

정책보고서 2020-93

발간등록번호
11-1352000-002990-01



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

건강보험 보장성 강화의 실손의료보험에 대한 영향 분석 체계화 연구

여나금
김혜윤·박은혜



【연구책임자】

여나금 한국보건의사회연구원 부연구위원

【공동연구진】

김혜윤 한국보건의사회연구원 전문연구원

박은혜 한국보건의사회연구원 연구원

제|출|문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀 부와 용역계약한 「건강보험 보장성 강화의 실손의료보험에 대한 영향 분석 체계화 연구」의 보고서로 제출합니다.

2020년 12월

한국보건사회연구원 **여나금**

김혜윤

박은혜



요약	1
제1장 서론	3
제1절 연구 배경 및 필요성	5
제2절 연구 목적 및 방법	12
제2장 건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향에 대한 기존 논의과정 고찰	13
제1절 건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향에 대한 논의배경	15
제2절 기존 선행연구 고찰	24
제3절 기존 논의내용 고찰	38
제4절 기존 정책결정 과정 고찰	44
제3장 건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향 분석방법 정리	55
제1절 분석방법 체계화 개요	57
제2절 Macro 분석방법 체계화	58
제3절 Mezzo 분석방법 체계화	62
제4절 Micro 분석방법 체계화	80
제4장 개선대안 및 추가 검토사항	91
제1절 실손의료보험 반사이익 산출방법 관련 검토사항	93
제2절 실손의료보험 반사이익 산출방법 개선대안	110
참고문헌	119

표 목차

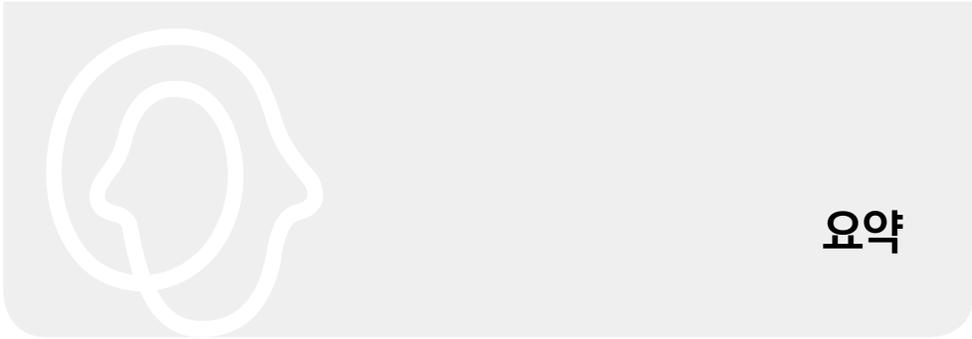
〈표 1-1〉 실손보험 가입건수 및 가입이유	5
〈표 1-2〉 공사의료보험의 상호영향력	6
〈표 1-3〉 보장성 강화정책 주요 목표 및 주요 정책	7
〈표 1-4〉 2018년도 반사이익 산출결과를 반영한 보험료 조정 결과	10
〈표 1-5〉 본 연구의 목표 및 방법	12
〈표 2-1〉 보험금 지급방식 기준 민간의료보험 분류	15
〈표 2-2〉 건강보험 강화 정책 주요 내용과 재정 소요액	18
〈표 2-3〉 건강보험 보장성 강화에 따른 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정	21
〈표 2-4〉 공사보험 연계법 발의안 주요 내용 및 합의안 주요내용	23
〈표 2-5〉 실손보험 반사이익 관련 선행연구 비교	24
〈표 2-6〉 top-down 방식의 반사이익 산출 모형: 신현웅 등(2015) vs 이재준 등(2018)	31
〈표 2-7〉 이태진 등(2019)이 제시한 반사이익 분석 모형의 종류	34
〈표 2-8〉 실손보험 반사이익 관련 주요 쟁점	42
〈표 2-9〉 건강보험 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 영향과 관련된 정책 추진 현황	44
〈표 2-10〉 '18-'20년도 반사이익 산출 연구개요	46
〈표 2-11〉 2018년도 반사이익 산출결과를 반영한 보험료 조정 결과	48
〈표 2-12〉 보장성 강화정책 시행에 따른 지급보험금 변화	49
〈표 2-13〉 표준화 작업 시, 미분류 사유별 분석 제외건수	51
〈표 3-1〉 분석 수준에 따른 분석방법 개요	57
〈표 3-2〉 Macro 분석차원 개요	58
〈표 3-3〉 Macro 분석방식의 자료원 목록(안)	59
〈표 3-4〉 Macro 방식의 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정(레이아웃)	61
〈표 3-5〉 Mezzo 분석차원 개요	62
〈표 3-6〉 보장성 강화 정책 중 급여화 항목 및 연간 소요액(2019)	65
〈표 3-7〉 보장성 강화 전후 본인부담 수준 차이(상급병실 급여화)	66
〈표 3-8〉 보장성 강화 전후 실손보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이(MRI 급여화)	67
〈표 3-9〉 Mezzo 분석방식의 자료원 목록(안)	68
〈표 3-10〉 의료비 및 의료이용 특성 프로파일 매트릭스(안)	73
〈표 3-11〉 의료이용 구성비 레이아웃 예시(등재비급여, 2019년)	74
〈표 3-12〉 실손의료보험 청구율 레이아웃 예시(2014년)	75
〈표 3-13〉 실손의료보험 지급률 레이아웃 예시(2019년)	75



〈표 3-14〉 실손의료보험 성·연령별·상품별 가입률 레이아웃 예시(2015년)	76
〈표 3-15〉 건강보험 보장성 강화 정책의 연도별 소요액 및 집행액(2017-2020)	77
〈표 3-16〉 Mezzo 방식의 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정(레이아웃)	78
〈표 3-17〉 Micro 분석차원 개요	80
〈표 3-18〉 보장성 강화 전후 실손보험 지급금 차이(MRI 급여화)	81
〈표 3-19〉 Micro 분석방식의 자료원 목록(안)	83
〈표 3-20〉 급여화 이전 비급여 가격정보 예시	83
〈표 3-21〉 Micro 방식의 급여화 전후 본인부담금 차이 분석(레이아웃)	88
〈표 3-22〉 Micro 방식의 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정(레이아웃)	89
〈표 4-1〉 실손보험 DB 연계범위 예시	94
〈표 4-2〉 실손보험 반사이익 산출시 주요 검토사항	94
〈표 4-3〉 실손보험 반사이익 규모 및 보험료 인하율	95
〈표 4-4〉 Top-down과 Bottom-up 방식의 산출모형에서의 분모, 분자 차이	96
〈표 4-5〉 반사이익 분석 포함 여부에 따른 실손보험 지급금 차이	98
〈표 4-6〉 KDI 모형 데이터 연계 현황	99
〈표 4-7〉 보장성 강화 정책에 대한 비급여 풍선효과 이슈	103
〈표 4-8〉 Top down 방식과 Bottom up 방식에서의 비급여 풍선효과가 미치는 영향 차이	104
〈표 4-9〉 실손보험 지급금 범위에 따른 비급여 풍선효과 등의 반영범위 차이	105
〈표 4-10〉 보건의료계정(SHA)로 본 국내 의료보장제도별 의료비 증가율	108
〈표 4-11〉 실손보험 반사이익 산출방법 개선대안	110
〈표 4-12〉 실손보험 반사이익 분모 및 분자 합의과정	112
〈표 4-13〉 단계별 실손보험 DB 연계범위 예시	113
〈표 4-14〉 실손보험 반사이익 산출방법 체계화를 위한 표준화 모형(안) 제시	113
〈표 4-15〉 (1안) 실손보험 지급금 중 반사이익 금액 산출	114
〈표 4-16〉 (1안)에 따른 산출식(분자, 분모)	115
〈표 4-17〉 (2안) 보장성 강화 정책으로 인한 실손보험 지급금 감소분을 통한 반사이익 금액 산출	116
〈표 4-18〉 급여화 전/후 실손보험 지급금 계산방식 차이	117
〈표 4-19〉 (2안)에 따른 산출식(분자, 분모)	117

그림 목차

[그림 2-1] 공적 건강보험 및 민간의료보험의 보장범위	16
[그림 2-2] 신현웅 등(2015) 연구에서 도식화한 공·사보험 간 상호 영향	17
[그림 2-3] 문재인 케어 핵심 전략 및 추진방안	19
[그림 2-4] 건강보험 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 반사이익 발생 개념	20
[그림 2-5] 김용익 의원(2014)의 자료에서 이용한 반사이익 산출식	25
[그림 2-6] 신현웅 등(2015) 연구의 보장성 강화정책 비용 분석을 위한 소요액 배분 방안	27
[그림 2-7] 신현웅 등(2015) 연구의 반사이익 추정 과정 개념도	28
[그림 2-8] Top-down 방식과 Bottom-up 방식 비교	30
[그림 2-9] 이재준 등(2018)의 연구에서 top-down 방식으로 반사이익을 추정한 방법	31
[그림 2-10] 권정현 등(2020)의 반사이익 산출 대상 의료비 도식화	33
[그림 2-11] 이태진 등(2019) 연구의 거시적 분석모형의 반사이익 산출 방법	35
[그림 2-12] 이태진 등(2019) 연구의 항목기준 모형의 분석 흐름도	36
[그림 2-13] 실손보험 반사이익에 대한 이해당사자 의견 정리	41
[그림 2-14] '18년 실손의료보험 반사이익 산출연구 개요	46
[그림 2-15] 보험금 감소 효과 반영에 따른 보험료 변경방식	48
[그림 2-16] 자료원의 한계점	50
[그림 3-1] Macro 분석차원의 반사이익 산출절차	59
[그림 3-2] Mezzo 분석차원의 모형	64
[그림 3-3] Mezzo 방식의 반사이익 산출절차	70
[그림 3-4] Mezzo 방식에서의 실손보험 반사이익 금액 산출과정	72
[그림 3-5] Mezzo 방식에서의 실손 보험료 조정률 산출	78
[그림 3-6] Micro 방식의 자료원 데이터베이스 구조	82
[그림 3-7] Micro 방식의 반사이익 산출절차	85
[그림 3-8] Micro 분석차원의 단계별 데이터베이스 구축 방안	86
[그림 4-1] 보장성 강화에 따른 실손보험 반사이익 영향 요인	100
[그림 4-2] 비급여 풍선효과 예시: 초음파 급여화(김순례 의원실)	102
[그림 4-3] 실손보험 반사이익 산출과정(최종값 분모와 분자)	106
[그림 4-4] 비급여 풍선효과, 신규 보장영역 발생 등	106
[그림 4-5] 수요자 측면의 비급여의 풍선효과 발생지점 예시	107
[그림 4-6] 국민의료보장 관리의 사각지대	112



요약

1. 그간의 논의과정 및 연구 목적

비급여의 급여화를 중심으로 한 건강보험 보장성 강화 정책이 본격화 되면서 민간의료보험 반사이익이 쟁점으로 대두되었으며, 건강보험 보장성 강화 정책 확대, 민간의료보험 가입 급증 등으로 공적 건강보험과 민간보험 간 상호 밀접성이 커지고 있는 상황임. 건강보험 보장성 강화 정책은 실손의료보험의 반사이익을 초래할 여지가 있으며, 공사 의료보험 연계를 통하여 의료이용 관리의 필요성이 제기되고 있음.

2005년 건강보험 보장성 강화 정책이 시행된 이래로 실손보험에 미치는 영향을 분석한 연구들이 진행되어 왔으며, 연구자마다 상이한 분석방법 및 자료원을 토대로 공사보험 간의 영향관계를 해석하였음. 이에 정부는 2018년부터 실손보험료 조정 등을 위해 연구를 위탁하였으나 분석방법의 차이로 결과의 일관성이 확보되지 않아, 반사이익 추정 방법을 정교화하여 재산출하기로 함. 이에 본 연구는 그간 진행된 건강보험 보장성 강화정책이 실손보험에 미치는 영향을 분석한 연구들의 연구방법을 정리하고, 향후 분석방법을 체계화하기 위한 개선방안을 제안하고자 하였음.

2. 실손보험 영향 분석을 위한 방법론 검토

본 연구에서는 실손의료보험 반사이익 및 영향 분석방법을 체계화하기 위하여 그간 진행된 건강보험 보장성 강화정책이 실손보험에 미치는 영향과 관련된 선행연구들의 연구방법을 비교·고찰하였음. 반사이익을 산출하는 주요한 방법론은 분석단위에 따라 크게 Micro, Mezzo, Macro로 구분할 수 있으며, Micro로 갈수록 의료이용을 한 개인의 특성이 보다 구체적으로 반영되며, 보다 상세한 의료이용 및 항목별 반사이익 추정이 가능하다는 특징이 있음. 반면, Macro에 가까운 방법론은 거시적인 지표 및 한정된 자료로도 반사이익을 추정할 수 있다는 특징이 있음.

주요 반사이익 산출방법론(Micro/Mezzo/Macro)에 대한 고찰을 토대로 각 방법론의 표준화된 매뉴얼을 제시하였으며, 분석절차 및 가용 자료원, 반사이익 산출을 위한

결과 틀, 방법론의 장단점 및 고려사항이 구체적으로 포함되어 있음. 자료원의 확보 수준 또는 산출 목적에 따라 적용할 수 있는 방법론이 상이하나, 반사이익 조정뿐만 아니라 공사보험 연계를 기반한 의료이용 관리를 위해서는 Micro 방법론이 현 시점에서 적합한 방법론임을 제안함. 개인단위 의료이용 및 실손보험 청구내역 데이터베이스를 토대로 지속적인 비급여 관리함으로써 정책적 실효성을 제고할 수 있음.

3. 개선대안 및 고려사항

실손보험 DB와 건강보험 DB를 연계하는 Micro 방식의 개인단위 분석을 이상적인 목표로 하되, 현실적 여건을 토대로 산출모형 및 방법을 더 정교하기 위한 작업은 지속적으로 추진하는 것이 필요함. 검토가 필요한 사항은 크게 실손보험 반사이익 정의, 비급여의 급여화 의료비의 포괄성, 실손보험 데이터 연계, 비급여 풍선효과 등이며, 이에 대한 반영방안을 제시하였음. 더 나아가 비급여 풍선효과, 의료이용 증가분 보정 등 제도 간 체계적 영향분석을 위한 검토사항을 제시하여 산출결과의 정확성을 높이는 방안을 함께 검토하고, 표준화 모형(안)을 도출하였음.

본 연구에서는 실손의료보험의 반사이익 관련 기존 논의와 선행연구에 대한 종합적인 고찰을 토대로 보다 정확성과 실효성이 높은 방법 및 방향성을 제안하고자 함. 먼저, 실손보험 반사이익에 대한 개념 정립 및 산출식 체계화를 통해 산출 주체와 상관없이 동일한 결과가 나올 수 있는 산출구조가 마련되어야 하며, 상호검증하는 기전 또한 확보되어야 함. 또한, 비급여의 급여화 의료이용 실적 반영에 대한 검증체계 마련하여 산출 상에 중대한 영향을 미치는 의료이용 실적이 제대로 반영되어야 함. 마지막으로, 공사보험 간 지속적 데이터 연계체계를 마련하여 실손보험과 건강보험 간 데이터 연계를 반사이익 산출을 위한 일회적인 조치에 그치지 않고 지속적으로 추진하며 비급여 모니터링 등으로 연계 목적을 확장하는 것이 필요함.

*주요용어: 실손의료보험 반사이익, 건강보험 보장성 강화

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 필요성

제2절 연구 목적 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 필요성

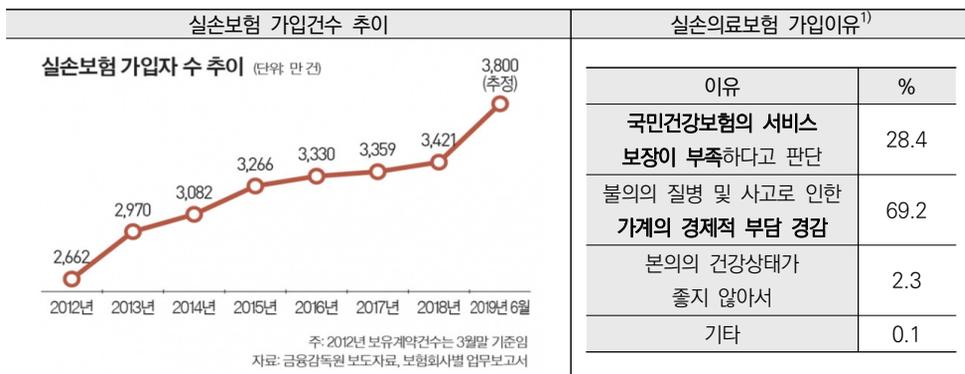
◆ **【연구배경 및 필요성 Ⅰ】** 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 국민이 체감하는 **가계 의료비 부담 완화 효과가 미흡** ⇒ 미래 발생할 수 있는 불의의 질병 및 사고로 인한 **가계의 경제적 부담을 경감하기 위해 민간의료보험 가입은 지속적으로 증가하고 있는 추세**

□ (민간의료보험 가입률 급증) 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책에도 불구하고 국민이 체감하는 **가계 의료비 부담 완화 효과가 미흡**하면서 **민간의료보험 가입은 지속적으로 증가하고 있는 추세임.**

○ (실손의료보험 가입률) 금융감독원은 2019년 6월 기준, **실손의료보험 가입 건수를 3800건**으로 추정하고 있음.

○ 이와 같이 현재 **국민의 3분의 2이상**이 의료비로 인한 가계의 경제적 부담 경감을 위해 **실손의료보험에 가입**하고 있는 상황으로, 일각에서는 실손의료보험을 “**제2의 국민건강보험**”으로 일컫고 있음.

〈표 1-1〉 실손보험 가입건수 및 가입이유



주1) 국민건강보험공단(2017). 2017년도 건강보험제도 국민 인식 조사

◆ **【연구배경 및 필요성 ②】** 건강보험 보장성 강화 정책 확대, 민간의료보험 가입 급증 등으로 공적 건강보험과 민간보험 간 상호 밀접성이 커지고 있는 상황 ⇒ 향후 건강보험 보장성 강화대책 강화, 민간의료보험 가입 확대가 더욱 가속화 되면서 공사의료보험은 상호 더욱 밀접한 영향을 미칠 것으로 예측

□ **(공사의료보험 상호영향력 강화)** 건강보험 보장성 강화대책 강화, 민간의료보험 가입의 급속한 증가 등으로 공적 건강보험과 민간의료보험은 상호 밀접한 영향을 미치고 있음.

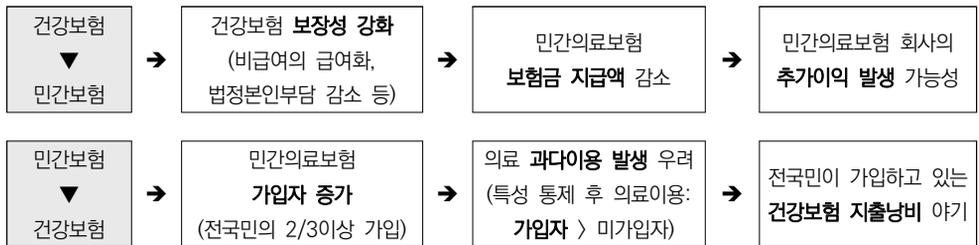
○ **(건강보험 보장성 강화정책이 민간의료보험에 미치는 영향: 공적보험⇒사적보험)** 4대 중증질환 및 3대 비급여 개선, 그리고 모든 의학적 비급여의 급여화 등 건강보험 보장성 확대 정책이 활발하게 추진됨에 따라 “보장성 강화 정책이 민간의료보험 시장에 미치는 영향”이 더 증대될 전망이다.

- 건강보험 보장성 강화는 “비급여의 급여화”, “법정보인부담 감소” 방향으로 추진되고 있는데, 이러한 변화는 동일한 의료서비스에 대한 민간의료보험 회사의 보험금 지급액을 감소시켜 추가이익을 발생시킬 여지가 있음.

○ **(민간의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향: 사적보험⇒공적보험)** 이론적으로 민간의료보험은 의료서비스에 대한 개인의 가격 체감을 낮춰 의료수요를 증가시키고 의료서비스 과다이용이라는 도덕적 해이를 발생시키는 유인이 있음.

- 최근 많은 실증연구들에서 민간의료보험 가입이 공적 의료이용을 유의하게 증가시키는 것으로 나타나고 있는데, 이는 민간의료보험 가입이 증가할수록 민간보험으로 인한 건강보험 지출 추가분이 빠르게 증가할 가능성이 있음을 보여줌.

〈표 1-2〉 공사의료보험의 상호영향력



◆ **【연구배경 및 필요성 ③】** 비급여의 급여화를 중심으로 한 건강보험 보장성 강화 정책이 본격화 되면서 **민간의료보험 반사이익이 쟁점으로 대두** ⇒ 문재인 정부가 출범되면서 **2017년 국정기획위원회에서 의학적 비급여 급여화에 따른 민간보험 반사이익에 대한 보험료 인하, 건강보험과 민간의료보험 연계법 제정** 등의 차질 없는 추진계획을 발표

□ 2005년 제1차 건강보험 보장성 강화 로드맵을 수립한 이후 **보장성 강화 대책이 지속적으로 발표**되어 왔음.

〈표 1-3〉 보장성 강화정책 주요 목표 및 주요 정책

제1차 건강보험 보장성 강화 (2005-2008)	제2차 건강보험 보장성 강화 (2009-2013)	제3차 건강보험 보장성 강화 (2014-2018)	제1차 국민건강보험총화계획 (2019-2023)
경증질환 대비 높은 고액질환 보장률 개선 목표	1차 보장성 강화정책 확대 적용	비급여의 급여화 본격 추진	모든 의학적 비급여의 급여화 추진
중증질환 산정특례제도 도입	중증질환 산정특례제도 본인부담 경감률 확대	4대 중증질환 선별급여 3대 비급여 해소	예비급여 도입

○ 1차 보장성 강화 정책(2005-2008)은 경증질환 대비 **고액질환 보장률이 크게 낮은 점**을 개선하기 위해 **진료비 부담이 큰 중증환자의 부담경감에 중점**을 두고 추진되었음. 이에 **중증질환에 대한 본인부담률을 낮추는 산정특례 제도 도입**이 주요 과제로 진행되었음(20%→10%).

○ 2차 보장성 강화 정책(2009-2013)은 **1차 보장성 강화 정책을 확대 적용**하는 방향으로 추진되었음. **중증질환 산정특례 제도의 본인부담 경감률을 높여주었음**(10%→5%). 중증·고액질환 중심의 보장성 강화 정책 추진 결과 **중증질환 보장률이 상당히 개선되는 성과**가 있었지만 **비급여 영역이 더욱 빠르게 팽창**하면서 **전체 보장률 상승효과가 상쇄**되었음.

- 2차례에 걸친 보장성 강화 정책 이후에도 **비급여의 팽창 효과**로 보장률이 정체 되면서 **3차 보장성 강화 정책(2014-2018)**에서는 본격적으로 비급여의 급여화를 목적으로 한 보장성 강화정책이 추진되었음.
- 고액 비급여의 적극 해소와 증가 억제를 위해 **3대 비급여 해소와 중증질환에 대한 선별급여 제도**를 도입하였음.

- 그 간 보장성 강화정책이 **중증질환에 대한 법정 본인부담 인하**를 목적으로 한 **산정특례 제도**를 중심으로 진행되어 왔던 반면, 3차 보장성 강화정책에서는 비급여의 급여화를 중심으로 보장성 강화 정책이 추진되면서 **건강보험 보장성 강화 정책이 실손의료보험에 미치는 추가이익**에 대한 논란이 제기되기 시작하였음.
- 2014년 국정감사에서 건강보험 보장성 강화에 따른 **민간보험회사의 반사이익이 2조 2,226억 원(소요액 대비 19.7%)**에 달한다고 지적하고 이에 상응하는 **보험료 인하를 요구**하였음.
- 이후, **건강보험 보장성 확대에 인한 민간보험회사 반사이익 논란이 확산**되자 국민건강보험공단 연구(신현웅 등, 2015)를 통해 **반사이익 관련 연구가 진행**되었음.
- 신현웅 등(2015)은 건강보험 보장성 강화정책이 민간의료보험에 미치는 영향을 실증적으로 분석하여 **총 1조 5,244억원의 반사이익이 발생하는 것으로 추정**하였는데 이는 전체 누적 소요액 11조 2,590억원의 **13.5%에 해당**하는 규모임.

- 2017년 새 정부 출범 후 **모든 의학적 비급여의 급여화를 필두**로 한 **‘문재인 케어’**를 시행함에 따라 **‘비급여의 급여화’가 본격화**되면서 **국정기획자문위원회**에서는 **‘건강보험 보장성 강화로 인한 실손보험의 반사이익을 산출하고 실손보험료 인하를 추진한다’**는 내용의 국정과제를 확정하여 발표함.
- 이에 **국정기획자문위원회**는 보건복지부와 금융위원회 등 관련부처와 관계기관 및 전문가들로 구성된 **「공·사보험 정책협의체」**를 구성하고 **건강보험 보장성 강화 정책에 따른 실손보험 반사이익 산출 및 이를 반영한 보험료 인하를 논의**하기 시작하였음.

◆ **【연구배경 및 필요성 4】** 공사보험 정책협의체는 KDI 연구의뢰를 통해 2018년 1차 반사이익을 산출하고 이를 2019년 실손보험료 조정에 반영 ⇒ 이후 2019년 별도의 연구 없이 2018년에 활용된 연구자료, 연구모형을 동일하게 활용하여 반사이익을 산출하였지만 연구자료(시점 차이, 지급건수의 포괄성 등)의 문제점이 지적되면서 2020년 실손보험료 조정에 미반영 되었으며, 2020년에 연구자료 및 연구방법 개선을 통해 추가적으로 반영하기로 합의

□ 2017년 9월 보건복지부 차관과 금융위원회 부위원장을 공동위원장으로 한 「공·사보험 정책협의체」가 구성되고, 건강보험 보장성 강화의 혜택이 온전히 국민에게 돌아갈 수 있도록 4가지 과제를 추진할 것을 합의하였는데, 그 중의 하나가 반사이익 산출을 통한 실손의료보험 인하였음.

- 이를 위하여 공·사의료보험 상호작용, 실손 손해율 현황, 비급여 의료 실태 등에 대하여 중립적인 연구기관에 연구용역을 실시하여 현황을 파악하고,
- 보건당국의 세부적인 건강보험 보장성 강화 계획을 바탕으로 실손의료보험의 보험료 인하 여력을 산출하기로 합의하였음.

□ 복지부-금융위의 공동 연구용역 기관으로 선정된 KDI는 실손의료보험 반사이익 산출방식으로 Bottom-up 방식¹⁾을 사용하였고, 동 연구에 대해 선행연구를 수행한 한국보건사회연구원이 Top-down 방식²⁾으로 2018년도 반사이익을 산출하여 산출결과에 대한 상호검증을 실시하였음.

- 해당 연구 결과에 따라 보건복지부와 금융위원회는 건강보험 보장성 강화 정책 추진에 따른 실손의료보험의 반사이익을 반영하여 민간보험회사 실손보험료 조정시 반영토록 유도하겠다고 밝힘.

1) Bottom-up(상향식) 방식: 실제 실손보험 청구자료를 수집하여 급여화 항목을 적용한 후 줄어들었을 지급 보험금 규모 추산

2) Top-down(하향식) 방식: 보장성 강화대책에 따라 투입하는 재정소요액 대비 민간보험사의 반사이익을 산출

- KDI 연구 결과 건강보험의 보장성 강화 정책 발표 이후 확정되어 시행된 정책³⁾을 우선 반영할 경우 **6.15%의 실손 보험금 감소효과(반사이익)**가 발생할 것으로 추정함.
- 또한 향후 보장성 강화정책의 목표인 치료 필요성이 인정된 비급여⁴⁾를 모두 급여화할 경우 보험금 감소규모⁵⁾는 **13.1%~25.1%(풍선효과 미반영)에 해당할 것으로 전망함.**
- 2018년도 반사이익 산출 연구결과를 반영하여, **2019년도 실손보험료 인하요인에 실제 적용하였음.**
 - 보장성 강화 정책 중 시행이 확정된 항목에 의한 **인하효과(6.15% 보험금 감소)**는 먼저 **2019년 실손 보험료 조정**시에 반영하고, **향후 비급여의 급여화 세부 이행방안이 확정**되는 경우 **이번과 동일한 방식으로 실손 보험료 조정**에 반영하기로 하였음.
 - 보장성 강화 정책 중 시행이 확정된 항목에 의한 **인하효과(6.15% 보험금 감소)**는 먼저 **2019년 실손보험료 조정**시에 반영하고, **향후 비급여의 급여화 세부 이행방안이 확정**되는 경우 **이번과 동일한 방식으로 실손 보험료 조정**에 반영하기로 하였음.

〈표 1-4〉 2018년도 반사이익 산출결과를 반영한 보험료 조정 결과

구분	2018년	2019년	보험료 조정폭
新실손 보험	3만원	2만 7,420원	8.6% 인하 (반사이익 미고려시 2.45% 인하)
舊실손 보험 (2009년 10월 이후 판매)	8만원	8만 4,800원 ~8만 9,600원	6~12% 인상 (반사이익 미고려시 12~18% 인상)
舊실손 보험 (2009년 10월 이전 판매)	8만원	8만 6,400원 ~8만 9,600원	8~12% 인상 (반사이익 미고려시 14~18% 인상)

3) 아동입원비 경감(17.10월), 선택진료 폐지(18.1월), 상복부 초음파 급여화(18.4월), 상급병실 급여화(18.7월)

4) 의료행위 700여개, 치료재료 2,900여개 등 총 3,600여개 비급여 항목(17.10월 기준)

5) 비용·효과성이 부족한 비급여가 예비급여화되고 본인부담률 90%~50% 적용시 감소 효과

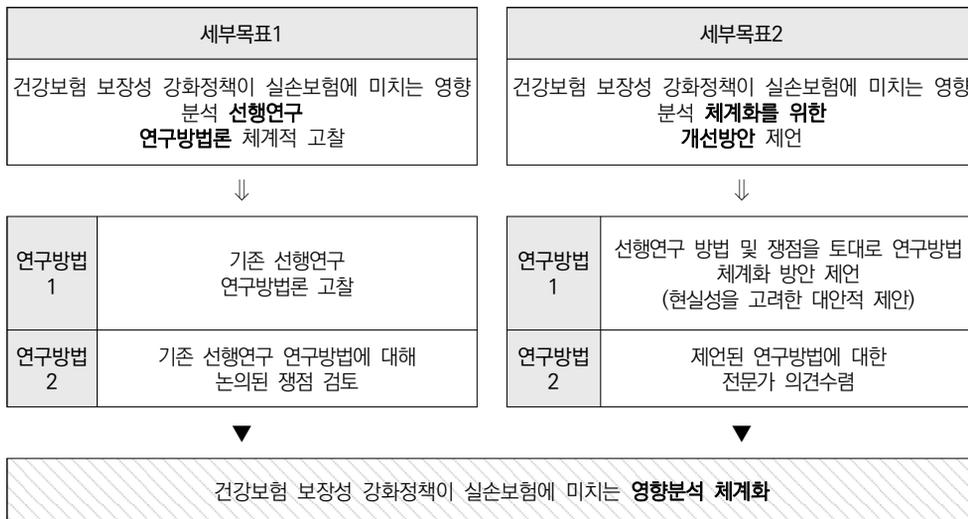
- 2019년 2차 반사이익 산출을 위해 ‘공사보험정책협의체’ 회의를 통해 연구용역 의뢰 없이 KDI에서 기존 2018년 모델을 활용하여 2019년 보장성 강화정책 시행에 따른 실손보험 반사이익을 추산하였음.
- 2018년 1차 반사이익 산출 이후 2019년 9월까지 시행된 보장성 강화 항목⁶⁾만의 실손보험금 지급 감소효과는 0.60%로 나타남.
- 2019년 반사이익은 2018년 연구자료 및 연구모형을 활용한 방식으로 자료 수집 시점과 정책시행 시점 간 차이 확대, 산출에 포함된 보장성 강화 항목의 지급 건수와 실제 의료이용 건수 간 큰 폭의 차이 등으로 2020년 실손의료보험 보험료 조정에 반영하는 것이 적절하지 않다는 의견이 제기되었음.
- 이에 공사보험 협의체는 2020년도 실손보험료에는 건강보험 보장성 강화로 인한 실손보험금 감소효과를 반영하지 않기로 결정 하였으며, 반사이익 추계방법의 한계와 개선방안에 대한 전문가 검토 및 후속연구 등을 거쳐 2020년 중 반사이익을 재산출 후, 실손보험료 조정 등을 검토하기로 결정함.
- 또한 의료서비스 이용 양상의 정확한 파악을 위한 DB를 구축하고, 보장성 강화 정책 시행에 따른 반사이익의 범주를 명확히 한 후 실손보험료 반영방법의 모색이 필요하다는 의견을 제시함.
- 2020년 4월 열린 공사보험 정책협의체 회의에서는 KDI의 분석 방법⁷⁾과 복지부가 제안한 방법⁸⁾을 검토하여 문제점을 분석하고, 분석 목적, 분석 자료 등에 대한 개선대안을 제안함.
- 이를 토대로 2020년 KDI에서 2018년 5월부터 2019년 12월까지 비급여의 급여화에 따른 실손보험의 반사이익을 산출하는 연구를 착수함.

6) 하복부/비뇨기계/남성생식기 초음파 급여화, 병원급 의료기관 2·3인실 급여화, 뇌혈관/두경부 MRI 급여화, 1세 미만 외래 본인부담률 인하, 수면다원검사 급여화
 7) '16.7월~'17.6월 실손 청구 영수증 샘플자료를 바탕으로 '17.7월 이후 급여 확대에 따른 실손 보험금 감소(반사이익) 추정.
 8) '17.8월 이후 새롭게 급여화된 항목에 대하여, 실손 보험계약자에 지출된 건보 공단 부담금을 반사이익으로 측정.

제2절 연구 목적 및 방법

- 비급여의 급여화를 목표로 한 **보장성 강화정책이 본격적으로 추진되면서** 그간 건강보험 보장성 강화정책이 실손보험에 미치는 영향을 분석한 연구들이 진행되어 왔음.
- 본 연구는 그 간 진행된 건강보험 보장성 강화정책이 실손보험에 미치는 영향을 분석한 연구들의 **연구방법을 정리하고, 향후 분석방법을 체계화하기 위한 개선방안을 제안하는 것**을 목적으로 하고 있음.
- 이를 위해서는 먼저 기존 선행연구에서 **활용된 연구방법론을 고찰**하고, 이러한 선행연구 연구방법에 대해 제기되었던 **주요 쟁점들에 대해 검토해 봄으로써 선행연구의 연구방법론을 체계적으로 정리해 보고자 함.**
- 기존 선행연구 방법, 제기된 쟁점들을 고려하여 향후 공사보험데이터 **연계 가능 여부, 가능한 연계 범위** 등을 고려하여 **연구방법의 실현가능성과 연구방법의 정확성을 반영한 단계적 개선방안을 제안해 보고자 함.** 그리고 이에 대해 **전문가 의견수렴을 통해 방법론을 정교화** 하고자 함.

