

보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health
and Social Affairs

ISSN 2092-7117
제 199호 (2013-29) 발행일 : 2013. 07. 19

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

보건의료자원 배분정책의 발전방안: 프랑스 사례를 중심으로

프랑스는 지역 행정구역단위 보다 더 세분화된 건강권역(Health area)을 보건 의료자원 배분정책의 기본 단위로 사용하여 의료자원 공급을 관리하고 있음

세부 건강권역별로 계량화된 공급목표와 지표를 설정하고, 보건의료 서비스 제공기관과 지역보건청(ARS) 간 목표달성을 위한 중장기 계약을 체결함으로써 자원배분문제를 해결함

우리나라는 보건의료자원의 지역간 불평등, 쏠림문제 등을 해결하기 위한 국가 차원의 보건의료 자원배분정책이 매우 미흡하여 이에 대한 중장기 계획 마련이 필요함



김대중
건강보장연구소 부연구위원

1. 서론

- 2008년 보건복지부에서 설정한 10개 진료권역¹⁾을 기준으로, 국내 암환자의 지역환자 구성비(C지수)²⁾와 지역친화도(R지수)³⁾를 산출한 결과,

1) ① 수도권: 서울특별시, 경기도(의정부시, 광명시, 동두천시, 과천시, 구리시, 남양주시, 하남시, 용인시, 이천시, 안성시, 김포시, 양주시, 포천시, 여주시, 연천군, 가평군, 양평군), 제주도 ② 경기서부권: 인천광역시, 경기도(안양시, 부천시, 고양시, 시흥시, 군포시, 의왕시, 파주시), ③ 경기남부권: 경기도(수원시, 성남시, 평택시, 안산시, 오산시, 화성시, 공주시) ④ 강원도: 강원도 ⑤ 충북권: 충청북도(옥천군, 영동군 제외), ⑥ 충남권: 대전광역시, 충청남도(서천군 제외), 충청북도(옥천군, 영동군), 전라북도(무주군) ⑦ 전북권: 전라북도, 충청남도(서천군), 전라북도(순창군, 무주군 제외), ⑧ 전남권: 광주광역시, 전라남도, 전라북도(순창군), ⑨ 경북권: 대구광역시, 경상북도, 경상남도(합천군), ⑩ 경남권: 부산광역시, 울산광역시, 경상남도(합천군 제외)

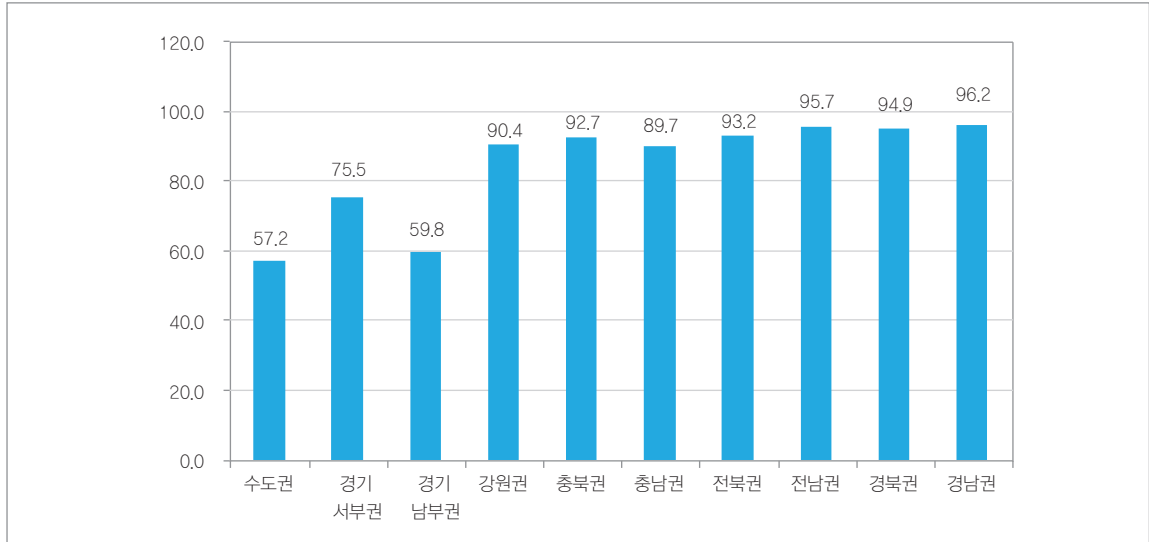
2) 지역환자구성비(Commitment index): 특정지역소재 의료기관들의 총 의료제공량 중에서 지역내 거주 환자들의 거주지별 의료이용량을 백분율로 나타낸 지표

