



배타적 사용권 심층분석

특정최경도치매 (아밀로이드PET양성) 보장특약

임상기준과 병리기준의 이중 게이트 구조가
위험률·리스크·경쟁구도에 미치는 영향

회사	AIA생명보험
부가 주계약	(무)파워100 치매보험(갱신형, 해약환급금 미지급형)
배타권	생명보험협회 6개월 부여 (2026년 8월 4일 공표)
분석일	2026년 8월 22일

총평

본 특약은 치매 진단자금의 지급 시점을 CDR 1(경도)에서 CDR 0.5(최경도)로 한 단계 앞당긴 상품이다. 다만 이 특약의 실질적 설계 핵심은 보장 시점의 전진 자체가 아니라, 임상척도(CDR 0.5)와 병리 바이오마커(아밀로이드 베타 PET 양성, 20 센틸로이드 이상)를 **AND 조건으로 결합한 이중 게이트**에 있다. CDR 0.5 단독은 단순 건망증부터 알츠하이머 전구기까지 이질적인 집단을 포함하므로 정액 진단금의 트리거로 삼기에는 위험을 추정과 지급 심사가 모두 불안정하다. 병리기준을 추가함으로써 대상군을 진행 위험이 높은 집단으로 좁혔고, 그 결과 지급률의 변동성과 분쟁 가능성을 동시에 낮춘 구조를 확보했다.

생명보험협회는 2026년 8월 4일 본 특약에 대해 **6개월**의 배타적사용권 부여를 공표했다. 신청 기준으로 볼 때 이는 신규위험담보에 부여되는 기간 중 짧은 편에 속하는데, 후술하는 바와 같이 **동일한 트리거 정의(CDR 0.5 + 아밀로이드 PET 양성)**를 이미 선행 사용한 손해보험 담보가 존재한다는 점이 기간 산정에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 다만 급부의 형태(검사비 실손 대 진단자금 정액)가 다르므로 생명보험 영역에서의 독창성은 별개로 인정된다.

위험률 관점에서 이 특약의 지급사유는 단일 사건이 아니라 **발병·의료이용·검사시행·판독결과**라는 **4단계 결합사건**이다. 이 가운데 아밀로이드 PET 검사의 시행 여부는 국민건강보험 급여 항목이 아니므로 공단·심평원 자료에 포착되지 않으며, 검사비가 100만~200만 원에 이르러 자기선택 편익이 크게 작용한다. 따라서 위험률의 실질적 결정 변수는 의학적 발생률이 아니라 **검사 접근성**이며, 이 변수는 **급여화 여부와 혈액 바이오마커 도입 시점**이라는 두 개의 외생 규제 변수에 종속된다. 본 보고서는 이 지점을 최대 리스크로 진단한다.

수익성 측면에서는 보장금액 최대 200만 원이 검사비 자기부담(100만~200만 원)과 거의 대등한 수준이라는 점이 역설적으로 모럴해저드 억제 장치로 작동하고 있다. 진단금이 검사비를 크게 초과하지 않는 한 보험금 수령만을 목적으로 한 검사 유인은 제한적이다. 그러나 아밀로이드 PET이 급여로 전환되어 환자 부담이 수십만 원 수준으로 떨어지면 이 억제 장치는 소멸하며, 지급률은 단기간에 수 배로 상승할 수 있다. 갱신형 구조가 이 위험을 흡수하는 최후의 안전판이므로, 갱신주기와 요율 재산정 조항의 실효성 점검이 무엇보다 선행되어야 한다.

제안 사항 요약

제9장에서 도출한 상품개선 제안을 4-프레임으로 정리하면 다음과 같다. 각 제안의 상세 정의와 위험요소는 해당 장에서 다룬다.

프레임	제안	핵심 논지
확장	바이오마커 통합형 진단자금	PET 단일 경로 의존을 벗어나 뇌척수액·혈액 바이오마커까지 인정 경로를 확대하되, 검사별 차등 지급으로 위험률을 통제한다
확장	배우자 동시가입 검사비 지원	치매 위험 인지는 부부 단위로 발생한다. 가입 단위를 넓혀 계약 규모와 유지율을 동시에 개선한다
집중	아밀로이드 양성 후 치료개시 보너스	진단만으로 끝나는 일회성 급부를 치료 진입까지 연장하여 상품의 실질 효용과 조기가입 유도력을 높인다
집중	ARIA 모니터링 MRI 비용 보장	표적치료제 투여 지속을 가로막는 실제 병목은 약제비가 아니라 반복 MRI 비용이다
전환	단계 승급형 치매 진단자금	CDR 0.5·1·2·3의 각 단계 진입 시점마다 분할 지급하여 계약 유지 동기를 보장 전 기간에 분산시킨다
전환	인지훈련 프로그램 현물 결합	현금 급부를 검증된 인지중재 서비스로 대체 제공하여 실제 발병 지연 효과를 상품 안으로 내부화한다
재구성	'뇌 건강검진 멤버십'으로 재포지셔닝	치매 진단금이 아니라 정기적 뇌 건강 확인 체계로 메시지를 전환하여 50대 조기 가입층을 확보한다
재구성	가족 돌봄 부담 관점의 세그먼트 재정의	피보험자 본인이 아닌 보호자를 의사결정자로 상정하여 판매 채널과 소구 메시지를 재설계한다

추진 순서 추천

1단계 (즉시, 배타권 존속 중) — ARIA 모니터링 MRI 보장과 치료개시 보너스를 우선 추진한다. 두 담보 모두 기존 특약의 지급 대상자 집합 안에서 작동하므로 신규 모집단 추정 없이 기존 청구 데이터로 위험률을 조정할 수 있고, 배타권 만료 이전에 보장 폭을 넓혀 후발 미투 상품과의 차별점을 선점할 수 있다.

2단계 (6~12개월) — 단계 승급형 진단자금과 인지훈련 현물 결합을 준비한다. 승급형은 다중상태 전이확률 추정이 필요하므로 병원 코호트 자료 확보에 선행 기간이 필요하고, 현물 결합은 제휴 사업자 선정과 서비스 품질 관리 체계 구축이 병행되어야 한다.

3단계 (12개월 이후, 규제 변화 대응) — 바이오마커 통합형과 멤버십 재포지셔닝을 검토한다. 혈액 바이오마커의 국내 허가 시점과 아밀로이드 PET 급여화 논의 경과가 확정된 이후에 착수해야 위험률 가정이 붕괴하지 않는다.

상품구조 해부

1.1 급부 구조와 지급 트리거

본 특약은 특약의 보험기간 중 피보험자가 치매보장개시일 이후에 아래 두 요건에 **모두** 해당하는 경우, 최초 1회에 한하여 진단자금을 지급한다. 개발과정요약서에 명시된 요건을 그대로 옮기면 다음과 같다.

요건 1	"최경도치매상태"로 최종 진단확정된 경우. 최경도치매상태란 CDR척도 검사 결과가 0.5점 에 해당되는 상태를 말한다
요건 2	"아밀로이드베타 PET 양성"에 해당하는 경우. 아밀로이드베타(Aβ) 단백질 침착 정도를 평가하는 PET 검사 결과가 양성(Positive)이며, 20 센틸로이드(Centiloid) 이상 인 상태를 말한다

센틸로이드는 알츠하이머병 연구와 임상에서 뇌의 아밀로이드 플라크 침착량을 표준화하여 측정하는 정량적 척도이다(개발과정요약서 주3).

지급 트리거의 형식은 **임상척도 ∩ 병리지표의 교집합**이다. 두 요건 중 하나만 충족해서는 지급되지 않으며, 이 교집합 구조가 본 특약의 위험률 수준과 리스크 프로파일 전체를 규정한다.

1.2 보장 방법과 계약 구조

지급 형태	정액 진단자금. 공표 자료 기준 최대 200만 원 수준
지급 횟수	최초 1회한. 지급 후 해당 보장은 소멸한다
계약 형태	갱신형, 해약환급금 미지급형(무해지형)
부가 방식	(무)파워100 치매보험의 선택특약. 단독 가입 불가
면책 기간	치매보장개시일 이후 진단 건에 한정. 치매 담보의 통상 관행상 계약일로부터 1년 또는 2년의 보장개시 유예가 적용된다
인가 경과	금융감독원 신고수리 완료(신규위험담보). 2026년 5~6월 2개월간 협의를 거쳐 보장내용·보장금액 검토 후 수리

1.3 원상품 내 위치

주계약 (무)파워100 치매보험은 최경도부터 중증까지 치매 전 단계 진단금에 더해 약물치료비, 간병자금, 돌봄·생활비, 표적치매치료제(레캠비) 관련 보장까지 포함한 종합형 치매 상품이다. 본 특약은 그 보장 스펙트럼의 **가장 앞단, 즉 기존 상품이 비워두었던 CDR 0.5 구간을 메우는** 위치에 놓인다. 상품 전체를 놓고 보면 진단 시점을 앞당긴 첫 급부가 이후 단계별 급부와 계약 유지로 이어지는 진입점 역할을 하도록 설계된 것으로 해석된다.