〈표 1-5〉 본 연구의 목표 및 방법





제2장

건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향에 대한 기존 논의과정 고찰

제1절 건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향에 대한
논의배경

제2절 기존 선행연구 고찰

제3절 기존 논의내용 고찰

제4절 기존 정책결정 과정 고찰

제 2 장 건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향에 대한 기존 논의과정 고찰

제1절 건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향에 대한 논의배경

1. 공적건강보험과 실손의료보험 간 상호연관성

- 우리나라 공적건강보험은 1977년 직장가입자를 대상으로 처음 도입된 이후, 12년 만인 1989년부터 전국민 의료보장을 달성하였음.
- 하지만 여전히 낮은 보장성으로 인해 실질적 의료비 부담은 지속되고 있으며, 이로 인해 공적 건강보험 제도를 보완하는 민영 건강보험제도가 도입 및 확대되어왔음.
- 1970년대 후반부터 시작된 민영 건강보험제도는 소득 손실을 보전하고 건강보험의 공백을 보완하는 목적의 “정액형 민간의료보험”과 가입자가 실제 부담한 의료비 혹은 상실소득에 근거하여 지급하는 “실손형 민간의료보험”으로 구분됨(〈표 2-1〉 참고).

〈표 2-1〉 보험금 지급방식 기준 민간의료보험 분류

구분	정액형 민간의료보험	실손형 민간의료보험
기본 성격	의료이용과 관계없이 계약한 건강위험이 발생한 경우 계약한 보험금 지급	실제 이용한 의료서비스 비용의 일부를 보험금으로 지급
주체	생명보험사	손해보험사 → 손해보험사 및 생명보험사
대상	개인 → 개인 및 단체(단체가입도 가능)	개인 → 개인 및 단체
공적 의료보장 제도와의 관계	연관성 부족(공적 의료보장제도에 의한 의료이용과 보험금 지급은 무관)	직접적 연관성(공적 의료보장제도에 의한 실제 의료이용 후에만 보험금 지급)
가입자-보험사-의료기관간 관계	가입자의 신청에 따라 보험사가 가입자에게 보험금 지급 (진료비 사용 여부 관계없음)	가입자의 신청에 따라 보험사가 보험금으로 의료기관에 진료비 지급

자료: 이용갑(2009), pp.10. 첫 번째 표를 인용함.

9) OECD Health Statistics 2020에 따르면, 우리나라의 경우 경상의료비 대비 환자본인부담 규모(2018년 기준)가 32.5%(OECD 평균 20.1%)로 공적건강보험의 보장성은 OECD 국가 중에서도 낮은 수준에 속함.

- “실손형 민간의료보험”의 경우 공적 의료보장제도에 의한 실제 의료이용 후에만 보험금이 지급됨으로 공적보험인 국민건강보험과 함께 환자의 의료비 부담을 경감시켜준다는 측면에서 공통점이 있음.

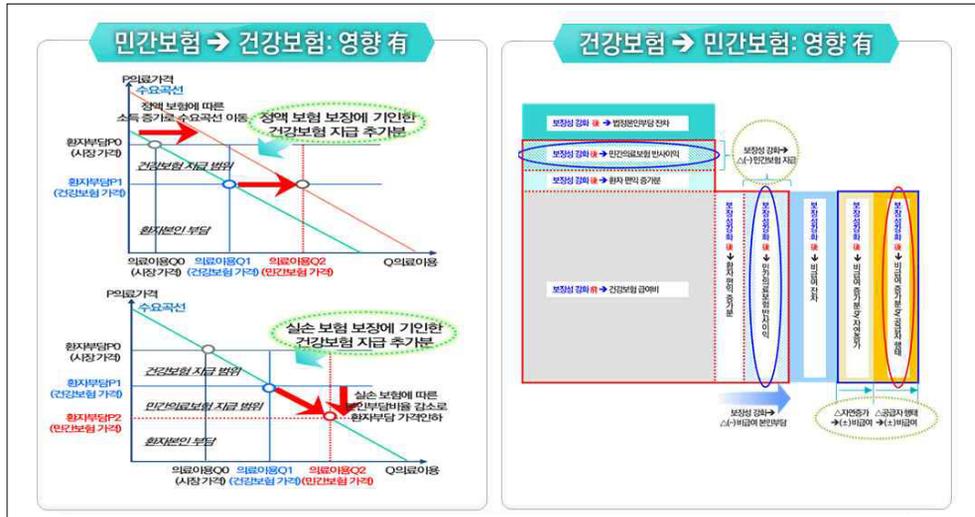
[그림 2-1] 공적 건강보험 및 민간의료보험의 보장범위



- 정부의 건강보험 보장성 강화, 실손의료보험 가입의 급속한 확대 등으로 공(公)보험인 국민건강보험과 사(私)보험인 실손의료보험의 상호영향력이 확대되고 있는 상황임.
 - “실손의료보험 가입이 의료이용에 미치는 영향(실손보험→건강보험)” 측면에서 살펴볼 때 이론적으로 실손의료보험은 의료서비스에 대한 개인의 가격 체감을 낮춰 의료수요를 증가시키고 의료서비스 과다이용이라는 도덕적 해이를 발생시키는 유인이 존재함¹⁰⁾.
 - 또한 4대 중증질환 및 3대 비급여 개선, 의학적 비급여의 전면 급여화 등 건강보험 보장성 강화정책이 활발하게 추진됨에 따라 “보장성 강화정책이 실손의료보험 시장에 미치는 영향(건강보험→실손보험)”에 대한 논란이 확대됨.
 - 건강보험 보장성 강화는 ‘비급여의 급여화’, ‘법정보인부담 감소’ 방향으로 추진되고 있는데, 이러한 변화는 실손의료보험 회사의 보험금 지급액을 감소시켜 실손의료보험 회사의 추가이익을 발생시킬 여지가 있음.

10) 신현용 등(2015)의 연구에 따르면, 민간보험 가입자에서는 미가입자에 비해 의료비 지출이 상대적으로 높았으며, 이와 같은 결과는 가입자의 비용체감 감소에 의한 의료이용 증가, 가입자의 도덕적 해이에 의한 추가 지출발생, 의료적 위험이 높은 집단이 가입을 많이 하는 역선택의 문제 등 다양한 요인에 의해 기인한다고 하였음.

[그림 2-2] 신현웅 등(2015) 연구에서 도식화한 공·사보험 간 상호 영향



자료: 신현웅 등(2015) 자료의 pp.186. 그림을 인용하여 재작성함.

- 신현웅 등(2015)의 연구에 따르면 민간보험 가입이 공적 의료이용을 유의하게 증가시켜 민간의료보험 가입에 따른 건강보험 지급 추가분이 발생하였음.
- 또한, 건강보험 보장성 강화정책에 따라 환자 본인부담이 감소하면서 민간의료보험의 급여비 규모가 감소하여 민간의료보험의 반사이익이 발생한 것으로 나타남.
- 공·사 의료보험은 이와 같이 상호 밀접한 관련이 있으나 현재까지 각각 국민건강보험법과 보험업법에 의해 별도로 관리·운영되고 있는 실정임.
- 이에 공·사보험 간의 합리적 발전방안으로써 2017년부터 「공·사보험 연계법」에 대한 관련 법률안이 여러 차례 발의되었고, 관계부처의 이견을 조정하여 2019년 9월 「공·사보험 연계법」에 대한 최종 합의안이 도출되었음.

2. 건강보험 보장성 강화 대책과 실손의료보험의 반사이익

가. 건강보험 보장성 강화 정책 현황¹⁾

□ 정부는 국민의 가계 부담을 줄이고자 건강보험 급여로 보장하는 범위를 넓히고 보장 수준을 확대하면서 국민의 의료비 부담을 낮추려는 ‘건강보험 보장성 강화 정책’을 2005년부터 지속적으로 시행해오고 있음.

○ 우리나라 중기 보장성 강화 계획은 현재까지 총 4차례 걸쳐 이루어졌으며, 정부가 2017년 8월에 발표한 ‘문재인 케어’의 경우 공적건강보험의 보장률을 2022년까지 70%로 높이겠다는 골자의 건강보험 보장성 강화 대책임.

〈표 2-2〉 건강보험 강화 정책 주요 내용과 재정 소요액

강화정책	주요 내용	재정소요액	자원(누적)
1차 (’05~’08)	<ul style="list-style-type: none"> 최초의 중기 보장성 강화계획으로 보장률 ’14년 61.4% → ’08년 71.5% 목표 고액 중증질환 본인부담경감(20%→10%) 6세 미만 입원아동 본인부담금 면제 등 	3조 5천억원	10.1조원
2차 (’09~’13)	<ul style="list-style-type: none"> ’13년까지 보장률 80% 목표 암, 심장·뇌혈관질환 본인부담 추가 경감(10% → 5%), 고가서비스(MRI, 초음파) 보험적용 본인부담상한제 소득수준별 적용, 장애인 보장구 급여확대 등 취약계층 부담 완화 임신 및 출산 진료비 지원 확대, 소아선천성질환 급여확대 등 출산 친화적 보장성 강화 치과, 한방분야 보험확대 	3조 8,780억원	-
3차 (’14~’18)	<ul style="list-style-type: none"> ’18년까지 보장률 68%대로 진입 전망 생애주기별 필수의료 보장 고액 비급여 해소 및 관리 취약계층 의료지원 강화 4대 중증질환 보장항목 확대, 3대 비급여 개선 	7.4조 ~7.5조원	24조원
문재인 케어 (’18~’22)	<ul style="list-style-type: none"> ’22년까지 보장률 70% 전망 비급여 해소 및 발생 차단, 3대 비급여의 실질적 해소 취약계층 의료비 부담 완화: 본인부담상한제 강화, 의료 사회안정망 강화 	6.6조원	30.6조원

자료: 김우현(2018). pp.28. 첫 번째 표를 인용하여 작성함.

11) 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), “건강보험 보장성 강화 대책”

- 현재 시행되고 있는 “문재인 케어”는 **의료비로 인한 가계 파탄을 방지하고자 의료비 부담을 획기적으로 경감시키기 위해 세 가지 핵심 전략**을 수립함.
 - 전략1) 치료에 필요한 **의학적 비급여**는 2022년까지 모두 **급여화**
 - 전략2) 취약계층을 중심으로 본인부담 감면, 본인부담 상한제 강화 등 **본인 부담 의료비를 경감**
 - 전략3) 이럼에도 발생할 수 있는 저소득층의 재난적 의료비 발생과 이로 인한 빈곤층 강화를 방지하기 위해 **재난적 의료비 지원제도**를 도입
- 세 가지 중 가장 중요한 전략은 첫 번째 전략인 **“비급여의 급여화”**이며, 재정 측면에서도 **가장 큰 2/3 이상의 재정이 투입되고 있음**(손영래, 2018).
 - 역대 건강보험 보장성 강화 대책에서도 건강보험 재정을 투입하여 일부 비급여를 급여화한 바 있으나, **비급여가 그 이상으로 빠르게 팽창하여 총 의료비 중 건강보험 지출 의료비의 비중은 변동이 없었음.**
 - 이른바 **‘풍선효과’**라고 부르고 있는 **비급여의 팽창**과 이로 인한 보장률 정체의 원인은 **급여와 비급여 간 증가속도 차이**에서 기인한 것으로 보고, **“문재인 케어”는 의학적 비급여를 단기간에 걸쳐 2022년까지 전면적으로 급여화하는 한편, 새로운 비급여 발생을 억제하여 비급여를 해소함으로써 풍선효과가 발생할 여지를 원천적으로 차단하는 효과를 기대하였음.**

[그림 2-3] 문재인 케어 핵심 전략 및 추진방안



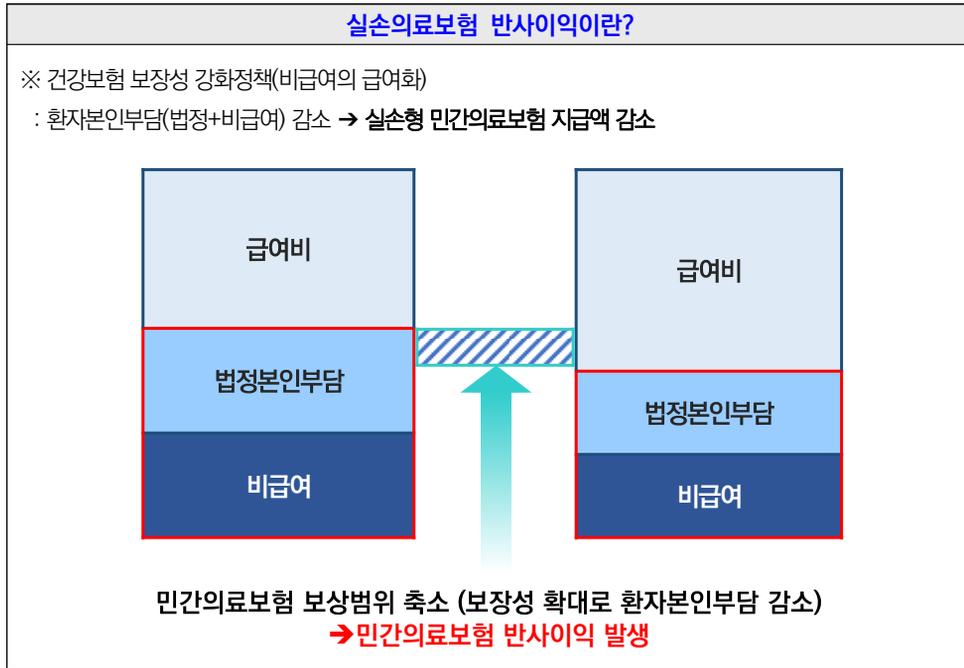
자료: 보건복지부 보도자료(2017. 8. 9), “건강보험 보장성 강화 대책”

나. 건강보험 보장성 강화 정책에 대한 실손의료보험 관련 주요 쟁점

1) 건강보험 보장성 강화로 인한 실손의료보험 손해를 하락 효과

□ 정부에서 추진하는 건강보험 보장성 강화의 핵심인 “비급여의 급여화”와 “본인부담률 감소” 전략은 실손의료보험 손해를 하락 효과(반사이익)를 가져오는 것으로 보고되고 있음.

[그림 2-4] 건강보험 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 반사이익 발생 개념



○ 2014년 국정감사¹²⁾에서 건강보험 보장성 확대에 따른 보험회사 반사이익 논란이 확산되자 건강보험공단에서 한국보건사회연구원에 관련 연구를 의뢰함 (신현용 등, 2015)으로써 반사이익 관련 연구가 본격적으로 착수하게 됨.

12) 김용익 의원은 2014년 국정감사에서 건강보험 보장성 강화에 따른 민간보험사의 반사이익이 2조 2,226억원(소요액 대비 19.7%)에 달한다고 지적하고 이에 상응하는 보험료 인하를 요구함

- 신현웅 등(2015)은 건강보험 보장성 강화정책이 민간의료보험에 미치는 영향을 실증적으로 분석하여 총 1조 5,244억원의 반사이익이 발생하는 것으로 추정하였으며 전체 누적 소요액 11조 2,590억원의 13.5%에 해당하는 규모임. 보장성 강화정책별로 보았을 때 선택진료(15.2%)에서 가장 높았고, 4대 중증질환(13.2%), 상급병실료(11.6%) 순으로 나타남.

〈표 2-3〉 건강보험 보장성 강화에 따른 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정

(단위: 억 원, %)

구분		2013	2014	2015	2016	2017
전체	소요액(a)	3,000	14,500	24,190	34,330	36,570
	반사이익(b)	438	2,107	3,317	4,561	4,822
	비율(b/a)	(14.6)	(14.5)	(13.7)	(13.3)	(13.2)
4대 중증 질환	소요액(a)	3,000	8,900	16,400	23,800	23,800
	반사이익(b)	438	1,267	2,182	3,070	3,070
	비율(b/a)	(14.6)	(14.2)	(13.3)	(12.9)	(12.9)
선택 진료	소요액(a)	-	4,020	5,150	7,810	9,640
	반사이익(b)	-	651	863	1,176	1,391
	비율(b/a)	-	(16.2)	(15.8)	(15.1)	(14.4)
상급 병실	소요액(a)	-	1,580	2,340	2,720	3,130
	반사이익(b)	-	189	272	315	361
	비율(b/a)	-	(12.0)	(11.6)	(11.6)	(11.5)

주: 소요액 및 반사이익은 누적액 기준임.
 자료: 신현웅 등(2015) 자료의 pp.175. 표를 인용하여 재구성함.

- 이후 보건복지부와 금융위원회가 공동으로 추진한 연구용역(이재준 등, 2018)의 결과에 의하면 2018년 7월까지 시행된 건강보험 보장성 확대로 인한 실손의료보험금 감소 효과(반사이익)는 6.15%로 예상되고, 향후 치료에 필요한 비급여를 모두 급여화할 경우 보험금 감소 규모는 13.1%~25.1%(풍선효과 미반영)로 나타남.
- 이태진 등(2019)은 2016년 전체 본인부담금 대비 실손의료보험이 보장하는 비율이 23.8%에 달해¹³⁾ 건강보험 보장성 강화대책에 따라 환자 본인부담금의 규모가 축소되면 실손의료보험 지급액도 감소할 것으로 주장함.

13) 「2016년 건강보험환자 진료비 실태조사」(국민건강보험공단) 자료와 「2017년 보험회사의 실손의료보험 손해율 등 현황」(18. 4) (금융감독원) 자료를 근거로 하였으며, 전체 본인부담금 29,3조원(급여 본인부담 15.8조원, 비급여 본인부담 13.5조원) 대비 실손보장 금액 6조 9,723억원에 대한 추정 비율임.

2) 공·사보험 정책협의체를 통한 실손의료보험 실태파악 및 관리체계 도입

- 정부는 건강보험 보장성 강화 대책의 효과적인 추진과 우리나라 의료비 보장 체계의 발전을 위한 공공부문과 민영부문간 논의의 장으로서 **2017년 9월 공·사보험 정책협의체**를 구성함.
 - 공·사보험 정책협의체는 향후 새로운 건강보험 체계 하에 실손의료보험의 바람직한 역할을 모색하는 데 논의를 집중하기로 함.
 - 주요 논의 과제로 실손보험료 인하 유도, 실손의료보험 상품 구조 개선, 비급여 관리 강화, 소비자 권익 강화 등을 결정함¹⁴⁾.
- 공·사보험 정책협의체는 당초 실손보험 반사이익 추산 연구 결과들을 바탕으로 실손의료보험료를 인하하거나 적정 수준으로 인상하도록 유도하려 했음.
 - 관련 연구들이 수차례 시행됨에도 불구하고 “2019년 보장성 강화정책 시행에 따른 실손보험 반사이익 추산 결과¹⁵⁾”가 자료의 대표성 등에 한계가 있어 최종적으로 2020년도 실손보험료에는 건강보험 보장성 강화로 인한 실손보험금 감소효과를 반영하지 않기로 결정함¹⁶⁾.
 - 반사이익 추계방법의 한계와 개선방안에 대한 전문가 검토 및 후속연구를 거쳐 2020년 중 반사이익을 재산출하고 실손보험료 조정 등을 검토하기로 함.
 - 또한 실손보험 보장범위 조정 및 손해율 및 반사이익에 대한 실태조사를 추진하고자 공·사 의료보험 연계법 제정이 추진 중에 있음.
 - 국회에서 관련 법률안 4개가 발의된 이후, 2019년 9월 정부 국무조정실과 보건복지부, 금융위원회 등 관계부처가 공·사보험 연계법 처리 관련 합의안을 도출함.

14) 금융위원회 보도자료(2017. 9. 29), “건강보험 보장성 강화와 연계한 실손의료보험 개선 추진”

15) 건강보험 보장성 강화정책 시행 이후 '19.9월까지 나타난 실손보험금 지급 감소효과는 6.86%로, 2018년 1차 반사이익 산출 이후 시행된 보장성 강화 항목*만의 실손보험금 지급 감소효과는 0.60%로 나타남.

16) 보건복지부·금융위원회 보도자료(2019. 12. 11.), “실손의료보험의 상품구조 개편과 건강보험 비급여에 대한 관리 강화 추진”

- 최종 합의안에 의하면 법안명은 「국민건강보험과 민간의료보험 연계 관리에 관한 법률안」으로 결정되었으며, 보건복지부와 금융위원회와 협의, 공동법 소관, 연계위 공동소속, 공동위원장 등에 대한 합의안을 도출함¹⁷⁾.

〈표 2-4〉 공사보험 연계법 발의안 주요 내용 및 합의안 주요내용

구분	김상희案	윤소하案	김종석案	성일종案	합의案	
법안명	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 민간의료보험 연계에 관한 법률안	공·사 의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률안	국민건강보험과 민간의료보험 연계 관리에 관한 법률안	
연계관리 범위	실손보험	실손보험 및 정액형	실손보험	실손보험	민간의료보험	
위원회	소속	복지부	복지부	국무총리	국무총리	공동 (복지부, 금융위)
	위원장	복지부차관	복지부차관	국무조정실장	국무총리	복지부차관, 금융위부위원장
실태조사	실시주체	공동 (복지부, 금융위)	복지부 (금융위 관련 사항은 공동)	위원장 (국무조정실장)	공동 (복지부, 금융위)	공동 (복지부, 금융위)
	결과공개	위원회 심의 거쳐 공개	의무공개	의무공개	위원회 심의 거쳐 공개	위원회 심의 거쳐 공개
위원회권고	보장범위조정	실손보험	실손보험 및 정액형	공·사의료보험		공·사의료보험
	손해율산정방법	실손보험	실손보험 및 정액형	실손의료보험	-	민간의료보험
	정책관련의견	공사보험	민간의료보험	공사보험		공사보험
실손보험 청구편의	-	-	요양기관에 협조업무 부여	복지부장관에 조치 의무 부여	-	

자료: 이승우(의협신문, 2019.11.27.) 보도자료의 인용자료를 재인용하여 작성함.

17) 금융위원회 보도자료(2018. 9. 21.), “보장성 강화정책 효과를 실손 보험료에 반영하겠습니다.”

제2절 기존 선행연구 고찰

□ 2014년 국정감사¹⁸⁾에서 건강보험 보장성 확대에 의한 민간의료보험사의 반사이익 발생 문제 제기로 정부의 정책개입 필요성이 촉구되면서 실손보험 반사이익 관련 연구들이 수행되기 시작하였음.

〈표 2-5〉 실손보험 반사이익 관련 선행연구 비교

구분	추산기준	평가방법	분석방식	분석수준/모형	반사이익 추산결과	
김용익 (2014)	'13년 이후 시행된 보장성 강화 정책(4대 중증질환 보장성 강화)을 대상으로 반사이익을 산출	미래 반사이익을 추정할 사전적 평가	Top-down 방식	Macro level	5년간('13~'17년) 2조 2,226억 원	
신현웅	(2015)	'13년 이후 시행된 보장성 강화 정책(4대 중증질환 보장성 강화)을 대상으로 반사이익을 산출	미래 반사이익을 추정할 사전적 평가	Top-down 방식	Mezzo level	5년간('13~'17년) 1조 5,244억 원
	(2019)	('18.5월~'19.9월분) 급여확대항목(新포괄수가제외)12,851억 원에 대해 반사이익금 추정	기존자료를 바탕으로 既 발생한 반사이익의 사후적 평가	Top-down 방식	Mezzo level	'19년 반사이익 2,150억원
김상우(2017)	'17년 발표된 보장성강화정책(예비급여 도입, 선택진료·상급병실)을 대상으로 반사이익을 산출	미래 반사이익을 추정할 사전적 평가	Top-down 방식	Mezzo level	5년간('18~'22년) 3조 8,044억 원	
이재준	(2018)	'17년 발표된 보장성강화정책(예비급여 도입, 선택진료·상급병실)을 대상으로 반사이익을 산출	미래 반사이익을 추정할 사전적 평가	Top-down 방식 Bottom-up 방식	Mezzo level Micro level	5년간('18~'22년) 2조 5,068억 원
	(2019)	('16.7~'17.6월분) 실손보험금 지급 청구 영수증 자료 중 39.3만건 대상으로 반사이익금 추정	기존자료를 바탕으로 既 발생한 반사이익의 사후적 평가	Bottom-up 방식	Micro level	'19년 반사이익 516억원
이태진(2019)	해당 연구에서는 반사이익 산출 방법만 제시함	기존 자료를 바탕으로 既 발생한 반사이익의 사후적 평가	Top-down 방식 Bottom-up 방식	거시적 분석모형 항목기준 분석모형A/B 미시적 분석모형	반사이익 결과 미산출	
권정현(2020)	'17년1월~'19년12월까지의 건강보험 청구자료를 이용하여 비급여의 급여화로 인한 실손보험 지급금 규모 변화를 추산	기존 자료를 바탕으로 既 발생한 반사이익의 사후적 평가	Bottom-up 방식	Micro level	- (결과값 추후 공표 예정)	

주 1) 신현웅 등(2019)의 반사이익 산출 내용은 '15년에 수행한 연구 방법을 토대로 반사이익 사후적 평가를 자체적으로 추가 분석한 내용이며, 자세한 내용은 본 보고서의 '18~'19년도 반사이익 산출 결과를 참고하기 바람.

2) 이태진 등(2019)의 연구에서 반사이익 산출 모형으로 제시한 항목기준 분석모형은 자료연계수준에 따라 A, B 두 가지 상황으로 구분함.

18) 김용익 의원 2014년 국정감사 보도자료.

가. 김용익 의원 국정감사 자료(2014)

- 김용익 의원은 실손의료보험의 가입률, 청구율, 지급률, 보장률을 활용하여 민간 의료보험사의 반사이익을 확인하기 위해 건강보험 보장성 강화에 따라 발생하는 2013~2017년 사이의 실손의료보험금 지급 감소액 규모를 추정하였음.
- 해당 자료는 반사이익 산출 대상 민간의료보험의 범위를 실손보험으로 한정하며 분석대상 보장성 강화정책은 4대 중증질환, 선택진료비, 상급병실료로 설정함.
- 보장성 강화정책의 소요액에 거시수준의 실손의료보험 가입률, 청구율, 지급률, 보장률을 곱해 민간의료보험의 반사이익을 산출함.

[그림 2-5] 김용익 의원(2014)의 자료에서 이용한 반사이익 산출식

실손의료보험 지급보험금 감소액	= 건강보험 보장성 확대 소요 재정 × 실손보험 가입률 × 실손보험 청구율 × 실손보험 지급률 × 실손보험 보장률
---------------------	--

자료: 김용익 의원 2014년 국정감사 보도자료.

- 김용익 의원의 추정에 따르면, 2013년부터 2017년까지 건강보험 보장성 확대에 따른 실손보험회사의 반사이익은 총 2조 2,226억원¹⁹⁾(소요액 대비 19.7%)으로 민간보험사는 반사이익분에 해당하는 연평균 최대 11.1%의 보험료를 인하해야 함을 주장함.
- 그러나 반사이익을 산출하는 과정에서 분석에 이용한 가정이 거시차원의 기초율만을 반영하여 가입자의 특성(성·연령별, 보험상품별 등)에 따른 구체적인 차이를 반영하지 못했다는 한계로 산출된 반사이익 수준이 과대평가되었을 가능성이 있음(신현웅 등, 2015; 이재준 등, 2018).

19) 김용익 의원은 2014년 국정감사 보도자료에서 건강보험보장성 확대에 따른 실손의료보험 반사이익 규모를 2013년부터 2017년까지의 누적액을 기준으로 2조 5,379억원으로 발표하였으나, 각 연도별 추정액을 합산하여 누적액으로 계산하는 과정에서 계산오류가 있었음. 자료에서 제시하고 있는 방법을 그대로 따를 경우 반사이익은 2조 2,226억원으로 계산됨. 해당 내용은 신현웅 외(2015) 자료에서 인용함.

나. 신현웅 외(한국보건사회연구원, 2015)의 반사이익 산출 연구

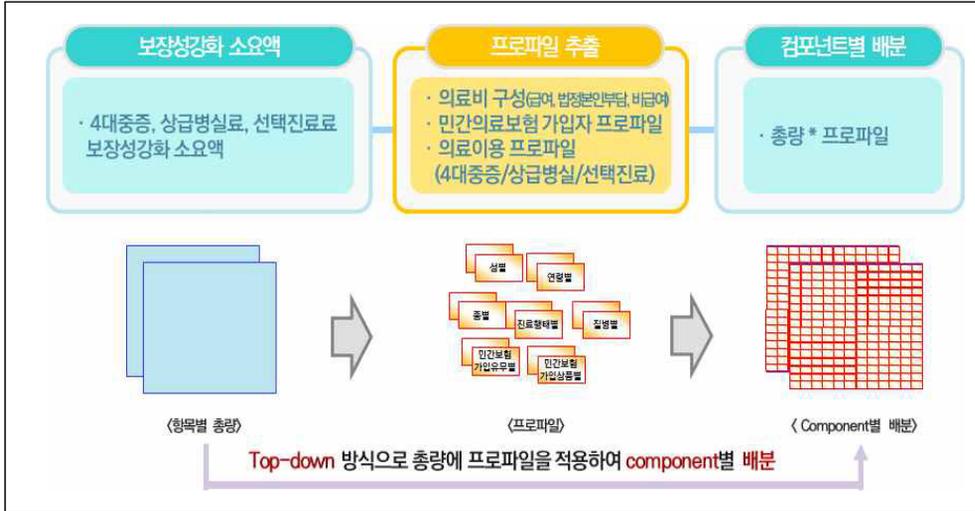
- 이후, 실손보험에 대한 반사이익 논란이 확대되자 반사이익의 실제 발생여부 및 반사이익이 발생하고 있을 경우 해당 규모를 객관적 관점에서 추산하는 실증적 분석이 요구되었으며, 이에 국민건강보험공단이 한국보건사회연구원에 실손보험회사의 반사이익 관련 연구를 의뢰²⁰⁾하면서 반사이익 연구가 본격화됨.

- 신현웅 등(2015)의 연구는 국민건강보험 보장성 강화에 따른 민간의료보험에의 영향을 실증적으로 규명하기 위해 의료이용 및 민간의료보험 특성을 프로파일 형태로 추출하여 각 정책별 소요액을 배분하는 방식으로 분석하여 민간의료보험의 반사이익을 추정함.
 - 반사이익 산출 대상 민간의료보험의 범위를 실손의료보험으로 한정하며 분석 대상 보장성 강화정책은 실손의료보험과 직접적 관련이 있는 4대 중증질환, 선택진료비, 상급병실료로 설정하였음.

- 해당 연구는 4대 중증질환, 선택진료비, 상급병실료 등 각 보장성 강화정책 항목의 소요액을 top-down 방식으로 의료비 구성(급여, 법정본인부담, 비급여), 실손의료보험 가입자 특성(성, 연령, 질병유형 등), 의료이용 특성(진료형태별, 의료기관 증별) 등 구성요소별에 따라 배분함([그림 2-6] 참고).
 - 이는 앞서 김용익 의원(2014)이 산출한 반사이익 자료에서 거시수준의 실손의료보험 기초율만을 반영하여 성, 연령별, 보험상품별 특성 등에 따른 반사이익을 추정하지 못한 한계점을 일부 극복한 것으로 볼 수 있음.

20) 신현웅·윤장호·강성욱·김태은·여나금·심보람(2015). 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 발전방안. 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.

[그림 2-6] 신현웅 등(2015) 연구의 보장성 강화정책 비용 분석을 위한 소요액 배분 방안



자료: 신현웅 등(2015) 자료 pp.135. 그림을 인용함.

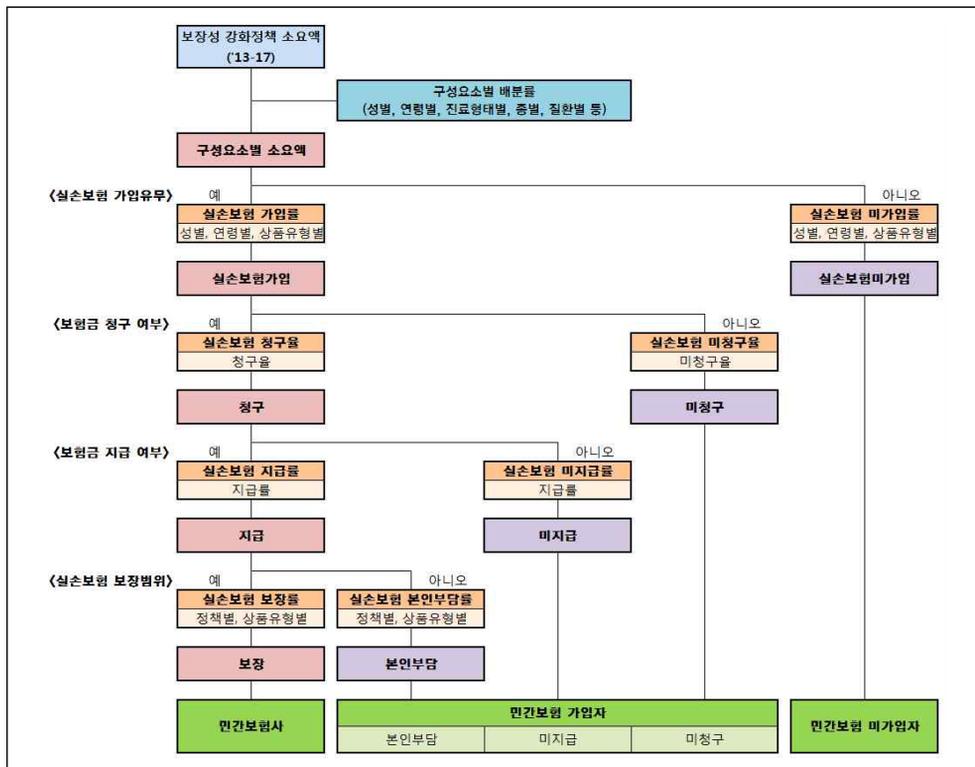
- 4대중증질환의 경우 건강보험통계연보의 진료 실적자료에 국민건강보험공단 진료비 실태조사의 보장성 지표를 적용하여 성·연령·질병유형별 의료비 (비급여 포함)를 추정하고 심평원 청구자료를 가중치로 사용해 성·연령·질병유형별 보장성 강화 소요액을 추정함.
- 선택진료비의 경우 건강보험통계연보의 진료형태별(입원/외래), 의료기관 종별, 연령별 진료실적에 진료비 실태조사의 보장성 지표를 적용하여 성·연령별 비급여 진료비를 추정하고 진료비 실태조사의 비급여 중 선택진료비의 비중과 의료패널의 선택진료 이용 현황을 이용해 성·연령·요양기관별 보장성강화 소요액을 추정함.
- 상급병실료의 경우 심평원의 관련 청구실적을 이용해 성·연령·병실규모·요양기관종별 보장성 강화정책 소요액을 추정함.
- 앞서 추정한 구성요소별 소요액에 실손의료보험의 가입률, 보험금 청구율, 보험금 지급률, 보장률 등을 적용해 보장성 강화정책에 따른 실손의료보험사의 보험금 지급 감소분을 산출함.

