

정책세미나

실손의료보험제도 현황과 개선방안

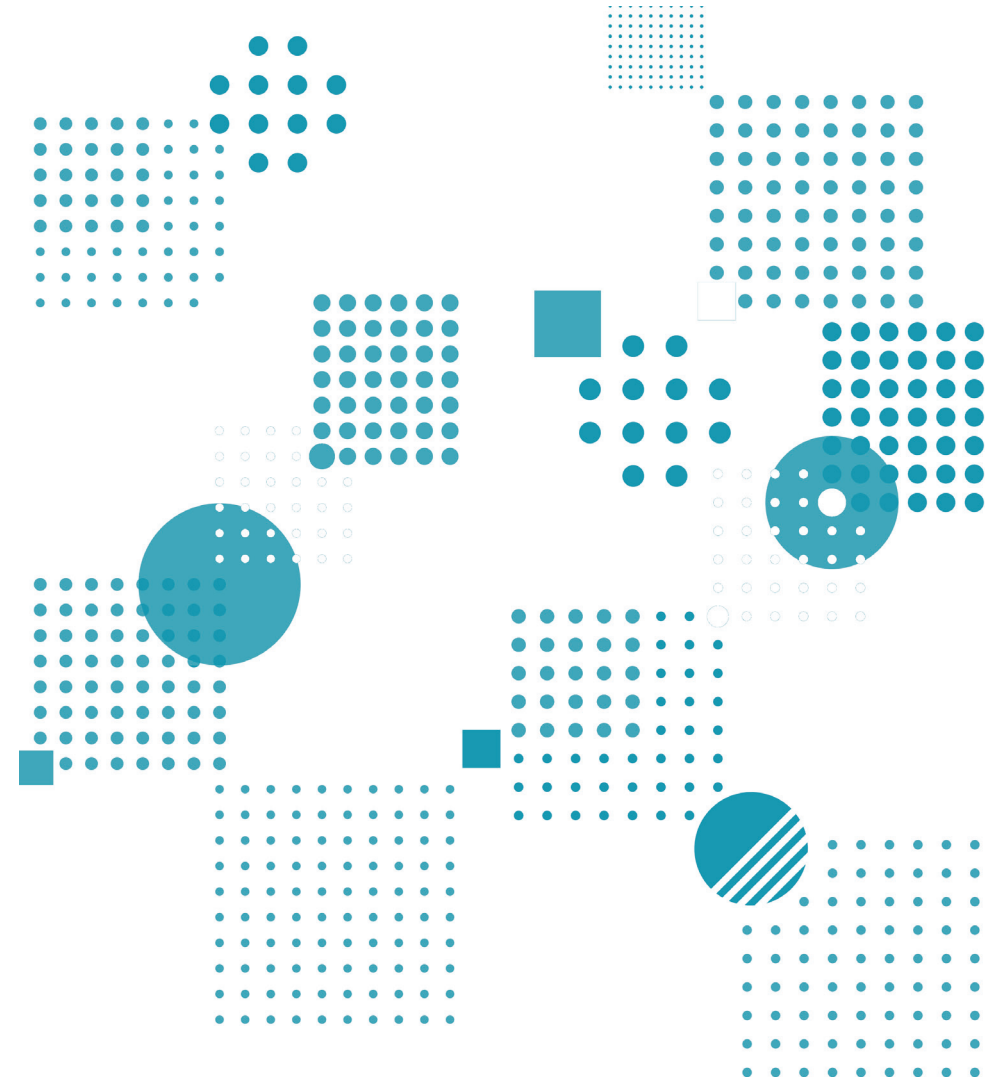
일시

2019년 9월 5일(목), 14:00~16:00

장소

코리안리빌딩 강당(12층)

kiri 보험연구원
Korea Insurance Research Institute



정책세미나 - 제1주제

실손의료보험제도 현황과 평가

발표자: 이태열 선임연구위원

목 차

- I. 논의 배경
- II. 손해율 상승과 실손의료보험
- III. 손해율 상승과 국민의료비
- IV. 개선 방향

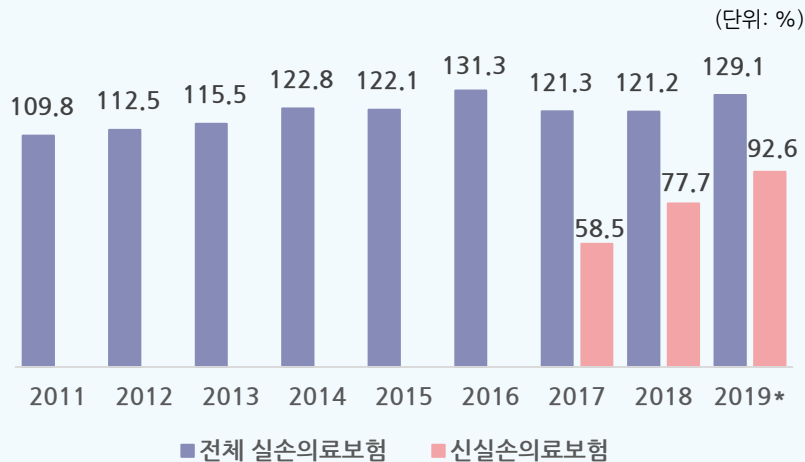
I. 논의 배경

1. 실손의료보험의 손해율 위기
2. 논의 개요

1. 실손의료보험의 손해율 위기 (1/2)

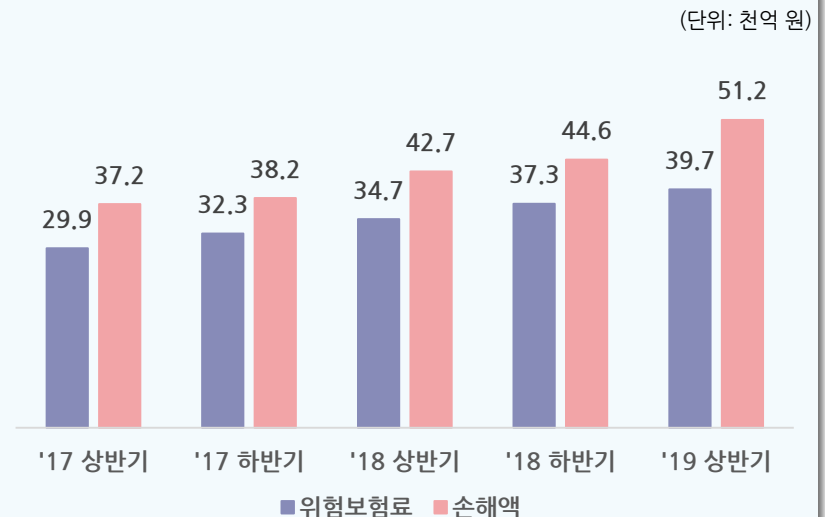
- 최근 실손의료보험의 손해율이 큰 폭으로 상승하면서 지속성에 우려가 제기
 - 2019년 상반기 실손의료보험 손해율은 130% 수준으로 상승하면서 2016년 이후 최고치 기록
- 실손의료보험의 손해율 급상승은 손해액의 급증에 기인
 - 전년동기대비 15% 전후의 상승률을 보이던 손해액 증가율은 2019년 상반기 20% 수준으로 크게 상승

〈그림1〉 실손의료보험 위험손해율 추이



주: 1. 개인실손보험 기준, IBNR포함
 2. 위험손해율=(지급보험금+IBNR)/위험보험료
 3. 2019년은 상반기 기준 손해율임
 4. 신실손의료보험의 2017년 손해율은 하반기 기준임
 자료: 1. 보건복지부, 금융위원회, 금융감독원(2016.12.20), 『실손의료보험 제도 개선 방안』
 2. 보험회사 실적통계

〈그림2〉 실손의료보험 보험료 vs 손해액

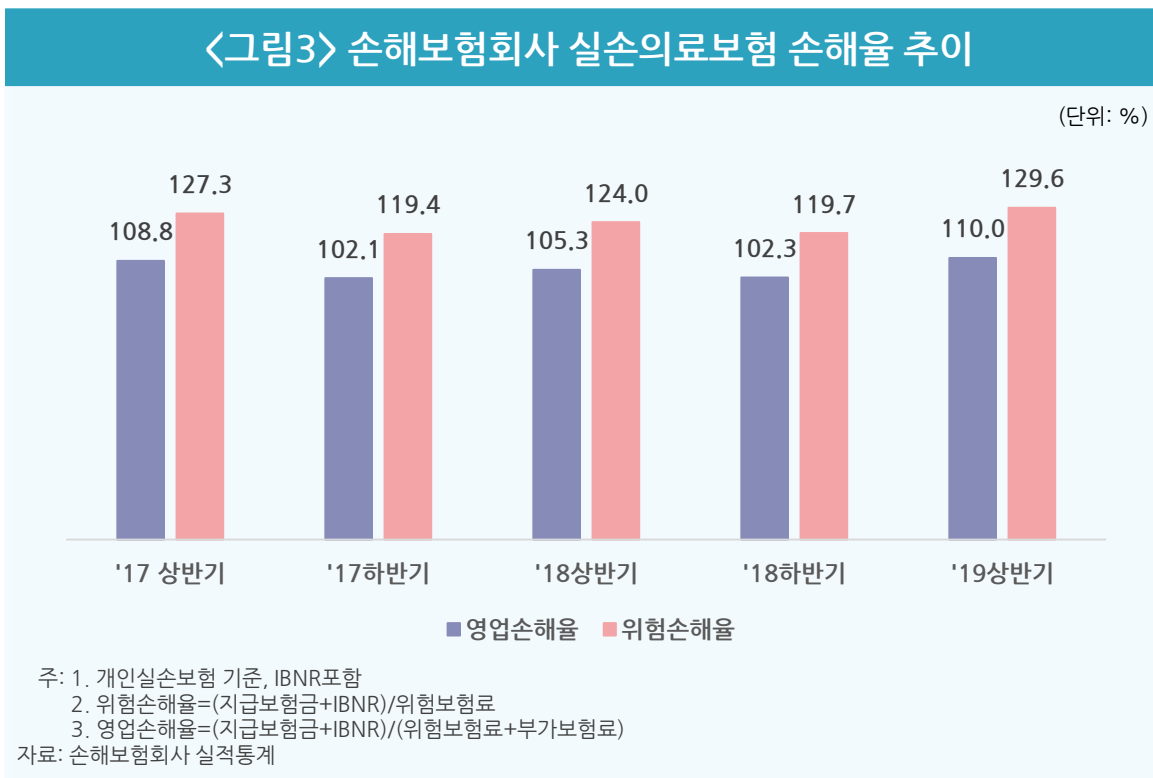


주: 1. 개인실손보험 기준, IBNR포함
 2. 손해액=지급보험금+IBNR
 자료: 보험회사 실적통계

1. 실손의료보험의 손해율 위기 (2/2)

- 위험손해율과 영업손해율 등 다른 기준으로 파악해도 실손의료보험 손해율은 공통적으로 크게 상승

〈그림3〉 손해보험회사 실손의료보험 손해율 추이



2. 논의 개요

실손의료보험

- 실손의료보험의 개선을 위해 도입되었던 다양한 대책들을 검토
- 다양한 실손의료보험 개선 노력에도 불구하고 나타나고 있는 손해율 상승의 의미 논의
- 향후 실손의료보험 개선을 위한 방안 검토

국민의료비 관리 (비급여진료비)

- 총의료비 관리를 위한 다양한 논의와 최근 건강보험 보장성 강화정책의 특징 파악
- 실손의료보험 손해액 증가 현상이 갖는 총의료비 관리 차원의 의미 논의
- 총의료비 차원에서 검토해야 할 공사협력의 과제 모색

II. 손해율 상승과 실손의료보험

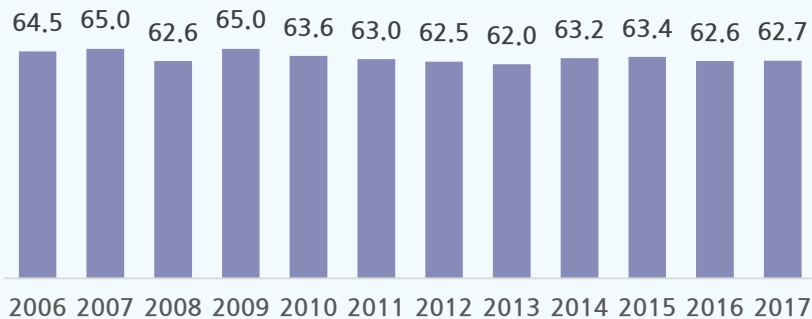
1. 실손의료보험의 발전
2. 실손의료보험의 제도 개선
3. 손해율 상승의 의미
4. 실손의료보험의 개선 방향

