

같은 진료를 받아도 세대마다 돌려받는 돈이 다르다

5세대 실손의료보험이 바꾼 것과 바꾸지 못한 것

2026년 5월 5세대 실손의료보험이 나왔다. 급여 진료의 자기부담률은 20%, 중증 비급여는 30%, 중증이 아닌 비급여는 50%다. 중증이 아닌 비급여의 연간 한도는 1,000만 원이다.

실손보험은 가입 시기와 약관에 따라 자기부담률과 보상한도가 다르다. 2024년 말 실손 보유계약 3,596만 건 가운데 1·2세대가 2,190만 건으로 61%다. 초기 1·2세대 계약에는 재가입 조항이 없어 보험회사가 보장 내용을 일방적으로 바꿀 수 없다.

연구소는 이 문제를 상품의 문제가 아니라 시간의 문제로 보아야 한다고 본다. 새 세대를 만드는 일은 옛 세대를 그대로 남긴다. 세대를 늘리는 방식으로선 세대 사이의 격차가 좁아지지 않는다.

발행일

2026년 8월 13일

자료 기준일

2026년 8월 13일

분량

본문 18쪽

넥서스 금융경영연구소

NEXUS Finance and Management Institute

nexusfmi.com

이 보고서는 국민의 금융생활과 관련된 사안을 넥서스 금융경영연구소가 자체 기준에 따라 조사·분석한 자료다. 특정 금융회사나 금융상품의 매매를 권유하거나 그 가치를 판단하려는 목적이 아니다. 본문의 견해는 넥서스 금융경영연구소의 것이며, 계약 결정의 책임은 이용자 본인에게 있다.

세 줄 요약

무엇을 물었나

같은 실손보험인데 왜 세대마다 돌려받는 돈이 다른가. 5세대가 나온 뒤 각 세대 가입자에게 무슨 일이 생기는가.

무엇을 알아냈나

5세대 보험료는 4세대보다 약 30% 낮게 설계됐지만 비중증 비급여의 보장 범위와 한도도 줄었다. 급여 입원은 20%, 중증 비급여 입원은 30%, 비중증 비급여 입원은 50%를 본인이 부담하며 비중증 비급여의 연간 보상한도는 1,000만 원이다. 초기 1·2세대 계약에는 재가입 조항이 없다.

읽는 사람은 무엇을 하면 되나

보험증권이나 보험사 앱에서 가입일과 상품명을 확인해 세대를 구분한다. 지난 1년의 급여·비급여 이용 내역과 보험료를 확인하고, 전환 전후의 보장 제외 항목·자기부담액·보험료를 같은 조건으로 비교한다.

한눈에

2026년 5월 5세대가 나온 첫 달, 1·2세대에서 갈아탄 계약은 5,534건이었다. 1·2세대 1,652만 건의 0.03%다.

이 보고서 읽는 법

- 계약 수는 **사람 수가 아니라 계약 건수**다. 한 사람이 여러 건을 가진 경우가 들어 있다.
- 손해율은 두 종류가 함께 쓰인다. **경과손해율**은 받은 보험료 대비 나간 보험금이고, **위험손해율**은 보험료 중 보장에 쓰이는 몫만 따로 떼어 계산한 값이다. 이 보고서는 둘을 섞지 않고 그때마다 어느 쪽인지 밝혔다.
- 비율은 소수점 첫째 자리까지 적었다. 반올림 때문에 항목을 더해도 합계와 맞지 않을 수 있다.
- 자료마다 값이 엇갈린 항목은 두 값을 모두 적고 어느 쪽도 단정하지 않았다.
- 일부 숫자는 발표 기관 원문 대신 언론 보도를 따랐다. 해당 숫자에는 각주를 달았다.
- 어려운 용어는 처음 나올 때 한 번만 괄호로 원래 이름을 붙였다. 전체 목록은 부록 가에 있다.

차례

1장	실손보험에는 다섯 세대가 있다	3
2장	5세대는 무엇을 바꿨나	5
3장	세대는 왜 사라지지 않는가	7
4장	누가 얼마나 겪는가	10
5장	5년 뒤 조건에서 아직 정해지지 않은 것	12
6장	무엇을 하면 되는가	14
부록 가	용어 풀이	17
부록 나	자료 출처와 각주	18

1장

실손보험에는 다섯 세대가 있다

이름은 하나인데 내용은 왜 다섯 가지인가.

3,596만 건

실손보험 보유계약
2024년 말 · 금융감독원

61%

그중 1·2세대가 차지하는 몫
2024년 말 · 2,190만 건

21.8조 원

한 해 비급여 진료비
2024년 · 국민건강보험공단

실손의료보험은 하나의 상품이 아니다. 판매한 시기에 따라 내용이 다르고, 업계는 이를 세대로 부른다. 2026년 5월 다섯 번째 세대가 나왔다.

세대가 나뉘는 이유는 단순하다. 보험금이 예상보다 많이 나가면 보험사는 상품을 고쳐 새로 팔기 시작한다. 그런데 이미 팔린 계약은 그대로 남는다. 그래서 세대가 쌓인다.

2024년 말 기준으로 실손 보유계약은 3,596만 건이다.¹ 이 가운데 1세대가 638만 건, 2세대가 1,552만 건이다. 둘을 더하면 2,190만 건으로 전체의 61%다. 실손에 든 사람 열 명 중 여섯 명이 여기에 속한다.² 3세대는 804만 건, 4세대는 525만 건이었다.

이름은 같은데 내용이 다섯 가지다. 알아탈 수 없는 사람이 많고, 알아탈 이유가 없는 사람도 많다.

