

미국 의료자문제도 현황 및 시사점

2020. 6

조용운·정성희·이아름

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 2

1. 조사 배경 및 목적 / 2

2. 선행 연구 / 5

3. 조사 방법 / 6

II. 의료자문제도 / 7

1. 대상 보험 / 7

2. 의료자문제도 / 8

III. 보험회사 사례: Aetna / 16

1. 소비자의 이의신청 / 16

2. 보험회사의 처리 절차 / 18

IV. 시사점 / 26

| 참고문헌 | / 29

■ 표 차례

〈표 I-1〉 의료자문 건수 및 자문병원 수 / 3

〈표 II-1〉 이의신청 형태 / 12

〈표 III-1〉 Aetna 이의신청 건의 처리 절차 / 18

〈표 IV-1〉 의료자문제도 개선방안 / 28

■ 그림 차례

〈그림 I-1〉 보험금 지급 여부 결정과정 / 2

〈그림 II-1〉 미국 이의신청 처리 절차 / 13

요약

보험계약자의 보험금에 대한 이견이 있을 경우 이용되는 의료자문의 방식이 우리나라와 미국에서 매우 다르다. 우리나라의 경우, 보험회사가 주도적으로 의료자문 절차를 진행하여 보험계약자로부터 공정성을 의심받고 있는 상황에서 미국의 제도를 검토해 볼 만하다.

첫째, 우리나라는 보험금 지급 여부 결정을 위한 외부 의료자문기관 선정이 보험회사 중심으로 이루어져 불공정하다는 보험계약자의 불만이 있다. 미국은 정부가 승인한 독립의료심사기구에 의료자문을 의뢰하도록 하여 공정성을 높이고 있다.

둘째, 우리나라는 의료자문을 각 보험회사가 정보 공유 없이 각각 수행하고 있어 유사 자문 내용의 활용이 어려워 비용이 크게 발생하고 있다. 미국은 독립의료심사기구가 정보를 집적하고 기존 유사사건을 신규 자문의뢰 건에 적용하도록 하여 자문 건수를 줄여 비용을 절감하고 있다.

셋째, 우리나라 보험계약자는 제3의료기관을 이용한 자율조정과 금융감독원의 분쟁조정을 순서 없이 신청할 수 있어 보험계약자의 혼동이 발생하고 있다. 미국은 독립의료심사기구를 중심으로 자율조정과 분쟁조정을 통합하여 혼동을 방지하고 있다.

넷째, 우리나라 보험회사는 보험계약자의 분쟁조정 신청을 전후로 법정소송을 제기할 수 있어 법정소송이 빈번히 발생하지만 미국은 독립의료심사기구의 결정 이후에 법정소송 혹은 청문회를 제기할 수 있도록 하여 법정소송 혹은 청문회를 줄이고 있다.

다섯째, 우리나라는 이의신청 내용을 불문하고 법정소송을 제기하여 소송이 빈번하다. 미국은 의학적 필요성에 관한 것은 법정소송이 가능하지만 보장범위에 관한 것은 청문회를 통하여 해결한다. 우리나라도 법정소송을 줄이기 위해 보험보장 범위에 관한 것은 청문회 제도를 통해서 해결하는 방법의 도입을 고려할 만하다.

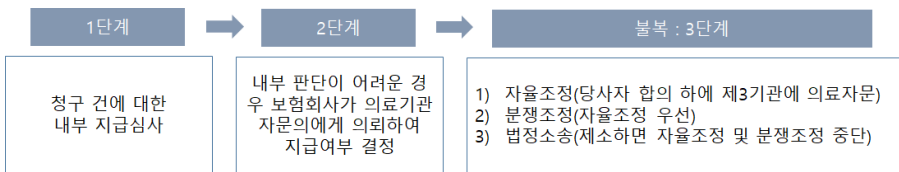
마지막으로, 우리나라와 미국은 의료자문자의 개인정보를 노출하고 있지 않다는 점이 공통적이다. 우리나라는 제3의료기관 목록은 공시하고 있지만 의료자문자는 그렇지 않다. 미국도 의료자문자의 정보가 노출되지 않도록 하고 있다. 의료자문자의 개인 정보는 객관적 심사가 이루어질 수 있도록 보호되어야 할 것이다.

I. 서론

1. 조사 배경 및 목적

보험계약자(수익자)는 피보험자의 사망·장해 등의 보험사고가 발생하면 의료기관 등에서 발급하는 진단서를 첨부하여 보험금을 청구한다. 보험회사는 내부적으로 청구권이 지급사유에 해당하는지 여부를 판단하기 위하여 지급심사를 실시한다(1단계). 내부 심사를 통하여 판단하기 어려운 경우 의료기관의 전문의(자문의)의 소견을 구하고 이를 토대로 지급 여부를 결정한다(2단계). 이 결정에 대해 보험계약자가 이의가 있을 경우 보험계약자는 자율조정(3단계), 금융감독원에 분쟁조정신청, 법정소송 등을 통해 문제를 해결한다.¹⁾

〈그림 I-1〉 보험금 지급 여부 결정과정



자율조정 과정에서 근거 확보를 위해 이용되는 제3의료기관 의료자문 의뢰는 약관에 명시되어 있다.²⁾ 약관은 보험계약자와 보험회사가 합의하여 제3의료기관을 선정하

1) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”
2) “[표준약관(제5-13조 제1항 관련) 제4조(보험금 지급에 관한 세부 규정) ①~⑧ 생략 ⑨ 보험수익자와 회사가 제3조(보험금의 지급사유) 제3호에서 제5호의 보험금 지급사유에 대해 합의하지 못할 때는 보험수익자와 회사가 함께 제3자를 정하고 그 제3자의 의견에 따를 수 있습니다. 제3자는 의료법 제3조(의료기관)에 규정한 종합병원 소속 전문의 중에서 정하며 보험금 지급사유 판정에 드는 의료비용은 회사가 전액 부담합니다” 이 조항은 생명보험과

도록 하고 있다.

자율조정을 위해 이용되고 있는 의료자문 의뢰 건수는 적지 않은 것으로 나타났다. 금융감독원 공시자료에 따르면 의뢰 건수는 2017년 98,275건이었고 2018년 87,467건으로 나타나 전년에 비해 감소하였지만 여전히 많은 의뢰가 이루어지고 있다고 할 수 있다(〈표 I-1〉 참조).³⁾ 공시 자문 건수가 내부절차에 따른 전문의(자문의) 의뢰 건수인지 보험계약자와 보험회사가 합의하여 선정한 제3의료기관에 자문을 의뢰한 건수인지는 분명하지 않다.

〈표 I-1〉 의료자문 건수 및 자문병원 수

(단위: 건, 개)

| 구분 | 자문 건수 계 | 생명보험 | | | 손해보험 | | |
|------|---------|--------|---------|-------|--------|---------|-------|
| | | 자문 건수 | 자문 병원 수 | | 자문 건수 | 자문 병원 수 | |
| | | | A보험회사 | B보험회사 | | A보험회사 | B보험회사 |
| 2017 | 98,275 | 30,220 | 286 | 199 | 68,055 | 184 | 277 |
| 2018 | 87,467 | 20,094 | 287 | 89 | 67,373 | 164 | 259 |

자료: 금융감독원 금융소비자보호처(2019)

제3의료기관 의료자문제도는 의료기관에 자문을 의뢰하는 과정이 보험회사 중심이어서 보험계약자에게 불만이 발생할 소지가 있다. 보험회사가 내부적으로 보험금 지급 여부 결정이 어려워 확인을 위하여 실행하는 의료자문은 크게 문제될 소지가 있어 보이지 않는다. 그러나 보험회사가 보험계약자에게 보험금 지급 거절 혹은 삭감 결정을 통지한 후 보험계약자가 이의를 신청하여 자율조정을 진행하는 과정에서 이루어지는 제3의료기관 의료자문 의뢰는 문제가 발생할 소지가 있다. 보험계약자는 제3의료기관 선정과정에서 보험회사와 합의한다고 하더라도 정보가 부족하기 때문에 보험회사의 안내에 따를 수밖에 없어 공정성 문제가 대두될 수 있는 것이다. 보험회사가 보험회사의 입장에서 결정을 내리는 자문자를 선정하고 있다는 보험계약자의 주장이 있을 수

질병·상해보험(손해보험 회사용)에서 동일함

3) 의료자문에 따른 보험회사의 지출은 2014년 90.6억 원에서 2017년 195.2억 원으로 크게 증가하였음; 김창호(2018)

있는 것이다. 제3의료기관 선정 주체의 독립성이 확보되어 있지 않기 때문에 발생할 수 있는 불만이다.

보험회사에게도 3가지 문제점이 발생하고 있다.

