



배타적 사용권 심층 분석 보고서

선별급여 암주요치료보장 S특약 II 분석

건강보험 보장 사각지대 '선별급여' 그레이존을 정조준한
신규 위험담보의 구조·위험률·리스크·경쟁전략 진단

상품 선별급여 암주요치료보장S특약 II (연1회)(KA1.1) 무배당

회사 한화생명 · 상품개발1팀

자료 개발과정 요약서 (2026.06.02)

구분 신규 위험담보 · 금융감독원 신고수리 완료

총괄 요약

본 특약은 '암 진단확정 + 선별급여 암주요치료(수술·항암약물·항암방사선) 수령'을 지급사유로 연 1회 정액을 지급하는 신규 위험담보다. 핵심 혁신은 건강보험 보장체계의 구조적 사각지대인 '선별급여' 영역을 정조준한 데 있다.

선별급여는 본인부담률이 30~90%로 높으면서도 산정특례·본인부담상한제에서 모두 제외되어, '급여' 영역 안에 있으면서도 환자 부담이 큰 그레이존을 형성한다. 본인부담상한제 시행규정과 산정특례 기준 모두에서 선별급여 본인일부부담금은 명시적으로 제외 대상이며, 이 점이 본 특약 가치 제안의 제도적 근거로서 정확히 성립한다.

기존 암주요치료비 시장은 '포괄형(급여 기본)'과 '비급여형'의 2계층으로 구성되어 그 사이의 선별급여 부담은 전용 보장 없이 방치되어 있었다. 본 특약은 이 제3계층(선별급여 layer)을 신설한 시도이며, 검색 범위 내에서 동일 구조의 선행 상품은 확인되지 않아 '업계 최초' 주장은 타당성이 높다.

일본은 동일한 구조적 공백(평가료양·先進医療: 高額療養費 제외, 高본인부담)을 先進医療特約으로 메워 왔으나 이는 실손형(技術料 실비)이다. 한국은 2024년 11월 비례형 암주요치료비 판매가 중단되어 본 특약이 정액형을 채택할 수밖에 없었던 점이 한국 고유의 설계 제약이자 차별점이다.

위험률은 정액·연1회 구조이므로 '연단위 베르누이형'으로 식별되며, $q_{\text{암유병}} \times u_{\text{주요치료}} \times u_{\text{선별급여}}$ 의 3단 깔때기로 분해된다. binding 모수는 $u_{\text{선별급여}}$ (주요치료 중 선별급여 포함 비율)로, 공단 정형통계로는 개인 단위 연결이 제한되어 자사 실손 데이터가 사실상 유일한 직접 추정원이다.

가장 중대한 리스크는 위험률 수준 자체가 아니라 지급기준의 제도적 불안정성이다. 선별급여는 5년 주기로 재평가되어 급여(트리거 소멸)·비급여(타 담보로 이전) 양방향으로 이동하므로, 본 특약은 위험률 변동위험과 보장 기반 자체의 변동위험을 동시에 안고 있다.

제안 사항 요약

'선별급여 그레이존 보전'이라는 원상품의 핵심 가치를 4-프레임으로 확장·심화한 제안의 골자는 다음과 같다. 상세는 8장에서 다룬다.

확장 — 2대질병 선별급여 주요치료로 동일 구조 이식

암에서 검증된 '선별급여 트리거' 구조를 뇌졸중·급성심근경색의 선별급여 주요치료(예: 일부 중재시술·재료)로 확장. 동일 그레이존 논리가 순환계질환에도 성립한다.

집중 — 고가 선별급여 선택보장(상향) 옵션

블린사이트 등 1주기 약제비가 수천만 원에 달하는 초고가 선별급여 항암요법에 한해 가입금액을 상향하는 선택 특약. 부담이 가장 큰 구간을 집중 보전한다.

전환 — 선별급여+비급여 묶음 패키지 / 단계 지급

선별급여·비급여를 단일 모듈로 결합해 '본인부담 구간 무관 자동 보전' 경험을 제공(일본 先進医療特약의 실손형 포괄성을 정액 구조로 재현). 진단 후 치료단계별 분할 지급 옵션 병행.

재구성 — '신의료기술 갭 커버'로 포지셔닝

'선별급여'라는 제도 용어 대신 '제도가 아직 다 못 따라온 최신 치료의 자기부담을 메운다'는 메시지로 재정의. 반복가입 불필요·제도변화 자동대응을 핵심 소구점으로.

추진 순서 추천

- 1 선별급여 청구 모니터링 체계 상시화 — 5년 재평가에 따른 풀 변동을 분기 단위로 추적해 위험률 재산출 트리거 마련(출시 직후 착수).
- 2 선별급여+비급여 연계 패키지화 — 기존 비급여 암주요치료 특약과의 동시 판매 설계·교차 보장 점검(6개월 내).
- 3 2대질병 확장 타당성 검토 — 순환계 선별급여 항목 풀 규모·경험데이터 확보 후 차기 개정 반영(12개월 내).

| 상품구조 해부

본 특약은 암 치료 과정에서 발생하는 비용 위험 중 '선별급여' 본인부담이라는 단일 표적을 정조준한 정액·연1회한 담보다. 급부의 구조는 단순하나, 트리거 정의가 '약관상 선별급여 판정'에 결부되어 있어 제도 구조에 대한 이해가 선행되어야 한다.

1.1 급부 구조와 지급 트리거

항목	내용
지급명	선별급여 암 주요치료자금 (정액)
지급사유	암보장개시일 이후 '암' 진단확정 + 보험기간 중 그 직접 치료를 목적으로 '선별급여 암 주요치료' 중 하나를 받은 경우
지급빈도	연간 1회한 (연도 간 반복 지급 가능 → 매년 선별급여 치료 발생 시 매년 지급)
급부형태	정액 지급 (실손·비례형 아님). 본인부담 실제액과 무관하게 정액
예시	블린사이토주 항암약물치료(1주기 약제비 약 5천만원) 시 본인부담 약 1,500만원(부담률 30%) 발생 → 선별급여 보험금 정액 지급

※ '회당 약 5천만원'은 35μg/병 상한가 약 193만원 기준 1주기(약 28일 연속주입) 다회 투여 약제비 총액으로 해석되며, 본인부담률 30% 적용 시 약 1,500만원 부담과 정합.

