

# 의학적 위험선택

삼성생명보험주식회사

박 성 수

## Medical Underwriting

Park Sung Soo, M. D., Ph. D.

*Medical Department, Samsung Life Insurance Co., LTD.*

### I. 머리 글

위험선택은 생명보험업이 지장 없이 운영되는데 있어서 매우 중요한 위치를 차지하고 있다. 그렇기 때문에 생명보험에 관련하는 모든 사람은 입장이 어떠한가에 관계없이 위험선택이란 무엇인가? 어떻게 시행되어야 할 것인가에 대해 올바른 인식을 가져야 한다.

생명보험이란 보험료를 받아서 사망이나 질병, 입원과 수술, 장애, 재해 등에 의해서 입은 경제적 손실을 보상하여 주는 것인데, 그 보험료는 대수의 법칙을 기본으로 하여 기초사망율, 입원율, 장애율, 재해율 등을 근거로 결정된다. 그렇기 때문에 실제의 보험사고 건수가 예정에 의한 건수를 초과한 경우 생명보험회사는 손실을 입어 경영이 악화되고 결국에 가서는 기업존립의 기반까지도 위협을 받게 된다. 그러므로 보험료 산출의 기초가 되는 예정율보다 실제율이 높지 않도록 회사의 지불능력을 유지하고 공평성을 유지하기 위해서 위험을 선택하

고, 분류하여, 평가하며 또한 인수기준과 처리 절차를 결정하는 과정이 필요하게 된다.

보험에 의한 보장을 희망하는 사람은 그 이외의 사람들보다 건강상태나 생활환경면에서 위험한 상태에 놓여 있는 경우가 많다. 이와같이 보험사고의 발생가능성이 높은 위험의 계약자가 스스로 보험에 가입하려고 하는 경향을 역선택이라고 한다. 여기에는 또한 선의의 가입자가 가입 후 의도적, 악의적 사고를 유발시키는 것도 포함된다. 만일 보험회사가 아무런 선택도 하지 않고 모든 청약을 받아들여지게 되면 위험도가 높은 사람들의 비율이 크게 되어 건전한 보험경영이 곤란하게 되어진다. 그러므로 역선택을 방지하고 이미 고객으로 되어있는 피보험자의 집단의 손실을 방지하기 위해서 위험선택이 필요하게 된다. 다시 말하면 위험선택은 피보험자의 공통적인 이익을 지키는 일이다. 이것은 생명보험회사가 짊어져야 할 사회적 책임의 일부이며 이것을 충실하게 준수함으로써 생명보험에 경영은 자유경제하에서 그 사명을 다할 수 있게된다.

## II. 위험

위험이란 보험용어에 대해서는 여러가지 뜻이 있다. 미국보험용어위원회의 정의에 의하면 “두 가지 이상의 가능성이 존재하고 있을 경우 사건의 결과에 대한 불확실성”(uncertainty as to the outcome of an event when two or more possibilities exist)을 위험이라고 하였다.

즉 손해가 일어날지 안 일어날지 모르겠지만 또 일어날 것을 알고 있어도 언제 일어날지 모르기 때문에 그 불확실성에 대해서야말로 보험이 성립하는 것이다. 다시 말해서 생명보험에 있어서 위험의 가장 기본적인 의미는 보험의 대상이 되는 손해의 가능성이라는 개념이며 생명보험의학의 입장에서는 보험사고의 발생을 즉 사망율이라고 설명할 수 있다. 따라서 위험의 정도를 사망율의 크기라고 생각할 수도 있고 보험의 대상을 위험이라고 할 수도 있다.

생명보험에서 보험의 대상으로 하고 있는 위험은 주로 사람의 죽음인데 이것은 한번 발생하게 되면 개인이나 세대에 대하여 막대한 경제적 손실이 발생하게 된다.

이러한 위험에 대해서 경제적으로 보장을 해주는 것이 보험제도이며 이 보험제도는 위험 그 자체의 방지 또는 회피라고 하는 위험대책이 아니고 위험에 의해서 발생하는 경제적인 손실이나 부담을 경감시킨다는 의미에서의 위험대책인 것이다.

피보험자의 위험은 여러가지의 상황에 의해서 영향을 받는다. 이것을 일반적으로 신체적 위험, 환경적 위험, 도덕적 위험으로 크게 나누어진다.

### 1) 신체적 위험

신체적 위험이란 피보험자의 신체건강상의 위험이다. 주요한 요소로서 피보험자의 체격, 기왕증, 현증, 신체의 장애상태등이 있다. 이 부분이 의사에 의해 이루어지는 의학적 위험평가 (medical underwriting)의 대상이 되는 것이다.

### 2) 환경적 위험

환경적 위험이란 피보험자의 생활환경 전반에 관한 위험으로 직업, 생활방식 및 주거, 오락활동 및 취미 등에 의해서 영향을 받는데 환경위험은 신체위험에 외인의 형태로 영향을 주게 된다.

현재 국내의 심사체계상 가장 중점적으로 다루어지는 부분이며 환경적 심사의 대표적 요소로서 직업과 운전을 들 수 있으며 당사의 경우는 직업분류 및 운전여부를 통해 위험등급을 부여하고 분류된 위험등급에 따라서 가입한도 및 심사기준을 정하여 운용하고 있으며 신체적 위험을 제외하면 대부분의 심사가 직업과 운전으로 결정되어지고 있는 것이 현 심사체계의 현실이다.

### 3) 도덕적 위험

도덕적 위험이란 고의적 또는 악의적으로 보험을 악용하고 역이용할 목적으로 행하는 행동의 결과를 의미한다. 도덕적 위험은 보험계약자 또는 피보험자의 성격에 따라 고의적 또는 악의적인 의도로 보험을 역이용하거나 악용할 뿐만 아니라 보험에 가입하였다는 사실 때문에 의식적으로 또는 무의식적으로 매사에 태만, 부주의하여 보험사고의 발생가능성이나 빈도를 커지게 하거나 손해가 확대되도록 할 수 있는 불성실, 악의, 고의성을 통틀어 도덕적 위험이라고 할 수 있다.

## III. 위험선택과 역선택

위험선택은 역선택의 혼입을 최대한 배제시킨 피보험자집단의 구성에 의해서 보험경영의 안정성을 도모하기 위해서 필요한 것이다. 생명보험은 대수의 법칙에 입각해서 일정한 사망률이나 보험사고 발생율을 기초로 하여 보험료를 산정하고 있으며 이것에 의해서 피보험자의 사망, 장애등의 손해를 보상하고 상호부조를 실현

하는 제도이다.

만일 이들의 피보험자 집단에 예정의 사망률, 보험사고 발생율을 초과하는 사람들을 가입시킨다면 보험회사의 지급은 매우 증가하게 되어 선의의 가입자에게 크게 폐를 끼치게 되고 더 나아가서는 보험경영의 기초까지도 위협하는 결과가 된다.

보통의 건강상태, 생활환경에 있는 사람들은 자기의 사망에 대해서 그다지 불안을 느끼지 않고 있으므로 자발적으로 보험가입을 원하는 경우는 매우 드물다.

그러나 역으로 건강상, 환경상으로 사망의 위험을 통감하고 있는 사람들은 자기가 사망하였을 경우 유족의 생활보장이나 질병이나 외상 등으로 입원한 경우에 자기의 이익을 위하여 보험가입을 더욱 원하게 될 것이다.

그런데 이러한 사람들일지라도 위험평가를 위한 정보를 모두 회사에 제공하고 회사가 결정하는 조건에 따라서 계약을 체결한다면 그것은 정당한 계약이다. 그러나 이러한 사람들은 현증이나 기왕증을 숨기게 된다. 이러한 경우가 소위 역선택이며 만일 회사가 위험선택을 행하지 않고 청약자의 보험가입을 모두 허용하게 된다면 당연히 가입자보다도 상대적으로 결합체의 가입비율이 증가하게 되어 예정의 사망율이나 보험사고 발생율을 유지할 수 없게 된다. 이러한 역선택의 결과는 지급보험금이 수입보험료를 초과하게 되어서 선의의 계약자들이 경제적 피해를 입게되고 보험경영의 수지를 악화시켜서 보험료를 인상하게 함으로써 보험에 대한 신뢰도를 떨어뜨려 보험자의 이미지를 손상시키고 나아가서는 보험금 사취를 정당화시켜 사회의 윤리관과 가치관을 파괴할 우려가 있게 된다. 그러므로 생명보험회사는 위험도가 높은 사람들의 보험가입을 배제시키지 않으면 안되는 것이다.

#### IV. 생명보험의학

보험의학이란 무엇인가에 대해 과거의 많은 사람들이 여러 가지 표현으로 정의했는데 그 주요한 것은 다음과 같다.

