2025-01-10

보험

비급여·실손보험 개혁 방안 Comment

SK증권 리서치센터

Analyst
설용진

s.dragon@sks.co.kr
3773-8610

비급여 관리·실손보험 개혁 방안 정책토론회 개최

전일 보건복지부는 비급여 관리·실손보험 개혁방안 정책 토론회를 개최했는데 1) 실손보험의 보장 구조 등 영향으로 2) 비급여 이용이 전체 진료비 상승을 유발함에 따라 3) 전체 의료비 증가/필수의료 인력 유출 등이 발생하고 있다는 문제 의식을 바탕으로 비급여 항목 및 실손보험에 대한 대대적 개편을 추진하는 모습이 나타났다. 비급여 항목 관리는 1) 필수의료 중심 건강보험 급여 적용 확대, 2) 도수치료 등 남용 우려 높은 비급여 항목의 관리급여 지정을 통한 건강보험 체계 편입 및 90~95% 수준의 높은 자기부담률 설정, 3) 병행진료 제한 비급여 항목 고시 및 해당 항목 포함 병행진료에 대한 전체 비용 비급여 적용 등 내용이 언급되었다. 실손보험에 대해서는 1)기존 4 세대 실손보험에서 전체 비급여 항목에 적용되던 특약을 중증 비급여에 대한 특약 I, 비중증 비급여에 대한 특약 II 로 분류하고 2) 급여항목에 대한 주계약에 있어서는 자기부담률을 Max[20%, 건보 자기부담률]을 기준으로 반영하는 등 내용이 공개되었다. 백내장, 비급여 주사제 등 주요 비급여 항목에 대해서는 금융당국의 분쟁조정기준을 신설하여 비중증 비급여 항목이 과도하게 늘어나는 것을 방지할 계획이며 구 실손보험에 대해서도 소비자가 원할 경우 계약 재매입 추진, 필요시 법 개정을 통한 약관 변경 조항 검토 등을 추진하는 내용이 언급되었다.

