

해외출장 보고서

-의료급여 제도 평가 및 기본계획 수립 연구-

【국외출장 결과보고서】

- ☐ 출장자: 신현웅 연구위원, 여나금 전문연구원
- ☐ 출장기간: 2017.07.02 ~ 2017.07.09
- ☐ 출장목적: 저소득층을 위한 의료비 지원사업 현황 고찰 및 적정의료이용
유도를 위한 정부의 관리기전 개선동향 파악

1 AOK 일반개요

AOK Rheinland/Hamburg – key facts at a glance

Contribution rate 14.6 %
Additional contribution rate: 1.4 % effective January 1st 2016

Members	2.056.151
Insurees	2.892.057
Annual budget	10.4 bn Euro

# Doctors	24.829
# Dentists	8.295
# Therapists	8.479
# Pharmacies	3.200
# Hospitals	212

AOK employees	7.934
Apprentices	399




Largest public health insurer in North-Rhine Westphalia

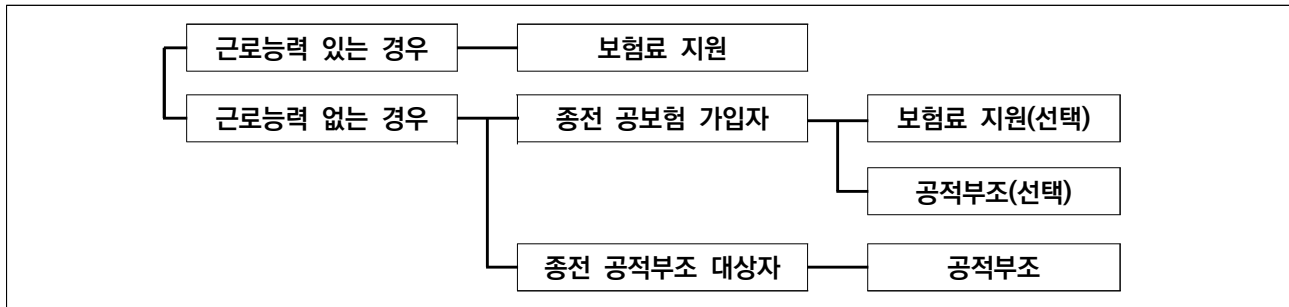
자료: Health Insurance coverage in Germany the case of Vulnerable population groups, 방문시 발표자료

2 공적부조가 아닌 건강보험 제도 내에서 저소득층 의료보장 제공 배경

- 2009년 이전 독일의 저소득층에 대한 의료보장은 크게 두 가지 측면으로 구분될 수 있음.
 - 먼저 건강보험 틀 안에서 최저생계비 이하의 국민에게 건강보험을 가입할 수 있는 보험료를 지원하는 방식임.
 - 독일은 건강보험 체계의 보장성이 높기 때문에 저소득층에게 건강보험료를 지원하여 건강보험권 안에서 보장하는 것임.
 - 우리나라의 경우는 보장성이 낮기 때문에 보장성을 달리하는 별도의 체계가 필요한 반면 독일의 경우는 건강보험체계 내에서 관리하는 것이 효율적임.
 - 둘째는 건강보험권 안에서 관리가 되지 않는 취약계층에 대해서는 지방자치단체에서 직접 보장해주는 방식임.

- 저소득층에 대한 두 가지 지원방식에 대한 대상자 구분은 원칙적으로 근로 능력 여부에 따라 건강보험료 지원 또는 공적부조 대상자로 분류될 수 있었음.