1.2 '선별급여 암 주요치료' 3종 정의

약관은 진료비 세부내역서상 해당 항목이 '선별급여'로 판정되는지를 기준으로 다음 3종을 규정한다.

구분	약관 정의 요지	제외
선별급여 암 수술	암 수술로 발생한 처치·수술료 중 직접적으로 암을 제거·증식 억제하는 행위가 선별급여에 해당	—
선별급여 항암약물치료	항암약물치료로 발생한 항암제 약제비가 선별급여에 해당	호르몬 관련 치료제, 직접 치료 외 보조 약제
선별급여 항암방사선치료	항암방사선치료로 발생한 방사선치료료가 선별급여에 해당	방사선 모의치료·치료계획 등 부수적 행위

1.3 핵심 메커니즘 — 왜 '선별급여'가 사각지대인가

선별급여는 비용 대비 효과성이 불확실하나 잠재적 이득·사회적 요구도가 있어 예비적 요양급여로 지정한 영역이다(국민건강보험법 제41조의4·시행령 제18조의4). 완전한 급여가 아니므로 다음 두 보호장치에서 제외된다.

- 산정특례 제외 — 암환자 본인부담률 5% 경감 대상에서 선별급여는 빠진다. 본인부담률 30~90% 그대로 부과.
- 본인부담상한제 제외 — 연간 본인부담 상한(2026년 최고 1,096만원) 산정 시 선별급여 본인일부부담금은 합산에서 제외. 상한을 넘겨도 환급되지 않는다.

→ 결과적으로 선별급여는 '급여 영역 안에 있으면서도 환자 부담이 큰' 역설적 구간을 형성한다. 본 특약은 정확히 이 부담(부담률 적용분)을 정액으로 보전한다.

1.4 보장계층 내 위치 — 2계층에서 3계층으로

건강보험 지원 수준에 따른 본인부담 스펙트럼에서 본 특약은 기존 두 상품 사이의 빈 구간을 채운다.

구간	본인부담률	기존 보장	본 특약
산정특례(급여 기본)	5%	포괄형 암주요치료비	—
선별급여	30~90%	전용 보장 부재(공백)	본 특약이 신설
전액본인부담·비급여	100%	비급여 암주요치료비	—

포괄형은 선별급여 치료에도 정액을 지급하나 가입금액이 낮고, 비급여형은 선별급여를 보장하지 않는다. 본 특약은 이 사이의 부담을 전담하는 제3계층으로 설계되었다.

국내외 유사 상품 조사

2.1 국내 유사 상품

보장 유사형 — 포괄형 암주요치료비

'암주요치료(수술·항암약물·항암방사선)' 자체를 정액 보장하는 담보로, 다수 손·생보사가 운영한다. 선별급여 치료도 '급여 주요치료'에 포함되어 형식상 지급되나, 가입금액이 낮아 30~90% 본인부담을 충분히 보전하지 못한다.

회사·상품(예)	주요 보장 구조	선별급여 대응
현대해상 두배받는암보험	암주요치료비(연1회, 진단 후 10년) 매년 정액. 전이 암·CAR-T·로봇수술 등 특약 확장	포괄 보장에 포함되나 정액·저가
DB손해 하이클래스암보험	하이클래스 암주요치료비, 항암약물·중입자방사선 치료비 등 분리 정액	비급여 중심, 선별급여 전용 아님
메리츠·하나생명 등	포괄형 + 비급여 암주요치료 특약, 치료비 선지급 담보 확산(2024.11~)	비급여 전용, 선별급여 공백

치료방법·지급방법 유사형 — 비급여형·신의료기술 특약

비급여 암주요치료비, 중입자방사선·로봇수술·CAR-T 등 특정 고가 치료를 정액 보장하는 담보군이다. 본 특약과 '제도 사각지대 보전' 취지는 같으나, 표적이 비급여(100%)이며 선별급여(30~90%)는 다루지 않는다.

시장 동향 참고 — 2024년 11월부터 비례형(실손형) 암주요치료비는 과잉진료·건보 왜곡 우려로 판매가 중단되어, 현재 시장은 정액형만 허용된다. 본 특약이 정액 구조를 택한 것은 이 규제 환경의 직접적 귀결이다.

업계 최초 주장 평가 — 다수 상품을 조사한 범위에서 '선별급여'를 전용 지급 트리거로 명시한 암주요치료 담보는 확인되지 않았다. 금감원이 신규 위험담보로 신고수리한 점과 종합하면 '업계 최초'는 타당성이 높다(단, 전수 확인은 아니므로 출시 시점 경쟁사 신상품 동시 모니터링 권고).

2.2 일본 유사 상품

일본 시장 특이점 — 保険外併用療養費와 混合診療

일본은 보험진료와 자유진료의 병용(混合診療)을 원칙 금지하되, 예외적으로 保険外併用療養費 제도하에 병용을 허용한다. 이 안에 ① 評価療養(보험도입 평가 대상, 先進医療 포함), ② 選定療養(차액병상 등), ③ 患者申出療養(환자 신청형, 2016~)이 있다.

한국 선별급여와의 평행구조 — 일본 先進医療은 기술료를 전액 자기부담하며 高額療養費(상한제) 대상에서 제외된다. 이는 한국 선별급여가 본인부담상한제에서 제외되는 구조와 본질적으로 동일하다. 즉 양국 모두 '평가·예비 단계의 치료를 제도 안에 두되, 자기부담을 상한 보호 밖에 놓는' 동형의 정책 설계를 갖는다.

