

# 비급여 관리정책 방안

2024. 12. 5.

이주열 교수

남서울대 보건행정학과

# 목 차

1. 비급여 정의 및 유형 분류
2. 비급여 진료비 현황
3. 23년도 비급여 보고자료 분석결과
4. 국내외 비급여 관리정책 현황
5. 정책적 제언

# 비급여 정의 및 유형 분류

# 왜, 비급여 관리정책이 필요한가?

## 1. 사회보험 기본 가치 훼손

- 의료시장실패, 공공이익 침해
- 혼합(병행)진료가 재정 등 공적 건강보험체계 위협
- 당연지정제 적용하지 않는 의료기관(비급여만 제공) 등장

## 2. 비급여는 의사가 주도하는 공급자 유인 수요가 다수

- 비급여 진료 기준 없고, 의사는 제한없이 비급여 의료서비스 개발 및 제공 가능
- 새로운 비급여 항목이 계속 개발되기 때문에 비급여 항목을 정확히 파악하는 것은 불가능
- 근거 불충분한 의료서비스 퇴출, 비급여 과잉진료 및 효과성, 안전성 통제와 관리 필요

## 3. 의료소비자 선택권 보장

- 2020년 12월 의료법 제45조의2 개정(비급여 보고제도 도입)
- 비급여 체계적으로 관리하여 의료소비자에게 비급여 정보 공개

# 비급여 정의

## 1. 필수급여-예비급여-비급여로 구분

- **요양급여** : **건강보험이 적용되는 의료서비스**(행위,치료재료,약제)로 가격 및 기준(범위, 대상,횟수) 고시, 총 진료비 중 본인이 일부 또는 전부 부담
- **예비급여** : 안전성, 유효성은 있으나 비용 대비 효과성이 명확하지 않지만 필요한 치료를 예비적으로 급여로 편입하되 **본인부담률을 50-90% 차등 적용**하고, **3-5년 후 평가**를 거쳐 필수급여 진입여부 결정
- **비급여** : **건강보험이 적용되지 않는 의료서비스**로 국민건강보험법 시행령 및 별도 고시에 의해 결정

## 2. 비급여 대상(국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조 별표2 요약)

- ① 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 질환
- ② 신체의 필수 기능개선 목적이 아닌 진료
- ③ 예방진료로 질병부상의 진료를 직접목적으로 하지 않는 경우
- ④ 보험급여 시책상 요양급여로 인정하기 어려운 경우 및 그밖에 건강보험급여원리에 부합하지 아니하는 경우
- ⑤ 보건복지부장관이 정하여 고시하는 질병군에 대한 입원진료
- ⑥ 건강보험제도 여건상 인정받기 어려운 항목
- ⑦ 허가범위 초과 약제로서 고시된 절차에 따라 의학적 근거 등을 입증하여 비급여로 사용할 수 있는 경우

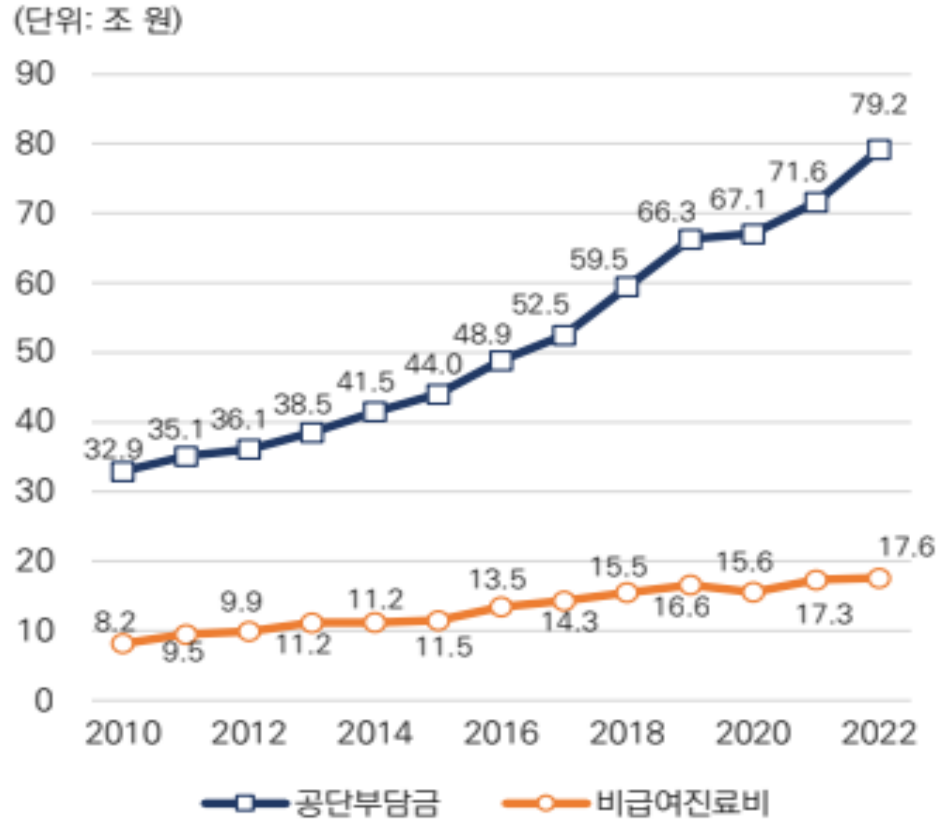
# 비급여 유형 분류

○ 건보공단은 비급여 규모를 파악하기 위하여 발생 유형에 따라 총 4개로 분류

- **기준 비급여** : 건강보험 급여 목록에 등재되어 있으나 급여기준 등에 의해 비급여로 적용되고 있는 항목, 진료상 필요성, 의학적 타당성, 비용효과성 등을 고려한 급여 범위에 부합하지 않는 경우 (MRI, 초음파 등 행위, 치료재료, 의약품, 기타)
- **등재 비급여** : 건강보험 비급여 목록에 등재되어 있는 항목(도수치료 등 행위, 치료재료)
- **제도 비급여** : 관련 제도 규정에 따라 비급여로 정한 항목(상급병실차액, 제증명수수료, 선택진료비)
- **선택 비급여** : 의료소비자의 선택에 의한 경우로 **일상생활에 지장이 없는 질환, 신체적 필수 기능 개선을 직접 목적으로 하지 않는 경우**(미용, 성형, 예방, 검진, 건강보조행위, 의약품, 한방, 기타부가서비스)

# 비급여 진료비 현황

# 우리나라 진료비 규모 추이



연도	보험자 부담금	법정 본인부담금	비급여 진료비	총 진료비
2015	44.0조 (6.1%)	14.0조 (7.8%)	11.5조 (2.5%)	69.5조 (5.8%)
2016	48.9조 (11.0%)	15.8조 (12.9%)	13.5조 (17.0%)	78.1조 (12.3%)
2017	52.5조 (7.5%)	16.9조 (7.2%)	14.3조 (6.6%)	83.7조 (7.3%)
2018	59.5조 (13.3%)	18.3조 (8.1%)	15.5조 (8.3%)	93.3조 (11.4%)
2019	66.3조 (11.5%)	20.3조 (11.2%)	16.6조 (7.0%)	103.3조 (10.7%)
2020	67.1조 (1.2%)	20.1조 (-1.2%)	15.6조 (-6.2%)	102.8조 (-0.5%)
2021	71.6조 (6.8%)	22.1조 (9.9%)	17.3조 (11.3%)	111.1조 (8.1%)
<b>2022</b>	<b>79.2조 (10.5%)</b>	<b>23.7조 (7.5%)</b>	<b>17.6조 (1.8%)</b>	<b>120.6조 (8.5%)</b>

주1) ( )안은 전년 대비 증가율

주2) 추정된 진료비는 연도별 '건강보험 통계연보' 및 '건강보험환자 진료비 실태조사' 결과를 활용하여 재산출·추정한 값으로 실제 값과 다를 수 있음

# 요양기관별 비급여 본인부담률

요양기관 種	2021년			2022년		
	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률	건강보험 보장률	법정 본인부담률	비급여 본인부담률
종합병원급 이상	69.1%	22.5%	8.4%	69.6% (+0.5%p)	21.8% (-0.7%p)	8.6% (+0.2%p)
상급종합	70.8%	21.0%	8.2%	71.5% (+0.7%p)	20.8% (-0.2%p)	7.7% (-0.5%p)
종합병원	67.3%	24.0%	8.7%	67.8% (+0.5%p)	22.8% (-1.2%p)	9.4% (+0.7%p)
병 원	51.8%	18.6%	29.6%	51.4% (-0.4%p)	19.4% (+0.8%p)	29.2% (-0.4%p)
요양병원	70.8%	19.3%	9.9%	67.8% (-3.0%p)	19.3% (-)	12.9% (+3.0%p)
의 원	55.5%	19.5%	25.0%	60.7% (+5.2%p)	19.6% (+0.1%p)	19.7% (-5.3%p)
약 국	68.8%	28.4%	2.8%	68.8% (-)	27.9% (-0.5%p)	3.3% (+0.5%p)

주) 요양기관 종별 건강보험 보장률은 현금급여(본인부담상한제 사후환급금, 임신출산진료비 지원금, 요양비)를 포함하지 않음

# 실손보험 진료과목별 비급여 현황

## 실손보험 주요 진료과별 비급여 비율

진료과목	2023년(%)	2024년 상반기(%)
정형외과	70.3	71.0
가정의학과	71.0	70.4
이비인후과	55.5	56.5
소아청소년과	64.4	65.0
비뇨의학과	52.3	53.5
한방병원	68.3	65.4
산부인과	51.0	51.5
안과	28.2	28.9
<b>합계</b>	<b>57.6</b>	<b>57.8</b>

자료:메리츠화재·삼성화재·현대해상·KB손해보험·DB손해보험

# 23년도 비급여 보고자료 분석결과

# 비급여 보고자료 제출 현황

- 2020년 12월 의료법 제45조의2 개정(비급여 보고제도 도입)
- 2023년 1월 보건복지부 고시 「비급여 진료비용 등의 보고 및 공개에 관한 기준」 전면 개정
- 모든 의료기관은 비급여 진료비용과 제증명수수료의 항목·기준·금액 및 진료내역 등 보고
  - \* 병원급 : 반기별로 상반기에는 3월, 하반기에는 9월의 진료 내역 각각 보고
  - \* 의원급 : 1년에 한 번 3월의 진료 내역 보고
- 2023년 하반기 전체 병원급 4,245개소 보고(2023년 9월 진료내역 중 보고대상 594개 항목)

구분	대상기관 <sup>주1)</sup> (A)	제출기관 <sup>주2)</sup> (B)	제출률(B/A)	제출 형태	
				정규서식 <sup>주3)</sup>	미실시확인서 <sup>주4)</sup>
총계	4,176	4,078	97.7	4,025	53
상급종합	45	45	100.0	45	0
종합병원	331	329	99.4	329	0
병원	1,386	1,359	98.1	1,344	15
요양병원	1,387	1,337	96.4	1,311	26
정신병원	257	250	97.3	246	4
치과병원	235	233	99.1	231	2
한방병원	535	525	98.1	519	6

주1), 주2) 보고종료일 이전 폐업 69개소 제외

주3) 제출자료 확인결과 분석에 포함된 의료기관 4,023개소(2개소 제외)

주4) 보고대상 월에 보고항목에 해당하는 진료내역이 없는 의료기관 53개소

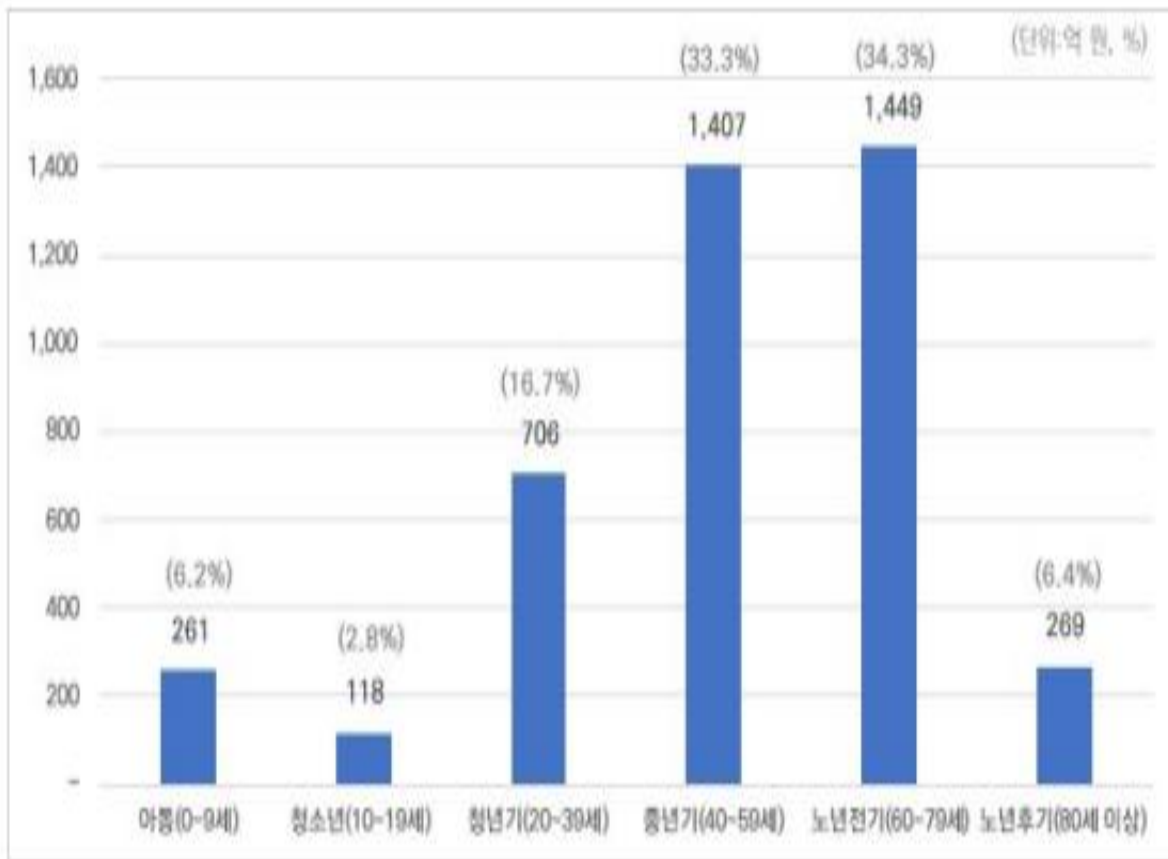
# 병원급 1개월 비급여 진료비 규모

종별구분	기관 수 (개소)	보고 항목 수 (평균)	비급여 진료비 규모		기관 당 비급여 진료비			
			합계	비율(%)	평균	중앙	최소	최대
<b>총계</b>	<b>4,023</b>	<b>21</b>	<b>42,214,249</b>	<b>100.0</b>	<b>10,493</b>	<b>2,290</b>	<b>0</b>	<b>889,065</b>
상급종합	45	147	6,667,653	15.8	148,170	93,333	6,430	889,065
종합병원	329	69	8,983,117	21.3	27,304	17,228	141	140,375
병원	1,343	28	19,378,202	45.9	14,429	7,906	0	303,657
요양병원	1,310	7	1,538,948	3.6	1,175	131	0	129,231
정신병원	246	7	62,408	0.1	254	39	0	9,005
치과병원	231	13	3,425,113	8.1	14,827	8,667	13	106,602
한방병원	519	10	2,158,809	5.1	4,160	2,510	0	68,358

