



주요국의 건강보험제도

- 네덜란드 -

| 이현복 · 김민경 · 강태욱 · 나영균 |

2017. 12.

□ 진료비 지불제도

- 네덜란드 건강보험제도에서 진료비 지불은 일차의료기관과 병원에 대한 지불방식을 구분하여 지불함

① 일차의료기관 지불제도

- 일차의료기관의 진료에 대해서는 환자 1인당 인두제(capitation fee per registered patient)를 기본으로 하며, 일부 만성질환에 대해서는(당뇨, 심혈관질환예방관리, 만성폐쇄성폐질환) 질환별 비용을, 보험급여에서 제외되는 부분의 진료는 행위별 수가를 일부 포함됨
 - 보험사와 일차의료인협회와의 수가계약 이후, 건강보험감독기관에서 최종 인두제 수가를 결정
 - 일차의료기관은 전문 간호사, 물리치료사, 격외지와 같은 특성을 반영하여 보험자간 개별 협상이 가능
 - 보건의료감독기구의 집행부서(Executive Board)는 의장을 포함 2인으로 구성되며 의장은 보건복지체육부 장관이 임명함
 - 보건의료감독기구의 조언부서(Advisory Board)는 이익단체를 배제하고 외부 전문가(의장 1인, 구성원 11인)로 구성되었고, 집행부는 조언부서의 권고 및 조언을 참고하여 의사결정을 함

② 병원 지불제도(Diagnosis Treatment Combination)

- 병원에 대한 지불방식은 진단과 치료를 조합한 포괄지불방식인 DTC제를 기반으로 운영
 - DTC는 DRGs(diagnosis-related groups)에서 착안한 분류체계로 DRGs의 경우 진단명에 따른 치료 항목의 총합으로 가격이 산출되는 반면, DTC는 치료항목으로 분류
 - 즉, 한 질환에 여러 개의 DTC가 적용될 수 있어, 한 환자가 여러 질병이 있는 경우 DRGs 방식보다 유연하게 적용됨
 - 2014년 기준으로 DTC 항목의 약 30%는 건강보험감독기관에서 결정하며(목록 A), 나머지 70%는 보험자와 의료공급자간 계약으로 결정(목록 B)함

- 목록 B에 대한 가격 협상은 개별 보험자와 개별 의료공급자간 자율적으로 이뤄짐
- DTC는 병원지불 방식이외 정신과와 법의학 진료, 노인재활치료 부문의 지불방식으로도 적용하고 있음

DTC(The Diagnose Behandeling Combinaties) 제도

1. 개발 과정

- 네덜란드에서는 1990년대 후반에 미국의 AP-DRG가 네덜란드의 전문의 및 병원의 진료 유형을 반영하여 확장하는 것이 가능한지 시험하기 위해, AP-DRG 시스템을 단순화한 버전으로 6개 병원에 시범 적용함
 - 시범적용 결과, 네덜란드 보건의료체계에서 외래진료 부문이 차지하는 중요성이 컸음에도 불구하고 이를 적절하게 수용하지 못한다는 점이 AP-DRG 시스템의 단점으로 나타났음
 - 특히, 퇴원 후에 전문의가 아닌 행정직원이 환자분류를 수행하면서 진료 결과 해석의 차이 및 실수가 문제점으로 지적되었음
- 이에, 보험자와 공급자는 DTC 개발을 시작하였는데, 이 작업을 위해 23개의 대표성 있는 선발(frontrunner)병원 표본을 선정하고 이들로 부터 입원 및 외래부분을 포함한 전체 서비스에 대하여 DTC별 세부 자원 내역과 원가 자료를 수집하고 등록하였음

<표 III-5> 전통적 DRG와 DTC 시스템 비교

차이점	전형적인 DRG 시스템	DTC 시스템
정의된 병원산출물	한 번의 병원 입원이나 외래 방문	한 개의 진단치료 조합 (몇 번의 병원 입원이나 외래 방문을 포함할 수 있음)
환자당 DRG/DTC 수	환자당 한 개 (예외는 있음)	환자당 다수
시스템의 상세도/정확도	종합적 시스템 < 3,000 DRG	상세한 시스템 > 30,000 DTC
DRG/DTC 선정	퇴원 후 전산화된 그룹화 알고리즘에 의해 할당	전문의가 주진단에 근거해 DTC를 개설함

