

대만 중의 건강보험의 체계와 서비스 질 향상 정책

김동수^{1) #} · 권수현^{2).5) #} · 정설희³⁾ · 안보령³⁾ · 임병묵^{4)*}

¹⁾ 한국한의학연구원 한의기술표준센터, ²⁾ 한국한의학연구원 미래전략실

³⁾ 건강보험심사평가원, ⁴⁾ 부산대학교 한의학전문대학원 인문사회의학부

⁵⁾ 부산대학교 대학원 한의학과

The Health Insurance system and the Quality Improvement Policies for Chinese Medicine in Taiwan

Dongsu Kim^{1) #}, Soo Hyun Kwon^{2).5) #}, Seol Hee Chung³⁾, Bo Ryung Ahn³⁾ & Byungmook Lim^{4)*}

¹⁾ KM Standards Center, Korea Institute of Oriental Medicine

²⁾ Strategy Division, Korea Institute of Oriental Medicine

³⁾ Health Insurance Review & Assessment Service

⁴⁾ Division of Humanities and Social Medicine, School of Korean Medicine, Pusan National University

⁵⁾ Department of Korean Medicine, Pusan National University

Abstract

Backgrounds : Taiwan has similar national health insurance (NHI) system for traditional medicine with South Korea. Recently, new quality improvement policies for traditional medicine is being attempted in Taiwan.

Objectives : This study aimed to review the Taiwanese NHI system for Chinese Medicine (CM) and introduce quality improvement policies.

Methods : Research articles, reports, government publications and year books which handled traditional medicine system and NHI system in Taiwan were searched and collected. The authors analyzed and summarized the contents in a qualitative manner.

Results : In Taiwanese NHI system, CM procedures and medication for outpatients are reimbursed through a mix of fee-for-service and global budget payment system. CM shares 4% of total expenditure of NHI in Taiwan. Mostly, the expenses for procedures are reimbursed regardless of disease type, however, in the specialized program for quality improvement, CM doctors have to comply with standard operating procedures (SOPs).

Conclusions : Taiwanese NHI system implemented SOP-based new reimbursement system for CM. Yet, the scientific evidences for SOPs are not sufficient, it can be useful references when we develop a disease related reimbursement system for Korean Medicine in South Korea.

• 접수 : 2016년 7월 7일 • 수정접수 : 2016년 7월 28일 • 채택 : 2016년 8월 4일

*교신저자 : 임병묵, 경남 양산시 물금읍 부산대학교로 49 부산대학교 한의학전문대학원

전화 : +82-51-510-8453, 팩스 : +82-51-510-8446, 전자우편 : limb@pusan.ac.kr

두 저자는 공동 1 저자로 이 연구에 동등하게 공헌하였음.

Key words : Chinese Medicine, Traditional medicine, National health insurance, Taiwan health system, Quality of health care

I. 서 론

침과 한약을 공공 건강(의료)보험에서 폭넓게 급여하는 국가는 우리나라를 비롯, 중국, 대만, 일본 등 동북아 국가들이다¹⁾. 이들 나라들은 공통적인 의료도구를 사용해왔으면서도 각기 다른 의료전통과 문화 속에 서로 다른 보험급여체계를 갖고 있다²⁾.

이 국가들 중에서 근래 우리나라와 자주 비교의 대상이 되는 곳은 대만이다. 대만은 유사한 정치경제적 조건하에 상대가치 기반의 행위별수가제를 통해 중의 의료행위와 약제에 대해 급여하고 있다. 중의 외래진료에 대해서만 급여가 인정되고 급여범위도 우리나라보다 협소하지만, 중의부문에 대해서도 총액계약제를 도입하고 있고 질환명과 연계한 포괄적 지불제도를 일부 시도하고 있다는 점에서 최근 건강보험 연구자와 정책 담당자들의 관심을 모으고 있다³⁾.

그동안 대만의 중의제도에 대해 보고된 자료는 일부 있으나^{4,5)} 중의 건강보험에 대해 심도 있게 다룬 자료는 많지 않았다. 이 글에서는 대만의 중의 건강보험의 관리체계와 지불제도, 급여 십사기준과 급여범위, 최근 진료실적 등 중의 건강보험의 전반을 파악하기 위한 내용을 다루었으며, 최근 중의 의료서비스의 질 향상을 위해 시도하고 있는 정책들을 살펴봄으로써 우리나라 한의 건강보험의 질적 발전을 위한 정책을 수립하는데 기초자료로 삼고자 한다.

II. 본 론

1. 대만 중의 건강보험 체계

1) 관리체계

대만은 우리나라와 유사하게 중앙부처인 위생복지부(衛生福利部) 산하의 중의약사(中醫藥司)에서 중의약 전반을 관리하지만, 중의 건강보험을 관리하는 조직은

위생복지부(衛生福利部) 산하의 중앙건강보험서(中央健康保險署)이다. 대만은 정부조직 안에 보험 관리 조직이 속해있다는 점이 우리나라와 다른데, 이 같은 구조에 따라 정부가 제도 운영의 최종 권한과 책임을 지고 있다⁶⁾.

중앙건강보험서의 전신은 중앙건강보험국(中央健康保險局)으로 2013년 위생복지부 개편때 명칭이 변경되었다. 중앙건강보험서의 임무는 건강보험 업무, 의료의 질, 연구와 발전, 인력 훈련과 보건서비스 정보 관리이다. 중앙건강보험서 외에 전민건강보험회(全民健康保險會)는 건강보험과 관련된 중앙건강보험서의 임무를 모니터링하고 계획하는 것을 도와주고, 전민건강보험쟁의심의회(全民健康保險爭議審議會)는 건강보험 관련 분쟁을 조정하는 역할을 한다.

중앙건강보험서는 여러 보험 지표를 증진시키는 전문화된 조직과 그룹, 그리고 6개 지역 조직을 갖고 있으며 21개의 지역사무소가 대민 서비스를 하기 위해 설치되어있고 2014년 6월 30일 현재 2,909명의 직원이 근무하고 있다⁷⁾.