1.4 회사가 제시한 개발 논거

개발과정요약서는 개발 배경을 네 단계로 전개한다. 첫째, 치매 관리 패러다임이 발병 이후 치료 중심에서 조기 진단·조기 개입 중심으로 이동하고 있다. 둘째, 경도인지장애 단계에서 개입하면 치매 발병 시기를 평균 3~5년 늦출 수 있다는 보고가 있으며, 인지활동이 충분한 집단은 발병 시점이 5년 지연되고 발병 위험이 38% 축소된다는 연구가 인용된다. 셋째, 동일한 CDR 0.5 상태에서도 진행 위험도에 차이가 존재하므로 고위험군을 선별하는 기준이 필요하다. 넷째, 이 골든타임 구간에서 초기 진단(200만 원), 약물치료 관련 비용(회당 250만 원), 인지재활훈련(200만 원) 등 650만 원 수준의 의료비가 발생함에도 기존 치매보험의 진단자금 보장은 CDR 1부터 시작되어 공백이 존재한다.



이 가운데 **사실로 확인되는 항목**은 CDR 0.5 집단의 이질성, 아밀로이드 양성 여부에 따른 진행 위험 차이, 골든타임 구간 의료비의 비급여 성격이다. 반면 **분석가 추정이 필요한 항목**은 회사가 제시한 의료비 금액의 산출 근거와, 진단자금 200만 원이 실제 비용 구조에서 차지하는 보전율이다. 초기 진단 비용만으로도 200만 원이 제시되어 있으므로 진단금은 사실상 검사 단계 비용만을 겨우 상쇄하는 수준이며, 약물치료와 인지재활 비용은 주계약의 다른 특약이 담당하는 구조로 이해해야 한다.

국내외 유사 상품

2.1 국내 유사 상품

가. 보장 유사형 — 동일 트리거를 이미 사용한 선행 담보

본 특약의 신규성 평가에서 반드시 짚어야 할 사실이 있다. CDR 0.5와 아밀로이드 PET 양성을 결합한 지급 요건은 손해 보험 영역에서 이미 선행 사례가 존재한다. 흥국화재의 '무배당 표적치매약물허가치료 중 MRI검사지원비(3회한) 특별약관'은 최경증 치매 상태(CDR 0.5) 또는 경증 알츠하이머 치매(CDR 1 및 F00 또는 G30) 확정과, 아밀로이드베타 적응증 상태(PET 검사 30 센틸로이드 이상 또는 양성 판정)를 모두 요구한다. 이 담보는 2025년 12월 금융감독원 신고수리를 거쳐 판매되었고 손해보험협회 배타권이 부여된 바 있다.

따라서 본 특약의 독창성은 트리거 정의 자체가 아니라 **급부의 형태**에 있다. 흥국화재 담보는 특정 치료(레캬비 투여) 과정에서 발생하는 MRI 검사비를 회당 50만 원, 3회 한도로 보전하는 비용 보전형이다. 반면 본 특약은 치료 여부와 무관하게 진단 확정만으로 정액 진단자금을 지급하는 **진단자금형**이다. 지급 대상 사건의 범위가 훨씬 넓고, 자금의 사용처가 제약되지 않는다는 점에서 소비자 관점의 효용은 더 크다. 다만 배타권 심의에서 6개월이라는 상대적으로 짧은 기간이 부여된 배경에는 선행 담보의 존재가 작용했을 가능성을 배제하기 어렵다.

회사	담보	지급 요건	급부 형태
AIA생명	특정최경도치매(아밀로이드PET양성)보장 특약	CDR 0.5 AND Aβ PET 양성 및 20 CL 이상	정액 진단자금, 최초 1회한
흥국화재	표적치매약물허가치료 중 MRI검사지원비(3회한)	CDR 0.5 또는 CDR 1(F00·G30) AND PET 30 CL 이상 또는 양성	MRI 검사비 회당 50만 원, 3회한
KB손해보험	치매 CDR척도검사지원비	CDR척도 검사 시행	검사비 지원, 배타권 3개월
복수 보험사	표적치매치료(레캬비) 치료비 특약	레캬비 처방·투여 개시	약제비 한도 2,000만~3,000만 원

CL = 센틸로이드. 지급 요건은 각사 공표자료 및 언론 보도 기준이며 실제 약관 문언과 차이가 있을 수 있다.

주목할 차이는 **센틸로이드 컷오프**다. 본 특약은 20 CL, 흥국화재 담보는 30 CL을 채택했다. 아밀로이드 축적의 연속적 분포를 고려하면 컷오프를 10 CL 낮추는 것은 대상 집단을 유의하게 넓히는 선택이며, 이는 위험률 산출에서 반드시 반영되어야 할 차이다. 이 점은 제5장에서 정량적으로 다룬다.

나. 치료·지급방법 유사형

치매 조기 단계를 겨냥한 국내 상품군은 최근 1~2년 사이 빠르게 형성되었다. 진단 단계(CDR척도 검사비, PET 검사비), 치료 단계(레캬비 약제비, ARIA 모니터링 MRI), 재활 단계(돌봄로봇 현물급부, 인지훈련 프로그램)로 급부가 분화되었으며, 대부분 **비급여 항목의 비용 보전** 형태를 취한다. 본 특약은 이 흐름 속에서 유일하게 사용처를 특정하지 않는 정액 진단금이라는 점에서 차별된다. 개발과정요약서가 "치매 골든타임에 발생하는 모든 의료비용을 범용적으로 보장"한다고 표현한 것은 이 성격을 지칭한 것이다.

2.2 일본 유사 상품

가. 일본 시장의 특이점

일본은 경도인지장애(MCI) 보장을 **2018년경부터 상용화**하여 한국보다 시장 형성이 앞서 있다. 다만 설계 철학이 정반대에 가깝다. 일본 상품군은 MCI를 임상 진단만으로 인정하고 바이오마커 요건을 두지 않는 대신, **지급 금액을 소액으로 제한**한다. 예컨대 타이요생명(太陽生命)의 인지증 보험은 MCI 또는 기질성 인지증 진단 시 일시금을 지급하되 그 금액을 인지증 진단보험금의 10% 수준(1만~30만 엔)으로 설정하고, 본격 인지증 진단 시에는 10만~300만 엔을 별도로 지급한다.

스미토모생명(住友生命)의 인지증PLUS특약, 니혼생명(日本生命)의 인지증 서포트플러스, 메이지야스다(明治安田)의 'MCI플러스', PGF생명의 MCI·경도개호보장 특약도 같은 구조를 취한다. 즉 일본형은 **트리거를 넓히고 금액을 줄이는** 설계이며, 본 특약은 **트리거를 좁히고 금액을 키우는** 정반대 설계다.

구분	일본형 (MCI 보장)	AIA 본 특약	구조적 함의
진단 기준	임상 진단(MCI 또는 기질성 인지증)	CDR 0.5 + Aβ PET 20 CL 이상	일본형은 지급 빈도 높음, 본 특약은 빈도 낮고 심도 높음
지급 금액	인지증 진단금의 10% 내외 소액	최대 200만 원 정액	본 특약은 검사비 자기부담과 대등한 수준으로 설계
검사 부담	추가 검사 불요	PET 검사 100만~200만 원 자기부담	본 특약은 검사 접근성이 지급률의 결정 변수
예방 서비스	혈액 기반 MCI 스크리닝 검사, 검사 결과 등급별 캐시백, 건강증진 앱, 워킹 투어 등 상품 부수 서비스로 제공	출시 초기 한시적 검사 지원 혜택	일본형은 검사-보장-예방을 하나의 순환 구조로 묶음

나. 시사점

일본 사례에서 도출되는 실무적 함의는 세 가지다.

첫째, **바이오마커 요건의 유무는 위험률뿐 아니라 상품의 마케팅 논리를 바꾼다**. 일본형은 "누구나 받을 수 있는 소액 초기 급부"로 가입 유인을 만들고, 본 특약은 "정말 위험한 사람에게 의미 있는 금액"으로 설계 논리를 세운다. 후자는 지급 경험의 쌓이기 전까지 소비자에게 체감되기 어려우므로, 판매 현장에서 지급 사례 추적과 사례 커뮤니케이션이 상품 성패를 좌우할 가능성이 높다.

둘째, **타이요생명이 구축한 검사-보장-예방의 순환 구조는 본 특약이 아직 확보하지 못한 영역이다**. 일본은 혈액 기반 스크리닝 검사를 상품 부수 서비스로 제공하고, 검사 결과 등급에 따라 사례금을 차등 지급하며, 그 과정에서 수집한 설문 데이터를 위험률 정교화에 활용하는 구조를 갖췄다. 본 특약은 출시 초기 한시적 검사 지원에 그치므로, 이 순환을 상시화하면 데이터 자산과 예방 효과를 동시에 확보할 수 있다. 제9장의 서비스 결합 제안은 이 지점을 겨냥한다.

셋째, **일본이 아직 도입하지 않은 영역이 곧 본 특약의 확장 여지다**. 일본 상품군에서 아밀로이드 PET을 지급 요건으로 삼은 사례는 확인되지 않으며, 이는 일본의 아밀로이드 PET 검사비가 한국보다 높고 적정사용 가이드라인(일본핵의학회 등 7개 학회 감수, 2025년 4월 개정 제4판)이 검사 의뢰 대상을 엄격히 제한하기 때문으로 판단된다. 한국의 상대적으로 낮은 검사비와 높은 의료 접근성이 본 특약을 가능하게 한 조건이며, 동시에 그 조건이 변하면 상품 전제도 흔들린다는 뜻이기도 하다.