1. 실손의료보험의 발전

- 2000년대 2만 달러 시대에 진입하고 건강보장 수요가 확대되면서 실손의료보험 시장 급성장
 - 1인당 국민소득이 2만 달러 시대에 진입(2006년)하면서, 환경, 문화, 건강 등 삶의 질에 대한 국민적 관심과 사회적 성숙도 제고
 - 환경(분리수거 실시, 2003년), 문화(한류붐 2000년대 초)와 더불어 잠재된 건강 보장 수요도 컸던 것으로 판단
 - 실손의료보험은 60% 초중반의 보장률에 머물고 있는 공적보험에 추가적인 보장을 제공하면서 급성장

〈그림4〉 공적보험 보장률 추이

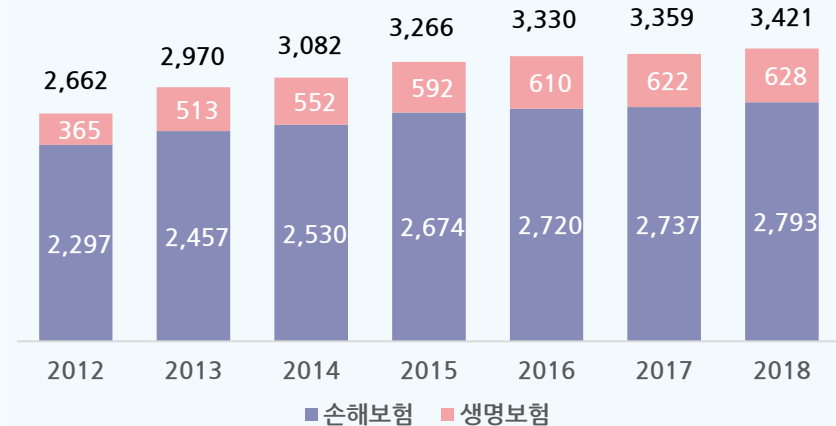
(단위: %)



자료: 건강보험정책연구원(2018), 『2017년도 건강보험환자 진료비 실태조사』

〈그림5〉 가입자 수(보유계약건수) 증가

(단위: 만 건)



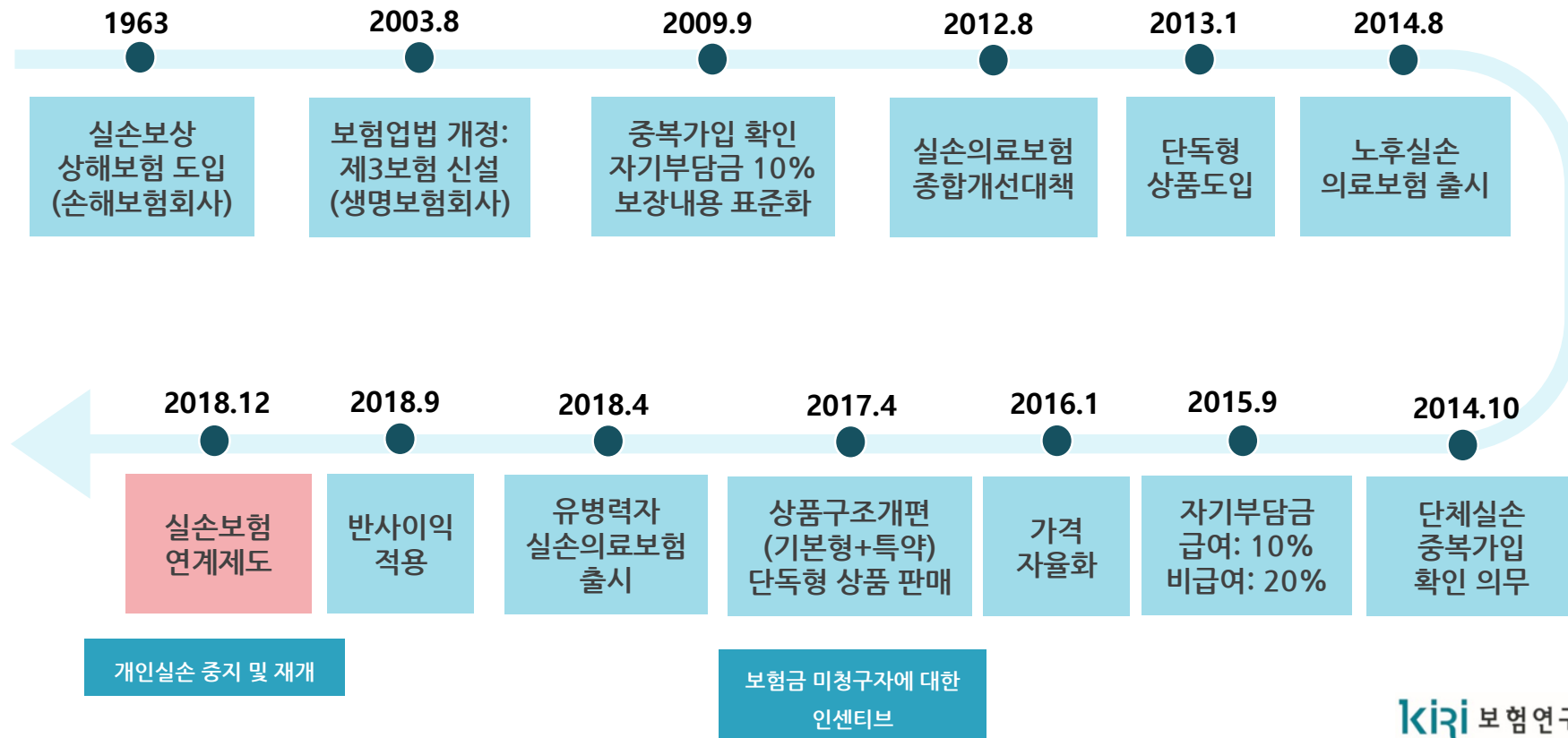
주: 2012년 보유계약건수는 3월말 기준임
 자료: 금융감독원 보도자료, 회사별 업무보고서

2. 실손의료보험의 제도 개선

- 실손의료보험 시장이 예상보다 급성장하면서 관련 제도 발전은 시장에 후행해서 진행

- 상해, 질병, 종합: 입원, 통원
- 입원 보장한도: 5천만 원
- 통원보장: 회당 30만 원, 180회

- 단독실손의료보험 출시 의무화
- 보험료 조정주기 단축(3년→1년)
- 자기부담금 10%, 20% 병행



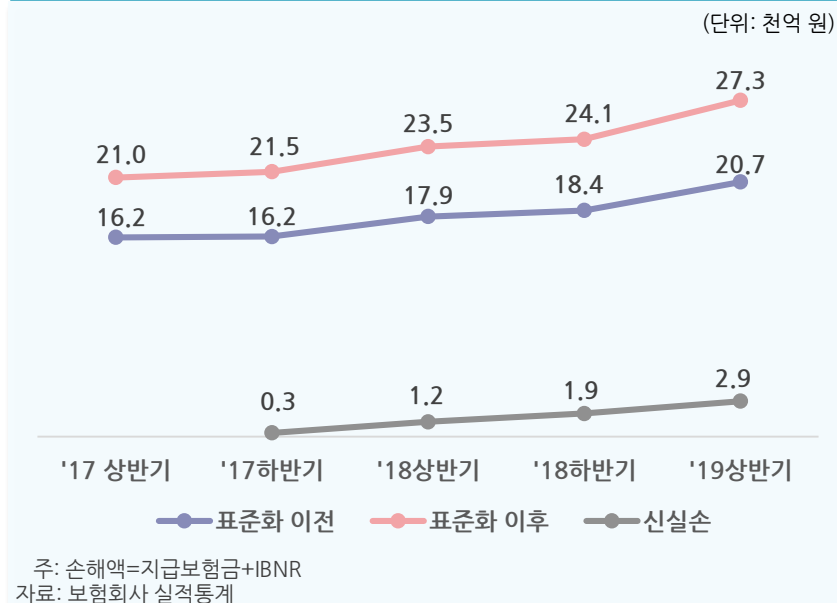
3. 손해율 상승의 의미

- 도덕적 해이 방지를 위한 단계적 보장 축소는 손해액 관리에 큰 효과가 없는 것으로 판단
 - 실손의료보험 손해액의 급증 현상은 다양한 실손의료보험 상품에 걸쳐 공통적이고 광범위하게 진행
- 반사이익은 총의료비에 대한 통제를 전제로 하고 있어 손해액의 증가는 우려되는 현상
 - 공적 보장의 확대가 비급여 진료비의 증가로 이어지는 풍선효과로 상쇄되었을 가능성
 - 공적 보장 확대나 풍선 효과 이외에 외부적 의료비 변화가 총의료비를 주도할 가능성

〈표1〉 부문별 실손 관련 정책

선진화	중복가입 확인, 단독형 상품 개인실손 개폐
사각지대해소	노후 실손, 유병자 실손
보장축소	90/90, 90/80, 신실손 등 출시
가격 조정	미청구자 인센티브 반사이익 환수, 한도타절 축소

〈그림6〉 손해액 추이



[참고] 실손의료보험 판매사 현황

- 실손의료보험 시장 정상화에 대한 기대가 약해지면서 취급하는 보험회사는 지속적으로 감소

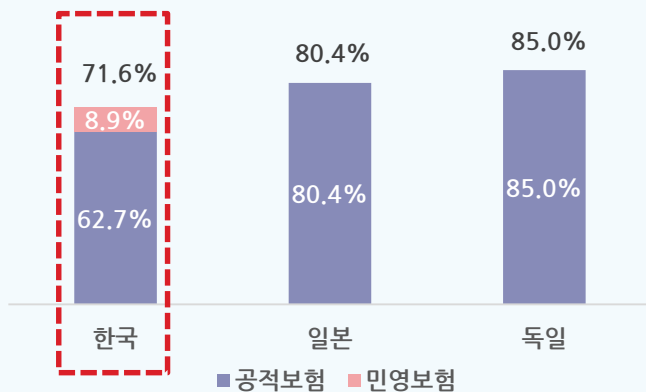
손해보험회사	
회사명	판매종료일
메리츠	
한화	
롯데	
MG	
흥국	
삼성	
현대	
KB	
DB	
농협	
AXA	2012. 4. 1.
ACE	2013. 4. 1.
AIG	2017. 4. 1.

생명보험회사	
회사명	판매종료일
한화	
ABL	
삼성	
흥국	
교보	
신한	
미래에셋	
동양	
NH농협	
푸본현대	2017. 8. 18.
KDB	2018. 1. 31.
DGB	2018. 5. 31.
KB	2018. 6. 29.
DB	2019. 3. 31.

