제 4장 건강보험 급여

[1]보험급여의 정의

[2]보험급여의 종류

[3]진료비 지불방식

1.진료비 지불제도

2.우리나라의 진료비 지불방식

[4] 진료비 본인부담방식

1.진료비 본인일부부담제

2. 비용부담의 제 수단

[5]진료비 본인일부부담 현황

[6]요양급여비용의 청구 및 지급

[7]급여의 제한 및 정지

[3]진료비 지불방식

1.진료비 지불제도

- (1) 진료행위별수가제(Fee-for-service)
- (2) 봉급제(Salary)
- (3) 인두제(Capitation)
- (4) 포괄수가제(Case-payment)
- (5) 총액계약제(Global budget)
- (6) 일당진료비 지불방식

1.진료비 지불제도

(1) 진료행위별수가제(Fee-for-service)

①정의

- 진료에 소요된 약제 또는 재료비를 별도로 산정하고
- 의료인이 제공한 진료개별 행위마다 일정한 값을 정하여 의료비를 지급하는 제도로
- 전국민보건서비스(NHS)를 제공하는 국가를 제외한 자본주의 경제체제를 갖고 있는 대부분의 나라에서 시행
- 의료인이 제공한 시술내용에 따라 값을 정하여 의료비를 지급하므로 전문의의 치료방식에 적합
- 모든 의료행위 기술료뿐만 아니라
- 약품, 진료재료까지 모두 각각 별도의 진료가액을 정하여 두고, 환자에 대해 행해지고 투여된 행위료와 약품 또는 진료재료대를 전부 합하여 진료비를 산정하게 된다.

1.진료비 지불제도

(1) 진료행위별수가제(Fee-for-service)

- ②문제점
- 의료기관은
- 예방적 처치보다는 치료적 의료행위에 더 비중을 두고
- 행동양식을 고치는 보건교육 보다는 의약품이나 고가의 진료재료에 더 의존하게 되어 국민의료비를 상승하게 하는 한 원인이 되고 있다.
- 의료기관측은 환자에게 많은 진료를 제공하면 할수록 의사 또는 의료기관의 수입은 늘어나게 되는 속성으로 인해 환자에 대한 과잉진료의 위험성이 있고, 적은 횟수의 더 철저한 검사보다는 짧고 빈도가 높은 진료를 유도하게 된다

1.진료비 지불제도

(1) 진료행위별수가제(Fee-for-service)

- ②문제점
- 환자측도
- 의료이용을 자주하게 되어 의료기관까지의 교통시간과 의료기관내에서의 진찰, 주사, 투약 등을 받기 위한 대기시간이 **기회비용**으로 소모되어 국민경제적인 측면으로 볼 때 손실이 많다.
- 의료비증가현상은 행위별수가제를 선택하지 않은 전국민보건서비스체계의 나라들의 GNP대비 국민의료비의 비율이 행위별수가제를 선택하는 나라들보다 비교적 낮다는 사실로 증명

1.진료비 지불제도

(1) 진료행위별수가제(Fee-for-service)

- ②문제점
- 보험자의 관리운영비
- 또한 행해진 모든 의료행위에 대해 청구하여야 하므로
- 의학적 처치의 종류도 많고 상세하기 때문에 진료비 산정 시 의료기관에서 행정적 절차가 복잡하여 행정비용이 증가
- 환자나 보험자 모두 잘못 청구된 것을 발견하기 어려워 진료비부당청구의 유혹과 가능성도 높아지는 측면이 있다.
- 따라서 이러한 진료비를 청구.심사하는 절차도 복잡해져 보험자의 관리운영비가 늘어나게 된다.

1.진료비 지불제도

(1) 진료행위별수가제(Fee-for-service)

- ③장점
- 행위별수가제는 의사의 행위와 투입된 자원이 모두 보상되므로 새로운 의학기술을 발달하게 하고,
- 현대 첨단과학기술을 응용한 고급의료서비스, 신약개발을 촉진하여 왔으며
- 의료의 다양성이 반영될 수 있어 의사·의료기관의 제도 수용성이 높다.
- 환자측면에서도 투입이 필요한 모든 처치와 약재, 재료대가 보상이 되므로 충분한 양질의 의료서비스를 제공받는 것이 가능하다.

