관계자는 의료보험조합 업무의 95%가 법정사유로 규정되어 있어서 의료보험조합의 자치는 한정되어 있다는 불만의 목소리가 높다. 재량이 인정되는 나머지 5%의 업무 중에는 보험료율의 결정이나 각종 건강 프로그램에 관한 결정이 포함되어 있다.

한편, 의료보험조합에 대해서는 평가가 엇갈린다. 즉, 이 5%의 재량을 가리켜 재량권이 전혀 없는 국가의 대행기관이라는 의견과 재량권이 있는 자치조직이라는 의견이 나뉘어 있다. 독일에서는 사적 보험이 아닌 의료보험조합은 모두 민간보험과의 대비를 의식할 수밖에 없다. 1993년과 1997년의 건강보험구조개혁법(GSG)에서 경쟁원리가 도입된 데 따라 의료보험조합이 관리를 의식하게 된 때부터 재량권 확대에 대한 강력한 요청이 등장하고 있다. 그런데 이 재량의 범위를 넓다고 볼지 아니면 좁다고 볼지 여부는 무엇을 기준으로 보느냐에 따라서 다른 점에 유의해야 한다. 자치를 보험자의 기능으로 봤을 경우 최근 자치는 더욱 강화되고 있다. 통합 진료 부문에서의 직접적인 진료계약의 체결, 질병관리 프로그램에 대한 관여, 피보험자 자격의 획득을 위한 홍보활동 등에서 보면 우리나라와 비교해서 독일의 의료보험조합은 훨씬 더 강한 위치에 서있다.

피보험자의 조합선택 자유화 때문에 각 의료보험조합은 보험료율의 설정이나 피보험자용 보너스 프로그램의 제공, IT화에 의한 업무 관리비용의 삭감 등을 통해서 다른 조합과의 차별화를 도모하면서, 경쟁력을 강화하고 있다. 피보험자의 조합선택 자유화가 시작된 직후, 보험료율의 설정으로 차별화가 경쟁의 핵심

3) 헌법인 본(Bonn) 기본법[독일연방공화국 기본법(Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland)을 말한다.]은 사회보험의 담당주체를 공법상의 법인으로 규정되어 있는 것에 불과하다고 규정하고 있다.

이었는데, 조합 간 보험료율 격차가 지속적으로 줄어들어 온 현재는 각종 프로그램 제공과 효율적 관리체제의 확립에 의해 그 핵심은 의료보험조합 쪽으로 넘어오고 있다. 이 때문에 보험자 기능을 강화해야 할 의료보험조합에서는 재무, 통계, 영업, 홍보 등 다양한 전문가의 확보 및 양성이 필요하다.

다음에 재정적 자율성이라는 관점에서 본 경우, 2004년 건강보험현대화법(GMG)에서 출산수당 등과 같이 보험에 어울리지 않는 급부에 대한 연방 조세재정의 투입이 정해진 바 있고, 질병보험에 대해서는 원칙적으로 노사 절반의 보험료가 그 재원이다. 각 의료보험조합은 자치 및 자기책임 원칙 아래 법률에 정해진 일정한 범위일 경우 보험료율을 독자적으로 결정할 수 있다. 즉, 의료보험조합은 재정적 책임을 스스로 지는 조직이며, 재정 자율성을 확보할 수 있도록 스스로 보험료율을 설정하게 된다. 그러므로 이 재정상의 자율성과 자치는 긴밀한 연결관계에 있다.

마지막으로, 당사자 참여로서의 자치에 대해서 살펴보면, 건강보험구조개혁법(GSG) 이후 그 위상도 크게 변화하고 있다. 종래 의료보험조합의 의사결정기관은 대의원 총회와 이사회가 있으며, 모두 노사 동수의 멤버로 구성되어 이른바 공동운영을 해왔다. 건강보험구조개혁법(GSG)에서는 이 대의원 총회와 이사회가 통합되어 관리위원회를 구성하였다. 또, 이와 별도로 정규직 이사회가 설치되었다. 관리위원회는 피보험자 수에 대응하여 노사 동수의 비상근의 관리위원으로 구성되어 있으며, 이사임용 및 조합업무의 감사 및 감독, 조합의 인수나 해산 등에 관해서 결정을 한다.

이사회 구성원인 이사는 기존의 명예직과는 달리 정규직으로 조합운영의 직접적 책임을 진다. 이러한 이사 제도를 마련함으로써 의료보험조합에서는 톱다운형의 의사결정이 가능했다. 이것을 갖고 노사의 공동운영 형식에서 경영자의 관리형식에 대한 이행이라고 파악하고 당사자의 참여가 후퇴했다고 볼 수도 있다. 또, 의료보험조합의 통폐합으로 인한 민주적인 의사집약이 어려워져 왔다고 한다.[4] 이러한 점에서 당사자 참여의 후퇴가 우려되지만 이사를 채용할 관리

위원회에는 노사 동수로 구성된 자치의 구조가 여전히 유보되어 있다.

2. 프랑스의 의료보험의 자치

프랑스의 사회보장 제도는 전후 라로크(Pierre Laroque) 플랜을 출발점으로 한다. 사회보장 제도의 기본이념으로서 국민연대를 들 수 있는바 일반화의 원칙, 단일조합 제도 및 자율성 원칙이라는 3원칙에 따라 운영된다.[5] 이 중에서도 프랑스는 자율성의 원칙을 중시하여 국가의 간섭을 가급적 배제하는 제도의 구축을 목표로 하고 있다. 즉, 일정한 보험사고에 대한 소득보장을 목적으로 최종적으로는 모든 국민을 대상으로 삼고, 전국 사회보장조합을 정점으로 일원화된 관리 운영조직 아래, 피보험자나 사용자 등이 부담하는 보험료를 유일한 재원으로 하여 운영한다.[6] 관계 당사자 스스로가 직접 제도의 관리 및 운영에 관여하는 사회보장 제도이다. 하지만 모든 국민을 대상으로 하는 제도의 구축은 자영업자를 중심으로 하는 노령보험 제도의 일반화 반대에 부딪쳐 결과적으로 단념했다. 상황이 이러한바 전국 사회보장조합은 민간 근로자, 피고용자를 중심으로 하는 일반적인 제도의 관리 및 운영 조직으로서의 성격을 더욱 강화해 갔다.

1967년 8월 12일자 법규명령(ordonnance)에서는 전국 사회보장조합을 의료보험, 노령보험 및 가족수당으로 분할했고 보험료 징수의 전국조직을 마련했다. 여기에는 전국 피고용자 의료보험조합(CNAMTS), 전국 피고용자 노령보험조합(CNAVTS) 및 전국 가족수당조합(CNAF), 사회보장조직 중앙재무관리기구(ACOSS) 등이 있다. 이 결과 관리 및 운영업무에 관한 기능분화를 철저하게 하기 위해 직역보험제도가 복수로 공존하는 체제가 되었다. 일반 제도의 조합 이사회

4) 倉田聡, "독일 의료보험 현황과 과제," (최신동향 보고서), (2005.3.24), 15-25면.
5) 加藤智章, "의료보험과 연금보험-フランス社会保障制度における自律と平等," 북해도대학 도서간행회, (1995), 9면.
6) 보험료의 법적 성격에 관한 문헌으로는 X. Prétot, "La sécurité sociale et les finances publiques," RFFP, (1995), P. Durand, "La politique contemporaine ...," S. David, "La nature juridique ces cotisations de sécurité sociale," Dr. soc., (1952), p.174; J. Bing, "Nouvelles controverses sur la nature juridique des cotisations de sécurité sociale," Quest. séc. so., (1961) 등이 있다.

에 대해서는 보험료를 부담하는 노사가 함께 참여하는 형식이다. 이 이사회의 노사의 참여에서는 노사동수주의를 도입했던 시기도 있고, 우세한 피고용자 대표를 뽑던 시기도 있었다.

1967년 8월 12일자 법규명령(ordonnance)에서 노사동수가 이사로 채택되자, 미테랑 정권 하의 1982년 12월 17일자 법률에서는 피고용자 대표 우위주의가 채택되어 그 선출방식도 지명방식에서 선거방식으로 변경되었다. 그 후 쥐페(Alain Juppé) 플랜에 의거하여 1996년 4월 24일자 법규명령(ordonnance)에서 다시 노사동수주의가 채용되어 대표 지명방식이 부활되었다. 이 조합 이사회는 2004년 8월 13일자 법률에 의하여 평의회로 명칭이 변경되었다.[7] 그러나 보다 더 큰 변경은 CNAMTS 사무국장을 사무총장으로 격상하고 동시에 새롭게 창설된 전국 의료보험조합연합(UNCAM)의 사무총장을 겸임시키고 그 권한을 강화하여 조합 이사회의 권한을 축소했다.[8] 사무총장에게 부여된 권한으로서는 ONDAM을 준수하기 위해서 필요한 모든 조치를 취하기로 결정하는 권한이다. 구체적으로는 상환율의 인상이나 의료협약 및 협상체결의 권한 등이다. 이 외 레지옹(région) 의료보험조합 및 초급 의료보험조합의 사무장 및 회계책임자를 임명하는 인사권이 사무총장에게 인정되었다. 그때까지는 사무국장이 시행령으로 정하는 사무장 유자격자 명단에서 3명의 이름을 각 조합 이사회에 제안하고 이사회가 이를 토대로 사무장을 선임하는 방식이었는데, 이를 미리 각 조합의 평의회에 타진한 후 평의회의 3분의 2 이상의 반대가 없으면 사무총장이 지명하는 사람이 사무장으로 선임되는 방식으로 변경됐다. 이렇듯 프랑스의 경우 의료보장을 위한 보험자 조직에 대해서는 당사자 참여에 의한 자치에서 중앙 집권화와 사무총장의 권한 강화에 의한 조직운영 방식으로 크게 변모했다고 볼 수 있다.[9]

---

7) 加藤智章, "프랑스 의료보험 제도의 최신동향 – 2004년 8월 13일자 법에 근거한 질병보험 개혁을 중심으로," (2003), 8면.
8) P-L. BRAS, "Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné?," Dr. Soc., No.11. (2004), p.967 et s.
9) Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO. 17 août 2004).

