

고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례

2015. 1

강성호 · 정원석 · 김동겸

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 11

1. 연구배경 및 목적 / 11
2. 연구구성 체계 / 13

II. 고령층 대상 보험시장 현황과 문제점 / 15

1. 고령층 주요 리스크와 공·사적 보장 구조 / 16
2. 고령층 대상 보험시장 현황 / 27
3. 고령층 대상 보험시장 문제점 및 소결 / 41

III. 주요국 고령층 대상 보험산업 현황 및 시사점 / 50

1. 영국 / 50
2. 미국 / 62
3. 독일 / 72
4. 일본 / 78
5. 요약 및 시사점 / 85

IV. 결론 및 시사점 / 89

| 참고문헌 | / 91

■ 표 차례

- 〈표 II-1〉 국민건강보험의 연령대별 세대당 월보험료 및 급여비(2013년 기준) / 17
- 〈표 II-2〉 공적 건강보장 적용인구 현황(65세 이상) / 18
- 〈표 II-3〉 노후실손의료보험 제도 변화 / 23
- 〈표 II-4〉 고령층 대상 주요 제도 및 금융상품 / 26
- 〈표 II-5〉 생명보험 및 장기손해보험 연령 및 성별 가입현황(2012년) / 27
- 〈표 II-6〉 성별 · 연령별 생명보험 가입률 현황 / 28
- 〈표 II-7〉 60세 이상 고령층의 생명보험 상품별 가입 의향(복수응답) / 30
- 〈표 II-8〉 최근 5년간 상품유형별 신계약 증가율(2008~2012) / 31
- 〈표 II-9〉 연령대별 연금보험상품 보유계약 추이 / 32
- 〈표 II-10〉 연령대별 상해보험상품 보유계약 추이 / 33
- 〈표 II-11〉 연령대별 질병보험상품 보유계약 추이 / 33
- 〈표 II-12〉 생명보험 상품별 유지율(2012년 기준) / 34
- 〈표 II-13〉 고령자 전용 생명보험상품 / 35
- 〈표 II-14〉 실버보험과 일반 보장성보험 비교 / 36
- 〈표 II-15〉 국내 장기간병보험 계약건수 / 37
- 〈표 II-16〉 현물서비스를 제공하는 보험회사의 주요 상품 / 40
- 〈표 II-17〉 60세 이상 고령층이 생명보험상품에 대한 가입의향이 없는 이유
(복수응답) / 41
- 〈표 II-18〉 연령별 성인의 금융이해력 수준 비교 / 44
- 〈표 II-19〉 기대여명 개선 / 46
- 〈표 II-20〉 국내생명보험회사의 연금상품 개발현황 / 47
- 〈표 III-1〉 영국의 의료비 및 노인인구 비중(2012년 기준) / 51
- 〈표 III-2〉 영국의 국가건강서비스(NHS)의 3가지 특징 / 51
- 〈표 III-3〉 연령별 사적 건강보험(PMI) 가입률 / 52
- 〈표 III-4〉 PMI와 HCP의 연도별 손해를 차이 / 53
- 〈표 III-5〉 HCP 연도별 시장규모 / 53

■ 표 차례

- 〈표 Ⅲ-6〉 SAGA 고령자 대상 상품 사례 / 54
- 〈표 Ⅲ-7〉 BUPA의 건강검진 및 건강관리서비스 / 56
- 〈표 Ⅲ-8〉 OECD 주요국의 공·사적 순연금대체율 / 57
- 〈표 Ⅲ-9〉 OECD 주요국의 자발적 사적연금제도 가입률 / 57
- 〈표 Ⅲ-10〉 영국 표준하체연금 특징 / 58
- 〈표 Ⅲ-11〉 자동가입제도 시행 전후 퇴직연금 가입자 비교 / 60
- 〈표 Ⅲ-12〉 영국의 퇴직연금 인출방법 / 61
- 〈표 Ⅲ-13〉 미국의 의료비 및 노인인구 비중 / 62
- 〈표 Ⅲ-14〉 메디캡 공급 회사별 시장점유율 / 64
- 〈표 Ⅲ-15〉 MetLife ALDA 연령별 연간연금 수령액 비교 / 70
- 〈표 Ⅲ-16〉 미국 Catch-up Policy에 따른 소득공제 한도 증가분 / 71
- 〈표 Ⅲ-17〉 IRA 종류별 소유 인구 수 및 가구 비중 / 71
- 〈표 Ⅲ-18〉 독일의 의료비 및 노인인구 비중 / 72
- 〈표 Ⅲ-19〉 보충형 사적 건강보험의 보장 형태별 가입현황 / 73
- 〈표 Ⅲ-20〉 보충형 사적 건강보험의 보장 형태별 가입현황(2010년) / 74
- 〈표 Ⅲ-21〉 독일의 공·사 장기간병보험 운영구조 / 75
- 〈표 Ⅲ-22〉 일본의 의료비 및 노인인구 비중 / 78
- 〈표 Ⅲ-23〉 공적 장기요양보험(LTC) 한일 비교 / 80
- 〈표 Ⅲ-24〉 주요국의 제도운영 특성 및 보험상품 공급 유형 / 87
- 〈표 Ⅲ-25〉 주요국의 제도운영 특성 및 연금상품 공급 유형 / 88

■ 그림 차례

- 〈그림 II-1〉 고령자가 경험하는 어려움(복수응답) / 15
- 〈그림 II-2〉 연도별 건강보험 노인진료비 추이 / 16
- 〈그림 II-3〉 국민건강보험 재정수지와 균형요율 추정 / 18
- 〈그림 II-4〉 국민연금 재정수지 전망 / 20
- 〈그림 II-5〉 생애주기별 주요 보험 및 연금상품 / 21
- 〈그림 II-6〉 주택연금 시장현황 / 24
- 〈그림 II-7〉 연령대별 생명보험상품 가입률(2012년 기준) / 29
- 〈그림 II-8〉 60대 이상자의 신계약 중 상품유형별 비중(2012년 기준) / 31
- 〈그림 II-9〉 민영보험회사의 간병보험상품 가입의향 및 가입적정시기 / 37
- 〈그림 II-10〉 실손의료보험 가입률 및 진료비 증가율 / 39
- 〈그림 II-11〉 연령대별 가구소득 불안정성 / 42
- 〈그림 II-12〉 경과기간별 실손의료비보험의 갱신보험료 / 43
- 〈그림 II-13〉 연령별 고혈압 유병률(2012년 기준) / 46
- 〈그림 II-14〉 금융기관 선택 시 중요하게 고려하는 요소(복수응답) / 48
- 〈그림 III-1〉 영국의 표준하체연금(Enhanced Annuities)의 판매실적 / 59
- 〈그림 III-2〉 Part C(Medicare Advantage) 가입자 분포(2010) / 64
- 〈그림 III-3〉 미국의 건강관리서비스 시장규모 / 66
- 〈그림 III-4〉 미국의 의료저축계좌 적립액 규모 / 67
- 〈그림 III-5〉 연도별 공적 건강보험에서 사적 건강보험으로 이동추이 / 73
- 〈그림 III-6〉 독일 다층노후소득보장 체계도 / 76
- 〈그림 III-7〉 일본 생명보험 종목별 구성비 추이 / 81
- 〈그림 III-8〉 일본 개인연금보험의 연령별 신계약 실적 / 84

요 약

I. 서론

■ 급속한 고령화와 장수화로 인해 건강 및 노후소득보장 측면에서 리스크가 증가하고 있음에도 불구하고, 공·사적 부문 모두 이에 적절히 대처하지 못하고 있음.

○ 2014년 현재 65세 이상 노인인구는 우리나라 전체 인구의 12.7%(635만 명)에서 24.3%(2030년), 37.4%(2050년, 연평균 0.66%p 상승)로 급속히 증가할 것임.

○ 그러나 공적 부문은 추가적 복지재정 투입 여력 약화로, 보험산업은 위험률 관리 어려움 등으로 인해 고령화리스크에 대한 적극적인 대응이 어려움.

■ 고령사회에 대비한 사회안전망 강화를 위해 보험산업 측면에서 고령특화 보험상품을 적극적으로 개발하여 대응할 필요가 있음.

○ 이에, 우리나라보다 앞서 고령화를 경험한 선진국의 대응사례를 검토하여 시사점을 제시하고자 함.

II. 고령층 대상 보험시장 현황과 문제점

1. 고령층의 주요 리스크와 공·사적 보장구조

■ 고령자가 경험하게 되는 가장 큰 어려움은 크게 경제적인 문제(38.6%)와 건강상 문제(35.5%)로 조사되고 있음(통계청 2013).

- 이러한 고령층의 주요 리스크에 대응하여 공·사적 부문에서는 건강 및 소득보장을 위해 다양한 제도 및 금융상품을 운영·공급하고 있음.
 - 건강보장을 위해 공적 부문에서는 국민건강보험, 노인장기요양보험, 의료급여 제도 등이 운영되고 있으며, 사적 부문에서는 노후실손의료보험, 상해, 질병, 장기간병보험, CI보험, 암보험 등의 보험상품이 공급되고 있음.
 - 소득보장을 위해 공적 부문에서는 공적연금, 기초연금, 기초생활보장(생계급여) 제도 등이 운영되고 있으며, 사적 부문에서는 퇴직연금, 개인연금(적격, 비적격), 주택·농지연금(역모기지론) 등의 연금상품이 공급되고 있음.

2. 고령층 대상 보험시장 현황

- 2012년 기준 생명보험 및 장기손해보험상품의 전체 연령 가입률은 81.6%이나, 50세 이후 보험 가입률이 감소하기 시작하여 70세 이상의 보험 가입률은 32.5%로 다른 연령층에 비해 현저히 낮은 수준임.
 - 특히, 연금, 질병, 암보험 등은 고령층에 접어들수록 가입률이 급격히 떨어지는 모습을 보임.
 - 한편, 최근 5년간 60세 미만자의 신계약은 감소하고 있으나, 가입대상 연령 증대, 고령자를 대상으로 한 암보험 상품 개발 등에 힘입어 고령층의 연금 및 질병보험상품에 대한 신계약이 증가하고 있음.
- 고령층을 대상으로 한 보험상품의 공급은 매우 제한적이고 현물서비스 및 부가서비스 공급도 활발하지 못함.
 - 국내 보험시장에서 판매 중인 고령자 전용 보험상품은 암보험 중심으로 공급되고 있으며, 보험회사의 현물서비스 공급도 상조보험과 간병보험으로 제한되어 있어 시장 활성화가 미흡한 상황임.
 - 특히, 건강관리서비스 등 부가서비스는 의료법(27조 3항) 등의 규제로 인해 보험회사를 통한 공급은 제한됨.

3. 고령층 대상 보험시장 문제점 및 소결

- 국내 고령층 대상 보험시장은 수요 및 공급측면에서 다음과 같은 문제점을 가지고 있는 것으로 나타나고 있음.
 - 수요측면의 문제로는 (1) 고령층의 보험료에 대한 부담, (2) 금융이해력 부족 등의 문제를 들 수 있음.
 - － 고령층의 낮은 소득과 소득 불안정성은 새로운 보험상품에 대한 가입을 저해함과 동시에, 현재 보유하고 있는 보험상품에 대한 보험료 부담을 증대시키는 요인으로 작용함.
 - － 고령자의 금융이해력 수준은 낮아 본인에게 적합한 상품의 필요성을 인지하기 힘들므로 가입이 저조하거나 불완전 판매로 이어질 우려가 있음.
 - 한편, 공급측면의 문제로는 (1) 고령층 대상 보험상품에 대한 보험회사의 위험관리 어려움, (2) 고령층 대상 상품개발 미흡, (3) 법적·제도적 미흡 등의 문제를 들 수 있음.
 - － 고령자의 증대하는 위험률과 만성질환 보유율은 보험회사로 하여금 위험률 측정을 어렵게 하고, 상품개발을 저해하는 요인으로 작용함.
 - － 고령층에 대한 정부의 정책 지원은 획일적인 세제지원 중심으로 이루어지고, 대부분 중산층 이상에게 혜택이 부여되고 있는 실정임.

Ⅲ. 주요국 고령층 대상 보험산업 현황 및 시사점

1. 영국

가. 건강 및 부가서비스

- 전 국민 무상의료서비스를 제공하는 NHS(National Health Service)의 공적 건강보험이 의료서비스를 주도 하고, 사적 건강보험이 이를 보완하고 있는 형태임.

- NHS 이용자의 서비스만족도는 높은 편이나 긴 진료 대기시간과 심각한 수지 불균형으로 인해 지속가능성은 문제점으로 지적되고 있음.
- 대기시간 없이 쾌적한 진료 환경에서 의료서비스를 제공하는 사적 건강보험 (PMI: Private Medical Insurance)이 꾸준히 성장하고 있음.
 - PMI에 대한 니즈는 높은 편이나 비싼 보험료로 인해 고령층의 PMI가입률은 낮은 수준임.

■ 보험회사의 고령층 대상 현물서비스 및 부가서비스의 대표적인 예로는 SAGA의 현물서비스와 PruHealth, BUPA 등의 건강관리서비스를 들 수 있음.

- SAGA는 고령층 특화 보험회사로서 보험과 더불어 금융, 여행, 돌봄, 건강, 법률, 생활 서비스 등을 함께 제공하여 좋은 반응을 얻고 있음.
- BUPA와 PruHealth의 건강관리서비스는 사적 건강보험 가입자의 건강상태를 관리해 줌으로써 가입자는 건강을 지키고 보험회사는 위험률을 낮추는 Win-Win 모델로 평가 받고 있음.

나. 소득

■ 영국의 노후소득보장체계는 공적연금과 퇴직연금 그리고 개인연금의 3층 구조로, 공·사 노후소득보장 제도가 균형을 이루고 있는 것으로 평가됨.

- 공적연금의 소득대체율은 약 38% 수준으로 여타 선진국들에 비해 낮은 수준이나 최근 도입된 NEST(National Employment Savings Trust)의 영향으로 임금근로자의 약 75%가 퇴직연금에 가입되어 있어 사적연금을 통한 노후보장이 큰 부분을 차지함.
- 임금근로자의 경우 퇴직연금에 자동으로 가입하게 되는 자동가입제도 (Auto Enrollment)의 시행으로 저소득층의 퇴직연금 가입이 활성화되고 있음.

- 건강상 이유로 기대여명이 짧을 것으로 예상되는 사람들을 위한 표준하체연금이 발달하였음.
- 1995년부터 판매가 시작된 표준하체연금은 현재 수급기연금시장의 30%를 차지할 정도로 성장하였음.

2. 미국

가. 건강 및 부가서비스

- 65세 이상 고령자를 대상으로 메디케어(Medicare)가 제공되고 있으나 낮은 보장 수준으로 인해 대부분의 메디케어 가입자들은 보충형 민영건강보험에 가입되어 있음.
- 고령자들은 보충형 민영건강보험으로 퇴직 전 직장에서 제공하는 건강보험(33%), Medicare Ad(25%), Medigap(18%), Medicaid(16%) 등에 가입하고 있음.
- 다수의 보험회사들이 고령층을 대상으로 건강보험상품과 함께 건강관리서비스를 제공하고 있는 것으로 조사됨.
- 건강관리서비스 도입으로 인해 의료비가 감소하거나 그 증가율이 둔화되는 효과가 있는 것으로 조사됨.

나. 소득

- 공적연금의 소득대체율은 44.8%로 낮고 사적연금의 소득대체율은 44.2%로 높은 수준임.
- 사적연금 가입 장려를 위해 기여금에 대한 소득공제, 50세 이상자의 연금자산 축적 장려를 위한 소득공제 한도 상향(Catch up policy) 등의 제도를 시행하고 있음.

○ 퇴직연금 가입률은 41.6%, 개인연금 가입률 역시 22%로 높은 수준임.

■ 전통적인 연금 이외에 고령거치연금 등이 활발히 공급되고 있음.

○ 표준하체연금은 영국과 달리 그 성장 정도는 더디며 상품종류도 단순화되어 있음.

○ 고령거치연금(Advanced Life Deferred Annuities)은 퇴직 이후에 가입하여 기대여명 이상으로 생존할 경우 기대여명 이후의 기간 동안 연금을 수급하게 되며, 미국에서 활발히 공급되고 있는 것으로 조사됨.

3. 독일

가. 건강 및 부가서비스

■ 독일의 건강보험은 전 국민을 대상으로 한 공적 건강보험(Social Health Insurance)과 사적 건강보험(Private Health Insurance)으로 구분됨.

○ 소득이 일정수준(연소득 49,500유로) 이상인 경우 공적 건강보험을 탈퇴하고 사적 건강보험으로 전환가입(Opt-out)이 가능하고, 전 국민의 약 9%가 사적 건강보험에 가입되어 있음.

○ 공적 건강보험의 경우 선택 진료비, 1인 병실 이용 등에 본인부담금이 따르나 사적 건강보험은 상품에 따라 모두 보장이 가능함.

■ 고령층을 대상으로 한 보험으로는 장기간병보험과 고령화적립금(Aging Provision)을 들 수 있음.

○ 장기간병보험 역시 공적 장기간병보험과 사적 장기간병보험으로 나뉘는데, 사적 장기간병보험 가입자의 경우 공적 장기간병보험으로부터 전환가입(Opt-out)이 가능함.

○ 고령화적립금(Aging Provision)을 활용하여 젊은 시절부터 25년간 의료비를 저축하면, 실제 비용의 약 2/3로 노후의료비를 마련할 수 있음.

나. 소득

- 독일의 노후소득보장은 공·사적 연금의 다층노후보장체제로 구성되어 있으나, 공적연금 중심으로 평가됨.
 - 공적연금 소득대체율은 55.3%로 높은 수준이나 사적연금 소득대체율은 21.1%로 여타 선진국에 비해 낮은 수준임.
 - 특히, 공적연금을 통한 노후소득보장이 한계에 달하여 보조금 및 세제혜택을 부여한 리스터연금(Riester Pension) 제도를 운영하고 있음.
 - 2010년 현재 리스터연금 가입자 수는 1,400만 명으로 공적연금 가입자의 40%에 해당함.

4. 일본

가. 건강 및 부가서비스

- 지자체별로 운영되는 공적 건강보험의 보장수준이 매우 높고 사적 건강보험은 정액형 위주로 발달함.
 - 공적 건강보험의 보장률은 70~90% 수준으로 높으며, 후기고령자 의료제도를 도입하여 75세 이상 후기노인의 본인부담금은 10%로 경감됨.
 - 사적 건강보험은 강한 공적 건강보험의 영향으로 일실소득 보상을 위주로 하는 정액형 중심임.
- 개호보험(장기요양보험)의 경우 공적 부문의 비중이 축소되고 민영보험의 역할이 확대되고 있음.
 - 공적 장기요양보험의 총 비용규모는 2012년 9조 엔까지 증가하였고 지속가능성 제고를 위해 본인부담금 상향이 논의되고 있음.
 - 이러한 상황에서 민영 장기요양보험의 수요가 확대되어 현재 가입률은 14.2%

에 이르고 있음.

- 2005년부터 40세 이상을 대상으로 공·사 협력 형태로 건강관리서비스가 공급되고 있음.
 - 공적 부문에서는 건강관리서비스 프로그램 개발 및 재원을 충당하고, 사적 부문(보험회사, 병원 등)에서는 서비스 공급을 맡는 형태로 관리됨.
 - 현재 의료기관 이외에도 보험회사도 건강관리서비스에 참여하여 건강관리서비스 확대에 기여하고 있음.

나. 소득

- 전 국민을 대상으로 한 기초연금과 임금근로자를 대상으로 한 후생연금으로 이루어진 공적연금과 후생연금기금 등 사적연금이 제공되고 있음.
 - 공적연금 소득대체율은 53.5%로 높으나 고령화로 인한 급여액 부담이 커서 지속가능성 문제가 제기되고 있음.
 - 공적연금과 퇴직연금의 높은 급여수준으로 인해 개인연금은 발달하지 못한 것으로 조사되었으나 공적연금의 재정문제로 인해 향후 개인연금에 대한 관심이 증가할 것으로 예상됨.

5. 요약 및 시사점

- 고령층 대상 보험산업 활성화를 위해 선진국에서는 공·사 협력을 통해 건강 및 소득보장을 추진해 나가고 있는 것으로 평가됨.
 - 대부분의 선진국들은 고령화 과정에서 발생한 공적 부문 재정문제, 추가적인 사회안전망 구축 필요성 등에 대해 사적 부문의 역할을 강화함으로써 공·사 협력 체계를 구축함.
 - － 영국의 건강관리서비스 발달 사례, 오바마케어 이후 저소득노인의

Medicaid 가입 확대(민간보험채널을 활용한 공적보장 확대) 등은 대표적인 사례임.

- 한편, 공·사 협력을 가능하게 한 배경에는 공적뿐만 아니라 사적 부문도 함께 해야 한다는 공·사 사회안전망 구축에 대한 공감대가 형성되었기 때문임.

■ 사회안전망 역할 강화에 대한 인식과 공·사 협력의 바탕에서 선진국 보험산업은 고령친화 보험산업의 내실화 및 활성화를 위해 노력하고 있음.

- 공적 부문에서는 보험산업의 발전이 고령화리스크를 줄이는 과정이라는 측면에서 보조금, 세제 지원(예, NEST) 등을 통해 보험산업을 활성화하는 정책을 강구하고 있음.
- 사적 부문에서는 고령친화형 보험 및 연금상품 개발과 함께 현물서비스 공급을 통해 급부서비스를 다양화하고, 나아가 건강관리서비스 등 부가서비스를 확대하고 있음.

IV. 결론 및 시사점

■ 고령층 대상 보험산업이 활성화되기 위해서, 사회안전망 역할 강화에 대한 인식과 공·사 협력이라는 환경이 조성될 필요가 있음.

- 즉, 사회안전망은 공적 부문의 고유한 역할이라는 인식에서 벗어나 사적 부문의 역할이기도 하다는 인식을 가져야 하고,
- 이러한 인식하에 정부는 보조금, 세제지원 외에 규제완화, 심판자로서의 역할을 충실히 해야 할 것임.

■ 이러한 환경하에 보험산업은 고령친화형 보험상품(현물서비스 포함)을 적극적으로 개발하고, 부가서비스를 활발히 공급할 필요가 있음.

- 가입자 특성 및 위험군을 고려한 건강보험상품(예, 유병자 건강보험 등)을 적극적으로 개발하고, 건강관리를 통해 의료비가 사전에 절감되도록 하는 건강관리서비스 도입을 추진할 필요가 있음.
- 은퇴 시점을 전후한 차별화된 연금정책(예, 베이비부머에 대한 세제혜택으로 catch up policy 적용)과 노후준비에 충실할 수 있도록 적극적으로 노후설계 서비스를 제공해야 할 것임.

I. 서론

1. 연구배경 및 목적

2014년 현재 우리나라는 65세 이상 노인인구 비율이 전체 인구의 12.7%(635만 명)로 OECD 평균인 15% 수준보다 낮은 편이나, 고령사회·초고령사회로 진입하는 기간이 각각 18년, 8년으로 세계에서 유례를 찾을 수 없는 빠른 고령화 과정을 경험하고 있다.

이러한 고령화 과정에서 노인의 경제상황은 지속적으로 악화되는 것으로 나타나고 있다. OECD 발표에 의하면 우리나라 노인빈곤율은 2009년 기준 45.1%로 OECD 국가 중 가장 높았으며, 이후 2010년 47.2%, 2012년 48.5%로 빈곤은 더 심화된 것으로 나타났다.

이러한 노인계층의 빈곤 악화는 노후소득 감소에만 기인하는 것이 아니라 핵가족화에 따른 전통적 부양역사의 변화 때문이기도 하다. 그렇다고 과거와 같이 대가족 부양구조로 회귀할 수도 없고 가능하다고 하더라도 노후 생활이 보장되는 것도 아니다. 시대는 변화하였고 시대흐름에 맞는 대응이 필요하다. 이는 스스로 노후를 책임질 수 있는 사회적 시스템을 구축해야 한다는 것을 의미한다.

그러나 현 노인계층의 경우 노후준비가 부족하나 이미 은퇴하여 소득이나 건강보장 측면에서 매우 열악한 상황에 있다. 앞에서 설명한 노후 빈곤율이 이를 잘 설명하고 있다. 물론 국민연금, 기초연금, 그리고 건강보험, 노인장기요양보험 등을 통해 국가적 차원에서 노후 빈곤과 건강 문제가 다루어지고 있다. 그러나 이것만으로는 현 노인계층에 대한 복지욕구를 충족시키기에는 매우 부족한 상태에 있는 것으로 평가된다. 그럼에도 불구하고 이를 뒷받침할 복지재정은 한계를 보이고 있는 상황이다.

이태열 외(2014)에 의하면 노동과 자본성장률의 지속적 침체로 인해 향후 잠재성장률은 1~2% 대에 머물게 되고, 또한 기존의 공적부양시스템¹⁾마저도 증가하는 복지수요를 감당하기에는 한계에 직면할 것으로 분석되고 있다.

이에 증가하는 복지욕구와 사회적 위험²⁾에 대처할 새로운 동반자가 필요하다는 관점에서 개인적 혹은 사회적 위험을 관리하는 것을 주요목적으로 하는 보험산업의 역할 강화가 필요한 시점이다.

그 동안 보험산업에서도 사회적 위험을 인수하려는 노력이 없었던 것은 아니다. 장애인을 대상으로 하는 고품두리 보험, 고령자를 대상으로 하는 장기간병보험 등은 보험산업이 사회적 위험에도 대응해 왔음을 보여주고 있다. 또한 최근 시판되고 있는 장애인연금보험, 노인장기요양인연금³⁾ 등은 이러한 역할의 확대로 판단된다. 그러나 대부분 취약계층이 처한 상황을 충분히 반영하여 개발된 것이 아니어서 중단되거나 판매실적이 낮다는 평가를 받고 있는 상황이다. 또한 실손의료보험, 장기간병보험의 경우도 수요 의사는 높은 것으로 조사되지만, 보험료 부담으로 인해 판매실적은 저조한 것으로 나타나고 있다.