〈 건강보험료 지원 또는 공적부조 대상자 구조 〉



- 공적부조 제도 내에서 직접 지원해 주는 대상자에 대한 선정 및 관리는 지방자치단체의 사회보장국에서 담당하고 있음.
 - 연방정부는 대상자 선정에 대한 객관적인 기준을 결정하는 수준이며 만약 주정부가 연방정부 기준에 따르지 않을 경우 당사자가 연방정부에 이의 신청, 행정소송 등 제기하여 처리하는 형식을 취하고 있음.
 - 재원의 경우도 연방정부의 지원 없이 전적으로 지방정부의 사회보장국이 전액 부담하고 있음.
- 이때 공적부조 대상자 병의원 이용절차는 지방 사회보장국의 사전승인(응급 질환 제외) → 병의원 진료 → 병의원은 보험자에게 비용청구 → 보험자가 비용지급 → 보험자와 지방 사회보장국간 비용정산 하는 순으로 이루어짐.
- 2009년 이후에는 의료이용시 의무적으로 건강보험에 가입하도록 하고 있으며, 보험료 지원을 통해서만 지원하고 있음.
- 저소득층 건강보험 편입 정책에 대해서 건강보험 미가입자들은 실질적으로 관리가 어려우므로, 법정보험 체계에 편입시킴으로써 효율성 제고할 수 있다는 장점이 있는 것으로 평가됨.
 - 그리고 공적부조 대상자는 병의원 이용 시 사전승인을 받아야 하나, 법정 보험에 가입하여 일반 가입자와 동일하게 의료이용을 함으로써 낙인 제거할 수 있다는 장점이 있음.

- 그러나, 이는 건강보험 재정부담 및 보험료율 인상 요인이므로 보험자 의료공급자가입자는 도입당시 부정적인 입장을 취하였음.

③ AOK의 저소득층 관련 활동

1) 과도한 비용으로부터 가입자를 보호하기 위한 기존의 메카니즘

□ 독일 건강보험의 본인부담(Out-Of-Pocket) 현황 및 역할

- 사회보장법(§61 Social Security Code Book V)에 의한 독일의 본인부담(Out-Of-Pocket)의 현황은 다음과 같음.
 - 약: 본인부담 비율 10%, 하한 €5 & 상한 10€
 - 입원: 일당 €10 (per diem)
 - 기타 외래(재활치료, 언어치료, 다른 의학적): 전체 비용의 10%, 처방당 10%
 - 본인부담 면제: (18세 미만) 영유아 및 청소년의 경우 건강보험의 본인부담이 면제
- 사회보장법(§62 Social Security Code Book V)에 의한 독일의 연간 본인부담(Out-Of-Pocket) 상한액 현황은 다음과 같음.
 - (성인) 본인부담이 가구소득의 2%를 초과할 경우 본인부담 면제 (약 40만명에 적용)
 - (만성질환자) 본인부담이 총소득(gross income)의 1%를 초과할 경우 본인부담 면제
 - 2012년 도입 이후 약 650만명에 적용(건강보험 가입인구의 약 10%)
 - 만성질환자는 아프기 전에 권고된 상담 및 검진을 받았다는 것을 증명해야 인정

□ 본인부담(Out-Of-Pocket)과 본인부담 상한제 이외에 과도한 의료비로부터의 가입자 보호 장치가 있는가??

- 독일은 건강보험 보장률이 높은 국가로 저소득층의 의료비 지원방식은 건강보험 가입을 위한 보험료 지원 방식 중심
- 소득이 낮고, 비정기적 대상자에 대한 보험료 경감 또는 지원 방안: 공적

보험(PKV)