4. 실손의료보험의 개선 방향

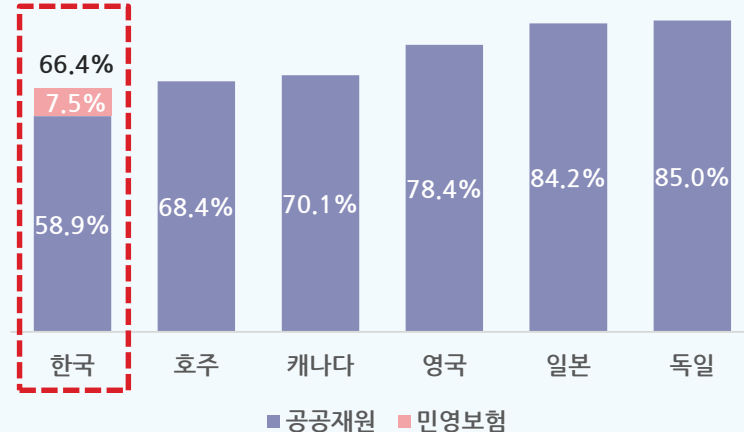
- 공적 보장의 수준을 고려할 때 실손의료보험 무용론에는 동의하기 어려운 상황
 - 우리나라 공적, 사적 건강 보험의 보장률 합계도 주요국의 공적 보장률보다 낮은 수준임
- 향후 실손의료보험 개선은 도덕적 해이의 유발 분야에 미시적으로 집중하는 접근이 필요

〈그림7〉 건강보험 보장률(2017)



주: 1. 한국의 건강보험보장률은 실손의료보험 손해액을 포함하여 계산한 수치이며, 해당 수치 계산 시 건강보험심사평가원의 진료비 주요통계 자료를 사용함
 2. 일본은 2016년 기준 수치임
 3. 독일의 경우 전체 경상의료비 중 공공재원(정부 및 의무가입보험 재원) 비중임
 자료: 1. 보건복지부(2019. 5), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』 p.53,
 2. 건강보험심사평가원(2019), 『2018 진료비 주요통계』(진료일 기준)
 3. 보험회사 실적통계

〈그림8〉 경상의료비 재원구성비(2017)



주: 1. 공공재원=정부+의무가입건강보험 (한국 제외 주요국은 2017년 잠정치)
 2. 민영보험은 임의가입건강보험, 비영리단체, 기업의 재원을 모두 합한 금액을 기준으로 계산하였으며, 임의가입건강보험(사회보험 이외 모든 민영보험)만을 기준으로 계산할 경우 민영보험의 비중은 7.5%에서 6.8%로 하락함
 자료: 1. 보건복지부(2018. 7), 『2016년 국민보건계정』, p.212
 2. 통계청, 국민보건계정(기능별-재원별 의료비 지출규모)

III. 손해율 상승과 국민의료비

1. 2015년 비급여의료비 논란
2. 비급여 관리 수단으로서의 예비 급여
3. 비급여 진료비 관련 우려들
4. 공적 보장 목표와 비급여 진료비
5. 의료비 관리에 대한 효율성 우려
6. 같은 배를 탄 공사건강보험

1. 2015년 비급여진료비 논란

• 2015년 감사원의 비급여 진료비 문제 지적과 함께 다양한 논의가 입법부에서 진행

- 김춘진(안)과 오신환(안)은 각각 비급여의료비를 표준화하고 이에 대한 적정성 심사를 한다는 측면에서 비급여의료비를 통제하는 종합적인 대안이라고 평가 가능
- 그러나 의료법 개정은 사실상 김춘진(안)만 반영되면서 비급여 진료비의 표준화만 진전되게 됨

감사원 (2015. 3)

- 비급여 진료비용 고지 제도, 진료비 실태 조사, 진료비 확인 제도 등의 실효성이 미흡함을 지적함
- 보건복지부에 비급여진료비 표준화 방안을 마련하고, 비급여 진료비의 조사 및 고지를 위해 제도를 개선할 것을 요구함

김춘진 (2015. 10)

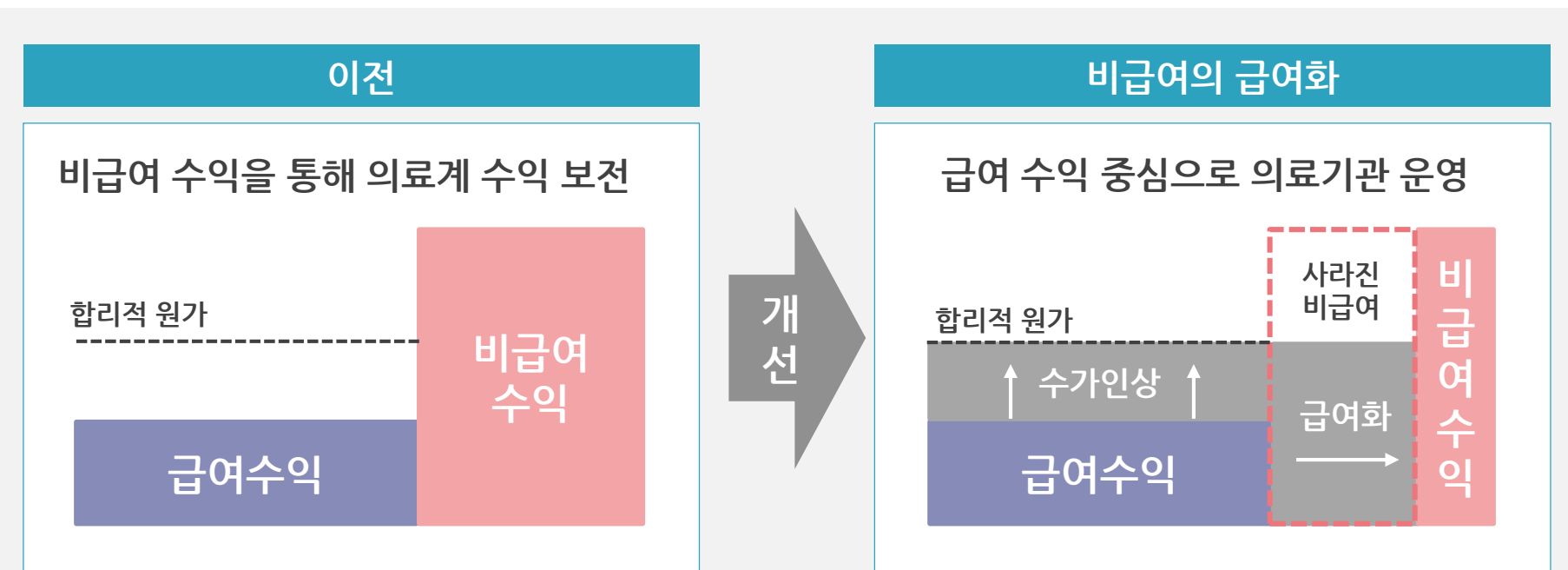
- 비급여 진료 항목을 조사하고 조사된 자료를 소비자에게 공개할 것을 법적으로 강제함
- 비급여 진료비를 조사하고 공개하는 것과 관련한 법적 근거를 명확히 제시함

오신환 (2015. 11)

- 실손의료보험에 대해 보험금 심사체계 마련 및 관련 정책 협의기구를 신설할 것을 제의함
- 의료계의 강한 발발로 논의가 중단됨

2. 비급여 관리 수단으로서의 예비급여

- 문재인케어의 예비급여 제도는 ‘비급여의 급여화’로서 매우 근본적인 해결안을 제시
 - 급여수가를 인상하여 현실화하되 급여 대상 진료를 대폭 확대하고 비급여 대상을 축소하고자 함
- 급여비와 본인부담금은 증가하게 되지만, 비급여진료비는 축소될 것으로 예견
 - 국민건강보험공단의 급여비는 수가 인상 및 급여 대상 확대로 빠르게 증가하는 것이 불가피
 - 실손의료보험은 건보의 급여비 증가에 따른 본인부담금 증가에도 불구하고 비급여는 감소할 것으로 기대



자료: 보건복지부(2019. 5), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』

3. 비급여 진료비 관련 우려들

- 비급여 진료비가 축소될 것이라는 기대에도 불구하고 현실은 다양한 분야에서 비급여 진료비와 관련된 과잉 청구 사례들이 지적되고 있음

백내장 수술

- 다초점인공수정체가 실손 보상 대상에서 제외되자 논의 계속
검사비용을 비정상적으로 청구
- 백내장 수술 환자에게 후발 백내장 수술을 유도하여 보험금을
과다 청구
- 2019년 관련 손해액은 5천억원이 넘을 것으로 추정

도수 치료

- 비정상적인 횡수의 도수치료를 실시
- 의사가 아닌 운동 치료사나 의료장비를 통해 물리치료를 실시
하고 도수치료로 청구

맘모툼 장비를 이용한 종양절제술

- 맘모툼 장비에 의한 종양제거술은 안전성 및 유효성에 대한
입증이 미비하여 진단목적으로만 허용
- 맘모툼 장비를 이용하여 검사를 진행하고 종양제거술까지 실
시한 이후 이를 비용으로 청구

고주파열치료술 및 신경성형술

- 고주파열치료술과 신경성형술은 경막외주사, 관절주사, 신경
차단술 등 다른 치료없이 바로 시술될 경우 과잉진료
- 많은 허리통증 환자들이 내원 당일 신경성형술 등의 권유를
받고 바로 시술을 받고 있음

4. 공적 보장 목표와 비급여 진료비 (1/2)

• 보장을 목표를 달성하기 위해서 (비급여진료비+본인부담금)에 대한 매우 안정적인 관리가 필요

- 당초 정책 초기에 보장성 강화 효과를 조기에 거둘 계획이었기 때문에 비급여진료비 관리가 매우 중요
- 정책 도입 초기 (비급여진료비+본인부담금)이 사실상 0% 증가율로 관리될 필요
- 특히, 본인부담금 증가가 불가피하기 때문에 비급여 진료비는 이를 상쇄할 정도로 감소해야 함을 의미

〈표2〉 정부의 건강보험 보장성 강화 정책 목표와 관련 의료비 보장 지표의 추정(2017 자료)

(단위: 조 원)

구분		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017~22 합계
정부 자료	신규재원	0.00	0.00	0.48	3.20	0.97	0.69	0.63	0.59	
	누적재원	0.00	0.00	0.48	3.72	5.06	6.09	7.12	8.14	30.62
	보장률(%)	63.40	63.40 (62.6)	63.96 (62.7)	67.40	68.35	68.98	69.52	70.00	
	비급여진료비	13.50	-	-	-	-	-	-	4.80	
추정치	비급여진료비 + 본인부담금	27.40	31.38 30.18	31.34	30.29	32.38	33.87	35.45	37.02	
	급여비	44.00	50.89 48.81	55.61	62.63	69.91	75.32	80.86	86.38	
	총진료비	69.40	80.27	86.95	92.92	102.28	109.19	116.30	123.40	

주: 1. 2016년 주요 지표의 경우 정부자료의 2015년도 급여비가 정확히 어떠한 개념으로 사용했는지 불투명한 점이 있어 2016년 급여비는 보험급여비(현물+현금) 기준, 요양급여비(실급여비) 기준 수치와 이에 따른 총진료비 등의 추정치를 모두 제시하였음. 서로 다른 기준의 사용이 2017~22년 추정치에는 영향을 미치지 않으나, 2016~17년 사이의 증가율에는 영향을 미침

2. 2016년, 2017년 보장률은 이후 발표된 정부자료를 참고하여 괄호 안에 표시함

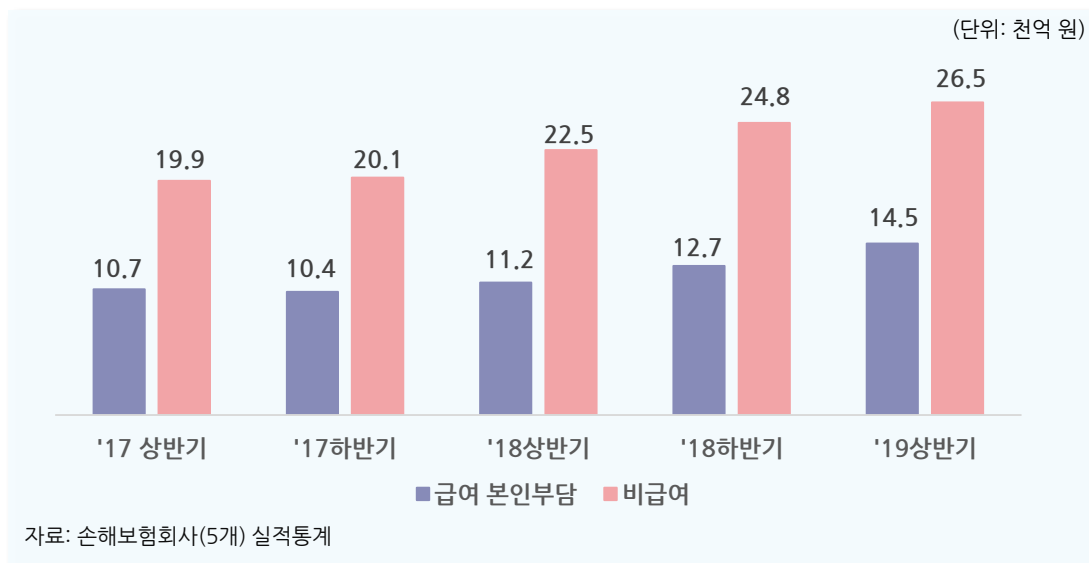
자료: 1. 보건복지부(2017. 8), 『건강보험 보장성 강화대책』

2. 이태열(2017. 11. 13), 「문재인 케어에 따른 주요 의료비 보장 지표의 추정」, 『KiRi 고령화리뷰』, Monthly 제15호, 보험연구원

4. 공적 보장 목표와 비급여 진료비 (2/2)