구분	진료과목	진료비(억원)	비율(%)
합계		<b>4,221</b>	<b>100.0</b>
1	정형외과	1,170	27.7
2	신경외과	545	12.9
3	내과	449	10.6
4	일반외과	280	6.6
5	산부인과	238	5.6
6	소아청소년과	228	5.4
7	재활의학과	197	4.7
8	비뇨기과	123	2.9
9	가정의학과	111	2.6
10	치과보철과	103	2.4
11	이외 진료과목	777	18.4

출처: 국민건강보험공단, 2023년도 하반기 비급여 보고자료 분석결과 보도자료(2024.9)

# 생애주기 비급여 진료비 현황



연령 구분	비급여 진료비 상위 항목(진료비 규모)
아동 (0~9세)	◆ 1인실 병실료 및 언어장애/발달장애 관련 치료, 인플루엔자 검사 ①1인실 병실료(141억원), ②언어치료(37억원), ③신경발달장애치료(22억원), ④인플루엔자 A-B 바이러스항원검사[현장검사](8억원), ⑤제증명수수료-진단서-일반(5억원)
청소년 (10~19세)	◆ 도수치료, 근골격계 MRI 검사 등 근골격계 관련 검사 및 시술료 ①도수치료(21억원), ②1인실 병실료(11억원), ③발목관절 MRI(6억원), ④슬관절 MRI(6억원), ⑤체외충격파치료(3억원)
청년기 (20~39세)	◆ 라식수술, 근골격계 관련 검사 및 시술료, 갑상선암 로봇보조수술, ①도수치료(88억원), ②1인실 병실료(85억원), ③레이저각막절삭성형술-라식(32억원), ④체외충격파치료(28억원), ⑤로봇보조수술-갑상선악성종양근치수술-갑상선암(26억원)
중년기 (40~59세)	◆ 치과임플란트, 척추 관련 검사 및 시술 ①도수치료(199억원), ②치과임플란트-Zirconia(72억원), ③1인실 병실료(69억원), ④체외충격파치료(69억원), ⑤척추-요천주 MRI(60억원)
노년전기 (60~79세)	◆ 근골격계/척추 관련 검사 및 시술료, 치과임플란트, 전립선암 로봇 보조 수술 ①도수치료(153억원), ②척추-요천주 MRI(84억원), ③1인실 병실료(81억원), ④로봇보조수술-근치적전립선적출술-전립선암(69억원), ⑤치과임플란트-Zirconia(60억원), ⑥경피적 경막외강 신경성형술(53억원)
노년후기 (80세 이상)	◆ 1인실 및 2인실 병실료, 근골격계/척추 관련 검사 및 시술료(경피적 경막외강 신경성형술) ①1인실 병실료(62억원), ②도수치료(28억원), ③척추-요천주 MRI(15억원), ④경피적 경막외강 신경성형술(10억원), ⑤2인실 병실료(6억원)

출처: 국민건강보험공단, 2023년도 하반기 비급여 보고자료 분석결과 보도자료(2024.9)

# 비급여 단가 상위 항목 현황

항목명		증양값	최소값	최대값
1	처치 및 수술료(기타)-로봇 보조 수술-다빈치기기-근치적전립선적출술(전립선암)	10,000,000	2,950,000	15,000,000
2	처치 및 수술료(기타)-로봇 보조 수술-다빈치기기-갑상선악성종양근치수술(갑상선암)	9,000,000	1,000,000	17,500,000
3	처치 및 수술료(비뇨기)-고강도 초음파 집속술[전립선암]	7,950,000	7,000,000	8,900,000
4	처치 및 수술료(여성 생식기, 임신과 분만)-초음파 유도하 고강도 초음파집속술[자궁근종, 자궁선근증]	7,834,400	500,000	10,000,000
5	처치 및 수술료(여성 생식기, 임신과 분만)-자기공명영상유도하 고강도 초음파집속술[자궁근종]	6,300,000	2,000,000	9,800,000
6	치료재료-연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용-BMSC+3 60, BMSC+3 120	6,000,000	0	6,000,000
7	신의료기술-클립을 사용한 경피적 경도관 승모판재건술	5,609,000	3,000,000	7,106,000
8	치료재료-조절성 인공수정체-FINEVISION TORIC, POD FT	4,800,000	1,500,000	6,580,000
9	치료재료-조절성 인공수정체-POD F GF	4,800,000	2,300,000	4,800,000
10	치료재료-조절성 인공수정체-ACRYSOF IQ PANOPTIX TORIC PRESBYOPIA CORRECTING IOLS	3,500,000	2,117,500	4,797,070
11	신의료기술-내시경 초음파 유도하 간위루술	3,465,000	3,465,000	3,465,000
12	치료재료-연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용-CHONDRO-GIDE	3,340,000	0	6,000,000
13	치료재료-조절성 인공수정체-TECNIS SYMPHONY TORIC EXTENDED RANGE OF VISION IOL, TECNIS SYMPHONY PLUS TORIC EXTENDED RANGE OF VISION IOL	3,300,000	1,840,000	3,300,000
14	치료재료-조절성 인공수정체-ACRYSOF IQ PANOPTIX PRESBYOPIA-CORRECTING IOL	3,294,680	1,642,303	5,810,950
15	처치 및 수술료(여성 생식기, 임신과 분만)-고주파 자궁근종용해술	3,250,000	1,000,000	5,000,000
16	치료재료-조절성 인공수정체-BI-FLEX M (677MY)	3,080,000	80,000	6,080,000
17	처치 및 수술료(근골)-자가 골수 줄기세포 치료-연골결손(동행위를 위해 실시한 골수천자, 미세천공술 및 관절경 치료재료대 포함)	3,000,000	50,000	6,000,000
18	치료재료-조절성 인공수정체-FINEVISION, POD F	2,801,210	1,300,000	5,300,550
19	치료재료-조절성 인공수정체-AT LISA 839MP	2,800,000	1,690,000	4,800,000
20	치료재료-조절성 인공수정체-AT LISA TRI TORIC 939M(P)	2,800,000	2,800,000	4,800,000
21	시력 교정술료-레이저각막절삭성형술(라식)	2,500,000	50,000	5,400,000
22	신의료기술-환자 맞춤형 3D 프린팅 모형을 이용한 선천성 심장질환 수술 시뮬레이션	2,458,600	927,200	4,725,000
23	치료재료-조절성 인공수정체-ACRYSOF IQ VIVITY EXTENDED VISION IOL	2,294,680	1,380,500	3,000,000
24	신의료기술-내시경초음파 유도 체장 가성낭종 경벽 배액술	2,205,000	968,000	6,000,000
25	치료재료-연골 결손 환자에서의 자가 골수 줄기 세포 치료술용-PRO-BONE MARROW KIT	2,200,000	2,200,000	2,200,000
26	치료재료-조절성 인공수정체-TELEON MULTIFOCAL TORIC IOL GROUP	2,200,000	1,700,000	2,200,000
27	치료재료-조절성 인공수정체-ARTIS PL M	2,150,500	2,150,500	2,150,500
28	처치 및 수술료(순환기)-레이저정맥폐쇄술[유도로 포함]	2,000,000	10,000	7,700,000
29	처치 및 수술료(비뇨기)-이식형 결찰사를 이용한 전립선 결찰	2,000,000	300,000	16,000,000
30	처치 및 수술료(피부 및 연부조직)-지방흡입기를 이용한 액취증·다한증 수술	2,000,000	100,000	2,000,000

## 비급여 항목 표준 가격 필요

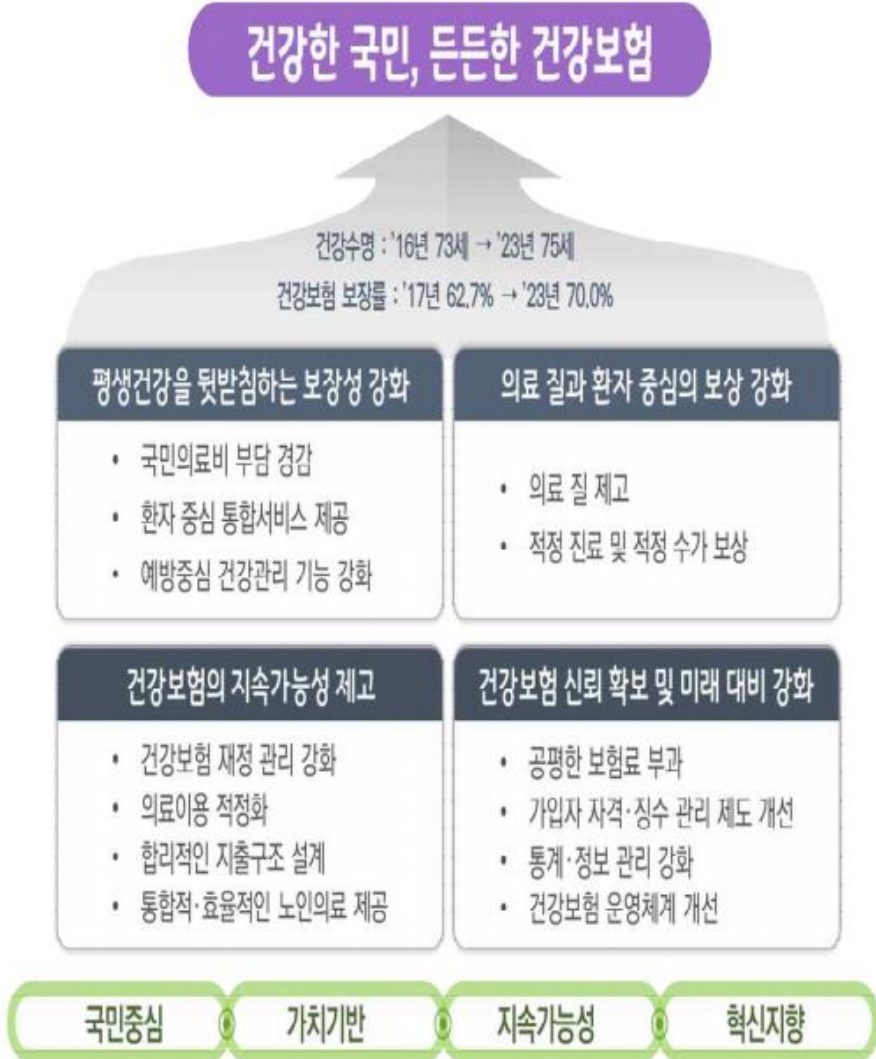
1안) 정부 결정

2안) 각 학회별 결정

# 국내외 비급여 관리정책 현황

# 제1차 국민건강보험종합계획 비급여 사항

## 제1차 국민건강보험종합계획 비전 및 체계도



### □ 비급여 관리 강화

- (비급여 발생 억제) 신의료 기술로 진입하는 치료에 필요한 의료는 원칙적으로 급여 또는 예비급여 적용('18~, 계속)
- (관리 체계) 신규 발생 및 현재 유지되는 비급여 항목에 대한 관리 강화 기반 마련
  - 비급여 항목의 정확한 실태 파악 및 지속적인 모니터링 등을 위해 항목 분류를 체계화·표준화('19~)
    - \* 현재 진료목적별, 세부 항목별로 혼재되어 있는 비급여 규정 정비 및 표준코드 제시
  - 급여진료와 병행하는 비급여 진료항목은 건강보험 청구 시 함께 자료를 제출하도록 하는 방안 검토('20)
- (정보 공개) 비급여 진료비용의 공개 대상을 지속 확대\*하고, 공개 내용을 환자에게 필요한 정보 위주로 개선\*\*('20)
  - \* '19년 330여개 항목 확대 이후 비급여 급여화와 연계해 항목 수 조정
  - \*\* 예> 비급여 항목별 가격 공개 → 상병별·수술별 진료비용 총액 공개
- 비급여 진료과정에서 의료진이 환자에게 충분한 설명 후 동의서 작성 등 강화된 절차 도입 검토('21)

# 건강보험 비급여관리강화 종합대책(2020.12)

비전	비급여관리 혁신, 국민중심 의료보장 실현	
목표	√ 모든 국민이 필요한 비급여를 적정비용으로, 안전하게, 합리적으로 선택하여 이용할 수 있는 환경 조성 √ 비급여의 급여화와 함께 남는 비급여에 대한 관리를 통한 실질적인 보장성 강화 효과 달성	
분야별 추진 방안	(인프라 측면) 비급여 표준화 등 효율적 관리기반 개선	① 비급여 분류체계 개선 및 표준화 ② 비급여 표준코드 사용 의무화 ③ 추가적 비급여 재평가
	(의료소비자 측면) 합리적인 비급여 이용 촉진	① 비급여 진료비용 정보제공 확대 ② 비급여 진료 사전설명제도 도입 ③ 진료비 계산서 영수증 발급 개선
	(의료공급자 측면) 적정 비급여 공급기반 마련	① 급여병행 비급여자료제출 방안 마련 ② 급여, 비급여 병행진료 관리체계 구축 ③ 비급여 진료 평가 실시 및 활용
	(거버넌스) 비급여관리 거버넌스 연계 협력 강화	① 의료보장 성과관리, 모니터링체계 구축 ② 실손보험과의 연계, 협력 강화 ③ 비급여관리 민관협력체계 강화