유사 상품 — 先進医療特約 / 患者申出療養特約

일본 보험사는 거의 모든 의료·암보험에 先進医療特約을 부가하며, 일부는 患者申出療養까지 포괄한다(예: 住友生命 '신 선진의료·환자신출요양특약'). 급부는 대체로 기술료 실비(실손형)이며, 일부만 정액 일시금(예: 15만엔)이나 기술료 연동(10~20%)을 상위 지급한다. 사건이 드물고 고액인 低확률·高액 구조이므로 보험료가 매우 저렴한 것이 특징이다.

시사점

- 구조 검증 — '평가·예비 단계 치료의 자기부담을 메우는 저보험료 담보'는 일본에서 수십 년간 안착한 모델이다. 한국 선별급여 담보의 低확률·高액·저보험료 특성도 동일하게 기대된다(개발과정 요약서의 4.25~10.5만원/월 보험료 예시와 정합).
- 핵심 차이(설계 제약) — 일본은 실손형(技術料 실비)이나 한국은 비례형 금지로 정액형이어야 한다. 정액형은 본인부담 변동(부담률 30→90%, 약가 변동)을 직접 추종하지 못하는 보장 정밀도의 한계를 내포한다(8장 '전환' 제언의 출발점).
- 혁신성 위치 — 일본에도 '선별급여(예비급여)를 명시 트리거로 한 정액 상품'은 부재하다. 한국의 선별급여 제도(부담률 차등 급여)는 일본 先進医療(전액 자부담)와 제도 형태가 달라, 본 특약은 한국 제도 고유의 정액 응용으로 해외에도 직접 대응물이 없는 독자 설계다.

의학적·법률적 해석

본 특약은 법률(제도)적 성격과 의학적 실체가 동시에 강한 담보다. 지급 여부가 '선별급여 판정'이라는 제도적 분류에 달려 있으므로 양 측면을 함께 해석한다.

3.1 법률·제도적 해석 — 선별급여란 무엇인가

선별급여는 비용 대비 효과성이 불확실해 정규 급여 적용이 어려웠던 의료기술에 대해, 평가기준(의학적 타당성·치료효과성·비용효과성·대체가능성·사회적 요구도)에 따라 건강보험이 비용의 일부만 부담하는 제도다. '예비적 요양급여'로서 원칙 5년마다 재평가되며, 그 결과 정규 급여로 전환되거나 비급여로 퇴출될 수 있다.

개념(쉬운 풀이)	설명
선별급여	"아직 가성비 검증이 끝나지 않았지만 환자에게 도움이 될 수 있어, 건보가 일부만 얹어주고 환자가 30~90%를 내는 '시험 단계 급여'."
본인부담률 차등	치료의 근거 수준에 따라 30·50·80·90% 등으로 차등. 근거가 약할수록 환자 부담이 커진다.
산정특례 제외	중증암 환자의 5% 경감 혜택이 선별급여에는 적용되지 않음 → 부담률 그대로.
상한제 제외	1년 본인부담 총액 상한(소득별)을 넘겨도, 선별급여 부담분은 상한 계산에 넣지 않아 환급되지 않음.

약관상 판정 메커니즘

지급 여부는 의학적 진단명이 아니라 진료비 세부내역서의 '급여 구분'으로 결정된다. 즉 동일한 약·수술이라도 그 환자의 그 투여가 선별급여로 청구되었는지가 관건이다. 이는 객관적 증빙(세부내역서) 기반이라 분쟁 소지가 작은 반면, 제도 변경 시 보장 범위가 자동 변동되는 양면성을 갖는다(6장 리스크).

3.2 의학적 해석 — 대표 선별급여 암치료

항암제 선별급여 전환은 2017년 7월 할라벤주를 시작으로 2018년 4월 블린사이토주까지 16품목 23개 요법이 진입했으며(문재인케어 보장성 강화의 산물), 대부분 본인부담률 30%로 지정되었다. 본 특약 지급 대상이 되는 대표 치료는 다음과 같다.

치료(성분)	적응 암종·요법	급여 상태
페스코·퍼제타 (퍼투주맙스트라스투주맙)	HER2 양성 유방암 수술 전 보조요법(선행화학). 정맥주사 결합형 피하주사제	선별급여 30% (전이성 1차 5%, 수술 후 100%)
블린사이토 (블리나투모맙)	재발·불응성/MRD 양성 전구 B세포 급성림프모구백혈병(ALL). 일부 관해공고요법	일부 요법 선별급여 30%
할라벤(에리블린)	전이성 유방암 등	선별급여 30%



엑스탄디(엔잘루타마이드)	전립선암	선별급여 30%
---------------	------	----------

※ 선별급여 항목은 약제 외에 행위료·치료재료(NGS 유전자 패널검사, 유방재건, 동맥경유 방사선색전술 등)도 포함되어, '선별급여 암 수술'·'선별급여 항암방사선' 트리거의 외연을 형성한다.

대표 사례 — 페스코(Phesgo) 피하주사

의학적 의의 — HER2 양성 유방암 표적치료의 핵심인 퍼투주맵(퍼제타)·트라스투주맵(허셉틴)을 하나의 피하주사로 결합. 2021년 항암제 최초 개량생물의약품 허가, 2024년 8월 급여 적용.

- 정맥주사 270분 → 투약 5분·관찰 15분(총 20분)으로 치료시간 최대 90% 단축, 환자 선호도 약 87%.
- 수술 전 보조요법은 선별급여(30%), 수술 후 보조요법은 전액본인부담(100%)으로 동일 약제 내에서도 단계별 부담이 갈린다 → 본 특약의 지급 경계가 '치료 단계'에 민감함을 보여주는 전형 사례.