- 본인부담금과 비급여진료비 모두에서 나타나고 있는 실손의료보험 청구 증가 현상 우려
 - 비급여진료비 청구 증가가 비급여진료비 증가를 의미한다면 공적 보장을 달성에 매우 부정적인 형상
 - 비급여진료비가 본인부담금 증가를 상쇄할 정도로 감소해야 하는 상황에서 오히려 관련 청구금액이 증가하는 것은 총의료비 관리 차원에서 우려되는 상황

〈그림9〉 실손의료보험 청구금액 현황(5개사)



5. 의료비 관리에 대한 효율성 우려

- **비급여 진료비** : 예비급여, 포괄수가제와 같은 정책이 효과적으로 작동하고 있는지 우려
 - 비급여의료비 관리가 정상적으로 작동하지 않는다면 실손의료보험의 보험금을 적정수준에서 관리할 방안은 전무
- **본인부담금** : 수가인상 등 의료계에 제공하고 있는 반대급부가 과대하게 나타날 가능성
 - 2019년 5월 중간 평가에서 이미 수가 인상 등을 위해 추가 소요 재정을 반영 (의료비부담완화, 일차의료 강화, 적정 수가 보상)

〈표3〉 건강보험 보장성 강화 대책 소요재정

(단위: 억 원)

총계	2017	2018	2019	2020	2021	2022
306,164	4,834	37,184	50,590	60,922	71,194	81,441

추가 소요재정 반영

(단위: 억 원)

총계	2019	2020	2021	2022	2023
415,842	54,027	69,232	81,439	99,977	111,167

자료: 보건복지부(2019. 5), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』

6. 같은 배를 탄 공사건강보험

- 예비급여를 제외한 나머지 정책은 사실상 과거 정책을 계승하여 발전시키는 성격
- 비급여 진료비 관리 문제는 공사 모두 핵심적인 상호 이익이 공유되고 있는 현안
 - 현실적으로 실손의료보험의 손해액이 관리되지 않는다는 것은 공적 보험 보장률 달성도 어렵다는 것을 의미
 - 건강보험보장성강화 정책의 비급여 관리가 효과적으로 작동하지 않는다면 실손의료보험의 수익성 개선도 불가능

〈표4〉 1~4차 건강보험 중기보장성 강화 계획 주요 내용 비교

1차('05~'08)	2차('09~'13)	3차('14~'18)	4차('18~'22) ^{주)}
• 중증질환 산정특례 도입 • MRI 보험 적용 (개두술·개심술) • PET 보험적용 질환 확대 (암·심장·뇌질환) • 식대 급여화, 암 본인부담 인하 • 아동 입원·외래 부담경감 • 본인부담상한액 하향조정	• 중증질환 산정특례 도입 • MRI 보험 적용 (척추·관절) • 초음파 보험 적용 (4대 중증질환) • 구강 보험 적용 • 임·출산 지원 강화 • 본인부담상한액 3단계 차등	• 4대 중증질환 선별급여 • MRI 보험적용 확대 (뇌·심장) • 초음파 보험적용 확대 (임산부·간질환) • 3대 비급여 해소 추진 • 생애주기 필수의료 보장 • 본인부담상한액 7단계 차등	• 예비 급여 • MRI 보험적용 확대 (디스크, 혈관성 질환, 복부) • 초음파 보험적용 확대 (심장, 수술중, 근골격계) • 3대 비급여 실질적 해소 • 재난적 의료비 지원 • 본인부담 상한액 설정

주: 4차('18~'22)는 건강보험 보장성 강화 정책의 내용을 기초로 별도 작성함
 자료: 보건복지부(2019. 5), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』

IV. 결 론

결론

- 전반적인 상황을 종합할 때 실손의료보험에 한정된 제도 개선으로는 한계
- 실손의료보험에 대한 제도 개선을 한다면 도덕적 해이 방지에 보다 초점을 맞추어 집중할 필요
 - 도덕적 해이가 발생하는 진료에 대해 미시적으로 대응하고 필요하면 보험료 차등폭 확대도 검토
- 총의료비 관리는 공사건강보험 모두에게 핵심적인 과제임을 인정하고 협력할 필요가 있음
 - 반사이익과 같은 비생산적인 대립보다는 비급여진료비의 관리를 위해 적극 협조할 필요
- 예비급여에 의한 비급여 진료비 관리 체제의 정착이 늦어진다면 비급여 진료비 관리를 위해서 제기되었던 기존의 대책들에 대한 전향적인 검토 필요
 - 비급여진료비의 표준화를 반영한 청구 방법 간소화나 한시적으로라도 비급여진료비의 적정성을 심사할 대안을 모색할 필요가 있음

감사합니다.

정책세미나 - 제2주제

실손의료보험제도 개선방안

발표자: 정성희 연구위원

목 차

I. 개선 과제

1. 보험료 구조
2. 상품 구조
3. 보유계약 관리
4. 보험금 관리
5. 과제 해결방안은?

II. 개선 방안

1. 보험료 차등제 도입
2. 상품구조 개선
3. 계약전환 제도 인센티브 강화
4. 보험금 지급관리 방안
5. 요약

I. 개선 과제

1. 보험료 구조
2. 상품 구조
3. 보유계약 관리
4. 보험금 관리
5. 과제 해결방안은?

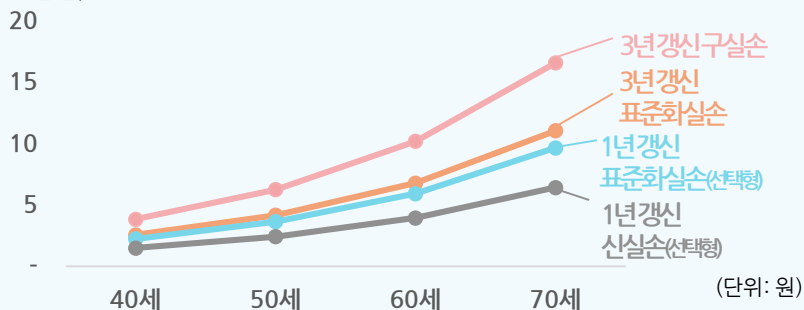
1. 보험료 구조 (1/2)

• 실손보험의 손해율 상승이 지속될 경우 보험료 부담 가중으로 가입자의 계약 유지가 불가

- 현재 실손 가입자가 고령 시 부담해야 할 보험료는 7~17배 정도 증가가 예상(매년 10% 인상 가정)
 - * 진료수가·진료량이 동일하게 유지되더라도 가입자의 연령 증가에 따라 매년 3~4% 보험료 인상요인(자연증가분) 발생
- 손해율 상승에 따른 보험료 인상 지속은 **가입자의 고령기 실손의료보험 지속가능성을 위협**
 - * 비싼 보험료 부담의 여력이 있는 가입자만 고령기간 동안 실손보험 유지가 가능

〈그림1〉 보험료 상승 시나리오(CAGR 5%)

(단위: 만 원)

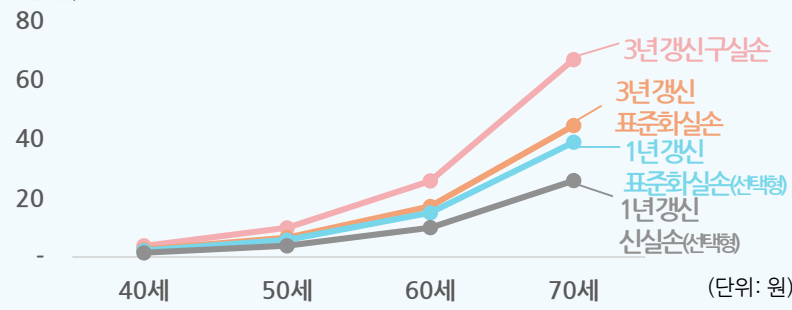


상품 구분	40세	50세	60세	70세
3년 갱신 구실손	38,237	62,284	101,454	165,258
3년 갱신 표준화실손	25,467	41,483	67,572	110,067
1년 갱신 표준화 실손(선택형)	22,244	36,233	59,020	96,137
1년 갱신 신실손(선택형)	14,794	24,098	39,253	63,939

주: A보험회사 2019년 40세 남성 보험료 기준

〈그림2〉 보험료 상승 시나리오(CAGR 10%)

(단위: 만 원)



상품 구분	40세	50세	60세	70세
3년 갱신 구실손	38,237	99,177	257,239	667,213
3년 갱신 표준화실손	25,467	66,055	171,329	444,384
1년 갱신 표준화 실손(선택형)	22,244	57,695	149,647	388,145
1년 갱신 신실손(선택형)	14,794	38,372	99,527	258,146

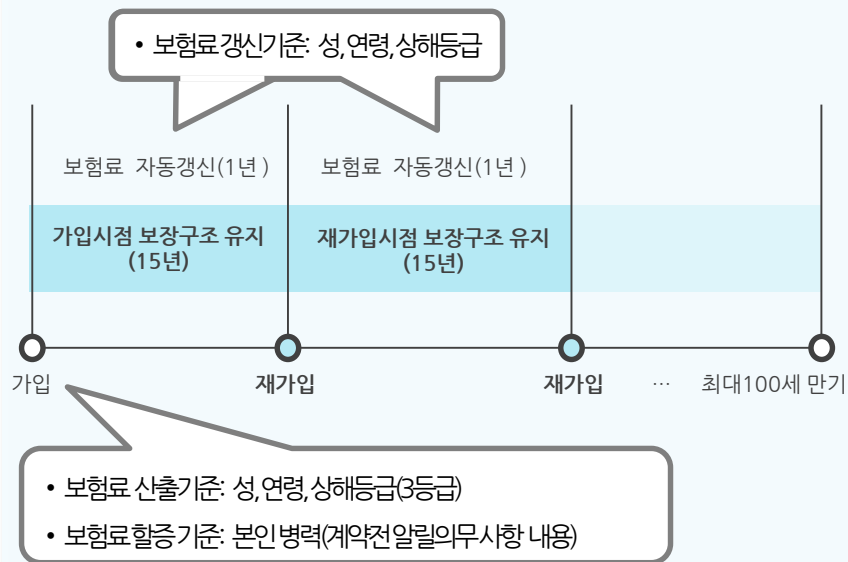
주: A보험회사 2019년 40세 남성 보험료 기준

1. 보험료 구조 (2/2)

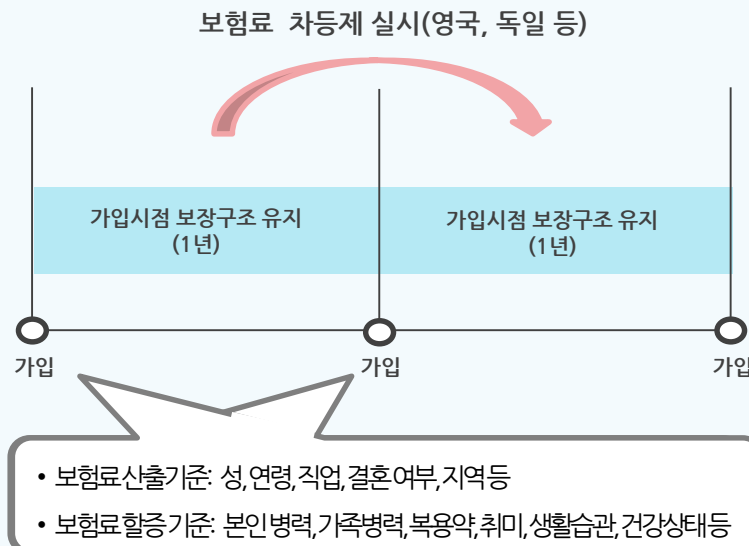
• 보험료 산출 시 가입자별 건강상태·의료이용을 반영하여 개인별 보험료를 세분화하기에는 한계

- 실손보험 가입 및 보험료 갱신 시 성, 연령, 상해등급(직업 위험별 3등급) 등 보편적인 인구구조 변수를 반영
 - * 가입 시 계약심사과정에서 '계약전 알릴의무 사항'의 본인 병력을 반영하여 보험료 할증(보장구조 유지기간 이후 재가입 시 보험료 할증 없음)
- 가입자는 실제 의료이용과 상관없이 동일한 보험료를 부담하므로 **본전 심리에 따른 불필요한 의료이용 발생 가능**
 - * 주요국: 매년 새로 가입하는 구조로, 계약심사 시 가입자 건강상태별 보험료 할증 및 차년도 의료이용에 따른 보험료 차등 적용