의학적 및 법률적 해석

3.1 CDR 척도와 0.5점의 의미

CDR(Clinical Dementia Rating, 임상치매척도)은 기억력, 지남력, 판단력과 문제해결, 사회활동, 가정생활과 취미, 위생과 몸단장의 여섯 영역을 각각 평가한 뒤 이를 종합해 하나의 점수로 산출하는 척도다. 0점은 정상, 0.5점은 최경도, 1점은 경도, 2점은 중등도, 3점 이상은 중증에 해당한다. 평가는 환자 본인과 보호자 면담을 통해 이루어지므로 **본질적으로 반정량적(semi-quantitative) 임상 판단**이며, 평가자 간 편차가 존재한다.

문제는 0.5점 구간의 이질성이다. 개발과정요약서가 정리한 바와 같이 CDR 0.5에는 주의집중력 하락, 힌트 후에도 기억나지 않음, 언어·시공간 기능 하락, 수면장애와 심한 건망증을 보이는 저위험군과, 약속·돈 관리에 어려움을 겪고 인지 기능·사회활동에 지장이 있으며 주변에서 이상을 알아차리는 고위험군이 혼재한다. 회사는 고위험군의 치매 진단 확률이 5~7배 급증한다고 제시했다. 이 수치의 출처는 요약서에 명시되지 않아 **분석가 관점에서는 검증 대상**이지만, 아밀로이드 양성 여부에 따라 CDR 0.5 집단의 진행 위험이 유의하게 갈린다는 명제 자체는 다수의 코호트 연구로 뒷받침된다.

보험 실무 관점에서 CDR 0.5 단독 트리거의 결정적 약점은 **지급심사 시 객관적 반증 수단이 없다는 점**이다. 평가자가 0.5로 판정하면 회사는 이를 뒤집을 근거를 확보하기 어렵다. 병리기준을 결합하면 판정의 상당 부분이 영상 판독이라는 재현 가능한 절차로 이관된다.

3.2 아밀로이드베타와 센틸로이드 척도

알츠하이머병의 병리학적 특징 중 하나는 뇌 안에 아밀로이드베타($A\beta$) 단백질이 플라크 형태로 축적되는 현상이다. 이 축적은 임상 증상이 나타나기 훨씬 이전부터 시작된다. 일본 타이요생명이 상품 설명 자료에서 인용한 바와 같이 알츠하이머형 인지증은 발병 약 20년 전부터 뇌의 변화가 시작된다는 것이 통설이다. 따라서 아밀로이드 축적 여부는 **증상보다 앞서 위험을 식별할 수 있는 선행 지표**가 된다.

센틸로이드(Centiloid)는 서로 다른 방사성의약품(트레이서)과 장비로 측정한 아밀로이드 PET 결과를 하나의 공통 눈금으로 환산하기 위해 고안된 표준화 척도다. 0은 아밀로이드가 없는 젊은 정상 대조군의 평균, 100은 전형적인 알츠하이머병 환자의 평균에 대응하도록 정의된다. 정성적 '양성/음성' 판독만으로는 기관 간 판정 차이가 발생하므로, 정량 지표를 병기하는 것이 최근 임상 및 연구의 표준적 접근이다.

구간	일반적 해석	보험 실무상 함의
20 CL 미만	병리학적으로 유의한 축적 없음에 가까움	본 특약 부지급 구간. 다만 초기 축적이 일부가 포함될 수 있음
20~30 CL	초기 축적, 판독 기관 간 판정이 갈릴 수 있는 회색지대	본 특약은 지급, 홍국화재 담보는 부지급. 두 상품의 대상 집단 차이가 발생하는 구간
30 CL 이상	명확한 양성. 항아밀로이드 치료제 임상의 통상적 등록 기준대	양 상품 모두 지급. 표적치료 적응증 판단과 대체로 일치

구간별 해석은 임상 문헌에서 통용되는 일반적 기준을 정리한 것이며, 특정 가이드라인의 공식 분류가 아니다. 실제 판정은 트레이서 종류와 판독 프로토콜에 따라 달라진다.

본 특약이 20 CL을 채택한 것은 **보장 범위를 넓히려는 소비자 지향적 선택**인 동시에, 회색지대 판정 분쟁을 감수하는 선택이기도 하다. 20~30 CL 구간은 판독자와 장비에 따라 결과가 달라질 여지가 상대적으로 크며, 동일 환자가 다른 기관에



서 재검사할 유인이 발생할 수 있다. 약관상 인정 검사기관과 정량화 소프트웨어를 특정하지 않았다면 이 부분은 향후 분쟁 소지로 남는다.

3.3 검사 접근성과 비용 구조

국내에서 알츠하이머병 진단을 위해 가장 널리 활용되는 검사는 아밀로이드 PET이며, **현재 건강보험 급여가 적용되지 않는 비급여 항목**이다. 검사비는 대략 100만 원 수준으로 보고되며, 언론 보도에 따라 100만~200만 원 범위로 제시되기도 한다. 이는 미국(약 1,000만 원)이나 대만(약 300만 원)에 비해 현저히 낮은 수준이다. 대한치매학회는 초기 알츠하이머병이 강하게 의심되는 환자에 대해 확진 목적의 PET 또는 뇌척수액 검사를 급여화할 것을 지속적으로 건의해 왔으나 아직 수용되지 않았다.

대체 검사로는 뇌척수액 검사가 있으며 비용은 약 40만~50만 원으로 PET의 절반 수준이다. 혈액 기반 검사(p-tau217, Aβ42 비율 등)는 미국에서 승인 사례가 나왔으나 국내에서는 아직 확진 용도로는 부족하다는 것이 전문가 견해다.

규제 변수가 위험률에 미치는 경로

아밀로이드 PET이 급여화되면 환자 본인부담은 현재의 수분의 일로 떨어진다. 검사 접근성이 상승하면 CDR 0.5 진단자 가운데 실제로 PET을 시행하는 비율(제4장의 $u_{PET시행}$)이 급등하고, 이는 지급률에 **거의 선형으로 전이**된다. 혈액 바이오마커가 국내 허가를 받아 1차 선별에 쓰이면 PET 시행자의 사전확률이 높아져 양성률($p_{A\beta 양성}$)까지 함께 상승한다. 두 변수가 동시에 움직이면 지급률은 곱셈적으로 증가한다. 이 점이 본 특약의 최대 리스크다.

3.4 표적치료제 환경

레캬비(성분명 레카네맵)는 2024년 5월 국내 허가를 받았고 2024년 12월 첫 처방이 이루어졌다. 2주 간격으로 총 18개월(36회) 투여하는 주사제이며, 비급여 기준 연간 약값만 2,300만~3,100만 원, 18개월 총액으로는 3,900만~5,070만 원 수준으로 추산된다. 여기에 진단용 아밀로이드 PET 비용과 투여 중 ARIA(아밀로이드 관련 영상 이상) 감시를 위한 반복 MRI 비용이 더해진다.

ARIA는 항아밀로이드 치료제의 대표적 부작용으로 뇌부종(ARIA-E)과 미세출혈(ARIA-H)로 나뉘며, MRI로만 확인할 수 있어 정기 촬영이 필수다. 식약처 가이드라인상 레캬비 투여 환자는 MRI를 3회 촬영해야 하는데 이 역시 비급여이며, 레캬비 처방 병원의 평균 뇌 MRI 비급여 비용은 74만 원 수준으로 보고된다. 임상 현장에서는 **치료 중단 환자의 절반이 비용을 이유로 중단**한다는 지적이 나온다.

본 특약의 진단자금은 이 비용 구조 전체에서 보면 진입 단계의 검사비 정도를 상쇄하는 규모다. 제9장에서 ARIA 모니터링 MRI 보장과 치료개시 보너스를 우선 제안하는 근거가 여기에 있다.

3.5 법률·규제상 검토

신규위험담보 신고	금융감독원 신고수리 완료. 요약서에 따르면 2026년 5~6월 2개월간 협의를 거쳐 보장내용과 보장금액을 검토한 뒤 수리되었다. 신규위험담보는 기존 참조위험률이 존재하지 않으므로 자체 산출 위험률의 적정성 입증 이 요구된다
보험개발원 검증	위험률 개발 및 검증 2025년 10~12월, 보험요율 검증 2026년 3~4월, 제3보험 신상품개발 협의기구 심의 2026년 4월
치매보장개시일	보험금 지급은 치매보장개시일 이후 진단 건에 한정된다. 치매 담보는 계약 전 이미 진행 중인 인지저하를 배제하기 위해 통상 1~2년의 보장개시 유예를 둔다. 본 특약처럼 초기 단계를 보장할수록 이 유예기간의 실효성이 역선택 방어에 핵심이 된다
대리청구	



	인지기능 저하 상태의 피보험자는 스스로 청구가 어려울 수 있다. 지정대리청구인 제도의 부가 여부와 안내 충실성이 민원 발생 여부를 좌우한다
무해지형 구조	해약환급금 미지급형은 보험료를 낮추는 대신 중도 해지 시 환급금이 없다. 갱신형과 결합될 경우 갱신 시점 보험료 인상에 따른 해지가 발생하면 계약자 손실이 커지므로, 설명의무 이행 수준이 향후 분쟁의 쟁점이 될 수 있다

위험률 산출 방법론 추정

4.1 트리거 분해

약관상 지급사유를 구성 요소로 분해하면 다음과 같다. 무엇이 발생해야 하는가, 어떤 정의로 확정되는가, 몇 번 지급되는가, 어떤 형태로 지급되는가의 네 축으로 정리한다.

