

I 보건 의료 기반과 건강보험 개요

1. 주요 보건 의료 현황
2. 건강보장제도 개요
3. 관리운영체계

II 적용범위와 자격

1. 적용인구
2. 건강보험증

III 보험료와 보험료율

1. 재원조달
2. 지불방식
3. 지불보상제도

IV 급여 및 보건 의료 서비스

1. 보건 예방 서비스 급여
2. 본인 부담

V 주요 개혁 방안

1. 재정 상황 및 안정 대책
2. 보험 재정 안정화를 위한 정책들
3. 조직 안정화 및 효율화를 위한 노력
- 4.全民 건강 보험에 대한 대만의 자체 전망
5. 건강 보험 제도의 시사점

제5장 대 만

I 보건의료 기반과 건강보험 개요

1. 주요 보건의료 현황

대만은 인구규모가 우리나라의 절반 수준인 22,627천명(2002년 기준)이지만, 65세 노인인구율이 노령화 수준은 8.6%로 우리보다 높다. 국민소득은 우리보다 높지만 대체로 평균수명, 출산율, 사망률 등 많은 인구지표들이 우리나라와 매우 유사한 수준이며, 국민소득 대비 보건의료비 지출 비율도 5.44%(2000년)였다. 기타 지표로 살펴본 대만의 사회경제적 여건은 다음의 <표 5-1>과 같다.

<표 5-1> 대만의 주요 사회경제 지표

인구규모 (2002) 22,627천명	노령화 수준 (2000) 8.6%
평균수명 (2000) 남 72.6세, 여 78.3세	합계출산율 (2000) 1.38
조사사망률 (2000) 5.7	영아사망률 (2000) 5.86
GDP (2001) \$2,822억	1 인당 국민소득 (2001) \$12,941
GDP 대비 보건의료비 (2000) 5.44%/ 공공 3.48%(사회보험 3.02%, 정부 0.46%), 민간 1.96%	

대만의 의료인력은 1996년 현재 의사는 치과와 한의사를 포함하여 인구만명당 11.5명이었고, 약사는 보조약사를 포함하여 인구만명당 5.65명이었으며, 간호사는 총 61,494명으로 인구만명당 28.57명이었다(표 5-2). 의료시설은 2001년 기준으로 모두 18,116개소의 의료기관이 있는데, 이들 중 91%인 16,558개소가 건강보험의 요양기관으로 계약되어 있다. 전체 기관들 중 계약기관 비율은 병원이 97%, 의원이 88%, 치과가 97%, 한방병원이 97%, 한의원이 87%인데 비하여 약국은 41%에 불과하다.

<표 5-2> 대만의 보건의료 기반

구 분		주요 현황
의료인력	의사 (1996)	24,790명 (인구만명당 11.5명, 치과, 한의사포함)
	약사 (1996)	12,169명 (보조약사 7,498명) (인구만명당 5.65명)
	치과의사 (1996)	7,254명 (인구만명당 3.37명)
	간호사 (1996)	61,494명 (인구만명당 28.57명)
의료기관	총18,116개소 (2001)	병원 578, 의원 9,319, 한방병원 45, 한의원 2,551, 치과 5,623
	건강보험 계약기관 16,558개소 (91%)	병원 565 (97%), 의원 8,256 (88%), 치과 5,468 (97%), 한방병원 44 (97%), 한의원 2,225 (87%), 약국 41%
병 상	- 천명당 4.25개 (보험기준) - 보험병상 92,000: 급성 104,683(기준 67%), 만성 14,047(기준 97%) - 총병상 104,111 (1996): 4인실 기준병상 67,951, 차액병상 23,288	

자료: 최병호, 의료개혁의 세계적 동향과 쟁점: 아시아 국가를 중심으로, 2002 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집에서 재구성

2. 건강보장제도 개요

대만 건강보험제도의 근거가 되는 최초의 법은 1950년에 제정된 것으로 알려져 있는데, 1958년의 법개정, 1988년의 현금급여, 1994년의 현행 국민건강보험을 시행하기 위한 법개정을 거쳐 2001년도에 개정된 법안으로 이어지고 있다. 1995년 중앙건강보험국이 출범하면서, 위험분산을 통해 일반국민들이 보건예방, 외래진료, 입원, 방문진료, 재활 등과 같은 포괄적인 의료를 제공받게 되었다.

중앙건강보험국은 2000년부터 국민건강보험 프로그램에 대한 보다 적극적인 관리방식을 확립하여 우수한 보건의료서비스를 제공하는 것은 물론이고 보건서비스와 국민만족도 수준을 제고하고자 하였고, 중앙건강보험국은 또한 운영체계를 강화하고, 자원을 효율적으로 활용하고, 지속적으로 내외적인 서비스 질 개선을 추구해 나감으로써 “직접적인 관리”를 실시하고 연간목표들을 견고하게 확립하고 다양한 연차계획의 추진을 시도하고 있다.

2003년 4월 현재, 전민건강보험에는 21,869,478명이 가입되어 있어서 출범시의 92%에서 96%로 적용율을 높였다. 중앙건강보험국은 전국 의료기관의 93.82%에 해당하는 17,022개소의 요양기관과 계약을 맺고 있다. 국민만족도는 59.7%에 이르렀다. 이와 같은 구체적인 성과는 국민의 재정부담을 완화시키고 적정 보건의료를 제공하며 의료에 대한 균등한 접근권을 제고하려는 노력의 산물이다.

대만 건강보장제도의 특징은 정부통제시스템으로서 민간의료자원이 주도하는 형태로서 우리나라와 유사한 측면이 많다. 체계화된 환자의뢰제도(referral system)가 없어 환자들은 의료공급자를 자유로이 선택할 수 있는 체제이다. 또한 매 3년마다 병원서비스를 평가하고 있으며, 병원의 외래부문이 방대하다.

건강보험은 1995년 3월 이래로 정부 운영의 단일보험자방식으로서 12개 보험을 통합하고 자영자 (41%)로 확대한 바 있다. 총액예산제하의 행위별수가제를 치과는 1998년, 한방은 1999, 의원은 2001년, 병원은 2002년 7월부터 순차적으로 도입하여 시행하고 있다.

3. 관리운영체계

대만의 건강보험 관리운영체계는 중앙 정부의 위생서가 관장하는 형태로서 중앙건강보험국(BNHI)을 단일보험자로 하는 체제이다. 전국을 6개 권역으로 구분하여 징수, 지불, 심사, 요양기관계약 업무 등을 운영하고 있다. 1인 1보험카드제를 시행하며(IC카드) 징수를 가입자단체(약45만개)(사업장, 농수협, 직종단체, 일선행정기관, 원호처)에 위탁 운영하고 있다. 보험자와 의료공급자간에는 전국적 전산망 구축되어 자격, 환자기록, 청구, 심사 등이 전산매체로 이루어지고 있다.