〈그림3〉 실손의료보험 가입·보장 구조



〈그림4〉 주요국 민영의료보험 가입·보장 구조



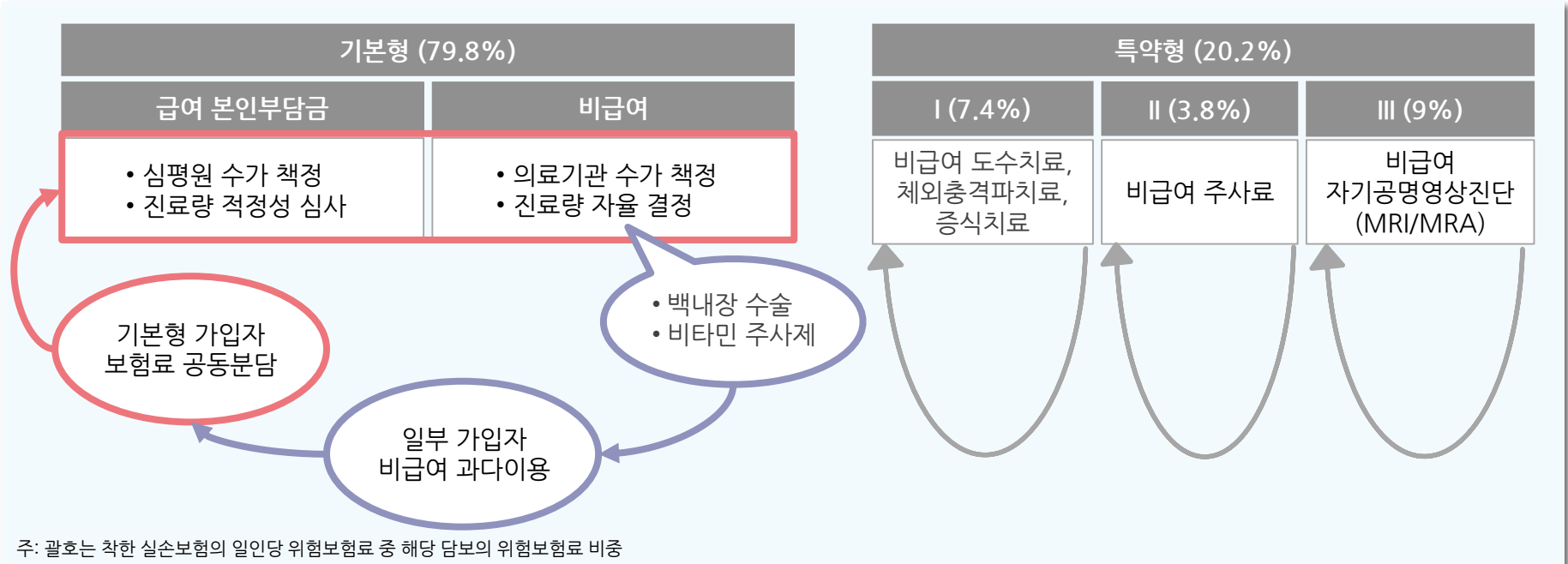
2. 상품구조 (1/2)

• 네거티브 방식의 포괄적 보장구조로 도덕적 해이에 취약하여 불필요한 의료 이용·공급에 쉽게 노출

- 불필요하거나 고가의 의료서비스를 빈번하게 이용하고 고액의 보험금을 수령하는 일부 가입자에 의해, 대부분 **선의의 가입자가 매년 인상된 보험료를 부담**해야 하는 불합리한 상황에 처함

* “착한 실손의료보험(2017.4)” 출시를 통해 오·남용진료 우려가 큰 비급여 항목(3개)은 특약으로 분리·운영되고 있으나, 기본형에 급여와 비급여가 포괄적으로 보장되고 있어 **‘일부 오·남용진료에 따른 보험료인상 공동부담 고리’는 여전히 존재**

〈그림5〉 실손의료보험과 도덕적 해이 발생 : 착한 실손보험 보장구조 사례

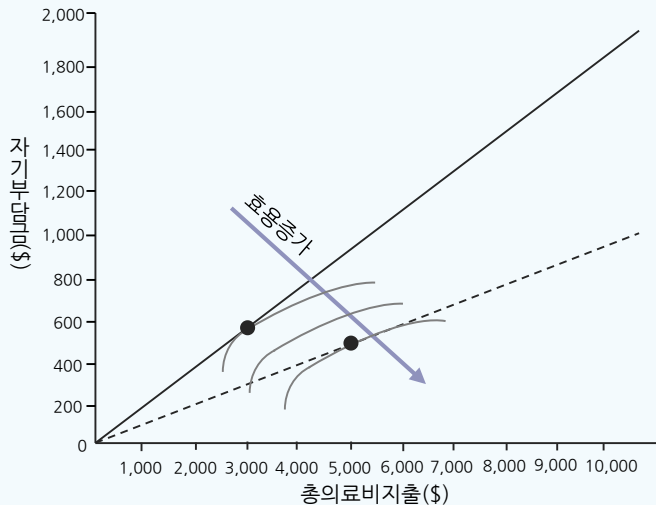


2. 상품구조 (2/2)

• 실손가입자의 과다 의료이용 방지 및 보험료 인상 요인 억제를 위해 자기부담금 확대 필요

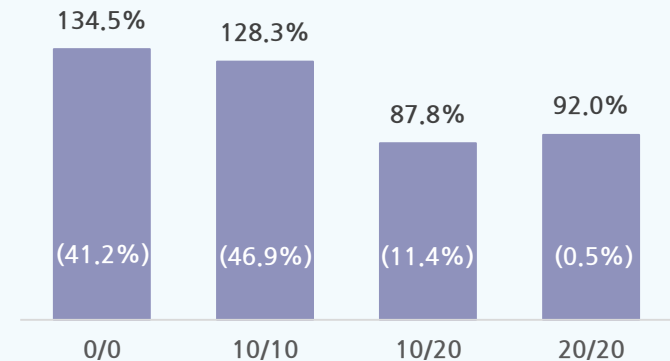
- 가입자의 자기부담금은 의료쇼핑, 오·남용진료 등 일부 실손가입자의 도덕적 해이가 보험료 상승 요인으로 작용하는 것을 방지하기 위해 2009년 10월 표준화 이후부터 본격적으로 도입되었으나 아직까지 그 **기능이 약하다는 평가**
 - * 자기부담금이 클수록 보험료가 저렴해지는 구조로, 가입자는 보험료 감소분과 자기부담금 증가분 중에서 부담이 적은 것을 선택
 - * 신실손의료보험에 적용되는 자기부담금은 최대 20%로 가입자가 느끼는 보험료 감소분이 크지 않아 대부분 10%를 선택
- 일반적으로 자기부담금과 의료비지출 간에 음의 가격탄력성, 자기부담금과 손해율 간에는 역비례 관계가 형성

〈그림6〉 의료이용량의 가격탄력성



자료: Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013). The RAND health insurance experiment, three decades later. *Journal of Economic Perspectives*, 27(1), 197-222.

〈그림7〉 실손의료보험 자기부담금에 따른 위험손해율



- 주: 1. 개인실손보험 기준, IBNR포함
 2. 위험손해율=(지급보험금+IBNR)/위험보험료
 3. 급여/비급여에 대한 가입자 자기부담금 비율
 4. 괄호는 전체 위험보험료 대비 해당 상품의 위험보험료 비중
 5. 손해보험회사(2016년~2019년 상반기), 생명보험회사(2017년~2019년 상반기)
 6. 2017년 3분기 신실손보험은 생명보험회사 통계만 포함

자료: 보험회사 실적통계

2. 상품구조 - 자기부담금 역할과 신실손보험의 자기부담금 구조

구분	역할	기본형		특약형		
		입원	통원	I	II	III
정액공제금 (deductible)	- 다른 자기부담금보다 가장 먼저 공제 - 통상 건별 혹은 분기·연간 누적 적용	-	1~2만 원	2만 원		
정률공제금 (co-insurance)	- 보장영역, 진료항목별 차별적 적용 - 통상 도덕적 해이 가능성이 높은 급부(통원, 치과)에 대해 높게 설정	표준형		선택형		30%
		급여20%	비급여20%	급여10%	비급여20%	
최대한도 (maximum Benefit)	- 가입자의 과도한 의료서비스 이용 총량 제한 - 고가 의료 수요를 대체 의료로 전환하는 효과	연간 가입금액 이내	연간 180회	연간 50회	연간 50회	미설정

주: 1. 특약형I = 비급여 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료

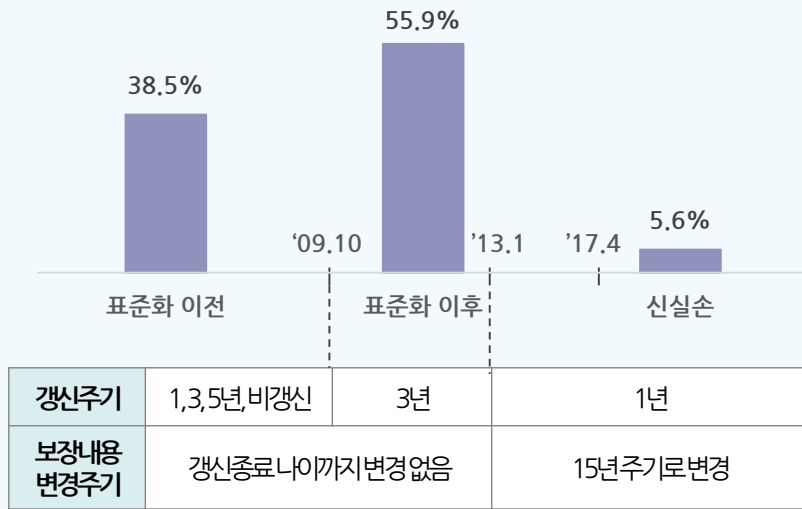
2. 특약형II = 비급여 주사료

3. 특약형III = 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)

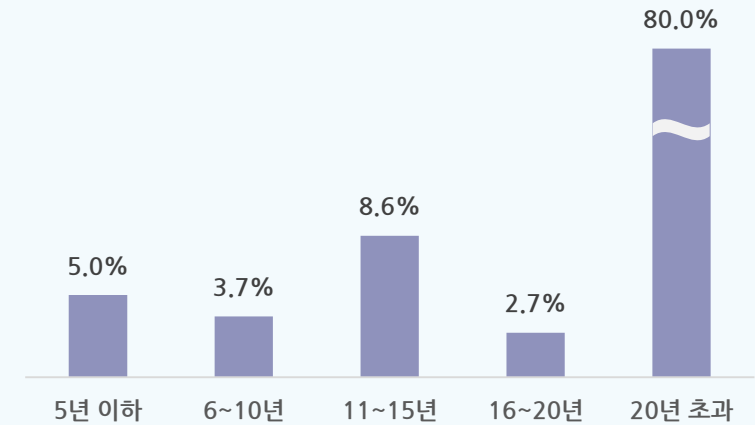
3. 보유계약 관리

- 가입자가 해약하지 않는 한 갱신과 재가입 과정을 통해 최장 100세까지 유지가 가능
 - 보유계약의 보장범위·자기부담금 구조·갱신주기가 다양하고, 현재 **보유계약 중 80% 정도가 아직도 20년 이상의 보험기간**이 남아 있어 관리에 어려움이 있음
 - * 지금까지 추진된 제도 개선은 새로운 계약에만 영향을 미칠 수밖에 없는 구조적인 한계로 보유계약 관리에는 영향이 미흡하다는 평가
 - 또한, 기존 실손가입자 입장에서는 새로운 상품으로의 **전환에 대한 인센티브가 약한** 상황

〈그림8〉 실손의료보험 유형별 보험료 비중



〈그림9〉 실손의료보험 보유계약 잔여 보험기간



주: 손해보험회사 10개사 자료(2018년 6월말 기준), 계약 건수 기준

4. 보험금 관리

- 실손보험금의 청구·지급 시 의료비 적정성에 대한 의료기관과 보험회사 간 협의 및 평가 체계 미흡
 - 보험회사는 의료기관의 **오·남용 진료**가 의심되더라도 가입자가 보험금 청구 시 이에 대한 **지급을 거절할 근거가 부족**
 - * 실손보험 약관 상 질병 치료와 상관없는 건강검진, 예방접종, 영양제, 미용성형과 관련된 사항은 보상에서 제외하고 있으나, 현재 진료비 영수증이나 세부내역에서는 질병 치료 목적인지 여부에 대해 명확히 구분하고 있지 않고 있음
 - 특히 실손보험금의 상당 부분을 차지하는 비급여는 관리 체계 부재로 인해 **오·남용진료 발생에 취약한 구조적 한계**
 - * 일부 의료계 및 실손보험 가입자들이 이러한 점을 악용하여 비정상적인 비급여 보험금이 지속적으로 증가함에 따라 사회적 문제로 확대