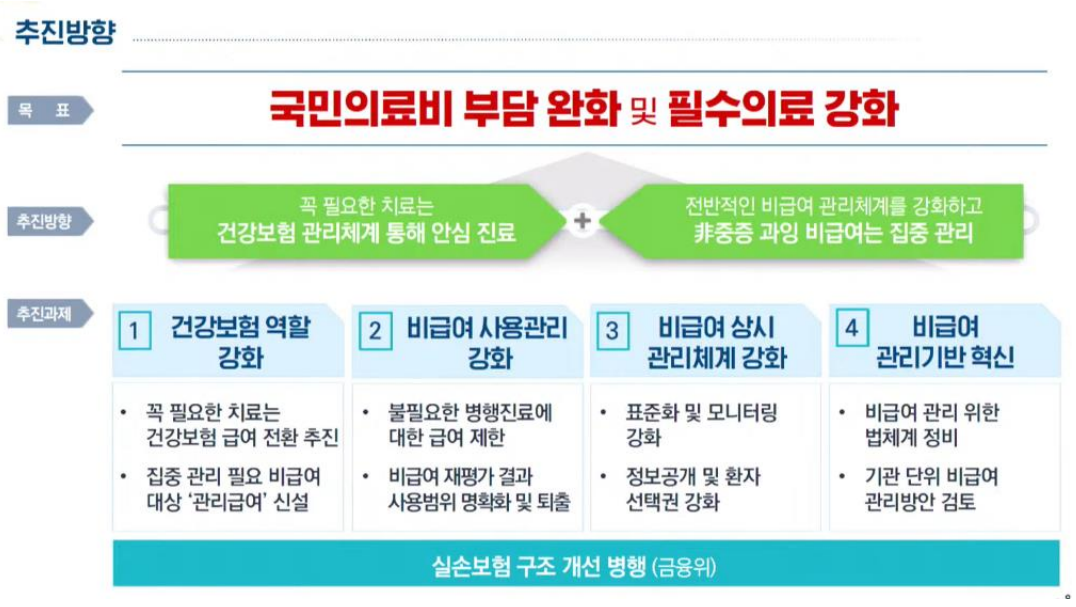
구조적인 손실 개선에 대한 방향성은 양호하나 효과는 지켜봐야

보험업종 내에서는 손해보험이 관련 영향을 크게 받을 것으로 예상하며 구조적 문제 해결이라는 방향성 자체는 전반적으로 양호하다고 판단한다. 다만 1) 기존 실손의 보장 범위를 감안하면 도수치료 등을 관리급여로 전환하여 건보 자기부담금을 확대하더라도 기존 가입자의 실질적인 부담금에는 큰 변화가 없을 것으로 예상되며 2) 가장 빠르게 재가입 주기가 도래하는 4 세대 실손(5 년, 26 년 7 월부터 재가입 주기 도래) 비중이 10% 내외에 불과한 점 등을 고려했을 때 단기적으로는 영향이 제한적일 것으로 예상된다. 그럼에도 과거 비급여 항목으로 높은 가격 편차가 나타나던 항목들이 관리급여로 전환되며 가격이 표준화 될 수 있는 만큼 전반적인 부담은 완화될 것으로 예상한다. 구 실손에 대한 계약 재매입 등이 추진되고 있으나 현실적으로 어려움이 많을 것으로 예상되며 가파른 요율 인상 등을 감안하면 해지 등으로 점진적으로 감소할 것으로 전망한다. 오히려 1) 3/4 세대 실손의 손해율이 출시 이후 가파르게 악화된 점 및 2) 신규 실손에 대해 4 세대 대비 할인된 보험료가 적용되는 점 등을 감안하면 신규 실손의 손해율 악화 가능성도 남아있는 만큼 실제 영향 확인까지는 시간이 필요할 전망이다. 신규 실손의 경우 중증 위주의 보장 내용 등으로 가입 유인은 이전보다 낮을 것으로 판단하며 유병자보험 등과 유사한 양상을 전망한다.

