

실손의료보험 제도 정상화를 위한 과제: 상품구조 개편을 중심으로

2020. 12

정성희·문혜정

■ 목차

요약 / 1

I. 현안 / 2

1. 현황 / 2
2. 지속성 위기 / 4

II. 개선 과제 / 8

1. 보험료 구조 / 8
2. 보장 구조 / 11
3. 보험금 청구·지급 / 16

III. 개선 방안 / 20

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입 / 20
2. 급여·비급여 보장구조 분리 / 26
3. 보장구조·한도 변경 / 27
4. 자기부담금 상향 / 29
5. 재가입주기 단축 / 30
6. 보험금 지급관리 방안 / 32
7. 계약 전환 지원 방안 / 34

IV. 요약 및 제언 / 36

1. 요약 / 36
2. 향후 과제 / 38

| 참고문헌 | / 39

| 부록 | / 41

■ 표 차례

- 〈표 I-1〉 실손의료보험 청구 금액 현황 / 5
- 〈표 II-1〉 착한실손보험 자기부담금 구조 / 13
- 〈표 II-2〉 공·사 건강보험 진료비 적정성 확인제도 / 18
- 〈표 II-3〉 공·사 건강보험 실적 현황 / 19
- 〈표 III-1〉 실손의료보험 연간 통원 횟수 구간별 사고자 수 분포 / 29
- 〈표 III-2〉 의료기관 비급여 표준코드 사용 현황 / 32
- 〈표 III-3〉 실손의료보험 계약전환 지원 방안 / 35

■ 그림 차례

- 〈그림 I-1〉 건강보험 보장률 추이 / 3
- 〈그림 I-2〉 경상의료비 재원구성(2018년) / 3
- 〈그림 I-3〉 실손의료보험 제도 개선 경과 / 3
- 〈그림 I-4〉 실손의료보험 연간 손해율 및 발생손해액 추이 / 5
- 〈그림 I-5〉 실손의료보험 반기별 발생손해액 및 위험손해율 추이 / 5
- 〈그림 I-6〉 실손의료보험 보험료 상승 추정(연간 10% 인상 가정) / 7
- 〈그림 II-1〉 실손의료보험 가입·보장 구조 / 9
- 〈그림 II-2〉 주요국 민영의료보험 가입·보장 구조 / 9
- 〈그림 II-3〉 실손의료보험 입원 청구 현황 / 10
- 〈그림 II-4〉 실손의료보험 통원 청구 현황 / 10
- 〈그림 II-5〉 착한실손보험 보장구조 / 11
- 〈그림 II-6〉 자기부담률별 비중 / 12
- 〈그림 II-7〉 의료 이용량의 가격탄력성 / 12
- 〈그림 II-8〉 실손의료보험 통원 급여·비급여 청구 현황 / 14
- 〈그림 II-9〉 실손의료보험 재가입주기 비중 현황 / 15
- 〈그림 II-10〉 실손의료보험 비급여 청구 추이 / 17
- 〈그림 II-11〉 의료기관 간 비급여 진료비용 편차 / 17
- 〈그림 III-1〉 보험위험과 상품개선 방안 / 21
- 〈그림 III-2〉 실손의료보험 청구금액 분포 / 22
- 〈그림 III-3〉 실손의료보험 보험료 차등제(안)의 단계별 청구자 비중 / 23
- 〈그림 III-4〉 산정특례자 추이 / 24
- 〈그림 III-5〉 노인장기요양보험 인정자 수 추이 / 24
- 〈그림 III-6〉 건강보험 보장성 강화와 실손의료보험 보장구조 변화 / 26
- 〈그림 III-7〉 실손의료보험 상품구조 개편(안): 급여·비급여 보장구조 분리 / 27
- 〈그림 III-8〉 실손의료보험 상품구조 개편(안): 보장구조 및 보장한도 / 29
- 〈그림 III-9〉 실손의료보험 상품구조 개편(안): 자기부담률, 최소 공제금액 / 30
- 〈그림 III-10〉 건강보험 증기보장성 강화 계획 / 31
- 〈그림 III-11〉 실손의료보험 상품구조 개편(안) 종합 / 31

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅲ-12〉 비급여 가격 설정 관련 해외사례 / 34
- 〈그림 Ⅲ-13〉 실손의료보험 전문심사기관 설립(안) / 34
- 〈그림 Ⅲ-14〉 우리나라 공·사 건강보험 지불방식 / 34
- 〈그림 Ⅳ-1〉 실손의료보험 상품구조 개편(안)과 기대효과 / 36
- 〈그림 Ⅳ-2〉 실손의료보험 상품구조 개편(안)의 보험료 인하 효과 / 37
- 〈그림 Ⅳ-3〉 실손의료보험 상품구조 개편(안)에 따른 보험료 차등제 적용 예시 / 37
- 〈그림 Ⅳ-4〉 실손의료보험 상품구조 개편(안)의 한계점과 향후 과제 / 38

요약

실손의료보험은 공적 건강보험의 보완형 역할을 수행해 왔으나, 최근 제도의 지속 가능성이 우려되고 있으며 가입자 간 형평성과 공보험의 재정누수 문제도 제기되고 있다. 이에 따라 실손의료보험 제도의 안전성·지속성 및 가입자의 형평성·선택권·건강 보장 지속을 위해, ① 비급여에 대한 할인·할증 방식의 보험료 차등제 도입, ② 급여·비급여의 보장구조 분리, ③ 자기부담금의 상향, ④ 재가입주기의 단축 등 상품구조 개편을 검토할 필요가 있다.

먼저 실손가입자의 개별 비급여 의료 이용량과 연계하여 할인·할증방식의 보험료 차등제를 도입하고, 의료 특성을 감안하여 급여·비급여의 포괄 보장 구조를 주계약과 특약으로 분리하여 운영하는 것을 검토할 필요가 있다. 실손가입자의 합리적 의료 이용을 유도하기 위해 자기부담률 상향과 비급여 통원의 최소공제금액 인상을 검토할 필요가 있다. 또한 빠르게 변화하는 의료환경 변화와 건강보험 정책 추진에 능동적으로 대응하기 위해 보장내용 변경주기를 현행 15년에서 5년 이하로 단축할 필요가 있다.

한편, 상품구조 개편을 통한 새로운 상품 출시만으로는 실손의료보험의 제도 개선 효과가 보유계약에까지 영향을 미치기에는 역부족으로, 기존 실손가입자에 대한 보험료 차등제 도입 검토와 함께 계약 전환에 대한 지원 방안이 함께 검토될 필요가 있다.

더욱이 상품구조 개편을 통해 지속성 강화를 도모하더라도 실손보험금·비급여 관리가 제대로 이뤄지지 않는다면 그 효과성은 현저히 떨어질 것이 자명하므로, 공·사 협업하에 합리적인 비급여 관리 방안을 마련해야 할 것이다.

I. 현안

1. 현황

- 실손의료보험은 2003년 공적 건강보험의 보완형으로 도입¹⁾되어, 현재 3천만 명 이상이 가입한 대표보험으로 성장함
 - 실손의료보험은 국민건강보험이 보장하지 않는 환자의 본인부담 의료비를 보장해 주는 보완형 상품으로, 특정 질병, 상해에 대한 선별적 보장이 아닌 일부 항목을 제외²⁾하고 모두 보장해 주는 포괄적인 구조로 운영됨
 - 정부의 지속적인 건강보험 보장성 강화 정책³⁾에도 보장률은 60% 초반대에 정체됨에 따라, 실손의료보험은 공보험의 보완형으로 성장해 옴
 - 우리나라 경상의료비에서 공공재원이 차지하는 비중은 2018년 기준 59.8%로 OECD 평균(73.8%)에 비해 낮은 반면, 가계 직접부담 비중(32.9%)⁴⁾은 2018년 기준으로 OECD에서 다섯 번째로 높은 수준임⁵⁾

1) 1963년부터 손해보험회사에서 상해의료비 등의 형태로 판매를 시작하였으며, 2003년 보험업법 개정을 통해 제3보험의 영역으로 포함됨

2) 치과·한방·항문질환 비급여 진료비, 임신·출산·비만 진료비 등이 있음

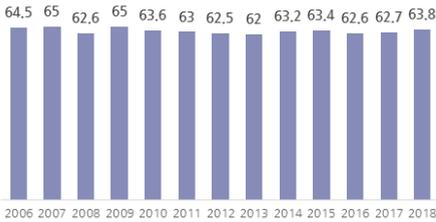
3) 정부는 2005년부터 건강보험의 보장성 강화 대책을 추진해 오고 있음: 1차(2005~2008년), 2차(2009~2013년), 3차(2014~2018년), 4차(2018~2022년)

4) 2018년 기준 OECD 36개 회원국 중에서 라트비아(41.8%), 멕시코(41.3%), 칠레(35.1%), 그리스(34.8%) 다음으로 높은 수준임

5) OECD Health Statistics(2019)

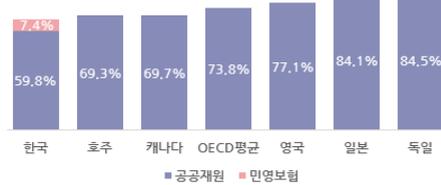
<그림 I-1> 건강보험 보장률 추이

(단위: %)



자료: 건강보험정책연구원(2019)

<그림 I-2> 경상의료비 재원구성(2018년)



자료: OECD Health Statistics(2019)

- 과거 손해보험회사가 판매한 의료비 100% 보장구조 등으로 인해 과도한 의료 이용량 증가 유발로 인한 공보험 재정 악화 및 전체 국민의료비 증가 우려가 제기됨에 따라 지속적인 제도 개선을 추진함

- 표준화 실손보험 출시(2009년 10월): 보장내용 표준화, 자기부담금 10% 도입, 중복가입 확인 등

<그림 I-3> 실손의료보험 제도 개선 경과



주: 실손의료보험은 보험회사가 자율적으로 상품 개발 및 판매하였으나, 2009년 10월 표준화를 통해 현재 모든 보험회사가 보장내용이 동일한 상품(보험사별 경험위험률에 따라 보험료는 상이)을 판매하고 있음

- 종합개선대책 발표(2012년 8월) : 단독실손의료보험 출시 의무화, 보험료 조정 주기 단축(3년→1년), 자기부담금 20% 병행 등
- 착한실손보험 출시(2017년 4월): 일부 비급여 과잉진료 항목(도수·체외충격파, 비급여주사, 비급여MRI) 특약으로 분리, 2년 무사고 시 향후 1년간 10% 할인 등

2. 지속성 위기

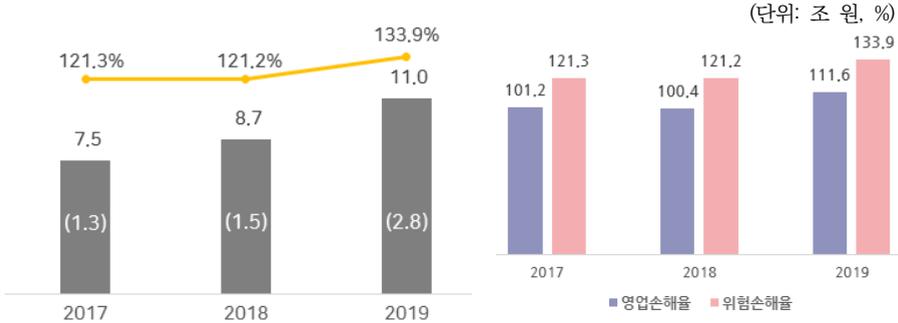
- 최근 실손의료보험의 손해액이 지속적으로 증가함에 따라 손해율이 100% 이상을 크게 상회하면서 제도의 지속성에 심각한 우려가 제기됨
 - 발생손해액은 매년 15%⁶⁾ 전후의 증가율을 보였으나, 2019년에 26%로 전년에 비해 1.7배 이상으로 증가함
 - 급여 본인부담금과 비급여 진료비 모두 유사한 수준으로 증가함
 - 실손의료보험 위험손해율은 2019년 133.9% 수준으로 상승하면서 2016년 131.3% 이후 최고치를 기록함
 - 영업손해율도 2019년 111.6%로 100%를 상회하여 적자구조 상태임
 - 특히, 2020년 상반기 실손의료보험 손해율은 131.7%⁷⁾로 전년 동기 대비 2.6%p 증가하여 1.4조 원의 위험손실이 발생함
 - 코로나19 등으로 발생손해액 증가율은 다소 둔화되었으나, 2020년 적용 요율 인상의 최소화⁸⁾ 등으로 손해율은 전년 동기에 비해 증가함

6) 2014~2018년 동안 연평균 증가율은 16.4%p임

7) 2009년 표준화 후 위험손해율이 가장 높았던 2016년 131.3%을 상회함

8) 표준화 전 및 표준화 후 상품(2009년 10월~2017년 3월)의 경우 약 20% 내외의 요율 인상이 필요하였으나, 2020년에 적용된 손해보험회사 전체 실손의료보험 보험료 인상률은 평균 6~7%에 그침

〈그림 I-4〉 실손의료보험 연간 손해율 및 발생손해액 추이



주: 1) 개인실손보험, IBNR 포함
 2) 괄호는 위험손실액(= 위험보험료 - 발생손해액) 규모임
 3) 위험손해율 = 발생손해액 / 위험보험료
 4) 영업손해율 = 발생손해액 / 영업보험료
 자료: 생명 손해보험회사 실적통계

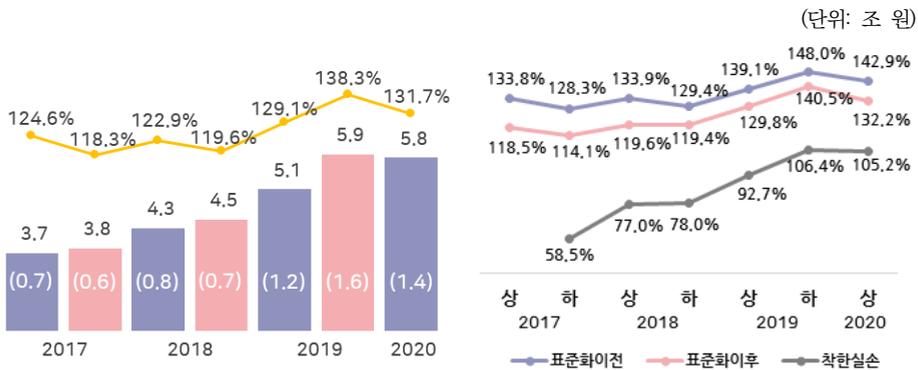
〈표 I-1〉 실손의료보험 청구 금액 현황

(단위: 천억 원)

구분	2017년 상반기	2017년 하반기	2018년 상반기	2018년 하반기	2019년 상반기
급여 본인부담금	10.7	10.4	11.2	12.7	14.5
비급여	19.9	20.1	22.5	24.8	26.5

자료: 손해보험 5개사 실적통계

〈그림 I-5〉 실손의료보험 반기별 발생손해액 및 위험손해율 추이



주: 1) 개인실손보험, IBNR 포함
 2) 괄호는 위험손실액(= 위험보험료 - 발생손해액) 규모임
 자료: 생명 손해보험회사 실적통계

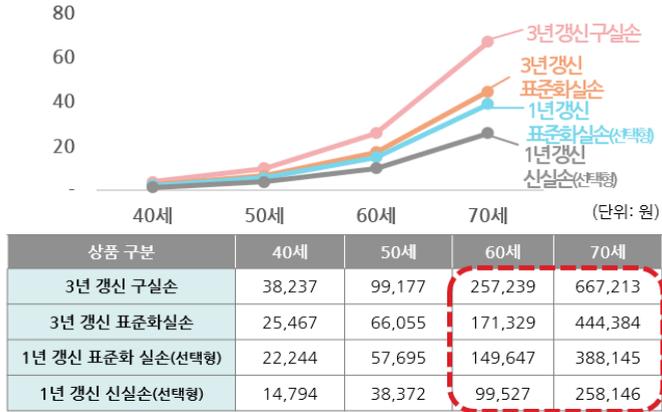
- 지속적인 손해를 상승 및 손실 악화로 보험회사는 실손의료보험 판매 중지 혹은 축소를 통해 실손보험의 공급을 축소하고 있음
 - 보험회사의 손실 규모가 지속적으로 증가하면서 상당수 보험회사⁹⁾가 실손보험 상품 판매를 중단함
 - 또한, 실손보험의 전체 지급보험금 중 65% 이상을 차지하는 비급여에 대한 지급 관리가 전혀 작동되지 않는 상황에서, 보험회사들이 가입 단계에서 계약심사 강화를 통한 위험관리를 강화함
 - 가입 연령 최고 한도를 하향 조정하거나 방문진단심사¹⁰⁾ 대상을 확대함

- 실손의료보험 손해율이 100%를 상회하는 수준을 지속하게 될 경우 가입자의 보험료 부담 가중으로 인해 실손계약의 지속가능성이 어려워짐
 - 위험손해율이 110% 수준을 유지한다고 가정할 경우, 즉, 보험료를 매년 10%씩 인상할 경우, 현재 실손 가입자가 60세 이상 고령 시 부담해야 할 보험료는 7배(60세)에서 18배(70세)까지 증가될 것으로 예상됨
 - 진료수가 및 진료량이 현재 수준으로 유지되더라도 실손 가입자의 연령 증가에 따라 매년 3~4% 정도의 보험료 인상요인(자연증가분)이 발생함
 - 특히 실손보험의 '손해를 악화에 따른 보험료 인상' 악순환 지속은 가입자의 고령기 실손의료보험 지속가능성 위협 요인으로 작용하게 됨
 - 비싼 보험료 부담 여력이 있는 가입자만 고령기간 동안 실손보험 유지가 가능함

9) 2020년 8월 현재 11개 보험회사(생명보험회사 8개(DB생명, 라이나생명, 오렌지라이프, AIA, 푸본현대, KDB생명, DGB생명, KB생명) 손해보험회사 3개(AXA, ACE, AIG))가 판매를 중지함

10) 의료인이 실손의료보험 가입 희망고객을 방문하여 혈압·혈액·소변검사 등의 건강상태를 심사하는 절차임

〈그림 I-6〉 실손의료보험 보험료 상승 추정(연간 10% 인상 가정)
(단위: 만 원)



주: A 보험회사 2019년 40세 남성 보험료 기준임

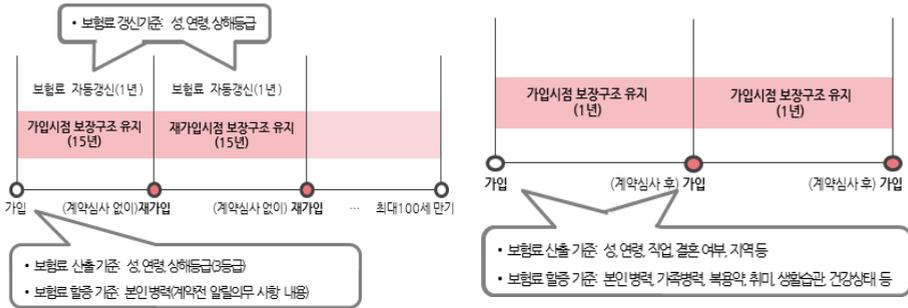
II. 개선 과제

1. 보험료 구조

가. 보험료 산출

- 보험료 산출 시 가입자별 건강상태·의료 이용을 반영하여 개인별 보험료를 세분화하기에는 한계가 있음
 - 현재 실손의료보험은 가입 및 보험료 갱신 시 성, 연령, 상해등급(직업 위험별 3등급) 등 보편적인 인구구조 변수를 반영하여 보험료를 산출함
 - 갱신 시점 및 보장구조 유지기간 이후 재가입 단계에서는 가입 이후 병력이나 청구 실적이 보험료에 반영되지 못함
 - 실손의료보험은 최장 100세 등 보험기간이 장기로 운영되고 있는 반면, 해외 민영의료보험은 국내 자동차보험과 같이 1년으로 운영됨에 따라, 민영의료보험 가입자는 매년 새로 재가입해야 하는 구조임
 - 가입 시 계약 심사 과정을 거쳐 가입자의 건강·질환 상태를 보험료에 반영함