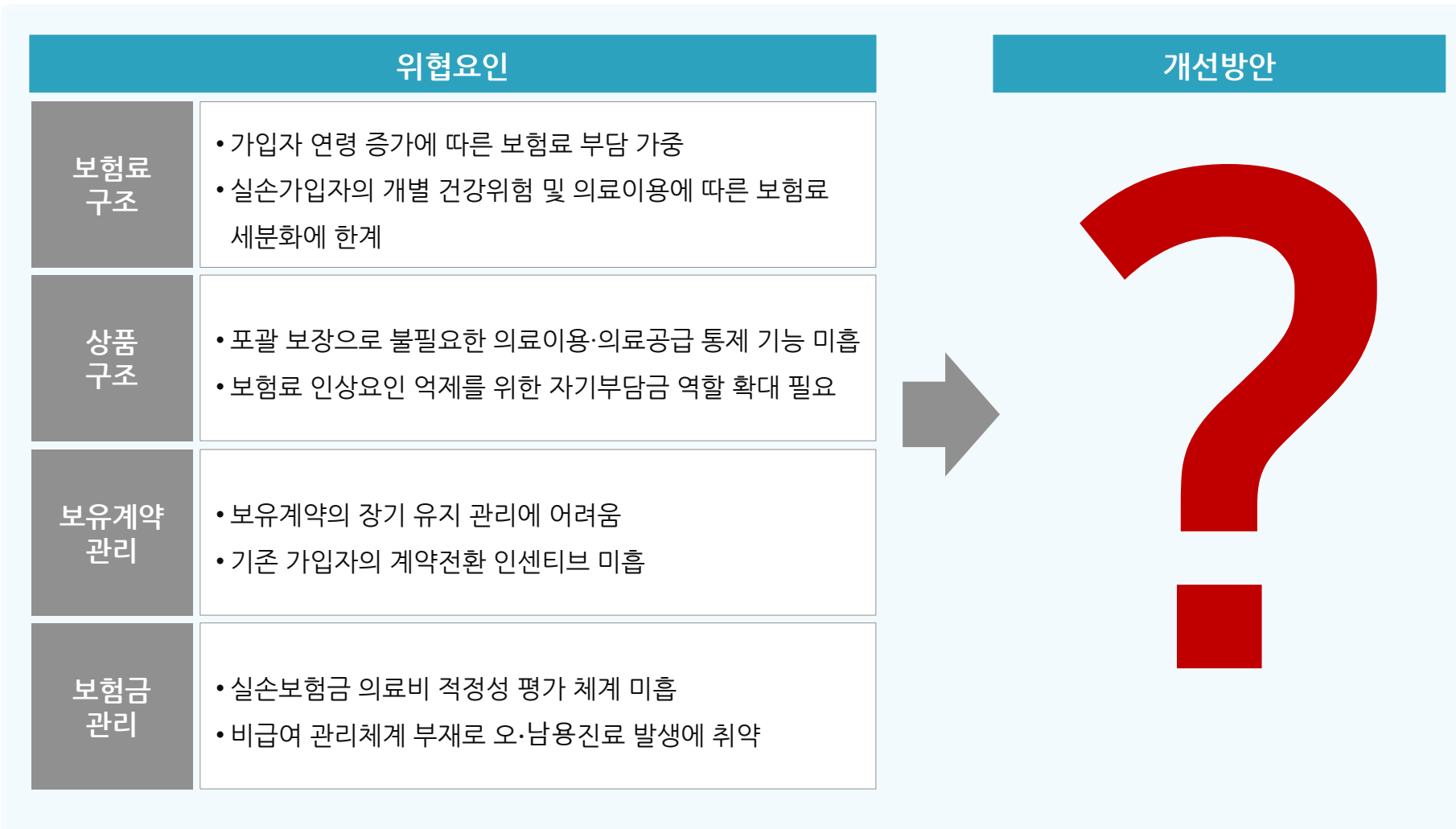
〈표1〉 공사보험 진료비 적정성 확인제도: 운영근거 및 관리체계

구 분	국민건강보험	자동차보험	실손의료보험
법적근거	국민건강보험법	자동차손해배상보장법	-
주무부처	보건복지부	국토교통부	금융위원회
심사기준	복지부령 및 고시 * 요양급여의 기준에 관한 규칙 등	국토부 장관 고시 * 자동차보험진료수가에 관한 기준	-
심사기관	(급여) 심평원 (비급여) 시장자율	(대인) 심평원	영수증금액만 확인

〈표2〉 비급여 관리방안에 대한 의견 수렴 현황

구분	주요 의견
학계 (일부 제외)	(찬성) • 비급여 항목의 진료정보 공개로 가격경쟁과 시장원리 작동 효과 제고 • 비급여 진료비 정보 관리를 위한 인프라 구축 필요
환자단체	(찬성) • 비급여 진료비에 대한 상시적 감시 필요 • 의료기관 간 가격 비교 사이트 구축 등
병원협회	(반대) • 비급여 관리를 위해서는 저수가 문제 해결, 즉, 수가 현실화 선행 필요 • 의료인의 의료수행권을 과잉 규제 • 진료계약의 자유 및 자기결정권에 대한 침해

5. 과제 해결방안은?



II. 개선방안

1. 보험료 차등제 도입
2. 상품구조 개선
3. 계약전환 제도 인센티브 강화
4. 보험금 지급관리 방안
5. 요약

1. 보험료 차등제 도입 (1/3)

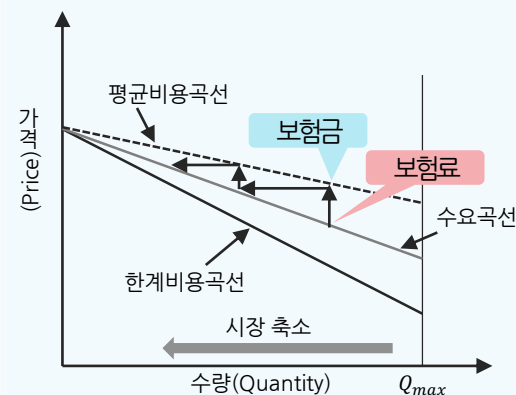
• 개인별 보험금 수령 실적(의료이용량)과 연계한 보험료 차등제를 도입

- 실손보험·의료영역은 공급자와 수요자간 정보비대칭성과 수요자 간 위험 편차가 큰 특성으로 역선택 유인이 높음
- 역선택이 높은 시장을 방치할 경우 위험이 높은 수요자만 보험에 가입하게 되고, 시간이 경과할수록 높은 보험료를 부담하는 시장으로 축소되거나 종국에는 공급이 중단되는 시장실패가 발생
 - * 그 결과 시장에는 위험이 매우 높거나 높은 보험료를 기꺼이 부담하려는 수요자만 남게 되어, 공보험의 보완형으로 기능이 축소
- 환자의 건강권·의료접근성이 중요한 가치인 것은 분명하나, 실손보험의 지속가능성 확보라는 공익적 차원에서 보험료 차등제 도입을 우선적으로 고려할 필요
 - * 보험료 차등제의 보험료 할인은 보상·보너스 개념, 가입자가 평상시 건강한 상태를 유지하고 꼭 필요한 경우에만 의료를 이용하도록 장려

〈표3〉 보험료 차등제의 계리적 함의와 적용 방식

가입시점 적용 요율 (Basic rate)		• 요율 변수에 따라 분류된 위험 그룹별로 평균 보험료를 적용 • 일반적으로 보험 가입 시점 성·연령·직업 등 인구구조 변수 적용
보험료 차등제		
가입후 조정 요율	보험료 할인·할증 (Experience rate)	• 당해(직전 몇 개)년 개인 경험손해를 차년도 보험료에 반영 • 자동차보험, 건강보험, 손해보험(배상, 재물, 산재 등)에 적용 * Bonus-Malus System, No-Claim Bonus(Discount), Merit-ating 등
	보험료 환급 (Retrospective rate)	• 당해 년 개인별 경험 손해(청구 실적 등)을 당해 년말에 정산 • 건강보험, 손해보험(배상, 재물, 산재 등)에 적용 * Premium Refund System

〈그림10〉 역선택과 시장축소



자료: Einav·Finkelstein (2011)

1. 보험료 차등제 도입 (2/3)

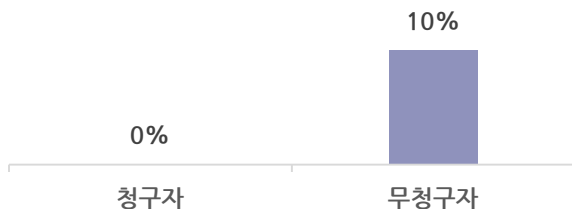
• 실손가입자의 합리적 의료이용 유도를 위해 보험료 차등폭 및 적용 대상은 단계별로 점차 확대

- 가입자가 불필요한 의료이용을 자발적으로 제어함에 따라 보상받게 되는 보험료 할인폭이 충분히 체감될 수 있도록 현재 적용중인 무청구자 할인제도를 할증을 포함하여 확대할 필요가 있음
 - * 2017.4월부터 신실손의료보험 가입자를 대상으로 2년 무청구 시 차년도 연간 갱신보험료를 10% 할인(할인 재원은 예정사업비 국한)
 - * 가입자에게 충분한 효익을 제공하기 위해서는 할증을 포함하여 보험료 차등폭을 확대할 필요가 있으므로, 할인·할증 재원으로 예정사업비 이외에 위험보험료까지 확대하여 검토할 필요가 있음

〈그림11〉 보험료 차등제 도입 방안 (예시)

현행

사업비 할인



변경

(위험보험료+사업비) 할인



1. 보험료 차등제 도입 (3/3)

- 보험료 차등제가 실손가입자에게 충분한 효익을 제공하되, 예상되는 부작용을 최소화하기 위해 도입 단계에서 이해관계자의 의견 수렴을 통한 종합적인 검토가 필요
- 실손가입자의 의료이용 접근성을 지나치게 제한하지 않도록 보험료 차등 적용 대상을 신중하게 결정
 - 가입자가 보험료 할인단계 유지를 위해 필요한 의료이용을 기피할 경우 초기 치료 기회를 놓쳐 건강상태가 악화되거나 더 큰 의료비용 부담으로 이어질 가능성이 있음
 - * 현재 신실손보험에서는 급여 자기부담금 및 4대 중증질환의 경우 청구 실적에서 제외하고 있음
- 의료과다 이용자(Risky, Medical Fraud)와 의료필수 이용자(Unlucky, Poor Health)를 구분하여 차별적으로 적용
 - 고령자나 중증질환자는 의료이용이 빈번할 수밖에 없으므로, 건강인과 동일한 차등체계를 적용할 경우 보험료 부담 심화가 우려됨
- 실손가입자의 보험금 청구 및 지급 경력이 단절되지 않고 일관된 기준 하에서 할인 혜택을 받을 수 있도록 보험업계 통일된 보험료 차등시스템을 적용
 - 특히, 가장 낮은 할인단계에 포함된 가입자의 경우 도덕적 해이 확대 가능성이 있으므로 이를 방지할 수 있는 방안 강구가 필요함

1. 보험료 차등제 도입 - 신실손보험 보험료 할인제도

〈표4〉 신실손보험 보험료 할인제도 개요

대상	• '17.4.1 이후 신규 가입한 신실손보험계약(108,801건) • 구실손계약의 신실손보험 전환 계약('17.4.1~'18.12.31까지 43천여 건) * 단체실손·유병력자실손·노후실손보험은 제외
판정기간 (2년)	• 갱신일의 2년전 전전월의 1일(2년차 갱신시 최초 보험개시일) ~ 갱신일의 3개월전 말일 (예) '07.4.18. 체결 계약, 2년차 갱신('19.4.18.): '17.4.18 ~ '19.1.31.(1년 9개월) 3년차 갱신('20.4.18.): '18.2.1. ~ '20.1.31.(2년)
할인대상	• 판정기간 중 담보별로 비급여 의료비 보험금 미수령 자 * 담보(7개): ① 기본계약(상해입원, 상해통원, 질병입원, 질병통원) ② 특약(도수치료 등, 비급여주사제, 비급여 MRI) * 4대 중증질환(암,뇌혈관,심장,희귀난치성)의 비급여 의료비 보험금 수령은 제외
할인금액	• 할인대상 담보별 차기 연간 갱신보험료의 10% 할인