3) 지역친화도(Relevance index): 특정지역 거주환자들의 총 의료이용량 중에서 거주지역내 의료기관들에 대한 소재지별 의료이용량을 백분율로 나타낸 지표

- 수도권(57.2%), 경기남부권(59.8%), 경기서부권(75.5%), 충남권(89.7%) 등의 순으로 지역환자 구성비(CI지수)가 낮아, 이들 순서대로 타지역환자의 유입정도가 높았음
- 충북권(40.2%), 경기남부권(53.2%), 충남권(57.2%), 강원도(57.3%) 등의 순으로 지역친화도(RI지수)가 낮아, 지역환자의 유출이 높았음

[그림 1] 암질환 퇴원환자의 지역환자구성비(CI 지수)

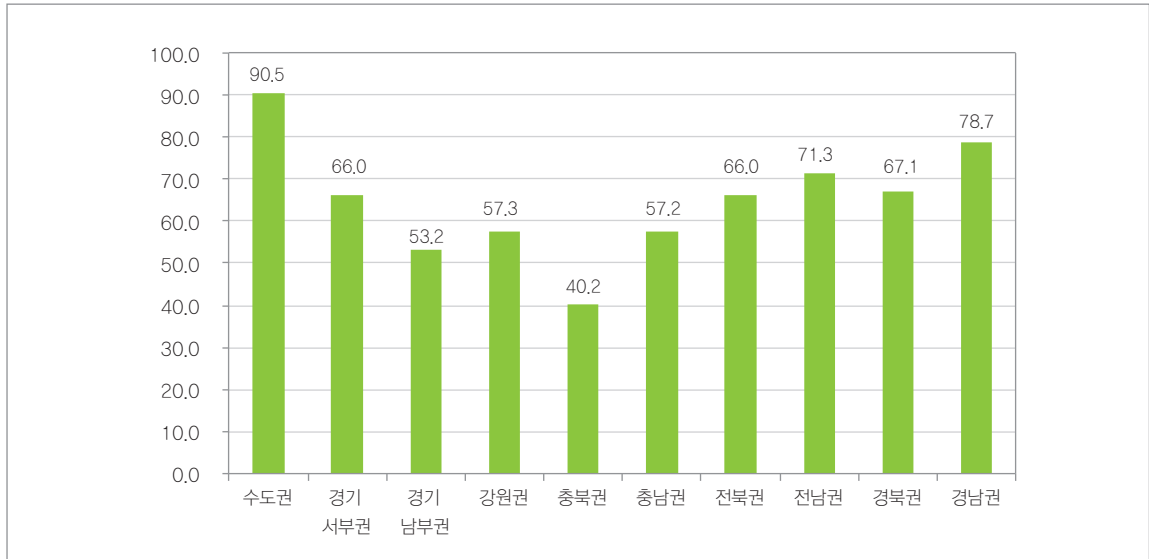
(단위: %)



자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2010). 환자조사 데이터 가공

[그림 2] 암질환 퇴원환자의 지역친화도(RI 지수)

(단위: %)



자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2010). 환자조사 데이터 가공

- 우리나라 환자의 수도권 쏠림현상은 환자가 몰리는 수도권의 병상부족과 진료시간 단축과 같은 문제를 야기하며, 대형병원의 수도권 편중 가속화로 지방병원의 경영부실을 가속화시킬 것임
- <표 1>에서 수도권의 병상수, CT수는 전국평균보다 낮으나 의사수, 간호사수는 전국평균보다 높게 나타남. 쏠림현상은 양적인 측면뿐만 아니라 질적인 측면에서의 의료자원 배분의 불평등에서 기인한 것으로 보임
- 수도권 쏠림현상은 이미 어느 정도 고착화된 측면이 있으나, 이를 방지할 경우 의료의 접근성이 더욱 악화될 가능성이 높음

