



# 주요국의 건강보험제도

- 대만 -

| 문성웅 · 서수라 · 장종원 · 이지혜 · 장혜민 |

2017. 12.

*h·well*  
국민건강보험  
건강보험정책연구원



# 1 재정 현황

## 1. 보험료 부과체계

### □ 보험료 구성

- 건강보험료 = 표준 보험료(Standard premiums) + 추가 보험료(Supplementary premiums)
  - 표준 보험료(Standard premiums)는 가입자의 월소득을 기준으로 가입자 자격 분류기준에 따라 분담비율을 달리하여 부과되며, 전통적으로 전민 건강보험의 주된 재원임
  - 추가 보험료(Supplementary premiums)는 건강보험의 안정적 재원확보와 보험료부담 형평성 확대를 위해 2013년부터 도입된 것으로 6개 항목에 적용함
    - 보너스(월급의 4배를 초과하는 보너스)
    - 건강보험에 등록되어 있는 직업 이외의 근로(secondary-job) 또는 시간제 근로(part-time)를 통한 소득
    - 특정 전문서비스 수입(보험 자격상 전문직으로 분류되지 않은 자)
    - 주식배당금
    - 이자소득
    - 임대수익

<표준 보험료 부과 기준>

구 분		세 부 내 용
임금 근로자	피보험자	기준 월급(Salary basis) × 보험료율 × 보험료 분담률 × (1 + 피부양자 수)
	고용주 또는 정부	기준 월급(Salary basis) × 보험료율 × 보험료 분담률 × (1 + 평균 피부양자 수) ※ 적용 대상 : 카테고리 1 중 공무원, 지원군인, 공직자, 사립학교 교직원, 공공·민간 기업 소속 근로자
		기준 월급(Salary basis) × 보험료율 × 보험료 분담률 × (1 + 피부양자 수) ※ 적용 대상 : 카테고리 2, 3
비임금 개인	피보험자	평균 보험료 × 보험료 분담률 × (1 + 평균 피부양자 수)
	정부	평균 보험료 × 보험료 분담률 × 피보험자 수

- 주 1) 임금 근로자 : 자격 분류 중 카테고리 1, 2, 3  
 2) 비임금 개인 : 자격 분류 중 카테고리 4, 5, 6  
 3) 보험료율은 4.69%(2016.1.1)  
 4) 기준월급(Salary basis) : 피보험자가 신고한 월급을 표준소득월액 구간표를 기준으로 산정  
 5) 피부양자 수 : 최대 3명  
 6) 평균 피부양자 수 : 0.61명(2016.1)  
 7) 평균 보험료 : 카테고리 4, 5 그룹은 NT\$ 1,759(2016.1), 카테고리 6 그룹은 NT\$ 1,249(2010.4), 이 중 카테고리 6 그룹에 속한 개인의 직접부담액은 60%(NT\$ 749)

<추가 보험료 부과 기준>

구 분	세부 내용
피보험자	추가보험 부과 대상 소득 × 1.91%
고용주	(고용주에 의해 지불된 총 급여 - 피보험자의 월 급여 총액) × 1.91%

## 2. 보험료율

### □ 보험료율 결정(표준 보험료율)

- (과정) 총액협상 후 보험자(중앙건강보험서, NHIA)가 전민건강보험회(National Health Insurance Committee)에 보험료율 심의 의뢰 → 전민건강보험회 심의 → 위생복지부(Ministry of Health and Welfare) 검토 → 행정원(Executive Yuan)장 승인 → 위생복지부 장관이 공포(公布)
  - ※ 건강보험료율 심의·결정은 제2세대 건강보험 개혁 이후에 전민건강보험회에서 담당함(전민건강보험법 제5조, 제24조, 제25조, 제26조)
- (세부사항)
  - ① 대만은 총액계약제를 운용하고 있기 때문에, 협상을 통해 차년도 총액 규모가 결정되면 1개월 이내 보험자는 전민건강보험회에 보험료 심의를 요청해야 함
  - ② 심의내용은 협상에서 기 결정된 지출 총액규모와 수지균형을 맞출 수 있는 보험료율에 대한 내용으로 보험자가 초안을 검토
  - ③ 전민건강보험회는 심의를 위해 회계전문가, 보험재정전문가, 경제학자, 사회공익인사를 소집하여 의견을 받아야 함
  - ④ 전민건강보험회의 심의결과는 위생복지부에 보고되고 행정원이 승인한 후 위생복지부가 공포함
- (보험료율 조정)
  - ① 건강보험 안전준비금이 1개월 치 급여지급분에 미치지 못한 때
  - ② 급여범위 조정, 지불제도 변화 등으로 재정균형에 영향이 발생할 때는 보험자가 보험료율 조정안을 마련하여 전민건강보험회에 심의를 제기하고 전민건강보험회는 심의결과를 위생복지부에 보고한 후, 위생복지부가 행정원 승인을 받아 보험료율 조정에 대한 내용을 공포함

□ 보험료율 현황

- 대만의 건강보험료율(표준보험료율)은 1995년 4.25%, 2002년 4.55%, 2010년 5.17%로 증가하였으며, 제2세대 건강보험이 시작한 2013년부터 4.91%, 2016년 1월부터 4.69%를 적용함
  - ※ 최고 보험료율 6%를 법률로 정하고 있음(대만 건강보험법 제18조)
- 추가보험료율은 2016년 1.91%이며, 필요에 따라 전민건강보험회에서 매년 조정할 수 있음

