

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

출장목적

- 프랑스는 코로나19 이후 의료서비스 및 의료 인력의 지역 간 불균형, 의료비의 지속적인 증가, 공공병원의 재정 및 인력 부족 등의 문제가 심화되면서 최근 전달체계, 보상체계, 인력 운영 시스템 전반에 대한 개선 대책을 마련하고 이를 추진 중에 있음.
- 이에 프랑스의 의료전달체계 개선 및 지역의료 강화(인력 양성, 보상 기전 등)를 위한 정책 사례를 고찰하여 국내 정책의 근거를 마련하고 시사점을 도출하고자 함.

과제명

- 국민중심 의료개혁 추진 방안에 관한 연구

출장기간

- 2025년 2월 22일(토) ~ 2025년 3월 2일(일) (7박 9일)

출장국가(도시)

- 프랑스(파리)

출장자

- 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원

□ 일정요약

일자	국가/도시	방문기관	면담자	주요 활동상황
2.22(토)	프랑스(파리)	-	-	○ 국가 간 이동(한국→프랑스) - 12:05 출발, 18:30 도착(현지)
2.23(일)	프랑스(파리)	호텔 내 회의실	신옥수 과장, 김다혜 사무관 (OECD)	○ OECD 방문을 위한 사전점검 회의 - 안건 및 세부 질의사항 검토
2.24(월)	프랑스(파리)	OECD 한국 대표부	최성요 공사 외	○ 프랑스의 의료개혁 동향 파악 등
2.25(화)	프랑스(파리)	파리 사테 의과대학	Prof. Christian Ghasarossian 외	○ 의료인력 양성 및 관리, 적정 수급을 위한 제도 고찰 등
		OECD	Gaetan Lafortune 외	○ 정책 세미나 참석 - 지역필수의료 강화를 위한 전달체계 개선 및 인력 확충 방안 모색 등
2.26(수)	프랑스(파리)	보건부 (Ministère de la Santé)	FLORIAN BON 외	○ 의료 인력 관리를 위한 국가 전략, 의료인력 양성 및 교육 정책, 지역의료의 형평성 및 접근성 제고 방안 검토 등
2.27(목)	프랑스(파리)	파리정치대학 (Science Po)	Prof. Daniel Benamouzig	○ 지역·필수 서비스 제공 모델, 의사 인력 관리 및 보상, 의료 인력의 질 관리 제고 방안 논의 등
		의료보험중앙공단 (CNAM)	Julie Galode 외	○ 건강보험 제도와 재정 지속 가능성, 지역 및 필수 의료 지원, 지불제도 및 보상 개선 방안 논의 등
		일반의원 (clinica médica Buzat)	Dr. DongHyun Jee 외	○ 의사 인력에 대한 보상 및 지원 체계, 개원의 관련 제도 등 파악
2.28(금)	프랑스(파리)	다학제 의료센터 (MSP MATHAGON)	Dr. Josselin Le Bel 외	○ 지역 의료기관의 네트워크 협력 방안, 의료 인력 관리 방안 모색 등
3.1.(토)	프랑스(파리)	-	-	○ 국가 간 이동(프랑스→한국) - 21:00 출발
3.2.(일)	한국(인천)	-	-	○ 국가 간 이동(프랑스→한국) - 17:00 도착(+1day)

2 출장 주요내용

※ 출국과 귀국 일정은 제외함.

①	OECD 정책 세미나를 위한 사전점검 회의
일시	2025. 2. 23. (일) 16:00~17:30
장소	호텔 내 회의실
참석자	신욱수 과장, 김다혜 사무관(OECD), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구위원(KIHASA)
□ 학술 세미나 진행을 위한 사전점검	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 주요 발표 주제 및 프로그램 구성 논의 ○ PaRIS(Patient-Reported Indicator Surveys): 환자보고 중심의 건강 결과 및 의료 경험 측정 조사의 주요 결과 발표 제안 	
환자 건강 결과 지표	환자 경험 지표
<ul style="list-style-type: none"> - 신체 건강, 정신건강, 사회적 기능, 피로도 등 	<ul style="list-style-type: none"> - 환자가 의료 결정에 얼마나 참여했는가? - 의료서비스가 얼마나 잘 조정(coordinated)되었는가?
<ul style="list-style-type: none"> - OECD PaRIS 연구 결과, 의료비 지출이 높다고 해서 반드시 의료서비스의 질이 높은 것은 아님. 보건의료 인력이 많을수록 건강 결과가 향상되는 경향이 있음. 	
〈의료 서비스의 질(경험 지표)과 1인당 의료비 비교〉	〈평균 건강 수준과 의사·간호사 비율 비교〉
<ul style="list-style-type: none"> ○ 주요 결과 요약 <ul style="list-style-type: none"> - 환자 중심 치료가 이루어질 때 건강 결과가 개선됨 - 다중 만성질환 환자에 대한 지원이 더 필요 - 환자의 의견을 지속적으로 듣는 것이 일차의료 강화를 위한 핵심 요소 	

②	OECD 한국대표부 간담회
일시	2025. 2. 24. (월) 17:00~18:30
장소	OECD 한국대표부
참석자	최성요 공사, 신옥수 과장, 김다혜 사무관, 김수현 보건정책 분석 담당관, Gaetan Lafortune(OECD), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원(KIHASA)

□ 프랑스 의료정책 전반에 대한 최근 주요 문제의식

- ① **의료전달체계의 구조적 문제** 프랑스는 보건의료 접근성이 전반적으로 높은 편이나 도시 및 농촌(의료취약지) 지역 간 격차, 일차의료와 병원 간 연계 미흡 등의 문제 지속 제기
 - 특히 만성질환자 및 노인 인구의 증가로 ‘주치의제도(Médecin traitant)’ 중심의 일차 의료에 제 기능을 충분히 하지 못하고, 2·3차 병원에 과부하현상 발생
- ② **의료 인력의 불균형** 농촌 지역이나 도시 외곽지역(“의료 사막(desert médical)”)에서 의사 부족 문제의 심각성이 드러나며 간호사, 조무사, 간호조무사 등 보조 인력의 역할 확대와 의사의 과도한 업무 부담 완화를 위한 업무 범위 재정립의 필요성 대두
- ③ **의료비 지출의 지속 증가** 프랑스의 의료비는 OECD 국가 중에서도 상당히 높은 편이며, 인구 고령화와 만성질환 증가로 재정적 부담이 점차 가중되고 있는 상황
- ④ **디지털 헬스 및 원격의료 활성화 필요성 대두** 디지털 전환 추세에 맞춰 전자건강기록(DMP: Dossier Médical Partagé), 원격의료(Télémédecine) 등을 활성화하려는 요구 확대, 코로나19 이후 원격상담·원격진단 등 비대면 의료 서비스의 가속화
- ⑤ **공공병원의 재정 및 인력부족** 공공병원이 프랑스 의료의 중추적인 역할을 하되, 늘어난 업무량에 비해 재정지원이나 인력 충원이 충분하지 않다는 지적이 지속 제기, 코로나19로 인해 간호 인력 부족 문제가 특히 부각

□ 프랑스 의료정책의 주요 정책 변화

1) “Ma santé 2022” 계획 발표(2018년)

- ① **일차의료 강화 및 지역의료 협력** ‘Communautés professionnelles territoriales de santé(CPTS)’ 라는 지역 단위 협력 조직을 활성화하여, 의사·약사·간호사·사회복지사 등이 팀 기반으로 지역주민의 건강 지원
 - 의사 수 부족 지역에 인센티브를 제공하여 농촌지역, 저밀도 지역의 의사 유치·유지 계획 강화
- ② **의료인력의 재배치 및 교육개혁** 의과대학 입학정원 제도를 개편하여 의사 인력을 유연하게 양성하고, 전공의 배치를 지역적 수요에 맞추도록 유도

- 간호사, 간호조무사 등의 임상 역할을 확대하고, 특정 행위에 대한 권한 이양(예: 예방접종, 만성질환 모니터링 등)을 확대해 1차·지역의료에서 담당하는 업무 범위 확대
- **(③ 병원 구조조정)** 권역·지자체별로 중소병원은 외래나 재활 등 전문기능을 강화하고, 대학병원은 고난도 치료 중심으로 재편하는 등 병원의 기능을 분화·협력하도록 재설계
 - 지나친 환자 쏠림 방지 및 재정 효율성 증대를 위해 지역 병원 간 네트워크 구축 지원
- **(④ 디지털 헬스 및 원격의료)** 전자건강기록(DMP)을 국가 차원에서 통합·활용할 수 있는 기반 확충, 환자가 자신의 건강기록에 접근·관리할 수 있도록 제도화
 - 원격진료 수가를 공식화하고, 의사-환자 간 화상진료나 원격협진이 가능하도록 법적·행정적 장벽 완화

2) 성과보상(P4P) 및 지불제도 개선

- **(① 동기부여 성격의 보상체계 도입)** 기존 의료 서비스에 대한 ‘행위별 수가’ 체계를 유지하되, 일부 성과지표(예: 만성질환 관리율, 예방접종률, 환자 만족도 등)를 달성한 기관·의사에게 가산 보상을 주는 방식으로 점진적 개편
 - 특히 ‘주치의제도’를 유지하면서 만성질환 관리나 예방서비스 제공 등 일정 목표를 달성하면 인센티브를 지급받도록 설계
- **(② 보상체계의 다각화)** DRG(포괄수가) 지불제도(T2A: Tarification à l'Activité)가 2000년대 중반부터 도입되었으나, 비용 효율성에만 치중되는 부작용을 방지하기 위해 ‘질적 지표 (quality indicators)’를 반영한 가산제도 병행
 - 외래 혹은 재택관리(가정간호, 가정주사 등)를 활성화함으로써, 입원 비용을 절감할 수 있는 모델도 함께 마련