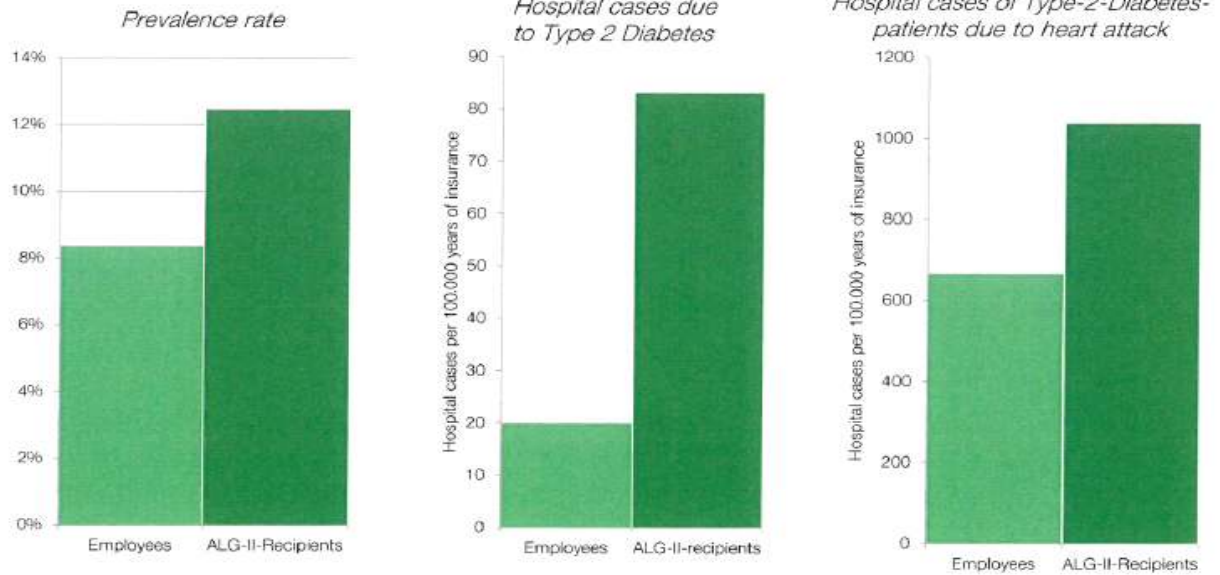
- (장기실업자) 정부에서 보험료 지원
 - 보험료 체납: 보험료 납부 능력 상실로 인한 보험료 체납 문제가 발생
 - 모든 공적보험회사들이 소득이 낮거나 비정기적 소득자에 대해서는 기본 보험료(basic premium)를 징수
 - 논쟁거리: 기본 보험료(월당 350€)가 소득이 낮은 계층에게는 여전히 높다는 지적과 일반 대상자 대비 급여에 제한(limited benefits package)이 있다는 문제가 지적
- 소득이 낮고, 비정기적 대상자에 대한 보험료 경감 또는 지원 방안: 민간 보험(GKV)
 - 보험료 체납: 보험료 납부 능력 상실로 인한 보험료 체납 발생
 - 현재 지원책: 보험료 체납액 면제 관련 법 제정
 - 논쟁거리: 체납액 면제를 선택할 수 있다는 것에 대한 가입자의 낮은 인식도와 이로 인해 해당법이 궁극적으로 보험료 체납 이슈를 다루는 것에 실패했다는 지적

2) 저소득층과 일반 대상자 간 건강상태 및 만성질환 관리 현황 비교

- 저소득층 VS 일반 대상자를 구분하기 위해 보건의료데이터를 활용
 - 1) 사회보장 수급자: ALG II 수급자
 - 2) 본인부담 면제자: 질병 부담이 크거나 저소득층에 적용 중
- 저소득층은 일반 대상자 대비 건강상태 및 건강관리가 취약한 상태로 DMP(Disease Management Program) 프로그램에 적극적인 참여를 유도하여 건강관리 수준을 향상시키기 위한 노력을 강화

