

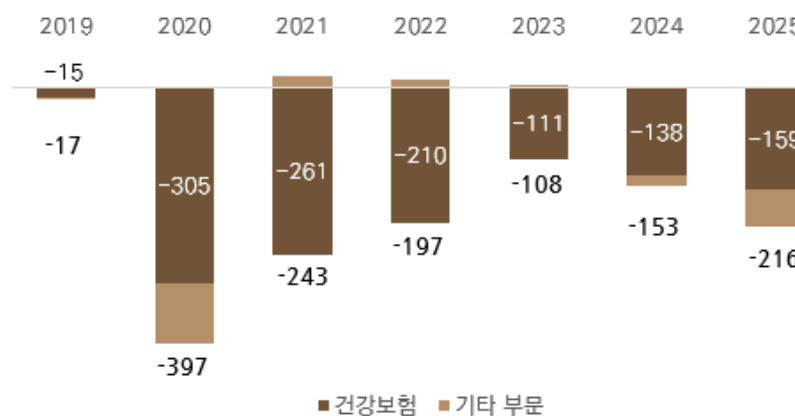
요약

프랑스는 건강보험 재정적자가 지속되자 공보험 재정의 지속가능성 확보를 핵심 정책 과제로 추진하고 있음. 단기적으로는 공보험 지출관리를 강화하는 한편, 환자 본인부담과 보완형 건강보험의 부담을 확대 해 의료비 부담 구조를 조정하고 있음. 중장기적으로는 예방 강화, 의료접근성 개선, 진료적정성 제고를 통해 의료비 지출 증가를 억제하고, 공급자 보상체계도 이러한 정책 방향에 맞추어 조정하고 있음

- 프랑스는 건강보험 재정적자가 지속되면서, 공보험 재정의 지속가능성 확보를 중요한 정책 과제로 인식하고 있음
- 프랑스 사회보장 적자는 코로나19로 2020년 급증한 뒤 2023년까지 감소하였으나, 2024년부터 다시 악화되어 2025년에는 216억 유로의 적자를 기록했는데, 이 중 건강보험 부문 적자가 약 74%를 차지함

〈그림 1〉 프랑스 사회보장 재정수지 추이(2019~2025년)

(단위: 억 유로)



주: 전체 사회보장 수지는 의무가입 기초제도(건강보험, 산재·직업병, 연금, 가족수당, 자활성·돌봄)와 노령연대기금(FSV)의 합산 수치이며, 기타 부문은 전체 사회보장 수치에서 건강보험 수지를 제외한 부분임

자료: 프랑스 사회보장국(Direction de la sécurité sociale; DSS)

- 2025년 6월, 프랑스 건강보험지출 경보위원회는 건강보험지출목표(ONDAM¹⁾) 초과 위험이 경보 기준을 넘어서자 2007년 첫 경보 발동 이후 18년 만에 ONDAM 경보를 발동하고, 정부와 건강보험공단에 시정조치 마련을 요구함²⁾

1) ONDAM(Objectif national de dépenses d'assurance maladie)은 프랑스의 국가 건강보험 지출 목표로, 매년 사회보장재정법(LFSS)을 통해 의회가 설정하는 공적건강보험 지출 증가 관리 기준임. 이는 공적건강보험 지출이 설정된 목표 수준을 초과하지 않도록 관리·통제하기 위한 장치임

2) 프랑스 건강보험지출 경보위원회(2025. 6. 18.), 「2025년 건강보험지출목표(ONDAM) 준수에 관한 경보위원회 의견 제2025-2호」(Avis du Comité d'alerte n°2025-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie)

- 건강보험지출 경보위원회는 당해연도 건강보험 지출이 법정 목표를 0.5% 이상 초과할 것으로 판단할 때 ONDAM 경보를 발동하는데, 2025년에는 법정 목표 초과 예상액이 경보 기준선인 13억 유로를 상회함에 따라 경보를 발동함

- 2025년 경보는 고령화와 만성질환 증가 등 추세적 지출이 지속되는 가운데, 외래진료·의약품·상병수당 지출과 병원(입원 및 응급) 진료가 예상보다 빠르게 증가한 것에 기인함

