



12

독일통일 총서

보건·의료 분야

관련 정책문서



 통일부

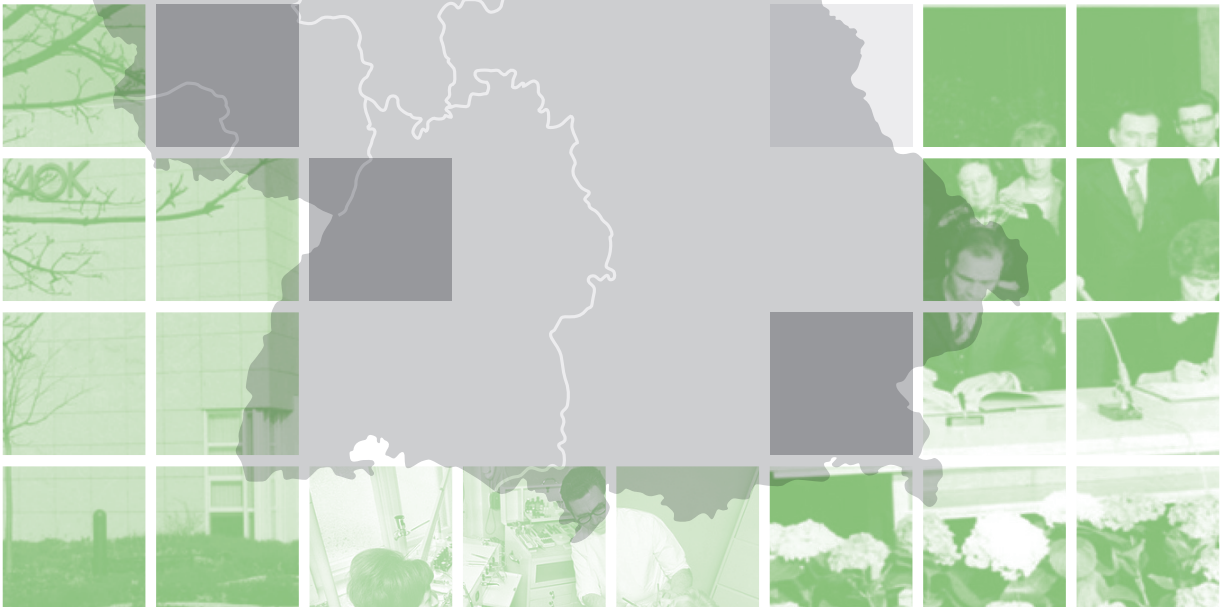


12

독일통일 총서

# 보건·의료 분야

관련 정책문서



독일통일 총서 12

## 보건의료 분야 관련 정책문서

발행일 2015년 12월

발행처 통일부  
서울특별시 종로구 세종대로 209 정부서울청사  
전화 02)2100-5757

디자인·제작 (사)한국장애인이워크협회 일자리사업장  
전화 02-2272-0307



# CONTENTS



## 독일의 보건의료 분야 통합과 한반도통일의 시사점

제1장 개요	12
제1절 독일통일에 대한 일반적 이해	12
1. 역사와 정치적 배경	12
2. 현재 통일독일의 사회경제적 상황	16
제2절 독일통일과 보건의료의 통합	17
1. 동서독 사회보장체계의 이질성	17
2. 독일 보건의료의 통합	18
제3절 보건의료 분야 독일통일 총서의 의미, 목적, 방향	20
1. 독일 사례분석의 의의와 목적	20
2. 집필 방향	21
제2장 통일 전 독일의 보건의료	23
제1절 분단 이전의 독일의 보건의료체계	23
1. 비스마르크 시대	23
2. 나치 시대	25
3. 제2차 세계대전 직후의 독일의 보건의료	26
제2절 동독의 보건의료	27
1. 사회주의 보건의료체계 확립	27

2. 동독 보건의료체계의 성과	31
3. 동독 보건의료체계의 한계와 위기	32
제3절 서독의 보건의료	34
1. 서독 의료보험제도의 발전 과정	34
2. 서독 의료보험의 기본 내용	35
3. 서독 보건의료체계의 성과	37
4. 서독에서의 의료 개혁 내용	40
제4절 동서독 보건의료 교류	43
1. 동서독 교류의 정치적 배경	43
2. 동서독 보건협정	46
3. 기타 보건의료 교류	50
제3장 통일독일의 보건의료 통합과정	53
제1절 보건의료체계 통합을 위한 노력들	53
1. 통일 직전의 동서독 보건의료 상황	53
2. 동독지역 의료 인프라 재건 노력	54
3. 보건의료 통합을 위한 조약	56
4. 보건의료 통합을 위한 법령 제정	58
제2절 의료보험제도의 통합 과정	59
1. 전반적 과정	59
2. 동독 의사들의 신분	60
3. 동독 의사들의 적응과 서독의 지원	61
제3절 통합으로 인한 난관들	63
1. 폴리클리닉제도 존속 문제	63
2. 동독지역 의료보험조합 구축에서의 문제들	65
3. 의료보험제도 통합에 대한 간략한 평가	67
제4장 통일 후 독일의 보건의료	69
제1절 통일 전후 독일 보건의료체계 변화	69
1. 의료보험제도의 구동독지역 도입	69
2. 독일 보건의료 시설의 변화	71
3. 독일 보건의료 인력의 변화	72

# CONTENTS

제2절 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화	74
1. 의사 공급의 변화	74
2. 병원 및 병상 수 공급의 변화	75
3. 의료이용의 변화	77
제3절 성인 건강수준의 구동서독지역 차이의 변화	79
1. 기대 수명 및 사망률	79
2. 심혈관 질환	81
3. 암	82
4. 정신질환	84
5. 비만	84
6. 흡연 및 음주	85
제4절 아동 및 청소년 건강수준의 구동서독지역 차이의 변화	87
1. 전반적 건강	87
2. 심리적/행동적 문제	89
3. 영양/운동/비만	90
4. 예방접종 및 건강검진	90
제5절 통일 후 독일의 의료개혁 과정	92
1. 통일 초기의 의료 개혁: 1997년까지	92
2. 이후 통일독일의 의료 개혁: 1998년부터 최근까지	96
<b>제5장 한반도통일에서의 보건의료 분야 시사점</b>	<b>101</b>
제1절 통일 전 교류 및 보건협정에 대한 시사점	101
제2절 의료보장체계 통합에 대한 시사점	102
1. 보건의료체계 통합 및 의료개혁 필요성	102
2. 건강보험제도 북한지역 도입시 문제점	104
3. 보건의료 분야 통일비용	105
4. 통일시 남한 의료인의 역할	106
제3절 의료이용에 대한 시사점	106
제4절 통일 국가 건강수준에 대한 시사점	108



# 정책문서를 통해 본 보건의료와 통일

들어가며	114
제1장 동독 의료제도의 특성과 위기	117
제2장 의료제도의 통합에 관한 다양한 제안- 정치적 논의	121
제1절 동독 과도정부와 시민운동 세력의 꿈	121
제2절 사회통합에 관한 협상의 정치적 쟁점	125
제3장 구동독지역의 의료제도 구축	132
제1절 외래진료체계의 전환과 반전-폴리클리닉과 의료공급센터	132
제2절 의료보험제도의 구축	134
부록	
1. 하르무트 라이너스(Harmut Reiners)와의 인터뷰 프로토콜	144
2. 에크하르트 블로흐(Eckhard Bloch)와의 인터뷰 프로토콜	150
3. 쉴케 글라처(Sylke Glatzer)와의 인터뷰 프로토콜	153
4. 루돌프 뮐러(Rudolf Müller)와의 인터뷰 프로토콜	158
5. 헤르베르트 므로트체크(Herbert Mrotzeck)와의 인터뷰 프로토콜	160



# CONTENTS



## 보건의료 분야 관련 정책문서

문서 목록 166

문서 요약 178

문서 요약(문서번호 1~83) 178

독일어 원문 자료(CD 수록)



### 표 목차

표 1-1) 동독 병원규모의 시간적 변화 30

표 1-2) 동독 의사인력의 증가 31

표 1-3) 통일초기 독일 의료보험조합집단별 규모 70

표 1-4) 구동독지역 병원 관리주체 변화 71

표 1-5) 통일 전후 독일 보건의료 시설 변화 72

표 1-6) 통일 전후 독일 보건의료 인력규모 변화 72

표 1-7) 구동독지역 외래진료 의사들의 개원비율의 변화 73

표 1-8) 보험계약의사 1인당 의료보험 지출액의 변화 73

표 1-9) 구동서독지역의 출생시 평균 기대수명의 변화 80

표 1-10) 구동서독지역의 60세 기대여명의 변화 81

표 1-11) 구동서독 비만률의 변화(체질량 지수 30 이상) 85

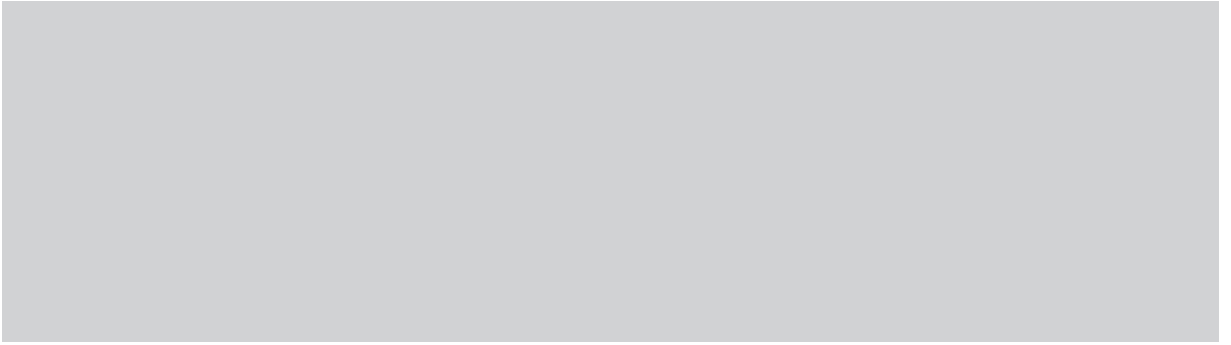
표 1-12) 국내 탈북자의 의료급여 총 진료비 변화 107



그림 목차

그림 1-1) 동독 및 서독의 지리적 위치	13
그림 1-2) 독일통일의 정치적 과정	15
그림 1-3) 독일 의료보장체계의 통일 전후 변화	19
그림 1-4) 동서독 보건협정 당시 사진	48
그림 1-5) 서독의 동독지역 재정 지원 프로그램	56
그림 1-6) 각 주별 법정의료보험 계약의사 대비 인구수	74
그림 1-7) 각 주별 인구 10만 명당 1차 의사수	75
그림 1-8) 통일 후 구동서독지역 병원 수 감소율	76
그림 1-9) 통일 후 인구 10만 명당 응급실 병상 수의 변화	77
그림 1-10) 구동서독지역의 입원 이용률의 변화	78
그림 1-11) 구동서독지역의 입원시 평균 재원일수의 변화	78
그림 1-12) 구동서독지역의 1인당 외래진료건수 변화	79
그림 1-13) 구동서독지역의 10만 명당 사망률의 변화	80
그림 1-14) 독일 각 지역의 60세 기대여명	81
그림 1-15) 구동서독지역의 심혈관 질환 사망률의 변화	82
그림 1-16) 구동서독지역 폐암 사망률의 변화	83
그림 1-17) 구동서독지역 유방암 사망률의 변화	83
그림 1-18) 구동서독지역 자살률의 변화	84
그림 1-19) 구동서독지역 남녀청소년(12-17세) 흡연률 변화	86
그림 1-20) 구동서독지역의 건강불량 아동 및 청소년의 비중(2003-2006)	88
그림 1-21) 구동서독지역 아동 및 청소년의 알레르기 질환 평생유병률 (2003-2006)	89
그림 1-22) 동서독 아동 및 청소년의 심리 및 행동 장애 유병률	90
그림 1-23) 구동서독지역 초등학교 예방접종률	91
그림 1-24) 구동서독지역 영유아 건강검진 프로그램(U-test) 수검률	92
그림 1-25) 통일독일의 의료보험체계	94

보건의료 분야  
관련 정책문서



# 독일의 보건의료 분야 통합과 한반도통일의 시사점

오 인 환 (경희대학교 의과대학 교수)

윤 석 준 (고려대학교 의과대학 교수)

이 요 한 (대한산업보건협회 관리의사)



## 개요

### 제1절 독일통일에 대한 일반적 이해

#### 1. 역사와 정치적 배경

독일은 1945년 제2차 세계대전 말미에 나치정부가 연합국 세력에 무조건 항복을 선언한 뒤 미국과 영국·프랑스·소련 4국의 분할지배를 받게 되었다. 1949년에 미국과 영국·프랑스가 통치하던 서독지역에는 일반적으로 서독이라고 부르는 독일연방공화국(Bundesrepublik Deutschland, BRD)이 수립되었고 소련이 점령했던 동독지역에는 동독이라고 하는 독일민주공화국(Deutsche Demokratische Republik, DDR)이 수립됨으로써 분단이 본격적으로 시작되었다. 동독은 독일 동부에 위치한 5개 주를 관할하면서 폴란드·체코와 국경을 이루었던 반면 서독은 체코·오스트리아·스위스·프랑스·룩셈부르크·벨기에·네덜란드와 국경을 이루는 넓은 지역을 맡아 분단되었다.

그림 1-1 > 동독 및 서독의 지리적 위치



분단 후부터 1990년 통일이 되기까지의 중요한 정치적 배경 및 경과를 다음과 같이 여섯 단계로 나눌 수 있다.

첫째, 아데나워 수상을 중심으로 힘의 우위정책이 지배하던 시기인 할슈타인 원칙의 시기(1949-1963년), 둘째, 빌리 브란트 수상을 중심으로 화해 교류정책이 중심이 되던 시기인 동방정책의 시기(1969년 이후), 셋째, 동서독 정상회담(1970년), 넷째, 동서독 기본조약(1972년), 다섯째, 동서독 보건협정



(1974년), 여섯째, 독일통일(1990년)로 말할 수 있다.

분단 이후 동독과 서독은 각각 소련과 미국을 중심으로 하는 냉전기류에 따라 대립관계를 유지하였는데 서독에서는 기독교민주당(Christian Democratic Union, CDU) 아데나워 수상이 1949년 이래 1963년까지 집권하면서 동독을 상대로 “힘의 우위정책”을 추진하는 한편 할슈타인 원칙을 적용하여<sup>1</sup> 동독과 국교를 맺는 국가와 외교관계를 단절하는 강경노선을 고수하였다.

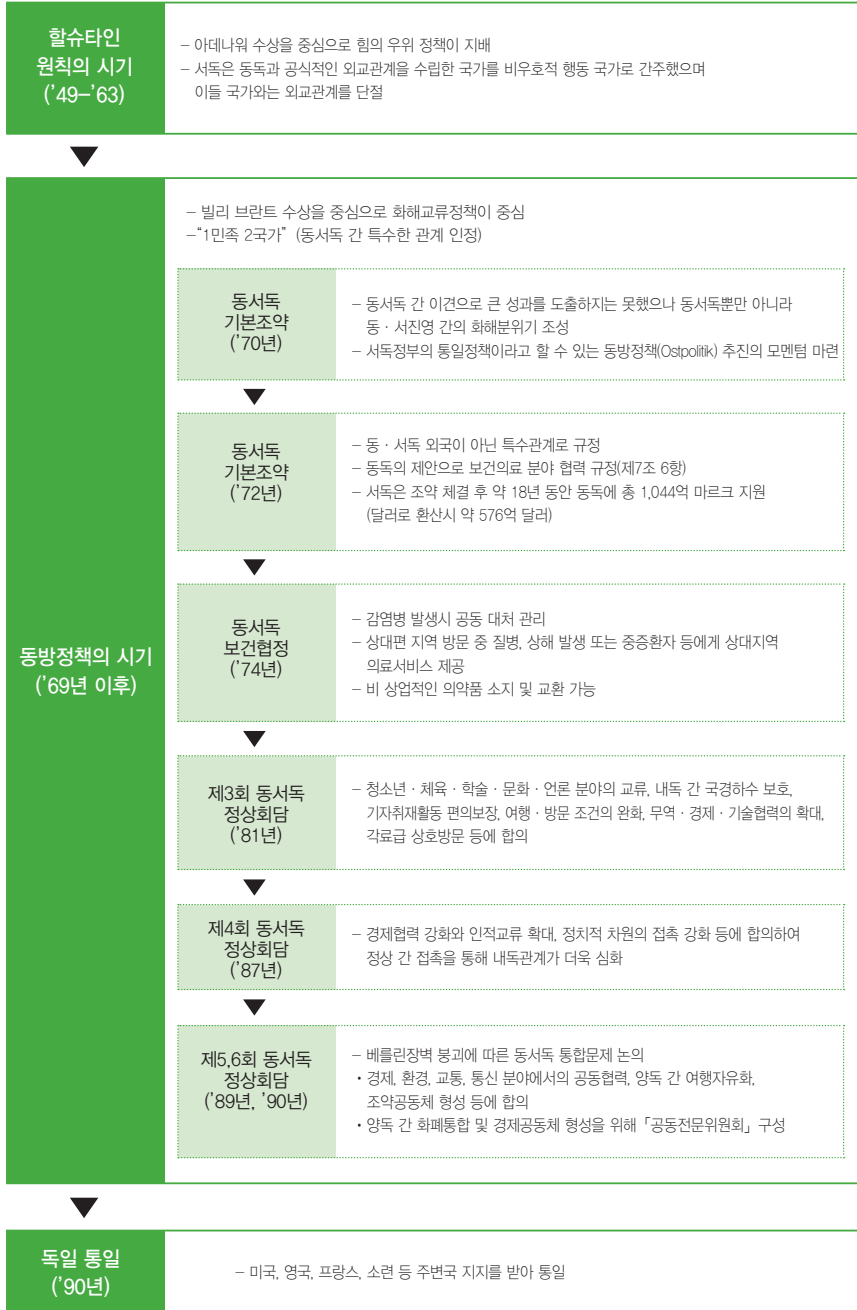
이에 반해 동독은 사회주의통일당(SED) 울브라히트 서기장의 지도에 따라 소련과 긴밀한 관계를 유지하면서 서독정부를 상대로 1민족 2국가론에 따라 동독을 국가로 인정하도록 촉구하는 외교적 노력을 지속하였다.

서독에서 대동독정책 노선을 변경한 것은 1969년에 사회민주당(SPD)이 집권한 이후의 일이다. 사회민주당이 집권하면서 수상이 된 빌리 브란트는 할슈타인 원칙을 폐기하고 이른바 “동방정책(Ostpolitik)”을 추진하였고, 이후 동서독 교류는 각 분야에서 활성화되었다. 1970년에 동서독 정상회담을 했고, 1972년에는 동서독 기본조약(Grundlagenvertrag)과 일반통행협정을 체결하기에 이르렀다. 1973년에는 동서독이 UN에 동시에 가입하는 일이 있었고, 1974년에는 서독의 수도 본과 동독의 수도 베를린에 각각 상주대표부를 개설하였다.

빌리 브란트에 이어 서독 수상의 지위에 오른 슈미트와 울브라히트를 계승한 동독의 호네커 서기장은 동서독 간 체육협정과 우편협정 등 분야별 협정을 계속 체결하였다. 그 이후 통일을 이루는 1990년까지 동서독은 정치적인 대립관계 속에서도 기본적으로는 평화공존 구도를 꾸준히 유지해 왔다.

.....  
<sup>1</sup> 할슈타인(Hallstein) 원칙이란 독일의 유일한 합법정부로 서독이 국제사회에서 전체 독일을 대표하는 국가체제로 활동한다는 점을 인정하는 노선을 말한다.

그림 1-2) 독일통일의 정치적 과정



출처: 박수정, 2015





1990년, 새로운 동독 과도정부와 서독정부는 통일조약(Einigungsvertrag)에 서명했다. 통일조약은 독일최종합의조약(Treaty on the Final Settlement With Respect to Germany)과 함께 1990년 10월 3일 동독이 1,600만 인구와 함께 서독의 일부가 됨을 공식적으로 결론지었다.

## 2. 현재 통일독일의 사회경제적 상황

현재 통일독일은 16개의 지방정부(Land)로 구성되어 있는 연방국가이며 공식국호는 독일연방공화국(Bundesrepublik Deutschland)이다. 16개의 주 가운데 서독에 속했던 11개 주는 구연방주라 하고 동독에 속했던 5개 주는 신연방주로 통칭하는 경우가 많다.

통일 이후 독일연방공화국의 면적은 대략 35만 7,000km<sup>2</sup> 정도에 이르고 인구는 8,200만 명에 이른다. 그 중에서 80% 정도는 예전에 서독지역이었던 구연방주에 거주하며 신연방주에 20%가 거주하는데, 신연방주 거주자가 점차 줄어들고 있는 추세이다. 수도 베를린 인구는 350만 명에 이른다. 독일연방공화국에 거주하는 외국인인 대략 740만 명에 이르는데 주로 터키와 러시아·동유럽 출신자가 많다.

공식 언어로 독일어를 사용하며 수도인 베를린을 포함하여 인구 30만 명 이상의 도시는 19개가 있다. 종교분포 현황을 살펴보면 가톨릭과 개신교 신자의 규모가 비슷해서 각각 2,600만 명에 이르며, 이 외에 이슬람교 신자가 300만 명 정도 있고 유대교 신자가 10만 명이 거주한다.

독일연방공화국은 유럽연합(EU) 회원국으로 유로화를 사용한다. 1990년 통일 직후, 각종 경제지표에서 다소 어려움을 겪었던 독일은 통일 이후 20여 년이 지난 오늘날 유럽연합의 중심국가로 세계적인 경제대국의 지위를 누리고 있다.

GDP는 약 3조 4,000억 달러로 세계 4위에 해당되고 1인당 GDP는 이미 4만 달러를 넘었으며(2014년 기준) 물가상승률은 1.7%에 그쳐 경제적 여건은

안정되어 있고 경제대국의 면모를 보이고 있다. 독일도 노령화의 진행 속도가 빠른 국가 중의 하나로 1990년대 중반부터 65세 이상 인구가 14세 이하 인구 규모를 추월하기 시작하면서 15-64세 인구의 비율은 확연히 줄어들었다.

## 제2절 독일통일과 보건의료의 통합

### 1. 동서독 사회보장체계의 이질성

서독과 동독은 제2차 세계대전 종료로 인한 분단 후 서로 다른 경제 및 정치이념에 따라 체제 간에 경쟁적인 사회보장체계를 구축해 나갔다.

서독은 원래부터 존재해왔던, 그러나 나치정부에 의해서 심각하게 왜곡된 전통적 사회보장체계를 회복하고자 하였다. 서독 사회보장체계는 자본주의적 시장경제에 기초하여 개인의 자유, 안정적 노사관계를 추구하면서 자본주의 사회에서 나타날 수 있는 여러 소외현상을 극복하고자 하였다. 다양한 인구계층을 개별적으로 보호하는 것을 포함해 전 국민을 대상으로 한 다차원적인 사회보장체계가 그 특징이었다.

1950년 이후 지속적인 경제성장과 정치적 안정 등으로 사회보장 개념이 안정적으로 정착되어 사회보장정책의 성공을 토대로 1957년에 완전고용을 달성하였다. 기존 사회보장제도의 부활, 전통적인 사회보장 분야의 지속적 발전, 고용정책을 발전시켰다.

한편 동독은 사회주의 기본 원리인 마르크스-레닌주의에 따라 사회보장보다는 경제건설에 초점을 맞추었다.<sup>2</sup> 동독은 최대한의 노동력을 이끌어 내기 위한 차원에서의 1차원적 사회보장제도를 시행하였는데 광범위한 강제보험으로 구성된 통합사회보험체계가 그 특징이었다. 즉, 전국민을 대상으로 하여 기존의 노령연금, 의료, 실업, 산업재해 보험을 하나로 통합한 사회보험

.....  
<sup>2</sup> 마르크스-레닌주의는 사회보장제도를 자본주의를 안정화시킬 수 있는 수단으로 보았다.



제도를 운영하였다.

이러한 동독의 사회주의적 복지국가를 위한 사회보장정책은 계획경제와 시민 자유의 제한에 기초하였고 결과적으로 그 이상을 구현하지 못하고 최저수준의 생활을 보장하는데 그치고 말았다.

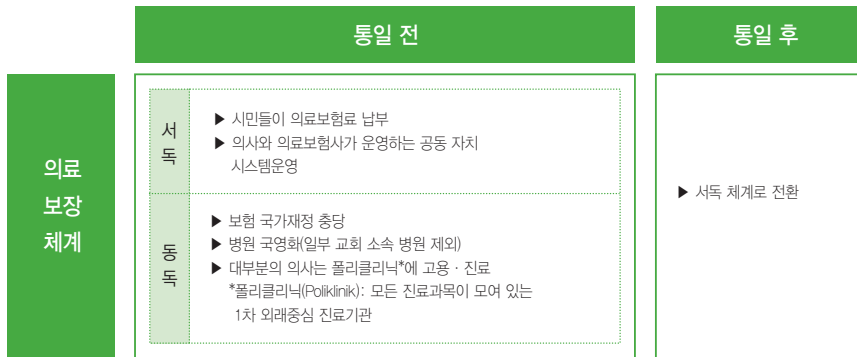
## 2. 독일 보건의료의 통합

1990년 8월 31일에 서명되고 10월 3일에 발효된 통일조약은 독일 역사에서 새로운 시대를 열었다. 45년 만에 서독과 동독은 하나의 통일독일로 이름을 바꿨다. 베를린장벽이 무너진 1989년 말부터 독일국민들은 이제 가시적으로 다가온 그들의 임박한 통일에 환호했다. 하지만, 기쁨과 함께 두 나라의 정치, 경제, 사회체계를 결합하는 문제가 대두되자 자연스럽게 혼란과 불안도 함께 왔다. 당시 독일 지도자들이 직면한 가장 큰 난제 중 하나는 동독과 서독의 보건의료체계를 통합하는 일이었다. 그 중에서도 의료보험제도의 통합이 중심 사안이었는데 당시 동독의 국가의료서비스(national health service)제도는 완전히 혼란되고 와해되었던 상태였던데 반해 서독의 포괄적이고 의무적인 법정의료보험(statutory health insurance 혹은 SHI로도 표기)<sup>3</sup>은 세계 최고의 의료보험제도 중 하나였다. 통일독일의 입법자들은 동독의 제도를 서독의 것을 본뜬 사회보험제도로 변모시키려고 계획하고 추진하였다. 그러나 1991년 1월 1일 당시 동독의 1,600만 시민이 서독의 의료보험제도에 들어왔을 때 많은 세부사항들이 불확실하게 남아 있는 상당히 불안정하고 예측할 수 없는 상황이었다. 결국 여러 진통 끝에 동독의 의료보장체계가 서독의 형태로 전환되었다. 이와 함께 이전의 동독은 서독의 정치, 경제,

.....  
<sup>3</sup> National health insurance 혹은 Social health insurance로 바꿔 말할 수 있다. 민간보험과 대비되는 개념이다. 본 총서에서는 앞으로 법정의료보험으로 표기한다.

사회보장체제로도 통합되었다.<sup>4</sup>

그림 1-3) 독일 의료보장체계의 통일 전후 변화



출처: 박수정, 2015

통일독일의 의료보험제도는 1883년 비스마르크가 개발한 사회보험제도의 기본 원칙과 동일한 원칙을 유지하려고 했다. 처음의 의료보험제도는 ‘질병 금고(sickness fund)’<sup>5</sup> 들의 네트워크에 의존했고, 질병 금고들은 현재의 통일독일 의료보험의 주된 책임을 지고 있다. 질병 금고는 자율적이고 스스로 자금을 조달하는 보험 조직으로, 모든 가입자에게 최소한의 혜택 패키지를 제공한다.

질병 금고에 가입하는 것은 현재 대부분의 독일국민에게 의무이고, 질병 금고는 매년 노동자 수입의 특정 비율을 가져가는데, 피고용인과 고용주가 보험료를 동일하게 나눠서 부담한다. 질병 금고를 통해 대부분의 독일시민은 포괄적인 의료 혜택들에 값싸게 접근할 수 있다. 따라서 독일의 의료보험제도는 국가가 사회적으로 용인될 수 있다고 생각하는 비용으로 모든 시민에

<sup>4</sup> 독일통일은 사회주의 국가와 자본주의 국가 간 국가연합 또는 연방제가 아닌 동독이 서독에 편입된 흡수통일로 보는 것이 합당하다. 이러한 독일통일의 기본 성격은 동독의 의료보장체계를 포함한 사회보장체계가 서독의 사회보장체계 방식으로 전환되는 것을 의미한다.

<sup>5</sup> 독일의 의료보험조합을 의미한다.



게 고품질의 의료 서비스를 제공해내고 있다.

감당할 수 있는 비용으로 모든 시민이 의료에 접근할 수 있다는 이 이상은 지난 세기의 독일의료제도의 발전을 이끌어낸 지침이자 버팀목이었다. 1945년 이후 새로 태어난 동독과 서독에서 개발된 의료보험제도조차 서로 많이 달랐지만 합리적인 가격에 모든 시민에게 의료를 보장했다.

한편, 독일통일 후 감당할 수 있는 비용으로 모두가 의료를 받을 수 있는 제도를 유지하기 위해 의료체계에 대한 수많은 개혁을 실행해야 했다. 현재 독일이 증가하고 있는 의료비용 문제로 씨름하고 있는 가운데 통일 후 25년이 지난 지금에도 동독과 서독의 보건의료체계의 통합은 여전히 현재진행형이라 할 수 있다.

### 제3절 보건의료 분야 독일통일 총서의 의미, 목적, 방향

#### 1. 독일 사례분석의 의의와 목적

독일통일 사례를 깊이 고찰하고 연구하는 이유는 당연히 한반도의 통일 준비에 있어 도움을 얻고자 함이다. 그러나 통일 당시의 독일과 현재 한반도의 정치적·사회경제적 상황이 크게 상이한 것이 사실이며 독일의 경험으로부터 1차원적으로 시사점을 도출하는 것이 쉽지 않다고 할 수 있다. 독일통일 자체가 독일국민들에게 있어서도 충분한 준비 시간이나 합의를 가질 만한 여유가 없는 상황이었기 때문에 독일통일을 한반도통일의 바람직한 모델로 삼기에도 어려움이 있다.

그럼에도 우리는 독일을 배울 필요가 있다. 독일통일 과정에서의 바람직한 모습이든, 혹은 피했어야만 하는 모습이든 우리는 그것들부터 배워야 한다. 독일의 통일은 현재 한반도 상황과의 여러 상이점에도 불구하고 우리가 참고할 수 있는 유일한 현실적인 경험이라는 데 그 가치가 있다.

서독은 대부분의 국민에 대한 건강보험을 적용시키며 안정적인 의료보장

과 건강수준 향상을 달성하였다. 이에 반해 동독은 점차 국가 계획적인 보건의료체계의 기능이 상실되면서 국민에 대한 의료보장 및 건강보호를 제대로 하지 못하였다. 결과적으로 통일과정에서 서독은 자신들의 체제를 동독 지역에 일괄 확대하고 동독지역의 의료보장을 전적으로 책임지게 되었다. 그리고 이러한 보건의료 분야에서의 서독의 노력은 현재 시점에서 전반적으로 성공적이라는 평가를 받고 있다.

이러한 점들은 현재 우리 한반도의 상황, 그리고 남한이 한반도 통일시 담당해야 할 역할, 그리고 우리가 후세대로부터 반드시 받아야 할 평가의 측면에서 반드시 학습하거나 달성해야 하는 것들이라 할 수 있다. 우리는 보건의료 분야의 독일통일 과정과 이후 통일국가로서 발전해 나가는 모습들을 고찰하는 과정을 통해 앞으로 한반도 통일에서, 특히 보건의료 분야 통합과 관련해 무엇을 준비하고, 무엇을 실천해야 하는지 그 시사점을 발견하려 한다.

## 2. 집필 방향

본 총서에서는 기존 여러 유형으로 이미 발간되거나 발표된 자료들에 대한 고찰을 바탕으로 독일통일의 보건의료 분야 내용을 시간순서대로 정리하는 형태를 취하였다. 따라서 방대한 자료원이 참고되었고 각 자료원의 내용이 본 총서에서는 여러 형태로 재구성되었기 때문에 각 자료원에 대한 정보를 본문에 일일이 각주로 표기하기보다는 총서 뒷부분 참고문헌으로 일괄적으로 정리하였다. 그러나 특정 자료원을 집중적으로 발췌하여 집필한 본문에서는 각주로 표기하였다.

총서의 주요 내용은 독일통일의 시간순서대로 다음과 같이 정리하였다.

- 통일 전 독일의 보건의료
- 통일독일의 보건의료 통합과정
- 통일 후 독일의 보건의료



이러한 정리 내용을 바탕으로 본 총서의 궁극적인 목적이라 할 수 있는 한반도통일에서의 보건의료 분야 시사점을 도출하였다.

## 제2장

## 통일 전 독일의 보건의료

## 제1절 분단 이전의 독일의 보건의료체계

## 1. 비스마르크 시대

서로 난립하던 여러 개의 독일의 주들을 하나의 국가로 통일한 오토 폰 비스마르크(Otto von Bismarck)는 1883년 독일의 의료보험제도를 창시한 공로를 인정받고 있다. 그러나 비스마르크의 국가의료보험제도의 뿌리는 질병 금고가 처음 개발된 중세로 거슬러 올라간다. 중세시대의 질병 금고는 협동조합으로, 회원들은 고정된 금액을 내고 그 대가로 질병, 부상, 사망시에 현금 혜택을 받았다. 중세의 의료수준은 낮았기 때문에, 현금을 주는 것이 질병 금고의 단연 가장 중요한 혜택이었다. 세월이 흐르면서 의료지식이 증가하자 질병 금고는 의사의 진료도 보장하게 되었다.

1871년 당시 독일의 주들이 한 국가로 통일되었을 때, 질병 금고들은 초보적인(현재의 관점에서) 의료보험 네트워크의 토대가 되었다. 그 무렵, 황제인 빌헬름 1세 아래에서 총리를 지낸 비스마르크는 근대독일의 체계를 확립한 인물로 잘 알려져 있다. 1876년에 비스마르크 총리는 자신의 주도로 최소 수준의 사회보장을 제공하는 법안을 의회에 제출하였으나 국가부담이 심해진다는 이유로 거부당하였다.





비스마르크는 1881년에 건강보장 법안을 다시 한번 제출하면서 국가조세에 기반을 두겠다고 밝혔으나 각 주 정부와 농민단체, 사업가 등 이익단체의 반대로 법안은 통과되지 못했다. 일부 근로자를 대상으로 하는 법정의료보험이 “근로자 의료보험법(Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter)”이라는 명칭의 법안으로 연방의회를 통과한 것은 1883년의 일이다.

이 법안이 곧 본격적인 법정의료보험의 효시라고 할 수 있는데 법안이 통과된 다음 해인 1884년에는 작업 중 사고와 질병에 따른 위험을 보장하는 내용을 법정의료보험에 포함하였다. 그리고 1889년에는 노인성 질병에 따른 위험도 법정의료보험으로 보장하게 되었다.<sup>6</sup>

산업혁명 동안 독일의 도시들로 이민 온 노동자들 사이의 사회불안을 잠재우고 점점 커지는 노조의 힘을 억제하기 위한 시도로 비스마르크는 1883년 국가사회보험제도(national social insurance system)를 제안했다. 국가사회보험제도의 개념은 사회 연대성(social solidarity)의 원칙에서 생겼다. 사회 연대성이란 국가는 모든 시민에게 강력한 사회 혜택의 네트워크를 제공할 의무가 있다는 믿음이다. 의료의 경우, 사회 연대성은 위험과 필요한 선(善)의 비용을 함께 나누겠다는 집단적 합의를 나타낸다. 즉, 부자가 가난한 자를, 건강한 사람이 병든 사람을, 노동자가 실업자를 돕는다는 뜻이다. 실제로, 사회 연대성은 소득과 관련시켜 의료 자금을 조달하는 방식의 근거가 되어 주었다. 독일은 1883년 이러한 방식을 채택했다.

1883년의 의료보험법(Health Insurance Act)은 질병 금고에게 모든 블루칼라 노동자들에게 의료를 제공하는 책임을 부여했다. 그러나 그 후 많은 독일인이 이 법적인 의료보험계획에서 제외되었다. 예컨대, 농부, 자영업자, 연금 생활자, 공무원 등은 법으로 보험혜택을 보장받지 못했다. 세월이 흐르는 동안 원래의 법을 여러 차례 수정하고 제도를 확대하여 모든 독일인을 포함

<sup>6</sup> 당시 법정건강보험을 추진한 인물이 비스마르크라는 이유로 이 제도를 비스마르크 시스템이라는 명칭으로 부르기도 한다.

시키게 되었다. 의료보험법 아래에서 질병 금고는 의사를 직원으로 고용했다. 그 결과 의사와 질병 금고 사이에 수많은 충돌이 일어났고, 질병 금고는 결국 의사들 몫으로 할당해 놓은 돈을 수수료로 전환하여 관련 의사들이 나누어 가지게 했다.

1901년에는 기존의 블루칼라 노동자를 대상으로 하던 건강보험에 사무직 근로자인 화이트칼라도 포함하였고 1911년에는 제국보험규정(Reichsversicherungsordnung)을 제정함으로써 의료보험과 상해보험·연금보험을 하나의 법안으로 통일하였다.<sup>7</sup> 1927년에는 실업자도 이 규정에 따른 보험대상에 포함되었다.

## 2. 나치 시대

1931년, 바이마르 합의(Weimar Settlement)를 통해 질병금고의사협회를 설립해 의사들이 질병 금고에서 받는 돈에 대해 질병 금고와 단체 협상을 할 수 있게 했다. 의사들은 이제 질병 금고에 대해 독점적인 협상력을 얻게 되었다. 질병 금고와 의사들 사이의 힘의 균형은 바이마르 합의에 의해 의사들에게 유리하게 기울었다. 그러나 히틀러와 제3제국(나치 독일)이 부상하면서 이 힘의 균형은 곧 산산조각이 났다. 히틀러가 질병 금고와 의사협회 모두에게서 자율권을 없애고, 의료보험제도를 정부 통제하에 두었기 때문이다.

아돌프 히틀러와 국가사회주의자들(나치)은 비스마르크의 비전을 공유하지 않았다. 즉, 의료보험을 정치적 안정을 촉진하는 방법이고, 시민이 개인성을 잃지 않으면서 시민의 자유를 개발하도록 격려하는 방법으로 보지 않았다. 그 대신 히틀러는 의료보험을 제3제국의 목표인 건강하고 생산적이고 인종적으로 순수한 독일국가 건설의 수단으로 보았다.

<sup>7</sup> 제국보험규정은 그 뒤 1989년에 독일정부가 당시 보건장관이던 제호퍼의 이름을 딴 제1차 제호퍼 개혁을 시행할 때까지 독일의 의료보험 관련 법률의 근간 역할을 했다.



1933년, 히틀러가 총리가 되자 그는 모든 질병 금고를 관리할 우두머리를 임명했다. 이 조치로 질병 금고들은 자율성을 완전히 빼앗기게 되었다. 또한, 국가사회주의자들(나치)은 아리아인이 아닌 의사들은 질병 금고의 환자들을 치료하지 못하게 금지했고 아리아인 의사들에게 인종 우생학 이론에 대한 포괄적 지식을 갖추도록 요구했다.<sup>8</sup> 결국 국가사회주의자들은 질병 금고의 힘을 줄이고, 질병 금고와 관련 없는 외래 진료(ambulatory care) 의사들의 입지를 강화하는 데 성공했다. 그러나 제3제국이 몰락한 후 질병 금고들은 의료보험제도에서 다시 중심적인 역할을 찾았는데 적어도 서독지역에서는 그랬다.

### 3. 제2차 세계대전 직후의 독일의 보건의료

1945년 5월 8일 국가사회주의 나치들의 시기가 끝났을 때, 의료 및 독일 사회의 사실상 다른 모든 분야는 2개의 체계로 나뉘어져 있었다. 두 체계는 각각의 경제, 행정, 정치, 사회구조를 지니고 있었다. 앞서 언급한대로 서방 연합군이 점령한 3개 지대는 독일연방공화국(서독)이 되고, 소련 점령지대는 독일민주공화국(동독)이 되었다. 1949년 이후, 두 나라는 서로 독립적으로 운영되었다.

제2차 세계대전 후 동독과 서독으로 나뉜 것은 의료보험제도에 큰 영향을 주었다. 서독은 1883년에 시작된 중앙집권적이 아닌 민간주도의 의료보험 제도를 다시 회복시켰다. 한편, 동독은 소련의 의료보험제도를 대략적으로 모방하여 국가가 운영하는 강력한 중앙집권적인 의료보험제도를 채택했다. 두 말할 필요 없이, 긴 세월이 지난 1990년 당시의 이 두 체제의 통합은 독일 통일의 주요 난제 중 하나가 되기에 충분했다.

<sup>8</sup> 나치는 순수 아리아인만이 정통성을 지니며 그 외의 사람들은 아리아인보다 열등한 계층이라는 인식을 확산시키고자 하였다.

뉘른베르크 재판<sup>9</sup>에서는 많은 독일 의사들이 사형을 선고 받았다. 살인, 신체 절단, 고문, 잔혹 행위, 그 밖의 비인간적인 행위를 포함하여 전쟁 범죄와 반인륜 범죄를 강제수용소나 의료기관 혹은 사회시설에서 종종 유사 의료실험의 일환으로 저질렀기 때문이다. 종전(終戰) 직후 일정기간 동안, 독일의 의료는 전염병을 예방하고 불충분한 의료자원을 할당하기 위한 목적으로 임시로 마련된 특별 조치들로 운영되는 것이 특징이었다.

서방 연합군은 기존의 의료 및 행정구조에 의존했고, 또 이것을 지지했다. 그러나 영국은 보다 중앙화된 방식으로 의료를 관리한 데 비해 프랑스는 자국의 관리 지대와 서독 전반에서 권한의 중앙화를 제한하려고 노력했다. 또, 미국은 주로 당시 상황에서의 필요에 따라 특별 정책을 정하는 방식을 추구했고, 공중보건(public health) 학교를 설립하려 시도했지만 실패했고, 1950년대까지 병원 의사(office-based physician)들이 외래 진료에 대해 다시 독점하지 못하도록 예방했다.

## 제2절 동독의 보건의료

### 1. 사회주의 보건의료체계 확립

제2차 세계대전이 끝나고 소련이 독일의 동쪽 부분을 통제하게 되었을 때, 이곳의 의료 인프라는 엉망이었다. 소련군이 동독으로 밀려오자 많은 의사가 서독으로 도망쳤다. 상황은 동독의 시민들을 위해 의료 서비스를 회복시키기 위한 즉각적이고 단호한 조치를 요구하고 있었다. 소련은 재빨리 동독의 의료 인프라를 재건하기 시작했는데, 소련은 이것이 “부패한” 자본주의 모델보다 사회주의 의료 모델의 우위를 증명할 수 있는 이상적인 기회라

<sup>9</sup> 1945-1946년 독일 뉘른베르크에서 열린 군사재판으로 전 나치 지도자들을 전범으로 기소하여 재판하였다.



고 봤기 때문이다.

소련은 자국 점령지대에서 보다 간섭주의자적인 역할을 했다. 소련은 전염병 통제에서 독재적인 접근방식을 취했고, 의사 대부분의 항의에도 불구하고 점차 중앙집권적 국가 운영 의료체계를 도입했다. 60명의 건강 전문가를 임명하여 새로운 체계를 설계하는 것을 돕게 했다. 이 새로운 체계는 바이마르 공화국 시절 지역공동체 의료 서비스의 공중보건 전통의 영향을 받았고, 소련뿐 아니라 영국, 스웨덴의 의료체계의 영향을 받았다.

동독의 초기 의료보험의 성격은 독일경제위원회(Deutsche Wirtschaftskommission) 사무국의 1945년 2월 포고령과 1947년 소련 군정의 9월 포고령을 바탕으로 온전히 국가에 의해 통제되고 국가의 재정만으로 운영되는 국가의료보험체제로 시작되었다.

동독은 단일의 국가가 관리하는 의료보험 네트워크를 조직함으로써, 비스마르크 모델의 대원칙인 보편적이고 포괄적인 의료보험 적용을 유지했다. 또한, 사회보험 특유의 원칙인 고용주와 피고용인이 보험 분담금 비용을 동일하게 나누는 것도 법적으로 유지되었다. 그러나 보험행정은 오직 두 질병금고, 즉 노동자들(89%)은 자유독일노동조합(Free German Trade Union)을 통해 보험 적용을 받았고, 나머지 11% 국민의<sup>10</sup> 보험은 국가가 부담했다. 전쟁 전의 질병 금고와 마찬가지로, 보험계획은 노동자들과 고용주들에게서 자금을 공급받았다.<sup>11</sup> 그러나 동독 사회보험체계의 사실상의 역할은 상당히 줄어들었다.

동독정부는 초기 보험제도의 전체적 재정 건실성을 바탕으로 보험제도의 모든 혜택을 보장했다. 고소득 노동자들은 추가적인 10% 공제에 대해 추가적인 혜택을 받을 수 있었다. 부양가족들은 자동적으로 보험 적용을 받

<sup>10</sup> 자영업자, 협동조합 회원, 공무원과 그 부양가족을 포함하였다.  
<sup>11</sup> 노동자들은 총 임금의 10%를 납부했고 고용주 역시 같은 금액을 납부했다.

왔고, 은퇴자 혹은 장애인들도 그랬다. 그래서 거의 모든 시민이 보험 적용을 받게 되었다.

한편, 전쟁이 끝난지 몇 달 이내에 소련은 독일의 전통적인 의료기관 분리 방식인 입원 중심의 병원과 외래진료 사이의 분리를 없애고, 중앙의료행정국(Central Health Administration)을 설립해 의료제도 전체를 일괄적으로 지휘하도록 했다. 그러나 동독의 의료체계는 소련의 의도와는 달리 외래진료 서비스와 병원 서비스(hospital service) 사이의 구조적 분리를 일부 유지함으로써 소련의 의료체계와 다른 점을 가지게 되었다.

그러나 일상적인 의료행위에서 이 두 부문은 종종 협력했고, 자주 같은 부지 내에 위치해 있었다. 1947년 소련의 법령은 개인병원(private practice)을 없애고, 외래진료소와 여러 전문의들이 모여 있는 외래 센터, 즉 폴리클리닉(polyclinic)<sup>12</sup>의 네트워크를 확립했다.

이제 거의 모든 의료인은 국가에 고용된 직원이 되었고, 국가의 엄격한 규칙과 규정을 지켜야 했다. 개인병원의 개원은 극소수의 예외를 제외하고는 허용되지 않았다. 일부 의사들은 개인병원에서 혼자 외래진료를 제공했지만, 대부분은 다양한 전문의와 그 밖의 의료인이 일하는 지역 공동체 기반 혹은 회사 기반의 종합병원에서 일했다. 다른 많은 이전 사회주의 국가와 달리, 동독의 의료기관은 모두가 공식적으로 국유화된 것은 아니었다. 점점 더 어려워지는 상황이긴 했지만 독립적인 병원이 계속 존재했다.

실제로 1950-1989년 사이, 비영리 병원(자선병원)의 수는 98개에서 75개로 줄어들었고, 개인병원의 수도 201개에서 2개로 줄어들었다. 그렇긴 해도 1989년, 병원 침상 중 대략 7%는 아직도 국유화되지 않았고, 일부 의사들은 개

<sup>12</sup> 봉급을 받는 여러 분야 전문의들이 외래 진료를 목적으로 공중보건원, 사회복지사, 물리치료사, 심리학자, 그 밖의 인력과 함께 일하는 의료 기관으로 동독 보건으로 외래부문의 핵심기관이자 자랑이었다. 이후 폴리클리닉으로 기술한다.

인병원으로 남았다.<sup>13</sup>

표 1-1) 동독 병원규모의 시간적 변화

연도	전체		공공병원		자선병원		개인병원	
	개수	병상 수	개수	병상 수	개수	병상 수	개수	병상 수
1950	1,063	187,219	764	167,790	98	13,288	201	6,141
1960	822	204,767	679	189,260	88	13,523	55	1,984
1970	626	190,025	523	176,536	82	12,540	21	949
1980	549	171,895	464	159,828	80	11,711	5	356
1989	539	163,305	462	151,969	75	11,076	2	260

출처: Steiner, 2006

동독의 병원과 병상 수는 지속적으로 감소하였다. 1950년 1,063개 병원 187,219 병상에서 1989년 539개 병원 163,305 병상으로 감소하였고 주로 공공병원과 개인병원에서 그 감소세가 컸다.

반면 외래진료를 담당하는 여러 형태의 기관들은 지속적으로 증가하였다. 폴리클리닉은 1950년 148개소에서 1989년 475개소로 증가하였고 동독 외래진료의 중추적 역할을 담당하게 되었다. 1970년대 초반까지는 병원에 부속되어 있는 폴리클리닉이 많았지만 그 이후에는 독립적으로 개설되어 운영된 형태가 늘어 1989년 당시에는 거의 절반이 독립적으로 운영되었다. 외래진료소 역시 1950년 466개소에서 1989년 656개소로 증가하였다.

동독의 의사인력(의사 및 치과의사) 역시 크게 증가했는데 1952년 13,740명이었던 의사 수가 1989년에는 40,143명으로 증가하였고 같은 기간 치과의사 수는 7,290명에서 12,011명으로 증가하였다. 이것은 인구증가율을 훨씬 상회한 증가폭으로써 같은 기간 단위인구 만 명당 의사 수와 치과의사 수가 각각 7.5명에서 24.0명으로, 4.0명에서 7.2명으로 증가하였다.

<sup>13</sup> 대표적으로 교회에서 운영하는 병원들은 국유화되지 않았다.

표 1-2) 동독 의사인력의 증가

연도	의사		치과의사	
	전체 수	인구 만 명당 수	전체 수	인구 만 명당 수
1952	13,740	7.5	7,290	4.0
1960	14,555	8.1	6,361	3.5
1970	27,255	16.0	7,349	4.3
1980	33,894	20.0	9,709	5.7
1989	40,143	24.0	12,011	7.2

출처: Steiner, 2006

## 2. 동독 보건의료체계의 성과

처음에 동독의 국가의료 서비스는 얼마 간의 성공을 거두었고, 특히 산모 및 소아 의료 분야에서 성공적이었다. 동독정부의 최우선과제가 노동자 풀을 증가시키는 것이었기 때문에 여성들이 아이를 낳아 국가의 줄어드는 노동자 수를 보충하는 것은 매우 중대한 사안이었다.

따라서 동독의 의료보험제도는 많은 어린이 중심 프로그램을 포함하고 있었다. 예를 들면, 직장에서의 어린이 돌봄 프로그램, 시민의 참여를 증진시키기 위해 금전적 유인책(incentives)을 쓴 산모 및 소아의료 프로그램, 학교 의료 프로그램 등이 있었다. 이에 더하여, 동독 부모들은 각 아이에 대해 매월 보조금을 받았고, 이자 없이 주택 대출을 받았다. 또한 아기가 생기면 한 명당 1,000 마르크를 현금으로 지급 받았다. 출생시 지급하는 이 1,000 마르크는 출생 전과 출생 후의 진료 약속을 지킨 예비 엄마들에게 분할 방식으로 제공했다. 또한 대부분의 여성은 1년 간의 유급 출산휴가를 쓸 선택권도 있었다. 이들 프로그램은 동독의 노동력 부족을 완전히 해결하지 못했지만, 유아 사망률과 임신 관련 여성 사망률을 서독이나 미국 같은 훨씬 더 부유한 국가들의 비율들과 비교할 수 있을만한 수준으로 낮추는데 성공했다.

지역 공동체(Local communities)는 이 외에도 당뇨병이나 정신질환 같은 만성 질환을 앓는 이들을 돌보는 특별한 의료를 포함하여 예방적 서비스를





제공했다. 이들 의료 서비스는 동독 국가가 주택 및 데이케어(day care) 같은 분야들에서 포괄적인 사회적 지원을 해주어 보완을 받았다.<sup>14</sup> 이러한 식으로 동독은 적어도 1960년대까지는 서독의 정치적 좌파와 다른 서구 국가들이 모범적인 의료체계라고 간주할만한 의료체계를 창출했다.

### 3. 동독 보건의료체계의 한계와 위기

동독은 1950년대와 1960년대에 산모 및 소아의료 분야에서 어느 정도 인상적인 공중보건의 성공을 이뤘지만, 1970년대부터는 제한적인 자원과 경직된 관료주의 때문에 공중 보건적으로 기나긴 하향세가 시작되었다. 소독된 주사기, 고무장갑, 정맥 튜브 같은 기본적인 물자의 부족이 종종 일어났는데, 심지어 베를린 내 주요 병원들에서도 그랬다.

동독의 최대 병원인 베를린-Buch병원(Berlin-Buch Hospital) 역시 기관 이식, 심장 절개 수술, 신생아 집중치료 등의 전문 치료를 위해 필요한 첨단 장비의 부족이 심각했다. 평범한 의사들의 진료실 상황은 당연히 이보다 훨씬 더 나빴다. 동독에서 일한 63세의 일반의 Hartmut Reichwage는 구식 의료 기술에다 약과 그 밖의 물품이 매우 부족한 사무실에서 일한 경험을 다음과 같이 말한다.

“청진기, 소변침전물을 검사하는 현미경, 혈압계 밴드, 귀를 진찰하는 거울만 있을 뿐 그 외에는 아무 것도 없었다.”<sup>15</sup>

이러한 불충분한 자금과 투자 때문에, 또 능숙한 인력과 현대적 기술의 부족 때문에 동독의 의료체계는 1970년대에는 서구의 기준보다 뒤쳐지기 시

<sup>14</sup> 인구 증가와 경제활동인구 증가를 목적으로 한 정책들의 일환으로서 추진되었다.

<sup>15</sup> Knox, Richard. Germany's Health System, Washington DC: Faulkner & Gray, Inc., 1993.

작했고, 1980년대 후반부에는 눈에 띄게 의료시설의 수준이 나빠지게 되었다. 1980년대 동독의 1인당 입원환자 수는 서독보다 대략 25% 더 낮았지만, 동독의 병원침대점유율(침대이용률)은 같은 기간 75% 아래로 떨어졌다.

또한 의료기술의 부족으로 국민건강의 수준이 저하되었다. 수술능력 부족으로 1980년대 동독의 심혈관계 선천기형으로 인한 유아 사망률은 서독에 비해 높았다. 잘 조절되지 못한 고혈압의 유병률이 서독보다 동독에서 더 많았고 동독의 나이든 뇌졸중 환자들 역시 의료 서비스를 충분히 받지 못해서 65세가 넘는 뇌졸중 환자들 사이에 사망률이 상대적으로 높게 나타났다. 1989년 동독에서의 근위대퇴부골절(proximal femoral fractures) 후의 사망률은 대략 20%로써 이것은 서독보다 상당히 더 높은 수치였다. 이러한 동서독 간의 건강수준 간격의 격차는 1970년대 중반부터 나타나기 시작해 1980년대 급속도로 벌어졌다.<sup>16</sup>

이러한 한계 외에도 1989년 8월 당시의 집권당이던 사회주의통일당은 내부적인 분석을 통해 동독 의료시스템의 중요한 약점들을 다음과 같이 지적했다.

- 병원의 노동력 부족, 양로원과 요양원의 불충분한 수용력
- 병원, 요양시설, 의료연구기관의 기능을 위협하거나 제한하는 시설의 심각성
- 약품과 의료기술 제공의 부족으로 인한 의료공급 제한

1989년 11월, 국민건강회의(National Health Conference)는 근본적인 의료 개혁을 단행하기로 하고, 투자도 늘리겠다고 결의하였으나 회의 직후 베

.....

<sup>16</sup> 본 단락의 연구결과는 Busse R 등의 ‘Germany: health system review: Health Systems in Transition, 2014’에 실려 있다.



를린장벽이 무너졌다. 결과적으로 통일 시점에서 동독 의료보험제도의 암울한 상태는 성공적이고 효율적인 서독의 제도와 극명한 대조를 이루었다.

### 제3절 서독의 보건의료

#### 1. 서독 의료보험제도의 발전 과정

제2차 세계대전이 끝나고 독일의 서독지역을 통치하게 된 연합군은 의료보험제도에 간섭하지 않았다. 의료보험제도의 기본 토대들이 제3제국의 가혹함과 혼란 속에서도 비교적 그대로 살아남았기 때문이다. 전쟁 전의 독일의 법정의료보험제도가 전후 서독에서 다시 뿌리를 확고히 내렸다. 법정의료보험은 전통적으로 자치행정, 제3자 지불, 연대성의 원칙이 특징이었다. 이들 원칙은 전쟁 후 의료보험제도에서도 그대로 유지되었다.

자치행정의 원칙은 의료자금 조달 및 의료 제공의 책임을 자치하고 자기 규제하는 기관들(질병 금고들, 그리고 의사들의 조직들)에게 위임하고, 연방 정부는 법적 기본 틀만 제공하는 것이었다. 제3자 지불 체계는 피보험자가 의료 서비스에 대해 직접 지불할 필요 없이 질병 치료에 필요한 의료 서비스를 받을 수 있게 보장했다. 그 대신, 의사는 지역 의사협회를 통해 질병 금고로부터 돈을 받았다. 연대성 원칙 역시 고수되어 개인들이 필요한 의료 서비스는 모두 받을 수 있었다.

여러 지역에서 외래진료 의사들이 이미 차지하고 있는 독점에 대해 협상력을 높이기 위한 시도로, 지역의료보험조합(Allgemeine Ortskrankenkassen(AOK))과 노조, 사회민주당(Social Democratic Party, 사민당)은 의료, 노령연금, 실업 보험을 모두 포함하는 단일 사회보험금고를 주장했다.<sup>17</sup> 그러나 1949년 서독에서의 첫 선거에서 승리한 기독교민주당은

.....  
<sup>17</sup> 동독에서는 이와 같은 통합사회보험제도를 운영했다.

이들 보험들을 통합하는 대신 원래의 다차원적 사회보험체제로 운영하기를 결정했다.

1955년 선거에서도 다시 승리한 기독교민주당은 바이마르 공화국(Weimar Republic) 말기에 있었던 의료보험제도를 전국적으로 다시 복원시켰다. 법정의료보험제도 분담금은 이제 고용주와 피고용인이 동등하게 나누어 부담하게 되었고, 각 질병 금고의 행정위원회의 자릿수도 고용주와 피고용인이 동등하게 나누어 차지했다.<sup>18</sup> 직업 사고 및 장애에 대한 법적인 보험제도는 계속하여 고용주들이 전적으로 부담했지만, 노조들에게는 노동자보상금고(workers' compensation fund) 행정위원회의 자리 중 50%를 선택할 권리가 주어졌다. 서베를린의 의료보험제도는 연합군의 영향력 때문에 약간 다르게 조직되었다.<sup>19</sup>

## 2. 서독 의료보험의 기본 내용

피보험자의 보험료부담금은 성별, 나이, 건강상의 위험과 관계없이 오직 소득을 기준으로 정해졌다. 통일과 함께 서독의 의료보험제도가 독일 전체로 확대되었기 때문에, 질병 금고와 의사들의 조직은 오늘날에도 여전히 의료 제공과 의료 자금조달의 책임을 맡고 있다. 따라서 현재 독일 의료보험제도의 구조는 이전 서독의 의료보험제도의 구조와 매우 흡사하다.

서독의 의료보험제도는 중앙집권과는 거리가 먼 분권형으로, 대략 1,300개의 자율적인 법적 질병 금고가 전체 인구의 약 90%에게 보험을 제공하였다. 질병 금고는 기본 금고와 대체 금고, 두 그룹으로 나눌 수 있었다.

- 기본 금고(primary fund)는 지역 금고(local fund), 산업 금고(industrial fund), 기술 금고(craft fund), 시골 금고(rural fund), 선원 금고

.....

<sup>18</sup> 대체금고는 예외였다.