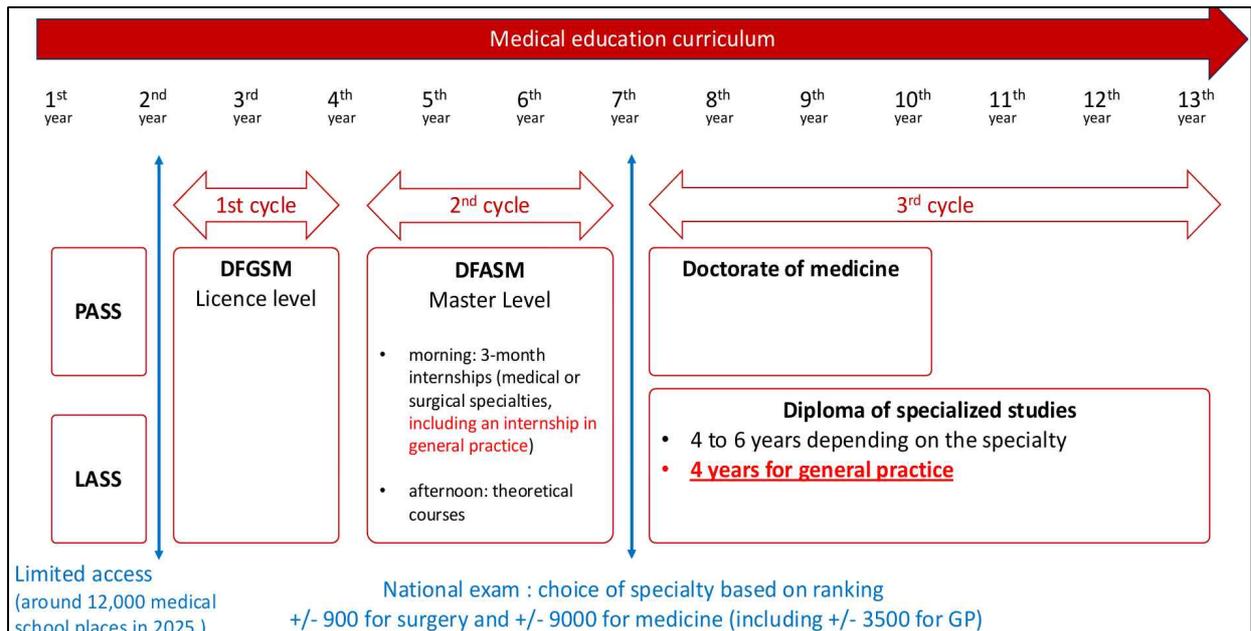
3) 코로나 19이후 대책: “Ségur de la Santé” (2020년)

- 코로나19 팬데믹을 계기로 프랑스 정부가 발표한 대규모 투자·개혁 패키지인 2020년 “Ségur de la Santé”는 공공병원의 기능 강화, 의료인력 처우 개선 등에 특히 집중된 계획임
- **(① 의료인력 급여 인상 및 처우 개선)** 간호사, 간호조무사, 조무사 등 의료 현장에서 핵심 역할을 하는 보건인력의 급여를 인상하고, 근무 환경을 개선하기 위한 대규모 예산 투입
- **(② 공공병원 투자 확대)** 병원 시설·장비 현대화를 위한 상당한 예산 편성, 기존 부채를 조정(탕감 혹은 재구조화)하여 병원 경영 부담 완화
 - 신규 채용 확대, 근무 스케줄 개선 등으로 병원의 응급실 과부하와 인력난 해소 노력
- **(③ 지역의료와 연계성 강화)** 코로나19로 1차·2차 의료기관 간 협력 모델 발전, 재택 모니터링, 원격진료 등의 경험이 축적됨에 따라 이를 제도화하는 후속 조치마련
 - 지역 내 병원, 요양원(EHPAD), 외래센터 등이 협력 체계를 갖춰 환자 중증도에 따라 유연하게 대응하도록 지원

③	파리 시테 의과대학 간담회
일 시	2025. 2. 25. (화) 10:00~12:00
장 소	파리 시테 의과대학
참석자	Prof. Christian Ghasarossian, Dr. Josselin LE BEL, Dr. Alexandre MALMARTEL, Dr. Céline BUFFEL DU VAURE, 지동현 박사 (파리 시테 의과대학), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원(KIHASA)

□ 프랑스 의대 교육과정

- PASS 및 LASS 시험을 통해 입학 정원이 결정됨
 - 모든 의학 계열(치의학, 약학 등) 학생들이 공통으로 배우는 기초과정을 마치면 1학년 말에 선발 시험에서 성적이 높은 경우 의과대학(2학년)으로 진학 가능
- 의대 교육 과정은 총 3단계로 구성됨
 - 1st, 2nd cycle (예과, 본과 6년)
 - 2nd cycle: 오전 실습 + 오후 강의 진행
 - 가정의학과 실습이 필수
 - 개인병원에서 실습 수행
 - 3rd cycle: 인턴+레지던트 과정 통합
 - 프랑스에서는 레지던트 시험이 없고, 박사학위를 취득해야 함 (단, PhD와는 다름)
 - * 모든 전문과목 공통사항
- 프랑스 의과대학 학비 500유로/1년



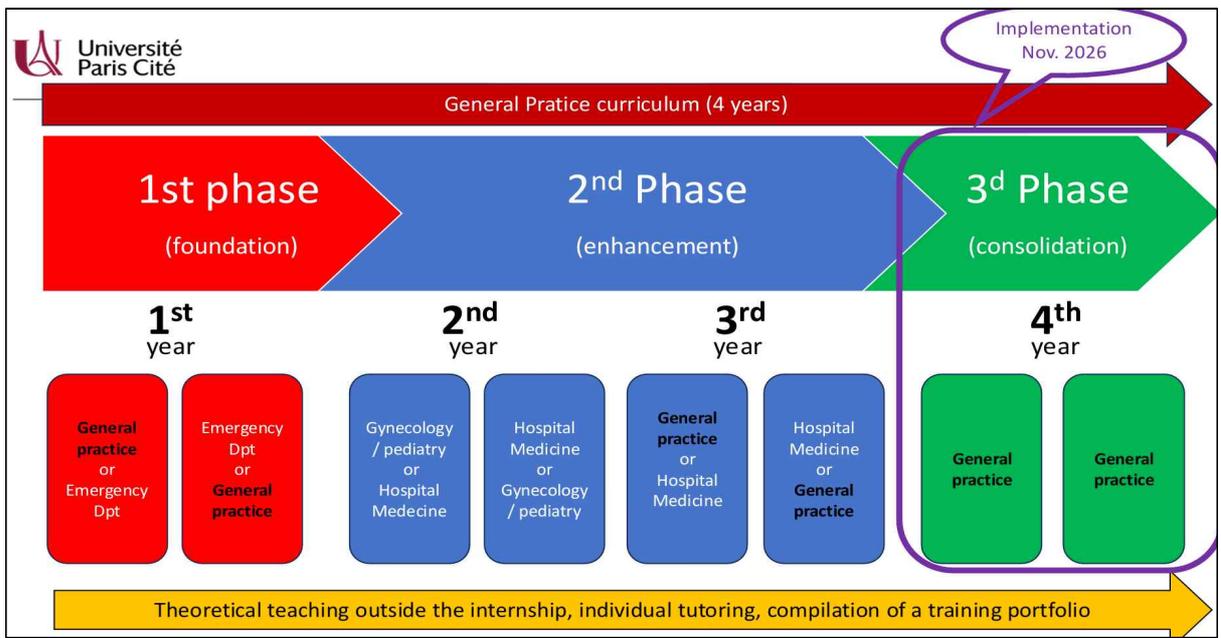
<의과대학 커리큘럼>

□ 일반의(GP) 전공의 배치 및 수련 제도

- 전공의 전문과목 정원(TO) 결정 방식
 - 학생 수와 각 지역별 전문의 필요 수를 고려하여 TO 조정
 - 프랑스 28개 지역별 대표 대학병원이 수요 조사를 수행
 - 이후 국가에서 최종 검토 후 최종 TO(전문과별 정원)를 결정
 - 최근 의사 수를 조정할 수 있는 전문 기구 설립 요구 증가
- 전공 선택 및 배정 과정
 - 국시 순위에 따라 전공 지원 가능 (전공별 TO 기준)
- 가정의학과 실습 구조
 - 6개월마다 병원 및 개인병원에서 실습 진행
 - 가정의학과 수련 기간이 3년에서 4년으로 증가

1) 일반의(GP)의 전공의 수련 과정

- 총 4년 과정
 - (1st phase) 6개월마다 응급실, 가정의학과 개인병원 실습
 - (2nd phase) 6개월마다 산부인과, 소아과(주로 대학병원), 일반내과 등 실습
 - (3rd phase) 2nd phase까지 수련을 해도 만성질환 관리, 의료시스템 코디네이션, 펠로우 역할하는데 미숙하다고 판단하여 GP 과목 수련 1년 추가(※ 2026년 11월부터 추진 예정)
 - 3rd phase 종료, 박사학위논문 제출 시 전문의 취득 ⇒ 이후 개원 가능
- 전공의 기간 8학기 중 4학기를 병원이 아닌 일반의(GP) 개인병원 실습 수행
 - 전공의 1년 차에 처음 가정의학과 개인병원에서 실습(6개월), 3년차에 실습(6개월), 마지막 4년 차에는 1년 내내 실습
 - 2-3개의 개인병원을 2-3일 간격으로 바꿔가며 실습
 - 1년 차에 외래진료 obs, 3년 차에는 혼자 진료(퇴근 전 모든 케이스 리뷰)
 - 예과, 본과 때는 질병 치료에 대해 주로 교육하고, 전공의 과정에는 환자를 어떻게 다루는지 교육(예. 개인병원 실습 시 여러 환자 case에 대해 의견 교류)
- 개인 지도교수 배정, 전자 포트폴리오 활용한 평가
- 전문의 역량 평가
 - 각 phase마다 평가
 - GP 평가 시 고려해야 할 역량을 세계가정의학협회에서 연구를 통해 발표
 - 1차 의료 제공 및 환자 관리
 - 전문과 및 병원 진료 연계 역할 수행
 - 만성질환 및 예방의학 관리
 - 응급 상황 대응 및 가정 방문 진료 수행



〈가정의학과 전공의(일반의) 수련 과정〉

2) 일반의(GP) 수련 지도 및 보상

- 전공의 수련의 지도
 - 전공의 수련 지도교수는 학교로부터 지원금 수령(※전문의가 창출하는 수익도 교수의 몫)
 - 한 전공의의 지도교수는 2-3명이 배정되므로, 해당 지도교수들이 3,600유로를 나눠서 갖고, 전공의의 수익 창출은 교수가 가져감. 지도교수의 진료량의 75%를 전공의가 외래진료를 하고 있어 그 정도의 수익이 발생
 - 기본 진료비 30유로인데, 1년 차 전공의는 환자를 4명 정도 담당해서 120유로, 3년 차는 20명 정도 담당하므로 600유로의 수익 발생
 - 전공의 수련을 위해서 학교 승인이 필요하며, 최초 신청 시 본과학생을 승인받을 수 있으며, 수련 지도에 좋은 평가를 받은 경우 이후 순차적으로 1년차, 2년차, 3년차에 대한 수련 승인 가능
 - 지도교수의 역할(예. 학생의 역량 향상 등)에 대한 평가에 따른 승인 체제
 - 지도교수 외 별도 멘토 교수를 두어 전공의의 수련을 지원
 - 전공의의 모든 과정을 지원하며, 전공의 과정을 마친 전문의가 졸업한 학교에서 멘토 자격 부여
 - 포트폴리오 활용*한 평가 및 개인 평가 * 상황에 대한 대처 기록, 캐나다 가정의학과 시스템에서 벤치마킹
 - 수련 지도교수, 멘토, 대학병원에서 지도했던 교수로부터의 평가를 받고 통과하지 못하면 유급, 수련 기간 연장
- 전공의 급여 지급
 - 대학병원에서 실습 시에는 대학병원에서 전공의 급여 지급, 개인병원에서 실습 시에는 마지막 대학병원 실습지에서 급여 지급(정부 지원 有)
- 의대 정원 증가 및 관련 이슈