2. 수가 산출

- DTC 수가(tariff)는 전문가에 대한 지불인 의사 비용요소(honorarium component)와 기타 병원서비스를 위한 병원 비용요소(hospital cost component)로 구성됨
 - 의사비용의 산출을 위해서는 DTC별 기준시간(norm-time)이 필요한데, 기준시간은 전문의가 특정 DTC와 관련하여 수행하는 모든 업무를 수행하는데 필요한 시간을 병원의 행정 데이터베이스와 해당 전문가의 의견을 반영하여 결정함
 - 의사 비용은 ‘시간과 시간당 가격(개발 당시에는 135.5유로)’을 곱함
 - 목록 A DTC의 경우, 병원 비용요소는 23개 병원의 자원사용과 원가자료를 이용하여 평균 자원사용량에 국가의 단위원가(national unit cost)를 곱함
 - 병원서비스 자원사용 범주를 15가지로 분류하고, 국가의 단위원가에는 임금, 장비비, 간접비(2009년부터)등 자본비용을 포함함
 - 목록 B DTC의 비용요소 수가는 보험자와 의료기관 간 협상을 통해 결정함

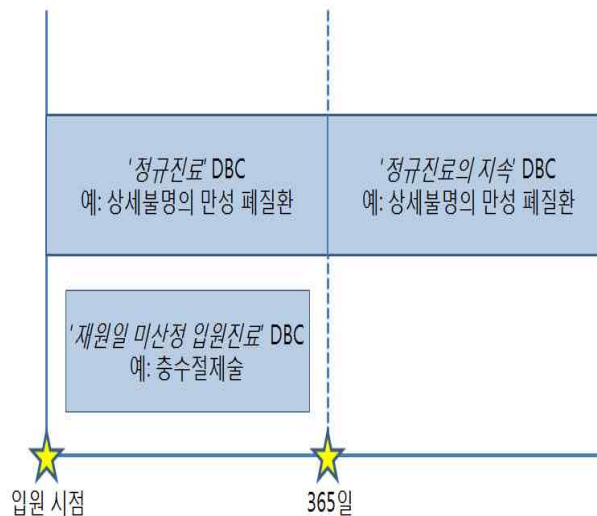
〈표 III-6〉 병원서비스 자원 사용 범주

- 재원일수	- 외과적 시술
- 중환자실 재원일수	- 진단활동
- 당일입퇴원 체류기간	- 미생물 및 기생충검사
- 외래 및 응급실 방문	- 병리검사
- 진단검사	- 혈액제제
- 영상검사	- 준의료 및 지원서비스
- 의료장비	- 재활서비스
	- 기타서비스

〈출처〉 유럽의 DRG(Diagnosis-Related Group in Europe(2013))

3. 관리

- 관리는 정부기관인 DTC 사업단(DTC onderhoud, DTC-O)에서 담당함
- DTC는 질병발생으로 전문의를 처음 방문하는 시점부터 해당 치료가 종료되는 시간까지를 포함함
 - 정규진료(regular care) DTC에서는 같은 해에 이루어진 한 번 이상의 입원 진료와 외래방문 및 퇴원 후 진료(follow up care) 모두를 포함함
 - 또한, 연속진료(continuation of regular care) DTC가 있는데, 이는 진료일수가 365일을 넘으면 정규진료 DTC에 부가하여 산정하는 것임
 - 또 다른 유형은 재원일 미산정 입원진료(inpatient without days) DTC임



〈그림 III -5〉 DTC 유형에 대한 가상 개관

〈출처〉 유럽의 DRG(Diagnosis-Related Group in Europe(2013)

- ※ 만성폐질환으로 입원한 환자가 총수절제술을 시술받는 경우에, 정규진료 DTC는 폐질환으로, 총수절제술은 '재원일 미산정 입원진료' DTC로 추가 산정함
- 제도 도입 초기에는 DTC군이 10만 개였으나 2010년에 환자분류를 단순화하기 위해서 약 3만 개로 줄였고, 2014년 현재 약 4,400개로 대체하여 분류체계의 효율화를 도모하였음

