

프랑스의 보편적 건강보험지원법 (CMU; Couverture Maladie Universelle)

I. 들어가며

프랑스는 2000년 1월 1일부터 보편적 건강보험지원법(CMU: Couverture Maladie Universelle, Universal Health Insurance, 이하 'CMU' 라 한다)을 시행하여 프랑스에 합법적으로 거주하는 모든 사람에게 기본적인 보장범위의 건강보험을 제공함으로써 전국민에 대한 건강보험제도를 도입하게 되었다. 이는 건강보험에 대한 기여(contribution) 여부를 묻지 않고 모두에게 동일한 의료 서비스에 대한 접근성을 제공한다는 점에서 사회 보험을 통한 소득재분배 효과를 실현시키는 효과를 가져올 것으로 보인다.

CMU가 실시되기 이전에도 지방자치단체에서 의료 부조의 형태로 저소득층의 의료비를 지원하는 제도가 있었지만 이는 국가가 건강 보험료를 대신 지불해 주는 방식으로서 실질적으로 발생한 의료비 전체를 보장해 주는 것이 아니었으며, 이용자들에 대한 오명(stigma)이 발생하

는 등의 문제점을 가지고 있었다. 그러나 CMU의 제정으로 인해 '모든 사람에게 건강을 Health for All' 이라는 구호에 부합하는 전국민 건강보험 제도가 수립되었다는 평가를 받게 되었다. 이 법은 나이, 성별, 인종, 종교, 소득 그리고 거주지의 합법성을 묻지 않고 프랑스에 거주하는 사람이라면 누구나 동일한 수준의 의료 서비스에 대한 접근성(access to health care)을 가질 수 있도록 하는 것을 원칙으로 한다. 따라서 보건 의료 분야에 있어서 '연대의 원칙(principle of solidarity)'을 중요시하는 프랑스의 전통을 실천하기 위한 법이라고 할 수 있을 것이다.

II. 입법 배경

프랑스의 건강보험제도는 1945년 근로자와 사용자가 동일한 비율로 보험료를 부담하는 방식으로 시작되었다. 1960년대에 들어 전국민의 50% 이상이 건강보험제도를 이용하게 되었으

며, 1980년대에 이 수치는 98%까지 올라갔다. 일부에서는 2% 정도의 국민이 제외된다는 것은 어떤 제도의 시행에서나 발생하는 불가피한 누수(漏水) 정도로 간주하였으며, 사실상 '전국민 건강보험제도'가 도입되었다고 평가하기도 하였다. 그러나 1993년부터 1998년 사이에 실업이 증가하면서 의료 보조(medical aid)를 받는 사람들의 숫자는 1백만 명에서 3백만 명으로 증가하였는데, 이는 당시 프랑스 국민의 5%에 해당하는 수치였다.

1997년 보건경제조사센터(CREDES: Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé, Health Economics Research Centre)의 조사에 따르면 보건 의료 서비스에 대한 접근성이 계층에 따라 극단적인 차이를 보이는 것으로 나타났다. 60만 명의 사람들이 건강보험 제도를 이용하지 못하고 있었으며, 인구의 16%는 보충적 보장(supplementary cover)을 갖지 못하고 있었다.¹⁾ 이들 중 상당수는 의료비를 지불할 능력이 없어서 적절한 치료를 받지 못하거나 의료기관을 방문하는 것을 기피하는 것으로 나타났다. 또한, 입원비의 상환(reimbursement)²⁾ 비율이 80~95%인 것에

비해, 외래 진료비의 상환 비율은 전체 발생한 의료비의 60~70%에 그친 것으로 나타나 저소득층이 질병을 초기에 발견하고 치료할 가능성을 더 낮게 만드는 요인으로 작용하였다.

