

비급여 의료비 관리제도 개선 방안

김진현 교수
(서울대 간호대학)

2025.11.21.

목 차

I. 서론

1. 연구의 배경
2. 연구의 목적

II. 비급여 가격 관리방안

1. 비급여 가격 실태조사(1)
2. 비급여 가격 실태조사(2)
3. 외국의 비급여 가격정보 공개
4. 비급여 가격관리제도의 문제점
5. 비급여 가격관리제도의 개선방안

III. 선진입 의료기술 규제방안

1. 선진입 의료기술 개요
2. 선진입 의료기술 문제 사례
3. 해외의 조건부 급여제도
4. 제도 개선방안

IV. 결론

1. 요약
2. 제언

①

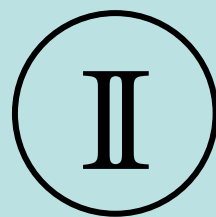
서론

1. 연구의 배경

- 건강보험 비급여는 **관리의 사각지대에 놓여 있어 국민의료비 부담의 증가 요인**으로 작용
 - 급여와 달리 의료기관이 항목과 가격을 임의로 정할 수 있는 특성
 - 동일한 의료행위라도 의료기관별로 가격 차이가 매우 큼
- 그 중에서도 **선진입 의료기술이 비급여 진료의 정책적 쟁점**
 - 임상적 유효성과 안전성에 대한 관련 근거가 불충분하나 임상 진료에 비급여로 우선 진입하도록 허용함
 - 이로 인한, 환자 건강권 훼손 우려, 환자 간 차별, 비급여 진료의 과잉 공급을 조장
 - 대표적으로 평가유예 신의료기술, 제한적 의료기술, 혁신의료기술, 첨단재생의료 치료 등이 포함
- 이러한 상황 하 비급여 가격관리와 선진입 의료기술에 대한 **객관적 평가와 대안 모색이 필요**
 - 비급여 진료의 가격 실태조사와 해외의 제도에 대한 조사를 통해 비급여 가격관리를 위한 법제화 방안 고려
 - 임상적 유효성, 안전성이 담보 안 된 선진입 의료기술에 대해 국민건강, 국민 의료비 부담의 측면 고려

2. 연구의 목적

- 건강보험 비급여 가격 관련 **실태조사**와 **문제점 분석**을 통해 비급여 가격관리 **방안을 마련**하고, 특히 선진입 의료기술 현황조사와 문제점 분석을 통해 관련 **법적·제도적 규제방안**을 도출하는 것임
- 구체적 목표는 다음과 같음
 - 비급여 가격 관리방안 제시
 - 선진입 의료기술의 실태조사와 문제점 분석
 - 선진입 의료기술 제도의 개선방안 제시



비급여 가격 관리방안

1. 비급여 가격 실태조사 1 (1/3)

· 병원 비급여 가격 실태 및 합리화방안 이용자 설문조사

- 조사 기관 : 경제정의실천시민연합(경실련)

- 조사 대상 : **(비급여 가격)** 의료기관의 비급여 진료비 중 상위 5개 항목

①도수치료, ②체외충격파, ③경피적 경막외강 신경성형술, ④MRI 척추-요천추, ⑤MRI 근골격계-슬관절

(이용자 설문) 비급여 인지, 비급여 가격 공개제도, 비급여 가격관리 정책에 대한 인식 등

- 조사·분석 방법 : **(비급여 가격)** 종별간 상/하위(10개) 가격 차이 및 가격 비(ratio), 건강보험 급여가격 비교

(이용자 설문) 전국 성인 남녀 1,030명, 온라인으로 연령대 균등 분할 조사

- 조사 시점 : **(비급여 가격)** 2024.9월 건강보험심사평가원 비급여 진료비 정보 공개 자료

(이용자 설문) 2024.10.21.~28. (8일간)

1. 비급여 가격 실태조사 1 (2/3)

· 비급여 가격 실태 (전체 비급여 진료비 상위 5개 항목의 의료기관 간 가격 격차)

- 3개 비급여 항목이 **병원**에서 가격 격차가 가장 크게 나타남
 - * 경피적 경막외강 신경성형술 **19.0배**, 도수치료 **62.5배**, 체외충격파치료 **22.5배**
 - * MRI 슬관절 **3.5배**, MRI 척추-요천추 **2.7배**
- **종합병원**에서 **11.4배**, **상급종합원**에서 **8.8배** 차이

경피적 경막외강 신경성형술

(단위: 원, 배수)

종별(기관수)		상급종합(43)	종합병원(250)	병원(472)
공개 가격	평균	1,641,186	1,685,149	1,901,987
	최대(A)	2,838,900	3,660,000	3,800,000
	최소(B)	322,000	320,000	200,000
가격 차이	차이(=A-B)	2,516,900	3,340,000	3,600,000
	최대/최소(=A/B)	8.8	11.4	19.0

MRI 슬관절

(단위: 원, 배수)

종별(기관수)		상급종합(45)	종합병원(315)	병원(628)
공개 가격	평균	763,933	536,164	438,861
	최대(A)	921,000	1,035,000	880,000
	최소(B)	600,000	261,670	250,000
가격 차이	차이(=A-B)	321,000	773,330	630,000
	최대/최소(=A/B)	1.5	4.0	3.5
급여 가격(C)		269,905	258,170	234,700
미보정 차이(=A/C ~ B/C)		3.4~2.2	4.0~1.0	3.7~1.1

1. 비급여 가격 실태조사 1 (3/3)

· 비급여 가격합리화 이용자 설문조사

- 비급여에 대한 인지 여부

- ① 천차만별인 가격 차이에 대해 응답자 10명 중 9명이 문제가 있다고 인식
- ② 응답자 2/3는 비급여 진료 전 설명을 듣지 못했거나 진료 후 간략하게 통보 받았다고 대답

- 비급여 진료비 공개제도 관련

- ① 건강보험심사평가원에서 제공하는 ‘비급여 가격 비교/공개 서비스’를 모른다(52%)
- ② 이용률이 저조한 이유는 서비스 제공 사실을 알지 못해서(49%), 검색이 불편(30%), 전문 용어(18%) 순

- 비급여 가격관리 정책 관련

- 향후 필요한 정책으로 ① 정부가 상한가격을 정하고 의료기관이 자율적으로 선택(54%),
② 정부가 건강보험처럼 비급여 가격도 지정(43%), ③ 유사한 급여 가격을 기초해 가중치를 부여(35%) 순

- 의료기관 진료 경험 및 기타

- ① ‘병원 방문 전 병원이나 심평원 홈페이지에서 비급여 진료 내용과 가격을 찾아본다’가 36%에 불과
- ② 병원에서 ‘실손보험을 가입했는지 질문을 받았는가’에 그렇다(58%) vs 아니다(27%)

2. 비급여 가격 실태조사 2 (1/3)

· 정부의 공식적인 비급여 자료 수집 현황

1) 건강보험환자 진료비 실태조사

* 2004년. 전체 진료비 조사하여 보장률 등 파악

2) 비급여 상세내역 조사

* 2015년. 항목 단위의 비급여 진료비 구성과 현황 파악, 보장성 대책 등 정책수립 근거 자료

3) 비급여 보고자료

* 2023년. 전체 의료기관의 특정 기간(병원급: 3월, 9월, 의원급: 3월)의 비급여 단가, 빈도, 상병명 등을 공단에 보고

비급여 진료비 조사자료의 특성 비교

구분	건강보험환자 진료비 실태조사 / 비급여 상세내역 조사	비급여 보고자료
대상기관	표본 요양기관	전체 의료기관 (약국 제외)
수집항목	전체 진료내역	1,252개 항목 (2025년 기준)
수집기간	매년 6월, 12월	병원급: 연간 2회 / 의원: 연간 1회
장점	표본 의료기관의 해당 월의 전체 진료내용 수집하므로 비급여 진료비 구성과 실태 파악 가능	전체 의료기관 대상이므로 비급여 현황에 대한 총체적인 파악 가능
단점	표본조사로 인하여 전체 의료기관에 일반화하는 것이 제한적임	전체 진료내역이 아닌 일부 보고항목으로 조사항목이 제한
활용	비급여 진료유형별, 항목별 구성비 파악	전체 의료기관 대상 비급여 항목의 총진료비 등 진료 규모와 현황 파악

2. 비급여 가격 실태조사 2 (2/3)

· 2023년도 비급여 보고자료 분석 결과

- (전체 비급여 진료비 규모) 총 5조 657억원/년

- (종별 비급여 점유율) 병원 45.9% > 종합 21.3% > 상급종합 15.8% > 치과병원 8.1%

- (기관당 비급여) 월평균 1억 493만원(최대 88억 9,065만원)

* 상급종합 14억 8,169만원, 종합 2억 7,304만원, 병원 1억 4,429만원

- (진료과목) 정형외과, 신경외과에서 전체 비급여 진료비의 40.6%(1,715억원)를 차지

* 이어서, 정형외과(27.7%), 신경외과(12.9%), 내과(10.6%), 일반외과(6.6%), 산부인과(5.6%) 순 등

- (성/연령) 여성(55.4%), 남성(44.3%) / 60~79세(34.3%), 40~59세(33.3%) 순

- (23개 주요 상병) 근골격계통 및 결합조직 질환이 30.8%(1,301억원)

* 이어서, 손상, 중독 및 외인에 의한 특정 기타결과 12.2%(514억원), 기타(주상병 특정불가) 11.9%(504억원), 신생물 10.1%(427억원) 등

- (단가) 전립선암 다빈치 로봇수술(평균 1천만원, 최소 295만원~최대 1,500만원)이 가장 높은 단가

* 이어서 갑상선 암 다빈치 로봇수술(평균 9백만원, 200만원~1,750만원), 전립선암 고강도 초음파 집속술(평균 795만원, 700만원~890만원) 등

- (항목) 상위 10개 항목이 전체 진료비의 45.3% 차지

* 도수치료(11.7%), 1인실 병실료(10.7%), 척추-요천추 MRI(4.4%), 임플란트(Zirconia)(3.5%), 체외충격파치료(3.3%) 순

(보고 기관) 전체 병원급 4,082개소(제출 97.7%)

(보고 내역) 비급여 코드, 항목, 금액, 진료내역, 실시빈도 등

(평균 보고항목수) 전체 594개 중 평균 21개

2. 비급여 가격 실태조사 2 (3/3)

· 실손의료보험 진료비통계 (보험개발원)

(대상 기관) 생명보험과 손해보험 총 20개사(2021년 기준)
 (수집 항목) 모든 항목(총18개) 급여 본인부담금, 비급여 진료비, 총진료비
 (세부 항목) 비급여 항목 전체와 급여항목 중 초음파, MRI, 추나요법 등

- 비급여 진료비 표본통계 분석 결과

- ① (청구건수) **체외충격파**(7.3%), 드레싱 고정류(6.0%), 합성거즈 드레싱류(4.2%), 해열진통소염제(3.7%)
- ② (청구금액) **도수치료**(14.7%), 조절성 인공수정체(11.7%), 체외충격파 치료(5.7%)
- ③ (건당금액) 최고항목: 초음파 유도하 고강도 초음파 집속술(**하이푸 시술**) **평균 866만원**

* 로봇보조수술이 880만원, 조절성 인공수정체 439만원 등

- 9대 비급여 항목별 실손 지급보험금 현황

- ① (금액규모) **도수치료**가 **11,319억원**으로 1위 (9개 주요 비급여 실손 지급보험금의 53.4%)
- ② (연평균 증가율) **갑상선 고주파 절제술**이 **60.1%**로 1위

실손보험 9대 비급여 항목별 실손 지급보험금 현황 (추정)

	갑상선고주파절제술	하이푸시술	맘모통	비밸브재건술	도수치료	오다리교정술	비급여약제 (영양제 등)	재판매가능 치료재료	하지정맥류	합계
'21년도 (억원, 비중: %)	320 (1.5)	1,009 (4.8)	841 (4.0)	646 (3.0)	11,319 (53.4)	1,505 (7.1)	3,498 (16.5)	1,003 (4.7)	1,062 (5.0)	21,203 (100)
연평균 증가율 ('18-'21)(%)	60.1	52.8	15.3	29.7	21	15.5	20.9	55.6	23.3	23

3. 외국의 비급여 가격정보 공개 (1/3)

< 미국 >

- 연방정부가 www.medicare.gov, www.cms.gov 등의 홈페이지를 통해 직접 관련 정보를 제공
 - (Medicare) Medicare의 보장 항목과 보장하지 않는 항목에 대한 정보 제공
 - * 소비자가 의료기관을 방문할 때 사용할 수 있도록 체크리스트를 제공
 - (Medicare) 항목별(처치, 약물 등), 의료기관별 검색이 가능하도록 메뉴 제공, 의료기관 간 가격 비교 가능
 - * 진료 대기시간, 합병증 및 사망률, 재입원을 등의 비교도 가능
 - (CMS) 입원환자 예상비용(Hospital Inpatient Prospective Payment System: IPPS) 제공
 - * DRG 항목별 지역별 평균 비용, 메디케어 급여비 검색 가능, 의료기관 검색 시 해당 기관에서 제공 중인 의료서비스 항목에 대한 비용 제공
- 민간영역(비영리단체 MN Community Measurement 등)에서의 의료서비스 정보제공
 - 개별 의료서비스 항목에 대한 medical group별 평균비용 제공, medical group별 전체 환자의 평균 총진료비 제공
 - * 미네소타주의 가장 큰 민간보험 4개사의 보험상품에 가입한 150만명의 정보를 기반-환자 거주지 기준 지역별 총비용, 상대적 진료량, 가격 정보 등 제공
 - * <https://mncm.org>

3. 외국의 비급여 가격정보 공개 (2/3)

<독일>

- 연방정부의 근거 기반 의학, 의료서비스 감독 등을 담당하는 연방의료서비스에서 비급여 정보 제공
 - 체계적 문헌고찰을 통한 평가를 바탕으로 비급여 의료서비스의 안전성과 효과성에 대한 정보를 제공
 - 비급여 의료서비스의 편익과 위험의 크기를 비교하여 5점 척도로 평가함
 - 해당 의료서비스에 대한 외국의 지침과 평가 근거 파일 다운로드 가능
 - 소비자가 쉽게 정보를 확인할 수 있도록 리플렛을 제공하며, 여기에는 대략적인 가격정보도 포함됨
 - <https://www.igel-monitor.de>
- 공적 건강보험회사인 TK(Techniker Krankenkasse)가 홈페이지를 통해 정보 제공
 - 질환명, 처치명, 의사 성명으로 의료기관 검색 가능
 - 해당 의료기관에서 비급여 의료서비스를 제공할 경우 IGel Monitor 홈페이지로 연결하여 관련 정보 확인 가능
 - tk-aerztfuehrer.de

3. 외국의 비급여 가격정보 공개 (3/3)

- **영국:** NHS에서 보장 않는 서비스 비용은 주로 영국의사회의 지침에 따라 결정

- 지침은 영국의사회(British Medical Association) 내 PFC(Professional Fees Committee)를 통해 정부와 협상해 결정
- 민간 의료서비스 이용 시, 민간보험 또는 환자 부담의 정보를 제공하는 민간 사이트가 있으며(privatehealth.co.uk), 각 의료기관 홈페이지에도 게시

- **호주:** 보건부 홈페이지 내 'Medical Costs Finder' 메뉴를 통해 정보 제공

- 다빈도 외래·입원 서비스 항목의 설명, 주별 급여비, 본인부담금, 비급여(민간보험) 급여액의 중간값 정보를 제공
- * 비급여가격정보는 민간보험사로부터 수집한 HCP(Hospital Casemix Protocol) 자료에 기반, 최근 회계연도 자료를 사용하므로 검색 시점과 시차 발생

