

대만 의료보장개혁과 교훈

이 규 식

연세대학교 보건행정학과

〈Abstract〉

Tawian's Health Care Reform and Its Lessons

Lee, Kyu Sik

Department of Health Administration, Yonsei University

Taiwan has experienced rapid economic growth during the past two decades. As a result, the demand for health care in Taiwan has increased rapidly. To meet the rising demand, Taiwan implemented a National Health Insurance (NHI) program on March 1, 1995. This program now covers more than 96 percent of Taiwan's citizens. Implementation of the NHI in 1995 represents fulfillment of a primary social and health policy goals of Taiwan. The goals of the NHI program is to eliminate financial barriers of health care for the citizens, to accomplish universal coverage in a sound financial structure, to provide equal access, and to improve the quality of care. To achieve these goals, the NHI was designed on the following principles: 1. All Taiwan citizens are compulsory joined the NHI program by law; 2. The NHI program provides comprehensive services; 3. The NHI is run by one single govt' agency; 4. The NHI is financed by premium of insured and employer, and govt' subsidy; 5. The NHI adopt fee-for-services scheme to pay medical expenses and copayment to avoid abuse of medical services. However, the scheme did not bring in the efficient use of health care

resources and in the equity of financing among the insured. Taiwan's health care reform has unfinished agenda.

Key words: Health care reform, Taiwan's Health Insurance System

I. 머리말

지난해 정기 국회에서 지역의료보험을 공.교의료보험과 통합하는 국민의료보험법이 통과된 이후 의료보험의 통합에 관심이 집중되고 있다. 여기에 더하여 1998년 2월 6일 노.사.정위원회에서는 1998년말까지 모든 의료보험을 통합하는 입법을 하기로 결정을 봄으로써 의료보험 통합은 현실로 다가서고 있다. 그런데 우리가 알고 있는 바로는 전국민을 사회보험방식으로 단일 관리하는 국가는 대만이 유일하다. 남미의 일부 국가들이 통합관리방법을 택하고 있으나 공무원과 같은 특수 직역에 대해서는 특수제도를 병존시키고 있으며 코스타리카의 경우 국가의 경제 사정으로 전국민의 75%정도가 의료보험에 적용되고 있어 전국민을 단일관리한다고 보기 어려운 측면이 있다. 그외 동구권에서 사회주의가 몰락하고 난 후 의료보험을 도입하는 과정에서 알바니아와 카자흐스탄만이 통합체계를 유지하고 나머지 국가는 모두 조합방식을 택하고 있다(WHO 1997).

통합모형을 택하고 있는 국가 가운데 알바니아나 카자흐스탄은 빈곤국가로 되어 우리가 본받을만한 국가가 되지 못한다. 그러나 대만은 우리 나라와 사회경제적 상황이 매우 유사하고 1995년 3월 사회보험방식으로 전국민을 건강보험에 단일 관리토록 하여 새로운 모델을 만들었다고 하겠다. 따라서 대만은 우리 나라 의료보험의 통합에 모델 국가가 될 수 있다고 하겠다.

우리 나라가 통합을 추진하기 위해서는 먼저 이러한 제도를 택하고 있는 국가의 경험을 사전에 점검하고 이 제도가 우리에게 어떤 교훈을 줄 수 있는지를 검토하는 것이 통합의료보험의 시행착오를 줄일 수 있다고 판단되어 대만의 건강보험제도를 소개하고 대만제도에서 얻을 수 있는 교훈을 살펴보기로 한다. 그런데 대만의全民건강보험제도가 실시된 역사가 일천하여 제도를 평가할 만한 자료가 충분치 못한 점이 이 논문의 한계라 하겠다.

II. 대만 의료보장제도의 역사

대만은 1950년 근로자를 대상으로 하는 노공보험에 의료서비스를 급여 내용으로 함으로서 의료보험의 역사가 시작되어, 1958년에는 공무원에게, 1980년에는 사립학교 교직원에게, 1985년에는 농민에게, 그리고 1995년 3월에는 나머지 국민들에게 의료보험을 적용하는 단계적 절차를 거쳐 오늘에 이르게 되었다. 대만 의료보장의 역사를 요약하면 <표 1>과 같다.

<표 1> 대만 의료보장제도 연혁

연 도	연 혁
1950	근로자에 대해 勞工保險 실시: 입원서비스 및 상병수당을 급여화
1958	공무원에 대해 公務人員保險 실시: 입원 및 외래서비스 급여화, 상병수당 없음
1970	노공보험법 개정: 10인 이상 고용 사업장 확대: 외래서비스 급여화
1979	노공보험법 개정: 5인 이상 고용 사업장 확대
1980	사립학교 교직원 적용 확대(공무원인원보험)
1985	농민건강보험 적용(노공보험에 임의): 1989년 법 제정으로 본격 적용
1994	全民健康保險法 의회 통과
1995	전민건강보험 단일체계화(3월 1일 실시)

자료: 대만 행정원 위생서, 내부자료, 1996

III. 全民健康保險 이전 제도의 개요

1. 보험의 종류 및 적용인구

전민건강보험이 실시되기 이전 대만은 사회보험을 실시함에 있어서 관리방식을 사고위험 중심으로 한 것이 아니라 대상자를 중심으로 의료서비스, 연금급여, 산재급여를 통합하는 형

태를 취하였으며(Labor Insurance Act 1988) 적용대상은 어디까지나 근로자 중심이었다. 따라서 사회보험은 일반 근로자를 대상으로 하는 노공보험과 공무원과 사립학교 교직원을 대상으로 하는 공무원보험으로 나누어져 있었다. 그리고 근로자와 근로자가 아닌 계층과는 사회적인 사고위험의 내용이 다르기 때문에 이 제도 속에 근로자가 아닌 계층을 적용시키는 데는 한계가 있어 적용에서 제외되고 있었다.

경제가 성장하고 새로운 의료기술의 도입으로 진료비가 상승하게 되자 근로자가 아닌 계층에 있어서도 질병 치료비가 가계의 큰 부담이 되어 의료보험의 필요성이 제기되었다. 근로자 계층은 아니지만 의료보험을 긴급히 필요로 하는 인구계층이 있으면 이들에게 의료보험을 적용할 수 있는 방안을 찾았는데 근로자와는 사회적 위험의 종류가 달라 별도의 보험을 개발 할 수밖에 없었던 관계로 보험종류는 다양하였다. 그런데 보험 종류마다 별도의 관리조직을 만들기에는 적용인구가 너무 적어 관리는 공무원보험처와 대만성정부(사회사와 노공보험처 공동참여)의 2개 기관이 맡아 하는 형태를 취하였다.

대만에서 의료서비스를 보험급여로 하는 보험의 종류를 보면 모두 12종으로써 대만성정부가 3종류, 공무원보험처가 9종류를 관장하고 있는바 이를 정리하면 <표 2>와 같다.

2. 전민건강보험 이전 제도의 특징

1) 대상자별 사회보험의 통합 관리제도

전민건강보험이 실시되기 이전 대만의 사회보험 관리의 특징은 근로자를 중심으로 사회보험의 여러 가지 급여를 하나의 조직에서 통합 관리하는 방식을 택하고 있는 점이다. 대만은 사업장 근로자를 대상으로 하는 노공보험을 1950년에 실시하면서 의료급여, 연금급여, 재해급여를 통합 제공하였다. 이어 1958년에는 공무원을 대상으로 하는 공무원보험이 실시되면서 역시 의료급여, 연금급여, 재해급여를 통합 제공하였다. 근로자에 대해 각종 급여를 통합 제공함에 따라 근로자의 가족이나 퇴직자는 같은 범주에 넣어 관리 할 수가 없어 이들에게 필요한 의료급여를 제공하기 위해서는 별도의 제도적 장치가 필요하였다. 따라서 근로자가 아닌 계층에 대해서는 의료급여만 제공되어야 했기에 이들을 위한 제도에는 질병보험이라는 명칭을 붙이고 있었다.

<표 2> 전민건강보험 이전 대만제도의 종류와 관리조직

1994년 기준

관 리 조 직	보 험 종 류	보험료율(%)	적용인구(천명)
대만성정부 (勞工保險處 및 社會司 공동참여)	노공보험(상병수당 존재) 농민건강보험 각급 민의대표 촌리향장 건강보험	7 6.8 6.8	8,496(40.1) 1,737(8.2)
공무원인원보험처	공무원인원보험 퇴휴인원보험 공무원인원 권속질병보험 퇴휴공무원인원질병보험 퇴휴공무원인원배우질병보험 사립학교교직원 보험 사립학교교직원 권속질병보험 사립학교 퇴휴교직원 질병보험 사립학교 퇴휴교직원 배우 질병보험	9 8 5 9 9 9 3 9 9	1,793(8.5)
민간보험회사	민간상업보험		144(0.7)
군	군진 의료		480(2.3)
미적용인구			8,525(40.3)
총 인 구			21,178(100.0)

주: 보험료율은 산재관련보험료율을 제외 시킨 것임

자료: 대만 전민건강보험 연구계획 전안소조, 『전민건강보험제도규획기술보고』, 1990. 12.

