



배 타적 사용권 신청자료 심층분석

건강관리질병 무사고 보험기간 연장 구조 및 감액전환제도

DB손해보험 · 건강할수록 든든 종합보험
새로운 급부방식 & 새로운 제도·서비스

회사	DB손해보험
신청구분	새로운 급부방식 / 새로운 제도·서비스 (2건)
신청자료	신상품 개발이익보호 신청 제안서 (2026. 6.)
분석기준일	2026년 8월 22일



분석 요약

DB손해보험은 2026년 6월 출시한 건강할수록 든든 종합보험에 대하여 두 건의 배타적사용권을 신청하였다. 첫째는 새로운 급부방식으로서, 보장개시 후 첫 갱신주기가 끝날 때까지 4대 만성질환(고혈압·당뇨병·이상지질혈증·통풍)과 3대 중대질병(암·뇌·심장)이 모두 발생하지 않으면 100세까지 보험료를 더 내지 않고 보험기간을 연장해 주는 구조이다. 둘째는 새로운 제도·서비스로서, 주기적 건강관리 체크프로세스를 운영하고 사고가 확인되면 연장 기능에 해당하는 보험료를 소멸시키는 감액전환제도이다.

두 신청 건은 하나의 계약구조를 급부 측면과 운영 측면으로 나누어 신청한 것이므로, 본 보고서는 이를 단일 상품구조로 통합하여 분석한다.

핵심 판단

1. 급부의 실질은 조건부 기간연장 옵션이며, 공시 보험료에서 역산한 내재 행사확률은 약 0.20이다.

제안서가 제시한 남자 40세 예시(월 9,690원 → 사고 확인 시 6,300원)에서 연장 옵션에 대응하는 보험료는 3,390원, 전체의 35.0%이다. 이 금액의 현가를 55세 이후 잔여보장 급부현가와 대응시키면 내재 옵션행사확률은 약 0.20으로 산출된다. 반면 역학자료로 추정된 남자 40세의 15년 무사고 확률은 0.45~0.55 수준이다. 두 값의 차이는 관리기간 15년의 계약유지율(약 0.40~0.50)로만 설명된다.

2. 유지율이 개선될수록 옵션 손실이 커지는 내부 상충이 존재한다.

제안서는 유용성 근거로 "강한 장기 인센티브 → 초기 해지율 감소 · 계약 유지율 개선"을 제시하였다. 그러나 위 역산 구조에서 유지율 상승은 곧 옵션 행사건수의 증가를 의미한다. 유지율 개선이라는 상품 목표와 옵션 가격의 정합성이 서로 반대 방향으로 작동하므로, 유지율 가정은 위험률 가정과 분리하지 말고 옵션 행사확률의 한 향으로 명시적으로 관리해야 한다.

3. 트리거를 "약관상 진단확정"으로 정의한 결과, 예방 유인과 정반대인 검진 회피 유인이 발생한다.

고혈압·이상지질혈증·당뇨병은 검진을 받지 않으면 진단확정에 이르지 않는다. 관리기간 후반부에 있는 계약자에게는 검진을 미루는 선택이 경제적으로 가장 유리하다. 제안서가 강조한 심평원 진료정보 조회는 이미 발생한 진단을 포착할 뿐, 검진을 받지 않아 진단 자체가 생기지 않는 상황을 교정하지 못한다. 상품이 내세운 예방 유인이라는 목적과 실제 행동 유인이 어긋나는 구조적 결함이다.

4. 두 신청 건의 모방 난도는 서로 다르다.

급부방식(①)은 약관 문언과 위험률 가정만으로 재현할 여지가 있어 데이터·제휴 장벽이 낮다. 반면 운영제도(②)는 정기 안내, 진료정보 확인, 사고 발생시점 확정, 감액 전산처리를 하나의 흐름으로 묶어야 하므로 시스템 장벽이 높다. 신청사가 밝힌 프로세스 개발기간 12개월이 그 근거이다. 방어 전략의 무게중심은 ②에 두는 편이 합리적이다.

배타적사용권 심의 현황

2026년 8월 22일 기준 손해보험협회 공시에서 본 건에 대한 부여 사실은 확인되지 않으며, 제안서 작성 시점(2026년 6월)에 비추어 심의가 진행 중이거나 결과가 아직 공표되지 않은 단계로 판단된다. 참고로 배타적사용권 부여기간 상한은 2025년 10월부터 기존 12개월에서 18개월로 확대되었으나, 실제 부여는 여전히 6개월 전후에 집중되고 있다.



사실과 추정의 구분. 본 보고서에서 제안서 원문 및 공개 보도로 확인된 내용은 별도 표시 없이 서술하고, 분석가의 역산·추정에 해당하는 부분은 "추정", "역산", "가정"을 명시하였다. 특히 § 4· § 5의 위험률 및 옵션가치 수치는 공시된 두 개의 보험료 값에서 역산한 결과이므로, 실제 산출기초와 다를 수 있다.



제안 사항 요약

§ 8에서 제시한 8개 개선 제안 가운데, 본 구조의 두 가지 근본 약점인 **검진 회피 유인**과 **이연 보상의 낮은 체감도**를 직접 겨냥하는 세 건을 우선 검토 대상으로 제시한다.

프레임	제안	해결하는 문제	선결 조건
집중	지표유지형 연장 (검진수치 기준 전환)	진단확정 기준이 만드는 검진 회피 유인을 정면으로 역전시킨다. 검진을 받아야만 판정이 성립하므로 미수검이 곧 옵션 상실이 된다.	국가건강검진 결과 연계 동의 체계, 검진 판정 기준의 약관 명문화
확장	판정 시점 다단계화 (5년 단위 부분 연장)	15년 뒤 한 번의 판정이라는 구조가 만드는 시간할인 문제를 해소하고, 중도 해지 유인을 낮춘다.	단계별 연장분에 대응하는 준비금 적립 설계, 부분 행사 위험률 분리
전환	연장·환급 선택권 (옵션 정산형)	사고 발생 시 옵션보험료가 전액 소멸하는 데서 오는 민원 위험과 불완전판매 위험을 줄인다.	환급 재원 설계, 선택권 부여에 따른 역선택 통제, 감독당국 협의

1단계 · 즉시 (0~3개월) — 구조 결함의 정량화

현행 구조에서 관리기간 후반부 계약자의 검진 수검률이 동일 연령대 일반 인구 대비 어떻게 움직이는지를 추적할 지표를 먼저 설계한다. 판매 초기이므로 자사 경험이 없으나, 판정시점이 최소 15년 뒤이므로 지금 지표를 심어 두지 않으면 이후에는 관측 자체가 불가능하다. 동시에 심평원 진료정보 확인 경로의 법적 근거(본인 동의 기반 조회 대행인지, 공공마이데이터인지)를 문서로 확정한다.

2단계 · 단기 (3~9개월) — 지표유지형 판정기준 병행 도입

진단확정 기준을 유지하되, 국가건강검진 결과를 보조 판정자료로 인정하는 선택형 특약을 병행 개발한다. 검진 결과가 정상 범위이면 그 자체로 무사고를 인정하고, 미수검은 판정 유예 또는 불인정으로 처리한다. 검진 수검 확인·결과 연계 코칭을 옵션에 내재화하여 서비스 결합 요건도 함께 충족한다.

3단계 · 중기 (9~18개월) — 판정 다단계화와 정산 선택권

5년 단위 중간 판정에 따른 부분 연장 구조로 확장하고, 최종 판정 시 연장과 환급 중 선택하는 정산형을 도입한다. 두 변경은 모두 준비금 구조를 바꾸므로 K-ICS 영향도 검토를 선행한다. 이 단계에서 자사 경험통계가 일부 축적되어 무사고 확률 가정의 1차 검증이 가능해진다.



상품구조 해부

본 건은 하나의 상품 안에서 급부방식과 운영제도를 각각 신청한 구조이므로, 계약의 시간 흐름을 따라 두 요소가 어떻게 맞물리는지를 먼저 정리한다.

1.1 계약 구조의 시간축

계약은 **관리기간**과 **연장기간**의 두 구간으로 나뉜다. 관리기간은 가입 시점부터 첫 갱신주기가 끝나는 시점까지이며, 이 기간에는 기본보장 보험료와 연장 옵션 보험료를 함께 납입한다. 관리기간 종료 시점에 무사고 여부를 판정하여, 무사고이면 100세까지 보험료 납입 없이 보험기간이 연장되고, 사고가 있었으면 그 진단 시점부터 옵션 보험료가 소멸하여 기본보장 수준의 보험료만 납입한다.

구분	관리기간	판정 이후
기간	가입 ~ 첫 갱신주기 종료 (제안서 예시: 40세 가입 → 55세)	판정시점 ~ 100세
보험료	기본보장 A + 연장 옵션 B	무사고: 납입 없음 / 사고: A만 납입
보장	가입 담보 전체 보장	무사고: 동일 담보 100세까지 사고: 기존 보장 유지, 연장 없음
회사 운영	정기 안내문, 자가점검, 검진 리마인드	연장 확정 통지 또는 감액전환 처리

출처: 신청 제안서 II. 신청대상 및 III. 신청사유(독창성). 가입연령·갱신주기는 공개 상품자료 기준 15~60세, 15~24세 30년 갱신 / 25~40세 55세 갱신 / 41~60세 15년 또는 20년 갱신.

1.2 트리거의 분해

무사고 판정의 대상 사고는 두 군으로 구성된다. 첫째는 4대 만성질환으로 고혈압·당뇨병·이상지질혈증·통풍이며, 둘째는 3대 중대질병으로 암·뇌질환·심장질환이다. 제안서는 이를 "약관상 정의된 사고"로 한정하고 있으므로, 판정의 실체는 유병 상태가 아니라 **의사의 진단확정**이다. 이 정의의 선택이 §4의 위험률 구조와 §6의 모럴해저드 진단을 동시에 좌우한다.