2) 지불제도

대만의 건강보험 지불제도는 1995년 건강보험 시행 초기부터 행위별수가제에 기반하고 있었다. 그러나 급증하는 보험진료비를 통제하기 위해 각 부문별로 전체 의료서비스 지출을 제한하는 총액예산제를 행위별수가제와 병행하여 시행하였고, 1998년 치과부문을 시작으로 중의부문, 양방 의원, 양방 입원 순으로 도입하였다.

대만의 총액예산제에서 예산 규모 결정은 전년도 예산을 기준으로 환경요인의 변화에 따라 증액하는 점증 방식(incremental approach)을 활용하고, 예산 적용은 초과된 비용은 보상하지 않는 지출상한제(expenditure cap)이며, 예산 배분은 부문별로 배분하고 있다⁴⁾. 따라서 한정된 예산을 설정한 후 총액 내에서 각 공급 기관별로는 서비스 양에 따라 점수당 가격을 조정하는 방식을 적용하고 있다. 의료공급자는 매월 급여비용을 중앙건강보험서에 청구하고, 지급비용은 서비스 양에

단가를 곱하여 결정된다. 서비스별 단가는 우리나라와 마찬가지로 각 행위별로 자원기반 상대가치점수(RBRVS, Resource-based relative value scale)를 책정한 후 점수 당 가격을 곱하여 결정된다.

총액을 배분하는 단계는 총 4단계이며, 가장 먼저 전국 단위에서 정부와 공급자 대표간 협상을 통해 지출 상한을 정한 후 2단계에서 치과, 종의, 의원, 병원의 4개 부문으로 배분한다. 3단계는 부문 내에서 외래, 예방, 수술 등의 항목으로 배분하지만 종의는 외래 단일 항목으로만 배분된다⁶⁾. 마지막으로 타이페이, 북부, 중부, 남부, 동부, 카오슝의 6개 지역별로 배분하는데 인구 희소 지역인 동구(東區)를 제외하고 기타 5개 지구에 대해 각 구의 수입, 인구수, 의료이용률, 만명당 종의사 수 등을 반영한다⁸⁾.

3) 급여비용 심사

위생복지부는 종의 의료의 특성을 반영한 비용 심사를 위해 심사 주의사항 규정을 두고 있다. 규정에는 약처방 일수의 제한, 중약 사용의 범위, 동일 질병 연속 내진자 처리 등 구체적인 사례에 대한 심사 기준이 제시되어 있다. 대만의 종의의료비용심사 기준의 특이점은 약처방 일수의 7일 이내 제한, 치료 1개월 이상에 대한 심사 강화, 빈번한 횟수의 침구·전침·상과 및 탈구정복 행위에 대한 심사 강화 등 의료행위를 시행하는 조건이 부합하느냐의 여부 보다는 행위량 자체에 대한 다양한 심사기준이 존재한다는 것이다. 이에 대한 자세한 사항은 Table 1과 같다.

의료비용에 대한 자동화 심사를 위해서는 표본추출을 통한 샘플링이 필요하기 때문에 중앙건강보험국에

Table 1. 종의의료비용 심사 주의사항 주요 내용

1. 일반 약처방 일수는 7일을 초과해서는 안 된다. 단 만성병 환자에 한해 1회 최대 30일 내의 약을 처방할 수 있다.
2. 동일한 질병 또는 동일한 증상으로 연속 내원한 환자에게 매번 1일분의 약을 처방하거나 관련된 치료를 할 수 없다.
3. 침구, 외상과 및 탈구 정형에 대해 동일 진단으로 연속 치료받는 환자는 최다 6번의 치료를 고려할 수 있으며, 진찰비는 1회 신청해야 한다.
4. 치료 횟수가 이미 치료한도를 넘어선 자는 (예: 급성요통 또는 급성 근육관절통증 등) 치료 1개월 이상이면 심사를 강화한다. 병의 정황, 치료효과, 원인을 상세히 기입하지 않았다면 진찰비를 감한다. 처치가 부당하였거나 이상(異常) 안건은 처치비를 감한다.
5. 상과의 탈구(脫臼) 교정 심사는 병력기록에 의거하여 다음을 포함한다.
 - ① 탈구 발생의 시간 및 원인
 - ② 초기 처치 여부
 - ③ 상해부위의 국소 증상
 - ④ 교정 수기법

* 지불표준에 의하면 탈구의 초기 치료(B57)는 환자의 수상 부위를 처음 복위 치료한 것을 가리키며 '탈구정복 비용 치료 처치의 첫 진료(B61)'와는 함께 신고하지 못함
6. 진단병명이 유상(扭傷, 염좌) 또는 좌상(挫傷, 타박상)시 병력 상 환자 주소의 발생 시간 및 원인을 기입하지 않으면 심사를 강화한다.
7. 만성병 환자에 대한 7일 이하 약 처방 또는 약처방+침구 또는 상과 치료의 비율이 과도하면 심사를 강화한다.
8. 침구, 전침, 상과 및 탈구정복 차수가 이상적으로 빈번할 시 심사를 강화한다.
9. 전침 진료기록에는 혈위, 시간, 파형, 주파수(頻率)를 상세히 기입하지 않았다면 심사를 강화한다.
10. 「일반 안건」으로 분류된 안건은 개별 전문심사를 거친 후 아래의 정황이 있다면 일괄 비용을 삭제한다.
 - ① 환자의 안전에 영향을 준 처방
 - ② 필요하지 않은 연속성 진료

자료 : 위생복지부중앙건강보험서. 종의의료비용심사주의사항. 2014. (衛生福利部中央健康保險署. 中醫醫療費用審查主意事項. 衛生福利部中央健康保險署103年12月3日健保審字第1030036475號函令)

서 중의 외래 총액의 표본추출을 위한 샘플링 실시방안을 마련하였다. 이에 따르면 샘플링 수는 전체 기관 수의 20% 이하, 일반심사는 20%~50%, 전문심사 면제는 병원 수의 40%~70%를 원칙으로 한다. 표본추출 대상 기관은 접수를 허위로 기록하는 등으로 인해 '전민건강보험의사서비스기관 특약 및 관리방법'을 위반한 기관이며, 그 외에도 신청한 의료비용접수가 높은 기관, 중복진료율이 높은 기관 등을 대상으로 한다¹⁰⁾.

