

# CEO Brief

CEO Brief는 보험산업 관련 이슈를 분석하여 보험회사 CEO와 유관기관의 기관장분들께만 제공되는 리포트입니다.

## 혼합진료금지의 도입 검토 배경과 고려사항

### 요약

보건복지부가 '제2차 국민건강보험 종합계획'을 통해 비급여 관리 강화 방안의 하나로 제시한 혼합진료금지는 일본 특유의 제도로 급여와 비급여의 병용(併用)을 원칙적으로 금지하는 제도임. 그러나 한국은 일본과 달리 비급여율이 높고 실손의료보험 가입이 확대된 상황이므로, 해당 제도가 도입되더라도 혼합진료가 만연할 수 있음. 혼합진료금지의 실효성 확보를 위해서는 소비자가 혼합진료를 선택하지 않을 유인 마련 및 적극적인 비급여 관리가 필요함. 또한 실손의료보험 가입 여부에 따른 의료 격차가 발생하지 않도록 급여 확대가 수반되어야 함

### 1. 검토 배경

- 혼합진료금지는 일본 특유의 제도로, 국민건강보험이 적용되는 보험 진료(이하 '급여')와 그렇지 않은 보험 외 진료(이하 '비급여')의 혼합을 원칙적으로 금지하는 제도임
  - 이에 따라 일련의 의료행위에서 비급여가 일부 포함될 경우, 급여와 비급여를 모두 비급여로 처리하여 전액 환자가 부담하도록 함
  - 단, 일본은 보험외병용요양비제도를 통해 일부 선진의료기술을 급여와 병용할 수 있도록 예외적으로 허용하고 있음
    - 대학병원 등에서 이루어지는 선진의료나 상급 병실료 등 혼합진료가 허용되는 일부 항목에 대해서는 해당 항목을 피보험자가 전액 부담하고, 급여에 대해서는 국민건강보험이 적용됨
- 국민의료비와 비급여의 과잉 이용을 통제할 필요성이 제기되는 가운데, 보건복지부는 '제2차 국민건강보험 종합계획'<sup>1)</sup>을 발표하고 건강보험의 재정적 지속가능성 제고 차원에서 '혼합진료금지'를 제시하였음
  - 혼합진료금지는 유효성·안전성이 담보되지 않거나 비용 효과가 떨어지는 비급여 진료를 억제하여 효율적인 의료자원의 배분을 유도하고, 환자의 비급여 의료비 부담이 확대되는 것을 방지하고자 하는 목적을 가짐

1) 보건복지부 보도자료(2024. 2. 2), "제2차 국민건강보험 종합계획(안)"