2) 정부에 의한 통합관리와 적용 대상별 재정분리

대만 의료보험의 또 다른 특징은 사회보험의 관리는 정부 책임이라는 인식을 토대로 하여 철저히 정부가 책임을 지고 관리하였다는 점이다. 전민건강보험이 실시되기 이전의 대만의 사회보험의 관리체계를 <그림 1>에서 살펴보면 공무원과 사립학교 교직원과 관련하여 9종류의 사회보험 또는 질병보험이 있는데 이것은 모두 행정원 재정부에 속해 있는 공무원인원보험처에서 관리하고 고시원 전서부에서 감리하는 형태로 정부에 의한 통합 관리 체계를 보여주고 있다. 그리고 근로자와 농민의 경우는 대만성 정부와 행정원의 노공보험처(노공위원회

나 재정은 보험 종류별로 분리 계정을 하는 방식을 취하였다. 그 이유는 근로자(공무원 포함)에게는 모든 사회보험의 급여가 포괄적으로 주어지는 반면에 그 가족은 의료급여만 주어지기 때문에 재정을 통합하여 관리하는 데는 문제가 많았기 때문이다.

3) 정부의 막대한 재정 지원

대만 정부는 독자 재정을 누리는 관계로 사회보험 운영과 관련하여 정부가 상당히 많은 재정을 부담하고 있다. 노공보험에서 정부는 직업훈련생에 대해 보험료의 40%를 지원하는 것을 비롯하여 공무원인원보험에서는 퇴직공무원에 대해 보험료의 50%를 그리고 농민건강보험에서는 정부가 보험료의 70%를 부담하는 등으로 사회보험에 대한 정부의 지원이 막대하였다. 이를 보다 상세히 살펴보면 <표 3>과 같다.

<표 3> 전민건강보험 실시 전 제도별 정부의 보험료 지원 현황

보험종류	대 상 자	정부 지원율
노공보험	직업훈련생	보험료의 40%를 중앙 정부가 지원
	파견출국대상훈련생	보험료의 20%를 중앙 정부가 지원
공무원인원보험	퇴직공무원	보험료의 50%를 중앙 정부가 지원
	사립교직원	보험료의 32.5%를 중앙정부가 지원
	사립퇴직교직원 및 가족	보험료의 25%를 중앙정부가 지원
농민건강보험	농어민	보험료의 70%(중앙 40, 성 20, 지방 10)를 지원
		각급각성민의대표 촌리향장

자료: <표 2>와 동일

4) 보험 종류별 급여내용의 차이

의료급여가 노공보험이나 공무원인원보험의 주 급여가 아닌 관계로 보험종류에 따라 급여의 내용이 다를 수밖에 없는 구조를 갖고 있는 것이 대만 보험의 특징이라 하겠다. 대만의 사회보험 종류별 급여 내용을 요약하면 <표 4>와 같다. 보험급여에서 가장 큰 특징의 하나는 노공보험에서는 현금급여로서의 상병수당이 있으나 다른 보험에서는 상병수당이 없다는 점이다.

5) 보험료의 2원화

대만은 노공보험과 공무원보험에서 의료, 산재, 노령, 실업보험을 동시에 제공하고 있으면서 보험료는 2원화 시키고 있었다. 먼저 의료급여, 생육급여, 상병급여, 실업급여, 노령급여, 사망급여 등은 통상보험료에 의해 급여가 제공되었고, 산재와 관련한 의료급여, 상병급여, 폐질급여 및 사망급여는 산재보험료에 의하여 급여가 제공되는 체계를 갖추고 있었다. <표 2>에 기록된 보험료율은 산재관련 보험료를 제외한 통상보험료율이다.

6) 의료서비스 급여

보험급여로 제공되는 의료서비스 급여는 제한이 거의 없으며(단, 노공보험에는 진료일수등 제한 있음), 의료서비스 이용시 본인부담도 거의 없는 특징이 있었다. 의료 서비스 제공자에 대한 진료비 지불은 행위별 수가를 토대로 하여 수가표가 공시되었다. 그런데 동일 행위에 대하여서는 동일 가격을 책정하되 다음과 같이 의료기관의 종류에 따라 청구할 수 있는 의료 서비스 항목이 제한된 관계로 실제로는 3가지의 수가표를 공시한 것과 같은 의미를 지니게 되었다.

- 갑류 : 2,583종의 행위 등재: 의학중심(600병상 이상) 및 구역병원(300병상 이상)에 적용
- 을류 : 1,662종의 행위 등재: 지구종합(200병상 이상) 및 지구전문병원에 적용
- 병류 : 893종의 행위 등재: 의원 및 소규모 병원에 적용

7) 진료체계

노공보험에는 특별한 진료 후송체계가 없었으며 요양기관에는 제한 없이 피보험자들이 방문할 수 있게 하였다. 그러나 공무원보험에서는 피보험자는 의료이용을 위해서 반드시 외래중심직영병원을 1차로 방문하여 이곳에서 진료를 받아야 하며 이곳에서 진료가 불가능한 경우 의사의 진료의뢰소견서를 받아야만 타 의료기관의 진료가 가능한 전달체계를 택하였다.

- 요양기관

노공보험 : 민간 또는 공공의료기관과 요양기관 계약(전국 의원의 27%, 병원의 59%)

공무보험 : 민간 또는 공공의료기관과 요양기관 계약(전국 의원의 3%, 병원의 36%) 외래

중심 직영의료기관은 대북시내 2개소를 위시하여 전국에 6개소를 운영

<표 4> 보험급여 내용(질병관련)

보험종류	급여내용
노공보험	생육급여(현금), 상병수당(현금) 상해수당(현금), 의료급여(서비스)
농민건강보험	생육급여(현금), 상해급여(서비스), 의료급여(서비스), 장제보조(현금), 폐질급여(현금)
각급 민의대표 총리향장건강보험	생육급여(현금), 상해급여(서비스), 의료급여(서비스), 장제보조(현금)
공무원보험 퇴직공무원보험 사립학교 교직원보험	생육급여(서비스), 상해급여(서비스), 의료급여(서비스)
공무원권속질병보험 퇴직공무원권속질병보험 퇴직공무원배우질병보험 사립퇴직교직원 질병보험 사립퇴직교직원배우질병보험 사립교직원권속질병보험	상해급여(서비스), 의료급여(서비스)

자료 : 대만 전민건강보험연구계획전안소조, 『전민건강보험제도규획기술보고』, 1990년 12월

3. 통합 이전 제도의 문제점

첫째, 대만 제도의 특징이 대상자를 중심으로 4대 보험을 통합 관리하는 관계로 대상자에 따라 관리를 달리해야 하는 문제가 있어 보험관리가 매우 복잡하고 또한 보험료율도 다양하다는 것이 문제로 지적될 수 있다.

둘째, 대만 사회보험의 특징은 노동자의 사회적 위험에만 초점이 주어지는 전통적인 서구의 사회보험 원칙에 따라 제도를 고안한 관계로 자영자는 사회보험의 적용에서 제외되는 문제가 있었다. 자영자들이 사회보험의 적용에서 적용 제외되는 관계로 이들의 의료 서비스 역시 보험 적용에서 제외되어 형평성 문제가 제기되었다.

셋째, 대만은 근로자의 복지 증진을 위한 제도로 노공보험을 만들었기 때문에 근로자인 피보험자에 대해서는 의료서비스 이용시에 본인부담을 전혀 지우지 않았기 때문에 의료 서비스의 남용 문제가 제기되고 있었다.

넷째, 대만은 진료비지불을 위해 행위별수가제도를 택하였기 때문에 과잉진료 문제나 일부 의료기관들의 부당청구 문제가 지적되기도 하였다.

IV. 대만의 全民健康保險制度

1. 추진배경과 과정

대만은 1960년대 이래 꾸준한 경제성장으로 1970년대 후반 본격적인 산업사회로 전환됨에 따라 가족제도를 통한 의료문제 해결이 더 이상 어려워 졌고, 동시에 경제성장에 따른 사회적 안정의 수단으로 사회개발이 주장되었다(Ching 1997). 여기에 더하여 야당의 거세지는 국민당 정부의 합법성에 대한 정치적 공세로부터 벗어나기 위해 사회복지정책을 확대할 필요성이 제기 되었다(Ching 1997). 결과 1980년대에는 노공보험법과 공무원보험법의 개정을 통해 보험적용인구를 확대하였으나 전국민을 적용하는 데는 한계가 있어 전민건강보험이 추진되기에 이르렀다.