○ 또한, 제도 도입 초기에는 목록A DTC가 80%, 목록B DTC가 20% 수준이었으나, 목록B DTC의 확대를 위한 노력을 하여 2014년 기준 목록A DTC는 30%, 목록B DTC가 70%로 역전됨

※ 목록 A DTC는 비교적 단순한 질병군이며, 목록 B DTC는 동질적인 자원소모 패턴을 갖는 유병률이 높은 사례들로, 고관절 치환술과 슬관절 치환술, 당뇨, 백내장이나 서혜부 탈장수술 등임

〈표 III-7〉 DTC 도입 당시(2005) 버전과 최근(2010) 버전의 주요 내용 비교

도입 당시 DTC		최근 DTC
도입년도	2005	2010
(주요) 목적	병원지불	병원지불, 벤치마킹
시스템 근원	자체 개발	자체 개발
개발에 이용된 자료	23개 '선발'병원의 자원이용 및 단위원가 자료	모든 병원의 자원이용 자료: 15~25개 '선발'병원의 단위원가 자료
포함된 서비스	정신, 재활치료를 제외한 입원 및 외래의 전 범위	정신, 재활치료를 포함한 입원 및 외래의 전 범위
포함된 비용 범주	교육, 훈련, 연구 및 상업적 이용비용을 제외한 간접비	교육, 훈련, 연구 및 상업적 이용비용을 제외한 간접비 및 자본비
적용된 DTC 수	±100,000; 목록A: 90%; 목록B: 10% 모든 병원 및 보험적용을 받는 개업의원(ZBC)	±30,000; 목록A: 67%; 목록B: 33% 모든 병원 및 보험적용을 받는 개업의원(ZBC)

〈출처〉 유럽의 DRG(Diagnosis-Related Group in Europe(2013))

- 목록A DTC가 B DTC로 전환되기 위해서는 6가지 조건이 충족되어야 함
 - 자원소모가 유사한 DTC(자원 소모 수준 동질성)
 - 충분한 사례가 있는 DTC
 - 많은 의료 공급자가 제공하고 있는 DTC
 - 해당 DTC의 비급성 의료서비스를 예측 가능해야 함
 - 전문의, 병원 등 모든 의료공급자 전환에 동의하는 DTC
 - 동일한 진단으로 정의된 A DTC가 1)~5)의 기준을 충족할 때

□ 재원확보방안

○ 2006년 개혁 후 3개의 영역¹⁾ 중 이원화 되어있던 2번째 영역이 단일화된 사회민간보험(Social-Private Insurance)으로 변화됨

- 저소득층을 위한 공보험과 자발적 가입이 가능한 민간보험을 단일화하여 새로운 형태의 사회민간보험으로 전 국민의 가입을 강제하는 사회보험으로 민간보험사가 운영하는 형태로 운영됨

○ 관리된 경쟁체계(Managed Competition) 도입

- 1972년 Fleming이 사회보험제도를 민간분야에 맡기되, 구조화된 경쟁(structured competition)을 통해 운영하자고 한 것을 시작으로 논의 시작(Enthoven & Wynand, 2007)
- 1977년 Alain Enthoven(스탠퍼드대학교 경제학과 교수)의 관리된 경쟁계획(managed competition plan)에 의해 이론이 정교화된 이후 1987년 Dekker 개혁안을 통해 관리된 경쟁이론이 적용됨

네덜란드 보건의료제도의 관리된 경쟁

Enthoven은 Fleming의 이론을 발전시켜 민간부문에서 규제된 경쟁(regulated competition)을 도입한 사회보험제도로, ① 재원조달, ② 위험선택, ③ 시장분할, ④ 정보비용, ⑤ 형평성 문제를 추가하여 관리된 경쟁이론을 정립

네덜란드는 1987년 Dekker 개혁안을 통해 관리된 경쟁이론을 도입, ① 위험균등화 방안 개발, ② 의료서비스 구분 및 가격 설정방안 개발, ③ 성과 및 질 측정 도구 개발, ④ 소비자의 가격 및 질에 대한 정보 확보방안 개발, ⑤ 지배구조 및 경쟁촉진 방안 마련을 통해 관리된 경쟁 모형을 제도로 구축