〈그림 II-1〉 실손의료보험 가입·보장 구조 〈그림 II-2〉 주요국 민영의료보험 가입·보장 구조



나. 보험료 부담

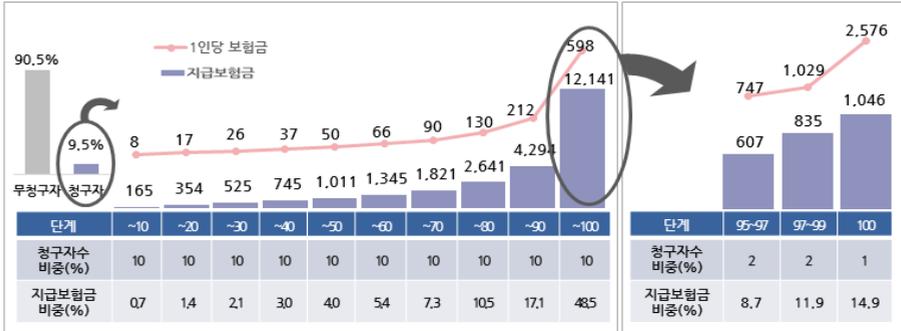
- 가입자는 건강상태나 의료 이용량과 무관한 보험료를 부담하는 구조로, 일부 소수의 과다 의료 이용으로 인해 의료 이용을 전혀 하지 않았거나 꼭 필요한 의료 이용을 한 대다수 가입자에게로 보험료 부담이 전가됨

1) 입원

- 전체 가입자의 95%가 무청구자이거나 연간 평균 50만 원 이하의 소액 보험금 수령자로, 연간 평균 100만 원 이상 수령자는 전체 가입자의 2~3% 수준임
 - 전체 청구자의 상위 10%(전체 가입자 0.95%)는 연간 평균 600만 원 및 전체 지급보험금의 48.5%를 수령함
 - 전체 청구자의 상위 1%는 연간 평균 2천만 원 이상 및 전체 지급보험금의 15%를 수령함

〈그림 II-3〉 실손의료보험 입원 청구 현황

(단위: 만 원, 억 원)



주: 각 구간은 청구자 수를 기준으로 한 하위10%부터 100%까지의 퍼센타일임
 자료: 1) 보험회사 통계(2018)
 2) 상위 5%에 대한 입원 통계는 손해보험 1개사 통계(2019)

2) 통원

- 전체 가입자의 80% 이상이 무청구자·연 평균 10만 원 미만의 소액 청구자로, 연 평균 30만 원 이상 수령자는 전체 가입자의 9% 수준임
 - 전체 청구자의 상위 10%(전체 가입자의 3.1%)는 연간 평균 140만 원 및 전체 지급보험금의 48.3%를 수령함
 - 전체 청구자의 상위 1%는 연간 평균 5백만 원 이상 및 전체 지급보험금의 13%를 수령함

〈그림 II-4〉 실손의료보험 통원 청구 현황

(단위: 만 원, 억 원)



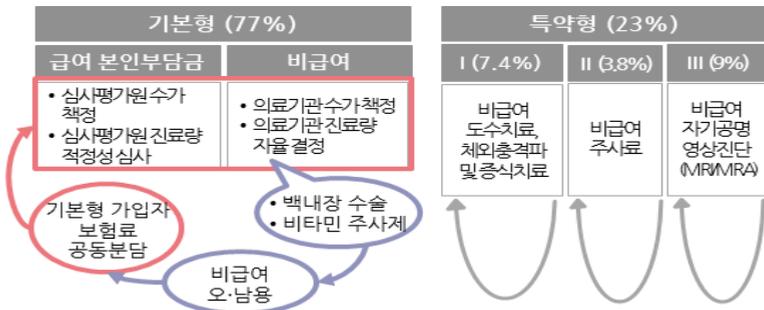
주: 각 구간은 청구자 수를 기준으로 한 하위10%부터 100%까지의 퍼센타일임(처방은 제외함)
 자료: 1) 보험회사 통계(2018)
 2) 상위 5%에 대한 통원 통계는 손해보험 1개사 통계(2019)

2. 보장 구조

가. 포괄 보장

- 실손의료보험은 공보험이 보장하지 않는 영역을 포괄적으로 보장하고 있어 불필요한 의료 이용·공급의 유인이 높음
 - 보장 구조가 몇몇 보장하지 않는 항목을 제외한 모든 항목을 보장해주는 방식(negative)을 적용하고 있어, 환경 변화에 따라 도덕적 해이 가능성이 커진 항목이 보장 범위에 포함될 가능성이 높음
 - 불필요하거나 고가의 의료서비스를 빈번하게 이용하고 고액의 보험금을 수령하는 일부 가입자에 의해, 대부분 선의의 가입자가 매년 인상된 보험료를 부담해야 하는 불합리한 상황에 처함
 - 착한실손보험에서 오·남용 진료 우려가 큰 비급여 항목을 특약으로 분리 운영하였으나, 이외 대부분의 비급여 항목이 급여와 함께 기본형으로 포괄 운영됨에 따라, '일부 오·남용진료에 따른 보험료 인상 공동부담 고리'는 여전히 존재함
 - 착한실손보험의 위험손해율은 2017년 4월 출시 이후 빠른 속도로 상승하여 2019년 하반기부터 100%를 상회함¹¹⁾

〈그림 II-5〉 착한실손보험 보장구조



주: 괄호는 착한실손보험의 1인당 위험보험료 중 해당 담보의 위험보험료 비중임(2020년 상반기 기준)

11) 표준화 실손의료보험의 위험손해율은 2009년 10월 출시 이후 3여 년이 경과한 이후에 100%를 상회함

나. 자기부담금

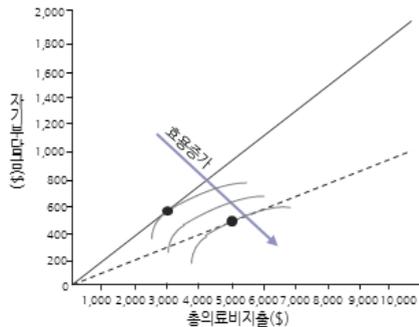
■ 실손가입자의 과다 의료 이용 방지 및 보험료 인상 요인을 억제하기 위해 자기부담률의 확대 및 조정이 필요함

- 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 평가임
- 자기부담금이 클수록 보험료가 저렴해지는 구조로, 가입자는 보험료 감소분과 자기부담금 증가분 중에서 부담이 적은 것을 선택함
- 착한실손보험에 적용되는 자기부담률은 최대 20%이나 가입자가 느끼는 보험료 감소분이 크지 않아 대부분(98%)이 급여의 자기부담률 10%를 선택하고 있음

〈그림 II-6〉 자기부담률별 비중



〈그림 II-7〉 의료 이용량의 가격탄력성



주: 1) 개인실손보험 기준, IBNR 포함
 2) 급여 / 비급여에 대한 가입자 자기부담금 비율
 3) 괄호는 해당 상품의 위험손해율(= (지급보험금 + IBNR) / 위험보험료)임

자료: Aron-Dine, A., Einav, L., & Finkelstein, A. (2013), pp. 197-222

자료: 보험회사 통계(2019~2020년 상반기 누적)

〈표 II-1〉 착한실손보험 자기부담금 구조

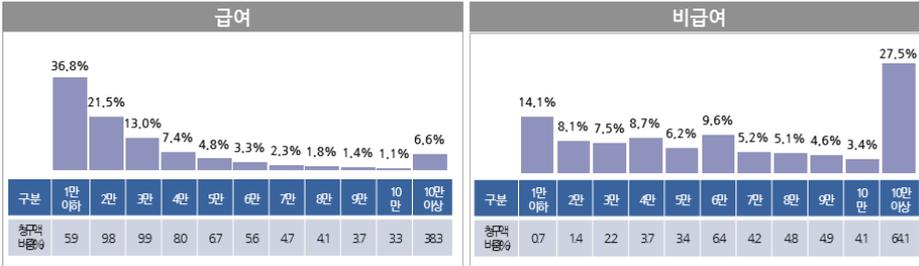
구분	기본형				특약형		
	입원		통원		I	II	III
정액공제금 (deductible)	-		의료기관종별 1~2만 원		최소		
정률공제금 (co-insurance)	표준형		선택형		30%		
	급여 20%	비급여 20%	급여 10%	비급여 20%			
최대한도 (maximum Benefit)	-		-		연간 350만 원 연간 50회	연간 250만 원 연간 50회	연간 300만 원

주: 1) 특약형 I = 비급여 도수치료, 체외충격파치료, 증식치료
 2) 특약형 II = 비급여 주사료
 3) 특약형 III = 비급여 자기공명영상진단(MRI/MRA)

■ 통원의 도덕적 해이 가능 축소 및 지나친 소액 의료 이용 방지를 위해 최소 공제금액의 조정이 필요함

- 불필요한 급여의 소액 의료 이용 등에 따른 공적 건강보험의 재정 악화를 방지하고, 도덕적 해이 가능성이 높은 비급여의 통원 이용에 대한 적절한 통제가 가능하도록 최소 공제금액을 조정할 필요가 있음
 - 소액 청구 실태: 전체 청구 건 중에서 급여의 경우 1만 원 이하가 36.8%, 비급여의 경우 3만 원 이하가 29.7%를 차지함
- 특히, 현행 의료기관별 공제금액 차등 적용은 통원의 비급여에 대한 도덕적 해이 통제 기능이 미흡함
 - 의원·병원·종합병원 이상에 대해 각각 1, 1.5, 2만 원으로 설정되어 있으나, 의원급 중심의 비급여 확대 통제 기능은 미흡함

〈그림 II-8〉 실손의료보험 통원 급여·비급여 청구 현황



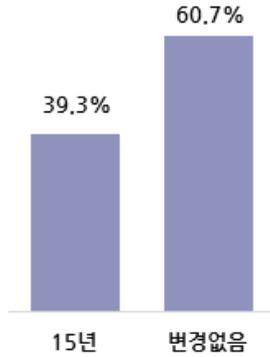
자료: 생명보험회사 통계(2018)

다. 재가입주기

- 의료환경·진료행태 변화에 따라 능동적인 보장구조 개편이 가능하도록 재가입주기¹²⁾를 단축할 필요가 있음
 - 건강보험 보장성 강화 등 정책변화에 따라 실손의료보험에서 합리적 대응이 가능하도록 제도적 기반 마련이 필요함
 - 이를 통해 빠르게 변화하는 의료기술, 진료행태 변화 등에 시의성 있는 대응이 가능하며, 공적 건강보험 재정에도 긍정적 영향을 기대함
 - 보장내용 변경주기 현실화는 실손의료보험의 위험보장 현실화를 가능하게 하고, 이는 소비자 혜택으로 이어질 수 있음
 - 현재 노후 및 유병력자 실손의료보험은 재가입주기를 3년으로 운영 중임

12) '보장내용 변경주기'를 의미함. 동일 보험회사의 실손의료보험에 재가입 시 과거 사고 이력 등을 이유로 계약 인수를 거절하지 못함

〈그림 II-9〉 실손의료보험 재가입주기 비중 현황



자료: 손해보험회사 10개사 통계(2020년 3월 말 기준)

참고 재가입주기 단축이 필요했던 사례

사례 1. 실손보험의 보장범위 확대에 따라 기존 가입자도 혜택 가능

2016. 1. 1 개정된 실손의료보험 표준약관에 따라 우울증, 조울증, 공항장애 등 일부 정신 질환을 보장대상에 포함하고, 입원의료비 보장기간을 보장한도 도달 시까지로 확대하는 등 가입자의 의료 이용 접근성 제고 및 불편 해소를 위해 표준약관을 개정·시행했으나, 신규계약(2016. 1. 1 이후 가입)에 적용

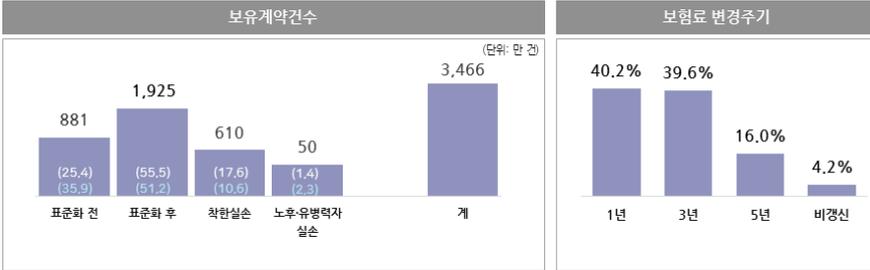
사례 2. 공보험과 연계하여 과잉 의료 이용에 효율적 대응 가능

메르스 후속대책의 일환으로 대형 응급실의 과밀화 해소를 위해 건강보험은 비응급환자의 상급종합병원 응급실 이용 시 응급의료관리료(6만 원 내외)를 환자가 전액 부담토록 하고 있으나, 실손보험에서 이를 보장해 주고 있어, 동 제도의 실효성이 낮은 상황 → 실손보험도 이를 보장해 주지 않도록 표준약관을 변경(2016. 1. 1)하였으나, 신규계약(2016. 1. 1 이후 가입)에 적용

사례 3. 보상 여부에 대한 불필요한 민원방지 및 소비자보호 가능

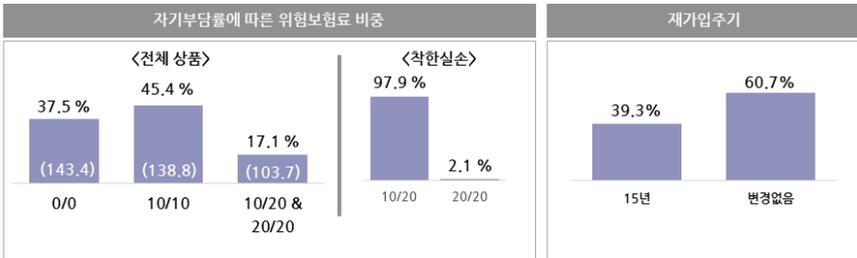
의료기술 발전 등에 따라 새로운 질병이 분류되거나 조정되는 경우(KCD 변경 등), 실손보험 약관상 정해진 면부책 사항(KCD 코드로 면책 규정 등)을 조정할 필요성이 발생

참고 실손의료보험 보유계약 구조



주: 진한 괄호는 보유계약 건수 기준, 연한 괄호는 위험보험료 기준 각 상품이 차지하는 비중임
 자료: 보험회사 통계(2020년 상반기 기준)

자료: 손해보험회사 10개사 통계 (2020년 3월 말 기준)



주: 1) 개인실손보험 기준, IBNR 포함
 2) 급여 / 비급여에 대한 가입자 자기부담금 비율
 3) 괄호는 해당 상품의 위험손해율 (= (지급보험금 + IBNR) / 위험보험료)임
 자료: 보험회사 통계(2019~2020년 상반기 누적)

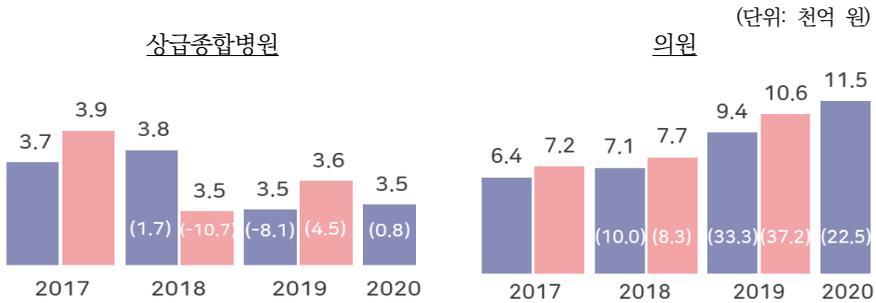
자료: 손해보험회사 10개사 통계 (2020년 3월 말 기준)

3. 보험금 청구·지급

- 실손보험 청구금액의 상당부분을 비급여가 차지하고 있어, 오·남용진료 발생에 취약함
- 2020년 상반기 5개 손해보험회사 기준 전체 청구금액(급여본인부담금 + 비급여) 중 의료기관의 비급여는 64%(의원의 경우 77%)를 차지함

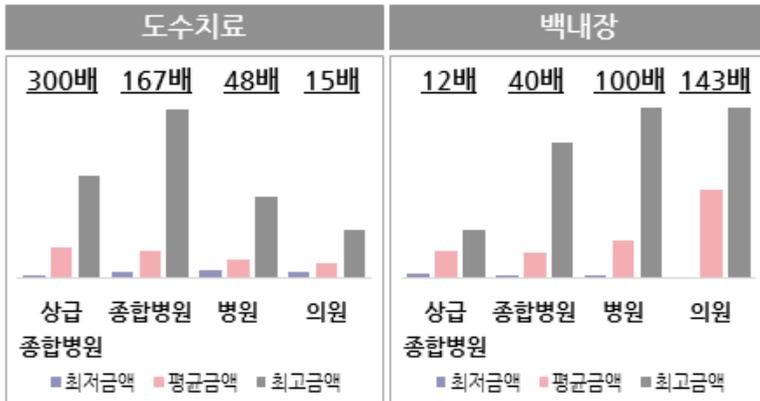
- 비급여는 보장 특성 및 가입자의 의료 성향 편차가 급여에 비해 크므로 역선택·도덕적 해이 발생 유인이 높음
- 반면, 급여는 심사평가원을 통해 수가 및 적정 진료량이 관리되고 있어, 역선택·도덕적 해이 우려가 상대적으로 낮음

〈그림 II-10〉 실손의료보험 비급여 청구 추이



주: 괄호는 전년 동기 대비 증감률임
 자료: 5개 손해보험회사 통계(2020년 상반기 실손의료보험 전체 발생손해액의 약 61% 차지)

〈그림 II-11〉 의료기관 간 비급여 진료비용 편차



자료: 보건복지부 보도자료(2019. 9. 5)

- 보험금 실손보험금의 청구·지급 시 진료비 적정성에 대한 의료기관과 보험회사 간 협의 및 평가 체계가 미흡함

- 보험회사는 의료기관의 오·남용 진료가 의심되더라도 가입자가 보험금 청구 시 이에 대한 지급을 거절할 근거가 부족함
 - 실손보험 약관상 질병 치료와 상관없는 건강검진, 예방접종, 영양제, 미용성형 등과 관련된 사항은 보상에서 제외하고 있으나, 현재 진료비 영수증이나 세부 내역에서는 질병 치료 목적인지 여부에 대해 명확히 구분하지 않고 있음
- 특히 실손보험금의 상당 부분을 차지하는 비급여는 관리 체계 부재로 인해 오·남용진료 발생에 취약한 구조적 한계가 있음
 - 일부 의료계 및 실손보험 가입자들이 이러한 점을 악용하여 비정상적인 비급여 보험금이 지속적으로 증가함에 따라 사회적 문제로 확대됨

