

실손보험은 의사의 진료행태를 어떻게 왜곡하는가?: 실손보험의 과잉진료 유도 기전과 구조적 해법

안상현¹, 정유석^{2*}

¹단국대학교 의과대학 부속병원 직업환경의학과, 촉탁의

²단국대학교 의과대학 가정의학교실, 교수

How Does Private Indemnity Insurance Distort Physicians' Practice Patterns? Overtreatment-Inducing Mechanisms and Structural Solutions

Sang Hyun Ahn¹, Yoo-Seock Cheong^{2*}

¹Clinical Assistant Professor, Department of Occupational and Environmental Medicine, Dankook University Hospital, Cheonan, Korea

²Professor, Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine, Cheonan, Korea



Received: Mar 16, 2026
Revised: Apr 7, 2026
Accepted: Apr 21, 2026

*Corresponding author

Yoo-Seock Cheong
Professor, Department of Family
Medicine, Dankook University College
of Medicine, Cheonan, Korea
Tel: +82-41-550-6385
E-mail: drloved@hanmail.net

Copyright © 2026 Korean Society for Medical Ethics. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Conflict of interests

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Acknowledgements

In the process of writing this paper, AI tools (Claude, Anthropic) were utilized to the following extent: (1) assist in literature search, (2) assist in drafting, and (3) proofreading and editing. The diagrams and visualizations in Figure 1 were created by the author, and AI tools were not used to generate the figures. The author bears full responsibility for the accuracy of all content and academic judgment.

Funding information

Not applicable.

Abstract

This study examines the structural mechanisms through which South Korea's private indemnity health insurance, covering approximately 70% of the population, drives overtreatment. Building on the "overtreatment trilogy" (2015–2016), we prioritize private indemnity insurance as a primary analytical focus. Through a thematic synthesis of Board of Audit and Inspection (BAI) data comprising roughly 1 billion claims records (2018–2022) and public health statistics, we identified six structural mechanisms: non-covered service market expansion, physician and patient moral hazard, tacit doctor-patient collusion, National Health Insurance (NHI) fiscal erosion, diminished medical professionalism, and supplier-induced demand. BAI data indicate that private insurance subscribers generate at least 12.9 trillion won in additional annual medical costs, with 3.8–10.9 trillion won shifted to the NHI. Despite four generations of product reform (2009–2024), a persistent "balloon effect" redirects overuse to newly emerging non-covered services. Applying the framework of Reinhold Niebuhr's Moral Man and Immoral Society, we argue that the solution lies not in training moral physicians but in designing moral systems where ethical practice becomes the default.

Keywords: private indemnity insurance; medical overuse; professionalism; moral hazard; motivation; ethics, medical

www.kci.go.kr

Data availability

Upon reasonable request, the datasets of this study can be available from the corresponding author.

ORCID

Sang Hyun Ahn
https://orcid.org/0000-0003-3593-2855
Yoo-Seock Cheong
https://orcid.org/0000-0002-7119-5429

Author contributions

Conceptualization: Ahn SH, Cheong YS.
Data curation: Ahn SH.
Formal analysis: Ahn SH.
Investigation: Cheong YS.
Writing - original draft: Ahn SH.
Writing - review & editing: Ahn SH, Cheong YS.

Ethics approval

Not applicable.

I. 글을 열며

2015년과 2016년에 걸쳐 한국의료윤리학회지에서는 의사의 진료를 왜곡하는 시스템 및 의료 환경을 주제로 세 편의 논문이 발표된 바 있다. 제1편에서는 충청지역 개원의 87명을 대상으로 한 설문조사를 통해 민간보험 도입 이후 진료환경의 변화를 실증하였고[1], 제2편에서는 네 가지 사례를 통해 금전적 인센티브가 의사의 직업전문성을 위협하는 기전을 분석하였으며[2], 제3편에서는 과잉진료의 원인을 의료제도·의료인·환자라는 행위주체별로 종합하는 프레임워크를 제시하였다[3]. 이 ‘과잉진료 3부작’은 한국 의료계의 과잉진료 문제를 임상 현장의 시각에서 체계적으로 분석한 시리즈였다. 실손보험은 제3편에서 과잉진료의 독립적 원인 항목으로 명시되었으나, 이에 대한 논의는 약 한 페이지 분량의 개괄에 그쳤다.

10년이 지난 지금, 실손보험 문제는 그 당시보다 훨씬 심각해졌다. 2025년 5월, 감사원은 2018-2022년 건강·실손·자동차보험의 청구·지급 전수자료 약 10억 건을 분석한 ‘보험서비스 이용실태’ 감사 결과를 발표하였다[4]. 이 감사는 실손보험 가입자가 비가입자보다 연간 최소 12조 9,000억 원의 추가 의료비를 유발하며, 그중 3조 8,000억-10조 9,000억 원이 국민건강보험 재정에 전가되고 있다는 사실을 국가 차원의 전수자료로 최초로 확증하였다. 한편 금융위원회는 2025년 4월 비중증 비급여의 자기부담률을 50%-95%까지 올리는 5세대 실손보험 개혁안을 발표하여[5], 2009년 표준화 이후 가장 급진적인 구조 변화를 예고하였다.