축	선택된 값	대안	선택의 함의
대상 질환	4대 만성질환 + 3대 중대질병	중대질병만 (기존 시장)	발생확률이 높은 질환군을 추가하여 무사고 확률을 크게 낮춤. 옵션 가격을 낮추는 효과
판정 기준	약관상 진단확정	검진 수치 기준, 투약 개시 기준	객관성은 확보되나 미수검 시 사고 미성립. 검진 회피 유인 발생
판정 횟수	첫 갱신시점 1회	다단계 판정, 매년 판정	운영은 단순하나 이연 보상의 체감도가 낮고 오차 흡수 장치가 없음
급부 형태	보험기간 연장 + 납입 면제	보험료 환급, 할인, 가입금액 증액	현금 유출이 없어 단기 손익 부담은 없으나 장기 준비금 부담으로 전환
실패 시 처리	옵션 보험료 소멸(감액 전환)	부분 환급, 재도전 기회	이미 납입한 옵션 보험료가 전액 소멸. 민원 위험의 근원



1.3 보험료 구조와 옵션의 크기

제안서는 암진단비 1천만원, 남자 40세 가입을 예시로 월 보험료 9,690원, 사고 확인 시 6,300원으로 자동 감액된다고 밝히고 있다. 두 값의 차이인 **3,390원이 곧 연장 옵션의 가격**이며, 전체 보험료의 35.0%에 해당한다. 공개 상품자료가 밝힌 "기존 세만기 상품 대비 약 41% 낮은 보험료"를 함께 놓으면, 동일 보장의 100세 만기 상품 보험료는 약 16,400원으로 환산된다.

$$B_x = P_{\text{전체}} - P_{\text{기본}} = 9,690 - 6,300 = 3,390\text{원 (35.0\%)}$$

$P_{\text{전체}}$: 관리기간 중 실제 납입 보험료 (제안서 예시값)

$P_{\text{기본}}$: 연장 기능이 없는 상태의 보험료 (감액 후 값)

$P_{\text{세만기}} \approx 9,690 \div 0.59 \approx 16,400\text{원}$ (공개자료의 41% 절감 진술에서 환산, 분석가 추정)

구조의 본질. 계약자는 관리기간 동안 매월 3,390원을 지불하고, 무사고라는 조건이 충족되면 55세부터 100세까지 45년간의 보장을 추가 납입 없이 받는 권리를 산다. 회사 입장에서는 15년간 옵션 보험료를 수취하는 대신, 무사고 집단에 대해 45년치 보장을 선납 형태로 부담하는 것이다. 이는 급부라기보다 **내재 옵션이 부가된 계약**이며, 가치평가의 핵심 변수는 행사확률 하나로 압축된다.

1.4 운영제도(감액전환·체크프로세스)의 위치

두 번째 신청 대상인 건강관리 체크프로세스는 5단계로 구성된다. 정기 안내 발송, 진료정보 기반 건강관리 체크(혈압·혈당·지질·요산), 위험 알람과 상담 연결, 사고 발생일의 객관적 확정, 그리고 연장 또는 감액의 자동 산출이다. 제안서는 이 가운데 네 번째 단계인 **시점 포착**을 계리 모델의 핵심으로 지목하고 있다. 사고 발생일이 곧 옵션 보험료의 소멸 시점이므로, 발생일이 늦게 확정될수록 회사는 이미 소멸했어야 할 보험료를 수취한 상태가 되어 반환 의무가 생긴다.

이 관점은 타당하다. 다만 제안서가 "P(t) 자동 산출"이라고 표기한 부분은 시점별 잔여 옵션가치의 재계산을 의미하는 것으로 읽히는데, 실제로는 사고 발생일 이후의 옵션 보험료 반환과 향후 미납 처리가 주된 내용일 가능성이 높다. 옵션 자체가 판정시점 이전에 소멸하면 잔여가치는 0이 되므로, 시점 포착의 계리적 의미는 가치 재산출이 아니라 보험료 정산에 가깝다.



국내외 유사 상품

2.1 국내 유사 상품

2.1.1 보장 유사형 — 무사고를 조건으로 계약조건이 개선되는 구조

구분	회사·상품	구조	본 건과의 차이
중대질병 무사고 연장	다수 손보사 장기보험 (제안서 자인)	중대질병 무사고 시 85세·90세까지 보험기간 연장	트리거가 중대질병에 한정. 만성질환 미포함
만기 후 재가입	DB손해보험 (2026년 5월 도입)	초기 보험기간을 단축해 보험료를 낮추고, 만기 시 심사 없이 100세까지 연장	무사고 조건이 없음. 본 건은 여기에 무사고 조건과 옵션 보험료를 얹은 형태
무사고 계약전환	DB손해보험 나에게 맞춘 간편건강보험	가입 후 입원·수술 이력이 없으면 신청에 따라 더 낮은 보험료로 계약 전환	혜택이 보험료 인하이며 기간 연장이 아님. 계약자 신청 방식
건강환급금형	다수 생·손보사	환급연령 도달 시 기납입보험료에서 지급 보험금을 차감하여 환급	현금 환급이며 조건이 무사고가 아니라 생존·유지
실손 무사고 할인	전 손보사 (2024년 7월~)	직전 1년 비급여 지급실적에 따라 보험료 할인·할증	제도적 의무사항이며 연 단위 조정. 장기 이연 보상이 아님

2.1.2 치료·지급방법 유사형 — 만성질환 관리 성과를 급부에 연결하는 구조

본 건과 개념적으로 가장 가까운 선례는 신청사 자신이 2025년 11월에 배타적사용권을 획득한 **만성질환 약물치료비(경도)(5년지급형)**이다. 고혈압·이상지질혈증·당뇨병이 경도 수준으로 확정 진단된 이후 매년 약물치료를 이어가면서 건강지표가 경도 구간을 유지하는 경우에 가입금액을 연 1회, 최대 5년간 지급하는 구조로, 9개월의 배타적사용권을 부여받았다. 같은 시점에 **현물급부 제공 만성질환진단비**도 6개월의 권리를 얻어 반지형 혈압계·가정용 체성분계·연속혈당측정기를 현물로 제공하고 있다.

두 선행 담보와 본 건의 관계는 명확하다. 선행 담보는 이미 진단된 이후의 관리 성과를 보상하고, 본 건은 진단 이전의 무발생을 보상한다. 시간축에서 서로 앞뒤로 붙는 구조이므로, 두 담보를 함께 가입한 계약자는 관리기간에는 무발생 보상을, 진단 이후에는 관리 유지 보상을 연속으로 받게 된다. 이 연결성은 신청사의 노력도 측면에서 유리한 논거이며, 동시에 § 8에서 다룰 확장 아이디어의 출발점이 된다.

2.1.3 건강증진형 인센티브 계열

걸음수 연계 할인, 건강나이·건강등급별 보험료 차등, 검진 결과 연계 환급은 이미 업계 전반에 보급되어 있다. 제안서가 이들을 "단기·일회성"으로 규정하고 차별화 근거로 삼은 것은 사실관계상 타당하다. 다만 이들 구조는 매년 재산정이 가능하여 가정 오차를 흡수하는 장치를 내장하고 있는 반면, 본 건은 한 번의 판정으로 45년치 결과가 확정된다는 점에서 위험 프로파일 이 근본적으로 다르다. 이는 차별성인 동시에 § 6에서 다룰 취약점이다.

2.2 일본 시장

2.2.1 일본 시장의 특이점

일본은 40~74세 피보험자를 대상으로 하는 **특정건강진사(特定健康診査)**와 **특정보건지도**가 법정 제도로 운영되어, 대사증후군 판정과 사후 지도가 보험자 단위로 관리된다. 검진 수검률 자체가 보험자 평가지표에 포함되므로, 개인이 검진을 회피할 유인이 제도적으로 억제되어 있다. 이 점은 본 건의 검진 회피 문제를 이해하는 데 결정적인 대비 사례가 된다.

2.2.2 유사 상품

상품	구조	본 건과의 비교
住友生命 Vitality (2018년 7월~)	건강증진 활동을 포인트화하여 4단계 등급으로 판정. 1년차 15% 할인에서 출발해 이후 매년 등급에 따라 최대 30% 할인 또는 10% 할증. 별도 이용료 월 880엔	되돌려 주는 수단이 보험료 변동 이며 매년 재산정된다. 본 건은 보험기간 연장 이며 단 한 번 확정된다
각사 특정질병 무사고 보너스형	일정 기간 무입원·무수술 시 축하금 또는 보험료 환급	급부가 현금이며 기간 구조를 바꾸지 않음

Vitality는 발매 후 약 4년 만에 누적 100만건, 2025년 1월 누적 200만건을 달성하였고, Discovery사의 글로벌 데이터 기준으로 프로그램 참여자의 입원율이 약 10%, 사망률이 약 40% 낮다는 결과가 제시되어 있다. 다만 이 수치는 참여자의 자기선택 효과가 제거되지 않은 관찰치이므로, 위험률 가정에 그대로 대입하기에는 부적절하다.

2.2.3 시사점

- **보상 수단의 선택이 위험 프로파일을 결정한다.** 일본형은 매년 보험료를 조정하므로 위험률 가정이 틀려도 다음 해에 교정할 수 있다. 본 건은 판정 한 번으로 45년이 확정되므로 교정 장치가 없다. 이 차이는 재보험 출재 가능성과 K-ICS 위험액 산정에 직접 연결된다.
- **검진 인프라의 차이가 트리거 설계를 제약한다.** 일본은 법정 검진이 판정의 기반이 될 수 있으나, 한국은 국가건강검진 수검이 개인 선택에 크게 의존한다. 진단확정 기준을 택한 것은 이 제약을 우회한 결과로 보이나, 그 대가로 회피 유인을 얻었다.
- **만성질환 무발생을 트리거로 하는 기간연장 급부는 일본에도 확인되지 않는다.** 이는 독창성 주장에 유리한 방증이다. 다만 일본에 없는 이유가 반드시 미개척이기 때문만은 아니며, 위 두 항의 구조적 제약을 일본 시장이 먼저 인식했을 가능성도 함께 고려해야 한다.



의학적 법률적 해석

3.1 의학적 해석 — 4대 만성질환의 행동 개선 가능성

제안서는 4대 만성질환을 1차 트리거로 삼은 근거로 "식습관·운동·금주로 유의미한 발생률 감소가 입증된 질환군"임을 들고 있다. 이 진술은 질환별로 강도가 다르므로 구분해서 볼 필요가 있다.