「보험의학이란 한마디로 말해 피보험인의 선택에 필요한 사항을 연구하는 학문이고 즉 피보험인의 연령, 성, 직업, 주거, 습관, 체질, 기왕력, 현증 등에 있어 존재하는 생명상의 위험을 단체적으로 연구한 것이다.」

「생명보험의학은 생명보험사업에 있어서 피보험자의 합리적인 의학적 선택을 목적으로 생긴 학문이다.」

「생명보험이 건전하게 운영되기 위해서 필요한 의학의 제부분을 통합한 것이 생명보험의학이다.」

이와 같이 여러 정의가 있을 수 있으나 결국에는 생명보험의학이란 생명보험과 의학이 공유하는 분야를 의학의 측면에서 연구하는 학문이라고 할 수 있다. 보험의학이 대상으로 하는 분야는 그림 1의 사선이 표시한 것과 같이 생명보험과 의학이 공유한 부분이다.

생명보험(경제)    의학(건강)

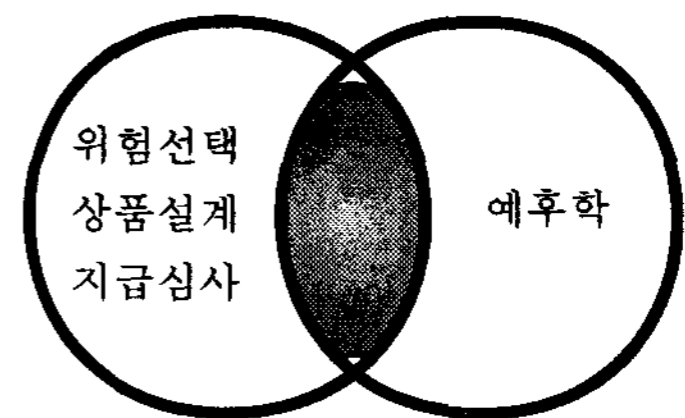


그림 1. 생명보험의학의 대상

생명보험측에서 이야기하면 의학의 지식을 필요로 하는 것은

- 1) 위험선택에 관계하는 것이다. 왜냐하면 생명보험에 있어서 위험선택은 반드시 있어야 하기 때문이다.
- 2) 상품설계에 관한 것이다. 최근 생명보험에 대한 발전은 사망보장에서 생존중의 보장, 예를들어서 입원, 수술 등의 의료비에 관계하는 것으로 확대되고 그 상품 설계에는 의학지식이 필요하게

된다.

3) 지급심사에 관한 것이다. 사망진단서와 기타의 기록을 수집하여 지급청구에 나타난 의적인 문제가 법령이나 약관에 비추어 정당인가 여부를 판단하는 것이다.

임상의학의 측면에서 보면 생명보험의학은 몇 개의 의학분야의 응용이며 생명보험업에 커다란 공헌을 하고 있다. 보험의학의 가장 큰 목적은 피검자 즉 예정피보험자의 생명예후를 조사연구하는 것으로 예후학이라고도 부를 수 있는 것이다. 임상에서의 예후는 대체적인 경우 개별 환자에 관한 것이지만 생명보험의학에 있어서의 예후학은 커다란 집단에서의 사망이나 생존에 관한 것이다.

결론적으로 말하면 생명보험의학이란 보험경영적 측면에서는 생명표, 예정사망율, 사망지수, 질병의 장기예후 판단 등의 의적선택을 객관적이고 타당성 있게 함으로써 보험기능 자체의 일익을 담당하고 학문적인 면에서는 임상의학의 응용일 뿐만 아니라 생명예후의 학문으로서 국민의 건강에 공헌하고 있을 뿐만 아니라 생명보험을 통한 국민의 복지에도 크게 이바지하고 있다.

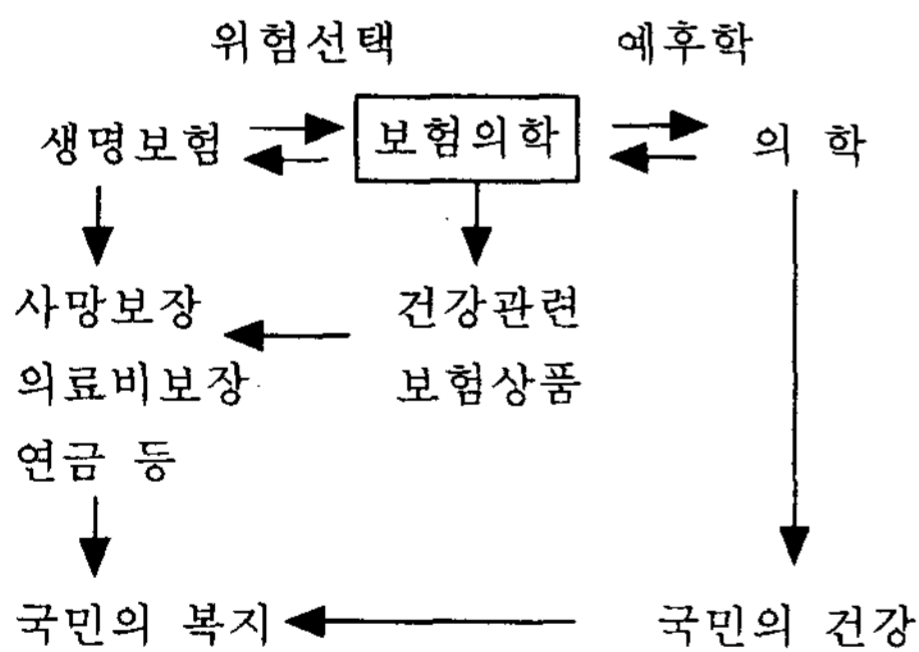


그림 2. 보험의학의 역할

## V. 위험선택의 역사

위험선택 개념이 처음으로 나타난 것은 바로 근대적인 생명보험제도의 탄생시점이었다. 1706

년에 창립된 아미카블 보험회사(Amicable Society for Perpetual Assurance)는 가입자의 연령을 제한하였고 보험계약자를 면담하여 건강을 확인하던가 또는 건강하다는 서약서를 제출 받았다.

1762년 영국에서 설립된 현존하는 최고의 생명보험회사인 에퀴티블사(Society for Equitable Assurance on Lives Survivorships)는 연령에 상응하는 보험료를 징수하였다. 이것이 과학적인 연령별 보험료의 시초이다. 이 당시에는 모두 의적사정이 없는 것이었으나 모든 청약을 무차별하게 받아들인 것은 아니었다. 면접도 중요한 위험선택의 수단으로 시행되었으나 청약자가 증가해 감에 따라 점차 불편한 것으로 되어갔다. 그래서 일종의 질문표서식이 작성되었다. 이것이 현행 고지서 방식의 원형으로 이 서식은 끊임없이 개정되어 갔다.

보험을 위해 의사에 의한 건강진단이 일반화 되는 데는 상당한 기간이 지난 후인 1850년 이후에 영국과 독일에서 일반화 되어서 미국에 건너가서 대발전을 하였다. 생명보험사업에 처음으로 의사에 의한 위험선택이 도입된 것은 1839년의 독일의 Gothaer 생명보험회사에 의해서다. 이 때에 광범위한 사망을 조사를 실시하였는데 이것이 의학의 한 분야로서 보험의학과 연결되었다. 미국에서는 그 20년 후에 1859년에 진사가 도입되었으며 일본에서는 1881년에 明治생명이 창립되었는데 유럽과 미국의 생명보험제도를 모방했기 때문에 처음부터 유진사보험으로 출발하였다. 그러나 이때까지는 각 보험회사에 소속된 의사들은 자기자신의 임상경험에 의지하며 의적선택을 시행하였다(Empirical rating system).

최초로 합리적인 위험평가법을 사용한 것은 뉴욕생명보험회사의 사정의 Rogers와 계리인인 Hunter이었다. 그들은 모든 결함의 사망율에 대하여 조사를 시작하고 이것을 기초로 하여 평가를 하는 표준을 완성하였다. 이것이 소위 사정기준이다. 여기에 이르러서 뉴욕생명보험회사는 조건체보험을 세상에 내놓을 수 있게 된 것

이다. 이 사망을 조사의 결과는 1903년에 「보험에 있어서 생명의 과학적 평가」라는 제명으로 공표되었다. 이것에 의하여 1904년부터 숫자사정방식이 실용되기에 이르렀다(Numerical rating system). 이 방식에 의하여 장래의 사망율이 정확하게 산출되게 되므로써 회사는 가입의 여부 뿐만이 아니라 조건체에 부가시키는 조건도 과학적, 이론적으로 산출할 수 있게 되었다. 대충 1850년까지에 의사에 의한 진사가 서서히 일반화되어 갔으나 매우 간략한 것이었다. 1880년에 처음으로 소변검사가 진사에 부가되었었다. 혈압측정의 등장은 1911년이었는데 수축기혈압의 측정뿐이었고 1918년에 확장기혈압치가 측정대상에 부가되었다. 1924년에는 생명보험에 당부하검사가 도입되었으며 1925년부터 심전도검사가 보충적으로 채용되었었다. 1933년경부터는 심전도 검사는 보다 일반적인 것으로 되어 있었다. 흉부X선 검사의 채용은 심전도검사와 거의 동시기에 이루어졌다.