○ 신현웅 외(2015)는 2013~2017년 기간 동안 추진되는 4대 중증질환, 선택진료 및 상급병실의 건강보험 보장 확대 정책에 총 11조 2,590억원의 예산이 소요될 예정으로 이에 따른 보험회사의 반사이익이 총 1조 5,244억원(소요액 대비 13.5%)에 상당할 것으로 추정함.

□ 그러나 자료의 제약으로 인해 실제 실손보험 가입자의 의료서비스 이용과 의료비 지출의 변화가 확인되지 않고 급여와 비급여 의료서비스 이용을 분리하여 확인할 수 없는 문제점이 존재함.

○ 또한, 정책별 재정소요액은 예상치이며 향후 가변적인 수치이나 이를 기준으로 반사이익을 추산하였기 때문에 실제적인 반사이익은 현재 추산된 규모와 차이가 있을 여지가 남음(이재준 등, 2019).

[그림 2-7] 신현웅 등(2015) 연구의 반사이익 추정 과정 개념도



자료: 신현웅 등(2015) 자료 pp.145. 그림을 인용함.

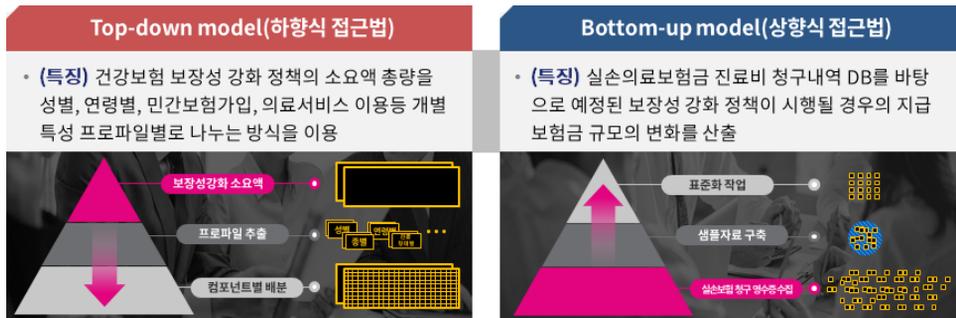
다. 김상우(국회에산정책처, 2017)의 반사이익 분석 연구

- 김상우(2017)의 연구는 보장성 강화대책 중 본인부담상한액 인하에 따른 추가 의료비 경감액 중 실손보험이 보장하는 비중을 추정하여 반사이익을 산출하였고, 그 외 항목은 신현웅 등(2015) 연구가 추정한 반사이익 비율을 적용함.
- 반사이익을 민간의료보험의 보험금 지급 감소액으로 정의하였고, 본인부담상한제 강화 외 보장성 강화정책에 대한 민간의료보험의 반사이익은 각 항목별 소요재정에 신현웅 등(2015)이 도출한 반사이익률을 곱해 산출함.
- 본인부담상한제 강화에 따른 민간의료보험의 반사이익을 산출하기 위해 2015년도 한국의료패널 자료를 사용하였으며 기타 보장성 강화 정책에 대한 반사이익률은 신현웅 등(2015)의 자료를 차용함.
 - 2015년도 한국의료 패널자료에서 추가 경감 대상자 수와 1인당 경감액을 산출하고 경감 대상자 수는 2017년도 추계인구 자료를 이용해 전체 인구로 환산함.
 - 한국의료패널 자료에서 나타난 추가 경감 대상자는 총 150명으로 전체 인구환산 시 약 42만 5,000명 또는 0.83%에 해당하며 1인당 경감액은 평균 약 85만 원 수준으로 나타남.
 - 전체 인구로 환산한 경감 대상자 수에 실손보험 가입률, 1인당 경감액, 실손의료보험 평균 보장률을 곱해 연간 민간의료보험의 반사이익(총 경감 대상액 중 민간의료보험 보장 범위)을 도출함.
- 김상우(2017)는 2017년~2022년 5년간 발생할 반사이익의 규모를 추정하였으며, 실손의료보험의 보험료 인상이 없다는 가정 하에 추정한 반사이익은 총 3조 8,044억 원으로 산출하였음.
- 그러나 김상우(2017)의 연구는 실손보험의 보장범위, 가입자의 의료 이용 등이 고려되지 않은 한계가 여전히 남음.

라. KDI(이재준 등, 2018; 이재준 등, 2019; 권정현 등, 2020)의 반사이익 산출 연구

□ KDI(한국개발연구원)에서는 2018~2020년 세 차례에 걸쳐 실손의료보험 반사이익 산출에 대한 연구를 수행하였으며, 연도별 산출방식에는 다소 차이가 있음.

[그림 2-8] Top-down 방식과 Bottom-up 방식 비교



(Top-down 방식) 보장성 강화대책 중 예비급여 도입과 선택진료료 및 상급병실료의 비급여 해소에 따른 소요 예상액을 바탕으로 민간의료보험의 지급 보험금 감소 측면에서 반사이익을 산출함.

□ 이재준 등(2018)의 연구는 복지부와 금융위가 공동으로 추진한 연구용역으로, 보장성 강화대책에 따른 민간의료보험사의 반사이익을 두 가지 방법으로 추정함.

- (Bottom-up 방식) 실제 보험금 청구자료를 수집해 구축한 실손의료보험금 진료비 세부내역 DB를 바탕으로 예정된 보장성 강화정책이 시행될 경우의 지급 보험금 규모의 변화를 산출함.
- (Top-down 방식) 신현웅 등(2015)의 연구에서는 보장성 강화 사업별 소요액에 구성요소별 배분율과 실손보험 가입률 등을 곱하여 반사이익을 산출함. 반면 이재준 등(2018)은 사업 내 하위 항목별 반사이익률에 각 항목의 비중을 가중치로 곱하여 사업별 반사이익률을 산출한 점이 다름.

〈표 2-6〉 top-down 방식의 반사이익 산출 모형: 신현웅 등(2015) vs 이재준 등(2018)

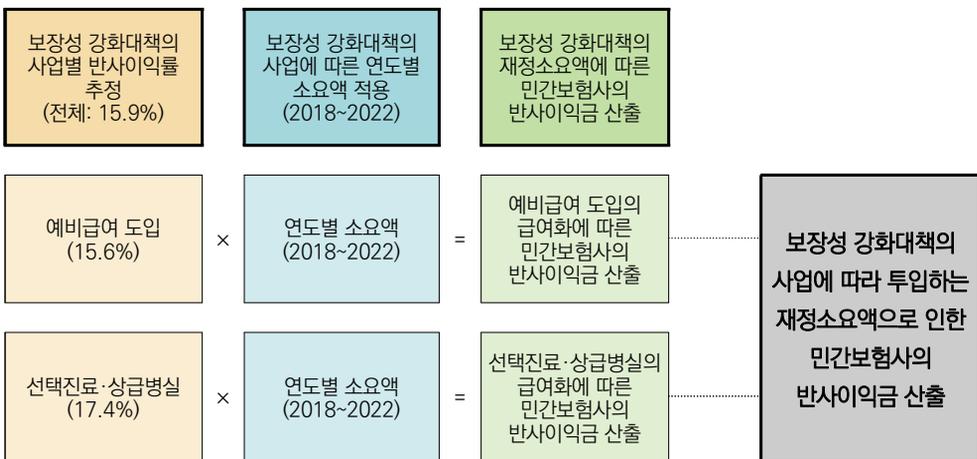
연구 구분	산출식
신현웅 등 (2015)	$\text{사업별 실손의료보험의 반사이익(예: 4대 중증질환)} = \sum \text{사업별 소요액} \times \{ \text{구성요소별 배분율} \times \text{구성요소별 실손의료보험 특성} \}$ * { } → 사업별 반사이익률
이재준 등 (2018)	$\text{사업별 실손의료보험의 반사이익(예: 예비급여)} = \text{사업별 소요재정} \times \{ \sum \text{항목별 반사이익률} \times \text{사업 내 각 항목의 소요재정비중(가중평균)} \}$ { } → 사업별 반사이익률

자료: 이태진 등(2019) 자료의 pp.51. 표를 인용하여 작성함.

□ 이재준 등(2018)은 기존의 반사이익 연구가 실제 실손의료보험 가입자의 의료 이용을 반영하지 못한다는 비판을 보완하기 위해 Bottom-up 방식을 이용하여 반사이익을 추정함.

○ 해당 연구에서 적용한 bottom-up 방식은 실제 실손의료보험 보험금 청구자료를 구축하고 실손보험 가입자의 의료이용 현황이 일정하게 유지되는 것을 가정할 때 각 제도의 시행에 따른 지급보험금 규모를 추산하는 방법임. '18년에 이어 '19년에도 같은 자료원과 같은 산출방식으로 반사이익을 산출함

[그림 2-9] 이재준 등(2018)의 연구에서 top-down 방식으로 반사이익을 추정한 방법



자료: 이재준 등(2018) 자료 pp.49. 그림을 인용하여 재작성함.

- 건강보험 보장성 강화에 따른 실손보험 반사이익을 추산한 결과²¹⁾, 건강보험 보장성 강화정책 시행 이후 '19.9월까지 나타난 실손보험금 지급 감소효과는 6.86%로, 2018년 1차 반사이익 산출 이후 시행된 보장성 강화 항목²²⁾만의 실손보험금 지급 감소효과는 0.60%로 나타남.

- 이재준 등(2018; 2019)의 연구는 기존 연구에서 주요 한계로 지적된 실제 자료를 이용했다는 점에서 차별적이나, 단년도 샘플자료를 이용해 실손의료보험 가입자의 의료서비스 이용 변화를 함께 고려할 수 없다는 점이 한계로 남음.

- 또한 '18년에 시행한 1차 반사이익 추정 이후 '19년에 산출한 반사이익의 경우 자료 표집 시점 및 정책 시행 시점의 괴리가 크고 보장성 강화가 이루어진 항목의 표집건수가 실제 의료서비스 이용과 상당한 차이가 있다는 한계가 존재함.

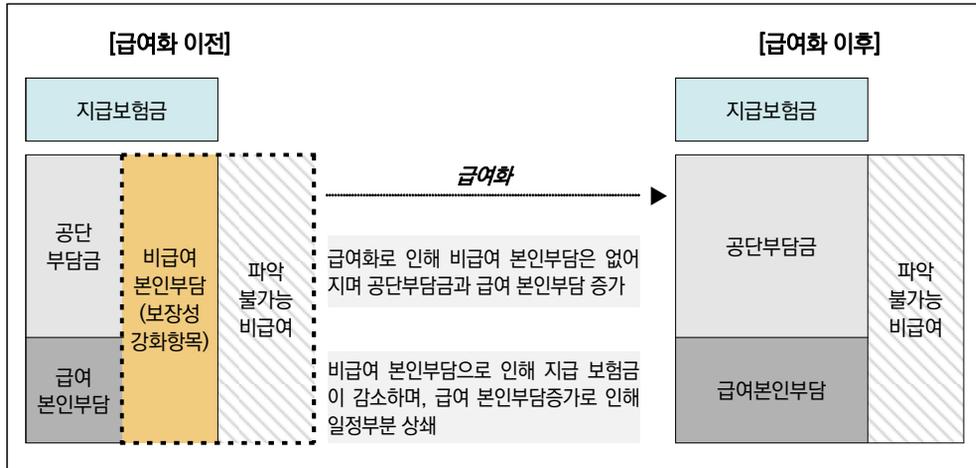
- 일례로, 뇌혈관 MRI 이용은 실제 의료이용 양상과 상당한 차이를 보이며 실제 이용 정도보다 과소표집 가능성이 있어 급여화 효과를 충분히 반영하지 못할 수도 있다는 의견을 제시함.

- 권정현 등(2020)은 앞서 이재준 등(2018; 2019)의 연구에서 한계점으로 지적된 실손의료보험 가입자 정보의 대표성과 의료서비스 이용 양상에 대한 정확한 문제를 보완하고자 건강보험 청구자료와 실손의료보험 가입자 전수 자료를 연계한 자료를 이용하여 2018년 5월 이후 급여화가 시행된 각 항목에 대해 급여화 이후 실손의료보험 지급 보험금 감소 규모를 추산함.

21) 2016년 7월부터 2017년 6월까지 실손의료보험 청구 영수증 샘플 자료를 이용한 bottom-up 방식으로 반사이익을 산출함.

22) 하복부/비뇨기계/남성생식기 초음파 급여화, 병원급 의료기관 2·3인실 급여화, 뇌혈관/두경부 MRI 급여화, 1세 미만 외래 본인부담률 인하, 수면다원검사 급여화

[그림 2-10] 권정현 등(2020)의 반사이익 산출 대상 의료비 도식화



자료: 권정현 등(2020)의 자료를 인용하여 재작성. KDI 내부 자료.

- 분석자료는 아래의 세 자료 간 연계로 구성됨.
 - (실손보험 자료) 실손의료보험 가입자 정보
 - (공적보험 자료) '17년 1월~'19년 12월까지의 건강보험 청구자료(실손의료보험 가입자 한정)
 - 의료기관 종별 비급여 의료서비스 가격 정보
- 다만, 해당 연구에서는 건강보험 청구자료를 이용하여 반사이익을 산출하였기 때문에 비급여 의료서비스 이용 양상에 대한 정보를 파악하지 못한 한계점이 존재함.
 - 이를 보완하기 위해 급여 전환 항목에 대해 급여화 이전 비급여 의료서비스 일 때의 지급보험금 규모를 복원하는 방법을 적용함
 - 이는 비급여 의료서비스가 급여 전환 된 후부터 건강보험 청구자료 상에서 의료서비스 이용 양상을 확인할 수 있으므로, 청구자료에서 확인된 급여 전환 항목에 대해 비급여 항목일 때의 지급보험금 규모를 추산하는 방식임(권정현 등, 2020).

마. 이태진 등(2019)의 반사이익 산출 방법 연구

- 이태진 등(2019)은 선행 연구와 다르게 미래에 발생하게 될 반사이익을 추정하는 것이 아니라 **사후적으로 발생한 반사이익을 산출하는 방법**을 제시함.
- 연구에서 사용한 모형은 **자료 확보 및 연계 정보에 따라 크게 세 가지로 구분**하고 있으며, **항목기준 분석모형의 경우 자료연계 여부에 따라 세분화**됨.

〈표 2-7〉 이태진 등(2019)이 제시한 반사이익 분석 모형의 종류

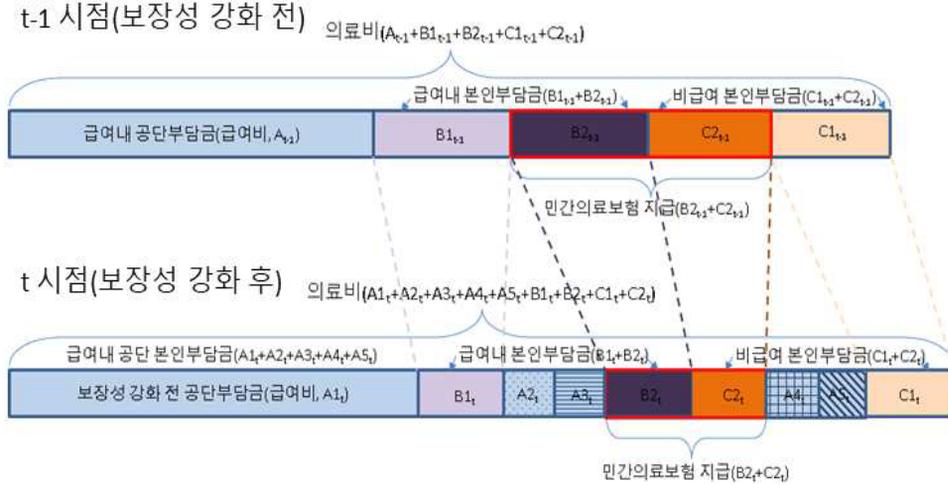
모형구분	자료분석 단위	자료 연계 수준	설명
거시적 분석모형	총액	<ul style="list-style-type: none"> • 연계 없음 • 민간보험 지급액 총액만 추가로 확보 	보장성 강화에 따른 추가 급여비와 민간보험 지급액 총액 기준 분석
항목기준 분석모형	A	<ul style="list-style-type: none"> • 연계 없음 • 민간보험가입자 유형별 가입률, 지급률 자료 확보 	보장성 강화가 이루어진 세부 항목 각각에 대한 추가급여비를 의료 이용 및 이용자 특성별로 세분화하여 민간보험 가입자에 대한 민간보험 지급액 변동 추정
	B	<ul style="list-style-type: none"> • 민간보험가입정보연계 (가입여부, 상품정보 등) 	민간보험가입자를 대상으로 보장성 강화가 이루어진 세부 항목 각각에 대한 추가급여비 분석
미시적 분석모형	이용 건	<ul style="list-style-type: none"> • 민간보험가입정보 연계 • 민간보험 지급 건 연계 	민간보험가입자를 대상으로 보장성 강화 항목에 대한 건강보험 추가 급여비 및 실제 민간보험 지급액 변동 분석

자료: 이태진 등(2019) 자료의 pp.51. 표를 인용하여 작성함.

- **(㉠거시적 분석모형)** 반사이익 외에도 **의료비를 구성하는 항목 산출을 목적으로 함**.
- 의료비는 급여 내 **공단 부담금(급여비), 급여 내 본인부담금, 비급여 본인부담금**으로 구성됨.
- **자연증감분**은 관찰되지 않은 값이므로 **보장성 강화 이전의 추이를 반영하여** 추계하고, **총 지출 증감분**을 요인 분해를 통해 **인구 변동과 수가 변동 등에 따른 자연증감분을 확인하여 반영**함.
- 반사이익은 민간보험지급액 **자연증감분**에서 민간보험 지급액 **실제값의 보장성 강화 전후 차이를 차감한 금액**이라고 할 수 있으며, 산출식은 다음과 같음.

[그림 2-11] 이태진 등(2019) 연구의 거시적 분석모형의 반사이익 산출 방법

<의료비의 구성 및 추정>



A: 급여내 공단부담금	B: 급여내 본인부담금	C: 비급여 본인부담금	D: 민간보험 지급금
--------------	--------------	--------------	-------------

산출식	$(B_{2,t} + C_{2,t}) = (B_{2,t-1} + C_{2,t-1}) + \text{자연증감분} - \text{제도효과(반사이익)}$ $\rightarrow \text{제도효과(반사이익)} = \text{자연증감분} - \{ (B_{2,t} + C_{2,t}) - (B_{2,t-1} + C_{2,t-1}) \}$
-----	---

자료: 이태진 등(2019) 자료 pp.69-74. 내용 및 자료를 참고하여 재작성함.

□ **(2)항목기준 분석모형** 자료 연계 여부에 따라 두 가지 상황으로 구분됨.

- **(A 모형)** 민간보험 가입 정보 연계 없이 민간보험가입자 유형별 가입률, 지급률 자료 등 통계자료만 확보한 경우
- **(B 모형)** 민간보험 가입 정보가 건강보험 자료와 연계된 경우
- 해당 모형은 신현웅 등(2015)의 방법과 유사하나, 실제 발생금액에 기반한 사후적인 자료 분석 방법으로 정확성이 증가함.
- 그러나 보장성 강화에 따른 의료이용량의 증가를 반영하지 못하는 문제점이 있으며, 신현웅 등(2015)의 주요 한계인 제도에 따른 비급여 품션 효과를 반영하지 못하는 측면이 있음.

- **(㉓미시적 분석모형)** 민간보험가입자에 대하여 보장성 강화 항목에 대한 실제 건강보험 추가급여비 및 민간보험 지급금액을 분석함.
 - 항목기준 분석의 경우 민간보험에서의 건별 실제 지급금액을 연계하지 못하여 민간보험 가입자 유형별로 청구율 및 지급률 등을 적용하여 추계하였으나, 미시적 분석모형은 보장성이 강화된 항목에 대하여 민간보험가입자에게 민간보험회사에서 지급한 건에 대한 자료가 확보된 이상적인 상황을 가정함.
 - 반사이익 산출 방법은 다음과 같음.
 - 자연증감분에서 보장성 강화가 이루어진 항목에 대한 해당연도 및 전년도 민간보험 지급액 차이를 차감하여 추정함.
 - 실제 지급액을 기준으로 보장성 강화 항목에 한하여 지급액 변화를 분석하므로 정확성을 제고할 수 있음.
 - 그러나 미시적 분석 모형의 경우 자연증감분과 보장성 강화에 따른 제도 영향을 분리하기 어렵고 보장성 강화가 이루어지지 않은 항목에 대한 의료이용 증가에 따른 영향은 반영하기 어려움.
 - 이에 대한 대안으로 앞서 항목 기준 분석 모형에서 제시했던 방안과 동일하게 보장성 강화에 따른 직접적인 반사이익은 미시적 분석 모형에 따라 분석하고, 비급여 풍선 효과는 별도로 추계하는 방안을 고려해 볼 수 있음.

제3절 기존 논의내용 고찰

□ 본 절에서는 건강보험 보장성 강화 대책 추진에 따른 **실손의료보험의 손해를 하락 효과(반사이익)**에 대한 **논의내용과 주요쟁점**을 살펴보고자 함.

1. 실손의료보험 손해를 하락 효과(반사이익) 관련 논의의 경과

□ 실손의료보험 손해를 하락 효과에 대한 논의는 2014년 국정감사에서 김용익 의원이 제기한 **보장성 강화로 인한 실손보험 반사이익 발생과 이에 따른 보험료 인하 요구**를 계기로 시작됨.

○ 2005년부터 시행된 보장성 강화 정책으로 인해 **건강보험 보장범위가 지속적으로 확대**되었고 이에 따라 **실손보험 보장 영역이 축소**되면서 민간보험회사의 **반사이익이 존재할 것**이라는 주장이 제기됨.

○ 2017년 새 정부 출범 후 시행한 **‘문재인 케어’**에 따라 **‘비급여의 급여화’**가 본격화되면서 국정기획자문위원회에서는 **‘건강보험 보장성 강화로 인한 실손보험의 반사이익을 산출하고 실손보험료 인하를 추진한다’**는 내용의 **국정과제를 확정하여 발표**함.

- 이에 대한 사회적 관심이 고조됨에 따라 건강보험 보장성 강화에 따른 **공사보험의 역할 재정립과 실손의료보험의 합리적인 개선방안**을 모색하기 위해 **국정기획자문위원회**는 보건복지부와 금융위원회 등 관련부처와 관계기관 및 전문가들로 구성된 **「공·사보험 정책협의체」**를 구성함.

□ ‘문재인 케어’ 발표 이후 실손보험 반사이익에 대한 입장이 **‘보건당국 vs 금융당국 및 보험업계’** 구도로 대립하고 있는 상황에서, 같은 해 시행된 **관련 토론회²³⁾와 세미나²⁴⁾** 등을 통해 복지부와 금융위를 비롯한 **다양한 이해관계자들의 ‘보장**

23) 국회 보건복지위원회 소속 김상희 의원과 정부위원회 소속 이학영 의원은 2017년 9월 18일 「문재인 케어 추진에 따른 실손의료보험의 역할 진단 토론회」를 개최함. 해당 토론회는 ‘문재인케어’의 핵심으로 불리는 ‘국민건강보험 비급여 항목의 급여화’에 따라 실손보험과 같은 민간의료보험이 향후 어떤 역할을 해야 할 것인지 점검하고 관련 입법을 추진하기 위해 마련되었으며 복지부와 금융위를 비롯한 관련부처, 보험업계, 의료계, 학계전문가, 시민단체 등이 참석함.

24) 보험연구원과 금융산업협력위원회는 2017년 11월 9일 「건강보험 보장성 강화와 민영건강보험의 역할」

성 강화에 따른 민간보험의 역할과 반사이익'에 대한 논의가 이루어짐.

○ (보건당국 입장) 보건당국을 비롯한 시민단체와 학계전문가는 건강보험 보장성 강화에 따른 반사이익 환원을 주장하면서 그 규모를 명확히 분석하여 보험료를 인하하거나 다른 방식으로 돌려주는 방안을 모색해야 한다고 강조함.

- (보건복지부 의견) 복지부는 “실손보험 반사이익에 대한 부분은 국정기획자문위원회에서 설정한 국정과제의 일환이므로 존재하는 반사이익이 있다면 국민에게 돌려주는 방식을 결정해야 하는 상황”이라며, “금융위원회와 논의하여 실손보험료 인하 등 국민에게 반사이익을 환원하는 방식을 검토하겠다”고 실손보험 반사이익 환수에 대한 필요성을 주장함.
- (국민건강보험공단 의견) 건보공단 측은 “민간의료보험 반사이익이 투명하게 운영되어 이익이 발생하면 보험금을 사회에 환원하도록 해야 한다”며, “해당 부분은 상품별 접근으로 해서 문제가 발생한 만큼 보건당국의 관여가 반드시 필요하다”고 강조함.
- (전문가 의견1) 한국보건사회연구원 측은 앞서 보장성 강화에 따른 실손보험 반사이익 산출 자료를 토대로 “공익적 측면에서 국민의료비 절감, 환자 체감 보장성 강화를 위한 공사연계 관리체계 구축이 필요하다”고 주장하며, “민간보험사의 반사이익을 구체화하고 실질적 손해율을 추산하는 과정에서 발생할 논란을 정부가 얼마나 잘 뚫고 나가느냐가 관건”이라고 강조함.
- (전문가 의견2) 의과대학 교수 출신의 한 전문가는 “민간보험의 낮은 본인 부담률과 건강보험과의 중복보장 등으로 인해 불필요한 의료이용과 과잉진료를 양산했고, 의료비 증가와 건강보험 급여지출을 늘렸다”고 지적하며, “건강보험 보장성 강화에 따른 민간보험사의 반사이익 문제를 해소하고, 의료비 부담 증가를 억제하기 위한 공·사보험 간 연계와 관리대책을 마련해야 할 것”과 “보험료 인하와 올바른 의료서비스 이용을 위한 보장범위 조정 등이 필요하다”고 주장함.

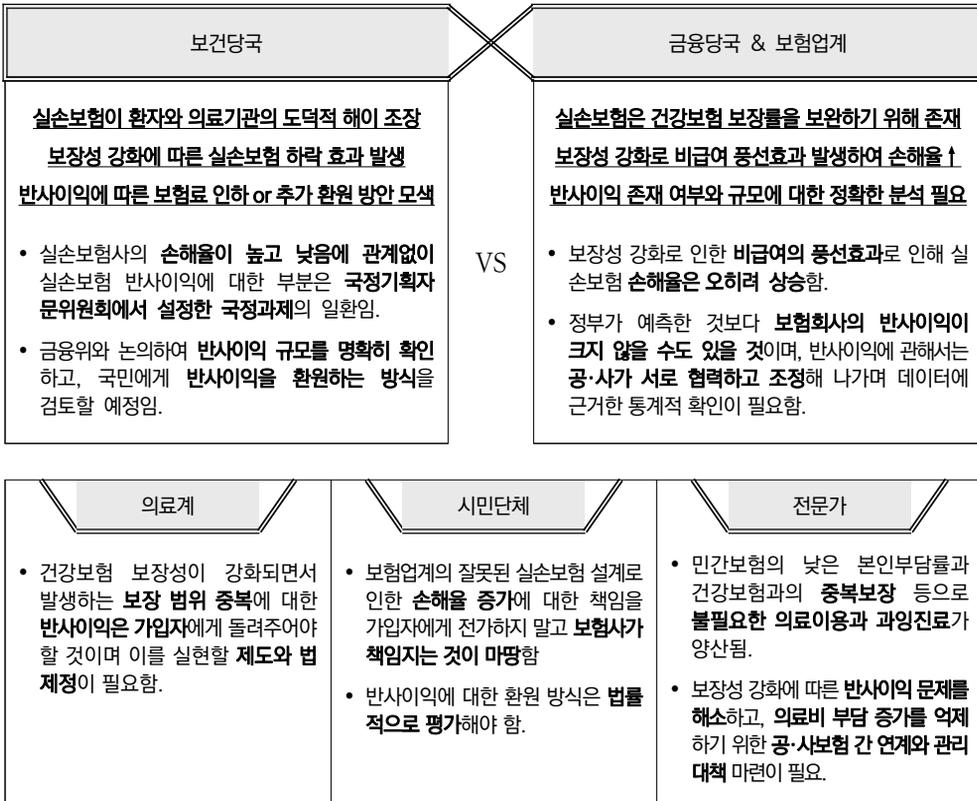
을 주제로 한 정책세미나를 개최하여 정부의 건강보험 보장성 강화 정책 추진 과제들을 살펴보고, 우리나라에 맞는 바람직한 공·사보험 역할 정립 방안을 모색하고자 하였음.

- (의료계 의견) 의료계 측은 “공사보험 연계를 통해 보장 범위 중복으로 인한 의료비 상승과 환자의 도덕적 해이 행위를 막아야 한다”고 지적하며, “건강보험 보장성이 강화되면서 발생하는 보장 범위 중복에 대한 반사이익은 명확한 분석을 통해 추산하여 가입자에게 돌려주어야 할 것”이며 이를 실현할 제도와 법 제정의 필요성을 주장함.
 - (시민단체 의견) 시민단체 측은 보험업계의 잘못된 실손보험 설계로 인한 손해율 증가에 대한 책임을 가입자에게 전가하지 말고 보험사가 책임지는 것이 마땅하다고 주장하며, “반사이익을 환자에게 환원할지, 보험료 인하에 반영할지, 아니면 건강보험 재정에 투입할지를 법률적으로 평가하여야 할 것”이라고 강조함.
- (금융당국과 보험업계 입장) 반면, 금융당국과 보험업계는 보장성 강화에 따른 반사이익은 크지 않으며 오히려 비급여 풍선 효과 등으로 인한 실손보험 손해율 증가를 주장하였고, 보장성 강화가 실손의료보험에 미치는 영향에 대해서는 각 보험상품의 특성과 보장영역의 범위를 다각도로 고려하여 데이터에 근거한 반사이익의 통계적 검증이 필요하다는 의견을 제기함.
- (금융위원회 의견) 금융위는 “반사이익에 관해서는 공·사가 서로 협력하고 조정해 나가며 데이터에 근거하여 통계적으로 계산할 것이며, 과거에 이미 판매된 상품들의 특성도 감안하여 분석할 것”이라고 함. 또한 “보장성 강화 정책에 따라 의료행태도 바뀔 수 있으므로 향후 미치는 영향에 대해 미래지향적인 관점에서 살펴볼 예정이다”라고 입장을 밝힘.
 - (금융감독원 의견) 금감원 측은 “보험업계에서 중요한 이슈는 비급여의 급여화”이며, “건강보험 보장성에 의한 반사이익으로 실손보험의 보험료가 낮아져야 함에도 불구하고 오히려 인상되는 현상이 있어 왔는데 이는 비급여가 통제되지 않았기 때문에 발생한 것”이라고 주장함.
 - (보험업계 의견) 보험업계 측은 “실손보험 손해율에 대해서는 오해가 있으며 보장성 강화로 인한 비급여의 풍선효과로 인해 실손보험 손해율은 오히려 상승하였다”고 주장하며, “보험회사의 반사이익은 당연히 국민에게 환원되어야 하나, 예비급여의 본인부담 50~70%를 실손의료보험이 보장해야

할 영역으로 본다면 정부가 예측한 것보다 **보험회사의 반사이익이 크지 않을 수도 있을 것이며, 데이터를 통한 정확한 분석이 필요하다**”고 보건당국 의견에 반박함.

- **(민간의료보험 전문가 의견)** 보험연구원 측은 “건강보험 보장성이 실손보험 손해율에 미치는 영향은 **보장성 강화 속도와 질량에 따라 달라진다**”며, “보험회사의 실제 지급통계에 따르면 **오히려 보장성 강화 영역에 대한 실손 보험금의 총 지급액이 증가한 것으로 나타난다**”고 지적하였음. 또한 “공적 건강보험의 보장성 강화 조치로 **보험회사가 반사이익을 얻고 있다는 주장**에 는 다소 무리가 있다고 판단되며, 향후 **실증적 자료를 통한 보다 구체적인 분석이 필요**”하다고 주장함.

[그림 2-13] 실손보험 반사이익에 대한 이해당사자 의견 정리



2. 실손보험 반사이익 관련 주요쟁점

□ 실손보험 반사이익을 둘러싼 주요쟁점은 크게 ①산출방식, ②자료수집방식, ③ 결과활용방식으로 구분할 수 있음. 각 쟁점에 대한 기존의 논의내용을 정리하면 다음과 같음.

〈표 2-8〉 실손보험 반사이익 관련 주요 쟁점

주요쟁점 ①	주요쟁점 ②	주요쟁점 ③
실손의료보험 손해를 하락효과 산출방식의 체계화	공사보험 연계를 통한 자료 수집방식의 효율화	실손보험 반사이익의 결과 반영 방안

□ (실손의료보험 손해를 하락 효과(반사이익) 산출방식의 체계화) 지금까지 활용된 반사이익 산출방식은 크게 상향식 접근법(Bottom-up)과 하향식 접근법(Top-down)으로 구분할 수 있음.

○ 두 가지 산출방식에 대한 장단점 분석을 통해 방법론을 표준화하는 것이 필요성이 제기되어 왔음.

- 예를 들어 실손보험 반사이익 산출을 위해서는 반사이익에 대한 정의, 자료 기준시점, 분석에 포함되는 비급여 항목, 분석에 활용되는 변수내용 등에 대한 표준화가 필요함.

○ 또한 반사이익의 정확한 산출을 위해 기본모형 외에 실손보험에 의한 의료이용량 변화와 풍선효과 및 자연증가분에 의한 비급여 증가 정도를 파악하는 것이 필요하다는 논의가 있었음.

□ (공사보험 연계를 통한 자료 수집방식의 효율화) 실손보험 반사이익 산출을 위한 자료 수집의 효율화를 위해 공·사보험 기관 간 정보연계 방안을 모색하는 것이 필요성이 제기됨.

○ 반사이익 산출과 보험료를 반영간의 시차 최소화를 위하여 관련 자료의 표준화와 이에 따른 DB구축 및 해당 자료의 운영·관리가 필요함.

- 공사의료보험 협의체를 통한 정례적인 거버넌스 구축 및 정보 간 연계방안을 모색하여 공사보험 자료 연계 과정에서 발생하는 비효율에 대한 개선이 필요하다는 논의가 있었음.