여기서 중요한 것은 앞선 두 세대의 크기가 아니라 계약 구조다. **1세대와 2013년 3월 이전에 가입한 2세대에는 재가입 조항이 없다.** 따라서 보험회사가 기존 계약의 보장 내용을 일방적으로 새 약관으로 바꿀 수 없다. 3세대 이후 계약에는 재가입 조항이 있어 정해진 기간이 지나면 당시 판매 중인 상품 조건으로 재가입할 수 있다.

세대마다 내가 내는 몫이 다르다

세대를 가르는 가장 큰 차이는 자기부담률이다. 같은 진료를 받아도 세대에 따라 돌려받는 돈이 달라진다.

실손의료보험

병원에서 실제로 낸 돈 가운데 일부를 돌려주는 보험이다. 건강보험이 내주는 몫을 뺀 나머지에서 자기부담을 다시 뺀 금액을 준다. 흔히 '실비보험'이라고 부른다.

<표 1> 세대가 뒤로 갈수록 내가 내는 몫이 커진다

실손의료보험 세대별 판매 시기와 자기부담률

세대	판매 시기	자기부담률	보장 바꾸는 주기	특징
1세대	2009년 9월 이전	가장 낮음. 계약마다 다름	없음	표준 약관 이전
2세대	2009년 10월 ~2017년 3월	단계적으로 올림	초기 계약은 없음	약관을 표준화
3세대	2017년 4월 ~2021년 6월	급여 10~20%, 비급여 20%	5년	3대 비급여를 특약으로 분리
4세대	2021년 7월 ~2026년 5월	급여 20%, 비급여 30%	5년	비급여를 많이 쓰면 보험료 할증
5세대	2026년 5월~	급여 20%, 중증 비급여 30%, 중증이 아닌 비급여 50%	5년	비급여를 중증과 그 밖으로 나눔

주: 1) 1·2세대의 자기부담률은 같은 세대 안에서도 판매 시기에 따라 달라 하나의 값으로 적을 수 없다.³

2) 5세대 자기부담률은 손해보험협회 공시와 보험사 약관에서 확인한 값이다.

자료: 손해보험협회 실손의료보험 공시, 보험연구원 세미나 자료(2025년 12월), 보험사 약관을 정리.

표를 세로로 읽으면 방향이 하나로 보인다. 세대가 뒤로 갈수록 내가 내는 몫이 커진다. 보험료는 그만큼 싸진다. 5세대는 4세대보다 약 30% 싸다. 4세대 보험료가 1인당 월 3만 원이면 5세대는 2만 원 안팎이 된다.⁴

5세대는 4세대보다 보험료가 약 30% 낮게 설계됐다. 동시에 비중증 비급여의 자기부담률을 높이고 보상한도를 줄였다. 따라서 보험료 인하와 보장 축소를 함께 비교해야 한다.

이 장에서 확인할 것

1 내 실손보험이 몇 세대인지 확인한다. 가입한 해를 알면 표 1로 알 수 있다.

확인하는 곳 · 보험사 앱 또는 증권. 여러 개면 각각 확인한다. 내보험찾아줌 (cont.insure.or.kr)에서 가입한 보험을 한 번에 볼 수 있다

2 그 계약에 '재가입' 또는 '보장내용 변경주기'라는 말이 있는지 본다. 없으면 만기가 오지 않는 계약이다.

확인하는 곳 · 증권의 계약사항, 또는 보험사 고객센터

하지 않아도 되는 것 · 세대를 확인하는 것만으로는 아무 일도 일어나지 않는다. 이 단계에서 갈아탈지 정할 필요는 없다.

2장

5세대는 무엇을 바꿨나

숫자로 상태를 확정한다. 왜 그렇게 됐는지는 3장에서 다룬다.

5세대는 보장을 셋으로 나눴다. 기본계약이 급여 진료를 맡고, 특약 하나가 중증 비급여를, 다른 특약이 중증이 아닌 비급여를 맡는다. 특약은 골라서 넣을 수 있다.

나는 다음에 셋을 서로 다르게 대했다. 이것이 5세대의 핵심 설계다.

중증이면 보장이 늘고, 중증이 아니면 보장이 줄어든다. 방향이 정반대다.

급여와 비급여

건강보험이 값을 정해 두고 일부를 내주는 진료가 급여다. 건강보험이 관여하지 않아 병원이 값을 정하는 진료가 비급여다. 도수치료·영양주사가 여기 든다.

<표 2> 중증이 아닌 비급여만 자기부담이 오르고 한도가 줄었다

5세대 실손의료보험의 보장 구조

구분	입원 자기부담	통원 자기부담	연간 한도
급여 (기본계약)	20%	병원 종류별 1~2만 원, 진료비의 20%, 건강보험 본인부담률로 계산한 금액 셋 중 가장 큰 금액	5,000만 원

구분	입원 자기부담	통원 자기부담	연간 한도
중증 비급여 (특약 1)	30%	3만 원과 30% 중 큰 금액	5,000만 원
중증이 아닌 비급여 (특약 2)	50%	5만 원과 50% 중 큰 금액	1,000만 원

주: 4세대에서는 비급여를 나누지 않고 자기부담 30%, 연간 한도 5,000만 원이었다.

자료: 손해보험협회 실손의료보험 5세대 공시, 보험사 약관(2026년 5월판).

중증이 아닌 비급여만 보면 자기부담은 30%에서 50%로 올랐고, 연간 한도는 5,000만 원에서 1,000만 원으로 줄었다. 한도만 놓고 보면 4세대의 5분의 1이다. 도수치료·체외충격파·증식치료와 비급여 주사제, 아직 등재되지 않은 새 의료기술은 아예 보장에서 빠졌다.⁵

반대 방향도 있다. 중증 비급여는 자기부담 30%와 연간 한도 5,000만 원을 그대로 뒀다. 여기에 큰 병원에 입원하면 한 해 자기부담이 500만 원을 넘지 않도록 상한을 새로 뒀다. 임신·출산과 발달장애 관련 급여 진료도 새로 들어왔다.