그레이존의 의학적 정당성

선별급여 치료들은 대체로 표적·면역·신제형 등 효과·편의가 우수하나 비용효과성 근거가 축적 중인 최신 치료다. '효과는 좋으나 급여화 장벽이 높은' 의학적 특성이 곧 본 특약이 겨냥한 경제적 사각지대의 의학적 근거를 이룬다.

위험률 산출 방법론 추정

4.1 트리거 분해와 위험률 형태 식별

지급사유를 분해하면 위험률 형태가 드러난다.

분해 축	본 특약
무엇이	선별급여 암 주요치료(수술·항암약물·항암방사선) 발생
어떤 정의로	진료비 세부내역서상 '선별급여' 판정(질병명 아닌 급여 구분 기준)
몇 번	연 1회한 — 당해연도 indicator(0/1), 연도 간 반복 가능
어떤 형태로	정액 지급 (금액 기댓값 항 없음)

→ 위험률 형태는 '연단위 베르누이형'(연 1회 cap)으로 식별된다. 최초진단형(1회성)도, 순수 빈도형(무제한 반복)도 아닌 '활성 암환자 모집단에 대한 연도별 지급 indicator'다. 정액이므로 위험률 q_x 는 곧 연간 지급확률 그 자체다.

4.2 위험률 분해식

연간 지급확률을 '활성 암 유병 → 주요치료 시행 → 선별급여 포함'의 3단 깔때기로 분해한다.

$$q_x = q_{\text{암유병}} \times u_{\text{주요치료}} \times u_{\text{선별급여}}$$

$q_{\text{암유병}}$: 연령 x 피보험자 중 당해연도 암 유병자(치료·생존) 비율

$u_{\text{주요치료}}$: 암 유병자 중 당해연도 암주요치료(수술·항암약물·항암방사선) 시행 비율

$u_{\text{선별급여}}$: 시행된 주요치료 중 선별급여 항목이 포함되는 비율(연도 기준)

유지율 미반영 — 본 위험률은 순보험료 기초율이며, 유지율 $L(t)$ 은 한국 업계 관행에 따라 위험률식에 결합하지 않고 별도 항목으로 처리한다. 본 특약은 유지율을 위험률에 구조적으로 결합해야 할 특수 설계가 아니므로 예외에 해당하지 않는다.

4.3 binding 모수와 데이터 추정

세 모수 중 $q_{\text{암유병}} \cdot u_{\text{주요치료}}$ 는 공개 통계로 비교적 안정적으로 추정되나, $u_{\text{선별급여}}$ 가 사실상 위험률 수준을 결정하는 binding 모수다. 산출은 절대값을 처음부터 계산하기보다 데이터 추정을 우선하며, 각 요인을 구체적인 한국 데이터원에 매핑한다.

수식 요인	후보 데이터원	비고
$q_{\text{암유병}}$	중앙암등록통계(병기·연령별 유병/발생), 통계청 사망원인, KOSIS	급여성 무관, 신뢰도 높음(앵커)
$u_{\text{주요치료}}$		급여 청구 기반 시행률. 단 청구목적 데이터

	HIRA 진료행위통계(암 수술·항암주사·방사선치료 청구), NHIS 표본/맞춤형 코호트	
u 선별급여	자사 실손 통계(★), HIRA 선별급여 청구통계, 보건의료빅데이터, 학술문헌	핵심 미지수. 개인 단위 진단↔본인부담 연결이 관건

자사 실손 데이터의 위치 — 진보성 주장의 정밀 평가

개발과정 요약서는 "선별급여는 질병코드·수가코드로 규정되지 않아 단순 추출 데이터가 아니며, 자사 실손으로 위험률을 규명했다"고 진보성을 주장한다. 이를 정밀하게 보면:

- **부분 보정 필요** — 선별급여 항목 각각은 수가코드와 본인부담률 플래그를 가지므로, HIRA 청구 차원에서 선별급여 청구 자체는 식별 가능하다. '추출 불가'는 다소 과장이다.
- **진짜 강점은 개인 단위 연결성** — 진정한 난점은 ① 선별급여 청구를 개인 단위로 암 진단과 연결하고 ② 수술·약물·방사선에 걸친 다수 코드와 부담률(30~90%)을 약관 정의에 매핑하는 데 있다. 공단 코호트는 연구목적 외 사용이 제한되고, 사외 데이터 업체는 최종 결과값만 제공한다. 자사 실손은 진단·치료·본인부담을 한 데이터셋에서 개인 단위로 연결하므로 u 선별급여 추정 사실상 유일한 직접 경로다.
- **결론** — 진보성의 본질은 '선별급여가 추출 불가능해서'가 아니라 '데이터 연결성·접근성의 우위'에 있다. 이 프레이밍이 배타권 심사에서 더 견고하다.

4.4 합성·역산 보정

각 요인을 공개자료·자사 데이터로 채워 q_x 를 복원하되, 공시 보험료가 있으면 이를 타깃으로 안전할증·손해를 가정의 합리성을 역산 점검한다.

$$\text{공시 } q_x^{\text{예정}} = q_x^{\text{best}} \times (1 + \eta) \implies \eta = q_x^{\text{예정}} / q_x^{\text{best}} - 1$$

η : 안전할증(위험률 변동위험 마진 포함)

best estimate 대비 예정기초율의 비(比)로 할증 수준을 역산 → 5장에서 정합성 검증

기초 통계 추정 및 정합성 검정

5.1 앵커 통계 — 암 발생·유병·생존

2023년 국가암등록통계(2026.1 발표)는 본 특약 위험률의 앵커를 제공하며, 개발과정 요약서 인용 수치와 일치함을 확인했다.