- (실손보험 반사이익 산출결과 활용방식) 민간의료보험 가입자에게 단기적으로만 이익이 환원되는 실손보험료율 조정방식 외의 반사이익 산출결과를 활용할 수 있는 추가적인 방안에 대한 논의 필요성이 제기됨.

- '20년 4월 공사보험 정책협의체의 회의결과에 따라 '미래 반사이익을 추정한 사전적 평가'에서 기존 자료를 바탕으로 '既 발생한 반사이익 사후적 평가'로 전환됨.

- 이와 같은 실손 보험료 조정 방식 외에 실손보험 반사이익에 대한 환원은 비용 대비 기대되는 효과를 정확히 분석하여 적절한 환원 방안을 결정하는 것이 필요하다는 논의가 있었음.
 - 예를 들어 실손보험 반사이익 산출 결과는 실손 상품구조 개편 및 비급여 관리 정책 등에 반영될 수 있음.
 - 이현복 등(2017)은 건강보험 보장성 강화에 따른 반사이익이 사회에 환원되는 시스템 마련이 필요하며, 이를 위해 모니터링 시스템의 구축과 관련 자료의 투명한 공개가 이루어져야 하고 소비자의 보험료 인하와 함께 공익기금을 설치 운영하는 방법(예: 건강관리 사업, 재난적 의료비지원 사업 등의 재원으로 활용)에 대한 논의가 필요하다고 주장함.

제4절 기존 정책결정 과정 고찰

1. 정책 추진 과정 (2017년 3분기~2020년 3분기)²⁵⁾

□ 문재인 정부 출범 이후 건강보험 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 영향과 관련된 주요 정책 추진 과정을 살펴보면 다음과 같음.

〈표 2-9〉 건강보험 보장성 강화로 인한 실손의료보험의 영향과 관련된 정책 추진 현황

연도	분기	추진 내용
2017	3분기	<ul style="list-style-type: none"> 국민의료비 관점에서 공사보험 연계를 논의하기 위한 공사보험정책협의체 구성(17.9월) * 공동위원장 복지부차관·금융위부위원장, 금감원·건보공단·전문가참여
	4분기	<ul style="list-style-type: none"> 「국민건강보험과 실손의료보험의 연계에 관한 법률」 국회 발의(17.12월)
2018	1분기	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험 보장성 강화에 따른 실손보험 반사이익 산출 연구 착수 → 복지부·금융위는 「건강보험 보장성 강화가 실손보험 손해율에 미치는 영향 분석」을 위한 공동 연구용역 추진(KDI, '18 3월 착수)
	3분기	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험 보장성 강화가 실손보험에 미치는 영향 공동연구(3~8월) 실손보험료 인하 유도방안 발표(9월, 공사보험정책협의체 개최)
	4분기	<ul style="list-style-type: none"> 실손보험 가입이 건강보험에 미치는 영향 연구 착수(10월, 복지부·금융위 공동)
2019	1분기	<ul style="list-style-type: none"> 공사 의료보험 제정 협의를 위한 관계부처 간담회 실시(19.3월)
	2분기	<ul style="list-style-type: none"> 공사보험 연계법 추진을 위한 당정청 실무회의(19.6월), 당정협의(19.6월) 관련부처와 연계법 조문별 소관부처 논의(19.6월)
	3분기	<ul style="list-style-type: none"> 공사보험 연계법 추진현황 등에 대한 당정청 실무회의(19.7월) 연계법 진행 사항 공유 등에 대한 공정경제 관계부처 회의(19.8월) 공사의료보험 상호작용 연구 완료(19.8월) 공사보험 연계법 정부 합의안 도출(19.9월)
	4분기	<ul style="list-style-type: none"> 공사보험협의체 개최(19.12월), 실손보험 상품구조 개편계획 및 비급여 관리강화 계획 등 논의
2020	1분기	<ul style="list-style-type: none"> 공사보험 연계 논의를 위한 보험조사협의회 실시(20.1월) 비급여 관리 강화 관련 보험업계 간담회 실시(20.1월) 공사보험 재정누수 규모산출 및 제도개선 방안 연구 완료(20.1월) 비급여 관리 강화 방안 관련 전문가 토론회 개최(20.2월)
	2분기	<ul style="list-style-type: none"> 건강보험 보장성 강화로 인한 실손보험의 반사이익 산출방안 연구 논의(20.6월, 공사보험실무협의체 개최)
	3분기	<ul style="list-style-type: none"> '19년 반사이익 산출 연구용역 착수(20.7월)

25) 국무총리 정부업무평가위원회, 100대 국정과제에서 “44. 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원”의 ‘44-2. 재난적 의료비 지원 등 가계부담 대폭경감’ 실천과제 추진현황 내용 중 “건강보험 보장성 강화로 인한 실손보험 반사이익 관련 정책 추진” 내용을 발췌하여 재작성함.

https://www.evaluation.go.kr/psec/np/np_2_1_2.jsp

2. 공사보험 정책협의체를 통한 정책 결정 과정

가. 반사이익 산출에 따른 실손보험료 인하 계획 발표 (*17.9월)²⁶⁾

- 보건복지부와 금융위원회는 공동주재로 관계기관, 전문가 및 소비자 대표 등이 참여하는 「공·사보험 정책협의체」를 구성하고 운영함(17.9.29. Kick-off 회의 개최).
- 건강보험 보장성 강화의 혜택이 온전히 국민에게 돌아갈 수 있도록 4가지 과제를 추진할 것을 합의하였는데, 그 중의 하나로 **반사이익 산출을 통한 실손의료보험 인하계획**을 발표함.

〈 공·사보험 정책협의체 운영 개요 〉

- (배경) 건강보험 보장성 강화와 연계한 공사보험 개선방안 마련 및 추진을 위하여 관련 부처 및 관계기관이 참여하는 협의체를 구성(*17.9월)
- (위원장) 보건복지부 차관, 금융위원회 부위원장 (공동위원장)
- (위원) 건강보험공단, 건강보험심사평가원, 보건사회연구원, 금융감독원, 보험개발원, 보험연구원, 소비자대표 2인, 학계 전문가 2인 등

- (실손보험료 인하) 건강보험 보장성 강화에 따른 **실손의료보험 손해율 하락 효과 (반사이익)**를 통계적으로 분석하여 보험업법상 보험요율 산출 원칙에 따라 **실손보험료 인하**를 유도함.
 - 이를 위하여 공·사의료보험 상호작용, 실손 손해율 현황, 비급여 의료 실태 등에 대하여 **중립적인 연구기관에 연구용역을 실시하여 현황을 파악하고, 보건당국의 세부적인 건강보험 보장성 강화 계획을 바탕으로 실손의료보험의 보험료 인하 여력을 산출**하기로 합의함.
 - 해당 연구 결과에 따라 보건복지부와 금융위원회는 건강보험 보장성 강화 정책 추진에 따른 **실손의료보험의 손해율 하락효과**를 반영하여 **보험회사 실손보험료 조정시에 반영토록 유도**하겠다고 밝힘.

26) 보건복지부·금융위원회 보도자료(2017.9. 28), “건강보험 보장성 강화와 연계한 실손의료보험 개선 추진”.

나. '18-'20년도 반사이익 산출 결과(KDI)

〈표 2-10〉 '18-'20년도 반사이익 산출 연구개요

구분	내용	비고
2018년	- KDI(Bottom-up)와 보사연(Top-down)방식 공동 연구 추진	2019년 실손보험료 조정에 반영
2019년	- 별도의 연구용역 없이 2018년 자료와 산출모형을 활용하여 보장성 기간만 변경하여 산출	자료원 등의 한계로 실손 보험료율 조정에 미반영 (2020년에 일괄적으로 반영하기로 합의)
2020년	- 개인단위로 실손보험과 건강보험 자료를 연계하여 산출하는 대안을 제안	2021년 실손보험료 조정에 반영

1) 1차 반사이익 산출: '18년 보장성 강화정책 시행에 따른 실손보험 반사이익 추산²⁷⁾

〈 실손의료보험 반사이익 산출연구('18) 〉

□ 보건복지부와 금융위원회는 공사보험 정책협의체에서 논의한 바에 따라 건강보험 보장성 강화가 실손보험 손해율에 미치는 영향 분석을 위한 공동 연구용역 추진(KDI, '18.3월 착수)

〔그림 2-14〕 '18년 실손의료보험 반사이익 산출연구 개요



27) 금융위원회 보도자료(2018.9.21.). "보장성 강화정책 효과를 실손 보험료에 반영하겠습니다"

- 복지부-금융위의 공동 연구용역 기관으로 선정된 KDI는 **실손의료보험 반사이익 산출방식으로 Bottom-up 방식**을 사용하였음.
 - Bottom-up(상향식) 방식은 **실제 실손보험 청구자료를 수집하여 급여화 항목을 적용한 후 줄어들었을 지급보험금 규모를 추산**하는 방식임.
 - 해당 연구 결과에 따라 보건복지부와 금융위원회는 건강보험 보장성 강화 정책 추진에 따른 **실손의료보험의 손해를 하락효과**를 반영하여 **보험회사 실손보험료 조정시에 반영토록 유도**하겠다고 밝힘.

- KDI 연구에 따르면 공보험의 보장성 강화 정책 발표 이후 확정되어 시행된 정책²⁸⁾을 우선 반영할 경우 **6.15%의 실손보험금 감소효과(반사이익)**를 기대함.
 - 향후, 보장성 강화정책의 목표인 치료 필요성이 인정된 비급여²⁹⁾를 모두 급여화할 경우 **보험금 감소규모³⁰⁾는 13.1%~25.1%(풍선효과 미반영)** 수준임.

- **(반사이익 금액 추정결과)** 급여 확정된 4개 항목만 반영시 4,600억원, 5년간 3,600개 비급여 전환시 1조 8,750억원(최대)로 추정함.
 - 2018년도 반사이익 산출 연구결과를 반영하여, **2019년도 실손보험료 인하 요인에 실제 적용함.**

- **(보험료 인하요인 반영 방안)** 보장성 강화 정책 중 시행이 확정된 항목에 의한 **인하효과(6.15% 보험금 감소)**는 먼저 '19년 실손보험료 조정 시에 반영함.
 - 향후 비급여의 **급여화 세부 이행방안이 확정**되는 경우 이번과 **동일한 방식으로 실손 보험료 조정**에 반영하기로 함. 한편 인하요인 반영에도 불구하고, **실제 보험료가 인상되는 기존 실손 상품**은 현재 판매중인 **저렴한 新실손상품**으로 쉽게 전환할 수 있는 방안 마련의 필요성이 제기됨.

28) 아동입원비 경감(17.10월), 선택진료 폐지(18.1월), 상복부 초음파 급여화(18.4월), 상급병실 급여화(18.7월)

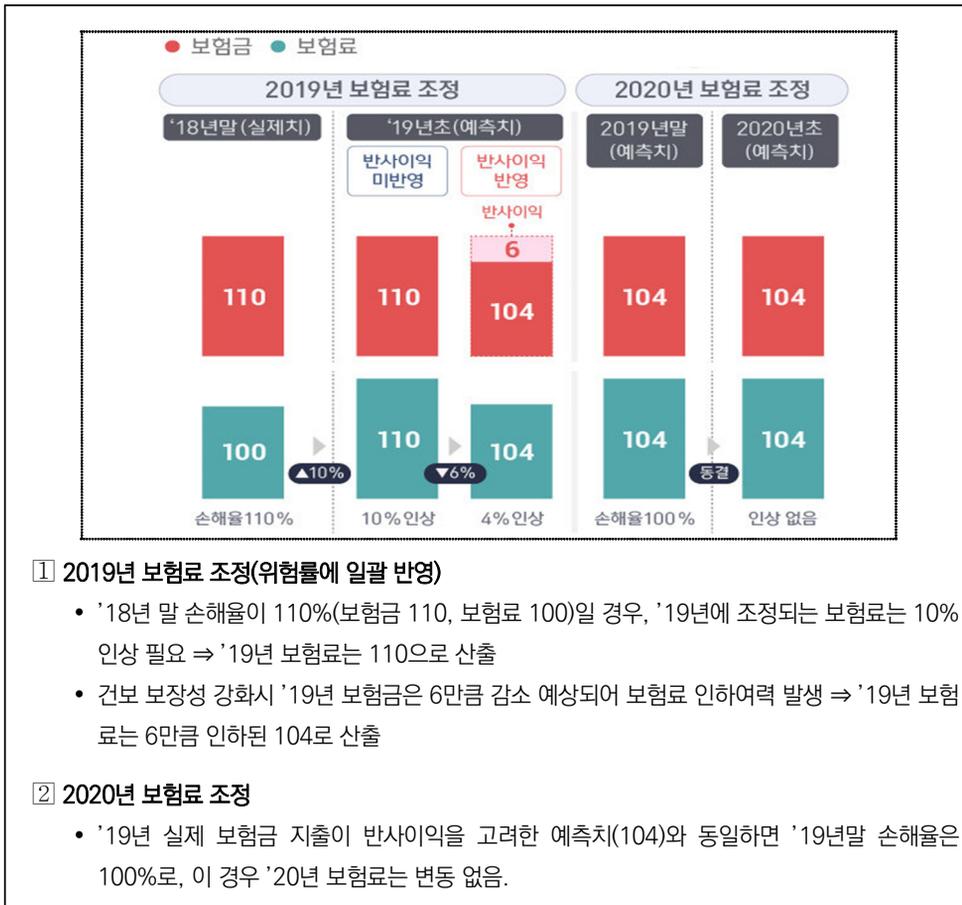
29) 의료행위 700여개, 치료재료 2,900여개 등 총 3,600여개 비급여 항목(17.10월 기준)

30) 비용·효과성이 부족한 비급여가 예비급여화되고 본인부담률 90%~50% 적용시 감소 효과

〈표 2-11〉 2018년도 반사이익 산출결과를 반영한 보험료 조정 결과

구분	2018년	2019년	보험료 조정폭
新실손 보험	3만원	2만 7,420원	8.6% 인하(반사이익 미고려시 2.45% 인하)
舊실손 보험 (2009년 10월 이후 판매)	8만원	8만 4,800원 ~8만 9,600원	6~12% 인상(반사이익 미고려시 12~18% 인상)
舊실손 보험 (2009년 10월 이전 판매)	8만원	8만 6,400원 ~8만 9,600원	8~12% 인상(반사이익 미고려시 14~18% 인상)

[그림 2-15] 보험금 감소 효과 반영에 따른 보험료 변경방식³¹⁾



31) 금융위원회 보도자료(2018.9.21.). “보장성 강화정책 효과를 실손 보험료에 반영하겠습니다.”

2) 2차 반사이익 산출: '19년 보장성 강화정책 시행에 따른 실손보험 반사이익 추산

- **공사보험정책협의체회의를 통해 연구용역 의뢰 없이 KDI에서 기존 2018년 모델을 활용하여 산출**
- **(분석대상)** 23개 보험사가 보유하고 있는 실손보험금 지급 청구 영수증 자료 ('16.7~'17.6월분) 중 39.3만건 구축
- **(분석방법)** 구축한 진료비 자료에 세부 항목별 급여화 항목을 적용하여 실손보험 지급금 감소 효과를 추정
- **(분석결과)** 2019년 반사이익은 0.6%로 산출

- 2018년 KDI 연구에서 구축한 **실손보험금 세부내역 DB³²⁾**를 활용하여 건강보험 보장성 강화에 따른 **보험금 지급감소분을 추산한 결과,**
 - 건강보험 보장성 강화정책 시행 이후 '19.9월까지 나타난 실손보험금 지급 감소효과는 **6.86%**로, 2018년 1차 반사이익 산출 이후 시행된 보장성 강화 항목³³⁾만의 실손보험금 지급 감소효과는 **0.60%**로 나타남.

(표 2-12) 보장성 강화정책 시행에 따른 지급보험금 변화

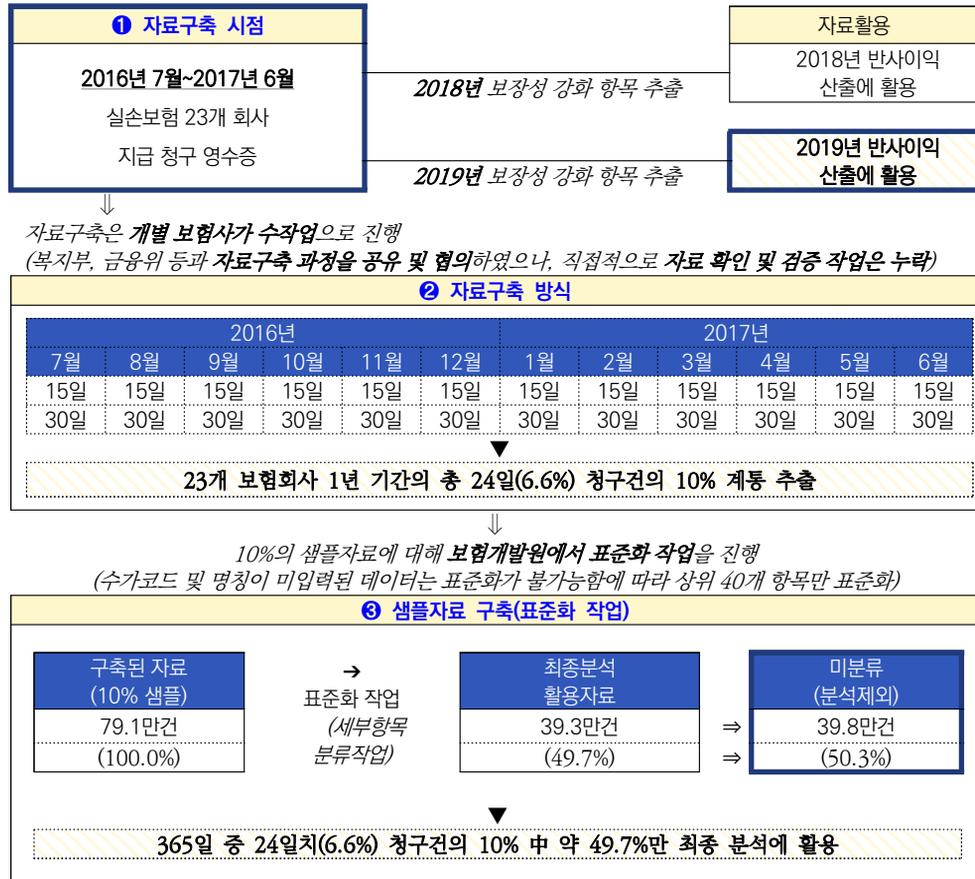
2018년 반사이익		2019년 반사이익	
시행 정책	변화율	시행 정책	변화율
아동 입원본인부담 인하	-1.18%	초음파 급여화 (하복부/비뇨기계/남성생식기)	-0.07%
상복부 초음파 급여화	-0.34%	병원급 의료기관 2/3인실 급여화	-0.01%
상급병실(2,3인실) 급여화	+0.03%	뇌혈관/두경부 MRI 급여화	-0.39%
선택진료 폐지	-4.75%	1세 미만 외래 본인부담률 인하	-0.06%
-	-	수면다원검사 급여화	-0.08%
시행제도 모두 반영	-6.31%	시행제도 모두 반영	-0.60%
▼		▼	
보장성 강화 소요액 ³⁴⁾	20,392억원	보장성 강화 소요액	12,851억원

32) 2016년 7월부터 2017년 6월까지 실손의료보험 청구 영수증 샘플 자료
 33) 하복부/비뇨기계/남성생식기 초음파 급여화, 병원급 의료기관 2·3인실 급여화, 뇌혈관/두경부 MRI 급여화, 1세미만 외래 본인부담률 인하, 수면다원검사 급여화

□ 하지만 '19년 산출결과는 크게 자료원과 자료분석 상에 한계점이 제기되었음.

- (자료원의 한계점) 2018년 반사이익 산출 연구용역에서 사용했던 자료 ('16.7~'17.6)를 다시 사용하다 보니, ①자료 구축 시점이 3년이 넘어 현재 실손보험 청구 현황을 정확하게 반영하는데 한계가 있었음.
- 또한, 자료구축 과정에서 ②자료원의 확인 및 검증 절차 미흡, ③항목분류 및 표준화 과정에서 세부항목 분류 실패에 따른 표본 수 감소 등의 문제가 발생하였음.

[그림 2-16] 자료원의 한계점



34) 단위 미만의 수는 반올림 원칙으로 한 것으로 항목간의 합계와 일치하지 않을 수 있음.

- 표준화 작업 시, 미분류 사유별 분석 제외건수를 살펴보면, 집적된 진료비 세부내역 자료 79.1만 건 중 아래와 같은 사유의 건을 제외한 39.6만 건에 대해 **표준화 과정을 거쳐서 실손보험 지급보험금 세부내역 DB**를 구축함.
 - **수가코드 및 진료내역 명칭이 미입력되어 표준화가 불가능한 건이 29.1만 건**, 수가코드나 진료내역은 입력이 되어 있으나, **표준화가 되지 않는 건 10.7만 건**

〈표 2-13〉 표준화 작업 시, 미분류 사유별 분석 제외건수

총 의료비 지출 규모										
1,689.93										
공단 부담금	급여 본인부담 규모	비급여 본인부담 규모								
		571.70								
840.40	277.84	기준 비급여		제도성 비급여		등재 비급여	약제	보상 제외	기타	분류 불가
		72.46 (11.12%)		71.26 (13.07%)						
		MRI	초음파	선택 진료	상급 병실					
		46.76	25.70	36.86	34.42					

주1) 분류불가 비급여 의료비는 진료비 세부내역 분류가 되지 않은 비급여 의료비
 2) 분류불가 중 42.6%(세부내역이 존재하는 비급여 진료비 중 등재비급여에 해당하는 진료비 비중)을 등재비급여로 처리
 자료 : 실손의료보험 지급보험금DB

- **(자료분석의 한계점)** Bottom up 방식에서는 영수증 상에서 확인 가능하고, **표준화가 가능한 항목만** 분석에 반영되면서 보장성 강화된 비급여라고 하더라도 영수증에서 “인식”하지 못하면 분석에서 제외되었음.
 - 2018년도 보장성 강화 항목은 **선택진료와 상급병실 중심(제도 비급여)**으로 추진된 반면, 2019년도 보장성 강화는 **등재 비급여와 기준 비급여 중심**으로 진행 되었음.

- 제도 비급여는 식별이 용이한 반면, 등재+기준 비급여는 식별이 어려운 한 계로 영수증으로 확인 가능한 지급 감소분에서 다수가 제외 되면서 반사이익이 과소추계 되었을 가능성이 존재함.

□ 이와 같이 2019년 연구의 경우 '19년도 반사이익 추산이 “자료 표집 시점과 정책 시행 시점의 괴리가 확대” 되었고, “18년도 반사이익 산출 이후 보장성 강화가 이루어진 항목의 표집 건수가 실제 의료서비스 이용과 상당한 괴리”를 보인다고 하였으며, 이에 “추산 결과를 2020년 실손의료보험 보험료 조정에 반영하는 것은 적절하지 않은 것으로 판단”함.

○ 이에 의료서비스 이용 양상의 정확한 파악을 위한 DB를 구축하고, 보장성 강화 정책 시행에 따른 반사이익의 범주를 명확히 한 후 실손보험료 반영방법의 모색이 필요하다는 의견을 제시함.

○ 예컨대, “뇌혈관 MRI 이용은 실제 의료이용 양상과 상당한 차이를 보이며, 실제 이용 정도보다 과소 표집되었을 가능성이 있어 급여화 효과를 충분히 반영할 수 없는 것 판단한다”고 제언함.

□ 공사보험 협의체 위원으로 참석한 외부전문가들도 자료의 대표성 등에 한계가 있다고 지적하면서, '20년도 실손보험료 조정에 추산 결과를 반영하는 것은 적절하지 않다는 의견에 동의함.

□ 공사보험 협의체는 이러한 논의결과 '20년도 실손보험료에는 건강보험 보장성 강화로 인한 실손보험금 감소효과를 반영하지 않기로 하였으며,

○ 반사이익 추계방법의 한계와 개선방안에 대한 전문가 검토 및 후속연구 등을 거쳐 '20년 중 반사이익 재산출 후, 실손보험료 조정 등을 검토하기로 결정함.

3) 3차 반사이익 산출: 기존 방법의 문제점 분석 및 '20년 실손보험 반사이익 재산출 방법 제안

〈 실손의료보험 반사이익 산출연구('20) 〉

- '20년 4월 열린 공사보험 정책협의체 회의에서는 KDI의 분석 방법과 복지부가 제안한 방법을 검토하여 문제점을 분석하고, 이에 대해 대안을 제시
- 실손의료보험과 건강보험 자료를 연계한 후 익명처리된 정보를 연구자에게 제공하여 실손보험과 공적보험 자료를 연계한 후 개인단위 자료를 분석하는 방안을 제안

- '20년 4월 열린 공사보험 정책협의체 회의에서는 KDI의 분석 방법과 복지부가 제안한 방법을 검토하여 각 방법의 문제점을 분석하였음.
- (KDI 분석 방법) '16.7월~'17.6월 실손 청구 영수증 샘플자료를 바탕으로 '17.7월 이후 급여 확대에 따른 실손 보험금 감소(반사이익)를 추정함.
 - (문제점) '18~'19년 KDI 산출 방법으로는 의료이용의 증가가 미반영 되어 건강보험 보장성 강화가 실손 보험금 지급에 미치는 효과를 종합적으로 추정하는데 한계가 있다는 의견이 있었음.
 - 이와 같이 부정확한 보험금 감소효과가 先반영 되어, 실손보험 손해율이 지속적으로 악화되는 양상을 보였다(지적함(실손 손해를 합산비율: '18.9월 말 113.5% → '19.9월말 119.3%, '18→'19년도 보험료 갱신 시, 반사이익 추정 결과에 따라 6.15%p 인하 조정)
- (복지부 제안 방법) '17.8월 이후 새롭게 급여화된 항목에 대하여, 실손 보험계약자에 지출된 국민건강보험공단 부담금을 반사이익으로 측정하는 방식임.
 - (문제점) 급여정보만 포함된 건강보험 DB를 분석하므로 건강보험 보장성 강화가 유발하는 비급여 풍선 효과는 분석에서 배제되는 한계가 있다는 의견이 있었음.

- 급여 진료 증가, 급여수가 인상, 의료비 자연증가 등 실손보험금 증가 요인까지 포함되어 반사이익을 과대평가할 수 있다는 지적임.

□ 이와 같은 두 가지 방식의 한계점을 고려하여 2020년 실손보험 반사이익 산출을 위한 대안적 방법론이 다음과 같이 제안됨.

- (분석목적) 실손보험금 변동을 ①고령화·의료기술 발전 등에 따른 자연증가, ②비급여 항목 급여화에 따른 감소, ③비급여의 급여 전환에 따른 급여 진료 확대·비급여 품션 효과 등의 증가로 구분하여 제시하는 것이 필요함.
- (분석자료) 보장성 강화 전후 기간을 포괄하는 실손 보험금 샘플DB를 구축하여 실손 지급 보험금 변동을 측정하는 것이 필요함.
 - 특히, 급여화 효과가 큰 MRI·초음파 등 기존 비급여 항목의 급여화 효과를 정확히 산출하기 위해 건강보험 상병정보를 활용하는 것이 필요함.
- (분석절차) 개인정보보호법이 개정됨에 따라 중립적 분석을 위해 연구자에게 직접 실손의료보험 및 건강보험 익명·가명 자료를 제공한 후 분석하는 방안을 검토하는 것이 필요함.
- (결과활용) 반사이익의 보험료 사전 반영에서, 항목별 반사이익 사후평가로 전환하여 실손 상품구조 개편 및 비급여 관리 정책 등에 반영하는 것이 필요함.



제3장

건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향 분석방법 정리

- 제1절 분석방법 체계화 개요
- 제2절 Macro 분석방법 체계화
- 제3절 Mezzo 분석방법 체계화
- 제4절 Micro 분석방법 체계화

제 3 장

건강보험 보장성 강화의 실손의료보험 영향 분석방법 정리

제1절 분석방법 체계화 개요

〈표 3-1〉 분석 수준에 따른 분석방법 개요

	Micro level	Mezzo level	Macro level	
개요	보장성 강화 항목별 지출상세 자료 및 민간보험 가입자료를 연계한 반사이익 산출방식 개인단위 연계	의료비 구성/ 민간보험 가입 특성 등 프로파일링 자료를 활용한 반사이익 산출방식 특성단위 연계(성·연령)	보장성 강화 소요액 및 실손보험 가입·청구내역을 적용한 반사이익 산출방식 전체 평균값 활용	
분석 절차	자료의 양 다(↔ 분석의 용이성 低) ←.....			
	보장성 항목별 지출상세 ▼ 보장성 항목에 대한 의료이용 환자의 개인식별기 획득 ▼ 민간보험 가입여부 확인 및 비급여 자료 매칭 ▼ 건강보험과 실손보험 개인단위 표본코호트 구축	보장성 소요액 (비급여 항목별) ▼ 해당 코드를 이용한 환자의 성·연령별 자료 확보 ▼ 성·연령별 민간보험 가입률 프로파일 적용 ▼ 보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)	보장성 소요액 (총량) ▼ 거시적인 가정을 추정 및 적용 (실손보험 가입률, 청구율, 지급률, 보장률 등) ▼ 보장성 강화 정책에 따른 영향(민간보험사)	
▶ 가정의 수준 高(↔결과의 정확성 低)			
	제한점	개인정보 등 민감 정보 활용으로 인한 자료 구축 제약 발생	proxy 변수(프로파일) 활용으로 인한 정확성 제약	거시차원의 가정률만 반영하여 반사이익을 산출하는 한계점
	비고	KDI(2020)	한국보건사회연구원 (2020)	반사이익 초기연구 (김용익 등)

제2절 Macro 분석방법 체계화

1. Macro 분석차원 개요

- Macro 수준의 분석방식은 반사이익 산출 초기 연구에서 주로 활용한 방식으로, 보장성 강화 정책 소요액, 실손보험 관련 특성 등 거시적인 지표를 토대로 반사이익의 규모를 추정함.
- (단점) Macro 수준의 분석방식은 정확한 자료원 및 정교한 분석방법 부재로 분석결과에 오차범위가 크다는 제약이 있음.
- (장점) 그럼에도 불구하고 건강보험 급여실적, 실손보험 지급내역 등 자료원 수집에 한계가 있는 경우, 자료원 수집 및 구축에 대한 작업량이 크게 소요되지 않고, 상대적으로 분석이 용이하여 반사이익의 규모를 산출할 수 있다는 측면에서 장점이 있음.

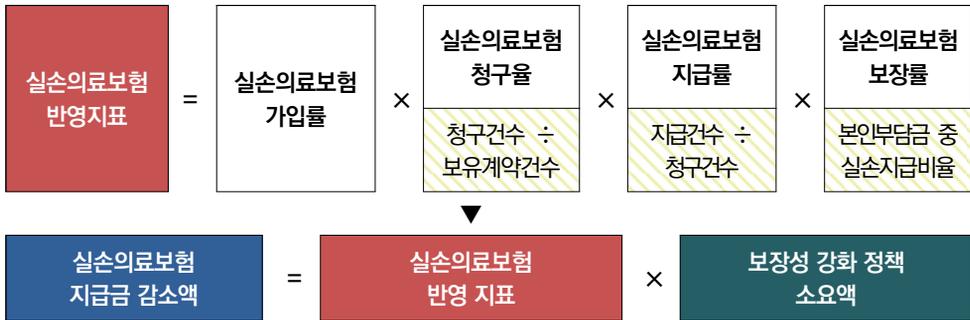
〈표 3-2〉 Macro 분석차원 개요

개요	보장성 강화 소요액 및 실손보험 가입·청구내역을 적용한 반사이익 산출방식	
연계수준	보장성 소요액, 실손보험 관련 특성 등 전체 평균값 활용	
주요변수	- 보장성 강화 정책의 소요액 - 실손의료보험 관련 특성(가입률, 청구율, 지급률, 보장률)	
분석절차	분석절차	예시
	자료원 및 거시지표 확보	- 보장성 강화 정책 소요액 - 실손의료보험 관련 청구내역 - 의료이용 및 의료비
	실손의료보험 반영지표(거시) 추정치 산출	- 실손보험 가입률 - 청구율 및 지급률 - 실손보험 보장률
	보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)	- 실손의료보험 지급금 감소액
장점	- 자료원 수집 및 데이터베이스 구축 과정을 거치지 않고 기존의 공표된 지표 등을 활용하여 대략적인 반사이익 규모 추정 가능	
한계점	- 거시차원의 가정률만 반영하여 반사이익을 산출하여 결과의 정확성이 낮고 오차범위 큼	

2. Macro 방식의 자료원 및 분석절차

- Macro 분석방식에서는 건강보험 보장성 강화 정책의 소요액에 **거시수준의 실손 의료보험 가입률, 청구율, 지급률, 보장률을 곱해** 실손의료보험의 반사이익을 산출함.
- Mezzo 방식과 필요한 자료원 및 산출 절차는 유사하나, **의료이용 특성별로 세분화한 프로파일을 적용**하는지 여부에 따라 두 분석방식이 구분되며, Macro 방식이 보다 거시적인 자료를 활용한 간편한 방식이라 할 수 있음.
- 이때, **연평균 실손의료보험 인하율은 연평균 실손의료보험 반사이익 금액을 연간 실손의료보험 수입보험료의 총액으로 나눈 값**을 의미함.

[그림 3-1] Macro 분석차원의 반사이익 산출절차



<표 3-3> Macro 분석방식의 자료원 목록(안)

구분	분석 대상		가용출처
투입액	보장성 강화 정책에 따른 연도별 소요액(집행액)		- 보건복지부 내부자료 (건강보험 급여비 모니터링)
인구	인구추계 및 특성		- 통계청 장래인구추계
실손보험 관련 특성	실손의료보험 가입률	건강보험 가입대상 중 실손의료보험에 가입한 비율	- 보험개발원 내부자료
	실손의료보험 청구율	가입자가 실손보험사에 실제 청구한 비율	- 보험연구원 조사자료
	실손의료보험 지급률 (수령률)	가입자가 보험사에 청구한 금액 중 실제 보험사가 보험금을 지급한 비율	- 금융감독원 내부자료
	실손의료보험 보장률	실손의료보험 가입자의 본인부담금 중 지급받은 금액의 비중	- 공시자료

- **(①보장성 강화 투입액)** 보장성 강화대책에 따른 연도별 소요액 자료를 확보함.
- **(실손의료보험 관련 거시적 지표)** 실손보험 가입 및 지급 관련 특성을 보장성 강화 정책의 소요액에 적용하여 반사이익을 산출함. Macro 방식에서는 거시적 지표를 활용하므로 실손의료보험 관련 공시된 지표를 활용 가능함.
 - **(②실손보험 가입률)** 보험개발원 내부자료에 통계청의 장래인구추계 자료를 적용하여 실손보험 가입률을 산출함.
 - **(③실손보험 청구율)** 실손의료보험사 약관 상 보험금 지급요건으로 명시한 사유의 발생에 대하여 가입자가 보험사에 실제로 청구한 비율을 의미하며, 보험연구원 조사자료 등을 활용함.
 - **(④실손보험 지급률)** 실손의료보험 가입자가 보험사에 청구한 금액 중 실제 보험사가 가입자에게 보험금을 지급한 금액의 비율을 의미하며, 총액에 대한 지급률만을 산출함.
 - **(⑤실손의료보험 보장률)** 실손의료보험 가입자의 본인부담금 중 실손보험으로 지급받은 금액의 비중이 해당됨. 실손의료보험 보장률은 주요 항목마다 상이(예: 4대 중증질환 90%, 상급병실 50% 등)하므로, 차등을 두어 반영하는 것이 필요함.
- **(실손의료보험 지급금 감소액)** 보장성 강화 정책 소요액에 실손의료보험 지표(가입률, 청구율, 지급률, 보장률을 복합적으로 반영)를 곱하여 산출함.