즉 **중증이면 보장이 늘고, 중증이 아니면 보장이 줄어든다**. 같은 상품 안에서 방향이 정반대다.

첫 달 전환은 0.03%였다

5세대가 나온 첫 달, 1·2세대에서 갈아탄 계약은 5,534건이었다. 같은 시점 1·2세대 보유계약 1,652만 건의 0.03%다. 1만 건 가운데 3건꼴이다.⁶ 전체 판매는 5만 건 안팎이었고 대부분이 새로 가입한 사람이었다.⁷

이 수치만으로 전환하지 않은 이유를 판단할 수는 없다. 보장 축소에 대한 선호, 정보 부족, 전환 조건과 가입자의 의료 이용 경험이 함께 영향을 줄 수 있다.

보험료는 세대마다 다르게 올랐다

2026년 실손보험료는 평균 7.8% 올랐다. 세대별로는 1세대가 3%대, 2세대가 5%대, 3세대가 16%대, 4세대가 20%대다. 1인당 월 보험료가 3만 원이던 4세대 가입자라면 한 해에 7만 원 남짓을 더 내게 된다.⁸ 손해율이 높은 세대가 더 많이 올랐다.

2025년 실손보험은 1조 8,700억 원 적자였다.⁹ 경과손해율은 101.0%로, 받은 보험료보다 나간 보험금이 많았다. 세대별로는 3세대 120.3%, 4세대 115.1%, 1세대 102.3%, 2세대 93.1%였다.

여기서 눈여겨볼 것이 있다. **손해율이 가장 높은 것은 1·2세대가 아니라 3·4세대다.** 자기부담을 올려 만든 세대가 더 나빠졌다.

이 장에서 확인할 것

- 1 **지난 1년 동안 비급여 진료를 몇 번 받았는지 세어 본다. 도수치료, 영양주사, 비급여 MRI가 여기 든다.**
확인하는 곳 · 보험금을 청구한 기록. 보험사 앱의 보험금 지급 내역에서 볼 수 있다
- 2 **올해 실손보험료가 얼마나 올랐는지 확인한다. 세대에 따라 3%대에서 20%대까지 갈린다.**
확인하는 곳 · 갱신 안내장, 또는 보험사 앱의 보험료 납입 내역

하지 않아도 되는 것 · 비급여 진료를 거의 받지 않았고 보험료 인상폭도 낮다면 지금 결정을 서두를 일이 아니다.

3장

세대는 왜 사라지지 않는가

새 상품을 만드는 일과 옛 계약을 정리하는 일은 서로 다른 일이다.

다섯 세대가 함께 있는 상태는 우연이 아니다. 제도가 그렇게 만들어졌다.

계약서에 한 줄이 없다

1세대와 2013년 3월 이전에 가입한 2세대 계약에는 재가입 조항이 없다. 보험사가 나중에 상품을 고쳐도 이 계약들은 처음 조건 그대로 간다. 계약자가 해지하거나 사망할 때까지 유지된다.

그래서 보험사는 이 계약들을 바꿀 수 없다. 정부도 바꿀 수 없다. 보험은 계약이고, 계약자가 동의하지 않으면 한쪽이 일방적으로 내용을 고치거나 되살 수 없기 때문이다.

20년 전 계약서에 한 줄을 넣지 않은 결정이 지금 정책을 묶고 있다.

재가입 주기

일정 기간이 지나면 그때의 새 상품 조건으로 계약을 다시 맺는 약속이다. '보장내용 변경주기'라고도 쓴다. 3·4·5세대에는 있고, 1세대와 초기 2세대에는 없다.

정부가 이 통로를 만들려던 적은 있다. 2025년 1월 의료개혁특별위원회 안에는 법을 고쳐 옛 계약에도 약관 변경 조항을 적용하는 방안이 들어 있었다. 그 방안은 2025년 4월 최종안에서 빠졌다.¹⁰ 국회입법조사처는 이미 맺은 계약의 내용을 사후에 바꾸는 것이 신뢰보호 원칙에 걸린다고 지적했다.¹¹

20년 전 계약서에 한 줄을 넣지 않은 결정이 지금 정책을 묶고 있다. 이것이 이 사안의 구조다.

남은 수단은 값과 유인뿐이다

바꿀 수 없으니 남은 방법은 둘이다. 하나는 보험료를 올려 유지하기 어렵게 만드는 것이고, 다른 하나는 갈아타면 이득이 되게 만드는 것이다.

2026년 11월부터 두 번째 방법이 시작된다. 1세대와 2013년 3월 이전 2세대 가입자가 5세대로 갈아타면 3년 동안 보험료를 절반으로 깎아 준다. 갈아타지 않고 남으면서 일부 비급여 보장만 빼는 선택지도 함께 나온다. 여섯 달 동안 시범으로 운영한 뒤 이어 갈지 정한다.¹²

이 제도에는 안전장치가 붙어 있다. 갈아탄 뒤 **석 달 안에는 보험금을 받았더라도 되돌릴 수 있고, 여섯 달 안에는 보험금을 받지 않았다면 되돌릴 수 있다.** 계약자마다 한 번씩이다. 보험사가 먼저 갈아타라고 권하는 것은 금지돼 있다. 계약자가 요청해야 안내할 수 있다.¹³

비급여를 급여로 옮기면 5세대에서 보장이 사라진다

2026년 7월 1일 도수처리가 관리급여로 넘어갔다. 값이 회당 43,850원으로 통일되고, 환자가 그중 95%를 낸다. 한 해 15회까지만 인정한다.¹⁴