# CEO Brief

## 2. 고려사항

- 한국은 일본과 달리 비급여율이 높고 이미 실손의료보험의 가입이 확대된 상황<sup>2)</sup>이므로, 혼합진료금지의 실효성이 크지 않을 수 있음
  - 실손보험은 일부 항목을 제외한 모든 영역을 포괄적으로 보장하고 있으므로 혼합진료금지 제도를 도입하더라도 급여 중심의 의료 이용 유도가 효과적으로 이루어지지 않을 수 있음
  - 의료기관은 혼합진료를 피할 목적으로 진료행위를 급여와 비급여로 나누어 실시하거나 한 번에 진행하더라도 분리해 청구할 수 있으며, 이는 진료의 비효율성 및 추가적인 환자 부담을 유발할 수 있음
- 혼합진료금지의 실효성 확보를 위해서는 소비자가 혼합진료를 선택하지 않을 유인을 마련하고 적극적인 비급여 관리를 병행할 필요가 있음
  - 혼합진료를 실질적으로 금지하려면 급여와 비급여 전반을 관리하는 통합된 보건의료 관리체계를 마련하고, 의료기관의 급여와 비급여 분리 청구를 모니터링할 수 있어야 함
  - 불필요한 의료 이용을 억제하고자 하는 제도의 목적을 달성하기 위해서는 혼합진료 시 적정 수준의 진료비 부담이 발생하는 비용 부담 구조 및 체계적인 비급여 관리가 필요함
    - 실손보험 가입자가 혼합진료를 받을 시 공단 급여 부지급금과 법정본인부담금의 지불 주체를 명확히 하고, 혼합진료 금지항목에 한정하여 적절한 비용 부담을 고민해 볼 수 있음
    - 불필요한 의료 이용을 방지하기 위해서는 혼합진료 금지 대상인 비(非)중증 과잉 비급여의 기준을 명확히 정의하고, 해당 항목에 대한 진료 적정성 가이드라인 마련, 이용 횟수·보장한도 설정 등을 고려해 볼 수 있음
- 한편, 혼합진료금지 도입 시 제도의 수용성을 고려할 필요가 있으며, 실손의료보험 가입 여부에 따른 의료 격차가 발생하지 않도록 국민건강보험의 보장성 확대가 수반되어야 함
  - 오랫동안 의료행위 전반에서 급여와 비급여의 혼용이 이루어져 온 국내 상황을 고려하면 전면적인 혼합진료 금지보다는 포지티브 방식으로 금지항목을 특정하는 것이 적절할 수 있음
  - 환자의 의료서비스 선택권이 지나치게 제한되는 것을 방지하기 위해 유효성이 확인된 신의료기술이나 신약에 대해서는 혼합진료를 허용하거나, 급여로의 편입을 고려할 필요가 있음

김경선 연구위원  
sunnykim@kiri.or.kr

2) 일본과 한국의 의료보장제도 비교는 별첨을 참조하기 바람

## Implementation of a Ban on Mixed Billing

### ABSTRACT

The Ministry of Health and Welfare has proposed the prohibition of mixed billing, a system unique to Japan that bans the concurrent billing of covered and non-covered medical services. Since South Korea has a higher proportion of non-covered services and greater reliance on medical indemnity insurance, mixing covered and non-covered services may persist even if the ban is implemented. In order to ensure the effectiveness of the ban, it is crucial to create incentives for consumers to avoid choosing mixed services and to manage non-covered services actively. Furthermore, the government should consider expanding national health insurance coverage to prevent healthcare disparities based on whether a patient has indemnity insurance.

### 1. Background

The prohibition of mixed billing for covered and non-covered services is a system unique to Japan, which bans the concurrent billing of medical services covered by the National Health Insurance and those that are not. Under this system, if a series of medical treatments includes even one non-covered service, both the covered and non-covered services are treated as non-covered, and the patient bears the entire medical costs. This means that the prohibition does not forbid mixed treatments themselves but prevents insurance claims for such treatments. However, the Japanese system allows combined billing for advanced medical

technologies and covered services to meet patients' diverse medical needs. Therefore, for the medical services that can be billed together, such as advanced medical treatment at university hospitals or hospital room charges, the insured pays for the non-covered service, and the National Health Insurance pays for the covered part.

In South Korea, an acceleration in total medical expenditures and the growing burden on patients have highlighted the importance of the healthcare coverage system. However, there are concerns about the sustainability of the National Health Insurance Service (NHIS) due to increasing insurance payouts. The Ministry of Health and Welfare estimated that the cost borne by the NHIS due to the concurrent provision of non-covered and covered services amounts to 64 billion won annually. To control national healthcare expenditures and non-covered services, the Ministry of Health and Welfare announced the 2nd Comprehensive National Health Insurance Plan, which includes a proposed ban on mixed billing. The main purpose of this ban is to promote the efficient allocation of medical resources by curbing non-covered services that are not effective, safe, or cost-effective and to prevent patients from facing increasing amounts of non-covered medical expenses.

## 2. Considerations

Japan's National Health Insurance has maintained a high coverage rate and has prohibited mixed treatment since its introduction, resulting in a low demand for private indemnity medical insurance. In contrast, South Korea has a relatively lower coverage rate under the NHIS and a higher rate of non-covered services. This has led to a high demand for private medical indemnity insurance that covers out-of-pocket expenses, with about 40 million people currently insured.