질환	KCD	행동 개선의 근거 강도	본 구조에서의 함의
당뇨병	E11~E14	강함. 고위험군 대상 생활습관 중재로 발생률이 절반 안팎까지 낮아진다는 대규모 중재연구가 축적	행동 유인이 실제 위험률 감소로 이어질 개연성이 가장 높은 질환
이상지질혈증	E78	중간. 식이·운동 효과가 있으나 유전적 요인과 연령 효과의 비중이 크다	유병률이 가장 높고 상승세도 가팔라, 무사고 확률을 떨어뜨리는 주된 요인
고혈압	I10~I13	중간. 저염식·체중감량·절주의 혈압 강하 효과는 확립되어 있으나 연령 증가에 따른 발생은 불가피	40대 후반부터 발생이 급증하여 관리기간 후반의 사고 집중
통풍	M10	강함. 음주·과당·비만이 명확한 위험요인	절대 발생률이 낮아 무사고 확률에 미치는 영향은 제한적

여기서 짚어야 할 점은 **네 질환이 서로 독립적이지 않다는 사실**이다. 질병관리청 분석에 따르면 고혈압·당뇨병·고콜레스테롤혈증 중 2개 이상을 동시에 보유한 성인 비율은 2024년 기준 19.7%이며, 세 가지를 모두 보유한 비율은 10.9%로 2013년의 5.9% 대비 1.8배 증가하였다. 대사증후군의 군집성 때문에 하나가 발생한 사람은 다른 질환도 함께 발생할 확률이 높다. 결합 무사고 확률을 각 질환의 무발생 확률의 단순 곱으로 계산하면 실제보다 낮게(보수적으로) 산출되며, 이는 옵션을 과소평가하게 만든다.

3.2 진단확정 기준의 의학적 모호성

고혈압과 이상지질혈증은 단일 측정으로 확정되지 않는다. 고혈압은 서로 다른 날 반복 측정한 값이 기준을 넘어야 진단하며, 이상지질혈증은 공복 상태의 지질검사 결과와 심혈관 위험도를 함께 고려한다. 반면 국가건강검진은 "유질환 의심" 판정과 확진 검사 권고로 이어지는 2단계 구조이다. 따라서 다음 세 가지 상태가 명확히 구분되어야 한다.

- 검진에서 이상 수치가 나왔으나 확진 검사를 받지 않은 상태
- 확진되었으나 투약을 시작하지 않은 상태
- 확진되고 투약 중인 상태

제안서는 "약관상 정의된 사고"라고만 기술하여 이 경계가 드러나지 않는다. 세 상태 중 어디까지를 사고로 볼지에 따라 무사고 확률이 크게 달라지며, 판정 실무에서 분쟁이 집중될 지점도 여기서다. 특히 첫 번째 상태를 사고로 보지 않는다면 확진 회피가 곧 무사고 유지 전략이 되고, 사고로 본다면 심평원 진료정보만으로는 포착되지 않는다.

3.3 법률적 해석

3.3.1 건강증진형 보험상품 가이드라인

금융위원회의 건강증진형 보험상품 개발·판매 가이드라인은 건강관리 노력의 대가로 제공하는 편익의 범위와 산출 근거를 규율한다. 본 건은 편익이 보험료 할인이나 환급이 아니라 **보험기간 연장**과 **납입면제**라는 점에서 기존 유형과 다르며, 편익의



크기가 계약 전 기간에 걸쳐 확정되므로 산출 근거의 검증 부담이 훨씬 크다. 신청사가 보험개발원 검증과 내외부 검증을 별도로 밟은 것은 이 부담을 인식한 결과로 읽힌다.

3.3.2 진료정보 확인 경로의 적법성

제안서 유용성 항목에는 "심평원데이터 자동조회 및 서류제출을 통해 사고여부 확인"이라는 표현이 있다. 그러나 보험회사가 건강보험심사평가원의 진료정보를 직접 자동 조회하는 것은 개인정보 보호법과 신용정보법 체계에서 허용되지 않는다. 실무상 가능한 경로는 계약자 본인의 동의에 기반한 조회 대행, 공공마이데이터 연계, 또는 계약자의 직접 서류 제출이며, 세 경로 모두 **계약자의 개별 동의와 능동적 협조**를 전제로 한다.

실무 시사점. 계약자가 동의를 철회하거나 서류 제출에 협조하지 않는 경우의 처리 방법이 약관에 명시되어야 한다. 무사고로 추정할 것인지, 판정을 유예할 것인지, 사고로 간주할 것인지에 따라 옵션가치가 달라지며, 협조 거부가 곧 계약자에게 유리하게 작용하는 설계라면 앞서 지적한 회피 유인이 한 겹 더 강화된다.

3.3.3 감액전환의 계약법적 성격

사고 발생 시 옵션 보험료를 소멸시키는 처리는 계약 내용의 자동 변경에 해당한다. 계약 체결 시점에 조건과 효과가 약관에 명시되어 있고 계약자가 이를 설명받았다면 자동 변경 자체는 유효하나, 다음 두 가지가 실무상 쟁점이 된다. 첫째, 사고 발생일과 회사의 인지일 사이의 시차 동안 수취한 옵션 보험료의 반환 범위이다. 둘째, 15년 가까이 옵션 보험료를 납입한 뒤 판정 직전에 진단을 받은 계약자에 대한 형평성이다. 후자는 법적으로는 약관대로 처리되더라도 민원과 평판 위험이 집중되는 지점이며, § 8의 정산 선택권 제안이 겨냥하는 문제다.

위험률 산출 방법론 추정

본 절은 실제 위험률을 계산하는 것이 아니라, 신청사가 어떤 구조로 산출했을 것인지를 역추정하고 각 구성요소를 확보 가능한 데이터원에 대응시키는 데 목적을 둔다.

4.1 위험률 형태의 식별

트리거를 분해하면 지급사유는 "관리기간 n년 동안 7개 질환군 중 어느 것도 최초 진단확정되지 않을 것"이다. 각 질환은 최초 발생만 문제되므로 개별적으로는 **확률형(first occurrence)**이며, 전체는 이들의 **결합 무발생 확률**이다. 재발이나 반복 청구가 없으므로 빈도형 구조는 필요하지 않다.

다만 급부가 확률적 현금이 아니라 **잔여기간 보장의 무납입 부여**이므로, 위험률만으로는 급부가 정의되지 않는다. 무사고 확률과 연장구간 보장의 급부현가를 곱해야 비로소 옵션가치가 나온다. 이 이중 구조가 본 건 위험률 산출의 특징이다.

4.2 산출식 추정

[1단계] 무사고 확률

$$q_{\text{연장}} = q_{\text{고혈압미발생}} \times q_{\text{당뇨미발생}} \times q_{\text{이상지질미발생}} \times q_{\text{통풍미발생}} \times q_{\text{중대질병미발생}} \times \kappa_{\text{동반상관}} \times u_{\text{진단포착}}$$

$q_{\text{고혈압미발생}}$: 가입연령 x세·성별 기준, 관리기간 n년 내 KCD I10~I13 최초 진단확정이 없을 확률

$q_{\text{당뇨미발생}}$: 동일 기준, KCD E11~E14 최초 진단확정이 없을 확률

$q_{\text{이상지질미발생}}$: 동일 기준, KCD E78 최초 진단확정이 없을 확률

$q_{\text{통풍미발생}}$: 동일 기준, KCD M10 최초 진단확정이 없을 확률

$q_{\text{중대질병미발생}}$: 동일 기준, 악관상 암·뇌질환·심장질환 최초 진단확정이 없을 확률

$\kappa_{\text{동반상관}}$: 대사증후군 군집성에 따른 결합 보정계수. 독립가정 대비 결합 무사고 확률을 상향 조정 ($\kappa > 1$)

$u_{\text{진단포착}}$: 실제 유병 대비 악관상 진단확정에 이르는 비율의 역수 성격 보정계수. 검진·진료 미수검분을 무사고로 산입 ($u > 1$)

[2단계] 옵션 급부의 기대현가

$$E[\text{옵션급부}]_x = q_{\text{연장}} \times p_{\text{유지}} \times s_{\text{선택효과}} \times E[\text{연장보장현가}]_{x+n}$$

$p_{\text{유지}}$: 관리기간 n년의 계약유지율. 판정시점에 도달한 계약만 옵션을 행사하므로 본 구조에서는 필수 항

$s_{\text{선택효과}}$: 무사고 집단의 x+n세 이후 위험률 ÷ 표준 위험률. 무사고 집단은 건강체로 선택되어 $s < 1$

$E[\text{연장보장현가}]_{x+n}$: x+n세 시점에서 100세까지 보장급부의 기대현가

[3단계] 연장 옵션 보험료

$$B_x = E[\text{옵션급부}]_x \div \ddot{a}_{x:n} \times (1 + \eta_{\text{안전할증}})$$

$\ddot{a}_{x:n}$: 관리기간 n년의 기시급 연금현가

$\eta_{\text{안전할증}}$: 무사고 확률 추정오차와 장기 위험률 변동에 대한 마진



유지율 처리에 관한 명시적 예외. 본 프로젝트의 기본 원칙은 위험률 산출식에서 유지율을 반영하지 않고 별도 항목으로 처리하는 것이다. 그러나 본 건은 판정시점에 계약이 존속해야만 옵션이 행사되므로, 유지율이 급부 발생 여부를 직접 결정한다. 따라서 1단계의 위험률식에서는 유지율을 배제하되, **2단계의 옵션가치 산출식에는 $p_{\text{유지}}$ 를 독립 항으로 명시**하는 방식으로 처리하였다. § 5의 역산 결과는 이 처리 없이는 정합성이 성립하지 않는다.

4.3 데이터 소스 매핑

각 구성요소를 확보 가능한 데이터원에 대응시키면 다음과 같다. 계산에 앞서 어떤 자료가 실제로 접근 가능한지를 먼저 확인하는 것이 본 절의 목적이다.