3. Macro 방식의 분석결과 레이아웃

- 연평균 실손의료보험 인하율은 연간 실손의료보험 수입보험료의 총액 대비 연평균 실손의료보험 반사이익 금액으로 산출할 수 있음.
- 주요 항목별 소요액을 토대로 보험금 지급 감소액 추정이 가능하나, 이를 위해서는 실손의료보험 지급금의 세부내역 정보도 확보해야 함.

〈표 3-4〉 Macro 방식의 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정(레이아웃)

(단위: 억 원, (%))

구분		합계	2017	2018	2019	2020
전체	소요액(a)					
	반사이익(b)					
	비율(b/a)					
비급여의 급여화	소요액(a)					
	반사이익(b)					
	비율(b/a)					
상급 병실	소요액(a)					
	반사이익(b)					
	비율(b/a)					

4. Macro 방식 적용 시 고려사항 및 장단점

- (장점) Macro 방식은 거시적인 지표를 활용하므로 별도의 DB를 구축 과정 없이 상대적으로 간편하게 단기간 내에 반사이익 규모를 추정할 수 있다는 장점이 있음.
 - 해당 방식을 적용하였을 때 필요한 자료는 보장성 소요액(전체), 실손보험 가입률, 청구율, 지급률 등과 같이 공식적으로 공표된 지표 값인 경우가 많아, 자료의 접근성 및 산출의 용이성이 높은 편임.
- (단점) 반면, 실질적인 의료비, 실손의료보험 청구액 등이 아닌 거시적 지표를 활용하는 만큼 값의 오차범위가 크고, 정확성이 낮다는 단점이 있음.
 - 또한, 주요 급여화 내역별 실손보험 지급금액 감소 등과 같이 보다 세분화된 반사이익을 추정하는 데는 제약이 따름.
- 이러한 특성으로 해당 방법론은 전반적인 추이 및 실태를 확인하는 경우에 활용될 수 있음. 즉, 자료 및 DB 접근에 제약이 있는 경우 정책 방향성을 설정하는데 참고할 수 있는 지표 산출 시 적용 가능함. 실질적으로 실손보험료율 인하 등과 같은 협상의 과정에서는 보다 정밀한 분석방식을 적용하는 것이 적절함.

제3절 Mezzo 분석방법 체계화

1. Mezzo 분석차원 개요

- Mezzo 수준의 분석방식은 Macro 분석방식의 거시적 추정의 한계를 보완하고, 개인 단위 민감자료 접근성의 제한점을 감안하여 **의료비 구성, 실손의료보험 가입 특성 등 프로파일링 자료를 활용한** 분석방법임.

〈표 3-5〉 Mezzo 분석차원 개요

개요	의료비 구성/ 민간보험 가입 특성 등 프로파일링 자료를 활용한 반사이익 산출방식			
연계수준	성·연령 등 인구학적 특성단위 연계			
주요 변수	<ul style="list-style-type: none"> - 의료이용 구성비(급여화 대상 항목별) - 실손보험 관련 특성(가입률, 청구율, 지급률) - 항목별 보장성 강화 정책 집행액 			
분석절차	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">분석절차</th> <th style="width: 50%;">예시</th> </tr> </table>	분석절차	예시	
	분석절차	예시		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">조작적 정의 및 분석범위 설정</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 보장성 강화 정책: 의학적 비급여의 급여화 - 민간의료보험: 실손의료보험 - 보장성 강화에 따른 영향범위: 기존 법정본인부담, 비급여의 급여화에 따른 보험금 감소분 </td> </tr> </table>	조작적 정의 및 분석범위 설정	<ul style="list-style-type: none"> - 보장성 강화 정책: 의학적 비급여의 급여화 - 민간의료보험: 실손의료보험 - 보장성 강화에 따른 영향범위: 기존 법정본인부담, 비급여의 급여화에 따른 보험금 감소분 	▼
	조작적 정의 및 분석범위 설정	<ul style="list-style-type: none"> - 보장성 강화 정책: 의학적 비급여의 급여화 - 민간의료보험: 실손의료보험 - 보장성 강화에 따른 영향범위: 기존 법정본인부담, 비급여의 급여화에 따른 보험금 감소분 		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100%;">급여화 항목별 코드를 이용한 환자의 성·연령별 자료 확보</td> </tr> </table>	급여화 항목별 코드를 이용한 환자의 성·연령별 자료 확보	▼	
급여화 항목별 코드를 이용한 환자의 성·연령별 자료 확보				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100%;">성·연령별 민간보험 가입률 프로파일을 보장성 강화 소요액에 적용</td> </tr> </table>	성·연령별 민간보험 가입률 프로파일을 보장성 강화 소요액에 적용	▼		
성·연령별 민간보험 가입률 프로파일을 보장성 강화 소요액에 적용				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 보장성 강화 항목별 반사이익 규모 - 실손지급금 대비 반사이익 비율 </td> </tr> </table>	보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)	<ul style="list-style-type: none"> - 보장성 강화 항목별 반사이익 규모 - 실손지급금 대비 반사이익 비율 		
보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)	<ul style="list-style-type: none"> - 보장성 강화 항목별 반사이익 규모 - 실손지급금 대비 반사이익 비율 			
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 보장성 강화 소요액, 실손보험 청구내역 등 거시적 지표를 반영한 방법론에 비해 자료의 양이 많아지므로, 결과의 정확성 수준 향상 			
한계점	<ul style="list-style-type: none"> - proxy 변수(프로파일) 활용으로 인한 개인단위 정보를 연계한 방법론에 비하여 정확성 제약 			

- 앞서 제시한 Macro 분석방식은 반사이익 발생에 영향을 준 보장성 강화 정책의 세부 소요액, 실손보험 가입 및 지급 정보 등만을 적용하므로 상대적으로 산

출에 포함되는 자료원이 명료하고 분석이 용이함. 그러나 거시적 차원의 지표만을 토대로 산출하므로 실질적인 반사이익의 규모 추정에 오차범위가 크다는 한계가 있음.

- 한편, Micro 수준의 분석방식은 실제 실손보험금 지급 내역과 개인의 의료이용 정보를 연계한 방식이므로 반사이익의 규모를 산출하기에 가장 정확성이 높은 접근 방식이나, 민감정보에 해당되는 자료가 많아 일반적으로 자료원을 확보하고 구축하는데 제약이 많은 편임.

□ 즉, Mezzo 분석방법은 프로파일 형태로 의료이용 및 실손의료보험 가입자 자료를 정제하여 Top-down 방식으로 총량 개념에 해당하는 건강보험 보장성 강화 정책 소요액을 각 요소별로 배분하여 의료이용자의 인구사회학적 특성, 의료기관 종별, 진료형태별, 질환별, 실손의료보험 상품유형별 등 다양한 정보를 반영할 수 있다는 특징이 있음.

- (분석의 구성요소① 보장성 강화 정책 소요액) 보장성 강화 정책 중 실손의료보험 청구 및 지급에 영향이 있는 항목의 소요액을 파악하는 것이 필요함.

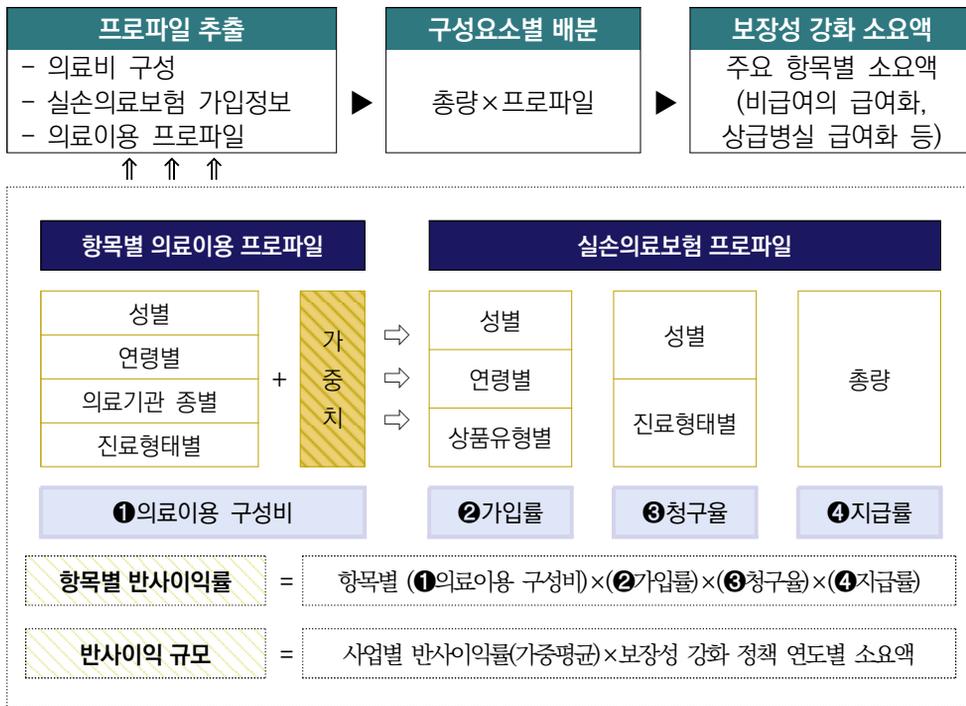
- 등재비급여, 기준비급여, MRI, 초음파, 중증약제, 상급병실 등에 대한 급여화 내역이 포함됨.
- 이외에도 선택진료, 본인부담 상한제 적용 등이 있으나, 본 연구에서는 비급여의 급여화 항목을 중심으로 Mezzo 분석차원에 따른 체계화 방안을 제시하고자 함.

- (분석의 구성요소② 의료비 및 의료이용 프로파일) 보장성 강화 정책의 소요액이 어떻게 활용되었는지 적절히 배분하기 위하여 의료비와 의료이용 구성을 세분화하여 파악할 필요가 있음. 이때, 프로파일 추출의 대상이 되는 항목은 실손의료보험에 영향을 준 보장성 강화 정책이 해당되며, 이를 사전에 정의내리는 것이 필요함.

- (의료비 대상 항목) 등재비급여, 기준비급여, MRI, 초음파, 선택진료, 상급병실 등의 항목에 대한 의료비 구성을 파악하며, 이는 보장성 강화 정책 소요액에 해당되는 항목과 일치함.

- (의료비 의료이용) 성별, 연령별(5세 단위), 의료기관 종별(상급, 종합), 진료형태별(입원, 외래) 등으로 의료이용 가중치를 반영한 의료비 프로파일을 구성할 수 있음.
 - 의료비 및 의료이용 프로파일 구축을 위한 자료원은 국민건강보험공단 진료비 실태조사, 건강보험 청구자료 등을 활용할 수 있음.
- (분석의 구성요소③ 실손의료보험 가입 관련 프로파일) 실손의료보험 가입 특성(가입률, 청구율, 지급률)을 의료이용 구성비 프로파일에 배분하여 항목별 반사이익률을 계산할 수 있음.
- 항목별 반사이익률에 가중평균을 적용하여 보장성 강화 정책의 주요 항목별 반사이익률을 산출하고 보장성 강화대책의 연도별 소요액을 적용함. 보장성 강화 정책에 투입된 재정소요액에 따른 민간보험사(실손)의 반사이익 규모를 산출할 수 있음.

[그림 3-2] Mezzo 분석차원의 모형



2. Mezzo 방식의 분석절차

가. 건강보험 보장성 강화 정책의 영향 범위 설정

□ 보장성 강화 정책에 따른 실손의료보험 반사이익 규모를 산출하기에 앞서, **분석에 포함될 보장성 강화 정책의 범위를 규명하는 것이 선행되어야 함.**

○ Mezzo 방식에서는 **개인의 실손보험 청구 및 지급내역을 기반으로 하는 것이 아닌, 보장성 강화 정책의 총 소요액을 배분하는 방식**으로 반사이익 규모를 추정하므로 **보장성 강화 정책 중 실손의료보험에 영향을 준 항목이 어느 범위까지인지 정의하는 것이 필요함.**

〈표 3-6〉 보장성 강화 정책 중 급여화 항목 및 연간 소요액(2019)

급여화 대상 항목	정책 내용	세부항목	연간 소요액 ('19년, 억 원)
등재비급여	안전성 및 유효성은 입증되었지만, 비용효과성이 입증되지 않은 비급여로 필수적 의료로 판단되는 항목을 우선적으로 급여화	- 행위(109개 항목) - 치료재료(211개 항목)	2,939
기준비급여	건강보험이 적용되나 급여 횟수·개수, 적응증 제한 등 보험 적용기준이 엄격한 항목에 대해 급여기준 확대	- 행위(83개 항목) - 치료재료(39개 항목)	1,895
MRI	MRI 및 초음파는 기준비급여에 해당되며, 의학적 필요가 인정되는 경우 보험이 적용되도록 주요 부위에 따라 단계적으로 건강보험 적용 확대	- 뇌·뇌혈관, 두경부, 복부·흉부·전신 MRI - MRI 급여화에 따른 손실보상	2,206
초음파	MRI 및 초음파는 기준비급여에 해당되며, 의학적 필요가 인정되는 경우 보험이 적용되도록 주요 부위에 따라 단계적으로 건강보험 적용 확대	- 상·하복부, 응급중환자, 남성생식기 초음파 - 방광잔뇨량 검사 - 초음파 급여화에 따른 손실보상	4,304
중증약제	positive 방식의 의약품 선별급여(본인부담률 30~80%)를 도입하여 필수 급여화 여부를 우선적으로 검토	- 일반약제(등재/기준) - 항암제(등재/기준)	4,021
상급병실	2·3인실 상급병실료 부담 완화를 위해 단계적으로 건강보험을 적용	- 상급병실 급여화 (상중·종합·병원·한방병원 2~3인실) - 상급병실 급여화에 따른 손실보상	2,528

주: 각 급여화 대상 항목별 세부항목은 2019년 12월 기준 급여화된 항목에 대해서만 기재함.

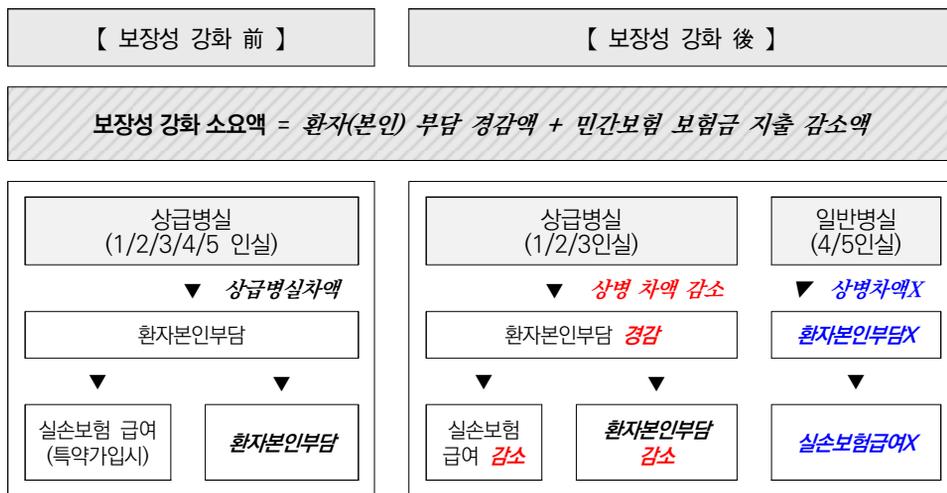
자료: 보건복지부 내부자료(2020) 및 신현웅 외(2019)를 참고하여 작성함.

□ 이에 건강보험 보장성 강화 정책에 따른 반사이익 발생 경로를 파악하고, 각 단계 및 행위주체별로 정책의 영향에 대한 보다 상세한 분석이 필요함.

○ (예시: 상급병실) 보장성 강화 정책 시행 전후 환자 및 실손보험사의 부담 수준 차이를 비교하기 위하여 상급병실 급여화를 예시로 살펴보았음.

- 상급병실 급여화로 인해 기존 4-5인실은 일반병실으로, 1-3인실에 대해서는 상급병실 차액을 경감함에 따라 환자의 본인부담이 완전히 해소되거나 경감되는 양상을 확인할 수 있음. 또한, 환자 본인부담 규모 자체가 감소함에 따라 실손보험사의 급여 규모 또한 감소함.

〈표 3-7〉 보장성 강화 전후 본인부담 수준 차이(상급병실 급여화)



○ (예시: MRI) 다음은 MRI 급여화에 따른 본인부담 수준 및 보장성 강화 소요액에 대한 예시로, 실손보험 가입여부에 따라 구분하여 살펴보았음.

- 급여화 전 특정 MRI 항목의 본인부담이 40만원이라 가정하였을 때, 보장성 강화 정책으로 기존의 환자 본인부담이 20%(8만원)로 경감되고, 실손의료보험 가입자의 경우 이중 본인부담 20%에 해당하는 1.6만원만을 실제 부담하게 되어 보장성 강화 정책 시행 전에 비해 6.4만원의 의료비 지출이 감소함.

- 또한, 실손보험사는 보장성 강화 정책 시행 전 MRI 의료이용에 대해 32만 원을 부담하였다면, 보장성 강화 정책 시행 후 6.4만원만을 실손보험 가입자에게 지급하게 되어 건강보험 보장성 강화 정책의 반사이익으로 25.6만원의 보험금 지출이 감소함.

<표 3-8> 보장성 강화 전후 실손보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이(MRI 급여화)

구분	【 보장성 강화 前 】	【 보장성 강화 後 】									
보장성 강화 소요액 = 환자(본인) 부담 경감액 + 민간보험 보험금 지출 감소액											
실손보험 가입자	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">MRI (40만원)</td> <td style="text-align: center;">본인부담 20%(8만원)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">민간보험 급여(32만원)</td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 20%(8만원)	민간보험 급여(32만원)	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">MRI (40만원)</td> <td style="text-align: center;">본인부담 4%(1.6만원)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">민간보험 급여(6.4만원)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">건강보험 급여(32만원)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">보장성 강화 후 본인부담 6.4만원 ▼</td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 4%(1.6만원)	민간보험 급여(6.4만원)	건강보험 급여(32만원)	보장성 강화 후 본인부담 6.4만원 ▼	
	MRI (40만원)		본인부담 20%(8만원)								
민간보험 급여(32만원)											
MRI (40만원)	본인부담 4%(1.6만원)										
	민간보험 급여(6.4만원)										
	건강보험 급여(32만원)										
보장성 강화 후 본인부담 6.4만원 ▼											
실손보험 미가입자	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">MRI (40만원)</td> <td style="text-align: center;">본인부담 100%(40만원) 비급여</td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 100%(40만원) 비급여	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">MRI (40만원)</td> <td style="text-align: center;">본인부담 20%(8만원)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">건강보험 급여(32만원)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">보장성 강화 후 본인부담 32만원 ▼</td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 20%(8만원)	건강보험 급여(32만원)	보장성 강화 후 본인부담 32만원 ▼			
	MRI (40만원)	본인부담 100%(40만원) 비급여									
MRI (40만원)	본인부담 20%(8만원)										
	건강보험 급여(32만원)										
보장성 강화 후 본인부담 32만원 ▼											

나. 반사이익 산출을 위한 자료원 확보 및 DB 구축

- 분석의 각 단계에서 필요한 자료의 신뢰성 및 정확성을 제고하기 위해 어떤 자료원을 활용하는 것이 적절한지 우선순위를 설정하여야 함. 이를 근거로 자료원을 확보하고, 반사이익 산출을 위한 데이터베이스 구축이 선행되어야 함. 또한, Mezzo 분석방법 특성상 다양한 출처의 자료원을 활용해야 하므로 자료원의 시점, 분석단위 수준 등에 대한 조율이 필요함.
- Mezzo 분석방식을 토대로 반사이익 산출 시 고려해야 할 자료는 크게 투입액(보장성 강화 정책의 소요액), 인구, 의료이용 특성(의료비 및 의료이용), 실손보험 가입 및 지급·청구 특성으로 구분할 수 있음.

□ Mezzo 분석방식에 따라 포함되는 자료원에 대한 상세한 내용은 다음과 같음.

- **(①보장성 강화 투입액)** 보장성 강화 정책별 각 항목 소요액임. 분석대상은 비급여의 급여화 항목(등재비급여, 기준비급여, MRI, 초음파, 중증약제 급여화 항목) 및 상급병실 급여화 정책의 각 소요액임. **보장성 강화가 시행되기 전에는 추정된 소요액을 활용하여 반사이익을 산출하였으나, 보장성 강화가 추진된 이후에는 실제 집행용 자료를 활용할 수 있어 자료의 정확성을 더 확보할 수 있음.**
 - 본 연구에서는 2018~2019년 반사이익 추정을 중심으로 분석방법을 제시하고 있으므로 '3대 비급여 해소' 중 2018년 실손보험료 조정에 기 반영된 선택진료비 폐지에 대한 항목은 제외하였음.

〈표 3-9〉 Mezzo 분석방식의 자료원 목록(안)

구분		분석 대상	포함 변수	가용출처
투입액		보장성 강화 정책 소요액(집행액)	- 보장성 강화 정책별 소요액 (등재/기준/MRI/초음파/중증약제, 상급병실료 등)	- 보건복지부
인구		인구추계	- 성별 - 연령별	- 통계청
의료이용 특성	등재/기준/MRI/초음파/중증약제	급여화 항목 이용행태	- 성별 - 연령별 - 진료형태별(입원, 외래) - 종별(상급종합, 종합, 병원, 의원)	- 진료비 실태조사 (건보공단) - 건강보험통계 (건보공단, 심평원) - 건강보험 청구자료 (건보공단)
	상급병실	상급병실 이용실적	- 성별 - 연령별 - 병실규모(인실) - 종별(상급종합, 종합, 병원, 의원)	
실손보험 관련 특성	가입률	실손보험 가입률	- 성별 - 연령별 - 상품유형별(표준단독, 표준특약 등)	- 보험개발원 내부자료
	청구율	실손보험 청구율	- 성별 - 진료형태별(입원, 외래)	- 보험연구원 조사자료
	지급률	실손보험 지급률(수령률)	- 총량(본인부담 반영)	- 금융감독원 내부자료

- **(②인구) 통계청 장래인구추계 자료(중위가정 기준)를 활용하여 성별·연령별 인구구조를 토대로 실손의료보험 가입자의 인구 특성을 산출함.**

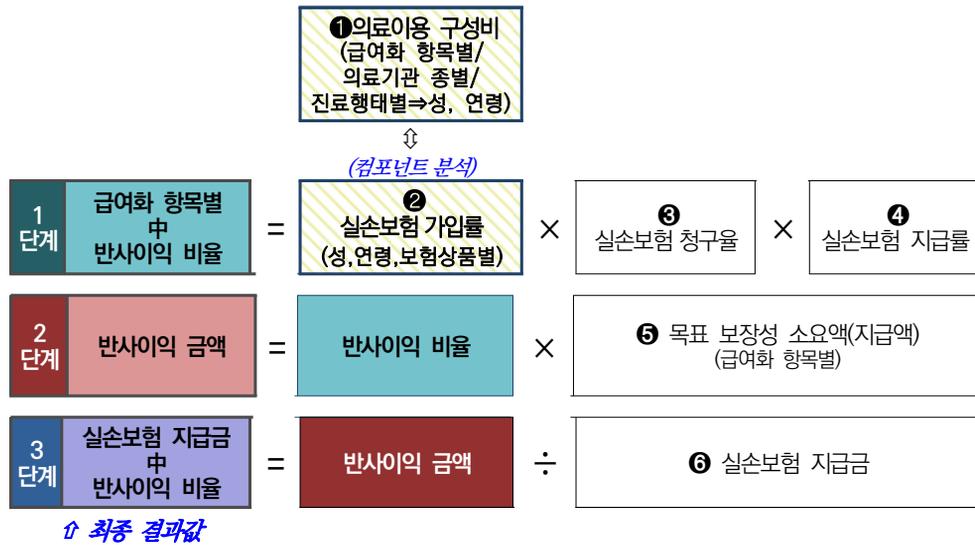
- 실손의료보험 가입현황 자료에 인구추계 자료를 적용하여 성별, 연령별, 상품유형별 실손보험 가입자 수를 추정함.
- (㉓의료이용 특성) 보장성 강화 정책 시행 이후 급여 실적자료를 활용하여 세부 항목별 의료비 및 의료이용 특성을 성별, 연령별, 진료형태별, 의료기관 종별 등으로 파악하며 세부항목별로 변수를 조정하여 프로파일을 구축함.
 - 의료이용 특성 프로파일 구축을 위한 자료원에는 진료비 실태조사, 건강보험 통계연보, 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험 청구자료 등이 있으나, 건강보험 급여실적(국민건강보험공단) 자료를 토대로 산출하는 것이 가장 정확성이 높음.
 - 기존에는 해당 보장성 강화 항목에 대한 실제 의료이용 자료가 없어서 의료이용을 추정하는 방식을 활용하였으나, 비급여의 급여화가 진행된 이후에는 해당 항목별 의료이용 실적이 축적됨에 따라 실제 의료이용 자료를 활용하는 것이 가능하게 되었음.
- (㉔실손의료보험 관련 특성) 실손의료보험 관련 특성은 가입률, 청구율, 지급률(지급금액 기준, 본인부담 반영)을 프로파일링하는 것이 필요함.
 - (실손의료보험 가입률) 보험개발원의 실손의료보험 가입실적 자료를 토대로 성별, 연령별, 상품유형별(표준단독, 표준특약 등) 가입률을 산출함.
 - (실손의료보험 청구율) 보험연구원의 조사자료를 활용하여 성별, 진료형태별 청구율(또는 미청구율)을 산출함.
 - (실손의료보험 지급률) 금융감독원 내부자료를 토대로 총량 단위의 지급률을 추정함.

다. 단계별 분석방법

- 건강보험 보장성 강화 정책에 따른 실손의료보험의 보험금 지급 감소분 규모를 추정하기 위해 보장성 강화 소요액을 구성요소별(component)로 배분하여 실손보험 가입, 청구·지급여부, 실손보험 본인부담 등을 고려하여 산출함.

- 단계별 분석 절차는 아래와 같으며, (1단계)비급여 항목별 반사이익 비율 산출, (2단계)반사이익 규모 추정, (3단계)실손보험 지급금 중 반사이익 비율 산출의 순으로 진행됨.

[그림 3-3] Mezzo 방식의 반사이익 산출절차



1) 1단계: 급여화 항목별 반사이익 비율 산출

□ 급여화 항목별 반사이익 비율을 산출하는 단계로, 프로파일을 추출하고 구성요소 (component)별로 이를 배분하는 과정이 이에 해당됨. 수집한 자료원을 토대로 실손보험 반사이익 산출을 위한 변수 값들을 구하는 과정으로, 작업량이 많은 단계임.

- (의료이용 구성비) 선행연구에서는 진료비 실태조사 자료 등을 토대로 비급여의 급여화 전 반사이익을 추정하는 경우가 많았으나, 현 시점에서는 이미 보장성 강화 정책 시행으로 급여화가 상당히 진행되었음. 이에 건강보험 청구자료의 급여실적을 토대로 실제 의료이용 자료를 산출 가능함.

- (실손보험 가입률) 성별, 연령별, 급여화 항목별 의료이용 구성비를 산출한 후 이를 실손보험 가입 특성에 적용하여 실손보험 가입률의 프로파일을 구축함.
 - 실손보험 가입특성에는 성별, 연령별, 보험상품 유형별(착한실손, 표준화실손, 구실손 등) 특성을 분배하여 적용함.
- (실손보험 청구율) 보험사 약관 상 보험금 지급요건으로 명시한 사유의 발생에 대하여 가입자가 보험사에 실제로 청구한 비율을 의미하며, 각 급여화 항목별로 산출함.
 - 등재비급여, 기준비급여, MRI, 초음파는 모든 진료형태(입원, 외래)에서 발생하므로 진료형태별 의료이용비를 가중치로 적용함.
 - 반면, 상급병실과 중증약제는 각각 입원, 약제에서만 발생하므로 입원 및 약제 청구율을 각각 적용함.
- (실손보험 지급률) 가입자가 보험사에 청구한 금액 중 실제 보험사가 가입자에게 보험금을 지급한 금액의 비율을 의미하며, 총액에 대한 지급률만을 산출함.

2) 2단계: 반사이익 규모 추정

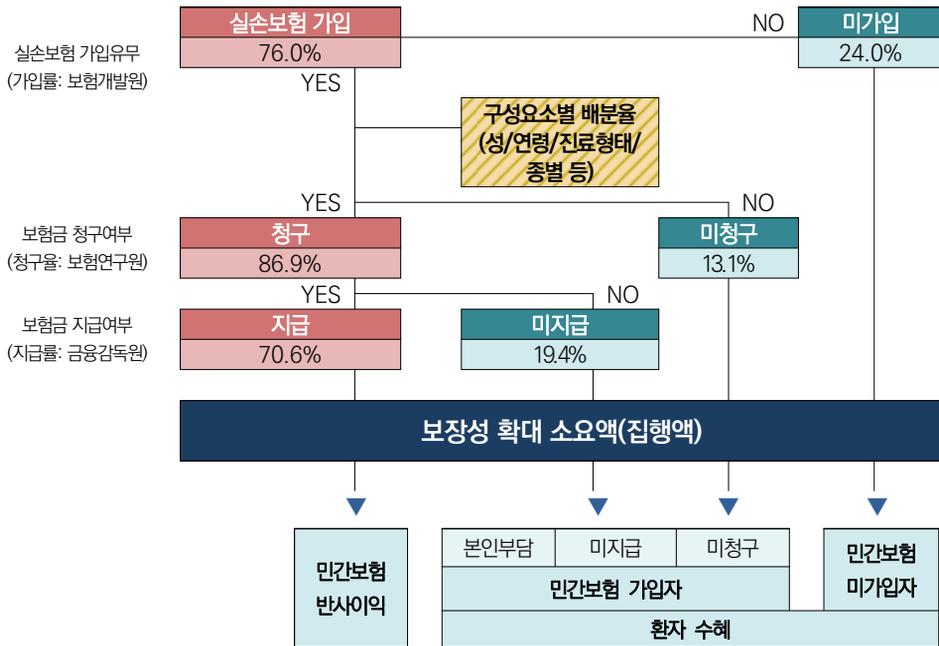
- 비급여의 급여화가 시행된 이후 시점에서, 보장성 강화의 실제 집행액을 토대로 1단계에서 산출한 반사이익 비율을 적용하여 반사이익 금액을 산출함.
- (항목별 보장성 강화 집행액) 의료이용 구성비, 실손보험 관련 특성을 프로파일로 적용하여 반사이익 비율을 구하고, 이를 항목별 보장성 강화 정책 집행액에 곱하여 반사이익 금액을 산출함.

3) 3단계: 실손보험 지급금 중 반사이익 비율 산출

- 2단계에서 산출한 반사이익 금액을 토대로 실손보험 지급금 대비 반사이익 비율을 도출할 수 있음.
- 세부항목별 반사이익 비율을 산출할 수 있으며, 항목별 보장성 강화 정책에 따른 영향을 파악함으로써 산출 결과의 정책적 활용도를 제고할 수 있음.

- 이와 같이 Mezzo 방식에서 보장성 강화 정책에 따른 실손의료보험 반사이익을 산출하는 절차를 살펴보았으며, 이 과정을 도식화하면 다음과 같음.
- 실손의료보험 가입여부, 청구 여부, 보험금 지급여부에 따라 정책수혜 대상자 별(민간보험 미가입자, 민간보험 가입자, 실손보험사) 수혜규모를 파악하는 것이 가능함.

[그림 3-4] Mezzo 방식에서의 실손보험 반사이익 금액 산출과정



주: 위 산출과정 도식에서 제시한 실손보험 가입 및 지급에 대한 자료는 각각 보험개발원(2018-2019), 보험연구원(2014), 금융감독원(2018-2019)의 수치를 활용하였으며, 산출과정 이해를 돕기 위하여 대입함.

3. Mezzo 방식의 분석결과 레이아웃

가. 의료비 및 의료이용 특성

- 반사이익 산출의 대상기간 동안(예: 2019년 1월~12월)의 급여비 집행실적을 아래와 같이 인구사회학적 특성, 의료이용 특성에 따라 의료이용 구성비를 산출할 수 있음.

- 이 때 **급여화 대상 정책의 특성에 따라 프로파일 단위를 세분화 또는 조정하는 것이 가능함.**
 - **(대상 항목)** 보장성 강화 정책에 따른 비급여의 급여화 대상 항목
 - **(인구사회학적 특성)** 성별(남성, 여성), 연령대별(5세 구간)
 - **(의료이용 특성)** 진료형태별(입원, 외래, 약국), 의료기관 종별(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 등)

〈표 3-10〉 의료비 및 의료이용 특성 프로파일 매트릭스(안)

		인구사회학적 특성			의료이용 특성							
		성별		연령대별 (5세 단위)	진료형태별			의료기관 종별				
		남성	여성		입원	외래	약국	상중	종합	병원	의원	
정책 대상 항목	등재비급여											
	기준비급여											
	MRI											
	초음파											
	중증약제											
	상급병실											

주: 취약계층 대상(아동, 노인, 장애인 등) 보장성 강화 정책에 따른 반사이익 규모 산출 시 인구사회학적 특성을 보다 세분화하여 프로파일링할 수 있음.