In this context, even if the Korean government implements a ban on mixed billing, mixed treatment may still be widespread because the financial burden on consumers who choose non-covered services is not likely to increase significantly. Moreover, medical institutions may split treatment procedures into covered and non-covered

services to avoid mixed billing, or they may bill them separately even if performed together, which could lead to inefficiency and additional financial burdens on patients.

To effectively prohibit mixed billing, it is necessary to establish an integrated healthcare management system that oversees both covered and non-covered services comprehensively and monitors the billing practices of medical institutions. In addition, to curb abuse of medical utilization, it is important to establish a cost-sharing structure where patients bear an appropriate level of costs when receiving mixed services and implement active management of non-covered medical services. For instance, the government may consider setting guidelines for non-covered services subject to the mixed billing prohibition and reducing coverage for these items in private medical indemnity insurance.

Considering the long-standing practice of mixing covered and non-covered services in medical treatments, it may be more appropriate to adopt a targeted approach by identifying prohibited service items rather than implementing a blanket ban on mixed medical services. Furthermore, to expand patient choice, the government should consider allowing mixed treatment for newly validated medical technologies or drugs or incorporating them into the covered services. Finally, to prevent healthcare disparities based on whether a patient has medical indemnity insurance, it is essential to expand the coverage provided by national health insurance.

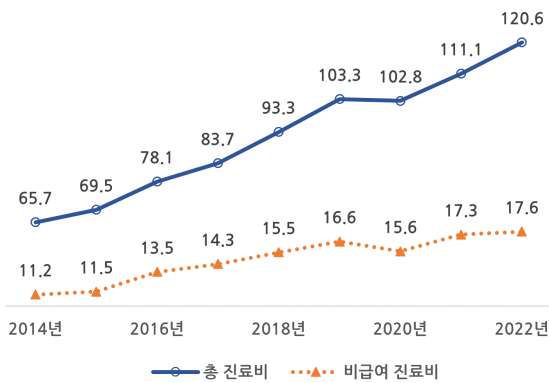
Kyungsun Kim, Research Fellow  
sunnykim@kiri.or.kr

## 1. 개요

○ 우리나라의 총진료비와 비급여 규모가 증가 추세를 보이는 가운데(〈그림 1〉 참조), 국민건강보험의 지속가능성과 필수의료 공백에 대한 우려가 존재함

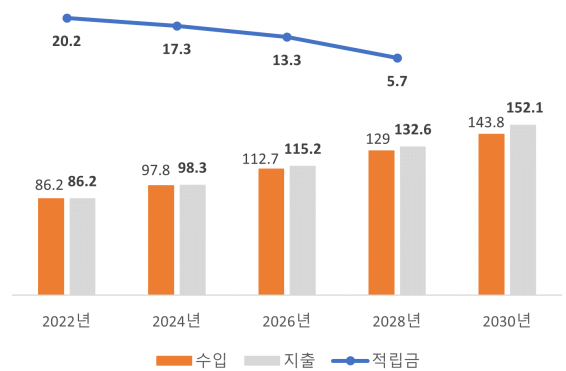
- 의료비 부담이 심화되면서 의료보장제도의 중요성이 강조되고 있으나, 국민건강보험의 보험금 지출이 늘어남에 따른 지속가능성 우려가 상존하고 있음
  - '22~'31년 국민건강보험 수입과 지출의 예상 연평균 증가율은 각각 6.4%, 7.4%로, 전망기간 동안 적자 규모가 증가할 것으로 전망됨(〈그림 2〉 참조)
  - 보건복지부는 비급여 진료가 급여와 함께 진행됨에 따라 국민건강보험 재정이 부담하는 비용을 연간 640억 원으로 추산함
- 의사가 개원 후 진료가격과 양(횟수)을 자율적으로 결정할 수 있는 비급여로 높은 수익 실현이 가능함에 따라 필수의료 분야의 의사공급 기반이 취약해지고 있음
  - 최근 5년(2018~2022년) 일반의가 신규 개설한 일반의원 진료과목은 주로 피부과, 내과, 성형외과 등으로 비급여 인기과목 쏠림 현상이 뚜렷하게 나타남