- **싱가포르:** 보건부 홈페이지를 통해 정보 제공하며, 파일로 다운로드 가능

- DRG별, 의료기관별(설립구분별) 비용의 중앙값을 제공함
- * '22년 현재 287개 DRG 가격정보를 제공. 사회보험 상품별 본인부담 정도가 달라 DRG별 정보를 제공하면 환자가 부담할 금액을 예상 가능
- * 민간병원에서의 과도한 의료이용 및 과잉 의료비 관리를 위해 의료수가자문위원회(Fee Benchmarks Advisory Committee)에서 다빈도 비급여 수술항목에 대한 표준수가지침을 공표, 외과 수술 및 마취가 필요한 경우 상·하한 비용을 제시하여 권장

4. 비급여 가격관리제도의 문제점

- **유명무실한 비급여 진료비용 고지제도('09)**

- 통일된 고지방침이 없어 이용자의 정보 접근이 어렵고, 목록이 표준화되지 않음

- 개선된 비급여 공개제도 역시 **정책의 실효성**을 담보하기 어려움

- 상기 문제를 개선하고자 항목을 통일하여 병원 간 상호비교가 가능하도록 하고 정보수집 방식을 개선했으나, 이용자의 인터넷 정보 접근이 어렵고, 공개 항목 범위가 제한되어 신규 비급여의 가격 제어 효과 기대 어려움

- * 10년간 비급여 공개제도가 운영되어도 천차만별인 비급여 가격 격차는 개선되지 않음. 단가 공개의 한계로 보임

- 비급여 공개제도의 **실효성 한계**로 환자의 선택권 제고와 의료기관간 경쟁을 유도하지 못하는 문제

- 現 비급여 가격 공개제도는 일부 항목에 한해 시행되며, 이마저 행위별 또는 치료재료·약제별 가격정보를 공개

- **소비자가 본인의 질병 치료를 위해 어느 정도의 총비용이 발생하는지 예측할 수가 없음**

- 비급여 가격관리 제도의 실효성 미흡으로 국민의 의료비 부담 계속 확대

- **공·사보험 재정 누수, 필수의료인력 이탈로 인한 의료체계 왜곡** 등 다양한 사회적 문제로까지 심화

5. 비급여 가격관리제도의 개선방안 (1/3)

① 비급여 관리를 위해 관련 법률 개정을 통한 거버넌스 체계 마련 필요

- 복지부와 금융위가 공동 주관하는 ‘비급여관리위원회’ 설치·운영

- * 비급여 관리의 풍선효과 지속 발생되므로 비급여 실태조사 및 적정 가격 등을 검토할 “(가칭)비급여관리위원회” 복지부에 설치
- * 국민의료비의 상당 부분을 차지하는 비급여를 고려, 건강보험정책심의위원회 기능에 준하는 위원회로 법제화 필요
- * 실손의료보험 현황 파악 및 영향을 종합적으로 검토하기 위해 동 위원회에 금융위원회 및 추천 인사 포함 필요

- 비급여 관리를 위한 금융-보건당국 간 정보교환체계 및 상호 검증체계 구축 필요

- * 과잉·남용 우려가 큰 비급여 항목 파악, 풍선효과 제어를 위해 공·사보험 전 영역의 비급여 실태조사 필요
- * 의료기관의 부당청구 및 이중수급 방지 등을 위해 공·사보험 간 정보연계 및 상호검증체계 구축 필요

5. 비급여 가격관리제도의 개선방안 (2/3)

② 기존 비급여에 대한 **모니터링 체계 고도화**

- **비급여 보고제도 강화(전체 보고 의무화)**

- * 현행 1~2개월분 일부항목 보고로는 정확한 파악이 어려워, 모든 비급여 진료내역 보고 의무화 필요
- * 의료기관이 급여 청구시 비급여 자료도 같이 제출하도록 개선

- **비급여 명칭 표준화 및 사용 의무화와 비급여 목록 정비**

- **실효성 있는 진료비 정보 공개 등 비급여 모니터링 강화**

- * 수술·상병별·의료기관별 급여·비급여 구분하고 총진료비 공개하여 환자의 의료기관 선택 지원
- * 다른 의료기관과 가격 비교, 대체가능한 급여치료와 효과성 비교설명 등 사전설명하고, 환자동의 의무화
- * 이를 위해 국민건강보험공단에 비급여 정보 통합관리 인프라 구축하고, 민간플랫폼(예: 네이버, 카카오 등)과 연계

5. 비급여 가격관리제도의 개선방안 (3/3)

③ 신규 비급여 사용 제어 및 가격관리

- 신규 비급여 **사전승인 의무화**제

- * 외국의 비급여 가격제한 제도 참고하여 도입 검토

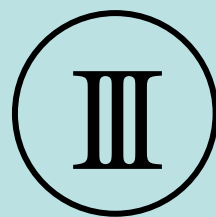
- * 신규 비급여의 공단 사전승인 의무화, 등록된 비급여 진료만 허용. 사전승인 시 신규 비급여의 명칭과 코드 부여, 가격상한 설정

- 비급여 **가격 통제**

- * 비급여 등록 시 표준가격 또는 가격상한을 두어 국민의 의료비 부담 완화(과잉 우려 비급여에 대해 우선 검토하여 고시)

- * 치료재료와 의약품은 의료인에 따라 효과가 달라지는 것이 아니므로 공급가격 기준으로 일정비율(예: 130% 등)로 가격상한 필요

- ※ 외국은 대부분 비급여에 대해 유사 급여가격 기준으로 일정 비율만큼 상한선 설정하거나 직접 비급여 가격 고시



선진입 의료기술 규제 방안

1. 선진입 의료기술 개요 (1/3)

1) 신의료기술평가 제도('07~)

- **도입 배경:** '00년 7월 의료기술의 안전성과 유효성 평가 → 관련 전문가 중심 평가의 객관성과 공정성 문제 지속 → 새로운 형태의 의료기술평가제도 필요성 대두
 - ↳ 의료법 개정 및 「신의료기술평가에 관한 규칙」 제정으로 '07년 신의료기술평가제도 본격 도입
- **운영 현황:** 새로운 의료행위가 기존보다 동등이상의 **안전성과 유효성**이 있다고 임상연구 통해 입증될 경우 신의료기술 인정
 - ↳ 이후 **시장진입** 가능하며 건강보험 급여 여부에 따라 **급여 또는 비급여**로 결정
- **비판 제기:** 신의료기술평가가 **임상 현장 진입을 늦추는 장애요인**으로 작용한다는 의견이 제기
 - * 특히 대체기술 없거나 희귀질환용 의료기술에 대해 국가 차원의 근거창출 지원이 필요하다는 주장 대두

1. 선진입 의료기술 개요 (2/3)

2) 선진입 의료기술평가 제도

- 평가유예신의료기술('14):** 2년 이내에서 비급여로 사용할 수 있으며, '25.3월 1회에 한해 2년 이내로 연장 가능하게 되어 신의료기술평가 기간을 고려할 때 최대 4년 이내 활용 가능
- 혁신의료기술('19):** 인공지능, 3D프린팅 등 개발이력이 짧아 문헌근거가 부족한 기술의 잠재적 가치를 추가 평가
 → 임상진료와 근거창출을 위한 연구 병행, 최대 5년 동안 활용하면서 근거를 축적해 안전성·유효성 재평가 실시
- 제한적 의료기술('14):** 일정기간 비급여 시행하고, 해당환자가 임상연구에 참여하는 형식의 혼합된 형태. 일부 연구비 국고지원
 * 연구단계기술 I을 제외한 안전성 우려가 없는 모든 기술
- 즉시진입 의료기술(25.하반기 시행 예정)**

1. 선진입 의료기술 개요 (3/3)

3) 선진입 의료기술평가 관련 쟁점

- 선진입 의료기술제도별 **대상 기술(종류, 범위) 불명확** : 혁신통합심사와 평가유예 대상의 차이가 불분명
- **사용기간(기간연장)**의 적절성: 조기 종료(오남용 방지, 사용 부진) 기전과, 실질적 **퇴출 기전이 부재**
- 환자의 **비용부담**: 비급여로 인한 가격 통제 어려우며, 과잉진료 우려
- **이해상충과 형평성** 문제: 동일 기술에 대해 연구와 진료를 병행할 경우 참여 대상자 형평성 문제와 선택 편향이 발생
- **정보 불균형**에 의한 환자 피해: 사전 설명이 충분치 않거나 환자가 과대광고에 노출될 경우 환자 피해가 발생할 우려
- 평가유예 신의료기술과 혁신의료기술 간 **규제차익에 의한 편향**
: 비침습적 의료기술은 혁신의료기술 혹은 평가유예 신의료기술로 모두 인정받을 수 있어 평가유예 제도로 선진입 유인이 큼
- **근거창출의무 폐지**: 비침습적 혁신의료기술의 경우 근거창출연구를 필수에서 선택으로 전환
- **즉시진입** 의료기술 도입: 식약처의 검증 강화 여부 미지수
- **근거 없는 '혁신의료기술' 용어** 사용: 정부에서 먼저 명명하며 환자에게 잘못된 정보를 제공하고 있음

2. 선진입 의료기술 문제 사례

사례1) 플라즈마 활성화수 및 LED를 이용한 질세정 치료

주요 고시 내용

- 사용목적 : 질염을 유발하는 세균, 진균, 바이러스 세정
- 사용방법 : 질 세정기로 수돗물을 플라즈마 활성화수로 변환하여 세정액을 생성, 분사하여 질염을 일으킨 오물 배출 및 해당 부위 살균
- 평가유예 기간 : 2023년 8월 ~ 2025년 7월

결과

여성환자 대상으로 10회 단위의 패키지 진료비 결제 유도
→ 실손보험 통원의료비 보험금 지급한도(10~25만원)에 맞추어 높은 비급여 진료비를 산정 추정

사례2) 6시간 이내 급성 상태악화 발생 위험 예측

- 사용목적 : 6시간 이내 급성 중증이벤트의 발생 위험 예측
- 사용방법 : 전자의무기록 등에서 수집한 환자의 연령, 생체신호(6종), 혈액학적 검사(11종) 및 의식사정점수를 분석하여 6시간 이내 급성 중증이벤트(사망, 예기치 않은 중환자실 전실, 심정지) 발생 위험도 점수 제공
- 평가유예 기간 : 2023년 3월 ~ 2025년 2월 28일

사망, 중환자실 전실 등의 급성 중증이벤트 발생이 어려운 환자에게도 무리하게 상기 예측검사를 병행하는 과잉진료 많음
(요추의 염좌 및 긴장 환자, 관절염으로 인한 자가골수무릎주사 환자 입원 등에서 예측검사 활용)

3. 해외의 조건부 급여제도

1) 미국의 CED(Coverage with Evidence Development) 프로그램

① CSP(Coverage with Study Participation) : 임상시험 참여 조건으로 급여 적용

② CAD(Coverage with Appropriateness Determination) : 환자자료를 등록·추적 관찰하는 조건으로 급여 적용

* 일정 기간(보통 3~5년) 동안 자료 수집한 후, 축적된 근거를 바탕으로 해당 의료기술의 최종 급여 여부 결정

* 급여조건으로 적응증과 사용기준 설정하여 불필요한 사용 제한, 자료의 수집 및 보고 의무화로 의료기관 책임성 강화

* 의료기술의 불확실성에 따른 재정적 위험을 의료기관과 보험자가 공유하는 모형. 치료 성과에 따라 급여액 조정

2) OECD 및 EU 회원국의 MEA(Managed Entry Agreements)

① 재정적 MEA: 치료성과와 연계되지 않고, 환자결과 자료 요구하지 않는 반면 사용량 등 재정영향 관리에 중점

② 성과기반 MEA: 제품의 성과에 대한 자료분석에 중점을 두고, 자료수집 및 환자결과에 따라 보험자 지불액이 결정되거나 제품 생산 기업이 보험자에게 환급(결과적으로 성과기반 MEA는 재정적 효과도 거둘 수 있음)

4. 제도 개선방안 (1/2)

① 법적 근거 강화

- 관련법 개정
 - ✓ 선진입 의료기술(「의료법」) 및 첨단재생의료 치료(「첨단재생바이오법」)의 정의 및 범위 명확화
 - ✓ 과잉진료 방지 위한 법적 근거 마련
 - ✓ 선진입 의료기술의 관리·감독 근거 마련
- 「신의료기술평가에 관한 규칙」 개정
 - ✓ 선진입 의료기술의 사용 범위와 조건 구체화
 - ✓ 부작용 보고의무 강화 및 위반시 제재방안 마련

② 급여체계 개선

- 환자의 치료 접근성 제고를 위해 선진입 의료기술에 대해 급여 적용(선별급여 또는 전액 본인부담)
- 근거 생성을 조건으로 한 급여 적용으로 과잉진료 억제
- 의료기관과 보험자(공단) 간 위험분담 모델 구축
- 선진입 의료기술의 필요성과 효과성에 따른 본인부담률 차등 적용

4. 제도 개선방안 (2/2)

③ 주기적 재평가 제도 도입 및 비급여 퇴출기전 법제화

- 선진입 의료기술의 안전성·유효성 주기적 재평가 제도 도입하여 안전성 및 유효성이 확인된 기술은 급여 전환하고, 확인이 어려운 기술은 퇴출시키는 제도적 근거 마련

④ 소비자 정보 제공 및 의료인 교육 강화

- 선진입 의료기술의 안전성·유효성에 대한 충분한 정보 제공 의무화
- 예상 비용 및 대체 치료법에 대한 정보 제공
- 선진입 의료기술 사용 전 환자로부터 서면 동의를 받는 절차를 강화
- 의료인을 대상 선진입 의료기술의 적정 사용에 관한 교육 프로그램 개발 및 과잉진료 방지를 위한 윤리교육 강화

IV

결론

1. 요약

항 목	상세 내용
비급여 가격실태조사 (경실련, 2025)	<ul style="list-style-type: none"> • 3개 비급여 항목이 병원에서 가격 격차 大 (경피적 경막외강 신경성형술 19.0배, 도수치료 62.5배, 체외충격파치료 22.5배) • 상급종합병원 가격 차이는 최대 8.8배, 종합병원의 가격 차이는 11.4배 • '23년 병원급 비급여 진료비 상위 항목(年 100억원 이상)은 이학요법료(도수치료), 상급병실료(1인실), MRI(척추-요천추) 順
비급여 보고자료 분석결과 (국민건강보험공단, 2024)	<ul style="list-style-type: none"> • 비급여 진료비의 규모 - '23년 병원급 비급여 진료비 규모는 총 5조 657억원으로 추정 등 • 평균 비급여 진료비 - 기관당 비급여 진료비는 월평균 1억 493만원(최대 88억 9,065만원) 등
실손의료보험 진료비 통계 (보험개발원, 2021)	<ul style="list-style-type: none"> • 9대 비급여 항목별 실손 지급보험금 현황('20년) - 도수치료가 11,319억원으로 53.4%를 차지 등 • 비급여 진료비 표본통계 분석 결과('21년) - 청구건수 상위는 체외충격파(7.3%), 드레싱 고정류(6.0%) 등
외국의 비급여 관리제도	<ul style="list-style-type: none"> • 일반적으로 비급여 진료의 목록과 가격을 사전 공개(특히 정부 승인 없는 비급여 진료는 엄격히 금지, 가격에도 일정 기준 관리) • 신의료기술에 대해서는 조건부 급여제도를 일반적으로 시행하고 있으며, 재정적 위험분담제도 등을 적용하고 있음
비급여 가격관리제도의 문제점	<ul style="list-style-type: none"> • 유명무실한 비급여 진료비용 고지제도 등 → 환자의 선택권 제고와 의료기관 간 경쟁을 유도에 한계 • 비급여 가격 관리를 위한 제도 실효성 미흡으로 국민의 의료비 부담이 계속 확대
선진입 의료기술제도의 문제점	<ul style="list-style-type: none"> • 제도별 대상 기술(종류, 범위)이 불명확하고, 사용기간(기간연장)의 적절성에 대한 문제 • 환자의 비용부담, 의사과학자의 연구과 진료 병행에 따른 이해상충과 형평성 문제, 정보 불균형에 의한 환자 피해가 우려 • 근거창출의무 폐지로 임상적 유효성과 안전성에 대한 담보 難, 근거없는 “혁신의료기술” 용어를 사용하는 등