<표 1> 진료권별 인구당 보건의료자원 배분

	인구 천명당			인구 10만명당	
	병상수	의사수	간호사수	CT수	MRI수
수도권	6.36	1.90	2.19	2.79	1.97
경기서부권	7.02	1.27	1.58	2.70	1.52
경기남부권	6.12	1.37	1.51	3.27	2.11
강원도	9.56	1.29	2.15	4.40	1.88
충북권	8.65	1.20	1.34	3.66	1.52
충남권	8.01	1.38	1.56	3.13	1.68
전북권	9.83	1.42	1.79	4.57	2.07
전남권	11.63	1.48	2.51	4.45	2.43
경북권	9.01	1.38	1.96	3.53	1.68
경남권	10.21	1.40	2.05	4.04	2.10
전국	8.07	1.52	1.95	3.37	1.91

자료: 의료자원통계핸드북(2012), 한국보건산업진흥원자료 재가공

- 정부는 의료기관 기능 재정립 등을 통해 보건의료체계의 효율화를 꾀하여 왔으나, 지역내에서 그리고 지역간 보건의료자원배분의 수급 불균형을 해소하기 위한 관리기전 미비
 - 지역마다 의료에 대한 수요가 상이하고, 사회경제적 그리고 인구학적 여건이 다르기 때문에 이를 반영한 관리가 필요함
- 프랑스는 무분별하게 진화해오던 보건의료자원을 체계적으로 규제하기위해 1970년부터 전국을 대상으로 보건지도(Carte sanitaire)를 만드는 등 보건의료자원정책에서 지역단위 정책을 지속적으로 발전시켜 옴. 그동안 프랑스에 대한 연구사례가 전무하여 프랑스의 보건의료 자원배분정책의 체계와 메카니즘을 소개하고, 우리나라 정부의 정책마련에 도움이 될 수 있는 시사점을 도출하고자 함

2. 프랑스 보건의료 자원 배분정책

가. 보건의료 자원정책의 목표

- 보건의료 자원의 적절한 배분을 위해서는 자원정책의 분명한 목표를 설정하고, 이를 달성할 수 있는 재정적, 정책적 수단과 서로 다른 참여자들의 합의가 뒷받침 되어야 함

○ 보건의료 자원정책의 목표는 의료자원의 효율적 배분을 통해 의료의 접근성을 극대화하는 것을 목적으로 함. 효율적인 배분을 위해서는 보건의료수요를 측정하여 우선순위를 결정하고 이를 지역단위에서 구현할 수 있는 수단(=메카니즘)을 마련하여야 함

○ 프랑스는 지역별 인구사회학적 통계, 건강수준, 질환유형, 의료공급 수준이 지역별로 차이가 많은 점을 고려하여 이를 줄이기 위한 계획을 오랫동안 추진해 옴

- 프랑스의 보건의료 자원정책은 지방보건청이 주체가 되어 지방보건의료정비계획 등 중장기 계획을 수립한 뒤 국가 및 의료기관 간의 계약을 통해 계획을 실천하고 있다고 요약할 수 있음

나. 보건의료 자원정책 체계

(1) 지방보건청(ARS, Agences Régionales de Santé)의 조직과 관리체계

- 지방보건의료자원 관리를 총괄하는 독립된 공공기관인 지방보건청(ARS)은 2010년 4월 26개 지역(region)에 설립되었으며, 1996년 설립된 지방병원청(ARH)이 확대 개편된 조직임

○ 기존 ARH가 병원에 대한 관리에 중점을 두었다면, 지방보건청(ARS)은 질병예방, 개업의, 병원, 사회복지시설 등 보건의료관련 관련조직을 망라하여 관리하고 있는 것이 달라진 점

