

주요국의 건강보험제도

- 프랑스 -

| 최기춘 · 이정면 · 이수연 · 조정완 |

2017. 12.

h·well
국민건강보험
건강보험정책연구원



1. 진료비 지불체계

1) 병원 지불체계

- 병원에 대한 예산은 지역보건청(ARS)에서 지역단위로 건강보험 목표 지출(ONDAM)의 지역할당액을 참고하여 지역병원과 협의를 통해 결정 및 제안하면, 보건부장관이 승인함
- 공공병원(비영리 민간병원 포함)은 지역보건청에서 병원이 제출한 자료를 평가하여 병원별 예산과 포괄수가(799개 동종질병군, GHM; Groupe Homogène des Maladies)를 결정하고, 영리 민간병원은 지역보건청이 영리 민간병원과 포괄수가(799개 동종질병군) 계약을 통해 결정하면 보건부장관이 승인함
 - 공공병원과 영리 민간병원의 포괄수가는 다르게 적용되고 있으나, 2018년까지 단일화를 목표로 하고 있음
 - 지역보건청장은 중앙의 국무회의에서 지명하고 주요 사항은 ‘지역보건청 관리감독위원회’에서 결정함
 - ※ 지역보건청 관리감독위원회(총 25명, 33표) : 위원장 1명(도지사, 3표), 중앙 정부 지명 3명(1인당 3표), 보험자연합 지명 10명, 도지사 지명 4명, 환자 단체 지명 3명, 보건의료전문가 4명
- 포괄수가제(T2A; Tarification a l'activité) 도입
 - 병원에 대한 재정 지급은 종전 총액예산제 방식에서 2004년부터 점진적으로 동종질병군(GHM)에 따라 미리 정해진 가격으로 보상하는 포괄수가제(T2A) 방식으로 대체되고 있음(재활치료, 정신과치료, 장기요양 치료는 제외)
 - 공공병원은 2008년부터 100% 적용하기 시작하였고, 민간영리병원은 2018년까지 전면적 적용을 목표로 하고 있음
 - 공공병원은 2004년 급성기 진료의 약 10% 적용, 2008년 1월부터 대부분의 진료영역으로 확대됨, 영리 민간병원은 2005년 2월부터 적용됨
 - 공공병원(비영리 민간병원 포함)과 영리 민간병원의 GHM(799개 질병군) 수가가 다르게 적용되고 있으나, 2018년까지 수가체계 단일화를 목표로 하고 있음

<표> 공공병원과 민간병원의 GHM 수가에 포함되는 비용 범주

비용범주	공공병원	비영리 민간병원
	T2A 수가에 포함 여부	
의사 진료비, 사회적 부담 포함	예	아니오
다른직원에 대한 지불	예	예
기술장비에 대한 투자	예	25%
고정 목록의 고가 의약품 및 장비	아니오	아니오
모든 임상재료, 장비, 의약품	예	예
기반시설 / 간접비용	부분적	예

자료 : 주요국의 총액예산제 조사연구, 건강보험심사평가원, 2009.

【포괄수가제(T2A; Tarification a l'activité) 도입 과정】

- 1982년 프랑스식 casemaix system(T2A)의 개발 시작
 - 1986년 일부 공공병원에 첫 환자분류체계인 GHM 도입
 - 1991년 병원개혁 정책 통과로 모든 공공병원에 GHM을 이용한 병원활동의 수집, 보고가 의무화됨
 - 1997년 입원환자 진료비 산정에 512개 질병군으로 구성된 GHM을 적용하여 입원환자에 대한 지역별 예산 작성
 - 1998년 영리 민간병원까지 자료제출 의무화
 - 2003년 도입을 결정하고, 2004년부터 공공부문에 부분적으로 적용
 - 2005년 영리 민간병원에 전면적으로 도입함
- 현재의 GHM 시스템은 2009년 1월 도입
 - 26개의 주진단 범주(MDC)하에 2,297개의 GHM, 장기이식을 위한 하나의 Pre-MDC 그룹과 주로 화학치료, 방사선치료 또는 투석의 세션을 위한 미분류 그룹이 있음
 - 또한 외과계, 기타 시술, 내과계와 미분류 범주로 구분됨
 - GHM은 606개의 base-GHM이 있고, 대부분 4단계의 중증도로 구분됨

2) 외래 지불체계

○ 행위별 수가제 기반

- 외래진료 의사는 의료행위 및 서비스 상환목록(의료행위공통분류표 (CCAM; classification commune des actes médicaux)의 코드에 기준하여 행위별 방식으로 보상받음
- 개원의는 1부문(Secteur 1) 의사와 2부문(Secteur 2) 의사로 나누어짐
 - 1부문(Secteur 1) 의사는 전국협약(convention nationale)에서 정해진 협약 표준요금에 따라 지불받음
 - 2부문(Secteur 2) 의사는 자유롭게 진료비를 책정할 수 있으나, 1부문 (Secteur 1) 의사와 같이 협약 표준요금만을 건강보험공단으로부터 지불받음