관리운영 조직은 건강보험제도의 주관부서로 건강보험의 정책수립과 감독을 관장하는 정부의 위생서를 정점으로 한다. 위생서는全民건강보험의 기획과 정책집행,全民건강보험 구성체계 설립,全民건강보험의 실행을 포함한全民건강보험사업 전반의 주관부서로서 건강보험감리위원회, 건강보험쟁의심의위원회, 의료비용협정위원회, 중앙건강보험국의 4개 조직을 통하여 제도를 운영한다. 건강보험감리위원회는 운영전반을 감독하고, 건강보험쟁의심의위원회는全民건강보험업무와 관련된 분쟁을 조정하고 심의하며, 의료비용협정위원회는全民건강보험의 의료비에 대한 가이드라인을 조정하고 심의한다. 그리고 중앙건강보험국은全民건강보험 업무를 관리하는 보험자의 역할을 한다. 대만 건강보험 관리운영 조직별 구성과 업무내용을 요약하면 <표 5-3>과 같다.

<표 5-3> 대만 건강보험 관리조직의 구성 및 주요 업무

구 분	주요 업무	조직구성
위생서	.건강보험체도의 주관부서로 건강보험의 정책수립과 감독 관장	.위원장, 부위원장 각 1인, 과장 4인 (모든 위원은 위생서 장관이 중앙건강보험국 내부직원이나 외부전문가 중에서 임명)
건강 보험 감리위원회	.건강보험의 운영을 감독하고 보험정책과 법규에 관한 연구 및 건의 .보험정책의 제안, 보험운영과 재정사항의 검토와 심의, 보험재정의 감사, 법률 및 학술적인 사항의 건의 등	.위생서 차관이 위원장, 위원회는 5인의 의학 및 보험전문가, 피보험자대표 5인, 사용자대표 5인, 계약요양기관대표 5인, 정부대표 8인 등 29인 이내로 구성 .업무부서: 감독총괄과, 재정감독과, 서무과
건강 보험 쟁의심의 위원회	.보험자, 피보험자, 보험가입단위, 계약요양기관이 제기한 분쟁을 해결	.위생서 장관이 의약전문가 중에서 임명한 고위전문가가 위원장이 됨 .위원회: 보험전문가 2인, 법률전문가 4인, 의약전문가 6인, 위생서대표 2인 등 15명으로 구성 .업무부서: 의료과, 법제과
건강 보험 진료비 협정 위원회	.행정원이 승인한 전체진료비 예산범위 내에서의 지불의료비 총액의 협정 .6개 보험지역별 외래 및 입원진료비의 배분비율 협정 .의사의 약제비와 조제비율의 협정 및 의약분업제도 .외래약제비 지출액이 책정된 약제비 지출총액을 초과할 경우 당해연도 외래진료비 총액예산에서 공제되어야 할 초과금액 협정 등	.의료기관 대표자 9인, 피보험자 및 전문가 또는 학자 9인, 관계당국의 대표자 9인 등 총 27명의 위원으로 구성
중앙 건강 보험국	.전반적인 운영을 감독하며 6개 분국의 각 해당지역의 업무를 담당	.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 관할지역 내에서의 서비스제공을 전담

자료: 이상이 외, 2001에서 재구성한 내용을 홍석표, 2003에서 인용

II 적용범위와 자격 (Coverage & eligibility)

전민건강보험은 전국민을 의무가입시키는 사회보험프로그램이다. 그러므로 건강보험을 위한 공정한 위험분산과 광범위한 재원마련이 기대될 수 있다. 이어서 모든 피보험자들은 보건의료서비스에 대한 접근에 균등한 기회가 제공된다. 대만에서 최소한 4개월간 거주한 사람은 모두가 건강보험에 가입할 수 있다. 대만의 시민권을 갖고 있지 않지만 외국인증명서(ARC)가 있는 사람들의 경우는 1999년 7월 17일부터 증명서가 발급된 후에 전민건강보험에 참여할 수 있다. 피용자들은 근무일로부터 가입할 수 있다. 2001년 2월 1일부터는 현역 군장교, 하사관, 사병 및 사관생도들도 건강보험 적용대상 범위에 포함되었다.

피보험자는 고용상태와 속해 있는 집단보험에 따라 6개 범주로 구분된다(표 4). 봉급을 받는 사람은 사업장을 통하여 전민건강보험에 등록된다. 피용자가 아닌 경우 지방행정관서를 통하여 건강보험에 가입된다. 피부양자들은 피보험자에 딸려 가입되거나 자격이 변화되지만, 피보험자 자격이 있는 사람은 피부양자로 등록될 수 없다.

1. 적용인구

전민건강보험에는 2001년 말 현재 전국민의 96.25%가 가입되어 있고, 이는 다음과 같은 6개 유형으로 구분되는데, 부양율은 0.77로서 가입자 1인당 1명에 미치지 못하는 평균 0.77명의 피부양자를 갖고 있다. 6개 유형별로는 각각 0.82, 0.79, 0.57, 1.1, 0.0, 0.0의 부양률을 보이고 있는데, 부양가족이 전혀 없는 경우(부양율 0인 가입자)가 66%에 이른다.

1군: 공무원, 교원, 피용자, 고용주, 고소득자영자, 전문직(52.9%)

2군: 자영자 (직종별 협회회원), 선원(17.4%)

3군: 농어민(15.4%)

4군: 군인(0.4%)

5군: 저소득자(0.7%)

6군: 퇴역군인, 군인유가족, 기타(13.2%)

<표 5-4> 전민건강보험의 피보험자와 피부양자, 집단가입자 범주

구분	주 체		신청자
	피보험자	피부양자	
I	① 공무원 혹은 공공기관, 공·사립학교의 정규직원 ② 기업체 혹은 기관(공·사립)의 직원 ③ 특정기관(①과②에 해당되지 않는)의 직원 ④ 고용주 혹은 고소득자영자 ⑤ 전문직업인	① 배우자(무직) ② 직계존속(부모, 조부모, 외조부모)(무직) ③ 직계비속 단, 직계비속은 20미만이거나 일정직업이 없는 혹은 20세 이상이더라도 생활무능력자이거나 재학 중인 자로서 손자녀까지만 해당	정부기관, 학교, 공·사적 기업, 기관이나 고용주
II	① 특정고용주가 없거나 자영업자로서 직업공회(일종의 직종노조)의 회원 ② 국립선원노조나 선주협회의 회원으로서 원양어업하는 선원	상 동	피보험자가 속한 직업공회
III	① 농민조합이나 관개수로조합이 회원 혹은 15세 이상으로서 실제 농업에 종사하는 자 ② 선주없는 어민협회 회원으로서 A집단에 소속되었거나 15세 이상으로서 실제 어업에 종사하는 자	상 동	농민조합, 관개수로조합, 어민협회
IV	군인신분증서를 소지한 지원군인(장교, 하사, 병 포함)	없 음	국방부의 지명부대
	용병		내무부의 지명부대
V	사회부조법에서 정의된 저소득 가정의 세대주	피보험자의 동거인	거주지(시군구) 행정사무소
VI	① 퇴역군인, 군인유가족 ② 위에 포함되지 않은 피보험자나 피부양자로 분류되지 않은 기타 세대주	1군과 같음	거주지(시군구) 행정사무소