〈그림12〉 보험료 할인 효과 추산

- '19.4월까지 유지계약(83,344건) 중 모든 보장 담보에 대한 보험료 할인대상 계약 (56,119건, 67.3%)
- 보험료 할인대상 계약의 차기 연간갱신보험료 (88억 원)의 8.8억 원(10%)

〈그림13〉 보험료 인상률이 15%인 경우

〈갱신전 보험료〉

20,000 원



〈갱신후 보험료〉

23,000원

20,700원

보험금 수령자 보험금 미수령자

10% 할인

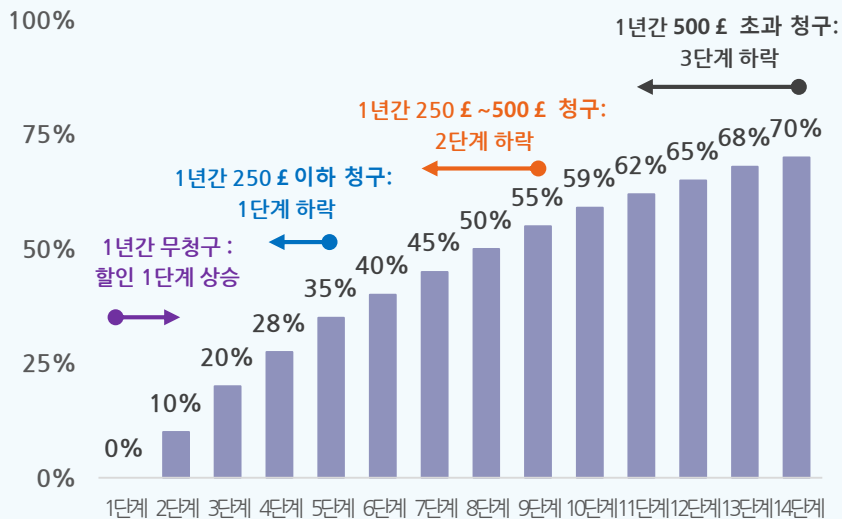
자료: 금융감독원 보도자료(2019.4.30) 참고 재작성

1. 보험료 차등제 도입 - 해외사례(보험료 할인·할증)

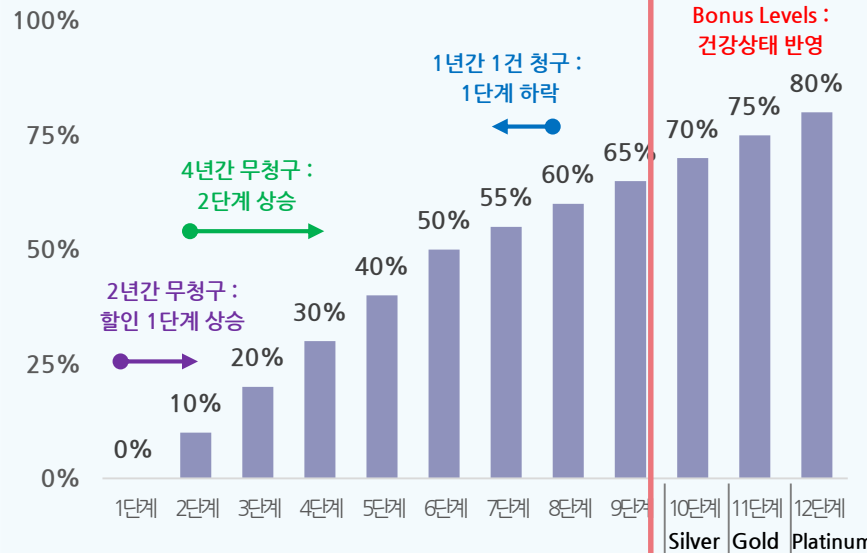
• 주요국은 민영의료보험의 보험금 청구 실적에 따라 차년도 보험료 할인·할증 적용

- 보험료 차등 수준별로 단계를 구분하고, 일정 기간(1년 등)동안 가입자의 청구 실적에 따라 차년도 보험료를 조정
- * 영국 최대 건강보험사인 BUPA의 경우 보험료 조정단계를 14등급으로 구분, 보험금 청구 실적에 따라 최대 70%까지 차등 적용하고, 할인·할증 재원 확보를 위해 기본보험료를 보수적으로 책정
- * 남아공 Vitality의 경우 가입자의 청구실적에 따른 보험료 차등률에 추가하여 다이어트, 금연, 운동 등에 따라 부여되는 바이탈 포인트에 따라 최대 80%까지 차등

〈그림14〉 보험료 차등제도 적용 사례: BUPA



〈그림15〉 보험료 차등제도 적용 사례: VitalityHealth



2. 상품구조 개선

• 현재 포괄 보장구조를 급여·비급여 상품으로 분리하고, 비급여의 보장영역 관리를 강화

- 불필요한 의료이용에 따른 보험료 인상 요인을 억제하고 가입자의 선택권을 확대하기 위해 비급여 상품에 대해서는 현재 자기부담금을 10/20%에서 10/20/30/40/50%로 확대
 - * 비급여 항목 중 필수진료보다 선택진료의 자기부담금을 우선적으로 확대
 - * 정기적 내원이 필요한 비급여 진료의 경우 일정 횟수를 초과한 경우 자기부담금을 확대
- 또한, 비급여 보장영역에 대한 정기적인 개선을 위해 의료계·보험업계·감독당국 공동 주관의 ‘비급여 보장구조개선 위원회(가칭)’ 운영을 검토
 - * 오·남용 사례가 심각한 진료영역에 대해서는 기존 실손상품에 대한 보장구조 개선을 정책적 차원에서 검토될 필요가 있음

〈표5〉 급여·비급여 분리 상품 운영에 따른 보험료 예시

현행				개정			
상품	현재	5년 후	10년 후	상품	현재	5년 후	10년 후
기본형	11,642원	16,845원 (1.45배)	24,375원 (2.09배)	급여	5,479원	6,926원 (1.28배)	8,840원 (1.63배)
기본형+특약형	15,443원	22,949원 (1.49배)	34,101원 (2.21배)	비급여	10,015원	16,129원 (1.61배)	25,976원 (2.59배)

주: 1. 선택형II, 입원 5천만, 외래 25만, 처방 5만, 비급여특약 가입 기준, 남자 40세 기준
 2. 보험료 연평균인상률은 급여 5%, 비급여 10%로 가정

2. 상품구조 개선 - 독일 민영의료보험 사례

〈표6〉 대체형 보장범위 및 공제액

구분	(Allianz AktivMed)	(Allianz AktivMed Plus)	(Allianz AktivMed Best)
외래	100%	100%	100%
심리치료	1~30회: 100% 31~50회: 70%	1~30회: 100% 31~50회: 70%	1~30회: 100% 31회 이상: 70%
안과치료	24개월 내 150유로	24개월 내 150유로	24개월 내 400유로
치료제	100%	100%	100%
치과치료	100%	100%	100%
인레이	75%	75%	100%
의치	75%	75%	85%
공제액	10%, max. 500유로		

주: Allianz 자영업자 건강보험

자료: Allianz, Private Krankenversicherung im Überblick - Krankenversicherung für Selbstständige

〈표7〉 보충형 보장범위 및 공제액

구분	AmbulantPlus	AmbulantBest
안과치료	100%, 24개월 내 최대 150유로	100%, 24개월 내 최대 300유로
자연치료	70%, 연간 최대 400유로	80%, 2년 내 최대 1,000유로
대체치료	-	공적건강보험 적용 후 80%, 2년 내 최대 1,000유로
임신	-	공적건강보험 적용 후 나머지 금액의 80%
보청기	선택진료 자기부담금 높게 적용	공적건강보험 적용 후 80%, 2년 내 최대 1,000유로
병원선택	가능	가능

주: Allianz 외래환자

자료: Allianz, Private Krankenversicherung im Überblick - Ambulante Krankenzusatzversicherung

2. 상품구조 개선 - 미국 민영의료보험 사례

구분		Bronze	Silver	Gold	Platinum
Plan Type		Deductible	Deductible	Copayment	Copayment
특징	보험료 수준	낮음	←	→	높음
	보장비율 (Coverage: Plan Pays)	60%	70%	80%	90%
	연간공제액 (Annual Deductible) : 개인/가족	\$5,000 / \$10,000	\$2,000 / \$4,000	없음	없음
	본인부담금 한도액 (Out-of-Pocket Max): 개인/가족	\$6,250 / \$12,500	\$6,250 / \$12,500	\$6,250 / \$12,500	\$4,000 / \$8,000
일반 의료비	◆ 예방의료				
	일상검진, 유방암검진 등	무료: 본인부담금 없음 (No Charge)			
	◆ 외래진료 : 방문 횟수당				
	- 일차의료기관방문	공제 후 \$60	\$45	\$30	\$20
	- 전문의료기관 방문	공제 후 \$70		\$50	\$40
	- X-rays	공제 후 30%			\$40
	- 진단검사	공제 후 30%			\$20
	- MRI, CT, PET	공제 후 30%			\$150
	- 외래 수술	공제 후 30%			\$250
	- 정신과 치료	공제 후 \$60	\$45	\$30	\$20
	◆ 입원				
	- 수술, 마취, X-ray, 약물치료 등	공제 후 30%	공제 후 20%	1일당 \$600(최대 5일)	1일당 \$250(최대 5일)
	◆ 출산				
	- 일상내원, 산후치료 최초 내원	무료: 본인부담금 없음 (No Charge)			
	- 출산 및 신생아 내원치료	공제 후 30%	공제 후 20%	1일당 \$600(최대 5일)	1일당 \$250(최대 5일)
	◆ 응급진료 : 방문횟수 당				
	- 응급실(Emergency Dep.) 방문	공제 후 \$300	공제 후 \$250	\$250	\$10
	- 응급진료(Urgent Care) 방문	공제 후 \$60	\$45	\$30	\$20
	◆ 처방조제				
	- Plan Pharmacy (최대 30일)	Generic : \$15 Brand : \$50	Generic : \$15 Brand : \$50	Generic : \$15 Brand : \$50	Generic : \$5 Brand : \$15
	- Mail Order (최대 100일)	Generic : \$30 Brand : \$100	Generic : \$30 Brand : \$100	Generic : \$30 Brand : \$100	Generic : \$10 Brand : \$30

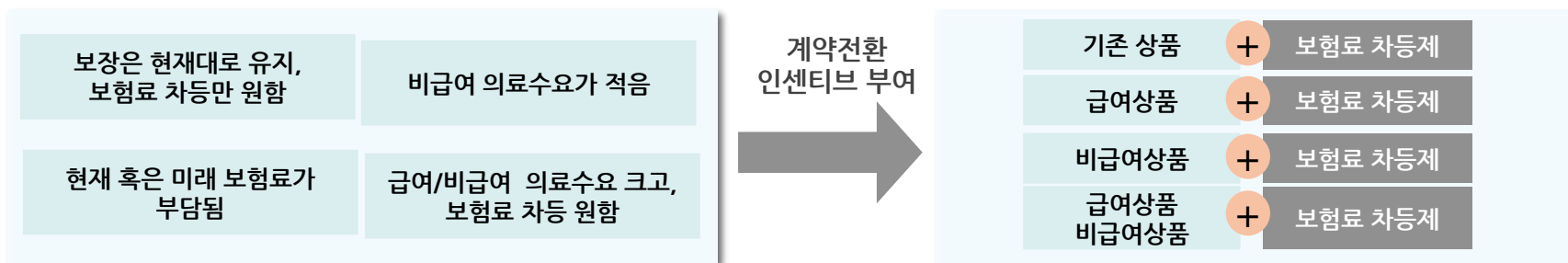
자기부담금이 클수록 보험료 수준을 낮게 설정하여
소비자 선택권 확대

자료: 1. Kaiser Permanente Bronze 60 HMO, 2. Kaiser Permanente Silver 70 HMO, 3. Kaiser Permanente Gold 80 HMO, 4. Kaiser Permanente Platinum 80 HMO