1.진료비 지불제도

- **(2) 봉급제(Salary)**
- ①정의
- 전국민보건서비스(NHS)체계나 사회주의 국가에서의 의사들에 대한 보수 지불방식으로
- 의료인들에게 그들 각자의 근무경력, 의료기술 수준, 근무하는 의료기관의 유형 및 직책에 따라 보수수준을 결정하고, 그에 따라 월 1회 또는 일정기간에 한 번씩 급료를 지급하는 방법으로 의사는 시간제로 근무한다.

1.진료비 지불제도

- **(2) 봉급제(Salary)**
- ②문제점
- 관료화, 형식주의화, 경직화되어 환자진료를 소홀히 할 수 있다
- 의사의 관심이 환자진료보다는 승진 또는 더 높은 보수를 위해서 승진결정권을 가진 상사나 고위공직자의 만족에 맞추어질 수 있다.
- 개인적 진료가 허용되게 되면 그가 근무하고 있는 의료기관에서는 최소한의 의무이행만 하고, 개인적으로 환자를 진료하고 수입을 올리려는 유혹을 갖게 된다.
- 의사들이 개인적 친밀 관계 내지는 뇌물수수관계를 가진 환자들의 우선 입원과 진료를 조장할 수 있다.
- ③장점:
- 과다한 의료행위의 배제로 국민 의료비를 절감할 수 있다.

1.진료비 지불제도

- **(3) 인두제(Capitation)**
- ①정의
- 인두제는 NHS인 영국의 개업의들에게 적용되고 있는 보수지불방식으로 의료인이 주치의로서 맡고 있는 환자수, 즉 주치의에게 등록한 일정지역의 주민수에 일정금액을 곱하여 이에 상응하는 보수를 지급받는 방식
- 주민이 의사를 선택하고 등록을 마치면, 등록된 주민이 주치의로부터 의료서비스를 1년에 몇 회 이용하든지 간에 보험자 또는 국가로부터 각 등록된 환자수에 따라 일정 수입을 지급받게 된다.

1.진료비 지불제도

- **(3) 인두제(Capitation)**
- ①정의
- 인두불제는 기본적으로 비교적 단순한 1차 보건의료에 적용하게 되므로
- 1차, 2차, 3차로 분류되는 의료전달체계의 확립이 선행되어야 한다.
- 즉, 어떤 환자든지 전문적인 치료를 받기 이전에 주치의의 1차 진료 후에 후송 의뢰가 필요한 경우에만 전문의의 진료를 받을 수 있다.
- 인두제 수가에는 일정기간 동안 대상 피보험자에게 제공하는 모든 서비스 비용이 포함되어 있으며, 경쟁과 질 높은 서비스를 장려하기 위하여 보험 가입자는 일정 기간, 보통은 1개월 내지, 1년이 지나면 등록의사를 바꿀 수 있는 권리가 부여되어야 한다.

1.진료비 지불제도

- **(3) 인두제(Capitation)**
- ①정의
- 한 개업의가 등록받을 수 있는 환자수를 제한함
- -대기시간을 적절히 조절할 수 있으며, 개업의들의 지리적 분포를 조절할 수 있다.
- 농·어촌에 근무하는 의사에게 각종 특별 수당 등의 동기 를 주어 개업의 들이 벽·오지에 자발적으로 개업하도록 유도
- 의사의 수입은 등록된 환자 수
- -의사들 간의 서비스경쟁
- 지역사회 개원의의 경우는 의료보험조합은 장비, 진료재료 및 추가 인력의 비용도 지불하게 된다.

1.진료비 지불제도

- **(3) 인두제(Capitation)**
- ②장점
- 등록한 환자수에 의해 의사의 보수가 결정되므로 관리운영상 간편하고 사전에 지출비용을 예상할 수 있다.
- 또한 이 제도하의 의사들은 자기가 맡은 주민들에 대한 예방의료 내지는 공중보건, 개인위생에까지 노력을 기울일 수 있으므로
- -질병이 심각하게 진행되는 것을 사전에 막을 수 있고,
- -가능한 적은 처방과 효율성 있는 진료로 환자들을 진료하게 되어 국민의료비가 감소

1.진료비 지불제도

- **(3) 인두제(Capitation)**
- ③단점
- 등록한 환자
- - 1차 진료시 선택의 제한점
- -등록한 의사의 과소진료를 불평할 수가 있다.
- 중증 질병환자의 등록을 기피하는 일이 발생될 우려가 있다.
- - 환자의 나이.성, 거주 지역, 진단별로 차등하여 주민의 특성에 따라 1인당 등록비용이 차등 지불 될 수 있다.
- 인두제는 고급진료, 최첨단 진료가 행해지는 데에 대한 경제적 유인책이 없어 의학기술의 발달이 늦어질 수 있는 측면이 있으므로 1차 진료에 적합하다.