비급여 관리 – 추진 배경

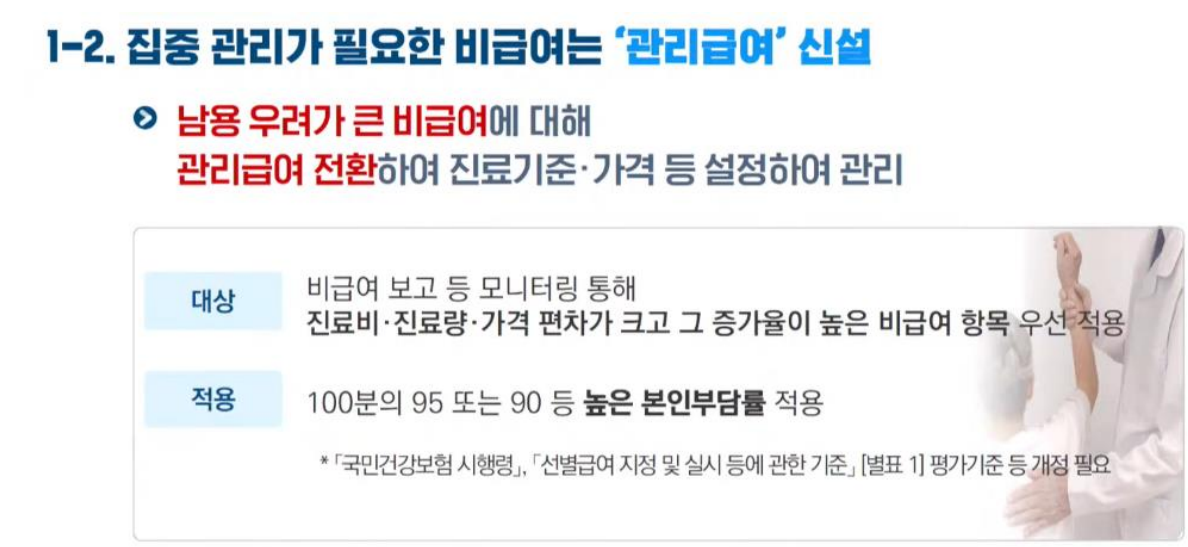
자료: 보건복지부 정책토론회, SK 증권

비급여 관리 – 개선방안



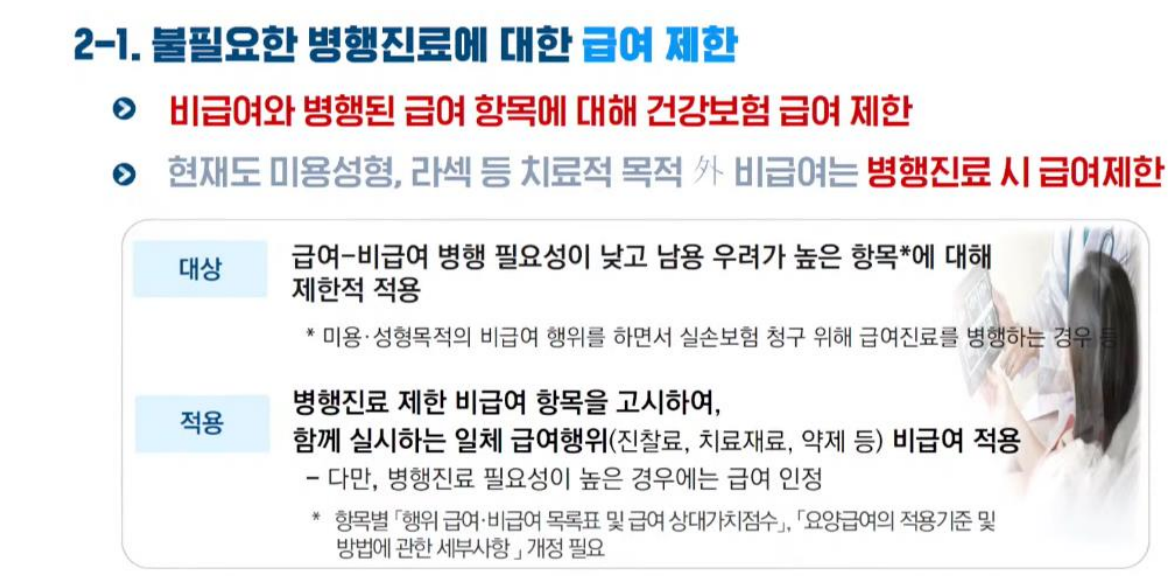
자료: 보건복지부 정책토론회, SK 증권

비급여 관리 – 주요 항목



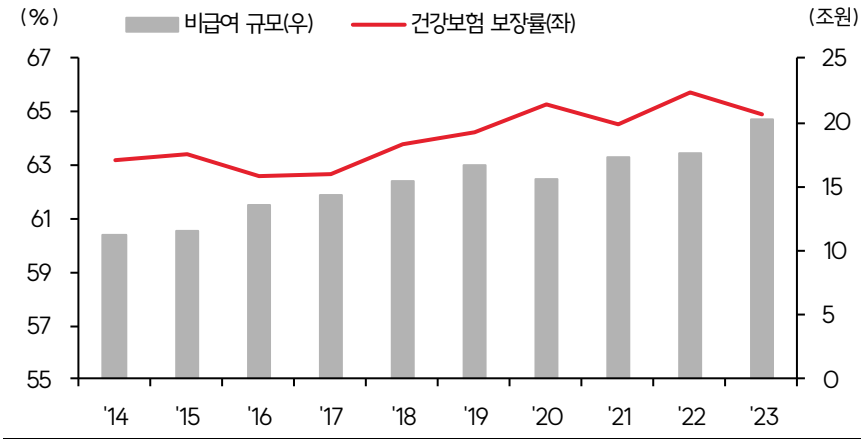
자료: 보건복지부 정책토론회, SK 증권

비급여 관리 – 주요 항목



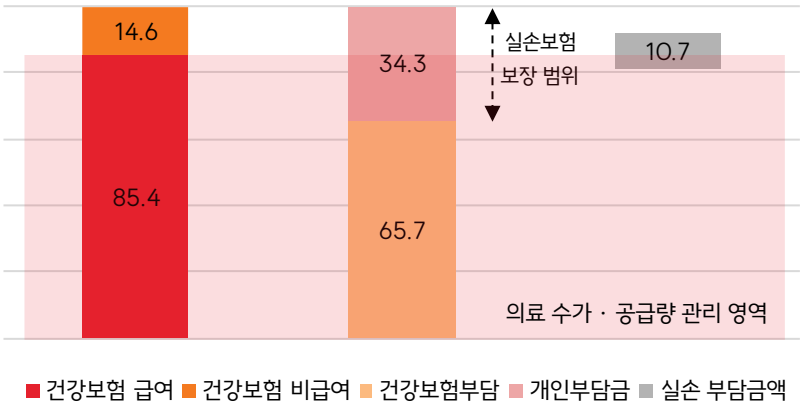
자료: 보건복지부 정책토론회, SK 증권

비급여 규모 및 건강보험 보장률 추이



자료: 보건복지부 정책토론회, SK 증권

2022 년 전체 의료비 구성 및 실손 보장 범위



자료: 보험연구원, SK 증권 재구성

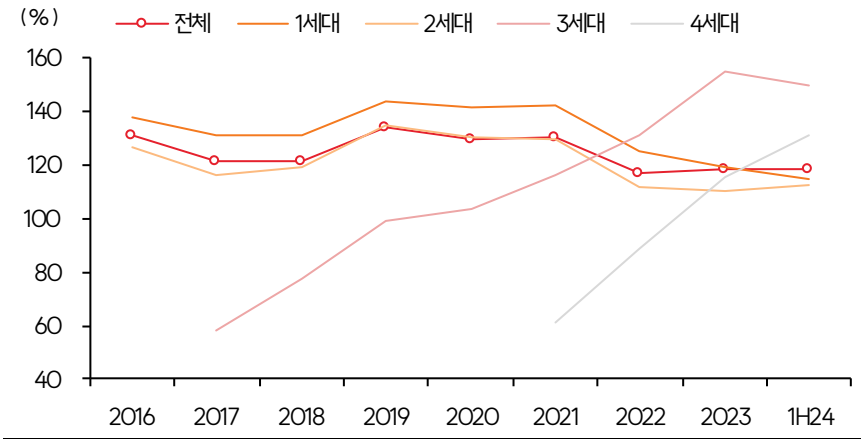
병원/의원급 의료기관 상위 10 개 비급여 항목 – 24 년 3 월 기준

항목	진료비(억원)	비율(%)
병원/의원급 전체 비급여 항목	18,869	-
병원급	**5,722**	**30.3%**
- 의과	4,925	86.1%(병원급 기준)
- 치과	633	11.1%(병원급 기준)
- 한의과	164	2.9%(병원급 기준)