# 필수의료 정책 패키지(2024.2)

필수의료 생태계 枯死 위기 구조		
	이유	원인
필수의료 기피	▶ 장시간 근로 번 아웃 일상화	<ul style="list-style-type: none"> <li>19년째 의대 정원 동결                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 평균 은퇴 연령(의협 조사) 65세 기준, 10년 내 2.2만명 은퇴 연령 도달</li> </ul> </li> <li>전공의 의존적 병원 운영                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* Big5 병원 의사 중 전공의 비중 37%, 응급·당직 대응 핵심 인력</li> </ul> </li> <li>응급·당직 다, 야간·휴일 대기</li> <li>일-생활 균형 인식 변화</li> </ul>
	▶ 높은 의료사고 부담	<ul style="list-style-type: none"> <li>적정 보상체계 부재, 소송 위주 해결                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 민사 1심 기간 평균 6개월 vs 의료소송 26개월</li> </ul> </li> </ul>
	▶ 불공정한 보상 비필수 분야와의 격차	<ul style="list-style-type: none"> <li>물 중심 행위별 수가체계 下 고위험·고난도 보상 반영 체계 부재</li> <li>실손보험의 폭 넓은 비급여 보장 → 비급여 시장 팽창 가속화                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* 비급여 진료비(조원): '10) 8.1 → '21) 17.3</li> </ul> </li> </ul>
지역의료 약화	<ul style="list-style-type: none"> <li>지역의료 역량신뢰 저하</li> <li>병원 인력·운영난 심화, 인프라 유지 곤란</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>수도권 대형병원 병상 경쟁 → 환자·인력 유출 → 지역의료 약화 악순환                             <ul style="list-style-type: none"> <li>* '30년까지 수도권 6천 병상 증가 전망</li> </ul> </li> <li>거점병원 약화 속 협력 전달체계 부재로 병·의원 무한경쟁 구조 지속</li> </ul>

## □ 비급여 관리체계 확립

- (관리 강화) 혼합진료, 모니터링, 質·안전 확보** 등 관리체계 강화
  - (혼합진료 금지)<sup>특위</sup> **비중증 과잉 비급여**(예: 도수치료, 백내장 수술 등) **혼합진료**(비급여+급여 진료) 금지 적용 추진
    - (실손보험 지출 상위 비급여 혼합진료 비율, '20. 공단) 도수치료 89.4%, 백내장 수술 100%, 체외충격파 95.6%, 비벨브재건술·하이푸·맘모톰절제술 100%, 하지정맥류 96.7%
  - (투명성 제고) **全 의료기관 비급여 보고 시행**(<sup>'24</sup>), **비급여 목록 정비·표준화, 정보공개 확대** → **실효적 모니터링 및 알 권리 향상**
    - \* 대한민국의학한림원 등 전문가 그룹과 비급여 분류 관련 논의체계 구축
  - (퇴출기전) **주기적 의료기술 재평가**(보건의료연구원 수행)를 거쳐 치료 효과성 검증·공개, **문제 항목은 비급여 목록 제외**(사용 불가)
- (실손보험 개선)<sup>특위</sup> 실손보험 개발·변경 등 복지부-금융위 사전 협의**의 제도화, **건보 본인부담 보장 범위 개선** 등 **공사보험 역할 정립**
  - \* (프랑스, 호주) 보건부가 민간 의료보험 정보 수집, 제도 개선 등 관리
  - 공사보험 연계 법제화**, **'공사보험협의체'** 등을 통해 **비급여 관리 및 실손보험 개선 협업 강화**
    - \* (주요내용) ▲공사보험 실태조사, ▲복지부 장관의 금융위 실손보험 개선 조치 요청권, ▲건강보험정책과 실손보험정책 연계를 위한 협의·조정 제도화
    - \*\* (구성) 위원장: 복지부 2차관, 금융위 부위원장, 위원: 공급자, 소비자, 전문가 등 (역할) 중점 관리 비급여 모니터링, 실손보험 개선 및 공사보험 연계 등
- (미용 의료 개선)<sup>특위</sup> 국민 건강 관점에서 해외사례·정책연구, 사회적 논의** 등을 거쳐 **시술 자격 개선** 등을 포함한 종합적 제도 개선 추진
  - \* (영국, 캐나다 등) 의료적 필요성이 낮고 안전성 확보가 가능한 일부 미용 의료 시술 별도 자격제도 및 관리체계 구축·운영

# 제2차 국민건강보험종합계획

[표 2] 제2차 종합계획의 4대 추진과제 및 세부 목표

<b>1. 필수의료 공급 및 정당한 보상</b>
① [가격결정] 불합리·불균형한 수가 정상화
② [정책수가] 공정한 보상을 위한 보완형 공공정책수가 도입
③ [혁신제도] 지속 가능한 미래 지불제도의 확립
④ [지원체계] 지불제도 개편을 위한 기반 조성
<b>2. 의료격차 축소 및 건강한 삶 보장</b>
① [전달체계] 생애·질병 단계별 끊김 없는 의료서비스 보장
② [건강증진] 복합·만성질환 등의 예방 및 통합적 건강관리 지원
③ [약자복지] 의료 사각지대 해소를 위한 의료안전망 내실화
<b>3. 건강보험의 재정적 지속가능성 제고</b>
① [과다방지] 합리적 의료 이용 유도 및 공급 관리
② [재평가] 의료 질 제고 및 비용 관리 강화
③ [비급여] 적정 의료 이용 유도를 위한 비급여실손보험 관리 강화
④ [부과체계] 부담의 공정성·형평성 제고를 위한 부과체계 개편
⑤ [투명성] 재정 관라운영 체계 개선을 통한 국민 신뢰 제고
<b>4. 안정적 공급체계 및 선순환 구조 마련</b>
① [약가제도] 혁신신약의 가치 보상 등을 통한 환자의 접근성 제고
② [의료기기] 혁신 의료기기의 신속 진입 및 치료재료 관리체계 개선
③ [연계협력] 혁신 유도를 위한 데이터 활용 지원 및 국제 협력 강화

※ 자료: 보건복지부, 「제2차 국민건강보험 종합계획('24~'28)」 재구성

# 주요국의 비급여 영역 비교

## 1. 기본적으로 공적 건강보험제도를 통해 포괄적 범위에서 급여 제공

- 건강보험보장률 확대, 적정 수가 보장 등으로 비급여를 급여로 전환
- 비급여 남발하지 않고 최소 필요한 비급여 항목 유지

## 2. 민간보험 보장

- 의학적 필요성 있으나 공적 보장범위에서 제외된 의료서비스(한국: 기준 비급여, 등재 비급여)
  - \* 치과/안과 진료(호주, 캐나다, 프랑스, 독일), 물리치료(호주), 민간병원 입원(영국)
- 의료의 질 향상이나 편의를 목적으로 선택하는 고급서비스(한국: 제도 비급여)
  - \* 고급병실(영국, 캐나다, 프랑스, 독일, 일본), 대기시간 단축(영국, 호주), 예약진료(일본)

## 3. 민간보험 미보장

- 치료와 무관한 목적에 의해 비급여로 적용되는 항목(한국: 선택 비급여)
  - \* 미용,성형(영국, 호주, 독일, 일본, 캐나다), 정신건강(독일)
- 공적 건강보험 진료와 분리(일본: 혼합진료금지)하여 전액 본인부담(영국: 자기부담제도)으로 관리
- 영국의 경우 비급여 의료기관, 가격 등의 관련 정보를 제공함

# 정책적 제언



중앙일보 지상 좌담회(2024.11.4)

# 정책적 제언

## 1. 정부 정책은 비급여 감소 방안 모색에 집중해야 함

- 비급여 부작용 및 문제점 해결 위해서는 **비급여가 발생하는 원인 분석에 집중**해야 함
- 현재 틀(의료생태계) 유지하면서 문제가 되는 부분을 디테일하게 핀셋 조정해야 함
- 새로운 의료기술, 신약 등 **비급여 항목 통제 불가능**하고, 치료 특성상 **혼합(병행)진료 전면 금지 불가능**
- **질환 특성별 제한적 인정 기준 개발, 독일형 비급여 사전 승인제도, 사전 신고제** 등 시범사업 추진

## 2. 복지부 건강보험정책국 내 비급여 관리 전담 부서 신설

- 국민건강보험공단 : 급여상임이사-비급여관리실 운영 중
- 제2차관-건강보험정책국-**비급여관리과(신설)**

## 3. 의료법 개정하여 비급여 보고자료 범위 확대, 공개 방식 변경

- 현재 1개월 자료만 보고하는 것을 **분기별 보고 또는 전체 비급여 전산자료 제출**하도록 변경 필요
- **모든 의료기관 입구에 QR코드로 해당 의료기관 비급여 항목 및 표준 가격 공개**
- 비급여 항목 표준 가격을 호주처럼 정부가 결정하거나 **대한의학회 중심 각 학회별 자율 결정**

# 발표를 마치며.....

질문1. 현재 실손보험 가입자 대다수는 실손보험제도에 만족하지 않을까?

질문2. 실손보험을 개혁하면 비급여, 필수의료 붕괴, 공급자 도덕적 해이 등의 문제가 얼마나 해결될까?

질문3. 정부의 실손보험 개혁이 보험사에게만 이득을 주고, 환자에게는 보장 범위 축소 및 자기부담금을 증가시키는 것은 아닐까?

질문4. 비급여 관련 다수 문제의 원인을 실손보험으로 보는 것이 적절한가?

**비급여와 실손보험 개혁은 핀셋 정책으로 접근해야 정부실패가 발생하지 않음**

**감사합니다.**

# 실손의료보험 현황 및 개선 과제

김경선(보험연구원 연구위원)

2024.12.5.



# 목 차

I. 검토배경

II. 실손의료보험 현황

III. 4세대 실손 비급여 진료 현황

IV. 제언

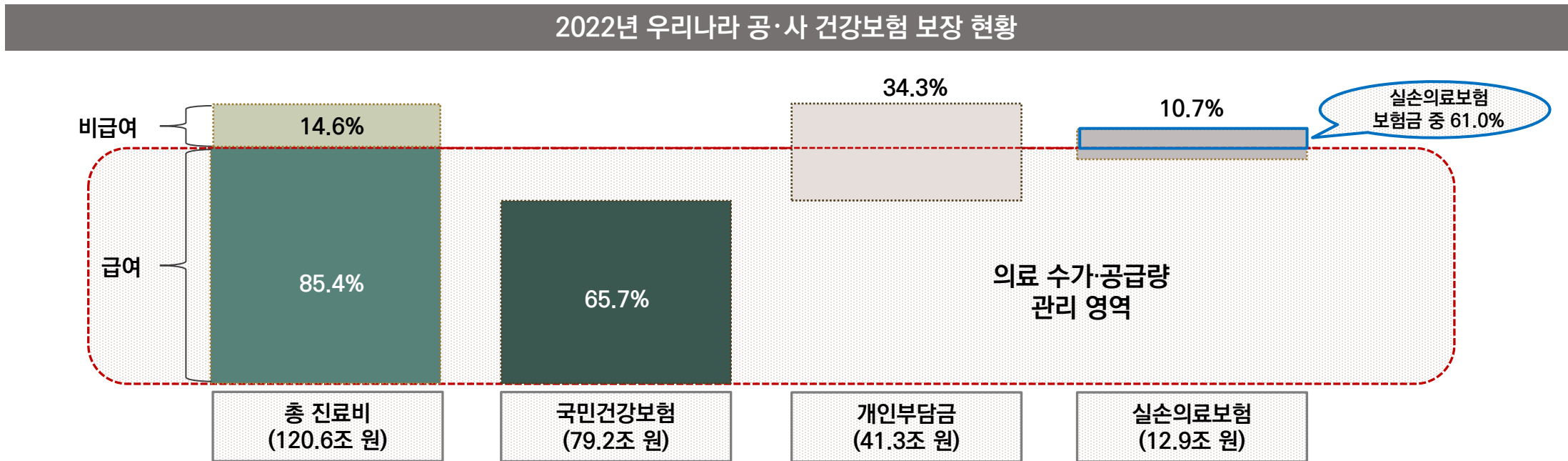


I

# 검토배경

# 공·사 건강보험 보장률 현황

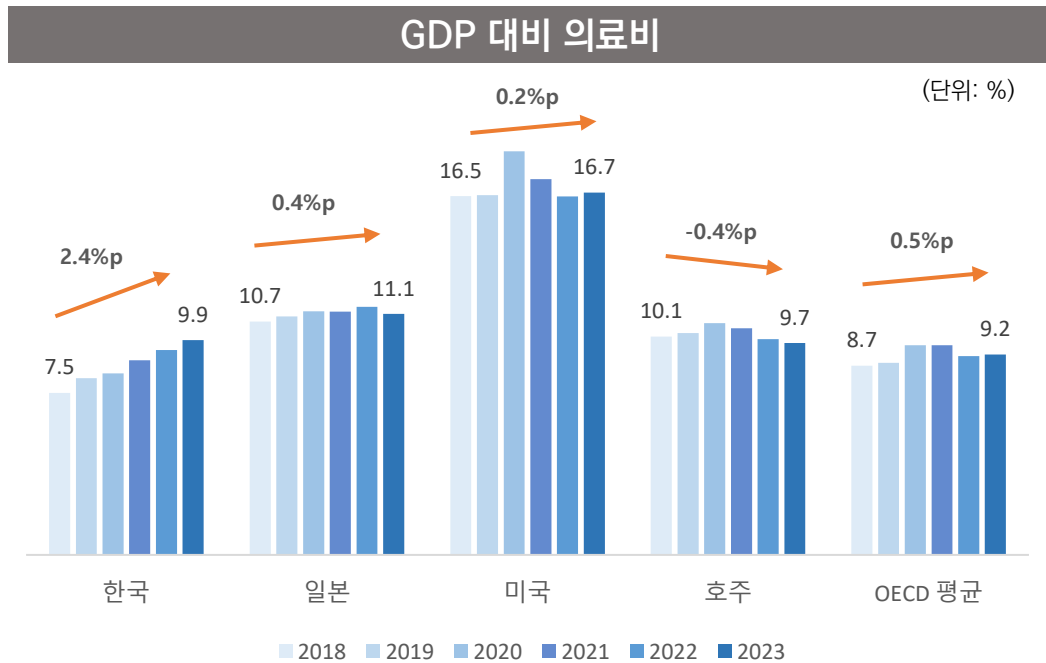
- 우리나라 2022년 총 진료비는 120.6조 원, 공·사 건강보험의 보장률은 약 76.4%로 추정됨
  - 국민건강보험은 급여를 대상으로 총 진료비의 65.7%(79.2조)를 부담함
  - 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 개인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 대상으로 총 진료비의 10.7%(12.9조 원)을 부담함