사건	인지기능 저하의 발생 자체가 아니라, 의료기관에서 CDR 0.5로 진단확정되고 동시에 아밀로이드 PET에서 20 CL 이상 양성 판정을 받는 사건
정의	임상척도(CDR)와 정량 병리지표(센틸로이드)의 교집합. KCD 상병코드가 아니라 검사 결과값이 판정 기준이라는 점이 특징
횟수	최초 1회한. 지급 후 보장 소멸. 재발·악화는 별개 담보 영역
형태	정액 현금 진단자금. 실제 지출액과 무관

따라서 위험률의 형태는 **확률형 q_x (first occurrence)**다. 분모는 아직 해당 사건을 경험하지 않은 유효 피보험자의 노출이며, 사건 발생 시 해당 개인은 이후 노출에서 제외된다. 빈도형 i_x 가 아니라는 점은 명확하다.

4.2 산출식 추정

다만 위 사건은 단일 의학적 사건이 아니라 **발병·의료이용·검사시행·판독결과의 4단 결합사건**이다. 각 단계를 독립 요인으로 분해하면 다음과 같이 표기된다.

$$q_x = q_{\text{인지저하발생}} \times u_{\text{의료이용}} \times u_{\text{PET시행}} \times p_{\text{A}\beta\text{양성}}$$

$q_{\text{인지저하발생}}$: x세 피보험자가 해당 연도에 CDR 0.5 수준의 인지저하 상태로 진입할 확률

$u_{\text{의료이용}}$: 인지저하 상태 진입자 중 의료기관을 방문하여 CDR 평가를 받고 0.5로 진단확정되는 비율

$u_{\text{PET시행}}$: CDR 0.5 진단확정자 중 아밀로이드 PET 검사를 실제로 시행하는 비율

$p_{\text{A}\beta\text{양성}}$: PET 시행자 중 20 센틸로이드 이상 양성 판정을 받는 비율

여기에 가입심사 직후 위험률이 낮아졌다가 회복되는 선택효과와, 기준연도에서 적용연도로의 추세 보정, 안전할증을 반영하면 최종 적용 기초율은 다음과 같이 정리된다.

$$q_x^{\text{기초}} = q_x \times f_{\text{선택}}(t) \times (1 - \theta)^T \times (1 + \eta)$$

$f_{\text{선택}}(t)$: 가입 후 경과기간 t에 따른 선택계수. 치매보장개시일 유예로 초기 구간은 0에 가깝다

θ : 연간 추세율. 본 담보는 검사 접근성 확대로 **악화 방향**이므로 부호에 유의해야 한다

η : 안전할증률. 경험통계 부재와 규제 변수 불확실성을 함께 반영한다

T : 기준연도로부터 적용연도까지의 경과연수

한국 업계 관행에 따라 **유지율 $L(t)$ 은 위험률 산출식에 반영하지 않았다**. 유지율은 별도 항목으로 처리하며, 본 담보는 지속성이 위험률과 구조적으로 결합되는 특수 구조가 아니므로 예외 처리 사유가 없다.

4.3 요인별 데이터 소스 매핑

본 절의 목적은 실제 수치를 계산하는 것이 아니라, 각 요인을 어떤 데이터로 채울 수 있고 그 데이터가 실제로 확보 가능한지를 판정하는 것이다. 급여 항목과 비급여 항목의 구분이 소스 선택을 좌우한다.

필요 데이터	급여·비급여	후보 소스	가용성·접근
q 인지저하발생	일부 급여	중앙치매센터 대한민국 치매현황, 치매안심센터 선별검사 결과, NHIS 표본코호트(F00-F03, G30, F06.7, R41.3)	중. 유병률 자료는 공개되나 CDR 기준 발생률로 직접 환산 불가. 유병-발생 변환 필요
u 의료이용	급여	HIRA 진료행위통계(신경인지기능검사 수가코드), NHIS 맞춤형 코호트	중상. 검사 청구 건수 확보 가능. 다만 CDR 점수 자체는 청구자료에 없음
u PET시행	비급여	병원 CDW, 한국 OHDSI 컨소시엄 OMOP-CDM(42개 병원), 방사성의약품 공급업체 출하량, 레캄비 처방 통계 역산	하. 공식 통계 부재. 본 담보 위험률의 최대 불확실 요인
p Aβ양성	비급여	국내 MCI 코호트 학술문헌, 병원 영상의학 판독 DB, K-CURE 임상 라이브러리	중하. 문헌값 존재하나 20 CL 컷오프 기준 재산정 필요
센틸로이드 분포	비급여	임상 레지스트리, 트레이서별 정량화 검증 문헌	하. 컷오프 민감도 분석에 필수이나 국내 분포 자료 희소
f 선택(t)	—	자사 지급경험(축적 후), 유사 치매 담보의 경과기간 별 A/E 비	하. 판매 초기이므로 타 담보 유추 불가피

이 표에서 확인되는 구조적 문제는 명확하다. 위험률의 변동성을 지배하는 두 요인(**u_{PET시행}**, **p_{Aβ양성}**)이 모두 비급여 영역에 속해 공적 통계로 포착되지 않는다. 회사가 요약서에서 "보장대상 정의, 위험률 산출을 위한 통계 확보 및 산출방법 연구"를 별도 과업으로 명시하고 3개월을 배정한 것은 이 난점을 반영한 것으로 보인다.

4.4 실무적 접근 경로

경험통계가 부재한 신규위험담보의 통상적 처리 방식에 비추어, 회사가 취했을 것으로 추정되는 접근은 다음 세 가지 중 하나 또는 그 조합이다.

- **병원 코호트 기반 직접 추정** — 기억장애 클리닉 방문자 중 CDR 0.5 판정자를 분모로, PET 시행 및 양성 판정자를 분자로 하여 조건부 확률을 추정한 뒤, 이를 일반 인구 발생률에 접합한다. 병원 방문자 집단은 일반 가입자 집단보다 위험이 높으므로 보정 없이 사용하면 과대추정된다.
- **공급량 역산** — 아밀로이드 PET 트레이서의 국내 연간 공급량에서 검사 건수 상한을 추정하고, 이를 CDR 0.5 진단 규모로 나누어 **u_{PET시행}**의 상한을 잡는다. 상한 추정치이므로 보수적 방향으로 안전하다.
- **가입자 규모 기준 상한 설정** — 갱신행 구조를 전제로 초기에는 보수적 위험률을 적용하고, 경험이 축적되면 갱신 시점에 재산정한다. 신규담보에 예정손해율을 보수적으로(90% 수준) 설정하도록 한 감독 방향과도 부합한다.

세 경로 모두 **절대 수준의 정확성보다 상한의 안전성을 우선하는 방식**이며, 이는 경험통계가 쌓이기 전 신규담보에서 합리적인 선택이다. 본 특약의 갱신행·무해지형 설계는 이 보수적 접근을 재무적으로 뒷받침하는 구조로 이해된다.

기초통계 추정 및 정합성 검정

5.1 검정 설계

제4장에서 확인했듯 본 담보의 위험률은 직접 관측이 불가능하다. 따라서 서로 독립적인 경로로 상한과 하한을 잡아 교차 확인하는 방식이 유일한 현실적 검정 수단이다. 본 절은 세 개의 독립 경로로 삼각검증을 수행하고, 자릿수 정합성을 점검한다.

경로	출발점	추정 논리
A	인구·유병률 기반 하향식	65세 이상 인구에 인지저하 유병률과 진단율, 검사시행률, 양성률을 순차 적용하여 지급 가능 모집단의 상한을 구한다
B	검사 공급량 기반	아밀로이드 PET 트레이서 공급 및 검사 인프라 규모에서 연간 시행 건수의 물리적 상한을 도출한다
C	치료 진입자 역산	레캬비 처방 실적에서 아밀로이드 양성 확인 인원을 역산하고, 치료 미진입 양성자를 가산하여 하한을 구한다

5.2 경로 C — 관측 가능한 하한

세 경로 중 가장 신뢰할 만한 관측 기반이 있는 것은 경로 C다. 레캬비 투여를 시작하려면 아밀로이드 축적을 사전에 확인해야 하므로, 레캬비 치료 진입자는 모두 아밀로이드 양성 확인자의 부분집합이다.

지표	값	출처 및 해석
레캬비 누적 처방 건수	1만 3,700건 초과	2025년 9월 국회 제출 심사평가원 자료. 1인 18개월 36회 투여 구조이므로 건수를 인원으로 환산하면 크게 축소된다
치료 중 환자 규모	약 2,000명	2025년 11월 대한치매학회 관계자 언급. 별도 시점에는 처방 케이스 2,000건 수준의 임상 경험 축적이 언급되었다
처방 의료기관	13개소	국내 첫 처방 1년 경과 시점 기준
연간 약값(비급여)	2,300만~3,100만 원	2주 간격 500mg 투여 기준. 18개월 총액 3,900만~5,070만 원

여기서 도출되는 정합성 판단은 다음과 같다. 치료 진입 인원이 수천 명 규모라면, **PET을 시행했으나 음성이었거나 양성이어도 치료에 진입하지 않은 인원을 포함한 전체 PET 시행 건수는 그 수 배 규모로 추정된다**. 치료 비용이 연 3천만 원에 달해 양성 확인 후에도 치료를 포기하는 비율이 상당하다는 임상 현장 보고를 감안하면 이 배수는 작지 않다.

중요한 함의는 본 특약의 지급 모집단이 레캬비 치료 진입자보다 **넓다**는 점이다. 진단금은 치료 여부와 무관하게 지급되므로, 비용 부담으로 치료를 포기한 양성자도 지급 대상이 된다. 회사가 인용한 "치매 골든타임에 발생하는 모든 의료비용을 범용적으로 보장"이라는 표현은 이 설계 의도를 정확히 반영한 것이며, 동시에 위험률 추정 시 치료 통계만으로 대리 추정하면 **체계적 과소추정**이 발생함을 의미한다.