2. 제언 (1/2)

1) 비급여 가격관리제도 개선방안

① 비급여 관리를 위해 관련 법률 개정을 통한 거버넌스 체계 마련

- 복지부-금융위 공동 주관하는 비급여 관리위원회 설치·운영
- 비급여 관리를 위한 금융-보건당국 간 정보교환체계 및 상호 검증체계 구축

② 기존 비급여에 대한 모니터링 체계 고도화

- 전체 비급여 항목 보고 의무화
- 비급여 명칭 표준화 및 사용 의무화
- 비급여 목록 정비
- 실효성 있는 진료비 정보 공개 등 비급여 모니터링 강화

③ 신규 비급여 사용 제어 및 가격관리

- 신규 비급여에 대한 정부의 사전승인 의무화
- 비급여에 대한 표준가격 또는 가격상한 설정

2. 제언 (2/2)

2) 선진입 의료기술평가 제도 개선방안

① 법적 근거 강화

- 의료법 등 관련법 개정으로 과잉진료 방지를 위한 법적 근거 마련. 부작용 보고의무 강화 및 위반시 제재방안 마련

② 급여체계 개선

- 근거 생성 조건부 급여, 의료기관과 보험자(공단) 간 위험분담 모델
- 선진입 의료기술의 필요성과 효과성에 따른 본인부담률 차등 적용

③ 주기적 재평가 제도 도입 및 비급여 퇴출기전 법제화

- 안전성·유효성 주기적 재평가 → 안전성 및 유효성 확인된 기술은 급여, 확인이 어려운 기술은 퇴출시키는 법적 근거 마련

④ 소비자 정보 제공 및 의료인 교육 강화

- 안전성·유효성에 대한 충분한 정보제공 의무화
- 예상비용 및 대체치료법 관련 정보 제공
- 사용 전 환자 서면동의 강화, 의료인 대상 교육프로그램 개발 및 과잉진료 방지를 위한 윤리교육 강화

감사합니다.

5세대 실손의료보험 도입에 따른 공·사보험 상생 방안

김경선(보험연구원 연구위원)

2025.12. 8.



목 차

I. 검토배경

II. 실손의료보험 현황

III. 5세대 실손 도입에 따른 고려사항

IV. 제언



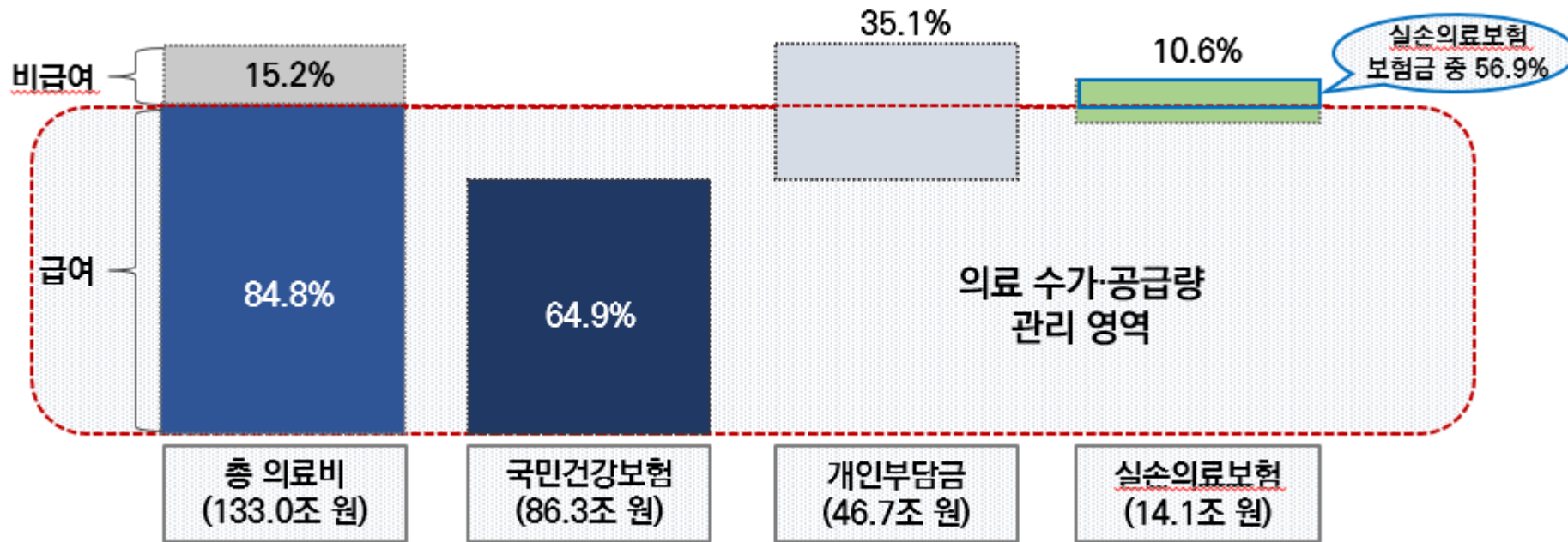
I

검토배경

공·사 건강보험 보장률 현황

- 우리나라 2023년 총 진료비는 133.0조원, 공·사 건강보험의 보장률은 75.5%로 추정됨
 - 국민건강보험은 요양급여비용(공단부담금)으로 총 진료비의 64.9%(86.3조)를 부담함
 - 실손의료보험은 급여 본인부담금과 국민건강보험이 보장하지 않는 비급여의료를 대상으로 총 진료비의 10.6%(14.1조 원)을 부담함

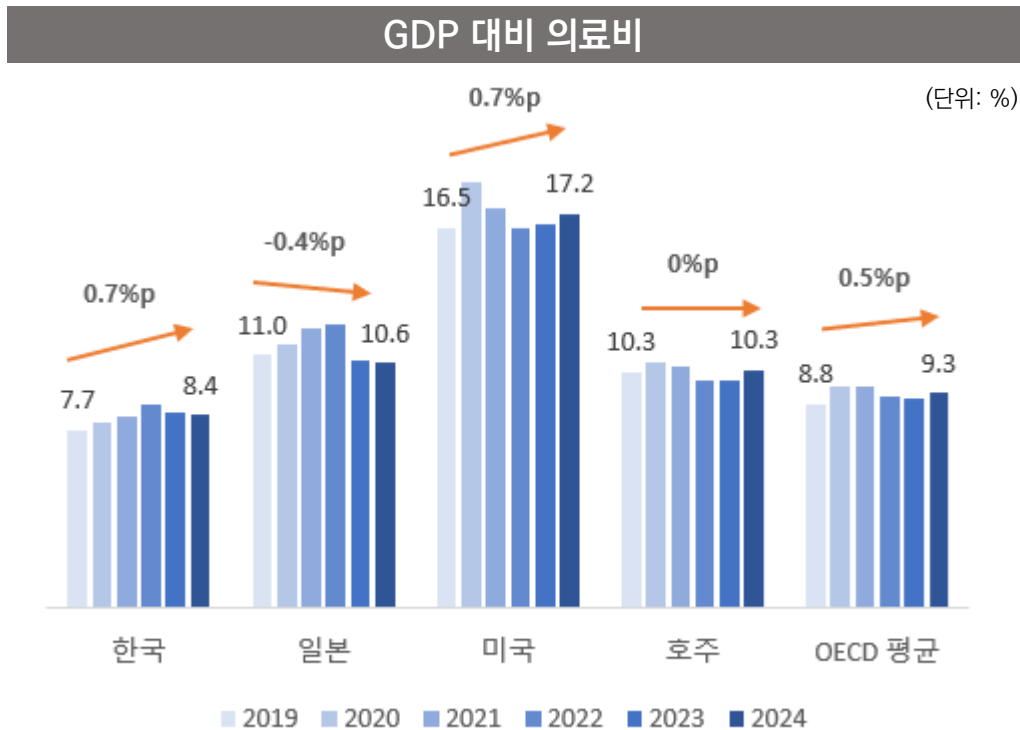
2023년 우리나라 공·사 건강보험 보장 현황



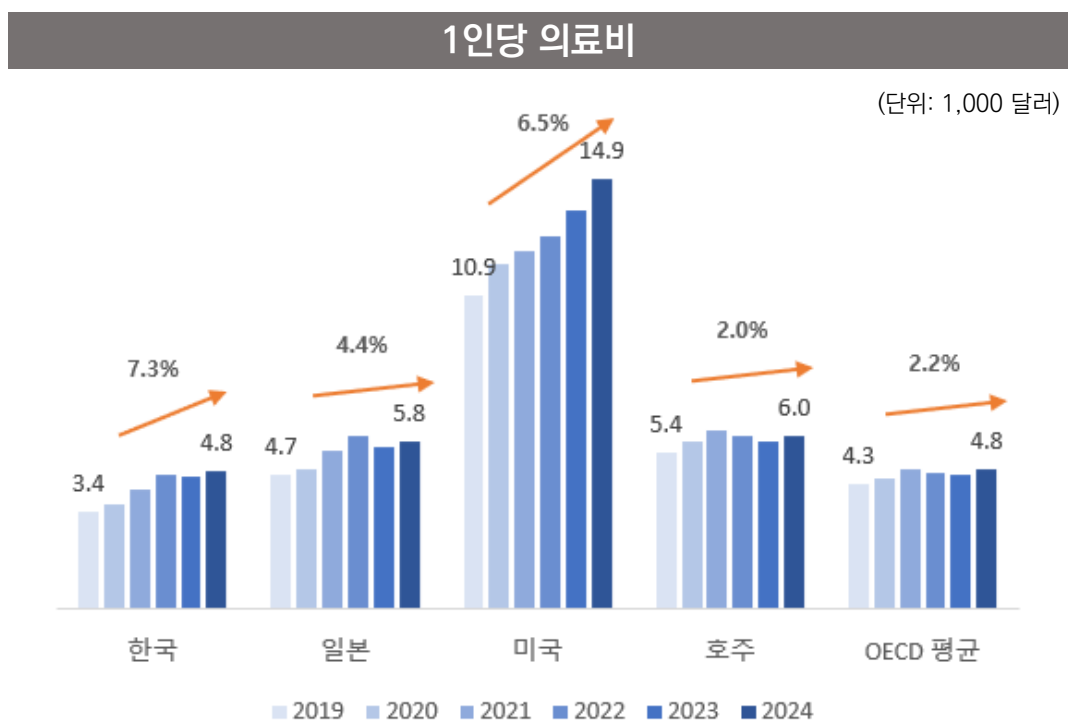
자료: 금융감독원 보도자료(2024.5.10), “2023년 실손의료보험 사업실적(잠정)”,
건강보험공단 보도자료(2025.5.12), “2023년 건강보험 보장률 64.9% (전년 대비 -0.8%p)”

의료비 증가

- 우리나라 국민의료비는 OECD 국가 대비 빠른 증가 추세를 보여 개인의 의료비 부담은 지속적으로 가중될 것으로 우려됨
 - 우리나라의 '24년 기준 GDP 대비 의료비 지출은 8.4%로 OECD 평균(9.3%)보다 낮으나, '19년 대비 증가폭은 타 국가에 비해 큰 편임
 - * 주요국 의료비 지출 증감: 초고령 국가인 일본 -0.4%p, 최대 의료비 지출 국가인 미국 0.7%p 수준
 - 1인당 의료비는 연평균(2019~2024년) 7.3% 증가하면서 OECD 회원국 중 가장 빠른 증가세를 보임



자료: OECD Health Statistics(2025)

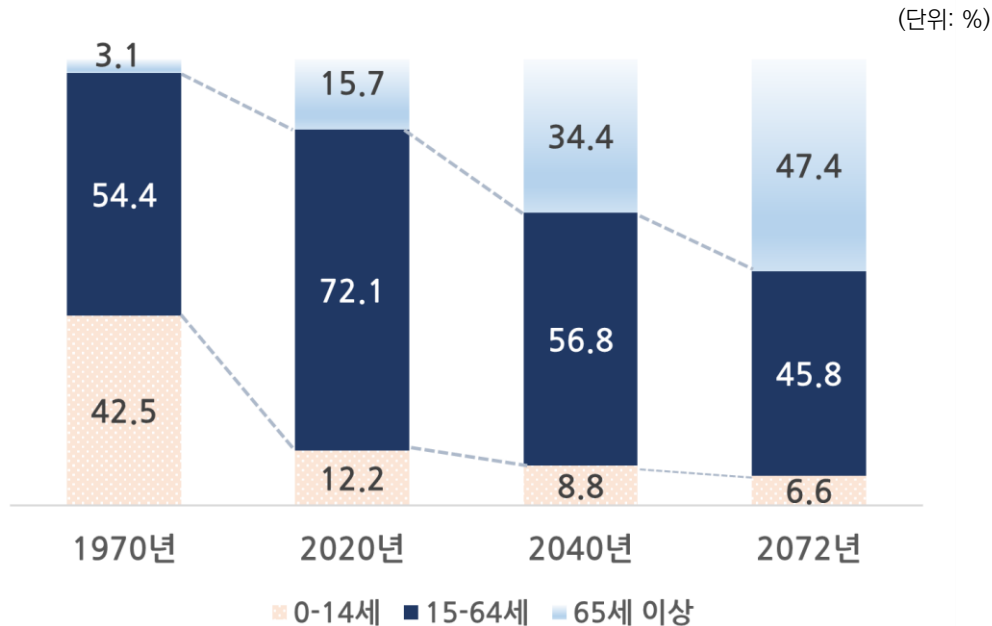


자료: OECD Health Statistics(2025)

초고령사회 진입

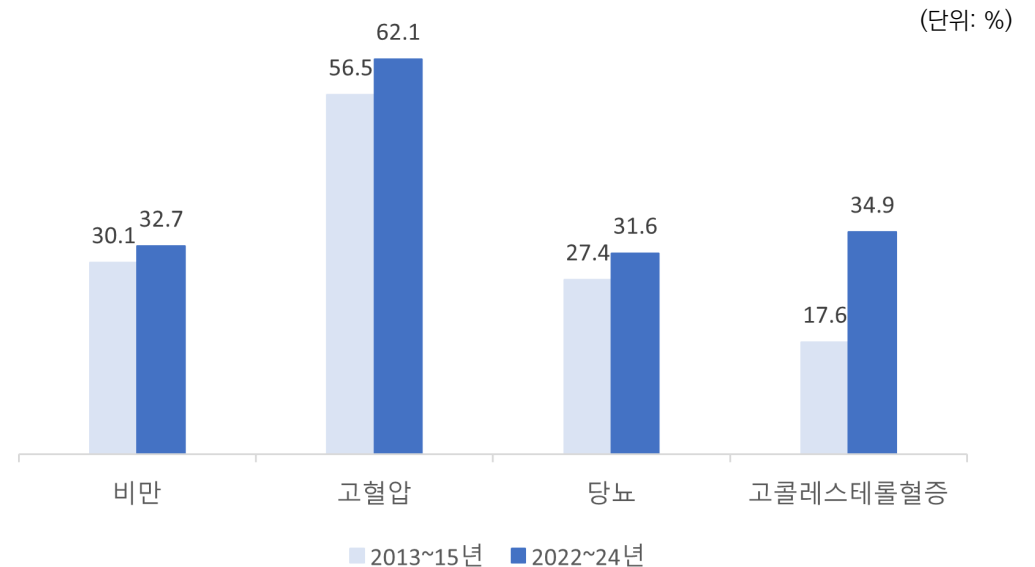
- 우리나라는 저출산·기대수명 증가의 영향으로 2025년 초고령사회로 진입하였음
 - 한국의 합계출산율은 '24년 0.75명으로 OECD 국가 중 가장 낮음
- 65세 이상 노인 남성의 만성질환 유병률은 10년 전에 비해 증가하였음
 - 고령화 추세와 만성질환 진료비 증가*를 고려할 때 향후 질병 부담은 지속적으로 증가할 것으로 예상됨
 - * 우리나라 만성질환 진료비: ('20년) 71조 원 → ('23년) 90조 원 (연 8.4% 증가)