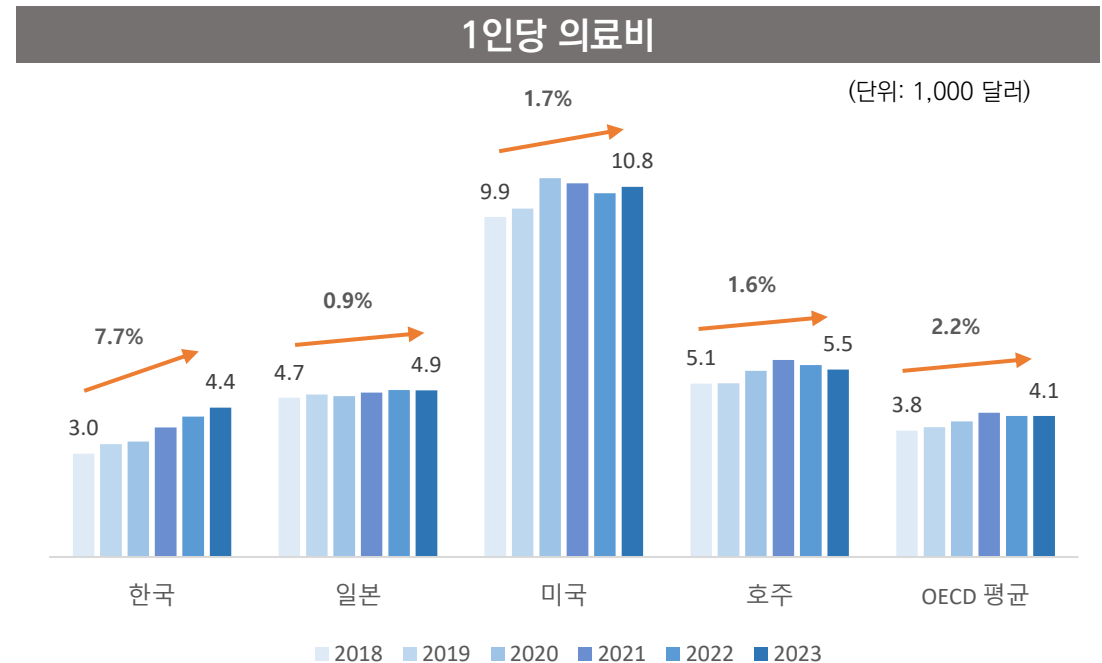
자료: 금융감독원 보도자료(2023.4.19), “2022년 실손의료보험 사업실적(잠정)”,  
 국민건강보험 보도자료(2024. 5. 17), “2022년 건강보험 보장률 65.7% (전년 대비 +1.2%p)”

# 의료비 증가

- 우리나라 국민의료비는 OECD 국가 대비 빠른 증가 추세를 보여 개인의 의료비 부담은 지속적으로 가중될 것으로 우려됨
  - 우리나라 국민의료비는 지속적으로 증가하여 2023년 기준 GDP 대비 의료비 지출은 9.9%로 OECD 평균(9.2%)보다 높음
    - \* 주요국 의료비 지출 증감: 초고령 국가인 일본 0.4%p, 최대 의료비 지출 국가인 미국 0.2%p 수준
  - 1인당 의료비도 연평균(2018~2023년) 7.7% 증가하면서 OECD 회원국 중 가장 빠른 증가세를 보임



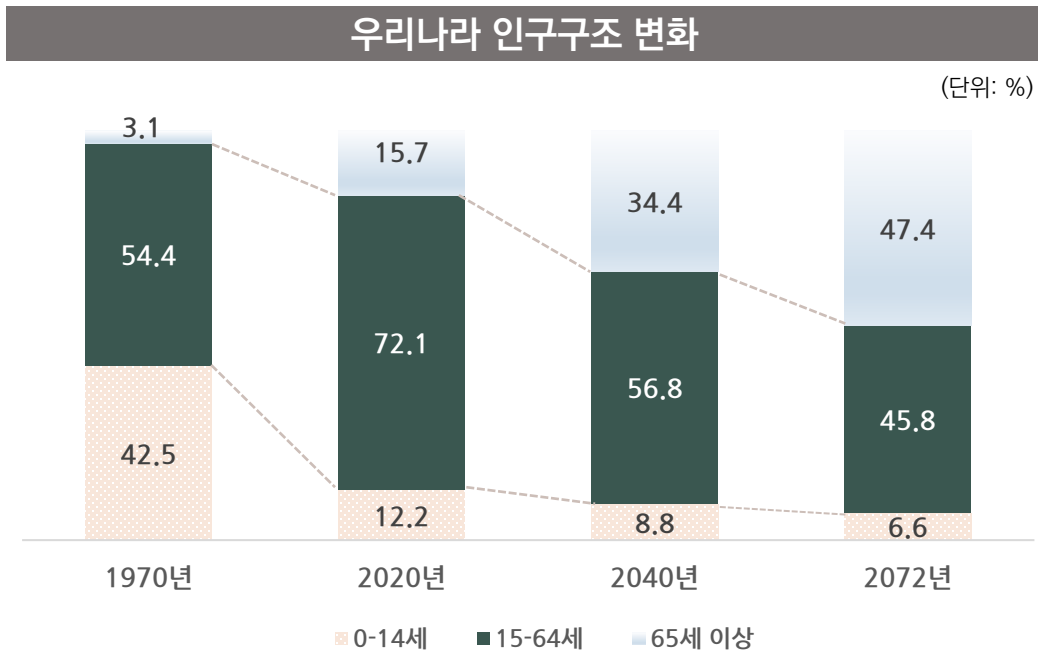
자료: OECD Health Statistics(2024)



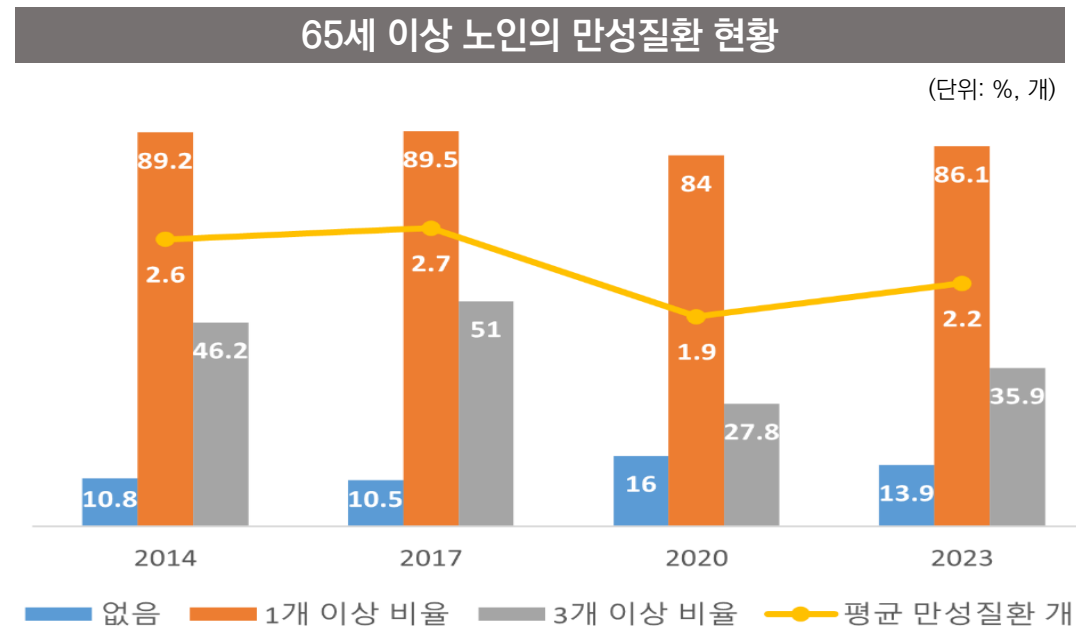
자료: OECD Health Statistics(2024)

# 초고령사회 진입

- 우리나라는 저출산·기대수명 증가의 영향으로 2025년 초고령사회로 진입할 전망이다
  - '22년 한국의 합계출산율은 0.78명으로 OECD 국가 중 가장 낮고, 최근 10년 고령화 속도는 가장 빠름
- '23년 기준 노인의 만성질환은 평균 2.2개, 3개 이상의 만성질환을 가진 노인의 비율은 35.9%로, '20년 대비 증가
  - 한편, 건강지표가 가장 열악한 1인 가구(독거노인)의 비율은 32.8%로, '20년(19.8%) 대비 급증함



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



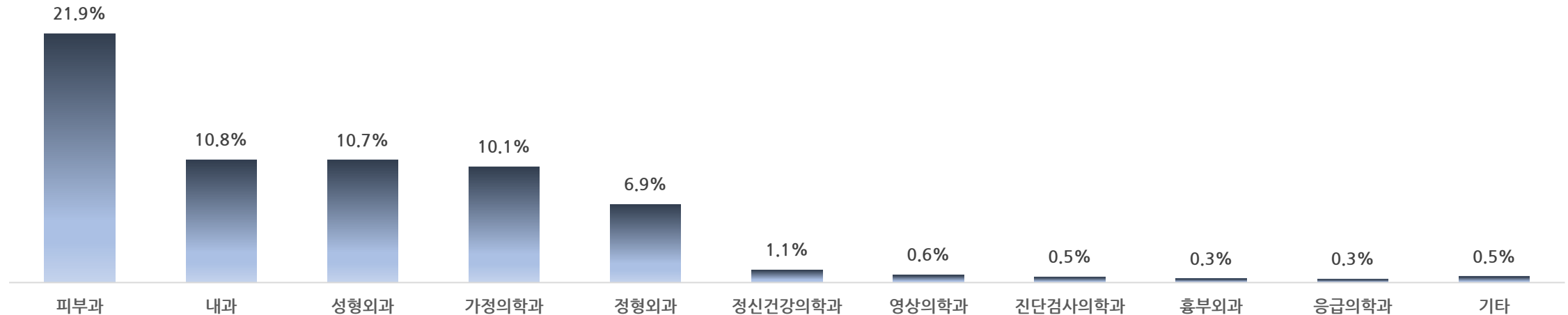
자료: 보건복지부 보도자료(2024.10.17), “2023년 노인실태조사 결과 발표”

# 필수의료 공백

## • 필수의료 분야는 적정 보상 한계와 인력 부족 등의 문제로 적정 공급에 어려움을 겪고 있음

- 정부는 필수의료 분야로 의사인력이 유입될 수 있도록 필수의료혁신 추진계획을 발표함
- 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) 일반의 신규개설 일반의원 진료과목 신고 현황

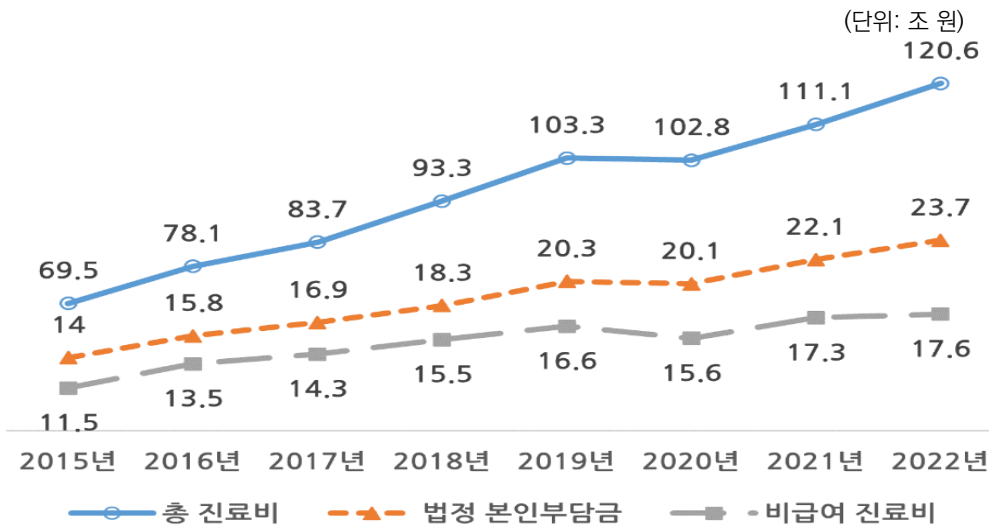


주: 최근 5년간 신규개설된 진료과목 중 해당 진료과목의 신규개설 비중을 나타냄 (상위 5개, 하위 5개 진료과목)  
 자료: 건강보험심사평가원

# 국민건강보험의 지속가능성 우려

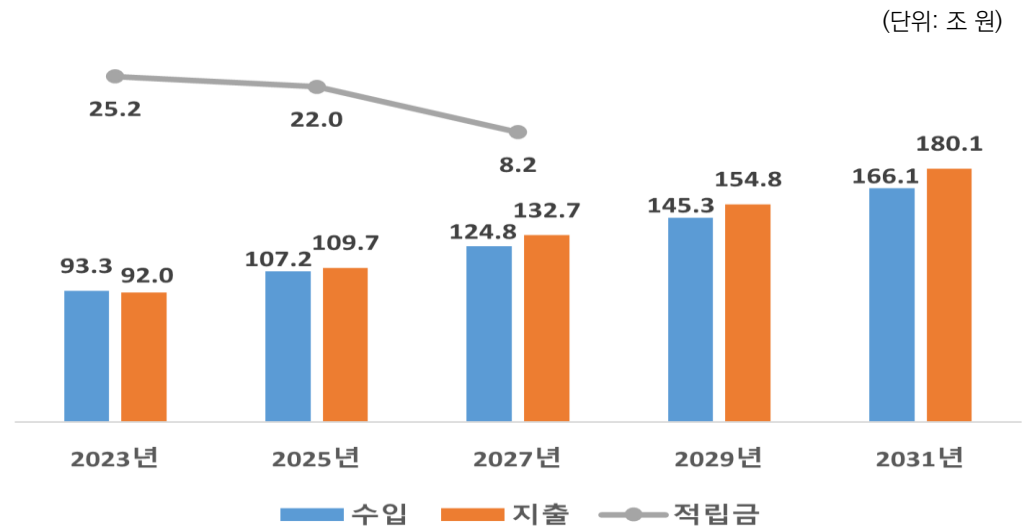
- 우리나라는 총진료비와 비급여 규모가 증가 추세를 보이는 가운데, 국민건강보험의 보험금 지출이 늘어남에 따른 지속가능성 우려가 존재함
  - 2023~2032년 국민건강보험 수입과 지출의 예상 연평균 증가율은 각각 7.3%, 8.7%로, 전망기간 동안 적자 규모가 증가할 것으로 전망됨
  - 보건복지부는 비급여 진료와 함께 진행됨에 따라 국민건강보험 재정이 부담하는 비용을 연간 640억 원으로 추산함

연도별 진료비 규모 변화(2015~2022년)



자료: 국민건강보험공단 보도자료(2024.5.17.)