의원급	**13,147**	**69.7%**
- 의과	4,351	33.1%(의원급 기준)
- 치과	7,384	56.2%(의원급 기준)
- 한의과	1,412	11.2%(의원급 기준)
항목별 현황		
치과 임플란트(지르코니아)	2,722	14.4%
크라운(지르코니아)	1,610	8.5%
도수치료	1,209	6.4%
한약 첩약	1,208	6.4%
체외충격파	700	3.7%
1 인실 상급병실료	523	2.8%
영양주사 등	479	2.5%
치과 교정	419	2.2%
치과 임플란트(PFM)	395	2.1%
크라운(PFM)	329	1.7%

자료: 보건복지부, SK 증권

주: 24 년 3 월 1 개월 간 진료내역이 발생한 보고대상 1,068 개 항목 기준

실손보험 – 세대별 위험손해율 추이



자료: 보험연구원, 언론보도, SK 증권

실손보험 – 최근 세대별 요율 조정 추이

세대 구분	2021년	2022년	2023년	2024년	2025년
전체 평균	약 10~12%	약 14.2%	약 8.9%	약 1.5%	약 7.5%
1세대	약 15~17%	평균 16%	평균 6%	평균 -4%	평균 2%
2세대	약 10~12%		평균 9%	평균 1%	평균 6%
3세대	-	평균 8.9%	평균 14%	평균 18%	평균 20%
4세대	-	-	-	-	평균 13%