그러나 실손보험이 과잉진료를 유발하는 구조적 기전에 대한 학술적 분석은 여전히 부족하다. 기존 연구는 실손보험이 의료 이용량을 증가시킨다는 거시적 통계 분석[6]이나, 개별 비급여 항목의 수가 문제에 초점을 맞추어 왔으나, 실손보험이 의사의 진료행태를 왜곡하는 복합적 기전을 체계적으로 유형화한 연구는 찾기 어렵다. 특히 2025년 감사원의 전수자료 분석이라는 전례 없는 실증 근거가 축적된 현시점에서, 이를 의료윤리학적 프레임으로 종합 분석하는 작업은 중요한 학문적 공백(research gap)을 채울 수 있다.

이러한 배경에서 본 논문은 과잉진료 시리즈의 최종편으로서, 실손보험을 핵심 분석 대상으로 분리하여 심층 분석하는 비판적 고찰(critical review)이다. 본 연구의 연구 질문은 다음과 같다: “실손의료보험은 어떤 구조적 기전을 통해 의사의 진료행태를 왜곡하고 과잉진료를 유도하며, 이에 대한 제도적 해법은 무엇인가?” 구체적으로, (1) 2015-2024년 실손보험 시장의 10년 변화를 추적하고, (2) 실손보험이 과잉진료를 유도하는 구조적 기전을 유형화하며, (3) 현행 제도적 대응의 한계를 진단한 후, (4) ‘의사가 애쓰지 않아도 윤리적으로 진료할 수 있는 제도’를 설계하기 위한 구조적 해법을 제안하고자 한다.

본 연구는 다음과 같은 방법론적 절차를 따랐다. 자료원으로는 감사원 감사 보고서(2025)[4], 금융감독원 실손보험 통계[7], 국민건강보험공단 진료비실태조사[8], 보험연구원 보고서[9], OECD Health Statistics[6,10] 등 국내외 공적 통계와 정책 보고서를 1차 자료로 활용하였으며, 과잉진료·민간보험·도덕적 해이·유인수요에 관한 국내외 선행연구를 검토하여 분석 틀을 구성하였다. 분석 절차로는, 수집된 자료에서 실손보험과 과잉진료의 관련성을 보여주는 핵심 지표와 사례를 추출한 후, Niebuhr[11]의 ‘도덕적 인간과 비도덕적 사회’ 프레임 및 국제적 과잉진료 문헌[12-14]의 분석 틀을 참조하여 주제별 종합(thematic synthesis)을 수행하였다. 이를 통해 개인 차원의 윤리적 판단과 구별되는 제도 수준의 과잉진료 유도 경로를 6가지 기전으로 유형화하였다. 각 기전은

개별적으로 작동할 뿐 아니라 상호 연쇄적으로 강화되는 악순환 구조를 형성하는 것으로 분석되었다(Figure 1).

II. 실손보험의 명과 암: 10년의 변화와 영향(2015-2024)

1. 한국 실손보험의 특수성

한국의 실손의료보험은 국제적으로 매우 독특한 위치를 점한다. 대부분의 OECD 국가에서 민간의료보험은 공적 보험의 보완재(complementary)이거나 대체재(substitutive)로 기능하며, 자발적(voluntary) 민간의료보험의 가입률은 국가별 보장체계에 따라 큰 편차를 보인다[6]. 반면 한국의 실손보험은 '실비 보전형(indemnity)'이라는 구조 위에 전 국민의 70%가 가입하여, 사실상 공적 보험과 병행하는 거대한 지불 파이프라인을 형성하고 있다. 더욱이 일본이 혼합진료를 원칙적으로 금지하여 비급여 영역의 팽창을 구조적으로 차단하고 있는 데 반해, 한국은 급여와 비급여가 동일 의료기관에서 동시에 제공되는 혼합진료를 허용하고, 비급여 항목에 대해서는 가격 규제도 이용량 심사도 없다. 여기에 행위별 수가제와 민간 중심의 의료공급 구조[15]가 결합되어, 과잉진료가 발생하기에 최적의 제도적 조건이 형성되어 있다.

2. 규모의 팽창과 비급여-실손 동조화

2024년 기준 실손보험 가입자는 약 3,900만 명으로 전체 인구의 70%를 상회하며, 유지 계약 건수는 3,596만 건에 달한다[7]. 총 지급보험금은 2015년 약 5조 8,000억 원에서 2024년 15조 2,000억 원으로 10년 사이 약 2.6배 증가하였다. 같은 기간 국민건강보험 보장률은 63.4%에서 64.9%로 사실상 제자리걸음을 하였으며, 건강보험환자 진료비실태조사를 기반으로 추정된 비급여 진료비 총액은 2017년 14조 3,000억 원에서 2024년 21조 8,000억 원으로 증가한 것으로 나타났다[8]. 주목할 것은 2024년 비급여 진료비 증가율(8.1%)과 실손보험 지급보험금 증가율(8.1%)이 소수점 첫째 자리까지 정확히 일치한다는 점이다[7,8]. 이 '동조화(synchronization)' 현상은 비급여 시장의 팽창이 환자의 순수한 지불 능력이나 의학적 필요가 아니라, 실손보험이라는 지불 파이프라인에 상당 부분 연동되어 있음을 시사한다(Table 1)[7,8].