○ 수가 결정

- 보험자연합(UNCAM)이 건강보험 목표지출(ONDAM)의 의원부문 할당액을 참고하여 전국적 차원에서 의사단체와 개별적 협상을 통해 전국협약으로 결정·제안하면 보건부장관이 승인
- 협상이 결렬될 경우는 전국협약이 이루어질 때까지 기존 수가로 지불 (사실상 보험자연합이 주도권을 가짐)

3) 의약품 지불체계

○ 보험약가 결정

- 보건부, 재정부 등 정부부처 및 보험자대표로 구성된 의약품경제평가 위원회(CEPS)가 제약사와 협상을 통해 참조가격과 급여상한가 결정
- 의약품경제평가위원회(CEPS)는 최고보건청(HAS) 산하의 투명위원회 (CT) 등 전문위원회의 평가결과를 참고함

○ 보험급여 상환율 결정

- 보험자연합(UNCAM)에서 사실상 결정·제안하면 보건부장관이 승인 하며, 보험자연합은 최고보건청(HAS) 산하의 투명위원회(CT) 등 전문 위원회의 평가결과를 참고함

○ 참조가격제 대상

- 동일성분의 대체약제가 있는 특허만료 의약품 및 시장점유율이 낮은 제네릭 의약품으로 동일 함량, 동일 제형에 한정함
- 제네릭 등재 후 12개월, 18개월, 24개월 동안 시장 모니터링 결과, 시장 점유율이 각 55%, 60%, 65%에 도달하지 않는 경우에 적용함
 - 2003년 8월 116개의 제네릭 군에 대해 참조가격제 적용

○ 병원 의약품

- 입원환자의 의약품 대부분은 입원 1일 비용에 포함되어 있음
 - 일부 혁신적 의약품은 추가 급여 청구가 가능하고, 100% 급여 받음
- 병원 약국은 입원환자와 외래환자에게 조제 가능
 - 외래 환자에 대한 조제 여부는 병원에 따라 다름
 - 공공병원만 외래 환자에 대한 조제가 허용되며, 민간병원은 불허되어 있음
 - 외래환자를 위한 병원 사용 의약품 목록은 ARS에서 결정

○ 병원의 의약품 구매 방식

- 표준가격, 제약회사와 협상, 예상판매량에 따른 동일 의약품에 대한 공개입찰 등 3가지 방식을 사용하고 있음

○ 약품비 반환 제도

- 목표 약품비를 초과하는 경우, 초과분의 일부를 제약사가 건강보험에 반환하는 제도 매년 의회와 보건부에서 결정하는 목표예산을 초과한 약품비의 30%에 해당하는 금액을 제약사가 건강보험에 반환함