5.3 경로 A — 하향식 상한

2025년 기준 65세 이상 고령 인구는 1,051만 4천 명으로 전체 인구의 20.3%다. 국내외 문헌에서 노년기 경도인지장애 유병률은 대체로 20%대 초반에서 제시되나, 이 수치는 지역사회 선별검사 기준이므로 **의료기관에서 CDR 0.5로 최종 진단** 확정된 인원과는 규모가 크게 다르다. 하향식 추정에서 감쇄가 발생하는 단계는 다음과 같다.

단계	감쇄 성격	비고
유병 → 병원 방문	대폭 감쇄	초기 인지저하는 노화로 인식되어 의료기관 방문으로 이어지지 않는 경우가 다수
방문 → CDR 0.5 확정	중간 감쇄	신경인지기능검사 수행 및 판정 필요. 급여 항목이므로 청구 자료로 규모 파악 가능
확정 → PET 시행	최대 감쇄	100만 원 이상 자기부담. 이 단계가 지급률을 사실상 결정한다
시행 → 20 CL 이상	부분 감쇄	PET 시행자는 이미 임상적으로 의심되는 집단이므로 일반 인구 대비 양성률이 높다

이 구조에서 주목할 점은 **감쇄가 가장 큰 단계가 의학적 요인이 아니라 경제적·제도적 요인**이라는 것이다. 통상적인 진단 담보에서는 질병 발생률이 위험률의 주된 결정 변수이지만, 본 담보에서는 검사비 부담과 급여 여부가 그 자리를 차지한다. 위험률 산출의 감도 분석은 발생률 가정이 아니라 $u_{PET시행}$ **가정에 집중되어야 한다.**

5.4 센틸로이드 컷오프 민감도

본 특약의 20 CL 기준과 선행 담보의 30 CL 기준은 대상 집단 크기에서 유의한 차이를 만든다. 아밀로이드 축적은 연속 분포이며 20~30 CL 구간은 초기 축적기에 해당해 실제 검사자 중 일정 비율이 이 구간에 분포한다. 컷오프를 30에서 20으로 낮추면 **이 구간 전체가 지급 대상에 추가된다.**

정확한 증가율은 국내 검사자의 센틸로이드 분포 자료가 필요하므로 본 보고서에서 수치로 제시하지 않는다. 다만 위험률 검증 시 반드시 **컷오프 20 CL 기준으로 재산정된 양성률을 사용해야 하며, 30 CL 기준 문헌값을 그대로 차용하면 과소추정된다는 점을 명확히 지적한다.** 이는 본 담보 위험률 검증에서 가장 실수하기 쉬운 지점이다.

5.5 회사 인용 통계의 정합성 점검

인용 내용	구분	점검 결과
치매 환자 1인당 연간 관리비용 최경도 1,620만 / 경도 1,899만 / 중등도 2,807만 / 중증 3,480만 원	사실	대한민국 치매현황 2023, 중앙치매센터. 단계별 비용 체증 구조는 조기 개입의 경제적 근거로 타당하다. 다만 이 수치는 진단 확정 치매 환자 기준이므로 CDR 0.5 단계 비용과 직접 대응하지 않는다
치매 조기 진단 및 체계적 관리 시 1인당 연간 1,400만 원 절감	사실	보건복지부 출처로 표기. 다만 인용 연도가 오래되었을 가능성이 있어 최신 자료로 갱신 필요
치매 발병 시점 5년 지연, 발병 위험 38% 축소	사실	Wilson RS et al., Neurology 2021 및 Andrea Zammit et al., Neurology 2025 인용. 인지활동 수준에 따른 관찰 연구 결과로, 보험 개입에 의한 효과가 아니라 인지활동에 의한 효과 임에 유의
치매 예방 프로그램 참여자 인지기능 개선 효과 25%	사실	Ngandu et al., Lancet 2015(FINGER 연구) 인용. 다국가 표준으로 인정되는 중재 연구
CDR 0.5 고위험군의 치매진단 확률 5~7배 급증	추정	요약서에 출처 미기재. 아밀로이드 양성군의 진행 위험 상승은 문헌으로 뒷받침되나 배수는 코호트·추적기간에 따라 편차가 크다. 위험률 근거로 사용 시 출처 특정 필요
골든타임 의료비 650만 원(진단 200 + 약물 250 + 재활 200)	추정	항목 구성은 임상 현실과 부합하나 금액 산출 근거 미제시. 특히 약물치료 250만 원은 레캄비 연간 2,300만 원 이상과 자릿수가 맞지 않으므로 회당 또는 부수 검사 비용만을 지칭한 것으로 보인다
	사실	



돌봄비용 치료군 161만 / 방치군
267만 원, 돌봄시간 4시간 / 8.2시
간

나에게 힘이되는 치매 가이드북 인용. 치료군·방치군 구분 기준이 명시되지
않아 선택 편의 가능성 존재

종합하면 회사가 인용한 통계는 **정책적·의학적 배경 논거로는 대체로 적절**하나, 위험률 산출의 직접 근거가 되는 수치(진행 확률 배수, 의료비 구성)는 출처와 산출 근거가 보완되어야 한다. 특히 위험률 검증 문서에서는 요약서의 마케팅용 수치와 계리 산출용 수치를 명확히 분리하여 관리할 필요가 있다.

리스크 진단

본 담보의 리스크를 여섯 개 축으로 진단한다. 각 축은 위험 요인과 이에 대응하는 완화 수단을 짝으로 제시한다.

① 역선택

위험 — 이미 건망증을 자각하고 있거나 가족이 이상을 인지한 사람이 집중적으로 가입할 유인이 있다. 치매는 발병 20년 전부터 병리 변화가 시작되므로, 가입 시점에 이미 아밀로이드가 축적된 상태인 피보험자가 상당수 포함될 수 밖에 없다. 통상의 질병 담보와 달리 **계약 전 알릴 의무로 걸러낼 수 없는 잠복 위험이 구조적으로 존재한다.**

완화 — 치매보장개시일 유예가 유일하고도 결정적인 방어선이다. 유예기간이 짧으면 가입 직후 검사·청구가 몰린다. 조기 단계를 보장할수록 유예기간을 길게 설정해야 하며, 실제 청구 데이터에서 **경과기간별 청구 분포의 좌측 쏠림**을 모니터링하여 유예기간 적정성을 조기에 판정할 것을 권고한다.

② 모럴해저드

위험 — 보험금 수령만을 목적으로 PET 검사를 받는 행위. 다만 현 시점에서는 진단금 200만 원과 검사비 100만 ~200만 원이 대등하여 순이익이 작으므로 유인이 제한적이다.

완화 — 현재의 억제력은 **비급여라는 우연한 조건에 의존**하고 있어 지속 가능하지 않다. 급여화 시 즉시 소멸한다. 따라서 진단금 수준을 검사비 대비 일정 배수 이내로 관리하는 원칙을 내부 기준으로 명문화하거나, 급여화 시 보장 금액을 조정할 수 있는 갱신 조항의 실효성을 사전에 확보해야 한다.

③ 공급자 유인 (SIR)

위험 — 20~30 센틸로이드 회색지대에서 판독 기관에 따라 결과가 달라질 수 있다. 특정 의료기관이 본 특약 가입자를 대상으로 검사를 적극 권유하거나 판정 경향이 관대할 경우, 지급이 소수 기관에 집중되는 현상이 발생한다. 아밀로이드 PET 인프라를 갖춘 기관 수가 제한적이라는 점이 이 집중을 오히려 심화시킬 수 있다.

완화 — 청구 건의 **의료기관별 분포와 센틸로이드 값 분포를 상시 모니터링**한다. 컷오프 직상단(20~25 CL)에 청구가 비정상적으로 밀집하는 패턴은 판정 관대화의 신호다. 아울러 정량화 소프트웨어와 트레이서 종류를 약관 또는 지급심사 기준에 명시하여 판정 재현성을 확보할 필요가 있다.

④ 재보험

위험 — 경험통계가 전무한 신규위험담보이므로 재보험자도 요율 근거를 갖기 어렵다. 규제 변수에 의한 지급률 급변 가능성 때문에 통상적인 비례재보험 조건으로는 인수가 어려울 수 있다.

완화 — 초기에는 **초과손해율 방식**으로 상단 위험만 전가하고, 경험 축적 후 비례 방식으로 전환하는 단계적 접근이 적합하다. 협상 시 **아밀로이드 PET 급여화를 명시적 재산정 사유(change in law)로 계약에 반영**하는 것이 핵심 조항이다.

⑤ 규제 리스크

위험 — 본 담보 최대의 리스크다. 두 개의 독립적 규제 변수가 지급률에 곱셈적으로 작용한다. 첫째, 아밀로이드 PET 급여화. 대한치매학회가 지속적으로 건의하고 있으며 항아밀로이드 치료제 확산으로 명분이 강화되고 있다. 둘째, 혈액 바이오마커(p-tau217 등)의 국내 허가. 도입 시 저비용 선별이 가능해져 PET 시행 대상자의 사전확률이 크게 상승한다.

완화 — 갱신형 구조가 근본적 안전판이나, 갱신주기가 길면 그 기간 동안의 손실은 흡수할 수 없다. **급여화 논의 경과를 정기 모니터링 항목으로 지정**하고, 급여 전환 시나리오별 지급률 변동폭을 사전 산출하여 자본 영향을 미리 평가할 것을 권고한다. 이 시나리오 분석은 K-ICS 관점에서도 위험률 변동위험 산출의 근거로 활용될 수 있다.