2. 급여 범위 및 가격

대만에서 중의의 급여 범위와 가격은 위생복지부의 '전민건강보험의료서비스 급여항목 및 표준진료비(全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準)'의 '제4부 중의'에 내용이 제시되어 있다¹¹⁾. 중의 급여 항목은 진찰, 약, 약품조제, 침구치료, 상과(傷科)치료, 탈구정복, 검사, 침구(합병상과) 치료, 특정 질병 외래 강화 관리로 구분되어 있다. 대만에서는 중의 급여가 외래에만 국한되어 있는데, 서의병원 입원환자 중 일부 질환에 대해서만 중의 협진을 인정하여 진료비를 지급한다.

진찰비는 청구월의 일평균 진료환자의 수, 진찰 시간호인원을 대동하였을 경우, 만성병 연속처방을 내린 경우에 따라 진료비를 차등 적용하였다. 일평균 진료환자의 수는 25명 이하, 26~50명 이하, 51~70명 이하, 71~150명 이하, 150명 초과의 다섯 단계로 구분하였으며, 지불점수가 최소 50점에서 최대 350점까지 차이를 보인다. 또한 병원 평가에 합격한 중의병원 또는 양방병원 부설 중의과인 경우에는 중의원에 비해 같은 조건일 경우 약 50점의 점수가 높다.

건강보험에 포함되는 중약의 기준은 두 가지이다¹²⁾. 첫 번째는 중약신약시험등기에 의거한 「약품우량임상시험규범(藥品優良臨床試驗規範, GCP)」에 따라 임상시험을 진행하고 「신약허가신청(新藥查驗登記, NDA)」에 의해 품목허가증을 취득한 중약신약이며, 두 번째는 주관 기관이 허가한 GMP 중약 농축 제조 시설에서 제조된 조제전용 및 중의사 처방 전용 중약과 「임상상용중약방제기준방(臨床常用中藥方劑基準方)」에 나온 복방농축중약이다. 농축 중약은 2015년 현재 325개 기준처방과 6783개 품목이 보험적용 중이다¹³⁾. 건강보험에 적용되는 이들 중약은 일일 약값 30점을 정액으로 지급받고 있다. 의약분업을 기관분업으로 시행하고 있는 우리나라와는 달리 대만은 조제를 약사에게 맡기는 기능 중심

의 의약분업을 시행하고 있다. 이에 따라 조제비는 중약 과정을 수습한 약사가 조제한 경우 20점, 중의사 조제는 10점으로 차등을 두고 있어 약사의 조제를 유인하고 있다. 대만은 중약사 직능을 따로 두고 있지 않으며 약사 중 중약에 대한 일부 교육을 이수한 약사에게 중약 조제 권한을 부여하고 있다¹¹⁾.

침구치료와 상과(傷科)치료는 단순치료는 200점, 복잡성치료는 280점으로 구분하였다. 침구치료와 상과치료의 복잡성치료 적응증은 ICD에 근거한 진단명이 각기 제시되어 있어 해당 질환일 경우에만 치료를 할 수 있다. 구체적인 치료법의 종류에 따라 행위를 구분하는 것이 아니라 질환에 따라 행위와 지불점수를 구분하는 것이 대만 보험급여의 특징이라고 볼 수 있다.

상과치료는 침구를 이용하지 않는 치치로 근육을 다스리는 다양한 수기요법에 의해 외과질환을 치료하는 치료법인데, 표준작업순서에 따라 시술해야 한다. 표준작업순서는 (1) 사진팔강변증(四診八綱辨證), (2) 진단, (3) 근육 치료(理筋手法)의 순서이며, 적응증은 (1) 급만성 염좌(扭傷), 칠과상(挫傷), 타박상(瘀傷) : 발목염좌, 요추염좌, 경추염좌 등 (2) 건염(腱炎) : 테니스엘보우, 야구 어깨 통증(棒球肩), 완부요측건초염 등 (3) 관절병변: 풍습성관절염, 퇴행성관절염, 강직성척추염, 통풍, 동결견 등이다.

대만에서는 의료기기를 사용한 검사에 대해 보험급여를 적용하고 있는데 진맥(診脈)과 설진(舌診)이다. 이 검사비를 청구하기 위해서는 맥진기와 디지털 카메라에 의한 결과 사진 및 판독 보고서를 첨부해야 한다.

중의 외래의 환자 본인부담액은 정액으로 50위안이며, 이는 치과 외래, 서의 의원 외래와 동일하다⁷⁾.

3. 중의 건강보험 이용 현황

대만 건강보험 전체 지출 결산액은 2014년 563,133 백만위안으로 2010년 489,476 백만위안에서 매년 3~4%씩 성장하였다. 이 중 병원은 2014년 384,476 백만위안으로 전체 총액의 가장 높은 비중인 68.27%를 차지하였고 서의의원은 113,280 백만위안으로 20.12%, 중의외래는 21,644 백만위안으로 3.84%를 차지하였다. 중의외래는 2010년 4.01%에서 매년 조금씩 감소하였으며 각 부문 중 병원만이 2010년 67.01%에서 매년 조금씩 비중이 상승하였다.

중의외래의 세부 항목별 상대가치점수의 비중은 진

찰비가 46.8%로 가장 높으며, 약비가 33.2%, 치료 및 검사비가 19.4%, 약사업무비가 0.7%로 그 뒤를 이었

다. 이러한 항목별 비중은 연도별로 큰 차이 없이 유지되고 있다.