우리나라 인구구조 변화



자료: 국가데이터청 보도자료(2023.12.13), “장래인구추계: 2022~2072년”

65세 이상 노인 남성의 만성질환 유병률

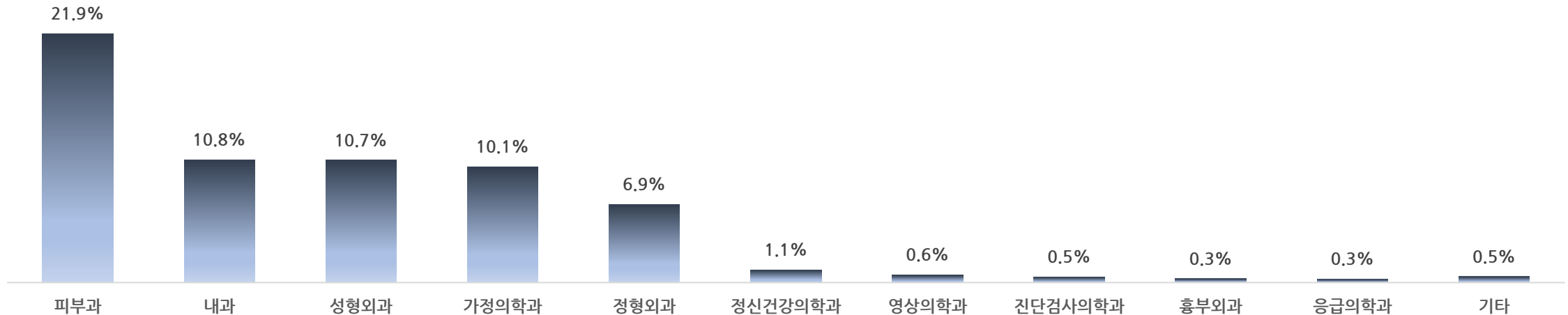


주: 노인 여성의 경우에는 비만, 당뇨병, 고혈압 유병률은 소폭 감소하였으나, 고콜레스테롤혈증 유병률이 20.8%p 증가함
 자료: 질병관리청 보도자료(2025.10.1.), “「2024년 국민건강영양조사」 결과 발표 만성질환 유병률 증가, 치료율은 개선

필수의료 공백

- 필수의료 분야는 적정 보상 한계와 인력 부족 등의 문제로 적정 공급에 어려움을 겪고 있음
 - 의사가 개원 후 진료가격과 양(횟수)을 자율적으로 결정할 수 있는 비급여로 높은 수익 실현이 가능함에 따라 필수의료 분야의 의사공급 기반이 더욱 취약해질 우려가 큰 상황임
- 123대 국정과제에서는 지역·필수·공공의료 보상 강화 및 인력 양성을 위한 의대 신설 등의 내용을 담음

최근 5년(2018~2022년) 일반의 신규개설 일반의원 진료과목 신고 현황

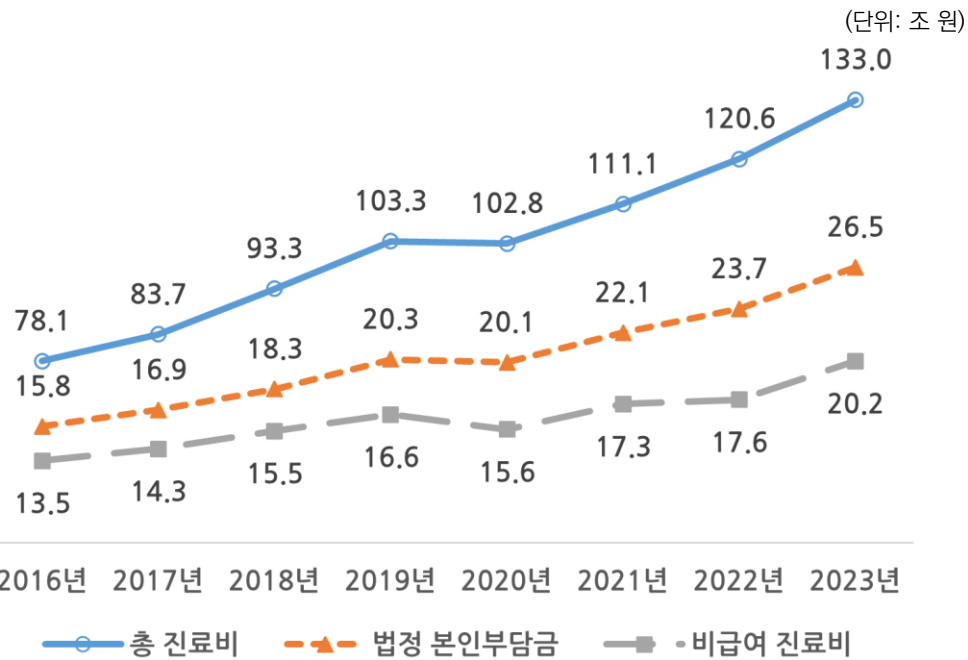


주: 최근 5년간 신규개설된 진료과목 중 해당 진료과목의 신규개설 비중을 나타냄 (상위 5개, 하위 5개 진료과목)
 자료: 건강보험심사평가원

국민건강보험의 지속가능성 우려

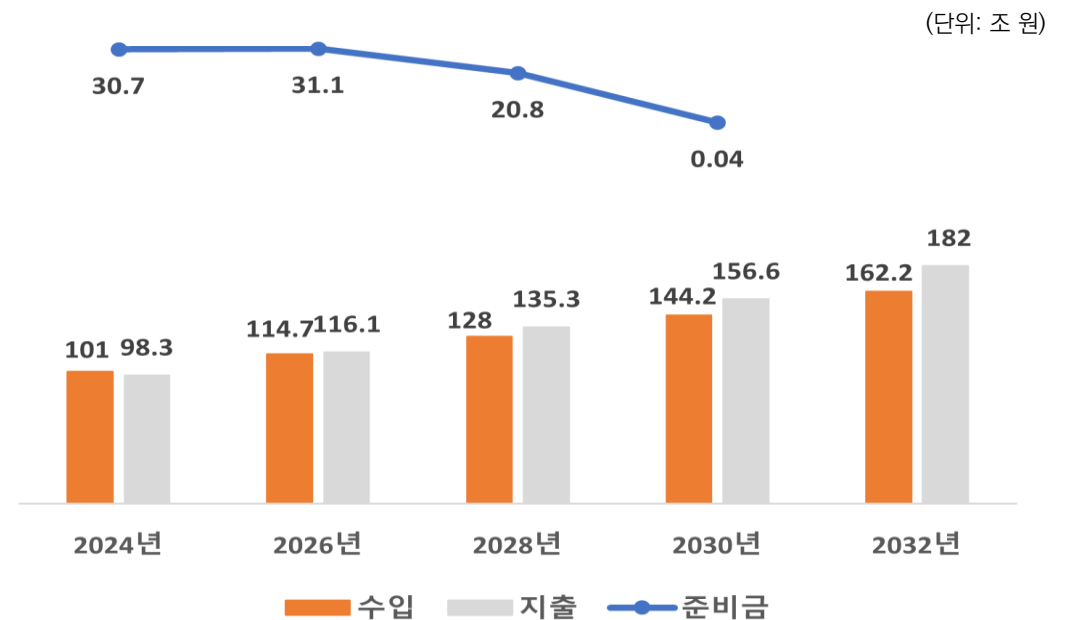
- 우리나라는 총진료비와 비급여 규모가 증가 추세를 보이는 가운데, 국민건강보험의 요양급여비용(공단부담금) 지출이 늘어남에 따른 지속가능성 우려가 존재함
 - 2024~2033년 국민건강보험 수입과 지출의 예상 연평균 증가율은 각각 7.3%, 8.7%로, 적자 규모가 증가할 것으로 전망됨
 - 보건복지부는 비급여 진료에 급여 진료가 병행됨에 따라 국민건강보험 재정이 부담하는 비용을 연간 640억 원으로 추산함

연도별 진료비 규모 변화(2016~2023년)



자료: 국민건강보험공단 보도자료(2025.1.7.)

국민건강보험 재정 전망



주: 1) 보험료율은 '23년 인상률(1.43%) 유지, '29년 이후는 보험료율 동결 전 최근 3년 평균 인상률(2.05%) 적용, '32년부터는 보험료율 상한(8%) 적용
 2) 건강보험 지출은 「의료개혁 1차 실행방안」에 따른 건강보험투자 반영
 자료: 국회예산정책처(2024)

정책 환경 변화: 의료개혁

- 보건당국은 건강보험 재정 안정화, 필수의료 강화 등 보건의료 개선을 위한 의료개혁 방향을 발표함
 - 의료개혁 실행 방안으로 비급여·실손보험 관리 강화가 포함되고, 내년 초 5세대 실손보험이 출범할 예정

정부의 의료개혁 방향

<p>① 건강보험 재정 안정화·지불제도 개편</p>	<p>건강보험의 공정한 부과기준 확립·부적절한 지출 요인 억제 건강보험 지불제도 개편</p>
<p>② 필수의료 강화</p>	<p>비급여 관리 강화 실손보험 구조 개혁 지역·필수의료 보상 강화</p>
<p>③ 국민 의료비 부담 완화</p>	<p>간병, 비급여, 희귀·난치 부담 등 완화 보장성 강화</p>
<p>④ 국민 참여 의료혁신위원회 신설</p>	<p>국민 공감·참여형 의료개혁혁신 수요자 중심 혁신과제</p>

자료: 보건복지부 보도자료(2024.2.2.), 보건복지부 보도자료(2024.8.30.) 보건복지부 보도자료(2025.9.26.), 123대 국정과제



실손의료보험 현황



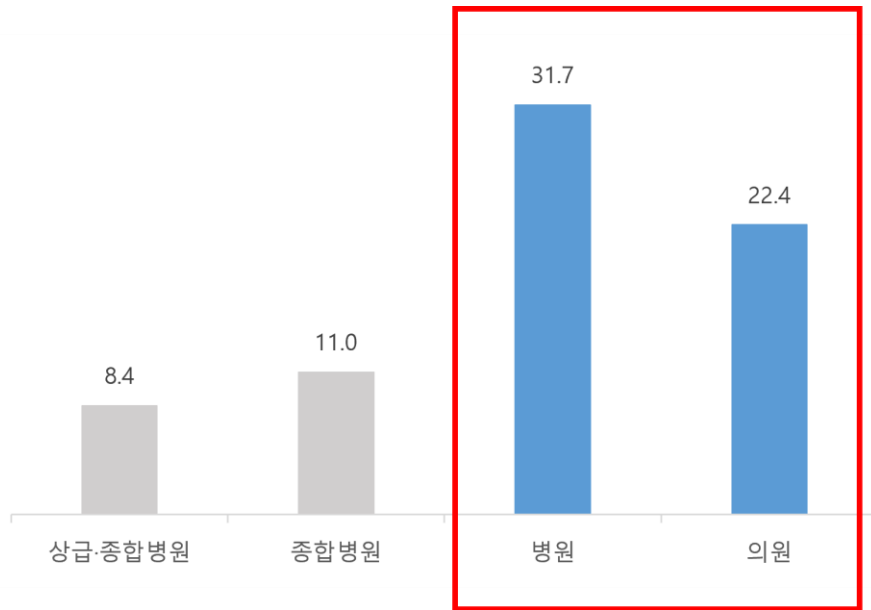
비급여 – 의료기관 및 비급여 유형별

- 비급여 진료비 비중은 병·의원 중심으로 높고, 치료 목적이 아닌 선택비급여 비중도 꾸준히 증가 추세를 보임

* 선택비급여는 의료소비자의 선택에 의한 경우로 일상생활에 지장이 없는 질환, 신체적 필수 기능개선을 직접 목적으로 하지 않는 경우를 말하며, 미용, 성형, 예방접종, 건강검진 등을 포함함

2023년 의료기관별 비급여 본인부담률

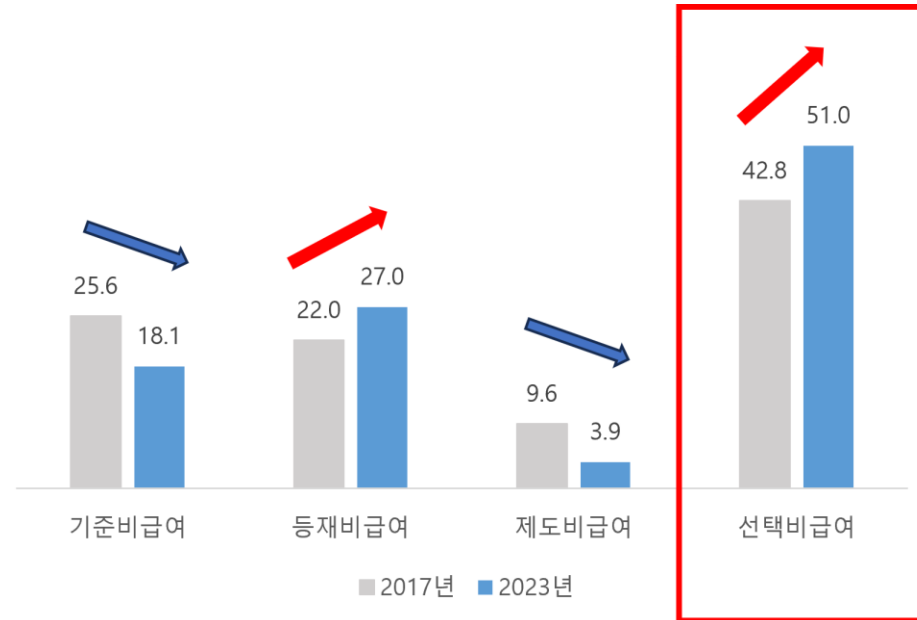
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단 보도자료(2025.1.7.)

