

연구조사자료 2008-2

노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안

2008. 3

오영수

보험연구원

머 리 말

인간은 생로병사의 흐름에서 벗어날 수 없다. 그렇기 때문에 많은 사람들이 젊은 시절 건강을 잘 유지하다가도 나이 들어서 는 기력이 쇠해지고 결국에는 누군가로 부터 부양을 받지 않으면 안 되는 상황에 처하게 된다. 과거에는 이러한 부양을 가족으로부터 받아 왔으나 사회환경 변화에 따라 가족구조가 바뀌고 여성의 사회진 출이 늘면서 이조차도 어려워지는 상황이 되었다. 더구나 고령화가 세계에서 가장 빠르게 진전되면서 제대로 부양받지 못하는 사람이 크게 늘 것으로 예측되고 있다. 이는 현재의 고령세대는 자산을 충분하게 축적하지 못하여 간병시설이나 서비스를 자력으로 받기 어려운 사람들이 많기 때문이다.

이러한 사회경제적 배경 하에 정부는 올해 7월부터 노인장기요양보험 제도를 도입하기로 하였다. 이러한 조치는 우리나라가 빠르게 고령화되는 상황에 대응하려는 정부 차원의 노력으로 이해된다. 본래 문명국의 척도는 여러 가지가 있지만 노인을 명예롭게 하는 것도 중요한 척도로 꼽힌다. 따라서 선진국 대열에 동참하려는 우리나라의 입장에서는 노인들이 마지막 여생을 잘 마무리 할 수 있도록 하는 것이 중요한 과제이다.

그러나 우리보다 앞서 공적 장기간병보험 제도를 운영했던 독일과 일본의 경험을 통해 볼 때 공적 장기간병보험을 통한 보장을 빠르게 확대하는 것은 불가피하게 국민 부담을 급격하게 끌어올려 다시 공적 보장 수준을 재조정해야 하는 문제를 야기한다. 그래서 많은 국가들은 공적 장기간병보험 일변도의 제도에서 벗어나 민간 장기간병보험 제도를 적절히 활용하는 것이 바람직하다는 시각 하에 세제혜택 등 인센티브를 부여하기 시작하고 있다.

이러한 정책변화를 확인하기 위해 이 연구에서는 독일, 일본, 영국, 미국과 같은 선진국에서 장기간병을 위한 재원조달을 어떻게 해왔으며, 그러한 과정에서 발생된 문제점을 어떻게 해결해왔는가를 조사하였다. 또한 이들 국가에 대한 조사로부터 시사점을 얻어 보험산업의 전문가에 대한 설문조사를 기초로 우리나라에서 노인장기요양보험과 장기간병보험간 역할 분담이 어떻게 이루어지는 것이 바람직하며, 더 나아가 장기간병보험은 어떻게 운영되는 것이 바람직한가를 제시하고 있다.

이 연구는 이 분야에 대한 기존 연구 결과를 계승하면서도 공적 보험제도로 노인 장기요양보험 제도가 도입되는 것을 고려하고 보험회사 전문가들의 설문조사 결과를 반영했다는 점에서 차별성을 갖는다. 아무쪼록 이 보고서가 적극 활용되어 보험회사가 장기간병보험 시장을 활성화시켜 성장동력을 확충하는 데 도움이 되기를 기대해본다.

이 보고서를 작성한 오영수 선임연구위원과, 이 보고서의 작성에 아낌없는 자문과 조언을 해주신 내외부 전문가들에 대해서도 진심으로 감사를 표한다. 또한 설문조사에 참여하여 귀중한 의견을 주신 보험업계 전문가들께도 감사를 표한다.

마지막으로 이 보고서의 내용은 연구 담당자의 개인 의견이며, 보험연구원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀둔다.

2008년 3월 일
보험연구원
원장 나동민

목 차

요 약	11
I. 연구의 개요	25
1. 연구의 배경 및 목적	25
2. 연구의 방법 및 구성	26
3. 선행연구 검토	26
II. 환경변화에 따른 장기간병보험의 필요성	32
1. 장기간병보험을 둘러싼 환경변화	32
2. 노인장기요양보험의 도입	44
III. 장기간병보험의 현황과 문제점	54
1. 현황	54
2. 문제점	55
IV. 장기간병보험 운영의 해외사례	57
1. 독일	57
2. 일본	65
3. 영국	73
4. 미국	78
5. 시사점	90
V. 장기간병보험 운영 방안	92
1. 노인장기요양보험과 적절한 역할 분담	92
2. 상품개발 전략	95
3. 판매채널 및 판매기법의 전문화	100
4. 언더라이팅 제도 확립	103
5. 간병대상자 평가·판정 체계의 일원화	103
6. 위험 전가 방법의 다원화	106
7. 세제 혜택	107

8. 규제 및 감독	107
9. 노인장기요양 시설 및 인력 확충	109
VI. 결론 및 향후 과제	113
참고문헌	114
[부록1] 자율행동능력 상실에 대한 정의	118
[부록2] 장기간병보험 설문	120

<표 차례>

<표 II-1> 고령화 관련 주요 지표	32
<표 II-2> 가구원 수별 가구구성 전망	33
<표 II-3> 가구의 연령별 가구구성별 추계가구	34
<표 II-4> 여성 경제활동 참가율 추이	35
<표 II-5> 일상생활 동작 능력	36
<표 II-6> 연간 만성질병 유병률	36
<표 II-7> 장애 출현율	37
<표 II-8> 가구주 연령별 자산 현황	39
<표 II-9> 연령별 의료비 상대지출 추이	40
<표 II-10> 국민건강보험 총 진료비 전망	41
<표 II-11> 고령화 요인에 의한 국민건강보험 재정 구조전망	41
<표 II-12> 노인요양시설 현황	42
<표 II-13> 재가노인복지시설 현황	42
<표 II-14> 2006 ~ 2008년 요양시설 투자 계획	43
<표 II-15> 시설 인프라의 충족률 현황 및 계획	43
<표 II-16> 노인장기요양보험료율 장기 전망	46
<표 II-17> 장기요양등급 판정기준	48
<표 II-18> 노인장기요양보험 제도의 활성화 전망	50
<표 II-19> 노인장기요양보험 제도의 활성화 전망 근거	50
<표 II-20> 노인장기요양보험 제도의 비활성화 전망 근거	51
<표 II-21> 노인장기요양보험 도입에 따른 장기간병보험의 활성화 가능성	51
<표 II-22> 장기간병보험의 활성화 전망 근거	52
<표 II-23> 장기간병보험의 비활성화 전망 근거	52
<표 III-1> 장기간병보험 상품 현황	54
<표 IV-1> 독일 수발보험의 급부 구분	59
<표 IV-2> 서비스별·등급별 요양급부 한도액	60
<표 IV-3> 법정 수발보험 수급자 연도별 추이	60
<표 IV-4> 수발보험 급부지출의 연도별 추이	61
<표 IV-5> 연도별 수발보험 수입·지출 현황	62
<표 IV-6> 일본 개호보험 신구제도의 비교	67
<표 IV-7> 피보험자 수 및 요개호 인정자 수 추이	69
<표 IV-8> 연도별 재가·시설서비스 월평균 급부비 추이	70
<표 IV-9> 일본 장기간병보험 시장 규모	72

<표 IV-10> 커뮤니티 케어의 유형별 담당 주체 및 이용자의 자기 부담	75
<표 IV-11> 영국 장기간병보험 유형별 신규 보험료 추이	77
<표 IV-12> 메디케이드 장기간병서비스 수급자격 요건	80
<표 IV-13> 메디케이드와 메디케어 수급자 구성	81
<표 IV-14> 미국 장기간병비용 재원조달 구조	82
<표 IV-15> 장기간병 이용자의 메디케이드 지출 구성	82
<표 IV-16> 메디케이드 장기간병 서비스 지출의 추이	83
<표 IV-17> 미국 민간 장기간병보험의 주요 회사별 시장점유율	84
<표 IV-18> 근로자의 장기간병보험 가입률 추이	84
<표 IV-19> 전형적인 미국식 실손보상보험	85
<표 IV-20> 연령구간별 장기간병보험료	87
<표 IV-21> 민간 장기간병보험 주요 규제 of 변천과정	90
<표 V-1> 노인장기요양보험과 장기간병보험간 역할 분담	93
<표 V-2> 노인장기요양보험과 장기간병보험간 협력 분야	94
<표 V-3> 보험금 지급 방식 관련 장기간병보험 상품개발 방향	95
<표 V-4> 실손형 상품의 보험요율 적용	96
<표 V-5> 계약 형태 관련 장기간병보험 상품개발 방향	96
<표 V-6> 장기간병보험의 일반적 장애에 따른 요양 보장 여부	97
<표 V-7> 장기간병보험의 일반적 장애에 따른 요양 보장이 부적절한 이유	97
<표 V-8> 장기간병보험의 일반적 장애에 따른 요양 보장이 적절한 이유	98
<표 V-9> 장기간병보험과 결합하기 적합한 상품	99
<표 V-10> 장기간병보험 목표 고객 연령대	100
<표 V-11> 장기간병보험 설명의무 강화 필요성	101
<표 V-12> 장기간병보험 판매에 적합한 모집조직	102
<표 V-13> 장기간병보험 판매 전문설계사 법규상 명문화 필요성	102
<표 V-14> 장기간병보험의 노인장기요양보험 등급판정 결과 수용 필요성	104
<표 V-15> 노인장기요양보험 등급 판정 수용이 적절한 이유	105
<표 V-16> 노인장기요양보험 등급 판정 수용이 부적절한 이유	105
<표 V-17> 보험회사의 노인장기요양 시설 및 인력 관련 사업 진출의 적절성	111
<표 V-18> 보험회사의 노인장기요양 시설 및 인력 관련 사업진출이 적절한 이유	111

<표 V-19> 보험회사의 노인장기요양 시설 및 인력 관련 사업진출이 부적절한 이유	112
<부표 1> 노인장기요양보험 관련 노인복지시설의 종류	130
<부표 2> 공적 장기간병보험 급부 국제비교	131
<부표 3> 주요국의 장기간병서비스에 대한 본인부담	132
<부표 4> 주별 민간 장기간병보험에 대한 세제혜택	133
<부표 5> 장기간병보험 주요 소비자보호 조항 주별 채택 현황	138

<그림 차례>

<그림 II-1> 65세 이상 노인의 수발기간 분포	38
<그림 II-2> 요양등급 판정 절차	47
<그림 III-1> 장기간병보험 가입 의향	55
<그림 IV-1> 노인복지와 노인보건의 개호보험으로 재편성	67
<그림 IV-2> 일본 개호보험제도의 개요	68
<그림 V-1> 노인장기요양 사업의 가치사슬	110

요약

1. 연구의 개요

1. 연구의 배경 및 목적

- 2008년 7월부터 노인장기요양보험 제도가 도입됨에 따라 기존에 민영보험회사들이 영위하던 장기간병보험은 공사간 역할분담을 고려한 활성화 방안을 모색할 필요가 있음.
- 이 연구는 최근의 환경변화와 노인장기요양보험 제도 도입을 고려한 장기간병보험의 운영체계를 종합적으로 마련함으로써 보험 산업의 성장 동력을 확충할 수 있도록 하는 데 목적이 있음.

2. 연구의 방법 및 구성

- 국내외 선행연구를 검토한 후 장기간병보험 운영 환경변화를 조사하고, 현행 장기간병보험제도의 현황과 문제점을 정리
 - 해외 주요국의 공사 장기간병보험 운영에 대한 조사를 통해 시사점을 도출
- 장기간병보험에 대한 공급자 인식을 조사하여 운영방안 작성에 참고함
 - 생명보험회사: 17개 보험회사 총 43명 응답
 - 회사 규모별 분포: 대형사 3개사, 중소형사 8개사, 외국사 6개사
 - 업무 부문별 분포: 상품개발 17개사(17명), 영업기획 15개사(15명), 경영기획 11개사(11명)

- 손해보험회사: 10개 보험회사 총 27명 응답
 - 회사 규모별 분포: 대형사 4개사, 중소형사 5개사, 외국사 1개사
 - 업무 부문별 분포: 상품개발 10개사(10명), 영업기획 9개사(9명), 경영기획 8개사(8명)

- 장기간병보험 활성화를 위한 과제 도출 및 해결방안 제시
 - 노인장기요양보험과 역할 분담 방안
 - 장기간병보험 활성화 방안

3. 선행연구 검토

가. 국내연구

- 류성경·조영훈(1998)은 미국과 일본 장기간병보험 시장의 현황 소개를 기초로 우리나라 장기간병보험 시장의 성장성을 전망하고 상품개발 및 판매 전략을 제시
 - 우리나라에서 장기간병보험의 활성화를 위해 낮은 보험료의 장기간병보험 상품 개발, 부가서비스 차별화 판매 전략, 다양한 개호 서비스 제공 방안 등을 제시

- 박상범(1999)은 고령화, 핵가족화 등을 배경으로 적절한 장기간병서비스 제공을 위해 정부와 민간간 역할 분담이 필요함을 주장
 - 정부는 요양시설의 확충과 필요인력의 확보 및 세제혜택 부여 등의 역할을 하고, 민간 차원에서는 다양한 장기간병보험 상품의 개발 및 판매, 그리고 각종 서비스 제공에 주력

- 김기홍(2001)은 우리나라에서 장기간병의 필요성을 심층적으로 분석하고 외국의 선진사례를 참고하여 관련 정책과제와 민영장기간병보험시장의 발전방안 제시

- 장기간병 관련 시설의 확충 및 유능한 전문간병인 육성을 위한 정책 수립과 아울러 가정간병의 기능과 효율성을 높일 수 있는 방안 마련의 필요성 제시
 - 민영장기간병보험을 통해 국민들이 자발적으로 노후장애에 대비함으로써 미래세대의 국가적 부담을 줄일 수 있도록 세제혜택, 국민건강보험공단 자료 제공 등 정부 지원 필요성 주장
 - 민영장기간병보험시장의 발전을 위해 적극적인 상품 구성전략 및 목표고객 설정 마케팅 전략 구사, 간병 관련 사업의 추진 등을 제시
- 류성경·신기섭(2004)은 정부가 2007년 시행을 목표로 추진하고 있는 공적 장기간병보험 제도를 고찰하고, 우리나라에서 공적 장기간병보험 제도에 민간공급자가 참여해야 하는 당위성과 방법을 제시
- 정부의 기본보장 역할 참여 여부와 공사간 역할 분담 방식을 기준으로 5개 모형을 제시 한 후 혼합형-완전선택형을 가장 현실적이고 효과적인 대안으로 제시함.
- 최은영 외(2005)는 OECD국가 사례를 비교하여 장기요양서비스는 공적 자원과 사적 자원이 결합된 형태로 갈 것으로 예상하면서, 민간보험의 역할은 더 커질 수 있지만 가입이 강제화 되지 않으면 수요가 낮을 것으로 예상
- 조용운(2006)은 민영 장기간병보험의 활성화 방안을 상품개발 측면에서 모색하면서 사업비 절감, 역선택 억제 등을 가져올 수 있는 방향으로 상품 설계의 필요성을 주장
- 아울러 특약 형태의 장기간병보험 상품을 순수 장기간병보험 상품 형태로 전환, TLPs(traded life policies)보험 개발을 적극 검토, 시설투자와 연계된 장기간병보험 상품 개발, 상품 표준화 필요성 제시

나. 해외연구

- Peter Zweifel(1996)은 장기간병보험과 신탁저축간 비교분석하여 장기요양을 위한 신탁저축이 장기간병보험보다는 도덕적 해이 문제에 덜 영향을 받는 것으로 보인다고 주장
 - 다만 장기간병보험과 신탁저축이라는 두 수단을 결합해서 이용하는 것이 시너지를 통한 이익을 얻는 한편으로 단점을 피할 수 있을지는 추가적 연구가 필요하다고 결론

- Yung-Ping Chen(2001)은 공적보험과 민영보험 모두가 핵심적 역할을 하고 개인저축까지 포함하는 3각 재원조달 모델을 제안
 - 정부로부터 재원조달이 제약받고 개인이 비자발적이거나 능력이 없을 경우 3각 재원조달 모델을 시행하기 위해서는 공적 부문과 민간 부문에 교환(trade-off) 원리가 적용될 필요가 있음.

- Lewis & Wilkin(2003)은 미국에서 개인들이 장기간병보험을 구매함에 있어 소비자보호는 어떻게 이루어지는지에 초점을 맞추어 연구
 - 연방정부가 세제혜택을 부여하여 전체 주에 대해 소비자보호를 위한 규제를 완벽하게 통일할 것을 권장하면서, 그럼에도 불구하고 남은 과제를 해결할 방안 제시

다. 선행연구에 대한 종합평가

- 국내 연구의 경우 해외조사 위주로 진행되었으며, 2008년 7월에 도입되는 노인장기요양보험에 대응하여 보험회사가 추진해야 할 과제가 명확하고 구체적이지 않은 채 일반론적으로 제시됨.
 - 내용면에서는 대부분 공적 간병보험 운영에 대한 해외사례 조사에 치중하면서 그로부터 시사점을 얻어 국내에서의 운영방안을 모색하고 있음.

- 해외 연구의 경우에는 민간 장기간병보험이 가장 발달한 미국과 관련한 연구가 주류를 이루고 있고, 따라서 이슈에 대한 분석도 미국의 상황에

맞추어져 있음.

- 아직은 많은 점에서 미국에 비해 초창기 단계에 있는 우리나라 장기 간병보험 시장의 활성화를 위해 재원조달을 위한 제도간 역할 분담, 상품개발, 언더라이팅, 소비자보호를 위한 규제 등에서 적절한 시사점을 취할 필요가 있음.

II. 환경변화에 따른 장기간병보험의 필요성

1. 장기간병보험을 둘러싼 환경변화

가. 고령자 수의 증가

- 고령화율은 2006년 9.5%에서 2020년 15.7%로 급격히 상승할 것으로 전망되는 가운데, 80세 이상 노인의 수도 2010년 39만 명에서 2020년 80만 명으로 증가한 후 2030년에는 125만 명으로 증가할 전망
- 65세 이상의 노인 중 치매, 중풍 등으로 인해 요양보호가 필요한 노인의 비중을 14.8%라 할 경우 2010년 79만 명에서 2020년 114만 명으로 증가할 전망

나. 가족 구조 및 기능의 변화

- 고령화와 저 출산의 영향으로 3인 이상 가구의 비중은 줄어들고 2인 이하 가구의 비중이 급격히 증가하고, 사별, 이혼, 독신 등을 이유로 1인 가구의 비중도 급격히 증가할 전망
- 여성 경제활동 참가율은 2005년에 50%를 넘어선 이후 2006년에는

50.3%인데 경제활동에 참가하는 여성의 연령이 높아지고 있음.

□ 가족 기능의 변화

- 핵가족화에 이어 1인 가구의 증가, 여성의 경제활동 참가율 증가 등으로 후세대가 노인을 부양한다는 전통적인 가족기능이 어려워짐
- 이에 따라 노인가구의 경우 노인에 의한 노인수발이 현실적으로 정착될 수밖에 없으며, 이조차도 사별 등을 계기로 어려워질 전망이다.

다. 수발 기간의 장기화

- 2004년 기준으로 5년 이상 장기간 수발기간이 전체의 약 39%이어서 수발자의 육체적 피로, 경제적 및 심리적 부담을 가중시키고 있음.

라. 고령자의 자산 및 소득 증가

- 베이비붐 세대는 국민연금과 같은 공적 연금은 물론 개인연금을 통한 노후 준비를 하고 있어 과거 세대와 달리 자산 및 소득을 높은 수준에서 유지 전망
- 민영 장기간병보험 가입 의향자가 꾸준히 증가하고 있는 가운데 보험을 활용하여 간병비용을 조달하려는 고령자 인구도 증가 전망
 - 고령자들이 간병비용 지불 능력이 확대됨에 따라 고급의 간병 시설 및 서비스를 수요할 전망

마. 노인 의료비 급증

- 전체 의료비 중에서 65세 이상 노인의 의료비가 차지하는 비중은 2000년 이래 급격히 증가하고 있는데, 향후 그러한 추세는 더욱 가속화될 전망이다.

- 전체 의료비 중에서 노인의료비가 차지하는 비중이 급격히 증가하고 있는 상황에서 고령화는 국민건강보험의 재정을 급격히 악화시킬 것임.

바. 노인장기요양 시설 및 인력

- 노인장기요양 인프라 증가에도 불구하고 노인장기요양보험의 요양시설 수요를 충족하기에는 아직 부족한 실정
 - 일부 병원시설을 노인요양병원으로 전환하는 추세가 증가하고 있지만 민간의 참여가 활발하지 않음.
- 장기요양요원도 꾸준히 증가하는 추세이나 여전히 크게 부족할 전망이다.

2. 노인장기요양보험의 도입

- 노인장기요양보험은 2008년 7월부터 도입될 예정인데, 오랜 기간에 걸쳐 준비되어 왔음에도 불구하고 다음과 같은 문제점이 지적되고 있음.
 - 2008년부터 실제로 서비스를 받을 수 있는 대상자가 65세 인구 중 요양보호가 필요한 72만 명의 22.2%인 16만 명에 불과할 정도로 보장범위 미흡
 - 서비스 수준이 높지 않아 이를 보완할 보충급여에 대한 관심이 높아질 것임.
 - 재가서비스의 경우 가족요양비 지원이 시설이 없는 지역에만 한정되며, 급여 수준도 지나치게 낮아 수발을 맡고 있는 가족에 대한 배려가 미흡함.
- 노인장기요양보험 제도의 도입을 계기로 보험가입 필요성에 대한 인식이 제고되어 장기간병보험이 활성화될 가능성이 있음.

Ⅲ. 장기간병보험의 현황과 문제점

1. 현황

- 장기간병보험은 생명보험회사와 손해보험회사가 공동으로 영위할 수 있는 제3보험 영역에 속함.
- 2008년 1월 말 현재 생명보험회사 6개사와 손해보험회사 3개사가 상품을 주계약 형태로 판매중임.

2. 문제점

- 민영 장기간병보험 등 보험을 활용하여 요양에 따른 비용을 조달하겠다는 국민들이 늘어나고 있으나 여전히 많은 수는 필요성을 인식하지 못하고 있음.
- 장기간병보험의 판매량이 부족하고 보험금 지급 실적도 미미하여 상품 개발을 위한 경험률 축적이 미흡함.
- 경험위험률이 제대로 축적되지 않은 상태에서 상품개발이 이루어져 안전할증 등으로 인해 보험료가 높은 수준임.
- 장기간병보험은 다른 보험 상품과 달리 역선택과 도덕적 해이가 높은 상품인데 이를 적절히 통제할 장치가 갖추어져 있지 않음.
 - 역선택 방지 장치의 미비는 개인의 의료정보를 집적하여 이를 언더라이팅 과정에서 활용할 수 없는 데서 기인하는 바가 큼.
 - 도덕적 해이는 피보험자의 장애 상태를 효과적이고 합리적으로 판정할 장치가 미흡하기 때문임.

- 대부분의 보험회사가 상품개발, 마케팅, 언더라이팅, 보험금 지급 등의 분야에서 장기간병보험 전문 인력을 갖지 않고 있음.
- 노인장기요양보험의 도입을 앞두고 요양 인프라의 확충이 빠르게 이루어지고 있지만 아직 충분한 수준이 아니며, 더구나 합리적인 기준 등의 설정이 이루어지지 못한 상황임.

IV. 장기간병보험 운영의 해외사례

1. 독일

- 민간 수발보험을 건강보험과 연계하여 일정 소득 이상인 국민들에 대해 대체형으로 운영하면서도, 보험시장에서 자발적 보충형 간병보험 (voluntary complementary long-term care insurance)도 판매되고 있음
 - 대체형으로 의무 가입하는 민간 수발보험에는 2006년 말 현재 920만 명이 가입하여 19억 6천만 유로의 보험료 납부하고 있음.
 - 자발적 보충형 장기간병보험은 2002년 말 현재 35개의 생명보험회사 및 건강보험회사가 판매하고 있는데, 69만 명이 가입하고 있음.
- 향후 수발에 대한 니즈의 증가에도 불구하고 공적 수발보험제도에서 급부가 확대될 가능성이 극히 낮으므로 민간 장기간병보험이 맡은 역할에 대한 기대가 높아질 것으로 전망

2. 일본

- 일본은 2000년부터 공적보험으로 개호보험이 도입되었으며, 민간 장기간병보험은 그 이전부터 임의 가입 방식으로 상품을 판매하여 개호상태를 보장

- 민영 장기간병보험은 1985년부터 판매되기 시작하여 생명보험회사와 손해보험회사 모두 판매하고 있는데, 2005년 현재 생명보험은 보험금 기준으로 25조 엔, 손해보험은 책임준비금 기준으로 7천7백억 엔 규모임.
- 민간 장기간병보험은 개호서비스에 대한 본인부담의 규모가 크지 않아 단기간 내에 활성화되기 쉽지 않을 전망이다.

3. 영국

- NHS에 의해 장기간병보험이 제공되어 민영장기간병보험이 크게 발달하고 있지 못함.
- 민간 장기간병보험은 2002년 기준으로 인구의 1%에도 미치지 못하는 43,000명이 가입하고 있는데, 대부분 60세 이상임.
- 매년 약 3천 건이 신규로 가입되는데, 2003년의 경우 신규 보험료 중 13.8%는 사전적립형 상품이고, 81.9%는 즉시니드형(immediate needs) 상품, 5.9%는 채권(bond)형임.
- 장기간병보험은 상품 내용이 복잡하고 상품설명에 전문적 지식을 가져야 하므로 주로 중개사나 독립금융자문사(independent financial adviser)에 의해 판매되고 있음.

4. 미국

- 저소득층 노인에 대해서는 소득 및 자산조사를 통해 메디케어와 메디케이드를 통해 장기간병 급부가 제공되나, 나머지 계층은 민영장기간병보험에 가입하거나 본인이 전액 부담하여 간병비용을 조달해야 함.
- 생명보험회사 및 건강보험회사는 물론 손해보험회사 등도 상품을 개발하여 판매할 수 있음.
- 1974년부터 본격적으로 민영장기간병보험 상품이 시판되기 시작하여

2005년 현재까지 194개의 민간 보험회사들이 판매하나 주로 6개 보험회사가 시장의 50% 이상을 차지하고 있음.

- 대부분 실손보상형 상품 위주로 판매되며, 실손 보상을 하더라도 일 또는 월 기준의 한도가 있음.
- 보장 내용 및 보험금 수준 등과 관련된 많은 옵션 중에서 고객이 자신의 니즈에 맞게 선택할 수 있도록 매우 탄력적으로 구성됨
- 대부분의 사람들은 보험대리점, 재정설계사, 또는 보험중개사로부터 보험을 직접 구매함.
- 연방정부는 세제 혜택을 부여하는 대신 소비자 보호를 위한 규제를 부과하며, 주정부는 어떤 보험회사가 장기간병보험을 판매할 수 있는지 그리고 그들이 판매할 수 있는 보험 상품들에 대해 규제함.

V. 장기간병보험 운영방안

1. 노인장기요양보험과 적절한 역할 분담

- 비용의식을 통한 국민부담의 적정화, 제도 운영의 효율화, 선택 기회 확대를 통한 만족도 제고 등을 위해 노인장기요양보험과 장기간병보험간 적절한 역할 분담 필요
- 장기간병보험은 노인장기요양보험이 보장하지 않는 영역을 중심으로 보장하되, 노인장기요양보험의 혜택에도 불구하고 고급서비스를 원하는 소비자를 위한 상품 개발도 필요

2. 상품개발 전략

- 장기간병보험 상품은 리스크가 큰 점을 고려하여 위험률 개발이 선행될 필요가 있으며, 단기적으로는 정액형보험 위주로 상품을 개발하고 점차로 고객의 선호에 맞추어 실손형보험을 확대하는 것이 바람직함.

- 장기간병보험의 경우에도 리스크의 특성이 보완적인 상품과 결합되어 개발됨으로써 리스크를 상쇄함은 물론 계약자의 만족도를 높일 수 있음.
- 장기간병보험을 즉시연금보험 또는 주택연금 등과 연계하여 상품을 개발하는 방안을 고려할 수 있음.

3. 판매채널 및 판매기법의 전문화

- 보험제도 운영 및 보험 상품이 복잡하고 역선택 및 도덕적 해이의 가능성이 상존하므로 판매채널 및 판매기법의 전문화 필요
- 건강상태가 좋지 않은 사람이 장기간병보험에 적극적으로 가입하려는 역선택과, 가입 후 건강상태를 위장하여 보험금을 받으려는 도덕적 해이가 다른 보험 상품에 비해 높으므로 이에 적극 대응할 필요가 있음.
- 장기간병보험은 판매과정에서 상품설명을 위해 건강에 대한 전문지식을 필요로 하기 때문에 모집조직의 전문화가 필요함.

4. 언더라이팅 제도 확립

- 역선택의 가능성 및 고객 분쟁을 줄이고 적절한 요율 적용을 위해서는 건강보험 등과 연계하여 언더라이팅 시스템을 구축하고 보험가입 시 언더라이팅을 엄격히 할 필요가 있음.
- 언더라이팅 기준을 엄격하게 설정하고 언더라이팅 전문인력을 확보하며, 언더라이팅 과정에서 의료기록 평가, 대면평가 등이 행해져야 할 것임.

5. 간병대상자 평가·판정 체계의 일원화

- 공적 보험인 노인장기요양보험 제도가 도입되어 민영 장기간병보험이 보충적 역할을 한다는 전제 하에 보험급여 지급 대상자에 대한 평가 및

판정 체계를 일원화하여 효율성을 제고할 필요

6. 리스크 전가 방법의 다원화

- 장기간병보험 관련 재보험 시장을 적절히 발달시킴으로써 장기간병보험의 리스크를 적절히 전가할 수 있게 하여 시장을 활성화할 수 있도록 함.

7. 세제 혜택

- 세제 적격 요건을 마련하고 충족할 경우에 한해 소득공제를 해주는 세제혜택을 부여하여 시장을 활성화시킬 필요가 있으며, 이는 두 가지 차원에서 의미를 가짐.
 - 노인장기요양보험의 재정적자 등으로 급부가 충분하게 제공되지 않을 경우 개인의 자조노력에 입각하여 장기요양 비용을 보험제도를 통해 조달할 수 있게 해줌.
 - 세제적격 요건을 통해 소비자보호, 공시, 소비자교육 등과 같은 규제를 시장원리에 따라 할 수 있는 근거를 가질 수 있음.

8. 규제 및 감독

- 기초위험률이 체계적으로 집적되어 있지 않으므로 최초 인가시 요율의 적정성을 잘 살펴야 할 것이며, 이후 보험료율을 갱신할 때마다 인상률이 적정한도를 넘어서지 않도록 감독할 필요
- 장기간병보험은 질병, 건강상태 등과 관련된 용어가 많을 뿐만 아니라 상품이 이해하기 어려우므로 보험상품 판매시 적절한 설명의무 준수 여부를 감독
 - 이와 아울러 실손보험의 경우 부적절한 승환계약을 통해 보험회사의 리스크를 소비자에게 전가할 가능성을 감독
 - 보험급부의 지급 조건이 까다로워서 부당하게 지급받지 못할 가능성

이 있으므로 이를 적절히 감독할 수 있도록 해야 함.

- 장기간병보험의 필요성을 조기에 인식시키고 상품 구입 시 유의할 점 등과 관련하여 소비자교육을 강화
- 보험분쟁은 일차적으로는 보험회사의 자율적인 해결에 맡겨두되, 금융감독원의 소비자분쟁조정기구에 장기간병보험 관련 전문 인력을 양성하여 적극적으로 분쟁을 해결할 수 있도록 할 필요가 있음.

9. 노인장기요양 시설 및 인력

- 실손형 장기간병보험 상품을 판매할 경우 노인장기요양 시설 및 인력에 대한 직접적 연계를 통한 비용 효율성 제고 필요
- 노인장기요양 시설 및 인력과 관련한 사업의 수익성 및 장기적 고려 차원에서 보험회사의 부수업무로 운영하는 방안 검토 필요
 - 대부분 요양시설이 영세성을 벗어나지 못하고 있으므로 보험회사의 평판과 브랜드를 활용하여 적극 진출할 필요가 있음.

VI. 결론 및 향후 과제

- 사회보험과 민영보험간 장기간병 영역에서 효율적인 협력 체계를 모색하여 저비용으로 보장성을 강화할 수 있게 하는 것이 바람직함.
- 구체적인 실증분석을 통한 효율적 운영 및 성과에 대한 측정 등은 향후 관련 통계자료의 집적시 시도하기로 함.

1. 연구의 개요

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라는 이미 잘 알려져 있듯이 인구의 고령화가 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있다. 이렇게 인구의 고령화가 빠르게 진행되면서 노인의료비가 빠르게 증가할 뿐만 아니라 급성치료와는 다른 노인 요양의 문제가 우리 사회의 중요한 문제로 대두되고 있다. 특히 인구의 고령화와 함께 진행된 핵가족화와 여성의 경제적 진출 확대는 노인 요양을 과거 가족 등에 의해 비공식적으로 행해지던 것을 어렵게 하고 있다. 이에 따라 비공식적 간병을 공식적 요양으로 전환해야 할 시기에 와 있다.

이에 정부는 2007년 4월에 노인장기요양보험법을 제정하여 2008년 7월부터 노인 장기요양보험 제도를 실시하기 위해 관련 인프라를 확충하는 등 대책 마련에 나서고 있다. 이렇게 별도로 노인장기요양보험 제도를 실시하는 것은 한편으로는 국민 건강보험의 재정안정화를 위해 필요할 뿐만 아니라, 노인장기요양을 위한 재원조달을 효율화하고 서비스를 확대하기 위한 측면도 있다. 이렇게 노인장기요양보험이 도입됨으로써 장기요양을 필요로 하는 노인들은 우선적으로 노인장기요양보험의 급여 혜택을 받고 추가로 요구되는 본인부담에 대해서는 다양한 방법으로 재원을 조달할 것으로 예상된다. 또한 노인요양시설 및 전문 간병 인력의 빠른 확충이 예상된다.

이에 따라 기존에 장기간병보험을 영위하던 민영보험회사들의 입장에서는 노인 장기요양보험이 실시되는 상황에 맞추어 상품을 새롭게 출시해야 할 뿐만 아니라 심사등급 체계를 정비하는 등 공사간 역할분담을 모색할 필요가 대두되고 있다. 아울러 장기간병보험 시장의 활성화를 위한 대책과 사업의 안정적 운영을 위한 방안을 마련할 필요가 있다.

이러한 배경 하에 이 보고서는 장기간병보험의 운영체계를 종합적으로 마련하여 보험 산업의 성장동력 확충을 도모할 수 있도록 하는 데 연구 목적이 있다.

2. 연구의 방법 및 구성

이 연구는 장기간병보험의 운영방안을 마련하는 데 목적을 두고 있으므로, 해외에서 장기간병보험이 공적제도와 어떠한 관계 하에 운영되는가를 조사하고, 아울러 우리나라 민영보험회사 전문가들은 장기간병보험 운영에 대해 어떠한 견해를 가지고 있는가를 조사하는 것을 중요한 연구방법으로 채택하였다.

특히 장기간병보험 활성화를 위한 운영방안 개선과 관련하여 공급자인 보험회사를 대상으로 설문조사를 하였는데 생명보험회사 17개사 43명, 손해보험회사 10개사 27명 등 총 27개사 70명이 응답해주었다. 이를 회사 유형별로 구분하여 분포를 보면 먼저 생명보험은 대형사 3개사(8명), 중소형사 8개사(22명), 외국사 6개사(13명)가 참여했으며, 업무 부문별로는 상품개발 17개사(17명), 영업기획 15개사(15명), 경영기획 11개사(11명)가 참여하였다. 손해보험은 회사 규모별로는 대형사 4개사(11명), 중소형사 5개사(15명), 외국사 1개사(1명)가 참여했으며, 업무 부문별로는 상품개발 10개사(10명), 영업기획 9개사(9명), 경영기획 8개사(8명)가 참여하였다. 이 설문조사의 결과는 제V장에서 향후 장기간병보험 운영방안을 마련하면서 설명을 보충하거나 주장을 보완하는 자료로 활용하기로 한다.

이 연구의 구성은 다음과 같다. 먼저 제 I 장에서는 선행연구를 검토하였다. 이어 제II장에서는 장기간병보험의 운영을 둘러싼 경제사회적 환경변화와 관련 제도 변화에 대해서 살펴보았다. 제III장에서는 현재 우리나라 보험회사가 운영하고 있는 장기간병보험의 현황과 문제점에 대해서 살펴보았다. 제IV장에서는 장기간병보험의 해외사례를 공사간 역할분담, 공적제도, 민간제도로 나누어 살펴보았다. 제 V장에서는 장기간병보험의 활성화를 위한 운영 개선 방안을 살펴보았다.

3. 선행연구 검토

가. 국내연구

장기간병보험에 관한 연구는 아직 시장이 초기 발전단계에 있다 보니 많지 않은 것이 현실이다. 최근까지 많은 연구는 대부분 외국의 제도, 특히 사회보험 방식의 공적 제도가 어떻게 운영되는지에 대한 소개를 중심으로 하면서 국내에 대한 시사점을 제시하는 내용이 주류를 이루고 있다.