- 의료이용 구성비 레이아웃을 2019년 등재비급여 중 급여화 항목의 진료비 실적을 예시로 살펴보면 다음과 같음.
 - 등재비급여의 경우, **인구학적 특성별(성별, 5세 구간 연령대별), 진료형태별(입원, 외래) 진료비 규모 및 비중을 파악함.**
 - 이 때, **보장성 강화 세부항목별 특성에 따라 레이아웃 구성을 달리 할 수 있음.**

〈표 3-11〉 의료이용 구성비 레이아웃 예시(등재비급여, 2019년)

인구학적 특성별		진료형태별			
성별	연령대	입원		외래	
		진료비(억 원)	비중(%)	진료비(억 원)	비중(%)
남성	1세 이상-5세 미만	238.3	5.92	15.4	0.38
	5세 이상-10세 미만	10.0	0.25	3.1	0.08
	10세 이상-15세 미만	10.0	0.25	1.7	0.04
	15세 이상-20세 미만	17.8	0.44	2.2	0.06
	20세 이상-25세 미만	28.5	0.71	3.8	0.10
	25세 이상-30세 미만	39.7	0.99	5.0	0.12
	30세 이상-35세 미만	62.3	1.55	5.3	0.13
	35세 이상-40세 미만	83.7	2.08	6.4	0.16
	40세 이상-45세 미만	84.7	2.11	6.0	0.15
	45세 이상-50세 미만	93.0	2.31	6.9	0.17
	50세 이상-55세 미만	93.3	2.32	7.6	0.19
	55세 이상-60세 미만	113.5	2.82	10.6	0.26
	60세 이상-65세 미만	122.9	3.05	15.9	0.40
	65세 이상-70세 미만	100.5	2.50	18.4	0.46
	70세 이상-75세 미만	86.5	2.15	25.8	0.64
	75세 이상-80세 미만	71.4	1.78	29.3	0.73
80세 이상	64.2	1.59	34.9	0.87	
소계(남)		1,320.4	32.81	198.3	4.93
여성	1세 이상-5세 미만	220.0	5.47	13.6	0.34
	5세 이상-10세 미만	6.8	0.17	2.1	0.05
	10세 이상-15세 미만	5.4	0.13	1.4	0.03
	15세 이상-20세 미만	11.2	0.28	1.7	0.04
	20세 이상-25세 미만	63.6	1.58	3.0	0.08
	25세 이상-30세 미만	263.0	6.54	4.3	0.11
	30세 이상-35세 미만	610.0	15.16	5.5	0.14
	35세 이상-40세 미만	438.1	10.89	6.1	0.15
	40세 이상-45세 미만	88.5	2.20	5.2	0.13
	45세 이상-50세 미만	44.5	1.11	6.0	0.15
	50세 이상-55세 미만	57.3	1.42	7.7	0.19
	55세 이상-60세 미만	71.2	1.77	11.1	0.28
	60세 이상-65세 미만	83.0	2.06	18.0	0.45
	65세 이상-70세 미만	74.6	1.85	22.5	0.56
	70세 이상-75세 미만	72.9	1.81	30.6	0.76
	75세 이상-80세 미만	71.9	1.79	43.3	1.08
80세 이상	80.7	2.00	60.6	1.51	
소계(여)		2,262.6	56.23	242.7	6.03
합 계		3,583.0	89.04	441.0	10.96

주: 2019년 연간 등재비급여 급여화 항목에 대한 급여 집행실적을 토대로 성별, 연령대별, 진료형태별 의료비 구성 비율을 파악함.

자료: 국민건강보험공단 급여전략실 내부자료. (2020).

나. 실손의료보험 관련 특성

- 실손의료보험 관련 특성에는 **실손의료보험 가입률, 청구율, 지급률**이 있으며, 각각의 **특성별 레이아웃**은 다음과 같음.
 - **(가입률)** 성별, 연령별, 상품유형별 실손의료보험 가입자를 인구 추계치(통계청 장래인구추계)로 나누어 **가입률과 구성비**를 각각 산출함.
 - 특히, 실손의료보험은 **상품유형별로 가입률이 차이가 크므로 유형 구분이 필요함**.
 - **(청구율)** 성별, 진료행태별에 **청구율을 산출**하며 **외래와 약 처방**에 대해서는 **정액 기준**이 있으므로 이를 구분하여 **청구율을 파악**하는 것이 필요함.
 - 참고로 외래 1만원 기준, 약 처방은 8천원 기준임.

〈표 3-12〉 실손의료보험 청구율 레이아웃 예시(2014년)

(단위: %)

구분	입원	외래		약 처방		평균
		1만원 초과	1만원 이하	8천원 초과	8천원 이하	
전체	95.5	90.4	48.6	93.4	50.5	75.7
남성	90.9	85.1	60.1	85.3	58.3	75.9
여성	100.0	93.0	43.0	97.6	46.4	76.0

주: 조용운 외(2014) 연구의 p.29를 재구성함.

- **(지급률)** 가입자 측면에서는 **수령률**에 해당하며, 지급률에 대해서는 별도의 특성 구분 없이 **청구액 대비 지급 보험금 총량**으로 파악함.

〈표 3-13〉 실손의료보험 지급률 레이아웃 예시(2019년)

(단위: 조원)

구분	청구액	보험금	지급률
생명보험사	2.09	1.47	70.3%
손해보험사	12.08	8.75	72.5%
계	14.16	10.22	72.2%

〈표 3-14〉 실손의료보험 성·연령별·상품별 가입률 레이아웃 예시(2015년)

(단위: %)

구분	계		단독		특약		구실손		
	가입률	구성비	가입률	구성비	가입률	구성비	가입률	구성비	
전체	62.17	(100.0)	1.13	(1.8)	37.06	(59.6)	23.98	(38.6)	
남성	소계	63.03	(100.0)	1.08	(1.7)	37.60	(59.7)	24.35	(38.6)
	0세~4세	75.47	(100.0)	0.57	(0.8)	74.90	(99.2)	0.01	(0.0)
	5세~9세	88.27	(100.0)	0.73	(0.8)	38.21	(43.3)	49.33	(55.9)
	10세~14세	69.54	(100.0)	1.11	(1.6)	40.41	(58.1)	28.02	(40.3)
	15세~19세	74.29	(100.0)	1.30	(1.7)	45.22	(60.9)	27.77	(37.4)
	20세~24세	64.52	(100.0)	1.20	(1.9)	41.68	(64.6)	21.64	(33.5)
	25세~29세	72.99	(100.0)	1.48	(2.0)	46.56	(63.8)	24.96	(34.2)
	30세~34세	78.25	(100.0)	1.52	(1.9)	47.96	(61.3)	28.77	(36.8)
	35세~39세	75.85	(100.0)	1.67	(2.2)	47.12	(62.1)	27.06	(35.7)
	40세~44세	67.67	(100.0)	1.27	(1.9)	37.94	(56.1)	28.46	(42.1)
	45세~49세	67.84	(100.0)	1.37	(2.0)	38.69	(57.0)	27.78	(41.0)
	50세~54세	63.74	(100.0)	1.11	(1.7)	35.12	(55.1)	27.52	(43.2)
	55세~59세	56.00	(100.0)	0.97	(1.7)	29.94	(53.5)	25.09	(44.8)
	60세~64세	45.78	(100.0)	0.56	(1.2)	20.92	(45.7)	24.30	(53.1)
	65세~69세	23.09	(100.0)	0.20	(0.9)	10.29	(44.5)	12.61	(54.6)
	70세~74세	7.46	(100.0)	0.05	(0.6)	3.25	(43.6)	4.16	(55.8)
	75세~79세	1.09	(100.0)	0.00	(0.3)	0.48	(43.8)	0.61	(55.8)
	80세~84세	0.38	(100.0)	0.00	(0.0)	0.16	(42.6)	0.22	(57.4)
	85세 이상	5.22	(100.0)	0.00	(0.0)	2.18	(41.9)	3.03	(58.1)
여성	소계	61.30	(100.0)	1.18	(1.9)	36.52	(59.6)	23.60	(38.5)
	0세~4세	74.30	(100.0)	0.58	(0.8)	73.72	(99.2)	0.01	(0.0)
	5세~9세	86.09	(100.0)	0.77	(0.9)	38.52	(44.7)	46.80	(54.4)
	10세~14세	66.49	(100.0)	1.20	(1.8)	40.07	(60.3)	25.22	(37.9)
	15세~19세	70.98	(100.0)	1.36	(1.9)	44.66	(62.9)	24.96	(35.2)
	20세~24세	68.00	(100.0)	1.47	(2.2)	45.53	(67.0)	21.00	(30.9)
	25세~29세	75.59	(100.0)	1.69	(2.2)	49.79	(65.9)	24.12	(31.9)
	30세~34세	80.87	(100.0)	1.62	(2.0)	46.80	(57.9)	32.44	(40.1)
	35세~39세	77.99	(100.0)	1.93	(2.5)	46.54	(59.7)	29.51	(37.8)
	40세~44세	70.82	(100.0)	1.50	(2.1)	39.30	(55.5)	30.02	(42.4)
	45세~49세	73.47	(100.0)	1.70	(2.3)	41.85	(57.0)	29.92	(40.7)
	50세~54세	68.65	(100.0)	1.37	(2.0)	37.72	(54.9)	29.56	(43.1)
	55세~59세	58.02	(100.0)	1.12	(1.9)	30.90	(53.3)	26.00	(44.8)
	60세~64세	43.59	(100.0)	0.59	(1.3)	20.16	(46.3)	22.84	(52.4)
	65세~69세	19.94	(100.0)	0.18	(0.9)	9.02	(45.2)	10.74	(53.9)
	70세~74세	4.85	(100.0)	0.04	(0.9)	2.13	(44.0)	2.67	(55.1)
	75세~79세	0.46	(100.0)	0.00	(0.9)	0.20	(44.6)	0.25	(54.5)
	80세~84세	0.04	(100.0)	0.00	(0.0)	0.02	(53.2)	0.02	(46.8)
	85세 이상	0.63	(100.0)	0.00	(0.0)	0.25	(40.5)	0.37	(59.5)

주: 이재준 외(2018)의 연구에서 제시한 2015년 실손보험 가입률을 참고자료로 제시함.

다. 보장성 강화정책 소요액(집행액)

□ 건강보험 보장성 강화 정책의 2017~2020년 연도별·항목별 소요액 및 집행액을 다음과 같이 파악함.

○ 기존 선행연구는 **보장성 강화 정책의 소요액(예산)**을 기준으로 반사이익 금액을 산출한 경우가 많았으나, 소요액은 추정값이므로 **실제 집행액(급여실적)**과 차이가 있어, **집행액을 토대로 반사이익 금액을 산출할 것**을 권고함.

〈표 3-15〉 건강보험 보장성 강화 정책의 연도별 소요액 및 집행액(2017~2020)

(단위: 억 원)

구분	2017년		2018년		2019년		2020년
	소요액	집행액	소요액	집행액	소요액	집행액	소요액
전체	209	368	10,832	6,360	17,893	17,334	25,028
등재비급여	209	53	1,846	512	2,939	1,705	3,044
기존비급여	-	-	1,211	63	1,895	666	1,959
초음파	-	-	2,667	1,148	4,304	2,768	7,983
MRI	-	-	1,528	603	2,206	3,051	2,910
중증약제	-	315	1,531	3,097	4,021	6,847	6,364
상급병실	-	-	2,049	937	2,528	2,297	2,768

자료: 보건복지부 및 국민건강보험공단 급여전략실 내부자료(2020)를 토대로 재구성

라. 실손의료보험 지급금 감소 추정 결과

□ 건강보험 보장성 강화에 따른 **실손의료보험 보험금 지급 감소액(반사이익 금액 규모) 추정 결과 레이어아웃**은 다음과 같음.

○ 전체 및 항목별 보장성 강화 정책 **소요액(또는 집행액, a)**, **반사이익 금액(b)**, **보장성 강화 정책 대비 반사이익 비율(b/a)**로 구성되며, 각 항목별 반사이익 비율을 파악할 수 있음.

- 궁극적으로, 이를 통해 산출된 **실손보험 지급금 중 반사이익 비율이 최종 결과 값에 해당됨.**

〈표 3-16〉 Mezzo 방식의 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정(레이아웃)

(단위: 억 원, %)

구분		합계	2017	2018	2019	2020
전체	소요액(a)					
	반사이익(b) 비율(b/a)					
등재 비급여	소요액(a)					
	반사이익(b) 비율(b/a)					
기준 비급여	소요액(a)					
	반사이익(b) 비율(b/a)					
MRI	소요액(a)					
	반사이익(b) 비율(b/a)					
초음파	소요액(a)					
	반사이익(b) 비율(b/a)					
중증 약제	소요액(a)					
	반사이익(b) 비율(b/a)					
상급 병실	소요액(a)					
	반사이익(b) 비율(b/a)					

- **실손보험료율 조정에 활용하기 위해서는 해당 기간의 실손보험 지급금에 위에서 산출된 보장성 강화 소요액 중 반사이익 비율을 곱하여 실손 보험료 조정률을 산출할 수 있음.**

[그림 3-5] Mezzo 방식에서의 실손 보험료 조정률 산출

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{실손보험 지급금} \\ \hline \text{중} \\ \hline \text{반사이익 비율} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{반사이익 금액} \\ \hline \end{array} \div \begin{array}{|c|} \hline \text{⑥ 실손보험 지급금} \\ \hline \end{array}$$

⇓ 실손 보험료 조정률

4. Mezzo 방식 적용 시 고려사항 및 장단점

- (장점) Mezzo 방식은 보장성 강화 항목별 소요액, 의료이용 구성비, 실손보험 청구내역 등 거시적 지표를 반영한 방법론에 비해 자료의 양이 많아지므로, **결과의 정확성 수준이 향상되고 세부 급여화 내역에 따른 반사이익 추정**이 가능하다는 장점이 있음.
 - 또한, 성별, 연령별, 의료기관 종별 등 **의료이용량 및 의료비 소요 구성비에 가중치를 두어 반사이익을 추정하는 것이 Mezzo 방식의 강점**임.
 - Macro 방식에 비하여 **확보해야 할 자료의 양은 많아지나**, 의료이용 구성비 또한 장애인구추계(통계청), 진료비 실태조사(국민건강보험공단), 건강보험 통계연보(국민건강보험공단, 건강보험심사평가원) 등 공개되는 자료원을 활용 할 수 있어, **자료 접근성은 상대적으로 높은 편**임.
- (단점) 반면, Mezzo 방식은 Top-down 산출방식의 일종이므로, **실제 의료이용 실적 및 청구내역을 기반으로 하지 않는다**는 점에서 여전히 오차범위가 넓은 편임.
 - 또한, 세부적인 분석으로 들어감에 따라 **보장성 강화 정책이 실손의료보험 청구 및 지급 규모에 미치는 영향범위를 설정하고, 프로파일링 변수를 선정하는 과정에서 오차가 발생할 수 있음**을 감안해야 함.
- 이러한 특성으로 해당 방법론은 개인의 의료이용 실적 및 청구내역에 대한 자료를 확보하지 못한 경우, **주요 급여화 항목별 의료이용 변화 및 반사이익 규모를 추정할 수 있는 가장 현실적인 방법**임.
 - 보다 **정확성 높은 프로파일링을 위해서는 반사이익을 분석 및 추정하는 시점의 의료이용 실적을 확보하는 것이 필요**함.
 - 이는 국민건강보험공단 또는 건강보험심사평가원의 청구 또는 심사자료를 연계하여 활용할 수 있음.

제4절 Micro 분석방법 체계화

1. Micro 분석차원 개요

- Micro 수준의 분석방식은 **보장성 강화 항목별 지출상세 자료 및 민간보험 가입 자료를 연계한 반사이익 산출방식**으로, **개인단위 자료를 집적하여 활용**한다는 강점이 있음.

〈표 3-17〉 Micro 분석차원 개요

개요	보장성 강화 항목별 지출상세 자료 및 민간보험 가입 자료 를 연계한 반사이익 산출방식																			
연계수준	개인단위 자료(건강보험 급여 의료이용, 실손보험 지급내역) 연계																			
주요 변수	<ul style="list-style-type: none"> - 의료이용(급여비, 본인부담금, 수가 항목) - 실손의료보험 가입 및 지급 - 급여화 이전 비급여별 가격 																			
분석절차	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">분석절차</th> <th style="width: 50%;">예시</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 및 DB 구축</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험 가입자 중 계통추출하여 코호트 구축 - 코호트 대상집단의 실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 </td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">보장성 항목별 급여화 이전 비급여 가격정보 매칭</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 급여화 대상 항목의 급여화 전후 의료서비스 가격(본인부담금) 정보 수집 - 코호트DB와 연계하여 매칭 </td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">급여화 전후 본인부담 및 실손보험 지급금 규모 차이 분석</td> </tr> </table> </td> <td style="text-align: center;">▼</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 실손의료보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이 - 급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화 </td> </tr> </table> </td> <td></td> </tr> </table>		분석절차	예시	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 및 DB 구축</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험 가입자 중 계통추출하여 코호트 구축 - 코호트 대상집단의 실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 </td> </tr> </table>	실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 및 DB 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험 가입자 중 계통추출하여 코호트 구축 - 코호트 대상집단의 실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 	▼	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">보장성 항목별 급여화 이전 비급여 가격정보 매칭</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 급여화 대상 항목의 급여화 전후 의료서비스 가격(본인부담금) 정보 수집 - 코호트DB와 연계하여 매칭 </td> </tr> </table>	보장성 항목별 급여화 이전 비급여 가격정보 매칭	<ul style="list-style-type: none"> - 급여화 대상 항목의 급여화 전후 의료서비스 가격(본인부담금) 정보 수집 - 코호트DB와 연계하여 매칭 	▼	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">급여화 전후 본인부담 및 실손보험 지급금 규모 차이 분석</td> </tr> </table>		급여화 전후 본인부담 및 실손보험 지급금 규모 차이 분석	▼	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 실손의료보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이 - 급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화 </td> </tr> </table>	보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)	<ul style="list-style-type: none"> - 실손의료보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이 - 급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화 	
	분석절차	예시																		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 및 DB 구축</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험 가입자 중 계통추출하여 코호트 구축 - 코호트 대상집단의 실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 </td> </tr> </table>	실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 및 DB 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험 가입자 중 계통추출하여 코호트 구축 - 코호트 대상집단의 실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 	▼																
	실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 및 DB 구축	<ul style="list-style-type: none"> - 국민건강보험 가입자 중 계통추출하여 코호트 구축 - 코호트 대상집단의 실손의료보험 및 건강보험 청구자료 연계 																		
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">보장성 항목별 급여화 이전 비급여 가격정보 매칭</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 급여화 대상 항목의 급여화 전후 의료서비스 가격(본인부담금) 정보 수집 - 코호트DB와 연계하여 매칭 </td> </tr> </table>	보장성 항목별 급여화 이전 비급여 가격정보 매칭	<ul style="list-style-type: none"> - 급여화 대상 항목의 급여화 전후 의료서비스 가격(본인부담금) 정보 수집 - 코호트DB와 연계하여 매칭 	▼																
보장성 항목별 급여화 이전 비급여 가격정보 매칭	<ul style="list-style-type: none"> - 급여화 대상 항목의 급여화 전후 의료서비스 가격(본인부담금) 정보 수집 - 코호트DB와 연계하여 매칭 																			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">급여화 전후 본인부담 및 실손보험 지급금 규모 차이 분석</td> </tr> </table>		급여화 전후 본인부담 및 실손보험 지급금 규모 차이 분석	▼																	
급여화 전후 본인부담 및 실손보험 지급금 규모 차이 분석																				
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)</td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> - 실손의료보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이 - 급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화 </td> </tr> </table>	보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)	<ul style="list-style-type: none"> - 실손의료보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이 - 급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화 																		
보장성 강화 정책에 따른 영향 (의료이용자, 민간보험사)	<ul style="list-style-type: none"> - 실손의료보험 가입여부에 따른 본인부담 수준 차이 - 급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화 																			
산출식	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">급여화 이전 지급보험금 규모</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">급여화 이후 지급보험금 규모</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">$B_0^i = (1 - \gamma)P^0$</td> <td style="text-align: center;">$B_1^i = \lambda(1 - \gamma)P^0$</td> </tr> </table>	급여화 이전 지급보험금 규모	급여화 이후 지급보험금 규모	$B_0^i = (1 - \gamma)P^0$	$B_1^i = \lambda(1 - \gamma)P^0$	▶														
	급여화 이전 지급보험금 규모	급여화 이후 지급보험금 규모																		
$B_0^i = (1 - \gamma)P^0$	$B_1^i = \lambda(1 - \gamma)P^0$																			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">$\Delta B = \sum_i (B_0^i - B_1^i)$</td> </tr> </table>		급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화	$\Delta B = \sum_i (B_0^i - B_1^i)$																	
급여화 항목에 대한 지급보험금 규모 변화																				
$\Delta B = \sum_i (B_0^i - B_1^i)$																				
	<p>* B0, B1: 급여화 전후 지급보험금 규모 P0, P1: 급여화 전후 의료서비스 가격 γ: 급여화 이전(비급여)의 본인부담률 λ: 급여화 이후의 본인부담률</p>																			
장점	- 실손의료보험 반사이익 규모 추정에 가장 방대한 자료의 양을 확보할 수 있으며, 결과의 정확성이 높음																			
한계점	- 개인정보 등 민감 정보 활용으로 인한 자료 구축 제약 발생																			

○ 앞서 제시한 두 방식(Macro, Mezzo) 보다 반사이익을 추정하는 데 포함되는 자료의 양이 방대하고 정확도 또한 높은 편임.

- Macro 및 Mezzo 방식은 개인의 실제 의료이용 및 실손보험 지급내역 자료를 확보할 수 없어 거시적 지표 또는 프로파일링을 통해 반사이익을 추정했다면, Micro 방식에서는 실제 보장성 강화 정책 전후의 실손보험 청구 및 지급내역을 토대로 산출하므로 결과의 정확성이 높다고 할 수 있음.

○ 다만, 개인의 의료이용 정보 등 민감정보를 매칭하여 활용한다는 점에서 개인 정보 침해 등의 우려가 있어 자료 구축에 제약이 많은 편임.

□ 또한, 실제 실손보험 지급내역을 기반으로 하므로 전 국민을 모집단으로 산출하지 않더라도(계통추출 등을 통해 코호트의 대표성을 확보하였다는 전제), 급여화 전후의 의료서비스 가격 또는 본인부담금 수준을 통해 반사이익 규모를 추정할 수 있음.

〈표 3-18〉 보장성 강화 전후 실손보험 지급금 차이(MRI 급여화)

MRI		【 보장성 강화 前 】	【 보장성 강화 後 】
의료서비스 가격		40만원 (P0)	40만원 (P1)
본인부담률	비급여 항목	10% (γ)	-
	급여 항목	-	20% (λ)
지급보험금	지급보험금 규모	40만원 \times 0.9 = 36만원 (B0)	40만원 \times 0.2 \times 0.9 = 7.2만원 (B1)
	지급보험금 차이	28.8만원 ▼	

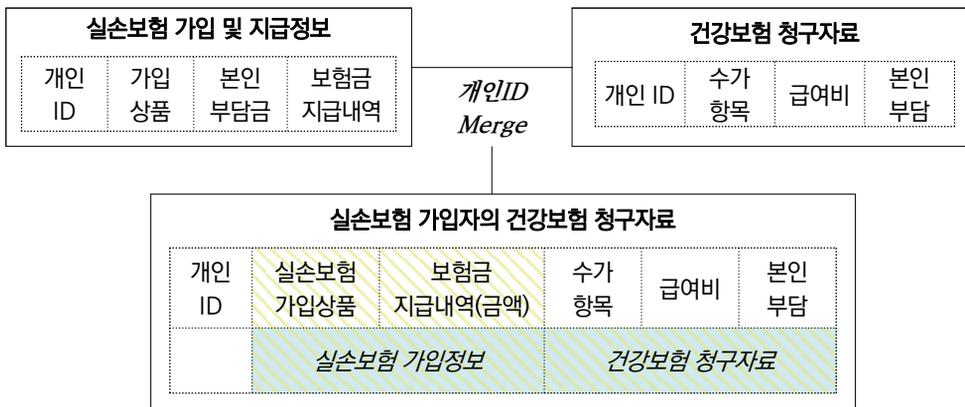
주: 급여화 전후 의료이용량은 동일하다고 가정함(자연증가분 및 비급여 풍선효과 배제).

2. Micro 방식의 분석절차

가. 반사이익 산출을 위한 자료원 확보

- Micro 분석차원에서는 실손보험 가입자의 청구 및 지급내역을 토대로 하므로 타 분석방식에 비하여 **정확성이 높다**는 특징이 있음.
- 이에 실손의료보험 가입자 정보와 건강보험 청구자료를 연계하여 의료서비스 이용 정보를 확보하는 것이 선행되어야 함.
- 개인단위 데이터를 연계하여 실손의료보험의 반사이익 규모를 추정하는 방식 이므로 거시지표 및 proxy 지표에 대한 수집이 불필요하여, 확보해야 하는 자료원은 명료함.
- 다만, 실손보험 가입정보와 건강보험 청구자료를 연계하는 것은 개인정보 노출 등의 우려가 크므로, 관련 부처 간 협의가 전제되는 것이 중요함.

[그림 3-6] Micro 방식의 자료원 데이터베이스 구조



〈표 3-19〉 Micro 분석방식의 자료원 목록(안)

구분	분석 대상	가용출처
의료이용	- (의료비) 급여비, 본인부담 등 - 추가항목 및 코드	- 건강보험 청구자료 (국민건강보험공단)
실손보험 가입 및 지급	- (가입) 실손보험 가입여부, 상품유형 - (지급) 본인부담금, 지급보험금	- 보험개발원
급여화 이전 비급여 가격	- 급여화 이전의 비급여별 가격 정보	- 건강보험심사평가원 등

□ Micro 분석방식에 따라 포함되는 자료원에 대한 상세한 내용은 다음과 같음.

- ①(의료이용 및 급여실적) 보장성 강화 정책으로 인해 급여화된 항목을 대상으로 개인별 급여비, 본인부담, 해당 항목의 수가코드 등을 확보함. 이는 국민건강보험공단의 청구자료를 활용하여 추적함.
 - 실제 급여실적을 토대로 실손보험 지급내역과 연계하여 반사이익 총량 계산에 활용함.
- ②(실손의료보험 가입 및 지급 내역) 실손의료보험 가입자 정보 및 지급내역은 보험개발원 등이 보유하고 있는 생명보험사, 손해보험사의 실손의료보험 정보를 토대로 수집함.
 - 실손보험 상품유형, 본인부담(률), 보험금 지급내역 등의 변수를 확보함.
- ③(급여화 이전 비급여 가격) 급여화 전후의 본인부담금 변화를 통해 실손보험사의 반사이익을 추정하기 위하여 급여화 이전의 본인부담금, 즉, 비급여 가격 정보를 확보하는 것이 필요함.

〈표 3-20〉 급여화 이전 비급여 가격정보 예시

코드	대상급여	수가산정점수
EB443	복부초음파(충수)	932.49

▼ (단위: 원)

의료기관 종별	가격정보			
	최솟값	평균값	중간값	최댓값
상급종합병원	82,400	172,257	180,000	265,000
종합병원	50,000	50,000	100,000	237,000
병원	20,000	85,544	82,240	160,000

주: 건강보험심사평가원의 비급여 가격 정보를 활용함(2020.4.1. 기준).

자료: 권정현(2020.11.23.)의 '보장성 강화 정책 시행에 따른 실손의료보험 반사이익 추산' 발표자료에서 인용 및 재구성함.

- 다만, **비급여 의료서비스 및 가격은 표준화되어 있지 않은 경우가 많아** 의료기관 종별, 개별 의료기관에 따라 **가격의 편차가 큼.**
- Micro 차원의 분석을 위해서는 **급여화 이전의 비급여 가격 정보가 필수적**으로 필요하며, 반사이익 산출을 위한 데이터베이스 구축 시 **비급여 가격정보는 중요한 변수로 작용함.**
- 이와 더불어, **단일한 항목이더라도 비급여 의료서비스의 가격 편차는 매우 크므로 평균, 중간값, 최빈값 등 어떤 값을 기준으로 특정 항목의 급여화 이전 비급여 가격을 규명할 것인지 사회적 합의가 필요함.**

나. 데이터베이스 구축 방안

- 앞서 설명한 자료원을 확보한 후 **Micro 분석방식을 적용하기 위하여 건강보험 청구자료, 실손의료보험 가입 및 지급내역, 비급여 가격정보를 연계한 데이터베이스 구축이 선행되어야 함.**
 - **(1단계: 반사이익 추계를 위한 코호트 구축)** 국민건강보험 가입자 중 반사이익 추계를 위한 코호트를 구축함. 추후 실손의료보험 정보를 연계하여 DB를 구축해야 함을 감안할 때, 전국민의 10% 정도의 규모로 대상자의 개인식별코드를 추출함. 성, 연령, 지역, 소득수준(보험료 분위)에 따라 계통추출함.
 - 자료 연계기관: 국민건강보험공단
 - **(2단계: 표본집단의 실손보험 정보 수집)** 국민건강보험 가입자 중 코호트 대상 집단의 실손보험 정보를 연계함. 실손보험 가입여부 및 상품유형과 더불어, 본인부담 수준, 보험금 청구 및 지급내역 등의 정보를 개인정보와 연계함.
 - 자료 연계기관: 보험개발원 또는 생명·손해보험사
 - **(3단계: 실손보험 정보 및 건강보험 청구자료 연계)** 2단계까지 구축한 DB에 보험금 실제 지급내역에 대한 의료이용 정보를 연계함. 비급여 및 수가코드, 진료비 및 본인부담금 등을 포함함.
 - 자료 연계기관: 국민건강보험공단

- (4단계: 급여화 전후 가격정보 매칭) 보장성 강화 정책 시행에 따른 **급여화 전후 의료서비스 본인부담 규모의 차액**을 통해 **반사이익 규모 추계**가 가능함.
 - 자료 연계기관: 국민건강보험공단 또는 건강보험심사평가원

다. 반사이익 산출절차 및 분석방법

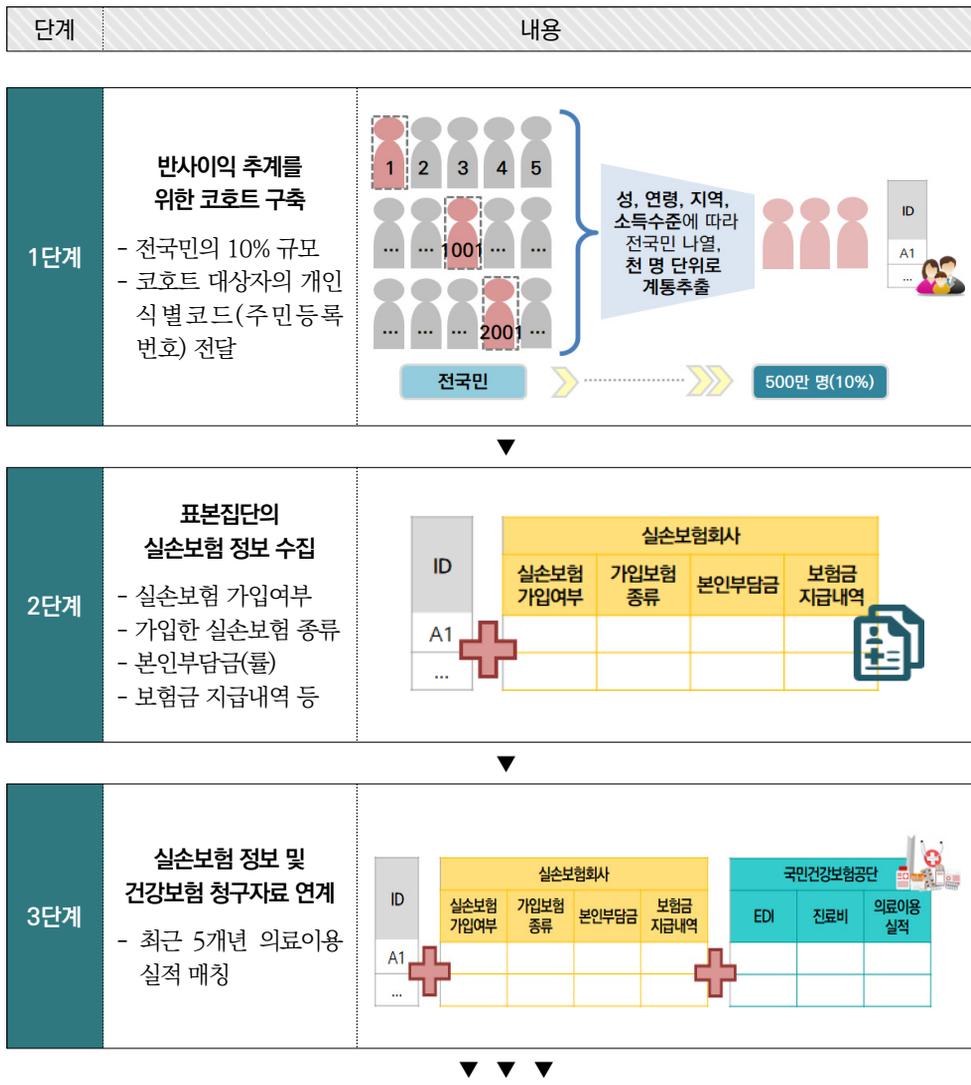
- Micro 분석방식의 반사이익 산출절차는 **항목별로 급여화 전후 본인부담 수준을 산출**하고, 이를 토대로 **실손보험 상품유형별 급여율(추정값)**을 본인부담 규모에 각각 곱하여 **급여화 전후의 실손보험 지급금을 산출**하는 순으로 진행됨.
- 이때, 실손보험 상품유형별 급여율은 **표본코호트 집단을 토대로 반사이익을 산출할 때 반영**함.
- 결과적으로 실손보험 반사이익의 비율은 **급여화 전의 실손보험 지급금 대비 급여화 후의 실손보험 지급금의 비중**으로 산출함.

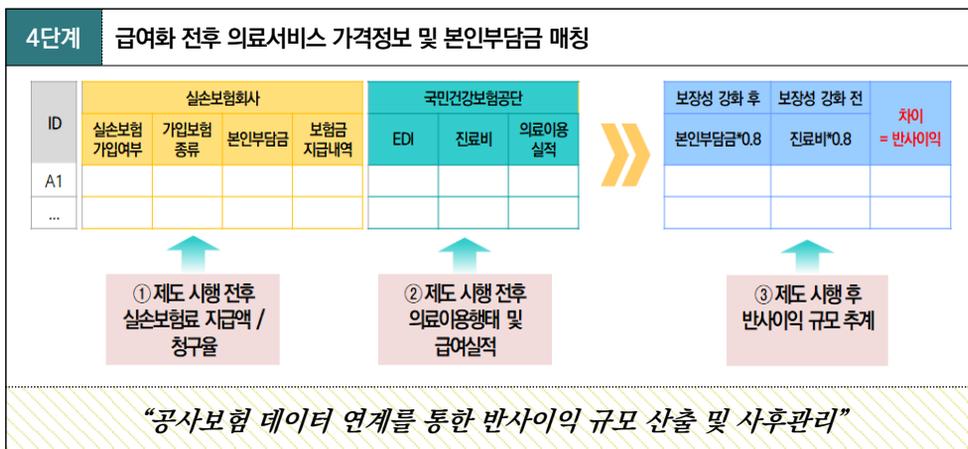
[그림 3-7] Micro 방식의 반사이익 산출절차



- (①~③: 급여화 전후 본인부담 수준 차이) 급여화 전의 비급여 본인부담은 해당 항목별 의료이용 빈도에 관행수가를 곱하여 산출할 수 있으며, 비급여 항목별 관행수가 정보를 확보하여 본인부담의 규모를 산출하는 것이 중요함.
- 급여화 후 본인부담 규모는 전체 진료비 중 공단 부담금(급여)를 뺀 금액이므로, 동일 항목 내에서 수가 차이가 없음.

