

# **노령화사회의 진전에 따른 민영장기간병보험 발전방안**

2001. 12

김 기 홍

**보험개발원**

## 머리말

최근 우리나라에서는 국민건강과 관련된 주변환경이 급격하게 변화됨에 따라 국민들의 건강에 대한 니드가 현행의 의료서비스에서 질병예방이나 건강증진, 장기간병 및 건강상실로 인한 소득상실의 보상 등으로 다양화·고도화되어 가고 있다. 특히, 의료기술의 발달로 인한 사망률의 감소와 출생율의 감소로 인구노령화가 급속하게 진행됨에 따라 노인장기간병에 대한 국민들의 니드가 높아지고 있다.

국민들의 노인장기간병에 대한 니드는 가족제도의 변화와 여성의 경제활동 참여증대 등에서도 기인하고 있다고 볼 수 있다. 가족제도가 대가족제도에서 핵가족제도로 변화됨에 따라 “독거노인”과 “노인단독세대”의 급증하고 있으며, 자식세대의 부모세대 부양의식이 현저히 약화되고 있다. 이와 더불어 여성의 경제활동 참여확대로 전통적인 가사활동에 대한 여성의 역할이 축소되어 감에 따라 여성이 노인장기간병에 있어 중추적인 역할을 수행할 수 없는 상황이 되고 있다.

이렇듯 국민들의 노인장기간병에 대한 니드가 커지고 있는 데 반해, 공적건강보험제도는 재원조달의 한계로 인해 그러한 니드를 충족시키기에는 한계를 지니고 있다. 이러한 점을 고려하여 정부는 건강보험의 공·사 역할분담이 필요하다고 인식하고 공적건강보험제도를 보완할 수 있는 민영건강보험의 활성화를 적극적으로 추진하고 있으며, 국민건강보험과는 별도의 요양보험제도의 도입을 추진하고 있다. 정부의 이러한 노력에 보조를 같이하여 우리나라의 보험회사들도 민영건강보험 시장의 개척과 상품개발 노력이 필요하다. 특히, 민영건강보험 시장의 큰 축이 될 노인장기간병보험에 대한 시장개척 및 상품개발에 많은 노력이 필요하다.

노인장기간병보험을 포함한 민영건강보험제도에 대한 정부와 보험회사들의 노력이 전개되고 있는 이 시점에서 장기간병보험에 대한 필요성을 심층적으로 분석하고 외국의 사례를 참고로 하여 관련 정책과제로

민영장기간병보험시장의 발전방안 등을 연구할 필요가 있다.

이 보고서는 이러한 연구니드를 감안하여 보험연구소에서 연구주제를 기획하고 충북대학교의 김기홍 교수에게 연구를 의뢰하여 작성된 것이다. 이 보고서는 선진국의 장기간병보험제도 및 시장상황을 분석하고, 우리나라의 장기간병관련 인프라와 민영보험시장 현황을 분석하였다. 이 분석을 토대로 장기간병인프라 구축에 필요한 정책과제, 공적장기간병보험제도 도입방안, 민영보험시장에 대한 정책방향을 등을 제시하였다.

아무쪼록 이 보고서가 적극 활용되어 보험업계가 환경변화에 대비하여 민영장기간병보험에 대한 시장개척 및 상품개발 전략을 수립하는 데 기여할 수 있기를 진심으로 기대 한다.

보고서 출판에 앞서 바쁘신 중에도 유익한 보고서를 작성하신 김기홍 교수와 이 보고서의 작성에 아낌없는 자문과 조언을 해 주신 외부 전문가에 대해서도 진심으로 감사를 표한다.

마지막으로 이 보고서의 내용은 연구담당자 개인의 의견이며, 위원회의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2001년 12월

保險開發院

院長 朴性昱

## 요 약

### I. 서론 : 연구의 배경 및 목적

- 우리나라는 인구의 노령화가 세계에서 가장 빠른 것으로 나타나고 있으며, 핵가족화 및 여성의 경제활동참여확대 등에 따른 가족의 복지기능 저하로 노인인구에 대한 장기간병서비스가 부재하는 등 여러 가지 사회문제가 야기될 수 있음.
- 인구의 노령화가 심화되면서 노인인구에 대한 부양비용 및 의료비 부담이 증가하고 있으나 사회보험제도는 실효성이 낮으며, 민영건강보험시장도 제대로 발달하지 못한 상황임.
- 특히 장애노인의 장기간병에 대한 시설, 간병인력, 정부의 재정지원 수준 등은 후진적인 상태에 머물러 있음.
- 본 연구보고서에서는 우리나라의 장기간병에 대한 필요성을 심층적으로 분석하고 외국의 선진사례를 참고로 하여 관련 정책과제와 민영장기간병보험시장의 발전방안 등을 제시하고자 함.

### II. 우리나라의 인구통계적 변화와 보험제도의 문제점

#### □ 인구통계학적 변화

- 인구의 노령화가 빠르게 진행<sup>1)</sup>되면서 전체 국민의료비 중 65세 이상 노인인구의 의료비 비중도 높아지고 있음(의료보험통계기준 1985년 4.7%→1999년 17.0%).
- 1999년의 경우 65세 이상 노인인구가 타 연령층보다 3배정도 높은 의료비 지출 수준을 보임.

---

1) 1960년 2.9%→2000년 7.1%→2030년 19.3%로 추계됨.

- 핵가족화의 진전에 따른 노인단독세대·독거노인가구의 증가(1990년 25.8%→2000년 44.9%) 및 여성의 경제활동참여 확대 등으로 인하여 노후보살핌 및 장기간병 등 제반 노인복지서비스에 대한 가족의 기능이 저하됨.
- 이혼율의 급증(조이혼율 1970년 0.4건→1999년 2.5건), 특히 장기동거부부의 이혼비중 증가(15년 이상 동거부부비중 1990년 11.9%→1999년 25.9%)는 다음세대에 가족 외에서의 장기간병수요를 증대시키는 한 요인으로 작용할 수 있음.

#### □ 건강보험제도의 문제점

- 국민건강보험제도는 급부가 충실하지 못할 뿐만 아니라, 재정상으로도 심각한 위기상황에 있음.
- 국민건강보험의 본인부담비율은 총 의료비의 약 46%로 OECD국가 중 최고수준으로 공적보험의 기능을 거의 상실하고 있음.
- 국민건강보험 재정은 이미 적자를 시현하고 있으며, 향후 노령화가 진전되고 의료수준이 향상되면 보험급여 수준도 증가하여 적자구조는 계속 악화될 것으로 전망됨.
- 우리나라 민영건강보험산업의 최근 규모면에서 급성장하고 있으나 급부범위, 상품구조의 한계 등으로 인하여 그 수준은 초기단계임.
- 대부분의 건강보험 상품들이 의료비 보장보다는 사망/장해에 대한 보장에 치중되어 있어 진정한 의미의 건강보험으로 역할하는데는 한계가 있음.
- 건강보험사업에 필요한 기초통계가 충분히 집적되어 있지 못하고 전문가도 부족한 실정임.

### III. 장기간병보험의 특성과 주요국 사례

#### ☐ 장기간병(Long-Term Care)

- 장기간병은 남의 도움을 받지 않으면 기본적인 일상생활을 할 수 없는 사람들에게 제공되는 장기간의 보살핌으로 ‘생활장애에 대한 보살핌’을 의미함.
- 우리나라의 경우 장기간병비용의 재정부담주체측면에서 볼 때 정부 및 비영리기관의 지원은 매우 미미한 수준이며, 개인부담분에 대해 중요한 기능을 담당해야 할 민영보험시장도 활성화되지 못하고 있는 실정임.

#### ☐ 장기간병보험(Long-Term Care Insurance)

- 장기간병보험은 피보험자가 장기간병이 필요한 상황이 발생한 경우 간병서비스나 비용을 담보하는 보험상품임.
- 국가나 사회단체 등에서 지원하는 간병서비스가 미미한 우리나라의 경우, 장기간병비용의 대부분을 ‘개인이 부담’해야 하는 실정이므로 간병보험수요는 상당히 높을 것으로 예상됨.

#### ☐ 주요 선진국의 장기간병보험 현황

- 미국과 이스라엘을 제외한 대부분의 주요 선진국은 공적 장기간병보험의 도입에 앞서 민영장기간병보험시장이 활성화되어 있었음.

### IV. 국내 간병보험시장의 현황 및 정책과제

#### ☐ 국내 간병보험시장 현황

- 우리나라의 경우 민영보험시장을 중심으로 제한적인 장기간병보험상품이 판매되고 있음.

- 우리나라 장기간병보험상품의 대부분이 연금보험이나 질병보험에 부가하는 특약형태로 구성되어 있음.
- 우리나라의 민영장기간병보험시장은 ‘장기간병인구수의 급증’, ‘공식간병활용비중의 증대’, ‘개인의 간병비용부담 증가’ 등에 따라 상당한 잠재성을 갖고 있음.

#### □ 장기간병관련 정책과제

- 장기간병요양시설 및 재가노인복지시설이 절대적으로 부족한 실정임.
- 유능한 전문간병인 육성을 위한 정책수립과 아울러 가정간병의 기능과 효율성을 높일 수 있는 ‘주간보호시설 및 단기보호시설의 확충’과 ‘요양시설의 설립과 운영’ 등이 중장기 국정사업으로 추진되어야 함.
- 우리나라의 경우 공적건강보험이 재정위기를 겪으면서 역할확대에 한계가 있으므로 민영장기간병보험을 통해 국민들이 자발적으로 노후장애에 대비할 수 있도록 함으로써 미래세대의 국가적 부담을 줄일 수 있도록 하여야 함.
- 이를 위해서는 세제혜택 등의 강력한 정책적 지원이 필요하며, 장기간병관련 시설과 인력확충에 대한 정부지원이 필요함.
- 또한 건강보험공단 및 각종 의료기관이 보유하고 있는 관련자료를 데이터베이스화하여 보험사가 장기간병보험상품을 구성하고 언더라이팅과 보험료를 산정하는 데 활용할 수 있도록 하는 제도적 장치가 마련되어야 할 것임.
- 공적장기간병보험의 도입시기는 공적건강보험의 재정능력, 노인인구의 비중 등을 고려하여 결정해야 할 것임.

## V. 민영장기간병보험시장의 발전방안

### □ 선진적 상품구성전략

- 국내보험사의 장기간병보험 상품구조는 초보적 수준이므로 선진 국시장에서 판매되고 있거나 개발중인 상품들에 대한 분석을 토대로 선진사례를 벤치마킹함으로써 보다 적극적인 상품구성전략을 구사하여야 할 것임.
- 현재 선진국시장에서 개발되어 판매중인 사전적립형 장기간병보험, 투자신탁형 장기간병보험, 일시납간병연금보험, 주택설정간병보험, 연금연계상품, 가정간병한정보험 등을 벤치마킹할 필요가 있음.

### □ 마케팅전략

- 상품의 특성에 따라 달라질 수 있으나 노년층과 중장년층으로 나누어 목표고객을 설정함.
- 노년층의 경우 연금 등의 금융자산이나 재산을 보유하고 있는 중상류층이 주요 대상이 됨.
- 중장년층은 자신의 장기간병소요에 대해 보험을 구입하거나 부모세대의 간병소요에 대해 보험을 구입하려는 경우가 주요 대상이 됨.
- 상품전략으로는 구매자들이 원하는 다음과 같은 사항들을 충족시킬 수 있는 다양한 상품을 개발하여야 함.
- 계약기간중 보험료 인상 없이 미리 정한 수준의 간병비용을 계속 지급
- 간병이 필요 없는 상황이 되면 지불한 보험료를 환급 받을 수 있음.
- 보유재산의 최소한을 투자하여 사망 시까지 간병소요를 충당하고 가능한 많은 재산을 상속하고자 함.
- 보험료는 충분히 감당할 수준이고 상품내용은 이해 가능해야 함.



- 가입자의 상황에 따라 계약기간중에 선택 가능한 옵션이 충분함.
- 간병비용뿐 아니라 모든 간병관련 부가서비스도 제공받을 수 있음.
- 판매전략으로 잠재고객에게 장기간병보험의 필요성을 정확하게 인지시킬 수 있는 ‘상품소개서’ 및 고객의 개인별 재무계획설계 능력과 노년층 고객을 설득할 수 있는 효과적인 커뮤니케이션 능력을 갖춘 고학력의 판매조직(예, Financial Advisors)이 필요함.
- 간병관련 부수사업전략으로 보험회사가 적극 고려해 볼 수 있는 부수사업은 ‘간병인제공서비스업’이라 할 수 있으며, 요양시설 등은 보험협회를 중심으로 업계공동사업으로 추진하거나 ‘공익사업 자금’을 활용할 수 있을 것임.

## VI. 결론

- 노령화 및 핵가족화의 급속한 진전 등으로 인하여 노인인구의 장애 시 간병수요가 급증하고 있으나, 이러한 간병문제를 해결할 수 있는 사회적 인프라 및 간병비용을 부담해 주는 재정시스템은 열악한 수준이며 민영장기간병보험시장도 제대로 발달하지 못한 실정임.
- 따라서 국민의 간병수요를 충족시키기 위해 먼저 사회인프라를 구축하고 중장기적으로 공적장기간병보험 도입방안도 신중히 검토하여야 하며, 아울러 민영장기간병보험시장도 조속히 활성화시켜야 할 시점이라고 판단됨.
- 민영장기간병보험의 활성화를 위해서는 세제혜택 등 정부의 강력한 정책적 지원이 선행되어야 하며, 보험사들의 장기적이고 전략적인 접근자세(예, 선진국 시장의 경험을 벤치마킹)가 요구됨.

## 목 차

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| I. 서론 .....                         | 1  |
| II. 우리나라의 인구통계적 변화와 보험제도의 문제점 ..... | 3  |
| 1. 노령화사회로의 진입 .....                 | 3  |
| 2. 노령화사회 진입의 심각성 .....              | 10 |
| 3. 기타 인구통계적 사회환경 변화 .....           | 15 |
| 4. 건강보험제도의 문제점 .....                | 23 |
| III. 장기간병보험의 특성과 주요국 사례 .....       | 31 |
| 1. 장기간병 .....                       | 31 |
| 2. 민영장기간병보험 .....                   | 34 |
| 3. 주요 선진국의 장기간병보험 현황 .....          | 38 |
| IV. 국내 간병보험시장 현황 및 정책과제 .....       | 46 |
| 1. 국내 간병보험시장 현황 .....               | 46 |
| 2. 장기간병관련 정책과제 .....                | 48 |
| V. 민영장기간병보험시장의 발전 방안 .....          | 57 |
| 1. 상품구성전략 .....                     | 57 |
| 2. 마케팅전략 .....                      | 65 |
| VI. 결론 .....                        | 71 |
| <참고문헌> .....                        | 72 |

## 표 차례

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| <표 II-1> 총인구 및 65세 이상 인구의 변동 추이 .....     | 4  |
| <표 II-2> 65세 이상 노인인구비중의 국가간 비교 .....      | 5  |
| <표 II-3> 노령화 속도의 국가간 비교 .....             | 6  |
| <표 II-4> 우리나라 출생률의 변동 추이 .....            | 7  |
| <표 II-5> 출생률(천명당)의 국가간 비교 .....           | 8  |
| <표 II-6> 우리나라 평균수명의 변동 추이 .....           | 8  |
| <표 II-7> 평균수명의 국가간 비교 .....               | 9  |
| <표 II-8> 우리나라의 연령별 노인인구 비중 .....          | 10 |
| <표 II-9> 우리나라의 연령별 노인 1인당 부양자수 .....      | 11 |
| <표 II-10> 65세 이상 노인 1인당 부양자수 국가간 비교 ..... | 12 |
| <표 II-11> 65세 이상 노인의 주관적 건강상태 조사결과 .....  | 13 |
| <표 II-12> 연령별 의료보험 진료비 지출 추이 .....        | 14 |
| <표 II-13> 우리나라 평균가구원 수 .....              | 15 |
| <표 II-14> 부모의 생계부양에 대한 조사결과 .....         | 17 |
| <표 II-15> 여성의 경제활동참여 현황 .....             | 18 |
| <표 II-16> 산업별 취업인구 구조 및 도시화율 .....        | 19 |
| <표 II-17> 55세 이상 노인인구의 취업현황 .....         | 20 |
| <표 II-18> 노인들이 겪고 있는 어려운 점에 관한 조사결과 ..... | 20 |
| <표 II-19> 인구천명당 이혼율 추이 .....              | 21 |
| <표 II-20> 직장가입자의 직업별 보험료 부담 현황 .....      | 24 |
| <표 II-21> OECD 국가의 건강보험 현황 .....          | 26 |
| <표 II-22> 국민건강보험 재정수지 예측 .....            | 27 |
| <표 II-23> 국내 민영건강보험시장 규모 .....            | 28 |
| <표 II-24> 주요국의 민영건강보험시장 규모 .....          | 29 |
| <표 II-25> 주요국 민영건강보험시장의 단체보험 비중 .....     | 30 |
| <표 III-1> 미·영·한국의 간병필요인구 추계 .....         | 35 |

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| <표 III-2> 영국의 간병방식별 비중 변화추이 .....          | 36 |
| <표 III-3> 세계 주요 선진국의 민영 장기간병보험 도입시기 .....  | 38 |
| <표 III-4> 일본의 공적 장기간병보험 재원조달 방식 .....      | 40 |
| <표 III-5> 독일의 공적 간병보험의 나이별 혜택자 .....       | 42 |
| <표 III-6> 주요 선진국의 LTC보험 현황 .....           | 45 |
| <표 IV-1> 국내 민영간병보험상품 내용 .....              | 46 |
| <표 IV-2> 노인의료복지시설의 현황 .....                | 49 |
| <표 IV-3> 재가노인복지시설 필요량 추계 .....             | 50 |
| <표 IV-4> 각국의 공적장기간병보험 도입시기와 노령화비율 비교 ..... | 54 |

## 그림차례

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| <그림 I -1> 우리나라 65세 이상 노인인구의 세대구성별 현황 ..... | 16 |
| <그림 II-2> 동거기간별 이혼율 .....                  | 22 |

## I. 서 론

우리 나라는 2000년에 노인인구비중이 7%를 넘어서서 UN의 기준에 따른 '노령화사회'로 진입하였다. 또한 우리 나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 인구의 노령화가 진행되는 국가로서 노인인구비중이 14%와 20%에 도달할 때까지 소요되는 기간이 세계에서 가장 짧을 것으로 전망된다.

노령화의 진전에 따라 파생되는 가장 중대한 문제는 국가적으로 노인인구에 대한 부양비용이 증대한다는 점이다. 우선, 근로소득이 없는 노인인구를 부양하기 위한 노후생활보장비용이 증가하게 된다. 또한 타 연령층에 비해 의료서비스 수요가 월등히 높은 노인인구의 의료비 충당도 국가적으로 상당한 비용 부담이 되는 것이다.

우리 나라에서는 인구의 노령화가 급속히 진행되고 있으며 기타 인구통계적 사회환경도 빠르게 변화하고 있다. 핵가족화가 진행됨에 따라 평균가구원 수가 감소되고 있고 '독거노인'과 '노인단독세대'의 비중도 급증하고 있으며, 자식세대의 '부모세대 부양의식'도 현저히 약화되고 있는 추세이다. 또한 여성의 경제활동참여가 확대되고 이혼율이 상승하여 전통적인 가사활동에 대한 여성의 역할이 축소되고 있다.