2. 재정수입구조

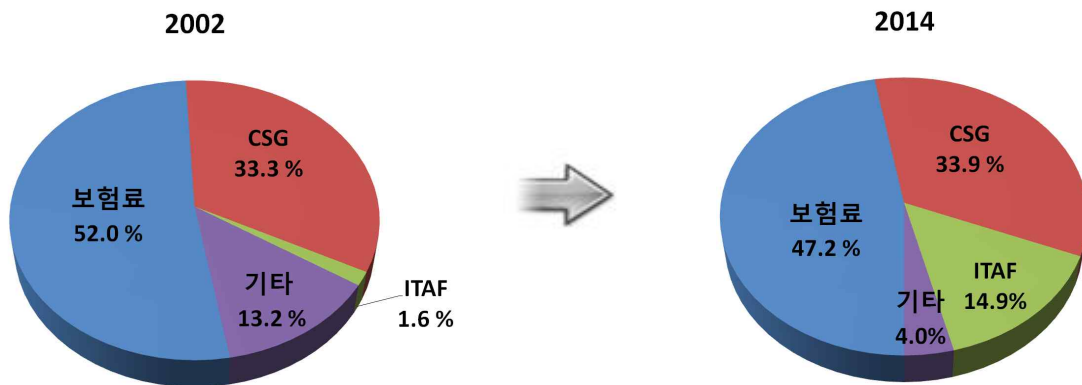
1) 재원조달방식의 주요 특징

- 프랑스의 사회보장 재원조달구조는 20세기말부터 국민들의 보험료 부담을 낮추고 준조세 형태의 재원인 사회보장분담금과 사회보장목적세를 확대하는 방향으로 변화해왔음
 - 프랑스 일반건강보험¹⁾의 주요 재원은 보험료(cotisation de l'assurance maladie), 사회보장분담금(CSG; Contribution Sociale Généralisée), 사회보장목적세(ITAF; les impôts et taxes affectés)와 기타로 구분됨
 - 보험료와 사회보장분담금은 국민들이 직접 부담하는 재원이고, 사회보장목적세는 간접적으로 부담하는 재원임
 - (보험료) 1946년부터 1997년까지 건강보험의 주요 수입원이었음
 - (사회보장분담금) 1991년부터 도입하여, 1997년부터는 이를 건강보험 재원으로 할당하였고, 점진적으로 세율을 인상하면서 근로자의 보험료(cotisation)는 인하하였음
 - (사회보장목적세) 1967년 자동차보험 보험료에 처음 부과하였으며, 1983년부터 알콜소비세, 담배소비세, 의약품 관련세금 등으로 확대하여 이를 건강보험 재원으로 활용함
- 사회보장 관련 재원조달을 독립적인 법률로 규정
 - 사회보장법 총칙은 당해 연도의 사회보장예산과 보험료를 및 세율을 사회보장재정법(Lois du financement de la sécurité sociale)에 근거하여 매년 의회에서 결정하도록 규정함
 - ※ 사회보장재정법은 '2005년 사회보장재정법에 대한 조직법(Lois organique du 2 aout 2005 relative aux lois de financement de la securite sociale)'에 근거하고 있음
 - 사회보장재정법은 정부에 의해 독점적으로 발의되어 의회의 의결을 거쳐 공포되며, 일반제도의 항목별 수입 예측, 다양한 기금들의 내용 규정, 건강보험지출목표(ONDAM; Objective national des dépenses d'assurance maladie) 및 하위목표 결정, 범주별 담당기관의 예산할당 등을 규정함

1) 일반건강보험 : 일반제도의 보장내용(건강보험, 산재보험, 가족수당 및 연금보험 등) 중에서 건강보험을 지칭함

2) 일반건강보험의 자원별 비중

- 2002년에서 2014년까지 사회보장목적세의 비중이 가장 많이 증가함
 - 건강보험료는 52.0%에서 47.2%로, 사회보장분담금(CSG)은 33.3%에서 33.9%로, 사회보장목적세(ITAF)는 1.6%에서 14.9%로 변화하였음



자료 : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. 2006, 2009, 2012, 2015 자료 재구성

[그림] 프랑스 일반건강보험의 자원별 비중 변화

- 2002년부터 2014년까지 자원별 수입액의 증가율을 살펴보면, 건강보험료는 평균 2.13%, 사회보장분담금은 3.12%였으며, 사회보장목적세는 24.08%로 가장 많이 증가함

<표> 연도별 프랑스 일반건강보험의 자원 구성(2002-2014년)

(단위: 백만 유로, %)

연도	총계	건강보험료	사회보장분담금 (CSG)	사회보장목적세 (ITAF)	기타
2002	114,213	59,340 (52.0)	38,015 (33.3)	1,815 (1.6)	15,043 (13.2)
2003	114,012	57,666 (50.6)	38,910 (34.1)	2,120 (1.9)	15,316 (13.4)
2004	119,976	59,280 (49.4)	40,108 (33.4)	2,857 (2.4)	17,731 (14.8)
2005	127,706	61,009 (47.8)	43,969 (34.4)	5,710 (4.5)	17,018 (13.3)
2006	145,639	62,862 (43.2)	46,941 (32.2)	12,463 (8.6)	23,373 (16.0)

2007	135,354	65,351 (48.3)	49,793 (36.8)	13,360 (9.9)	6,850 (5.1)
2008	140,727	67,014 (47.6)	52,208 (37.1)	14,608 (10.4)	6,897 (4.9)
2009	141,346	67,125 (47.5)	51,008 (36.1)	15,824 (11.2)	7,389 (5.2)
2010	141,834	69,799 (49.2)	51,486 (36.3)	15,193 (10.7)	5,356 (3.8)
2011	148,044	72,132 (48.7)	53,892 (36.4)	17,616 (11.9)	4,404 (3.0)
2012	155,041	72,577 (46.8)	55,018 (35.5)	21,444 (13.8)	6,002 (3.9)
2013	157,960	74,016 (46.9)	55,428 (35.1)	21,700 (13.7)	6,816 (4.3)
2014	161,915	75,350 (46.5)	54,949 (33.9)	24,167 (14.9)	7,449 (4.6)

주 : 괄호 안은 전체 재원에서 각 항목이 차지하는 비중

자료 : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. 2006, 2009, 2012, 2015 자료 재구성

3) 재원별 부과요소 및 요율

① 건강보험료(Cotisation)

- 전통적으로 가장 중요한 재원으로 1980년대 복지재정에서 차지하는 비중이 80%까지 달했으나, 1997년 일반사회보장분담금이 건강보험 재정수입으로 도입된 이후 점차 감소세를 보이고 있음
- (보험료 부과요소) 근로의 대가로 지급되는 모든 소득
 - 임금, 상여금, 유급휴가비, 근로자보험료공제액, 보상금, 장려금, 특별수당, 기타 모든 현금수입, 현물수입과 봉사료로서 사용자에게 의해 직접 또는 제3자에 의해 지급된 금액(사회보장법전, L242-1조) 포함
- (근로자 및 사용자 분담비율)
 - 2차 대전 직후 제도시행 초기에는 노사가 50:50으로 분담하였음
 - 1950-1960년대 근로자 계층의 정치적 발언권이 커지고, 간접세 비율이 높아지면서 근로자 조세부담이 증가하여 보험료에 대한 사용자 부담이

