
실손보험 개혁방안 QA

2025. 4.

금
금
용
용
위
감
원
독
회
원

목 차

1. 실손 개혁으로 환자 부담 의료비가 증가하는 것 아닌지? 1
2. 실손보험 개혁으로 보험사 이익만 확대되는 것 아닌지? 2
3. 보험사 이익이 역대 최고인데 실손보험 적자가 발생한건지?
보험사 이익으로 실손 손실을 부담해야하는 것 아닌지? 3
4. 상품 설계를 잘못된 보험사의 문제인데, 왜 정부가 보험사를
위하여 개입하는지? 4
5. 1.9일 정책토론회 안보다 개혁안이 후퇴한 것 아닌지? 5
6. 잘못된 중증/비중증 범위 설정으로 환자가 필요한 치료를 못
받게 되는 것 아닌지? 6
7. 초기가입자에 대해 약관변경(재가입) 조항을 적용하는 법 개정안이
발표안에서 제외된 이유는? 7
8. 관리급여 신규 도입시, 소비자가 부담하는 의료비가 늘어나는
것 아닌지? 보험사에 미치는 영향은? 8
9. 신규 실손 상품에서 비중증 비급여로서 보장이 제한(면책)되는
진료 항목이 관리급여로 편입되는 경우 어떻게 보상되는지? 12
10. 비중증 비급여(특약2)에서 도수치료 등 근골격계 치료와 비급여
주사제에 대한 보장을 제외한 이유는? 13
11. 신규 실손 상품은 언제 출시되는지? 14
12. 비중증 비급여(특약2) 상품은 신규 상품 출시와 동시에 판매되지
않는다면 언제 출시되는지? 14

1. 실손보험 개혁으로 환자가 부담하는 의료비가 증가하는 것 아닌지?

- 의료체계 정상화와 국민의 보험료 부담 완화 및 공정성 제고를 위해서는 실손보험 개혁이 반드시 필요한 상황입니다.

※ 실손보험 문제점 관련 주요 통계

- ① [실손 비급여 보험금 지속 확대] ('17년) 4.8조원 → ('23년) 8.2조원(+약 70%↑)
- ② [실손보험료 인상] ('22년) 14.2% → ('23년) 8.9% → ('24년) 1.5% → ('25년) 7.5%
- ③ [보험금 지급 구조 불공정성] 다수 가입자(65%)는 보험료만 납부하며, 상위 9%에게 전체 보험금의 약 80% 지급('24.1~6월, 4개사(점유율 약 50%) 기준)

- 실손보험 개혁을 통해 “상대적으로 낮은 보험료”로 꼭 필요한 보편적 의료비와 중증 치료비를 적정 보장 받을 수 있습니다.

- 중장기적으로는 과도한 비급여 증가를 억제하고, 실손보험 지속가능성을 높여 의료비 부담 완화에 기여할 수 있습니다*.

* 현행 실손보험 구조는 지속 가능성이 낮아, 장기적으로 국민의 의료비 부담이 오히려 증가할 가능성이 높습니다.

- 아울러 실손보험과 별도로 국민들께서 의료비를 미리 준비하고 손쉽게 이를 사용할 수 있도록

- 세제지원되는 ISA(세제 지원 확대 추진중) 및 연금저축계좌의 의료비 인출 편의성을 강화하는 방안을 검토하고 있습니다. (노후지원 보험 5종세트 既발표)

< 노후지원 보험 5종 세트 >

- ① 사망보험금 유동화(→연금 등)를 통해 고령층의 안정적 소득 확보 지원
- ② ISA, 연금저축계좌를 의료저축계좌로 쓸 수 있도록 의료비 인출 편의성 제고 검토
- ③ 노령층·고금리계약자를 위한 보험계약대출 우대금리 항목 신설
- ④ 노후·유병력자 실손 가입(70·75세→90세) 및 보장(100→110세) 확대
- ⑤ 겸영업무로 인정된 신탁업을 보다 활성화하여 생애종합 서비스 제공

2. 실손보험 개혁으로 보험사 이익만 확대되는 것 아닌지?

□ 이번 실손보험 개혁은 실손의 과다보장으로 인한 필수의료
기피 현상^①과 국민의 보험료 부담^②을 완화하기 위한 조치입니다.