국민건강보험 재정 전망



주: '23년, '24년 건강보험료율은 기결정된 7.09%, 장래 건강보험료율은 최근 3년 평균 인상률(2.06%)을 반영함  
 자료: 국회예산정책처(2023), 「2023~2032년 NABO 중기재정전망」

# 국민건강보험 종합계획

- 보건복지부는 ‘제2차 국민건강보험 종합계획’을 통해 건강보험의 재정적 지속가능성 제고 및 적정 의료 이용 유도를 위한 **비급여·실손보험 관리 강화** 방안을 발표함
  - 비급여 정보 비대칭 해소(비급여보고제도), 실손보험 상품 개선, 혼합진료금지 등

## 제2차 국민건강보험 종합계획

<p>① 건강보험 지불제도 개혁 추진</p>	<p>불합리·불균형한 수가 정상화 의료행위의 난이도·위험도 등 반영 위한 공공정책 수가 도입 의료 질·성과를 반영하는 대안적 지불제도 도입 추진</p>
<p>② 의료서비스 지원체계 개선</p>	<p>생애·질병 단계별 필요 의료의 적시 제공을 위한 전달체계 구축 건강바우처 도입 취약계층을 위한 의료안전망 개선</p>
<p>③ 의료남용 차단·효율적인 보험재정 관리</p>	<p><b>비급여 명칭·분류코드 표준화</b> 및 <b>정보공개</b> 확대 비(非)중증 과잉 비급여 진료에 대한 <b>혼합진료 금지</b> <b>의료기술 재평가</b>를 통한 <b>급여·비급여의 퇴출</b> 기전 마련</p>
<p>④ 필수약품 등 안정적 공급체계 구축 의료혁신 지원</p>	<p>필수약품의 안정적 공급 체계 확보 R&amp;D 투자 유도 건강보험 데이터 개방·활용 확대</p>

자료: 보건복지부 보도자료(2024.2.2.)

# 의료개혁 실행방안

- 의료개혁특별위원회는 ‘의료개혁 1차 실행방안’을 발표하고 필수의료 공정 보상체계 확립 차원에서 **비급여 관리·실손보험 구조 개혁** 방향을 제시함
  - 비급여 정보 제공 확대, 非중증 과잉 비급여의 병행진료 급여 제한, 실손보험 보장범위·기준 재정립

## 의료개혁 실행방안

	1차 실행방안(8월)	2차 실행방안(12월)	3차 실행방안('25)
① 역량 있는 의료인력 확충	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 합리적 인력 수급 추계·조정 체계 구축</li> <li>• 전공의 수련 혁신 및 국가지원 강화 방안</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공유·협력적 인력 운영 체계 혁신</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 독립적 진료역량 확보 지원 방안</li> </ul>
② 혁신적 전달체계 및 지역의료 재건	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 합리적 인력 수급 추계·조정 체계 구축</li> <li>• 전공의 수련 혁신 및 국가지원 강화 방안</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 합리적 인력 수급 추계·조정 체계 구축</li> <li>• 전공의 수련 혁신 및 국가지원 강화 방안</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 초고령사회 대비 의료전달체계 확충 (회복기·재활, 재택 등)</li> </ul>
③ 필수의료 공정 보상체계 확립	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중증·필수의료 선별·집중 지원 방안</li> <li>• 지불·보상 개혁 로드맵</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 비급여 관리 강화</li> <li>• 실손보험 구조 개혁</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 미용 시장 관리체계 구축</li> </ul>
④ 의료사고 안전망 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 예방·소통 활성화</li> <li>• 분쟁조정 제도혁신</li> <li>• 불가항력 사고 보상 강화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 예방·소통 활성화</li> <li>• 의료사고 책임·종합 보험·공제 확충 방안</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 추가 쟁점 과제</li> </ul>

자료: 보건복지부 보도자료(2024.8.30.)



# 실손의료보험 현황



# 비급여 - 10대 비급여

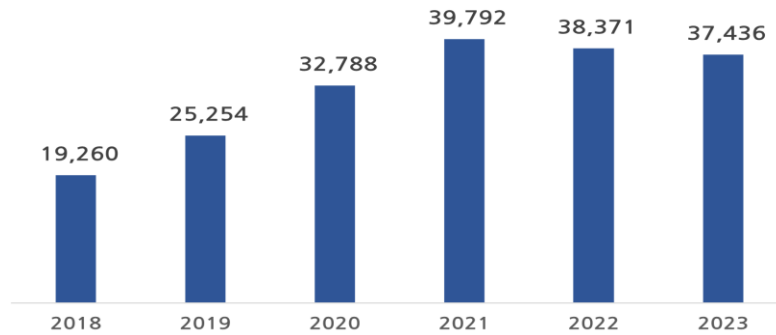
- 2023년 전체 손해보험회사 지급보험금(11.9조 원)에서 10대 비급여(3.7조 원)가 31%를 차지하는 것으로 추정됨

## 10대 비급여 항목별 실손의료보험 지급보험금 현황

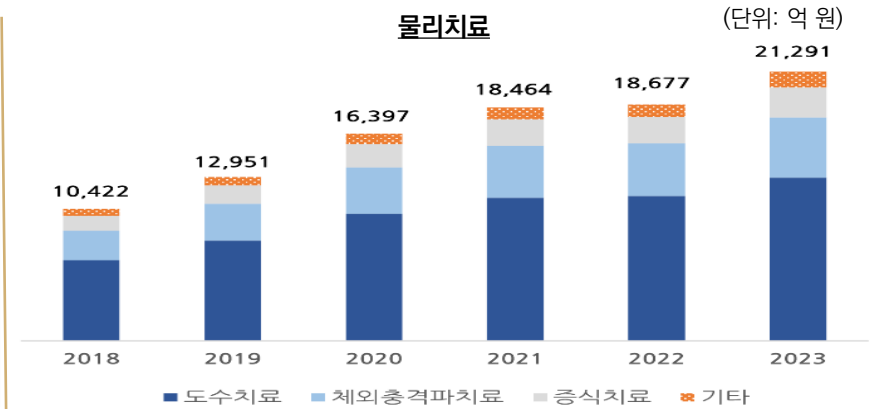
10대 비급여: 2023년 항목별

구분	금액
1 물리치료	21,291
2 백내장 수술	903
3 비급여 주사제	6,334
4 척추관련 수술	2,830
5 재판매기능 치료재료	1,129
6 발달지연	1,599
7 유방질환 (맘모툰 등)	1,147
8 하지정맥류	1,013
9 생식기질환 (하이푸시술 등)	695
10 비벨브재건술	495
합계	37,436

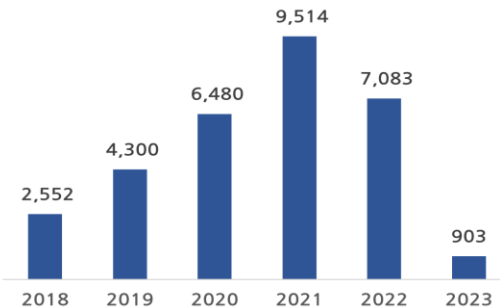
10대 비급여: 전체



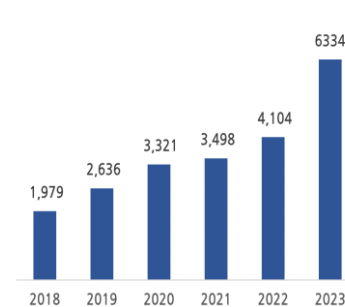
물리치료



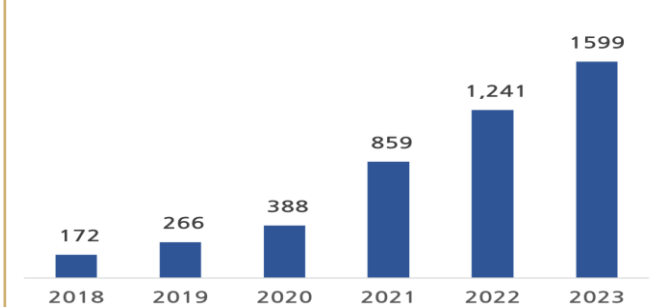
백내장 수술



비급여 주사제



발달지연

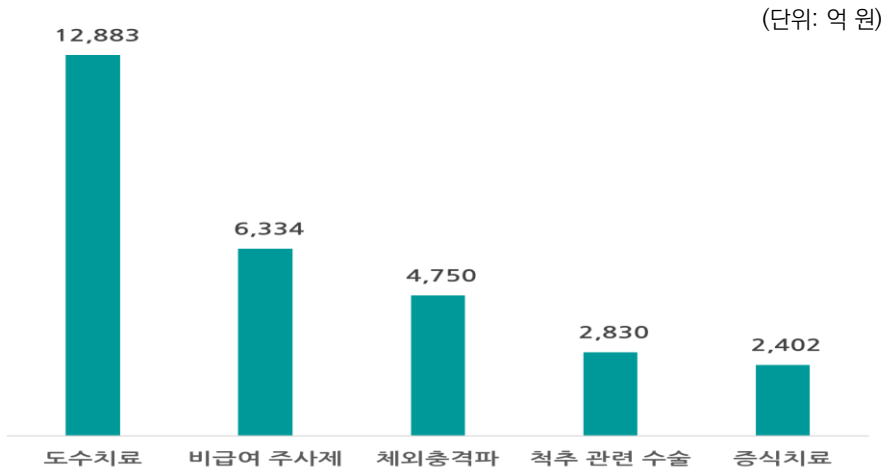


자료: 14개 손해보험회사 통계(추정치)

# 비급여 - 세부항목별

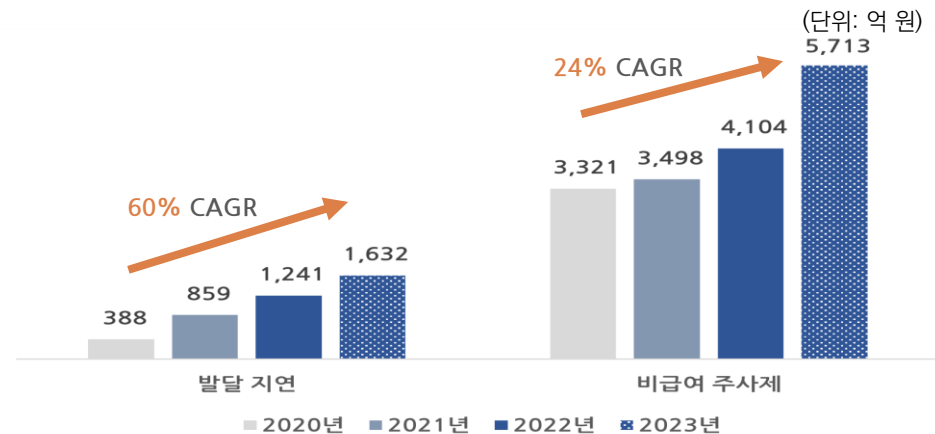
- **도수·체외충격파·증식치료는 '23년 기준 손보사 전체 실손 지급보험금의 약 18%를 차지함**
    - 물리치료는 지급보험금이 2조원을 넘어서며 비급여 금액 상위를 차지
    - 특히 도수치료(실손 지급보험금 비중의 약 11%)는 의료기관간 가격편차도 확대
  - **비급여 주사제와 발달지연은 최근 실손 지급보험금 증가 상위를 차지함**
    - (발달지연) 코로나 등의 영향으로 발달지연 진단이 증가하면서 장기간 실손보험금의 반복 청구 ↑
    - (비급여 주사) 코로나 방역조치 완화 후 호흡기 질환 증가, 영양제·비타민제 등 피로회복·미용목적 주사제\*의 과잉처방 등으로 비급여 주사제 청구 ↑
- \* 의료기관은 피로회복, 미용 목적으로 사용(보험금 면책사유)하였음에도 '치료' 목적(보험금 지급사유)이라는 소견서를 남발하고, 환자는 이를 악용해 실손 보험금을 청구하는 경우 빈번하게 발생

2023년 실손보험금 지급액 상위 5개(손해보험사)



자료: 14개 손해보험회사 통계

실손보험금 지급액 증가 상위 2개(손해보험사)

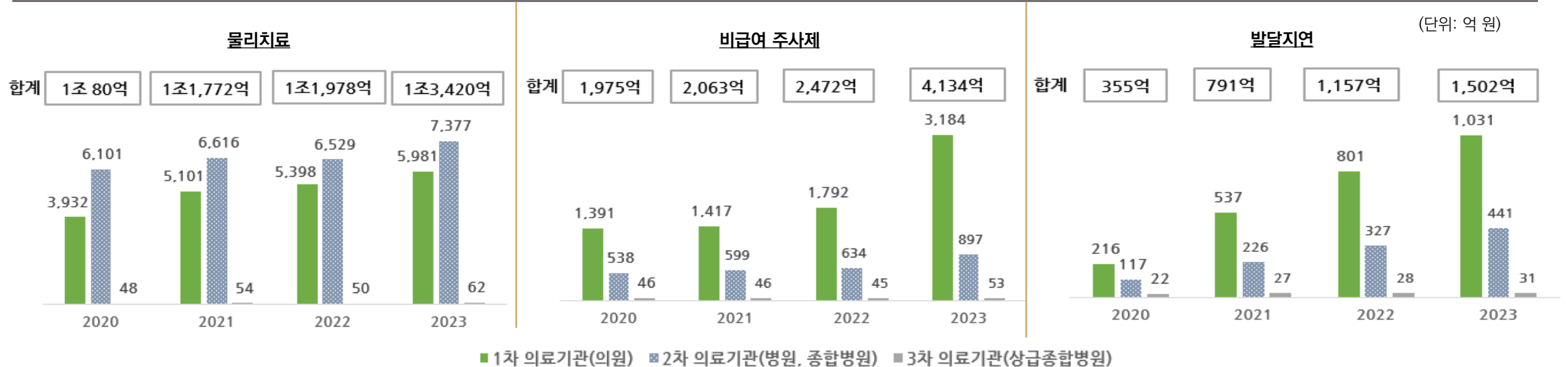


자료: 14개 손해보험회사 통계

# 비급여 – 의료기관 유형별

- 최근 4년간 물리치료, 비급여 주사제, 발달지연의 비급여 지급보험금은 꾸준히 증가하였으며, 특히 의원급에서 가파른 증가 추세를 보임
  - (물리치료) 4년간 비급여 평균 증가율: 1차 의료기관 15.0% > 3차 의료기관 9.0% > 2차 의료기관 6.5%
  - (비급여 주사제) 4년간 비급여 평균 증가율: 1차 의료기관 31.8% > 2차 의료기관 18.6% > 3차 의료기관 4.5%
  - (발달지연) 4년간 비급여 평균 증가율: 1차 의료기관 68.4% > 2차 의료기관 55.6% > 3차 의료기관(11.4%)