## VI. 당사의 진단체계

의학적 선택에 있어서 위험선택의 수단은 과거에는 「의사에 의한 진단」만이었으나 편리성 및 진단비용의 양면에서 「의사에 의한 진단」 이외의 방법으로 위험선택을 행하는 제도가 이용되어지게 되었다. 의사에 의한 진단이외에 이것을 대신하는 것으로서 일정한 교육을 받은 간호사에 의한 방문진단제도, 일반건강진단서나 종합건강진단서의 결과보고에 의한 서류진단제도 등의 선택방법을 당사에서는 운용하고 있다. 당연한 일이지만 이러한 것에 대해서는 의학적 전문지식을 갖는 의사에 의한 진단을 행하는 것이 아니므로 적용되는 피보험자의 범위에 대해서는 일정한 제한이 두어져 있다.

### 1) 서류진단 제도

기업 등에서 매년 행하는 건강진단결과에 의

해서 선택을 하거나 일반건강진단 및 종합건강진단결과에 의거하여 선택을 행하는 것이다. 매년 증가경향이 있다고는 하나 다른 선택방법에 비해 아직 건수가 적으나 검진항목이 많고 내용의 정도가 높아 다른 선택방법에 비해 신뢰도가 높으며 진단비용이 가장 저렴한 의적선택 방법이다.

### 2) 방문진단에 의한 선택

방문진단은 고지기재사항의 확인부분과 피보험자의 신장, 체중, 체형, 언어, 보행, 외견상의 특징 등 소견의 관찰을 실시해서 보고하는 면접보고 부분으로 이루어져 있다. 방문진단은 계약자들이 건강진단을 받는 자체를 기피하고 시간을 내어서 병원을 방문하여야 하는 불편을 해소해 줄 수 있는 방법이다. 또한 진단의 부족 및 진단수수료의 급격한 상승이 눈에 띄게 되어 진단경비의 상승에 대응하기 위해서 의사를 대신하여 면접을 하고 있다. 이는 고객내방의 불편함을 해소시켜 진단기피 현상을 줄일 수 있고 신계약의 축소 가입경향을 일소하여 신계약의 극대화과 시간, 비용의 절약을 통해 설계사 활동량의 극대화를 기할 수 있다. 그러나 방문간호사의 의학지식이 불완전한 것을 고려하여 건강확인에 있어서는 피보험자의 고지를 사소한 것도 흘리지 않고 청취하도록 교육하는가 하면 기왕증, 현증이 있는 자나 의적으로 문제가 있는가는 의사에 의한 진단을 하도록 지도하고 있다.

방문진단으로 인한 위험선택상의 문제점은 사망지수의 면에서는 의사에 필적하는 양호한 성적을 보이는데 보험연도별로 보면 연도를 더함에 따라서 사망지수(특히 뇌혈관질환)는 급격히 상승한다.

### 3) 의사에 의한 진단

진단을 행하는 의사를 진단의라고 말하며 진단의에는 회사의 직원인 「사의」와 진단을 위촉하고 있는 「지정의」가 있다. 사의는 당사의

직원으로서 고용되어 진사에 전문적으로 종사하고 있어 다른 위험선택방법에 비교해서 결합 발견을 및 조건부 계약의 성립율이 우위했다. 조건부계약의 성립율이 양호한 이유는 양호한 결합 발견율도 관련하지만 정도가 높은 정밀수집에 의해 보다 객관적인 계약조건이 가능하기 때문이다.

그러나 보험진단의 위험선택상의 문제점으로 첫째, 대부분의 피보험자의 경우 진단자체를 매우 싫어하기 때문에 자신의 신체상의 결합을 정확하게 고지하려 하지 않는데 이것을 알아내기 위해서는 필요한 기술과 방법상의 여러 가지 문제점이 있고 둘째, 진단의 자신들이 보험업무에 대한 관심과 지식이 부족하며 셋째, 진단시에 진단의 자신이 검진을 하지 않고 대리자에게 위임을 하는 경우등이 있다.

진단은 고지청취부분과 검진부분으로 이루어져 있으며 전자는 진단의가 현증, 기왕증, 신체의 장애상태등에 대하여 문진하고 고지를 받는 부분이고 후자는 신체검사를 행하여 생명보험의 의학적소견을 구하는 부분으로 체격(신장, 흉위, 복위)의 측정, 맥박측정, 혈압측정, 요검사, 일반진찰 등을 실시한다. 또 필요에 따라 심전도 검사, 혈액검사, X선검사, 간기능 검사 등을 행하는 경우가 있다.

## Ⅶ. 임상검사

임상검사를 위험선택의 하나의 기술로서 취급할 경우 그 검사는 여러 가지 조건을 만족시켜야 한다. 지금까지 많은 검사가 도입을 검토되 왔지만 대부분 도입에는 미치지 못했다. 또한 도입된 것도 여러 가지 제약이나 질병구조의 변화, 장기간에 걸친 검증의 결과로 폐지된 것도 있다.

검사의 요구되는 조건에는 많은 것들이 있지만, 특히 진사의 특수성에 기인하고 사차의 확보의 목적에 부합할 수 있는 것이어야 한다.

### 1) 진사의 특수성에 기초한 것

생명보험에 있어서 임상검사는 질병의 진단, 치료를 목적으로 하는 진료행위와는 그 성격이 다르므로 무엇보다도

- a) 안전하여야 한다.
- b) 침습이 없어야 한다.
- c) 피검자에게 부담이 없어야 한다. 귀찮은 검사가 가입의사의 상실로 이어지는 우려도 있다. 시간적으로 비수시성이라든가 검사가 장시간 요구되거나 특정한 장소로 검사를 받으러 가야 한다든가, 금식이 필요한 경우는 바람직하지 않다.
- d) 가능한 비우발성이어야 한다. 일반진료의 경우와 달리 진사에 수반된 검사는 몇번이고 시행할 수 있는 것이 아니다. 일회의 검사로 필요충분한 정보를 얻을 수 있는 것이 바람직하다.
- e) 고객이 쉽게 납득할 수 있는 것이어야 한다.

### 2) 사차의 확보의 목적에 의한 것

위험선택에 드는 비용은 보험료 중에 포함되지만 정밀도를 높이기 위해 검사의 비용을 증가시켜서 보험료율이 올라가는 사태는 피해야 한다. 그러기에 검사는 저비용이고 유효한 것이 요구된다. 또한 검사의 실시기준을 설정함에 있어 손익분기점에서 충분한 검토를 해둘 필요가 있다. 보험금액이 낮은 계약에 고비용을 쓰는 것은 오히려 손해가 된다. 손익분기점을 고려할 경우에 발견하려고 하는 질병의 유병율이나 그 질병의 생명예후에 희귀한 질환을 배제하기 위한 특수한 검사는 대부분이 소용없는 것이 되고 그다지 유효하다고 할 수 없다. 또한 생명예후에 영향을 미치지 않는 질환은 사차의 크게 공헌하는 일은 없다.

## Ⅷ. 보험진단과 임상진료의 상이점

보험진단은 기술한대로 고지청취와 검진으로

이루어져 있으나 임상의학의 진찰과는 다른 특징이 있다. 생명보험의학은 임상학과 달라 수진자에 대하여 20년-30년이라고 하는 장기간의 생명예후의 관찰을 필요로 한다. 그렇기 때문에 임상의학에서는 문제삼지도 않을 만한 정도의 질환이나 특히, 현재 치유되어진 기왕증이 생명보험계약의 위험측정상 문제가 되는 경우가 적지 않다. 예를 들면 위궤양으로 수술하지 않고 치료한 것과 같은 기왕증의 경우 완치 후에는 임상의학에게는 문제가 없게 되지만 완치 후 몇 년간은 재발율이 높기 때문에 특히 질병특약부보험의 진사에서는 문제가 된다.

또 임상의학로서는 치료의 대상이 되지 않을 그러한 비만체나 정도의 고혈압이라도 보험에서는 장기간에 걸친 계약인수 경험에 의하여 사망율이 높은 것이므로 문제가 된다. 이와 같이 진사는 임상학과 달라서 질병의 진단이나 치료가 목적이 아니므로 증상이나 이상이 발견되더라도 반드시 병명을 진단하는 것을 필요하지 않고 보험진단은 정확한 계측, 면밀한 관찰, 명확한 소견의 기재가 필요하게 된다. 임상진찰에서는 환자 스스로가 고통을 호소하고 의사의 질문에 도 쾌히 응답하지만 보험진사에서는 피보험자는 진사의 질문이나 탈의등의 요구에 잘 응해주지 않는다. 또 진사는 시간적·공간적 제약을 받을 때가 많다. 이상과 같이 보험의 진단이 임상의학의 진단과 다르기 때문에 진단의로서는 경험도나 신뢰도에 따라서 저절로 선택효과에 차이가 있을 것을 고려하여 사의, 지정의에 따라 진단범위에 차이를 두어 피보험자의 연령이나 보험금액에 대하여 일정한 제한(진단한도)을 하고 있다.