Table 1. Trends in national health insurance coverage rate and private indemnity insurance key indicators, 2015-2024

Year	NHI coverage rate (%)	Non-covered OOP rate (%)	Non-covered total (trillion)	Loss ratio (%)	Claims paid (trillion)	Generation
2015	63.4	16.5	NA	122.1	5.8	1st Gen
2017	62.7	17.1	14.3	121.3	7.5	3rd Gen launch
2019	64.2	16.1	16.6	134.6	10.5	
2021	64.5	15.6	17.3	132.5	12.9	4th Gen launch
2022	65.7	14.6	17.6	101.3	13.2	
2023	64.9	15.2	20.2	103.4	14.1	
2024	64.9	15.8	21.8	99.3	15.2	Premium adj.

NHI: National Health Insurance; OOP: out-of-pocket.; NA: not applicable

3. 세대별 구조 개편과 풍선효과

금융 당국과 보험업체는 과도한 의료 이용을 통제하기 위해 지난 15년간 상품 구조를 세대별로 개편해 왔다[7,9]. 2009년 이전 판매된 1세대 실손보험은 본인부담금이 0%에 가까워 환자의 도덕적 해이를 극대화하는 구조였다. 2009년 표준화를 거쳐 본인부담률 10%-20%를 도입한 2세대가 등장하였으나, 도수치료, 영양주사 등이 새로운 수익 모델로 자리 잡으면서 손해율 통제에 실패하였다[9]. 2017년 도입된 3세대는 도수치료·비급여 주사제·비급여 MRI를 특약으로 분리하고 자기부담률을 30%로 인상하였으나, 이는 의료기관이 체외충격파, 줄기세포 주사 등 이른바 ‘대체 비급여’를 발굴하게 하는 풍선효과를 촉발하였다[9]. 2021년 출시된 4세대는 비급여 이용량에 연동하는 할인·할증제를 도입하여 가격 저항선을 복원하고자 하였다.

그러나 2024년 말 기준 통계는 구조 개편의 실효성에 중대한 의문을 제기한다. 전체 경과손해율은 99.3%로 여전히 높은 수준이며, 세대별로 보면 3세대 128.5%, 4세대 111.9%로 오히려 신세대의 손해율이 구세대(1세대 97.7%, 2세대 92.5%)보다 높다[7]. 이는 본인부담률이 올라갔음에도 불구하고 의료 공급자가 비급여 단가를 인상하거나 급여·비급여를 혼합 처방하여 총 청구액을 확대하는 적응 전략이 시장에 안착하였음을 시사한다. 세대별 개편은 미시적으로는 1건당 지급액을 줄였는지 모르나, 거시적으로는 진료 횟수와 단가의 상승을 막지 못한 것이다.

4. OECD 국제 비교: 초과 의료 이용의 거시적 증거

보건복지부가 분석한 OECD Health Statistics 2025에 따르면[10], 한국 국민 1인당 연간 외래 방문 횟수는 18.0회로 OECD 평균(6.5회)의 약 2.8배에 달하며 압도적 1위를 기록하였다. 인구 1,000명당 CT 촬영 건수는 333.5건으로 OECD 평균(177.9건)의 약 1.9배이며 역시 1위이다. 평균 재원 일수(17.5일)는 OECD 평균(8.1일)의 2배를 넘는다. 한국의 기대 수명이 83.5세로 최상위권인 점을 감안하면, 이러한 초과 이용은 한국인의 유병률이 높아서가 아니라 의료 시스템이 구조적으로 과열되어 있음을 반영하는 것이다.

III. 실손보험이 진료행태와 의료 환경에 미치는 영향

한국에서 ‘과잉진료’라는 용어는 의사의 도덕적 해이, 즉 ‘수익 창출을 위한 불필요한 진료행위’와 동일시되어 왔다. 선행 연구에서는 과잉진료를 할 수밖에 없게 만드는 의료제도 자체의 문제일 수 있다는 점이 지적되어 왔다[1-3]. ‘개인적으로는 도덕적인 사람들도 비도덕적 사회 안에서 집단적 이기주의자로 변모할 수 있다’는 Niebuhr의 주장[11]을 차용하여, 중립적 의사를 위한 도덕적 의료 환경 구축이야말로 과잉진료의 근본 해결책임을 강조해 왔다.

실손보험은 이와 정반대 방향, 즉 중립적 의사를 비도덕적 의사로 내모는 방향으로 복합적으로 작용하고 있다. 이하에서 제시하는 6가지 기전은 감사원 전수자료[4], 금융감독원 통계[7], 국민건강보험공단 자료[8] 등의 실증 데이터에 근거한 사실적 분석(factual analysis)을 토대로, 이들이 의료윤리적 관점에서 어떤 함의를 갖는지를

해석(interpretation)하는 구조로 기술한다. 이 기전들은 의사 개인의 도덕적 의지와 무관하게 작동하며, 한 기전이 다른 기전을 촉발하는 자기순환적 악순환(vicious cycle) 구조를 형성한다(Figure 1).