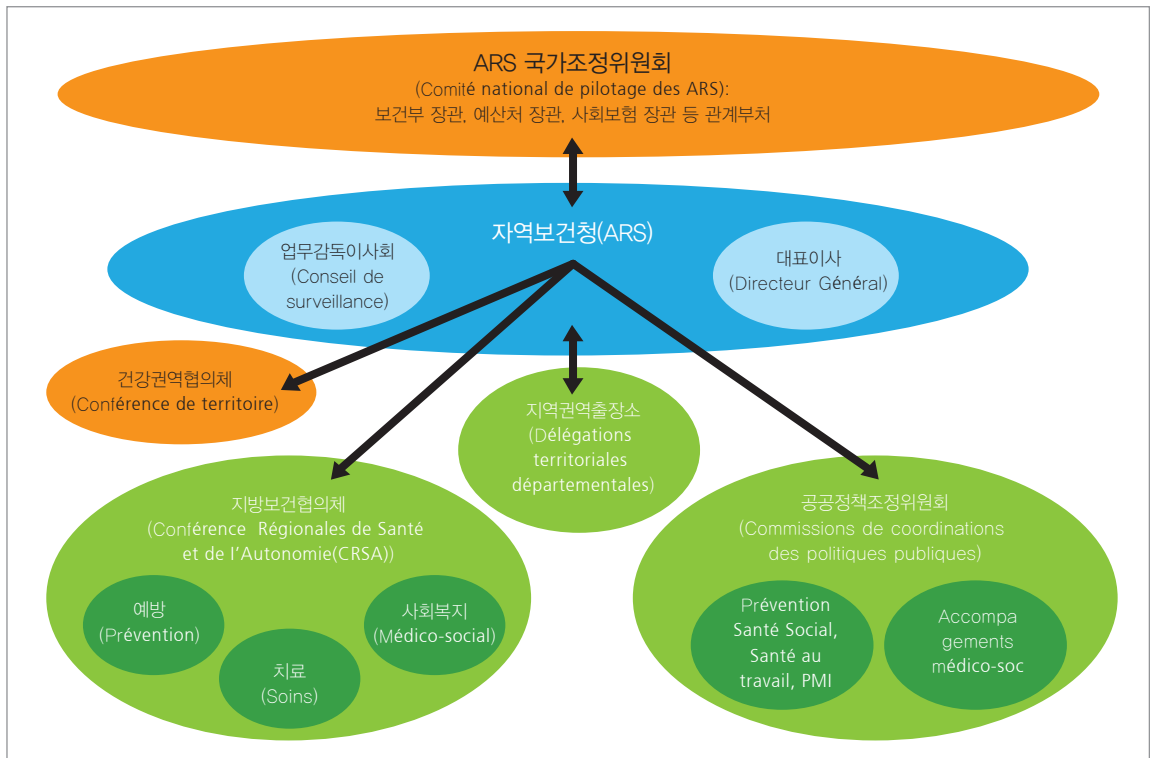
○ ARS는 지역보건의료정비계획(SROS: Shema regional d'organisation sanitaire)을 통해 지역보건의료기관에 대한 계획을 세우고, 공공병원뿐만 아니라 민간병원에 대해서도 공급능력을 통제하고 있음. 또한, 2003년 이후 장애인, 노인대상 사회복지시설 지방사회복지사업계획(SROMS), 지방예방사업계획(SRP)을 지방보건청에서 관할하면서 보건의료관련기관 간에 존재하는 칸막이를 없애고, 통합적인 관점에서 관리하게 됨

- ARS의 대표이사는 ARS 국가조정위원회에서 임명하며, 업무감독이사회는 국가대리인, 건강보험대표, 지역대표, 환자대표 등이 참석하여 ARS의 예·결산을 인준하고, 지역보건의료프로젝트 등에 대해 의견을 제시함

○ 지방보건협의체(CRSA)는 ARS와 독립되어, 보건의료 종사자 대표, 보건의료기관 대표, 환자대표 등으로 구성된 협의체로, 지방보건청에 보건정책 우선순위와 정책 방향 등을 토론하고, 건의하는 민주적 협의체임