○ 현재 의대 정원 12,000명에서 16,000명으로 확대 예정

- 프랑스 의사협회의 권력이 강해 의대 정원 확대에 반대입장이나 고령화 시대, 희귀난치질환, 만성질환 증가로 의사 수 부족 예상되어 증원 필요
- 의과대학 학장은 처음에 학교에서 많은 학생들을 수용하기 어렵다고 반대했음
 - * (참고) 프랑스의 의과대학은 1개 제외하고 모두 공립대학이며, 공립대학 교수들은 모두 공무원 신분
- 의료진들은 찬성함
- 1명의 의사가 퇴직하면 2명의 의사를 채용해야 하는 상황(위라벨 중시하는 세대 변화)

○ 좋은 전공을 선택하기 위해 1,500명 이상 유급하는 문제가 발생, 내년에 의대 졸업생이 3,000명으로 증가하여 추가 문제 발생 우려

- 최근 2년간 법 개정이 많았으며, 더 좋은 전공과 지역을 선택하려는 경쟁이 심화됨

□ 지역의료 인력 배치

○ (문제점) 좋은 성적으로 졸업하는 경우 전공과 지역을 선택할 수 있으므로 점차 의료 사각지대 형성 확산

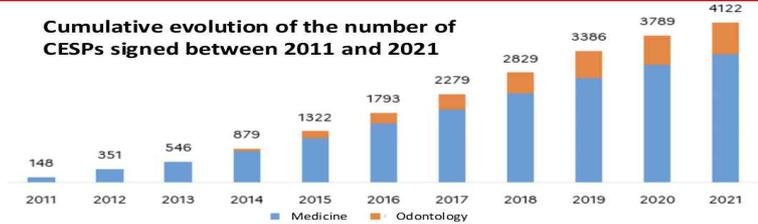
○ 지역별 의료 인력 불균형 문제 해결을 위해 특정 지역 근무를 조건으로 한 지원 정책 운영

○ 공공의료서비스 계약(CESP) 운영

- 매월 1,200유로 지원금 제공
 - 예과부터 지원 가능
 - 지원을 받은 기간과 동일한 기간(최소 2년) 동안 의료 취약 지역에서 근무 의무
 - 계약 해지 및 위반 시 지원금 반환 및 벌금 부과
 - 지역보건청(ARS)에서 관리 및 지원(일부 지자체에서 추가 지원금 제공하기도 함)
- (부작용) 성적이 상대적으로 낮은 학생들이 지원금을 받아 취약지에서 최소 근무 기간을 채운 이후 도시로 돌아오는 현상 발생

Initiative to attract medical students to medical deficit areas

• CESP (public service commitment contract) : « In return for a monthly allocation of €1,200, beneficiaries undertake - for a number of years equal to that during which they will have received the allocation and for a minimum of 2 years - to carry out their duties, from the end of their training, in specific practice locations in an area characterized by an insufficient supply of care or difficulties in access to care »



<지역 간 의료 인력 불균형 개선을 위한 조치: CESP>

□ 최근 의사 인력 정책 이슈

- 최근 고등학교 졸업 지역에서 대학을 진학하려는 경향으로 변화하고 있으나, 대부분의 대학이 도시중심에 있어 지역에서 대학 교육을 받을 수 있도록 체계 구축 노력
- 수련 위주의 교육제도 개편 계획
 - 1-2 cycle 기간이 6년인데, 이 기간을 줄이고, 수련 기간 연장 논의
 - AI 발전에 발맞춰 암기에 시간 투자 지양
 - 가정의학과 전문의 양성에 10년 소요, 한국에서 양성이 시급한 경우, 교육을 줄이고 수련을 늘리는 것을 추천
 - 다만 프랑스에서 교육을 줄이면, 기초 과학 교수들이 반대해서 문제
- 가정의학과 수련 기간을 4년으로 확대시킨 것은 다른 과목 수련기간과 맞춘 것임
- 보건복지부에서 가정의학과에 제공하는 지원금
 - 만성질환 환자 지속 진료 시 한 환자당 연간 65유로를 주치의에게 지급
 - 의사 한 명당 1,500-2,000명 환자 진료, 이중 30%가 만성질환 환자
- 교수 평가 체계의 문제점
 - 연구 실적에 대한 평가는 있지만 지역의료를 위한 역할에 대한 평가는 부재

④	OECD 정책세미나
일 시	2025. 2. 25. (화) 14:00~17:30
장 소	OECD Annexe Monaco
참석자	Gaetan Lafortune, Jose Ramalho, 신옥수 과장, 김다혜 사무관, 김수현 보건정책 분석 담당관 외(OECD), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원(KIHASA)

[발제 1] 보건 인력 및 의사 부족에 관한 OECD 작업 개요

1. 보건 인력의 수요와 공급을 고려한 정책 프레임워크

- OECD 국가들은 현재 또는 예상되는 의사 부족 문제를 해결하기 위해 다양한 정책적 수단을 활용하고 있음
- 33개국이 참여한 OECD 조사에 따르면, 각국은 다음과 같은 7가지 주요 정책 영역에서 대응책을 마련하고 있음
- 일부 국가는 기타 맞춤형 정책도 시행 중

[의료 인력 관련 OECD의 최신 연구 프로그램(2025년 말 또는 2026년 초 발표 예정)]

- 새로운 OECD 보건 인력 예측 모델 개발
 - 의사 및 간호사를 중심으로 인력 수급 시나리오 분석

- 예측 방법: 의대 정원 확대, 근무시간 증가, 노동 생산성 향상, 직무 간 업무 공유(의사 ↔ 간호사 및 기타 보건 인력)

○ 의료 교육 및 훈련

- 젊은 세대는 여전히 의료 직업에 관심을 가지는가?
- OECD PISA(국제학업성취도평가) 및 각국의 행정 데이터를 활용해 분석
- 보건 분야에서 기술 습득, 활용, 미스매칭 문제 조사 (OECD 성인역량평가(PIAAC) 데이터 활용)

○ 일차 의료 인력의 미래

- PaRIS(환자 중심 의료 성과 조사) 데이터 및 기타 자료 활용

○ 의료 인력에 대한 인공지능(AI)의 영향 분석

- AI 도입으로 인한 의료 생산성 향상 가능성 평가

○ 의료직 유지율 향상을 위한 직업의 질 개선

- OECD 직업 품질 프레임워크 기반 연구 진행(재정적 및 비재정적 요인 포함)

○ 보건 인력의 국제 이동성 연구

- 최근 의료 인력 이주 동향 및 정책 영향 분석(OECD 국제이주부서와 공동 연구)

2. 한국과 OECD 국가 간 의료 인력 비교

○ 한국의 의사 수 증가율: 지난 10년간 증가했으나 OECD 평균보다 여전히 낮음

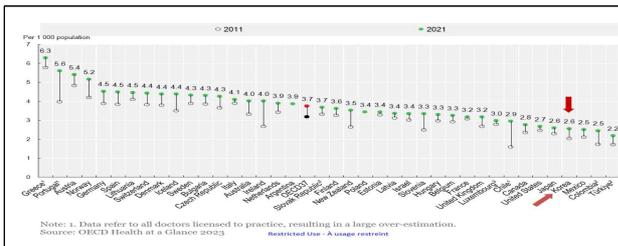
○ 일반의 비율: 한국은 OECD 국가 중 일반의(General Practitioner, GP) 비율이 가장 낮음

○ 고령 의사 비율:

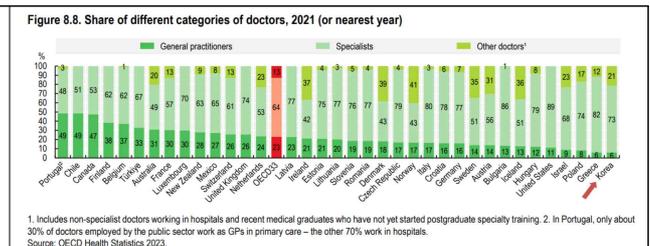
- 한국에서 55세 이상 의사 비율이 상대적으로 낮음
- 향후 대규모 은퇴로 인한 의사 감소 위험은 낮은 편

○ 여성 의사 비율:

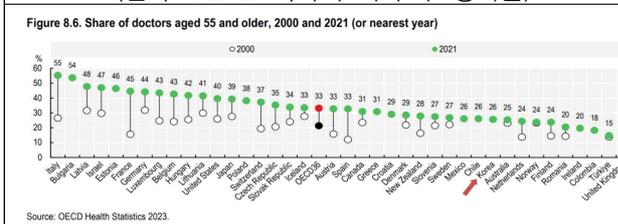
- 한국 의사의 여성 비율이 25% 수준으로 OECD 평균보다 낮음
- 여성 인력 활용이 향후 의사 공급 확대의 기회가 될 수 있음



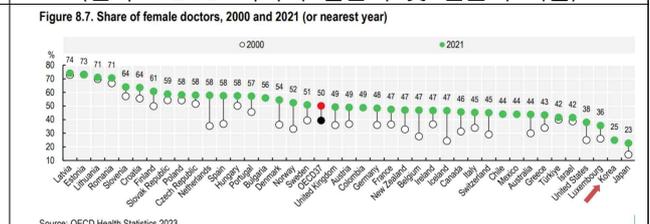
〈한국-OECD 국가의 의사 수 증가율〉



〈한국-OECD 국가의 일반의 및 전문의 비율〉



〈한국-OECD 국가의 55세 이상 의사 비율〉



〈한국-OECD 국가의 여성 의사 비율〉

3. OECD 국가들의 의사 양성 추세

○ 한국의 의대 졸업생 수

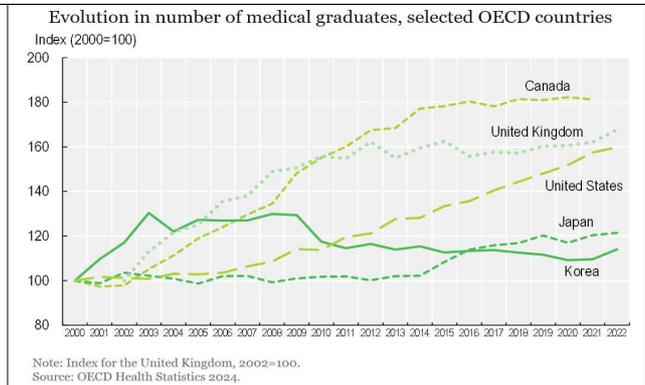
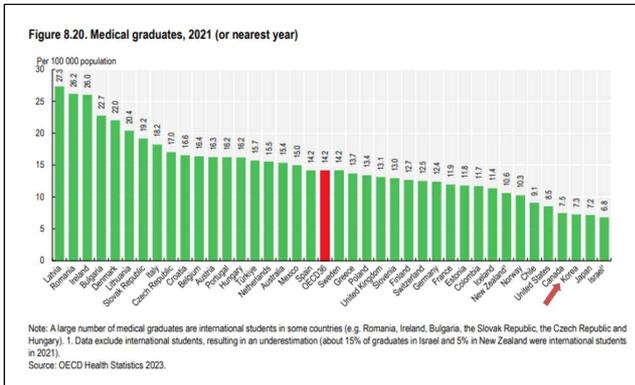
- 인구 대비 의대 졸업생 수는 OECD에서 가장 낮은 수준
- 지난 20년 동안 의대 졸업생 수 증가율이 다른 OECD 국가보다 낮음

○ OECD 국가별 의대 입학 정원 변화

- 2023년 OECD 조사 결과, 대부분의 국가에서 최근 의대 정원을 확대했으나,
- 한국은 정원이 거의 변하지 않음
- 일부 국가에서는 지난 20년 동안 의대 입학 정원이 2배 이상 증가.