1984년 행정원 경제건설위원회는 대만의 사회복지계획을 연구할 전담기획팀을 구성하였는데 이 기획팀이 2년후 제출한 보고서에 전민건강보험의 필요성과 함께 2000년까지 완료할 것을 건의하였다(Ching 1997) 이러한 건의를 토대로 1986년 2월 행정원장 유국화는 2000년을 목표로 전민건강보험계획의 수립을 지시하였으며 1988년 7월에는 행정원 경제건설위원회 산하에 연구계획전담팀을 구성하였다(The Council for Economic Development and Planning 1990). 연구계획 전담팀은 전민건강보험의 당위성, 실행 가능성, 자영자들에 대한 보험료 부과 방법, 보험급여 범위, 진료비지불제도, 진료전달체계 등에 관한 폭넓은 연구를 진행하였고 일본, 한국 등의 경험에 대한 검토를 거치는 등의 준비 절차를 거쳐 1995년 실천에 옮겼다. 대만의 전민건강보험을 달성하기까지의 과정을 요약하면 <표 5>와 같다.

2. 전민건강보험의 목표

행정원 위생서의 양한천 의정처장이 공식적으로 표명한 전민건강보험의 목표는 4가지로

<표 5> 전민건강보험의 추진과정

일 시	추진 내용
1986. 2.	행정원장 俞國華 2000년을 목표로 전민건강보험계획을 의회에 보고
1888. 7.	행정원 경제건설위원회에 전민건강보험 연구계획 專案小組 구성
1989. 2.	행정원장 유국화 전민건강보험의 목표 년도를 2000년에서 5년 단축하여 1995년까지 달성시킬 것을 의회에 보고
1990. 6.	연구계획전안소조 1차 연구결과(전민건강보험제도 規劃報告)를 행정원에 제출
1990. 6.	행정원장 郝柏村 전민건강보험 목표년도 1년 단축 지시
1990. 7.	행정원 위생서에 대해 전민건강보험 제 2기 계획의 입안을 지시
1990. 12.	연구계획전안소조 전민건강보험제도 規劃技術報告
1991. 2.	전민건강보험 계획위원회 구성
1993. 12.	중앙건강보험국 설립 준비팀 조직
1994. 7.	전민건강보험법 의회 통과
1995. 1.	중앙건강보험국(Bureau of National Health Insurance) 설립
1995. 3.	전민건강보험 실시

- 자료 : 1) 행정원 경제건설위원회, 전민건강보험연구계획전안소조, 『전민건강보험규획보고』, 1990.6
 2) 행정원 경제건설위원회, 전민건강보험연구계획전안소조, 『전민건강보험규획기술보고』, 1990.12
 3) 행정원 위생서, 『中日全民健康保險研討會』, 1993
 4) Dept. of Health, ROC, Public Health in China, 1995
 5) The Council for Economic Development and Planning, ROC, The Report of National Health Insurance Plan, June 1990
 6) Ching, T.L., "Taiwan's 1995 Health Care Reform," Health Policy 39(1997): 225-239

요약된다(행정원 위생서 1993). 첫째는 국민들에게 적절한 의료서비스를 제공하며, 둘째는 의료자원의 효율적 활용의 도모이며, 셋째는 의료이용에 따른 경제적 부담을 경감시키며, 넷째는 국민 건강을 향상시키는 것이다.

국립대만대학 보건대학원의 교수로서 전민건강보험계획연구에 깊이 참여한 江東亮은 전민건강보험의 세 가지 목표와 각 목표를 달성키 위해 구체적인 전략들을 제시하고 있다(Ching 1997).

첫째의 목표는 적절한 의료서비스에 대한 형평적인 접근이며 이를 달성기 위한 전략으로는 (1)전국민의 강제 가입, (2)동일한 보험급여의 제공, (3)대규모 정부 지원하의 소득비례 보험료 부과를 들고 있다.

두 번째의 목표는 사회적인 재정의 충분성과 거시적인 효율성이며 이를 달성하기 위한 전략으로는 (1)제도의 단일화, (2)단일의 보험수가체계, (3)총액예산제의 실시를 들고 있다.

세 번째의 목표는 낭비의 제거와 미시적인 효율성의 달성이며 이를 위한 전략으로 (1)본인 일부부담제의 도입, (2)계약제에 의한 의료서비스 공급, (3)선불상환제로서의 DRGs제도의 도입, (4)요양기관별 진료비 관리제의 실시를 제시하고 있다.

상기 전략 가운데 총액예산제, 선불상환제로서의 DRGs 제도의 전면적인 도입 그리고 요양기관별 진료비 관리제도는 도입하지 못하여 과거 제도의 문제가 개선될 여지가 없었다.

3. 보험관리 및 조직의 특성

전민건강보험 이전의 대만 의료보험관리는 대상자를 중심으로 하는 사회적 위험의 통합 관리 시스템이었으나, 이 방법은 앞에서 본 바와 같이 대상자가 달라짐에 따라 관리 조직이 달라져야 하는 관계로 관리 조직이 다양화되고 이러한 가운데 제도에서의 적용 제외자가 생기는 등의 문제가 있었다. 이러한 문제를 해결하기 위해 대만은 대상자를 중심한 4대 보험의 통합시스템 보다는 위험 중심의 관리 체계로 전환시켜 질병이라는 사회적 위험을 위한 별개의 사회보험 운영 방식을 택하였다는 데에 그 특징이 있다.

이러한 전민건강보험의 특징에 따라 건강보험을 집행할 집행기구는 자연히 보건부가 중심이 될 수밖에 없는 것이다. 즉 과거에는 근로자를 중심으로 4대 사회보험을 통합 관리한 관계로 일반 근로자는 행정원의 노동위원회에서 그리고 공무원이나 사립학교 교직원들은 행정원의 재정부에서 관리하는 것이 타당하였다. 그러나 질병이라는 사회적 위험을 중심으로 하는 관리 방식은 과거와 달라질 수밖에 없었다. 따라서 대만은 행정원의 위생서(우리 나라의 보건복지부에 해당)내에 중앙건강보험국(중앙정부의 외청 성격임)을 설치하여 건강보험과 관련한 업무를 담당토록 하였다. 그리고 과거 노공보험 및 공무원인보험에서 건강보험 관련업무를 담당하던 종사자들은 대부분 중앙건강보험국으로 이적을 하여 업무의 계속성이 유지되도록 하였다.

<표 6> 적용대상자별 인구구성 1995년 3월 기준

종 류	적 용 대 상 자	인구 (천명)	구성비 (%)
제 1 류	공무원, 교직원, 근로자, 고용주, 자영작업자, 전문직	10,569	49.9
제 2 류	독립종사노동자, 자영자, 기예공작가, 외향선원	4,207	19.9
제 3 류	농어민	2,872	13.6
제 4 류	군인가족	79	0.4
제 5 류	저소득계층	112	0.5
제 6 류	상이군경, 원호대상자, 기타	1,129	5.3
미분류	미적용인구	2,210	10.4
계		21,178	100.0

주 : 1997년 1월 현재 미적용인구는 약 97만명으로 전인구의 약 3.8%에 해당됨.

자료 : 중앙건강보험국, 내부자료, 1996년

노공보험이나 공무원보험의 주 업무가 건강보험이 아니라 산재, 노령, 실업보험 등을 함께 다루었기 때문에 노공보험과 공무원보험은 건강보험관련 업무만 제외시킨 채 그대로 존속시키고 있다. 그리고 노공보험에만 존재했던 현금의 상병수당은 노공보험에 그대로 두어 노공보험과 공무원보험은 주로 현금급여를 다루게 하고 건강보험은 현물인 의료서비스 급여만을 다루도록 하고 있다. 건강보험이 의료서비스 급여 중심으로 됨에 따라 과거 공무원보험에서 직영하던 외래중심 직영병원은 중앙건강보험국 산하로 이관하여 운영하고 있다.

대만 제도의 이러한 특성을 이해하지 못하면 대만의 건강보험이 조합방식에서 통합방식으로 전환하였다는 식으로 많이 표현하는데 대만은 애초부터 분산독립되어 있는 의료보험조합이 존재하지도 않았을 뿐만 아니라 기존의 노공보험이나 공무원보험이 없어진 것도 아니고 다만 사회보험 관리의 패러다임을 바꿔 현금급여는 기존의 노공보험과 공무원보험에다 두고 현물급여인 의료서비스 급여는 중앙건강보험국을 별도로 설립하여 관리케 한 것이 특징이라 하겠다.

4. 건강보험적용인구

대만은 건강보험을 설계하면서 적용대상자를 직업이나 경제적 신분에 따라 6가지로 분류

(세부 분류는 6가지 내에서 이루어짐) 하고 종류에 따라 보험료 부과방법이나 정부의 지원액을 달리하였다. 1995년 3월全民건강보험이 실시될 당시의 종류별 적용대상자내용과 인구는 <표 6>과 같다.全民건강보험 실시 초기에는 약 10%에 이르는 국민이 보험의 관리 대상에 벗어났으나 1997년 1월 현재로는 4.6%의 국민만이 제도의 적용을 받지 못하고 있다.