<표 5-5> 유형별 NHI 적용인구 현황(2002.12.31)

구 분	1군	2군	3군	5군	6군	총 계
피보험자 (명)	6,416,724	2,124,831	2,029,687	1,67,637	1,944,873	12,683,752
피부양자 (명)	5,042,186	1,643,802	1,289,484	-	1,201,254	9,185,726
합계 (명)	11,458,910	3,768,633	3,328,171	167,637	3,146,127	21,869,478
총적용인구 대비 %	54.40	17.23	15.22	0.77	14.39	100.00

<표 5-6> 1995년~2002년까지 유형별 NHI 적용인구 현황(2002.12.31)

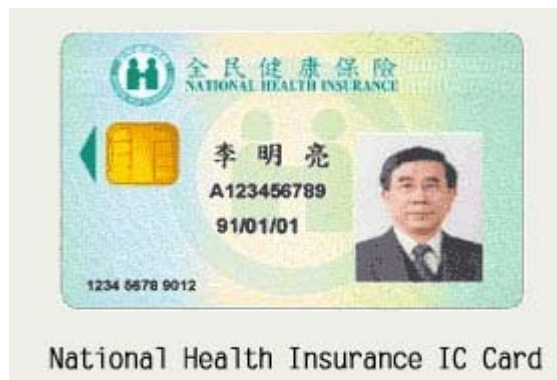
단위: 명

구 분	1군	2군	3군	4군	5군	6군	총 계
1995	10,437,339	4,029,716	2,998,439	69,059	111,452	1,477,273	19,123,278
1996	10,678,558	3,991,729	3,152,680	82,816	110,162	2,025,543	20,041,488
1997	10,914,783	3,908,469	3,225,240	78,802	108,564	2,256,459	20,492,317
1998	11,043,998	3,852,144	3,267,892	78,379	117,480	2,397,292	20,757,185
1999	11,236,505	3,798,909	3,297,722	69,261	130,171	2,557,413	21,089,981
2000	11,465,521	3,750,883	3,304,109	68,579	146,335	2,665,399	21,400,826
2001	11,447,046	3,772,174	3,327,657	68,579	152,882	2,953,796	21,653,555
2002	11,458,910	3,768,633	3,328,171	68,579	167,637	3,146,127	21,869,478

2. 건강보험증

건강보험증은 6세 이상의 대상자 개인별로 발급된다. 6회의 의사방문을 기입할 수 있는 공란을 가진 종이보험증이다. 6회의 의사방문기록이 기입된 이후에는, 다음과 같이 사업자나 다음과 같은 여러 증재발급 사무소에서 재발급된다.

- (1) 보험군별 신청자
- (2) 6개 중앙건강보험국(BNHI: The Bureau of National Health Insurance) 지부와 22개 출장소
- (3) BNHI에 가입된 4개 외래진료센터, 공공병원, 지구병원, 타이베이와 타이중 및 카오승에 있는 3개 퇴역군인병원



보험증은 매년 의사방문 빈도에 따라 A, B, C 등으로 구분되어진다. 보험증은 발행된 연도 말까지 유효하지만, 그 다음해 2월 말까지 연장될 수 있다. 아동이나 임산부, 만성질환자, 주요 질병이나 부상환자 등에게는 특별의료카드가 발급된다. 이들은 의료에 대한 편리한 접근성을 제공하고 의료비 또한 감액해 준다.

III 보험료와 보험료율(Premiums & rates)

보험가입자들에게 서비스를 제공하는 것은 보험료에 의한 것이고, 건강보험 체계의 완전한 운영이 이것을 가능하게 한다. 건강보험의 재원조달은 보험료 납부와 의료비 지불이 동일 시기에 이루어진다는 “능력에 따른 부담”이라는 본질에 따라 특징지워진다. 범주 4, 5, 6의 보험료는 전체 가입자집단의 평균보험료에 기초하여 결정된다. 나머지 가입자들의 보험료는 가입자의 임금수준에 따라 결정된다(표 7). 보험료는 가입자, 고용주, 정부에 의하여 (다양한 비율로) 분담되거나 보조된다. 범주4(군인 피부양자), 5(저소득가구), 6(퇴역군인과 군인유가족)의 보험료는 정부가 전액 보조한다(표 5-8).

<표 5-7> 보험료 산정

임금근로자	피보험자	보험금액x보험료율x근로자보험료율x(1+피부양자수)
	유형별 보험신청자 또는 정부	보험금액x보험료율x근로자보험료율x(1+평균피부양자수)
소득이 없는 지역주민	피보험자 또는 정부	피보험자의 평균보험료x 보험료율x(1+피부양자수)

주: 1. 평균 피보험자수는 2001년 1월 1일 현재 0.78명이다.

2. 1999년 1월 1일 이후 효율성으로 인해, 피부양자 수가 3명 이상인 경우는 3명으로 카운트된다.

3. NHI 보험료율은 4.55%로 유지된다.

4. 1998년 12월 이래로 평균보험료는 NT\$1,007이다. 피보험자의 보험료 분담율은 60%, 정부의 보험료 분담율은 40%, 지역주민의 보험료는 NT\$604이다.

<표 5-8> 보험료의 기여율

구분		분담비율 (%)		
		피보험자	사용자	정부
제1군	공무원	40	60(정부)	0
	사립학교 교직원	40	30	30
	사업장피용자(공공, 민간)	30	60	10
	사용자, 자영자(고소득전문직 및 기술직)	100	0	0
제2군	직종별협회 소속 자영자, 외향선원	60	0	40
제3군	농민, 어민, 농전수리회회원	30	0	70
제4군	군인(가족)	40	60	0
제5군	저소득층	0	0	100
제6군	퇴역군인	0	0	100
	군인유가족	30	0	70
	기타	60	0	40

집단보험 해당자와 가입자는 연체에 따른 과태료를 피하기 위하여 매달 보험료를 납부하여야 한다. 집단보험 해당자와 가입자는 중앙건강보험국과 계약된 금융기관을 통하여 보험료를 납부하도록 해야 한다. 사업자단체가 보험료를 납부하지 않거나 기일 내에 납부하지 못하면, 중앙건강보험국은 30일간의 유예기간을 주고 법적 조치를 취할 수 있다. 똑같은 규칙이 150일 이상 보험료를 연체하는 가입자들에게 적용될 수 있다. 연체보험료가 두달 이상 누적되었다면, 모든 보험증갱신 사무소들과 지역행정기관들은 해당자에 대한 새로운 보험증 발급을 거부한다. 그럼에도 불구하고 중앙건강보험국은 재정적으로 곤란한 사람들의 의료권을 보호할 것이다.