○ 의사 직업에 대한 청소년 관심도

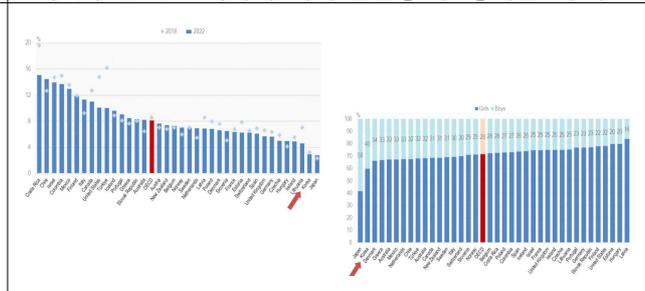
- 15세 청소년을 대상으로 한 OECD PISA(국제학업성취도평가) 조사에서,
- 한국 학생들의 의사 직업 선호도가 비교적 낮음
- 다만, 여학생이 남학생보다 의사 직업을 선호하는 비율이 높음



<한국-OECD 국가의 인구 대비 의대 졸업생 수 비율>



<한국-OECD 국가의 의대 졸업생 수 증가율 비교>



<OECD 국가의 의대 학생 수의 변화>

<15세 청소년 대상 의사 직업 선호도>

4. 한국의 의사 부족 문제 해결을 위한 전략

○ 의대 정원을 얼마나 늘려야 하는가?

- 의료 인력 수급 계획을 바탕으로 정기적인 검토 필요

○ 일반의(GP)와 전문의(Specialist) 간 균형 유지 필요

- 현재 GP 비율이 낮아 일차 의료 서비스 강화를 위한 유인책 필요

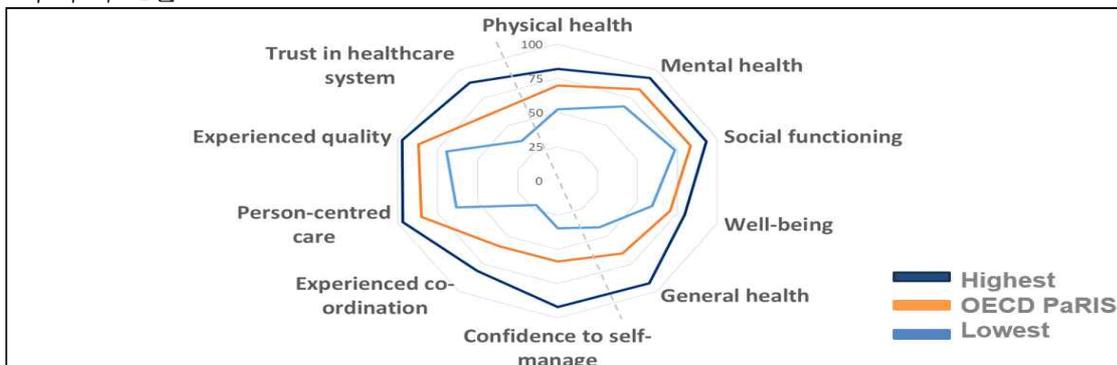
○ 필수 의료 분야(응급, 외상, 소아과 등)의 근속률 증가 방안

- 직업 환경과 근무 조건 개선을 통해 필수 의료 인력 확보 필요
- 다학제적 의료팀 기반 의료 제공 확대
 - 의사뿐만 아니라 간호사, 물리치료사 등 보건 인력의 역할을 확대하고,
 - 일차 의료에서 팀 기반 진료 모델 도입 검토

[발제 2] OECD PaRIS 1차 조사(25.2.20)의 환자 중심 치료에 대한 주요 결과와 일차 의료 인력 강화

1. PaRIS: 환자 중심 결과 및 경험에 대한 국제 표준

- PaRIS(Patient-Reported Indicator Surveys)는 환자가 직접 보고하는 건강 결과와 의료 경험을 측정하는 새로운 국제 표준임
 - 조사 대상:
 - 45세 이상일차의료(primary care) 이용자 107,000명 이상
 - 1,800개 이상의 일차의료기관
 - 19개국 참여
 - PaRIS의 주요 측정 항목
 - 환자 건강 결과 지표(PROMs, Patient-Reported Outcome Measures)
 - ✓ 신체 건강, 정신건강, 사회적 기능, 피로도 등
 - 환자 경험 지표(PREMs, Patient-Reported Experience Measures)
 - ✓ 환자가 의료 결정에 얼마나 참여했는지
 - ✓ 의료 서비스가 얼마나 잘 조정(coordinated)되었는지
 - PaRIS 10대 주요 지표
 - 건강 결과(5개)와 의료 경험(5개)을 분석하여 의료 서비스가 실제로 어떤 효과를 내는지 평가
 - 조사 주기: 4년



〈PaRIS 1차 조사 결과〉

- 주요 결과
 - OECD PaRIS 연구 결과, 의료비 지출이 높다고 해서 반드시 의료 서비스의 질이 높은 것은 아님.
 - 보건의료 인력이 많을수록 건강 결과가 향상되는 경향이 있음.

- 환자가 중요하게 여기는 의료 서비스 제공을 위한 “3T 원칙”

① 시간(Time)

- 환자는 진료 시간이 충분할수록 의료 서비스의 질이 높다고 평가
- OECD 19개국 중 절반 이상에서 다중 만성질환을 가진 환자의 50% 이상이 15분 이하의 진료 시간을 받음

② 맞춤형 치료(Tailored care)

- 의료 서비스가 환자의 필요에 맞춰 제공될 때 환자의 건강과 웰빙이 더 향상됨

③ 안전하고 원활한 치료(Trouble-free and safe care)

- 일차의료에서 발생하는 의료 사고(adverse events)는 환자의 의료 시스템 신뢰도 저하와 직결됨

2. 일차의료 인력 현황 및 개선 방안

1) 의대생의 일반의(GP) 진료 선택에 영향을 미치는 주요 요인

- 의대 교육 과정에서 일반의 진료 경험(예: 시골 지역 실습 경험)
- 근무 환경 및 업무 만족도
- 직업적 위상과 급여 수준
- 경력 발전 기회 제공 여부

2) 일차의료 의사(GP) 확보 및 유지 문제

- GP 근속을 저해하는 주요 요인
 - 낮은 보수
 - 낮은 직업 만족도
 - 제한된 경력 발전 기회
- OECD 연구 결과, GP의 직업 만족도는 근속률과 밀접한 관련이 있으며, 급여 및 근무 환경과 강하게 연관됨.
 - 많은 국가들이 일반의(GP) 부족 문제를 해결하기 위해 더 많은 학생들을 일반의학 분야로 유치하려 노력했지만, 어려움을 겪음.
 - 여러 국가가 GP 인력 확보를 위해 다양한 전략을 시행 중
 - (프랑스) GP 부족 문제 해결을 위해 전문의 과정 기간을 기존 3년에서 4년으로 연장하고, 의료 취약 지역에 대한 추가 수당을 제공
 - 벨기에) New Deal for General Practice 정책으로 2028년까지 일반의(GP) 수련기관의 47%를 차지하는 것을 목표로 하며, 의료 취약 지역에 대한 재정적 인센티브 제공
 - (독일) Masterplan Medizinstudium 2020을 통해 일반의 부족을 해결하기 위해 소득 수준과 교육 기회 개선
 - (카탈루냐) 도시 외곽에서 근무하는 가정의학 전공의에게 추가 급여 지급 및 인센티브, 유연한 근무시간, 전문성 개발 비용 지원 등 도입
- 일차의료 의사 유치 및 유지 전략

- 디지털 헬스 도입

- 원격 진료(Telemedicine): 대면 진료 부담 감소 및 의료 접근성 향상
 - ✓ (호주) 원격 진료 및 디지털 헬스 플랫폼을 통해 지역 간 건강 격차 해소 노력
- 전자 건강 기록(EHRs): 의료 정보 공유 및 진료 협력 개선
 - ✓ (덴마크) 전자 건강 기록(EHRs)의 보편적 도입으로 임상적 의사소통과 환자 치료 개선 도모
 - ✓ (캐나다) 일차의료 제공자의 85%가 전자 건강 기록(Canada Health Infoway)을 활용함으로써 만성질환 관리 향상 지원
- 원격 환자 모니터링(RPM): 실시간 건강 데이터 관리
- 인공지능(AI): 진단 지원 및 업무 자동화

- 의료 업무 분담 및 역할 재조정(Task sharing & Role differentiation)

- 의사의 일부 업무를 간호사, 약사, 의사보조(PA) 및 의료 보조사에게 위임
- 간호사 및 PA의 역할 확대→ 만성질환 관리, 처방, 건강 교육 수행
 - ✓ (프랑스) NP제도 도입하여 의사의 업무 부담 경감 및 만성질환 환자의 건강 결과 향상 도모
 - ✓ (캐나다) 약사에게 만성질환 관리, 약물 검토 및 예방접종 권한을 위임함으로써 농촌 지역에서 의료접근성 개선 노력
 - ✓ (스웨덴) 지역 간호사(District nurse)에 의한 예방 의료 및 만성질환 관리, 농촌 지역에서의 의료 접근성 개선

3) OECD 국가의 간호사 역할 확대

- 고급 실무 간호사(APN, Advanced Practice Nurse) 역할 증가
 - APN: 추가 석사 학위를 취득한 고급 간호사로, 복잡한 의사 결정 및 임상 역량 보유
 - (주요 업무) 약 처방, 진단 검사 처방, 만성질환 관리, 방문 의료 서비스 제공 등
- 한국은 2023년 OECD 조사에서 간호사의 APN 역할이 없다고 보고한 몇 안 되는 국가 중 하나

4) OECD 국가의 주요 정책 방향

- ① 의료 교육 및 훈련에서 일차의료 비중 확대(특히 농어촌 지역 실습 필수화)
- ② 간호사 및 기타 의료 전문가의 역할 확대
- ③ 다학제적 의료팀 활성화
- ④ 디지털 헬스 솔루션 도입(업무 효율성 향상 및 행정 부담 감소)
- ⑤ 경쟁력 있는 급여 및 근무 환경 개선을 통한 GP 근무율 증가