또한 이 사무총장은 5년 임기로 Decree에 따라 임명된다. 이 임명에 있어서 사회보장담당 장관은 평의회에 의사를 타진하게 되어 있으나, 평의회는 3분의 2 이상의 반대가 없다면 장관의 제안에 반대할 수 없기 때문에 실질적으로는 장관의 직접지명과 다를 바 없다. 그러므로 보험조직 운영의 국가개입이 높아지고 있다고 볼 수도 있다. 이 배경으로서는 의료재정의 악화와 보험운영상의 의사결정의 지연이 있다. 즉, 자율성 원칙의 핵심요소인 재정 자율성이 무너지면서도 그것을 해결할 적절한 수단을 갖고 있지 않고, 의사결정이 늦어져 점점 심각한 재정악화를 부른 데 기인하는 것으로 보인다. 의료보장의 재원에 대해서는 자율성의 원칙에 따르지만 무엇보다도 조세에 근거한 것은 아니다. 오히려 피보험자나 사용자가 출연하는 보험료에 의거하고 있었다. 보험료는 연금, 실업 보험료 등과 함께 보험조합과 별도의 기관인 URSSAF를 통해서 징수한 다음 ACOSS에 집약되어 ACOSS에서 CNAMTS, CNAVTS, CNAF에 배포되는 구조이다.[10] 일반제도는 하나의 보험자이므로 이러한 일반 제도 내 보험료 분배는 보험자 간의 재정상황의 조정과는 다르다. 그러나 조합에서는 의료비의 증대에 제동을 걸기 위한 유효한 수단을 갖지 않았으므로 결과적으로 재정적자가 증대하게 되었다. 이런 점에서 의료재정의 재건을 목적으로 하여 의료재원에서 크게 차지하는 것이 조세재원이다.

프랑스는 일반사회지원금(CSG) 비율의 증가와 국가개입이 강화되고 있다. 국가개입의 강화 추세는 쥐페 개혁에서 비롯됐고,[11] 그 최대의 목적은 의료비 억제였다. 쥐페 개혁이 사회보장 재정 법률에 의해서 의회가 사회보장 전체에 대해서 책임을 가지는 것을 명확히 밝히고 ONDAM을 정하게 되었다.[12] ONDAM은 전국 조합과 정부 사이에 체결되는 목표·관리 협약의 추가문서에서 개업의(開業醫) 의료비 추이 목표로 명기되었고, 더 나아가 의료협약의 부속문서에 의료비

10) J.-J. Dupeyroux M. Borgetto R. Lafore R. Ruellan, “Droit de la sécurité sociale,” 15ed. Dalloz (2005), p.1072.

11) 쥐페플랜은 쥐페(Alain Juppé) 수상(1995.5~1997.6)이 주도한 개혁 청사진이다.

12) Intervention du Premier ministre Alan Juppé sur la réforme de la protection sociale, Assemblée Nationale 15 novembre 1995, Dr. Soc., No.3, (1996), p.221 et s.

추이 예측목표가 설정되었다. 이들의 추가문서와 부속문서는 매년 부가되지만, 1997년도를 제외하고, ONDAM이 달성된 적은 없었다. 이 때문에 2005년 8월 22일자 사회보장 재정 법률에 관한 조직법에 의한 ONDAM을 달성하기 위한 감시위원회를 마련하는 등의 조치가 강구되었다. 현재는 의료보험조합은 집행기관이 재정적으로 자립하지 못한 상태라고 프랑스 정부는 지적하고 있다.

Ⅲ. 의료보험 제도에서의 연대

독일의 의료보험은 사회보험을 운영하는 세계 최초의 제도로서 탄생했다. 노동자조직이 당시 독일제국(1871년 성립)의 체제유지에 있어서 미래의 위협이 될 가능성을 우려한 비스마르크가 사회주의 운동에서 노동자계급을 분리하여 체제 속으로 편입시키는 것을 목적으로 1883년에 주로 노동자를 대상으로 설계하였다. 이렇게 생긴 의료보험을 실제로 구성한 것은 이전까지의 중세시대에 비해 더 발전된 공제조합이었다. 즉, 1883년의 의료보험제도는 장인이나 광부, 공장 노동자, 수공업자 등의 특정 업종에 의해 형성된 기존의 공제조합에 법인격을 부여함으로써 사회보험으로서 제도화를 단행하였다. 의료보험조합이 사회적인 성격을 띠는 조직이라는 것은 이러한 역사적 배경에도 기인한다. 제도가 창설될 당시에는 인구의 약 10%만이 가입 유자격자였으나 오늘까지 제도는 확대와 급부의 종합화를 추진하여 현재는 국민의 87.9%를 법정 의료보험이 커버하는 수준까지 성장했다.

프랑스의 의료보험 제도는 비스마르크형 사회보험 방식 하에서, 19세기 후반부터 20세기 전반에 직역을 기반으로 발달한 것인데, 현재의 의료보험 제도의 원형이 만들어진 1945년 당시 상정된 것이다. 그러나 보험료(cotisations)의 부담이 커지는 것을 두려워한 자영업자 등의 저항으로 인해 보편적인 시스템을 구축할 수 없었으며, 노사 자치에 의한 직역연대나 직역 간 연대의 이념에 기초한다. 그러나 그 후 취업구조의 변화 즉, 피용자화의 진행에 의해 일반 피용자를 대상

으로 하는 일반 제도(régime general)의 피보험자수가 증대했다. 그 결과 현재 일반 제도가 국민의 84.1%를 커버할 정도로 보편적으로 접근하고 있다. 그리고 보편적 의료급부법(Couverture Maladie universelle: CMU)의 성립(1999년 7월 27일) 및 시행(2000년 1월 1일)에 의해 저소득자에 대한 의료가 보장되도록 한 것으로,[13] 1945년 이후 존재했던 국민연대의 이념이 구현된 것으로 알려졌다.

1. 독일의 의료보험 연대

독일 의료보험 운영의 원칙은 연대와 자기책임이다.[14] 의료보험조합에서는 재정에 대하여 스스로 책임을 진다. 자기책임의 원칙아래 조합의 필요한 급부총액을 따내기 위해 보험료를 산출하는데 소득을 기준으로 동일한 보험료율이 적용된다. 여기에서는 민간보험에서 급부(보험료) 및 반대급부(의료서비스) 균등의 원칙이 적용되지 않는다. 의료보험조합의 보험료 산출기준은 질병위험에 따른 것이 아니라 동일한 조합 안에서는 같은 소득이라면 같은 보험료가 부과된다. 이 결과 의료보험조합 안에 있어서는 질병위험도가 낮은 피보험자가 질병위험이 높은 피보험자의 리스크를 떠맡고 있는 것이다. 이 관계의 기초에는 사회연대라는 개념이 있다. 이 사회연대라는 생각은 의료보험조합 내의 경제적인 의미에서 재화의 이전뿐만 아니라 애당초 노동조합처럼 특정 범주에 속하는 사람들의 단결, 결사를 전제로 한 것으로 이해하고 있다.[15] 그런데 독일에서는 우리나라의 시읍면에 해당하는 지역보험은 존재하지 않는다. 즉, 피고용자 보험 이외의 공적보험, 광의의 사회보험은 존재하지 않고, 사회보험은 피고용자 보험과 동의어로 이해한다는 점에 유의할 필요가 있다.

---

13) CMU(Couverture maladie universelle)는 프랑스에 정기적으로 거주하는 체류자가 별도로 사회보장 혜택을 받지 못하는 경우 제공하는 의료보험 제도이다.

14) Karl-Juergen Biebeck, “Begriff und verfassungsrechtliche Legitimation von Sozialversicherung,” VSSR (2003), S. 1ff; Hanno Kube, “Aequinalenz und Solidaritaet im Sozialversicherungsrecht,” Der Staat (2002), S. 452ff.

15) 倉田聡, “의료보험의 기본구조-독일 질병보험 제도사 연구,” 북해도대학 도서간행회, (1997), p.318을 참조.

1993년의 건강보험구조개혁법(GSG)에 따른 위험 구조조정이 도입되어 1996년 법 개정으로 피보험자에 따른 조합선택의 본격적인 자유화가 시작된 결과 기존 사회연대 개념이 변화하고 있다.[16] 위험 구조조정에 대해서는 후술하는 재원정책에서 언급하겠지만 리스크 구조조정 도입의 결과, 조합 안의 연대에서 피고용자 보험 내 연대로 변화하고 있다. 또, 피보험자가 스스로 가입하는 의료보험조합을 선택할 수 있게 된 결과, 기존의 사회적 관계와 별도로 의료비를 함께 부담하는 이익공동체의 결성이라는 새로운 형태의 사회연대로 변화하고 있다. 이 사실로부터 1993년 건강보험구조개혁법(GSG)을 계기로 사회연대의 기반이었던 기업이나 동업조합이라는 의미가 희미해져 개인의 선택을 존중한 새로운 공동체로 바뀌고 있음과 동시에 의료보험조합 안의 연대에서 더 넓은 피고용자 보험 내의 연대개념이 강해지고 있다. 하지만 앞에서도 언급했듯이 독일에서 사회보험이란 말은 피용자 보험을 가리키고 있고 국민 전반을 대상으로 한 국민연대라는 발상은 현재 논의되지 않는다. 다음에 우리나라에서 논란이 된 세대 간 연대를 언급하기로 한다.

독일에서 공적 연금 수급자는 그동안 피보험자로서 속했던 의료보험조합에서 퇴직한 후에도 그대로 피보험자로 가입한 경우나 퇴직을 이유로 다른 의료보험조합(Krankenkasse)으로 이동하는 경우나 자식의 부양가족이 되지 않는다.