Diabetes mellitus Type 2

Comparison by socioeconomic status, 2015

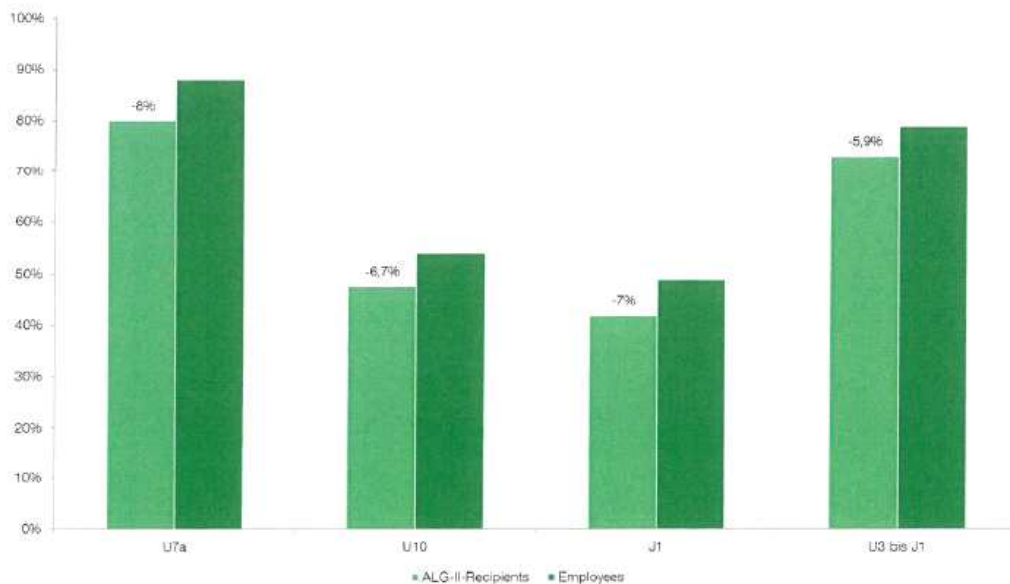


Source: AOK Rheinland/Hamburg, standardized by age and sex to the German population

자료: Health Insurance coverage in Germany the case of Vulnerable population groups, 방문시 발표자료

Preventative check-ups for children

Participation by socioeconomic status, 2015



AOK Rheinland/Hamburg • Stabsbereich Gesundheitspolitik
Visit of Republic of Korea delegation, Oct. 22th

Source: AOK Rheinland/Hamburg

14

자료: Health Insurance coverage in Germany the case of Vulnerable population groups, 방문시 발표자료

2 PMK

- 최근 독일에서는 의료비 예산부담이 증가하면서, 보건의료체계에서 질과 효율성이 더욱 강조되고 있음.
 - The Hospital Care Structure Reform Act는 질 좋은 서비스와 보상을 연계하는 것 뿐만 아니라 질 낮은 서비스에 대한 보상을 낮추는 것도 포함하고 있음.
 - 이와 같은 국민의 건강이 향상될수록 보상이 증가되는 정부의 정책기조에 대응하여 공급자들은 적정 의료이용(=효율성), 건강성과(=질) 향상을 위해 노력하고자 하고 있음.
 - 즉, 정부의 보상체계 방향이 질과 효율성 향상에 집중되면서 공급자들은 이에 대응하여 새로운 보상을 얻기 위한 방안을 모색하고 있는데, 궁극적으로 이는 적정의료이용을 유도하는 방향으로 작동되고 있음.
 - 대표적인 프로그램으로는 외래 의사의 경우 만성질환관리 프로그램, 병원의 경우 DRG 정책가산이 해당될 수 있음.
- 먼저 외래 공급자의 경우 DMP 프로그램 등 추가적 인센티브 프로그램에 참여하고 있음.
 - DMP 참여 공급자는 DMP 환자당 분기별로 15유로가 지급(분기별 정액)되며, 이 외에 추가적 행위에 대해서는 별도의 인센티브를 지급받을 수 있음.
 - 예를 들어, 환자기록의 문서화 및 조정에 대해서도 별도의 수가를 지급받을 수 있음. 이 때 DMP 프로그램을 위해 개별 환자당 필요한 정보를 제공하거나, 초기 문서화 작업 등에 투입되는 비용을 보상받을 수 있음.
 - 또한, 당뇨병, 고혈압 등 만성질환자를 대상으로 한 교육 프로그램 개발 및 교육 자료 작성 등에 대해서도 별도의 보상을 받을 수 있음.
 - 한편, DMP에 참여하는 환자의 경우도 분기별로 의사 방문시 지불해야

하는 본인부담금 10유로를 면제 받는 참여 인센티브를 제공하고 있음.