〈표 II-2〉 공·사 건강보험 진료비 적정성 확인제도

구분	국민건강보험	자동차보험	실손의료보험	건보공단의 '건강보험환자 진료비 실태조사(2018)' 개요
법적근거	국민건강보험법	자동차손해배상보장법	-	<ul style="list-style-type: none"> • 조사목적: 건강보험환자의 총진료비 중 건강보험 보장률 산출 • 조사기간: 2019년 1월~10월 • 조사대상: 2018년 6월, 12월 중 외래방문 및 입원(퇴원)한 환자의 진료비 • 분석기관: 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 등 2,105개 기관
주무부처	보건복지부	국토교통부	금융위원회	
심사기준	복지부령 및 고시 *요양급여의 기준에 관한 규칙 등	국토부 장관 고시 *자동차보험 진료수가에 관한 기준	-	
심사기관	(급여) 심평원 (비급여) 시장 자율	(대인) 심평원	영수증 금액만 확인	<ul style="list-style-type: none"> • 대상: 백내장 등 사회적 관심도가 높은 일부 비급여 진료항목 • 계획: 시범실시 방안 마련 및 의견수렴(2020년 상반기) → 실시기반 마련(2020년 하반기)

〈표 II-3〉 공·사 건강보험 실적 현황

(단위: 억 원, %)

연도	2014	2015	2016	2017	2018	연평균증가율
진료비 (증감률)	543,170 -	579,546 (6.7)	645,768 (11.4)	693,352 (7.4)	776,583 (12.0)	9.3
급여비 (증감률)	406,845 -	433,404 (6.5)	483,239 (11.5)	518,225 (7.2)	585,836 (13.0)	9.5
비급여 (증감률)	100,572 -	104,057 (3.5)	126,179 (21.3)	133,163 (5.5)	141,655 (6.4)	8.9
실손 가입자 (증감률)	3,082 -	3,266 (6.0)	3,330 (2.0)	3,359 (0.9)	3,412 (1.8)	2.6
실손 지급보험금 (증감률)	47,617 -	54,620 (14.7)	69,723 (27.7)	75,466 (8.2)	87,285 (15.7)	16.4

자료: 국민건강보험공단(2019); 금융감독원 보도자료; 회사별 업무보고서

Ⅲ. 개선 방안¹³⁾

1. 할인·할증 방식 보험료 차등제 도입

가. 도입 목적

- 보험료 차등제는 실손가입자의 개별 위험에 상응하는 적정 요율을 부과함으로써 가입자 간의 보험료 부담 형평성 제고를 목적으로 함
 - 실손의료보험은 최대 100세 보험만기 운영 및 가입 후 성, 연령, 직업군 등에 따른 보험료 조정으로, 실손 가입자 간의 위험 정도는 시간이 지날수록 다양하게 구성(고·중·저위험군의 혼합)¹⁴⁾될 수밖에 없음
 - 보험업법(§129 3호)에 따라 피보험자의 위험 정도에 따라 보험료의 차별이 가능하며, 할인·할증 방식의 보험료 차등제는 보험가격 산정원칙의 '공정한 차별'에 해당됨 - 실손의료보험의 특성에 적합한 보험료 산출을 정립함으로써 가입자의 위험수준에 상응하는 공정 보험료를 부과하는 보험의 기본원칙이 성립되도록 하는 것은 국민의료보장체계 강화를 위해서도 매우 중요함
- 보험료 차등제 도입을 통해 역선택 및 도덕적 해이 방지도 도모함
 - 보험료 차등제는 보험 가입 시 반영되지 못한 피보험자의 특성을 가입 후 보험료에 반영한다는 점에서 역선택 방지에 효과가 큼¹⁵⁾

13) 확정된 실손의료보험 개편 방안은 <부록 V>를 참고 바람

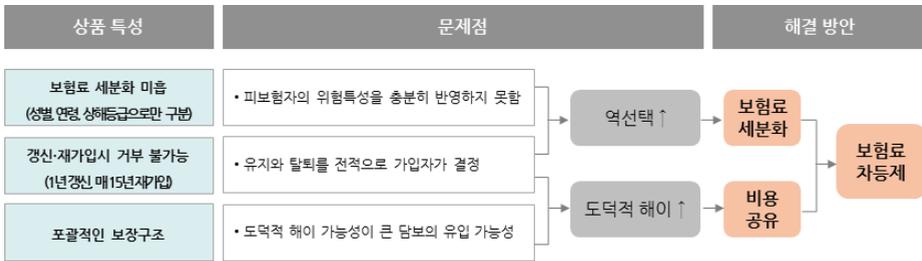
14) (A) 20세 가입 → 지속적 건강관리 → 저위험군

(B) 20세 가입 → 미흡한 건강관리 → 고위험군

15) 역선택은 보험회사가 피보험자의 특성을 완전히 파악하기 어려워 위험의 정도가 다른 피보험자들에게 동일한 보험료를 제시하기 때문에 발생함(조재린·정성희 2018)

- 역선택하에서 단일보험료를 유지할 경우 구조적 보험료 인상과 보험시장 축소를 야기할 수 있다는 문제점을 지님
- 역선택을 완화하기 위해서는 정보비대칭성을 완화하고 위험평가를 보완하는 것이 필요하지만 현재 감독규정은 나이와 성별 등 제한적 요율변수만을 허용하고 있음
- 가입자의 행동이 보험계약자의 비용(환급금 또는 차기 갹신 보험료)에 영향을 미치므로 도덕적 해이 방지 효과를 도모할 수 있음

〈그림 III-1〉 보험위험과 상품개선 방안



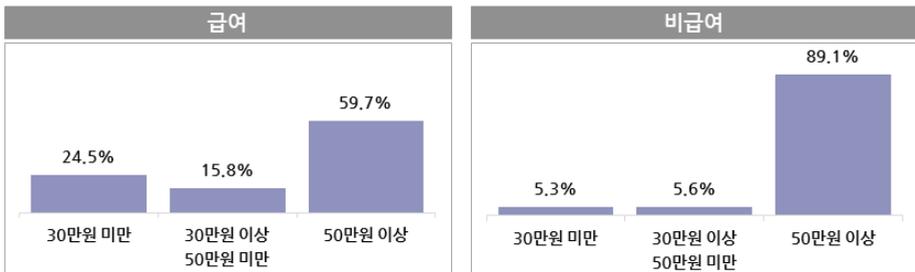
나. 도입 방안

- 실손가입자의 보험료 부담 형평성을 위해 개별 비급여 의료 이용량(청구 실적)과 연계하는 할인·할증 방식의 보험료 차등제 도입을 검토할 필요가 있음
 - 상해와 달리 질병의 발생은 불가피한 측면은 있으나 가입자의 건강관리 정도에 따라서 어느 정도의 통제가 가능¹⁶⁾하다는 점에서 의료 이용량에 따른 보험료의 할인·할증 적용을 검토해 볼 수 있음
 - 자동차보험의 경우 통제 가능한 과실(상해)을 기준으로 보험료 차등제가 적용된다는 점에서 적용의 타당성이 높게 인정되고 있음
 - 실손가입자의 형평성 및 역선택·도덕적 해이 방지 효과 측면에서는 명시적인 '할증' 방식이 보다 효과적일 것으로 판단됨

16) 예) 지속적인 건강관리 → 병원 입·통원 가능성 ↓ → 지속적인 보험료 할인 적용 가능

- 현재 일부 실손의료보험¹⁷⁾에서 무사고자 할인제도¹⁸⁾를 운영 중에 있으나, 손해율이 지속 악화되고 있는 상황을 보면 할인제도로는 의료쇼핑·과잉의료 등을 방지하는 데 한계가 있다고 볼 수 있음
- 비급여는 선택적 의료의 성격이 강하고, 실손보험 청구행태가 급여보다 비급여에서 보다 큰 금액에 집중된다는 점, 가입자의 의료 이용에 대한 통제 가능성 등을 고려하여 비급여 보장에 대한 보험료 차등제 도입을 검토함
- 정부의 보장성 강화정책으로 모든 의학적 의료의 급여화를 추진함에 따라 향후 비급여는 비 필수 의료 중심으로 잔존하게 될 것임
- 비급여 진료비용 공개제도¹⁹⁾ 및 고지제도²⁰⁾ 등을 바탕으로 가입자의 의료기관 선택권 강화를 통해 합리적인 비급여 의료 이용 유도가 가능함

〈그림 III-2〉 실손의료보험 청구금액 분포

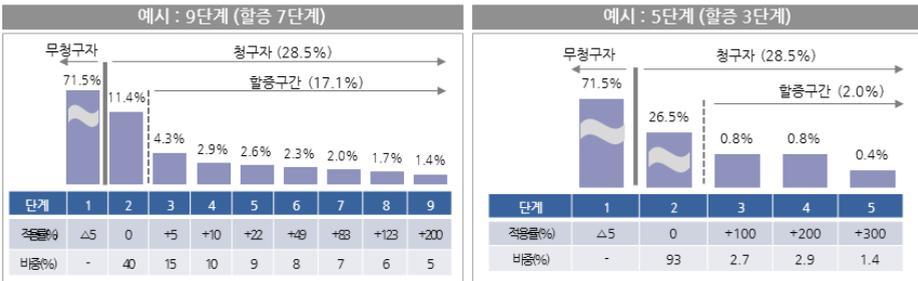


주: 실손의료보험 표준화 상품 선택형(급여 90%, 비급여 90% 보장) 상품의 입원 청구통계임
 자료: 생명보험회사 통계(2018)

- 17) 2011년 이후부터 판매된 다수의 실손의료보험 계약 및 2017년 4월 이후 출시된 착한실손보험 계약임
- 18) 보험업감독업무시행세칙 [별표 14] 표준사업방법서 실손의료보험 제4조 제12항: 실손의료보험을 판매하는 회사는 직전 보험기간(최대 2년) 동안 보험금 지급 실적(급여 의료비 중 본인부담금 및 4대 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀난치성질환)으로 인한 비급여 의료비에 대한 보험금은 제외)이 없는 계약을 대상으로 차기 보험기간(1년) 동안 영업보험료의 10% 이상을 할인하는 제도를 운영함
- 19) 2016년 의료법 개정을 통해 도입되어, 매년 병원급 이상 의료기관의 비급여 진료비용을 조사하여 최저·최고금액 등을 공개(다빈도, 고비용 및 사회적 관심도가 높은 항목 중심으로 공개)하고 있으며, 공개항목을 지속 확대(2016년 52항목 → 2020년 564항목) 중입(의원급 이상 확대 예정)
- 20) 의료법 제45조에 따라 모든 의료기관이 비급여 진료비용을 환자에게 고지(병원 내 및 홈페이지에 게시)토록 되어 있음(고지 금액을 초과하여 청구하는 것도 금지)

- 전체 실손가입자의 비급여 의료 이용량(청구 실적)을 매년마다 평가해서, 가입자별로 할인·할증 단계를 결정하고 이를 차년도 보험료²¹⁾ 갱신에 반영함
 - 할인·할증단계는 할인(무청구자), 할증(소액할증, 고액할증), 할인·할증 미적용(소액청구, 적용 제외 대상)으로 구분함
 - 할인·할증등급 세분화 정도는 형평성 및 역선택·도덕적 해이 방지 효과, 운영 효율성 등을 고려하여 결정됨
 - 대부분 할인대상으로 할증에 따른 의료접근성 저하 우려를 최소화, 불필요한 의료 이용 자제를 위해서 일부 고액 청구자에 누진 할증 적용을 검토함
 - (예: 5단계) 전체 가입자의 98%가 할인 및 할증 적용제외 대상, 2%(청구자 중 7%)가 할증 대상, 0.4%(청구자 중 1.4%)가 최고 할증 대상임
 - 실손가입자의 할인·할증은 매년 산정해 차년도 갱신보험료에 한 번만 적용, 즉 할인·할증 적용 위한 보험금 지급이력은 매년 초기화함

〈그림 III-3〉 실손의료보험 보험료 차등제(안)의 단계별 청구자 비중



주: 비중은 청구자(2~9단계) 중에서 각 단계별 청구자의 비중을 뜻함
 자료: A 보험회사 통계

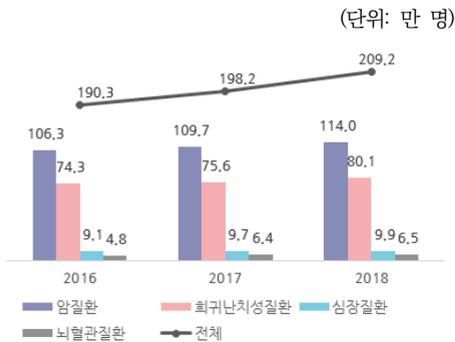
- 실손가입자 의료 접근성이 지나치게 제한되지 않도록 차등제 적용 제외 대상자를 신중하게 결정할 필요가 있음
 - 가입자가 보험료 할인단계 유지를 위해 필요한 의료 이용을 기피할 경우 초기 치료 기회를 놓쳐 건강상태가 악화되거나 더 큰 의료비용 부담으로 이어질 가

21) 계약갱신 대상자의 차년도 보험료 = 기본보험료 × (1 + 할인·할증률)

능성이 있음

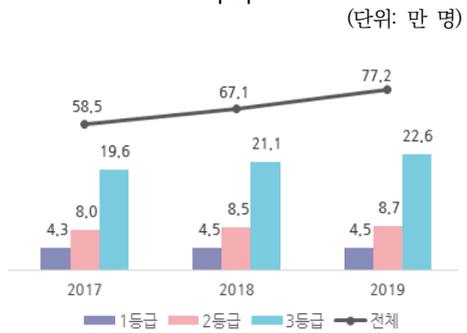
- 착한실손보험에서 2년 무청구자 할인 대상 판정 시 4대 중증질환²²⁾자의 비급여 의료비 보험금 수령 실적을 제외함
- 4대 중증질환자, 건강보험 산정특례 대상, 장기요양등급 대상 등 이해관계자의 충분한 의견 수렴을 통해 결정할 필요가 있음
- 건강보험 산정특례 대상의 경우 건강보험 급여의 본인부담금 경감 혜택(5~10% 적용)을 제공함
- 장기요양등급 대상에 대해 노인장기요양급여(재가급여, 시설급여, 특별현금급여) 혜택을 제공함

〈그림 III-4〉 산정특례자 추이



자료: 건강보험통계연보, 각 연도

〈그림 III-5〉 노인장기요양보험 인정자 수 추이



자료: 노인장기요양보험통계연보, 각 연도

22) 암, 뇌혈관, 심장, 희귀난치성

참고 ▶ 국내 자동차보험 적용 사례

- 국내 자동차보험의 경우 사고내용별 점수를 기본으로 할인·할증 제도를 적용함
 - 계약갱신 시 평가대상기간(1년) 동안 사고가 있는 경우 사고내용별 점수에 따라 할증하고, 이후 3년간 사고가 없다면 같은 등급이 3년간 유지됨(3년 할인유예)
 - 다만, 과실비율 50% 미만의 사고 중 사고내용 점수가 가장 높은 1건에 대해서는 사고내용점수 합산에서 제외함
 - 계약갱신 시 3년 내 사고가 없는 경우 1등급이 할인되는 구조임²³⁾

〈참고 표 1〉 자동차보험 할인·할증제도의 사고내용별 점수

구분	사고내용		점수
대인사고	사망사고		건당 4점
	부상사고	1급	
		2~7급	건당 3점
		8~12급	건당 2점
		13급, 14급	건당 1점
자기신체사고·자동차상해			건당 1점
물적사고	물적사고 할증금액기준 초과 사고		건당 1점
	물적사고 할증금액기준 이하 사고		건당 0.5점

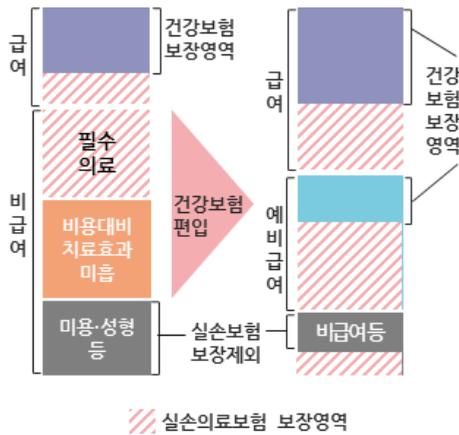
주: 1) 사고가 중복된 경우에는 이를 구분하여 합산함(물적사고 중 대물배상과 자차사고가 동시에 발생한 경우에는 이를 합산함)
 2) 물적사고 할증기준금액: 50, 100, 150, 200만 원 중 보험가입 시 계약자가 선택한 금액
 3) 사고점수가 1점이면 다음해에 1등급 할증(16등급 → 15등급)하고, 0.5점 사고만 1건 있는 경우 전 계약과 동일한 등급 할증(16등급 → 16등급) 적용

23) 다만, 다음의 “1년 할인 유예사고”만 있는 경우 무사고로 간주하되 갱신계약 1년간 할인을 유예함
 ① 가해자불명 자차사고를 제외한 자기과실이 없는 사고
 ② 가해자불명 자차사고로서 손해액이 30만 원 이하인 사고 1건

2. 급여·비급여 보장구조 분리

- 현재 급여·비급여 포괄 보장 구조를 실질적인 의료비 기준인 급여와 비급여로 구분하여 운영할 필요가 있음
 - 급여(필수의료)와 비급여(비필수, 선택 의료)의 의료 특성을 감안하여, 급여와 비급여를 기본형과 특약으로 분리 운영을 검토함
 - 착한실손보험의 경우 일부 비급여의 특약으로 분리·운영을 시도하였으나, 풍선효과 등으로 여전히 보장구조상 비급여 통제가 어려운 한계가 존재함
 - 또한, 건강보험 보장성 강화 정책에 따라 점차 급여 확대 및 비급여 축소가 예상되므로 실손 보장구조도 이를 반영할 필요가 있음
 - 비급여에 대한 할인·할증방식 보험료 차등제 도입을 감안해 볼 때, 보장구조를 급여와 비급여로 분리 운영할 필요가 있음

〈그림 III-6〉 건강보험 보장성 강화와 실손의료보험 보장구조 변화



- 보험회사는 급여와 비급여로 분리·지급함에 따라 비급여에 대해 별도 보험료 및 보험금 관리가 가능할 것으로 예상됨
 - 기본형은 급여로, 특약형은 비급여로 분리되고, 비급여에 대해 할인·할증방식

의 차등제가 적용될 경우, 보험료 산출 구조는 <그림 III-7>과 같이 변경될 것으로 예상됨

- 또한, 비급여에 대한 보장성 강화에 따른 풍선효과나 과잉진료 등의 통제가 어느 정도 가능할 것으로 기대됨

<그림 III-7> 실손의료보험 상품구조 개편(안): 급여·비급여 보장구조 분리

착한실손 보험료			개편(안) 보험료		
기본형	급여	10,497원	기본형	급여	4,894원
	비급여				
		+			+
특약형 (비급여)	도수치료 체외충격파치료 증식치료	1,303원	특약형	비급여	9,029원
	주사료	606원			
	자기공명영상진단 (MRI/MRA)	1,516원			
		=			=
영업보험료 13,922원			영업보험료 13,923원 ± α		

비급여의료
이용량반영
보험료
할인할증

주: A 보험회사 착한실손보험 선택형(급여 10%, 비급여 20%), 입원 5천만 원, 외래 25만 원, 처방 5만 원, 3대 비급여 특약가입, 남자 40세 상해1급 기준임

3. 보장구조·한도 변경

- 보장구조는 상해·질병은 구분하고, 입원·통원은 통합 운영이 필요함
 - 상해²⁴⁾와 질병²⁵⁾은 위험특성이 서로 상이하고, 상법이나 보험 관련 법규에서도 별도 보험종목(계약)으로 규정하고 있는 점을 고려하여 구분 운영이 필요함
 - 실손의료보험 약관에서는 상해와 질병의 상이한 위험특성을 반영하여 “보상