이에 따라 노인에 대한 경제적 부양과 건강 보존은 각 가정의 문제를 넘어 매우 중요한 국가적 과제가 되어가고 있다. 국민의 노후 건강과 생활안정을 보장하는 가장 중요한 사회적 시스템은 공적건강보험과 연금보험이라 할 수 있으나, 우리 나라는 두 제도 모두 그 실효성이 매우 낮은 실정이다.

특히 장애노인의 장기간병에 대한 시설, 간병인력, 정부의 재정지원 수준 등은 후진적인 상태에 머물러 있다. 더욱이 국민의 자발적 대비수단인 민영보험시장도 제대로 발달하지 못한 상황이다.

따라서 본 연구보고서에서는 우리 나라의 장기간병에 대한 필요성을

심층적으로 분석하고 외국의 사례를 참고로 하여 관련 정책과제와 민영 보험시장의 발전방안 등을 제시하고자 한다. 제Ⅱ장에서는 우리 나라의 노령화 진전 상황과 기타 인구통계적 사회환경의 변화추이를 살펴보고, 공적 및 민영 건강보험제도를 분석하였다. 제Ⅲ장에서는 장기간병과 장기간병보험의 특성을 살펴보고 선진국의 장기간병보험제도 및 시장상황도 분석하여 소개하였다. 제Ⅳ장에서는 우리 나라 장기간병관련 인프라와 민영보험시장 현황을 분석하고 이를 기초로 장기간병 인프라 구축에 필요한 정책과제, 공적장기간병보험제도 도입방안, 민영보험시장에 대한 정책방향 등을 제시하였다. 끝으로 제Ⅴ장에서는 선진외국사례의 벤치마킹을 통하여 우리 나라 민영장기간병보험시장의 발전방안에 대한 여러 가지 대안을 모색하고 가장 적합하다고 판단되는 방안을 선별·제시하였다.

## II. 우리나라의 인구통계적 변화와 보험제도의 문제점

### 1. 노령화사회로의 진입

한 국가의 연령별 인구구조는 그 국가의 노동력 수급구조 및 부양비용 부담 등의 관점에서 매우 중요한 요소이다. 특히, 노인인구 비중이 증가하여 노령화가 심화되면 그 사회 전체 구성원의 노동생산성이 저하됨과 동시에 노인인구에 대한 부양비용 및 의료비 부담이 증가되는 등 여러 가지 사회문제가 야기될 수 있다. 따라서 이에 대한 깊은 연구와 적절한 대책이 필요하다.

#### 가. 노인인구의 증가추이

우리나라 총인구의 변동추이를 살펴보면, 6·25전쟁으로 인한 인구의 감소 이후 1960년대 초부터 사회적 안정과 경제의 고도성장, 해방후 세대의 베이비 붐(baby boom) 등에 힘입어 인구가 급증하였으나 1970년대를 기점으로 그 증가세가 점점 둔화되고 있다. <표 II-1>에서 보는 바와 같이 1960년에는 2,501만 명이던 인구가 10년 사이 약 30% 증가하여 1970년에는 3,224만 명에 달하였다. 이후 정부의 지속적인 가족계획운동, 국민의 가치관 변화 등으로 인하여 인구증가율은 1970년대에 18%대로 급락하였고, 1980년대와 1990년대에는 더욱 낮아져 10% 초반대를 기록함으로써 2000년 현재 총인구수는 4,701만 명에 이를 것으로 추계되었다. 2000년대 이후에는 이러한 인구증가율의 둔화현상이 더욱 심화될 것으로 전망된다.

&lt;표 II-1&gt; 총인구 및 65세 이상 인구의 변동 추이

(단위: 천명, %)

|                       | 1960   | 1970   | 1980   | 1990   | 2000   | 2010   | 2020   | 2030   |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 총 인 구                 | 25,012 | 32,241 | 38,124 | 42,869 | 47,008 | 49,594 | 50,650 | 50,296 |
| (증 가 율) <sup>1)</sup> |        | 28.9   | 18.2   | 12.4   | 9.7    | 5.5    | 2.1    | -0.7   |
| 65세이상인구               | 726    | 991    | 1,456  | 2,195  | 3,395  | 5,302  | 7,667  | 11,604 |
| (증 가 율) <sup>1)</sup> |        | 36.5   | 46.9   | 50.8   | 54.7   | 56.2   | 44.6   | 51.3   |
| (구 성 비)               | 2.9    | 3.1    | 3.8    | 5.1    | 7.2    | 10.7   | 15.1   | 23.1   |

주: 총인구 및 65세 이상 인구의 증가율은 매 10년의 증가율임.

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

한편, 총인구의 증가율이 이처럼 감소추세를 보이는 데 반하여 UN 분류방식에 의한 65세 이상 노인인구는 1960년대 이후 급속하게 증가하고 있으며 이러한 노인인구의 급증현상은 2000년대 이후에도 계속될 것으로 전망된다. 1960년대의 10년 동안 65세 이상 노인인구는 73만 명에서 99만 명으로 약 26만 명이 증가하여 36.5%의 증가율을 보였다. 이후 증가율은 꾸준히 상승하여 1970년대 46.9%, 1980년대 50.8%, 1990년대 54.7%를 기록하는 등 노인인구 수가 빠르게 증가하고 있다. 이에 따라 2030년에는 노인인구 수가 1천1백만 명을 상회할 것으로 전망된다.

총인구 증가율의 감소추세와 노인인구 증가율의 상승추세로 총인구에서 노인인구가 차지하는 비중도 빠르게 증가하고 있다. 1960년에는 2.9%에 불과하던 노인인구비중이 1990년에는 5.1%, 1995년에는 5.9%를 기록하였으며, 2000년에는 7.2%에 달할 것으로 추계되었다. 향후 그 비중은 더욱 증대되어 2030년도에는 노인인구비중이 23.1%에 이를 것으로 전망된다.

이와 같은 노인인구비중의 급속한 증가에 의하여 우리나라의 인구구조도 전형적인 선진국형 노령화사회로 변화되어 가고 있다.



## 나. 노인인구비중 및 노령화 속도의 국가간 비교

### 1) 노인인구비중

세계 주요 선진국의 노인인구비중을 살펴보면, 1980년을 기준으로 일본을 제외한 모든 비교대상 국가에서 이미 10%를 넘어섰으며 이는 당시 우리나라의 3~4배 수준이었다. 그러나 이후 주요 선진국의 노인인구비중은 완만하게 증가하는 데 반하여 우리나라와 일본은 급속한 증가추세를 보이고 있다.

일본의 경우, 1960년대 이후부터 노인인구비중이 급속히 증가하여 2000년 이후에는 다른 국가들보다 오히려 노인인구비중이 높아질 것으로 예상된다. 우리나라의 경우에도 2010년에 이르면 이들 국가와 노령화 수준이 크게 좁혀지기 시작하여 2030년대에는 비슷한 수준이 될 것으로 예상된다(<표 II-2>참조).

<표 II-2> 65세 이상 노인인구비중의 국가간 비교

(단위: %)

|       | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 미 국   | 9.2  | 9.8  | 11.2 | 12.4 | 12.5 | 13.2 | 16.6 | 20.6 |
| 영 국   | 11.7 | 12.9 | 15.1 | 15.7 | 16.0 | 17.1 | 19.8 | 23.1 |
| 프 랑 스 | 11.6 | 12.9 | 14.0 | 14.0 | 15.9 | 16.6 | 20.1 | 23.2 |
| 독 일   | 11.5 | 13.7 | 15.6 | 15.0 | 16.4 | 19.8 | 21.6 | 26.1 |
| 일 본   | 5.7  | 7.1  | 9.0  | 12.0 | 17.1 | 21.5 | 26.2 | 27.3 |
| 유럽연합  | 10.6 | 12.2 | 13.9 | 14.7 | 16.4 | 18.3 | 21.2 | 25.2 |
| 한 국   | 2.9  | 3.1  | 3.8  | 5.1  | 7.2  | 10.7 | 15.1 | 23.1 |

주: 한국의 자료는 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

자료: UN Population Division, *World Population Prospect*, 1998.

U.N.의 정의에 따르면, 한 국가의 노인인구비중이 7%를 넘어서면 노령화사회(Aging Society)로 간주된다. 주요 선진국의 경우에는 1960년 이전에, 일본의 경우에는 1970년에 노령화사회에 진입하였고, 우리나라는 2000년에 노령화사회에 진입하였다.

## 2) 노령화 속도

노인인구의 비중 못지 않게 중요한 것이 노령화의 속도이다. 노동력 수급구조 및 노인인구 부양을 위한 각종 복지시설과 재원확보 등의 대책이 노령화의 진전속도에 따라 시의적절히 마련되어야 하기 때문이다.

위에서 살펴본 것처럼, 우리나라와 일본의 노령화 속도는 타 선진국들에 비해 매우 빠르다. 특히 65세 이상 노인인구비중이 7%에서 14%, 14%에서 20%가 될 때까지의 소요년수를 비교·분석한 바에 의하면, 우리나라는 각각 19년과 7년을 기록함으로써 세계에서 가장 빠른 속도로 노령사회(Aged Society)에 진입할 것으로 예상된다(<표 II-3> 참조).

<표 II-3> 노령화 속도의 국가간 비교

(단위: 년)

|   |   | 65세 이상 인구비중의 도달연차 |      |      | 소요년수  |        |
|---|---|-------------------|------|------|-------|--------|
|   |   | 7%                | 14%  | 20%  | 7→14% | 14→20% |
| 미 | 국 | 1942              | 2013 | 2028 | 71    | 15     |
| 영 | 국 | 1929              | 1976 | 2021 | 47    | 45     |
| 프 | 랑 | 1864              | 1979 | 2020 | 115   | 41     |
| 독 | 일 | 1932              | 1972 | 2012 | 40    | 40     |
| 스 | 웨 | 1887              | 1972 | 2012 | 85    | 40     |
| 일 | 본 | 1970              | 1994 | 2006 | 24    | 12     |
| 한 | 국 | 2000              | 2019 | 2026 | 22    | 10     |

주: 노인인구가 7%에 달하면 노령화사회(aging society), 14%에 달하면 노령사회(aged society)로의 진입을 의미함.

자료: 1. UN Population Division, *World Population Prospect*, 1998.

2. 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

## 다. 노인인구비중의 증가요인

한 국가의 노인인구비중은 출생률 및 평균수명과 직접적인 관계가 있다. 경제가 성장하면 이에 따른 사회안정 및 여성취업인구 증가 등으로 출생률이 낮아짐으로써 유아인구수가 감소하는 데 반하여 의료기술의 발달과 생활안정 등으로 노인들의 평균수명은 연장되기 때문에 노인인구 비중이 상대적으로 증가하게 된다. 이러한 ‘낮은 출생률’과 ‘높은 평균수명’ 현상은 노령화사회의 전형적인 특징으로서 인구가 노령화된 선진국의 경우, 후진국에 비해 출생률은 현저히 낮은 반면 평균수명은 월등히 높게 나타나고 있다.

### 1) 출생률의 저하

우리나라는 1960년대부터 정부주도로 실시되었던 강력한 가족계획운동과 핵가족화의 진전에 따른 국민의식 변화로 출생률이 지속적으로 감소하였다. ‘인구 천명당 출생률’의 변동 추이를 살펴보면, 1960년에 42.1명으로 최고를 기록한 이후 계속 감소하여 1990년에는 15.4명, 2000년에는 12.9명에 이를 것으로 추산되었다. 이러한 감소추세는 2000년 이후에도 계속되어 2030년에는 7.7명의 수준으로 낮아질 것으로 전망된다(<표 II-4> 참조).

<표 II-4> 우리나라 출생률의 변동 추이

(단위: 명)

|                  | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 출 생 율<br>(천 명 당) | 42.1 | 31.2 | 22.7 | 15.4 | 12.9 | 10.1 | 8.4  | 7.7  |

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

우리나라의 이러한 출생률을 세계 주요 선진국들과 비교해 보면, 1960년에는 비교대상국들의 약 1.8 2.5배 수준이었으나 1990년 이후에는 거의 같은 수준으로 낮아져 2020년부터는 가장 낮은 수준임을 알 수 있다(<표 II-5> 참조).

<표 II-5> 출생률(천명당)의 국가간 비교

(단위: 명)

|       | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 미 국   | 23.1 | 16.9 | 15.4 | 15.8 | 13.5 | 12.7 | 12.4 | 11.6 |
| 영 국   | 17.3 | 16.1 | 12.7 | 13.3 | 11.5 | 11.0 | 11.4 | 10.7 |
| 프 랑 스 | 18.2 | 16.8 | 14.3 | 13.3 | 12.0 | 11.7 | 11.5 | 11.1 |
| 독 일   | 17.2 | 13.7 | 10.6 | 10.6 | 8.8  | 8.3  | 8.7  | 8.4  |
| 일 본   | 17.7 | 18.5 | 14.0 | 10.3 | 10.0 | 9.5  | 8.6  | 9.0  |
| 유럽연합  | 18.4 | 16.3 | 12.8 | 11.7 | 10.1 | 9.5  | 9.5  | 9.2  |

자료: UN Population Division, *World Population Prospect*, 1998.

## 2) 평균수명의 연장

우리나라 국민의 평균수명은 2000년 현재 74.9세로 추산되는데, 이는 1960년의 52.4세에 비해 무려 22.5세 만큼 높아진 것이며, 앞으로 계속 증가하여 2030년에는 81.5세에 이를 것으로 전망된다(<표 II-6> 참조).

<표 II-6> 우리나라 평균수명의 변동 추이

(단위: 세)

|      | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 평균수명 | 52.4 | 63.2 | 65.8 | 71.7 | 75.9 | 78.8 | 80.7 | 81.5 |

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

우리나라 국민의 평균수명을 주요 선진국들과 비교해 보면, 1960년에는 비교대상국들에 비해 무려 15~18세 이상씩 낮았으나, 1990년 이후 그 격차가 급격히 줄어들고 2010년 이후에는 평균수명이 거의 비슷해 질 것으로 예상된다(<표 II-7> 참조).

<표 II-7> 평균수명의 국가간 비교

(단위: 세)

|       | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 미 국   | 69.9 | 70.9 | 73.9 | 75.3 | 77.1 | 78.4 | 79.5 | 80.5 |
| 영 국   | 70.6 | 71.7 | 73.4 | 75.6 | 77.6 | 78.7 | 79.7 | 80.7 |
| 프 랑 스 | 70.3 | 72.0 | 74.2 | 76.6 | 78.5 | 79.5 | 80.4 | 81.4 |
| 독 일   | 69.7 | 70.9 | 73.2 | 75.4 | 77.5 | 78.7 | 79.6 | 80.6 |
| 일 본   | 67.9 | 72.2 | 76.2 | 78.9 | 80.2 | 80.9 | 81.7 | 82.6 |
| 유럽연합  | 69.8 | 71.6 | 73.8 | 76.1 | 77.9 | 79.1 | 80.0 | 81.0 |

자료: UN Population Division, *World Population Prospect*, 1998.

이와 같이 노령화 속도에 직접적인 영향을 미치는 출생률과 평균수명에 있어서 우리나라와 주요 선진국과의 격차가 급격히 감소되어 가고 있다. 이에 따라 우리나라는 선진국형의 노령화사회로의 진입이 빠르게 진행되고 있는 것이다.

특히, 주요 선진국의 경우에는 출생률과 평균수명 등이 오랜 기간을 거쳐 변화되었으나 우리나라의 경우에는 상대적으로 짧은 기간 동안에 이러한 변화가 진행되었기 때문에 노령화 속도도 상대적으로 빠른 것이다. 따라서 우리나라는 노령화사회에 대한 대비기간이 선진국보다 상대적으로 짧아 노령화에 따른 대책비용이 더 많이 소요될 것이기 때문에 적기에 적절한 대책수립이 이루어지지 못하는 경우 심각한 국가적 부담이 될 것이다.

## 2. 노령화사회 진입의 심각성

### 가. 노인인구에 대한 부양비용 증대

한 국가의 노동력과 부양비용을 산출하기 위해서는 노인인구로 간주하는 나이 기준을 일률적으로 적용하기보다는 그 국가 근로자의 정년연령을 기준으로 하는 것이 더욱 합당할 것이다. 우리나라의 경우, 근로자 정년이 대부분 55~60세이며 국민연금의 수급개시연령도 60세로 되어 있으므로 노인인구에 대한 부양비용 산출을 위해 55세, 60세, 65세 이상 노인인구의 비중을 살펴볼 필요가 있다(<표 II-8> 참조).

국민연금 수급개시연령인 60세 이상 노인인구의 비중을 기준으로, 우리나라는 1990년에 이미 노령화사회에 진입했으며 2010년 이전에는 그 비중이 14%에 달할 것으로 전망되는 바 우리나라 인구의 노령화가 매우 심각하게 진전되고 있음을 알 수 있다.

<표 II-8> 우리나라의 연령별 노인인구 비중

(단위: %)

|        | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 65세 이상 | 2.9  | 3.1  | 3.8  | 5.1  | 7.2  | 10.7 | 15.1 | 23.1 |
| 60세 이상 | 5.0  | 5.1  | 6.0  | 7.8  | 11.1 | 15.2 | 22.4 | 30.8 |
| 55세 이상 | 7.5  | 7.7  | 9.0  | 11.5 | 15.4 | 20.8 | 30.4 | 39.0 |

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

이처럼 인구의 노령화가 심화되면 노인들에 대한 부양부담은 그 자식 및 가족은 물론이고 국가경제적 측면에서도 매우 중요해 진다. 한 사회의 노인인구 부양부담을 나타내는 지표인 '노인 1인당 부양자(생산가능인구)수'의 변화추이를 살펴보면 <표 II-9>와 같다. 노인 1인당 부양자 수가 지속적으로 감소하고 있는데, 이는 우리나라의 노인인구 부양부담이 증가하고 있음을 나타내는 것이다. 60세 이상을 노인인구로 간주했을 경우, 1960년에는 평균 10.6명의 노동인구가 1명의 노인을 부양했는데, 1990년에는 8.5명당 1명, 2000년에는 6.1명당 1명으로 지속적으로 감소하여 2030년에는 2.1명당 1명이 될 것으로 예상됨으로써 그 수준이 심각한 상태임을 알 수 있다.

<표 II-9> 우리나라의 연령별 노인 1인당 부양자수

(단위: 명)

|        | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 65세 이상 | 18.9 | 17.7 | 16.3 | 13.5 | 9.9  | 6.7  | 4.7  | 2.8  |
| 60세 이상 | 10.6 | 10.2 | 10.0 | 8.5  | 6.5  | 4.8  | 3.2  | 2.1  |
| 55세 이상 | 6.7  | 6.4  | 6.4  | 5.5  | 4.7  | 3.5  | 2.3  | 1.7  |

주: 노인 1인당 부양자수 = 생산가능인구수/ 노인인구수  
 자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001.

