

대만의 건강보험통합 운영현황과 시사점

Taiwan's Unified Health Insurance Scheme : Current Status and Implications

1. 시작하는 말

1998년 10월을 기점으로 지역의료보험조합과 공교의료 보험관리공단이 통합되면서 시작된 우리나라 의료보험제도의 통합은 2000년 7월 직장의료보험조합이 국민의료보험관리공단으로 통합되면서 단일관리조직인 국민건강보험공단이 탄생되었고, 2003년 7월에 재정이 통합되면서 명실상부한 통합국민건강보험제도가 시작되었다. 완전히 통합된 국민건강보험제도를 지켜보는 국민의 기대는 이전보다 사뭇 크다고 할 수 있다. 이러한 기대에 부응하기 위해 우리나라의 국민건강보험제도는 진정한 국민의 건강을 책임지는 제도로써 발전되어야 할 것이다.

본고에서는 대만의 통합건강보험제도의 운영현황을 살펴보고 우리에게 주는 시사점을 도출하고자 한다. 대만의 통합 이전 의료보험제도는 근로자에 대한 노동보험(농민건강보험 포함)과 공무원에 대한 공무원보험 양 제도로 분산 운영되었고, 각 제도내에서 피부양자와 퇴직자 등 대상집단별로 구분되어 수가체계, 급여범위, 정보망체계 등이 제도별로 상이하였다. 또한 자영자 등 대만 국민의 41%가 미적용되고 있던 상태여서 우리나라 의료



洪碩杓

한국보건사회연구원 국제협력팀장

보험 통합배경과는 차이가 있다. 그러나 우리나라와 보건의료환경이 유사한 대만이 1995년 의료보험제도를 통합하여 현재까지 발전시킨 경험과 최근의 동향을 살펴보는 것은 우리나라의 건강보험이 앞으로 나아갈 방향 설정에 도움이 될 것으로 생각된다.

2. 대만의료보험의 운영현황

1) 관리운영체계

대만 행정원의 위생서(Department of Health)가 주관부처로서 건강보험제도를 관장하며, 위생서에는 3개의 위원회(건강보험감리위원회, 건강보험쟁의심의위원회, 건강보험진료비협정위원회)를 두고 있다. 위생서의 중앙건강보험국이 건강보험의 보험자이고 모든 건강보험사업을 주관한다. 대만 건강보험조직은 중앙의 본국과 지방의 6개 분국(28개 출장소)으로 구성된다. 조직간 업무를 살펴보면, 중앙건강보험국 본국은 일반적으로 기획, 감독, 연구개발, 직원훈련, 정보 및 통계 관리, 감사업무 등을 수행하며, 분국은 피보험자의 자격관리, 보험료 부과·징수, 진료비 심사·지불, 계약관계에 있는 요양기관 관리 등의 업무를 수행함으로써 관리운영의 중심이 되고 있다. 대만 건강보험 관리운영조직의 주요업무와 구성은 아래의 <표 1>과 같다.

2) 적용대상 분류 및 재원조달

1994년에 국민의 57%에게 적용되었던 대만의 건강보험은 2002년 현재 전국민의 96.25%에게 적용되고 있다. 피보험자는 모두 6개 군(Category), 13개 종(Class)으로 구분되어 있는 데 각 군별 직종과 피부양률을 살펴보면 다음의 표와 같다.

<표 2>에서와 같이 대만의 피보험자 특징은 피부양률이 매우 낮다는 것이다. 반면에 우리나라의 평균 피부양률은 약 1.84이다. 대만은 피부양자가 없는 피보험자가 전체의 약 66%를 차지하고 있어 대부분의 적

대만 건강보험조직은 중앙의 본국과 지방의 6개 분국(28개 출장소)으로 구성된다. 중앙건강보험국 본국은 일반적으로 기획, 감독, 연구개발, 직원훈련, 정보 및 통계 관리, 감사업무 등을 수행하며, 분국은 피보험자의 자격관리, 보험료 부과·징수, 진료비 심사·지불, 계약관계에 있는 요양기관 관리 등의 업무를 수행함으로써 관리운영의 중심이 되고 있다.