Table 2. 종의의료서비스 건강보험 지불항목별 상대가치점수

항목	세부내용	상대가치점수(점)
진찰비	○ 기관형태(병원/의원), 월 평균 진료인원, 간호인원 대동 여부, 만성병 연속처방 여부, 산지 및 섬지역 여부에 따라 차등 ¹⁾	50~350
약가	○ 일일 약가 – 지정된 만성질병은 30일 이내 약 처방 가능하나, 일반 약은 7일을 초과할 수 없음	30
조제비	○ 중약 과정 수습 약사 조제 ○ 중의사 직접 조제	20 10
침구치료	○ 일반침구치료 ○ 전기침치료 ○ 복잡성 침구치료 – 악성 종류(腫瘤), 중증근무력증, 출혈성뇌졸증 등 30개 질환	200 200 280
상과(傷科)치료	○ 일반상과치료 ○ 복잡성 상과치료 – 베체트병, 갱년기 관절염, 탈구 ²⁾ 등 98개 질환	200 280
탈구정복 처치	○ 첫 진료 ○ 이후 진료	300 200
검사비 ³⁾	○ 진액 검사비 ○ 설진 검사비	500 500

주1) 중의사 1인당 월 평균 진료인원은 병원은 50명을 기준으로 구분하며, 의원은 25명, 50명, 70명, 150명을 기준으로 구분

주2) 골절·탈구를 제일 먼저 접골(接骨) 및 복위(復位)한 경우는 450점

주3) 진단 사진 및 판독 보고서를 첨부해야 하며, 매월 1회로 제한

주4) 점당 1위안(대만 1위안은 한화 약 36원임)

자료 : 위생복지부중앙건강보험서. 전민건강보험 의료서비스 급여 항목과 지불 표준. 2015.(衛生福利部中央健康保險署. 全民健
康保險醫療服務給付項目及支付標準. 2015.)를 재구성함

Table 3. 대만 건강보험 각 부문 진료비의 연도별 결산총액 및 점유율

(단위 : 백만위안, %)

항목	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
결산총액	489,476	503,615	524,179	548,574	563,133
-병원	328,015	339,413	354,161	373,611	384,476
-서의의원	103,038	104,631	108,258	111,301	113,280
-치과외래	35,236	36,010	36,796	37,240	37,944
-중의외래	19,630	20,169	20,633	21,149	21,644
-기타	3,734	4,365	4,331	5,274	5,787
점유율					
-병원	67.01	67.40	67.56	68.11	68.27
-서의의원	21.05	20.78	20.65	20.29	20.12
-치과외래	7.20	7.15	7.02	6.79	6.74
-중의외래	4.01	4.00	3.94	3.86	3.84
-기타	0.76	0.87	0.83	0.96	1.03

자료 : 위생복지부 전민건강보험회, 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 의료급여비용총액 협상참고지표요람 2014년판.

위생복지부 2015.(衛生福利部全民健保保險會, 衛生福利部中央健康保險署. 全民健保保險醫療給付費用總額 協商參考指標
要覽-104年版. 衛生福利部 2015.)

대만은 각 부문별 이용자수를 총액 협정 때 고려하기 때문에 매년 각 부문별 이용자수를 조사하여 발표한다. 2014년 각 부문별 이용자수는 서의의원이 19,894 천명으로 가장 많았으며 중의외래는 6,845천명이었다. 중의외래 이용자 수는 2010년 6,779명에서 큰 변화없이 유지되고 있으며 전체 국민 대상 점유율도 약 30% 정도를 유지하고 있다.

4. 대만 중의의료서비스 질 향상 방안

1) 품질확보방안

대만의 위생복지부는 중의 의료서비스의 품질과 접근성 확보를 위해 중의부문이 총액계약제를 시행한 첫

해인 2000년에 「전민건강보험중의문진총액지불제도 품질확보방안(全民建康保險中醫門診總額支拂制度 品質確保方案)」을 공고하였다. 이 방안에 따르면 보험자와 수탁단위(중의사단체)는 이용량에 대한 모니터링, 이용자 만족도 조사, 품질확보를 위한 기반 구축, 품질에 따른 유보금 배분에 대한 임무가 있다.

2) 침구표준작업절차

침구표준작업절차(針灸標準作業程序)는 2005년 전민건강보험비용협정위원회 의결에 의해 만들어진 사항으로 일반적으로 간략한 표준작업절차(Standard Operating Procedures) 형태에 가까운 질 관리 지침이다. 침구표준작업절차는 환자의 안전 중시, 중의의료품질

Table 4. 대만 중의 건강보험 각 진료항목의 연도별 상대가치점수와 점유율

(단위 : 점, %)

항목	2011		2012		2013		2014	
	점수	점유율	점수	점유율	점수	점유율	점수	점유율
진찰비	9,570	46.8	10,040	46.9	10,595	47.6	10,711	46.8
치료 및 검사비	3,953	19.3	4,032	18.8	4,116	18.5	4,435	19.4
약비	6,770	33.1	7,186	33.6	7,403	33.2	7,589	33.2
약사업무비 (藥事服務費)	142	0.7	150	0.7	151	0.7	152	0.7

자료 : 위생복지부 전민건강보험회, 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 의료급여비용총액 협상참고지표요람 2014년판. 위생복지부 2015.(衛生福利部全民建康保險會, 衛生福利部中央健康保險署. 全民建康保險醫療給付費用總額 協商參考指標要覽—104年版. 衛生福利部 2015.)

Table 5. 대만 건강보험 각 부문의 연도별 이용자수 및 점유율

(단위 : 천명, %)

항목	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
총 이용자수					
-병원(외래)	12,297	12,524	12,705	12,713	12,855
-병원(입원)	1,792	1,833	1,844	1,818	1,868
-서의의원	19,232	19,668	19,698	19,740	19,894
-치과외래	9,969	10,006	10,273	10,520	10,655
-중의외래	6,779	6,766	6,854	6,814	6,845
점유율					
-병원(외래)	53.81	54.61	55.12	54.94	55.20
-병원(입원)	7.84	7.99	8.00	7.86	8.03
-서의의원	84.16	85.77	85.46	85.31	85.49
-치과외래	43.63	43.63	44.57	44.57	45.79
-중의외래	29.66	29.50	29.74	29.45	29.42

자료 : 위생복지부 전민건강보험회, 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 의료급여비용총액 협상참고지표요람 2014년판. 위생복지부 2015.(衛生福利部全民建康保險會, 衛生福利部中央健康保險署. 全民建康保險醫療給付費用總額 協商參考指標要覽—104年版. 衛生福利部 2015.)