- 병원의 경우 DRG 지불제도 하에서 다양한 정책가산을 통해 환자의 적정 의료이용 유도에 대한 인센티브를 지급받고 있음.
 - 독일에서는 병원단위 협상을 통해 매년 약 20개 정도의 정책 인센티브(& 디스인센티브) 적용하고 있음.
 - 협상요소의 주요항목은 의료의 질 향상, 원가자료수집 및 자료의 질 관리, 효율성 향상(불필요한 응급의료 감소 등)이 포함되고 있음.
 - 즉, 독일에서는 불필요한 의료이용을 감소시키기 위해서는 수요자/공급자 쌍방의 인센티브를 모두 활용하고 있음.
 - 이 때, 정부는 적정 의료제공과 관련된 인센티브 규모를 지속적으로 확대시키는 것을 통해 인센티브 프로그램에 참여하지 않은 병원이 상대적으로 손해를 보는 구조를 고착화 시켜 나가고 있음.

3

WHO (World Health Organization)

- WHO에서는 국민의 건강수준을 향상시키면서 지속가능한 보건의료체계 구축을 위한 전략으로 “Framework on intergrated, people-centred health service” 방안을 발표함.
- WHO는 지속가능한 보건의료체계를 위한 비전으로 “모든 사람에게 협력을 통해 질 좋은 의료서비스에 대한 동일한 접근권 제공”을 제시하고, 이를 위한 다음의 5가지 실천전략을 제시함.
- 국민/지역사회의 권한위임과 참여
 - 거버넌스와 책임 강화
 - 케어모델의 재조정
 - 영역간/영역내 서비스 조정
 - 가능한 환경 창조

Strategy1: 국민/지역사회의 권한위임과 참여	
접근전략	정책 및 개입
1.1 권한부여와 개인 및 가족 고용	• 건강교육 • 동의 정보 • 개인, 가족, 간병인 제공자간 임상 의사결정 공유 • 개인별 치료 접근 및 치료계획을 포함한 자기관리 • 건강시스템 네비게이션의 지식
1.2 권한부여와 지역사회 고용	• 지역사회 케어 • 지역사회 보건인력 • 시민사회의 개발 • 건강 내 사회참여자의 강화
1.3 권한부여와 비공식 간병인 고용	• 비공식 간병인 교육 • 비공식 간병인 네트워크 • 동료지지와 환자 전문가 그룹 • 간병인의 케어 • 케어 유예
1.4 무가치와 소외에 대한 도달	• 건강형평성 목적에서 건강부문 목표로의 완성 • 모바일유닛, 수송시스템과 텔레메디신을 포함한 무가치에 대한 봉사활동의 규정 • 불이익/이민인구(경제, 교육, 거주, 성, 윤리, 근무환경 및 이주상태에 대한 효과적 보장을 받지 못하는)에 대한 봉사활동 프로그램 • 보증에 대한 서비스 계약 • 시스템에 기반한 일차의료 확장

Strategy2: 거버넌스와 책임 강화	
접근전략	정책 및 개입
2.1 거버넌스 참여 강화	· 정책 공식화 및 평가에 지역사회 참여자 · 헬스케어 시설의 지역사회 대표 · 국가건강정책, 전략, 및 사람 중심의 건강서비스 통합 증진계획 · 헬스서비스 거버넌스와 국가별, 지구, 지역별 수준에 따른 관리의 강화 · 국가정책, 전략 및 계획 기증자 프로그램에 조화와 강화 · 지역수준에 적절하게 분산 · 공공/민간 부문에 포괄적 계획 · 비국가행위자의 건강부처 역할의 스튜어드십 강화 · 진료 거버넌스
2.2 상호 책임 강화	· 건강권리와 수급권 · 제공자 보고 카드 · 환자 만족도 조사 · 환자 결과 보고와 밸런스스코어카드 · 재정과 계약에 기반한 수행 · 치료제공자가 수용가능한 인구등록