[그림 3-8] Micro 분석차원의 단계별 데이터베이스 구축 방안





□ **(④&⑤: 급여화 전후 실손보험 지급금 차이)** 급여화 전후 본인부담 규모에 실손 보험 상품유형별 급여율을 반영하여 보정함.

○ 단, 이는 보장성 강화 정책에 따른 **급여화 이후 의료서비스의 이용 양상이 급여화 이전과 동일하다**는 가정(의료이용 자연증가분, 비급여 풍선효과 등을 배제) 하에 산출한 지급보험금 규모 변화임.

- 비급여의 급여화 이후 의료서비스 이용량이 증가하는 현상은 반사이익으로 인한 실손보험 지급금 규모 감소를 상쇄하는 요소로 작용되므로, 반사이익에 영향을 미치는 외부적 요인을 포괄적으로 고려하는 것이 필요함. 이에 대한 논의는 제4장에서 다루고자 함.

3. Micro 방식의 분석결과 레이아웃

가. 급여화 항목별 본인부담금 차이 분석

□ 급여화 대상 항목의 건강보험 보장성 강화 정책 시행 전후 총 사용량 및 진료비 (공단부담금, 본인부담금)를 파악함으로써 본인부담률의 변화분을 산출함.

〈표 3-21〉 Micro 방식의 급여화 전후 본인부담금 차이 분석(레이아웃)

(단위: 억 원, %)

급여화 대상 항목		급여화 이전 (비급여, 2015.8~2017.8)			급여화 이후 (급여화 시점~2019.12)		
		사용량	총 진료비	본인부담금	사용량	총 진료비	본인부담금
전체							
등재비급여	...						
기준비급여	...						
초음파	상복부 초음파						
	하복부 초음파						
	응급중환자 초음파						
	남성생식기 초음파						
MRI	방광진료량 검사						
	뇌·뇌혈관 MRI						
	두경부 MRI						
	복부·흉부·전신 MRI						
중증약제	...						
상급병실	...						

▲
항목별 급여화 적용 시점이 상이하므로,
전체 진료량 및 진료비에 대하여 파악하되, 기간 보정이 필요함

- 해당 단계에서는 **급여화 시점이 상이한 급여화 항목별 의료이용 자료를 어떻게 보정하여 비교할 것인지에 대한 결정이 필요함. 급여화 항목별 전체 진료량 및 진료비에 대하여 파악하되, 기간 보정이 필요함.**
- 등재 및 기준 비급여, 중증약제는 **항목 수가 많거나 개별 항목별로 의료이용 규모가 작은 경향이 있으므로, 상위 분류에 따라 묶어서 파악하거나 급여화된 시점 별로 분류하여 본인부담금 차이를 파악할 수 있을 것임.**
- 또한, 등재 비급여 등 일부 항목은 급여화 이전에는 비급여 항목에 해당되어 건강보험 청구자료 상에서 확인되지 않는 경우가 있어, **관행수가 등으로 본인부담 수준을 파악하는 것이 필요함.**

나. 실손의료보험 지급금 감소 추정 결과

- 실손의료보험 이용내역 자료를 토대로 항목별 급여화 전후 시점의 지급보험금 규모를 파악할 수 있음.
- 지급보험금 감소율은 급여화 이전 지급보험금 대비 급여화 이후 지급보험금 규모를 통해 산출하며, 이를 통해 실손보험사의 반사이익 규모를 추정할 수 있음.
- 급여화 이전 시점의 실손보험 지급금 파악을 개인별로 매칭하여 파악하기 어려운 경우, 급여화 항목별 본인부담금 변화분을 토대로 추정 가능함.

〈표 3-22〉 Micro 방식의 실손의료보험 보험금 지급 감소액 추정(레이아웃)

(단위: 억 원, %)

급여화 대상 항목	급여화 이전(비급여)		급여화 이후			지급보험금 감소율 (b/a)
	본인부담금	지급보험금(a)	공단부담금	본인부담금	지급보험금(b)	
전체						
등재비급여						
기준비급여						
초음파						
MRI						
중증약제						
상급병실						

4. Micro 방식 적용 시 고려사항 및 장단점

- (장점) Micro 수준의 분석방식은 보장성 강화 항목별 지출상세 자료 및 민간보험 가입자료를 연계한 반사이익 산출방식으로, 개인단위 자료를 집적한 DB를 구축할 수 있다는 데 강점이 있음.
 - 실제 실손보험금 지급 내역과 개인의 의료이용 정보를 연계한 방식이므로 반사이익의 규모를 산출하는데 있어 앞서 제시한 두 방식(Macro, Mezzo) 보다 자료의 양이 방대하고, 가장 정확성이 높은 접근 방식임.

- (단점) 다만, DB 구축 시 민감정보에 해당되는 자료가 많아 일반적으로 자료원을 확보하고 구축하는데 제약이 많은 편임. 관련 부처 간 협의가 상당히 소요된다는 특징이 있음.
 - 이와 같은 자료 연계상의 어려움으로 인해 개인단위 분석임에도 불구하고 분석에 필요한 변수들이 누락되어 실제 분석에서는 추정값을 활용해야 하는 제약들이 발생할 수 있음(예: 급여화 전 비급여 관행수가, 급여화 전 의료이용 실적, 급여화 항목 외 비급여 의료이용 현황 등).
 - 또한, 자료의 양이 방대하므로 데이터를 클리닝하는 과정에서 정밀한 작업이 소요됨. 따라서 해당 방식으로 반사이익을 산출할 경우 분석을 위한 작업에 시간이 상당히 소요됨.

- 해당 방법론은 실제 급여화 항목의 의료이용에 대한 실손보험 지급내역을 토대로 반사이익을 산출하는 방법이므로 가장 이상적인 방법임.
 - 또한, 개인단위의 의료이용 및 실손보험 청구내역을 데이터베이스화함으로써 급여화 항목에 대한 의료이용 모니터링에 활용할 수 있음. 만약 실손보험 청구내역 전체를 DB화할 수 있다면, 비급여 관리에도 활용되는 등 정책적으로 활용성이 매우 높아질 수 있음.
 - 또한, 한번 DB를 구축한 후, 해당 모형을 토대로 연도별 자료를 지속적으로 업데이트 한다면 향후 연도별 반사이익을 추정하는 데 분석의 신속성을 제고할 수 있음.



제4장

개선대안 및 추가 검토사항

제1절 실손의료보험 반사이익 산출방법 관련 검토사항

제2절 실손의료보험 반사이익 산출방법 개선대안

제4장 개선대안 및 추가 검토사항

제1절 실손의료보험 반사이익 산출방법 관련 검토사항

1. 실손보험 반사이익 산출방법 체계화를 위한 주요 검토사항

- 본 연구에서는 실손보험 반사이익 산출방법의 체계화를 위해 실손의료보험 반사이익과 관련한 기존 선행연구, 기존 논의 및 정책결정 과정, 산출방법론 등을 살펴보았음.
- 기존 방법론은 크게 Macro, Mezzo, Micro 방식으로 구분될 수 있는데, 이는 산출 당시의 현실적 여건과 상황(가용한 자료원, 산출결과의 활용 목적 등)이 반영되어 적용되어 왔으며, 성과와 한계점을 모두 가지고 있었음.
 - 예를 들어, Macro, Mezzo 방식은 산출방식 및 결과의 정확성 측면에서 한계가 있지만, 당시 반사이익을 산출하기 위한 여건을 고려했을 때 활용가능한 자료원의 제약 속에서 현실적인 산출결과를 제시하기 위한 대안으로 활용되었음.
 - 반면, 이론적 측면에서 산출 방법론의 타당성을 검토해보면 개인단위 실손보험 데이터와 건강보험 데이터를 연계하는 방식인 Micro 방식이 가장 이상적이라고 할 수 있음.
 - 하지만 이를 위해서는 실손보험 DB와 건강보험 DB를 연계할 수 있는 법적 제도적 기반 구축이 선행되는 것이 필요하며, 무엇보다 실제로 연계가능한 변수 범위에 따라 반사이익 산출결과의 정확성에 영향을 미치게 됨.
 - 연계가능한 변수 범위 예시: 실손보험 가입정보(가입여부/상품), 실손보험 지급정보(항목/지급금), 보장성 강화 전후 시점 등

〈표 4-1〉 실손보험 DB 연계범위 예시

현재까지 연계범위				
보장성 강화 前	실손보험 가입정보		실손보험 지급정보	
	가입여부	가입상품	지급항목	지급금액
보장성 강화 後	실손보험 가입정보		실손보험 지급정보	
	가입여부	가입상품	지급항목	지급금액

□ 따라서 실손보험 DB와 건강보험 DB를 연계하는 Micro 방식의 개인단위 분석을 이상적인 목표로 하되, 현실적 여건을 토대로 산출모형 및 방법을 더 정교하기 위한 작업은 지속적으로 추진하는 것이 필요함.

○ 이를 위해 본 연구에서는 향후 건강보험 보장성 강화 정책이 실손보험에 미치는 영향을 분석함에 있어 보다 정확성과 실효성을 높이기 위해 추가적으로 검토가 필요한 사항들에 대해서 살펴보고자 함.

○ 검토가 필요한 사항은 크게 실손보험 반사이익 정의, 비급여의 급여화 의료비의 포괄성, 실손보험 데이터 연계, 비급여 풍선효과 등 반영방안 4가지로 구분하였음.

〈표 4-2〉 실손보험 반사이익 산출시 주요 검토사항

구분	내용
검토사항 1	※ 실손보험 반사이익 정의 : 실손보험 반사이익 정의에 대한 합의된 개념 정립 필요
검토사항 2	※ 비급여의 급여화 의료비의 포괄성 : 전체 비급여의 급여화 의료비 중 실손보험 반사이익 산출에 포함되는 비급여의 급여화 의료비 범위
검토사항 3	※ 실손보험 데이터 연계 : 실손보험 반사이익 산출을 위한 실손보험 DB와 건강보험 DB 간 데이터 연계범위 검토
검토사항 4	※ 보장성 강화로 인한 실손보험 지급금 증가요인 반영 : 실손보험 반사이익 산출시 비급여 풍선효과, 신규 실손보험 보장영역 등 보장성 강화로 인한 실손보험 지급금 증가요인에 대한 추가반영 요구

1. 실손보험 반사이익 산출방법 체계화를 위한 주요 검토사항 논의

가. 실손보험 반사이익 개념정립 필요

- 실손보험 반사이익 산출 체계화를 위해 우선 **실손보험 반사이익에 대한 개념적 정의가 필요함.**
 - 이를 위해서는 우선 그 간 진행된 **실손보험 반사이익에 대한 논의과정**을 통해 **실손보험 반사이익이 현재와 같은 개념으로 정의된 과정**을 검토하는 것이 필요함.
- 2014년 4대 중증질환 보장성 강화, 3대 비급여 해소 등의 **3차 보장성 강화 계획**이 발표되면서 실손보험 반사이익 문제가 처음 제기되었음.
 - 김용익 의원은 “건강보험 보장성 확대에 따른 민간보험사의 반사이익은 실손의료보험 가입자에게 모두 돌려줘야 한다.”라고 문제를 제기하며 **실손보험 보험료율 인하를 처음 주장**하였음.

〈표 4-3〉 실손보험 반사이익 규모 및 보험료 인하율

5년간 반사이익 금액	1년간 반사이익 금액	1년간 실손보험 보험료 수입	연평균 실손보험 인하율
2조5379억원	5076억원	4조5693억원	11.1%

자료: 김용익 의원실. (2014).

- 김용익 의원은 이를 위해 ① **실손보험 반사이익 금액과 실손보험 보험료 인하율을 산출**하였는데, 이때 ② **실손보험 보험료를 분모로 활용하여 실손보험 인하율 산출**하였음. 또한 반사이익 산출결과를 토대로 ③ **실손보험 반사이익을 실손보험 가입자에게 돌려줘야 한다**고 주장하였음.
- 이후 실손보험 반사이익을 산출하는 방식은 크게 **Top-down 방식과 Bottom-up 방식**으로 구분되어 분석이 진행되어 왔음.
 - **Top-down 방식**에서는 **공적보험 측면에서 결과를 산출**하였는데, **보장성 강**

화 집행액 중 실손보험 몫으로 돌아가는 금액을 **실손보험 반사이익**으로 정의하였음. 즉, 보장성 강화 금액 중 **실손보험 반사이익의 “절대금액”**에 대한 논의가 중점이 되었음.

○ 이를 토대로 절대금액을 **어떻게 공적보험으로 환원**할 것인가에 집중된 논의가 이루어졌음. 이 때 실손보험이 공적건강보험에 미치는 영향 등도 고려하여 **전체 국민에게 환원하는 방식을 포함한** 논의가 이루어졌음.

○ 반면 **Bottom-up 방식**에서는 실손보험 측면에서 보장성 강화 전 실손보험 지급금 대비 보장성 강화 후 실손보험 지급금 감소분을 산출하였음. 즉, 실손보험 지급금 중 **반사이익이 차지하는 비율**에 대한 논의가 중점이 되었음.

○ 이를 토대로 실손보험 지급금 감소분 산출결과로 **실손보험료를 얼마나 인하**할 것인가에 집중된 논의가 이루어졌음. 이는 실손보험 반사이익은 **실손보험 가입자가 지급한 금액**으로 **실손보험 가입자에게 환원**되어야 한다는 전제하에 논의가 이루어졌음.

□ 이후 2017년 문재인 정부 출범 이후 **국정기획자문위원회**에서 건강보험 보장성 강화 정책에 따른 실손보험 반사이익 산출 및 이를 반영한 **보험료 인하 계획**이 발표되면서 **보험료 인하에 집중**된 논의가 진행되었음.

○ 이에 2018년 실손보험 반사이익 산출연구에서는 **Top-down과 Bottom-up 방식** 모두 **실손보험 보험료 인하에 활용**될 수 있는 **비율**로 결과를 제시하게 되었음. 단, 산출식에서 사용하는 **분모와 분자**에는 차이가 있음.

〈표 4-4〉 Top-down과 Bottom-up 방식의 산출모형에서의 분모, 분자 차이

Top-down	Bottom-up
실손보험 지급금 중 보장성 강화로 인한 실손보험 반사이익 금액의 비중	보장성 강화로 인한 실손보험 지급금 감소분
$= \frac{\text{보장성 강화 집행액 중 실손보험 반사이익 금액}}{\text{실손보험 지급금 (급여화 후 실손보험 지급금)}}$	$= \frac{(\text{급여화 전 실손보험 지급금} - \text{급여화 후 실손보험 지급금})}{\text{급여화 전 실손보험 지급금}}$

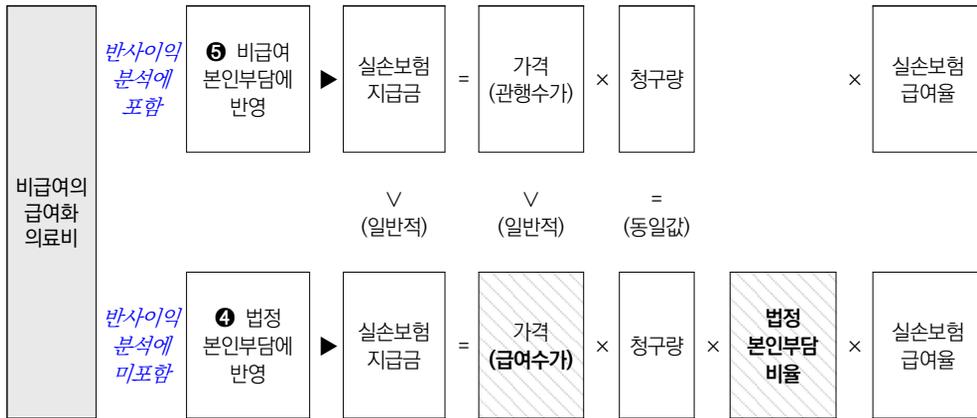
- 이처럼 지금까지 실손보험 반사이익에 대한 논의가 진행이 되고 있지만 그 간 실손보험 반사이익에 대한 공식적인 개념 정리는 부재한 상황임.
 - 당초 실손보험 반사이익이라는 용어를 김용익 의원이 처음 제기하였을 때는 보장성 강화 소요액(예산) 중 실손보험의 반사이익 금액을 산출하고, 이 금액이 전체 실손보험 보험료에서 차지하는 비중으로 실손보험 보험료 인하율을 산정하였음(현행 Top-down 방식과 유사).
 - 현재 공사보험협의체에서 활용하고 있는 KDI 산출모형은 급여화 後와 급여화 前의 실손보험 지급금 감소분을 비교하는 방식으로 실손보험 반사이익에 대한 개념을 새롭게 제안하였음.
- 실손보험 반사이익에 대한 논란을 해소하기 위해서는 먼저 실손보험 반사이익에 대한 개념을 정립하고, 이에 대해 합의하는 과정이 필요함.
 - 이를 위해서는 동일한 자료원, 동일한 산출방식을 가지고 실손보험 반사이익 정의를 달리했을 때의 결과값의 차이를 비교해봄으로써 2가지 산출방식이 갖는 차이점과 장단점을 검토해 보는 것이 필요할 것임.
 - 두 가지 방식의 “실손보험 반사이익”의 개념으로써 갖는 적합성, 산출과정의 타당성 등을 검토하여 향후 공사보험 정책협의체 논의시 실손보험 반사이익에 대한 합의된 개념을 정립해 가는 것이 필요할 것으로 판단됨.

나. 비급여의 급여화 의료비의 포괄성 검증 필요

- 현행 KDI 모형은 Micro level에서의 분석방법으로 전체 비급여의 급여화 의료비 중 실손보험 반사이익 산출과정에 “얼마나 포괄적으로 비급여의 급여화 의료비를 포함”시킬 수 있느냐가 산출결과의 정확성을 결정하는 주요한 요인으로 작동하는 구조임.

- 즉, 현행 방식은 연구자가 확인 가능한 비급여의 급여화 의료비만 실손보험 반사이익에 포함하여 산출하고 있는 방식으로 연구자에 따라 결과값이 달라질 수 있는 가능성이 있음.
- 가능한 한, 모든 비급여의 급여화 의료비가 분석에 포함될 수 있도록 하여야 하며, 만약 이를 식별하는 것이 불가능할 경우 포함되지 않은 부분에 대해서는 추가적으로 분자에 반영하는 방안도 검토하는 것이 필요함.
- 현재의 산출구조는 비급여의 급여화 의료비가 식별이 되어 반사이익 분석에 포함되면 실손보험 지급금이 크고, 비급여의 급여화 의료비가 식별되지 않아 반사이익 분석에 포함되지 않으면 실손보험 지급금이 작아지는 구조임.
- 즉, 반사이익 분석에 포함되지 않는 비급여의 급여화 의료비가 많아질수록 반사이익이 과소 추계될 개연성이 있음.

〈표 4-5〉 반사이익 분석 포함 여부에 따른 실손보험 지급금 차이

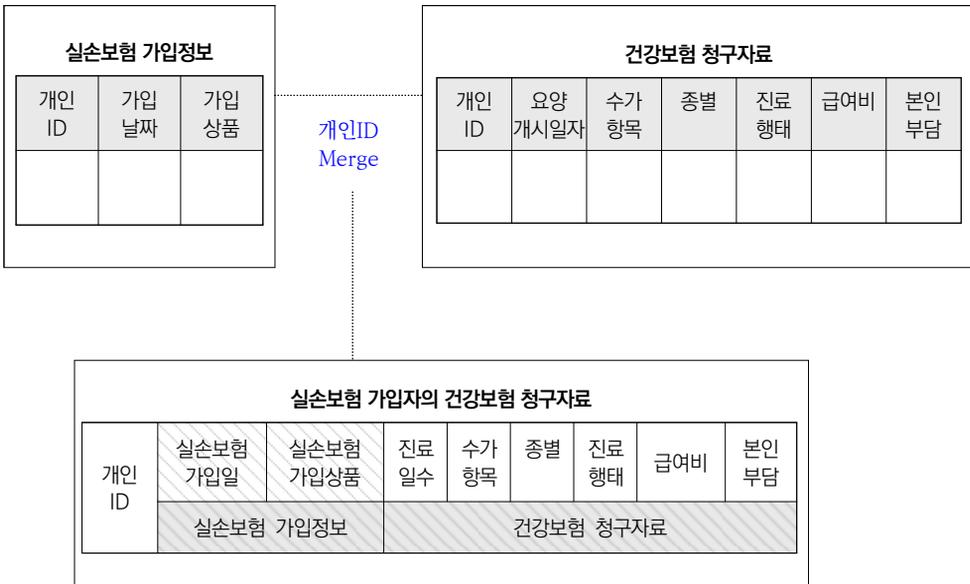


- 이를 위해서는 전체 비급여의 급여화 규모 중 실손보험 반사이익에 포함되는 비급여의 급여화 금액을 Top-down 방식(공단의 청구자료 분석 활용 등)으로 검증하는 절차가 필요할 것으로 판단됨.

다. 실손보험 DB와 건강보험 DB 연계 필요

- 기존에 실손보험 자료와 공적 건강보험 자료를 각각 활용하여 실손보험 반사이익을 산출했던 방식에서, 올해 연구에서는 실손보험과 건강보험 DB 연계를 통해 개인단위의 분석을 수행하였다는 점에서 큰 의의가 있음.
- 이는 실제 실손보험 가입자의 건강보험 청구자료를 활용한 방식으로 기존 방식보다 정확성 측면에서 더 향상된 것으로 평가됨.
- 하지만 실손보험 DB 중 가입 정보만이 제공되어 있어 실손보험 지급 정보, 그리고 과거의 해당 비급여 항목에 대한 의료이용량 정보 등을 활용할 수 없는 한계가 존재함.

〈표 4-6〉 KDI 모형 데이터 연계 현황

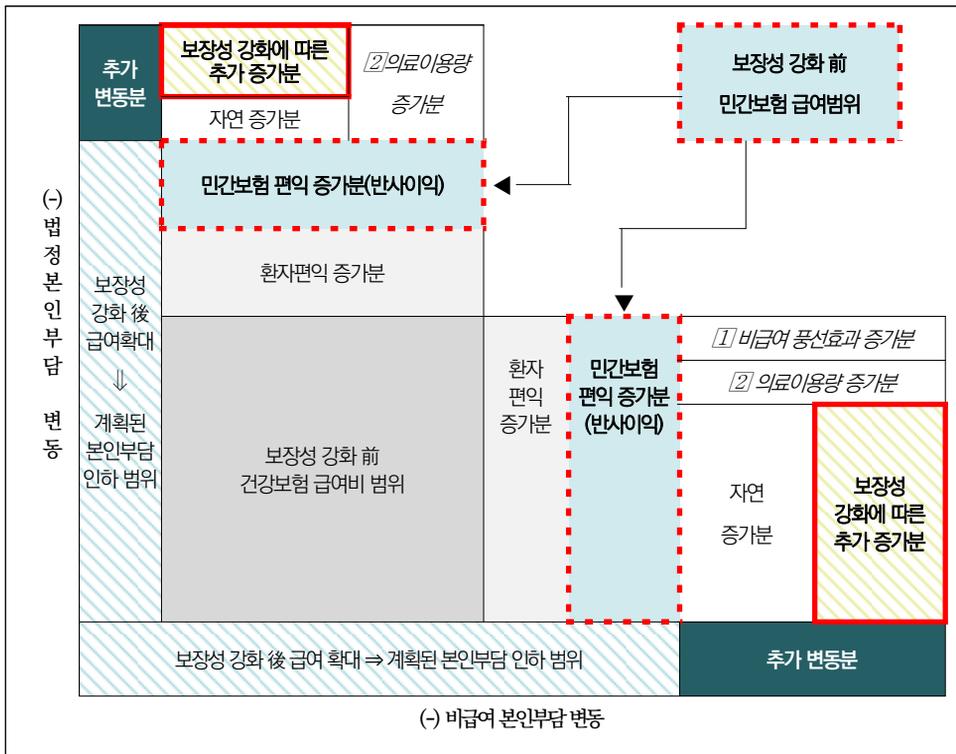


- 실손보험 지급 정보는 반사이익 산출뿐만 아니라 비급여의 급여화 이후의 해당 항목의 의료이용량 증가를 모니터링함으로써 비급여 풍선 효과 등을 산출할 수 있는 근거로도 활용될 수 있음.

- 따라서 이러한 DB연계가 일회성에 그치지 않고 **지속적으로 자료를 축적해** 가는 것이 필요한 상황임.
- 만약 지급 정보의 전수 제공이 어렵다고 한다면, 현재와 같이 가입 정보는 전수를 대상으로 하여 **반사이익 산출에 활용**하되, 지급정보는 **코호트 형태로** 구축하여 반사이익 산출 및 비급여 모니터링에 활용하는 **two-track 방식**으로 데이터 연계를 추진하는 방안도 검토해 볼 수 있을 것임.

라. 비급여 풍선효과 등 반영방안 검토 필요

[그림 4-1] 보장성 강화에 따른 실손보험 반사이익 영향 요인



□ 그동안 보건당국과 보험업계 간 반사이익 산출결과의 정확성에 대한 논란으로 이견 차이가 있어 왔음.

- 특히, 보험업계에서는 반사이익 산출에 영향을 줄 수 있는 자연증가분, 풍선효과로 인한 신규 비급여 발생, 의료이용 증가분 등의 추가적인 영향 요인들에 대해 데이터에 근거한 통계적 확인이 필요하다고 주장하였음.
 - 실손보험에서는 보장성 강화로 인해 반사이익이 존재하는 것에는 동의를 하지만, 이러한 반사이익이 보장성 강화로 인한 비급여 풍선효과, 의료이용량 증가로 인해 상쇄된다고 주장함.
 - 비급여 풍선효과란, 비급여 항목이 급여로 전환됨에 따라 수익이 줄어드는 부분을 보전하기 위해 새로운 비급여 항목이 생겨나는 효과를 의미함.
- 비급여 풍선효과 증가는 결과적으로 반사이익 감소로 이어질 수 있으므로, 그간 반사이익 산출 결과의 정확성 문제에 있어 끊임없이 제기된 요인 중 하나임.
- 또한, 의료이용량 증가와 풍선효과가 겹치면서 실손보험 손해율이 증가하고 있는 양상이므로, 반사이익과 비급여 풍선효과를 동시에 반영해야 함을 지적하였음.
- 기존 선행연구에서도 추가 변동분의 보정에 관하여 그 필요성을 인식하고 있으나 실제로 보정 단계가 수행된 연구는 부족한 실정임.
- 2020년 KDI 연구의 경우, 보장성 강화에 따른 반사이익 산출 결과를 발표한 보고서에서 “추가적인 비급여 의료서비스 이용 확대 및 양상 변화 등의 소위 '풍선 효과'를 반영하고자 했으나, 개별 사례로만 확인되며 계량화가 어려워 수치로 반영하지 못했다”는 한계점을 밝힌 바 있음.³⁵⁾
- 비급여 풍선효과를 실증적으로 분석하는 것은 현재 비급여 실태자료가 체계적으로 구축되어 있지 않은 상황에서 제약이 있는 상황임.
- 따라서 지금까지 비급여 풍선효과는 비급여의 급여화로 인해 비급여 풍선효과가

35) 보건복지부·금융위원회 보도자료(2020. 12. 24.), “건강보험 비급여에 대한 관리 강화 및 실손의료보험의 상품구조 개편추진”

발생할 것이라는 합리적인 추론을 기반으로 극단적인 사례 중심으로만 논의가 되어 왔음.

- 특히, 실손보험사에서는 건강보험 보장성 강화 정책을 통해 **급여화 항목이 증가**하고 있으나, 이와 동시에 **비급여 항목이 증가**하면서 **실손보험사에서 지급하는 보험금이 동시에 증가**하는 ‘**비급여 풍선효과**’가 발생하고 있다고 지적해 왔음.

□ 김순례 의원실(2019.10.)에 따르면, 보장성 강화 정책에 따라 급여화가 확대되면서 **과잉진료 양상이 발생**하고 있고, **건강보험 재정 지출 및 실손보험금 지급 규모가 동시에 증가할 것이라** 지적하였음.

- 건강보험심사평가원 제출자료(2017년~2019년 상반기)를 토대로 분석한 결과, **복부 및 비뇨기 초음파가 순차적으로 급여화**되면서 일부 의료기관에서는 **비급여 의료행위 또는 치료재료를 끼워 넣는 등 부위별로 초음파를 급여화할 때마다 새로운 비급여 항목을 만들어내는 행태가 만연함**을 지적하였음.

[그림 4-2] 비급여 풍선효과 예시: 초음파 급여화(김순례 의원실)



종별 구분	2017년	2018년	2019년(예상)	(단위: 백만원)
상급종합병원	113,717	165,948	184,572	162%
종합병원	74,093	115,940	165,946	223%
병원	141,402	164,585	194,732	137%
의원	146,220	235,542	334,452	229%

주: 건강보험심사평가원 제출자료를 토대로 김순례 의원실에서 재정리한 자료로, 2018년까지의 진료비 실적을 토대로 2019년 종별 진료비 및 증가율을 추정함.

자료: 김순례 의원실(2019.10.); 의학신문, (2019.10.14.). 문케어 풍선효과, ‘선택비급여 모니터링 시급’ 지적. <http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2114018>에서 2020.12.10. 인출 및 재인용.

- 또한, 이종성 의원실(2020.10.)에서도 **보장성 강화 정책의 부작용인 풍선효과**가 국민의 의료비 부담 및 국민건강보험 재정을 악화시키는 것으로 지적하며, **국민 비급여 진료비가 줄지 않는 다양한 사례**를 분석하여, 문제를 공론화하였음.
 - (사례1) 2018년 10월부터 **뇌질환 MRI 검사에 건강보험 재정을 4천293억 원 투입해 급여화** 했으나, 의료기관은 뇌 MRI 외에도 **요추 MRI를 복합 청구**하는 방식으로 **비급여 수익을 보전**하는 실태
 - (사례2) 방광 및 부신·신장 질환을 진단하는 **하복부·비뇨기 초음파**가 2019년 2월부터 급여화 되자 의료기관은 자궁 및 질·난소 등 **여성생식기 검사**를 추가
- 특히, 비급여 풍선효과의 부작용은 **의원급에서 특히 만연한 것**으로 나타났음. 이에 (선택)비급여 항목들을 **유형별로 체계화하여 목록화 및 모니터링하여 풍선효과 발생을 억제**해야 할 필요성이 꾸준히 제기되어 왔음.

〈표 4-7〉 보장성 강화 정책에 대한 비급여 풍선효과 이슈

메디컬옵저버(2020.10.20.), 김용익 “문케어 성패, 비급여 풍선효과 통제에 달렸다”
- 건보공단 김용익 이사장은 ... “문케어로 계속 급여화를 해나가지만 다른 한편에서 비급여가 팽창해나가는 풍선효과가 동시 진행되는 것”이라며 “비급여를 어떻게 통제하느냐가 문케어의 성공, 실패를 가늠하는 중요한 부분이 될 것”이라고 말했다. - 또한 김 이사장은 “비급여를 급여화해서 진료비 증가를 억제하고 진료비를 합리적으로 쓰는 체계를 갖추지 않으면 고령화를 대비할 수 없다”며 “고령화를 감당하기 위해서 모든 비급여를 건강보험으로 넣고 그 안에서 진료하도록 유도해야한다”고 덧붙였다.
서울경제(2019.12.16.), 의원 비급여 풍선효과...文케어 ‘건보 보장률 70%’ 빨간불
- 건보 재정 2조4,000억 쏟아붓고도 보장률 1.1%p 오른 63.8%에 그쳐 ... 증증·고액질환 보장을 개선했지만 동네의원 비급여 항목 급격히 늘어 ... - 보장률 상승 폭이 미미한 것은 수익이 하락한 동네의원에서 비급여 치료항목을 대폭 늘리는 풍선효과가 발생했기 때문이다. 정부는 오는 2023년까지 건보 보장률 70% 목표달성에는 문제가 없다는 입장이지만 급속도로 커지는 비급여 항목을 통제하지 못할 경우 건보 재정 건전성 악화만 초래하는 것 아니냐는 지적이 나온다.

자료 1) 메디컬옵저버. (2020.10.20.), 김용익 “문케어 성패, 비급여 풍선효과 통제에 달렸다.”
<https://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=214521>
 2) 서울경제. (2019.12.16.). 의원 비급여 풍선효과...文케어 ‘건보 보장률 70%’ 빨간불.
<https://www.sedaily.com/NewsView/1VS3J7246A>

- 기존의 실손보험 반사이익을 산출하는 Top-down 방식은 “보장성 강화로 인해 추가로 발생하는 민간보험 반사이익을 산출하는 방식”으로 ①보장성 강화로 인한 비급여 풍선효과(의료이용량 증가), ②추나요법과 같은 새로운 급여항목 발생을 반영하지 않고 있음.
- 실손보험에서는 보장성 강화로 인해 반사이익이 존재하는 것에는 동의를 하지만 이러한 반사이익이 보장성 강화로 인한 ①보장성 강화로 인한 비급여 풍선효과(의료이용량 증가), ②추나요법과 같은 새로운 급여항목 발생 등으로 인해 상쇄된다고 주장하고 있음.
- 비급여 풍선효과, 신규 실손보험 보장영역 확대효과 등에 대한 반영기전 부재 문제는 기존의 Top-down 방식의 산출과정에서 “반사이익 절대금액”에 대한 논의를 진행할 때 발생했던 문제임.
- 하지만 Bottom-up 방식의 산출과정에서는 “실손보험 지급금을 분모”로 하여 산출하고 있는 상황으로 분모의 크기가 매년 증가하는 것에 이미 해당 효과들이 일정부분 반영되어 있다고 볼 수 있음.