3. 재원 구성

□ 건강보험 재원

- 건강보험 재원 구성은 보험료 수입<sup>1)</sup>과 기타 수입으로 구성됨
  - 2016년 기준, 전체 건강보험 재원은 약 NT\$ 5,898억이며, 이 중 보험료 수입은 NT\$ 5,681억(96.3%)이며, 기타 수입은 NT\$216억(3.7%)임
    - 기타 수입 NT\$ 216억 중 복권수입 및 담배부담금이 NT\$183억(84.9%)로 가장 많음

< 연도별 건강보험 재원 구성(현금흐름 기준)>

(단위 : 1,000 NT\$)

구분	소계	보험료 수입	기타수입
2010	444,500,997	418,997,337	25,503,659
2011	485,798,458	460,126,980	25,671,478
2012	528,177,330	502,809,540	25,367,790
2013	571,007,102	543,062,783	27,944,319
2014	572,489,590	545,735,976	26,753,614
2015	594,699,440	568,826,650	25,872,790
2016	589,789,524	568,155,048	21,634,476

자료 : The National Health Insurance Statistics, 2016

1) 정부가 보험료 수입으로 피보험자에게 부과한 금액(Premium Receivable)을 의미하며, 최종 보험료 징수된 금액을 의미하지 않음

○ 피보험자, 고용주, 정부 등의 부담주체별로 보험료를 부담함

- 2016년 기준, 표준보험료 수입 NT\$ 4,692억이며, 이 중 피보험자가 NT\$ 1,791억(38.2%), 고용주가 NT\$ 1,815억(38.7%), 정부가 NT\$ 1,086억(23.1%)의 보험료를 부담함

< 부담주체별 표준보험료 부담 현황 >

(단위 : 1,000 NT\$)

구분	소계	피보험자	고용주	정부
2010	437,376,957	166,370,749	159,505,367	111,500,840
2011	468,799,150	176,458,689	174,165,740	118,174,721
2012	482,413,200	180,015,533	182,192,462	120,205,205
2013	466,290,405	175,512,773	180,365,853	110,411,779
2014	476,947,079	178,902,362	186,814,229	111,230,488
2015	479,882,131	182,715,054	184,537,677	112,629,400
2016	469,200,691	179,103,377	181,533,838	108,563,476

자료 : The National Health Insurance Statistics, 2016

○ 추가보험료는 2016년 기준 NT\$ 441억 임

- 2016년 기준, 피보험자가 부담한 추가보험료 중 주식배당 소득이 NT\$ 89억(41.6%)으로 가장 많은 비중을 차지하고 있음

< 부담주체별 표준보험료 부담 현황 >

(단위 : 1,000 NT\$)

구분	합계	고용주	피보험자						
			소계	보너스	전문직업 수입	파트타임 수입	주식배당 수입	이자 소득	임대 소득
2013	40,348	19,975	20,373	3,993	2,478	766	8,920	1,386	2,830
2014	46,816	21,818	24,998	4,790	2,311	788	11,639	2,518	2,953
2015	47,402	23,392	24,010	5,456	1,829	786	10,528	2,353	3,058
2016	44,150	22,643	21,506	5,273	1,716	609	8,940	2,306	2,662

자료 : The National Health Insurance Statistics, 2016

○ 보험료율 징수율

- 2016년 기준, 보험료 부과금액(Premium Receivable)은 NT\$ 4,692억이며, 보험료 징수금액(Premium Collected)은 NT\$ 4,608억으로 징수율은 98.2% 수준

※ 한국의 경우, 보험료 징수율은 99.7% 수준(2016년 기준), 2016 건강보험주요통계

< 연도별 보험료 징수 현황 >

(단위 : 1,000 NT\$)

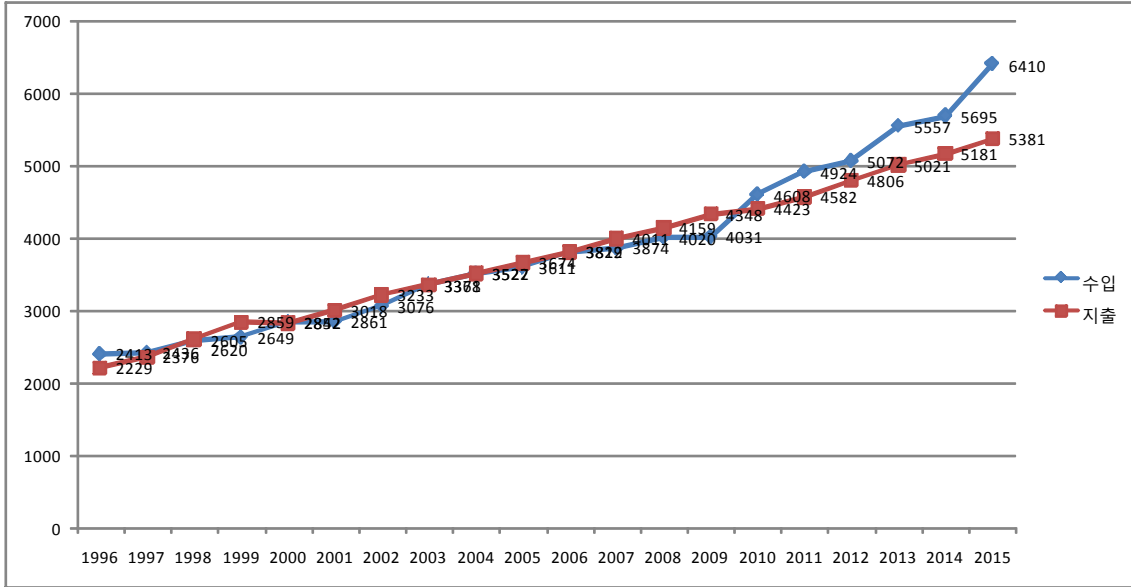
연도	보험료 부과금액 (Premium Receivable)㉔	보험료 징수금액 (Premium Collected)㉕	징수율 (㉕/㉔)
2010	437,376,957	431,994,102	98.8%
2011	468,799,150	463,505,074	98.9%
2012	482,413,200	474,245,135	98.3%
2013	466,290,405	462,158,454	99.1%
2014	476,947,079	473,289,804	99.2%
2015	479,882,131	474,461,289	98.9%
2016	469,200,691	460,761,883	98.2%