여기서 세대에 따라 결과가 갈린다. 5세대는 급여 통원의 자기부담률을 건강보험 본인부담률에 맞추도록 설계돼 있다. 본인부담률이 95%인 항목은 실손 자기부담률도 95%가 된다. 43,850원 가운데 돌려받는 돈이 2,000원 안팎에 그친다는 계산이 나온다. 한 해 15회를 다 쓰면 65만 원을 내고 3만 원가량을 돌려받는 셈이다. 반면 1·2세대는 급여 본인부담금을 넓게 보장하므로 상당 부분을 그대로 돌려받는다.¹⁵

정리하면 비급여를 급여로 전환한 조치가 기존 세대와 5세대의 보장에 서로 다른 결과를 낸다. **계약 전환 지원정책과 관리급여 도입이 가입 세대별로 어떤 영향을 주는지 함께 설명할 필요가 있다.**

자기부담을 올리면 낭비만 줄어드는가

미국이 1971년부터 1982년까지 한 대규모 실험이 이 질문에 답을 냈다. 2,750가구를 자기부담률이 서로 다른 보험에 무작위로 배정하고 의료 이용과 건강을 추적했다.

결과는 둘이다. 첫째, 자기부담을 25%로 두면 의료비 지출이 무료일 때보다 20% 줄고, 95%로 두면 30% 줄었다. 자기부담은 확실히 이용을 줄인다.

둘째가 중요하다. 줄어든 것은 불필요한 진료만이 아니었다. 꼭 필요한 진료도 같은 비율로 줄었다. 평균적인 사람에게는 건강에 별 영향이 없었지만, 가장 가난한 6%에서는 혈압·시력·치과에서 나쁜 결과가 나왔다.¹⁶

그래서 다른 나라는 자기부담률을 얼마로 할지보다 **어디에 자기부담을 두느냐**를 먼저 정한다. 그리고 소득이 낮거나 병이 무거운 사람에게 어떤 상한을 둘지를 함께 설계한다. 5세대가 중증에 상한을 새로 둔 것은 이 방향에 맞는다.

이 장에서 확인할 것

- 1 1세대나 초기 2세대라면, 11월에 나오는 두 가지 선택지의 조건을 확인한다. 갈아타기 할인과 일부 보장을 빼는 선택지다.

확인하는 곳 · 가입한 보험사. 보험사가 먼저 권할 수 없으므로 계약자가 물어야 한다

- 2 이미 갈아탔다면 되돌릴 수 있는 기간이 남았는지 센다. 석 달과 여섯 달이 기준이다.

확인하는 곳 · 전환 계약일이 적힌 증권, 보험사 고객센터

하지 않아도 되는 것 · 3·4세대는 이 할인의 대상이 아니다. 만기가 오면 그때 다시 정하면 된다.

누가 얼마나 겪는가

평균이 아니라 처지로 본다. 같은 변화가 사람마다 반대로 작동한다.

30.1% 열 개 비급여 항목이 차지한 지급보험금 몫 2024년 · 손해보험 기준	2.3조 원 물리치료에 나간 보험금 2024년 · 한 해 기준	15.8% 진료비 중 비급여로 낸 몫 2024년 · 국민건강보험공단
---	---	--

실손보험은 가입자 대부분이 쓰지 않는 보험이다. 보험료를 내면서 한 해 동안 보험금을 한 번도 받지 않는 사람이 65%다. 가입자 100명 중 65명이 여기에 해당한다. 반대로 100명 중 9명이 전체 보험금의 80%가량을 받아 간다.¹⁷

이 구조에서 5세대의 변화는 사람마다 반대로 작동한다.

비급여를 자주 쓰는 사람

도수치료나 비급여 주사를 정기적으로 받는 사람에게 5세대는 손해가 크다. 중증이 아닌 비급여의 자기부담이 50%로 오르고 연간 한도가 1,000만 원으로 줄었다. 도수치료·체외충격파·증식치료와 비급여 주사제는 아예 보장에서 빠졌다.

여기에 관리급여 전환이 겹친다. 도수치료를 한 번 받으면 5세대 가입자가 실제로 돌려받는 돈은 2,000원 안팎이다. 1·2세대라면 훨씬 많이 돌려받는다.

큰 병에 대비하는 사람

반대편도 있다. 암이나 뇌·심혈관 질환처럼 무거운 병에 대비하는 사람에게 5세대는 이득이 될 수 있다. 중증 비급여의 자기부담과 한도가 그대로이면서 큰 병원 입원 시 한 해 자기부담 상한 500만 원이 새로 생겼다. 보험료는 4세대보다 30% 싸다.

지난 1년 동안 비급여 진료를 거의 받지 않았다면, 갈아타는 쪽이 나은 경우가 많다. 다만 앞으로도 그러리라는 보장은 없다.

**보험료를 내기만 하고 한 번도
받아 가지 않는 사람이 열에
여섯이 넘는다.**

이용 쓸림 수치는 발표 시점에 따라 다르다. 2025년 1월에는 상위 9%가 80%, 2026년 5월에는 상위 10%가 74%로 발표됐다. 두 값 모두 언론이 인용한 값이다.

4세대 가입자에게 곧 만기가 온다

4세대는 재가입 주기가 5년이다. 2021년 7월에 가입한 계약부터 2026년 7월 만기가 돌아오기 시작했다. 2026년에만 약 10만 건, 2031년까지 약 229만 건이 순차로 만기를 맞는다.¹⁸

여기서 자주 오해가 생긴다. **만기가 와도 자동으로 넘어가지 않는다.** 가입자가 재가입 절차를 밟아야 한다. 지금 가입한 보험사에서 그대로 재가입하면 심사가 없지만, 다른 보험사의 5세대로 옮기려면 새로 가입하는 것과 같은 심사를 받는다. 병력이나 나이 때문에 거절될 수 있다.