Strategy3: 케어모델의 재배치	
접근전략	정책 및 개입
3.1 생활행동 요구에 기반한 서비스 우선순위 규정	· 전염 및 비전염성 패턴에 기반한 지역 건강필요 측정 · 모든 인구그룹을 위한 포괄적 서비스 패키지 · 전략적 구매 · 성, 문화, 연령민감 서비스 · 헬스 테크놀로지 측정
3.2 증진, 예방, 공중보건에 대한 재평가	· 건강상태 모니터링 · 인구 위기 총화 · 조사, 공중보건의 위기 및 위협에 대한 통제 · 건강 증진 및 질병 예방에 할당한 재정 및 인적자원 향상 · 공중보건 규제와 강화
3.3 시스템에 기반한 일차의료 구축	· 가족 및 지역사회 접근에 기반한 일차치료 서비스 · 다방면의 일차의료 팀 · 가정의학 · 특별화된 다른 서비스에 접근하는 게이트키퍼 · 일차의료에 할당된 건강지출의 부분
3.4 외래와 응급치료로의 이동	· 가정치료, 가정간호 및 호스피스 · 급성기치료를 위한 이차, 삼차병원 재배치 · 외래 환자 수술 · 낮병동 · 진보적인 환자 케어
3.5 새로운 기술에 대한 혁신과 통합	· EMR 공유 · telemedicine · mHealth

Strategy4: 부문간 협력서비스	
접근전략	정책 및 개입
4.1 개인을 위한 진료협력	• 케어 패스웨이 • 추천과 반대 시스템 • 헬스 네비게이터 • 사례관리 • 치료 트랜지션 개발 • 팀기반 치료
4.2 건강프로그램과 제공자의 협력	• 지역 또는 구역에 기반한 헬스서비스 네트워크 • 통합서비스 구매 • 국가건강시스템의 수직적 통합 • 치료협력에 인센티브
4.3 부문간 협력	• 모든 정책에서의 건강 • 교차 파트너십 • 사회서비스의 건강부문간 통합 • 교육부문과의 협력(새로 필요로 하는 기술필요에 대한 전문적인 커리큘럼) • 현대 건강시스템에서 전통의학 및 보완 의학의 통합 • 협력 준비와 건강위기에 반응

Strategy5: 가능한 환경 창조	
접근전략	정책 및 개입
5.1 리더십과 변화에 대한 관리 강화	• 변형되고 분산된 리더십 • 관리전략 변화
5.2 정보 및 지식 시스템 강화	• 정보시스템의 개발 • 시스템 접근 • 지식 관리
5.3 질개선 및 안전성에 노력	• 질 보증 • 안전성 문화 창조 • 지속적인 질 향상
5.4 건강인력 재배치	• 보건인력 부족과 부적절한 처별 추적 • 보건인력교육 • 본래 경계를 넘은 다학제적팀 • 근무환경 및 보상체계 개발 • 제공자지지 그룹 • 전문적인 협회 강화
5.5 규제 체제의 정렬	• 규제 체제의 정렬
5.6 기금 개발 및 지불시스템 개혁	• 충분한 헬스시스템 자금 조달 및 자원배분조정과 우선순위의 개혁 • 인두제에 기반한 혼합 지불모델 • bundled payments

② 일본의 의료부조 개혁 사례

□ 일본은 의료부조 예산의 급증에 따라 의료부조제도 개편을 실시함.

○ 일본은 일부 의료기관의 의료부조 수급자에 대한 중복진료나 의약품 과다 이용 등의 문제가 있음을 인식하고 이에 대한 대책을 2014년 수립함

- 의료부조제도 개편의 주요 내용은 “지정의료기관제도”를 개선하는 것이었음.

○ 지정의료기관의 지정요건 및 지정취소요건 명확화

- 지정요건: 의료보험의료기관으로 결격사유 발생으로 지정취소처분 전 자진 사퇴한 후 5년 경과후 재신청 가능

- 취소요건: 의료보험의료기관에서 탈락한 경우, 진료수가 부정청구 경우

○ 지정의료기관 갱신제도 도입

- 지정유효기관을 6년으로 설정 후 갱신제도 도입

- 갱신제도 적용 대상: 병원, 진료소, 약국

○ 의료기관 지정 관련 의료급여와 건강보험과 연계 강화

- 의료보험의료기관의 지정취소 → 의료급여 지정의료기관 지정 취소

- 의료급여 지정의료기관 취소 → 의료보험의료기관의 지정취소요건에 해당할 경우 후생노동성 장관에게 통지

○ 지정의료기관에 대한 지도체제 강화

- 국가의 지도권한 부여(지방 후생국)