늘어남

- 특히, 1998년 사회보장분담금(CSG) 요율을 대폭 높이면서 보험료에 대한 근로자 부담률이 5.5%에서 0.75%로 대폭 낮아졌음(사용자 부담률은 12.8%로 불변)

- (보험료율)

- 2014년 기준, 13.85%로 근로자가 0.75%, 사용자가 13.1%를 부담
 - ※ 자영업자는 사업소득에 6.5% 요율의 건강보험료가 부과되며, 자영업자 중 40% 정도인 무소득 신고자에게는 최저보험료인 연간 650유로가 부과됨
 - ※ 한편 농업인에게는 농업소득에 10.84% 요율의 건강보험료가 부과됨

<표> 1990년 이후 프랑스 일반건강보험 보험료율의 변화

구 분	1991년~	1993년~	1997년~	1998년~	2006년~현재
근로자 부담률	6.8%	6.8%	5.5%	0.75%	0.75%
사용자 부담률	12.6%	12.8%	12.8%	12.8%	13.1%
보험료율	19.4%	19.6%	18.3%	13.55%	13.85%

자료 : <http://www.urssaf.fr/>

【보험료율 결정】

- 보험료율 결정과정도 건강보험 목표지출 결정과정과 동일하게 보험자 연합(UNCAM)의 보고서 등에 기초하여 보건부에서 초안을 제안하면, 의회에서 의결하여 매년 법(사회보장재정법)으로 확정
- 보험료율 조정은 수입대비 건강보험 목표지출이 현격히 차이가 나는 경우, 부과체계 변경의 경우 등에 한해 이루어져 왔는데, 최근 20년 동안 3차례만(97년, 98년, 06년) 변경된 바 있음
- 프랑스의 건강보험 재원은 보험료(cotisations) 외에 다양한 분담금 (contributions)과 목적세(impôts et taxes affectés)로 구성되는데, 분담금과 목적세의 세율 결정과정도 보험료율 결정과정과 동일함

② 사회보장분담금(CSG; Contribution Sociale Généralisée)²⁾

- 우리나라의 건강증진기금과 같이 사회보장재원을 마련하기 위해 1990년 12월 제정된 ‘재정에 관한 법률(Loi des Finances)’에 따라 1991년에 도입된 준(準)조세 형태의 재원임
 - ※ 사회보장분담금은 용도가 사회보장재원으로만 할당되어야 한다는 점에서 일반적인 조세와 차이가 있음
- 기존에 근로자 부담분의 보험료를 목적세로 전환한 것으로 건강보험료, 소비세 및 법인세 등의 인상은 상대적으로 국민들의 수용성이 낮기 때문에, 공평성에 대한 수용성이 상대적으로 높은 사회보장분담금(CSG)을 도입하였음(나병균, 2014:72)
- 지역마다 난립해있는 제도의 일원화를 도모하여 보편의료보장제도(CMU)의 도입을 통해 지방재정을 위협하고 있는 의료부조를 폐지하고 저소득층을 공적건강보험제도에 포함시키기 위한 목적(이규식 외, 2010).
- 1991년에 가족수당 충당을 목적으로 도입된 사회보장분담금(CSG)은 1993년에는 노령연금, 1997년부터 건강보험 재정에 투입되기 시작했음. 사회보장분담금이 건강보험으로 할당되기 시작한 1997년 이후 증가세를 보이며, 현재 건강보험 재원에서 두 번째로 큰 비중을 차지함
- 사회보장분담금의 부과대상은 세법상 프랑스에 거주하는 모든 국민이며, 부과요소는 모든 소득으로 경제활동소득(임금소득, 비임금소득), 대체소득(상병수당, 실업수당, 퇴직연금 등), 투자소득, 상속소득, 도박이익 등 종류에 따라 다른 세율로 부과됨
- 제도 도입 초창기인 1991년부터 1997년까지는 부과대상 소득에 동일한 세율이 부과되었으나, 1998년부터 분화되기 시작해서 2005년부터 현재까지는 경제활동소득의 7.5%, 연금소득의 6.6%, 상병수당 및 실업수당의 6.2%, 자산소득 및 투자소득의 8.2%, 도박이익의 9.5%를 적용하여 징수하고 있음. 경제활동소득과 대체소득은 사회보험료통합 징수기관(URSSAF)이 징수하고 자산소득, 상속 및 투자소득, 도박이익은 조세기관이 징수함(이규식 외, 2010)

2) 프랑스에는 사회보장 관련 분담금으로 CSG 외에 “사회보장 적자해소 분담금CRDS(Contribution pour le remboursement de la dette sociale)”이 있음. CRDS는 지속되는 사회보장 재정적자를 해소하기 위해 1996년에 신설되었음. 처음 도입할 때는 5년 시한으로 시작하였으나 이후 계속 연장되었는데, 2017년이면 다시 만료될 예정임. CRDS는 활동소득(근로소득, 사업소득, 농업소득 등)에 대하여 0.5%의 요율로 부과됨