자료 : The National Health Insurance Statistics, 2016

□ 건강보험 재정 현황

- 수입은 1996년 NT\$ 2,413억에서 연평균 5.28%씩 증가하여 2015년 NT\$ 6,410억 임
- 지출은 1996년 NT\$ 2,229억에서 연평균 4.75%씩 증가하여 2015년 NT\$ 5,381억 임

< 건강보험 연도별 수입 및 지출 현황 >



자료 : 2016-2017 Annual Report National Health Insurance, 2017.

## 2 진료비 지불체계

### 1. 진료비 지불제도

- 대만의 진료비 지불체계는 총액계약제(Global budget)를 기반으로 진료 특성에 따라 다양한 진료비 지불제도를 혼합하여 운영함

< 대만의 진료비 지불제도 유형 >

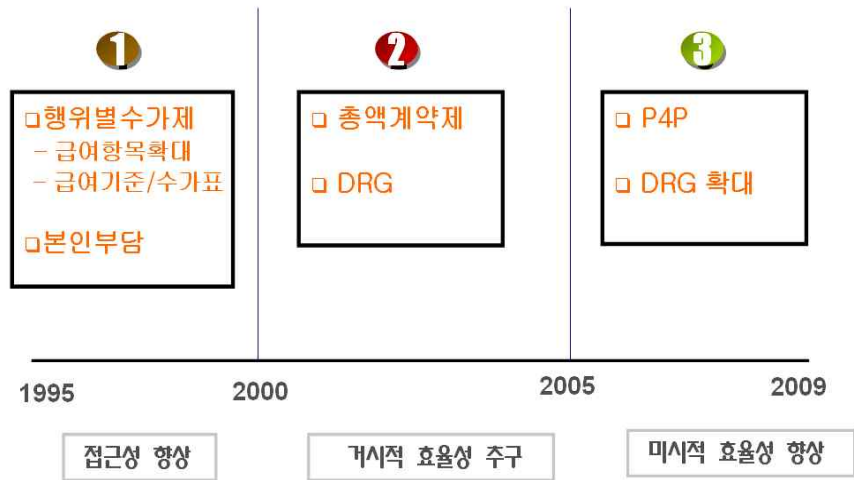
지불 방식	적용 대상
총액계약제	전체 진료부문
행위별수가제	대부분의 의료행위
성과보상제	8개 질환군(자궁경부암, 유방암, 결핵, 당뇨, 천식, B·C형 간염, 고혈압, 정신분열증)
포괄수가제	입원부분 155개 질환(외래 5개 질환 포함)
일당정액제	만성정신과 병동, 당일 입퇴원(Day care)
인두제	도서벽지, 인공호흡기 의존 환자(시범사업)

출처 : 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향 : 대만, 2015.

## □ 도입 및 변화과정

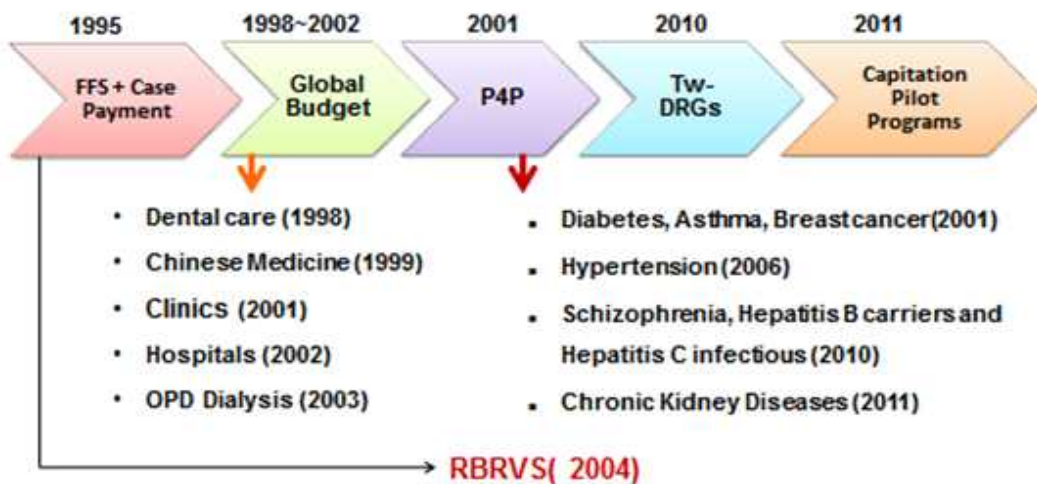
### ○ 도입 과정

- 全民건강보험제도 도입 이후, 대만의 진료비 지불체계는 크게 3단계에 걸쳐 변화되어 왔음(Mei-Shu Lai, 2010)



- 全民건강보험제도가 시행되던 1995년에는 행위별수가제를 도입하였으며,
- 1998년부터 총액계약제를 치과부문부터 도입하기 시작, 매년 단계적으로 확대하여 2002년 7월 병원부문까지 적용함으로써 전체 진료부문을 모두 포괄하였음(1998~2002년)
- 2001년에는 성과보상제 도입, 2010년에는 포괄수가제(Tw-DRG) 도입, 2011년에는 인두제가 시범사업으로 도입되었음