비급여 진료비 구성 변화

(단위: %)



자료: 비급여 정보포털

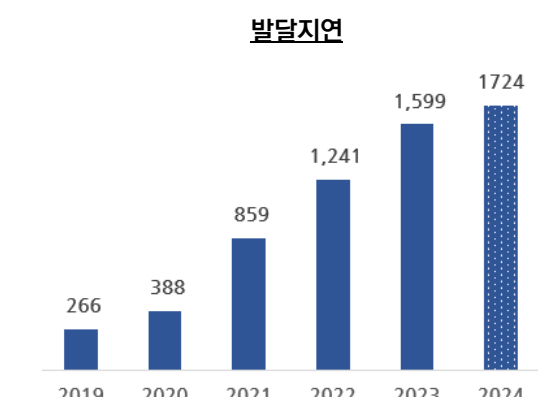
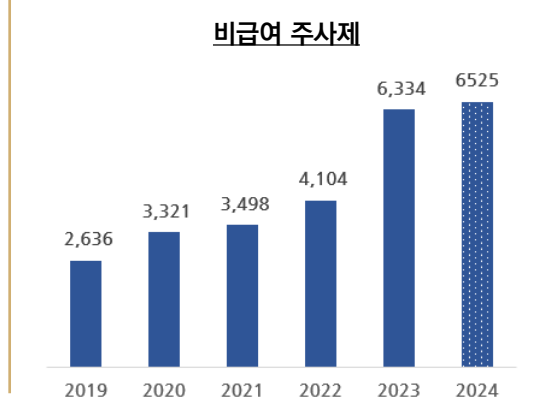
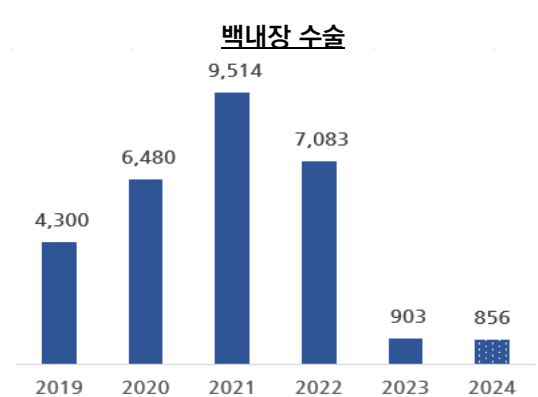
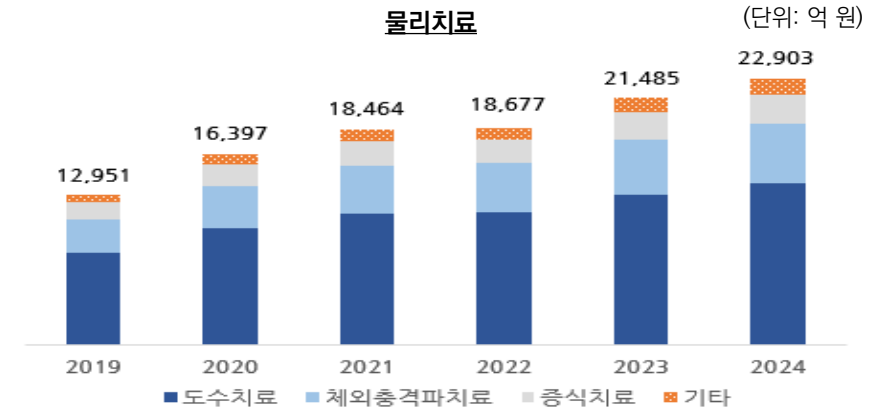
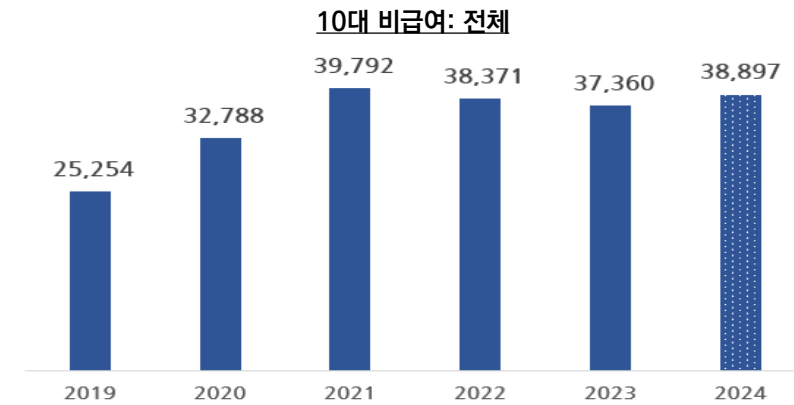
비급여 - 10대 비급여

- 2024년 전체 손해보험회사 지급보험금(12.9조 원)에서 10대 비급여(3.9조 원)가 30.1%를 차지하는 것으로 추정됨

10대 비급여 항목별 실손의료보험 지급보험금 현황

10대 비급여: 2024년 항목별

구분	금액
1 물리치료	22,903
2 비급여 주사제	6,525
3 척추관련 수술	2,768
4 발달지연	1,724
5 유방질환 (맘모툰 등)	1,090
6 재판매기능 치료재료	944
7 하지정맥류	957
8 백내장 수술	856
9 생식기질환 (하이푸시술 등)	690
10 비벨브재건술	441
합계	38,897

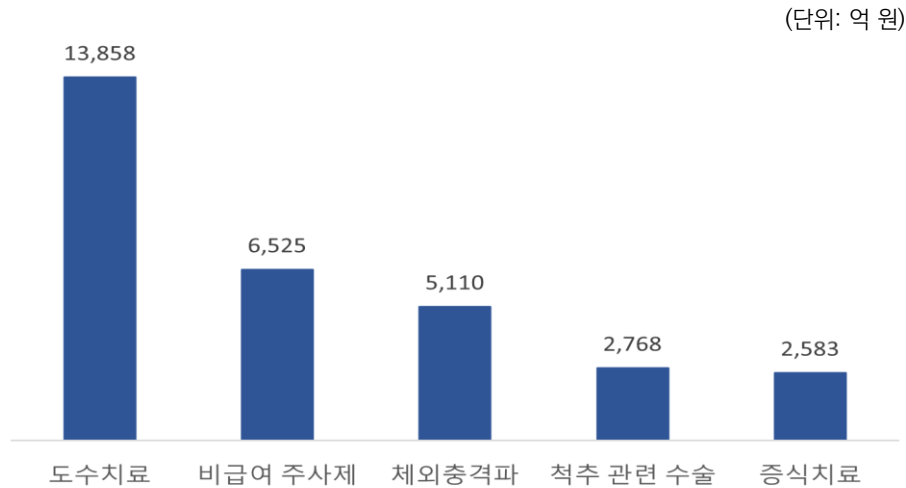


자료: 14개 손해보험회사 통계(추정치)

비급여 - 세부항목별

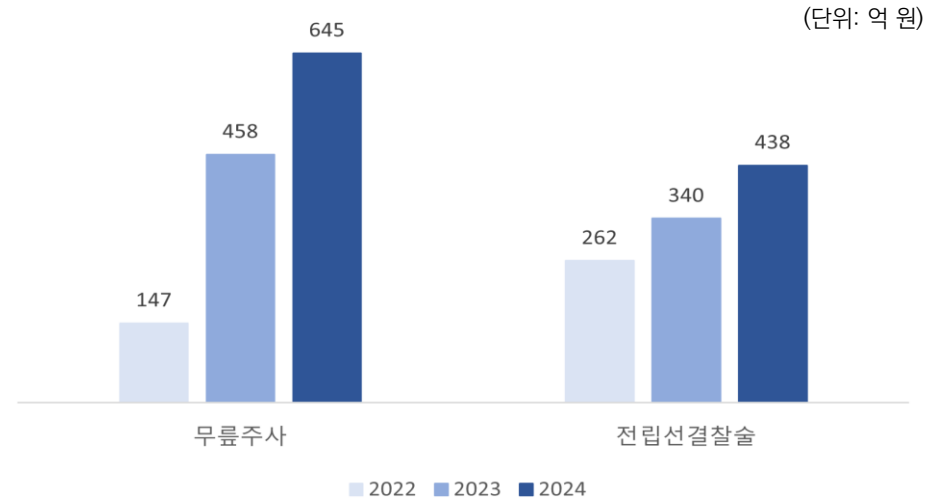
- '24년 실손보험 지급보험금의 주요 치료항목을 살펴보면 **근골격계 질환**(도수치료 등)과 **비급여 주사제**와 같이 치료적 필수성이 낮은 항목들의 비중이 높은 편임
 - 물리치료(도수·체외충격파·증식치료)는 지급보험금이 약 2.3조 원(실손 지급보험금 비중의 약 18%)에 달하며 비급여 금액 상위를 차지
 - 특히 도수치료(실손 지급보험금 비중의 약 11%)는 의료기관간 가격편차도 확대
- 그 외 **무릎줄기세포주사, 전립선결찰술 등 신의료기술** 관련 비급여 치료가 큰 폭으로 증가함
 - 무릎줄기세포주사와 전립선결찰술 지급보험금은 각각 전년대비 40.7%, 29.1% 증가

'24년 실손보험금 지급액 상위 5개 (손해보험사)



자료: 14개 손해보험회사 통계

신의료기술 관련 실손보험금 지급액

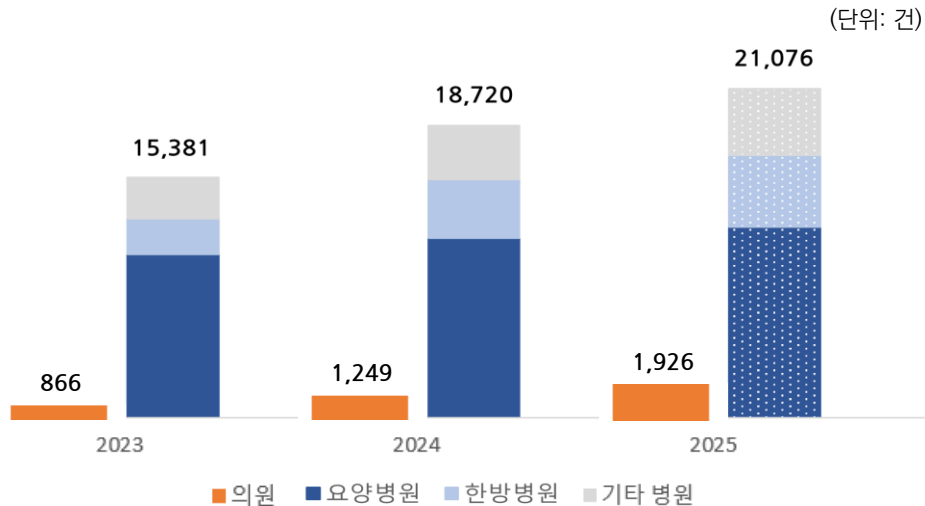


자료: 금융감독원 보도자료(2025.5.13)

비급여 – 암환자 면역증강제

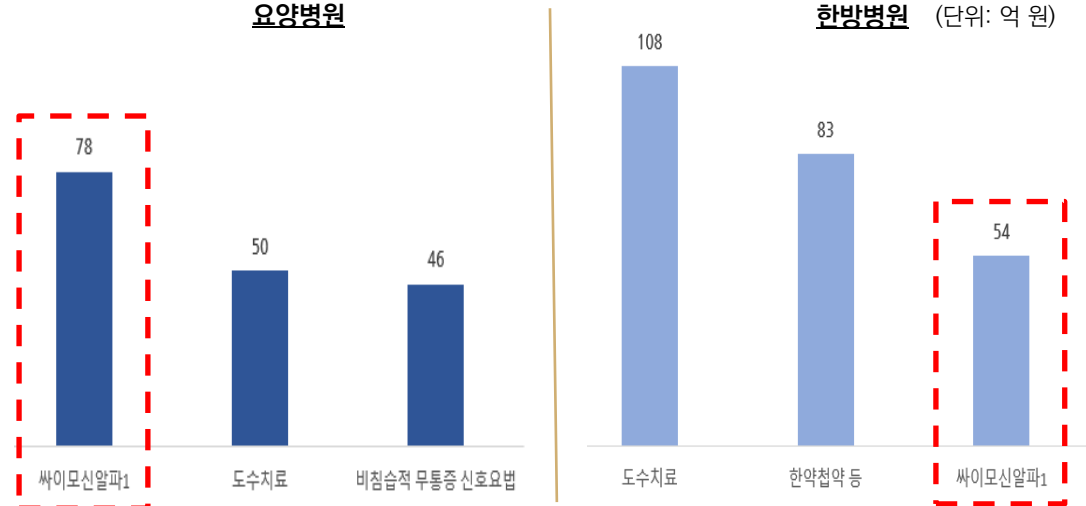
- **암 환자의 면역증강용 비급여 주사는 요양·한방병원 중심으로 청구가 증가하고 있음**
 - '24.9월 기준 단일 주사제인 싸이모신알파-1이 요양병원과 한방병원에서 각각 비급여 진료비 항목 상위 1위와 3위를 기록함
 - * 전체 의약품 진료비 중 면역증강제 진료비 비중이 절반 이상(52.8%)을 차지함
- **한편, 한국보건 의료연구원(NECA) 의료기술 재평가 결과 암 환자의 면역증강용 비급여 주사(싸이모신알파-1, 비스쿰알BUM, 이뮤노시아닌) 등급을 '권고하지 않음'으로 결정('25.7.31.)**
 - 암환자 면역증강제의 치료 효과성이 충분히 입증되지 않았음에도 과잉·허위 처방이 이루어지는 등 소비자 피해와 불필요한 의료비 부담을 초래

암환자 면역증강용 비급여 주사 청구 건수



주: 2025년도는 2분기까지 수치의 2배로 계산함
 자료: 14개 손해보험회사 통계(추정치)

'24.9월 요양·한방병원 비급여 진료비 상위 3위 항목

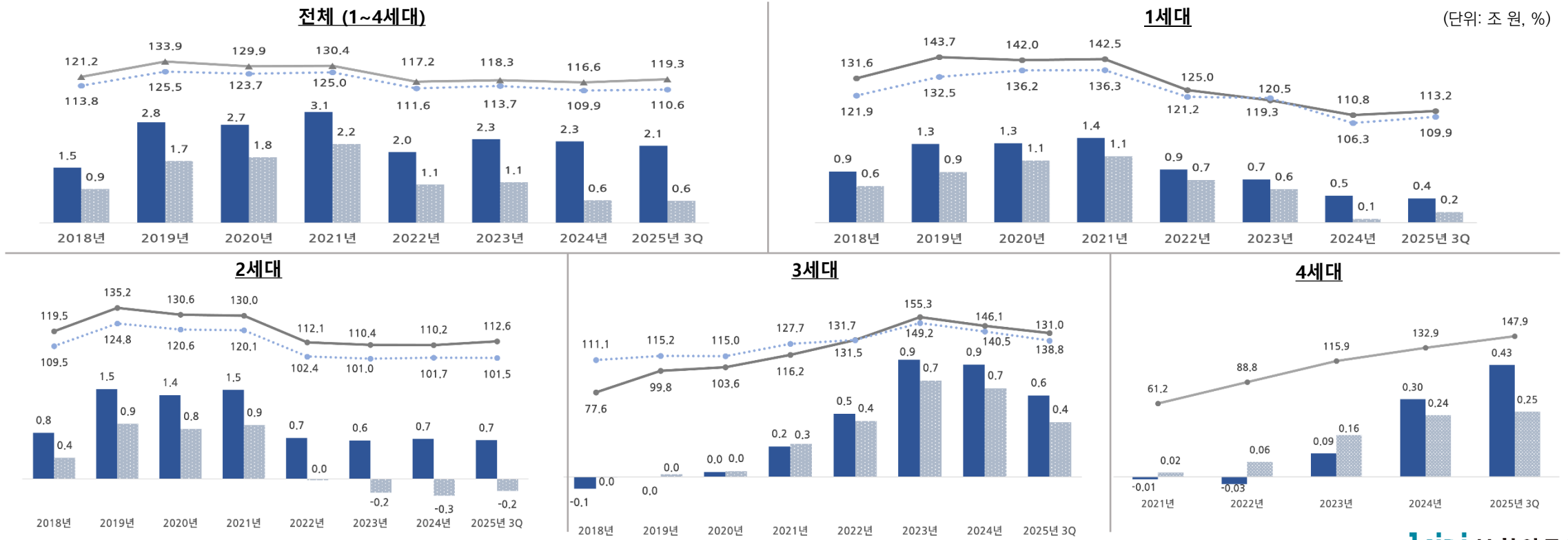


자료: 보건복지부 보도자료(2025.1.6.)