이러한 문제의식 속에서 1999년에 CMU가 발의되었고, 2000년 1월 1일부터 시행되었다. 일정 수준 이하의 저소득층, 특정한 직업이나 사회적 지위를 보장받지 못하는 자, 이민자를 포함하여 프랑스 내에서 3개월 이상 거주한 사람이라면 누구나 거주 사실을 증명하는 적절한 서류들을 제출하는 것만으로 건강보험에 대한 기여와 관계없이 프랑스의 공공 및 민간 의료 서비스를 이용할 수 있도록 하였다.

III. 주요 내용

1. CMU의 구성

CMU는 크게 세 개의 장으로 구성되어 있다. 제1장에서는, 연간 소득이 일정금액 이하인 자에게 보편적이고 일반적인 의료 서비스를 제공하는 '기본적 보장(couverture médicale universelle de base)'에 대하여 규정하고 있다. 제2장에서는, 연간 소득이 일정금액 이하인 자에

각주

- 1) 프랑스는 건강 보험이 의료비를 지불해주지 않는 항목들에 대해서 본인이 자발적으로 가입한 민간 영리 보험회사나 상호조합이 지불하는 방식의 보충형 민간보험(complementary voluntary health insurance)을 가지고 있다. 따라서 보충적 보장을 갖지 못한다는 것은 의료 서비스를 이용할 상황에 대비하여 민간보험이나 상호부조조합 등에 가입할 수 없었다는 것을 의미한다.
- 2) 프랑스는 법정건강보험이 보건의료비용을 후불 상환해 주는 제도를 채택하고 있다. 따라서, 우리나라의 본인부담금 개념은 프랑스에서는 후불 상환의 적용을 받지 못하는 항목이 된다. 후불 상환되지 않는 부분에 대해서는 환자가 직접 임의적으로 가입한 보충형 민간보험(complementary voluntary health insurance)이 부담하게 된다.

〈 표 1 〉 CMU에 의해 의료비를 보장받게 되는 소득의 상한선

구 분	월소득 상한/월()	(US \$)
1인가구	562	489
2인가구 (미혼모와 자녀가정 포함)	843	733
3인가구	1,011	879
4인가구	1,180	1,026
이후 1인 추가시마다	225	196

(기준: 2000년, <http://www.ameli.fr/>)

게 ‘보충적 보장(couverture maladie universelle complémentaire)’ 까지 제공한다는 내용을 규정하고 있다. 마지막으로 제3장에서는 CMU의 시행을 위한 기금과 행정적인 기반을 마련하기 위해 필요한 민간 및 공공 부분의 조직개편과 관련된 내용을 규정하고 있다.

(1) CMU의 기본적 보장(Couverture Médicale Universelle de Base)

월소득이 일정 금액 이하인 사람들은 국민 건강 보험에 대한 기여가 없더라도 차별 없이 동일한 의료 서비스를 이용할 수 있다. 적용대상은 프랑스 국적자에 한하지 않으며, 합법적으로 3개월 이상을 거주하고 있는 모든 사람을 포함시킨다. 거주 사실은 각종 공과금 영수증 등의 서류를 제출하는 것으로 대신할 수 있으며, 일정한 거주지가 없거나 주소지가 정해지지 않

은 경우에도 여권의 사본을 제출하고 정해진 등록 절차를 마치면 CMU의 보호를 받을 수 있다. CMU의 적용을 받는 자에게 의료 서비스를 제공한 의료기관은 전국상공업근로자질병금고(CNAMTS: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, National Health Insurance Fund for Salaried Employees)³⁾에서 정하는 금액, 즉 정부·사용자 및 근로자의 합의하에 정해진 금액 이상의 의료비를 청구할 수 없다.