- * ① 불필요한 비급여 과다 보장으로 의료인력의 비급여 쓸림 현상 발생
② 다수는 보험료만 납부하고 소수만 보험금을 지급받는 구조[†] 下 실손보험료의
가파른 인상으로 국민들의 보험료 부담이 가중

† 가입자의 65% 지급보험금 無(0원) ↔ 가입자 상위 9%가 지급보험금 약 80%
('24.1~6월, 4개사(점유율 약 50%) 기준)

□ 실손보험 개혁이 보험사의 재무건전성을 위한 것이었다면
어려운 제도 개선보다는 보험 원리에 맞게 손해율만큼 보험료를
인상하는 방안이 가장 효과적이었을 것입니다.

○ 그러나 현재는 소비자의 보험료 부담 증가를 억제하기 위해
감독규정에 따라 위험구분 단위별로 실손보험료 인상률을
연 25%내로 제한하고 있습니다.

- 예를 들어 '25년 손해율 회복을 위해서는 평균 17.6%의 보험료
인상이 필요했으나 실제로는 7.5%만 인상하여 10.1%p(필요
인상률의 57.4%)의 손실을 보험사가 부담하고 있습니다.

○ 다만, 과도한 실손보험금 지급이 이뤄지고 있는 상황에서
실손보험의 지속가능성에 의문*이 제기되고 있습니다.

* '12년 이후 13개 보험사는 실손보험 판매를 중단, 현재 18개사만이 실손보험 판매 중

□ 개혁방안의 효과로 실손보험 수지가 개선될 경우 보험료에
반영되어 소비자 이익*으로 환원될 예정입니다.(신규 상품의
보험료는 4세대 대비 30~50%** 내외 인하 추정)

* 보험의 수지상등 원칙에 따라 보험금 지급이 줄어들면 보험료도 인하

** 일부 보험사 시뮬레이션 결과로서 일부 변동 가능

3. 보험사 이익이 역대 최고인데 실손보험 적자가 발생한건지?
 보험사 이익으로 실손 손실을 부담해야하는 것 아닌지?

※ '24년 보험회사 경영실적

○ '24년 보험회사(생보사 22개, 손보사 32개) 당기순이익은 14.1조원(역대 최대)

< 주요 손익 현황 >

(단위: 억원, %)

구 분		'23년(A)	'24년(B)	증감률([B-A]/A)
생명보험 회사	당기순이익	52,638	56,374	7.1
	보험손익	50,589	42,625	△15.7
	투자손익	16,750	30,248	80.6
	영업외손익	△1,405	△2,263	손실확대
손해보험 회사	당기순이익	82,520	85,066	3.1
	보험손익	83,281	82,466	△1.0
	투자손익	26,681	32,577	22.1
	영업외손익	△327	△660	손실확대
보험회사 당기순이익		135,158	141,440	4.6

○ '24년, 보험사의 실손보험의 보험손익은 약 △1.6조원

- '24년 보험사 당기순이익 증가(+0.6조원)의 주요인은 자산 운용에 따른 투자이익 증가(+1.9조원)이지 보험손익(△0.9조원)이 아닙니다.
- 실손보험은 보험손익에서 매년 적자('24년 △1.6조원)가 발생하며, 적립액이 적은 상품인 바 투자이익도 기대하기 어렵습니다.
- 아울러 종류가 같은 위험에 노출된 사람들끼리 상호 부조하는 성격이 보험의 기본 원리입니다.
- 이익이 발생하는 보험계약은 갱신시 또는 보험사간 경쟁에 의해 그 계약의 보험료가 조정되는 것이 보험 원리에 부합합니다.
- 만약 다른 보험의 이익으로 실손의 적자를 보전한다면 이는 다른 보험계약자가 실손 계약자의 손실을 부담하는 구조가 됩니다.

4. 상품 설계를 잘못된 보험사의 문제인데, 왜 정부가 보험사를 위하여 개입하는지?

- 상품을 잘못 설계한 보험사의 책임이 있다는 일각의 지적*을 알고 있습니다.