44.6%

남자 평생 암발생 확률(2명 중 1명)

38.2%

여자 평생 암발생 확률(3명 중 1명)

73.7%

5년 상대생존율(남 68.2·여 79.4)

지표	값	위험률 함의
신규 암환자(2023)	288,613명	$q_{\text{암유병}}$ 유입(발생) 규모
암 유병자(2024.1.1)	약 273만 명	$q_{\text{암유병}}$ 스톡(생존·치료 모집단)
조기진단(국한) 분율	51.8%	병기 구성 → 주요치료 강도·선별급여 사용에 영향
국한 vs 원격 생존율	92.7% vs 27.8%	병기별 치료 양상 차이의 근거

5.2 선별급여 풀 규모 추정

$u_{\text{선별급여}}$ 의 분자는 '선별급여 항목 발생 암환자'다. 풀의 외연을 다음으로 가늠한다.

- 약제 선별급여 — 항암제 16품목 23개 요법(할라벤·퍼제타·페스코·블린사이토·엑스탄디 등). 각각 특정 암종·병기·요법 단계에 한정되어, 전체 암환자 중 적용 대상은 일부에 그친다(예: 페스코는 HER2 양성 유방암의 수술 전 보조요법으로 제한).
- 행위·재료 선별급여 — NGS 패널검사, 유방재건, 동맥경유 방사선색전술 등이 '선별급여 수술/방사선' 트리거를 형성. 암종별로 산재.
- 함의 — 분자는 '전체 암'이 아니라 '특정 암종×특정 병기×특정 요법'의 교집합이므로, $u_{\text{선별급여}}$ 는 구조적으로 낮고(저빈도) 변동성이 큰 모수다.

5.3 차수 추정 및 역산 정합성

절대 위험률 산출은 자사 실손 확보 시점으로 보류하되, 차수(order of magnitude)와 보험료 역산의 정합성을 점검한다.

전방 차수 추정(가입자 1인 기준)

$q_x \approx q_{\text{암유병}}$ (연 활성치료 ~0.5-1.5%) $\times u_{\text{주요치료}}$ (유병자 중 당해 주요치료 ~30-60%) $\times u_{\text{선별급여}}$ (주요치료 중 선별급여 ~2-6%)
 $\approx 0.03\% - 0.5\% / \text{년 수준}$ (연령·포트폴리오 구성에 강하게 의존)

역산 정합성 — 개발과정 요약서의 보험료 예시(선별급여 1천만원 포함 구성에서 월 수천 원대 추정 기여)를 손해율 70% 가정으로 역산하면 순보험료가 내포하는 연간 지급률은 대략 0.05~0.15%/년 수준으로, 위 전방 추정 구간과 정합한다. 차수 일치는 위험률 가정의 1차 타당성을 지지한다.

※ 위 수치는 공개 앵커 기반 차수 예시이며 확정 위험률이 아니다. 정밀 산출은 자사 실손의 개인 단위 $u_{\text{선별급여}}$ 추정 후 확정한다.

5.4 인용 통계의 일관성·최신성 점검

개발과정 요약서 인용	검증	비고
남 44.6% / 여 38.2% 발생확률	일치	2023 국가암등록통계(최신)
5년 생존율 남 68.2 / 여 79.4%	일치	동 통계
연간 암진료비 10조 7,880억(10년 122% ↑)	정합	건강보험통계연보 추세와 부합
페스코 시간절감·홍콩 비용연구(1인 9.5천달러)	정합	홍콩 CMA 연구 인용. 한국 적용 시 SMR/인구구조 보정 필요

주의 — 페스코 사회적 절감액(약 800억원·5,310만달러)은 홍콩 연구를 한국 발생자수(HER2 양성 유방암 연 약 5,600명)에 단순 적용한 추정이다. 의료수가·인건비·진료행태 차이로 한국 절감액은 달라질 수 있어, 유용성 근거로 인용 시 표준화비(SMR/SIR) 보정 또는 국내 데이터 보강을 권고한다.

리스크 진단

6.1 최대 리스크 — 지급기준의 제도적 불안정성

본 특약의 위험은 위험률 '수준'보다 위험률 '기반의 변동'에 집중된다. 지급 트리거가 '선별급여 판정'에 묶여 있는데, 선별급여는 원칙 5년마다 재평가되어 양방향으로 이동한다.

재평가 시나리오	위험률·보장 영향
선별급여 → 정규급여	본인부담 5%로 하락. 그레이존 소멸 → 지급 트리거 상실(해당 항목 위험률 감소). 보장 명분도 약화.
선별급여 → 비급여 퇴출	해당 치료가 비급여로 이동 → 본 특약 대상에서 빠지고 비급여 특약으로 이전. 풀 축소.
신규 비급여 → 선별급여 편입	풀 확대 → 위험률 상승. 특히 고가 항암제 신규 편입 시 영향 큼.

구체 위험 예시 — 페스코·퍼제타의 수술 후 보조요법(현재 100% 전액본인부담)은 환자단체 요구가 거세, 향후 선별급여로 전환될 경우 대상 풀이 급증할 수 있다. 반대로 선별급여 항암제가 정규급여로 졸업하면 풀이 줄어든다. 순방향 예측이 어려워 위험률 변동위험 마진(η)을 보수적으로 설정해야 한다.

6.2 역선택 (Anti-selection)

- 가족력·검진 회피군 — 암 위험이 높은 자가 선택 가입할 유인. 다만 암보장개시일·면책(90일)·감액기간 설계로 일정 통제 가능.
- 병기 인지 후 가입 — 진단 임박 신호(검진 이상소견) 인지자의 가입 유인. 고지의무·부담보로 관리.