표 1. 대만 건강보험 관리조직의 주요업무 및 구성

관리운영조직	주요업무	조직구성
위생서	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험제도의 주관부서로 건강보험의 정책수립과 감독 관장 	<ul style="list-style-type: none"> 위원장, 부위원장 각 1인, 과장 4인 (모든 위원은 위생서 장관이 중앙건강보험국 내부직원이나 외부전문가 중에서 임명)
건강보험 감리위원회	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험의 운영을 감독하고 보험정책과 법규에 관한 연구 및 건의 보험정책의 제안, 보험운영과 재정사항의 검토와 심의, 보험재정의 감사, 법률 및 학술적인 사항의 건의 등 	<ul style="list-style-type: none"> 위생서 차관이 위원장, 위원회는 5인의 의학 및 보험전문가, 피보험자 대표 5인, 사용자 대표 5인, 계약요양기관 대표 5인, 정부 대표 8인 등 29인 이내로 구성 업무부서: 감독총괄과, 재정감독과, 서무과
건강보험 쟁의심의위원회	<ul style="list-style-type: none"> 보험자, 피보험자, 보험가입단위, 계약 요양기관이 제기한 분쟁을 해결 	<ul style="list-style-type: none"> 위생서 장관이 의약전문가 중에서 임명한 고위전문가가 위원장이 됨. 위원회: 보험전문가 2인, 법률전문가 4인, 의약전문가 6인, 위생서 대표 2인 등 15명으로 구성 업무부서: 의료과, 법제과
건강보험 진료비협정위원회	<ul style="list-style-type: none"> 행정원이 승인한 전체진료비 예산범위 내에서의 지불의료비 총액의 협정 6개 보험지역별 외래 및 입원 진료비의 배분비율 협정 의사 중의사 치과의사의 외래진료비 협정 약사의 약제비와 조제비율의 협정 및 의약분업제도 외래약제비 지출액이 책정된 약제비 지출총액을 초과할 경우 당해연도 외래 진료비 총액예산에서 공제되어야 할 초과금액 협정 등 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기관 대표자 9인, 피보험자 및 전문가 또는 학자 9인, 관계당국의 대표자 9인 등 총 27명의 위원으로 구성
중앙건강보험국	<ul style="list-style-type: none"> 전반적인 운영을 감독하며, 6개 분국의 각각 해당지역의 업무를 담당 	<ul style="list-style-type: none"> 본국: 5개처(자격관리처, 재정처, 급여관리처, 기획평가처, 자신처), 5개실(감사, 비서, 인사, 회계, 사정)과 2개 위원회(적립금위원회, 전문동료심사위원회)가 있음. 분국: 5개조(자격관리, 재정, 급여관리, 외래심사, 입원 심사)와 5개실(자신, 비서, 인사, 회계, 사정)이 있으며, 각 분국은 관할지역내에서의 서비스 제공을 전담

자료: 이상이 외, 『건강보험공단 계층조직간의 적정기능분담에 관한 연구』, 2001년 재구성

용인구가 피보험자라고 할 수 있는 데, 이는 여성배우자의 취업률이 높기 때문이다.

대만 건강보험에서는 피보험자의 의료이용에 대한 도덕적 해이를 방지하여 보험재정의 안정에 도움을 주기 위한 장치로 진료횟수가 제한된 1인 1건강보험증을 사용하다 2002년 7월부터 IC 카드로 대체하기 시작하여 2003년 말까지 전면 시행할 예정이다. IC카드는 기존의 종이보험카드, 유아건강기록부, 중증질환자증명서, 산전진찰기록부 등을 통합한 것이다. 이러한 IC카드에는 개인기본정보, 건강보험정보, 의료정보, 보건행정정보 등이 수록되어 있다.

대만 건강보험의 주된 재원은 근로소득에 부과되는 보험료이다. 보험료 외의 다른 재원으로는 담배 및 술 소비세, 복권수입 등이 있다. 보험료의 부과는 모든 피보험자에 대하여 일원화된 표준소득등급표(30등급)를 적용한다. 단, 농어민, 일반자영자, 고소득 전문자영인에게는 일률적으로 각각의 등급을 적용한다.