<현행 실손보험사의 손실 분담 방안>

- ◇ 현재 보험사는 보험료 인상 제한을 통해 매년 손실 분담*중

* 예를 들어 '25년 손해율 회복을 위해서는 평균 17.6%의 보험료 인상이 필요했으나 실제로는 7.5%만 인상하여 10.1%p(필요인상률의 57.4%)의 손실을 보험사가 부담

- 다만, 상품 설계시 예측 불가능했던 의료서비스 행태 변화* 등 사정변경도 고려될 필요

* <예시>

- ① 피부과에서 피부·미용과 도수치료를 동시 시행하고 실손 보험금 지급 신청
- ② 안과·피부과 등에서 무릎줄기세포 주사 시행
- ③ 다초점 백내장수술을 실손보장 항목에서 제외하자, 해당 수술비의 가격을 낮추고 관련 검사비를 인상하여 실손보험금을 수령

- 다만, 현재의 실손 이용 형태를 상품 설계의 잘못으로만 돌리고 현 실손 구조를 유지하는 것은 필수의료 기피 현상이나 국민의 보험료 증가 등의 폐해를 개선할 수 없습니다.

- 아울러 실손보험 판매중단 또는 보험료 인상은 소비자 피해로 이어지기 때문에
- 보험료 인상 최소화 등 소비자 보호와 지속가능성 확보를 위해 필요 최소한의 대응을 해야합니다.

- 이를 고려하여 보건당국 등 보건의료계에서 의료개혁의 일환으로 실손보험 개혁 요청이 있었으며, 의료개혁 특위의 논의를 거쳐 실손보험 개혁 방향을 마련하였습니다.

5. 1.9일 정책토론회 안보다 개혁안이 후퇴한 것 아닌지?

< 정책토론회 이후 주요 변경 내용 >

① 급여 본인부담률 구분 기준 : 중증/일반 → 입원/외래

	정책토론회 발표안		최종 발표안	
	중증	일반	입원	외래
급여 자기 부담률	20%*	Max[건보 본인부담률, 20%]*	20%	Max[건보 본인부담률, 20%, 1/2만원]

* 정책토론회 발표안의 경우 외래는 중증이더라도 최소공제액 1/2만원 적용

② 중증 비급여 연간 자기부담 한도 신규 도입

	정책토론회 발표안	최종 발표안
중증 비급여 연간 자기부담 한도	없음	500만원 (상급종합·종합병원 입원限)

- 개혁의 지향점은 실손보험을 '보편적 의료비(급여 의료비)'와 '중증질환 치료비' 중심, 적정 보장 상품으로 전환하는 것입니다.
 - 정책토론회(1.9일) 이후 의견 수렴을 거쳐 수정된 내용은 중증 보장을 강화하는 것으로서 개혁의 지향점이 동일합니다.
- ①급여 본인부담률 구분 기준을 '중증/일반 → 입원/외래'로 변경한 것은 입원(급여)의 경우 중증인 경우가 많고, 도덕적 해이 우려가 적다는 의견을 반영하여 중증 보장을 강화한 것이며,
 - ②비급여도 중증에 대해서는 연간 자기부담 한도를 도입하여 중증 보장을 강화하였습니다.

6. 잘못된 중증/비중증 범위 설정으로 환자가 필요한 치료를 못 받게 되는 것 아닌지?

- (급여 의료비) 중증 범위 확대가 필요하다는 의료계의 의견 등을 반영하여 보편적 의료비인 급여 의료비의 경우 입원 전체를 중증으로 간주하는 등 인정 범위를 대폭 확대하였습니다.

< 급여 본인부담률 구분 기준 >

○ (정책토론회) 중증/일반 → (최종 발표안) 입원/외래

	정책토론회 발표안		최종 발표안	
	중증	일반	입원	외래
급여 자기 부담률	20%*	Max[건보 본인부담률, 20%]*	20%	Max[건보 본인부담률, 20%, 1/2만원]

* 정책토론회 발표안의 경우 외래는 중증이더라도 최소공제액 1/2만원 적용

- (비급여 의료비) 비급여의 경우 중증/비중증을 보건당국이 지정한 건보법상 산정특례 대상 질환 여부로 구분하고 있어, 지정 대상 질환이 조정되면 중증범위도 자동 조정되는 구조입니다.
- 아울러 중증(건보법상 산정특례 대상 질환) 치료 목적 비급여 의료비는 4세대부터 시행중인 사용량에 따른 비급여 할증 제도를 적용하지 않습니다.

7. 초기가입자에 대해 약관변경(재가입) 조항을 적용하는
법 개정안이 발표안에서 제외된 이유는?

- 보건당국의 비급여 관리 강화와 다른 실손보험 개혁방안이
진행되는 만큼 그 효과를 먼저 살펴자는 의견을 반영하였습니다.