5. 재원조달

1) 적용대상자별 재원의 분담비율

의료보험에서 제일 중요한 내용이 바로 보험재원의 조달이다. 대만은 사회보험의 기본원리에 따라 재원의 조달을 피보험자, 사용자, 정부의 3자가 공동으로 부담하는 형태를 취하고 있는데 3자의 분담비율은 피보험자의 소득 파악정도나 경제력에 따라 상이하다. 보험 적용대상자별 3자의 분담 비율은 <표 7>과 같다.

재원의 분담 비율에서 특이한 점은 사립교직원에 대하여는 우리 나라와 유사하게 정부가 보험료의 30%를 부담하는 것이며, 일반 근로자에 대하여는 정부가 10%를, 농어민에 대하여는 정부가 70%를 부담하며, 노동자형 자영자에 대해서는 정부가 보험료의 40%를 부담하고, 전문직 자영자(의사, 변호사)는 보험료 전액을 본인들이 내도록 하고 있다.

全民건강보험 재정에 대한 정부, 피보험자 및 사용자의 분담 비율을 1996년 기준으로 보면 전체 보험재정에서 정부의 보조금이 28.8%, 일반 민간사용자가 26.0%, 정부 또는 공공사용자가 7.24%, 피보험자가 37.9%를 각각 부담하고 있다(BNHI 1997. 1).

2) 보험료의 산정

보험재원 마련을 위해서는 보험료 산정 기준을 마련하는 것이 매우 중요하다. 보험료에 있어서 소득이 노출되는 근로자의 경우에는 임금소득을 토대로 하여 표준소득제도를 택할 수도 있고 아니면 총액소득제도를 사용 할 수도 있다(신수식 1978). 표준소득제도를 택할 경우에는 표준소득등급표를 사전에 만들어 표준소득에 대해 일정율의 보험료를 부과하면 된다. 이때 근로자의 경우 보험료의 산정에서 제외되는 소득의 종류가 있을 수 있다. 예컨대 회사의 운전기사가 받는 위험수당이라든가 경리담당자가 받는 경리 수당 등이 표준소득산정에서 빠질 수 있다. 그러나 제외되는 소득의 종류가 그렇게 많지는 않다. 총액소득제의 경우는 표

준소득등급표가 필요없고 근로자가 받는 모든 종류의 수당까지 포함시켜 일정률의 보험료를 부과하는 것으로서 표준소득에 비해 보험료부과 대상소득범위는 넓다. 그러나 실질적으로 근로자의 경우는 표준소득제나 총액소득제 어느 것을 택하던 노출되는 소득을 기준으로 하기 때문에 보험료 부담에서는 큰 차이가 없다.

<표 7> 보험대상자별 보험료 부담률

보험대상유별			부담비율(%)		
			피보험인	사용자	정부
제1류	공무원 공직인원	본인 권속	40	60	0
	사립학교교직원	본인 권속	40	30	30
	공민영사업, 기구 등에 있는 일정 사업장 피용자	본인 권속	30	60	10
	사용자 자영작업자 전문직 및 기술 자영자	본인 권속	100	0	0
제2류	택시기사, 목수, 양복점, 식당주인 등의 자영자 외항선원	본인 권속	60	0	40
제3류	농민, 어민, 농전수리회회원	본인 권속	30	0	70
제4류	군인권속	권속	40	60	0
제5류	저소득자	본인 권속	0	0	100
제6류	원호대상자	본인	0	0	100
		권속	30	0	70
	지구인구	본인 권속	60	0	40

자료 : 중앙건강보험국, 『全民健康保險簡介』, 1998

그러나 소득이 제대로 파악되지 않는 자영자의 경우 보험료 부과방식은 나라에 따라 차이가 있다. 자영자의 소득 파악률이 높은 서구 국가에서는 자영자에 대해서도 표준소득제를 택하고 있으나 일본이나 우리 나라는 자영자들의 소득 파악률이 워낙 낮기 때문에 표준소득제

를 사용하지 못하고 소득, 재산, 가구원수 등을 감안한 별도의 방법을 사용하고 있다. 그리하여 일본이나 우리 나라는 근로자와 자영자를 분리하여 별도의 보험조직에서 관리함으로써 근로자와 자영자간의 보험료 부과를 둘러싼 형평성 문제를 제거하고 있다.

대만도 자영자의 소득 파악이 제대로 되지 않는 것은 우리 나라와 차이가 없으나 근로자와 자영자를 단일 제도로 관리토록 결정함에 따라 보험료 부과도 동일한 기준으로 할 수밖에 없었기 때문에 <표 8>과 같은 29등급의 표준 소득 등급표를 개발하여(1995년에는 30등급이었으나 1997년부터 29등급으로 함) 모든 국민에게 적용하고 있다.

<표 8> 표준소득 등급표

등급	표준소득(원)	매월 실 소득금액(원)	등급	표준소득(원)	매월 실 소득금액(원)
			15	28,800	27,601-28,800
1	15,360	15,360이하	16	30,300	28,801-30,300
2	15,600	15,361-15,600	17	31,800	30,301-31,800
3	16,500	15,601-16,500	18	33,300	31,801-33,300
4	17,400	16,501-17,400	19	34,800	33,301-34,800
5	18,300	17,401-18,300	20	36,300	34,801-36,300
6	19,200	18,301-19,200	21	38,200	36,301-38,200
7	20,100	19,201-20,100	22	40,100	38,201-40,100
8	21,000	20,101-21,000	23	42,000	40,101-42,000
9	21,900	21,001-21,900	24	43,900	42,101-43,900
10	22,800	21,901-22,800	25	45,800	43,901-45,800
11	24,000	22,801-24,000	26	48,200	45,801-48,200
12	25,200	24,001-25,200	27	50,600	48,200-50,600
13	26,400	25,201-26,400	28	53,000	50,600-53,000
14	27,600	26,401-27,600	29	55,400	53,001 이상

주 : 1998년 현재 대만 1원은 우리 나라의 약 45원에 해당됨.

자료: <표 7>과 동일

문제는 자영자들의 소득이 제대로 파악되지 않는데 표준소득 등급표를 어떻게 적용할 것

인가 하는 것이다. 대만에서는 자영자에 대해 단일 등급을 적용함으로써 이 문제를 해결하고 있다. 즉 근로자들은 임금소득의 크기에 따라 29개 등급으로 분포시키는데 반하여 택시기사, 목수, 양복점 주인, 식당주인과 같은 자영자들은 6번째 등급을 농어촌에 거주하는 자영자들은 5번째 등급을 일률적으로 적용시키되 의사, 변호사, 회계사와 같은 전문직 자영자의 경우는 최고 등급인 29번째 등급을 적용하고 있다. 원호대상자의 경우 정액을 보험료 부과대상소득으로 하고 있다.

보험료율은 적용 대상자 1인당 4.25%로 하고 피보험자 1인당 보험료 부담의 상한 피부양자 수는 5명으로 하고 있다(5명 이상의 피 부양자는 보험료의 추가 부담없이 수혜자가 됨). 그런데 1998년 현재 피보험자 1인당 피부양자수는 0.77명으로 되어 있다(중앙건강보험국 1998). 대만은 우리 나라에 비해 여성의 취업율이 높아 부부가 취업을 할 경우에는 부부가 모두 보험료를 내도록 되어 있는데 피부양자는 부부중 소득이 낮은 사람에게 귀속시켜 보험료 부담을 낮출 수 있는 것이 특징이다. 대만의 보험료 부과 방법을 보다 구체적으로 예시하면 <표 9>와 같다.

<표 9> 전민건강보험의 보험료 부과 사례(1998년 3월 기준)

(1) 보험료 부과 원칙

가) 제 1 류 ~ 4류 적용자

- ㄱ) 보험료율: 1인당 4.25%, 가구당 보험료 부과 상한 피부양자는 5명
- ㄴ) 각 가구의 소득금액에 해당되는 등급기준으로 보험료 산정: 제1류 대상자중 의사, 변호사 등 전문직 자영자를 제외한 사람은 소득등급에 따른 보험료 적용
- ㄷ) 소득액이 불확실한 자영자는 아래와 같이 단일 등급 적용
 - a. 농어민 : 5번째 등급을 일률 적용
 - b. 의사, 변호사 등 전문직 자영자 및 20인 이상 고용 사용자: 최고등급(29등급)을 일률 적용
 - c. 노동자형 자영자(union worker) : 6번째 등급을 일률 적용
 - d. 원호대상자 및 저소득자 : 무료

나) 제 5 류 적용자 : 정부전액 보조, 수진자 본인부담 없음

다) 제 6 류 적용자 :

- a. 원호대상자가족: 960원 정액(모든 피보험자 보험료 평균액)
- b. 지구인구는 1인당 576원 부과

(2) 보험료 산정 예

- a. 6인의 부양 가족을 갖는 농민인 경우(5등급 보험료 적용)
 $18,300원 \times 4.25\% \times 30\%(본인부담) \times [(1 + 5(가족수 상한))]$
 $= 1,440원$
- b. 2인 부양 가족을 갖는 개업 변호사인 경우(29등급 적용)
 $55,400원 \times 4.25\% \times 100\% \times (1+2) = 7,063원$
- c. 2인 부양 가족을 갖는 정육점 주인인 경우(6등급 적용)
 $19,200원 \times 4.25\% \times 60\% \times (1+2) = 1,469원$
- d. 3인 부양 가족의 상이군경인 경우
 $960원 \times 30\% \times 2인(본인은 면제) = 576원$