보험료 부과기준이 되는 표준소득은 조세전산망, 국민건강보험전산망, 노동보험(연금, 산재, 고용)전산망, 주민전산망간의 Data Base를 상호 비교 검토함으로써 실소득과의 격차를 줄이고 있다. 보험료부과에 상한선을 설정함으로써 최고 등급이 30등급으로 소득이 아무리 높아도 일정액 이상의 보험료를 부담치는 않는다. 최고등급(30등급)이 US\$

대만 건강보험에서는 피보험자의 의료이용에 대한 도덕적 해이를 방지하여 보험재정의 안정에 도움을 주기 위한 장치로 진료횟수가 제한된 1인 1건강보험증을 사용하다

표 2. 적용대상 분류 및 피부양률(2001년 현재)

(단위: %)

구분	총계	제1군	제2군	제3군	제4군	제5군	제6군
		공무원, 교원, 피용자(고용주), 고소득자영자, 전문직	자영자(직종별 협회회원), 선원	농어민	군인	저소득층	퇴역군인, 군인유가족, 기타
비율	100.00	52.9	17.4	15.4	0.4	0.7	13.2
피부양률	0.77	0.82	0.79	0.57	1.1	0	0

자료: 대만 중앙건강보험국, web-site, 2002.

1,737(60,800 대만\$), 최저등급(1등급)이 US\$ 452(15,840 대만\$)로써 상한이 하한의 3.8배 수준이고, 하한이 높은 반면 상한을 넘으로써 보험의 원리에 충실하고 있다.

보험료율은 4.25%로 하고, 피부양자수에 비례하여 부과(최대 5명까지)하고 있다. 피용자(임금근로자)의 보험료부과액은(소득×4.25%×본인분담률×(1+피부양자수))이며, 고용주의 보험료부과액은 (소득×4.25%×고용주분담률×0.77(피부양율 평균))이다. 보험료분담률은 전체적 평균으로 보험료수입의 약 40%를 가입자가, 32%는 고용주가 부담하고 정부는 약 28%를 부담한다. 정부의 보험료 분담률은 가입자 집단별로 상이하나다(표 3 참조) 대만정부가 건강보험 재원조달에 깊이 간여하고 있다. 저소득층은 전액 정부보조에 의하여 건강보험제도의 틀 안에서 혜택을 받고 있다.

대만 건강보험의 보험료 징수단위는 '보험가입자단체'를 활용함으로써 관리비용을 절감한다. 피보험자 개인이 소속 단체(사업장, 직종별 협회, 농수협, 일선행정기관 등 약 45만개)에 보험료를 납부하고, 보험자(중앙건강보험국)가 이들 조직으로부터 징수한다. 이때, 정부는 각 단체에 대해 징수 수수료를 보조한다.

표 3. 피보험자 유형별 피보험자, 사용자, 정부의 보험료분담률

(단위: %)

피보험대상		분담비율		
		피보험자	사용자	정부
제1류	공무원 등	40	60(정부)	0
	사립학교교직원	40	30	30
	사업장 피용자(공공, 민간)	30	60	10
	사용자, 자영자(주로 고소득전문직 및 기술직)	100	0	0
제2류	직종별 협회(union 혹은 association) 소속 자영자(택시기사, 목수, 양복점, 식당주인 등), 외향선원	60	0	40
제3류	농민, 어민, 농전수리회회원	30	0	70
제4류	군인가족	40	60	0
제5류	저소득자	0	0	100
제6류	원호대상자	0	0	100
	원호대상자 가족	30	0	70
	지역에 근거한 피보험자(주로 직업파악 곤란자)	60	0	40

자료: 대만 중앙건강보험국, web-site, 2002.

3) 본인부담 수준

의료의 남용을 방지하기 위하여 의료이용 시 본인에게 진료비의 일부를 부담시키는 본인부담제도를 도입하였다. 외래의 경우 법적으로는 외래 및 응급방문 시 본인부담률은 20%이며, 진료 의뢰 없이 진료 받는 경우 지구병원은 30%, 지역병원은 40%, 종합병원은 50%의 본인부담률에 대한 근거규정을 두면서, 정액부담제를 동시에 고려하고 있다. 현재 본인부담 정액제를 실시하고 있는 데 요양기관 규모별, 진료부문별로 본인부담액을 <표 4>와 같이 달리하고 있다.