<sup>19</sup> 예: 주민들은 1960년대 초반까지 단일 질병 금고에 의해 관리되었다.



(sailors' fund), 광부 금고(miners' fund)로 구성되어 있다.

- 대체 금고(substitute fund)는 정해진 소득 상한선 이상을 버는 일부 블루칼라 노동자와 화이트칼라 노동자들이 가입할 수 있다.<sup>20</sup>

기본 금고의 회원 자격은 주로 어디에 사는지, 무슨 일을 하는지에 따라 결정된다. 그러나 대체 금고는 자격이 되는 사람들에게만 선택권이 있다. 그 결과 화이트칼라 노동자들은 자주 기본 금고와 대체 금고 사이에 선택할 기회를 가지게 된다. 두 금고의 혜택은 근본적으로 동일하지만 대체 금고는 회원 자격이 높은 소득을 상징하기 때문에 어느 정도 사회적으로 선망의 대상이다. 또한 대체 금고는 기본 금고의 두 배 정도의 진료비를 의사에게 지불하기 때문에, 대체 금고는 회원들에게 더 나은 서비스를 제공한다고 간주되었다.

질병 금고 회원들은 외래진료 의사를 자신들의 1차 진료의로 선택할 수 있었다. 선택한 의사의 진료실을 방문하면, 환자는 접수처에 치료 바우처(treatment voucher)를 건네고, 이 바우처에 의사는 제공한 서비스를 기록한다. 환자는 분기당 단지 1개의 치료 바우처만 받는다. 해당 분기 동안 환자는 자신의 치료 바우처를 가지고 있는 의사만 방문할 수 있다. 따라서 질병 금고 회원들은 분기당 의사 한 명만 방문할 수 있고, 자신이 선택한 의사를 몇 번 방문하느냐는 제한이 없었고 몇 번이고 방문할 수 있었다.

환자가 전문의를 찾아가야 할 경우, 1차 진료의는 환자에게 반드시 의뢰서를 써주어야 한다. 분기가 끝나면, 1차 진료의는 치료 바우처들을 자신이 속한 지역 의사협회에 제출하고, 돈을 받는다. 질병 금고 회원과 의사 사이에는 돈이 오가는 일이 없으므로 대부분의 경우 환자는 자신이 받은 치료가 얼마인지 모른다.

질병 금고들은 주로 회원들이 월급에서 지불하는 것과 고용주들이 지불

.....  
<sup>20</sup> 기본 금고는 1차 의료보험조합, 대체 금고는 2차 의료보험조합으로도 번역할 수 있다. 본 총서에서는 이러한 용어를 모두 사용하였다.

하는 금액으로 자금을 조달하였다. 질병 금고는 매년 자립 경영에 필요한 금액을 계산하고 그런 다음 피고용인과 고용주들이 내야 할 보험부담금을 정하였다. 피고용인과 고용주 모두 질병 금고에 동일한 금액을 지불하고, 이 금액은 각 피고용인의 총소득의 퍼센티지로 계산한다. 질병 금고는 정부로부터 추가 자금을 받지 않기 때문에 반드시 정해진 기간 동안 의료비용이 수익을 넘어서지 않도록 신중해야 했다.

일단 피고용인과 고용주들로부터 보험료를 징수하면 질병 금고는 이 돈을 지역의사협회로 넘겨주고, 지역의사협회는 의사와 협상한 수수료율에 따라 의료 서비스에 대한 지불을 했다. 질병 금고 환자들을 치료한 모든 의사는 반드시 지역의사협회 회원이어야 한다. 이들 지역의사협회가 치료에 대해 의사에게 돈을 지불하고, 환자에게 제공하는 서비스 패턴을 모니터링하고, 모든 질병 금고 회원들이 외래진료를 받을 수 있게 보장했다.

지역의사협회는 외래진료 의사들만 대표하고, 다른 종류의 조직들이 병원에서 일하는 의사들을 대표한다. 이들 두 종류의 조직은 서독에서 병원의사와 외래진료의사 사이의 뚜렷한 차이를 말해준다. 외래진료 의사의 90퍼센트 이상이 병원에서 환자를 치료하는 것이 금지되어 있었고 마찬가지로, 대부분의 병원에서 일하는 의사도 외래진료 방식으로 환자를 치료하지 못했다.

외래진료 의사들은 질병 금고로부터 행위별 수가제로 지불 받는데 반해, 병원에서 일하는 의사들은 봉급 받는 노동자로, 전문성과 연공서열을 토대로 결정한 수준에 따라 병원에서 봉급을 지불 받았다. 병원에서 일하는 의사들에게 줄 봉급에 필요한 돈은 병원의 운영비에서 나온다. 병원들은 질병 금고에서 운영비를 받고, 병원들의 자본은 주로 주정부 및 지방정부가 주는 돈이었다.

### 3. 서독 보건의료체계의 성과

앞에서 언급했듯이, 서독 인구의 대략 90%가 법정의료보험제도에 의해 커



버되고 있었다. 인구의 대략 8%는 민간 보험에 들어 있고, 주로 공무원으로 이루어진 나머지 2%는 특별히 정부가 마련한 방식에 의해 커버되고 있었다. 법적으로, 민간 보험은 정해진 소득 상한선 넘게 돈을 버는 사람들만 이용할 수 있었다.

민간 보험업자들은 종종 법정의료보험제도보다 더 많은 돈을 의사들에게 주기 때문에 고소득 독일인들은 종종 자신들이 민간 보험을 선택함으로써 더 나은 의료를 구매할 수 있다고 믿었다. 일단 법정의료보험제도를 떠난 사람은 소득이 상한선 밑으로 떨어지는 경우에만 다시 법정의료보험제도로 돌아올 수 있었다. 일부 고소득 독일인은 자신들의 선택으로 법정의료보험제도에 참여하지도 않고, 민간 보험을 사지도 않았다. 이들은 서독 인구의 0.5%에 해당하는데, 이들은 보험이 없었다. 따라서 서독 의료보험제도는 원하는 모든 사람에게 의료보험을 제공하는 데 성공했다고 할 수 있다.

더구나, 법정의료보험제도로 서독인들에게 보장된 의료의 품질은 다른 모든 서구 국가들에서 제공되는 의료 서비스보다 훨씬 더 좋았다. 독일의 의료제도(Germany's Health System)의 저자인 Richard Knox에 따르면, 질병 금고들이 제공하는 표준적인 혜택 패키지는 다음을 포함했다.

- 본인 부담 없이 왕진을 포함하여 외래진료 의사의 진료를 무제한 받음
- 적은 본인 부담(첫 10일 동안)으로, 병원 의사의 진료를 무제한 받음
- 산모 의료(가정에서 도와주는 것 포함)
- 적은 본인 부담으로 처방약을 받음
- 의료 물품과 의료 장비
- 예방 의료
- 가족계획 서비스
- 재활 서비스(간병인 포함)
- 공인 건강관리 시설(health spa)에서 주기적인 “휴식 치유”

- 치아 치료(틀니의 경우 본인 부담금 있음)
- 안과 치료와 안경
- 앰블런스 수송

법정의료보험제도 회원들의 부양가족들도 동일하게 종합적인 보험 적용을 받았다. 이 인상적인 혜택들은 전쟁 후 시기에 대부분의 서독사람들이 기대한 높은 품질의 의료를 잘 나타내준다. 더구나, 서독은 동독에서 만연했던 의료 장비, 물품, 약 등의 부족이 없었다. 분명, 이 때문에 서독의 의료 질은 동독보다 훨씬 더 높았다. 서독의 시민들은 또 첨단 치료도 쉽게 이용할 수 있었는데, 서독 전역에서 현대적인 의료 기술이 매우 흔했기 때문이다. 전반적으로 볼 때, 서독 사람들은 대부분의 사람이 세계 최고 중 하나라고 생각하는 의료보험제도에서 종합적인 의료혜택을 누렸다.

이로 인한 당연한 결과로 서독주민의 건강수준은 동독주민에 비해 점점 좋아졌다. 가장 중요한 건강지표인 출생시 기대수명(life expectancy at birth)에서 동독은 분단 후 일정기간 동안 서독에 비해 보다 빠르게 증가하였으나 1960년대 후반 들어 그 증가세가 정체된 반면 서독은 1960년대 후반부터 꾸준히 늘어 양국 간 차이가 점점 벌어지게 되었다. 통일 당시인 1990년도에 남자는 약 3.5년, 여자는 약 2.8년의 차이가 있었다.

이러한 수명차이에 대한 이유는 정확하게 분석하기 곤란하나 동독에 비해 서독은 다음과 같은 요소들에서 우월함을 견지했다.

- 양질의 식이와 생활 조건
- 첨단 의료기술에의 높은 접근성
- 각급 의료체계의 더 나은 공급
- 연금수혜자들의 서독으로의 이주



#### 4. 서독에서의 의료 개혁 내용

1955-1965년 기간은 비용 감소를 위한 구조 개혁에 대한 노력이 특징이다. 그러나 이러한 노력은 결국에는 의사, 질병 금고, 언론, 의료기기업체의 연합 때문에 약화된다. 의료 개혁을 하자는 제안은 1960년에도, 또한 1964년에도 실패했다. 두 번 모두 나중에 1977년에 시작되는 비용 억제 시기 동안 도입되었던 사용자 비용(user charge)을 훨씬 초과하는 사용자 비용 조항을 담고 있었다.

1965-1975년 기간 동안 물가 및 임금 상승, 노인인구의 증가, 비용집약적인 기술들의 추가적인 사용, 의료 서비스 및 인프라의 현대화, 시설의 확장 등으로 인해 의료비용이 상당히 올랐다. 병원 의사들은 행위별 수가제 식의 보수 체계를 점점 더 복잡하게 발전시켰다. 2차 예방(secondary prevention: 질병에 걸려 있는 것의 조기발견과 적절한 시기의 치료에 의하여 질병의 악화를 방지하는 것)을 위한 새로운 서비스와 산업 보건(occupational medicine) 서비스의 일부는 병원 의사들의 소관으로 넘어왔다. 그래서 공중보건(public health service) 비용은 줄어들었으나 또한 진료실에서 진료하는 의사들이 의료보험제도에서 하는 역할도 줄어들게 했다.

1970년대는 사회복지사업, 정신건강 서비스, 간호 서비스의 개혁이 있었고, 그 이후로 이들 서비스는 주로 민간의 비영리 단체들이 지역 공동체 수준에서 제공해 오고 있다. 또, 농부, 학생, 장애인을 포함한 새로운 인구 집단이 법정의료보험제도의 급여 대상으로 들어왔다. 1972년, 병원에 자금을 대는데 있어 연방정부와 주정부, 질병 금고의 역할을 명확히 설정했고, 법적으로 소위 2원화재정체계(dual financing system)를 정했다. 이 체계에 따르면, 주 정부는 자본투자(capital investment, 설비투자)를 할 책임을 지고, 질병 금고는 임금, 서비스 제공, 건물 보수유지 및 수리 관련 비용을 포함하여 운영비를 지불하는 것으로 하였다. 이러한 의료 부문 성장과 의료 지출 증가는 의도적인 정치 전략의 일환이었고, 그 목적은 종전 직후 전쟁의 파괴의 결과

인 인프라 부족과 병원 투자를 위한 불충분한 재정을 극복하기 위함이었다.

1973년의 석유 위기를 겪고 1975년 이후, 의료 지출은 계속 증가했고, 이것은 의료 제공자들이 그들의 지위와 금전적 이득을 지나치게 추구한다는 비판으로 이어졌다. 법정의료보험제도 체계에서 비용 억제 시기는 1977년 의료비용억제법(Krankenversicherungs-kostendämpfungsgesetz, Health Care Cost Containment Act)의 도입과 함께 시작되었고, 이로써 의료 지출, 특히 병원 부분에서의 의료 지출 급증이 한풀 꺾이게 되었다.

1977년 이래로, 비용 억제 조치들의 주요 목적은 질병 금고와 의료 제공자들로 하여금 안정적인 법정의료보험제도 분담금 비율을 추구하도록 하려는 것이었다. 그러기 위해서는 의료 지출 수준을 법정의료보험제도 분담금에서의 수익에 고정시켜야 한다. 이들 조치를 확실히 준수하도록 하는 것이 “의료에서의 단합된 행동”(Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) 원탁회의 위원회의 자문위원회가 해야 할 주요 업무 중 하나였다.

이 원탁회의 위원회는 1980년대 집권연정인 기독교 민주동맹/기독교 사회연맹과 자유민주당(1982-1998년 집권)이 의료 부문에서 라이벌인 협동조합주의자 단체들(corporatist institutions)을 뭉치게 하려고 설립했다. 원탁회의 위원회는 시간이 지나면서 확대되어 대표 75명을 포함하게 되었지만, 계속되는 갈등 때문에 정치적·사회적 기대를 충족시키지는 못했다. 이 위원회는 1997년 마지막 회의를 했고, 결국 2003년 당시 집권연정이었던 사민당과 동맹 90/녹색당(1998-2005년 집권)에 의해 폐지되었다. 집권연정은 대신 일련의 소규모 원탁회의식 회의를 통해 다양한 이해관계자들과 협의하기로 결정했다.

독일식 비용 억제의 기본 원칙은 안정적인 분담금 비율을 보장하기 위한 방법으로써 수익에 바탕을 두고 지출 정책을 만든다는 것이었다. 이것은 경제 구조조정과 국제 경쟁 증가의 시기에 중요한 목표였다. 독일의 법정의료보험제도 분담금은 고용주와 피고용인이 함께 지불하기 때문에, 분담금 비율



증가는 일반적으로 국제 경쟁력의 문제로 간주되어 왔다. 비용 억제 추진은 독일통일 후 더 강렬해졌는데, 지출을 통제하기 위한, 혹은 비용을 이동시키기 위한, 혹은 기술 및 할당 효율성을 높이기 하는 인센티브를 창출하기 위한 일련의 입법 조치들을 통해 연방 수준에서 실현했다.

1980년대가 되자 서독은 모든 의료보험제도가 성취하려고 노력하는 4가지 목적을 달성했다. 즉, 모든 국민에게 보험 제공, 높은 품질, 자유롭게 의사 선택, 사회적으로 용인되는 비용을 성취했다. 이러한 높은 의료 기준을 성취하기 위해, 질병 금고와 의료 제공자 조직 사이에 많은 합의와 타협이 일어나야 했다. 합의와 타협의 철학은 교착상태에 빠지기 전에 타협을 이루는 것을 선호하는 문화에서 비롯된다. 이러한 문화는 독일 사람들의 삶에서 매우 명백하게 나타난다. 그러나 질병 금고와 의료 제공자 조직이 정부의 개입 없이 언제나 합의에 이를 수 있었던 것은 아니었다.

1970년대와 1980년대 동안 서독정부는 주로 민간의료보험제도에 개입해야만 했다. 치솟는 의료비용과 싸우기 위해 정부는 비용 억제를 목표로 한 일련의 개혁들을 실행했다. 이들 개혁 중 처음으로, 1977년의 의료비용억제법은 비용 통제 목표를 성문화하는 한편 사회 연대성의 원칙을 유지하고, 임금 공제 비율을 안정시켰다. 이 법은 또 일률평가표준(Uniform Evaluation Standard)을 만들어 질병 금고와 의사협회가 의사 의료 서비스 예산을 놓고 무제한 협상을 벌이지 못하게 했다. 일률평가표준은 의료 서비스에 대한 요금표와 상대적 포인트 수치(point value)를 나타낸 표를 만들어 모든 의사가 동일한 서비스에 대해 동일한 금액을 받을 수 있게 했다.

비용이 더욱 오르고, 경제가 침체하자 정부는 1981년과 1982년 추가적인 비용 억제법을 실행했다. 이들 개혁은 치아치료 보험 적용 범위를 줄이고, 병원 침대 수를 줄이고, 출산 휴가를 줄이는 등을 포함했다. 또한, 약과 의료 기구의 가격 동결과 일부 항목에서 본인 부담금을 내게 했다. 병원이 받는 수수료가 증가하는데 대응하여 1986년의 연방병원지불규정(Federal Hospi-

tal Payment Regulation)은 예상한 예산을 질병 금고와 병원에 제시하여 승인을 받으려 했고, 질병 금고와 병원 사이의 의견 차이는 중재했다.

의사에게 주는 돈의 지출이 계속 증가하자 서독정부는 1987년 지출 상한선을 정해 의사에 대한 지출의 성장세를 독일 평균 임금 증가율로 제한했다. 법정의료보험제도의 가장 큰 개혁들은 1989년 의료개혁법(Health Care Reform Act)이었다. 이들 개혁은 자발적으로 보험에 든 부유한 환자들에게 요구하던 최소 보험료를 두 배로 올렸고, 비용에 대한 환자의 민감성을 높이려는 시도로 환자가 선불을 하고 다시 변제 받는 개념도 도입했다. 또한, 처방약, 치아의 의치, 건강관리 시설 방문, 입원에 대해 환자의 본인부담금을 올렸다.

이상과 같은 개혁들은 효과적으로 의료 지출을 통제했다. 서독은 1980년대 동안 서구의 모든 국가들 중에서 의료 지출을 국민소득 성장률과 같은 비율로 제한하는 데 가장 가까이 다가간 나라였기 때문이다. 그러나 서독 의료보험제도의 비용 억제에 가장 큰 난제가 다가오고 있었다. 바로 독일통일로 동독의 1,600만 시민이 서독 의료보험 네트워크로 들어온 것이었다.

## 제4절 동서독 보건의료 교류

### 1. 동서독 교류의 정치적 배경<sup>21</sup>

브란트 수상의 집권을 시작으로 본격적인 동서독 교류가 가능해졌다. 이를 가능하게 한 것은 브란트 수상의 동방정책이라 할 수 있는데 이것은 탈냉전 물결의 국제정세가 존재하였기 때문에 가능했다. 브란트 수상 취임 당시 국제정세는 이제 냉전구조의 근간을 이루던 미국과 소련 간의 대립에 대

<sup>21</sup> [유근춘, 동서독 교류·협력의 전개과정에서 본 동서독 보건의료 교류·협력의 내용 및 특성, 보건복지포럼 2005.6]의 내용을 주로 정리하였다.



한 피로감으로 인해 양국 간의 화해를 점차 더 필요로 하던 상황이었다. 브란트 수상은 이러한 미소 간의 탈냉전 분위기를 활용하여 동독과의 정치적·민족적 장벽을 허물기 위한 정책인 ‘동방정책’을 펼쳤다.

이를 위해 브란트 수상은 우선 소련 그리고 동구권과 국교수립 및 다양한 협정을 통해 긴장완화와 그를 통한 냉전구조의 해체를 꾀하였다. 또한 동독에 대해서는 이전 아데나워 수상이 견지하였던 냉전구조의 대명사였던 봉쇄적인 할슈타인 원칙을 폐기하였다.

할슈타인 원칙하에서 서독은 동독을 외국으로 보지 않음으로써 동서독 관계를 독일 내부의 관계로 본 반면, 동독은 동독과 서독이 국제법상의 독립적인 두 국가 간의 관계로 보는 입장을 주로 취했다. 이러한 상황에서 할슈타인 원칙의 폐기는 동독을 사실상의 국가로 인정하자는 입장을 피력한 것이었다.

그러나 서독은 통일시까지 지속적으로 동독을 국제법상의 국가로 승인하는 것을 명시적으로 거부했다. 즉 서독은 동독과 소련이 요구하는 동독의 국제법적인 국가승인요구를 2차 세계대전 전승 4개국의 독일 분단문제에 대한 유보권을 저해한다는 이유로 거부하였다. 소련은 이에 입장을 바꾸어 서독의 입장에 동의했다.

이러한 상황에서 동독에서는 동독의 자율을 주장하는 울브라히트를 호네커로 교체하려는 소련의 압력이 작용하였는데, 이는 그동안의 서독의 대소 관계 개선을 위한 노력의 결과로 볼 수 있다. 이러한 상황을 계기로 동서독 간의 기본조약을 타결하는 계기가 찾아 왔다.

1971년 12월 동서독 간에 ‘민간인과 물자의 서독과 서베를린 간 통과 교통에 관한 동서독 정부 간 협정’과 ‘여행 및 방문완화와 개선에 관한 서베를린시 당국과 동독정부 간 협정’이 체결되어 서베를린 주민의 동독지역에 대한 자유로운 왕래가 보장되었고 드디어 1972년 동서독은 ‘기본조약’과 ‘통행협정’(Verkehrsabkommen)을 체결하기에 이르렀다.

이 기본조약에 따라 동독은 서독정부로부터 이제는 사실상의 국가로 인정받았고, 서독은 독일의 단일 단독대표권과 할슈타인 원칙 등을 공식적으로 폐기하여, 냉전구조의 해체를 공식화하였다. 이는 동서독 간의 교류와 협력을 위한 제도적 기틀을 마련한 것이라 할 수 있다.

이 조약의 결과로 동독은 영국, 프랑스 그리고 미국과 수교하였고 유엔에 동시 가입하는 등 국제적 위상이 한층 제고되었고, 서독과의 교역 및 비상업적 차원의 교류협력(우편, 전화통화료, 도로 및 철도 사용료징수 등)을 통해 경제적 실리를 획득하여 동독주민의 체제에 대한 불만을 어느 정도 해소시킬 수 있었다.

서독은 통일이 단시간 내에 이루어지기는 어렵다고 보고 우선 분단의 고통을 해소하고 민족의 동질성을 유지하는 데 최대한의 역점을 두었다. 서독은 기본조약체결을 통해 동서독 간의 교류·협력을 제도화시키는 토대를 마련하였다. 서독은 동독에 대한 경제적 원조를 아끼지 않았고 동독은 교류를 통해 얻는 경제적 실리에 점차 만족해했다.

이러한 동독에 대한 실용주의적 기조는 수상이 슈미트로 바뀐 뒤 더욱 강화되었다. 슈미트 수상은 이념적이고 정치적인 통일논리를 전개하기 보다는 오히려 더욱 실용적인 관점을 바탕으로 교류·협력의 제도화를 바탕으로 분단의 고통을 경감시키기 위한 교류·협력의 활성화에 중점을 두었다. 즉 ‘고위정책’(high politics)보다 ‘하위정치’(low politics)에 초점을 두고 구체적인 문제의 해결을 위한 실용주의 정책을 구사하여 동서독 간의 교류·협력의 활성화에 기여하였다.

특히 슈미트 수상은 동독이 서독과의 각종 교류에 협력할 경우에 경제적 보상을 제공하였고 동독의 태도에 따라 지원을 계속할 것이라는 인식을 확실히 각인시켰다. 한 걸음 더 나아가 슈미트 정부는 1975년부터 대동독 무상 지원을 개시하는 등 동독지원을 급속히 증대시켰다.

이러한 슈미트 정부의 보다 강화된 동서독 교류와 동독에 대한 지원정책



을 ‘신동방정책’이라 일컫는데 이것의 기초는 1982년 기독교민주당(CDU)의 콜 수상이 등장한 이후에도 일관되게 유지되었다. 이러한 상황에서 1985년 이후 소련의 고르바초프 대통령의 등장과 함께 취해진 개혁정치에 의한 대외정책으로 인해 동구국가들에서 개혁이 급속히 추진되자, 1980년대 말부터 콜 수상은 보다 적극적으로 동독의 개혁을 유도하고 대소 통일외교를 전개하여 조기통일정책을 본격적으로 추진하였다. 이러한 콜 수상의 통일정책은 통일에 유리한 국제상황을 조성하는 것이었다.

이러한 통일과정에서 동서독의 교류·협력과정의 활성화는 동독주민들로 하여금 동독체제의 문제점을 더욱 선명하게 인식할 수 있는 계기를 제공하였고, 동독정권에 대한 불만은 사회적 저항과 서독체제에 대한 동경으로 나타났다. 이러한 동독주민의 서독에 대한 동경은 조기통일을 촉진시키는 결정적 요인으로 작용하였다.

이러한 정치적 동서독 교류 활성화를 바탕으로 보건의료 분야가 양독 주민의 생활의 질에 직접적으로 연결되고 특히 동독에 대한 인도주의적인 지원의 필요성이 제기되면서 보건의료 분야는 가장 적극적으로 논의된 영역이 되었다.

## 2. 동서독 보건협정

### 1) 협정 체결 과정

보건 분야는 양독 간의 기본조약 체결 이전까지 거의 아무 협력이 없었다. 전염병의 예방에 관해서는 필요에 따라 세계보건기구 활동의 일환으로 관련 정보를 전달했을 뿐이고 의약품은 단지 내독교역의 일환으로서만 교환되었으며, 우편에 의한 의약품의 개인적인 송부는 동독에 의해 허가되지 않았다. 농축산물의 교역에 따른 수의/검역 분야에서의 상호협조는 베를린 소재 상공신탁처를 통해 이루어졌다.

1972년에 체결된 기본조약 7조 6항에는 보건 분야의 협력을 규정하고 있

는데 1973년 4월 말 동독 측은 기본조약 후속조치로 이 분야에서 협상을 제일 먼저 제안해 왔다. 동독 측 제안은 서독 측에게는 상당히 의외로 받아들여졌는데, 이는 동독 측이 이 분야의 협상을 제시할 당시에는 기본조약이 비준되지 않았기 때문이었다. 당시 동독은 주민 건강 및 보건 분야에 대한 지원이 시급한 상황이었다.

보건 분야는 협상과 협정체결시 양측의 쟁점이 가장 적은 분야였다. 동독 측은 동독체제를 서독에 크게 개방하지 않아도 되는 분야에서부터 서독 측과의 관계를 정상화하기를 원하였는데, 특히 서독측이 관심을 가졌던 문화·체육·과학·기술 분야보다 이 보건 분야가 가장 체제에 부담이 적은 것으로 판단한 것이다.

보건협정은 총 10차례의 실무협상을 거친 후에 1974년 4월 25일 체결되었으며 서독에서는 국민의 재정적 부담과 관련되는 사항이 협정에 포함되어 있기 때문에 1975년 11월 20일 법률로써 제정되어 1976년 1월 1일부터 발효되었다.

공식적인 보건협정의 취지는 다음과 같다.

- 양국의 국민을 위하여 세계보건기구(WHO)의 기본원칙에 부응하여 건강유지 및 증진의 의미를 인식
- 독일연방공화국과 독일민주공화국 간의 보건 분야에 대한 관계조정이 유럽의 긴장완화와 평화정착을 위해 공헌한다는 사실을 인식
- 이 협정은 1972년 12월 21일의 독일연방공화국과 독일민주공화국 간 기본조약의 정신과 일치하여 양국 간의 정상적 선린관계(good-neighborly relations)를 촉진한다는 사실을 바탕으로 함





그림 1-4) 동서독 보건협정 당시 사진



Bundesarchiv, Bild 183-ND425-0030  
Foto: Sturm, Horst | 29. April 1974

## 2) 보건협정의 주요내용

보건협정 제1조에 협정의 목적이 다음과 같이 명시되었다.

- 1972년 12월 21일 기본조약에 대한 추가의정서 11절 제6항을 시행함에 있어 독일연방공화국과 독일민주공화국 간 양 협정체결 당사국들이 가입한 국제협정을 통하여 보건 분야의 협력문제가 조종되지 않는 경우 이를 규정하는데 있음. 협정 제약 당사국들은 국제적 관행에 따라 이를 완화하며 가능한 한 합목적적으로 성취하기 위해 협력을 촉진함

보건협정 제2조에서는 이제까지 전염병의 발생시 국제보건기구의 규정에 따라 상호 정보를 제공해 왔으나 앞으로는 동서독 중앙보건행정 당국 간에 정기적인 정보교환을 통해 전염병을 효과적으로 예방하기로 합의했다.

제2조에 관한 의정서에서는 전염병으로 인한 긴급한 위험상태 발생시 전염병 발생지역의 지역 보건기관끼리도 직접 상호통보가 가능하도록 하고 있다. 또한 의정서에 대한 동독 측의 성명을 통해 동독대표는 동독 여행자들이 서독 방문 후 친지들로부터 선물 받은 중고의류에 대해 이제까지는 소독 증명서를 요구해 왔으나 보건협정 이후에는 이를 의무화하지 않기로 하였다.

이러한 소독증명서 요구는 일종의 동독주민 여행제한의 일환으로 실시해 왔는데 여행자뿐만 아니라 서독으로부터 보내지는 소포를 통한 중고의류와 신발에 대해서도 동독 측은 우편협정체결 이전까지 소독증명서를 요구하며 난관을 조성해 왔었다.

제3조는 보건협정의 가장 중심적인 부분으로 상대지역 여행 중 발병시 치료제공을 규정하고 있다.

제4조는 동서독주민은 원하면 상대방 국가에서 특수치료와 전지요양을 받을 수 있도록 하고 있다. 이러한 규정은 일반적인 환자들에게 해당되는 것이 아니고 사할이 걸린 중증환자나 난치병 환자의 치료를 대상으로 하고 있다. 특수치료나 전지요양을 받기 위해서는 자국의 보건성에 신청서를 제출해야 하며, 이를 접수한 각 보건성은 상대방 보건성과 협의하여 치료가능 여부와 시기들을 합의했다.

이 경우 치료비는 제3조 규정과 달리 환자 개인이나 의료보험기관이 지불해야 하며, 동서독은 매 분기별로 자국에서 행해진 치료행위에 대한 진료비를 상대방에 통보하고 상호 정산조치했다.

제5조에서는 비상업적 분야에서의 의약품의 교환을 위해 서로 장애를 제거하기로 합의, 특히 동독여행자들이 귀환할 때 치료에 필요한 의약품을 일정기간 소지할 수 있도록 허용하며 귀환 후에도 서독에서 동독으로 치료에 필요한 의약품을 별다른 어려움 없이 소포로 송부할 수 있도록 합의하였다.

제6조는 마약이나 중독성 약품의 오남용을 방지하기 위한 정보교환에 합의했다.

### 3. 기타 보건의료 교류<sup>22</sup>

#### 1) 장애인 재활문제에 관한 정보 및 의견교환

1977년 9월에는 장애자의 재활문제에 관한 정보 및 의견교환을 위한 회합을 가졌다. 이 회담에서는 질병의 조기발견과 조기치료 및 의학 교육, 직업, 사회적 재활문제 등 지체장애자 구호활동에 중요한 분야가 광범위하게 논의되었고 정보 및 의견교환을 계속하기로 했다.

1979년에는 1977년부터 협의하였던 수의학 분야 협력에 관한 협정에 서명하였다. 이 협정은 손실이 큰 동물 질병의 예방과 퇴치를 위해 협력하고 동물을 가공하여 생산되는 식료품의 위생기준을 최대한 보장하는데 필요한 전문적, 행정적 협력범위를 마련하고 경험교환과 전문정보 제공 및 직접접촉의 가능성을 마련해 주는데 의의가 있었다.

이 협정은 양국 간에 동물 및 축산품 무역이 광범위하게 진행되고 있다는 사실에 비추어 볼 때 상호 간에 경제적인 이익이 있다는데 협정의 실제적인 의의가 있었다. 또한 전문가들이 직접 의견교환을 통한 이해를 도모할 수 있고 학술적인 경험교환을 하게 되었다.

#### 2) 상대편 지역 방문도중 발병시 의료지원

보건협정 3조 1항에 의해 의료지원을 받을 수 있는 대상으로 동독정부가 발행하는 동독시민임을 증명하는 신분증명서를 가진 자로서 서독 또는 서베를린지역을 여행하는 자와 제3국 국민으로서 동독에 3개월 이상 체류허가를 받은 자로서 서독 또는 서베를린지역을 여행하는 자로 규정했다.

의료지원 및 신청이 가능한 사례는 다음과 같이 정하였다.

- 모든 급성질환 치료

<sup>22</sup> 동서독 보건협정을 바탕으로 실제적으로 실행된 내용이라 할 수 있다. 주독한국대사관, 독일통일 연구-보건의료 분야 교류, 1993년 내용을 위주로 정리하였다.

- 사고시 치료
- 과거 만성질환의 급작스런 악화
- 건강의 악화 및 고통의 경감을 위한 치료
- 긴급한 의학적인 사유에 의해 첫 번째 응급치료를 받았던 의료기관에서 재검사를 받아야 할 경우

의료지원을 요청하는 동독여행자는 원하는 의사가 있는 병원에 본인이 동독주민임을 증명하는 신분증명을 제시하고 신청양식(각 병원에 비치되어 있음)을 작성하여 서명하도록 했다. 만약 신분증명을 제시할 입장이 못 될 경우는 제3자가 신청서를 기입하고 요구하는 신분증명을 제시할 수 있었다.

의료행위를 제공하는 병원은 여행자의 신분을 증명서와 대조 및 확인하고 의료행위를 한 후 의사의 소견서, 처방전, 진단서에 따라 의료지원증명서를 발급한 지방행정기관에 의료지원신청서 문서번호와 처리번호를 송부해야 했다.

### 3) 치료비 보상

동독으로부터 여행자들에게 상기의 의료지원행위를 제공한 사람이나 기관은 1974년 보건협정에 따른 법 제2조 및 동독 여행자 의료지원에 관한 일반행정 지침에 따라 의료지원 증명서를 발급한 기관에 대해 의료지원 행위에 대한 보상을 받을 수 있도록 했다.

일반의사, 치과 의사의 진료수가는 그 병원 소재지 지역 의료보험회사가 그 보험 가입 병원에 지급하는 수가 기준으로 지급했다. 입원비는 연방 간병법 시행령 3~5조에 따라 수가를 결정했다. 국경을 넘어 환자를 운송할 경우는 사전에 의료지원 증명서를 발급하는 기관에서 인정하는 요율에 따라 비용을 산정하였다.

의료지원 제공자는 의료지원 증명서에 제공한 의료지원 내역을 자세히 기



록하여 그 증명서를 발급한 기관이 소재한 지방행정기관에 그 의료행위에 해당하는 금액을 청구했다.

#### 4) 치료비의 부담 및 담당 행정기관

연방정부는 보건협정에 따른 법에 의거하여 의료지원행위에 대한 비용을 전액 부담하도록 했다. 주정부는 연방정부로부터 위임을 받아 동독 방문자에 대한 의료지원 및 비용청산업무를 실제로 담당했고 각 주정부가 지정한 지방행정기관이 의료지원 증명서를 발급했다.

주정부는 이러한 각 증명서 발급기관으로부터 취합된 보상신청금액을 연방정부와 매 분기마다 정산하여 지불하도록 했다. 주정부는 매 분기별로 의료지원 총액과 해당 의료지원을 받은 동독여행자 등에 대한 통계를 연방정부에 제출하도록 했다.

## 제3장

## 통일독일의 보건의료 통합과정

### 제1절 보건의료체계 통합을 위한 노력들

#### 1. 통일 직전의 동서독 보건의료 상황

통일 직전 동독과 서독의 인구는 각각 21.2%(16,614천 명)와 78.8%(62,063천 명)이었으며 국민총생산은 서독이 동독의 비해 1.35배, 1인당 GNP는 7배가 높았다. 의료의 재정적 자원에서 서독은 의료보험료로 거의 충당하였으나 동독은 70% 이상을 세금으로 조달하였다.

서독의 기관은 공공과 민간이 혼합되고, 의료보험 자금에 대한 경쟁이 존재하였으나 동독은 사회보험과 정부 보조가 있어 경쟁이 없었다. 서독에서는 정부와 각각 단체 간의 조정에 의해 이루어졌으나 동독에서는 중앙 집중 형태로 정부의 직접 통제하에 있었다. 서독에서는 주로 개인 의사가 의료 서비스 제공을 담당하고, 동독은 정부에 의해 고용된 의사가 담당하였다.

동독지역은 국가권력이 약화되고 국가권위가 상실되어 공권력 공백상태가 발생하였다. 그래서 동독지역은 의료수급이 어려운 상태에 처하게 되었다. 사실 이미 보건의료체계의 낙후성이 여러 차례 지적되어 온 상황이었다. 높은 의료 질의 보장은 할 수 없었으며, 최소한의 기초 보건의료제공 확보가 중요한 시기였다.



의약품은 서독의 친지들을 통해 구해 왔었고 동독 의료기관의 20% 정도가 지붕이 새고 상하수도 처리시설이 낙후되었으며 난방시스템은 파손, 전기배선은 불량 상태였다. 동독의 병원에서 소독 주사기나 위생장갑 같은 기본적인 의료 용구와 기기가 거의 없는 실정이었다.

동독에서 무엇보다 문제가 되었던 것은 의료 인력의 문제였다. 1989년 말 보건 분야 문제가 더욱 커져가는 상황에서 같은 해 11월 9일 베를린장벽이 무너지면서 동독의 의사들과 기타 의료 인력들이 서독으로 이동하는 추세가 가속화되었기 때문이다. 1989년 보건 및 사회복지 분야에 종사하던 약 1만 명의 인력들이 동독을 떠났는데 이중 약 4천여 명이 의사 또는 치과의사들이었고 4천여 명이 간호사들이었다. 또한 당시 개인병원을 운영하는 의사의 수가 312명에 불과한 반면 폴리클리닉의 개수는 점차 늘어 이에 속한 의사는 1만 6천명에 달했다.

이렇듯 1990년의 정치적 통일 직전 이미 동독의 보건의료체계는 그 기능이 상당히 약해져 있었고 이것은 필연적으로 서독의 보건의료체계에 전적으로 의지하는 결과를 낳게 되었다.

## 2. 동독지역 의료 인프라 재건 노력

통일조약을 통해 동서독의 통일을 결정하고 5개 신연방주가 독일연방공화국의 새로운 자치정부로 편입할 것을 결정하면서 독일연방의 의료체계를 신연방주에 그대로 도입하기로 결정되었다. 그러나 통일은 동독의 사회주의 의료보험제도의 암울한 상태를 드러내 주었다. 의료보험제도의 통일을 위한 계획은 간단해 보였지만, 서독정부가 동독의 무너지고 있는 의료 인프라를 발견하자 상황은 복잡해졌다. 동독의 의료 기술은 서독이 제시한 기준보다 훨씬 못 미쳤다. 또한, 앞에서 언급한 것처럼 동독의 병원 대부분은 심각한 시설·구조적 문제를 안고 있었다.

서독정부는 ‘통일조약’을 조인하는 즉시 기능마비에 빠진 동독의 보건의

료 인프라를 회생시키기 위한 ‘긴급원조계획’을 실시하였다. 동독의 병원들을 서독의 기준으로 끌어올리기 위해 필요한 예상 비용은 200억 달러에 달했다. 서독 기준에 따라 동독 의료보험제도를 완전히 다시 만드는 데 드는 예상 비용은 당연히 훨씬 더 높았다.

1990년 서독의 첫 조치는 즉각적인 지원 프로그램이었다. 동독의 무너지고 있는 의료 인프라를 업그레이드시키기 시작하는데 5억 2,000만 마르크(2억 4,800만 달러)를 할당했다. 2억 4,800만 달러 규모의 긴급원조계획 가운데 주요 내용은 240대의 특수장비차량을 포함한 장애인 운송차량, 휠체어, 아동용 청각보조기, 구급차, 신장 투석기, 인공신장센터, 요양원의 병상, 소모성의 의료품과 1,305명의 동독환자의 서독병원으로 이송치료 등이었다.

보다 야심찬 노력은 “솟아오르는 동독(Soaring East)”이라고 이름 붙인 것으로 1990-1991년에 도입했다. 일반 병원들과 노인 및 장애인을 위한 시설들을 복구하고 재건하는데 50억 마르크(24억 달러)를 할당했다. 또한 1993년에 제안되고 1995년에 시작된 3부분 자금지원 프로그램(three-part financing program)은 다음 10년 동안 매년 21억 마르크(10억 달러), 총 120-134억 달러를 동독 병원들에게 제공했다. 이들 정부 자금지원 프로그램은 통일 후 동독의 의료 인프라를 업그레이드시키는 것이 주요 목적이었다. 다음 조치는 새로운 자금조달 및 서비스 제공 체계를 동독 쪽에서 조직하는 것이었다.

이런 신속하고 체계적인 ‘긴급원조계획’의 실행이 가능했던 것은 정책결정자의 강력한 실천의지와 이를 뒷받침해 주는 재정, 그리고 국민들의 합의 도출에 성공하였기도 하지만, 서독은 동독 이전에 동독의 보건의료에 관련 정보와 통계자료를 충분히 확보하고 있었기에 정확한 계획이 수립될 수 있었다.



그림 1-5) 서독의 동독지역 재정 지원 프로그램

	원조계획 규모	주요내용
이급대책	2억 4,800만 달러	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애인 운송차량(240대, 특수장비차량 포함), 휠체어(5,000대), 아동용 청각 보조기(1,300대), 앰블런스(85대), 신장투석기(200대) 지원</li> <li>- 인공신장치료센터(5개 센터), 요양원 병상, 소모성 의료용구, 의약품 등 지원</li> <li>- 서독병원 이송치료(1,305명의 동독환자)</li> </ul>
중기대책	24억 달러 (5년 간)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 동독의 병·의원 및 노인, 장애인 복지시설 개보수, 응급식수 공급시설 투자(당시 동독은 의료기관 낙후, 기본적인 의료용 기구들이 거의 없는 실정)</li> </ul>
장기대책	120-134억 달러 (10년 간)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 붕괴된 동독의 인프라를 서독수준으로 재건 목표</li> </ul>

출처: 박수정, 2015

### 3. 보건의료 통합을 위한 조약

의료보험제도의 통일을 위한 계획은 통일 전 동독과 서독 사이에 합의된 두 조약으로 운곽을 잡았다.

먼저 1990년 5월 18일 동독과 서독 사이에 맺어진 ‘통화, 경제, 사회 통일에 관한 조약’의 여러 조항은 독일 보건의료 통합을 위한 기초적인 원칙들을 제시하는데 먼저 사회보험 기본원칙을 다룬 18조에서 다음과 같이 진술한다.

동독은 다음과 같은 원칙하에 세분화된 사회보장체계를 도입한다.

1. 노령연금·의료·산재·실업 보험은 국가의 법률적 감독하에 공법상의 자치 운영기관을 통해 실시한다(이하 생략).

이 표현은 구동독지역의 통합사회보험 중심의 사회보장제도를 개별 사회보험을 중심으로 한 자치운영 원리의 서독식 사회보장체계로의 전환을 의미한다.

본격적으로 의료보험을 다룬 이 조약의 21조는 다음과 같이 진술했다.

동독은 모든 필요한 조치들을 취하여 동독 의료보험법을 서독의 의료보험법에 맞추도록 한다(이하 생략).

또한, 이 조약의 22조 ‘보건위생’ 분야에서는 동독이 “서독에서 민간 의료 제공자들과 함께 제공하는 다양한 서비스를 지향...”하도록 지시하고 있다. 자본주의적 시장경제의 도입에 따라 동독의 국가에 의한 보건의료 서비스 공급이 민간에 의한 보건의료 서비스 공급체제로의 전환, 즉 서독 방식 으로의 전환을 규정한 것이다.

이 조항에 따라 동독의 국가공급체계는 이후 국공립과 민간 병원의 입원 진료, 보험계약의사에 의한 외래진료, 민간에 의한 약국과 의약품 공급이 활성화된다. 반면 동독 외래진료의 중심축이었던 폴리클리닉제도는 보험계약의 사에 의한 외래진료 활성화에 밀려 몰락하게 된다.

한편 1990년 8월 31일에 서명된 통일조약 33조는 다음과 같이 진술했다.

동독의 입원환자 의료를 빠르고 영구적으로 개선시키고...; 그것을 연방 영토의 나머지 부분에서의 상황과 동등하게 끌어올리도록 조건 들을 조성하는 것은 입법자들이 해야 할 일이다.

위의 두 조약의 조항들은 1991년 1월 1일자로 신연방주에서의 의료보험 도입을 위한 법적 기초가 되었고 결과적으로는 서독의 의료보험제도를 동독 으로 확대하고 이전 동독의 의료보험제도는 해체하도록 만들었다.

#### 4. 보건의료 통합을 위한 법령 제정

앞서 기술한 두 조약의 원칙을 바탕으로 실제적으로 동독지역에 서독 형태의 보건의료체계를 구축하기 위해서는 보건의료와 관련된 여러 분야의 법령이 제정될 필요가 있었다. 특히 1990년 하반기의 일련의 법제정은 두 조약의 원칙을 이룬 시간 안에 구체화하도록 하였는데 그 경과는 다음과 같다.

- 1990년 6월 12일 동독 보건부는 서독 연방노동사회부와 합의한 ‘의료보험조합 계약 규정’, ‘의료보험조합 설립법’, ‘병원 재원 조달법’ 등의 초안을 공개하여 동독지역에 서독 형태의 의료보장체계 구축에 필요한 법률 준비를 구상하고 있음을 나타냈다.
- 같은 날에 서독 외래진료를 담당하는 ‘공적 의료보험조합 최고 협의회’와 ‘연방보험계약의사협회’는 동독지역에서의 외래진료에 대한 법규정완비를 위한 공동협상위원회를 구성하였다.
- 6월 28일 동독 의회는 ‘통화, 경제, 사회 통일에 관한 조약’에 따라 서독방식의 사회보험제도를 도입하기 위한 법령인 ‘사회보험법(Gesetz über die Sozialversicherung)’을 제정하였다.
- 7월 13일 동독지역에서 직업집단의 협회를 결성할 수 있는 법이 제정되어 보건의료 인력들이 전문 직업종류별로 지역 및 주단위에서 협회를 결성할 수 있게 되었다. 이에 따라 1990년 4월부터 5월까지 동독의 각 주에서 창립된 보험계약의사협회는 법적 지위를 가질 수 있게 되었다.
- 7월 22일에 동독 의회는 ‘국영 외래진료체계, 수의체계, 약국체계의 구조조정에 관한 법’을 제정하여 국가소유의 보건의료시설을 공영화 및 민영화하는 법적 토대를 만들었다.
- 8월 29일 동독 보건부는 공적 의료보험제도하에서 외래진료를 담당하게 되는 보험계약 의사의 직업집단 조직의 설립을 가능하게 하는 법적 규정인 ‘보험계약의사협회와 보험계약치과의사협회 설립에 관한 규정’을 제정하였는데 이를 통해 폴리클리닉 중심의 동독 외래진료 모형은 그 수명

- 을 다하고 다수의 동독 의사들이 보험계약의사협회에 가입하게 되었다.
- 8월 30일 서독 연방의회는 서독의 이중재원조달방식의 병원재원조달이 구동독지역에도 적용될 수 있도록 ‘병원재원조달법’을 개정하였다.
  - 9월 13일 동독 의회는 ‘통화, 경제, 사회 통일에 관한 조약’에 따라 공적 의료보장에서 통합사회보험을 대체하게 되는 지역·직장·직종을 기준으로 분립형 의료보험을 가능하게 하는 ‘의료보험조합 설립법’을 제정하였다. 또한 의료보험 가입자들에게 보건의료 서비스를 제공할 수 있도록 의료보험조합에게 공급자와 계약을 가능하게 하는 ‘의료보험조합계약법’을 제정하였다.

## 제2절 의료보험제도의 통합 과정

### 1. 전반적 과정

동독지역에서 의료 이용과 관련한 사회적 혼란이 일어나는 일을 피하려면, 새로운 의료보험제도가 빨리 수립되어야만 했다. 동독사람이나 서독사람이나 많은 독일사람이 통일독일의 통일된 의료보험제도는 동독에서 성공적이었던 몇몇 의료 가치와 제도를 포함해야 한다고 믿었다. 그러나 서독정부는 동독 의료보험제도를 완전히 없애고, 서독 의료보험제도로 대체하기로 결정했다.

서독 의료보험제도를 동독에 확대하는데 필요한 자금을 조달하기 위해 대략 200개의 새로운 법적 질병 금고가 동독 주들에 확립되었다. 이들 새로운 질병 금고는 그 혜택과 보험료 수준 둘 모두에서 서독의 질병 금고를 모방했다. 보험료는 처음에는 총임금의 12.8%로 정했고, 고용주와 피고용인이 동등하게 나눠 지불했다. 정부 관리들은 이들 새로운 질병 금고가 서독의 질병 금고들보다 수입이 적을 것으로 예상했다. 동독의 임금이 더 적었고, 실업률은 더 높았기 때문이다. 그래서 이 부족분을 해결하기 위해, 이전 동독의



주민들은 그들이 사는 지역의 의사의 서비스에 대한 청구 비율까지만 혜택을 받을 수 있게 했다.

반면, 서독의 시민들은 서독뿐 아니라 동독 출신 의사 및 다른 국가의 어떤 의사들로부터 진료를 받을 수 있었다. 이 규칙은 동독 의료 인프라가 즉각 붕괴하는 것을 막았다. 동독 사람들은 서독 의사들의 더 높은 가격을 지불할 수 없었기 때문에 그들의 의료 제공 체계를 벗어나지 못했다. 놀랍게도, 동독에 확립한 새로운 질병 금고들은 1991년 말 27억 마르크(13억 달러)의 흑자를 냈다. 이 흑자의 주요 이유들은 동독사람들은 서독사람들보다 부양가족이 더 적었고, 의료 서비스를 적게 이용했기 때문이었다. 따라서 동독에서 새로운 의료보험 자금조달 체계를 만드는 일은 비교적 간단했고 결과적으로 서독의 질병 금고는 동독지역으로 빠르게 확대되었다.

## 2. 동독 의사들의 신분

분단 이후 사회체제의 상이성에도 불구하고 동서독에서 실시된 의학교육과 전문의 교육과정이 크게 달라지지 않고 비슷하게 유지되었기 때문에 통일 후 동독 의사들은 그대로 의사 자격을 인정받았다.

폴리클리닉에 소속되어 있었던 젊은 동독 의사들은 통일 후 대부분 개원을 했고 공공의료기관보다는 개인병원에 대한 선호도가 높았다. 의사들은 자체적으로 인증위원회(Zulassungsausschuss)를 설립했고 각 의료 분야에서는 의사협회들이 탄생했다. 서독은 이런 협회들을 지원했고, 특히 서독의사협회는 동독에 신설된 의사협회들의 후견인 역할을 자처하였다. 자유선거를 통해 설립된 최초의 국민회의가 제정한 법을 통해 이 의사협회들은 법인으로 승인을 받았고 서독의 의사협회들과 동일한 위상을 획득하게 되었다. 이 법은 1990년 10월 3일 동독이 서독으로 편입된 이후에도 주법으로서 계속적으로 효력을 유지하여 1990년 10월과 11월 5개 신연방주에서 새로 탄생한 의사협회들이 독일연방의사협회에 가입할 수 있었다.

### 3. 동독 의사들의 적응과 서독의 지원

이전 동독의 의사 중에서 개인적으로 개인 병원을 만들어 운영하는 의사는 거의 없었다. 국가가 의사 대다수를 고용해 병원이나 종합병원, 폴리클리닉, 외래진료소 등에서 일하게 했다. 이러한 상황은 의료보험제도 통일의 과정에서 심각한 문제를 제기했는데, 서독의 제도는 주로 개인이 운영하는 병원에 의존하고 있었기 때문이다. 동독의 제도를 서독의 기준으로 완전히 바꾸어 놓기 위해서 개인 병원을 선호하고 종합병원은 해체하도록 해야 했다. 특히, 동독에서 외래 진료를 담당했던 폴리클리닉과 외래진료소에 고용되었던 의사들이 계속해서 의업을 수행하기 위해서는 이제 개인 병원을 세워야만 했다. 신연방주 5개 지역의 의사들은 어느 날 갑자기 자율적인 판단에 따라 의료 활동을 하기 시작하게 된 것이다.

국가의 피고용인에서 개인 병원 운영자로의 이행은 당연히 많은 어려움을 야기했다. 개인 병원을 세우려면 의사들은 의료 장비를 리스하거나 구매하고, 직원을 고용하고, 사무실 공간을 임대해야 했다. 동독정부의 피고용인으로서 이전에는 한 번도 해본 적이 없는 일이었다. 개업하는 의사들은 한 건물에 병원을 신설하면서도 각자 직원을 고용하고 기구를 마련하느라 거액의 투자비를 마련해야 하는 상황에 직면했다.

자연히 예전의 외래진료소 체제가 효율적이었다는 의견을 내세워 개업하는 의사들이 상호 협력하는 체제를 만들어야 한다는 주장이 나오기도 했다. 소위 제3의 길, 예를 들어, 이전 동독 전체를 포괄하는 단일 질병 금고 도입을 추구한다는 생각이 일부에게서 지지를 받았다. 그러나 실용적, 정치적, 법적 이유들 때문에 이러한 생각들은 확대되지 못하였고 다양한 이해관계자들의 로비 노력 또한 오래 가지 못하였다.

의료 서비스 자금 공급과 의료 서비스 제공과 관련해 과도기적 조치들이 취해졌다. 예를 들어, 통일조약은 이전 동독의 폴리클리닉에 5년 간의 유예 기간을 주고, 그 기간 동안 법정의료보험제도 의사들의 지역연합과 질병



금고를 통해 이들 종합병원의 궁극적 운명을 협상하게 했다. 그 결과, 이전에 여러 외래진료 환경에서 공직자로 일하던 의사들 중 91%가 1992년에는 자신의 개인병원을 운영하게 되었다. 주로 베를린과 브란덴부르크에 위치한 소수의 종합병원만이 전문 기관, 즉 소위 “건강 센터(health centres)”로서 겨우 운영을 해나갔다.

한편 병원 소속 의사들에게는 진료비 지불 방식이 서비스당 지불 받는 대신 1인당 지불 받는 방식으로 바꾼다는 결정은 종합병원 의료인들에게 부정적으로 받아들여졌다.

이렇듯 갑작스런 체제 변화에 힘겨운 적응을 해야 했던 동독 의사들을 위해 다행스럽게도 서독의 의사들과 민간단체가 지원을 하였다. 서독 의사협회는 동독의 동료들에게 이러한 이행의 모든 면에서 조언을 해주었다. 국경이 개방되고 얼마 지나지 않아 서독 보험회사 조합은 동독 폴리클리닉과 외래진료소에서 근무하는 1만 7천 명의 의사들에게 포괄적이며 집중적인 지원을 해주기로 결정하였다. 비교적 빠른 시일 안에 서독의 의사협회와 동독의 의사단체가 일종의 자매결연을 하면서 신연방주 5개 지역에 새로 의사협회가 생겼고 해당 지역 개업의를 회원으로 받아들이는 보험의사회도 만들어졌다.

또한 서독의 은행들은 동독의 의사들에게 기꺼이 대출해 주었고, 동독 의사들의 개업을 일부 용이하게 해주었다. 서독보험회사 조합은 각 동독지역 파트너 보험회사 조합을 부속시켜 해당 지역에 속한 의사들에게 필요한 지원을 하였다. 이와 같은 동서독 보험회사 조합 파트너십이 공식적으로 맺어지기 전에 의사협회와 보험회사 조합 차원에서 서독 및 동독 곳곳에서 수많은 설명회가 개최되었다.

이러한 조치들 덕분에 동독의사들의 개인 병원으로의 전환은 형식적으로는 매우 빠르게 이루어졌다. 겨우 2년 이내에 동독 의료계는 거의 완전히 봉급제의 국가 운영의 기업체에서 완전히 개인의 서비스당 수수료를 받는 모델(행위별 수가제)로 탈바꿈했다. 동독 의사들은 새로운 의료 제공 방식에 빠

르게 적응했고 행위별 수가제로 인해 크게 늘어난 봉급은 추가 보너스인 셈이었다.

## 제3절 통합으로 인한 난관들

### 1. 폴리클리닉제도 존속 문제

동독에서는 기본적으로 동독 보건의료체계의 장점들을 보존하자는 의견이 다수를 이뤘다. 이것은 당시 집권정부인 사회주의통일당 정부에서도 마찬가지 입장이어서 앞으로 있을 통합과정에서 동독의 우수한 보건복지 분야는 무조건 보존할 가치가 있는 요소로 여겼다. 사회주의통일당의 마지막 보건장관 클라우스 툴만은 보건과 복지 분야에서 동독이 헌신해서 이뤄낸 것을 지키고자 하였고 ‘역사적인 성과’로서의 민영화의 배제와 같은 동독 보건복지 분야의 사회적인 원칙들을 유지하고자 하였다.

특히 폴리클리닉의 운명은 논란의 중심이 되었다. 통일 당시, 동독 의사 중 90%가 폴리클리닉을 지지했고, 동독 대중 역시 대부분 그랬다. 많은 사람이 폴리클리닉은 그 행정적 효율성뿐만 아니라 여러 분야 의사가 모여 있어서 생기는 의료적 이익 때문에 동독의 새로운 의료보험제도에서도 대안적 의료 형태로서 계속 보존시켜야 한다고 주장했다.

그러나 서독의 일부 의사협회(주로 공단 소속 의사협회)와 제약업계 및 기타 관련 협회에서는 동독 보건제도에 속해 있던 일부 구성요소를 현행대로 유지하는 것은 경쟁을 유발할 위험이 있다고 판단하게 되었다. 즉, 서독의 의료 제공자들은 자신들의 외래진료 서비스에 대한 독점을 폴리클리닉 때문에 이어가지 못할 것을 두려워했던 것이었다. 서독정부는 이들 협회의 요구들을 받아들여지게 되었고 결과적으로 이들의 저항으로 말미암아 구동독 시절 유용하게 제공되던 제도 및 서비스는 현격한 수준으로 축소되거나 사라지게 되었다. 서독정부는 5년 기간에 걸쳐 폴리클리닉을 해체하라고 명령했다.





폴리클리닉은 비단 서독 의료 제공자들의 요구에 의해서만 해체된 것이 아니었다. 폴리클리닉 제도를 입법자들이 충분히 고려할 만한 시간이 절대적으로 부족했다는 것도 폴리클리닉제도가 해체되는 데에 큰 이유가 되었다. 과도기 단계에서는 다른 분야에서와 마찬가지로 보건의료 분야 또한 시간적 압박에 시달리게 되어 결국 새로운 시스템의 출범이나 개혁 또는 기존 가치 체계의 유지조차 힘겨운 상황이 되었고, 심지어 이러한 시도조차 거의 불가능했다고 해도 과언이 아니었다. 이러한 문제점은 1990년까지 동독 사회보험공단 이사장을 역임했던 헤르베르트 므로트체크(Herbert Mrotzeck)<sup>23</sup>와의 아래 인터뷰 내용에서 잘 나타나 있다.

- 동독에는 통합보험만 존재하였기 때문에 동독의 보험제도를 세분화된 서독의 보험제도로 통합하기 위해 먼저 의료보험·연금보험·산재보험의 세 기둥으로 이루어진 시스템을 구축해야 했다. 동독 국영보험의 사회보험(자영업자 및 조합을 위한 의료보험, 전체 국민의 약 5%)은 일단 동독의 사회보험(사무직 및 생산직 근로자를 위한 의료보험, 전체 국민의 약 95%)으로 바뀌어야만 했다.
- 동독 사회보험 책임자는 하루만에 필요한 결정을 내려야만 했다. 필요한 조치를 즉각적으로 결정하고 실천하는 처리방식은 동독의 시스템을 서독의 시스템에 맞춰 변경하는 데에 매우 유리하게 작용하긴 했다. 그러나 많은 부분(폴리클리닉 또는 사회보험 및 의료보험제도 등)은 시간이 조금 더 주어졌다면 분명 다르게 접근했을 것이다. 시간의 압박으로 인해 장기적인 분석을 거칠 수 없었고 따라서 이로 인해 “희생”되어야 했던 부분이 발생하였다.

.....

<sup>23</sup> 동독의 의료·연금·산재보험을 서독의 제도로 편입하는 과정에서 핵심적인 역할을 하였다.

- 가령 구서독의 협의회 단체들과 연합하여 폴리클리닉을 보건유한 책임회사구조(Gesundheits-GmbH-Struktur)로 통합시켜 서독 의료보험의 협의회 단체에 귀속시키려는 계획도 있었다. 그러나 이 경우에는 각각의 이해관계가 엇갈렸다.
- 의료품 판매 대리인, 의료보험사 등을 포함하는 서독 보건제도의 전반적인 구조는 자유 개업 의사들의 의료 서비스에 의지하고 있었다. 폴리클리닉은 개업 의사들의 경쟁을 촉진하는 제도에 물든 의사들의 관심 분야에서 벗어난 것이었다. 하지만 의료 서비스 공급 구조의 관점에서 봤을 때 폴리클리닉 체제는 매우 현대적인 체제로 오직 개업의로만 구성된 체제보다 훨씬 진보적이었다. 그러나 폴리클리닉 반대론자들은 동독 보건제도의 취약한 경제상황을 강조하면서 폴리클리닉제도를 존속시킬 수 없는 이유로 제시하였다.