[발제 3] 의료 접근성과 의사 분포에 대한 지역 격차 감소

1. 한국 및 OECD 국가들의 지역 간 의료 불균형

- 한국을 포함한 여러 OECD 국가들은 지리적 의료 불균형 문제에 직면하고 있음.
- 농촌 지역의 상황

- 인구가 고령화되고, 경제적으로 취약하며, 만성질환 유병률이 높음
- 1차 의료(primary care) 의사 부족 → 건강 결과 악화

2. 의사의 농촌 지역 기피 이유

- 거주지 선택은 개인의 생활 방식(lifestyle choice)에 따라 결정
- 농촌 생활 자체가 매력적이지 않음(주요 요인: 교육시설 부족, 배우자 취업 기회 제한)
- 재정적 인센티브는 농촌 거주 선택에 상대적으로 적은 영향을 미침
- 농촌에서 성장했거나 농촌 지역에서 교육받은 의사들이 농촌에서 근무할 확률이 높음
⇒ (해결책) 의대 입학 시 농촌 출신 학생을 우대하는 방식이 효과적

3. 각국의 정책 옵션

- 의대 교육 및 수련 제도 활용 전략
 - 어릴 때부터 농촌 출신 학생들을 의대에 선발하면, 졸업 후 농촌 근무 가능성 증가
 - (연구 결과) 농촌 출신 학생이 일반 학생보다 2~5배 더 높은 확률로 농촌 지역에서 개업 ⇒ 의무 복무(return-of-service) 조건을 강제할 필요 없이, 선발 과정에서 농촌 출신 학생을 우대하는 것이 더 효과적
- 재정적 인센티브
 - 대부분의 국가들이 농촌 지역 의사 유치를 위해 재정적 지원 제공
 - (독일) 개업 시 6-7만 유로 일괄 지급
 - (프랑스) 초기 소득 보장
 - (캐나다, 호주) 고립 지역 근무자에게 추가 수당 지급
 - (독일, 프랑스) 은퇴 시기 연장
 - 그러나 연구에 따르면 기존 재정적 인센티브의 효과는 제한적
 - 실제 효과를 보려면 현재 소득의 2배 수준의 재정 지원이 필요
 - 특히 학생 부채가 많은 국가에서는 인센티브 효과가 더 클 가능성
- 규제를 통한 의사 분포 조정
 - 일부 국가는 1차 의료 의사(PCP, Primary Care Physicians) 분포를 직접 규제
 - (덴마크) 1명당 환자 수 1,600명으로 제한
 - (독일) 1명당 환자 1,607명
 - (노르웨이) 1명당 환자 2,500명, 2001년 이후 북부 지역 의사 부족률 20% → 5% 감소
 - 규제는 비용 대비 효과적이지만 정치적 논란 발생 가능성
- 외국인 의사 활용
 - 장기적으로 지속 가능성이 낮음(농촌 근무율 20% 이하)
 - (캐나다) 농촌 지역에서 2~5년 근무 조건으로 면허 발급
 - (미국) 비자 면제 조건으로 2~3년 농촌 근무 요구
- 대체적 해결 방안

- 근무 환경 개선 & 의료 서비스 조직 방식 개혁
 - 대체 의사(Locum doctor) 운영(캐나다)
 - 그룹 진료소 도입(프랑스)
 - 원격 의료(telemedicine) 활용(환자-의사, 의사-의사 간 상담)
 - 업무 분담(task delegation) 확대(간호사, 약사 등 활용)

[발제 4] 의사 및 그룹 진료에 대한 보수 및 지불 시스템의 최신 개혁 동향

1. 수가 체제 개선

- 행위별 수가제(Fee-for-Service, FFS)는 진료량 증가 유인을 제공하지만, 비용 통제가 어려움.
 - 진료량 증가 → 대기 시간 단축 효과
 - 하지만 과잉 진료 및 의료비 급증 문제 발생.
 - 진료 가격 조정 시 의료비 지출이 오히려 증가할 수 있음.
- OECD 국가들은 행위별 수가제에서 점차 벗어나, 혼합 보상제도로 전환 중

Measure	Primary Care	Outpatient specialists	Specialists in hospitals
Australia	Fee-for-service	Mix of fee-for-service and salary	Mix of salary and fee for ser
Belgium	Fee-for-service	Fee-for-service	Fee-for-se
Canada	Mix of salary, fee for services and capitation	Fee-for-service	Fee-for-se
Costa Rica	Salary	Salary	Sal
Czechia	Mix of fee for services and capitation	Fee-for-service	Sal
Estonia	Mix of fee for services and capitation	Salary	Sal
Finland	Salary	Salary	Sal
France	Mix of salary and capitation	Mix of fee-for-service and salary	Mix of fee-for-service and sal
Germany	Fee-for-service	Fee-for-service	Sal
Greece	Mix of salary and fee for services	Fee-for-service	Sal
Hungary	Mix of salary and capitation	Salary	Sal
Iceland	Salary	Fee-for-service	Sal
Ireland	Capitation	Fee-for-service	Sal
Israel	Mix of salary and capitation	Mix of fee-for-service and salary	Sal
Korea	Fee-for-service	Fee-for-service	Sal
Latvia	Mix of fee for services and capitation	Mix of fee-for-service and salary	Mix of fee-for-service and sal
Lithuania	Capitation	Salary	Sal
Luxembourg	Fee-for-service	Fee-for-service	Fee-for-se
Netherlands	Mix of fee for services and capitation	Mix of fee-for-service and salary	Fee-for-se
Norway	Mix of fee for services and capitation	Mix of fee-for-service and salary	Sal
Poland	Capitation	a unit price (fee-for-service)	Salary/global bu
Portugal	Salary	Mix of salary and fee for services	Mix of fee-for-service and sal
Slovak Republic	Capitation	Fee-for-service	Sal
Slovenia	Salary	Salary	Sal
Spain	Mix of salary, fee for services and capitation	Salary	Sal
Sweden	Salary	Salary	Sal
Switzerland	Fee-for-service	Fee-for-service	Mix of salary and fee for ser
United Kingdom	Mix of salary, fee for services and capitation	Salary	Sal
United States	Mix of salary, fee for services and capitation	Mix of salary, fee for services and capitation	Mix of fee-for-service and sal

Source: 2023 OECD Health System Characteristics Survey

<2023년 OECD 국가의 의료기관별 보상제도>

2. 정책 개입 가능 영역

- 예산 통제 강화 및 지출 과잉 방지
 - 가격과 진료량을 연계하여 진료량 증가 억제(FRA)
 - 특정 수준 이상 가격 인하로 진료량 증가 방지(GER).
 - 기존 수가제 시스템 유지하면서 예산 통제 시스템 도입 가능
- 행위별 수가제 비중 축소 및 혼합 지불제도 도입
 - 일부 국가는 묶음 지불제(bundled payments) 도입

- (질환별 묶음 지불) 특정 질환 치료를 담당하는 의료진에게 전체 치료 예산을 할당
 - (인구 기반 묶음 지불) 특정 지역 내 인구 건강 관리를 책임지는 의료진에게 예산을 할당
- 프랑스 사례
- “PEPS 2(Paiement en équipe de professionnels de santé en ville 2)“
→ 의료팀 단위로 보상하는 방식 도입
- 건강한 노화(Healthy Ageing) 정책 연계
- 건강한 노화 정책을 통해 의료 서비스 수요 감소 및 효율성 개선에 기여 가능
- 건강한 삶 지원 및 예방 중심
 - ✓ 노인을 위한 신체 활동 프로그램, 예방에 투자
 - 고위험군 조기 발견 및 맞춤형 개입
 - ✓ 북유럽 국가들의 가정 방문 예방 프로그램
 - 의료 서비스 접근성 강화
 - ✓ 오스트리아의 커뮤니티 헬스 간호사
 - ✓ 폴란드의 일차 의료센터
 - ✓ 프랑스의 중간 치료 시설
 - ✓ 영국의 재택 병원 서비스(hospitals at home)



〈OECD 발간 관련 자료〉

[발제 5] 필수 의료 인력 강화 전략 - 응급 분야 인력 중심

1. 코로나19 팬데믹 이후 응급의학 인력 변화

- 응급의학 인력이 점차 성숙해지면서 퇴직률 증가
- 파트타임 근무 증가
- 농촌 지역 및 작은 병원에서의 근무 증가
- 응급실 운영 시간 확대
- 지역사회 기대 수준 증가
- 의료 시스템이 심각한 부담을 겪으며, 많은 인력이 이탈하거나 근무시간 단축

- 응급의학 전문의 공석 증가(호주/뉴질랜드 데이터 기반)
- 응급의학 전공 레지던트 충원을 변화
 - 2023년까지 90% 이상의 충원을 유지
 - 그러나 2023년 매칭률 81.6%까지 급락
 - 2024년 다시 95%로 회복되었지만, 이 변화가 응급의학 분야에 어떤 영향을 미칠지 불확실

2. 응급의학 인력의 이탈 요인

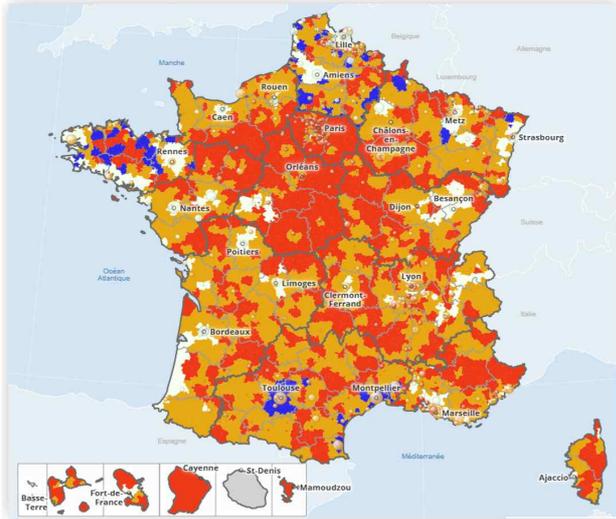
- 지속적인 의료 수요 증가
 - 의료 시스템이 과부하되면서, 응급실이 그 부담을 흡수하는 역할을 함.
 - 짧은 스프린트로 이루어진 업무가 아니라, 끊임없는 마라톤처럼 지속적인 부담이 되는 구조
- 직장 내 폭력 및 공격성 증가
- 병원 개원 기회 부족
- 사회적 기대 지속 증가

3. 응급의학 인력 유지 방안

- 해결해야 할 주요 문제
 - 책임 전가(blame culture)와 부정적인 문화 개선
 - 감당할 수 없는 근무 환경 해결
 - 비효율적인 리더십 극복
 - 강력한 지원 시스템 구축
- 위기에서 배울 점
 - 긍정적인 직장 문화 조성
 - 진정성 있고 가시적인 리더십 제공
 - 안전한 근무 환경을 최우선으로 고려
 - 명확한 의사소통 보장
 - 팀원들의 가치를 인정하고 존중
 - 팀워크와 협력을 촉진하는 환경 조성
- 응급의료 인력이 본연의 업무를 수행할 수 있도록 지원하고, 그 업무의 가치를 인정받을 수 있는 환경을 조성하는 것이 가장 중요
 - 핵심과제
 - 의료 수요 관리
 - ✓ 응급실이 과부하되지 않도록 시스템을 조정
 - 입원 환자를 위한 병상 접근성 확보
 - ✓ 응급실에서 대기하는 환자 수를 줄이고 원활한 전원 체계 구축
 - 경증 환자를 위한 신속한 진료 시스템 마련
 - ✓ 응급실이 아닌 다른 대체 진료 모델(예: 1차 의료 네트워크)을 통해 부담 경감