1. 비급여 진료의 급증과 적정진료의 실종

국민건강보험의 급여 수가는 원가 보전율이 70%~80%에 불과한 것으로 알려져 있다. 이 재무적 손실을 만회하기 위해 의료기관은 가격 통제가 전혀 없는 비급여 항목의 단가를 높게 책정하고, 실손보험을 지불 수단으로 활용하는 수익 구조를 확고히 해왔다. 2024년 실손보험 전체 지급보험금 15조 2,000억 원 중 비급여 주사제(2조 8,000억 원)와 도수치료 등 근골격계 치료(2조 6,000억 원)가 35.8%를 차지하며, 이는 암 치료(1조 6,000억 원)를 크게 상회하는 수치이다[7]. 이 데이터는 실손보험이 필수 의료가 아닌 경증·통증 중심의 수익 창출 수단으로 변질되었을 가능성을 시사한다.

초진 환자에게 실손보험 가입 여부를 물어보고 가입 환자들에게 적극적으로 비급여 검사나 처치를 권유하는 병원의 사례는 더 이상 낮설지 않다. 비급여 항목(초음파, MRI, 특수 바늘, 재활 패키지 등)은 대부분 번들로 구성되며, 환자는 실손보험으로 대부분을 보전받을 수 있으므로 가격에 저항하지 않는다. 급여 진료의 적자를 비급여로 보전하고, 그 비급여를 실손보험이 지불하는 교차보전(cross-subsidization)의 전형적인 양상이다. 교과서적 진료, 적정 진료, 비용효과적 진료는 한국의 현실 의료에서 이상에 그칠 뿐이다.

2. 의료 과다이용, 과잉진료의 유혹

감사원 감사 결과에 따르면, 실손보험 가입자는 비가입자에 비해 외래 진료를 연간 2.33-



Figure 1. Vicious cycle model: how private indemnity insurance induces overtreatment. NHI: National Health Insurance.

www.kci.go.kr

7.70일, 입원 진료를 1.54-7.05일 더 이용하는 것으로 나타났다[4]. 2022년 기준 이러한 추가 이용으로 발생한 총 진료비용은 12조 9,400억-23조 2,800억 원에 달하였다. 이는 제3자 지불제도(third-party payer)의 구조적 특성상 환자가 본인부담금의 70%-100%를 보전 받게 되므로, 한계효용이 극히 낮은 진료에 대해서도 가격 저항 없이 소비를 늘리는 사후적 도덕적 해이(ex-post moral hazard)가 광범위하게 발생하고 있음을 의미한다. Lee et al.의 연구에서 응답자의 90.9%가 민간보험 관련 진료에 부담감을 느낀다고 답하였는데[1], 10년이 지난 현재 그 부담감의 실체가 감사원의 전수자료로 정량화된 셈이다.

국제적으로도 민간의료보험이 의사와 환자의 도덕적 해이를 촉진한다는 점에는 상당한 학계의 합의가 있다. Saini et al.[12]은 고소득국가에서 사보험 확산과 과잉진료가 동반되는 현상을 보고하였고, Lyu et al.[16]의 조사에서는 미국 의사의 70.8%가 이익 동기가 불필요한 진료의 증가에 영향을 준다고 인식하였다.

3. 의사-환자 간 암묵적 공모

감사원이 동일 진료에 대한 건강보험과 실손보험 청구서류 1억 1,000만 건을 분석한 결과, 5개까지 기재할 수 있는 상병 코드가 완전히 일치한 경우는 전체의 53.5%에 불과하였다[4]. 상병 코드가 전혀 일치하지 않는 경우도 31.9%(3,561만 건)에 달하였으며, 이 불일치 건에 대해 지급된 실손보험금은 4조 8,000억 원이었다. 또한 2019-2022년간 건강보험에는 청구하지 않고 실손보험에만 단독으로 청구한 건이 730만 건에 이르렀으며, 일부는 미용시술 후 도수치료로 위장하여 청구하거나, 코 성형을 축농증 수술로 둔갑시키는 허위 청구로 확인되었다[4,17].

이러한 데이터는 환자와 의사 양측의 이해관계가 구조적으로 일치하는 현상을 보여준다. 환자는 매월 납부한 보험료를 회수하려는 매몰비용 보상 심리로 과잉 처방을 수용하고, 의사는 비급여 수익을 극대화하기 위해 이를 적극 권유하는 것으로 해석할 수 있다. Lee et al.의 연구에서 지적된 '오염된 자율성'[1]이 10년 후 730만 건의 단독 청구와 53.5%의 진단코드 불일치라는 수치로 발현된 것이다.