향상, 종의의료기관의 환자중심 의료제공 강화, 국민의 의료권익과 안전확보를 목적으로 한다. 침구표준작업 절차는 보험 급여와도 연관되어 있는데 침구표준작업

절차에 대한 심사를 거쳐 합격한 종의 외래 특약 의료 기관만이 침구치료 처치비를 청구할 수 있다. 심사 기준은 '종의의료기관의 침구표준작업 절차 의료품질 향상'

Table 6. 전민건강보험 종의문진총액지불제도 품질확보방안 주요 사항

연번	항목	세부 내용
1	종의 외래 의료이용 모니터링	○보험자는 매 분기마다 각 구역의 종의 외래 의료이용률과 지불 기준 내 접수당 지불금액 분석 보고서를 작성하고 개선안을 마련해야 함
2	가입자 권리 확보	○보험자는 매년 각 구역의 종의 외래 진료 접근성, 의료서비스 품질만족도, 본인부담금 현황 등에 대한 조사를 수행하고 개선안을 마련함
3	전문의료서비스 품질 확보	○종의사 단체는 아래 항목의 서비스 품질 관리감독에 의거하여 확실하게 집행해야 함 ① 임상진료작업지침(臨床診療作業指引) 제정 및 임상진료·신고비용에 참고 ② 종의의료기관 지도 시스템 건립 ③ 서비스 품질관리 관련 규범 수립 및 서비스의 양과 품질 모니터링 ④ '서비스 품질', '품질관리보증'의 중장기 지표 연구·제정(종의약의 과학화·현대화 계안사항 포함)
4	종의의료서비스 품질지표	○종의사 단체와 보험자는 지급 보류액 ¹⁾ 을 협상하여 결산 시 품질 지표 달성을 의거하여 배분

주1) 지급보류액(保留款) : 총액을 공급자에게 전부 배분하지 않고 일정 금액을 따로 보유한 유보금

자료 : 위생복지부. 전민건강보험 종의외래총액접수 지급보류액 운영방안. 2014. (衛生福利部. 全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案. 103.03.18 新增)을 재구성함.

Table 7. 침구표준작업절차의 항목별 배점

번호	항목	검사내용	배점
1	인원 기준	침구업무 의사의 침구표준작업절차 교육 인증	20
2	접수	관련 규정에 의거하여 환자의 기본 자료 기재 및 실제 진료기록부 제작	5
3	진찰	종의 변증이론에 따른 진찰	5
4	적응증 분류	ICD-9-CM에 의거한 진료비용 신고	5
5	주의사항	침구 주의사항 및 침구혈위 주의사항 숙지	5
6	혈위처방	군신좌사 이론 방법에 따른 혈위 배합 처방	5
7	환자교육	침구시술 전 환자에게 주의사항, 치료과정, 심리준비 등에 대한 설명	5
	환자준비	• 시술 전 환자에게 주의사항에 대한 소통 • 자침부위에 따른 적당한 자세	5
	재료준비	• 적당한 굽기의 침을 선택하여 사용 • 침체의 녹 유무 • 침체의 굽곡 여부 • 침병의 느슨함 정도 • 침첨의 말림현상 유무	5
	소독	• 종의의료기관 감염통제 규범에 따름 • 솜에 75% 알콜을 적셔 환자 시침부위 소독 • 1회용(拋棄式) 호침 사용 • 침의 무균보존기 한 주의 • 무균기술조작 준수	15
8	임상침구치료	진침(進針), 행침(行針), 출침(出針) 규범 준수	5
9	특수상황처리	침구 특수상황 처리 규범 숙지	5
10	폐기물처리	의료폐기물은 폐기물처리법 중 관련이 있는 「유해사업의료폐기물」 관련 규정에 따라 처리	15

자료 : 종의외래의료서비스심사위원회 타이페이위원회. 종의 의료기관의 침구표준작업절차 의료품질 향상 계획 실시방안.

2012.(中醫門診醫療服務審查執行會 台北區分會. 中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案. 2012.)

계획 검사표(中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫查檢表)'에 10가지 항목이 제시되어 있는데 항목 별로는 배점이 부여된다. 각 항목별 배점에 따라 점수의 총합이 80점 이상이면 합격이며, 70~79이면 1개월 후 재신청, 70점 이하면 2개월 후 재신청으로 구분된다.

표준작업절차는 상과치료(傷科治療)에 대한 지불기준에도 제시되어 있다. 상과치료의 표준작업절차는 첫째 사진(四診)과 팔강변증(八綱辨證)이며, 둘째 진단(이학적 검사), 셋째 수기요법(理筋手法)이다.

3) 만족도 조사

「전민건강보험중의문진총액지불제도 품질확보방안」에 의하면 보험자는가입자 권리 확보를 위해 매년 만족도 조사를 실시하여야 한다. 만족도 조사는 각 구역의 중의 외래에 대한 진료접근성, 의료서비스 품질만족도, 본인부담금(자비) 현황의 세가지 항목에 따른다¹⁵⁾.

2014년 실시된 중의 외래에 대한 국민만족도 결과에 따르면 의료서비스 품질 만족도 항목은 대부분 만족('만족'과 '매우 만족')에 속한 비율이 80% 이상이었다. 접근성 측면에서는 의사 선택의 용이성과 교통시간에서 만족한 비율이 80% 이상으로 높아 접근성에 대한 불만이 낮았으나 의료문제 발생 시 대처방법에 대한 인지율이 22% 정도로 낮은 편이었다. 진료비 관련한 문항은 진료비용이 적합하다고 응답한 비율은 매년 증가하였는데 2009년 16.3%에서 2014년에 43.1%로 2.6배 증가하였다. 이러한 인식의 변화는 건강보험 비급여의 감소에 의한 것으로 보여지는데 2011년 62.3%가 건강보험 비급여 진료비를 지출하였지만 2014년에는 37.8%로 크게 감소하였다¹⁴⁾.