사업자나 피보험자가 자격상실을 피하기 위해서, 중앙건강보험국은 다음과 같은 대응방안들을 취하였다. 첫째, 소득세 신고와 고용보험료를 건강보험료 액수와 비교 확인하여, 단기연체를 징수하고 과태료를 부과한다. 둘째, 컴퓨터 프로그램을 이용하여 건강보험 내부정보를 선택하고 점검한다. 예를 들어, 사업자 평균 건강보험료는 상당 비율에서 동일 전문직의 평균 보험료보다 낮다면, 정확한 신고를 할 수 있도록 고지된다. 그리고 사업자가 신고를 정정하지 않는다면, 특별조사를 실시하게 된다.

1. 재원조달

보험료(30개 표준소득등급): 15,840T\$ - 60,800T\$ (최고 - 최저 3.8배)

가입자보험료 = 소득 * 4.25% * 본인분담율 * (1+피부양자수)(부양자는 최대 5인)

고용주보험료 = 소득 * 4.25% * 고용주분담율 * 0.77(피부양율 평균)

보험료배분비율(%): 고용주 32, 피보험자 40, 정부 28

정부분담율: 저소득, 원호대상자 100%; 원호대상자가족, 농어민 70%; 공무원 60%;
교원 30%; 지역주민 40%; 피용자 10%

사용자분담율: 교원 30%; 피용자,군인 60%

* 보험료 인상은 정부가 결정

2. 지불방식(payment method)

(1) 직원보험료는 자동적으로 월급여에서 공제되고, 사업자 부담분과 함께 총액이 중앙건강보험국과 계약되어 있는 금융기관들을 통하여 납부될 수 있다.

(2) 부류6의 피보험자는 건강보험국과 계약한 금융기관에서 발급한 보험료 고지서를 가지고 납부를 한다. 사업자와 피보험자는 또한 은행결제를 통하여 위의 보험료를 납부할 수도 있다.

3. 지불보상제도

가. 전반적 개요

총액예산제하의 행위별수가제: 50개DRG/인두제(capitation payment)(도서산간)

총액예산 = 개인당평균의료비 * 성장률 (1+협상불가능요소+협상가능요소)

* 가입자수 (분기별정산)

* 협상불가능요소: 성, 연령구조, 의료비용지수(인건비는 임금지수, 약제비 및 기기비용은 도매가격지수(WPI), 기타비용은 소매가격지수(CPI))

* 협상가능요소: 급여범위 혹은 수가항목의 변화, 의료의 질 변화, 건강상태 변

화, 의료이용 및 이용강도(intensity) 변화 가입자의 지불의사(willingness to pay)

나. 총액예산 절차

- 1) 보건부: 6월 이전에 총액예산 범위 작성 -> 총리보고
- 2) 건강보험 의료비조정위원회(NHI Health Care Cost Arbitration Committee):
총액, 증가율, 배분 formular 협상(3개월 전)
- 3) 시한 내에 계약 체결되면 결정
- 4) 계약 실패시, 보건부에 회송
- 5) 보건부에서 결정
- 6) 중앙건강보험국(BNHI): 보험료 산정, 지역별 예산배정
- 7) 총액예산위원회: 수가의 상대가치 책정 (의협, 치협, 한의협)

다. 총액예산배분

- 1단계: 부문별 배분(병원, 의원, 한방, 치과, 기타)
 - 2단계: 부문내 배분(외래, 약제비, 조제료, 예방, case payment, 외래수술,
만성질환, 소외지역)
 - 3단계: 외래비용의 6개 권역별 배분(risk-adjusted capitation)
- * 병원예산은 지역별 배분 안함 (급성.중증질환비용, 약제비.외래.입원비용,
행위수가.포괄수가범위, 질근거지불배분)

라. 의료의 질관리 및 요양기관계약제

환자의 평가(Report card information)

과정/성과/효과성 지표

예방과 질병관리에 대한 인센티브

요양기관계약제(91%, 2001): 병원 97%, 의원 88%, 치과 97%, 한방병원 97%,
한방의원 87%, 약국 41% (1996)

IV 급여 및 보건의료서비스

보험료를 납부하고 보험증을 발급받은 다음, 건강보험 가입자는 포괄적인 의료 서비스를 받을 자격을 얻는다. 병원, 의원, 계약약국, 지정검사기관 등에서 질병과 부상, 분만의 경우 서비스를 받는다. 추가로 지속적인 장기간호 및 의료를 제공하기 위해서는 중앙건강보험국은 또한 방문진료와 호스피스도 건강보험 범위에 포함시켰다. 전민건강보험 프로그램에 적용되는 의료서비스 목록은 외래 및 입원진료, 중의학진료, 치과진료, 분만, 물리치료, 예방진료, 방문진료, 만성정신질환에 대한 재활 등이다. 예방진료는 임산부의 산전검사, 어린이의 예방진료, 자궁경부암검사(PAP smear), 성인 건강검진이다. 진료서비스의 범위는 진단, 검사, 시험, 진찰, 외과수술, 약제, 재료/장비대, 처치, 간호, 병실료 등을 포함한다.

1. 보건예방서비스 급여

보험가입자에 대한 보건의료서비스를 제공하는 것에 더하여, 중앙건강보험국은 또한 아동과 40세 이상 성인, 임산부 등 여성질환의 예방을 위한 보건예방서비스에 대한 지출의 일부를 제공한다. 그 이유는 중앙건강보험국이 예방이 치료 자체보다 더 낫다고 믿기 때문이다. 이 지출은 해당 집단에 대해 질병의 조기발견을 도울 것이고 건강을 유지하기 위하여 보다 빨리 치료할 수 있도록 한다. 현재 다음과 같은 네 가지 보건예방서비스가 제공되고 있다.

가. 아동 보건예방서비스

- 1세 미만 영아에 대한 2,3개월 간격으로 4회
- 1세 이상 3세 미만 아동에 1회
- 3세 이상 4세 미만 아동에 1회

나. 성인 보건예방서비스

40세 이상 65세 미만 성인에 3년마다 1회
65세 이상 성인에 매년 1회

다. 여성들에 대한 pap smear test

30세 이상 여성에게 매년 1회

라. 산전검사

임신 1단계: 임신 17주 미만에서 2회
임신 2단계: 임신 17주 이상 29주 미만에서 2회
임신 3단계: 임신 29주 이상에서 6회

2. 본인부담

건강보험 가입자는 의료자원의 양심적이고 효율적인 이용을 고취하기 위하여 의료비의 일정 부분을 본인이 부담하도록 하여 낭비와 오용을 예방하도록 한다. 외래진료와 입원에 대하여 별도의 기준을 가지고 시행한다.