이러한 노인인구에 대한 부양부담을 주요 선진국과 비교해 보면, 우리나라의 증가추세가 선진국에 비해 훨씬 빠른 것을 알 수 있다. 1995년의 경우 우리나라의 65세 이상 노인 1인당 부양자수는 12.0명으로 비교대상국가들에 비해 2배 이상 높은 수준이었으나 2010년 이후에는 그 차이가 점점 감소하여 2030년에는 거의 비슷한 수준에 이를 것으로 예상된다(<표 II-10> 참조).

&lt;표 II-10&gt; 65세 이상 노인 1인당 부양자수 국가간 비교

(단위: 명)

|       | 1995 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|-------|------|------|------|------|------|
| 미 국   | 5.21 | 5.28 | 5.13 | 3.91 | 2.98 |
| 영 국   | 4.09 | 4.06 | 3.86 | 3.21 | 2.61 |
| 프 랑 스 | 4.36 | 4.10 | 3.96 | 3.11 | 2.59 |
| 독 일   | 4.41 | 4.17 | 3.38 | 3.03 | 2.31 |
| 일 본   | 4.77 | 3.99 | 2.96 | 2.28 | 2.17 |
| 유럽연합  | 4.31 | 4.08 | 3.64 | 3.04 | 2.39 |

자료: UN Population Division, *World Population Prospect*, 1998.

## 나. 노인인구에 대한 의료비 증가추이

출산율의 저하와 평균수명의 연장에 따른 인구의 노령화는 생계부양 비용을 증가시킬 뿐만 아니라 아울러 의료비의 부담을 증가시킨다. 인구의 노령화가 심화되면 전체 국민의료비 중 노인인구의 의료비 비중이 높아지게 되는데, 노인의 경우 질병에 걸릴 확률이 높고(<표 II-11> 참조) 질병기간도 오래 지속<sup>2)</sup>되기 때문에 사회 전체의 심각한 의료비 상승을 초래하게 되는 것이다.

2) 건강보험심사평가원의 연령별 진료실적에 따르면, 연령이 45세 이상에 도달하면 내원 및 진료의 건당일수가 평균 일수를 초과하는 것으로 나타남.



<표 II-11> 65세 이상 노인의 주관적 건강상태 조사결과(1998년)

(단위: %)

|         | 계     | 연 령   |       |       |       |  |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|--|
|         |       | 15세이상 | 65 69 | 70 74 | 75+   |  |
| 매우 좋은편임 | 5.0   | 6.1   | 5.4   | 4.8   | 4.7   |  |
| 좋은 편임   | 19.6  | 37.6  | 21.0  | 17.6  | 19.7  |  |
| 보 통     | 16.5  | 36.9  | 17.0  | 16.9  | 15.4  |  |
| 약간 나쁨   | 35.3  | 17.3  | 33.4  | 35.1  | 38.1  |  |
| 아주 나쁨   | 23.6  | 2.2   | 23.2  | 25.6  | 22.1  |  |
| 총 계     | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |  |

자료: 한국보건사회연구원, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 1998.

건강보험심사평가원의 의료보험통계를 기준으로 연령별 의료비 지출 추이를 살펴보면 <표 II-12>와 같다. 1999년 현재 65세 이상 노인인구의 진료비는 본인 및 보험자부담분을 포함하여 1조 9천여 억원으로 국민 전체진료비 11조 4천여 억원의 약 17%에 해당한다. 1999년의 노인 인구 비중이 6.8%라는 것을 감안하여 볼 때 상당히 높은 수준임을 알 수 있다.

국민 전체진료비 중 각 연령별 진료비가 차지하는 비중을 살펴보면, 0 14세의 유소년층과 15 64세의 청장년층의 경우 감소추세를 보이고 있는 반면, 65세 이상 노인인구의 진료비 비중은 급증하고 있는 것으로 나타났다. 또한 연령별 인구비중을 고려하여 의료비지출수준을 분석한 바에 따르면, 65세 이상 노인인구의 경우 의료비지출수준도 시간이 지남에 따라, 즉 인구의 노령화가 진전됨에 따라 급증하고 있는 것으로 나타났다. 1985년에는 110.5로서 다른 연령층과 거의 비슷한 수준이었으나 1995년에는 206.8로서 약 2배정도 높은 수준을 보였으며, 1999년에는 248.5를 기록함으로써 타 연령층보다 약 3배정도 높은 것으로 나타났다.

&lt;표 II-12&gt; 연령별 의료보험 진료비 지출 추이

(단위: 백만원, %)

|            |           | 1985    | 1990      | 1995      | 1999       |
|------------|-----------|---------|-----------|-----------|------------|
| 진 료 비 총 계  |           | 583,278 | 2,919,772 | 5,977,453 | 11,379,705 |
| 연령별<br>진료비 | 0 - 14세   | 161,259 | 658,297   | 1,207,561 | 1,993,922  |
|            | (비 중)     | 27.7    | 22.5      | 20.2      | 17.5       |
|            | (상대적지출수준) | 91.7    | 88.1      | 86.5      | 80.5       |
|            | 15 - 64세  | 394,503 | 2,022,294 | 4,041,754 | 7,452,536  |
|            | (비 중)     | 67.6    | 69.3      | 67.6      | 65.5       |
|            | (상대적지출수준) | 103.1   | 100.0     | 95.6      | 91.7       |
|            | 65세 이상    | 27,516  | 239,182   | 728,138   | 1,933,247  |
|            | (비 중)     | 4.7     | 8.2       | 12.2      | 17.0       |
|            | (상대적지출수준) | 110.5   | 160.0     | 206.8     | 248.5      |

주: (상대적지출수준)은 연령별 인구비중을 고려한 의료비 지출수준 = 연령별 진료비 ÷ [진료비총계 × (연령별 인구수 / 총인구수)] × 100

자료: 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1985, 1990, 1995.  
건강보험심사평가원, 『의료보험통계연보』, 1999

이처럼 한 사회의 노인인구비중의 증가는 사회전체의 의료비 부담을 증가시킴에 따라 생활비 부담 증대와 함께 심각한 국가적 부담이 된다. 특히, 우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 노령화가 진전되고 있기 때문에 노인인구의 부양비용에 대한 대책이 시의적절히 이루어지지 않을 경우 국가경제 발전에 심각한 장애요인이 될 것으로 판단된다.

### 3. 기타 인구통계적 사회환경 변화

#### 가. 핵가족화 및 여성의 경제활동참여 확대

사회구성의 가장 기본적인 단위인 가족제도는 사회구조의 변화에 따라서 구성형태 및 특성이 변화한다. 우리나라의 경우엔 유교문화와 농경사회의 특성에 따라 3세대 이상이 함께 생활하는 전형적인 대가족제도를 오랫동안 유지하여 왔으나 1970년 이후 경제개발에 따른 산업화의 영향과 서구문화의 유입 등에 따라 핵가족제도로 변화하고 있다.

이러한 핵가족화의 영향과 더불어 출산수준의 저하에 따른 자녀수의 감소는 한 가구당 평균가구원 수를 감소시켰으며, 평균수명 연장에 따른 노인인구의 증가는 노인부부로만 구성된 '노인단독세대가구' 또는 노인혼자 거주하는 '독거노인가구'를 증가시켰다. <표 II-13>에 의하면 우리나라의 평균가구원 수는 1960년의 5.6명에서 1995년에는 3.3명으로 현저히 감소한 것으로 나타났다.

<표 II-13> 우리나라 평균가구원 수

(단위: 명)

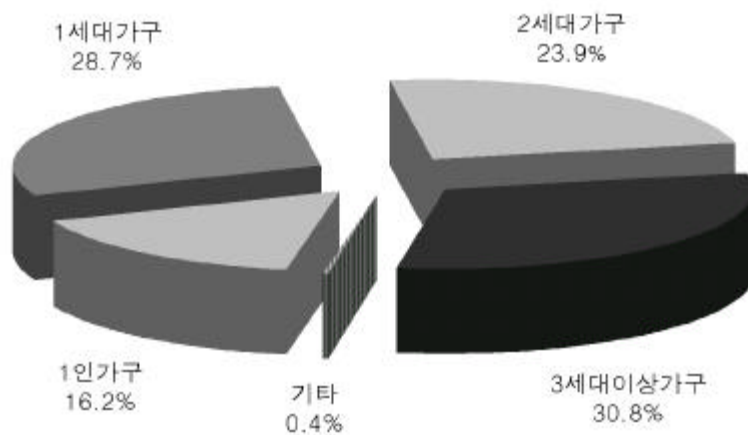
|        | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 |
|--------|------|------|------|------|------|
| 평균가구원수 | 5.6  | 5.2  | 4.6  | 3.7  | 3.3  |

자료: 통계청, 『우리나라 인구·주택의 변화모습』, 1999.12.

또한 65세 이상 노인인구의 세대구성별 현황을 살펴보면, 2000년 현재 전체 노인인구 중 44.9%가 노부부로 구성된 '노인단독세대가구' 또는 '독거노인가구'이며, 부부와 양친 또는 부부와 자녀 등으로 구성된 2

세대가구는 23.9%, 부부와 자녀와 양친이 함께 사는 3세대이상가구는 30.8%인 것으로 나타났다(<그림 II-1> 참조). 노인혼자 살거나 노부부 끼리만 사는 가구의 비율이 1990년에는 25.8% 였으나 <sup>3)</sup> 10년 동안 무려 19%p 이상 증가하였음을 보여주는 것이며 향후 이러한 노인가구 비율은 더욱 증가할 것으로 예상된다.

<그림 I -1> 우리나라 65세 이상 노인인구의 세대구성별 현황(2000년)



자료: 통계청, 『2000 인구주택총조사 전수집계결과(인구부문)』, 2001. 9. 26.

핵가족화의 진전에 따른 평균가구원 수의 감소 및 노인단독가구와 노부부가구의 증가현상은 가족내에서의 노인의 위치와 역할 및 노인에 대한 부양과 제반 복지서비스 제공 등에 영향을 미치게 된다. 전통적인

3) 1990년 65세이상 노인인구의 세대구성별 현황; 1인가구(8.9%), 1세대가구(16.9%), 2세대가구(23.4%), 3세대가구(47.6%), 4세대가구(2.0%), 기타(1.2%)

대가족제도하에서는 장남부부를 중심으로 자녀가 노부모의 생계부양책임은 물론 노후 보살핌 및 간병 등의 복지서비스도 제공하였다.

그러나 핵가족제도하에서는 노인에 대한 생계부양책임이 노인 스스로의 책임으로 전가되는 현상이 뚜렷해지고 있으며(<표 II-14> 참조), 가족의 동거 또는 근거리 거주를 요하는 장기간병서비스의 경우도 가족 내에서의 해결이 점차 불가능해 지고 있다.

<표 II-14> 부모의 생계부양에 대한 조사결과

(단위: %)

|      | 자식이<br>부 양 |      |            |     |         |          | 스스로<br>해 결 | 기 타 |
|------|------------|------|------------|-----|---------|----------|------------|-----|
|      |            | 장 남  | 장남외<br>아 들 | 아들들 | 딸<br>딸들 | 아들과<br>딸 |            |     |
| 1994 | 62.1       | 33.1 | 7.6        | 8.7 | 1.6     | 11.1     | 37.6       | 0.3 |
| 1998 | 58.2       | 27.0 | 10.9       | 8.9 | 1.8     | 9.6      | 41.6       | 0.2 |
| 초출이하 | 82.1       | 45.1 | 16.9       | 8.1 | 3.0     | 9.1      | 16.9       | 1.0 |
| 중 졸  | 72.2       | 35.2 | 14.7       | 9.5 | 2.4     | 10.3     | 27.6       | 0.3 |
| 고 졸  | 56.2       | 25.3 | 11.0       | 8.9 | 1.6     | 9.4      | 43.6       | 0.1 |
| 대졸이상 | 48.1       | 20.7 | 7.4        | 8.7 | 1.5     | 9.7      | 51.8       | 0.2 |

주: 15세 이상 가구주를 대상으로 조사한 결과임.

자료: 통계청, 『사회통계조사』, 2000.

또한 최근 들어 전통적으로 장기간병서비스를 담당하던 여성의 경제활동 참여가 확대됨에 따라 가족내 노인복지서비스를 제공할 인력도 크게 부족하게 되었다. <표 II-15>에 의하면 여성의 경제활동참가율은 1970년의 39.3%에서 2000년에는 48.3%로 약 10%p 나 높아졌으며, 취업자 중 여성이 차지하는 비중 역시 2000년 현재 41.3%로 1970년에 비하여 약 5%p 증가한 것으로 나타났다. 반면, 남성의 경제활동참가율은 1970년 77.9%에서 2000년 74.0%로 3.9%p 낮아졌다.

&lt;표 II-15&gt; 여성의 경제활동참여 현황

(단위: %)

|             |     | 1970 | 1980 | 1990 | 1995 | 2000 |
|-------------|-----|------|------|------|------|------|
| 경제활동<br>참가율 | 여 성 | 39.3 | 42.8 | 47.0 | 48.3 | 48.3 |
|             | 남 성 | 77.9 | 76.4 | 74.0 | 76.5 | 74.0 |
| 취업자 중 여성비율  |     | 36.5 | 38.2 | 40.8 | 40.4 | 41.3 |

자료: 통계청, KOSIS.

### 나. 산업화 및 도시화의 진전

한 사회의 산업구조는 노인인구의 노동력이 생산활동에 참여하는 형태와 정도에 영향을 미친다. 농업국가의 경우 노인인구 노동력의 활용 여부는 주로 노인들 자신에 의해서 결정되며 실제적으로 생산활동에 참여하는 경향이 높다. 그러나 산업화시대에는 노인인구 노동력의 활용 여부가 각 직장의 정년조항 등 타의에 의해 결정되기 때문에 노인인구 노동력의 효과적인 활용이 둔화된다고 할 수 있다.

1960년 이후 우리나라의 산업별 취업인구구조의 변화추이를 살펴보면, 1960년에는 1차 산업인 농업·어업의 취업인구 비중이 58.6%로서 전형적인 농업국가였으나, 이후 경제개발에 따른 지속적인 경제성장의 영향으로 그 비중이 급격히 감소하여 2000년에는 10.9%에 이르게 되었다. 반면, 광공업 및 서비스업 등 2차·3차 산업의 취업인구 비중은 1960년의 41.4%에서 2000년의 89.1%로 급증하여 전형적인 산업국가 형태의 취업인구 구조를 나타내고 있다(<표 II-16> 참조).

&lt;표 II-16&gt; 산업별 취업인구 구조 및 도시화율

(단위: 천명, %)

|           | 1960  | 1970  | 1980   | 1990   | 2000   |
|-----------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 취업자       | 8,112 | 9,617 | 13,683 | 18,085 | 21,061 |
| 농림어업      | 58.6  | 50.4  | 34.0   | 17.9   | 10.9   |
| 광공업       | 10.4  | 14.3  | 22.5   | 27.6   | 20.2   |
| SO C 및 기타 | 31.0  | 35.3  | 43.5   | 54.5   | 68.9   |
| 도시화율      | 28.0  | 41.2  | 57.3   | 74.4   | 79.7   |

자료: 통계청, 『경제활동인구연보』, 2000.

통계청, 『통계로 보는 한국의 모습』, 2000.

또한 산업화의 진전에 따라 농촌인구의 도시로의 이동이 급증함으로써 도시화가 급속히 진전되고 있다. <표 II-16>의 도시화율은 전체인구 중 도시인구가 차지하는 비중을 나타내는 지표로서 1960년도의 우리나라 도시화율은 28.0%에 불과하였으나 2000년에는 79.7%를 기록하여 인구 10명당 약 8명이 도시인구인 것으로 나타났다.

이처럼 도시화가 급진전됨에 따라 노인들의 가정과 사회에서의 역할이 점차 왜소화되고 경제활동에의 참여가 위축되는 등 노인문제의 심각성이 증대되고 있다. 농가와 비농가로 나누어 55세 이상 노인인구의 취업상태를 살펴보면, 2000년 현재 비농가의 경우 노령취업자 비율이 11.4%로 취업자 10명중 1명 정도만 노인인 반면, 농가에서의 노령취업자 비율은 53.7%로 취업자 두 사람 중 한 명은 노인인 것으로 나타났다(<표 II-17> 참조). 즉, 농가의 노령취업자 비율이 비농가보다 약 5배 정도 높게 나타남으로써 도시화가 진전될수록 노인인구의 취업기회가 상대적으로 적어져 경제력이 약화된다는 사실을 간접적으로 시사하고 있다.

&lt;표 II-17&gt; 55세 이상 노인인구의 취업현황(2000년)

(단위: 천명, %)

|        | 고령취업자수 | 고령취업률 |      |      |
|--------|--------|-------|------|------|
|        |        | 전 체   | 농 가  | 비농가  |
| 55세 이상 | 3,456  | 16.4  | 53.7 | 11.4 |
| 60세 이상 | 2,120  | 10.1  | 40.2 | 6.0  |
| 65세 이상 | 1,058  | 5.0   | 23.4 | 2.6  |

주: 고령취업률은 전체 취업자수에서 노인인구가 차지하는 비중임.  
 자료: 통계청, KOSIS

한편, 통계청이 15세 이상 인구를 대상으로 노인들이 겪고 있는 어려운 점에 관하여 조사한 결과에 따르면, 「경제적인 어려움」과 「건강문제」가 1, 2위를 차지하였으며, 도시인구는 「경제적인 어려움」을 농촌인구는 「건강문제」를 가장 어려운 점으로 응답하였다(<표 II-18> 참조).

&lt;표 II-18&gt; 노인들이 겪고 있는 어려운 점에 관한 조사결과

(단위: %)

|       | 경제적<br>어려움 | 건 강<br>문 제 | 외로움<br>소외감 | 소일거리<br>없 음 | 가족의<br>푸대접 | 직 업<br>없 음 | 노인복지<br>시 설 | 경로의식<br>약 화 | 기타  |
|-------|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|-----|
| 전 국   | 29.3       | 23.5       | 20.8       | 10.7        | 4.8        | 4.5        | 3.3         | 1.9         | 1.2 |
| 동 부   | 30.4       | 21.3       | 21.5       | 11.0        | 5.0        | 4.7        | 3.1         | 1.8         | 1.0 |
| 읍 면 부 | 24.5       | 32.9       | 17.5       | 9.0         | 4.0        | 3.6        | 4.4         | 2.0         | 2.1 |
| 55세이상 | 32.6       | 29.4       | 13.3       | 9.2         | 3.6        | 4.6        | 3.7         | 1.8         | 1.9 |

자료: 통계청, 『사회통계조사』, 2000.



이는 노령화사회가 진전될수록 노후 생활자금과 의료비 등의 노인 부양부담이 가장 중요한 문제가 되어간다는 점을 우리나라 국민들도 인식하고 있음을 나타내 주는 조사결과라 판단된다.

#### 다. 이혼율의 증가

<표 II-19>에 의하면 1999년 연간 이혼건수는 12만여 건으로 1970년의 1만2천여 건에 비해 무려 10배 이상 증가한 수준이며, 1일 평균으로는 323건(쌍)이 이혼한 것으로 나타났다. 인구천명당 이혼자수를 나타내는 조이혼율은 1970년 0.4건에서 1999년 현재 2.5건으로 증가하였다.