필요 데이터	급여·비급여	후보 소스	가용성·접근
4대 만성질환 연령별 최초 진단 발생률	급여	NHIS 표본코호트 및 맞춤형 코호트(KCD 기준 최초 청구 시점), HIRA 진료행위통계	상. 청구 기준이므로 약관상 진단확정과 정의 정합성이 높음
4대 만성질환 결합 무발생 확률	급여	NHIS 맞춤형 코호트에서 개인 단위 다질환 추적. 별도 신청 필요	중. 표준 통계로 공표되지 않아 맞춤형 추출이 필수
동반상관 보정계수 κ	급여	질병관리청 복합 만성질환 보고서, 국민건강영양조사 원시자료	상. 다만 검진 기준이므로 청구 기준으로의 환산 필요
진단포착 보정계수 u	혼재	국민건강영양조사의 유병률·인지율·치료율 대비, 국가건강검진 수검률 통계	중. 유병 대비 진단 비율 산출은 가능하나 시계열 안정성 확인 필요
3대 중대질병 발생률	급여	중앙암등록통계, 보험개발원 경험위험률, 자사 경험통계	상. 업계 표준 위험률 활용 가능
선택효과 계수 s	—	자사 경험통계 부재. 해외 건강증진형 프로그램 코호트 문헌, 재보험사 표준율	하. 본 건의 최대 데이터 공백. 갱신형 출시 후 경험 축적으로 보완 필요
15년 계약유지율	—	자사 장기보험 유지율 실적, 협회 공시 유지율 통계	상. 다만 본 상품의 강한 인센티브로 인해 기존 실적의 외삽 타당성이 제한적

데이터 공백의 위치. 위 표에서 가용성이 하로 평가된 항목은 선택효과 계수 s 하나이며, 이는 우연이 아니다. 무사고 집단이 55세 이후 45년간 어떤 위험률을 보이는지는 어떤 공개 통계로도 관측할 수 없다. 진단확정 이력이 없는 코호트를 장기 추적한 자료가 국내에 존재하지 않기 때문이다. 신청사가 "코호트통계 활용한 만성질환 발생률 개발"이라고 밝힌 부분은 1단계 무사고 확률까지를 가리킬 개연성이 높고, 2단계의 선택효과는 가정에 의존했을 가능성이 크다.

4.4 감액전환 처리의 계리적 표현

사고가 발생하면 그 시점부터 옵션 보험료가 소멸한다. 시점 t 에 사고가 발생한 계약의 옵션 관련 손익은 다음과 같이 정리된다.



잔여옵션가치(t) = 0, 회사 수취액 = $B_x \times \ddot{a}_{x:t}$, 반환의무 = $B_x \times (\text{인지일} - \text{발생일 구간분})$

사고 발생 즉시 옵션가치가 0이 되므로, 관리기간 중 발생한 사고에 대해서는 이미 수취한 옵션 보험료가 회사에 귀속된다
발생일과 인지일의 시차 동안 수취한 보험료는 계약자에게 반환. 제안서가 강조한 시점 포착의 실질적 기능

이 구조에서 회사의 옵션 손익은 **사고 발생 시점의 분포**에 민감하다. 사고가 관리기간 초반에 집중되면 회사는 옵션 보험료를 거의 받지 못한 채 계약이 기본형으로 전환되고, 후반에 집중되면 15년치 옵션 보험료를 수취한 뒤 급부 의무가 소멸한다. 만성질환 발생률이 연령에 따라 상승하는 점을 감안하면 후자의 비중이 크며, 이는 회사에 유리한 방향이나 동시에 § 6의 민원 위험을 키우는 요인이기도 하다.



기초통계 추정 및 정합성 검증

5.1 공시 보험료로부터의 역산

제안서와 공개 상품자료가 제공하는 세 개의 수치, 곧 전체 보험료 9,690원, 감액 후 보험료 6,300원, 세만기 대비 41% 절감을 결합하면 내재 옵션행사확률을 역산할 수 있다. 계산 가정은 예정이율 2.75%, 남자 40세, 관리기간 15년, 비교 대상 세만기 상품은 20년납 100세만기이며, 3대질병 급부현가의 연령별 분포는 국가 발생률 통계를 근사한 값을 사용하였다.

단계	값	산출 근거
옵션 보험료 B	3,390원 (35.0%)	$9,690 - 6,300$ (제안서 예시값, 사실)
세만기 환산 보험료	약 16,400원	$9,690 \div 0.59$ (41% 절감 진술에서 환산, 추정)
신상품 납입현가 ÷ 세만기 납입현가	약 47%	$9,690 \times \ddot{a}_{15} \div (16,400 \times \ddot{a}_{20})$
40~55세 구간 급부현가 비중	약 17%	3대질병 연령별 발생률 곡선의 현가 배분
55~100세 구간 급부현가 비중	약 83%	동상
내재 옵션행사확률	약 0.20	옵션 납입현가 ÷ 55~100세 급부현가. 부가보험료 비율 가정에 대해 불변

계산은 부가보험료 제외율을 65%·70%·75%로 바꾸어도 결과가 0.198로 동일하다. 분자와 분모에 동일 비율이 적용되어 상쇄되기 때문이며, 이는 역산 결과의 강건성을 뒷받침한다.

5.2 역학자료 기반 무사고 확률의 독립 추정

역산값을 검증하기 위해, 공표 통계로 남자 40세의 15년 무사고 확률을 별도로 추정한다. 2024년 국민건강영양조사 기준 19세 이상 남자의 유병률은 고혈압 26.3%, 당뇨병 13.3%, 고콜레스테롤혈증 23.4%이며, 세 질환 모두 전년 대비 상승하였다. 연령별로는 남자 40대에서 상승폭이 가장 커서 비만 11.5%p, 고혈압 4.3%p, 당뇨병 2.4%p, 고콜레스테롤혈증 5.0%p가 한 해 사이에 올랐다.

질환	40세 시점 기유병	40~55세 연평균 신규 진단률(추정)	15년 누적 미발생 확률(추정)	비고
고혈압	약 20%	1.8~2.5%	0.70~0.76	40대 후반부터 급증
이상지질혈증	약 22%	2.2~3.0%	0.64~0.72	무사고 확률의 최대 감쇠 요인
당뇨병	약 11%	0.9~1.3%	0.82~0.87	전단계 인구가 매우 큼
통풍	약 3%	0.3~0.5%	0.93~0.96	영향 제한적
3대 중대질병	—	0.35~0.5%	0.93~0.95	암 발생률이 대부분

독립가정 결합: $0.73 \times 0.68 \times 0.845 \times 0.945 \times 0.94 \approx 0.373$

$K_{\text{동반상관}}$ 적용 (군집성 반영, 1.15~1.30 추정) → 0.43 ~ 0.48

$U_{\text{진단포착}}$ 적용 (미수검·미확진분 무사고 산입, 1.05~1.15 추정) → **0.45 ~ 0.55**

5.3 정합성 검증 — 두 추정치의 대조

역산값 0.20 대 역학 추정값 0.45~0.55. 두 값의 비는 0.36~0.44이며, 이 간극을 메울 수 있는 항은 유지율과 선택효과 두 가지뿐이다. 선택효과 s 를 0.75~0.85로 놓으면 내재 15년 유지율은 0.43~0.59, 선택효과를 반영하지 않으면 0.36~0.44가 된다. 어느 쪽이든 국내 장기보험의 15년 유지율 실적 범위와 부합한다.

이 대조가 말해 주는 바는 세 가지다.

- **산출 자체는 정합적이다.** 옵션 보험료 3,390원은 무작위로 정해진 값이 아니라 무사고 확률과 유지율 가정을 함께 반영한 결과로 설명된다.
- **가격이 유지율 가정에 크게 의존한다.** 만약 실제 15년 유지율이 가정보다 10%p 높아지면 옵션 행사건수가 비례하여 늘고, 그만큼 옵션 보험료가 부족해진다. 옵션 가격의 유지율 탄력성은 사실상 1에 가깝다.
- **상품 목표와 가격 가정이 반대 방향이다.** 제안서가 유용성 근거로 제시한 "계약 유지율 개선"이 성공할수록 옵션 손실이 커진다. 이 상충은 상품 설계상 불가피하며, 관리 방법은 유지율 상승분을 조기에 포착하여 신계약 요율에 반영하는 것 외에 마땅치 않다.

5.4 규모 검증 — 발생 건수의 차수 확인

가입 연령대를 40대 중심으로 보고 초년도 신계약 10만 건을 가정하면, 관리기간 15년 동안 사고로 감액전환되는 계약은 약 4.5만~5.5만 건, 판정시점까지 존속하며 무사고를 유지하는 계약은 약 2만 건 안팎으로 추정된다. 판정 이후 2만 건에 대해 45년간 무납입 보장을 제공해야 하므로, **판정시점 준비금이 급격히 증가**하는 구조가 된다. 이 계단형 부채 인식은 IFRS 17의 이행현금흐름 측정과 K-ICS 보험위험액 산정에서 별도 시나리오로 다루어야 한다.

추가 검증이 필요한 지점. 위 규모 추정은 가입 연령분포가 40대에 집중된다는 가정에 의존한다. 그러나 공개 상품자료 기준 가입 연령은 15~60세이며, 15~24세는 30년 갱신, 25~40세는 55세 갱신, 41~60세는 15년 또는 20년 갱신으로 관리기간이 크게 다르다. 20세 가입자의 관리기간은 30년, 55세 가입자는 15년이므로 무사고 확률이 연령대별로 크게 달라진다. 실제 판매 연령분포가 저연령에 쏠릴 경우 관리기간이 길어져 무사고 확률이 낮아지지만, 동시에 유지율은 더 낮아지므로 두 효과의 방향이 상쇄된다. 연령대별 옵션 보험료율의 적정성은 이 상쇄 구조를 개별적으로 확인해야 판단할 수 있다.



리스크 진단

6개 축에 대하여 위험 요인과 완화 수단을 짝지어 제시한다. 본 건에서 가장 무게가 큰 축은 모럴해저드와 데이터리스크이며, 공급자유인은 상대적으로 낮다.

6.1 역선택

위험. 옵션 보험료는 선택 항목이므로, 자신의 건강상태에 자신이 있는 사람만 옵션을 선택한다. 이미 경계 수치에 있는 사람은 옵션을 선택하지 않거나 아예 가입하지 않으므로, 옵션 가입군은 표준체보다 건강한 집단으로 자기선택된다. 이 경우 실제 무사고 확률이 § 5의 역학 추정치보다 높아지고, 옵션 보험료가 부족해진다. 고지의무로 기진단자는 배제되지만, 진단 직전 경계군은 걸러지지 않는다는 점이 핵심 취약점이다.

완화. 옵션 가입 시 별도 고지항목(최근 검진 수치 구간, 투약 여부)을 두어 경계군을 식별하고, 옵션 요율을 이 구간에 따라 차등한다. 또는 옵션을 선택형이 아닌 기본 탑재형으로 전환하여 자기선택 자체를 제거한다. 후자는 전체 보험료를 올리는 대신 역선택을 근본적으로 차단한다.