(3) 보험료 국고 지원액의 산정

가) 제 1류에서 제 4류까지의 대상자

$$\text{표준소득액} \times 4.25\% \times \text{정부부담률} \times (\text{본인} + \text{평균 부양자수})$$

나) 제 5류 대상자

$$\text{평균보험액} \times 4.25\% \times \text{실제적용자수}$$

다) 제 6류 대상자

$$\text{평균보험액} \times 4.25\% \times \text{정부부담률} \times (\text{본인} + \text{평균부양자수})$$

* 평균부양자수는 실제로는 0.77명이지만 국고지원액 산정에서는 0.77명보다 높은 수를 적용시켜 국고지원액을 높게 책정하고 있음. 그 이유는全民보험 실시 초기의 재정안정화를 위한 정책 의지로 1995년 3월에는 1.36인, 1996년 1월에는 1.1인, 1997년 7월에는 0.95인, 그리고 1998년 3월에는 0.88인으로 책정하여 점차 실 부양인원수에 접근시키려 하고 있음.

자료: <표 7>과 동일

3) 보험료 징수

대만은 보험제도 운영에 따른 관리비의 비율을 낮추기 위해 보험료의 징수를 중앙건강보

한국에서 하는 것이 아니라 근로자는 근로자가 속한 사업장에서 농어민들은 농협이나 수협에서 지역주민은 읍·면사무소 등에서 맡아 하되 보험료 징수 수수료는 받지 않도록 법에 규정하여 관리비를 절감하고 있다. 대만의 보험료 징수기관은 <표 10>에 정리하였다.

<표 10> 보험 적용 대상자별 보험료 징수기관

대상자 종류	보험료 징수기관
공무원, 교직원, 근로자	사업장
농어민	농협, 수협
전문직 자영자	자진 납부
기타 지역주민	읍·면 사무소
원호대상자 가족	원호처

자료: 중앙건강보험국, 내부자료, 1996

한편 보험료의 수납현황을 보면 <표 11>과 같다. 1996년 하반기 기준으로 수납현황을 보면 피보험자 및 사용자는 95.2%의 수납률을 보이는데 반하여 정부는 79.2%로 수납율이 낮다. 이것은 보험재정이 처음全民건강보험을 실시할 때 우려하던 것보다 안정됨에 따라 정부가 보조금을 낮게 지불하기 때문이라 볼 수 있다

<표 11> 보험료수납현황

기 간	사용자 및 피보험자	정 부		계
		정 부	계	
95. 3 - 95. 6	97.57	99.43	98.14	98.14
95. 7 - 96. 6	97.12	91.26	95.35	95.35
96. 7 - 96. 11	95.17	79.20	90.48	90.48

자료: 행정원위생서,全民건강보험 실시 2년 평가보고, 1997.2

6. 보험급여

대만은 보험급여를 실시하기 위하여 의료기관을 보험요양기관으로 함에 있어서 계약방식

<표 14> 입원 수진시 본인부담률

병실별	부분부담비율			
	5%	10%	20%	30%
급성병실	-	30일 이내	31- 60일	61일 이후
만성병실	30일 이내	31- 90일	91-180일	181일 이후

자료: <표 13>과 동일

본인 일부부담제도를 도입할 경우 가장 큰 문제는 장기 입원을 필요로 하는 환자에게는 본인부담액이 너무 과중하여져 건강보험제 하에서도 가계의 경제적 어려움이 가중될 수 있다는 것이다. 이러한 문제를 해결하기 대만은 본인부담상한제를 도입하였는데 상한선은 1998년 현재 입원에서 건당 18,540元을 그리고 사람을 기준하여서는 1인당 연간 31,650元으로 설정하여 그 이상의 금액은 보험에서 부담하는 제도를 택하고 있다. 그리고 본인부담제도가 적용되지 않는 서비스로는 분만서비스와 예방서비스가 있다.

7. 지불제도 및 심사

1) 진료비 지불제도

대만은 제도를 처음 고안할 당시 외래에서는 행위별 수가제도를, 입원에서는 DRGs 제도를 도입하되 의료비의 증가를 방지하기 위해 지역 단위로 의료비총액에 상한선을 두는 방법을 생각하였다. 그러나 제도의 실행 단계에서 의료계의 반발로 계획이 다소 수정되어 외래, 입원 구분없이 행위별 수가제도를 사용하고 있으며 지역별 진료비 총액의 설정도 불가능하게 되었다.

행위별수가에서 채택하고 있는 진료행위의 종류는 1998년 현재 3,290종이며, 의료보험약가로 인정하고 있는 약의 종류는 1998년 현재 26,936종으로 되어 있으며, 보험에서 급여대상으로 인정해 주는 의료장비사용은 약 5,729가지에 이르고 있어 우리 나라보다 진료행위의수나 약의 종류가 훨씬 많다고 하겠다(BNHI 1997. 1). 진료수가는 보험자인 중앙건강보험국과 공급자대표가 협상을 통하여 결정하는 점이 우리 나라와 상당히 차이가 있다(DOH 1997. 4). 행위별 수가제도의 실시에 따라 외래의 과잉진료를 방지하기 위하여 의료기관당 1일 환자진료건수를 진찰료(consultation fee)에 대해 제한을 하는 방법(volume-adjusted outpatient

visit payment rates)을 택하고 있다. 즉 1일당 진료환자수가 50명 이하일 경우에는 환자당 220원을, 51명에서 70명사이일 경우에는 환자당 180원을, 71명 이상일 경우에는 환자당 120원을 진찰료로 지불하고 있다(DOH 1997.4).

입원에서는 신투석, 분만, 제왕절개를 위시하여 22개 상병에 대하여 DRG제도가 실시되고 있는 중이며 다른 질병군에 대해서도 이를 확대코자 하고 있으며 치과에는 총액예산제를 적용하고 있다. 그리고 대학병원에 대해서는 총 진료비의 3%를 가산해 주어 의료 기술 및 의학의 발전을 도모하고 있다.

2) 진료비 심사

의료기관이 청구한 진료비에 대해서는 중앙건강보험국에서 심사를 하되 중앙에서 전부하는 것이 아니라, 6개 지역분국(대북, 북구, 중구, 남구, 고병, 동구분국)으로 나누어 분국단위로 심사를 하고 있다. 심사는 예비 심사와 본 심사로 나누어지는데 예비 심사는 행정적인 사항에 대한 것으로 행정직원들에 의해 이루어지며 약 300명의 직원이 이를 담당하고 있다. 진료행위에 관한 심사는 본 심사에서 이루어지는데 심사 위원은 의사, 치과의사, 중의의사로 구성되며 약 600명(각 지역별 100명) 이 각 지역의사회의 지명을 받아 일하고 있다.

8. 기타

1) 환자후송체계의 미 확립

대만은全民건강보험 실시와 함께 우리 나라에서 채택하고 있는 환자후송체계를 실시하여 의료비의 증가를 방지코자 하였으나 의료기관의 지역간 편재로 인한 피보험자들의 불편, 그리고 의료계의 반발 등의 문제로 환자후송체계 도입은 불발에 그쳤다. 그러나 행위별 수가제의 실시에 따른 과잉 청구의 방지를 위해 의료기관을 등급 분류하여 초대형 병원 13개는 의학중심병원(medical center)으로 하고 대형 병원 47개는 구역병원(regional hospital)으로 지정하여 의료비의 증가에 대비하고 있다.

2) 외래담당 직영병원제도의 폐지

과거 대만의 공무원인보협에서는 의료비의 증가를 방지하기 위하여 의료납용의 문지기

(gate keeper)기능을 하는 외래담당 직영병원을 운영하였으나 전국에 걸쳐 6개의 직영 병원 으로서는 전국민에 대해 문지기 기능을 담당시키는 데 한계가 있어 이 제도는全民건강보험 실시와 함께 폐지하였다. 다만 공무원인보험에서 소유하던 6개 병원은 중앙건강보험국으로 소유권을 이전하여 직영병원으로 운영하되 국민 누구나 이용할 수 있게 건강보험의 지정병원의 하나로 하고 있다.

V. 대만全民건강보험제도로 부터의 교훈

금년은 우리 나라에서 통합의 방법을 둘러싼 논의가 가속화 될 전망이다. 대만은 우리 나라와 사회적 여건이 비슷하며 자영자들의 소득이 제대로 파악되지 않음에도 불구하고 의료보험을 단일 관리하는 형태를 취함에 따라 대만의全民건강보험제도는 우리에게 시사하는 점이 많으리라 여겨 대만 제도에서 얻을 수 있는 몇 가지 교훈을 찾고자 한다.