입원은 <표 5>와 같이 입원기간에 따라 본인부담률에 차등을 두고 있다. 급성질병은 30일 이내 10%, 31~60일 이내 20%, 61일 이후는 30%

대만 건강보험의 보험료 징수단위는 '보험가입자단체'를 활용함으로써 관리비용을 절감한다.

표 4. 외래 진료의 본인일부부담금(2002년)

(단위: US\$)

구분	외래	응급	치과	한의사진료
의과대학부속병원 (Teaching Hospital)	4.5	12	1.5	1.5
구역(區域)병원 (Regional hospital)	3.0	6	1.5	1.5
지구(地區)병원 (district hospital)	1.5	4.5	1.5	1.5
진료소 (clinic)	1.5	4.5	1.5	1.5

자료: 대만 중앙건강보험국, web-site, 2002.

표 5. 입원 본인부담률

(단위: %)

급성병실		만성병실	
재원일수	본인부담률	재원일수	본인부담률
30일 이내	10	30일 이내	5
31~60일	20	31~90일	10
61일 이상	30	91~180일	20
		181일 이상	30

자료: 대만 중앙건강보험국, web-site, 2002.

이며, 만성질병은 30일 이내 5%, 31~90일 이내 10%, 91~180일 이내 20%, 181일 이후 30%이다.

이러한 본인부담에 대하여 재난, 분만, 일부 보건예방서비스, 저소득가계, 원호대상자와 그 가족, 퇴역군인, 산악 및 도서지역에 거주하는 주민, 중증질환(31개)에 대해서는 본인일부부담이 면제되고 있다.

상한선에 대한 법률규정은 입원 건당 기준으로 1인당 평균국민소득의 6%, 1인당 연간진료비 기준으로 1인당 평균국민소득의 10% 이내이다. 이에 따라 2002년 현재 상한선은 입원 건당 US\$ 686(NT 24,000\$)이며, 1인당 연간 총액은 US\$ 1,143(NT 40,005\$)을 초과할 수 없다. 상한액 이상은 중앙건강보험에서 부담한다. 단, 급성인 경우 30일 이내, 만성인 경우는 180일 이내에 퇴원시이며, 상기입원기간이 초과되는 경우는 정률로 본인이 부담한다. 약제비 및 검사료의 본인부담은 US\$ 3이하인 경우는 무료이고, 상한선은 각각 US\$ 6, US\$ 86으로 정해져 있다.

4) 진료비 지불제도

1995년 의료보험이 통합된 이후 대만은 의료공급자의 전문적인 자율성 및 제도의 전체적인 안정성을 향상시키기 위해 총액예산제를 도입하게 되었다. 1998년 치과진료에 총액예산제를 도입한 대만은 2000년에 한방, 2001년에 의원급외래진료, 그리고 2002년부터 병원진료에 총액예산제를 실시하여 모든 진료에 대해 총액예산지불방식으로 진료비를 지급하게 되었다. 총액예산제 하에서는 행위별수가제, 포괄수가제, 인두제 등의 다양한 지불방식이 활용된다. 포괄수가제(case payment)는 현재 50개 항목에서 실시되고 있으며 인두제(capitation)는 산간 및 도서지역주민과 정신과 진료에서 실시되고 있다. 대만의 총액예산제에서 현재와 같이 주로 행위별 수가제에 기초하여 의료공급자에게 진료비를 지급한다면, 의료서비스의 양적 확대가 예상된다. 그러므로 입원진료에 대한 포괄수가제와 1차 진료에 대한 인두제 지불의 규모를 확대 시행할 계획으로 있다.

총액예산은 의료공급자, 사용자, 소비자, 학계전문가, 정부대표로 구성되는 협상위원회에서 결정된다. 총액협상에서는 가입자수의 증가, 인구노령화, 의료비 인상, 급여 범위, 의료서비스의 질 향상 등을 고려하여 총액을 결정한다. 연간 총액예산을 산출하는 계산식은 아래와 같다.