24) 신체 외부로부터의 급격하고 우연한 사고를 말함

25) 신체의 내부적 원인에 의한 사고를 말함

하지 않는 손해”도 다르게 규정함

- 또한, 기존 실손의 계약전환,²⁶⁾ 개인실손 중지·재개 제도 운영, 상해등급(1~3등급)에 따른 보험료 차등 적용²⁷⁾ 등을 고려할 때, 별도 구분하여 운영이 필요함
- 한편, 입원 또는 통원의 경우 실손가입자인 환자가 선택하는 것이 아니라 의료인의 판단에 따라 결정되는 사항이기 때문에, 가입자 측면에서 가입 시 입원과 통원을 미리 선택하도록 하는 것은 무의미하므로, 구분하여 운영하는 실익이 약함

■ 보장한도는 급여·비급여 구분 및 입원·통원 통합에 맞춰 설정이 필요함

- 보장구조 개편에 따라 전체 보장한도는 현재 착한실손보험과 유사한 수준(약 2억 원)으로 설정함
 - 통원 한도는 현재 회당 30만 원에서 40만 원으로 상향됨
- 다만, 현재 통원 횟수가 급여·비급여를 포함하여 연 180회임을 감안해 볼 때, 비급여의 통원에 대한 횟수 제한을 검토할 필요가 있음
 - 급여·비급여 포함한 연간 통원 횟수가 50회 이상이 전체 청구자의 0.7%(전체 가입자의 0.1%) 수준으로, 비급여에 대한 통원 횟수를 연간 100회 등으로 제한하더라도 거의 대부분 가입자들은 영향을 받지 않음
 - 예: 비급여 통원 횟수 연 100회, 3대 비급여특약 항목 각각 연 50회 등

26) 예) 질병 입·통원에만 가입된 기존 계약자 → 새로운 상품의 질병 입·통원만 무심사 가입 가능

27) 상해등급(직업군)별 위험보험료(40세 남자, 월납) 차이가 큼: (1등급) 2,129원 (3등급) 3,833원

〈그림 III-8〉 실손의료보험 상품구조 개편(안): 보장구조 및 보장한도

현행			개편(안)		
입원	질병	하나의 질병당 5천만 원	주계약 (급여)	질병	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)
	상해	하나의 상해당 5천만 원		상해	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원)
통원	질병	회당 30만 원/연 180회	특약 (비급여)	질병	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원/통원 횟수 제한)
	상해	회당 30만 원/연 180회		상해	입·통원 합산 연간 5천만 원 (통원 회당 20만 원/통원 횟수 제한)

〈표 III-1〉 실손의료보험 연간 통원 횟수 구간별 사고자 수 분포

(단위: 명, %)

구분	10회이하	10회 초과 ~20회 이하	20회 초과 ~30회 이하	30회 초과 ~40회 이하	40회 초과 ~50회 이하	50회 초과
구실손 ¹⁾	3,869,396	542,355	176,825	71,761	30,928	34,312
(비중)	(81.9)	(11.5)	(3.7)	(4.5)	(0.7)	(0.7)
착한 실손	1,414,295	199,537	66,635	27,669	12,528	14,049
(비중)	(81.5)	(11.5)	(3.8)	(4.6)	(0.7)	(0.8)

주: 1) 구실손: 표준화 전 계약(~2009년 9월), 표준화 후 착한실손 이전 계약(2009년 10월~ 2017년 3월)
 자료: 손해보험 6개사(흥국, 삼성, 현대, KB, DB, 농협) 취합

4. 자기부담금 상향

- 급여와 비급여에 대해 자기부담률은 현재보다 10%p 상향한 각각 20%와 30% 적용을 검토함
 - 자기부담률 상향은 불합리한 의료서비스 이용 억제 및 도덕적 해이 예방에 효과적임
 - 다만, 과도한 상향에 따른 가입자의 부담 증대가 있고, 유병력자 실손보험(급여 30%, 비급여 30%)과의 형평성을 고려하여 각각 10%p 상향을 검토함

- 착한실손보험에서 선택형(급여 10%) 가입비율이 98%이고, 3대 비급여특약(30%)을 제외한 대부분의 기본형 비급여가 20%임

- 급여와 비급여에 대해 통원의 최소공제금액을 각각 1만 원, 3만 원으로 의료기관 구분 없이 동일하게 적용함
 - (급여: 1만 원) 소액 의료 이용 등에 따른 공적 건강보험(급여)의 재정악화 방지 효과를 도모함
 - (비급여: 3만 원) 급여에 비해 소액 의료쇼핑 심화 등 도덕적 해이 가능성이 높기 때문에, 급여보다 높게 설정할 필요가 있음
 - 전체 통원의 청구 중에서 청구 건수 비중은 급여 1만 원 이하 36.8%(청구금액 5.9%), 비급여 3만 원 이하 29.7%(4.3%)를 차지함

〈그림 III-9〉 실손의료보험 상품구조 개편(안): 자기부담률, 최소 공제금액



5. 재가입주기 단축

- 의료환경 변화 및 건강보험 정책 추진에 대응하기 위해 재가입주기를 현행 15년에서 5년으로 단축을 검토함
 - 빠르게 변화하는 의료기술, 진료 및 의료 이용 형태 변화 등에 시의성 있게 대응하고, 정부의 건강보험 정책 변화(통상 4~5년)에 따라 보완형의 역할을 합리적으로

6. 보험금 지급관리 방안

- 모든 의료기관의 비급여 표준코드 사용 의무화 및 비급여 현황 데이터의 집적·관리체계를 구축함
 - 현재 보건복지부 고시로 약 18,950여 개의 비급여 항목에 대해 표준코드가 마련되어 있으나, 표준코드의 사용 의무화가 되어 있지 않아, 각 의료기관마다 자체 코드를 임의로 사용함
 - 모든 의료기관이 복지부가 고시한 비급여 항목에 대한 표준코드 사용을 의무화함
 - 의료기관과 보험회사 간 협의하에 비급여 진료에 대한 기본 계획을 수립하고, 환자의 상태 등을 고려하여 추가적인 비급여 진료가 필요한 경우 의료기관은 진료 전에 보험회사에 추가 진료 계획을 제출하도록 하는 등 제도적 장치 마련이 필요함

〈표 III-2〉 의료기관 비급여 표준코드 사용 현황

(단위: 개)

구분	행위	치료재료	약제	총계
급여	271,214	19,942	24,804	315,860
비급여	414	2,566	15,192	19,172

자료: 보건복지부 고시(2020. 1. 1 기준)

- 실손의료보험 보장내용 변경주기를 현행 15년에서 5년으로 축소하되, 보장내용 변경이 일방적으로 소비자에게 불리하지 않도록 금융당국 주도로 「(가칭) 실손 비급여의료비 보장 심의위원회」²⁸⁾ 설치를 검토함
 - 실손의료보험은 의료제도 변화, 물가상승 등 환경변화를 반영할 수 있도록 보장내용을 최대 15년마다 변경²⁹⁾할 수 있도록 운영 중임

28) 보장내용 변경 시 신·구상품의 비교설명 등 간소화 방안 병행 마련이 필요함

29) ① 2013년 4월 이전 계약: 보험계약 종료시점(100세)까지 보장내용 변경 불가

② 2013년 4월 이후 계약: 최대 15년 주기로 보장내용 변경, 보장기간은 최대 100세까지 유지

- 보험회사가 자체적으로 15년 이내로 보장내용을 변경할 수 있음에도 영업경쟁 등을 고려하여 15년마다 보장내용을 변경하는 형태로 상품을 구성하였고, 이에 따라 빠르게 변화하는 의료기술 및 일부 비급여 항목에 대한 오남용 발생 시 이를 적기에 대응하기 곤란³⁰⁾하다는 지적이 지속적으로 제기되고 있음
 - 향후 불필요한 의료행위 제어 등을 위해 상품 관련 제도가 개선되더라도, 기존 계약에 적용되는 시점이 늦어 제도 개선 효과 반영이 제한적임
 - 자동차보험의 경우 1년마다 재가입 형태로 가입하게 되어 변경된 내용이 매년 반영되는 반면, 실손의료보험은 현재는 15년간 약관에서 정한 보장내용을 변경하기 어려운 구조임
 - 보장내용 변경주기를 일괄 5년으로 축소할지, 단계적으로 축소할지는 추가 검토하여 소비자의 수용성을 고려할 필요가 있음
 - 보장내용이 변경될 때마다 보험 재가입 절차가 불편할 수 있으므로 변경절차를 간소화하는 방안도 함께 추진해야 할 것임
- 비급여의 수가·진료량에 대한 가이드라인 수립 및 비급여 심사·자문기구를 구축·운영함
- 실손보험에 적용되는 비급여에 대한 수가 및 진료량에 대한 합리적인 가이드라인을 수립하여, 실손보험금 지급과 관련한 분쟁 발생 가능성을 감소하고 국민 의료비의 낭비 요소 예방을 도모함
 - 환자가 비급여 진료행위의 적정성을 판단받을 수 있는 공적 심사 및 자문기구를 마련함
 - 건강보험공단은 의료기관에게 직접 의료비를 지불하기 때문에 재정대리인으로 역할을 수행함
 - 현행 실손의료보험 보험금 지불체계에서는 보험회사가 환자(실손가입자)의 재정대리인 역할을 수행할 수 있는 장치가 부재함

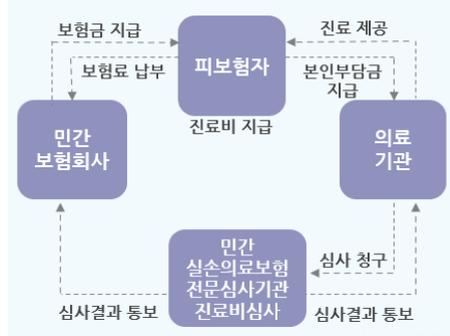
30) ① 실손의료보험의 보장범위는 지속 변경(예: 성형 목적의 하지정맥류 수술 보장 제외)
 ② 도수치료, 백내장 등 비급여 오남용으로 지적되는 항목도 최대 15년간 보장 필요

〈그림 III-12〉 비급여 가격 설정 관련 해외사례

케나다	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 의약품 관리체계 Patented Medicine Prices Review Board(PMPRB)는 모든 특허 의약품(급여/비급여)을 과도한 가격에 공급하지 못하도록 규제하는 역할 수행(공급가격 관리체계) 										
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 비급여수가 관리체계 연방보건부는 '의사에 관한 연방법' 제 11조에 의거 비급여대상 일반의료행위 약 2,800여 항목에 대해 점수와 수가를 책정(GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte) 										
핀란드	<table border="1"> <thead> <tr> <th>가중치</th> <th>적용</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>•공적 건강보험 수가 기준</td> </tr> <tr> <td>1 ~ 2.3</td> <td>•의료행위 난이도 평균 이하 적용</td> </tr> <tr> <td>2.3 ~ 3.5</td> <td>•의료행위 난이도가 평균 이상 적용 •적용 전 의료진은 환자에게 서명 설명 필요</td> </tr> <tr> <td>3.5 이상</td> <td>•고난도 혹은 선진 의료행위 적용 •적용 전 의료진은 환자 등의 및 보험회사 합의 필요</td> </tr> </tbody> </table>	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 등의 및 보험회사 합의 필요
	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 등의 및 보험회사 합의 필요										

자료: 정성희(2019)를 참고하여 재작성함

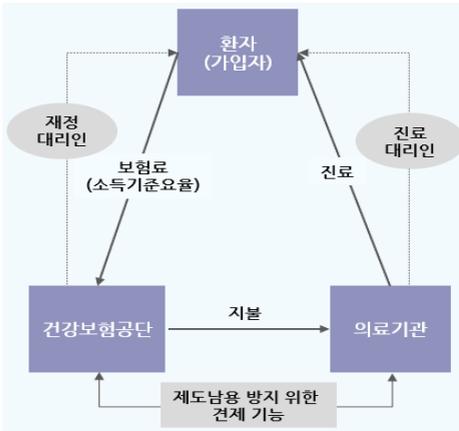
〈그림 III-13〉 실손의료보험 전문심사기관 설립(안)



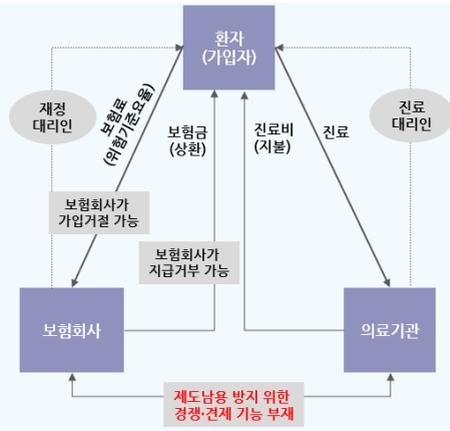
자료: 정성희(2019)를 참고하여 재작성함

〈그림 III-14〉 우리나라 공·사 건강보험 지불방식

국민건강보험(제3자 지불제)



실손의료보험(상환제)



7. 계약 전환 지원 방안

- 기존 상품과 신상품의 보험료 조정한다 차등화 및 도덕적 해이 방지 장치 차이로 인한 보험료 인상수준 상이 등으로 인한 소비자 피해 방지를 위해 보험료가 비싼

과거 실손의료보험의 계약 전환 지원방안 모색이 필요함

- 과거 실손의료보험은 선의의 계약자의 보험료 증가, 보험회사는 손해율 증가 등 부작용이 지속되고 있으나 그간의 대책이 소비자의 합리적 선택을 유도하기에 부족했다는 지적이 있음
 - 2017년 4월 실손의료보험의 계약전환제도(구실손 → 착한실손)를 도입하였으나, 소비자 및 보험사의 인센티브가 부족해 실적이 저조³¹⁾한 상황임

<p>[소비자]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 계약전환 시 보험료 인하효과가 있으나, 자기부담금 확대(예: 입원 자기부담률 0% → 20%) 등에 따른 보장범위 축소로 계약전환에 소극적임 <p>[보험회사]</p> <ul style="list-style-type: none"> - 장기적으로 계약전환이 손해율 감소에 효과가 있으나, 현재 신/구 실손상품 간 보험료 차이가 커 과거 실손의료보험이 새로운 실손의료보험으로 전환될 경우 단기적으로 보험료 수입 감소 등이 우려됨
--

- 착한실손의료보험의 손해율에 근거한 요율 반영 및 상품구조 개선과 함께, 아래와 같은 계약전환제도를 뒷받침할 수 있는 실무 방안을 마련할 필요가 있음

〈표 III-3〉 실손의료보험 계약전환 지원 방안

구분	내용
계약전환 신청절차 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 소비자가 설계사, 대리점 등을 거치지 않고 인터넷, 모바일 등을 통해 보험회사에 직접 신청할 수 있도록 개선 - (예) 보험회사 홈페이지 내 별도 계약전환 신청페이지 신설 등
소비자 안내 강화	<ul style="list-style-type: none"> • 신·구상품의 보험료 및 보장금액 비교 등을 통해 소비자가 합리적인 선택을 할 수 있도록 정보 제공 및 안내 강화 - (예) 기존 가입자에 대한 안내장에 착한실손 보험료를 적극 안내 등 - 구실손 가입자에게 새로운 실손 보험료를 정기적으로 제공하도록 제도 개선
전환가능 요건 확대	<ul style="list-style-type: none"> • 새로운 실손상품으로의 전환 기준 완화(안) - (현행) 신·구상품의 보험기간/가입금액이 동일한 경우에만 무심사로 전환 가능 - (변경) 구상품의 잔여 보험기간이 10년 이상일 경우 100세 보장 상품으로 무심사 전환 허용

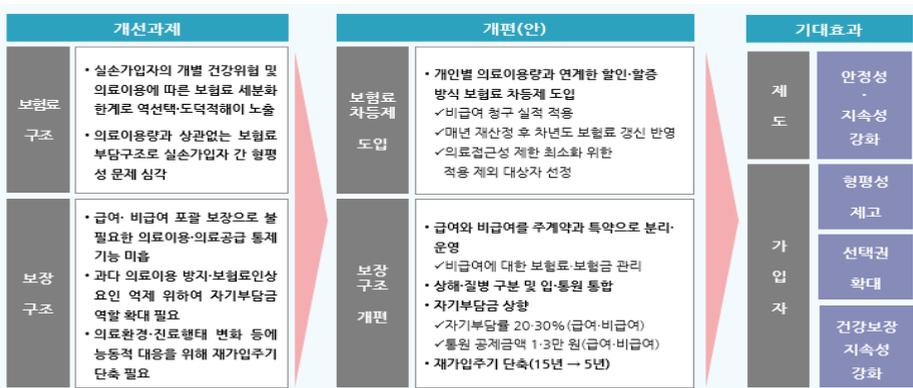
31) 계약전환 건수(순보): (2017년) 1,579건 → (2018년) 40,066건 → (2019년) 132,367건(전체 신계약의 6.5% 차지)

IV. 요약 및 제언

1. 요약

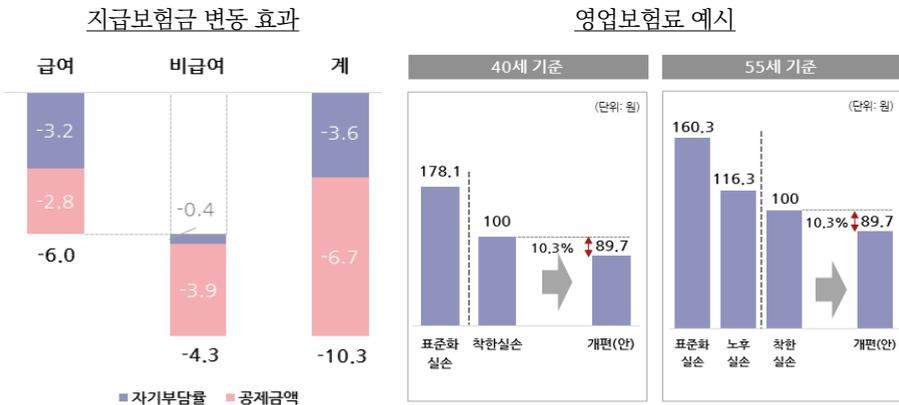
- 실손의료보험 제도의 안전성·지속성 및 가입자의 형평성·선택권·건강보장 지속을 위해 ① 할인·할증 방식의 보험료 차등제, ② 급여·비급여 보장구조 분리, ③ 자기부담금 상향, ④ 재가입주기 단축 등의 상품구조 개편을 제안함
 - (보험료 차등제) 실손가입자의 개별 비급여 의료 이용량(청구 실적)과 연계하여 할인·할증방식의 보험료 차등제 도입을 검토함
 - (급여·비급여 분리) 현재 급여·비급여의 포괄 보장 구조를 의료 특성을 감안하여 주계약과 특약으로 분리·운영함
 - (자기부담금) 합리적 의료 이용 유도, 도덕적 해이 완화 등을 고려, 급여·비급여에 대해 자기부담률 20·30%, 최소공제금액 1·3만 원을 적용함
 - (재가입주기 단축) 의료환경 변화 및 건강보험 정책 추진에 능동적으로 대응하기 위해서는 현행 15년을 5년으로 단축할 필요가 있음

〈그림 IV-1〉 실손의료보험 상품구조 개편(안)과 기대효과



- 상품구조 개편(안)에 따라 착한실손 대비 약 10%(표준화 실손 대비 약 40~50%) 정도의 보험료 인하 효과가 발생할 것으로 예상됨
 - 자기부담률을 10%p 상향함에 따라 3.6%(급여 3.2%, 비급여 0.4%) 정도의 보험료 인하가 예상됨
 - 통원 최소공제금액 변동에 따라 6.7%(급여 2.8%, 비급여 3.9%) 정도의 보험료 인하가 예상됨