이러한 상황을 볼 때 노인이나 취약계층에 대한 실질적인 보험수요가 창출되지 못하여 이들이 처할 수 있는 위험에 보험산업이 적절히 대응하지 못하고 있는 것이 현실이다. 그럼에도 불구하고 향후 고령화의 급속한 진전과 장수리스크 증가로 인해 고령층을 대상으로 한 보험산업은 확대될 필요가 있다.

그 동안 보험회사들은 고령층 대상 보험산업의 성장에 대해서 매우 회의적인 시각을 갖고 있었던 것으로 이해된다. 그러나 최근 개인의 장수화⁴⁾ 및 고령화로 인해 고

1) 공적부양시스템에는 공적연금(기초연금 포함), 기초생활보장, 국민건강보험, 장기요양보험 제도 등이 있다.

2) 사회보장기본법 제2조에서는 사회적 위험으로 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 빈곤 및 사망을 열거하고 있다.

3) 장애인 전용 연금보험은 장애를 가진 자녀 또는 장애인의 부모를 피보험자로 하는 상품으로, 일반 연금상품에 비해 보장수준이 10~25% 정도 높다. 한편, 노인장기요양인연금은 노후 및 은퇴설계를 위한 연금보험과 일상생활의 장애가 있거나 치매로 진단이 확정된 경우 간병비 보장까지 받을 수 있는 장기간병보험이 혼합된 상품이다(금융위원회 보도자료 2014. 5. 22).

4) 여기서 '장수화'란 개인의 기대여명이 증가하는 것을 의미한다. 통계청 보도에 의하면 지

령층이 증가하고, 이들의 보험수요에 대한 인식도 긍정적으로 변하고 있다는 점에서 고령층을 대상으로 한 보험산업의 성장가능성이 새로이 조명되고 있다.

급속한 고령화로 인한 사회적 위험의 증가는 가계, 기업, 정부 등 경제주체에 미치는 파급효과도 상당할 것으로 예상된다. 고령화 과정에서 사회안전망을 견고히 하기 위해 가계(소비자), 기업(보험산업), 정부 모두가 협력하여 사회적 위험을 해소한다는 측면에서 궁극적으로 사회안전망과 보험산업의 길은 다르지 않음을 인지할 필요가 있다. 정부는 민간자원이 효과적으로 활용되도록 관리할 필요가 있다는 점에서 공·사 협력은 시대적 소명으로 보인다. 급격한 고령화와 새로운 사회적 위험의 발생이라는 사회 환경 변화를 극복하기 위해 보험산업도 과거와 동일한 방식으로서는 더 이상 발전하기 어려운 상황이다. 이제는 환경변화에 선제적으로 대처함으로써 신성장 기반을 마련할 시점이다.

따라서, 본 연구에서는 현재의 고령층 대상 보험시장 현황과 문제점을 진단하고, 선진국의 사례를 통해 시사점을 찾고자 한다.

2. 연구구성 체계

본 연구에서 제1장 서론에 이어 제2장에서 고령층 대상 국내보험시장 현황과 문제점을 분석한다. 여기에서는 고령층의 경제상황 및 의료비지출 등을 살펴보고, 고령층의 보험수요에 영향을 주는 여러 요소들에 대해 살펴본다. 또한 보험상품 뿐만 아니라 고령층 대상 부가서비스 현황에 대해서도 검토한다. 이를 통해 현재 우리나라 보험시장이 직면하고 있는 문제점을 수요 및 공급측면에서 정리한다. 제3장에서는 제2장에서 제시한 우리나라 보험시장 문제점을 해외사례에서는 어떻게 극복하고 있는지에 대해 살펴본다. 이를 위해 주요국을 대상으로 고령 특화 보험상품, 건강관리서비스·노후설계서비스(노후생활안정서비스) 등 부가서비스의 현황을 살펴보고 시사점을 정리한다.

난 40년 동안 0세 기준 기대여명은 연간 약 0.5세씩 증가하여 왔다.

본 연구에서 해외사례에 초점을 두는 주요 이유로는 머지않아 우리나라도 선진국형 고령사회가 될 것이고 고령화 속도를 고려하면 선진국보다 먼저 초고령사회에 진입할 수 있다는 점에서 선진국의 경험을 살펴보고 대응할 필요가 있기 때문이다.

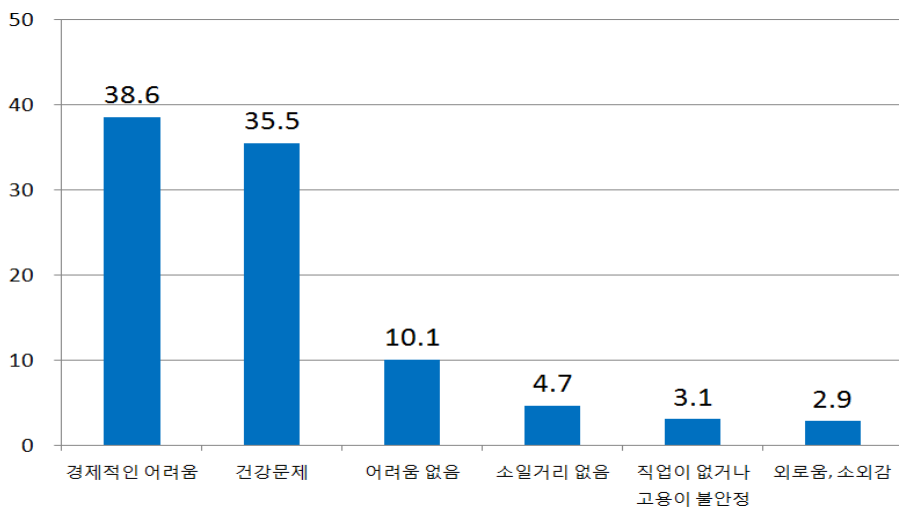
제4장에서는 결론과 시사점을 제시하는 것으로 마무리 하고자 한다.

Ⅱ. 고령층 대상 보험시장 현황과 문제점

통계청(2013)에 의하면 고령자가 경험하는 가장 큰 어려움으로 경제와 건강문제로 조사되었다. 즉, 전체 고령 응답자 중 38.6%는 경제적인 어려움을, 35.5%는 건강문제를 경험한 것으로 나타났다. 이에 본 절에서는 고령층이 경험하는 건강과 소득리스크에는 어떤 것이 있으며, 현 체제에서 이들 리스크가 어떻게 보장되고 있는지에 대해 살펴보고, 이를 바탕으로 고령층 대상 보험시장 현황과 문제점을 진단하고자 한다.

〈그림 Ⅱ-1〉 고령자가 경험하는 어려움(복수응답)

(단위: %)



자료: 통계청(2013).

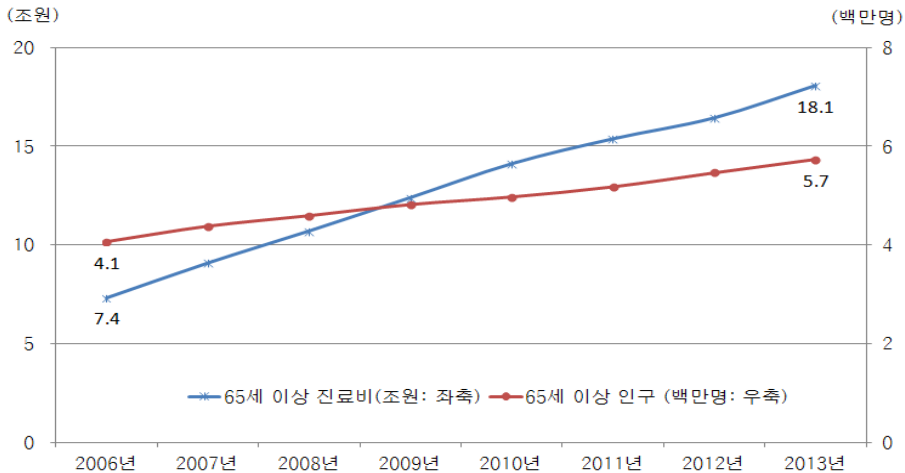
1. 고령층 주요 리스크와 공·사적 보장 구조

가. 고령층의 주요 리스크와 공적보장

1) 건강보장측면: 국민건강보험, 장기요양보험, 의료급여

건강리스크를 해결하기 위한 공적 제도로는 국민건강보험, 장기요양보험, 의료급여(기초수급)가 대표적이라 할 수 있다.⁵⁾ 수혜자 측면에서 보면, 국민건강보험은 전 국민을, 장기요양보험은 65세 이상 노인을, 의료급여(기초수급)는 저소득층을 대상으로 한다는 점에서 차이가 있다. 그런데, 12%의 노인인구가 1/3 이상의 진료비(34.4%)를 지출하고, 노인인구 증가에 비해 노인진료비 증가가 더 빠르다는 점에서 (<그림 II-2> 참조) 국민건강보험, 의료급여도 장기요양보험과 함께 고령층의 주요한 건강보장 제도라고 하겠다.

〈그림 II-2〉 연도별 건강보험 노인진료비 추이



자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2014).

5) 건강보장 구조는 이태열 외(2014)를 참고하기 바란다. 그리고 공적 건강보장 관련 주요 통계는 다른 많은 문헌에서 제시되고 있으므로 세부적 내용은 생략한다.

국민건강보험 가입자의 연령대별 세대당 “월보험료 대비 급여 혜택률”을 보면, 전 연령대에서 보험료 부담보다 급여혜택이 높았으며, 특히, 60세 이상인 지역 및 직장가입자는 각각 2.47배와 2.55배로 타 연령대에 비해 더 많은 혜택을 받는 것으로 나타났다.

〈표 II-1〉 국민건강보험의 연령대별 세대당 월보험료 및 급여비(2013년 기준)

(단위: 원, 배)

구분		계	30세 미만	30대	40대	50대	60세 이상
지역	보험료(A)	84,516	29,061	71,373	84,262	94,166	89,435
	급여비(B)	135,722	61,187	90,469	92,444	126,391	220,849
	배율(B/A)	1.61	2.11	1.27	1.10	1.34	2.47
직장	보험료(C)	97,582	63,640	89,344	112,608	115,142	75,872
	급여비(D)	174,351	80,043	170,231	199,531	194,270	193,628
	배율(D/C)	1.79	1.26	1.94	1.77	1.69	2.55

주: 1) 직장가입자의 보험료는 사용자 부담분을 제외한 본인부담 보험료 기준임.

2) 급여비는 공단이 현물급여비 및 현금급여비로 지급한 총액을 의미함.

자료: 건강보험정책연구원 보도자료(2014. 5. 21).

65세 이상 노인 중 의료급여(기초수급제외) 및 기초수급자는 각각 0.7%, 6.6%였으며(2013년 기준), 2008년 이후 큰 변화는 없었다. 한편, 장기요양급여의 경우, 65세 이상 의료보장 수혜자 중 6.1%가 장기요양급여를 받고 있으며(2013년 기준), 제도 시행 첫해인 2009년 5.4%에서 지속적으로 증가하고 있는 추세이다.

이러한 공적 건강보장의 증가에도 불구하고 고령층에 대한 건강보장 수준은 충분하지 않은 것으로 평가되고 있다(임진섭 외 2011). 이태열 외(2014)에 의하면 국민건강보험은 현 수준의 보장률을 유지할지라도 GDP 대비 비율이 2030년 1%, 2043년 2%를 상회할 것으로 예상되고 있다(〈그림 II-3〉 참조). 이는 공적 부문의 복지재정만으로 고령화 위기를 극복하기에 한계가 있음을 시사한다. 한편, 향후 고령화 과정에서 고령층의 건강보장에 대한 니즈는 더욱 증가할 것이라는 점에서 건강보장에 대한 공·사적 부문의 긴밀한 협조가 요구된다고 하겠다.

〈표 II-2〉 공적 건강보장 적용인구 현황(65세 이상)

(단위: 천 명, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013
의료보장(A=B+C+D)	5,086	5,286	5,449	5,645	5,922	6,193
- 건강보험(B)	4,600	4,826	4,979	5,184	5,468	5,740
- 의료급여 ¹⁾ (C)	80 (1.6)	47 (0.9)	48 (0.9)	50 (0.9)	47 (0.8)	46 (0.7)
- 기초수급 ²⁾ (D)	407 (8.0)	413 (7.8)	422 (7.7)	410 (7.3)	407 (6.9)	407 (6.6)
장기요양	-	287 (5.4)	316 (5.8)	324 (5.7)	342 (5.8)	378 (6.1)

주: 1) 의료급여: 의료급여법 제3조에 근거하되, '국민기초생활보장법'을 제외한 타법에 의한 의료급여 수급권자.

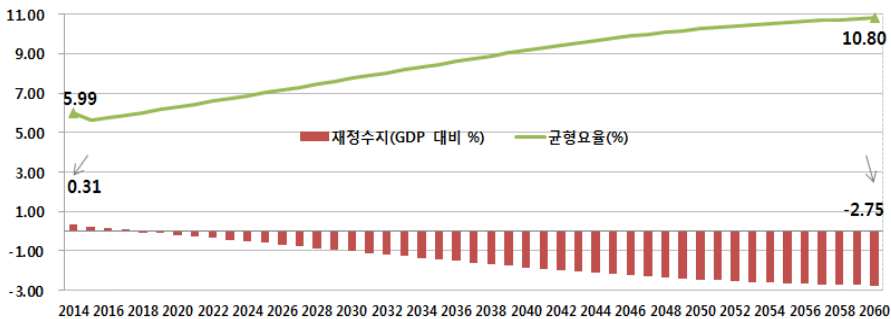
2) 기초수급: 의료급여법 제3조 '국민기초생활보장법'에 의한 수급권자.

3) () 안은 의료보장(A)대비 비율임.

자료: 국민건강보험 보도자료(2014. 6. 17).

〈그림 II-3〉 국민건강보험 재정수지와 균형요율 추정

(단위: %)



자료: 이태열(2014).

2) 소득보장측면: 국민연금, 기초연금, 기초생활보장

고령층의 노후소득을 보장하는 공적 제도로는 국민연금제도와 기초연금제도를 들 수 있으며, 준공적연금까지 포함한다면 퇴직연금도 해당된다.⁶⁾ 그러나 국민연금제

6) 노후소득보장제도의 구조는 이태열 외(2014)를 참고하기 바란다. 그리고 공적소득보장 관련 세부 통계는 타 문헌에서 많이 제시되고 있으므로 여기서는 생략한다.

도는 소득대체율(40년 가입기준) 70%(1988년~1998년)를 시작으로 향후 40%(2028년~)까지 낮아지게 되어 노후소득보장이 약해진 상태이다. 현실적 근로시간으로 추정되는 25년을 가입기간으로 가정한다면 평균소득자의 소득대체율은 향후 25~30%수준으로 더욱 낮아진다(이태열 외 2014; 류진식 2014). 이를 보완하기 위해 2014년 7월부터 기초연금이 도입되었지만 평균소득자 기준으로 소득대체율은 10% 수준으로 낮고, 그나마 노인의 70%만 혜택을 받을 수 있다. 퇴직연금은 근로기간에 해당하는 만큼 연금소득이 발생하지만, 일반적으로 종신형이 아니고 실질가치도 보장되지 않는다. 더욱이 자영업자의 경우 이러한 퇴직연금이 존재하지도 않기 때문에 노후소득보장 기능이 불완전하다.⁷⁾ 한편, 저소득층을 대상으로 하는 기초생활보장제도(생계급여)의 경우 2013년 기준 전체 수급가구의 29.1%⁸⁾가 노인가구라는 점에서 노인의 소득보장에 중요한 역할을 하고 있는 것으로 보인다.

그럼에도 불구하고, 복지재정의 한계로 공적연금의 급여수준을 다시 높이는 어렵고, 퇴직연금도 사업주부담 증가로 인해 급여를 증가시키기는 어려운 상황이다. 이러한 점을 고려할 때 장수리스크는 개인연금 등 노후대비 금융상품의 활발한 가입을 통해 해소될 필요가 있다.

보건복지부(2013b) 제3차 재정계산에 의하면⁹⁾ 현행 국민연금제도를 유지할 경우 2060년에 기금이 소진되는 것으로 추정되었다(당기수지적자 2043년). 그 동안의 공적연금 개혁은 급여수준을 감소하는 방향으로 추진되었다는 점에서 이제는 약화된 공적연금의 소득보장기능을 보완할 새로운 동반자가 절실히 요구되는 상황이다.

이러한 관점에서 다음에서는 고령층을 대상으로 한 민영보험 및 연금상품에 대해 살펴보고자 한다.

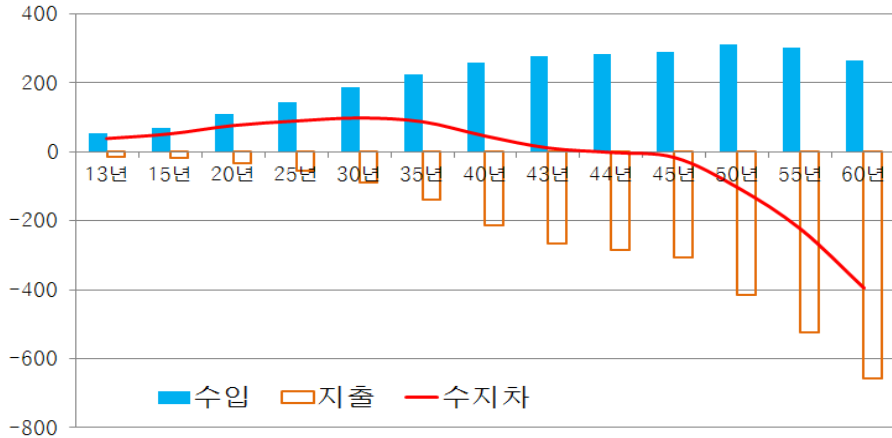
7) 퇴직연금은 가입만 강제되고 운용과 급여는 상대적으로 자유롭다는 점에서 사적연금으로 분류되고 있으므로, 이후 세부사항은 사적연금 부문에서 설명하도록 한다.

8) 보건복지부(2013a)를 참조하기 바란다.

9) 보건복지부(2013b)를 참조하기 바란다.

〈그림 II-4〉 국민연금 재정수지 전망

(단위: %)



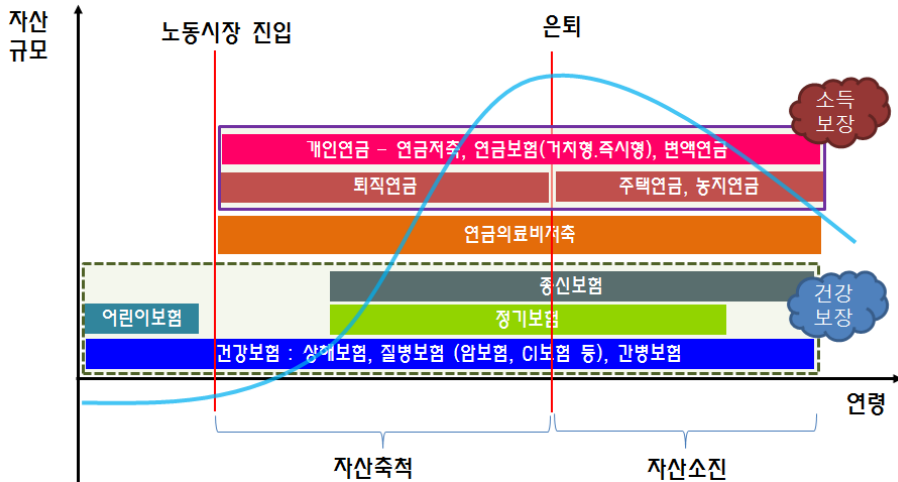
자료: 국민연금재정추계위원회(2013)를 수정 보완함.

나. 고령층의 주요 리스크와 사적보장

민영보험 및 연금상품을 생애주기별로 구분하면 다음 〈그림 II-5〉와 같다. 이에 의하면 생애기간에 걸쳐 개인의 위험을 보장하는 보험상품은 매우 다양하다. 그러나 다양한 보험상품의 공급에도 불구하고 현실적으로는 가입자와 공급자 간의 욕구차이로 적정한 판매가 형성되고 있지 못하고 있다. 특히 고령자가 신규로 가입할 수 있는 상품은 많지 않거나 가입할 수 없는 상품도 존재한다. 즉, 우리나라 보험상품 구조를 볼 때 외형적으로는 잘 갖추어졌지만 시장의 반응은 긍정적이지 않아 내실화가 필요한 시점이라고 하겠다.

여기서는 고령층에 초점을 두어 건강, 소득기준으로 구분하여 보험상품(연금포함)을 살펴보고자 한다. 이를 위해 Swiss Re(2013)에서 생명보험 가입자의 생애기간을 고려하여 분류한 기준으로 살펴보았다. 그러나 보는 관점에 따라 건강 및 소득관련 보험(연금)의 구분이 달라질 수 있는 한계가 존재한다.

〈그림 II-5〉 생애주기별 주요 보험 및 연금상품



자료: Swiss Re(2013)를 수정보완함.

1) 건강관련: 상해보험, 질병보험, 간병보험

건강관련 민영보험상품은 일반적으로 전 연령을 대상으로 하고 있어 고령층에 특화된 상품으로 구분하기는 어렵다. 그럼에도 불구하고 〈그림 II-5〉에서 고령층이 주로 가입할 것으로 판단되는 상해, 질병, 간병 등 건강관련 보험 상품을 중심으로 살펴 보고자 한다.

첫째, 상해보험(accident insurance)은 피보험자가 우연한 사고로 신체에 상해를 입고 사망하거나, 불구·폐질 등으로 치료를 요한다거나 업무능력에 지장을 가져왔을 때 상해 정도에 따라 보험금이 지급된다(상법 737조). 상해보험은 고령뿐만 아니라 젊은 층도 대상이므로 고령에 특화된 상품으로 보기는 어렵다. 그러나 최근 고령자 통계를 보면 입·통원 원인 1위가 상해사고라는 점에서 고령층에서도 주목할 보험으로 판단된다(보험개발원 보도자료 2014. 10. 13).

둘째, 질병보험은 사람의 질병 또는 이로 인한 입원·수술 등의 위험(질병으로 인한 사망은 제외)에 관하여 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험(계약)을 의미한다.¹⁰⁾ 질병보험은 고령층과 매우 밀접한 관련성을 갖으며,

암보험, CI보험 등이 이에 해당한다고 볼 수 있다. 암보험은 만기가 되거나 사망 시에 일정액의 보험금이 지급되는 것이 아니라, 가입자에게 보험기간 동안에 암 치료비를 지원하고, 암으로 사망하면 보험금이 지급되는 보장성보험으로 시작되었다.¹¹⁾ CI(Critical Illness)보험은 종신보험에 CI 보장을 결합하여 중대한 질병이나 수술 등이 발생할 경우 치료자금의 용도로 사망보험금의 일부를 선지급하는 보험상품이다. CI 보험의 보험금 설계 구조를 보면, CI보험금 지급사유가 발생할 경우 사망보험금의 일부(50~80%)를 미리 지급하며,¹²⁾ 사망 시 CI보험금을 제외한 나머지 사망보험금을 지급하게 된다.

간병보험은 치매 또는 일상생활장해 등 타인의 간병을 필요로 하는 상태 및 이로 인한 치료 등의 위험에 대해 금전 및 그 밖의 급여를 지급할 것을 약속하고 대가를 수수하는 보험을 의미한다.¹³⁾

한편, 제3보험은 보험금 산출방식에 따라 실손보험과 정액보험으로 구분할 수 있다. 특히, 실손의료보험은 상해, 질병으로 인해 실제로 부담한 의료비를 보험가입금액 한도 내에서 보상하며, 제도 개정을 통해 2014년 8월부터 실손의료보험의 가입연령을 65세부터 75세로 상향 조정하게 되었다.

10) 보험업감독규정 [별표 1] 보험 종목(계약) 구분기준(제1-2조의2 관련)을 참고하기 바란다.

11) 우리나라는 1980년 12월부터 교보생명보험(주)에서 판매하기 시작하여 모든 보험회사에서 취급하고 그 종류도 암보험·암치료보험·만기환급부 암보험·암수술특약·암요양특약 등으로 다양하였다. 그러나 암 진단이 크게 증가함에 따라 보험회사의 수지 악화로 이어져 암보험을 판매 중단하거나 보장 범위를 크게 축소한 바 있다. 최근 다시 고려화 과정에서 실버암보험을 중심으로 주목을 받고 있는 상황이다.

12) 건강보험의 경우 다양한 질병으로 인한 진단, 입원, 수술에 대한 보험금을 지급하나, CI 보험의 경우 중대한 질병의 진단, 중대한 수술 등에만 국한하여 보장함. 보장하는 CI의 범위를 약관에 별도로 규정하고 있다(금융감독원 보도자료 2010. 7. 20) (예) 보장하는 CI의 범위 - (1) 중대한 질병: 중대한 암, 중대한 뇌졸중, 중대한 급성, 심근경색증, 말기 신부전증, 말기간질환, 말기폐질환, (2) 중대한 수술: 관상동맥(심장동맥)우회술, 대동맥류인, 조혈관치환수술, 심장판막수술, 5대장기이식수술, (3) 중대한 화상 및 부식(화학약품 등에 의한 피부손상), (4) 일상생활장해상태, (5) 중증치매상태

13) 보험업감독규정 [별표 1] 보험 종목(계약) 구분기준(제1-2조의2 관련)을 참고하기 바란다.

〈표 II-3〉 노후실손의료보험 제도 변화

구분	개정 전(2014년 8월 이전)	개정 후(2014년 8월 이후)
자기부담금	입원: 10 ~ 20% 통원: 18,000 ~ 28,000원	입원: 30만 원 통원: 3만 원 우선공제 후 급여 20%, 비급여 30% 추가공제
보장금액	입원: 연간 5,000만 원 통원: 회당 30만 원 (연 180회)	입원, 통원 구분없이 연간 1억 원 (통원: 회수 제한없이 회당 100만 원)

자료: 금융위원회 보도자료(2014. 6. 18)를 참고하여 재구성함.