<출처> Going Dutch-Managed Competition Health Insurance in the Netherlands, 2007

1) ① 제1영역 : 장기요양과 치료에 대한 특별의료비보험(Wlz)으로 장기요양환자, 정신질환자나 중증고액 급여환자 및 무보험자 등의 의료비 보장하는 영역. ② 제2영역 : 일반건강보험(ZVW)으로 전국민의 의료비 보장(2006년 개혁전 저소득층을 위한 공보험과 자발적인 가입의 민간보험으로 이원화되어 있었음). ③ 제3영역 : 제1영역, 제2영역에 포함되지 않는 사치적 입원시설, 성형 등을 제공하는 보충형 민간보험

- 네덜란드 보건의료 관리체계는 국가에 의한 통제 및 규제 중심에서 벗어나 이해당사자들이 스스로 참여하는 관리된 경쟁방식임
 - 국가가 정한 일정 기준(ex, 정액보험료의 표준보험료 범위 등) 내에서 보험자(민간보험사)간 경쟁을 도입함

- 네덜란드 보건의료의 관리된 경쟁은 사회적 연대성 및 접근성을 높이고, 역선택 문제 등을 해결하기 위한 방법임
 - (사회적 연대성) 모든 국민은 건강보험법에 의해 사회민간보험 가입이 의무화되어 있으며, 소득에 따라 차등화된 보험료를 납부함으로써 사회적 연대에 기여
 - ※ 국민이 사회민간보험에 의무가입해야 하지만, 가입자는 매년 자율적 의사에 따라 보험자를 선택할 수 있음(보험자 변경률: '06년 18%, '07년 5%, '08년 3%)
 - (접근성) 국민 모두가 사회민간건강보험에 가입되어 의료서비스 이용에 있어 접근성 향상
 - (역선택) 국민의 사회민간보험 가입의무화와 함께 민영보험사의 가입자 선별 및 가입거부 금지로 역선택 문제 해결

- 네덜란드 보건의료의 관리된 경쟁을 관리의 측면과 경쟁의 측면에서 살펴보면 다음과 같음
 - 관리측면
 - ① 건강보험법에 의해 민영보험사가 판매하는 사회민간건강보험 상품의 급여패키지를 표준화하여 제공하도록 함
 - ② 민영보험사는 가입자를 선별할 수 없도록 하여 민영보험사의 가입거부가 금지되어 있음
 - ③ 민영보험사는 정부가 제시한 표준보험료 범위 내에서 정액보험료를 결정하도록 하며, 그 차이가 25유로 이상이면 정부가 강제 조정할 수 있음
 - ④ 민영보험사의 정보공개(관리비용 등)를 법률로 강제함

· 경쟁측면

- ① 정액보험료를 민영보험사가 표준보험료 내에서 자율적으로 결정할 수 있도록 함으로써 보험사들이 소비자 선택을 받기 위해 정액보험료를 낮추도록 경쟁을 유도함
- ② 민간보험사는 공급자와 자율 계약(일부 수가, 서비스의 범위, 대기 시간 등)을 통하여 질 높은 서비스 공급 및 합리적인 수가계약으로 비용경쟁
- ③ 사회민간보험 외에 자율적으로 추가가입 상품인 보충형 민간보험 상품을 자유롭게 개발하여 보험사간 상호 경쟁유도
- ④ 정부는 민간보험사와 공급자에 대한 다양한 정보를 건강보험감독 기관 홈페이지 및 언론 매체를 통해 소비자에게 제공함으로써 소비자 선택에 의한 경쟁을 유도

- 정보공개(보험사, 보험상품)는 소비자 선택권을 보장하기 위해 필수적인 것으로(Fung CH. et al, 2008) 네덜란드 보건의료의 질, 만족도 등으로 구성된 CQI(Consumer Quality Index)를 통해 매년 보험사 및 보험상품을 평가하고 그 결과를 공개하고 있음