○ 공공정책조정위원회는 국가, 지역대표, 건강보험 대표로 구성되어 국가와 공공기관간의 일관된 정책 및 계획 수립을 위해 구성됨

[그림 3] 지방보건청의 조직과 관리체계



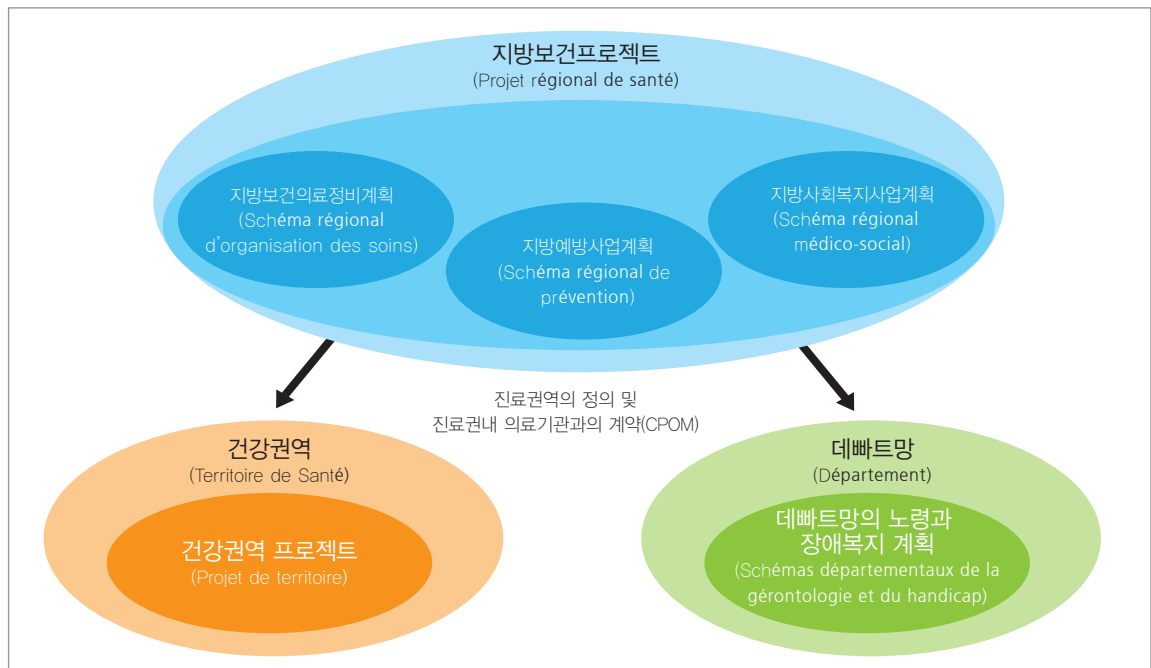
(2) 지방보건의료정비계획(SROS)

- 지방보건청(ARS)에서 매 5년마다 지방보건프로젝트의 하나로 지방보건의료정비계획(SROS)을 수립하는데, 건강권역별 프로젝트를 통해 5년동안 목표로 하는 의료공급량(OQOS: les objectifs quantifiés de l'offre de soins)을 정함
 - 1970년부터 보건의료계획을 세워 21개 지방(region)을 256개 건강권역으로 나누고, 건강권역별로 인구당 병상수, 의료장비의 수 등 계량화된 지표들을 생산하기 시작함. 그러나 지역의 사회경제적 요인, 질환요인 등을 고려하지 못하고 있다는 지적에 따라 1991년부터 지방보건의료계획(SROS)을 최초로 수립하여 지표 등을 정치화시킴
- 2003년 업그레이드된 SROS 버전3은 각 건강권역(territoire de sante, health area) 단위에서의 의료서비스 활동 내역과 수준을 결정하도록 하고, 각 지역의 공공, 민간 대표들이 참여하여 협상을 통하여 정함
 - 의료서비스가 사회보험을 통해 자금이 조달되기 때문에, 규제 당국자의 주된 관심사는 치료의 질적 수준을 향상시키고, 지역별로 보건의료 접근권을 보장하는 데 있음
- 건강권역은 2003년 이후 보건의료계획의 기본단위가 되었음. 보건부는 각 지역 ARS에서 건강권역을 각 지역의 특수성을 반영하여 지역사정에 맞게 설정할 것을 요구함
 - 건강권역은 지역에 따라 2~22개의 권역으로 나뉘어지며, 2007년 기준으로 건강권역의 평균 거주민은 374,000명이었음