1.진료비 지불제도

- **(4) 포괄수가제(Case-payment)**
- ①정의
- 포괄수가제는 한 가지 치료행위가 기준이 아니고, 환자가 어떤 질병의 진료를 위하여 입원했었는가에 따라
- 질병군(또는 환자군)별로 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 제도로 환자가 병원에서 어떤 치료를 받든지 입원 일수와 질병의 정도(중증도)에 따라 미리 정해진 진료비를 요양기관에 지불하는 제도이다.

1.진료비 지불제도

- **(4) 포괄수가제(Case-payment)**
- ② 장점
- 의료비용의 사전예측이 가능하기 때문에 장기입원에 대한 인센티브를 제거 할 수 있으며 의료서비스의 남용을 억제
- 진료비 총액이 환자의 특성과 질환의 중증도에 따라 일정한 기준으로 정해져 있으므로
- -투입을 최소화하여 경영과 진료를 효율화시켜야 하며,
- -이런 과정에서 과잉진료나 의료서비스 오남용을 억제할 수 있다.
- 행정의 간소화
- - 포괄수가제는 정해진 진료비하에서 의료의 투입에 대한 일정한 자율을 부여함으로써
- -의료인과 심사기구, 보험자간의 마찰을 감소시킬 수 있고, 진료비 청구방법이 간소화될 수 있으며, 진료비 계산의 투명성이 제고될 수 있다.

1.진료비 지불제도

- **(4) 포괄수가제(Case-payment)**
- ③단점
- 의료기관이 환자진료 비용을 줄이기 위하여 서비스 제공을 무리하게 최소화하여 의료의 질적 수준을 저하시킬 우려
- 환자진료 방법에 대해 환자와의 마찰 우려
- 비용절감을 위한 조기 퇴원으로 환자에게 위험부담을 증가시킬 수 있다.
- 의료의 다양성이 반영되지 않으므로 의료기관에 대한 환자의 불만이 커져 환자의 제도수용성이 낮아질 우려가 있으며,
- 의료기관은 환자의 질병의 중증도 등의 조작으로 허위·부당 청구도 우려될 수 있다.

1.진료비 지불제도

- **(4) 포괄수가제(Case-payment)**
- ④DRG
- 포괄수가제의 대표적 지불방식인 DRG(Diagnosis Related Groups)방식은 미국에서 개발된 복합적 제도로서 질병 진단군을 약 470개로 분류하여 각 진단군별로 병원측에 전체 진료기간에 해당하는 진료비를 총액으로 지불하는 방식
- DRG는 미국 메디케어의 입원 진료비 지불방식으로 1983년부터 처음 시작되어 그 적용이 다른 나라로 확대되었으며, 현재는 DRG방식을 포괄수가제와 같은 뜻으로 사용하는 경우가 많다.

1.진료비 지불제도

- **(5) 총액계약제(Global gudget)**
- ①정의
- 총액계약제는 행위별수가제의 단점인 의료비 지출증가를 조절하기 위해 시도된 제도
- 국민에게 제공되는 의료서비스에 대한 연간 진료비를 추계하여 보험자측(보험자단체)과 의사단체(보험의협회)간에 총액으로 계약하여 진료비를 지급하는 방식이다.
- 의료공급자와 보험자의 협상에 의해 전체 예산의 크기만을 결정하고
- 전체 예산을 개별공급자에게 구체적으로 배분하는 것은 공급자 단체가 책임지게 된다.