1. 보험료 부과 기준의 단일화

의료보험에 관한 통합 논의를 하는 과정에서 통합을 주장하는 일부의 학자들은 자영자들의 소득 정확도의 문제를 피하기 위하여 통합을 한 이후에도 자영자들의 소득이 완전히 파악될 때까지 보험료 부과를 현행처럼 근로자는 정률방식으로, 자영자는 상대적인 등급방식으로 유지할 수 있다는 주장을 하고 있는데 이러한 생각은 논리적으로 문제가 있다.

만약 의료보험을 통합하고도 자영자와 근로자에게 다른 측도의 보험료 부과방식을 사용한다면 보험료 부담을 둘러싸고 양 계층은 보험료의 형평성 문제로 갈등이 일어날 수밖에 없어 통합 이념이 추구하는 국민 통합과는 거리가 멀어 질 수 있다.

현재는 조합마다 재정을 독립하여 사용하기 때문에 재정단위별로 보험료 부과방식을 달리 해도 동일재정을 쓰는 조합내에서 보험료 부과 방식에 기인하는 불형평을 주장하는 경우는 거의 없다. 물론 조합을 달리 할 경우 보험료 부과상의 차이로 인한 보험료 부담 차이라는 문제는 있으나, 부과방식을 달리하는 조합간에 재정을 분리시키기 때문에 타 조합 피보험자에 대한 보험료 이전에 따른 불형평은 없다

만약 보험재정을 같이 사용하는 동일 관리 집단내에서 보험료 부과방식을 달리하면 근로자와 자영자간에 보험료 부담의 유·불리 문제를 놓고 갈등이 일어나게 된다. 예컨대 A 대학은 영어시험을 기준으로, B 대학은 수학시험을 기준으로 학생을 선발할 경우에는 수학을 잘하는 학생이 A 대학을 들어가기 어려운 문제는 있으나, A 대학에 입학한 학생간에는 서로의 유·불리를 놓고 갈등이 생기지는 않는다. 그런데 A 대학이 신입생을 선발하는데 자영자 아이는 영어로, 근로자 아이는 수학시험성적을 기준으로 하는 경우 양 집단은 서로의 유·불리를 놓고 갈등을 야기시킬 것은 명약관화한 사실이다. 양 집단의 갈등을 막기 위해서는 A 대학은 입시를 실시하기 전에 영어시험을 통해 합격시킬 학생의 수를 정원의 40% 혹은 50% 식으로 사전에 정해 두어야만 한다.

같은 원리로 근로자와 자영자를 통합재정으로 단일 관리코자 할 경우에는 보험료 부과를 대만과 같이 동일한 표준소득등급표를 사용하던지 아니면 보험재정의 50%는 근로자에게 나머지 50%는 지역주민에게 부과한다는 사전 할당을 한 연후에 다른 부과 기준을 사용해야만 할 것이다.

대만은 근로자 자영자 구분없이 모든 국민들에게 단일 등급표라는 통일된 부과 기준을 사용하고 있다는 점에서 우리에게 시사하는 바가 많다.

2. 보험료 부담 및 진료비 부담에 상한제 도입

대만은 의료보험료를 표준소득에 대해 부과함에 있어서 등급을 29등급으로 한정하고 소득이 아무리 높은 사람이라 하더라도 일정액 이상을 부담하지 않게 하여 사회보험의 원리를 지키고 있다. 사회의료보험은 질병이라는 개인의 위험을 사회적으로 대처하는 것으로서 어느 개인이 소득이 높다고 하여 무한 책임을 지는 것이 아니라 일정부분의 책임만을 지게 되어 있다. 따라서 사회보험료는 어느 나라 없이 상한을 정하고 있다.

우리 나라는 1987년에 근로자 의료보험의 보험료에 대하여 상한선을 철폐하여 소득이 높은 사람에게는 무한책임을 지우는 쪽으로 정책이 나아갔으며, 의료보험통합과 관련하여 일부에서는 보험료의 누진율을 도입해야 한다는 주장이 나오고 있으나, 이것은 소득세의 기능과 보험료의 기능을 혼동한데서 나오는 발상이다. 따라서 보험료 부과와 관련하여서는 대만의 제도가 우리에게 여러 가지를 시사한다고 하겠다.

대만제도에 또 다른 특징은 진료비에 대해 본인 일부 부담제도를 도입하면서 피보험자들의 부담이 과중해지면 사회보험의 기능이 퇴색되기 때문에 이를 방지하기 위하여 본인부담액에 대해 상한선을 두고 있는 점을 염두에 둘 필요가 있겠다. 우리 나라도 본인부담상한제를 법에는 규정(공교의보에는 법 규정도 없음)하고 있으나 이를 부가급여로 하여 실효성을 상실하고 있다.

3. 제도 운영에 의료공급자의 참여

대만은 의료보험 요양기관을 계약제에 의거하여 지정하고 있으며, 의료보험수가를 의료공급자 대표와의 협상으로 결정토록 하여 의료보험제도 운영에 의료공급자를 적극적으로 참여시키고 있다. 의료보험을 운영하는 목적이 전 국민에게 보다 좋은 질의 서비스를 제때에 제공하는 것이며 이렇게 하기 위해서는 의료공급자들이 의료보험 운영의 한 축으로 보험자와 동등하게 참여하여야 한다. 이러한 측면에서 대만의 제도 운영은 우리에게 많은 것을 시사한다고 하겠다.

4. 근로자와 자영자간의 형평성 문제

대만은 보험료 부과를 위한 표준소득등급표는 자영자와 근로자에게 공통으로 사용될 수 있는 단일표를 개발하였으나, 자영자의 과약되지 않는 소득에 대한 합리적인 보험료 부과는 실패하였다고 하겠다. 대만은 자영자들의 소득이 제대로 과약되지 않는 문제를 극복하기 위하여 농어민에게는 5번째 등급을 도시 자영자에게는 6번째 등급을 획일적으로 부과시켜 근로자와 지역 주민간의 보험료 부담에서는 형평성을 상실하고 있다.

근로자 부담을 완화시키기 위하여 전문 직업 기술 자영자에게는 최고 등급을 부과하는 보완책을 사용하고 있으나 원천적으로 단일등급인 자영자와 근로자간의 불형평을 보완하기는 어렵다고 하겠다. <표 15>는 대상자 종류별 평균 소득액을 그리고 <표 16>은 대상자별 소득 등급의 분포를 나타내 보았다. 먼저 <표 15>에서 평균 소득액을 보면 근로자가 중심인 제 1류는 1997년 3월 현재 24,897원임에 비하여 자영자인 제 2류는 18,486원으로 제 1류의 74.2% 수준에, 농어민인 제 3 류는 17,400원으로 제 1류의 69.9%로 차이가 있어 근로자의 부

담이 많음을 알게 한다.

<표 15> 대상자별 평균 소득금액

(단위 : 元)

년 월	제 1 류	제 2 류	제 3 류	제 4 류
1995. 3.	22,180	17,572	16,586	25,103
1996. 3.	23,712	17,578	16,501	23,804
1996. 7.	23,913	18,457	17,400	24,612
1997. 3.	24,897	18,486	17,400	25,925

자료 : 위생서, 『전민건강보험 실시 2년 평가보고』, 1997. 2. 26. 및 중앙건강보험국, 내부자료, 1997. 4.

<표 16> 대상자별 표준소득등급 분포

(단위 : %)

등 급	제 1 류	제 2 류	제 3 류	제 4 류
5 등급 이하	44.83	0.02	100.0	17.60
6 등급	3.09	97.60	-	3.92
7~15 등급	18.78	1.57	-	37.85
15 등급 이상	33.30	0.81	-	40.63
계	100.0	100.0	100.0	100.0
	(5,855천명)	(2,231천명)	(3,148천명)	(39천명)

주 : ()내는 적용인구수

자료 : <표 15>와 동일

<표 16>을 통하여 보험적용자들의 표준소득의 분포를 보면 근로자가 중심이 되는 제1류에 속한 피보험자들이 7등급 이상에 52.08%나 분포되는데 비해 자영자층에 속하는 제2류나 제3류 대상자들은 7등급 이상에는 거의 분포되지 않아 근로자들이 불리함을 볼 수 있다. 여기에 더하여 근로자는 보험료에 대한 정부 지원이 10%임에 비해 도시 자영자는 40%, 농어민은 70%로 되어 있어 정부 지원까지 감안한다면 형평성에서 심각한 문제가 있다고 하겠다.

한편 <표 17>에서 전민건강보험을 전후하여 노공보험이나 공무원보험의 통상보험료의

변화를 보면 일반근로자들인 노공보험 적용자들의 보험료 부담이 증가했음을 볼 수 있다. 통상보험료는 의료, 연금, 상병수당, 실업급여 관련 보험료인데 의료서비스가全民건강보험으로 이관된 이후에는全民건강보험료(1인당 기준 4.25%) 만큼 낮아져야 함에도 불구하고 노공보험은 겨우 0.5%포인트만 낮아져全民건강보험이 일반근로자들의 보험료 부담을 높였다고 하겠다. 더구나 노공보험에서 없던 진료비에 대한 본인부담제도까지 생겨 근로자들의 불형평성을 입증한다고 하겠다.