○ 약 2/3 지역이 이전의 건강권역을 변경하여 새로이 건강권역을 설정하였으며, 설정방법은 지역마다 다름. 지역에 따라 병원이용과 외래이용 환자흐름 데이터를 사용하거나, 환자흐름 데이터와 생활지역, 고용지역의 상관관계를 이용하여 건강권역을 설정하기도 함

- 2009년 도입된 HPST법은 2009년 지방보건의료정책이 병원중심의 계획을 넘어서 공중보건, 노인 및 장애인 복지시설, 그리고 일차의료시설의 범주까지 포함된 계획을 수립하여 연계된 케어(coordinated care)가 건강권역 단위에서 제공 가능하도록 제도화함

[그림 4] 프랑스 지방보건의료프로젝트 시행 메카니즘



다. 보건의료 자원배분정책 추진 실행수단

- 지역보건의료정책을 추진하는 ARS가 지방보건의료프로젝트를 실행하기 위해 사용하는 수단은 보건의료 서비스 제공기관과의 계약에 의한 방법에서부터, 허가 취소, 합병 및 협력 명령 등 강제적인 방법이 있음
 - 계약에 근거한 접근은 다년도목표계약(CPOM: Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens)을 통해서 이루어짐
- 다년도목표계약(CPOM)은 먼저 국가와 각 ARS 간에 각 지역별로 내과/외과/재활 분야에 대한 활동목표 계약(CPOM)을 체결하고, 이후 ARS와 각 건강권역에 위치한 보건의료기관 간에 계약(CPOM) 체결
 - 다년도목표계약(CPOM)은 지역별로 급성기/급성기 후 재활활동 목표와 목표달성을 위한 전략을 설정하고 이를 달성하기 위한 프로젝트와 협력방안이 주내용임. 목표는 양적인 지표와 질적인 지표들로 구성
 - 최대 계약기간은 5년으로, 매년 계약 진행사항을 평가하며, 목표지표 미달성시 재정적인 제재를 가함. Auvergne지역의 경우 총 90개의 의료기관과 계약을 체결함. ARS에서 일반적으로 사용하는 목표와 지표는 <표 2>와 같음

〈표 2〉 CPOM 표준 목표와 지표

국가 우선순위	목표	번호	지표
건강기대수명 향상	회피가능한 조기사망 감소	1.1	회피가능한 조기 사망률
		1.2	10만명당 자살 사망자의 비율(연령대별)
	건강증진과 질병예방	2.1	유치원 아이들의 비만 유병률
		2.2	유치원 아이들의 과체중 비중
		2.3	50~74세 어른의 대장암 검진 참여비율
		2.4	50~74세 어른의 유방암 검진 참여비율
		2.5	24개월 이하 어린이의 홍역, 풍진, 유행성 이하선염예방접종 비율
	건강보장 관련 활동의 효율성 강화	3.1	국가차원의 건강보장 활동의 지방차원에서의 이행도
3.2		마시는 물의 수질 이상 발생비율	
건강 형평성 향상	지역간 사회계층간 불평등 해소	4.1	일반의 비율이 전국평균 30% 이하인 지역의 비율
		4.2	CSP 기준에 따른 위생평가대상가구 중 비위생 등급 가구의 수
		4.3	민감지역(CUCS, ZEP)과의 보건의료 계약 체결수
		4.4	지역내 의료 및 사회복지기관(ESMS)의 장비 격차(표준편차)
의료 시스템의 질, 접근성, 효율성 제고	의료공급과 사회복지 시설의 수요 대응	6.1	지역내 거주 인구의 수술환자비율
		6.2	의료 및 사회복지시설의 공공시설 비중
		6.3	전체 사회복지서비스(medico-social) 공급에서 서비스의 비중
		6.4	외래 수술 비율(17개 행위)
		6.4b	외래 수술 비율
		6.5	투석환자 중 복막 투석 치료 환자 비율
		6.6	인구 만명당 홈케어 환자 재원일수
	6.7	외래환자의 통합치료가능 시설 수 (maison de sante, centre de sante, poles de sante)	
	24h/24h 외래치료	7.1	근무시간외
		7.2	근무시간외 치료서비스 이용자의 만족도
	공공의료기관의 의료 지출비용 억제 및 균형 재정 확립	8.1	공공의료기관의 누적적자 금액
		8.2.1	재원일수 기준 급성기 의료기관의 활동량 증가율
		8.2.2	재원일수 기준 급성기 후 재활 의료기관의 활동량 증가율
		8.3	중앙값 이상의 이차보상비율을 기록한 공공의료기관 비율
	노인 및 장애인의 치료 및 생활 경로개발	8.4	총영업이익률 6% 이상의 의료기관 수
9.1		알츠하이머 병 환자 치료 유닛의 증가속도	
9.2	자폐증 및 발달장애자를 위한 시설 증가율		