먼저 류성경·조영훈(1998)의 연구는 미국과 일본 장기간병보험 시장의 현황 소개를 기초로 우리나라 장기간병보험 시장의 성장성을 전망하고 상품개발 및 판매 전략을 제시하고 있다. 이들은 두 나라의 시장 전망을 통해 우리나라의 경우에도 중장기적으로 활성화될 전망이므로 대응전략 수립이 필요하다고 제시하고 있다. 즉, 2010년대 전 후반에 가면 OECD국가들의 평균 경제수준에 근접하고 고령화 사회에 진입하며 경제력을 갖춘 고령층이 증가하게 됨으로써 장기간병시장이 활성화되어 1995년 현재 1조 5천억 원 규모의 장기간병보험 시장 규모는 2015년 12조 6천억 원, 2030년 21조 4천억 원으로 증가할 것으로 전망하였다. 그리고 장기간병보험 상품을 활성화하기 위해서는 보험료를 최대한 낮게 설정하고 보험금 지급 조건을 완화하며 고객의 니즈를 최대한 반영하는 방향에서 개발되어야 하며, 중산층을 목표 시장으로 하여 고객에 대한 부가서비스 차별화를 통해 경쟁우위를 확보할 수 있어야 할 것임을 제시하였다.

박상범(1999)은 장기간병서비스를 제공하기 위해 정부는 요양시설의 확충과 필요인력의 확보 및 세제혜택 부여 등의 역할을 하고, 민간 차원에서는 다양한 장기간병보험 상품의 개발 및 판매, 그리고 각종 서비스 제공에 주력해야 함을 주장했다. 특히 역저당 제도와 같은 금융상품의 도입을 적극 추진할 필요가 있으며, 노인의 건강 및 수발 문제에 대한 사회적 관심 및 인식 제고에 힘 쏟아야 할 것임도 주장하였다. 또한 성장잠재력을 가지고 있는 우리나라 장기간병보험 시장을 활성화하기 위해서는 보험상품 개발에 필요한 위험률 측정 등과 관련한 자료의 부족, 도덕적 해이와 역선택의 가능성, 장기간병의 필요성과 장기간병보험의 장점 및 가입요령 등에 대한 홍보, 요양시설에 대한 국가 차원에서 과감한 투자, 계약에 물가상승에 대한 보완책을 명확화, 계약 갱신의 보장 여부에 대한 명확화, 역저당 제도를 통한 장기간병 자금 또는 장기간병보험 보험료 마련 등을 제시하였다.

김기홍(2001)은 우리나라에서 장기간병의 필요성을 심층적으로 분석하고 외국의 선진사례를 참고하여 관련 정책과제와 민영 장기간병보험 시장의 발전방안을

제시하였다. 이 연구는 미국과 이스라엘을 제외한 대부분의 주요 선진국은 공적 장기간병보험의 도입에 앞서 민영 장기간병보험 시장이 활성화되어 있었음을 지적하면서, 장기간병요양시설 및 재가노인복지시설이 절대적으로 부족하므로 주간보호시설 및 단기보호시설의 확충과 요양시설의 설립 및 운영 등이 중장기 정책사업으로 추진되어야 하고, 유능한 전문 간병인 육성을 위한 정책 수립과 아울러 가정간병의 기능과 효율성을 높일 수 있는 방안의 마련이 필요함을 제시하였다. 또한 공적건강보험이 재정위기를 겪으면서 역할 확대에 한계가 있으므로 민영 장기간병보험을 통해 국민들이 자발적으로 노후장애에 대비할 수 있게 함으로써 미래세대의 국가적 부담을 줄일 수 있도록 해야 할 것임을 주장하였다. 이를 위해 세제혜택 등 정부의 강력한 지원이 필요하며, 국민건강보험공단과 각종 의료기관이 보유하고 있는 각종 자료를 데이터베이스화 하여 민영 보험회사의 보험료 산정과 언더라이팅에 활용할 수 있도록 하는 제도적 장치를 마련하는 것이 필요하다고 주장하였다. 또한 민영 장기간병보험 시장의 발전을 위해 선진시장의 상품 분석을 토대로 보다 적극적인 상품구성 전략의 구사, 노년층과 중장년층으로 나누어 목표고객을 설정하는 마케팅 전략 구사, 구매자들의 니즈를 적극적으로 고려한 다양한 상품 개발, 장기간병보험의 필요성을 정확하게 인지시킬 수 있는 상품소개서 및 고객의 개인별 재무계획 설계능력과 노년층 고객을 설득할 수 있는 효과적인 커뮤니케이션 능력을 갖춘 고학력의 판매조직 육성, 개별 보험회사는 간병인제공서비스업을 부수사업으로 적극 고려하며, 요양시설 등은 보험협회를 중심으로 업계공동사업으로 추진하거나 공익사업자금을 활용할 수 있을 것임을 제시하였다.

이상의 연구가 정부가 공적 보험으로 노인장기요양보험에 대한 대책을 구체화하기 이전의 연구였다면 류성경·신기섭(2004)은 그에 대한 논의가 진행되는 과정에서 연구가 이루어졌다는 점에 의의가 크다. 이들은 정부가 2007년 시행을 목표로 추진하고 있는 공적 장기간병보험제도를 고찰하고, 사회보험 운영에 민간공급자가 참여하는 최근의 세계적인 추세에 발맞추어 우리나라에서 공적 장기간병보험제도에 민간공급자가 참여해야 하는 당위성과 방법을 독일과 일본의 예를 바탕으로 제시하였다. 즉, 정부의 기본보장 역할 참여여부와 공사간 역할 분담 방식을 기준으로 종적 공사분담형-부분선택형, 종적 공사분담형-완전선택형, 횡적 공사분담형, 혼합형-부분선택형, 혼합형-완전선택형 등의 형태로 구분하여 5개 모형을 제

시하고, 그중에서 현 사회보험제도와와의 정합성, 비용효율성, 가입자 니즈의 충족 등에서 장점이 있는 혼합형-완전선택형을 가장 현실적이고 효과적인 대안으로 제시하였다.

최은영 외(2005)의 연구는 노인장기요양보험제도 도입을 앞두고 OECD 국가들의 요양제도와 체계를 분석하여, 향후 우리나라 제도의 장기적 안정성과 지속성을 확보하기 위해 고려해야 할 정책요소를 파악하고, 타국의 경험을 통해 예상 문제점 발생을 최소화할 수 있는 정책함의를 도출할 목적으로 이루어졌다. 이들은 향후 OECD국가들의 장기요양서비스는 공적 자원과 사적 자원이 결합된 형태로 갈 것으로 예상하면서, 민간보험의 역할은 더 커질 수 있지만 다음과 같은 이유로 활성화되기 어려우며, 가입이 강제화 되지 않으면 수요는 낮을 것으로 예상하였다. 즉, 공급자 측면에서는 인구학적 불확실성, 정보의 불균등에 따른 역선택과 도덕적 해이가 민간보험의 발전을 저해하는 요소로 보았으며, 수요자 측면에서는 장기요양과 관련된 위험(장기요양을 필요하게 될 확률)에 대한 인지 부족, 미래보다 현재 소비를 선호하는 경향, 공식수발보다 가족수발을 선호하는 경향, 민간 장기요양보험의 제한된 보장성, 보험료를 납부하기에 부족한 가계 수입, 수급자에 대한 공공부조 제공에 따른 민간보험 필요성 감소 등을 이유로 민간 장기요양보험에 가입하지 않으려는 경향이 있음을 지적하였다.

조용운(2006)은 장기요양서비스 수요에 영향을 주는 요인들을 파악하고 해외 사례를 참고하여 민영 장기간병보험의 상품개발 측면에서 활성화 방안을 모색하였다. 그는 우리나라에서 간병을 필요로 하는 고령인구의 급격한 증가, 가족(주로 여성) 등에 의한 무료요양 제공의 감소, 고령자의 높은 자산보유액, 국가요양 제공의 한계 등을 고려할 때 성장잠재력은 크다고 평가하면서 해외사례를 볼 때 적절한 상품개발 방향 설정이 요구된다고 지적하였다.

특히 프랑스, 독일, 영국, 미국의 경우 공적 장기간병보험이 재정의 한계로 보장성을 축소시키고 있지만 민영 장기간병보험은 높은 보험료로 침투도가 낮으므로 사업비 절감, 역선택 억제 등을 가져올 수 있는 방향으로 상품을 설계해야 한다고 주장하였다. 아울러 특약 형태의 장기간병보험 상품을 순수 장기간병보험 상품 형태로 전환, TLPs(traded life policies)보험 개발의 적극 검토, 시설투자와 연계된 장기간병보험 상품 개발, 소비자의 혼동을 방지하고 신뢰 제고를 위한 상품표준화 등

의 방안을 제시하였다.

나. 해외연구

Peter Zweifel(1996)은 세대 간 이타주의를 가정하지 않는 모델을 세워 장기간병 보험과 신탁저축을 비교분석하였다. 그는 장기간병보험 구매에 대한 압력은 주로 자녀가 이기심을 가진 대리인으로서 자기 자신의 목적을 추구하는 것과 양립 가능한 세대 간 관계를 유지할 필요로부터 유래한다고 본다. 따라서 장기간병보험을 위한 신탁저축은 장기간병보험보다는 도덕적 해이 문제에 덜 영향을 받는 것으로 보았다. 이는 신탁저축이 전통적으로 비공식 수발을 많이 받아온 사람들에게 그들의 노력을 감소시킬 유인을 덜 주기 때문이라는 것이다. 따라서 장기간병보험과 신탁저축이라는 두 수단을 결합해서 이용하는 것이 시너지를 통한 이익을 얻을 수 있을 것으로 보이나 단점을 피할 수 있을지는 추가적 연구가 필요하다고 하였다.

Yung-Ping Chen(2001)은 미국은 향후 몇 십 년 동안 고령화되고 있는 베이비부머들로 인해 장기간병에 대한 니즈가 증가할 것인데, 그 비용은 막대할 것이라 전망한다. 그런데 개인저축과 공공복지에 의존하는 현재의 재원조달 믹스 하에서 막대한 비용이 드는 수요를 충족하기 어려울 것으로 보고, 공적보험과 민간보험 모두가 핵심적 역할을 하고 개인저축까지 포함하는 3각 재원조달 모델을 제안하였다. 이러한 유형의 리스크에 대응하는 데는 보험이 최상의 방법이지만, 공적보험 또는 민영보험만으로는 장기간병에 대한 비용을 지불하기에 충분하지 않기 때문이라는 것이다. 그는 정부로부터 재원조달이 제약받고 개인이 비자발적이거나 능력이 없을 경우 3각 재원조달 모델을 시행하기 위해서는 공적 부문과 민간 부문에 교환(trade-off) 원리가 적용될 필요가 있다고 하였다.

Lewis, Wilkin and Merlis(2003)는 미국에서 개인들이 장기간병보험을 구매함에 있어 소비자보호는 어떻게 이루어지는지에 초점을 맞추어 연구하였다. 그들은 장기간병보험은 보험금이 지급되기 이전에 오랜 기간에 걸쳐 보험료를 납입해야 하고 그 납입된 보험료의 자산운용이 중요하기 때문에 규제의 필요성이 있다고 본다. 또한 보험료 납입을 시작하여 보험금의 지급까지는 대개 큰 시간 갭이 있어 그 사이에 물가상승으로 인해 보험금의 가치가 유지되지 않을 가능성에 대한 보호도 필

요하다고 본다. 이를 위해 장기간병보험의 경우 가입의 적격성 심사, 상품 정보 제공, 보험금부 지급 자격기준 명확화 등에 대한 규제가 필요하다고 본다.

한편 NAIC가 2000년 모델 레귤레이션에서 보험자가 최초 보험료를 적정한 수준에서 정할 책무를 확대하였고 2002년 9월부터 14개 주에서 새로운 요율산출 조항을 받아들였지만, 전체 주에 대해 소비자보호를 위한 규제를 완벽하게 통일할 수 있기 위해서는 연방정부가 세제혜택이 부여되는 상품의 기준을 더 강력하게 설정해야 한다고 본다. 그럼에도 불구하고 적정한 상품선택을 위한 지원, 보험계약자가 보험자의 적격성과 담보 결정을 검토하는 과정의 효과성 및 객관성 검증, 주법은 계약자가 급부를 받기 위해서 보험자의 케어관리플랜 준수 의무 여부, 장기간병보험을 구매할 사람들의 보험료 추가인상 가능성 등의 문제는 여전히 남는다고 보았다.

다. 선행연구에 대한 종합평가

국내 연구의 경우 기존에 해외조사 위주로 진행되었으며, 2008년 7월에 도입되는 노인장기요양보험에 대응하여 보험회사가 추진해야 할 과제가 명확하고 구체적이지 않은 채 일반론적으로 제시되었다. 이것은 제도 설계의 주도권을 갖고 있는 공적 보험의 구체적 모습이 제시되지 않은 상황에서는 불가피한 측면이 있다. 그럼에도 불구하고 기존의 연구는 이 연구와 관련하여 공사간 역할 분담, 상품설계, 역선택 억제, 마케팅 방법, 간병 인프라 구축 등과 관련하여 많은 아이디어와 시사점을 주고 있으므로 이를 이 연구에서 적극 반영하기로 한다.

해외 연구의 경우에는 아무래도 민간 장기간병보험이 가장 발달한 미국과 관련한 연구가 주류를 이루고 있고, 따라서 이슈에 대한 분석도 미국의 상황에 맞추어져 있다. 그렇지만 장기간병 비용의 재원조달을 위한 제도간 역할 분담, 소비자보호를 위한 규제 등은 우리나라에 시사하는 바가 크다고 생각한다. 따라서 아직은 많은 점에서 미국에 비해 초창기 단계에 있는 우리나라 장기간병보험 시장의 활성화를 위해 재원조달을 위한 제도간 역할 분담, 상품개발, 언더라이팅, 소비자보호를 위한 규제 등을 우리나라 상황에 맞게 보완하여 도입할 수 있는 방안을 제V장에서 강구하기로 한다.

II. 환경변화에 따른 장기간병보험의 필요성

1. 장기간병보험을 둘러싼 환경변화

가. 고령자 수의 증가

우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다는 것은 이제 잘 알려져 있다. 2006년 현재 전체 인구에서 65세 이상 노인이 차지하는 비중인 고령화율은 9.5%인데, 2020년이 되면 15.7%로 급격히 상승할 전망이다. 이에 따라 80세 이상 노인의 수도 급증할 전망이다, 2010년 95만 명에서 2020년 178만 명으로 증가한 후 2030년에는 258만 명으로 증가할 전망이다.

<표 II-1> 고령화 관련 주요 지표

(단위: 만 명, %)

	2006	2010	2020	2030	2050
전체 인구	4,830	4,887	4,933	4,863	4,234
65세 이상 노인 인구	459	536	770	1,181	1,615
80세 이상 노인	72	95	178	258	613
고령화율	9.5	11.0	15.6	24.3	38.2
노년 부양비	13.2	15.0	21.7	37.7	72.0
고령화 지수	51.0	67.7	125.9	213.8	429.3

주 : 1) 고령화율 = (65세 이상 인구/전체 인구) × 100

2) 노년부양비 = (65세 이상 인구/15~64세 인구) × 100

3) 고령화지수 = (65세 이상 인구/ 0~14세 인구) × 100

자료 : 국가통계포털 <http://www.kosis.kr>

이렇게 노인 인구가 급증함에 따라 치매, 중풍 등으로 인해 요양보호가 필요한 노인도 급증하고 있다). 요양보호가 필요한 노인의 비율을 65세 이상 노인의 14.8%

로 가정할 경우 2004년 62만 명이던 것이 2007년 72만 명으로, 2010년 79만 명으로 증가한 후 2020년이 되면 114만 명이 될 것으로 전망된다.

나. 가족 구조 및 기능의 변화

인구의 고령화와 함께 중요한 변화는 핵가족화 등 가족 구조의 변화이다. 고령화와 저 출산의 영향으로 3인 이상 가구의 비중은 줄어들고 2인 이하 가구의 비중이 급격히 증가할 전망이다. 또한 사별, 이혼, 독신 등을 이유로 1인 가구의 비중이 급격히 늘어날 전망이다(<표 II-2> 참조).

<표 II-2> 가구원 수별 가구구성 전망

(단위: %)

	2000년	2005년	2010년	2015년	2020년
1인	15.5	17.0	18.4	19.9	21.5
2인	19.1	20.8	22.4	24.0	25.8
3인	20.9	21.0	20.7	20.2	19.5
4인	31.1	30.6	29.6	28.5	27.0
5인	10.1	8.4	7.2	6.1	5.2
6인	2.4	1.6	1.3	1.0	0.7
7인 이상	0.9	0.6	0.4	0.3	0.2

자료 : 국가통계포털 <http://www.kosis.kr>

특히 65세 이상의 가구를 보면 1인 가구와 부부가구의 비중이 증가 추세를 보이는 반면, 2세대 이상의 가구는 비중이 낮아지는 추세를 보이고 있다(<표 II-3> 참조). 이는 기존의 2세대 이상의 가구가 부부가구로 전환된 후 사별 등을 계기로 1인 가구로 전환하는 것으로 추정된다.

1) 공적노인요양보장제도 실행위원회(2004)

<표 II-3> 가구주의 연령별 가구구성별 추계가구

(단위: %)

		1인	부부	1세대	2세대	3세대	4세대 이상
2005년	65~69세	23.6	35.0	35.8	30.5	9.4	0.2
	70~74세	32.1	35.8	36.5	21.7	9.2	0.1
	75~80세	41.4	31.6	32.3	17.3	8.4	0.1
	80~84세	46.1	28.6	29.3	15.8	8.0	0.2
	85세 이상	48.6	23.8	24.7	16.6	8.7	0.5
2010년	65~69세	24.0	35.9	36.7	30.1	8.8	0.2
	70~74세	34.0	35.9	36.6	20.9	8.1	0.1
	75~80세	42.8	32.0	32.7	17.0	7.1	0.1
	80~84세	47.4	29.8	30.5	15.0	6.5	0.1
	85세 이상	50.8	24.9	25.7	15.5	6.8	0.3
2020년	65~69세	23.7	36.8	37.6	30.3	8.1	0.2
	70~74세	34.8	36.5	37.2	20.5	7.2	0.1
	75~80세	44.7	32.0	32.7	16.4	5.9	0.0
	80~84세	49.1	30.0	30.7	14.5	5.3	0.0
	85세 이상	52.5	25.4	26.1	14.8	5.6	0.2
2030년	65~69세	24.0	37.8	38.6	29.6	7.5	0.2
	70~74세	35.3	37.0	37.7	20.2	6.5	0.1
	75~80세	45.6	32.2	32.8	16.2	5.2	0.0
	80~84세	50.3	30.2	30.8	14.2	4.5	0.0
	85세 이상	53.7	25.7	26.4	14.4	4.8	0.0

자료 : <http://www.kosis.kr>

한편 가족 구성원 중 여성의 경제활동 참가율이 2005년에 50%를 넘어선 이후 2006년에는 50.3%에 이르고 있다. 20~29세 구간의 여성 경제활동 참가율이 크게 높아진 가운데 30~39세, 40~49세 구간의 여성 경제활동 참가율도 꾸준히 높아지고 있는 상황이다(<표 II-4> 참조).

이렇듯 핵가족화에 이어 1인 가구의 증가, 여성의 경제활동 참가율 증가 등으로 후세대가 노인을 부양한다는 전통적인 가족기능은 어려워지고 있다. 노인에 대한 수발을 전통적으로 며느리 또는 딸이 맡아왔던 상황에 비추어 볼 때 이러한 변화는 가족에 의한 비공식수발이 현실적으로 어려워짐을 의미한다. 이에 따라 노인가구의 경우 노인에 의한 노인수발이 현실적으로 정착될 수밖에 없으며, 이조차도 사별

등을 계기로는 어려워질 전망이다. 따라서 향후에는 시설입소 또는 재가서비스 제공 등이 중요해질 것이다.

<표 II-4> 여성 경제활동 참가율 추이

(단위: 천명, %)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
여성경제활동인구	9,101	9,299	9,486	9,418	9,690	9,860	10,000
여성경제활동참가율	48.8	49.3	49.8	49.0	49.9	50.1	50.3
15 ~ 19세	12.6	12.7	11.9	11.4	11.1	10.3	8.9
20 ~ 29세	58.4	59.7	61.1	61.3	63.3	64.4	63.5
30 ~ 39세	54.1	54.4	54.6	53.9	54.5	54.6	56.4
40 ~ 49세	64.3	64.0	64.0	63.0	64.2	64.4	65.0
50 ~ 59세	53.5	53.9	54.3	52.6	53.2	54.3	54.7
60세 이상	30.2	30.0	30.1	27.8	28.3	28.1	28.3

자료 : 국가통계포털 <http://www.kosis.kr>

다. 고령자의 건강상태

1) 일상생활 동작능력

2006년 기준으로 65세 이상 인구의 일상생활 동작능력을 보면 목욕을 혼자 할 수 없다고 응답한 비율이 2.1%로 가장 높았으며, 식사하기는 0.4%로 가장 낮았다. 나머지 앉고 일어서기, 옷 갈아입기, 화장실 사용하기, 집안내 걷기 등은 1.0% 내외로 낮았다. 그러나 80세 이상 인구의 경우에는 대부분의 동작능력이 급격히 나빠지는 것으로 조사되었는데, 특히 목욕을 혼자 할 수 없다고 응답한 비율이 급격히 높아졌다(<표 II-5> 참조).

<표 II-5> 일상생활 동작 능력

	앉고 일어서기			옷갈아입기			화장실 사용하기		
	혼자 가능	도움 필요	혼자 불가능	혼자 가능	도움 필요	혼자 불가능	혼자 가능	도움 필요	혼자 불가능
65세 이상 인구	97.3	1.8	0.8	97.2	1.9	0.9	97.9	1.3	0.9
70~79세	97.4	2.0	0.6	97.4	1.8	0.8	98.1	1.3	0.7
80세 이상	92.9	4.1	3.0	92.0	5.1	2.9	93.6	3.5	3.0
	식사하기			집안내 걷기			목욕하기		
	혼자 가능	도움 필요	혼자 불가능	혼자 가능	도움 필요	혼자 불가능	혼자 가능	도움 필요	혼자 불가능
65세 이상 인구	98.6	1.0	0.4	97.7	1.3	1.0	93.2	4.7	2.1
70~79세	98.7	1.0	0.3	97.9	1.4	0.7	93.6	4.5	1.9
80세 이상	95.9	2.9	1.2	93.1	3.3	3.6	80.4	13.1	6.5

자료 : 통계청, 『2006년 사회통계조사보고서』, 2006.

2) 만성질환 유병률

2001년 현재) 65세 이상 인구 본인이 인지하는 만성질병은 관절염이 인구 1천 명 당 364.6명으로 유병률이 가장 높았고, 다음으로는 고혈압이 259.8명으로 높았다. 성별로 보면 남자의 경우 고혈압이 가장 높고 다음으로 관절염의 순이었으며, 여자의 경우 관절염이 가장 높고 고혈압, 요통, 좌골통의 순이었다(<표 II-6> 참조).

<표 II-6> 연간 만성질환 유병률

(단위: 명/인구1,000명)

	관절염	고혈압	요통, 좌골통	위염, 소화성 궤양	치아 우식증	진균증	알러지 성 비염
65세 이상	364.6	259.8	194.4	99.5	38.4	36.4	7.3
남자	199.0	225.9	112.7	89.0	40.4	43.5	14.6
여자	471.0	281.6	246.9	106.2	37.2	31.8	2.5

자료 : 보건복지부, 『2001년 국민건강·영양조사 - 만성질병편』, 2001.

2) 보건복지부에서 만성유병률에 대한 최신 통계를 집적하지 않아 불가피하게 2001년 기준의 통계를 사용하였다.

이렇듯 연령이 높아짐에 따라 일상생활 동작 능력에 장애를 겪는 인구의 비중이 높아지고 만성질환 유병률도 높아지고 있어 일반적인 병원진료가 아닌 장기요양 중심의 서비스가 더욱 필요해질 것으로 전망된다.

3) 장애 출현율

『2005년 장애인 실태조사』에 따르면 65세 이상의 연령층은 75세가 넘으면서 장애 출현율이 급격히 높아졌다 80세가 넘으면서 다소 낮아지는 것으로 조사되었다. 즉, 65~69세 연령군의 경우 12.82%였으나 75~79세 연령군의 경우에는 18.15%로 급격히 높아진 후 80세 이상 연령군의 경우 17.50%로 낮아졌다(<표 II-7> 참조).

<표 II-7> 장애 출현율

(단위: 명, %)

	남자			여자			전체		
	추정수	구성비	출현율	추정수	구성비	출현율	추정수	구성비	출현율
65~69세	123,898	9.8	15.62	102,194	12.1	10.54	226,092	10.8	12.82
70~74세	96,479	7.7	18.82	93,002	11.0	12.45	189,481	9.0	15.05
75~79세	69,394	5.5	24.14	76,471	9.1	14.81	145,865	6.9	18.15
80세 이상	43,438	3.5	21.61	77,013	9.1	15.80	120,451	5.7	17.50
전 연령	1,258,231	100.0	5.51	842,826	100.0	3.53	2,101,057	100.0	4.50

자료 : 보건복지부·한국보건사회연구원, 『2005년 장애인 실태조사』, 2006.

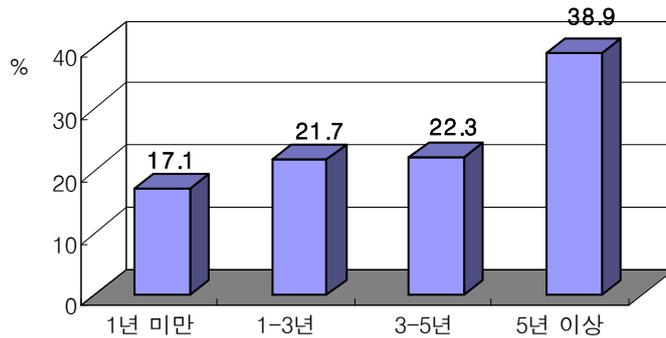
이를 성별로 나누어 살펴보면 여자에 비해 남자의 장애 출현율이 높았다. 남자의 경우 65~69세 연령군이 15.62%였다가 75~79세 연령군이 24.14%까지 올라간 후 다시 80세 이상이 되면 21.61%로 낮아졌다. 반면에 여자의 경우 65~69세 연령군이 10.54%였다가 75~79세 연령군이 14.81%로 상승한 후 80세 이상이 되어도 15.80%로 높아져 지속적으로 상승하였다.

이렇게 나이가 많아짐에 따라 장애 출현율이 높아지고 있어 노인들의 일상생활 동작 능력 저하에 크게 영향을 미칠 것으로 생각된다. 결국 장애 출현율이 높아지는 추세는 장기요양에 대한 니드를 확산 시킬 것이다.

4) 수발 기간의 장기화

2004년 기준으로 노인에 대한 수발기간의 분포를 보면 5년 이상 장기간 수발기간이 전체의 약 38.9%를 차지할 정도로 가장 높았다. 3년 이상 5년 미만이 22.3%, 1년 이상 3년 미만이 21.7%, 1년 미만이 17.1%를 차지하고 있다.

<그림 II-5> 65세 이상 노인의 수발기간 분포



주 : 2004년 기준임
 자료 : 정경희 외(2005)

이러한 보호기간의 장기화(평균 2년)는 가정 내 요양보호 노인 수발자의 육체적 피로, 경제적 부담, 심리적 부담 등을 가중시키고 있다³⁾. 따라서 가족에 의한 수발 보다는 사회제도적 장치를 활용한 수발을 선호할 가능성이 높아질 것이다.

라. 고령자의 자산 및 소득 증가

우리나라의 가구주 연령별 자산은 50대에 총자산의 규모가 최대에 이르고 60세 이상부터는 소비, 증여, 상속 등으로 총자산의 규모가 감소한다. 그리고 총자산의 내역을 보면 주로 부동산 자산이 대부분을 차지하고 있는데, 60세 이상의 경우 총

3) 임정기(2006), p. 53.

자산 대비 84.4%, 순자산 대비 93.1%를 차지할 정도로 절대적이다. 반면에 금융 자산인 저축총액은 40대에 정점에 도달한 후 60대가 되어서는 급격히 하락하는

<표 II-8> 가구주 연령별 자산 현황

(단위: 세, 만원)

항목 구분	전가구	30세 미만	30 - 39세	40 - 49세	50 - 59세	60세 이상
가구주 연령	48.9	25.6	35.1	44.4	54.1	68.7
총자산(저축,부동산,기타)	28,112.3	5,418.2	18,001.0	30,260.2	37,243.4	32,075.8
순자산(총자산-부채)	24,164.4	4,431.7	14,278.3	25,316.9	32,623.4	29,078.6
저축총액	5,744.8	2,903.8	5,611.3	6,744.3	6,548.4	4,557.4
부채총액	3,947.9	986.5	3,722.7	4,943.4	4,620.0	2,997.2
부동산평가액	21,604.1	2,137.7	11,598.0	22,597.1	29,723.2	27,072.3
기타자산평가액	763.5	376.8	791.6	918.9	971.8	446.1

주 : 2006년 기준임

자료 : 국가통계포털 <http://www.kosis.kr>

것으로 나타났다.

한편 자녀에 대한 상속 의지 등 여러 이유로 주택연금(reverse mortgage)을 이용하는 비율이 아직 크지는 않지만 소득흐름을 마련하기 위해 주택 등의 부동산을 활용할 경우 노인층은 40대 수준의 현금흐름을 만들어낼 수도 있을 것이다. 또한 향후 은퇴할 베이비붐 세대는 국민연금 및 특수직역연금과 같은 공적연금은 물론 개인연금을 통한 노후 준비를 하고 있어 과거 세대와 달리 자산 및 소득을 높은 수준에서 유지할 전망이다. 이렇듯 노인 본인 또는 자녀들의 소득 수준 증가에 따라 고급의 간병 시설 및 서비스에 대한 수요도 증가할 전망이다.

따라서 중산층 이상의 자산을 가진 노인들은 2008년 7월부터 도입 예정인 노인장기요양보험에만 의존하기보다는 고급의 요양 시설 및 서비스에 대한 수요를 보일 것이다. 따라서 노인장기요양보험에서 제공하는 것 이외의 서비스에 대한 비용을 지불할 수 있는 민간 장기간병보험에 대해 잠재적 수요를 보일 것이다.

마. 노인 의료비 급증

우리나라 전체 의료비는 고령화 등의 요인으로 빠르게 증가하고 있는데, 그 중 65세 이상 노인의 의료비가 차지하는 비중도 2000년 17.5%에서 2006년 25.9%로 빠르게 증가하였다. 이를 연령별 상대지수로 환산하여 보면 전체 의료비 중 65세 이상 노인의 의료비가 차지하는 비중은 더욱 높아졌는데, 2000년 244.6%에서 2006년 301.1%로 급증하였다(<표 II-9> 참조).

<표 II-9> 연령별 의료비 상대지출 추이

(단위: %, 백만 원)

연도	고령화율	총 의료비	연령군별 비중 및 상대지수		
			14세 이하	15세 ~ 64세	65세 이상
1981	3.9	165,127.6	31.9	64.8	3.3
			95.4	103.3	86.0
1985	4.3	583,278.4	27.6	67.6	4.7
			91.7	103.1	110.5
1990	5.1	2,919,772.3	22.5	69.3	8.2
			88.1	100.0	160.0
1995	5.9	5,977,451.3	20.2	67.6	12.2
			86.5	95.6	206.8
2000	7.1	12,912,220.7	17.5	65.1	17.5
			84.1	90.3	244.6
2005	9.1	24,861,515.3	12.7	62.8	24.4
			70.4	85.7	284.3
2006	9.5	28,410,254.9	12.1	62.0	25.9
			70.0	84.7	301.1

주 : 1) 고령화율 = (65세 이상 인구/총인구)×100

2) 연령별 구간의 상대 지수는 전체 의료비의 구성비이며, 하단의 수치는 인구의 비중을 고려한 상대적 의료비지출 지수임.

자료 : 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각연도.

국민건강보험공단, 『건강보험통계연보』, 각연도.

이렇듯 급증 추세에 있는 전체 의료비 중에서 65세 이상 노인의 의료비가 차지하는 비중은 향후에도 계속하여 높아질 전망이다. 한 연구(김용하(2006))에 따르면 65

세 이상 인구의 진료건수 및 총 진료비가 65세 미만 인구에 비해 빠르게 증가할 전망이다이기 때문이다. 이에 따라 정부지원금도 2006년의 4조원 수준에서 2020년에는 8조원, 2030년에는 13조원으로 급격히 늘어날 것으로 전망되는데, 향후 공적연금 등 사회보장에 대한 재정지출, 확대되는 재정적자 등을 고려할 때 국민건강보험에 대한 재정지원은 어려울 것으로 판단된다. 결국 국민건강보험료를 대폭 인상하거나 급부 조정을 하지 않는 한 재정적자를 극복하기는 어려울 것으로 전망된다.

<표 II-10> 국민건강보험 총 진료비 전망

(단위: 10억 원, %)

연도	진료 건수 (64세 미만)		총진료비 (64세 미만)		진료 건수 (65세 이상)		총진료비 (65세 이상)		진료 건수		총진료비	
	건수	증가율	금액	증가율	건수	증가율	금액	증가율	건수	증가율	금액	증가율
2006	522	0.0	18,504	4.8	97	4.7	5,278	9.2	620	0.7	23,782	5.7
2010	530	0.5	22,642	5.4	112	2.8	7,201	7.2	642	0.9	29,843	5.8
2015	538	0.3	27,989	4.3	134	3.3	10,219	6.9	672	0.8	38,208	5.0
2020	538	-0.4	33,925	3.4	162	5.1	14,688	8.6	700	0.8	48,613	4.9
2030	494	-1.0	43,878	2.4	247	2.7	31,168	6.3	741	0.2	75,046	4.0
2040	421	-1.7	48,937	1.0	304	1.2	50,307	4.0	725	-0.5	99,243	2.5
2050	352	-1.4	47,477	0.1	317	-0.6	60,933	1.0	669	-1.0	108,410	0.6

자료 : 김용하(2006), p. 7.

<표 II-11> 고령화 요인에 의한 국민건강보험 재정 구조전망

(단위: 10억 원)

연도	총진료비	총급부비	정부지원금	의료급부	GDP
2006	23,782	16,988	4,191	2,171	851,194
2010	29,843	21,349	5,260	2,739	1,015,281
2015	38,208	27,385	6,719	3,482	1,216,000
2020	48,613	34,926	8,502	4,407	1,443,785
2030	75,046	54,267	13,050	7,111	1,978,265
2040	99,243	72,180	17,271	10,227	2,432,560
2050	108,410	79,129	18,865	11,736	2,545,042

자료 : 김용하(2006), p. 6.

이렇게 국민건강보험의 재정이 노인의료비의 급증으로 인해 악화되는 상황에서는 별도로 노인장기요양서비스를 분리하여 효율적으로 관리할 필요성은 더욱 커질 것이다.

바. 노인장기요양 시설 및 인력

1) 노인장기요양 및 노인재가복지 시설 현황 및 전망

노인장기요양보험의 인프라⁴⁾ 중 하나인 노인요양시설은 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도의 시행을 앞두고 중앙정부 차원의 지원을 통해 단계적으로 확충되고 있다. 2007년 6월말 현재 노인요양시설은 총 944개소, 입소정원은 45,581명으로, 무료시설은 408개소에 입소정원 27,152명, 실비시설은 334개소에 12,567명, 유료시설은 202개소에 입소정원 5,862명으로 확충되었다.

<표 II-12> 노인요양시설 현황

구 분	계	무료시설	실비시설	유료시설
시설 수	944개소	408개소	334개소	202개소
입소정원	45,581명	27,152명	12,567명	5,862명

주: 2007년 6월말 기준
 자료: 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 79.

또한 재가노인복지시설도 확충되어 2007년 6월말 현재 총 1,123개소, 입소정원은 56,388명으로, 가정봉사원 파견시설은 총 588개소에 입소정원 48,341명, 단기보호시설은 116개소에 입소정원 1,583명, 주간보호시설은 419개소에 입소정원 6,464명으로 확충되었다.

<표 II-13> 재가노인복지시설 현황

구 분	계	가정봉사원 파견시설	단기보호시설	주간보호시설
시설 수	1,123개소	588개소	116개소	419개소
이용정원	56,388명	48,341명	1,583명	6,464명

주 : 2007년 6월말 기준
 자료 : 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 79.

4) 노인복지시설에 대한 구분은 <부표 1> 참조

그러나 이러한 확충 노력에도 불구하고 노인장기요양보험제도 시행을 위해 필요한 시설의 충족률은 2007년 6월말 기준으로 요양시설은 74%, 재가시설은 65%에 그치고 있어 2008년 말에 가서야 100%충족될 것으로 전망되고 있다(<표 II-14> <표 II-15> 참조).

<표 II-14> 2006 ~ 2008년 요양시설 투자 계획

구 분	계	2006년	2007년	2008년
시설 수(계)	716개소	281	224	211
요양시설	281개소	87	104	90
소규모시설	226개소	96	65	65
그 룹 합	209개소	98	55	56

자료 : 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 98.

<표 II-15> 시설 인프라의 충족률 현황 및 계획

구 분		2006년 말	2007년 6월말	2008년 말	
시설수	요양	815	944	1,543	
	재가	1,045	1,123	1,644	
정 원	요양	41천	46천	수요 62천*	공급 62천
	재가	51천	56천	수요 84천*	공급 99천
충족률	요양	66%	74%	100%	
	재가	61%	65%	116%	

주 : * 요양시설 실제수요 62천명 : 보험대상 38천명 + 기존경증입소자 24천명
 자료 : 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 80.

노인장기요양보험 제도 시행 후에야 시설충족률이 100%를 넘어서는 점이 아쉽지만 이렇게 시설인프라가 확충되면 제도 정착에 크게 도움될 것이다. 또한 민간 장기간병보험을 운영함에 있어서도 시설 관련 비용의 투명화 및 객관화가 가능해져 실손형 보험상품을 확대할 수 있는 여건이 개선될 것이다.

2) 요양인력 현황과 전망

정부는 2007년 8월 3일 개정된 노인복지법에 등급별로 요양보호사를 두도록 함으로써 노인장기요양보험 제도의 운영과 관련된 장기요양요원의 범위를 확정하였다. 여기에서 장기요양요원이란 장기요양기관에 소속되어 노인 등의 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 서비스를 제공하는 자를 말한다.