### IX. 진단기준 및 진단건수

진단보험금의 기준은 사정기준과 함께 위험선택기준의 근간이 되는 것이다. 진단보험금의 한도기준은 인수하게 될 위험의 크기에 의해서 결정이 되는데 인수할 위험의 크기가 위험보험

금과 발생율에 따라서 결정이 됨으로 대개 진사한도 기준은 피보험자의 연령과 사망보험금액에 의해 결정된다.

#### 1) 진단기준

	일반진단	특별진단
39세 이하	7,000万 ↑	10,000万 ↑
40 - 49세	3,000万 ↑	6,000万 ↑
50세 이상	1,000万 ↑	3,000万 ↑

( \* 특별진단 항목 : 흉부X선, 심전도, 간기능, 종양표식자 검사 )

#### 2) 진단방법별 건수 및 결함율(97年)

	진단건수		결함율 (%)	거절체	조건체
	건수	占(%)			
사의	84,197	52	26.2	4.3	21.9
지정의	71,325	44	24.7	3.5	21.2
방문	2,170	1	15.5	1.8	13.7
서류	5,587	3	24.4	7.5	16.9
계	163,279		25.4	4.1	21.3
신계약	4,489,155		(41,417)	(6,638)	(34,779)
진단율(%)	3.6				

( \* 결함율 = (거절체 + 조건체 건수) / 진단건수 )

### X. 사망지수(사망올비)

생명보험표에서는 경험생명표에 의해서 보험료를 산정하고 있다. 즉 보험료를 설계하는 단계에서 예정되는 사망인수(또는 지급금액)를 예측할 수가 있다. 실제의 보험금 등의 지급이 예정한 금액에 비하여 많은가 혹은 적은가라는 판단이 보험회사 운영상 중요한 의미를 가지고 있다. 보험회사는 가입자를 선택하고 있으므로 일반적으로 예정 지급금액과 실제의 지급금액 차이가 생기게 된다.

이 예정사망과 실제사망의 차이를 평가하기 위해서 생명보험 특유의 용어로 사망지수를 사

용하고 있다.

$$\text{사망지수} = (\text{실제사망수}) / (\text{예정사망수}) \times 100[\%]$$

이 식에 있어서의 실제사망수는 특정한 집단 중에서 실제로 사망한 수를 나타내고 예정사망수는 예정사망율에 근거해서 즉 그 특정집단중의 각 개인의 사망율이 표준집단의 그것과 동일하다고 가정하고 산출한 것이다.

사망수는 사망율에 그 집단의 인원수를 곱한 것이 분명한 것이므로 위의 식은 다음과 같이도 표현할 수가 있다.

$$\text{사망지수} = (\text{실제사망율}) / (\text{예정사망율}) \times 100[\%]$$

사망지수가 100%라고 하는 것은 예정사망율과 같은 율로 사망이 일어났다고 하는 것이다. 만일 사망지수가 130%이면 실사망이 예정사망보다도 30% 높은 율로 일어났다는 것이 되며 사망지수가 90%이면 예정보다 10% 낮은 율로 사망이 발생했다는 것이 된다. 사망지수가 100%를 초과한 경우 그 100%를 넘은 부분을 초과사망율이라고 한다. 예시하면 사망지수가 150%이면 초과사망율은 50%이다. 초과사망율은 생명보험의 위험평가에 널리 사용되고 있다. 그리고 보통의 경우 '%'는 초과사망율을 표시할 때에는 생략된다. 구체적인 예를 들어보겠다. 40세의 남자가 10,000명이 있는데 그 전부 다 혈압측정시 160/90mmHg라는 값이었다고 하고 그 집단을 수년간 관찰하기로 한다. 그 결과 관찰기간 중 그 집단중 300명이 사망하였다고 가정하자. 이것이 실사망수이다. 한편 40세의 남자 사망율로부터 산출하면 동일 관찰기간에 10,000명의 집단에서 200명의 사망자가 나오는 것으로 한다면

$$\text{사망지수} = (300/200) \times 100 = 150[\%] \text{로}$$

상기와 같은 계산이 이미 행해져 있으면 혈압치 160/90의 40세 남자의 사망지수가 표준체보다 50%는 높다는 것을 추정할 수 있다.

다른 예로 조기 위암의 경우를 들어보겠다. 조기위암의 경우 대개 5년 생존율이 95%정도를 나타내는데, 임상의들은 이것을 사망위험이

아주 낮고 예후가 매우 좋은 것으로 생각한다. 그러나 역으로 사망율로 계산하면 5년 사망율이 5%가 된다. 즉 5년간 1,000명당 50명, 년간으로는 1,000명당 10명이 사망하는 것이 된다. 이들의 평균연령을 40세로 보고, 우리나라의 국민생명표에 40세의 예정사망율을 보면 연간 1,000명당 2명이 된다. 그러므로 사망지수는  $(10/2) \times 100 = 500[\%]$ 가 되게 된다. 이들은 정상인보다 사망률이 5배나 높음을 알 수 있다.

## XI. 사정기준

청약자의 위험을 평가하는데 있어서 각각의 기왕증, 현증에 대하여 위험정도를 평가하기 위한 기준이 필요로 하게 된다. 그 기준을 기제한 책자를 사정기준집이라고 하며 각각의 결합에 대응하는 초과사망지수가 적혀져 있다. 예를 들면 40세의 남성으로 160/90이라고 하는 혈압치를 갖는 자에 대하여 50이라는 값이 적혀있다. 이 사정기준덕택으로 전문적인 의학지식이 없는 직원이라도 보험계약의 범위에 한하여 결정, 사정을 행할 수가 있다.

생명보험 각사는 각각 독자의 사정표준을 갖고 위험선택에 임하고 있다. 통상 사정기준의 개정은 다음과 같은 경우에 행하지 않으면 안 된다고 생각되고 있다.

- ① 보험료계산의 기초가 되는 사망표가 변경되었을 때
- ② 결합별 사망율을 추적해서 종전과 상당히 다른 사망율을 나타냈을 때
- ③ 새로운 검사방법이 도입되어 그 평가기준이 필요하게 되었을 때
- ④ 보장내용이 다른 상품이나 특약의 개발로 새로운 평가기준이 필요하게 되었을 때
- ⑤ 의학의 진보에 의하여 질병의 개념에 변화가 생겼을 때

사정기준의 개정에 사용되는 자료는 일반적으로 표준체 경험사망율과 표준미달체 및 거절



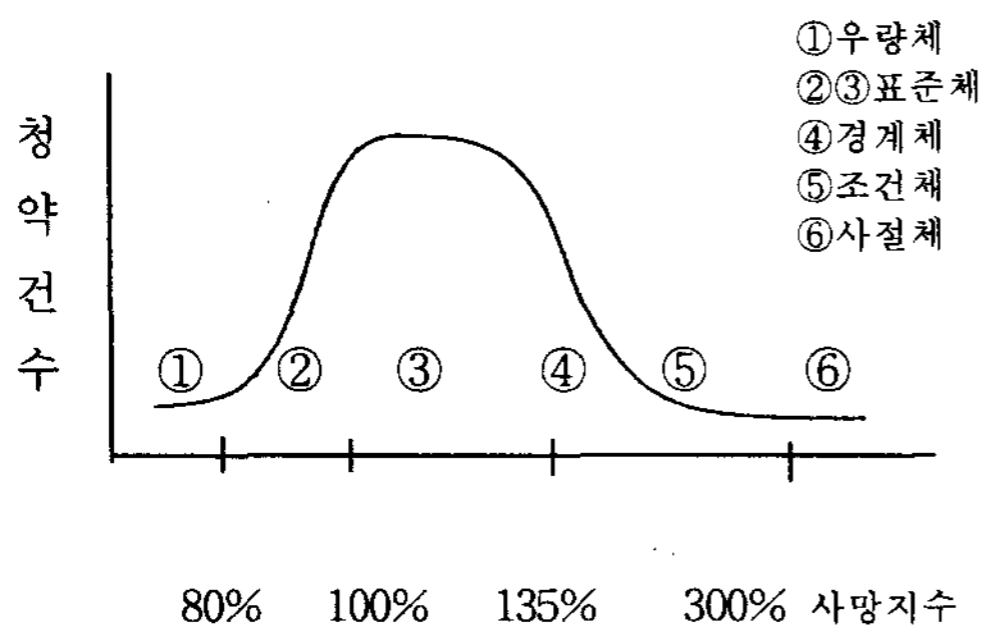
체의 결합별 사망통계(자사의 것 및 생명보험회사 전사자료에 의하는 것 등)가 사정표준의 평가기준을 만드는데 기본으로 되지만 임상의학상의 자료나 통계청통계도 사용하여 종합적인 관점에서 개정을 행하고 있다.