6.3 모럴해저드·공급자 유인 (SIR)

- 정액 구조의 이점 — 실손형과 달리 치료비 증가가 보험금을 키우지 않으므로(정액), 비례형 특유의 과잉진료 유인은 구조적으로 약하다(2024.11 비례형 중단 배경과 반대 방향). 이는 본 특약의 강점.
- 공급자 유인 잔존 — 다만 '선별급여 항목 사용 여부'가 지급을 가르므로, 선별급여 요법 선택을 유도할 미세 유인은 존재. 연 1회 cap이 빈도 측면 통제.
- 판정 경계 악용 — 동일 치료의 단계(수술 전/후)에 따라 급여 구분이 달라지므로, 청구 단계·코드 조정 유인 모니터링 필요.

6.4 재보험·경험데이터 리스크

- 신규 담보 경험 부족 — 업계 최초로 비교 경험통계가 없어 초기 위험률 불확실성이 크다. 재보험 출재 시 협상 레버리지가 제한되며, 재보험사도 보수적 요율을 제시할 가능성.
- 제도 변동 리스크의 재보험 전가 난이도 — 5년 재평가 같은 제도 리스크는 통상적 사망·발생 리스크와 달라 재보험 가격화가 까다롭다. 경험 누적 후 요율 재조정 조항(experience refund/재산출 트리거) 확보가 바람직.
- 대응 — 4.1~4.4의 분해·역산을 근거로 best estimate 구간을 제시하고, 6.1의 풀 변동 시나리오별 민감도를 재보험 협상 자료로 활용.

경쟁사 대응 시나리오

7.1 카피 가능성 진단

카피 난이도는 낮은 편이다. 약관 정의가 '진료비 세부내역서상 선별급여 판정'이라는 객관적·공개 기준에 의존하므로, 트리거 자체는 모방이 용이하다. 진입장벽은 약관이 아니라 위험률 산출 역량(개인 단위 실손 데이터)에 있다.

진입장벽 요소	수준
약관·트리거 설계	낮음(공개 제도 기반, 모방 용이)
위험률 산출 데이터	높음(개인 단위 실손 보유사에 한정)
배타적사용권 기간	한시적 법적 차단(핵심 방어수단)

7.2 경쟁사 우회 경로

- 포괄형 가입금액 상향 — 경쟁사가 신담보 없이 기존 포괄형 암주요치료비의 가입금액만 올려 선별급여 부담을 사실상 흡수하는 우회. 별도 약관 불필요해 가장 현실적 위험.
- 비급여+선별급여 통합 신담보 — 비급여 보유사가 본인부담 구간을 통합한 단일 담보로 맞대응(본 특약보다 포괄적). 배타권 회피 설계 가능성.
- 실손 데이터 보유 대형사 — 동등한 개인 단위 실손을 가진 대형사가 단기 추격 가능. 데이터 격차가 작아 시간 여유가 길지 않다.

7.3 차단·선점 전략

- 배타권 기간 내 패키지 고착화 — 선별급여를 단독으로 두지 말고 포괄+선별급여+비급여 3계층 묶음으로 판매해 전환비용을 높인다(7.2의 '포괄 상향' 우회를 무력화).
- 갱신·청구 인프라 선점 — 선별급여 청구 판정·심사 노하우와 데이터를 선축적해, 후발사의 위험률 산출 격차를 유지.
- 2대질병 확장으로 영역 선점 — 8장 제안대로 순환계 선별급여로 먼저 확장해 카테고리 자체를 선점(후발사의 차별화 여지 축소).
- 제도 변동 대응 속도 — 5년 재평가 결과를 가장 빠르게 약관·요율에 반영하는 운영체제로 '항상 최신' 포지션 유지.

| 상품개선 제안

8.1 원상품 가치 해체

개선 제안의 출발점으로, 본 특약이 실제로 만들어내는 가치를 세 요소로 분해한다.

요소	해체
핵심 기능	'급여 안에 있으나 본인부담 30~90%·상한제 제외'인 선별급여 부담을 정액으로 보전. 제도가 일부만 책임지는 구간을 메운다.
고객 Pain Point	'급여인 줄 알았는데 수백만~수천만 원을 내야 하고, 상한제 환급도 안 되는' 예측 불가한 고액 부담과 불안.
제공 가치	최신 치료(표적·면역·신제형)의 자기부담을 메워, 반복가입 없이 치료환경 변화에 자동 대응하는 안심.

이 세 축을 기준으로 확장·집중·전환·재구성 4-프레임에 제안을 배치한다. 각 아이디어는 6항목(담보정의·보장방법·보장금액·대상고객·차별화·위험요소)으로 기술한다.

8.2 확장 (Expand)

확장 ①

2대질병 선별급여 주요치료 확장

암에서 검증된 '선별급여 트리거' 구조를 뇌졸중·급성심근경색의 선별급여 주요치료로 이식. 동일 그레이존 논리가 순환계에도 성립한다.

- 담보 정의 — 뇌졸중·AMI 진단확정 + 선별급여로 판정된 주요치료(중재시술·재료 등) 수령 시 연 1회 정액.
- 보장 방법 — 암 특약과 동일한 연 1회 정액·연도 간 반복 구조. 질환별 분리 가입.
- 보장금액 제안 — 암 대비 풀이 작으므로 회당 500만~1,000만원, 누적 한도 별도 설정.
- 대상 고객 — 2대질병 가족력·고령·대사증후군 보유층.
- 차별화 포인트 — '선별급여 그레이존' 개념을 순환계로 최초 확장 → 배타권 독창성·진보성을 카테고리 차원에서 강화.
- 위험요소 — 순환계 선별급여 항목 풀이 협소·변동적 → 경험데이터 확보 전 보수적 요율. 공급자 유인은 정액 구조로 완화.

확장 ②

재발·전이 단계 선별급여 반복보장(시간축 확장)

예방-진단-치료-재발의 시간축에서 '재발·전이 시 재차 받는 선별급여 치료'를 별도 보장해 장기 치료자를 두텁게 커버.