2) 소득관련: 연금상품 등

소득관련 주요 연금상품으로는 퇴직연금, 개인연금의 사적연금과 자산을 담보로 연금형 소득을 획득하게 되는 주택연금과 농지연금 등을 들 수 있다.

퇴직연금은 최근 근로자퇴직급여보장법(이하 근로법) 개정으로 의무화되었다는 점에서 준공적 연금으로 이해될 수 있으나, 사적으로 운영되는 특징으로 인해 사적연금으로 분류된다. 이에 반해 개인연금은 임의로 가입한다는 점에서 퇴직연금과 차이가 있으나, 보험료에 대한 세액공제¹⁴⁾를 적용하는 연금지축(적격 개인연금)과 연금 소득에 비과세하는 연금보험(비적격 개인연금)으로 대별된다. 퇴직연금과 개인연금 가입자 대부분은 근로기간 중에 가입하여 은퇴 이후 급부를 수령한다는 점에서 넓은 의미의 고령층 대상 상품으로 이해할 수 있다.

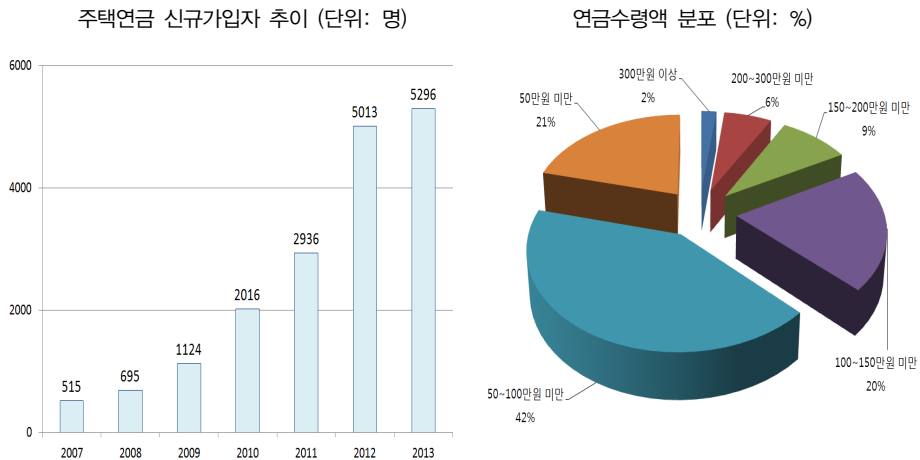
개인연금상품은 연금지급시기에 따라 거치연금(deferred annuity)과 즉시연금(immediate annuity)으로, 연금지급기간에 따라 종신연금(whole life annuity)과 확정연금(annuity certain) 등으로 구분할 수 있다. 거치연금은 계약 후 일정 기간 경과 후 지급이 된다는 점에서 계약 체결시점부터 바로 지급이 개시되는 즉시연금과 구별된다. 확정연금은 피보험자가 생존하는 동안 종신토록 연금액이 지급되는 종신연금과는 달리, 연금지급이 계약자의 생사에 관계없이 10년, 15년, 20년 등으로 확정된

14) 세제적격 개인연금의 보험료에 대한 소득공제는 2014년 소득세법 개정으로 세액공제로 전환되었다.

일정기간 동안 지급된다. 연금산출 시 종신연금과 정기생명연금은 예정이율과 예정사망률에 의하여 산출하지만, 확정연금은 예정이율만 고려한다는 점에서 차이가 있다. 한편, 연금상품은 일정 조건이 충족할 경우 세액공제 혜택을 받을 수 있는 세제적격연금(개인연금저축, 연금저축)과 연금 불입 시 세액공제를 받지 못하나 수급 시 이자소득에 대한 비과세 혜택이 주어지는 세제비적격연금(연금보험)으로도 구분할 수 있다. 세제적격연금의 경우 수급개시연령이 55세인데 비해, 세제비적격연금은 45세이다.

주택연금은 만 60세 이상인 자가 소유하고 있는 주택을 담보로 종신 또는 일정기간 동안 매월 연금방식으로 노후생활자금을 지급받게 되는 상품이다. 이는 한국주택금융공사가 보증하는 역모기지론으로 2007년 7월 도입되었다.¹⁵⁾ 주택금융공사는 한국생명(2014년 5월), 교보생명(2014년 7월)과 주택연금취급에 관한 업무협약을 맺음에 따라, 12개 은행 뿐만 아니라 보험회사에서도 주택연금과 관련한 상담 및 신청서비스 취급이 가능하게 되었다.

〈그림 II-6〉 주택연금 시장현황



주: 연금수령액 분포는 2014년 6월 20일 기준임.

자료: 한국주택금융공사 보도자료(2014. 5. 21); 한국주택금융공사 보도자료(2014. 6. 26).

15) 주택금융공사는 가입대상자를 만 65세에서 만 60세로 확대하였으며(2009년 4월), 이후 (2013년 8월) 부부모두 만 60세에서 주택소유자 기준 만 60세로 낮추었다.

2007년 7월 주택연금 출시 이후 2012년 신규가입자가 큰 폭으로 증가하여, 2014년 6월 기준 총 가입건수는 1만 9,946건이다. 한편, 주택연금 가입자의 평균 연령은 72세로 연령별로는 70대가 27.2%(5,433건)로 가장 많으며, 월평균 수령액은 평균 98만 원으로 이중 50~100만 원 미만이 41.7%(8,317건)로 가장 큰 비중을 차지하고 있다(주택연금공사 2014).

또한, 주택연금과 유사한 농지연금제도는 농지자산을 유동화하여 노후생활자금이 부족한 고령 농업인의 노후소득원으로 활용할 수 있도록 2011년에 도입되었다. 영농경력 5년 이상인 65세 이상 고령 농업인은 자신이 소유한 농지를 담보로 매월 연금을 수령할 수 있다. 농지연금은 농지를 담보로 연금을 제공받는 역모기지 상품이라는 점에서 주택연금과 유사하나 세부 기준 및 운영 구조에서 차이가 있다. 예를 들어, 농지연금은 금융기관을 활용하는 주택연금과 달리 농지관리기금을 관리하는 농어촌공사에서 직접 보증 및 대출을 진행하는 방식으로 운영된다. 2013년 말 기준 농지연금 가입자는 2,927명으로 농지연금 가입대상자(65세 이상 농어민인구 1,062천 명)의 0.3%에 불과한 실정이며, 가입자의 64%가 70대인 것으로 나타나고 있다.¹⁶⁾

3) 건강 및 소득혼합 보험

의료비연금계좌¹⁷⁾와 같이 소득과 건강관련 보장을 동시에 추구하는 보험도 존재한다. 즉, 개인연금에 노후 소득과 의료비를 동시에 보장하는 상품으로 납입금의 일정 부분은 의료비로, 나머지는 노후소득을 위한 연금으로 적립하도록 하는 구조라고 하겠다.

한편, 소득보상보험(disability insurance, income indemnity insurance)은 상해 또는 질병으로 치료가 필요하고 취업이 불가능할 경우 피보험자가 입은 손실에 대해 보험

16) 한국농어촌공사(<http://www.ekr.or.kr>)를 참조하기 바란다.

17) 소득세법 시행령 제40조의2(연금계좌 등)에서 정의하고 있으며, 2014. 2. 21이후 신설되었다. 일반적으로 연금의료비저축계좌, 의료저축계좌 등으로 불리기도 한다.

금을 지급하는 보험이다. 상해로 인한 사망·후유장해 담보특약을 부가함으로써 사망보험금, 후유장해 보험금이 지급될 수 있다.

다. 고령층의 주요 리스크별 공·사 보장체계 정리

지금까지는 고령층에 발생할 수 있는 리스크에 대비하기 위한 제도 또는 상품을 소개하였다. 이제는 이를 체계적으로 정리하기 위해 아래 <표 II-4>와 같이 제공주체(민영 또는 공공)와 제공서비스(소득 또는 건강)에 따라 구분하여 제시하였다.

<표 II-4> 고령층 대상 주요 제도 및 금융상품

구분		제공 주체		
		공적 부문(제도)	사적 부문(상품)	
제공 서비스	건강	국민건강보험, 노인장기요양보험, 의료급여	노후실손의료보험 상해, 질병, 장기간병보험, CI보험, 암보험 등	노인 의료비 저축, 소득보 상보험
	소득	공적연금, 기초연금, 기초생활보장(생계급여)	퇴직연금, 개인연금(적격, 비적격), 주택·농지연금(역모기지론)	

<표 II-4>에서 분류된 건강 및 소득보장 관련 보험상품은 제도적으로 체계화되어 있지만 현실적으로는 어떤 상황에 있는지 그 실태를 파악하기 전에는 알기 어렵다. 이에 다음에서는 고령층을 대상으로 한 보험산업의 현황과 문제점을 살펴보고자 한다.

2. 고령층 대상 보험시장 현황

가. 고령층의 보험가입 현황 및 추이

고령층 대상 보험시장의 전체적인 모습은 생명보험과 장기손해보험(이하 장기손보) 가입자의 연령대별 가입현황을 통해 파악될 수 있다. 이에 의하면 2012년 기준으로 40대가 92.1%로 가장 높고, 30대(90.9%), 50대(90.7%) 순이었으며, 60세 이상에서 감소경향이 나타나다가 70세 이상에서는 32.5%로 급감하는 것으로 조사되었다. 성별로는 20~50대에서 여성 가입률이 남성보다 높고, 60세 이상에서는 남성 가입률이 다시 높아지는 것으로 나타난다.

그러나 생명보험과 장기손보의 전체 가입현황에 대한 시계열 자료는 최근에만 구축되어 추세를 논하기 어려우므로 상대적으로 시계열이 긴 생명보험 가입률을 통해 그 추세를 살펴보고자 한다. 생명보험의 연령별 가입률은 전체 보험 가입률(생명보험과 장기손보 전체 가입률)과 유사하게 40대에서 가장 높고 이후 연령대에서는 감소하는 추세를 보이므로, 생명보험 가입추이는 전체 보험가입 추이와 유사할 것으로 예측된다.

〈표 II-5〉 생명보험 및 장기손해보험 연령 및 성별 가입현황(2012년)

(단위: 천 명, %)

구분	남성		여성		전체	
		가입률		가입률		가입률
~9세	2,079	87.4	1,934	86.9	4,013	87.1
10대	2,752	82.0	2,428	80.3	5,179	81.2
20대	2,752	76.7	2,598	80.4	5,350	78.5
30대	3,624	88.4	3,660	93.6	7,284	90.9
40대	3,881	89.4	3,974	94.8	7,855	92.1
50대	3,287	88.6	3,443	92.8	6,730	90.7
60대	1,481	73.4	1,612	73.0	3,094	73.2
70세~	560	36.1	746	30.3	1,306	32.5
전체	20,417	81.5	20,395	81.7	40,812	81.6

자료: 보험개발원 보도자료(2014. 4. 4).

고령층 보험가입은 다른 연령층에 비해 적은 것으로 나타나고 있지만 기대수명의 증가와 위험성을 고려할 때 그 필요성은 증가할 것으로 보인다. 즉, 60세 이상의 생명 보험 가입률은 여전히 40% 수준에도 미치지 못하나 건강 및 소득리스크에 노출될 확률은 높다. 특히, <표 II-5>의 전체 가입률에서 보듯이 70대 이상의 보험 가입률은 60대 보다도 현저히 낮다는 점에서 초고령기에 접어들수록 고령층은 리스크에 직면할 우려가 증가할 것으로 보인다. 이는 현 고령층의 보험수요는 낮지만, 고령화 과정에서 노후준비와 건강에 대한 관심이 증가하여 그 수요가 변할 수 있음을 암시한다. 이에 대해서는 다음 통계들을 통해 하나씩 살펴보고자 한다.

〈표 II-6〉 성별 · 연령별 생명보험 가입률 현황

(단위: %)

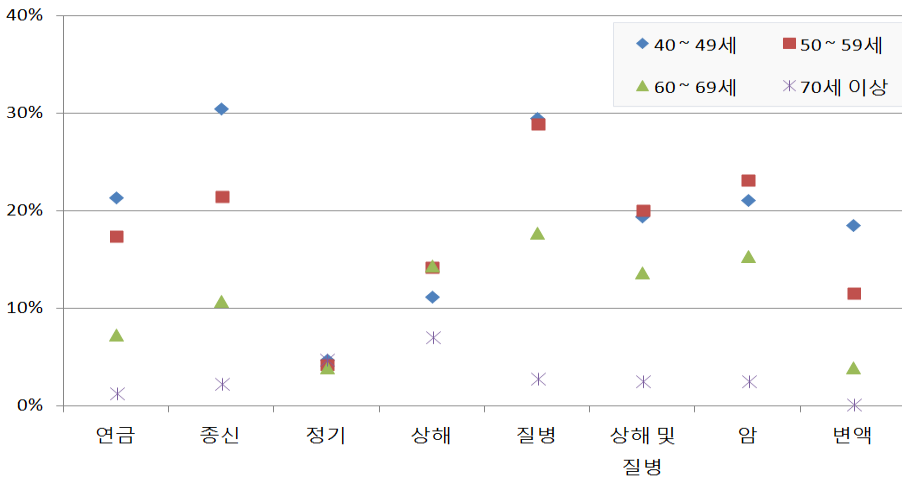
구분		2004	...	2007	...	2009	2010	2011	2012
남성	40~49세	69.2	...	72.3	...	63.8	64.1	64.6	64.8
	50~59세	55.3	...	62.7	...	60.1	59.7	58.8	59.8
	60세 이상	22.1	...	27.1	...	28.9	29.8	30.6	33.0
	전체	55.7	...	60.3	...	51.3	53.1	53.2	53.5
여성	40~49세	75.0	...	79.8	...	71.2	72.0	72.6	73.4
	50~59세	62.4	...	71.0	...	69.2	69.0	68.6	69.8
	60세 이상	24.2	...	29.8	...	32.7	33.5	34.4	37.5
	전체	58.3	...	63.6	...	55.6	57.1	57.6	58.0

주: 가입률 = 생명보험가입자 수 / 통계청 기준 주민등록인구.

자료: 보험개발원(2008. 11. 26); 보험개발원, 『생명보험통계자료집』, 각 연호.

어떤 보험상품들이 고령화에 크게 영향을 받게 될 지를 파악하기 위해 <그림 II-7>에서와 같이 연령별로 구분하여 가입률을 살펴보았다. 이에 의하면 60대, 70대로 연령이 증가함에 따라 대부분의 보험상품 가입률이 현저히 감소하는 것으로 나타났다. 다만, 상해사고와 같이 고령층에서 많이 발생하고 상대적으로 보험료가 높지 않은 보험상품은 고령일 경우에도 가입하는 확률이 높아질 수 있는 것으로 조사되었다. 그러나 연금, 종신, 질병, 상해 및 질병, 암보험 등은 고령일수록 가입률이 급격히 떨어지는 것으로 나타났다.

〈그림 II-7〉 연령대별 생명보험상품 가입률(2012년 기준)



주: 1) 상해보험: 질병을 제외한 순수 상해만을 담보하는 상품.

2) 질병보험: 암(순수 암만을 담보), 장기간병, CI, 기타질환을 담보하는 상품.

3) 상해 및 질병보험: 상해만을 담보하는 상해보험, 질병만을 담보하는 질병보험 외에 상해와 질병을 모두 포함하는 상품.

4) 암보험: 질병 중 순수 암만을 담보하는 상품.

자료: 보험개발원(2014), 『생명보험통계자료집』.

〈그림 II-7〉에서 제시하고 있는 상품유형별 가입률에 대해 살펴보면 다음과 같다. 연금보험의 경우 퇴직 전까지 보험료를 납부하고 급여 시 일시금으로 수령하게 되면 중도해지 처리된다. 즉, 수급시점에서 연금이 아닌 일시금을 선택하게 되면 통계적으로 가입자에서 제외되므로 고령층 가입률이 낮아질 수 있다. 이는 단순히 통계적 현상으로 나타나는 결과일 수 있으므로 해석상 유의할 필요가 있다. 종신보험의 경우 40대, 50대에서 33%, 22%의 가입률을 보이다가 60대 이후 10% 미만으로 급감하는 경향을 보인다. 그러나 종신보험의 경우 수혜자가 고령 가입자 자신이 아닌 유족이라는 점에서, 고령층에 대해 보험서비스가 직접적으로 제공되는 질병보험에 비해 고령층 대상 보험의 중요성은 다소 떨어진다고 판단된다.

질병 및 암보험의 경우 각각 40대~50대에서 20%~30%의 가입률을 보이다가 고령층(70대 2.6%)에서 급감하는 경향이 있다. 고령층에서 질병 및 암보험의 가입률이 감소하는 현상은 보험료 부담의 문제도 있지만, 특약의 형태로 판매되는 경우가 많아

보험기간이 제한되는 것 또한 주요 요인이다. 이와 더불어, 고령층의 높은 위험률에 따른 보험회사의 인수제한 등도 가입 활성화의 장애 요인이 될 수 있다.¹⁸⁾

한편, 고령층의 경우 <표 II-7>에서 보는 바와 같이 타 상품에 비해 장기간병보험(40.1%), 실손의료보험(24.1%)뿐만 아니라 질병보장보험(20.9%)에 대한 가입 의향이 높은 것으로 나타나고 있다. 이는 동 상품들을 중심으로 고령화에 대응할 필요가 있음을 시사한다.

<표 II-7> 60세 이상 고령층의 생명보험 상품별 가입 의향(복수응답)

(단위: %)

상품	응답비율	상품	응답비율
상해 및 재해보장보험	12.6	사망보장보험	7.0
질병보장보험	20.9	변액보험	1.9
연금보험	16.2	실손의료보험	24.1
저축성보험	4.2	장기간병보험	40.1

자료: 생명보험협회(2012).

나. 고령층의 신계약 및 보유계약 현황 및 추이

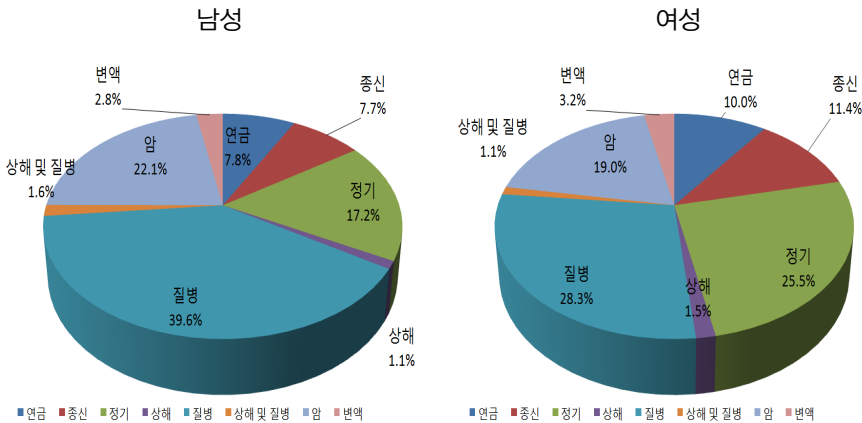
보험 가입률(=가입자 수/해당 연령의 전체인구)의 경우, 당해 연도에 신규로 보험 상품에 가입한 자(신규가입)와 과거에 보험상품을 가입한 자(가입유지)가 혼재되어 있어 고령자의 신규가입 현황을 파악하는데 한계가 있다. 이에 본 절에서는 보험계약을 신계약과 보유계약으로 구분하여 가입자 연령에 따른 보험상품 가입특성을 살펴 보고, 이를 통해 고령층 대상 보험산업의 성장가능성을 진단하고자 한다.

18) 예를 들어, 주요 생보사들은 암보험 판매에 따른 손실부담과 일반 국민의 건강에 대한 관심증가 및 의료기술의 발달로 암의 조기발견 등에 따른 장래손실 급증을 우려하여 2005년 이후 암보험의 신규판매를 중단하였다(금융감독원 보도자료(2006. 12. 29)). 최근 들어서는 보험회사가 일부 암(갑상선암, 유방암)의 보장을 소액화하고, 과거 사고발생률(손해율)을 반영하여 보험료를 재조정한 후 새로이 출시함에 따라 가입연령, 보험기간, 보장횟수 등이 조정됨에 따라 암보험 판매가 활성화되고 있다.

1) 고령층의 신계약 현황 및 추이

60대 이상자의 신계약 중 보험상품 유형별 비중을 살펴보면, 성별로 차이는 있으나 전반적으로 질병, 정기,¹⁹⁾ 암, 연금, 종신보험 순으로 높게 나타난다.

〈그림 II-8〉 60대 이상자의 신계약 중 상품유형별 비중(2012년 기준)



자료: 보험개발원(2014), 『생명보험통계자료집』.

최근 5년간 60세 미만자의 신계약은 대부분 감소하고 있으나, 고령층의 경우 연금, 질병보험 등을 중심으로 신계약이 증가하는 것으로 나타나고 있다.

〈표 II-8〉 최근 5년간 상품유형별 신계약 증가율(2008~2012)

(단위: %)

연령	연금		상해		질병		상해 및 질병		암	
	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
60세 미만	-4.4	-5.8	-14.9	-11.8	-2.1	2.6	-36.4	-35.2	1.5	15.3
60세 이상	12.8	14.4	-11.3	-1.4	30.3	46.1	13.3	5.8	79.0	95.5

주: 증가율은 연평균증가율(CAGR)을 의미함.

자료: 보험개발원(2014)의 보험상품별 신계약 자료를 통해 재계산.

19) 정기보험은 사망보장이 주계약인 보험으로, 피보험자가 보험기간 중에 사망할 경우 보험금이 지급된다.

이는 향후 고령화 과정에서 고령층이 새로운 시장의 주체로 등장할 수 있음을 시사한다. 즉, 보험회사의 가입연령 확대, 고령자를 대상으로 한 암보험 상품 개발 등으로 인해 최근 5년(2008~2012년) 동안의 상품유형별 신계약 증가율은 암, 질병보험에서 두드러진다는 것이 이를 방증하고 있다.

2) 고령층의 보유계약 현황 및 추이

연금보험상품의 보유계약 중 20~30대의 보유계약 비중은 줄어들거나 답보상태에 있지만, 60대 이상은 증가하는 추세에 있다.

〈표 II -9〉 연령대별 연금보험상품 보유계약 추이

(단위: 명, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	연평균 증가율
20세 미만	59,910	67,770	75,512	78,482	93,886	11.9%
20~29세	795,191	803,332	789,625	781,340	754,606	-1.3%
30~39세	2,049,577	2,088,610	2,114,835	2,144,357	2,082,793	0.4%
40~49세	2,369,263	2,483,759	2,612,793	2,704,754	2,757,733	3.9%
50~59세	1,271,434	1,434,310	1,656,843	1,831,299	1,983,002	11.8%
60~69세	257,967	288,572	332,558	367,895	439,282	14.2%
70세 이상	28,038	32,796	40,724	50,624	70,352	25.9%
전체연령	6,831,380	7,199,149	7,622,890	7,958,751	8,181,654	4.6%

자료: 보험개발원(2014), 『생명보험통계자료집』.

상해보험의 경우 전반적으로 감소하는 추세에 있으며, 특히 젊은 연령일수록 보유계약이 크게 감소하는 것으로 나타났다. 이에 반해 50대 이후에서 보유계약은 증가하는 것으로 전환되어 70대 이상에서는 보유계약이 급격히 증가하고 있다.

〈표 II-10〉 연령대별 상해보험상품 보유계약 추이

(단위: 명, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	연평균 증가율
20세 미만	239,338	193,320	155,402	133,705	120,058	-15.8
20~29세	819,035	582,861	480,952	433,019	395,517	-16.6
30~39세	1,216,262	1,045,167	967,033	948,148	913,714	-6.9
40~49세	1,429,946	1,308,458	1,211,534	1,182,041	1,139,902	-5.5
50~59세	1,207,325	1,225,423	1,240,763	1,281,352	1,283,168	1.5
60~69세	703,989	693,546	685,383	696,986	714,022	0.4
70세 이상	218,262	212,213	234,980	269,491	308,255	9.0
전체연령	5,834,157	5,260,988	4,976,047	4,944,742	4,874,636	-4.4

자료: 보험개발원(2014), 『생명보험통계자료집』.

인구고령화로 인해 질병구조는 급성질환에서 만성질환으로 전환되며, 만성질환은 장기적인 의료서비스 수요를 유발할 것으로 예상된다. 이와 관련하여, 연령대별 질병 보험의 보유계약을 살펴본 결과, 40세 미만 연령층에서는 보유계약이 감소하나, 40세 이후 연령층에서의 보유계약은 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다. 특히, 70세 이상의 보유계약 증가율은 5년 평균 44.7%인 것으로 조사되었다.

〈표 II-11〉 연령대별 질병보험상품 보유계약 추이

(단위: 명, %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	연평균 증가율
20세 미만	475,185	438,384	388,981	367,902	371,998	-5.9%
20~29세	2,076,326	1,974,622	1,853,112	1,777,225	1,707,853	-4.8%
30~39세	3,784,111	3,686,896	3,623,379	3,595,763	3,496,899	-2.0%
40~49세	4,555,955	4,680,199	4,762,934	4,846,898	4,869,330	1.7%
50~59세	2,952,489	3,275,285	3,675,617	4,097,769	4,436,165	10.7%
60~69세	780,430	935,868	1,083,502	1,243,213	1,525,972	18.3%
70세 이상	41,017	58,429	80,574	109,324	179,642	44.7%
전체연령	14,665,513	15,049,683	15,468,099	16,038,094	16,587,859	3.1%

자료: 보험개발원(2014), 『생명보험통계자료집』.

한편, 60세 이상 고령층의 보험상품 유지율은 전체 계약자 평균 실적을 상회하고 있는 것으로 조사되었다. 이러한 이유로는 고령층의 보험상품에 대한 니즈와 더불어 해약 후 신규가입 시 치르게 되는 비용(예를 들어, 언더라이팅, 보험료 인상 등)이 상대적으로 크기 때문인 것으로 볼 수 있다. 그러나 연금보험상품의 유지율은 5년차(61회차) 기준으로 46%로 급락하는 모습을 보이고 있다. 이러한 현상은 이미 앞에서 설명한 바와 같이 10년 이상 보유 후 일시금으로 수령하는 경우가 많기 때문일 것으로 추측된다.