〈그림 IV-2〉 실손의료보험 상품구조 개편(안)의 보험료 인하 효과



〈그림 IV-3〉 실손의료보험 상품구조 개편(안)에 따른 보험료 차등제 적용 예시

비급여 보험료 및 보험금 수령 내역				차등제 적용 전		차등제 적용 후	
계약자	보험료 (2021)	보험금 (2021)	보험금 (2022)	보험료 (2022)	보험료 (2023)	보험료 (2022)	보험료 (2023)
1	100	1,100	0	110	121	155	115
2	100	0	1,210	110	121	105	175
3	100	0	0	110	121	105	115
...
10	100	0	0	110	121	105	115
계	1,000	1,100	1,210	1,100	1,210	1,100	1,210

총액 동일

주: 1) 개편(안) 실손보험 비급여 계약자 10명(2021년~2023년 가입 유지), 2021년 1인당 연 비급여 보험료 100원, 2021~2022년 비급여 위험손해율 110%를 가정함
 2) 비급여 보험금 수령실적: 2021년 1번 계약자 1,100원, 2022년 2번 계약자 1,210원

참고문헌

- 건강보험정책연구원(2019), 『2018년도 건강보험환자 진료비 실태조사』
- 국민건강보험공단(2019), 『2018년 건강보험 주요통계』
- 김광호(2011), 「실손형 의료보험에 대한 본인부담금 보장 금지가 도덕적 해이에 미치는 영향」, 『한국경제학보(구 연세경제연구)』, 제18권 제2호
- 보건복지부(2019), 『제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)』
- 보험연구원·법무법인 태평양(2020), 『실손의료보험 종합제도 개선 방안 연구』, 생명·손해보험협회 연구용역 보고서
- 생명보험협회·손해보험협회, 내부 자료
- 의료제도 개선기획단(2006), “제4차 의료산업선진화위원회 심의안건”
- 이경아·이항석(2016), 「실손의료보험의 역선택과 보험료 차등화」, 『리스크관리연구』, 제27권 제3호
- 이항석·백혜연·이민하(2019), 「실손의료보험에서 다중 담보를 반영한 경험적 보험료 산정」, 『리스크 관리연구』, 30(3), pp. 31~60
- 이항석·이가은·이경아(2017), 「실손의료보험에서 요율산정과 일반화선형모형(GLM)의 활용」, 『리스크 관리연구』, 28(4), pp. 37~71
- 이항석·이민하·백혜연(2018), 「실손의료보험에서 GLM을 활용한 할인할증제도의 실증분석」, In 2018 한국통계학회 춘계학술논문발표회, 한국통계학회
- 이항석·이수빈·백혜연(2017), 「실손의료보험에서 신뢰도기법을 반영한 보험료 산정」, 『보험학회지』, 111, pp. 41~73
- 정성희(2016), 「실손의료보험 제도개선」, 보험연구원 공청회
- _____(2019), 「실손의료보험제도 현황과 개선방안」, 보험연구원 정책세미나
- _____(2020), 「실손의료보험 제도개선」, 보험연구원 공청회
- 정성희·이정택(2016), 「민영의료보험의 보험료 차등제도 적용」, 『KIRI 고령화리뷰』, 제1호, 보험연구원
- 정성희·이태열(2016), 『비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점』, CEO Report,

보험연구원

_____ (2018), 『주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석』, 보험연구원
조재린·정성희(2018), 『계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안』, 보험연구원

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

OECD(2004), “Private health insurance in OECD countries: the benefits and costs for individuals and health systems”

OECD Health Statistics(2019)

Sagan, A., & Thomson, S.(2016), “Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation”, *Health Policy Series*, No. 43, World Health Organization

부록 I. 보험료 차등화와 사회후생 개선³²⁾

1. 보험료 차등화의 이론적 배경과 사회적 후생 개선

- 가입자는 보험가입을 통해 기대효용을 극대화하는 의사결정을 하고 보험회사는 이익을 극대화하는 의사결정을 함
 - Rothschild, Stiglitz(1976)는 정보비대칭 상황에서 동질적이지 않은 위험집단에 대한 균형은 단일 보험계약이 아닌 복수 보험계약 형태의 분리균형(separating equilibria)이 될 수밖에 없으며, 이러한 분리균형하에서 저위험집단은 완전보험(full insurance)에 도달하지 못하고 부분보험(partial insurance)에 머물게 된다는 점을 기술함

보험사건이 발생하지 않았을 경우의 부의 수준을 W_1 , 보험사건이 발생하였을 경우의 부의 수준을 W_2 , 초기의 부존자원 상태를 $E(W_1, W_2)$, 보험료 α_1 , 보험금 α_2 인 보험계약을 벡터 $\alpha = (\alpha_1, \alpha_2)$, 보험사건 발생확률을 p 라 하자.

위험회피자인 소비자는 보험가입의 기대효용 $\hat{V}(p, \alpha)$ 이 0보다 크다면 보험에 가입할 것이다.

$$\hat{V}(p, W_1, W_2) = (1-p)U(W_1) + pU(W_2). \quad (1.1)$$

반면 보험회사는 위험중립자로 기대이익 π 가 0 이상이면 해당 계약을 인수할 것이다.

32) 보험연구원·법무법인 태평양(2020)의 내용 일부를 발췌함

$$\pi(p, \alpha) = (1-p)\alpha_1 - p\alpha_2 = \alpha_1 - p(\alpha_1 + \alpha_2). \quad (1.2)$$

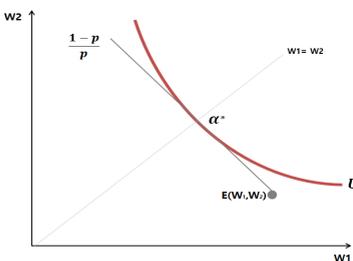
식 (1.1), (1.2)에서 사고확률 p 는 계약자와 보험회사 의사결정에 결정적인 정보이다. 만약 시장에 고위험군과 저위험군이 있고 각각의 사고확률을 p^H , p^L 이라 했을 때 정보비대칭이 없다면 보험회사는 계약자별 위험수준을 정확히 파악할 수 있으므로 계약자별 예산제약선과 효용곡선 U 이 만나는 점에서 균형(equilibrium)이 이루어진다. 이때 보험회사의 이익극대화 조건 식(1.3)에 의해 예산제약선(budget line)의 기울기가 결정된다.

$$\pi(p, \alpha) = (1-p)\alpha_1 - p\alpha_2 = \alpha_1 - p(\alpha_1 + \alpha_2) = 0. \quad (1.3)$$

$$\frac{\alpha_2}{\alpha_1} = \frac{p}{1-p}.$$

만약 정보대칭 상황에서 사고확률 $p = p^H = p^L$ 인 동질적 위험집단이라면 <부록 그림 I-1>에서처럼 단일균형 α^* 이 존재하며 완전보험(complete insurance)이 달성된다. 이때 모든 계약자는 보험가입 상태이므로 사고 미발생 시의 부의 수준 W_1 과 사고발생 시의 부의 수준 W_2 가 같다. 또한 <부록 그림 I-2>에서처럼 정보대칭하에서는 위험집단이 동질적이지 않고 고위험군과 저위험군으로 이질적일 경우에도 위험집단별 예산제약선 $\frac{1-p^L}{p^L}$, $\frac{1-p^H}{p^H}$ 이 위험집단별 무차별곡선 U^H, U^L 과 만나는 점에서 집단별 균형 α^H, α^L 이 존재한다.

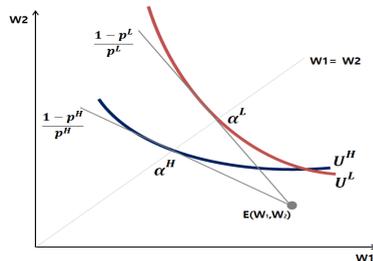
<부록 그림 I-1> 정보대칭하 단일균형



주: 단일균형 α^*

자료: Rothschild, Stiglitz(1976)

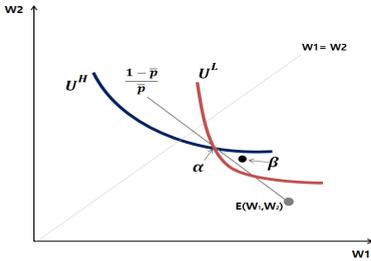
<부록 그림 I-2> 정보대칭하 분리균형



주: 분리균형 (α^H, α^L)

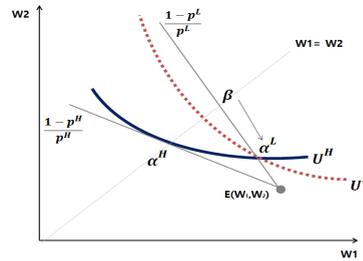
하지만 정보비대칭 상황에서는 원칙적으로 균형이 존재할 수 없다. <부록 그림 I-3>에서처럼 위험수준이 다른 두 집단에 대해 평균 사고확률 \bar{p} 를 적용한 단일가격을 부과할 경우 저위험군은 단일균형 α 대신 β 를 선택함으로써 효용을 개선하려 할 것이다. 보험시장은 경쟁시장이므로 이러한 상품이 다른 보험회사에 의해 제공될 수 있으므로 단일균형 α 는 유지될 수 없다. 이때 단일균형 α 는 단일보험료를 의미한다.

<부록 그림 I-3> 정보비대칭하
단일균형 불가



주: 단일균형 불가
자료: Rothschild, Stiglitz(1976)

<부록 그림 I-4> 정보비대칭하
분리균형 가능



주: 분리균형 (α^H, α^L)

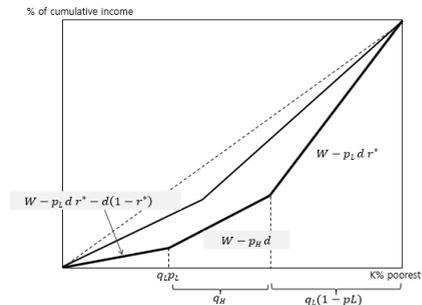
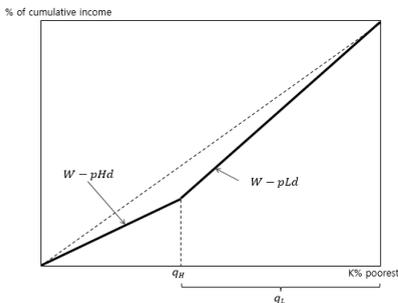
■ 현실의 세계는 정보비대칭의 세계이며 계약자별 위험수준은 이질적이지만 이러한 상황에서도 분리균형(separating equilibrium)은 존재할 수 있음

- 분리균형이란 각 집단별 위험률 p^H 와 p^L 에 따라 위험집단별 보험요율을 부과하는 것으로 앞서의 균형은 전체 집단에 대해 단일요율을 부과한다는 것과 구분될 필요가 있음
- <부록 그림 I-4>는 다른 유형의 위험집단이 존재하더라도 보험료를 달리하면 시장이 성립될 수 있음을 보여줌
 - 대신 저위험군의 균형은 정보대칭 상황의 균형점 β 가 아니라 α^L 임
 - 이는 정보비대칭으로 보험회사가 계약자가 어떤 위험집단에 속하는지 파악할 수 없는 상황에서 α^H 와 β 를 책정할 경우 고위험군이 전부 β 로 이동하려 할 것이므로 이를 차단하기 위해서는 고위험군의 효용 U^H 와 저위험군의 효용 U^L 이 무차별한 수준인 α^L 에서만 균형이 유지될 수 있기 때문임

- 요약하면 위험수준별 세분집단이 존재하는 상황에서 전체에 대해 단일보험료를 부과하는 것이 성립될 수 없다는 점이지만 분리균형은 가능함
 - 다시 말해 위험집단별로 보험료를 차등화하는 것은 가능하지만, 정보비대칭 상황에서 저위험군은 완전보험가입이 불가능하며 고위험군이 없었을 경우, 즉, 위험집단이 동질적인 상황에 비해 효용감소가 발생함
 - 따라서 보험시장에서 이질적 위험집단에 대해 단일보험료를 부과할 경우는 근본적으로 유지되기 어렵기 때문에 이질적 위험집단에 대한 보험료 차등화가 필요함

- 보장범위의 축소는 계약자의 위험전가를 제한할 수 있음
 - Hoy(2006)는 규제적 역선택(regulatory adverse selection)에 의한 분리균형하에서 보험사건 발생 유무에 따라 위험집단별 효용수준에 대한 비교를 시각적으로 도식화함으로써 보장축소로 저위험군의 효용이 고위험군에 비해 상대적으로 더 감소할 수 있다는 사실을 보여줌
 - 보험사고 발생에 따른 각 위험집단의 부(wealth)을 비교해 보면 보험사고 발생 시 저위험군의 부가 고위험군보다 악화되는 것을 알 수 있음

〈부록 그림 I-5〉 정보대칭하 로렌츠 곡선 〈부록 그림 I-6〉 정보비대칭하 로렌츠 곡선



자료: Hoy(2006)를 수정함

- <부록 그림 I-5, 6>에서 로렌츠 곡선은 보험가입 정도에 따른 사회전체의 소득을 나타낸 것임
 - 로렌츠 곡선의 가로축은 개인별 소득의 비율을, 세로축은 누적소득의 비율을 나타냄
 - 점선은 개인별 소득이 W 로 같을 때 사회전체 소득이 구성원별 소득인 W 만큼 비례적으로 증가함을 나타내며 실선은 보험가입 정도에 따라 위험집단별 소득이 어떻게 바뀌는가를 나타냄
 - q_H, q_L 은 고위험군과 저위험군의 구성비율, p_H, p_L 는 고위험군과 저위험군의 위험률, 손실액은 d , 부보비율은 r^* 임
 - <부록 그림 I-5>의 정보대칭 상황에서 구성원은 각자의 위험률에 따라 보험료 $p_H d, p_L d$ (위험집단별 기대손실액)를 지불하며 보험사고 발생 시에는 완전보험 상태이므로 손실액 d 를 보상받음
 - 따라서 보험사고 발생 여부와 상관없이 소득이 $W - p_H d, W - p_L d$ 으로 같음
 - 반면 <부록 그림 I-6>의 정보비대칭 상황으로 Rothschild, Stiglitz에서처럼 고위험군은 완전보험 상태이나 저위험군이 부분보험 상태일 때의 위험집단별 소득을 나타냄
 - 고위험군은 완전보험이므로 보험사고 발생 여부와 관계없이 $W - p_H d$ 이 됨
 - 하지만 저위험군은 부분보험이므로 부보율 $r^* < 1$ 이므로 보험사고 발생 시 저위험군 계약자의 소득(W'_L)은 $W - p_L d r^* - d(1 - r^*)$ 이 되어 보험사고 미발생 시의 소득 $W - p_L d$ 보다 감소함. 보험사고 발생에 따른 각 위험집단의 소득을 비교해 보면 $W_L^{\text{보험사고 발생}} < W_H < W_L^{\text{보험사고 미발생}}$ 이 되어 보험사고 발생 시 저위험군의 소득이 고위험군의 소득보다 악화되는 것을 알 수 있음
- 다시 말해 실손의료보험의 상품구조 변경이 고위험군의 경우에는 큰 영향을 미치지 않을 수 있지만 저위험군의 경우 보장축소 우려의 여지가 있다고 볼 수 있음
- 따라서 근본적인 문제해결을 위해서는 실손의료보험의 정보비대칭 상황을 완화하기 위해 계약자 위험특성을 반영하는 요율변수 반영이 필요함

2. 계약자위험특성의 다양성과 요율변수의 유의성

- 실손의료보험 계약자의 위험특성의 다양화와 보험료 차등화의 필요성에 대한 연구인 이경아·이항석(2016)에서는 실손의료보험의 손해율 상승과 문제점의 원인으로 역선택이 야기하는 문제점을 살펴보고 경험자료를 이용한 베이지언 접근법을 살펴보고 실증분석 결과를 기술함
 - 분석결과 실손의료보험의 계약자별 경험자료의 정보 가치가 지속적으로 증가해왔음을 확인함
 - 이는 계약자집단 내 위험이질성이 증가했다는 의미로 해석될 수 있으며 보험료 차등화의 필요성을 뒷받침하는 결과임
 - 이를 통해 질병의 경우 보험료 산정 시 개별 경험자료의 반영 필요성이 지속적으로 증가해왔음을 알 수 있음
 - 즉, 계약자별 위험특성의 다양성을 나타내는 신뢰도계수가 지속적으로 상승한 것을 확인할 수 있었음

- 신뢰도(credibility)는 보험료 결정 시 계약자 평균과 위험집단 평균에 대한 정보 반영기준을 정량화한 가중치임
 - 신뢰도 산출은 위험집단 전체에 대한 사전적 정보와 사후적 표본집합 정보를 통해 보험사고 발생의 무작위성(randomness)을 구분하고 보험료 산정에 반영될 표본집합 정보에 대해 어느 정도의 신뢰를 부여할 것인가의 문제임
 - 다시 말해 신뢰도는 계약자가 우연히 낮은 손실값을 나타낸 것인지 아니면 실제로 평균보다 낮은 위험수준을 보유한 계약자인지를 구분할 수 있는 기준에 해당함
 - 신뢰도계수 Z 는 요율산출 근거로서 경험정보와 등급요율의 관련성(relevance)과 표본오차(sampling error) 최소화를 통한 통계적 판단으로 $Z \in [0, 1]$ 의 값을 가짐

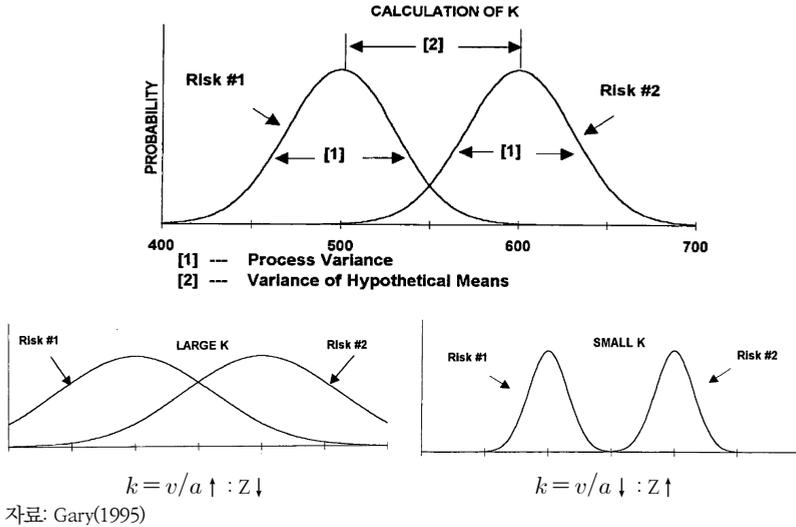
별만 신뢰도(Buhlmann Credibility)는 위험특성 θ 를 지닌 계약자의 과거 손실 X_1, \dots, X_n 의 평균과 분산이 갖고 독립적이고 동일한 분포를 지닌다고 가정한다 (independently and identically distributed). 위험특성 모수 θ 의 평균과 분산을 $\mu(\theta)$ 와 $v(\theta)$ 라 할 때 손실 X_j 의 평균과 분산 및 별만 신뢰도에 사용되는 모수 μ, v, a 는 다음과 같다. 이때 v 를 EPV(Expected value of the Process Variance), a 를 VHM(Variance of the Hypothetical Mean)이라 한다.

$$E(X) = E[E(X|\Theta = \theta)] = E[\mu(\theta)] = \mu. \quad (1.4)$$

$$\begin{aligned} V(X) &= E[V(X|\Theta)] + V[E(X|\Theta)] \\ &= E[v(\Theta)] + V[\mu(\Theta)] \\ &= v + a. \end{aligned} \quad (1.5)$$

동질적 위험집단일수록 전체 평균값의 정보값치가 더 높고 이질적 위험집단 일수록 Hypothetical Means $\mu(\theta)$ 의 변동이 증가하며 신뢰도계수는 증가한다. 계약자 간 위험수준이 이질적일수록 다른 계약자의 손실정보의 정보값치가 낮다고 보는 것이다. 따라서 특정 위험집단의 신뢰도계수가 높다면 구성원 간 위험이질성이 높은 것으로 해석할 수 있으며 결과적으로 경험자료의 정보값치와 보험료 차등화 필요성이 높다고 봐야 한다.