<표 II-19> 인구천명당 이혼율 추이

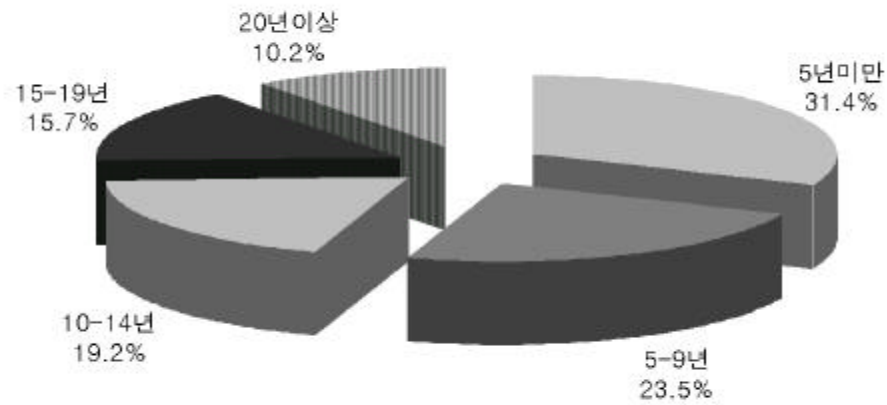
(단위: 건)

|         | 1970   | 1980   | 1990   | 1995   | 1999    |
|---------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 이 혼 건 수 | 11,615 | 23,662 | 45,694 | 68,279 | 118,014 |
| 조 이 혼 율 | 0.4    | 0.6    | 1.1    | 1.5    | 2.5     |

자료: 통계청, 『인구동태 통계연보』, 2000.

1999년 이혼 부부의 평균 동거기간을 보면, 동거기간이 짧을 수록 이혼비율이 높은 경향이 있다. 5년 미만 동거기간 부부가 전체 이혼자의 31.4%, 5 ~ 10년 미만이 23.5%, 10 ~ 15년 미만이 19.2%, 15 ~ 20년 미만이 15.7%, 20년 이상이 10.2% 순으로 나타났다. 특이할만한 사항은 15년 이상 동거부부가 차지하는 비율의 경우 1990년 11.9%에서 1999년 25.9%로 대폭 상승하였다는 점이다(<그림 II-2> 참조).

<그림 II-2> 동거기간별 이혼율(1999년)



자료: 통계청, 『인구동태 통계연보』, 2000.

한 국가에서 이혼율이 증가하면 향후 독거노인가구 비중도 증가하게 되고, 이에 따라 가족 외에서의 장기간병 수요도 증가하게 된다. 우리나라의 경우, 이혼율이 급격히 증가하고 있고 특히 장기동거부부의 이혼비중이 증가추세를 보임에 따라 다음세대에 가족 이외에서의 장기간병 수요를 증대시키는 또 다른 중요요인으로 작용할 것으로 전망된다.

## 4. 건강보험제도의 문제점

### 가. 공적 건강보험제도

#### 1) 현황

우리나라의 공적 건강보험제도에 대한 법적 근거는 1963년에 제정된 「의료보험법」을 기초로 하고 있다. 그러나 동 법률에서는 임의적용방식을 택하였고, 당시의 정책의지 및 경제수준의 한계 등으로 공적 건강보험은 제대로 시행되지 못하였다. 본격적인 공적 건강보험이 시행된 시기는 1977년 7월 1일로서, 500인 이상 사업장 근로자와 공업단지 근로자를 대상으로 강제적용 방식을 택함으로써 486개의 국민 의료보험조합이 결성되면서부터이다. 그 이후 강제적용 대상이 점차 확대되었고 1989년 10월부터는 약국의료보험도 시행되어, 현재는 전국민을 대상으로 공적의·약보험제도가 시행되고 있다.

관리운영방식도 각 지역별·직장별 관리 및 재정체계를 유지하다 1998년 10월 1일 이후 각 1개의 지역의료보험 및 직장의료보험 공단 및 재정으로 통합되었다. 2000년 7월 1일에는 「국민건강보험공단」으로 모든 운영조직이 통합되어 중앙집권적인 단일 운영체계를 이루고 있다. 또한 2002년 1월 1일부터는 지역 및 직장 건강보험재정이 단일 「건강보험재정」으로 통합될 예정이다.

우리나라 국민건강보험의 재정부담은 현재 가입자, 사용자, 국가라는 「3자부담원칙」으로 운영되고 있다. 직장가입자의 경우, 근로소득에 대한 일정비율을 근로자와 사용자가 공동으로 부담하며, 부담비율은 직업에 따라 다소 차이가 있다(<표 II-20> 참조). 지역가입자의 보험료는 세대단위로 부과표준소득, 재산정도, 자동차 소유상황 등을 종합적으로 고

려하여 부과되며, 원칙적으로 보험료의 50%는 국고에서 보조하도록 되어 있다.

<표 II-20> 직장가입자의 직업별 보험료 부담 현황(2001년)

(단위: %)

| 구 분        | 가 입 자 | 사 용 자 | 국 가  | 계   |
|------------|-------|-------|------|-----|
| 직장가입자(근로자) | 1.4   | 1.4   | -    | 2.8 |
| 공 무 원      | 1.7   | -     | 1.7  | 3.4 |
| 사 립 교 직 원  | 1.7   | 1.02  | 0.68 | 3.4 |
| 군 인        | 1.4   | -     | 1.4  | 2.8 |

자료: 국민의료보험관리공단, 『의료보험 부과체계』, 1998. 12.

건강보험의 보험급여는 가입자와 피부양자의 질병 및 상해에 대한 예방·진단·치료·재활활동과 사망·출산·건강증진을 보상하는 것으로 현물급여와 현금급여의 형태로 지불된다. 현물급여는 요양기관으로부터 질병·상해에 대한 각종 직접적인 의료서비스와 건강검진 서비스를 제공받는 것이다. 현금급여는 요양비, 사망시의 장제비, 장애인 보장구급여비, 본인부담금 보상금의 형태로 현금지급을 하는 것으로서 급여 종류 및 대상에 따라 지급액이 다르게 적용된다.

## 2) 문제점

### 가) 보험급여 범위 및 기간(Coverage의 문제)

우리나라의 국민건강보험은 「저부담/저급여」체계를 유지함으로써 보험의 효용성이 가장 높은 「고비용/중질환」에 대한 보험급여가 대

부분 제외되어 있다. 특수고가장비에 의한 MRI 및 초음파 촬영 등의 검사, 엑시머레이저 및 라식 등의 시력교정수술 등은 의료급여대상에서 제외되고 있다.

또한 수술비용 및 장기 입원의 경우에도 국민건강보험은 보험금을 매우 제한적인 수준으로 지급하고 있는 실정이다. 따라서 현행 건강보험체계는 국민소득수준 향상에 따른 의료서비스 기대수준을 전혀 충족시키지 못하고 '의료보험'이라기 보다는 '의료비 지원제도' 정도의 기능을 하고 있다.

#### 나) 본인부담비율 및 재정에서의 비중(급여수준의 문제)

본인부담비율이란 총 의료비 중 환자본인이 부담하는 비율을 나타내는 것으로서 일반진료의 경우 진찰료 및 진료비의 본인부담비율은 종합병원 55%, 병원 40%, 의원 30%이며, 입원진료비의 경우는 20%가 본인부담비율이다. 환자가 특정의사와 그 의사로부터 지정받은 의사에게 진료를 받는 경우를 지정진료라고 하는데, 지정진료로 인한 추가부담은 전액을 본인부담으로 하고 있다.

이에 따라 우리나라 건강보험의 본인부담비율은 총 의료비의 46% 수준으로 OECD 가입국가 중에서 최고의 수준을 나타내고 있다(<표 II-21> 참조). 우리나라의 건강보험은 보험제도 및 시장측면에서 공적보험위주체계(유럽식)와 민영보험위주체계(미국식) 중 공적보험위주의 체계로 분류되나, 국민의 총 의료비 부담 중 공적보험의 부담비율을 고려할 때 실질적으로 공적보험위주의 체계라 할 수 없다는 문제가 있다.

또한 국가재정 중 공적건강보험이 차지하는 비중도 대부분의 OECD 국가들이 약 12~21%를 유지하고 있는 반면 우리나라는 9.0%로 OECD 국가들 중 최하위에 위치하고 있다. 특히 민영보험위주체계를 유지하고 있는 미국(19.4%)보다도 훨씬 낮은 비율을 나타내고 있다는 점은 우리나라 건강보험이 공적보험의 기능을 거의 상실하고 있음을 시사한다.

&lt;표 II-21&gt; OECD 국가의 건강보험 현황(1998년)

(단위: %)

| 구 분     | GDP 중<br>의료비용 | 일인당<br>의료보험 | 의료비용 중<br>공적보험비중 | 국가재정 중<br>공적건강보험비중 |
|---------|---------------|-------------|------------------|--------------------|
| 호 주     | 8.5           | 2,036       | 69.4             | 16.8               |
| 오스트리아   | 8.2           | 1,968       | 70.7             | 11.5               |
| 벨 기 에   | 8.8           | 2,081       | 89.8             | 15.3               |
| 캐 나 다   | 9.5           | 2,312       | 69.5             | 15.4               |
| 덴 마 크   | 8.3           | 2,133       | 81.9             | 12.2               |
| 프 랑 스   | 9.5           | 2,055       | 75.8             | 13.6               |
| 독 일     | 10.6          | 2,424       | 74.5             | 16.6               |
| 그 리 스   | 8.3           | 1,167       | 56.6             | 11.9               |
| 아이슬란드   | 8.3           | 2,103       | 84.3             | 21.5               |
| 아 일 랜 드 | 6.4           | 1,436       | 75.0             | 16.2               |
| 이 태 리   | 8.4           | 1,783       | 66.7             | 11.2               |
| 일 본     | 7.6           | 1,822       | 78.9             | 18.5               |
| 네 덜 란 드 | 8.6           | 2,070       | 69.8             | 12.7               |
| 노 르 웨 이 | 8.6           | 2,330       | 82.6             | 14.9               |
| 포 르 투 갈 | 7.8           | 1,237       | 66.7             | 12.0               |
| 스 페 인   | 7.1           | 1,218       | 76.1             | 13.4               |
| 스 웨 덴   | 8.4           | 1,746       | 83.3             | 11.5               |
| 스 위 스   | 10.4          | 2,794       | 74.0             | 20.0               |
| 영 국     | 6.7           | 1,461       | 83.6             | 14.5               |
| 미 국     | 13.6          | 4,178       | 44.9             | 19.4               |
| 룩셈부르크   | 5.9           | 2,215       | 91.5             | 12.4               |
| 한 국     | 5.0           | 730         | 46.0             | 9.0                |

자료: OECD, *OECD in Figures 2001*, 2001.

## 다) 재정상태

지역의보 및 직장의보의 재정통합과 「의약분업제도」의 실시과정에서 파생된 여러가지 문제로 인하여 국민건강보험 재정은 이미 적자를 시현하고 있다. 향후 노령화가 진전되고 의료수준이 향상되면 보험급여 수준도 증가하여 총 보험급여가 증가됨으로써 건강보험재정의 적자구조는 계속 악화될 것으로 전망된다(<표 II-22> 참조).

&lt;표 II-22&gt; 국민건강보험 재정수지 예측

(단위: 억원)

|      | 2000   | 2001   | 2002   | 2003   | 2004   |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 재정적자 | 16,420 | 20,660 | 25,240 | 29,850 | 35,000 |

자료: 삼성경제연구소, 2001.

## 라) 관리체계

국민건강보험의 관리체계는 각 지역별·직장별 분산관리체제를 유지하였으나, 2000년 7월 1일 「국민건강보험공단」이 출범하면서 한 개의 단일적인 중앙집중관리체제로 전환되었다. 이에 따라 보험료 부담 방식도 같은 계층내에서의 상대소득에 따른 보험료 부담 방식에서 각 개인별 기준에 따른 절대소득의 방식으로 전환되었다.

따라서 각 개인의 정확한 소득파악은 가입자간 보험료 부담의 형평성 확보 차원에서 매우 중요한 선결과제이다. 그러나 이에 대한 대책이 미흡하여 상대적으로 소득파악이 용이한 근로소득자에게 보험료부담이 가중됨으로써 계층간·직업간 불만이 심화되고 있다.

## 나. 민영건강보험시장

### 1) 현황

국내 민영건강보험시장은 생명보험회사(주로 정액급부형태)와 손해보험회사(주로 실손보상형태) 모두에 의해 사업이 영위되고 있다. 국내 보험사에서 판매되는 건강보험상품은 특정질병(예: 암, 성인병)이나 상해를 주 담보로 하여 진단, 입원, 수술, 치료 등의 의료비를 보장하거나 사망에 대한 보험금지급을 하는 상품이 대부분이다. 그러나 공적건강보험체계를 보완하는 상품은 미미하며, 공적건강보험을 대체하는 패키지형 민영건강보험상품은 전무한 실정이다.

민영건강보험상품의 수입보험료는 매년 증가추세를 보여 2000사업연도 기준으로 생보는 5조 3,532억원(전체 수입보험료의 10.4%)를 나타내고 있으며, 손보는 5,882억원(전체의 8.5%)을 기록하고 있다(<표 II-23> 참조).

<표 II-23> 국내 민영건강보험시장 규모(2000사업연도)

(단위: 천건, 10억원, %)

| 생 명 보 험 |       |      | 손 해 보 험 |       |     |
|---------|-------|------|---------|-------|-----|
| 보유계약    | 수입보험료 | 비 중  | 보유계약    | 수입보험료 | 비 중 |
| 14,291  | 5,353 | 10.4 | 1,944   | 588   | 8.5 |

자료: 생명보험협회, 삼성화재, 2000년 9월.



## 2) 문제점

국내 민영건강보험산업의 규모는 최근 급격히 증가하고 있으나 아직도 급부범위(coverage), 상품구조의 한계 등으로 인하여 그 수준은 초기 단계에 머물러 있다. 우리나라에서는 공적건강보험이 전체 의료비지출에서 차지하는 비중이 매우 낮기 때문에 민영건강보험의 잠재시장규모는 상대적으로 매우 높지만 이를 보험사들이 시장화하는 데는 실패했다고 평가할 수 있다. 공적건강보험 위주의 시스템을 유지하고 있는 유럽 국가의 민영건강보험 시장규모가 미국에 비해서는 낮은 편이나, 우리나라에 비해서는 오히려 상대적 우위에 있다는 점은 우리나라의 민영보험시장의 낙후성을 보여주는 좋은 자료라 할 것이다(<표 II-24> 참조).

&lt;표 II-24&gt; 주요국의 민영건강보험시장 규모(1998년)

(단위: %)

| 국 가 명 | 비 중  | 국 가 명   | 비 중  |
|-------|------|---------|------|
| 오스트리아 | 0.59 | 프 랑 스   | 0.38 |
| 벨 기 에 | 0.13 | 영 국     | 0.24 |
| 독 일   | 1.01 | 이 태 리   | 0.11 |
| 덴 마 크 | 0.16 | 네 덜 란 드 | 1.29 |
| 스 페 인 | 0.40 | 포 르 투 갈 | 0.15 |

주: 비중은 GNP대비임.

자료: CEA ECO, *Health Insurance in Europe*, 2000. 7.

국내 민영보험시장의 건강보험상품의 특성은 종합질병보장상품이 존재하지 않는다는 것이다. 국내시장에서는 암보험과 같이 단일질병만을 보장하는 상품만이 존재하며, 이 상품들도 암으로 인한 의료비 보장보

다는 암으로 인한 사망이나 장해에 대한 보장에 치중되어 있어 진정한 건강보험상품이라고 할 수가 없다. 또한 질병이나 상해로 인한 소득상실을 보장하기 위한 소득보상보험상품도 전무한 실정이다.

선진국에서는 민영건강보험의 경우 역선택(adverse selection)의 위험을 방지하고 사업비의 경제성을 이룰 수 있는 단체보험(group insurance)이 주류를 이루고 있다(<표 II-25> 참조). 그러나 국내 민영보험시장에서의 단체보험비중은 극히 미미한 수준에 머물러 있다.

<표 II-25> 주요국 민영건강보험시장의 단체보험 비중(1998년)

(단위: %)

| 국 가 명   | 비 중  | 국 가 명 | 비 중  |
|---------|------|-------|------|
| 체 코     | 100  | 미 국   | 92.5 |
| 포 르 투 갈 | 71.4 | 벨 기 에 | 61.8 |
| 프 랑 스   | 54.2 | 영 국   | 49.4 |
| 네 델 란 드 | 43.0 | 스 페 인 | 36.6 |
| 오스트리아   | 27.5 | 덴 마 크 | 10.0 |

자료: CEA ECO, *Health Insurance in Europe*, 2000. 7.

U.S. Bureau of Census, *Health Insurance Coverage 1998*.

또한 국내 민영보험산업이 발달하기 위해서는 질병/상해에 대한 발생률·손실규모, 입원률·입원기간 등에 대한 충분한 기초통계가 집적되어 있어야 하나 이에 대한 자료가 미비하고 관계기관간 협조도 이루어지고 있지 못하다. 국내 보험사들도 건강보험사업에 소극적인 자세로 일관하여 건강보험관련 전문성의 축적을 이루지 못했고, 언더라이팅·상품개발·판매 등의 전문가가 매우 부족한 실정이다.

### Ⅲ. 장기간병보험의 특성과 주요국 사례

#### 1. 장기간병

##### 가. 정의

장기간병(long-term care)은 관점에 따라 다양하게 정의될 수 있으나, “남의 도움을 받지 않으면 기본적인 일상생활을 할 수 없는 사람들에게 제공되는 장기간의 보살핌(care)”이라 정의할 수 있다.

장기간병의 소요형태는 매우 다양하지만, 주로 생활장애에 대한 보살핌(care)을 위주로 한다. 이 중 병원에서 질병/상해로 인한 입원기간 중 제공되는 의료간병은 장기간병(long-term care)에 포함되지 않는 것이 원칙이다. 장기간병은 간병소요기간이 장기간(보통 180일) 이상인 경우를 의미하나, 평균간병소요시간은 장애의 정도에 따라 ‘일주일 중 몇 시간’부터 ‘하루 24시간 내내’ 등으로 달라질 수 있다.

##### 나. 소요형태

장기간병의 소요형태는 관점에 따라 여러 가지로 구분할 수 있다. 첫째, 간병인의 성격에 따라 구분하는 것으로, i) 배우자나 자녀 등 가족에 의해서 간병서비스가 제공되는 ‘비공식간병’과 ii) 직업적 간병인에 의해서 간병서비스가 제공되는 ‘공식간병’으로 나눌 수 있다.

둘째, 간병이 제공되는 장소에 따라 구분하는 것으로, i) 간병을 필요로 하는 사람이 기거하는 장소에서 간병서비스가 제공되는 ‘가정간

병'(domiciliary care 또는 home care)과, ii) 전문요양시설(residential / nursing homes)에서 서비스가 제공되는 '요양시설간병'(residential care)으로 구분할 수 있다.

이와 같은 구분방식을 종합하면, 간병의 소요형태는 i) '비공식가정간병', ii) '공식가정간병', iii) '공식요양시설간병'의 세 가지 형태로 나누어진다.