### < 대만 진료비 지불체계 변천 과정 >



○ 단계별 변화내용

① 1단계(1995~1999년)

- 건강보험 적용인구가 증가함에 따라 수요에 부합하는 보장성 확대, 기존 행위별수가제의 안착화, 본인부담조정 등이 필요
- 이 시기에 급여항목 확대, 급여기준 및 수가표 완성 등을 추진하며 재정 보호를 위해 본인부담제도와 심사제도를 주요 기전으로 활용하였음
- 그러나 제도가 안착되면서 의료수요가 급격히 증가하였고 행위별수가제 하에서 의료기관의 무분별한 경쟁 및 의료전달체계 미비 등으로 건강 보험재정이 5년 동안 2배 이상 급등하였지만, 본인부담조정 등의 정책은 극히 일시적인 효과만을 가져왔음(Tasi, Chang et al. 2005)

② 2단계(2000~2005년)

- 급증한 총 진료비 관리를 위해 진료비 지출의 거시적 효율성 강화 정책 추진
- 행위별수가제에 기반한 지출상한 방식의 총액계약제를 정착시켰고, 동시에 병원 입원부문 향후 DRG 도입을 위한 기초 작업에 착수하여 54개 사례(case)에 대해 case payment를 개발·적용하였음
- 총액계약제 도입으로 총 진료비의 지출 증가폭은 억제되었으나, 의료기관들은 경쟁적으로 서비스 제공량을 늘렸고 의료기관의 재정적 위험은 초기에 급격히 증가하였음

③ 3단계(2005~2009년)

- 의료의 질 보장 및 개별 의료공급 단위에서의 적정성을 강화하는 미시적 효율성 향상 정책 추진
- 총액계약제를 통해 총 진료비의 증가율은 관리되었지만 이러한 추세가 유지되고 지속가능하기 위해서는, 개별병원 단위의 운영효율성이 달성되어야 하며 이를 위해 대만에서는 입원부문 DRG를 확대하고 있음
- 총액계약제와 DRG는 각각 거시적 차원과 미시적 차원에서 진료비 지불 제도로 역할하면서, 진료비 지출의 효과적인 관리와 진료의 적정성 달성, 합리적인 보상 등 지불제도가 추구해야 할 목표의 서로 다른 부분을 채워주는 보완적 기능을 담당하고 있음

## 2. 총액계약제

### ○ 배경 및 목적

- (의료비 지출 급증) 1995년全民건강보험이 시작된 이래, 의료수가가 증가하고 행위별수가제 하에서 의료기관의 무분별한 경쟁 및 의료전달체계의 미비 등으로 의료비 지출의 급격한 증가라는 난관에 직면함
- (행위별수가제의 문제) 기존 행위별수가제 하에서 의료서비스 남용, 인센티브의 발생과 왜곡을 가져오는 지불구조의 문제점 등을 시급히 해결할 필요성에 대한 사회적 인식이 점차 확대되기 시작했음
- (의료비용 통제) 정부와 보험자는 진료비 지출구조의 변화를 통해 의료공급의 질을 향상시키고 의료자원을 합리적으로 배분 및 운용함으로써 적정범위 내에서 의료비용을 관리하고자 총액계약제를 도입하기 시작하였음

### ○ 확대 수용 과정

#### ※ 총액계약제 확대 적용

치과부문(1998), 한방부문(2000), 의원부문(2001), 병원부문(2002.7), 외래 신장투석은 별도로 독립(2003)

- (치과·한방부문) 총액계약제 도입 과정에서 제일 먼저 협상의 대상이 된 것은 치과와 한방부문임. 이들 부문이 전체 건강보험 총 진료비에서 차지하는 비중이 많지 않고, 치과의사와 한의사 수입에서 건강보험 부문이 차지하는 비중이 크지 않아 협상의 여지가 높았기 때문임
- 결과적으로, 치과부문을 선두로 한방(중의)부문이 총액계약제를 수용함. 이들 부문은 총액계약제를 먼저 받아들임으로써 타부문과 비교하였을 때 먼저 제도변화의 이익을 획득하고자 하였음
- (의원부문) 의원의 경우, 다음의 3가지 이유로 참여를 결정하였음
  - ① 정부의 통제와 간섭이 심한 다보험자시스템이나 관리경쟁체제보다는 공급자 스스로 가격관리를 할 수 있는 총액계약제가 더욱 유리하다고 판단함
  - ② 본인부담에서 병원과 큰 차이가 없고, 환자이송체계의 미확립 등 의료전달체계 미비로 인해 병원과의 경쟁에서 상대적으로 열악한

상황에서 분리예산을 받아들임으로써 병원과의 경쟁으로부터 어느 정도 보호받을 수 있다고 인식함

③ 정부로부터 전년도 대비 의료비 보장을 약속받고 지불시스템과 수가표, 진료비심사기준, 약처방에 관한 의사 가이드라인 등에서 파생된 기존 시스템의 장기적인 왜곡 현상을 해결하여 더 많은 환자들을 유인할 수 있을 것으로 판단함

- (병원부문) 병원은 이미 다른 모든 부문이 총액계약제를 수용한 상태에서 더 이상 버틸 명분이 부족했으며, 남은 예산을 확보하기 위해서라도 부득이하게 참여하게 되었음. 결국, 병원은 규모별로 다양성이 크고 이해관계의 대립으로 인해 많은 갈등을 안고 가게 됨

○ 총액 결정과정(전민건강보험법 제60조, 61조)

- 위생복지부는 연도 개시 6개월 전에 다음 해 건강보험 진료비 총액의 증가율 범위를 설정하여 행정원에 제출 → 행정원은 경제건설위원회의 검토 결과를 받아 내년도 진료비 총액 증가율 범위를 결정함