방문요양의 장기요양요원은 요양보호사 1급 또는 2급으로 하고, 방문목욕의 장기요양요원은 요양보호사 1급으로 하였다. 또한 방문간호의 장기요양요원은 간호사로서 최근 10년 이내에 2년 이상의 간호업무경력이 있는 자, 또는 간호조무사 중 최근 10년 이내에 3년 이상의 간호보조업무경력이 있는 자로서 보건복지부장관이 정하는 소정의 교육을 이수한자, 또는 치과 위생사로 하였다.

요양보호사는 2008년 기준으로 약 4만 8천 명이 필요할 것으로 예상되며, 이 중 2년간 유예가 적용되는 기존의 생활지도원·가정봉사원(약 1만 4천 명)⁵⁾을 제외한 약 3만 4천명의 양성이 필요할 것으로 추계되고 있다. 이에 따라 기존 근무자 퇴직률 및 보수교육 이수 등을 고려할 때 2009년 이후에는 연도별로 4~5천 명의 양성이 필요할 것으로 추계된다⁶⁾.

2. 노인장기요양보험의 도입

가. 도입 경과 및 주요 내용

1) 도입 경과

노인장기요양보험의 도입은 2001년 8·15 대통령 경축사에서 노인요양보험제도 도입이 제시되면서 시작되었다. 이후 2002년 대통령 선거시 노무현 후보가 노인요

5) 2008년 2월 4일 이후 2년까지 요양보호사 업무를 수행할 수 있으나, 동 유예기간 이내에 소정의 요양보호사 교육을 이수하고 요양보호사 자격을 취득하여야만 요양보호사 업무를 계속해서 수행할 수 있다(노인복지법 부칙 제7조).

6) 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 42.

양보험제도 시범 실시 후 공적 노인요양제도 도입을 공약으로 내건 후 2003년 2월 대통령 인수위 보고 시 요양보호노인을 위한 공적제도 도입을 추진하였다. 그리하여 2003년 3월에는 『공적노인요양보장추진기획단』 구성되어(7) 2004년 2월까지 운영되었다(8). 2004년 1월 15일에는 국정과제회의 주요 안건으로 대통령에게 보고되었으며(9), '공적노인요양보험제도'를 2007년에 도입하는 계획을 추진하였다. 이에 따라 2004년 3월 22일 공적노인요양보장제도 『실행위원회』 및 『실무기획단』이 구성·운영되었고, 2004년 8월 노인요양보장제도 시안이 마련되었다. 이 시안으로 2004년 10월 13일 노인요양보장제도 시안 정책토론회가 개최되었으며, 2005년 시범사업 실시되었다. 최종적으로는 2006년 2월 7일 노인수발보험법이 국무회의를 통과하였으며, 2007년 4월 2일에 노인장기요양보험법으로 명칭이 바뀌어 국회 본회의를 통과하였다.

2) 주요 내용

노인장기요양보험법과 하위 법령에 따르면 2008년 7월부터 치매, 중풍 등에 기인하여 장기요양인정으로 판정을 받게 되는 65세 이상의 노인은 재가급부(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등), 시설급부 및 특별현금급부를 받을 수 있게 된다(10).

재가급부는 가정에서 장기요양보호사와 간호사 등으로부터 식사도움, 화장실 도움, 세면, 목욕, 말벗, 외출동행, 간호서비스 등을 받으며, 집안 청소 등 일상 가사지원서비스도 받을 수 있는 급부를 말한다. 또한 하루 중 일정시간동안 주야간보호시

-
- 7) 2003년 4월 대통령 업무보고 시 공적노인요양보장제도(2007년 시행 목표) 도입 추진계획을 보고하였다.
 - 8) 동 기획단은 2004년 2월 18일에 제도 기본골격(안)에 대해 복지부 장관에게 보고하였다.
 - 9) 2004년 1월에는 「참여복지5개년계획」에서 '07년 '공적노인요양보장체계 구축'이 보고되었다.
 - 10) 65세 미만인 경우에도 치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 및 관련 질환 등 노인성 질병으로 인해 거동이 현저하게 불편하여 장기요양을 필요로 하는 경우에는 급부를 받을 수 있다. 이에 해당하는 사람은 7,800명으로 추계되는데, 구체적인 질병의 범위는 건강보험심사평가원·의사협회 및 한의사협회의 의견수렴을 거쳐 정하도록 되어 있다.

설을 이용하여 기본적인 요양서비스 외에도 신체 또는 정신 기능 유지 및 향상 프로그램 등에 참여할 수 있고, 가족 등이 불가피하게 일정기간 동안 집을 비워야 할 때 노인을 단기보호시설에 입소시켜 필요한 요양서비스를 받을 수 있다.

시설급부는 요양에 필요한 시설과 설비 및 전문 인력을 갖추고 있는 노인요양시설에 장기간 입소하여 전문요양서비스를 받을 수 있는 급부이다.

특별현금급부는 도서벽지 지역 등 요양시설이 없어 불가피하게 가족 등으로부터 요양을 받는 경우에 지원되는 현금급부 등을 말한다.

이러한 급부를 제공하는 노인장기요양보험에 소요되는 비용은 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담, 본인 자부담으로 충당하도록 되어 있다. 먼저 장기요양보험료는 건강보험료에 장기요양보험료율을 곱하여 산출되며, 건강보험료와 함께 매월 통합 고지된다. 2008년 장기요양보험료율은 약 4.05%(소득 대비 약 0.2% 수준)로 결정되었으며¹¹⁾, 2010년에 5.3%로 인상된 후 2015년에는 5.7%로 인상되어야 할 것으로 전망되고 있다(<표 II-16> 참조).

<표 II-16> 노인장기요양보험료를 장기 전망

구분	2008	2009	2010	2015
건강보험료수입	202,261	212,199	221,835	283,646
장기요양보험료수입	4,750	10,110	11,828	16,203
장기요양보험료율(%)	4.7	4.8	5.3	5.7

주 : 1) 2008년은 장기보험료율이 4.05%로 확정되었음

2) 물가상승률 3% 반영시

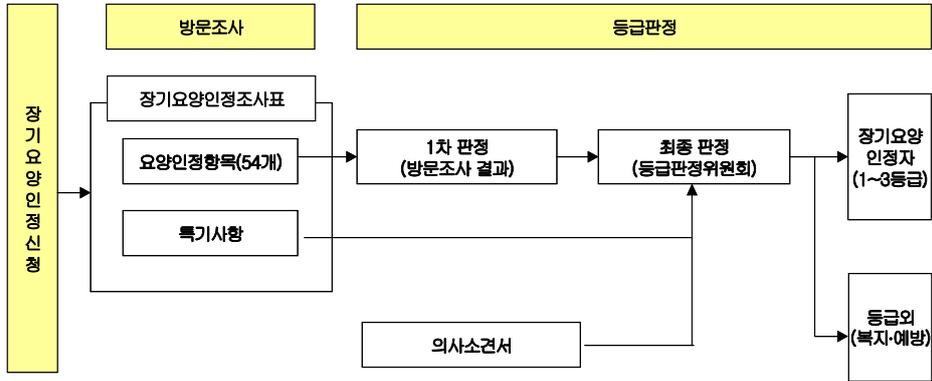
자료 : 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 15.

중앙정부와 지방정부는 장기요양보험료 예상수입액의 20%를 부담하도록 되어 있다. 그리고 수혜자 본인은 시설급부의 경우 20%, 재가급부의 경우 15%를 부담하도록 되어 있다. 다만, 기초생활수급권자는 무료이며 기타 의료급부 수급권자와 일정 소득 및 재산 이하의 저소득층은 각각 1/2를 경감하도록 되어 있다.

11) 본래 4.7%로 추정되었으나 2007년 12월 31일 장기요양위원회에서 전원합의로 4.05%로 결정하였다.

<그림 II-2> 요양등급 판정 절차

신청 → 방문조사 → 조사표 입력에 따른 1차 판정 → 의사소견서 제출예외자 통보 → 의사소견서 제출 → 등급판정위원회 개최 → 장기요양인정서 및 표준장기이용계획서 통보 → 서비스 이용



자료 : 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 6.

그런데 이러한 급부를 받기 위해 장기요양 인정을 신청할 수 있는 대상자는 '65세 이상 노인' 또는 '65세 미만 노인성 질병을 가진 자' 중 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자이다. 따라서 이러한 요건에 해당될 경우 건강보험공단 장기요양인정 신청을 하면, 공단 소속직원(사회복지사, 간호사)이 직접 가정을 방문하여 신체 및 정신기능 상태 등을 조사한 후 '조사결과표'를 작성하게 되고, 별도로 의사소견서를 첨부하여 시군구별로 설치되는 '등급판정위원회'에서 장기요양 인정 여부 및 등급을 심사, 판정받게 된다.

장기요양등급은 1등급에서 3등급으로 구간을 구분하고 있는데, 장기요양인정점수를 기준으로 하고 있다(<표 II-17> 참조). 이러한 절차를 갖는 노인장기요양보험 제도가 실시되면 2008년에는 요양1등급(최중중)~요양3등급(중등중)에 해당하는 약 16만 명이 혜택을 받을 것으로 예상되고 있다.

<표 II-17> 장기요양등급 판정기준

등급구분	판정기준
장기요양 1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 95점 이상인 자
장기요양 2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자
장기요양 3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 55점 이상 75점 미만인 자

주 : 장기요양 1등급~3등급은 노인인구의 3.1%인 16만 명으로 추계
 자료 : 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 6.

나. 도입의 문제점

노인장기요양보험이 오랜 기간에 걸쳐 준비되어 왔지만 도입에 앞서 몇 가지 문제점도 지적되고 있다.

첫째, 2008년부터 실제로 서비스를 받을 수 있는 대상자가 65세 인구 중 요양보호가 필요한 72만 명의 22.2%인 16만 명¹²⁾에 불과 불과할 정도로 보장범위가 좁다는 점이다. 이는 첫째 시작 지점에서의 대상자가 중등증 이상이기 때문이나, 향후 재정안정 문제와 밀접히 관련되어 있는 사안이므로 너무 빠르게 급부 대상자를 늘려갈 경우 국민건강보험의 재정문제와 유사한 문제가 생겨날 수 있다.

둘째, 장기요양인프라가 빠르게 확충되고는 있으나 요양시설의 경우 수도권과 순천권이 2008년 6월말이 되더라도 각각 84.9%와 74.8%의 충족률을 보일 것으로 예상되고 있어 지역 간 불균형 해소가 시급한 것으로 나타나고 있다. 또한 재가노인시설의 경우도 농촌 지역에서 크게 부족한 것으로 나타나고 있는데, 11개 시군구가 재가시설이 없으며, 주·야간보호시설이 없는 시군구는 61개, 단기보호시설이 없는 시군구는 150개인 것으로 나타나고 있다. 더구나 용진군, 계룡시, 태안군은 2008년 말까지 재가시설 설치계획조차 없는 것으로 파악되고 있다¹³⁾.

12) 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 92.

13) 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 81.

셋째, 노인장기요양보험에서 제공하는 서비스 수준이 보편적 서비스 제공에 맞추어져 있어 중산층 이상의 고소득자의 고급 수요를 충족하기에는 부족할 수 있다. 기존에 기초수급자 또는 저소득자 위주로 서비스가 제공되어 오던 것을 보완하기 위해 요양보호사 제도가 신설되었지만, 이것만으로는 서비스 수준이 고급화되기는 곤란할 것이다. 따라서 시설 및 용품의 고급화도 필수적인데, 이 또한 비용 증가 요인이 될 뿐만 아니라 형평성의 문제가 생겨날 수 있기 때문에 한계에 부딪힐 수 있다.

넷째, 재가서비스의 경우 수발을 맡고 있는 가족에 대한 배려가 미흡하다는 점이 지적된다. 노인장기요양보험의 급부에서 가족요양비 지원은 시설이 없는 지역에만 한정되며, 급부 수준도 지나치게 낮다. 실제로 1등급 노인의 경우 재가급부비가 97만원까지 지원되지만 가족수발비는 턱없이 부족한 15만원에 불과한 실정이다. 그러나 특별현금급부가 확대되면 용도 외 사용, 여성의 노동문제, 요양서비스의 밀실화, 노인학대 등 다양한 문제가 생겨날 수 있으므로 신중히 결정될 필요가 있다.

다. 도입의 영향

어쨌든 노인장기요양보험이 의무가입 방식의 사회보험체도로 도입됨에 따라 국민들의 노후요양 비용에 대한 심리적 부담은 크게 줄어들 전망이다. 이는 그동안 장기간에 걸쳐 가족 등의 비공식수발 또는 시설입소 등을 위해 저야 했던 경제적, 심리적 부담이 컸던 상황에서 다소라도 벗어날 수 있게 해줄 것으로 기대되기 때문이다. 또한 노인장기요양보험 제도가 도입됨에 따라 장기요양시설 및 인력이 확충되고 있기 때문에 기존에 인프라가 부족했던 상황에 비하면 공식요양이 빠르게 확산될 수 있을 것으로 전망된다.

한편 노인장기요양보험의 활성화 여부를 보험회사의 전문가들에게 설문조사한 결과 70명의 설문응답자 중 절대 다수인 53명(75.7%)이 활성화될 것으로 보았고, 14명(20.0%)은 활성화되기 어려울 것으로 보았다(<표 II-19> 참조).

<표 II-18> 노인장기요양보험 제도의 활성화 전망

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①크게 활성화될 것이다	3 (7.0)	1 (12.5)	2 (9.1)	0 (0.0)	2 (7.4)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)
②다소 활성화될 것이다	28 (65.1)	3 (37.5)	14 (63.6)	11 (84.6)	20 (74.1)	10 (90.9)	9 (60.0)	1 (100.0)
③활성화되기 어려울 것이다	10 (23.3)	4 (50.0)	5 (22.7)	1 (7.7)	4 (14.8)	1 (9.1)	3 (20.0)	0 (0.0)
④전혀 활성화 되지 않을 것이다	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑤잘 모르겠다	2 (4.7)	0 (0.0)	1 (4.5)	1 (7.7)	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

노인장기요양보험이 활성화될 것으로 응답한 이유로는 "가계의 경제적·물리적 부담을 덜 수 있을 것"이라는 응답이 27명(50.9%)으로 가장 높았고, "정부가 강제로 제도를 도입하기 때문"이라는 응답이 18명(34.0%)으로 두 번째로 높았다.

<표 II-19> 노인장기요양보험 제도의 활성화 전망 근거

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①정부가 강제로 가입시키므로	11 (35.5)	2 (50.0)	5 (31.3)	4 (36.4)	7 (31.8)	3 (30.0)	4 (36.4)	0 (0.0)
②저렴한 비용으로 서비스 제공	3 (9.7)	1 (25.0)	1 (6.3)	1 (9.1)	3 (13.6)	1 (10.0)	2 (18.2)	0 (0.0)
③가계의 부담 경감	16 (51.6)	1 (25.0)	9 (56.3)	6 (54.5)	11 (50.0)	6 (60.0)	5 (45.5)	0 (0.0)
④이용이 편리할 것이므로	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑤기타	1 (3.2)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)
계	31 (100.0)	4 (100.0)	16 (100.0)	11 (100.0)	22 (100.0)	10 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

반면에 활성화되기 어려울 것으로 응답한 이유로는 "요양시설, 전문인력 등 인프라 준비가 미흡해서"라는 응답이 14명 중 10명(71.4%)로 가장 높았다.

<표 II-20> 노인장기요양보험 제도의 비활성화 전망 근거

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①인프라 준비가 미흡하므로	7 (70.0)	2 (50.0)	5 (100.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	1 (100.0)	2 (66.7)	0 (-)
②본인부담금 수준이 높아서	2 (20.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	0 (-)
③서비스 수준이 미흡할 것이므로	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
④등급판정이 까다로울 것이므로	1 (10.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
계	10 (100.0)	4 (100.0)	5 (100.0)	1 (100.0)	4 (100.0)	1 (100.0)	3 (100.0)	0 (-)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

또한 노인장기요양보험의 도입을 계기로 장기간병보험도 활성화될 가능성이 있다. 실제로 민영장기간병보험의 공급을 맡고 있는 보험회사에 설문조사한 결과 노인장기요양보험이 도입되면 장기간병보험도 활성화될 것이라는 응답은 응답자 70명 중 46명(65.7%)이었으며, 활성화되기 어려울 것이라는 응답은 24명(34.3%)이었다.

<표 II-21> 노인장기요양보험 도입에 따른 장기간병보험의 활성화 가능성

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①크게 활성화될 것이다	2 (4.7)	1 (12.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	3 (11.1)	3 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
②다소 활성화될 것이다	26 (60.5)	4 (50.0)	15 (68.2)	7 (53.8)	15 (55.6)	7 (63.6)	7 (46.7)	1 (100.0)
③활성화되기 어려울 것이다	14 (32.6)	2 (25.0)	6 (27.3)	6 (46.2)	9 (33.3)	1 (9.1)	8 (53.3)	0 (0.0)
④전혀 활성화 되지 않을 것이다	1 (2.3)	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

장기간병보험이 활성화될 것으로 응답한 이유로는 "보험 가입의 필요성을 인식하게 될 것이므로"라는 응답이 20명(43.5%)으로 가장 높았고, "본인부담이 크므로 이를 보완하기 위해서"라는 응답이 19명(41.3%)으로 두 번째로 높았다.

<표 II-22> 장기간병보험의 활성화 전망 근거

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①보험가입 필요성 인식	12 (42.9)	2 (40.0)	6 (37.5)	4 (57.1)	8 (44.4)	3 (30.0)	4 (57.1)	1 (100.0)
②본인부담이 크므로 보완하려고	14 (50.0)	3 (60.0)	8 (50.0)	3 (42.9)	5 (27.8)	4 (40.0)	1 (14.3)	0 (0.0)
③더 나은 서비스를 받기 위해서	2 (7.1)	0 (0.0)	2 (12.5)	0 (0.0)	3 (16.7)	2 (20.0)	1 (14.3)	0 (0.0)
④관련 인프라가 확충될 것이므로	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (11.1)	1 (10.0)	1 (14.3)	0 (0.0)
계	28 (100.0)	5 (100.0)	16 (100.0)	7 (100.0)	18 (100.0)	10 (100.0)	7 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

반면에 장기간병보험이 활성화되기 어려울 것으로 응답한 이유로는 "노인장기요양보험이 도입되더라도 관련 인프라가 미비하므로"라는 응답이 24명 중 12명(50.0%)으로 가장 높았고, "노인장기요양보험으로 서비스가 대부분 보장되므로"라는 응답이 7명(29.2%)으로 두 번째로 높았다.

<표 II-23> 장기간병보험의 비활성화 전망 근거

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①노인장기요양보험으로 대부분 보장하므로	4 (26.7)	0 (0.0)	2 (33.3)	2 (33.3)	3 (33.3)	0 (0.0)	3 (37.5)	0 (-)
②노인장기요양보험의 부정적 측면 확산	1 (6.7)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (22.2)	0 (0.0)	2 (25.0)	0 (-)
③노인장기요양보험과 연계성이 없으므로	2 (13.3)	1 (33.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
④인프라가 미비하므로	8 (53.3)	1 (33.3)	3 (50.0)	4 (66.7)	4 (44.4)	1 (100.0)	3 (37.5)	0 (-)
계	15 (100.0)	3 (100.0)	6 (100.0)	6 (100.0)	9 (100.0)	1 (100.0)	8 (100.0)	0 (-)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

따라서 노인장기요양보험과 민영 장기간병보험 모두 인력과 시설 등 인프라 확충이 활성화의 중요한 요인임을 알 수 있다.

Ⅲ. 장기간병보험의 현황과 문제점

1. 현황

현재 보험회사는 주계약뿐만 아니라 특약 형태로도 상품을 개발하여 판매하고 있다¹⁴⁾. 특약 형태의 경우 다양한 다른 보험 상품과 결합하여 상품의 효용을 높이고 거래비용을 절감할 것으로 생각된다. 그러나 일일이 특약을 확인하여 현황을 파악하기에는 많은 어려움이 있으므로 이 보고서에서는 주계약을 중심으로 현황을 파악한다. 현재 주계약으로 장기간병보험을 판매하고 있는 보험회사는 생명보험회사 6개사, 손해보험회사 3개사이다. 대부분 치매간병비 지급을 기본으로 일상생활 장애를 포괄적으로 보장하고 있다. 또한 상품도 실손형보다는 정액형에 가깝게 설계되어 있다.

<표 Ⅲ-1> 장기간병보험 상품 현황

보험회사	상품 종류		
	상품명	특징	
생명 보험	대한생명	대한라이프플러스 케어보험Ⅱ	장기간병보험 + 종신보험 다양한 질병특약 추가 가능
	교보생명	교보실버케어보험	장기간병일시금, 장기간병연금, 장기간병 위로금 지급 질병보험 및 상해보험 특약 추가 가능
	녹십자생명	평생치매보장보험	치매간병비, 치매생활비 등 보장 종신보장 특약 추가 가능
	신한생명	아름다운 노후보험	치매진단금, 치매간병자금 등 보장
	동양생명	수호천사효보험	치매간병비
	금호생명	뉴Best라이프간병보험	장기간병급부금, 장기간병연금 보장
손해 보험	메리츠화재	행복애향간병보험	노후간병비, 일반상해사망·후유장해 보장
	그린화재	그린닥터병보험	개호간병비 보장
	현대해상	닥터코리아간병	치매간병비, 노후생활연금

주 : 2008년 1월말 주계약 기준임
자료 : 각 사 홈페이지

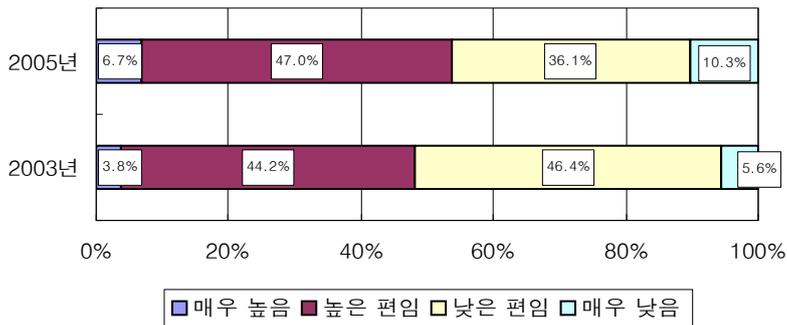
14) 이렇듯 상품이 주계약뿐만 아니라 특약 형태로 부가되어 있는 경우가 많아 정확한 시장규모의 추계가 곤란하여 이 보고서에서는 시장규모에 대해서는 언급하지 않기로 한다.

2. 문제점

이렇게 장기간병보험을 보험회사에서 개발하여 판매에 나서고는 있지만 활성화 되기에는 다음과 같은 문제점이 있다.

첫째, 장기간병보험의 필요성에 대한 인식이 미흡하다는 점이다. 장기간병보험을 활용하여 요양에 따른 비용을 조달하겠다는 국민들이 점차 늘어나고 있으나 여전히 많은 수는 필요성을 인식하지 못하고 있다. 더구나 가입의향이 있어도 가입으로까지 이어진 경우는 아직까지는 극히 미미한 것으로 보인다. 실제로 보험개발원의 설문조사에 따르면 장기간병보험 가입 의향은 2003년 48.0%에서 2005년 53.7%로 5.7% 상승한 것으로 나타나고 있으나, 시장에 이러한 상황이 그대로 반영되지는 않는 것으로 보인다.

<그림 III-1> 장기간병보험 가입 의향



자료 : 신문식 외(2005), p. 73.

둘째, 상품개발을 위한 경험위험률 축적이 미흡하다. 장기간병보험의 판매가 부진하고 보험금 지급 실적도 미미하여 상품개발을 위한 경험률 축적이 미흡한 상태에 있다. 이에 따라 보험회사는 외국의 경험위험률을 들여와 국내 상황에 맞게 조정하여 사용하고 있는데, 급부도 부분적으로 개발되고 있다.

셋째, 보험료가 높아 가입자의 구매 동기를 유발하기 어렵다. 국내의 경험위험률

이 제대로 축적되지 않은 상태에서 상품개발이 이루어진 데다 환급까지 고려할 경우 보험료가 높아지게 된다. 그리고 대개의 경우 소비자들이 설사 가입의 필요성을 인식하더라도 50세 이상의 연령이 되어서야 하게 되어 짧은 기간에 보험료를 납부하게 되어 높은 보험료를 부담해야 하므로 장기간병보험 가입을 주저하고 있는 상황이다.

넷째, 역선택과 도덕적 해이를 통제할 장치가 미비하다. 장기간병보험은 다른 보험상품과 달리 역선택과 도덕적 해이가 높은 상품인데 이를 적절히 통제할 장치가 갖추어져 있지 않다. 역선택 방지 장치의 미비는 개인의 의료정보를 집적하여 이를 언더라이팅 과정에서 활용할 수 없는 데서 기인하는 바가 크며, 도덕적 해이는 피보험자의 장애 상태를 효과적이고 합리적으로 판정할 장치가 미흡하기 때문이다.

다섯째, 장애상태에 대한 판정을 둘러싸고 분쟁이 발생할 가능성이 크다. 장기간병보험은 제3보험업에 해당하므로 생명보험회사와 손해보험회사가 모두 영위할 수 있는 영역이나, 양 업계간 장애판정 기준이 다르게 운영되고 있어 소비자 입장에서 혼란을 느낄 수 있고 나아가 보험회사와 보험금 지급을 둘러싼 분쟁의 원인이 될 수 있다. 또한 향후 시행 예정인 노인장기요양보험의 판정기준과도 연계하여 운영될 필요가 있으나 아직 이에 대한 대책이 마련되어 있지 않다.

여섯째, 장기간병보험 개발 및 운영 관련 전문인력의 부족을 들 수 있다. 대부분의 보험회사가 상품개발, 마케팅, 언더라이팅, 보험금 지급 등의 분야에서 장기간병보험 전문 인력을 갖고 있지 않다. 장기간병보험을 팔고 있는 일부 보험회사의 경우 건강보험과 같은 상품을 운영하면서 전문인력을 활용하고 있는 상황이다.

일곱째, 요양인프라의 미흡을 들 수 있다. 노인장기요양보험의 도입을 앞두고 요양인프라의 확충이 빠르게 이루어지고 있지만 아직 충분한 수준이 아니며, 더구나 합리적인 기준 등의 설정이 이루어지지 못한 상황이다. 아직은 정액형 보험 위주로 상품이 판매되고 있는 실정이므로 요양인프라의 미흡이 직접적인 장애요인이 되는 것은 아니지만 향후 실손형 상품을 판매할 경우에는 요양인프라가 충분히 갖추어져 있지 않으면 활성화에 장애요인으로 작용할 수 있다.

IV. 장기간병보험 운영의 해외사례

1. 독일

가. 공사간 역할분담 현황

독일은 노인수발보험을 질병보험과 연계하여 운영하고 있어 의무가입 민간 수발보험을 공적 노인수발보험의 대체형으로 운영하면서, 보험시장에서 자발적 보충형 간병보험(voluntary complementary long-term care insurance)도 판매하고 있다. 이에 따라 민간 질병보험 가입자는 의무가입 민간 수발보험에 자동으로 가입된다. 또한 국민들은 추가로 자발적 보충형 간병보험을 구입할 수 있다.

나. 공적 장기간병보험 현황

1) 도입 경과

독일은 1989년 의료보장개혁법 개정을 통해 수발보험을 도입하여 1995년에 시행하기 전까지는 질병보험과 사회부조제도에서 장기요양 서비스 또는 현금 급부를 실시해왔다. 질병보험은 ①재가 현물서비스 또는 현금급부, ②재가 간호 급부, ③보장구 지급, ④요양보호 예방을 위한 의학적 예방조치 등을 제공해왔으며, 사회부조는 ①시설간병, ②보조용구 지급, ③재가 요양서비스비용의 상환, ④심한 요양보호 대상자에 대한 요양수당 지급 ⑤가사지원 등을 제공해왔다.

그러나 시설요양비 및 사회부조비가 급격히 증가하자 지방정부가 재정적으로 감당하기 어려워 사회보험 방식에 의한 수발보험제도를 1995년에 도입하였다. 그 외에 가족 기능의 약화, 노인 인구 증가, 가족 부담 증가, 질병보험 재정 위기 등도 도입 배경이라 할 수 있다. 그리하여 재가서비스는 1995년 4월부터, 시설서비스는 1996년 7월부터 단계적으로 실시하였다.

2) 제도 현황

독일의 공적 장기간병보험인 수발보험은 부과방식(PAYG)으로 재정이 운영되는 사회보험인데, 100% 보험료를 통해 재원을 조달하고 있다. 보험자는 법정 질병보험 보험자인 8개 질병금고에 설치된 수발금고이며, 이것은 독립법인으로서 질병금고와 별도 재정으로 운영되거나 질병금고에 위탁 관리되고 있다¹⁵⁾. 피보험자는 법정 질병보험 가입자를 대상으로 하는데, 고령자뿐만 아니라 장애인, 난치병환자, 말기암환자 등도 일정 수준 이상의 수발이 필요한 상태가 되면 수발급부를 받을 수 있다.

근로자와 은퇴자 모두 연간 총수입에 대해 1.7%의 보험료율을 적용받아 보험료를 부담하고 있는데, 근로자의 경우 본인과 고용주가 50%씩 나누어 부담하고 있다. 그리고 비고용자의 보험료는 실업보험에서 지불한다. 재정은 부과방식으로 운영되고 있는데, 세대 간 부담의 형평성을 제고하는 차원에서 자녀가 없는 근로자는 2005년 1월 1일부터 요율이 0.85%에서 1.1%로 인상되었다. 2004년 4월 1일부터는 연금수급자도 1.7%의 보험료율을 적용받아 보험료를 모두 납부하는데¹⁶⁾, 이 경우 연금보험기금은 절반을 부담하지 않는다.

수발보험에서 제공하는 급부의 종류는 재가서비스, 주간·야간수발서비스, 단기수발, 시설보호(노인집합주택, 요양홈, 노인종합시설 등)로 나뉜다. 급부는 케어요구등급에 따라 주어지는데(<표 IV-1> 참조), 수급자(와 그의 친척)는 스스로 급부를 선택할 수 있다. 예방 및 재활이 케어에 비해, 재가서비스가 시설서비스에 비해 우선권이 주어진다. 급부는 재가서비스의 경우에는 현물급부(정액제), 현금급부(정액제), 현물과 현금의 혼합급부 중에서 선택할 수 있으며, 시설서비스는 현물급부만 제공하고 있다¹⁷⁾. 다만 현금급부는 현물서비스 급부의 1/2정도 수준만 제공되는데, 수급자 본인에게 직접 지급된다.

15) 보험료뿐만 아니라 급부도 동일하고 모든 비용이 전체 보험료에서 조달되므로 수발금고간에는 경쟁이 존재하지 않는다.

16) 2006년 기준으로 월당 3,562.50유로 한도 내에서 소득에 부과된다.

17) 피보험자는 너싱홈 비용의 최소 25%를 부담해야 한다.

<표 IV-1> 독일 수발보험의 급부 구분

구분	급부 내용
Care Level I	수발이 상당히 필요한 상태 ADL 1일 최소 1회(45분 이상), 1주일당 수 차례의 가사일돕기 : 90분
Care Level II	수발이 심각하게 필요한 상태 ADL 1일 최소 3회 이상(2시간 이상), 1주일당 수 차례의 가사일 돕기 : 최소 3시간
Care Level III	수발이 극단적으로 필요한 상태 ADL 24시간 도움 필요(4시간 이상), 1주일당 수 차례의 가사일 돕기 : 최소 5시간

자료 : <http://www.bmg.bund.de>

이외에도 간호지원, 주택개조수당, 무료 너싱케어 코스와 같은 추가급부 (additional care)가 제공된다. 간호지원은 특별병상처럼 장기간병을 편리하게 하는 것을 말한다. 주택개조수당은 너싱케어 니즈를 수용할 수 있게 집을 개조하는 데 드는 비용을 지원하는 것으로, 다른 재원조달 방법이 없을 경우에 한하여 건당 2,557유로 한도 내에서 지원된다. 그리고 무료 너싱케어 코스는 가족과 자원봉사자들을 위해 제공된다.

또한 2002년 4월 1일부터는 장기간병을 필요로 하는 사람과 질병보험에서 기존에 수발보험의 규정에 의해 보장되는 범위를 넘어선 특별한 수발과 감독이 필요하다고 결정한 사람에게에는 보충급부(supplementary care)가 제공된다. 보충급부가 제공되는 사람들 중에는 노인성 치매와 정신병 또는 심리장해를 가진 사람들이 포함된다.

급부를 받기 위해서는 심사를 받아야 하는데, MDK(의학심사원 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung <http://www.mdk.de>)의 수발등급 판정을 거쳐 각 질병금고에서 최종 판정 후 결과를 통보해준다. 심사는 15개의 ADL(일상생활 활동)과 6개의 IADL(가사활동) 수행(총 36항목)의 어려움 정도 및 도움 빈도가 감안된 간병수발시간을 결정한다.

<표 IV-2> 서비스별 · 등급별 요양급부 한도액

(단위: 유로)

구분		1등급	2등급	3등급
재가요양	월간수발수당	205	410	665
	비현금수발급부에 대한 월간최대한도	384	921	1,432
	- 특별장애의 경우에 대한 최대한도	-	-	1,918
대리요양 ¹⁾	전문요양인	1,432	1,432	1,432
	가족수발	205	410	665
단기요양		1,432	1,432	1,432
부분요양시설 (1월당, 현물급부)		384	921	1,432
완전요양시설 (1월당, 현물급부)		1,023	1,279	1,432
- 특별장애의 경우에 대한 최대한도		-	-	1,688
보충급부 ²⁾ (1년당)		460	460	460

주 : 1) 연간 4주까지 급부. 이전에 최소 12개월의 수발 이력이 있을 것

2) 상당한 일시적 보호 필요시

자료 : <http://www.bmg.bund.de>

3) 실시 현황

피보험자 수는 2007년 1월 1일 기준으로 7,016만 명에 이르고 있으며, 6개월 이상 요양이 필요한 수급자격자는 1995년 총인구의 13%인 106만 명에서 2005년 총인구의 약 23%인 195만 명으로 증가하였다. 수급자를 수발등급별로 보면 II등급과 III등급의 비중은 낮아지는 반면에 I등급의 비중이 증가하는 추세를 보이고 있다 (<표 IV-3> 참조).

<표 IV-3> 법정 수발보험 수급자 연도별 추이

(단위: 천명, %)

연도	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
수급자	1,547	1,661	1,738	1,826	1,822	1,840	1,889	1,895	1,925	1,951
- 등급 I	40.1	43.9	46.3	47.8	49.0	49.8	50.6	51.2	51.5	51.8
- 등급 II	43.3	40.7	39.3	38.3	37.5	36.9	36.3	35.8	35.6	35.3
- 등급 III	16.6	15.4	14.5	14.0	13.5	13.2	13.1	12.9	12.9	12.9

자료 : Ministry of Health <http://www.bmg.bund.de>

수발보험 급부비의 지출 중 완전시설 수발에서 가장 큰 지출 규모를 보이며 빠르게 증가하고 있으며, 현물급부의 규모가 두 번째로 크다. 이렇듯 완전시설 수발에 가장 크게 지출하는 것은 재가케어보다 너싱홈 케어를 선호하는 데서 비롯되고 있다. 물론 지출의 증가율은 생각했던 것보다 급격하지 않았는데, 이는 수발보험의 중심 개념인 '의존상태(dependency)'가 지나치게 협소하게 정의되었고, MDK가 도덕적 해이를 막기 위해 등급판정을 까다롭게 했기 때문이다.

<표 IV-4> 수발보험 급부지출의 연도별 추이

(단위: 10억 유로)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
수발수당	3.04	4.44	4.32	4.28	4.24	4.18	4.11	4.18	4.11	4.08	4.05
현물급부	0.69	1.54	1.77	1.99	2.13	2.23	2.29	2.37	2.38	2.37	2.40
휴가수발	0.13	0.13	0.05	0.06	0.07	0.10	0.11	0.13	0.16	0.17	0.19
주간/야간 수발	0.01	0.03	0.04	0.05	0.05	0.06	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08
부가적인 수발서비스								0.00	0.01	0.02	0.02
단기수발	0.05	0.09	0.10	0.11	0.12	0.14	0.15	0.16	0.16	0.20	0.21
수발인의 사회보장	0.31	0.93	1.19	1.16	1.13	1.07	0.98	0.96	0.95	0.93	0.90
케어용품/ 기술지원·시설 등	0.20	0.39	0.33	0.37	0.42	0.40	0.35	0.38	0.36	0.34	0.38
완전시설 수발	0.00	2.69	6.41	6.84	7.18	7.48	7.75	8.00	8.20	8.35	8.52
장애자기관의 완전시설 수발 관리비 ¹⁾	0.00	0.01	0.13	0.22	0.20	0.21	0.21	0.21	0.23	0.23	0.23
기타 ²⁾	0.32	0.36	0.55	0.56	0.55	0.56	0.57	0.58	0.59	0.58	0.59
계	0.23	0.25	0.24	0.26	0.25	0.26	0.27	0.27	0.32	0.34	0.29
계	4.97	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86

주 : 1) 1995년은 건강보험금고에 대한 예비비 지출을 포함함

2) 기타에는 의료자문서비스 비용의 절반 등이 포함되어 있음

자료 : <http://www.bmg.bund.de>

이에 따라 연도별 재정 수지를 보면 1995년 시행 후 1998년까지는 흑자였으나, 그 후 고령화에 따른 수발대상자의 증가 등으로 매년 적자를 나타내고 있는 실정이다 (<표 IV-5> 참조). 이는 보험료 수입의 증가율¹⁸⁾에 비해 지출 증가율이 훨씬 크기 때문에 불가피한 현상이었다. 그나마 2005년도에 자녀가 없는 사람들에 대해 보험

18) 1997년에서 2004년까지 매년 명목 보험료 증가율은 0.8%로 매년 물가상승률 1.3%에도 미치지 못하는 수치이다.