특히 대만은 우리 나라에 비해 소득분배가 형평된 나라로 알려져 있음에도 불구하고 근로자와 자영업자간에 보험료 부과 불형평이 나타나는데 만약 우리 나라가 대만 방식으로 보험료를 부과할 경우 자영업자와 근로자간의 보험료 불형평은 대만에 비해 훨씬 심각해질 것이다. 특히 우리 나라는 조세 부담에서도 근로자층이 불리한데 보험료까지 불리해진다면 통합보험의 사회정의 문제가 제기될 수 있다. 따라서 우리 나라가 통합 의료보험을 실천할 경우 대만의 전철을 밟지 말고 양 계층간의 형평적인 보험료 부과 제도를 마련하는 것이 매우 중요하다고 하겠다.

<표17>全民건강보험전후의 근로자보험의 통상보험료율의 변화

(단위 : %)

	全民건강보험 이전	全民건강보험직후 (1995.3.1)	全民건강보험 후 (1997.10.1)
노공보험 통상보험료	7%	6.5%	6.5%
공무보험 통상보험료	9%	4.75%	6.4%

자료: 중앙건강보험국과의 FAX 통신문, 1998. 2.17

5. 관리운영의 효율화 문제

대만 건강보험이 자랑하는 것의 하나는 관리운영비가 매우 절감되고 있다는 점이다. 대만은全民건강보험법 제 68조에 행정비에 대해 상한을 설정하고 있다. 행정비의 상한은 보험의료비(보험 총재정이 아님)의 3.5%로 하고 있다. 물론 여기서 논의되는 행정비는 인건비가 포함된 관리비용을 뜻한다. 이제 <표 18>에서 대만 건강보험의 인건비, 행정비, 보험의료비의

현황을 보면 1996년 현재 행정비는 보험의료비의 2.53%가 되며 인건비를 포함한 일반관리비는 보험 총재정에서 차지하는 비율이 2.46%가 된다.

<표 18> 전민건강보험관리비 현황

년 도	인건비(億元)	행정비(億元)	의료비(億元)	의료비에 대한 관리비 비율(%)	보험 총재정에 대한 관리비 비율(%)
1995	6.59	12.81	587.0	3.31	3.20
1996	26.84	25.86	2086.8	2.53	2.46

주 : 1) 행정비에는 연구비(의료비의 1.7%)가 제외되었음. 초기에는 수가제도, 진료비지불제도, 사업평가 등을 위해 많은 연구비가 소요되고 있음
2) 관리비는 인건비와 행정비를 합한 것임.
자료 : 중앙건강보험국, 『전민건강보험간계』, 1997

<표 18>에 나타난 수치만 보면 대만의 건강보험이 단일 관리 체계가 되어 우리 나라의 현행 보험에 비해 매우 효율적으로 운영되는 것처럼 보인다. 그러나 관리비의 내면을 보험관리방법과 비교하면 단일체계가기 때문에 효율적인 것이 아니라 제도의 설계와 운영을 관리비가 절감되도록 만들었기 때문에 나타난 현상이라 하겠다. 즉 <표 19>를 중심으로 우리 나라에서 통합형태로 운영하는 공교의료보험과 대만의 전민건강보험의 몇 가지 지표를 비교해 보면 통합이 관리비 절감을 보장한다고 볼 수는 없다. 따라서 우리 나라도 제도를 통합한다고 관리비가 절감될 것으로 믿어서는 안되며 제도 설계를 관리비가 절감되는 형으로 하여야만 관리비 절감이 가능 할 것이다.

대만 의료보험이 관리비를 절감할 수 있는 요인을 분석하면 다음과 같다.

첫째, 대만은 우리 나라에 비해 보험료가 높아 보험급여비의 지출이 높다. 관리비는 경직 성격의 비용이라 급여비가 높다고 이에 비례하여 높아지는 것이 아니라 보험급여비의 과다에 큰 관계없이 지출이 일정하다. 따라서 대만의 보험료가 우리 나라에 비해 월등히 높은 점을 감안한 다음에 관리비의 비율을 비교해야만 타당한 비교가 된다. 즉 대만은 근로자 기준으로 보험료가 임금의 약 7.5%로 우리 나라에 비해 2배 이상이 되고 있다. 만약 우리 나라의 보험료가 현재 보다 2배 이상 인상되어 급여가 획기적으로 개선된다고 가정할 경우 관리비 지출은 큰 변동이 없을 것이기 때문에 관리비의 비율은 현재의 약 1/2 수준으로 떨어질

것이다. 즉 <표 19>에서 보면 대만은 월소득 1인당 보험의료비가 4.16%임에 비하여 우리나라의 공교 의료보험은 1.27%에 불과하여 보험급여가 우리나라가 크게 낮아 이로 인하여 관리비 비중이 상대적으로 높아 질 수밖에 없다고 하겠다.

<표 19> 대만과 한국(공·교) 비교 지표(1996년)

	대 만	한 국(공·교)
1인당 의료비(월평균)	868元	10,444원
월평균소득	20,889元(96.3)	820,158
월소득대비 의료비(%)	4.16	1.27
직원수(명)	1,762	776
적용인구(천명)	20,042	4,881
1인당 적용인구(명)	11,375	6,290
적용자 1인당 관리비	263元	8,478원

둘째, 대만의 보험 관리는 우리나라에 비해 매우 단순하다. 이것은 대만 국민들이 의료보험제도에서 우리나라 국민들에 비해 형평성을 추구하는 강도가 훨씬 낮기 때문에 제도 고안을 단순화 할 수 있었고 이것이 관리비의 절감으로 연결되고 있다는 점이다. 우리나라는 조세 제도가 불완전하여 소득의 형평성을 찾기가 어려워짐에 따라 많은 국민이 의료보험에서 형평성을 요구하게 되었으며 이러한 조건을 충족시키려다보니 제도가 매우 복잡하게 설계되어 관리비의 지출이 상대적으로 높게 되어 있다. 예컨대 지역 주민들은 소득 자료가 부실하여 형평적인 보험료 부과가 어려운데도 불구하고 소득에 비례시키고 또한 재산에 비례시키는 보험료 부과 방식을 요구함에 따라 관련 자료를 모으고 부실한 소득자료를 갖고 복잡한 산식으로 보험료를 산정하는 관계로 직원이 많아 관리비가 높아지게 되어 있다.

셋째, 대만은 건강보험의 관리를 중앙정부가 직접하기 때문에 보험료 징수를 수수료 없이 국가 기관들이 해줌에 따라 보험료 징수를 위한 인력이나 비용이 절약되는데 반하여 우리

나라는 보험 운영의 주체가 정부기구가 아닌 관계로 보험료 징수를 위해서는 징수 인력이 필요하고 행정기관에 위탁할 경우 징수 수수료를 내어야 하는 등으로 대만과는 관리상의 차이가 있다. 그리고 대만은 관리 인력 가운데 많은 인력을 상근직원으로 하지 않고 임시직 내지는 시간제 직원을 고용함으로써 관리비를 절감하는 특징을 보였다. 즉 <표 19>에서 보면 대만은 상근 직원 1인당 적용대상인구가 11,375명으로서 우리 나라 공교의료보험의 6,290명보다 많아 그만큼 관리비용을 절감시키는 체계를 만들었다고 하겠다.

넷째, 대만은 보험료 부과를 자영자에 대하여 징액제로 하고, 보험료 징수를 행정조직을 통하여 위탁 징수함에 따라 보험조직을 매우 단순하게 할 수 있었기 때문에 관리비 절감이 가능하였다는 점을 명심할 필요가 있다. 즉 대만의 보험조직을 보면 중앙에 중앙건강보험국이 있고 산하에 6개분국과 분국이 관할하기 어려운 지역주민을 위하여 22개의 연락사무소를 두어 업무를 수행하고 있다. 우리나라의 경우 통합보험 조직은 최소한 중앙에 의료보험공단을 두고 전국 16개 시·도에 시·도지부를 그리고 232개 구·시·군에 출장소를 두지 않으면 보험료 부과에서부터 징수업무가 제대로 될 수 없을 것이다. 대만에 비해 인구규모는 2배이지만 행정조직은 훨씬 다양하고 많아져야 한다는 사정을 감안한다면 통합을 통해 대만식으로 관리비가 보험재정의 2-3%로 절감될 것으로 기대하는 것은 무리일 것이다.

이상의 몇 가지 사실을 토대로 할 때 대만의 관리비 비율이 보험재정의 2.46%라 하여 제도가 단일 관리되기 때문에 나타난 현상이라고 단언할 수는 없다. 따라서 대만의 제도에서 우리가 얻을 수 있는 교훈은 단일 관리제도가 관리비 절감을 보장해 줄 것으로 믿을 것이 아니라 관리비를 절감시킬 수 있는 보험료 부과방법, 보험료 징수방법, 일반관리의 인력 절감방안의 고안이 중요하다는 점을 명심할 필요가 있다.