비급여 주요 치료항목별 실손의료보험 지급보험금 현황

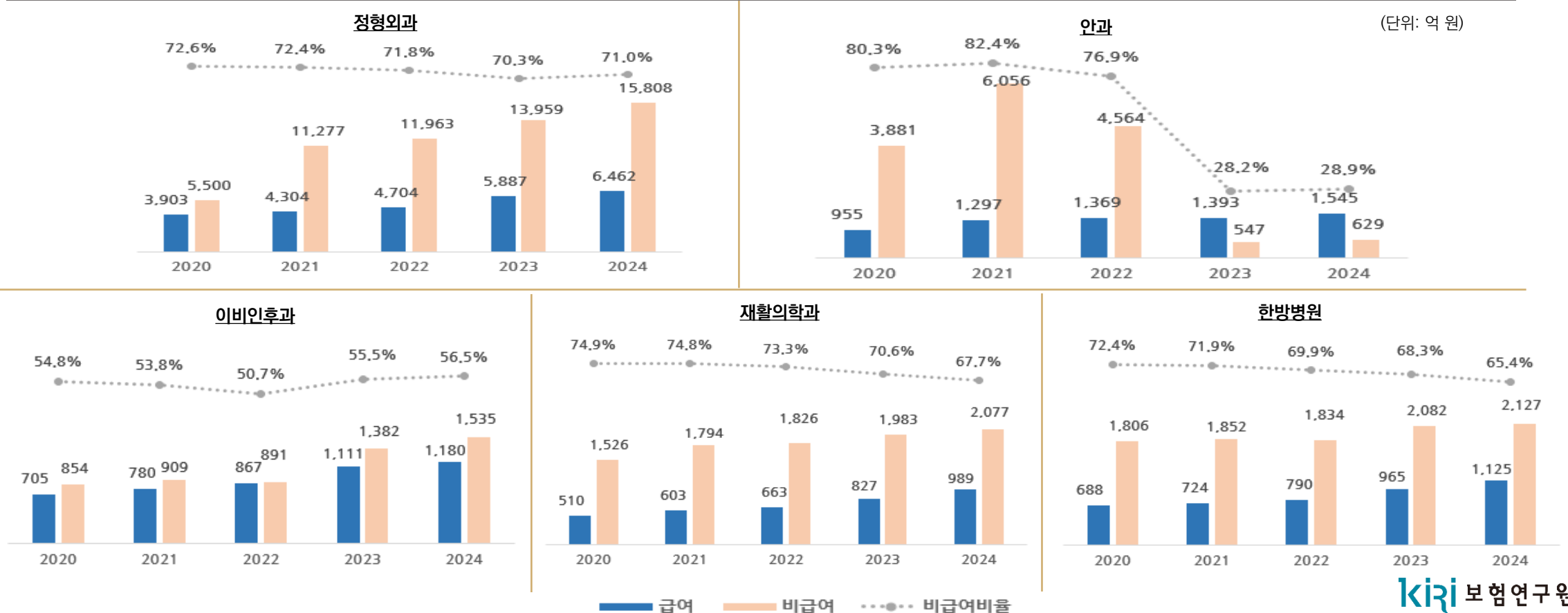


자료: 5개 손해보험회사 통계

# 비급여 – 진료과목별

- 비급여율이 높은 정형외과·재활의학과·한방병원(도수치료)과 이비인후과(비밸브 재건술) 등 일부 진료과는 비급여 지급보험금이 꾸준히 증가하였음

주요 진료과목별 실손지급보험금 현황(2020-2024)

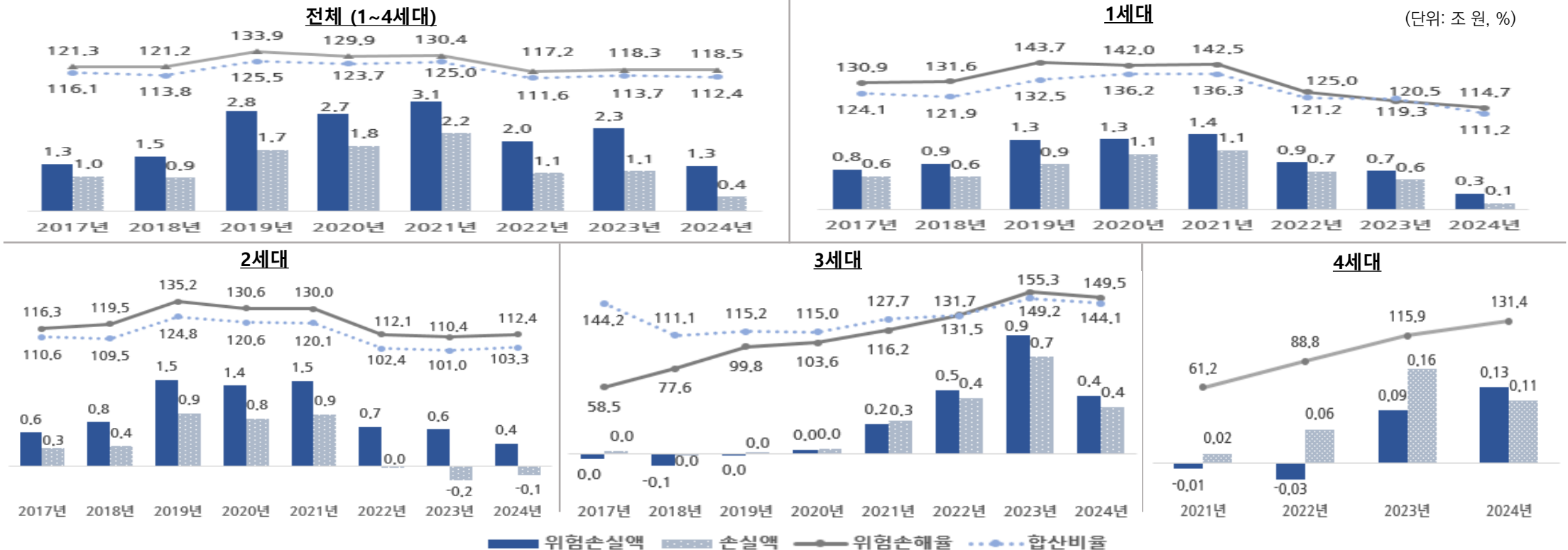


주: 2024년도는 2분기까지 수치의 2배로 계산함  
 자료: 5개 손해보험회사 통계

# 손해율(1/2)

- 실손의료보험은 최근 요율 정상화 노력 등으로 1·2세대 손해율이 일부 개선되었으나, 특히 4세대는 손해율이 지속적으로 악화되는 모습을 보임

실손의료보험 상품(1 ~ 4세대)별 손해율·손실액 현황



주: 2024년은 상반기 누적 자료임  
 자료: 보험회사 통계

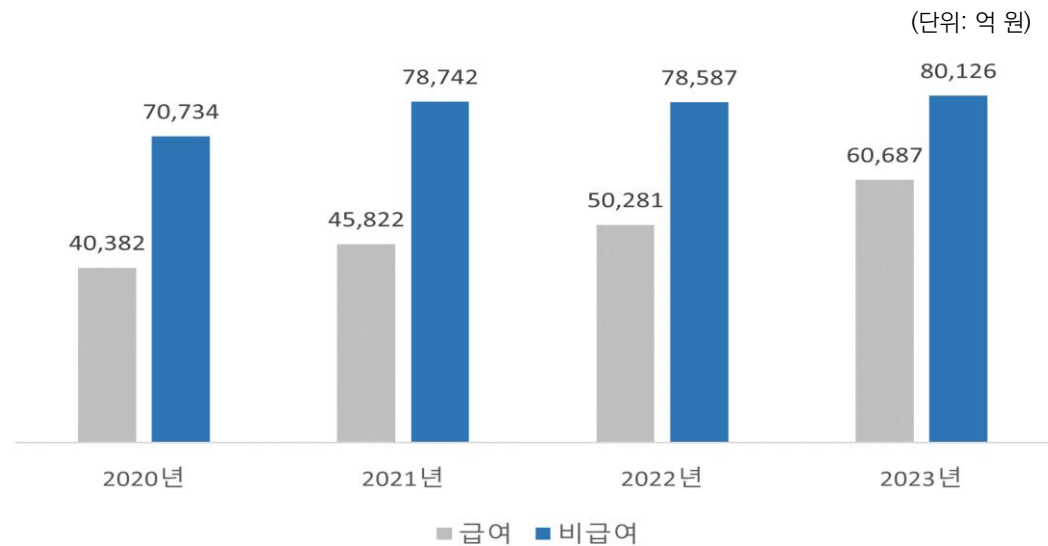
# 손해율(2/2)

• 실손의료보험 손해율 악화의 원인으로서는 비급여항목의 과잉 이용이 문제로 지적됨

- 실손보험 지급보험금은 증가 추세를 보이며, 이 중 비급여 의료가 약 60%를 차지함
- 4세대 실손의 경우에는 비급여 뿐만 아니라 급여 손해율도 증가하는 양상을 보임

\* 한편, 4세대 실손은 '24.7월부터 비급여에 한해 보험료 차등제가 시행되었음

실손의료보험 지급보험금 현황



자료: 금융감독원 보도자료(2024.5.10.)

4세대 실손의료보험 급여·비급여 손해율

	급여	비급여	합산
'22년 상반기	97.5%	73.0%	82.8%
'23년 상반기	139.2%	100.1%	115.9%
'24년 상반기	154.6%	114.2%	130.6%

자료: 손해보험회사 통계

# [참고] 4세대 비급여 보험료 할인·할증 제도

• '24.7월부터 연간 비급여 지급 실적에 따른 보험료차등제가 시행됨

- 매년 가입자의 비급여 청구 실적을 평가하여 할인·할증 단계에 따라 차년도 갱신보험료에 반영
- 갱신보험료 안내시기(통상 1개월 전) 등을 고려하여 계약해당일이 속한 달의 3개월전 말일부터 직전 1년간 비급여 보험금 지급실적 기준으로 계산

\* 할인·할증 단계: 할인(비급여 보험금 미수령자), 유지(비급여 보험금 소액수령자), 할증(소액·고액 할증)으로 구분

\* 가입자의 할인·할증 단계는 매년 산정해 차년도 비급여 갱신보험료에 한번만 적용(매년 초기화)

\* 차년도 비급여 갱신보험료 = 기준보험료 × (1+ 할인·할증률)

\* 의료취약계층(산정특례대상 질환, 장기요양대상자 1~2등급)의 비급여 지급보험금은 보험료 차등 적용에서 제외

## 비급여 보험료 차등제 적용 방식

비급여 보험금 수령액에 따른 보험료 할인·할증 구간						적용 예시 <sup>1)</sup>					
구분	1단계 (할인)	2단계 (유지)	3단계 (할증)	4단계 (할증)	5단계 (할증)	구분	최초 계약시 ('23.8.1.)	변화율	1년後 갱신시 ('24.8.1.)	변화율	2년後 갱신시 ('25.8.1.)
비급여 지급보험금	보험금無	100만원 미만	150만 원 미만	300만 원 미만	300만 원 이상	주계약(급여)	5,000원	-	5,000원	-	5,000원
할인·할증률	할인	-	+100%	+200%	+300%	특약(비급여)	7,500원	+100%	15,000원	-5%	7,150원 <sup>2)</sup>
가입자 비중	72.9%	25.3%	0.8%	0.7%	0.3%	합계	12,500원		20,000원		12,150원
						비급여 보험금	130만 원		無		-

할증금액을 할인재원으로 사용

주: 회사별 실제 할인율은 상이  
자료: 금융감독원 보도자료(2024.1.19)

주1) 연령 증가 및 위험률 변동 등으로 인한 보험료 변동분은 제외한 예시 수치임  
주2) 할증前 비급여 보험료(7,500원)를 기준으로 보험료 5%(추정) 할인 적용  
자료: 금융위원회 보도자료(2024.6.7)

# 보험료 조정 제한

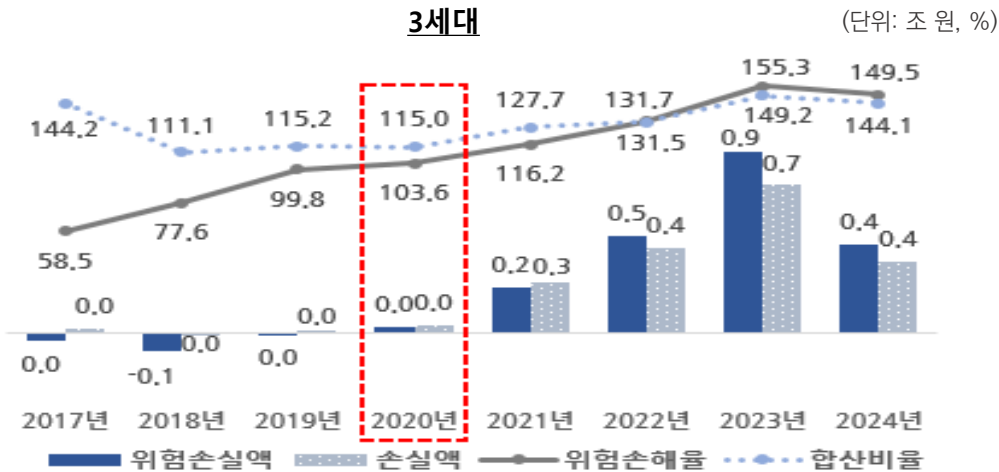
• 보험업감독규정을 보수적으로 해석함에 따라 실손의료보험은 신상품 출시 5년 이내 요율을 조정하지 않았음

- 그러나 실손보험은 보장내용·가입집단이 상품별로 유사하고, 가입자수 등이 충분히 유지되어 단기간 내 통계적 충분성·안정성 확보 가능

- 3세대 실손보험은 추가로 요율 인하 조치가 취해짐에 따라 손해율이 악화되었음

\* 3세대는 '17.4월 출시 이후 요율인하·할인·동결 조치가 이루어지다 '23.1월 최초로 요율이 인상됨

3세대 실손의료보험 손해율·손실액 현황



주: 2024년은 상반기 누적 자료임  
자료: 보험회사 통계

최초 요율조정시기 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.

6. 실손의료보험은 다음 각 목의 내용을 준수하여야 한다.  
가. 경험통계 등을 기초로 순보험요율의 적정성을 매년 검증할 것. 다만, 새로운 위험을 보장하는 경우는 5년까지 적정성을 검증하지 아니할 수 있다.