〈부록 그림 I-7〉 Process Variance와 Variance of Hypothetical Mean



별만 신뢰도는 모집단 분산의 비율을 기준으로 구한다. 신뢰도계수 Z 는 전체 분산의 얼마만큼이 개별 계약자의 기댓값의 분산(VHM: a)에 기인하고 얼마만큼이 전체 계약자의 분산의 기댓값(EPV: v) 때문인지에 대한 상대적인 비율이다. 〈부록 그림 I-7〉은 Risk #1과 Risk #2의 손실분포를 통해 $k = \frac{v}{a} = \frac{EPV}{VHM}$ 산출을 나타낸다. [1]가 클수록 EPV가 커지고 [2]가 클수록 VHM이 크다. k 는 EPV가 VHM에 비해 상대적으로 클 경우 커지고 EPV가 VHM에 비해 상대적으로 작을 경우 작아진다. k 가 클 경우 계약자 분포가 넓게 겹치는 모양을 나타내며 위험집단 등급요율의 비중이 증가하며 k 가 작을 경우 계약자 분포가 겹치지 않으며 계약자 경험자료의 비중이 증가한다.

- 실손의료보험의 보험료 차등화 방식은 실손의료보험의 위험집단 구성원의 특성을 잘 반영할 수 있도록 이론적 타당성을 지닌 것이어야 함
 - 실손의료보험의 위험특성 분포는 광범위할 뿐만 아니라 현실적으로 관찰 불가능한 미지의 정보를 포함하므로 정확한 추정이 쉽지 않음

- 하지만 보험금 지급정보를 보험료 산정에 포함한다면 계약자의 알려지지 않은 위험특성에 대한 정보를 반영하는 것이 가능해짐
 - 보험금 지급정보는 진정한 계약자별 위험특성이 가장 근사적으로 반영된 귀중한 정보임
 - 보험금 지급정보에는 계약자의 관찰 가능한 위험특성과 관찰 불가능한 위험 특성이 모두 포함되어 있음

- 보험료가 사전적 위험평가에 의해서 결정되는 손실의 기댓값이라면 보험금은 사후적으로 확정된 손실값임
 - 사전적 위험등급화 단계의 보험료가 가입자가 고지한 정보를 반영한 미래 손실의 기댓값이라면, 보험금은 보험가입 시 가입자가 고지한 정보는 물론 사전적 위험등급화 단계에서 포함될 수 없었던 계약자별 미지의 위험특성에 대한 정보가 모두 반영되어 사후적으로 실현된 위험액임
 - 따라서 과거 보험금 지급정보는 계약자별 위험특성에 대해 가장 많은 정보를 담고 있음

- 신뢰도보험료는 과거 보험금지급 정보를 보험료 산정 정보로 활용하는 대표적인 손해보험요율 산정 방법으로, 계약자의 숨겨진 위험특성을 가장 잘 반영하는 정보가 바로 계약자의 과거 보험지급금이라는 통계이론인 베이스 정리를 근거로 함
 - 신뢰도보험료는 가입자 간 위험이질성이 높아 위험등급화만으로는 정확한 보험료 산출이 어려울 경우에 적합한 보험료 산출 방식으로 이미 다양한 손해보험상품에 사용되고 있음
 - 이와 같은 이유로 신뢰도보험료는 실손의료보험의 위험평가 방법으로 이론적 타당성을 지님

- 이는 분석대상인 실손의료보험의 위험 이질성이 증가했다는 뜻으로 분석기간 동안 계약자 중 보험금수령자 비율과 전체 지급률의 상승 정도를 고려할 때 보험금을 청

구한 계약자집단의 평균과 보험금을 청구하지 않은 계약자집단의 평균의 차이가 확대되었을 것이라는 직관적 결과와 일치함

- 이를 통해 분석대상 집단의 경우 경험자료의 보험료의 산정에 필요성이 더 높고 신뢰도를 활용한 보험료 차등화가 보다 시급하다는 것을 알 수 있음

■ 이항석·이가은·이경아(2017)에서 계약자별 위험특성을 반영할 수 있는 요율변수로 계약자실적변수의 필요성을 검증함

- 일반화선형모형(GLM: Generalized Linear Model)을 이용한 실증분석을 통해 실제 실손의료보험 계약자 정보를 이용하여 현행 요율변수만을 반영할 경우의 상대도³³⁾가 계약자실적변수를 포함해 반영할 경우의 상대도의 차이가 크다는 점을 확인할 수 있었음
 - GLM은 Nelder, Wedderburn(1972)에 의해 소개된 모형으로 전통적인 선형모형을 확장한 것임
 - 회귀분석은 반응변수가 정규분포를 따르는 연속형 변수일 때 사용되지만 GLM은 반응변수가 정규분포를 따르지 않는 경우에도 사용될 수 있음
 - 특히 보험분야에서 연결함수를 로그함수로 사용하면 요율변수 간 상대도를 적용하기 용이하다는 장점이 있음
- 계약자실적변수의 정보적 가치는 지급건수에 대한 분석에서 계약자실적변수를 포함하였을 때의 상대도와 현행 요율변수만을 포함할 경우의 상대도 차이를 통해 확인할 수 있음
- 모형 선택의 적합도를 나타내는 통계치를 통해 계약자실적변수 포함 시 결과의 적합성이 높음을 확인할 수 있었으며 이를 통해 계약자의 실적변수가 비관찰 위험특성에 대한 정보효과가 높다는 점을 알 수 있었음
- 또한 실제 계약자의 지급 건수 빈도와 계약자실적변수가 포함된 사후적 빈도의 비교를 통해서 보험료 차등화 시 계약자실적변수가 요율변수로 매우 타당성을 지닌다는 점 또한 확인함

33) 상대도는 기준수준(base level) 대비 설명계수에 의한 요인별 상대적인 비율을 뜻함

3. 보험료 차등화 할인할증 방식의 실증 분석

- 이항석·이수빈·백혜연(2017)에서는 위험수준별 보험료 차등화의 필요성과 차등화 보험료 산정 방법을 함께 제시함
 - 국민건강보험에서 보장하지 않는 비급여 의료비의 경우 진료선택 및 진료비 청구로 인해 계약자마다 그 위험특성 간의 편차가 크지만 정작 보험사는 그러한 위험특성에 대한 사전 정보 이용에 제약이 있음
 - 따라서 계약자별 위험수준에 상응하는 보험료 산출을 위해 가입자의 비관찰 위험특성에 대한 추가 데이터가 필요함
 - 이에 가입자의 과거 9년치의 사고발생 데이터를 이용하여 별만의 신뢰도 이론을 통해 보험료 차등화의 필요성에 대해 살펴보고 순보험료를 산출함
 - 과거 경험 데이터를 이용하여 계약자의 비관찰적 특성을 반영하여 보험료 차등화의 필요성이 있음을 확인하고, 순보험료 산출 결과를 제시하여 신뢰도 보험료 산정 방식이 개인의 정보가 한정적이고 가입자별 위험집단의 위험 편차가 큰 시장의 차등화 보험료 산정방식으로 이론적 적합성을 지닌 요율체계임을 확인함

- 실손의료보험의 할인할증제도에 대한 연구인 이항석·이민하·백혜연(2018)은 실손의료보험처럼 계약자별 위험특성 편차가 클 경우 단일보험료를 부과하면 역선택으로 인해 구조적 손해를 상승이 야기되므로 해결방안으로 해외 할인할증제도 검토와 대안에 대한 탐색 및 실증적 분석을 실시함
 - 해외 할인할증제도의 예로 AIA(홍콩)은 최소 3년 연속으로 보험금 청구가 없을 때 5%에서 최대 15%까지 보험료를 할인해주는 제도를 적용하고 있음
 - 또한 AIA Vitality 프로그램을 통해 운동과 금연과 같은 건강 유지를 위해 수행한 특정한 행위에 대하여 포인트를 받아 누적된 포인트만큼 보험료 할인율을 적용할 수 있게 함
 - AXA(말레이시아)와 BUPA(영국)도 건강보험에 할인할증제도를 적용하고 있음

- 위험등급 간 이동의 전이행렬 분석을 이용하여 실손의료보험의 위험특성에 적합한 할인할증 보험료 차등화 체계를 탐색함
 - 이를 위하여 해외 할인할증제도 및 대안적 제도에 국내 실손의료보험 자료를 활용하여 과거 보험금 지급실적별 미래 지급 상태로의 이동을 나타내는 전이행렬의 추정과 일반화 혼합 선형모형(GLMM: Generalized Linear Mixed Model) 분석을 통한 할인할증제도가 반영된 최적 상대도를 산출함
 - GLMM은 GLM의 확장된 모형으로 GLM의 설명변수의 계수들의 고정효과(fixed effect)에 더하여 임의효과(random effect)도 고려한 것임
 - 그리고 전이행렬을 이용 극한분포의 산출(궁극적인 계약자 포트폴리오) 및 할인할증제도의 재무적 건전성 평가를 실시함
 - 방법론으로 GLMM 분석, 마코프 확률과정론 및 베이지언 프리미엄기법을 사용하고, 데이터는 상해·질병, 성별·연령, 담보 등으로 구분된 연속년도별 지급 건수 및 건별 지급금액을 사용함
 - 보험계약자의 이해도가 높은 할인할증제도의 실증분석으로 재무건전성 평가 및 우리나라에 적합한 할인할증제도 구축의 시사점을 도출함
- 이항석·백혜연·이민하(2019)에서는 과거 계약자의 경험정보를 바탕으로 계약자의 리스크 성향을 반영하는 베이지언 접근법을 근거로 한 경험적 요율산정방식을 제안함
- 실손의료보험의 상해와 질병에 대하여 통원과 입원 등의 다중 담보를 보장하는 보험상품으로 현재는 계약자별 위험특성을 충분히 반영하지 못하는 단일 보험료 부과 방식이 적용되고 있음
 - 그러나 이러한 요율산정방식으로 인해 역선택, 도덕적 해이 등의 문제점들이 발생함에 따라 개선된 요율산정방식에 대한 관심이 점점 늘고 있음
 - 또한 위 연구에서는 담보별로 각각 모형화하여 경험적 보험료를 산출했던 선형 연구를 발전시켜 다중 담보(multiple coverages)를 동시에 반영하는 경험적 요율산정 방법에 대하여 논의함

- 이 연구에서는 담보별로 사고 빈도의 모형을 복합적으로 반영하기 위해 담보와 사전 요율변수와의 교호작용을 추가한 일반화 혼합선형모형을 사용함
- 그리고 실증분석을 위해 보험사 데이터를 이용하여 정상적인(stationary) 상태에 도달했을 때의 계약자 포트폴리오와 최적 상대도(베이지언 보험료)를 산출하여 경험적 요율산정방식을 제시함
- 이러한 요율산정방식은 단일 보험료 부과 방식에 비해 보험사의 리스크 관리 및 피보험자들 간 형평성을 제고하는 데 도움을 줄 것으로 예상됨

4. 소결

- 실손의료보험은 비급여 의료비 부분의 보장특성과 계약자별 편차가 큰 위험특성으로 인해 역선택이 발생할 유인이 큰 시장으로, 실손의료보험의 특성에 적합한 보험료 산출을 정립함으로써 계약자 위험수준에 상응하는 공정 보험료를 부과하는 보험의 기본원칙이 성립되도록 하는 것은 국민의료보장체계 강화를 위해 매우 중요함
 - 실손의료보험의 역선택으로 인한 사회적 비효율성을 방지할 경우 단기적으로는 계약자 간 형평성과 보험의 재무건전성이 저해될 수 있으며 장기적으로는 실손의료보험의 시장 축소로 인해 국민의료복지체계에 위협이 될 수 있음
- 현재 실손의료보험의 보험료는 제한적인 요율변수만을 반영한 보험료이며, 이와 같은 단일보험료 부과방식은 계약자별 위험특성의 편차와 가입자 선택의 폭이 큰 실손의료보험의 보험료 체계로서 논리적 타당성을 지니기 힘들
- 실손의료보험이 당면한 문제점을 해결하기 위해 무엇보다 시급한 것은 실손의료보험에 적합한 보험료 산출을 정립하는 것임
 - 새롭게 적용될 실손의료보험의 보험료 체계는 계속되는 손해를 상승과 이로 인한 보험료 인상의 근원적 발생가능성을 최소화할 수 있는 것이어야 하며 공정

한 보험료 부과를 위한 이론적 타당성을 갖추어야 함

- 마지막으로, 보험료 차등화의 제도 도입은 계약자들의 형평성 문제의 개선, 사회적 후생의 증대, 시장실패 방지, 보장성 강화의 지속가능성 제고, 저위험군 보험계약자의 이탈 방지 등을 위하여 유용한 방안임
 - 상품의 보장 수준 또는 계약자의 자기부담률 인상 등 여러 다른 제도가 함께 실시될 때 시너지 효과가 발휘될 수 있고 제도의 정착률을 기대할 수 있음

부록 II. 급여 본인부담금 보장 필요성

1. 논란의 배경

- 실손의료보험의 급여본인부담금 보장은 도덕적 해이 유발과 의료비 증가로 이어져 국민건강보험 재정 악화를 초래해 왔다는 주장이 지속적으로 제기됨
- 상기 주장은 의료산업선진화위원회(이하, '위원회'라 함)에서 손해보험회사 중심으로 판매되었던 실손형 건강보험이 환자본인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 100% 보장³⁴⁾해 줌에 따라, 실손 가입자의 도덕적 해이 유발과 이에 따른 의료비 증가로 공보험의 재정악화를 초래하고 있다는 지적에서 시작됨
 - 위원회는 공보험 보장영역인 급여의 본인부담금을 민영보험이 보장할 경우, 보험가입자의 의료서비스 가격민감도 하락에 따른 의료쇼핑 등 과잉의료 행위로 이어져, 결국에는 공보험 재정악화로 이어진다고 지적함
 - 특히, 위원회는 급여본인부담금은 의료 이용자의 도덕적 해이를 관리하기 위한 통제장치로 OECD(2004)³⁵⁾에서도 급여본인부담금의 전체 또는 일부 보장 금지를 권고하고 있음을 들어 실손의료보험에서 급여본인부담금 보장 제외를 제안함

34) 보상 한도를 설정하고 있으나, 건강보험 본인부담상한제(6개월간 300만 원), 본인부담보상제(1개월간 120만 원) 운영에 따라 사실상 환자 본인부담금의 100%를 보장하는 것으로 봄

35) OECD(2004), "Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems"

〈부록 표 II-1〉 제4차 의료산업 선진화 위원회 회의 주요 내용

추진과제	세부 추진사항	주관부처
비급여 중심의 보장범위 설정 방안	<ul style="list-style-type: none"> • 실손형 상품에 대한 급여본인부담금 제외 방법 • 법적 근거 마련 방안 	복지부, 재정부 (금감위)
민간보험상품 표준화 방안	<ul style="list-style-type: none"> • 실손형 상품 표준화 내용 및 방법(표준약관 제정) • 정액형 상품의 표준화 유도 방안 • 급여지급률 개선 방안 	재정부, 금감위 (복지부)
공·사 보험 간 정보공유 방안	<ul style="list-style-type: none"> • 공·사 보험 기초통계 산출범위, 공유 방안 마련 • 공·사 보험 기초통계정보 공유협의체 구성·운영 	건보공단, 보험개발원 (심평원)
민간의료보험의 진료비 심사 위탁 방안	<ul style="list-style-type: none"> • 진료비 심사를 심평원에 위탁방안 구체화 <ul style="list-style-type: none"> - 위탁계약, 위탁업무 처리, 이의신청 절차 등 - 위탁주체 및 범위 등 법령 개정 사항 	심평원
비급여 가격 계약 허용 방안	<ul style="list-style-type: none"> • 비급여 가격 계약 허용을 위한 의료법 개정 방안 • 환자 선택권 보장을 위한 최소 조건 설정 	복지부, 재정부 (금감위)

주: 괄호 안은 협조부처(기관)임
자료: 의료제도 개선기획단(2006)

2. 해외 사례 인용에 대한 오해

■ OECD 국가의 대부분(평균 73.8%)³⁶⁾이 의료비 재원에서 공공부문이 차지하는 비중이 우리나라(59.8%)보다 높은 상황을 고려해 볼 때, OECD(2004) 권고안은 공보험의 보장률이 높은, 즉 국민의 개인의료비 부담이 낮은 국가를 염두에 둔 것으로 해석해 볼 수 있음

- 민영의료보험을 공보험의 보완형으로 운영하는 상당 국가에서 비급여 이외에 급여본인부담금을 함께 보장하고 있음
 - 급여본인부담금을 보장하는 국가는 독일, 호주, 프랑스, 미국, 덴마크, 벨기에, 스웨덴, 핀란드, 아일랜드, 오스트리아, 이탈리아, 포르투갈, 룩셈부르크, 터키, 뉴질랜드 등이 있음³⁷⁾

36) OECD Health Statistics(2019)

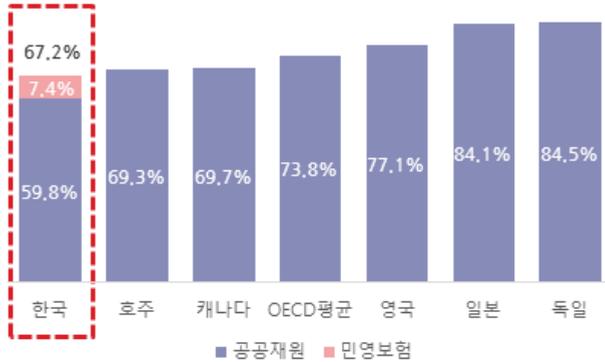
37) 김광호(2011)

- OECD 국가 중에서 민영의료보험의 급여본인부담금 보장을 법적으로 불허하는 국가로는 스위스가 유일함
- 일례로 보완형(급여본인부담금) 민영의료보험 시장이 가장 발달한 국가인 프랑스의 경우 국가의 재정 상황을 고려하여 급여본인부담금 보장에 대한 민영보험의 역할 강화 사례로 평가됨
 - 프랑스 정부는 공공부문 재정부담 완화를 위해 통원 중심으로 민영의료보험의 역할을 확대해 옴³⁸⁾
 - 2000년부터 통원의 급여본인부담금을 지속적으로 확대해 왔으며, 그 결과 통원의 공보험 보장률은 1990년대 초반까지 90% 이상에서 2010년 63% 수준까지 낮아짐
- 우리나라 국민의 가계 직접부담 비중(32.8%)은 2018년 기준으로 OECD에서 다섯 번째로 높은 수준임³⁹⁾