#### 다. 수요

한 국가에서의 총 간병수요는 i) 간병을 필요로 하는 총 인구 수와 ii) 그들 각자에게 필요한 간병비용의 양으로 결정된다. '간병을 필요로 하는 총 인구수'는 인구의 노령화가 진전될수록, 또한 평균수명이 연장될수록 증가한다. '간병비용'은 핵가족화, 노인단독세대의 증가, 이혼율 증가, 여성취업률 증가 등에 따라 가족에 의한 비공식가정간병의 가능성이 줄어들어 공식간병 수요가 많아질수록 증가한다.

#### 라. 재정부담

일반적으로 장기간병에 필요한 비용을 조달하는 재정부담 주체는 i) 중앙정부 또는 지방자치단체, ii) 사회복지재단 등 자발적 비영리조직(voluntary organizations) 및 iii) 본인이나 가족 등 개인의 세 종류로 요약할 수 있다. 대부분의 선진국은 국민들의 장기간병 비용을 공적 장기간병보험제도 등을 통하여 국가복지재정으로 상당수준 부담하고 있으나, 우리나라는 국가차원의 부담은 거의 없는 실정이다.

또한 대부분의 선진국에서는 종교단체, 사회단체, 기부금 등에 의한 비영리기관이 다양한 장기간병 서비스를 직접 제공하거나 재정지원하는 것이 보편화되어 있으나, 우리나라는 이 부분도 상대적으로 매우 미미한 수준을 나타내고 있다. 미국을 비롯한 선진국에서는 공적보험을 보완하는 형태로 민영보험시장이 발달하여 개인(가족)부담분에 의한 보완적 민영보험 기능이 갈수록 중요해 지고 있으나, 우리나라의 경우 민영보험시장도 활성화되지 못하고 있다.

#### 마. 서비스 시설 및 인력

간병시설은 그 시설에 입주한 사람들의 건강상태, 시설이용시간, 비용부담방식 등에 따라 다양한 형태로 분류되며, 크게 요양(nursing care)시설, 주거요양(residential care)시설, 주간요양(day care)시설 등을 일컫는다. 요양시설(nursing care places)은 가장 전문적인 장기간병 요양시설을 갖추고 전문적 간병인을 배치한 시설로서 입주자들 대부분이 풀타임 전문간병서비스를 필요로 하는 장애인들로 구성되어 있다. 미국, 독일, 프랑스, 영국 등 선진국은 총 50만 이상에서 수백만명까지 수용할 수 있는 시설을 전국 각지에서 운영 중이다.

주거요양시설(residential care places)은 가정이 아닌 별도의 노인주거시설에서 특정수준의 의료서비스 및 생활보조 간병을 받을 수 있는 시설을 일컫는다. 대부분의 선진국에서는 요양시설(nursing care places)의 총 수용인원과 비슷한 수준 또는 국가에 따라 더욱 많은 주거수용시설이 보급되어 있다.

주간요양시설(day care places)은 장애인들을 주간에만 수용하여 간병서비스를 제공하는 시설로서 야간에는 가족에 의한 가정간병 서비스를 받는 것이 보통이다. 선진국에서는 각 소지역 별로 다양한 형태의

주간요양시설을 폭넓게 운영하고 있다.

장기간병 인력은 간병서비스를 제공하는 인력을 뜻한다. 전문간호사, 장시간의 전문적 훈련으로 고도의 간병기술을 보유한 전문간병인, 단순 수발기능만을 제공하는 간병인 등 그 기능에 따라 다양한 형태를 띠고 있다. 이들은 장기간병시설에서 근무하거나 또는 장애인의 가정을 방문하여 간병서비스를 제공한다. 간병인은 총 근무시간에 따라 전업(full-time)간병인과 부업(part-time)간병인으로 구분하기도 한다.

## 2. 민영장기간병보험

### 가. 정의

장기간병보험(long-term care insurance)이란 피보험자가 장기간병이 필요한 상황이 발생한 경우 간병서비스나 비용을 보험회사가 지급하는 대가로 보험료를 지불하는 보험상품이다. 장기간병보험의 급부방식은 요양시설이나 간병인 서비스를 제공하는 현물급여와 그 비용을 부담하는 현금급여로 나누어진다.

장기간병보험상품으로 분류하는 기준은 각 국가별로 다르기 때문에 일률적으로 상품성격을 규정하기는 쉽지 않다. 영국의 보험시장에서는, 노인성질환에 따른 6대 일상장애(ADL : Activities of Daily Living)시의 간병비용 리스크를 담보하는 순수보장성보험상품만을 장기간병보험상품으로 분류한다. 그러나 대부분의 국가에서는 저축성장기간병상품이나 연금보험과 장기간병보험이 패키지화된 보험상품도 장기간병보험으로 간주하고 있다.

## 나. 시장성

### 1) 장기간병인구 수의 증가

대부분의 선진국은 이미 노령화사회가 되었고 우리나라 등 중진국도 빠르게 노령화 사회로 접어들고 있으며 세계적으로 인구의 평균수명도 급속도로 높아지고 있기 때문에 향후 장기간병이 필요한 인구수는 기하급수적으로 늘어날 것이다(<표 III-1> 참조).

<표 III-1> 미·영·한국의 간병필요인구 추계

(단위: 천명)

|     | 2000년 | 2010년  | 2020년  |
|-----|-------|--------|--------|
| 한 국 | 797   | 1,749  | 2,545  |
| 미 국 | 9,000 | 12,000 | 18,000 |
| 영 국 | 2,300 | 2,600  | 3,300  |

자료: 1. 삼성금융연구소, 『고령자 개호시장규모 추계』, 1997.  
 2. US General Accounting Office.  
 3. London Economics & IPPR.

스위스재보험사(Swiss Re)의 연구보고서는, 현재 유럽 국가의 퇴직남성 여섯 명 중 한 명 정도가 사망시까지 풀타임(full-time)으로 장기간병이 필요하며, 여성의 경우는 네 명 중 한 명 꼴이 될 것이라 전망하고 있다. 영국 공공정책 경제연구소(IPPR)에 의하면, 영국에서는 향후 30년 동안 간병수요가 47% 정도 증가할 것으로 전망하고 있으며, 미국은 이미 1,000만명에 가까운 인구가 장기간병 상태에 놓여있다.

우리나라의 경우, 미국이나 영국 등의 유럽국가에 비해 더욱 급속도로 노령화가 진전되고 있으며 핵가족화 등도 빠르게 진행되고 있기 때문에 동 기간중 이들 국가보다 더욱 높은 비율로 간병수요가 증가할 것으로 전망되고 있다(<표 III-1> 참조).

## 2) 공식간병활용 비중의 증가

장기간병이 필요한 인구 수가 같더라도, 가족에 의한 간병서비스를 받지 않고 간병인에 의한 서비스를 받거나 요양시설의 서비스를 받는 '공식간병'의 비중이 늘어날수록 총 간병비용은 증가한다. 선진국의 예에서도 알 수 있듯이 핵가족화가 진행되고 여성취업률이 높아지는 등의 원인에 따라 모든 국가에서 해가 갈수록 '공식간병'을 활용하는 비중이 증대될 것으로 전망된다(<표 III-2> 참조). 영국의 경우, 공식간병의 활용비중이 1995년 전체 간병의 1/4 수준이었으나, 2031년에는 1/2 수준을 상회할 것으로 전망하고 있다.

<표 III-2> 영국의 간병 방식별 비중 변화추이

(단위: 10억 파운드)

|       | 1995년 | 2001년 | 2011년 | 2021년 | 2031년 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 공식간병  | 12.0  | 13.2  | 17.6  | 24.8  | 33.5  |
| 비공식간병 | 33.8  | 34.2  | 34.6  | 33.3  | 31.7  |
| 계     | 45.8  | 47.4  | 52.2  | 58.1  | 65.2  |

자료: London Economics & Institute of Public Policy Research

우리나라도 핵가족화가 빠르게 진행되어 노인단독세대 비중이 늘어



나고 이혼율과 여성취업률도 높아지고 있기 때문에 공식간병의 활용비중은 수년내에 급증할 것으로 예상된다.

### 3) 개인의 간병비용부담 비중 증가

간병보험시장의 성장가능성은 각 국가의 공적보험제도의 역할과 밀접한 관련이 있다. 공적보험에 의존하는 비중이 낮을수록 개인이 직접 부담하는 비중은 증가하고, 민영간병보험시장 규모도 증대될 것이다.

공적간병보험제도를 운영하고 있는 유럽국가들에서도 향후 개인의 비용부담 비중이 점차 증가할 것으로 예상하고 있다. 영국의 경우, 1995년의 개인부담비율은 27%였으나 2031년에는 그 비중이 61%에 달할 것으로 전망하고 있다. 미국의 경우, 1995년 44%였던 개인부담비율이 2025년에는 70% 이상이 될 것으로 추정하고 있다.

이처럼 개인부담 비중이 증가하는 것은 여러 가지 요인이 복합적으로 작용한 결과라 할 수 있다. 가장 중요한 이유는, '장기간병 필요인구 수'와 '공식간병 비중증가'에 따라 간병비용이 급증하여 이를 공적기금으로 충당하는 데는 한계가 있다는 것이다. 또한 부동산 등의 재산과 연금 등의 금융자산을 소유하고 있는 부유층 노인들이 개인부담을 하더라도 양질의 간병서비스를 받으려는 수요가 증가하고 있기 때문이다.

우리나라의 경우, 국가나 사회단체 등에서 지원하는 간병서비스가 미미한 실정이므로 간병비용부담은 대부분 개인이 책임지고 있는 실정이다. 한편, 최근에는 우리나라에도 재산을 소유하고 있거나 연금혜택을 받는 노인인구 수가 증가하고 있으므로 잠재적인 개인 공식간병 수요와 민영간병보험 수요는 상당히 높을 것으로 예상되며, 이러한 경향은 향후에도 계속 진전될 것으로 예측된다.

### 3. 주요 선진국의 장기간병보험 현황

#### 가. 주요 선진국의 민영장기간병보험 도입시기

세계 주요 선진국들은 1980년대 중반부터 본격적으로 민영장기간병보험을 도입하기 시작하였다(<표 III-3> 참조). 장기간병보험은 선진국들에게도 아직은 다소 생소한 초기단계의 상품이라고 할 수 있다. 그러나 대부분의 국가에서 민영장기건강보험이 시작된 지 20~30년이 되었으며 앞으로 이 시장은 급속도로 성장할 것으로 전망하고 있다.

<표 III-3> 세계 주요 선진국의 민영장기간병보험 도입시기

| 도입시기  | 국 가 명                                     |
|-------|-------------------------------------------|
| 1974년 | 미국                                        |
| 1985년 | 일본, 독일                                    |
| 1986년 | 프랑스                                       |
| 1988년 | 스페인                                       |
| 1989년 | 이스라엘                                      |
| 1990년 | 스위스                                       |
| 1991년 | 남아프리카 공화국, 덴마크, 영국                        |
| 1992년 | 호주, 캐나다, 뉴질랜드, 한국, 싱가포르, 벨기에, 룩셈부르크, 네덜란드 |
| 1995년 | 대만                                        |
| 1996년 | 이탈리아                                      |
| 1998년 | 멕시코, 체코, 말타, 포르투갈                         |

자료: Munich Re, 2001. 8.

## 나. 주요 선진국의 장기간병보험 운영현황

### 1) 미국

미국에서는 현재 간병이 필요한 인구가 1천만 명 가까이 되고 있으며, 2020년경에는 1천3백 4백만 명 정도가 될 것으로 전망되고 있다. 또한 미국에서 장기간병에 소요되는 금액은 남성 일인당 평균 \$56,895, 여성 일인당 평균 \$124,370 정도일 것으로 추정되고 있다. 이에 따라 미국에서는 장기간병 문제가 사회적으로 매우 중요한 이슈로 인식되고 있다.

미국의 공적 장기간병보험은 Medicaid와 Medicare에 의해서 1966년부터 시작되어 저소득층의 노인들이 주로 혜택을 받고 있다. 미국의 총 장기간병비용은 정부 60%, 개인 및 사회단체 36%, 민영보험 4%의 비중으로 부담되고 있다.

미국에서 본격적으로 민영장기간병보험 상품이 시판된 시기는 1974년이었으며, 현재까지 119개의 민영보험사들이 약 6백만 건 이상의 보험상품을 판매하였다. 이 중 상위 12개사가 전체 판매실적의 80%를 차지하고 있다.

미국의 민영장기간병보험 시장은 1987년부터 1997년까지 10년 동안 연평균 성장률 21%의 고속성장을 하였고 최근에도 그 성장은 지속되고 있다. 따라서 미국의 총 장기간병비용에서 민영보험이 차지하는 비율은 현재의 4% 수준에서 2010년경에는 10% 정도까지 상승할 것으로 전망되고 있다.

미국시장에서 판매되는 장기간병보험상품은 거의 대부분이 실손보상형상품(reimbursement-of-cost products)이며, 정액급부형상품(fixed-benefit products)은 단 2종류만이 판매되고 있다. 미국의 간병보험상품은 보장내용 및 보험금수준 등과 관련된 많은 옵션 중에서 고객이 자신의 니즈

에 맞게 직접 선택할 수 있도록 매우 탄력적으로 구성되어 있다는 특징도 갖고 있다.

## 2) 일본

일본은 세계에서 평균수명이 가장 긴 국가일 뿐 아니라 세계에서 가장 빠른 속도로 노령화된 국가이다. 1995년에 이미 65세 이상 노인인구 비중이 14%에 도달했으며 2020년에는 그 비중이 25%가 될 것으로 전망(동 기간 중 영국은 16%에서 19%로 상승)되고 있다.

따라서 일본은 노인인구의 건강과 소득보장 문제가 국가적으로 가장 중요한 과제가 되었다. 이에 따라 일본 정부는 1989년 12월, 노인인구문제를 근본적으로 해결하기 위한 ‘New Gold Plan’이라는 10년 기간의 중장기 전략사업계획을 발표한 바 있다.

일본 보건복지부의 자문기구인 「노인보호 및 복지위원회」는 오랜 연구 끝에 노인문제 해결의 일환으로 공적 장기간병보험제도의 도입을 건의하였으며, 이에 따라 2000년 4월 1일부터 공적 장기간병보험이 시행되었다. 40세 이상의 국민은 의무적으로 공적 장기간병보험에 가입하여야 하며, 보험료의 50%는 세금에 의한 정부재정으로 충당하고 나머지 50%는 국민들이 각출(pay-as-you-go)방식에 따라 부담한다(<표 III-4> 참조).

<표 III-4> 일본의 공적 장기간병보험 재원조달 방식

| 국민부담(50%)                                                                                       | 정 부(50%)                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 40세 64세 국민 : 33%</li> <li>○ 65세 이상 국민 : 17%</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 중앙정부 : 25%</li> <li>○ 광역자치단체 : 12.5%</li> <li>○ 기초자치단체 : 12.5%</li> </ul> |

일본의 공적 장기간병보험의 특징은 .보험금 지급조건이 연령층에 따라 다르게 구성되어 있다는 것이다. 40세 64세의 국민은 15가지의 한정된 질병에 의한 장기간병 필요시에만 보험금이 지급되는 반면, 65세 이상의 국민은 질병의 종류에 관계없이 보험금을 지급 받을 수 있다.

민영장기간병보험 시장은 공적보험이 도입되기 훨씬 이전부터 발달되어 현재 200만 건 이상의 민영보험상품이 판매되고 있다. 생명보험의 경우 1985년에 정액급부방식의 상품을 주로 부가계약(특약) 위주로 판매하였고, 손해보험의 경우 1989년부터 실손보상 중심의 상품을 주계약(단독상품) 위주로 판매하고 있다.

일본의 민영장기간병보험 시장의 특성 중 하나는 손보업계가 생보업계보다 효과적으로 시장을 선점하고 있다는 점이다. 보유계약 기준으로 손보업계가 생보업계의 약 3배 정도를 차지하고 있는데, 이는 손보상품이 실손보상형이면서 보험금 지급조건도 완화된 상품이어서 정액보상형이며 보험금 지급조건도 까다로운 생보상품에 비해 더욱 경쟁력이 있기 때문이다. 또한 American Family를 비롯한 외국 보험사가 일본의 장기간병보험시장에서 상당한 경쟁력을 가지고 있다는 점도 특기할 만한 사실이다.

### 3) 독일

독일은 1995년에 의무적인 장기간병보험제도를 도입하여 시행하고 있다. 모든 국민은 나이, 수입, 재산 등과 관계 없이 동 보험에 의무적으로 가입해야 하며, 가입과 동시에 보험금의 청구 및 수령이 가능하도록 되어 있다.

독일의 의무건강보험제도와 마찬가지로 연봉 78,300 마르크 이상의 국민은 공적 장기간병보험과 민영장기간병보험 중에서 자신에게 유리한

보험을 선택할 수 있다. 반면, 연봉이 78,300 마르크 이하인 국민은 반드시 공적보험을 택하여야 한다.

보험료는 근로자와 사용주가 각각 50%씩 부담하며, 월 보험료 110.92 마르크를 최대한도로 급여의 1.7%를 보험료로 납부하여야 한다. 반면, 민영보험의 보험료는 나이에 따라 차등(30세의 46.73 마르크 80세의 516.80 마르크) 적용되지만, 보험기간이 5년 이상 경과하면 공적보험료의 최대한도를 넘지 않도록 규정하고 있다.

1999년 말 현재 공적 장기간병보험의 보험금 혜택을 받고 있는 인구는 가정간병(home health care)의 경우 약 128만 명(남성: 35.4%, 여성: 64.6%)이며, 요양시설간병(nursing home care)의 경우 약 55만 명(남성: 23.3%, 여성: 76.7%)으로 집계되었다. 동 기간 중 민영장기간병보험을 택하여 보험금 혜택을 받고 있는 인구는 가정간병(약 7만 명)과 요양시설간병(약 3만 명)을 합하여 10만 명 수준이다.

공적보험의 보험금 혜택을 받는 인구의 나이별 분석에 따르면, 80세 이상 인구가 가정간병의 43.4%, 요양시설간병의 61.0%를 차지하고 있음을 알 수 있다(<표 III-5> 참조).

<표 III-5> 독일의 공적 간병보험의 나이별 혜택자(1999년 말)

(단위 : %)

| 나 이   | 가정간병 | 요양시설간병 |
|-------|------|--------|
| 0 59  | 20.8 | 12.6   |
| 60 79 | 35.8 | 26.3   |
| 80 +  | 43.4 | 61.0   |

자료: Munich Re, 2001. 8.

독일의 민영장기간병보험상품은 생명보험사와 건강보험사에 의해서

판매되고 있다. 공적보험제도가 시행되기 10년 전인 1985년에 민영보험 상품이 판매되기 시작하였으나, 초기의 「연금+사망+장기상해」의 패키지형 상품은 높은 보험료로 인해 판매가 부진하여 9천 건의 판매실적만을 기록한 바 있다.

1992년부터 판매되기 시작한 연금식 특약을 가미한 새로운 상품은 1999년까지 7만여 건이 판매되었다. 건강보험사들은 의무보험제도가 실시되어 고소득자가 민영보험을 선택할 수 있게 됨에 따라 매우 커다란 마케팅상의 이득을 보았는데, 공적보험상품의 확장형을 중심으로 1999년 말까지 57만 건의 판매실적을 기록하였다.