- 지방후생국에 지정의료기관에 대한 지도 및 관리를 담당하는 전문직원 배치

○ 복제의약품 사용촉진

- 의료부조의 복제의약품 사용 촉진을 위하여 관련 내용을 법률상 명시

4

ISSA(Information System Security Association)

① 주요국의 저소득층 의료보장제도 개요

국가	공공부조제도	보험료 지원	본인부담 지원		
			본인부담면제	본인부담상한제	의료비 지원
독일	없음	장기실업자	18세미만	의료비 과부담자 만성질환자	-
프랑스	없음	저소득층	저소득층	없음	저소득층
일본	의료부조	실업자	-	소득수준과 연령수준을 반영한 고액진료자	-
싱가포르	Medifund	저소득층	-	-	-
네덜란드	없음	저소득층	18세미만	없음 (deductible 상한제)	저소득층
미국	Medicaid Medicare	-	-	-	-

② 유럽에서의 저소득가구를 위한 의료보장 제도

□ 저소득 가구의 과부담 의료비를 야기하는 주요 요인

- 건강보험 가입률 부족(전국민 의료보장 달성 실패)
- 재정적 부담
 - 보험료, 선불지급(upfront payment), 본인부담(cost-sharing), 비급여(informal payment at point-of-service)
- 건강보험 적용 범위 제한
 - 급여서비스 범위 제한(예: 치과, 약, 장기요양 등)
 - 급여서비스 질 문제(예: 민간보험 또는 비급여에 대한 의존 등)

□ 저소득층을 위협하는 추가적 위험

- 환경적 차이(Differential exposure): 직업적 차별, 환경적 노출, 불건강한 영양 상태 등 모성, 사회심리학적, 행동적 위험 노출이 더 높은 환경
- 취약성 차이(Differential vulnerability): 모성 및 아동의 불건강한 영양, 질병-건강상태 등

- 보건의료 접근/성과 차이(Differential contact and health care outcomes): 접근성 (예: 이동성 제한을 가진 노인, 소수언어 그룹, 문맹), 재정가능성, 수용성 (문화적/종교적, 이), 질적 차이
- 결과 차이(Differential consequences): 소득/직업 상실, 사회적 고립, 제외

1) 건강보험 가입률 부족: 유럽의 건강보험 가입률

□ 사회보험 또는 세금기반

모든 국민을 위한 조세기반 건강보험	강제적 사회보험	기타
-덴마크, 아이슬랜드, 아일랜드, 이탈리아, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 영국 -보충적 민간보험: 핀란드(상병보험에서 일부 재원 조달), 라트비아	-근로자 보험: 호주, 벨기에, 불가리아, 크로아티아, 체코, 에스토니아, 독일, 그리스, 헝가리, 룩셈부르크, 몰타, 폴란드 -거주자 보험: 스위스, -근로자/거주자 보험: 프랑스, 네덜란드, 루마니아, 슬로바키아, 슬로베니아	-사이푸러스: 저소득-중소득자를 위한 자발적 사회보험 -리투아니아: 응급케어를 보장하기 위한 주민들을 위한 강제적 사회보험; 보험료를 지급하지 않은 사람들을 위한 다른 서비스 비용

2) 본인부담

□ 급여비(선불지급): 보험/조세로 직접 지불되는 비용

- 예외: 스위스, 룩셈부르크의 경우 입원비는 사후보상(reimbursed), 핀란드, 그리스의 경우 특정한 공급자(예: 민간공급자)에 대해서만 선불지급

□ 본인부담(cost sharing)