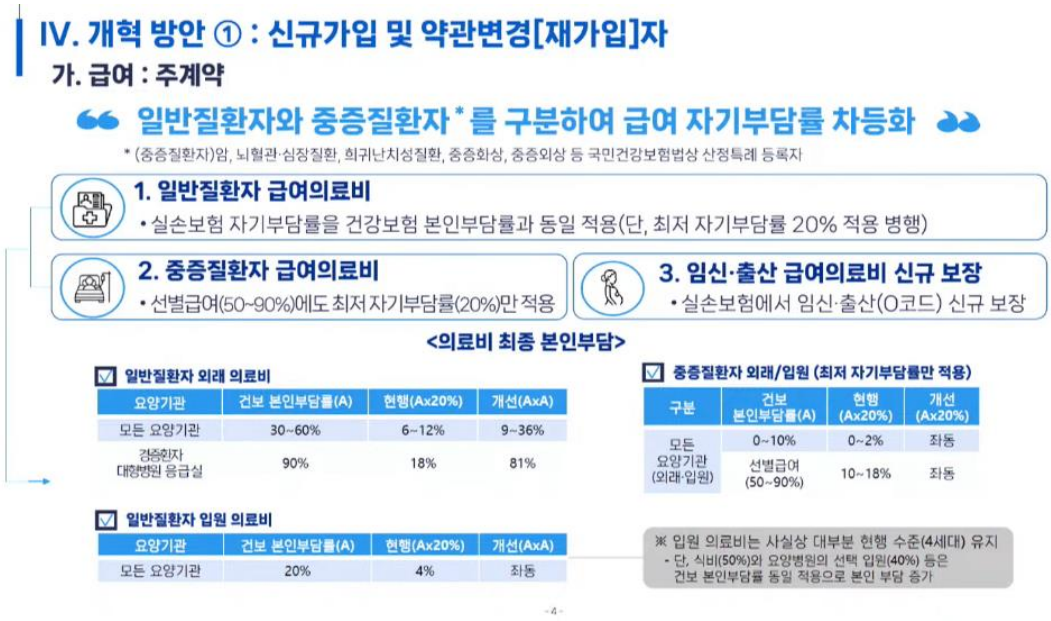
자료: 언론보도, SK 증권

세대별 실손계약 비중 현황

세대	1세대	2세대			3세대		4세대	보유계약
분류		선택형 I	표준형	선택형 II	표준형	선택형 II		(백만건)
2021년	22.1%	42.8%	0.4%	6.0%	0.4%	24.2%	1.5%	35.5
2022년	20.5%	40.9%	0.3%	6.6%	0.4%	23.5%	5.8%	35.7
2023년	19.1%	38.9%	0.3%	6.1%	0.4%	22.7%	10.5%	35.8

자료: 금융감독원, SK 증권

실손보험 개혁방안 – 주계약(급여 항목)



IV. 개혁 방안 ① : 신규가입 및 약관변경[재가입]자

가. 급여 : 주계약

일반질환자와 중증질환자*를 구분하여 급여 자기부담률 차등화

* (중증질환자)암, 뇌혈관·심장질환, 희귀난치성질환, 중증화상, 중증외상 등 국민건강보험법상 산정특례 등록자

1. 일반질환자 급여의료비
• 실손보험 자기부담률을 건강보험 본인부담률과 동일 적용(단, 최저 자기부담률 20% 적용 병행)

2. 중증질환자 급여의료비
• 선별급여(50~90%)에도 최저 자기부담률(20%)만 적용

3. 임신·출산 급여의료비 신규 보장
• 실손보험에서 임신·출산(O코드) 신규 보장

<의료비 최종 본인부담>

☑ 일반질환자 외래 의료비

요양기관	건보 본인부담률(A)	현행(Ax20%)	개선(AxA)
모든 요양기관	30~60%	6~12%	9~36%
경증환자 대형병원 응급실	90%	18%	81%

☑ 중증질환자 외래/입원 (최저 자기부담률만 적용)

구분	건보 본인부담률(A)	현행 (Ax20%)	개선 (Ax20%)
모든 요양기관 (외래·입원)	0~10%	0~2%	좌동
	선별급여 (50~90%)	10~18%	좌동