1.진료비 지불제도

- **(5) 총액계약제(Global gudget)**
- ①정의
- 보건의료 부문의 비용에 대해 진료의 가격과 양을 동시에 통제 및 조정함으로써 진료비지출 증가 속도를 조절하고 예측을 가능하게 한다.
- 총액계약제 시행 국가
- - 독일과 대만으로 보험자측과 의사단체(보험의협회)간에 인두방식 또는 건수방식으로 1년간의 진료비총액을 추계 협의 후 그 총액을 개산불로 지급
- -보험의협회는 이후 나름대로의 의사 평가기준표와 행위별수가기준 등에 의하여 각각의 개업보험의에게 그 총액 진료비를 배분

1.진료비 지불제도

- **(5) 총액계약제(Global gudget)**
- ②장점
- 일단 보험자와 의사단체간에 계약 및 진료비총액의 개산불지급이 끝나면 과잉진료니 과잉청구니하는 시시비비가 줄어들고 진료비 심사·조정과 관련된 공급자의 불만이 감소
- 단위지역내 연간 진료비 총액은 그 지역내 의사수에 의하여 결정되는 것이 아니라 주로 그 지역내 인구수에 의하여 결정되므로 지역간 의사수의 편중문제도 의사들의 자율적 의사결정으로 조정
- 공급자는 의료비 지출의 사전 예측이 가능하여 보험 재정의 안정적 운영 가능하고 의료 공급자를 자율적으로 규제하는 것이 가능

1.진료비 지불제도

- **(5) 총액계약제(Global budget)**
- ③단점
- 보험자 및 의사 단체 간 계약 체결의 어려움은 항상 상존하고, 전문과목별, 요양기관별로 진료비를 많이 배분 받기 위한 갈등이 유발될 소지가 있다.
- 신기술 개발 및 도입, 의료의 질 향상 동기가 저하되며, 과소진료의 가능성 등으로 의료의 질 관리가 어려울 수 있다.

3.진료비 지불방식

(6) 일당진료비 지불방식

- ①정의
- 주로 병원의 입원진료에 적용되는 방식으로
- 투입자원이나 서비스강도의 차이를 두지 않고 진료 1일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 진료비총액이 결정
- 일당진료비 총액을 보험자와 제도에 참여하고 있는 병원 간에 사전 협상하는 방법으로 매년 재협상이 가능하며 일반적으로 서유럽에서 사용

3.진료비 지불방식

(6) 일당진료비 지불방식

- ②문제점
- 병원은 정해진 환자진료일수를 늘려 병원의 수입을 증가시킬 우려: 장기입원 유도
- 비용절감을 위해 서비스의 질을 낮추거나, 불충분한 검사 또는 저질의 약제를 사용할 염려
- ③장점
- 수가표나 제공되는 서비스 항목에 관한 표도 불필요하기 때문에 진료비의 지불을 위한 행정관리비용이 비교적 적게 지출되는 이점
- 병원측면에서는 일당진료비 협상을 위한 상세한 회계체계만 갖추면 되지만 모든 병원의 회계시스템이 동일해야만 보험자가 병원간의 비용을 비교할 수 있다.

2.우리나라의 진료비 지불방식

우리나라의 진료비 지불방식은 크게 행위별 수가제와 포괄수가제로 이루어져 있다.

표 4-3) 우리나라의 진료비 지불방식	
행위별수가제	일반적인 입원과 외래진료
DRG	4개 진료과의 7개 질병군 입원진료에서 사용 (모든 의료기관 의무적용)
일당진료비	의료급여환자의 정신과 입원진료, 요양병원 입원료
방문당 진료비	• 수진자가 보건기관을 방문하여 진료를 받는 경우 • 진료 요청에 의해서 의료인력이 환자 가정을 방문하여 진료를 행하는 경우

3.국민건강보험 수가

- (1)특징
- 국민건강보험 수가는 보험자와 의료공급자 사이의 단체 협약에 의한 협정수가.
- 보험자가 지불을 보증하는 보증수가로 한번 발생한 정당한 진료비는 소멸될 수 없이 보험자에게 지불을 받는 것이 보장.
- 또한 국가가 의료보장의 목적을 달성하기 위하여 정책적으로 고시한 공정가격이므로 가격을 높이 산정하거나 할인될 수 없다.
- 지역별이나 의료인 종류별로 수가에 차등을 두지 않는 단일수가주의
- 의료기관종별에 따라 상급종합병원 30%, 종합병원 25%, 병원 20%, 의원 15%의 가산율을 의료기술료에만 적용하여 약간의 차등을 인정
- 진료행위별수가제의 문제점을 보완하기 위하여 진료비 심사제도가 존재하고 과잉진료를 억제하려는 장치가 존재

3.국민건강보험 수가

- (2) 국민건강보험 진료수가 체계
- 진료행위료
- 재료대: 약제비, 진료재료비로 이루어져 있으며 약제비와 진료재료비는 원칙적으로 이윤을 인정하지 않고 원가만을 보상
- 진료행위료는 상대가치수가로 상대가치점수에 점수당 단가(환산지수)를 곱하여 산정되며 점수당 단가는 매년 계약에 의해 갱신된다.