○ 이에 프랑스 정부는 건강보험 재정 부담을 완화하기 위해 공보험 지출관리를 강화하는 한편, 환자의 본인부담과 보완형 건강보험³⁾의 부담을 확대하는 방식으로 의료비 부담 구조를 조정하고 있음

- 정부는 ONDAM 경보 이후 병원·의료시설 등에 대한 예산 감액, 의약품·의료기기 가격 인하, 의료인 수가 인상 유예 등을 포함한 약 17억 유로 규모의 지출관리 조치를 발표함⁴⁾
- 공적건강보험과 보완형 건강보험이 모두 보장하지 않는 정액본인부담금을 인상하여 환자 직접 부담을 확대함
 - 2024년 정액본인부담금 두 배 인상으로 환자는 진료·검사 1회당 2유로를 부담하며, 약제·준의료행위·의료이송 등에 대해서도 항목별로 1~4유로를 부담함
- 장기질환자(ALD)에 대한 일부 의약품 본인부담 면제 축소와 공보험의 상병수당 산정소득 상한 인하 등은 보완형 건강보험 기관의 부담을 확대하는 방향으로 작용함
 - 공보험 상환율⁵⁾을 낮추어 10억 유로의 부담을 보완형 건강보험 기관으로 직접적으로 이전하는 방안은 보험료 상승과 환자 부담 증가로 이어질 수 있다는 비판을 받으며 결국 철회됨

○ 동시에 건강보험의 지속가능성을 확보하기 위해 예방 강화, 의료접근성 개선, 진료적정성을 제고하고 있으며, 공급자 보상체계도 이러한 유인을 반영하는 방향에 맞추어 조정하고 있음⁶⁾

- 2026년부터 주치의 정액보상(FMT)이 시행되어 환자의 연령, 건강상태, 사회적 취약성 등을 반영한 환자별 기본 보상이 지급되며, 암 검진, 예방접종, 만성질환 추적 관리 등 예방 활동에 대해서도 가산금이 지급됨⁷⁾
- 의료취약지역에 최초 개원하는 의사에게 최대 1만 유로를 지원하고, 방문·파견 진료에 대해서는 반나절당 200유로를 추가 지원하는 등 지역 간 의료접근성 격차 완화를 위한 공급측 유인도 강화하고 있음
- 적정진료와 비용효율적 진료를 유도하기 위해, 불필요한 의약품 처방 감축 등으로 인한 건강보험 지출 절감액의 일부를 의사에게 인센티브로 지급함

3) 프랑스는 우리나라와 유사하게 의무적인 공적건강보험과 자발적 보완건강보험이 결합된 건강보험 체계를 운영하고 있으며, 보완건강보험은 공보험이 보장하지 않는 일부 기준수가 초과 비용과 법정본인부담을 보완함. 2024년 기준 상호보험조합(Mutuelles) 249개, 민영보험회사(Entreprises d'assurance) 99개, 프 레보이양스 기관(Institutions de prévoyance) 25개 등 총 373개 기관이 보완건강보험을 제공함(DREES 2025)

4) 프랑스 사회보장국(DSS)(2025. 10. 14.), 「2026년 사회보장재정법안(PLFSS) Annexe 5」

5) 한국의 건강보험 급여율과 유사한 의미로 이해할 수 있으나, 프랑스 제도에서는 환자가 의료비를 지불한 뒤 공보험이 일정 비율을 상환하는 방식이 일반적이므로, 본문에서는 '급여율' 대신 '상환율'이라는 표현을 사용함

6) 프랑스 건강보험공단(2024. 12. 5.), "2024-2029년 의료협약: 12월 22일부터 조치 시행"(Convention médicale 2024-2029: un déploiement des mesures dès le 22 décembre)

7) 기본적으로 행위별수가제 기반이며, 그 위에 부가되던 주치의 보상체계를 환자별 특성 및 예방관리 이행 여부를 반영하는 방식으로 재설계함