이전에 실시되었던 지방 정부의 의료 부조(state medical aid)와 비교하여 가장 달라진 점은 자격기간과 자격의 적격성에 대한 입증책임의 전환에 있다. 즉, 이용 자격에 대한 적격성 입증 책임이 이용을 원하는 개인이 아닌 기금을 제공하는 공단 측에 있도록 하였다. 따라서 비록 자격 조건에 부합하지 않거나 서류가 미비한

각주

3) 프랑스 인구의 84%가 상공업근로자질병금고의 적용을 받으며, 이 외에 특수 직종에 따른 특별근로자제도(3.8%), 자영업자제도(5.0%), 농업제도(7.1%) 등이 있다. 전국상공업근로자질병금고는 행정적 성격을 띤 중앙 공급기구로서 기초질병금고(CPAM)와 지방질병금고(CRAM)에 대한 감독 권한을 가지고 있다. 이사회는 근로자와 사용자 동수로 이루어지며, 근로자대표는 노동조합에서 지정된다. 사용자 대표는 상호부조조합(mutuelle)의 대표와 보건사회부 장관이 지명한 대표로 구성된다.

〈 표 2 〉 프랑스의 보충형 민간보험자

유 형	특 징
상호부조조합(mutuelles)	<ul style="list-style-type: none"> • 비영리기구 • 상호부조법(Mutual Insurance Code)에 의해 관리됨.
민간영리보험회	<ul style="list-style-type: none"> • 영리를 목적으로 보험 상품을 판매하는 일반 기업들
공제기관	<ul style="list-style-type: none"> • 근로자 연합과 사용자 연합이 함께 경영 • 사회보장법(Social Security Code)에 의해 관리됨.

개인이 자격을 요청한다 하더라도, 신청한 즉시 이용을 거부할 수 없다. 이후 행정적 절차를 통해 자격의 부적격성을 직접적으로 입증하거나, 부족한 서류를 보완하도록 개인에게 요청하여 적격을 갖추도록 해야 할 책임이 이용자가 아닌 국가에게 있는 것이다. 이는 상대적으로 사회적 약자의 위치에 있는 CMU 이용자의 의료 서비스에 대한 접근성을 높일 수 있도록 배려한 조치라고 할 수 있다.

(2) CMU의 보충적 보장(Couverture Maladie Universelle Complémentaire)

월소득이 일정액 이하인 사람에게 건강 보험의 기본적인 보장을 동일하게 제공할 뿐만 아니라 국민건강보험이 제공하지 않는 보충적 보장이 추가로 제공된다. 이 보충적 보장 부분에는 입원비처럼 환자의 입원 기간 동안 발생하지만 실질적인 의료 서비스 사용과는 무관한 제반 비용(daily tariff for non-medical inpatient costs)이 포함되며 1일당 10.67(US \$9.28)가

지급된다(2000년 기준). 치아보철시술 및 안경 구입에 대해서는 2년간 396(US \$345)를 초과하지 않는 범위에서 상환된다.⁴⁾

보충적 보장의 특징은 CMU의 이용자가 보충적 보장을 제공할 기관을 스스로 선택할 수 있다는 것이다. 현재 보충적 보장을 제공하는 기관은 크게 세 가지 유형으로 분류할 수 있으며 (표 2), 2000년 프랑스 국민이 사용한 보건의료 비용의 75.5%는 국민건강보험, 12.4%는 보충형 민간보험, 그리고 11.1%는 환자 본인이 직접적으로 의료기관에게 지불하였다.⁵⁾ CMU의 이용자는 환자 본인이 직접적으로 의료기관에 지불할 능력이 되지 않을 뿐 아니라 평소에 보충형 민간 보험에 가입하지 못한 경우에 해당한다.

따라서 CMU의 보충형 보장을 받는다는 것은, 이들이 자신이 필요로 하는 의료 서비스에서 발생하는 의료비 중에서 건강 보험의 적용을 받지 못하는 항목에 의해 발생한 부분에 대한 지불을, 본인을 대신하여 국민건강보험이 추가

각주

4) 2002년부터는 치과보철시술에 대해서는 전액 상환이 이루어지고 있다. 안경 및 렌즈와 같은 안과도구에 대해서만 2년간 345(US \$345)의 상환선이 적용되고 있다.

5) 이용갑 외, 『외국의 건강보험제도 조사』, 국민건강보험공단 연구보고서, 2005-03.