연간 총액예산 = 연간 개인당 평균 의료비용 × 성장률(1+협상불가능한 요소 + 협상가능한 요소) × 가입자수

여기에서 협상 불가능한 요소란 적용대상자의 연령 및 성별구조와 의료비용지수를 의미한다. 의료비용지수 중 인건비는 임금지수에 의해 산정되고 약제비 및 의료기기비용은 도매가격지수에 의해, 그리고 기타 비용은 소매가격지수에 의해 산정된다. 협상가능한 요소를 살펴보면 급여범위 혹은 수가항목의 변화, 의료의 질 변화, 가입자 건강상태 변화, 의료이용 및 intensity 변화와 가입자의 지불의사(willingness to pay)이다. 2002년 부문별 총액예산의 증가율은 <표 6>과 같다.

대만 건강보험의 총액예산은 3단계배분 방식을 취하고 있는 데 1단계는 부문별(병원, 의원, 한방, 치과 등), 2단계는 부문내 세부문별(외래, 약제비, 조제료, 예방, case payment, 외래수술, 만성질환, 소외지역 등), 3단계는 외래비용을 6개 지역별로 배분한다. 다만 병원예산인 경우는 지역별로 배분하지 않고 급성·중증질환비용, 약제비, 외래·입원비용, 행위수가·포괄수가 범위, 의료의 질 등에 근거하여 배분하고 있다. 2002년 총액예산의 부문별 분배비율을 살펴보면 치과진료는 8.07%, 한방은 4.5%, 진료소는 22.16%, 그리고 병원은 65.27%이었다.

총액예산제에 의한 진료비 지불방식에서는 의료서비스의 질이 중요한 고려사항이 되어야 한다. 왜냐하면 총액예산제에서는 공급자가 의료의 질을 향상시키려는 동기가 없기 때문이다. 대만의 경우 가입자 시각에서 의료의 질 보장을 총액예산 협상의 중요한 사항으로 다루고 있다. 보험자는 단지 의료공급자로부터 의료서비스의 양이 아니라 의료의 질과 국민의 건강을 구매하고자 한다. 따라서 대만의 건강보험은 총액에

대만 건강보험의 총액예산은 3단계배분 방식을 취하고 있는 데 1단계는 부문별(병원, 의원, 한방, 치과 등), 2단계는 부문내 세부문별(외래, 약제비, 조제료, 예방, case payment, 외래수술, 만성질환, 소외지역 등), 3단계는 외래비용을 6개 지역별로 배분한다.

표 6. 2002년 대만 건강보험 부문별 총액예산 증가율

(단위: %)

구분	치료진료	한방	진료소	병원	병원
	1~12월	1~12월	1~12월	1~6월	7~12월
협상불가능한 요소 A	0.11	0.43	0.297	1.01	1.01
B	1.28	1.24	1.814	0.60	0.60
협상가능한 요소	1.11	0.33	1.616	2.117	2.39
증가율(계)	2.50	2.00	3.727	3.727	4.00

주: A는 적용대상자의 연령 및 성별구조 변화, B는 의료비용 변화
 자료: 대만 중앙건강보험국, manual, 2002.

산제 하에서 의료의 질과 건강상태 증진을 위해 다음과 같은 방법을 사용하고 있다.

첫째, 환자의 평가(Report card information)를 기초로 한 예산 산출식을 근거로 의료의 질과 성과를 향상시킨다.

둘째, 지속적으로 의료의 질 향상 프로그램을 개발하도록 공급자를 격려한다.

셋째, 예방치료와 질병관리 프로그램에 대한 장려금을 제공한다.

가입자의 건강보험제도에 대한 만족도는 1995년 5월 39%, 1995년 9월 50.2%였으나, 2001년 12월에는 만족도가 71.1%로 조사됐다. 그리고 2002년에 발표된 중앙국민건강보험국의 자료에 의하면 총액예산제 실시 이후 의료서비스의 질에 대한 가입자의 만족도가 향상되었다.