38) 프랑스 정부는 민영보험 가입 유도를 위해 2000년부터 최극빈층에 무료로 민영의료보험(CMU: Couverture Maladie Universelle)을 제공하고, 2006년 차상위층 대상으로 민영의료보험에 대한 보조금 지원 제도를 도입함. 현재 프랑스의 민영의료보험 가입률은 1960년대 33%대에서 2015년 94% 이상으로 확대됨

39) OECD Health Statistics(2019): 2018년 기준 OECD 36개 회원국 중에서 라트비아(41.8%), 멕시코(41.3%), 칠레(35.1%), 그리스(34.8%) 다음으로 높은 수준임

〈부록 그림 II-1〉 경상의료비 재원구성비(2018년)



- 주: 1) 민영보험 보장률은 임의가입건강보험(사회보험 이외 모든 민영보험), 비영리단체, 기업 등의 재원을 모두 합한 금액을 기준으로 계산됨
 2) 임의가입건강보험을 기준으로 계산할 경우 민영보험의 비중은 7.4%에서 6.8%로 하락함
 자료: OECD Health Statistics(2019)

〈부록 표 II-2〉 민영의료보험의 역할관계에 따른 분류체계와 시장 특성

분류	적용 국가	발전 동인	보장 특성
보충형 (Supplementary)	유럽 상당 국가	공공부문 제공 의료서비스(질, 대기기간 등)의 니즈 차이	서비스 접근 시간 단축 의료공급자 선택권 확대
보완형-공보험 급부보완(비급여) (Complementary -services)	한국 독일 호주 일본 등	공보험공적재원이 제공하는 보장급부 범위 제한	공보험의 보장급부 제외 의료서비스(안과, 치과, 물리치료, 대체의학 등)
보완형- 급여본인부담금 (Complementary -user Charges)	한국 독일 호주 프랑스 등	공보험/공적재원이 제공하는 의료서비스의 본인부담금	공보험 급부의 본인부담금
대체형 (Substitutive)	독일 미국	전체 국민에서 공보험/ 공적재원이 제공하는 의료서비스 수혜 비중	공보험 의료서비스 수혜 제외 대상 (공보험과 보장 동일)

- 주: 1) 보건의료시스템이 공공부문 중심으로 운영되고 있는 영국, 아일랜드 등 유럽 상당 국가의 경우 민영의료보험이 보충형 중심으로 운영됨
 2) 대체형 국가는 미국, 독일 정도로 적용 국가는 점차 축소되는 추세임
 자료: Sagan & Thomson(2016)을 참고하여 재작성함

3. 개인 의료비부담 완화를 위한 보장 필요

- 국민의료비에서 급여본인부담금이 차지하는 비중은 2017년 기준 20.2%⁴⁰⁾로 개인 부담금에서 절반 이상(54%)을 차지하고 있어, 급여본인부담금의 실손 보장 제외는 국민이 직접 부담하는 의료비 증가와 직결되어 국민 편익 저하가 우려됨
 - 정부의 보장성 강화 정책 추진에 따라 급여의 본인부담금은 지속적으로 확대될 예정으로, 또한 목표 보장률(2022년 70%)을 달성하더라도 국민의 개인의료비 부담이 적지 않을 것으로 예상됨
 - 현재 선별·예비급여로 편제된 항목에 적용되는 본인부담비율이 50~90%로 이전 급여보다 매우 높음
 - 또한, 예비급여항목은 건강보험 본인부담상한제에 해당되지 않기 때문에 국민들의 의료비 부담이 더욱 가중되는 문제가 존재함
- ※ <부록 IV. 선별급여 중 본인부담금이 높은 사례> 참고

〈부록 표 II-3〉 건강보험 보장률 및 본인부담률 현황(2011~2018년)

(단위: %)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
건강보험 보장률	63.0	62.5	62.0	63.2	63.4	62.6	62.7	63.8
급여 본인부담률(A)	20.0	20.3	20.0	19.7	20.1	20.2	20.2	19.6
비급여 본인부담률(B)	17.0	17.2	18.0	17.1	16.5	17.2	17.1	16.6
개인직접부담률(A+B)	37.0	37.5	38.0	36.8	36.6	37.4	37.3	36.2

주: 국민건강보험공단에서 매년 발표하는 건강보험 보장률은 요양기관 대상의 표본조사를 통해 집계된 건강보험환자의 급여 및 비급여 진료비를 대상으로 산정된 수치임
 자료: 건강보험정책연구원(2019)

40) 실손의료보험 청구금액에서도 34.0%를 차지함(2016년 손해보험회사 11개사 업무보고서)

〈부록 표 II-4〉 선별급여/예비급여 정의

구분	정의	본인 부담률
선별급여	<ul style="list-style-type: none"> • 비급여 항목에 대해 급여 전환에 앞서 본인부담금을 차등 • 비용 효과성 등이 불명확해 건강보험 급여적용이 어려웠던 항목을 본인부담금을 높여 적용 • 경제성이 낮아도 가입자와 피부양자의 건강회복에 잠재적 이익이 있는 진료 (예시) 추나요법, 뇌MRI, 상·하복부 초음파 등 	50%, 80%
예비급여	<ul style="list-style-type: none"> • 기존 선별급여와 기능은 동일하나 적용 질환의 제한 없이 본인 부담률 유형을 보다 다양화하여 확대 운영하는 것 (예시) 수술 시 사용하는 피부봉합유지기 	50%, 70%, 90%

주: 1) 선별급여: 국민건강보험법 제41조의4(선별급여)에 의한 것임

2) 예비급여: 법규상 개념은 아니나, 복지부·심평원 등 정책 확대 측면에서 각종 보도자료 등 자료상 개념으로 선별급여보다 포괄적인 개념임

4. 소결

- 실손의료보험의 급여본인부담금 보장 금지의 목적이 의료 이용량 감소에 있다고 볼 때, 연구 결과에 따르면 소기의 목적이 달성된다는 보장이 없고, 경우에 따라서는 오히려 의료 이용량이 증가할 수도 있음(소득효과가 대체효과보다 큰 경우)⁴¹⁾
 - 또한, 실손의료보험에서 급여본인부담금 보장을 금지하는 대신 자기부담금(자기부담비율, 최소공제금액) 조정을 통해 의료 이용량 감소 효과를 도모할 수 있음을 증명함
- 또한, 새로운 실손의료보험에서 급여본인부담금 미보장 시 개인 의료비부담 경감 목적으로 실손의료보험을 가입하려는 신규 가입자의 보장권 침해 및 기존 가입자와의 형평성 문제가 발생할 가능성이 높음
- 따라서, 실손의료보험의 보장범위 조정에 대해서는 사회적 합의가 필요한 만큼, 소비자단체 등의 폭넓은 의견수렴을 거쳐 신중히 검토될 필요가 있음

41) 김광호(2011)

부록 III. 보험가격 산정원칙과 상품설계

1. 보험위험

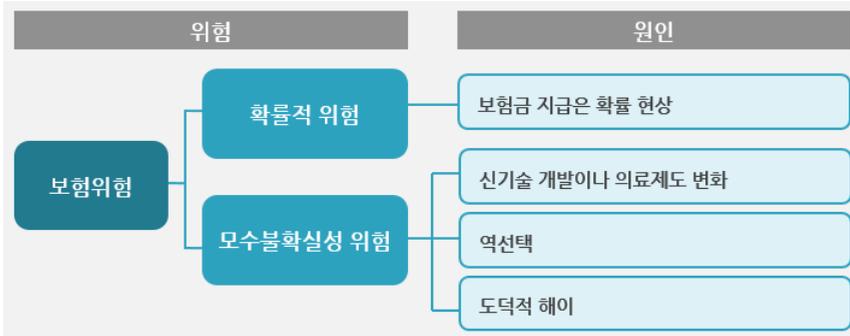
- 보험회사의 본질적인 기능은 피보험자의 위험을 인수하는 것으로, 이를 통해 보험회사는 피보험자를 경제적 파멸로부터 보호하며 나아가 위험발생에 대한 불안을 제거해 줌으로써 경제적·정신적 안정성을 부여하는 기능을 수행함
- 한편, 보험회사는 피보험자의 위험을 인수하는 동시에 필연적으로 그에 상응하는 보험위험에 노출됨
 - 보험위험이란 보험계약 시 또는 상품개발 시 기대했던 것보다 많은 보험금이 지급될 가능성을 의미하며, 이는 보험계약이 이미 발생한 손실이 아닌 미래에 발생할 것으로 예상되는 손실에 대해 담보하는 특성으로 인해 발생하는 것으로 자연스러운 현상으로 이해될 수 있음
- 보험위험은 확률적(Stochastic) 위험과 모수불확실성(Parameter Uncertainty) 위험으로 구분됨
 - 확률적 위험: 미래 발생할 것으로 예상되는 보험금 지급이 확률분포를 따르기 때문에 소위 말하는 '대수의 법칙'⁴²⁾과 관련되어 있음
 - 모수불확실성 위험: 미래 손실분포가 현재의 예상과 다르게 변하여 기대한 보

42) 통계학적으로는 "표본의 크기가 클수록 그 표본의 평균이 모집단의 평균과 가까울 가능성이 높다"는 정도의 의미이고, 이를 보험의 관점에서 해석하면 "보험계약자 수가 많아질수록 평균지급보험금(전체 지급보험금을 계약자 수로 나눈 금액)이 평균예상보험금(보험계약 한 건에 대한 예상보험금의 평균)을 크게 벗어날 가능성이 작아진다." 정도로 표현할 수 있음

험금보다 많은 보험금이 지급될 가능성을 의미함⁴³⁾

- 흔히 경제 환경이나 제도의 변화로 인해 발생하며, 계약자(피보험자)의 행동 측면에서 발생하는 역선택과 도덕적 해이도 중요한 요인으로 작용함

〈부록 그림 III-1〉 보험위험 종류와 원인



2. 보험가격의 특성과 산정원칙

- 보험가격은 제조상품이나 기타 서비스의 가격과 상이한 특성을 갖고 있음
 - 보험가격은 미래의 손실 및 사업비용의 예측에 근거하여 이루어지므로, 원가의 불확실성이 매우 큼
 - 대부분의 제조상품 또는 서비스의 원가는 가격결정 시에 이미 확정되기 때문에 원가의 불확실성이 작음
 - 상기 특성에 따라 보험의 실제원가는 보험상품의 판매 시에 확정되는 것이 아니라 미래 보험계약기간 종료 시 확정되게 됨
 - 이에 따라 보험가격은 보험자와 보험계약자 간에 최종적으로 확정된 것이 아

43) 보험회사는 과거의 데이터나 경험에 근거하여 미래 보험금 지급분포를 추정하기 때문에 손실분포 추정의 오류는 매우 자연스러운 현상으로 이해될 수 있음. 다만 보험회사는 보유하고 있는 데이터와 경험을 충분히 반영하여 미래 보험금 지급분포를 추정하려는 노력을 통해 추정의 오류를 줄이는 노력을 할 필요가 있음

닌 잠정적인 성격을 갖게 되므로, 계약자배당제도 등과 같은 보험자와 보험계약 간의 합리적인 보험가격 조정기능을 활용하기도 함

- 또한, 보험의 원가는 보험자의 통제가 대부분 불가능하고, 미래에 확정되기 때문에 실제원가가 보험가격을 상회할 수 있는 가능성이 항상 존재함
 - 보험가격⁴⁴⁾ 중 손실원가 부분은 근본적으로 보험자의 통제 밖에 있으며 보험계약자에 의하여 좌우되는 원가임
 - 일반적으로 제조상품 및 서비스 상품의 경우 가격결정에 반영되는 원가는 공급자에 의해서 통제되기 때문에 원가가격을 상회하는 상황이 흔치 않음

■ 상기와 같은 보험가격의 특성으로 인해 보험가격 산정 시 보험회사의 재무적 건전성과 보험계약자의 이익보호를 위하여 고려해야할 원칙을 들

- (충분성, adequacy) 보험가격은 미래 발생할 손실을 적정하게 지급할 수 있을 정도로 그 수준이 충분해야 함
 - 보험회사가 지급불능상태가 되지 않도록 건전경영을 도모해야 하며, 공정경쟁을 해칠 정도의 낮은 효율체계는 규제의 대상이 됨
- (비과도성, not excessiveness) 보험계약자의 무지⁴⁵⁾를 이유로 보험요율을 과도하게 높게 책정해서는 안됨
- (안정성·신축성, stability·flexibility) 보험가격 구조는 적당히 안정적이어야 하며, 한편으로 위험의 변화를 적절하게 반영할 수 있어야 함
 - 보험가격 조정을 너무 빈번히 하게 되면 안정성을 해치게 되며, 한편 너무 경직되어 있으면 합리성이 결여되기 때문에 보험가격 조정은 어느 정도의 신축성을 가질 필요가 있음
- (공정한 차별, fair discrimination) 보험가격은 피보험자의 위험의 정도에 따라 차별적이어야 함

44) 보험가격의 기본요소는 미래의 손실을 지급하기 위한 손실원가 부분과 사업비원가로 구성되며, 사업비원가는 대체로 보험자의 통제가능 범위에 있다고 볼 수 있음

45) 보험회사에 비해 전문 지식과 경험이 없어 보험가격 산정 방법과 그 내용에 대한 이해도가 낮은 상태를 의미함

- 이는 모든 피보험자에 대해 예상되는 손실률과 상관없이 동일한 가격을 적용하는 것이 아닌 각각의 손실률에 상응하는 가격을 적용하는 것을 의미함
- 보험가격 산정에 있어서 공정성과 신뢰성의 균형을 어느 수준에서 유지해야 하는가는 매우 중요한 보험정책적인 과제임⁴⁶⁾
- (손실방지 장려, promotion of loss control) 특히 손해보험상품에서 보험계약자의 손실의 발생 및 손실의 규모를 감소하도록 장려하는 보험가격 구조를 고려해야 함
- 손실방지를 장려하는 보험가격 산정 기법으로 비용공유제도(cost-sharing system),⁴⁷⁾ 경험요율제도(experience rating system)⁴⁸⁾ 등이 있음

3. 상품설계

- 보험회사는 보험위험(확률적, 모수적)의 발생 가능성을 줄이기 위한 방안⁴⁹⁾으로 상품개발 단계 시 갱신보험료, 보험료 세분화, 보험료 차등제, 비용공유 등 다양한 방법을 적용함(부록 그림 III-2) 참고)
- 확률적 위험은 대수의 법칙(계약자(피보험자) 수가 많아질수록 확률적 위험은 작아짐)을 통해 해결 가능함

46) 공정성을 높이기 위해 보험가격 적용대상을 세분화할수록 가격의 신뢰성은 낮아지게 되며, 반대로 적용대상을 덜 세분화할수록 신뢰성은 높아지나 공정성을 저해할 수밖에 없음

47) 보험회사는 일정한 크기 이하의 손실에 대해서는 보상해 주지 않는 조건의 계약으로, 보상해 주지 않는 손실의 규모(보험계약자의 자기부담)가 커질수록 보험료를 인하시켜 줌. 보험계약자는 보험료 인하의 혜택을 받기 위해 비용공유제도를 선택함과 동시에 작은 손실이 발생하지 않도록 손실방지활동에 더 많은 관심을 가질 것을 기대할 수 있음

48) 보험료의 수준 및 조정이 보험계약자의 개별적 손실경험에 근거하여 이루어지는 것으로 손실이 크면 보험료가 커지고 손실이 작으면 보험료도 작아짐. 따라서 보험계약자가 보험료를 절약할 목적으로 손실방지활동에 관심을 가질 것이라는 기대를 할 수 있음

49) 보험회사가 보험위험 관리에 실패할 경우 최악의 상황에서 파산으로 이끌 수 있으며, 이는 보험회사가 보험계약자에 대한 의무를 다하지 못할 가능성을 높하게 됨

- 특히 보험산출원리 중에서 '충분성'을 통해 상당부분 해결이 가능함

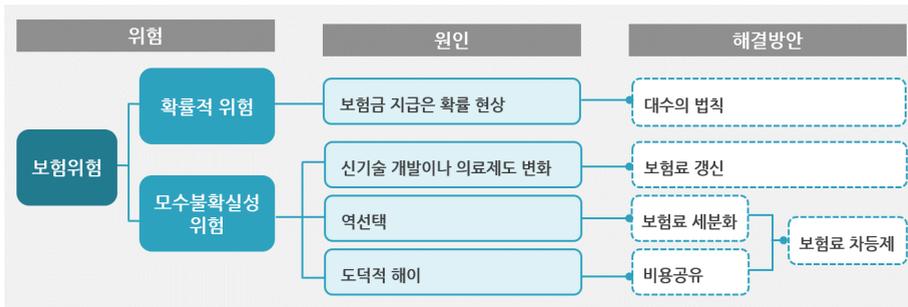
- 신기술 개발이나 의료제도 변화 등 상품개발 시 예측하기 어려운 위험에 대해서는 사전적으로 보험료에 안전할증을 적용하거나 사후적으로 보험료를 갱신하는 방법을 사용함
 - 안전할증: 수지상등으로 계산한 보험료에 상기 예측하기 어려운 위험에 해당하는 정도의 보험료를 추가로 부가하는 것을 의미함
 - 보험료 갱신: 보험계약 시 향후 보험료를 정하지 않고 상황에 따라 변경할 수 있도록 하는 것을 의미함

- 역선택 완화·방지를 위해서는 주로 보험료 세분화 또는 보험료 차등제를 사용함
 - 보험료 세분화: 계약시점 또는 보험료 갱신 시점에서 계약자(피보험자)의 특성을 반영하여 위험의 정도에 따라 보험료를 다르게 하는 것을 의미하며, 특히 보험가격 산정원칙의 '공정한 차별'과 관련됨
 - 예: 보험계약 단계에서 성, 연령, 건강상태 등에 따라 보험료를 다르게 부과
 - 보험료 차등제: 보험계약 후 계약자(피보험자)의 개별 청구 통계에 기반하여 보험료를 차등하는 것을 의미하며, 특히 보험가격 산정원칙의 '공정한 차별'과 관련됨

- 도덕적 해이 완화·방지를 위해서는 보험회사와 보험계약자 간 비용공유제도 또는 보험료 차등제를 적용함
 - 비용공유제도: 자기부담(Deductible, Co-insurance) 및 한도(Limit) 설정 등을 통해 보험계약자에게 경제적 부담을 줌으로써 행위에 있어 신중하기를 유도하는 것을 목적으로 하며, 특히 보험가격 산정원칙의 '손실방지 장려'와 관련됨
 - 보험료 차등제: 보험료가 자신의 행위에 영향을 받으므로 도덕적 해이 방지에 효과가 있으며, 특히 보험가격 산정원칙의 '손실방지 장려'와 관련됨

- 보험료 차등제는 경험요율제도의 일종으로, 이는 보험계약자의 과거 손실경험을 반영하여 미래 보험가격을 결정함
 - 보험계약자의 직전 몇 개년(1년, 3년 등)의 손실경험에 따라 등급별 요율을 상향 또는 하향 조정하여 차기 보험기간의 보험가격에 반영함
 - 경험요율제도가 적용되는 보험종목으로는 일반배상책임보험(General Liability Insurance), 산재보험(Worker's Compensation Insurance), 업무용 자동차배상책임보험(Commercial Automobile Liability Insurance), 단체건강보험(Group Health Insurance) 등이 있음
 - 경험요율제도는 보험계약자의 손실경험이 민감하게 보험가격에 반영되기 때문에 보험계약자의 손실방지 활동을 장려하는 효과가 큼

〈부록 그림 III-2〉 보험위험과 상품설계



부록 IV. 선별급여 중 본인부담금이 높은 사례

① 유방재건술(본인부담률 50%)