적으로 지불하거나 혹은 보충형 민간보험을 제공하는 기관들이 지불해 줄 것을 요청하는 것을 의미한다.

이 중에서 국민 전체를 위한 사회보험적 성격을 가지고 있는 상호부조조합이나 공제기관을 대신하여, 거두어들인 보험료를 운용하여 이윤을 남기는 것을 목적으로 하는 민간영리보험회사를 선택하는 경우 연간 229(US \$199)의 추가적인 의료비 혜택이 주어진다. 이 금액은 민간보험회사가 피보험자들에게 연간 지불한 보험금의 1인당 평균 비용을 바탕으로 보험회사들과 국가의 합의에 의해 정해진 금액이다. 이 평균비용의 계산에는 보험회사의 영업이나 운영과 관련된 비용이 포함되지 않으며, 순수하게 보험회사가 연간 고객들에게 실제로 지급한 보험금만 고려하여 책정한다는 원칙이 적용된다.

(3) 정부의 보험관련 기관의 개편 및 재원

CMU가 시행되기 이전에 일정소득 이하인 계층에게 제공되었던 국가 보조는 개인보험(assurance personnelle) 형태로 지방자치단체에 의해 이루어졌으며, 가난한 이들을 대신하여 지방자치단체가 건강 보험료를 지불하는 방식으로 이루어졌다. 따라서 지방에 따라 제공되는 의료비 수준이 다양하였다. CMU는 이처럼 지역에 따라 상이했던 의료비 지원을 사회보장의

원리에 기반하여 보편적으로 실시할 수 있는 제도적 변화를 가져왔다.

CMU의 시행에 소요되는 재정은 일정 부분 국가의 예산으로부터 충당되며, 나머지 부분은 민간영리보험회사와 상호부조연맹으로부터 조달된다. 민간영리보험회사와 상호부조연맹은 연간 수익의 1.75%를 CMU의 보충적 보장을 위한 재원으로 부담해야 한다. 이렇게 조달된 기금은 법이 시행된 2000년 현재 10억 4천 7백 유로(US \$911 million)에 달했으며 2002년에 11억 2천 유로(US \$975 million)로 증가한 것으로 조사되었다. 만약, 보충적 보장을 이용하고자 하는 자가 기금에 지원을 요청하는 경우, 의료비는 기금으로부터 의료기관에 전액 상환된다.

2. 이용 현황 및 이용자들의 특징

2000년 11월에 실시된 DREES 연구⁶⁾에 따르면 CMU의 이용자 중 55%는 여성이며, 20세 미만의 미성년자가 차지하는 비율은 39%에 달한다. 근로가 불가능한 60세 이상이 차지하는 비율은 6%에 불과했으며, 노동 가능한 20세에서 59세의 비중이 대상자의 40%를 차지했다. 이용자의 26%가 가구를 대표하여 등록된 대표 등록자(reference person)였으며, 직장을 가지고 있었다. 36%의 이용자들은 취업 상태에 있는 대

표 등록자 가구의 가구원, 27%는 자영업자 혹은 고용주, 그리고 전체의 30%는 근로의 경험이 전혀 없거나 비경제활동인구로서 직종 구분이 되지 않는 사람들이었다. 또 다른 DREES 연구⁷⁾에 따르면 CMU가 시행된 지 2년이 되어가는 2001년 9월 30일 현재 인구의 7.8%에 해당하는 4백 7십만 명의 사람들이 제도의 혜택을 받은 것으로 나타났다.

3. 성과

(1) 미충족 수요(unmet needs)에 대한 의료비 지출 증가

2000년부터 2002년 사이에 늘어난 CMU의 이용금액은 이 제도가 이용자들의 건강에 미친 영향을 평가하는 상징적인 지표라고 볼 수 있다.