## 2. 동독지역 의료보험조합 구축에서의 문제들

1990년 10월을 기점으로 시작된 과도기 단계에서는 무엇보다 실무와 관련된 규정을 신속히 마련하는 것이 중요했다. 이는 의료보험 부담 영역이 아직 불분명했고, 실제로 동독주민들 사이에서는 의료비에 대한 지급 청구 및 질병에 대한 진단 소견서의 유효성과 관련해서 막연한 불안감이 팽배해 있었기 때문이다.

하지만 이러한 불안감은 비단 환자들에게서만 나타났던 것은 아니다. 동독의 의료보험공단에 근무하던 직원들 또한 본인의 일자리를 잃게 되지 않을까 우려하고 있었다. 이러한 상황은 1990년 10월 3일 이전부터 이미 나타나고 있었던 현상이었기 때문에 이에 따라 연방보건부에서는 동독의 보건복지공단 소속 노동조합과 함께 협약을 체결하게 되었다. 화폐 통합을 바탕으로



로 해서 동독 사회보험공단에서 근무하는 직원들의 임금 및 급여와 상승된 비용에 관한 합의가 있었고 결국 동독 사회보험공단의 직원들의 고용은 그대로 보장될 수 있었다.

이 외에도 동독지역에 일반 지역의료보험조합(AOK) 체제를 도입하는 과정에서 여러 문제점들이 제기되었는데 여기에는 업무를 담당할 직원은 물론 상당한 규모의 재정 비용이 요구되었기 때문이다. 베른트 그리거(Bernd Grieger)<sup>24</sup>는 이 과정에서 나타난 여러 문제점들과 해결 과정에 관해 다음과 같이 설명하고 있다.

- 1991년 4월 브란덴부르크 일반 지역의료보험조합에 소속된 직원은 1,800여 명으로 이들은 41개의 사업사무소와 50개의 행정사무소에서 약 120만 명에 달하는 보험 가입자들을 관리하고 있었다. 그런데 이들 가운데 절반에 가까운 직원들이 동독 사회보험공단으로부터 편입되어 온 인력이었다.
- 아울러 일반 지역의료보험조합(AOK)에서는 전산 데이터 처리작업을 위해 포츠담에 이를 담당할 자회사를 설립하였다. 하지만 당시에는 전신 및 데이터 서비스 인프라 시설이 너무도 열악했으므로 해당 자료 업무는 초기에 상당한 지장을 겪을 수밖에 없었다. 시스템 변환과정은 특히 구축 및 정착 단계에 있어 어려움이 많았다.
- 초기 제약업계에서는 통일조약을 거부하는 입장을 취했다.

.....  
24 브란덴부르크 연방주 일반 지역의료보험조합 초대 사장을 역임한 바 있다

초기 단계는 열악한 인프라 구조와 제약업계의 부족한 협력정신으로 인해 업무 부담이 더욱 가중되었다고 한다. 열악한 인프라 구조란 단순히 불편한 교통 체계나 통신설비만을 지칭하는 것은 아니다. 그밖에도 극복해야 할 수많은 난관들이 있었는데 특히 지불체계가 그러했다. 예컨대 의료보험공단에 가입자로부터 기여금이 납입되면, 이러한 기여금은 일단 동독 재무담당 관청의 개입을 통해 처리되어야만 했었고, 이는 결국 시간이 지체되는 결과를 가져오게 되어 은행의 입장에서는 이로 인한 문제를 겪을 수밖에 없었다.

한편 서독 의료보험조합에서는 1990년 초기부터 향후 동독지역으로 영업 활동을 확장해 나가기 위해 어떠한 조치가 필요한지에 대해 진지하게 검토하기 시작했다. 관련 정보를 확보하기 위해 동독의 사회보험공단 측 대표자들과 회담을 하기도 했고, 연락사무소를 설치하기도 했다. 하지만 동독지역으로 새롭게 발령받은 모든 서독 의료보험조합 소속 직원들이 이러한 발령조치에 만족했던 것은 아니었다. 일부 직원들은 새로운 업무지역 자체에 동의하지 못하는 경우도 있었고, 또 다른 직원들은 동독지역의 열악한 생활환경에 불만을 토로했다. 또는 비터펠트지역의 경우와 같이 환경오염 문제가 심각한 경우에는 그 지역 근무 자체를 거부하기도 했다. 의료보험조합에서는 이를 해결하기 위한 물질적 해결책 및 중재안 마련에 고심했다. 의료보험공단에게 신연방주지역은 새로운 매출을 창출할 새로운 시장으로 인식되었고, 이러한 이유로 인해 많은 서독 의료보험공단들이 신연방주지역을 두고 경쟁하고 있었다.

### 3. 의료보험제도 통합에 대한 간략한 평가

서독의 제도를 동독의 주들로 확대하는 과정은 빠르게 진행되었다. 1991년 6월 기준으로, 동독 주들의 인구의 4분의 3은 종합적인 보험 혜택을 받고 있었다. 그러나 과도기 동안 내린 성급한 결정들은 동독제도의 중요한 장점과 특징들을 없애버렸다. 예를 들어, 산모 및 아기 건강과 예방 의료에 강



한 역점을 둔 것은 동독제도의 특징으로 통일된 의료보험제도에도 채택될 필요가 있었다. 게다가 폴리클리닉의 해체로 인해 입원 치료와 외래 치료 사이의 협력을 증가시켜 입원 기간을 줄일 수 있는 기회를 없애버렸다. 통일독일의 입법자들은 동독제도의 이러한 특징 및 장점들을 없애버림으로써 독일의 의료보험제도를 향상시킬 수 있는 기회를 놓쳤을지도 모른다. 그럼에도 이러한 서독정부의 결정들은 당시의 상황, 특히 의료보험제도 통합으로 인한 경제적 부담 등을 고려할 때 충분히 이해할 만하다고 할 수 있을 것이다.

제4장

## 통일 후 독일의 보건의료

### 제1절 통일 전후 독일 보건의료체계 변화<sup>25</sup>

#### 1. 의료보험제도의 구동독지역 도입

1991년 1월 1일부터 동독지역에 서독의 의료보장제도가 공식적으로 도입되었다. 이에 따라 동독의 통합사회보험제도는 공식적으로 폐지되었고, 약 1천만 명이 넘는 동독인구가 서독 형태의 공적 의료보험제도에 가입되었다. 서독의 지역·직장·지역 기준으로 나눈 7개 의료보험조합집단제도가 동독지역에도 동일하게 적용되어 다음의 7개 조합집단으로 동독주민들이 가입된 것이다.

- 일반 지역의료보험조합(AOK): 소규모 사업장의 근로자, 지역주민 및 보험가입의무자중 다른 의료보험 미가입자
- 직장 의료보험조합(BKK): 상시 1천 명 이상 고용하는 일반사업장의 근로자
- 수공업자 의료보험조합: 상시 1천 명 이상 고용하는 수공업사업장의 근로자
- 농민 의료보험조합(LKK): 자영농민 및 그 가족종업원

<sup>25</sup> 통일 직전부터 주로 1993년 이전까지의 변화내용을 정리하였다. 주된 내용을 다음 문헌에서 발췌하였다. 「이용갑 등, 통일을 대비한 건강보험제도 발전방안 연구-통일과 구동독지역의 의료보장제도와 보건의료 현황- 건강보험제도, 2008」

- 선원 의료보험(SeeKK): 해상선박 승무원
- 연방광산 근로자 의료보험(BKnsch): 광산업 종사 근로자
- 2차 의료보험조합(EK): 고소득 근로자(생산직-Arb.EK, 사무직-Ang.EK)

1993년 10월 기준으로 구동독지역 주민 1,470만 명 정도가 보험제도에 가입되어 있었는데 이중 절반이 넘는(52.2%) 사람은 일반 지역의료보험조합에 가입되었다. 이것은 서독지역보다 높은 비중으로 일시적 무직자가 늘어 다른 의료보험집단에 가입하지 못하고 결국 AOK에 가입한 사람이 많아졌기 때문이다.

표 1-3) 통일초기 독일 의료보험조합집단별 규모

의료보험 조합	구서독지역			구동독지역		
	의료보험 조합 수	피보험자 수(명)	피보험자 비율(%)	의료보험 조합 수	피보험자 수(명)	피보험자 비율(%)
전체	1,087	57,473,909	100.0	217	14,690,719	100.0
AOK	239	23,311,004	40.6	13	7,667,866	52.2
BKK	668	7,039,222	12.3	160	1,087,404	7.4
IKK	144	3,232,822	5.6	28	715,902	4.9
Bknsch	1	1,289,841	2.2	1	419,521	2.9
SeeKK	1	72,298	0.1	1	11,141	0.1
LKK	19	1,258,002	2.2	3	28,871	0.2
Arb.EK	8	1,278,818	2.2	5	73,280	0.5
Ang.EK	7	19,991,902	34.8	6	4,686,734	31.9

AOK: 일반 지역의료보험조합, BKK: 직장 의료보험조합, IKK: 수공업자 의료보험조합, LKK: 농민 의료보험조합, SeeKK: 선원 의료보험, BKnsch: 연방광산 근로자 의료보험, Arb EK: 생산직 근로자 2차 의료보험조합, Ang EK: 사무직 근로자 2차 의료보험조합

출처: BMG, 1995

한편 구동독지역 주민의 상대적으로 낮은 경제력과 소득 수준을 고려하여 이들이 구서독지역의 주민과 경제수준이 유사해질 때까지 의료보험제도를 포함한 전체 사회보험제도에서 그들을 위한 특별규정이 마련되었다. 구동독지역의 의료보험료 산정 한도액은 구서독지역보다 낮게 설정되었고 이 방침은 통일 초기부터 현재까지 이어져 오고 있다. 또한 본인부담금 면제 기준도

구서독지역보다 낮게 설정되어 사회적 약자에 대한 특별한 배려를 하고 있다.

## 2. 독일 보건의료 시설의 변화

1991년 4월 10일자로 발효된 ‘병원재정조달법’의 경과규정에 따라 구동독지역 국영 병원 대부분이 지방자치단체로 소유권이 이전되었다. 1989년 총 500개소의 구동독지역 병원은 1998년 303개로 감소하였고, 국가병원은 같은 기간에 431개소에서 159개소의 공공병원으로 감소하였다. 반면 같은 기간 69개소에 불과했던 민간소유 병원이 128개로 늘어났다. 1998년 현재 구동독지역 병원의 약 56%는 지방자치단체와 국가소유의 공공병원이고 약 27%는 민간 비영리단체가, 약 17%는 민간단체가 소유하게 되었다.

표 1-4) 구동독지역 병원 관리주체 변화

연도	병원전체	종합병원 관리주체			
		전체	공공	민간비영리	민간
1989	500	500	431	67	2
1992	360	332	242	72	18
1994	324	300	186	82	33
1996	311	291	168	80	43
1998	303	283	159	76	48

출처: BMG, 2000

통일 전후 독일정부는 전 지역에서 병원, 병상, 약국 등의 모든 보건의료 시설에 대한 합리화 정책<sup>26</sup>을 시도하였다. 이에 따라 독일 전 지역의 병원과 병상규모는 전체적으로 큰 폭으로 감소하였다. 이것은 많은 비효율을 초래하는 공공병원들이 합리화과정에서 폐쇄되었거나 민영화되었음을 의미한다.

.....

<sup>26</sup> 적정 규모로의 변화, 시설의 현대화 등을 일컫는다.



표 1-5) 통일 전후 독일 보건의료 시설 변화

	병원	병상 수		약국
		전체 수	10만 명당 병상 수	
<b>구서독지역</b>				
1987	3,071	673,687	1,100	18,161
1990	1,999	514,413	807	18,549
<b>구동독지역</b>				
1987	541	167,612	1,006	
1990	418	156,957	979	
<b>독일 전체</b>				
1988	3,612	838,784	1,070	20,329
1990	2,417	671,370	842	
1993	2,354	628,658	773	21,297

출처: 통계청. 통독 전후의 경제, 사회상 비교. 1996

### 3. 독일 보건의료 인력의 변화

병원에 대한 합리화 과정과는 다르게 보건의료 인력은 통일 전후 전체적으로 증가하였다. 의사, 치과의사, 약사 모두 전체 규모 및 인구단위당 수가 늘었다. 독일 전체로 볼 때, 의사 수는 통일 직전인 1989년에 비해 1994년 현재 약 4만 명이 늘어났고, 같은 기간 치과의사는 6천 명이, 약사는 4천 명이 늘었다.

표 1-6) 통일 전후 독일 보건의료 인력규모 변화

	의사	치과의사	약사
1989년	229,065	53,093	39,510
1994년	267,186	59,211	43,822

출처: 통계청. 통독 전후의 경제, 사회상 비교. 1996

구동독지역에서의 통일 전후 보건의료 인력 증가는 통일 후 본격화된 외래진료 공급체계의 변화에 기인하였다. 구동독의 외래진료의 요소들이었던 폴리클리닉, 외래진료소, 국영의원제도 등이 민간 보험계약의사체계로 전환하

면서 개원하는 의사 및 치과의사가 급격히 증가했기 때문이다. 1990년 12월 당시 구동독지역 외래진료를 담당하던 개원의의 비율이 12.6%에 불과했으나 불과 1달 후인 1991년 1월에 그 비율이 35.5%로 급격히 증가했고, 1991년 한 해 동안 대부분의(90% 이상) 외래진료 의사들이 개원하게 되었다.

표 1-7) 구동독지역 외래진료 의사들의 개원비율의 변화

	1990.12	1991.1	1991.12	1992.12
개원비율(%)	12.6	35.5	83.6	93.9

출처: Wasem, 1997

이에 따라 구동독지역 외래진료 공급체계의 핵심 축이었던 폴리클리닉은 크게 위축되어 1990년 11월 당시 총 1,545명을 고용하던 상황에서 1992년 1월에는 433명만이 고용되었다.

한편 이러한 보험계약의사의 급격한 증가는 필연적으로 외래진료 서비스의 양과 진료비 증가로 이어졌다. 구동독지역에서 공적 의료보험이 보험계약 의사 1명당 외래진료에 지출한 금액은 1991년 약 17만 마르크, 1993년 약 25만 마르크, 1998년 약 30만 마르크로 증가하였다. 특히 1992년부터 1995년까지 4년 동안 공적 의료보험의 구동독지역 외래진료 담당 의사인 보험계약 의사에 대한 진료비 증가가 매우 컸다. 구동독지역 보험계약의사 1인에게 지급한 진료비의 급격한 증가는 1990년대 중반 구동독지역 의료보험제도의 재정안정화를 위한 개혁을 실시하는 원인이 되었다.

표 1-8) 보험계약의사 1인당 의료보험 지출액의 변화

연도	보험계약의사 1인당 공적 의료보험 지출액		
	구서독지역(마르크)	구동독지역(마르크)	구동독지역/구서독지역의 비율(%)
1991	322,298	172,122	53.4
1993	315,467	249,674	79.1
1995	329,172	288,938	91.6
1998	330,205	296,858	89.9

출처: BMG, 2000

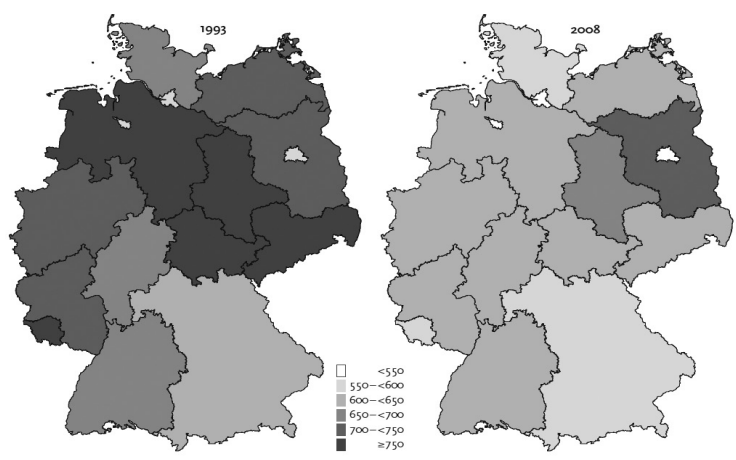


## 제2절 통일 후 의료공급구조 및 의료이용의 변화<sup>27</sup>

### 1. 의사 공급의 변화

각 주별 법정의료보험 계약의사 1인당 인구 수의 변화를 아래 <그림 1-6>에 나타냈다. 1993년 당시 구동독지역 중심으로 보험계약의사 1인당 인구 수가 700명이 넘는 주가 많았으나 이러한 지역적 차이가 시간이 지나면서 줄어들어 2008년 현재 구동서독지역을 포함해 전국적으로 큰 차이를 보이지 않게 되었다.

그림 1-6> 각 주별 법정의료보험 계약의사 대비 인구수



출처: Robert Koch Institute, 2009

1993년부터 2013년까지의 20년 동안 법정의료보험 계약의사가 독일 전체에서 24%인 총 142,000명이 늘었다. 이 중 대부분이 지역사회 건강문제를 담당하는 1차의료 의사였다. 인구 10만 명당 1차의사(general practitioner, GP)

<sup>27</sup> 본 절에서는 독일 보건부 산하 연구기관인 Robert Koch Institute가 독일통일 20주년을 맞아 통일 후 20년 간의 보건의료 분야 변화 양상을 분석한 보고서인 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? (2009) 내용을 주로 발췌하였다.

의 수를 살펴보면 각 주별로 적지 않은 차이를 볼 수 있으나 동서독지역 간의 의미 있는 차이는 확인할 수 없다.

그림 1-7) 각 주별 인구 10만 명당 1차 의사수

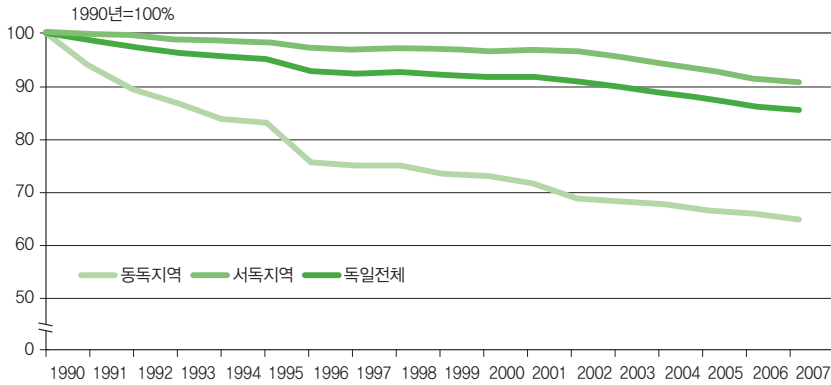


출처: Robert Koch Institute, 2014

## 2. 병원 및 병상 수 공급의 변화

앞 절에서 살펴본 것처럼 구동독지역 중심으로 병원 및 병상 수가 통일 초기에 상당히 많이 감소되었다. 이러한 추세는 이후에도 계속 이어져서 2007년 현재에도 감소추세에 있다. 1990년 당시와 비교했을 때 구서독지역에서는 2007년까지 약 9%의 병원 수 감소가 있었던 반면 구동독지역에서는 무려 43%의 감소가 있었다. 특히 구동독지역에서의 이러한 병원 수 감소는 앞 절에서 밝힌 대로 서독 형태의 의료시설체계 재건을 위해 실시한 병원시설에 대한 합리화 정책의 결과이다.

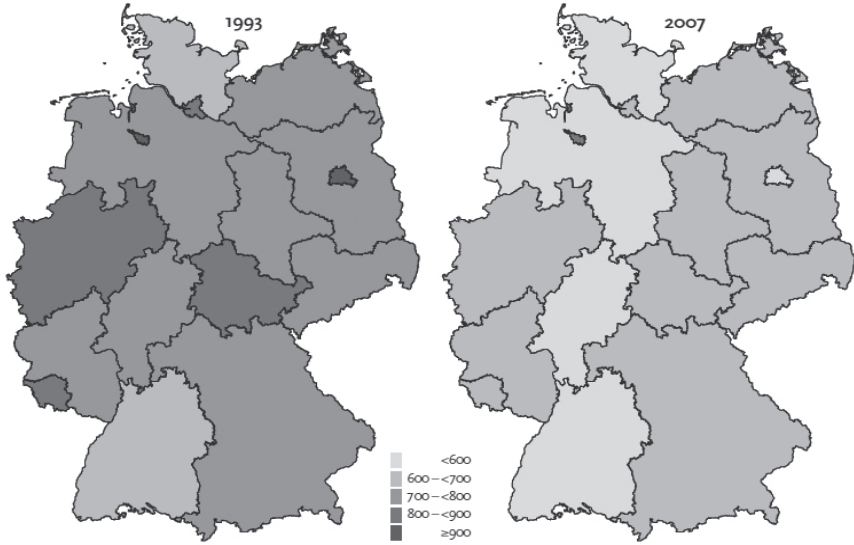
그림 1-8 > 통일 후 구동서독지역 병원 수 감소율



출처: Robert Koch Institute, 2009

일반 병상 수도 병원 수 감소에 따라 지속적으로 감소하였고 아래 <그림 1-9>에서처럼 구동독지역을 포함한 독일 전체에서 응급실 병상 수도 감소하였다. 이러한 흐름에 따라, 즉 의료자원의 합리적 분배 정책에 따라 2007년 단위 인구당 응급실 병상 수가 동서독지역을 포함해 전국적으로 고르게 분포되었다.

그림 1-9) 통일 후 인구 10만 명당 응급실 병상 수의 변화

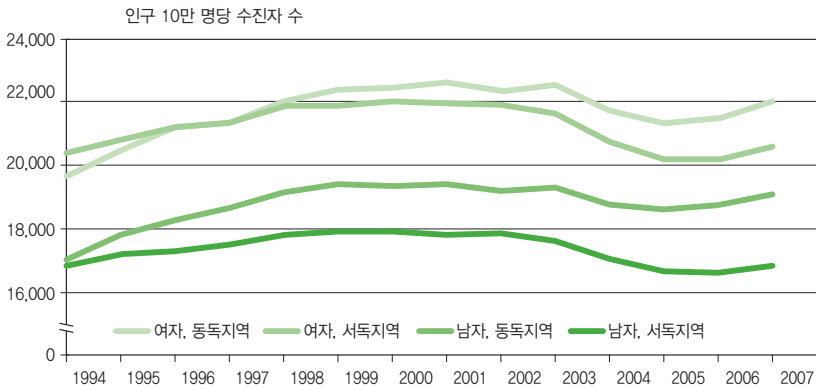


출처: Robert Koch Institute, 2009

### 3. 의료이용의 변화

입원이용의 변화를 살펴보면 구동독지역 주민의 이용률이 높은 것을 알 수 있다. 통일 초기부터 구동독지역의 입원이용이 높았고 2003년까지 지속적으로 이용률이 증가하였다. 이것은 통일 직후 구동독지역의 체제변화로 인해 의료이용에 제한이 있었다가 의료체계가 안정화되면서 의료이용량이 많아진 것으로 볼 수 있다.

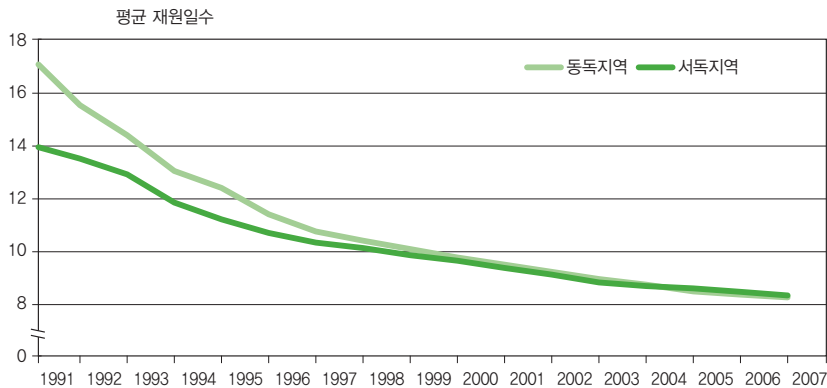
그림 1-10) 구동서독지역의 입원 이용률의 변화



출처: Robert Koch Institute, 2009

입원시 평균 재원일수는 구동독지역이 통일 초기에 상대적으로 길었으나 시간이 흐름에 따라 동서독지역 모두에서 재원일수의 큰 감소가 있었고 2007년 현재 양 지역 간 차이는 거의 없는 것으로 보인다. 적정의료를 위한 계속된 의료개혁의 결과라 할 수 있는데 불필요한 재원연장을 효과적으로 줄인 것이다.

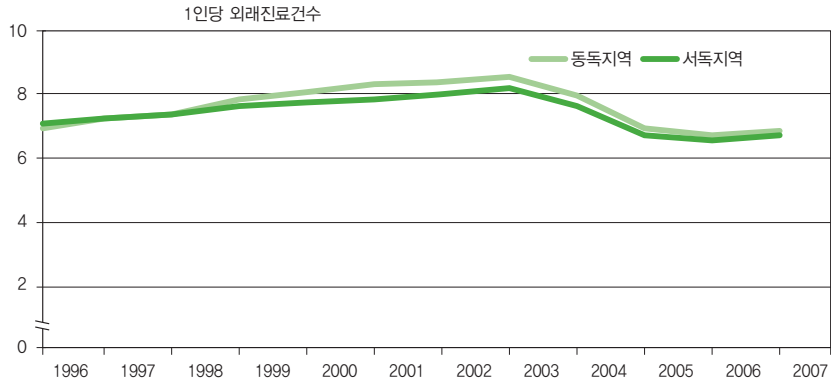
그림 1-11) 구동서독지역의 입원시 평균 재원일수의 변화



출처: Robert Koch Institute, 2009

외래진료에서 역시 현재는 구동서독지역 간 차이를 볼 수 없다. 1인당 연간 외래진료 건수에서 1990년대 중반 이후 양 지역 모두 증가추세에 있다가 2004년 이후 감소세에 있다.

그림 1-12 > 구동서독지역의 1인당 외래진료건수 변화



출처: Robert Koch Institute, 2009

### 제3절 성인 건강수준의 구동서독지역 차이의 변화<sup>28</sup>

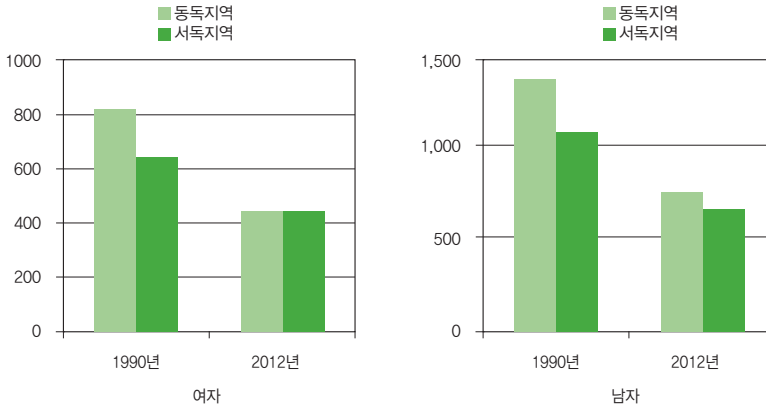
#### 1. 기대수명 및 사망률

통일 초반 몇 년 간은 구동독 모든 주의 사망률이 구서독 모든 주 사망률보다 높았다. 1990년 당시 여성에서의 사망률은 10만 명당 815명 대 638명이었고 남성에서는 1,356명 대 1,070명이었다. 이러한 구동서독지역의 사망률 차이는 시간이 지나면서 줄어들기 시작해 여성에서는 2012년 현재 양쪽 모두 10만 명당 440명 정도를, 남성에서도 거의 차이가 줄어들어 동서독지역 각각 743명과 651명을 기록하고 있다.

<sup>28</sup> 본 절에서는 독일 보건부 산하 연구기관인 Robert Koch Institute의 보고서인 ‘25 years after the Fall of the Berlin Wall: Regional differences in Health (2014)’ 내용을 주로 발췌하였다.



그림 1-13) 구동서독지역의 10만 명당 사망률의 변화



출처: Robert Koch Institute, 2014

역시 동일한 현상이 평균 기대수명에도 나타나고 있는데 1990년대 초반에 구동독지역보다 구서독지역의 사람들의 기대 수명이 여성에서는 2.3년, 남성에서는 3.2년 높았지만, 이 역시 최근에는 그 차이가 많이 줄어든 것으로 나타났다. 그럼에도 여전히 남성에서는 1세 이상의 차이가 있다.

표 1-9) 구동서독지역의 출생시 평균 기대수명의 변화

	여자			남자		
	1991	2002	2009	1991	2002	2009
독일 전체	79.0	81.6	82.7	72.5	75.9	77.7
구동독지역	77.2	81.3	82.6	69.9	74.7	76.6
구서독지역	79.5	81.6	82.8	73.1	76.2	78.0

출처: Robert Koch Institute, 2014

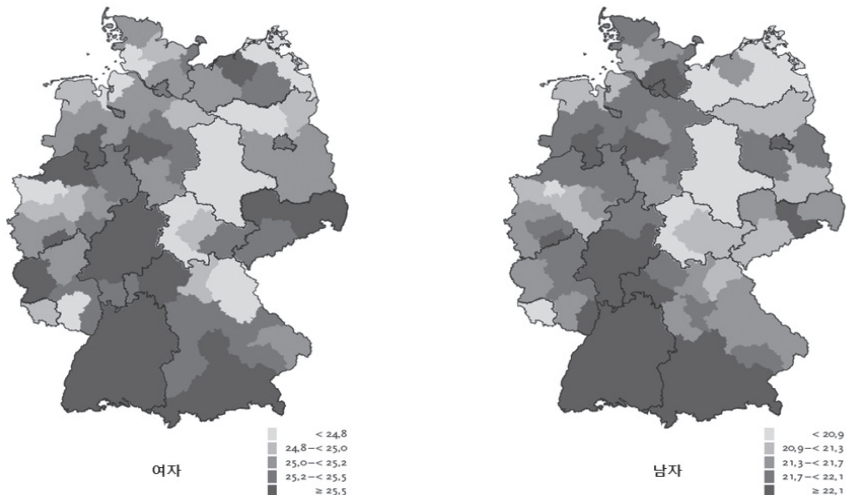
60세에서의 기대수명에서도 비슷한 현상을 볼 수 있는데, 동독지역 주민의 기대수명이 서독지역보다 가파르게 상승해서 동서독 간 차이가 두드러지지 않게 되었다.

표 1-10) 구동서독지역의 60세 기대여명의 변화

	여자			남자		
	1993	2004	2011	1993	2004	2011
독일 전체	22.1	24.1	25.0	17.8	20.1	21.3
구동독지역	20.7	23.7	24.8	16.5	19.5	20.8
구서독지역	22.5	24.2	25.0	18.1	20.2	21.4

출처: Robert Koch Institute, 2014

그림 1-14) 독일 각 지역의 60세 기대여명



출처: Robert Koch Institute, 2014

## 2. 심혈관 질환

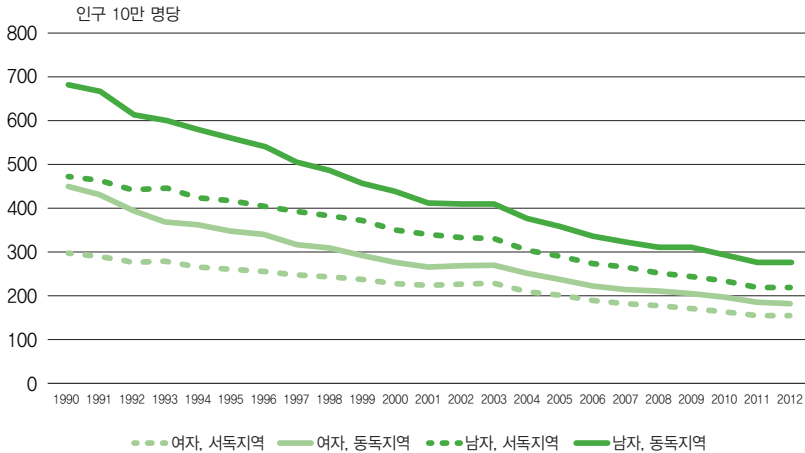
2012년 기준 독일 전체에서 심혈관 질환으로 입원치료를 받은 사람이 총 2,860,496명이었다. 2000년 당시 10만 명당 동서독지역 각각 3,280명 대 3,053명이었고 2012년 현재에도 2,841명 대 2,637명으로 여전히 동독지역 주민의 심혈관 질환 입원률이 높은 것을 볼 수 있다.

한편 심혈관 질환으로 인한 사망률에서는 기대수명에서의 현상과 마찬가지로 동서독 간 차이가 거의 사라지는 추세다. 1990년 당시 남녀모두 동독지



역 주민이 서독지역 주민에 비해 1.5배나 높은 심혈관 질환 사망률을 보였는데 2012년 기준에서는 그 차이가 미미한 정도이다.

그림 1-15) 구동서독지역의 심혈관 질환 사망률의 변화

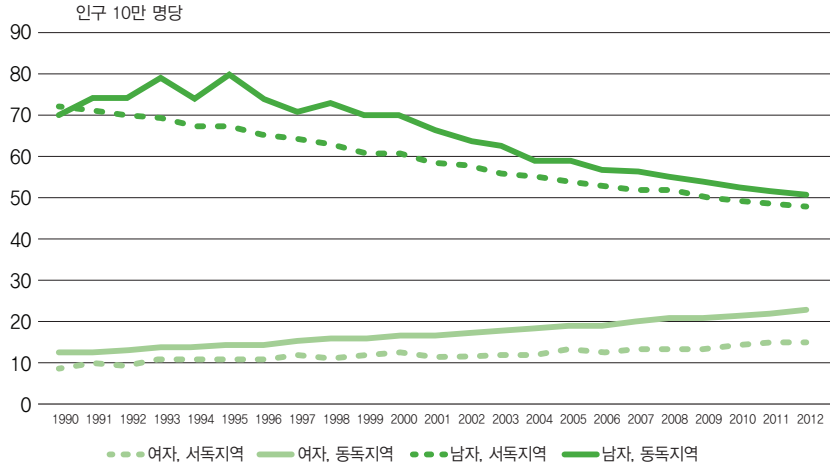


출처: Robert Koch Institute, 2014

### 3. 암

2012년 현재 독일 전체 사망 중 약 1/4이 암으로 인한 것이었는데 주로 유방암, 전립선암, 폐암, 대장직장암 등이었다. 통일 후 대체로 이러한 암 질환으로 인한 사망률의 동서독지역 차이는 크지 않은 것으로 보인다. 그러나 암의 부위별, 그리고 성별에 따라 동서독 차이의 양상이 달라진다. 폐암에 있어서는 우선 여성에서는 두 지역 모두 폐암으로 인한 사망률이 증가하고 있고 두 지역 간 차이 역시 시간이 지남에 따라 커지는 것을 볼 수 있는 반면 남성에서는 동독지역 주민의 암 사망률이 서독지역에 비해 높았으나 시간에 따라 그 차이가 줄어들고 있음을 볼 수 있다.

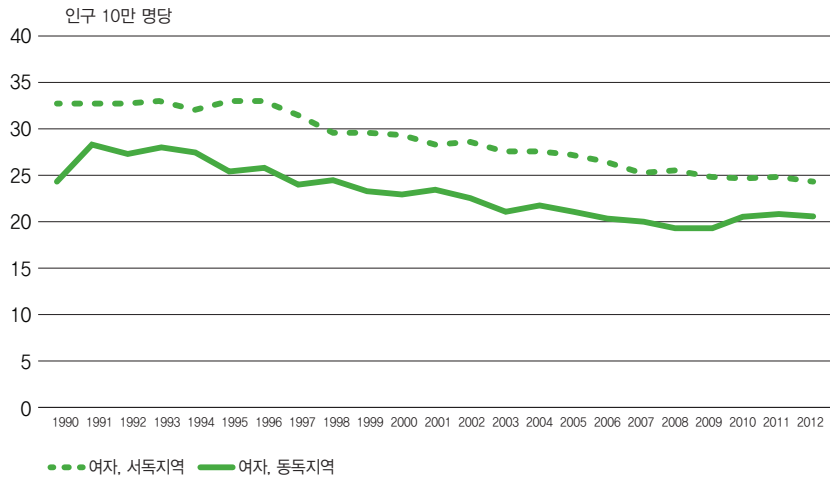
그림 1-16) 구동서독지역 폐암 사망률의 변화



출처: Robert Koch Institute, 2014

한편 유방암에 있어서는 통일 전후부터 서독지역 여성의 유병률과 사망률이 높은 것으로 나타났다. 사망률은 두 지역 모두 감소추세에 있으나 지역 간 차이는 크게 줄지 않고 있다.

그림 1-17) 구동서독지역 유방암 사망률의 변화



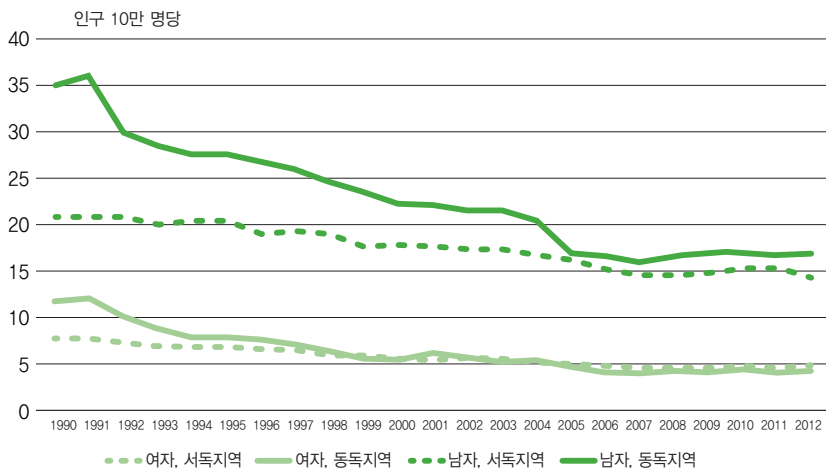
출처: Robert Koch Institute, 2014

## 4. 정신질환

최근 조사에 의하면 주요 정신질환 유병률에 있어서 동서독지역 간 차이가 거의 없는 것으로 나타났다. 여성에서는 동서독지역 각각 36.6% 대 33.7%, 남성에서는 20.4% 대 23.0%였다. 유병 양상도 비슷하여 가장 흔한 정신질환으로 동서독 공히 불안장애, 우울증이 가장 많았다.

자살률에서는 남성에는 통일 후 한동안 동독지역이 훨씬 높았으나 점차 그 격차가 줄어들어 2009년 이후 비슷한 수준이고 여성에서는 통일 직후부터 그 차이가 크지 않았다.

그림 1-18) 구동서독지역 자살률의 변화



출처: Robert Koch Institute, 2014

## 5. 비만

통일 직후에는 구동독지역의 비만률이 구서독지역의 비만률보다 월등히 높았다. 이것 역시 시간이 지날수록 그 차이가 줄어들고 있는 양상이며 이제는 의미 있는 차이가 사라졌다고 보고 있다. 그러나 노년층에서는 여전히 동독지역 주민의 비만률이 더 높고 독일 전체 지역에서 비만률이 지속적으로

상승하고 있다.

표 1-11 > 구동서독 비만률의 변화(체질량 지수 30 이상)

	1990-1992		1997-1999		2008-2011	
	동독지역	서독지역	동독지역	서독지역	동독지역	서독지역
<b>여자</b>						
18-24세			0.4	1.1	0.7	0.6
25-39세	3.4	5.0	4.6	3.0	3.6	3.9
40-54세	6.4	9.7	5.7	6.0	6.6	7.1
55-69세	9.7	12.1	7.6	10.8	6.9	8.3
전체	19.5	26.8	22.6	25.2	22.5	25.8
<b>남자</b>						
18-24세			0.8	0.5	0.6	0.9
25-39세	4.5	6.8	4.6	4.0	4.5	3.5
40-54세	6.7	8.6	5.9	8.1	7.9	7.8
55-69세	6.1	6.2	5.9	7.1	6.6	7.3
전체	17.3	21.7	19.7	23.3	24.6	23.9

출처: Robert Koch Institute, 2014

## 6. 흡연 및 음주

통일 초기에는 남성에서는 동독지역이, 여성에서는 서독지역의 흡연률이 더 높았다. 그러나 2012년 현재의 조사결과 남녀모두 두 지역 간의 흡연률 차이는 더 이상 없는 것으로 나타났다.

청소년 흡연률에 있어 동독지역 청소년들의 흡연률이 통일 후 서독지역보다 월등히 증가한 것을 볼 수 있다. 그러나 2005년 비흡연자 보호 정책이 시행되면서 양 지역 청소년 흡연률이 같이 떨어졌고 2012년 현재 큰 차이를 보이지 않고 있다.

그림 1-19) 구동서독지역 남녀청소년(12-17세) 흡연률 변화



출처: Robert Koch Institute, 2014

음주율, 특히 위험음주(risky alcohol consumption)율은 통일 전 동독지역에서 확연히 서독지역보다 높은 것으로 확인된다. 이 역시 통일 이후 점차 양 지역 격차가 줄어드는 추세이긴 하나 남성에서는 여전히 동독지역에서 높은 것으로 조사되었다. 2012년의 한 조사에서 동독지역의 남성 40대와 50대의 음주율(고위험음주 포함)이 각각 37.1%와 38.9%였는데 같은 연령대 서독지역 남성의 음주율은 이보다 약 10% 포인트 낮은 28.5%와 27.8%를 각각 나타냈다.

이상의 결과들을 종합했을 때 동서독 성인의 전반적인 건강격차는 상당히 줄어들었음을 확인할 수 있다. 특히 가장 중요한 건강지표라 할 수 있는 심혈관 질환 사망률과 기대여명 수준에서 그 차이가 거의 나지 않는다는 점에서 구동독지역 주민의 건강수준이 많이 개선되었음을 알 수 있다.

## 제4절 아동 및 청소년 건강수준의 구동서독지역 차이의 변화<sup>29</sup>

### 1. 전반적 건강

독일통일 이후의 성인건강변화에 관해 앞서 살펴보았는데 통일이 야기한 건강영향을 살펴볼 때에는 사실 많은 주의가 필요하다. 성인은 장시간(특히 통일 이전) 수많은 건강 관련 요인에 의해 영향을 받아왔기 때문에 특정 사회현상의 건강영향을 제대로 파악하기가 쉽지 않다.

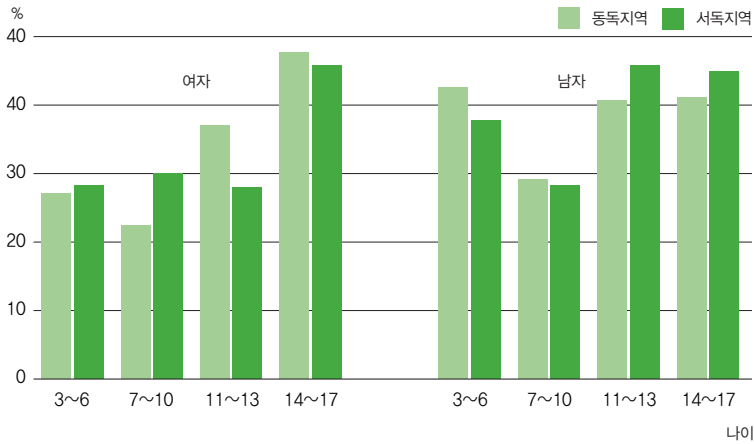
반면 독일통일 후 출생한 아동이나 청소년을 대상으로 구동서독 양 지역의 건강수준을 관찰하는 것은 보다 선명하게 양 지역의 의료 인프라나 의료 서비스의 질 또는 의료 정책의 효과를 가늠할 수 있는 방법이라 할 수 있다.

2007년 조사된 한 연구에 의하면 독일 전체의 남녀 아동 및 청소년을 통틀어 93%가 아주 좋거나 좋은(very good + good) 건강상태를 가진 것으로 조사되었고 7%의 대상자가 건강이 좋지 않은 것으로 평가되었다. 이 조사에서 성별이나 연령별 차이는 관찰할 수 있었지만 동서독 지역의 차이는 거의 없는 것으로 나타났다.

<sup>29</sup> 본 절에서는 독일 보건부 산하 연구기관인 Robert Koch Institute의 보고서인 ‘20 Years of Germal Unity: Are there still differences between east and west as regards the health of children and adolescent? (2010)’ 내용을 주로 발췌하였다.



그림 1-20) 구동서독지역의 건강불량 아동 및 청소년의 비중(2003-2006)



출처: Robert Koch Institute, 2010

또한 같은 조사에서 동독지역 아동 및 청소년의 87%는 지난 1년 동안 감기나 인플루엔자 감염이 있었다고 응답했는데 이것은 서독지역의 88%와 동일한 수준이었다.

이 밖에도 편도선염, 급성 기관지염, 크룹, 헤르페스 감염, 방광 및 요도 감염, 결막염, 폐렴 등의 급성기 질환들에 있어서 양 지역 간 의미 있는 차이는 없었다. 위장관계 감염(a)과 중이염(b)에 있어서는 지역차가 있었는데 서독 지역에서 각각 더 높은 것으로 나타났지만 큰 차이는 아니었다.

(a) 48% (서독) 대 42% (동독)

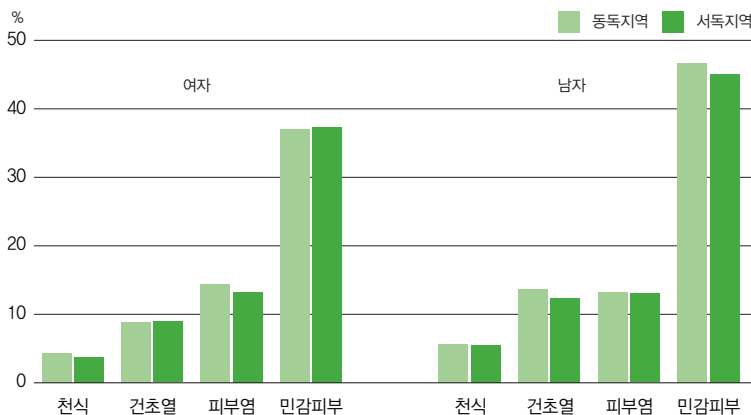
(b) 11% (서독) 대 9% (동독)

한편 몇몇 감염 질환은 동서독지역 간에 큰 차이를 보였는데 백일해는 서독지역 아동 및 청소년이 동독지역에 비해 3배 더 흔한 것으로 나타났고(10% 대 3%), 홍역과 성홍열의 평생 유병률 역시 서독지역 아이들이 더 높은 것으로 드러났다. 이하선염과 풍진은 동독지역 아이들에게서 보다 많이 발생되었다.

알레르기 질환은 아동기 및 청소년기의 주요 만성질환인데 이전 연구들

에서는 동독지역의 아이들이 그 유병률이 더 낮은 것으로 조사된 바 있었다. 그러나 통일 후 20년이 지난 현재 동서독지역 모두 알레르기 질환 유병률이 매우 크게 증가하였고 지역 간 차이는 보이지 않고 있다.

그림 1-21 > 구동서독지역 아동 및 청소년의 알레르기 질환 평생유병률(2003-2006)



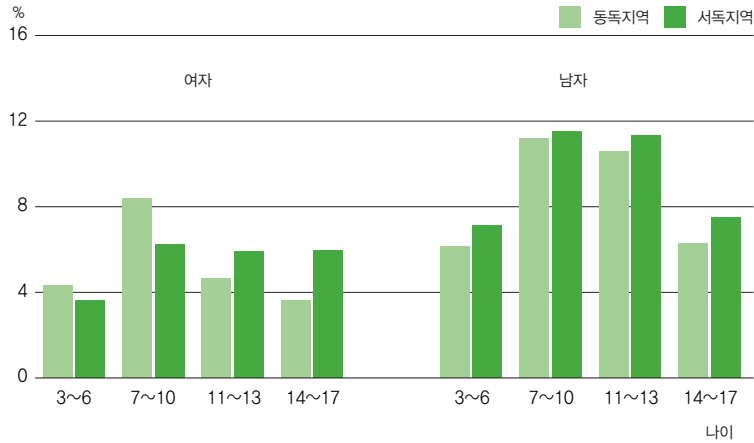
출처: Robert Koch Institute, 2010

이 외에 심장 질환, 빈혈, 발작, 당뇨병, 갑상선 질환 등의 비교적 흔하지 않은 만성질환에서도 두 지역 간 차이는 거의 없었다.

## 2. 심리적/행동적 문제

최근 독일에서도 아동 및 청소년의 집중력 결핍 등의 심리 및 행동 장애의 유병률이 증가하고 있는데 남자에게서 그 유병률이 약간 높았다. 전체적으로 서독지역 아동 및 청소년에서 심리 및 행동 장애의 유병률이 약간 높았으나 통계적으로 의미 있는 차이는 아니었다. 한편 과다행동 장애(hyperactivity disorder)의 유병률 역시 동서독 간 차이는 크지 않았다.

그림 1-22 동서독 아동 및 청소년의 심리 및 행동 장애 유병률



출처: Robert Koch Institute, 2010

### 3. 영양/운동/비만

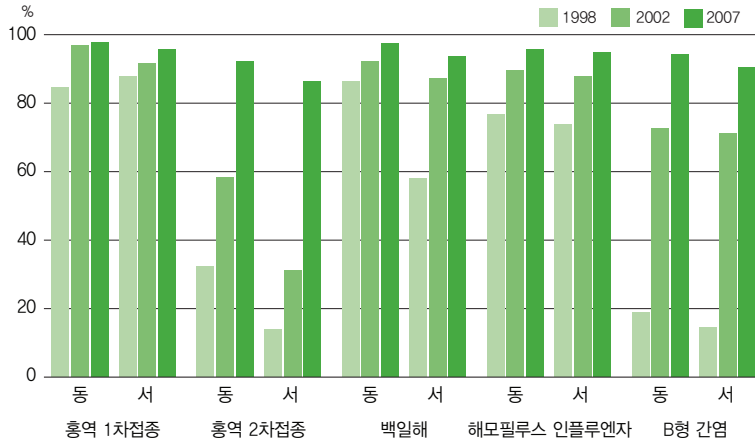
그 외 영양수준, 운동생활과 이에 밀접히 영향을 받는 비만수준에 있어서도 동서독 간 큰 차이는 관찰되지 않았다.

### 4. 예방접종 및 건강검진

아동 및 청소년에 대한 대표적인 예방적 의료서비스인 예방접종과 건강검진 프로그램이 형평성 있게 대상자에게 제공되는 것을 살펴보는 것을 통해 그 나라의 예방적 의료제공체계의 수준을 알 수 있다.

우선 예방접종률을 살펴보면, 전반적으로 동독지역의 예방접종률이 높은 것을 볼 수 있다. 이것은 통일 전 동독지역에서는 이미 학교에 속해 있는 의사들을 통해 필수예방접종을 받아온 데서 기인한다. 이러한 차이는 통일이 된 1990년대 후반에도 존재하는데 전반적인 접종률은 시간이 지남에 따라 지속적으로 증가하고 있다. 2007년이 되어서야 구서독지역의 예방접종률이 구동독지역과 유사한 수준으로 높아졌다.

그림 1-23) 구동서독지역 초등학생 예방접종률



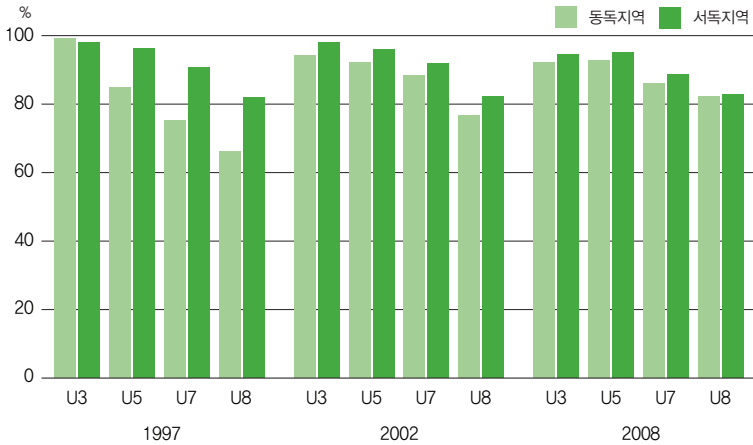
출처: Robert Koch Institute, 2010

구서독은 1971년부터 영유아를 대상으로 한 건강검진 프로그램(U-test program)을 가동해 왔다.<sup>30</sup> 구동독지역에서는 통일 후 이와 동일한 프로그램이 적용되었다. 따라서 통일 초기에 구동독지역 아동 및 청소년의 건강검진 수검률이 구서독지역보다 낮은 것은 자연스런 현상이라 할 수 있다. 특히 U5부터의 수검률에 있어서 동서독지역 간 차이가 컸다. 그러나 이 역시 시간이 지날수록 그 격차가 줄어들어 2008년 현재 양지역 간 건강검진 수검률에 있어 큰 차이는 관찰되지 않는다.

<sup>30</sup> 현재 U-test는 U9까지 있으며 각 검진별 수검대상은 다음과 같다.

U1: 출생 직후, U2: 출생 후 3-10일, U3: 4-5주, U4: 3-4개월, U5: 6-7개월, U6: 10-12개월, U7: 21-24개월, U7a: 34-36개월, U8: 46-48개월, U9: 60-64개월

그림 1-24) 구동서독지역 영유아 건강검진 프로그램(U-test) 수검률



출처: Robert Koch Institute, 2010

이상의 결과들에서 구동서독지역의 아동 및 청소년의 건강수준 및 의료 서비스 이용 차이는 미미한 수준이라 할 수 있으며 이것은 구동독지역에 구서독지역의 것과 유사한 수준의 의료체계가 확립되고 있음을 보여 준다.

## 제5절 통일 후 독일의 의료개혁 과정

### 1. 통일 초기의 의료 개혁: 1997년까지

통일 이전 20년 동안 서독은 여러 비용 통제 조치들을 통한 개입으로 높아지는 의료비를 통제하려고 시도했다. 비용 억제 정책들의 가장 큰 목표는 고용주와 피고용인이 질병 금고에 지불하는 보험료의 평균 요율을 노동자의 임금 상승률과 일치시키는 것이었다. 본질적으로, 서독정부는 서독의 GDP 중에서 의료에 할당할 수 있는 몫이 이제 한계에 다다랐다고 선언한 것이었다.

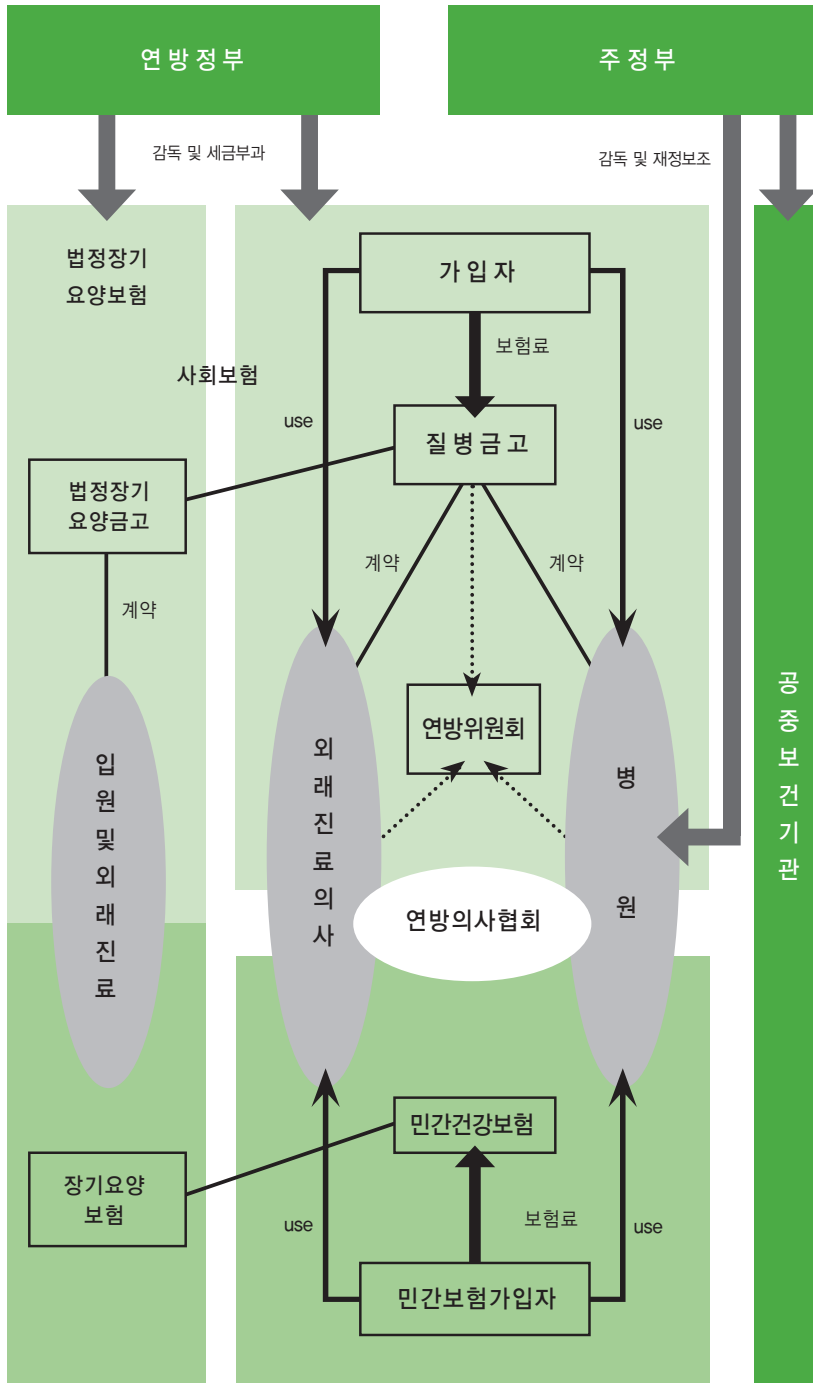
혜택을 줄이거나 환자의 비용 부담 요건을 늘리는 대신 정부는 의사가 받는 수가와 병원 예산을 더욱 엄격히 통제했다. 이들 비용 억제 조치는

1980년대 동안 매우 효과적이어서 의료 지출 증가율을 경제 성장률과 거의 같은 수준으로 억제한 것으로 증명되었다. 그러나 독일통일은 필연적으로 의료 지출을 크게 늘어나게 했다. 독일통일의 막대한 도전과제들은 의료 체제에 큰 압력을 지속적으로 가했고, 증가하는 의료비용과 싸우기 위해 다시 한번 의료보험제도의 개혁이 필요했다. 통일 이래로 개혁 입법의 주요 취지는 지출을 통제하고, 규제가 심하긴 해도 경쟁을 촉진함으로써 기술적 효율성을 향상시키면서 한편으로 공평성과 의료의 질에 부정적인 영향을 끼치지 않는 것이었다.

이러한 기본 원칙을 바탕으로 당시 통일독일의 집권 정부인 기독교민주동맹-자유 정부(Christian Democratic-Liberal Government: 1982-1998)는 1988년부터 1990년대 중반까지 모든 의료 부문에서 지출을 통제하기 위해 매우 적극적으로 개입하였다. 동시에, 각 보험조합(질병 금고)들 사이에, 그리고 병원 부문에 경쟁촉진 규정이 도입되었고, 이를 조금 완화하는 것이 공평과 의료의 질에 부정적인 영향을 주지 않기 위한 조치들이었다. 또한 인구의 의료 필요사항을 보다 충분히 충족시키고 의료 서비스를 보다 효율적으로 제공하기 위해 새로운 혜택들이 추가되었다.