일반국민의 재정적 부담을 덜어주기 위하여, 본인부담의 상한을 다음과 같이 두고 있다. 급성질환 병동의 30일 이하와 만성질환병동의 180일 이하일 경우 본인부담상한은 입원당 NT\$23,000이고, 본인부담상한의 연간 한도는 (2002년 이후) NT\$39,000이다. 본인부담 상한은 매년 말 보건부에서 발표한다. 입원당 본인부담 상한은 평균국민소득의 6%에 근거하여 산출되고 누적 입원에 대한 본인부담상한은 평균국민소득의 10%로 산출될 것이다. 건강보험 본인부담제도의 일차적 기능은 의료자원의 무차별적인 이용을 방지하기 위한 것이다. 그러나 장기간의 고가치료가 요구되는 환자들에게서는 급여가全民건강보험법 36조에 의해 본인부담의 의무를 면제한다. 이 본인부담금 면제는 주요 상병과 아동, 예방보건서비스에 대하여 해당된다.

더욱이, 사회부조법의 요건을 충족하는 저소득가구와 군인, 군인유가족들도 본

인부담금을 면제받는다. 직업병과 산재에 대한 외래서비스를 요하는 노동보험 가입자들 또한 본인부담금을 면제받는다. 사회복지부의 군무위원회와 노동보험국(The Veterans Affairs Commission and the Bureau of Labor Insurance)이 위의 경우에 대하여 보조금을 지급하고 중앙건강보험국에 직접 지불한다. 여기에, 본인부담금 면제대상에는 다음의 경우가 포함된다.

- (1) 등록되어 규제받는 결핵환자들과 보건부지정 의료기관 진료환자들
- (2) 오백지의 외래진료와 응급서비스 환자
- (3) 오백지에서 의뢰된 환자들에 대한 의료/응급서비스
- (4) 처방과 그에 따른 검사를 함께 받는 예방보건서비스 대상자도 또한 본인부담금을 면제받는다

<표 5-9> 대만의 본인부담제도 개요

외래(US\$)*	Teaching Hosp 6.0; Regional Hosp 4.0; District Hosp 1.5; Clinic 1.2 (응급은 각각 12, 6, 4.5, 4.5; 치과, 한방은 모두 1.5)
입원	30일 이내 10%, 31-50일 20%, 61일 이상 30% (만성병실: 30일 이내 5%, 31-90일 10%, 91-180일 20%, 181일 이상 30%)
약제비(US\$)	3불 이하 무료, 3-29불 -> 0.6-6불 (상한 6불)
검사료	3불 이하 무료, 3-43불 -> 0.6-8.6불 (상한 8.6불)
본인부담 상한제	입원당 686US\$; 연간누적 1,143US\$ (급성 30일 이내, 만성 180일 이내)
본인부담 면제	중증질환(31개), 분만, 예방, 도서산간지역, 저소득자, 퇴역군인

*외래본인부담 요인별 비중(%):

비급여(54.5), 보충급여차액(15.9), 비계약기관진료(10.3%),
건강보험증미지참(4.5), 미가입(3.4), 본인부담간호(1.1), 기타(10.3) (1996)

<표 5-10> 외래 본인부담율(2002.9.1)

(단위: \$NT)

Level of Service Provided	외래진료	치과	한방	응급
클리닉	50	50	50	150
지구병원 (District Hospital)	50	50	50	150
지방병원 (Regional Hospital)	140	50	50	210
대학병원 (Academic Hospital)	210	50	50	420

<표 5-11> 입원 본인부담율(1995.3.1)

병상	본인부담율			
	5%	10%	20%	30%
급성	---	30일 이하	31일 - 60일	61일 이상
만성	30일 이하	31일 - 60일	61일 - 180일	181일 이상

중앙건강보험국의 통계에 의하면 1999년 8월 1일 이전에는 외래진료의 본인부담액이 전체 외래지출의 8.89%에 불과하였는데, 이것은 프랑스나 독일, 일본, 한국, 스웨덴보다 낮은 수준이다. 이에 비하여 1998 회계연도에, 연간 약제비 지출은 12.92% 증가하였다. 연구에 따르면, 외래서비스의 경우, 전체 환자의 1/4 정도는 단지 약처방을 받기 위한 환자들이고, 그 환자들의 5% 정도는 처방받은 약을 쓰지 않았다. 1997년에 물리치료비는 26.7% 증가하였다. 2001년 7월 1일, 추가본인부담금은 일반인들이 비용의식을 갖고, 건강의식을 증대시키고 간접적으로 의료자원의 낭비를 간접적으로 통제하기 위하여 약제비와 빈번한 이용자, 재활치료에 부과시켰

다. 그러나 보건의료비를 많이 필요로 하는 사람들을 위하여, 중앙건강보험국은 그들의 재정부담을 줄여주기 위하여 본인부담금 면제규정을 만들었다(표 5-13).

<표 5-12> 새로운 본인부담금 기준(2001.7.1.시행, NT\$)

약제비 본인부담	모든 보건의료 공급자	약제비용		본인부담
		100 이하		0
		101~200		20
		201~300		40
		301~400		60
		401~500		80
		501~600		100
		601~700		120
		701~800		140
		801~900		160
		901~1000		180
		1001 이상		200
		실험검사 본인부담	대학센터 지역병원	실험검사 비용
100 이하				0
101~200				20
201~300				40
301~400				60
401~500				80
501~600				100
601~700				120
701~800				140
801~900				160
901~1000				180
1001~1100				200
1101~1200				220
1201~1300				240
1301~1400				260
1401~1500		280		
1501 이상		300		
외래진료 본인부담 (빈도가 높은 경우)	모든 보건의료공급자	방문횟수	7-64세	65세 이상
		25-48	50	0
		49-156		50
		157 이상	100	100
육체적인 재활 본인부담		초진		2-6번째 진료
	대학센터	210		
	지방병원	140		
	지구병원	50		
	클리닉	50		

2002년 9월 1일부터 시행되는 본인부담금 면제규정은 다음과 같다.

가. 다음의 경우 피보험자의 본인부담금 전액이 면제됨

- 분만, 예방, 응급서비스
- 재난적 질환자
- 산악지역과 원거리 도서지역의 외래서비스
- 퇴역군인이나 저소득가구(본인부담금은 유관 정부부서에서 보조)

나. 다음의 경우 특정 조건에서 면제됨

<표 5-13> 본인부담금에 대한 특정조건 면제규정

항 목	면 제
처 방	1. 만성질환으로 인한 지속적인 처방전 소유자 2. 치과외래서비스 환자 3. 사례지불 항목으로서 제공되는 외래환자
다빈도 이용자에 대한 부가요금	6세 이하 어린이
육체적인 재활치료 (한방치료 포함)	중간치료를 원하는 환자

V 주요 개혁방안

1. 재정상황 및 안정대책

대만은 1995년 건강보험통합 후 1997년까지는 흑자를 유지하였으나, 의료비 증가가 지속되어 1998년에는 당기적자를 기록함으로써 재정안정이 심각한 문제로 대두되기 시작하였다. 보험재정은 1995년 수입이 1,941억NT\$였는데 비해 급여지출이 1,568억NT\$로 373억NT\$를 보였으나 매년 흑자폭이 183억, 106억으로 감소하다가 1998년에는 당기적자가 9억NT\$에 이르게 되었다(표 5-14).