- 행정원이 심의 비준한 총액범위 내에서 전민건강보험회에는 연도 개시 3개월 전까지 총액 증가율과 부문별 배분액의 합의안 도출 → 위생복지부 승인

※ 만약, 기간 내 합의 도출에 실패 시 위생복지부 장관이 결정함

○ 총액 결정시 주요 요소

- 산식에 의거하여 자동으로 반영되는 비협상 요소와 보험자와 공급자간 협상을 통해 결정되는 협상 요소로 구분되며, 세부 내용은 아래 표와 같음

< 총액 결정 시 주요 요소 >

구분	요소	세부 요소
비협상 요소	인구구조 변화	· 인구증가율 · 연령별 구조 · 성별비율 변화
	의료서비스 원가지수 변동률	· 인건비는 임금지수 · 약제비 및 재료비는 도매가격지수 · 기타 비용은 소매가격지수
협상 요소	보험급여 범위, 지불항목 변화	
	의료의 질 향상과 국민건강 촉진을 위한 비용	
	의료서비스 이용과 의료강도의 변화	· 의료기술, 진료형태 혹은 진찰형태의 변화 · 질병발생률의 변화 · 의료서비스자원이 결핍된 지역은 의료지원 증기이후 이 지역보험대상 이용률과 의료이용 강도의 상승
	의료서비스 효율의 상승	
	기타 요소 <sup>1)</sup>	

자료 : National Health Insurance In Taiwan 2013-2014 Annual Report, 2013

주 1) 예기된 관련법령 혹은 정책변화와 정책요인이 의료비용에 영향을 줄 수 있는 항목

○ 총액 배분방식

- 전국 단위로 결정된 부문별 총액예산을 인구조정 공식에 따라 일종의 지역쿼터제로 6개 지역별로 배분함
- (지역별 할당제) 단일보험자에 의한 총액계약제 상에서 지역 인구수에 따라 배분하는 지역별 할당제는 의료자원의 이동 및 재배치가 이루어질 수 있도록 유도하는 공급자간 경쟁기전으로 작용함

< 총액 결정 시 주요 요소 >

단계	배분 범위	해당 내용
1단계	전국 단위	정부-공급자대표 간 협상을 통해 지출상한 설정
2단계	부문별 배분	치과, 한방, 의원, 병원
3단계	부문내 배분	외래, 약제비, 조제료, 예방, 수술, 포괄수가제, 외래수술, 만성질환, 소외지역 등
4단계	지역별 배분 (병원예산 제외)	타이베이, 북부, 중부, 남부, 동부, 카오핑

주) 1, 2, 3 단계는 실제로는 동시에 고려됨

- (인구수에 따른 지역배분) 부문별 총액을 지역 배분할 때, '지역의 과거 진료비 수준 + 지역 인구비중'을 반영하여 예산을 배분함. 총액도입 초기에는 주로 '해당지역의 과거 진료비 수준'을 많이 반영하였으나, 현재는 '인구수 비중'에 따라 지역별로 예산을 배분하는 방식으로 변화시켰음
- (진료량에 따른 개별배분) 개별기관 및 의사들에 대한 배분은 진료량에 따라, 즉, 행위별수가 청구액에 기반하여 이루어지며 병원의 일부 진료는 포괄수가제에 의해 배분됨

○ 총액 내 단가조정방식(floating point-value system)

- 대만의 총액계약제는 '지출상한제(Expenditure Cap)'로, 총액 내에서 서비스 양에 따라 점수당 가격을 조정하는 방식을 적용하고 있음
- 총액을 초과하지 않도록, 아래 산식에 따라 단위가격(상대가치점수당 단가)에 변동 점수치(floating point-value)를 반영하여 조정함. 즉, 환산 지수(CF)가 서비스의 양에 직접 연관되는 시스템임
  - ※ point-value는 3개월마다 심사가 끝난 후 결정됨

$$\text{총비용} = \sum[(\text{서비스 양}) \times (\text{단위 가격})] \times [\text{floating point-value}]$$

### 3. 포괄수가제

○ 도입 배경

- 대만은 의료비 지출을 효과적으로 관리하고 의료공급자의 자율성을 강화하기 위한 지불제도 개편방안의 하나로 성과지불제(P4P)와 함께 단순 외과계 질병군부터 Tw-DRGs를 도입하였음

○ 확대 과정 및 계획

- 1995년부터 현재까지 2단계에 걸쳐 DRG 제도를 도입·확대해오고 있음
  - ① 1단계(1995~2009년) : CPI(Case payment incentive) 도입과 DRG 개발
  - ② 2단계(2010~2014년) : Tw-DRGs의 본격적 도입과 확대적용
- CPI(Case payment incentive)는 2009년 54개 case(포괄지불이 유리한 단순 외과계 질환 중심)에 대해서 적용되었으며, 2010년부터 Tw-DRGS 지불제도를 실시하고 164개 DRGs를 제 1단계로 도입하였음. 총 NT\$

247억이 소요되었음(총입원비의 17.4%, 병원 총액예산의 7%)

- 2010년부터 5년 동안 Tw-DRGs에 기초하여 CPI를 총 1,017개(총 입원 진료비의 60.7%)까지 매년 단계적으로 확대 과정 중에 있음
- 2014년 2단계로 237개 항목의 DRG를 추가로 도입함<sup>2)</sup>

○ 환자분류체계

- Tw-DRGs 환자분류체계는 진단과 처치(시술) 고려, ICD-9-CM을 이용하여 분류하며, 25개 주진단항목(MDC)와 1개의 Pre-MDC로 구분
- 주 진단항목으로 1차 분류된 뒤 자원 소모가 유사한 처치(시술)을 중심으로 동일한 DRG로 세부 분류되는데 연령, 성별, 퇴원상태 등을 고려함