사실과 다른 설명으로 갈아타기를 권하는 경우

2026년 2월 "1·2세대 실손이 곧 강제로 정리된다"는 말이 영업 현장에 돌았다. 사실이 아니다. 보험사는 계약자 동의 없이 계약을 되사거나 없앨 수 없다. 이런 설명으로 갈아타기를 권하면 사실과 다른 설명이어서 제재를 받는다.¹⁹

금융감독원은 2026년 5월 12일 보험계약 갈아타기에 대해 소비자경보를 냈다. 2026년 1분기 관련 민원이 211건으로 직전 분기보다 54% 늘었다. 실손만 따로 집계한 숫자는 공개돼 있지 않다.²⁰

보험금을 못 받는 다툼도 늘고 있다

2025년 하반기 실손 보험금 부지급은 35,762건으로 1년 전보다 22.1% 늘었다.²¹ 도수치료·백내장·무릎주사 세 항목이 실손 분쟁의 53%를 차지한다.²²

한국소비자원이 접수한 실손 피해구제 신청 가운데 85.8%가 보험금 지급 거절 건이었다. 거절 사유의 67.4%는 주치의 진단을 보험사가 인정하지 않은 경우였다. 그중 70.1%는 보험사가 요구한 의료자문을 소비자가 거부했거나 그 결과를 받아들이지 않은 경우였다.²³

이 장에서 확인할 것

- 1 지난 1년 보험금 지급 내역에서 비급여 항목의 합계를 낸다. 100만 원을 넘는지가 하나의 기준이다.

확인하는 곳 · 보험사 앱의 보험금 지급 내역

- 2 4세대라면 재가입 만기일을 확인한다. 만기 전에 안내장이 오지만 놓치기 쉽다.

확인하는 곳 · 증권의 보장내용 변경주기, 보험사 고객센터

- 3 갈아타라는 권유를 받았다면 그 근거를 문서로 달라고 한다. "곧 없어진다"는 말은 사실이 아니다.

확인하는 곳 · 권유한 설계사나 보험사. 금융감독원 1332로 확인할 수도 있다

하지 않아도 되는 것 · 비급여를 거의 쓰지 않고 4세대 만기도 멀었다면 지금 아무것도 바꾸지 않아도 된다.

5장

5년 뒤 조건에서 아직 정해지지 않은 것

지금 갈아탈지 정하려면 5년 뒤를 알아야 하는데, 그것을 아는 사람이 없다.

5세대에는 재가입 주기가 있다. 최대 5년마다 그때의 상품 조건으로 계약을 다시 맺는다. 3·4세대에도 있는 조항이고, 이것이 있어야 제도를 고칠 수 있다.

그런데 이 조항에는 다른 면이 있다. **5년마다 다시 정한다는 말은, 5년마다 줄어들 수 있다는 말이기도 하다.** 지금 갈아타는 사람은 5년 뒤 조건을 모른 채 결정한다. 정해지지 않은 것은 이것 말고도 여섯 가지가 더 있다.

하나. 할인이 6개월 뒤에도 이어질지 정해지지 않았다

3년 절반 할인은 2026년 11월부터 여섯 달 동안 시범으로 운영한다. 이어 갈지, 폭을 키울지, 기간을 늘릴지는 정해지지 않았다. 이어 가지 않으면 2027년 봄이 마지막 기회가 된다.

5년마다 다시 정한다는 말은,
5년마다 줄어들 수 있다는
말이기도 하다.

둘. 2013년 3월과 4월 사이의 경계가 확정되지 않았다

할인 대상은 1세대 전체와 2013년 3월 이전에 가입한 2세대다. 2013년 4월 이후 2세대는 빠지는 방향이지만 최종 문안이 나오지 않았다. 같은 2세대인데 한 달 차이로 3년치 할인이 갈린다.

셋. 3·4세대에는 아무 대가가 없다

3·4세대는 할인 대상이 아니다. 만기가 오면 아무 대가 없이 5세대로 넘어간다. 4세대만 229만 건이고, 2세대 후기와 3세대는 2028년부터 만기가 시작된다. 형평을 맞출 방안은 정해지지 않았다.

넷. 남는 사람의 보험료가 어떻게 될지 정해지지 않았다

갈아타지도 않고 보장을 빼지도 않는 사람에 대한 정책이 없다. 건강한 사람이 먼저 빠져나가면 남는 집단의 손해율이 올라가 보험료가 더 빨리 오른다. 갈아타기 어려운 사람이 남는 구조라 이 위험은 작지 않다.

다섯. 관리급여를 세대별로 어떻게 계산할지 기준이 없다

도수치료처럼 급여로 넘어간 항목을 세대별 약관에서 어떻게 계산할지 통일된 기준이 없다. 5세대에서 보장이 거의 사라지는 결과가 나오는데, 의도된 것인지 밝혀져 있지 않다.

여섯. 갈아탈지 판단할 자료를 개인에게 주지 않는다

갈아타면 이득인지 손해인지는 그 사람이 어떤 진료를 얼마나 받는지에 달려 있다. 보험사에는 지난 청구 기록이 이미 있지만, 그 기록으로 계산한 득실 비교를 계약자에게 주는 절차가 없다. 국회입법조사처와 보험연구원이 모두 이 점을 지적했다.²⁴

갈아탈지 말지는 개인이 정하라고 하면서, 정하는 데 필요한 것을 주지 않고 있다.

이 장에서 확인할 것

- 1 보험사에 "내 지난 3년 청구 기록으로 계산하면 5세대에서 얼마를 덜 받게 되는지" 물어본다.