손해율(1/2)

- 실손의료보험은 비급여 과잉진료, 의료비 지출 증가, 보험료 조정 제한 등으로 매년 적자 상황이 지속되고 있음
 - '25년 3분기 기준, 실손의료보험(1~4세대 합산) 위험손해율은 119.3%, 합산비율은 110.6%를 기록함

전체 보험회사 실손의료보험 상품(1 ~ 4세대)별 손해율·손실액 현황



주: 2025년은 3분기 누적 자료임
 자료: 보험회사 통계

■ 위험손실액 ■ 손실액 ● 위험손해율 ●● 합산비율

손해율(2/2)

- '25년 3분기 손해보험회사 기준, 전 세대가 적자이며 특히, 4세대 실손보험의 손해율 악화가 두드러짐
 - (1·2세대) 요율 정상화 노력 등에도 불구하고, '25.3분기부터는 전년 동기대비 재차 상승세로 전환되기 시작함
 - (3세대) '23년 고점(154.9%) 대비 손해율이 소폭 완화되었으나 여전히 높은 손해율(137.9%, '25.3분기 기준) 기록
 - (4세대) 지속적으로 악화되어 '25.3분기 기준 148%(전년 동기대비 18.2%p)에 달함
- * 실손보험 손해율 악화의 주원인으로는 비급여 항목의 과잉 이용이 문제로 지적되는데, 4세대 실손의 경우 비급여뿐만 아니라 급여 손해율도 가파르게 증가하는 양상을 보임

손해보험회사 실손의료보험 상품(1~4세대)별 위험손해율 현황

(단위: %)

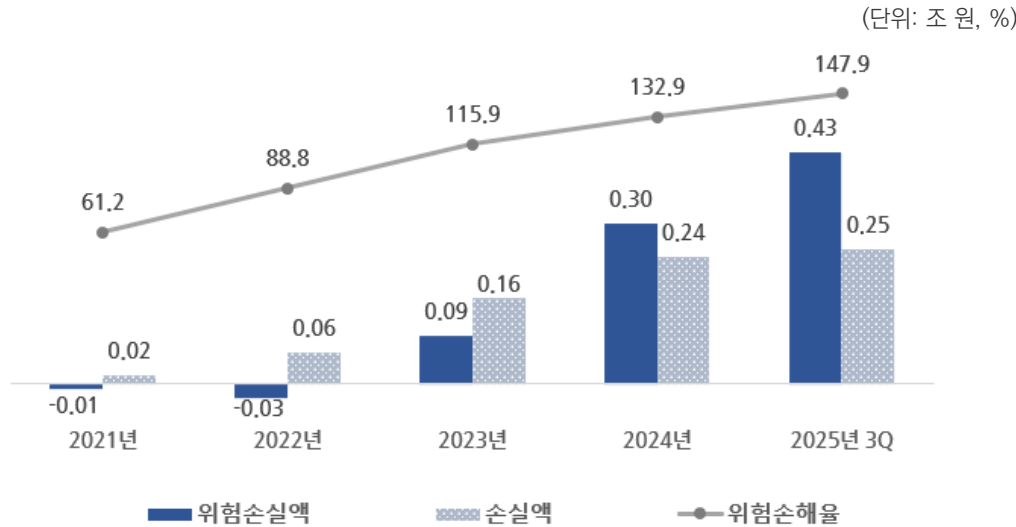
	'22년	'23년	'24년		'25년
			~3분기	~4분기	~3분기
1세대	124.9	119.2	111.7	110.7	113.2
2세대	111.5	110.6	110.5	110.4	114.5
3세대	131.4	154.9	145.1	144.6	137.9
4세대	89.5	116.0	129.7	132.4	147.9 주)
계	118.9	120.1	117.2	117.0	120.7

주: 4세대 실손보험의 경우 급여 손해율은 169.8%, 비급여 손해율은 131.6%를 각각 기록함
 자료: 손해보험회사 통계

보험료 조정 제한

- 실손의료보험은 보험업감독규정에 따라 위험구분단위별로 연간 $\pm 25\%$ 범위 내에서만 요율 조정이 가능한 상황임
 - 실손보험금이 지속 증가하고 있으나, 보험료 조정한도 규제로 인해 보험료 필요 인상분의 충분한 반영이 어려움
 - 상품 구조가 유사한 실손보험의 경우 신상품은 직전 세대 요율을 기초로 함에 따라, 가격 조정 제한은 신상품에도 초기부터 영향을 줌

전체 보험회사 4세대 실손의료보험 손해율·손실액 현황



주: 2025년은 3분기 누적 자료임
 자료: 보험회사 통계

보험료 조정한도 규제

보험업감독규정 제7-63조(제3보험의 보험상품설계 등)

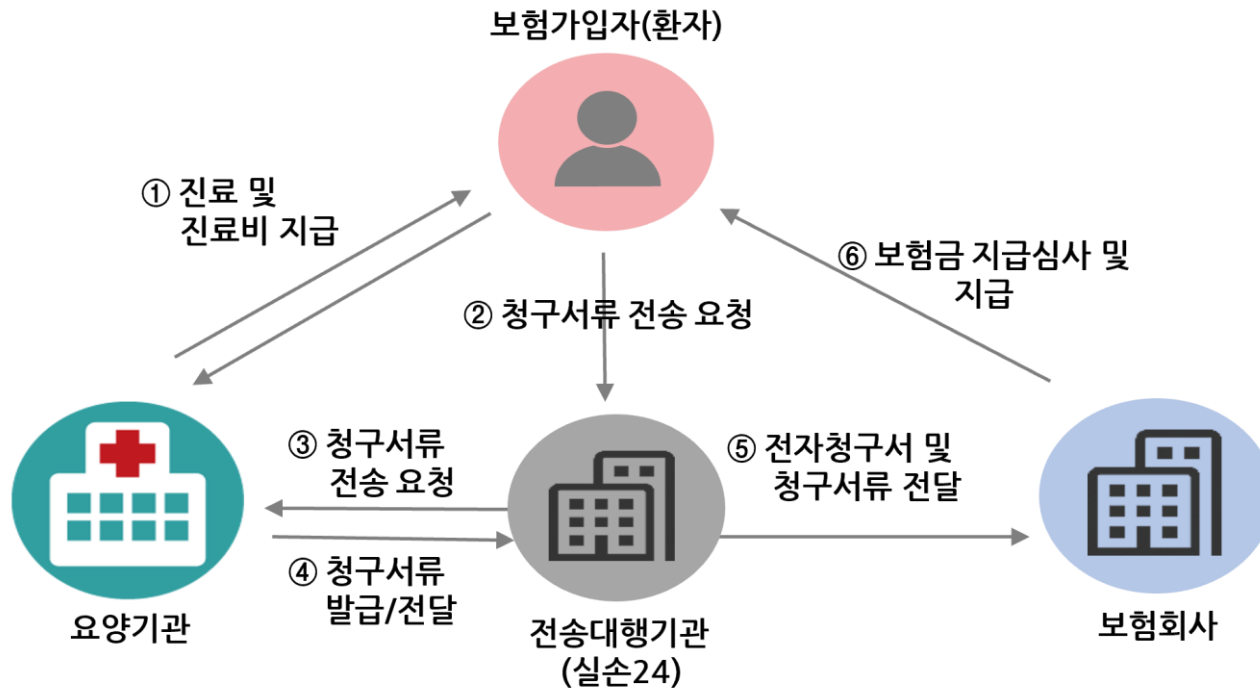
② 약관상 실제 발생하는 손해(이하 "실손해"라 한다)를 보장하는 경우 제1항 제1호 및 다음 각 호의 요건을 충족하여야 한다.

3. 실손의료보험에서 위험구분단위별로 보험료의 변경이 매년 $\pm 25\%$ 를 초과하지 않을 것. 다만, 보험회사가 제7-16조부터 제7-19조까지에서 정하는 조치를 요구 받거나 그러할 가능성이 있다고 인정되는 경우는 그러하지 아니한다.

실손의료보험 청구 전산화 제도

- 실손보험 청구 전산화는 '24.10.25일 요양기관을 대상으로 시행되었으며, '25.10.25일 의원·약국을 대상으로 2단계 확대 시행
 - 정부·보험회사의 지원 노력에도 불구하고 실손24에 참여하는 요양기관 연계율은 여전히 저조한 상황임
 - * '25.11.25일 기준 1단계(병원급·보건소) 4,311개소(55.2%), 2단계(의원·약국) 18,791개소(19.3%) 연계 완료 <출처: 금융위원회 보도자료('25.11.27)>
 - 한편, 보험회사의 실손 청구정보는 보건당국(건보공단·심평원)의 의료이용 정보와 단절되어 있음

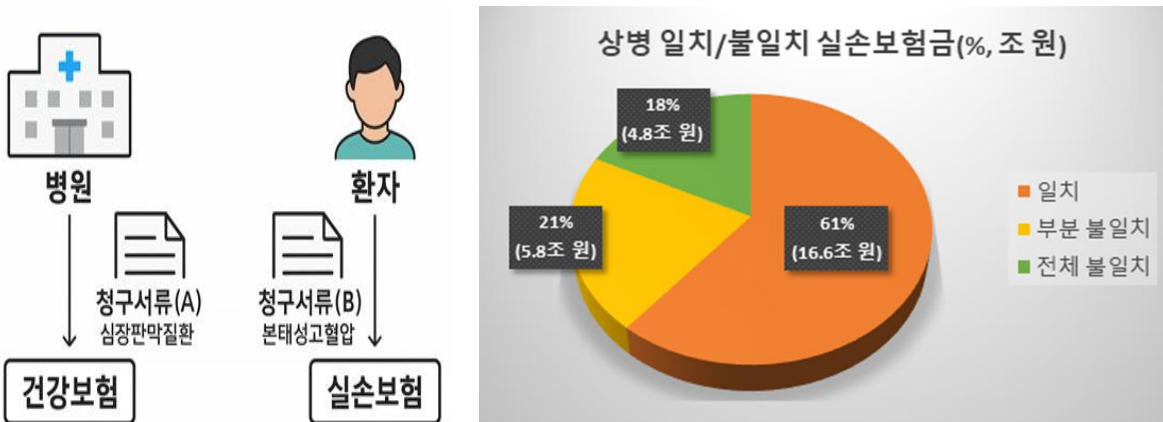
실손보험 청구 전산화 과정



공·사보험 연계 미흡에 따른 문제점

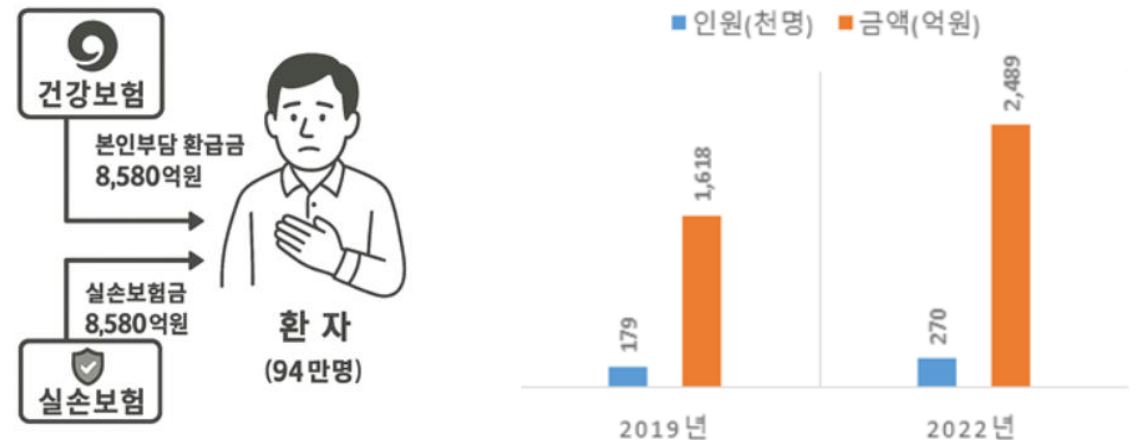
- (실손보험 허위청구) 건강보험·실손보험 간 상병 등 청구정보 불일치 사례 다수 발생
 - 건보·실손 청구서류 간 매칭 분석 결과, 상병 전부 또는 일부 불일치 건이 39%('18~'22년 기준, 감사원)이고 여기에 실손보험금이 10.6조원 지급됨
 - 실손보험만 청구하고 건강보험은 청구하지 않은 경우 등 보험사기 및 이상청구로 의심되는 사례도 많음
- (공·사보험 이중수령) 공·사 건강보험 간 정보 교환 부재로 실손 보험금과 의료비를 보장하는 공적보험(국민건강보험) 보험금의 중복 지급 발생
 - 감사원 분석 결과, 2019~2022년간 건강보험 본인부담상한제 환급금과 실손보험금이 8,580억 원 이중지급됨
 - 이중지급 차단 시, 손해율이 2.3%p 감소하여 연간 실손보험료 2,232억 원 인하 효과 기대

건강보험-실손보험 청구 병명 불일치 실태



자료: 감사원 보도자료(2025.5.13.)

건보 본인부담상한제 환급금과 실손보험금 이중지급 실태



자료: 감사원 보도자료(2025.5.13.)

Ⅲ

5세대 실손 도입에 따른 고려사항

실손의료보험 제도 개선(1~4세대)

- 2009년 표준화 이후 지속적인 제도 개선 및 상품구조 개편을 실시
 - 의료이용·의료공급 통제를 위해 비급여 특약 분리 운영 및 가입자 자기부담을 확대함
 - 의료환경 진료형태 변화 등에 대한 능동적 대응을 위해 재가입주기 도입(2013년 15년) 및 단축(2021년 5년)
- 그러나 특히 비중증 비급여에 대한 의료 공급 변화 등에 따라, 제도 개선 및 상품구조 개편 효과가 희석

실손의료보험 상품구조 개편 주요 내용						
		2009.10	2013.1	2017.4	2021.7	
구분	1세대	2세대		3세대	4세대	
기본 구조		급여·비급여 포괄 구조		비급여 특약 확대 특약: 3대 비급여	특약: 전체 비급여	
자기 부담		10%/20%		자기부담 확대 주계약: 급여:10%/20% 비급여: 20% 특약: 30%	주계약: 20%	특약: 30%
변경 주기		3년, 5년		보험료 변경주기 단축 1년	1년	
		없음		보장구조 변경주기 단축 15년	5년	

5세대 실손의료보험 보장 구조(1/2)

- 금융당국은 실손의료보험이 필수의료를 강화하는 의료체계와 조화를 이루고 중증환자 중심의 적정 보상이 이루어질 수 있도록, 신규상품에서는 ‘중증 비급여’와 ‘비(非)중증 비급여’를 구분하여 보상내용 등을 차등화하는 안을 고려하고 있음
- 급여(주계약)의 경우 입원에서는 기존 4세대 실손보험과 동일하게 급여 본인부담금에 대해 20%의 자기부담률을 유지하나, 외래에서는 자기부담률을 건강보험 본인부담률과 연동함
 - 급여 입원은 중증질환인 경우가 많고 남용 우려가 크지 않아 현행 4세대와 같이 자기부담률을 일괄 20%로 적용
 - 외래의 경우 실손 자기부담률을 건강보험 본인부담률과 연동하여, 의료수요 조절을 목적으로 하는 건강보험 본인부담제 정책 효과를 제고
 - 기존 면책하던 임신·출산(O코드) 급여의료비 신규 보장

	현행	현행(4세대)	개선(안)
급여	자기부담	<ul style="list-style-type: none"> • 입원: 20% • 통원: Max[20%, 1·2만원¹⁾] 	<ul style="list-style-type: none"> • (입원) 20% • (통원) Max[건보 본인부담률²⁾, 20%, 1·2만원¹⁾]
	임신·출산	<ul style="list-style-type: none"> • 보장대상 아님 	<ul style="list-style-type: none"> • 급여의료비 신규 보장