<표> 프랑스 사회보장분담금 세율의 변화

(단위: %)

구분	경제활동소득		대체소득		상속소득 투자소득	도박이익
	임금	비임금	연금소득	실업수당 상병수당		
1991년~	1.1					-
1993년~	2.4					-
1997년~	3.4 (1.0)					
1998년~	7.5 (5.25)		6.2 (3.95)		7.5 (5.25)	
2005년 ~현재	7.5		6.6 (4.35)	6.2 (4.35)	8.2 (5.99)	9.5 (7.25)
	(5.29)	(5.25)				

주 : 괄호 안은 사회보장분담금 전체요율 중에서 건강보험에 할당되는 요율(1997년부터 건강보험에 사회보장분담금을 투입)
 자료 : 1) Kessler(2005) 자료 재구성
 2) <http://www.urssaf.fr/>

③ 사회보장목적세(ITAF; les impôts et taxes affectés)

- 국민들의 자동차 보유가 증가하고 이에 따른 교통사고의 위험성이 높아져 의료비가 증가하게 된다는 점을 반영하여 1967년 자동차 보험료에 사회보장목적세를 부과하기 시작했음
- 1983년 알코올소비세, 담배소비세, 의약품 관련세금 등에도 건강보험 부담금을 부과하기 시작했으며, 2012년 청량음료세, 2013년 맥주세, 2014년 에너지음료세 등이 신규재원으로 추가됨
- 사회보장목적세가 전체 건강보험재원에서 차지하는 비율은 2002년 1.6%에서 2009년 11.2%, 2014년에는 14.9%로 꾸준히 증가했음. 2004년 이후 사회보장목적세의 지속적으로 증가에는 담배소비세의 증가가 큰 비중을 차지함

<표> 전체 담배소비세 중 전국건강보험공단 분배 금액 및 비율

(단위: 백만유로, %)

구분	2011	2012	2013
담배소비세(A)	10,978	11,134	10,980
전국건강보험공단(B)	6,049	6,224	7,482
할당비율(B/A)	55.1	55.9	68.1

자료 : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. 2013

【사회보장목적세(ITAF)의 종류】

- **(자동차보험료에 대한 부담금)** 1967년 이후 자동차보험에 부과하기 시작하여, 징수된 재원은 교통사고로 부상을 당한 사람들의 치료비로 사용됨. 징수된 자동차보험료 부담금은 여러 건강보험제도로 배분되었으나, 2001년 보편의료보장제도(CMU)가 도입된 이후부터는 전국건강보험공단(CNAMTS)에만 배분됨. 징수권한은 2002년 ‘사회보험료 축소를 위한 기금(Fonds pour la réduction des cotisations sociales, FOREC)’³⁾에서 2004년 사회보장조직중앙기구(ACOSS)로 이전
- **(주류에 대한 부담금)** 음주가 건강에 미치는 위험성을 이유로 알코올 농도 25% 이상의 주류 소비에 대한 부담금이 생김. 부담금은 주류 10리터당 0.13유로로 정해져 있음. 도매상과 생산자에게 징수한 부담금은 사회보장조직중앙기구(ACOSS)에서 전국건강보험공단(CNAMTS)으로 이전
- **(혼합음료에 대한 세금)** 1997년 사회보장재정법은 전국건강보험공단(CNAMTS)으로만 배분되는 세금을 신설. 주류와 비주류를 혼합한 음료에 부과하며, 제조사가 납부하는 세금(10리터당 0.23유로)은 세무서에 의해 소비세로 징수됨. 독주를 비롯한 포도주, 맥주 등 혼합음료로 과제대상을 확대
- **(담배소비에 대한 부담금)** 1997년 사회보장재정법은 담배수입의 일부를 전국건강보험공단(CNAMTS)에 할당하기로 결정. 1997년 담배소비의 6.39%인 30억 프랑에서 2000년 36억 프랑을 전국건강보험공단에 할당
- **(의약품 전문도매기관의 부담금)** 1996년에 도입되었으며, 의약품 도매상들이 건강보험에 의해 환급되는 의약품 판매로 약국 등에 의해 올린 수익에 연간 매출의 1.4~2.7% 과세. 부담금의 징수 및 관리는 2005년 8월까지 사회보장조직중앙기구(ACOSS)가 담당했으나, 2005년 9월부터 파리나 리옹의 사회보험료통합징수기관(URSSAF)이 담당

3) 2001년에 실효화된 사회보험료 감소를 위한 기금(Fonds pour la réduction des cotisations sociales, FOREC)은 낮은 급여, 노동시간 협상 축소, 가족수당 보험료 감면 등에 대한 사회적 부담 완화를 위한 수단으로 사회보장제도의 보험료 손실을 보완해 준다. 이는 조세에 의해 충당된다. FOREC의 수입은 부분적으로 국가 예산에 결부된 세금이나 새롭게 만들어져 사회적 분야의 이전에 부여되는 수입을 포함한다(고경환, 2012:161).