3. 계약전환 제도 인센티브 강화

- 실손 가입자의 새로운 상품으로 전환을 유도할 수 있도록 계약전환에 대한 인센티브를 강화할 필요
 - 보험료가 부담되는 가입자 대상으로 필수 보장으로 구성된 저렴한 상품(예, 급여상품)을 공급하고, 보험료 차등제가 확대 적용될 수 있는 방안을 강구할 필요
 - * 급격한 보험료 증가로 인해 기존 가입자의 실손보험 유지가 어려울 경우 이는 결국 보험계약자 보호를 해칠 우려가 있다고 볼 수 있으므로, 약관변경조항 도입 등을 통한 자발적 계약전환 보다는 감독당국의 전향적인 검토를 통한 정책적인 지원이 필요해 보임
- 계약전환 과정에서 발생할 수 있는 민원의 소지를 예방하고, 제도의 편의성·접근성을 제고할 필요
 - 기존 가입자가 제대로 설명 받지 못하고 계약전환처리가 될 경우 불완전판매, 부당승환 등의 민원이 발생할 가능성이 높으므로, 계약 전후의 상품내용을 충분히 숙지하고 계약전환이 될 수 있도록 안내를 강화
 - * 기존 실손 상품(표준화 전, 표준화 이후, 착한 실손 등) 간 보장기간, 자기부담금, 보험료 갱신방식, 보험료 할인제도 적용 등이 다양함
 - 계약전환에 따른 계약심사과정을 간소화하고, 보험료 갱신 시 새로운 실손상품에 대한 안내도 병행함으로써 계약전환 제도의 소비자 편의성과 접근성을 제고

〈그림16〉 계약전환 제도 인센티브 강화와 효과



4. 보험금 지급관리 방안 (1/2)

• 실손보험에 적용되는 비급여 진료수가 및 진료량에 대한 합리적인 가이드라인을 수립

- 비급여 진료에 대한 의료적 전문판단을 존중하고 수가책정 재량을 인정하면서도, 보험금 지급과 관련한 분쟁 발생 가능성 감소 및 국민의료비의 낭비적 요소 예방을 도모할 수 있도록 이해관계자의 합의하에 사전 기준을 정립
- * 의료기관과 보험회사 간 합의하에 비급여 진료에 대한 기본 계획을 수립하고, 환자의 상태 등을 고려하여 추가적인 비급여 진료가 필요한 경우 의료기관은 진료전에 보험회사에 추가 진료 계획을 제출하도록 하는 등 제도적 장치 마련이 필요

〈그림17〉 독일 민영의료보험 의료수가 체계: GOÄ 사례

기본 진료항목		이비인후과 진료항목																	
		J. HALS-, NASEN-, OHRENHEILKUNDE <table> <tr> <td>1400</td><td>Genauere Hörprüfung</td><td>76</td><td>4,43</td></tr> <tr> <td>1401</td><td>Einfache Hörprüfung</td><td>60</td><td>3,50</td></tr> <tr> <td>1403</td><td>Tonschwellenaudiometrische Untersuchung</td><td>158</td><td>9,21</td></tr> <tr> <td>1404</td><td>Sprachaudiometrische Untersuchung</td><td>158</td><td>9,21</td></tr> </table> Neben den Leistungen nach den Nrn. 1403 und 1404 sind die Leistungen nach den Nrn. 1400 und 1401 nicht berechnungsfähig.		1400	Genauere Hörprüfung	76	4,43	1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50	1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21	1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21
1400	Genauere Hörprüfung	76	4,43																
1401	Einfache Hörprüfung	60	3,50																
1403	Tonschwellenaudiometrische Untersuchung	158	9,21																
1404	Sprachaudiometrische Untersuchung	158	9,21																
Nr. Leistung		Punkt-zahl	Gebühr in Euro																
I. Allgemeine Beratungen und Untersuchungen																			
1	Beratung, auch telefonisch	80	4,66																
2	Wiederholungsrezept, Überweisung, Befundübermittlung, Messung von Körperzuständen	30	1,75																
Die Leistung nach Nr. 2 darf anlässlich einer Inanspruchnahme des Arztes nicht zusammen mit anderen Gebühren berechnet werden.																			
3	Eingehende Beratung, auch telefonisch	150	8,74																
Die Leistung nach Nr. 3 (Dauer mindestens 10 Minuten) ist nur berechnungsfähig als einzige Leistung oder im Zusammenhang mit einer Untersuchung nach den Nrn. 5, 6, 7, 8, 800 oder 801. Eine mehr als einmalige Berechnung der Leistung nach Nr. 3 im Behandlungsfall bedarf einer besonderen Begründung.																			
가중치		적용																	
1		• 공적 건강보험 수가 기준																	
1 ~ 2.3		• 의료행위 난이도 평균 이하 적용																	
2.3 ~ 3.5		• 의료행위 난이도가 평균 이상 적용 • 적용 전 의료진은 환자에게 서명 설명 필요																	
3.5 이상		• 고난도 혹은 선진 의료행위 적용 • 적용 전 의료진은 환자 동의 및 보험회사 합의 필요																	

주: GOÄ(Gebührenordnung für Ärzte): 민영의료보험 가입자에 제공되는 의료행위에 대한 수가(Fee schedule for doctors applicable for private billing and private health insurance)로 1965년에 도입

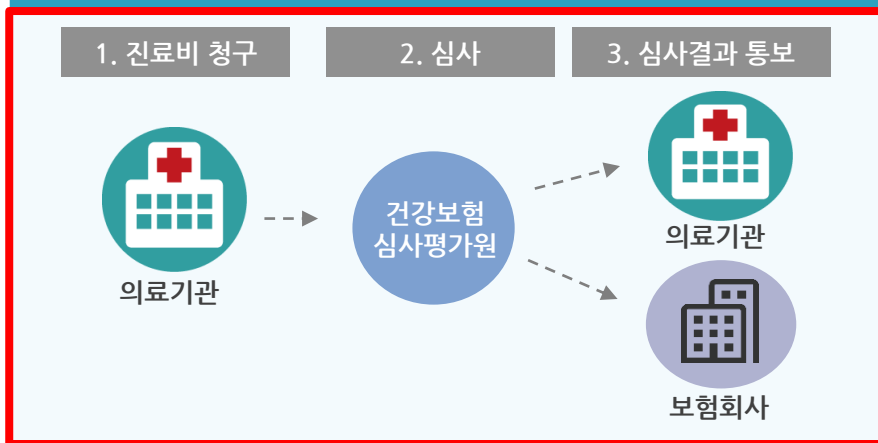
4. 보험금 지급관리 방안 (2/2)

• 비급여 심사체계 구축은 더 이상 미룰 수 없는 당면 과제로, 실손보험금 관리 차원을 넘어 우리나라 보건의료체계의 정비과정에서 합리적인 시스템 구축을 검토해야 함

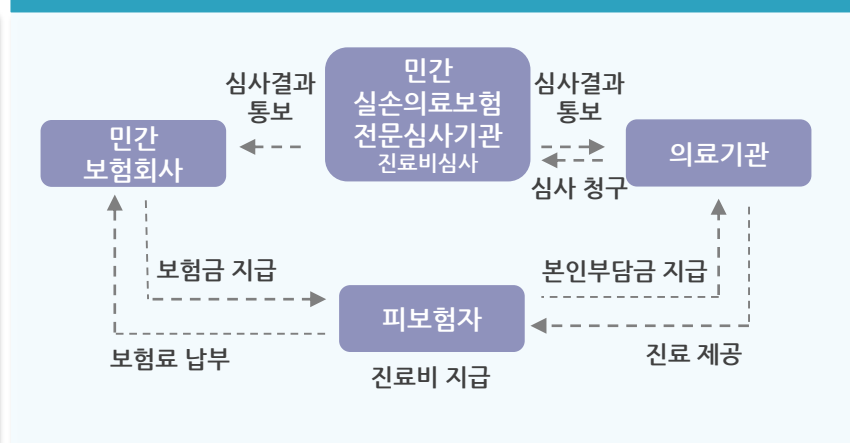
- 공·사 보험 모두 비급여진료비 관리를 성공해야 하는 공통의 이해가 있음을 인식하고 이를 위해 적극적으로 협력할 필요가 있음
- 국민의료비 관리가 국가적 과제임을 고려해 볼 때 실손 보험금 심사는 의료서비스 관련 사항이므로 이에 대한 전문성과 공신력을 갖춘 심사평가원의 심사 당위성은 충분함

* 또한, 현재 심사평가원이 비급여의 급여(예비급여) 편제를 담당하고 있으므로, 실손보험금의 비급여 심사 시 일관된 기준 적용을 통해 건강보험 보장성 강화 정책의 효과성 제고도 도모 가능

〈그림18〉 건강보험심사평가원 위탁방안

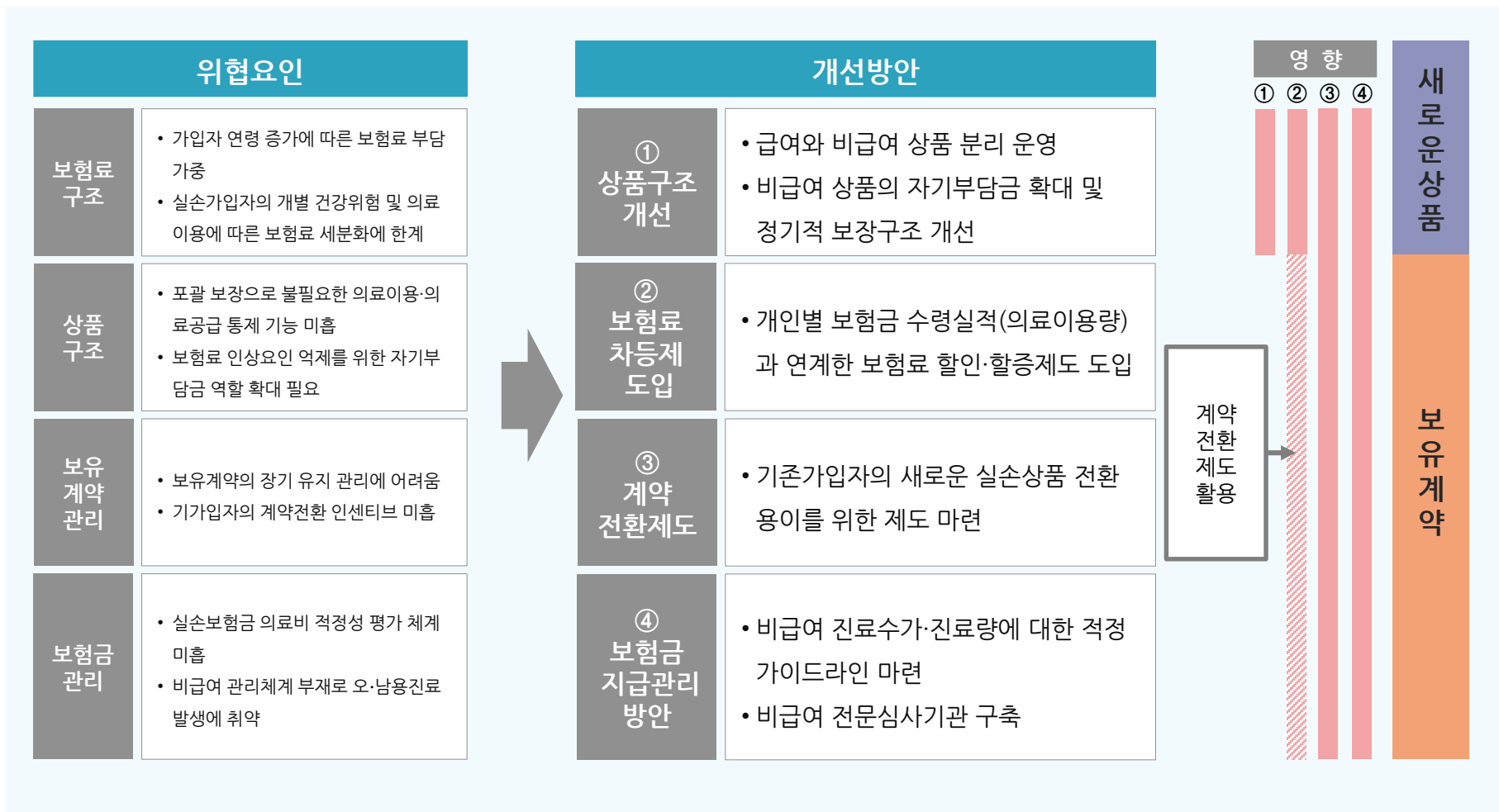


〈그림19〉 실손의료보험 전문심사가관 설립(안)



주: 「실손의료보험 보험금 심사체계 구축방안」 관련한 주장들은 상기 두개로 요약됨

5. 요약



감사합니다.