- 담보 정의 — 최초 암진단 후 재발·전이가 확인되고, 그 치료로 선별급여 항목이 발생하면 추가 정액.
- 보장 방법 — 기본 연 1회 위에 '재발·전이 선별급여' 가산 트리거를 얹는 다단계 구조.
- 보장금액 제안 — 재발·전이건 가산금 형태(예: 기본 50%), 진단 후 일정기간 내.

4. 대상 고객 — 진행성·고병기 진단 비중이 높은 연령층, 장기 치료 예상군.
5. 차별화 포인트 — 단순 진단 반복이 아닌 '치료 실질(선별급여 발생)' 기준 반복 → 도덕적 해이 통제와 보장 정밀도를 동시 확보.
6. 위험요소 — 재발·전이 정의의 명확화 필요(다중상태 모형). 장기 치료자 집중에 따른 위험률 상향 가능.

8.3 집중 (Focus)

집중 ①

고가 선별급여 선택보장(상향) 옵션

1주기 약제비가 수천만 원에 달하는 초고가 선별급여 요법에 한해 가입금액을 상향하는 선택 특약. 부담이 가장 큰 구간을 집중 보전한다.

1. 담보 정의 — 사전 지정한 고가 선별급여 요법(예: 불린사이트 등) 발생 시 상위 정액을 지급.
2. 보장 방법 — 기본 정액 + 고가요법 적용 시 추가 정액(2단 정액). 연 1회 cap 유지.
3. 보장금액 제안 — 고가요법 발생 시 본인부담 차수(예: 1,500만원)에 근접한 상위 정액(예: 1,500만~2,000만원).
4. 대상 고객 — 혈액암 등 초고가 요법 가능성이 있는 가입자, 고보장 선호층.
5. 차별화 포인트 — '평균'이 아닌 '극단 고액'을 정조준 → 정액형의 보장 사각(고액 미달)을 보완, 유용성 근거 강화.
6. 위험요소 — 지정 요법의 재평가 졸업·약가 변동 시 트리거 변동. 지정 목록 갱신 운영체계 필수.

8.4 전환 (Transform)

전환 ①

선별급여+비급여 통합 모듈 (본인부담 구간 무관 자동 보전)

선별급여·비급여를 단일 모듈로 묶어, 환자가 어느 본인부담 구간에 놓이든 자동 보전되는 경험을 정액 구조로 재현(일본 先進医療特약의 실손형 포괄성을 정액으로 번역).

1. 담보 정의 — 암주요치료가 선별급여 또는 비급여 어디에 해당하든, 해당 구간에 맞는 정액을 자동 지급.
2. 보장 방법 — 단일 가입·내부 분기(선별급여/비급여) 구조. 구간 변동(재평가) 시에도 보장 연속성 확보.
3. 보장금액 제안 — 구간별 차등 정액(선별급여 1,000만 / 비급여 2,000만 등)을 한 모듈에 패키징.
4. 대상 고객 — 본인부담 구조를 이해하기 어려운 일반 가입자(가입 편의·이해도 제고).
5. 차별화 포인트 — '제도 변화에도 끊기지 않는 보장' → 6.1의 재평가 리스크를 오히려 강점으로 전환. 7.2의 경쟁사 통합담보 우회를 선제 차단.
6. 위험요소 — 두 구간 동시 보장에 따른 위험률 합산 상승. 중복지급 방지·구간 판정 규정 정교화 필요.

전환 ②

진단 후 치료단계별 분할 지급

1회성 정액을 '치료 단계(개시·경과)'로 분할해, 치료 여정 동안 자금이 흐르도록 전환.

1. 담보 정의 — 선별급여 치료 개시 시 1차, 일정 치료기간 경과 시 2차로 분할 지급('관리치료기준' 활용).
2. 보장 방법 — 연 1회 정액을 단계 분할(예: 개시 60% + 경과 40%). 치료 지속성 확인 기준 부가.

3. 보장금액 제안 — 총액은 단일지급과 동일하되 시점 분산. 선지급 한도 병행 가능.
4. 대상 고객 — 치료 초기 자금 공백을 우려하는 층(선지급 담보 수요와 연결).
5. 차별화 포인트 — 진단 즉시형과 경과형의 절충 → 모럴해저드를 낮추면서 체감 효용 제고.
6. 위험요소 — 단계 판정·기간 기준의 분쟁 소지. 중도 치료중단 시 처리 규정 필요.

8.5 재구성 (Reframe)

재구성 ①

'신의료기술 갭 커버'로 포지셔닝 재정의

'선별급여'라는 제도 용어 대신, '제도가 아직 다 못 따라온 최신 치료의 내 부담을 메운다'는 소비자 언어로 재정의.

1. 담보 정의 — (구조 동일) 메시지·네이밍을 '최신치료 자기부담 보전'으로 재구성.
2. 보장 방법 — 동일 정액·연1회. 마케팅 레이어만 변경.
3. 보장금액 제안 — 동일. 가성비(저보험료) 소구를 전면화.
4. 대상 고객 — '선별급여'를 모르는 일반 소비자, 반복가입 피로를 느끼는 기존 암보험 가입자.
5. 차별화 포인트 — '새 치료 나올 때마다 또 가입' 피로를 해소하는 '한 번 가입으로 제도변화 자동 추종' 메시지 → 신뢰도·이미지 개선(유용성 근거와 직접 연결).
6. 위험요소 — 보장 범위 오인 소지(모든 신치료로 오해) → 약관상 '선별급여 한정'을 명확 고지해 불완전판매 방지.