#### 4) 프랑스

프랑스의 공적 간병보험은 1997년부터 PSD(Prestation Spécifique Dépendance)에 의해 주로 60세 이상의 빈곤층을 대상으로 시작되었다. 따라서 일반 중상류층 국민들은 민영보험상품을 많이 구매하여 유럽 국가 중 민영보험이 가장 발달되어 있다.

1985년부터 시작된 민영보험시장에서는 현재까지 약 65만 건 이상의 보험상품이 판매되었다. 이 중 약 46%가 단체보험(group insurance)형태로 판매되었다.

대부분의 보험상품은 정액급부방식을 택하고 있으며, 주요상품은 i) 주계약(stand-alone)상품, ii) 노인연금특약, iii) 종신보험특약, iv) 저축계획상품의 4가지라 할 수 있다. 이 중 저축계획(투자신탁)상품은 보험계약자가 일정금액을 구좌에 예치하면 확정금리가 부과된 원리금이 보험계약자의 간병소요 발생시에는 연금형태로 지불되며, 간병소요가 발생하지 않을 시에는 사망보험금 형식으로 유가족에게 지급되는 상품이다. 대표적 저축(투자)성 상품인 저축계획상품은 2000년에 도입되어 현재 AXA社 등을 중심으로 소비자들에게 상당한 호응을 얻고 있다.

## 5) 영국

영국의 공적 간병제도는 1993년 “Community Care Act”의 발효로 시작되었다. 특정수준의 재산한도 이내의 전 국민을 대상으로 하고 있고, 중앙정부와 지방정부가 중심이 되어 매우 충실한 공적 장기간병보험시스템을 구축하고 있다.

따라서 민영보험상품은 1989년부터 판매되기 시작했음에도 불구하고 약 3만 5천 건만이 판매되었다. 판매가 부진한 이유는 공적보험이 상대적으로 잘 발달되어 있으며, 민영보험시장이 보험료가 비싼 상품위주로 구성되어 있다는 점 때문이다.

대표적인 상품은 사전적립형(pre-funded) 정기납보험상품과 필요시점형(point of need) 일시납보험상품이다. 사전적립형상품은 주로 중장년층이 구입하는 상품으로 미래의 간병소요 상황을 대비하여 보험에 가입하는 보장성보험이다. 반면, 필요시점형상품은 이미 간병소요상태에 도달했거나 가능성이 높은 장애인들이 일시납으로 현금 또는 부동산 소유권양도 방식으로 보험료를 지불하고 여생동안 장기간병보험금을 연금형태로 지급받는 상품이다.

## 6) 이스라엘

이스라엘은 1988년부터 65세 이상의 저소득층 인구를 대상으로 공적 장기간병보험제도를 실시하고 있다. 보험금 지급은 가정간병(home care)에 한한다는 점이 특이사항이다.

민영보험상품 판매는 1989년부터 시작되었으며, 전 국민의 50% 이상이 민영장기간병보험에 가입하여 세계에서 가장 민영보험 보급률이 높은 나라가 되었다. 그러나 민영보험 판매의 대부분은 단체보험을 통하여 이루어지고 있기 때문에 보험금 지급기한이 제한적이라는 단점을 가



지고 있다. 따라서 민영보험사들은 현재 계속해서 새로운 보완상품을 개발하여 시장에 선보이고 있으며, 이에 대한 소비자들의 반응은 매우 좋은 편이므로 국내 보험사들도 이스라엘의 사례를 벤치마킹할 가치가 있을 것이다.

<표 III-6> 주요 선진국의 LTC보험 현황

| 국가명         | 공적보험                                                 | 민영보험                                                                                                                                                                                                         | 인기판매상품                                                    |
|-------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 미<br>국      | - 1966년 시작<br>- Medicaid와 Medicare                   | - 1974년 시작<br>- 119개 보험사가 580만건 판매(1996.6.30)<br>- 연평균성장률 21%(1987-1997)<br>- 12개사가 전체판매의 80%차지                                                                                                              | - Reimbursement/<br>indemnity policies                    |
| 일<br>본      | - 2000년 4월 시작<br>- 40세 이상 국민 대상                      | - 1985년(생명보험), 1989년<br>(손해보험) 시작<br>- 192만건 판매                                                                                                                                                              | - 질병, 사망, LTC보험<br>패키지(생보)<br>- 정액급부형과 실손보<br>상형 조합상품(손보) |
| 독<br>일      | - 1995년 시작                                           | - 생명보험사<br>· 제1세대상품(1985); LTC연금<br>노인연금, 사망보험의<br>패키지형(9,000건 판매)<br>· 제2세대상품(1992); LTC특약<br>상품 (69,800건 판매)<br>- 건강보험사(570,000건 판매)<br>· 제1세대상품(1985);<br>현금급여형/ 실손보상형<br>· 제2세대상품(1994);<br>공적LTC보험의 확장형 | - Daily cash<br>allowance<br>- Reimbursement of<br>costs  |
| 프<br>랑<br>스 | - 1997년 시작(PSD)<br>- 나이와 재산에 따라<br>치료비용 보장           | - 1985년 시작<br>- 650,000건 이상 판매<br>- 모든 상품이 정액급부형                                                                                                                                                             | - Annuity with<br>inflation protection                    |
| 영<br>국      | - 1993년 시작<br>(Community Care Act)<br>- 재산에 따른 보험금지급 | - 1989년 시작<br>- 35,000건 판매<br>- 유형; point-of-need, pre-funded                                                                                                                                                | - Pre-funded plans<br>- Impaired life<br>annuities        |
| 이스<br>라엘    | - 1988년 시작<br>- 연령과 수입에 따라<br>가정간병 보장                | - 1989년 시작<br>- 국민의 50%이상이 가입(세계<br>에서 가장 높은 가입률)                                                                                                                                                            | - LTC (거치) 연금                                             |

## IV. 국내 간병보험시장 현황 및 정책과제

### 1. 국내 간병보험시장 현황

#### 가. 현황

우리나라의 경우, 공적보험에서 별도의 간병급부가 제공되지 않아 전적으로 당사자(가족)가 부담해야 하는데, 민영보험시장도 활성화되지 못하여 일부 생보사만이 매우 제한적인 장기간병보험상품을 판매하고 있는 실정이다. 현재 판매되고 있는 생보상품은 노인질환(뇌혈관질환·당뇨 등 13대 노인성 질환)으로 인한 장기간 간병상태시 간병자금을 현금급부(간병서비스제공)가 아닌 정액보험금으로 지급하는 것이다(<표 IV-1> 참조).

<표 IV-1> 국내 민영간병보험상품 내용

| 회 사 명 | 상 품 명           | 보 장 내 용                                    |
|-------|-----------------|--------------------------------------------|
| 교보생명  | 뉴가족사랑 효보험       | 연 200만원 지급                                 |
| 대신생명  | 부모사랑의료보험Ⅱ       | 치매, 당뇨 등 노인성 질환 보장<br>(80세까지 가입가능)         |
| 동부생명  | 늘푸른 간병보험        | 암, 뇌혈관, 심장질환시 입원 및<br>수술비 보장 (40세 이상 가입가능) |
| 동양생명  | 수호천사 2000 어르신보험 | 남성, 여성 10대 질환시 수술비<br>및 입원비 보장             |

자료: 생명보험협회, 2001. 9.

또한 상품의 대부분이 연금보험이나 질병보험에 부가하는 특약형태로 구성되어 있기 때문에, 그나마 정확한 수입보험료 규모도 추정하기가 쉽지 않다. 보험금 지급형태는 ‘일시금’으로 지급하는 상품이 주를 이루고 일부 상품(개인연금보험에 부가한 특약)만이 확정기간 동안 연금형태로 지급하고 있으며, 보험금 지급조건은 간병필요상태가 180일 이상 지속되었거나 치매상태가 90일 이상 지속되는 경우로 매우 엄격히 제한하고 있다.

### 나. 간병보험시장의 향후 전망

앞에서 살펴본 바와 같이, 우리나라에서의 민영장기간병보험시장은 i) 장기간병 인구수의 폭발적 증가, ii) 공식간병 활용 비중의 증대, iii) 개인의 간병비용부담 증가 등에 따라 상당한 잠재성을 갖고 있다고 평가할 수 있다. 더욱이 우리나라에서는 공적보험이 전혀 발달하지 못했기 때문에 장기간병 수요 대부분은 민영보험시장화 될 수 있는 상당한 잠재성을 가지고 있다.

그럼에도 불구하고 우리나라에서 민영간병보험시장이 발전하지 못하고 있는 이유는 여러가지 요인이 복합적으로 작용한 결과라 할 수 있다. 첫째, 정부의 역할이 매우 미흡하여 정책적 지원이 제대로 이루어지지 못했기 때문이다. 정부는 공적보험을 제공하지 못하고 있으며 간병시설과 간병인력 등 사회인프라 구축에 필요한 재정지원이나 정책적 인센티브 제공도 미흡하였고 민영보험의 발전에 대한 정책적 유인책도 부족했다고 판단된다.

둘째, 국민들의 전통적인 유교문화 관습 때문이다. ‘부모부양은 자식이 해야한다’는 전통적 명분론에 집착하여 현실적으로는 필요하다는 점을 인식하면서도 간병인이나 간병시설에의 의존이나 보험상품구입에 대

하여 자식세대와 부모세대 모두 거부감을 가지고 있다는 점이다.

셋째, 국내보험사의 경영철학 및 사업관행에도 문제가 있다고 판단된다. 간병보험사업은 '장기적 수익성을 목표로 잠재시장에 투자하는 자세'가 필요한 사업특성을 지니고 있기 때문에 단기적 수익 및 양적 성장 달성에 익숙해 있는 국내보험사들에게 관심을 끌지 못하였다.

넷째, 사회적인 간병인프라시설의 미비를 꼽을 수 있다. 전문요양시설이나 전문간병인이 절대 부족하기 때문에 수요가 충분함에도 불구하고 공급부족으로 인하여 제대로 시장형성이 되지 못하고 있다.

그러나 최근들어 정부에서도 국민에 대한 장기간병서비스 제공의 필요성과 장기간병보험의 역할에 대하여 관심을 기울이고 있으며, 일반국민들의 노후생활설계도 보다 독립적으로 변화하고 있다. 또한 보험회사들도 기존보험상품 시장이 이미 성숙단계에 이르렀기 때문에 건강관련 보험상품 중심의 잠재시장 발굴 필요성을 인식하기 시작했다. 따라서 무한한 잠재성을 가지고 있는 국내 장기간병보험시장은 지금부터가 그 잠재성을 현실화하기 시작할 적기라 판단된다.

## 2. 장기간병 관련 정책과제

### 가. 시설 및 인력

#### 1) 현황 및 문제점

2001년 6월 말 현재 우리나라에서 운영되고 있는 장기간병 요양시설은 노인일반요양시설(100개), 노인전문요양시설(28개)과 노인전문병원(9개) 등 총 137개가 있다. 이 중 102개(노인일반요양시설 중 77개와 노인

전문요양시설 중 25개)가 무료로 운영 중이다(<표 IV-2> 참조).

<표 IV-2> 노인 의료복지시설의 현황(2001년)

| 대상노인 기준      |         |           | 설 립 목 적                          | 시설수 |
|--------------|---------|-----------|----------------------------------|-----|
| 노인일반<br>요양시설 | 무료      | 생활보호대상    | 노인성 질환으로 인한 요양<br>중심             | 77  |
|              | 실비      | 저소득 65세이상 |                                  | 13  |
|              | 유료      | 일반소득 노인   |                                  | 10  |
| 노인전문<br>요양시설 | 무료      | 생활보호대상    | 치매, 중풍 등 중증 노인성<br>질환으로 인한 요양 중심 | 25  |
|              | 유료      | 일반소득 노인   |                                  | 3   |
| 노인전문병원       | 모든 노인환자 |           | 노인성질환의 치료 및 요양                   | 9   |

자료: 보건복지부

미국의 경우 요양시설(nursing care home)이 1만 8천여 개, 거주시설(residential care home)이 5만 5천여 개로 현재 약 2백만 명을 수용하고 있으며, 독일은 57만 8천여 명(1999년 말 기준)을 요양시설에 수용하고 있고, 영국은 56만 8천여 명(1996년 말 기준)을 수용하고 있다. 우리나라와 비교대상 선진국의 경제수준 격차를 감안한다 하더라도 우리나라의 장기간병 요양시설은 선진국에 비해 지나치게 낙후되어 있다.

이러한 장기간병 요양시설 외에 간병인 파견센터인 가정봉사원파견시설과 주간보호시설 및 단기보호시설도 절대적으로 부족한 상태이다(<표 IV-3> 참조). 따라서 장기간병에 필요한 사회적인 인프라를 구축하는 것은 노령화사회에 대비하기 위한 가장 시급하고 중대한 과제라 판단된다.

&lt;표 IV-3&gt; 재가노인복지시설 필요량 추계

(단위: 개소)

| 가정봉사원파견시설 |     |     | 주간보호시설 |     |     | 단기보호시설 |     |     |
|-----------|-----|-----|--------|-----|-----|--------|-----|-----|
| 필요량       | 현 재 | 부족수 | 필요량    | 현 재 | 부족수 | 필요량    | 현 재 | 부족수 |
| 517       | 105 | 412 | 1,015  | 97  | 918 | 625    | 36  | 589 |

주: ‘필요량’은 1998년에 추계한 노인복지시설의 필요량임.

‘현재’는 2001년 3월 보건복지부가 발표한 재가노인복지시설의 수임.

자료: 정경희, “재가노인복지서비스 현황과 정책과제”, 『보건복지포럼』, 1998. 10.

## 2) 정책과제

### 가) 전문간병인의 육성

절대적으로 부족한 각종 장기간병관련 인프라 중에서도 가장 우선적으로 해결하여야 할 분야는 ‘전문간병인의 육성’일 것이다. 요양시설을 설립·운영하기 위해서는 막대한 비용이 소요되기 때문에, 상대적으로 적은 비용으로 커다란 효과를 발휘할 수 있는 ‘전문간병인 육성’이 단기적으로 가장 효과적이고 경제적인 투자가 될 것이다.

특히, 우리나라의 경우 대부분의 장기간병이 가정간병을 중심으로 이루어지고 있으며, 장애인들도 요양시설에 수용되는 것보다는 가정간병을 선호하기 때문에 전문간병인의 육성은 가장 핵심적인 과제로 추진되어야 할 것이다. 선진국에서도 장애인들이 가정간병(home care)을 훨씬 선호하며 이러한 경향은 향후 점점 더 심화될 것이기 때문에 앞으로의 국가적 장기간병정책은 가정간병관련 인프라 구축을 최우선적으로 추진해야 할 것이다.

유능한 전문간병인을 육성하기 위해서는 적절한 교육·훈련이 뒷받침되어야 하므로, 국책사업으로 교육·훈련기관을 설립·운영하여야 효과적일 것으로 판단된다. 또한 교육·훈련기관 설립 외에 간병인의 교

육·훈련비를 정부재정으로 지원하는 방안도 적극 검토되어야 할 것이다. 유능한 전문간병인이 많이 배출되어 실질적인 활동을 하여야만 공식간병(formal care)에 대한 사회적인 인식이 확산되고, 이를 바탕으로 장기간병문제 해결을 위한 종합적인 사회시스템이 구축될 수 있을 것이다.

실업인구와 부업주부 중 간병인으로서의 잠재적인 능력을 가진 사람들을 선별·교육하여 간병인으로 육성한다면 고용창출 효과와 함께 여러 가지 부수적인 경제적 효과를 얻을 수도 있을 것이다. 독일에서는 폭증하는 간병인 수요를 충족하고 공적 장기보험 운영비용을 절감하려는 두 가지 목적에 따라, 의무군복무 대신 간병인으로 종사할 수 있도록 제도화<sup>4)</sup>하는 등 간병인의 육성·공급을 국가적 사업으로 추진하고 있다. 우리나라도 공익근무요원을 중심으로 간병인 수요를 충족시킬 수 있는 방안을 적극 검토할 필요가 있다고 판단된다.

#### 나) 주간보호시설 및 단기보호시설

‘간병인 육성사업’ 다음으로 치중해야 하는 장기간병 관련 정책사업은 ‘주간보호시설 및 단기보호시설의 확충’이라 할 수 있다. 주간보호시설과 단기보호시설은 가정간병의 기능과 효율성을 높일 수 있는 매우 중요한 시설이다. 이러한 시설에 대한 국가적인 직접투자가 촉진되어야 하며, 민영시설에 대해서도 정부의 직접적인 재정지원이나 금융·세제 지원 등 간접지원이 적극 뒷받침되어야 할 것이다.

이러한 시설은 장애자들이 거주하는 지역(communitiy)별로 운영되기 때문에 지방자치단체가 도·시유지의 소유권 또는 임대권 부여, 시설·건축관련법규의 적용완화 등 직·간접적인 정책적 지원을 해야 할 것이다.

---

4) 예를 들어 군복무기간의 1.5배를 근무하도록 하는 방안을 고려할 수 있다.

### 다) 요양시설

요양시설의 설립과 운영은 토지·건물·시설·인력 등이 종합적으로 소요되는 사업이므로 예산이 많이 소요되기 때문에 중장기 국책사업으로 지속적으로 추진되어야 할 것이다. 특히 민간사업자가 이 사업에 참여할 수 있도록 정부의 직접적인 재정지원과 금융·세제 지원 등의 간접적인 인센티브 제공 등이 매우 중요하다고 판단된다. 선진국에서도 정부의 적극적인 지원에 힘입어 요양시설의 80% 이상이 민간사업자에 의해 운영되고 있다는 점을 참고할 필요가 있다.

## 나. 장기간병보험제도

### 1) 배경

인류의 평균수명은 20세기에 들어 괄목할만한 수준으로 연장되었다. 지난 1세기 동안 평균수명이 20세 이상 연장되었지만, 그 결과로 인구의 노령화 문제는 세계 각국에서 심각한 사회문제로 대두되었다. 특히 장애노인인구의 간병문제는 ‘한 개인이나 가족의 문제’ 차원을 넘어 국가적인 중요한 과제가 되었다.

특히 장기간병에 필요한 재정비용을 어떻게 조달하고 공급하느냐의 문제는 노령화사회에 진입한 모든 국가의 숙제가 된 것이다. 선진국의 노령화사회 초기단계에서의 장기간병비용 부담방식은 국가와 사회공익단체 등이 빈민층의 부담을 부조하고 중상류층은 자신이나 가족이 직접 부담하는 형식이었다.

그러나 노령화가 더욱 진전되어 비용부담이 점차 늘어나게 되자 이를 효율적으로 관리하기 위한 사회시스템의 구축 필요성을 절감하게 되



었다. 각 국가에서 오랜 연구 끝에 결정한 정책은 대부분 보험을 활용하여 사회시스템을 구축하는 것이었다. 국가재정으로 일정부분을 부담하는 대신 가입을 의무화하는 공적보험을 도입하는 한편 국민의 자발적 참여를 유도하여 민영보험을 발전시키는 두 축을 중심으로 보험시스템을 구축하는 것이다.