<표 5-14> 대만 건강보험통합 초기의 재정 추이

(단위 :억 NT\$)

연 도	1995	1996	1997	1998
보험료 수입	1,941	2,412	2,482	2,609
급여비 지출	1,568	2,229	2,376	2,618
수지 차액	373	183	106	△9

1995년 3월부터 2001년 12월까지의 대만 건강보험의 지출증가율은 연 6.26%인데 비하여, 수입증가율은 연 4.26%에 머물렀기 때문에 재정안정을 위한 개혁을 필요로 하게 되었다. 2001년도의 총지출 대비 적자율(적자/지출 * 100)은 5.34%에 달하였다.

재정안정 대책의 하나로 도입된 총액예산제에서 2002년도의 의료기관별 총액예산의 증가율을 보면, 병원은 3.72%(상) - 4.0%(하), 의원은 3.72%, 치과는 2.50%, 한방은 2.00%였다. 2002년도 총액예산의 중별 배분은 병원 65.27%, 의원 22.16%, 치과 8.07%, 한방 4.50%였다. 2001년도의 지출구성은 외래 67%, 입원 33%였다.

대만의 재정안정 정책은 현행全民건강보험법에 보험료율을 6% 내에서 설정하도록 법제화하고 있어, 정부가 자유롭게 결정할 수 있도록 위임받았다는 것이 특징

적이다. 그러나 그 동안 선거를 앞두고 국민 여론을 의식하여 집권당에서 보험료 인상을 반대하였기 때문에 1995년 이후 보험료 인상 없이 당초의 4.25%를 그대로 유지하고 있다. 즉 수입에 대한 구조는 그대로 유지하면서 현행 제도의 골격을 크게 변화시키지 않는 범위 내에서 지출구조를 개혁하여 보험재정을 안정시키는 방안을 강구하고 있는 실정이다.

2. 보험재정 안정화를 위한 정책들

대만은 보험재정이 적자를 기록함에 따라 다양한 방법으로 재정안정을 위한 노력을 꾸준히 경주하고 있음을 알 수 있다. 현행全民건강보험법에 보험료율을 6% 내에서 정부가 자유롭게 결정할 수 있도록 위임받았으나 국민 여론을 의식하여 인상을 보류하고 있다. 그러나 주어진 여건에서 재정적자를 줄이기 위해 다음과 같은 정책 대안을 시행하고 있었다.

가. 총액예산제의 확대: 당초 1998년에 치과진료에 총액예산제를 도입한 이후 현재는 한방진료에까지 총액예산제를 확대함으로써 늘어나는 의료비 지출을 어느 정도 통제할 수 있는 기전을 마련하였음

나. 포괄수가제 대상을 확대:全民건강보험 도입시는 약 10개에 지나지 않았던 포괄수가제 적용대상 질병군을 현재는 50개로 확대하여 시행함. 진료의 양을 통제하는 가운데 효율적인 치료를 촉진할 수 있게 되었고, 이에 따라 진료비도 동시에 통제할 수 있게 됨

다. 본인일부부담금 일부 인상: 본인일부부담금을 획일적으로 인상시키지 않고 진료횟수를 기준으로 인상함. 예를 들면, 외래진료의 경우 연간 진료횟수에 따라 일정 횟수 이상에 대해서만 차등적으로 인상시킴으로써 국민 전체의 저항을 피하고 수익자가 비용의식적인 사고를 갖게 하는 차원에서 인상하였음

라. 인두제 도입: 오·벽지 거주주민들과 정신과 진료에 한해 인두제방식을 도

입함으로써 의료자원의 효율적인 관리를 촉진할 수 있는 기전을 마련하고자 하였음

마. 진료할당제 도입: 의료비 지출을 억제하기 위해 의사당 하루 진료할 수 있는 환자수를 합리적인 기준으로 제한하는 제도(rationing)를 도입

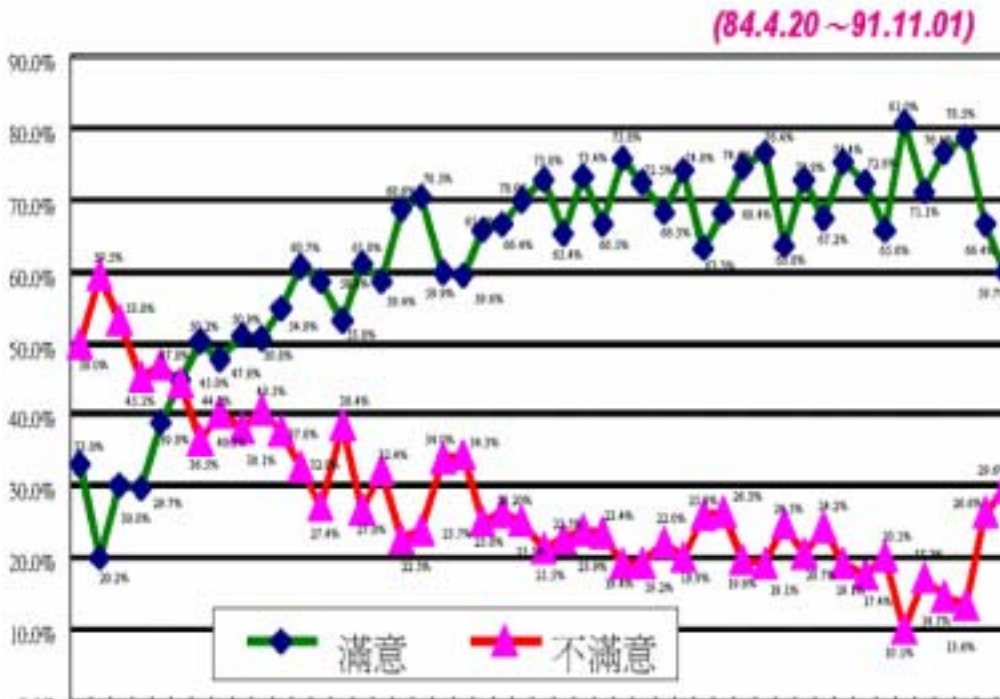
바. 목적세 도입: 술, 담배 등 건강유해식품에 대해 목적세 성격의 사회보험세를 부과하여 재정을 보충하고 있음. 현재 연간 10억NT(대만달러)

3. 조직 안정화 및 효율화를 위한 노력

대만은 우리나라의 경우와 마찬가지로 거의 전국민이 BNHI에 가입되어 있어 관료제화의 우려에 따른 부작용 소지를 안고 있기 때문에 통합 건강보험의 조직을 안정화하고 효율적으로 운영하기 위한 노력을 필요로 하고 있다. 전체 인구가 우리의 1/2에도 미치지 못하는데도 불구하고 조직 효율성을 높이기 위한 고민을 하고 있음을 알 수 있다.