료율을 높였기 때문에 적자 규모가 축소되었다. 이렇듯 적자가 지속됨에 따라 수발 보험을 통해 전체 요양비를 조달하는 데 한계를 보이고 있다.

<표 IV-5> 연도별 수발보험 수입·지출 현황

(단위: 10억 유로, %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
수입	8.41	12.04	15.94	16.00	16.32	16.55	16.81	16.98	16.86	16.87	17.49
보험료	8.31	11.90	15.77	15.80	16.13	16.31	16.56	16.76	16.61	16.64	17.38
	(-)	(43.2)	(32.5)	(0.1)	(2.1)	(1.1)	(1.5)	(1.2)	(△0.9)	(0.2)	(4.4)
지출	4.97	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86
	(-)	(118.5)	(39.4)	(4.9)	(3.0)	(2.0)	(1.2)	(2.9)	(1.2)	(0.7)	(1.0)
수지차	3.44	1.18	0.80	0.13	△0.03	△0.13	△0.06	△0.38	△0.69	△0.82	△0.36
유동성	2.87	4.05	4.86	4.99	4.95	4.82	4.76	4.93	4.24	3.42	3.05

주 : 1) () 안은 전년대비 증가율임

2) 유동성은 연도말에 가용한 기금의 규모를 나타냄

자료 : <http://www.bmg.bund.de>

4) 문제점

수발보험의 문제점은 첫째로 1995년 제도가 도입된 이래 급부 수준은 변동이 없었을 뿐만 아니라 물가인상에 연계되지 않았으나 장기요양시장에서 서비스 비용이 인상되고 수발이 필요한 정도의 수준이 높아짐에 따라 자기부담 비용이 커지고 있다는 점이다. 따라서 급부를 물가 또는 명목임금 상승과 연계시키거나 자발적 민간 장기간병보험을 통해 보충하는 방안에 대한 논의가 진행될 필요가 있다.

둘째, 예상보다 많은 인원이 신청함에 따라 등급판정 기간이 장기화된다는 점이다. 이는 제도 도입 초기에는 종전 질병금고에서 받았던 금액보다 적은 데 따른 이의 제기가 빈발했기 때문이다. 이에 따라 필요 이상의 등급 판정 신청은 제한할 필요성이 제기되고 있다.

셋째, 1999년부터 당기 적자가 해소되지 않아 수입 확대 및 지출 합리화를 검토할 필요가 있다. 75세 이상의 경우 남성보다 여성이 10배 이상 수발을 요구하고 있어 여성이 수발비용을 더 많이 지출하고 있으므로 보험료를 차등부과하는 방안을 검토할 필요가 있다. 또한 의료와 수발을 철저히 구별하여 의료적 서비스 비

용은 질병보험에서 철저히 지급하는 방안이 강구될 필요가 있다.

넷째, 많은 비용이 드는 시설입소자를 비용이 저렴한 재가로 전환하도록 유도하는 데 주력하고 있으나 대상자의 선택권을 더 제한해야 할 것인가라는 문제의 검토가 필요하다. 문제는 수발등급 I의 경우¹⁹⁾ 시설케어가 재가케어에 비해 급부가 너무 크고 더구나 공동부담액은 수발등급 II와 수발등급 III에 비해 작기 때문에 생겨나고 있다. 따라서 공식 재가케어의 급부를 늘리고 너싱홈 케어의 급부를 줄이는 방안의 검토가 필요하다.

다섯째, 수발보험 대상에서 치매를 제외하는 문제이다. 부정확한 치매발생률 및 치매 발생 예측 곤란, 재정상태 등을 고려하여 수발보험 대상에서 치매를 제외하고 있어, 치매상태가 심한 노인은 수발보험 대상에서 제외되고 있다. 이 문제를 해결하기 위해 2002년부터 치매 환자에 대해 재가케어에서 추가급부가 제공되고 있다. 그러나 추가급부 수준이 너무 낮아 많은 사람들에게 호응을 얻지 못하고 있다²⁰⁾. 이 문제를 풀기 위해서는 의존(dependency)에 대한 개념을 바꾸고 일상생활과 물리적 니드에만 근거를 두지 않는 정의를 확립해야 한다는 목소리가 높아지고 있다.

여섯째, 근본적 개혁의 목소리도 존재한다. 여기에는 질병보험과 수발보험을 다시 통합하자는 주장, 자산조사를 하는 조세방식으로 전환하자는 주장, 자본소득을 가지는 적립방식을 도입하자는 주장, 공적 수발보험을 보충하는 의무가입의 보충형 적립방식을 도입하자는 주장 등이 있다. 그러나 이들 주장은 각기 약점을 가지고 있어 아직 독일 사회 내에서 여론을 주도하지 못하고 있다. 대신에 제도 내 개혁을 주장하거나 기존 제도에 새로운 요소를 가미하자고 주장하는 것이 오히려 설득력을 얻어가고 있다²¹⁾.

다. 민간 장기간병보험

대체형으로 의무가입하는 민간 수발보험에는 2006년 말 현재 920만 명이 가입하

19) I 등급은 너싱홈 케어가 거의 필요하지 않다.

20) 한도가 너무 낮아 2003년에 수급자격이 있는 것으로 추정되는 40만 명중 3만 명만 급부를 신청하였다.

21) 근본적 개혁 방안 이외에도 제도 내 개혁방안이 다수 존재한다. 이들에 대해 자세한 내용은 Rothgang and Igl(2007), pp.75~80과 Arntz et. al.(2006), pp.15~21 참조.

여 19억 6천만 유로의 보험료를 납부하고 있다²²⁾. 1995년 공적 수발보험 도입 이후 대체형 민간 수발보험은 공적 수발보험과 마찬가지로 수발 필요성 인정, 인정도 기준에 의거하여 같은 급부 내용을 보상하나, 현금급부만 제공한다²³⁾. 대체형 민간 수발보험은 부분적립방식의 재정으로 유지된다. 보험료는 공적 수발보험과 달리 연령에 의거하여 정해지며 공적 수발보험의 최대 기여를 넘어서는 안 되는데, 다음과 같은 기준이 적용된다. 첫째, 아동은 추가적인 보험료 부담 없이 보험에 포함시킨다. 둘째, 성을 이유로 차별함이 없이 남성과 여성 모두 보험료가 동일해야 한다. 셋째, 강제 가입하는 사회보험 방식의 공적 수발보험의 최대 기여보다 더 많은 것을 지불하도록 요구되지 않는다. 넷째, 결혼한 부부는 한 사람만 소득이 있거나 부부 모두 소득이 있더라도 한 쪽의 소득이 미미한 경우에는 강제 가입하는 사회보험 방식의 공적 수발보험의 최대 보험료의 1.5배 이상을 지불해서는 안 된다.

대체형 민간 수발보험의 경우 Medicproof(<http://www.medicproof.de>)라는 회사가 공적 수발보험의 MDK가 하는 역할을 수행한다. 요양급부를 신청하면 (질병보험금고의 의료부문으로부터 오는) 인증받은 간호사 또는 의사가 수발을 필요로 하는지 여부와 정도를 결정하기 위해 신청자의 자택을 방문한다.

의무적으로 가입되는 대체형 민간 수발보험 이외에 별도로 보충형 장기간병보험도 판매된다. 따라서 의무적으로 가입하는 수발보험에 가입해 있는 경우에도 부가적 보상이 필요하면 보충형 장기간병보험에 가입한다. 생명보험회사 및 건강보험회사가 보충형 장기간병보험을 판매하고 있는데, 2005년 말 현재 85만 명이 가입하고 있다. 이는 65세 이상 인구의 5% 정도의 인구를 보장하고 있는 것으로, 아직은 시장 활성화가 부진한 상황에 있다고 평가할 수 있다.

보충형 장기간병보험은 장기간병 일별 정액 보험(long-term care daily allowance insurance)과 장기간병 일별 실손 보험(long-term care daily cost insurance)으로 나뉘어 판매된다. 장기간병 일별 정액 보험은 매일의 요양에 대해 인정된 금액을 지불하는 보험인데, 보통 수발 필요 인정도에 따라 일정 한도액 내에서 약정 일액의 25~100%를 지급한다. 그리고 장기간병 일별 실손 보험은 요양으

22) 민간 건강보험에 가입한 사람이 나중에 공적 수발보험에 가입할 경우에는 책임이 개시되는 날부터 민간 건강보험 가입을 끝낼 수 있다.

23) 먼저 비용을 지불하고 보험금을 받아 상환하는 방식을 취한다.

로 인해 발생한 비용의 인정된 비율만큼 지불하는 보험인데, 보통 약정 한도액 내에서 수발에 소요된 비용의 80%를 지불한다.

그리고 생명보험회사가 판매하는 상품에는 간병보험금을 연금방식으로 지불하는 것도 있다. 초기에는 「연금+사망+장기상해」의 패키지형 상품이 높은 보험료로 인해 판매가 부진했으나, 공적 보험상품의 확장형을 중심으로 높은 판매실적을 기록하고 있다. 보충형 장기간병보험의 보험요율은 요양비용과 관련된 연령과 성에 의거하여 결정된다.

보충형 장기간병보험의 판매는 특정 보험회사에 전속된 대리점을 중심으로 이루어지나, 일부 복수회사에 속하는 대리점도 참여한다.

독일에서는 민영 장기간병보험에 대해 세제혜택을 부여하는 데는 정치적으로 성공하지 못하였다.

보충형 장기간병보험은 연방보험감독청의 감독을 받는데, 연방보험감독청은 주로 보험료 동등화 과정을 감독한다.

향후 수발에 대한 니즈의 증대에 관계없이 공적 수발보험제도에서 급부가 확대될 가능성이 극히 낮으므로 민간 장기간병보험이 맡은 역할에 대한 기대가 높아질 것으로 전망된다. 이는 고령자 수가 2020~2030년間に 매년 약 20%씩 증가하여 가장 높은 수준에 이를 것이며, 2040년에 근소하게 줄어들기에 앞서 280만 명에 이르러 공적 제도에 대한 압력이 높아질 것이기 때문이다.

2. 일본

가. 공사간 역할분담 현황

일본은 2000년부터 공적보험으로 개호보험이 도입되기 이전부터 민간 장기간병보험을 판매해왔다. 공적보험으로 개호보험이 도입된 이후에는 민간 장기간병보험은 법정 제도에 의해 보장되지 않는 지출에 초점을 맞추어 임의 가입 방식으로 개호상태를 보장하고 있다. 즉, 민간 장기간병보험은 노령으로 인하여 생겨난 장기간병이 아닌 경우와 본인부담금 10%를 보장하는 데 초점을 맞추고 있다.

나. 공적 장기간병보험 현황

1) 공보험 도입 과정

일본에서는 공적 장기간병보험인 개호보험이 도입되기 앞서 1983년에 노인보건 제도가 창설되어 노인병원 수가개편(월 정액제), 노인에 대한 재가 기능훈련 서비스 및 보건사업을 실시하였다. 이어서 1987년에는 노인보건시설, 1993년에는 방문간호서비스를 실시하였다. 또한 1987년 사회복지사법 및 개호복지사법 제정으로 인력 양성, 1989년 골드플랜 책정으로 10년간 시설기반 정비를 추진해왔다.

이러한 정책을 추진해왔음에도 불구하고 노인요양비 및 노인의료비가 급증하는 상황에 대응하기 위해 1997년 12월 17일 개호보험법을 제정하여 2000년 4월 1일부터 실시하였다. 일본 정부는 이 제도의 원만한 시행을 위해 1996~1999년간 시범사업을 실시하였으며, 노인에 대한 보험료 면제(6개월간) 및 50% 경감(1년간)도 실시하였다.

이러한 개호보험제도의 도입은 노인보건과 노인복지로 이분되어 있는 제도를 재편성하여 이용하기 쉽고 공평하며 효율적인 사회적 지원 시스템을 구축하는 데 목적을 두었다. 즉, 이용자 본위의 제도로써 스스로 선택에 기초한 서비스 이용이 가능하며, 고령자 개호에 관한 복지서비스와 의료서비스의 종합적·일체적 서비스 제공이 가능해지고, 공적 기관 외에 다양한 민간사업자 참여 촉진을 꾀하여 효율적으로 양질의 서비스를 제공하는 것을 기대할 수 있으며, 사회적 입원의 시정 등에 의해 의료비 낭비를 해소하려는 데 목적이 있었다²⁴⁾.

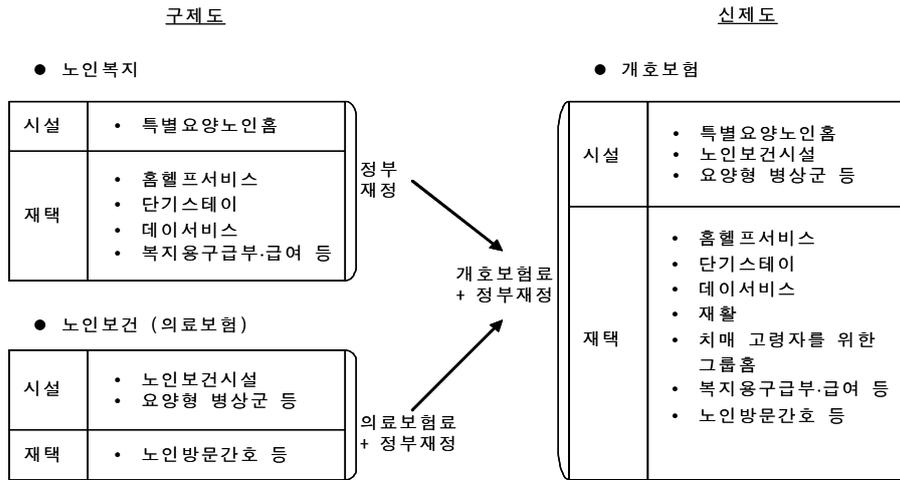
24) http://www1.mhlw.go.jp/topics/kaigo99_4/kaigo5.html

<표 IV-6> 일본 개호보험 신규제도의 비교

	구제도		신제도
	노인복지	노인보건	개호보험
적용대상	저소득자, 독거자 및 그 외의 대상자	70세 이상 고령자 및 65세에서 70세	65세 이상의 고령자 및 의료보험에 가입하고 있는 40~ 60세
적용자격	요개호도와 가족구조, 수입 등의 조건	개호 인정	개호 인정
자기부담	소득비례	530엔/방문, 1,200엔/1일 입원	이용료의 10%
서비스공급자	민생시설	의료기관	정부 또는 민간개호기관
이용자의 서비스 공급자 선택 자유	불가능	가능	가능

자료 : 일본 국립사회보장·인구문제연구소(2007), p. 55.

<그림 IV-1> 노인복지와 노인보건의 개호보험으로 재편성

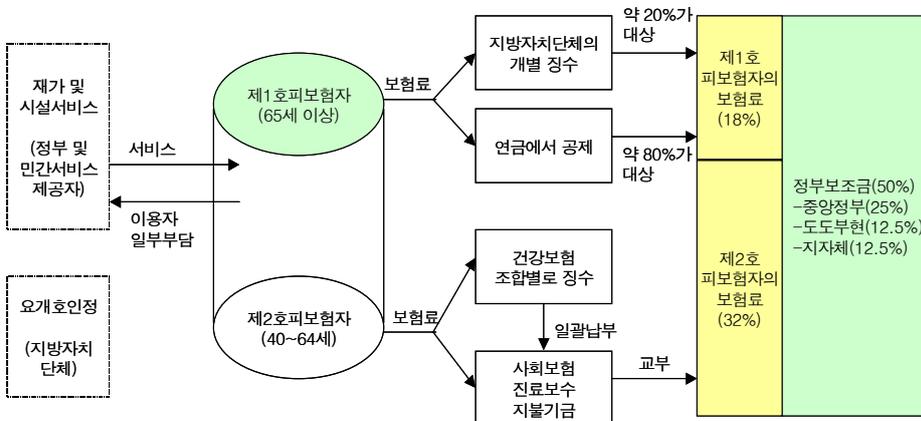


자료 : 일본 후생노동성 홈페이지

2) 공보험 운영 체계

일본 개호보험의 재정방식은 사회보험 방식을 기본으로 하여 정부의 지원을 혼합하였다. 이에 따라 재정은 가입자가 부담하는 보험료로 50%(제1호 피보험자 18%, 제2호 피보험자 32%)²⁵⁾가 충당되며, 정부 지원으로 50%(중앙 25%, 지방 25%)이 충당된다. 그리고 전체 비용의 10%는 본인이 부담한다.

<그림 IV-2> 일본 개호보험제도의 개요



자료 : 일본 국립사회보장·인구문제연구소(2007), p. 55.

개호보험의 운영을 맡고 있는 보험자는 시정촌 및 특별구(동경 23구)이며, 피보험자는 40세 이상인 자로서 개호보험에 의무 가입하여 보험료를 부담해야 한다. 제1호 피보험자의 보험료는 보험자인 시정촌이 당해 시정촌의 피보험자에 관계된 급부비의 수준에 맞추어 보험료를 설정하는 방식으로 되어 있어 전국 시정촌마다 제1호 보험료의 수준은 크게 다르다²⁶⁾. 피보험자가 근로자일 경우에는 0.9%(노사 각

25) 제1호 피보험자는 65세 이상인 자, 제2호 피보험자는 40~64세까지의 자 가운데 의료보험에 가입한 자를 말한다.

26) 2003~2005년간 전국 2,762개 시정촌의 평균 월 보험료는 3,293엔인데, 월 보험료

50% 부담)의 요율로 보험료를 부담하고, 자영업자일 경우에는 소득단계별로 정액(본인 100%)의 보험료를 부담한다.

요양급부(서비스)는 재가급부와 시설급부로 구성되며, 현금급부는 인정하지 않는다. 재가급부의 경우 방문개호, 방문목욕개호, 방문간호, 방문재활, 재가요양관리지도, 통원개호(데이서비스), 통원재활, 복지용구의 대여·구입비의 지급, 단기입소생활개호, 치매대응형 공동생활개호, 특정시설입소자 생활개호, 재가개호가 지원된다. 시설급부의 경우에는 개호복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설이 지원된다.

제1호 피보험자는 요개호(와상 및 치매 등) 및 요지원(허약) 상태가 되면, 제2호 피보험자는 초로기 치매, 뇌혈관장애 등 노화에 기인하는 15개 질병에 걸릴 경우 급부를 받을 자격이 생긴다. 개호가 필요한 피보험자에 대한 심사는 국민건강보험연합회에서 하는데, 급부의 지불업무도 같이 맡고 있다. 서비스 제공에서 지급까지 통상 3개월이 소요되고 있다.

3) 실시 현황

개호보험의 제1호 피보험자 수는 2000년 말 2,242만 명에서 2006년 말 현재 2,682만 명으로 15.4% 증가하였다. 또한 요개호 인정자 수도 연평균 9.6%씩 증가하여 2000년 말에 비해 2006년 말에는 72.3% 증가한 441만 명에 이르고 있다.

<표 IV-7> 피보험자 수 및 요개호 인정자 수 추이

(단위: 만 명, %)

구분	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년
제1호 피보험자 수	2,242	2,317	2,393	2,449	2,511	2,588	2,682
요개호 인정자 수	256 (11.4)	298 (12.9)	345 (14.4)	384 (15.6)	409 (16.3)	432 (16.7)	441 (16.4)

주 : 1) 회계연도(매년 4월부터 익년 3월말까지) 기준이며, 요개호 인정자 수에는 제 2호 피보험자도 포함
 2) ()안의 수는 제1호 피보험자 수 대비 요개호 인정자 수의 비율임
 자료 : 일본 후생노동성 홈페이지

가 1500~3000엔인 시정촌은 1,187개(43%), 3000~4000엔인 시정촌은 1,378개(50%), 4000엔 이상인 시정촌은 197개(7%)였다.

2006년의 경우 전체 요개호 인정자 중 제1호 피보험자는 426만 명으로 96.6%를 차지하고 있다.

개호서비스 이용 현황(2006년 4월 ~ 2007년 3월 누계)을 보면 수급자의 57.7%가 재가서비스를 이용하여 전체 급부비의 49.3%를 차지하고 있으며, 수급자의 18.4%가 시설서비스를 이용하여 전체 급부비의 43.6%를 차지하고 있다.

연도별 급부비를 보면 재가서비스 비용은 2000년에서 2005년 사이에 연평균 20.0% 증가하여 2000년 33.9%에서 2005년 51.9%로 점유비가 증가하였고, 시설서비스 비용은 연평균 3.2% 증가하여 2000년 66.1%에서 2005년 48.1%로 점유비가 감소하였다. 특히 2005년에는 시설입소비가 오히려 전년에 비해 줄어들고 재가서비스 급부가 차지하는 비중이 50%를 넘었는데, 이러한 변화가 구조화될지에 대해서는 주목할만하다. 이렇게 점유비가 감소한 것은 시설 입소보다는 가정 내 개호를 선호한 결과로서 해석된다.

<표 IV-8> 연도별 재가·시설서비스 월평균 급부비 추이

(단위: 억 엔, %)

	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	연평균 증가율
계	2,936 (100.0)	3,407 (100.0)	3,855 (100.0)	4,221 (100.0)	4,602 (100.0)	4,715 (100.0)	10.0
재가서비스	996 (33.9)	1,327 (38.9)	1,641 (42.6)	1,964 (46.5)	2,255 (49.0)	2,448 (51.9)	20.0
시설서비스	1,940 (66.1)	2,080 (61.1)	2,214 (57.4)	2,257 (53.5)	2,346 (51.0)	2,268 (48.1)	3.2

주 : ()내는 전체 급부비 대비 비중임
자료 : 일본 후생노동성 홈페이지

4) 문제점

건강보험과는 별도로 사회보험 방식으로 개호보험이 도입되어 7년 이상을 운영해오는 과정에서 몇 가지 문제점이 드러나고 있다.

첫째, 급부비용이 급증하고 있다는 것이다. 이는 재가서비스에 대한 지급한도액이 높게 책정되어 있어 서비스 이용자의 요청에 의해 과다하게 케어플랜을 작성하여 서비스를 제공하는 데서 비롯되고 있다. 또한 본인부담이 적어서²⁷⁾ 필요 이상으

로 재가·시설 서비스를 이용하는 경향이 있어 이용량 증가가 우려되고 있다. 둘째, 지방자치단체별로 보험료 부담에 차이가 있다. 이는 제1호 피보험자의 경우 지방자치단체별로 각각 징수되는 데서 기인하고 있다. 이는 중앙정부가 일률적으로 정하지 않고 지역별 사정을 반영한 결과로서 근본적으로 개선되기는 어렵다는 한계가 있다. 셋째, 개호 등급이 6개 단계로 되어 있어 복잡하고 평가판정 결과를 알기 어렵다. 치매의 경우 실제보다 낮은 등급으로 분류될 가능성이 있다고 보고되기도 한다. 넷째, 개호도가 낮은 자에게도 방문개호 및 휠체어 등의 서비스를 제공함에 따른 급부비용 증가, 요개호도 악화 등의 문제가 발생하고 있다. 다섯째, 현금급부의 제공 필요성에 대한 논란이 있다. 현금급부를 제공할 경우 개호를 담당하는 가족 내 여성의 노동 문제, 개호의 밀실화, 노인 학대, 홈헬퍼 방문에 의한 사생활 공개 등을 이유로 반대 의견이 형성되고 있으며, 이외에도 용도 외 사용에 따른 서비스 질 저하, 도덕적 해이의 부작용도 있음이 지적된다. 반면에 초기 부족한 시설·인프라의 보완, 재가 중심의 급부 유도, 재정절감 효과 등 긍정적 측면이 있다는 이유로 도입을 주장하기도 한다. 여섯째, 후견인 제도를 적절히 활용하지 못함에 따라 필요한 서비스를 제공받지 못하는 문제점이 발생하고 있다. 후견인 제도는 고령자, 가족이 없는 자, 치매 노인 등의 개호서비스 계약을 돕기 위한 목적으로 도입되었는데, 후견인을 대리인으로 선정하는 절차가 복잡하여 이를 활용하는 사례가 30% 수준으로 낮아 문제점으로 지적되고 있다. 일곱째, 개호서비스 품질에 대한 문제가 발생하고 있다. 민간서비스업자가 증가하면서 이들에 의해 제공되는 개호서비스의 품질에 대한 문제가 발생하고 있다.

다. 민간 장기간병보험

일본에서 민영 장기간병보험은 생명보험회사와 손해보험회사 모두 판매하고 있다. 1985년에 정액급부방식의 상품을 생명보험업계가 판매하기 시작한 후 2005년 현재 생명보험은 보험금 기준으로 29조 엔 규모이며, 손해보험은 책임준비금 기준으로 7천7백억 엔 규모이다.

27) 재가서비스는 지급한도액 범위 내에서 급부비를 지급하고 나머지를 본인이 부담하며, 시설서비스는 이용액의 10%를 본인이 부담한다.

<표 IV-9> 일본 장기간병보험 시장 규모

(단위: 백만 엔)

		FY2001	FY2002	FY2003	FY2004	FY2005
생명 보험	개호급부금	10,933,537	15,264,053	16,470,408	15,307,059	14,763,702
	개호연금원자	17,778,482	18,208,528	17,735,920	16,014,749	14,385,995
	합계	28,712,019	33,472,581	34,206,328	31,321,808	29,149,697
손해 보험	개호비용보험	464,790	476,066	485,368	495,079	503,625
	적립개호보험	281,332	275,451	272,199	269,821	263,486
	합계	746,122	751,517	757,567	764,900	767,111

주 : 1) 생명보험은 보험금 기준임
2) 손해보험은 책임준비금 기준임

자료 : 보험연구소, *Insurance*, 각연도.

민간 장기간병보험 제도 하에서 피보험자는 일반적으로 너싱케어를 필요로 하는 상태가 일정 기간(예를 들면 180일) 이상 지속되면 케어 수당(care allowance)과 케어연금(care annuity)을 동시에 받거나 또는 각각 받는다. 수당은 정액 또는 분할금(installment) 형태로 받는데, 수당과 연금의 크기는 필요한 케어와 그 케어의 실제 비용의 진단 정도와는 무관하다. 몇몇 민간 보험회사는 실제로 발생한 다른 금액뿐만 아니라 법정 수발보험에 대한 본인부담금도 환급해준다. 보험료의 크기는 근본적으로 제공되는 급부의 크기와 피보험자의 연령 및 성에 맞추어져 있다²⁸⁾.

일본에서 민간 장기간병보험의 성장은 건강보험에 비해 단기간 내에 크게 활성화될 것으로 기대되지 않는데, 여기에는 다음과 같은 두 가지 이유가 있다. 첫째, 장기간병 리스크가 시급한 것으로 인식되지 않기 때문이다. 둘째, 입원너싱케어의 경우 피보험자의 비용 부담이 병원 치료의 경우에 비해 작기 때문이다. 그런데 향후 일본에서 법정 개호보험을 개혁하여 피보험자의 리스크 보장 및 범주를 확대하여도 민간 장기간병보험의 영역이 좁아질 것으로 예상되지 않는다. 이는 민간 장기간병보험이 법정 수발보험에 대해서 상호보완적(complementary)이기 때문이다²⁹⁾.

28) Katsuaki Matsumoto(2005), pp.28~29.

29) Katsuaki Matsumoto(2005), p. 31.

3. 영국

가. 공사간 역할분담 현황

영국은 중앙정부와 지방정부가 조세방식으로 장기간병서비스를 제공하고 있으며, 민간보험회사는 이와는 별도의 급부를 원하는 소비자들을 위해 보험상품을 판매하고 있다.

나. 공적 장기간병서비스 현황

1) 공적 서비스 전개 과정

영국에서는 기존에 장기간병을 위한 재원을 NHS로부터 조달해왔는데, 1980년대 들어서는 장기간병비용이 NHS의 재정을 악화시켰다. 그리하여 1980년대 들어 제도상의 각종 인센티브가 재정상태를 좋지 않게 한다는 것을 점점 더 자각하게 되었는데, 1988년에는 결국 제도를 개선하기 위해서 몇몇 개혁적 조치가 필요하다는 정부보고서가 제출되기에 이르렀다.

이에 따라 1990년에 「NHS와 커뮤니티 케어 법(NHS and Community Care Act)」를 제정하여 1993년부터 시행하였는데, 다음과 같은 내용의 커뮤니티 케어 개혁을 실시하였다. 첫째, 시설케어와 재택케어에 관한 책임과 권한을 지방자치단체로 일원화 한다. 둘째, 각 지방자치체의 사회서비스부가 커뮤니티 케어의 연간계획을 책정한다. 셋째, 민간 활력을 도입하고 지방자치단체의 기능을 분화한다. 넷째, 케어가 필요한 사람의 케어플랜을 책정하는 케어 매니저 직종을 신설한다. 이러한 커뮤니티 케어의 개혁은 고령자의 장기입원과 시설복지 이용을 줄이고 민간 부문을 활용한 재택케어서비스를 충실하게 하려는 데 목적이 있었다. 그 결과 지방 정부는 장기간병을 위한 재원조달에 더 많은 책임을 지게 되었다.

그런데 1993년 개혁에도 불구하고 공적 장기간병제도를 특정지웠던 문제들이 해결되지 않자 1997년에 신정부는 왕립위원회를 구성하였다. 왕립위원회는 장기간병 재원조달 체계의 유지가능성을 높이기 위한 장단기 방안을 수립하도록 요청받았다. 그리하여 위원회는 1999년에 장기간병 재원조달에서 국가의 책임을 더 크게

하며, 특히 개인케어를 무상으로 제공하는 방안을 제시하였다. 그리하여 정부는 2000년 NHS플랜에서 개인케어를 무상으로 제공하는 것을 제외하고는 왕립위원회 회의 제안을 모두 수용하였다. 그 가운데 가장 중요한 변화는 2001년부터 너싱케어의 무상공급에 대한 재정지원이었다³⁰⁾. 또한 지방정부와 NHS간에 협력의 가능성을 더 크게 할 뿐만 아니라, 그리고 시설케어에 입소하는 사람들에 대한 자산조사 절차를 대폭 개선하였다.

2) 공적 간병서비스 운영 체계

영국의 공적 간병서비스의 재정은 조세방식으로 운영된다³¹⁾. 이 제도의 운영은 NHS의 경우 중앙정부가 담당하고, 커뮤니티 케어의 경우에는 지방당국이 담당하고 있다. NHS는 전국민을 대상으로 하며, 지방당국은 자산조사 후 결정한다³²⁾.

NHS는 병원케어와 너싱홈에서의 신체케어만을 담당하는데, 자기부담을 요구하지 않는다. NHS는 니드의 필요에 따라 너싱케어 비용을 주당 40파운드, 77.50파운드, 125파운드로 나누어 지원하며, 케어홈 비용을 주당 39.35파운드 또는 58.80파운드로 나누어 지원한다. 재택케어와 시설케어는 원칙적으로 전액 본인이 부담해야 하는데, 자산조사를 거쳐 지방당국이 일부 보조를 한다. 지방당국은 비용이 2만 파운드 이하(웨일즈는 20,500 파운드)일 경우 개인케어³³⁾와 관련된 비용의 일부만 부담하고, 12,500 파운드 이하(웨일즈는 13,500 파운드) 일 경우에는 전체를 부담한다.

노동당 정부는 2000년에 「케어기준법(The Care Standards Act)」를 제정하고, 2002년 4월에는 전국케어기준위원회(National Care Standard Commission)를 독립적인 비정부 공적 감시기구로 설립하여 장기간병서비스의 질을 규제하고 심사하도록 하였다.

30) 이에 대해 잉글랜드, 스코틀랜드, 웨일즈는 각기 다른 규칙을 도입함으로써 제도가 복잡해졌는데, 스코틀랜드가 가장 관대하게 재정지원을 하였다.

31) 커뮤니티 케어의 재원은 지방세, 이용자부담 및 국고보조금으로 이루어진다.

32) 소득과 자산조사는 본인에 국한하므로 배우자와 자녀, 친척 등은 대상에서 제외된다. 다만 스코틀랜드는 자산조사를 하지 않는다.

33) 빨래, 요리, 청소 등 보조를 말하며 'social care'라고도 불린다.

<표 IV-10> 커뮤니티 케어의 유형별 담당 주체 및 이용자의 자기부담

케어의 종류	케어 담당 주체	이용자의 자기부담
가족케어	가족, 이웃	해당 없음
병원 케어, 가정 의에 의한 케어	NHS	원칙적으로 자기부담 없음
재택케어	지방자치체의 사회서비스 제공 부문, 민간사업자	원칙적으로 전액 자기부담. 단, 일 부 자치체에서는 무료 내지 일부 자기부담이 있어 통일되어 있지 않음. 수입에 연계하는 자산조사 가 있음
시설케어	지방자치체의 사회서비스 제공 부문, 민간자치체	원칙적으로 전액 자기부담. 단, 자 산조사의 결과에 따라서는 자치체 로부터 보조를 받을 수 있음. 보 조는 보유자산의 랭크별로 다름 (전국 일률) 11,500파운드 이하: 자기부담 없음 ~ 18,500파운드 이하: 공동부담 18,500파운드 초과: 전액자기부담

자료 : Department of Health, "Community Care Statistics 2001".

3) 문제점

영국의 공적 간병서비스 제도는 재원이 조세제도를 통해 보편적으로 조달되고 있음에도 불구하고 포괄적 보장을 하지 못하고 있어 제도가 불공평하다는 것이 문제점으로 지적되고 있다.

또한 NHS가 건강에 대해 무상으로 포괄적 보장을 하기 때문에 많은 노인들이 장기간병 서비스도 무상으로 제공되는 것으로 착각하고 있다가 막상 서비스를 받는 시점에서 그렇지 않다는 사실을 알고 불쾌해 한다는 문제도 발생하고 있다. 이 문제를 해결하기 위해서는 1993년 이전처럼 자산조사를 하지 않아야 하나, 그렇게 될 경우 비용이 급증하여 정부 재정으로 충당할 수 있을지가 의문인 문제가 존재한다.

마지막으로 지방정부가 재원조달에 곤란을 겪는 문제가 해소되지 않고 있으며, 이에 따라 너싱홈에 비용을 상환하지 못해 독립부문의 몇몇 너싱홈은 폐쇄될 수밖에

에 없는 현상도 생겨나고 있다³⁴⁾.

다. 민간 장기간병보험

영국에서 민간 장기간병보험은 건강보험회사들이 운영에 참여하고 있다. 최초의 민간 장기간병비용 보험상품은 1991년에 도입되었다. 2002년 현재 인구의 1%에도 못 미치는 43,000명이 장기간병보험을 보유하고 있는데, 대부분 60세 이상이다. 민간 장기간병보험 상품은 사전적립형 상품, 즉시니드(immediate needs)형 상품, 채권(bond)형 상품이 있다. 전통보험 방식의 사전적립형 상품은 가능한 미래의 사고를 보장하기 위해 공통의 풀에 일시납 또는 정기납 보험료를 지불하는 보험이다. 이 상품은 미래의 장기간병비용을 지불하기 위해 어느 연령에서도 가입할 수 있는데, 해약시 보험료의 환급은 없다. 즉시니드형 상품은 케어 홈에 입소할 때 보험료를 지불하고 사망시까지 소득의 흐름을 유지할 감액종신연금(impaired life annuity)을 제공하는데, 언더라이팅을 어떻게 하느냐에 따라 상품별 차이가 생겨난다. 채권형 상품은 일시납 보험투자채권과 정기납보험료 장기케어 증권을 결합한 것으로, 장기간병에 대한 필요가 생기면 계약자에게 그리고 사망 후에는 상속인에게 가용한 급부를 제공한다. 보험회사는 채권의 가치로부터 매달 장기간병보험에 지불할 필요가 있는 보험료를 인출하며, 케어가 필요치 않다면 채권의 가치³⁵⁾는 계약자의 재산으로 환원된다. 만약 보험금이 청구되면 채권의 잔존가치의 나머지 차액은 언제든지 되돌려 받을 수 있으며, 이들 채권은 언제든지 현금화될 수 있다.

민간 장기간병보험은 매년 3천 건 내외의 계약이 이루어지는데, 금액 기준으로 신규 보험료 중 13.8%는 사전적립형이고, 81.9%는 즉시니드형, 5.9%는 채권형 상품이다. 보험료 수입은 2003년 기준으로 연간 1억 2천만 파운드이다.

34) Karlsson, Martin, Les Mayhew, Robert Plumb and Ben Rickayzen(2004), p. 49
참조

35) 이 잔존가치는 투자에 증가분을 더한 것에서 보험료를 뺀 금액이 될 것이다.

<표 IV-11> 영국 장기간병보험 유형별 신규 보험료 추이

(단위: 천 파운드)

	사전적립형		즉시니드형	채권형	합계
	정기납	일시납			
1996	2,937	69,178	5,308	-	74,486
1997	2,552	62,455	7,439	-	69,894
1998	2,786	63,701	11,585	-	75,286
1999	2,050	59,889	18,763	-	78,652
2000	2,209	10,548	27,864	36,672	75,084
2001	2,151	15,889	55,917	27,050	98,856
2002	2,092	17,918	72,667	15,803	106,388
2003	1,852	14,161	94,987	6,831	115,979
2004	*	*	111,210	*	#
2005	*	*	86,341	*	#
2006	*	*	91,006	*	#

주 : 1) *와 #는 자료의 익명성을 위해 발표되지 않음

2) 채권형의 경우 2000년 이전에는 사전적립형에 포함됨

자료 : ABI

민간 장기간병보험은 대부분의 경우 인플레이션으로부터 보험금의 가치가 하락하는 것을 막기 위해 급부를 물가에 연동시킨다. 그러나 다음의 경우에는 보험금을 지급하지 않는다. 의기소침이나 정신분열증, 알콜과 약물 중독, 자해 및 자살시도, 에이즈, 전쟁리스크 등이다³⁶⁾.