8. 보건당국이 관리급여* 신규 도입시, 소비자가 부담하는
의료비가 늘어나는 것 아닌지? 보험사에 미치는 영향은?

* 과잉우려가 큰 비급여를 급여로 전환하여 진료기준, 가격 등을 설정하고
본인부담률을 95%로 설정(3.19일, 의개특위 2차 실행방안 보도자료)

1) 기존 실손보험 가입자

- 의료비 부담은 실손 상품별 보장 내용 및 관리급여의 도입 방식에 따라 다르나, 기존 가입자의 경우 의료비 부담이 줄어들 수 있습니다.
- 통상 실손보험에서 급여 자기부담률은 비급여 자기부담률과 같거나 낮아 비급여에서 급여로 전환될 경우 실손보험의 자기부담률은 낮아집니다.
- 가격 또한 관리급여 신설 후에는 정부가 수가를 정하므로 평균 가격이 인하될 수 있는 점도 감안해야 합니다.

2) 신규 실손보험 가입자

- 비급여에서 관리급여로 전환된 의료비에 대해 실손 자기부담률은 입원시 20%, 외래시 95%(건강보험 본인부담률이 95%인 경우)입니다.
- 비급여 자기부담률을 30%로 적용하고 있는 현재 판매중인 4세대 실손과 비교하여 입원시는 자기부담(20%)이 낮아집니다.
- 반면 외래시는 실손의 자기부담이 높아질 수 있으나, 그 부담은 관리급여 도입을 통해 합리적인 가격으로 해당 진료를 받을 수 있는 반대 효과를 종합적으로 감안해야 합니다.

3) 보험회사

- 관리급여 도입시 진료기준, 수가 및 해당 의료서비스 이용량 변화 등에 따라 보험금 지급 총액이 늘거나 줄 가능성이 모두 존재합니다.
- 다만 중장기적으로는 관리급여를 통한 진료기준·가격 등 관리 감독 강화, 신규 실손으로의 전환 등으로 보험금 지급 총액이 감소하고 이를 통한 실손보험료 인하 효과를 기대합니다.

참 고

비급여 → 관리급여 전환시, 기존 실손가입자 부담

◆ [가정] ★의료기관에서 10만원인 비급여 A치료를 보건당국에서 관리급여 (본인부담률 95%)로 변경한 경우(가격 관리효과는 제외)

◆ [유의사항]

- ① 동 가정은 모두 예시에 불과한 것으로서, 가입자의 실손보험 계약 내용 및 관리급여 설정 방식 등에 따라 달라질 수 있음
- ② 실손계약 내용에 따라 외래시, 하기 표의 실제부담액 외 최소공제액 발생 가능
- ③ 가격 관리효과는 제외되었으므로, 관리급여 가격에 따라 소비자 부담은 더 낮아질 수도 있음

① (1세대) 표준화 前 상품으로 계약마다 자기부담률이 상이하나, 자기부담률이 0%인 계약 가정

	현행	향후
실손 보장 前 환자 부담 의료비*	· 10만원 × 100% = 10만원	· 10만원 × 95% = 9.5만원
실손보험 자기부담률	· 비급여 자기부담률 : 0%	· 급여 자기부담률 : 0%
실제 소비자 부담액	· 10만원 × 0% = 0원	· 9.5만원 × 0% = 0원

* 진료 직후 건보공단 부담금 등을 제외하고, 환자가 병원에 지급하는 의료비

② (2세대: 선택형 I) 선택형 I·II 및 표준형 상품에 따라 자기부담률이 상이하나, **선택형 I**(급여·비급여 자기부담률 10%) 계약 가정

	현행	향후
실손 보장 前 환자 부담 의료비*	· 10만원 × 100% = 10만원	· 10만원 × 95% = 9.5만원
실손보험 자기부담률	· 비급여 자기부담률 : 10%	· 급여 자기부담률 : 10%
실제 소비자 부담액	· 10만원 × 10% = 1만원	· 9.5만원 × 10% = 0.95만원

* 진료 직후 건보공단 부담금 등을 제외하고, 환자가 병원에 지급하는 의료비

- ③ **(3세대:선택형)** 표준형, 선택형 상품에 따라 자기부담률이 상이하냐, **선택형**
 (자기부담률 급여 10% 비급여 20% 3대 특약 30%) 계약 가정