이를 위하여 우선 6개의 지사간에 경쟁체제를 도입하는 단계에 있으며 연간 단위로 경영평가를 실시하여 우수한 지사와 직원에 대해서는 성과급을 별도로 지원하고 있다. 아울러, 이러한 방향 외에도 조직의 유연성을 갖추기 위해 현행 공무원 신분인 BNHI를 별도의 특수조직으로 개편하여 직원들의 신분도 변화시켜야 한다는 움직임이 대두되어 현재 개혁안이 논의 중이다.

한편, 보험자 조직에 대한 국민의 만족도를 수시로 전문 여론기관에서 조사케 하여 국민들이 서비스에 대한 만족도를 조사하고 있다. 이 조사 결과를 토대로 보험자는 서비스의 양과 질을 높이기 위한 사전 노력을 경주할 수 있도록 하고 있다.



1995.04 1995.05 1995.10 1996.03 1996.12 1997.04 1997.11 1997.05 1999.02 1999.10.

[그림 5-1] 대만의 전민건강보험에 대한 국민만족도

주: 1995. 4. 20. United Evening News

1995. 5. 29. Min Sheng Pao

1995. 10. 25. Public Opinion Research Quarterly

1996. 3. 4. Commission of Research, Development and Evaluation

1996. 12. 2. Public Opinion Research Quarterly

1997. 4. 10. Commission of Research, Development and Evaluation

1997. 5. 7. Public Opinion Research Quarterly

1996. 11. 18. Public Opinion Research Quarterly

1999. 2. 8. Public Opinion Research Quarterly

1999. 10. 18. Public Opinion Research Quarterly

4.全民健康保險에 대한 대만의 자체 전망¹⁾

대만은全民健康保險 도입 이후 5년간의 성숙기를 거쳐, 중앙健康保險국은 여러 지역들에서의全民健康保險법의 개정요구와全民健康保險 재정안정과 같은 극심한 도전을 받으면서도, 모두에게 의료서비스를 제공하겠다는 목표를 달성해 왔다고 자체 평가되고 있다. 이에 따라 "Each with NHI & NHI Sustained Forever"라는 비전과 함께 21세기의 발전을 지향하고 있는 중이다.

대만의 통합 건강보험의 개혁이 지향하는 바는 전국민에 대한 건강보장에 있다. 이를 위한 구체적인 개혁목표로 소외집단에 대한 서비스 확대 방안으로 만성질환에 대한 보장강화, 재가서비스와 호스피스 등에 대한 서비스 내용의 향상과 불필요한 입원의 감소, 의료의 질 향상을 위한 관리강화 등의 내용이 포함되어 있으며, 예방프로그램 이용의 증대를 통하여 실질적인 건강보장제도가 되도록 하는 정책을 지향하고 있다. 또한 다양한 지불제도의 도입 시행과 보험약가 기준의 설정 등을 통하여 재정안정을 위한 제도적 장치를 지속적으로 확대 강화해 나가고 있다. 이러한 정책방향은 보험재정의 안정 유지를 위한 것이며, 끝으로 행정효율의 향상을 통한 관리운영의 개선을 추구하고 있다.

가. 전국민 건강보장(Universal Coverage): 모든 국민과 대만에 거주하는 외국인들에게 의료서비스를 제공하기 위하여 다양한 전략들을 채택. 특히 외국학생들과 군보결자를 위한 급여계획을 제정 중.

나. 소외집단에 대한 서비스 확대(More Care to the Disadvantaged Groups): 벽오지의 의료접근성 제고를 위한 노력의 일환으로 "산악지역과 원거리지역의 의료혜택 효과의 향상" 프로젝트 수행

1) 대만의 중앙健康保險국에서 발간한 2000 National Health Insurance Profile 중 <Prospects Facing Challenges Toward the 21st Century> 부분을 요약 정리한 것임.

- 만성질환과 선천성질환의 급여범위를 감사하고 만성질환자에게 편리한 의료서비스 제공 및 경제적 부담을 감소시키기 위한 '재처방전' 규제 지속

- 재가서비스와 호스피스에 대해 서비스 내용의 향상, 불필요한 입원의 감소, 의료의 질 향상을 위한 심도 있는 감사의 진행

- 전민건강보험 미등록자들에 대한 보조 제공. 연체된 보험료로 인한 재정적 부담을 줄일 수 있도록 제6류 피보험자의 연체된 보험료를 보조하는 프로그램 시작. 피보험자는 최대 24회까지 분납신청 가능. 1997년 9월 이 프로그램의 시행 이후 25,000명 이상이 이용. 재정적으로 어려운 사람들을 위해 2001년 2월말에 이 보조 프로그램을 확대 시행

- 보험료 납부 능력이 없는 사람들이 구제금에서 보조를 받도록 하는 소개프로그램 시행. 이들을 돕는 병원, 기업체, 자선단체를 조정하고 보험료 경감을 위한 기금설립을 검토 중

다. 예방프로그램 이용의 증대(Increasing Utilization Rate of Preventive Program): 피보험자의 건강유지를 위해 성인건강검진, 산전진찰, 유아발육 검진, pap smear test 등 가장 요구도가 높고 효과적인 4가지 보건예방서비스를 제공. 이 서비스는 피보험자의 건강에 대한 인식을 향상시키고, 예방프로그램에 대한 이용률을 높이기 위한 것이고, 예방서비스의 질을 향상시키기 위해 노력 중

- 국민의 인식을 향상시키기 위해 피보험자의 보건예방서비스 이용을 장려 ("Group Insurance Applicants with Excellent Achievement in Preventive Health Education" - 13개 단체 참가)

- 보건예방서비스의 비용을 심사하고 보건예방서비스의 이용률을 높이기 위하여 예방접종과 백신프로그램을 보조

- 외딴 지역 주민의 보건예방서비스에 대한 접근성 제고노력

라. 다양한 지불제도(Diversified Payment Systems):全民건강보험의 수가체계의 다양화 및 발전적인 방향으로의 조정

- 현재의 총액계약제, 포괄수가제, 인두제 유지

- 보험재정의 균형을 유지한다는 전제하에 총액계약제와 관련하여, 全民건강보험 의료비용협정위원회는 치과의사회와 1999년 7월 1일부터 2000년 6월 30일까지 외래치과진료의 총액을 협상하였고, 의료비 증가 상한선을 8%로 결정