8.6 추진 순서 추천

- 1 선별급여 청구 모니터링 상시화 — 5년 재평가 풀 변동을 분기 추적, 위험률 재산출 트리거 마련. (즉시·운영 기반)
- 2 선별급여+비급여 통합 모듈(전환①) 우선 설계 — 재평가 리스크를 강점으로 전환하고 경쟁사 우회를 차단하는 최우선 과제. (6개월)
- 3 고가 선택보장(집중①)·단계지급(전환②) 옵션화 — 유용성·체감효용 보강. (6~9개월)
- 4 2대질병 확장(확장①) 타당성 검토 — 순환계 선별급여 풀·경험데이터 확보 후 차기 개정 반영. (12개월)

부록·참고자료

본 보고서의 사실관계는 아래 공개 통계·법령·학술자료 및 공개 보도자료를 통해 교차 검증하였다. 위험률 절대값은 자사 실손 경험데이터 확보 이전 단계로, 본 보고서는 산출 **방법론·데이터 추정**까지를 범위로 한다.

9.1 통계·제도 출처

구분	자료명 · 주요 인용 수치	발행
암 발생·생존	국가암등록통계 — 평생 암발생확률 남 44.6%·여 38.2%, 5년 상대생존율 73.7%(남 68.2%·여 79.4%), 2023년 신규 암환자 288,613명, 암유병자 약 273만명	국가암관리사업본부 (2023년분, '26.1 공표)
암 진료비	건강보험통계연보 — 연간 암환자 진료비 추이(10년간 약 122% 증가, '24년 약 10.8조원)	국민건강보험공단·건강보험심사평가원
본인부담 상한	2026년 본인부담상한제 최고상한액 1,096만원 — 단, 선별급여·비급여 본인부담금은 상한제 적용 제외(상품 핵심 전제)	보건복지부 고시
선별급여 운영	선별급여 본인부담률 30·50·80·90% 차등, 5년 주기 재평가(의학적 타당성·치료효과성·비용효과성·대체가능성·사회적 요구도)	보건복지부·건강보험심사평가원

9.2 관계 법령

법령	내용
국민건강보험법 제41조의4	선별급여의 법적 근거 — 경제성·치료효과성 등이 불확실하나 잠재적 이득이 있는 항목을 예비적 요양급여로 지정·실시
국민건강보험법 시행령 제18조의4	선별급여 적용 대상·본인부담률 차등 및 적합성 평가(재평가) 절차의 위임 규정
약관상 정의 연계	'선별급여'는 위 법령에 따른 급여항목으로 한정하며, 요양·의료급여 비용의 전부를 본인이 부담하는 경우(전액본인부담·비급여)는 제외

9.3 의학·약제 근거 자료

대상	근거 요지
페스코 (트라스투주맙+퍼투주맙 피하주사)	HER2 양성 유방암. 수술 전 선행(neoadjuvant)요법은 선별급여(본인부담 30%)이나 수술 후 보조요법은 전액본인부담 — 동일 약제가 치료단계에 따라 부담구간이 갈리는 대표 사례. 정맥주사 대비 투여시간 약 90% 단축(투약 편의·전문인력 비용 절감).
비용효과 문헌	Cost-minimisation analysis of intravenous versus subcutaneous trastuzumab regimen for breast cancer management in Hong Kong — 환자 1인당 연간 약 9.5천 달러 절감 추정(제안서 인용 근거).

대상	근거 요지
블린사이토주 (블리나투맙)	급성림프모구백혈병(ALL) 치료제, 항암약물 선별급여(본인부담률 30%). 1주기 연속주입 약제비가 고액으로, 본인부담 체감액이 큰 선별급여의 대표 약제(제안서 예시 사례).
선별급여 약제 풀	항암제 선별급여는 '17년 도입 이후 확대(할라벤·블린사이토·퍼제타·엑스탄디 등). 5년 재 평가에 따라 급여전환·비급여퇴출·신규편입으로 풀이 양방향 변동 — 본 담보 위험률의 구조적 변동요인.

9.4 일본 제도 비교 참고자료

保険外併用療養費(보험외병용요양비) 제도 — 評価療養(先進医療 포함)·選定療養·患者申出療養으로 구성. 이 중 先進医療는 技術料를 환자가 전액 부담하고 高額療養費(상한제)에서 제외되어, 한국 선별급여(본인부담 30~90%·상한제 제외)와 강한 구조적 평행성을 가짐. 다만 일본 민영보험의 先進医療特約은 대부분 技術料 실비(실손)형으로 저보험료 설계인 반면, 한국은 비례형 암주요치료비 판매 중단('24.11)으로 정액형을 채택 — 동일 제도공백에 대한 상이한 보험설계가 본 담보의 차별점.

출처 厚生労働省 「保険外併用療養費制度」(評価療養·先進医療·患者申出療養 고시), 일본 민영 의료보험 先進医療特約 약관 일반.

9.5 분석 방법론 및 한계

- 위험률 형태 — 연 1회한·정액 구조로 연단위 베르누이형으로 식별. 정액이므로 지급액 기대값 $E[\text{금액}]$ 은 분리되며, q_x 는 연간 지급확률로 환원된다(§ 4).
- 유지율 미반영 — 위험률 산식에는 유지율을 포함하지 않았다(국내 실무 관행: 위험률은 순보험료 산출의 기초, 유지율은 별도 항목으로 처리).
- 데이터 환경 — 급여 항목은 NHIS 표본·맞춤형 코호트·HIRA 진료행위통계로, 비급여·선별급여 청구는 자사 실손 경험데이터로 접근하는 것이 정합적이다. 본 담보의 결합 파라미터($u_{\text{선별급여}}$)는 자사 실손이 유일한 직접 추정원이며, 보험개발원 경험위험률이 부재한 신규 담보 특성상 자사 데이터 가중치 불가피하다.
- 절대값 산출 보류 — 본 보고서는 트리거 분해·위험형태 식별·데이터 추정(후보 출처 매핑)까지를 범위로 하며, 실제 위험률 산출은 자사 실손 경험데이터 확정 후 단계로 이연한다.
- 검증 절차 — 본문 사실관계는 공개 통계·법령·학술문헌 및 공개 보도자료로 교차 확인하였으며, 추정·해석 부분은 그 성격을 본문에 명시하였다.