확인하는 곳 · 보험사 고객센터

하지 않아도 되는 것 · 지금은 제공 의무가 없어 답을 못 받아도 민원까지 넣을 일은 아니다.

6장

무엇을 하면 되는가

읽는 사람 / 보험회사 / 당국으로 나눈다. 이 보고서는 갈아타라거나 그대로 두라고 권하지 않는다.

읽는 사람이 할 일

오늘 할 수 있는 것

- 1 내 실손이 몇 세대인지 확인한다.

확인하는 곳 · 보험사 앱, 증권, 또는 내보험찾아줌(cont.insure.or.kr)

- 2 지난 1년 비급여 보험금 합계를 낸다. 이 숫자가 갈아탈지 말지를 가르는 기준이다.

확인하는 곳 · 보험사 앱의 보험금 지급 내역

- 3 4세대라면 재가입 만기일을 달력에 적는다. 자동으로 넘어가지 않는다.

확인하는 곳 · 증권외 보장내용 변경주기

- 4 이미 갈아탔다면 되돌릴 수 있는 기간이 남았는지 센다. 석 달과 여섯 달이 기준이다.

확인하는 곳 · 전환 계약일, 보험사 고객센터

하지 않아도 되는 것 · 11월 전에 결정할 일은 없다. 할인 조건이 나온 뒤에 정해도 늦지 않다. 보험사가 먼저 갈아타라고 권하는 것은 금지돼 있으므로, 그런 권유를 받으면 그 자체를 확인해 볼 근거가 된다.

다른 나라는 자기부담을 얼마로 하느냐가 아니라, 보험이 메워주면 안 되는 몫이 무엇인지를 정한다.

관리급여

값이 들쭉날쭉하거나 지나치게 많이 쓰이는 비급여 진료를 건강보험 안으로 넣되, 값과 기준을 정부가 정하고 환자가 대부분을 내게 하는 제도다. 2026년 7월 도수치료에 처음 적용했다.

보험회사가 할 일

갈아탈지 정하는 데 필요한 계산을 계약자에게 주면 된다. 회사는 그 사람이 지난 몇 해 동안 어떤 진료로 얼마를 받았는지 알고 있다. 그 기록으로 "지금 계약이면 얼마, 5세대면 얼마"를 계산해 보여 주는 것은 새 정보를 만드는 일이 아니라 가진 정보를 정리하는 일이다.

4세대 재가입 안내도 손볼 자리다. 만기가 자동으로 넘어가지 않는다는 사실, 다른 회사로 옮기면 심사를 받는다는 사실을 안내장에서 먼저 읽히게 해야 한다.

당국이 할 일

첫째, 득실 비교 서식을 표준으로 정한다. 회사마다 다른 양식으로 안내하면 비교할 수 없다. 다른 나라는 이 문제를 서식으로 풀었다.

<표 3> 다른 나라는 민영 의료보험을 어디에서 잡는가

네 나라의 설계 방식과 한국의 현재 상태

나라	거는 자리	내용
프랑스	메워 주면 안 되는 몫을 법으로 정함	보충보험이 세제 혜택을 받으려면 지켜야 할 규칙이 있다. 진료 건당 1유로, 약값 0.5유로, 주치의를 거치지 않았을 때 붙는 추가 부담은 보험이 메워 주면 안 된다 . 안경테·보청기 등 품목별 보상 상한도 정해져 있다.
미국	상품 자체를 표준화	고령자용 보충보험은 A부터 N까지 열 가지로 표준화돼 있다. 같은 글자면 회사가 달라도 보장이 같고 값만 다르다. 2020년부터는 본인부담을 처음부터 전부 메워 주는 플랜을 새로 팔지 못한다.
호주	등급으로 묶음	입원 보장 상품을 금·은·동·기본 네 등급으로 나누고, 등급마다 반드시 넣어야 할 진료 항목을 정해 두었다. 2020년 4월부터 의무다.
일본	정해진 금액만 지급	건강보험에 한 달 본인부담 상한이 있어 메워야 할 몫이 작다. 민간 상품은 실제 낸 돈이 아니라 입원 하루 얼마, 수술 한 번 얼마처럼 정해진 금액을 준다. 진료비와 보험금이 따로 움직인다.
한국	자기부담률과 한도	세대마다 자기부담률과 한도를 달리 정한다. 메워 주면 안 되는 몫을 따로 정하지 않고, 상품 표준화도 세대 안에서만 이뤄진다.

자료: 프랑스 책임계약 규정, 미국 메디케어 보충보험 안내서와 소비자금융보호 규정, 호주 민영건강보험 상품등급 안내, 일본 공적 의료보험 제도 설명을 정리.

프랑스 방식이 눈여겨볼 만한 이유는 자기부담률을 올리는 대신 **보험이 메워주면 안 되는 몫**을 따로 정했기 때문이다. 진료를 받을 때마다 반드시 자기 돈이 나가게 하되, 그 금액은 작게 두었다. 부담을 크게 하지 않으면서 이용을 줄이는 방법이다.

다만 프랑스도 대가를 치르고 있다. 보충보험이 걷은 보험료 가운데 18.8%가 관리비로 쓰인다. 감사원은 이 체계를 "보호는 두텁지만 효율은 낮다"고 평가했다.²⁵

둘째, 관리급여 항목의 세대별 계산 기준을 정한다. 지금은 같은 진료를 받아도 세대에 따라 돌려받는 돈이 열 배 넘게 벌어진다. 이것이 의도한 결과인지 아닌지를 먼저 밝히고, 기준을 세워야 한다.