○ DRG 지불액 산정방식

- 지불액은 과거 해당병원 청구자료에 기초하여 산정되며, 산식은 아래와 같이 상대가중치, 표준지불금액, 조정률로 구성됨

**※ DRG 지불액 = 상대가중치(RW) × 표준지불금액(SPR) × (1 + 조정률)**

- ▶ 상대가중치(Relative Weight, RW)
  - (개념) 특정 DRG의 상대적 자원 소모도
  - (산식) 특정 DRG 건당 평균 점수 ÷ 전체 DRG 건당 평균 점수
- ▶ 표준지불금액(Standardized Payment Rate, SPR)
  - (개념) DRG 가중치 1점당 금액으로, 매년 실제 청구액을 기준으로 재계산되어 조정·공표됨
  - (산식) 전국 DRG 총점 / 전국 가중치 총합
- ▶ 조정률의 반영 요
  - ① 기본진료가산(의료기관 유형별 가산), ② 아동가산, ③ CMI 가산
  - ④ 산간지역 가산

- 총액계약제 하에서 표준지불금액(SPR)은 병원 총액예산액이 유지되도록 하는 기전으로, 병원진료비 중 FFS 부분은 기존의 방식으로 지불되고, DRG에 의해 지불되는 부분의 총 진료비가 결정된 상한을 초과하지 않도록 매년 표준지불비율을 계산하여 공표함

※ 2010년 SPR은 NT\$ 37,230임. 이는 2008년 실제 청구액을 기준으로 계산되어 2010년 공표된 금액임

※ FFS의 경우 Floating point value system으로 사후 조정방식이나, DRG의 경우 표준지불금액을 사전에 결정함

2) 국민건강보험공단 정책연구원. 대만 통신원(진현효) 동향보고. 2014.12.

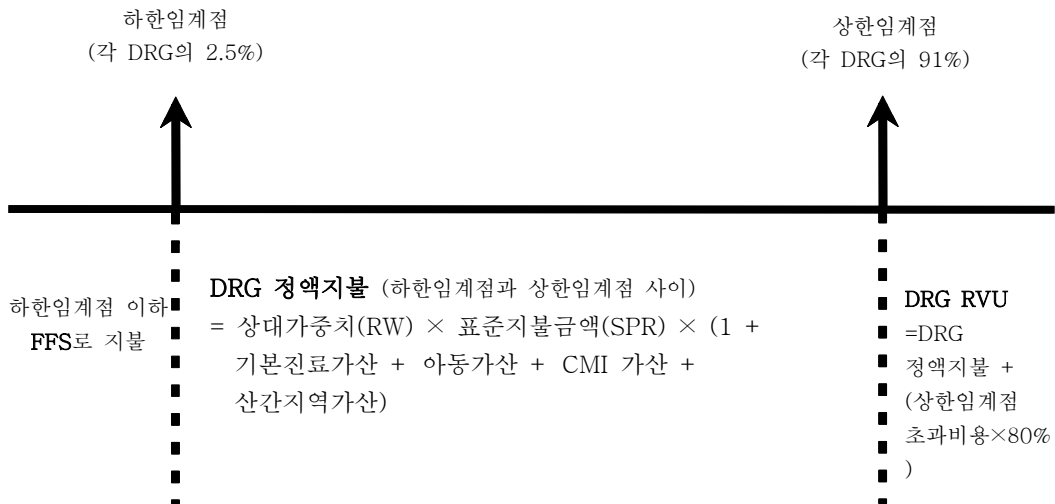
< Tw-DRGs의 조정계수(조정률) 내역 >

구분	내 용
기본진료가산율	- 의약센터: 7.1%, 지역병원: 6.1%, 지구병원: 5.0%
아동가산율	- MDC15 · ~6개월 미만 : 23% · 6개월~2살 미만 : 9% · 2살~6살 이하 : 10% - 비MDC15 · 내과계 Tw-DRG √ ~6개월 미만 : 91% √ 6개월~2살 미만 : 23% √ 2살~6살 이하 : 15% · 외과계 Tw-DRG √ ~6개월 미만 : 66% √ 6개월~2살 미만 : 21% √ 2살~6살 이하 : 10%
CMI 가산율 <sup>1)</sup>	- 각 병원은 보험자가 공표한 CMI값에 의거하여 · 1.1 < CMI 값 ≤ 1.2 : 1% · 1.2 < CMI 값 ≤ 1.3 : 2% · 1.3 < CMI 값 : 3%
산간지역의 병원가산율 <sup>2)</sup>	- 2%

주 1) CMI 값은 각 병원의 환자구성을 반영하는 것으로서 RW가 높은 환자가 많은 경우 높은 CMI 값이 산출되며 이에 따라 가산을 해줌

2) 행정원 위생복지부 공고

< Tw-DRGs의 지불액 산정 방식 >



○ 적용제외 및 질 관리

- (적용제외) 의료기관이 환자의 중증도에 따라 환자를 선택 진료하는 문제점을 방지하기 위해, 일부 중증질환들을 DRG에서 제외하고 있음
  - 암, 정신질환, 혈우병, 에이즈, 30일 이상의 재원이 필요한 희귀난치성 질환, 체외막 산화, 신장이식 합병증 등
- (별도보상) 긴급구조 시 환자가 진료를 신속히 받을 수 있도록, cardiogenic 쇼크환자에게 IABPs(Intra-aortic balloon pump) 주입시 사용되는 특수재료는 DRG에 포함되지 않고 비용을 이후 별도 청구할 수 있음
- (가감지급) 환자의 권익을 보호하기 위해, 병원에서 치료가 완료되기 전에 환자를 다른 병원으로 이송하거나 환자가 조기 퇴원하는 경우, 입원기간과 병원이 제공한 의료서비스의 적절성을 파악하여 상응한 진료비를 지불함
- (질 관리) 퇴원환자의 응급비율 및 재입원비율 등 관리감독지표를 통해 환자가 치료가 끝나기 전에 병원의 강요로 퇴원했는지를 모니터링 함