우리나라와 같은 노인 보건제도는 독일에는 존재하지 않는다. 그러므로 노인의료의 재원 마련이란 점에서 논의를 하는 것은 별로 의미가 없다. 그러나 최근 독일에서는 근로소득에 근거한 보험료 산출이 그대로 노동비용의 증가로 이어지고 기업 측의 고용을 저해하고 실업률을 개선하지 못한다는 인식이 높아지고 있기 때문에 세대 간 연대를 더욱 강화하기 위해서 현역 세대에 대한 일방적인 부담의 증가가 아니라 세대 간 평등을 실현하는 개혁안이 제시되었다. 뤼룹(Bert Rürup)의 개혁 보고서에서는 사회보장 제도의 개혁은 세대 간의 연대를 강화하는 것이어야 한다고 하면서 향후 진행하는 고령화 부담을 청년층에만 미루는

16) 임문혁, "독일의 의료보험 개혁이 사회적 연대감에 미치는 영향," 보건복지포럼 (2007. 1.), 28-41면.

것이 아니라 인구구성의 변화에 대응하면서,[17] 시스템을 유지하면서 세대 간 평등의 원칙을 존중할 필요가 있다고 하고 있다.[18] 이 개혁안에 대해서는 재원정책의 여러 곳에서 접하고 있다고 생각하지만, 개혁방안에서는 시민보험과 인원수대로 나눈 보험의 2가지 대체방안이 제시되고 있다. 어쨌든 세대 간 연대를 강화하기 위해서는 세대 간 평등을 실현한다는 점 그리고 그 세대 간 평등을 실현하기 위해서 노동비용에 직결되지 않는 보험료 부과를 꾀하고 있다는 사실에 주목할 필요가 있다.

2. 프랑스의 의료보험 연대

전후의 사회통합을 위해 그리고 "사회연대"라는 프랑스 사회의 전통적 가치를 실현하기 위해 사회보장제도는 시행되었다. 그러나 구체적으로 프랑스 의료보험 제도는 앞에서도 말한 것처럼 제도구축 초기에 국민연대를 기본이념으로 내세우면서도 자영업자 등의 반대로 직역연대에 근거한 제도를 구축할 수밖에 없었다. 제도설립 당초는 직역연대의 색체가 강했는데 그것이 직장 간 연대로 변모하고 제도가 보편화되는데 따른 국민연대의 개념이 강화됐다고 볼 수 있다. 또한 프랑스에 대해서도 독일과 마찬가지로 우리나라의 시읍면에 해당하는 지역보험은 존재하지 않음에 유의할 필요가 있다. 직장보험에 따른 사회보험 제도를 보완하는 제도로서 사회부조 제도가 있다. 직역연대 개념이 약해진 배경에 대해서는 장기실업 문제의 대응력에서 직장보험의 한계가 드러난 데 따른 것으로 보인다. 1980년대 이후의 불황으로 인한 실업문제에 제대로 대응하지 못했으므로, 상대

17) 이승현, "독일의 어젠다 2010: 10년간의 평가 및 노동시장에 대한 영향과 전망," 한국노동연구원 국제노동브리프 2013년 4월호 (2013), pp.50-55. 어젠다 2010이 표방한 경제 활성화 및 고용안정화를 실현하기 위한 연방 차원의 종합적 정책과제의 수립은 노동시장 및 노동법의 개혁을 담당한 이른바 하르츠(Hartz)위원회로 알려진 "노동시장에서의 현대적 노무급부를 위한 위원회"와 연금정책, 의료보험 등을 포함한 사회보장제도 및 가족지원 정책을 담당한 소위 뤼룹(Rürup) 위원회로 불리는 "사회보장시스템의 재정적 지속성을 위한 전문가 자문위원회"가 맡아 추진하였다.

18) 田中耕太郎, "ドイツの年金改革," 社会保障法 第20号 (2005), 25頁.

적으로 사회부조 제도의 존재 의의가 높아졌다. 이 동안 지원급부나 사회부조 급부의 진전을 통해서 보편성 원리를 이끌어 내는 토양이 형성되어, 1990년대에 들어서서 일반사회지원금(CSG)을 도입하는 보편성 원리가 침투하였고 조세 대체화가 진행되었다.[19] 의료보험제도는 이 결과 직역연대의 의미가 희미해져 국민연대의 의의가 더 높아지게 됐다.

이와 같이 직역연대에서 국민연대로 연대개념이 변용하는 이유는 재원정책과 밀접하게 결합되어 있다. 일반사회지원금(CSG)은 1991년 도입 당초는 가족급여를 위한 목적세이었는데, 쥐페 개혁으로 의료보험 재원에 충당되게 되었다. 일반제도(régime general)의 피고용자 부담 보험료율은 일반사회지원금(CSG)에 의한 대체로 1998년에 0.75%까지 저하되었으며, 피고용자의 보험료 지원은 매우 작은 상황이다. 원래 일반사회지원금(CSG)은 사회보험의 직역연대에서 사회보장에 의한 전체적 연대에 대한 이행에 따른 제반 문제, 또한 수입원의 다양화에 대응하여 도입되었다. 일반사회지원금(CSG)은 근로 수입뿐만 아니라 자산수입 등 보다 넓은 범위를 부과 대상으로 하고 있으며, 보험료와 비교하면 직업 간 및 세대 간의 연대의 형평성에 이바지하고 있을 가능성이 있다.

이렇게 법정보험의 직역연대 개념은 조세 대체화로 인하여 약해지고 있다고 볼 수 있지만, 그 한편으로 보강제도에 대해서는 아직도 직장연대가 유지되고 있다고 볼 수도 있다. 최근 의료비 억제정책 하에서는 이 보충제도의 존재의의가 높아지고 있다. 보강제도의 역할 증가는 직무 외의 재원조정이 없다는 점에서 직역연대가 높다고 볼 수도 있다. 다만, 보강제도는 기업과 계약하지 않는 것도 가능하며 사회보장이라는 것보다는 기업 복지적인 측면이 강조되고 있는 것이라고 생각한다. 다음은 세대 간 연대이지만 프랑스도 독일처럼 퇴직 후에도 퇴직 전에 소속된 조합에 가입자인 경우 독립한 고령자 의료보험 제도는 존재하지 않는다. 또, 노령연금에서도 일반사회지원금(CSG)이 과세되는 것처럼 고령자도

19) Loi No.90-1169 du 29 décembre pour finances rectificative pour 1990. 본고에서 인용한 법률은 기본적으로 http://www.legifrance.gouv.fr를 참조.

피보험자로서 보험료와 일반사회지원금(CSG)을 부담하고 있다. 이러한 제도의 기본이념은 국민연대라고 하는 폭넓은 연대를 내세운 점 등에서 의료보험 제도의 세대 간 연대에 대해서 논의하는 것이 적다고 생각된다.

Ⅳ. 의료보험 재원정책과 자치 및 연대

1. 독일의 재원정책

독일은 보험자가 재원에 대해 책임을 지겠다는 자기책임의 원칙 아래 노사 절반의 출연에 근거한 보험료로 의료보험 재원이 조달되어 왔다. 여기에서는 민간보험과는 달리 급부와 반대급부 균등의 원칙은 적용되지 않고, 의료보험조합은 자신이 필요한 급부 총액에서 소요 보험료 액수를 산출하고, 피보험자는 질병위험과 상관없이 동일한 보험료율로 보험료를 부담하는 구조가 채택되어 왔다. 이 결과 의료보험조합 안에서는 저위험 피보험자로부터 고위험 피보험자로의 소득이전이 이루어지고 있는 셈이다. 이러한 사회적 조정이 인정되는 기초로서 의료보험조합과 피보험자 간의 사회연대가 자리하고 있다.[20] 의료보험조합의 자기책임 원칙과 동일 조합 안에서의 사회연대 개념 아래 의료보험제도가 운영되어 왔다. 하지만 이를 크게 변화시킨 것이 1993년의 건강보험구조개혁법(GSG)이다.

건강보험구조개혁법(GSG)에서는 상승하는 보험료율을 억제하는 수단으로서 피보험자에게 의료보험조합 선택권을 인정하여 의료보험조합 간 경쟁을 촉진하기로 했다. 또, 이 의료보험조합 사이에서의 공정경쟁을 촉진하기 위한 전제조건으로 리스크 구조조정이 도입되었다. 이는 각 의료보험조합 사이의 보험료율 격차를 무조건 해소하는 것이 아니라, 보험자의 노력과 무관하게 보험료율 격차를 창출할 가능성이 있는 불공평한 요인(가입자의 연령·성별·장해의 유무 등)을

20) 최병호, "국민의료비의 적정수준에 관한 연구,"「보건경제와 정책연구」12(1), (2006), 33-53면.

미리 조정하는 사전 조율적인 기능을 갖고 있다. 우리나라의 노인 의료비 출연금 제도와 같은 여러 제도에 대한 사후 조정적인 재원보충은 아니다.[21] 이 위험 구조조정은 의료보험조합 간 소득이전이라 할 수 있지만, 연방 헌법재판소는 이를 사회보험으로 질병보험에서 허용된 사회적 조정이라고 규정했다. 이것은 연대와 그것에 근거하는 사회적 조정이 조합 안에 한정되는 것이 아니라 조합 간 연대로서 파악할 수 있게 된 것을 뜻한다.[22] 그러나 독일의 질병보험은 전 국민을 대상으로 하는 것이 아닌 어디까지나 질병보험 가입자 간의 연대라는 점에 유의해야 한다.

물론 보험료의 재원조달 및 제공에 있어서 정부와 민간이 함께 기여한다는 점이 독일 의료보험의 특징이기는 하지만 위험 구조조정에 따른 의료보험조합 간 보험료율의 큰 차이를 해소한 리스크 조정이 충분하지 않다는 지적에 따라 2001년 개혁법에서는 일정 이상의 고액 지출을 사후적으로 조정하기 위한 리스크 풀 제도가 도입되었다. 또, 2007년에는 유병률 지표를 도입한 위험 구조조정을 도입하는 것이 결정되었다. 이에 대해서는 기업의료보험조합(BKK)과 지역의료보험조합(AOK)과의 갈등이 깊은 것으로 알려졌다.

이와 같이 독일에서는 최근 연대범위가 조합을 넘어선 조합 간 연대까지 확대되었기 때문에 의료보험조합 간의 사회적 조정이 이루어지고 있다. 하지만 어디까지나 독일의 연대범위는 국민일반을 대상으로 하는 것이 아니라 사회보험 가입자 간의 연대라는 것, 의료보험조합 간의 사회적 조정은 있지만 국고부담을 투입하지 않는 질병보험 내에서 자기책임의 원칙이 관철되고 있다는 것은 유의할 필요가 있다.