셋째, 갈아타지 않고 남는 사람의 경로를 미리 정한다. 지금 정책은 갈아타는 사람에게만 답을 준다. 남는 사람에게는 보험료 인상 말고 아무것도 없다. 남는 사람이 많을수록 그 집단의 보험료는 더 빨리 오른다.

아직 정해지지 않은 것

비급여를 관리하는 일은 지금 법률이 아니라 시행령과 고시로 이뤄지고 있다. 보험연구원은 비급여를 다루는 법을 따로 만들자고 제안했고, 보건복지부는 특별법을 검토한 바 없다고 밝혔다.²⁶ 어느 쪽으로 갈지 정해지지 않았다.

무엇을 보면 알 수 있는가. 두 가지다. 하나는 2026년 11월 시작하는 할인이 2027년 봄에 이어지는지다. 다른 하나는 관리급여로 넘어가는 항목이 도수치료에서 더 늘어나는지다. 뒤쪽이 늘어나면 5세대 가입자가 실제로 보장받는 범위는 지금보다 더 좁아진다.

부록 가 · 용어 풀이

실손의료보험

병원에서 실제로 낸 돈 가운데 일부를 돌려주는 보험이다. 흔히 '실비보험'이라고 부른다.

급여 진료

건강보험이 값을 정해 두고 일부를 내주는 진료다. 환자는 정해진 몫만 낸다.

비급여 진료

건강보험이 관여하지 않아 병원이 값을 정하는 진료다. 환자가 전액을 낸 뒤 실손보험에서 일부를 돌려받는다.

자기부담률

병원비 가운데 보험이 돌려주지 않고 본인이 부담하는 몫의 비율이다.

재가입 주기 (보장내용 변경주기)

일정 기간이 지나면 그때의 새 상품 조건으로 계약을 다시 맺는 약속이다.
3·4·5세대에는 있고 1세대와 초기 2세대에는 없다.

관리급여

값이 들쭉날쭉하거나 지나치게 많이 쓰이는 비급여 진료를 건강보험 안으로 넣되, 값과 기준을 정부가 정하고 환자가 대부분을 내게 하는 제도다.

경과손해율

보험사가 받은 보험료 대비 나간 보험금의 비율이다. 100%를 넘으면 받은 것보다 나간 것이 많다는 뜻이다.

위험손해율

보험료 가운데 보장에 쓰이는 몫만 따로 떼어 계산한 손해율이다. 경과손해율보다 대체로 높게 나온다.

계약 재매입

보험사가 이미 맺은 계약을 값을 치르고 되사 없애는 것이다. 계약자가 동의해야 한다.

부당승환

기존 보험을 깨고 새 보험에 들게 해 계약자에게 손해를 입히는 권유다. 법으로 금지돼 있다.

부록 나 · 자료 출처와 각주

자료 출처

1. 손해보험협회, 「실손의료보험 공시 — 5세대 표준형·전환제도 안내·자주 묻는 질문」 .
kpub.knia.or.kr
(<https://kpub.knia.or.kr/productDisc/lostHealth/lostHealth5thStandard.do>) (확인일: 2026년 8월 13일)
2. 금융감독원, 「2024년 실손의료보험 사업실적」 . 보험연구원 재게시 원문. kiri.or.kr
(https://kiri.or.kr/PDF/weeklytrend/20250526/trend20250526_4.pdf) (확인일: 2026년 8월 13일)
3. 국민건강보험공단, 「2024년 건강보험 보장률」 , 2025년 12월 30일. 보험연구원 재게시 원문. kiri.or.kr (https://kiri.or.kr/PDF/weeklytrend/20260105/trend20260105_1.pdf) (확인일: 2026년 8월 13일)
4. 보험연구원, 「5세대 실손의료보험 도입에 따른 공·사건강보험 상생을 위한 정책과제」 , 2025년 12월 8일 세미나 자료. kiri.or.kr (https://www.kiri.or.kr/pdf/세미나자료/smn_20251208_2.pdf) (확인일: 2026년 8월 13일)
5. 보험연구원, 정성희·문혜정, 「실손의료보험 제도 정상화를 위한 과제」 , 2020년 12월. kiri.or.kr (<https://www.kiri.or.kr/report/downloadFile.do?docId=6087>) (확인일: 2026년 8월 13일)
6. 삼성화재, 실손의료비보장보험 약관(2026년 5월판). direct.samsungfire.com
(<https://direct.samsungfire.com/docs/realloss.pdf>) (확인일: 2026년 8월 13일)
7. Centers for Medicare & Medicaid Services(미국), 『Choosing a Medigap Policy』 , 2026년 3월판. medicare.gov (<https://www.medicare.gov/publications/02110-choosing-a-medigap-policy.pdf>) (확인일: 2026년 8월 13일)
8. Centers for Medicare & Medicaid Services, Medigap 표준화 안내. cms.gov
(<https://www.cms.gov/medicare/health-drug-plans/medigap>) (확인일: 2026년 8월 13일)
9. RAND Corporation, 『The Health Insurance Experiment』 (연구 브리프 RB-9174) 및 프로젝트 개요. rand.org (https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html) (확인일: 2026년 8월 13일)
10. Commonwealth Fund, 국제 의료제도 개요 — 프랑스·독일·일본 편. commonwealthfund.org (<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>) (확인일: 2026년 8월 13일)
11. 프랑스 책임계약(contrat responsable) 규정 해설. coover.fr
(<https://www.coover.fr/mutuelle/contrat-responsable>) (확인일: 2026년 8월 13일)
12. 프랑스 보건부 통계국(DREES), 「보충보험기관에 관한 2025년 보고서」 . drees.solidarites-sante.gouv.fr (<https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/rapports/251218-rapport-organismes-complémentaires>) (확인일: 2026년 8월 13일)
13. 호주 정부 민영건강보험 안내, 상품 등급제. privatehealth.gov.au
(https://www.privatehealth.gov.au/health_insurance/howitworks/producttiers.htm) (확인일: 2026년 8월 13일)
14. 파이낸셜투데이(2026년 6월 23일), KPI뉴스(2026년 6월 26일) · 5세대 첫 달 전환 실적 교차 확인
15. 뉴스1(2026년 6월 3일), 파이낸셜뉴스(2026년 6월 3일) · 2025년 실손 사업실적 교차 확인