○ 집행성과<sup>3)</sup>

- (평균입원일수) 1999년과 2013년 비교 시 5.49%, 2014년과 비교 시 5.69% 감소함
- (타병원 전출율) 1999년과 2013년 비교 시 0.06%, 2014년과 비교 시 12.12% 감소함
- (14일 이내 재입원율) 1999년과 2013년 비교 시 0.24%, 2014년과 비교 시 4.91% 감소함

---

3) 국민건강보험공단 정책연구원 대만 통신원(진현효) 동향보고. 2014.12.

#### 4. 인두제(Capitation)

- 현재 대만에서는 3가지 유형(구역통합, 지역별 의료군, 병원충성환자)의 인두제가 2011년부터 2014년까지 약 20만명을 대상으로 3년 동안 시범 사업을 실시함
  - 인두제 지불제도는 불필요한 의료 감소, 의료비용 감소, 통합의료 시스템 강화, 국민들의 건강한 삶 증진을 추구함
- 인두제 모형은 의원급만을 대상으로 하는 것이 아니라 의원급 연합, 의원과 병원 연계 모형 등 다양한 통합의료시스템(Integrated care model)에 대한 시범운영의 성격이 강함
- 반대로 초과지출(손실)이 발생할 경우 손실의 일부분을 해당 통합의료팀이 자체적으로 흡수해야 하며, 만약 질 지표 향상 성적이 우수할 경우 손실에 대한 공급자의 책임을 일부 경감해주는 것도 가능함
- 인두제가 시행됨에 따라, 병원으로 환자가 몰릴수록 더 많은 혜택을 보기 때문에, 병원은 의료의 질을 향상시키는 데 비용을 투자하게 되고, 환자는 포괄적·통합적 치료를 받을 수 있어 인두제를 선호함
- (집행성과) 7개 시범단체의 2013년 하반기 중간결산 적업 결과, 6개 단체에서 모두 비용절약 효과를 보임

#### 5. 성과보상제(P4P : Pay for Performance)

- 2001년 11월부터 자궁경부암, 유방암, 결핵, 당뇨, 천식 치료에 적용하기 시작하였으며, 2003년 10월에는 B형·C형 간염, 2006년에는 고혈압(의원), 2007년에는 고혈압(병원), 2010년 6월에는 정신분열증 치료로 확대 적용하였음
- 고혈압 환자들은 당뇨나 만성 신질환 등 다른 질환을 동반하고 있기 때문에 고혈압만 가지고 있는 환자에게 적용되는 P4P는 2013년에 종료됨
- 질병별 성과보상제 참여율을 살펴보면, 결핵이 90% 이상으로 가장 높고, 유방암, 고혈압 등이 낮게 나타남
- 당뇨환자의 경우, 성과보상제 적용 환자들의 의료적 결과(혈당, HbA1c, 혈중 콜레스테롤, 요단백 등)는 개선됨

< 질병별 성과보상제 적용 치료환자 현황 >

(단위 : %)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016 (1-6월)
천식	32.50	34.78	35.17	31.29	31.61	47.02	45.45	39.30	37.49	36.10	36.00	31.30
당뇨	23.52	23.16	24.67	26.34	27.56	29.26	31.36	33.94	35.06	38.50	41.07	44.60
결핵	68.78	78.99	91.81	수가표로 전환								
유방암	12.09	12.98	13.60	14.46	14.50	14.62	13.67	13.43	13.09	10.88	10.60	10.30
고혈압	N/A	9.31 <sup>주)</sup>	6.54 <sup>주)</sup>	3.93 <sup>주)</sup>	2.65	2.55	2.94	1.36	주)			
정신분열증	N/A					40.65	46.94	51.20	52.22	59.80	61.97	60.10
B형·C형 간염	N/A					9.83	16.70	21.40	25.20	29.00	32.60	30.20
만성신장질환	N/A						20.15	26.40	32.10	26.71	38.54	28.50
출산관리	N/A					위생복지부 기금으로 운영					28.70	42.60

주 : 고혈압은 2006년 의원급, 2007년 병원급에서 성과보상제를 적용하였으나, 고혈압 환자는 대부분 동반질환(당뇨, 만성신장질환 등)이 있으므로 고혈압 단독인 경우의 성과보상제는 2013년 종료  
 자료 : 2016-2017 National Health Insurance Annual Report, 2016

### 3 시사점

#### 1. 재정

##### □ 소득 중심 단일 부과체계 및 수입 기반 확대

- 대만의 보험료 부과체계는 모든 국민에게 소득중심의 단일부과체계를 적용
- 제2세대 건강보험 개혁을 통해 부과대상 소득 범위를 근로소득 뿐 아니라 이자, 배당, 임대, 상여금까지 확대 시행하여 건강보험 재정기반을 안정화시키고 능력에 따른 보험료 부담 원칙을 보다 확고히 하고 있음
- 한국도 가입자 자격에 따라 달리 하는 불공정한 보험료 부과체계의 개편이 필요하며, 재정안정 및 보험료 부과액의 형평성 증진을 위해 부과대상 소득 범위를 확대할 필요가 있음