2003년 8월 28일 뤼룹(Rürup) 위원회의 보고서는 사회보장 시스템 재정의 지속 가능성을 발표하였다.[23] 이는 슈미트 연방 보건사회보장부 장관이 연금보험,

---

21) 남궁은하, "의료보장제도별 노인의료비 증가에 관한 연구,"「보건사회연구」30(2), (2010), 520-552면.
22) J. P. Newhouse, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?," Journal of Economic Perspectives 6, (1992), pp.3-21.
23) 이승현, 앞의 논문(주 17), pp.50-60.

의료보험, 간병보험 분야에서 재정적으로 지속성 있는 제도구축을 위한 근본적 개혁을 위하여 만든 위원회이다. 이 안에서는 임금에 관련된 보험료 부과방법이 한계에 이르고 있다는 것, 고령화 사회의 대응을 위해서는 세대 간 연대의 강화가 필요하다는 것, 세대 간 연대 강화에는 젊은 층이나 미래 세대에 부담을 시키지 않겠다는 세대 간 평등의 원칙이 필요하다는 것과 같은 기본적인 입장이 등장하였다. 이 기본적인 생각에 따라 시민보험과 인원 수 대로 나눈 보험이라는 2가지의 구상이 제시됐다. 시민보험의 구상은 피보험자 대상자를 모든 국민으로 확대하고 보험료 산출의 기준으로 수입의 범위를 자본이나 자산을 포함한 모든 수입원으로 확대하려는 것이다.

또, 급부 범위로서는 장기적으로는 생명의 유지에 관계되는 동일한 의료 서비스에 대해서는 법정 질병보험으로 커버한다. 그 이외의 부분에 대해서는 민간보험을 보완적인 보험으로 활용하겠다는 구상이다. 한편, 사람 수 대로 나눈 보험은 등가원칙 아래 소득이나 자산에 관계없이 일정한 보험료를 부과하는 것이다. 보험료 부담이 상대적으로 무거운 저소득자에 대해서는 조세에 의하여 보충할 예정이다. 시민보험 구상은 보험료 부과에서 소득 재분배 기능을 고려하고 있지만, 사람 수 대로 나눈 보험의 구상은 질병보험 중에서 소득의 재분배는 하지 않고 외부에서 저소득자에 대한 조세재원의 투입을 실시함으로써 사회적 평등을 달성하려고 한다. 이렇듯 독일에서는 세대 간 연대의 관점에서 보험료 부과방식의 논의가 활발히 이루어지고 있는데 고령자 의료를 독립된 제도로 취급하려는 생각은 없다는 것과 현역 세대의 부담을 경감하는 보험료를 부과로 함으로써 세대 간 평등을 실현하고 고용환경 개선을 꾀하고자 하는 것을 특징으로 지적할 수 있다.

2. 프랑스의 재원정책

프랑스 의료제도는 기본적으로 환자가 치료비를 지불하고, 환자가 정부로부터 보상받는 구조를 갖고 있다. 프랑스 의료재원은 전적으로 세금에서 나온다. 모든 소득자는 평균적으로 소득의 30% 가량을 세금으로 내는데, 이 가운데 1/5이 사회보장비용에 투입된다. 프랑스에서는 전술한 것처럼 제도의 발족 당초에는 국민연대를 표방했지만, 자영업자 등에 의한 반발로 제도가 분립한 직역연대를 기본이념에 둔 제도로 운영되어 왔다.[24] 재원정책에 대해서는 노사의 출연으로 인한 보험료가 그 재원이었다. 그러나 1970년대 이후 산업구조 변화와 취업구조 변화에 따른 재정기반이 약화하는 제도가 나타나게 되었고, 일반제도와 6가지의 특별제도 간 재원조정을 하게 되었다. 1970년대, 1980년대는 제도 간 연대로 재원조정을 시도한 시대였다.

그 후 1980년대를 통해서 높은 실업률에 시달린 프랑스에서는 이러한 재원조정이 한계에 이르고 1991년에는 가족수당에 일반사회지원금(CSG)이 투입되게 되었다. 이 배경으로서는 보험료율을 올리자 기업의 인건비 부담을 증가시켰고 국제 경쟁력 저하를 초래하게 되어 인건비의 증가가 실업률 개선을 가로막는

24) 직역보험의 복수 공존체제에서 주목해야 할 검토 대상의 하나는 실업자나 연금수급자의 취급이다. 실업과 퇴직에 따른 직장보험으로부터의 이탈은 이론적으로는 피보험자 자격을 상실시킬 가능성을 위함이고 실업자나 연금수급자를 어떻게 다룰지는 인적 적용범위의 감소를 억제하기 위한 시스템과 바꾸어 말할 수 있다. 그러나 프랑스에서는 다음과 같은 2개의 이유로 실업과 퇴직에 따른 피보험자 자격을 상실했다는 취급이 이뤄지지 않는다. 하나는 실업자와 퇴직자 또한 피보험자 자격을 계속시키는 것이야말로 직역보험제도의 취지라고 판단된 것이다. 사회보험은 정상인과 환자, 현역 노동자와 퇴직 근로자 등등 사이의 상호부조 시스템이며, 바로 직역연대의 기능으로서 실업자와 퇴직자 또한 피보험자 자격을 계속 보유하고 급여 수급권을 유지하는 것이 당연했다. 다른 하나는 실업에 관한 인식에 기인한다. 라 로크가 사회보장제도를 구상하는 단계에서는 영국과의 차이를 강조하는 목적도 여기에 있다. 프랑스에는 심각한 실업문제를 경험한 적이 없다고 인식되던 시기였다. 실업자의 존재는 일시적인 문제일 뿐이며 곧 실직 전과 같은 직종이나 업종에 재취업하는 것을 당연한 전제로 하고 있었다. 이 때문에 사회보험제도의 실업기간의 취급은 의료보험의 보험료율을 낮추어 대응을 하고 있었다. 연금보험에서는 보험료 납부기간이 짧아지면 동시에 평균임금 액수가 낮은 것으로 될 불이익을 받게 된다. 이에 대한 대응방안은 노령 피고용자 수당이 존재했다. 또, 직업생활에서 은퇴하는 연금생활로 이행한 연금생활자에 관한 의사 의료보험은 현역 당시에 소속되어 있던 의료보험에 그대로 피보험자로서 그치지만, 보험료율은 실업자와 마찬가지로 현역 피보험자보다 낮게 억제되어 있었다. 그러나 CSG의 도입 이후는 대체소득에 관한 CSG의 원천징수 시스템이 채용되고 있다.

주요 원인으로 인식하게 되었다. 이때 실업기간의 장기화에 따른 보험료 수입의 감소가 재정악화라는 악순환에 빠진다는 것이 지적되었다. 그 후 1997년 1월 의료보험에 대해 일반사회지원금(CSG)이 투입되게 되었다. 1992년 1월 이후 일반제도의 보험료율은 피고용자가 6.8%, 사업주가 12.8%였지만, 일반사회지원금(CSG)이 투입된 1997년 1월에는 사업주의 보험료율은 변하지 않았지만 피고용자는 5.5%로 떨어졌다.

다음 1998년 1월에는 피고용자의 보험료율은 0.75%로 크게 줄었다. 반면 일반사회지원금(CSG)의 의료 재정에서 차지하는 비중은 증가하였고 이후 조세 대체화가 계속 진행되고 있다. 일반사회지원금(CSG)은 1990년 12월 29일자 1991년 재정 법률에 의해서 제정된 것이지만, 그 대상자는 프랑스에 거주하는 자이며, 가동소득 외에 퇴직연금과 실업수당 등 대체소득, 부동산 수입을 비롯한 자산소득, 투자이익 등 광범위한 수입에 대해서 부과된다. 일반사회지원금(CSG)의 법률상 성격으로서는 프랑스 헌법법원의 판결은 헌법 제34조제2항제4호가 규정한 각종 부과로 규정하고 있지만, 유럽공동체는 공동체 법률의 틀에서 일반사회지원금(CSG)은 사회보장에 직접적이며 충분한 관련성이 있다는 점에서, 보험료와 동일시한다는 견해이다.[25] 프랑스의 재원정책으로 보험료 중심주의에서 조세로의 대체화가 이행된 배경에는 전술한 보험료 및 재원조정의 한계 밖이고, 일반사회지원금(CSG) 도입 이유로서 보편성 원리가 이용되었다. 이는 가족급부나 고령자의 최저소득 보장에 이어 의료 접근권의 보장도 국가 또는 사회전체가 대응해야 할 사안으로 알려졌다.[26]

1999년 7월 27일자 법은 기존 군(郡)의 의료구호 대상자인 사람을 중심으로 재산 출연이 아니라 거주를 요건으로 하는 보편적 의료급여 제도(CMU)를 도입했다. 이 결과 국민연대라는 일반화의 개념을 강화한 제도가 구축되었다. 2005년

25) 김대중, "프랑스 의료서비스 공급체계와 시사점," 「보건·복지 Issue & Focus」 제163호 (2012-44), (2012. 11. 09), pp.1-8.

26) 신영석·이준영·윤장호, "건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안," 한국보건사회연구원 연구보고서 2011-11, (2011), pp.49-57.

에는 일반사회지원금(CSG)의 과세율의 개정 분과나 담배세의 일부를 의료보험 부문(주로 CNAMTS)에 이관하는 개정, 회사조직 연대 사회지원금(C3S)에 0.03%의 새로운 출자금을 창설하는 제도, 제약회사에 대한 출연금의 지속과 증액이 이뤄졌다. 프랑스 의료재원 정책은 이처럼 다양한 재원의 확보, 과세율, 갹출 비율의 변경 등에 의거하고 있다. 그러므로 보험자는 재정적 자율성의 측면에서 국가의 대행기관으로 정부에서는 지적하고 있다. 보험료와 조세로부터의 재원이 혼재하고 있는 상황에 대해서 경제단체는 직업에 관한 급부(노령보험, 연금보험, 실업보험, 산재보험)는 보험료로, 전 국민을 대상으로 하는 재분배적 급여(의료급부, 가족급여)는 일반사회지원금(CSG)으로 조달해야 한다고 주장한다. 한편, 노동조합은 국민연대에 근거한 급부(예방, 공중위생, CMU 등)는 세금으로, 일반제도로 커버하는 리스크에 관련된 급부는 보험료로 충당함으로써 재원의 출처를 명확히 해야 한다고 주장하고 있고 첨예하게 의견이 나뉜다.