6. 의료비 관리의 효율화 문제

대만 제도에서 아마 가장 취약한 부분이 바로 의료비 관리 분야가 아닌가 여겨진다. 의료보험은 타 사회보험과 달라 보험 적용자들의 도덕성 해이(moral hazard)로 인한 의료서비스 남용으로 국민들의 의료비 부담이 가중되는 부작용이 있다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 각국은 여러 가지 제도적 장치를 사용하고 있다. 일반적으로 채택하고 있는 의료비 절감 방안으로는 의료기관의 기능분화와 함께 진료전달체계를 채

택하거나, 진료비 지불제도를 총액계약제나 예산할당제 등의 방법을 사용한다.

의료보험을 조합으로 분산 관리하는 경우는 조합이 스스로의 재정에 책임을 갖도록 함으로써 피보험자의 남용을 방지하거나, 최근에는 여기에 한발 더 나아가 피보험자로 하여금 조합을 선택할 수 있게 경쟁체계를 도입함으로써 조합간 보험료 경쟁을 통해 의료비를 절감시키고 있다.

대만의 경우는 1990년 제도를 설계할 당시는 여러 가지 의료비 통제 기전을 마련하고 있었으나 제도 실행 당시 몇 가지 제약조건으로 인하여 총액예산제나 진료전달체계를 채택하지 못하고 다만 진료비 심사를 통해 의료비를 통제하는 실정이다. 그리고 진료비 심사도 완전히 의사의 손에 좌우되도록 되어 있어 의료비증가를 통제할 적절한 기전이 없어 보험의료비의 급격한 증가가 예상된다. <표 20>에서全民건강보험 실시후의 대만의 의료비 증가현황을 살펴보면 1995년 하반기 6개월간의 월 평균 의료비에 비해 1996년 하반기 6개월간의 월 평균 의료비가 10.67%나 증가하고 있어 의료비의 증가 속도가 상당히 빠름을 알게 한다.

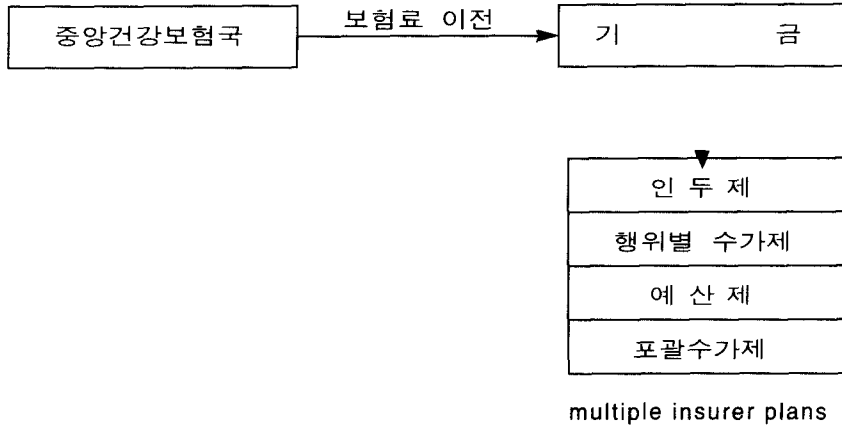
<표 20> 전민건강보험의 의료비용 통계 (단위 : 천건, 백만원)

기 간	외 래			입 원			의료비 총계
	건수	금액	건당진료비 (원)	건수	금액	건당진료비 (원)	
1995.7-12 월평균	20,895	11,252	538.9	196	6,072	30,987	17,324
1996.7-12 월평균	23,171	12,831	554.2	198	6,342	32,103	19,173
증가율 (%)	10.89	14.03	2.84	0.93	4.46	3.59	10.67

자료: 중앙건강보험국. 『전민건강보험간계』

대만은 본격적인 의료비의 증가에 대비한 여러 가지 대응 전략을 강구하고 있다. 그 방안의 하나로 DRGs 지불제도를 확대시킬 것을 구성하고 있으나 근본적인 대책이 될 수 없기 때문에 대만 정부는 의료보장제도내에 경쟁원리의 도입을 근본적 대안으로 심사 숙고하고 있다.

1997년 중앙건강보험국이 대만 의회에 보고한全民건강보험의 개혁 방향은 <그림 2>에서 볼 수 있는 것처럼 경쟁체계의 도입이다. 중앙건강보험국은 산하에 여러개의 기금을 설치하고 국민들은 이 기금의 하나를 선택토록 하여 기금간의 경쟁을 통하여 의료비를 절감하는 방안을 고려하고 있다. 중앙건강보험국은 징수한 보험료를 기금에 가입한 국민의 수에 비례하여 재정을 배정하고 기금들은 의료기관과의 계약으로 국민들에게 의료서비스를 제공케 하는데 계약 방식은 행위별수가제, 총액계약제, 인두제, 포괄수가제 등의 다양한 방법을 고려하고 있다(Lee 1997).



<그림 2> 대만 건강보험 개혁구상(미래)

자료 : Lee, Chien-Ting, Health Care Financing in Taiwan, The 1997 Asian Health Care Convention, Kuala-Lumpur Malaysia, 3-6 August 1997

대만의 향후 개혁의 특징은 전국민의료보험을 단일 재정으로 관리하되 경쟁원리를 도입하기 위하여 조합과 유사한 건강관리기금을 인위적으로 설립하는 것으로 되어 있다. 대만은 과거에도 보험조합을 설립하여 보험을 관리한 것이 아니라, 국가가 직접 노공보험과 공무원인원보험을 설립하여 관리하였기 때문에 경쟁체계의 도입을 위하여 또다시 정부(중앙건강보험국)가 기금을 산하에 설립하여 국민에게 선택권을 주는 방식도 무방하리라 생각된다. 그러나 우리나라는 현재 이미 많은 보험조합들이 설립되어 있는데 이를 하나의 기구로 통합하고 뒤에 경쟁체계를 도입하기 위하여 다시 조합을 설립하게 된다면 그 사회적 비용은 엄청날 것으로 여겨진다.

우리 나라에서 많은 사람들이 대만의 제도를 제대로 이해하지 못하여 대만은 의료보험조합을 통합하여 보험을 단일 관리한 것으로 보기 때문에 우리도 대만식으로 통합하자는 논리를 전개하는데 대만은 조합에서 통합한 것이 아니라 국가의 2개 기구에서 하던 업무를 사회보험관리 방식을 바꾸고 행정구조를 개편하여 새로운 국가기관에서 관리하도록 하였기 때문에 경쟁이 필요하면 새로운 기금을 만들면 되는 것이다. 그러나 우리 나라는 현재 있는 조직들을 미래 지향적으로 경쟁을 시키는 쪽으로 제도를 개혁하는 것이 보다 타당한 정책 방향이라 하겠다.

강동량교수는 장기적으로 총액예산제의 채택과 함께 관리상에서 관료화의 배제, 중앙집중화에 따른 정치적 논쟁의 극복, 인구노령화와 의료기술의 발달에 따른 비용의 효율적 통제를 위한 방안이 향후의 개혁과제임을 제시하고 있다(Ching 1997).

참 고 문 헌

- 신수식, 『사회보장론』, 박영사, 1978
- 吳凱勳, 『健康保險概論』, 中國社會保險學會, 1989
- 楊志良 編著, 『健康保險』, 巨流圖書公司(臺灣), 1993
- 中央健康保險局, 『全民健保與我』, 1995
- 中央健康保險局, 『全民健康保險 手冊』, 1995. 8.
- 中央健康保險局, 『全民健康保險 簡介』, 1998
- 行政院 經濟建設委員會, 全民健康保險研究計劃專案小組, 『全民健康保險制度 規劃報告』, 1990
- 行政院 經建會都市及住宅發展處, 全民健康保險研究計劃專案小組, 『全民健康保險制度規劃技術報告』, 1990. 12
- 行政院 衛生署, 『中日全民健康保險 研討會』, 1993
- 行政院 衛生署, 『全民健康保險 實施 2年 評價報告』, 1997. 2
- Bureau of Labor Insurance for Taiwan-Fukien Area, Labor Insurance Act of ROC, 1988. 5
- Bureau of National Health Insurance(BNHI), Republic of China, National health

- insurance: Taiwan's experience and future challenges, January 1997
Department of Health, The Executive Yuan, Republic of China, Public
health in Taiwan, 1995
- Department of Health(DOH), The Executive Yuan, Republic of China, National
health insurance in Taiwan: analysis of initial effects from an international
perspective, 1997. 4
- Ching, TL. Taiwan's 1995 health care reform, *Health Policy* 1997; 39: 225-239
- Lee, CT. Health care financing in Taiwan, The 1997 Asian Health Care Convention,
Kuala-Lumpur Malaysia, 3-6 August 1997
- The Council for Economic Development and Planning, Republic of China, The report of
national health insurance plan, June 1990