4. 건강보험 재정의 연쇄적 잠식

실손보험에 기인한 과잉진료는 민간보험의 재정 문제에 그치지 않고 국민건강보험 재정으로 전이(spillover)된다. 감사원은 2022년 기준 실손보험 가입자의 추가 의료 이용으로 건강보험이 부담한 비용이 3조 8,300억-10조 9,200억 원에 달한다고 추산하였다[4]. 전이의 기전은 다음과 같다. 비급여 항목(도수치료, 비급여 주사 등)을 처방하기 위해서는 기본 진찰료, 급여 검사료(X선, 혈액검사 등), 물리치료비 등이 필수적으로 동반되며, 이들은 국민건강보험공단에 청구된다. 즉 실손보험이 유발한 비급여 과잉진료가 공적 보험의 재정 누수로 직결되는 구조이다. 정부가 '문제인 케어' 등을 통해 막대한 재정을 투입하여 보장성을 강화하였음에도 보장률이 64.9%에 정체하는 근본 원인이 여기에 있다[8].

5. 자본의 논리에 잠식당한 전문직업성

선행 연구에서 분석된 바와 같이, 금전적 인센티브가 선의와 신뢰의 자리를 대체하면 의사의 직업전문성은 위태로워진다[2]. 실손보험은 이 인센티브 구조를 한 단계 더 강화하였다. Biller-Andorno & Lee[18]는 의사에게 주어지는 인센티브가 '당근과 채찍'에서 '공유된 목적(shared purpose)'으로 전환되어야 한다고 주장하였는데, 현재 한국의 실손보험 구조는 오히려 반대 방향으로 작동하고 있다. 질병 치료라는 의료의 본질적 목적이 실손보험 한도에 맞춘 '패키지 상품 판매'로 전락하면서, 환자에게 최선의 이익을 제공해야 한다는 의사의 윤리적 책무가 자본의 논리에 의해 침식되고 있다.

6. 구조적 유인수요의 급증

의료는 수요와 공급의 법칙이 작동하는 여타 시장과 달리, 공급자가 수요를 인위적으로 조정할 수 있는 특수성을 지닌다[3]. 이는 정보의 비대칭에 기인하며, 전문적 지식을 가진 의료 공급자는 의료서비스의 종류와 양을 환자를 대신하여 결정함으로써 자신의 경제적 이익을 추구할 수 있다[19]. 한국은 행위별 수가제, 민간 중심의 의료기관 운영 구조[15], 비급여 가격 무규제, 그리고 실손보험의 높은 보장률이 결합되어 유인수요(supplier-induced demand)가 발생할 최적의 조건을 갖추고 있다. Mafi & Parchman[13]이 지적한 대로, 행위별 수가제 자체가 과잉진료를 촉진하는 구조적 원인이며, 여기에 실손보험이라는 무제한의 지불 파이프라인이 결합되면 그 효과는 기하급수적으로 증폭된다.

Berwick & Hackbarth[14]는 미국 의료비의 20% 이상이 과잉진료를 포함한 의료 낭비에 기인한다고 추산하면서, 이것이 의사의 비윤리성이 아니라 시스템의 문제임을 강조한 바 있다. 한국의 경우 실손보험이라는 고유한 변수가 추가됨으로써 이 시스템적 문제가 한층 심화되어 있는 것이다.

Figure 1은 실손보험을 중심으로 6가지 구조적 기전이 자기순환적 악순환을 형성하는 모형을 도식화한 것이다. ① 비급여 진료 팽창 → ② 의사-환자 도덕적 해이 → ③ 의사-환자 간 암묵적 공모 → ④ 건강보험 재정 잠식(전이) → ⑤ 전문직업성 잠식 → ⑥ 유인수요 급증의 순서로 연쇄되며, 각 기전은 독립적으로 작동할 뿐 아니라 상호 강화하여 악순환을 심화시킨다.

IV. '도덕적 시스템'을 향한 구조적 해법

1. 윤리교육의 한계

과잉진료에 대한 우리 사회의 대표적 대응은 의사에 대한 윤리교육 강화와 법적 규제이다. 그러나 앞에서 분석한 6가지 기전은 의사 개인의 도덕적 의지와 무관하게 작동하는 구조적 힘이다. 이 구조 안에서 한 의사가 과잉진료를 거부하면, 경쟁적 의료 환경에서 환자와 수입을 잃게 된다. 과잉진료를 촉진하는 제도적 유인이 그대로인 상태에서 의사에게 '윤리적으로 행동하라'고 요구하는 것은, Niebuhr의 표현을 빌리면, 비도덕적 사회 안에서 개인의 도덕성만으로 집단적 악을 극복하라는 것과 같다[11].

국제적 자율규제 운동인 ‘현명한 선택(choosing wisely)’의 경험도 이를 뒷받침한다. 이 운동은 2012년 미국에서 시작되어 현재 30개국 이상으로 확산되었으나[20], Cliff et al.[21]의 131개 연구에 대한 체계적 문헌고찰에 따르면, choosing wisely 권고를 단순히 배포한 경우 저가치 의료서비스 이용 감소에 성공한 연구는 13%에 불과하였으며, 교육·피드백·구조변화를 결합한 복합개입(multicomponent intervention)에서는 77%의 연구에서 감소 효과를 보였다($p=0.002$). 한국에서도 2020년경 대한민국의학한림원을 중심으로 도입되었으나, 참여 학회가 5-6개에 머물러 80개 이상이 참여한 미국과 큰 격차를 보인다. 한국의 choosing wisely 운동이 활성화되지 못하는 데에는 행위별 수가제 하에서 저가치 서비스를 줄이면 곧바로 수입 감소로 이어지는 구조적 모순, 참여에 대한 재정적 인센티브 부재, 그리고 실손보험이 저가치 서비스에 대해서도 보장을 제공함으로써 환자의 가격 저항이 없다는 점 등이 복합적으로 작용하고 있다. 실손보험이 구조적으로 과잉진료를 유인하는 한국에서, 보험 구조개혁이라는 전제조건이 충족되지 않는 한 choosing wisely는 제한적 효과에 그칠 수밖에 없다.