☑ 일반질환자 입원 의료비

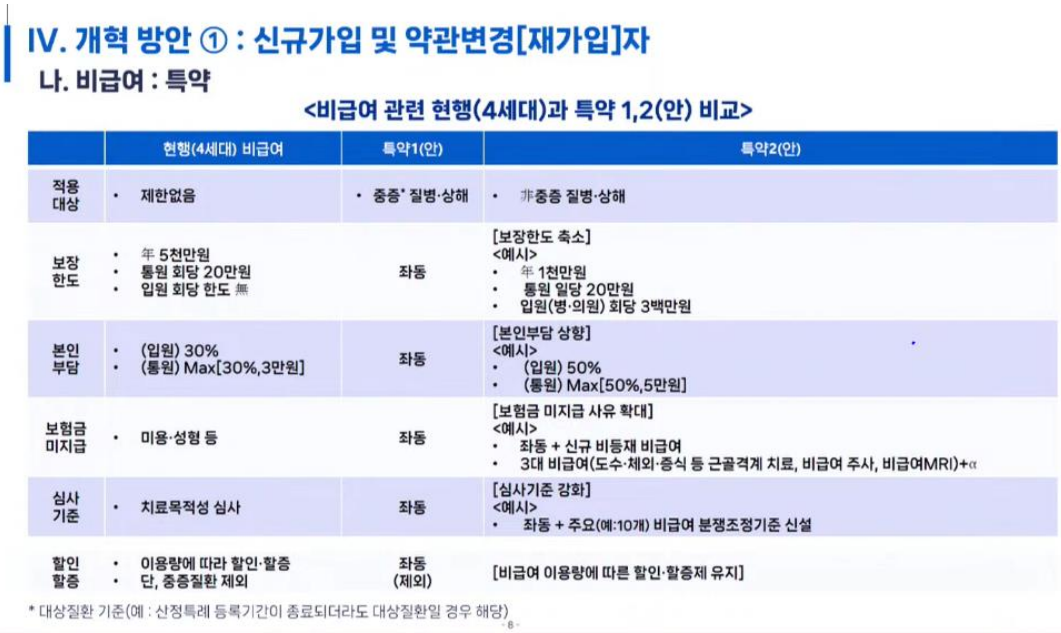
요양기관	건보 본인부담률(A)	현행(Ax20%)	개선(AxA)
모든 요양기관	20%	4%	좌동

※ 입원 의료비는 사실상 대부분 현행 수준(4세대) 유지
- 단, 식비(50%)와 요양병원의 선택 입원(40%) 등은 건보 본인부담률 동일 적용으로 본인 부담 증가

-4-

자료: 보건복지부 정책토론회, SK 증권

실손보험 개혁방안 – 특약(비급여 항목)



IV. 개혁 방안 ① : 신규가입 및 약관변경[재가입]자

나. 비급여 : 특약

<비급여 관련 현행(4세대)과 특약 1,2(안) 비교>

	현행(4세대) 비급여	특약1(안)	특약2(안)
적용 대상	• 제한없음	• 중증* 질병·상해	• 非중증 질병·상해
보장 한도	• 年 5천만원 • 통원 회당 20만원 • 입원 회당 한도 無	좌동	[보장한도 축소] <예시> • 年 1천만원 • 통원 일당 20만원 • 입원(병·의원) 회당 3백만원
본인 부담	• (입원) 30% • (통원) Max[30%,3만원]	좌동	[본인부담 상향] <예시> • (입원) 50% • (통원) Max[50%,5만원]
보험금 미지급	• 미용·성형 등	좌동	[보험금 미지급 사유 확대] <예시> • 좌동 + 신규 비등재 비급여 • 3대 비급여(도수·체외·증식 등 근골격계 치료, 비급여 주사, 비급여MRI)+α
심사 기준	• 치료목적성 심사	좌동	[심사기준 강화] <예시> • 좌동 + 주요(예:10개) 비급여 분쟁조정기준 신설
할인 할증	• 이용량에 따라 할인·할증 • 단, 중증질환 제외	좌동 (제외)	[비급여 이용량에 따른 할인·할증제 유지]