〈그림 1〉 연도별 진료비 규모 변화(2014~2022년)  
(단위: 조 원)



자료: 국민건강보험공단 보도자료(2024. 5. 17), "2022년 건강보험 보장률 65.7%(전년 대비 +1.2%p)"

〈그림 2〉 국민건강보험 재정 전망  
(단위: 조 원)



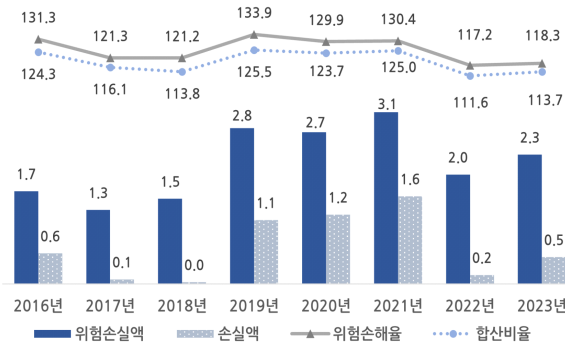
주: 장래 건강보험료율과 국고지원 비율은 각각 최근 3년 평균 인상률과 2023년도 예산안을 반영함  
자료: 국회예산정책처(2022), 「2022년~2031년 NABO 중기재정전망」

○ 실손의료보험은 손해율이 100%를 상회함에 따라 지속가능성에 우려가 제기되고 있으며, 비급여 치료 항목의 과잉 이용이 문제로 지적됨

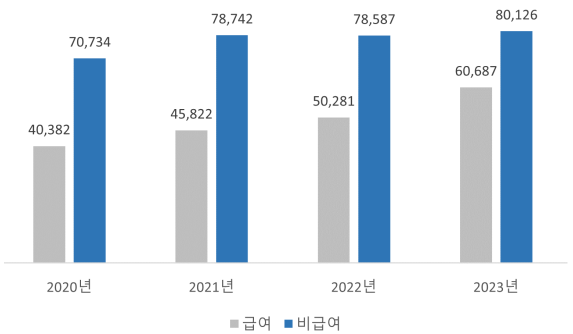
- 실손의료보험은 오랜 기간 위험손해율과 합산비율이 모두 100%를 상회하고 있음(〈그림 3〉 참조)
- 실손의료보험 지급보험금은 증가 추세를 보이며, 이 중 비급여가 약 60%를 차지함(〈그림 4〉 참조)

- 비급여 보험금 중 비급여 주사료, 도수치료 등 상위 5개 항목의 비중은 '23년 기준 64.2%를 차지하면서, 특정 비급여 항목의 과잉 의료 이용에 대한 문제가 지적되고 있음

〈그림 3〉 실손의료보험(1~4세대) 손해율 현황  
(단위: 조 원, %)



〈그림 4〉 실손의료보험 지급보험금 현황(2020~2023년)  
(단위: 억 원)



주: 1) 위험손실액 = 지급보험금 - 위험보험료  
2) 손실액 = (지급보험금 + 실제사업비) - (위험보험료 + 부가보험료)

자료: 금융감독원 보도자료(2024. 5. 10), “2023년 실손의료보험 사업실적(잠정)”

자료: 보험회사 통계

## 2. 한국과 일본의 의료보장제도 비교

○ 일본은 국민건강보험의 보장률과 급여율이 높으나, 한국은 상대적으로 국민건강보험 보장률이 낮고 의료 전반에서 비급여율이 높음(〈그림 5〉 참조)