## 2) 정책과제

### 가) 공적보험제도의 도입여부

우리나라도 이미 노령화사회에 진입했기 때문에 장기간병을 공적보험화하는 방안을 검토할 시기가 되었다. 그러나 도입시기와 방식을 결정하기 위해서는 보다 신중하고 심도있는 연구가 선행되어야 한다고 판단된다. 제Ⅱ장에서도 서술하였듯이 우리나라의 공적건강보험제도는 보험급여범위가 매우 제한적이고 본인부담비율도 높기 때문에 진정한 의미의 보험기능을 하지 못하고 단순히 의료비 보조수준에 머물러 있다. 또한 건강보험 재정도 적자상태이고 그 규모는 해가 갈수록 계속 증대될 것으로 전망되는 등 구조적으로 매우 취약한 상태이다.

따라서 건강복지정책은 무엇보다 우선적으로 건강보험제도를 충실화하는 데 집중하여야 하며, 건강보험제도의 근본적인 개편(reforming)을 서둘러야 할 때라 판단된다. 공적건강보험제도가 제 기능을 하지 못하고 재정적자도 심각한 상황에서 또 다른 재정부담이 될 공적 장기간병제도를 졸속하게 도입하는 경우, 두 제도 모두 동반부실화될 우려가 있다고 판단된다.

장기간병보험을 공적보험으로 도입한 선진국들의 경우, 이미 수십 년전에 충실한 건강보험제도를 구축하고 난 후 공적간병보험을 도입하였다는 사실에서 우리는 교훈을 얻어야 할 것이다. 선진국에서 장기간병보험이 공적보험화된 시기는 노령화가 약 15% 정도로 상당히 진전된

후(<표 IV-4> 참조)였음을 감안할 때 우리나라는 노령화비율이 7.1%에 불과하므로 아직은 서두를 때가 아닌 것으로 판단된다.

<표 IV-4> 각국의 공적장기간병보험 도입시기와 노령화비율 비교

| 국 가 명 | 도입시기  | 노령화비율 |
|-------|-------|-------|
| 미 국   | 1966년 | 9.6%  |
| 영 국   | 1993년 | 15.8% |
| 독 일   | 1995년 | 15.7% |
| 프 랑 스 | 1997년 | 15.2% |
| 일 본   | 2000년 | 17.1% |

자료: UN Population Division, *World Population Prospect*, 1998.  
Munich Re, *LTCI International Situation*. 2001.

또한 공적보험화하더라도 빈곤층을 대상으로 하는 미국·프랑스식의 사회부조(social welfare)방식을 택할 것인지, 전국민을 대상으로 하는 독일·일본식의 사회보험(social insurance)방식을 택할지도 심도있게 연구되어야 한다.

따라서 현시점에서의 장기간병에 대한 국가정책은 이를 공적보험화 하는 재정시스템의 구축보다 시설과 전문간병인력을 공급하는 사회인프라 구축에 우선순위를 두어야 할 것이라 판단된다. 더욱이 장기간병사업은 사회인프라가 적정수준으로 갖추어져 있어야만 공적보험을 도입하더라도 제 기능을 할 수 있기 때문에, 향후의 공적보험 제도화 실시예 대비하기 위해서도 이 부분의 투자와 정책적 지원이 선행되어야 할 것이다.

## 나) 민영보험제도

장기간병분야에서 민영보험 역할은 공적보험의 기능을 보완하거나 대체하는 수단으로 발전되어 왔다. 공적보험이 이미 도입된 국가에서는 공적보험에서 제공하는 급부범위와 수준의 한계를 보충하는 기능을 위주로 발전되어 왔으며, 공적보험이 도입되지 않은 국가에서는 정부의 정책적 지원하에 공적보험의 대체기능을 하며 발전하였고 장기간병에 필요한 사회여건 조성에도 중요한 역할을 하였다.

민영보험의 발달수준과 시장규모는 국가에 따라 달라 이스라엘(전체 인구의 50%가 장기간병보험에 가입)이나 남아프리카공화국과 같이 그 중요성이 매우 높은 국가가 있는 반면, 우리나라와 같이 그 기능을 제대로 하지 못하는 국가가 있는 등 상당한 차이가 있다. 이처럼 각 국가의 민영장기간병보험 시장 발달정도는 사회문화적인 환경, 정책적 지원 강도, 보험시장 구조 등의 영향을 받아 차별화 되어 있다.

우리나라는 여러 가지 상황을 종합적으로 고려할 때, 민영보험시장을 발달시킬 필요가 높다고 판단된다. 앞으로 우리나라는 노령인구의 건강과 노후소득 보장을 위해 상당한 비용을 치루어야 할 것이며, 다음 세대에게도 상당한 부담을 주게 될 것이다. 노령화사회에 대비하기 위한 가장 중요한 두 가지 사회제도는 공적 건강보험과 연금보험제도이지만 우리나라의 경우 국민연금제도는 도입된 지가 10여 년에 불과하기 때문에 그 기능을 제대로 하기까지는 상당한 시일이 더 필요하고 건강보험도 구조적인 취약성 때문에 제한적으로 기능을 하고 있다.

따라서 민영장기간병보험을 통하여 자발적으로 노후의 장애상태에 대비하는 국민이 많아질수록 미래세대 및 국가의 부담을 줄일 수 있기 때문에 민영장기간병보험은 장려되어야 하고 강력한 정책적 지원을 해주어야 할 것이다. 우선적으로 고려할 수 있는 정책지원은 세제혜택이다. 개인연금이나 보장성보험에 제공되는 소득공제혜택과는 별도 금액의 추가적인 소득공제와 기업의 단체보험 구입시 손비처리 인정, 장기

간병보험금의 과세면제 등의 정책지원은 민영보험의 활성화에 매우 중요한 기폭제가 될 수 있을 것이다. 또한 장기간병 관련 시설과 인력확충에 정부의 지원이 있는 경우 민영보험시장의 활성화에도 도움이 될 것이다.

민영보험이 활성화되지 못하는 또 다른 외생변수 중의 하나는 보험상품을 구성하는 언더라이팅과 보험료 산정에 필요한 통계자료를 보험사들이 활용하지 못한다는 점이다. 따라서 건강보험공단 및 각종 의료기관이 보유하고 있는 관련 자료를 데이터베이스(data-base)화하고 이를 보험사가 활용할 수 있도록 하는 제도적 장치가 반드시 마련되어야 할 것이다.

## V. 민영장기간병보험시장의 발전 방안

### 1. 상품구성전략

장기간병보험상품(LTC insurance product)은 보험료 납부방식, 보험금지급 범위 및 방식, 타 상품과의 연계 여부 등에 따라 다양하게 구성될 수 있다. 소비자 입장에서는 자신의 나이, 수입 및 재산정도, 가족상황, 현재의 건강상태, 인생관 등에 따라 선호하는 상품이 달라질 것이다. 따라서 잠재고객의 니즈에 맞는 적합한 상품을 구성할 수 있는지의 여부가 장기간병보험 사업의 성패를 좌우하는 중요한 요소 중의 하나라 할 수 있다.

본 절에서는 선진국 시장에서 판매되고 있거나 개발 중인 상품들에 대한 분석을 중심으로 국내보험사들이 참고할 수 있는 장기간병보험 상품구성 전략을 제시하고자 한다. 미국 및 유럽 국가들과 일본 등에서 지금까지 개발된 장기간병보험상품은 사전적립형장기간병보험, 투자신탁형장기간병보험, 일시납간병연금보험, 주택설정간병보험, 연금연계간병보험, 가정간병한정보험 상품 등이다. 이러한 상품들은 각각의 장단점이 있고 소비자의 상황과 기호에 따라 매력도가 각기 다르기 때문에 각국의 시장상황에 따라 상품별 판매비중도 서로 다르다.

국내 보험사의 장기간병보험 상품구조는 아직 초보단계에 머물러 있기 때문에 선진국 사례를 참고하여 보다 적극적인 상품구성 전략이 구사되어야만, 국내 민영장기간병보험 시장이 활성화될 수 있을 것으로 판단된다.

## 가. 사전적립형장기간병보험

이 상품은 기타 보험상품과 마찬가지로 현재 건강한 사람이 간병이 필요한 상황이 될 때 간병비용을 지급받는 조건으로 보험료를 지불하는 상품이다. 선진국 보험시장에서는 가장 보편화되었으며 국내 일부 생보사도 판매하고 있는 상품으로, 6대 생활장애(ADL : Activities of Daily Living) 중 일정 수의 장애가 있거나 치매(cognitive impairment)증세가 있는 경우 보험금을 지급하는 상품이다.

보험금지급조건(ADL 중 장애의 수)은 상품에 따라 다르며, 보험료도 이에 상응하여 상품별로 차등화하고 있다. 국내에서 시판중인 보험상품은 6대 ADL 중 4개 이상의 장애가 있는 경우로 한정하고 있으므로 상품구성시 이에 대한 보완이 필요하다.

이 상품은 또한 타 보험상품과의 연계 여부에 따라 주계약상품(stand-alone policy) 또는 부가계약(특약: rider)의 형태로 분류된다. 외국의 경우 주계약상품이 많이 팔리고 있으나 우리나라에서는 주로 부가계약의 형태로 판매하고 있기 때문에 조속히 주계약상품으로 개발할 필요가 있다고 판단된다.

### 1) 주계약상품(Stand-Alone Policy)

선진국 시장에서는 보장성 장기간병보험은 주로 주계약의 형태로 판매되고 있으며, 보험료납부방식은 분납(regular premium) 또는 일시납(single premium) 중 선택할 수 있도록 구성되어 있다. 일시납상품은 주로 퇴직자 등의 노년층을 겨냥한 것이며, 분납상품은 상대적으로 젊은층을 목표로 하고 있다.

통상적으로 보험금지급은 장애 정도에 따라 차등적으로 적용된다.

예를 들어, ADL 중 2가지 장애인 경우에는 보험금의 50%, 3가지 이상 장애인 경우 100%를 지급하는 등 가입자가 여러 가지 옵션을 가질 수 있도록 탄력적으로 구성되어 있다. 보험금도 확정금액형과 금리연동금액형 중에서 선택할 수 있는 옵션상품이 보편화되어 있는데, 금리연동형의 경우 보험금액이 소비자물가지수 또는 국민소득지수 등과 연계된 상품이다.

국내보험사에 의해 판매되고 있는 상품은 보험금 지급기준이 일정하여 경직적이기 때문에 보다 탄력적으로 여러 가지 옵션을 선택할 수 있는 상품이 소개될 필요성이 높다. 또한 국내보험사들도 소비자의 인플레이션 우려감을 없애고 언더라이팅 리스크도 줄일 수 있는 ‘보험금 금리연동형’ 옵션상품을 개발하면 보다 효율적으로 시장을 창출할 수 있을 것이다.

장기간병보험 상품특성상 보험금 지급유예기간(deferred payment period)을 규정하고 있는데, 선진국에서는 통상 장애가 발생하여 3개월 이상이 지속된 경우에 보험금 지급이 개시되는 상품이 보편화되어 있다. 보험금 지급유예기간도 3개월 이상(예: 6개월)을 선택하여 낮은 보험료를 책정할 수 있도록 옵션을 주는 상품이 보편화되어 있다.

국내에서 판매 중인 상품의 지급유예기간은 180일(치매의 경우 90일)로 한정되어 있다. 따라서 효율적인 시장개척을 위해서는 지급유예기간을 3개월로 단축한 상품 또는 지급유예기간을 선택할 수 있는 상품 등으로 탄력적인 상품구성전략을 수립할 필요가 있을 것이다.

사전적립형장기간병보험 상품은 순수보장성으로 구성되어 있기 때문에 해약환급금은 없으나, 보험금지급은 보험금지급사유가 소멸할 때까지 지속되는 상품이 보편적이다. 보험금지급사유 소멸은 장애 보험가입자가 사망하거나 장애를 극복하여 정상생활을 영위할 수 있게 된 시점이다.

국내 상품의 경우, 간병급여가 대부분 일시금형태로 지급되거나 확정기간(주로 10년)동안만 지급하는 형태로 구성되어 있어 진정한 보장

기능을 하지 못하고 있다. 따라서 피보험자의 실제적인 장애 수요기간 동안 보험금이 지급될 수 있는 실질적인 보장상품을 개발할 필요가 있다.

## 2) 부가계약상품(Rider to Other Policies)

장기간병보험 상품이 특약의 형태로 타 보험계약에 부가하여 판매되는 경우이다. 장기간병보험이 부가되는 보험계약은 주로 생존보험(whole life policies)과 건강보험 상품들이다.

생존보험에 부가되는 상품의 경우, 장애가 발생하면 가산사망보험금(accelerated benefits)을 월별로 분할하여 장기간병보험금으로 계약만료 시까지 지불하는 상품이다. 이 상품은 미국시장에서 상당히 인기를 끌었고, 현재 영국 등 유럽시장에서도 선보이고 있는 상품이다.

우리나라의 경우, 장기간병보험이 연금상품과 일부 질병보험에만 한정하여 부가되고 있다. 따라서 판매량이 많은 생존보험상품에 부가하는 방식을 적극 검토할 필요가 있다.

건강보험상품에 장기간병보험특약이 부가되는 경우로 선진국에서 가장 많이 활용되는 주계약 건강보험상품은 '상해/ 질병 소득보장' 상품이다. 주계약인 '상해/ 질병 소득보장' 부분은 질병 또는 상해로 인하여 보험계약자가 생업을 계속할 수 없는 경우의 의료비와 소득보장을 해주고, 장기간병특약은 추가로 ADL 장애가 발생하는 경우의 간병비용을 담보하는 상품구성이다. 가입자의 특정 퇴직연령(60세 또는 65세)을 기준으로 퇴직연령 전에는 '상해/ 질병 소득보장'을 담보하고 퇴직연령 후에는 부가계약인 장기간병을 담보하는 스위치 방식 패키지보험도 판매되고 있다.

이 보험상품은 비교적 보험료가 높다는 단점은 있으나 전 일생동안에 걸쳐 불의의 질병·상해로 인한 경제적 손실을 종합적으로 담보한다



는 장점이 있다. 따라서 국내에서도 고소득자를 대상으로 '상해/질병 소득보장' 상품과 함께 개발해 볼 가치가 상품이라 판단된다.

#### 나. 투자신탁형장기간병보험 상품

투자신탁형장기간병보험 상품은 보험가입자가 선택하는 투자신탁구좌만큼 보험료를 예치하면 그 원금과 투자수익으로 장기간병비용 등을 지급하는 상품이다. 이 상품의 단점은 투자수익률에 따라 간병비용 등이 연동되므로 보험가입자가 충분하게 리스크를 전가하지 못한다는 점이다. 그러나 대부분의 경우 세제혜택을 받고 있고, 간병비용으로 활용되지 않는 경우(가입자가 장애가 없이 사망한 경우)에는 유산으로 상속이 가능할 뿐 아니라 언제든지 해약이 가능하다는 장점 때문에 프랑스를 비롯한 많은 국가에서 높은 인기를 끌고 있는 상품이다.

신탁구좌에서 지불되는 장기간병보험금 액수도 다양한 옵션 중 가입자가 선택하는 방식에 따라 결정된다. 이 상품은 보험가입자의 선택의 폭을 넓인 탄력성이 가장 뛰어난 상품으로, 가입자가 자신의 경제사정에 따라 원하는 구좌만큼을 선택할 수 있고(투자금액 결정), 구좌내에서 간병보험의 서비스를 현물 또는 현금으로 선택하는 등의 옵션을 융통성 있게 부여하고 있다.

국내보험사들도 고소득자나 부유층을 대상으로 일시납 또는 변액보험의 형태로 이러한 상품구성을 고려할 수 있을 것이다. 이 상품의 성공 여부는 세제혜택(tax benefits) 여부와 깊이 관련되어 있기 때문에 합리적인 방식으로 세제혜택을 받을 수 있는 방안도 모색되어야 할 것이다.

#### 다. 일시납간병연금보험(Immediate Care Annuities)

일시납간병연금보험 상품은 재력이 있는 사람 중 장애상태에 놓일 위험이 높거나 이미 장애상태로 간병을 받고 있는 사람들을 가입대상으로 하는 상품이다. 가입자가 일시불로 보험료를 지불하고 보험사는 이를 재원으로 가입자가 간병소요가 있을 때 매월 간병비용을 지불한다. 이 상품은 가입 즉시 간병비용을 지급 받을 수 있고, 미래의 불확실한 간병소요기간(사망 또는 회복시)동안 정기적으로 간병비용의 지급을 보장받을 수 있다는 장점 때문에 건강이 악화된 사람들에게 매력적인 상품이 되고 있다.

이 상품에 가입할 수 있는 최저연령은 주로 60세이며, 최고연령은 90~100세이다. 이 상품의 가격결정은 가입자 개인별 특성(나이, 성, 장애정도 등)에 따른 언더라이팅에 의존하기 때문에 전문적인 언더라이팅 기법이 축적된 보험사만이 판매할 수 있는 상품이다.

국내에서도 저축·퇴직금 등 개인 금융자산을 보유한 독거노인이나 노인단독세대를 중심으로 판매가 가능한 상품이다. 그러나 언더라이팅 기법을 보유하고 있어야만 수익성을 확보하며 판매할 수 있기 때문에 이에 대한 전문성 축적이 선행되어야 할 것이다.

#### 라. 주택설정간병보험

주택설정간병보험은 앞에서 설명한 일시납간병연금보험과 유사한 상품으로, 다른 점은 일시납 현금보험료를 지불하는 것이 아니라 가입자가 소유한 주택의 권리를 보험사에게 설정해 주는 방식의 보험상품이다. 충분한 현금자산은 없으나 주택을 소유한 장애인들이 간병을 위

해 주택을 팔거나 이사해야 하는 번거로움을 피하고 사망시까지 간병서비스를 받을 수 있다는 것이 이 보험상품을 구입하는 이유이다. 이 상품은 영국시장을 필두로 유럽시장에 소개된 지 30여 년이 경과하였으며, 아직도 상당히 잘 팔리고 있는 상품이다.

이 상품은 두 가지 형태로 구성되어 있다. 첫째는 주택을 담보로 대출을 받은 후 대출금이자로 납부할 금액만큼은 남겨 놓고 나머지 금액은 일시납간병연금 보험료로 지불하는 방식이다. 대부분의 보험사가 담보대출 서비스도 병행하고 있다. 두번째 방식은 주택을 현시가보다 낮은 가격으로 보험사가 구입하고 그 대신 가입자에게는 사망할 때까지 그 주택에서 계속 살 수 있도록 권리를 부여하며, 부동산 판매대금의 전부 또는 일부를 간병보험료로 지불하는 방식이다.

국내에서도 주택소유 독거노인 등을 상대로 판매할 수 있는 상품이라 판단된다. 그러나 시장에서 불필요한 오해가 없도록 신중한 마케팅 전략이 수반되어야 할 것이다<sup>5)</sup>.