민간 장기간병보험은 연령, 성, 건강상태 등이 보험료 결정에 중요하게 작용한다. 따라서 가능하면 젊어서 가입하는 것이 보험료를 낮출 수 있다. 그런데 일단 보험에 가입하면 보험료는 연령이 많아져도 자동적으로 늘어나지는 않는다. 그리고 보험에 가입했다라도 2주일 이내에 철회를 요청하면 납입한 초회보험료를 돌려받을 수 있다.

영국에서 민간 장기간병보험은 상품 내용이 복잡하고 상품설명에 전문적 지식을 가져야 하므로 주로 보험중개사나 독립금융자문사(independent financial adviser)에 의해 판매되고 있으나, 전화로 보험을 판매하는 것도 가능하다. 계약 건수는 적

36) 제외되는 내용은 보험회사마다 다르다.

으나 계약수수료가 비교적 크므로 보험중개사나 독립금융자문사가 수입원으로 주목하고 있다.

납입하는 보험료에 대해서는 세제혜택이 주어지지 않으나 보험금에 대해서는 소득세를 감면해주고 있다.

4. 미국

가. 공사간 역할분담 현황

미국에서는 저소득 계층에 대해서는 메디케이드(medicaid)와 메디케어(medicare)에서 장기간병보험을 제공하고 있으며, 저소득층으로 인정되지 않는 계층은 민간 보험회사로부터 민간 장기간병보험을 구매하여 간병비용을 지불할 수 있다. 이러한 점에서 공사간의 역할 분담은 소득을 기준으로 이루어지고 있으며, 저소득계층 또는 장애인을 제외하면 민간보험이 주된 역할을 담당하고 있다고 볼 수 있다.

나. 공적 장기간병보험 현황

1) 공보험 도입 과정

미국에서는 메디케이드와 메디케어에 의해서 1966년부터 공적 장기간병보험이 시작되었는데, 주로 저소득층의 65세 이상 노인들이 혜택을 받고 있다.

2) 공보험 운영 체계

공적 장기간병보험은 조세에 의해 재정이 충당되고 있는데, 메디케어와 메디케이드에 의해 운영된다. 메디케어는 65세 이상이거나 65세 이하의 장애인을 위한 공적 장기간병보험이며, 메디케이드는 저소득자를 위한 공적 장기간병보험이다.

먼저 메디케어는 연방프로그램으로서 일반적으로는 대부분의 장기간병비용을

지불하지 않으나, Part A에서 다음과 같은 일정한 조건을 충족할 경우 숙련된 너싱홈 케어 비용을 지불하고 있다. 즉, 최근에 최소 3일 동안 입원할 경우, 이전의 30일 이내 입원 범위 내에서 메디케어가 보증하는 간호 편의(nursing facility)를 허용 받은 경우, 숙련된 너싱 케어와 재활 테라피와 같은 숙련된 케어를 필요로 하는 경우 등이다.

다음으로 메디케이드는 연방정부와 주정부가 공동으로 운영하는 프로그램으로 시설케어와 가정 및 커뮤니티 기반의 서비스를 제공한다. 메디케이드는 소득, 자산, 저축의 고갈 등에 관해 점점 더 엄격해지는 규칙을 충족시켜야 자격이 발생한다. 따라서 메디케어로 장기간병비용을 조달하는 저소득자는 자산조사를 거쳐 메디케이드 프로그램을 활용할 수 있다.

이들 공적 장기간병보험의 요양급부(서비스)는 다음과 같다. 먼저 메디케어는 100일 한도 내에서 비용의 일정 부분을 지불한다. 즉, 최초 20일에 대해서는 숙련된 간호 편의 비용의 100%, 21~100일에 대해서는 일당 119달러를 초과하는 비용을 지불하며(2006년 기준), 100일 이후에는 초과된 일수에 소요된 비용의 100%를 본인이 부담한다. 가정건강관리에 대해서 메디케어가 지불하는 것은 의사가 처방하고 메디케어보증가정건강관리소가 제공하는 물리적 요법, 직업 요법 및 언어어법병리(speech-language pathology)뿐만 아니라 합리적이고 필수불가결한 파트타임 또는 간헐적인 숙련된 간호케어 및 가정건강보조서비스에 한정된다. 또한 의료 지역서비스, 내구성 의료장비(예를 들어 휠체어, 병실침대, 산소, 보행기 등), 의료용품, 그리고 기타 서비스를 포함한다. 너싱홈 서비스와 달리 홈헬스에 대해서는 공동부담(co-pay)이 없으며, 서비스가 계속해서 의학적으로 필요하고 의사가 최소 60일마다 이들 서비스를 요청하거나 재처방하는 한 서비스 기간에 대한 제한도 없다. 질병의 말기 상태에 있는 사람, 일반적으로 6개월 이상 생존할 것으로 기대되지 않는 개인들에 대해서 호스피스 케어가 보장된다. 그러나 메디케어는 개인편의용품, 개인간호사, 개인 요양실의 추가경비에 대해서는 보장하지 않는다.

다음으로 메디케이드는 시설과 가정 모두에서 제공되는 장기간병 서비스 비용을 지불해준다. 그런데 장기간병 비용을 지불받기 위해서는 메디케이드의 일반 자격 요건, 기능별 자격 요건, 그리고 재무적 자격 요건이 충족되어야 한다.

<표 IV-12> 메디케이드 장기간병서비스 수급자격 요건

구분	세부 내용
일반 자격 요건	<ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상 또는 영구적으로 장애 또는 실명 - 미국 시민권 또는 이민 규정 충족 - 서비스를 신청하는 주의 주민
기능적 자격 요건	<ul style="list-style-type: none"> - ADL을 스스로 할 수 있는지 여부 <ul style="list-style-type: none"> • 이틀 활동에는 목욕, 옷입기, 화장실가기, 이동, 요실금 케어 그리고 식사를 포함 - 다른 사람의 도움을 필요로 하는지 여부
재무적 자격 요건	<ul style="list-style-type: none"> - 자택에서 케어를 받을 경우 소득적격한도는 주마다 다른데, 보충보장소득(SSI; Supplemental Security Income) 급부율(개인 603달러, 부부 904달러)과 연방빈곤선(2006년 기준으로 개인에 대해 월 817달러, 함께 사는 부부에 대해 1,100달러) 사이에 있음 <ul style="list-style-type: none"> • 만약 주의 가정 또는 커뮤니티 기반의 철회프로그램(waiver program) 하에서 서비스를 받고 있다면 소득기준은 종종 관대한데, SSI소득(2006년에 1,809달러) 기준의 300%정도임 • 만약 배우자와 함께 살고 있다면 배우자가 매월 2,488.5달러를 보유하도록 허용하는 룰을 적용 • 만약 소득이 이들 기준을 넘어설 때 의료비용의 초과금액(overage)을 본인이 지불해야 함 - 너싱홈에 있을 경우 메디케어 급부를 받는 데는 소득한도가 존재하지 않음 <ul style="list-style-type: none"> • 일단 자격이 적격하다고 결정되면 매월의 의료케어 비용에 대해 월소득의 일정량을 지불해야 함 • 알라바마주 등 21개 주(2006년 기준)에서는 장기간병서비스에 대한 메디케이드 적격성을 결정하는 데 소득한도(income cap; 2006년 1월 기준 1,809달러)를 부과함 - 대부분의 주에서 개인은 계산 가능한 자산으로 2천 달러까지만 보유할 수 있으며, 부부는 동일한 가구에서 살 경우 계산 가능한 자산으로 약 3천 달러를 보유할 수 있음 <ul style="list-style-type: none"> • 만약 한 배우자는 시설에 입소해 있고 다른 배우자는 커뮤니티에 산다면 연방법은 커뮤니티에 사는 배우자에 대해 더 많은 자산을 보유하도록 허용함 • 일반적으로 커뮤니티에 사는 배우자는 결혼한 부부의 결합자산의 절반을 보유하도록 허용되는데, 그 금액은 최소한도와 최대한도에 종속됨. 2006년 기준으로 최소한도는 19,908달러였으며 최대한도는 99,540달러였음

장기간병서비스를 받기 위해서는 주의 의료전문가가 케어 니드를 평가한다. 그리고 홈케어 서비스를 받지 않는다면 너싱홈에 있을 필요가 있는 사람들에게 대한 가정건강케어(home health care)를 제공함은 물론 21세 이상으로서 자격이 있는 모든 사람에게 대해서 간호편의서비스를 제공한다. 그런데 메디케이드가 제공하는 서비스는 주별로 크게 다를 수 있다. 메디케이드로부터 급부를 받는 사람은 의사, 가정건강지원서비스 또는 지역별 너싱홈 등에 대한 선택의 자유가 있으나, 모든 너싱홈과 건강관리 공급자가 메디케이드 환자를 받아들이지는 않는다.

메디케이드는 보장을 받을 적격요건을 갖추었다 하더라도 장기간병서비스 비용의 일부를 기여하도록 요구한다. 너싱홈에 있을 경우 케어 비용에 대해 소득의 대부분을 기여하도록 요구받으며, 자택 또는 커뮤니티 기반의 서비스를 받을 경우에는 서비스 비용의 일부를 지불하도록 요구받는다.

3) 현황

미국의 공적 보험제도인 메디케어와 메디케이드로부터 장기간병과 관련한 수급자는 2003년 기준으로 각각 4천만 명과 5천2백만 명에 달하고 있다. 메디케어의 경우 고령 수급자가 85.3%로 절대적으로 높았으나, 메디케이드는 고령수급자가 7.8%로 맹인 또는 장애인 수급자의 비중 14.7%보다 낮았다.

<표 IV-13> 메디케이드와 메디케어 수급자 구성

(단위: 명)

구분	인원	비중
메디케이드	52,180,158	100.0
- 고령자	4,058,419	7.8
- 맹인 및 장애인	7,690,707	14.7
- 재가 및 지역 기반 서비스 중지자	922,553	1.8
- 이중 수급자격자	8,046,762	15.4
메디케어	40,172,605	100.0
- 고령자	34,259,546	85.3
- 장애인	5,913,059	14.7
- 연방빈곤기준 이하인 자	4,271,970	10.6
- 이중 수급자격자	8,046,762	20.0

주 : 2003년 기준임
 자료 : American Health Care Association(2006)

<표 IV-14> 미국 장기간병비용 재원조달 구조

(단위: 10억 달러, %)

	너싱홈	홈케어	전체
메디케어	21.6 (16.6)	20.6 (26.9)	42.2 (20.4)
메디케이드	59.0 (45.4)	42.1 (54.8)	101.1 (48.9)
본인부담	32.3 (24.9)	5.1 (6.7)	37.4 (18.1)
민간간병보험	9.1 (7.0)	5.8 (7.5)	14.9 (7.2)
기타	7.8 (6.0)	3.1 (4.1)	10.9 (5.3)
합계	129.8	76.8	206.6

주 : 1) 2005년 기준임
 2) () 내는 비중임

자료 : Komisar and Thompson(2007). Georgetown University(2007)에서 재인용

미국에서 장기간병에 대한 지출은 2005년 기준으로 2,066억 달러였는데, 메디케이드가 48.9%를 차지할 정도로 가장 규모가 크고, 그 다음으로 메디케어가 20.4%를 차지하고 있다. 이러한 통계를 통해 볼 때 메디케이드와 메디케어가 장기간병 재원 조달에서 주도적 역할을 함을 알 수 있다. 다만 너싱홈과 관련해서는 메디케어보다 본인부담이 재원조달에서 더 비중이 크게 나타나고 있다(<표 IV-14> 참조).

<표 IV-15> 장기간병 이용자의 메디케이드 지출 구성

(단위: %)

구분	비중	
장기간병 (75.0)	시설 장기간병	54.0
	지역기반 장기간병	20.8
급성케어 (25.0)	입원	8.5
	약제	6.9
	물리치료 등	8.0
	재활, 테라피 등	3.0

주 : 2002년 기준이며, 재가 및 지역 케어는 홈헬스, 개인케어 서비스와 재가 및 지역 서비스 중지자(waiver)를 포함함.

자료 : KCMU and Urban Institute analysis of HCFA/CMS-64 data. Kaiser Commission (2007), p. 2에서 재인용

장기간병의 주요 재원인 메디케이드를 장기간병 이용자들이 어떻게 이용하는지 2002년 기준으로 내역을 살펴보면 전체적으로 1,186억 달러 중 75%를 장기간병에 지출하고, 나머지 25%를 급성케어에 지출하는 것으로 나타났다. 이를 다시 세부 내역별로 살펴보면 시설장기간병에 54%, 지역기반 장기간병에 20.8%를 지출했고, 그 다음으로 입원에 8.5%, 약제에 6.9%, 물리치료 등에 8%, 재활 등에 3%를 지출하였다(<표 IV-15> 참조).

<표 IV-16> 메디케이드 장기간병 서비스 지출의 추이

(단위: 10억 달러, %)

	1990	1995	2000	2002	2004	2006
지출 합계	32	54	75	92	100	109
시설 케어 비중	87	80	70	68	63	59
재가 및 지역 케어 비중	13	20	30	32	37	41

주 : 재가 및 지역 케어는 홈헬스, 개인케어 서비스와 재가 및 지역 서비스 중지자(waiver)를 포함함

자료 : KCMU and Urban Institute analysis of HCFA/CMS-64 data. Kaiser Commission (2007), p. 2에서 재인용

메디케이드의 지출을 다시 시설 케어와 재택 및 지역 기반 케어로 구분하여 연도별 추이를 살펴보면 1990년 이래로 시설 케어에 대한 지출의 비중이 지속적으로 낮아지고 있다. 그 결과 1990년에 총 320억 달러의 87%를 차지하던 시설 케어는 2006년에는 1,090억 달러의 59%로까지 낮아졌다(<표 IV-16> 참조).

다. 민간 장기간병보험 운영 현황

미국에서는 생명보험회사 및 건강보험회사와 손해보험회사 등이 민간 장기간병보험 상품을 판매한다. 1974년부터 본격적으로 민간 장기간병보험 상품이 시판되기 시작하여 2005년 현재 194개의 민간 보험회사³⁷⁾들이 보험 상품을 판매하나, 주로 6개 보험회사가 시장의 50% 이상을 차지하고 있다. 2006년에 「연금보호법(Pension

37) NAIC에 따르면 11개의 손해보험회사, 23개의 건강보험회사, 6개의 우애조합(fraternal insurer), 154개의 생명보험회사(건강 및 상해보험 취급)가 장기간병보험을 취급한다.

Protection Act)이 제정³⁸⁾되면서 장기간병보험상품의 복합화, 예를 들면 장기간병 보험과 개인연금을 결합시키는 것에 대한 관심이 급격히 증가하고 있다.

<표 IV-17> 미국 민간 장기간병보험의 주요 회사별 시장점유율
(단위: 백만 달러, %)

순위	회사명	모그룹	보험료	시장점유율
1	John Hancock Life Ins.	John Hancock Group	1,545	16.44
2	Genworth Life Ins.	Genworth Financial Group	1,315	14.00
3	Metropolitan Life Ins.	Metropolitan Group	602	6.41
4	Continental Casualty	CNA Insurance Group	586	6.24
5	Bankers Life & Casualty	Consesco Group	520	5.54
6	Unum Life Ins.	Unum Provider Corporation Group	388	4.13
7	Consesco Senior Health Ins.	Consesco Group	280	2.98
8	Penn Treaty Network America Ins.	Penn Treaty American Group	276	2.94
9	Metlife Ins. of CT	Metropolitan Group	254	2.70
10	IDS Life Ins.	American Financial Group	219	2.33

주 : 2005년 기준임
자료 : NAIC

미국에서 장기간병보험에 가입하고 있는 근로자 비율은 2000년대 들어 다소 증가하였지만, 2003년 이후로 정체되어 2006년 현재 12% 수준으로 낮은 실정이다. 전체로는 2001년 기준으로 580만 건의 계약이 유지되고 있다³⁹⁾.

<표 IV-18> 근로자의 장기간병보험 가입률 추이
(단위: %)

연도	1999	2000	2003	2004	2005	2006
가입률	6	7	11	11	11	12

자료 : U.S. Bureau of Labor Statistics, *Employee Benefit Survey*.

38) 2010년부터 시행될 예정이다.

39) HIAA(2003)

<표 IV-19> 전형적인 미국식 실손보상보험

항목	내용
정의	6가지 일상생활 동작중 최소한 2가지 이상, 3개월 이상 상실; 심각한 인식장애 상태
보장내역	증권에 명시된 한도(전문시설에서의 간병 또는 재택간병, 재택방문간병, 간병플랜 등)에 따른 특정건강서비스와 간병서비스에 대한 보상
피보험자의 선택	서비스와 간병(재택간병 또는 전문시설에서의 간병, 재택방문간병, 간병플랜 등) 그리고 일일한도 결정
의료 심사	철저함
면책 기간	6개월(기왕력 배제 조항)
가입 연령	18세 ~ 89세
본인부담 기간	0, 7, 30, 90, 180 또는 360일(피보험자가 선택, 때로 의료적인 이유로 보험회사가 본인부담을 요구)
한시연금	2, 3, 4, 5, 또는 10년(피보험자가 선택, 때로 의료적인 이유로 보험회사가 결정)
완납 권리 조항	보상한도 축소 또는 보상기간 축소
다양한 옵션	위에서 언급한 선택권 이외에 인플레이션 보상(5% 복리 인플레이션 연동 특약); 보장(입원예약 등)
보험료	조정 가능(평균 중신 정기납)
인수 등급	표준체, 표준하체, 우량체
보험료 납입 면제	자율행동능력 상실시
세제 혜택	있음

자료 : Scor Vie(2004), p. 5.

판매되는 장기간병보험 상품은 대부분 실손보상형으로 판매되며, 정액급부형 상품은 드물다. 그리고 실손보상을 하더라도 일 또는 월 기준의 한도를 두고 있다. 상품이 매우 탄력적으로 구성되어 고객은 보장 내용 및 보험금 수준 등과 관련된 많은 옵션 중에서 자신의 니즈에 맞게 선택할 수 있다. 고객은 일당 급부량(예를 들면 100달러/일)을 선택하는데⁴⁰⁾, 그것은 그 계약이 지불할 케어 비용의 크기를 나타낸다. 또한 포괄 보장하거나 시설케어만 보장하는 것 중에서 선택할 수 있는데, 많은 보험계약은 추가의 선택급부 또는 보장을 주문자식으로 맞출 수 있는 "특약(riders)"을 제공한다. 포괄 보장에는 일상활동과 관련된 가정 내 케어 서비스, 성인

40) 대부분의 계약은 일당 50달러에서 500달러 사이의 금액을 선택하도록 하고 있다.

주간건강관리센터, 호스피스 케어, 임시간호, 보조주거편의시설, 알츠하이머특별 케어시설, 너싱홈을 포함하는데, 중요한 옵션 중의 하나는 인플레이션으로부터 보호이다.

그런데 장기간병보험이 포괄적으로 보장한다 하더라도 다음 사항은 제외한다. 첫째, 가족 구성원이 처치, 서비스 또는 케어를 제공하는 조직의 정규종업원이 아닌 한은 그가 제공하는 케어 또는 서비스에 대한 비용 지불을 보장하지 않는다. 둘째, 보험이 없을 경우 어떠한 부담도 지워지지 않는 케어 또는 서비스를 보장하지 않는다. 셋째, 미국 및 그 부속령 밖에서 제공되는 케어 또는 서비스에 대해서 보장하지 않는다⁴¹⁾. 넷째, 전쟁이 선포되었든 그렇지 않든 전쟁 또는 전쟁행위로부터 결과된 케어 또는 서비스에 대해서는 보장하지 않는다. 다섯째, 제정신이든 그렇지 않든 자살 시도 또는 의도적인 자해로부터 결과된 케어 또는 서비스에 대해서는 보장하지 않는다. 여섯째, 알코올 중독 또는 약물 중독에 대한 케어 또는 서비스에 대해서는 보장하지 않는다. 일곱째, 정부 시설에서 제공한 처치에 대해서는 보장하지 않는다. 여덟째, 메디케어 또는 (메디케이드를 제외한) 다른 정부 프로그램, 주정부 또는 연방정부의 산재보험, 사용자배상책임 또는 직업병에 관한 법률, 또는 자동차 보험 노폴트에 관한 법률 하에서 이용할 수 있는 급부의 서비스에 대해서는 보장하지 않는다.

이들 장기간병보험 상품은 개인보험 또는 단체보험 형식으로 판매되며, 생명보험에 부가된 특약의 형태로도 판매된다.

민간 장기간병보험 상품의 보험료는 다음과 같은 요소에 따라 결정된다. 즉, 보장 받는 서비스의 유형(재가케어 또는 시설케어), 급부 수준, 급부가 개시되기까지의 면책기간의 길이, 보장기간, 인플레이션 보호, 급부수급 자격 비박탈조항(non-forfeiture clause) 등이다. 그리고 보험료는 월납, 분기납, 반기납, 연납 등 다양한 방법으로 납부된다. 그런데 대부분의 주에서 요율의 인상은 주 보험청의 신고 후 승인을 받아야 하는데, 승인이 까다롭다. 또한 가입 시 일단 보험료율이 결정되면 개인적으로는 동일한 유형의 보험에 가입한 개인들 모두에 대해 보험료율의 인상이 이루어지지 않는 한 요율이 인상되지 않는다.

41) 그러나 점점 더 많은 보험계약이 미국 밖에서 케어를 제공할 수 있는 국제적 케어급부를 가지고 있는 점이 고려될 필요가 있다.

<표 IV-20> 연령구간별 장기간병보험료

연령구간	평균 연간 보험료
전연령	1,973달러
55세 ~ 64세	1,877달러
65세 ~ 69세	2,003달러
70세 ~ 74세	2,341달러
75세 이상	2,604달러

자료 : <http://www.longtermcare.gov>

기왕증에 대해서는 장기간병보험이 보장해야 하나, 보험회사는 6개월 이내의 면책기간을 설정할 수 있다. 그런데 만약 청약하는 시점에 기존의 의학적 문제를 가지고 있다면 보험회사가 반드시 청약을 받아주거나 보상해줄 필요는 없다. 또한 민간 장기간병보험의 가입은 다음의 경우에는 거절될 수 있다. 즉, 현재 장기간병 서비스를 이용중에 있을 때, 이미 ADL과 관련한 도움을 필요로 할 때, AIDS 또는 AIDS관련복합체(ARC)를 가지고 있을 때, 알츠하이머병 또는 치매 또는 인지기능 장애를 가지고 있을 때, 다중동맥경화증 또는 파킨슨병과 같은 진행 중인 신경학상의 조건을 가지고 있을 때, 과거 12 개월 내지 24개월 이내에 1회의 뇌졸중 발작이 있었거나 다수의 뇌졸중 발작 또는 다중의 일과성 허혈발작(TIAs; Transient Ischemic Attacks)의 병력을 가졌을 때, 전이성 암(metastatic cancer)⁴²⁾을 가졌을 때 등이다. 그런데 이러한 사항들을 고려하여 일단 계약이 이루어질 경우에 보험회사는 가입자가 보험료를 내지 않거나 계약상 급부의 최대한도를 다 소진하기 전까지는 계약을 끝낼 수 없다.

민간 장기간병보험은 보험대리점, 재정설계사, 또는 보험중개사가 판매하는데, 주정부는 어떤 보험회사가 장기간병보험을 판매할 수 있는지 여부 그리고 그들이 판매할 수 있는 상품들에 대해 규제한다.

민간 장기간병보험 가입자는 보험금을 수급할 사유가 발생하더라도 일정 기간의 면책기간(waiting period)이 지난 후에야 보험금을 지급받을 수 있다.

42) 본래의 위치를 벗어나 퍼져가는 암

한편 민간 장기간병보험의 보험료와 보험금에 대한 과세 조건은 1996년에 건강보험 이동 및 책무성에 관한 법률(HIPAA; Health Insurance Portability and Accountability 1996)이 제정되면서 중대한 변화가 생겨났다⁴³⁾. 첫째, 적격 장기간병보험⁴⁴⁾에 대해 고용주가 납부한 보험료는 종업원 소득으로부터 제외될 수 있는데, 다만 카페테리아 플랜 또는 유연한 지출계정/계약 하에서 납부된 보험료는 대상에서 제외된다. 둘째, 자영자는 특정최대한도(specified maximum caps)를 갖는 특별 규칙 하에서 건강보험 비용과 마찬가지로 적격 장기간병보험 보험료를 공제받을 수 있다. 셋째, 의료저축계정으로부터 생긴 비과세 배당(tax-free distribution)은 특정최대한도까지 적격 장기간병보험 보험료를 납부하는 데 사용될 수 있다. 넷째, 1-3항에 의거하여 커버되지 않는 적격 장기간병보험 보험료는 명세(itemized) 의료비용처럼 특정최대한도 내에서 조정 총소득의 7.5%를 초과하는 비용만큼 소득으로부터 공제된다. 그리하여 NAIC가 정한 소비자보호 기준을 충족하는 적격 장기간병보험에 대해서는 상해 및 건강보험과 동등하게 1997년 1월부터 연방소득세의 공제가 허용되고 있으며, 고용주가 종업원을 대상으로 장기간병보험 플랜을 설립하는 데 드는 비용과 보험료 지불을 위한 기여금 모두를 영업비용으로 공제받을 수 있다. 개인의 경우 만약 의료비용이 조정된 총소득의 7.5%를 초과하면 장기간병보험료 또는 본인부담금에 대해 연방소득공제를 받을 수 있는데⁴⁵⁾, 공제받을 수 있는 연간 보험료액은 연령에 의존한다. 즉, 40세까지는 230 달러를 공제받을 수

43) 그 영향으로 민간 장기간병보험에 가입하는 사람의 숫자가 증가하였다.

44) 적격 장기간병보험의 조건은 우선 적격 장기간병서비스 제공만 보장해야 하며, 다음과 같은 조건이 추가된다. 즉, 보험계약 갱신이 보장될 것, 현금의 보험계약환급금 또는 기타 지불, 양도, 저당권 설정 또는 대출 등의 현금이 제공되지 말 것, 환급(피보험자의 사망 또는 완전해약 또는 계약취소 시의 환급은 제외)과 배당은 미래 보험료의 감소나 급부의 증가를 위해서만 사용될 수 있음, 메디케어 하에서 상환될 수 있는 비용을 지불하거나 상환하지 말 것(다만 메디케어가 2차적 지불자이거나 또는 비용에 대한 고려 없이 일당 또는 기타 정기적 지급을 할 경우는 제외), 그리고 공시, 급부수급자격 박탈, 제한 및 배제 금지, 급부 확대, 보장의 지속 또는 전환, 계약의 비연장 및 대체, 비의도적 실효(lapse), 보험금 청구 후 언더라이팅, 최소 기준, 인플레이션 방지, 기왕증, 선임원 등과 같은 소비자보호 조항을 충족할 것 등이다.

45) 실제로 소득공제 혜택을 받는 납세자는 전체의 4.5%에 지나지 않을 정도로 소수이다.

있고, 70세를 넘으면 2,860 달러를 공제받을 수 있다. 그리고 적격 장기간병보험 계약의 급부는 받은 급부가 일정한 한도를 넘지 않는 한 과세되지 않는다. 또한 주정부 차원에서도 26개 주와 워싱턴 DC가 세액공제 또는 소득공제 형태의 세제혜택을 부여하고 있다(자세한 내용은 <부표 4> 참조).

모든 장기간병보험 계약은 주 감독청의 규제를 받는데, 주별로 마련된 소비자 보호 기준을 충족시켜야 한다. 주마다 차이는 있지만 일반적으로 다음의 사항이 충족되어야 한다. 첫째, 특정 질병 예를 들면 알츠하이머 등에 대한 보장을 제한하거나 제외하지 말아야 한다. 둘째, 연령이 많아진다고 하여 보험료를 증액할 수 없다. 셋째, 연령 증가 또는 건강 악화를 이유로 계약을 취소할 수 없다. 넷째, 비박탈 급부를 제공해야 하는데, 만약 장기간병보험을 구매할 경우 계약을 취소하거나 실효시키더라도 급부의 일정 부분이 일정 기간 동안 제공될 수 있어야 한다. 다섯째, 인플레이션 방지 급부를 제공해야 하는데, 이는 급부가 인플레이션에 연동되도록 하여 특히 젊은 연령에 보험을 구매하여 미래를 대비하고자 하는 사람들을 보호하기 위함이다.

한편 NAIC는 「장기간병보험모범법규(Long-Term Care Insurance Model Act and Regulation)」를 제정하여, 저소득 등을 이유로 장기간병보험을 구매할 수 없거나 적절한 사람에게 적합한 보장이 이루어지지 않는 문제를 해결하고자 하였다⁴⁶⁾. 이러한 규제 하에서 보험자들은 적합성 기준을 개발하고 수행하며, 제 기준에 맞추어 대리점들을 교육하고, 청약자로부터 일정한 관련 정보를 얻도록 요구된다. 보험자들은 또한 청약자의 제안된 보장에 대한 지불 능력, 보장 구매와 관련된 금융정보, 장기간병과 관련한 청약자의 목표와 니즈, 청약자의 기가입 보험의 가치, 편익 및 비용을 심사하도록 요구받는다. 그리고 보험대리점은 장기간병보험 계약이 개인에게 적절한지에 대해 결정하기 위해 개인적 워크시트를 청약자와 함께 완성하도록 요구받는데, 워크시트는 개인의 소득, 비용, 저축 및 투자 등과 같은 평가요소를 필요로 한다.

46) Datamonitor(2004), pp. 61~62.

<표 IV-21> 민간 장기간병보험 주요 규제 of 변천 과정

연도	주요 규제 내용
1987	제1차 NAIC 모델법
1989	보험금 청구 후 언더라이팅 금지
1990	승환계약 규제
1990	적합성 평가 요건
1995	최소 급부 기준(trigger) 설정
1996	HIPAA가 보험료의 세금 공제와 보험급부의 과세대상 소득으로부터 제외를 명시함
2000	NAIC 수정안에서 주가 최초 요율 제출과 요율 증가를 승인하는 규칙을 개정함

또한 적합한 판매와 구매가 이루어지는지 보증하기 위하여 보험자와 소비자는 청약자가 설사 소득이 낮아지거나 고정되더라도 계약을 유지할 수 있는지 여부를 결정해야 한다. 더구나 청약자가 만약 보험료가 상승해도 계약을 유지할 수 있을지 여부와 계약에 포함된 급부가 개인에게 적합한지 여부를 결정해야 한다.

5. 시사점

이상에서 살펴본 독일, 일본, 영국, 미국의 사례에서 알 수 있듯이 공적 간병보험 제도는 인구고령화가 급속히 진행되어 가는 상황에 대응하기가 점점 어려워질 것이다. 더구나 공적 간병보험의 보장범위가 포괄적일수록 이러한 곤란은 더욱 커질 것으로 생각된다. 따라서 이용량을 효과적으로 줄이면서도 보장을 포괄적으로 해 줄 수 있는 방안을 찾아야 하는데, 이는 결국 수혜자가 일정한 규모의 비용을 직접 부담하게 하면서 이를 민간보험 등 다양한 재원조달을 통해 해 줄 수 있도록 해야 한다는 것이다.

다음으로 보험료 인상은 어려워지는 반면에 간병 서비스 제공을 위한 시설 및 인건비 등은 쉽게 인상될 수 있으므로 간병 서비스 산업의 효율화가 이루어지지 않으면 이용자의 불만은 커지면서 공적 장기간병보험의 재정수지는 갈수록 악화될 수 있다는 점을 지적할 수 있다. 따라서 공적 간병보험의 재정 문제를 수입과 지출의

구조에서만 찾기보다는 간병 서비스 산업의 육성 및 효율화까지 고려해야 한다.

또한 간병 서비스를 이용하는 수혜자에게 어느 정도 선택의 폭을 제공할 것인지가 고려될 필요가 있다. 수혜자는 거주 지역, 기존 생활패턴, 선호도 등에서 많은 차이를 보이고 있는데, 급부를 획일적으로 공급할 경우 만족도가 낮아질 것이기 때문이다. 따라서 기본서비스를 정의하여 통일적인 수준에서 공급하더라도 본인의 선택권을 확대해줄 수 있는 방안에 대해 고려할 필요가 있다.

V. 장기간병보험 운영 방안

1. 노인장기요양보험과 적절한 역할 분담

장기간병보험의 운영에서 가장 먼저 유의해야 할 것은 공적 보험으로 노인장기요양보험 제도가 도입될 것이라는 점이다. 기존에는 공적 보험이 존재하지 않았기 때문에 역할 분담 문제를 고려할 필요성이 낮았으나, 2008년 7월부터는 역할 분담 문제를 고려할 필요가 있다.

역할분담⁴⁷⁾ 문제를 고려함에 있어 공적 보험의 도입 여부 및 방식은 중요한 비중을 차지한다. 우리나라에서도 비록 민간 장기간병보험이 먼저 도입되었지만 노인장기요양보험이 도입될 것이므로 그에 맞추어 민간의 역할이 재정립될 필요가 있다. 다만 이러한 역할을 정립함에 있어서 몇 가지 합리적이고 현실적인 기준을 설정할 필요가 있다. 여기에는 국민부담의 적정화를 위해 효율성 제고, 연계성 강화를 통한 보장 수준의 제고, 선택의 기회 확대를 통한 만족도 제고 등과 같은 기준이 마련될 필요가 있다.

먼저 효율성 기준은 모든 서비스를 노인장기요양보험으로 처리할 경우 비용을 의식하지 못함으로써 비용이 급증하고 다시 보험료율을 인상해야 하는 악순환을 회피하기 위한 것이다. 국민건강보험공단에 집중되어 있는 노인장기요양보험 제도와 분산 운영되는 장기간병보험이 경쟁과 협조를 통해 효율적으로 보장 수준을 제고해야 한다는 것이다.

다음으로 장기간병보험은 노인장기요양보험이 보장하지 않는 영역을 중심으로 보장하면서 중복 보장을 없애고 적절한 비용으로 보장 수준을 높일 수 있도록 해야 할 것이다. 향후 노인장기요양보험의 보장 수준이 재정 문제 등으로 확대되기 어려울 것으로 예상되므로 민간 부문에서 적절한 역할을 분담할 수 있도록 준비할 필요가 있다.

47) 공적부문과 민간부문간 장기간병보험 분야 역할분담의 유형에 대해서는 류성경·신기섭(2004)을 참조.

마지막으로 소득이나 개인적 필요에 따라 서비스를 추가 또는 고급화할 수 있게 함으로써 획일적 서비스 제공에서 벗어나 만족도를 제고해줄 필요가 있다. 다만, 노인장기요양보험의 혜택에도 불구하고 고급서비스를 원하는 소비자를 위해서는 별도의 상품 개발을 검토할 필요가 있다.

이러한 기준은 향후 장기간병보험의 발전 과정에서 적용되어야 할 것인데, 단기적으로는 노인장기요양보험에서 보장하지 않는 급부를 보장하는 데 초점을 맞출 필요가 있다. 노인요양보험 제도 하에서 급부를 수급하더라도 시설급부의 경우에는 20%, 재가급부의 경우에는 15%를 본인이 부담해야 한다. 이것을 금액으로 환산하면 시설급부의 경우에는 48만 3천 원, 재가급부의 경우에는 12만 4천 원을 매월 부담해야 하므로⁴⁸⁾ 기본적으로 이들을 보장하며 급부를 추가하는 것이 필요하다. 이와 아울러 경증의 경우에는 노인장기요양보험에서 급부를 제공하지 않으므로 이에 대해서도 치료 또는 재활을 중심으로 적절히 급부를 제공하는 방안도 고려할 필요가 있다.

<표 V-1> 노인장기요양보험과 장기간병보험간 역할 분담

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①노인장기요양보험의 비보장 영역을 보장	31 (72.1)	3 (37.5)	17 (77.3)	11 (84.6)	25 (92.6)	10 (90.9)	14 (93.3)	1 (100.0)
②노인장기요양보험을 대체	9 (20.9)	4 (50.0)	4 (18.2)	1 (7.7)	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)
③시장성이 없으므로 사업을 하지 않음	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	1 (3.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
④기타	2 (4.7)	1 (12.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

48) 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), p. 103.

한편 민간 보험회사의 전문가들은 노인장기요양보험과 장기간병보험간 역할 분담에 대해 “장기간병보험이 노인장기요양보험의 비보장 영역을 보장”해야 한다는 데 70명 중 56명(80.0%)이 답하여 압도적으로 높은 응답률을 보였다. 반면에 “장기간병보험이 노인장기요양보험을 대체”해야 한다는 응답은 10명(13.2%)에 그쳤다. 이러한 설문조사 결과를 볼 때 리스크가 큰 장기간병보험 분야를 민간 보험회사가 인프라가 충분하게 확보되지 않고 경험도 충분하지 않은 상황에서 전담하기보다는 보충형을 선호하는 것으로 해석된다.

또한 노인장기요양보험과 장기간병보험이 활성화되기 위해 상호간 협력이 필요한 부문에 대해 민간 보험회사의 전문가들은 “시설 및 인력 등 인프라 확충”이라는 데 70명 중 41명(58.6%)으로 높은 응답률을 보였다. 그 이외에 “상품 및 서비스 개발”이라는 응답과 “장기요양등급 판정 일원화”라는 응답이 각각 12명(17.1%)이었다.