6.2 모럴해저드

위험. 본 건 최대의 구조적 위험이다. 트리거가 진단확정이므로, 관리기간 후반부의 계약자에게는 **검진을 받지 않는 것이** 최적 전략이 된다. 특히 판정시점 직전 2~3년의 계약자는 이상 증상이 있어도 확진을 미룰 유인이 강하다. 이는 상품이 내세운 예방 유인과 정면으로 배치될 뿐 아니라, 진단 지연으로 인한 중증화가 결국 3대질병 급부로 되돌아오는 이중의 손해를 낳는다.

완화. 세 층위의 대응이 가능하다. 첫째, 판정 기준을 진단확정에서 검진 수치로 전환하여 미수검을 무사고로 인정하지 않는다(§ 8 제안 3). 둘째, 관리기간 중 국가건강검진 수검 확인을 옵션 유지 요건으로 두어 미수검 자체에 불이익을 부여한다. 셋째, 판정 직전 구간에서 회사가 검진 비용을 지원하고 수검을 적극 유도하여 회피 유인의 경제적 크기를 상쇄한다. 세 번째는 즉시 시행 가능하나 효과가 제한적이며, 첫 번째가 근본 해법이다.

6.3 공급자 유인 (SIR)

위험. 급부가 현금이 아니라 보험기간 연장이므로 의료공급자가 얻을 직접 이익이 없다. 따라서 공급자 유인은 세 축 가운데 가장 낮다. 다만 역방향의 가능성이 있다. 진단을 피하려는 계약자의 수요에 대응하여, 정식 진단 없이 수치만 확인해 주는 비급여 검사나 자가측정 서비스의 이용이 늘어날 수 있다. 이 경우 진료기록이 남지 않아 회사의 사고 포착률이 더 낮아진다.

완화. 비급여·자가측정 결과를 판정에 활용할 수 있도록 하는 대신, 그 결과가 이상 범위이면 확진 검사를 요구하는 절차를 약관에 둔다. 즉 계약자가 수치를 확인한 이상 그 결과를 회사에 제출할 의무를 지도록 설계한다.

6.4 재보험

위험. 본 건의 위험은 45년 뒤에 실현되는 이연 옵션이므로, 통상의 초과손해액 재보험이나 비례재보험으로 담보하기 어렵다. 재보험사가 인수해야 할 위험은 개별 사고가 아니라 **무사고 확률 가정의 오차**이며, 이는 시장에서 표준화된 담보 대상이 아니다. 또한 판정시점 이후에는 보험료 유입이 없어 재보험료 자원 자체가 관리기간에 국한된다.

완화. 현실적인 방안은 세 가지다. 첫째, 옵션 부분을 분리하지 말고 상품 전체의 3대질병 위험을 기존 재보험 특약에 포함시켜 간접적으로 완충한다. 둘째, 위험률 변동 조항이 있는 재보험 특약을 통해 무사고 확률 가정의 재조정 권한을 확보한다. 셋째, 판정시점까지의 경험 데이터를 재보험사와 공유하는 조건으로 조기 단계에서 파트너십을 구축한다. 재보험 협상에서는 무사고 확률 가정의 근거자료가 유일한 협상 자산이 되므로, 데이터 축적 계획 자체가 협상력이다.

6.5 규제 리스크

항목	쟁점	대응
건강증진형 가이드라인	편익이 보험료 할인이 아닌 기간 연장이며 크기가 계약 전 기간에 확정됨. 산출 근거 검증 부담이 큼	보험개발원 검증 결과의 문서화, 가정 변경 시 재검증 절차 사전 합의
진료정보 확인 경로	보험사의 심평원 직접 자동조회는 현행법상 불가. 본인 동의 기반 조회 대행 또는 서류 제출만 가능	동의 철회·비협조 시 처리 방법을 약관에 명시. 공공마 이데이터 연계 검토
감액전환의 설명의무	15년 납입 후 판정 직전 진단 시 옵션 보험료 전액 소멸. 불완전판매 소지	가입 시 최악 시나리오 예시 의무화, 정기 안내문에 잔여 위험 명시
준비금·K-ICS	판정시점의 계단형 부채 인식, 45년 무납입 보장금리·해지·장수 위험 노출	판정시점 전후 시나리오를 분리한 부채 적정성 평가, 옵션 행사확률 민감도 공시

6.6 데이터 리스크

위험. § 4.3에서 확인한 대로 선택효과 계수 s 에 대응하는 관측 자료가 국내에 없다. 무사고 집단이 55세 이후 45년간 어떤 위험률을 보이는지는 상품이 판매되기 전에는 알 수 없고, 판매 이후에도 첫 판정까지 15년, 유의미한 경험 축적까지 25년 이상이 걸린다. 즉 **가정의 검증 시점이 위험 실현 시점보다 늦다**. 이는 본 건 고유의 문제가 아니라 장기 옵션형 급부 전반의 문제이지만, 본 건은 옵션가치 전체가 이 가정에 실려 있어 노출 강도가 특히 크다.

완화. 첫째, 관리기간 중에도 검진 수치·투약 여부 등 중간 지표를 수집하여 선택효과와 조기 신호를 확보한다. 둘째, 초기 판매분에 대해 갱신 구조를 유지하여 가정 이탈이 확인될 경우 신계약 효율에 즉시 반영한다. 셋째, 무사고 확률과 선택효과를 각각 $\pm 20\%$ 변동시킨 민감도 시나리오를 상시 관리하고, 임계치 이탈 시 판매 조정 기준을 사전에 정해 둔다.

위험의 우선순위. 여섯 축 가운데 즉시 조치가 필요한 것은 모럴해저드(6.2)와 규제 리스크 중 진료정보 확인 경로(6.5) 두 가지다. 전자는 상품 설계 변경을, 후자는 법적 근거 문서화를 요한다. 데이터 리스크(6.6)는 성격상 즉시 해소가 불가능하므로 관측 체계를 지금 심어 두는 것이 유일한 대응이다.



경쟁사 대응 시나리오

7.1 모방 난도 평가

두 신청 건의 모방 난도를 데이터장벽·제휴장벽·시스템장벽 세 요인으로 나누어 평가한다.

요인	① 급부방식	② 운영제도	근거
데이터장벽	낮음~중간	낮음	4대 만성질환 발생률은 NHIS·질병관리청 공개통계로 근사 가능. 결합 무사고 확률만 맞춤형 추출이 필요하나 기술적 난도는 높지 않음
제휴장벽	없음	낮음	외부 공급자 제휴가 불필요. 진료정보 확인 경로는 업계 공통 인프라
시스템장벽	낮음	높음	정기 안내·수검 관리·발생일 확정·감액 자동처리를 하나의 흐름으로 묶어야 함. 신청사 자신이 프로세스 개발에만 12개월을 투입
종합	중간	중상	약관 문언만으로는 ①의 재현이 가능하나, ②가 없으면 판정 실무가 성립하지 않음

7.2 예상 카피 경로

- **경로 A — 급부 형태 치환.** 무사고 시 기간을 연장하는 대신 **기납입 옵션 보험료를 환급**하는 구조로 우회한다. 급부 형태가 다르므로 배타권 저촉 판단을 피할 여지가 크고, 개발 난도는 크게 낮으며 준비금 부담도 가볍다. 소비자 체감도는 오히려 높을 수 있어 가장 현실적인 위협이다.
- **경로 B — 트리거 축소.** 4대 만성질환 중 2~3개만 대상으로 삼거나, 중대질환을 제외하고 만성질환만으로 판정하는 변형이다. 무사고 확률이 올라가 옵션 보험료는 비싸지지만, 소비자에게는 달성 가능성이 높아 보이는 이점이 있다.
- **경로 C — 생보사의 납입면제 특약 변형.** 생명보험 영역에서 무사고 시 이후 보험료 납입을 면제하는 특약으로 접근한다. 기간 연장이 아니라 납입면제이므로 형식상 구분되며, 생보사의 기존 납입면제 인프라를 재활용할 수 있다.
- **경로 D — 배타권 종료 후 직접 모방.** 통상 부여기간이 6개월 전후에 머무는 점을 감안하면, 시장 선점 효과가 실질적으로 작동하는 기간은 짧다.

7.3 차단 전략

1) 운영제도에 방어의 무게를 둔다. ①은 형태 치환으로 우회가 쉽고 ②는 시스템 투자를 요한다. 따라서 배타권 신청 논거와 이후 방어 전략 모두 ②의 프로세스 고유성에 집중하는 편이 실효적이다. 특히 사고 발생일 확정 로직과 감액 자동처리의 결합은 서술로 재현하기 어려운 부분이다.

2) 상품 운영구조의 특허 출원을 검토한다. 삼성생명이 치매 위험군 보장 상품의 운영구조를 특허로 등록하여 배타권 종료 이후에도 보호를 이어간 사례가 있으며, 손해보험협회가 제기한 취소 신청은 2026년 1월 특허심판원에서 기각되었다. 배타권 만으로는 6개월 내외의 보호에 그치므로, 판정 프로세스와 감액전환의 자동 처리 흐름을 대상으로 한 특허 검토가 실익이 있다.

3) 경로 A를 선제적으로 흡수한다. 환급형 우회가 가장 유력한 위협이므로, §8의 정산 선택권 제안(연장과 환급 중 선택)을 신청사가 먼저 도입하면 경쟁사의 차별화 여지를 제거하면서 자사 민원 위험도 함께 낮출 수 있다. 방어와 개선이 같은 방향인 드문 사례이다.



4) 판정 실적을 공개 자산으로 축적한다. 15년 뒤 첫 판정 결과가 나오기 전까지는 어떤 회사도 무사고 확률의 실증치를 갖지 못한다. 관리기간 중 중간 지표를 체계적으로 수집해 두면, 후발 주자가 가정에만 의존하는 동안 신청사만 실증 기반 요율을 갖는 상태가 된다. 이것이 장기적으로 가장 견고한 장벽이다.



상품개선 제안

본 장의 제안은 § 5에서 확인된 가격 구조와 § 6에서 진단한 리스크를 출발점으로 삼는다. 특히 옵션 가격이 유지율 가정에 사실상 탄력성 1로 반응한다는 점과, 진단확정 기준이 검진 회피 유인을 만든다는 두 가지 발견이 제안 전체를 관통한다.