- **(의약품 조제회사의 부담금)** ‘의약품 광고 세금’ 이라고 불리는 이 부담금은 건강보험에 의해 환급되는 의약품들에 과세됨. 과세 대상은 선전물 비용과 의사들에 대한 홍보비용 등이며, 그 요율은 일정하지 않음. 부담금의 징수 및 관리는 2005년부터 파리나 리옹의 사회보험료통합징수기관(URSSAF)이 담당
- **(의약품 개발회사의 부담금)** ① 1999년에 개정된 사회보장재정법에 의해 도입된 부담금은 건강제품경제위원회와 협약을 맺지 않은 기업의 수익률(사회보장재정법에 의해 정해진 일종의 목표율)이 전년도에 비해 초과할 경우에 부과. 부담금은 파리나 리옹의 사회보험료통합징수기관(URSSAF)에 의해 징수되며, 금액은 각 회사별로 상환 의약품 판매로 내는 수익의 10%를 초과할 수 없음 ② 2004년에 개정된 사회보장재정법에 의해 도입된 부담금은 전국건강보험공단에 의해 환급이 가능하거나, 단체사용에 적합한 전문의약품을 프랑스 내에서 개발하는 회사에게 부과함. 일반의약품을 제외하고, 시판 허가를 받아 상환의약품 목록에 등록된 의약품에 대한 세전 수익에 대해 과세. 세율은 1%이며, 파리나 리옹의 사회보험료통합징수기관(URSSAF)에 의해 징수됨
- **(건강제품의 생산, 수입 또는 유통회사의 부담금)** 프랑스 본토 및 해외 프랑스령에서 건강제품을 생산, 수입 또는 유통하는 회사 중 수익이 1,100만 유로 이상인 회사에 부과. 이 부담금은 모든 종류의 수익과 업무비용, 해당 상품에 대한 광고비용 명목으로 전년도 결산 부담금에 과세. 세율은 15%이며 사회보장조직중앙기구(ACOSS)에 의해 징수됨
- **(스톡옵션과 주식무상분배에 대한 고용주와 직원 부담금)** 2008년 개정된 사회보장재정법은 스톡옵션과 주식무상분배에 대해 부담금을 도입. 사회보험료통합징수기관(URSSAF)에 의해 징수되는 고용주 부담금 세율은 14%이고, 직원 부담금의 세율은 주식매입차익이나 매입일 주식가치의 8%로 정해져 있음

④ 기타 재원

- 대표적인 기타 재원으로는 노인장애인연대공단(CNSA)의 보조금이 있음

<표> 기타 재원의 구성요소 및 금액

(단위 : 백만유로)

구분	2012	2013	2014
CNSA(노인장애인연대공단) 보조금	784	846	903
그 외 기타	4,152	4,865	5,502
계	4,936	5,711	6,405

자료 : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. 2015 자료 재구성

3. 재정안정화 대책

1) 프랑스 일반건강보험의 만성적 재정적자

- 프랑스 공적건강보험(일반제도) 재정은 지출이 수입을 상회하여 만성적인 재정적자 상태가 지속되고 있음

<표> 프랑스 공적건강보험(일반제도) 재정수지 변화(2006-2014년)

(단위 : 백만 유로)

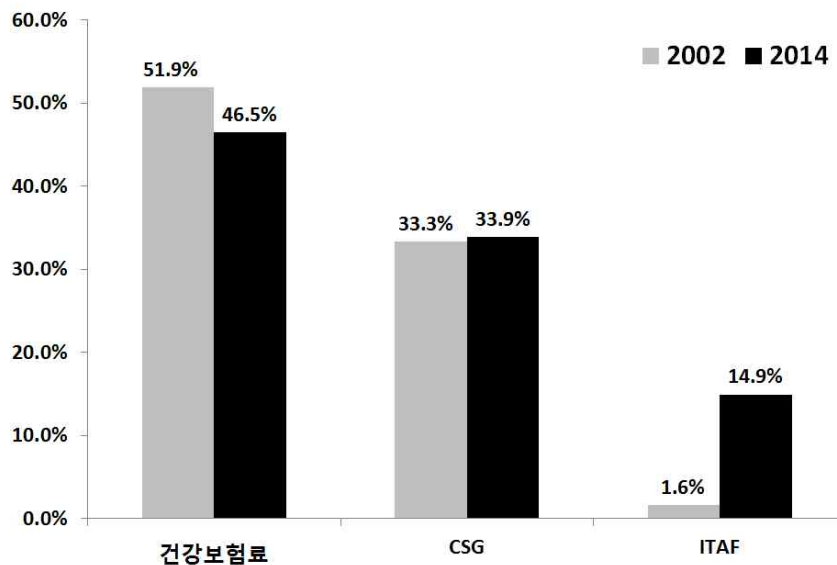
구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
수입	129,288	135,353	140,726	138,760	141,834	148,167	155,042	157,961	161,915
지출	135,224	139,982	145,175	149,331	153,428	156,764	160,894	164,747	168,437
당기수지	-5,936	-4,629	-4,449	-10,571	-11,594	-8,597	-5,852	-6,786	-6,521