<표 V-2> 노인장기요양보험과 장기간병보험간 협력 분야

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①시설, 인력 등 인프라 확충	23 (53.5)	3 (37.5)	13 (59.1)	7 (53.8)	18 (66.7)	7 (63.6)	10 (66.7)	1 (100.0)
②상품 및 서비스 개발	9 (20.9)	1 (12.5)	5 (22.7)	3 (23.1)	3 (11.1)	1 (9.1)	2 (13.3)	0 (100.0)
③요양등급 판정 일원화	9 (20.9)	3 (37.5)	3 (13.6)	3 (23.1)	3 (11.1)	3 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
④도덕적 해이 방지	1 (2.3)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	3 (11.1)	0 (0.0)	3 (20.0)	0 (0.0)
⑤기타	1 (2.3)	1 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

하지만 중장기적으로는 2008년 7월부터 도입되는 노인장기요양보험의 운영 성과를 보면서 재원조달의 다원화에 대한 재검토가 필요할 것으로 생각한다.

2. 상품개발 전략

앞서 제Ⅲ장에서 우리나라 장기간병보험의 문제점을 살펴볼 때 지적되었듯이 장기 간병보험은 경험위험률이 충분하지 않아 상품개발에 장애를 겪고 있다. 따라서 보험회사는 다양한 유형의 상품개발에 앞서 위험률 개발을 서두를 필요가 있으며, 초기에는 정액형 보험 위주로 상품을 개발하고 점차로 고객의 선호에 맞추어 실손형 보험으로 확대하는 것이 바람직할 것이다. 이는 정액형 보험의 경우 사업구조가 단순하고 간병상태의 발생률만 알면 되기 때문에 상대적으로 상품개발이 용이한 반면, 실손형 보험의 경우 사업구조가 복잡하고 간병비용의 정확한 예측이 힘들기 때문이다.

이와 관련하여 보험회사 전문가들에게 설문조사를 한 결과 “정액형과 실손형을 혼합하여 개발하는 것이 적절하다”는 응답이 전체 72명중 46명(63.9%)으로 가장 높고, 다음으로 실손형 16명(22.2%), 정액형 10명(13.9%) 순으로 나타났다.

<표 V-3> 보험금 지급 방식 관련 장기간병보험 상품개발 방향

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①정액형	9 (20.0)	1 (12.5)	5 (20.8)	3 (23.1)	1 (3.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
②실손보상형	9 (20.0)	2 (25.0)	4 (16.7)	3 (23.1)	7 (25.9)	2 (18.2)	5 (33.3)	0 (0.0)
③두 가지 혼합	27 (60.0)	5 (62.5)	15 (62.5)	7 (53.8)	19 (70.4)	8 (72.7)	10 (66.7)	1 (100.0)
계	45 (100.0)	8 (100.0)	24 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

또한 실손형으로 개발할 경우 보험료 산출과 관련하여 “주기적으로 보험금 지급 상황을 보아 요율을 인상하는 것이 적절하다”는 응답이 전체 24명⁴⁹⁾ 중 13명(54.2%)으로 “상품개발시 보험료에 안전할증을 반영하는 것이 바람직하다”고 응

49) 순수하게 실손형으로 개발해야 한다는 응답자와 혼합형으로 개발해야 한다는 응답자를 합한 수치임.

<표 V-4> 실손형 상품의 보험요율 적용

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①상품개발시 안전할증 반영	5 (38.5)	0 (0.0)	1 (14.3)	4 (100.0)	5 (45.5)	2 (50.0)	3 (42.9)	0 (-)
②보험금 지급 상황을 보아 반영	8 (61.5)	2 (100.0)	6 (85.7)	0 (0.0)	5 (45.5)	2 (50.0)	3 (42.9)	0 (-)
③기타	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (-)
계	13 (100.0)	2 (100.0)	7 (100.0)	4 (100.0)	11 (100.0)	4 (100.0)	7 (100.0)	0 (-)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

답한 10명(41.7%)에 비해 다소 많았다.

현재 장기간병보험 상품에 대해서는 보험기간 동안 요율이 고정되지 않고 주기적으로 변동될 수 있도록 허용되어 있으므로 이를 어떻게 운영할지에 대한 세부지침이 조속히 마련되는 것이 필요할 것이다. 이는 실손형 상품의 경우 향후 간병비용의 지출 상승률이 물가상승률보다 빠르게 증가하여 보험회사의 책임준비금이 급격히 커질 가능성이 있기 때문이다.

그리고 현재 보험회사들이 특약형태로 많이 판매하고 있는 장기간병보험이 주계약으로 운영하는 것이 바람직한지 여부에 대해서는 이 문항에 응답한 70명중 44명(62.9%)이 “주계약으로 운영하는 것이 바람직하다”고 응답하였다.

<표 V-5> 계약 형태 관련 장기간병보험 상품개발 방향

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①주계약	29 (67.4)	6 (75.0)	18 (81.8)	5 (38.5)	15 (55.6)	8 (72.7)	7 (46.7)	0 (0.0)
②특약	14 (32.6)	2 (25.0)	4 (18.2)	8 (61.5)	12 (44.4)	3 (27.3)	8 (53.3)	1 (100.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

또한 장기간병보험이 노인성 요양이 아닌 일반적 장애에 따른 요양을 보장하는 것에 대해서는 “적절하지 않다”는 응답자가 전체 67명 중 34명(50.7%)으로 “적절하다”는 응답자 26명(38.8%)에 비해 다소 높았다.

<표 V-6> 장기간병보험의 일반적 장애에 따른 요양 보장 여부

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
① 매우 적절하다	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.8)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
② 적절하다	16 (40.0)	3 (42.9)	7 (31.8)	6 (54.5)	9 (34.6)	4 (36.4)	5 (35.7)	0 (0.0)
③ 적절하지 않다	19 (47.5)	4 (57.1)	11 (50.0)	4 (36.4)	13 (50.0)	5 (45.5)	7 (50.0)	1 (100.0)
④ 전혀 적절하지 않다	2 (5.0)	0 (0.0)	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑤ 잘 모르겠다	3 (7.5)	0 (0.0)	2 (9.1)	1 (9.1)	3 (11.5)	1 (9.1)	2 (14.3)	0 (0.0)
계	40 (100.0)	7 (100.0)	22 (100.0)	11 (100.0)	26 (100.0)	11 (100.0)	14 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

<표 V-7> 장기간병보험의 일반적 장애에 따른 요양 보장이 부적절한 이유

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
① 발생원인이 다르므로	10 (47.6)	1 (25.0)	6 (46.2)	3 (75.0)	10 (76.9)	5 (100.0)	4 (57.1)	1 (100.0)
② 등급판정의 일원화 곤란	8 (38.1)	3 (75.0)	5 (38.5)	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)
③ 노인장기요양 보험의 비보장	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
④ 보험회사 보유 리스크 확대	3 (14.3)	0 (0.0)	2 (15.4)	1 (25.0)	2 (15.4)	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)
계	21 (100.0)	4 (100.0)	13 (100.0)	4 (100.0)	13 (100.0)	5 (100.0)	7 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

적절하지 않다고 보는 이유로는 "노인성요양과 장애요양은 원인이 다르기 때문"이라는 응답자가 34명 중 20명(58.8%)이었으며, "등급판정을 일원화하기 어렵기 때문"이라는 응답자가 9명(26.5%)이었다.

반면에 적절하다고 보는 이유로는 "민영보험의 사회보장적 기능 강화를 위해서"라는 응답자가 26명 중 14명(53.8%)으로 가장 많았고, 다음으로 "노인성요양과 장애요양 모두 중세가 비슷하기 때문"이라는 응답자가 6명(23.1%)이었다.

<표 V-8> 장기간병보험의 일반적 장애에 따른 요양 보장이 적절한 이유

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①두 가지 모두 중세가 비슷하므로	5 (31.3)	0 (0.0)	4 (57.1)	1 (16.7)	1 (10.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (-)
②시장 저변 확대를 위해	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	2 (20.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	0 (-)
③리스크분산을 위해	3 (18.8)	1 (33.3)	1 (14.3)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
④사회보장 기능 강화를 위해	7 (43.8)	2 (66.7)	1 (14.3)	4 (66.7)	7 (70.0)	3 (60.0)	4 (80.0)	0 (-)
계	16 (100.0)	3 (100.0)	7 (100.0)	6 (100.0)	10 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	0 (-)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

장기간병보험도 다른 상품과 마찬가지로 리스크의 특성이 보완적인 상품과 결합되어 개발됨으로써 리스크를 상쇄함은 물론 계약자의 만족도를 높일 수 있다. 이와 관련하여 사망과 장애간에 양의 상관관계가 존재함을 활용하여 장기간병보험과 즉시연금보험을 연계한 상품개발을 고려할 수 있다. 이 경우 보장비용을 줄이고 역선택을 감소시킬 수 있으며, 노후소득보장과 건강보장을 함께 하는 효과가 있을 것이다⁵⁰⁾.

다음으로 장기간병보험과 주택연금(reverse mortgage)을 연계하여 상품을 개발하는 방안도 고려할 수 있다⁵¹⁾. 이것은 본래 미국에서 메디케이드의 장기간병보장

50) 자세한 내용은 C. M. Murtaugh et al.(2001), R. Grubka(2007), M. J. Warshawsky (2007) 등을 참조할 것

으로 인한 부담을 줄이고자 시행되었는데, 자산조사를 받는 메디케이드의 수급자격을 얻기 위해 자산을 모두 처분하는 행태에서 벗어나 정부가 보장하는 주택연금을 가입할 경우 인센티브를 주는 것이다. 이러한 점은 공적 보험인 노인장기요양보험이 도입되는 우리 현실과 정확하게 맞아떨어지는 것은 아니지만, 일반적으로 장기간병보험에 대한 필요성을 늦게 인식한 사람들에게 대해서 효과적으로 장기간병보험을 가입하게 하는 방법이 될 수 있을 것이다. 그러나 주택연금을 가입하는 연령이 늦어지면 늦어질수록 장기간병보험과 연계하는 시기가 늦어지고 결과적으로 높은 수준의 보험료를 부담하게 되는 문제점이 생긴다. 하지만 주택연금의 수령자가 간병이 필요하다고 판정되는 시점에서 주택연금을 일시금으로 받아 일시납 즉시 장기간병보험에 가입하게 할 경우 상품의 유용성은 있을 것으로 판단된다. 다만 이러한 상품이 유용성이 있기 위해서는 주택가격이 고가이지 않으면 안 된다는 점에서 세계주택 등 인센티브를 부여하기에는 어려움이 있다.

<표 V-9> 장기간병보험과 결합하기 적합한 상품

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①개인연금	17 (39.5)	3 (37.5)	10 (45.5)	4 (30.8)	14 (51.9)	8 (72.7)	5 (33.3)	1 (100.0)
②종신보험	16 (37.2)	3 (37.5)	7 (31.8)	6 (46.2)	3 (11.1)	0 (0.0)	3 (20.0)	0 (0.0)
③민영건강보험	9 (20.9)	2 (25.0)	5 (22.7)	2 (15.4)	10 (37.0)	3 (27.3)	7 (46.7)	0 (0.0)
④기타	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

한편 민간 보험회사 전문가들에게 설문조사를 한 결과 장기간병보험과 결합되어 적절한 상품으로는 개인연금이라는 응답자가 전체 70명 중 31명(44.3%)으로 가장 많았으며, 다음으로 종신보험과 민영건강보험이라는 응답자가 각각 19명(27.1%)

51) 자세한 내용은 Ahlstrom, Tumlinson and Lambrew(2004)를 참조할 것

으로 나타났다(<표 V-9> 참조).이렇게 장기간병보험을 복합화하는 것 이외에도 대체상품이 출현하는 것에 대응할 필요도 있다. 생명보험 유동화(life settlement viatical policies)라고 일컬어지는 TLP(Traded Life Policy)는 암, 백혈병, 심장병, 또는 다중 경화증과 같은 중대질병에 걸린 계약자가 생명보험 증권을 판매함으로써 현금을 수취하여余生 동안 삶의 질을 개선할 수 있게 한다. 이 때 계약자는 예정 사망 보험금보다 작은 보상 또는 대가를 미리 사용할 수 있으며, 보험증권을 판매하여 세금 부담을 줄일 수 있고, 법률에 의해 보호된다. 따라서 우리나라에서도 장기간병보험을 가입하는 대신에 기존의 종신보험을 활용하여 간병서비스를 제공받을 수 있도록 제도화 하는 방안의 검토도 필요할 것이다.

3. 판매채널 및 판매기법의 전문화

현재 우리나라 장기간병보험 상품은 대부분이 40대 이상을 가입 대상으로 하여 운영되고 있다. 그런데 일시납이 아닌 사전적립방식으로 상품을 운영한다고 할 경우에는 연령이 낮을수록 월납 보험료 부담을 낮게 할 수 있을 것이다. 그러나 연령

<표 V-10> 장기간병보험 목표 고객 연령대

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①20대	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
②30대	4 (9.3)	1 (12.5)	3 (13.6)	0 (0.0)	2 (7.4)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)
③40대	30 (69.8)	6 (75.0)	14 (63.6)	10 (76.9)	18 (66.7)	7 (63.6)	10 (66.7)	1 (100.0)
④50대	8 (18.6)	1 (12.5)	4 (18.2)	3 (23.1)	7 (25.9)	4 (36.4)	3 (20.0)	0 (0.0)
⑤60대 이상	1 (2.3)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

이 40대 이하로 너무 낮으면 장기간병보험의 필요성에 대한 인식이 피상적이기 때문에 마케팅에 어려움이 있다.

이러한 점을 고려하여 장기간병보험의 가입을 확대시키기 위해 보험회사가 적극적으로 마케팅에 힘써야 할 연령대에 대해 보험회사의 전문가들에게 질문한 결과 40대라는 응답자가 전체 응답자 70명 중 48명(68.6%)으로 가장 높았다. 그 다음으로는 50대라는 응답자가 15명(21.4%)이었으며, 30대라는 응답자는 6명(8.6%)에 불과하였다(<표 V-10> 참조). 그런데 장기간병보험은 사업운영 및 상품구조가 복잡하고 역선택 및 도덕적 해이의 가능성이 상존하므로 판매채널 및 판매기법의 전문화가 필요하다. 건강상태가 좋지 않은 사람이 간병보험에 적극적으로 가입하려는 역선택과, 가입 후 건강상태를 위장하여 보험금을 받으려는 도덕적 해이가 다른 보험 상품에 비해 높으므로 이에 적극 대응할 필요가 있다. 따라서 장기간병보험은 판매과정에서 상품설명을 위해 건강에 대한 전문지식을 필요로 하기 때문에 모집조직의 전문화가 필요하다. 다만 이를 보험법규에 반영하여 강제하기보다는 보험회사가 자율적으로 내부 기준을 갖고 운영할 수 있도록 하는 방안이 바람직할 것이다. 이러한 내용에 대해 보험회사 전문가들에게 설문한 결과 장기간병보험을 다른 보험상품에 비해 설명의 의무를 더 강화하는 것에 대해서는 전체 응답자 70명 중 절대다수인 62명(88.6%)이 필요하다고 응답했으며, 8명(11.4%)만이 필요하지 않다고 응답하였다.

<표 V-11> 장기간병보험 설명의무 강화 필요성

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①매우 필요하다	16 (37.2)	2 (25.0)	11 (50.0)	3 (23.1)	11 (40.7)	3 (27.3)	7 (46.7)	1 (100.0)
②필요하다	23 (53.5)	4 (50.0)	10 (45.5)	9 (69.2)	12 (44.4)	7 (63.6)	5 (33.3)	0 (0.0)
③필요하지 않다	4 (9.3)	2 (25.0)	1 (4.5)	1 (7.7)	3 (11.1)	1 (9.1)	2 (13.3)	0 (0.0)
④전혀 필요하지 않다	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.7)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

또한 장기간병보험 상품의 난해성, 설명의 의무 강화 추세 등을 고려할 때 가장 적합한 모집조직으로는 건강 및 장기간병보험 전문설계사라는 응답자가 전체 응답자 70명 중 42명(60.0%)으로 가장 많았으며 일반 보험설계사라는 응답도 27명(38.6%)으로 많았으나, 보험대리점과 보험중개사가 적합하다는 응답자는 없었다.

<표 V-12> 장기간병보험 판매에 적합한 모집조직

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①일반 보험설계사	18 (41.9)	5 (62.5)	7 (31.8)	6 (46.2)	9 (33.3)	4 (36.4)	5 (33.3)	0 (0.0)
②전문 보험설계사	24 (55.8)	3 (37.5)	15 (68.2)	6 (46.2)	18 (66.7)	7 (63.6)	10 (66.7)	1 (100.0)
③보험대리점	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
④보험중개사	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑤통신판매	1 (2.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (7.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

더 나아가 건강 및 장기간병보험 전문설계사를 보험업법이나 감독규정에 명문화해야 하는지에 대해서는 전체 응답자 42명 중 29명(69.0%)이 찬성하고 13명(31.0%)이 반대하였다.

<표 V-13> 장기간병보험 판매 전문설계사 법규상 명문화 필요성

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①필요하다	18 (75.0)	1 (33.3)	11 (73.3)	6 (100.0)	11 (61.1)	4 (57.1)	7 (70.0)	0 (0.0)
②필요하지 않다	6 (25.0)	2 (66.7)	4 (26.7)	0 (0.0)	7 (38.9)	3 (42.9)	3 (30.0)	1 (100.0)
계	24 (100.0)	3 (100.0)	15 (100.0)	6 (100.0)	18 (100.0)	7 (100.0)	10 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

4. 언더라이팅 제도 확립

민간 보험회사가 장기간병보험을 운영함에 있어 역선택의 가능성 및 고객 분쟁을 줄이고 적절한 요율 적용을 위해서는 엄정하고 과학적인 언더라이팅 제도 확립이 필요하다. 그러나 우리나라에서는 아직 언더라이팅을 위한 정보의 집적 및 활용에 대한 기준이 설정되어 있지 못한 상황이다. 이것은 특성이 유사한 건강보험의 경우에도 마찬가지이다. 이렇게 정보의 집적 및 활용의 문제가 제기되는 것은 개별 보험회사에 집적된 정보만으로는 역선택의 문제에 사전에 대응하는 것이 어렵기 때문이다.

따라서 장기간병보험의 역선택을 방지하기 위한 시스템은 건강보험 등과 연계하여 구축하고 보험가입 시 언더라이팅 기준을 엄격히 하고 활용할 필요가 있다. 먼저 보험회사의 입장에서는 자체적으로 언더라이팅에 필요한 정보가 무엇인가를 선정하고 이를 보험업계 차원에서 집적하는 일부터 행해야 할 것이다. 이를 위해서는 현재 다른 보험과 별도로 활용되고 있는 장기간병보험용 청약서를 보완한 후 본인이 작성하도록 하고, 보험금의 규모가 일정 수준 이상으로 클 경우 건강진단에 의한 정보수집도 병행할 필요가 있다. 그리고 이렇게 수집된 정보는 생손보사가 실시간 이용이 가능하도록 하되, 시스템 접속을 극히 제한된 일부의 담당자에게만 허용하고 비밀유지의 의무를 부과함과 아울러 위반시 처벌을 보험 관련 법규에 명문화할 필요가 있다.

또한 장기간병보험 언더라이팅은 기준 못지않게 경험이 많은 언더라이팅 전문 인력이 중요하므로 이들을 적극 양성하고 확보할 필요가 있다. 아울러 본사의 언더라이팅 과정에서 의료기록 평가, 대면평가 등이 행해져야 할 것이지만, 판매조직이 피보험자를 대상으로 하는 현장 언더라이팅의 중요성도 건강보험의 경우와 마찬가지로 강조될 필요가 있다.

5. 간병대상자 평가·판정 체계의 일원화

장기간병보험 보험금을 지급하기 위해서는 피보험자의 상태에 대한 판정이 선행

되어야 한다. 보험회사는 현재 보험료 계속 납입 여부를 판단하기 위해 장애분류표를 사용하고 있으며⁵²⁾, 보험금을 지급하기 위해서는 별도의 상품 기준을 가지고 있다. 그런데 보험금 지급 기준이 생명보험과 손해보험간에 차이가 있을 뿐만 아니라 공적 보험인 노인장기요양보험과도 차이가 있게 된다. 따라서 노인장기요양보험 제도가 도입되고 장기간병보험이 보충적 역할을 하게 되는 상황에서는 보험금부 지급 대상자에 대한 평가 및 판정 체계를 일원화하여 효율성을 제고할 필요가 있다. 만약 동일한 피보험자임에도 불구하고 노인장기요양보험과 생손보 장기간병보험간에 등급판정에 불일치가 있다면 이는 분쟁과 불신의 요인이 될 수 있기 때문이다.

이러한 사항에 대해서 보험회사 전문가들에게 설문조사를 한 결과는 "장기간병보험이 노인장기요양보험의 등급 판정 결과를 받아들여 사용하는 것이 적절하다"는 응답자가 전체 70명 중 48명(68.6%)으로 많았고, 적절하지 않다는 응답자는 17명(24.3%)이었다(<표 V-14> 참조).

<표 V-14> 장기간병보험의 노인장기요양보험 등급판정 결과 수용 필요성

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①매우 적절하다	1 (2.3)	0 (0.0)	1 (4.5)	0 (0.0)	3 (11.1)	1 (9.1)	2 (13.3)	0 (0.0)
②적절하다	27 (62.8)	4 (50.0)	15 (68.2)	8 (61.5)	17 (63.0)	7 (63.6)	9 (60.0)	1 (100.0)
③적절하지 않다	13 (30.2)	4 (50.0)	5 (22.7)	4 (30.8)	3 (11.1)	2 (18.2)	1 (6.7)	0 (0.0)
④전혀 적절하지 않다	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (3.7)	1 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
⑤잘 모르겠다	2 (4.7)	0 (0.0)	1 (4.5)	1 (7.7)	3 (11.1)	0 (0.0)	3 (20.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

52) 50% 이상의 장애로 판정될 경우 보험료 납입이 면제된다.

적절하다고 생각하는 이유로는 보험계약자와 이중판정에 따른 부작용을 줄이기 위해서라는 응답자가 29명(60.4%)이었고, 상품구조상 노인장기요양보험을 보완할 것이기 때문이라는 응답자가 18명(37.5%)이었다.

<표 V-15> 노인장기요양보험 등급 판정 수용이 적절한 이유
(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①상품구조상 보완성 때문	9 (32.1)	0 (0.0)	5 (31.3)	4 (50.0)	9 (45.0)	3 (37.5)	5 (45.5)	1 (100.0)
②이중판정에 따른 부작용 줄이려고	18 (64.3)	4 (100.0)	10 (62.5)	4 (50.0)	11 (55.0)	5 (62.5)	6 (54.5)	0 (0.0)
③비용절감 효과가 클 것이므로	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
④보험사기 방지를 위한 공조활동	1 (3.6)	0 (0.0)	1 (6.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	28 (100.0)	4 (100.0)	16 (100.0)	8 (100.0)	20 (100.0)	8 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

반면에 적절하지 않다고 생각하는 이유는 두 보험제도간 보장구조 및 방법의 차이가 있기 때문이라는 응답자가 12명(70.6%)이었고, 노인장기요양보험은 등급 판정이 관대하여 보험금 누수 요인이 될 것이기 때문이라는 응답자가 5명(29.4%)이었다.

<표 V-16> 노인장기요양보험 등급 판정 수용이 부적절한 이유
(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①보장구조와 방법의 차이	8 (61.5)	1 (25.0)	4 (80.0)	3 (75.0)	4 (100.0)	3 (100.0)	1 (100.0)	0 (-)
②관대한 등급판정에 따른 보험금누수	5 (38.5)	3 (75.0)	1 (20.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
③고객정보 누출	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
④독자적 발전에 저해	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
계	13 (100.0)	4 (100.0)	5 (100.0)	4 (100.0)	4 (100.0)	3 (100.0)	1 (100.0)	0 (-)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

따라서 노인장기요양보험과 장기간병보험의 등급판정 체계를 통합할 필요가 있는데, 이를 위해서는 현재 판매중인 장기간병보험 상품과 노인장기요양보험의 보상 구조가 상이하고 등급판정기준의 차이가 있으므로, 먼저 민간 장기간병보험의 상품 보상구조를 노인장기요양보험에 대응할 수 있게 개선한 후 평가 및 판정 체계를 일원화하는 것이 바람직할 것이다. 이 경우 일방적으로 노인장기요양보험의 보상 체계를 받아들이기보다는 체계적으로 충분히 검토한 후 보완이 필요한 부분에 대해서는 노인장기요양보험의 개선을 요구한 후 시행하는 것이 바람직할 것이다. 그리고 평가 및 판정 체계를 일원화할 경우 민간 보험업계를 대표하는 인사의 등급판정위원회 참여가 이루어져 실질적으로 보험업계를 대표할 수 있게 하는 것이 필요할 것이다.

이러한 판정체계 일원화 이외에도 판정기법에 대해서는 추가적인 연구를 통한 개선이 필요할 것으로 생각된다. 현재 보험회사가 판매하고 있는 장기간병보험의 경우 전문의의 판정에 따라 간병상태를 인정하도록 하고 있어 전문의가 판정을 내렸음에도 불구하고 소비자들과 분쟁이 일어나고 있는데, 이는 간병이 필요한 상태의 진행 단계, 피보험자의 도덕적 해이 등 다양한 요소가 복합되어 생기고 있다. 따라서 보험사기를 적발하여 보험금 누수를 막아야 하는 것도 중요하고 고객과 분쟁을 줄이는 것도 중요하므로 노인장기요양보험 등급판정위원회와 협력하여 판정기법의 개선을 도모하여 보험회사와 고객이 동시에 만족할 방안을 찾을 필요가 있다.

6. 위험 전가 방법의 다원화

장기간병보험은 리스크가 크고 오랜 기간에 걸쳐서 분포되어 있기 때문에 관련 재보험 시장이 적절히 발달함으로써 활성화를 지원할 수 있다. 그러나 재보험자들은 장기간병보험에 대해 큰 매력을 느끼지 못하고 희소한 자원을 투입하는 데 꺼리고 있는 것이 현실이다. 이는 장기간병보험상품이 시장에서 판매되어 운용된 역사가 짧은 것과는 관련되며, 아직 보험회사들이 자체적으로 리스크를 보유하려는 데서 비롯되고 있다.

따라서 장기간병보험의 발전을 위해서는 전통적인 재보험 방식 이외에도 리스크

를 자본시장에 유동화시켜 전가하는 방법도 보험회사가 적극 활용할 필요가 있다.

7. 세제 혜택

우리나라에서는 민간 장기간병보험에 대해서 직접적인 세제혜택이 부여되지 않고 있으며, 다만 보장성보험에 대해 100만원 한도 내에서 소득공제를 해줄 뿐이다. 그러나 100만원 한도는 의무 가입하는 자동차보험 보험료⁵³⁾를 고려할 때 한도가 크지 않다고 생각된다. 그런데 미국의 경우에는 앞서 살펴보았듯이 적격 장기간병보험에 대해 세액공제 또는 소득공제 형태의 세제혜택이 별도로 부여되고 있다. 따라서 우리나라에서도 적격 조건을 설정하고 납입한 보험료에 대해서는 소득공제를 하고 보험금에 대해서는 비과세하는 세제혜택을 부여할 필요가 있다.

이렇게 세제혜택을 부여하는 것은 두 가지 차원에서 의미가 있다고 생각한다. 하나는 당장은 부각되고 있지 않지만 향후에 나타날 노인장기요양보험의 재정적자 등으로 급부가 충분하게 제공되지 않을 경우 개인의 자조노력에 입각하여 장기요양 비용을 보험제도를 통해 조달할 수 있게 해준다. 둘째, 세제적격 요건을 통해 소비자보호, 공시, 소비자교육 등과 같은 규제를 시장원리에 따라 할 수 있는 근거를 가질 수 있다.

8. 규제 및 감독

가. 상품 및 요율의 적정성

장기간병보험의 경우 현재 요율 산출을 위한 기초통계가 부족한 실정이므로 감독당국은 이러한 환경 하에서 판매되는 보험상품의 요율이 적정한지 여부를 감독할 필요가 있다. 이는 정액형 보험의 경우에도 감독이 필요하지만, 실손형 보험의

53) 자동차보험 1인당 평균보험료는 2005년의 경우 56만원, 2006년의 경우 58만원인 것으로 추정된다.

경우에는 더욱 필요하다. 실손형 보험의 경우 일정한 주기마다 보험료가 갱신되는 상품이 개발될 가능성이 높는데, 이 경우에 소비자피해가 발생하지 않도록 하는 것이 중요하다. 따라서 최초 인가시 요율의 적정성을 잘 살펴야 할 것이며, 이후 보험료율을 갱신할 때마다 인상률이 적정한도를 넘어서지 않도록 감독할 필요가 있다.

나. 소비자보호

장기간병보험은 질병, 건강상태 등과 관련된 용어가 많을 뿐만 아니라 상품이 이해하기 어려우므로 보험상품 판매시 적절한 설명이 이루어지지 않으면 안된다. 따라서 감독당국은 설명의 의무를 강화하여 의무 준수 여부를 점검해야 한다.

그리고 실손형 간병보험의 경우 간병 관련 비용이 예상보다 빠르게 증가할 경우 보험회사는 책임준비금의 규모가 커질 수밖에 없어 부실화될 것을 우려하여 부적절한 보험승환계약을 시도할 가능성이 있다. 이러한 상황에 대응하기 위해서는 부적절한 승환계약을 감독할 수 있도록 해야 할 것이다.

마지막으로 보험급부가 적정하게 지급되는지에 대한 감독을 강화할 필요가 있다. 보험급부의 지급 조건이 까다롭기 때문에 부당하게 보험급부를 지급받지 못할 가능성이 있으므로 이를 적절히 감독할 수 있도록 해야 할 것이다.

다. 소비자 교육

장기간병보험은 필요성을 인식하는 데에 장시간이 소요되므로 필요성을 제대로 인식하지 못하여 가입률이 낮은 상품이다. 또한 상품이 복잡하고 보험금을 지급받기 위해 판정절차가 복잡하므로 소비자의 보험운영에 대한 이해가 절대적으로 필요한 상품이다. 이러한 점들을 고려할 때 보험회사들은 보험소비자에게 적절한 정보를 제공함과 아울러 교육을 실시하는 것이 필요하다.

따라서 보험회사들은 먼저 소비자들이 장기간병보험의 필요성, 보험상품 구매 요령 등을 인식하도록 각종의 정보자료를 만들어 제공할 필요가 있다. 그리고 보험유관기관을 통한 보험소비자 교육체계를 만들고, 그를 활용하여 체계적인 교육을

실시하는 것이 필요할 것이다.

라. 분쟁조정

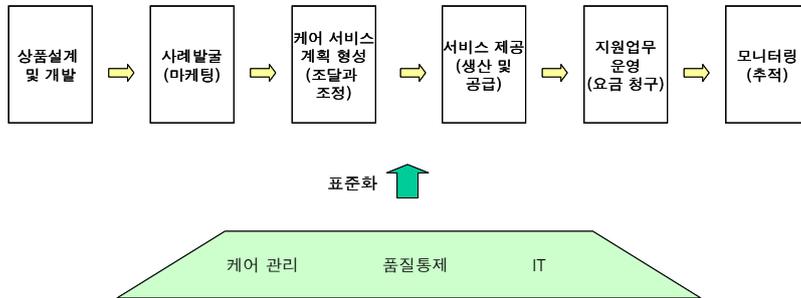
장기간병보험은 상품이 어려울 뿐만 아니라 사업운영구조가 복잡하기 때문에 분쟁 발생 가능성이 다른 어느 보험종목보다 크다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 일차적으로는 보험회사의 자율적인 해결에 맡겨두되, 금융감독원의 소비자보호센터 분쟁조정실에 장기간병보험 관련 전문인력을 양성하여 적극적으로 분쟁을 해결할 수 있도록 할 필요가 있다.

9. 노인장기요양 시설 및 인력 확충

장기간병보험을 정액형 상품만 판매할 경우에는 장기간병 시설 및 인력에 대한 직접적 연계는 필요하지 않다. 다만 장기간병 시설 및 인력이 확충되면 가정 외부에서 간병을 하는 수요가 증가하고 그에 따른 비용을 보험금으로 충당하려는 니드가 커질 것이다. 반면에 실손형 상품으로 운영하려 할 경우에는 비용의 객관화와 투명화를 위해 가정 외부의 시설 및 인력에 의한 간병에 따른 비용을 보상하는 것에 국한하게 될 것이다. 이러한 점에서 장기간병 관련 시설 및 인력의 확충은 장기간병보험의 활성화를 위해 중요하다.

그러나 보험회사가 직접 장기간병 관련 시설 및 인력을 반드시 보유할 필요는 없을 것이다. 다만 장기간병 시설 및 인력과 관련한 사업의 수익성 및 장기적 고려 차원에서 보험회사의 부수업무로 운영하는 방안을 검토하는 것은 의미있는 일이라고 생각된다. 특히 실손형 장기간병보험 상품을 판매할 경우에는 장기간병 시설 및 인력에 대한 직접적 연계를 통한 비용 효율성을 제고하는 차원에서 검토가 필요하다. 현재 대부분의 요양시설이 영세성을 벗어나지 못하고 있으므로 보험회사의 평판과 브랜드를 활용하여 적극 진출하는 것을 검토할 필요도 있을 것이다.

<그림 V-1> 노인장기요양 사업의 가치사슬



자료 : Masashi Hirao(2001), p. 20.

보험회사가 장기간병 관련 사업에 진출할 경우 <그림 V-1>에서 제시되고 있는 것과 같은 가치사슬을 잘 파악하여 서비스를 차별화할 수 있는 방법을 찾아야 할 것이다. 일반적으로 장기간병 사업은 인력의 투입에 의존하는 비율이 높지만 여러 가지 장비를 적절히 활용할 경우 인력을 효율적으로 투입해도 될 뿐만 아니라 서비스의 질도 높아질 수 있기 때문이다. 특히 장기간병보험의 피보험자를 대상으로 거동불능의 상태가 되었을 때 사후적으로 케어를 제공하는 데 초점을 맞추기보다는, 예방 및 건강관리에 중점을 두면서 종합적인 일관 서비스를 제공할 수 있도록 할 필요가 있다. 또한 의료기관 등과 적절히 제휴전략을 구사하는 것도 필요할 것이다. 한편 보험회사가 장기간병보험 운영을 위해 요양시설 및 인력과 관련한 사업을 운영하는 것에 대해 보험회사 전문가들에게 설문조사를 한 결과 전체 응답자 70명 중 48명(68.6%)이 적절하다고 응답했으나, 22명(31.4%)은 적절하지 않다고 응답했다.

<표 V-17> 보험회사의 노인장기요양 시설 및 인력 관련 사업진출의 적절성

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①매우 적절하다	5 (11.6)	3 (37.5)	1 (4.5)	1 (7.7)	5 (18.5)	3 (27.3)	2 (13.3)	0 (0.0)
②적절하다	27 (62.8)	3 (37.5)	14 (63.6)	10 (76.9)	11 (40.7)	3 (27.3)	8 (53.3)	0 (0.0)
③적절하지 않다	8 (18.6)	1 (12.5)	5 (22.7)	2 (15.4)	11 (40.7)	5 (45.5)	5 (33.3)	1 (100.0)
④전혀 적절하지 않다	3 (7.0)	1 (12.5)	2 (9.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	43 (100.0)	8 (100.0)	22 (100.0)	13 (100.0)	27 (100.0)	11 (100.0)	15 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

보험회사가 장기간병 관련 사업에 진출하는 것이 적절하다고 응답한 이유로는 장기간병보험 사업과 시너지 효과가 클 것이라고 생각한 응답자가 40명(85.4%)으로 절대적으로 많았다(<표 IV-18> 참조).

<표 V-18> 보험회사의 노인장기요양 시설 및 인력 관련 사업진출이 적절한 이유

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①시너지 효과가 클 것이므로	25 (78.1)	5 (83.3)	12 (80.0)	8 (72.7)	16 (100.0)	6 (100.0)	10 (100.0)	0 (-)
②관련 시장이 곧 성숙될 것이므로	2 (6.3)	0 (0.0)	2 (13.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
③비용통제가 용이할 것이므로	3 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (27.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
④수익구조 다원화를 위해	1 (3.1)	0 (0.0)	1 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
⑤기타	1 (3.1)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (-)
계	32 (100.0)	6 (100.0)	15 (100.0)	11 (100.0)	16 (100.0)	6 (100.0)	10 (100.0)	0 (-)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

반면에 적절하지 않다고 응답한 이유로는 체휴에 비해 사업비가 많이 들기 때문이라고 생각한 응답자가 10명(45.5%)이었고, 보험회사가 전문성이 없기 때문이라고 생각한 응답자가 7명(31.8%)이었다(<표 IV-19> 참조).

<표 V-19> 보험회사의 노인장기요양 시설 및 인력 관련 사업진출이 부적절한 이유

(단위: 명, %)

	생명보험				손해보험			
	계	대형사	중소형사	외국사	계	대형사	중소형사	외국사
①전문성이 없으므로	3 (27.3)	0 (0.0)	1 (14.3)	2 (100.0)	4 (36.4)	1 (20.0)	3 (60.0)	0 (0.0)
②체휴에 비해 사업비 과다 소요	4 (36.4)	1 (50.0)	3 (42.9)	0 (0.0)	6 (54.5)	4 (80.0)	1 (20.0)	1 (100.0)
③관련 시장의 미성숙	3 (27.3)	1 (50.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	1 (9.1)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)
④정액형 상품만 취급할 것이므로	1 (9.1)	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계	11 (100.0)	2 (100.0)	7 (100.0)	2 (100.0)	11 (100.0)	5 (100.0)	5 (100.0)	1 (100.0)

주 : ()안의 수치는 회사 유형별 설문항목의 비중임

VI. 결론 및 향후 과제

이 보고서는 2008년 7월부터 도입되는 노인장기요양보험의 도입을 앞두고 장기간병보험이 어떻게 운영되어야 할지에 대해서 검토했다. 그 동안 장기간병보험은 공적 보험이 존재하지 않는 상황에서 독자적으로 운영되어 왔으나, 향후에는 공적 보험의 도입을 전제로 전반적 운영 체계를 개선해야 할 것으로 생각된다.