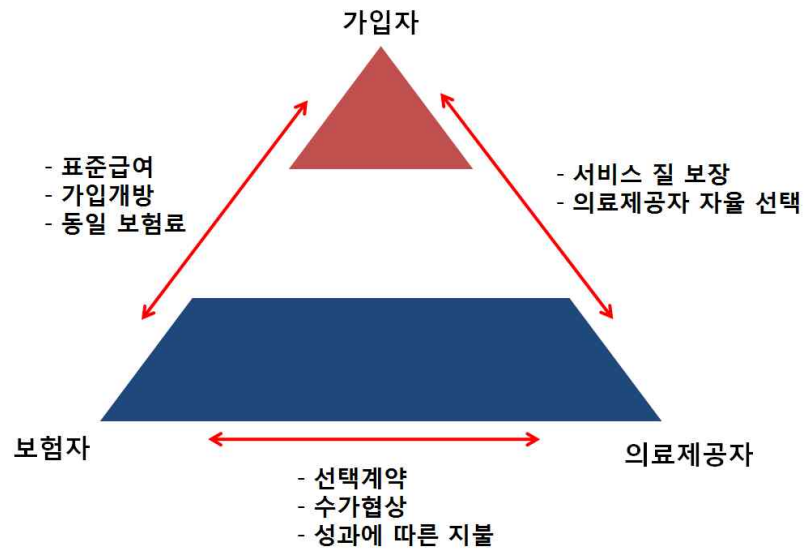
<표> 보건의료 질 관련 문항

구분	문항	문항수
1	보험상품에 대한 전반적 평가	1
2	직원의 태도	5
3	보험상품에 대한 정보	3
4	콜센터의 접근성	1
5	콜센터의 유용성	1
6	청구에 대한 보상	2
7	지불요구에 대한 투명도	1

<출처> Hendriks M, et al. Dutch healthcare reform: did it result in performance improvement of health plans? A comparison of consumer experiences over time. BMC Health Serv Res. 2009.