16. 보험저널(2025년 12월 23일), 헤럴드경제 · 2026년 실손보험료 인상률 교차 확인
17. 한국보험신문(2026년 5월 5일), 파이낸셜뉴스(2026년 5월 5일) · 계약전환 할인 제도 교차 확인
18. 보험저널(2026년 7월 1일), 한국보험신문 · 도수치료 관리급여 전환 교차 확인
19. 보험저널(2026년 2월 12일) · 재매입 소문 확인
20. 전자신문(2025년 11월 18일), 서울경제 · 실손 분쟁과 소비자원 분석 교차 확인

각주

1. 금융감독원 2024년 실손의료보험 사업실적. 계약 건수 기준이며 한 사람이 여러 건을 가진 경우가 들어 있다.
2. 638만 건과 1,552만 건을 더해 3,596만 건으로 나눈 값이다. 소수점 아래에서 반올림했다.
3. 보험연구원 자료마다 1·2세대 자기부담률 표기가 다르다. 같은 세대 안에서도 판매 시기에 따라 달랐기 때문이다.
4. 금융위원회 발표를 인용한 언론 보도값이다.
5. 중증과 그 밖을 가르는 기준의 정의 원문은 확인하지 못했다. 이 보고서는 자기부담률과 한도만 다뤘다.
6. 5,534건을 1,652만 5,721건으로 나눈 값이다. 두 값 모두 언론이 인용한 업계 집계다.
7. 첫 달 판매 실적은 집계 기준이 같린다. 16개 회사를 사립 수로 센 값(신규 31,425명·전환 7,515명)과 손해보험 9개 회사를 계약 건수로 센 값(신규 43,031건·전환 7,258건)이 함께 돌아다닌다. 어느 쪽도 단정하지 않는다.
8. 생명보험협회·손해보험협회가 2025년 12월 23일 발표한 값을 인용한 언론 보도다.
9. 금융감독원 2025년 실손의료보험 사업실적을 인용한 언론 보도다. 경과손해율 기준이다.
10. 금융위원회 2025년 4월 1일 실손보험 개혁방안. 전제본으로 확인했다.
11. 국회입법조사처, 「5세대 실손보험 도입과 소비자 보호를 위한 제언」, 2025년 4월 4일. 원문은 확인하지 못했고 이를 인용한 보도로 확인했다.
12. 손해보험협회 전환제도 안내와 이를 보도한 언론으로 확인했다.
13. 보험업감독업무시행세칙상 보험사·대리점·설계사의 재매입 권유와 그에 따른 수수료 지급이 금지돼 있다.
14. 보건복지부 관리급여 시행. 값과 횟수 기준은 언론 보도로 확인했다.
15. 세대별 보상 차이는 개별 약관 해석에 따라 달라질 수 있다. 2,000원 안팎이라는 값은 언론이 계산한 예시다.
16. RAND Health Insurance Experiment. 1971년부터 1982년까지 진행했고 2,750가구를 추적했다.
17. 무사용자 비율과 이용 쏠림은 금융위원회·보험연구원 발표를 인용한 언론 보도다. 발표 시점에 따라 상위 9%가 80%, 상위 10%가 74%로 갈린다.
18. 업계 전망치를 인용한 언론 보도다.
19. 사실과 다른 설명으로 갈아타기를 권하면 보험업법상 부당권유에 해당한다.
20. 금융감독원 소비자경보, 2026년 5월 12일. 전 상품 기준이다.
21. 손해보험협회 공시를 인용한 언론 보도다.
22. 금융감독원이 2025년 11월 18일 토론회에서 공개한 값을 인용한 언론 보도다.
23. 한국소비자원 피해구제 신청 분석. 이를 보도한 언론으로 확인했다.
24. 국회입법조사처 2025년 4월 제언과 보험연구원 2025년 12월 세미나 자료가 같은 취지를 담고 있다.
25. 프랑스 보건부 통계국 2025년 보고서와 감사원 2021년 평가. 감사원 평가는 이를 인용한 자료로 확인했다.
26. 보건복지부는 2026년 7월 비급여관리특별법 추진설을 부인했다.



제목	같은 진료를 받아도 세대마다 돌려받는 돈이 다르다
시리즈	NEXUS Research 2026_02
발행	넥서스 금융경영연구소 · 2026년 8월 13일
자료 기준일	2026년 8월 13일
인용 형식	넥서스 금융경영연구소, 「같은 진료를 받아도 세대마다 돌려받는 돈이 다르다」, 넥서스 리서치 2026_02, 2026.
수정 이력	2026년 8월 14일 · 보험료 인하와 보장 축소, 전환 해석 문구 교정
누리집	nexusfmi.com

이 보고서는 국민의 금융생활과 관련된 사안을 넥서스 금융경영연구소가 자체 기준에 따라 조사·분석한 자료다. 특정 금융회사나 금융상품의 매매를 권유하거나 그 가치를 판단하려는 목적이 아니며, 개별 사안에 대한 법률 자문이나 의료 자문이 아니다. 본문의 견해는 넥서스 금융경영연구소의 것이고, 계약 결정의 책임은 이용자 본인에게 있다. 인용할 때는 출처를 밝혀 주기 바란다.