〈표 II-12〉 생명보험 상품별 유지율(2012년 기준)

(단위: %)

구분		13회차	25회차	37회차	49회차	61회차
전체	60세 이상	84.7	71.9	63.7	58.4	55.7
	전 연령	83.5	67.2	58.1	46.2	46.1
연금	60세 이상	90.2	72.8	60.5	51.0	46.0
	전 연령	88.6	69.2	59.3	45.8	46.5
상해	60세 이상	89.2	81.8	74.3	68.2	66.1
	전 연령	73.9	62.5	56.1	41.0	30.5
질병	60세 이상	81.4	70.7	65.2	61.9	59.5
	전 연령	83.3	71.3	64.3	54.6	51.4
상해 및 질병	60세 이상	83.3	72.1	66.1	64.2	61.5
	전 연령	85.3	75.8	66.0	51.2	47.5
암	60세 이상	85.5	80.7	77.5	75.1	72.7
	전 연령	81.9	73.7	67.3	59.4	56.7

자료: 보험개발원(2014), 『생명보험통계자료집』.

다. 고령층 대상 보험상품

여기에는 고령층만 가입할 수 있고 급여도 이들에게만 발생하는 경우(CASE1)와 가입 대상에는 제한이 없으나 급여는 고령층에서 발생하거나 유지되는 경우(CASE2)로 구분하여, 고령층 대상 보험상품을 살펴본다. 일반적으로 고령층 특화 혹은 전용 보험이 CASE1에 해당한다고 할 수 있으며, 본 연구에서는 아래와 같이 고령자 전용 보

험(실버보험)으로 정의하였다. 또한 CASE2의 경우는 연금상품, 장기간병보험, 노후 실손의료보험, 상조보험 등을 생각해 볼 수 있다.

1) 고령자 전용 보험(실버보험)

고령자 전용 보험상품²⁰⁾은 가입연령과 보장내용에 있어 고령층에 초점을 맞춘 보험으로, 고령화의 진전에 따라 고령자 전용보험 상품에 대한 관심도 증가할 것이다.

〈표 II-13〉 고령자 전용 생명보험상품

회사	상품명	최초가입 나이
S	실버암보험1.0(갱신형, 무배당)	61~75세
H	(무) The 따뜻한 실버암보험(갱신형)	60~75세
L	(무) 부모님OK암보험(갱신형)	61~80세
L	(무) 실버암보험(갱신형)	61~75세
L	(무) 실버 고혈압자 건강보험(갱신형)	61~75세
L	(무) 실버건강보험(갱신형)	61~75세
A	(무) 꼭 필요한 100세 암보험(갱신형)	61~75세
M	무배당 100세 시대 실버암보험(갱신형)	61~75세
B	(무) 6180 실버 암보험(갱신형)	61~80세
K	(무) 실버암보험(비갱신형, 갱신형)	61~69세

자료: 생명보험협회(2014. 7)의 상품비교공시를 기초로 정리함.

그러나 2014년 7월 기준으로 국내 생명보험회사에서 판매되고 있는 실버보험을 살펴보면, 암보험을 중심으로 공급되고 있으며, 총 10개의 실버보험상품이 판매되고 있다. 동 수치를 통해 고령자 전용 생명보험상품의 많고 적음을 직접적으로 판단하기 어렵지만, 현재 출시되고 있는 전체 보험상품의 수에 비하면 고령층 전용 보험상품은 매우 적은 것으로 추측된다. 한편, 고령화 과정에서 고령층의 보험상품 수요가 증가할 것이라는 점에서 다양한 보험상품의 개발이 필요할 것으로 판단된다.

20) 본인이 직접 가입하는 경우보다 자녀들이 부모를 위해 가입해 주는 경우가 많아, 효보험, 실버보험으로 통칭되기도 한다(금융감독원(2008) 참조).

이러한 실버보험을 일반보장성 보험과 비교하여 살펴보면, 실버보험은 가입가능 연령이 높고 노인성 질병 등에 대해 다양하게 보장한다는 특성이 있다.

〈표 II-14〉 실버보험과 일반 보장성보험 비교

구분	실버보험	일반 보장성보험
주요 가입 대상	50~70세	20~55세
보험가입 가능연령	40~80세	15~60세
주요 보장내역	노인성 상해·질병, 치매간병, 장례서비스 등	상해, 질병, 간병 등

자료: 금융감독원(2008. 8. 5), 실버보험 계약자 유의사항.

국내에서 취급하고 있는 실버보험은 보험회사에 따라 진단 또는 무진단 방식으로 판매하고, 선택특약으로 치료비, 치매간병비 등을 보장하며, 일부에서는 가입심사를 통해 질병 특약을 보장하기도 한다. 그러나 주보험에서 일반사망 및 재해사망 등의 사망보험금을 보장하는 데 그치는 경향이 있다.

2) 장기간병보험

2003년부터 판매가 시작된 민영 장기간병보험상품은 고령자에 대한 위험률 데이터의 부족 등에 따른 보험회사의 리스크 부담으로 시장 활성화에 한계를 보이고 있다. 상품 도입 초기 고객의 니즈가 크지 않았고 보험료도 높아 소비자의 호응도가 매우 낮았다. 이로 인해 출시된 지 2~3년 만에 판매가 중단되는 상황에 처하기도 하였으나 최근 베이비붐 세대의 은퇴와 더불어 고령화에 대한 위기 의식이 확산되면서 2012년부터 손해보험회사들을 중심으로 장기간병보험이 재출시되고 있다.

손해보험회사의 장기간병보험 판매규모는 2012년 수입보험료 기준 3천 225억 원으로 제3보험 전체 판매 실적의 1.5%에 불과하며, 생보사의 경우 판매규모가 1천 260억 원으로 미미하다. 그러나 향후 고령화 속도, 핵가족화 등을 고려하면 장기간병보험에 대한 수요는 증가할 것으로 예상된다.

〈표 II-15〉 국내 장기간병보험 계약건수

(단위: 천 건, %)

구분		FY09	FY10	FY11	FY12
생명 보험	보유계약건수	1,010	1,295	1,479	1,641
	증가율	96.7	28.2	14.2	10.9
손해 보험	보유계약건수	181	213	300	775
	증가율	33.0	20.2	37.8	157.6

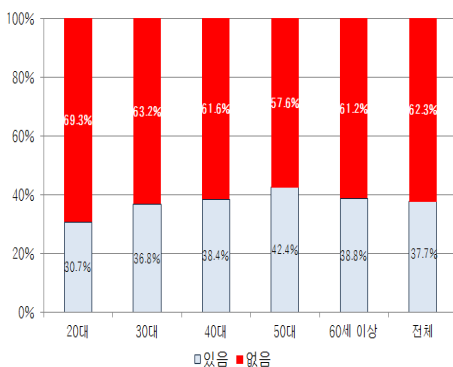
주: 13개 생보사, 8개 손보사 기준임.

자료: 조용운(2013).

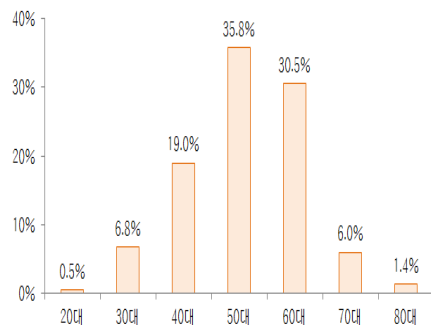
한편, 공보험인 노인장기요양보험의 지급액이 충분하지 못하여 보장이 미흡하고, 대상자 비중도 전체 65세 이상 인구의 5.5% 수준(2012년 2월 기준 32만 3천 명)으로 낮다(생명보험협회 2013). 또한, 보험개발원(2013)에 의하면 간병자가 공보험에서 보장을 받아도 추가로 연간 1천만 원~2천만 원의 본인부담을 필요로 하는 것으로 분석되었다. 이는 급여한도를 초과하는 간병비용과 비급여 비용에 대해서는 수급자 본인이 전액 부담해야 하므로 부담이 클 것을 의미한다. 따라서, 간병보험 니즈를 공적 부문에서 모두 부담하는 것은 현실적으로 불가능한 만큼 민영 장기간병보험의 활성화를 통해 문제를 해소할 필요가 있다.

〈그림 II-9〉 민영보험회사의 간병보험상품 가입의향 및 가입적정시기

간병보험상품 가입 의향



간병보험상품 가입적정 시기



자료: 보험연구원(2014), 보험소비자 설문조사.

민영장기간병보험 활성화와 관련하여, 보험연구원(2014)에 의하면 민영 간병보험에 가입할 의향이 있다는 의견이 37.7%였으며, 연령별로는 고령층의 가입의향이 큰 것으로 나타났다. 한편, 간병보험에 가입을 고려하는 시기로는 50대가 35.8%로 가장 높았고, 60대(30.5%), 40대(19.0%)순으로 나타났다(〈그림 Ⅱ-9〉 참조).

3) 실손의료보험

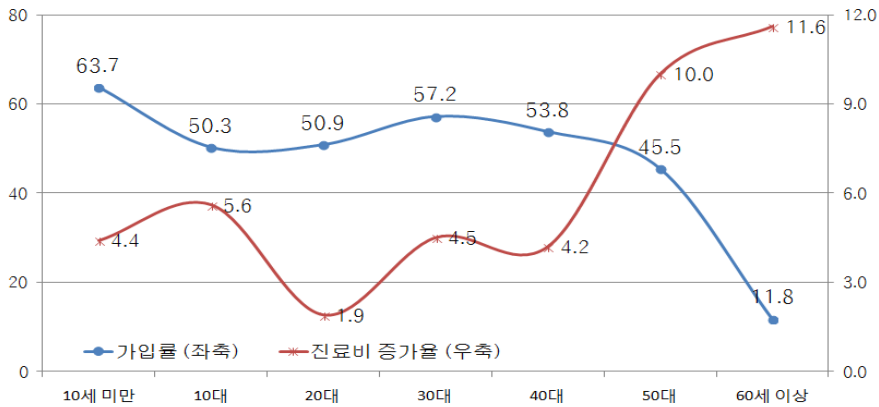
2010년 우리나라 실손의료보험 가입률은 46.8%이나, 연령대별로 크게 차이가 난다. 즉, 실손의료보험 가입률은 대부분의 연령대에서 50% 전후의 높은 수준이나 60세 이상의 노인 계층에서는 11.8%로 매우 낮다. 연령대별 실손의료보험의 가입률에 큰 차이가 발생하는 요인으로는 보험회사 측면에서는 리스크 관리의 어려움, 소비자의 경우 보험료에 대한 부담 등이라고 하겠다.

실손의료보험이 직면하고 있는 문제점으로는 노인 인구를 중심으로 국민건강보험의 진료비는 급증하고 있으나, 노인 계층의 실손의료보험 가입률이 매우 낮다는 데 있다. 즉, 〈그림 Ⅱ-10〉에서 보면 40대 중반을 전후하여 진료비 증가율은 급증하지만, 실손의료보험 가입률은 급감하고 있다. 이는 실손의료보험금으로 진료비를 충당하지 못하게 되면 그만큼 본인부담분을 증가시키거나 의료수요를 줄여야 하는 상황이라고 할 수 있다.

그러나 실손의료보험의 경우 경과기간별로 보험료가 갱신된다는 점에서 현실적 딜레마가 존재한다. 즉, 위험률이 높아지는 고령기에 보험료를 증가시켜야 하지만 고령자들의 낮은 소득으로 인해 보험유지가 어렵게 될 수 있기 때문이다.

〈그림 II-10〉 실손의료보험 가입률 및 진료비 증가율

(단위: %)



주: 1) 생명보험은 2010년 12월 말, 손해보험은 2011년 3월 말 기준임.

2) 진료비증가율은 2007~2012년 평균임.

자료: 보험개발원 보도자료(2011. 12. 28); 건강보험통계연보 각 연호.

4) 현물서비스

보험계약자로부터 보험료 수취에 대한 대가로 보험회사가 지급하게 되는 보험급부는 현금 혹은 현물로 지급할 수 있다. 손해보험은 원칙상 현물급부가 인정되나 생명보험은 제3보험을 통해 가능하다.

2014년 현재 국내 보험회사가 제공하는 현물서비스는 주로 상조보험과 간병보험이다. 대부분 특약 형태로 제공되고 있으며, 상해·질병으로 사망할 경우 보험금을 제휴업체를 통해 상조서비스로 대체하여 급부를 제공하거나, 입원할 경우 간병인을 지원하고, 퇴원 후 회복기간에는 재택간병인을 지원하는 형태로 제공된다. 상조보험의 경우 주로 도우미, 장례지도사 등 인력지원, 차량지원, 의전용품 등을 지원하며, 간병보험의 경우에는 간병인 또는 재택간병인 등을 지원한다.

〈표 II-16〉 현물서비스를 제공하는 보험회사의 주요 상품

구분		상품구조 및 제공 서비스
상조 보험 (손보)	(무) 메리츠 온마음 상조보험 1404	○ 가입연령: 40~70세, 보험기간: 100세 만기 ○ 제공방법: 특별약관 가입 시 상해·질병 사망 시 보험금을 제후업체를 통해 현물(상조서비스)로 대체하여 제공 가능 * 상조서비스 시행업체(제후업체): 좋은상조(주) ○ 제공서비스: ① 인력서비스(도우미, 장례지도사, 상가에절관리사), ② 용품서비스(입관용품, 의전용품, 수시, 기타용품), ③ 차량서비스(고인전용운리무진, 유족 전용버스, 앰블런스), ④ 기타(꽃 제단, 현화용 국화꽃, 일화용품, 지원금 등)
	(무) 한화 카네이션 B&B 상조보험 1404	○ 가입연령: 30~75세, 보험기간: 80세, 100세 만기 ○ 제공방법: 피보험자가 질병 또는 상해로 사망하는 경우 보험금 대신 인적·물적 상·장례 서비스 제공 * 상조서비스 시행업체(제후업체): B&B 퓨너럴 서비스(주) ○ 제공서비스: ① 인력, ② 용품, ③ 차량, ④ 기타
	(무) MG 찬개의 바람 상조보험주	○ 가입연령: 35~75세 (80세 만기) / 15~99세 (15년 만기) ○ 제공방법: 만기 이전 사망 시 보험금을 통해 현물지급, 만기 이후 사망 시 만기 환급금을 활용한 제후상조업체 서비스 이용 가능 ○ 제공서비스: ① 인력, ② 용품, ③ 차량, ④ 기타
	(무) LIG 신가족 안심 상조보험 (L14.04)	○ 가입연령: 15세~75세, 보험기간: 80세, 100세 만기 ○ 제공방법: 피보험자 사망 시 상조서비스와 사망보험금 중 선택 * 상조서비스 시행업체(제후업체): 좋은상조(주) ○ 제공서비스: ① 인력, ② 차량, ③ 의전용품 ④ 기타
	(무) 프로미라이프 상조보험 1404	○ 가입연령: 15세~75세, 보험기간 80세, 100세 만기 ○ 제공방법: 특별약관에 가입한 피보험자가 사망한 경우 회사가 제공하는 상조서비스를 받을 수 있음 * 상조서비스 시행업체(제후업체): 효원상조(주) ○ 제공서비스: ① 인력, ② 용품, ③ 차량 ④ 기타
	상조 보험 (생보)	○ 가입연령: 15세~75세, 보험기간 80세, 100세 만기 ○ 제공방법: 가입자 선택에 따라 상조회사에서 장례서비스 혜택을 부여 받을 수 있도록 연계 * 상조서비스 시행업체(제후업체): 효원상조(주)
간병 보험	엘엔딩보험 (무) 1404	○ 가입연령: 15세~75세, 보험기간 80세, 100세 만기 ○ 제공방법: 가입자 선택에 따라 상조회사에서 장례서비스 혜택을 부여 받을 수 있도록 연계 * 상조서비스 시행업체(제후업체): 효원상조(주)
	(무) 메리츠 케어프리보험 M-Basket 1404	○ 제공방법: 특약가입 시 질병·상해로 인한 입원 시 간병인 지원, 퇴원 후 회복기간에 재택간병인 지원 ○ 가입연령: 15세~70세, 보험기간: 80세, 90세, 100세 만기 ○ 서비스: ① 간병인 지원 - 질병 또는 상해로 입원 시 간병인 지원, ② 재택간병인 지원 - 퇴원 후 회복지원이 필요한 수술환자에 대해 재택간병인을 지원, ③ 암케어 패키지 - 암진단 후 암검진 서비스 제공 - 간병인지원 주요 서비스: 침대높낮이 조정, 화장실 부축, 체위변경, 휠체어를 이용한 환자 이동, 기저귀 교환, 피부위생관리, 식사보조, 휴식 돕기, 변기사용 보조 등

주: MG손해보험의 전신인 그린화재의 경우 자회사인 그린우리상조를 통해 현물서비스 제공.

자료: 각 사 홈페이지(2014년 9월 기준).

현물서비스의 경우, 현물급부에 대한 장래 가격변동 때문에 적정 보험료 산정 및 책임준비금 적립규모 추정 등의 문제가 발생할 수 있다. 따라서 현물서비스의 활성화를 위해 이에 대한 별도의 조치가 요구된다.

다음에서는 앞에서 분석한 고령층 대상 보험시장의 통계적 현황이 보험수요자와 보험공급자 측면에서 어떠한 문제에 기인한 것인지에 대해 살펴보고자 한다.

3. 고령층 대상 보험시장 문제점 및 소결

가. 수요측면: 보험가입자

1) 소득발생과 위험발생 확률의 반비례

생명보험협회(2012)에 따르면 60세 이상 고령층이 생명보험상품에 추가적으로 가입할 의향이 없는 이유로는 응답자의 75.1%가 “경제적 여유가 없어서”라고 응답하였다. 이는 고령층의 보험수요는 경제적 문제로 인해 감소하는 것으로 이해된다.

〈표 II-17〉 60세 이상 고령층이 생명보험상품에 대한 가입의향이 없는 이유(복수응답)
(단위: %)

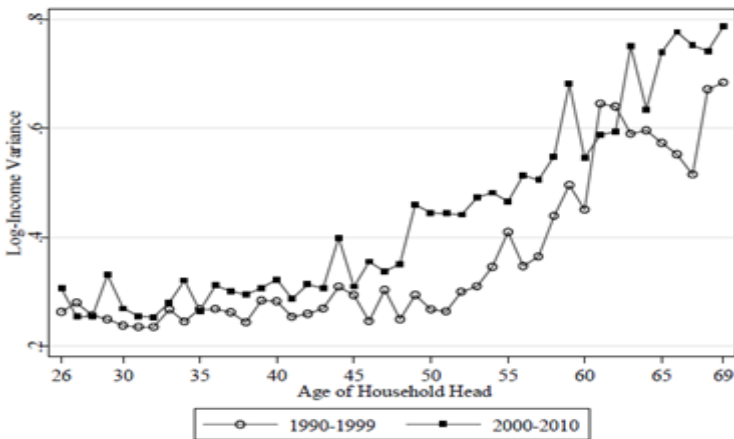
요인	응답비율	요인	응답비율
경제적 여유가 없어서	75.1	퇴직금 등 회사보장 기대	1.1
그렇게 급하지 않아	5.4	보험기간이 길어서	27.0
다른 투자나 저축이 유리	8.6	인플레이에 약함	5.4
국민연금 등 사회보장 기대	9.2	특별한 이유 없음	5.9

자료: 생명보험협회(2012).

고령층의 경제적 상황을 조금 더 구체적으로 살펴보면, 고령자의 경제활동참가율은 30.7%였으며, 고령가구의 월평균소득은 280만 원(2012년)으로 전국 가구 평균의 68.6% 수준으로 나타나고 있다. 또한 노인 가구의 소득은 다른 가구보다

불안성이 큰 것으로 나타나고 있다(〈그림 II-11〉 참조). 안정성이 높은 근로소득 보다는 다른 소득에 의존하기 때문인 것으로 풀이된다.

〈그림 II-11〉 연령대별 가구소득 불안정성



주: 종축은 소득의 분산도를 나타냄.

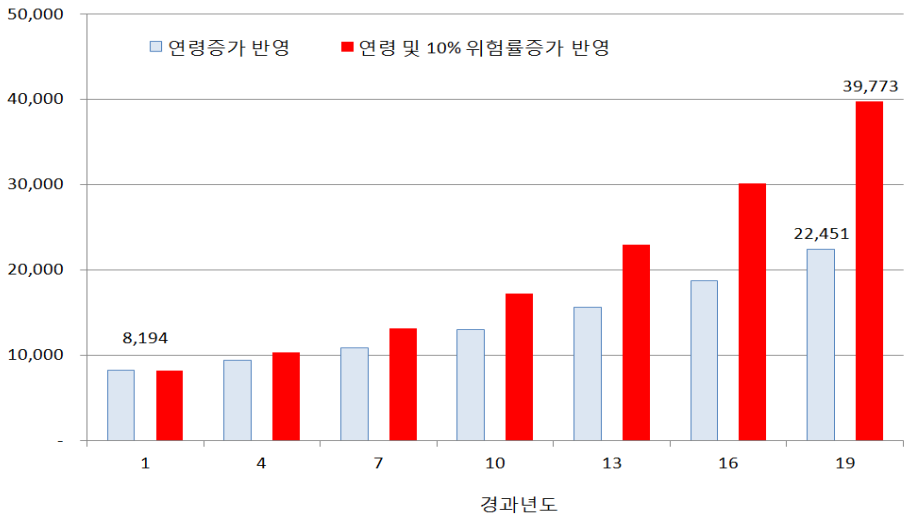
자료: 홍석철 · 전한경(2013).

2) 높은 보험료 부담

고령층은 낮은 소득과 소득불안정성으로 인해 보험 가입을 꺼리거나 보험을 유지하는데 큰 부담을 느낄 수 있다. 금융감독원(2010)에 의하면 갱신행 보험료는 연령증가만 반영하는 경우에는 점진적으로 증가하나 연령과 10%위험률 증가를 동시에 반영하는 경우 급증하는 경향이 있는 것으로 나타난다(〈그림 II-11〉 참조). 특히, 실손의료보험은 갱신 시 보험료가 인상되므로 고령층에게는 부담으로 작용할 수 있다. 이로 인해 실손형으로 설계된 상당수의 보험상품이 고령층에 부담으로 작용하여 60세 이후 가입률이 낮아졌을 것으로 이해된다.

〈그림 II-12〉 경과기간별 실손의료비보험의 갱신보험료

(단위: 원)



자료: 금융감독원 보도자료(2010. 6. 25)를 수정함.

물론 이러한 문제에 대해 보험회사가 모르는 바는 아닐 것이다. 그러나 보험의 기본원리²¹⁾ 중의 하나인 ‘급부 반대급부 균등의 원칙’에 의해 개인이 내는 보험료와 받는 보험금이 평균적으로 같아야 한다는 점에서 보험금 수준이 높게 되는²²⁾ 고령자의 보험료는 당연히 높을 수밖에 없다. 이는 고령층의 경제상황과 위험상황은 반비례한다는 점에서 이를 고려한 보험상품이 개발되어야 함을 의미한다. 이와 관련하여 미국, 캐나다, 프랑스, 일본 등에서는 보험가격 부담에 따른 소비자의 가입저해 요인을 완화하기 위해 해약환급금 니즈가 높지 않은 보장성보험을 중심으로 무해약·저해약환급금 상품 등을 개발하고 있다는 점에 주목할 필요가 있다(보험개발원 보도자료 2013. 4. 29).

21) 보험의 3대 원리로는 대수의 법칙, 수지상등의 원칙, 급부 반대급부 균등의 원칙이 있다.

22) 실손의료보험 성격상 위험률이 높게 되면 급부인 총보험금 수준도 증가한다.

3) 금융이해력 부족

계명대학교 산학협력단(2013)에 따르면 고령자(65세 이상)와 젊은 층의 금융이해력 수준은 차이가 있는 것으로 나타나고 있다. 고령자의 금융지식 수준은 50~64세 집단보다 낮은 45.5점에 불과하고, 가장 높은 연령층인 30대와 비교할 때는 15점이나 차이가 난다. 즉, 고령자의 금융이해력 수준은 태도 면에서 건전하나 금융지식과 금융행위 측면에서 매우 낮은 수준에 있기 때문에 여러 문제에 노출될 가능성이 높다.

〈표 II-18〉 연령별 성인의 금융이해력 수준 비교

(단위: 점)

연령별 금융이해력		평균점수(100점 환산)	표준편차	t / F
금융 지식	20대	58.0	3.04	11.04***
	30대	60.0	2.63	
	40대	57.0	2.95	
	50~64세	56.0	3.00	
	65세 이상	45.5	3.52	
금융 행위	20대	51.2	2.88	4.31**
	30대	60.0	2.81	
	40대	60.0	2.77	
	50~64세	61.2	3.14	
	65세 이상	52.3	3.02	
금융 태도	20대	63.2	0.38	4.59**
	30대	64.6	0.42	
	40대	64.0	0.33	
	50~64세	65.0	0.47	
	65세 이상	68.6	0.47	

주: ***유의수준 10%, **유의수준 5%.

자료: 계명대학교 산학협력단(2013).

특히, 고령자 전용 건강보험은 다양화, 복잡화되고 있는데 반해 고령층의 보험상품에 대한 이해수준은 이를 따라가지 못하는 실정이다.²³⁾ 이로 인해 고령층은 본인에

23) 한국갤럽(2013)의 “금융관행 개선을 위한 실태조사”에 따르면 조사대상자(3,000명)의

게 적합한 상품의 필요성을 인지하기 힘들므로 가입률 저조나 불완전 판매로 인한 소비자 피해로 이어질 수 있다.