〈표 4-8〉 Top down 방식과 Bottom up 방식에서의 비급여 풍선효과가 미치는 영향 차이

방식		내용
Top-down 방식	보장성 강화 집행액 중 실손보험 몫으로 돌아가는 금액 ▼ 절대금액에 대한 논의	비급여 풍선효과 반영 기전이 부재하다는 지적
↓ 절대금액이 아닌 실손보험 지급금 중 감소분으로 산출		
Bottom-up 방식	보장성 강화 전 실손보험 지급금 대비 보장성 강화 후 실손보험 지급금 감소율 ▼ 감소율에 대한 논의	비급여 풍선효과, 신규 실손 보장영역 확대 등의 효과가 분모에 반영 (예: 비급여 풍선효과↑, 실손보험 지급금↑, 반사이익 비율↓)

- 현재 실손보험 DB와 건강보험 DB를 연계하는 과정에서 **활용변수의 한계(실손보험 가입정보만 포함, 실손보험 지급정보 제외)**로 실손보험 지급금 범위를 급여항목만 포함할 것인지 **비급여 항목까지를 포함할 것인지**에 대해서는 추가적인 논의가 필요한 상황임.
- 이 때, 실손보험 지급금의 범위를 **급여항목만 포함**하였을 경우와 **비급여항목까지를 포함**하였을 경우의 **비급여 풍선효과** 등을 반영할 수 있는 범위가 달라질 수 있음.
 - 예를 들어 **실손보험 지급금 범위를 급여항목으로 한정**하였을 경우 **신규 실손보험 보장영역 확대(예: 추나요법 등)**으로 인한 지급금 증가가 **분모 증가**에 반영되지만, **급여 외 비급여 항목의 증가(=비급여 풍선효과)**로 인한 **실손보험 지급금 변화**는 분모에 반영되지 못함.
 - 반면, 실손보험 지급금 범위를 **비급여 항목까지 확대**할 경우에는 **비급여 풍선효과**로 인한 **실손보험 지급금 증가**가 분모에 반영될 수 있음.

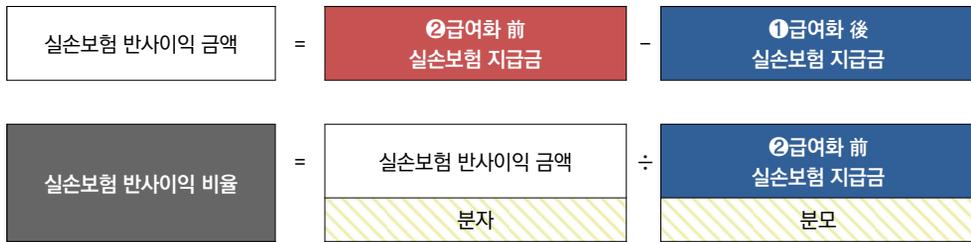
〈표 4-9〉 실손보험 지급금 범위에 따른 비급여 풍선효과 등의 반영범위 차이

실손보험 지급금 포함 범위	
분모범위: 급여항목	분모범위: 급여항목 + 비급여 항목
신규 실손보험 보장영역 확대(예: 추나요법 등)로 인한 지급금 증가가 분모 증가 에 반영	신규 실손보험 보장영역 확대(예: 추나요법 등)로 인한 지급금 증가가 분모 증가 에 반영 + 비급여 풍선효과로 인한 지급금 증가가 분모 증가 에 반영

- 또한, 비급여 풍선효과는 크게 **수요자 측면**과 **공급자 측면**으로 구분하여 살펴보는 것이 필요함.
 - (수요자 측면) 비급여의 급여화로 **본인이 부담하는 가격이 감소**하면서 **의료이용이 증가**하는 것임. = **비급여 급여화 항목(=현재 급여항목)**이 **급여화 전 대비 의료이용량 증가**
 - (공급자 측면) 비급여의 급여화로 **해당 항목의 가격 인하**로 **수익이 감소**하면서 **대체(신규) 비급여를 양산**하는 것임. = **대체(신규) 비급여 항목(=현재 비급여 항목)**의 **의료이용량 증가**

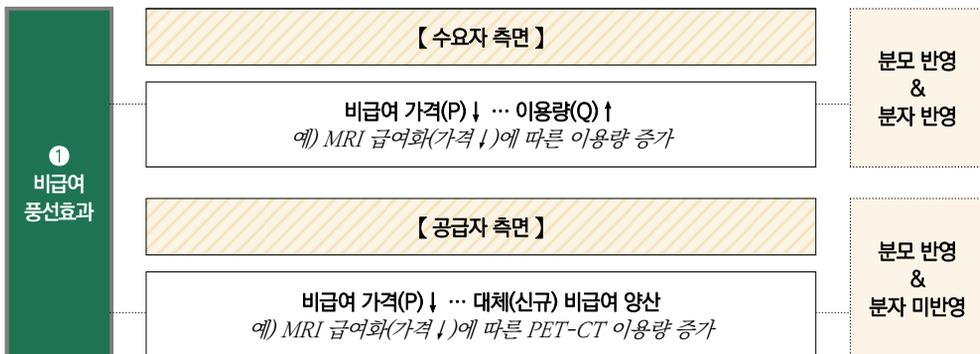
- 현재 실손보험 지급금 중 반사이익 금액을 실손 보험료 조정률로 적용하고 있는 방식에서는 이와 같은 수요자 측면과 공급자 측면의 의료이용량 증가가 분모(=실손보험 지급금)에 모두 반영됨.
- 반면, 분자는 비급여의 급여화가 이루어진 항목에 대한 실손보험 지급금의 변동을 반영하는 것으로 수요자 측면의 의료이용량 증가는 반영되는 반면, 공급자 측면의 의료이용량 증가는 반영되지 못하게 됨.
- 즉, 현재와 같은 분모, 분자 산출구조에서는 비급여 풍선효과 등이 발생할 경우 분모에는 모두 반영이 되고 분자에는 일부만 반영이 되면서 상대적으로 분모를 증가시켜 실손 보험료 조정률 값을 상쇄시키는 기전이 일부 작동된다고 할 수 있음.

[그림 4-3] 실손보험 반사이익 산출과정(최종값 분모와 분자)



↑ 최종 산출 결과: 비급여의 급여화로 인한 실손보험 지급 감소분으로 산출

[그림 4-4] 비급여 풍선효과, 신규 보장영역 발생 등



- 또한 분모와 분자에 모두 반영이 되는 수요자 측면의 비급여의 급여화에 따른 의료이용량 증가의 경우 실손보험 가입자 보다 **실손보험 미가입자에서 더 강하게 나타날 유인**이 있음.
- 즉, 기존의 **실손보험 가입자들**은 **급여화 전 시점**에서도 해당 항목에 대해 실손보험으로부터 손실을 보전 받아 **체감하는 본인부담 수준이 낮아** 가격탄력성에 미치는 영향이 미미할 수 있음.
- 반면, **실손보험 미가입자**의 경우 **급여화 전 시점**에서는 100% 본인이 부담하던 의료비를 **급여화 후에는 공적보험으로부터 지원**받음에 따라 **급여화 전 대비 본인부담 수준이 낮아지면서 의료이용량을 증가시킬 유인**이 더 크게 작동할 수 있음.

[그림 4-5] 수요자 측면의 비급여의 풍선효과 발생지점 예시

구분	【 보장성 강화 前 】	【 보장성 강화 後 】						
실손 보험 가입자	<table border="1"> <tr> <td>MRI (40만원)</td> <td> 본인부담 20%(8만원) 민간보험 급여(32만원) </td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 20%(8만원) 민간보험 급여(32만원)	<table border="1"> <tr> <td>MRI (40만원)</td> <td> 본인부담 4%(1.6만원) 민간보험 급여(6.4만원) 건강보험 급여(32만원) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">보장성 강화 후 본인부담 6.4만원 ▼</td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 4%(1.6만원) 민간보험 급여(6.4만원) 건강보험 급여(32만원)	보장성 강화 후 본인부담 6.4만원 ▼	
MRI (40만원)	본인부담 20%(8만원) 민간보험 급여(32만원)							
MRI (40만원)	본인부담 4%(1.6만원) 민간보험 급여(6.4만원) 건강보험 급여(32만원)							
보장성 강화 후 본인부담 6.4만원 ▼								
실손 보험 미가입자	<table border="1"> <tr> <td>MRI (40만원)</td> <td> 본인부담 100%(40만원) 비급여 </td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 100%(40만원) 비급여	<table border="1"> <tr> <td>MRI (40만원)</td> <td> 본인부담 20%(8만원) 건강보험 급여(32만원) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">보장성 강화 후 본인부담 32만원 ▼</td> </tr> </table>	MRI (40만원)	본인부담 20%(8만원) 건강보험 급여(32만원)	보장성 강화 후 본인부담 32만원 ▼	
MRI (40만원)	본인부담 100%(40만원) 비급여							
MRI (40만원)	본인부담 20%(8만원) 건강보험 급여(32만원)							
보장성 강화 후 본인부담 32만원 ▼								

- 이처럼 비급여 풍선효과 등이 실손보험 반사이익에 영향을 미칠 수 있으나, 현재와 같이 실손보험 지급금을 분모로 산출하는 구조에서는 **비급여 풍선효과 등이 발생하면 분모의 크기가 증가하면서 일정부분 실손 보험료 조정률 값을 상쇄**시키는 효과가 작동하고 있음.

- 실제로 실손보험 반사이익의 산출의 분모가 되고 있는 실손보험 지급금은 매년 건강보험 진료비 증가율을 상회하여 증가하고 있는 상황임.
 - 우리나라 경상의료비는 '01년 31.5조에서 '18년 144.4조로 연평균 9.4%씩 증가하였음.
 - 건강보험 진료비는 '18년 63.3조원으로 전체 경상의료비 중 43.8%를 차지하고 있었으며, '01년 이후부터 연평균 9.4%씩 증가하였음.
 - 실손보험 의료비는 '01년 0.7조원에서 '18년 10.7조원으로 연평균 17.5%씩 증가하고 있는 상황임.

〈표 4-10〉 보건의료계정(SHA)로 본 국내 의료보장제도별 의료비 증가율

구분		2001년	2010년	2017년	2018년	증가율	
경상 의료비		31.5조 (100.0%)	78.7조 (100.0%)	130.4조 (100.0%)	144.4조 (100.0%)	9.4%	
의무가입 보험	공적의료보장	건강보험	13.7조 (43.5%)	34.8조 (44.2%)	56.9조 (43.6%)	63.3조 (43.8%)	9.4%
		의료급여	1.8조 (5.8%)	4.7조 (6.0%)	7.0조 (5.4%)	7.5조 (5.2%)	8.6%
		산재보험	0.6조 (2.0%)	0.8조 (1.1%)	1.0조 (0.8%)	1.0조 (0.7%)	2.8%
	자동차보험	0.8조 (2.7%)	1.2조 (1.6%)	1.9조 (1.5%)	2.0조 (1.4%)	5.4%	
임의가입보험(실손)		0.7조 (2.2%)	4.0조 (5.0%)	8.9조 (6.8%)	10.7조 (7.4%)	17.5%	

- 실손보험 반사이익 산출결과의 정확성을 높이고, 비급여 풍선효과 등 외부요인에 대한 논란을 해소하기 위해서는 비급여 풍선효과 등을 계량적으로 산출하는 것이 가장 이상적이라고 할 수 있음.
- 실손보험 DB와 건강보험 DB 구축이 완료되기 전까지는 비급여 풍선효과를 별도로 추계하여 반영하는 방식을 제한적으로 검토해볼 수 있음.
- 이 때, 비급여 풍선효과 증가분은 후향적 데이터에 근거하여 산출할 수 있는데, ❶ 수요자 측면에서 과거 보장성 강화 대책에 따른 지출 추이를 참고하여

자연증가분을 예측하고, ㉓ 공급자 측면에서 동일기간 내 급여화된 비급여 항목에 따른 대체 비급여 항목의 이용량에 대한 손해율을 통해 파악하는 방안을 검토해 볼 수 있음.

○ 하지만 이에 대한 값들도 추정치로 모형에 반영하는 것에 대해서는 논란의 여지가 발생할 수 있음.

□ 결과적으로는 비급여 풍선효과 등에 대한 논란을 해소하기 위해서는 실손보험 DB와 건강보험 DB 연계가 단년도에 그쳐서는 안 되고 연도별 데이터를 지속적으로 축적해가는 것이 필요함.

○ 또한 연계 변수도 현재와 같은 실손보험 가입 정보 외에 실손보험 지급 정보가 포함되는 것이 필요함.

○ 이와 같은 데이터 구축이 현실화되기 위해서는 현재 종이 영수증 중심으로 관리되고 있는 실손보험 DB를 전자시스템으로 구축되는 작업이 선행될 필요가 있음.

○ 실손보험 DB에서 관리되고 있는 비급여 항목들에 대해서도 표준화 코드를 부여하여 관리하는 작업이 진행되어야 함.

○ 이러한 인프라를 구축하는 작업이 이루어진 후에야 실손보험 DB와 건강보험 DB 간의 완결성 있는 연계가 가능하게 됨.

○ 또한 이와는 별도로 두 DB 연계를 위한 개인정보보호법 등의 관련 법/제도적 기반이 마련되는 것이 필요한 상황임.

제2절 실손의료보험 반사이익 산출방법 개선대안

1. 실손보험 반사이익 산출방법 체계화를 위한 제언

□ 앞서 살펴본 실손보험 반사이익 산출방법 체계화를 위한 주요 검토사항을 토대로 향후 실손보험 반사이익 산출방법의 개선을 위한 정책제언은 다음과 같음.

〈표 4-11〉 실손보험 반사이익 산출방법 개선대안

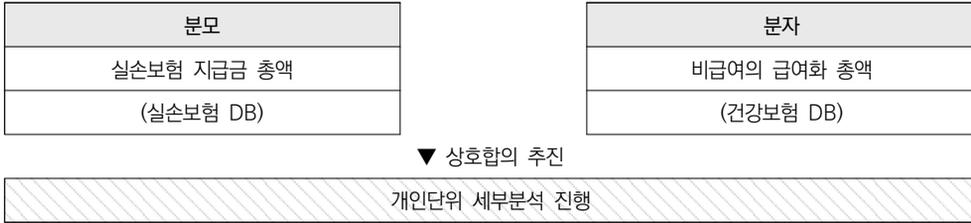
개선대안①	※ 실손보험 반사이익에 대한 개념 정립 및 산출식 체계화 ⇒ 누가 계산해도 동일한 결과가 나올 수 있는 산출구조 마련 (실손보험 반사이익 개념 및 산출모형 표준화) ⇒ 동일한 데이터와 동일한 산출모형으로 상호검증하여 결과를 산출할 수 있는 체계를 마련 (환산지수의 경우도 독립된 연구자가 연구용역을 수행하지만 공단과 동일한 방식으로 산출과정과 결과를 확인, 또한 공급자도 동일한 방식으로 각자 환산지수를 산출하여 협상시 활용하고 있는 상황)
개선대안②	※ 비급여의 급여화 의료이용 실적 반영에 대한 검증체계 마련 ⇒ 반사이익 산출에서 비급여의 급여화 실적의 포괄성이 산출결과에 중요한 영향을 미치는 만큼 비급여의 급여화로 인한 의료이용 실적이 모두 반영될 수 있도록 상호검증 체계 마련 ⇒ 분모(실손보험 지급금 총액)와 분자(비급여의 급여화 총액)의 기준값에 대한 검증 후, 세부 분석을 수행하는 방식으로 진행(① Micro Level에서 모두 반영하는 것이 최선의 방법, ② Micro Level에서 누락되었을 경우 사후 보정방안 마련)
개선대안③	※ 실손보험과 건강보험 간 지속적 데이터 연계체계 마련 ⇒ 실손보험과 건강보험 간 데이터 연계를 일회성에 그치지 않고 지속적으로 추진 ⇒ 반사이익 산출 뿐만 아니라 비급여 모니터링 활용으로 데이터 연계 목적을 확장 예: 전국민 데이터는 가입정보만 연계, 가입정보+지급정보는 코호트로 구축

□ (제언① 실손보험 반사이익에 대한 개념 정립 및 산출식 체계화) 실손보험 반사이익의 개념 및 산출모형을 표준화하여 산출 주체와 상관없이 동일한 결과가 나올 수 있는 산출구조가 마련되어야 함.

- 무엇보다 복수의 주체가 동일한 산출모형 및 자료를 토대로 반사이익을 산출하고 상호검증하는 체계를 확보하는 방안을 검토해 보는 것이 필요함.
- 산출주체 또는 방식에 따라 결과값에 편차가 생기면 정책적 형평성에 대한 문제가 제기될 수 있음.

- 따라서 실손보험 반사이익 추계를 토대로 매년 실손보험에 대해 적절한 수준의 실손의료 보험률을 조정하기 위해서는 산출방식에 있어 표준화된 기준이 마련되는 것이 필요함.
 - 더 나아가 반사이익 산출 결과의 활용이 정책적 파급력이 큰 만큼 이해관계 주체 간 상호검증 체계를 구축하는 것이 필요함.
 - 예를 들어, 매년 계약되는 환산지수의 경우 독립된 연구자가 연구용역을 수행하나, 국민건강보험공단과 동일한 방식으로 산출과정과 결과를 확인하고 있음.
 - 또한 의료 공급자도 동일한 방식으로 자체적으로 각각 환산지수를 산출하여 협상시 활용하고 있는 상황임. 이는 정책결정 과정에서 상호 신뢰성과 예측가능성을 높일 수 있는 방식임.
- (제언② 비급여의 급여화 의료이용 실적 반영에 대한 검증체계 마련) 반사이익 산출에서 비급여의 급여화 실적의 포괄성이 산출 결과에 중요한 영향을 미치는 만큼 관련 의료이용 실적이 모두 반영될 수 있도록 검증 체계를 마련하는 것이 필요함.
- 이는 앞서 제언①에서 강조한 바와 맥락을 같이 하며, 실손의료보험의 반사이익 발생에 영향을 준 항목의 의료이용 실적을 빠짐없이 산출범위에 포함해야 결과값이 왜곡되지 않으므로, 이에 대한 검증의 필요성을 제기함.
 - 이를 위해서는 먼저 분석에 포함되어야 하는 비급여 항목에 대한 범위, 의료이용 실적 범위에 대해 정의하는 것이 필요함.
 - 또한 분모(실손보험 지급금 총액)와 분자(비급여의 급여화 총액)의 기준값에 대한 검증 후에 세부 분석을 수행하는 방식으로 진행하는 방식을 검토해 볼 수 있음.
 - 이 때 분모인 실손보험 지급금 총액은 실손보험 데이터에서, 분자인 비급여의 급여화 총액은 건강보험 데이터를 근거로 산출될 수 있을 것이며, 이에 대해 이해 관계자 간의 상호 합의 후에, 세부분석을 진행하는 것이 필요함.

〈표 4-12〉 실손보험 반사이익 분모 및 분자 합의과정



- (제언③ 공사보험 간 지속적 데이터 연계체계 마련) 실손보험과 건강보험 간 데이터 연계를 반사이익 산출을 위한 일회적인 조치에 그치지 않고 **지속적으로 추진** 하며 **비급여 모니터링** 등으로 **연계 목적을 확장**하는 것이 필요함.
- 국민중심의 완결적 건강보장을 구축하기 위해서는 **건강보험 뿐만 아니라 민간 보험까지, 급여뿐만 아니라 비급여 정보까지를 확대**하여 개인단위 의료보장 정보를 **지속적으로 연계**하는 시스템을 구축하는 것이 필요함.

[그림 4-6] 국민의료보장 관리의 사각지대

구분		보험 범위 (지불 능력)		
		건강보험/의료급여	산재/자보	민간보험
급여 범위 (부담의료비)	급여	현재관리범위		관리사각지대
	비급여	관리사각지대		관리사각지대

- 또한 현 시점(2020년)에서 급여화 된 항목에 대한 반사이익 산출을 위하여 **실손보험 가입자의 가입정보만 연계**하였다면, 지속적으로 비급여 항목들의 의료이용을 모니터링하기 위해 **지급정보까지 포함한 데이터를 구축**하는 방안을 제안함.
- 이 때, 전국민의 실손보험 지급정보를 연계하는 것이 힘들다면 **단계적으로 실손보험 가입정보는 전국민 자료를 활용**하되, **실손보험 지급정보는 코호트 자료로 구축**하여 활용하는 방안도 검토해 볼 수 있음.

〈표 4-13〉 단계별 실손보험 DB 연계범위 예시

구분	실손보험 가입정보		실손보험 지급정보	
	가입여부	가입상품	지급항목	지급금액
1단계	전국민 DB		코호트 DB	
2단계	전국민 DB		전국민 DB	

2. 실손보험 반사이익 산출방법 체계화를 위한 표준화 모형(안) 도출

□ 이와 같은 3가지 제언을 토대로 실손보험 반사이익 개념 및 산출모형 표준화를 위한 개선대안을 정리하면 다음과 같음.

- 대안1은 Micro Level 자료를 활용하여 기존의 Top-down 방식으로 반사이익을 산출하는 방식이며, 대안2는 Micro Level 자료를 활용하여 Bottom-up 방식으로 반사이익을 산출하는 방식임.

〈표 4-14〉 실손보험 반사이익 산출방법 체계화를 위한 표준화 모형(안) 제시

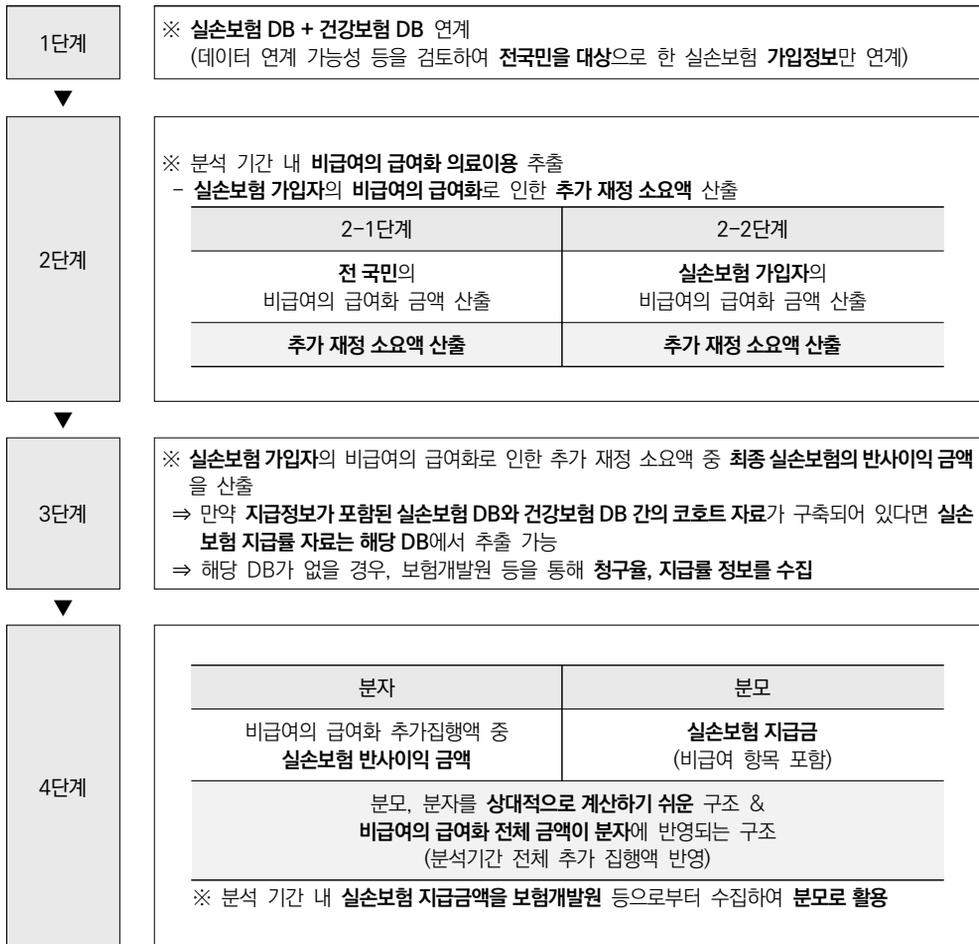
구분	대안1: Micro Level의 Top-down 방식	대안2: Micro Level의 Bottom-up 방식
분자	비급여의 급여화로 인한 추가 집행액 중 실손보험 반사이익 금액	급여화 前과 後의 실손보험 지급금 차이
분모	실손보험 지급금 (비급여 항목을 포함하는 것이 이상적)	실손보험 지급금 (비급여 항목을 포함하는 것이 이상적)
특징	급여화 전 의료이용량과 관행수가 정보없이 반사이익 금액을 산출하는 방식으로 산출방식이 더 용이	급여화 전 의료이용량 및 관행수가를 정확하게 파악할 수 있다면 정확성이 높은 모형

가. (1인) 실손보험 지급금 중 보장성 강화 정책으로 인한 실손보험 반사이익 금액 (Micro Level의 Top-down 방식)

□ 먼저, 실손보험 지급금 중 보장성 강화 정책으로 인한 실손보험 반사이익 금액을 ‘실손보험 반사이익’의 개념으로 정의한 산출모형의 단계별 산출방식임.

○ 해당 모형의 특징은 실손보험 가입자로 대상집단을 한정하여 비급여의 급여화로 인한 추가 재정 소요액(=건강보험 보장성 강화 집행액) 중 최종 실손보험의 반사이익을 산출한다는 것임.

〈표 4-15〉 (1인) 실손보험 지급금 중 반사이익 금액 산출



- (1단계) 데이터 연계 가능성 등을 검토하여 전국민을 대상으로 한 실손보험 가입 정보만 연계하여 건강보험과 실손보험 데이터베이스(DB)를 구축함.
 - DB 구축 시에는 실손보험 가입 및 지급정보, 급여 의료이용 실적 등이 모두 포함되는 것이 이상적이나, 구축 및 분석의 용이성 측면에서 가입정보만을 연계하는 것을 제안함.

- (2단계) 분석기간을 설정하고, 해당 기간 내 비급여의 급여화 의료이용 내역을 추출함.
 - 이를 토대로 해당 분석기간 내 실손보험 가입자의 비급여의 급여화로 인한 추가 재정 소요액을 산출함.

- (3단계) 2단계에서 산출한 실손보험 가입자의 비급여의 급여화로 인한 추가 재정 소요액 중 최종 실손보험의 반사이익 금액을 산출함.
 - 지급정보가 포함된 실손보험 DB와 건강보험 DB 간의 코호트 자료가 구축되어 있다면 실손보험 지급률 자료는 해당 DB에서 추출 가능함.
 - 해당 변수가 포함된 DB가 없을 경우, 보험개발원 자료 등을 통해 청구율, 지급률 정보를 수집하여 산출 가능함.

- (4단계) 실손의료보험 인하율은 비급여 항목을 포함한 실손보험 지급금 중 3단계에서 산출한 반사이익 금액의 비율로 산출함. 1안의 방식으로 산출할 경우, 분모/분자를 상대적으로 계산하기 쉬우며, 비급여의 급여화 전체 금액이 분자에 반영되는 구조임.

〈표 4-16〉 (1안)에 따른 산출식(분자, 분모)

분자	비급여의 급여화 추가집행액 중 실손보험 반사이익 금액(3단계 결과값)
분모	비급여 항목을 포함 실손보험 지급금

- 구축한 DB 상에 실손보험사의 지급정보가 포함되지 않은 경우, 보험개발원 등에서 공시한 실손보험 지급금액을 수집하여 활용할 수 있음.

나. (2안) 보장성 강화 정책으로 인한 실손보험 지급금 감소분

□ 다음으로, 보장성 강화 정책으로 인한 실손보험 지급금 감소분을 ‘실손보험 반사이익’의 개념으로 정의한 산출모형의 단계별 산출방식임.

○ 해당 모형의 특징은 비급여의 급여화 적용 전후의 실손보험 지급금을 각각 산출하여 차액을 반사이익 추계에 활용한다는 것임.

〈표 4-17〉 (2안) 보장성 강화 정책으로 인한 실손보험 지급금 감소분을 통한 반사이익 금액 산출

1단계	※ 실손보험 DB + 건강보험 DB 연계 (데이터 연계 가능성 등을 검토하여 전국민을 대상으로 한 실손보험 가입정보만 연계)						
▼							
2단계	※ 분석 기간 내 비급여의 급여화 의료이용 추출 - 실손보험 가입자의 비급여의 급여화로 인한 추가 재정 소요액 산출 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 50%;">2-1단계</th> <th style="width: 50%;">2-2단계</th> </tr> <tr> <td>전 국민의 비급여의 급여화 금액 산출</td> <td>실손보험 가입자의 비급여의 급여화 금액 산출</td> </tr> <tr> <td>추가 재정 소요액 산출</td> <td>추가 재정 소요액 산출</td> </tr> </table>	2-1단계	2-2단계	전 국민의 비급여의 급여화 금액 산출	실손보험 가입자의 비급여의 급여화 금액 산출	추가 재정 소요액 산출	추가 재정 소요액 산출
2-1단계	2-2단계						
전 국민의 비급여의 급여화 금액 산출	실손보험 가입자의 비급여의 급여화 금액 산출						
추가 재정 소요액 산출	추가 재정 소요액 산출						
▼							
3단계	※ 비급여의 급여화 항목별 급여화 전 후 실손보험 지급금 산출 ⇒ 급여화 전 실손보험 지급금의 경우 해당 수가항목별 관행수가를 매칭시키고, 급여화 후 청구량을 활용하여 산출 ⇒ 급여화 후 실손보험 지급금의 경우 해당 수가항목별 급여수가와 청구량을 활용하여 산출						
▼							
4단계	※ 급여화 전 실손보험 지급금을 분모로 실손보험 반사이익 산출 <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 50%;">분자</th> <th style="width: 50%;">분모</th> </tr> <tr> <td>급여화 前과 後의 실손보험 지급금 차이</td> <td>급여화 前 실손보험 지급금</td> </tr> <tr> <td colspan="2">실손보험 지급금 변화에 중심을 둔 산출구조</td> </tr> </table>	분자	분모	급여화 前과 後의 실손보험 지급금 차이	급여화 前 실손보험 지급금	실손보험 지급금 변화에 중심을 둔 산출구조	
분자	분모						
급여화 前과 後의 실손보험 지급금 차이	급여화 前 실손보험 지급금						
실손보험 지급금 변화에 중심을 둔 산출구조							

- (1, 2단계) 1, 2단계는 앞서 제시한 1안과 절차가 동일함.
 - 즉, 반사이익 산출에 있어 건강보험과 실손보험 자료를 연계하여 DB를 구축하는 것이 전제되어야 함.

- (3단계) 비급여의 급여화 항목별 급여화 전후 실손보험 지급금을 산출함. 반사이익 추계에 포함되는 항목의 급여화 시점이 상이하므로, 이를 반영하여 지급금 변화 구조를 파악해야 함.
 - (급여화 전 실손보험 지급금) 해당 수가항목별 관행 수가를 매칭시키고, 급여화 후 청구량을 활용하여 산출함.
 - (급여화 후 실손보험 지급금) 해당 수가항목별 급여 수가와 청구량을 활용하여 산출함.

〈표 4-18〉 급여화 전/후 실손보험 지급금 계산방식 차이



- (4단계) 실손의료보험 인하율은 비급여 항목을 제외한 급여화 전 실손보험 지급금 중 급여화 전후 실손보험 지급금 차액의 비율로 산출함. 이는 실손보험 지급금 변화에 중심을 둔 산출구조이며, 비급여 항목 제외에 대한 보정이 필요함.

〈표 4-19〉 (2안)에 따른 산출식(분자, 분모)

분자	급여화 전과 후의 실손보험 지급금 차액
분모	급여화 전 실손보험 지급금(비급여 항목 제외)



국무총리 정부업무평가위원회. 100대 국정과제 중 “44. 건강보험 보장성 강화 및 예방 중심 건강관리 지원” 추진현황 자료.

https://www.evaluation.go.kr/psec/np/np_2_1_2.jsp에서 2020.11.11. 인출

권기현. (2013). 건강보험의 보장성 강화가 민간의료보험 시장에 미치는 영향. 국회예산정책처.

김상우. (2017). 건강보험 보장성 강화 대책에 따른 민간의료보험 영향 분석. NABO 산업동향 & 이슈. 1(2017.10.), pp 33-43. 국회예산정책처.

김상우. (2016). 건강보험 보장성 강화 정책 평가. 국회예산정책처.

김용익 의원실 보도자료(2014.10.24.). 건강보험 확대에 따른 민간보험 반사이익 2조5천억. 2014년 국정감사 보도자료.

<https://yikim.tistory.com/1167?category=596728>에서 2020.11.1. 인출

김우현, 이은경, 김대환, 김윤. (2018). 건강보험 보장성 강화 정책의 효과 분석: 4대 중증질환을 중심으로. 한국조세재정연구원.

서울경제. (2019.11.14.). 문케어 반사이익 vs 풍선효과...실손보험 진실공방 2라운드.

<https://www.sedaily.com/NewsView/1VQSNX5YWQ>에서 2020.11.10. 인출

손영래. (2018). 건강보험 보장성 강화정책 방향. HIRA 정책동향, 12(1), 7-18.

신현웅, 여나금, 김윤, 윤석준, 김혜윤, 이재은. (2019). 건강보험 보장성 강화 중간평가 기초연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

신현웅, 윤장호, 강성욱, 김태은, 여나금, 심보람. (2015). 국민건강보험과 민간의료보험의 합리적 발전방안. 한국보건사회연구원·국민건강보험공단.

여나금, 신현웅, 민인순, 김상호, 정형선, 박정훈, 임재우. (2018). 포괄적 의료보장 관리체계 도입방안 연구. 한국보건사회연구원·건강보험심사평가원.

이용갑. (2009). 민간의료보험 활성화 정책 결정과정 연구 - 국민건강보험의 보장성 강화와 민간의료보험의 활성화 논쟁 분석. 보건과 사회과학, 26, pp.5-39. 한국보건사회학회.

이재준, 권정현, 이기영, 김성지, 양숙영. (2018). 국민건강보험 보장성 강화가 실손의료보험의 보험료(손해율)에 미치는 영향 분석. 한국개발연구원·금융감독원·국민건강보험공단.

이태진, 김윤희, 박성민, 황인욱, 이윤경, 임유나. (2019). 공·사 의료보험 실태조사 체계마련 및 운영방안 연구. 서울대학교·국민건강보험공단.

이현복, 최기춘, 조정완, 송성효, 석지혜, 신다미. (2017). 국민건강보험 보장성 확대에 따른 실손의료보험 개선에 대한 연구. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

의협신문. (2019.11.27.). 공·사보험 연계법 처리 '속도'...관계부처 합의.

<https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=132295>에서
2020.11.11. 인출

정성희, 문혜정. (2019). 실손의료보험 현황과 개선 방안. 보험연구원.

정성희, 이태열, 김유미. (2018). 주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석. 보험연구원.

조용운, 김경환, 김미화. (2014). 건강보장체계 합리화를 위한 공·사 건강보험 협력방안. 보험
연구원.

한다정. (2019). 비급여 의료비 관리 체계 개선방안 : 국민건강보험과 실손의료보험 연계를 중
심으로. 연세대학교 보건대학원 학위논문.