- 중의학에 대한 총액계약제는 2000년 7월 1일부터 시행

- 총액계약제를 병원, 서의에 대한 외래신료서비스까지 적용

- 포괄수가제에 관해서 수가항목과 분류체계를 심사하는 것 뿐만 아니라, 포괄수가제를 체계적으로 발전시키기 위해 '1차진단그룹'을 분류단위로 취급

마. 보험약가 기준의 설정(Implementation of the Standard Pricing of Pharmaceuticals): "환자가 비용을 차등적으로 부담"하는 전략 연구는 물론, "합리적 약가"와 "약가에 대한 조사"도 수행 좀더 합리적인 약가를 위해 중앙건강보험국은 1999년 8월에 시작된 "약가기준에 대한 수정" 회의를 소집. 회의는 기업간의 상호의사소통을 통해 그들이 합리적이고 널리 수용될 정책을 발견하기를 희망하며, 병원과 제약기업이 함께 참여

- "全民건강보험 제약시장의 실거래 가격 조사"를 계속 수행하고, 동시에 유사 성분, 유사내용, 유사용량의 약들간 가격차를 줄이기 위해 일반명 약의 가격을 조정

- 의료장비 면에서 합리적이고 투명한 가격조정을 수행

- 시장가격에 근접하기 위한 수가포인트를 단계적으로 조정할 뿐만 아니라 다른 상표명을 가진 품목들에 대한 가격 차이를 최소화하는 가격과 양에 대한 조사를 시행. 동시에 의료장비를 기능별로 분류하고 그것들의 가격을 조정하는 기능을 수행

바. 보험재정의 안정유지(Maintaining Financial Balance): 전민건강보험의 재정적 자립과 균형의 유지를 위해 재정적 균형 메커니즘의 형식으로 설립된 기금을 보유함. 보유기금의 일차적 재원은 보험료의 정액율, 잉여금, 보유기금 운용에 의한 이윤이고 적자가 발생하면 충당하는데 사용

- 전민건강보험법 시행을 시작으로 1999년말까지 보험료 수입은 대략 연간 3.1% 증가하였고, 의료비 지출은 대략 연간 9.6% 증가. 보험료율 4.25%에서 보유기금은 2000년말이 되면 고갈될 것으로 전망

- 더 많은 수입을 확보하기 위해 국민보험료 감사, 미가입자의 등록, 보험료 징수율 증가, 정기적으로 피보험자 기준의 조정 등 여러 가지 방침을 취하고 있음. 보험료 산정을 총급여액에 따라 계산하고 보험료의 상한선을 올리는 것을 포함하는 전민건강보험법 개정 준비

- 비용억제 측면에서 현재의 행위별 수가제를 대체하기 위해 총액계약제를 시행

- 수가에 대한 개혁은 포괄수가제 목록을 50개로 확대하고 인두제를 시범운영하면서 진행

- 약제비를 억제하기 위해 약제비 지출증가에 대한 정밀조사를 실시하고 약가기준을 마련

사. 행정효율의 향상(The Enhancement of Administration Efficiency): 가입자 자료의 정확성을 향상시키고 정기적으로 중복되는 신분증명번호, 사망한 피보험자, 반복된 가입을 체크하고 문제를 해결하기 위해 노력. 피보험자 자료의 일관성을 위해 6개 지부 내에 온라인 운영과 보험가입자 단체와 지부 사이에 온라인 연결 강화

- 보험업무의 단축, 인력낭비의 절감, 업무효율 제고를 위해 보험업무의 전산화 진행. 인터넷을 이용한 가입과 탈퇴프로그램 운영, 원스톱서비스 강화

- 진료심사에 관해서 중앙건강보험국은 진료비청구기록의 정확도를 향상시킬 것이고 심사기준의 일관성을 높이기 위해 단계적으로 전산화된 심사시설을 설치

아. 건강보험 IC카드의 발급(The National Health Insurance IC Card): 전민건강보험 IC카드를 반복해서 사용할 수 있고, 전민건강보험 종이카드, 어린이건강카드, 중대질병증명서, 산전신찰수첩 등 4종류 증명서의 통합이 가능

- 전민건강보험 IC카드에 기록된 내용은 진료기록, 총의료비 지출, 방문당 진료비, 방문당 본인부담금, 총본인부담금 등. 국민이 어느 정도의 의료비를 지출하는지 파악 가능

5. 건강보험제도의 시사점

대만의 통합 건강보험제도의 의미는 보험급여 및 수가체계의 프로그램별 분립 운영이 통합일원화로 이행하였기 때문에 우리나라의 의료보험 종합과는 차이가 있지만, 유사한 시장환경을 가진 국가에서 단일보험자에 의한 통합운영을 하고 있다는 점에서 다음과 같은 시사점을 찾을 수 있다.²⁾

2) 홍석표. 대만의 건강보험통합 운영현황과 시사점. 보건복지포럼 2003. 8.에서 옮겨옴.

○ 진료비 증가를 억제하고 지불체계의 효율성을 높이기 위하여 진료비 지불방식으로 총액예산제를 사용. 이와 더불어 총액예산제 하에서 입원진료에 대한 포괄수가제와 일차진료에 대한 인두제 지불의 규모를 확대 시행할 계획으로 있음.

○ 총액예산제에서는 공급자가 의료의 질을 향상시키려는 동기가 없으므로 대만은 의료의 질 관리를 위한 평가시스템을 구축하였음. 이 시스템은 환자의 평가를 기초로 함.

○ 심사기능이 독립된 우리나라와는 달리 대만은 중앙건강보험국의 지역별 분국 자체에서 진료비 심사를 담당. 또한 분국은 피보험자의 자격관리, 보험료 부과, 징수, 진료비 지불, 계약관계에 있는 요양기관 관리 등의 업무를 수행함으로써 관리운영의 중심이 되고 있음. 중앙건강보험국은 6개 분국과 연합외래센터 조직에 대해 고객만족도를 포함한 관리운영 실적을 평가하여 인센티브를 부여.

○ 환자의 본인부담에 대한 상한제를 도입함으로써 고액진료비 발생으로부터 피보험자를 보호할 수 있는 사회보험의 원리에 충실

○ 보험료 부과기준에 있어서 모든 국민에 대해 일원화된 표준소득등급표를 사용함으로써 통합의료보험제도의 취지를 충분히 살렸으며, 보험료 부과 및 징수방식의 단순화를 통하여 관리운영비를 절감하려 함.

참고문헌

최병호. 의료개혁의 세계적 동향과 쟁점: 아시아 국가를 중심으로. 2002 한국보건행정학회 후기학술대회 연제집
홍석표. 대만의 건강보험통합 운영현황과 시사점. 보건복지포럼 2003.8.

대만 중앙건강보험국. 2000 National Health Insurance Profile 중 <Prospects Facing Challenges Toward the 21st Century>

<http://www.nhic.gov.tw>