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

-8-

자료: 보건복지부 정책토론회, SK 증권

실손보험 – 1 세대 및 2 세대 세부 내용

시기	2003 년 10 월	2009 년 10 월	2013 년 1 월	2015 년 9 월
구분	표준화 이전(1 세대 실손)	표준화 실손(2 세대)		
보험기간	80 세/100 세	100 세	15 년 재가입	15 년 재가입
갱신 주기	3 년/5 년	3 년	1 년	1 년
담보 구성	상해/질병 입·통원 (급여/비급여 통합) 상해의료비	상해/질병 입·통원 (급여/비급여 통합) 종합 입·통원	상해/질병 입·통원 (급여/비급여 통합)	상해/질병 입·통원 (급여/비급여 통합)
자기부담금	**손해보험사** 0%(회사별 치료비 한도 다름) 통원 공제금액 - 외래+처방 5 천원~1 만원 **생명보험사** 연간 치료비 3 천만원 내 20% 통원 공제금액 - 외래+처방 5 천원~1 만원	입원 10% (연간 자부담 200 만원 한도) 통원 공제금액 - 외래 1~2 만원 - 약제 8 천원	**선택형** 입원 10% (연간 자부담 200 만원 한도) 통원 공제금액 - 외래 1~2 만원 - 약제 8 천원 **표준형** 입원 20% (연간 200 만원 한도) 외래 1~2 만원 혹은 20% 약제 8 천원 혹은 20%	**선택형 II** 입원/통원 공통 적용 - 급여 10%/비급여 20% (입원 자부담 200 만원 한도) 통원 공제금액 - 외래 1~2 만원 - 약제 8 천원 **표준형** 입원 20% (연간 200 만원 한도) 외래 1~2 만원 혹은 20% 약제 8 천원 혹은 20%
상급병실	차액 50%	차액 50% (1 일 10 만원 한도)	차액 50% (1 일 10 만원 한도)	차액 50% (1 일 10 만원 한도)
가입금액	입원 최대 1 억 통원 최대 30 만원	입원 최대 5 천만원 통원 최대 30 만원	입원 최대 5 천만원 통원 최대 30 만원	입원 최대 5 천만원 통원 최대 30 만원
보험료 납입	적립대체형 추가납입형	추가납입형	추가납입형	추가납입형
보험료 할인/할증	X	X	X	X
비중(23 년 말)	19.10%	38.90%	0.30%	6.10%

자료: 금융감독원, 언론보도, SK 증권

실손보험 – 3 세대, 4 세대 세부 내용 5 세대 실손 내용 정리

시기	2017 년 4 월	2021 년 7 월	2026 년 6 월 이후(?)
구분	3 세대 실손	4 세대 실손	통칭 5 세대 실손
보험기간	15 년 재가입	5 년 재가입	관련하여 특별한 언급 없었음
갱신 주기	1 년	1 년	관련하여 특별한 언급 없었음
담보 구성	기본: 상해/질병 입·통원 (급여/비급여 통합) 특약: 3 대 비급여	주계약: 급여 한정 특약: 비급여 전체	주계약: 급여 항목 특약 1: 중증 비급여 항목 특약 2: 비중증 비급여 항목
자기부담금	**선택형 II** 입원/통원 공통 적용 - 급여 10%/비급여 20% (입원 자부담 200 만원 한도) 통원 공제금액 - 외래 1~2 만원 - 약제 8 천원 **표준형** 입원 20% (연간 200 만원 한도) 외래 1~2 만원 혹은 20% 약제 8 천원 혹은 20% **특약(3 대 비급여)** 2 만원 혹은 30%	**주계약** 입원/통원 공통 급여 기준 20% 적용 (입원 자부담 200 만원 한도) 통원 공제금액 - 외래 급여(주계약) 1~2 만원 **특약** 입원/통원 모두 비급여 30% 적용 통원 공제금액 - 외래 비급여(특약) 3 만원	**주계약** 1) 일반질환자 입원/통원: Max[건보 본인부담률, 20%] 통원 공제금액 - 외래 급여(주계약) 1~2 만원 2) 중증질환자 4 세대 주계약과 동일 **특약 I(중증 비급여)** 4 세대 특약과 동일 **특약 II(비중증 비급여)** 보장한도 축소(예시로 1 천만원 등 언급) 입원 회당 300 만원 신설(예시) 본인부담률 확대(예시: 입원/통원 50%) 보험금 미지급 사유에 3 대 비급여 항목 포함
상급병실	차액 50% (1 일 10 만원 한도)	차액 50% (1 일 10 만원 한도)	관련하여 특별한 언급 없었음
가입금액	기본 입원 최대 5 천만원 통원 최대 30 만원 특약 도수/체외/증식 치료 350 만원 비급여 주사 250 만원 비급여 MRI/MRA 300 만원	입원/통원 합산 최대 5 천만원 통원 회당 20 만원(비급여 연간 100 회 한도)	입원/통원 합산 최대 5 천만원 통원 회당 20 만원 입원 회당 3 백만원(예시) 특약 2 보장 한도 1 천만원(예시)으로 축소
보험료 납입	추가납입형	추가납입형	추가납입형
보험료 할인/할증	2 년 무사고 할인 10%	2 년 무사고 할인 10% 비급여 개별 할인/할증(3 년 후 적용)	주계약에 특약 I 만 선택 시 보험료 50% 인하 특약 II 까지 가입할 경우 30% 인하
비중(23 년 말)	23.1%(표준형 0.4%, 선택형 II 22.7%)	10.50%	