첫째, 각각의 보험회사가 내부 결정을 위한 외부 자문의 그리고 자율조정을 위한 제3의료기관 자문의를 관리하기 위한 행정비용을 부담하고 있다. 의료자문은 해당 질병 분야의 전문의에게 의뢰하여야 하기 때문에 다양한 분야의 전문의와 접촉하고 협력 관계를 유지하여야 한다. 각각의 보험회사가 이를 관리하기 위한 행정비용을 부담해야 하는 것이다. 2018년 A생명보험회사의 경우 287개 병원에 자문을 의뢰하였다(표 I-1) 참조). 보험산업 전체를 아우르는 통합 관리조직이 있다면 행정비용을 줄일 수 있을 것이다.

둘째, 개별 보험회사는 행정 부담으로 인해 특정 자문자에 집중적으로 접촉할 수밖에 없어 자문자 선정에 대한 보험계약자의 신뢰를 얻기가 어려울 수 있다. 보험회사와 독립적인 기관이 선정하고 관리하면 보험계약자 신뢰 제고에 도움이 될 것이다.

마지막으로, 보험계약자가 보험회사와 자율적인 조정절차 없이 감독자에게 분쟁조정을 신청하는 경우가 발생하여 보험회사는 자율조정 기회를 상실하는 문제가 발생하고 있다. 실제로 자율조정을 기피하는 것과 관련한 보험계약자의 분쟁조정 신청 건수가 2013년 1,364건에서 2016년 2,112건으로 증가하였다. 그 주요 이유는 첫째, 보험회사가 자문의 정보 또는 자문내용을 알려주지 않거나 제3의료기관 자문절차에 대한 안내 및 설명을 하지 않는다. 둘째, 자문의가 보험회사에 유리한 자문을 제공하는 일부 의사에 편중된다. 마지막으로, 협의를 통한 제3의료기관 선정에 시간이 오래 걸리고 그 결과도 잘 받아들이지 않는다는 것이다.⁴⁾ 금융감독원은 분쟁조정신청의 경우 민원 자율조정제도⁵⁾에 따라 자율조정 과정을 거치도록 유도하고 있기는 하지만 근본적 해

4) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”

5) 민원자율조정제도는 금융감독원에 접수된 금융민원 중 금융회사를 경유하지 않은 민원에 대해 당사자인 민원인과 금융회사 간 조정기회를 부여하고 조정이 성립되지 않을 경우 금융감독원이 직접 처리하는 제도임. 금융감독원은 금융회사의 업무처리와 관련하여 발생하는 금융민원에 대하여 당사자의 주장이 있어야 함에도 민원인 일방만의 주장만 있는 상황임 따라서 당사자 양방의 주장을 듣기 위한 예비단계로서 당사자 간 자율조정 기회를 부여하고 자율조정이 성립되지 않을 경우 양방의 주장을 검토하여 금융감독원이 직접 처리하는 제도를 도입하게 됨(금융감독원 정례브리핑자료(2005. 10. 25), “민원자율조정제도 시범실시”)

결책은 아닌 듯하다. 제3의료기관 선정 및 운영에 관한 제도를 정비하여 자율조정이 효율적으로 이루어져 분쟁조정신청을 줄일 수 있도록 하는 것이 필요해 보인다.

2017년 금융감독원은 제3의료기관 자문절차에 대한 설명 의무화, 자문병원 및 자문 내용을 보험계약자에게 제공, 의료자문 현황을 공시하도록 하였다. 그러나 보험회사가 주체가 되어 있기 때문에 보험계약자 신뢰 제고는 한계가 있을 것으로 보인다. 금융감독원은 제3의료기관 선정 시 금융감독원을 통해 전문의학회 자문을 받을 수 있는 절차를 마련한다는 대안을 제시하고 있지만 구체적 진행은 이루어지고 있지 않다.

의료자문은 보험금 지급 심사과정에서 합당한 보험금 지급이 이루어질 수 있도록 하기 위해 필요한 절차이다. 그러나 현재의 제도는 보험회사와 보험계약자 모두에게 만족스럽지 못한 것으로 보인다. 본고는 보험회사와 독립적인 의료자문이 이루어져 보험계약자의 신뢰를 제고하고 각각의 보험회사가 중첩적으로 수행하고 있는 행정을 통합하여 행정 부담을 줄일 수 있는 방안을 미국의 사례를 통해서 모색하고자 한다.

우리나라는 소비자 신뢰 제고를 위하여 감독자 중심으로 제도 정비를 시도하였으나 진척이 미흡한 상황이다. 미국은 민간의료보험이 발달하여 소비자보호 제도를 세밀하게 정비하고 있고, 자율조정을 통한 분쟁해결을 우선하여 소송비용을 줄일 수 있도록 하고 있으며 감독자 중심으로 의료자문제도를 운영하여 보험회사의 자문비용을 절감하고 소비자 신뢰를 제고할 수 있게 하고 있기 때문에 미국을 조사하고자 한다.

2. 선행 연구

보험회사 의료자문제도와 관련한 선행연구가 제기하는 문제점 및 해결 방안은 공통적이다. 소비자 신뢰를 확보하기 위하여 보험회사와 독립적으로 금융감독원을 통한 의료자문이 이루어질 수 있도록 해야 한다는 것이다.

김창호(2018)는 의료자문 이용 현황을 조사하고 몇 가지 문제점을 지적하고 있다. 첫째, 객관성 확보가 필요한 경우에 한하지 않고 과도하게 의료자문을 이용하고 있다. 둘째, 실무상 현재 실시되는 의료자문은 보험회사가 일방적으로 정한 특정 병원이나

의사에게 실시하여 객관성에 문제가 있다. 마지막으로, 보험회사가 피보험자 동의하에 의료자문을 진행하였음에도 불구하고 그 결과를 피보험자에게 서면으로 알리는 경우는 많지 않고, 피보험자의 요구나 민원을 제기하는 경우에 한하여 자문의를 비공개한 상태에서 공개하고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 공적 의료자문시스템의 구축이 필요하다고 주장하고 있다. 금융감독원(2017)⁶⁾은 금융감독원을 통한 제3의료기관 자문절차 마련 등에 대한 대책을 발표한 바 있으나 진행되고 있지 않다고 지적하고 있다.

백영화(2020)는 보험회사가 받는 의료자문이 보험금 지급 거절 수단으로 악용되다 는 지적이 계속됨에 따라 의료자문 관련 규제가 강화되는 추세에 있고, 이는 의료자문의 객관성·공정성을 확보하고 의료자문에 관한 설명의무 강화 등 소비자의 알 권리를 제고하는 방향으로 이루어지고 있어 바람직하다고 평가하고 있다. 그리고 현재 보험협회가 의학회와 MOU를 체결하고 공동 의료자문을 실시할 예정에 있는데, 이는 보험회사 중심이라는 점에서 객관성·공정성 시비를 완전히 배제하기는 어려울 수 있을 것 이므로 장기적으로는 감독당국을 통한 의료자문 절차나 보상자문기구 제도를 마련하 는 것이 바람직하다고 제안하고 있다.

이와 같이 선행 연구는 객관성·공정성을 확보하고 소비자 신뢰 제고를 위하여 감독자 중심의 의료자문제도를 제안하고 있다. 그러나 구체적 제도 제안 혹은 해외사례를 찾아보기는 어렵다.

3. 조사 방법

본 보고서는 미국의 의료자문제도 및 대상 의료보험을 문헌조사를 통하여 조사하고 자 한다. 정리해 가는 과정에서 의학적인 부분에 대해서는 의학계의 자문을 구하고 제 도 정비 방향에 대해서는 보험회사의 의견을 수렴한다.

6) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”

II. 의료자문제도

1. 대상 보험

미국 의료보험 상품은 보험회사와 의료공급자의 계약 여부에 따라 전통적 의료보험 상품(Traditional Indemnity Plan or Indemnity Health Insurance or Fee-for-service Plans)과 관리의료보험 상품(Managed Care Plans)으로 구분할 수 있다.

1929년 대공황 시기에 등장한 전통적 의료보험은 보험계약자가 행위별수가제를 기초로 의료공급자에게 의료비를 지급하고 그 의료비를 보험회사가 보험계약자에게 상환 지급한다. 행위별수가제는 보험계약자가 보험가입 이전보다 의료이용을 더 많이 할 유인을 가지고 있다. 그래서 보험회사는 보험상품에 정률제 본인부담률 설정(Coinsurance), 정액 공제액 설정(Deductible), 1사고당 혹은 연간 한도설정(Limit), 의료기관 방문당 비용 설정(Copayment)의 방식을 혼용하여 의료비용을 관리한다.⁷⁾

1849년경에 태동한 관리의료보험은 재원조달(Financing: 보험계약자), 조직(Organization: 보험회사), 의료서비스 공급(의료공급자)을 결합한 하나의 통합의료보장체계이다. 전통적 의료보험은 의료공급자와 어떠한 계약관계에 있지 않은 데 반해, 관리의료보험은 보험회사가 의료공급자를 고용, 의료공급자와 전속계약, 독립적 의료공급자와 계약하여 의료서비스를 공급한다. 전통적 의료보험은 의료이용의 모니터링을 하지 않지만, 대부분 관리의료보험은 의료이용을 직접 모니터링 한다. 의료이용심사(Utilization Review)는 고비용 의료서비스에서 일반적이다. 많은 보험회사는 병원입원에 대한 보험회사의 사전승인을 획득할 것을 요구하고 입원기간을 제한한다. 몇몇 관리의료상품은 또한, 수술을 받고자하는 환자에게 다른 의사의 견해(Second Opinion)를 얻을 것을 요구한다.

7) Mark V. Pauly(2000), pp. 537~560

의료자문 대상보험은 전통적 의료보험과 전통적 의료보험의 본인부담을 확대한 HDHP(High Deductible Health Plan), 관리의료보험의 일종인 HMO(Health Maintenance Organization), PPO(Preferred Provider Organization), POS(Point-of-Service), EPO(Exclusive Provider Organization)⁸⁾ 등이다.⁹⁾¹⁰⁾ 전국민 의료보험 가입 의무화를 위한 오바마 케어 법(Patient Protection and Affordable Care Act: PPACA)을 도입하면서 취약계층을 위해 보완적으로 운영하는 재난적 건강보험도 HDHP 형태의 민간보험이다. 고용주 지원 자가보험, 메디케어 및 메디케이드, 군인보험(TRICARE Military Plan)도 급여자들이 관리의료보험에 가입할 수 있도록 하고 있다. 이들 상품이 소비자가 보험금과 관련하여 이의가 있을 경우 의료자문제도를 이용할 수 있는 대상이다.

2. 의료자문제도

가. 법규

의료보험금 지급 거절 혹은 삭감 결정에 대한 소비자의 이의제기 권리를 부여하고 있는 법적 근거는 PPACA에서 찾을 수 있다. 동 법에 따라 소비자는 의료보험의 보험금 지급 거절 및 삭감에 동의하지 않는다면 의료보험회사의 내부절차(Internal Process)를 통하여 이의제기를 할 수 있는 권리를 갖는다. 보험회사는 소비자가 이의제기를 하였다고 해서 보장을 중단하거나 보험료를 높일 수 없다. 보험회사는 보험금 청구가 거절된 이유, 내부 이의제기 권리, 이의제기 마감일, 주(州)보험감독국의 소비자 지원 프로그램(Consumer Assistance Program: CAP) 이용 가능성과 같은 사항을 소비자에게 알려야 한다.¹¹⁾¹²⁾

8) eHealth(2019)

9) David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser(2000), pp. 717~721

10) HIAA Insurance Education (1997), pp. 27~29

11) 직장근로자를 위한 근로자퇴직소득보장법(Employee Retirement Income Security Act: ERISA)이 있음. 1974년 제정된 ERISA는 민간보험의 소비자보호를 위해 최저 기준을 설정

소비자가 보험회사의 내부 의료심사 결과에 동의하지 않는 경우 PPACA는 독립적 제3자에 의한 외부 의료심사 절차(External Review Process)를 활용할 수 있도록 하고 있다. 연방정부는 이러한 법적 근거에 기초하여 소비자의 이의제기에 대한 외부 의료심사 절차의 기준을 제시하고 있다. 그런데 연방정부는 주(州)정부 주도의 소비자보호를 선호하기 때문에 주(州)정부가 독자적 제도를 마련하고 이행하기를 권장한다. PPACA는 주(州)정부가 연방 외부 의료심사 절차 대신에 주(州) 외부 의료심사 절차를 적용하기 위해서는 주(州) 외부 의료심사 절차가 NAIC¹³⁾ Uniform Model Act(2010)의 최소 소비자보호 규정을 포함하여야 한다고 규정하고 있다. 따라서 연방정부는 주(州) 외부 의료심사 절차가 NAIC Uniform Model Act(2010)의 최소 소비자보호 규정을 포함하고 있는지를 평가하여 포함하고 있지 않을 경우 주(州) 외부 의료심사 절차를 승인하지 않는다. 주(州) 외부 의료심사 절차가 포함하여야 하는 연방정부 기준은 다음과 같으며 NAIC Uniform Model Act(2010)과 유사하다.¹⁴⁾

- 의학적 필요성, 적절성, 진료 방법 구성, 진료 수준, 급여의 효과성을 기준으로 불리한 보험급여 결정에 대한 외부 심사 실행을 규정해야 한다.
- 불리한 보험급여 결정에 관하여 외부 심사 요청 권리를 가지고 있다는 것을 보험자가 심사 청구인에게 효과적 서면 통지를 하여야 함을 요구해야 한다.
- 보험자가 청구인에게 외부 심사를 받기 위해서 내부 절차를 완료하여야 한다고 요구하고자 한다면 보험자가 완료요구를 면제한 경우, 신청자가 법적 근거를 가지고 내부 절차를 완료한 경우, 신청자가 긴급 내부 심사와 동시에 긴급 외부 심

한 연방법임. 단체의료보험 가입자들에게 보험금 청구 절차, 보험금 지급이 거절되었을 때의 소비자 권리, 이의제기 일정 등을 알려주도록 하고 있음. 정부기관과 대부분의 교회 근로자에게는 적용되지 않음. 한편, 고용주 지원 의료보험(Employer-sponsored Health Plan) 가입자는 노동부 산하의 EBSA(Employee Benefits Security Administration)에서 도움을 받을 수 있음

12) Patient Advocate Foundation(2013), pp. 1~28

13) NAIC(National Association of Insurance Commissioners)는 미국의 표준을 설정하고 규제적 지원을 하는 조직임. 50개주 보험 규제 대표들이 설립하고 운영함

14) Federal Register / Vol. 75, No. 141(2010. 7. 23), pp. 43332~43337

사를 신청한 경우에는 예외로 하여야 한다고 규정해야 한다.

- 보험자는 외부 심사비용을 지급하여야 한다고 규정해야 한다. 주(州)정부가 이 비용을 지급한다면, 주(州)정부 절차는 다음을 충족해야 한다. 심사비용이 소비자에게 부과되지 않아야 하기 때문에 소비자보호를 위한 지급이어야 한다. 보험자 혹은 주(州)정부가 이 비용을 지급하여야 한다는 요구에도 불구하고 주(州)정부 절차는 외부 심사 요청 소비자에게 통상적인(2010년 \$25) 접수비(Filing Fee)를 요구할 수 있다. 이 접수비는 외부 심사 요청 소비자에게 불리한 결과가 반복될 경우 환급되어야 한다.
- 심사 대상에 대해서 최소 금액 기준을 정해 두지 말아야 한다.
- 소비자가 불리한 결과의 통지 혹은 최종 내부 심사 결과의 통지를 수령한 후 외부 심사 요청을 위해 적어도 4개월의 기간이 주어지도록 하여야 한다.
- 독립의료심사기구(Independent Review Organization: IRO)는 무작위로 할당되어야 한다고 규정해야 한다. 혹은, 주(州)정부 또는 독립적 법인에 의해서 할당 절차가 독립적이고 공정하게 진행되도록 규정해야 한다.
- 승인된 IROs의 목록 유지를 위한 규정이 있어야 한다. 범국가적으로 인지도된 민간 인가 기구(Private Accrediting Organization)에 의한 IROs의 승인에 대해 규정해야 한다.
- 승인된 IRO는 독립성에 영향을 줄 수 있는 이해관계를 가지고 있지 않아야 한다고 규정해야 한다.
- 외부 심사 요청 소비자가 추가정보를 IRO에 서면으로 제출할 수 있도록 해야 한다. IRO에 제출된 추가정보는 IRO의 접수 후 1영업일 이내에 보험자에게 전달되도록 해야 한다.
- IRO 결정이 주(州)법 혹은 연방법하에서 다른 구제 방법이 있는 경우를 제외하고 보험자와 신청자를 구속한다고 규정해야 한다.
- 일반 외부 심사는 IRO가 외부 심사 요청 접수 후 45일 이내에 이루어져야 한다고 규정해야 한다. IRO는 외부 심사 요청 소비자와 보험자에게 심사 결과를 서면으로 통지해야 한다고 규정해야 한다.

- 긴급 외부 심사는 IRO가 심사 요청 접수 후 72시간 이내에 결정을 통지해야 한다고 규정해야 한다.
- 보험자는 외부 심사 절차, 보험증권, 자격증, 회원 소책자, 보장범위 요약 등을 포함하여 제공할 것을 요구해야 한다.
- IROs는 서면 기록을 남겨야 하고 주(州)정부가 이용할 수 있게 하여야 한다고 요구해야 한다.
- 임상적 치료에 대한 심사를 포함해야 한다.

많은 주(州)보험감독국(State Department of Insurance)은 이러한 기준을 충족하는 주(州) 외부 의료심사 절차를 규정하고 있다. 그리고 소비자의 이의신청 및 건강보험에 대한 권리의 이해를 돕기 위해 IHCAP(Independent Health Care Appeals Process)와 같은 소비자 지원 프로그램을 운영하고 있다. 소비자는 보험회사에 이의가 있을 경우, 외부 의료심사 절차에 대해서 알고 싶을 경우, 소비자 지원 프로그램 이용가능성에 대해서 알고 싶을 경우에 주(州)보험감독국에서 도움을 받을 수 있다.¹⁵⁾

나. 이의신청 종류

소비자는 의료서비스 이용, 보험금 지급 어떤 것이든 거절된 경우 보험회사에 전화하여 거절 이유와 기간 내 이의신청 방법을 알려줄 것을 요청할 수 있다. 보험회사는 소비자에게 의료이용 요청을 승인하지 않은 이유 또는 의료서비스에 대한 지급을 거절할 이유를 비롯하여 이의신청 방법을 반드시 서면으로 통보해야 한다.

소비자는 일반 이의신청(Standard Appeal) 및 긴급 이의신청(Expedited Appeal)을 할 수 있다. 긴급은 신속하게 의료서비스를 이용해야 되는 상황에서 의료이용 승인을 요청하였으나 거절 결정이 내려진 건에 관한 것이다. 반면, 일반은 긴급하지 않은 의료서비스 이용 승인 요청의 거절 건 그리고 이미 이용한 의료서비스에 대한 보험금 청구의 지급 거절 건에 대한 것이다.

15) Patient Advocate Foundation(2013), pp. 1~28

이의신청자는 구두로 보험회사에 긴급하게 이의신청 건을 처리하여줄 것을 요청할 수 있다. 긴급 이의신청을 할 수 있는 경우는 다음과 같다. 첫째, 신청자가 치료를 위한 처방전을 받았거나 받은 상태에 있는 경우, 둘째, 담당 의사가 치료 지연이 생명의 위협을 가하거나 전체적 건강 상태를 위협할 수 있다고 평가하고 있는 경우, 셋째, 담당 의사가 시간 지연이 최대 건강 기능 회복 능력에 영향을 줄 수 있다고 평가하고 있는 경우, 넷째, 담당 의사가 시간 지연이 참을 수 없는 고통에 시달리게 할 수 있다고 평가하고 있는 경우, 마지막으로, 이의신청 내용이 입원 시작 혹은 입원의 연장과 관련이 있을 때이다.

〈표 II-1〉 이의신청 형태

| 형태 | 세부사항 |
|-----------------------|------------------------------------|
| 의료서비스 이용 전 일반 이의신청 | 치료를 받기 전에 의료서비스 이용 요청을 보험회사가 거절 |
| 의료서비스 이용 후 일반 이의신청 | 치료 받은 후 보험금 지급을 보험회사가 거절 |
| 의료서비스 이용 전 긴급 이의신청 | 의학적 필요성 때문에 이의신청 서류가 신속히 검토될 것을 요청 |

다. 이의신청 절차

절차는 주(州)별, 보험 상품별로 다르지만 일반적으로 3단계로 진행된다.

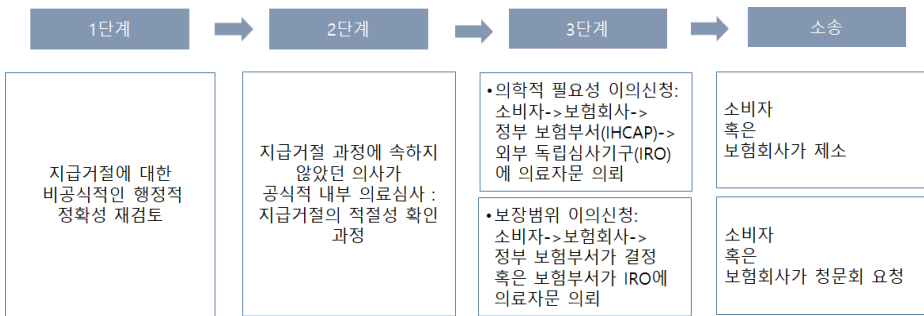
1단계는 소비자 또는 소비자의 의료공급자가 보험회사에 연락하여 다시 한 번 더 고려해보기를 요청하는 단계이다. 의료기관의 환자 담당 의사가 보험회사의 의료심사자에게 동료심사(Peer-to-peer Review)의 일환으로 검토할 것을 요청할 수 있다. 소비자 또는 소비자의 의료공급자가 추구하는 1단계의 목표는 각종 자료를 제출하여 의료서비스 후 보험금 청구가 보험 가이드라인을 준수하고 있다는 것을 입증하는 것이고 주로 행정적으로 부정확하게 거절되었다는 것을 입증하는 것이다.

2단계는 보험회사의 내부 의사(Medical Director)가 의료심사를 수행하는 단계이다. 이때 의사는 거절 결정과정에 관계하지 않은 사람이어야 한다. 2단계의 목표는 의

료서비스가 보장범위에 속함으로 요청 혹은 청구가 받아들여져야 한다는 것을 입증하는 것이다. 만약, 의료 서비스가 임상실험에 해당하는 것인지를 결정하는 것이라면, 추가적인 단계가 더 있을 수 있다.

3단계는 독립적인 외부 의료심사 단계이다. 소비자 또는 소비자의 의료공급자가 의학적 심사를 요청하는 단계이다. 각 주(州)보험감독국은 3단계 이의신청을 처리하기 위하여 IHCAP(Independent Health Care Appeals Process)를 운영하고 있고 IHCAP는 정부기준하에 승인된 독립의료심사기구(IRO)를 이용하여 독립적 외부 의료심사를 진행한다. IRO는 객관적이고 편향적이지 않은 의료적 결정을 제공하는 제3의료심사기구이다(〈그림 II-1〉 참조). 주(州) 또는 연방법을 근거로 대안을 제시할 수 없을 경우, IRO의 결정은 이의신청자와 보험회사에 최종이며 법적 효력을 유지한다. 2012년 1월부터 모든 주(州)에서 모든 건강보험회사는 PPACA의 최소 소비자보호 기준 규정을 충족시키기 위하여 외부 심사 과정을 두어야 한다.

〈그림 II-1〉 미국 이의신청 처리 절차



라. 독립의료심사기구

의료산업에서 독립의료심사기구(IRO)는 객관적이고 편향적이지 않은 의료적 결정을 제공하는 제3의료심사기구이다. 독립적 의료인 동료심사 방법으로 결정하여 객관성을 유지하고 보험회사의 재정지원을 받지 않으면서 보험회사의 내부 결정에 의해서 구속되지 않아 편향적이지 않다.

IROs를 이용하는 회사는 다양하다. 의료보험회사, 재보험회사, 자가보험회사, 관리 의료조직, 의료이용 심사 및 의료이용 관리회사, 병원, 행정대행회사(Third Party Administrators), 보험사기 업무부서 등이다.

의료보험 관련 회사는 의료이용 전 의료이용을 사전승인하고, 이의제기 관련 결정을 내리기 위해서 IROs를 이용하고 있다. IRO를 이용함으로써 반복적이고 불필요하며 광범위하고 복잡한 의료심사 절차의 부담을 피할 수 있다. 그리고 특히, 관리의료보험과 관련하여 의료서비스의 질을 높이기 위해서 혹은 환자의 안전을 개선하기 위해서 IROs를 이용하고 있다. 진료의 복잡성이 심화됨에 따라 IROs는 보험회사와 보험가입 환자들에게 점점 더 필요한 수단이 되어가고 있다.¹⁶⁾

의료기관은 IRO를 고려한 표준화된 의료기준의 개발을 통해 의료서비스의 질 혹은 환자의 안전성을 증진함과 동시에 책임을 줄일 수 있고, 효율성을 개선할 수 있으며, 법적 분쟁을 피할 수 있다.

IROs는 전국적으로 인지도된 민간 승인기구(URAC)¹⁷⁾로부터 승인을 받아야 한다. 민간 승인기구의 IRO 승인 기준은 첫째, IRO는 공정하고 편향적이지 않은 의료인 동료 심사를 수행하고 있다는 것을 입증해야 한다. 둘째, IROs는 이해관계로부터 자유로워야 한다. 셋째, 독립적 의료인 동료심사를 수행하는 의료인 자격요건을 설정하여야 하며 의학적 필수성 및 임상적 치료 이슈를 구분해야 한다. 마지막으로, 일반 절차와 긴급 절차를 위한 기간을 준수해야 한다.

승인을 얻은 IRO는 첫째, 주(州) 그리고 연방 법규, 절차, 데이터 보안 및 내부 운영에 대해 업데이트 한다. 둘째, 적절히 자격을 갖추고 신뢰받는 동료 심사자와 협업한다. 셋째, 내부 및 외부 심사 결과의 일관성, 효율성, 정확성을 보장한다. 넷째, 임상 및 조사 자료, 현재 받아들여지고 있는 표준 의료서비스에 대한 전문지식을 제공한다. 다섯째, 의사와 유사 의료행위자에게 즉각적인 접근이 가능하도록 한다. 여섯째, 수많은 전문가들 중에서 고비용 심사자문단을 특별 관리한다. 일곱째, 심사자를 위한 진보적

16) NAIRO(National Association of Independent Review Organizations) 홈페이지: <https://www.nairo.org/>

17) URAC는 1990년 설립된 독립적 비영리 승인 법인임

교육훈련을 제공한다. 마지막으로, 이해상충 이슈를 피하기 위해 표준 및 가이드라인을 따른다.¹⁸⁾

IRO는 다음을 고려하여 심사한다. 첫째, 신청자의 의무기록, 둘째, 참여 의사의 추천장, 셋째, 보험회사가 제출한 적절한 의료전문가의 보고서와 기타 서류 그리고 신청자와 치료의사의 진술서, 넷째, 보험 계약조건, 다섯째, 적절한 관행 가이드라인, 마지막으로, 보험회사가 개발하고 이용한 심사기준 등이다.

IRO 결정이 지급 거절을 반복하는 것이라면 보험회사는 즉시 서비스를 제공하거나 보험금을 지급하여야 한다. 보험회사의 지급 거절이 합당하다고 결정이 내려진 경우 이미 치료가 끝난 상태라면 신청자는 의료비를 의료공급자에게 지급해야 한다.¹⁹⁾

18) <https://www.urac.org/programs/independent-review-organization-accreditation>

19) Patient Advocate Foundation(2013), pp. 1~28

Ⅲ. 보험회사 사례: Aetna

Aetna는 보험금 청구가 거절된 경우에 대한 PPACA의 소비자보호 규정 및 연방정부의 외부 의료심사 기준을 이행하고 있는 전형적 사례를 보이고 있다.

1. 소비자의 이의신청

가. 이의신청서 작성

보험회사는 주(州)보험감독국의 IHCAP(Independent Health Care Appeals Process)와 같은 소비자 지원 프로그램, 표준 서류양식에 관한 정보를 최초의 보험 증권을 발송할 때 그리고 이의신청이 있을 때 5영업일 이내에 송부한다. 그리고 보험회사는 보험계약 갱신의 경우 소비자가 이 정보를 다시 요청할 수 있다는 내용의 별도 문서를 송부한다. 또한, 보험회사는 언제든지 전화 등으로 소비자 혹은 의료공급자가 요청할 경우 이 정보를 송부한다.

소비자는 이의신청에 관하여 도움이 필요한 경우 주(州)보험감독국의 소비자 지원 프로그램에 전화할 수 있고 혹은 인터넷 홈페이지를 참조할 수 있다. 소비자와 소비자의 의료공급자 모두가 이의를 신청할 수 있다.²⁰⁾

20) Aetna(2013), pp. 1~5

나. 해당 여부 확인

보험회사가 의료서비스 이용 승인을 거절 혹은 보험금 지급을 거절한 경우 보험회사 혹은 의료공급자는 소비자에게 이의신청 권리를 통지한다.

다음의 경우에 소비자는 이의를 신청할 수 있다. 첫째, 소비자 혹은 의료공급자가 요청한 의료서비스 이용을 보험회사가 승인하지 않았을 경우, 둘째, 소비자가 이미 이용한 의료서비스에 대해서 보험회사가 의료비를 지급하지 않을 경우, 셋째, 보험회사가 “의학적으로 불필요한(Not Medically Necessary)” 건이기 때문에 보험금을 지급하지 않거나 의료서비스 이용을 승인하지 않은 경우, 넷째, 소비자는 보장범위 내에 있다고 생각했지만 보험회사는 보장범위 내에 있지 않다고 보아 보험금을 지급하지 않거나 의료서비스 이용을 승인하지 않은 경우, 다섯째, 소비자의 의료서비스 이용 승인 요청 후 10영업일 이내에 보험회사가 승인 여부를 통지하지 않은 경우, 여섯째, 보험회사가 소비자의 전문의 의료서비스 이용 소견서를 승인하지 않은 경우, 마지막으로, 보험증권 발급 여부에 대한 보험회사의 결정에 대해 소비자가 동의하지 않는 경우이다.

다음의 경우에 소비자는 이의를 신청할 수 없다. 첫째, 소비자가 통상적(Usual)이고, 관습적(Customary)이며, 합리적(Reasonable)으로 결정된 의료비에 대해 동의하지 않을 경우이다. 이때 의료비는 다른 사람에게 부과된 것보다 높지 않아야 하고(Usual), 시장 가격분포에서 일정 수준 백분위수 내에 있어야 하며(Customary), 지난해 수준보다 크게 높지 않아야 한다(Reasonable). 둘째, 소비자가 2개 이상 의료보험에 가입하고 있을 때, 보험회사가 보험금을 조정하는 방법에 동의하지 않을 경우이다, 셋째, 보험금 청구 혹은 의료서비스 이용에 대해 보험회사가 공제액을 적용하는 방법에 동의하지 않을 경우이다, 넷째, 소비자가 지급한 의료기관 방문당 본인부담금(Copayment) 혹은 정률 본인부담금(Coinsurance)에 동의하지 않을 경우이다, 다섯째, 보험증권에 따른 각종 비율 증가에 소비자가 동의하지 않을 경우이다, 여섯째, 보험회사가 주(州) 보험법을 위반했다고 소비자가 믿는 경우이다, 마지막으로, 이상과 같은 6가지에 동의하지 않는 경우 소비자는 보험회사의 소비자 상담실, 주(州)보험감독국 보험소비자부서(Consumer Affairs Division)에 항의(Complaint)할 수 있다.

2. 보험회사의 처리 절차

가. 종류

소비자의 이의신청은 긴급과 일반으로 분류한다. 긴급은 신속하게 의료서비스를 이용해야 되는 상황에서 의료이용 승인을 요청하였으나 거절 결정이 내려진 건에 관한 것이다. 반면, 일반은 긴급하지 않은 의료서비스 이용 승인 요청의 거절 건 그리고 이미 이용한 의료서비스에 대한 보험금 청구의 지급 거절 건에 대한 것이다.

두 가지에 대해서 보험회사의 처리절차는 유사한데, 긴급의 경우 보험회사는 환자의 상태로 인해 더 신속하게 진행한다. 각각의 처리 과정은 3단계로 진행한다(〈표 III-1〉 참조). 1단계와 2단계는 보험회사가 내부적으로 수행하고, 3단계는 보험회사가 주(州)정부 절차를 통해 외부의 독립의료심사기구(IRO)에 자문을 의뢰하여 수행한다. 소비자가 3단계를 신청한 경우에도 소비자는 비용을 지급하지는 않는다.

〈표 III-1〉 Aetna 이의신청 건의 처리 절차

| 단계 | 긴급(의료서비스 이용 이전) | 일반 |
|-----|---|--|
| 1단계 | 내부 긴급 의료심사(의료적 정확성 검토) (Expedited Medical Review) | 내부 비공식적인 재검토(행정적 정확성 검토) (Informal Reconsideration) |
| 2단계 | 내부 거절결정자 외 의료인의 긴급 의료심사 (Expedited Appeal: Medical Director) | 내부 거절결정자 외 의료인의 공식적 의료심사 (Formal Appeal: Medical Director) |
| 3단계 | 독립적 외부기구에 긴급 의료자문을 의뢰: 외부기구는 긴급한 의학적 심사 (Expedited External Independent Medical Review) | 독립적 외부기구에 의료자문을 의뢰: 외부기구는 의학적 심사 (External Independent Medical Review) |

3단계를 진행하기 전에 다음의 경우가 아니라면 소비자는 2단계 내부 이의신청 건 처리 과정을 완료해야 한다. 첫째, 보험회사가 내부 이의신청 건 처리 과정의 종결을 면제한 경우이다. 둘째, 보험회사가 처리 과정의 요구사항을 준수하지 못한 경우이다. 마지막으로, 소비자가 2단계 및 3단계를 동시에 요구한 경우이다.

나. 긴급 절차

1) 긴급 1단계

소비자는 긴급 이의신청을 다음과 같은 경우에 요청할 수 있다. 소비자가 보험을 가입한 경우, 보험회사가 보장되는 의료서비스 이용 승인을 거절한 경우, 의료공급자가 일반 이의신청 처리기간(1단계와 2단계가 약 30일 소요)이 너무 길어서 환자의 의학적 건강상태에 부정적으로 중대한 영향을 미칠 수 있다고 증명할 경우이다.

보험회사는 이의신청서 접수일로부터 영업일 기준 1일 또는 36시간 이내에 신청자와 의료공급자에게 전화하여 접수 사실을 알린다. 그리고 보험회사는 신청자와 의료공급자에게 서면으로 1단계 의료심사 결과를 72시간 이내에 우송한다.

보험회사가 1단계에서 보험금 혹은 서비스 이용 승인 요청을 거절한 경우, 소비자는 즉시 2단계를 진행할 수 있다. 보험회사가 1단계에서 소비자의 요청을 수락한 경우, 이의신청 절차는 종결된다. 보험회사는 1단계와 2단계를 생략한 후 3단계를 진행할 수 있다.

2) 긴급 2단계

보험회사가 1단계에서 소비자의 요청을 거절하였을 때, 소비자는 2단계를 제기할 수 있다. 소비자가 1단계에서 거절 통지를 받은 후 해당 소비자의 의료공급자는 즉시 보험회사에 2단계를 신청한다는 신청서를 보내야 한다. 소비자의 이의신청을 돕기 위하여 의료공급자는 추가적인 정보를 보험회사에 제출할 수 있다.

보험회사는 신청 접수일로부터 영업일 기준 1일 또는 36시간 이내에 신청자와 의료공급자에게 전화하여 접수사실을 통보한다. 그리고 보험회사는 소비자와 의료공급자에게 내부 의료심사 결과를 서면으로 72시간 이내에 우송한다. 보험회사가 2단계에서 소비자의 요청을 거절한 경우, 소비자는 즉시 3단계를 진행할 수 있다. 보험회사가 소비자의 요청을 수락한 경우 자문신청 절차는 마무리된다. 소비자는 2단계(내부) 및 3단계(외부)를 동시에 제기할 수 있다. 보험회사는 2단계를 건너뛰고 3단계 외부 의료자문을 의뢰할 수 있다.

3) 긴급 3단계

소비자는 2단계를 마친 후 3단계를 신청할 수 있다. 소비자는 2단계 결과를 보험회사에게 받은 날로부터 4개월 이내에 3단계를 서면으로 신청해야 한다. 소비자는 이의 신청 시 추가 정보를 제출하는 것이 바람직하다. 소비자와 의료공급자는 3단계에 대한 비용부담 책임을 지지 않는다.

3단계는 2가지가 있다. 먼저, 의학적 필요성에 관한 이의신청(Medical Necessity Appeal)의 경우이다. 소비자 혹은 의료공급자가 이용 요청한 의료서비스를 보험회사가 승인하지 않은 경우에 발생한다. 승인 거절은 보험회사가 해당 의료서비스가 소비자의 건강상태를 치료하기 위하여 의학적으로 필요한 것이 아니라고 평가하기 때문이다. 혹은, 의료서비스의 적절성, 여러 의료서비스의 결합, 의료서비스의 수준, 보장서비스의 효과성 기준을 충족하지 않는다고 평가하기 때문이다. 이때 외부 긴급심사자는 독립의료심사기구(IRO) 소속의 의료공급자이고 해당 분야의 전문가이다.

보험회사는 3단계 이의신청을 받은 후 영업일 기준으로 1일 이내에 주(州)보험감독국 책임자(Director of Insurance), 신청자, 신청자의 의료공급자에게 서면문서를 송부한다. 그리고 보험회사는 주(州)보험감독국 책임자에게 요청서, 보장내용 증명서, 모든 의료기록과 보험회사의 결정에 이용된 문서, 보험회사의 결정문을 포함하여 해당되는 이슈의 요약, 보험회사의 결정을 위해 이용된 기준 및 임상적 이유, 보험회사의 의료이용 심사 가이드라인의 해당 부분을 송부한다. 보험회사는 2단계에서 심사하고 승인 거절을 지지한 의료공급자의 이름과 자격증을 주(州)보험감독국 책임자에게 송부한다.

주(州)보험감독국 책임자는 보험회사로부터 문서를 접수한 후 2영업일 이내에 접수한 모든 정보를 IRO에 송부한다. IRO는 문서를 접수한 후 72시간 이내에 심사를 마쳐야 하고 결정을 주(州)보험감독국 책임자에게 송부한다. 주(州)보험감독국 책임자는 IRO의 결정을 수령한 후 48시간 이내에 보험회사, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 송부한다.

나머지 하나는 보장범위(Contract Coverage)에 관한 이의신청의 경우이다. 보험회사가 해당 의료서비스는 보장범위에 있지 않기 때문에 보장을 거절한 경우이다. 이 경

우는 주(州)보험감독국이 긴급 외부 독립심사자이다.

보험회사는 3단계 이의신청을 받은 후 영업일 기준으로 1일 이내에 주(州)보험감독국 책임자, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 서면문서를 송부한다. 그리고 보험회사는 주(州)보험감독국 책임자에게 자문요청서, 보장내용 증명서, 모든 의료기록과 보험회사의 결정에 이용된 문서, 보험회사의 결정문을 포함하여 해당되는 이슈의 요약, 보험회사의 결정을 위해 이용된 기준 및 임상적 이유, 보험회사의 의료이용 심사 가이드라인의 해당 부분을 송부한다.

주(州)보험감독국 책임자는 보험회사로부터 문서를 접수한 후 2영업일 이내에 해당 의료서비스 혹은 보험금 청구가 보장범위에 있는지 여부를 결정하고 결정 내용을 보험회사, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 송부한다.

주(州)보험감독국 책임자가 보장여부를 결정할 수 없는 경우 주(州)보험감독국 책임자는 해당 신청 건을 IRO에게 송부한다. IRO는 72시간 이내에 결정하여 주(州)보험감독국 책임자에게 송부한다. 주(州)보험감독국 책임자는 48시간 이내에 결정 내용을 보험회사, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 송부한다.

4) 법적 효력

의학적 필요성에 관한 신청(Medical Necessity Appeal)에 대해서, IRO가 보험회사는 해당 의료서비스를 제공해야 한다고 결정을 내린 경우 보험회사는 해당 서비스를 승인한다. IRO가 보험회사의 승인 거절 결정에 동의하는 경우 이의신청 절차는 종결된다. 이의신청자는 이러한 결정에 동의하지 않는 경우 법원에 제소할 수 있다.

이의신청자 혹은 보험회사가 보장범위(Contract Coverage)에 관한 이의신청에 대해서 보험담당 책임자의 결정에 동의하지 않는 경우, 이의신청자 혹은 보험회사는 OAH(Office of Administrative Hearings)에 청문회를 요청할 수 있다. 청문회는 보험담당 책임자의 결정을 접수한 후 30일 이내에 요청할 수 있다. OAH는 청문회 규정에 따라 신속하게 청문회를 개최한다.

다. 일반 절차

1) 일반 1단계

소비자는 의료서비스 이용 승인 거절 혹은 이미 이용한 의료서비스에 대한 보험금 청구 거절에 대해 다음과 같은 경우 비공식적 재검토를 받을 수 있다. 첫째, 소비자가 보험에 가입해 있을 경우, 둘째, 보험회사가 의료서비스 이용 승인을 거절했거나 혹은 이미 이용한 의료서비스에 대한 보험금 청구를 거절한 경우, 셋째, 소비자가 긴급 신청 자격요건을 갖추지 못한 경우, 넷째, 소비자 혹은 의료공급자가 보험회사의 첫 번째 거절 이후 2년 이내에 비공식적 재검토를 요청한 경우이다.

보험회사는 비공식적 재검토 요청을 접수한 후 5영업일 이내에 소비자 혹은 의료공급자에게 결과를 문서화하여 송부한다.

1단계에서 다음과 같은 거절의 경우 보험회사는 결정 이유를 설명하고 결정에 이용된 근거 서류를 제시한다. 첫째, 보험회사가 의료이용신청 접수 후 15달력일 이내에 의료서비스 이용 사전승인을 거절한 경우이다. 이때, 소비자는 60일 이내에 2단계를 제기할 수 있다. 둘째, 보험회사가 소비자의 동시치료 요청확장(Concurrent Care Claim Extension)의 요청이 있을 후 15달력일 이내에 거절한 경우이다. 동시치료 요청확장은 사전에 승인된 치료과정을 확장하기 위한 요청 혹은 줄이기 위한 결정이다. 이때, 소비자는 60일 이내에 2단계 신청을 제기할 수 있다. 셋째, 보험회사가 소비자의 의료서비스 이용 후 청구에 대한 요청을 30달력일 이내에 거절한 경우이다. 이때, 소비자는 60일 이내에 2단계 신청을 제기할 수 있다. 넷째, 보험회사가 소비자의 요청을 수락한 경우에도 이유 및 근거자료를 제시한다. 이때, 신청 절차는 종결된다. 마지막으로, 보험회사가 이의신청을 3단계로 송부할 경우이다. 보험회사는 1단계와 2단계를 건너뛰고 외부 의료자문을 의뢰할 수 있다.

소비자는 다음의 경우가 아니라면 내부 절차를 완수해야 한다. 첫째, 보험회사가 내부 절차를 포기한 경우이다. 둘째, 보험회사가 내부절차의 중요 요건을 따르지 못한 경우이다.

2) 일반 2단계

1단계에서 2단계 신청 사유가 있을 경우 소비자 혹은 의료공급자는 2단계를 신청할 수 있다. 2단계는 보험회사의 의사(Medical Director)가 자문하는 단계이다. 이때 의사는 거절 결정과정에 관계하지 않은 사람이다. 보험회사는 요청을 접수한 후 20영업일²¹⁾ 이내에 소비자 혹은 의료공급자에게 결과를 문서화하여 송부한다.

3) 일반 3단계

소비자는 일반 1단계와 2단계 그리고 긴급 1단계와 2단계를 추진한 후에 일반 3단계를 요청할 수 있다. 소비자는 보험회사로부터 거절 문서를 접수한 후 4개월 이내에 일반 3단계를 요청하는 문서와 관련 자료를 송부해야만 한다. 이때 소비자와 의료공급자는 일반 3단계에 대한 비용부담 책임을 지지 않는다.

3단계는 2종류가 있다. 먼저, 의학적 필요성에 관한 이의신청(Medical Necessity Appeal)의 경우이다. 소비자 혹은 소비자의 의료공급자가 의료서비스의 이용 전에 이용 요청한 의료서비스를 보험회사가 승인하지 않은 경우이다. 보험회사가 해당 의료서비스가 소비자의 건강상태를 치료하기 위하여 의학적으로 필요한 것이라고 평가하지 않기 때문이다. 혹은, 의료서비스의 적절성, 여러 의료서비스의 결합, 의료서비스의 수준, 보장서비스의 효과성 기준을 충족하지 않는다고 평가하기 때문이다. 이때 외부 심사자는 독립의료심사기구(IRO) 소속 의료공급자이고 해당 건강상태에 대한 전문가이다.

보험회사는 소비자의 3단계 이의신청을 받은 후 혹은 보험회사가 1단계, 2단계와 3단계를 동시에 진행하고자 한 후 6영업일 이내에 주(州)보험감독국 책임자, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 서면으로 접수문서를 송부한다. 그리고 보험회사는 주(州)보험감독국 책임자에게 심사 요청서, 보험보장내용 증명서, 모든 의료기록과 보험회사의 결정에 이용된 문서, 보험회사의 결정문을 포함하여 해당되는 이슈의 요약, 보험회사

21) 뉴저지주의 경우임

의 결정을 위해 이용된 기준 및 임상적 이유, 보험회사의 의료이용 심사 가이드라인의 해당 부분을 송부한다. 보험회사는 앞의 단계에서 심사하고 승인 거절을 지지한 의료 공급자의 이름과 자격증을 주(州)보험감독국 책임자에게 송부한다.

주(州)보험감독국 책임자는 문서를 수령한 후 5영업일 이내에 수령한 모든 정보를 IRO에 송부한다. IRO는 문서를 수령한 후 45달력일 이내에 심사를 마쳐야 하고 결정을 주(州)보험감독국 책임자에게 송부한다.

주(州)보험감독국 책임자는 IRO의 결정을 수령한 후 5영업일 이내에 보험회사, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 결정을 송부한다.

나머지 하나는 보장범위(Contract Coverage)에 관한 이의신청의 경우이다. 보험회사가 해당 의료서비스는 보장범위에 있지 않기 때문에 보장을 거절한 경우이다. 이 경우는 주(州)보험감독국이 외부 독립심사자이다.

보험회사는 소비자의 3단계 이의신청을 받은 후 혹은 보험회사가 1단계, 2단계와 3단계를 동시에 진행하고자 한 후 6영업일 이내에 주(州)보험감독국 책임자, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 접수를 확인하는 서면문서를 송부한다. 그리고 보험회사는 주(州)보험감독국 책임자에게 심사요청서, 보장내용 증명서, 모든 의료기록과 보험회사의 결정에 이용된 문서, 보험회사의 결정문을 포함하여 해당되는 이슈의 요약, 보험회사의 결정을 위해 이용된 기준 및 임상적 이유, 보험회사의 의료이용 심사 가이드라인의 해당 부분을 송부한다.

주(州)보험감독국 책임자는 문서를 접수한 후 15영업일 이내에 해당 의료서비스 혹은 보험금 청구가 보장범위에 있는지 여부를 결정하고 결정 내용을 보험회사, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 송부한다. 주(州)보험감독국 책임자가 보장여부를 결정할 수 없는 경우는 해당 진을 IRO에게 송부한다. IRO는 45달력일 이내에 결정하여 결과를 주(州)보험감독국 책임자에게 송부한다. 주(州)보험감독국 책임자는 5영업일 이내에 결정 내용을 보험회사, 신청자, 신청자의 의료공급자에게 송부한다.

4) 법적 효력

의학적 필요성에 관한 이의신청(Medical Necessity Appeal)에 대해서, IRO가 보험회사는 해당 의료서비스를 제공해야 한다고 결정을 내린 경우 보험회사는 해당 서비스를 승인해야 한다. IRO가 보험회사의 승인 거절 결정에 동의하는 경우 이의신청 건의 처리 절차는 종결된다. 이의신청자가 이러한 결정에 동의하지 않는 경우 이의신청자는 상급 법원에 제소할 수 있다.

이의신청자 혹은 보험회사가 보장범위(Contract Coverage)에 관한 이의신청에 대해서 주(州)보험감독국 책임자의 결정에 동의하지 않는 경우, 신청자 혹은 보험회사는 OAH(Office of Administrative Hearings)에 청문회를 요청할 수 있다. 청문회는 주(州)보험감독국 책임자의 결정을 수령한 후 30일 이내에 요청할 수 있다. OAH는 청문회 규정에 따라 신속하게 청문회를 개최하고 완료한다.

라. 주(州)보험감독국의 역할

아리조나주(州) 법에 따르면, 이의신청 처리 절차는 주(州)보험감독국 책임자에게 다음을 요구한다. 첫째, 이의신청 과정의 감독, 둘째, 보험회사가 제출한 의료이용 심사 계획 복사본의 확보, 셋째, 외부 자문에 대한 보험회사의 요청 접수, 처리, 조치, 넷째, 보험회사의 결정을 집행, 다섯째, 보험회사의 결정을 심사, 여섯째, 입법부에 보고, 일곱째, 법원과 청문회에 기록을 송부, 마지막으로, 보장범위에 관한 최종 결정의 발표이다.

IV. 시사점

보험의 보장 여부에 대한 보험회사와 보험계약자 사이의 이견이 있을 경우 자율조정을 위한 근거자료 확보 방법으로 이용되는 의료자문 방식이 우리나라와 미국에서 매우 다르게 나타난다. 가장 큰 차이점이라면, 우리나라는 보험약관에서 외부 의료자문에 관한 사항을 정하고 있고, 미국은 연방정부 규정에서 정하고 있다는 것이다. 그리고 우리나라는 보험계약자와 합의하에 보험회사가 민간의료기관 소속의 자문자를 그때그때 선정하고 있고, 미국은 연방정부 혹은 주(州)정부가 행정 대행기구의 하나로 독립의료심사기구(IRO)를 설립하여 이 기구에서 의료자문자를 선정하도록 하고 있다는 것이다. 우리나라는 보험회사가 주도적으로 의료자문 절차를 진행하고 있다고 할 수 있어 보험계약자로부터 공정성을 의심받고 있는 상황에서 미국의 제도를 검토해 볼 만하다고 하겠다.

첫째, 보험회사의 보험금 지급 여부 결정 결과에 보험계약자의 불복이 있는 경우 자율조정을 위해 우리나라와 미국은 자율조정 과정을 두고 있다. 우리나라는 약관상 각 보험회사가 보험계약자와 합의하에 선정한 민간 제3의료기관에 의료자문을 의뢰하도록 하고 있어 보험회사 중심의 선정이 이루어지고 있기 때문에 공정성에 문제가 있다는 보험계약자의 불만이 발생하고 있다. 미국은 정부행정 업무를 위임받아 수행하는 외부 독립의료심사기구(IRO)에 의료자문을 의뢰하도록 하고 있어 공정성을 높이고 있다. 미국의 제도가 공정한 자문자를 선정하고 있어 보험계약자의 신뢰를 제고하고 보험회사 행정부담 경감에 도움이 될 것으로 본다.

둘째, 우리나라는 의료자문을 각 보험회사가 정보 공유 없이 각자 수행하고 있어 유사 자문결과의 활용이 미흡하여 비용이 과다하게 발생하고 있다. 미국은 독립의료심사기구가 정보를 집적하고 기존 유사사건을 신규 자문의뢰 건에 적용하도록 하여 자문

건수를 줄여 비용을 절감하고 있다. 독립의료심사기구를 운영하면 보험산업 전체의 비용을 절감할 수 있고 처리 시간을 단축할 수 있을 것이다.