표 4-7) 상대가치수가 구성 요소	
상대가치점수	요양급여에 소요되는 시간・노력 등 업무량, 인력・시설・장비 등 자원의 양과 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목간에 상대적 점수로 나타낸 것으로, 보건복지부장관이 건강보험정책심의위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시로 정한다.
환 산 지 수	요양급여비용계약에서 보건복지부장관에 의해 고시된 요양급여비용의 상대가치점수를 기준으로 상대가치점수당 단가를 계약한다.

3.국민건강보험 수가

- (3)계약 절차
- 상대가치 점수당단가(환산지수) 계약은 공단 이사장과 의약계를 대표하는 자와의 계약으로 정하며 계약기간은 1년이다.
- 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결하여야 하며, 그 기한까지 계약이 체결되지 아니하는 경우 보건복지부장관이 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 6월 30일까지 건강보험정책심의위원회의 의결을 거쳐 요양급여비용을 정한다.
- 계약의 내용은 건강보험법 제39조제2항의 규정에 의하여 정한 각 요양급여에 대하여 보건복지부장관이 고시로 정한 항목별 상대가치점수의 점수당 단가를 정하는 것이다.
- 약제·치료재료에 해당하는 요양급여비용은 보건복지부장관이 정하는 범위 내에서 요양기관이 당해 약제·치료재료를 구입한 금액으로 한다.
- ▪ 상대가치수가 = 상대가치점수 × 점수당 단가(환산지수)

3.국민건강보험 수가

구 분	환산지수			협상결과
	2014년	2015년 (인상률)		
병 원	68.8	70.0	1.7	체결
의 원	72.2	74.4	3.0	체결
치 과	75.8	77.5	2.2	건정심 결정
한 방	74.4	76.0	2.1	건정심 결정
약 국	72.8	75.1	3.1	체결
조 산 원	110.0	113.5	3.2	체결
보건기관	71.0	73.1	2.9	체결
평 균(계)			2.20	