자료: 금융감독원, 언론보도, SK 증권

주: 3 대 비급여 항목은 1) 도수치료/체외충격파/증식치료, 2) 비급여 주사, 3) 비급여 MRI 등

예시 – 관리급여 관련 1세대 vs 4세대 vs 5세대 실손 영향 추정	
항목	금액
1. 사례 – 현황	
가격(도수치료 중간값 기준. 현재와 관리급여 가격 동일하다고 가정)	100,000
1-1. 구 실손 보유자	
실손 자기부담률(손보사 1세대 실손 0%, 공제금액 5천원 가정)	0%
- 실손보험 보험금	95,000
- 환자 최종 자기부담금(통원 공제금액 기준 5천원 적용)	**5,000**
1-2. 4세대 실손 보유자	
자기부담률(비급여 특약 기준 입원/통원 모두 30%, 통원 공제금액은 3만원)	30%
- 실손보험 보험금	70,000
- 환자 최종 자기부담금	**30,000**
2. 관리급여 포함 가정	
가격(도수치료 중간값 기준. 현재와 관리급여 가격 동일하다고 가정)	100,000
건강보험 자기부담률(토론회에서 제시된 90~95% 중 90% 가정)	90%
- 건강보험 급여 부담	10,000
- 건강보험 급여 - 가입자 자기부담금	90,000
- 비급여 항목	0
2-1. 구 실손 보유자	
급여 자기부담금+비급여 금액	90,000
실손 자기부담률(손보사 1세대 실손 0% 가정)	0%
- 실손보험 보험금	85,000
- 환자 최종 자기부담금(통원 공제금액 기준 5천원 적용)	**5,000**
2-2. 4세대 실손 보유자	
급여 자기부담금+비급여 금액	90,000
자기부담률(급여 주계약 기준 입원/통원 모두 20%, 통원 공제금액은 1~2만원)	20%
- 실손보험 보험금	70,000
- 환자 최종 자기부담금(종합병원 등 통원 공제금액 기준 2만원 적용)	**20,000**
2-3. 5세대 실손 가입자	
급여 자기부담금+비급여 금액	90,000
자기부담률: Max[건보 본인부담률, 20%]	90%
- 실손보험 보험금	9,000
- 환자 최종 자기부담금	**81,000**

자료: 언론보도, SK 증권 추정

Compliance Notice

작성자(설용진)는 본 조사분석자료에 게재된 내용들이 본인의 의견을 정확하게 반영하고 있으며, 외부의 부당한 압력이나 간섭없이 신의성실하게 작성되었음을 확인합니다.

본 보고서에 언급된 종목의 경우 당사 조사분석담당자는 본인의 담당종목을 보유하고 있지 않습니다.

본 보고서는 기관투자가 또는 제 3 자에게 사전 제공된 사실이 없습니다.

당사는 자료공표일 현재 해당기업과 관련하여 특별한 이해 관계가 없습니다.

종목별 투자의견은 다음과 같습니다.

투자판단 3 단계(6 개월기준) 15%이상 -> 매수 / -15%~15% -> 중립 / -15%미만 -> 매도

SK 증권 유니버스 투자등급 비율 (2025 년 01 월 10 일 기준)

매수	96.89%	중립	3.11%	매도	0.00%