2. 윤리적 진료환경 구축을 위한 7가지 제언

Niebuhr의 명제를 역으로 적용하면[11], ‘비도덕적 사회가 도덕적 인간을 타락시킨다’면 역으로 ‘도덕적 제도를 설계하면 의사가 특별히 노력하지 않아도 윤리적으로 진료할 수 있다.’ 이러한 관점에서 다음의 구조적 해법을 제안한다.

첫째, 비급여 가격 투명성을 확보해야 한다. 2023년 보험업법 개정으로 마련된 실손보험 청구간소화 제도는 15조 원 규모의 비급여 청구 데이터를 전산화하여 모니터링 체계에 편입시키는 핵심 인프라이다. 대한의사협회가 환자 정보 유출과 보험사의 지급 거절 악용 등을 우려하여 반대하고 있으나[22], 비급여 시장의 ‘블랙박스’를 해소하지 않고서는 어떠한 구조적 개혁도 실효성을 기대하기 어렵다. 데이터 투명성과 의사의 자율성 사이의 균형을 어떻게 설계할 것인가가 관건이다.

둘째, 비필수 비급여 항목에 대한 가격 상한제 또는 관리급여 제도를 도입해야 한다. 일본의 혼합진료 금지 모델을 참고하여, 생명과 무관한 비중증 비급여 진료를 받을 경우 해당일의 급여 진료에 대한 건강보험 적용을 배제하는 방안은 전이를 차단하는 방파제가 될 수 있다. 5세대 개혁안에서 비중증 비급여의 자기부담률을 50%-95%까지 올리는 것은 이 방향의 첫걸음이다[5].

셋째, 진료의 질 기반 성과 체계(pay-for-performance, P4P)로 전환해야 한다. 현재의 인센티브가 진료의 양에 연동되어 있다면, 이를 당뇨병 환자의 혈당 관리율, 금연 권유 실행률 등 질적 지표로 바꾸어야 한다[23]. 미국과 유럽에서는 일정한 진료 목표를 달성했을 때 가산점을 주는 P4P가 보편화되어 있으며, 이를 한국의 실손보험 체계에도 연결할 수 있다.

넷째, Choosing Wisely Korea를 실손보험 개혁과 연계해야 한다. Cliff et al.[21]이 보여주듯, 복합개입이 효과를 내려면 보험 구조가 뒷받침되어야 한다. 구체적으로, (1) Choosing Wisely Korea의 권고 목록에 포함된 저가치 서비스에 대해 실손보험 보장을 제외하거나 자기부담률을 높이는 방안, (2) choosing wisely 권고를 이행하는 의료기관에 대해 실손보험 수가 우대 또는 보험료 할인 등의 재정적 인센티브를 부여하는 방안, (3) 실손보험 청구간소화 데이터를 활용하여 저가치 서비스 처방 패턴을 모니터링하고 피드백하는 시스템을 구축하는 방안 등을 검토할 수 있다. 실손보험이 보장하지 않는 항목에

대해서는 의사도 환자도 자연스럽게 ‘현명한 선택’을 할 유인이 커진다.

다섯째, 필수의료의 수가를 정상화해야 한다. 비급여를 통제하여 절감한 재원을 급여 수가의 원가 보전을 제고에 투입함으로써, 의사들이 비급여 수익 모델에 의존하지 않고 교과서적 진료만으로도 경제적으로 생존할 수 있는 환경을 만들어야 한다.

여섯째, 전 국민이 가입한 국민건강보험의 보장을 및 보장범위에 대한 전반적 검토가 필요하다. 실손보험의 팽창은 결국 국민건강보험이 커버하지 못하는 간극이 너무 넓다는 것을 반증한다. 제한된 재정을 고려할 때, 감기와 같은 경증질환에 대한 보장을 과감히 축소하고 응급 및 중증질환의 보장 범위를 넓히는 것이 보험의 성격에 더 합당한 방향이다. 다만, 이러한 전환에는 중요한 전제조건과 잠재적 부작용에 대한 신중한 검토가 필요하다. 경증질환에 대한 건강보험 보장이 축소될 경우, 건강보험 급여서비스를 이용하는 국민의 수가 감소하여 건강보험의 사회적 연대 기능과 제도에 대한 국민의 수용성이 저하될 수 있다. 또한 의뢰·회송 체계 및 주치의 제도가 확립되지 않은 현 상황에서는 외래 경증 환자의 감소가 의원급 의료기관에 심각한 경영 타격을 줄 수 있으며, 이는 일차의료의 기반 약화로 이어질 수 있다. 따라서 경증질환 보장 조정은 일차의료 강화 및 의뢰체계 정비와의 병행을 전제로 단계적으로 적용하는 것이 바람직하다.