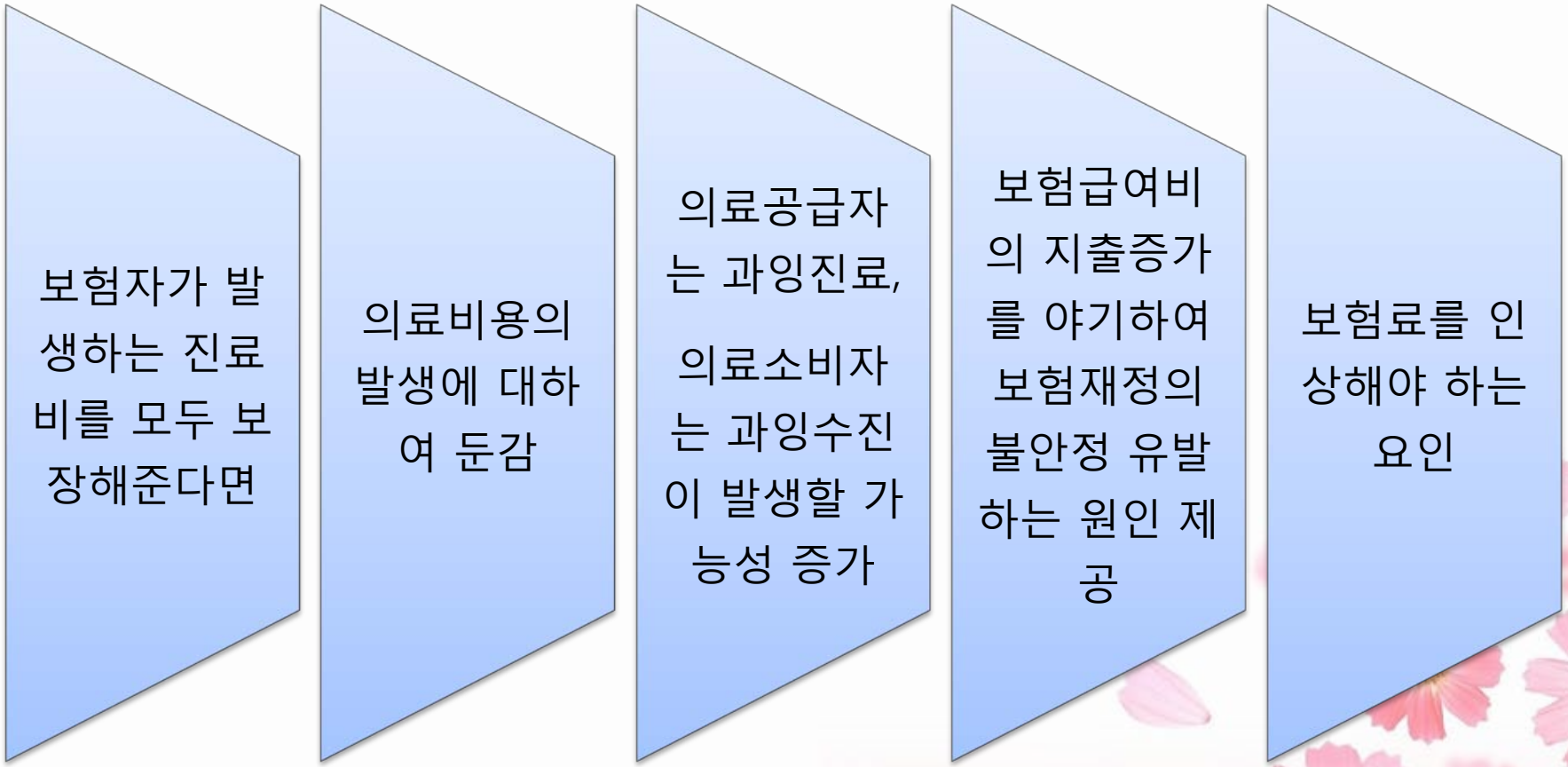
[4] 진료비 본인부담방식

- 1.진료비 본인일부부담제
- 2. 비용부담의 제 수단

[4] 진료비 본인부담방식

- 1.진료비 본인일부부담제
- (1)정의
- 의료기관을 이용할 때 발생하는 진료비는 의료보장이 적용되지 않는다면 본인이 전액 부담
- 의료보장이 적용되는 체계에서도 입원이나 외래로 의료기관을 이용하는 사람이 실제로 의료보장의 적용을 받게 될 당시에 본인이 진료경비의 일부를 이용한 의료기관에 지불하는데 이것을 진료비 본인일부 부담이라 한다.

- 1.진료비 본인일부부담제
- (2)필요성



- 1.진료비 본인일부부담제

(2)필요성

- 제3자 지불방식의 의료보장체계에서 비용을 의식하지 않는 행태를 보험의 도덕적 위해라 한다.
- 진료비 본인일부부담제는
- -보험의 도덕적 위해를 방지하기 위하여
- -가격에 둔감한 의료소비자에게 의료비의 일부를 부담시킴으로써
- -불필요한 의료비용을 감소시켜 의료비의 증가를 억제하기 위해 시행.

- 1.진료비 본인일부부담제

- (3)제한점
- 소득과 관계없는 일정률의 비용일부부담은 소득역진적이어서 고소득층에 비하여 저소득층에게 상대적으로 더 큰 부담
- 본인일부부담금은 가계지출에 위험이 되지 않아야함과 동시에 보험수급자의 남.수진을 억제할 수 있는 균형점이 가장 이상적
- 이 수준에 대한 계량적 측정과 표준화가 어렵기 때문에 이에 대한 사회적 합의를 도출하기 위한 의견수렴 과정이 필요

[4] 진료비 본인부담방식

- 2. 비용부담의 제 수단
- 1)정률부담제(Coinsurance)
- 2)정액부담제(Co-payment)
- 3)정액수혜제(Indemnity)
- 4)일정금액 공제제(Deductible clause)
- 5)급여상한제(Limit)
- 6)급여제한제(Exclusion clause)