# Ⅲ

## 4세대 실손 비급여 진료 현황

- 염좌 및 긴장 중심 -

## 실손의료보험 지급 보험금 - 세대별

- '23년 10개 손해보험회사 실손의료보험 지급액 기준, 고액 보험금 지급 비율은 세대를 거칠수록 감소하는 경향을 보임
  - 200만 원 미만의 비중은 1세대에서 36.9%, 2세대에서 45.5%, 3세대에서 53.0%, 4세대에서 62.5%로 나타났으며, 1세대에 비해 4세대의 비중은 25.6%p 높음
  - 200만 원 이상 1억 원 미만을 이용하는 비중은 1세대에서 62.8%, 2세대에서 54.4%, 3세대에서 47.0%, 4세대에서 37.5%로 나타났으며, 1세대에 비해 4세대의 비중은 25.4%p 낮음

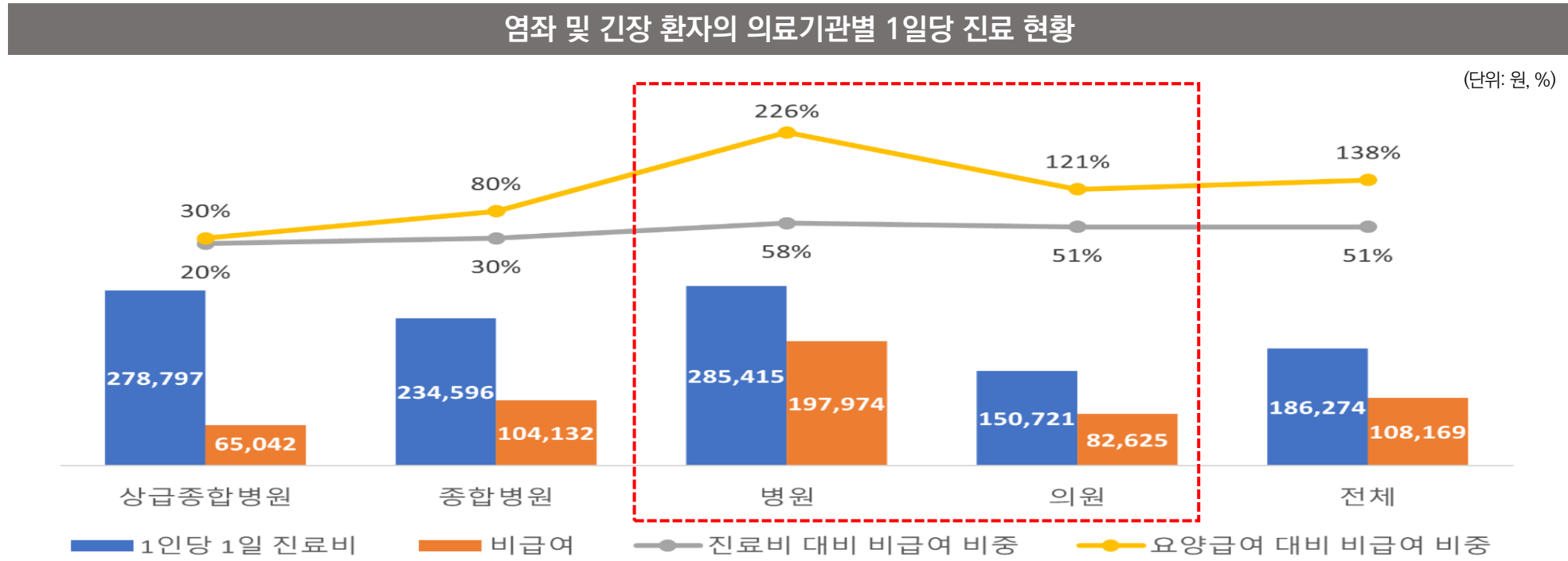
2023년 실손의료보험 상품(1~4세대)별 지급액<sup>2)</sup> 비중

	0~10만원	10만~20만원	20만~50만원	50만~1백만원	1백~2백만원	2백~5백만원	5백~1천만원	1천~3천만원	3천~5천만원	5천~7천만원	7천만~1억원	1억원 이상
1세대	0.8	2.0	7.4	11.2	15.6	24.2	15.9	15.6	3.7	1.9	1.5	0.2
2세대	1.5	3.3	10.7	13.4	16.7	24.4	14.4	11.1	3.0	1.3	0.3	0.0
3세대	2.4	4.4	13.3	15.6	17.3	22.9	12.8	8.5	1.8	0.8	0.2	0.01
4세대	3.7	6.0	16.3	17.7	18.9	22.2	9.9	4.5	0.7	0.2	0	0

주: 1) 10개 손해보험사의 2023년 실손보험 지급건 자료를 기초로 함  
 2) 지급액은 금액 구간별로 급여/비급여, 질병/상해 등을 합산한 총 지급보험금임  
 자료: 김윤 의원실 통계 재구성

# 실손의료보험 비급여 진료 현황 – 염좌 및 간장

- **염좌 및 간장 환자는 병원과 의원에서 비급여 진료 비중이 높게 나타남**
  - 병원의 경우 환자 1인당 1일 진료비는 28.5만 원, 비급여는 19.7만 원으로 다른 의료기관에 비해 높음
  - 병원과 의원의 진료비 대비 비급여 비율과 요양급여 대비 비급여 비중 또한 종합병원과 상급병원에 비해 높음

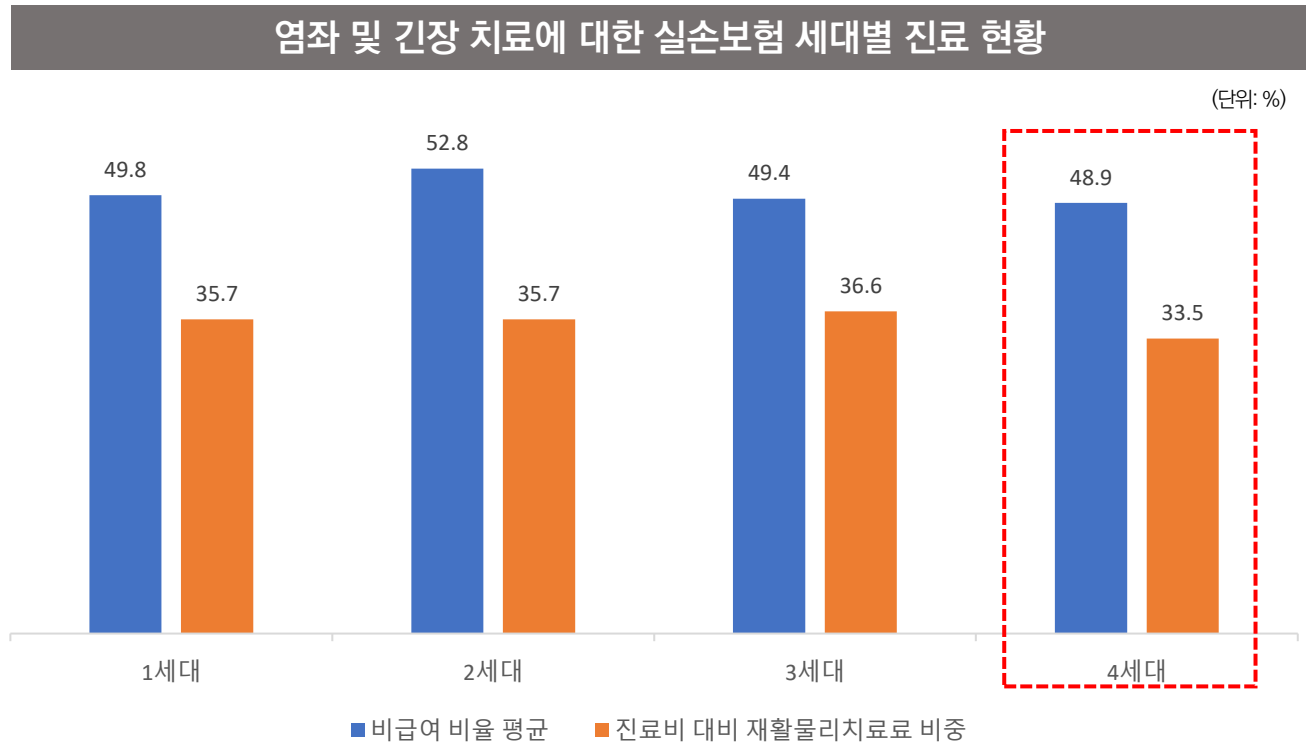


주: 2021-2023년 기간동안 염좌 및 간장 환자가 치료받은 진료 현황 자료임(관측치 수: 7,804건)

자료: 국내 대형손해보험회사

# 4세대 실손보험 염좌 및 긴장 진료현황(1/4)

- 4세대 실손의료보험은 다른 세대에 비해 진료비 대비 비급여 비율이 낮아, 비급여 관리가 일부 효과를 보임
  - 비급여 비율 평균은 1세대 실손보험이 49.8%, 2세대 52.8%, 3세대 49.4%, 4세대 48.9%로, 2세대가 가장 높고 4세대가 가장 낮음
  - 진료비 대비 재활물리치료 비중은 1, 2세대 실손보험이 35.7%, 3세대가 36.6%인 반면, 4세대는 33.5%로 가장 낮음

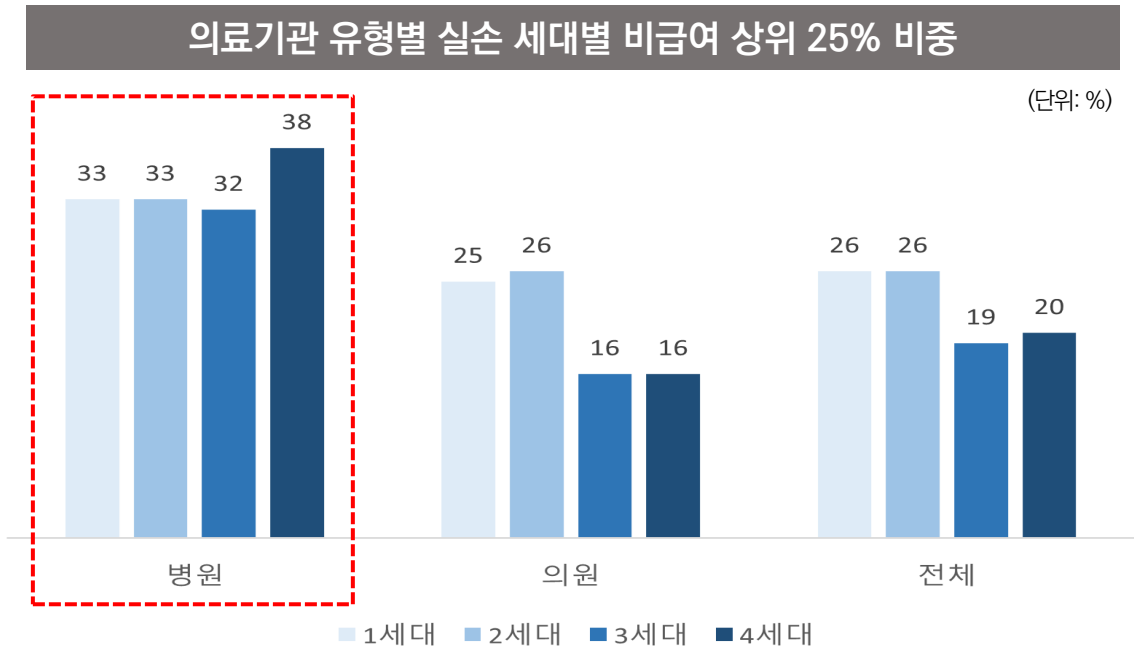
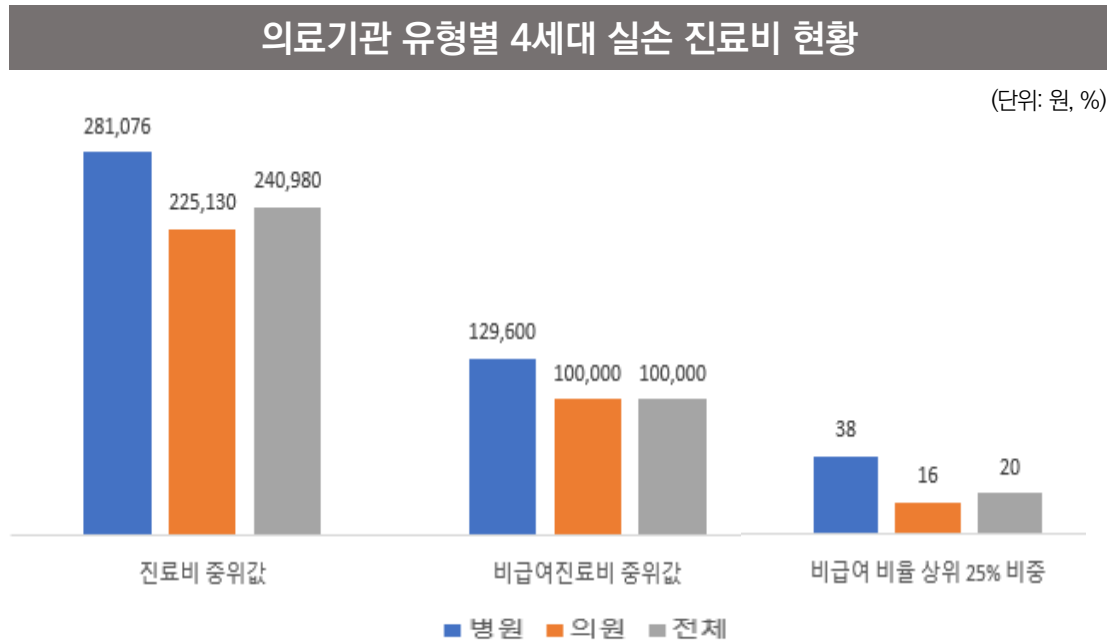


주: 2021-2023년 기간동안 염좌 및 긴장 환자가 치료받은 진료 현황 자료임(관측치 수: 7,250건)

자료: 국내 대형손해보험회사

# 4세대 실손보험 염좌 및 긴장 진료현황(2/4)

- 그러나 **의료기관 유형별로** 살펴보면, 4세대 실손보험 환자의 진료비와 비급여 진료비는 **병원급이 높음**
- 비급여 비율이 상위 25% 이상인 환자 비중도 **병원급에서는** 4세대가 1~3세대보다 높게 나타남