일곱째, 실손보험 가입자를 대상으로 의도적 과잉진료를 하는 의료기관에 대한 감시와 통제가 필요하다. 현재와 같은 무분별한 비급여 진료행위는 ‘누이 좋고 매부 좋은’ 식으로 의사와 환자 모두에게 금전적 유인동기가 되고 있고 심평원의 관심 사항도 아니다. 바람직한 것은 적절한 감시와 통제가 보험회사가 아닌, 의사단체, 전문학회, 시민단체 등을 통해 이루어지는 것이다.

V. 글을 맺으며

Herzberg-Jones의 동기-위생이론[24]에 따르면, 급여나 근무조건 같은 위생요소를 충족시키면 불만은 줄어들 수 있으나 만족감이 비례하여 상승하지는 않으며, 직업적 만족은 일을 통한 성취와 자기 발전 같은 동기요소에서 온다. 실손보험이 만들어낸 비급여 수익 모델은 위생요소에 대한 의존을 심화시키면서 동기요소를 위축시키는 악순환을 낳고 있다. 의사들이 ‘좋은 진료를 했다’는 성취감보다 ‘수익 목표를 달성했다’는 안도감을 느끼는 순간, 직업은 전문직에서 서비스업으로 전락한다.


한편, 실손보험이 한국 의료에서 수행해 온 긍정적 기능도 균형 있게 인식할 필요가 있다. 국민건강보험의 보장률이 65% 수준에 머무는 상황에서, 실손보험은 중증질환 환자의 비급여 의료비 부담을 경감하고, 고액 치료에 대한 경제적 접근성을 보장하는 안전망 역할을 해 왔다. 또한 호주, 아일랜드, 프랑스 등 OECD 국가에서도 자발적 민간보험이 공적 보험의 보완재로서 의료 접근성을 높이는 기능을 수행하고 있다[6]. 한국의 실손보험 역시 본래의 설계 목적대로 중증·응급 질환에 대한 보충적 안전망으로 기능한다면, 국민의 의료비 부담 완화에 기여할 수 있다. 본 연구가 비판하는 것은 실손보험의 존재 자체가 아니라, 비급여 영역에 대한 무규제와 행위별 수가제라는 구조적 조건 하에서 실손보험이 과잉진료를 유발하는 기전으로 변질된 현상이다.

국제적으로도 민간의료보험과 과잉진료의 관계는 각국의 제도적 맥락에 따라 다르게 나타난다. 미국의 경우 행위별 수가제와 영리 병원이 결합된 환경에서 Berwick &

Hackbarth[14]가 추산한 연간 의료비의 20% 이상이 과잉진료를 포함한 낭비에 해당하며, 민간보험의 높은 보장률이 이를 촉진하는 것으로 보고되고 있다. 반면 일본은 혼합진료 원칙적 금지를 통해 비급여 영역의 팽창을 구조적으로 차단하여, 민간보험이 있더라도 과잉진료로의 전환이 제한적이다. 영국의 경우 NHS(National Health Service)라는 강력한 공적 시스템 위에 약 10%의 국민만이 자발적 사보험에 가입하고 있으며, 민간보험은 주로 대기시간 단축과 편의 제공에 한정된다[6]. 이러한 국제 비교는 민간보험 자체보다 비급여 가격 규제, 의료 공급 체계의 공공성, 혼합진료 허용 여부 등 제도적 맥락이 과잉진료의 핵심 결정 인자임을 시사한다. 한국형 실손보험의 문제는 한국 특유의 혼합진료 허용, 비급여 무규제, 민간 의료기관 중심 구조라는 조건이 실손보험과 결합했을 때 발생하는 고유한 현상인 것이다.

본 연구의 핵심 메시지는 다음과 같다. 한국의 실손보험 시스템은 Niebuhr가 말한 ‘비도덕적 사회’의 의료판이다[11]. 이 시스템 안의 의사들이 악의적이어서가 아니라, 시스템이 개인의 합리적 행동을 집단적 해악으로 전환하는 구조이기 때문이다. 감사원이 약 10억 건의 전수자료로 확인한 연간 12조 9,000억 원의 추가 의료비, 53.5%에 불과한 진단코드 일치율, 730만 건의 실손 단독 청구는 이 구조적 결함의 증거이다[4]. 해법은 도덕적 의사를 훈련하는 것이 아니라 도덕적 시스템을 설계하는 것이다.

한국 의료의 과잉진료는 물론 일정 부분, 원칙을 저버리고 수입 창출에 몰두하는 의사들의 도덕성 문제이기도 하다. 하지만 본 고의 문제의식은 이를 의사 개개인의 문제로 치부하기보다 시스템의 문제로 보자는 것이다. 우리가 원하는 것은 영웅적 도덕심으로 제도에 맞서는 소수의 의사가 아니라, 평범한 의사들이 자연스럽게 윤리적 진료를 할 수 있는 환경이다. 그 환경을 설계하는 것이 이제 한국 의료계와 사회가 함께 풀어야 할 과제이다.