Ⅴ. 독일과 프랑스 의료보험 관련 법제의 입법적 의의와 평가

앞에서 독일과 프랑스의 의료보험조합에 대해서 법리적 측면을 중심으로 간단한 설명을 시도하였다. 특히 본 연구에서는 양국의 의료보험조합의 구조와 기능에 대해서 자치와 연대의 관점으로 다루고 이를 규정할 법리적인 측면에 대해서 검토했다. 또 그 틀 속에서 의료보험조합의 조직운영 실태와 문제점 등을 파악하기 위한 조사도 시도하였다. 일련의 조사연구를 통해서 새로운 법리적 관계를 파악하는 성과가 발표되고 있으며 우리나라의 건강보험 제도와의 차이점도 명료하게 드러나고 있다. 본고에서는 법리적인 고찰을 중심으로 문헌 조사를 하여 종합적으로 양국의 의료보험조합의 구조를 분석했지만, 이하에서는 지금까지의 연구성과를 집약하여 제도적 특성을 추가하고 양국 의료보험 관련 법제의 입법적 의의와 평가에 대한 약간의 시사점을 언급하고자 한다.

1. 독일 의료보험제도의 특성

독일의 공적인 의료보장의 역사는 19세기의 비스마르크 사회보험 성립 시 까지 올라갈 수 있다. 1871년에 성립된 독일제국(제2 제정)은 이미 1873년부터 세계적인 대불황에 맞닥뜨리게 되었다. 재상 비스마르크는 융커(봉건적 토지세력)의 농업 생산물을 보호하는 동시에 공업제품의 수출증가로 최대 불황의 극복을 생각하고 세계전략의 핵심 요체로서 공격적인 보호관세 입법을 제정하기로 결심했다. 그러나 보호관세의 도입은 물가를 끌어올리는 것이어서 노동자와 소비자들이 일제히 반대했기 때문에 1878년 황제 저격 사건을 빌미로 사회주의자 진압법(Sozialistengesetz)을 제정하고, 반체제 운동을 강력히 단속하기로 했다.

사실 사회민주당(SPD)과 함께 자유무역주의를 표방하는 진보당(FP)을 겨냥한 선거에서 큰 폭으로 의석을 잃게 됐다. 그리고 중공업과 융커(Junker) 사이의 이른바 철과 곡물의 동맹에 의해서 1879년 보호관세법이 제정되어 독일 제국주의의 기본방향이 규정된 것이었다. 그러나 사회주의자 진압법의 도입에 의해서도 사회민주당 성향의 노동운동은 물러서지 않았다. 그 의미에서는 사회주의자 진압법은 실패였다. 유럽계의 노동조합에서는 공제 기능으로서 실업급여를 지급했지만, 질병에 관해서는 노동조합과는 별개로 질병·사망 조합을 설립하고 질병급부 등을 주는 것이 일반적이었다. 예를 들면, 영국에서는 우애조합(Friendly Society)이 이에 해당한다.

독일에서도 이미 이 시기에 노동자는 직종마다 임의의 공제조합(Hilfskasse)을 설립하고 질병·사망 급여를 실시하고 있었다. 사회주의 진압법은 반체제적인 노동운동의 거점으로서 정치단체인 노동조합을 탄압했지만 그 대신 노동운동의 거점이 된 것이 바로 이 공제조합이었다. 사회주의자 진압법 제3조가 단속 대상에서 경제단체를 제외한 나머지 정치단체가 아닌 공제조합은 단속 대상에서 제외된 것이다. 노동조합이 해산되자 노동자는 공제조합에 결집하여 반체제 운동을 계속하게 되었다. 그래서 비스마르크 정부는 노동자의 자주적인 경제활동으

로서의 공제조합을 체제 내에 도입할 필요를 느꼈고 공적인 질병보험제도의 일환으로 규정한 구상을 구체화하였다.

독일 사회정책의 고전적 정식으로 알려졌던 채찍과 당근은 이 사회주의자 진압법을 채찍으로서 사회보험을 당근으로 이해하지만, 정치적 내막으로는 사회보험은 오히려 채찍정책을 보완하는 것으로 평가할 수 있다. 1883년의 질병보험법은 재해보험과의 일체적 구조화에 따른 자본구제적 색채가 강한, 보험자로서의 의료보험조합(Krankenkasse)에 공제조합을 흡수한 후 대위조합으로서 그 계급적 정치성을 탈색하여 준 점에 정책적 의의가 있다.

비스마르크 질병보험의 보험자에게는 그 외 기업의료보험조합(BKK)을 포함한 자주적인 조합제도가 그대로 채용되었다. 또 기존의 조합에 가입하지 않은 근로자에게는 지역의료보험조합(AOK)이 신설되었다. 이렇게 비스마르크 질병보험의 개시에 있어서 공제조합을 거친 경제단체로서 자치가 허용된다. 또 탄압에 대한 저항거점인 경위에서 대내적으로는 연대가 강조되고 선전되었다.[27] 그 후 노동자의 주요 유형이 가구직공, 인쇄공 등 숙련을 요하는 구형 노동자로부터 불량숙련 중심의 공장 노동자로 흘러가면서 공제조합(대위조합)의 퇴조와 기업의료보험조합의 융성이 나타났다. 그러나 질병보험의 개설 시에 있어서의 자치와 연대의 이념은 이후에도 독일 의료보험조합 제도의 기본성격을 규정한 것으로 이해할 수 있다. 1993년의 건강보험구조개혁법(GSG) 및 1996년 법의 개정은 의료보험조합과 그 가입자에 조합선택의 자유를 부여한 것이다. 즉, 가입자격을 예를 들면 종업원에게 한정하는 폐쇄형 의료보험조합으로 허용할지, 가입자격을 묻지 않는 개방형 의료보험조합으로 할지는 각 의료보험조합에 선택권을 주었으며 또 피보험자에게도 개방형 조합에 한정하기는 하지만 자유선택을 인정한 것이다.

조합선택의 자유가 인정된 배경에는 가입자의 이동의 자유를 보장함으로써 조합에게 가입자 확보를 위한 경쟁을 촉진하는 동시에 보험료의 저하를 경쟁시키는 의도가 있었다고 생각된다. 그러나 그 원칙 자체는 하나의 의료보험조합에

27) Ulrich Becker, “Staat und autonome Traeger im Sozialleistungsrecht,” (1996), S.33.

소속시키는 것이라는 비스마르크 질병보험가입 강제원칙으로의 회귀라고 볼 수도 있다.[28]

2. 프랑스 의료보험제도의 특성

프랑스에서도 노동자 계급의 성장과 노동운동의 고조에 발맞춰서 19세기 후반에는 의료보험조합을 포함한 노동자에 의한 상호부조 조직이 발달했고, 독일의 비스마르크 사회보험의 도입은 프랑스의 조합제도에도 강한 영향을 주었다. 특히 독일에 병합된 알자스 로렌 지방에서는 독일 의료보험이 적용되고 있었기 때문에 독일의 패전으로 이 지방의 프랑스 반환(1919년)에 따른 사회보험의 취급이 문제가 되었다. 이것이 하나의 계기가 되어 프랑스 전역에 사회보험이 도입되었다. 즉, 1928년 법 및 1930년의 입법조치로 일정 소득 이하의 노동자를 피보험자로서 질병, 출산, 장애, 노령 및 사망을 보험사고로 한 사회보험 제도가 설립된 것이다.[29] 그리고 보험자인 조합제도에 대해서는 설립의 자유를 주고 또 피보험자에게 선택의 자유를 인정하게 됐다.

1946년에 반포된 프랑스 헌법전문에는 모든 국민의 건강과 휴식, 그리고 여가생활 보장을 국가의 의무로 규정하고 있다. 히틀러 치하 독일의 붕괴에 따른 유럽 전선이 종결된 직후인 1945년 6월에는 프랑스 사회보장의 아버지라 불리는 라로크(Pierre Laroque)가 1945년 새로운 사회질서를 만들기 위한 사회보장제도의 청사진을 제시한 이른바 라로크 플랜을 제출하였다. 이것은 세계대전 중 영국에서의 베버리지 플랜(Beveridge Report)에 의하여 촉발되었다고 보이지만 전후 프랑스 국민생활의 재건과 안정을 위해서 3개의 기본원칙을 담은 것이었다. 즉, ① 전 국민에게 사회보장의 확대를 실시한 일반화 원칙, ② 사회보장을 조직적으로 단일화하려는 단일조합 원칙, ③ 노사의 자발적인 조합관리와 보험료 부과방

28) 임문혁, "독일의 의료보험 개혁이 사회적 연대감에 미치는 영향,"「보건복지포럼」(2007. 1.), 28-41면.
29) M. Borgetto, "Logique assistancielle et logique assurancielle dans le système français de protection sociale: lenouveaux avatars d'un vieux débat," Dr.soc., No.1 (janv. 2003), pp.115 et s.