이러한 점들을 감안하여 중국의 보험감독관리위원회(CIRC)는 최근 이해력이 떨어지는 노인들에 대한 보험판매 시 불완전판매가 많다고 보고 70세 이상 노인에게 방카슈랑스 상품을 권유하지 못하게 하는 규정을 내놓았다(보험신보 2014. 3. 31).²⁴⁾ 또한, 일본에서는 고령층의 이해나 판단력에 따라 쉬운 언어로 보험상품을 반복 설명하거나 고객의 의사가 정확히 반영되었는지 확인하는 등 고령층의 보험상품에 대한 만족도를 제고하기 위해 노력하고 있다. 특히, 고령층 대상 보험모집 가이드라인을 마련하였다는 점에 주목할 필요가 있다.²⁵⁾

나. 공급측면 - 보험회사 측면

1) 고령층 대상 보험상품에 대한 위험관리 어려움

앞서 살펴본 바와 같이 고령화에 따른 전체 신계약률은 감소 추세에 있으나, 고령층의 보험가입 니즈나 신계약은 확대되고 있다. 그러나 이 같은 시장 확대에도 불구하고 보험회사들의 고령층에 대한 기피 성향은 여전히 존재하고 있다. 이는 고령자의 경우 위험률이 급격히 증가하고, 고혈압 등과 같은 만성질환 보유율이 높아 위험률 측정이 어렵기 때문이다. 즉, 보험회사가 고령자 보험을 개발하려고 하더라도 신뢰할 만한 위험률 데이터가 존재하지 않아 시장진입이 어렵기 때문이다. 일례로, 2003년부터 시판된 민영 장기간병보험의 경우 관련 통계의 부족으로 인해 보험회사의 위험률은 높은 반면 가입율은 낮은 편이다(정승희 2014). 이러한 점들을 고려할 때 합리적

26.6%가 금융서비스나 상품을 이용하면서 불합리한 관행을 경험한 적이 있다고 답변하였다. 또한, 불합리한 관행을 경험한 금융상품으로는 신용카드(32.1%), 자유예금(17.1%), 건강보험(16.39%), 실손보험(10.3%), 종신보험(8.8%) 등의 순으로 조사되었다.

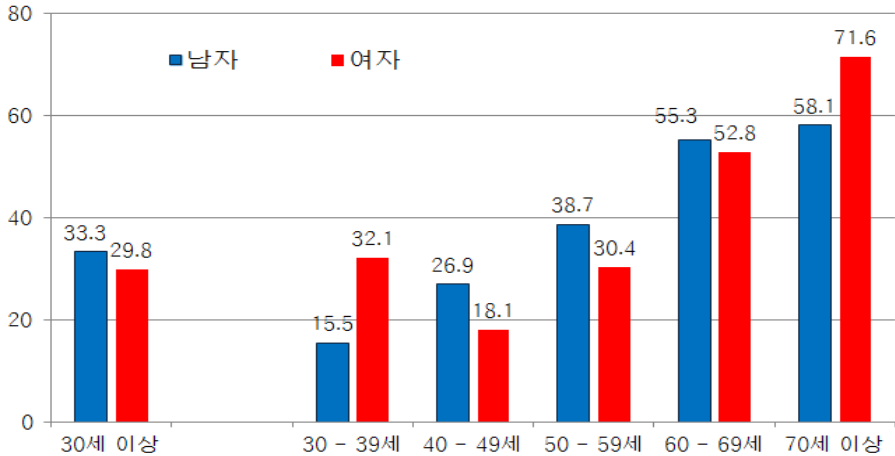
24) http://www.insweek.co.kr/multi_news/view.php?no=26227&code=news_week 참고하기 바란다.

25) 보험연구원(2013), 해외보험금융동향; 금융연구원(2006)을 참고하기 바란다.

인 인수기준이 마련되고 관련 통계가 조속히 구축될 수 있도록 정책적 지원이 필요할 것이다.

〈그림 II-13〉 연령별 고혈압 유병률(2012년 기준)

(단위: %)



주: 고혈압 유병률이란 수축기 혈압이 140mmHg 이상이거나 이완기혈압이 90mmHg 이상 또는 고혈압약물을 복용한 비율임(만 30세 이상).

자료: 보건복지부(2014a).

한편, 연금 상품에 있어서도 위험률 예측이 어려운 상황이다. 즉, 수명증가, 의료기술의 발전 등은 연금 가입자의 생존확률을 높여 보험회사의 손실발생 가능성을 증가시키고 있다. 예를 들어, 65세 남성의 기대여명은 12.7년(1970년)에서 17.5년(2012년)으로 증가함에 따라 보험회사의 손실이 확대되고 있는 상황이다.

〈표 II-19〉 기대여명 개선

(단위: %)

구분		기대여명(세)		개선연령(세)
		1970	2012	
남성	0세	58.7	77.9	19.2
	65세	12.7	17.5	4.8
여성	0세	65.6	84.6	19.0
	65세	18.1	22.0	3.9

자료: 통계청, 국가통계포털 KOSIS(<http://kosis.kr>).

2) 고령층 대상 보험상품 개발 미흡

국내의 고령자 대상 보험시장이 활성화되지 못하는 또 다른 이유로는 보험회사가 소비자를 대상으로 다양한 상품을 공급하지 못하기 때문이기도 하다. 이봉주(2012)에 따르면 국내 보험회사에서 판매 중인 연금 상품은 건강상태 등 가입자 특성과 무관하게 획일적인 상품 위주로 구성되어 있는 것으로 분석되고 있다. 이에 비해 미국 경우 고연령층에 대해 고연령거치연금(Advanced Life Deferred Annuities)을 제공하고 있으며, 영국은 거주환경에 따라 기대여명의 차이가 존재한다는 점을 반영하여 거주지역, 결혼상태, 흡연 습관 등을 반영하여 연금상품의 보험료를 차등화하는 전략을 사용하고 있다.

〈표 II-20〉 국내생명보험회사의 연금상품 개발현황

(단위: %)

상품	응답	상품	응답
일시납즉시	19.0	확정종신	9.5
변액연금(종신)	17.4	고연령거치	4.7
변액연금(유기)	38.1	자산연계형	4.7

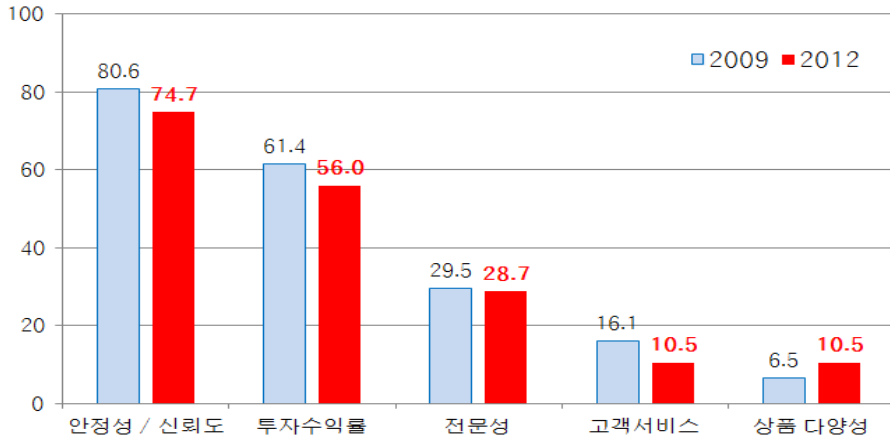
자료: 이봉주(2012).

한편, 국내에서 판매 중인 대다수의 고령자 대상 건강보험에는 협심증, 심근경색, 뇌졸중 등과 같은 유병률이 높은 질병에 대한 보장은 거의 없고, 치매 역시 1회성 보험금 지급이 다수를 차지하고 있어 실질적인 도움을 위한 상품개발이 이루어지지 못하고 있다. 보험연구원(2014)의 보험소비자 설문조사 결과에 따르면 간병보험가입 시 가장 중요하게 고려하는 요소로 보장범위(51.7%), 보험료수준(32.4%), 보장기간(10.6%) 순으로 나타나고 있다. 따라서 보험회사는 이러한 소비자의 욕구 등을 반영하여 소득이나 개인적 필요에 따라 서비스를 추가하거나 고급화하는 등 차별화된 상품을 개발하여 다양한 고객 수요에 부응할 필요가 있다.

특히, 금융상품을 구입하기 위해 금융기관 선택 시 고려사항을 조사한 생명보험협

회(2012)에 의하면 최근 들어 상품의 다양성을 중요하게 생각하는 소비자들이 증가하고 있는 것으로 조사되었다. 이를 고려할 때 안정성, 신뢰도, 수익률 외에도 소비자 니즈에 부합하는 다양한 상품개발이 회사의 경쟁력을 향상시킬 수 있을 것으로 보인다.

〈그림 II-14〉 금융기관 선택 시 중요하게 고려하는 요소(복수응답)



자료: 생명보험협회(2012).

3) 법적·제도적 지원 미흡

앞서 언급한 바와 같이, 고령층의 위험률을 측정·관리하기 위한 자료 상의 한계로 인해 보험회사가 고령자의 보험금 지급규모를 예측하는 데는 어려움이 존재한다. 금융위원회(2014)에서는 이를 감안하여 보험 혁신 및 건전화 방안을 통해 실버암보험 등 고위험자 대상의 보험상품 개발이 활성화되도록 기존의 30%였던 위험률 할증 폭을 50%까지 보험료에 반영하도록 허용하도록 한 바 있다. 그러나 금융위원회는 고령자상품 및 신규개발 상품의 경우, 위험률 할증을 50%까지 높이는 대신 그로 인해 위험률차익이 남으면 사후에 정산하는 방안을 동시에 제시함에 따라 이는 새로운 규제로 작용할 우려가 있다. 이에 과거 위험률 할증폭이 최대 30%까지 제한되어 2005~2012년까지 암보험 시장이 활성화되지 못한 점 등을 들어 위험률 할증폭을 보

험회사 자율에 맡기는 것이 필요하다는 의견 또한 존재하고 있다. 이와 관련하여, 일본의 경우 제3보험에 대한 안전할증 제한이 없고, 감독규정 또한 보험료가 지나치게 낮지 않도록 하는데 중점을 두고 있음을 고려할 필요가 있다(김세중·김혜란 2014).

한편, 고령층에 대한 정책적 지원은 노후생활 자금 여부와 관계없이 동일한 방식의 세제지원으로 이루어지고 있으며, 퇴직연금의 경우 일시금 수령이 연금수령보다 세제혜택이 큰 경우도 발생하고 있다.²⁶⁾ 또한, 주로 중산층 이상에 혜택이 부여되고 있어 중산층 미만의 가입유인이 적어 이들에 대한 노후대비가 취약하다는 문제가 지적되고 있다.

26) 금융감독원(2012. 4. 20)에 따르면(설문조사 실시: 2011. 12. 28~2012. 2. 29) 근로자는 퇴직급여 수령 시 '일시금(22.9%)'보다 '연금(77.1%)'을 선호하는 것으로 나타났지만, 실제로 2012. 2월 중 연금 수급요건을 갖춘 55세 이상 퇴직자의 경우 일시금 수급자(12,189명, 98%)가 대부분이고, 연금 수급자(232명, 2%)는 소수에 불과한 것으로 조사되었다. 이는 연금퍼즐의 대표적 결과로 이해되며, 이러한 결과는 연금수령에 따른 세제혜택이 상대적으로 약했다는 것을 방증한다. 최근 세제개편으로 연금수급비율이 높아질 것으로 기대하고 있지만, 회의적인 시각이 크다는 점에서 보다 획기적인 개선이 요구된다고 하겠다.

Ⅲ. 주요국 고령층 대상 보험산업 현황 및 시사점

본 장에서는 우리보다 고령화를 먼저 경험하고 있는 선진국(영국, 미국, 독일, 일본)의 사례를 통해 고령화에 대비한 보험산업 대응방안을 모색하고자 한다.

영국은 사회보장의 발상지로서 그리고 자유주의 특징이 혼합되어 있고, 미국은 대표적 시장주의 국가이며, 독일은 대륙계 사회보장국가를 대표하고 있으며, 일본은 제도적, 산업적으로 우리나라와 많은 유사성을 가지고 있다고 판단되어 이들 국가에 대해 살펴보고자 한다.

1. 영국

가. 건강분야

1) 공·사 건강보험

영국은 의료비 지출, 특히 공적 의료지출 비중을 볼 때 고령화로 인한 건강분야의 지출이 높은 국가이다. 2012년 기준 GDP 대비 의료비 비중은 9.4%, 공적 의료비 비중은 82.5%로, 각각 우리나라 7.5%, 54.4%에 비해 높다. 노인인구 비중도 17%로 우리나라 12%에 비해 다소 높은 편이다. 영국의 총 의료비와 공적 의료 비중은 고령화 과정에서 완만하게 증가해 왔으며, 특히 공적 의료 중심으로 발전해 온 것을 보여주고 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 영국의 의료비 및 노인인구 비중(2012년 기준)

(단위: %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
의료비/GDP	8.4	8.5	9	9.9	9.6	9.4	9.4
공적 의료비 비중 ¹⁾	81.3	80.2	81.1	82.6	83.5	82.8	82.5
노인인구 비중	16	16	16	16	17	17	17

주: 1) 총 의료비에서 공적 의료비가 차지하는 비중.

자료: Worldbank(2014) 홈페이지(<http://data.worldbank.org/indicator>).

영국의 공적건강보험인 국가건강서비스(NHS: National Health Service)와 이를 보완하는 사적 건강보험의 전반적인 상황에 대해 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 영국에서는 전 국민을 대상으로 무상의료를 제공하는 국가건강서비스(NHS)가 존재한다. 2009년 조사에 따르면 50세 이상 NHS서비스 경험자의 74%는 동 서비스에 대해 만족하고 있는 것으로 나타났다.²⁷⁾ 그러나 이러한 긍정적인 평가에도 불구하고 NHS의 재정 지속가능성과 긴 대기시간은 상당한 문제로 지적되고 있다.

전문가들의 예상에 따르면 2020년에 이르면 NHS의 적자가 £300억(약 5조 2천억 원)에 이를 것으로 예상되어 서비스의 지속가능성에 대한 의문이 제기되고 있다.²⁸⁾ 또한, 특히, NHS 초진 대기시간은 약 3주 정도이고 초진 이후 입원결정까지는 6주 정도 걸려 긴 대기시간의 문제점 또한 지적되고 있다.²⁹⁾

〈표 Ⅲ-2〉 영국의 국가건강서비스(NHS)의 3가지 특징

구분	내용
높은 서비스 만족도	74%
긴 서비스 대기시간	초진 3주, 초진 이후 입원까지 6주
심각한 수지불균형	2020년까지 예상적자 £300억

자료: UK Department of Health(2009), NHS 홈페이지, The Guardian(2014).

27) UK Department of Health(2009)를 참고하기 바란다.

28) The Guardian(2014)을 참고하기 바란다.

29) NHS 홈페이지, <http://www.nodelaysachiever.nhs.uk/Essentials/> The NHS No Delays performance improvement programme을 참고하기 바란다.

둘째, 공적 건강보험이 가지고 있는 재정 및 대기시간의 문제로 상대적으로 사적보험의 성장이 기대된다. 여기에는 사적 건강보험(PMI: Private Medical Insurance)과 저부담·저급여의 소액건강보험(HCP: Healthcare Cash Plan)이 있다.

사적 건강보험(PMI)은 NHS와 별개로 보험회사와 제휴한 병원들과 연계하여 의료 서비스를 제공하며, 건강검진 및 초진부터 입원·수술치료까지 건강과 관련된 많은 서비스를 제공하고 있다. 사적 건강보험(PMI)은 일반적으로 건강 전반에 대한 포괄적인 보험이다. 따라서, 암까지 보장하는 PMI상품의 연 보험료는 35세 남자의 경우 £643 ~ £1141, 70세 여자의 경우 £1538 ~ £3486 수준으로 비싼 편이다.³⁰⁾ 사적 건강보험(PMI) 가입률은 1990년대 초반 10% 이하였으나 2012년 현재 14%까지 증가하였다.³¹⁾ 그 밖의 건강보험 가입률을 보면, CI보험 10%, 치과보험 10%로 나타났다. 다음 <표 Ⅲ-3>에서 보듯이 은퇴 전까지는 연령이 증가할수록 가입률도 증가하나 은퇴시점인 65세 이상에서는 경제적인 문제로 인해 줄어드는 것으로 판단된다.

<표 Ⅲ-3> 연령별 사적 건강보험(PMI) 가입률

(단위: %)

연도	0~15세	16~44세	45~64세	65세~	전체
1982년	7	8	9	3	7
1987년	9	9	11	4	9
1995년	8	10	12	5	10

자료: Emmerson, Frayne & Goodman(2001).

이는 사적 건강보험 가입과 소득이 밀접한 관계가 있음을 보여주는데,³²⁾ Emmerson et al(2001)에 의하면 상위 10분위의 사적 건강보험(PMI) 가입률은 41.2%이나, 하위 1~4분위는 3.7% 이하여서 소득수준에 따라 가입률은 10배 이상 차이가 난다. 또한 상위 10분위 소득자는 직장에서 사적 건강보험(PMI)을 제공받은 경우가 51%이나 하위 1~4분위는 25%에 그쳐, 근로자 여부 및 직장의 안정성 등이 사적 건강

30) <http://Moneysavingexpert.com>을 참고하기 바란다.

31) Datamonitor(2012)를 참고하기 바란다.

32) Emmerson, Frayne and Goodman(2001)을 참고하기 바란다.

보험 가입의 중요한 요인이 되고 있음을 시사한다.

다음으로, 소액건강보험(HCP)은 적은 보험료에 상응하여 보상을 제공하는 보험서비스이다.³³⁾ 소액건강보험은 NHS가 무료로 제공하지 않는 안경 및 안과치료, 물리치료, 치과치료 등의 소액처치에 대한 급여를 제공한다. 가입비용은 보험회사마다 그리고 가입 조건에 따라 다르나 영국의 대표적인 보험회사인 Aviva의 경우 한 달에 약 £5 ~ £20 수준인 것으로 조사되었다.³⁴⁾ 소액건강보험(HCP) 손해율은 70% 수준(2009년 기준)으로 사적 건강보험(PMI)의 손해율(80%)보다 낮다(〈표 Ⅲ-4〉 참조).

〈표 Ⅲ-4〉 PMI와 HCP의 연도별 손해율 차이

(단위: %)

연도	2006(A)	2007(B)	2008(C)	2009(D)	D-A	D-B
HCP	71.2	71.5	76.4	69.9	-1.3	-6.5
PMI	78.8	79.0	78.9	80.1	1.3	1.2

자료: Datamonitor(2011).

또한 소액건강보험(HCP)은 PMI와 마찬가지로 55세 이상에서 가입률이 가장 높아 은퇴 전후에 사적 건강보험 수요가 증가하는 특징을 보인다.³⁵⁾ 특히, 적은 비용부담과 낮은 손해율 등으로 소액건강보험(HCP)시장은 앞으로도 성장가능성이 클 것으로 전망된다. 또한 기업에서도 피용자들에게 소액건강보험(HCP) 제공을 확대하는 추세여서 동 보험시장 성장은 고령화와 함께 증가할 것으로 평가받고 있다.³⁶⁾

〈표 Ⅲ-5〉 HCP 연도별 시장규모

(단위: 백만 파운드)

연도	2008	2009	2010	연평균 성장률
HCP 시장	105	319	185	33%

자료: Datamonitor(2011).

33) Aviva(2011)를 참고하기 바란다.

34) <http://www.aviva.co.uk>를 참고하기 바란다.

35) Datamonitor(2011)을 참고하기 바란다.

36) Datamonitor(2011)을 참고하기 바란다.

2) 고령층 특화 보험 및 부가서비스 사례

가) 보험 및 비보험(부가서비스)업의 겸업 활발

SAGA Group은 고령층 특화 보험상품과 부가서비스를 공급하는 성공적 보험회사로 평가되고 있다. 은퇴 노인을 대상으로 크루즈 전문 여행사로 출발한 SAGA는 고령자를 중심으로 여행자보험, 건강보험 등을 제공하는 고령 특화 보험회사로 자리매김하였다. 일반 보험회사와 차별화하여 고령층 대상 재무 및 건강보장뿐만 아니라 일반 금융, 여행, 법률, 돌봄, 생활 등 현물서비스를 아우르는 시니어 대상 종합서비스를 제공하고 있다.

〈표 Ⅲ-6〉 SAGA 고령자 대상 상품 사례

구분	내용
금융서비스 (Financial Service)	- 보험상품 판매: 자동차보험, 건강보험, 화재보험, 생명보험 등 - 기타 금융상품 판매: 부동산 투자상품, 부양자금 대출 등
여행 (Travel)	- 장년층 선호 여행상품 및 크루즈 상품: 예약, 결제까지 - 여행자보험 및 여행자 전용 신용카드 판매
돌봄 (Care)	- 다양한 재가복지서비스 제공: SOS alarm 서비스 제공 등 - 돌봄 필요를 공공단체와 연결해 주는 Care Funding Advice
건강	- 건강보험, 소액건강보험, 무료건강관리서비스, 상해보험제공 등
법률	- 유언장 작성, 보관, 집행서비스 등 제공
생활	- 음식, 공연, 여가관련 정보 및 예약서비스 제공
기타 (Others)	- SAGA Magazine: 매월 65만 명 이상(50세 이상) - SAGA Dating: 만남 주선 서비스

자료: SAGA 홈페이지(<http://www.saga.co.uk>) 내용을 재구성함.

대부분의 서비스는 본사에서 직접 공급하나 노인층이 필요로 하는 공적서비스(Public Service)를 안내해 주는 Care funding Advice 등 일부 서비스는 외부업체를 통해 제공한다. 또한 건강관리서비스 등 일부 서비스는 무료로 제공된다. SAGA 고객의 대부분은 50대 이상 노년층이고 매출의 약 50%는 보험에서, 나머지는 비보험 분야에서 창출되고 있을 만큼 수익원이 다양하다.³⁷⁾ SAGA에 대한 시장의 평가도 좋은 편이

어서 2014년 7월 현재 SAGA의 주가는 165파운드 수준이나 Citigroup과 JP Morgan이 제시한 SAGA의 목표주가는 205파운드와 185파운드로 긍정적인 평가를 받고 있다.

고령화 과정에서 증가하는 노인 수요층을 겨냥하여 보험상품과 관련 부가서비스를 제공하여 성공신화를 일군 SAGA의 사업모형은 급속한 고령화를 경험하고 있는 우리나라 보험회사의 미래 대응에 많은 시사점을 준다고 하겠다.

나) 건강관리서비스

영국 최대 민영건강보험회사인 BUPA(The British United Provident Association)³⁷⁾는 회원 병원 및 본사 소유의 병원을 통해 의료서비스를 직접 제공한다.

BUPA는 사적 건강보험(PMI)과 소액건강보험(HCP)뿐만 아니라 여행자보험 및 돌봄 서비스 등 다양한 서비스를 제공하고 있다. BUPA의 특성으로는 보험기능에만 의존하는 것이 아니라 가입자들이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 적극적으로 건강관리서비스를 제공하고 있다는 점이다.

BUPA는 가입자뿐만 아니라 비가입자에게도 고급형(Advanced), 완전형(Complete), 기본형(Essential)으로 구분된 건강검진서비스를 제공한다. 또한, BUPA 보험 가입자에게는 저렴한 가격으로 서비스를 제공하며 비가입자에게도 유료의 건강검진 서비스가 제공된다. 건강검진 상품은 만성질환 관리 및 치료에 필요한 정보 등과 같은 서비스까지 다양하며, 건강관리서비스 기능도 포함되고 있다.

37) 강성호(2014)의 노인층대상 영국 출장보고서를 참고하기 바란다.

38) 민영의료보험시장을 선도하는 英 최대 보험회사(MS 41%)로 전세계 191개국에 민영의료 보험 상품을 판매한다(손해보험협회 2013).

〈표 Ⅲ-7〉 BUPA의 건강검진 및 건강관리서비스

구분	검진내용	소요시간
Advanced Health	39가지 검사, 60분 가량의 의사 상담	2시간 30분
Complete Health	32가지 검사, 45분 가량의 의사 상담	2시간
Essential Health	17가지 검사, 25분 가량의 의사 상담	1시간
기타	여성의학, 장년기 건강상담 등	-

자료: BUPA 홈페이지.

이러한 영국 보험회사들의 건강검진(건강관리)서비스는, 가입자에게는 건강수준 제고를 통한 삶의 질 개선으로, 보험회사는 손해율 감소를 통한 수익률 제고 및 보험료 인하 여력을 발생시켜, 가입자 및 보험회사 모두가 만족하는(Win-Win) 것으로 평가된다.

영국 정부도 민영보험회사의 건강관리서비스에 대해 긍정적으로 평가하고 있는 것으로 알려져 있다.³⁹⁾ 이에 따라 질병에 대한 선제적 대응 및 만성질환자에 대한 영국의 건강관리서비스는 앞으로 더욱 활성화될 것으로 예상된다.

다) 건강관리에 대한 보상

영국의 푸르덴셜생명(Prudential)은 자회사 형태의 PruHealth를 통해 푸르헬스 위드 바이탈리티(PruHealth with Vitality)라는 보험 및 건강관리서비스를 제공하고 있다. 푸르헬스의 경우 건강관리에 필요한 가이드라인 등을 제공해 줄 뿐만 아니라 일정 목표를 정해 놓고 목표를 달성하면 현금으로 보상하는 특징이 있다. 이는 고령층의 보험가입 저해요인으로 작용하는 보험료 부담을 줄일 뿐만 아니라 건강한 노후생활로 인해 궁극적으로 의료비를 감소시킬 것이다. 특히 고령자는 만성질환이 있는 경우가 많으므로 만성질환자 및 고령자를 대상으로 한 건강관리서비스에 주목하는 이유가 바로 여기에 있다.

39) 서울경제(2014. 3. 9)를 참고하기 바란다.

나. 소득분야

1) 소득관련 일반

영국의 연금소득보장은 크게 공적연금과 퇴직연금, 개인연금의 3층 구조 형태를 띠고 있다. 이중 공적연금 소득대체율은 약 38% 수준으로 여타 선진국에 비해 낮은 수준이어서 사적연금(40.2%)에 의존하는 경향이 있다고 하겠다. 특히, 최근 도입된 NEST의 영향으로 임금근로자의 약 75%가 가입함으로써 퇴직연금을 통해 노후소득 보장을 보충하는 경향이 있다. <표 Ⅲ-9>의 생산가능인구(15~64세) 기준에서 보면, 퇴직연금 30.0%, 개인연금 11.1%로 사적연금제도 가입률은 43.3%로 나타나고 있다.