⑥ 데이터 리스크

위험 — 지급률을 결정하는 두 요인이 모두 비급여 영역에 있어 공적 통계로 검증 불가능하다. 자사 경험이 쌓이기 전까지 위험률의 신뢰구간이 매우 넓으며, 초기 몇 년의 A/E 비율이 1에서 크게 이탈해도 그것이 위험률 오류인지 일시적 변동인지 판별하기 어렵다.

완화 — 청구 시 **센틸로이드 수치, 검사 기관, 검사일과 진단일 간격을 정형 데이터로 수집**하는 체계를 초기부터 구축한다. 이 데이터가 축적되면 갱신 시점의 효율 재산정 근거이자 향후 담보 확장의 자산이 된다. 제9장에서 제안하는 확장 담보들의 실현 가능성도 이 데이터 확보 여부에 달려 있다.

경쟁사 대응 시나리오

7.1 카피 난이도 평가

배타권 존속기간 종료 후 경쟁사가 유사 담보를 출시할 때 직면하는 장벽을 세 요소로 평가한다.

장벽	수준	판단 근거
데이터 장벽	중	위험률 산출용 통계가 비급여 영역이라 확보가 어렵지만, 이는 AIA에게도 동일한 제약이었다. 후발사는 오히려 AIA의 판매 이후 축적되는 시장 정보를 관찰할 수 있어 상대적으로 유리하다. 다만 자사 경험통계는 AIA만 보유한다
제휴 장벽	하	아밀로이드 PET은 특정 사업자와의 독점 제휴가 필요한 검사가 아니다. 국내 여러 상급종합병원과 종합병원이 검사 역량을 보유하고 있으며, 방사성의약품도 복수 공급된다. 진입 차단 효과가 거의 없다
시스템 장벽	하	지급심사에 센틸로이드 수치 확인 절차가 추가되나 별도 전산 인프라가 필요한 수준은 아니다. 판독보고서 확인으로 처리 가능하다

종합 판정은 **카피 난이도 낮음**이다. 6개월이라는 배타권 기간과 세 장벽 모두가 높지 않다는 점을 합치면, 2027년 상반기 중 다수의 유사 담보가 출시될 가능성이 높다고 보아야 한다.

7.2 예상되는 경쟁사 진입 경로

후발사가 취할 수 있는 경로는 배타권을 우회하는 방식과, 만료 후 정면 진입하는 방식으로 나뉜다. 전자가 더 임박한 위협이다.

경로	구체적 형태	대응 난이도 및 시사점
컷오프 변경 우회	센틸로이드 기준을 25 또는 30으로 달리 설정하여 별개 담보로 주장	임박. 이미 30 CL 기준 선행 담보가 존재하므로 기술적으로 용이하다. 배타권의 실질적 보호 범위가 좁다는 뜻이다
검사 경로 변경	PET 대신 뇌척수액 검사 결과를 인정 기준으로 채택	임박. CSF 검사는 40만~50만 원으로 저렴해 오히려 접근성이 높다. 다만 침습적이라 수용성은 낮다
임상 단독 트리거	일본형처럼 MCI 임상 진단만으로 소액 지급	중기. 위험률 산출이 오히려 쉽고 지급 빈도가 높아 마케팅 소구력이 크다. 본 특약의 "정밀 선별" 논리를 무력화할 수 있는 가장 위협적인 경로다
비용 보전형 전환	진단금 대신 PET 검사비 자체를 실손 보전	중기. 소비자가 체감하는 직접성이 높다. 다만 비급여 실손 보장 확대에 대한 감독 기조를 고려하면 인가 난이도가 있다
만료 후 정면 진입	동일 요건, 진단금 증액 또는 갱신주기 개선으로 차별화	2027년 상반기. 금액 경쟁으로 전개될 경우 앞서 지적인 모럴해저드 억제 장치가 업계 전반에서 소멸한다

7.3 차단 전략

장벽이 낮은 담보에서 지속 우위를 확보하는 방법은 담보 자체가 아니라 담보를 둘러싼 자산에 있다. 세 가지를 제안한다.

- **지금 데이터 자산화** — 청구 시 수집한 센티로이드 분포와 경과기간 자료는 후발사가 최소 2~3년간 확보할 수 없는 비대칭 자산이다. 이를 근거로 후속 담보의 위험률을 먼저 정교화하면 담보 폭에서 앞설 수 있다. 제6장 ⑥의 데이터 수집 체계 구축이 곧 경쟁 전략이다.
- **보장 스펙트럼 선점** — 배타권 존속 중에 ARIA 모니터링 MRI와 치료개시 보너스를 추가하여 **진단에서 치료 개시까지 연속 보장** 구조를 완성한다. 후발사가 진단금 하나만 복제해도 상품 경쟁력에서 대응하기 어려워진다.
- **검사 접근 채널 확보** — 검사 자체가 독점 대상은 아니지만, 가입자 대상 검사 지원 프로그램을 상시화하고 협력 의료기관 네트워크를 구축하면 실질적인 선점 효과가 발생한다. 일본 타이요생명이 혈액 스크리닝 검사를 상품 부수 서비스로 고정한 사례가 참고가 된다.

상품개선 제안

8.1 원상품 가치 해체

핵심 기능	임상척도와 병리 바이오마커를 결합하여 치매로 진행할 위험이 실제로 높은 사람만을 선별 하고, 그 시점에 현금을 지급한다. 선별의 정밀성이 곧 상품의 본질이다
고객 Pain Point	기억력 저하를 자각하거나 가족의 이상을 감지했을 때, 정밀검사와 초기 치료에 드는 수백만 원의 비용이 전액 비급여여서 확인 자체를 미루게 되는 상황 . 확인을 미루는 사이 개입 가능한 시기가 지나간다
제공 가치	검사와 초기 치료의 경제적 장벽을 낮추어 개입 가능한 시기에 실제로 개입할 수 있게 만드는 것 . 진단금 자체보다 조기 확인 행동을 유발하는 효과가 본질적 가치다

이 세 요소에서 확장의 방향이 도출된다. 선별의 정밀성이 핵심 기능이라면 **선별 경로를 다변화**하는 것이 확장이고, 확인을 미루는 것이 Pain Point라면 **확인 이후의 행동까지 지원**하는 것이 집중이며, 조기 개입 유발이 가치라면 **급부 형태를 행동 유발에 맞게 재설계**하는 것이 전환이다.

8.2 확장 (Expand)

확장 01

바이오마커 통합형 최경도치매 진단자금

- 담보 정의** — CDR 0.5 진단확정과 함께 아밀로이드 병리를 확인하는 경로를 아밀로이드 PET에 한정하지 않고 뇌척수액 검사(Aβ42, p-tau181), 그리고 국내 허가 이후의 혈액 기반 검사까지 확대 인정한다.
- 보장 방법** — 검사 경로별로 지급액을 차등한다. 확진 정확도가 가장 높은 PET 양성은 전액, 뇌척수액은 일정 비율, 혈액 검사 단독은 후속 확진 검사 시행을 조건으로 부분 선지급 후 잔액 지급하는 2단 구조를 둔다.
- 보장금액 제안** — PET 경로 200만 원, 뇌척수액 경로 150만 원, 혈액 선별 후 확진 경로는 선지급 50만 원 + 확진 후 150만 원. 최초 1회한 유지.
- 대상 고객** — 아밀로이드 PET 인프라가 없는 지역 거주자, 침습적 검사에 거부감이 적은 고령층, 검사비 부담으로 확인을 미뤘은 50~60대.
- 차별화 포인트** — 독창성: 검사 경로별 차등 지급 구조를 치매 진단금에 적용한 사례가 없다. 진보성: 단일 검사 의존이 만드는 지역 간 접근성 격차를 급부 설계로 해소한다. 유용성: 검사 인프라가 없는 지역 가입자도 실질적으로 보장을 받을 수 있다.
- 위험요소** — 혈액 검사 확산 시 지급 대상이 급증할 수 있다(완화: 혈액 단독으로는 전액 지급하지 않고 확진 연계를 필수화). 검사별 양성 판정 기준의 정합성이 어긋날 수 있다(완화: 각 검사의 컷오프를 센티로이드 환산 기준으로 통일하여 약관에 명시).

3개이트 — 신규성: 국내 판매 상품 중 검사 경로 차등 지급 구조는 확인되지 않음. 데이터 실현가능성: 중, 뇌척수액 검사는 문헌 확보 가능하나 혈액 검사는 국내 허가 전이므로 해당 경로는 허가 이후 개시. 구조 건전성: 확진 연계 필수화로 모럴해저드 방어 내장.

확장 02

배우자 동시가입 시 뇌 정밀검사 지원

- 담보 정의** — 피보험자와 배우자가 동시 가입하는 경우, 계약 유지 중 일정 시점마다 두 사람 모두에게 인지기능 선별검사 비용을 지원한다. 진단금 담보와 별개의 서비스 결합형 특약으로 설계한다.