8.1 원상품 가치 해체

핵심 기능	보험료를 내는 기간의 건강 상태를 보장 자산으로 치환 한다. 관리기간을 무사고로 통과하면 이후 45년간의 보장이 추가 대가 없이 확정된다. 기능의 본질은 할인이 아니라 기간의 이전(transfer of duration) 이다.
고객 Pain Point	100세 만기를 처음부터 선택하면 보험료가 부담스럽고, 갱신형을 선택하면 고연령기에 보험료가 급등하거나 보장이 끊길 수 있다는 양자택일의 불안 . 그리고 만성질환은 지금 아무 증상이 없어 관리의 동기가 생기지 않는다는 행동적 공백.
제공 가치	낮은 초기 보험료로 시작하되 장기 보장의 확정 가능성 을 함께 얻는 것. 그리고 건강관리를 추상적 권고가 아니라 계산 가능한 경제적 이익으로 전환해 주는 것.

이 세 요소에서 개선의 좌표가 나온다. 기능이 기간의 이전이라면 **이전의 단위를 잘게 쪼개는 것이 확장**이고, Pain Point가 동기의 공백이라면 **동기가 실제로 작동하도록 판정 기준을 바꾸는 것이 집중**이며, 가치가 확정 가능성이라면 **확정에 실패했을 때의 처리를 설계하는 것이 전환**이다. 그리고 이 모든 가치가 15년 뒤에야 실현된다는 점이 재구성의 과제다.

8.2 확장 (Expand)

확장 01

판정 시점 다단계화 — 5년 단위 부분 연장

- 담보 정의** — 관리기간 종료 시점의 단일 판정을 5년 단위 중간 판정으로 분할한다. 각 구간을 무사고로 통과할 때마다 연장기간의 일정 비율이 확정되며, 확정된 부분은 이후 사고가 발생해도 소멸하지 않는다.
- 보장 방법** — 40세 가입 15년 관리기간 기준으로 45세·50세·55세 세 시점에 판정한다. 각 구간 통과 시 100세까지의 연장분 중 3분의 1씩을 확정하고, 중도 사고 발생 시 이미 확정된 부분만 유효하게 남긴다. 미확정분에 대응하는 옵션보험료는 사고 시점부터 납입이 중단된다.
- 보장금액 제안** — 보장금액은 변경하지 않고 연장 기간을 분할한다. 예컨대 1구간 통과 시 85세까지, 2구간 통과 시 92세까지, 3구간 통과 시 100세까지 연장하는 방식으로 설계하면 계약자의 이해가 쉽다.
- 대상 고객** — 관리기간이 긴 저연령 가입자. 공개 상품자료 기준 15~24세는 30년, 25~40세는 55세까지가 관리기간이므로, 이 구간의 계약자는 현행 구조에서 **30년 뒤 단 한 번의 판정**을 기다려야 한다. 시간할인을 고려하면 사실상 동기가 작동하지 않는 설계다.
- 차별화 포인트** — 독창성: 무사고 기반 기간연장 구조에서 부분 행사를 인정한 사례가 확인되지 않는다. 진보성: § 5.3에서 확인된 **옵션 가격의 유지율 의존** 문제를 완화한다. 중간 확정분이 존재하면 계약자의 해지 유인이 낮아지지만, 동시에 회사는 이미 확정된 부분만큼만 부채를 인식하므로 판정시점의 계단형 부채 인식도 평탄화된다. 유용성: 계약자는 도중에 발병하더라도 그때까지의 관리 성과를 잃지 않는다.
- 위험요소** — 부분 확정이 누적되면 판정 이전 단계에서도 부채가 발생하여 준비금 부담이 앞당겨진다(완화: 구간별 연장분에 대응하는 준비금 적립 설계를 사전에 확정하고 K-ICS 영향도를 선행 검토한다). 유지율 상승이 옵션 손실을 키운다는 § 5.3의 상충이 오히려 강화된다(완화: 구간별 옵션보험료율을 분리 산출하여 각 구간의 무사고 확률과 잔여 유지율을 개별 반영한다).



3계이트 — 신규성: 국내 무사고 연장 구조 중 부분 행사 사례 미확인. 데이터 실현가능성: 중, 구간별 무사고 확률은 기존 결합 확률을 분해하면 산출 가능하나 부분 행사 시 잔여 유지율 추정이 필요하다. 구조 건전성: 확정분 소멸 방지가 오히려 중도 해지 유인을 낮춰 역선택 방향을 개선한다.

확장 02

부부 동반 판정 연동형

- 담보 정의** — 배우자가 함께 가입한 경우, 두 사람 모두 무사고로 관리기간을 통과하면 연장기간에 추가 혜택을 부여한다. 한 사람만 통과하면 각자의 연장만 적용된다.
- 보장 방법** — 동반 통과 시 연장기간 중 일정 구간의 보장금액을 증액하거나, 건강관리 서비스 이용 범위를 확대한다. 판정은 개별적으로 수행하되 혜택 산정에서만 연동한다.
- 보장금액 제안** — 동반 통과 시 연장기간 보장금액을 일정 비율 증액한다. 추가 옵션보험료는 부부 각각의 무사고 확률과 동반 통과 확률의 상관을 반영하여 산출한다.
- 대상 고객** — 40~50대 부부 가구. 만성질환의 주요 위험인자인 식습관과 생활 리듬은 가구 단위로 공유되므로, 관리 행동도 가구 단위로 발생하는 것이 자연스럽다.
- 차별화 포인트** — 독창성: 무사고 판정을 가구 단위로 연동한 사례가 없다. 진보성: 개인의 의지에만 의존하던 행동 유인에 상호 감시와 동조라는 사회적 기제를 결합한다. 식습관 개선은 혼자보다 함께할 때 지속률이 높다는 것이 생활습관 중재 연구의 일관된 결과다. 유용성: 가구 단위 계약 규모가 커지고 유지율이 개선된다.
- 위험요소** — 부부의 무사고 사건이 독립이 아니므로 동반 통과 확률이 독립 가정보다 높게 나타나 옵션 손실이 확대될 수 있다(완화: § 5.2에서 적용한 동반상관 계수 κ 와 동일한 방식으로 가구 내 상관을 명시적으로 추정하여 요율에 반영한다). 한쪽 배우자의 발병이 다른 쪽의 관리 동기를 함께 꺾는 역효과(완화: 개별 연장은 그대로 유지하고 동반 혜택만 소멸하는 구조로 설계한다).

3계이트 — 신규성: 국내 미확인. 데이터 실현가능성: 중하, 부부 간 만성질환 발생 상관 추정 자료가 국내에 희소하여 초기에는 보수적 가정이 불가피하다. 탐색 단계로 분류한다. 구조 건전성: 동반 혜택 규모를 제한하면 상관 추정 오차의 영향이 통제된다.

8.3 집중 (Focus)

집중 01

지표유지형 연장 — 검진수치 기준으로의 판정 전환

- 담보 정의** — 무사고 판정의 기준을 진단확정 여부에서 국가건강검진 결과 수치의 정상 범위 유지로 전환한다. 검진에서 혈압·혈당·지질·요산이 기준 범위 내이면 무사고로 인정하고, 미수검은 무사고로 인정하지 않는다.
- 보장 방법** — 관리기간 중 정해진 주기마다 국가건강검진 결과를 제출하거나 연계 동의를 통해 자동 확인한다. 수치가 기준을 벗어나면 유예기간을 부여하고 재검에서 회복되면 무사고를 유지한다. 미수검이 연속될 경우 해당 구간을 불인정 처리한다.
- 보장금액 제안** — 연장 급부는 현행과 동일하게 유지한다. 판정 기준만 전환하므로 급부 구조 변경이 없다. 다만 검진 기반 판정은 진단확정 기준보다 포착률이 높아 무사고 확률이 낮아지므로, 옵션보험료를 하향 조정할 여지가 생긴다.
- 대상 고객** — 실제로 건강관리를 하고 있으며 그 사실을 객관적으로 입증하고 싶은 계층. 현행 구조에서는 성실히 검진받는 사람이 오히려 불리하고 검진을 피하는 사람이 유리하다는 역설이 발생한다.
- 차별화 포인트** — 독창성: 무사고 판정을 진단이 아닌 검진 수치로 정의한 사례가 국내에 없다. 진보성: § 3.2와 § 6.2에서 지정한 검진 회피 유인을 정면으로 역전시킨다. 검진을 받아야만 판정이 성립하므로 미수검이 곧 옵션 상실이 되며, 상품의 선언적 목적과 계약자의 실제 유인이 처음으로 일치한다. 유용성: 정기 검진 수검률 자체가 상승하여 요약서가 인용한 국가 예방정책 기여 논거가 실질을 갖게 된다.



6. **위험요소** — 검진 결과 연계에 필요한 개인정보 처리 근거(완화: 본인 동의 기반 조회 또는 공공마이데이터 경로를 § 3.3.2에서 검토한 대로 문서로 확정하고, 수집 항목을 판정에 필요한 최소 지표로 한정한다). 검진 수치의 일시적 변동으로 인한 판정 분쟁(완화: 재검 유예 조항과 판정 기준값을 약관에 명문화하고, 임상 진료지침의 진단 역치를 그대로 인용한다). 수치 조작을 위한 일시적 행동 변경(완화: 단일 시점이 아닌 복수 시점의 추이를 판정에 반영한다).

3개이트 — 신규성: 검진 결과 연계 할인은 존재하나 무사고 판정 기준으로 삼은 사례는 미확인. 데이터 실현가능성: **중상**, 국가건강검진 수검 및 판정 자료는 공표 통계와 공단 자료로 접근 경로가 명확하다. 구조 건전성: 미수검 불인정 조항이 곧 역선택 방어 장치로 작동한다.