	현행	향후
실손 보장 前 환자 부담 의료비*	· 10만원 × 100% = 10만원	· 10만원 × 95% = 9.5만원
실손보험 자기부담률	· 비급여 자기부담률 : 20% · 3대 특약 자기부담률 : 30%	· 급여 자기부담률 : 10%
실제 소비자 부담액	· 비급여: 10만원 × 20% = 2만원 · 3대 특약: 10만원 × 30% = 3만원	· 9.5만원 × 10% = 0.95만원

* 진료 직후 건보공단 부담금 등을 제외하고, 환자가 병원에 지급하는 의료비

- ④ **(4세대)** 자기부담률 급여 20%, 비급여 30%

	현행	향후
실손 보장 前 환자 부담 의료비*	· 10만원 × 100% = 10만원	· 10만원 × 95% = 9.5만원
실손보험 자기부담률	· 비급여 자기부담률 : 30%	· 급여 자기부담률 : 20%
실제 소비자 부담액	· 10만원 × 30% = 3만원	· 9.5만원 × 20% = 1.9만원

* 진료 직후 건보공단 부담금 등을 제외하고, 환자가 병원에 지급하는 의료비

9. 신규 실손보험 상품에서 비중증 비급여로서 보장이 제한(면책)되는 진료 항목이 관리급여로 편입되는 경우 어떻게 보상되는지?

- 비중증 비급여로서, 실손 보장에서 제한(면책)*되는 항목이 추후 보건당국의 판단에 따라 관리급여로 신규 편입되는 경우 급여로서 실손보험에서 정해진 보장을 받을 수 있습니다.

* (예) 도수치료 등 근골격계 질환, 비급여 주사제

- 실손보험의 관리급여 자기부담률은 입원시 20%, 외래시 95%(건강보험 본인부담률이 95%인 경우)입니다.

10. 비중증 비급여(특약2)에서 도수치료 등 근골격계 치료와 비급여 주사제에 대한 보장을 제외한 이유는?

□ '23년 실손보험 전체 비급여 보험금(8.2조원) 중 도수치료 등 근골격계 질환(2.3조원)과 비급여 주사제(2.3조원)의 두 분야가 비급여 관련 지급보험금의 절반 이상(56%)을 차지하고 있습니다.

○ 아울러 전년대비 증가율도 도수치료 등 근골격계 질환(11.2%)과 비급여 주사제(25.5%)는 매우 높습니다.

□ 상기 두 분야의 혜택은 전체 가입자의 소수*만 받고 있지만 보험료 부담은 전체 가입자가 부담하고 있습니다.

* 전체 실손 계약 중 상기 두 분야로 보험금 지급받은 계약건수 비율('23년 손보사 기준)

① 도수치료 등 비급여 근골격계 물리치료 : 8.3%

② 비급여 주사료 : 11.6%

○ 상기 두 분야는 최근 실손보험료 상승의 주원인으로 작용하고 있으며, 과다이용으로 인해 의료체계 왜곡이 발생한다는 문제의식도 강하게 제기되고 있습니다.

□ 이러한 문제점을 고려하여 '신규' 실손보험의 비중증 비급여(특약2)에서 상기 두 분야는 비급여 보장 대상에서 제외합니다.

※ 단, 신규 실손보험에서도 중증 질환의 치료목적이라면 중증 비급여(특약1)에서 현행 4세대와 동일한 수준으로 보장

11. 신규 실손 상품(급여, 중증 비급여(특약1))은 언제 출시되는지?

- 보험업감독규정·시행세칙 개정 및 보험사 실무 작업 등의 준비기간을 거쳐 '25년말 출시를 목표로 하고 있습니다.

12. 비중증 비급여(특약2) 상품은 신규 상품 출시와 동시에 판매되지 않는다면 언제 출시되는지?

- 의료체계 왜곡 및 과도한 보험료 부담 문제가 재발하지 않도록 비급여 관리 강화(관리급여 신설 등) 효과 등을 분석 후 신규 가입자에 대한 비중증 비급여(특약2) 출시 시기를 확정할 예정입니다.
 - '26.7월, 약관변경(재가입) 주기가 최초 도래하는 만큼 '26년 상반기 중 출시시기를 확정할 수 있을 것으로 생각합니다.
- 다만, 기존 가입자가 계약 재매입에 따른 신규 상품 전환시에는 재매입 실효성 측면을 감안하여 재매입 시행되는 시기에 맞춰 비중증 비급여(특약2) 가입이 가능합니다.