이를 위해서는 먼저 사회보험과 민영보험간 장기간병 영역에서 효율적인 협력 체계를 모색하여 저비용으로 보장성을 강화할 수 있게 하는 데서 시작할 필요가 있다. 다음으로 상품 운용 측면에서는 노인장기요양보험에서 보장하지 않는 영역을 중심으로 보장하는 상품을 개발하고 보상체계를 일치시키는 것이 필요할 것이다. 또한 장기적으로는 노인장기요양보험에서 제공하는 서비스보다 고급의 서비스를 수요할 계층이 확대될 가능성이 있으므로 이에 대응하여 상품을 개발하는 것도 필요할 것이다.

또한 장기간병보험 상품의 판매도 전문성을 강화하여 자체적인 가이드라인을 갖고 판매조직의 전문성을 강화할 방안을 찾아야 할 것이다. 그리고 이렇게 판매되는 보험에 대해 적절한 요율을 부과하고 역선택을 방지하기 위해 언더라이팅 시스템을 보험업계 차원에서 적절히 구축할 필요가 있다.

보험금 지급과 관련해서는 노인장기요양보험의 등급판정체계와 일치하는 체계를 만들어 일원화하는 것이 필요할 것이다. 이 경우 민간 보험업계에서 추천하는 전문가가 등급판정위원회에 참여할 수 있도록 할 필요가 있다.

아울러 장기간병보험에 대한 재보험을 활성화하여 원보험자들이 원활하게 보험 계약을 인수할 수 있도록 해야 할 것이다. 마지막으로 민간 장기간병보험의 활성화를 위해서는 적절한 규제를 통해 소비자를 보호함으로써 산업의 신뢰도를 높일 필요가 있다.

이 보고서는 보험회사가 장기간병보험의 운영과 관련하여 생겨날 수 있는 이슈를 검토함으로써 리스크에 대응하면서 저비용으로 수익성을 높일 수 있게 할 수 있는 방안을 제시하였다. 그럼에도 불구하고 통계의 부족 등으로 구체적 분석이 이루어지지 못한 부분 등에 대해서는 다음 기회에 연구를 더 심화시키기로 한다.

참고문헌

- 공적노인요양보장제도 실행위원회(2004), 「노인요양보장체계 시안」.
- 김기홍(2001), 『노령화사회의 진전에 따른 민영장기간병보험 발전방안』, 보험개발원 보험연구소.
- 김용하(2006), 「국민건강보험진단(Ⅱ) - 재정의 지속가능성을 점검한다」, 국가경영전략연구원 사회보험의 위기 종합 진단 심포지엄, 2006. 11. 14.
- 류성경·신기섭(2004), 「국내 공적 장기간병보험제도 도입에 관한 연구: 공사보완모델 도입을 중심으로」, 보험개발원 보험연구소, 『보험개발연구』 제15권 제2호, 보험개발원 보험연구소, pp. 105~144.
- 류성경·조영훈(1998), 「민영보험회사의 장기간병보험 영위방안」, 보험개발원 보험연구소, 『보험개발연구』, 제9권 제2호, pp. 102~125.
- 박상범(1999), 「장기간병보험의 활성화를 통한 노인복지의 개선」, 보험개발원 보험연구소, 『보험개발연구』, 제10권 제3호, pp. 159~189.
- 보건복지부(2006), 「내년부터 서민층의 노인요양시설 이용부담 대폭 줄어」, 2006년 11월 30일자 보도자료.
- 보건복지부(2007), 『2007년 노인 복지시설 현황』.
- 보건복지부 노인장기요양보험추진단(2007), 『요양보호사 및 장기요양기관 인프라 확충 설명회』, 참고자료.
- 보건복지부 노인요양보장과 외(2004a), 「일본의 개호보험제도」, 일본 출장보고서.
- 보건복지부 노인요양보장과 외(2004b), 「독일의 수발보험제도」, 독일 출장보고서.
- 신문식 외(2005), 『2005년 보험소비자 설문조사』, 보험개발원 보험연구소.
- 일본 국립사회보장·인구문제연구소(2007), 『일본의 사회보장』 (한국어판).
- 임정기(2006), 「고령사회 장기요양정책 설계에 관한 방향 - 민간과 공공, 재

- 가와 시설서비스의 혼합」, 한국보건사회연구원, 『보건복지포럼』, 2006년 3월호, pp. 52~55.
- 정경희 외(2005), 『2004년도 전국 노인생활실태 및 복지요구 조사』, 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 조용운(2006), 「장기간병보험시장의 활성화를 위한 상품개발 방향」, 보험개발원 CEO Report.
- 최은영 외(2005), 『OECD국가 노인장기요양서비스 체계 비교와 정책적 함의』, 한국보건사회연구원.
- 本澤巳代子(2002), 「介護保険と利用者の選擇權の保障: 日獨比較および社會保障法の觀點から」, 『保險學雜誌』, 제578호, pp. 14~22.
- AARP(2006), *European Experiences with Long-Term Care*.
- Ahlstrom, Alexis, Anne Tumlinson and Jeanne Lambrew(2004), "Linking Reverse Mortgages and Long-term Care Insurance", The Brookings Institution.
- American Health Care Association(2006), *The State Long-Term Health Care Sector 2005 : Characteristics, Utilization, and Government Funding*.
- Arntz, Melanie, Ralf Sacchetto, Alexander Spermann, Susanne Steffes, and Sarah Widmaier(2006), "The German Social Long-Term Care Insurance - Structure and Reform Options", IZA Working Paper, Institute for the Study of Labour.
- Bertens, Fons and Jan Bultman(2003), "Health insurance systems in The Netherlands".
- Chen, Yung-Ping(2001), "Funding Long-term Care in the United States: The Role of Private Insurance", *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 26 No. 4, October 2001, pp. 656~666.
- Datamonitor(2004), *Long-term Care Insurance: Where are the opportunities in Europe?*
- Georgetown University(2007), "Medicare and Long-Term Care", *Long-Term Care*

Financing Project, Fact Sheet.

- Greß, Stefan, Maral Manouguian and Jürgen Wasem(2007), "Health Insurance Reform in the Netherlands", *CESifo DICE Report*, Jan. 2007.
- Grubka, Robert(2007), "What The New Annuity-LTC Combo Products Might Look Like", *National Underwriter Life & Health*, March 5, 2007, pp. 17~18.
- Hirao Masashi(2001), "Constructing a Value Chain for Long-Term Care Businesses – An Examination of Viable Business Strategies for the Future", NLI Research Institute, *NLI Research*, No. 150.
- Kaiser Commission(2007), "Medicaid and Long-Term Care Services and Supports", Kaiser Family Foundation, *Medicaid Facts*.
- Karlsson, Martin, Les Mayhew, Robert Plumb and Ben Rickayzen(2004), "An International Comparison of Long-Term Care Arrangements",
- Lewis, Stephanie, John Wilkin and Mark Merlis(2003), *Regulation of Private Long-Term Care Insurance: Implementation Experience and Key Issues*, The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Matsumoto, Katsuaki(2005), "Japanese Health and Long-term Care Insurance: Legal Aspect", Max Planck Institute for Foreign and International Social Law, *The Role of Private Actors in Social Security*.
- Meier, Volker(1999), "Why the Young Do Not Buy Long-Term Care Insurance", *Journal of Risk and Uncertainty*, No. 8, pp. 83~98.
- Miyazawa, Kazutoshi, Panos Moudoukoutas and Tadashi Yagi(2000), "Is Public Long-Term Care Insurance Necessary", *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 67 No. 2, pp. 249~246.
- Morith, Nancy P.(2001), "The Importance of Proper Structure in Long-term Care Insurance", *Journal of Financial Service Professionals*, pp. 47~54.
- Muiser, Jorine(2007), "The new Dutch health insurance scheme: challenges and

- opportunities for better performance in health financing", Discussion Paper No.3-2007, World Health Organization.
- Murtaugh, Christopher M., Brenda C. Spillman and Mark J. Warshawsky(2001), "In Sickness and in Health: An Annuity Approach to Financing Long-term Care and Retirement Income", *The Journal of Risk and Insurance*, Vol. 68 No. 2, pp. 225~254.
- OECD(2005), *Long-term for Older People*.
- Riedel, Helga(2003), "Private Compulsory Long-term Care Insurance in Germany", *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 28 No. 2, pp. 275~293.
- Rothgang, Heinz and Gerhard Igl(2007), "Long-term Care in Germany", *The Japanese Journal of Social Security Policy*, Vol. 6 No.1.
- Scor Vie(2004), "LTC insurance: Two Types of products currently on offer: Cash Benefit policies and reimbursement policies", *SCOR Technical Newletters*, No. 16.
- Tapay, Nicole and Francesca Colombo(2004), "Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study", OECD Health Working Papers.
- Warshawsky, Mark J.(2007), "Recent Developments in Life Annuity Markets and Products", *Benefits Quarterly*, Second Quarter 2007, pp. 46~57.
- Zweifel, Peter(1996), "Providing for Long-term Care: Insurance Vs. Trust Saving", *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 21 No. 4, pp. 284~292.

[부록 1] 자율행동능력 상실에 대한 정의⁵⁴⁾

□ 케이트츠 분류에 따른 일상생활 동작(ADL: Activities of Daily Life)

- 일상생활 동작 능력 상실이란 적절한 도구의 도움을 받았을 때도 일상생활 동작을 할 수 없어서 이러한 동작을 하기 위해서 항상 제 3자의 도움을 받아야 함을 의미
 - 프랑스의 경우 목욕, 옷입기, 이동, 먹기 중에서 피보험자가 타인의 도움 없이 세 가지 이상을 수행할 수 없을 때 자율행동 능력의 상실이 확정됨
 - 미국의 경우 목욕, 이동(예, 침대에서 팔걸이의자까지), 먹기, 옷입기, 화장실 보기(화장실까지 가서 사용하기), 대소변 조절(팔약근 조절) 중에서 피보험자가 제 3자의 도움 없이 최소한 두 가지를 90일 이상 수행할 수 없을 때 자율행동 능력의 일부 상실이 확정됨

□ AGGIR분류(프랑스에서 사용)⁵⁵⁾

- 표준적인 프랑스의 시스템으로 이를 기준으로 APA(개인의 장기간병수당)이 결정됨
- 10가지 항목으로 구성
 - 두 가지는 정신 기능을 평가(일관성과 소재 감각)하며 여덟 가지는 손상으로 정의
- 일정한 알고리즘을 사용해서 대상자를 여섯 개 AGGIR그룹 중에 하나로 분류하여 맨 처음에서 네 번째 그룹까지만 APA혜택을 받을 수 있음
 - GIR1 : 침대 또는 팔걸이의자에서 꼼짝도 하지 못함. 그리고 정신장애 정도가 심각함
 - GIR2 : 꼼짝도 하지 못함. 또는 정신 장애를 겪고 있음
 - GIR3 : 기본적인 일상생활 동작을 하기 위해 하루에도 여러 번 도움을 받

54) SCOR Vie(2004) p. 6.

55) 일부 프랑스 보험회사에서는 개인의 장애 정도를 평가하기 위해 이 분류를 사용하고 있음

아야 함

- GIR4: 이동을 자유롭게 할 수 없으며, 화장실 사용 또는 옷 입기를 자유롭게 못함. 또는 이동은 가능하나 식사를 포함한 일상생활 동작을 하기 위해서는 타인의 도움을 받아야 함
- GIR5: 목욕을 하거나 집안일을 하는 데 도움이 필요함
- GIR6: 자율적으로 동작 가능

[부록 2] 장기간병보험 설문

※ 이하의 질문에 대해 하나의 답을 선택해주시기 바랍니다.

I. 노인장기요양보험제도 도입의 영향

1. 귀하께서는 정부가 사회보험 방식으로 2008년 7월부터 시행할 노인 장기요양보험제도 전반에 대해서 어느 정도 알고 있다고 생각하십니까? ()
 - ① 아주 잘 안다
 - ② 대체로 알고 있다
 - ③ 전혀 모르고 있다

2. 귀하께서는 노인장기요양보험제도가 활성화될 것으로 생각하십니까? ()
 - ① 크게 활성화될 것이다
 - ② 다소 활성화될 것이다
 - ③ 활성화되기 어려울 것이다
 - ④ 전혀 활성화되지 않을 것이다
 - ⑤ 잘 모르겠다

(2번 질문에 대해 ① 또는 ②로 답변한 경우)

- 3-1. 귀하께서는 노인장기요양보험제도가 활성화될 것으로 생각하는 이유가 무엇입니까? ()
 - ① 정부가 강제로 제도 가입을 시키므로
 - ② 저렴한 비용으로 서비스를 받을 수 있어서
 - ③ 가계의 경제적·물리적 부담을 덜 수 있어서
 - ④ 이용이 편리할 것이므로
 - ⑤ 기타 ()

(2번 질문에 대해 ③ 또는 ④로 답변한 경우)

- 3-2. 귀하께서는 노인장기요양보험제도가 활성화되지 않을 것으로 생각

하는 이유가 무엇입니까? ()

- ① 요양시설, 전문인력 등 인프라 준비가 미흡해서
- ② 본인부담금 수준이 높아서
- ③ 서비스 수준이 미흡할 것이므로
- ④ 장기요양 등급판정이 까다로울 것이므로
- ⑤ 기타 ()

4. 귀하께서는 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 민영보험사가 판매하는 장기간병보험(주계약이 아닌 특약 형태도 포함)이 활성화될 것으로 생각하십니까? ()

- ① 크게 활성화될 것이다
- ② 다소 활성화될 것이다
- ③ 활성화되기 어려울 것이다
- ④ 전혀 활성화되지 않을 것이다
- ⑤ 잘 모르겠다

(4번 질문에 대해 ① 또는 ②로 답변한 경우)

5-1. 귀하께서는 노인장기요양보험제도 도입을 계기로 민영 장기간병보험제도가 활성화될 것으로 생각하는 이유가 무엇입니까? ()

- ① 보험 가입의 필요성을 인식하게 될 것이므로
- ② 본인부담이 크므로 이를 보완하기 위해서
- ③ 더 나은 서비스를 받기 위해서
- ④ 관련 인프라가 확충될 것이므로
- ⑤ 기타 ()

(4번 질문에 대해 ③ 또는 ④로 답변한 경우)

5-2. 귀하께서는 노인장기요양보험제도를 도입하더라도 민영 장기간병보험제도가 활성화되지 않을 것으로 생각하는 이유가 무엇입니까? ()

- ① 노인장기요양보험으로 서비스가 대부분 보장되므로
- ② 노인장기요양보험의 부정적 측면이 확산될 것이므로
- ③ 노인장기요양보험과 연계성이 없으므로

- ④ 이용자 및 서비스 공급자의 도덕적 해이
 ⑤ 기타 ()
10. 귀하께서는 보험회사가 현재 판매하고 있는 민영 장기간병보험이 활성화되고 있지 않은 이유는 무엇이라고 생각하십니까? ()
- ① 장기간병보험의 필요성에 대한 소비자들의 인식 부족
 ② 비싼 보험료
 ③ 판매채널의 전문성 부족
 ④ 보험회사의 소극적 마케팅 전략
 ⑤ 기타 ()
11. 귀하가 속한 보험회사에는 민영 장기간병보험을 운영하기 위한 전문인력의 현황은 어떠합니까? ()
- ① 장기간병보험 상품개발 전문가 (명)
 ② 장기간병보험 전문 언더라이터 (명)
 ③ 장기간병보험 전문 모집인력 (명)
 ④ 장기요양 등급판정 전문인력 (명)
12. 귀하께서는 보험회사가 민영 장기간병보험을 운영함에 있어 가장 시급하게 보충해야 할 전문인력은 무엇이라고 생각하십니까? ()
- ① 장기간병보험 상품개발 전문가
 ② 장기간병보험 전문 언더라이터
 ③ 장기간병보험 전문 모집인력
 ④ 장기요양 등급판정 전문인력
 ⑤ 기타 ()
13. 귀하께서는 보험회사가 민영 장기간병보험 운영과 관련하여 요양시설 및 인력과 관련한 사업을 영위하는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까? ()
- ① 매우 적절하다
 ② 적절하다
 ③ 적절하지 않다

- ④ 전혀 적절하지 않다
- ⑤ 잘 모르겠다

(13번 질문에 대해 ① 또는 ②로 답변한 경우)

14-1. 귀하께서는 보험회사가 요양시설 및 인력과 관련한 사업을 영위하는 것이 적절하다고 생각하는 이유가 무엇입니까? ()

- ① 장기간병보험 사업과 시너지 효과가 클 것이므로
- ② 장기요양시장이 곧 성숙될 것이므로
- ③ 실손형 보험 취급 시 비용통제가 용이할 것이므로
- ④ 보험회사 수익구조 다원화를 위해서
- ⑤ 기타 ()

(13번 질문에 대해 ③ 또는 ④로 답변한 경우)

14-2. 귀하께서는 보험회사가 요양시설 및 인력과 관련한 사업을 영위하는 것이 적절하지 않은 것으로 생각하는 이유가 무엇입니까?()

- ① 전문성이 없으므로
- ② 체휴에 비해 사업비가 많이 소요되므로
- ③ 아직 시장이 성숙되지 않았으므로
- ④ 정액형 상품만 취급할 것이므로
- ⑤ 기타 ()

15. 귀하께서는 민영 장기간병보험의 활성화를 위하여 어떠한 조치가 취해지는 것이 적절할 것으로 생각하십니까? ()

- ① 보험료 인하
- ② 가입 필요성에 대한 인식 제고를 위한 홍보 강화
- ③ 부가서비스 확충을 통한 서비스 개선
- ④ 세제 혜택 확대
- ⑤ 기타 ()

Ⅲ. 민영 장기간병보험 상품개발 방향

16. 귀하께서는 노인장기요양보험 도입, 상품운영 환경, 제도적 여건 등을 고

려할 때 계약 형태와 관련하여 민영 장기간병보험의 상품개발 방향이 어떻게 되는 것이 적절할 것으로 생각하십니까? ()

- ① 주계약으로 운영하는 것이 바람직함
- ② 특약으로 운영하는 것이 바람직함

17. 귀하께서는 노인장기요양보험 도입, 상품운영 환경, 제도적 여건 등을 고려할 때 보험금 지급 방식과 관련하여 민영 장기간병보험의 상품개발 방향이 어떻게 되는 것이 적절할 것으로 생각하십니까? ()

- ① 정액형으로 개발
- ② 실손보상형으로 개발
- ③ 두 가지 방식을 혼합
- ④ 기타 ()

(17번 질문에 대해 ①로 답변한 경우)

18-1. 귀하께서는 민영 장기간병보험의 보험금 지급 방식과 관련하여 정액형 상품 개발을 선호한다고 했는데, 일시금과 매월 연금식 지급 중 어느 것이 적절할 것으로 생각하십니까? ()

- ① 일시금
- ② 매월 연금식 지급
- ③ 두 가지 방식을 혼합
- ④ 기타 ()

18-2. 귀하께서는 민영 장기간병보험의 보험금 지급 방식과 관련하여 정액형 상품 개발을 선호한다고 했는데, 보험금은 누가 관리하는 것이 적절할 것으로 생각하십니까? ()

- ① 피보험자 본인
- ② 피보험자의 가족
- ③ 간병서비스 제공 회사(기관)
- ④ 변호사, 신탁회사 등 공인받은 제3자
- ⑤ 기타 ()

(17번 질문에 대해 ②와 ③으로 답변한 경우)

18-3. 귀하께서는 민영 장기간병보험의 보험금 지급 방식과 관련하여 실손형 상품 개발을 선호한다고 했는데, 간병비 등의 증가에 대응하여 보험료를 어떻게 적용하는 것이 적절할 것으로 생각하십니까? ()

- ① 상품개발시 보험료에 안전할증을 반영
- ② 주기적으로 보험금 지급 상황을 보아 요율 인상
- ③ 기타 ()

19. 귀하께서는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험 상품이 노인성 요양이 아닌 장애로 인한 요양을 보장하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 매우 적절하다
- ② 적절하다
- ③ 적절하지 않다
- ④ 전혀 적절하지 않다
- ⑤ 잘 모르겠다

(19번 질문에 대해 ① 또는 ②로 답변한 경우)

20-1. 귀하께서는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험 상품이 노인성 요양이 아닌 장애로 인한 요양을 보장하는 것에 대해 적절할 것으로 생각하는 이유가 무엇입니까? ()

- ① 노인성 요양과 장애 요양 모두 중세가 비슷하므로
- ② 시장 저변 확대를 위해서
- ③ 요양보장에 따른 리스크를 분산시키기 위해서
- ④ 민영보험의 사회보장적 기능 강화를 위하여
- ⑤ 기타 ()

(19번 질문에 대해 ③ 또는 ④로 답변한 경우)

20-2. 귀하께서는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험 상품이 노인성 요양이 아닌 장애로 인한 요양을 보장하는 것에 대해 적절하지 않을 것으로 생각하는 이유가 무엇입니까? ()

- ① 노인성 요양과 장애 요양은 원인이 다르므로
- ② 노인성 요양과 장애 요양은 등급 판정을 일원화하기 어려우므로

- ③ 노인장기요양보험에서 그렇게 하지 않으므로
- ④ 보험회사가 안아야 할 리스크가 커지므로
- ⑤ 기타 ()

21. 귀하께서는 민영 장기간병보험 상품의 리스크 관리와 소비자 니즈 대응 등을 위해 어떤 상품이 민영 장기간병보험과 결합되어 개발되는 것이 적절할 것으로 생각하십니까? ()

- ① 개인연금(annuity)
- ② 종신보험
- ③ 민영건강보험
- ④ 기타 ()

IV. 민영 장기간병보험 마케팅 방안

22. 귀하께서는 민영 장기간병보험의 가입을 확대시키기 위해 보험회사가 적극적으로 마케팅에 힘써야 할 연령대는 무엇이라고 생각하십니까? ()

- ① 20대
- ② 30대
- ③ 40대
- ④ 50대
- ⑤ 60대 이상

23. 귀하께서는 민영 장기간병보험 상품의 난해성 등을 고려할 때 다른 보험상품에 비해 설명의 의무를 더 강화하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 매우 필요하다
- ② 필요하다
- ③ 필요하지 않다
- ④ 전혀 필요하지 않다
- ⑤ 잘 모르겠다

24. 귀하께서는 상품의 난해성, 설명의 의무 강화 추세 등을 고려할 때 민영 장기간병보험의 판매에 가장 적합한 모집조직은 무엇이라고 생각하십니까? ()

- ① 일반 보험설계사
- ② 건강 및 장기간병보험 전문 보험설계사
- ③ 보험대리점
- ④ 보험중개사
- ⑤ 통신판매

(24번 질문에 대해 ②로 답변한 경우)

25-1. 귀하께서는 민영 장기간병보험 상품의 판매를 위한 별도의 모집자격제도를 보험법규에 도입하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 필요하다
- ② 필요하지 않다
- ③ 기타 ()

V. 민영 장기간병보험 리스크 관리 방안

26. 귀하께서는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험의 장기요양 등급 판정과 관련하여 사회보험인 노인장기요양보험의 등급 판정 결과를 받아들여 사용하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 매우 적절하다
- ② 적절하다
- ③ 적절하지 않다
- ④ 전혀 적절하지 않다
- ⑤ 잘 모르겠다

(26번 질문에 대해 ① 또는 ②로 답변한 경우)

27-1. 귀하께서는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험의 장기요양 등급 판정과 관련하여 사회보험인 노인장기요양보험의 등급 판정 결과를 받아들여 사용하는 것이 적절할 것으로 생각하는 이유가 무엇

입니까? ()

- ① 상품구조상 노인장기요양보험을 보완할 것이기 때문에
- ② 보험계약자와 이증 판정에 따른 부작용을 줄이기 위해
- ③ 비용절감 효과가 클 것이므로
- ④ 보험사기 방지를 위한 공조 활동이므로
- ⑤ 기타 ()

(26번 질문에 대해 ③ 또는 ④로 답변한 경우)

27-2. 귀하께서는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험의 장기요양 등급 판정과 관련하여 사회보험인 노인장기요양보험의 등급 판정 결과를 받아들여 사용하는 것에 대해 적절하지 않을 것으로 생각하는 이유가 무엇입니까? ()

- ① 두 보험제도간 보장구조 및 방법의 차이가 있으므로
- ② 노인장기요양보험은 등급 판정이 관대하여 보험금 누수 요인이 되므로
- ③ 민영보험회사의 고객 정보가 누출될 것이므로
- ④ 장기간병보험의 독자적 발전에 저해되므로
- ⑤ 기타 ()

28. 귀하께서는 민영보험사가 판매하는 장기간병보험(주계약이 아닌 특약 형태 포함)에 보험사기 등 도덕적 해이의 가능성은 어느 정도라고 생각하십니까? ()

- ① 매우 크다
- ② 큰 편이다
- ③ 보통이다
- ④ 그다지 가능성이 없다
- ⑤ 전혀 가능성이 없다

<부표 1> 노인장기요양보험 관련 노인복지시설의 종류

종류	시설	설치목적	입소대상자	설치
노인주거복지시설	양시 로설	노인을 입시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의 제공	생활보장대상노인 또는 생활보장대상노인이 아닌 65세 이상의 자 중 그 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 일상생활에 자장이 없는 자	시장·군수·구청장 예산고
	실용시 비로설	노인을 입시켜 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	본인 및 그 배우자와 부양의무자의 월소득을 합산한 금액을 가구원 수로 나눈 연은 1인당 월평균 소득액이 통계청장이 고시하는 전국도의 도시근로자 가구 월평균 소득을 전국도의 평균 가구원수로 나눈 연은 1인당 월평균 소득액 이하인 자이하 '살보대상자'라 한다로서 일상생활에 자장이 없는 65세 이상의 자	"
	유양시 로설	노인을 입시켜 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영	일상생활에 자장이 없는 65세 이상의 자	"
	실용시 비인택	보건복지부장관이 정하는 일정소득이하의 노인에게 저렴한 비용으로 분양 또는 압내 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공	살보대상자로서 단독주택 등 독립된 주거생활을 하는 데 자장이 없는 65세 이상의 자	"
	유양시 비인택	노인에게 유료로 분양 또는 압내 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공	단독주택 등 독립된 주거생활을 하는 데 자장이 없는 65세 이상의 자	"
노인의료복지시설	노양시 인양설	노인을 입시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	생활보장대상노인 또는 저소득 노인으로서 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 자	"
	실용시 비인양설	노인을 입시켜 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	살보대상자로서 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 자	"
	유양시 비인양설	노인을 입시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영	노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 자	"
	노양시 비인양설	차게·중풍 등 중증의 질환노인을 입시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	생활보장대상노인 또는 저소득 노인으로서 차게·중풍 등 중증 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 자	"
	유양시 비인양설	차게·중풍 등 중증의 질환노인을 입시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영	차게·중풍 등 중증 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 자	"
노양시 비인양설	주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설 ☞ 의료법에 의한 의료기관을 개설할 수 있는 자차량사 및 조산사 제도에 한하여 시·도자의 허가를 받아 설치	가 노인성질환으로 치료 및 요양을 필요로 하는 자나 임종을 앞둔 환자	"	
재가노인복지시설	가정봉사원 견설	신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공	신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 자로서 가장가구의 보호가 필요한 자	"
	주보시 간호설	부득한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심히 허약한 노인 과 장애노인을 낮동안 시설에 입시켜 필요한 각종 편의를 제공	심히 허약하거나 장애가 있는 자로서 낮 동안의 보호가 필요한 자	"
	단보시 간호설	부득한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심히 허약한 노인 과 장애노인을 시설에 단기 입시켜 보호	심히 허약하거나 장애가 있는 자로서 단기간의 보호가 필요한 자	"

자료 : 보건복지부(2007), p. 4.

<부표 2> 공적 장기간병보험 급부 국제 비교

국가명	독일	일본	네덜란드
프로그램 명칭	장기간병보험	장기간병보험	특별의료비보험(AWBZ)
제도 시행일 a) 기여 b) 급부 c) 전면 시행	a) 1995. 1. 1 b) 1995. 4. 1(홈케어) 1996. 7. 1(시설) c) 1996. 7. 1	a) 2000. 10. 1 b) 2000. 4. 1 c) 2001. 10. 1	a) ~ c) 너싱홈에 대해서만 1968년 1989년: 홈케어 포함 2001년: 주거홈 포함 2003. 4. 1: 케어에 지출되는 개인예산 수급 자격 포함
재원조달(%) a) 조세 b) 근로인구 기여 c) 노년인구 기여	a) 없음 b) 와 c) : 100%	a) 50%(25% 중앙정부, 12.5% 지방정부, 12.5% 기초자치단체) b) 32% c) 18%(연금 공제)	a) 미미 b) 88% c) 11%
기여율 a) 피용자 b) 고용주 c) 자영자 d) 은퇴자/고령자	a)와 b): 1.7% c)와 d): 소득 상한까지 1.7%	a) ~ d): 추정연간급부비용 의 32%를 커버하기 위해 건강보험기금으로부터 기여 - 현행 피보험자 소득의 약 1% d) 각 기초자치단체가 자 신들의 비용을 커버하기 위해 정한 기여: 이것은 최저소득자를 보조하는 사회부조와 함께 소득에 따라 변동	a), c)와 d) 2000년 기준으로 10.25%(연 최대 2,558유로) a), c)와 d) 2003년 1월부 터과세대상소득의 13.25%(연 최대 4,004유로)(AWBZ은 장 기간병만이 아니라 모든 예 외적 건강비용을 커버)
급부 평가 a) 방법 b) 주체	a) 3점 척도 - 필요한 케어의 일당 횟수와 시간 b) 질병급고의 의학평가 서비스(MDK)	a) 2단계 평가 - 1단계: 현장질문서 - 2단계: 사례 컨퍼런스 b) - 1단계: 지방공무원 또는 케어근로자 - 2단계: 건강 및 복지 전문가	a) ICIDH/ICF정보를 사용한 케어 니드 평가 b) 지역니드평가청(RIOs)
급부 유형 a) 현금 b) 현물	시설: b) 인가받은 공급자의 서비스 홈케어: 다음 중 선택 a) 현금 b) 승인받은 공급자의 서비스 c) a)와 b)의 혼합	b) 인가받은 공급자들의 서비스	시설: b) 인가받은 공급자의 서비스 홈케어: a) 개인케어예산(2003년 4월부터 현금지불로 변경)
추가적 기준 (모든 기준을 커버하지 않음)	최소 5년 기여(2000년에 도입된 조건)	만약 65세 이하이면 케어 니즈의 원인이 15개 연령 관련 조건중의 하나이어 야 함	

자료 : OECD(2005), p. 82.

<부표 3> 주요국의 장기간병서비스에 대한 본인부담

서비스	국가	본인부담
홈헬프	오스트리아	없음(예산한도까지)
	벨기에	소득 연계, 비용의 14~20%, 지역에 따라 다름
	덴마크	없음
	핀란드	비용의 0~13%, 소득에 따라 다름
	프랑스	소득 및 장해 연계 고정 기여
	독일	없음(예산한도까지)
	일본	10% 공동보험
	네덜란드	케어 시간당 공동지불, 저소득층은 삭감, 평균 12%
	스웨덴	소득연계, 평균 8%, 지역에 따라 다름
	영국	비용의 0~10%, 소득에 따라 다름
너싱홈 케어	오스트리아	현금급부의 80% + 연금의 일부
	벨기에	총비용의 56%
	덴마크	임대료, 방열비, 전기료, 기타 서비스를 위한 소득의 15%
	핀란드	소득 또는 (소득-개인니드수당)의 80% 이하
	독일	호텔성 비용의 100%, 총비용의 최소 25%
	이탈리아	호텔성 비용의 100%
	일본	10% 공동지불 + 200달러의 월 식사비
	네덜란드	매월 최대치 한도 내에서 소득의 11%
	스웨덴	소득의 70%
	영국	소득/자산 한도에 이르도록 지출할 때까지 100%

자료 : M. Merlis(2004), pp.17~19.

<부표 4> 주별 민간 장기간병보험에 대한 세제혜택

주	주정부 세제 혜택	세제혜택 유형	비고
Alabama	있음	소득공제	주민에 대해 당해과세연도에 납부된 적격 장기간병보험의 보험료 전액을 소득공제함
Alaska	해당 없음	해당 없음	주는 개인소득세를 과세하지 않음
Arizona	없음	해당 없음	
Arkansas	있음	소득공제	아칸사스 주민은 연방세법 213절 (d)(1)(D)에 등재된 형태를 따르는 장기간병보험 보험료 총비용을 공제받을 수 있음
California	있음	소득공제	캘리포니아 주민은 연방세법 213절(d)(1)(D)를 통해 수행된 연방공식을 따라 주어진 과세연도 내에 납부된 장기간병보험 보험료의 총 비용을 소득공제 받을 수 있음
Colorado	있음	세액공제	콜로라도 주민은 납입 보험료의 25% 또는 장기간병보험 계약당 150 달러에 상당하는 세액공제를 받을 수 있음
Connecticut	없음	해당 없음	
Delaware	없음	해당 없음	
District of Columbia	있음	소득공제	워싱턴 DC 주민은 소득공제 금액이 개인당 500 달러를 초과하지 않는다면 단년도 총소득에서 1년 동안 납입한 장기간병보험 보험료 총액을 소득공제 받을 수 있음
Florida	해당 없음	해당 없음	주는 개인소득세를 과세하지 않음
Georgia	없음	해당 없음	
Guam	NA	NA	
Hawaii	있음	소득공제	하와이 주민은 연방 과세대상 소득을 결정할 때 장기간병보험 보험료가 공제될 수 있다면 장기간병보험료를 공제받을 수 있음
Idaho	있음	소득공제	아이다호 주민은 자신, 부양가족, 또는 종업원을 위해 납입된 장기간병보험 보험료의 총액을 (개인과세대상 소득으로부터) 공제받을 수 있음
Illinois	없음	해당 없음	주 2) 참조
Indiana	있음	소득공제	인디애나 주민은 해당 과세연도에 적격 장기간병보험에 납입된 보험료의 일부를 공제받을 수 있음
Iowa	있음	소득공제	아이와 주민은 만약 장기간병보험 보험료가 연방세법에 따라 소득공제를 받을 수 있다면 해당과세연도에 장기간병보험에 납입된 보험료 총액을 공제받을 수 있음

주	주정부 세제 혜택	세제혜택 유형	비고
Kansas	있음	소득공제	캔자스 주민은 2004년 12월 31일 이후의 과세연도에 대해 장기간병보험료 비용을 500달러까지 소득공제 받을 수 있음. 총공제금액은 2009년 12월 31일까지 각각의 과세에 대해 100달러씩 증가할 것임. 주민은 2009년 12월 31일 이후 시작되는 모든 과세연도에 대해 보험료 비용의 1천 달러를 초과하지 않는 금액을 공제받을 수 있음
Kentucky	있음	소득공제	켄터키 주민은 해당 과세연도에 납입된 모든 적격 장기간병보험 보험료의 합계를 해당연도의 세금부담액을 계산하기에 앞서 조정총소득으로부터 제외할 수 있음
Louisiana	있음	세액공제	루이지애나 주민은 만약 세액공제금액이 동일한 해의 총세금부담을 초과하지 않는다면 해당과세연도에 납입된 적격장기간병보험 보험료 합계의 10%에 해당하는 세액공제를 받을 수 있음
Maine	있음	세액공제 소득공제	메인 주민은주별로 승인된 적격 장기간병보험 계약에 납입된 보험료 전액을 공제받을 수 있음. 공제받을 총액은 항목화된 공제로서 청구된 장기간병 보험료의 총액뿐만 아니라 해당과세연도에 연방세액공제로 청구된 금액만큼 삭감될 수 있음. 메인 주 고용주들은 또한 종업원들에게 장기간병보험 계약을 제공하기 위해 납입된 조세에 대해 소득세액공제를 받을 수 있음. 세액공제액은 (a) 5천 달러, (b) 해당과세연도에 보험을 제공하기 위해 발생된 비용의 20%, 또는 (c) 참여한 종업원당 100달러 중 최소 금액과 같음.
Maryland	있음	세액공제	메릴랜드 주민은 만약 보험계약이 개인 또는 개인의 배우자, 부모, 양부모, 자녀, 또는 양자녀를 보장한다면 해당 과세연도에 납부된 적격 장기간병보험 보험료 총액의 100%에 상당하는 세액공제를 받을 수 있음. 각 보험계약에 대한 총 세액공제액은 500달러를 초과할 수 없음.
Massachusetts	없음	해당 없음	
Michigan	없음	해당 없음	
Minnesota	있음	세액공제	미네소타 주민은 만약 연방과세소득을 결정하는 데 보험료가 공제되지 않았다면 100달러의 세액공제 또는 장기간병보험 보험료의 25%에 상당하는 금액을 공제받을 수 있음