- 2. 보장 방법** — 가입 후 2년 경과 시점부터 2년 주기로 선별검사 비용을 지원한다. 검사 결과 위험 신호가 확인되면 정밀검사 비용의 일부를 추가 지원하여 확진 단계로 연결한다.
- 3. 보장금액 제안** — 선별검사 회당 지원 한도를 설정하고 보험기간 중 지원 횟수를 제한한다. 정밀검사 연계 지원은 별도 한도로 관리한다.
- 4. 대상 고객** — 부부 동반 가입 성향이 높은 50~60대. 배우자의 인지 변화를 먼저 감지하는 것은 대부분 함께 사는 가족이라는 점에서 자연스러운 단위다.
- 5. 차별화 포인트** — 독창성: 치매 담보에서 가입 단위를 부부로 확장하고 검사 지원을 결합한 구조는 국내에 없다. 진보성: 상호 관찰이라는 치매 조기 발견의 실제 경로를 상품 구조에 반영했다. 유용성: 검사 접근성이 지급률을 좌우하는 본 담보 구조에서, 검사 지원은 보장의 실효성을 직접 높인다.
- 6. 위험요소** — 검사 지원이 곧 진단금 청구 증가로 이어져 지급률이 상승한다(완화: 이는 의도된 효과이므로 위험률에 사전 반영하고, 지원 주기와 횟수로 통제한다). 검사 결과에 따른 계약자 불안 증폭(완화: 결과 상담 서비스를 함께 제공).

3개이트 — 신규성: 일본 타이요생명 외 유사 구조를 운영하나 국내에는 없음. 데이터 실현가능성: 중, 검사 지원에 따른 청구 증가율은 초기 가정 후 갱신 시 재산정. 구조 건전성: 지원 주기·횟수 제한과 위험률 사전 반영으로 통제.

8.3 집중 (Focus)

집중 01

아밀로이드 양성 확인 후 치료개시 보너스

- 1. 담보 정의** — 본 특약의 진단자금을 수령한 피보험자가 일정 기간 내에 항아밀로이드 치료제 투여를 실제로 개시한 경우 추가 급부를 지급한다.
- 2. 보장 방법** — 진단금 지급 후 12개월 이내 투여 개시 사실이 확인되면 1회 지급. 투여 개시 확인은 처방 및 투여 기록으로 갈음한다.
- 3. 보장금액 제안** — 진단금과 동등하거나 그 이상 수준. 치료 진입의 실질 장벽이 연 2,300만 원 이상의 약제비임을 고려하면 상징적 금액으로는 행동 변화를 유발하기 어렵다.
- 4. 대상 고객** — 양성 확인 후 비용 때문에 치료를 주저하는 계층. 임상 현장에서 치료 중단 환자의 절반이 비용을 이유로 든다는 보고가 이 계층의 실재를 뒷받침한다.
- 5. 차별화 포인트** — 독창성: 진단과 치료 개시를 하나의 급부 체계로 연결한 구조는 확인되지 않는다. 진보성: 진단금이 진단에서 끝나 실제 개입으로 이어지지 않는 기존 구조의 한계를 정면으로 해소한다. 유용성: 조기 개입 유도라는 상품의 선연적 목적을 실제 행동으로 전환시킨다.
- 6. 위험요소** — 치료 적응증이 아닌데 급부 목적으로 투여를 시도할 유인(완화: 투여 개시는 의학적 적응증 판단이 선행되므로 공금자 통제가 작동하나, 처방 기관별 집중도 모니터링 병행). 표적치료제 급여화 시 치료 진입자 급증(완화: 갱신 시 재산정 및 재보험 조항 반영).

3개이트 — 신규성: 레캄비 치료비 담보는 다수 존재하나 진단금 연계 보너스 구조는 미확인. 데이터 실현가능성: 상, 본 특약 청구자 집합 내에서 산출되므로 자사 데이터로 추정 가능. 구조 건전성: 의학적 적응증 판단이 자연 게이트로 작동.

집중 02

ARIA 모니터링 MRI 비용 보장

- 1. 담보 정의** — 항아밀로이드 치료제 투여 중 아밀로이드 관련 영상 이상(ARIA) 감시를 목적으로 시행하는 뇌 MRI 비용을 보장한다.
- 2. 보장 방법** — 투여 개시 후 가이드라인이 정한 촬영 시점에 시행된 MRI에 대해 회당 정액 지급. 급여 전환 시에도 본인부담분을 보장할 수 있도록 설계한다.

3. **보장금액 제안** — 회당 50만~70만 원 수준. 레캄비 처방 병원의 평균 뇌 MRI 비급여 비용이 74만 원 수준으로 보고되는 점을 근거로 한다. 횡수는 식약처 가이드라인상 요구되는 3회를 기준으로 하되, 임상 필요에 따른 추가분을 고려해 여유를 둔다.
4. **대상 고객** — 표적치료제 투여를 개시했거나 개시를 검토 중인 계층.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 손해보험 영역에 선행 담보가 존재하므로 **생명보험 영역에서의 도입**으로 위치를 명확히 해야 한다. 진보성: 치료 지속을 가로막는 실제 병목이 약제비가 아니라 부수 검사비라는 임상 현실을 반영한다. 유용성: 가이드라인 이행을 위한 필수 검사이므로 의학적 필요성 논란이 없다.
6. **위험요소** — 선행 담보 존재로 배타권 확보 가능성 제한(완화: 배타권보다 보장 스펙트럼 완성을 목적으로 추진). MRI 급여화 시 보장 의미 축소(완화: 본인부담분 보장으로 설계하여 급여 전환에도 유효하게 유지).

3계이트 — 신규성: 선행 담보 존재. 급부 대상 시점과 지급 구조를 차별화하지 않으면 신규성 인정 곤란. 데이터 실현가능성: 상, 촬영 횡수가 가이드라인으로 규정되어 예측 가능. 구조 건전성: 가이드라인 기반 횡수 제한이 내장된 통제 장치.

8.4 전환 (Transform)

전환 01

단계 승급형 치매 진단자금

1. **담보 정의** — CDR 0.5, 1, 2, 3의 각 단계에 최초로 진입하는 시점마다 진단자금을 분할 지급하는 단일 담보. 현재는 단계별 특약이 분리되어 있으나 이를 하나의 승급형 담보로 통합한다.
2. **보장 방법** — 각 단계 진입 시 가입금액의 일정 비율을 지급하며, 상위 단계 진입 시 이전 단계 지급액을 차감하지 않는 누적 지급 방식으로 한다. CDR 0.5 진입에는 병리기준을 병용하고, CDR 1 이상은 임상기준만으로 인정한다.
3. **보장금액 제안** — CDR 0.5 단계 10%, CDR 1 단계 30%, CDR 2 단계 30%, CDR 3 단계 30%의 비율 배분. 초기 지급 비율을 낮추어 초기 단계의 위험률 불확실성을 흡수한다.
4. **대상 고객** — 치매 보장을 단일 상품으로 정리하고자 하는 계층. 특약 수가 많아 이해가 어렵다는 판매 현장의 문제도 함께 해소된다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 병리기준을 초기 단계에만 선택적으로 적용하는 비대칭 설계는 확인되지 않는다. 진보성: 치매가 연속적으로 진행되는 질환이라는 성격을 급부 구조에 직접 반영했다. 유용성: 각 단계에서 실제로 비용이 발생하는 시점에 자금이 지급되어 지출 시기와 급부 시기가 일치한다.
6. **위험요소** — 단계 승급 판정의 자의성(완화: 승급 간 최소 경과기간 요건 설정, 동일 기관 재평가 원칙 명시). 장기 계약 유지 부담(완화: 갱신형 유지 및 단계별 지급 후 잔여 보장 축소 구조 검토).

3계이트 — 신규성: 단계별 진단금은 존재하나 병리기준 비대칭 적용 통합 담보는 미확인. 데이터 실현가능성: 중하, 다중상태 전이확률 추정이 필요하며 국내 CDR 단계별 전이 자료가 희소하다. 병원 코호트 확보 전까지는 **탐색 단계**로 분류한다. 구조 건전성: 최소 경과기간 요건으로 급속 승급 청구 방어.

전환 02

인지훈련 프로그램 현물 결합형

1. **담보 정의** — 진단자금의 일부를 현금이 아닌 검증된 인지중재 프로그램 이용권으로 제공하는 선택형 급부. 계약자가 현금 전액 수령과 현금·현물 병용 중 선택한다.
2. **보장 방법** — 진단금 지급 시 계약자에게 선택권을 제시하고, 현물 선택 시 총 가치를 현금 대비 상향한다. 프로그램은 다요인 생활습관 중재 연구에서 검증된 구성(운동, 인지훈련, 영양, 혈관위험인자 관리)을 준용한다.
3. **보장금액 제안** — 현금 단독 선택 시 200만 원, 현물 병용 선택 시 현금 100만 원 + 프로그램 이용권 150만 원 상당. 현물 선택에 실질적 유인을 부여한다.
4. **대상 고객** — 진단 후 무엇을 해야 할지 모르는 상태의 계약자와 그 가족. 현금만 받고 아무 조치도 취하지 않는 경우가 실제로 다수라는 점이 이 제안의 출발점이다.

5. **차별화 포인트** — 독창성: 치매 진단금에 현물 선택권을 부여한 사례가 국내에 없다. 진보성: 다국가 중재 연구에서 인지 기능 개선 효과가 확인된 프로그램을 급부로 편입하여, 보험금 지급이 곧 위험 경감으로 이어지는 구조를 만든다. 유용성: 회사는 후속 단계 지급률을 낮추고 계약자는 실질적 개입을 받는다.
6. **위험요소** — 프로그램 품질 편차와 제후사 관리 부담(완화: 성과 지표를 계약에 반영하고 정기 평가로 사업자 교체 가능하도록 설계). 현물 가치 산정을 둘러싼 분쟁(완화: 이용권의 시장 가격과 유효기간을 약관에 명시).