전국상공업근로자질병금고(CNAMTS)의 통계에 따르면 2000년도에 CMU를 이용한 사람이 평균적으로 지출한 1인당 의료비는 일반 제도(régime général)를 이용한 사람들이 지출한 비용의 약 70%에 해당했다. 그러나 2001년 초기에는 이에 상응하는 수치가 85%까지 증가하여 취약 계층에 대한 의료서비스의 미충족 수요(unmet needs)에 대한 의료비 지출이 높아지는 것으로 나타났다. 1차 진료 및 개인병원(general practitioner)을 통한 의료 서비스와 약제

비 등만 보았을 때는 다른 보험제도의 이용자와 거의 일치하는 정도로 의료 서비스의 이용이 늘어나 저소득층이 질병의 초기 단계에서부터 의료 서비스를 이용할 수 있는 접근성이 높아졌다는 결과를 얻을 수 있었다.

2000년 말 CMU 이용자들을 대상으로 한 설문조사 결과에 따르면, 전체 이용자의 50%가 경제적인 이유로 중단했던 의료 서비스를 CMU의 시행 이후 계속하여 이용할 수 있게 되었다고 응답하였다. 치료 목적에 따라 살펴보면 치과 진료(31%), 안과 진료(25%), 치과보철시술(19%), 전문의와의 상담(10%) 등의 순으로 나타났다으며, 전체 이용자의 65%는 이전에 받을 수 없었던 의료 서비스 중에서 적어도 한 가지 이상을 새롭게 이용할 수 있게 되었다고 응답했다. 치과보철시술과 안과 치료의 경우에는 이 비율이 40%로 비교적 낮은 편에 속했으나, 이는 2002년에 치과보철시술에 대한 의료비의 상한선이 폐지되었기 때문에 이후에 다소 향상되었을 것으로 추측된다.

(2) 인도주의적 차원의 시혜적 민간건강보험제도 이용 감소

CMU의 성공적인 결과를 나타내는 또 하나의 상징적인 지표는 인도주의적 차원에서 민간이 제공하던 비영리 의료기관에 대한 이용률의 감

소라고 할 수 있다. 사회 소외계층에게 의료 서비스를 제공하던 이러한 비영리 의료기관들은 CMU 법안의 도입에 깊이 개입되어 있었으며 입법 과정을 도왔다. CMU가 실시되기 이전에 이들은 일반적인 의료 서비스를 이용할 수 없는 계층에게 직접적으로 의료 서비스를 제공하거나 사회복지 제도를 이용할 수 있도록 연계시켜 주는 역할을 하였으며, 현재도 이들을 찾아오는 사람들을 지역의 건강보험기금사무소와 연계시켜 주는 역할을 병행하고 있다.

‘세계의 의사들(Médecins du Monde)⁸⁾’의 경우에도 이들 단체의 지역의료기관을 찾는 사례들이 눈에 띄게 줄었으며, 어떤 지역의 경우에는 CMU의 실시 이후에 아예 문을 닫기도 했다. ‘전국 민간의료 및 사회복지 단체 협의회(UNIOPSS: Union Nationale Interfederale des Oeuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux, National Union of Private Health and Social Work Agencies)’ 역시 비슷한 경험을 하고 있다. 그러나 이들 비영리단체의 관계자들은 여전히 제도의 존재를 알지 못하는 CMU의 잠재적 이용자들이 있으며, 가정 방문이나 홍보 등 보다 직접적인 방법들을 통해 제도에 대한 정보가 확산될 필요가 있다고 주장한다.