- 정부는 보험운영에 관해서는 규제를 완화하고, 건강보험체계의 운영의 실질적 책임은 민간보험사들에게 적절하게 분산하고 있다고 평가됨

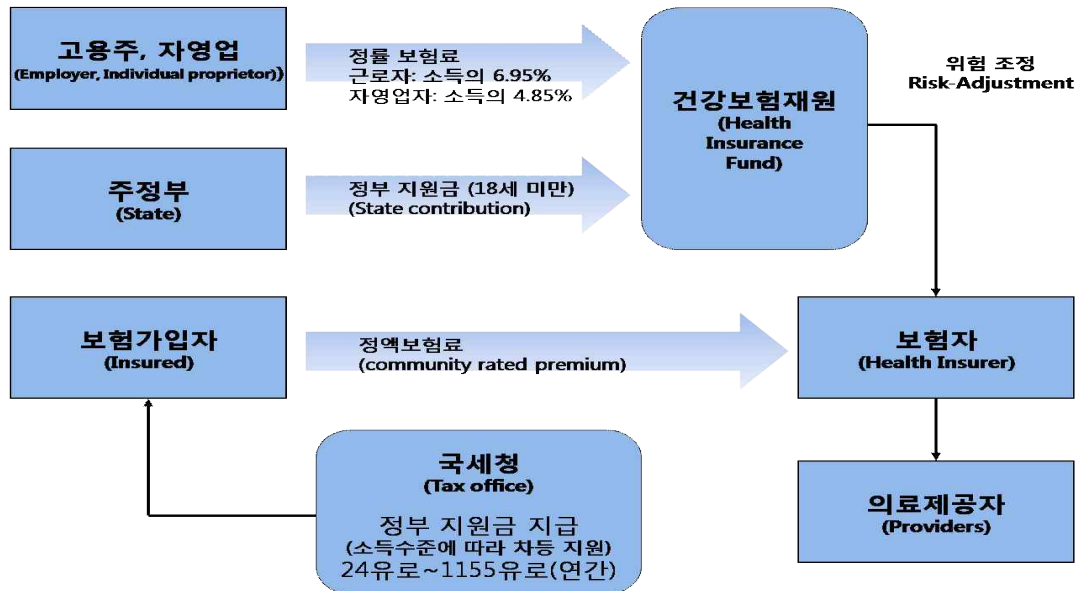
○ 네덜란드의 사회민간보험의 특성을 도식화하면 다음과 같음



<그림> 네덜란드의 사회민간보험 특성 요약

□ 재정수입구조

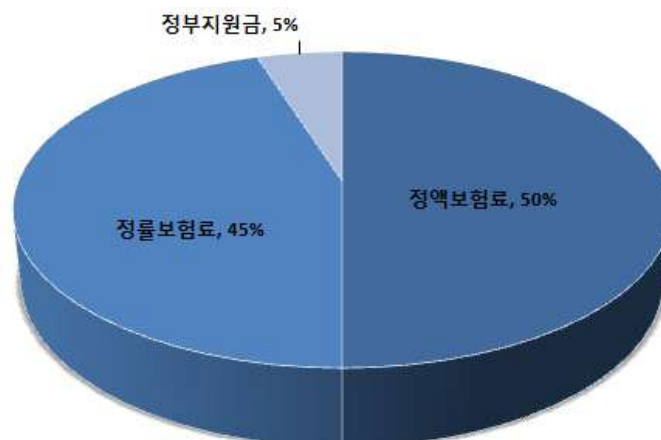
- 네덜란드 보건의료 재원은 ① 고용주, ② 보험가입자(의무건강보험)가 지불하는 보험료와 ③ 정부 지원금, ④ 본인부담금으로 구성
 - 보험가입자는 보험료를 본인이 가입한 보험회사와 소득에 따라 부과된 보험료를 국세청으로 지불하게 되는데, 근로자의 경우 소득비례 보험료는 고용주가 지불하며 보험료에 대한 소득세만 근로자가 부담
 - 즉, 근로자가 실제 지불하는 보험료는 민간보험사로 지급하는 정액 보험료로 이러한 혜택은 근로자에 대한 복지차원으로 인식됨
- 고용주가 지불한 보험금과 정부 보조금은 건강보험재원(Health Insurance Fund)으로 일시적으로 조성되어 건강보험 위원회에서 위험 균등화(risk equalization)공식에 따라 민간보험사로 배분
 - 모든 시민은 보험사를 자유롭게 선택할 수 있기 때문에 고위험군 환자에 대한 보험자의 위험 부담을 방지하기 위해 위험균등화 정책을 시행함
 - 위험균등화 기금은 보험자의 이익 창출을 위한 기전으로 작용하기 때문에 민간보험사는 위험도가 높은 환자의 건강을 사전에 예방하며 건강수준을 높이는 노력을 하게 됨
- 보험가입자는 본인의 선택에 따라 민간보험회사로 직접 보험료를 지불하며, 저소득 가구 및 18세 미만 아동의 경우 정부에서 보험료를 지원함
 - 2012년 기준 1인 가구의 경우 소득이 30,939유로 이하, 2인 이상 가구는 42,438유로 이하인 경우 소득수준에 따라 차등적으로 정부에서 보험료를 지원, 저소득층에 대한 별도의 제도가 아닌, 전 국민을 대상으로 한 제도로 통합하여 운영하는 체제를 구축
 - 저소득층에 대해서는 국세청을 통해 세금공제 형태로 지원금이 지급되며, 2012년 기준으로 약 5만 명이 지급받는 것으로 나타남



〈그림〉 건강보험(ZVW)의 재정 흐름도

○ 네덜란드 건강보험재원의 각 비중을 살펴보면, 소득비례 정률보험료가 45%, 민간보험사로 지불하는 정액보험료는 50%, 정부지원금 5%로 각각 구성됨

- 각각 모여진 재원은 용도에 따라 소득비례 정률보험료 중 59%는 사회 민간보험제도 재원으로, 나머지 41%는 장기요양서비스 재원으로 사용됨



〈그림〉 네덜란드 건강보험 재원구성

① 정액보험료(Nominal premium)

○ 전체 건강보험 재원의 약 50%를 차지하는 주요 재원으로 민간보험사로 각 개인이 매달 정액 보험료를 납부

- 2015년 기준 평균보험료는 € 1,211로 가입자가 선택한 보험 상품의 성격에 따라 보험료에 차이는 있을 수 있으나, 개인의 특성(성, 연령, 질병력 등)에 따른 차이는 없음
- 보험료 차이는 본인부담 공제액 수준, 의료공급자 선택 범위 등 개인이 선택한 상품에 따른 차등임