<ul style="list-style-type: none"> ✓ NHS에서는 이용자의 응급, 비응급을 판단하여 상담하는 절차 있음 • 학술적·행정적 기회 제공 ✓ 응급의학 전문의들이 연구, 교육, 정책 개발 등에 참여할 수 있도록 지원 	
⑤	보건부 간담회
일 시	2025. 2. 26. (수) 10:30~12:00
장 소	보건부(Ministère de la Santé)
참석자	FLORIAN BON 외(보건부), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원(KIHASA)
<p>[발제 1] 의료 인력 관리에 대한 국가 전략</p> <p>1. 최근 지역의료 관련 변화</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (수요 증가) 만성질환 증가, 고령화로 인해 수요 증가 ○ (공급 감소) 의료 인력의 이직·이탈, 의대 정원 제한 등으로 의료 인력 수 부족 ○ 2019년의 의대 정원 제한 삭제, 이를 통해 2020-30년까지 의대생 수 증가 기대 ○ 피부과 전문 의사들은 피부 질환 진료보다 미용 쪽을 많이 선호하기 때문에 미용 목적 피부과는 공급이 많아 접근이 용이함. ○ 프랑스 간호사의 35% 이탈 있음(한국의 경우 50% 이탈) <p>2. 의료 인력 배분 전략</p> <p>1) 의료 인력 배치 관련 규제</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 치과 의사, 조산사, 언어치료사, 간호사, 물리치료사 등에 대한 규제 시행 ○ 각 직군별로 지역 수준에서 저밀도, 중간 밀도, 고밀도 구역 설정 ○ 1차 의료의 공급과 수요 간 공간적 일치 정도를 측정하는 지역별 의료접근성 지표(Localised potential accessibility, LPA) 사용 <ul style="list-style-type: none"> - 의료 인력이 부족한 지역에는 재정적 및 물질적 지원 제공 - 의료 인력이 과밀한 지역에는 개업 제한 (단, 의사는 예외) ○ 의료 전문가 유치를 위한 지도 웹사이트(CartoSanté) 활용 <ul style="list-style-type: none"> - 프랑스의 65%는 의료접근성 낮음 <p>2) 지역 약국의 법적 및 규제 프레임</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 프랑스 일반 약국의 기본 원칙: 약사의 독점적인 의약품 조제 권한 보장 ○ 약국 개설은 인구 밀도 및 지리적 기준에 따라 엄격히 규제 	

- 약국 개설, 이전 및 통합은 지역 의료 서비스 접근성을 보장하는 방식으로 이루어짐
- 약사에게 일부 백신, 항생제 처방 가능하도록 권한 부여
- 2가지 타입의 항생제 처방, 백신 투여(모든 지역에서 가능)
- (참고) 의사 수 부족을 보완하기 위해, 진료지원 간호사(PA)의 형태(정부 지원 20%)와 의사의 자원봉사자에 대한 정부 지원도 있음



Mapping of physicians' care offer from CartoSanté website

<프랑스의 의사 인력 분포 현황-CartoSanté>

**붉은색일수록 접근성 저하를 의미



Distribution of pharmacies on the national territory

<프랑스의 약국 분포 현황>

3) 의료 생물학 실험실의 법적 및 규제 프레임

- 프랑스 인구의 81%가 7km 이내의 민간 의료 생물학 실험실에 접근 가능
- 의료 생물학 실험실은 위치 및 접근성을 고려하여 엄격한 규제를 받음
 - 각 지역의 의료 수요 및 실험실의 분포도를 고려한 균형 있는 배치

4) MRI 및 스캐너 설치 허가

- 지역 보건청(ARS)이 지역 내 MRI 및 스캐너 설치 가능 수량을 결정
- 지역 내 필요와 프로젝트에 따라 프로젝트 스폰서에게 권한 부여
 - 해당 스폰서는 단순 신고 절차를 통해 유연한 장비 풀의 확장 가능

3. 의료 인력의 훈련 및 유지

- 필수 및 취약 지역에서 근무하는 의료 전문가를 위한 인센티브 프로그램(CESP)

1) 의료 인력을 위한 재정 지원

- 취약 지역에서의 개원을 약속하는 학생들에게 장학금 지급(연간 500명)
 - 청년 의료 전문가가 개업을 시작할 수 있도록 최대 50,000유로 보조금 지원
 - 첫째 개업 소득 보장
 - 농촌 지역에서의 세금 및 사회 기여 면제

2) 개업 및 정착 지원 시스템

- 의료 인력의 개원 지원을 위한 “원스톱 서비스 데스크(guichet unique)” 운영
- 각 지역 보건청(ARS)에서 행정 지원 및 개별 컨설턴트 제공

4. 지역 의료 접근성 및 형평성 제고

- 도시와 농촌 간 의료서비스 격차 해소를 위한 정부 정책은 아래와 같음

1) 원격의료(Télémédecine)

- 원격 진료 서비스 확대 및 취약계층(교도소, 요양원 등)의 의료접근성 강화
- 의료 전문가가 원격으로 전문의의 조언을 받을 수 있도록 원격 자문 서비스 제공
- 일반 간호사에게 영상 진단 권한 일부 부여

2) 이동형 의료서비스

- 의료 취약 지역 및 재난 지역을 위한 이동형 의료팀(Medicobus) 운영(현재 30개 프로젝트 인증), 최근 도입 시작
- 의료 장비를 갖춘 이동형 의료 차량 운영
 - 모바일 MRI unit 운영
- 노르망디의 핵발전소나 한전 전력공사 등에서 재정 일부 지원

3) 이동형 MRI 서비스

- 일부 지역(누벨아키텐(Nouvelle-Aquitaine), 부르고뉴-프랑슈콩테(Bourgogne-Franche-Comté), 브르타뉴(Brittany))에서 민간 주도로 이동형 MRI 장비 도입
- 병원 및 의료센터 인근에 배치하여 MRI 검사 대기 시간 단축
- 환급 없이 큰 비용을 내고 검사를 받는 사례가 증가하여 진단력을 높이기 위한 목적으로 실시

4) 가정 내 영상 진단 서비스

- 방사선 비전문 의료인이 영상을 촬영하고 이를 방사선 전문의가 판독하는 시스템
- 환자의 이동 부담을 줄이고, 의사가 부족한 지역에서 효과적인 해결책 제공

[발제 2] 보건 분야 인적 자원의 과제 및 인력 유인

1. 인적 자원(RH) 과제 및 인력 유인(Attractivité)

○ 인적 자원 부족과 그 영향

- 공석률 문제

- 병원 내 의사(Praticien Hospitalier) 공석률 30%.
- 2030년까지 110,000명의 간호조무사(Aide-soignant) 채용 필요.
- 인력 부족으로 인한 병상 축소

- 채용의 어려움

- 채용 공고당 지원자 수 부족
- 프랑스의 채용 방식은 학위 중심적이며, LinkedIn 및 Indeed 같은 플랫폼 활용이 상대적으로 적음

- 임시직 및 비정규직 증가

- 의료진 보충을 위해 계약직 및 임시직 증가
- 이는 조직의 안정성을 저해할 가능성이 있으며, 점차 새로운 표준으로 자리 잡을 우려가 있음

○ 인력 유인을 위한 다차원적 접근 필요

- 인적 자원 문제는 복잡적이고 다양한 요인이 얽혀 있음

- 채용, 교육, 근무 시간 조정 등 여러 차원의 접근 필요

- 단기, 중기, 장기적인 정책 동시 추진 필요

- 지역 및 국가 차원의 정책 병행 필요

○ 인적 자원 정책의 복잡성

- 다양한 정책 주체: 중앙정부, 지역정부, 지방자치단체 등

- 관련 기관: ARS(보건청), 지방정부, 대학, 여러 정부 부처(내무부, 노동부, 보건부, 복지부 등)

- 다양한 의료기관: 공공병원(EPS), 비영리 의료기관(ESPIC), 요양시설(EPHAD) 등

- 의료진의 다양한 근무 형태 고려 필요

2. 주요 정책 및 성과

○ 법과 정책 개혁

- “Ma Santé 2022” 정책 시행

- 2021년 RIST 법, 2023년 Valletoux 법 도입

- 연간 보건재정법(PLFSS) 도입

○ 보건 인력 급여 및 복지 개선

- 보건 인력의 급여 체계 개편

- 야간, 주말, 공휴일 근무 수당 인상 (2024년 시행).

○ 보건 인력 업무 조정 및 확대

- 업무 분배 개선 및 직군 간 협력 강화

- 전문 간호사(IPA) 역할 확대 (응급 분야 포함)
- 간호사 및 약사의 처방권 확대

3. 국가 차원의 보건 인력 관리 전략

- 의료 인력 정원 관리 개혁
 - 의대 정원 제한(Numerus Clausus) 폐지 및 유연화(Numerus Apertus, 2021년 시행): 대학마다 자율성 부여
 - 각 대학의 수용 능력(capacitaire)에 따라 의대 정원 조정
- 국가 보건 인력 관리 기관 운영
 - 의료진 선발 및 인력 배치 총괄
 - 병원 의사 및 외국인 의사 채용 프로세스 운영
- 보건 인력 유입 장려 정책
 - 공공서비스 계약(Contrat d' Engagement de Service Public, CESP) 확대
 - 특정 지역(의료 인력 부족 지역) 근무 조건에 따른 지원금 매월 지급
 - 2026년부터 조산사(sage-femme)에게도 해당 정책 적용

4. 인력 유인(Attractivité) 정책 세부 조치

- 보건의료 직업 홍보 및 접근성 개선
 - 정부 주도 채용 캠페인 시행
 - 2022년: 보건 직군 홍보 캠페인
 - 2023년: 응급 의료 보조원(Assistants de Régulation Médicale) 채용 캠페인
 - 2024~2025년: 추가 채용 캠페인 예정
 - 공공부문 통합 채용 플랫폼 구축(Choisir le Service Public)
 - Indeed, LinkedIn 등과 협력하여 채용 공고 확산 강화
 - France Travail 및 병원 간 협업 확대
- 교육 및 경력 개발 확대
 - 보건 직군의 직업적 전환 지원
 - 초기 교육 체계 개선 및 현대화
 - 직업 내 이동성 및 경력 개발 기회 확대
 - 의료 협업 모델 도입 및 확대
- 근무 환경 개선 및 인력 유지
 - 2021년 'Ségur de la Santé' 협약에 따른 보건 인력 급여 인상
 - 2024년부터 야간, 주말, 공휴일 근무 수당 인상
 - 임시직 규제 강화 (2023년 Valletoux 법 시행)
 - 의료 및 비의료 인력의 임시직 급여 상한 설정 (2025년 PLFSS 시행 예정)