식에 의한 재원 규율을 호소한 자율성(자치) 원칙의 3가지이다. 위의 원칙 ①과 ②는 함께 국민연대 원칙이라고 부를 수 있다. 그러나 이 원칙에서 이탈하여 통합되던 전 국가 사회보장 조합은 1960년대 후반에 질병, 노령, 가족의 범주별로 3분할되었다. 그리고 분할운영의 보완조치로 이른바 재원조정 방식이 도입된다. 그렇지만 라로크 플랜 대신 1995년에 쥐페 플랜이 채택될 때까지는 자치와 연대의 조합 이념은 넓게 국민에게 지지받고 있었다. 그런데 이념과는 별도로 프랑스 의료보험 구조를 살펴보는 경우에는 다음 2가지 점에 유의할 필요가 있다. 하나는 의료보험이 의료공급 체제와 밀접한 관련을 갖는 것은 당연하지만, 프랑스에서는 자유 진료의 이념이 강한 것이어서 상환방식의 의료보험이 채택되고 있다. 즉, 원칙적으로 의료기관에서의 지불은 일단 환자가 부담하고 후에 그 부담액의 65~70%를 보험기금이 상환하는 방식이다. 독일과 같은 사회보험 방식을 취한 것이라고는 하지만 프랑스의 경우에는 상환방식을 채택함으로써 의료기관은 기본적으로 사회보험 관계의 외부에 존재한다. 즉, 프랑스의 경우에는 국가와 환자의 2사람의 관계에서 의료보험이 성립되는 것이다.

상환방식 하에서는 환자 측의 일시 부담은 무거운 것이고 또 국가, 환자, 의료기관의 3사람 간의 사회적 연대는 희박할 수밖에 없다. 또 하나는 의료보험과 산재보험 즉, 업무 이외의 질병을 다루는 의료보험과 업무상 재해를 다루는 산재보험이 의료보험조합에 의해서 일체적으로 운영되는 것이 특징이다. 비스마르크 사회보험에서는 이 2가지를 순차적으로 접속시키고, 보험료도 일체적으로 구조화한 것에 대해 호된 비판을 받게 되었다. 프랑스에서는 보험료 비율이 사업주 부담을 크게 하고 있지만, 유형적으로는 비스마르크 사회보험의 구조를 답습하고 있다고 할 수 있다.

3. 독일과 프랑스 의료보험 관련 법제의 입법적 의의와 평가

(1) 독일 의료보험제도의 법적 규정과 평가

1883년 당시의 독일 의료보험제도는 '노동자의 의료보험에 관한 법률'로서 제정되었지만, 그 후 잇달아 정비된 '노동재해보험'과 '장애 및 노령연금(연금보험)'을 포함한 3개의 사회보험제도를 포괄적으로 규정하는 것으로서 제국보험법은 이후 나치정권 하에서의 탄압을 거쳐 12년이나 지속되어, 독일 의료보험의 가장 기본적인 법률로써 기능하였다. 최종적으로는 1989년의 '의료보험개혁법(GRG)'에 의해 정립되었다. 의료보험법은 제국(帝國) 보험법에서 분리되어 예방, 재활법 등 통합된 제도로서 1970년부터 편찬이 추진되어 온 사회법이다. 그러나 계속적으로 의료비가 증대되어 입법을 통한 개혁이 요구되는 상황이었다.

1969년에 성립한 빌리 브란트를 수반으로 하는 사민·자민 연립정권 이후, 독일은 의료보험의 가입자 범위의 확대와 급부의 충실을 위해 더욱 개혁을 강하게 추진할 것을 요구받는 상황이었다.[30] 이러한 의료보험의 확대는 1970년대 중반보다 의료 보험급여의 급격한 증대를 초래하였으며 결국에는 보험료가 급격히 증가했다.[31]

이처럼 보험료율의 급격한 증가에 따라 1970년대 후반부터 1980년대 초반까지 '의료보험비용 억제법(1977년)'을 비롯해 '1982년 절약' 정책으로서 비용억제 보관법(1981년), 병원비용억제법(1981년) 등 입법적 대응이 쏟아진바 있다. 그 후 1982년에 탄생한 기독교 민주동맹·사회동맹·자민당에 의한 보수·리버럴 연립정권하에서도 1983년~1984년 각각 예산수반법이 제정되었다. 또, 개별법으로 '병원재정 개편법' 등이 제정되었다. 이러한 일련의 비용 억제책은 보험료율의 급속한 상승을 막는 초기의 목적에 대해서는 일시적으로 성과를 보였지만, 1980

30) 예를 들면, 1972년 농업 경영자의 의료보험에 관한 법률, 1973년 의료보험 급부개선법 등을 들 수 있다.

31) 1970년에 8.20%였던 법정 의료보험조합의 연간 평균 보험료율이 1976년에는 11.28%까지 높아졌다.

년대 후반부터 다시 보험료율의 상승이 격렬해져 보험료율의 장기에 걸친 안정성은 확보되지 못했다.[32]

단순한 비용 억제책에 근거한 개혁이 아닌 의료공급 구조의 근간 부분에 해당하는 개혁에까지 발을 들여놓지 않는 한 안정적인 보험료율의 확보는 곤란하다는 인식에서 1988년에 의료보험개혁법(GRG)이 성립하였다. 의료보험개혁법(GRG)은 전체적으로 비용억제를 위한 기존대로의 수단이 답습된 부분이 많았으나, 보험료 안정이라는 관점에서 주(州) 내의 동종 의료보험조합 간 고액의료의 재정조정 구조가 법률적으로 의무화되었으며, 이 의료보험개혁법(GRG)의 의료보험조합에 대한 재정 조절과 합병에 관한 개혁은 어디까지나 제한적이었다. 그 주 내의 의료보험조합들 간의 재정 조정은 나이가 든 노인층을 대상으로 하는 것일 뿐 나머지 요소들은 눈에 띄지 않는다. 합병에 관한 개혁은 일정한 진척이 있을 수 있지만, 이 단계에서는 의료보험조합간의 경쟁이 발생하는 개혁은 이루어지지 않고 있다. 물론 의료보험개혁법(GRG)은 의료보험에 있어서의 '연대원칙,' '자주관리원칙,' '분립한 보험자' 등의 기본원칙을 폐지하는 것은 아니었다.[33]

1993년에 시행된 건강보험구조개혁법(GSG)은 조합 선택권의 확대와 리스크 구조조정의 도입이라는 점에서 중요한 개혁이다. 1989년에 시행된 의료보험개혁법(GRG)에서는 보험료율의 안정화라는 목적을 충분히 달성하지 못한 반성에서 종래의 단순한 비용 억제책을 넘어서는 개혁의 필요성이 높아졌다. 건강보험구조개혁법(GSG)은 기존의 비용 억제책을 포함하는 한편, 외래진료, 입원요양, 약제지급 등에 있어서 예산제가 도입되었다. 따라서 보험료율을 안정시키는 것은 예산제에 따라 법적 구속력을 갖게 되었다. 다만, 구체적인 예산액에 대해서는 의료보험조합측과 보험의협회, 병원과의 협상에 의해 결정되기 때문에 보험료율의 결정이라는 의료보험조합의 자치는 훼손되지 않았다. 그 후 가장 구조적인 개혁은 의료보험조합의 선택권 확대와 위험 구조조정에 대한 본격적인 도입

32) 일련의 비용 억제책에 관한 기술은 松本勝明, "ドイツ社会保障論Ⅰ－医療保険," 信山社, (2003) 제2장에 기초하여 기술하였다.
33) 松本勝明, 위의 책(주 32), 32면.

이다. 피보험자가 근무하는 기업이나 직업에 따라 가입하는 의료보험조합의 종별은 거의 결정되었지만 선택권을 보다 확대함으로써 조합 간 경쟁을 발생시키고 조합의 경영 노력을 이끌어내려고 한 것이다.

한마디로 독일 의료보험제도의 법적 규정을 평가한다면 역시나 의료비 증가에 따른 재정압박과 이 문제를 해결하기 위한 입법상의 조치라 할 수 있다. 독일의 사회 경제적 측면을 우리나라와 수평비교 할 수는 없지만 경제법칙에서는 다르지 않다고 본다.

(2) 프랑스 의료보험제도의 법적 규정과 평가

국민연대의 이념에 따라 프랑스의 의료보험제도는 정부의 중앙집권적 성격이 강하며, 특히 최근 들어 그 추세가 심해지고 있는데, 현재까지도 일반제도와 자영업자 제도, 농업제도 등 제각각이다. 1945년 이후 프랑스 정부는 특별 제도와 일반 제도의 통합을 추진해 왔지만, 현재도 직업별로 형성된 일부 특별 제도가 남아 있어 일반 제도와 농업 제도 및 특별 제도와의 사이에 행해지고 있는 재정조정에는 직역 간 연대라는 생각이 반영되어 있다.[34] 결국, 완전한 통합보험 체제는 아직 완성되지 않은 상태이다.

프랑스 의료보험 제도는 이른바 돌출된 방식을 채택하고 있으며, 예를 들어 고령자를 위한 독립적인 고령자 의료보험 같은 제도를 제정하지 않았다. 그러므로 노인들은 각 제도의 피보험자로 추정되며, 그들도 젊은이들과 동일한 보험료를 부과 받는다. 그 때문에 특히 고령자만을 위한 의료를 꺼내 논란이 되는 일은 없으며, 젊은이와 고령자 사이의 세대 간 연대가 특별히 문제되는 일은 없다. 한편, 프랑스 보건부는 최근 세대 간 연대의 예로 고령자와 장애인 정책의 재원을 창출하기 위해 근로자들이 무급으로 노동력을 제공하는 연대의 날을 마련한

34) 예를 들어, 오페라단 단원을 위한 특별 제도에는 일반 제도에 의한 재정 조정이 이루어지고 있다. 오페라단 단원은 입단과 퇴단의 연령이 매우 빠르기 때문에 그 제도는 지극히 특수한 구조로 되어 있다.

바 있다. 문헌에 따르면 그러나 이 정책에 대해 노동조합은 모두 반발하고 있으며 거세게 정부를 비판한 것으로 보인다. 예를 들어, 프랑스 노동 총동맹(CGT: Confédération générale du travail)은 산하 철강산업계 노조에 파업을 호소하며 근로자들은 가만히 있을 것이 아니라 무보수 노동이 강요되는 이 연대의 날을 폐지하기 위해 필요하다면 파업에 호소해야 한다고 촉구하기도 하였다.

프랑스 의료보험제도의 구조는 좀 독특하다. 즉, 프랑스 의료보험제도는 법정의료보험제도(이하, 법정의료보험)와 법정의료보험에서 상환되지 않는 부분을 보충의료보험으로 묶는 2층 구조로 되어 있다. 법정의료보험으로부터의 상환율이 질병, 약제의 종류마다 정해져 있지만, 법정의료보험에서 상환되지 않는 부분에 대해서도 그것을 커버하는 보충의료보험이 발달하고 있다.[35] 그런데 법정의료보험에 가입할 수 없는 무보험자에 대한 의료 서비스의 제공에 대해서는 1999년까지는 시군구의 책임 하에 의료부조로 행해지고 있었다. 또한 저소득층은 보충의료보험에 조차도 가입하지 못하는 사람들이 있었다. 그러나 시군구 단위의 의료부조는 서서히 시군구의 재정부담이 무거워져 그 수준에 지역 간 격차가 발생한 점, 보충의료보험은 가입할 수 있는 사람과 가입할 수 없는 사람과의 사이에 접근할 수 있는 의료서비스(특히 치과의료 등)의 수준이 차이가 있다. 그 때문에 CMU법에 의해 법정의료보험 부분은 기초적인 CMU(La couverture maladie, universelle de base)[36]에서 그리고 보충의료보험의 부분은 부가적인 CMU(La couverture maladie universelle complémentaire)[37]에서 각각 커버된다.[38]

35) http://www.assurancemaladie.sante.gouv.fr/ 전체 의료비 중에서 차지하는 내역을 보면, 75.7%가 법정 의료보험으로부터, 12.3%가 보충 의료보험으로부터 지급되어 11.0%가 환자의 자기부담이 되고 있다.

36) 기초적CMU : 안정적인 정규 프랑스거주자(원칙적으로 3개월 이상의 거주로 판단)이면서 법정의료보험의 급부를 받지 못하는 자 및 개인보험 가입자는 일반제도에 가입하여 기초적 CMU를 받을 수 있다. 한편, 이 급부의 대상이 되는 무보험자는 이혼한 여성, 과부로 아이가 3명 이상 없는 자(3명 이상이면 법정 의료보험 대상), 자산은 있지만 일하고 있지 않은 자, 사회보장 급부를 수급하지 않는 자 등이 되고 있다.

37) 부가적CMU : 정규거주자이면서 보충적 의료보험제도의 급부를 받을 수 없는 자는 이 제도에 의해 부가적 CMU가 보장된다. 의료부조 및 사회참가최저소득제도(Revenu Minimum d'Insertion: RMI)의 수급자는 자동적으로 부가적 CMU의 대상자가 되지만 그 이외의 경우에는 세대 유형별 소득이 있다.

법정의료보험에는 일반제도, 특별제도, 농업 이외의 자영업자 제도(Regimes des travailleurs non salaries), 농업에 종사하는 자를 대상으로 한 농업제도(Régimes agricoles)가 있고, 복수의 제도에 의해 운영되고 있다. 근거법은 일반제도, 특별제도, 자영업자 제도는 사회보장 법전(Code de la securite sociale),[39] 농업제도는 농사 법전(Code rural) 등이다.[40]

프랑스 사회보호장법전 L.221-2조에 의해 CNAMTS(Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)라는 행정적 성격을 가진(à caractère administratif) 국가의 공공기관이 있고,[41] 법률상의 인격과 재정상의 독립을 위해 CNAMTS는 보험료, 재원, 급부 등에 관한 어떠한 결정에 대해서도 정부로부터 자유롭지 못하며, 새로운 급부수준의 변경이나 폐지 등에는 입법행위가 필요하도록 규정되어 있다.[42] 그러나 일상적인 관리감독, 특히 제도운용과 관련된 관리비용을 노사가 결정할 수 있으며, 정부 방침의 범위 내에서는 CRAM과 CPAM에 대한 조정 기능과 감독권을 행사할 수 있다.

2004년 프랑스 의료보험 개혁(이하, 2004년 개혁[43]) 정책에서는 CNAMTS에 의해 많은 당사자 능력이 부여되어, 정책결정의 가능성을 인정받을 수 있게 되었다. 보건부는 노사가 실제로 제도운영에 참여하는 것은 바람직하지만, 국민들에게 사회보장제도를 보장하는 역할을 하는 것은 정부이며, 조합은 정부와 의회에서 정한 사회보장 정책을 집행하는 정책 대행기관이라고 밝혔다. 그 배경에는 사회보장 제도와 같이 매우 재정규모가 크고, 국민 전체를 대상으로 하는 제도에

38) 현재, 부가적 CMU의 수급자수는 430만 명 이상이며, 그 중 약 112만 명은 기초적 CMU와 부가적 CMU를 모두 수급하고 있다. 그 결과 이제는 프랑스 국민의 99퍼센트, 66퍼센트가 의료보험 혜택을 누릴 수 있게 되었다. 나머지의 1%는 노숙자 등 의료기관에 가고 싶어 하지 않는 사람들, 치료를 받지 못하는 사람들, 자기부담 분을 내지 못하는 사람들, 불법체류 외국인 등이다.

39) 사회보장법전 R.711-1조 Decret n° 91-489 du 14 mai 191 art. 1.

40) 加藤智章, "医療保険と年金保険 フランス社会保障制度における自律と平等," 北海道大学図書刊行会 (1995), p.9를 참조.

41) 지역조합은 사법인이라고 한다.

42) CNAMTS의 하급기관인 CRAM과 CPAM은 당연히 보험료율 설정이나 급여수준의 범위에 대해 결정권을 갖지 않는다.

43) 2004년 8월 13일자 의료보험에 관한 법률에 근거한 의료보험 개혁정책을 말한다.

대해서는 정부가 최종적인 책임을 지고 민의를 대표하는 국회가 정책을 결정해 가는 것은 당연하다고 하는 생각이 자리하고 있다. 그러나 1945년 당시 단계에서는 보편적인 제도를 만들 수 없었으며, 노사에 의한 제도 운영이 존속된 상태였고 2004년 개혁 전까지는 CNAMTS의 노조 측의 주인의식이 높았다.

현재 매년 의료비가 증가하는 가운데, 프랑스에서는 보충의료보험의 중요성이 높아지고 있다. 특히, FNMF 자체는 '현재의 의료보험 제도는 보충의료보험이 없으면 의료비 상환이 불가능하고, 국민은 의료서비스에 접근이 되지 않는다'고 평가한다. 결국, 아직까지도 상환율이 낮아 보충보험의 비율이 높아질 것이라는 생각을 가지고 있다. 그러나 법정의료보험과 보충의료보험의 관계, 의료보험 제도의 보충의료보험에 있어서의 위치설정의 문제를 놓고 보면 보충의료보험은 어디까지나 법정의료보험의 '보충'이어야 한다는 의견이 지배적이다. 따라서 2개의 노동조합(FO, CGT)은 법정의료보험 제도를 내실화하는 것을 원칙으로 주장하고 있다. 최근 법정의료보험의 상환비율을 낮춰 보충의료보험으로 옮기는 움직임이나, 법정의료보험에서 상환 대상이 되지 않는 의료행위에 대해 보충의료보험의 환불은 반대하는 입장에서 입법적 대응이 논의되고 있다.

프랑스 의료보험 관련 법제도 역사적 배경이 독특하다. 다만, 한 가지 공통적인 특징은 의료비 증가에서 보험이 커버하는 범위가 완전하지 못하다는 점이다. 또한 직역마다 자신의 보험제도를 가지고 있어서 이를 통합하는 작업도 한계가 있는바 어떻게 통합 보험제도를 도출해 낼지 입법적 노력을 주시할 필요가 있다.

Ⅵ. 시사점-결론을 대신하여

마지막으로, 본고의 결론을 대신하여 독일과 프랑스 양국의 의료보험조합이 우리나라에 시사하는 바를 약간 언급하고자 한다.[44] 독일과 프랑스의 의료보험조합은 노동자의 자주적인 조합활동에 힘입어 발달되어 왔다. 그것도 노동운동의 고조를 배경으로 하여 대외적으로 자치를 획득하고 대내적으로 연대를 강화하여 온 것이다. 그러므로 양국의 의료보험조합과 우리나라 건강보험 제도에서는 조직 성립의 연혁도 조직 기능도 크게 다르다고 할 수 있다. 의료보험 제도의 성립에 우리나라에서 노동운동의 배경은 전혀 없는 상황이다. 우리나라는 1963년 의료보험법이 처음 제정되어 의료보험조합을 설립할 수 있게 되었다. 시간이 흐름에 따라 기업의 노무관리의 일환으로서 기능을 발휘한 기업복지 제도를 건강보험에 흡수 활용한 것이 특징이다. 즉, 일정 수 이상의 근로자를 고용한 기업에게 의무적으로 직장의료보험 제도를 적용한 것이다. 그런 의미에서 자치와 연대의 키워드에 관해서 말하자면 조직원리에서 보아 자치에는 거리가 멀다고 평가할 수 있다. 말하자면, 건강보험 관리체제의 한 가지 사항으로 규정되는 동시에 기업에게는 동업적 경영기능, 사원복지 기능, 노무관리 기능도 함께 수행하는 장치로서 기대된 것이다. 하지만 연대에 대해서는 분명히 평가해야 할 측면이 보인다. 한국적 경영환경에서 노사 간 및 종업원 간의 연대의식의 조성에 크게 기여했다고 평가할 수 있기 때문이다. 비정규직들이 정규직으로의 편입을 외치고 있는 종업원 보호와는 거리가 있는 한국의 경영상황과 그 스타일에서 보면 연대의식은 화합 경영으로의 회귀를 호소하고 있는 것이다.

향후 장기고용을 축으로 한 경영의 전개를 상정한다면 직역을 주체로 하는 조합내부의 연대를 확보하면서 건강보험 조합의 보험자 기능을 강화하고 조합자치를 차례차례 확대하는 것이 과제가 되겠지만 그 가능성은 그리 높지 않다고 본다. 결론에 해당하므로 독일과 프랑스의 의료보험조합에서 우리나라가 배울

44) 이윤태, "주요국의 의료서비스산업 정책 연구," 한국보건산업진흥원 (2012. 12), pp.148-156.

것으로 아래와 같은 3가지 점을 지적하고자 한다.

하나는 가입강제 원칙과 강제가입의 원칙의 차이에 대해서이다. 양국의 의료보험조합에서는 피보험자에게는 조합을 선택할 수 있지만, 반드시 하나에는 가입해야 하는 가입강제 원칙이 적용된다. 독일에서는 민간보험의 가입도 일부에서 허용된다. 반면, 우리나라에서는 전국민 건강보험제도의 실현을 전제로 하고, 피보험자에게 보험자를 선택할 자유는 주어지지 않고, 특정 보험자 가입을 강제하는 강제가입의 원칙이 채용되고 있다.[45] 그리고 그 범위 내에서 자격이 있다고 인정된 일부 사례에 대해서 조합방식을 인정하여 왔던 것이다. 이와 같은 가입강요와 강제가입 정책적 차이에 대해서 충분한 검토를 추진해야 한다.

둘째는 의료보험조합에 있어서의 개방형과 폐쇄형의 차이에 대해서이다. 독일의 개방형 의료보험조합에서의 가입선택(이동)의 자유는 경쟁을 촉진하는 포인트로 평가받고 있지만, 중장기적으로는 낮은 원가경쟁의 장점은 역선택에 의해서 상쇄될 것이다. 여기서 구조적 리스크 조정을 병용하면 경쟁조건의 균등화가 달성되어 오히려 경쟁의 장점 즉, 경쟁하는 의미까지 빼앗게 되지 않을까 우려된다.

이것에 비해서 폐쇄형은 인사 및 노무관리와 협력하여 운용할 수 있는 유형이며, 특히 장기고용과 특수직역에 적합하다. 우리나라의 건강보험 조합은 유형적으로 이 폐쇄형 의료보험조합과 동종인 것이어서 폐쇄형의 동향은 많은 점에서 우리나라에 시사점을 주게 된다. 예를 들면, 독일 은행의 BKK로 인정받게 되면 동일 직장을 단위로 하는 특성부터 질병관리를 실시하는 것이 비교적 용이하다. 인간관계의 안정과 직장의 사기 향상도 기대할 수 있고, 비용 대비 효과 면에서도 적극적인 의미를 지닌 것으로 여겨지고 있다.

세 번째는 독일과 프랑스의 의료보험조합에서는 고령자 의료에 있어서 이른바 뚫기 방식을 채용하고 있는 것이다. 그런 의미에서 양국에서는 고령자 의료방

45) 국민건강보험에 있어서 저소득층 지역가입자에 대하여 국가가 국고지원을 통하여 보험료를 보조하는 것은, 경제적, 사회적 약자에게도 의료보험의 혜택을 제공해야 할 사회국가적 의무를 이행하기 위한 것이다. 헌법재판소 전원재판부 2000.6.29. 선고 99헌마289.

식에 대해서 본격적인 논의는 하지 않지만 이는 세대 간 연대의 발로 이라기보다는 직역연대의 유대가 퇴직 후에도 계속 유지되고 있다고 봐야 한다. 직역연대의 인연은 우리나라의 경영에도 일부 통하는 것으로, 우리나라에서도 제도 전체를 논의할 때 이 방식을 다시 검토해 봐도 좋을 것으로 생각된다.

논문투고일 : 2018.10.12
심사개시일 : 2018.10.15
게재확정일 : 2018.10.23

참고문헌

<국내문헌>

김대중, “프랑스 의료서비스 공급체계와 시사점,”「보건·복지 Issue & Focus」제163호 (2012-44), (2012. 11. 9), pp.1-8.

남궁은하, “의료보장제도별 노인의료비 증가에 관한 연구,”「보건사회연구」30(2), (2010), 520-552면.

신영석·이준영·윤장호, “건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안,” 한국보건사회연구원 연구보고서 2011-11, (2011), pp.49-57.

이승현, “독일의 어젠다 2010: 10년간의 평가 및 노동시장에 대한 영향과 전망,” 한국노동연구원 국제노동브리프 2013년 4월호 (2013), pp.50-55.

이윤태, “주요국의 의료서비스산업 정책 연구,” 한국보건산업진흥원. (2012. 12), pp.148-156.

임문혁, “독일의 의료보험 개혁이 사회적 연대감에 미치는 영향,”「보건복지포럼」, (2007. 1.), 28-41면.

최병호, “국민의료비의 적정수준에 관한 연구,” 보건경제와 정책연구 12(1), (2006), 33-53면.

<외국문헌>

倉田聡, “의료보험의 기본 구조-독일 질병보험 제도사 연구,” 북해도대학 도서간행회, (1997), p.19.

倉田聡, “독일 의료보험 현황과 과제,” (최신동향 보고서), (2005.3.24.).

加藤智章, “프랑스 의료보험 제도의 최신동향-2004년 8월 13일자 법에 근거한 질병보험 개혁을 중심으로,” (2003).

加藤智章, “医療保険と年金保険 フランス社会保障制度における自律と平等,” 北海道大学図書刊行会, (1995), p.9.

田中耕太郎, “ドイツの年金改革,” 社会保障法 第20号 (2005), 25頁.

松本勝明, “ドイツ社会保障論Ⅰ－ 医療保険,” 信山社, (2003).

Hanno Kube, “Aequinalenz und Solidaritaet im Sozialversicherungsrecht,” Der Staat (2002), S. 452ff.

J.-J. Dupeyroux M. Borgetto R. Lafore R. Ruellan, “Droit de la sécurité sociale,” 15ed. Dalloz (2005), p.1072.

J. P. Newhouse, “Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?,” Journal of Economic Perspectives 6, (1992), pp.3-21.

Karl-Juergen Biebeck, “Begriff und verfassungsrechtliche Legitimation von Sozialversicherung,” VSSR (2003), S. 1ff.

M. Borgetto, “Logique assistancielle et logique assurancielle dans le système français de protection sociale: lenouveaux avatars d’un vieux débat,” Dr.soc., No.1 (janv. 2003), pp.115 et s.

P-L. BRAS, Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné?, Dr. Soc., No.11. (2004), p.967 et s.

Ulrich Becker, “Staat und autonome Traeger im Sozialleistungsrecht,” (1996), S.33.

X. Prétot, “La sécurité sociale et les finances publiques,” RFFP, (1995), P. Durand, La politique contemporaine..., S. David, La nature juridique ces cotisations de sécurité sociale, Dr. soc., (1952), p.174; J. Bing, Nouvelles controverses sur la nature juridique des cotisations de sécurité sociale, Quest. séc. so., (1961).

국문초록

모든 제도는 한 사회가 겪어온 역사적 경험과 그 사회가 지향하는 가치가 구체화된 것이다. 의료보험제도 역시 예외가 아니다. 그런 의미에서 의료보험제도는 그 사회가 추구하는 보편적 가치와 분리해서 생각할 수 없다.

본고에서는 독일 및 프랑스 의료보험 제도에서 자치와 연대의 위치나 재원정책을 중심으로 양국의 자치와 연대, 재원정책의 개요를 정리·비교한 다음, 우리나라의 정책과제에 대해서 고찰하였다. 본고는 독일과 프랑스의 의료보험 제도에 대해서 법리적 측면을 중심으로 간단한 설명을 시도하였다. 독일 및 프랑스 의료보험 제도에 관한 일련의 조사연구를 통해서 새로운 법리적 관계를 파악하는 성과가 발표되고 있으며 우리나라의 건강보험 제도와의 차이점도 명료하게 드러나고 있다. 특히 본 연구에서는 양국의 의료보험의 구조와 기능에 대해서 자치와 연대의 관점으로 다루고 이를 규정할 법리적인 측면에 대해서 검토했다. 또 그 틀 속에서 의료보험조합의 조직운영 실태와 문제점 등을 파악하기 위한 검토를 시도하였다. 양국 모두 피보험자의 의료비 부담의 증가로 인하여 보험재원의 부족현상에 직면하고 있고 보험재원의 구조조정 압박을 받고 있는 점은 동일하다. 입법을 통한 양국의 공적 의료보험제도 개혁에 대한 경험을 습득할 수 있는 기회를 얻는다면 본 연구는 소기의 목적을 달성한 것이다.

본고에서는 법리적인 고찰을 중심으로 문헌조사를 하고, 종합적으로 양국의 의료보험 제도의 구조를 분석했지만, 결론으로 지금까지의 연구성과를 집약하여 정책유형의 관점을 추가하고 보충함으로써 우리나라의 건강보험 제도에 대한 약간의 시사점을 언급하고자 하였다.

주제어

의료보험, 자치, 연대, 보험재원, 사회보장

Abstract

A Legitimacy and Evaluation of the Spirit of Autonomy and Solidarity in the Financing Policies of the German and French Health Insurance Systems

Kim Jong-ho*

All systems are the embodiment of the historical experiences that a society has experienced and the values that society is aiming for. The health insurance system is no exception. In this sense, the health insurance system can not be considered apart from the universal values sought by the society.

In this paper, I summarize and compare the autonomy, solidarity, and financial policies of the two countries, focusing on the position of autonomy and solidarity in the German and French health insurance system, and then examined the policy issues of Korea.

This paper has attempted to briefly explain the German and French disease safeguards centered on the judicial aspect. Through a series of research studies, the results of grasping the new legal relationship are announced, and the difference with the health insurance system of Korea is clearly revealed. In particular, this study examined the structure and function of the disease safeguard in both countries from the standpoint of autonomy and solidarity, and examined the legal aspect to define it. Both countries are faced with a shortage of insurance resources due to the increase in the burden of medical expenses of the insured, and they are under pressure to restructure their insurance resources. If we have the opportunity to gain experience in reforming the public health insurance system of the two countries through legislation, this research has achieved the desired purpose.

* Professor of Law at Hoseo University, Ph.D & SJD.

In addition, I tried to investigate the actual condition and problems of organization of disease safeguards in the frame. In this paper, I examined the structure of the disease safeguards of the two countries by applying literature review based on legal considerations, but in the following, I summarized the research results so far and added and supplemented the point of view of the policy type. I would like to mention some of the implications in the last part by substitute for conclusion.

Key Words

health insurance, autonomy, solidarity, insurance resources, social security.