자료: Projet de loi de financement de la Sécurité sociale, annexe 7 ONDAM et dépense nationale de santé(2013).

- 다년도 목표계약(CPOM)을 실행하는데 소요되는 비용은 의료보험재정수입, 정부지원금, 노인장애인연대전국공단기금(CNSA) 등에서 출자된 기금(FIR, Fonds d'intervention régional)을 통해 충당. 2012년 현재 기금은 15억 유로 상당

○ 2004년 이후 진료비 지불방식을 총액예산제에서 포괄수가제인 T2A(Tarification a l'activite)로 전환한 프랑스는 예외적으로 지역에 따라 차등수가를 적용하여 의료공급의 수급불균형을 해소하기도 함

3. 시사점

- 한 사회의 자원배분에는 일반적으로 시장(market), 필요(need), 형평성(equality), 가치(merit)의 4가지 고려 요소가 존재함. 보건의료자원배분도 정도를 달리할 뿐 4가지 요소를 찾을 수 있음
 - 프랑스는 공공병원 뿐만 아니라 민간병원의 활동을 조정하고 가이드하는 역할을 하고 있어 시장 이외의 요소에 기반한 자원배분의 전통을 유지하고 있음
 - 우리나라 보건의료자원정책은 시장(market)에 과도하게 맡겨져 있음. 보건의료 자원에 대한 필요(need), 형평성(equality), 가치(merit)를 고려하는 정책마련이 필요함
- 보건의료정책 방향에 대해 정부개입 확대론과 시장 중심론의 두 축이 대립하고 있음
 - 정부개입확대론은 규제를 확대하고, 보건의료서비스의 직접 공급이나 재정에 정부의 역할을 강화하자는 주장으로 의료시장에서의 시장의 실패를 정부개입의 근거로 제시
 - 시장중심론은 시장 메카니즘과 시장의 힘을 중시하는 이론으로 시장의 힘이 보건의료시장에서의 자원의 배분을 가장 합리적이고 효율적으로 배분할 수 있다는 주장
- 비록 경쟁을 강조하는 국가라 하더라도 거의 대부분의 국가들이 병원의 공급능력을 계획을 통하여 조정하고 있는데, 중앙정부 또는 지방정부차원에서 공급을 통제함으로써 보건의료서비스 공급이 공평하게 이루어져 의료의 접근성과 형평성이 보장되도록 하고 있음
 - 병원간의 경쟁을 강조하는 전통이 강한 국가인 미국의 경우에도 CON(Certificate on need)제도를 통하여 병원설립 및 의료자원 확충 시 허가(certification)를 받아야 하는 주들이 있음
 - 프랑스는 개원의에 대해서는 자유로운 영업활동을 보장하기 위한 개업지 선택의 자유가 보장되어 있으나, 입원병상의 설치, CT, MRI 등 의료장비 도입 등은 지방보건의료 자원정책에 의해 허가를 받아야 하고, 지방보건의료정비계획(SROS)에 의해 지방에서의 수요와 욕구에 필요한 프로젝트를 지방의료기관과의 계약을 통해 추진함
- 우리나라도 국가 및 지역단위의 중장기 자원계획을 수립하고 이를 효과적으로 실현하기 위한 전략마련이 요구됨

집필자 | 김대중 (건강보장연구센터 부연구위원) 문의 | 02-380-8365

발행인 | 최병호 발행처 | 한국보건사회연구원

(122-705)서울특별시 은평구 진흥로 235 | TEL 02)380-8000 | FAX 02)352-9129 | <http://www.kihasa.re.kr>

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다. <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp>