



심폐소생술 · 제세동 급여보장특약 배타적사용권 심층분석

생애 가장 위급한 순간의 응급처치(급여)를
모든 원인 · 면책 · 횟수 제한 없이 정액 보장하는 업계 최초 특약

PRODUCT ANALYSIS

분석 대상 · 교보생명 (무)심폐소생술급여보장특약 · (무)제세동술및전기적심조율전환급여보장특약

분석 관점 · 시니어 보험상품 분석가 / 배타적사용권 심사·신상품 개발

작성 · 2026. 06



총평

본 2종 특약은 **급여 심폐소생술(CPR)과 제세동·전기적심조율전환이 시행되면 가입금액 100%를 1회당 정액 지급**하는, 진단·수술 보장 이전의 **응급처치(救命) 영역**을 정조준한 상품이다. 급여 수가코드(M1583~M1587·M5873~M5877·M5880) 발생을 트리거로 삼아 모든 원인(질병·재해)을, 면책·감액·횟수 제한 없이 보장한다. 국내는 물론 일본(手術料 코드 기반이라 처치인 CPR은 대개 제외)에서도 동일 선례가 확인되지 않아 **트리거 측면의 선행성**은 인정된다.

다만 구조적으로 이 상품은 **수가코드 연동 정액(수술비 정액담보)의 변형**이어서 형식의 신규성은 제한적이고, 임상적으로는 **수혜자의 약 91%가 사망에 이르는(생존율 9.2%) 준(準)임종 급부**에 가깝다. 위험률의 핵심 동인은 발생률 자체보다 **연령별 CPR 시행률(사망을 추종) × 에피소드당 지급 수가코드 수 × 가입금액**이며, 이 행위가 급여이므로 HIRA 진료행위통계로 분자를 직접 확보할 수 있다는 점이 데이터 측면의 강점이다.

결론 — 모럴해저드가 구조적으로 낮은(자기유발 불가) 강점이 분명하나, (1) 진보성이 "수가코드 연동 정액"의 형식 동일성으로 약하고 카피가 매우 용이하며, (2) 개발배경 자체가 인정하는 **무의미·방어 CPR**과 (3) **1일 2코드 이상 분할** 지급배수가 손해율을 좌우한다. 또한 (4) 갱신형 구조에서 고연령 시행률 급증으로 갱신보험료가 급등할 수 있어 소비자보호 관점의 보완이 필요하다. 종합 추정 약 75/100.

PROPOSAL SUMMARY

제안 사항 요약

원상품의 핵심 가치(위급한 순간의 응급처치 보장 + 가족 부담 경감)를 유지하면서, 진보성·카피 취약점과 청구 인플레·갱신 리스크를 보완하는 방향으로 제안한다.

프레임	핵심 제안	요지
확장	치료여정 패키지화	응급처치→중환자치료(ICU)→재활·합병증 단계별 급부를 묶어 "여정형"으로 차별화 (진보성·카피난이도 동시 강화)
집중	중증 처치 가중	장시간 CPR·체외순환소생술(ECPR)·저체온치료 등 중증·고비용 처치에 지급 가중, 무의미 처치는 정의로 차단
전환	생존연동 단계 전환	자발순환회복(ROSC)·생존 시 추가급부 / 사망 시 유족 정액으로 트리거를 결과 연동으로 재설계해 청구 인플레 완화
재구성	"생명의 골든타임" 포지셔닝	처치비가 아닌 가족 보호·골든타임 케어로 메시지 재정의, AED·CPR 교육 연계 ESG



추진 순서 추천

단계	과제	준비사항
1단계 즉시	"1회" 카운팅·지급배수 심사기준 확정	1일 2코드 이상·복수병원·재시작 시 지급 단위를 약관·심사기준으로 명확화. HIRA 코드 동시발생 분포로 m(지급코드수) 추정
2단계 단기	갱신 리스크·고연령 위험률 점검	연령별 시행률(사망률 추종) 반영해 갱신보험료 경로 시뮬레이션, 소비자 안내·상한 검토
3단계 중기	결과(생존)연동·중증 가중 설계	급성심장정지조사·HIRA로 ROSC·중증 처치 데이터 확보 후 단계 지급·가중 설계
4단계 중기	여정형 패키지·포지셔닝 재구성	응급→ICU→재활 담보 결합, 마케팅 메시지 전환, 사회공헌 연계



SECTION 01

상품구조 해부

두 개의 무배당 갱신형 특약으로 구성된다. 피보험자가 보험기간 중 "급여" 심폐소생술 또는 급여 제세동·전기적심조율전환을 받으면, 해당 급여 수가코드 발생 시 특약 가입금액의 100%를 1회당 정액 지급한다.

구분	심폐소생술급여보장특약	제세동술및전기적심조율전환급여보장특약
지급사유	급여 심폐소생술 시행	급여 제세동술 및 전기적심조율전환 시행
지급금액	1회당 가입금액 100%	1회당 가입금액 100%
대상 수가코드	M1583~M1587, M5873~M5877 (총 10개, 시간구간·병원급 구분)	M5880 (1일당)
지급배수	한 병원 내 일련의 과정이 새로 시작되면 1일당 2개 이상 코드 발생 가능	2개 이상 병원 시행 시 1일당 2개 이상 코드 발생 가능
보장 원인·제한	모든 원인(질병·재해), 면책·감액·횟수 제한 없음 · 갱신형	

급여 트리거의 구조적 특징

본 특약은 진단(diagnosis)이 아니라 특정 급여 행위(procedure)의 발생을 트리거로 한다. 이는 방법론상 빈도형(반복 가능) **처치급여**로, 형식적으로는 기존 "수술비 정액담보(약관에 정한 처치를 받을 때마다 정액 지급)"와 동일한 계열이다. 차이는 보장 대상 행위를 **응급처치(CPR·제세동)**로 좁혔다는 점이다.

두 가지 구조적 함의

- **준(準)임종 급여** — CPR 수혜자의 생존율은 9.2%에 불과하다. 즉 지급의 대부분이 사망에 임박한 시점에 발생해, 실질적으로 사망률과 강하게 상관된 급여다.
- **지급배수(코드수) 민감** — 1회 에피소드가 시간구간·병원급·재시작에 따라 복수 코드를 만들면 1회 사건에 가입금액이 여러 번 지급된다. "1회"의 정의가 손해율을 직접 좌우한다.



SECTION 02

국내외 유사 상품 조사

2.1 국내 유사 상품

국내 시장의 가장 가까운 유사형은 **수술비 정액담보(종수술비·N대 수술비)**다. 약관에 정한 수술·처치를 받을 때마다 정액을 반복 지급하는 구조로 본 특약과 동형이다. 다만 **심폐소생술·제세동이라는 특정 응급처치를 단독 정액 보장**하는 담보는 확인되지 않아, "대상 행위" 측면에서는 공백을 점유한다.

구분	대표 담보·내용	지급 구조	본 특약과의 차이
치료방법·지급방법 유사형 수술비 정액담보	종수술비·N대 수술비(약관 정의 수술·처치마다 정액)	급여/약관 수술 시 정액, 반복 지급	대상이 "수술" 중심 / CPR·제세동 응급처치는 미포함
보장 유사형 심장질환 담보	허혈성심장질환 진단비·심장수술비, 응급실 내원비	진단·수술·내원 정액	심정지 "처치 행위" 자체를 트리거로 하지 않음
응급 관련 상해·재해 담보	재해·응급 관련 정액	사고·재해 정액	질병 원인 응급처치 미포함 / 행위코드 연동 아님

시사점 — 형식(수가코드 연동 정액)은 보편적이거나, "응급처치(救命)"를 단독 보장 대상으로 삼은 사례는 새롭다. 반대로 형식이 보편적이라는 점은 카피 용이성을 의미한다(§ 8).

2.2 일본 유사 상품

일본 의료보험의 **手術給付金**은 공적 진료보수점수표(診療報酬点数表)의 **"手術料"** 산정 행위를 대상으로 지급한다. 그러나 심폐소생술·심장마사지·제세동은 일본 점수표상 대체로 **"処置料(救急蘇生)"에 해당하여 "手術料"가 아니므로, 통상 手術給付金 지급 대상에서 제외**된다. 즉 일본에서도 CPR·제세동 처치를 정액 급부로 보장하는 상품 패턴은 확인되지 않는다.

또한 일본은 "一連の治療過程 연속 시행 시 1회만 산정", "1일당 산정" 등 한국과 유사한 수가 산정 규칙을 보험금 지급규정에 반영한다. 이는 본 특약의 **지급배수(1회 정의)** 설계 시 참고할 만한 선례다.

시사점

일본 사례는 (1) 응급처치(CPR)를 급부 대상으로 삼는 것 자체가 보편적 설계가 아니라는 점에서 본 특약의 선행성을 뒷받침하고, 동시에 (2) 처치를 "수술"이 아닌 별도 행위로 정의·지급한다는 점이 본 특약의 핵심 신규성임을 시사한다. (3) 연속·1일당 산정 규칙은 지급배수 통제의 실무 참고가 된다.



SECTION 03

의학적·법률적 해석

의학적 해석

심폐소생술(CPR)	심장이 멈췄을 때 가슴압박과 인공호흡 으로 혈액순환과 호흡을 인공적으로 유지하는 응급처치. 자발순환회복(ROSC)과 생존·뇌기능회복의 핵심.
제세동술(defibrillation)	심실세동 등 치명적 부정맥에서 비동기화 전기충격 을 가해 무질서한 전기활동을 끊고 정상 리듬 재개를 유도.
전기적심조율전환(cardioversion)	심장주기에 동기화한 전기충격 으로 빈맥성 부정맥을 정상 율동으로 전환. 제세동과 달리 R파에 동기화한다.

급성심장정지는 골든타임 내 처치 여부가 예후를 좌우한다(생존사슬). 2024년 통계 기준 환자 생존율은 9.2%로 낮으나, 일반인 심폐소생술이 시행된 경우 생존율이 미시행 대비 약 2.4배 높았다. 다만 이 개선 수치는 **병원 전 단계의 일반인(bystander) CPR** 기준으로, 본 특약의 트리거인 "**급여(의료기관) 심폐소생술**"과는 모집단이 다르다는 점에 유의한다(§ 5).

법률적 해석

급여 요건은 국민건강보험 요양급여기준규칙 제5조에 따라 **의료기관에서 의사·치과의사·한의사의 관리 하에 시행**된 행위에 적용된다. 조산사·간호사 단독 시행은 급여 대상이 아니다. 즉 지급 트리거는 "의료기관에서 발생한 급여 수가코드"다.

핵심 쟁점은 **연명의료결정법**과의 관계다. 심폐소생술은 동법상 연명의료 행위의 하나이며, 임종과정 환자에 대해서는 의사 2인의 판단과 환자 의사확인을 거쳐 유보·중단할 수 있다. 다만 **응급상황의 응급환자는 연명의료결정법 적용에서 제외**되어 응급 CPR은 계속 시행된다. 또한 동법 제37조는 **연명의료 중단으로 사망한 사람과 그 보험금 수령인을 보험금 지급에서 불리하게 대우하지 못하도록** 규정한다.

의학·법률 해석이 위험에 주는 함의 — 무의미·방어 CPR

개발배경 자료가 인용하듯, 한국에서는 임종 환자에게도 가족 요구·의료소송 대비(방어진료) 차원에서 CPR이 시행되는 "딜레마"가 존재한다(말기암 사망자의 5.4%가 임종 전 한 달 내 CPR 경험, 2012년 기준). 이는 **의학적 필요와 무관한 청구가 발생**할 수 있음을 뜻하며, 반대로 사전연명의료의향서·DNR 확산은 무의미 CPR을 줄여 **장기적으로 시행률을 낮추는 추세 요인**이 될 수 있다. 위험률·심사기준에 양방향으로 반영해야 한다.



SECTION 04

위험률 산출 방법론 추정

본 절은 절대 수치 산출이 아니라 ① 트리거 분해·위험률 형태 식별 → ② 산출 구성요소(데이터 항목) 정의 및 소스 제안에 초점을 둔다. 유지율(해지율)은 위험률식에 반영하지 않으며, 별도 항목으로 처리한다.

Step 1 — 트리거 분해 및 위험률 형태 식별

지급사유는 "급여 처치 행위(수가코드)의 발생"이다. 진단 1회로 종료되는 확률형이 아니라 **반복 발생 가능한 빈도형(처치 발생률)**이며, 한 사건이 복수 코드를 만들 수 있어 **지급배수(코드수)** 항이 추가된다. 방법론 사전의 수술률(건/인년) 형태에 대응한다.

Step 2 — 위험률 산출식과 구성요소

가입연령 x 에 대한 담보별 단위 위험률은 다음 곱셈식으로 표기한다.

$$q_x = u_{\text{처치시행}} \times m_{\text{지급코드}} \times E[\text{가입금액}]$$

$u_{\text{처치시행}}$: x 세의 연간 급여 처치(CPR 또는 제세동·심조율전환) 시행 발생률 (건/인년, 모든 원인)

$m_{\text{지급코드}}$: 1회 에피소드당 평균 지급 수가코드 수 (시간구간·병원급 분할·재시작·복수병원)

$E[\text{가입금액}]$: 코드당 정액 지급액 (가입금액 100%)

특약 전체(2종) 위험보험료는 담보별로 합산한다.

$$\text{위험보험료} \approx \sum_{\text{담보}} [u_{\text{처치시행,담보}} \times m_{\text{지급코드,담보}} \times E[\text{가입금액,담보}]]$$

담보 : 심폐소생술 / 제세동·전기적심조율전환

Σ : 두 담보의 기대지급 합산

핵심 — 데이터 환경의 강점과 두 변수: 본 행위가 **급여**이므로 HIRA 진료행위통계가 코드별 연간 청구건수(=분자, m 내재)를 직접 제공한다. 따라서 실무적으로는 **코드별 청구건수 ÷ 노출인구 × 가입금액**으로 곧장 추정 가능하다. 추정 정확도를 좌우하는 두 변수는 (1) **연령별 시행률**(사망률을 추종해 고연령 급증 → 갱신보험료 급등) 과 (2) **지급배수 m** (무의미·방어 CPR과 코드 분할이 부풀림)이다.

Step 3 — 위험률 산출 데이터 추정

필요 데이터	급여·비급여	후보 소스	가용성·접근
$u_{\text{처치시행}}$ (코드별·연령별 시행건수)	급여	HIRA 진료행위통계 (M1583~M1587·M5873~M5877·M5880 청구건수), 공공데이터포털, KOSIS	1순위 확보 · 급여라 직접 가용
발생·생존 분모/맥락	국가통계	급성심장정지조사(질병관리청, 국가손상정보포털)·연양인구	공개·고신뢰
$m_{\text{지급코드}}$ (에피소드당 코드수)	급여	HIRA 청구 미시데이터(코드 동시발생 분포)·자사 경험·약관 심사기준	추정 필요 · 1회 정의에 의존



필요 데이터	급여·비급여	후보 소스	가용성·접근
원인구성(질병/재해)	국가통계	급성심장정지조사 원인분류(질병 77%·질병외 23%), 손보 상해 경험	확보 가능
추세·갱신요인 θ	국가통계+제도	발생·시행 추이, 연명의료·DNR 확산(무의미 CPR 감소), 고령화(증가)	방향성 상충 · 시나리오화
E[가입금액]	—	상품 설계값(정액)	확정

실제 수치 산출은 위 1순위 데이터(HIRA 코드별 청구건수·급성심장정지조사) 확보 후 별도 수행한다. 갱신형 특성상 연령별 시행률 곡선의 외삽 보수성과 갱신 시점 위험률 재산정이 특히 중요하다.



SECTION 05

기초 통계 추정 및 정합성 검정

33,034건

2024 급성심장정지 발생

64.7명

10만명당 발생률

9.2%

환자 생존율(역대 최고)

지표	신청자료 기재	공식통계 대조('24 조사)	정합성
발생률	64.7명/10만	64.7명/10만 (33,034건)	일치
생존율	9.2%	9.2% (역대 최고)	일치
CPR 시행 효과	생존 2.4배(6.1→14.4%), 뇌기능 3.3배(3.5→11.4%)	동일 (단 일반인 CPR 기준)	수치 일치 · 모집단 주의
성·연령	남자 64.3%, 70세+ 52.9%	남자 64.3%, 고연령 집중	일치
원인구성	질병 77%·질병외 23%	급성심장정지조사 분류와 정합	타당

정합성 핵심 — 통계와 급부의 모집단 불일치

인용된 생존율·뇌기능회복률 개선치는 **병원 전 단계 일반인(bystander) 심폐소생술** 시행 여부에 따른 값이다. 그러나 본 특약의 지급 트리거는 **의료기관에서 발생한 급여 심폐소생술**로, 두 모집단·맥락이 다르다. 따라서 "본 급부가 생존율을 2.4배 높인다"는 식의 직접 연결은 성립하지 않으며, 유용성 논거는 "생존 기여"가 아니라 "**위급한 순간의 비용·심리 부담 경감**"으로 정렬하는 것이 정확하다.

위험률 앵커로서의 함의

발생·시행이 고연령에 집중(70세+ 52.9%)되고 생존율이 9.2%에 불과하다는 점은, 본 급부가 **사망률과 강하게 상관된 고연령 편중 급부**임을 보여준다. 갱신형에서 이는 갱신 시점 위험률·보험료의 급등으로 직결되므로, 연령별 시행률 곡선이 위험률 추정의 1차 앵커가 되어야 한다.



리스크 진단

역선택 (Anti-selection)

가입 시점 — 심장질환 기왕력·고위험군의 자기선택. **갱신형**이므로 고위험·고연령 계약이 잔존하며 갱신 시 위험률이 급등한다. 다만 트리거가 비자발적 응급처치라 가입 후 인위적 발생 유도는 어렵다.

모럴해저드 (Moral hazard)

구조적으로 낮음 — 본 **상품의 강점**. CPR·제세동은 자기유발이 불가능한 비자발적 응급처치이며 보장금액도 소액이라 도덕적 해이 유인이 작다.

공급자·제도 유인 (SIR)

핵심 리스크. 개발배경 자료가 인정하듯 임종 환자에 대한 **무의미·방어 CPR**(가족 요구, 의료소송 대비)이 의학적 필요와 무관하게 청구를 발생시킬 수 있다. 또한 **시간구간·병원급·재시작·복수병원에 따른 1일 2코드 이상** 분할이 1회 사건당 지급을 부풀린다. "1회"의 정의와 지급배수 통제가 손해율을 좌우한다.

재보험 (Reinsurance)

급여 행위라 HIRA 기반 경험통계가 비교적 풍부해 가격근거 확보는 유리하다. 다만 사망 근접 급부·고연령 편중·지급배수 불확실성을 반영해 **비례재보험 + 1일/1회 지급 상한, 지급배수 cap**을 결합하는 것이 바람직하다. 갱신형 위험률 재산정이 꼬리위험을 일부 흡수한다.

리스크	수준	완화 장치
무의미·방어 CPR(제도유인)	높음	"치료 목적·의학적 필요" 요건 명확화, 무의미 연명 CPR 정의·심사 강화
지급배수(코드 분할)	높음	1회 정의(일련 과정 1회), 1일·1회 지급 상한, 복수병원 합산 규칙
갱신보험료 급등	중~높음	연령별 위험률 사전 시뮬레이션, 소비자 안내, 상한·평준화 옵션 검토
역선택	중	가입심사, 갱신 위험률 재산정
모럴해저드	낮음	구조적으로 통제됨(비자발 트리거)



경쟁사 대응 시나리오

카피 가능성

대상 급여 수가코드가 공개되어 있고 정액 구조가 단순하여, **경쟁사가 동일 수가코드 정액담보를 즉시 출시할 수 있어 카피 난이도가 매우 낮다**. 검사기술·독점계약 같은 외부 진입장벽도 없다. 따라서 실질 보호는 배타권 보호기간 동안의 선점과 상품 결합·운영 노하우에 의존한다.

대체 담보 출시 경로

- **동일 코드 정액** — 동일 M코드에 정액담보를 붙여 보장금액·보험료로 경쟁. 가장 빠른 카피.
- **범위 변형** — "응급처치비"로 기관삽관·전문소생술 등 인접 救命 코드까지 확장해 차별화 시도.
- **패키지 편입** — 기존 심장질환·수술비 상품에 응급처치 특약을 끼워 가격·구성 우위.

차단 전략

(1) **여정형 패키지 선점** — 응급처치→ICU→재활·합병증을 잇는 "치료여정 보장"으로 묶어 단순 코드 카피로는 따라올 수 없게 한다(§9 확장). (2) **심사·정의 자산화** — 무의미 CPR 차단·1회 정의 등 손해율 통제 노하우를 운영 우위로 전환. (3) **결과(생존)연동 설계**로 차별적 급부구조 권리화. (4) **사회공헌(AED·CPR 교육) 연계 브랜드**로 정서적 차별화.



상품개선 제안

원상품 가치 해체

핵심 기능	생애 가장 위급한 순간(심정지 등)에 시행되는 급여 응급처치(CPR·제세동)를 모든 원인·면책·횟수 제한 없이 정액 보장한다.
고객 Pain Point	"시도할 수 있는 데까지" 치료받기를 원하는 가족의 절박함과, 위급한 순간의 경제적·심리적 부담 + 기존 보험의 응급처치 보장 공백.
제공 가치	위급한 순간을 넘기는 시간과 기회 를 뒷받침하고, 가족의 부담을 덜며, 응급치료 접근을 지원한다.

→ 위 3요소를 출발점으로, 확장·집중·전환·재구성 4프레임으로 제안한다(프레임별 2개).

확장 ①

치료여정 패키지 확장

응급처치에서 끝나지 않고 중환자치료·재활·합병증까지 단계별로 묶어 "여정형"으로 확장한다(치료 방법·대상 확장 + 시간축 확장).

1. **담보 정의** — 응급처치(CPR·제세동) → 중환자실 입원 → 신경학적 재활·합병증 단계별 정액 급부 결합.
2. **보장 방법** — 단계 진입 시 각 정액, 처치 특약과 연동 트리거.
3. **보장금액 제안** — 처치 20만 + ICU일당 + 재활/합병증 정액(단계별 차등).
4. **대상 고객** — 심뇌혈관 고위험 중장년.
5. **차별화 포인트** — 단순 코드 카피로는 재현 불가능한 여정형 설계 → 진보성·카피난이도 동시 강화.
6. **위험요소** — 담보 간 중복·합산 관리, 단계 정의 분쟁.

확장 ②

현장·이송 단계 처치 확장

의료기관 도착 전 단계(EMS·AED)까지 보장 관점을 넓혀 골든타임 전체를 포괄한다(대상·범위 확장).

1. **담보 정의** — 병원 전 자동심장충격기(AED) 사용·전문소생술 연계 시 정액(증빙 가능 범위).
2. **보장 방법** — 구급기록·의무기록 기반 정액.
3. **보장금액 제안** — 처치 정액에 현장단계 가산.
4. **대상 고객** — 전 연령(특히 고위험 가구).
5. **차별화 포인트** — "골든타임 전 구간" 보장으로 메시지 강화.
6. **위험요소** — 비급여·증빙 한계, 급여 외 영역 정의 난이도.



집중 ①

중증 처치 선택 집중

장시간 CPR·체외순환소생술(ECPR)·목표체온유지치료 등 중증·고비용 처치에 지급을 가중한다(고비용 집중).

1. **담보 정의** — 중증 처치(ECPR·저체온치료 등) 시행 시 가중 정액.
2. **보장 방법** — 기본 정액 + 중증 가중배수.
3. **보장금액 제안** — 기본 20만, 중증군 2~5배 가중.
4. **대상 고객** — 전 가입자(중증 시 가중).
5. **차별화 포인트** — 실제 부담이 큰 중증에 집중 → 유용성 ↑, 무의미 처치 비중 희석.
6. **위험요소** — 중증 정의·코드 매핑, 고비용 처치 데이터 확보(HIRA).

집중 ②

무의미 처치 차단형 설계

"치료 목적·의학적 필요"를 요건화해 무의미·방어 CPR 청구를 구조적으로 배제한다(사각지대 보전의 반대 — 손해율 핵심 차단).

1. **담보 정의** — 임종과정 연명 목적 무의미 처치 등 명시적 제외, 1회(일련 과정) 정의 정교화.
2. **보장 방법** — 1일·1회 지급 상한, 복수병원 합산.
3. **보장금액 제안** — 동일, 단 지급단위 명확화.
4. **대상 고객** — 전 가입자.
5. **차별화 포인트** — 손해율 안정 → 지속가능한 보험료, 심사 신뢰성.
6. **위험요소** — 제외 범위 과도 시 소비자 분쟁, 연명의료결정법 제37조와의 정합 검토.

전환 ①

결과(생존)연동 단계 전환

"처치 시행"만이 아니라 결과에 연동해 급부를 재설계한다(트리거·지급방식 전환).

1. **담보 정의** — 처치 시 기본 정액 + 자발순환회복(ROSC)·생존 시 추가급부 / 사망 시 유족 위로 정액.
2. **보장 방법** — 단계(시행→ROSC→생존/사망) 차등 지급.
3. **보장금액 제안** — 시행 20만 + 생존 가산 + 유족 정액.
4. **대상 고객** — 전 가입자.
5. **차별화 포인트** — "결과까지 함께"라는 의미 부여, 무의미 처치 청구 인플레 완화.
6. **위험요소** — 생존·ROSC 판정 기준, 사망연동 급부의 사망담보 규제 검토.



전환 ②

현금→가족 케어 서비스 결합

정액에 가족 심리지원·CPR 교육·AED 안내 등 현물 서비스를 결합한다(결합서비스 전환).

1. **담보 정의** — 처치 정액 + 가족 심리상담·심폐소생술 교육 바우처.
2. **보장 방법** — 현금 + 부가서비스.
3. **보장금액 제안** — 기존 유지 + 서비스 부가.
4. **대상 고객** — 수혜자 가족.
5. **차별화 포인트** — 정서적 가치·사회적 효용으로 단순 정액과 차별.
6. **위험요소** — 서비스 운영비, 제휴 관리.