IV. 기대와 전망

CMU가 프랑스 시민의 건강 증진에 미친 영향을 전반적으로 평가하기에는 아직 이른 감이 있다. 하지만, 모든 사람들에게 의료 서비스에 대한 동일한 접근성을 보장하는 사회권적 권리를 실현시키는 초석이 되었음은 분명해 보인다. 취약 계층에게 의료제도 이용을 보장함으로써 인구집단 전체의 조화로운 건강 형평성을 보장하는 제도적 전환을 이루었다고도 볼 수 있다. 의료비를 보장하는 것 이외에도 제도의 이용 적정성에 대한 입증 책임의 전환, 행정적인 절차의 간소화, 의료기관에 대한 의료비 직접 상환 등을 통해 이전에 지방정부가 제공했던 의료 부조(state medical aid)의 이용자들이 경험했던 ‘오명(stigma)’이 발생하지 않도록 하는 등의 효과를 거둘 수 있었다. 그러나 일부에 불과하기는 하지만 서비스를 요청받은 의료기관에서 개인에게 추가적인 의료비 지불을 요구하거나, 의료 서비스의 공급을 거부하는 사례들이 발생하고 있으며, 이는 제도적 보완을 통해 개선되어야 할 점으로 지적되고 있다.

현재 CMU에 대한 가장 큰 비판은 ‘역치 효과(threshold effect)’에 관한 것이다. CMU는 이용 자격을 소득수준에 따라 결정하는 구조를 가지고 있으며, 기준이 되는 소득의 상한선은

각주

8) 1971년 세워진 ‘국경 없는 의사회(Médecins sans frontières, Doctors Without Borders)’로부터 분화된 새로운 인본주의적 비영리 국제의료 지원단체. 1980년 3월에 국경 없는 의사회의 창시자 중의 한 명인 Bernard Kouchner를 포함한 프랑스인 의사 15명에 의해 세워졌으며, 현재 세계 80여 국가에서 300여 개의 프로젝트를 진행 중에 있다.

해마다 조정되고는 있지만 일단 결정된 상한선을 1유로라도 초과하는 자에 대해서는 이용 자격이 주어지지 않는다.

경우에 따라서는 저소득층이 의료비 이외에 연금이나 장애수당 등 정부 보조를 받을 수 있으며, 이로 인해 근소한 차이로 상한선을 넘는 결과가 발생할 수 있다. 이러한 경우 CMU를 통한 보장이 전혀 이루어지지 않을 수 있다. 이것은 의료제도의 개선을 통하여 소득 재분배 효과를 실현하고자 했던 본질적인 취지에 어긋나는 것이라고 볼 수 있다. 게다가 이전의 의료부조제도의 단점을 개선하기 위해 실시된 CMU가 제시하는 상한선은 현재 병행되고 있는 국가 보조 의료제도에서 제시하는 소득 상한선보다 상당히 낮다. 이것은 의료 부조 제도의 이용자들을 CMU로 유인하여 제도를 단일화하려는 노력에 대한 장애가 되고 있다.

전문가들은 현재의 이러한 문제점들이 개선될 수 있도록 국가건강보험제도와 조화를 이루는 운영이 필요하다고 지적한다. 또한, 역치효과가 발생하지 않도록 단일한 소득상한선을 제시하는 대신 소득에 따라 누감적(regressive)으로 의료 이용을 지원하는 단계적 시행을 제시하고 있다. 역치 이상의 소득이 발생함으로 인해서 의료비 지원을 전혀 받지 못하게 되는 이들을 적절하게 포섭하여 소득재분배 효과를 거둘 수 있는 사회적 권리를 실현시키는 제도로 발전하는 것이 현재 CMU가 가지고 있는 가장 큰 숙제라고 할 것이다.

【 참고문헌 】

- <http://www.ess-europe.de/en/france.htm>
- <http://www.french-property.com/guides/france/public-services/health/cmu/>
- 『Health Insurance in France』, <http://www.ess-europe.de/en/france.htm>
- 『Special health coverage, Health insurance for people in difficulties』, <http://www.justlanded.com/english/France/Tools/France-Guide/Health/Special-health-coverage>
- 이용갑 외, 2005. 『외국의 건강보험제도 조사』, 국민건강보험공단 연구보고서, 2005-03.
- Ingen, V. Frederika. 2003. “Couverture maladie universelle: reaching the poorest in France”. Edited by E. Ziglio & et al. 『Health System Confront Poverty』. Copenhagen: Publications, WHO Re-gional Office for Europe.

최 선 희

(한양대학교 예방의학교실)