집 중 02

유병자 대상 관리성공형 연장 트랙

1. **담보 정의** — 현행 구조는 관리기간 시작 시점에 이미 4대 만성질환을 보유한 사람을 사실상 배제한다. 이들을 위해 **발병 여부가 아니라 조절 상태 유지**를 판정 기준으로 하는 별도 트랙을 신설한다.
2. **보장 방법** — 가입 시점에 경도 만성질환을 보유한 계약자를 대상으로, 관리기간 중 약물치료를 지속하며 지표가 악화되지 않으면 연장을 인정한다. 신청사가 이미 배타적사용권을 획득한 만성질환 약물치료비(경도) 담보의 판정 논리를 연장 급부에 그대로 이식할 수 있다.
3. **보장금액 제안** — 연장 만기를 무사고 트랙보다 짧게 설정한다(예: 90세). 위험 수준 차이를 급부 폭으로 흡수하여 요율 체계를 단순하게 유지한다.
4. **대상 고객** — 40대 이상 경도 만성질환 보유자. § 5.2에서 정리한 바와 같이 40세 시점 기유병률은 고혈압 약 20%, 이상지질혈증 약 22% 수준으로 추정되므로, 현행 구조가 배제하는 시장 규모가 결코 작지 않다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 무사고형 상품에 유병자 트랙을 병설한 사례가 없다. 진보성: § 2.1.2에서 확인한 신청사의 기존 만성질환 관리 담보와 본 신청 건 사이의 **유인 단절**을 메운다. 진단 전에는 진단을 피하는 것이 이익이고 진단 후에는 관리하는 것이 이익이 되는 현재의 불연속이, 두 트랙을 이으면 하나의 연속된 관리 유인으로 통합된다. 유용성: 유병자보험 시장의 성장세를 고려하면 사업적 잠재력이 크다.
6. **위험요소** — 유병자 트랙의 무사고 확률 추정에 필요한 경험통계 부재(완화: 기존 만성질환 약물치료비 담보의 5년 지급 경험치 축적되면 조절 유지 확률의 1차 근거가 된다. 그 전까지는 **탐색 단계**로 둔다). 인수 시점의 중증도 분류 정확도(완화: 경도 판정 기준을 임상 진료지침에 따라 명문화하고 인수심사 단계에서 검진 결과 확인을 의무화한다).

3개이트 — 신규성: 국내 미확인. 데이터 실현가능성: **하**, 조절 유지 확률의 장기 추정 자료가 없어 자사 경험 축적이 선행되어야 한다. **탐색 단계**. 구조 건전성: 연장 만기를 단축하여 추정 오차의 재무 영향을 제한한다.

8.4 전환 (Transform)

전 환 01

연장·환급 선택권 — 옵션 정산형

1. **담보 정의** — 관리기간 중 사고가 발생하여 연장 옵션이 소멸할 때, 그때까지 납입한 옵션보험료의 일부를 정산하여 돌려주거나 다른 보장으로 전환할 권리를 부여한다.
2. **보장 방법** — 사고 확인 시 계약자에게 두 선택지를 제시한다. 첫째, 납입 옵션보험료의 일정 비율을 만성질환 관리 관련 급부로 전환하는 방식. 둘째, 감액 후 보험료 차액만큼 보장금액을 증액하는 방식. 현금 환급은 자원 부담이 크므로 급부 전환을 기본으로 설계한다.
3. **보장금액 제안** — 정산 비율은 사고 발생 시점에 비례하여 설계한다. 관리기간 초반 발병은 낮은 비율, 후반 발병은 높은 비율을 적용하여 **기여 기간에 대응**시킨다.
4. **대상 고객** — 관리기간 후반부에 발병하는 계약자. 현행 구조에서 이들은 14년간 옵션보험료를 납입하고도 아무 혜택 없이 소멸을 맞는다. § 6에서 지적한 민원 위험이 가장 집중되는 지점이다.



5. **차별화 포인트** — 독창성: 무사고 옵션의 부분 정산 구조가 국내에 없다. 진보성: 전부 아니면 전무 구조가 만드는 불완전판매 위험과 민원 위험을 설계 단계에서 제거한다. 특히 판정 시점이 15년 이상 뒤라는 점을 고려하면, 그 사이 발생할 민원의 총량은 결코 작지 않다. 유용성: 계약자는 납입의 대가를 어떤 형태로든 회수하며, 회사는 사고 발생 후 계약의 해지 유인을 낮춘다.

6. **위험요소** — 정산 자원 확보와 그에 따른 옵션보험료 상승(완화: 정산 비율을 보수적으로 설정하고 급부 전환 방식을 기본으로 하여 현금 유출을 피한다). 선택권 부여 자체가 역선택을 유발할 가능성(완화: 선택 시점을 사고 확인 시로 고정하고 계약자의 임의 선택 시점을 허용하지 않는다). 감독당국 협의 필요(완화: 사고 발생 후 계약조건 변경에 해당하므로 § 3.3.3에서 검토한 감액전환의 계약법적 성격과 함께 사전 협의한다).

3계이트 — 신규성: 국내 미확인. 데이터 실현가능성: 중, 사고 발생 시점 분포는 § 5.2의 연도별 신규 진단률 추정으로 근사 가능하다. 구조 건전성: 선택 시점 고정으로 역선택 통제.

전환 02

체크프로세스의 관리 프로그램 현물 결합

1. **담보 정의** — 현행 체크프로세스는 안내와 확인에 그친다. 이를 **실제 관리 개입**으로 전환하여, 위험 신호가 확인된 계약자에게 생활습관 중재 프로그램을 현물로 제공한다.
2. **보장 방법** — 체크프로세스 03단계 위험 알람이 발생한 계약자에게 영양·운동·복약 관리를 포함한 중재 프로그램 이용권을 제공한다. 신청사가 이미 보유한 현물급부 만성질환진단비 담보의 기기 제공 체계(혈압계·체성분 측정기·연속혈당측정기)와 결합하면 측정과 중재가 하나의 흐름으로 이어진다.
3. **보장금액 제안** — 위험 알람 1회당 프로그램 이용권을 제공하되 관리기간 중 이용 횟수에 상한을 둔다. 현금 급부는 두지 않는다.
4. **대상 고객** — 전단계 상태에 있는 계약자. § 5.2에서 지정한 대로 당뇨 전단계 인구가 매우 크므로, 이 구간에 개입할 수 있으면 무사고 확률 자체를 끌어올릴 수 있다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 무사고 판정 프로세스에 중재 서비스를 결합한 사례가 없다. 진보성: 요약서가 제시한 예방행동 직접 촉진이라는 논거를 **실제 개입으로 뒷받침**한다. 현재 구조에서 회사는 사고 발생을 관찰할 뿐 그것을 줄일 수단을 갖고 있지 않다. 유용성: 회사 관점에서 이 제안은 비용이 아니라 **손해를 방어 투자**다. 개입으로 무사고 확률이 상승하면 옵션 손실이 커지지만, 동시에 3대질병 급부 자체가 지연되어 순효과는 담보 구성에 따라 달라진다. 이 순효과 산출이 도입 판단의 핵심이다.
6. **위험요소** — 프로그램 효과의 불확실성(완화: 초기에는 효과를 요율에 반영하지 않고 보수적으로 산출하며, 참여군과 비참여군의 발생률 차이를 추적하여 실증 근거를 축적한다). 제후사 품질 관리(완화: 성과 지표를 계약에 반영하고 정기 평가로 사업자 교체가 가능하도록 설계한다). 무사고 확률 상승에 따른 옵션 손실(완화: 제안 8.2의 구간별 요율 분리와 병행하여 조정 여지를 확보한다).

3계이트 — 신규성: 현물급부 담보는 존재하나 무사고 판정 프로세스 결합은 미확인. 데이터 실현가능성: 중, 중재 효과의 위험률 반영에는 장기 추적이 필요하나 프로그램 운영 자체는 즉시 가능하다. 구조 건전성: 현금 급부가 없어 모럴해저드 유발 요인이 없다.

8.5 재구성 (Reframe)

재구성 01

조기 납입완료 관점에서의 재포지셔닝

1. **담보 정의** — 급부 구조를 바꾸지 않고, 소구 메시지를 **보험기간 연장에서 보험료 납입의 조기 종료**로 전환한다. 동일한 사실을 계약자가 체감하는 축으로 번역하는 작업이다.



2. **보장 방법** — 판매 자료와 안내문에서 "100세까지 보험기간이 연장됩니다" 대신 "건강을 지키면 55세에 보험료 납입이 끝나고 보장은 100세까지 그대로 갑니다"를 전면에 배치한다. 요약서의 구조 설명 자체가 이미 이 내용을 담고 있으나 표현의 무게중심이 연장에 놓여 있다.
3. **보장금액 제안** — 변경 없음.
4. **대상 고객** — 40~50대 가입 검토층. 이 연령대의 보험 관련 최대 관심사는 은퇴 이후의 보험료 부담이며, 이는 실제 상담 현장의 일관된 반응이다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 급부 변경이 없으므로 배타권 대상이 아니라 마케팅 전략이다. 진보성: 15년 뒤에야 실현되는 이 연 보상의 **체감도 문제**를 표현으로 해소한다. 연장은 추상적 개념이지만 납입 종료는 매달 통장에서 빠져나가던 금액이 멈추는 구체적 사건이다. 유용성: 동일한 급부에 대한 지각 가치가 상승하면 옵션보험료에 대한 저항이 낮아진다.
6. **위험요소** — 조건 미충족 시 납입이 계속된다는 사실이 상대적으로 가려질 수 있다(완화: 무사고 요건과 사고 시 감액 처리를 동일 지면에 같은 크기로 병기하고, 완전판매 확인 항목에 포함한다). 과장 광고 소지(완화: 예시 조건을 명시하고 개인별 결과가 다를 수 있음을 병기한다).

3개이트 — 신규성: 마케팅 영역. 데이터 실현가능성: 상. 구조 건전성: 표현 변경이므로 위험 구조에 영향 없음. 다만 불완전판매 통제가 전제 조건이다.

재구성 02

기업 단체계약 세그먼트 개척

1. **담보 정의** — 개인 계약 중심의 판매 구조를 기업 단체계약으로 확장한다. 임직원의 만성질환 무사고 유지가 기업의 건강보험료 부담과 생산성 손실 감소로 직결된다는 점을 활용한다.
2. **보장 방법** — 기업이 보험료의 일부 또는 전부를 부담하고, 임직원 집단의 무사고 달성률에 따라 갱신 시점 요율을 조정한다. 체크프로세스를 기업 건강관리 프로그램과 연계하여 운영한다.
3. **보장금액 제안** — 개인 계약과 동일한 급부 구조를 유지하되, 단체 할인과 집단 성과 연동 요율 조정을 병행한다.
4. **대상 고객** — 임직원 평균 연령이 40대 이상인 제조·서비스 기업. 이 연령대가 만성질환 신규 발생이 급증하는 구간이며, § 5.2에서 확인한 대로 남자 40대의 유병률 상승폭이 가장 크다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 무사고 기간연장 구조를 단체계약에 적용한 사례가 없다. 진보성: 개인의 행동 변화에만 의존하던 유인 구조에 **조직 차원의 환경 개선**을 결합한다. 구내식당 메뉴, 근무 중 신체활동 기회, 검진 수검 편의 같은 요소는 개인이 바꿀 수 없지만 기업은 바꿀 수 있다. 유용성: 기업은 인적자원 관리 효과를, 회사는 대량 계약과 낮은 획득비용을 얻는다.
6. **위험요소** — 집단 단위 판정에서 개인의 무임승차 문제(완화: 판정은 개인별로 수행하고 집단 성과는 요율 조정에만 반영한다). 기업 이직에 따른 계약 승계 처리(완화: 개인 계약으로의 전환 조항을 사전에 설계한다). 임직원 건강정보 취급에 관한 법적 쟁점(완화: 기업이 개별 임직원의 판정 결과에 접근할 수 없도록 정보 흐름을 분리 설계한다).