- 유방암 환자가 종양을 제거하는 수술은 받은 후 보형물을 삽입하는 유방재건술⁵⁰⁾을 받는 경우 수술비(통상 400만 원)의 50%(통상 200만 원)를 환자가 부담함
- 수술비용 외 기타 치료비용까지 모두 포함 시 평균 총 250만 원 이상을 환자가 부담함

② 경피적 대동맥판 삽입술(본인부담률 80%)

- 대동맥판(심장판막)이 좁아져 환자 몸에 작은 판을 넣어 경피적 대동맥판 삽입술을 받는 경우 총 비용(통상 3,350만 원)의 80%(통상 2,700만 원)를 환자가 부담함

③ 위소매술(본인부담률 80%)

- 비만환자 중 약물치료 및 생활습관 개선으로도 혈당 조절이 되지 않아 위 일부를 절제하여 위 저장 공간을 줄여주는 위소매술을 받는 경우 수술비(통상 200만 원)의 80%(통상 160만 원)를 환자가 부담함
- 수술비용 외 기타 치료비용까지 모두 포함 시 평균 총 200만 원 이상을 환자가 부담함

④ 초음파 절삭기(본인부담률 50%)

- 초음파를 통해 발생한 열을 이용하여 조직을 자르는 치료재료대로 갑상선암·척

50) 유방절제 후 유방 상실에 대한 심리적 문제 등으로 인해 사회적 요구도가 높은 시술임

추수술 등 많은 외과적 수술에 사용되고 있으며, 수술에 사용한 초음파 절삭기 비용(통상 60만 원)의 50%(통상 30만 원)를 환자가 부담함

- 수술비용 외 기타 치료비용까지 모두 포함 시 평균 총 50만 원 이상을 환자가 부담함

부록 V. 실손의료보험 상품구조 개편 방안

■ 금융위원회·금융감독원은 2020년 12월 10일, 비급여 특약 분리·비급여 보험료 차등제 도입을 골자로 하는 제4세대 실손의 상품구조 개편 방안을 발표함⁵¹⁾

- 보험료 할인·할증에 대한 가입자의 이해도를 높이기 위해 적용 단계는 5등급으로 단순화함
 - 할인율은 상품 출시 후, 회사별 계약·사고 통계량에 따라 5% 내외로 변동 가능함
 - 비급여 의료 이용자의 평균 지급보험금은 약 30만 원임
 - 착한실손 기준 시뮬레이션 결과, 할증구간(3~5등급) 대상자는 전체 가입자의 1.8%임

〈부록 표 V-1〉 보험료 차등제 적용 단계

구분	1등급 (할인)	2등급 (유지)	3등급 (할증)	4등급 (할증)	5등급 (할증)
할인/할증률	- 5%	-	+ 100%	+ 200%	+ 300%
비급여 지급보험금 (평균 지급보험금 대비)	지급보험금 無	100만 원 미만 (300% 미만)	150만 원 미만 (500% 미만)	300만 원 미만 (1,000% 미만)	300만 원 이상 (1,000% 이상)
가입자 비중	72.9%	25.3%	0.8%	0.7%	0.3%

※ 할증금액을 할인재원으로 사용 ◀

자료: 금융위원회·금융감독원 보도자료(2020. 12. 10), “실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증 제도가 새로 도입됩니다.(제4세대 실손, 내년 7월 출시.)”

51) 금융위원회·금융감독원 보도자료(2020. 12. 10), “실손의료보험, 이용한 만큼 보험료를 내는 할인·할증 제도가 새로 도입됩니다.(제4세대 실손, 내년 7월 출시.)”를 참고함

- 충분한 통계확보 등을 위해 보험료 할인·할증은 새로운 상품 출시 후, 3년이 경과한 시점부터 적용할 예정임
 - 가입자 수, 청구 건수가 충분히 확보되어야 통계적으로 안정된 할인·할증을 제공이 가능하며, 기존 착한실손의 가입 추이 등을 고려할 때 최소 3년의 준비기간이 필요함

〈부록 그림 V-1〉 실손의료보험 상품구조 개편 방안(종합)

		2017.4		2021.7(예정)	
구분		착한실손		4세대 실손	
보험료 변경주기		1년		1년	
보장구조 변경주기		15년		5년	
보험료 차등제		미적용		급여	비급여
				미적용	적용 (할인·할증 방식)
보장구조	자기 부담률	급여	비급여(3대특약)	급여	비급여
		10% / 20%	20% (30%)	20%	30%
	한도	입원	5천만 원	5천만 원	5천만 원
		통원	30만 원	20만 원	20만 원
	공제	외래	최소 1~2만 원	최소 1만 원 (병의원급)	최소 2만 원 (상급 종합병원)
처방		8천 원	최소 3만 원		

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영·윤성훈·이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선 방안 / 전용식·채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석·강성호·마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선 방안 / 류건식·강성호·김동겸 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열·최장훈·김유미 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선 방안 / 이승준·정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·이혜은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정·박지윤 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형·이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선 방안 / 송운아·이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈·이태열·김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석·이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희·한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중·김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유보가격 측정 연구 / 지홍민 2017.12
- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화·박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공·사 협력 방안 / 조용운·오승연·김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식·강성호·이상우 2018.2
- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현·이혜은 2018.2

- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영·김세영·이선주 2018.2
- 2018-6 계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린·정성희 2018.3
- 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식·이혜은 2018.3
- 2018-8 장애인의 위험보장 강화 방안 / 오승연·김석영·이선주 2018.4
- 2018-9 주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석 / 정성희·이태열·김유미 2018.4
- 2018-10 정신질환 위험보장 강화 방안 / 이정택·임태준·김동겸 2018.4
- 2018-11 기초서류 준수 의무 위반 시 과징금 부과기준 개선 방안 / 황현아·백영화·권오경 2018.8
- 2018-12 2018년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2018.9
- 2018-13 상속법의 관점에서 본 생명보험 / 최준규 2018.9
- 2018-14 호주 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이경희 2018.9
- 2018-15 빅데이터 기반의 사이버위험 측정 방법 및 사이버사고 예측모형 연구 / 이진무 2018.9
- 2018-16 빅데이터 분석에 의한 요율산정 방법 비교: 실손의료보험 적용 사례 / 이항석 2018.9
- 2018-17 보험 모집 행위의 의미 및 범위에 대한 검토 / 백영화·손민숙 2018.10
- 2018-18 보험회사 해외채권투자와 환해지 / 황인창·임준환·채원영 2018.10
- 2018-19 베트남 생명보험산업의 현황 및 시사점 / 조용운·김동겸 2018.10
- 2018-20 여성 관련 연금정책 평가와 개선 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2018.10
- 2018-21 디지털 경제 활성화를 위한 사이버보험 역할제고 방안 / 임준·이상우·이소양 2018.11
- 2018-22 인구 고령화와 일본 보험산업 변화 / 윤성훈·김석영·한성원·손민숙 2018.11
- 2018-23 퇴직연기금 디폴트 옵션 도입 방안 및 부채연계투자전략에 관한 연구 / 성주호 2018.11
- 2018-24 보험 산업의 블록체인 활용: 점검 및 대응 / 김현수·권혁준 2018.11
- 2018-25 생명보험산업의 금리위험 평가: 보험부채 중심으로 / 임준환·최장훈·한성원 2018.11
- 2018-26 보험회사의 장수위험에 관한 연구 / 김세중·김유미 2018.11
- 2018-27 보험산업 전망과 과제: 2019년 및 중장기 / 동향분석실 2018.11
- 2018-28 보험산업 중장기 전망 / 전용식·김유미·최예린 2018.12
- 2018-29 빅데이터 활용 현황과 개선 방안 / 최창희·홍민지 2018.12
- 2018-30 판매채널 변화가 보험산업에 미치는 영향 / 정원석·김석영·박정희 2018.12
- 2018-31 Solvency II 시행 전후 유럽보험시장과 시사점 / 김해식 2018.12
- 2018-32 보험회사 대출채권 운용의 특징과 시사점 / 조영현·황인창·이혜은 2018.12

- 2019-1 보험회사의 시스템리스크에 대한 고찰 / 김범 2019.1
- 2019-2 인도 보험시장 현황 및 진출 전략 / 이승준·정인영 2019.8
- 2019-3 2019년 보험소비자 설문조사 / 금융소비자연구실 2019.10
- 2019-4 암보험 관련 주요 분쟁사례 연구 / 백영화·박정희 2019.10
- 2019-5 계약자 신뢰 제고를 위한 보험마케팅 - 상품과 수수료 중심으로 - / 정세창 2019.10
- 2019-6 생명보험 전매거래에 관한 연구 / 홍지민 2019.10
- 2019-7 재보험 출재전략 연구 / 김석영·이규성 2019.11
- 2019-8 확정급여형 퇴직연금 수급권보호 방안 / 류건식·강성호·이상우 2019.11
- 2019-9 금융소비자보호법의 도입과 정책과제 / 양승현·손민숙 2019.11
- 2019-10 2020년 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2019.12
- 2019-11 노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할 제고 방향 / 강성호·김혜란 2019.12
- 2019-12 보험회사의 이익조정에 관한 시사점 / 송인정 2019.12
- 2019-13 비대면채널 활용을 위한 규제 개선 방안 / 정원석·김석영·정인영 2019.12
- 2020-1 기업의 보험수요에 대한 연구 / 송윤아·한성원 2020.1
- 2020-2 원리금보장형 퇴직연금 요구자본 강화와 퇴직연금 관리 / 김세중·김혜란 2020.4
- 2020-3 의료배상책임의 현황과 과제: 보상체계 중심으로 / 정성희·황현아·홍민지 2020.6
- 2020-4 일본 생명보험설계사의 지위와 조직운영 / 정봉은·이창성 2020.8
- 2020-5 예금보험 및 정리제도 개선 방안 / 황인창·김해식·이승준·김동겸·안소영 2020.9
- 2020-6 보험영업 생태계 건전화를 위한 법인보험대리점 혁신방안 / 정세창·김대환 2020.9
- 2020-7 보험회사 경영자에 대한 보상체계 연구 / 한상용·문혜정 2020.10

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목·장동식·김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식·이경희·김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경·권오경 2009.1

- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원·이혜은 2009.3
 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식·이창우·김동겸 2009.3
 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도·김대환 2009.8
 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도·김대환·김혜란 2010.1
 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원·이혜은 2010.4
 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태·이경희 2010.5
 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익·김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호·최 원 2008.3
 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·이태열·신종협·황진태·유진아·김세환·이정환·박정희·김세중·최이섭 2008.11
 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익·이민환·유경원·최영목·최형선·최 원·이경아·이혜은 2009.2
 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수·김경환·이종욱 2009.3
 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·황진태·변혜원·이경희·이정환·박정희·김세중·최이섭 2009.12
 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경·변혜원·권오경 2010.1
 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·김대환·이경희·이정환·최 원·김세중·최이섭 2010.12
 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선 방안 / 오영수·안철경·변혜원·최영목·최형선·김경환·이상우·박정희·김미화 2010.4
 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수·김경환·박정희 2011.7
 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈·류건식·오영수·조용운·진 익·유진아·변혜원 2011.7
 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선 방안 / 안철경·이경희 2011.11

- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·황진태·이정환·최 원·김세중·오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린·이기형·정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형·변해원·정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환·유진아·이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선 방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형·임준환·김해식·이경희·조영현·정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우·윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선 방안 / 류건식·김대환·이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·이정환·최 원·김세중·채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익·오병국·이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선 방안 연구 / 이승준·김해식·조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·최 원·김세중·채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준·강민규·이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선 방안 / 조재린·김해식·김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열·강성호·김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진억·최 원·채원영·이아름·이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 / 조용운·김경환·김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제 - IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식·조재린·이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진억·최 원·채원영·이아름·이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호·정봉은·김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준·이정택·김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형·한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익·유시용·이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목·최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경·권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선 방안 / 오영수·김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식·이창우·이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실·정책연구실·동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실·재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재·장동식·서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식·최영목·김소연·장동식·서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경·변혜원·서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목·김소연·김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도·황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태·기승도·권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아·정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리 방안 / 조용운·황진태·김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식·김대환·이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환·류건식·이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현·전용식·이혜은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : @sure 4.0 / 진 익·김동겸·김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식·김석영·김세영·이혜은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리 방안 / 김대환·류건식·김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린·황진태·권용재·채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 /

- 전용식·채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도·조용운·이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환·정봉은·황인창·이혜은·김혜란·정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로 / 최창희·황인창·이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식·강성호·김동겸 2016.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문·김진익·지재원·박정희·김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경·기승도·이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경·이상우·권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면·이정환·최이섭·정중영·최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익·김상수·김종훈·변귀영·유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환·전선애·최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교·오영수·김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환·이민환·윤건용·최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운·김세환·김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실·해약분석 / 류건식·장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신중협·최형선·최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선 방안 / 서대교·김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체계와 시사점 / 이창우·이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원·박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준·이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선 방안 / 조용운·서대교·김미화 2010.4

- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익·김해식·유진아·김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식·이창우·이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경·황진태·서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환·최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익·김해식·김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우·이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운·변혜원·이승준·김경환·오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태·전용식·윤상호·기승도·이상우·최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우·오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식·김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식·황진태·변혜원·정원석·박선영·이상우·최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운·황진태·조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선 방안 / 김해식·변혜원·황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원·조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영·권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석·강성호·이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정·최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태·박선영·권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주·전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식·윤성훈·채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운·오승연·김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선 방안 / 김경환·강민규·이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식·변혜원·정원석·박선영·오승연·이상우·최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선 방안 / 김석영·김세중·김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식·조영현·채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영·권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·조재린·김혜란 2015.2

- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 - 대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희·정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열·황진태·이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연·김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식·조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준·민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식·김세중·김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식·송윤아·채원영 2016.4
- 2016-5 금융·보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석·임 준·김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린·황인창·이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중·소형 보험회사의 생존전략 / 이태열·김해식·김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중·김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형·김혜란 2016.9
- 2019-1 자동차보험 잔여시장제도 개선 방향 연구 / 기승도·홍민지 2019.5

■ 이슈보고서

- 2019-1 실손의료보험 현황과 개선 방안 / 정성희·문혜정 2019.10
- 2020-1 서울 지역별 아파트 가격 거품 가능성 검토 / 윤성훈 2020.1
- 2020-2 보험회사 자회사형 GA의 성과와 시사점 / 김동겸 2020.3
- 2020-3 미국 의료자문제도 현황 및 시사점 / 조용운·정성희·이아름 2020.6
- 2020-4 일본 생명보험회사의 해외진출과 시사점 / 이상우 2020.6
- 2020-5 보험산업의 일자리 창출 효과 / 강성호·정인영 2020.7
- 2020-6 잔존계약 거래와 시사점 / 김석영·이소양 2020.8
- 2020-7 온라인 보험마케팅의 모집 행위 판단기준 / 양승현 2020.9
- 2020-8 일본 생명보험회사 파산 사례 / 윤성훈 2020.9

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원·김세중 2014.6

- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구 - Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식·이정환 2014.8
- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호·정원석·김동겸 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매신탁 도입방안 / 정봉은·이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원·이해랑 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근·박춘원·이항용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주·박선영·김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석·김미화 2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선 방안 연구 / 김석영·김혜란 2015.12
- 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2
- 2018-2 리콜 리스크관리와 보험의 역할 / 김세환 2018.12
- 2018-3 주요국 혼합형 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이상우 2018.12
- 2020-1 공제보험 현황 조사 / 최창희·홍민지 2020.4

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
- 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1
- 제 11호 2018년 연차보고서 / 보험연구원 2019.1
- 제 12호 2019년 연차보고서 / 보험연구원 2020.1

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10

제11호	Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
제12호	Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
제13호	Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제17호	Korean Insurance Industry 2018 / KIRI, 2018.8
제18호	Korean Insurance Industry 2019 / KIRI, 2019.8
제19호	Korean Insurance Industry 2020 / KIRI, 2020.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11
제23호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2017/ KIRI, 2018.2
제24호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2017/ KIRI, 2018.5
제25호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2018/ KIRI, 2018.8
제26호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2018/ KIRI, 2018.12
제27호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2018/ KIRI, 2019.2
제28호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2018/ KIRI, 2019.4
제29호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2019/ KIRI, 2019.10
제30호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2019/ KIRI, 2019.12
제31호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2019/ KIRI, 2020.2
제32호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2019/ KIRI, 2020.5

제33호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2020/ KIRI, 2020.9

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
- 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
- 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
- 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식·서성민 2008.12
- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식·김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식·이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식·이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환·이상우·김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환·이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선 과제 / 류건식·이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선·김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환·류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운·이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈·전용식·전성주·채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(I): 정책공약집을 중심으로 / 이기형·정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(II): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환·이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(III): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7

- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식·윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영·김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열·조재린·황진태·송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환·황인창·이혜은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호·류건식·정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창·조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희·이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
- 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식·이태열 2017.7
- 2018-1 2018년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2018.7
- 2018-2 북한 보험산업의 이해와 대응 / 안철경·정인영 2018.7
- 2019-1 기후변화 위험과 보험회사의 대응 방안 / 이승준 2019.4
- 2019-2 2019년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2019.7
- 2019-3 보험생태계 강화를 위한 과제 / 김동겸·정인영 2019.8
- 2019-4 저(무)해지 환급형 보험 현황 및 분석 / 김규동 2019.12
- 2020-1 코로나 19(Covid-19) 영향 및 보험산업 대응과제 / 김해식·조영현·김석영·노건엽·황인창·김동겸·손민숙 2020.4
- 2020-2 2020년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2020.6
- 2020-3 포스트 코로나 전망과 과제: 보험회사 CEO 설문조사 / 동향분석실 2020.7
- 2020-4 실손의료보험 청구간소화 방안 / 조용운 2020.8
- 2020-5 보험산업 진단과 과제 (I) - 재무건전성 / 김해식·노건엽·황인창 2020.9
- 2020-6 보험산업 진단과 과제 (II) - 사회안전망 / 정성희·송윤아·강성호·기승도·장윤미 2020.9
- 2020-7 보험산업 진단과 과제 (IV) - 보험분쟁과 법제 / 황현아·손민숙 2020.9
- 2020-8 보험산업 진단과 과제 (III) - 소비자 중심 경영 / 변혜원·김석영·손재희·정인영 2020.10
- 2020-9 코로나19와 변액보험시장 동향 / 김세중·김유미 2020.11

- 2020-10 코로나19와 개인 생명보험시장 동향 / 김세중·김혜란 2020.11
 2020-11 일본 생명보험회사 파산 사례 / 윤성훈 2020.11
 2020-12 보험산업 진단과 과제 (V) - 상품 및 채널 / 김동겸·김석영·정인영 2020.12

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식·김동겸 2008.2
 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경·권오경 2008.7
 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식·김동겸 2008.7
 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희·서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 해외 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

『 도서회원 가입안내 』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 <ul style="list-style-type: none"> · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 <ul style="list-style-type: none"> · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY 	<ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 <ul style="list-style-type: none"> · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	<ul style="list-style-type: none"> - 영문연차보고서 	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775 - 9113 팩스 : (02) 3775 - 9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401 - 01 - 125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 자료실 (02-3775-9113 / lsy@kiri.or.kr)

저 자 약 력

정 성 희

서울대학교 통계학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : shchung71@kiri.or.kr)

문 혜 정

연세대학교 경제학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : hjmun@kiri.or.kr)

이슈보고서 2020-9

실손의료보험 제도 정상화를 위한 과제: 상품구조 개편을 중심으로

발행일 2020년 12월

발행인 안 철 경

발행처 **보 험 연 구 원**

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38

화재보험협회빌딩

대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔피