- 부과없음: 영국, 스페인, 몰타, 폴란드, 덴마크
- user fee: 범위가 다양 (불가리아, 라트비아, 슬로바키아의 경우 약 2유로 수준)
- cost-sharing: 약 20~30%(룩셈부르크, 크로아티아, 프랑스)
- 연간 상한액: 스위스, 노르웨이 등

□ 비급여(informal payments)

- 중앙, 동유럽에서 발생

③ 프랑스 의료보장 제도 사례

□ 보험료 지원: CMU 기본보험

- 2000년 프랑스 내에 거주하는 모든 사람들이 건강보험에 가입할 수 있도록 건강보험료를 지원하는 프랑스 건강보험의 시스템 중의 하나
 - 건강보험 가입 자격이 없는 3개월 이상 프랑스 거주자, 질병보험 가입 기간, 보험료 납부액, 급여기간 등 요건을 갖추지 못한 피보험자, 프랑스 거주 외국 노동자(단, EU 외국인은 5년 이상 거주), 의료부조 수급자 대상
- 연간가구소득이 일정소득 이하인 경우 보험료 면제해주고, 일정소득을 초과하는 금액의 8%를 보험료로 납부하는 방식
 - 예를 들어 1년 소득이 12,000유로인 가구의 경우 9,534 유로를 공제한 2,466유로에 대해서만 8%의 보험료를 부과하여 연간 197,28유로의 보험료를 납부

□ 본인부담 지원: CMU 보충급여

- 저소득층의 사람들이 병원 이용의 본인부담으로 인해 치료의 접근성을 제약 받는 것을 줄이기 위해 본인부담을 지원하는 시스템
 - CMU 보충급여를 받는 계층은 의사진찰, 병원일당(hospital per diem), 안경과 치과 보철물을 위한 본인부담금이 무료로 제공

□ 의료비 지원: ACS(Aide pour une Complémentaire Santé)

- ACS는 2005년부터 CMU-C보다 소득이 많은 대상자에게 보완적 건강을 위해 지원
 - 지원금액은 현재 년도 1월 1일 수혜자의 연령에 따라 차등지원

④ 네덜란드 의료보장 제도 사례

- 보험료 지원 및 본인부담 지원: 의료보장수당*(Health Care Allowance) 지급
- 저소득층 의료보장은 별도의 공공부조 제도가 아닌 건강보험 체계 내에서 보장
 - 저소득층에 대해서는 국세청(Belastingdienst Toeslagen)의 세금공제 형태인 의료보장수당*(Health Care Allowance) 지급을 통해 보험료 및 본인부담금을 지원
 - 의료보장수당은 명목 보험료(nominal premiums)의 평균 추정치에 근거
 - 피보험자들 간 경쟁을 촉진하고, 피보험자들의 명목 보험료 수준에 대한 평가되기 위한 수단으로써 활용
 - 약 560만명 정도가 의료보장수당(Health Care Allowance)를 받고 있고 연평균 €662 지원 가능
- 의료보장수당에는 본인부담(deductible) 지원금(연간 €375, 연평균 본인부담 수준)이 포함되며, 1년치 보험료와 본인부담금을 모두 지원하지는 못하는 수입.
 - 수당을 대상자에게 직접 지원할 경우 다른 용도로 사용하는 것을 방지하기 위해 정부에서 보험사에 직접 지급하는 방법도 병행
- 대상자 선정 및 관리는 국세청에서 하고 있으며, 1,000여개에 달하는 지역 사회복지 담당관청에서 서류접수 등 행정업무를 담당하고 있음.
 - 자산조사와 소득상한선을 고려하여 저소득계층에게 본인부담을 지원(1인 기준 26,316유로, 가구기준 32,655유로)
 - 약 540만명이 혜택을 받고 있음
 - 의료보장수당 지원계산 방식은 다음과 같음
 - 의료보장수당 = Standard premium - Norm premium

* Standard premium : 1인 가구 €1,209, 2인 이상 가구 €2,418

* Norm premium: 1인 가구 : 기준소득의 2.7% + 초과소득의 5%, 2인 이상 가구 : 기준소득의 5% + 초과소득의 5%