재구성 ①

"생명의 골든타임" 포지셔닝

처치비가 아니라 **가족을 지키는 골든타임 보장**으로 메시지를 재정의한다(메시지·포지셔닝 재구성).

1. **담보 정의** — 동일 급부, 명칭/세일즈를 "골든타임·가족 보호"로 전환.
2. **보장 방법** — 기존 유지.
3. **보장금액 제안** — 기존 유지.
4. **대상 고객** — 부모·가족을 둔 전 연령.
5. **차별화 포인트** — "수가코드 정액" 인식을 "가족 보호 경험"으로 전환해 카피 방어.
6. **위험요소** — 생존기여 과대광고 소지 관리(§ 5 유의).

재구성 ②

사회공헌 연계 ESG 프레이밍

AED 보급·일반인 CPR 교육 등 사회공헌과 연계해 공익 브랜드로 재구성한다(마케팅 관점 재구성).

1. **담보 정의** — 동일 급부 + 가입 연계 CPR 교육·AED 캠페인.
2. **보장 방법** — 보험 + 사회공헌 프로그램.
3. **보장금액 제안** — 기존 유지.
4. **대상 고객** — 공익 가치 지향 소비자·단체.
5. **차별화 포인트** — 일반인 CPR 시행률 제고라는 사회적 의의와 직접 연결, ESG 스토리.
6. **위험요소** — 캠페인 비용·효과 측정.



SECTION 10

부록·참고자료

외부 통계·문헌

급성심장정지조사(2024)	질병관리청·소방청. 발생 33,034건(10만명당 64.7명), 생존율 9.2%(역대 최고), 뇌기능 회복률 6.3%, 남자 64.3%, 일반인 CPR 시행률 30.3%
일반인 CPR 효과	시행 시 생존율 14.4% vs 미시행 6.1%(2.4배), 뇌기능회복 11.4% vs 3.5%(3.3배) — 병원 전 일반인 CPR 기준
말기암·무의미 CPR	암 사망자의 5.4%가 임종 전 한 달 내 CPR 경험(2012 기준), 방어진료·가족요구 딜레마 (언론 인용)

수가·급여 체계

심폐소생술 수가	M1583~M1587(상급종합·종합병원, 시간구간별), M5873~M5877(일반, 시간구간별) — 총 10개 코드
제세동·심조율전환	M5880(1일당)
급여 요건	요양급여기준규칙 제5조, 의료기관·의료인(의사·치과의사·한의사) 관리 하 시행 / 조산사·간호사 단독 불가

한국 데이터 인프라(위험률 산출용)

계층	데이터원	본 분석 활용
건강보험 코호트	HIRA 진료행위통계·공공데이터포털	급여 행위라 코드별 청구건수(분자) 직접 가용 — 본 상품의 핵심 데이터원
국가 공식통계	급성심장정지조사(질병청)·KOSIS	발생·생존·원인구성·연령분포(분모·맥락)
보험권 표준	보험개발원 요율	요율 확인·검증(개발과정 반영)
병원 임상데이터	중증 처치(ECPR 등) 레지스트리	중증 가중·결과연동 설계 시 보완

법령·제도

- 연명의료결정법 — CPR은 연명의료 행위, 응급환자는 적용 제외 / 제37조 보험금 불이익 금지 / DNR·사전연명의료의향서 확산은 무의미 CPR 감소(추세) 요인
- 보건복지부 응급의료 기본계획(2023~2027) — 중증응급의료센터 확충·응급처치 확대 → 시행 증가 정책 환경
- 대한심폐소생협회 — 심폐소생술·제세동·심조율전환 정의 및 가이드라인

본 보고서의 위험률 관련 내용은 데이터 확보 전 방법론·구성요소 추정 단계이며, 실제 기초율 산출은 1순위 데이터(HIRA 코드별 청구건수·급성심장정지조사) 확보 후 별도 수행한다. 통계 수치는 2024년 조사 기준이며 최신 통계로 갱신을 권고한다.