생명보험회사의 경험통계가 없는 것에 대해서는 기초 및 임상의학의 연구성과 등을 기초로 해서 타당하다고 생각되는 기준을 만들고 그 후에 사망경험을 기초로 기준의 재검토를 행하고 있다. 예를 들면 AIDS와 같은 새로운 질환에 대해서는 이와 같은 방법이 채택되게 된다.

## XII. 위험평가

생명보험 가입신청자를 피보험자로 승낙할 것인지의 여부와 받아들인다면 어떤 조건으로 받아들일 것인지를 판단하는 것이 위험평가이다. 대체적으로 신청자의 대부분은 아무조건이 없는 표준체로서 계약하고 5-7%는 어떤 조건이 붙는 조건체(표준하체)계약이다. 대략 1%정도는 의학적으로 연기체(사절체)로 분류된다는 것이 국제적 경험이다. 일반적으로 가입신청자의 사망위험은 대략 정규분포에 따르고 있다. 예정사망수가 어느 일정치 이상인 것이 조건체가 되고 그리고 사망위험이 높은 것은 보험계약을 체결할 수가 없는 연기체가 된다.

청약자 위험도의 분포모델



### 1) 보험체

가입시킬 수 있는 대상 즉 보험체로서는 통상의 보험료를 적용시키는 표준체와 조건을 부가하면 피보험체가 될 수 있는 조건체가 있다. 이들 2가지 사이에는 경계체라고도 할 수 있는 대상이 있다. 대개의 경우 이 경계선은 사망지수 125%나 130%에 설정되어 있다. 이것은 회사의 경영지침에 따라 다르다.

### 2) 비보험체

이론적으로 말하면 아무 결합이 고도라 하더라도 그 결합에 대응하는 조건을 부가하기만 하면 피보험자가 될 수 있다. 그러하지만 실용상 위험의 정도가 너무 고도가 되면 조건체로 하기 위한 조건도 대단히 가혹한 것이 되어 보험에 가입하는 의의는 전혀 없어지게 된다. 그렇기 때문에 조건체의 한계가 설정되는 것은 당연할 것이다. 그 한계는 각사의 경영방침에 따라 각각 다르지만 어떠한 경우라도 사망지수가 500%를 초과하는 경우는 없고 통상은 사망지수 300%를 초과하는 것은 거절된다.

## XIII. 위험의 종류

사정의 대상이 되는 위험은 구체적으로 결합의 성질에 따라서 크게 다음 3종류로 분류한다. 단, 실제로는 이들의 요소가 혼재하고 있는 것이 보통이다.

### 1) 체중성 위험

보험연도가 경과함에 따라 위험의 정도가 차츰 증가하는 것을 말한다. 이 형에 속하는 결합으로서 비만체, 혈압, 당뇨, 단백뇨 등이 있으며 만성질환으로는 정신병, 만성신장염, 동맥경화증, 다발성 경화증, 류마티스열 등이 있다.

단, 일반적으로 이러한 결합이 발견된 경우 치료를 행하는 것을 생각할 수 있다. 치료에 의하면 이들의 결합이 경감, 제거된 경우에는 당

연히 위험도도 감소하고 체증성을 나타내지 않게 된다. 그러나 질병의 성질상 면역능이나 자연치유를 기대할 수 없고 치료에 의해 조절정도밖에 효과를 볼 수 없을 경우가 여기에 해당한다.

이 형의 위험은 보험가입 후 장기간이 지나고 나서 사망등의 보험사고를 일으킬 확률이 높게 되므로 표준미달체로서 특별조건을 붙이는 경우에는 할증보험료법을 사용한다.

## 2) 체감성 위험

연수가 경과함에 따라 위험의 정도가 차츰 감소하는 것을 말한다. 즉, 초기에는 가장 위험도가 높고 그 후 차츰 위험도가 감소되어 간다. 이런 형에 속하는 결함은 악성종양, 뇌출혈, 염증성질환 등의 외상, 기왕증 등으로 대부분이 체감성 위험에 속한다.

표준미달체로서 특별조건을 붙이는 경우에는 일정기간 할증보험료법 혹은 보험금 삭감법을 사용한다.

## 3) 항상성 위험

위험의 정도가 연수의 경과에 관계없이 일정한 것을 말한다. 이 위험에 속하는 결함으로서 양안시력장애, 청력장애, 신경통, 녹내장, 만성기관지염, 담석증, 급성간염, 자궁내막염, 류마티스성 관절염 등이다. 표준미달체의 특별조건을 붙이는 경우에는 할증보험료법을 사용한다. 단 양안실명, 사지결손, 마비 등의 신체장애자에 대하여서는 증상이 고정되어 있으면 표준미달체취급으로는 하지 않고 보험금액의 제한으로 인수하고 있다.

## XIV. 사정, 결정의 종류

### 1) 무조건 승낙, 결정

의학적, 환경적으로 아무런 문제가 없는 표준체의 경우이며 당초 청약대로의 내용으로 인수할 수가 있는 경우이다.

### 2) 연기, 사절

의학적, 도덕적으로 위험도가 높아서 조건을 설정하여 인수할 수가 없는 경우로 연기, 사절의 용어를 나누어 사용하고 있다. 사절은 장래에 향하여 인수할 수 없다라는 의미로 사용하고 있다. 연기는 일정기간 가입을 보류하는 것으로 고객에게 재가입의 시기를 가늠하여 설명할 수가 있어 가입을 희망하는 고객과 계약을 조금이라도 많이 인수하고 싶어하는 회사에 모두 이익되게 한다.

### 3) 특별조건외의 종류

특별조건이란 표준미달체로 판정된 피보험자에게 부가되는 추가보험료 혹은 지급보험금의 제한 등의 가입조건이며 이 조건을 부가시킴으로서 표준체로서 가입한 사람 및 다른 표준미달체 가입자와의 사이에 위험의 공평성을 유지할 수가 있다.

특별조건은 상기한 위험의 형에 대응하여 체증성 위험에는 할증보험료법, 체감성 위험에는 일정기간 할증보험료법 혹은 보험금 삭감법을 사용한다.

#### (a) 보험금 삭감법

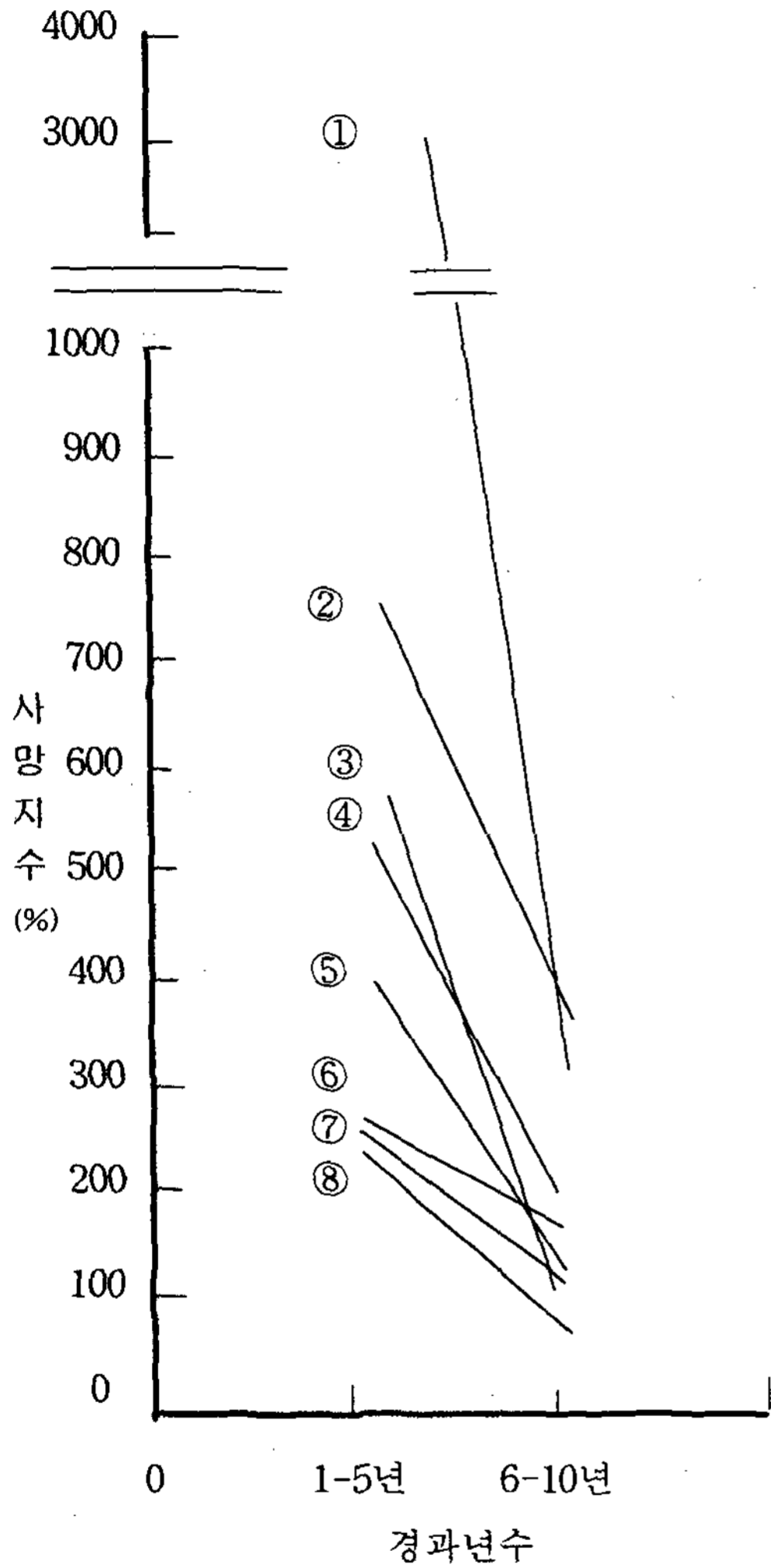
국내에서 주로 사용하는 인수방법으로 위험이 체감성인 경우에 사용한다. 계약 후 일정기간(1년에서 5년간)내에 사망할 경우에 미리 정한 비율로 사망보험금을 삭감해서 지급한다. 사정기준에서는 보험금 삭감조건을 S1~S5라고 하는 기호로 표시하고 있다. 삭감조건별 보험금 지급율은 아래와 같다.