주	주정부 세제 혜택	세제혜택 유형	비고
Mississippi	없음	해당 없음	
Missouri	있음	소득공제	미주리 주민은 만약 보험료 납입이 해당과세연도에 공제항목화 되어 있지 않다면 적격 장기간병보험에 대한 환급되지 않는 (non-reimburse) 보험료의 50%를 공제받을 수 있음. 배우자와 별도로 미주리 소득세 환급(income tax return)을 등록한 기혼자는 모든 적격 장기간병보험 보험료의 본인 지불 금액에 비율에 상당하는 금액을 공제받을 수 있음.
Montana	있음	세액공제 소득공제	몬타나 주민은 자신 또는 부양가족의 보장을 위해 해당연도에 납입한 모든 장기간병보험 계약에 대한 보험료 총액을 소득공제 받을 수 있음. 주민들은 또한 의존상태에 있지 않은, 나이 많은 또는 장애가 있는 가족 구성원을 위한 장기간병보험 계약의 보험료 납입에 대해 세액공제를 받을 수 있음. 세액공제는 납세자의 해당과세연도의 총가계소득에 기초하고 있음.
Nebraska	없음	해당 없음	
Nevada	해당 없음	해당 없음	주는 개인소득세를 과세하지 않음
New Hampshire	해당 없음	해당 없음	주는 배당과 이자소득에 대해서만 과세함
New Jersey	있음	소득공제	뉴저지 주민은 해당과세연도에 개인 총소득의 2%를 초과하는 의료비용의 소득공제를 받을 수 있음
New Mexico	있음	소득공제	뉴멕시코 주민은 만약 보험료가 해당과세연도에 납세자의 조정총소득에 포함된 소득으로 납입되었다면 해당연도에 장기간병보험에 납입된 보험료 일부 또는 총액에 상당하는 소득공제를 받을 수 있음
New York	있음	세액공제	뉴욕 주민은 해당과세연도에 적격장기간병보험에 납입된 보험료 총액의 20%에 상당하는 세액공제를 받을 수 있음
North Carolina	없음	해당 없음	주를 참조
North Dakota	있음	세액공제	노스 다코타 주민은 납세자 또는 납세자의 배우자, 부모, 양부모, 그리고 자녀를 위한 장기간병보험 계약에 해당연도에 납입된 보험료 총액의 25%에 상당하는 세액공제가 허용됨. 개별 피보험자에 대한 세액공제 금액은 해당과세연도에 100달러를 초과할 수 없음

주	주정부 세제 혜택	세제혜택 유형	비고
Ohio	있음	소득공제	오하이오 주민은 만약 소득공제총액이 해당과세연도의 연방과 오하이오 주의 조정 총소득을 계산할 때 다른 방법으로 공제되지 않았다면, 납세자, 납세자의 배우자, 또는 부양가족을 위한 적격 장기간병보험에 해당과세연도 동안에 납입된 비용과 /또는 보험료의 총액을 소득공제 받을 수 있음
Oklahoma	없음	해당 없음	
Oregon	있음	세액공제	오레곤 주민은 본인, 부모, 부양가족, 또는 종업원에 대한 장기간병 보험료에 대한 세액공제를 청구할 수 있음. 이 세액공제는 (보험계약이 고용주에 의해 이루어진 경우) (a) 납입된 총보험료의 15%, (b) 500달러, 또는 (c) 500달러에 종업원 수를 곱한 금액 중 최소금액과 같음.
Pennsylvania	없음	해당 없음	
Rhode Island	없음	해당 없음	
South Carolina	없음	해당 없음	
South Dakota	해당 없음	해당 없음	주는 개인소득세를 과세하지 않음
Tennessee	해당 없음	해당 없음	주는 배당 및 이자소득에 대해서만 과세함
Texas	해당 없음	해당 없음	주는 개인소득세를 과세하지 않음
Utah	있음	소득공제	유타 주민은 만약 해당과세연도에 연방소득세 청구상 납세자의 장기간병보험에 대해 어떠한 소득공제도 부여되지 않았다면 해당연도에 장기간병보험에 납입된 모든 보험료의 합계 또는 일부를 소득공제 받을 수 있음
Vermont	없음	해당 없음	
Virginia	있음	세액공제	세액공제의 크기는 장기간병보험 보험료로 개인이 납입한 총액의 15%와 같을 수 있으나, 어떠한 경우에도 특정 계약의 일생에 걸친 총 세액공제액은 최초 12개월 보장을 위해 납입된 보험료 총액의 15%를 초과할 수 없음. 세액공제는 만약 개인이 연방소득세 목적을 위해 동일한 공제를 청구했다면 청구될 수 없음
Washington	해당 없음	해당 없음	주는 개인소득세를 과세하지 않음
West Virginia	있음	소득공제	웨스트 버지니아 주민은 만약 보험료 총액이 조정 연방 총소득을 계산할 때 공제될 수 없을 때에만 개인, 배우자, 부모, 기타 부양가족을 위한 장기간병보험 보험료를 소득공제 받을 수 있음

주	주정부 세제 혜택	세제혜택 유형	비고
Wisconsin	있음	소득공제	위스콘신 주민은 장기간병보험에 대한 연방총소득공제를 제외한 연간 장기간병보험 비용을 100% 공제받을 수 있음
Wyoming	해당 없음	해당 없음	주는 개인소득세를 과세하지 않음

- 주 : 1) 과세 가능한 단일 소득이 5만 달러보다 적거나 두 사람의 소득 합계가 10만 달러보다 적은 주민들은 세액공제를 받을 수 있음. 만약 세액공제가 주어진 해에 대한 납세자의 세액보다 크다면 나머지는 이연되지도 환급되지도 않음.
- 2) 일리노이 주의 소득공제 조항은 2004년 12월 31일부로 끝나는 과세 연도에 폐지됨
- 3) 세액공제를 받기 위해서는 납세자는 양식을 작성하여 주정부 국세청 (Department of Revenue)에 제출하여 승인을 받아야 함
- 4) New Jersey 법은 “의료비”에 대한 연방세법 정의를 따르고 있는데, 그것은 적격 장기간병보험 계약을 포함함
- 5) 만약 세액공제 금액이 해당 연도의 납세자의 세액을 초과한다면 초과한 금액은 다음 연도로 이연되어 납세자의 세액으로부터 공제될 수 있음
- 6) North Carolina 주의 소득공제 조항은 2004년 1월 1일부로 폐지됨
- 7) 세액공제 금액은 납세자의 조세부담보다 클 수 없으며, 다음해로 이연될 수 없음. 만약 주의 소득공제가 청구되고 보험료 또한 연방 소득공제로 간주된다면 Oregon 주 추가가 필요함
- 8) 만약 세액공제가 납세자의 조세부담보다 크다면 그 부담을 초과하는 금액은 향후 5개 과세연도 내에 또는 전체 세액공제가 사용될 때까지 처음으로 발생하는 소득세에 대한 세액공제로 이연될 수 있음.

자료 : Health Policy Tracking Service, A Service of Thomson West

<부표 5> 장기간병보험 주요 소비자보호 조항 주별 채택 현황

주	승환	적합성	보험금청구 후 언더라이팅 금지	최소 급부 기준	요율 안정화
Alabama	×	×	×	×	
Alaska					
Arizona	×		×		
Arkansas	×	+	×		
California	× ^a	×	×	×	×
Colorado	× ^a	×	×	×	
Connecticut	×	+	×		
Delaware	×	×	×	×	
District of Columbia					
Florida	×	b	×	×	
Georgia	+ ^a				
Hawaii	+ ^a	×	×	×	
Idaho	×		×		×
Illinois	×	×	×	×	×
Indiana	×	+			
Iowa	×	+	×		×
Kansas	×		×	+	
Kentucky	+	+	×		×
Louisiana	×	×	×	×	
Maine	×		×		
Maryland	+	+	×		×
Massachusetts	+ ^a		×	+	
Michigan	×		×		
Minnesota	×	+	×	+	×
Mississippi	×		×		
Missouri	×	+	×		
Montana	×	×	×	×	
Nebraska	×	×	×		
Nevada	× ^a				
New Hampshire	+ ^a				
New Jersey	+ ^a				
New Mexico	×	×	×	×	
New York	×		×		

주	승환	적합성	보험금청구 후 언더라이팅 금지	최소 급부 기준	요율 안정화
North Carolina	+ ^a	+	+	+	×
North Dakota	×	+	×		
Ohio	×	+	×		×
Oklahoma	×	×	×		×
Oregon	×		×	+	
Pennsylvania	×	+	×		
Rhode Island	+ ^a	×	×		
South Carolina					
South Dakota	×	+		+	×
Tennessee	+ ^a		×		
Texas	×		×	+	×
Utah	×	×	×		
Vermont	×	×	×		
Virginia		+			
Washington				×	
West Virginia	×	+	×		
Wisconsin	×	×	×	×	×
Wyoming	+ ^a		×		
합계	47	30	42	18	14

- 주 : 1) ×는 주법이 NAIC모델법 용어와 동일하거나 유사함
 2) +는 주법이 NAIC모델법과 다른 용어를 사용함
 3) 2001년 7월 기준이나 요율 안정화는 2002년 9월 기준임
 4) a는 1990년 수정 전의 모델 용어; 초기 기준은 승환이 적합한지 여부
 부를 결정하기 위해 행해져야만 하는 질문의 유형에 관하여 덜 상세
 했음
 5) b는 2002년에 채택됨

자료 : Lewis, Wilkin and Merlis(2003), p. vii.

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

■ 연구보고서

- 96-1 손해보험 가격자유화 이후의 보험시장 전망과 대응방안 / 최용석 1996.4
- 96-2 보험회사 종합금융기관화 전략 / 오영수 1997.2
- 96-3 자동차사고 피해자의 사회적 보호제도에 관한 연구 : 자동차보험 무보험 운전자 문제를 중심으로 / 서영길, 박중영 1997.3
- 96-4 자동차보험 요율체계의 적정성 분석에 관한 연구 / 서영길, 박중영, 장동식 1997.3
- 96-5 보험회계제도에 관한 연구, / 김규승, 양성문, 장강봉 1997.3
- 96-6 분리계정제도의 도입타당성과 세부도입방안 / 이근영, 박태준, 장강봉 1997.3
- 96-7 사회환경변화와 민영보험의 역할 (I) : 총론 / 오영수, 이경희, 김란 1997.3
- 96-8 생명보험 가격자유화 방안 : 예정이율 및 계약자배당을 중심으로 / 정봉은, 노병윤, 목진영 1997.3
- 96-9 생명보험 모집조직의 효율화 방안 / 김규승, 박홍민, 장재일 1997.3.
- 97-1 보증보험의 발전방안 연구 / 이희춘, 신동호, 이기형, 이준섭 1997.5.
- 97-2 남북 경험 증대 및 통일에 대비한 보험산업 대응방안 연구 : 독일 모델을 중심으로 / 신동호, 안철경, 조혜원 1997.11
- 98-1 보험산업의 M&A에 관한 연구 : 주요국의 M&A 추세 및 유인을 중심으로 / 김호경, 박태준 1998.1
- 98-2 생명보험회사의 적정성장에 관한 연구 / 이원돈, 이승철, 장재일 1998.2
- 98-3 생명보험 예정사업비의 합리적 결정에 관한 연구 / 이원돈, 노병윤, 장강봉 1998.2
- 98-4 사회환경변화와 민영보험의 역할(II) : 연금개혁과 보험회사의 역할 / 오영수, 이경희 1998.3
- 98-5 주요국의 새로운 보험판매채널 활용사례분석 및 국내사의 운용전략 / 정재욱, 정영철, 한성진 1998.3
- 98-6 보험기업 경영진단시스템 : 생명보험회사를 중심으로 / 김호경, 김혜성 1998.3
- 98-7 퇴직연금 계리 및 재정 / 성주호, 김진익 1998.6
- 98-8 생명보험 예정이율의 안전성 분석 및 운용방안 / 이원돈, 이승철, 장강봉 1998.10

99-1	사회환경변화와 민영보험의 역할(III) : 의료보험개혁과 보험회사의 역할 / 오영수, 이경희 1999.2
99-2	자동차보험 자기부담금제도에 관한 연구 / 이득주, 서영길, 장동식 1999.3
99-3	국민연금 민영화방안에 관한 연구 : 국민연금의 효율성 제고를 위한 접근방안 / 성주호, 김진익 1999.3
99-4	손해보험 상품개발시스템 및 전략에 대한 연구 / 신동호, 이희춘, 차일권, 조혜원 1999.3
99-5	생존분석기법(Survival Analysis)을 이용한 생명보험 실효·해약 분석 / 강중철, 장강봉 1999.3
99-6	보험사기 성향 및 규모추정 : 손해보험을 중심으로 / 박일용, 안철경 1999.7
99-7	사업비차배당제도의 도입 및 대응방안 / 노병윤, 장강봉 1999.12
99-8	보험사기 적발 및 방지방안 / 안철경, 박일용 1999.12
2000-1	손해보험의 부가보험요율 산출 및 운영방안 연구 / 이희춘, 조혜원 2000.3
2000-2	ART를 활용한 손보사의 위험관리 방안 연구 / 신동호 2000.3
2000-3	생명보험회사 투자포트폴리오 결정요인과 투자행동 / 목진영 2000.3
2000-4	생명보험상품의 손익기여도 분석 / 노병윤, 장강봉 2000.3
2000-5	보험산업의 전자상거래 구축 및 효율적 운영방안 / 안철경, 박일용, 오승철 2000.3
2000-6	금융겸업화에 대비한 보험회사의 경영전략 / 김현수 2000.6
2000-7	보험회사 지식자산의 가치측정모형 연구 / 이도수, 김해식 2000.8
2000-8	환경변화에 대응한 생보사의 상품개발전략 / 류건식, 이경희 2000.9
2000-9	향후 10년간 국내보험산업 시장규모 및 트렌드 분석 / 동향분석팀 2000.11
2000-10	보험회사의 판매채널믹스 개선방안 연구 / 정홍주 2000.12

- 2001-1 사이버시장 분석 및 향후 과제 / 안철경, 장동식 2001.1
- 2001-2 OECD 국가의 생명보험산업 현황 및 효율성에 관한 연구 / 정세창, 권순일, 김재봉 2001.1
- 2001-3 손해보험 종목별 투자수익 산출 및 효율 적용 방안 / 이희춘, 조혜원 2001.1
- 2001-4 생명보험회사의 리스크관리 실태분석 / 류건식, 이경희 2001.3
- 2001-5 보험회사의 북한 진출에 관한연구 / 신동호, 안철경, 박홍민, 김경환 2001.3
- 2001-6 생명보험회사의 예정이율 리스크에 관한 연구 / 류건식, 이도수 2001.4
- 2001-7 보험회사 CRM에 관한 연구 : CRM 성공요인 및 성과분석을 중심으로 / 안철경, 조혜원 2001.8
- 2001-8 생명보험산업의 자산운용규제 개선 방향에 관한 연구 / 김재현, 이경희 2001.10
- 2001-9 건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안 / 박홍민, 김경환 2001.10
- 2001-10 노령화사회의 진전에 따른 민영장기간병보험 발전방안 / 김기홍 2001.12
- 2001-11 국제보험회계기준 연구 / 김해식 2001.12
- 2002-1 국내외 보험사기 관리 실태 분석 / 안철경, 김경환, 조혜원 2002.3
- 2002-2 기업연금시장 활성화와 보험회사 대응전략 / 박홍민, 이경희 2002.3
- 2002-3 보험회사 리스크 감독 및 관리방안 연구 / 류건식, 정석영, 이정환 2002.5
- 2002-4 생명보험회사의 시장지위별 마케팅 경쟁 / 신문식, 김경환 2002.5
- 2002-5 생명보험사 RBC제도에 관한 연구 / 류건식, 천일영, 신동현 2002.10
- 2002-6 생명보험회사의 고객유지전략 / 신문식, 장동식 2002.10
- 2002-7 방카슈랑스 환경에서의 보험회사 대응전략 / 정세창, 박홍민, 이정환 2002.12
- 2002-8 생명보험사 보험리스크 평가에 관한 연구 / 류건식, 신동현, 배윤희 2002.12

- 2003-1 민영건강보험의 언더라이팅 선진화 방안 / 오영수, 이경희 2003.3
- 2003-2 보험회사의 실버산업 진출방안 / 박홍민, 권순일, 이한덕 2003.3
- 2003-3 보험회사 사이버마케팅의 활용전망 / 신문식, 장동식 2003.3
- 2003-4 생명보험사 RAS체제에 관한 연구 / 류건식, 김해식, 정석영 2003.7
- 2003-5 보험소비자를 위한 보험교육방안 / 이기형, 조재현 2003.11
- 2003-6 보험설계사 조직의 개편방안 / 신문식, 이경희, 이정환 2003.12
- 2004-1 부유층 시장에 대한 보험회사의 자산관리사업 운영방안 / 신문식, 이경희 2004.3
- 2004-2 퇴직연금 규제감독체계에 관한 연구 / 류건식, 이태열 2004.7
- 2004-3 보험회사의 퇴직연금 리스크 관리전략 / 류건식, 김세환 2004.7
- 2004-4 퇴직연금 활성화를 위한 세제체계 연구 / 임병인, 김세환 2004.9
- 2004-5 신용리스크 전가시장과 보험회사 참여에 대한 연구 / 주민정, 조재현 2004.10
- 2004-6 보험회사의 퇴직연금 마케팅 전략 / 류건식, 신문식, 정석영 2004.12
- 2004-7 예금보험제도의 개선방안 / 이순재 2005.1
- 2005-1 보험산업의 비전과 대응전략 / 신문식, 임병인, 조재현 2005.3
- 2005-2 전환기의 손해보험회사 발전방안 / 정중영 2005.3
- 2005-3 손해보험사 RBC제도에 관한 연구 / 이기형, 나우승, 김해식 2005.5
- 2005-4 저금리 추이에 따른 이차역마진 현상과 대응방안 / 김석영, 나우승 2005.9
- 2005-5 예금보험제도의 국제적 정합성 평가와 개선방안 / 류건식, 김해식 2005.10
- 2005-6 모집조직 다변화에 따른 보험모집제도 개선방안 / 신문식, 조재현, 박정희 2005.11
- 2005-7 퇴직연금제도 재정평가체계에 관한 연구 / 류건식, 이상우 2005.11

2005-8	민영건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안 / 조용운, 김세환 2005.11
2005-9	보험산업 주요지표의 증장기 전망 / 동향분석팀 2005.12
2006-1	보험회사의 은행업 진출 방안 / 류근욱 2006.1
2006-2	보험시장의 퇴출 분석과 규제개선방향 / 김현수 2006.3
2006-3	보험지주회사제도 도입 및 활용방안 / 안철경, 이상우 2006.8
2006-4	보험회사의 리스크공시체계에 관한 연구 / 류건식, 이경희 2006.12
2007-1	국제보험회계기준 도입에 따른 영향 및 대응방안 / 이장희, 김동겸 2007.1
2007-2	민영건강보험료율 결정요인 분석 / 조용운, 기승도 2007.3
2007-3	퇴직연금 손·익 위험 관리전략에 관한 연구 / 성주호 2007.3
2007-4	확률적 프런티어 방법론을 이용한 손해보험사의 기술효율성 측정 / 지홍민 2007.3
2007-5	금융겸업화에 대응한 보험회사의 채널전략 / 안철경, 기승도 2008.1

■ 연구조사자료

- 96-1 주요국의 보험브로커제도 및 관련법규 현황 / 김기홍, 김평원, 정봉은, 유지호 1996.2
- 96-2 독일 보험감독법 1996.2
- 96-3 주요국의 생산물 배상책임보험제도 운영현황 / 이기형, 김란, 조혜원 1996.10
- 96-4 캡티브 보험사 설립에 관한 연구 / 김평원, 오평석, 안철경, 조혜원 1996.12
- 96-5 미국 보험회사의 파산과 지불능력규제 / 이재복 1997.3
- 97-1 국제보험세미나 (IIS) 발표 논문집 (제 33차) 1997.7
- 97-2 태평양보험회의 (PIC) 발표 논문집 (제 18차) 1997.9
- 98-1 전문직 위험과 배상책임보험 (I) / 김영옥, 차일권 1998.2
- 98-2 손해보험 가격평가방법에 관한 연구 / 서영길, 박중영, 장동식 1998.3
- 98-3 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부 1998.3
- 98-4 보험회사의 적대적 M&A와 대응수단에 관한 연구 / 김호경, 박상호, 장재일 1998.8
- 98-5 MAI협상의 진전과 국내보험산업에의 시사점 / 정영철, 한성진 1998.8
- 98-6 보험회사의 리스크 증대와 대응 / 이기형, 박중영, 장기중 1998.10
- 98-7 전문직 위험과 배상책임보험(II) : 의료사고위험을 중심으로 / 신동호, 차일권 1998.11
- 99-1 전문직 위험과 배상책임보험(III) : 임원배상책임보험 / 엄창희 1999.1
- 99-2 최근 우리나라 보험산업의 현황 및 제도 변화 / 김호경, 박상호 1999.3
- 99-3 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부 1999.3
- 99-4 미국의 퇴직연금 회계제도 연구 / 김해식 1999.6
- 99-5 우리나라 보험산업의 구조조정 : 외국사례 및 생명보험산업을 중심으로 / 정봉은, 이승철 1999.7
- 99-6 주요국의 보험법제 비교 / 이원돈, 정봉은, 신동호, 안철경 1999.7
- 99-7 지진재해와 지진보험 : 일본의 지진보험을 중심으로 / 이상우 1999.7

- 99-8 주요국의 보험계리인제도 / 최용석, 노병윤 1999.8
- 99-9 생명보험 계약심사제도 / 장강봉 1999.11
- 99-10 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부 2000.2
- 2000-1 세계 재보험시장의 발전과 규제환경 / 엄창희 2000.3
- 2000-2 보험사의 지식경영 도입방안 / 김해식 2000.3
- 2001-1 보험회사 겸업화 추세와 국내 보험회사의 대응전략 / 이경희 2001.1
- 2001-2 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 보험2본부 2001.1
- 2001-3 지방채보험 제도 도입방안 / 안철경, 엄창희 2001.3
- 2001-4 금융·보험 니드에 관한 소비자 설문 조사 / 동향분석팀 2001.3
- 2001-5 종업원복지 재구축을 위한 보험회사의 역할 / 오영수, 박홍민, 이한덕 2001.6
- 2001-6 보험환경 변화와 보험제도 변화(I) / 보험1본부 2001.11
- 2001-7 보험환경 변화와 보험제도 변화(II) / 보험연구소 2001.11
- 2002-1 보험니드에 관한 소비자 설문조사 / 보험연구소 2002.3
- 2002-2 국내 유사보험 감독 및 사업현황 / 김진선, 안철경, 권순일 2002.9
- 2003-1 2003년 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀 2003.3
- 2003-2 보험회사의 경영리스크 관리방안 / 천일영, 주민정, 신동현 2003.3
- 2004-1 2004년도 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀 2004.3
- 2004-2 보험회계의 국가별 비교 / 김해식 2004.
- 2005-1 금리 시나리오 생명모델 연구 / 김석영 2005.3
- 2005-2 2005년도 보험소비자 설문조사 / 신문식, 김세환, 조재현 2005.3
- 2006-1 2006년도 보험소비자 설문조사 / 김세환, 조재현, 박정희 2006.3

- | | |
|--------|--|
| 2006-2 | 주요국 방카슈랑스의 운용사례 및 시사점 / 류건식, 김석영, 이상우, 박정희, 김동겸 2006.7 |
| 2007-1 | 보험회사 경영성과 분석모형에 관한 비교연구 / 류건식, 장이규, 이경희, 김동겸 2007.3 |
| 2007-2 | 보험회사 브랜드 전략의 필요성 및 시사점 / 최영목, 박정희 2007.3 |
| 2007-3 | 2007년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 기승도, 오승철 2007.3 |
| 2007-4 | 주요국의 퇴직연금개혁 특징과 시사점 / 류건식, 이상우 2007.4 |
| 2007-5 | 지적재산권 리스크 관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2007.10 |

■ 정책연구자료

- 97-1 금리변동에 따른 보험회사의 금리리스크 분석 / 이원돈, 노병윤, 장강봉 1997.10
- 97-2 '98년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 1997.11
- 98-1 '99년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 1998.11
- 99-1 2000년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 1999.11
- 99-2 예금보험제도 개선방안에 관한 연구 : 보험산업 중심으로- / 이승철 1999.12
- 2000-1 2001년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 2000.10
- 2001-1 신용보험의 활성화 방안 연구 / 신동호, 김경환 2001.1
- 2001-2 2002년도 보험산업 전망과 과제 / 보험연구소 2001.11
- 2001-3 세계금융서비스 산업의 겸업화와 감독기구의 통합 및 시사점 / 정세창, 권순일 2001.12
- 2002-1 2003년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2002.11
- 2003-1 주요국의 방카슈랑스 규제 / 안철경, 신문식, 이상우, 조혜원 2003.7
- 2003-2 2004년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2003.12
- 2004-1 2005년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2004.11
- 2005-1 영국 통합금융업법상 보험업의 일반성과 특수성 /한기정 2005.2
- 2005-2 2006년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2005.12
- 2006-1 2007년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2006.12
- 2006-2 의료리스크 관리의 선진화를 위한 의료배상보험에 대한 연구 / 차일권, 오승철 2006.12
- 2007-1 퇴직연금 수탁자리스크 감독방안 / 류건식, 이경희 2007.2
- 2007-2 보험상품의 불완전판매 개선방안 / 차일권, 이상우 2007.3
- 2007-3 퇴직연금 비급보증제도의 효율체계에 관한 연구:미국과 영국을 중심으로/ 이봉주 2007.3

- | | |
|--------|--|
| 2007-4 | 보험고객정보의 이용과 프라이버시 보호의 상충문제 해소방안 / 김성태 2007.3 |
| 2007-5 | 방카슈랑스가 보험산업에 미치는 영향 분석 / 안철경, 기승도, 이경희 2007.4 |
| 2007-6 | 2008년도 보험산업 전망과 과제 / 양성문, 김진억, 지재원, 박정희, 김세중 2007.12 |

■ 연구논문집

- 1호 보험산업의 규제와 감독제도의 미래
/ Harold D. Skipper, Robert W. Klein, Martin F. Grace 1997.6
- 2호 세계보험시장의 변화와 대응방안
/ D. Farny, 전천관, J. E. Johnson, 조해균 1998.3
- 3호 제1회 전국대학생 보험현상논문집 1998.11
- 4호 제2회 전국대학생 보험현상논문집 1999.12

■ 영문발간물

- Environment Changes in the Korean Insurance Industry in Recent Years :
- 1호 Institutional Improvement, Deregulation and Liberalization / Hokyung Kim, Sango Park, 1995.5
- 2호 Korean Insurance Industry 2000 / Insurance Research Center, 2001.4
- 3호 Korean Insurance Industry 2001 / Insurance Research Center, 2002.2
- 4호 Korean Insurance Industry 2002 / Insurance Research Center, 2003.2
- 5호 Korean Insurance Industry 2003 / Insurance Research Center, 2004.2
- 6호 Korean Insurance Industry 2004 / Insurance Research Center, 2005.2
- 7호 Korean Insurance Industry 2005 / Insurance Research Center, 2005.8
- 8호 Korean Insurance Industry 2006 / Insurance Research Center, 2006.10
- 9호 Korean Insurance Industry 2007 / Insurance Research Center, 2007.9

■ Insurance Business Report

- 1호 일산생명 파산과 시사점 / 이기형 1997.5
- 2호 OECD 회원국의 기업연금제도 / 정재욱, 정영철 1997.10
- 3호 손해보험의 금융재보험 동향 / 이기형, 김평원 1997.11
- 4호 금융위기에 대한 대책과 보험산업 / 김호경 1997.12
- 5호 멕시코 보험산업의 IMF 대응사례와 시사점 / 정재욱 1998.3
- 6호 주요국 기업연금보험 개요 및 세제 / 양성문 1998.3
- 7호 일본의 보험개혁과 보험회사의 대응 / 이기형, 장기중 1998.5
- 8호 구조조정에 따른 보험산업의 대응전략 : 상품, 마케팅, 자산운용, 재무건정성을 중심으로 / 노병윤, 안철경, 이승철 1999.2
- 9호 보험산업에서의 정보기술(IT)의 활용 : 손해보험 중심으로 / 최용석 1999.3
- 10호 자동차보험 가격자유화의 영향과 대책 / 박중영 1999.3
- 11호 IMF체제 이후 보험산업의 환경변화와 전망 / 양성문, 김해식 1999.3
- 12호 최근의 환경변화와 생명보험회사의 대응 / 강중철, 목진영 1999.10
- 13호 21세기 보험산업 환경변화와 보험회사의 전략적 대응방안 / 오영수, 최용석, 이승철 1999.12
- 14호 중국의 WTO 가입과 보험시장 개방 / 정희남 2002.4
- 15호 주 5일 근무제 도입에 따른 보험산업의 영향과 대응 / 동향분석팀 2002.9
- 16호 2010년 보험산업 트렌드 분석 및 시사점 / 조혜원 2003.5
- 17호 유럽보험회사 파산사례의 리스크 분석 및 감독방안 / 신동현 2003.5
- 18호 미국 배상책임보험의 최근 현황과 시사점 / 이기형, 조재현 2003.8
- 19호 공정가치회계가 보험사 경영에 미치는 영향 -보험사 CEO 대상 설문조사 결과 / 이기형, 김해식 2004.10
- 20호 선진 보험사 재무공시 특징 및 트렌드(유럽 및 캐나다를 중심으로) / 장이규 2006.11
- 21호 지급여력 평가모형 트렌드 및 국제비교 / 류건식, 장이규 2006.11
- 22호 선진보험그룹 글로벌화 추세와 시사점 / 안철경, 오승철 2006.12

- | | |
|-----|---|
| 23호 | 미국과 영국의 손해보험 직관시장 동향분석 및 시사점 / 안철경, 기승도
2007.7 |
| 24호 | 보험회사의 자본비용 추정과 활용: 손해보험회사를 중심으로 / 이경희
2007.7 |
| 25호 | 영국손해보험의 행위규제 적용과 영향 / 이기형, 박정희 2007.9 |

■ CEO Report

- 2000-1 일본 제일화재의 파산에 따른 국내 손보산업에의 시사점 / 양성문, 김혜성 2000.5
- 2000-2 일본 제백생명의 파산에 따른 국내 생보산업에의 시사점 / 보험연구소 2000.6
- 2000-3 최근 금융시장 불안과 보험회사 자산운용 개선방안/김재현 2000.10
- 2000-4 보험회사의 보험사기 적발 및 방지활동과 기대효과 / 안철경 2000.11
- 2001-1 부동산권리보험 도입현황과 시사점 / 신문식, 권순일 2001.8
- 2001-2 자동차보험 가격경쟁 동향과 향후과제 / 서영길, 기승도 2001.8
- 2001-3 일반 손해보험 가격자유화 추진 경과와 향후 과제 / 이희춘, 문성연 2001.10
- 2002-1 금융재보험의 도입과 향후과제 / 보험연구소 2002.4
- 2002-2 PL법 시행에 따른 PL보험 시장전망과 선진사례 시사점 / 손해보험본부 2002.6
- 2002-3 종신보험상품의 예상 리스크 및 시사점 / 생명보험본부 2002.6
- 2002-4 주 5일 근무제와 자동차보험 / 자동차보험본부 2002.9
- 2002-5 CI(Critical Illness)보험의 개발과 향후 운영방안 / 생명보험본부 2002.10
- 2002-6 자동차보험시장 동향 및 전망 / 자동차보험본부 2002.10
- 2003-1 장기손해보험 상품운용전략 / 장기손해보험팀 2003.2
- 2003-2 2003년 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀 2003.3
- 2003-3 인구의 노령화와 민영보험의 대응 / 오영수 2003.6
- 2003-4 국가재해관리시스템 개편에 따른 보험제도 운영방향 / 손해보험본부 2003.7
- 2003-5 생명보험산업에서의 경험통계 활용방안 / 생명보험본부 2003.7
- 2003-6 OECD의 기업연금 재정안정화 논의와 시사점 / 동향분석팀 2003.8
- 2003-7 퇴직연금시장 전망과 보험회사의 대응과제 / 류건식, 남효성, 박홍민 2003.12
- 2004-1 자동차보험 예정기초율 연구 및 전략적 시사점 /자동차보험본부 2004.2
- 2004-2 보험회사의 방카슈랑스 제휴 성공전략 / 연구조정실 2004.2
- 2004-3 보험부채의 공정가치 평가와 향후과제 / 생명보험본부 2004.2
- 2004-4 자동차보험 손해율 악화원인 분석 및 전략적 시사점 / 자동차보험본부 2004.2

- 2004-5 생명보험가입자의 사망원인 분석 및 시사점 / 생명보험본부 2004.3
- 2004-6 역모기지 (Reverse Mortgage) 시장전망 및 대응방안 /생명보험본부 2004.3
- 2004-7 자동차 보험 관련 법령 개정 동향 및 시사점 /자동차보험본부 2004.4
- 2004-8 EU 지급여력제도 개선추세 및 시사점 / 생명보험본부 2004.6
- 2004-9 퇴직연금시대 도래와 보험회사의 진입전략 / 보험연구소 2004.7
- 2004-10 자동차보험 관련 법령 개정 동향 및 시사점 / 자동차보험본부 2004.4
- 2004-11 손보사의 자연재해보험시장의 참여전략 /손해보험본부 2004.9
- 2004-12 국제보험회계기준에 대한 해외보험사 CEO들의 인식과 시사점 / 보험연구소 2004.10
- 2004-13 자동차보험시장 동향 및 전망 /자동차보험본부 2004.11
- 2004-14 적재물배상책임보험 도입과 향후과제 /손해보험본부 2004.12
- 2005-1 생명보험 계약자 속성분석 및 시사점 / 생명보험본부 2005.3
- 2005-2 민영건강보험의 리스크관리 방안 / 보험연구소 2005.4
- 2005-3 차명모델별 자동차보험료 차등화 도입방안 / 자동차보험본부 2005.3
- 2005-4 FY2005 수입보험료 전망 / 보험연구소 2005.6
- 2005-5 최근 환경변화에 대응한 합리적인 차량수리비 관리방안 / 자동차기술연구소 2005. 7
- 2005-6 자연재해 리스크 관리와 CAT 모델 / 손해보험본부 2005.7
- 2005-7 교통사고 발생추이 및 감소방안 / 자동차보험본부 2005.7
- 2005-8 국가 암조기검진 사업 및 국민건강보험 확대에 따른 암보험 대응방안 / 보험연구소 2005.10
- 2006-1 생보사 개인연금보험 생존리스크 분석 및 시사점 / 생명보험본부 2006.1
- 2006-2 보험회사의 퇴직연금 운용전략 / 보험연구소 2006.1
- 2006-3 생보사 FY2006 손익 전망 및 분석 / 생명보험본부 2006.2
- 2006-4 의무보험제도의 현황과 과제 / 손해보험본부 2006.2

- 2006-5 자동차보험 지급준비금 분석 및 과제 / 자동차보험본부 2006.3
- 2006-6 보험사기 관리실태와 대응전략 / 정보통계본부 2006.3
- 2006-7 자동차보험 의료비 지급 적정화 방안 / 자동차보험본부 2006.3
- 2006-8 자동차보험시장 동향 및 전망 / 자동차보험본부 2006.4
- 2006-9 날씨위험에 대한 손해보험회사의 역할 강화 방안 / 손해보험본부 2006.4
- 2006-10 장기손해보험 상품운용전략 -손익관리를 중심으로- / 손해보험본부 2006.5
- 2006-11 자동차 중고부품 활성화 방안 / 자동차기술연구소 2006.5
- 2006-12 장기간병보험시장의 활성화를 위한 상품개발 방향 / 보험연구소 2006.6
- 2006-13 보험산업 소액지급결제시스템 참여방안 / 보험연구소 2006.7
- 2006-14 생명보험 가입형태별 위험수준 분석 / 리스크 통계관리실 2006.8
- 2006-15 「민영의료보험법」 제정(안)에 대한 검토 / 보험연구소 2006.9
- 2006-16 모기지보험의 시장규모 및 운영방안 / 손해보험본부 2006.9
- 2006-17 생명보험 상품별 가입 현황 분석 / 생명보험본부 2006.10
- 2006-18 자동차보험 온라인시장의 성장 및 시사점 / 자동차보험본부 2006.10
- 2007-1 퇴직연금제 시행 1년 평가 및 보험회사 대응과제 / 보험연구소 2007.4
- 2007-2 외국의 협력정비공장제도 운영현황과 전략적 시사점 / 자동차기술연구소
2007.4
- 2007-3 예금보험제 개선안의 문제점 및 과제 / 보험연구소 2007.6
- 2007-4 자본시장통합법 이후 보험산업의 진로 / 보험연구소 2007.7
- 2007-5 방카슈랑스 확대 시행과 관련한 주요 이슈 검토 / 보험연구소 2007.11
- 2007-6 자동차보험 시장변화와 전략적 시사점 / 자동차보험본부 2007.11

정기간행물

■ 계간 _____

○ 보험동향

○ 보험개발연구

도서회원 가입안내

회원 및 제공자료

구분	법인회원	특별회원	개인회원	연속간행물 구독회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원	간행물별로 다름
제공자료	-연구조사보고서 • 연구보고서 (8~10회/년) • 조사연구자료 (3~5회/년) • 정책연구자료 (3~5회/년) • 기타 보고서 -연속간행물 • 보험개발연구 (3~4회) • 보험동향 (계간)	-연구조사보고서 • 연구보고서 (8~10회/년) • 조사연구자료 (3~5회/년) • 정책연구자료 (3~5회/년) • 기타 보고서 -연속간행물 • 보험개발연구 (3~4회) • 보험동향 (계간)	-	-보험개발연구 (연간 3회~4회 ₩ 30,000) -보험통계월보 (월간 ₩ 50,000) -보험동향 (계간 ₩ 20,000)
	-본월 주최 각종 세미나 및 공청회 자료 -보험통계월보 -손해보험통계연보 -영문발간자료		-	

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학 도서관

가입문의

보험개발원 도서회원 담당
 전화 : 368-4414,4415 팩스 : 368-4099

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)
 예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에서 도서회원가입신청서를 작성 등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 종로서적, 영풍문고, 반디앤루니스, 세종문고
 부산 : 영광도서

저자 약력

오영수

성균관대학교 경제학과 경제학학사
성균관대학교 대학원 경제학과 경제학박사
현 보험연구원 선임연구위원
(e-mail: ysoh@kiri.or.kr)

연구조사자료 2008-2

노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안

발행일 2008년 3월 일
발행인 나 동 민
편집인 나 동 민
발행처 보험연구원
서울특별시 영등포구 여의도동 35-4
대표전화 (02) 368-4400

ISBN 978-89-5710-061-5

정가 10,000원