〈표 Ⅲ-8〉 OECD 주요국의 공·사적 순연금대체율

(단위: %)

국가	스페인	이탈리아	스웨덴	영국	미국	독일	일본	OECD 평균
공적연금	80.1	78.2	33.7	38.0	44.8	55.3	40.8	48.7
사적연금	-	-	21.5	40.2	44.2	21.1	-	-

주: 1) OECD 모델에 의한 시뮬레이션 분석으로 현실적 수준과는 차이가 날 수 있음.

2) 영국, 미국, 독일의 사적연금은 자발적 DC이며, 스웨덴 사적연금은 강제사적연금을 의미.

자료: OECD(2013).

〈표 Ⅲ-9〉 OECD 주요국의 자발적 사적연금제도 가입률

(단위: %)

국가	스페인	이탈리아	스웨덴	영국	미국	독일
퇴직연금	3.3	7.5	0	30.0	41.6	56.4
개인연금	15.7	6.9	27.1	11.1	22.0	35.2
전체	18.6	14.0	27.1	43.3	47.1	71.3

주: 1) 독일, 스웨덴을 제외하고 생산가능인구(15~64세) 대비 비율임.

2) 독일은 사회보험기여금 적용을 받는 근로자들의 가입률이며, 스웨덴은 전체 고용에 대한 가입률임.

자료: OECD(2013).

한편, 직장을 통해 단체로 가입하는 그룹개인연금 혹은 그룹스테이크 홀더연금에 많이 가입함으로써, 직장을 통한 연금가입이 직원들의 노후소득보장에 상당한 영향을 주고 있는 것으로 조사되었다.⁴⁰⁾

2) 비건강인 및 고령 특화 사적연금

가) 비건강인(표준하체)연금(Substandard Annuities) 발달

영국 연금상품의 특징으로는 언더라이팅 및 요율을 차등화하는 표준하체연금(Substandard Annuities)⁴¹⁾이 발달하였다는 점이다. 1995년에 질병으로 인해 기대여명이 보통사람에 비해 5년 이상 짧은 것으로 예상되는 사람들을 대상으로 ‘손상형 연금(Impaired Annuity)’이 처음 출시되었으며, 바로 이어 1995년, 1996년 이후부터 기대여명 단축에 영향을 주는 1개 이상의 건강위협 상태나 생활습관을 지닌 고객을 대상으로(예; 흡연, 직업특성 등) ‘강화형 연금(Enhanced Annuity)’이 출시되었다. 그리고 2000년 이후에는 기대여명이 얼마 남지 않아 연금급여가 즉시적으로 제공되어야 하는 중증질환자를 대상으로 ‘즉시 연금(Immediate Annuity)’이 차례로 도입되었다.

〈표 Ⅲ-10〉 영국 표준하체연금 특징

구분	내용 및 특징
Impaired Annuity	기대여명이 5년 정도 짧은 고객 대상(예; 암, 심장병, 뇌졸중 등), 1995년 이후 출시
Enhanced Annuity	기대여명 단축에 영향을 주는 1개 이상의 건강위협상태나 생활습관을 갖고 있는 고객 대상(예; 흡연, 직업특성 등), 1995, 1996년 이후 출시
Immediate Annuity	즉각적으로 급여가 제공되어야 할 중증질환자, 2000년 이후 출시

자료: LIMRA International and Ernst&Young(2006), 라이나(2014)를 재정리함.

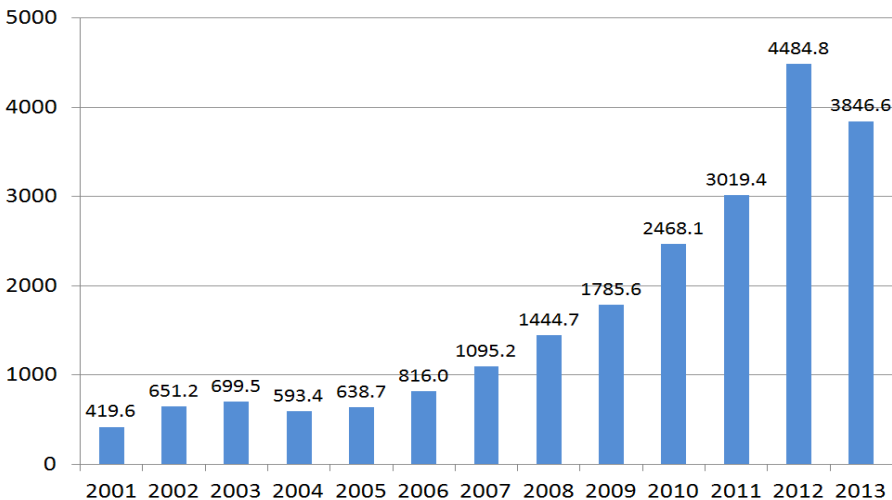
40) PPI 자료에 의하면 직장퇴직연금 가입자의 항목별 비율은 DB 60%, DC 15%, 그룹개인연금 14%, 그룹스테이크홀더 8%, 기타 3%로 구성된다.

41) 건강이 좋지 못하여 기대여명이 낮을 것으로 보이는 사람에게 더 많은 연금을 지급하는 연금이다.

표준하체연금은 2000년대 중반부터 판매실적이 급증하여 2012년 약 45억 파운드까지 증가하였다가 2013년 현재 약 38억 파운드로 조사되었다. 이는 저금리 기조로 인한 보통연금의 지급액 감소, 그리고 정부의 지속적인 홍보를 통해 연금수급 시점이 도래했을 때 보험회사를 변경할 수 있다는 사실을 많은 사람들이 인지하면서, 일반연금에서 표준하체연금으로 이동하였기 때문으로 추정된다.

〈그림 Ⅲ-1〉 영국의 표준하체연금(Enhanced Annuities)의 판매실적

(단위: 백만 파운드)



자료: Towers Watson(2014).

나) 즉시연금 발달

영국에서는 퇴직자산으로 종신연금보험에 의무적으로 가입하도록 하는 정책을 시행하고 있다. 이로 인해 퇴직 후 연금시장이 발달하고 있는 것으로 알려져 있다.

다) 기타 고령자 및 저소득층 대상 사적연금활성화 대책

고령자 및 저소득층을 대상으로 한 영국의 사적연금 활성화 정책을 살펴보면 다음과 같다.⁴²⁾

첫째, 중고령자를 대상으로 예외적이고 한시적인 사적연금 세제혜택을 제공하였다. 즉, 2011년 4월 이전에 55세가 되는 개인에게 연간 공제액 한도를 예외적으로 확대하여 연금 추가적립을 도모하는 일회성 정책을 도입한 바 있다.

둘째, 저소득 근로자의 퇴직연금 가입활성화를 위해 일정조건 충족 시 자동가입(Auto Enrollment)⁴³⁾이 되도록 함으로써 NEST에 편입된 가입자가 크게 증가하였다. NEST는 중소기업을 대상으로 쉽고 저렴한 서비스를 제공하는 저비용 고효율의 퇴직연금사업자를 지향하고 있어 낮은 관리 수수료가 적용된다(김원식 2014).

〈표 Ⅲ-11〉 자동가입제도 시행 전후 퇴직연금 가입자 비교

구분	종전 퇴직연금가입자	새 제도 시행 후 잠재 가입자
연봉평균	약 6000만 원(3만 파운드)	약 3800만 원(1만 9천 파운드)
남녀성별	63:37	59:41
가입회사	259인 이상 대형회사가 전체 68%	19인 이하 중소기업사가 전체 33%
자가소유 비중	88%가 자가소유	31%가 임대주택 거주
가구 총생산 평균	약 6억 원(30만 파운드)	약 2억 6천만 원(13만 파운드)

자료: 김원식(2014).

영국의 연금규제기관지(The Pension Regulators)에 따르면 NEST 가입대상 근로자 중 신규 자동가입자는 332만 명, 다른 사적퇴직연금에서 이전한 근로자 794만 명, 가입대상자 중 이미 DB 등의 가입에서 이전한 근로자 41만 명 등에 달하는 것으로 조사되고 있다(금융투자협회 2014. 6. 2).

42) 생명보험협회(2013)를 참고하기 바란다.

43) 2012년 10월부터 1명 이상의 근로자를 보유한 모든 기업체는 연간 최소 5035파운드(890만 원)의 소득을 가진 22세~65세 근로자에 대해 퇴직연금을 자동 가입시키고 일정한 금액(3%)을 부담한다.

셋째, 노후소득의 안정화를 위해 연금 수급의무화 조치를 취한 바 있다.⁴⁴⁾ 확정기여형(DC형) 퇴직연금 가입자는 연금 수령 시 연금자산의 75% 이상을 종신연금(annuity)으로 수령하도록 의무화하여, 25%까지만 일시금 인출을 허용하도록 하고 있다. 그러나 최근 법 개정으로 2015년부터는 연금화 수령의무가 없어져 가입자의 자산선택 범위가 확대되고, 이에 따라 상대적으로 노후소득보장 기능은 약화될 것이라는 우려가 있다.

넷째, 인출한도 조정을 통해 연금인출방식을 다양화하고 있다는 점도 특징이다(김태우·김치완 2014). 즉, 단순히 연금형태의 수급을 강화한다기 보다는 자신의 경제적 상황을 고려하여 탄력적으로 인출을 결정할 수 있도록 2011년부터 Draw Pension 제도를 도입하고 있다.

〈표 Ⅲ-12〉 영국의 퇴직연금 인출방법

구분	내용('15년 4월 이전)	개정('15년 4월 이후)
일시금 인출 (Trivial Commutation)	60세 이상 은퇴자 중 18,000파운드 미만의 퇴직연금 보유자는 퇴직연금 총액을 한 번에 인출 가능	18,000 → 30,000파운드
한도제한 인출 (Capped Drawdown)	연간 퇴직연금 최대인출한도(종신연금의 120%)까지 인출(3년마다 조정)	종신연금의 120%→150%
한도무제한 인출 (Flexible Drawdown)	연간 은퇴 후 소득 20,000파운드 이상 보유자에 한하여 인출상한 미적용(개인이 생활에 필요한 최저소득을 확보할 수 있다는 것을 입증할 경우에만 허용)	20,000 12,000파운드
종신연금 (Annuity)	사망할 때까지 매년 일정금액을 지급하는 연금보험상품	의무 → 자율
소액연금 인출 (Small Pot)	60세 이상의 은퇴자는 2,000파운드 미만의 소액연금 총액을 한 번에 인출 가능(연금자산총액과 무관)	2,000 → 1,000파운드

자료: 보건복지부(2014b).

특히, 한도무제한 인출 시 저소득층의 노후생활자금이 손실되지 않도록 개인이 생활에 필요한 최저소득을 확보할 수 있을 경우에만 허용하고 있다는 점에서 소득수준을 고려한 정책으로 이해할 수 있다.

44) 보건복지부(2014b)를 참고하기 바란다.

2. 미국

가. 건강분야

1) 공·사 건강보험

2012년 기준 미국의 GDP 대비 의료비 비중은 17.9%로 영국(9.4%)이나 우리나라(7.5%)에 비해 매우 높은 편이다. 그러나 공적 의료비 비중은 46.4%로 영국(82.5%), 우리나라(54.4%)에 비해 상당히 낮아 의료비의 약 53.6%가 민영부문에서 충당된다. 미국의 공적 의료비 비중이 낮은 이유는 저소득층 및 노인계층 등 일부 취약계층만이 공적 건강보험 수혜 대상이기 때문이다. 이로 인해 국민의 약 1/6(5천 4백만 명)가 건강보험의 사각지대에 놓이게 되어⁴⁵⁾ 이에 대한 해결책으로 오바마케어⁴⁶⁾가 생겨나게 되었다.

〈표 Ⅲ-13〉 미국의 의료비 및 노인인구 비중

(단위: %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
의료비/GDP	15.9	16.1	16.5	17.7	17.7	17.7	17.9
공적 의료비 비중	45	45.2	49.1	47.2	47.6	47.8	46.4
노인인구 비중	12	13	13	13	13	13	14

자료: Worldbank(2014) 홈페이지(<http://data.worldbank.org/indicator>).

2) 고령층 대상 보험 및 부가서비스 사례

가) 민영보험채널을 활용한 공적 의료서비스 공급

메디케어(Medicare)⁴⁶⁾는 노인을 대상으로 공적 의료서비스를 제공하는 상품으로,

45) 이준규 외(2010)를 참고하기 바란다.

46) 근로기에 사회보장세(Social Security Tax)를 10년 이상 납부하면 메디케어 수급자격을 얻을 수 있다.

보장률은 약 50%로 낮은 편이어서 대부분의 노인들은(약 92%) 보충성 민영건강보험을 가입하고 있다.⁴⁷⁾ 민영건강보험의 가입률을 살펴보면, 고용주가 퇴직자에게 제공하는 사적 건강보험 33%, Medicare Advantage(Medicare part C) 25%, Medigap 18%, Medicaid 16%로 조사되었다.⁴⁸⁾ 이에 대해 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 퇴직자를 위한 사적 건강보험의 가입 비중은 빠르게 줄어들고 있다.⁴⁹⁾ 200인 이상 사업장의 경우 1988년 사업장의 65%가 퇴직자를 위한 사적 건강보험을 제공하였으나 2012년에는 25%로 감소하였다. 중소기업보다는 대기업이, 대기업보다는 주정부(혹은 연방정부)가 사적 건강보험을 보다 많이 제공하는 것으로 나타났다는 점에서, 미국도 소규모 사업장의 근로자에 대한 퇴직 후 건강보장에 대한 문제에 직면해 있을 것으로 추정된다.⁵⁰⁾

둘째, 메디케어 어드벤처지(Medicare Advantage)에 대해 살펴본다. “Medical Advantage Plan”으로 불리는 Medicare Part C는 Part A와 Part B가 혼합된 형태로서 병원입원과 의사방문을 보장하며, 민영보험회사에서 운영한다(김대환 외 2012). Part C의 서비스 제공형태로는 HMO(Health Maintenance Organization), PPO(Preferred Provider Organization), SNP(Special Needs Plans), PFFS(Private Fee-For-Service, MSA(Medical Savings Account) 등이 있다. 이러한 것들은 병원이나 의사 선택의 제한 여부, 만성질환자와 같이 특별한 건강관리가 필요한 지 여부 등에 따라 서비스를 선택할 수 있느냐에 따라 구분된다. 의료저축계좌(Medical Savings Account)는 가입자가 보험보장이 되는 의료비용에 대해 비과세 혜택을 받을 수 있는 Medical Advantage Plan의 한 형태이다.

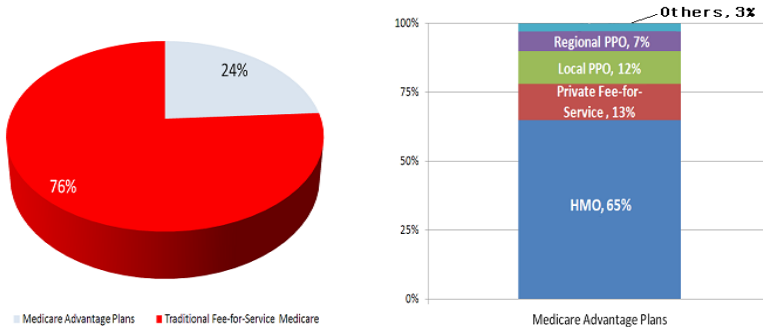
47) Hanming Fang(2014)(2014)을 참고하기 바란다.

48) French et al.(2012)을 참고하기 바란다.

49) Kaiser Family Foundation and the Health Research and Education Trust(2012)를 참고하기 바란다.

50) Hanming Fang(2014)을 참고하기 바란다.

〈그림 Ⅲ-2〉 Part C(Medicare Advantage) 가입자 분포(2010)



주: 2010년 기준으로 Medicare 가입자 수는 4,650만 명이며, 이 중 Medicare Part C 가입자는 1,100만 명 (24%)임.

자료: Kaiser Family Foundation(2010), Medicare CHART BOOK; 김대환 외(2012).

셋째, 메디갭(Medigap)의 특성을 보면 가입자는 65세 이상으로 메디케어 가입자여야 하고, 보험회사는 기왕증을 이유로 보험 가입을 거절하거나 보험료를 할증할 수 없다는 점이다. 또한 상품(Plan) A부터 N까지의 13가지 표준화된 상품으로 구성되어 있다.

이러한 메디갭의 월 보험료는 회사별, 상품별, 주별로 상이하나 대략 월 \$100에서 \$400 정도로 조사되었다.⁵¹⁾ 메디갭을 공급하는 회사들은 많으며, 그 중 미국은퇴자협회(AARP)와 연계하고 있는 UnitedHealth Care의 점유율이 31%로 가장 높고, The Mutual of Omaha, Wellpoint, Health Care Service 등의 순으로 조사되었다.

〈표 Ⅲ-14〉 메디갭 공급 회사별 시장점유율

(단위: %)

회사명	점유율	회사명	점유율
UnitedHealth Group	31	CNO Financial Group	3.6
The Mutual of Omaha Group	8.0	BCBS of Michigan Group	2.2
Wellpoint Inc Group	6.4	Highmark Group	2.1
Health Care Service Group	5.0	Others	42

자료: Hizhen Lin(2013).

51) Hanming Fang(2014)을 참고하기 바란다.

넷째, 오바마케어 이후 저소득 노인들을 대상으로 메디케이드(Medicaid)가 활발한 것으로 나타나고 있다. 미국은 건강보험 사각지대를 해소하기 위해 2014년부터 오바마케어(Obama Care, Affordable care Act)를 시행하고 있다. 오바마케어 시행 후 2개월 여 만에(2014년 6월) 800만 명이 가입했으며 이중 61%인 450만 명은 시행 전 무보험자였다.⁵²⁾ 오바마케어는 저소득층을 대상으로 한 노인의료보험(메디케이드) 보급을 확대시킬 것으로 기대하고 있다. 즉, 오바마케어가 발표되기 이전 메디케이드 가입자격은 주별로 상이 하나 대략 최저생계비의 65% 정도로 정해져 있었다. 그러나 메디케이드(Medicaid)의 수혜기준을 연방정부가 정한 빈곤수준의 133%로 상향시켜 더 많은 저소득층 노인들이 메디케이드의 혜택을 보게 될 것으로 예상된다. 이를 위한 재원을 확보하기 위해 연 소득 \$20만 이상 소득자들은 3.8%의 메디케어세금(Medicaid tax)을 추가적으로 부담해야 한다.

나) 건강관리서비스(Care management service)

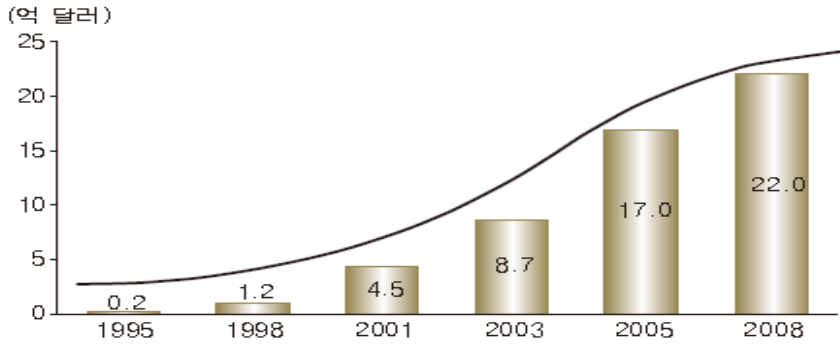
미국 민영보험회사의 95%는 전통적 보험업 외에 건강관리서비스를 시행하고 있다. 존슨 앤 존슨(Johns and Johns)사의 경우 외부위탁 형태로 자사 직원에 대한 질병관리서비스를 도입한 후 일인당 연간 의료비가 224달러 감소한 것으로 나타났다.⁵³⁾ 또한 미국 건강혁신센터의 2010년 연구결과에 따르면 건강관리프로그램을 도입한 기업의 3~4년간 의료비 증가율은 4%로, 미국 전체 의료비 증가율(8~10%)에 비하면 절반 수준인 것으로 분석되었다.⁵⁴⁾ 이에 의하면 건강관리서비스가 질병예방을 통해 의료비증가를 억제하는 효과가 있는 것으로 볼 수 있다. 한편, 건강관리서비스의 효과가 알려지면서 그 수요가 증가하여 1995년 2천만 달러 수준이던 시장규모는 약 10년 만에 85배 늘어난 17억 달러로 성장하였고, 2008년에는 22억 달러로 성장한 것으로 보고되고 있다.

52) <http://obamacarefacts.com/>을 참고하기 바란다.

53) 조용운(2014)을 참고하기 바란다.

54) 서울경제(2014. 3. 9)를 참고하기 바란다.

〈그림 Ⅲ-3〉 미국의 건강관리서비스 시장규모



자료: LG경제연구원(2009).

건강관리서비스 제공 대표적 보험회사로는 시그나 사의 자회사인 ‘시그나헬스스프링’(Cigna Health Spring)을 들 수 있다. ‘시그나헬스스프링’은 65세 이상 Medicare 대상자 중 Medicare Advantage 신청고객들을 대상으로 “건강관리서비스-건강보험-제휴병원”의 Package Service를 제공한다(라이나생명 2014). Aetna사의 경우 역시 건강관리로 의료비가 연 15% 절감되었다.⁵⁵⁾

이는 보험회사와 의료기관이 공동으로 대처하여 건강 증진과 의료비 절감에 대응하고 있다는 점에서 시사하는 바가 크다.

그러나 우리나라의 경우 보험회사를 통한 건강관리서비스 제공은 의료법 체계상 강력히 규제되고 있다. 왜냐하면, 건강관리서비스 제공 주체를 의료인으로 한정하고, 병원과 연계한 서비스는 ‘환자알선행위’로 규제하고 있기 때문이다(의료법 27조 3항). 또한 보험업법 제98조 ‘특별이익 금지’ 조항 등으로 인해 미국과 같은 Care management service의 제공은 불가능하다. 건강한 사람들을 대상으로 한 건강관리와 유병자들을 대상으로 한 의료서비스를 구분하고, 건강관리서비스를 폭넓게 제공할 수 있는 방안을 고민할 필요가 있다.

55) 생명보험협회(2013)를 참고하기 바란다.

다) 세제적격 민영장기간병보험

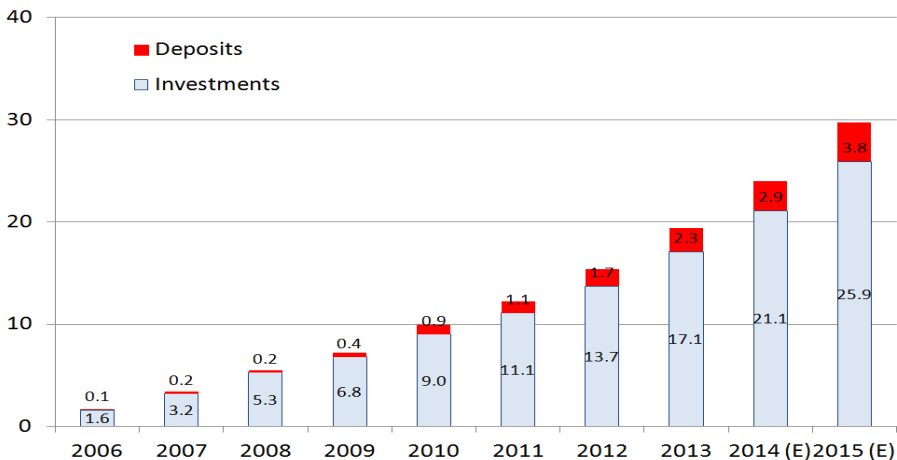
미국에서는 세제적격 민영장기간병보험에 가입한 경우 연방세를 공제해주고 있다(생명보험협회 2013). 1974년부터 본격적으로 민영장기간병보험이 판매되기 시작하여, 2005년까지 194개의 민영 보험회사들이 판매하였다. 2010년 현재 700만 명에서 900만 명 정도가 민영장기간병보험에 가입되어 있는 것으로 조사되었다.⁵⁶⁾

라) 의료저축계좌(Health Saving Account - HSA)

미국에서는 의료저축계좌(HSA)에 의료비를 적립하고 당해 적립액(기여액)만큼 소득공제를 해주고 있다. 또한 HSA에 가입하면 일정수준의 의료보험(High Deductable Health Plan-HDHP)에 의무적으로 가입해야 하고 의료수요 발생 시 의료저축계좌에서 인출할 수 있다. 의료비 이외의 용도로 인출 시 고율의 세금이 부과된다. 의료저축계좌 시장은 2004년 도입 이후 빠른 속도로 성장하여 2015년에는 의료저축계좌 적립액 규모가 \$297억에 이를 것으로 예상된다.

〈그림 Ⅲ-4〉 미국의 의료저축계좌 적립액 규모

(단위: 십억 달러)



자료: Devenir(2014).

56) AHIP(2012)를 참고하기 바란다.

나. 소득분야

1) 소득관련 일반

미국의 연금소득보장도 영국과 유사하게 공적연금(OASDI), 퇴직연금, 개인연금의 3층구조 형태를 띠고 있다. 또한, 공적연금 소득대체율(약 44.8%)도 상대적으로 낮은 수준으로 사적연금이 가장 발달한 국가이다.⁵⁷⁾

생산가능인구(15-64세)기준으로 퇴직연금 가입 비율은 41.6%, 개인연금은 22.0%여서 총 사적연금의 가입률은 47.1%이다. 사적연금 가입이 자발적이라는 점을 고려할 때 생산가능인구의 약 절반에 해당하는 인구가 가입하고 있다는 것은 사적연금 가입률이 상당히 높은 수준이라고 하겠다.⁵⁸⁾

2) 비건강인 및 고령 특화 사적연금

가) 비건강인(표준하체)연금(Substandard Annuities)

미국의 비건강인(표준하체) 연금시장 성장은 아직까지는 더딘 수준이며 상품종류도 1~2가지로 단순한 것으로 보고되고 있다. 약 10개의 보험회사가 비건강인(표준하체) 연금을 판매하고 있으며 총수입보험료는 6억 달러(약 6,800억 원, 2004년 기준)수준에 이른다.⁵⁹⁾

57) OECD(2013)에 의하면 미국의 순연금대체율은 공적연금 44.8%, 사적연금(Voluntary DC) 44.2%로 추정하고 있다.