표. 보험금삭감법에 의한 보험금 지급율(%)

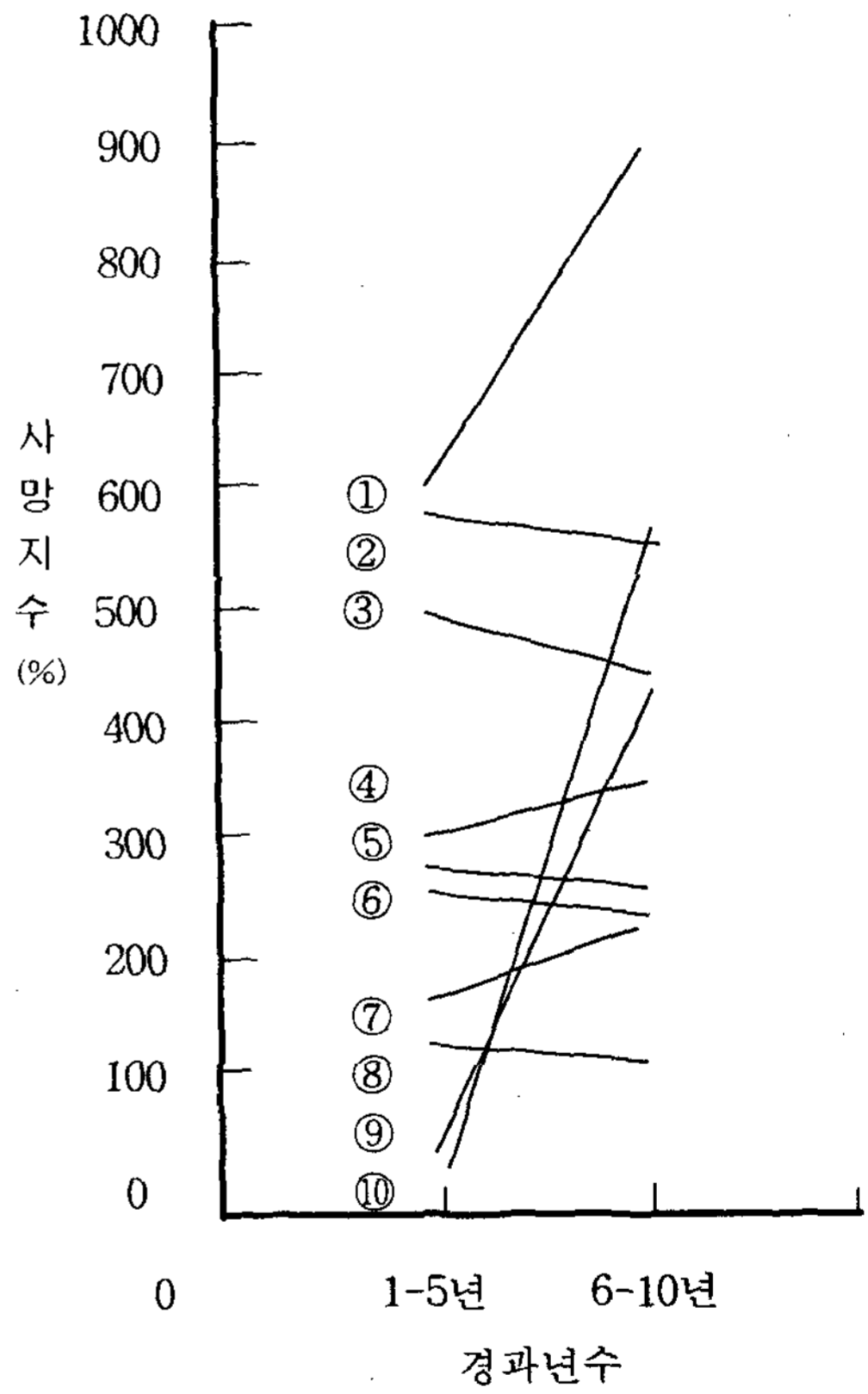
	제 1 년도	제 2 년도	제 3 년도	제 4 년도	제 5 년도
S1	50	100	100	100	100
S2	30	60	100	100	100
S3	25	50	75	100	100
S4	20	40	60	80	100
S5	15	30	45	60	80

## 疾病의 豫後

체감성 질환



항상성 및 체증성 질환



- ① 악성신생물    ② 농흉    ③ 두부외상
- ④ 뇌혈관 질환    ⑤ 위궤양    ⑥ 천식
- ⑦ 허혈성 심질환    ⑧ 양성신생물

- ① 정신병    ② 만성신장염    ③ 신경증
- ④ 만성기관지염    ⑤ 당뇨병    ⑥ 급성간염
- ⑦ 동맥경화증    ⑧ 십이지장궤양    ⑨ 류마티스성열
- ⑩ 단순성 갑상선증

- 체감성 질환 : 초년도사망지수/평균사망지수 > 1.15
- 체증성 질환 : 초년도사망지수/평균사망지수 < 0.85
- 항상성 질환 : 1.15 ≥ 초년도사망지수/평균사망지수 ≥ 0.85

(b) 일정기간할증보험료법

계약후의 일정기간에 한하여 할증보험료를 징수하는 방법이다. 이것은 계약 후의 일정기간에 위험도가 높은 경우에 적용한다. 구체적으로는 체감성위험이다. 이 방식은 보험금삭감법 대신으로 사용할 수가 있다. 보험수익자에게 있어서는 조기에 보험사고가 발생하더라도 보험금 금액의 보장을 받을 수 있다는 점에서 훌륭하다.

(c) 전기간 할증보험료법

위험이 체증성 혹은 항상성인 경우에 사용한다. 할증보험료는 초과사망지수에 의하면 정해지지만 실제의 할증보험료액은 보험종류, 보험기간, 연령 등에 의하여 다르며 사전에 보험계리인이 보험종류마다 할증요율을 계산하지 않으면 안된다.

(d) 연증법

이 방법은 할증보험료법의 변형으로 생각할 수가 있다. 징수하는 할증보험료의 실액을 표시하는 대신에 표준체보험료로 몇 살 증가한 보험료로 되는가를 표시한다. 보험료 계산이 복잡하고 계약자의 반응이 좋지 않아서 극히 일부 회사에서만 적용하고 있다.

(e) 특정부위 부담보험

해당질환의 인과관계에 상관없이 그 부위에 발생한 질환에 의한 입원, 수술급부금을 제한하는 제도이다. 질병입원특약의 가입범위 확대를 위해 신체의 부위에 대하여 일정기간 동안 부담보험으로 하는 계약조건이다. 약관에 규정되어 있는 부위에 발생한 질환을 원인으로 입원했을 때에 일정기간(1년~5년 또는 전기간) 부담보험하는 것이다. 결함의 부위가 국한되어 있고, 재발율이 높을 때나, 계약 후 단기간에 보험사고가 발생하기 쉽고 시간의 경과와 더불어 발생율의 저하가 예상될 때에 또는 보험사고의 발생의 가능성은 높으나 특별보험료를 징수하기 위해

서 계약과의 부담이 지나치게 크다고 생각될 때에 사용하기도 한다.