3계이트 — 신규성: 현물급부 담보는 타사 사례가 있으나 인지중재 프로그램 결합은 미확인. 데이터 실현가능성: 중, 프로그램 효과의 위험을 반영은 장기 추적이 필요하므로 초기에는 효과를 위험률에 반영하지 않고 보수적으로 산출. 구조 건전성: 선택형이므로 강제성 논란 없음.

8.5 재구성 (Reframe)

재구성 01

'뇌 건강검진 멤버십'으로의 포지셔닝 전환

1. **담보 정의** — 담보 구조는 유지하되 상품의 소구 메시지를 '치매 진단금'에서 '**뇌 건강을 정기적으로 확인하는 체계**'로 전환한다. 검사 지원 서비스를 전면 배치하고 진단금을 그 결과에 따른 보상으로 후면 배치한다.
2. **보장 방법** — 가입 즉시 이용 가능한 선별검사 지원을 상품의 첫 접점으로 제시하고, 검사 결과에 따라 정밀검사 연계와 진단금이 순차적으로 작동하는 구조로 안내한다. 급부 자체는 변경하지 않는다.
3. **보장금액 제안** — 기존 진단금 수준 유지. 검사 지원 규모를 상품 설명의 중심 지표로 전환한다.
4. **대상 고객** — 치매를 아직 자기 문제로 인식하지 않는 **40대 후반~50대 초반**. 이 연령대는 '치매 보험'이라는 명칭에 반응하지 않지만 '뇌 건강 확인'에는 반응한다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 동일 급부를 예방 서비스 관점으로 재구성한 치매 상품이 국내에 없다. 진보성: 치매 담보의 가입 연령을 구조적으로 낮추는 접근이며, 조기 가입은 역선택 위험을 낮추는 방향으로 작동한다. 유용성: 가입 연령 하향은 보험료 부담을 낮추고 보장 기간을 늘려 계약자에게도 유리하다.
6. **위험요소** — 검사 서비스 중심 소구가 보장 내용 오인으로 이어질 수 있다(완화: 상품설명서에 진단금 지급 요건을 명확히 병기하고 완전판매 프로세스에 확인 절차 추가). 젊은 층 가입 확대로 초기 수익성 저하(완화: 장기 유지 전제의 CSM 관점에서 평가).

3계이트 — 신규성: 급부 변경이 없으므로 배타권 대상이 아니며 마케팅 전략으로 추진. 데이터 실현가능성: 상, 기존 위험률에 연령 확장만 반영. 구조 건전성: 조기 가입 유도는 역선택 완화 방향으로 작동.

재구성 02

보호자를 의사결정자로 상정한 세그먼트 재정의

1. **담보 정의** — 담보 구조 변경 없이, 계약 체결과 청구 과정에서 **피보험자의 자녀 세대를 실질적 의사결정자로 상정한** 설계와 판매 구조를 도입한다. 지정대리청구인 지정을 기본값으로 하고, 보호자용 안내 체계를 별도로 구성한다.
2. **보장 방법** — 계약 관련 안내를 피보험자와 지정 보호자에게 동시 발송한다. 진단 확정 시 보호자에게도 청구 가능 사실을 통지하여 인지저하로 인한 청구 누락을 방지한다.
3. **보장금액 제안** — 기존 수준 유지. 다만 보호자 관점의 부담 지표를 상품 설명에 활용한다. 돌봄 비용이 치료군 월 161만 원, 방치군 월 267만 원으로 차이가 나고 일일 돌봄 시간이 4시간과 8.2시간으로 같린다는 자료가 이 소구의 근거가 된다.
4. **대상 고객** — 부모의 인지 변화를 감지한 40~50대 자녀 세대. 실제 가입 자금을 부담하거나 가입을 권유하는 주체다.
5. **차별화 포인트** — 독창성: 치매 담보에서 청구권자 관점의 운영 체계를 상품 설계에 내재화한 사례가 드물다. 진보성: 인지 저하 상태에서 스스로 청구하기 어렵다는 이 담보 고유의 구조적 문제를 정면으로 다룬다. 유용성: 청구 누락 방지는 소비자 보호 관점에서 직접적 효익이 있다.
6. **위험요소** — 보호자 통지 과정의 개인정보 처리 적법성(완화: 계약 시 명시적 동의 절차 설계 및 통지 범위 최소화). 청구율 상승으로 지급률 증가(완화: 이는 원래 지급되어야 할 보험금이므로 위험률에 정상 반영).



3게이트 — 신규성: 지정대리청구 제도 자체는 보편적이나 기본값화와 보호자 통지 체계는 차별점. 데이터 실현가능성: 상. 구조 건전성: 청구 누락 방지 목적이므로 역선택·모럴해저드 증가 요인 없음.

부록 및 참고자료

9.1 배타적사용권 확인 사항

부여 여부	부여 완료. 생명보험협회 신상품심의위원회, 6개월
공표 시점	2026년 8월 4일 (회사 발표 및 다수 언론 보도)
대상	(무)특정최경도치매(아밀로이드PET양성)보장특약(갱신형, 해약환급금 미지급형)
평가 요지	업계 최초로 최경도 치매(CDR 0.5) 단계까지 보장 범위를 확대한 혁신성과 차별성. 임상적 진단 기준에 병리학적 진단 기준을 더해 치매 고위험군을 객관적으로 선별하도록 설계한 점
상품 출시	2026년 7월 15일, (무)파워100 치매보험 부가

9.2 개발 경과

기간	소요	주요 활동
'25.05~'25.06	2개월	상품 기획 및 신규담보 발굴. 고객 니즈 기반 신규 담보 필요성 조사, 치매 환자 치료 행태와 비용 분석, 보호자 니즈 및 의료비 부담 실태 파악
'25.07~'25.09	3개월	상품안 수립 및 위험률 검토. 유관부서 및 의료인 검토 반영, 보장대상 정의와 위험률 산출을 위한 통계 확보 및 산출방법 연구
'25.10~'26.04	7개월	위험률 및 상품 내·외부 검증. 위험률 개발 및 보험개발원 검증('25.10~12), 보험요율 보험개발원 검증('26.03~04), 제3보험 신상품개발 협의기구 심의('26.04)
'26.05~'26.06	2개월	금융감독원 신고 및 수리. 2개월간 협의를 거쳐 보장내용 및 보장금액 검토 후 신고수리 완료. 판매 시스템 개발, 교육 및 판매 지원

총 14개월. 위험률 검증에 7개월이 배정된 것은 신규위험담보로서 참조위험률이 부재했음을 반영한다.

9.3 참고자료

가. 개발과정요약서 인용 문헌

- Ngandu T, et al. Lancet, 2015 — 다요인 생활습관 중재의 인지기능 개선 효과(FINGER 연구)
- Wilson RS, et al. Neurology, 2021 — 인지활동 수준과 치매 발병 시점 지연
- Zammit A, et al. Neurology, 2025 — 발병 위험 축소 효과
- 중앙치매센터, 대한민국 치매현황 2023 — 치매 중증도별 1인당 연간 관리비용
- 보건복지가족부 — 치매 조기 검진 후 치료 시 완치 가능 비율, 시설 입소율, 관리비용 절감
- 중앙치매센터, 나에게 힘이되는 치매 가이드북 — 돌봄 비용 및 돌봄 시간 비교

나. 본 분석에서 추가 확인한 자료

- 생명보험협회 신상품심의위원회 배타적사용권 부여 공표 및 관련 보도(2026.08.04)
- 국회 보건복지위원회 제출 건강보험심사평가원 레캄비 처방 현황(2025.09)
- 대한치매학회 관련 학술대회 및 정책 논의 보도 — 아밀로이드 PET 급여화 건의, 검사 비용 국제 비교, 혈액 바이오마커 국내 허가 현황
- 레캄비 국내 도입 1년 경과 임상 현장 보고 — 처방 기관 수, ARIA 모니터링 MRI 비급여 비용, 비용에 따른 치료 중단 비율
- 흥국화재 표적치매약물허가치료 중 MRI검사지원비(3회한) 특별약관 관련 공개 자료 — CDR 0.5 및 센틸로이드 기준 선행 사용 사례

- 질병관리청, 2025 만성질환 현황과 이슈 — 65세 이상 인구 규모 및 1인당 연평균 진료비
- 일본 생명보험사 MCI 보장 상품 공개 자료 — 太陽生命, 住友生命, 日本生命, 明治安田生命, PGF生命
- アミロイドPETイメージング剤の適正使用ガイドライン 개정 제4판(2025.04) — 일본 7개 학회 감수, 검사 의뢰 적정화 기준

다. 위험률 정교화를 위한 데이터 인프라

- 국민건강보험공단 표본코호트 및 맞춤형 코호트 — 신경인지기능검사 급여 청구 자료
- 건강보험심사평가원 진료행위통계 — 검사 수가코드 기준 시행 규모
- 한국 OHDSI 컨소시엄 OMOP-CDM(42개 병원) — 비급여 검사 및 임상 결과값 확보 경로
- K-CURE 임상 라이브러리 — 암 중심이나 데이터 연계 모델 참고
- 병원 임상데이터웨어하우스(CDW) — 센티로이드 수치 및 판독 결과 분포 확보의 유일한 현실적 경로
- 보험개발원 경험위험률 — 본 담보는 참조위험률 부재. 자사 경험 축적 후 산업통계 결합 필요