⑥	파리정치대학 간담회
일 시	2025. 2. 27. (목) 11:30~12:30
장 소	파리정치대학(Sciences Po)
참석자	Prof. Daniel Benamouzig(Sciences Po), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원(KIHASA)
<p>□ 프랑스의 의대 정원 확대 이슈</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 의사 수 증원은 요구에 따라 정치적으로 즉각 대응한 사례(장기간 계획이 뚜렷하지 않음) ○ 1968년부터 50년간 정부 규제 내 의대 정원 제한 정책 실시(의사들도 증원 반대) ○ 2020년부터 정원 제한에 대한 규제 철폐 정책 시행 <ul style="list-style-type: none"> - 지역의 역량과 수요를 반영하여 증원 수 결정, 정책 시행 효과는 10년 이후로 기대 ○ 2020-40년까지는 의사 수 지속적으로 부족할 것으로 예상 <ul style="list-style-type: none"> - PA 간호사, 외국 의사, 지역의료협의체 등의 다양한 인력 유형으로 의사 수 부족이 보완될 것으로 예상 - 의사 수가 증가하겠지만 가져올 변화에 대한 예측은 어려움 <p>□ 필수 혹은 지역 기피 현상에 대한 제도적 극복 방안</p> <p>1) 재정적 지원</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 예. 개원 비용, 정착 유지 비용 등 ○ 의사가 이동하지 않는 원인은 재정보다는 효율성 때문이므로 재정적 지원을 해도 이동하지 않음 <ul style="list-style-type: none"> - 한국도 2배 이상의 보수를 제공하더라도 지역으로 지원하지 않음 ○ 지역에는 의사수 부족으로 환자가 많고, 의사의 수입은 행위별 수당으로 발생하므로, 지역 의사는 이미 많은 수입을 창출할 수 있는 구조이기에 재정적 지원을 제공하는 것은 효과가 별로 없음 <p>2) 세금 감면</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 평가가 되지 않아 효과성은 불분명 (정치적으로 유용하지만, 효과는 잘 모르겠음) <p>3) 직업 환경 개선(※앞선 3가지 방안 중 가장 효과적인 것으로 예측)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 개원 공간 및 장비 및 직원 지원 <p>□ 지역 완결형 의료 서비스 제공에 대한 이슈</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 지역 중심이 아닌, ‘재택’ 중심으로 의료서비스를 제공하려는 방향 추구 <ul style="list-style-type: none"> - 의료진이 환자의 집에 직접 방문하는 형태(집→입원실), 노인 대상으로 제공 ○ 현재 체계적인 정부 정책으로 시행 중인 단계 아니며 실험과 논의가 이루어지고 있는 상황 <ul style="list-style-type: none"> - 일부 특정 영역에 시도(의료버스 등) ○ 집에서 진료받는 것에 대해서는 예전부터 논의가 있었으나, 실제 제공은 병원 차원에서 이루어져 고비용의 서비스였음 <ul style="list-style-type: none"> - 암의 화학요법을 재택에서 제공하는 경우 훨씬 비용이 절감된다는 논의 있음 ○ 한국에서도 aging place의 개념을 지향하며 의료-요양의 통합에 대한 논의 있음 	

⑦	CNAM 간담회
일 시	2025. 2. 27. (목) 14:00~16:00
장 소	의료보험중앙공단(CNAM)
참석자	Marc SCHOLLER, Julie Galodé 외(CNAM), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원(KIHASA)
<p>[발제 1] 건강보험 재정</p> <p>□ 프랑스 건강보험 기금 및 부채 관리 기관</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ URSSAF(사회보장분담금 관리기구) <ul style="list-style-type: none"> - 사회보장 분담금을 징수, 중앙 집중화 및 배분 - 사회보장 기관의 자금 흐름 조정 및 감독 - 고용주, 근로자 및 자영업자 관련 대량의 사회 데이터 관리 - 단기 부채 (1년 미만)만 허용됨 (유럽 시장에서 거래 가능한 채권 형태) ○ CADES(사회보장 부채 상환기구) <ul style="list-style-type: none"> - 사회보장 부채 관리 및 상환 - 금융 시장에서 채권을 발행해 부채를 조달하고 점진적으로 상환 - 채권 발행을 통해 부채 조정 및 장기적 상환 계획 유지 <p>□ 2024년 건강보험 적자 현황</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 2024년 건강보험 부문 적자: 154억 유로 (2023년 153억 유로) ○ 2015-2019년: 적자 점진적 해소 및 2018-2019년 균형 근접 ○ 2020-2022년: 코로나19로 인한 경제 위기 → 수입 감소 및 지출 증가 (+11%) ○ 2023년: 팬데믹 관련 지출 감소로 적자 축소 ○ 2024-2025년: 경제 성장 둔화로 수입 증가 제한, 지출 증가 지속 (2024년 ONDAM +3.6%) <p>□ 건강보험 수입과 지출 구조</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 수입원 <ul style="list-style-type: none"> - 건강보험 기금의 주요 자원 <ul style="list-style-type: none"> • 사회보장 기여금(고용주 부담 36%, 근로자 부담 22%) • 부가가치세(VAT) • 소비세(담배, 술, 의약품 등) • 환경세(CO2 배출세, 대기 오염세 등) ○ 주요 지출 항목 	

- 2023년 의료비 지출: 1052억 유로
 - 의약품 및 의료기기: 325억 유로
 - 의료 및 치과 진료비: 284억 유로
 - 병가(상병) 수당: 158억 유로 * 프랑스는 상병수당으로 인한 지출 증가로 이를 통제하는 것이 어려움
 - 간호 및 물리치료 비용: 154억 유로
 - 응급 이송비: 60억 유로
 - 검사 및 실험실 비용: 36억 유로
- 2023년 병원 및 클리닉 운영비: 1030억 유로
 - 전문 진료, 수술, 재활 치료, 장기 요양, 출산 및 예방 의료 포함
 - 혼합 재정 구조 (활동량 기반 예산 + 특정 분야 고정 예산)
- 관리 비용: 전체 예산의 2.5% 미만

□ 건강보험 지속 가능성 확보 방안

- 고령화 및 만성질환 증가(건강보험 가입자 중 2400만 명이 만성질환 보유)
- 경제 성장과 고용 상황에 따른 수입 변동성
- 세금 및 기여금 인상 시 노동 비용 증가 문제
- 인플레이션 영향 고려
- 2025년 예산 절감 계획
 - 만성질환 관리 최적화
 - 부정 수급 방지 강화
 - 의료서비스 효율성 증대

[발제 2] 의료 사막 지역 문제 해결 및 의사 보수 체계

1. 의료 공백 지역 문제 해결

1) 프랑스의 인구학적 의료 환경

- 프랑스에서는 의사만이 자유로운 개원권을 가지며, 보건당국의 제한 없이 어디든 개원이 가능. 그러나 다른 보건의료 직업군(물리치료사, 조산사, 치과의사, 약사 등)은 개원에 제한
 - (약사) 특정 지역에서만 개업이 가능하며, 전국적으로 약국 공급망을 균형 있게 유지하는 것이 목표.
 - (조산사, 물리치료사, 치과의사 등) 이미 의료 공급이 충분한 지역에서는 개업 제한
 - (치과의사) 새로 개원하려는 치과의사는 기존 치과의사가 떠나는 경우에만 개원 가능

2) 2016년 의료 공백 지역 문제 해결을 위한 의료 협약

- 2016년 의사 노조와 건강보험공단이 체결한 의료 협약을 통해 의료 취약 지역(ZIP: Zone d' Intervention Prioritaire)으로 의사를 유치하기 위한 4가지 재정적 지원 계약을 도입

- ① 개업 지원 계약(CAIM): ZIP 지역에 새로 개업하는 의사에게 지원금 지급
 - ② 안정화 및 협력 계약(COSCOM): ZIP 지역에서 지속적으로 활동하는 의사 지원
 - ③ 전환 계약(COTRAM): ZIP에서 은퇴를 앞둔 의사가 새 의사를 유치할 수 있도록 지원
 - ④ 연대 계약(CSTM): ZIP에서 시간제로 활동하는 의사들에게 인센티브 제공
- 예시: CAIM 계약을 체결한 의사는 ZIP 지역 개업 시 5만 유로(약 7,000만 원) 지원
- 반면, ZIP에서 활동 중인 의사는 총 16,000명(일반의 10,000명, 전문의 6,000명)에 달함
 - 프랑스 내 ZIP 지역: 총 13,680개 도시(2024년 기준)

3) 의료 공급 불균형 해결을 위한 추가 대책

- 연구 결과에 따르면 단순한 재정적 인센티브만으로는 부족하며, 아래와 같은 추가 정책의 필요성 제기
 - ① 과밀 지역 개원 제한: 개원이 가능한 지역을 조정하는 규제 도입
 - ② 강제 배치 정책: 특정 기간 동안 의무적으로 ZIP 지역에서 근무하도록 하지만, 기간 종료 후 다시 도시로 복귀하는 문제가 있음
 - ③ 의대 교육 개혁:
 - 의대생들이 ZIP 지역에서 실습 경험을 쌓을 수 있도록 함
 - 의료 공급이 부족한 지역 출신 학생들에게 의대 입학 기회를 확대하여 졸업 후 해당 지역으로 돌아오도록 유도
 - 의대 캠퍼스를 지방으로 분산하여 지역 내 의료진 양성
 - ④ 공공기관 소속 의사 채용:
 - 지방정부가 의사를 직접 고용(공무원화)하는 방안. 단, 공무원 의사는 개원 의사보다 근무 시간이 짧은 단점이 있음.
 - ⑤ 다학제적 의료 협력(MSP: Maison de Santé Pluriprofessionnelle) 장려:
 - 새로운 세대의 의사들은 단독 개원보다 팀으로 일하는 것을 선호

4) 2024년 개정된 의료 협약(새로운 재정적 인센티브)

- 2024년 의료 협약에서는 새로운 지원금을 도입
 - ZIP 개원 지원금: 1만 유로
 - ZAC(보완 의료 공급 지역) 개원 지원금: 5,000유로
 - ZIP 지역 내 제2의 병원 개설 지원금: 3,000유로
 - ZIP 및 도시 내 의료 취약 지역(QPV) 개원 시 ‘주치의 수당(FMT)’ 추가 지급
 - 신규 개원: 1년차 50%, 2년차 30%, 3년차 10% 추가 지급
 - 기존 개원 의사: 10% 추가 지급
 - ZIP에서 일하는 비상주 의사
 - ZIP 지역에서 반일(반나절) 진료 시 200유로지급 (월 6회 한정).

※ 강제 배치 정책은 여전히 반영되지 않음, 하지만 이는 국회에서 계속 논의되는 주제임.