58) 다른 국가들과의 비교는 앞의 영국 편에서 설명하고 있다.

59) LIMRA International and Ernst&Young(2006)을 참고하기 바란다.

나) 고연령거치연금(ALDA)

고연령거치연금(Advanced Life Deferred Annuities, 이하 ALDA)은 퇴직이후 가입하여 고연령(예: 80세, 85세)에 도달한 시점부터 지급되는 연금상품이다. 이는 프랑스 톤틴연금(1689~1763년)⁶⁰⁾에서 기원한다고 볼 수 있으며, 사망보험금, 해지환급금 등 다양한 선택급부가 부가된 상품으로 발전하여 왔다. 장수보험(longevity insurance) 또는 장수연금(longevity annuity)으로 불리기도 한다(이경희 · 김세중 2010).

ALDA의 장점은 기대여명 이상 생존할 경우에만 연금을 지급하므로 장수리스크를 줄일 뿐만 아니라 보험료를 낮출 수 있다는 장점이 있다. 즉, 가입자가 퇴직금의 일부(예: 10~20%)를 거치종신연금으로 구매하고 나머지는 거치기간에 모두 인출되도록 설계된다. 연금은 약정한 거치기간 이후 가입자가 생존하는 경우에 종신동안 지급⁶¹⁾되고 사망보험금은 없으므로 적은 보험료⁶²⁾로도 장수리스크 해지가 가능하게 된다. 또한 여기에는 연금개시 전 사망하는 사람이 생존자를 보조하는 상호부조효과(mutuality effect)가 존재한다(김태우 · 김치환 2014).

미국에서는 전통적인 ALDA에 다양한 옵션을 갖춘 상품을 접목하는 형태로 수요와 공급이 동시에 증가⁶³⁾하는 추세이다. 예를 들어, 연금개시 이전(85세 이전)에 사망하는 가입자의 경우 보험료 전액이 보험회사로 귀속되지 않고 납입 보험료를 반환하는 옵션을 추가하기도 한다(김태우 · 김치환 2014).

다음 <표 Ⅲ-5>에서는 MetLife ALDA의 연령별 연간 연금수령액을 비교하고 있다. 이에 의하면 일시불 보험료 5만 달러를 기준으로 하며 가입연령은 45세~64세이고, 수급 개시연령은 65세~80세로 되어 있다. 동일 가입연령에서 수급개시연령이 늦을수

60) 프랑스에서 시행한 제도(1689~1763년)로서, 국가에 일시금을 납입하는 자를 대상으로 종신연금을 지급함. 실제 사망률이 종신연금 금액에 직접적인 영향을 미쳐, 타인의 사망을 기뻐하는 도덕적 폐단이 게재되어 있어 폐지하였다.

61) Milevsky(2005)를 참고하기 바란다.

62) 65세 퇴직자가 85세까지 연금 수급을 거치시킬 경우 '일시납 즉시연금' 보험료의 10~15% 수준에 불과한 낮은 보험료로 ALDA를 구입할 수 있다(이경희 · 김세중 2010).

63) 2011년 판매액 2억 달러, 2012년 10억 달러(KB골든라이프연구센터) Genworth, New York Life, The Hartford, Symmetra Financial, Metlife 등에서 판매한다(이경희 2009)

록, 동일 수급개시연령에서는 가입연령이 빠를수록 그리고 남성일수록 수령금액은 증가한다. 모두 사적연금의 특성상 수지상등의 원칙을 반영한 것으로 볼 수 있다.

〈표 Ⅲ-15〉 MetLife ALDA 연령별 연간연금 수령액 비교

(단위: US \$)

구분		연금개시 연령별 연간수령금액							
		65세 지급		70세		75세		80세	
		남성	여성	남성	여성	남성	여성	남성	여성
가입 연령	45세	8,044	7,649	12,101	11,348	18,879	17,526	31,969	28,948
	50세	6,127	5,828	9,092	8,550	14,210	13,200	23,546	21,557
	55세	4,768	4,531	6,910	6,504	10,589	9,887	17,334	16,049
	60세	3,730	3,537	5,385	5,064	8,017	7,504	12,718	11,891
	65세	-	-	4,229	3,968	6,256	5,856	9,553	8,962

주: 일시불 보험료 5만 달러 가입기준.

자료: 김태우 · 김치환(2014).

다) 기타 고령자 및 저소득층 대상 사적연금활성화 대책

다음에서는 고령자 및 저소득층 대상으로 수행하고 있는 추가적인 사적연금활성화 대책에 대해 살펴본다.

첫째, 은퇴직전 세대에 대한 노후보장기회 확대이다. Catch-up Policy를 통해 50세 이상 중·장년층에게 연간소득공제 한도 이외에 추가적으로 소득공제 혜택을 부여함으로써 퇴직직전 소득자에 대한 은퇴준비를 강화하고 있다. 이를 통해 50세 이상은 50세 미만의 경우보다 약 6,500달러 정도의 소득공제 증가효과가 발생하는 것으로 나타나고 있다. 다만, 만 59.5세 이전에 해지하거나 인출할 경우 가산세 10%를 부과함으로써 장기유지 및 노후소득에 충실할 수 있도록 제도적으로 보완하고 있다(생명보험협회 2013).

〈표 Ⅲ-16〉 미국 Catch-up Policy에 따른 소득공제 한도 증가분

구분	50세 미만	50세 이상	증가분
401k	\$17,500	\$23,000	+ \$5,500
IRA(개인퇴직계좌)	\$5,500	\$6,500	+ \$1,000

자료: 생명보험협회 보도자료(2014. 1. 16).

둘째, IRA를 노후소득원으로 적극 활용하고 있다는 점이다. 2012년 5월 기준으로 총 IRA 가입 비율은 전체 가구 대비 40.4%로 4,890만 가구에 이르고 있다. 이중 전통형 IRA를 소유한 가구는 3,940만 가구로 전체 가구의 32.5%를 차지하여 대부분 전통형 IRA 위주로 운영되고 있는 것으로 판단된다.

미국에서 IRA 가입 비중이 높은 이유는 직장을 옮기거나 퇴직할 때 발생한 퇴직금을 적립하는 통산장치가 발달해 있고, 노후를 대비한 ‘은퇴저축계좌’라는 인식이 뚜렷하기 때문이다. 또한 다양한 IRA, 세제혜택 등 가입유인책이 존재하고, 가입요건 제약이 적을 뿐만 아니라 퇴직연금과 IRA의 중복가입도 가능하기 때문이다.

〈표 Ⅲ-17〉 IRA 종류별 소유 인구 수 및 가구 비중

(단위: 백만 가구, %)

종류	도입연도	소유가구 수	비중 (전체가구 대비)
전통형 IRA	1974(Employee Retirement Income Security Act)	39.4	32.5
SEP IRA	1978(Revenue Act)	9.2	7.6
SAR-SEP IRA	1986(Tax Reform Act)		
SIMPLE IRA	1996(Small Business Job Protection Act)		
Roth IRA	1997(Taxpayer Relief Act)	20.3	16.8
합계		48.9	40.4

자료: 현대경제연구원(2014).

한편, Investment Company Institute에서 2012년 말 기준 IRA의 인출을 분석한 결과를 보면 퇴직 전에 인출을 시도하지 않은 경우는 57%였으며, 22%는 퇴직 후에도 인출하지 않았다. 한편 중도인출한 21%도 퇴직 후 인출한 비중이 16%, 퇴직 전 인출 비중이 9%로 나타나, 전반적으로 유지율이 매우 높은 것으로 조사되었다.

3. 독일

가. 건강분야

1) 공·사 건강보험

2012년 기준 독일의 GDP 대비 의료비 비중은 11.3%로 영국이나 우리나라에 비해 높으나 미국보다는 상당히 낮은 편이다. 그러나 공적 의료비 비중은 76.3%로 영국(82.5%)보다는 다소 낮지만 미국(46.4%), 우리나라(54.4%)보다는 높아 공적 의료 중심으로 운영되는 것으로 이해된다. 독일의 노인인구 비율은 21%로 일본(24%)과 함께 초고령사회 국가이다.

〈표 Ⅲ-18〉 독일의 의료비 및 노인인구 비중

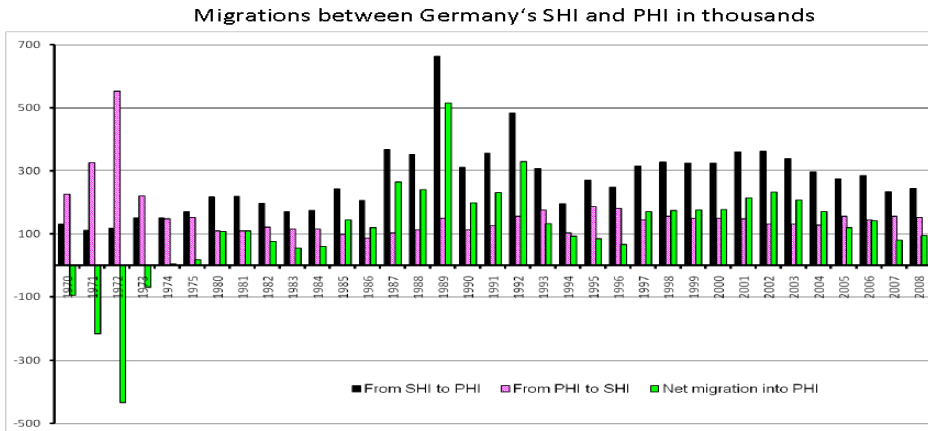
(단위: %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
의료비/GDP	10.6	10.5	10.7	11.8	11.5	11.3	11.3
공적 의료비 비중	76.4	76.4	76.4	76.8	76.7	76.5	76.3
노인인구 비중	19	20	20	21	21	21	21

자료: Worldbank(2014) 홈페이지(<http://data.worldbank.org/indicator>).

독일의 공적 건강보험(SHI: Social Health Insurance)도 우리나라와 유사하게 사회 보험형태로 운영된다. 가장 큰 특징으로는 전 국민 의무보험이 원칙이나 소득이 일정 수준(연소득 49,500유로) 이상인 경우 사적 건강보험(PHI: Private Health Insurance)으로 전환(Opt out)할 수 있다. 고소득자의 공적 건강보험으로부터 이탈할 우려와 관련하여서는, 고소득자가 고가의 사적 건강보험 이용 시 그 재원이 의료재정 및 의료 인프라 확충에 도움이 되기 때문에 큰 문제가 되지 않는다는 시각이다.

〈그림 Ⅲ-5〉 연도별 공적 건강보험에서 사적 건강보험으로 이동추이



Data source: BMG (Arbeits- und Sozialstatistik, Bundesarbeitsblatt, KM 1, KV 45)

자료: Michael Stolpe(2011).

한편, 연령에 비례하여 증가하는 의료비에 안정적으로 대응하기 위해 55세 이상 중 고령자가 사적 건강보험에 가입할 경우 공적 건강보험보다 보장성이 좋은 상품에 가입해야 한다. 1980년대 이후 공적 건강보험으로부터 사적 건강보험으로의 이동은 꾸준한 편이고, 2012년 현재 전 국민의 약 11%에 해당하는 약 900만 명 정도가 공적 건강보험을 대체하는 사적 건강보험에 가입되어 있다.

공적 건강보험(SHI)을 대체하는 사적 건강보험(PHI)외에 보충형 사적 건강보험 가입자는 2012년 기준으로 전 국민의 약 25% 수준인 2,310만 명으로 조사되었다. 치과 1,360만 명, 외래 770만 명, 비급여 640만 명 순으로 가입된 것으로 나타났다.

〈표 Ⅲ-19〉 보충형 사적 건강보험의 보장 형태별 가입현황

(단위: 백만 명)

보충형 사적 건강보험의 항목	가입자 수(백만 명)
치과	13.6
외래	7.7
비급여	6.4
정액형	8.2
기타	5.8

주: 중복가입 되어 있는 경우가 있어 총 가입자 수가 2,300만 명이 넘음.

자료: Verband der Privaten Krankenversicherung(2012).

사적 건강보험은 2010년 기준 268억 유로가 사용되어 독일 전체 의료비지출의 약 9.3%를 차지하는 것으로 나타났다. 우리나라의 사적 건강보험 비율이 약 5% 내외와 비교하면 약 두 배에 가깝다. 각 분야별 사용금액은 입원, 처치 등의 순으로 높았으며, 다음 <표 Ⅲ-20>과 같다.

<표 Ⅲ-20> 보충형 사적 건강보험의 보장 형태별 가입현황(2010년)

(단위: 백만 유로, %)

구분	사용금액	비율	구분	사용금액	비율
입원	7,615	28.4	치과	2,777	10.4
처치	5,592	20.9	일실소득보장	1,471	5.5
행정 및 광고	3,768	14.1	기타	2,686	10.0
약	2,864	10.7	-	-	-

자료: http://de.wikipedia.org/wiki/Private_Krankenversicherung.

2) 고령층 대상 보험 및 부가서비스 사례

가) 장기간병보험

1995년 사회보장제도의 일환으로 도입된 독일의 공적 장기간병보험⁶⁴⁾은 공적 건강보험과 함께 전 국민 의무가입 제도이다. 또한 공적 건강보험과 마찬가지로 사적 장기간병보험 가입 시 공적 간병보험을 대체(Opt out)할 수 있다. 2009년 현재 40세 이상 인구 중 약 3.5%에 해당하는 약 160여 만 명이 사적 장기간병보험으로 대체하고 있다. 한편, 생명보험회사들은 공적 장기간병보험의 소득보장기능을 보완하기 위해서 사적 장기간병연금보험 판매를 통해 노후의 건강과 소득보장을 동시에 꾀하고 있다.

64) 최소 6개월간 지속적으로 타인의 도움을 필요로 하며 요양보험에 5년 이상 가입한 자를 급여지급대상자로 하고 있다.

〈표 Ⅲ-21〉 독일의 공·사 장기간병보험 운영구조

구분	의무보험		개인민영보험(보충형)	
종류	공적 장기간병보험	민영장기간병보험 (대체형)*	생보사의 상품	건강보험회사의 상품
특징	인구의 약 90% 가입	10% 정도 가입	장기간병 연금보험	추가적 보상

자료: 생명보험협회(2013).

나) 고령화적립금(Ageing Reserve)⁶⁵⁾

독일 사적 건강보험의 특징 중의 하나는 노후의료비에 대비하여 근로시기에 보다 많은 의료비를 적립하는 고령화적립금(Aging Reserve)이 있다.⁶⁶⁾ 이는 근로기에 상대적으로 많은 보험료를 납부하고, 소득이 줄어드는 은퇴기에 적은 보험료를 납부하게 함으로써 고령자의 보험료 부담을 줄인다는 특징이 있다. 또한 의료비 금액을 미리 축적한다는 점에서 미국의 의료저축계좌(Health Saving Account)와 유사한 기능이 존재한다. 의료비의 축적률과 위험률의 계산은 법률⁶⁷⁾에 따라 감독기관의 엄격한 관리를 받으며 보험급부는 DB형으로 투자에 대한 책임은 보험회사가 지도록 하고 있다.⁶⁸⁾ 독일의 경우 동 제도를 통해 젊은 시절부터 25년간 노후에 필요한 의료비를 적립하면 실제 의료비의 2/3 수준으로 보장이 가능한 것으로 알려져 있다. 적립금 규모는 2012년 현재 1,700억 유로가 적립되어 있고, 이중 1,460억 유로는 건강보험에 그리고 240억 유로는 장기요양보험을 위해 적립되어 있다.

65) 고령화적립금 또는 노령적립금의 정식 명칭은 Altersrückstellung이며, 영문명으로는 aging reserve/provisions, old-age reserve/provisions 등으로 칭하기도 한다(김대환 외 2012).

66) http://de.wikipedia.org/wiki/Private_Krankenversicherung#cite_note-24를 참고하기 바란다.

67) §12 Versicherungsaufsichtsgesetz(VAG)를 참고하기 바란다.

68) Altersrückstellung, http://de.wikipedia.org/wiki/Altersr%C3%BCckstellung#cite_note-1을 참고하기 바란다.

다) 부가서비스

독일도 미국, 영국과 마찬가지로 보험회사가 건강관리서비스를 제공하고 있다. Siemens사는 종업원들을 대상으로 한 안전 및 건강관리서비스를 제공하고 있다.⁶⁹⁾ 독일의 보험회사들은 기업건강관리서비스가 보험회사의 새로운 수익창출 기반이 될 수 있을 것으로 보고 있다.

나. 소득분야

1) 소득관련 일반: 공적연금, 리스터연금 발달

독일의 소득보장체계를 보면, <표 Ⅲ-22>에서와 같이 1층 공적연금에서는 해당 직역별로 다양하게 공적연금제도를 운영하고 있어 사적연금에 대한 의존도는 상대적으로 약한 것으로 나타난다. 즉, 독일의 평균소득자 기준 순연금대체율은 공적연금 55.3%, 사적연금 21.1%이다.⁷⁰⁾

〈그림 Ⅲ-6〉 독일 다층노후소득보장 체계도

3층	개인연금, 인증제개인연금(리스터연금)								
2층	기업연금(임의가입)							자유 직업자 특별 연금	공무원 연금
1층	농 민 연 금	법정연금보험(Statutory Pension Insurance)							
		기능공 연금	예술가 언론가 연금	취약계층 자영업자 연금	임의 가입	광부 연금	근로자 연금		
0층	노인·장애인 기초생활보장제도(자산조사, 노인의 3% 정도 수급)								

주: 회색부분은 적립방식으로 운영, 나머지는 부과방식으로 운영.
자료: 보건복지부(2012).

69) Siemens(2012)를 참고하기 바란다.

70) OECD(2013)를 참고하기 바란다.

퇴직연금(1974년 기업연금법으로 시작)은 근로자의 65%라는 높은 가입률에도 불구하고, 임의가입으로 운영되고 또한 보험상품으로 인식되어 노후소득에서 차지하는 비중은 약 7%에 불과하다. 2010년 기준 퇴직연금 급여액은 GDP 대비 약 0.1%이며, 적립액은 GDP 대비 약 0.3%로 미미한 수준이다(보건복지부 2012).

한편, 독일에서는 사적연금을 강화하기 위해 정부가 인증⁷¹⁾한 개인연금 상품에 가입할 경우 보조금 및 세제혜택을 부여한 리스터연금(Rister Pension)제도를 운영하고 있다. 누구나 가입할 수 있는 임의가입 형태로 운영되나, 가입대상은 공적연금 가입자로 한정하며 가입자의 배우자는 본인부담없이 보조금만으로 가입이 가능하다. 리스터연금은 소득수준에 따라 혜택이 달라져 소득재분배 기능도 존재한다.

2010년 현재 리스터연금 가입자 수는 1천 4백만으로 공적연금 가입자의 약 40%에 해당한다. 기금 규모는 268억 유로이며, 이중 정부보조금은 22.3%로 60억 유로이다. 리스터연금의 소득대체율 40년 가입 기준 약 18%로 추정된다. 급여는 62세 이후 또는 공적연금 수급 시점에 개시되며, 일시금 지급은 30% 이하로 허용되고, 나머지는 종신연금 형태로 지급된다. 추가적인 특징으로 연금급여는 제3자 이전 또는 압류는 금지되고 가입자 본인의 거주를 위한 주택구입에 1~5만 유로까지 무이자대출이 가능하다.

2) 비건강인 및 고령 특화 사적연금의 미발달

독일의 경우 공적연금과 인증제 개인연금의 강화로 인해 비건강인 및 고령 특화 사적연금은 크게 주목받지 못하는 것으로 판단된다.

비건강인 관련하여서는 건강보험에서, 고령층에 대해서는 젊은 시절부터 공적연금과 리스터연금에 충실히 가입하게 하는 제도가 있으며, 이보다 더 빈곤한 계층에 대해서는 ‘노인·장애인 기초생활보장제도’(자산조사, 노인의 3% 정도 수급)를 통해 보완하고 있기 때문으로 보인다.

71) 연방금융감독청의 인증기준에 따라 인증된 연금상품에 한해서만 보조금을 지원한다.

한편, 독일의 고령층 특화 판매 채널과 관련하여 CosmoDirekt에서는 온라인판매를 통해 고령층을 대상으로 단순화하고 유연화한 연금계좌 상품을 공급하고 있다.

4. 일본

가. 건강분야

1) 공·사 건강보험

2012년 기준 일본의 GDP 대비 의료비 비중은 10.1%로, 우리나라(7.5%)에 비해 높고, 영국(9.4%)과 독일(11.4%)의 중간수준이나 미국(17.9%)보다는 상당히 낮은 편이다. 그러나 공적 의료비 비중은 82.5%로 영국과 동일하고, 우리나라(54.4%), 독일(76.3%), 미국(46.4%)보다는 높아 공적 의료 중심 국가이다. 일본의 노인인구 비율은 24%로 OECD 국가 중 가장 높은 초고령사회 국가이다.

〈표 Ⅲ-22〉 일본의 의료비 및 노인인구 비중

(단위: %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
의료비/GDP	8.2	8.2	8.6	9.5	9.6	10	10.1
공적 의료비 비중	79.4	80.4	81.4	81.5	82.1	82.4	82.5
노인인구 비중	20	21	22	22	23	24	24

자료: Worldbank(2014) 홈페이지(<http://data.worldbank.org/indicator>).

일본의 공적 건강보험은 사회보험형태로 운영되나, 우리나라와 같이 하나의 건강보험공단에서 모든 공적 건강보험을 통제하는 것이 아니라, 지자체별 혹은 직군별로 공적 건강보험 공급주체가 나뉘어져 있는 것이 특징이다. 공적 건강보험 본인부담금 비중은 10~30%이나 비급여부분의 의료서비스를 이용할 경우 부담이 큰 것으로 나타난다.⁷²⁾ 특히, 고급의료서비스의 경우 공적 건강보험이 적용되지 않으며, 6인실 이하

의 상급병실 이용 시 전액 환자 본인부담이다. 또한, 정부가 지정한 ‘선진의료’ 기술을 이용할 경우에도 거의 전액의 비용을 환자 본인이 부담하게 된다.

한편, 사적 건강보험의 경우 높은 공적 건강보험 보장률로 인해 활성화되어 있지 않으며, 특히 실손건강보험은 활성화되어 있지 않고 일일소득 보상을 위한 정액형 건강보험 위주로 공급되고 있다. 그러나 최근 일본의 의료개혁 과정에서 나타난 본인부담률 차등화, 본인부담 상향 조정, 고액요양비 제도 도입 등에서 보는 바와 같이 사적 건강보험은 지속적으로 확대될 것으로 전망된다(김대환 외 2012).

2) 고령층 대상 보험 및 부가서비스 사례

가) 개호보험(장기요양보험, LTC)

일본에서는 2000년 4월부터 65세 이상을 기본으로 공적 장기요양보험(개호보험)을 시행하고 있다.⁷³⁾ 2013년 4월 현재 일본 개호보험 대상 고령자는 564만 명으로 65세 이상 고령자의 약 19%이다. 연령별로는 75세 이상이 480만 명으로 전체 대상자의 85%로, 75세 이상 후기고령자가 공적 LTC의 주된 수혜자이다. 그런데, 시간이 갈수록 급격히 증가하는 간병 급부비용으로 인한 재정부담이 심화되고 있어 지속가능성 제고를 위해 보험료 인상 및 고소득자에 대한 본인부담금을 상향하는 내용의 개혁안이 추진되고 있다.⁷⁴⁾

공적 LTC의 총비용 규모는 2000년 3.6조 엔(약 36조 원)에서 2012년 9조 엔(약 90조 원)까지 증가하였다. 이는 장기요양이 필요한 후기고령자(75세 이상)가 꾸준히 증가하였기 때문인 것으로 보이며 이로 인해 제도도입 이후 5년이 경과한 시점에서 예방 중시형으로 정책 기조를 바꾸었다(류재광 2014).

72) 이흥무(2012)를 참고하기 바란다.

73) 정승희(2014)를 참고하기 바란다.

74) 아베 정부는 2015년부터 공적 개호보험의 자기부담률을 고소득층을 대상으로 현행 10%에서 20%로 늘리기로 하였으며, 대상자 기준은 확정되지 않았으나 후생노동성은 부부가 구 연소득 280만~290만 엔에서 결정할 방침으로 보인다.

(http://www.insnews.co.kr/design_php/news_view.php?num=39434&firstsec=1&secondsec=20)

이에 따라 최근 민영 간병보험에 대한 수요가 크게 확대되어 민영 간병보험에 가입한 가구의 비율은 14.2%에 이른다. 최근 몇 년간의 성장세를 고려할 때 고소득층을 중심으로 민영 장기간병보험(개호보험)의 성장가능성은 클 것으로 예상된다.

〈표 Ⅲ-23〉 공적 장기요양보험(LTC) 한일 비교

구분	일본	한국
보험자	전국의 시정촌(국내 시군구에 해당)	국민건강보험공단
피보험자	제1호 피보험자 65세 이상 제2호 피보험자 40~64세	65세 이상
급여대상자 등급	전체 7등급 要件: 1~2등급, 要件: 1~5등급	전체 3등급
급여서비스 종류	재가서비스, 시설서비스, 지역밀착형 서비스	재가서비스, 시설서비스, 특별현금서비스
본인부담금	전체비용의 10% 부담	재가급여 15%, 시설급여 20%

자료 : 류재광(2014).