## □ 피부양자 보험료 부과

- 대만의 보험료율은 명목상 4.91%이나 피부양자에게도 보험료를 부과하는 방식을 사용하고 있기 때문에 실질 보험료율은 명목보험료율을 상회할 것으로 예상됨
- 보험료를 내지 않는 피부양자수가 지나치게 많을 경우 보험재정 불안 요인이 될 뿐 아니라, 소득이 있음에도 보험료를 내지 않을 경우 무임승차 논란이 발생할 수 있음
- 한국은 직장에만 적용되는 피부양자 제도로 인해 보험료 부과에 있어 불공정성 요인이 있으며 무임승차 논란에서 자유롭지 못함
- 대만의 경우 피부양자 보험료 부과로 재원을 확보하고 있으나 소득이 있는 피부양자와 그렇지 않은 피부양자를 구분하지 않는 방식은 또 다른 문제를 야기할 수 있음. 따라서 대만의 사례를 참고하되 한국 상황에 적합하면서 소득이 있는 피부양자를 별도 분리하는 방안을 지속적으로 개발할 필요가 있음

## □ 건강보험 재정에 대한 정부의 재정적 책임 강화

- 정부는 건강보험 재원 중 총 보험료 수입(기타 법정수입 제외)에서 최소 36%를 부담해야 함(전민건강보험법 제3조)
  - ※ 법정수입은 담배세, 복권세 등이 포함됨
- 제2세대 건강보험제도가 시행하기 이전의 누적 재정적자는 정부의 연간 예산으로 충당해야 함

## 2. 진료비 지불제도

### □ 체계적인 계획에 의한 다양한 지불제도의 조합

- 전민건강보험 제도 초기에는 기존의 행위별수가제 중심의 지불제도를 운영해오다가 총액계약제, 포괄수가제, 성과지불보상제(P4P) 등으로 지불제도 활용을 확대하고 있음
- 최근에는 통합된 일차의료와 의뢰체계 강화를 위해 사구의료군 사업을 시범운영하면서 동시에 인두제 적용도 확대 과정에 있음
- 총액계약제의 활용은 진료비의 거시적 관리를 위해, 그리고 포괄수가제와 성과지불보상제의 활용은 총비용 내에서 제공되는 서비스의 미시적 효율성 강화를 목적으로 하고 있음

- 즉, 대만의 지불제도 개혁은 진료비 지출의 거시적 관리 뿐 아니라 의료 서비스 제공의 미시적 효율성, 형평성, 접근성 등 전반적인 성과향상을 위해 적절한 인센티브를 효율적으로 구성하여 활용하고 있는 것으로 판단되며 한국에서도 이러한 적절한 지불제도 조합을 보다 적극적으로 활용할 필요가 있음
- 이러한 지불제도 활용은全民건강보험제도 도입 초기부터 선진사례 연구를 통해 각 단계별 달성해야 할 목표를 설정을 통해 체계적으로 구상되고 실천한 결과임

#### □ 지불제도 개편의 계획 제시를 통해 공급자에게 충분한 시그널 제공

- 대만의 총액계약제로의 지불제도 개편은全民건강제도 도입 시점부터 이미 법안에 명시되어 있었던 내용임
  - 全民건강보험법상 위생복지부(당시 위생서)는 총액계약제 도입을 추진해야 하며, 다만 적용 시기는 제반 여건에 따라 탄력적으로 조율할 수 있도록 하는 내용을 초기부터 담고 있었음
- 이에 따라, 총액계약제 도입을 목표로 정부와 보험자는 공급자를 상대로 지속적인 협의에 들어갔으며 결과적으로 총액계약제를 도입하였음
- 또한, 포괄수가제 도입을 위한 건당지불방식 시범사업을 1995년부터 시행하였고 제2세대 건강보험 개혁안을 통해 본격적인 대만식 포괄수가제인 Tw-DRG를 시행할 것과 연도별 확대계획을 명시함
- 이를 통해, 지불제도 개편의 영향을 받는 공급자들에게 사전에 충분한 시그널을 제공하고, 제도 변화를 일정에 따라 차질 없이 진행하여 이해 당사자간 혼란에 따른 사회적 낭비 요인을 최소화함

<첨 부 : 보험료 분담률(Premium Contribution Ratio)>

피보험자 분류		분담률(%)			
		피보험자	고용주	정부	
카테고리 1	공무원, 지원군인, 공직자	피보험자 및 피부양자	30	70	0
	사립학교 교직원	피보험자 및 피부양자	30	35	35
	공공 및 민간기업 소속 근로자	피보험자 및 피부양자	30	60	10
	고용주, 자영업자, 전문 직업군	피보험자 및 피부양자	100	0	0
카테고리 2	노동 조합원(Occupation union members)	피보험자 및 피부양자	60	0	40
	원양어업선원	피보험자 및 피부양자	60	0	40
카테고리 3	농민회, 어민회, 관개업 종사자 조합 (irrigation association)	피보험자 및 피부양자	30	0	70
카테고리 4	군인	피보험자	0	0	100
	군사학교 학생, 연금 받는 군인의 피부양자	피보험자	0	0	100
	대체군복무자	피보험자	0	0	100
	교정시설 수용자	피보험자	0	0	100
카테고리 5	저소득가구 구성원	가계구성원	0	0	100
카테고리 6	퇴역군인 및 사망한 퇴역군인의 피부양자	피보험자	0	0	100
		피부양자	30	0	70
	카테고리 1~5에서 명시한 피보험자 (피부양자)에 분류되지 않는 기타 세대주 및 개인	피보험자 및 피부양자	60	0	40

자료 : Handbook of Taiwan's National Health Insurance 2016-2017, 2016