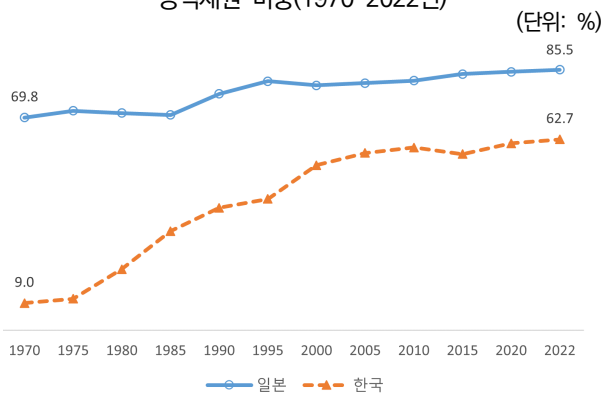
- 일본의 국민건강보험은 도입 시점부터 현재까지 높은 보장률을 유지하고 있으며, 대부분의 진료항목이 급여화되어 있고 급여율도 70~90%로 높음
  - 일본 국민건강보험 급여율은 6세 미만 취학 전 어린이의 경우 80%, 취학 후 연령부터 70세 미만은 70%, 70세 이상은 90%임
- 한국의 국민건강보험은 저부담·저급여의 낮은 보장률로 설계되었으며, 이후 지속 추진된 보장성 강화 정책에도 불구하고 보장률은 60% 중반대에 정체되어 있음
  - 한국의 국민건강보험 보장률은 '22년 기준 65.7%이며, 비급여율은 의료기관 종별, 진료과목별로 차이가 있으나 3.7%~53.8%로 높은 수준임<sup>1)</sup>

1) 국민건강보험노동조합 정책연구원(2024), 「혼합진료금지를 통한 실질의료비 절감방안」

○ 일본의 경우 민영건강보험 가입률이 높음에도 그 역할이 제한적인 반면, 한국은 실손의료보험 가입률이 높고 지급보험금 규모도 증가 추세를 보임

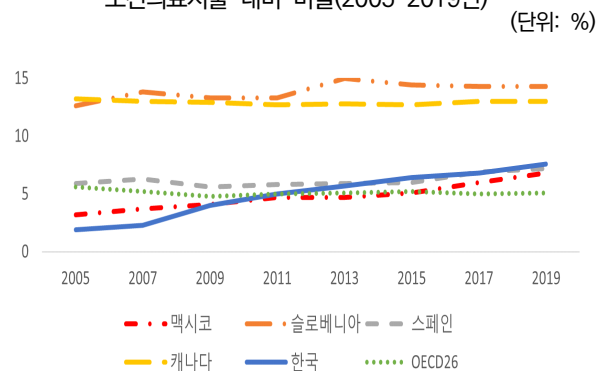
- 일본은 '18년 생명보험 기준으로 세대의 88.5%가 의료보험 또는 의료특약 형태의 민영건강보험을 보유하고 있으나, 정액형 보험이 다수이고 지급보험금 규모 또한 작음<sup>2)</sup>
- 한국의 실손의료보험은 환자의 개인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 보장하며, 가입자는 '23년 기준 약 4,000만 명에 이르고 지급보험금 규모가 증가하는 등 제2의 국민건강보험으로서 역할이 커지고 있음
  - 한국의 보건의료지출 중 임의건강보험이 차지하는 비중은 주요국보다 빠르게 증가하여 '19년 기준 7.6%에 달함(그림 6) 참조)

〈그림 5〉 한국과 일본의 보건의료지출 중 공적재원 비중(1970~2022년)



자료: OECD Health Data

〈그림 6〉 주요국 임의건강보험의 보건의료지출 대비 비율(2005~2019년)



자료: OECD(2021), "Health at a glance 2021"

김경선 연구위원  
sunnykim@kiri.or.kr

2) 배준호·김명중(2021), 『건강보장비용의 공·사 부담과 증가 억제 방안: 일본』, 한국조세재정연구원