본 논문의 한계로는 첫째, 본 연구는 체계적 문헌고찰(systematic review)이 아닌 개념 및 정책 분석에 기반한 비판적 고찰로서, 제시된 기전 간의 인과적 추론에는 내재적 제한이 있다는 점, 둘째, 감사원 감사 결과가 2022년까지의 데이터에 기반하여 4세대 도입 이후의 효과를 충분히 반영하지 못할 수 있다는 점, 셋째, 과잉진료에서 수요측 도덕적 해이와 공급측 유인수요의 상대적 기여도를 분리하는 계량경제학적 분석이 부족하다는 점, 넷째, 제안한 구조적 해법의 정치적 실현 가능성을 충분히 다루지 못하였다는 점이 있다. 

REFERENCES

1. Lee SW, Shin GH, Choi EY, et al. Changes in practice environment perceived by practitioners after the introduction of private health insurance. *Korean J Med Ethics* 2015;18(1):70-79. <https://doi.org/10.35301/ksme.2015.18.1.70>
2. Cheong YS, Park SG. Ethical considerations on the financial incentive systems at hospitals in Korea. *Korean J Med Ethics* 2015;18(2):190-199. <https://doi.org/10.35301/ksme.2015.18.2.190>
3. Cheong YS, Park SG. What factors promote overtreatment in Korea?: causative considerations and solutions to overtreatment. *Korean J Med Ethics* 2016;19(3):375-389. <https://doi.org/10.35301/ksme.2016.19.3.375>
4. Board of Audit and Inspection of Korea. Audit report on insurance service utilization including health, private indemnity, and automobile insurance. Board of Audit and Inspection; 2025.
5. Financial Services Commission. Reform plan for private indemnity health insurance [internet]. Financial Services Commission; 2025 [cited 2026 May 2].

- <https://www.fsc.go.kr/no010101/84272>
6. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Private health insurance spending. OECD; 2022.
 7. Financial Supervisory Service. 2024 Private indemnity health insurance business performance (provisional) and future supervisory direction. Financial Supervisory Service press release; 2025.
 8. National Health Insurance Service (NHIS). Analysis of 2024 health insurance patient medical expenses survey results. NHIS; 2025.
 9. Kim KS. Current status and improvement tasks of private indemnity health insurance. Korea Insurance Research Institute seminar; 2024.
 10. Ministry of Health and Welfare (MOHW). Korea's health care through OECD Health Statistics 2025 [internet]. MOHW; 2025 [cited 2026 May 2].
<https://www.koreabiomed.com/news/articleView.html?idxno=28419>
 11. Niebuhr R. Moral man and immoral society. Lee HW, translator. Munye Publishing; 2017.
 12. Saini V, Brownlee S, Elshaug AG, et al. Addressing overuse and underuse around the world. *Lancet* 2017;390(10090):105-107.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32573-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32573-9)
 13. Mafi JN, Parchman M. Low-value care: an intractable global problem with no quick fix. *BMJ Qual Saf* 2018;27(5):333-336.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007477>
 14. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012;307(14):1513-1516.
<https://doi.org/10.1001/jama.2012.362>
 15. Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA), National Health Insurance Service (NHIS). National health insurance statistical yearbook 2023. HIRA, NHIS; 2024.
 16. Lyu H, Xu T, Brotman D, et al. Overtreatment in the United States. *PLOS ONE* 2017;12(9):e0181970.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181970>
 17. SBS News. Asked about private insurance, then offered “free nose surgery”... over-treatment driving up premiums [internet]. SBS News; 2021 [cited 2026 May 2].
https://news.sbs.co.kr/news/endPage.do?news_id=N1006586648
 18. Biller-Andorno N, Lee TH. Ethical physician incentives — from carrots and sticks to shared purpose. *N Engl J Med* 2013;368(11):980-982.
<https://doi.org/10.1056/NEJMp1300373>
 19. Eisenberg JM. Physician utilization: the state of research about physicians' practice patterns. *Med Care* 1985;23(5):461-483.
<https://doi.org/10.1097/00005650-198505000-00010>
 20. Born KB, Levinson W, Pramesh CS, Kerr EA. Choosing wisely in a time of resource constraints. *BMJ* 2024;385:q166.
<https://doi.org/10.1136/bmj.q166>
 21. Cliff BQ, Avanceña ALV, Hirth RA, Lee SYD. The impact of choosing wisely interventions on low-value medical services: a systematic review. *Milbank Q* 2021;99(4):1024-1058.
<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12531>
 22. Korean Medical Association Newspaper. KMA confirms “absolute opposition to expedited private insurance claims simplification act” [internet]. Doctors News; 2022 [cited 2026 May 2]
<https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=147105>
 23. Millett C, Gray J, Saxena S, et al. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ* 2007;176(12):1705-1710.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.061556>

24. Bassett-Jones N, Lloyd GC. Does Herzberg's motivation theory have staying power? J Manag Dev 2005;24(10):929-943.
<https://doi.org/10.1108/02621710510627064>