주: 1) 병·의원+약국: 1만원, 상급·종합+약국: 2만원
 2) 보험금 지급 실무상 전체 의료행위 합산비용 기준

5세대 실손의료보험 보장 구조(2/2)

- 비급여(특약)의 경우 중증 비급여(특약1)와 비중증 비급여(특약2)로 구분하여 보상한도, 자기부담 등을 차등화함
 - 비급여 특약1: 중증 비급여 자기부담 한도(상급종합·종합병원 입원 시, 연간 500만 원) 도입
 - 비급여 특약2: 4세대 대비 과잉우려 비급여(도수·체외충격파·증식 치료, 주사료, 미등재 신의료기술 등)는 면책, 본인부담률 확대

비급여

현행	현행(4세대) 비급여	특약1(안)	특약2(안)
적용 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 제한 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 중증^{주)} 질병·상해 	<ul style="list-style-type: none"> • 非중증 질병·상해
보장한도	<ul style="list-style-type: none"> • 年 5천만원 • 통원 회당 20만원 • 입원 회당 한도 無 	<ul style="list-style-type: none"> • 좌동 + 상급·종합/종합병원 이상 입원 시 연간 자기부담금 한도 500만원 	<ul style="list-style-type: none"> • 年 한도 축소(1000만원) • 통원 일당 20만원 • 입원(병·의원) 300만원
본인 부담	<ul style="list-style-type: none"> • (입원) 30% • (통원) Max[30%, 3만원] 	<p style="text-align: center;">좌동</p>	<ul style="list-style-type: none"> • (입원) 50% • (통원) Max[50%, 5만원]
면책	<ul style="list-style-type: none"> • 미용·성형 등 	<p style="text-align: center;">좌동</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 좌동 + 신의료기술 등 비등재 비급여, 선진입 의료기술 • 3대 비급여(도수·체외·증식 등 근골격계 치료, 비급여 주사, 비급여(MRI) 등

주: 대상질환 기준(예: 산정특례 등록기간이 종료되더라도 대상질환일 경우 해당)

5세대 실손 도입의 영향: 의료 수요 측면

- (소비자 의료이용 행태 변화) 5세대 실손보험 도입은 특히 비중증 비급여에 대한 소비자의 가격 민감도를 증가시킬 뿐만 아니라, 전반적인 의료이용 행태를 변화시킴에 따라 불필요한 **의료비 지출을 감소**시킬 수 있음

국가 주도형 건강보험
 미국의 예: 메디케어
 한국의 예: 국민건강보험

미국의 경우: 메디케어의 보충형 보험인 메디캡

- Group A: 메디케어
- Group B: 메디케어 + 메디캡
- Group C: 메디케어 + 메디캡 + 고용주보험

의료비 지출 수준: C > B > A

Group B, C에서는 Group A에 비해 본인 부담이 감소함에 따라 의료 이용이 늘게 되는 '도덕적 해이' 현상 발생 가능

한국의 경우: 실손의료보험

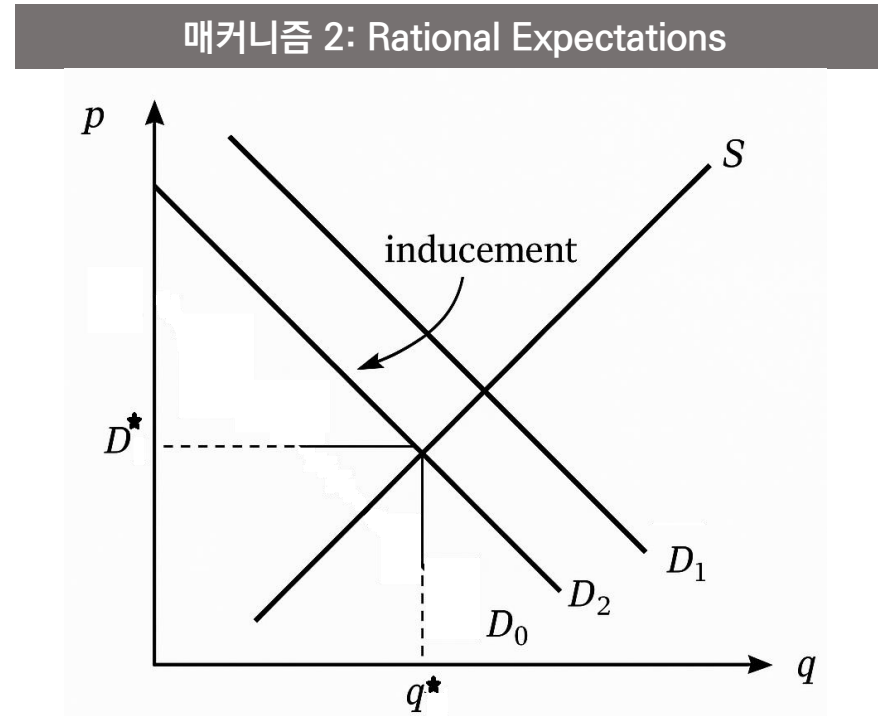
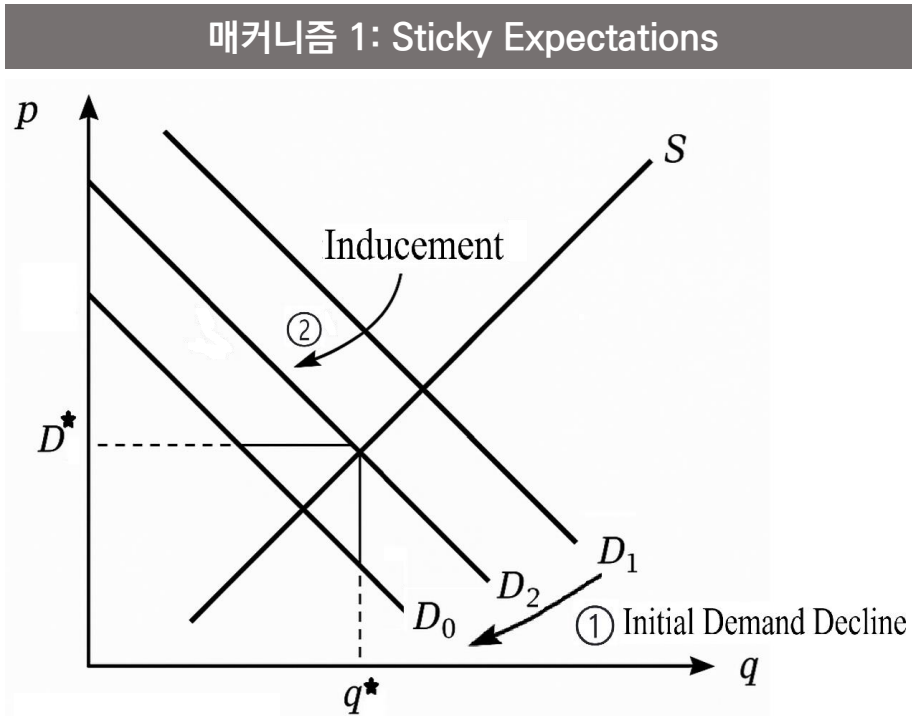
- Group A: 건강보험 + 이전세대 실손의료보험
- Group B: 건강보험 + 5세대 실손의료보험

의료비 지출 수준: A > E(B)

5세대 도입은 환자의 본인 부담을 증가시키고 의료이용 행태 변화를 통해 의료 수요를 감소시킬 수 있음

5세대 실손 도입의 영향: 의료 공급 측면

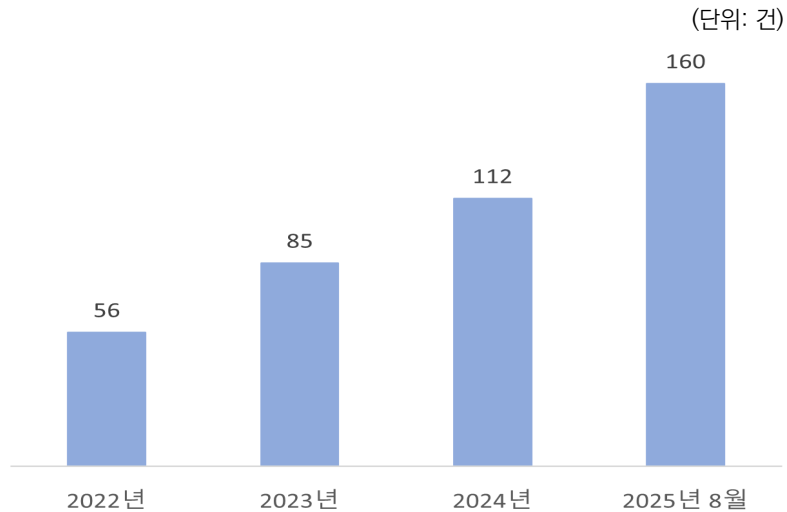
- (의료서비스 공급자 유인수요) 의사가 불필요한 서비스나 추가 진료를 권유할 경우 환자의 의료비 절감 의지가 약화되면서 실제 의료 이용을 줄이려는 효과가 일정 부분 상쇄될 수 있음
 - 의료 분야의 구조적 정보 비대칭으로 인해 환자의 의료서비스 선택 시 의사의 권유가 개입되면 의료 이용 조절이 더욱 어려워지는 문제 발생
 - 이러한 요인들로 인해 수요를 억제하기 위해 설계된 5세대 실손의 자기부담률 인상이 실제 의료 이용 감소로 충분히 이어지지 않아, 기대했던 비용 절감 효과가 제한적으로 나타날 가능성이 있음 ($D_0 \rightarrow D_2$)



첨단재생의료 치료 도입과 실손보험(1/2)

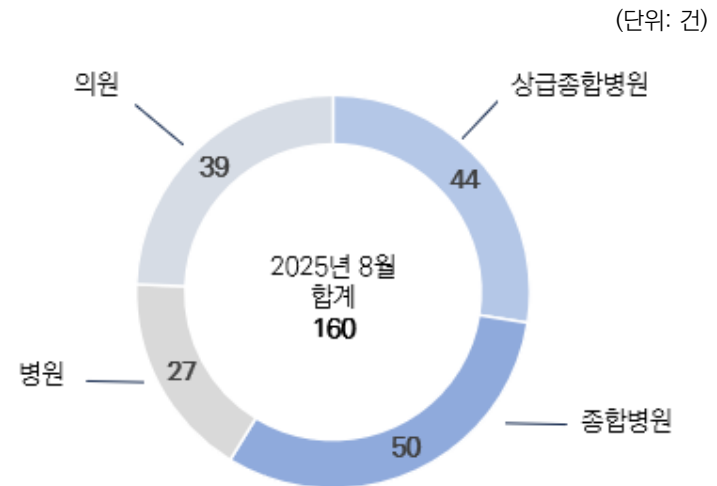
- 복지부는 첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률(이하 ‘첨생법’)을 개정하여, '25.2월 첨단재생의료 치료 제도를 도입함
 - 개정법은 첨단재생의료 치료를 중대·희귀·난치질환자 대상으로 허용하여 비급여로 비용 청구가 가능해짐
 - 첨단재생의료 실시기관 지정은 최근 급격히 늘어나고 있으며, 의료기관 종별을 불문하고 성형외과·피부과·한방병원 등을 포함하며 다양하게 확대되고 있음
- * 첨단재생의료는 사람의 신체 구조 또는 기능을 재생, 회복, 또는 형성하거나 질병을 치료 또는 예방하기 위하여 인체세포 등을 이용하여 실시하는 세포치료, 유전자치료, 조직공학치료, 융복합치료 등을 말함

첨단재생의료 실시기관 지정 현황



주: 연도별 누적 재생의료기관 지정 건임
 자료: 보건복지부

첨단재생의료 실시기관 의료기관별 현황



자료: 보건복지부

첨단재생의료 치료 도입과 실손보험(2/2)

- 첨단재생의료 치료는 주로 고가인데다 기존 유사 비급여 시술에서도 의료기관별 가격 편차가 크게 나타난 바 있어, 첨단재생의료 치료 활성화는 보험금 청구 증가와 실손보험 재정 부담으로 이어질 수 있음
- 첨단재생의료 치료 대상 중 ‘난치질환’에 대해서는 엄격한 정의가 마련되어 있지 않아, 모호한 정의로 인해 지정 병원에서 상업적으로 광범위하게 해석·적용하거나 미용 목적으로도 남용될 수 있다는 우려가 존재함
 - 첨단재생의료 치료는 이전세대 실손뿐만 아니라 5세대 실손의 비급여 특약¹에서 보장됨에 따라, 도덕적 해이를 방지하기 위해 치료대상자 범위의 구체화가 선행될 필요가 있음
 - * 정부가 강조하는 중증질환 중심 보장 강화 기조와 제도적 일관성을 확보하기 위해서도 첨단재생의료의 적용 대상은 명확히 규정될 필요

첨생법 제2조 제6호
 ‘대체치료제가 없거나 생명을 위협하는 중대한 질환,
 ‘희귀질환’,
 ‘그 밖에 난치질환 등’

난치질환에 대한 명확한 정의 부재
 중증질환은 「국민건강보험법」
 희귀질환은 「희귀질환관리법」



[참고] 의료서비스의 예외적 시장진입 제도

선진입 의료기술과 첨단재생의료 치료 등 의료서비스의 예외적 시장진입 제도 비교

구분	제한적 의료기술(14~)	평가유예 신의료기술(15~)	혁신의료기술(19~)	첨단재생의료 치료(25~)
정의 규정	「신의료기술평가에 관한 규칙」	「신의료기술평가에 관한 규칙」	「신의료기술평가에 관한 규칙」	「첨단재생바이오법」
사용 대상	지정 의료기관에서 연구 조건으로 시행하며, 희귀·난치질환자 등 치료 기회 확대가 필요한 대상에 시행	식약처에 허가·인증·신고된 의료기기를 활용하여 고시에 명시된 사용 대상(대상질환/적응증)에 시행	사용 신고된 기관에서 혁신의료기술 고시의 사용 대상에 부합하는 환자에 시행	첨단재생의료 실시기관에서 치료계획 승인을 받아, 중대·희귀·난치 질환자에게 시행
실시 형태	임상연구	임상진료	근거창출 연구 + 임상진료	임상연구 + 임상진료
사용 기한	3년	2년 + 재평가(~2년)	3~5년 + 재평가(~250일)	5년(재심의 후 연장 가능)
실시 기관	IRB 마련 의료기관	의료법상 의료기관	(연구) IRB 마련 의료기관 (임상) 기술 고시·사용신고 요건에 따라 실시	첨단재생의료 실시기관으로 지정된 IRB 마련 의료기관
비용 산정	미등재 비급여	미등재 비급여	선별급여(본인부담률: 90%) 또는 (임시)등재 비급여 (고시·상하한 설정)	미등재 비급여
실손 보상	비급여 의료비 보상	비급여 의료비 보상	급여 또는 비급여 의료비 보상	비급여 의료비 보상

주: IRB 마련 의료기관은 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」에 따른 기관생명윤리위원회(IRB)를 자체 설치·운영하거나, 타기관/공용 IRB와 위탁협약을 체결해 심의를 받을 수 있도록 준비된 기관을 말함