#### 마. 연금연계상품(Pension Linked Products)

연금연계상품은 동일 보험상품내에 연금혜택(pension benefits)과 장기간병혜택(long-term care benefits)을 동시에 제공하는 상품이다. 가입자가 장애를 입지 않은 경우에는 연금혜택이 주어지고, 연금수급기간 중 장애를 입은 경우에는 연금혜택과는 별도로 추가 장기간병비용 혜택이 주어진다. 장기간병비용 혜택수준은 연금보험계약에서 정한 ADL 장애 정도에 따라 차등적으로 지급되나 통상적으로 최대금액은 연금의 100% 수준을 넘지 못하게 규정되어 있다.

유럽에서는 이 상품의 판매가 한때 중단되기도 했는데, 이는 연금상

5) 이 상품이 유럽시장에서 판매되던 초기에는 부정적 인식이 많았음.

품과 건강보험상품이 연계될 수 있느냐의 시비와 세제혜택의 정당성에 대한 논란 때문이었으나 현재는 세제혜택을 주는 적격상품으로 인정되어 잘 팔리고 있는 상품이다.

장기간병보험을 연금보험과 연계하는 것은 매우 합리적인데, 두 상품 모두 노후생활을 보장하기 위한 것이라는 점 때문이다. 국내보험사들도 특약의 형태로 개인연금에 부가한 상품을 판매하고 있으나 지금과 같은 특약형태가 아니라 선진국 방식의 연계상품(주계약 상품)으로 개발하여 판매한다면 상당한 성과를 거둘 수 있을 것으로 판단된다. 이 경우, 연금보험에 제공하는 세제혜택과는 별도로 장기간병부분에 대한 추가적인 세제혜택 등 적극적인 인센티브방안을 정부로부터 유도해내야 할 것이다.

#### 바. 가정간병한정보험(Home Care Only Products)

가정간병한정보험 상품은 미국시장에서만 판매되는 상품으로 보다 저렴한 비용으로 장기간병보험을 보급하기 위한 수단으로 판매되고 있다. 대부분의 장기간병보험 상품은 중증장애의 경우 요양시설(nursing home)간병을 선택할 수 있도록 되어 있어 보험료가 높게 책정(nursing home의 비용이 높기 때문에)되어 있는데, 이를 낮추기 위한 상품이다. 이 상품은 대부분의 장애인노인이 가정간병을 선호하고 기존보험상품에 비해 보험료가 상대적으로 저렴하다는 점 때문에 인기를 끌고 있다.

이 상품이 국내시장에 주는 시사점은, 요양시설이 태부족하기 때문에 간병보험시장이 형성되지 못한다는 주장의 대안을 제시하고 있다는 점이다. 즉, 가정간병(재택간병)서비스를 받는 비용만을 제공하는 보험상품도 시장성이 충분히 있다는 점을 보여주는 사례이다. 따라서 국내 보험사들이 판매를 적극적으로 고려할 가치가 있는 상품이라 판단된다.

## 2. 마케팅 전략

장기간병보험은 상품특성상 매우 특별한 마케팅 전략이 필요한 분야이다. 따라서 본 절에서는 장기간병보험시장을 활성화시키고 새로운 보험수요를 창출할 수 있는 마케팅전략을 목표고객, 상품전략, 판매전략, 부수사업전략 순으로 제시하고자 한다.

### 가. 목표고객(Target Consumer)

장기간병보험 상품의 목표고객은 상품의 특성에 따라 달라질 수 있는데 크게 노년층(60세 또는 65세 이상의 퇴직인구)과 중장년층으로 구분할 수 있다. 노년층은 가장 중요한 목표고객 중 하나로 연금 등의 금융자산이나 재산을 보유하고 있는 중상류층이 주요 대상이 된다. 중장년층 목표고객은 두 부류로 나눌 수 있는데, 첫째는 자신의 장기간병 소요에 대해 보험을 구입하는 경우이고, 둘째는 부모세대의 간병소요에 대해 보험을 구매하는 경우이다.

#### 1) 노년층 고객

노년층 고객은 나이, 성별, 사회적인 배경, 배우자 유무, 자식세대와의 동거여부, 재산정도 등이 매우 상이하기 때문에 사려 깊은 마케팅전략이 필요하다. 특히 노년층의 금전적 소비행태는 중장년층에 비해 훨씬 보수적이고 신중한 편이므로 구매결정까지 상당한 시간이 소요된다는 특징이 있다. 또한 최소한 2~3회의 권유를 지속적으로 해야 성공할

수 있는 등 판매비용이 많이 소요되는 고객층이지만 가장 확실한 고객인 동시에 앞으로 그 비중이 더욱 높아질 중요한 고객이다. 따라서 노년층을 대상으로 효과적인 마케팅노하우를 축적하는 것은 장기간병보험 사업의 성패에 매우 중요한 요인이 될 것이다.

국내에는 중상위층 노년인구의 비중이 늘어나고 있으며, 독거노인이거나 노인단독세대의 수도 급격히 늘고 있기 때문에 이들을 대상으로 하는 다양한 상품개발은 매우 유효한 마케팅 전략이 될 것이다. 여러 연구에 의하면, 노년층을 대상으로 하는 상품은 주계약상품이 부가계약상품보다 효율적이라고 한다. 따라서 투자신탁형장기간병상품, 일시납간병연금보험, 주택설정부간병보험 등은 노인고객의 재정상황 및 가족상황에 따라 적합한 상품이 될 가능성이 높은 것들이다.

## 2) 중장년층 고객

우리나라에서는 중장년층 고객이 미래 자신의 간병소요를 대비하여 보험에 가입하는 환경은 아직 성숙되지 않았다고 판단된다. 그러나 현재 중장년층의 자식에 대한 의존의식은 계속적으로 낮아지고 있으며 독립적인 노후설계를 하려는 의지도 강해지고 있기 때문에 매력있는 상품을 구성하여 판매한다면 효과적일 수도 있을 것이다. 선진국 사례에 따르면, 통상적으로 중장년층은 노년층에 비해 특약형태의 부가계약을 선호하며 계약기간 중에 다양한 옵션을 행사 할 수 있는 탄력성이 높은 상품을 선호하는 것으로 나타났다. 따라서 중장년층 고객에게는 ‘연금연계상품’, ‘월납투자신탁형상품’, 또는 생존보험이나 질병·상해보험 등에 부가할 수 있는 특약상품이 효과적인 상품이 될 것이다.

중장년층이 고객으로서 중요한 역할을 하는 또 다른 경우는 부모를 위해 장기간병보험 상품을 구입하는 것으로 이에 대한 마케팅전략도 필요하다. 우리나라의 경우, 가장 중요한 마케팅 대상이 될 수 있는 경우

이기 때문에 효율적이고 종합적인 전략을 수립·시행하여야 할 것이다. 개인주의 사회로 간주되는 서구사회에서도 부모의 간병 상황에 대비하여 보험상품을 구매하는 행위에 대해 강한 도덕적인 거부감이 존재하기 때문에, 우리나라 고객을 설득하는 전략은 그 메시지가 정체하게 다듬어져야 효율성을 발휘할 수 있다는 점을 유념해야 할 것이다.

## 나. 상품전략

장기간병보험의 상품전략은 구매자들이 원하는 다음과 같은 사항들을 얼마나 효율적으로 충족시킬 수 있는 상품을 구성하느냐이다.

첫째, 계약기간 중 보험료 인상 없이 미리 정한 수준의 간병비용(보험금)을 계속 받을 수 있어야 한다. 둘째, 간병이 필요없는 상황이 되면 지불한 보험료를 돌려 받아 유산 등으로 처리하고 싶다. 셋째, 현재 보유하고 있는 재산의 최소한을 투자하여 사망시까지 간병소요를 충당하고 가능한 많은 재산을 상속하고 싶다. 넷째, 보험료는 충분히 감당할 수준이고, 상품내용은 이해하기 용이해야 한다. 다섯째, 상황에 따라 계약기간 중간에 선택가능한 옵션이 충분한 보험상품을 원한다. 여섯째, 간병비용의 부담 뿐만 아니라 간병과 관련된 모든 부가서비스를 제공받을 수 있는 보험상품을 원한다.

선진국의 장기간병보험시장은 위와 같은 구매자들의 욕구를 충족시키기 위해 상당히 다양한 형태의 상품들을 개발하여 끊임없이 공급하고 있다. 이에 따라 중장기적 사업전략으로 구매자 니즈를 충족시키기 위한 혁신적인 상품개발에 지속적인 투자가 이루어지고 있는 것이다.

따라서 우리나라 보험사들도 현실적인 제한요소들에 지나치게 얽매어 소극적인 자세만을 가질 것이 아니라, 선진국 사례를 벤치마킹하여 시장을 창출할 수 있는 적극적 상품전략을 구사할 필요가 있다고 판단된다.

프랑스의 AXA는 보장성상품인 사전적립형 장기간병상품을 판매하였으나 구매자의 설득에 어려움이 많아 영업이 부진하자 금년부터 '투자신탁형 장기간병보험구좌상품'을 개발·판매하였다. 이 상품의 구매자에게는 다양한 구좌금액 활용옵션을 주고, 「전용 콜센터」를 운영하여 24시간 요양시설, 간병인, 간병기구 등에 대한 종합적인 전문상담을 무료로 제공하고 있다. 또한 이들 업체와 제휴하여 AXA 가입자에게 특별할인·우선이용권한 등을 부여하고 이에 소요되는 경비는 보험구좌에서 지불되도록 하는 방식으로 상품을 설계하여 현재까지 상당한 판매를 기록하고 있다.

독일의 Allianz 생보사는 중·고소득 중장년층만을 대상으로 하는 '사전적립형 보상성 장기간병보험'을 2년 전부터 판매하고 있는데, 영업신장 속도는 빠르지 않지만 손해율이 매우 낮기 때문에 상당한 수익을 창출할 것으로 전망하고 있다. 위와 같은 외국보험사들의 성공사례가 국내보험사에게 시사하는 점은 많다고 판단된다.

국내에서 판매되고 있는 장기간병 상품은 보험료 수준, 지급유예기간, 보험금지급조건, 세제혜택여부, 상품의 다양성과 옵션여부 등의 관점에서 구매자들에게 매력있는 상품이라 할 수 없다. 따라서 보험금지급조건(ADL 4항목 장애)을 대폭 완화(ADL 2항목 장애)한 상품이나 장애정도에 따라(ADL 3 또는 4항목 장애) 보험금을 차등 지급하는 옵션형 상품 등 보다 매력적이고 탄력적인 상품의 개발 및 판매를 검토해야 할 것이다.

지급유예기간도 90일 정도로 단축하는 대신 이에 상응하는 보험료를 책정하는 상품과 함께 유예기간을 선택할 수 있는 옵션형 상품의 개발도 시도해 볼 가치가 있다고 판단된다. 보험금 지급방식도 선진국의 상품과 같이 일정한도금액(limit)내에서 실손보상하는 방식이 효율적일 것이므로 특히 국내 손보사들이 일본 손보사의 성공사례를 참조하여 이러한 상품이 판매를 적극 검토해 볼 가치가 있을 것이다.



## 다. 판매 전략

앞에서도 언급한 바와 같이, 장기간병보험 상품은 기타 보험상품과는 상이한 판매전략이 필요한 상품이다. 우선, 판매를 도울 수 있는 「상품소개서」에는 잠재고객에게 장기간병보험의 필요성을 정확하게 인지시킬 수 있는 강한 교육적 메시지가 담겨 있어야 한다. 판매원은 고객 개인별 재무계획을 충실히 설계할 수 있는 능력을 보유해야 한다. 즉, 고객의 미래소득을 최대화하거나 재산가치를 유지시킬 수 있는 재테크기법과 상속세법 관련지식 및 부동산 등 재산의 효율적 활용방법 등을 숙지하고 있어야 한다.

또한 판매원이 노년층 고객을 효과적으로 설득하려면, i) 그들의 독립성과 존엄성을 유지하면서, ii) 살아온 생활방식을 지속·발전시키고, iii) 현재의 가정과 주택을 유지하며, iv) 안전하고 평화로운 여생을 보낼 수 있다는 메시지를 효율적으로 전달하는 가운데 그 수단으로서 장기간병보험의 가입을 권유할 수 있는 커뮤니케이션 능력이 필요하다.

따라서 국내보험사들도 장기간병보험을 효율적으로 판매할 수 있는 FA(Financial Advisors)와 같은 고학력의 별도 판매조직 보유를 신중히 검토해야 한다. 연금보험, 변액보험, 질병/상해보험 등과 연계된 장기간병보험 상품을 패키지상품화하거나 각각의 상품들을 고객의 실정에 맞게 적절히 조합하여 권유할 능력이 있는 경우, 장기간병보험은 지금보다 효과적으로 판매될 수 있을 것이다.

## 라. 간병관련 부수사업 전략

장기간병을 위한 요양시설, 전문간병인력, 간병기구 등은 장애인구를 효율적으로 수발하기 위해 반드시 필요한 것들이다. 이들은 또한 장기

간병보험의 현물급부 대상이기 때문에 장기간병보험 영업과는 밀접한 관련성을 갖고 있다. 그러나 우리나라는 이 분야 산업이 전혀 발달되지 못한 상태이기 때문에 보험사들이 부수사업으로 진출하는 방안을 모색할 필요가 있다.

장기요양시설이나 주간요양시설(day care center) 등은 보험사가 단독으로 설립·운영하기에는 상당한 투자리스크가 수반되고 규모의 경제를 달성하기도 쉽지 않을 것이다. 따라서 보험협회를 중심으로 업계공동사업으로 추진하거나 '공익사업자금'을 활용하는 방안 등을 심도있게 논의해 볼 수 있다고 판단된다. 이 경우, 정부의 직접적인 재정지원이나 금융·세제 등의 간접지원 방안도 적극적으로 논의되어야 할 것이다.

보험회사가 적극 고려해 볼 부수사업은 '간병인제공서비스업'이라 할 수 있다. 간병인이란 간호사처럼 일정 수준의 의료지식을 습득한 자, 고도의 간병훈련을 마치고 충분한 경험을 소유한 전문간병인, 환자돌보기 등의 단순간병인 등으로 그 수준이 다양하다. 현재 우리나라는 전문간병인 수가 절대 부족한 상태이나 앞으로의 잠재수요는 매우 크기 때문에 간병인 공급사업은 그 자체로도 충분한 사업성이 있다고 판단된다.

또한 보험사가 충분한 간병인을 확보하는 경우, 장기간병보험 가입자에게 현물급부를 충실히 할 수 있어 장기간병보험시장 확대에도 많은 도움이 될 것이며, 손해사정관리(claim management)에도 유효한 수단이 될 수 있을 것이다. 따라서 보험사는 부수사업으로 '간병인육성기관' 운영과 '간병인제공서비스업'을 적극 검토할 가치가 있다고 판단되며, 이 경우 기존 설계를 활용하는 여러 가지 대안도 전략적으로 고려될 수 있을 것으로 판단된다.

## VI. 결 론

우리나라는 인구통계적인 관점에서 볼 때 2000년에 노인인구비중이 7%를 상회하여 노령화사회에 진입하였으며 이러한 노령화 속도는 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있다. 또한 대가족 중심의 전통적인 가족체계도 산업화 및 서구문화 유입의 영향으로 단독세대 중심의 핵가족 체계로 급속히 변화되고 있다.

이에 따라 국민, 특히 노인인구의 건강문제와 장애시의 간병수요가 급증하고 있다. 그러나 이러한 간병문제를 해결할 수 있는 요양시설, 간병인, 간병시설과 기기 등의 사회적인 인프라는 매우 미약한 수준이다. 또한 간병비용을 부담해 주는 재정시스템도 매우 열악하여 정부에서 부담하는 경우는 일부 빈곤층으로 한정되어 있고 지방자치단체나 사회공익단체의 역할도 거의 없는 상태이며 민영보험시장도 제대로 발달하지 못하였다.

따라서 국민의 간병수요를 충족시키는 과업은 향후 국가적인 매우 중요한 과제가 될 것이며 심각한 사회문제가 될 가능성도 높다. 이에 따라, 정부가 국민의 간병수요를 충족시킬 수 있도록 요양시설 확충·간병인 육성 등 사회인프라를 구축하고 중장기적인 공적 장기간병보험 도입방안 등도 신중히 검토할 시점이라 판단된다.

아울러 민영간병보험시장도 조속히 활성화시켜야 한다고 판단된다. 이를 위해서는 세제혜택 등 정부의 강력한 정책적 지원이 선행되어야 하며, 보험사업자들의 장기적이고 전략적인 접근자세도 요구된다. 민영보험시장의 활성화를 위한 구체적인 방안은 선진국 시장의 경험을 벤치마킹하여 도출할 수 있으므로, 보험사들의 이 부분에 대한 많은 투자와 관심이 있기를 기대한다.

## < 참고문헌 >

- 건강보험심사평가원, 『의료보험통계연보』, 1999
- 국민의료보험관리공단, 『의료보험 부과체계』, 1998. 12.
- 류성경 · 김상의 · 김태근, 『보험사의 Health Care Business 진출에 관한 연구』, 연구보고서 2000-02, 삼성금융연구소, 2000. 1
- 문현상 · 김유경, 『유료노인복지시설의 공급확대방안』, 정책보고서 97-02, 한국보건사회연구원, 1997. 12
- 선우덕, 「노인의료비 적정화를 위한 정책방안」, 『보건복지포럼』, 통권 제32호, 한국보건사회연구원, 1999. 5.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 1985, 1990, 1995.
- 정경희, 「재가노인복지서비스 현황과 정책과제」, 『보건복지포럼』, 통권 제25호, 한국보건사회연구원, 1998. 10.
- \_\_\_\_\_, 『1998년도 전국 노인생활실태조사 및 복지욕구조사』, 정책 보고서 98-04, 한국보건사회연구원, 1998. 12
- 통계청, 『장래인구추계』, 2001.
- \_\_\_\_\_, 『우리나라 인구 · 주택의 변화모습』, 1999. 12.
- \_\_\_\_\_, 『경제활동인구연보』, 2000.
- \_\_\_\_\_, 『사회통계조사』, 2000.
- \_\_\_\_\_, 『인구동태통계연보』, 2000.
- \_\_\_\_\_, 『통계로 보는 한국의 모습』, 2000.
- \_\_\_\_\_, 『2000 인구주택총조사 전수집계결과(인구부문)』, 2001. 9.

- Allianz Group, *Long Term Care Insurance in Germany*, 2001.
- CEA ECO, *Health Insurance in Europe 1998 Data*, July 2000
- Crosby, *Long-Term Care Insurance ... the complete guide*, 1996.
- David Dullaway & Susan Elliott, *Long-Term Care Insurance, A Guide to Product Design & Pricing*, 1988.
- Edward Richards, "Paying for Long-term Care", *Institute for Public Policy Research*, 1995 & 1996.
- Laing & Buisson, *Care of Elderly People Market Survey 1995 - 1996*, 1996.
- Munich Re, *Long Term Care Insurance*, July 2001.
- \_\_\_\_\_, *LTCI International Situation*, 2001.
- OECD, *OECD in Figures 2001*, 2001.
- PPP lifetime care, *A world-wide review for long term care*, 1995.
- Swiss Re UK, *Long Term Care Insurance Underwriting Guidelines*, 1996.
- \_\_\_\_\_, *Long Term Care Data Pack*, 1998.
- U.N. Population Division, *World Population Prospect*, 1998.
- U.S. Bureau of Census, *Health Insurance Coverage 1998*.