4) 전문항목(專門項目)

대만에서는 전민건강보험의료지불비용총액 협의 결과에 따라 매년 전문항목에 대한 중의의료서비스를 계획한다. 전문항목에 포함된 중의 프로그램은 공급자 단체인 중의사공회가 제안하여 결정되는데 소아 천식이나 소아 뇌성마비와 같은 중의에 강점이 있는 질환 또는 서의 입원환자에 대한 중의 협진과 같은 사회적 필요도가 높은 프로그램 등이 포함되어 있다. 전문항목은 중의 외래 총액과는 별도의 예산을 책정하게 되며, 성과가 좋은 경우 본 항목의 '특정질병 외래관리 강화(特

定疾病門診加強照護)'로 구성하여 총액 내에 해당 예산을 편입하게 된다. 2013년도에 소아뇌성마비와 소아천식, 2014년도에 뇌혈관질병 및 두뇌손상이 본 항목에 포함되게 되었다. 2014년도에는 뇌혈관 질병 및 두뇌손상에 대한 관리 계획이 본 항목에 포함되면서 중의 건강보험 총액을 0.810% 증가하기로 협의 하였다. 대만의 보험자인 중앙건강보험서 담당자와의 인터뷰 결과 '특정질병 외래관리 강화'는 대만 건강보험에서 전반적으로 진행되고 있는 성과기반지불제도(pay for performance)의 일환으로 만들어진 프로그램이다. 그리고 전문항목은 특정질병 외래관리 강화 프로그램에 대한 시범사업에 해당한다. 따라서 성과기반지불제도의 성격에 맞게 전문항목은 단순히 공급자의 행위 여부에 따라 급여비를 지급하는 방식과는 달리 중의사공회가 개최하는 교육을 참가한 중의사만이 신청 자격이 주어지며 치료 후에는 구체적인 지표에 의한 평가를 통해 급여비 지급여부를 결정하는 등 의료의 질을 보다 높이려는 다양한 방식을 활용하고 있다.

시범실시항목 예산은 세부 항목별로 예산을 책정하지 않고 3개 항목을 합하여 예산을 책정하였다. 예산은 2010년 85백만위안에서 2014년 113백만위안으로 증가하였고 집행률은 2013년 141.79%까지 상승하였으나 2014년에는 78.22%로 감소하였다. 전문가 인터뷰에 따르면 2015년 시범실시항목 예산은 최대 1억4천만위안에 이를 것이라고 보았다. 본 항목 예산은 2010년 90백만위안에서 2013년 100백만위안으로 증가하였다. 집행률은 2010년 34.91%에서 2013년 136.26%로 증가하였고 환자 수는 2010년 2,349명에서 2013년 6,552명, 연인원은 2010년 39,837명에서 2013년 171,201명으로 증가하였다¹⁴⁾.

2012년과 2013년도에 실시한 각 전문항목 사례에 대한 자세한 내용은 Table 8.와 같다.

III. 고찰 및 결론

대만은 2012년 현재 GDP 대비 6.62%를 국민의료비로 사용하고 있으며, 의료비 증가율도 2012년 2.64%로 억제되고 있다⁷⁾. 이는 우리나라가 2012년 7.6%를 의료비로 사용하고 있고 2013년 5.3%의 의료비 증가율²²⁾을 보이는 것과 비교해 볼 때 의료비를 보다 성공적으로 억제하고 있다. 반면 기대여명과 영아사망률 등

Table 8. 종의 전문항목별 목적, 적용범위, 집행방식 및 의료의 질 향상 방법

전문항목명	목적	적용범위	집행방식	의료의 질 향상을 위한 공통 방법
전민건강보험 뇌혈관질환 서의병원 입원환자의 종의보조의료 시범계획 (全民健康保險 腦血管疾病 西醫住院病患 中醫輔助醫療 試辦計畫)	<ul style="list-style-type: none"> 입원중인 뇌혈관질환 환자에 대해 문헌에 의거한 종의보조의료를 시행함으로써 병환의 신경학기능 회복·일상생활 기능개선·삶의 질 개선·의료비용 지출 절감을 목적으로 함 	<ul style="list-style-type: none"> 뇌혈관질환(ICD-9:430-438) 진단일이 3개월 이내인 입원질환으로 종의보조의료협조를 필요로 하는 자 	<ul style="list-style-type: none"> 뇌혈관질환 환자 1명에게 매주 3회(집중치료실 환자 제외)를 초과한 처치를 할 수 없으며 초과분의 비용지불점수는 0임 	<ul style="list-style-type: none"> 종의사 단체 개최 교육 참가자에게 신청자격이 주어짐 계획서에 표준작업절차와 예상하는 기대효과를 기술하여야 함 연도 마무리 후 종의사 단체에 계획서 내용에 대한 집행 성과 및 실시 효과에 대해 집행보고를 해야 하며, 이는 다음 년도 심사의 근거가 됨 해당 계획의 집행 및 성과가 낮은 경우에는 종의사 단체에서 재평가 후 집행을 정지함
전민건강보험 종양환자 수술, 화학치료, 방사선요법 후 서의병원 입원환자의 종의보조의료 시범계획 (全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後 西醫住院病患 中醫輔助醫療 試辦計畫)	<ul style="list-style-type: none"> 종양환자의 수술, 방사선, 화학치료 후 출현하는 소화기 장애, 어지럼증, 탈모와 치료 중 자주 출현하는 입마름, 구강궤양, 변비, 설사, 입벌림 곤란 등의 증상에 대해 종서의 결합 치료 방법을 통한 완화 특히 말기 환자에게 출현하는 전신쇠약증세(cachexia), 체중경감, 식욕부진, 신경쇠약 등 부적응증 및 종양성 통증 문제 모두에 대해 종의 체질관리를 통한 환자 삶의 질 제고 	<ul style="list-style-type: none"> 종의 보조의료가 필요한 종양 입원 환자 	<ul style="list-style-type: none"> 종양 입원환자 1명에게 매주 3회(집중치료실 환자 제외)를 초과한 처치를 할 수 없으며 초과분의 비용지불점수는 0임 	
전민건강보험 소아뇌성마비 종의우수외래관리 시범계획 (全民健康保險小兒腦性麻痺 中醫優質門診照護試辦計畫)	<ul style="list-style-type: none"> 뇌성마비 환아에 주거간호 제공을 통한 보호자의 생리·심리 부담 완화 및 생활의 질 제고, 뇌성마비 환아의 의료비 지출 경감 촉진을 목적으로 함 	<ul style="list-style-type: none"> 뇌성마비 확진을 받은 12세 이하(12세 포함) 환자 	<ul style="list-style-type: none"> 환자 내원은 매주 1회로 한정함 의사의 1일 진료 상한은 30인이며, 상한 초과분의 비용지불점수는 0임 	
전민건강보험 소아천식완화기 종의우수외래관리 시범계획 (全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫)	<ul style="list-style-type: none"> 종의 치료가 증가하는 천식 아동을 대상으로 발작의 빈도와 정도를 완화하여 도움을 주는 것을 목적으로 함 	<ul style="list-style-type: none"> 천식 확진을 받은 15세 이하(15세 포함) 환자 	<ul style="list-style-type: none"> 환자 내원은 매주 1회로 한정함 의사의 1일 진료 상한은 30인이며, 상한 초과분의 비용지불점수는 0임 	
전민건강보험 뇌혈관질환 후유증 종의 외래관리 계획 (全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫)	<ul style="list-style-type: none"> 병환이 이미 안정적이고 만성회복기에 진입한 뇌혈관질환 환자에 대해 문헌에 의거한 종의 보조의료를 적극적이고 주동적으로 개입함으로 병환의 신경학기능 회복·일상생활 기능개선·삶의 질 개선·의료비용지출 절감을 목적으로 함 	<ul style="list-style-type: none"> 의사 진단으로 뇌혈관 질환 진단(ICD-9:430-438) 받은 날부터 2년 내인 환자에게 급성기 처치 후 아래의 상황에서 자격에 부합하는 종의사가 제공 <ol style="list-style-type: none"> 뇌혈관질환 진단일이 3개월을 초과하고도 여전히 종의보조의료 협조를 필요로 하는 입원 환자 뇌혈관질환 진단일이 3개월 내이고 종의보조의료 협조가 필요하며 「뇌혈관질환 서의입원 종의보조의료 시범계획」에 참여하지 않은 병원 	<ul style="list-style-type: none"> 처치는 매주 3회를 초과해서는 안되며 초과분의 비용지불점수는 0임 	