자료 : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. 2006, 2012, 2015 자료 재구성

- 1970년대 중반부터 시작된 프랑스 건강보험의 재정적자 문제로 인해 사회보장 및 의료개혁에 대해 논의하게 되었음
- 건강보험 재정관리 전략은 수입측면에서 보험료 비중의 감소와 이에 따른 재원의 다양화로 나타났으며, 지출측면에서는 총량적 지출관리 체계를 구축하는 것임

2) [수입 관리] 수입재원 다양화 및 국민적 부담체계 강화

- 프랑스 건강보험의 재원 구조는 보험료 비중을 낮추는 반면, 모든 소득에 부과되는 준조세 형태의 수입원인 사회보장분담금(CSG)과 사회보장목적세(ITAF)의 재원 비중을 확대하는 방식으로 변화해 왔음
 - 1997년 근로자의 보험료(cotisation)를 18.3%(97년)에서 13.55%(98년)로 낮추면서 사회보장분담금(CSG) 세율을 1.0%(97년)에서 5.1%(98년)로 인상함
 - 2002~2014년까지 재원별 비중은 건강보험료는 52.0%에서 46.5%로 감소, 준조세 성격의 사회보장분담금(CSG)은 33.3%에서 33.9%로 증가, 사회보장목적세(ITAF)는 1.6%에서 14.9%로 가장 큰 폭으로 증가함



[그림] 프랑스 일반건강보험 재원의 비중 변화

자료 : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale. 2006, 2009, 2012, 2015 자료 재구성

- 직종별 조합주의 전통을 기반으로 한 모자이크식 보험제도를 오랫동안 유지해 왔던 프랑스에서도 최근 20년 동안 건강보험제도는 직종 단위를 넘어서 전 국민을 대상으로 국가가 책임운영을 해야 한다는 관점이 일반화 되고 있음

- 이에 따라, 건강보험의 재원으로 조합원들의 보험료만이 아니라 국민 전체의 모든 소득에 부과되는 준조세를 확대하고 있는 점은 이미 전 국민 단일보험체계를 운영하고 있는 우리나라도 참고할 만한 요소임

3) [지출 관리] 총량적 지출관리체계 구축

- 1995년 쥐페 계획(Plan Juppé)을 통해 1996년부터 매년 법률로 차년도의 건강보험 지출목표(ONDAM; *Objetif national des dépenses assurance maladie*)를 국회에서 의결하고 있음
- 목표지출 총액이 확정되면 보건부는 부문별(병원, 의원, 노인·장애인 전문병원 등), 지역별로 목표지출액을 할당하며, 수가협상 과정에서 주요 가이드라인으로 참고함
- ‘건강보험 재정경보협의회(CADAM)’는 건강보험지출이 건강보험 지출 목표(ONDAM)의 0.5% 이상을 초과할 것으로 판단되는 경우에는 의회 및 정부, 그리고 보험자에 통보함. 통보받은 기관은 해당 부문에서 기 합의된 수가인상 취소 추진 등 필요한 의료비 억제조치를 취하도록 규정되어 있음
- 우리나라의 경우도 세부 분야별 재정지출 합리화 노력을 하고 있지만, 모든 지출은 유한한 예산제약(자원제약) 하에서 이루어지므로 지속가능한 건강 보험제도의 유지를 위해서는 프랑스의 사례를 참고하여 지출액 총량에 대한 직·간접적 관리제도의 도입을 신중히 검토할 필요가 있을 것임

【건강보험 지출목표(ONDAM)】

- 보건부에서 보험자연합(UNCAM)의 보고서를 토대로 하고 건강보험 미래발전 최고위원회(HCAAM), 사회보장회계감독원(CDC) 등 전문 기관의 보고서를 참고하여 차년도 ONDAM의 초안을 제안하면, 의회에서 의결하여 사회보장 재정법으로 확정
- ONDAM이 확정되면 보건부는 부문별(병원, 의원, 노인/장애인전문 병원 등), 지역별로 목표지출액을 할당하며, 수가협상 과정에서 강제성은 없으나 주요 가이드라인으로 참고되고 있음

- 당초에는 부문별 지출목표액을 초과하는 경우 초과분을 반환받는 진료 보수반환제도가 구상되었지만 헌법재판소의 위헌판결에 의해 좌절되었으며, 의료비의 증감에 따라 진료수가를 조정하는 방식도 도중에 포기됨

<건강보험 지출목표(ONDAM)의 변화 추이>

(단위 ; 억유로)