5) 보험재정

1995년 통합 이후 대만 건강보험제도의 재정지출 증가가 보험료수입 증가보다 빠른 속도로 진행되어 1998년부터 재정적자 문제가 발현하였다. 1995년부터 2001년까지 재정지출 증가율은 연 6.26인 반면에 보험료수입 증가율은 연 4.26%이었고, 2001년 재정지출 대비 적자비율은 5.34%이다. 이러한 재정적자 문제를 해결하기 위해 대만 정부는 현행 4.25%인 보험료율을 약 5%로 인상하는 안을 제시하였으나 반대에 부딪쳐 실현시키지 못하고 다른 대안을 찾고 있다. 대만 정부가 제시하고 있는 대안으로는

표 7. 대만 총액예산실시 전·후의 환자 만족도

(단위: %)

		만족		불만족	
		전	후	전	후
의료의 질	치과	90.66	93.58	2.01	1.41
	한방	78.70	82.30	1.30	0.70
	진료소	68.10	73.80	2.20	3.60
환자에 의해 부담되는 진료비	치과	64.87	81.82	8.05	5.19
	한방	59.70	61.10	5.60	6.10
	진료소	51.90	58.50	8.40	11.90
의사의 설명	치과	87.72	91.10	3.32	1.90
	한방	76.90	81.90	2.70	1.50
	진료소	66.80	69.40	4.30	8.40

자료: 대만 중앙건강보험국, manual, 2002.

보험료부과 기준 조정, 공무원의 월 보험료 인상, 체납된 지방정부부담 보험료 징수 등이 있다. 공무원의 보험료 인상 안은 공무원의 보험료 산정기본금액이 제도적으로 감액되어 온 데서 기인한다.

4. 마치는 말

대만의 통합 건강보험제도의 의미는 보험급여 및 수가체계의 프로그램별 분립 운영이 통합일원화로 이행한 점에서 우리나라의 의료보험 통합 배경과는 차이가 있다. 그러나 우리나라와 매우 흡사한 보건의료 시장을 가진 국가에서 단일보험자에 의한 통합운영의 경험에서 우리에게 주는 시사점을 찾을 수 있다.

첫째, 진료비 증가를 억제하고 지불체계의 효율성을 높이기 위해 진료비 지불방식으로 총액예산제를 사용하고 있는 것이다. 이와 더불어 총액예산제 하에서 입원진료에 대한 포괄수가제와 1차 진료에 대한 인두제 지불의 규모를 확대 시행할 계획으로 있다.

둘째, 총액예산제에서는 공급자가 의료의 질을 향상시키려는 동기가 없으므로 대만은 의료의 질 관리를 위한 평가시스템을 구축하였다. 이러한 시스템은 환자의 평가를 기초로 한다.

셋째, 심사기능이 독립된 우리나라 건강보험과는 달리 대만은 중앙건강보험국의 지역별 분국자체에서 진료비 심사를 담당한다. 또한 분국은 피보험자의 자격관리, 보험료 부과·징수, 진료비 지불, 계약관계에 있는 요양기관 관리 등의 업무를 수행함으로써 관리운영의 중심이 되고 있다. 중앙건강보험국은 6개 분국과 연합외래센터 조직에 대해 고객만족도를 포함한 관리운영 실적을 평가하여 인센티브를 부여하고 있다.

넷째, 환자의 본인부담에 대한 상한제를 도입함으로써 고액진료비 발생으로부터 피보험자를 보호할 수 있는 사회보험의 원리에 충실하고 있다.

다섯째, 보험료 부과기준에 있어서 모든 국민에 대해 일원화된 표준소득등급표를 사용함으로써 통합의료보험제도의 취지를 충분히 살렸으며, 보험료 부과 및 징수 방식의 단순화를 통하여 관리운영비를 절감하고 있다. 

1995년 통합 이후 대만 건강보험제도의 재정지출 증가가 보험료수입 증가보다 빠른 속도로 진행되어 1998년부터 재정적자 문제가 발생하였다. 1995년부터 2001년까지 재정지출 증가율은 연 6.26인 반면에 보험료수입 증가율은 연 4.26%이었고, 2001년 재정지출 대비 적자비율은 5.34%이다.