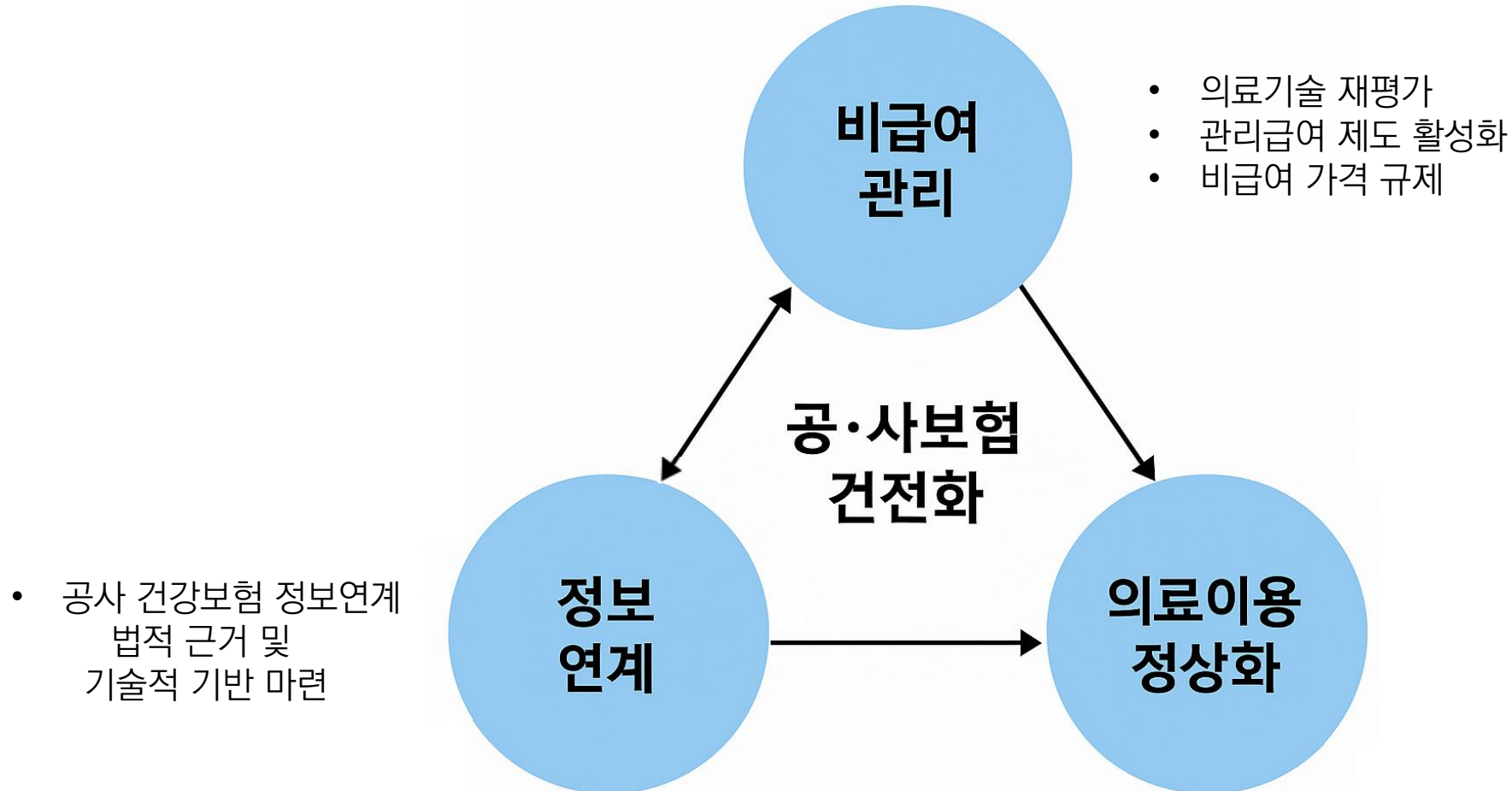
자료: 보건복지부; 법제처

IV

제언



공·사 건강보험 건전화를 위한 정책 방향



의료기술 재평가

- **신의료기술평가 제도 도입 이전부터 관행적으로 사용돼 온 구(舊)비급여 항목에 대해 우선적으로 재평가 추진 필요**
 - 체외충격파, 증식치료 등 과거에 근거가 충분하지 않은 상태에서 시장에 자리 잡은 비급여 항목에 대해 사용 목적·대상·방법을 명확히 고시하면, 임상적 필요성이 낮거나 과잉으로 이용되는 비급여 사용을 실질적으로 줄일 수 있음
 - 암환자 면역증강제 3종과 같이 「근거 부족(권고하지 않음)」 결론이 확인된 약제 및 치료법은 희귀의약품 지정 해제, 약사법 기반의 약제 재평가, 허가취소 또는 제한적 사용조치 등 후속 절차를 신속히 시행 → 불필요한 비용 지불 및 효과 없는 치료에 대한 노출을 선제적으로 방지
 - 이러한 재평가·퇴출 체계는 의료자원의 비효율적 소비, 건강보험 재정 누수와 민간보험사의 과도한 지급을 동시에 감소시키는 효과

- **의료기술 재평가와 연계하여 환자 보호를 위한 비급여 정보 비대칭 완화 필요**
 - 의료기관이 권고되지 않는 치료나 근거가 미흡한 비급여를 제공할 경우, 환자가 해당 치료의 근거 수준·예상 효과·잠재 위험성을 명확히 이해할 수 있도록 고지 의무를 강화하고 이를 위반할 경우 행정적 제재 및 보고 의무를 부과하는 체계가 필요함
 - 의료기술 재평가에서 안전성·유효성이 부족하다고 결론 난 의료기술·약제는 5세대 실손보험 표준약관에서 보장 대상에서 제외될 수 있도록 상품 구조를 개편함으로써, 실손보험 재정 건전성과 소비자 부담 감소를 달성할 수 있음

비급여 관리 – 관리급여 지정, 비급여관리법 제정, 비급여 수가체계 마련

- **(관리급여 제도 활성화) 과잉 우려가 큰 비급여 중 주요 항목(비급여 물리치료, 비급여주사제 등)의 경우 관리급여로 신속히 지정되어야 실손 상품개편과 시너지 효과를 발휘할 수 있음**
 - 과잉 우려가 큰 비급여에 대해서는 선별급여 중 ‘관리급여’로 전환하여 가격·진료기준 등을 설정하고 별도로 관리하게 됨
 - * 특정 비급여가 관리급여로 설정되면 가격, 급여기준을 설정하고 95% 본인부담률 적용
 - ** 최근 관리급여 근거 마련을 위한 국민건강보험법 시행령 개정안이 입법예고('25.11.7.)됨
 - 보건당국은 관리급여 대상 항목 선정 기준을 구체화하고, 관리 시급성·수용성 등을 고려하여 대상 항목을 선정할 계획임
 - 이때, 관리급여 기준 초과시 비급여 인정(기준비급여)이 아닌 급여 전액본인부담으로 규율하는 것이 합리적임
- **(비급여 가격 규제) 해외사례를 참고하여 비급여 가격 상한을 마련하거나 비급여의 참고가격을 제시함으로써, 지나치게 높은 비급여 가격 책정을 억제하고 의료기관 간 비급여 가격 편차를 줄여야 함**
- **(비급여관리법 마련) 비급여 항목의 과잉 이용을 억제하기 위해 장기적으로는 비급여 관리에 대한 법적 근거를 마련할 필요가 있음**
 - 비급여의 투명성·안전성·적정성 확보와 국민 의료비 부담 완화, 실손보험 연계 부작용을 완화하기 위해서는 비급여 가격·진료기준·행위규율이 가능하도록 비급여 관리에 대한 법적 근거 마련이 필요함

[참고] 비급여 관리체계 해외사례

독일

- 법정건강보험이 급여하지 않는 비급여 의료서비스에 대한 의료수가 체계(GOÄ)를 1965년부터 도입하여 적용함
- 비급여 진료에 대한 이의신청제도 시행
 - 의료인은 청구시 의료행위의 난이도, 수행시간, 실행 상황등을 고려하여 GOÄ에 제시된 가중치를 적용할 수 있음
 - 일반적으로 1~2.3배의 가중치만 설정할 수 있으며, 2.3배 초과 시에는 의료인이 이를 서면으로 정당화해야 함(GOÄ 제5조 제2항)
 - 치료 전 환자와 합의가 있는 경우에는 3.5배 이상의 수가를 적용할 수도 있음(GOÄ 제2조)

가중치	적용
1	• 공적 건강보험 수가 기준
1~2.3	• 의료행위 난이도가 평균일 경우 적용
2.3~3.5	• 의료행위 난이도가 평균 이상일 경우 적용 • 적용 전 의료진이 서면으로 정당화 필요
3.5 이상	• 고난도 혹은 선진 의료행위일 경우 적용 • 적용 전 의료진은 환자 및 보험회사와 서면합의 필요

호주

- 의료제공자는 자유롭게 진료비를 청구할 수 있으나, 보험회사와 사전계약을 맺은 의사 및 민영병원은 정해진 수가를 적용해야 함
 - 합의된 수가는 일반적으로 호주의 공적 건강보험 수가(MBS)보다 높음
 - 환자 본인부담금이 없는 계약(no gap) 또는 환자 부담금 상한선을 정한 계약(known gap)이 있음
 - 보험회사와 계약을 맺지 않은 의료기관 이용 시 보험회사는 호주 공적 건강보험 급여 수가(MBS)의 25%만 부담하고 나머지는 환자가 전액 부담해야 함
- 환자 본인부담금 발생 시 의료제공자는 환자에게 이를 설명하고 동의(Informed Financial Consent: IFC)를 받아야 함
- 호주의료협회는 의료수가 가이드라인(AMA Fees Lists)을 매년 발표하여 보험회사와 계약하지 않은 전문의가 이를 참고하여 진료비를 청구하도록 함
- 호주의료협회는 기본적으로 전문의의 의료수가를 규제에 반대하는 입장이나, 환자와 의사 간 정보공유를 중요하게 생각함
- 호주 복지부는 '19.12월 전문의 진료비 검색 서비스(Medical Cost Finder)를 시작해 일반 국민에게 지역별, 의료서비스별 전문의 진료비의 평균 수준을 공개함

실손보험 요율 정상화(1/2)

- 실손의료보험 지속가능성을 위한 실손보험(1~4세대) 요율 정상화 필요

- 실손보험은 만성적인 비급여 과잉의료, 의료비 지출의 급격한 증가 등으로 인해 최근 5년('20~'24) 간 10조원 이상 적자 누적
- 이로 인해 기존 실손보험 판매 보험사 중 절반 가까이 실손보험 판매를 중단한 상황 ('10년 30개사 → '25.11월 현재 18개사)

손해보험회사 실손의료보험 상품(1~4세대)별 위험손해율 현황

(단위: %)

	'22년	'23년	'24년		'25년
			~3분기	~4분기	~3분기
1세대	124.9	119.2	111.7	110.7	113.2
2세대	111.5	110.6	110.5	110.4	114.5
3세대	131.4	154.9	145.1	144.6	137.9
4세대	89.5	116.0	129.7	132.4	147.9
계	118.9	120.1	117.2	117.0	120.7

자료: 손해보험회사 통계

실손보험 요율 정상화(2/2)

- 실손의료보험 보험료 조정한도 규제 시 위험구분단위 및 크기($\pm 25\%$)의 적정성에 대해 고민할 필요가 있음
 - 세대별 구조를 고려한 적정 요율을 확보하고, 담보별 요율 밸런스를 정상화할 수 있는 방향으로 검토 필요
 - 보험원리에 따른 자율적 요율 조정 원칙 실현으로 안정적인 실손의료보험 운영 및 재무 리스크 해소 도모
- (소비자 부담 분산) 실손보험 적정 수준의 요율 반영을 통해 소비자 보험료 부담을 분산할 수 있음
 - 실손보험은 매년 요율이 조정되는 상품으로 보험료 조정을 미룰수록 손해율 상승이 가중되는 구조로, 소비자는 결국 미래 특정 시점에 큰 폭의 인상률을 적용받게 됨
- (계약전환 활성화) 1~4세대 실손보험료가 정상화된다면, 가격차를 통해 5세대 실손으로의 전환도 더욱 활성화될 것으로 기대됨

공·사 건강보험 정보 연계(1/2)

- **공·사 건강보험 정보 연계를 위한 법적 근거 마련 필요**

- 국민건강보험법과 보험업법 개정을 통해 건강보험-실손보험 관계 당국 및 소속 기관 간 정보교환 근거 마련

- **협력 구조를 총괄하는 상설 기구 마련**

- 정부 부처 간에 산발적으로 이루어지는 협조를 넘어, 보건의료·보험 부문 당국이 함께 참여하는 상시 협력 기구를 구성해 조정·감독 기능을 정교화할 필요
- 의료서비스 이용에 대한 적정성 조사, 관리, 기준 설정 등 주요 역할을 통합적으로 수행할 수 있는 체계가 요구됨

- **정보 연계를 위한 기술 플랫폼 마련**

- 분산된 보험정보를 한 지점으로 모아주는 중앙 중계 플랫폼을 두고, 공·사보험 간 데이터 교환을 표준화하여 운영할 수 있는 기술적 기반 구축
- 기존 ICIS 등 정보 인프라를 확장·개편하는 방식도 고려 가능

공·사 건강보험 정보 연계(2/2)

- 공·사 건강보험 정보 연계 시 실손보험과 국민건강보험 간 상호작용 분석 및 불필요한 보험금 중복 지급 방지 가능
 - 국민건강보험 급여범위 결정 및 관리급여 시행 등 건보 정책과 실손 상품구조 개편 결정에 도움
 - 건강보험-실손보험 관계 당국 및 유관기관 간 충분한 정보 교환을 통해 공·사보험 간 불필요한 중복 지급 등 누수 방지

중복·누락 없는 정교한 보험 운영

공·사 건강보험 정보 연계를 통해
동일 진료에 대한
중복 지급, 과다 청구, 누락 청구 파악
→ 보험 재정 효율성 제고

부정수급·사기행위 차단 능력 강화

보험금 청구 이력, 진료기록,
보장 내역의 유기적 연결을 통해
이상 징후 발견 속도와 정확도 ↑
보험사기 방지 및 사회적 비용 절감

소비자의 알권리 개선 국민 부담 완화

정보 연계를 기반으로
비급여에 대한 고품질의 정보 제공
소비자의 합리적인 의료선택 도움
장기적으로 보험료 부담 완화의 기반 마련

[참고] 공·사 건강보험 상생을 위한 필요 과제

과제	내용
과잉 공급 비급여 관리	<ul style="list-style-type: none"> 과잉 공급 빈번한 비급여 항목에 대한 진료 적정성 가이드라인 구축 및 우선 급여화 추진 비급여 진료 적정성 가이드라인을 기반으로 구체적인 실손보험 청구 심사기준 마련
실손 연계 의료광고 등 금지	<ul style="list-style-type: none"> “실손(실비)보험 가능“ 등 실손보험을 악용한 과잉진료 유도 및 관련 의료광고 금지
의료기술 재평가	<ul style="list-style-type: none"> 안전성·유효성이 낮은 비급여 진료는 의료기술 재평가를 통해 퇴출 기전 마련
관리급여 제도 활성화	<ul style="list-style-type: none"> 과잉 우려가 큰 비급여 중 주요 항목에 대해서는 관리 급여로 우선 전환하여 가격·진료기준 설정 및 관리(관리급여 기준 초과 시 비급여 인정(기준비급여)이 아닌 급여 전액본인부담으로 규율 필요)
비급여 가격 규제 도입	<ul style="list-style-type: none"> (단기) 비급여 가격에 대한 보건당국 차원의 ‘권장가격 가이드라인’ 고시 (중장기) 비급여 표준 수가(상한제, 평균가, 구입원가 등) 제도 구축
비급여 관리법 마련	<ul style="list-style-type: none"> 비급여 가격·진료기준·행위규율이 가능하도록 비급여 관리에 대한 법적 근거 마련
민관 협의 채널 구축 및 정보연계	<ul style="list-style-type: none"> 공·사 건강보험 정보 연계를 통해 누수 근절 및 비급여에 대한 대국민 제공 정보 확대 공·사 건강보험 당국간 충분한 소통을 통해 각 보험제도의 보장영역 간 연계를 개선

감사합니다.