〈표〉 일정공제액에 따른 보험료

(단위: €)

	2014년	2015년
정액보험료 (Flat-rate break-even premium)	1,121	1,196
추가 비용 (Average flat-rate premium-surcharge)	-20	15
최종 정액보험료 (Net Average flat-rate premium total)	1,101	1,211
최대 본인부담금 (Maximum statutory excess deductible)	360	375
평균 본인부담금 (Average statutory excess deductible)	228	238
표준 보험료 (Standard premium)	1,329	1,449

○ 2015년 기준 정액보험료는 € 1,449로 다음과 같이 산정됨

- 1,196유로를 기준으로 재정수준에 따라 조정이 되며, 2015년의 경우 15유로를 추가로 지불하여 최종 정액보험료는 1,211유로로 산정
- 의료이용시 평균 238유로만큼은 본인이 지불, 그 이후부터는 추가적인 보험료가 없기 때문에 최종 가입자가 낸 정액보험료는 1,449유로로 결정

- 표준 보험료 1,449유로 = 1,196유로 + 15유로 + 238유로
 - 일정공제제(deductible)은 2015년 기준 연간 평균 € 238이며, 가입자는 € 375까지 선택 가능
- 의료이용을 낮게 할 할 의사가 있는 가입자의 경우 일정공제액 수준을 높게 설정함으로써 보험료 부담을 낮출 수 있음
 - 가입자의 95%는 기본상품(일정공제액 € 238)에 가입
- 이 외 집단계약을 할 경우 최대 10% 할인 혜택이 있으며, 집단계약 건수는 2005년 전체 계약건수의 30% 미만 수준에서 2006년 44%, 2007년 57%로 점차 증가하는 추세임
- 가입자가 의료공급자를 자유롭게 선택할 수 있는 상품을 선택하는 경우에 정액보험료 부담이 더 높아짐
- 민간보험회사는 서비스의 질, 가격 경쟁을 통해 가입자를 확보하기 위해 노력, 이러한 과정에서 시장경쟁의 효율성을 도모함

② 정률보험료 (Income-related premium)

- 전체 건강보험 재원의 약 45%를 차지하며, 이 중 51%는 사회민간보험재정으로, 49%는 장기요양재원으로 활용됨
- 앞서 설명한 정액보험료와는 달리 정률보험료는 소득수준에 따라 차등 부과되며 근로자의 경우 보험료는 고용주가 부담, 근로자는 보험료에 대한 소득세만 부담하도록 되어 있으며, 자영업자는 국세청으로 신고한 모든 소득을 기준으로 부과됨
- 2015년 기준 근로자는 소득의 6.95%이며, 자영업자는 4.85%로 설정됨
 - 2014년 기준 근로자 7.50%, 자영업자 5.40%

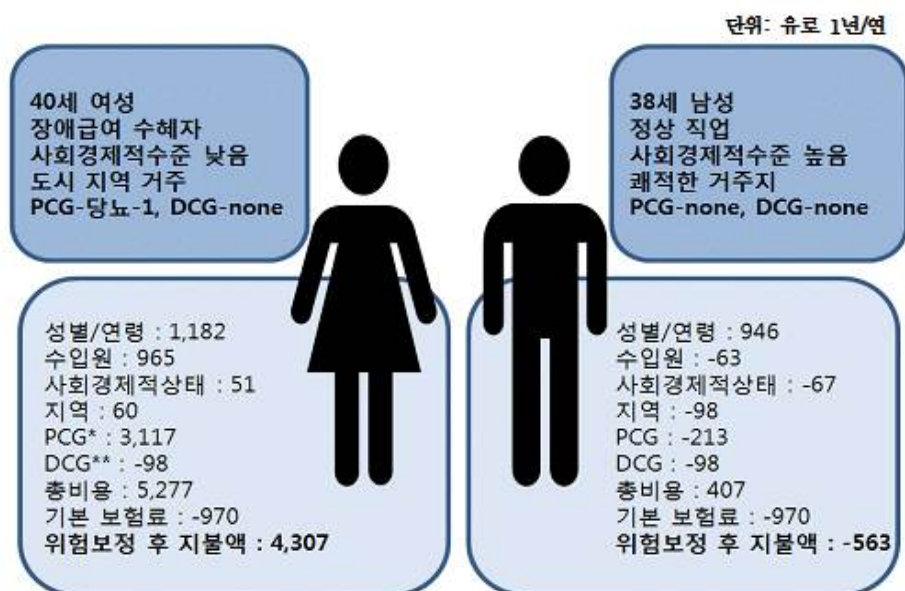
〈표〉 정률보험료(2014~2015)