자료 :

1. 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 뇌혈관질환 서의병원 입원환자의 중의보조의료 시범계획 2013년도 전민건강보험 의료급여비용 총액 협정 결과. 2013.(衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫. 2013年 全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果. 2013.)
2. 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 종양환자 수술, 화학치료, 방사선요법 후 서의병원 입원환자의 중의보조의료 시범계획 2013년도 전민건강보험 의료급여비용 총액 협정 결과. 2013.(衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫. 2013年度 全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果. 2013.)
3. 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 소아뇌성마비 중의우수외래관리 시범계획. 2012.(衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護試辦計畫. 行政院衛生署101年4月6日衛署健保字第1012600054號. 2012.)
4. 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 소아천식완화기 중의우수외래관리 시범계획. 2012.(衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫. 行政院衛生署101年4月6日衛署健保字第1012600054號. 2012.)
5. 위생복지부 중앙건강보험서. 전민건강보험 뇌혈관질환 후유증 중의 외래관리 계획 2013년도 전민건강보험 의료급여비용 총액 협정 결과. 2013.(衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫. 2013年度 全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果. 2013.)

보건의료 성과 지표는 우리나라와 유사한 수준인데 이는 대만이 매우 효율적으로 의료비를 관리하고 있다는 걸 잘 보여준다. 많은 나라들이 대만의 총액예산제를 성공적인 사례로 판단하고 있는 이유이다.

국가적으로 의료비를 통제하기 위한 총액계약제가 보건의료부문에서 마이너리티인 중의에는 또 다른 의미를 시사해주고 있다. 어느 나라도 양의학의 의료기술이 발달하면서 상대적으로 의료기술의 발달속도가 늦은 전통의학은 보험진료영역에서 비중이 축소될 위험에 놓여 있다. 대만의 중의 역시도 동일한 상황에 직면하고 있는데, 총액계약제가 총진료비가 사전에 통제된다는 점에서 의료공급자 입장에서는 매우 수용하기 어려운 제도이나, 부문별로 일정한 비율의 배분이 보장되는 구조로 인해 중의가 총진료비 중 일정 규모를 유지할 수 있게 하는 장치가 되고 있다는 일부 중의의 의견⁴⁾은 참고할만한 부분이다.

급여범주의 측면에서 급여항목의 종류와 급여기준은 우리나라가 보다 다양하고 정밀하다고 할 수 있으나, 다음의 사항들은 우리의 보험제도를 개선하는데 참고해야할 부분이라고 판단된다. 첫째, 진단에 대한 급여가 거의 없음에도 설진 진단이 급여되고 있는 점이다. 간단한 조명장치와 디지털 카메라를 이용해서 혀 상태를 촬영하여 진단 근거를 제시하는 것으로, 이를 선례로 우리나라에서 설진검사에 대한 신규 급여화를 추진할 필요가 있다.

둘째, 상과치료 등 일부 상병의 진료에 대해 그 상태의 단순, 또는 복잡성에 따라 급여수준을 달리하는 사례가 있으며, 또한 이 상병의 진료에 SOP(표준진료절차)를 도입하는 있는데 매우 기초적인 수준이기는 하나 의미 있는 시도로 보인다.

셋째, 한약 급여의 경우, 우리나라처럼 한약제제에 한정해서 급여가 되고는 있으나 복합한약제제의 형태로 우리나라 보다 훨씬 다양한 제형과 처방에 대해 급여가 적용되고 있다. 이에 따라 전체 진료비에서 약제비와 약사업무비가 차지하는 비중도 2014년 기준 33.9%에 이르고 있는 점은 우리나라 약제급여 개선에 필히 참고해야할 점이다.

다음으로 대만은 중의 건강보험에서 우리나라와는 다르게 ‘전문항목’과 전문항목이 성공적으로 안착하여 본 항목에 포함될 때의 항목인 ‘특정질병 외래관리 강화’제도를 시행하고 있다. 이 시스템은 우리에게 다음과 같은 시사점을 준다. 첫째 사회적으로 수요가 높거나 정책적으로 중요도가 높은 질환 또는 협진과 같은 사회적인 요구도가 높은 치료 체계 등에 대해 보험자가 책정된 예산 범위 내에서 시범사업을 시행함으로써 비교적 적은 위험부담으로 본 항목에 앞서서 서비스를 운영해 볼 수 있다. 전문항목은 미리 예산 한도를 책정하고 이용률이 적을 경우에는 예산을 남기는 방식을 통해 예산 초과의 위험이 없을 뿐만 아니라 국민들의 수요가 적은 서비스에 대해 예산을 낭비하지 않는 구조이다. 또한 시범적으로 운영한 이후에 국민들의 이용도가 높은 전문항목은 총액 본 항목으로 구성함으로써 본 사업 시행 이전에 해당 서비스에 대한 국민들의 수요와 함께 중의사의 서비스 공급이 현실에서 원활히 이루어지는지를 미리 확인해 볼 수 있다.