2. 개업 의사 보수 체계

1) 의료 보수 유형: 프랑스의 의사 보수 체계는 다양한 방식으로 구성

- ① 행위별 수가제(Fee-for-Service)
 - 진료 및 의료 행위별로 수익 발생
- ② 주치의 수당(FMT)
 - 주치의에게 지급되는 연간 고정 수당(환자 상태, 연령 등에 따라 달라짐)
- ③ 디지털 지원금(DONUM)
 - 전자 진료 시스템을 적극적으로 활용하는 의사에게 지급
- ④ 기타 지원금
 - 의료 교육, 취약계층 진료, 원격의료 참여 등

2) 집단 보수제(팀 기반 고정 급여)

- 2024년 개정 의료 협약에서는 개별 의사가 아닌 팀 단위의 집단 보수제 도입
 - 의사 팀이 ZIP 지역에서 전체 환자를 대상으로 고정 급여 지급을 받음
 - 진료 시간을 효율적으로 배분하고 협업을 촉진

** (참고) 의사에게 행위별 수가제 vs 인두제(capitation)를 선택할 수 있는 방안을 올해부터 시행할 예정

프랑스 의사들도 인두제 실시에 회의적이나, 정치적 의사가 강해서 정책 시도

간호사에게 의사의 행위 위임 시, 의사의 행위 수당이 감소하므로, 반대하나 간호사한테 행위 위임되지 않으면 인두제도 고려하는 입장임

인두제 시 성과보상 모델 추진했으나, 무의미하여 다른 방향으로 수행 예정

3) 기타 인센티브

- 비상 진료(야간 및 주말 근무) 수당
- 의대 실습 지도 수당
 - ZIP 개업 의사: 연간 800유로
 - 기타 개업 의사: 연간 500유로
- 취약계층(국가의료지원 AME) 환자 진료 수당: 연간 500유로
- 간호사와 협업 시 지원금: 100~1,000유로
- 연간 최대 1,000유로까지 예정에 없던 진료에 대한 의료서비스 접근 서비스(Service d' Accès aux Soins, SAS) 참여 강화

⑧	일반의원 간담회
일 시	2025. 2. 27. (목) 17:00~19:00
장 소	Cabinet médical Boucicaut
참석자	지동현 박사(Cabinet médical Boucicaut), Dr. Josselin Le Bel(MSP MATHAGON), 신옥수 과장, 김다혜 사무관, 김수현 보건정책 분석 담당관(OECD), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구위원(KIHASA)

※ 주치의 수당 패키지는 3가지로 구분

<1> 환자 상태의 복잡성(ALD(장기적인 치료가 필요한 30개의 만성질환) 유무, 연령 등)을 고려한 고정 요금

환자	현재 금액	2026년	신규 환자 C2S (2026)
만성질환 80세 이상	70€	100€	110€
일반 80세 이상	46€	55€	65€
만성질환 0-79세	46€	55€	65€
일반 75-79세	5€	15€	25€
일반 7-74세	5€	5€	15€
일반 7세 미만	6€	15€	25€
지난 2년간 진료를 받지 않은 환자	N/A	5€	5€

<2> 의사의 활동 특성(인구가 적은 지역에서의 진료, 연령)과 관련한 추가 요금

- ① ZIP 및 QPV에 새로 개업한 의사
 - 3년 동안 FMT(기본 패키지) 증가: 첫째 50%, 2년차 30%, 3년차 이후 10%
- ② ZIP 및 QPV에 기존 개원 의사
 - FMT(기본 패키지) 인상: 영구적으로 10% 인상(의사가 ZIP 또는 QPV에서 진료를 하는 경우)
- ③ 67세 이상 의사
 - FMT(기본 패키지) 인상: 영구적으로 10% 인상

<3> 예방을 위한 홍보(예방접종, 건강검진 등)에 따른 변동 요금

- 대상 환자가 처방 없이 해당 의료 행위를 수행할 경우 5유로의 정액 수당 지급
(처방을 하지 않아도 환자가 인식이 개선되어 백신, 검사 등을 받는 것이므로 그 차원에서 주치의에게 지급)

구분	지표	대상 인구
백신	독감 백신: 연간 캠페인	65세 이상 또는 ALD* 또는 치료* 중
	코로나 백신: 연간 캠페인	65세 이상 또는 ALD* 또는 치료* 중
	폐렴구균 백신(20가): 1회 접종	18세 이상 또는 ALD* 또는 치료* 중
	MMR 백신: 출생부터 24개월까지 최소 2회 접종	16개월 이상 35개월 이하의 소아
	수막구균 C 백신: 출생부터 12개월까지 최소 1회 접종	5개월 이상 23개월 이하의 소아
	HPV 백신 접종: 10세에서 14세 사이에 최소 2회 접종	11세 이상 15세 이하의 소아
선별 검사	대장암 검진: 2년마다 대변 혈액 검사 키트 사용	50세 이상 74세 이하의 남성과 여성
	유방암 검진: 2년마다 유방 X선 촬영 검사 사용	50세 이상 74세 이하의 여성
	자궁경부암 검진: 연령에 따른 빈도 및 검사**	25세 이상 65세 이하의 여성
	공복 혈당으로 당뇨병 검사: 3년마다	45세 이상 ALD*
	알부민뇨 + 크레아티닌뇨 + 크레아티닌혈중으로 CKD 검사: 매년	18세 이상 ALD*
추적 관찰	HbA1c 측정으로 당뇨병 모니터링: 6개월마다	ALD 당뇨병 또는 치료를 받고 있는 사람
	9개월에 아이의 필수 검사: 8개월에서 10개월 사이	8개월 이상 21개월 이하의 소아
	24개월 또는 25개월에 아동에 대한 의무적 검사: 22개월에서 26개월 사이 포함	22개월 이상 37개월 이하의 소아
	구강 검사: 매년	3세 이상 24세 이하의 소아

⑨	다학제 의료센터(Maison de Santé Pluriprofessionnelle, MSP) 간담회
일 시	2025. 2. 28. (금) 16:00~18:00
장 소	MSP MATHAGON
참석자	Dr. Josselin Le Bel 외(MSP MATHAGON), 송호준 통역담당(소르본 누벨 대학교), 신현웅 선임연구위원, 고든솔 부연구위원, 배정은 전문연구원(KIHASA)

□ MSP Mathagon 팀 구성 및 역할

구분	인원	역할
일반의(GP)	11명	- 포괄적·지속적인 진료 제공 - 신체적, 정신적, 사회적, 문화적 및 실존적 요소를 통합하는 진료 수행
간호사(IDE)	4명	- 주 7일 가정 간호 제공 - 월~토요일 병원 내 간호 서비스 제공 - 의사의 처방에 따라 간호 서비스 수행
공공 보건 간호사 (ASALEE)	2명	- 치료 교육 및 동기 강화 상담 제공 - 환자의 지속적인 건강 관리
심리학자 (psychologist)	2명	- 심리적 치료 제공 - 특히 취약 계층 환자의 심리 상담 지원
상급 실무 간호사 (IPA, Nurse in Advanced Practice)	1명	- 만성 질환 환자 관리 - 병원 내 의료 서비스 조정 - 치료 경로 조정 및 연속성 확보
의료보조원 (Medical Assistants)	2명	- 환자 안내 역할 - 의료 및 사회적 응급 상황 관리
의료비서 (Medical Secretary)	1명	- 병원 내 행정 및 물류 지원
사회복지사	2명	- 환자 및 가족의 사회적 문제 해결 - 의료 접근성 향상을 위한 타 의료진과 협업
지역사회 건강 활동가 (Lay Health Workers)	2명	- 의료 서비스 접근 취약 환자를 위한 지원 - 지역 내 타 기관 및 협력 단체와 네트워크 구축
시설 관리 직원	2명	- 의료 시설 유지보수 및 위생 관리 담당 - 청결한 환경 조성
행정 담당 인력	1명	- 개발 및 조정
계	30명	

** DE: 학사 이후 국가면허 취득한 정식 간호사

ASLAEE: 프랑스에서 1차 의료 강화를 위해 도입된 공공보건 간호사(Public Health Nurse) 모델, 주로 만성질환(당뇨, 고혈압 등) 환자 관리, 건강 교육, 동기 강화 상담(Motivational Interviewing) 등의 역할 수행, 무료 서비스 제공 (프랑스 공공의료 시스템 내에서 운영), 2004년 시범 도입→2010년 이후 전국적 확대 운영

IPA: 1차 의료 강화, GP 업무 부담 경감, 환자 관리 연속성 향상을 위한 목적으로 2018년 IPA의 역할과 교육과정이 공식적으로 법제화된 이후 2019년 첫 IPA 배출 및 활동 착수. 초진 환자는 진료할 수 없음. 기존 복용 약의 재처방은 가능. 재택 진료 시 의사가 방문하지 못하는 경우, IPA가 방문

□ 운영 비용 관련

- 의사들 각자가 진료실에서 환자의 진료 비용 계산(별도 수납카운터 없음).
- 병원 시설은 시청으로부터 대여해서 사용
- 환자가 지불하는 진료비 30유로 중 환자부담금은 9유로임.
- 리노베이션 비용의 60%를 재정적 지원을 받는 조건으로, 가장 낮은 수가로 진료 제공, 병원 운영 시간도 연장하여 진료 제공함.
- 병원 운영에 대한 회의 주 2회 실시하고 회의 참여에 대한 비용도 받음.
- 재정지원 받는 금액 약 10만 유로

□ 일반의 진료 활동 현황

- 연간 진료 활동 통계
 - 총 진료 횟수: 연간 33,000건
 - 평균 진료 시간: 20~40분
 - 방문 진료 횟수: 연간 500건 (이동이 불편한 취약 계층 대상)
 - 사회 보장 시스템을 통한 비용 보장 (건강보험 가입자는 진료 비용 환급)
 - 등록 환자 수: 8,000명 (GP 담당 환자 수는 의사의 경력마다 차이: 평균 의사 1인 당 환자 수 1,000-1,500명)
- 일반의 진료 주요 영역
 - 만성질환 관리: 당뇨병, 고혈압, 만성 호흡기 질환 등
 - 암 검진: 대장암, 유방암, 자궁경부암
 - 영유아 및 소아 건강 관리
 - 부인과 진료: 예방 검진, 임신 관리 등
 - 응급 및 비예약 진료: 감염성 질환, 외상 치료 등

□ 전공의 교육 및 실습 과정

- 의료 실습 기회 제공
 - 2년차 의대생 3명: 매 분기 실습
 - GP 전공의 2명: 매 학기 실습
 - 상급 실무 간호사(IPA) 실습생 1명: 매년 실습
- 교육 기관 연계
 - 모든 일반의가 실습 지도 담당
 - Université Paris Cité와 연계
- 전공의의 지역의료 참여
 - 전공의 과정 중 또는 이후 진료 이외의 혼합 활동을 할 수 있도록 재정적 지원이 있음.
 - 활동 유형: 지역의료조직(정책), 강의, 진료
 - 이러한 활동이 지역 개원과 정착에 동기부여가 됨