이 기간 동안 법정의료보험제도 혜택 패키지에서 사라진 것은 거의 없었다. 점점 이 기간 동안 상당한 수의 새로운 약과 기술이 보험 급여 항목에 첨가되었고, 서비스의 양상은 장기적인 완화치료(palliative care)와 예방 쪽에 중심을 두게 되었다. 1994년에는 장기요양보험까지 포함하여 건강보험의 범위를 확대하였고 오늘날 독일 의료보험 체제는 아래 그림과 같은 구조를 지니고 있다.

그림 1-25) 통일독일의 의료보험체계



구체적인 개혁과정을 차례로 살펴보면, 가장 먼저 시도한 개혁 내용은 지출 상한선 체제<sup>31</sup>를 지출 목표(expenditure-targeting) 체제로 바꾸는 것이었다. 지출 상한선 체제는 의사에게 들어가는 지출의 분기별 증가폭을 질병 금고 회원들의 해당 분기별 소득 증가분과 비교함으로써 그 상한선을 정했었다. 지출 목표 체제는 의사에게 들어가는 지출을 연간 성장률에 맞추었다. 지출 목표 체제는 한동안 의사에게 지불하는 금액의 급격한 증가를 제한했지만, 그래도 증가세는 질병 금고 회원당 소득 성장보다 더 컸다. 의료 지출을 보다 효과적으로 통제하기 위해서 또 다른 조치가 필요했다.

1992년 말, 독일정부는 추가적인 비용 통제 조치들을 도입하고, 의료 네트워크에 근본적인 구조 변화를 준 주요한 의료 개혁 패키지를 통과시켰다. 1993년 의료개혁법(Health Care Reform Act)이라고 칭하는 이 패키지는 전체 지출액뿐만 아니라 의사 서비스 단가와 제약회사를 통제함으로써 전체 지출을 제한하려고 했다. 또한 이 법은 특정 인구 집단들의 경우에 질병 금고의 선택에 부과했던 제한을 없앴고, 재정 위험 균등화(financial risk equalization) 계획을 수립했다.

이것은 질병 금고들이 회원을 유치하기 위해 서로 경쟁할 수 있도록 하는 경쟁원리를 도입한 것이다. 게다가 이 법은 병원 지불 체계도 개혁했다. 외래진료와 병원진료 사이의 극명한 구분을 약화시키기 위한 시도로 이 개혁법은 병원이 입원 전에 외래 치료를 먼저 제공하게 허용했고, 병원 의사들이 병원 밖에서 특정 수술을 할 수 있게 허용했다. 이것은 독일 의료보험제도의 구조적 측면을 개혁하려 한 첫 번째 주요한 시도였다.

1993년 의료개혁법은 동독 주들에 대한 특별 조항을 포함하고 있었다. 의사 지출 증가는 서독 주들보다 이전 동독지역에서 더 큰 정도로 증가하도록 허용했다. 또한 의료개혁법은 동독 병원들에 대한 민간 자본 투자 과정

.....

<sup>31</sup> 1987년에 수립되었다.





을 간소화함으로써 이를 촉진시켰다. 입법자들은 민간 자본이 동독의 기술적으로 또한 물리적으로 열등한 병원들을 업그레이드시키는 데 도움이 되기를 바랐던 것이다.

1993년 의료개혁법은 1993년 1월 1일에 발효되었고, 그 영향은 거의 즉각적으로 볼 수 있었다. 1992년 전반 6개월 동안 의료비용은 이전 해에 비해 11% 올랐지만, 1993년 첫 6개월 동안에는 이전 해에 비해 2.7% 떨어졌다. 마침내 독일은 증가하는 의료비용 문제에 대한 효과적인 해결책을 찾은 것이었다.

장기요양서비스에 대한 접근성은 법으로 장기요양보험계획을 독일공적보험제도의 새로운 다섯 번째 기둥으로 도입함으로써 상당히 확대되었다. 1996년과 1997년에 통과된 3개의 개혁법은 환자본인부담금(out-of pocket payment)을 늘림으로써 의료보험의 수익 측면을 강조했다. 예방 및 재활 혜택은 줄어들었고, 1978년 이후 태어난 사람들을 위한 치아 임플란트 서비스도 법정의료보험제도 급여 항목에서 제외되었다. 동시에 제약부문, 외래진료 및 입원환자 부문에 부과되었던 예산은 보다 늘어났다.

## 2. 이후 통일독일의 의료 개혁: 1998년부터 최근까지

먼저 사민당/녹색당 연정(1998-2005)하의 의료 정책은 다음과 같이 3개의 짧은 기간으로 나눌 수 있다.

첫째인 1998-2000년에는 1996년과 1997년에 만든 규정들 대다수를 폐지하고 그 대신 모든 부문에서 더 엄격한 비용 억제 조치들을 취했다. 또한, 법정의료보험제도 혜택 패키지는 사회요법(sociotherapy) 같은 서비스들도 포함하도록 확대되었고, 환자 정보 및 의료인 교육이 보다 현대화되었다.

두 번째 기간인 2000-2003년에는 이전 관련 부처 장관들이 교체되고 이어 다양한 이해관계자들의 일련의 원탁회의를 통해 소소하지만 중요한 여러 법들이 통과되어 시행되었다. 제약부문 지출 상한선이 없어졌고 그 대신 법정의료보험제도 의사들의 지역연합과 질병 금고 사이의 기준이 되는 합

의(benchmark agreements)가 생겼다. 지역연합은 보험 청구서 평가 위원회(claims review committee)를 통해 효율성 감사를 수행할 권리를 보유했다. 더구나, 법정의료보험제도 체계의 다양한 주체들은 의사들에게 제약회사의 비용효과성에 관한 시의적절한 정보를 제공해 신중한 처방전 작성을 격려해야 했다. 또한, 2004년 새로운 입원환자 선불제방식(prospective payment system)의 일환으로 포괄수가제<sup>32</sup>가 전격 도입되었고, 1994년 이래로 있어온 위험조정(risk adjustment) 체계도 개혁되었다.

세 번째 기간은 2004년의 법정의료보험제도 현대화법(GKV-Modernisierungsgesetz)의 도입으로 이들 개혁의 많은 수가 한 걸음 더 나아가 실행되거나 질병 금고가 의무적으로 실행해야 하는 것으로 되었다. 의료 제공의 혁신적 모델들이 확고하게 자리잡아 의료 제공의 풍경이 다양해졌다. 동시에, 정책 뒤집기가 일어나 비용은 환자본인부담금과 혜택의 배제를 통해 개별 가정이 부담하게 되었다. 이렇게 하기 위하여 1996-1997년의 개혁 조치들 일부를 재도입했다.

2005년 9월 선거 후 기독교민주동맹(Christian Democratic Union)과 사민당(Social Democratic Party)은 소위 대연정을 구성할 수밖에 없었다. 두 정당 모두 의료보험제도의 수익 측면을 근본적으로 개혁해야 할 필요성에는 동의했지만, 그들은 선거 운동 당시 서로 다른 접근방식을 옹호했던 상황이었다.

사민당은 소위 Bürgerversicherung(글자 그대로 “시민의 보험”)을 제안했다. 이에 따르면

- 의무적인 의료보험을 추가적인 인구 집단으로 확대하고
- 임금 상한선 이상이 되면 법정의료보험제도에서 탈퇴할 수 있었던 임금 상한선을 없앴고(Versicherungspflichtgrenze)

.....

<sup>32</sup> 환자의 질병과 아픈 정도에 따라 특정 질병군으로 분류되고 각 질병군별로 진료비가 미리 설정되어 있어 의료의 과잉공급과 이로 인한 진료비 증가를 방지할 수 있다.



- 법정의료보험제도 임금 기반(즉, 법정의료보험제도를 징수하는 최대 총 임금. 독일어로 Beitragsbemessungsgrenze)을 늘렸고
- 법정의료보험제도 자금 기반을 늘려 임대료와 이자 같은 다른 소득 형태들도 포함시켰다.

이와 대조적으로, 기독교민주동맹(Christian Democrats)은 지역 공동체 단위의(community-rated) 1인당 보험료 계산과 직원들의 총급여를 토대로 한 고용주의 고정 부담금을 결합한 형태를 옹호했다. 보험금을 낼 능력이 없는 사람들은 종합과세를 통해 충당한 보조금을 받았다

그 다음의 대연정(2005-2009년, 첫 번째 메르켈 총리 내각) 기간에 만들어진 개혁 조치들 중에서, 2007년의 법정의료보험제도 경쟁력 강화법(GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz)은 단연 가장 논란이 많았다. 이 법은 대연정의 두 당의 서로 다른 접근법의 중요한 측면들을 결합시키려는 시도였다. 개혁은 2009년 1월에 완전히 실행되었다. 이 법은 몇몇 구조적 변화를 담고 있었는데,

- (1) 중앙재분배풀(Central Reallocation Pool)의 도입
- (2) 보편적개인분담금비율(universal contribution rate)에 따라 이 중앙재분배풀에 보험료를 지불
- (3) 질병기준을 토대로 한 위험구조보상계획(risk structure compensation scheme)에 따라 질병 금고들에 자금 할당
- (4) 개별 질병 금고는 피보험자에게서 지역 공동체 단위 보험료를 보충해서 더 받거나 아니면 피보험자에게 돈을 다시 돌려주거나 하여 할당금과 지출금을 동일한 금액으로 균형을 맞추기
- (5) 모든 주민들에게 보편적 의료 보험 제공
- (6) 민간보험업체들은 법적 의무로 새로운 “기본 보험료율” 제공
- (7) 질병 금고협회의 조직 재구성
- (8) 외래진료 제공자의 지불 개혁 등이다.

2009-2013년, 기독교민주동맹-자유정부(Christian Democratic-Liberal Government)가 집권했다(두 번째 메르켈 내각). 법정의료보험제도 자금조달법(GKV-Finanzierungsgesetz)과 제약시장개혁법(Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz)이 이 연정하에서 2011년에 발효되었다. 법정의료보험제도 자금조달법은 주로 보편적 개인분담금 비율(universal contribution rate)을 0.6%만큼 올림으로써 의료보험제도의 수입을 증가시키기 위함이었다.<sup>33</sup>

이에 더하여, 보충 보험료(supplementary premiums) 관련 규정도 수정했다. 제약시장개혁법은 모든 새로운 제약회사에 대해 급여 평가를 실시했다. 그래서 기존의 혜택에 추가적인 혜택을 제공하는 제약회사들만 이제 더 높은 요율로 돈을 돌려주었다. 1년 후, 법정의료보험제도 의료구조법(GKV-Versorgungsstrukturgesetz)이 발효되었다. 이 법의 주요 목적은 시골지역에서의 의료 서비스를 향상시킨다는 목적을 명시해놓고, 의료 서비스를 (지역적인 측면에서) 보다 공평하게 접근 가능하도록 만든다는 것이었다.

2013년 12월 이래로 또 다른 대연정 정부(세 번째 메르켈 내각)가 집권해 오고 있다. 대연정 합의는 의료의 품질, 특히 병원 부문에서의 품질을 향상시키려는 새로운 계획들에 초점을 맞추고 있다.

효율성과 의료의 적정성에 초점을 둔 독일의 의료 개혁이 실로 의료 제공자와 피보험자에게 상당한 영향을 미쳤지만, 전반적인 사회 발전과 의료 부문 외의 부문들에서의 정책 개혁의 영향도 과소평가되어서는 안된다. 다음은 그런 것들의 일부 예이다.

- 통일 후 서독 기관들을 동독으로 옮긴 것은 동독의 의료 부문을 구조조정하는데 핵심적인 역할을 했고, 서독 기준을 맞추기 위해 상당한 투자를 요구했다.
- 많은 수의 복지개혁이 대개 연금 생활자, 실업자, 학생, 사회복지 수혜

.....

<sup>33</sup> 2009년 금융위기 당시 다시 0.6% 내렸다.



자 등의 법정의료보험제도 개인분담금을 줄임으로써 의료보험제도의 수익 측면에 영향을 주었다. 그러나 소수의 경우, 수익은 증가해오고 있는데, 예를 들어 아르바이트(소위 Minijobs)를 하는 사람들에게 개인분담금을 내도록 요구해서 그런 것이다.

- EU 지침과 판례법도 의료 제품 및 서비스 규정에 상당한 영향을 미쳤다. 이것은 대체로 대중의 눈에 보이지 않게 일어났지만, 틀림없이 앞으로의 의료 제공에 중요한 영향을 미칠 것이다. 특히 환자의 권리 분야에서, 국가 간 의료에서의 환자의 권리에 대한 EU 지침이 유럽 각 회원국의 법으로 적용되면 가까운 미래에 변화가 기대된다. 또, EU 회원국들이 유럽연합집행위원회를 통해 공공 지출을 더욱 철저히 통제하면 국가 수준에서 쓴 의료 지출을 국제적으로 정당성을 증명해야 하는 요건이 더욱 강력해질 것이다.

## 제5장

## 한반도통일에서의 보건의료 분야 시사점

### 제1절 통일 전 교류 및 보건협정에 대한 시사점

동서독은 분단 시기에도 여러 분야에서 인적·물적 교류를 해왔고 특히 보건의료 분야와 같이 인도적인 지원이 가능한 분야에서 양국 간 상호 협정을 맺으며 이를 바탕으로 지속적인 교류를 유지하였다. 1974년 체결한 동서독 보건협정은 상당한 정치적 의미와 더불어 동서냉전이 지속되었던 1980년대까지 양국 간의 지속적인 교류가 가능하도록 한 중요한 계기였다고 할 수 있다.

남북 역시 그동안 여러 정치적·인도적 상황을 배경으로 하여 다양한 수준의 합의를 바탕으로 한 경제협력 중심의 남북교류를 시도했었고 일부 상당한 진전이 있었다. 특히 보건의료 분야에서는 적지 않은 규모의 대북보건의료지원이 지속적으로 이루어졌고 보다 체계적이고 효과적인 지원 및 교류를 위하여 남북 간 보건의료 분야 협약을 시도했다.

참여정부 막바지인 2007년 10월, 「제2차 남북정상회담」에서 남북은 ‘10.4 정상선언’을 채택하였는데 ‘보건의료 분야’를 경제협력 분야에 포함하도록 하였고 이어 2007년 12월 「남북보건의료 협력분과위원회 제1차 회의」에서 ‘남북보건의료협력 합의서’를 채택하기에 이르렀다. 이것은 분단 60년 만에 양측 당국자 간에 이루어진 첫 보건의료협력에 관한 합의로써 이리



한 합의를 바탕으로 남북 보건의료교류가 크게 활성화될 것으로 기대되었다. 보건의료협력 분야가 다른 분야에 비해 비정치적, 인도주의적 특성을 가지고 있는 점이 부각된 것이다.

현재의 경색된 남북관계 상황에서도 정치적 상황에 영향을 받지 않고 보건의료 협력을 추진할 수 있도록 하는 명시적 근거가 필요한 상황이며 이를 위해 보다 실용적이고 체계적인 내용을 지닌 협정안이 구상될 필요가 있다.

앞으로의 협정 안에는 다음과 같은 내용이 포함될 필요가 있다.

- 의료시설 현대화를 위한 협력사업
- 보건의료 인력 교육 및 훈련 프로그램 개발 및 실시
- 학술적 교류의 정례화
- 의료안전망 구축을 위한 기반마련
- 감염성 질환 공동대응을 위한 정보교환 등의 공조체계 구축
- 영유아 및 임산부 대상 영양 및 보건 사업
- 의약품 및 의료기구 지원
- 상시적 의사소통체계 구축

이러한 협정 안을 바탕으로 보건의료 분야의 교류와 협력이 남북관계 진전의 마중물 역할을 할 수 있어야겠다. 무엇보다 현재 북한주민에 대한 인도적 차원에서, 그리고 앞으로 통일한국의 안정된 인간 안보(human security)를 위해서 통일 전 북한주민에 대한 실제적인 보건의료지원이 반드시 필요하다.

## 제2절 의료보장체계 통합에 대한 시사점

### 1. 보건의료체계 통합 및 의료개혁 필요성

통일이 가시화되자 서독에서는 통일독일의 보건의료체계의 모델 선정을

둘러싸고 논쟁이 치열했었다. 서독의 보건시스템은 오래전부터 효율성에 대한 비판적인 평가가 있었는데 당시 급증하는 의료비 문제가 주된 이유였다. 이러한 결함이 있는 서독 모델을 동독지역에 그대로 확대 적용해야 한다는 주장과 함께 서독 모델의 장점과 동독 모델의 장점을 접목시킨 통합 모델을 개발해야 한다는 주장도 만만치 않았다. 동독의 장점들이 서독에서 언급되던 개혁을 실현시킬 수 있는 방안으로 제시되기도 하였다. 한편 이번 기회에 아예 다른 나라 보건의료체계를 도입하자는 주장마저 난무했었다고 한다.<sup>34</sup>

그럼에도 이러한 논의들이 더욱 발전되지 못하고 서독의 체제를 그대로 동독지역에 '이식'하게 된 데에는 논의를 위한 충분한 시간적 여유가 없었고 사회혼란을 최소화하기 위해서는 이미 검증된 체제를 적용하는 길밖에 없었기 때문이다. 서독의 사회보장시스템은 입증된 시스템이고 두 가지 시스템의 혼합은 어떤 사태를 초래할 지 모르는 위험이 있었던 것이다.

우리나라는 모든 면에서 현재 남북 간의 격차가 당시 동서독 간의 격차보다 훨씬 더 크다는 점을 감안해야 한다. 그러므로 통일 이전부터 남북한 보건의료체계의 격차를 줄이기 위한 장기적인 계획을 가지고 남북한 보건의료 통합을 위한 준비과정이 필요하다.

현재 남북한 보건의료통합과 관련된 담론에서도 남한과 북한의 한계들을 극복하고 서로의 장점을 융합하여 효과적이고, 효율적이며, 형평성이 보장되는 통일한국의 보건의료체계를 달성해야 한다는 원론적인 주장이 상식적으로 받아들여지고 있다. 현재 남한의 의료보장체계의 여러 비효율적인 문제들, 그리고 이로 인한 지속가능성을 자신할 수 없는 비관적인 전망들을 고려할 때 남북한의 통일을 바람직한 의료 개혁을 위한 것으로 활용해야 한다는 것이다.

그러나 이를 위한 구체적인 제도와 프로그램들이 통일 이전에 미리 실행

.....

<sup>34</sup> 영국, 스웨덴, 핀란드, 미국 등의 모델이 거론되었다.





되어 보지 않는 한 이러한 이상적인 원칙은 달성되기 어렵다. 가령, 문지기 제도(gate keeper) 성격의 북한 의사담당구역제도의 장점을 포용하고자 하여도 통합을 추진하는 남한정부가 이와 유사한 제도나 프로그램을 직접 운영해 본 경험이 없다면 이를 실현하기 어려울 것이다.

한반도가 맞이할 통일의 성격도 독일만큼이나 아니 그 이상으로 급작스럽고 여유가 없을 가능성이 높다. 사회혼란을 최소화하는 방향의 안정된 정책이 추구될 가능성이 높기 때문에 우리 정부는 통일 전 가능한 보건의료 개혁들을 서둘러 시행할 필요가 있다. 그리고 남북보건의료통합을 위한 장기적인 준비과정 및 계획 수립이 절실히 요구되고 있다.

독일은 통일 후 필연적으로 급증하는 의료비 문제를 맞닥뜨려야 했고 지속적인 의료개혁을 단행하면서 그 노력을 이어오고 있다. 특히 구동독지역의 의료 자원에 대한 합리화 정책을 통해 비효율적인 의료공급구조를 크게 개선하였고 구서독지역 중심으로는 진료비 증가 억제 정책을 효과적으로 구사했다.

이 점은 통일한국도 반드시 고려해야 하는 정책방향이며 통일시 급증할 가능성이 큰 진료비 문제에 대한 획기적인 대책이 강구되어야 할 것이다.

## 2. 건강보험제도 북한지역 도입시 문제점

한편 독일의 경우, 구동독시절에는 1883년부터 존재했던 사회보험제도가 통합사회보험제도로 그 형식만 바뀌어 지속되었기 때문에 동독국민들에게 사회보험에 대한 인식과 이해가 있었다. 이것은 통일 후 구동독지역 주민의 적절한 의료이용으로 이어졌고 결국 구서독주민과 유사한 건강수준을 가지게 되었다.

그러나 북한주민은 현재 남한에서 시행하는 의료보장제도의 핵심인 건강보험을 경험한 적이 없다는 점이다. 보험료나 본인부담금 등에 대한 이해가 부족하다. 이러한 상황에서 통일이 이루어진다면, 경제력이 빈곤한 북한주민의 의료이용에서 불평등이 커질 수 있다. 따라서 남한은 통일 이전에 의료재

정체계의 공공성의 비율을 늘려 보장성을 강화하여 통일시점에 과도기적으로 북한지역 주민에 대한 본인부담을 최소화할 필요가 있다. 이렇게 확충된 공공재원의 일부는 통일금고 또는 통일세와 더불어 보건의료의 기반이 완전히 무너진 북한의 보건의료 인프라를 재건하기 위한 재원으로도 활용될 수 있을 것이다.

고난의 행군 이후 배급 체계나 실제적인 무상의료제도가 무너졌고 따라서 북한주민들은 자급자족 및 국가 보장에 대한 의존에서 벗어난 경험을 충분히 했다고 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 통일한국의 북한주민은 남한정부의 급부 보장에 대한 기대감이 매우 클 수 있다. 따라서 한국에서는 이러한 상황에서 제대로 작동할 수 있고 재정적으로도 실현 가능한 시스템을 마련해야 한다. 북한주민들의 경우 과도기 단계에서는 이러한 의료보험 시스템에 대한 기여금을 납부할 여력이 전혀 없을 것이기 때문이다.

### 3. 보건의료 분야 통일비용

본문에서는 언급하지 않았지만<sup>35</sup> 보건의료 분야 통일비용의 문제가 있다. 동독의 의료 인프라 재건 및 의료보험 적용을 위한 비용은 막대한 것으로 평가되고 있다. 2010년 당시 약 2조 유로에 달하는 이전지출금(Transfergelder)이 구연방주에서 신연방주로 지급되었고 연대협정(Solidarpakt)에 의해 부과되는 소득세의 추가 5%의 연대세가 2019년까지 지속될 예정이라 한다.<sup>36</sup>

장기적으로 보건의료 분야 통일비용을 추정하고 통일비용을 줄이는 지원 방향을 모색하는 것이 필요하다. 그런데 이를 위해서는 현재 북한의 사회보장체계 및 보건의료체계와 공적 의료보장제도에 대한 실상파악이 중요하다. 독일의 경우에는 제한적이긴 했지만, 지속적인 공식·비공식적 교류를 통해 서

.....

<sup>35</sup> 독일의 보건의료 분야 통일 소요 비용에 대한 충분한 자료를 확보하지 못하였다.

<sup>36</sup> 남북보건의료통합준비 한-독 심포지엄, 2009



로의 실상을 파악할 기회가 있었음에도 통일시점의 동독의 의료상황이 서독의 보건의료전문가들이 평가했던 것보다 훨씬 심각한 상태로 드러났던 것이다.

현재까지 드러난 북한의 보건의료 상황은 당시의 동독의 상황보다 훨씬 심각한 것으로 보는 것이 대체적인 의견이다. 보다 구체적인 북한 상황에 대한 정보를 다양한 경로를 통해 수집, 분석하는 것이 필요하다.

#### 4. 통일시 남한 의료인의 역할

많은 수의 구동독지역 의사들은 통일과 함께 개업의사로 전향해야 했고 그 결과 그동안 전혀 경험해 보지 않은 많은 의료행정적인 부담을 떠안게 되었는데 기본적으로 이들의 신분이 국가에서 보장해주는 공무원이 아니라 개인 자영업자에 가까웠기 때문이다.

이러한 상황에서 서독 의사협회와 여러 민간단체들은 동독지역 의사들을 위한 지원과 조언을 아끼지 않았다. 그 결과 행정적으로는 매우 이른 시간 안에 구동독 의사들의 의료행위를 위한 준비들을 매끄럽게 마칠 수 있었다.

이 점 역시 우리에게 시사하는 바가 큰 데 먼저 보건의료 통합시 남한 의료 인력이 감당해야 할 많은 일들이 있음을 보여준다. 무엇보다 서로의 의학 교육 및 보수교육 내용이 다르지 않아 상호 자격 인정이 가능했던 독일의 경우와는 달리 통일한국 상황에서는 북한지역 의료인들에 대한 자격 논란과 이들에 대한 재교육 필요가 제기될 것이 자명한 상황에서 남한 의료인들의 배타적인 자세가 아닌 온정적 지도자의 자세가 필요하다.

### 제3절 의료이용에 대한 시사점

구동독지역에서 통일 후 의료이용량이 늘어난 점은 우리가 주목해야 할 점이다. 이것은 통일 초기 혼란 상황에서 구동독지역 주민의 의료 접근성에

제한이 있었고 결과적으로 미충족의료가 많아졌다가 상황이 안정화되면서 보다 공격적인 의료이용이 발생했을 가능성이 있다.

한반도에서도 통일안정화 단계에서 북한지역에 의료 인프라와 의료공급이 어느 정도 안정화되면 북한지역 주민들의 의료이용량이 크게 증가할 수 있음을 보여 준다. 그동안의 미충족의료의 정도가 매우 크기 때문이다.

현재 남한에 거주하는 북한이탈주민의 의료이용량을 분석해 보면 같은 경제적 수준에 있는 남한사람들보다 월등히 많고 그 정도가 갈수록 심해지고 있는 것을 볼 수 있다.

탈북자들의 진료비가 2007년 이후 50% 이상으로 급증하고 있는 것을 볼 수 있는데 이것은 무엇보다 실제적으로 이들의 불건강상태나 미충족의료에 기인했다고 볼 수 있다.

표 1-12 < 국내 탈북자의 의료급여 총 진료비 변화

(단위: 만원)

구분	전체	증가율	성			
			남자	증가율	여자	증가율
2003	167,444		81,635		85,809	
2004	201,393	20.27	82,485	1.04	118,907	38.57
2005	282,753	40.40	101,803	23.42	180,949	52.18
2006	396,522	40.24	154,250	51.52	242,272	33.89
2007	481,219	21.36	185,043	19.96	296,176	22.25
2008	675,141	40.30	237,003	28.08	438,137	47.93
2009	1,296,007	91.96	410,997	73.41	885,010	101.99
2010	1,632,879	25.99	472,460	14.95	1,160,418	31.12
평균증가율		38.45		28.51		45.07
증가율 ('03-'06)		33.29		23.63		41.34
증가율 ('07-'10)		50.27		36.68		57.65

출처: 윤석준, 통일부 한독통일자문회의 제출 원고 중 일부 발췌(2013)

북한은 현재에도 형식적으로는 무상의료제가 시행되고 있다. 고난의 행군 이후 장마당에서의 약품 구매, 뇌물을 통한 의료 서비스 공급 등을 부분



적으로 경험했기 때문에 의료 서비스 이용시의 비용의식이 어느 정도 생겼을 것으로 예상할 수 있으나 기본적으로는 비용의식이 부족할 것으로 예상된다. 이러한 상황에서 향후 통일한국의 의료보장체계에서 보험료나 본인부담금 등의 필수적인 자기 납부를 어떤 자세로 받아들이고 수행할지 미지수가 할 수 있다. 본인부담에 대한 부담이 매우 크게 다가온다면 이것은 결과적으로 북한지역 주민의 미충족 의료이용으로 발전할 가능성이 크다.

따라서 통일 초기에는 과도기적 성격으로 북한주민을 현재 남한의 의료급여 대상자와 같은 성격으로 자격을 규정하고 점차 본인 부담의 정도를 늘려야 할 것이다. 이를 위해서는 남한의 의료재원 중에서 공공재원이 차지하는 비중을 획기적으로 늘려야 할 필요가 있다. 현재 남한의 의료재정 중에서 공공재원이 차지하는 비율은 OECD 국가 중에서 하위권에 속하는 50%대 초반이다. 통일한국에서도 핵심적인 의료보장체계로 활약하게 될 국민건강보험의 재정을 더욱 확대하여 보장성을 강화하여야 하는데 국가 재정의 보조가 더욱 확대될 필요가 있다.

또한 북한지역 주민의 만족스런 의료이용을 위해서는 현재 10% 정도에 불과한 공공의료자원의 비율을 획기적으로 늘려야 할 것이다. 만약 이것이 이루어지지 않는다면 통일한국의 북쪽주민은 의료 이용 접근성에 차별을 받을 가능성이 높다.

#### 제4절 통일 국가 건강수준에 대한 시사점

독일통일 후 구동서독지역 간의 실질적인 건강 격차가 의미 있게 줄어드는데 적지 않은 시간이 걸린 것을 볼 수 있었다. 통일 당시 동서독주민의 기대 수명이 약 3년 차이가 있었는데 여성에서는 약 10년 후에 그 수준이 비슷해진 반면 남성에서는 현재까지도 1세 이상의 차이가 있는 것으로 나타났다.

이 점을 고려한다면 통일한국에서는 남북한지역 주민 간의 건강 형평성

을 위하여 최대한의 노력을 기울여야 하겠지만 그것이 달성되는 데에는 보다 오랜 시간이 걸릴 것임을 알고 장기적인 건강정책과 프로그램을 준비하여야 한다. 현재 남북한의 기대 수명 차이는 10세가 넘는 수준으로 동서독 통일 당시보다 훨씬 격차가 큰 상황임으로 보다 장기적인 관점의 북한지역 주민 건강증진 프로그램이 개발되어 실시되어야 한다.



## 참고문헌

### 〈국문〉

- 박수정 등. 통일시대를 대비한 보건의료 R&D 방향. 한국보건산업진흥원, 2015
- 박수정. 남북 간 보건의료 격차 해소 독일 사례서 배우자. 보건산업동향, 2015
- 손명세 외. 통일독일의 보건의료체계 변화. 아주 남북한 보건의료연구소, 1999
- 유근준. 통일 전 동서독 교류·협력의 전개과정에서 본 동서독 교류·협력의 내용 및 특성. 보건복지포럼, 2005
- 윤석준. 체제통합국 사례에 비추어 본 한반도 통일 후 보건의료 체계 구축의 시사점. J Korean Med Assoc 2013 May;56(5):389-393
- 이만우. 북한의 보건의료제도 및 통합방안. 입법정도 제 150호, 2004
- 이용갑 등. 통일을 대비한 건강보험제도 발전방안 연구-통일과 구동독지역의 의료보장제도와 보건의료 현황. 국민건강보험공단, 2008
- 정경배 등. 남북한 사회보장 및 보건의료제도 통합방안. 한국보건사회연구원, 1993
- 주독한국대사관. 독일통일연구-보건분야교류, 1993
- 통일부. 독일, 통일에서 통합으로, 2009
- 통일부. 독일의 통일·통합 정책 연구: 보건 및 연금 체계, 2010
- 통일부. 사회보고서 2010: 독일통일 이후 동서독주민 의식변화 분석, 2013
- 통계청. 통독 전후의 경제, 사회상 비교, 1996
- 한국국제보건의료재단. 남북조건의료통합준비 한-독 심포지엄, 2009
- 한국보건사회연구원. 주요국의 사회보장제도: 독일, 2012

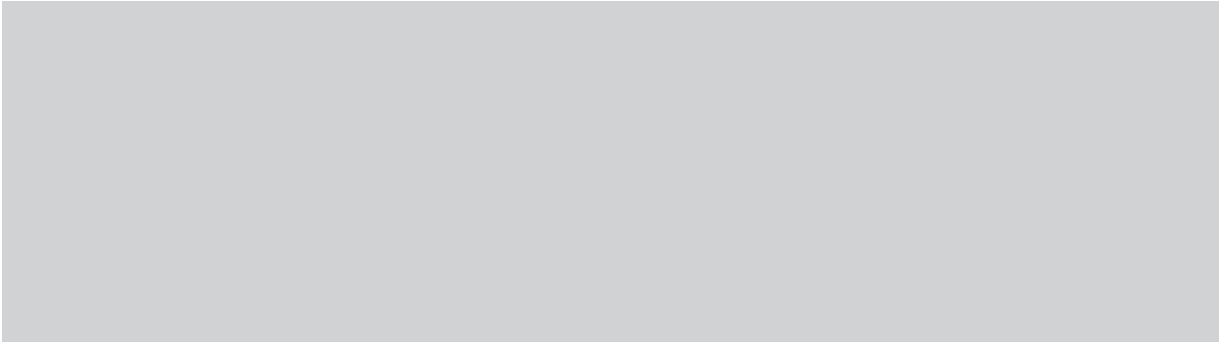
### 〈외국문헌〉

- Ade, Claudia; Henke, Klaus-Dirk; and Murray, Margaret A. "The German Health Care System: Structure and Changes." *Journal of Clinical Anesthesiology*, May/June 1994
- Ade, Claudia; Henke, Klaus-Dirk; and Murray, Margaret A. "Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States." *Health Affairs*, Fall 1994
- BMG. *Gesundheitswesen im Ost-Deutschland*, 1995
- BMG. *Gesundheitswesen im Ost-Deutschland*, 2000
- Busse R et al. *Germany: health system review: Health Systems in Transition*, 2014
- Clarke, E., Bidgood, E., Irvine, B., & Green, D. *Healthcare systems: Germany*. Civitas, 2013
- Katz, Eric M. "Pharmaceutical Spending and German Reunification: Parity Comes Quickly to Berlin." *Health Care Financing Review*, Spring 1994

- Green, D., Irvine, B., Clarke, E., & Bidgood, E. *Healthcare systems: Germany*. Civitas, 2014
- Hurst JW. "Reform of health care in Germany". *Health Care Financing Review*, Spring 1991
- Iglehart, John K. "Health Policy Report: Germany's Health Care System (First of Two Parts)." *The New England Journal of Medicine*, Feb. 14, 1991
- Iglehart, John K. "Health Policy Report: Germany's Health Care System (Second of Two Parts)." *The New England Journal of Medicine*, June 13, 1991
- Knox, Richard. *Germany's Health System*, Washington DC: Faulkner & Gray, Inc., 1993
- Muller, Bernd. "Laboratory Diagnostics in Light of Massive Changes in Official Health Policies." *Clinical Chemistry*, 1994
- Navarro, Vincent. "The West German Health Care System: A Critique." *International Journal Of Health Services*, 1991
- Press and Information Office of the Federal Government, translations by Federal Foreign Office and Gerard Finan. *The Unification of Germany in 1990 (public documents)*, Bonn, Germany, April 1991
- Radich N. *A single health system for a Reunified Germany*. Martindale Center, Lehigh University, 1995
- Robert Koch Institute. *20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?*, 2009
- Robert Koch Institute. *20 Years of German Unity: Are there still differences between east and west as regards the health of children and adolescent?*, 2010
- Robert Koch Institute. *25 years after the Fall of the Berlin Wall: Regional differences in Health*, 2014
- Ryu. *Lessons from unified Germany and their implications for healthcare in the unification of the Korean peninsula*. *J Prev Med Public health* 2013;46:127-133
- Roy, Capt. Michael J. "The German Health Care System: Model or Mirage?" *Southern Medical Journal*, December 1993
- Scharf, Bradley C. "Social Policy and Social Conditions," in Lemke, Christiane, and Rueschemeyer, Marilyn, ed., *The Quality of Life in the German Democratic Republic*, Armonk, NY, M.E. Sharpe, Inc., 1989
- Steiner. *Statistische bersichten z Sozialpolitik in Deutschland seit 1945*, 2006
- von der Schulenburg, J. Matthias Graf. "Forming and Reforming the Market For Third-Party Purchasing of Health Care: A German Perspective." *Social Science and-medicine*, 1994



보건의료 분야  
관련 정책문서





## 들어가며

보건의료 분야의 통합방식은 독일통일 이후 가장 많이 비판받았던 분야 중에 하나이다. 그리고 실제로 통일 직후 폐지되었던 동독의 제도가 몇 년 후에 명칭을 달리하고 다시 부활된 분야도 바로 보건의료였다. 의료제도의 통합과정은 다른 어떤 분야보다 직접적으로 직능단체와 이익단체의 로비가 영향을 발휘하였던 분야이기도 하다. 실제로 1990년 당시 통일조약 준비과정에 직접 관여하였던 보건 분야 관료들은 의사협회가 헬무트 콜 수상에게 직접 로비를 해서 준비되었던 통일조약의 문장이 서명 직전에 바뀌는 말도 안 되는 상황이 벌어졌다고 회상한다.<sup>1</sup>

한편 경제화폐통합이 실시되고 형식적인 통일이 수립되기 전이 1990년 9월에 슈피겔지 기자와 가진 인터뷰에서 연방정부의 노동사회부장관이었던 노버트 블림은 동독의 의료체계가 많은 적자를 안고 있었기 때문에 의료비를 크게 절감하지 않는다면 의료보험의 재정이 위협받을 수 있는 상황이라고 주장한다. 의료보험의 재원이 계속 문제가 될 경우 서독의 의사들과 비교할 때 약 40% 정도 되는 급여를 받고 있는 동독의 의사들이 지속적으로 서독으로 이주하는 문제가 발생할 것이라고 보았다.<sup>2</sup>

실제로 최고급 전문 인력이라고 할 수 있는 의사들이 서독으로 이주하는 것은 분단 시기에도 동독사회에 큰 문제였다. 1961년 베를린장벽이 건설되기 이전에 동독을 탈출한 사람 중에 많은 수가 의사와 같은 전문직 종사자였

<sup>1</sup> 루돌프 뮐러(Rudolf Müller)와의 면담록, 구포츠담지역 담당의사 겸 브란덴부르크 연방주 노동, 보건, 사회복지 및 여성부 산하 “재해보호 및 구조활동” 담당 부서장(문서번호 83).

<sup>2</sup> “지불하는 것이 가장 좋은 일이다”-독일통일로 인해 발생할 사회적 부담과 문제에 대한 연방노동장관과의 대담(문서번호 46).

고, 1989년 여름 이후 동독으로부터 서독으로 대거 이주한 사람 속에는 전문직 고급인력이 많이 포함되었었다. 형식적인 통일의 완성을 기다리던 1990년 9월에도 의사와 같은 전문직 고급인력의 이주문제가 독일통일을 준비하는 과정에서 중요한 이슈가 되었던 것이다.

독일통일 과정에서 보건의료와 관련된 정책에 관한 논의를 보면 보건의료의 본질적인 목적이 전문 인력으로서의 의사의 특권을 보장해 주기 위한 것인가하는 의문이 들 수 있다. 왜냐하면 의료제도 통합에 관한 논의가 대부분 보건의료를 위한 재정과 의사의 대우에 관한 문제에 집중되었기 때문이다. 1991년에 연방정부의 의료전문자문위원회가 작성한 보고서에도 의사의 대우문제가 가장 핵심적인 사안으로 논의된 것을 볼 수 있다.<sup>3</sup> 그러나 보건의료의 기본적인 목표가 사회적으로 국민건강을 향상시키는 것이라고 보는 것이 일반적인 시각이다. 그런 의미에서 독일통일 과정에서 이루어진 의료정책에 관한 논의와 정책결정에 대해 독일통일 25년을 기념하는 2015년 현재 대부분의 전문가들이 비판적으로 평가하는 것이 놀라운 일이 아니다.

보건의료의 중요한 세 가지 요소는 의사와 환자 그리고 이 둘을 이어주는 틀로서 의료제도 및 의료보험제도라고 할 수 있다. 의료제도와 의료보험제도가 본질적으로 의사를 위해서 존재하는 것인지 아니면 환자의 건강을 위해서 존재하는 것인지에 대한 질문을 던진다면 모두가 당연히 후자라고 답을 할 것이다. 그러나 독일통일 과정에서 보건의료와 관련된 정책문서들을 보면 정책결정 과정에서 “환자”를 위한 의료공급의 원칙이 부재하였던 것을 볼 수 있다.

반면 동독 의료체계의 기본적인 원칙은 일반 국민을 위한 예방보건과 환자 중심의 의료공급에 맞추어져 있었다. 그렇기 때문에 통일 이후에 신연방지역의 주민의 다수가 변화된 의료체계에 불만을 표현하였다.

.....  
<sup>3</sup> 통일독일의 건강-1991년도 평가서(문서번호 59).

아래에서는 정책문서를 통해 볼 수 있는 의료제도 통합과정을 살펴보기로 한다. 그에 앞서 여러 가지 문서를<sup>4</sup> 통해 드러난 1989년 당시 동독의 의료체계의 문제점을 짚어 보기로 하자.

.....

<sup>4</sup> 약 40억 마르크에 달하는 동독 의료보험공단의 적자(문서번호 2).  
구동독지역에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축-초기 지원금(문서번호 3).  
통일 이후-일상의 시작(문서번호 4).

## 동독 의료제도의 특성과 위기

1945년 분단 이후 동독과 서독에는 근본적으로 상이한 외래진료 체계가 구축되었다. 서독의 경우 민간 개업의사가 운영하는 개인병원을 위주로 외래진료가 이루어진 반면, 동독에서의 외래진료는 폴리클리닉에 고용된 의사에 의해 외래진료가 이루어졌다. 이러한 제도는 1945년 종전 직후 소련군이 동독지역을 통치하던 시기에 이미 구축되기 시작하였다. 고용의사에 의한 외래진료를 위주로 구축된 동독 의료체계의 특징은 외래진료와 입원치료 간의 긴밀한 연계성, 예방과 질병의 조기진단 그리고 예방-질병치료-요양치료 간의 통일성이라고 할 수 있었다.

동독정부가 정책적으로 국가가 운영하는 폴리클리닉과 외래진료소제도를 구축하면서 동독에서는 개업의사의 수가 지속적으로 감소하였고, 개업의의 연령은 지속적으로 고령화되었다. 그 결과 1989년 동독에서 외래진료를 담당하던 의사 총 20,570명 중에서 341명만이 개업의로 진료하고 있었다. 그것은 다시 말해 1989년 당시 동독 의료체계에서 외래진료는 국가나 사업장에 속한 의료기관에 고용된 의사들에 의해 이루어졌다는 것을 의미한다. 그리고 일부 외래진료는 입원시설이 있는 병원의 의사들이 담당하였다.

이렇게 동독체제하에서는 외래진료체계가 집중적으로 지원되었고, 폴리클리닉 시스템을 통해 외래진료와 입원치료가 잘 연계되었었다. 이 체계가 갖



고 있는 많은 장점으로 인해서 동독의료체계가 안고 있는 고질적인 문제, 특히 의약품과 다른 물자의 부족문제가 크게 부각되지 않았었던 것이다. 이러한 부족이 발생한 이유는 동독의 물자공급체제로 인해 발생하는 문제였을 뿐만 아니라 의료시설이 과도하게 큰 규모로 지어졌기 때문이라고 평가된다. 실제로 동독 병원의 경우 자체적인 주택을 관리하는 건설국을 보유하고 있었을뿐만 아니라 의사들이 수공업자, 판매원 등 중요한 환자 목록을 갖고 있었다.<sup>5</sup> 이런 체제적인 문제로 인해 동독의 의료보건시스템은 지속적으로 적자를 내었고 1990년 전반기 축적된 적자가 40억 마르크에 달했다.<sup>6</sup>

동독 의료공급체계가 심각한 위기에 직면하였다는 사실은 1989년 8월 11일 동독의 사회주의통합당 지도부에 제출된 보고서에 이미 언급되었다.<sup>7</sup> 이 보고서는 병원 의료 인력의 부족, 요양시설의 부족 그리고 병원과 요양시설, 의료실험시설 등이 모두 너무 낙후해서 의료체계가 제대로 작동할 수 없을 정도라고 분석한다. 열악한 의료시설뿐만 아니라 의약품과 의료기기가 부족하기 때문에 치료를 제대로 할 수 없으며, 동독의 의료기관이 보유하고 있는 의료기기는 국제적으로 비교할 때 형편없이 뒤떨어지는 것이라고 하였다. 그러나 당시 사회주의통합당 지도부는 이렇게 부정적인 보고가 일반에 알려져서는 안된다고 결정하고 그것을 공개하지 않았다. 1989년 10월에 있을 창당 40주년 기념식 준비 작업이 그런 비판적인 논의로 인해 방해받아서는 안된다는 것이 당의 입장이었던 것이다.

1989년 가을, 동독에서 평화적인 혁명이 시작되었을 때, 동독 의료체계가 안고 있는 이러한 문제점이 특히 여론에 의해 집중적으로 부각되었다. 많은

<sup>5</sup> 통일독일의 건강-1991년도 평가서(문서번호 59).

<sup>6</sup> 약 40억 마르크에 달하는 동독 의료보험 공단의 적자(문서번호 2).

<sup>7</sup> Analyse und Vorschläge, wie in Fortführung der Gesundheitspolitik der Partei durch höhere Qualität und Effektivität der Arbeit die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung im Fünfjahrplanzeitraum bis 1995 gesichert wird, vom 11.8.1989 (연방문서국, 문서 DQ 1, 12097)

사람들이 서독에 비해 형편없이 열악한 병원시설과 건물, 턱없이 부족한 요양원과 양로원 시설 등과 같은 단점들을 비판하였다. 변혁운동이 고조에 달했던 1989년 11월 당시 동독 사회에는 동독 의료체계가 갖고 있는 긍정적인 측면을 아무도 이야기하지 않았다. 특히 어느 언론도 당시 동독체제에도 긍정적인 것 그래서 앞으로도 계속 유지되어야 할 제도가 있다는 것을 보도하지 않았고, 오히려 동독의 모든 것은 이제 사라져야만 하는 공산독재의 잔재로 간주하였다. 1989년 가을, 당시 동독의 여론이 이런 언론의 보도형태에 의해 영향을 받았던 것인지 아니면 사회 전체적인 분위기가 이미 그렇게 흐르고 있었는지 지금 판단할 수 없다. 단지 당시 동독의 사회 전체적인 분위기가 동독체제의 그 어떤 제도도 받아들여야 하지 않았던 것은 분명하다. 그렇기 때문에 1989년 가을 동독 도시의 거리를 메웠던 시위대들 중에서 그 어느 누구도 동독 의료체계의 특징이자 장점이었던 폴리클리닉 또는 외래진료체계를 유지하자고 외친 사람은 한 명도 없었다.

1989년 가을부터 1989년 말까지 동독 의료체제는 더욱 심각한 문제에 직면하게 된다. 그것은 무엇보다 의료 인력이 대거 동독을 떠났기 때문이었다. 전체 의사의 수 약 20,000여 명 중에서 4,000명이 빠져나가게 되면 그것은 의료공급에 심각한 문제를 야기하게 될 것이라는 것은 충분히 상상할 수 있을 것이다. 실제로 1989년 후반기에 동독을 떠나 서독으로 이주한 의료 인력이 약 10,000명, 그중에 의사가 4,000명이었다.<sup>8</sup>

의사들이 동독을 떠나는 이유는 무엇보다 개업의로 얻을 수 있는 수입과 동독의 국립병원에서 고용의사로 근무할 때 버는 소득 간의 격차가 큰 요인이었다. 이 문제를 1989년 가을 동독 지도부도 인지한 것으로 보인다. 동독 정부의 보건사회부장관이었던 클라우스 킬만은 1989년 11월에 사통당 간부

.....

<sup>8</sup> Gero Neugebauer, "Sozialcharta" kontra "Sozialreport". Entwürfe zu Wunsch und Wirklichkeit der DDR-Sozialpolitik. In: Zeitschrift fuer Parlamentsfragen 21 (1990), S. 146-8.





들에게 보낸 편지에서 의사의 급여를 인상해 주기를 요청했다.<sup>9</sup> 그리고 11월 말에 또 다시 한스 모드로우 총리에게 동일한 요청을 전달했다. 이 서한에서 그는 비밀경찰과 인민군을 위해 지출되던 비용을 의료보건과 사회정책에 사용할 것을 제안하였다. 당시 동독의 국가예산 중에서 의료비로 지출되는 항목은 약 5%로 서방국가뿐만 아니라 소련보다도 낮다는 것이 그의 주장이었다. 나아가 비밀경찰과 인민군의 인력을 사회복지정책을 위한 사업에 투입할 것을 제안하였다. 그는 의사의 급여를 인상해 달라는 자신의 요구가 관철되지 않을 경우 사퇴하겠다고 하였다.<sup>10</sup> 그는 사회주의체제에서 의료체계는 일종의 중추신경과 같은 것이라고 언급하였다. 그렇기 때문에 의료와 사회복지에서 실패한다는 것은 결국 인간이 질병, 가난 등과 같은 고통으로부터 벗어난 삶을 영위할 수 있게 해 준다는 사회주의 정책이념에 대한 신뢰를 상실하는 것이 사회주의체제 존재 자체를 위협하는 문제가 될 수 있다는 것이었다. 그 결과 1990년 3월 1일에 의사의 급여가 인상되었다. 그러나 이 시기는 이미 동독의 대변혁의 물결이 동독사회의 내적 개혁이 아니라 동서독 간의 통일로 그 방향을 확정하고 난 후였다.

<sup>9</sup> Thielmann an den Generalsekretär des ZK der SED und Vorsitzenden des Staatsrates der DDR, 7.11.1989(연방문서국 문서 번호 DQ 1, 14919)

<sup>10</sup> Thielmann an den Oberbürgermeister von Berlin(Ost), 5.2.1990(연방문서국 문서 DQ 1, 14919).

## 의료제도의 통합에 관한 다양한 제안-정치적 논의

### 제1절 동독 과도정부와 시민운동 세력의 꿈

1990년 1월 말, 한스 모드로우 총리에게 클라우스 킬만은 의사급여의 인상을 제안하면서 만일 동독과 서독이 모드로우 총리가 제안한 계약 공동체를 구성하게 될 경우 적어도 의료와 사회복지 부분에서는 동독의 제도를 반영시킬 수 있어야 한다고 주장하였다. 보건의료 영역에서 상업화를 배제한 동독의 의료체계가 역사적 성과이기 때문에 그것은 새로운 체제에서도 보존되어야 할 필요가 있다는 것이었다.<sup>11</sup> 그만큼 그는 외래진료와 입원치료를 긴밀하게 연계하고 동시에 예방과 질병치료 그리고 요양치료 간의 통일성을 추구하는 동독의 의료체계에 자부심을 갖고 있었다고 할 수 있다. 그의 자부심은 근거 없는 것이 아니었다.<sup>12</sup>

이 시기 서독에서도 의료체계의 개혁이 논의되고 있었다. 개업의가 외래진료를 거의 전담하도록 구축된 서독의 의료체계를 개혁할 필요가 있다는 의견은 이미 오래 전부터 존재하였고, 동독의 의료체계를 대안으로 간주하는

.....  
<sup>11</sup> Thielmann an Modrow, 21.1.1989(연방문서국 문서 DQ 1, 14919)

<sup>12</sup> 이 장은 수집된 문서 외에 독일 보건의료정책 전문가인 하이디 로트가 2009년에 독일사협회지에 발표한 논문 “1989/2009-독일통일 20년: 독-독 의료보건체계의 통합과정”을 참조하여 작성하였다.

사람들도 있었다. 특히 보건의료노동조합은 개업의에 의해 이루어지는 외래진료를 통해서도 발전된 현대의학의 수준을 따라가지 못한다고 지적해 왔었다. 이런 문제를 해결하기 위해 고용의사를 둔 비영리법인 의료기술센터를 설립하여 개업의들이 담당할 수 없는 복잡한 진료와 치료를 담당할 수 있게 하자고 제안하였다. 이 제안은 근본적으로 동독의 폴리클리닉제도와 유사한 의료제도를 도입하자는 것이었다. 서독의 보건노조가 1970년대 이 제안을 발표하였을 때 서독의 대부분의 의사들이 단호하게 거부하였을뿐만 아니라, 정치적으로도 큰 반응을 얻지 못했었다. 그러나 1980년대 들어 서독에서도 사회국가의 위기에 대한 학문적, 정치적 논의가 이루어지면서 개업의 중심의 외래진료체계의 문제점이 부각되었다. 그와 함께 대안적인 구조로 동독과 유사한 외래진료시스템을 구축하는 것이 다시 논의되었다. 이 시기에 서독의 정치인과 의료전문가들은 동독의 사회복지제도의 일정 부분이 서독의 개혁에 모델이 될 수 있다고 생각하였던 것이다.<sup>13</sup>

이런 상황에서 베를린장벽이 붕괴하였다. 그렇기 때문에 적어도 장벽 붕괴 후 동독의 대변혁이 진행되던 시기에 동독과 서독의 의료정책전문가들 중에 적지 않은 수가 동독 의료체계의 개혁을 추구하면서 서독의 모델을 수용하는 것이 아닌 다른 대안을 제안하였다는 것이 놀라운 일이 아니었다. 동서독의 통일이 가시화되기 시작하면서 이러한 구상은 더욱 구체화되었다. 그러나 서독의 공공직노조(ÖTV)가 동독의 의료제도와 유사한 방식의 개혁안을 제시하였을 때 그들은 또 다시 서독 정치권과 여론의 강력한 반대에 부딪혔다.<sup>14</sup> 이미 붕괴하는 국가의 제도를 따르려는 것을 당시 서독의 언론과 여론은 받아들이려 하지 않았다. 그것은 동독의 여론도 마찬가지였다. 1989년/90

<sup>13</sup> Jürgen Wasem, Von der Poliklinik in die Kassenarztpraxis: Versuch einer Rekonstruktion der Entscheidungssituation ambulant tätiger Ärzte in Ostdeutschland. In: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung, Köln 1992/5, p.51.

<sup>14</sup> Gesundheitspolitische und beschäftigungspolitische Perspektiven der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), 5.6.1990(연방문서국, 문서 DQ 1/14222)

년 동독에서와 같이 급격하게 사회변혁이 진행되는 상황에서 여론과 언론이 합리적 판단을 내리기를 기대하는 것이 무리였을 수도 있다. 정치인과 행정 관료들이 이런 상황에서 합리적 결정을 내릴 수 있는 역량과 힘을 가질 수 있다면 그것은 큰 행운일 것이다. 그러나 의료 분야의 경우 독일통일 과정에서 의료전문 행정 관료들이 자신들의 시각을 관철시키지 못했다.

동독의 변혁운동을 주도하던 시민세력들이 의료 분야의 개혁과 관련하여 모순되는 관점을 갖고 있었던 것도 당시 합리적 선택을 어렵게 만들었다고 볼 수 있다. 동독의 중앙원탁회의에서 결정된 “사회현장을 위한 기본원칙과 입장”을 보면 당시 동독의 시민운동세력이 얼마나 이상적으로 개혁된 사회를 꿈꾸었는지 잘 알 수 있다. 보건의료와 관련하여 모든 주민들이 건강을 되찾고 유지 보호할 기본권을 보장하고 노인과 장애인 그리고 재활환자의 사회적 통합을 추구하면서 모든 시민이 예상치 못한 질병과 재난 등 고통에 부딪혔을 때 제대로 작동하는 사회보장체계를 통해 사회적으로 보호받을 수 있는 권리를 보장하는 사회를 구축하는 것이 개혁의 목표라고 명시하였다.<sup>15</sup>

당시 동독의 의사들은 한편으로는 동독의 기존 의료체계를 더 발전시키기를 원하면서도 다른 한편으로는 앞으로는 의사가 개별적으로 개업하는 것이 꼭 허용되어야만 한다고 보았다. 그런 의미에서 이 시기에 동독의 의사들이 구체적으로 본인들이 원하는 것이 무엇이었는지 확실하게 알지 못했다고 하는 것이 정확한 표현일 것이다.

1989년 말 동독의 폴리클리닉의 수는 총 5,248개였다. 1990년 초에는 대부분의 의사들이 이 제도를 유지하는 것이 바람직하다는 생각이었다. 아주 적은 수의 의사들만 개업하겠다는 의사를 표명하였었다. 개업을 거부하는 의사의 수가 개업하려는 의사들보다 훨씬 많았다.

.....

<sup>15</sup> 사회현장을 위한 기본원칙과 입장-동독 원탁회의의 토론(문서번호 10).



1989년 가을만 해도 동독정부는 개혁을 통해 새로이 거듭난 독립적인 동독국가를 유지할 수 있으리라고 생각했었고, 한스 모드로우 총리는 개혁된 동독에서도 기존의 의료제도는 꼭 유지되어야 할 동독의 좋은 성과라고 믿고 있었다. 그러나 1990년 초부터는 통일이 점점 가시화되었고 독립국가로서 동독을 유지하겠다는 의지를 포기해야만 했다.

그 대신 모드로우 총리는 원탁회의가 요구하는 사회정책 프로그램을 통일을 위한 협상에 반영하려고 노력하였다. 중앙원탁회의에서 결정된 “사회헌장”은 자유총선거를 통해 새로운 민주적 최고인민회의가 구성되기 전에 열린 구체제의 최고인민회의의 마지막 회의에서 가결되었다. 동독의 원탁회의는 이 헌장을 통해 경제화폐통합조약을 통해 새로운 헌법에 동독의 입장을 반영시킬 수 있기를 원했다. 그러나 원탁회의를 주도한 저항시민운동세력과 한스 모드로우 총리를 비롯한 최고인민회의의 구성원들은 서독과 사회통합에 관한 협상의 주역이 될 수 없었다. 그 역할을 1990년 3월 18일 자유총선거를 통해 선출된 로타 드 메지에르 총리와 개혁 최고인민회의가 맡게 되었다.

원탁회의를 통해 결정된 사회헌장은 동독의 개혁운동을 주도하였던 저항시민운동세력이 생각하던 통일 방식을 보여주는 것이기도 했다. 그들은 통일이 동독과 서독의 사회체계를 함께 개혁하여 새로운 사회보장체계를 구성하는 방식으로 이루어져야 한다고 보았다. 물론 이 과정에서 동독시민들이 기존에 누리고 있던 사회보장 혜택과 그들의 소유권은 당연히 보장받아야 한다고 믿었던 것이다. 이 사회헌장을 통해 새로이 제정된 사회법의 기본골자를 정하고 그를 통해 완전한 사회적 시장경제가 완성될 수 있을 것이라고 생각한 것이다. 문제는 이 헌장에 언급된 다양한 사회정책의 재정과 관련된 내용이 전혀 없다는 것이었다. 실제 당시 동독의 원탁회의는 개혁이 시작되면 그에 필요한 모든 비용은 당연히 서독에서 담당할 것이라고 기대하였다.

그러나 1990년 3월 18일 자유총선거 이후 동독의 저항시민운동세력의 희망이 통일에 관한 현실적인 협상에 반영될 수 있는 길은 더 이상 존재하지

않았다. 서독 기사당 소속이며 당시 연방정부 노동사회부차관이었던 호스트 제호퍼와 같은 사람은<sup>16</sup> 원탁회의에서 결정된 “사회헌장”을 격렬하게 비판하면서 그것은 “원탁회의의 썩은 계란들”이 지은 “사상누각”일 뿐이라고 하였다. 여전히 국가에 의해 모든 것이 해결된다고 보고, 스스로 책임지는 기업가의 자유, 사회적 파트너 그리고 가입금을 바탕으로 운영되는 사회보장체계에 관한 이해가 전혀 없는 사람들이라고 비난하였다.<sup>17</sup> 그리고 원탁회의가 결정한 사회헌장은 자유총선거 이후 시작된 통일조약에 관한 협상에서 논의의 대상이 되지 않았다.

## 제2절 사회통합에 관한 협상의 정치적 쟁점

1990년 3월 18일 자유총선거 이후 구성된 로타 드 메지에르 내각은 서독의 기본법 23조에 따라 동독지역이 독일연방공화국에 가입하는 형식으로 통일을 완성시키기로 결정하고 통일조약에 대한 협상을 시작하면서 가능하면 동독주민들이 통일된 국가에서도 동독체제하에서 누렸던 사회복지혜택을 지속적으로 보장받을 수 있게 하고자 노력하였다. 그러나 결과적으로 보면 경제 및 화폐 사회통합에 관한 1차 국가조약에 그들의 의도를 관철시키지 못했다. 통일조약에 대한 협상 자체가 정치 경험이 전혀 없는 아마추어 정치인들로 이루어진 동독 대표들과 이미 청소년 시기부터 정치활동을 해 온 고도로 숙련된 정치인으로 이루어진 서독 대표들 간의 협상이었다는 점을 고려하면 이러한 사실이 놀라운 것은 아니다.<sup>18</sup> 더욱이 정치경험이 없는 장관들로

<sup>16</sup> 호스트 제호퍼는 2015년 현재 기사당의 당수이자 바이에른 주지사이다.

<sup>17</sup> Horst Seehofer, „Das faule Ei vom Runden Tisch. Sozialisten lernen nichts dazu“. In: Bayernkurier 1990년 3월 17일.

<sup>18</sup> 요하네스 루테비히는 인터뷰에서 그리고 그의 자서전에서 1990년 3월 18일 총선거 이후 로타 드 메지에르 수상이 통일조약 협상의 동독 대표라고 소개한 귄터 크라우제가 정치경험이 없지만 아주 명석하고 치밀한 협상가였다고 칭찬하였다. 루테비히는 동시에 로타 드 메지에르 총리는 동독이 갖고 있던 제도의 장점을 살려야 한다고 믿고 그것을 통일조약 협상과정에 반영시키려고 노력



구성된 로타 드 메지에르 정부가 행정기구 내에서 신뢰할 수 있는 관료는 그렇게 많지 않았다. 그렇기 때문에 드 메지에르 정부는 서독으로부터 수많은 자문관을 초빙하였다. 드 메지에르 총리 본인이 자신의 사촌으로 법률전문가였던 서독의 관료 토마스 드 메지에르의 자문을 받고 있었다.<sup>19</sup> 보건의료체계의 전환에 관한 문제도 당연히 서독 전문가의 자문을 받았다.

1990년 3월 18일 자유총선거 직후 구성된 로타 드 메지에르 정부는 기민당과 사민당의 연립정부였다. 이들 두 정당은 보건의료체계의 전환 문제에서 서로 상이한 정책을 선호했다. 의료보험과 관련해서는 사민당이 동독지역에서는 지역을 기반으로 하는 통일된 의료보험체계가 구축되어야 한다고 주장한 반면, 기민당은 서독과 같은 방식의 분화된 의료보험체계를 구축하는 것을 피할 수 없다고 보았다. 이들 간의 타협을 통해 동독에서는 우선 지역 단위로 구성된 통합된 지역의료보험을 구축하고 나중에 분화된 의료보험체계를 도입하기로 결정하였다. 의료공급체계의 전환과 관련해서는 기본적으로 서독의 체계를 그대로 수용하는 것을 원칙으로 하고, 서독과 같이 의사와 치과의사, 약사의 직능별 협회를 구축하고 개업의 자유를 도입하기로 하였다. 그러나 개업의 자유는 동독국민에게만 부여하기로 했다. 의료체계의 전환에 관한 통일조약의 문항을 보면 동독정부가 주민친화적인 외래진료제도로서 폴리클리닉제도와 동독에서 발전되었던 사업장 보건제도 그리고 외래진료와 입원진료를 긴밀하게 연계시키는 제도를 계속 유지할 것을 강조한 것을 알 수 있다.<sup>20</sup>

.....

하였던 반면에 귄터 크라우제는 근본적으로 동독의 제도를 살려야 할 필요가 없다고 보았기 때문에 통일협상이 신속하게 추진될 수 있었다고 통일조약 체결 25주년을 기념하는 2015년의 인터뷰에서 회상하였다. 요하네스 루데비히, 2015년 9월 23일, 베를린 기민당 주최 통일조약 25주년 기념 좌담회 인터뷰.

<sup>19</sup> 토마스 드 메지에르는 앙겔라 메르켈 내각의 법무장관, 내무장관을 역임하였다.

<sup>20</sup> 통일조약 부록 I.1, Kap. III, Sachgebiet G, Abschnitt II, BGBl., II, 1990, S. 1050. 동서독 간의 경제 및 화폐 사회통합에 관한 조약-사회정책 관련부분 발췌(문서번호 46).

한편 서독 측은 기존의 사회국가체제의 제도와 규정 그리고 행위자를 모두 그대로 유지하면서 서독의 제도를 그대로 동독에 이식하려고 하였다. 그것은 동독의 사회적 성과를 유지하고자 하는 드 메지에르 총리의 노력에 반하는 것이었다. 그리고 당시 서독의 노동조합과 야당인 사민당을 중심으로 논의되던 동서독의 제도를 전체적으로 개혁하여 양쪽의 장점을 혼합한 새로운 체계를 구축하자는 의견을 전적으로 거부한 것이기도 했다. 당시 서독의 지역의료보험(AOK) 연방협회 또한 동독의 폴리클리닉과 외래진료시스템이 바람직한 제도이기 때문에 그것을 발전시키고 개업의 제도를 도입하는 것은 그 다음 단계에서 생각되어야 할 문제라고 평가하였었다.<sup>21</sup>

그럼에도 불구하고 결과적으로 동서독 의료체계의 장점을 혼합하는 것이 아니라 서독의 구조와 제도를 그대로 동독지역에 이전하는 방식으로 의료체계가 전환된 중요한 이유는 무엇보다 신속하게 통합을 추진해야만 하는 상황에서 정치적 논란과 사회적 대립이 발생하면 독일통일 프로젝트 자체가 위협을 받을 수도 있기 때문이었다. 나아가 서독정부의 입장은 기존의 서독 사회복지체계가 충분히 검증된 것이고, 두 체제를 혼합할 경우 그것이 실패할 확률이 더 높다는 것 또한 중요한 이유의 하나였다. 그러나 당시 연방정부의 노동사회부장관 노버트 블뤼름은 동독의 의료보건제도 중에서 통일된 독일의 새로운 제도에 포함될 요소가 있는지 검토할 가능성이 있다는 것도 완전히 배제하지는 않았다.<sup>22</sup>

1990년 5월 18일에 체결되고 1990년 7월 1일부터 발효된 경제 및 화폐 사회통합을 위한 국가조약을 보면 적어도 동독의 의료공급체계를 서독 의료체계와 같은 방향으로 “점차적으로 변화”시킨다고 명시되어 있다. 그것은 다시

.....  
<sup>21</sup> “동독 일반 지역의료보험조합”을 위한 프로젝트팀이 프로젝트 위원회에 제출한 보고서 3/90(문서번호 50).

<sup>22</sup> 블뤼름 장관이 1990년 4월 19일에 기사당 사회정책위원회에 보낸 서신: 기사당 문서고 문서 Bestand Blüm I 504/63.





말해 동독의 의료보험법을 서독의 의료보험법에 맞추어 개정하고 서독에서와 같은 의료보험기관과 의사협회 간의 계약관계를 구축하기로 결정했다는 것이다.<sup>23</sup>

이 조약의 22조에는 당시 동독의 보건장관이었던 유르겐 클레디취가 제안한 사항이 반영되었다. 그는 동독에서 의료공급을 보장하기 위해 기존의 의료구조를 일정한 기간 동안 유지하면서 점차적으로 동독의 의료체계를 서독의 것으로 전환하도록 하자고 제안했다. 특히 의사와 치과의사, 약사 그리고 대안 치료사들의 개업 허가와 민간 또는 비영리단체에 의한 병원개설 허가를 내주는 과정에서 이런 원칙을 적용할 필요가 있다고 하였다.<sup>24</sup>

서독 연방정부의 노버트 블림 노동사회부장관도 1차 국가조약이 조인된 후에도 동독 의료체계를 점차적으로 개혁하는 방안을 선호하였다. 당시 서독의 의사협회는 동독에 있는 기존의 의료공급체계를 한시적으로 유지하는 것이 결과적으로 그 제도가 지속적으로 살아남게 만들 수도 있을 것이라고 우려를 표명하고 이러한 결정을 강력하게 반대하였지만 블림 장관은 독일에서 통일된 사회체계를 구축하기 위해서라도 일정한 과도기가 지나면 가능한 한 신속하게 동독의 의료공급체계를 서독과 동일하게 만들 것이라고 약속했다.<sup>25</sup>

1990년 5월 18일 1차 국가조약이 체결될 당시 동서독 양 쪽의 대표들은 동독의 보건의료체계를 서독의 보건의료체계에 맞추어 전환하는 과정에서 비교적 장기간의 과도기가 필요하다는 점에 의견이 일치하였다. 과도기 동안 동독의 의료공급체계가 폴리클리닉과 사업장의 보건시설 그리고 외래진료소를 통해 유지되어야 한다고 보았다. 그 후 서독 연방정부의 노동부는 동독의 보건부와 함께 작성한 규정에서 동독의 의료공급을 보장하는 과정은 개업의사와 폴리클리닉 시설이 공동으로 책임진다는 원칙에 따라 충분한 의료

<sup>23</sup> 동서독 간의 경제 및 화폐 사회통합에 관한 조약-사회정책 관련부분 발췌(문서번호 46).

<sup>24</sup> 클레디취 장관이 귄터 크라우제에게 보낸 서한 1990년 5월 9일(연방문서국 문서 DQ 1/14920).

<sup>25</sup> Blüm an Thomas, 21.5.1990. In: ACPD, Bestand Blüm I 504/65.

시설이 있는 지역에서는 새로운 개업의를 허가하지 않기로 하였다. 지역의 의료공급 확보를 원칙으로 하는 계획에 따라 국립의료시설과 사업장의 의료기관들이 계속 존속할 수 있도록 의료보험을 통해 일괄적인 총액을 보장해 주기로 하였다. 나아가 동독지역에 지속적으로 거주하는 의사만 동독에서 개업을 허가해 주기로 하였다. 그리고 의료비용을 감축하기 위해 무료로 처방해 줄 수 있는 의약품의 목록을 작성하고 경우에 따라서는 의약품 가격을 규정하는 것도 고려하였다.<sup>26</sup>

그러나 서독의 정치인들은 조약협상에 참여했던 보건의료 전문 행정관료들의 초안을 거부하였다. 특히 자민당의 의원들이 이 초안을 강하게 비판하고 거부하였다. 그것은 그들이 원칙적으로 다른 보건의료 정책을 구상하였기 때문이 아니라 자민당이 단순히 유권자 당원의 이익만을 대변하는 기구라고 이해하였기 때문이었다. 자민당 유권자 중에 많은 수가 의사였고, 결국 자민당이 보건의료 통합과정에서 서독 의사들의 이익을 위한 대변인이 되었던 것이다.

의사협회와 의료보험협회, 제약산업 및 약사협회들도 이 초안을 절대 반대하고 적극적으로 정치권에 로비를 펼쳐서 결국에는 이 초안을 없던 것으로 만들었다. 그렇기 때문에 통일조약 협상과정에 참여했던 보건의료전문 관료들이 통일과정에서 의료체계 전환에 관하여 설명하면서 서독 의사들의 이기주의가 가장 큰 문제였다고 지금도 비난한다. 그것은 통일과정에서 서독 연방수상청에서 구동독 재건을 총괄하였던 요하네스 루데비히가 통일이라는 민족적 과제를 앞에 두고도 서독의 대기업들이 자기 기업에 이익이 없으면 투자할 의향이 없었다고 비난하는 것과 일맥상통한다고 할 수 있다. 자본주의 시장경제체제의 기본 원칙에 따라 움직이는 기업과 개인들에게 통일이라는

.....  
<sup>26</sup> 초안 „Verordnung über die vertraglichen Beziehungen der Krankenversicherung zu den Leistungserbringern- Kassenvertragsverordnung“. In: Dienst für Gesellschaftspolitik 25-90 (1990), p.5.



민족적 과제가 주는 대의명분보다 그것을 통해 자신이 얻을 수 있는 이익이 무엇인지 그리고 자기의 이익이 침해되는지 여부가 더 중요한 문제가 될 것이라는 사실을 우리는 분명히 염두에 두어야만 할 것이다.

1차 국가조약이 체결된 후 동독의 과도정부는 의료공급 의료체계와 관련된 다양한 법안의 개정작업을 시작하였다. 동시에 동서독 정부 간에는 2차 국가조약, 즉 통일조약에 관한 협상이 진행되었다. 동독 과도정부의 의료 관련법 개정은 다양한 문서에서 볼 수 있는 것처럼 당시 보건장관이었던 유르겐 클레디취가 생각했던 것처럼 동독의 자체적인 의료보험과 의료제도를 유지하는 방향으로 이루어졌다.

그러나 드 메지에르 정부는 이상하게 통일조약의 협상과정에서 폴리클리닉과 외래진료소 그리고 사업장의 의료시설과 같은 동독 특유의 제도를 존속시키기 위한 어떤 노력도 기울이지 않았던 것으로 보인다. 동독의 사민당이 1990년 7월 7일과 7월 16일에 최고인민회의에 제출한 입장설명에는 국립 의료시설 및 지역단체와 사업장에 속한 외래진료를 위한 의료시설을 존속시켜야 한다는 말이 전혀 보이지 않는다.<sup>27</sup> 그것은 결국 서독의 의사협회와 의료보험회사들이 당시 얼마나 많이 그리고 강하게 로비를 했는지 보여주는 것이다. 서독의 의료보험회사들은 이미 1989년 말부터 동독지역을 새로운 시장으로 간주하고 이 지역에서 자기 회사의 세력을 확장하기 위한 준비작업을 해 왔었다. 거기에는 동독정부를 대상으로 하는 강력한 로비도 포함되었다. 결국 의료보험과 의사협회로부터 강한 압력을 받고 있던 동독의 보건부장관 유르겐 클레디취가 서독의 분화된 의료보험체계를 동독의 모델로 수용하였고, 1990년 8월 31일에 체결된 통일조약에는 폴리클리닉과 외래진료소를 1995년 10월 31일자로 폐쇄하기로 합의하였다.<sup>28</sup>

<sup>27</sup> Positionspapier der SPD-Fraktion der Volkskammer, 7.7.1990, 16.7.1990. In: 사민당 문서고, 문서: SPD-Fraktion der Volkskammer der DDR, Mappen 133, 135.

<sup>28</sup> Einigungsvertrag, Anl.1, Kap. III, Sachgebiet G, Abschnitt II, BGBl., II, 1990, S. 1050.

통일조약이 체결된 후 연방정부의 노동부는 외래진료를 담당하던 의료시설의 인력을 전부 해고하는 것에 대해 문제를 제기하였다. 나아가 폴리클리닉과 외래진료소에게 의료보험에서 지급받아야 할 비용을 일괄적으로 미리 지급하도록 하였다. 그러나 이러한 조치를 통해 폴리클리닉과 외래진료소의 해체를 막을 수 없었다. 그리고 1990년 9월에 도입된 새로운 의료보험법에는 서독 연방정부 노동부가 선호하였던 외래의료수요계획을 수립하는 방안이 배제되고 의사들이 자유롭게 개업하는 것을 지원하는 정책이 채택되었다.

그 결과 폴리클리닉과 다른 의료기관에 고용되었던 의사들 중에 계약이 언제까지 지속될 지 모르는 불안 속에서 기다리기보다는 스스로 개업하기로 결정하는 사람의 수가 많아졌다. 폴리클리닉 등의 동독 의료기관에게 부여되었던 1995년까지의 유효기간 규정이 나중에 폐지되었지만 1990년 가을에 이미 외래진료를 담당하던 의사 중에 많은 수가 개업하였다. 1991년 4월에 이미 개업의의 수가 폴리클리닉과 같은 의료기관에 고용되었던 의사의 수를 넘어섰다. 1994년 말에 외래진료를 담당하는 의사 중에서 폴리클리닉에 고용된 의사의 비율은 3% 밖에 되지 않았다.

## 구동독지역의 의료제도 구축

### 제1절 외래진료체계의 전환과 반전-폴리클리닉과 의료공급센터

1990년 10월 3일 형식적 통일이 완성된 이후 구동독지역의 보건의료체제의 전환과정은 비교적 신속하고 원활하게 진행되었다. 통일이 실현된 지 2년이 채 지나지 않아 작성된 의료전문가들의 평가에서 신연방지역에도 서독지역과 같은 개인병원을 기초로 하는 외래진료체계를 구축하는 작업이 실질적으로 완료되었다고 하였다.<sup>29</sup> 1990년대 중반 구동독지역의 사회적 구조전환 과정에서 의료보건 영역만큼 아무 문제없이 전환이 이루어진 경우가 없을 것이라는 것이 일반적인 평가였다.

구동독지역에서 개인병원을 기반으로 하는 외래진료 체계가 구축되는 과정은 정책적인 개입이 없이 진행되었다. 여기서 우리가 주목할 것은 적어도 통일조약이나 당시 정부의 정책적 결정만을 본다면 그렇게 신속하게 개업의가 운영하는 개인병원이 폴리클리닉에 의한 외래진료를 대체할 이유가 없었다. 그리고 1989년/90년의 개혁기에 동독 내에서도 다수의 외래진료 담당 의사들이 너무 성급하게 문제가 많다고 비판받는 서독의 외래진료 체계를 도입하는 것에 회의적이었다. 적어도 의사들은 외래진료와 입원치료를 긴밀하게

<sup>29</sup> 연방정부의 1993년도 사회보고서-발췌(문서번호 73).

연계시키는 동독의 외래진료 체계를 유지하는 것을 옹호하였고, 서독에서 의료개혁을 요구하던 그룹이 이런 의견을 지지하였다. 1차 국가조약과 통일조약도 폴리클리닉 등 동독의 외래진료 체계를 즉각적으로 폐지하기로 결정하지 않았다. 독일의 전문가들은 현재 대부분 1990년대 초반 법적인 조건만 본다면 동독의 외래진료 체계를 충분히 장기적으로 유지할 수도 있었다고 이야기한다.<sup>30</sup>

그러나 정치적으로 본다면 1990년대 초반의 분위기는 어떤 분야에서든 상이한 두 체계가 공존하면 결과적으로 투자를 저해할 수 있을 것이라고 보는 시각이 지배적이었다. 실제로 두 개의 체계가 장기적으로 공존하는 것이 의료행정의 관점에서 볼 때 많은 문제를 야기할 수도 있었다. 그렇다면 개업의에 의한 개인병원이 외래진료를 전적으로 담당하는 서독의 의료체계를 개혁해야만 한다는 비판이 1970년대 이후 지속적으로 제기되고 있던 상황에서 동독의 합리적인 외래진료 체계를 수용하여 새롭고 발전된 외래진료 체계를 구축하는 것을 모색하는 것이 충분히 대안이 될 수 있었다고 생각할 수 있다. 실제로 위에서 언급한 것처럼 당시 서독의 건강의료노동조합과 야당인 사민당은 통일을 계기로 서독의 의료제도개혁도 함께 추진하자라는 제안도 했었다. 그러나 서독정부는 동독이 독일연방공화국의 일원이 되는 것을 계기로 도입될 과도기법을 통해 서독에서 논란이 되는 문제를 해결하는 일은 없다는 것을 기본적인 원칙으로 정해 놓았었다. 그것은 당연히 의료 분야에도 해당되는 것이었다. 그런 상황에서 노동조합과 야당은 동독의 제도 중에서 선진적인 것들은 선별적으로 수용할 수도 있다는 주장을 관철시킬 수 없었다.

그러나 1995년 12월 31일자로 폴리클리닉과 외래진료소를 폐지한다는 결정은 1993년 보건구조법에 의해 파기되었다. 문제는 1993년에는 구동독지역의 의사들이 불확실한 장래에 대한 두려움 때문에 이미 대부분 폴리클리닉

<sup>30</sup> Wasem, Vom staatlichen zum kassenärztlichen System, S. 23.



을 떠난 뒤였다는 것이다. 당시 의사협회와 정치인들은 동독 의사들이 더 많은 두려움을 갖게 만들었다. 정치인들 중에서 통일 직후부터 지속적으로 구동독지역에서 폴리클리닉을 존속시키겠다고 한 사람은 브란덴부르크주의 사회장관 레기네 힐데브란트와 사회차관 데트레프 아펠드뿐이었다.<sup>31</sup> 그 결과 브란덴부르크주에는 지금까지도 동독의 폴리클리닉과 유사한 의료공급센터와 개업의가 공존하고 있다. 동베를린의 경우에도 일부 지역에서 폴리클리닉의 일부가 오랜 투쟁 끝에 살아남을 수 있었다. 특이한 것은 통일 후 베를린의 동쪽 지역에 있는 이 시설에 고용된 120여 명 의사의 대부분이 여성이라는 사실이다. 이들은 자신이 근무하는 폴리클리닉을 구하기 위해서 오랜 단체를 구성하고 투쟁하였다.

그리고 2004년에 연방의회에서 통과된 새로운 건강현대화법에 의해 이미 폐기처분되었다고 알려진 폴리클리닉이 의료공급센터(MVZ)라는 이름으로 부활하였다. 만일 통일 당시 양 측의 보건의료 전문 행정관료들의 합리적인 판단이 특정한 이익단체의 압력을 받은 정치인들에 의해 수정되지 않았더라면 통일 이후 14년이라는 긴 시간이 걸리지 않고도 이런 개혁이 실현될 수 있었을 것이다. 그리고 그것은 구동독지역 주민들의 “자존심”을 살리는 데 크게 기여할 수 있었을 것이다. 그리고 어려웠던 내적통합도 조금은 원활하게 만들 수 있었을 것이다. 폴리클리닉과 탁아시설과 같이 동독의 성공적인 사회제도까지 폐지하였다는 것에 대한 구동독지역 주민들의 불만이 독일통일이 동독의 “식민지화”가 아니냐는 말을 낳게 하였기 때문이다.

## 제2절 의료보험제도의 구축

1990년 5월 18일에 체결된 1차 국가조약(경제, 화폐 및 사회통합을 위한

.....  
<sup>31</sup> 루돌프 뮐러(Rudolf Müller)와의 면담록, 구포츠담지역 담당의사 겸 브란덴부르크 연방주 노동, 보건, 사회복지 및 여성부 산하 “재해보호 및 구조활동” 담당 부서장(문서번호 83).

조약)을 통해 자율적인 의료보험을 도입하기로 결정하였고,<sup>32</sup> 통일조약을 통해 의료보험에 관한 기본적인 원칙이 다시 한번 확인되었다.<sup>33</sup> 먼저 국가조약을 통해 동독의 사회복지제도를 기본적으로 세 개의 독립적인 영역, 즉 연금보험, 의료보험 및 산재보험 등으로 분할하기 위한 기본조건을 구축하고 이를 다시금 서독 법률제도의 틀 안으로 포함하기 위한 기본조건을 통일조약에서 구축하였다. 그것은 결과적으로 1990년 10월 3일부터 5개의 신연방주에 서독지역에서와 동일한 의료보험체계가 구축되어야만 한다는 것을 의미하였다. 실제로 1990년 5월부터 10월까지 5개월이 채 안되는 짧은 시기 안에 가입자에 대한 배려와 후견원칙에 따라 구축된 동독의 의료보험체계를 자기책임의 원칙을 따르는 서독의 제도로 전환해야만 했다. 이 작업은 비용과 시설 확보 등 여러 가지 문제를 해결해야만 하는 힘든 과제였다. 당시 동독의 의료보험공단이 안고 있던 적자 금액은 1990년 상반기만 해도 거의 40억 마르크에 달했다.<sup>34</sup>

더욱이 1975년부터 1990년에 이르기까지 장기간 사회정책 부분의 비용절감을 위한 노력을 통해 사회비용을 국가예산의 29.5%로 낮추어 서독의 연방정부에게 통일은 사회 정책적으로 볼 때 해결하기 쉽지 않은 난관이었다. 결국 서독의 사회복지 시스템을 신연방주 지역에 그대로 적용하면서 국가예산에서 사회비용을 위한 지출 비율이 다시금 증가하게 되었고, 1996년에 34.9%로 증가했다. 물론 사회복지비용의 지출이 이렇게 팽창한 가장 중요한 이

.....  
<sup>32</sup> 이에 관해서는 공동 기자회견-동독에 대한 제의사항: 자치권이 보장되는 조직적, 사회 복지적 의료보험제도의 도입(문서번호 18)을 참고. 체제전환의 문제점에 관해서는 동독 개신교 최고 평의회장이 동독 보건부장관에게 보낸 서신(문서번호 26)을 참고.

<sup>33</sup> 동서독 간의 경제 및 화폐 사회통합에 관한 조약-사회정책 관련부분 발췌(문서번호 46) 참고, 동 통일조약이 의료보험 체제의 관점에서 미친 영향에 관해서는 베를린에 소재한 일반 지역의료보험조합(AOK) 모든 지부에 대한 통지-보장법, 보험료법 및 가입법의 관점에서 살펴 본 통일조약(EV)의 영향(문서번호 53)을 참고.

<sup>34</sup> 조정 과정에 대한 문제점에 관해서는 글라이취와의 인터뷰, 그리고 적자에 관한 사항은 약 40억 마르크에 달하는 동독 의료보험 공단의 적자(문서번호 2) 참고.





유는 무엇보다도 등록된 실업자의 수가 1990년대 중반에 4백만 명에 육박했기 때문이었다.

안드레아스 모이쉬(Andreas Meusch)는 독일통일 이후 사회복지 시스템이 떠안게 된 새로운 부담 중에는 가입자의 납입금을 통해서 충당될 수 없는 것들이 많이 있었다고 지적한다.<sup>35</sup> 특히 의학적 재활치료에 대한 급부를 포함한 모든 보험혜택을 구동독지역에 허용한 결과, 의료보험의 새로운 가입자에게는 사회급부 혜택이 더 커지게 되었지만 그만큼 사회비용을 위한 공적 지출이 증가할 수밖에 없었다. 이 장에서는 문서들을 근거로 구동독지역의 의료보험 구축과정을 살펴보기로 하자.

### 1. 불확실성과 과도기 규정

1990년 3월 동독 인민회의 선거가 치러진 후 독일통일이 실현될 것이라는 견해가 지배적이었고, 이는 곧 서독 사회보장 시스템이 동독으로 도입된다는 것을 의미했다. 따라서 서독 의료보험회사들은 향후 동독지역에서 펼쳐질 발전 상황에 대비하기 위해 노력했지만, 무엇보다 동독 정황에 대한 지식이 부족했고, 이에 대한 충분한 여력을 갖추고 있는지 가늠하기도 어려웠다. 당시에는 하나의 독일, 두 개의 국가체제가 상당 기간 지속될 것이라는 전망이 우세한 상황이었다.<sup>36</sup> 하지만 이러한 예상과는 달리 상황이 급변하는 속도에 대부분 놀라움을 금치 못했고, 이러한 새로운 조건에 맞추기 위해 노력을 기울일 수밖에 없었다.<sup>37</sup>

<sup>35</sup> 안드레아스 모이쉬, 사회복지정책, 베르너 바이텐펠트 및 카를-루돌프 코르테(발행인) 공저 가운데 발췌: 독일통일에 관한 개요, 1949년-1989년-1999년까지를 중심으로, 분, 연방 정치교육센터, 1999년, p.704.

<sup>36</sup> 동독 현안에 있어 현재의 정황에 대한 논의록(1990.5.15.)(문서번호 22).

<sup>37</sup> 베를린에서 열린 대의원 총회(1990.11.30)를 맞이한 DAK 집행부 보고서(문서번호 55). 베를린, 막데부르크, 할레, 에어푸르트 및 캄니츠 지역에서 있었던 출장 방문(1991.1.28~31)에 관한 보고서(문서번호 60). 베를린 중심, 코트부스, 드레스덴, 게라 및 아이젠나흐 등의 구역 사업사무소(BGStn) 전산처리

의료보험과 관련된 제도를 새롭게 정비해 나가는 것, 특히 동독지역에 서독의 다원적 보건제도를 도입하기 위해서는 반드시 고려해야 할 다양한 문제점들이 산재해 있었다. 동독 보건제도 시스템 내에서 부양시설에 대한 전환 조치와 관련해서는 비록 동독의 기존 보건제도 내에서도 나름대로 장점을 갖춘 시스템이 운용되고 있었지만, 통일이라는 큰 테두리 안에서 서독의 구조를 그대로 원용하는 방안이 채택<sup>38</sup>된 것은 이미 위에서 보았다.

1990년 10월 3일 통일과 함께 시작된 과도기 2단계에서는 무엇보다 의료보험의 실무와 관련된 규정을 신속히 마련하는 것이 중요했다. 이는 의료보험의 관할 영역이 아직 불분명했고, 구동독지역 주민들 사이에서는 의료비에 대한 지급 청구 및 의료보험 증서의 유효성과 관련해서 막연한 불안감이 팽배해 있었기 때문이다.<sup>39</sup>

이러한 불안감은 비단 환자들에게서만 나타났던 것은 아니다. 동독의 의료보험 공단에 근무하던 직원들 또한 본인의 일자리를 잃게 되지 않을까 우려하고 있었다. 그런 우려는 이미 1990년 5월부터 나타나고 있었던 현상이었다. 그렇기 때문에 서독 연방보건부는 동독의 보건복지공단 소속 노동조합과 협약을 체결하여 이러한 불안감을 해소하고자 하였다.<sup>40</sup> 이 조약을 통해 동독에서 획득한 권리와 자격을 인정할 수 있게 되었다. 예를 들어 기존 동독 의사들이 갖고 있는 의사 면허가 통일 이후에도 유효하다는 것을 확인해 준 것이다. 그에 따라 동독법을 근거로 교부된 의사 면허가 별도의 조치 없이 그 자체로 독일연방공화국에서도 동등하게 인정받게 되었다.

.....

센터 방문에 관한 보고서-4차례의 회계 감사 회의와 연동(문서번호 61) 참고.

<sup>38</sup> 하르트무트 라이너스(Hartmut Reiners)와의 면담록, 브란덴부르크 연방주 노동, 보건, 사회복지 및 여성부 산하 “보건 정책 기본조항 문제” 담당 부서장 역임(문서번호 81).

<sup>39</sup> 사회보험공단 이사장이 각 해당구역 및 읍/면 단위 도시의 해당 사회보험공단에 보낸 서신(문서번호 51a).

사회보험공단 이관 조직-중앙관리본부: 정보 Nr.4.(문서번호 58a).

<sup>40</sup> 공단 합리화 조치 및 구조조정에 있어 보건 및 사회복지공단 직원들의 보호대책에 관한 합의(문서번호 29a).



화폐 통합조약을 통해 결정된 조항을 바탕으로 서독의 여러 노동조합(무역, 은행 및 보험업 노동조합/독일 사무직 노동조합/사회보험공단 노동조합) 간에 동독 사회보험공단에서 근무하는 직원들의 임금 및 급여와<sup>41</sup> 화폐통합으로 인해 상승한 입원 및 간병비용에 관한 합의가 있었다.<sup>42</sup>

1990년 초부터 1990년 10월 3일까지 과도기 단계에서는 다른 분야에서와 마찬가지로 사회복지 분야 또한 시간적 압박에 시달리게 되어 결국 새로운 시스템의 출범이나 개혁 또는 기존 가치체계를 유지하는 것도 어려운 상황이 되었다. 위에서 설명한 것처럼 동독에 있었던 기존의 체계를 유지하거나 동독의 체계와 서독의 체계를 혼합하여 새로운 개혁된 체계를 만들기 위한 시도조차 불가능한 상황이었다. 이 시기에 발생한 여러 가지 문제점들에 대해서는 이 책에 수록되어 있는 1990년까지 동독 사회보험공단 이사장을 역임했던 헤르베르트 므로트체크(Herbert Mrotzeck)와의 인터뷰를 통해서 잘 볼 수 있다. 여기서 우리가 주목할 것은 모르크체크뿐만 아니라 자유대 연구팀이 의료보건과 관련하여 인터뷰한 모든 전문가들이 1990년 당시 서독의 일부 의사협회와(주로 공단 소속 의사협회) 제약업계 및 기타 관련 협회의 로비를 가장 큰 문제로 지적한다는 것이다. 이들 서독의 의사협회와 제약업계는 동독 보건의제도에 속해 있던 일부 구성요소를 현행대로 유지하는 것은 경쟁을 유발할 위험이 있다고 판단하였고, 결국 저항으로 말미암아 구동독 시절 유용하게 제공되던 제도 및 서비스는 현격한 수준으로 축소되거나 사라지게 되었다고 전문가들은 평가한다.<sup>43</sup>

<sup>41</sup> 동독 사회보험공단 직원들의 봉급 및 임금 인상에 관한 합의(문서번호 29b).

<sup>42</sup> 1990년 7월 1일자를 기준으로 보건의료 사회복지공단 공용 시설물에서의 간병비용을 변경에 관한 사항(문서번호 41).

기독교 아동 병원 안나 호스피탈 서류 메모(문서번호 54) 및 슈파이어/드레스덴 지역의 기독교 구제지원협회가 구동독지역 기독교 아동병원 전체에 보내는 서신(문서번호 56)에서는 간병에 대한 일일 지급수가 문제를 다루고 있음.

<sup>43</sup> 하르트무트 라이너스와의 인터뷰, 정책 방향에 관한 논의에 관해서는 루돌프 뮐러와의 인터뷰 참고. 독일 연방보험공단의사협회가 의료적 처치를 위한 병원 외래진료 허용에 반대하며 저항한 내

## 2. 의료보험사의 활동

법적으로 보면 동독에서 서독과 같은 의료보험제도가 허용된 것은 1990년 9월 13일 의료보험사설립법이 통과되면서였다.<sup>44</sup> 그러나 이미 1989년 말부터 다원적 시스템을 갖춘 다양한 서독 의료보험회사에서는 향후 빠른 시일 내에 동서독 두 국가가 하나로 통합될 것이라는 기대감의 발로에서 본격적으로 동독지역에서 자사 지점을 구축하기 위한 작업에 착수했다. 아울러 신연방주가 될 동독지역으로 서독식 다원적 의료보험 시스템이 도입될 수 있도록 적극적으로 지지하고 나서게 되었다.<sup>45</sup>

서독 의료보험사들은 1990년 초부터 향후 동독지역으로 영업활동을 확장해 나가기 위해 어떠한 조치가 필요한지에 대해 검토하기 시작했다. 관련 정보를 확보하기 위해 동독의 사회보험공단 측 대표자들과 회담을 하기도 했고<sup>46</sup>, 연락사무소를 설치하기도 했다.<sup>47</sup> 하지만 동독지역으로 새롭게 발령 받은 모든 서독 의료보험공단 소속 직원들이 이러한 발령조치에 만족했던 것은 아니었다.<sup>48</sup> 일부 직원들은 새로운 업무지역 자체에 동의하지 못하는 경우도 있었고, 또 다른 직원들은 동독지역의 열악한 생활환경에 불만을 토로했다. 또는 화학공단이 있었던 비터펠트 지역과 같이 환경오염 문제가 심각한 경우에는 그 지역 근무 자체를 거부하기도 했다.

.....

용은 개신교 구제지원협회의 법무, 경영 및 보건부서가 독일 기독교병원협의회 연방주협회에 보내는 서신(문서번호 57) 참고.

<sup>44</sup> 의료보험회사 설립법(문서번호 49).

<sup>45</sup> 공동 기자회견-동독에 대한 제의사항: 자치권이 보장되는 조직적, 사회 복지적 의료보험제도의 도입(문서번호 18).

<sup>46</sup> 동독 상황에 대한 정보교환을 목적으로 집행위원이 각 연방주 사업본부단장에게 보낸 서신(문서번호 15).

<sup>47</sup> 동독에서의 DAK 예상 업무 범위에 관한 보고서(문서번호 8).

DAK 집행부가 각 연방주 사업본부장에게 보낸 서신(문서번호 9).

문서 메모-동독에서의 DAK 업무활동(문서번호 11).

DAK 이사회 보고서(발췌): 동독지역에서의 DAK 홍보사무소 설치(문서번호 12).

동독 경영진 회의(1990.3.5)에 관한 보고록 2/90(문서번호 13).

<sup>48</sup> DAK 집행부가 내부 감사팀 직원에게 보낸 서신(문서번호 14).



의료보험사들은 이를 해결하기 위해 조정 및 중재안 마련에 고심했다. 그들에게 동독은 새로운 매출을 창출할 새로운 시장으로 인식되었고, 이러한 이유로 인해 많은 서독 의료보험사들이 동독지역을 두고 경쟁하였던 것이다.<sup>49</sup>

서독의 가장 큰 의료보험회사인 일반 지역의료보험조합(AOK)의 경우 이미 1989년 말~1990년 초부터 동독지역에 지부를 설립할 준비 작업을 시작하였다. 그를 위해 설립대리인(Errichtungsbeauftragte)을 임명하고<sup>50</sup>, 설립대리인으로 하여금 신연방주지역에서 일반 지역의료보험조합이 무리 없이 자리잡을 수 있도록 지원하는 업무를 담당하게 하였다.

동독지역에서 의료보험제도의 기반을 확립하기 위한 첫 번째 전략적 결정 조치로서 지역의료보험조합(AOK)에서는 일종의 감독위원회를 설치하게 되었다.<sup>51</sup> 본 감독위원회의 임무는 동독지역에서 지역의료보험조합(AOK)의 본격적인 구축을 준비하는 것이었다.<sup>52</sup> 지역의료보험조합(AOK) 연방협회에 이런 작업이 진척되는 상황에 대한 정기적인 보고서가 제출되었고<sup>53</sup>, 아울러 내부 문서를 통해 해당 직원들에게 본인 담당업무의 변화내용을 교육시킬 수 있었다.<sup>54</sup> 그 결과 1992년까지 지역의료보험조합(AOK)은 신연방주에서 사업

<sup>49</sup> 각 의료보험사들의 확장 및 시장점유율에 관해서는 동독에서 준의료보험조합 허용을 고려한 DAK 업무 활동(문서번호 19) 참조.

<sup>50</sup> “동독 일반 지역의료보험조합”을 위한 프로젝트팀이 프로젝트 위원회에 제출한 보고서 3/90(문서번호 50).

<sup>51</sup> 구동독지역에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축-초기 지원금(문서번호 3). 통일 이후-일상의 시작(문서번호 4).

<sup>52</sup> 업무 문서-일반 지역의료보험조합(AOK) 연방중앙협회 및 일반 지역의료보험조합(AOK) 연방주 지부협회의 동독에서의 활동(문서번호 24). 향후 베를린 전체 지역을 담당하는 일반 지역의료보험조합(AOK)의 사업사무소 및 직원 구축을 위한 컨셉(문서번호 39).

<sup>53</sup> “동독 일반 지역의료보험조합”을 위한 프로젝트팀이 프로젝트 위원회에 제출한 보고서 3/90(문서번호 50).

<sup>54</sup> 베를린에 소재한 일반 지역의료보험조합(AOK) 모든 지부에 대한 통지-보장법, 보험료법 및 가입법의 관점에서 살펴 본 통일조약(EV)의 영향(문서번호 53).

체계를 어느 정도 확립할 수 있었다.<sup>55</sup> 물론 이 업무를 위해 직원은 상당한 규모의 재정비용을 투자해야만 했다.<sup>56</sup>

독일 사무근로자 의료보험(이하 DAK) 또한 지역의료보험조합(AOK)의 경우와 별반 다르지는 않다.<sup>57</sup> 이미 1989년도 말부터 동독지역에서 DAK의 영업활동을 영위하기 위한 대책이 논의되기 시작했다.<sup>58</sup> 이로 인해 DAK 측에서는 동독 사회보험공단과 이른 시점부터 벌써 접촉을 할 수 있게 되었다.<sup>59</sup> DAK 내부적으로 구성된 “동독 프로젝트팀”과 집행부 사이에 정기적인 회의가 개최됨으로써 1990년에는 동독에서 DAK를 단계적으로 확장시켜 나가 기 위한 계획이 수립되고, 아울러 이에 대한 보고서 또한 작성되었다.<sup>60</sup> 아울

.....

<sup>55</sup> 브란덴부르크주에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축(문서번호 67).  
보건제도에 있어서 시스템 변경을 위한 도전과제 및 경험적 지식(문서번호 79).

<sup>56</sup> 브란덴부르크주에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축(문서 67)에서는 브란덴부르크 연방주의 경우를 들어 이를 설명하고 있음-지역의료보험조합의 구축 단계에 관한 설명은 업무 문서-일반 지역의료보험조합(AOK) 연방중앙협회 및 일반 지역의료보험조합(AOK) 연방주 지부협회의 동독에서의 활동(문서번호 24), 그리고 비용에 관한 사항은 구동독지역에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축-초기 지원금(문서번호 3)을 참고. 약 40억 마르크에 달하는 동독 의료보험 공단의 적자(문서번호 2), 동독 개신교 최고 평의회장이 동독 보건부장관에게 보낸 서신(문서번호 26) 및 1990년 7월 1일자를 기준으로 보건 및 사회복지공단 공용 시설물에서의 간병비용을 변경에 관한 사항(문서번호 41) 참고.

<sup>57</sup> 에크하르트 블로흐(Eckhard Bloch)와의 면담록-독일 사무 근로자 의료보험(DAK) 기본조항 문제 및 법률 자문 담당부서(문서번호 82).

<sup>58</sup> “지역적 기업발전”에 관한 협의단 회의(1989.12.20)의 요약 결과(문서번호 1).

<sup>59</sup> 사업 집행부를 위한 문서 초안: 동독 사회보험공단과의 접촉(문서번호 5).

<sup>60</sup> 사업 집행부를 위한 문서 초안: 동독 사회보험공단과의 접촉(문서번호 5).  
집행부 회의(1990.2.8)에 관한 특별의사록 2/90(문서번호 7).  
동독에서의 DAK 예상 업무 범위에 관한 보고서(문서번호 8).  
DAK 집행부가 각 연방주 사업본부장에게 보낸 서신(문서번호 9).  
DAK 이사회 보고서(발췌): 동독지역에서의 DAK 홍보사무소 설치(문서번호 12).  
‘동독 경영진 회의’(1990.3.5)에 관한 보고록 2/90(문서번호 13).  
동독 상황에 대한 정보교환을 목적으로 집행위원이 각 연방주 사업본부단장에게 보낸 서신(문서번호 15).  
각 연방주 사업본부장이 참여한 집행부 회의록(1990.3.15., 쾰른)(문서번호 16).  
동독에서 준의료보험조합 허용을 고려한 DAK 업무 활동(문서번호 19).  
동독 현안에 있어 현재의 정황에 대한 논의록(1990.5.15.)(문서번호 22).  
베를린에서 열린 대의원 총회(1990.11.30)를 맞이한 DAK 집행부 보고서(문서번호 55).



러 이러한 과정 중에 발생하는 문제점에 대한 논의가 이루어질 수 있었다.<sup>61</sup> 1991년 1월에 있었던 이사회의 업무방문을 통해 신연방주 현장 지역에서의 실질적 문제점들이 상세히 부각될 수 있었다.<sup>62</sup>

동독지역에서 의료보험제도를 구축하는 과정에서 인프라 구조가 열악하다고 언급하는 것은 단순히 불편한 교통 체계나 통신설비만을 지칭하는 것은 아니다. 그 밖에도 극복해야 할 많은 난관들이 있었는데 특히 보험료의 납입과 보험금의 지불체계가 그러했다. 예컨대 의료보험공단에 가입자로부터 납입금이 지불되면, 이러한 납입금은 일단 동독 세무서의 개입을 통해 처리되어야만 했었다. 이로 인해 결국 시간이 지체되는 결과를 가져오게 되어 은행의 입장에서는 그것 때문에 문제가 발생할 수밖에 없었다.<sup>63</sup>

브란덴부르크 연방주 일반 지역의료보험조합 초대 이사장을 역임한 베른트 그리거(Bernd Grieger)는 당시의 업무를 회상하는 글에서<sup>64</sup> 당시 부딪혔던 문제와 그것을 해결하기 위해 수행한 업무에 관한 경험을 자세히 설명하였다. 이 글에서도 그는 초기 단계의 동독의 열악한 인프라 구조, 그리고 무엇보다 통일된 독일의 구축이라는 예외적인 상황임에도 불구하고 제약업계를 비롯한 서독의 이익단체들이 전혀 협조하지 않았기 때문에 동독에서 업무를 추진하는 것이 아주 힘들었다고 전한다. 그것은 서독 연방정부의 수상청에서 통일작업을 진두지휘하던 요하네스 루데비히의 회고와 일맥상통하는 것이다. 통일이라는 민족적 과제가 앞에 놓여 있어도, 특히 서독의 대기업은

.....

<sup>61</sup> 문서 메모-동독에서의 DAK 업무활동(문서번호 11).  
DAK 집행부가 내부 감사팀 직원에게 보낸 서신(문서번호 14).

<sup>62</sup> 베를린, 막테부르크, 할레, 에어푸르트 및 쾰니츠 지역에서 있었던 출장 방문(1991.1.28~31)에 관한 보고서(문서번호 60).  
베를린 중심, 코트부스, 드레스덴, 게라 및 아이젠나흐 등의 구역 사업사무소(BGStn) 전산처리 센터 방문에 관한 보고서-4차례의 회계 감사 회의와 연동(문서번호 61).

<sup>63</sup> 통일 이후-일상의 시작(문서번호 4).  
에크하르트 블로흐(Eckhard Bloch)와의 면담록-독일 사무 근로자 의료보험(DAK) 기본조항 문제 및 법률 자문 담당부서(문서번호 82).

<sup>64</sup> 보건제도에 있어서 시스템 변경을 위한 도전과제 및 경험적 지식(문서번호 79).

자신의 이익을 챙기기에 급급했다고 그는 지금도 비난한다. 의료 분야의 경우를 보면 그것은 단지 대기업에 제한된 현상이 아니라 모든 이익단체에 해당되는 것으로 보인다.



## 하르무트 라이너스(Harmut Reiners)와의 인터뷰 프로토크콜

하르무트 라이너스는 과거 브란덴부르크주 노동, 건강, 사회복지 및 여성부 “보건정책 기본원칙 상담관” 과장을 역임하였다. 인터뷰는 2010년 11월 24일 베를린에서 이루어졌다.

구동독지역과 구서독지역 간 보건행정 분야에는 많은 유사성이 존재하였다. 두 조직 간의 접합점이 많았기 때문에 보건행정체제의 통합은 비교적 마찰 없이 진행했다고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 일상적인 습관의 차이로 인해 초기에 마찰이 빚어질 수 있었다. 예를 들어 동독 각 부처는 업무를 오전 7시에 시작하였으나, 서독은 탄력근무제가 있어 본격적인 업무 시간은 주로 9:00에서 9:30 사이에 시작되었다. 나아가 통일 초기에는 부분적으로 상이한 용어 사용으로 인해 의사소통에 마찰이 빚어지기도 하였다.

구체적으로 보면 인력과 관련한 부분에서 주로 마찰이 있었다. 동독과 서독의 보건행정 체제가 유사하다고 하지만 자세히 보면 많은 차이가 있었기 때문에 신연방지역에서 보건행정을 담당할 인력이 새롭게 교육되어야만 하였다. 이 과정에서 소수의 숙련된 서독 전문 인력이 다수의 동독 인력을 재교육하게 되었다. 그리고 신연방지역의 보건행정뿐만 아니라 대부분의 의료보험기관에서도 고급 간부진은 거의 서독출신이었다. 주정부의 보건부의 경우 동독과 서독출신 국장급 공무원의 비율은 50:50이었다. 서독 출신 공

무원은 대부분 기획과 자문 역할을 담당하였다. 동독출신 직원은 대부분 중간급 사무관 또는 중간직 직원으로 실무를 담당하였다. 의료보험에 대한 감독은 연방 사무직근로자 연금공단(Bundesversicherungsanstalt für Angestellte-BfA)의 서독출신 직원을 통해 이루어졌다.

통일 직후에는 공간부족을 해결하는 것이 큰 문제였다. 사무실 공간이 없었기 때문에 베를린 시내 한 호텔의 대형 사무실 공간에서 연방정부의 세 개 부처가 함께 임시로 업무를 보기도 하였다. 그러나 그 후 집중적으로 이루어진 건설프로젝트를 통해 사무실 공간 부족문제는 1995년까지 대부분 해소되었다.

브란덴부르크주의 보건의료정책은 초대 정부에서 사회보건복지부장관이었던 레기네 힐데브란트(Regine Hildebrandt)에 의해 많은 영향을 받았다. 동독의 시민운동그룹 출신인 그녀는 자신의 개인적 역량을 바탕으로 강력한 장관으로서 다방면에 걸쳐 새로운 길을 개척해 나갔다. 강력한 파워를 가진 장관 덕분에 체제전환 시기에 브란덴부르크 주정부 내에서 보건부 업무가 비교적 수월하게 이루어질 수 있었다. 레기네 힐데브란트 장관은 특히 동독 체제의 사회적 성과물이라고 할 수 있는 폴리클리닉과 외래환자 진료소 유지에 총력을 기울였다.

동독의 평화로운 혁명에 이어 시작된 체제전환 과정에서 가장 많은 논란을 야기한 것은 체제전환의 기본적인 원칙이 단순히 하나의 체제를 폐지하고 다른 한 쪽의 체제를 이식하는 것이 아니라, 폐지될 동독 체제 내에 좋은 장점이 존재하지 않는지 여부를 비판적으로 고찰하고 그것을 살릴 수 있는 방법을 강구해야만 한다는 것이었다.

당시 서독의 보건의료체제가 많은 문제를 안고 있다는 사실이 잘 알려져 있었기 때문에 체제전환을 하면서 이미 문제가 있는 것으로 확인된 제도를 동독지역에 그대로 이식할 필요가 있는가하는 의문을 제기하는 사람들이 있었다. 실제 통일 이후에 구동독지역에서는 서독지역에서와 다른 규정이 적



용된 경우가 적지 않다. 예를 들어 서독의 병원재정법(Krankenhausfinanzierungsgesetz-1971)에 따르면 서독지역에서는 병원 건물의 구조는 연방주가 결정할 사안이기 때문에 오랫동안 그대로 유지되는 경우가 많았다. 그러나 1991년 체제전환 과정에서 브란덴부르크주는 병원건물 재개발을 위해 소요되는 비용이 서독지역보다 더 많을 경우에 한하여 해당 법령을 허용하기로 했다. 그 결과 구동독지역 병원의 건물이 서독지역의 병원보다 더 좋은 상태를 유지하게 되었다.

종합병원의 경우 병원의 구조와 서열이 서로 유사하였기 때문에 비교적 수월하게 서독 체제에 적응할 수 있었다. 문제가 되었던 분야는 의료보험조합에 인가를 받는 개업의사에 의한 개인병원 외래진료 체제로 전환하는 것과 의료보험을 보는 국민의 시각이었다. 서독에 존재하던 공공보험과 사보험의 구분체제는 동독주민들에게는 생소한 것이었다.

개인병원에 바탕을 둔 개업의에 의해 외래진료가 독점되는 체제는 체제전환 시기에 가장 많은 쟁점이 되었던 사안이다. 이에 관한 논란은 서독에서도 이미 1970년대부터 있었다. 객관적으로 볼 때 의료급여를 위한 바람직한 해결책은 동독에 존재했던 것과 같은 폴리클리닉과 외래환자 진료소를 의료급여센터(Medizinische Versorgungszentren)와 같은 새로운 이름으로 계속 유지하도록 하는 것이었다. 그러나 당시 정치적 로비에 의해 결국 외래환자 진료소가 폐쇄되었다. 그리고 지금에 와서 그때 폐지되었던 의료급여센터 체제 구조를 힘겹게 다시 세우려고 노력하고 있다.

브란덴부르크주의 경우 주정부 차원에서 외래환자 진료소를 지원하기 위한 대출프로그램을 도입했다. 동독에서 사회화된 외래환자 진료소 의사 및 행정책임자가 의료보험 또는 의료보험조합 의사협회와의 관계에 익숙하지 않았기 때문에 그들을 위한 자문도 함께 이루어졌다. 이러한 자문은 외래환자 진료소의 경제적 구조 및 행정을 포함하는 것이었다. 이런 지원 프로그램을 통해 브란덴부르크주에서는 약 20개의 폴리클리닉과 외래환자 진료소가 위

기를 벗어날 수 있었다. 의사들은 외래환자 진료소에서 개업을 하거나 그곳에서 고용될 수 있는 기회를 얻었다. 의사를 채용한 의료급여센터의 경우 체제전환과정에서 성공적으로 변신한 것으로 드러났다. 의료급여센터 소속 의사의 경우에도 자율적으로 개업한 의사와 마찬가지로 의료보험조합 의사협회를 통해 동일한 보상체제가 적용되었다. 그에 따르면 결국 의사의 수가 한 병원이 수령할 보상금의 액수를 결정하는 것이다. 의료급여센터의 각 전문의에 대한 보상금 배분은 내부규정에 따른다.

브란덴부르크 주정부는 특별 프로그램을 도입해서, 개업을 원했던 의사들이 재건은행(Kreditanstalt für Wiederaufbau)을 통해 저렴하게 대출을 받을 수 있게 해 주었다. 대출 후 첫 2년 간 이자 및 거치기간이 없었고 그 후 이자율도 시장이자율보다 훨씬 낮은 6% 이자를 적용했다. 그럼에도 불구하고 많은 개인병원이 설립되었다가 새로운 체제에서 살아남지 못하고 파산하였다.

한편 개인병원 설립으로 인해 들어갈 비용으로 인한 부담을 두려워했던 중장년층의 의사들은 외래환자 진료소/외래진료시설에 계속 머물렀다. 브란덴부르크주는 언급한 것처럼 폴리클리닉과 외래환자 진료소/외래진료시설을 구제하기 위하여 재정적인 지원을 했던 유일한 연방주였다.

사실 동독의 의료보건 체제는 합리적인 구조를 갖고 있었다. 외래환자 진료소, 외래진료시설 그리고 약국 간의 관계에서 행정 관료주의의 부담이 없었고, 입원 및 외래 진료 범위 구분이 엄격하지 않았기 때문에 이 체제에 균열이 올 수 없었다. 그러나 이 체제는 의사협회 간부들과 의료보험의 로비로 인해 폐지되게 되었다.

직장의료보험조합(Verband der Betriebskrankenkasse)의 몇몇 회원은 의료보험 자체시설 내 외래환자 진료소 체제전환에 대한 계획을 발전시켰으나, 이와 같은 고려는 조합장에 의하여 철회되었다.

통일조약의 협상과정에서 각 분야의 자문단이 존재하였다. 본인은 노르



트라인베스트팔렌주(NRW) 보건담당 실무그룹 멤버였다. 통일조약의 작성과정을 보면 전문가들의 반론과 상관없이 동독의 보건체제를 폐지하기로 결정하였다. 그 결과 모든 의료적, 경제적 합리성에 반하는 개업의에 의한 개인병원 체제를 기본틀로 하는 서독의 모델이 도입되었다.

그러나 브란덴부르크주의 경우 힐데브란트 장관과 같은 정치가의 지원에 힘입어 외래환자 진료소가 즉시 폐쇄되지 않았고, 의료급여센터(MVZn)가 오히려 도시지역에서 잘 자리 잡을 수 있었다. 현재 독일의 의료급여체계를 보면 다시 동독의 구조에 가까워지는 성향을 보이고 있다.

그 이유는 분명하다. 현대적인 의료장비는 지속적으로 개발되고 그것의 가격 또한 계속해서 상승하고 있다. 개인병원이 이러한 현대적인 의료기기를 구입하기 위해서는 막대한 부담을 떠안을 수밖에 없다. 그로 인해 개인병원이 수익성을 상실하고 있다. 이러한 문제에 대한 해결책을 찾는 과정에서 의료급여센터가 합리적인 방안으로 부각된 것이다.

동독 보건체제에서는 외래진료의 담당영역이 아주 세밀하게 구분되어 있었다. 각각 주/군 단위 폴리클리닉에 속한 국립의원(“국가의사”), 소아과, 산부인과 등과 같은 ‘기본적인 분야’를 담당하는 소도시 내 외래진료시설, 고도로 전문화된 전문의와 장비를 갖춘 군/베치르크지역 단위의 폴리클리닉 등으로 분류되었다.

그러나 통일 후 구동독지역의 공공의료 서비스의 질이 급격하게 저하되었다. 예를 들어 동독에서는 학교의 담당의사가 직접 치료할 수도 있었다. 그러나 그것은 통일 후에 더 이상 불가능하게 되었다.

1992년 보건구조법(Gesundheitsstrukturgesetz, GSG)에 명시된 의료보험 예산편성은 특정 분야 지출이 수입을 초과하여 증가해서는 안되게 되었다. 이러한 예산편성은 “신연방주”에 대한 지나치게 적은 예산편성으로 인해 브란덴부르크주 내 의료보험조합 의사들이 많은 어려움을 겪었다. 신연방주와 구연방주 간 격차가 계속 커지도록 만들었던 이런 요인들은 2007년 개혁

을 통해 비로소 해소되었다. 이 개혁의 골자는 구동독지역의 예산이 서독지역 예산의 95%에 달해야만 한다는 것이었다.

전문적으로 볼 때 동독체제에서 훈련된 의사의 자질은 서독 의사의 자질에 견주어 문제가 없었다. 동독 내 가정의는 대부분 서독 가정의보다 더 나은 자질을 갖추고 있었다. 동독 간호인력/간호사는 특히 의학교육을 전문으로 하는 자체 교사를 통해 더 훌륭한 또는 대학교육에 준하는 직업교육을 받았다.

통일독일에서는 2001년이 되어서야 당뇨병 환자와 같은 만성질환자에 대한 질병관리프로그램이 도입되었다. 이 프로그램은 동독 시기에 이미 약국제도를 통해 실시되었던 것이다.

동독 보건체제는 서독 보건체제보다 더 현대적으로 조직되어 있었다. 단지 현대적인 시설과 장비를 갖추고 있지 않았을 뿐이었다. 만일 서독 금융기관을 통한 투자가 이루어질 수 있었다라면 충분히 경쟁력이 있을 수 있었다.

보건통계자료는 예를 들어 암 등록부와 같은 것은 동독에서 더 잘 정리하였다. 그렇기 때문에 신연방주들은 동독의 암 등록부 구조를 계속 발전시켰다.

## 에크하르트 블로흐(Eckhard Bloch)와의 인터뷰 프로토크콜

에크하르트 블로흐는 1988년부터 사무직 건강보험조합 DAK의 경영 관련 법률상담사로 일하고 있으며 1989년 12월부터 1990년 3월까지 DAK에서 동독 프로젝트 팀장을 역임하였다. 증원된 프로젝트 그룹이 해체될 때까지 그는 자문관으로 남아 있었고 1990년 이후 구동독지역에서 법률상담사로서 DAK에서 토지 관련 질문 상담을 도맡았다. 이 인터뷰는 2010년 11월 18일, 함부르크에서 진행되었다.

1989년 11월 9일 베를린장벽 붕괴 후 사무직건강보험조합 DAK는 즉시 동독을 통일에 대비한 잠재적 목표그룹으로 설정하기 위한 검토에 착수하였다.

본인은 1989년 12월 20일 세 명의 DAK 임원의 위임을 받고, 그들과 함께 동독과 서독이 통일될 경우 DAK에 대한 전망이 어떠한지 분석하기 시작하였다.

DAK는 통일이 될 경우 동독의 사회보험을 일반지역보험공단(AOK)이 인수해서 모든 동독주민을 담당하게 될 수 있다는 점에 우려를 표하고, 이를 막을 수 있는 방안을 강구했다. 그렇기 때문에 통일과 체제전환 과정에 있어 정치적으로뿐만 아니라 현장에서는 DAK와 AOK 직원 간의 마찰도 존재했다. 통일은 결과적으로 의료보험사 간에 치열한 경쟁을 불러왔다.

우리는 1990년 1월, 동독 사회보험기관과 최초로 접촉하였다. 이때 해당 업무담당자를 찾아 전화 연락을 하는 데부터 실질적인 어려움이 있었다. 연락을 위한 조사에만 여러 날 또는 심지어 여러 주가 걸렸다.

1990년 1월부터 DAK는 통일을 확신하고, 이에 대한 활동계획을 수립하

였다. 1990년 2월부터 DAK는 동독에서 홍보업무에 돌입하였다. DAK의 서독 각 영업소들은 그들이 활동할 동독 파트너지역을 각각 할당받았다. 이러한 활동은 동독이 아직 주권국가였기 때문에 법적으로는 회색지대(Grauzone)에서 이루어진 것이었다. 엄밀히 말해 연방보험청(Bundesversicherungsamt)은 의료보험 감독기관으로서, 보험가입자의 보험료 오용을 근거로 홍보활동 중단을 요구할 수도 있었을 것이다. 그러나 의료보험사의 이러한 활동에 관대하였다.

헤르베르트 므로트체크(Herbert Mrotzeck) 동독 사회보험 책임자가 DAK 연락담당관이 된 후에야 자문회의와 상담을 위한 자리가 마련되었고, 1990년 4월부터 미래 신연방주에 대한 DAK 계획 수립이 조직적, 인적 차원에서 시작되었다. 우선 서독의 DAK 직원들이 동독에 영업소 설립을 목적으로 파견되었고, 서독 DAK의 파트너 영업소를 통해 협력이 이루어졌다. 광역 건강보험의 영업구역이 신연방주에까지 확장되는 것으로 결정됨에 따라, 두 번째 단계로 DAK는 1991년 1월 1일부로 동독 사회보험기관 직원들을 채용하였다.

동독주민의 DAK 가입이 아직 불가능한 상황에서, 다가오는 통일에 대비하여 동독주민들이 우리 회사에 대해 호감과 일종의 의무감을 갖도록 가입 의향서 초안을 작성해 놓기도 하였다.

재정상으로 동독에 대한 DAK 활동 확장은 아무 문제가 없었다.

조직 운영에 있어 계속해서 증가하는 업무로 인해 1990년 4월부터 4인으로 구성된 동독 프로젝트 그룹은 두 명을 추가하였으며, 결국 동독 DAK 사무소 설립으로 담당직원을 추가 채용하였다. 1990년 5월부터 7월까지 과중한 업무 부담으로 인해 DAK는 제대로 된 사업구조를 갖춘 독립적인 업무 담당 팀을 조직해야 했다.

DAK는 제2차 세계대전 후 동독영토에 있었기 때문에 국유화되었던 모든 토지를 다시 돌려받았다.





1991년 1월 1일부터 신연방지역에 설치된 새로운 영업소에서 업무가 시작되었다. 이들 새로운 영업소의 지휘는 우선 서독지역의 파트너 영업소를 통해 이루어졌다.

서독에서 가장 규모가 컸던 의료보험인 바르머 보험사(Barmer Ersatzkasse)와의 직접적인 경쟁에서 밀린 DAK는 신연방주 내 신규 회원 모집 경쟁에서 2위를 하였다. 바르머 보험사가 약 1백 30만 명에 이르는 신규회원을 모집했던 반면, DAK는 약 75만 명의 신규 회원을 모집했다. 신연방주 구역에서 DAK 건강보험 체계 설립은 그럼에도 불구하고 별 다른 문제없이 진행되었으며 이러한 측면에서 성공적이라고 평가받을 수 있다.

## 질케 글라처(Sylke Glatzer)와의 인터뷰 프로토콜

질케 글라처는 1981년부터 동독 사회보험공단에 근무하였고, 1991년에는 사회보험 이전기관에서 일하였으며 그 후 연방사무직근로자연금공단(BfA)에 편입되었다. BfA는 2005년 독일연금보험회사와 합병되어 독일연방연금보험공단(Deutsche Rentenversicherung Bund)으로 재탄생하였다.

2010년 11월 23일, 베를린

동독에는 자유노동조합연맹(FDGB)이 관리하는 노동자·사무직 근로자 사회보험과 독일보험공단이 관리하는 자영업자 사회보험제도가 있었다.

동독의 사회보험을 조정하는 과정에서 1단계로 1990년 11월에 두 사회보험제도가 통합되었다. 자유노동조합연맹의 사회보험에서 국영보험을 흡수한 것이다. 2단계 작업으로 1991년 1월에 1년 동안 사회보험 이전기관(ÜLA)이 신설되었다.

동독에는 의료보험(KV), 산재보험(UV) 그리고 연금보험(RV)을 모두 포함하는 통합적 사회보험제도가 존재했다. 1990년 7월부터 화폐·경제 및 사회통합이 발효되면서 의료보험 분야가 분리되었다. 그 이유는 통합제도와 함께 세분화된 서독의 의료보험제도가 동독에 도입되었기 때문이다.

산재보험은 1991년 4월에 분리되었다. 즉, 모든 사고등록서류는 서독의 법적 산재보험의 책임기관인 산재보험조합에 전달되었다. 1991년 전에 발생한 사고는 그대로 명칭 순으로 분류되어 산재보험조합에 전달되었다. 1991년 이후 등록된 사고부터는 모든 사고가 직업 그룹에 따라 각 산재보험조합에 배

정되었다.

1992년부터 신연방주에서도 사회복지법전 제6권(SGB VI)이 적용되면서 연금보험이 1992년 1월 1일에 분리되었다. 동독에서는 사무직 근로자와 노동자를 구분하지 않았으므로 모든 동독 서류의 분류 작업을 실시해야 했다. 1978년까지는 동독에서 컴퓨터 판독이 가능한 서류에 마지막 직업이 기록되었다. 1978년 이후의 서류에는 이 부분이 누락되었으므로 약 150만 건의 서류를 컴퓨터의 도움 없이 사무직 근로자와 노동자에 따라 분류해야 했다. 서독에서는 주보험청(LVA)에서 노동자의 연금보험을, 연방 사무직근로자연금공단에서 사무직 근로자의 연금보험을 각각 담당하였다. 1991년 12월에는 사회보험 이전기관(ÜLA/SV)의 모든 서류를 주보험청 그리고 연방사무직근로자연금공단에 전달해야 했다.

동독의 연금지급 방식을 서독의 우편연금지급 방식으로 전환하는 데에는 어려움이 있었다. 동독에서는 연금을 현금으로 또는 현금이 아닌 다른 수단으로 지급해 왔기 때문이다. 그러나 1990년 독일연방공화국에는 연금의 현금 지불이 존재하지 않았다. 주보험청과 연방사무직근로자연금공단에서 보유한 자체적인 전자 데이터처리 시스템을 활용하였다.

1991년 1월 1일 이후 사회복지법전 제6권(특히 연금법)을 제외한 모든 서독의 사회복지법이 발효되었다. 그러나 이 법은 부분적으로 여전히 유효하던 동독의 법과 결합될 수 없었기 때문에 사회보험이전청이 많은 어려움을 겪었다. 1991년 12월까지 동독의 연금규정이 적용되었는데, 동독의 연금규정에는 장애연금(Invalidenrente)의 경우 사업자가 더 이상 질병수당을 지불하지 않는 시점부터 장애연금이 지급되기 시작된다고 명시하고 있다. 즉, 장애연금 보험은 연금이 지급되는 시점부터 사업자에게 질병수당의 지급을 중단할 것을 지시한다. 그러나 사회복지법 제10권에서는 이와 같은 제도가 없고 그 대신 배상권이 적용되었다. 새로운 시스템에 따르면 의료보험에 의해 질병보조금이 지불되고 수입감소연금 또는 장애연금의 경우, 의료보험에서 질병보조

금과 연금이 동시에 지급되는 시점에 해당하는 질병보조금을 연금보험에서 다시 재청구하는 방식으로 진행되었다. 동독에서 연금은 페니히 단위로 지급되지 않고 마르크 단위로만 지급되었다. 따라서 더 심각한 문제는 계산 총액의 결산이었다. 법적 부적합성으로 인해 사회보험에서 의료보험 협의회 단체들과 협의하여 이 문제를 접근할 내부적 관리원칙을 세웠다. 피보험자는 모든 계산이 기입된 결산 서류를 받았으며 그 외에는 아무런 행동도 취하지 않아도 되었다. 내부적 문제들은 대부분의 경우 배후에서 피보험자가 의식하지 못하도록 이루어졌다.

마찬가지로, 전쟁 희생자를 위한 보조금에 대한 법인 연방부조법(Bundesversorgungsgesetz, BVG)이 1991년에 발효되면서 동독의 전쟁 희생자 연금과 충돌하였다. 새로운 법에 따라 전쟁 희생자들은 두 배의 보조금을 받게 되었다. 이 문제를 해결하기 위해 사회보험에서 연금부조금 계산을 위한 실무그룹을 새로 설치하였다. 그 결과 이중 보조금 수령자들에 대한 통보의무가 도입되었다.

동독의 자영업자들은 동독 국영보험의 사회보험에 가입되었고 동독에서는 그 외에 개인보험이 없었기 때문에 이들은 1991년 이후 최대한 빠른 시일 안에 보험번호를 발급받아 서독의 보험제도에 편입되어야만 했다.

의사의 감정에 대한 보수 지급에 있어서는, 화폐통합으로 인해 의사들이 각 판정서비스를 위해 발부받는 의사 판정에 대한 지급액(동독 마르크)을 표시하는 서류를 폐지함으로써 이에 따른 문제가 발생하였다. 그러나 의사 판정 규정은 계속 유지되었다. 대안으로 1992년에 형식적으로 발효된 연방직원 연금공단의 보수협정이 적용되었다.

동독의 연금법에는 1991년 이후부터 더 이상 연금보험에서 지급되지 않는, 보험 이질적 급여가 포함되었다. 가령 당뇨병 환자의 급여 또는 일반인 폐쇄지역 급여가 폐지되었고 국가 자녀 보조금은 이전되었다.

1990년 7월 1일부터 연금조정법(Rentenangleichungsgesetz)이 발효되었으

며, 이 법에 따라 특히 산재연금이 다시 분석 및 계산되었다. 서독의 연금급여 수준에 상응하기 위해 연금을 도표에 따라 알맞게 상향조정하였다. 연금상향조정의 출발점은 서독의 “표준연금(보험료 산정 상한선 수준의 고정 임금을 받은 45년의 근무연수)”이었다. 1991년 1월에 제1차 연금 조절 규정에 따라 모든 동독 연금이 15% 향상되었다. 1991년 7월 1일에는 제2차 연금 조절 규정이 발효되면서 추가로 15%가 다시 향상되었다. 1989년 11월 9일에 연방 연금법(사회복지법전 제6권)이 제정되면서 모든 서독 연금이 다시 재조정되고 연방 연금법이 1992년부터 발효되면서 동독의 연금도 1991년 말까지 서독 수준으로 조정되어야 했다. 이를 위해 사회복지법 제6권의 규정을 신연방주의 연방가입에 따라 확장해야 했다.

사회복지법 제6권의 조정과 더불어 연금이전법(Rentenüberleitungsgesetz, RÜG)이 제정되었다. 연금이전법 제2조는 서독의 수준에 맞게 조정된 동독의 연금규정을 포함하고 있으며 1996년 12월 31일까지 유효하였다. 이 조항은 1992년과 1996년 사이에 발생한 연금 수령자에게 적용되었다. 연금이전법의 제3조는 소위 요구 및 권리 이전법 (Anspruchs- und Anwartschafts- Überführungsgesetz, AAÜG)을 포함하고 있다. 동독에서는 “일반 연금”보다 많은 연금을 받은 수많은 추가 및 특별 급여 수령자가 존재했다(교사, 의사, 무장조직 회원 등). 구동독 시절에 이와 같은 추가 및 특별 급여 대상자가 1992년과 1996년 사이에 연금수령 시기에 도달했을 경우 2개의 연금 계산방식이 적용되었다. 첫째 요구 및 권리 이전법 그리고 둘째 사회복지법전 제6권의 기준에 따른 계산방식이 채택되었다. 결국 두 가지 중 더 높게 책정된 연금이 지급되었다.

이와 같은 소유권보호규정(Besitzschutzregelungen)은 연금 보험에서 매우 중요했다. 예를 들어 사회보조(법적 통일성 형성을 위한 법 제40조)가 있었다. 독일의 사회보조금은 1990년 7월에 495 DM이었다. 1991년에는 아직까지 편입지역에 사회복지국이 신설되지 않았다. 독일의 제도상 연금과 사회보

조금이 서로 연계되지 않았음에도 불구하고 연금급여가 495 DM 이하로 계산될 경우에 연금 외에 보조금이 지급되었다.

기타 소유권보호규정은 사회복지법 제6권 315a조, 319a조 또는 319b조에 명시되었다. 예를 들면, 연금생활자의 의료보험 도입(동독에 존재하지 않았던 제도)에 따른 동독 연금생활자의 연간 총 급여 감소의 경우 또는 새로운 연금계산법에 따라 이전보다 낮은 연금급여가 지급되는 경우 등이다. 후자의 경우에는 무엇보다도 꾸준히 연금 보충급여가 지급되었으나, 보충급여는 1996년부터는 흔들리기 시작하다가 계속 진행되었던 연금조정(동독에서는 1년에 2회, 구서독에서는 1년에 1회 실시)에 따라 결국 사라졌다.

요구 및 권리 이전법에 따라 연방사회법을 통해 4개의 보호급여가 제공되었다. 1. 1990년 7월에 조정된 연금금액, 2. 1991년 12월에 조정된 연금금액, 3. 순수 사회복지법 제6권(SGB VI)-연금금액 4. 역동적인 동독 연금금액이 그것이다.

연금 관리에 대해 시효가 소멸되지 않고 연방법원에서 부분적으로 연금 산출시 고려해야 될 판결을 내리기 때문에 연방 연금보험은 2010년에도 동독 법(요구 및 권리 이전법 등)과 관련된 문제들을 처리해야 할 것이다.

동독 사회보험의 관리 네트워크는 연방직원연금공단 그리고 연방의 주보험회사에서 대부분 흡수하였다. 전 지역관리청은 상담소 및 안내소로 바뀌었고 관청은 63개 상담소와 98개 민원센터로 개편되었다.

## 루돌프 뮐러(Rudolf Müller)와의 인터뷰 프로토콜

루돌프 뮐러는 약 1976년부터 1987년까지 포츠담지역에서 주의사로 건강 및 사회복지 분야에서 종사하였다. 뮐러는 1987년부터 1990년까지 주의사 대리로 임명되었으며 1990년 초에 주의사직을 3개월 연임하였다. 그는 1990년 동독의 행정구조가 변경되면서 관할 행정청에서 관할국장 대리로 재직하였다. 신연방주가 형성되면서 뮐러는 레기네 힐데브란트(Regine Hildebrandt)에 의해 브란덴부르크주 보건부 관할 병원의 원장으로 임명되었다. 그러자 브란덴부르크주 의사들은 뮐러의 전 주의사 지위를 이용하여 보건부에 압력을 가하였다. 뮐러는 그 후 대중의 관심을 덜 받는 분야인 재난방재 및 구조과로 활동영역을 옮겼다. 인터뷰는 2010년 11월 24일, 베를린에서 진행되었다.

응급상황과 재난에 대비하는 구조과는 동독에서 ‘응급의료 서비스’로 불렸으며, 응급의료 서비스, 긴급 가정방문 서비스 및 환자수송 서비스의 세 영역으로 구분되었다. 응급의료 서비스를 위한 인력과 설비는 국가 보건시설에서 제공하였다. 동독의 적십자사는 차량과 운전기사를 제공하였다. 동독의 독일연방공화국 가입 후 동독의 구조 체제는 서독의 구조청으로 흡수되었다. 긴급 가정방문 서비스는 폐지되었고 개업 의사들의 소관으로 넘어갔다. 구조 서비스는 현재 대부분 지방 관청에 속하지 않은 시 또는 군의 관할로, 대부분의 경우 화재 및 재난방재, 구조를 담당하는 소방서에 일임된 상태다.

서독지역에서는 독일 전역의 문제를 관리하는 부서를 신설했다. 나는 그러나 서독의 공무원들이 동독의 보건 분야의 정책 및 구조에 관한 지식이 충분하지 않은 듯한 인상을 받았다. 동독 시절에는 연맹이 존재하지 않았으나, 베를린장벽 붕괴 후(1989.11.21) 비교적 빠른 속도로 구동독 의사들로 구성된 루돌프 비르초프 연맹(Rudolf-Virchow-Bund)이 결성되었다.

구동독지역에 더 이상 외래환자 진료소가 허용되지 않았다. 자유업으로

서의 의사의 지위는 경제적 측면에서 더 유리했다. 동독 시절에 신체상의 장애로 인해 응급진료 의무를 면제받은 외래환자 진료소 의사들은 통일 후 가정방문 진료를 포함한 자유업 의사로서의 의무를 지게 되었다. 이것은 외래환자 진료소체제가 1989년 전에도 모든 의사들의 지지를 받지 않았다는 것을 나타낸다. 구동독 의사들의 외래환자 진료소제도에 대한 반대역사가 너무 강력했기 때문에 정부 측에서도 외래환자 진료소제도를 존속시키지 못했을 것이라고 생각한다.

그러나 레기네 힐데브란트 브란덴부르크주 사회보건장관은 국가정책 그리고 국가 기관의 결정에 대항하여 외래환자 진료소를 지지하였다.

동독의 서독 편입이 비교적 빠른 속도로 큰 마찰 없이 진행된 것은 모든 관계자들의 노력과 그 당시의 시대정신 덕분이라고 본다.

이른바 독일의 재통일은 신연방주의 독일연방공화국 가입을 통해 이루어졌다. 이에 따라 서독의 보건제도가 신연방주에서 적용되게 된 것이다. 당장 폐지할 수 없었던 외래환자 진료소제도 등과 같은 제도는 통일조약에 따라 과도기 동안 제한적으로 허용되었다.



## 헤르베르트 므로트체크(Herbert Mrotzeck)와의 인터뷰 프로토콜

헤르베르트 므로트체크는 1990년에 동독 사회보험 책임자 및 사회보장제도를 위한 국제 조합(Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit, IVSS) 회원을 지냈으며, 동독의 의료·연금·산재보험을 서독의 제도로 편입하는 과정에서 핵심적인 역할을 하였다. 므로트체크는 1991년부터 DAK에서 신연방주 감독관으로 재직하였다. 1991년 10월부터 작센주와 튀링겐주 관할 책임자로 재직하였으며, 1995년 1월부터 베를린주, 브란덴부르크주 그리고 작센안할트주의 관할 책임자를 역임하였고, 관리직 근로자 및 노동자 건강보험 조합의 주(州)위원회 의장역도 맡은 바 있다. 1994년부터는 연방직원연금공단의 임원직을 역임하였다. 2007년부터 베를린주, 브란덴부르크주, 작센주, 작센안할트주 및 튀링겐주의 관할 책임자를 지냈다. 또한 경제성장과 대외무역 연방협회 위원 및 경제위원회 회원이자 의료보험 의료심사원(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK) 임원 및 그 외 다양한 단체의 회원직을 거쳤다. 인터뷰는 2010년 11월 29일, 베를린에서 진행되었다.

동독에는 통합보험만 존재하였기 때문에 동독의 보험제도를 세분화된 서독의 보험제도로 통합하기 위해 먼저 의료보험·연금보험·산재보험의 세 가지 체제를 구축해야만 했다.

동독의 자영업자 등 전체 국민의 약 5%를 포괄하는 국영 사회보험은 우선 전체 국민의 약 95%를 포괄하는 사무직 근로자 및 노동자를 위한 의료보험, 즉 사회보험으로 이관되었다.

보험료 징수 업무는 동독 재정부에서 관할하다가 1990년 전반기에 사회보험사에서 관할하게 되었다. 그 결과 사회보험 급여의 징수를 위해 독립적인 자금체계가 새로 구축되어야 했다. EDV(전자 데이터 작업 처리) 시스템과 연방직원연금공단(BfA)의 선례에 따라 완전히 새로운 계획안이 도입되었으며, 이것은 이후의 통합과정을 위한 중요한 초석이 되었다. 또한 구서독의 사회복지법전 제5권(SGB V)의 영향을 받은 새로운 법이 제정되었으며, 이 법에는 동독 사회보험의 핵심 요소도 포함되어 있다.

과도기 중에는 연방정부와 연방사회보험사 관계자들이 서로 긴밀하게 협

력하였다. 일부 실무진에서는 매일 결과를 평가하고 목표를 설정하였다. 동독 사회보험 책임자는 하루만에 필요한 결정을 내렸다. 필요한 조치를 즉각적으로 결정하고 실천하는 처리방식은 동독의 시스템을 서독의 시스템에 맞춰 변경하는 데에 매우 유리하게 작용하였다.

외래환자 진료소 또는 사회보험 및 의료보험제도 등 많은 부분에서 만일 우리에게 시간이 조금 더 주어졌다면 분명 다르게 접근했을 것이다. 시간의 압박으로 인해 장기적인 분석을 거칠 수 없었고 따라서 이로 인해 “희생”되어야 했던 부분이 많이 발생하였다.

경제 및 화폐통합의 과정에서도 분명 실수가 있었다. 의료보험의 경우 동독지역의 의료보험을 위한 재정지원이 필요하다는 사실이 간과되었다. 그 결과 큰 난항을 겪었지만 문제들은 빠른 시일 내에 해결되었다.

사회보험 각 부분의 개혁은 결국 각각 다른 관할국에서 따로 관리하게 되었다. 연금보험은 레기네 힐데브란트 사회보건장관 직속 노동부 사무국의 소관이 되었다. 나는 특히 동독 과도내각에서 위르겐 클레디치(Jürgen Kleditzsch)가 이끄는 보건부 관할영역이었던 의료보험 분야의 개혁에 집중하였다. 1990년 10월 3일부로 동독의 정부부처와 관청이 해체되었다. 연금 분야의 경우 철저한 준비 작업으로 인해 통일 후에 동독에 설립된 각 주의 보험청과 연방사무직근로자 연금공단(BfA)에 의해 큰 문제없이 통합될 수 있었다. 의료보험 분야에서는 의료보험사들이 1990년 여름 체결된 사회통합 이후 영향범위를 공식적으로 확장할 수 있었으므로 의료보험 분야에서도 나중에 별다른 문제가 발생하지 않았다. 신설된 이전기관에서는 아직 해결되지 않은 모든 동독 기관 및 제도의 이전과 관련된 문제들을 처리하였다.

동독 사회보험사의 직원들은 새로운 구조에 편입되었다. 세분화된 새로운 시스템의 관리체제는 동독의 통합시스템보다 직접적으로 훨씬 더 많은 인력을 필요로 하였다.

시장경제 원칙의 도입은 보건 분야에서도 매우 민감한 주제였다. 서독의



대형 공급자들의 독점화를 촉진시키지 않으면서 시장경제적 구조를 마련해야 했다.

서독 구조가 아직 유효한 옛 동독의 구조의 재정형태를 더 이상 고려하지 않았기 때문에 재정적인 문제가 발생한 곳도 있었다.

독일 사회보험의 본래 기초이자 토대는 제2차 세계대전 이후에도 국유화되지 않고 동독의 사회보험 소유로 넘어갔기 때문에 사회보험사의 독립적인 자산관리 형성에 있어서 거의 문제가 될 것이 없었다.

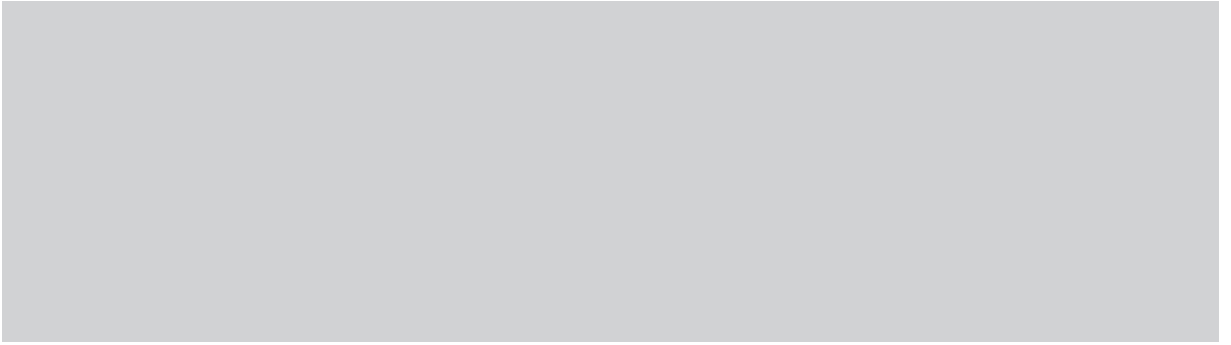
계속 지켜볼 만한 흥미로운 시사점도 있었다. 가령 구서독의 협의회 단체들과 연합하여 외래환자 진료소를 보건유한책임회사구조(Gesundheits-GmbH-Struktur)로 통합시켜 서독 의료보험협회에 귀속시키려는 계획도 있었다. 그러나 이 경우에는 각각의 이해관계가 엇갈렸다.

의료품 판매 대리인, 의료보험사 등을 포함하는 서독 보건제도의 전반적인 구조는 자유 개업 의사들의 의료 서비스에 의지하고 있었다. 외래환자 진료소란 개업 의사들의 경쟁을 촉진하는 제도로 의사들의 관심 분야에서 벗어난 것이었다. 하지만 의료서비스 공급구조의 관점에서 봤을 때 외래환자 진료소 체제는 매우 현대적인 체제로 오직 개업의로만 구성된 체제보다 훨씬 진보적이었다. 그러나 폴리클리닉 반대론자들은 동독 보건제도의 취약한 경제상황을 강조하면서 외래환자 진료소제도를 존속시킬 수 없는 이유로 제시하였다. 폴리클리닉과 외래환자 진료소 의료급여센터(MVZ)의 허용 및 장려는 대부분 각 정당의 정파적 이해관계에 따라 결정된다.

통일과정에서 서독 정치 시스템을 움직이던 로비스트들의 세력과 그들의 이해관계 때문에 보건제도의 효율성과 효과상승이 방해받았고 그것은 지금도 마찬가지이다. 서독의 기본적인 구조는 의사와 약사를 경제 활동가이자 행정가로서 보았기 때문에, 동독의 보건제도를 구조변경하는 과정에서 국민을 보살핀다는 보건의료적 시각만이 작용하는 것이 아니라 경제적, 행정적 이해관계도 작용하였던 것이다.



보건의료 분야  
관련 정책문서





# 문서 목록

문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
1	“지역적 기업발전”에 관한 협의단 회의 (1989.12.20)의 요약 결과	1989년 12월 20일	에크하르트 블로흐 박사/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관 소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
2	약 40억 마르크에 달하는 동독 의료보험공단의 적자	1990년	AOK Bundesverband	일반 지역의료보험조합(AOK) 연 방협회, DOK 16/1990 p.501-502, 본 1990년
3	구동독지역에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축-초기 지원금	1990년	AOK Bundesverband	일반 지역의료보험조합(AOK) 연 방협회, DOK 20/1990 p.623, 본 1990년
4	통일 이후-일상의 시작	1990년	AOK Bundesverband	일반 지역의료보험조합(AOK) 연 방협회, DOK 21/1990 p.656-658, 본 1990년
5	사업 집행부를 위한 문서 초안: 동독 사회보험공단과의 접촉	1990년 1월 3일	에크하르트 블로흐 박사/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관 소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
6	서독 연방정부 노동사회부장관 노버트 블룸이 헬무트 콜 수장에게 보낸 문서-사회통합에 관한 동독정부와의 협상에서 논의되어야 할 것들	1990년 2월 9일	Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung(BMA), Norbert Blüm; Bundeskanzler Helmut Kohl	Bundesarchiv, BArch, B 136/21660
7	집행부 회의(1990.2.8)에 관한 특별의사록 2/90	1990년 2월 9일	Mr. 가이센베르거(Mr. Geilenberger), Mr. 포겔(Mr. Pogge), Mr. 죄렌젠(Mr. Srensen)/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관 소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
8	동독에서의 DAK 예상 업무 범위에 관한 보고서	1990년 2월 16일	에크하르트 블로흐 박사/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관 소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
9	DAK 집행부가 각 연방주 사업본부장에게 보낸 서신	1990년 2월 26일	Mr. 죄렌젠/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관 소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
10	사회헌장을 위한 기본원칙과 입장-동독 원탁회의의 토론	1990년 3월 5일	Zentraler Runder Tisch der DDR; Unabhängiger Frauenverband(UFV); Ministerium für Arbeit und Löhne; Initiative Frieden und Menschenrechte(IFM); Gewerkschaften; Ministerium für Gesundheitswesen(MfG) ; Sektion Rechtswissenschaft der Humboldt-Universität; Institut für Soziologie und Sozialpolitik der Akademie der Wissenschaften	Thaysen, Uwe(Hrsg.): "Der Zentrale Runde Tisch der DDR – Wortprotokolle und Dokumente – Band IV: Identitätsfindung?" S. 963–974 (15. Sitzung. 5. März 1990), Wiesbaden 2000
11	문서 메모-동독에서의 DAK 업무활동	1990년 3월 5일	Mr. 죄렌젠/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
12	DAK 이사회 보고서(발췌): 동독지역에서의 DAK 총 보사무소 설치	1990년 3월 9일	Mr. 텐(Mr. Them)/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
13	'동독 경영진 회의' (1990.3.5)에 관한 보고서 2/90	1990년 3월 9일	DAK 집행부	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
14	DAK 집행부가 내부 감시팀 직원에게 보낸 서신	1990년 3월 9일	Mr. 죄렌젠/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
15	동독 상황에 대한 정보교환을 목적으로 집행위원이 각 연방주 사업본부장에게 보낸 서신	1990년 3월 20일	Mr. 죄렌젠/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
16	각 연방주 사업본부장이 참여한 집행부 회의록 (1990.3.15, 쾰른)	1990년 3월 21일	Mr. 게이센베르거, Mr. 포겔, Mr. 죄렌젠/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
17	콜 수상에게 보내는 블림장관의 서한-화폐 교환 비율의 사회적 의미	1990년 3월 27일	연방 노동복지부장관 노버트 블림(Nobert Blüm), 헬무트 콜 연방 총리	한스 위르겐 퀴스터스, 1998. 독일통일. 1989/1990년 연방 총리실 파일 발췌 특별간행물. München: Oldenburg, Nr. 231, S. 979-980.
18	공동 기자회견-동독에 대한 제의사항: 자치권이 보장되는 조직적, 사회 복지적 의료보험제도의 도입	1990년 3월 28일	직장 의료보험 연방협회, 수공업자 의료보험 조합, 농업종사자 의료보험공단, 연방 광업 종사자 보험공단, 근로자 의료공단협회 및 노동자 준의료보험조합	베를린 일반 지역의료보험조합 (AOK) 문서보관국
19	동독에서 준의료보험조합 허용을 고려한 DAK 업무 활동	1990년 4월	Mr. 죄렌젠/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
20	연방의회 노동사회위원회가 동독 최고인민회의 노동사회위원회에 보낸 서한-자료와 문건의 전달	1990년 5월 4일	Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Bundestags, Sekretär Friedhelm Maier; Ausschuss für Arbeit und Soziales der Volkskammer der DDR, Sekretär Hardy Köhler	Bundesarchiv: Volkskammer der DDR, Teil 2: 10. Wahlperiode-Schriftwechsel mit dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, DA 1/17523 (2. Bd.)
21	연방의회 노동사회위원회가 동독 최고인민회의 노동사회위원회에 보낸 서한-만남을 위한 준비	1990년 5월 9일	Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Soziales der Volkskammer der DDR, Thomas Brick; Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, Jürgen Egert	Bundesarchiv: Volkskammer der DDR, Teil 2: 10. Wahlperiode-Schriftwechsel mit dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, DA 1/17523 (2. Bd.)
22	동독 현안에 있어 현재의 정황에 대한 논의록 (1990.5.15)	1990년 5월	Mr. 가이센베르거, Mr. 포겔, Mr. 죄렌젠/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



문서	제목	일자	담당자/기관	출처
30	1990년 5월 18일에 체결된 동독과 서독의 제1차 국 가조약(경제 및 화폐 사회공동체 구성에 관한 조약) 에 대한 법(동독)	1990년 6월 21일	Volkskammer der DDR; Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 34-Ausgabetag: 25.06.1990
31	동독에서 서독의 법률이 적용되는 것에 관한 법률- 노동법에 관한 부분	1990년 6월 21일	Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 34-Ausgabetag: 25. Juni 1990
32	사회보험납입금과 세금의 산정방식 및 기타 기관에 관한 규정-자율적인 계산 규정	1990년 6월 27일	Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Minister der Finanzen, Walter Romberg	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 41-Ausgabetag: 17.07.1990
33	사회보험법	1990년 6월 28일	Volkskammer der DDR, Präsidentin Sabine Bergmann-Pohl	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 38-Ausgabetag: 4. Juli 1990
34	사회보험회사의 구축지원 절차에 관한 연방보험청의 서한	1990년 6월 28일	Bundesversicherungsamt(BVA); Verband Deutscher Rentenversicherungsträger(VDR); Bundesministerium für Arbeit und Soziales(BMA)	Historisches Archiv der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg, Aktenzeichen 111-43/05
35	연방정부의 1990년 사회보고서- "독일 사회통합" 발췌	1990년 7월 25일	Bundesregierung, Bundestag	Deutscher Bundestag, Parlamentsdokumentation, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/7527
36	의사, 수의사, 약사, 치과의사의 직능단체에 관한 법- 협회법	1990년 7월 13일	Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 44-Ausgabetag: 27. Juli 1990
37	국립 보건제도와 수의과 약국제도의 구조개편법	1990년 7월 22일	Volkskammer der DDR	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 52-Ausgabetag: 17. August 1990
38	연방보험청에서 열린 사회보험회사 대표들 간의 간 담회-신중한 인력 선별과 조직구축	1990년 7월 25일	Bundesversicherungsamt, Sozialversicherungsträger	Historisches Archiv der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg, Aktenzeichen 111-43/05

문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
39	향후 베를린 전체 지역을 담당하는 일반 지역의료보험조합(AOK)의 사업사무소 및 직원 구축을 위한 컨셉	1990년 7월 31일	베를린 일반 지역의료보험조합(AOK)	베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국
40	약국제도에 관한 시행령	1990년 8월 1일	Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Minister für Gesundheitswesen i.V., Horst Schönfelder	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 55-Ausgabetaq: 27. August 1990
41	1990년 7월 1일자를 기준으로 보건 및 사회복지공단 단 공공 시설물에서의 긴병비용을 변경에 관한 사항	1990년 8월	클레디츠지역 박사/동독 보건복지부장관	구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 574
42	매클렌부르크-포어폼메른주의 세무서와 정보센터 지원에 관한 함부르크주 보험청의 지침	1990년 8월 8일	Landesversicherungsanstalt(LVA) Hamburg; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger(VDR); Landesversicherungsanstalten	Historisches Archiv der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg, Aktenzeichen 111-43/05
43	군·읍 단위 행정지역에서 보건소의 과제와 공공의료서비스에 관한 법	1990년 8월 8일	Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Minister für Gesundheitswesen, Jürgen Kleditzsch	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 53-Ausgabetaq: 22. August 1990
44	사회보험법의 실시에 관한 시행령-고용주에 의한 급여세와 사회보험비의 납입	1990년 8월 15일	Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Ministerin für Arbeit und Soziales(DDR), Regine Hildebrandt; Minister der Finanzen, Walter Romberg	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 53-Ausgabetaq: 22. August 1990
45	동독의 병원재정법	1990년 8월 30일	Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 59-Ausgabetaq: 14. September 1990
46	동서독 간의 경제 및 화폐 사회통합에 관한 조약-사회정책 관련부분 발췌	1990년 8월 31일	BRD und DDR	AOK Bundesverband, DOK 19/1990 S. 586-600, Bonn 1990
47	“지불하는 것이 가장 좋은 일이다” -독일통일로 인해 발생할 사회적 부담과 문제에 대한 연방노동장관과의 대담	1990년 9월 7일	Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm	Der Spiegel, 38/1990, S. 24-27

문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
48	보통해택에 관한 의료보험회사와의 계약관계에 대한 법-의료보험계약법	1990년 9월 13일	Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl	Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 61—Ausgabetag: 19. September 1990
49	의료보험회사 설립법	1990년 9월 13일	Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl	베를린 일반 지역의료보험조합 (AOK) 문서보관국
50	“동독 일반 지역의료보험조합”을 위한 프로젝트팀이 프로젝트 위원회에 제출한 보고서 3/90	1990년 9월 24일	Mr. 게를라흐(Gerlach)/일반 지역의료보험조합(AOK) 연방협회	구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 139
51	동독지역 의사들에게 적용될 향후 의사 면허권 법과 관련된 보건부 언론보도	1990년 9월 27일	동독 보건복지부	철케 글라처(Sylke Gläzler) 기록 보관소, 원칙 문제 처리 부서, 독 일 연금보험 공단
51a	사회보험공단 이사장이 각 해당구역 및 읍/면 단위 도시의 해당 사회보험공단에 보낸 서신	1990년 10월 12일	Mr. 피셀/동독 사회보험공단	브란덴부르크주 관보, 특별 인쇄 1/90호, 1990년 포츠담
52	시설 이전 결정: 보건제도에 관한 요약 발췌	1990년 10월 15일	요헨 볼프/브란덴부르크주 수권자	베를린 일반 지역의료보험조합 (AOK) 문서보관국
53	베를린에 소재한 일반 지역의료보험조합(AOK) 모든 지부에 대한 통지-보장법, 보험료법 및 가입법의 관점에서 살펴 본 통일조약(EV)의 영향	1990년 10월 26일	베를린 일반 지역의료보험조합(AOK)	구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 139
54	기독교 아동병원 만나 호스피탈 서류 메모	1990년 11월 13일	가그초프/인나 호스피탈의 재무담당 부서장	에크하르트 블로흐 박사 문서보관 소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
55	베를린에서 열린 대의원 총회(1990.11.30)를 맞이한 DAK 집행부 보고서	1990년 11월 22일	Mr. 죄렌젠/DAK	구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 574
56	슈파이어/드레스덴 지역의 기독교 구제지원협회가 구동독지역 기독교 아동병원 전체에 보내는 서신	1990년 12월 1일	헬무트 리니/구제지원협회장	구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 139
57	개신교 구제지원협회의 법무, 경영 및 보건부서가 독 일 기독교 병원협회의 연방주협회에 보내는 서신	1990년 12월 17일	빌프리트 콜첸부르크 박사, 시단법인 개신교 회 구제사업회	

문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
58	신안방지역의 사무직 근로자 보험 1991년 예산	1991년 1월 1일	Bundesversicherungsanstalt für Angestellte(BfA), Harry Peetz	Die Angestelltenversicherung-Zeitschrift der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte(DAngVers), Jahrgang 38, Januar 1991, S. 1-4
58a	사회보험공단 이관 조직-중앙관리본부: 정보 Nr.4	1991년 1월 30일	Dr. 암머뢰리/사회보험공단 공동 집행위원	쾰케 클라처의 문서보관고, 원칙 문제 처리 부서, 독일 연금보험협회
59	통일독일의 건강-1991년도 평가서	1991년 1월 31일	Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen	Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos Verlag 1991
60	베를린, 막데부르크, 할레, 에어푸르트 및 캄니츠 지역에서 있었던 출장 방문(1991.1.28~31)에 관한 보고서	1991년 2월 4일	Mr. 슈미트(Mr. 므로체크/DAK 의뢰로 진행)	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
61	베를린 중심, 코트부스, 드레스덴, 게라 및 아이젠나흐 등의 구역사업사무소(BGSIn) 전산처리센터 방문에 관한 보고서-4차례의 회계 감사 회의와 연동	1991년 2월 11일	Mr. 슈투페/DAK	에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK
62	"조금만 담당-분리된 보건부에서는 세 명의 여성의 발언권이 별로 없다" (슈피겔보도)	1991년 2월 18일	슈피겔	Der Spiegel, 8/1991, S. 70-71
63	사회법 5권의 개정에 관한 법-신안방주에서 사용되는 의약품의 가격 인하	1991년 3월 22일	Bundesrat; Bundespräsident Richard von Weizsäcker, Bundesminister der Verteidigung, Gerhard Stoltenberg; Bundesministerin für Gesundheit, Gerda Hasselfeldt	Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1991, Teil I Nr. 20

문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
64	신연방지역의 사회보장 관련 정보보호-연방정보보호 담당관의 13차 활동보고서(발췌)	1991년 5월 16일	Bundestag; Bundesbeauftragter für den Datenschutz,	Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz; Bundestag, Parlamentsdokumentation, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/553
65	사회법 개정에 관한 법-법적 의료보험	1991년 12월 13일	Bundesrat; Bundeskanzler Helmut Kohl	Bundestag, Parlamentsdokumentation, 12. Wahlperiode: Drucksache 12/1837
66	신연방지역에서의 사회보험기관의 자산 규정법 및 개정	1991년 12월 20일	Bundespräsident Richard von Weizsäcker; Bundeskanzler Helmut Kohl; Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm	Bundgesetzblatt, Jahrgang 1991, Teil I Nr. 67
67	브란덴부르크주에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축	1992년도 기준	동독 사회보험공단, 포츠담지역 관청	베를린 일반 지역의료보험조합 (AOK) 문서보관국
68	의료전문가 자문위원회의 1992년도 평가서	1992년 2월 29일	Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen(SVRKAiG)	Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen(SVRKAiG), Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos Verlag 1992
69	브란덴부르크 연방주 재건 프로그램-보건 분야	1992년 6월 1일	브란덴부르크주의 주지사실	Rep. 1100 Nr. 412-413, Brandenburgisches Landeshauptarchiv



문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
70	1992년도 예산집행에 대한 연방감사원의 보고-신연 방주에서의 병원 대졸의 상황, 고용창출프로그램 및 자문활동 발취	1992년 9월 21일	Bundestag; Bundesrechnungshof	Bundestag, Parlamentdokumentation, 12. Wahlperiode: Drucksache 12/3250U22
71	튀링겐주 사회법원법 초안	1993년 3월 18일	Thüringer Landtag; Ministerpräsident Bernhard Vogel	Thüringer Landtag, Parlamentdokumentation, 1. Wahlperiode: Drucksache 1/2090
72	튀링겐주 사회법원법에 관한 1차 심의	1993년 4월 22일	Thüringer Landtag	Thüringer Landtag, Parlamentdokumentation, 1. Wahlperiode, 80. Sitzung, Plenarprotokoll
73	연방정부의 1993년도 사회보고서-발취	1994년 3월 23일	Bundesregierung, Bundestag	Deutscher Bundestag, Parlamentdokumentation, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/7130
74	1994년 11월 18일 정부성명	1994년 11월 18일	브란덴부르크주의 총무실	브란덴부르크 주정부의 총무실 웹 사이트
75	독일 여성의 건강에 관한 보고서, 구동독과 서독지역의 상이한 발전을 반영한 현황 분석	1999년 12월 1일	연방 가족노인여성성소년부	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend(1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Berlin: Kohlhammer.

문서	제목	날짜	담당자/기관	출처
76	수감자지원법(BtG), 형사복권법(StrRehaG), 행정 복권법(VwRehaG)에 의거한 상해 피해자 원호금 (Beschädigtenversorgung) 신청서	2000년도 기준	베를린주 보건복지청, 베를린 원호청	www.berlin.de/lageso/versorgung/antraege 베를린주 보건복지청, 베를린 원호청
77	2003 복지정책 개관	2003년	브란덴부르크 노동사회건강여성부	브란덴부르크주의 노동사 회건강여성부, 공공업무 (Öffentlichkeitsarbeit), Potsdam 2003
78	동독의 국가보험 해체와 청산법	2005년 8월 29일	Bundestag; Bundesrat	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz(http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/svddrauf/gesamt.pdf; Stand 23.11.2014)
79	보건제도에 있어서 시스템 변경을 위한 도전과제 및 경험적 지식	2007년도 기준	베른트 그리게(Bernd Grieger), 브란덴부르크 일반 지역의료보험조합(AOK) 제1위원장	베를린 일반 지역의료보험조합 (AOK) 문서보관국
80	이동보건-동서 비교와 과거 20년의 변화	2010년 9월 10일	로버트코흐연구소, 하이드룬 칼	Heidrun Kahl(2010) in: "Freidenker" Nr. 3-10 September 2010, S. 28-35, 69. Jahrgang.
81	하르트무트 라이너스(Hartmut Reiners)와의 면담록, 브란덴부르크 연방주 노동, 보건, 사회복지 및 여성부 산하 "보건 정책 기본조항 문제" 담당 부서장 여임	2010년 11월 12일	베를린 자유대학/한국학 연구소	
82	에크하르트 블로흐(Eckhard Bloch)와의 면담록-독 일 사무 근로자 의료보험(DAK) 기본조항 문제 및 법률 자문 담당부서	2010년 11월 18일	DAK 중앙사무소/함부르크	
83	루돌프 뮐러(Rudolf Müller)와의 면담록, 구포츠담 지역 담당의사 겸 브란덴부르크 연방주 노동, 보건, 사회 복지 및 여성부 산하 "재해보호 및 구조활동" 담당 부서장	2010년 11월 24일	베를린 자유대학/한국학 연구소	

# 문서 요약

문서 요약(문서번호 1~83)

“지역적 기업발전”에 관한 협의단 회의(1989.12.20)의 요약 결과  
1989년 12월 20일

담당자 / 기관\_ 에크하르트 블로흐 박사/DAK

내용

이 문서는 통일을 대비하여 실시한 DAK 발전 가능성 조사에 관한 보고서로 조사 항목 분류를 포함하고 있다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

- 본 조사는 ‘지역적 기업발전’이란 표제하에 기밀 유지에 각별한 주의를 기울이면서 실시된 것이다.
- 조사 항목 분류를 기반으로 한 개별 업무 분배에 관한 할당 사항은(3페이지 참고) 해당 실무팀 담당 직원에게 일임한다.

범례:

- 0012 10, 0011 10, 0010 10 및 0010 30 등의 숫자는 본 프로젝트팀의 개별 담당 직원을 지칭하게 된다. 즉 법률 자문을 맡고 있는 에크하르트 블로흐(0010 30) 및 집행부 소속 3인의 전문위원을 가리키는 것이다.
- 기타 다른 숫자는 다음과 같은 의미로 판독한다. 0060 00 = 고객 관리, 0040 00 = 조직 관리 및 0050 00 = 직원 관리
- HA = 주요 부서
  - 본 조사지역의 범위는 전적으로 구동독지역으로만 국한된다.
  - DAK가 동독에서 일찍부터 그 활동을 개시하기로 한 결정이 경쟁의 측면에서 반드시 DAK에 장점으로 작용할 수 있어야 한다.
  - AOK가 동독 전체 주민들을 관할하는 의료보험공단이 되도록 방관해서는 안된다.
  - 에크하르트 블로흐는 정보 교환을 목적으로 동독 의료보험공단들과 연락을 취하도록 한다.

출처 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



**문서 번호 2** 약 40억 마르크에 달하는 동독 의료보험공단의 적자  
1990년

**담당자 / 기관** AOK Bundesverband

**내용**

이 문서는 동독 보건 시스템에 누적된 것으로 추정되는 40억 마르크에 달하는 적자 해결 방안을 모색하는 분석이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

- 1990년 7월 1일자로 가결된 동독 사회보험법은 기존 동독 보건 시스템을 위해 지원되던 보조금을 폐지하기로 결정했다. 보건으로 시스템을 운영하기 위한 비용이 점점 상승하고 있다. 화폐통합 조치는 동독 마르크와 서독 마르크를 2대 1의 비율로 예정함으로써 보험공단의 재산 가치에 변화가 생기게 되었고, 이로 인해 상황이 더욱 악화되었다.
- 의료보험공단에 대한 국가 지원금 지급의 가능성을 둘러싸고 의료보험공단 설치법과 통일조약의 내용이 서로 상충되고 있는 상황이었다.
- 얼마 지나지 않아 동서독 통일이 실현됨으로써 보건제도에 관한 법안 및 의료보험공단 재정에 관한 해당 규정의 유효성이 어느 수준까지 인정될 수 있을지에 관한 문제점이 제기되었다.
- 이에 대한 해결책은 동독에도 비용분담의 원칙 또는 추가부담의 원칙을 도입하거나 서독으로부터 국가보조금을 지원받는 길이 될 것이다.

**출처** 일반 지역의료보험조합(AOK) 연방협회, DOK 16/1990 p.501-502, 본 1990년

담당자 / 기관\_ AOK Bundesverband

내용\_

이 문서는 일반 지역의료보험조합(AOK) 연방중앙협회 대의원 총회에서 “사회 통합”을 위한 AOK 특별 분담금을 결의한 내용이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 신연방주에서 일반 지역의료보험조합(AOK)의 구축 발판을 다지기 위해 AOK에서는 1억 마르크 규모의 자금을 마련할 예정이다.
- 1991년 1월까지 신연방주 지역에 AOK를 도입하기 위한 실행조치에 소요되는 재정의 규모는 약 2억 6,500만 마르크 수준이 될 것으로 추산된다.
- 이에 대한 재정은 주로 특별 분담금과 동독 사회보험에 대한 의료보험 기여금 가운데 행정비용 소요금, 그리고 연방노동부(BMA) 예산에서 지원되는 보조금 등으로 충당될 것이다.

출처\_ 일반 지역의료보험조합(AOK) 연방협회, DOK 20/1990 p.623, 본 1990년



문서  
번호 4

통일 이후-일상의 시작  
1990년

담당자 / 기관\_ AOK Bundesverband

내용\_

이 문서는 1990년 10월 3일 통일 이후 구동독지역에서의 보건제도 시스템 재조직과 관련된 현황평가이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 동독 의료보험공단에 누적된 적자는 유동자산 용자를 통해 해소될 것이다. 의사에게 지급되는 진료비와 약값에는 연방 지원금이 보조되지 않는다. 상대적으로 수입이 감소하게 될 의사 및 외래병원에 대한 보상조치 방안이 강구되었다. 제약업계에서는 여전히 동독 및 서독에서의 약값 인하조치에 대한 반대 입장을 고수하고 있다.
- 동독 재무부에 의해 의료보험 기여금 납입 시스템의 전환이 결정되자 이를 처리할 전문 인력의 부족과 서독과는 근본부터 너무도 상이한 동독 관료들의 가치관으로 인해, 한편으로는 은행 이체시간이 너무 오래 걸림으로써 많은 문제가 발생하게 되었다.
- 많은 직원이 서독으로 “이주”하게 되고, 아울러 노동보상 금액이 상승하게 됨으로써 수많은 외래병원들은 어려움에 직면하게 되었다.

출처\_ 일반 지역의료보험조합(AOK) 연방협회, DOK 21/1990 p.656-658, 본 1990년

담당자 / 기관\_ 에크하르트 블로흐 박사/DAK

내용\_

이 문서는 동독 사회보험공단 및 동독 국가보험공단 산하 사회보험공단 이사회와 DAK의 초기 접촉 내용 및 문제점을 분석한 것이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

- DAK는 동독 사회보험과 관련해서 막대한 양의 정보를 필요로 한다.
- 1989년 12월 21일자 기재 내용(3페이지):
  - 각자의 경험을 서로 교환하기 위해 동독 국가보험공단과 동독 자유노동조합(FDGB)5 산하 사회보험공단 및 DAK가 참여하는 3자 회담을 구성할 필요가 있다.
  - 우선 FDGB 산하 사회보험공단과 전화 연결을 시도하였으나, 기술적인 문제로 인해 성사될 수 없었으므로, 일종의 '우회적인 방법'이긴 하지만 일단 동독 국가보험공단과 접촉한 후 다시 연락을 시도해 보도록 한다.
- 1990년 1월 3일자 기재 내용(4페이지):
  - FDGB 산하 노동자 및 사무 근로자 사회보험공단과의 전화 연락이 마침내 최초로 성사되었다. 구체적인 내용들을 협상하기 위해 FDGB 산하 사회보험공단 이사장 대리와의 연락을 취하도록 한다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



서독 연방정부 노동사회부장관 노버트 블룸이 헬무트 콜 수상에게 보낸 문서-사회통합에 관한 동독정부와의 협상에서 논의되어야 할 것들

1990년2월 9일

**담당자 / 기관** Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung(BMA), Norbert Blüm;  
Budeskanzler Helmut Kohl

**내용**

이 문서는 서독 연방정부의 노동부장관 노버트 블룸이 1990년 2월 15일에 한스 모드로우 동독총리와 회담하게 될 헬무트 콜 수상에게 보낸 것이다. 이 회담에서 노동과 사회 문제도 논의될 예정이었다. 이와 관련하여 블룸장관은 다음과 같은 사항들이 특히 중요하다고 강조하였다.

- 고용지원법에 따라 직업소개와 실업보험제도를 즉각적으로 구축
- 동독의 연금제도를 서독의 연금체계에 맞추어서 조정
- 사회통합과 관련하여 발생할 수 있는 모든 문제의 해결책을 찾고 통합을 준비하기 위한 공동위원회 구성 약속

나아가 블룸장관은 콜 수상에게 사회통합과 화폐통합이 동시에 진행되어야만 한다는 것을 동독 측에 꼭 주시시켜야만 한다고 강조하였다. 기업과 근로자들이 부딪히게 될 사회적 부담을 완화하기 위해서는 동독에도 가능한 한 서독의 사회보장체제와 유사하게 안정적인 사회보장체제가 도입되어야만 한다는 것이 그의 논지였다. 그 중에서도 특히 주의할 것은 사회보장체제가 개인의 납입금을 기반으로 운영되며 세대 간의 계약원칙에 따라 적립식이 아닌 순환식 재정구조를 기반으로 국가 예산과는 별도로 운영되는 원칙을 유지하는 것이라고 하였다.

블룸장관은 이 문서를 통해 콜 수상이 한스 모드로우와의 회담에서 동독정부가 이러한 조치를 취할 의지가 있는지 아니면 어떤 조치를 취하려고 하는지 물어보아야 한다고 설명하였다. 그리고 경우에 따라서는 장관급 회담을 통해 이 문제를 논의할 수도 있을 것이라고 보았다. 나아가 가능하다면 사회통합과 관련된 정치적인 문제를 해결하기 위한 위원회를 구성해야 할 것이라고 하였다.

**출처** Bundesarchiv, BArch, B 136/21660

문서  
번호 7

집행부 회의(1990. 2.8)에 관한 특별의사록 2/90  
1990년 2월 9일

**담당자 / 기관** Mr. 가이센베르거(Mr. Geienberger), Mr. 포겔(Mr. Poggel), Mr. 쇠렌젠(Mr. Srensen)/DAK

**내용**

이 문서는 동독지역에서 DAK에 대한 재허가가 승인될 경우를 대비한 영업활동 계획을 세우기 위해 열릴 회의의 보고서이다. 그 내용은 다음과 같다.

- 동베를린지역에 DAK 정보사무소를 설치하는 문제와 관련해서 집행부는 과거 연방보험청(BVA)이 의료보험회사인 KKH(Kaufmännische Krankenkasse)에 대하여 정보사무소 설치를 불허했던 예를 상기하면서 연방보험청(BVA)의 내부적 상황을 타진해 보도록 한다.
- 동베를린지역에 소재한 DAK 토지 소유관계는 여전히 규명 과정 중에 있다.

**출처** 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

담당자 / 기관\_ 에크하르트 블로흐 박사/DAK

내용

이 문서는 향후 독일통일에 대비한 동독에서의 DAK 영업활동에 관한 계획을 수립하는 것에 관한 보고서이다. 그 내용은 다음과 같다:

- DAK는 그 영업 활동 범위를 전적으로 동독지역으로만 집중한다. 따라서 오더강(Oder) 및 나이쾨강(Neisse) 동쪽 지역은 본 계획 수립에 있어 그 고려대상에서 배제된다.
- 이제 곧 독일이 통일을 이룩할 것이므로 연방보험청(BVA)과 DAK 사이에는 일종의 '신사협정(Gentlemen's Agreement)'이 존재하는 것으로 간주되므로, BVA 측에서는 동독에서의 DAK 영업활동에 반대하여 개입하지 않는 것으로 한다.
- 동독에서의 모든 DAK 영업활동은 사전 준비적인 성격을 갖게 된다. 보험가입은 우선 동독의 법률 개정 및 DAK 정관 변경이 완료된 이후에야 가능하다.
- AOK를 비롯하여 KKH 및 BEK와 같은 기타 다른 보험공단들도 이미 동독에서 영업 활동을 영위하고 있다.
- DAK는 가능한 동베를린 구역 중심가에 정보사무소를 개설함으로써 이를 기반으로 향후 동독지역에서의 활동 대책 마련을 조율하도록 한다. 본 정보사무소의 주요 업무는 DAK 영업활동이며, 아울러 사회복지 정책 관련 업무와 홍보 관련 업무도 총괄한다.
- 동독에서 DAK 네트워크를 구축해 나가기 위한 방편으로 서독에 있는 DAK 각 연방주 사업본부 및 구역 사업사무소는 새롭게 편입되는 구동독지역에 대하여 모기업으로서의 지원을 담당하게 되며, 이에 따른 사전 준비작업을 수행해야 한다.
- 사회보험제도가 전반적으로 상이하므로 이를 습득하기 위해 DAK는 동독의 사회보험공단과의 상호 교류 프로그램을 위해 힘써야 한다.
- DAK는 동독에서의 업무활동을 진행함에 있어 동독의 연방관청, 정당 및 노동조합의 지원을 얻을 수 있도록 노력해야 한다.
- DAK 홍보효과는 동서독 간의 스포츠 행사에 참여하거나, 동서독 도시 간의 파트너십 체결을 지원함으로써 특히 극대화 될 수 있다. 아울러 동독 미디어에 DAK가 노출되는 것 또한 큰 장점으로 작용할 수 있다.
- 과거 통계자료를 근거로 볼 때 2차 세계대전 이전 동독지역에서의 DAK 네트워크를 다시 재건할 수 있으리라 판단된다.
- 향후 보험가입자 확보를 위해 예컨대 기업 방문이나 전화번호부 활용과 같은 영업조치를 강구해야 한다. 아울러 접경지역의 주민이나 이주민 또한 가입 고려대상에 포함시키도록 한다. 직원 수효가 점차적으로 증가할 것을 대비하여 동독 신문에 구인광고를 게재하는 것도 고려한다.

- 서독 DAK 직원들을 즉시 동독에 투입하기 위한 교육을 실시하도록 하며, 이를 위해 현직무를 면해주도록 한다.
- DAK는 독일연방 전역을 관할하는 보건체계가 마련될 수 있도록 이를 지원한다. 이로써 동독에서 자체적인 보험계약 가입자 네트워크를 구축할 수 있게 된다. 이를 위해 동독의 관련 법률을 개정할 수 있도록 정치권에도 호소하도록 한다.
- DAK가 2차 세계대전 종전 이전에 동독지역에서 소유하고 있던 토지 및 재산에 대한 법적 소유관계는 현재 규명 중에 있다.
- 동독주민의 DAK 가입은 보충 수요를 고려해 볼 때(예를 들어 의치치료 등) 엄청난 비용을 유발할 수 있다. 하지만 경쟁사가 잠재성이 큰 동독의 사업지역을 독점하는 것을 방지하기 위해서라도 DAK는 동독에서의 영업활동을 계속 영위해야 한다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



문서  
번호 9

DAK 집행부가 각 연방주 사업본부장에게 보낸 서신  
1990년 2월 26일

담당자 / 기관\_ Mr. 죄렌젠/DAK

내용

이 문서는 동독에서 구체적인 현장 업무활동을 즉시 개시하기 위해 각 사업사무소에 전달된 요청사항이다. 그 내용을 보면 다음과 같다:

- DAK 집행부에서는 동독지역에서의 준의료보험조합 승인이 조속히 이루어질 것으로 예상하고 있다. 이를 위해 모든 연방주 사업본부는 각자 맡은 동독 협력 지역에서(3페이지 및 4페이지 참고) 구체적인 현장 업무활동을 개시하라는 지침을 전달받았다.
- 이러한 활동의 주된 목적은 홍보효과를 통해 잠재적인 새로운 가입자를 가능한 많이 확보하기 위한 것이다.
- DAK 거점 지부로서 어느 정도의 업무 공간을 임대하여 확보하고, 주거용 트레일러를 이동 정보센터로 활용하도록 한다.
- 집행부에서는 각 연방주 사업본부에 대하여 동독에서 근무할 (자발적인) 직원을 모집하고, 서독에서의 담당 업무를 면제해 줄 것을 요청한다. 추가적으로 30명의 회계사 또한 확보한다.
- 중앙 사업사무소에서는 동독주민의 DAK 가입을 위한 의사확인서를 동독의 법률 지침에 상응되도록 작성하여 마련한다. 본 의사확인서가 완전한 형태로 완성될 때까지는 우선 현장 업무 담당 직원이 마련한 DAK 일반 가입확인서를 사용하도록 한다.
- (각종 책자를 비롯한) 홍보자료는 대량으로 구비해 놓는다.
- 동독에서의 각 업무계획을 진행하기 위한 재정은 각 연방주 사업본부 단위로 추가적으로 5천 마르크의 금액까지 지원된다.
- 동독에서의 모든 제반 업무활동과 관련된 업무조율을 관할하는 기관으로서는 '동독 프로젝트팀'이 있으므로, 여기에 모든 보고 및 연락을 취하도록 한다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

**담당자 / 기관** Zentraler Runder Tisch der DDR; Unabhängiger Frauenverband(UFV);  
Ministerium für Arbeit und Löhne; Initiative Frieden und Menschenrechte(IFM);  
Gewerkschaften; Ministerium für Gesundheitswesen(MfG) ; Sektion Rechtswissen-  
schaft der Humboldt-Universität; Institut für Soziologie und Sozialpolitik der Akad-  
emie der Wissenschaften

**내용**

이 문서는 1989년 11월 장벽의 붕괴 직후부터 1990년 3월의 자유총선거를 통해 민주적 최  
고인민회의가 구성되기까지 동독의 개혁과정에서 의회와 유사한 역할을 담당하였던 원탁  
회의(Runde Tisch)의 15차 회의 보고서이다. 이 회의에서 두 번째 주제로 “양성평등”을 넘  
어서는 사회헌장(Sozialcharta) 문제가 논의되었다.

먼저 타냐 뵘 무임소장관이 발언하였다.

사회헌장은 노동임금부의 주도로 노조와 보건부와 협력하면서 훔볼트대학의 법학전문가  
와 학술원의 사회정책 전문가의 자문을 받고 서독정부의 전문가들의 의견도 고려하여 작  
성한다. 사민당의 “사회정책” 실무그룹과 원탁회의의 “사회정책”, “양성평등” 실무그룹  
도 이 작업에 참여한다. 이렇게 작성된 사회헌장은 내각의 제안으로 원탁회의와 최고인민  
회의에 제출되며 1990년 3월 18일 자유총선거를 통해 선출된 민주적 의회에서 토론되도록  
한다. 그러나 사회헌장은 경제 및 화폐 사회공동체의 도입에 관해 서독과 협상하고 있는  
“롬베르그 위원회”에서 다루어질 문제는 아니다.

자료 15/5에는 “사회헌장을 위한 기본원칙과 입장”을 볼 수 있다. 전문에는 경제 및 화폐  
사회통합이 노동과 여가, 가족을 위한 것이어야만 한다고 쓰여 있다. 동서독의 사회보장체  
계가 서로의 개혁과정에 도움을 주는 그런 개혁이 필요하다. 동독주민들이 이미 혜택을 누  
리고 있는 것들은 그대로 유지되어야만 한다. 그런 방식의 개혁은 유럽차원에서의 개혁을  
시도할 때 모델이 될 수도 있을 것이다.

사회헌장은 구체적으로 다음과 같은 사항을 포함하였다: 1. 동독에서 법으로 성문화된  
노동할 권리 유지, 2. 근로자의 공동결정권 보장 및 노조활동의 자유보장, 3. 직장가 가정  
생활에서의 양성평등, 4. 모든 형태의 교육을 받을 수 있는 기회 보장, 5. 모든 이들이 건강  
을 되찾고 유지, 보호할 기본권 보장, 6. 노인복지, 7. 장애인과 재활환자의 사회적 통합, 8.  
주거를 확보할 권리, 9. 모든 시민이 예상치 못한 질병과 재난 등 고통에 부딪혔을 때 제대  
로 작동하는 사회보장체계를 통해 사회적으로 보호받을 권리.

**출처** Thaysen, Uwe(Hrsg.): “Der Zentrale Runde Tisch der DDR – Wortprotokolle  
und Dokumente – Band IV: Identitätsfindung?” S. 963-974 (15. Sitzung, 5. März  
1990), Wiesbaden 2000



문서 번호 11 문서 메모-동독에서의 DAK 업무활동  
1990년 3월 5일

담당자 / 기관\_ Mr. 죄렌젠/DAK

내용\_

이 문서는 동독에서의 준의료보험조합의 승인과 관련하여 연방노동부(BMA) 또는 연방보험청(BVA)과 DAK 집행부 사이에 있었던 정보 교환에 관한 기재 내용이다:

- 연방보험청(BVA)은 동독에서의 의료보험 공단의 업무활동을 용인한다. 하지만 사업 사무소 설치는 제한된다.
- 동독 사회보험공단과 서독 일반 지역의료보험조합(AOK)에서는 동독에 전적으로 AOK 시스템만을 설립하고자 의도하고 있지만, 이러한 시도는 연방 노동부장관에 의해 제동이 걸릴 것이다. 이는 연방 노동부장관 본인은 1990년 3월에 치러질 동독 인민 회의 선거(Volkskammerwahl) 이후 동독에서도 서독의 다원적 사회보험제도가 도입 될 것으로 예상하고 있기 때문이다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

담당자 / 기관\_ Mr. 텐(Mr. Thenn)/DAK

내용

이 문서는 동독지역에서 의료보험공단의 영업을 개시하기 위한 준비작업의 일환으로 홍보 사무실을 설치하는 문제를 논의한 이사회 보고서이다. 이 회의에서는 무엇보다 동독에서 DAK가 영업을 하기 위해서는 법률적 조정, 특히 사법권의 조정을 위해서는 법원법, 절차법 및 법률가 직업법 등의 개정이 시급하다는 것이 논의되었다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

- 본 문서의 일부에서는 자를란드(Saarland) 연방주의 서독 재편입 및 준의료보험조합을 위한 서베를린 개방 등의 사안에 대하여 언급하고 있다. 이는 경우에 따라서는 동독에서의 DAK 재허가 승인을 위한 계획 수립에 있어 유용한 정보 및 근거를 제공해 줄 것이다.
- 독일 근로자 의료공단협회(VdAK)가 주최한 세미나에는 동독의 고위급 책임자들이 배석하게 되므로, DAK 집행위원은 이들의 본격적인 접촉을 위한 기회를 마련할 수 있게 된다. DAK는 향후 재허가 승인을 받기 위한 초석으로서 동독의 주요 연락망을 포섭할 수 있으면서도 광범위하게 세분화된 네트워크 구조가 반드시 필요하다.
- 연방보험청(BVA)과 연방노동부(BMA)에서는 독일이 완전히 통일될 경우 서독의 다원적 보건제도를 동독에 도입할 가능성을 염두에 두고 있다. 이와 관련해서 BVA에서는 각 의료보험공단에 아직까지 구체적인 결정 지침을 제시하지는 않은 상태이다.
- 동독지역이 마치 외국처럼 간주되는 경우는 없을 것이다.
- 각 동독 도시에서 해당 지역 관할 사무소와 더불어 DAK 거점 지부를 마련하기 위한 계획 수립이 중요하다. 이러한 거점 지부가 설립될 때까지는 이동식 임시 거점 지부에서 해당 관련 업무를 담당하도록 한다.
- DAK 소개 책자 발행부수를 더욱 늘리도록 하고, 특히 동독주민 전용 책자를 제작할 필요도 있다.
- 동독에서는 노동자나 사무직 근로자를 굳이 구분하지 않았으며, 전반적으로 '생업종사자'라는 미화된 개념을 사용하고 있다. 총 860만 명에 달하는 이러한 생업종사자들 가운데 동독 사무직 근로자의 수는 대략 400만 명에 달할 것으로 DAK 집행부는 판단하고 있다. DAK의 목표는 동서독이 통일되는 경우 150만 명 수준의 신규 가입자를 확보하는 것이다. 이를 위해 DAK에서는 장기적으로 관리직 직원을 100명 정도 더 충원해야 한다(단기적으로는 이보다 훨씬 많은 수의 관리직원이 필요하다).
- 연방노동부(BMA)와 DAK 사이의 의견교환 목적은 동서독 통합의 진행에 있어 준의료보험조합과 관련된 사안에서 정치적 영향력을 행사하는 것이라야 한다.
- 특히 VdAK의 임무는 현재 준의료보험조합의 대상 가입자를 규정상 '사무 근로자'로





만 제한하고 있는 현행 법률을 개정하는 것이다. 이로써 향후 동독주민의 DAK 가입을 위한 법적 토대를 마련할 수 있기 때문이다.

- 동독에서의 DAK 영업활동을 보다 확대해 나가기 위해서는 무엇보다 유연성이 요구되므로, 이를 위해 이사회는 집행부에 전권을 위임하도록 한다.
- 이사회는 동독에서의 사업 활동에 합법성을 부여하기 위해 1990년 3월 30일까지 DAK 사업지역과 관련된 정관을 개정하도록 한다.

**출처**\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

담당자 / 기관\_ DAK 집행부

내용\_

이 문서는 동독에서의 DAK 영업활동에 관한 향후 계획 및 현황보고이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 본 문서에는 동독에서 적용할 수 있는 사무실 공간 임대 방식에 관한 실무적인 사항이 담겨 있다.
- 각 연방주 사업본부장들은 DAK의 내부적인 실무경험에 관한 상호 간의 의견교환을 좀 더 빈번하게 갖고, 이를 개선하고자 하는 희망을 피력했다.
- 어떠한 경우에도 DAK에 가입시키기 위해 동독주민이 부담을 느끼게 해서는 안된다. 그 대신 동독주민들이 DAK를 신뢰할 수 있도록 하는 방안을 마련하는 것이 좋다.
- 본 문서는 아울러 동독에서 필요한 홍보수단에 관한 포괄적인 사항을 담고 있다.
- DAK의 직원확보 수준을 지금보다 더욱 높이도록 한다. 동독 프로젝트팀에 2명의 직원을 더 확충한다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



문서 번호 14 DAK 집행부가 내부 감사팀 직원에게 보낸 서신  
1990년 3월 9일

담당자 / 기관\_ Mr. 죄렌젠/DAK

내용\_

이 문서는 DAK 직원 중에서 동독 근무를 발령받은 직원에게 집행부에서 보내는 조정 서신이다. 이 서신을 통해 DAK 내부 감사팀 소속 일부 직원들은 동독으로 발령받을 것에 대해 상당히 이질적인 업무 활동을 강요당하는 것으로 느끼고 있다는 사실을 알 수 있다. Mr. 죄렌젠은 이러한 갈등을 조정하기 위해 내부 감사팀의 동독 발령이 왜 필요한 것인지에 대해 해명하고 있다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

문서 번호 15 동독 상황에 대한 정보교환을 목적으로 집행위원이 각 연방주 사업본부단장에게 보낸 서신  
1990년 3월 20일

담당자 / 기관\_ Mr. 죄렌젠/DAK

내용\_

이 문서는 동독의 각 해당 협력 지역에서의 업무활동에 관한 세분화된 현황 보고서를 작성 및 발송하도록 하기 위해 해당 연방주 사업본부장에게 내린 지침이다. DAK 집행부에서는 업무활동 현황보고서를 통해 담당 연락처, 구체적인 입지 계획, 홍보자료 적용 및 직원 투입 등에 관한 정보를 확인할 수 있게 된다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

각 연방주 사업본부장이 참여한 집행부 회의록(1990.3.15, 쾰른)  
1990년 3월 21일

담당자 / 기관\_ Mr. 가이센베르거, Mr. 포겔, Mr. 죄렌젠/DAK

내용\_

이 문서는 동독에서의 DAK 향후 조치에 관한 결정을 내린 DAK 집행부 회의 보고서이다.  
그 내용은 다음과 같다:

- 서독의 다원적 사회보험제도 시스템을 동독에 도입하는 것은 이제 시간문제일 뿐이다. 동독 자유노총(FDGB) 또한 이를 확신하고 있는 상태다.
- DAK는 동독주민에게 다원적 의료보험 시스템을 알리기 위한 모든 조치를 취할 수 있다.
- 하지만 공간 임대 문제와 관련해서는 부분적으로 문제의 소지가 남아 있다. 일부 건축 자재의 경우 필수적인 개보수 작업에 막대한 비용이 요구된다. 따라서 사업사무소 개설에 대한 정식 허가가 아직 나지 않은 상황에서 이러한 비용을 먼저 지출하는 것은 큰 모험이 될 수도 있다. 아울러 동일한 이유로 인해 아직 임대차 계약을 체결할만한 상황도 아니다.
- 동독 자유노총(FDGB)의 경우 DAK가 기업과 접촉하는 경우에 있어 이를 지원할 준비가 이미 되어 있다. 아울러 가입 대상자 주소를 확보하기 위해 저축은행 및 일반 은행과의 협력을 더욱 확대해 나가야 한다.
- 향후 DAK에 관해 동독주민을 교육시키기 위해서도 각 연방주 사업본부장은 적절한 직원 확충 방안을 생각해야 한다. 하지만 동독주민을 직접 채용하는 것은 법적인 측면에서 아직 불가하다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



문서  
번호 17

콜 수상에게 보내는 블림장관의 서한-화폐교환 비율의 사회적 의미  
1990년 3월 27일

담당자 / 기관\_ 연방 노동복지부장관 노버트 블림(Nobert Blüm), 헬무트 콜 연방 총리

내용

이 문서는 화폐교환 비율을 결정하는 과정에서 가장 결정적인 역할을 한 것으로 알려진 문건으로, 노버트 블림 연방 노동사회부장관이 헬무트 콜 수상에게 화폐교환 비율이 1:1 이 보장되어야만 하는 이유를 사회통합적 시각에서 설명하고 있다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

- 동독은 그곳에서도 시장경제의 사회적 요소가 뿌리를 내린 뒤에야 통일을 받아들일 수 있을 것이다. 서독정부에 대한 신뢰에 실망을 주어서는 안 된다.
- 2:1 화폐 교환 비율로 인해 수백만 명이 사회 보조금 제도의 문턱을 넘어서지 못하게 될 것이다. 이 경우 서독과 서베를린으로는 더 많은 사람들이 이주하게 될 것이다.
- 이러한 화폐교환 비율은 서독 연방주들에서도 관철될 수 없을 것이다.

출처\_ 한스 위르겐 퀴스터스, 1998. 독일통일. 1989/1990년 연방총리실 파일 발췌 특별간행물. München: Oldenburg, Nr. 231, S. 979-980.

문서  
번호 18

공동 기자회견-동독에 대한 제의사항:

자치권이 보장되는 조직적, 사회 복지적 의료보험제도의 도입

1990년 3월 28일

**담당자 / 기관** 직장 의료보험 연방협회, 수공업자 의료보험조합, 농업종사자 의료보험공단, 연방 광업 종사자 보험공단, 근로자 의료공단협회 및 노동자 준의료보험조합

**내용**

이 문서는 동독 사회복지 및 보건제도의 변경에 관하여 각 의료보험공단에서 제안한 사항에 대한 입장 표명이다. 독일 내에서 통일된 화폐, 경제 및 사회통합 공간을 마련하기 위해 각 의료보험공단에서는 동독지역으로의 다원적 의료보험 시스템 도입을 제안하고 나섰으며, 이를 위한 지원을 약속했다. 아울러 각 의료보험공단에서는 이를 위해 시급히 필요한 실행조치를 언급했다.

**출처** 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국



문서 번호 19 동독에서 준의료보험조합 허용을 고려한 DAK 업무 활동  
1990년 4월

담당자 / 기관\_ Mr. 죄렌젠/DAK

내용\_

DAK 이사회에 제출한 집행부 보고서

- 초기 주로 베를린지역에 집중되었던 업무 활동은 연방보험청(BVA)과 연방노동부(BMA)의 용인하에 1990년 2월부터 동독 전체 지역으로 확대되었다.
- 동독 프로젝트팀의 조직이 새롭게 개편되었고, 상임 프로젝트 관리부가 설치되었다. 본 프로젝트 관리부는 집행부 소속 위원, 주무부서 직원, 연방주 사업본부 이사장 대리인, 그리고 직원 대표 등으로 구성된다.
- DAK는 향후 화폐, 경제, 사회통합과 더불어 서독의 다원적 시스템이 동독에 도입되도록 하는 준비작업을 담당한다.
- DAK는 목표 달성을 위해 중요한 모든 담당 부서와 연락을 계속 유지한다.
- 본 문서는 연방주 사업본부가 동독에서 업무 활동을 영위함에 있어 담당해야 할 업무 과제를 제시한다.
- DAK는 동독 전체 지역을 상대로 활동하는 최초의 의료보험공단이다. 아울러 많은 직원들이 동독의 DAK 업무 활동을 위해 자발적으로 헌신하고 있다.
- 동독 사회보험공단으로 인한 일시적인 난점들이 해소되었다.
- 다른 경쟁자들이 동독에 진출하게 된 상황에서 DAK 시장점유율을 더욱 확대하기 위해서는 이사회와 집행부가 앞으로도 모든 업무를 신속하고 비권위적 관점에서 처리해야 한다.
- 본 문서의 말미에는 분석된 데이터를 바탕으로(예를 들어 동독 4개 지역의 서독 편입) 동독에서의 DAK 발전 상황을 가정한 기업 전략이 소개되어 있다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

문서  
번호 20

연방의회 노동사회위원회가 동독 최고인민회의 노동사회위원회에 보낸 서한-자료  
와 문건의 전달

1990년 5월 4일

**담당자 / 기관** Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Bundestags, Sekretär Friedhelm Maier; Ausschuss für Arbeit und Soziales der Volkskammer der DDR, Sekretär Hardy Köhler

**내용**

이 문서는 서독연방의회의 노동사회상임위원회 비서 프리드헬름 마이어가 최고인민회의 노동사회상임위원회에 보낸 서한이다. 마이어 위원장은 먼저 동베를린에서 있었던 실무회의에 대해 감사의 인사를 전했다. 이 실무회의의 결과와 본에서 열리게 될 다음 회의에 대해서 상임위원회 위원장에게 보고할 것이라고 전했다. 그리고 그는 입법절차에 관한 매뉴얼을 함께 보냈다. 그는 이 서신과 함께 입법절차에 관한 매뉴얼을 보냈다. 거기에는 발의된 법안과 처리된 법안의 목록 작성, 본회의 보고서, 연방의회 회칙, 서면으로 절차를 진행하기로 결정하는 공지서, 상임위원회의 보고서와 의결제안서, 법안초안을 위한 모범, 상임위원회 인쇄물, 연방의회 행정처의 조직계획 및 연방노동부의 조직, 법안 및 팜플렛 자료

**출처** Bundesarchiv: Volkskammer der DDR, Teil 2: 10. Wahlperiode-Schriftwechsel mit dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, DA 1/17523(2. Bd.)





문서  
번호 21

연방의회 노동사회위원회가 동독 최고인민회의 노동사회위원회에 보낸 서한-만남  
을 위한 준비

1990년 5월 9일

**담당자 / 기관** Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Soziales der Volkskammer der DDR, Thomas Brick; Vorsitzender des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung, Jürgen Egert

**내용**

이 문서는 연방의회 노동사회상임위원회 위원장 유르겐 에거트가 동독 최고인민회의 노동상임위원회 위원장 토마스 브릭에게 보낸 서한이다. 이 서한은 1990년 4월 26일에 동독 쪽에서 양 측 상임위원회의 교류를 제안한 것에 대한 답이었다. 동독 측에서 제안한 것은 1990년 5월 17일에 상임위원회 지도부가 먼저 본에서 만나고 1990년 5월 30일에 베를린에서 상임위원회 소속 의원들이 함께 만나자는 것이었다. 에거트 위원장은 본에서 열릴 회의의 프로그램 초안을 함께 보냈다. 베를린에서 열릴 회의의 프로그램은 본에서 논의하기로 하였다.

**출처** Bundesarchiv: Volkskammer der DDR, Teil 2: 10. Wahlperiode-Schriftwechsel mit dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, DA 1/17523(2. Bd.)

문서  
번호 22

동독 현안에 있어 현재의 정황에 대한 논의록(1990.5.15)  
1990년 5월

담당자 / 기관\_ Mr. 가이센베르거, Mr. 포겔, Mr. 죄렌젠/DAK

내용\_

이 문서는 동독에서 DAK 발전을 위한 회의의 보고서이다. 이 회의의 핵심적인 사안은 사회정책적 측면에서 동독의 변화와 관련된 현황파악이었다. 그 내용은 다음과 같다:

- 1991년 1월 1일부로 서독의 다원적 의료보험 시스템이 동독에 도입될 예정이다. 하지만 앞으로도 2국가 체제가 어느 정도는 유지될 전망이다.
- 동독에서의 등록 기간은 서독과 같은 14일이 아니라 1개월로 한다.
- 국가보조금은 없겠지만, 회계 및 예산 운용은 서독의 경우를 따를 전망이다.
- 연방주 사업본부는 동독이 새 연방주로서 완전하게 편입된 이후에야 설치될 수 있다.
- 동독 프로젝트팀의 해체 또는 조직 재편성은 프로젝트 최고 책임자가 직접 제의하는 것으로 한다. 만약 제의가 이루어지면, 집행부에서는 해당 제의의 타당성을 검토해야 한다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



**문서 번호 23** 동독의 행정관리를 위한 특별보조금에 관한 연방정부 노동사회장관의 서한  
1990년 5월 21일

**담당자 / 기관** Verband Deutscher Rentenversicherungsträger; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung; Bundesministerium der Finanzen; Landesversicherungsanstalten

**내용**

이 문서는 서독 연금관리공단협회가 각 연방주의 연금관리공단에 보낸 것으로, 그 내용은 연방정부의 노동부가 결정한 동독의 행정인력을 훈련하기 위해 소요되는 비용 및 출장비에 대한 연방정부의 보조금 지급에 관한 규정에 대해서 설명하고 있다. 그때까지는 동독의 행정인력이 업무를 위해 서독행정기관으로 파견될 경우 일정한 조건이 충족될 경우 연방 추가예산을 통해 보조금을 지급받았다. 그러나 앞으로는 동독의 재무부가 그런 보조금을 지불하게 되므로, 연방재무부가 더 이상 보조금을 지불하지 않을 것이라고 설명하였다. 그러나 동독 쪽에서 보조금을 지불하지 않을 경우에는 연방정부로부터 지원받을 수 있을 것이라고 하였다.

**출처** Historisches Archiv der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg, Aktenzeichen 111-43/05

1990년 5월 23일

담당자 / 기관\_ 일반 지역의료보험조합(AOK) 연방중앙협회 감독위원회

내용\_

이 문서는 동독지역에 서독의 다원적 의료보험 시스템을 구축하고, 아울러 일반 지역의료 보험조합(AOK) 소속 기관을 설립하기 위한 AOK 연방중앙협회 조치에 대한 입장표명 및 방안을 마련하기 위한 업무보고서이다. 그 내용은 다음과 같다:

- AOK에서 주도하는 모든 프로젝트에 대한 책임 및 동독 관련 문제에 있어 AOK 연방 중앙협회와 AOK 연방주 지부협회의 사이의 커뮤니케이션은 AOK 감독위원회에서 최종적으로 담당하고 있다. 본 감독위원회는 서로 다른 분야를 담당하는 6개의 프로젝트 팀 및 해당 책임자들로 구성된다.
- 각 프로젝트팀의 관할 소관 및 책임 권한에 관한 사항이 설명되어 있다.
- 감독위원회는 납부되는 기여금의 일관된 요율과 위험 구조조정(Risikostrukturausgleich) 및 동독 부양시설과 급부권에 대한 단계적인 조정 절차를 기본적으로 찬성하는 입장이다.
- 동독 사회보험공단에서는 공설 의료보험 핵심 단체들과 더불어 3개의 실무팀을 구성 하도록 한다 .
- AOK 연방중앙협회에서는 특별히 동독에 대한 정보 소개책자를 발행하고, 동독 주요 언론기관과 접촉했다.

출처\_ 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국



**문서 번호 25** 사단법인 요한 기사수도회 사고구조대 연방사업단장이 동독 개신교회 구제사업 단장에게 보내는 서신

1990년 5월 25일

**담당자 / 기관** 안드레아스 폰 블록-슈레지어/사단법인 요한 기사수도회 사고구조대

**내용**

이 문서는 사단법인 요한 기사수도회 사고구조대의 동독 활동 준비에 관한 보고서이다. 사단법인 요한 기사수도회 사고구조대가 동독에서 활동하기 위해서는 별도의 협회를 설립할 수 없으며, 개신교회 구제사업회에 가입해야 한다고 보고한다.

**출처** 구 동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 85

**문서 번호 26** 동독 개신교 최고 평의회장이 동독 보건부장관에게 보낸 서신  
1990년 5월 29일

**담당자 / 기관** 에른스트 페츨트 박사/동독 개신교회

**내용**

이 문서는 동독 개신교 평의회장이 동독 보건부장관에게 진료비용을 단기적으로 재산출하고 병원 재무 시스템을 일원화된 재무 시스템에서 이원화된 재무 시스템으로 전환을 요청하는 서신이다. 그에 따르면 서독 시스템에 맞춘 동독 복지 시스템 동화 대책으로 인해 진료비용이 적정 수준을 넘게 되었고, 화폐 통합으로 인해 상황이 더욱 악화될 것으로 전망되므로, 진료 비용의 재산출을 위한 조치가 필요하다고 한다. 그리고 병원 재무 시스템 변경에 있어 보건복지부의 여러 지침 및 해명이 요구된다고 전달하였다.

**출처** 구 동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 자료 DWDDR II 574

담당자 / 기관\_ 에른스트 페츨트 박사/동독 개신교회

내용\_

이 문서는 동독 튜링겐주에 기독교병원협회를 설립하는 문제에 관해 개신교회와 드 메지에르 총리 간에 열린 회의의 보고서이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 본 담화에 참여한 사람은 드 메지에르 총리, 보건복지부장관 클레디츠쉬 박사, 기타 정부 대표단 및 동독 개신교회 대표단이다.
- 기본적으로 다음과 같은 두 가지 논의점이 존재했다.

첫 번째 논의점은 동독정부가 보건제도를 다원화하려는 움직임을 보이면서 구제지원협회 측은 자신의 입지가 좁아졌다고 느끼게 된 점이고, 두 번째 논의점은 통일조약 제24조의 내용 해석(동독의 사회복지 시스템은 서독의 사회복지 시스템과 서로 “상응되는 수준이어야” 한다)과 관련된 것이다.

- 드 메지에르 총리는 상기 문제와 관련하여 동독 사회복지 시스템의 서독 사회복지 시스템으로의 동화는 단계적으로 점차 조율되어야 하며, 이 과정에서 기존의 중앙집권식 구조도 함께 유지되어야 한다는 의견을 표명하였다.
- 개신교회는 기존의 방식과 달리 정부에서 그 대리인을 임명해야 한다.

출처\_ 구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 376



문서  
번호 28

서독 연방의회 노동사회위원회가 동독 최고인민회의 노동사회위원회에 보낸 서한-국가조약과 관련한 전문가 청문회에 초대

1990년 6월 6일

**담당자 / 기관** Bundestagsausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Bundestags, Sekretär Friedhelm Maier

**내용**

이 문서는 연방의회 노동상임위원회 비서 마이어가 동독 최고인민회의 노동상임위원회 위원장 알트만과 상임위원회 소속 의원들을 경제 및 화폐통합에 관한 국가조약과 관련하여 전문가들의 의견을 듣는 청문회에 초대하는 서신이다. 공개 청문회는 1990년 6월 11일에 본에서 열렸다. 이 서신에는 이 청문회의 순서와 주제목록이 포함되었다. 주제목록에 포함된 것들을 보면 고용 및 노동시장정책 및 고용지원법, 건강보건제도 및 건강보험, 연금보험 등이었다. 나아가 전문가들의 명단이 포함되어 있다.

**출처** Bundesarchiv: Volkskammer der DDR, Teil 2: 10. Wahlperiode-Schriftwechsel mit dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages, DA 1/17524

담당자 / 기관\_ 동독 최고인민회의 가족여성상임위원회 위원장 바베

내용\_

이 문서는 동서독 통일조약의 1단계인 경제화폐사회통합조약에 관한 인민회의 가족여성상임위원회의 입장을 표명한 것이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

본 상임위원회는 이 조약에서 여성문제가 부수적인 사안으로만 다루어진 것을 유감스럽게 생각하며 다음과 같은 사항을 수용하기를 요구한다.

1. 싱글부모, 모자보건, 육아휴가 그리고 특히 다자녀가정에 대한 지원을 위한 재원이 지속적으로 보장되어야 한다.
2. 육아기간 동안 일자리를 상실한 여성들의 경우 그에 대한 이익을 제기할 기간이 지났다고 하더라도 직장복귀를 위한 소송을 제기할 수 있도록 허용한다.
3. 1989년 11월 20일에 제정된 아동의 권리에 대한 유엔협약은 승인되어야 한다.
4. 탁아시설은 지자체와 사업장에 재정이 부족하다고 하더라도 지속적으로 예산이 지원되어야 한다. 모든 아동이 탁아시설의 자리를 보장받을 권리를 갖을 수 있게 해 주는 것이 바람직하다.
5. 여성이 가정과 직장생활을 병행할 수 있기 위해서는 그를 위한 틀이 만들어져야 하며 그 점은 가족계획정책에도 반영되어야만 한다.
6. 노후, 실업 또는 장애와 같은 상황에 부딪혔을 때 기본적으로 필요한 것들은 사회부조를 통해 보장되어야만 한다.
7. 여성들이 낙태문제를 스스로 결정할 수 있도록 해 주어야만 한다. 다양한 프로그램을 통해 임신부를 지원할 수 있도록 해야만 한다.
8. 이와 관련하여 새로운 법안을 제출한다.

출처\_ Bundesarchiv, BArch/DA 1/17537





**문서 번호 29a**    공단 합리화 조치 및 구조조정에 있어 보건 및 사회복지공단 직원들의 보호대책에 관한 합의  
1990년 6월 12일

**담당자 / 기관** 동독 보건부 및 동독 보건복지공단 노동조합 중앙이사회

**내용**

발췌본 제목 참조. 이 문서에는 “건전화 조치”의 규정에 의거하여 교육의무, 일자리 보장, 심화교육 및 재교육, 특별해고 보호, 업무보상 보장과 보장금 및 분규상황에 관한 조항들이 합의에 포함되었다.

**출처** 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국

**문서 번호 29b**    동독 사회보험공단 직원들의 봉급 및 임금 인상에 관한 합의  
1990년 6월 12일

**담당자 / 기관** 동독 사회보험공단 및 무역, 은행 및 보험업 노동조합/독일 사무직 노동조합/사회보험공단 노동조합

**내용**

발췌본 제목 참조

본 합의에 대한 참고자료로서 동독 사회보험공단 직원들에 대한 기본적인 업무 보상, 동독 사회보험공단 직원들의 분류작업과 해당 월별 임금, 그리고 임금 그룹 목차 등이 첨부되어 있다. 아울러 참고자료에 추가적으로 양측 합의 당사자들 사이에서 체결된 기업 합리화 보호협정에 관한 사항이 서술되어 있다.

**출처** 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국

1990년 5월 18일에 체결된 동독과 서독의 제차 국가조약(경제 및 화폐 사회공동체 구성에 관한 조약)에 대한 법(동독)

1990년 6월 21일

담당자 / 기관\_ Volkskammer der DDR; Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl

내용\_

이 문서는 본에서 체결된 경제 및 화폐 사회통합 조약을 동독의 최고인민회의가 승인하기로 결정하는 내용을 포함하고 있다. 동서독은 이 조약을 통해 사회적 시장경제를 동독에도 도입하기로 결정하였다.

이 조약의 1장은 1990년 7월 1일에 조약이 발효되면 동독에서도 서독의 마르크가 사용되게 된다고 밝혔다. 경제체제의 근간은 사회적 시장경제이며 사회통합은 화폐통합, 경제통합과 함께 독일통일의 중요한 축을 담당하게 된다고 하였다. 사회통합은 특히 노동규정과 성과정의의 원칙 그리고 사회적 형평성의 원칙에 따라 포괄적인 사회보장체계를 구축한다고 하였다.

2조의 핵심적인 내용은 자유 민주적 연방주의와 법치국가원칙 그리고 사회적 기본원칙을 따른다는 것이다. 모든 독일인에게 계약의 자유, 영업의 자유 그리고 주거와 직업선택의 자유가 보장되며 교육과 경제조건과 노동조건에 향상을 위한 단체를 결성할 자유와 생산시설의 토지와 대지에 대한 민간투자자의 소유권이 보호받는다라는 내용이었다. 노동법원이 세워질 때까지 노동관계로 인한 법적 분쟁은 중립적인 중재기구를 통해 해결되었다. 이 기구에는 고용주와 고용자 대표가 동일한 비율로 참여하고 위원장은 중립적인 사람으로 임명하기로 하였다.

4장은 사회통합에 관한 세부적인 문제들을 다루고 있다. 17조를 보면 연대의 자유, 임금협약의 자율성, 노동투쟁권, 노사평의회법, 기업 내 공동결정권과 해고보호조항 등 서독에서 적용되는 노동권이 동독 내에서도 유효하다고 되어 있다. 18조 1항은 동독에서도 서독에서와 마찬가지로 연금보험, 건강보험, 산재보험과 실업보험 등으로 분화된 사회보장체계가 독립적인 행정체계를 갖는 공공기관으로 국가의 관리감독하에 설립되게 되었다. 고용주가 보험금의 전액을 부담하는 산재보험을 제외한 다른 모든 사회보장체계는 특히 고용주와 고용자가 반씩 부담하는 보험납입금을 통해 재정을 충당한다. 18조 2항에 의하면 동독의 사회보험체계는 임시로 공동기구를 통해 관리하기로 합의하였다. 1991년 1월 1일까지 개별적인 보험공단을 설립하기로 하였다. 18조 5항에는 과도기 동안에는 보험가입의무와 보험납입금 산정한도는 서독의 사회보장법에 따라 결정된다고 하였다. 19조에서는 동독이 서독의 고용지원법에 따라 고용지원을 포함한 실업보험제도를 도입한다고 하였다. 24조에는 동독이 사회부조체계를 도입한다고 되어 있다.

20조 1항에는 동독이 서독의 연금보험체제로 전환하는 과정에서 5년의 과도기를 두기로 하였다고 쓰여 있다. 2항은 동독의 연금체계에 있었던 추가연금과 특별연금제도는 1990년



7월 1일자로 폐지되며 그때까지 축적된 연금수혜권리는 새로운 연금체제로 통합된다고 되었다. 이를 위해 소요되는 추가비용은 국가가 부담하기로 했다. 3항은 기존연금은 45년의 가입기간에 동독의 평균소득의 70%의 세금 후 소득수준에 따라 정한다고 되어 있다. 21조 2항에는 서독의 건강보험이 제공하는 혜택을 넘어서는 동독의 건강보험 혜택을 제공하기 위한 비용은 국가가 부담한다고 하였다. 5항에서는 동독에서 입원과 응급처치를 위한 의료시설을 위한 투자 또한 국가가 부담한다고 하였다. 25조는 실업보험과 연금보험을 위한 초기재원의 경우 보험납입금에 의해 충분한 재원이 마련되지 않을 경우 부족한 재원은 국가가 부담한다고 하였다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 34-Ausgabetag: 25.06.1990

문서  
번호 31

동독에서 서독의 법률이 적용되는 것에 관한 법률-노동법에 관한 부분  
1990년 6월 21일

담당자 / 기관\_ Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl

내용\_

이 문서는 경제 및 화폐 사회통합조약이 체결된 후 그 조약에 따라 동독의 최고인민회의가 서독의 관련법령을 도입하기로 의결한 내용으로 소위 말하는 총괄법이다. 이 법을 보면 통일을 준비하는 과정에서 일반규정부터 노동사회복지와 관련하여 어떤 법령이 도입되는지 일목요연하게 알 수 있다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 34-Ausgabetag: 25. Juni 1990

문서  
번호 32

사회보험납입금과 세금의 산정방식 및 기타 기관에 관한 규정-자율적인 계산 규정  
1990년 6월 27일

담당자 / 기관\_ Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Minister der Finanzen, Walter Romberg

내용\_

이 문서는 과도기 동독정부가 발행한 시행령으로 세금과 사회보험납입금 그리고 다른 공과금의 계산방식을 규정한 것이다. 그 내용을 보면 다음과 같다:

1조. 소득세, 법인세, 영업세, 재산세 그리고 사회보험, 산재보험을 납부하는 사람은 세금정산을 제출할 의무가 있으며, 언급된 세금과 사회보험납입금, 산재보험금 등을 스스로 계산하여 연말세금정산에 반영하도록 한다. 납세의무가 있는 사람이 연간 2,000 마르크를 초과하는 부수입이 있는 경우 연말세금정산에 보고하도록 한다.

2조. 납입해야 할 세금은 스스로 계산하여 해당 세무서에 납입한다. 연간 납입해야 할 세금이 2,000 마르크를 초과할 경우 사분기로 분할해서 납입할 수 있다.

3조. 세무서는 납세의무자의 신청에 따라 연간 세금의 액수를 결정한다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 41-Ausgabetag: 17.07.1990

담당자 / 기관\_ Volkskammer der DDR, Präsidentin Sabine Bergmann-Pohl

**내용\_**

이 문서는 과도기 동독 최고인민회의 의장이 도입을 선포한 사회보험법이다. 이 법의 도입으로 동독의 사회보험은 건강보험, 연금보험 그리고 산재보험으로 분리되었다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

보험납입금을 결정하는 소득기준은 1990년 7월 1일자로 1,400 DM으로 정해졌다. 보험납입금을 현실에 부합하게 단계적으로 조정하는 것은 노동부가 담당하기로 했다. 보험가입 의무가 있는 사람은 근로소득이 있는 사람이다. 사회보장보험이 제공하는 금전적 혜택의 수준은 원칙적으로 근로소득자들의 보험납입금에 따라 결정된다.

이 법의 3부에는 건강보험, 연금보험 및 산재보험의 혜택이 명시되어 있다.

사회보험회사는 보험가입자와 고용주에 의해 자치적으로 운영되는 공적인 법인체이다. 기존에 있었던 동독의 사회보험은 동독의 의료, 연금, 산재보험을 공동으로 관리하는 공단으로 통합된다. 개별적인 보험공단의 설립을 준비하기 위해 1990년 7월 1일부터는 예산을 분리해서 운영한다. 국가지원금은 제공되지 않는다.

건강의료보험을 위한 재원은 보험납입금으로 충당하며 1990년 7월 1일부터 적용되는 보험납입금 비율은 소득의 12.8%이다. 연금보험은 소득의 18.7%로 정해진 보험납입금으로 재정을 충당하며 부족한 재원을 위해 국가지원금이 제공된다. 1990 회계년도에 발생하는 적자는 국가가 부담한다. 1991년 1월 1일부터 제공되는 국가지원금은 연금지출의 18.8%이다. 산재보험을 위해 지출되는 비용은 고용주들이 위험도에 따라 부담하는 납입금으로 충당한다.

8부는 과도규정을 설명한다. 1990년 7월 1일자로 사회보험과 국가예산 간의 직접적인 관계는 해지된다. 해당업무는 기존의 기구로부터 사회보험공단으로 이전된다.

근로자는 1990년 7월 1일부터 1990년 12월 31일까지 연금보험납입금을 보조받는다.

그 외에도 이 문서를 통해 예산과 납입금 산정 방식을 알 수 있다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 38-Ausgabetag: 4. Juli 1990

문서  
번호 34

사회보험회사의 구축지원 절차에 관한 연방보험청의 서한  
1990년 6월 28일

**담당자 / 기관** Bundesversicherungsamt(BVA); Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR); Bundesministerium für Arbeit und Soziales(BMA)

**내용**

이 문서는 연금관리공단이 회원들에게 배포한 것으로 동독의 사회보험을 전환하는 과정에서 서독의 보험공단이 지원하는 절차에 관한 연방보험공단의 설명이 적혀있다. 그 내용은 다음과 같다:

연방노동부가 경제 및 화폐통합조약의 22조 5항에 따라 동독의 사회보험체계 구축을 위한 지원조치는 해당 감독관청과 협의하여 진행할 것을 요청하였다. 특히 다음과 같은 사항에 유의하기를 부탁하였다. 모든 지원조치는 사전에 문서를 통해 신고하며, 사후라도 곧바로 신고하도록 한다. 신고서를 제출한 이후 일주일 내로 답이 없을 경우 연방노동부 측에서 아무 이의도 없는 것으로 간주하면 된다. 지원조치를 위해 소요되는 비용은 별도로 처리한다.

**출처** Historisches Archiv der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg, Aktenzeichen 111-43/05

담당자 / 기관\_ Bundesregierung, Bundestag

내용

이 문서는 1990년도 사회보고서이다. 이 문서의 1부에는 동서독의 사회통합과 통일에 관해 간략하게 언급되고 있다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

먼저 독일에서 공동의 사회국가를 건설하는 것이 최종적인 목표라고 밝히고 1990년에 동서독이 경제화폐통합협약을 서명하기까지 동독의 급격한 변화를 설명한다. 이 보고서는 경제, 화폐, 사회통합을 통해 동독에서 고용이 확대되고 독일 땅에서 두 번째 경제적이 이루어질 것이라고 전망하였다. 그를 통해 결과적으로는 동독에서 실현되었던 것보다 훨씬 높은 수준의 사회보장체계가 구축될 것이라고 보았다.

국가조약을 통해 동독의 노동권 규정을 서독의 기본구조에 맞추어 조정하였다. 그 결과 동독에도 연대의 자유, 임금협약의 자율권, 노동투쟁권, 노사평의회규정, 사내 공동결정권 및 해고보호 등의 제도가 도입되었다.

국가조약은 나아가 동독의 단일 사회보장제도를 폐지하고 자율적인 관리기관으로 연금보험, 건강보험, 산재보험과 새로 도입해야 할 실업보험제도를 도입하기로 합의하였다.

앞으로 진행될 경제적 구조조정 과정으로 인해 그동안 숨겨져 있었던 실업이 그 실체를 드러내게 될 것이다. 이 과정에서 노동시장정책이 절대적으로 동반되어야만 한다. 그렇기 때문에 국가조약에서는 고용지원법에 따라 실업보험제도를 도입하도록 하였다.

국가조약의 규정에 따르면 동독의 연금규정은 임금과 납입금에 의해 운영되는 서독의 연금제도가 도입되게 된다. 1차 국가조약이 효력을 갖게 됨과 동시에 개인은 각자의 임금수준에 상응하는 연금보험료를 납입해야만 한다. 동독에 존재하던 추가적인 또는 특별연금 제도는 1990년 7월 1일자로 폐지된다.

동독의 건강의료보험법은 단계적으로 모든 영역에서 서독의 제도에 맞추도록 한다. 그 결과 동독에도 보험납입금에 의해 운영되는 분화된 의료보험제도가 도입된다. 열악한 동독 의료체계 상황을 고려하여 서독 연방정부는 즉각적인 조치를 취했다.

국가조약에 따라 동독정부가 제공하던 사회지원금제도가 폐지되고 사회부조제도가 도입된다. 이 제도를 규정에 맞게 제대로 운영할 수 있는 행정관리체계를 구축해야만 한다.

출처 Deutscher Bundestag, Parlamentsdokumentation, 11. Wahlperiode, Drucksache 11/7527

문서  
번호 36

의사, 수의사, 약사, 치과의사의 직능단체에 관한 법-협회법  
1990년 7월 13일

담당자 / 기관\_ Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl

내용\_

이 문서는 과도기 동독 최고인민회의에서 의결된 의사, 약사, 치과의사, 수의사 협회 구성에 관한 법이다. 이 법에는 이들 협회의 과제는 회원들이 직업의무를 수행하는 것을 감독하고 공중보건 및 수의학 체계를 지원하여 국민의 건강관리에 기여하는 것이라고 명시되어 있다. 모든 의사와 수의사, 약사는 이들 협회의 회원이 될 의무가 있다. 이 법에는 나아가 협회의 조직, 회칙 및 회원비 등과 같은 사항들이 규정되었다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 44-Ausgabetag: 27. Juli 1990

문서  
번호 37

국립 보건제도와 수의, 약국제도의 구조개편법  
1990년 7월 22일

담당자 / 기관\_ Volkskammer der DDR

내용\_

이 문서는 과도기 동독의 최고인민회의가 건강보건영역의 구조개편을 결정한 법이다. 그에 따라 국립의료시설, 약국 및 동물병원의 민영화 과정에서 전문의, 수의사 및 약사들이 국립의료시설을 사유재산으로 매입하거나 이용권을 인수할 수 있게 되었다. 각 지역의 시장, 군수들은 지역에서 진료활동을 하고 있는 전문의, 치과의사, 수의사 및 약사들이 제출한 신청서를 근거로 최종적인 결정을 내릴 수 있도록 제안하게 되었다. 이 과정에서 각 지역의 국민대표들이 이미 1989년 10월 7일 이후에 이들 시설의 소유권이 이전된 것을 확인하고, 검토하여서, 그것이 직위를 오용하거나 다른 불법적인 수단을 동원하여 이루어진 경우에는 모두 무효화하였다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 52-Ausgabetag: 17. August 1990





문서  
번호 38

연방보험청에서 열린 사회보험회사 대표들 간의 간담화-신중한 인력 선발과 조직  
구축

1990년 7월 25일

담당자 / 기관\_ Bundesversicherungsamt, Sozialversicherungsträger

내용

이 문서는 연방보험공단이 각 산하단체와 연방사회보험기구들에게 전달한 1990년 7월 24일에 열린 회의의 보고서이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

국가조약에 따른 동독재건 지원을 위한 조치에는 차후 동독지역에서 업무를 수행하기 위한 준비작업도 포함된다. 동독지역의 사회보험 관리를 담당할 직원의 연수 외에도 동독출신 직원의 채용과, 업무연수 그리고 교육도 여기에 포함된다. 그러나 이러한 조치들이 동독의 감독기관의 의사를 거스르면서 추진되어서는 안된다.

인력을 충원하는 작업이 동독의 사회보험기구와 경쟁적으로 이루어져서도 안된다. 나아가 충원되는 인력이 담당하는 업무와 지위에 상응하는 적절한 급여가 제공되어야만 한다. 그러나 연방차원의 임금계약이 동독의 직원급여를 결정하는 기준이 되어야만 하는 것은 아니다. 그들을 연방공무원으로 수용하는 방식으로 이러한 제한규정을 피하는 것은 허용되지 않는다.

출처\_ Historisches Archiv der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg, Aktenzeichen 111-43/05

문서  
번호 39

향후 베를린 전체 지역을 담당하는 일반 지역의료보험조합(AOK)의 사업사무소  
및 직원 구축을 위한 컨셉

1990년 7월 31일

담당자 / 기관\_ 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK)

내용\_

발췌본 제목 참조

- 각 본문을 세분화한 요약 정리:
  - 기본 내용
  - 사업사무소(목표 방향, 직원 능력, 공간 마련 등)
  - 사업사무소 조직 구성
  - 직원 개발 프로그램
  - 교육 프로그램
  - 업무 지원을 위한 추가 지원 조치
  - 결론 고찰

출처\_ 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국



문서 번호 40 약국제도에 관한 시행령  
1990년 8월 1일

담당자 / 기관\_ Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Minister für Gesundheitswesen i.V., Horst Schönfelder

내용\_

이 문서는 동독의 드 메지에르 정부가 경제 및 화폐 사회통합조약 22조와 1990년 7월 22일에 도입된 건강보전체계 구조개편법을 근거로 결정한 약국에 관한 시행령이다. 그 내용을 보면 다음과 같다:

약국을 운영할 수 있는 사람은 동독주민, 그리고 1992년 1월 1일 이후에는 서독주민 그리고 1990년 1월 1일 이전에 동독에 거주하였던 외국인들이다. 그들은 약국을 소유해야만 하고, 유럽공동체의 다른 지역에서 약국을 개원할 경우에는 해당관청에 등록해야만 한다. 기존의 국립 약국의 경우 그것을 운영하는 사람에게 운영권을 허용한 것으로 간주한다. 소유주를 변경할 경우 그에 대한 허가 신청서를 제출해야 한다.

일정한 조건을 갖추었을 경우에는 병원 소유주에게 병원약국을 운영하도록 허가해 준다. 병원약국은 계약관계에 있는 병원에서 필요로 하는 의약품만 공급하도록 한다.

보건장관은 정상적인 약국운영을 보장하고 의약품의 질을 보장하기 위해 약국운영법을 도입할 권한을 갖는다. 이 과정에서 세계보건기구의 기본방침을 따른다.

국영약국, 의약품센터 등은 민영화 및 사유화를 위해 신탁관리청으로 인계된다. 해당 지역의 관청은 신탁관리청으로 인계될 약국을 매각 또는 관리 공고를 낸다.

베치르크 단위의 약국관리청은 1991년 6월 30일자로 해체된다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 55-Ausgabetag: 27. August 1990

문서  
번호 41

1990년 7월 1일자를 기준으로 보건 및 사회복지공단 공용 시설물에서의 간병비용률 변경에 관한 사항

1990년 8월

담당자 / 기관\_ 클레디츠쉬 박사/동독 보건복지부장관

내용\_

1990년 하반기 진료비용 변경

- 상반기 진료비용에서 15% 상승이 예상된다.

출처\_ 구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 574

문서  
번호 42

메클렌부르크-포어폼메른주의 세무서와 정보센터 지원에 관한 함부르크주 보험청의 지침

1990년 8월 8일

담당자 / 기관\_ Landesversicherungsanstalt(LVA) Hamburg; Verband Deutscher Rentenversicherungsträger(VDR); Landesversicherungsanstalten

내용\_

이 문서는 함부르크 지역보험관리공단의 행정처장이 구동독의 메클렌부르크-포어폼메른 지역의 사회보험 재건을 지원하기 위한 구상에 대해 코멘트한 것이다. 그 내용은 다음과 같다:

차후 1년 간 메클렌부르크-포어폼메른 지역에 설치된 안내사무소와 세무서의 보험납입금 관리부서 그리고 1991년부터는 의료보험사의 업무를 위한 지원이 필요할 것이다. 이러한 지원업무를 위해 인력이 필요하며, 함부르크 지역보험관리공단은 지역보험회사인 AOK-함부르크와 협력하고 로스톡시에 2명의 직원이 근무하는 안내사무소를 설치한다. 보험납입금 감독관 또한 안내사무소에 소속되게 된다. 인력채용과 공간확보를 위한 조치를 신속하게 취하도록 한다.

출처\_ Historisches Archiv der Landesversicherungsanstalt Freie und Hansestadt Hamburg, Aktenzeichen III-43/05



**문서 번호 43**    군·읍 단위 행정지역에서 보건소의 과제와 공공의료 서비스에 관한 법  
1990년 8월 8일

**담당자 / 기관** \_ Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Minister für Gesundheitswesen, Jürgen Kleditzsch

**내용** \_

이 문서는 과도기 동독정부가 결정한 지역단위의 공중보건에 관한 시행령이다. 그에 따르면 지역단위의 공중보건업무는 각 지역의 보건소가 담당한다. 공중보건업무를 통해 건강 상태를 체크하고 환경이 건강에 미치는 영향을 관찰하며 위생 및 건강 소비자 보호 규칙의 준수 여부를 감독한다. 예를 들어 병원, 재활병원, 응급구호 서비스 및 공공시설의 의료보건 문제를 관리감독하는 것이다. 나아가 다른 관청의 의료문제도 자문해 준다. 보건소는 신체와 정신건강 및 사회적 건강과 관련된 문제를 계몽하고 건강유지와 질병예방을 위한 자문을 해 준다.

**출처** \_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 53-Ausgabetag: 22. August 1990

문서  
번호 44

사회보험법의 실시에 관한 시행령-고용주에 의한 급여세와 사회보장비의 납입  
1990년 8월 15일

**담당자 / 기관** Ministerrat der DDR, Ministerpräsident Lothar de Maizière; Ministerin für Arbeit und Soziales(DDR), Regine Hildebrandt; Minister der Finanzen, Walter Romberg

**내용**

이 문서는 동독 최고인민회의에 의해 1990년 6월 28일에 도입된 사회보장법에 근거하여 급여정산에서 소득세와 사회보장납입금을 세분화하여 명기하기로 내린 동독정부의 조치이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

세금이전증명을 사용하지 않는 금융기관을 통해 급여세, 의료보험과 연금보험, 산재보험 그리고 실업보험의무납입금 등을 납부한 고용주는 해당 세무서에 문서로 자세한 내역과 증명서를 제출해야만 한다.

사회보험의 관리는 세무서와의 협력을 통해 사회보험납입금이 규정에 따라 이전되는 것을 관리감독한다.

**출처** Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 53-Ausgabetag: 22. August 1990

문서  
번호 45

동독의 병원재정법  
1990년 8월 30일

담당자 / 기관\_ Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl

내용\_

이 문서는 동독 병원의 재정보호에 관한 법률이다. 이 법률은 경제 및 화폐 사회통합 조약에 따라 도입된 것이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

국가의 투자 그리고 이용자들이 지불하는 비용 또는 운영자가 투입하는 자금 등을 통해 경제적으로 자립능력이 있는 병원을 만들며, 이들 병원은 국민의 수요를 충족시키며 동시에 사회적으로 부담할 수 있는 비용으로 운영되는 것을 보장해야만 한다.

각 주는 이러한 목표의 실현을 위한 투자계획과 병원계획을 작성한다. 주 단위의 의료보험협의회와 병원협의회 또는 병원운영자협회 등과 공동으로 이를 위한 규정을 작성하도록 노력한다. 주정부는 병원운영자의 신청에 따라 시설, 설비, 병원확장, 병원조직의 개편을 위한 비용을 지원해 줄 수 있다.

서독에서 일반적으로 적용되는 병원입원비 수가 규정이 동독에도 적용된다. 병원비 수가는 병원운영자와 의료보험이 함께 공동으로 합의한다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 59-Ausgabetag: 14. September 1990

담당자 / 기관\_ BRD und DDR

내용\_

이 문서는 연방지역의료보험협회가 배포한 통합조약의 일부로, 노동과 사회보장에 관한 규정과 기본규정이 요약되어 있다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

II장 30조. 노동과 사회: (1) 노동계약권리, 노동시간권리, 노동보호 등에 관한 조항은 새로 규정한다. (2) 신연방지역에 57세부터 조기정년과도금제도를 도입한다. (4) 사회보험을 개별적인 기관으로 이전하는 작업은 납입금을 통해 비용이 충당될 수 있는 방식으로 이루어져야만 한다. 개별적인 기관의 채권과 채무 관계는 법에 따라 규정된다. (5) 연금과 산재보험의 과도규정은 법으로 규정한다. 신연방지역에서의 임금과 급여가 서독지역과 유사하게 조정되는 것에 따라서 연금 또한 조정된다.

33조. 보건제도. (1) 신연방지역의 병상 수를 서독의 수준과 유사하게 만든다. (2) 건강보험의 적자를 피하기 위하여 신연방지역에서는 임금격차에 상응하게 의약품비용을 감축한다.

부록 1. 연방법 적용을 위한 과도기 특별규정: 동독의 사회보험기구는 사회보험이전청으로 재편되며 이 기구는 1991년 12월 31일까지 연금보험과 산재보험에서 지출되는 비용을 관리한다. 근로자들은 연금과 의료보험가입비 납입을 위해 의료보험에 등록해야 한다. 의료보험사는 신고내역을 검토한 후 해당기관으로 납입금을 이체한다. 사회보장법의 보험에 관한 특정한 규정은 신연방지역을 위해 별도로 정한다. 이 지역 주민의 연금산정의 기준은 월 1,400 마르크로 확정한다. 건강보험의 경우 지역의료보험기구가 정착될 때까지 세무서를 통해 건강보험비를 납입하도록 한다.

부록 1. G파트의 II장은 건강보험의 관리행정과 혜택 그리고 신연방지역의 건강보험체계에 의해 지불되는 비용에 관한 규정이다. 이 지역의 의료공급을 확보하기 위해 사업장별로 설치되었던 폴리클리닉과 응급실 등을 포함하여 기존의 지역, 국가 의료시설들이 1995년 12월 31일까지 응급처치를 행하는 것을 허용한다. 의료보험협회와 의료보험에 등록된 의사협회는 1995년 12월 31일까지 기존의 의료시설을 인수할 신탁관리기구를 설립할 수 있다. 의료보험사는 1991년에 사업자금대출을 받을 수 있었다. 신연방지역에서 의사의 진료에 대한 댓가는 기본 수수료의 45%이다.

출처\_ AOK Bundesverband, DOK 19/1990 S. 586-600, Bonn 1990



“지불하는 것이 가장 좋은 일이다”-독일통일로 인해 발생할 사회적 부담과 문제에 대한 연방노동장관과의 대담

1990년 9월 7일

담당자 / 기관\_ Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm

내용\_

이 문서는 통일 이전인 1990년 9월에 서독 연방정부의 노동사회부장관 노버트 블룸이 독일의 주간매거진 슈피겔지와 인터뷰한 것이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

동독에서 40년 동안 이어진 사회주의 계획경제가 붕괴하고 난 후에도 즉각적인 경제성장이 이루어지지 못하는 이유는 행정기구의 대부분이 여전히 무능하고 의지가 없는 간부들에 의해 장악되었기 때문이다. 그러나 사회통합이 실현된 이후 연금이 약 30% 상승하였고 전정희생자를 위한 규정이 새로 도입되었으며 임금이 상승한 것 등은 좋은 성과라고 보아야 한다.

지역에서 실업연금과 연금보험의 재원을 충당하지 못하고 재정지원을 받아야만 하는 이유는 동독지역에서 사회보장보험의 가입금을 납입하는 사람의 수가 예상보다 훨씬 더 급증하였기 때문이다. 그러나 동독에서 발생하고 있는 대량실업(361,000명 실업자, 144만 명 단기근로자) 문제는 비록 단축근로의 실사가 기대했던 것과 같은 좋은 성과를 가져오지 못했다고 하더라도, 제대로 된 정책이 시행된다면 충분히 해결할 수 있는 문제이다. 특히 실업률을 감소하기 위해서는 민간 이니셔티브가 중요한 역할을 해야 한다. 왜냐하면 동독의 주민들이 이제는 더 이상 경제에서 국가조직의 역할을 수용하려 하지 않을 것이기 때문이다. 나아가 비숙련 노동력을 위한 일자리 감소가 앞으로 3년 안에 중요한 문제가 될 수 있다. 이러한 문제는 사회보장시설의 서비스를 확장하거나 응급실의 의료보조인원을 확충하는 방안을 통해 해결책을 모색할 수 있을 것이다. 그리고 이러한 의료보조원에 대한 수요는 이미 아주 높다.

통일과정에서 또 다른 문제가 되는 것이 건강보건의체계이다. 만일 의약품의 비용을 55% 감축하려는 계획이 관철되지 않는다면 동독의 의료보험을 위해 35억 마르크가 아니라 60억 마르크가 지출되어야 한다. 동독지역의 의료보험 재원이 지속적으로 문제가 될 경우 현재 서독 의사들과 비교할 때 약 40%의 급여를 받는 이 지역의 의사들이 지속적으로 서독으로 이주하게 될 것이다

출처\_ Der Spiegel, 38/1990, S. 24-27

문서  
번호 48

보험혜택에 관한 의료보험회사와의 계약관계에 대한 법-의료보험계약법  
1990년 9월 13일

담당자 / 기관\_ Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl

내용\_

이 문서는 동독의 의료구조 개편에 관한 법률이다. 이 법률은 경제 및 화폐 사회통합조약 22조를 근거로 도입되었다. 이 법의 개별적인 항목들에는 의사와 치과의사, 의약품, 의료보조기, 병원입원환자, 응급의료 그리고 연수 등에 관한 구체적인 내용이 명시되었다.

출처\_



문서  
번호 49      의료보험회사 설립법  
1990년 9월 13일

담당자 / 기관\_ Präsidentin der Volkskammer der DDR, Sabine Bergmann-Pohl

**내용\_**

이 문서는 동독의 의료보험제도 개편을 결정한 법이다. 그것은 동독에도 서독과 유사한 의료보험체계를 구축하기로 합의한 경제 및 화폐 사회통합조약 21조를 근거로 도입된 것이다. 일반적으로 이 법을 통해 개별적인 의료보험회사가 존재하는 것을 보장받으며 그들이 장기적으로 활동할 수 있도록 해 주는 것을 원칙으로 하였다. 이 법에 별도의 규정이 명시되어 있지 않는 한 사회보험법의 규정들은 의료보험에도 적용된다.