셋째, 우리나라 보험계약자는 보험회사의 자율조정과 금융감독원의 분쟁조정을 순서 없이 신청할 수 있도록 하고 있어서 보험계약자의 혼동을 유발하고 있다. 자율조정 없이 분쟁조정을 신청하는 경우 금융감독원은 자율조정을 우선하기 때문에 먼저 자율조정을 권장하고 있다. 미국은 독립의료심사기구를 중심으로 자율조정과 분쟁조정을 통합하고 보험회사가 보험가입 시점에 그리고 보험금 지급 여부 통지 시점에 이의신청 절차를 알려주도록 하고 있어 혼동을 미연에 방지하고 있다. 보험계약자 혼동의 가능성을 줄이고 조정시간을 단축할 수 있도록 독립의료심사기구를 중심으로 자율조정과 분쟁조정을 통합하는 것이 필요해 보인다.

넷째, 우리나라는 보험계약자의 분쟁조정 신청을 전후로 하여 보험회사가 법정소송을 제기할 수 있지만 미국은 독립의료심사기구의 결정 이후에 법정소송 혹은 청문회 개최를 제기할 수 있다. 우리나라는 법정소송이 빈번히 발생할 소지가 있는 제도이고, 미국은 자율조정을 우선으로 한 일원화된 처리 절차를 통하여 법정소송 혹은 청문회를 줄일 수 있는 제도이다. 자율조정 및 분쟁조정 후 법정소송 혹은 청문회를 개최하도록 일원화된 절차를 마련하는 것이 보험회사 법정소송을 줄일 수 있을 것이다.

다섯째, 우리나라는 이의신청 내용을 불문하고 불복이 있는 경우 보험계약자와 보험회사는 법정소송을 제기하고 있다. 미국은 의학적 필요성에 관한 것은 법정소송이 가능하지만 보장범위에 관한 것은 청문회를 통하여 해결한다. 우리나라도 보험보장 범위에 관한 것은 법정소송 대신에 청문회 제도를 통해서 해결하는 방법의 도입을 고려할 만하다. 보험계약자는 빠른 시일 내에 결과를 확인할 수 있고, 보험회사는 소송비용을 줄일 수 있을 것이다.

여섯째, 우리나라는 제3의료기관에 자문을 의뢰하면서 충분한 정보를 제공하고 있는지 분명하지 않다. 우리나라 보험회사는 특성상 보험금 청구에 관련한 정보 외의 정보를 가지고 있지 않다. 미국 보험회사는 주(州)보험감독국 책임자에 그리고 독립의료심사기구에 심사 요청서, 보험보장내용 증명서, 모든 의료기록과 보험회사의 결정에 이용된 문서, 보험회사의 결정문을 포함한 해당 이슈의 요약, 보험회사의 결정을 위해

이용된 기준 및 임상적 이유, 보험회사의 의료이용 심사 가이드라인의 해당 부분을 송부한다. 소비자도 추가적인 정보를 보낼 수 있도록 하고 있다. 미국의 경우 제2차 의견(Second Opinion)을 제시하는 의사는 제1차 의견을 제시한 의사보다도 실수를 더 많이 하는 경향이 있다는 연구가 있다.²²⁾ 정확한 자문이 이루어지도록 지원하기 위해 향후 독립의료심사기구가 충분한 정보를 확보할 수 있도록 하여야 할 것으로 보인다.

〈표 IV-1〉 의료자문제도 개선방안

| 현행 | 개선안 | 기대효과 |
|------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 개별 의료기관에 자문의뢰 | 보험 산업 통합 독립의료심사기구를 설립하여 의료자문 의뢰 | ·보험계약자 신뢰 제고 ·보험회사 행정부담 경감 |
| 각 보험회사가 의료자문 결과 관리 | 독립의료심사기구가 통합 관리하여 유사자문 결과 활용 | ·보험회사 의료자문비용 부담 경감 |
| 자율조정과 분쟁조정 분리 | 독립의료심사기구를 통한 통합 | ·보험계약자와 보험회사의 혼동 방지 및 조정시간 단축 |
| 분쟁조정 신청 전후 보험회사의 소송 제기 | 독립의료심사기구 자문 이후 법정소송 혹은 청문회 개최토록 일원화 | ·보험계약자 신뢰 제고 ·보험회사 소송부담 경감 |
| 내용불분 법정소송 | 의학적 필요성 분쟁은 법정소송 보장범위 분쟁은 청문회 | ·보험회사 소송부담 경감 |
| 제3의료기관에 정보제공 미흡 | 독립의료심사기구가 자료 확보 가능하도록 함 | ·의료자문 결과의 정확성 제고 |

마지막으로, 우리나라와 미국은 의료자문자의 개인정보를 노출하고 있지 않다는 점은 공통적이다. 우리나라는 제3의료기관 목록은 공시하고 있지만 의료자문자는 그렇지 않다. 미국도 의료자문자의 정보가 노출되지 않도록 하고 있다. 미국 보험회사는 내부절차에서 심각한 의료공급자의 이름과 자격증을 주(州)보험감독국 책임자에게 송부한다. 그러나 소비자에게 송부하지는 않는다. 독립의료심사기구를 설립하고 운영할 경우에도 의료자문자의 개인정보는 객관적 심사가 이루어질 수 있도록 철저히 보호되어야 할 것으로 본다.

22) David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser(2000), p. 717

참고문헌

- 금융감독원 금융소비자보호처(2019), 『보험사 의료자문 현황』, 홈페이지 공시
- 김창호(2018), 「보험사 의료자문제도의 운용 실태 및 개선방안」, 『이슈와 논점』, 국회
입법조사처
- 백영화(2020), 「의료자문 관련 규제 강화 시 고려사항」, 『KIRI 보험법리뷰』, 보험연구원
- Aetna(2013), “Health care insurer appeals process information packet Aetna Life
Insurance Company”
- David M. Cutler and Richard J. Zeckhauser(2000), *The Anatomy of Health
Insurance*, In Handbook of Health Economics, Volume 1A
- Edward R. Berchick, Jessica C. Barnett, and Rachel D. Upton(2018), “Health
Insurance Coverage in the United States: 2018”, Current Population
Reports
- eHealth(2019), “Exclusive Provider Organization Plans”, ehealthinsurance.com
- Federal Register / Vol. 75, No. 141(2010. 7. 23), *Rules and Regulations*, Part IV.
Department of Health and Human Services, pp. 43332~43337
- HIAA Insurance Education(1997), *Fundamentals of health insurance*, Part A.
Washington, D.C.: Health Insurance Association of America
- Mark V. Pauly(2000), *The Anatomy of Health Insurance*, In Handbook of Health
Economics, Volume 1A
- Patient Advocate Foundation(2013), “A PATIENT’S GUIDE TO Navigating the
Insurance Appeals Process”
- 금융감독원 금융소비자보호처(<http://consumer.fss.or.kr/fss/consumer/main.jsp>)
<https://www.nairo.org/>
- <https://www.urac.org/programs/independent-review-organization-accreditation>

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 개선방안 / 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 개선방안 / 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 개선방안 / 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 개선방안 / 송윤아·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 개선방안 / 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 압보험 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 개선방안 / 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

■ 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 금융소비자보호 체계 개선방안 / 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 소비자보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 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·변혜원·정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환·유진아·이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 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 개선방안 / 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 개선방안 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 개선방안 / 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·김진익·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·김진익·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 기업후지보험 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 개선방안 / 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 상호서비스 기여방안 / 황진태·기승도·권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아·정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 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 관리방안 / 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 / 신종협·최형선·최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 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 / 송운아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준·이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 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 개선방안 / 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 개선방안 / 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 개선방안 / 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·임준·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

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최원·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 개선방안 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
- 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 |

■ CEO Report

| | |
|--------|--|
| 2008-1 | 자동차보험 물적담보 손해율 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 | 보험소비자보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7 |
| 2010-4 | 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / |

- 김대환·이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 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·송운아 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

■ 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 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY | <ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY | <ul style="list-style-type: none"> - 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY |
| | - 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

조 용 운

University of Houston 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : ywcho@kiri.or.kr)

정 성 희

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

이 아 름

서울대 국제통상학 석사
보험연구원 연구위원
(E-mail : lar@kiri.or.kr)

이슈보고서 2020-3

미국 의료자문제도 현황 및 시사점

| | |
|------------|---|
| 발행일 | 2020년 6월 |
| 발행인 | 안 철 경 |
| 발행처 | 보 험 연 구 원 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩 대표전화 : (02) 3775-9000 |
| 조판및 인 쇄 | 고려씨엔피 |