2. 비용부담의 제 수단

- 1)정률부담제(Coinsurance)
- 보험자가 의료비용의 일정비율만 지불 나머지 부분은 보험수급자가 부담하는 방식
- 본인부담율이 너무 높게 책정되면 저소득층의 필수적인 의료이용이 제한되고, 고소득층의 의료이용 억제에는 효과가 미미할 수 있다.
- 보험자에 의해 지불되지 않는 본인부담금에 대해 다시 추가적인 보험을 구입하려는 유인이 생길 수 있다.
- 이에 대한 해결책
- - 본인부담율의 크기를 소득에 연결시키는 방법으로 일정소득 이하인 자에게는 본인일부부담률을 축소하거나 면제시키는 조항을 적용시킬 수 있다.
- 우리나라의 입원과 외래에서 가장 일반적으로 사용되는 방법

2. 비용부담의 제 수단

- 2)정액부담제(Co-payment)
- 정액부담제는 의료서비스 이용내역과 관계없이 서비스 건당 미리 정해진 일정액만 소비자가 부담하고 나머지는 보험자가 지불하는 방법
- 장점
- -불필요한 값싼 서비스의 이용을 억제하는 효과
- 단점
- - 저소득층의 의료이용을 억제
- 의료서비스 이용건당 본인이 정액으로 부담하는 일정액의 크기를 적절한 수준에서 결정하는 것이 중요한 요점

2. 비용부담의 제 수단

- 3)정액수혜제(Indemnity)
- 보험자가 의료서비스 건당 일정액만 부담하고 나머지는 소비자가 직접 지불하는 방식
- 의료소비자는 보험자가 책정한 금액으로 의료서비스를 이용해야 하므로 값싼 의료제공자를 찾게 하는 경제적 동기 부여
- 소비자가 값싼 의료를 찾는다면 의료공급자간에서도 계속적으로 의료서비스의 가격과 질에서 경쟁을 유도하는 효과
- 그러나 의료서비스의 특성상 의료공급자에 의해 수요가 창출되고, 우량재의 특성을 갖고 있는 의료서비스가 기대만큼 가격경쟁이 이루어질 수 있는가에 대해서는 논란이 있다.

2.비용부담의 제 수단

- 4)일정금액 공제제(Deductible clause)
- 일정금액 공제제는 어느 일정한 기간 동안 의료비가 일정 수준에 이르기까지에는 전혀 보험급여를 해주지 않고, 그 이상에 해당되는 의료비만 의료 보험급여 대상으로 인정
- 공제액은 개인 단위 또는 세대단위로 적용시킬 수 있으며,
- 소득역진성을 제거하기 위하여 소득수준별 차등공제액을 적용할 수 있다.
- 이 제도는 소화불량과 초기감기 같은 가벼운 질환에 대해서 예방과 자가치료를 유도하여 의료서비스 이용과 의료비 증가를 억제할 수 있으나
- 공제액의 크기에 따라서는 강력한 비용억제책이 되며, 동시에 소득역진성이 매우 크다.

2.비용부담의 제 수단

- 5)급여상한제(Limit)
- 급여상한제는 의료보험에서 지불하는 보험급여의 최고액을 정하여 그 이하의 진료비에 대해서는 의료보험의 혜택을 받게 하고, 최고액을 초과하는 비용에 대해서는 보험이 적용되지 않게 하여 서비스를 이용하기가 부담스럽게 하는 방법
- 이 제도는 고액진료비를 발생 시키는 노인인구, 암과 퇴행성 질환군 및 고가의료장비의 이용을 억제할 수가 있고, 사치성의료가 급격하게 감소되어 의료비 절감 효과가 매우 크다.
- 그러나 필수 의료에도 급여상한의 설정으로 노인 계층과 중대 질환에 걸린 환자군에 선택적 불이익이 발생하고 의료보장의 위험분산효과가 영이 되어 제도 존재가치가 훼손될 수 있다.

2.비용부담의 제 수단

- 6)급여제한제(Exclusion clause)
- 급여제한제는 사회보험에서는 생활에 지장이 없는 신체상의 조건 등에 대하여 고가장비를 이용하는 고급의료의 경우에 보험급여를 제한하는 방법
- 우리나라에서는 보험급여의 제한으로 국민건강보험에서 시행하고 있다(비급여).
- 민간보험에서는 가입이전의 질환은 보험급여에서 제외시키는 것도 이러한 방법에 속한다.