(단위: €)

	2014년	2015년
근로자	7.50%	6.95%
자영업자	5.40%	4.85%
선원	0.0%	0.0%
최대 보험료	€ 53,000	€ 54,000

- 자영업자의 보험료 수준이 낮게 설정된 이유는, 앞서 언급한 바와 같이 근로자의 보험료 지급을 고용주가 맡게 됨에 따라 이에 따른 형평성을 맞추주기 위함임

- 정률보험료는 위험 균등화 공식에 따라 각 민간보험사로 재원이 배분되도록 설계됨



주: PCG*: Pharma Cost Group, DCG**: Diagnosis Cost Group.
 <출처> 네덜란드 출장보고서, 국민건강보험공단, 2008년 5월.

〈그림〉 위험 균등화의 예시

〈표〉 위험 균등화의 예시

(단위: €/연)

구 분	40세 여성 장애급여 수혜자, 사회경제적수준 낮음, 도시 지역 거주, PCG-당뇨-1 DCG-none	38세 남성 정상 직업, 사회경제적수준 높음, 쾌적한 거주지, PCG-none DCG-none
성/연령	1,182	946
수입원	965	- 63
사회경제적 상태	51	- 67
지역	60	- 98
Pharmacy Cost Group(PCG)	3,117	- 213
Diagnosis Cost Group(DCG)	- 98	- 98
총 비용	5,277	407
기본 보험료	- 970	- 970
위험보정 후 지불액	4,307	- 563

- 각 개인의 특성을 성, 연령, 사회경제적상태, 지역, 의약품비용(PCG), 질병군(DCG)으로 점수화하여 나열한 결과, 40대 여성의 총 보험료는 5,277유로, 30대 남성은 407유로로 점수화됨
- 이 금액은 만약 가입자가 정액보험료가 아닌, 개인의 특성에 따라 민간 보험에 가입해야할 경우의 비용으로 이 금액에서 가입자가 실제로 지불한 970유로를 제한 경우 가입자의 실제 비용이 산출됨
- 위와 같은 위험 균등화 기전을 통해 국세청에서 부과한 정률보험료를 보험회사별 가입자의 특성을 반영해 각 보험사로 배분하게 됨

③ 정부지원금 (Health care allowance)

- 소득수준이 낮은 개인(가구)의 경우 정부는 보험료를 소득수준에 따라 차등적으로 지원해줌
- 2012년 기준 1인 가구의 경우 소득이 30,939 유로 이하, 2인 이상 가구는 42,438 유로 이하인 경우 대상이 됨

- 한국의 의료급여, 미국의 메디케이드와 같이 저소득층을 위한 별도의 제도가 존재하는 것이 아니라, 동일 제도에서 건강보험이 제공되는 형태로 운영됨

④ 본인부담금 (Out-of-pocket payments)

- 가입자의 비용인식을 높이기 위해 주치의 방문(18세 이상), 산과진료비용, 22세 이하의 경우 치과진료비용 등 필수적 의료제공을 제외한 진료 및 수술을 받은 경우 €350 까지는 본인이 부담, 그 이외의 금액은 보험자가 의료제공자에게 지불함
- 장기요양서비스의 경우도 본인부담금이 존재하는데, 사회민간보험제도와는 달리 본인부담금 제도가 소득수준과 연관되어 설계됨
 - 장기요양서비스제도는 질병으로 인한 가계의 경제적 손실을 최소화하는데 초점을 맞추고 있기 때문에 장기요양으로 진료비가 발생한 6개월간은 소득의 12.5%만큼을 본인이 부담, 질병이 장기화 되어 지속적 진료를 받아야 할 경우 소득의 8.5%로 본인부담률이 감소됨