연도	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
목표액	915	936	960	1,004	1,057	1,128	1,235	1,297	1,345
실적액	914	951	976	1,030	1,088	1,167	1,247	1,310	1,349
차액	1	-15	-16	-26	-31	-39	-12	-33	-4
연도	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
목표액	1,407	1,448	1,520	1,576	1,624	1,671	1,712	1,754	1,792
실적액	1,413	1,476	1,529	1,581	1,618	1,671	1,708	1,749	-
차액	-6	-28	-9	-5	6	0	4	5	-

자료: <http://www.senat.fr/basile> 재구성

4) 재정안정화를 위한 개혁 조치

- 1995년 개혁 : 쥐페 계획(Plan Juppé)

- (추진 배경)

- 1995년 이전에는 본인부담 확대, 공공병원의 총액예산제도 도입 등 부분적이고 미시적인 지출규제 조치가 대부분이었음
- 결국 기대만큼의 의료비 지출 억제효과를 얻지 못하고, 건강보험 재정적자는 지속적으로 확대되어 보험료가 상승하는 악순환이 계속됨
- 이에 따라 1995년에 당시 수상이었던 쥐페(Juppé)의 주도 하에 헌법 수정을 통해 광범위한 거시적이고 구조적인 예산제도 개혁이 추진됨

- (주요 내용)

- 1996년부터 지출통제를 위한 차년도 ‘건강보험 지출목표(ONDAM; *Objetif national des dépenses assurance maladie*)’를 매년 사회보장 재정법(*Loi de financement de la sécurité sociale*)에 명시하게 했음
- 1996년 사회보장 재정수입 확대를 위해 사회부채상환부담금(CRDS;

Contribution pour le remboursement de la dette sociale) 제도가 도입됨

※ CRDS는 사회보장 재정적자가 해소될 때까지 모든 소득에 0.5%의 부담금을 부과하는 것임

- (추진 결과)

- 1995년 65억 유로였던 건강보험 재정적자가 2000년 20억 유로까지 감소하여 쥐페 개혁의 재정안정화 효과가 있었던 것으로 평가되고 있음
- 그러나 2001년 이후 재정적자가 다시 증가하여 2004년에는 사상 최대 수준인 129억 유로에 이르게 되는데, 이러한 상황변화는 2004년 보건의료개혁 추진의 주요 배경으로 작용하게 됨

○ 2004년 개혁

- 사회보장회계위원회의 사무총장, 국립통계경제연구소의 사무총장, 경제사회평의회의 의장이 각각 임명한 전문가 3명으로 구성된 건강보험 재정정보협의회(CADAM, comité d'alerte sur les dépenses d'assurance-maladie)을 신설하였음
- 건강보험 재정정보협의회(CADAM)의 목적은 건강보험지출의 동향을 모니터링하여 매년 6월 1일까지 해당년도의 건강보험 지출목표(ONDAM) 달성에 관한 분석의견서를 작성함
- 건강보험지출이 건강보험 지출목표(ONDAM)의 0.75%이상(2008년 이후는 0.5%로 변경)을 초과할 것이라고 판단되는 경우에는 의회 및 정부, 그리고 보험자에 통보함
- 통보받은 기관은 해당 부문에서 기 합의된 수가인상 취소 추진 등 필요한 의료비 억제조치를 취해야 함

○ 2010년 개혁

- 만성적인 재정적자와 고령화 추세 지속으로 인한 건강보험 수요 증가에 대비해 세 가지 차원의 재정안정을 위한 정책적 노력 전개
 - ① 의료서비스 및 의약품 과소비 관행을 개선하고자 의료소비부담금(franchise médicale)*을 2008년부터 도입하였으며, 부담금 수입을 통해 조성된 기금은 암퇴치 예방사업, 알츠하이머 사업 등의 재원으로

사용

* 의료소비부담금 : 소비자는 약품 한 상자당, 의료보조원(조산원 등)의 서비스 행위 1건당 0.5유로, 보건위생차량 이용 시 2유로를 부담하며 연 50유로의 부담금 상한선을 두고 있음(단, 18세이하 미성년, 사회보호대상자, CMU 보충보험가입자, 출산 6개월 전부터 출산 후 12일까지의 임신부는 부담금 면제)

② 정부와 전국건강보험공단(CNAMTS) 간 ‘지출목표액 및 적정관리에 관한 협약(COG; Convention d’objectifs et de gestion)’ 체결을 통해 보험자가 의사의 처방전 남발 등 의료서비스 및 의약품 남용관행을 더욱 철저히 관리하도록 하였음

③ 세수확보를 위해 정년시기를 늦추거나, 납부기간을 늘이는 식으로 세수재원을 확충하기 위한 노력을 하고 있음

※ 정부와 의회는 보험료의 납부기간을 현재 41.5년에서 2020년부터 점진적으로 43년까지 연장하는 개혁안을 확정했으며, 법적인 정년도 60세에서 62세로 연장하는 것으로 추진하고 있음