(f) 기 타

기타의 방법으로서 보험기간의 단축, 보험금액의 감액, 보험종류변경이 있다. 이들은 표준미달체 조건으로서도 사용하지만 표준체에 대해서도 사용할 수가 있다. 예를 들면 표준미달체로 하는 근거가 결핍되어 있는 결함을 갖고 있는 피보험자가 있다고 하고 그 결함을 표준체로 평가하기에는 불안이 있는 그러한 경우에 이들 방법을 적용해서 구체적인 위험을 피한다.

### XV. 사 차 의

위험선택의 목적의 하나는 선택에 의하여 잉여금의 중요한 원천중의 하나인 사차익을 생성시키는 것이다. 사차익 뿐만이 아니라 이차익, 비차익을 많이 내어서 계약자에게 배당으로 환원시키는 것이 생명보험회사 경영에 중요한 지침이 되고 있다. 이차익이나 비차익은 그 당시의 경제상태, 금리정세, 주가가 사회정세 등에 의하여 변동되는 것이며 배당제원으로서는 안정되어 있는 것이 아니다. 여기에 대하여 사차익은 선택을 확실하게 행하면 장기간 안정적으로 생기는 것이다. 따라서 배당제원으로서 중요할 뿐만 아니라 안정된 회사 경영을 하는데 있어서 중요성을 가지고 있다.

사차익은 예정한 보험금지급에 대하여 실제로 지급한 보험금과의 차액이다.

이 경우 보험금이란 위험보험금의 부분을 의미하고 책임준비금을 제외시키지 않으면 안된다. 따라서, 사차익=위험보험료 수입액-위험보험금 지급액이 된다. 단위당(보험금 1원)의 책임준비금을 V로 한다면 위험보험금은 (1-V)가 된다. 예정사망율을 q로 하면 위험보험료 수입액은  $q(1-V) \cdot S$ 가 된다. 또 실제사망율을  $q'$ 로 하면 위험보험금 지급액은  $q'(1-V) \cdot S$ 가 된다.

$$\begin{aligned}
 \text{사차익} &= q(1-V) \cdot S - q'(1-V) \cdot S \\
 &= (q - q') \cdot (1-V) \cdot S \\
 &= (1 - q'/q) \cdot q \cdot (1-V) \cdot S \\
 &\quad \text{①} \quad \text{②} \quad \text{③} \quad \text{④}
 \end{aligned}$$

①항은 실제사망율이 예정사망을 상회한 경우에는 적자가 되어 사차손이 생기지만 선택이 잘 되었을 경우에는 흑자가 되어 사차익이 생긴다. 사차익 금액의 크기는 ②로부터 ④항의 크기에 따라 결정된다. ②항의 예정사망율은 피보험자의 연령이 높을수록 커지므로 고령자일수록(선택을 행하면) 사차익이 커지게 된다. 또 고령자일수록 진단이나 검사에 의하여 이상이 발견되는 일이 많아지기 때문에 선택의 효과가 발휘되기 쉽다. ③항의 위험보험금은 보험종류에 따라 크기에 차가 있다. 가장 위험보험금의 비율이 높은 것은 정기보험이다. 따라서 양로보험보다 정기보험쪽이(선택을 행하면) 사차익이 커진다. ④항의 보험금액에 대해서도 그 액수가 커지게 되면 사차익이 커지게 된다.

단, 이들은 적절한 선택을 행하고 그것이 유효하게 작용하였을 경우의 일인 것에 주목하지 않으면 안된다. 만일 선택에 실패하여 ①항이 적자가 된 경우에는 상기 ②항에서 ③항의 증대요인은 전부 회사로서는 적자로 작용한다. 결국 사차손을 증대시키게 된다. 고령자를 가입시키는 것, 정기보험을 많이 인수하는 것, 고액보험을 많이 인수하는 것은 사차익을 증대시키는 요소이기는 하지만 그 반면, 선택을 소홀히 행하면 사차손을 증대시키는 것이 되고 만다.

## XVI. 위험선택의 효과

생명보험의 가입자 집단의 사망상황을 예정사망율과 비교하면서 피보험자 집단의 사망율을 계속적으로 추적해 보면 보험기간의 초기에는 실사망율이 예정사망율 보다도 눈에 띄게 낮아진다. 보험기간의 초기이면 실사망율과 예

정사망율의 차가 커진다. 이와 같은 현상을 선택효과라고 한다. 이것은 다음 식으로 표시된다.

$$\text{선택효과} = (\text{예정사망율}) - (\text{실제사망율})$$

하지만 해가 지날수록 실제사망율이 예정사망율에 가까워져서 최종적으로는 완전히 동일한 것이 되고 만다. 실제사망율이 예정사망율 보다도 낮은 이 조기시기를 선택의 유효기간이라고 부른다.

이 선택의 유효기간은 얼마만큼 지속될 것인가, 이것은 선택의 수단과 방법에 따라 다르지만 일반적으로는 3년에서 5년이라고 일컬어지고 있다. 더 장기간 계속된다는 보고도 있다. 선택의 효과를 연령별로 관찰해 보면 높은 연령층 쪽이 명확하게 나타난다. 의적선택이 없는 보험에도 선택효과가 고정되지만 그 효과는 의적선택을 수반하는 경우보다는 훨씬 적다.

## XVII. 위험선택의 엄격도

선택을 어느 정도 엄격하게 행할 것인가 하는 문제는 그 회사가 놓여있는 입장에 따라 다르다. 예를 들면 저축형 상품을 중심으로 판매하고 있는 회사이면 그다지 엄격한 선택이 필요하지 않다. 한편 대해보장을 중심으로 하는 회사라면 엄격한 선택이 필요하다. 사차익에 대한 의존도의 차이에 따라서도 선택은 달라질 것이다. 따라서 선택의 제도에 따라서 다각적으로 판단해 가지 않으면 아니된다.

위험선택의 엄격도에는 두가지 요소가 있다. 하나는 선택제도의 엄격도이다.

예를 들면 낮은 보험금액의 청약에도 진사를 행하는 회사와 그렇지 않은 회사와는 선택의 엄격도가 달라진다. 기타 각종검사(심전도검사, 혈액검사등)를 어떠한 기준에 의하여 부과시키는가에 따라서도 엄격도가 달라진다.

또 하나의 요소는 사정, 결정의 엄격도이다. 통상, 사망지수 130 까지를 표준체, 사망지수

130 이상을 표준미달체로 하고 있다 (사망지수 125까지를 표준체로 삼고 있는 회사도 있다). 사망지수 300을 넘는 경우에는 연기체로 하고 있다. 그러나 사망지수 100을 넘는 경우를 모두 표준미달체로 하고 있는 회사가 있었다고 한다면 이것은 너무 지나치게 엄격하다고 말하지 않을 수 없을 것이다. 역으로 사망지수 150까지를 표준체의 범위로 한다면 지나치게 너그러운 선택이 된다.

지나치게 엄격한 선택은 쓸데없이 영업범위를 좁히는 것이 되고 거기에다 보험을 필요로 하고 있는 사람들을 끼지 못하게 하는 것이 된다. 이렇게 해서는 판매활동을 둔화시키게 되고 나아가서는 회사경영을 압박하게 될 우려가 없지 않다.

더욱이나 보험회사의 사회적 사명을 수행할 수 없게 된다. 또, 지나치게 느슨한 선택은 회사의 지급보험금액을 증대시킨다. 또한 가입자간의 위험의 공평성을 유지할 수 없게 되어 버린다. 결국에는 지나치게 엄격해도, 느슨해도 회사의 경영을 압박하게 되어 버리고 만다.

당연한 일이지만 선택제도를 설정하는 경우에는 완화, 엄격에 충분한 주의를 경주해서 결정하지 않으면 아니되지만, 후일, 경험사망등 통계를 잡아봄으로서 자기네들이 설정한 선택제도가 적정한 것이었는가 하는 것을 검증해 가지 않으면 아니된다.

## XVIII 위험선택에 관한 장래의 문제

위험선택의 역사중에서 서술한 바와 같이 근년 진단의 수법에 눈부신 진보가 있었던 것은 아니다. 이것은 생명보험에 관여하고 있는 의사가 보수적이라는 것이 아니고 진단에 있어 여러가지 문제나 일정한 제약이 있기 때문이다. 예를 들면 고지의 청취에 대해서도 예정피보험자가 표명하지 않는 한 의사가 발견하는 것이 불가능한 그러한 결함이 다수 존재한다. 수술을

하지 아니한 위폐양이나 간염의 기왕증이 있었다고 하더라도 본인이 말하지 아니하면 의사가 발견하는 것은 완전히 불가능하다.