둘째, 신의료기술이나 신약개발을 통한 총액 증가가 어려운 중의에게 특정 질병과 연계된 포괄적인 서비스를 새로운 항목으로 구성하여 총액을 증가시켜주는 기회를 제공한다. 중의 건강보험의 시술 지불항목은 침, 상과(傷科)의 두 가지로 구분될 뿐이어서 매우 포괄적

으로 구성되어 있기 때문에 새로운 의료기술을 추가하기가 쉽지 않아 지금까지 신의료기술이 중의에 포함된 사례가 없다. 또한 신약의 측면에서는 중약신약이란 제도가 존재하기는 하지만 시장규모가 협소하여 제약회사의 중약신약 개발이 미진한 상황이어서 지금까지 한 품목만 중약신약으로 건강보험 적용을 받고 있는 실정이다. 이러한 상황에서 특정 질병 치료 또는 관리를 위한 포괄적인 서비스를 기준 시술 항목과는 별도의 서비스로 인정하여 중의사 단체에 중요한 총액 증가 기회를 제공하고 있다.

셋째, 중의의료 서비스의 표준화 및 질적 수준을 제고시킨다. 전문항목은 교육을 이수한 중의사에게만 신청자격을 주고 집행 성과가 낮은 경우 집행을 정지하는 등 의료의 질을 높이려는 다양한 방식이 활용되고 있다. 또한 표준작업절차를 계획서에 제시하고 소아천식과 소아뇌성마비의 경우 여러 시술들을 패키지로 제공하도록 지불항목을 구성하여 서비스의 표준화를 유도하고 있다.

이처럼 대만의 ‘전문항목’과 ‘특정질병 외래관리 강화’는 보험자에게는 예측가능한 예산 하에서 사회적인 필요도 높은 서비스를 시범적으로 운영해 볼 수 있으며, 중의사 단체에게는 총액을 증가시킬 수 있는 기회가 되고, 일반국민들에게는 우수하고 표준화된 중의의료 서비스를 제공받을 수 있게 한다. 현재 우리나라는 한의 기술에 대한 신의료기술 등재가 어려워 한의계의 불만이 높고, 한편으로 국민들은 한의의료서비스에 대해 양질의 표준화된 진료를 원하고 있다. 이러한 상황에서 한의계의 새로운 전환점을 마련하는데 대만의 중의 건강보험 사례가 다양한 시사점을 줄 수 있을 것으로 보인다.

감사의 글

이 논문은 한국한의학연구원 「한의학 정책 기반 연구 사업(K16662)」의 연구비 지원을 받아 수행된 결과로 이에 감사드립니다.

참고문헌

1. Hye-Lim Park, et al. Traditional Medicine in China, Korea, and Japan: A Brief Introduction and Comparison. Evidence-Based Comple-

mentary and Alternative Medicine Volume 2012, Article ID 429103, 9 pages doi:10.1155/2012/429103

2. 임병묵. 해외 전통의학·보완대체의학 보험급여 현황. 건강보험심사평가원 내부 세미나 발표자료. 2015. 6. 18.
3. 임병묵, 김동수, 권수현. 한의 건강보험의 질환 연계 수가지불제도 탐색. 대한예방한의학회 2016년도 춘계 학술대회 발표자료. 2016. 4. 24.
4. 이평수. 한방건강보험 지불제도와 수가체계 개선 연구 - 대만의 총액계약제를 중심으로 - 한의학정책연구원. 2009.
5. 김동수. 질환 연계 수가 모형에 대한 대만 중의 건강보험 사례. 신수가모형 개발협의체 회의 발표자료. 2016. 3.
6. 정현진, 문성웅, 서수라, 이정면. 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향. 국민건강보험 건강보험정책연구원. 2014.
7. 衛生福利部中央健康保險署. 2014–2015年全民健康保險年報. 2014.
8. 衛生福利部中央健康保險署. 103年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配. 2015.
9. 衛生福利部中央健康保險署. 中醫醫療費用審查主意事項. 衛生福利部中央健康保險署103年12月3日健保審字第1030036475號函令
10. 行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組. 中醫門診總額抽樣抽審實施方案. 行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組99年10月26日修訂
11. 衛生福利部中央健康保險署. 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準. 2015.
12. 全民健康保險藥物給付項目及支付標準. 衛生福利部105年3月10日衛部保字第1051260064號令修正發布. 2016.
13. 장보형, 고성규, 이은경, 고호연, 고유미, 전천후, 유이 사사기, 황정운, 정다빈, 전소연. 국내외 한약제제 제도 조사를 통한 관련 산업 활성화 방안 도출. 경희대학교 산학협력단, 한국한의학연구원, 2015.
14. 衛生福利部全民健康保險會, 衛生福利部中央健康保險署. 全民健康保險醫療給付費用總額 協商參考指標要覽-104年版. 衛生福利部 2015.
15. 衛生福利部. 全民健康保險中醫門診總額點值保留款

- 機制作業方案. 103.03.18 新增. 2014.
16. 中醫門診醫療服務審查執行會 台北區分會. 中醫醫療院所針灸標準作業程序醫療品質提升計畫實施方案. 2012.
17. 衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫. 2013年度 全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果. 2013.
18. 衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫. 2013年度 全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果. 2013.
19. 衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險小兒腦性麻痺中醫優質門診照護請辦計畫. 行政院衛生署101年4月6日衛署健保字第1012600054號. 2012.
20. 衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護請辦計畫. 行政院衛生署101年4月6日衛署健保字第1012600054號. 2012.
21. 衛生福利部中央建康保險署. 全民健康保險腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫. 2013年度 全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果. 2013.
22. OECD. OECD Health Statistics 2015—Frequently Requested Data. 2015