주: 1) 2021-2023년 기간동안 염좌 및 긴장 환자가 치료받은 진료 현황 자료임

2) 비급여 비율은 전체 진료비 대비 비급여 진료비 비율임

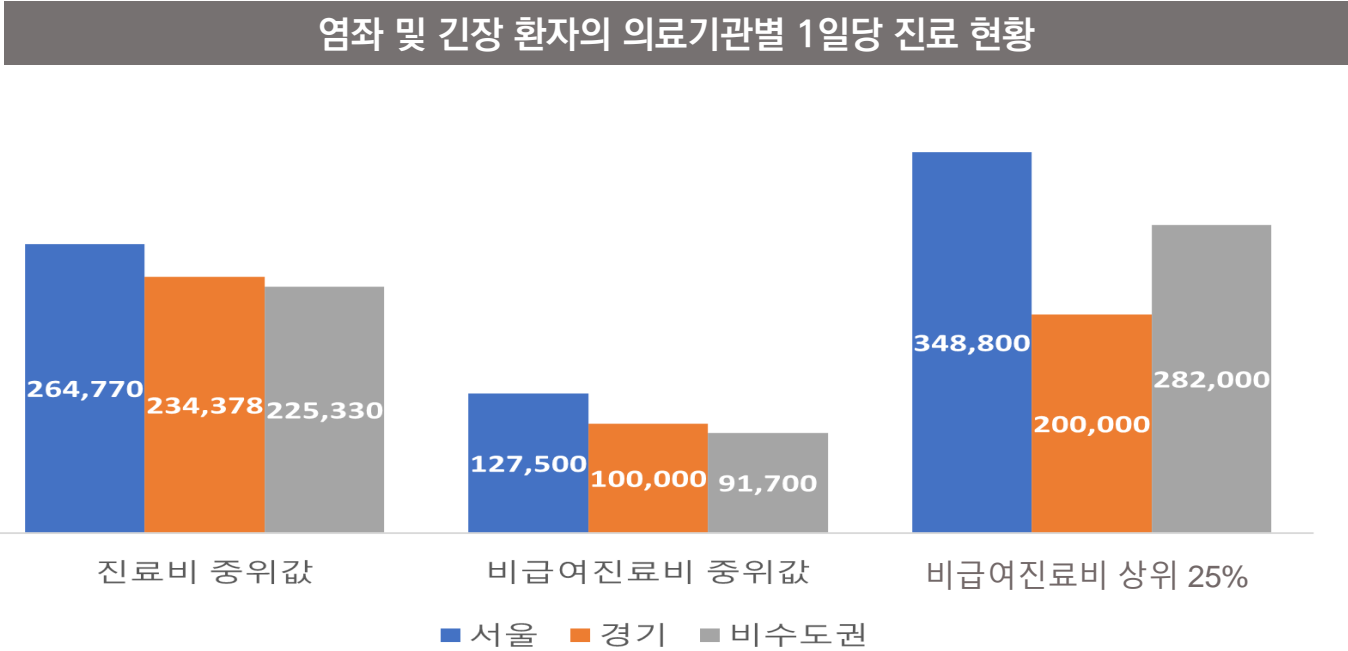
자료: 국내 대형손해보험회사

주: 2021-2023년 기간동안 염좌 및 긴장 환자가 치료받은 진료 현황 자료임

자료: 국내 대형손해보험회사

# 4세대 실손보험 염좌 및 긴장 진료현황(3/4)

- **지역별로 살펴보면, 4세대 실손보험 환자의 진료비와 비급여 진료비는 중위값 기준으로 서울이 가장 높음**
  - 비급여 진료비 상위 25%의 경우에도 서울이 경기나 비수도권보다 높은 것으로 나타남



주: 2021-2023년 기간동안 염좌 및 긴장 환자가 치료받은 진료 현황 자료임  
 자료: 국내 대형손해보험회사

## 4세대 실손보험 염좌 및 긴장 진료현황(4/4)

- 4세대 실손의료보험은 다른 세대에 비해 진료비 대비 비급여 비율이 낮아, 도입 취지와 같이 비급여 진료를 억제하는 효과가 있는 것으로 보임
  - 그러나 병원과 일부 지역에서는 4세대의 경우에도 과잉진료 가능성이 있는 것으로 분석됨
    - 병원에서 비급여 진료비 비율 상위 25%에 속하는 환자 비율은 4세대 실손의료보험 가입자의 경우 38%로, 의원의 16%보다 높음
    - 서울, 경기지역에서 4세대 실손보험 가입자의 중위 진료비와 비급여 진료비는 비수도권에 비해 높게 나타남
- ⇒ 4세대 실손의료보험은 과도한 의료이용 및 도덕적 해이를 통제하는 기전이 타 세대 대비 잘 갖춰져 있다고 볼 수 있으나, 여전히 개선이 필요한 부분이 있음을 함의

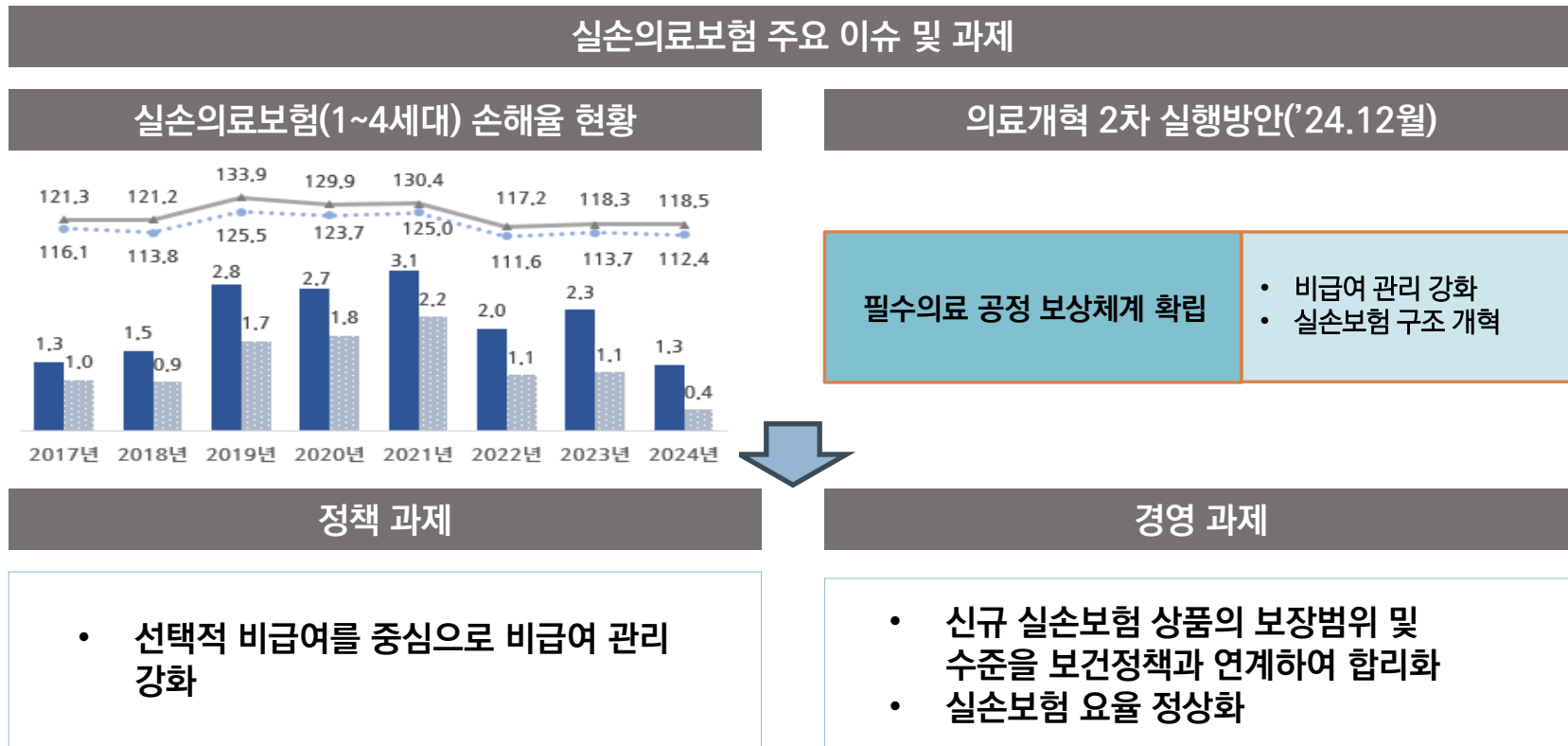
# IV

## 제언



# 주요 이슈 및 과제

- 실손의료보험은 오랜 기간 손해율이 100%를 상회함에 따라 지속가능성 강화가 요구되며, 의료개혁특위에서는 과잉 의료이용을 제어하기 위한 실손보험 상품 개선을 추진 중인 상황
- 이하는 이러한 고려사항을 바탕으로 신규 실손보험 상품 개편 및 정상화 방안을 중심으로 제언



## 비급여 관리체계 구축

- 의료공급측면의 제도 남용을 방지하기 위하여 체계적인 비급여 관리체계 구축이 요구됨

과제	내용
과잉 공급 비급여 관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 과잉 공급 빈번한 비급여 항목에 대한 진료 적정성 가이드라인 구축 및 우선 급여화 추진</li> <li>• 비급여 진료 적정성 가이드라인을 기반으로 구체적인 실손보험 청구 심사기준 마련</li> </ul>
민관 협의 채널 구축	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 특정 비급여의 가격·진료량의 단기간 내 임의적인 증가 현상에 대한 지속적인 모니터링</li> <li>• 공·사 건강보험 당국간 충분한 소통을 통해 각 보험제도의 보장영역 간 연계를 개선</li> </ul>
행위 항목에 대한 재평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 안전성·유효성이 낮은 비급여 진료는 의료기술 재평가를 통해 퇴출 기전 마련</li> </ul>
비급여 정보 비대칭 해소	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 비급여 보고제도를 활용하여 소비자의 비급여에 대한 알권리 보장 및 관련 데이터 축적을 통해 중장기적 비급여 관리 기반 마련</li> </ul>
비급여 가격 규제 도입	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (단기)비급여 가격에 대한 보건당국 차원의 '권장가격 가이드라인' 고시</li> <li>• (중장기) 비급여 표준 수가(상한제, 평균가, 구입원가 등) 제도 구축</li> </ul>
비급여 분류 전면 재검토	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험요양 급여규칙 별표2 개정을 통해 비급여의 종류를 재분류하고, 치료목적이 아닌 선택적 비급여는 실손 보험 보장에서 제외</li> </ul>

# [참고] 건강보험요양급여규칙 별표2 비급여대상 개선 검토(안)

## 현행

1. 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 경우에 실시 또는 사용되는 치료  
(예: 단순 피로·권태 치료, 탈모 등 피부질환)
2. 신체 필수 기능개선 목적이 아니거나, 외모개선 목적의 치료  
(예: 쌍꺼풀수술, 코성형, 사시교정, 지방흡인)
3. 예방진료로서 질병·상해 진료를 직접 목적으로 하지 않는 치료  
(예: 예방접종, 건강검진)
4. 진료상 경제성이 불충분하여 보험급여 시책상 인정되기 어렵거나 원리에 부합하지 않는 치료  
(예: 신의료기술, 보철·임플란트, 상급병실료)
6. 고시하는 질병군에 대한 입원진료 중 (고시하는) 일부 치료  
(예: 호스피스완화 입원진료)
7. 건보제도 여건상 급여로 인정하기 어려운 치료  
(예: 한방물리요법, 한방생약제제)
8. 허가범위 초과 약제의 의학적 근거 입증을 통한 사용

## 개선안

### 치료적 비급여

- 등재비급여
- 기준비급여

### 제도적 비급여

- 상급병실료
- 제증명수수료

### 선택적 비급여

\* 병행진료 제한 및 실손보장 제외

- 단순 증상 완화  
(예: 영양제·비타민제주사, 도수치료)
- 미용·성형 목적 기능 개선  
(예: 비벨브재건술, 지방흡인술)
- 의료법령에 따른 유효성이 입증되지 않은 진료  
(예: 선진입 의료기술 등)

# [참고] 비급여 관리체계 해외사례

## 독일

- 법정 건강보험이 급여하지 않는 비급여 의료서비스에 대한 의료수가 체계(GOÄ)를 1965년부터 도입하여 적용함
- 비급여 진료에 대한 이의신청제도 시행
  - 의료인은 청구시 의료행위의 난이도, 수행시간, 실행 상황 등을 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 상품구조 개편

- **급여·비급여의 본인부담금 상향**을 통해 과잉 의료이용 유인을 억제
  - 급여의 본인부담률 및 최소공제액 상향을 통해 과도한 급여 이용 억제
    - \* 「제2차 국민건강보험 종합계획」의 실손보험 개선 방안과 연계, 급여 본인부담률(현행 20%)과 최소 공제액(현행 1·2만원)을 상향
  - 비급여의 본인부담률(현행 30%) 상향을 통해 과도한 비급여 이용 억제
- **과잉공급이 빈번한 非중증 비급여 항목에 대해서는 이용 횟수 및 보장한도 설정**을 통해 도덕적 해이 완화
  - 치료효과성이 떨어지는 비중증 비급여 의료행위에 대한 보장금액·한도 제한
  - 병·의원급의 非필수 비급여 과잉의료행위를 방지하기 위해 의료기관 종별로 비급여(상해·질병) 연간 보장한도를 차등화하는 방안도 고려해 볼 수 있음
- **보건정책(e.g. 병행진료 제한)과 연계한 실손보험 개편을 통해 非중증 과잉 비급여의 남용을 억제**
  - 복지부는 도수치료 등 남용 경향이 뚜렷하고 의학적 필수성이 낮은 비급여 항목에 대해 급여와의 병행 진료 시 급여를 제한하는 방안을 검토 중임
  - 실손의료보험 약관 개정을 통해 병행진료 급여 제한 항목에 대한 면책 또는 본인부담비율 상향 고려

## 실손보험 요율 정상화

### • 실손보험 新상품 최초 요율조정시기 단축

- 관련 조문(보험업감독규정 제7-63조)에 대한 금융당국의 해석 등을 통해 일정한 통계적 요건 충족을 전제로 실손보험 신상품에 대해 5년 이내(5년 → 3년) 요율 조정을 허용하는 방안 고려
  - 특히 4세대 실손보험의 손해율 추세는 타 세대에 비해 급격하게 악화되는 양상을 보이며, 이는 최초 요율조정주기 규제에 기인한 측면도 있음
- \* 4세대는 3세대 요율이 최초로 조정('23.1월)되기 전인 '21.7월 출시됨에 따라, 3세대가 사용하던 '16년도 2세대 요율을 기초로 하는 등 다소 낮은 가격으로 설계됨

감사합니다.