이와 같이 때문에 현재의 보고서 서식은 정직한 보고를 하면 피보험자에게 불리하게 된다는 모순을 내재하고 있다. 정직한 자가 불리하게 되지 않도록 모든 청약자에 대하여 정밀한 검사를 실시하게 하는 것도 한가지 방법이다. 이와같이 하면 몇가지 인간의 결함을 알 수 있게 되지만 진단경비가 증가하기 때문에 보다 싼 보험료로 보장을 제공하고자 하는 생명보험의 기본원리에 반하게 된다. 그 때문에 고액계약을 제외하고는 정밀한 검사는 생략되고 불충분한 자료에 의하여 위험선택이 행해지고 있는 것이 현실이다.

고액계약에서 역선택이 발생하지 않도록 적극적으로 새로운 방법의 도입을 검토하는 것도 우리들의 책무일 것이다. 보험금액이 많아지면 그만큼 비용도 많이 사용할 수 있게 되기 때문에 이와 같은 것은 가능하다.

여기에서 명심해 두지 아니하면 아니될 것이 있다. 검사를 받는 사람 즉 예정피보험자는 생명보험회사에 있어서는 고객이라는 것이다. 회사에 있어서는 고객은 병원, 의원에서 진찰하는 보통의 환자와는 본질적으로 다르다. 이 때문에 검사 실시자는 피검사 즉 예정피보험자에 대하여 신속하고 부작용이 없는 여하한 종류의 고통이나 불쾌감, 과도한 방사선의 조사나 생명을 위험에 노출시키는 것과 같은 불편을 주어서는 아니된다. 의학적인 검사중에는 여러 가지 고통이나 불편을 수반하는 것이 있다.

이와 같이 검사의 실시는 특히 주의 깊게 행하지 아니하면 아니된다. 또, 이와 같은 검사는 방문진단의 경우에는 불가능하고 실시될 장소는 한정되어 있다.

그것은 검사기기의 도입, 설치에 관하여 일정한 제약이 있기 때문이다. 그런데 어떤 검사를 행하면 청약자에게 그다지 괴로움을 주지 않고 선택을 위하여 보다 유용한 효과를 얻을 수 있

을 것인지, 이것을 알아내기 위하여는 경험사망을 사인에 의하여 분류하고 어떠한 사인이 전체의 사망율에 큰 영향을 주고 있는가를 판별하지 아니하면 아니된다. 그리고 그 특정의 사인에 관한 검사, 조사가 강조되도록 하지 아니하면 아니된다.

또한 새로운 진단법을 도입하고자 할 때 틀림없이 회사내부로부터의 반대를 직면하게 된다는 것을 부언해 둔다. 하나는 영업부문으로부터의 반발이다. 이것은 일정보험금액의 계약을 성립시키고자 할 때 다른 회사에서는 같은 계약에 대하여 실시하지 아니하는 그러한 귀찮은 검사를 강요하는 것이 되기 때문이다. 고객은 검사로 번거롭게 되는 것을 싫어하고 다른 회사에 계약할 우려가 있다. 계리인측으로부터도 반대가 나올 가능성이 있다. 그들은 유진단 계약은 종래에 사용하는 방법으로도 무진단계약에 비하여 충분히 낮은 사망율을 얻을 수 있으므로 구태여 새로운 진단법은 도입할 필요는 없다고 할 것이다. 더욱이 기술혁신이 눈부신 분야이므로 여하히 노력을 해도 새로운 진단법의 모두를 도입하는 것 등은 도저히 할 수 없으며 새로운 진단법의 일부만을 도입하는 것에 의하여 얼마나 사망율이 개선하느냐 하는 것이 의문이라는 의견이 있다. 이들의 목소리에 답하기 위해서는 새로운 진단법의 도입에 의한 사망율의 개선과 그 진단법의 실시에 소요되는 비용을 비교하지 아니하면 아니된다. 그러나 그 결과는 짧은 기간에는 나타나지 아니한다.

새로운 진단법을 도입한 후 이상을 어떻게 발견하느냐, 어떻게 평가하는가 하는 것이 새로운 현안이 된다. 진단법이 새로운 의학의 분야인 것일 경우 생명보험회사의 의사는 그 분야의 전문가에게 소견을 평가하기 위하여 결정적인 방법, 수단이 되는 착안점에 대하여 의견을 청취하지 아니하면 아니된다.

이러한 관점에서 생명보험의학과 임상의학과의 제휴가 필요하다고 할 수 있다. 그런데 근년 초고액인 보험계약의 문제가 생명보험업계

에서의 현안이 되어 있다. 특히 고객이 한 보험회사뿐만이 아니라 동시기에 여러 회사에 가입한다는 단기집중가입의 문제로 총액이 10억원 때로는 20억을 초과할 때도 있다. 손해보험에 관하여 말하자면 목적물은 실체가 있는 물건이라던가 금액에 대하여 표시 할 수 있는 실손보상이므로 비교적 손해를 산정하기 쉽다. 이것에 대하여 생명보험의 부보대상은 자연인이고 그 가치를 평가하는 것은 매우 어렵다. 그러나 적절한 금액을 피보험자의 사회적 지위, 수입, 연령 등으로부터 정하는 것은 필요하다.

이상을 말하면 청약자에게 적절하지 않다고 생각되는 부분의 보험금액을 청약시에 감액하도록 하면 좋지만 실무상으로는 어렵다. 생명보험 회사간의(피보험자) 정보교환도 시도해 보아야 할 것이다.

## XIX. 위험선택의 매듭

위험선택에 대하여 논해 왔으나 이것을 행하는데 있어 어떠한 태도가 바람직할 것인가?

선택을 엄격하게 행하면 명백히 사망율은 감소할 것이다. 그러나 그렇게 하면 신규가입의 일부가 희생되게 된다는 것이 문제가 된다. 이것은 보험시장을 축소하고 공공의 복지에 악영향을 주게 되는 것이다. 역으로 선택이 느슨하게 되면 사망율이 증가되어 회사의 경영을 위기에 빠뜨린다. 실제로 특별인정으로서 매우 관대한 결정이 행해질 때가 있다. 이와 같은 특별인정은 그 청약의 배경을 고려해 넣어 경영전략의 하나로서 행해지는 것이다.

그러나 우리들은 다수 가입자간의 공평성을 확보할 입장에서 이와 같은 것을 하여서는 아니된다. 재판관이 범의 수호자라고 일컬어 지듯이 위험선택에 종사하는 자는 사정표준의 수호자이어야 한다. 이것이 보험계약의 공평성을 확보하기 위한 우리들의 책임이다.

## 참 고 문 헌

- 1) 有澤 誠 등 : 보험의학의 진행과 미래상. 일본보험학회지 79:1, 1981.
- 2) 安藤博章 : 숫자사정법과 주결함주의. 일본보험학회지 79:284, 1981
- 3) 尼子隆士 : 보험의학의 미래의 전망. 일본보험학회지 80:37, 1982
- 4) 平尾正治 : 세계안의 일본의 보험의학, 일본보험학회지 81:14, 1983
- 5) 壕本 宏 등 : 혈액검사의 보험진사의 도입. 일본보험학회지 82:25, 1984.
- 6) 安藤博章 등 : 혈액검사의 보험진사의 도입. 일본보험학회지 83:205, 1985.
- 7) 安藤博章 : 앞으로의 보험의학. 일본보험학회지 84:1, 1986.
- 8) 岡本 浩, 山田 充 : 생존율과 사망지수. 일본보험학회지 85:219, 1987.
- 9) 北島武志 등 : 선택방법과 그 문제점. 일본보험학회지 88:55, 1990.
- 10) 岡本 浩 : 질병의 예후. 일본보험학회지 89:13, 1991.
- 11) H. K. Kraus : 생명보험 신청자의 의학적 스크리닝 기술. 일본보험학회지 89:92, 1991.
- 12) 宮副一郎 : 신계약 사정에 있어서 진단서의 의의와 문제점. 일본보험학회지 89:105, 1991.
- 13) 磯 浪 : 임상검사와 보험의학. 일본보험학회지 90:34, 1992.
- 14) 일본보험학회 : 생명보험의학, 1992.
- 15) 생명보험협회 : 생명보험 의학 용어집, 1994.
- 16) Richard B. Singer et al. : *Medical risks*. Lexington Books, 1994.
- 17) R.D.C. Brackenridge : *Medical selection of life risks*. Macmillan publ. 1995.
- 18) 박준국 : 계약선택 기초이론. 보험연수원, 1996.
- 19) 宮副一郎 : 진사한도 기준의 접근. 일본보험학회지 94:141, 1996.
- 20) 協榮生命保險주식회사 : 보험사무, 1996.
- 21) 일본생명보험협회 : 위험선택의 지식과 실제, 1996.
- 22) 삼성생명 : 보험용어집, 1997.
- 23) 삼성생명 : 언더라이팅 초급과정, 1997.
- 24) Nigel K. Roberts : *The role of the medical underwriter in a life insurance company*. *Journal of Insurance Medicine* 29:168, 1997.