3개이트 — 신규성: 국내 미확인. 데이터 실현가능성: 중, 개인 계약 요율을 기초로 단체 할인을 적용하므로 신규 위험률 산출 부담은 제한적이다. 구조 건전성: 개인별 판정 유지로 무임승차 차단.

제안 간 우선순위에 관한 판단. 여덟 제안 가운데 **집중 01(지표유지형 연장)**이 압도적으로 중요하다. 나머지 일곱은 상품을 개선하지만, 집중 01은 상품의 논리적 결함을 고친다. 현행 구조는 계약자에게 검진을 피하라는 신호를 보내면서 동시에 조기 관리를 유도한다고 주장하는데, 이 모순은 시간이 지날수록 커진다. 판정시점이 가까워질수록 회피 유인이 강해지고, 회피된 위험은 판정 통과 후 연장기간에 그대로 발현되기 때문이다. 다른 제안들은 시기를 놓쳐도 나중에 도입할 수 있지만, 이 결함은 **지금 계약되는 물량에 그대로 누적된다.**



부록 및 참고자료

9.1 배타적사용권 신청 현황

신청 자료	신상품 개발이익보호 신청 제안서 (2026년 6월, DB손해보험)
신청 건 ①	건강관리질병 무사고시 보험기간 연장 구조 — 새로운 급부방식을 적용한 상품
신청 건 ②	건강관리 체크 프로세스 서비스 및 보험료 감액전환제도 — 새로운 제도 및 서비스
심의 결과	본 분석 시점(2026년 8월 22일) 기준 손해보험협회 신상품심의위원회의 부여 여부 및 기간은 공표 자료에서 확인되지 않았다. 신청 시점이 2026년 6월이므로 심의 진행 중이거나 공표 전일 가능성이 높다. 부여 확정 시 본 보고서의 제7장 경쟁 시나리오는 부여 기간에 맞추어 재검토가 필요하다
대상 상품	건강할수록 든든 종합보험 (2026년 6월 출시)
참고	신청사는 2025년 11월 현물급부 제공 만성질환진단비 3종에 6개월, 만성질환 약물치료비(경도)(5년지급형) 3종에 9개월의 배타적사용권을 각각 부여받은 바 있다. 만성질환 영역에서 연속적인 신담보 개발이 이루어지고 있음을 보여준다

9.2 개발 경과

가. 신청 건 ① — 보험기간 연장 구조 (총 17개월, '25.2~'26.6)

단계	기간	주요 활동
사전조사	'25.2~'25.9	상품부서 워크숍 등 아이디어 발굴, 만성질환 보장 관련 업계 조사 및 현장 VOC 분석. 고혈압·당뇨 등 만성질환 보장의 문제점과 리스크 파악 및 개선 검토
상품기획	'25.10~'26.1	상품개발 TFT 협의체 운영(상품, U/W, 마케팅, 보상). 보장 디자인 신규 구축을 위한 보장구조 및 판매방법 논의
상품개발	'26.2~'26.5	코호트통계를 활용한 만성질환 발생률 개발 및 신규구조 개발원 검증. 내·외부 통계 확보 및 적정성 검증. 위험률 수준의 적정성 검증(상품, U/W, RM, 보험계리) — 내부 및 외부 검증 완료('26.5월)
상품인가	'26.4~'26.5	실무자·부서장 협의회 및 상품개발 심의위원회 진행('26.4.27). 기초서류 작성 및 의료자문·법률검토·보험사기 등 리스크 검토 시행
교육·판매준비	'26.4~'26.6	판매채널별 현장 교육안 및 마케팅 전략 수립, 신상품 관련 현장 프로모션 및 판매채널 대상 상품 교육 시행('26.5월, 2회)

제안서는 상품개발 단계에 대해 신청사의 독자적인 기획과 신규 산출 방식 적용을 명시하고 있다. 코호트통계 기반 결합 무사고 확률 산출이 본 상품의 계리적 핵심이며, 이 과정에 4개월이 배정되었다.

나. 신청 건 ② — 체크프로세스 및 감액전환제도 (총 12개월, '25.7~'26.6)

단계	기간	주요 활동
사전조사	'25.7~'25.11	상품부서 워크숍 등 아이디어 발굴, 건강관리 체크 프로세스 아이디어 발굴
프로세스 기획	'25.12~'26.2	



		상품 및 프로세스 개발을 위한 협의체 운영(상품, U/W, 심사, 마케팅, 보상, 보전, 시스템). 신규 프로세스 구축을 위한 방법 논의
프로세스 개발	'26.3~'26.5	신규 프로세스 개발방안 및 세부사항 논의, 유관부서 협의 진행(상품, U/W, 심사, 보전, 채널 영업기획 등), 신규 프로세스 관련 서류 및 법률검토 등 리스크 검토 시행
교육·판매준비	'26.4~'26.5	현장 교육안 수립, 사내 온라인 교육 방송 준비 및 판매채널 대상 교육
프로세스 출시	'26.5~'26.6	실무자·부서장 협의회 및 상품개발 심의위원회 단계적 진행, 신규 프로세스 전산반영

두 건의 개발 기간이 겹치며 ②가 ①보다 5개월 늦게 시작되었다. 급부 구조를 먼저 확정된 뒤 이를 운영할 인프라를 설계한 순서로 이해된다.

9.3 참고자료

가. 신청 제안서 인용 자료

- 보건복지부, 제6차 국민건강증진종합계획(2026~2030) 추진 전략 — 만성질환 사전관리 강화, 심뇌혈관질환 관리 강화 과제
- 금융위원회, 건강증진형 보험상품 개발·판매 가이드라인 — 행동유인형 설계 권장
- 국내 진료비 추이 — '19년 70조 원에서 '23년 90조 원
- 만성질환 사망 규모 — 27.5만 명, 전체 사망의 78.1%
- 상품 예시 — 남자 40세 암진단비 1천만 원 기준 보험료 9,690원, 사고 확인 시 6,300원으로 자동감액

나. 본 분석에서 추가 확인한 자료

- 질병관리청, 2024년 국민건강영양조사 결과(2025.9 공표) — 19세 이상 남자 고혈압 유병률 26.3%, 당뇨병 13.3%, 고콜레스테롤혈증 23.4%. 남자 40대의 전년 대비 상승폭(비만 11.5%p, 고혈압 4.3%p, 당뇨병 2.4%p, 고콜레스테롤혈증 5.0%p)
- 질병관리청, 2025 만성질환 현황과 이슈(2025.12) — 65세 이상 인구 1,051만 4천 명(20.3%), 65세 이상 1인당 연평균 진료비 551만 원(전체 평균 226만 원의 2.4배)
- 대한당뇨병학회, Diabetes Fact Sheet in Korea 2024 — 30세 이상 당뇨병 유병자 중 59.6%가 고혈압 동반, 44.5%가 고혈압과 고콜레스테롤혈증을 모두 동반. **동반상관 계수 κ 추정의 근거**
- 건강보험심사평가원, 고혈압·당뇨병 적정성평가 세부시행계획 — 당뇨병 진료 환자 및 진료비 추이('18년 305만 명 2조 5천억 원 → '22년 369만 명 3조 4천억 원)
- DB손해보험 건강할수록 든든 종합보험 출시 관련 보도(2026.6) — 가입연령 15~60세, 연령별 갱신주기, 세만기 대비 약 41% 낮은 보험료
- DB손해보험 만성질환 관련 배타적사용권 획득 보도(2025.11) — 현물급부 제공 만성질환진단비 3종 6개월, 만성질환 약 물치료비(경도)(5년지급형) 3종 9개월
- 신규담보 예정손해율 관련 감독 방향 보도 — 손해 통계가 충분하지 않은 신규 담보에 보수적 손해율 적용
- 일본 건강증진형 보험 관련 각사 공개 자료 — 건강환급형, 활동 연동 변동형, 검진 결과 캐시백 유형

다. 위험을 정교화를 위한 데이터 인프라

- 국민건강보험공단 표본코호트 및 맞춤형 코호트 — 4대 만성질환의 연령별 신규 진단률 및 **동반 발생 패턴**. 본 상품의 결합 무사고 확률 산출에 가장 직접적인 소스
- 국가건강검진 자료 — 검진 수검률 및 판정 분포. 집중 01 제안의 판정 기준 전환에 필수
- 건강보험심사평가원 진료행위통계 — 진단확정 시점 포착 및 감액전환 시점 판정 근거
- 보험개발원 경험위험률 — 3대 중대질병은 참조위험률 활용 가능하나, **4대 만성질환의 결합 무사고 확률은 참조위험률이 부재**하다. 자사 경험 축적 전까지는 국가 코호트 통계에 의존할 수밖에 없다



- 자사 계약 데이터 — 연령대별 판매 분포, 관리기간별 유지율, 감액전환 발생 시점 분포. § 5.3에서 확인한 대로 **옵션 가격이 유지율에 탄력성 1로 반응**하므로 유지율 실적의 조기 포착이 가장 중요하다

본 보고서의 한계. 제4장과 제5장의 수치는 공시 보험료 세 개(9,690원, 6,300원, 41% 절감)와 공표 역학통계만으로 역산한 결과이며, 신청사의 실제 산출 가정과는 다를 수 있다. 특히 예정이율, 부가보험료율, 연령별 급부현가 분포는 모두 분석가의 가정이다. 다만 § 5.1에서 확인한 바와 같이 부가보험료 제외율을 바꾸어도 내재 옵션행사확률이 0.198로 불변이라는 점은 역산 구조 자체의 강건성을 뒷받침한다. 결론의 방향성, 곧 검진 회피 유인과 유지율 민감도라는 두 진단은 가정의 세부값에 의존하지 않는다.