의료보험의 종류를 보면 다음과 같다: 일반지역의료보험, 직장의료보험, 업종의료보험, 선원의료보험, 농업의료보험, 광산의료보험, 추가보험. 의료보험의 감독은 각 주의 최고관청에 위임된다.

동베를린과 동독의 각 지역행정단위 베치르크는 지역의료보험을 설립한다. 차후에 지역의료보험협회를 구성할 수 있는 가능성을 배제하지 않는다.

최저 450인 이상의 직원이 근무하는 기업의 고용주는 하나 또는 여러 개의 사업장을 위한 직장의료보험을 설립한다.

불법적으로 설립된 의료보험 또는 운영능력이 없고 장기적으로 업무를 담당할 능력이 없는 의료보험은 폐업한다.

의료보험의 분리 해체 또는 폐쇄 등에 관한 신청서는 감독기관에서 평가, 결정한다. 나아가 운영절차에 관한 규정도 감독기관에서 결정한다.

이 법은 나아가 개인의 의료보험의 종류를 선택할 자유가 있다는 것을 명시하였다.

출처\_ Gesetzblatt der DDR Teil I Nr. 61-Ausgabetag: 19. September 1990

문서  
번호 50

“동독 일반 지역의료보험조합”을 위한 프로젝트팀이 프로젝트 위원회에 제출한  
보고서 3/90

1990년 9월 24일

담당자 / 기관\_ Mr. 게를라흐(Gerlach)/일반 지역의료보험조합(AOK) 연방협회

내용\_

- 동독지역에 AOK를 설립하기 위해 동독 보건부장은 AOK 연방협회와 논의한 후 연방 노동 및 사회복지부(BMAS)의 동의를 얻어 14명의 AOK 설립 대리인을 임명하게 되었다. 본 문서에서는 이들의 주요 업무에 대해 설명하고 있다.
- 본 문서의 개별 하위 항목에서는 다음과 같은 주제/문제점을 설명하고 있다.
  - AOK 집행위원의 선출
  - 동독에서 AOK가 본격적인 업무실행 능력을 갖추 수 있도록 하는 준비작업의 현황
  - 동독에서 전산자료 처리를 위한 프로젝트
  - AOK 연방협회의 계속 고용협약 및 보장선언
  - 향상교육 협약
  - 동독에서의 교육
  - 동독에서의 심화교육
  - 사회보험공단 직원에 대한 전문자격 교육 및 전입직원에 대한 교육
  - 동독 교육 담당자에 대한 전문자격 교육
  - 동독 AOK 경영진
  - 동독에서 업무관리를 통한 자격요건 교육조치
  - 동독 신입 노동인력에 대한 교육 심화
  - 동독 사회보험공단 문서화 작업
  - 재정 관련 사항(추가 경정예산, 1991년도 예산, 연방 노동부 예산으로부터의 보조금 지원 신청)
- 본 문서에 대한 참고자료로서 다음 내용이 첨부되어 있다.
  - AOK 설립 대리인들에 대한 도식화된 목록
  - AOK 설립 대리인의 담당 업무 및 권한에 관하여 연방 노동사회복지부장관과 합의한 보건부장의 규정
  - AOK 설립 대리인의 업무 내용
  - 1990년 8월 31일 AOK 집행위원 선출을 위해 개최된 업무회의의 문서 내용
  - 집행위원 선출 기준 및 선출 절차의 각 단계
  - AOK 집행위원직에 대한 모집 공고
  - 신연방주 전역에서의 AOK 설립을 위한 진행 현황에 관한 다양한 보고서

출처\_ 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국



**문서 번호 51** 동독지역 의사들에게 적용될 향후 의사 면허권 법과 관련한 보건부 언론보도  
1990년 9월 27일

**담당자 / 기관** 동독 보건복지부

**내용**

동독에서 취득한 의사 면허권 정리

- 동독에서 취득한 의사 면허권은 계속 그 유효성을 인정받을 수 있다. 의사 면허권은 독일 연방 의사 법규를 토대로 한다.

**출처** 구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 139

**문서 번호 51a** 사회보험공단 이사장이 각 해당구역 및 읍/면 단위 도시의 해당 사회보험공단에 보낸 서신  
1990년 10월 12일

**담당자 / 기관** Mr. 뤼셀/동독 사회보험공단

**내용**

의료 진단의 경우에 있어 사무 근로자 연방보험공단(BfA) 요금 협약을 임시적으로 채택하는 사안

- 의료 진단에 적용될 수 있는 법적 근거가 소멸되어 해당 요금에 관한 법령이 더 이상 존재하지 않으므로, 1990년 10월 1일부터 12월 31일까지는 사무 근로자 연방보험공단(BfA)의 요금 협약 내용을 적용하도록 한다.
- 아울러 의료 진단서 작성에 관한 지침과 요율 구성에 관한 사항이 소개되어 있다.

**출처** 쉴케 글라처(Sylke Glatzer) 기록보관소, 원칙 문제 처리 부서, 독일 연금보험 공단

문서  
번호 52

시설 이전 결정: 보건제도에 관한 요약 발췌  
1990년 10월 15일

담당자 / 기관\_ 요헨 볼프/브란덴부르크주 수권자

내용\_

보건복지시설 이전 결정

- 문서 부록에는 제7항(보건복지 시설)만 존재하고 있다.

출처\_ 브란덴부르크주 관보, 특별 인쇄 1/90호, 1990년 포츠담

문서  
번호 53

베를린에 소재한 일반 지역의료보험조합(AOK) 모든 지부에 대한 통자-보장법, 보  
험료법 및 가입법의 관점에서 살펴 본 통일조약(EV)의 영향  
1990년 10월 26일

담당자 / 기관\_ 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK)

내용\_

이 문서는 의료보험 시스템과 관련한 규정 및 통일조약(EV)을 통해 서독지역에 대해서만  
발효된 규정, 그리고 동독지역에서만 적용되는 특별 규정에 관한 설명과 이를 도식화한 자  
료이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 1991년 1월 1일부로 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK)은 그 관할 영역으로서 동-서  
베를린 전체 지역을 포괄할 수 있도록 확장되었다.
- 구동독의 각 구역에는 AOK가 설치되지만, 이는 과거 동독 사회보험의 권리 승계자는  
아니다.
- 참고자료로서 본 문서에는 보험제도, 기여금 및 신고법의 관점에서 살펴본 평가 내용  
이 도표 형식으로 첨부되어 있어서 통일조약을 통해 변화된 법적 상황을 알 수 있게  
해준다.

출처\_ 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국



문서 번호 54 기독교 아동병원 안나 호스피탈 서류 메모  
1990년 11월 13일

담당자 / 기관\_ 가그초프/안나 호스피탈의 재무담당 부서장

내용\_

이 문서는 병원 입원에 따른 보험료 총지급 기준액과 관련한 의료보험 대표단과의 사전협 의에 관한 보고이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 병원 측과 의료보험 대표단 측 사이에 있었던 사전협의를 의료보험 대표단의 요청으로 성사된 것이다.
- 의료보험 대표단은 1991년도를 기준으로 병원 입원에 따른 보험료 총지급 기준액의 정 산을 위해 안나 호스피탈측과 논의를 거쳐 지급 기준 액수를 정하고자 하였다.
- 안나 호스피탈측은 이와 관련한 협상은 필요하지 않으며, 병원 내부적인 비용 상승 부 분이 예측 불가능한 상황이므로, 협상 자체가 가능하지 않다는 의견을 제시하며, 보 험료 지급 기준액과 관련된 조기 협상을 거절하였다.
- 사전협의 진행시 의료보험 대표단이 병원 측 대표단에게 보험료 지급 기준액 논의를 강력히 주장하였기 때문에 분위기가 과열되었다.
- 병원 입원에 따른 보험료 총지급 기준액 협상에 참가하지 않은 신연방주 중의 한 관리 자는 부정적인 방법으로 부당 이득을 취했을 가능성이 농후하다.

출처\_ 구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 139

담당자 / 기관\_ Mr. 죄렌젠/DAK

내용\_

이 문서는 DAK 이사회에 보내는 집행부 보고서이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 본 문서는 선서에 대신하는 보증(Eidesstattliche Versicherung, 이하 EV)을 통해서 신연방주에 다원적 사회보험제도를 도입하기 위하여 의료보험공단에 적용되는 규정에 관한 설명을 제공한다.
- 급부권 및 추가 부담금과 관련해서는 신연방주와 구연방주에서 적용되는 규정이 부분적으로 상이하며, 이는 본 문서에 설명되어 있다.
- 신연방주 및 구연방주에서 동시에 업무 활동을 영위하는 의료보험공단은 두 연방주의 재정, 예산 및 통계를 분리하여 관리한다.
- 동서독이 맺은 보건협정은 EV가 발효됨과 더불어 효력을 상실한다.
- 본 문서는 1990년 10월 3일부터 당해 12월 31일까지의 기간 동안 및 1991년 1월 1일 이후부터의 동독 및 서독 피보험자에게 적용되는 경과규정에 관해 설명하고 있다.
- 아울러 의약품 공급, 의료지 영역, 치의학적 예방의학과 치료제 및 보조제에 관한 새로운 규정에 관해서도 설명하고 있다.
- 자치기구 직원으로 선발된 자의 재직 기간은 1990년 10월 25일자 법령에 따라 7년으로 규정된다.
- 본 보고서는 업무상 재해 및 직업병의 경우 해당 급부의 책임권한을 정의하는 신규 규정에 관해 설명하고 있다.
- DAK는 사업사무소 구조 개편을 추진하고, 쾰른 및 괴팅엔 지역의 지역사무소를 대상으로 시범적 운영을 실시한다. 신연방주지역에서의 DAK 건립으로 인해 부분적으로 테스트 영역에서는 가용 설비의 제한이 생길 수 있다.
- 등급 분류, 연기금 운용 보고 및 중앙 인출 프로젝트(Projekt Einstufung, Versicherungsverlauf, Zentraler Abruf-약어로는 EVZ 프로젝트)의 도입은 데이터 처리 및 이용에 있어 효율성을 높여주는 결과를 가져올 수 있지만, 신연방주지역에서는 아직까지 인적 자원의 제한이 있으므로, 본 프로젝트를 연기해야 한다.
- 추가적인 데이터 처리 프로그램의 도입은 신연방주 자료 관리 문제에 있어 이미 그 필요성이 입증되었다.
- 신연방주 관련 데이터가 점점 더 늘어나고 있으므로, 새로운 전산관리 센터만으로는 이미 충분치 않은 상황이다. 전산설비를 더욱 늘려야 한다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK





문서 번호 56 슈바이어/드레스덴 지역의 기독교 구제지원협회가 구동독지역 기독교 아동병원 전체에 보내는 서신

1990년 12월 1일

담당자 / 기관\_ 헬무트 리너/구제지원협회장

내용\_

이 문서는 1991년을 기준 연도로 할 때 병원 입원에 따른 보험료 총지급 기준액과 관련된 긴급 메시지이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 의료보험 대표단의 요청으로 해당 대표단과 구제지원협회(DFG) 사이에 병원 입원에 따른 보험료 총지급 기준액에 대한 논의가 있었다.
- 의료보험 대표단은 1991년도를 기준 연도로 해서 병원 입원에 따른 보험료 총지급 기준액 논의를 곧바로 시작하고자 의도했으나, 병원 측 담당 부서는 논의와 관련된 투명성을 보장하기 위해 사전 협의 단계부터 진행하였다.
- 의료보험 대표단은 병원 측 담당 부서가 제기한 할부 및 보상 규정 등과 관련한 질문에 대해 답변하였다.
- 그런 후 의료보험 회사 측이 예상하고 있는 1991년 관련 비용 정산에 대해 보고했다.
- 의료보험 대표단과 병원 대표단의 의견 차이가 매우 심하여, 격렬한 논의가 이루어졌다.
- 병원 측은 향후 보험료 총지급 기준액 사안에 있어 이와 관련된 당사자 모두에게 병원 담당 부서의 주관으로 근시일 내에 개최될 예정인 토론회에 참석해줄 것을 부탁하면서, 성급한 결론을 미리 내리지 않도록 당부하였다.

출처\_ 구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 574

문서  
번호 57

개신교 구제지원협회의 법무, 경영 및 보건부서가 독일 기독교 병원협회의 연방주 협회에 보내는 서신

1990년 12월 17일

담당자 / 기관\_ 빌프리트 콜첸부르크 박사, 사단법인 개신교회 구제사업회

내용\_

이 문서는 병원 외래진료 허용과 관련한 노동복지부와 독일연방 보험공단과의사협회 의견 보고서이다. 그에 따르면 독일연방 보험공단의사협회는 1년 간의 의료지원을 위한 병원 외래진료 임시 허용에 대해 찬성한다. 독일 카톨릭 사회복지사업단은 병원 외래진료 허용을 위해 노력해왔다. 독일연방 보험공단의사협회와 의료보험 상부 조직은 원칙적으로 외래진료 허용에 대해 비판적 입장을 견지하고 있다.

출처\_ 구동독지역 개신교회 구제사업회 문서보관소, 문서 DWDDR II 139

문서  
번호 58

신연방지역의 사무직 근로자 보험 1991년 예산

1991년 1월 1일

담당자 / 기관\_ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte(BfA), Harry Peetz

내용\_

이 문서는 연방 보험관리공단이 발표한 문서로 1990년 9월 19일에 작성된 동부독일지역을 위한 1991년도 예산계획이다. 이 계획이 세워지기 전에 내무부와 재무부, 노동사회부, 연방감사원 그리고 연방보험관리공단의 대표들이 모여 의견을 나누었다. 여기서 이루어진 합의에 따라 보험관리공단은 동부와 서부로 나뉘어서 예산안을 짜도록 되었다. 가입지역이라고 할 수 있는 신연방주를 위해서는 126억 마르크 규모의 예산이 책정되었다. 나아가 이 예산안에서는 구체적인 항목들을 자세히 읽을 수 있다.

출처\_ Die Angestelltenversicherung-Zeitschrift der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte(DAngVers), Jahrgang 38, Januar 1991, S. 1-4

문서  
번호 58a

사회보험공단 이관 조직-중앙관리본부: 정보 Nr.4  
1991년 1월 30일

담당자 / 기관\_ Dr. 암머필리/사회보험공단 공동 집행위원

**내용**

업무상 재해 및 직업병의 처리를 위한 지침과 산재 연금 관련 서류의 제출(구동독지역 사회보험공단으로부터 산재보험의 분리)

- 산재 연금 및 산재 장애 연금, 그리고 과도기 연금과 업무상 재해 및 직업병의 경우에 대한 간병보조금 등의 지급 처리는 1991년 이전까지는 연방주 보험기관(LVAn)에서 관장한다. 1991년 2월 6일 이후에 확정된 연금의 경우라면, 이에 대한 관할은 해당 산재 보험공단에서 직접 담당하기로 한다.
- 1991년부터 산재신고는 연방주 보험기관(LVAn)에서 해당 산재보험공단으로 직접 신고하는 방식을 취하기로 한다.
- 사회보험 이관 조직(ÜLA/SV)에서는 연방주 보험기관(LVAn) 측에 재해 연금 서류에 대한 분류 작업을 의뢰했다. 본 서류에는 다양한 연금을 중복적으로 청구하는 경우에 있어 이를 처리하기 위한 작업지침과 시간적 경과 및 규정 내용을 서술하고 있다. 이는 산재보험이 분리되더라도 연방주 보험기관(LVAn)에서 감당할 사안이다.
- 1991년 4월 1일부로 산재 연금은 산재보험공단에서 지불하게 된다.
- 변동사항이 있을 경우 산재보험공단과 연금보험공단은 상호 소통을 통해 정보를 교환하도록 한다.

출처\_ 쾰케 글라처의 문서보관고, 원칙 문제 처리 부서, 독일 연금보험협회

담당자 / 기관\_ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

내용\_

이 문서는 연방정부 보건부가 초빙한 건강보건 전문가위원회가 통일 이후 처음으로 작성한 보고서이다. 그 내용을 보면 다음과 같다:

독일통일로 인해 건강보건개혁의 결과를 평가하기 어렵다. 지금 현재 시급한 것은 건강보건 개혁 정책을 실현하는 것보다 신연방지역의 의료공급을 개선하는 것이다.

이 보고서의 B장에서는 구동독지역의 의료공급과 의료보험의 재정문제를 다루고 있다. 동독체제하에서는 응급의료체계가 집중적으로 지원되었다. 폴리클리닉 시스템을 통해 응급진료와 입원치료가 잘 연계되었었다. 이 체계가 갖고 있는 많은 장점으로 인해서 동독 의료체계가 안고 있는 고질적인 문제, 특히 의약품과 다른 물자의 부족문제가 크게 부각되지 않았었다. 이러한 부족이 발생한 이유는 동독의 물자공급체제로 인해 발생하는 문제였을뿐만 아니라 의료시설이 과도하게 큰 규모로 지어졌기 때문이었다. 병원의 경우 자체적인 주택을 관리하는 건설국을 보유하고 있었을뿐만 아니라 의사들이 수공업자, 판매원 등 중요한 환자 목록을 갖고 있었다. 나아가 환자와 의사 간에 긴밀한 관계도 없었다. 그로 인해 주민들의 건강상태가 좋지 않았다는 것이 통계적으로 확인되었다.

전문가위원회는 신연방주의 발전을 위한 일반적인 제안을 하였다. 의료공급의 질은 본질적으로 의사들이 적절한 소득을 보장받는 문제와 연결된다고 보았다. 그를 위해서는 서부독일에서와 같은 개업의 체계를 구축하는 것이 유리하다고 평가하였다. 동독에 존재하던 폴리클리닉과 응급의료실을 소규모의 단위로 전환해야만 하며, 그런 조치를 통해서 의사들의 소득을 향상시키는 데에 긍정적인 효과를 가져올 것이라고 보았다.

신연방주에서 의료공급을 위한 투자수요를 충족할 수 있는 재원을 마련할 수 있는 방안으로 사회보험납입금, 민간보험납입금 세금 또는 개별 가구의 부담금 등이 있으며, 1991년의 경우 신연방주의 의료보험회사들이 서독의 의료보험회사와는 달리 단기적으로 발생하는 적자를 메우기 위해 대출할 수 있도록 허가 받았다. 의료보험납입금을 인상하는 것은 가능한 한 피하도록 하면 그 외에 가능한 방안으로 서독지역에서 신연방주로 재정을 이전지출하는 것을 고려할 수 있다고 보았다. 나아가 의료보험과 의료공급의 재정 투명성을 향상시키기 위해 앞으로 더 많은 조사가 이루어져야만 한다고 보았다.

출처\_ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos Verlag 1991

베를린, 막테부르크, 할레, 에어푸르트 및 켐니츠 지역에서 있었던 출장 방문 (1991.1.28~31)에 관한 보고서

1991년 2월 4일

담당자 / 기관\_ Mr. 슈미트(Mr. 므로체크/DAK 의뢰로 진행)

내용\_

이 문서는 신연방지역에서 DAK의 조직 편성망, 현재 가입 인원 확대 및 신규 사업사무소 설치와 관련된 문제점 등에 관해 논의한 보고서이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 앞으로도 계속 서독 사업사무소 직원들의 협력이 매우 요원한 상황이다.
- 일반적으로 동독주민들의 해당 지역에 대한 애착은 서독주민들의 그것과 비교해 볼 때 본질적으로 훨씬 더 크게 나타난다. 따라서 동독 전역을 포괄할 수 있는 영업소망을 구축하는 것이 중요하다. 최소 구동독지역의 군 단위 도시에는 진출해 있어야 한다.
- 신연방주에서 신규 채용된 직원들의 전산자료 처리능력이 심각한 수준이다. 이는 DAK 직원들이 이러한 처리능력을 나중에도 제대로 습득하지 못했고, 일부에서는 이미 본격적인 업무가 실행되고 있어서 사후 습득이 대단히 어려운 상황이기 때문이다.
- 업무상 후임 직원 채용의 어려움은 이메일을 통한 구인활동으로 해소하도록 한다. 하지만 이를 위해서는 우선 기술적 전제조건이 구비되어 있어야 한다.
- 신규 직원의 실제 인원수는 정확한 파악이 어려운 상태다.
- 다음에는 업무차 방문했던 각 사업사무소에서 나타난 문제점을 열거한 것이다. 간략히 요약해서 다음과 같은 요지의 내용이다.
  - 신규 직원의 숫자와 관련해서는 튜링겐지역을 제외한 다른 모든 지역에서 바르머 의료보험(BEK)이 DAK를 앞서고 있다. DAK는 튜링겐지역에서 시장점유율이 선두로 나타난다. 이는 BEK가 DAK에 비해 훨씬 더 많은 직원들을 투입하고 있기 때문이다. 사무직원의 약 25%는 지역의료보험조합(AOK)에 가입한 것으로 추정된다. 베를린/브란덴부르크 지역의 기술자 의료보험 가입자 수는 실제보다 상당히 왜곡되어 있을 수 있다.
  - 모든 사업사무소에서는 현재 가입건수 가운데 상당수가 직원 부족 문제로 인해 처리되지 못하고 있다. 일부의 경우는 가입신청서가 부재한 경우도 많다(막테부르크에서는 약 1,000건, 비터펠트와 잘펠트에서는 약 2,000건).
  - 처리되지 못한 가입신청이나 DAK 가입확인의 부재와 관련해서 특히 심각한 것은 회사 측에서 직원을 지역의료보험조합(AOK)에 가입하도록 신청하거나, 회사의 보험 기여금을 AOK에 지불하는 것이다.
  - 신연방주 전역을 상대로 현장 업무를 더욱 강화해야 한다.
  - 탁월한 서비스 제공을 통해 기존 보험을 DAK로 옮길 수 있도록 힘써야 한다.
  - 많은 경우에 있어 DAK를 탈퇴하는 주된 원인은 의료보험증을 인도하지 않기 때문인 것으로 나타났다.

- 사업사무소 임대 문제는 제대로 진척되지 않고 있으며, 구역 사업사무소장들의 전문적 지식 부재나 부족한 자질 또한 불만을 일으키는 요인이다. 일부의 경우 DAK의 현지 진출이 너무 늦은 감이 있다.
- 신연방주에서 홍보자료의 공급이 그 부수에 있어 충분치 못하거나, 너무 늦게 배송되는 경우가 많다.
- 전화 공급이 원활하지 못한 것도 업무에 막대한 지장을 주는 원인이다.
- 각 사업사무소에 펠기구 및 타자기를 공급하는 것도 대단히 열악한 수준이다. 특히 막테부르크 같은 경우 직원들이 개인 타자기를 사용하는 경우가 빈번하다.
- 사무실 가구 또한 부족하다. 할버슈타트의 경우 일부 직원들이 도배용 책상을 이용하는 경우도 있다.
- 미디어에서 환경오염 문제가 보도된 이후로 점차 많은 직원들이 예컨대 비터펠트와 같이 오염이 심각한 지역에서 장기간 근무하는 것을 거부하고 있다.
- 신연방주에 소재한 사업사무소의 경우 가입자 방문횟수가 구연방주에 비해 약 10배 정도 더 높은 것으로 드러났다.
- 일부 직원들의 경우 사용하지 못한 휴가 일수가 너무 많이 남아 있어서 이를 금전으로 보상하는 문제를 고려해야 할 상황이다.
- 중앙 사업사무소와 구역 사업사무소 사이의 협력 관계를 더욱 확대한다.

출처\_ 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK



**문서 번호 61** 베를린 중심, 코트부스, 드레스덴, 게라 및 아이젠나흐 등의 구역사업사무소(BG-Stn) 전산처리센터 방문에 관한 보고서-4차례의 회계 감사 회의와 연동  
1991년 2월 11일

**담당자 / 기관** Mr. 슈투페/DAK

**내용**

이 문서는 DAK의 감사단이 최근 방문한 신연방주 사업사무소에 산재해 있는 사업활동 개시의 어려움과 관련된 문제보고서이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 회계 감사자의 보고:
  - 서독의 사회보험제도를 구동독지역에 도입하는 것은 별 무리가 없어 보인다. 하지만 각 기업에서 사용하는 데이터 처리 프로그램과 관련해서는 설비 구축 및 이에 대한 교육이 반드시 필요할 것이다.
  - 하지만 은행 이체시간이 오래 걸리고, 보험가입번호 부여 상태가 충분하지 않은 것은 원활한 업무처리에 지장을 초래할 것이다.
- 해당 구역 사업본부 전산처리 센터의 보고:
  - 각 구역 사업본부에는 여전히 동독 및 서독 출신 직원들 사이의 불균형이 존재하고 있다.
  - 업무공간이 마련되기는 했지만, 제한된 조건이 많으므로 업무공간의 효과적인 사용이 불가하다.
  - 전산처리센터가 있는 사업사무소와 그렇지 못한 사업사무소 사이의 의사소통이나 협력이 대단히 부족하며, 이는 심각한 문제를 야기할 수 있다.
  - 직원 및 사업주 가입망이 체계적으로 구축되어야 한다. 이로써 원활한 의료보험 운영과 좋은 서비스를 보장할 수 있기 때문이다.

**출처** 에크하르트 블로흐 박사 문서보관소, 법률자문 및 원칙 문제 담당, DAK

문서  
번호 62

“조금만 담당-분리된 보건부에서는 세 명의 여성의 발언권이 별로 없다”(슈피겔  
보도)

1991년 2월 18일

담당자 / 기관\_ 슈피겔

내용\_

이 문서는 연방정부의 구조개편을 통해 기존의 청소년가족여성보건부를 세 개의 부처로 분리하는 것에 대해 슈피겔지에서 보도한 기사이다. 1991년 1월 18일에 정부조직 개편으로 한네로레 뢰쉬 장관이 가족노인부의 수장으로, 앙겔라 메르켈 장관이 여성청소년부의 수장으로 그리고 게르다 하셀펠트 장관이 보건부의 수장으로 임명되었다.

슈피겔지는 이들 세 명의 장관들의 권한이 별로 없을뿐만 아니라 정치적 경험도 없다고 비판하였다. 그렇기 때문이 이들 세 명의 장관이 연방정부 내에서 앞으로 정책을 관철하는데 어려움을 겪을 것이라고 하였다.

출처\_ Der Spiegel, 8/1991, S. 70-71





문서  
번호 63

사회법 5권의 개정에 관한 법-신연방주에서 사용되는 의약품의 가격 인하  
1991년 3월 22일

**담당자 / 기관** Bundestag; Bundesrat; Bundespräsident Richard von Weizsäcker, Bundesminister der Verteidigung, Gerhard Stoltenberg; Bundesministerin für Gesundheit, Gerda Hasselfeldt

**내용**

이 문서는 사회법의 개정을 통해 신연방주에서 판매되는 의약품 가격을 규정한 것이다. 이를 통해 의료보험회사는 신연방주에서 지출한 의약품에 대해 22%, 약국은 의약품도매상으로부터 24%, 의약품도매상은 제약회사로부터 가격의 25%를 디스카운트 받게 되었다. 연방정부의 보건부는 그에 따라 정산금액의 수위를 조정하였다. 나아가 의료보험납입금의 15,6%로 제한되어 있는 의약품비용을 초과하는 지출로 인해 발생하는 의료보험회사의 적자는 제약회사와 의약품도매상이 부담하도록 하였다. 1991년 4월 1일부터 1992년 3월 31일 사이에 발생하는 적자는 5억 마르크까지, 1992년 4월 1일부터 1993년 3월 31일 사이에 발생하는 적자는 10억 마르크까지, 1993년 4월 1일부터 1994년 3월 31일 사이에 발생하는 적자는 7억 마르크까지 전액 보상한다. 그것을 초과한 적자는 50% 보상해 준다.

**출처** Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1991, Teil I Nr. 20

1991년 5월 16일

담당자 / 기관\_ Bundestag; Bundesbeauftragter für den Datenschutz,

내용\_

이 문서는 연방 정보보호 특임관의 13차 보고서이다. 이 보고서에는 신연방주에서 개인의 사회적 정보와 동독체제하에서 작성된 암 등록 기록 그리고 사회적 노동능력에 대한 정보 저장에 관한 내용이 포함되어 있다.

이 보고서에 따르면 사회정보 보호에서 문제가 되는 것은 특히 “노동과 사회보험 증명서”를 지속적으로 사용하는 것이라고 하였다. 이 증명서에는 노동력을 상실하였을 경우 특히 보호되어야 할 업무, 의사진료와 치료기록 그리고 진단 기록 및 처방된 의약품에 관한 정보가 기록되어 있었다. 근로기간과 급여에 대한 기록은 동독에서 연금계산을 위한 근거로 사용되었다. 1990년 6월 28일에 도입된 동독의 사회보험법 80조의 과도규정에 따라 1991년 말까지는 급여를 이 증명서에 기록하도록 한다.

통일조약의 규정에 따라 연방정보보호법 외에도 1990년 10월 3일부터는 연방노동청이 관할하게 되는 영역에도 정보보호규정이 전면적으로 적용되게 되었다. 그러나 연방노동청에서 정보처리를 곧바로 실현하지 못하였기 때문에 많은 경우에 수작업을 할 수밖에 없었다. 동독의 국민 암 등록부에는 환자의 건강에 관한 데이터가 기록되었다. 통일 이후에도 환자 본인의 동의 없이 의사와 병원들이 기존의 등록 의무를 근거로 암환자에 관한 정보를 계속 등록해 왔다. 그러나 연방정부의 법무부, 내무부 그리고 보건부는 동독에서 작성된 암 등록부는 그것이 법적인 틀 내에서 작성되고 데이터를 익명으로 처리한 경우에만 과도기 동안에 활용할 수 있다고 보았다. 신연방주의 하나인 작센주의 경우 특임관직을 설치하여 동독의 8백만 명 고용자의 인적사항에 관한 자료를 포함하는 “사회적 노동력”에 대한 데이터를 감독하게 하였다. 이 자료는 동독체제하에서 비밀경찰에 의해서도 사용되었으며 1990년 초에 자료수집이 중단되었다. 노동시장과 직업연구소는 앞으로 이 자료를 학문적 분석에 이용하기 위해서 익명으로 처리한 복사본을 보유하고 있다. 그러나 이와 관련한 구체적인 내용은 연방노동부와 논의되어야만 한다.

출처\_ Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz; Bundestag, Parlamentsdokumentation, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/553



문서 번호 65 사회법 개정에 관한 법-법적 의료보험  
1991년 12월 13일

담당자 / 기관\_ Bundesrat; Bundeskanzler Helmut Kohl

내용\_

이 문서는 사회법 개정안 중에 여성과 관련된 것이다. 특기할 것은 시기적으로 1992년 말까지는 신연방주의 여성들에게 의사들이 처방한 피임약을 의료보험으로 처리할 것을 제안하는 것이다. 그것은 단순히 처방된 피임약의 비용만 의료보험으로 처리할 것이 아니라 그를 위한 진료비용도 의료보험으로 처리할 것을 제안하였다.

연방정부는 그러나 신연방주에서 1992년 12월 21일까지는 의사가 처방한 피임약의 비용을 의료보험에서 지불하도록 하자는 제안에 이견을 제시하였다. 정부는 피임약을 사기 위한 비용은 개인이 충분히 부담할 수 있다고 보았다.

출처\_ Bundestag, Parlamentsdokumentation, 12. Wahlperiode: Drucksache 12/1837

**담당자 / 기관** Bundespräsident Richard von Weizsäcker; Bundeskanzler Helmut Kohl;  
Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Norbert Blüm

**내용**

이 문서는 통일조약에 따라 동독의 사회보험기관들이 보유하였던 재산을 분할하는 문제를 규정하는 법이다. 통일조약의 조항에는 “사회보험기관의 재산은 조약 3조에 언급된 지역의 보험을 관할하는 사회보험기관으로 이전된다”라고 쓰여있다. 이 법의 내용을 요약하면 다음과 같다:

사회보험기관의 대지와 건물의 소유권은 새로운 사회보험기구로 이전된다. 해당 기구나 협회는 이를 위해 필요한 신청서를 1992년 1월 31일까지 사회보험이전청에 제출하도록 한다. 필요할 경우에는 소유권관계의 설명서를 신청서에 첨부하도록 한다. 신청서를 제출함과 동시에 신청기관은 대지와 건물을 관리하면 관리 유지비용을 부담해야 한다.

대지와 건물을 인수하는 기관은 그에 속하는 동산의 소유권도 인수한다. 서류, 정보 또는 문서의 경우 그것이 업무수행에 필요한 경우에만 새로운 사회보험기관으로 이전된다.

동독의 연금보험을 관리하기 위해 사용된 라이프치히시의 정보관리센터는 신연방주들에게 동일한 지분으로 배분된다.

동독의 법률규정에 따라 발생한 채권은 그에 대한 상환을 관리하는 사회보험기관이 인수 받으며 다른 권리는 사회보험이전청 청장이 행사한다.

부채의 경우 사회보험기관들이 채무자가 된다. 사회보험이전청은 동독의 사회보험기구가 안고 있던 채무를 상환하기 위해 필요한 비용을 사회보험협회로부터 제공받으며, 이 비용은 새로운 사회보험회사들이 동독의 사회보험기구 중에서 각 자가 인수하는 지분에 상응하는 만큼 부담해야 한다.

동독의 사회보험기구를 매각한 대금은 사회보험의 3개 영역으로 분할하여 제공된다. 분할 방식은 사회보험협회에 의해 결정된다.

**출처** Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1991, Teil I Nr. 67

담당자 / 기관\_ 동독 사회보험공단, 포츠담지역 관청

내용\_

이 문서는 1990년부터 1992년까지 브란덴부르크주에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 발전 상황에 관해 고찰한 것이다. 그 내용은 다음과 같다:

- 원래 처음에는 브란덴부르크에 3개의 일반 지역의료보험조합을 설치하기로 계획되었지만, 이러한 계획은 브란덴부르크 주정부에 의해 철회되었다. 이는 브란덴부르크 소재 일반 지역의료보험조합(AOK)을 위해서였다.
- 1945년 당시까지 일반 지역의료보험조합(AOK)이 점유하고 있던 부동산에 관한 소유 관계를 규명하는 작업은 어려운 점이 대단히 많았다. 하지만 업무공간이 당장 필요한 상황이었으므로, 이에 대한 임시방편으로서 컨테이너형 오피스를 설치하고, 사무공간을 임대하는 조치가 취해지게 되었다. 하지만 사무공간을 임대하는 일에도 많은 시간이 소요되었다.
- 동독 사회보험공단으로부터 844명의 직원들이 편입되었다.
- 직원들에게 전문적인 자격요건을 위한 교육을 제공하기 위해 브란덴부르크 소재 일반 지역의료보험조합(AOK)은 베스트팔렌-리페 일반 지역의료보험조합(AOK)과 협력하여 의료보험의 운영, 전산 데이터 처리 및 “전입직원” 적응을 위한 교육 프로그램을 즉각적으로 마련했다. 아울러 특수 전문 분야를 담당하고 있는 직원들에 대한 교육도 실시되었다.
- 전산 데이터의 처리를 위해 브란덴부르크 일반 지역의료보험조합(AOK)에서는 포츠담에 지사를 설립하였다. 하지만 인프라 구조가 절대적으로 열악했으므로 전산 데이터 처리작업에 많은 지장이 있을 수밖에 없었다.
- 서독의 연방주 협회 및 핵심 단체들은 초기 해당 계약을 체결함에 있어 계약 당사자를 직접 상대할 수밖에 없었는데, 이는 당시까지만 해도 동독지역에서는 아직 연방주 협회가 설립되지 않은 상태였기 때문이다. 따라서 문제가 발생하게 되면 대부분의 경우 이를 실용적인 측면에서 융통성 있게 해결할 수 있었다.

출처\_ 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국

**담당자 / 기관** Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG)

**내용**

이 문서는 연방정부가 위촉한 의료전문가 자문위원회가 1992년에 작성한 독일 전역의 건강보건 개선에 관한 보고서이다. 파트 A에서는 1990년에 의료공급과 재정상황을 그리고 파트 B에서는 개혁과 전망을 다루고 있다. 이 문서의 중요한 내용을 요약하면 다음과 같다:

병원재정과 관련하여 서독지역의 경우 경제성이 없다는 문제가 제기되었지만, 그것은 병원 재정 개혁을 통해 개선될 수 있는 문제라고 보았다. 점차적으로 진행되어야 할 개혁의 내용을 보면

- 의료혜택과 비용 간의 투명성 증가
- 경영평가와 경제성 심사를 위한 자료 개선
- 시행된 의료행위에 따른 급부 제공
- 의료행위와 비용에 대한 병원의 자체적인 책임 강화
- 의원과 입원병원 그리고 퇴원 이후의 치료기관 간의 협력 개선

전문가자문위원회는 병원들이 개혁을 위해 필요한 재원을 확보하기 위해 국가에 의한 보조 외에 자본시장에서 대출받기를 권고하였다. 나아가 의료행위에 대한 급부를 산출하는 절차에서 구조를 개편할 것을 추천하였다. 특히 의료행위에 따른 계산단위를 조정하는 것에 그 포커스가 맞추어졌다. 경제적인 문제를 개선하기 위한 또 다른 방법으로 입원 이전과 이후의 치료를 개선하는 것이 바람직한 것으로 평가되었다. 그를 위해 의료보험카드를 도입하는 것도 고려할 필요가 있다고 보았다.

건강보건에 관한 정보를 개선할 필요가 있으며 그 동안 다양한 기관에서 만들어진 자료를 체계적인 보고서로 규합할 필요가 있다고 보았다.

**출처** Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG), Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, 1. Aufl., Baden-Baden: Nomos Verlag 1992



문서 번호 69  
브란덴부르크 연방주 재건 프로그램-보건 분야  
1992년 6월 1일

담당자 / 기관\_ 브란덴부르크주의 주지사실

내용\_

이 문서는 브란덴부르크 주정부가 작성한 보고서이다. 주정부는 정부성명에서 그들의 보건정책 기본방향을 제시하면서 보건정책의 중점사항을 다음과 같이 열거하였다:

- a. 건축 측면에서 의료 기술의 최신화 추구
- b. 건강 분야 종사자의 전문성 및 동기의 극대화, 상이한 전공 분야 의사들 사이의 긴밀한 협력
- c. 건강한 생활조건의 지원
- d. 임신부, 아동, 성인에 대해 사전보호 조치를 법적으로 보장
- e. 유능한 실력을 갖춘 비상 의료 지원 제공을 보장
- f. 유전성 질병에 대한 적절한 지원을 보장
- g. 실행 중인 심리보건법의 보장
- h. 종합병원의 건축적 보수

출처\_ Rep. 1100 Nr. 412-413, Brandenburgisches Landeshauptarchiv

문서  
번호 70

1992년도 예산집행에 대한 연방감사원의 보고-신연방주에서의 병원 대출의 상황,  
고용창출프로그램 및 자문활동 발취

1992년 9월 21일

담당자 / 기관\_ Bundestag; Bundesrechnungshof

내용\_

이 문서는 1992년도 연방감사원의 예산 및 운영 감사평가서이다. 그 중에 사회정책과 관련된 내용을 보면 다음과 같다:

연방정부의 보건부는 1990년 하반기에 신연방주의 건강보험 구축을 위해 책정된 30억 마르크에 대한 사용내역을 아직 확인하지 않았다. 그리고 지출되지 않은 금액이 제대로 연방회계로 이전되지 않았다. 대출에 대한 이자 또한 연방회계로 이전되지 않았다.

고용창출프로그램을 통해 지급되는 임금 지원금 액수를 책정하는 과정에서 지역 또는 임금협상에 의해 결정된 기준과 상관없이 모든 참가자에게 일률적인 금액을 지불한다면 이 프로그램을 위한 지원신청서의 처리 과정을 개선하고 업무도 간소화할 수 있을 것이다.

연방감사원은 신연방주에서 지출되는 단축노동지원금과 견습보조금의 보장, 직업연수의 지원, 고용창출프로그램의 지원 그리고 사회적 지원혜택의 오용방지 등에 관해 감사를 진행하였다. 이 과정에서 이 지역의 고용청이 업무를 수행하기 위해 많은 노력을 기울였다는 것을 확인하였다. 그러나 단축노동지원금 지급과정에서 기록된 근로시간과 지불된 임금 간에 격차가 있는 것을 점검하지 못하고 많은 비용을 지출한 것이 지적되었다. 견습보조금의 경우 감사 대상 중에 10%만 지원금을 제대로 처리한 것으로 드러났다.

신연방주의 연금관리국의 경우 인적, 조직적, 법적 변화로 인해 많은 부담을 안고 있는 것으로 드러났다.

출처\_ Bundestag, Parlamentsdokumentation, 12. Wahlperiode: Drucksache 12/3250U22





문서  
번호 71    튀링겐주 사회법원법 초안  
1993년 3월 18일

담당자 / 기관\_ Thüringer Landtag; Ministerpräsident Bernhard Vogel

**내용\_**

이 문서는 튀링겐주에 사회법원을 설치하는 것에 관한 법안이다. 통일조약에는 가능하면 신속하게 신연방주에 독일연방공화국의 사법체계를 구축한다고 합의하였다. 그리고 독일 연방공화국의 사회법에 따르면 사회법원은 연방주의 고유한 관할 영역이다. 이 법안은 사회법원이 설립될 지역과 관할지역을 규정한다. 나아가 개별 사회법원의 관할업무, 판사임용 및 공무원 임용 그리고 법원 외의 장소에서 재판을 진행할 수 있는 가능성 등에 관해 규정하였다.

출처\_ Thüringer Landtag, Parlamentsdokumentation, 1. Wahlperiode: Drucksache 1/2090

담당자 / 기관\_ Thüringer Landtag

내용\_

이 문서는 튀링겐주의 노동사회부차관 칼 하인츠 가쎄가 튀링겐의 노동사회법안을 제출하면서 의회에서 행한 부연설명이다. 그는 사회법원이 존재하는 의미를 역사적인 맥락과 독일 헌법, 즉 기본법에 명시된 사회국가의 이념 속에서 설명하였다. 그리고 앞으로 독일연방 공화국의 사회법원의 구성과 업무부담에 관해 언급하였다. 이 문서의 내용을 요약하면 다음과 같다:

에어푸르트에 설치된 주 사회법원 외에 4개의 지역(알텐부르크, 고타, 노드하우젠, 쉼)에 사회법원이 설립된다. 법원을 설립할 지역을 결정하는 과정에서는 주민들의 접근성 외에 다른 행정기관들과의 연계성을 고려하였다. 법원 외의 지역에서도 재판을 진행할 수 있도록 함으로써 사회법원의 주민친화적 성격을 보장하고자 하였다.

토론 과정에서 베이 의원은 주민친화성을 고려하였다는 것을 긍정적으로 평가하였다. 그러나 사회법원이 설치되고 난 후에 재판신청 건수가 급격히 증가할 것이기 때문에 재판에 연관된 사람들이 가능한 접근하기 쉬운 지역에서 재판을 진행할 것을 염두에 두어야만 할 것이라고 강조하였다. 그런 이유로 법원 설립 지역의 선정문제는 연금생활자와 유가족 협회 등과의 협력을 바탕으로 주의회의 사회상임위원회를 통해 결정되어야만 한다고 지적하였다.

이어서 빈프레드 코테 의원은 독일연방공화국 사회법원의 관할업무와 업무방식 및 구조에 관해서 설명하였다. 이 법안은 노동사회위원회와 내무위원회 그리고 예산위원회의 도움을 받아서 법사위원회가 주도적으로 처리하게 되었다.

출처\_ Thüringer Landtag, Parlamentsdokumentation, 1. Wahlperiode, 80. Sitzung, Plenarprotokoll



문서 번호 73 연방정부의 1993년도 사회보고서-발췌  
1994년 3월 23일

담당자 / 기관\_ Bundesregierung, Bundestag

내용\_

연방정부가 1993년에 작성하는 사회보고서에는 신연방주의 발전에 관한 내용이 많이 포함되었다. 이 문서는 신연방주에 해당하는 부분을 발췌한 것이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

1장은 독일의 사회연합에 관해 설명한다. 여기에서 다루어지는 주제는 독일 전역에 단일한 사회적 법치국가를 건설하는 것, 신연방주의 경제 구조의 붕괴로 인해 발생하는 문제를 사회적으로 완화시키는 문제, 독일 전역의 삶의 질을 균등하게 하는 문제, 사회통합을 위해 소요되는 재정 및 사회적 안전망의 재구축에 관한 내용이 포함되었다.

2장에서는 노동과 직업을 다루고 있다. 여기에서는 특히 신연방주의 경제발전과 노동시장과의 상관관계, 노동시장의 움직임 및 적극적인 노동시장정책 등에 대한 설명을 볼 수 있다. 고용창출프로그램 및 단축노동에 관한 설명도 여기에 포함된다. 나아가 구동독지역에서의 생산적인 노동지원의 성과로 언급되었다. 그리고 노동시장정책의 비용 및 재원조달 문제도 다룬다.

4장에서는 동독의 연금체계를 설명하고 그것을 독일연방공화국의 연금체제로 이관하는 것을 설명한다. 여기에는 연금이전법과 그 결과, 특히 특별연금과 추가연금을 통해 지급되던 혜택을 이관하는 문제를 다루고 있다.

5장에서는 건강보건문제와 신연방주에서의 건강보험법의 이전문제를 다루고 있다.

10장에서는 주택 및 도시정책 그리고 동서독지역의 주거정책 현황이 다루어진다.

11장의 주제는 국민 전체가 연대해서 독일통일로 인해 발생하는 부담을 함께 나누는 문제이다.

사회법의 파트 B에서는 1993년의 사회예산이 구체적으로 설명되었다. 여기에는 경제와 인구와 관련된 기본적인 정보와 사회예산의 규모와 혜택제공 양식, 주민 1인당 사회보장비, 사회보장기구의 설립 및 그를 위한 재정 문제에 대한 설명이 포함되어 있다. 나아가 국민경제적인 관점에서 사회보장이 갖는 의미에 관해서 설명하고 있다.

출처\_ Deutscher Bundestag, Parlamentsdokumentation, 12. Wahlperiode, Drucksache 12/7130

문서  
번호 74

1994년 11월 18일 정부성명

1994년 11월 18일

담당자 / 기관\_ 브란덴부르크주의 총무실

내용\_

만프레드 슈톨페 브란덴부르크 주지사는 정부성명에서 앞으로 다가올 5년 간의 주 정책에 대한 밑그림을 제시하였다. 가장 중요한 과제로서 미래를 지향하는 새로운 노동시장 정책을 통해 새로운 일자리의 창출하는 것이 언급되었다. 주정부는 브란덴부르크주의 실업률을 10% 아래로 낮출 것이다. 이러한 의욕적인 목표를 달성하기 위해 주정부는 주정부 프로그램 “Qualifizierung und Arbeit für Brandenburg”을 계속 도입할 것이다. 또한 실업률을 낮추고 중증장애인을 위한 직업교육 자리를 지원하기 위해 특별프로그램을 추진할 것이다. 또한 그러한 정책을 위해 전체 주를 대상으로 한 조정적이고 통합적인 주택단지 정책을 계속 이어갈 것이다.

출처\_ 브란덴부르크 주정부의 총무실 웹사이트



문서  
번호 75

독일 여성의 건강에 관한 보고서. 구동독과 서독지역의 상이한 발전을 반영한 현황 분석

1999년 12월 1일

담당자 / 기관\_ 연방 가족노인여성청소년부

내용\_

이 문서는 1999년에서 연방정부의 가족노인여성청소년부가 다양한 학자들에게 의뢰하여 신연방지역의 여성의 건강상태를 조사한 결과보고서이다.

이 연구에서는 대규모의 양적조사방법을 바탕으로 다음과 같은 주제들이 분석되었다: 인구변동과 사회경제적 요인, 건강상태, 건강과 관련된 삶의 형태, 폭력경험 유무, 생애사의 재구성, 근로조건과 건강 간의 상관관계, “특별한 삶의 조건에 처한 여성”의 현황(노숙자, 매춘부, 중독자, 장애인, 그리고 정신병원에 수용된 여성). 이러한 양적 조사는 여성의 건강 향상과 관련된 전문가 설문조사를 통해 보충되었다.

출처\_ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend(1999): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland, Berlin: Kohlhammer.

문서  
번호 76

수감자지원법(HHG), 형사복권법(StrRehaG), 행정복권법(VwRehaG)에 의거한 상해 피해자 원호금(Beschädigtenversorgung) 신청서

2000년도 기준

담당자 / 기관\_ 베를린주 보건복지청. 베를린 원호청

내용\_

출처\_ [www.berlin.de/lageso/versorgung/antraege](http://www.berlin.de/lageso/versorgung/antraege) 베를린주 보건복지청. 베를린 원호청

문서  
번호 77

2003 복지정책 개관  
2003년

담당자 / 기관\_ 브란덴부르크 노동사회건강여성부

내용\_

이 보고서는 브란덴부르크주의 복지정책에 대한 개관을 보여준다. 현재의 복지정책 주제들과 다양한 사회 정책적 조치들의 상호작용이 투명하게 묘사된다. 이러한 서술은 하나의 주제영역을 통해서도 브란덴부르크주의 상황과 정책에 대한 기본적인 개관(Überblick)을 얻을 수 있게 해준다. 이 개관은 완결성을 요하지 않는다. 계속 이와 관련한 문헌들이 나올 것이다. 이 보고서는 복지정책과 그것의 인접 분야들을 다루고 있다. 특히 노동시장정책과 건강정책 분야에서는 복지정책적으로 중요한 분야가 주로 다루어진다.

출처\_ 브란덴부르크주의 노동사회건강여성부, 공공업무(Öffentlichkeitsarbeit). Potsdam 2003

문서  
번호 78

동독의 국가보험 해체와 청산법  
2005년 8월 29일

담당자 / 기관\_ Bundestag; Bundesrat

내용\_

이 문서는 2005년 8월 29일자로 동독의 국립보험기구의 해체를 결정한 법이다. 이 법은 회사연금시설의 감독과 관리에 관한 2003년 6월 13일자 유럽연합의회와 유럽회의의 지침에 따른 것이다. 이 법은 독일연방의회에서 의결되었으며 2005년 9월 2일부터 효력을 발휘한다. 이 법에 따라 공공기구로서 동독의 국립보험기구는 2007년 12월 31일자로 해체된다. 2008년 1월 1일부터 이 기구의 모든 의무와 권리는 재건신용은행에 의해 인수된다. 재건신용은행으로 인계된 이 기구의 권리와 의무로 인해 발생하는 비용은 통일로 인해 발생하는 특수과제를 담당하는 연방기구인 연방통일특수과제청이 부담한다.

출처\_ Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz(<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/svddrauf1g/gesamt.pdf>; Stand 23.11.2014)

**담당자 / 기관** 베른트 그리저(Bernd Grieger), 브란덴부르크 일반 지역의료보험조합(AOK)  
제1 위원장

**내용**

브란덴부르크에서의 일반 지역의료보험조합(AOK) 구축과 발전 상황에 관한 고찰

- 초기에는 브란덴부르크 일반 지역의료보험조합(AOK)에서 서독의 다원적 의료보험 시스템을 동독으로 도입하는 문제에 반론을 제기하고 나섰다.
- 1991년 4월 브란덴부르크 일반 지역의료보험조합에 소속된 직원은 1,800여 명으로 이들은 41개의 사업사무소와 50개의 행정사무소에서 약 120만 명에 달하는 보험 가입자들을 관리하고 있었다. 이들 가운데 절반에 가까운 직원들이 동독 사회보험공단으로부터 편입되어 온 인력이었다.
- 서독 출신 직원들의 경우 “공단 구축 지원담당”의 직책으로서 동독에서의 보험공단 운영을 지원하고, 자체 교육센터를 설치하였다.
- 아울러 일반 지역의료보험조합(AOK)에서는 전산 데이터 처리작업을 위해 포츠담에 이를 담당할 회사를 설립하였다. 하지만 당시에는 전신 및 데이터 서비스 인프라 시설이 너무도 열악했으므로 해당 자료 업무는 초기 상당한 지장을 겪을 수밖에 없었다.
- 시스템 변환과정은 특히 구축 및 정착 단계에 있어 어려움이 많았다.
- 의료보험공단에서는 매년 “동독 구축 프로젝트”의 진료비용에 대한 투자 보조 지원금에 참여했다.
- 브란덴부르크는 연방주 차원에서 보건제도 시스템 변환과정에 있어 특별한 위치를 갖게 되었다(브란덴부르크 방침).
- 초기 제약업계에서는 통일조약을 거부하는 입장을 취했다.
- 독일 연방 전역을 대상으로 하는 2004년 보건제도 개혁안을 통해 원래 동독에서 운용되던 시스템 제도의 일부가 도입될 수 있었다.

**출처** 베를린 일반 지역의료보험조합(AOK) 문서보관국

담당자 / 기관\_ 로버트코흐연구소, 하이드룬 칼

내용

이 문서는 세계적인 병리학연구소인 로버트코흐연구소에서 동서독일의 아동보건을 비교조사한 연구결과이다. 그 내용을 요약하면 다음과 같다:

동독과 서독의 아동보건정책과 지원사업을 비교하면 동독이 서독에 비해 다양한 분야에서 우월하였다는 것을 확인할 수 있다. 1) 예방접종비율의 경우 동독이 서독보다 지속적으로 우위에 있다. 2) 동독에서는 발전장애가 있는 아동들이 지속적으로 지원받았다. 3) 동독에서는 지속적인 예비검진이 제도화되었다. 4) 동독의 전문가들이 질적으로 훨씬 좋았다. 5) 탁아시설이 전국적으로 충분히 존재하였다.

통일 이후 서독의 체제가 수용되면서 아동보건 상태가 열악해졌으며 이 문제는 현재까지 일부 개선될 수 있었을 뿐이다. 아동보건을 담당할 직원의 수가 제한되어 있기 때문에 충분한 조사를 할 수도 없다. 아동보건의 열악해졌다는 것을 구체적으로 보여주는 지수는 예를 들어 구동독지역에서 알레르기를 갖고 있는 아동의 비율이 높아졌으며 예방접종비율이 낮아졌고 발달장애를 보이는 아동이 늘었다는 것이다.

동시에 아동건강이 사회계층의 차이에 따라 커졌다. 그 결과 사회적으로 열악한 계층의 아동 건강상태가 나쁜 것을 자주 확인할 수 있다. 그 이유는 많은 경우 부모들이 조기검진의 필요성을 인식하지 못하거나 스스로 건강을 관리해야만 한다는 의식이 없기 때문이다. 그렇기 때문에 연방정부가 2008년에 “아동건강지원을 위한 전략”을 세웠지만, 그것만으로는 여전히 문제점이 많다고 칼박사는 지적하였다.

출처\_ Heidrun Kahl(2010) in: “Freidenker” Nr. 3-10 September 2010, S. 28-35, 69. Jahrgang.





**문서 번호 81** 하르트무트 라이너스(Hartmut Reiners)와의 면담록, 브란덴부르크 연방주 노동, 보건, 사회복지 및 여성부 산하 “보건 정책 기본조항 문제” 담당 부서장 역임  
2010년 11월 12일

**담당자 / 기관** 베를린 자유대학/한국학 연구소

**내용**

**대화참여자**

하르트무트 라이너스(브란덴부르크 연방주 보건장관을 역임), 외르크 베커 및 아르네 바르 트취(모두 통일부 프로젝트 소속)

**본 대담의 요지:**

1. 동서독이 서로 통일됨과 더불어 보건 영역에 있어서도 구조적인 연결점이 마련되었고, 이는 결국 동독 보건제도가 서독 보건제도로 비교적 큰 무리 없이 이행되는데 기여하게 되었다.
2. 동독에서 비교적 중요했던 의료 부양시설(외래병원, 진료시설, 전문 진료시설 등)은 자유로운 병원 개설을 허용하는 특성이 강한 서독 시스템을 찬성하는 의사협회 대표자들의 압력에 부딪히게 되어 결국 사라지게 되었다.
3. 상기 동독 의료 부양시설의 지속적인 유지에 찬성했던 사람은 극소수에 불과했다.
4. 하지만 오늘날의 보건제도에서는 부분적으로 동독 시절의 의료 부양시설 구조를 복원하려는 경향이 엿보인다(예를 들어 의료 부양센터, 질병관리 프로그램 등).

**출처**

2010년 11월 18일

담당자 / 기관\_ DAK 중앙사무소/함부르크

내용\_

대담 참여자

에크하르트 블로흐(DAK, 원칙 문제 및 법률자문 담당부서), 외르크 베커(통일부 프로젝트)  
에크하르트 블로흐는 1988년부터 DAK 사업 집행부 법률 자문을 담당했으며, 1989년 12  
월부터 1990년 3월까지의 DAK 산하 동독 프로젝트팀(Projektgruppe DDR) 책임자를 역  
임하였다. 그 후 점차 확대되어 갔던 해당 프로젝트팀이 해체되기까지 상임고문을 지냈으  
며, 1990년 이후로는 DAK 관할 구동독지역 토지문제 판정심회의 법률자문으로서 참여하  
고 있다.

본 대담의 요지

1. 베를린장벽이 붕괴된 직후 DAK에서는 이후의 조치 마련을 위해 향후 구동독지역이 편  
입될 경우를 대비하여 해당 지역에서 DAK을 조직하기 위한 계획 수립에 나서게 되었다.
2. 이때 시급한 주요 사안으로는 (인프라 구조와 관련된) 동독의 제반 상태를 전반적으로  
고려하는 것이었다(예컨대 동독에서 적합한 담당자를 모색하기가 어렵다든지 또는 전  
화망 구축이 불충분한 상태라든지 등의 제반 상황 파악).
3. 비록 일부의 경우 몇 가지 갈등사안이 존재했지만, 동독을 DAK 관할로 편입하기 위한  
설립절차는 (관련 부양시설을 포함) 전반적으로 큰 무리 없이 진행될 수 있었다.

출처\_



문서  
번호 83

루돌프 뮐러(Rudolf Müller)와의 면담록, 구포츠담지역 담당의사 겸 브란덴부르크 연방주 노동, 보건, 사회복지 및 여성부 산하 “재해보호 및 구조활동” 담당 부서장

2010년 11월 24일

담당자 / 기관\_ 베를린 자유대학/한국학 연구소

내용\_

대화 참여자: 루돌프 뮐러(브란덴부르크 연방주 보건장관을 역임), 외르크 베케(통일부 프로젝트)

루돌프 뮐러는 1976년부터 약 1987년도까지 포츠담에서 구역 검진의로 활동하면서 보건 및 사회복지 영역을 담당했다. 1987년부터 1990년까지는 구역 검진의 대표를 지냈고, 1990년 초에는 다시금 3개월 동안 구역 검진의로 근무했다. 1990년 동독 행정구조가 개편되어 전환되자, 루돌프 뮐러는 관할 대표 대리인 자격으로 지역 관청 소속으로 편입된다. 신연방주가 구성됨과 더불어 루돌프 뮐러는 레기네 힐데블란트(Regine Hildebrandt) 아래에서 브란덴부르크 연방주 보건부 담당부서장을 역임하게 된다. 하지만 과거 구역 진단의를 지냈던 그의 경력을 지적하면서 브란덴부르크 소속 의사들은 보건부에 압력을 행사하게 된다. 그 결과 루돌프 뮐러는 대중의 시선에 보다 덜 노출될 수 있는 재난보호 및 구조서비스 전담부서로 옮기게 된다.

본 대담의 요지

1. 통일조약에서 외래병원을 폐지하기로 결정한 조치는 동독 및 서독 의사협회가 양쪽에서 압력을 넣었던 것이 가장 큰 요인이었다. 당시에는 각자의 이해관계가 너무도 달랐기 때문이었다. 서독 의사협회의 경우 외래병원 및 진료시설이라는 다소 현대적인 개념의 부양 시설이 설립되는 것을 두려워했고, 동독 의사협회의 경우 절대적으로 자유개업의사의 신분을 선호했기 때문이다.
2. 동독 보건 시스템을 서독 기준에 맞게 전환하는 과정은 그 진행이 상당히 어려웠지만, 당초 우려했던 심각한 부작용은 나타나지 않았다.

출처\_