나) 비건강보험(유병자보험) 및 단기소액보험

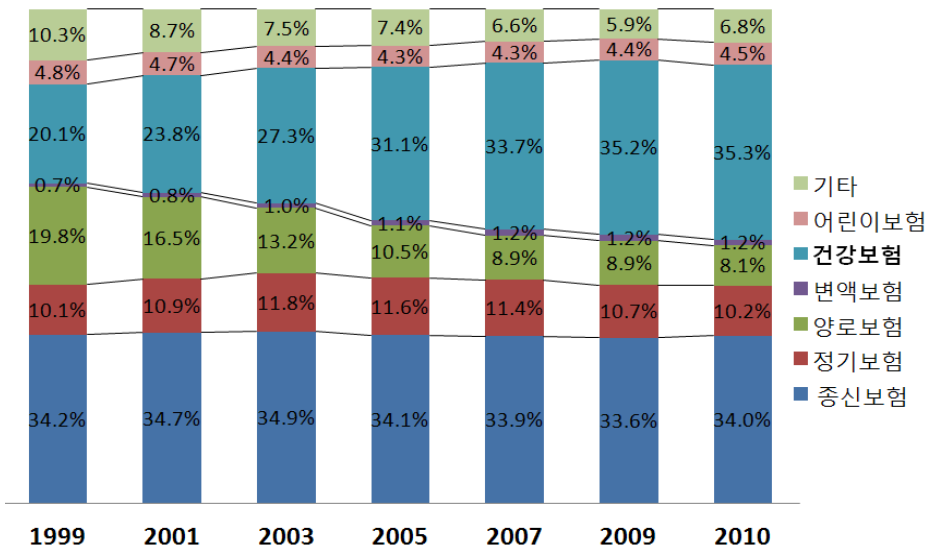
일본의 보험회사들은 지병이 있는 고령층을 대상으로 비건강보험⁷⁵⁾을 공급하고 있다. 고혈압, 당뇨, 암 등의 지병이 있는 경우도 일정조건을 충족하면 보험가입이 가능하게 한 건강보험상품이다. 보통 2년 내 입원수술 경험이 없고, 5년 내에 암 발생 경험이 없으며, 향후 3개월 이내에 입원수술과 암·간경변증 진단이 없는 경우에 가입할 수 있다. 2007년 현재 약 9개 보험회사가 비건강보험을 공급하고 있는 것으로 조사되었다.⁷⁶⁾

75) 비건강보험이란 신체적 결함 또는 건강진단 결과 건강보험 계약으로는 인수할 수 없는 피보험자를 대상으로 가입할 수 있는 보험을 말한다.

76) 메트라이프 알리코사의 비건강보험 판매사례를 보면, 고혈압, 고지혈증, 고지혈증 등 3대 질환을 기왕증으로 가지고 있는 경우에도 고지대비용에 따라 치료중 인수도 가능한 보험을 판매하고 있다. 2009년 7월부터 9월까지 3개월 동안 5,500여 건의 신계약이 체결되었으며 이는 전체 신계약의 4.3%에 해당한다. 가입자의 66%가 60세 이상 고령층으로 조사되었다.

이를 통해볼 때 일본은 유병자를 대상으로 한 건강보험이 특히 발달한 것으로 평가할 수 있는데, 민영건강보험의 비중은 시장 자유화 직전인 1999년 20.1%에서 2010년 35.3%까지 증가하였다. 특히, 암보험은 제3보험의 취급 자유화가 시작된 2001년부터 대형 보험회사가 주계약 상품으로 판매함으로써 빠르게 성장하고 있으며(김대환 외, 2012), 이로 인해 제3보험시장은 2012년 개인보험 보유계약 연납화 보험료 중 22%를 차지할 정도로 성장하였다(김세중 외 2014).

〈그림 Ⅲ-7〉 일본 생명보험 종목별 구성비 추이



자료: 日本生命保険協会(20011. 9), 『2010生命保険事業概況』; 김대환 외(2012).

고연령층이 가입할 수 있고 보장기간도 장기이면서 비갱신형인 제3보험 상품이 다양하게 출시되고(김세중 외 2014),⁷⁷⁾ SI(Simplified Issue)상품 형태로 활발히 판매되고 있음을 주목할 필요가 있다(김석영 외 2014).

77) 일본 보험회사들이 제3보험 상품에서 수익을 창출할 수 있는 이유는 위험률 규제가 없고 상품개발에 자율성을 확보하고 있기 때문으로 알려져 있다(김세중 외 2014). 2001년 일본 국내 보험회사의 단독 판매가 허용된 이후 2012년 개인보험 보유계약 연납화 보험료 중 22%를 차지할 정도로 성장했다(<http://view.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2014100516015992122>).

한편 일본은 2006년 4월 보험업법 개정을 통해 저렴한 보험료를 지향하는 단기소액보험을 판매하기 시작하였으며, 2013년 현재 단기소액보험시장 규모는 지속적으로 확대되고 있는 것으로 평가된다. 특히 이러한 단기소액보험은 비건강체보험상품과 연계하여 공급되는 사례가 많으며, 일례로 ExcelAid라는 상품은 고령층에서 많이 걸리는 당뇨병 유병자도 최저 월 3,100엔(약 3만 원)의 저렴한 보험료로 가입이 가능하다.⁷⁸⁾

다) 건강관리서비스

일본은 2005년부터 40세 이상을 대상으로 공·사 협력 형태로 건강관리서비스를 공급하고 있다.⁷⁹⁾ 공적 부문(정부)에서는 건강관리서비스 프로그램 개발 및 재원을 충당하고, 사적 부문(보험회사, 병원 등)에서는 서비스 공급을 맡는 형태로 관리된다. 건강관리서비스의 주요 공급 주체는 의사, 보건사, 그리고 영양관리사 등 의료기관을 중심으로 시작되었고, 이후 시장효율성과 양적 및 질적 공급확대를 위해 2008년부터 보험회사도 건강관리서비스에 참여하게 되어 현재 의료기관 외에도 도쿄해상·메이지야스다생명·니혼생명·도카이생명 등 보험회사를 포함한 760여 개 사가 공적 건강보험의 위탁을 받아 건강관리서비스를 제공하고 있다.

건강관리서비스에 대한 공식적이고 정량적 평가는 아직 없으나, 대체로 긍정적인 평가를 하고 있는 것으로 보인다. 이에 따라 일본 정부는 보험회사 등 민영 부문을 적극 활용해 건강관리서비스 실시율을 2010년 45%에서 2015년 60%로 확대하는 것을 목표로 하고 있다.⁸⁰⁾

라) 후기고령자 의료제도(공적 부문): 보험료 차별화

초고령사회를 경험하고 있는 일본에서는 75세 이상 노인들을 대상으로 별도의 후

78) ExcelAid 홈페이지를 참고하기 바란다.

79) 보건산업진흥원 출장보고서(2009)를 참고하기 바란다.

80) 보건산업진흥원 출장보고서(2009)를 참고하기 바란다.

기고령자 의료제도를 운영하고 있다.⁸¹⁾ 현재 공적영역에서 수행하고 있으며, 의료서비스 이용 시 후기고령자의 본인부담률은 10%여서 일반인 30%, 전기고령자(70~74세)의 본인부담률 20%에 비해 낮은 편이다. 단, 고소득 고령자의 본인부담률은 일반인과 마찬가지로 30%를 적용한다.

일본의 후기고령자 의료제도는 공적 부문에서 추진되고 있지만, 100세 시대를 고려할 때 은퇴 후 약 40년의 고령기를 생각한다면 초고령기에 대비하여 고령층에 대해 차별화된 건강보장 조치가 필요하다는 점에서 시사하는 바가 크다.

나. 소득분야

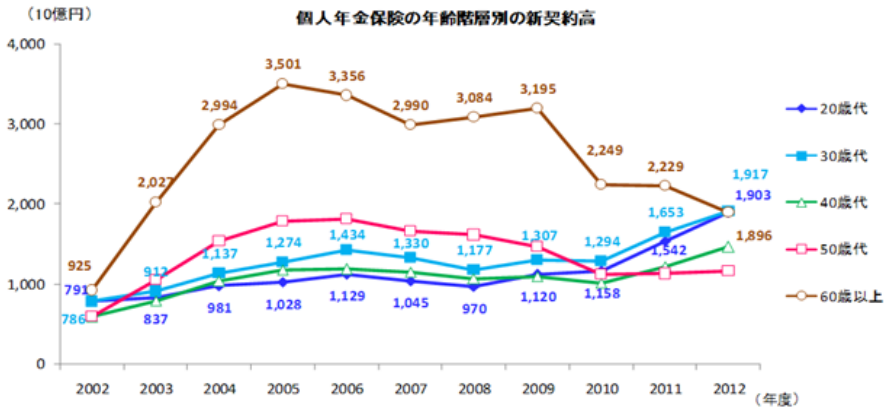
1) 소득관련 일반

일본의 소득보장체계는 전국민을 대상으로 하는 기초연금(1층)과 피용자를 대상으로 하는 후생연금(2층)으로 공적연금이 이원화되어 있으며, 3층으로 후생연금기금 등 사적연금이 자리하고 있다.

일반적으로 일본의 공적연금 급여는 후한 평가를 받고 있으며, 급여수준(소득대체율 기준)은 국민연금(기초연금) 16.8%, 후생연금(비례연금) 36.7%여서, 평균소득자로 은퇴할 경우 전체 근로자소득의 약 53.5%를 공적연금으로 획득하게 된다. 이로 인해 공적연금 급여액이 GDP의 10%를 상회할 정도로 공적연금 재정 문제는 심각한 것으로 나타났다(김호범 2014). 이에 최근 일본에서는 공적연금을 후생연금으로 일원화하고 사적연금 역할을 강화하는 정책으로 전환되고 있다. 사적연금의 연령별 가입 현황을 보면, 젊은 층 보다 고령층(60세 이상)의 가입액이 많으나 최근(2010년 이후) 젊은 층으로부터 가입실적이 증가하고 있는 추세이다.

81) 츠치타 타케시(2013)를 참고하기 바란다.

〈그림 Ⅲ-8〉 일본 개인연금보험의 연령별 신계약 실적



자료: 明治安田生活福祉研究所(2013).

2) 비건강인 및 고령 특화 사적연금: 미발달

일본의 경우 독일과 유사하게 높은 공적연금 급여로 인해 비건강인 및 고령 특화 사적연금은 크게 주목받지 못하고 있다.

앞에서 언급한 바와 같이 일본의 공적연금 수준이 높아 60대 부부의 경우 노후생활 필요자금의 약 74%(예비비 제외 시 83%)를 충당하고 있는 것으로 조사되었다.⁸²⁾ 현재 일본 근로자의 평균퇴직연금이 2,300만 엔 수준인 것을 고려하면, 공적연금과 퇴직연금을 합산한 노후소득은 매우 높은 것으로 이해할 수 있다. 이러한 측면에서 보면, 일본의 경우 추가적인 사적연금의 필요성은 크지 않기 때문에 개인연금과 같은 사적연금시장은 발달되어 있지 않다.

82) 현대경제연구원(2014)을 참고하기 바란다.

5. 요약 및 시사점

해외사례의 주요결과를 요약하면, 고령화 과정에서 선진국들은 공적 부문 재정문제에 직면하였으며 이를 해소하기 위해 공·사 협력을 확대하여 왔다. 이와 관련하여, 공적측면에서는 법제도적 지원과 관리를 통해 보험산업이 고령화사회에 효과적으로 대응할 수 있도록 기반을 조성한 것으로 평가되며, 이에 보험산업에서는 고령친화형 보험상품의 개발과 현물서비스 공급, 그리고 건강관리서비스와 같은 부가서비스 확대를 통해 고령사회의 위기를 극복하는 노력을 수행하고 있는 것으로 이해할 수 있다.

이러한 관계를 건강분야와 소득분야별로 요약정리하고 시사점을 도출하면 다음과 같다.

가. 건강분야

고령화에 대응하여 선진국이 건강보장과 관련하여 추진한 주요 정책적 특징과 보험산업 분야에서 추진한 고령특화 보험상품 및 부가서비스 추진 사례를 정리하면 다음 <표 Ⅲ-24>와 같다. 국가별로 추진한 보험산업 및 관련 정책을 통해 우리나라 보험산업에의 시사점을 정리하면 다음과 같다.

영국의 경우 공적 건강보험이 중추적인 역할을 하며 이를 보완하는 사적 건강보험은 꾸준히 성장(가입률 14%)하는 것으로 정리할 수 있다. 즉, 전 국민무상의료로 서비스의 범위는 넓지만 재정문제, 긴 대기시간, 그리고 의료서비스의 질적인 문제 등으로 공적보장의 한계에 직면하였으며, 이에 대응하여 사적의료보험이 성장해 가고 있는 것으로 보인다. 특히, 저렴한 보험료로 운영되고 55세 이상에서 가입률이 높은 소액건강보험의 손해율이 사적 건강보험(PMI)의 손해율보다 낮아 향후 고령화 과정에서 꾸준히 성장할 것으로 예상된다. 한편, 보험업 외에 부가서비스도 발달한 것으로 조사 되었는데, SAGA의 노인 대상 종합서비스(Total Service), BUPA의 건강관리서비스는 고령화사회의 의료비 절감을 보험회사가 선행적으로 수행하고 있음을 보여

주는 예라고 하겠다. 또한 푸르헬스(PruHealth)에서 시행하고 있는 건강관리서비스의 경우 건강관리에 따라 보험료를 절감해 줌으로써 보험가입자 스스로가 적극적으로 건강관리를 하도록 한다는 점이다. 이는 자신의 건강증진뿐만 아니라 궁극적으로 의료비를 절감시킬 수 있다는 점에서 우리에게 시사하는 바가 크다.

미국의 경우 사적 부문 중심의 건강보험을 운영하였으나, 의료보장 사각지대의 문제로 인해 오바마케어 이후 공·사 협력을 통해 사회안전망을 강화하고 있는 것으로 평가된다. 오바마케어는 공적 부문 자체를 확대하지 않고 ‘민영보험채널을 활용’하여 공적 의료서비스를 확대하고 있다는 특징이 있어, 건강보장 분야의 공·사 협력의 대표적인 사례라고 하겠다. 특히, 오바마케어 실시 후 저소득 노인층의 메디케이드 가입의 확대는 취약계층에 대한 공·사 협력의 가능성을 시사하고 있다. 특히, 건강관리서비스 수행으로 의료비가 절감된 사례로 Aetna사가 건강관리서비스를 통해 거둔 성과가 대표적이라고 하겠다. 또한 민영장기간병보험, 의료저축계좌(HSA)에 대한 적극적인 세제지원은 보험산업을 활성화시키는 정책으로 평가된다.

독일은 공적 건강보험의 역할이 강하나 사적 건강보험으로 전환(Opt out)할 수 있어 공·사 건강보험이 조화를 이루고 있다는 특성을 갖고 있다. 현재 전 국민의 11%가 공적 건강보험을 대체하는 사적 건강보험에 가입되어 있고 25% 정도는 공적 건강보험에서 제외된 부분을 보장하는 보충형 사적 건강보험에 가입되어 있다. 독일의 이러한 건강보험체계의 특성은 최근 과도한 공적의료비 부담으로 건강보험료를 인상하고 지출요인을 통제하는 개혁을 단행하였다는 것과 무관하지 않는 것으로 판단된다. 무엇보다 독일 민영건강보험에서의 특징은 고령화적 적립금(Aging reserve)제도를 두어 고령기의 보험료 부담을 전 생애기간에 걸쳐 분산한다는 점은 우리에게 시사하는 바가 크다.

일본의 경우 공적 건강보험의 높은 보장률로 인해 사적 건강보험은 활성화되지 못한 편이다. 그러나 고급의료 서비스에 따른 본인부담증가로 사적 건강보험의 필요성이 인식되고 있는 상황이다. 세계에서 가장 높은 고령화 수준과 재정적 한계로 인해 고령층 대상 장기요양보험(개호보험)에서 민영의 역할이 확대되고 있으며, 또한 치료에서 예방중시형으로 정책 기조를 바꾸어 초고령사회에 대응하고 있다. 또한 비건

강제보험(유병자보험) 및 단기소액보험이 발달하고 있다는 점은 급속한 고령화 과정을 겪고 있는 우리나라에 시사하는 바가 크다.

한편, 건강관리서비스가 의료기관 중심에서 시장효율, 양·질적 공급확대를 위해 2008년 이후 보험회사도 참여하고 있다는 점은 건강관리서비스가 의료민영화 논리로 비약되어서는 안된다는 것을 시사한다고 하겠다.

〈표 Ⅲ-24〉 주요국의 제도운영 특성 및 보험상품 공급 유형

국가	특징	보험상품 및 부가서비스
영국	- 공적 의료(NHS)중심, 사적 건강보험 약진	- 소액건강보험 & 대체형PMI - 건강관리서비스(SAGA, BUPA, PruHealth)
미국	- 사적의료중심, 공적보장과 연계강화	- 민영장기간병보험, 의료저축계좌(HSA) - 건강관리서비스(Cigna, Aetna)
독일	- Opt out시행 (건강보험, 간병보험)	- 건강관리서비스(Simens) - 민영보험에 Aging provision적용
일본	- 공적보장 높아 사적보험 미약	- 비건강채보험(유병자보험) (예) 메트라이프알리코사: 가입자의 66%가 60세 이상 - 단기소액보험 발달 - 장기요양보험: 예방 중시형으로 전환 - 건강관리서비스: 45%(10년) → 60%(15년)목표

나. 소득분야

건강분야에서와 마찬가지로 소득분야에서의 선진국 사례를 정리하고 보험산업에의 시사점을 정리하면 다음과 같다.

영국은 건강보장에서는 공적 부문 역할이 중요하나 소득보장은 상대적으로 사적 연금의 역할이 큰 것으로 판단된다. 특히 퇴직연금 자동가입(Auto Enrollment)제도로 중소기업 근로자들이 적은 관리비용으로 퇴직연금에 가입 할 수 있는 NEST제도를 도입함으로써 영국은 약화된 공적연금 보장수준을 보충할 수 있을 것으로 기대된다. 영국 사적연금제도의 주요 특징으로 언더라이팅 및 요율을 차등화하는 표준하체연금

(Substandard Annuities)이 발달하였다는 점이다. 또한, 퇴직자산으로 종신연금보험에 의무적으로 가입하도록 하는 정책 시행을 통해 일시납 즉시연금이 발달하였다는 점이다. 그리고 노후준비가 부족한 예비 고령자들을 대상으로 한시적으로 사적연금에 대한 추가세제 혜택을 부여하고, 연금 수급의무화 및 다양한 연금인출방식 제도를 통해 사적연금을 활성화시키고 있다는 점에서 우리에게 시사하는 바가 크다.

미국은 공적연금(OASDI) 급여수준이 상대적으로 낮은(평균 소득대체율 약 44.8%) 전통적인 사적연금 중심 국가이다. 고령 특화 사적연금으로 고연령거치연금(ALDA)이 발달하였는데,⁸³⁾ 이를 통해 장수리스크를 줄이면서도 보험료가 저렴한 연금상품을 공급할 수 있다는 점에서 시사하는 바가 크다. 또한 50세 이상자에 대해 Catch-up Policy를 통해 노후보장기회를 증대시키고 있다는 특징도 있다.

셋째, 독일은 공적 건강보험뿐만 아니라 공적연금의 역할도 강하여 상대적으로 사적연금에 대한 의존도는 약하다. 사적연금의 특징은 퇴직연금은 임의가입으로 운영되고 그 역할은 약하지만, 공적연금에 준하는 인증형 개인연금(리스크연금)이 발달하였다. 따라서, 독일의 경우 공적연금과 인증제 개인연금의 강화로 인해 비건강인 및 고령 특화 사적연금은 크게 주목받지 못하고 있다.

넷째, 일본의 경우도 독일과 유사하게 공적연금의 발달로 사적연금은 활성화되어 있지 못하고, 비건강인 및 고령 특화 사적연금 또한 발달되지 못한 것으로 평가된다.

〈표 Ⅲ-25〉 주요국의 제도운영 특성 및 연금상품 공급 유형

국가	특징	연금상품
영국	- 사적연금발달(NEST 발달)	- 표준하체연금 - 즉시연금 발달: 퇴직자산으로 종신연금보험 의무 가입
미국	- 사적연금중심	- 고연령거치연금 - 전통형IRA 발달
독일	- 공적보장 높아 사적연금 미약	- 공적 성격을 가미한 리스터연금 강제
일본	- 공적보장 높아 사적연금 미약	

83) 세부사항은 제3장. 미국의 소득보장편을 참고하기 바란다.

IV. 결론 및 시사점

본 연구에서는 고령층에 대한 보험시장 현황 분석을 통해 고령층의 건강 및 소득 보장에 대해 살펴보았다. 우리나라 고령층 대상 보험산업을 가입자와 공급자 측면으로 구분하여 살펴보면, 고령 가입자는 낮은 소득으로 인해 보험료 부담이 큰 것으로 조사되었으며, 이로 인해 다른 연령층에 비해 가입률이 낮은 것으로 나타났다. 공급 측면에서는 고령층 보험상품에 대한 위험관리의 어려움으로 적극적인 상품공급이 어려운 상태에 있으며, 법제도적 지원은 미흡하여 고령층 대상 보험시장 활성화가 약한 것으로 분석되었다.

특히, 해외 보험산업과 비교할 때 우리나라 고령층 대상 보험산업은 그 역할이 약한 것으로 조사되었다. 즉, 선진국의 경우 고령 특화 보험상품에 대한 보조금 및 세제 지원이 상대적으로 원활하여 보험회사가 고령친화형 보험상품을 적극적으로 개발하고, 현물서비스 및 건강관리서비스와 같은 부가서비스도 사적 부문을 통해 활발히 공급되는 것으로 나타났다. 그러나 우리나라의 경우 고령 특화 보험 상품이 매우 적고, 있다고 하더라도 암보험 중심이어서 다양화되지 않은 것으로 나타났다. 또한 현물서비스의 경우도 상조보험과 간병보험 중심이나 7종 정도만 판매되어 매우 부진한 것으로 조사되었다.⁸⁴⁾

이렇게 고령층에 대한 보험산업이 발전하지 못한 상태에서, 우리나라는 조만간 어느 나라도 경험하지 못한 급격한 고령화를 맞이하게 될 것이다. 그만큼 고령화에 따른 리스크도 폭발적으로 증가할 것으로 예상된다. 그러나 이미 공적측면에서 대응할 복지재정은 한계를 보이고 있는 상황이어서 고령화 위기를 극복하기 위해 보험산업

84) 우리나라에서 제공되는 현물서비스 상품은 제2장, ‘〈표 II-16〉 현물서비스를 제공하는 보험회사의 주요 상품’을 참고하기 바란다.

의 역할은 중요하고 시급히 대응할 상황이라 하겠다.

그 동안 고령층에 대한 보험산업의 대응이 수동적이었다면 이제는 고령화 위협에 능동적으로 대처하는 보험산업의 역할이 요구된다. 특히, 고령화리스크와 같은 사회적 위협에 조기 대응하기 위해 공·사가 협력하여 대응해 나가야 할 것이다. 이러한 협력체계하에서 보험산업에서는 고령친화적 보험상품 개발하고 고령층 수요에 맞는 현물 및 부가서비스를 적극적으로 개발·추진하여야 할 것이다.

고령층 대상 보험산업이 발전하기 위해서는 어느 한 경제주체의 노력만으로 해결될 수 없고, 사회구성 주체 간 역할 분담을 원활히 수행할 때만 가능하다. 즉, 고령화 위기를 극복하기 위해, 보험소비자는 보험의 필요성을 인식하고, 이를 바탕으로 본인이 선택한 보험상품을 생애기간 동안 지속적으로 유지하는 것이 필요하다. 공급자(보험회사)는 고령화에 대응하여 다양한 고령친화형 보험상품 및 서비스를 개발하여야 할 것이다. 마지막으로 정부는 공·사 보험의 역할 분담에 대한 청사진을 제시하고 관리자 역할을 충실히 할 필요가 있다.

참고문헌

- 강성호(2014), 「고령층대상 보험성장방안 영국출장 보고서」, 보험연구원.
- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2014), 『2013년 건강보험통계연보』.
- 건강보험정책연구원 보도자료(2014. 5. 21), 「2013년 건강보험 보험료 대 급여비 분석결과」.
- 계명대학교 산학협력단(2013), 「금융이해력 측정도구 개발 및 예비조사」.
- 국민건강보험공단, 「건강보험 통계연보」, 각 연도.
- 국민건강보험공단 보도자료(2014. 5. 21).
_____ (2014. 6. 27), 「2013 노인장기요양보험통계연보 발간」.
- 국민연금관리공단 내부자료(2010), 「인구교육, 노후설계 및 은퇴교육 관련 해외사례」.
- 국민연금재정추계위원회(2013), 「제3차 국민연금 재정계산 장기재정전망 결과」, 보건복지부.
- 금융감독원 보도자료(2008. 8. 25), 「실버보험 계약자 유의사항」.
_____ (2010. 6. 25), 「갱신형 실손의료비 보험 및 정기보험 가입 시 유의사항」.
- _____ (2010. 7. 20), 「치명적 질병보험 가입 시 유의사항」.
- _____ (2012. 4. 20), 퇴직연금 설문조사 결과 및 「가입자가 꼭 알아야 하는 10가지 유의사항」 발표.
- _____ (2014. 1. 21), 「아는 만큼 혜택받는 보험료 할인·납입면제 관련 제도 안내」.
- _____ (2014. 6. 26), 「건강한 분에게는 보험료를 할인해 드려요」.
- 금융연구원(2006), 「일본 대형은행들, 고령자 대상 리스크상품 판매대책 시행」, 『주간금융리프』.
- 금융위원회, 금융투자협회(2014), 「소득공제 장기펀드 관련 Q&A」.
- 금융위원회 보도자료(2012. 8. 30), 「실손의료보험 종합개선대책」.
_____ (2014. 5. 22), 「장애인 전용 연금보험 출시 등 장애인 금융으로

해소 추진」.

_____ (2014. 6. 18), 「노후실손의료보험 출시를 위한 보험업감독규정 개정」.

_____ (2014. 7. 15), 「보험 혁신 및 건전화 방안」.

금융투자협회(2014. 6. 2), 「주간 해외금융투자산업 동향」, 『Weekly Brief』, 제96호.

_____ (2014), 「한일 퇴직연금제도 비교 및 시사점」, 『금융투자』, 통권 161호.

김대환 · 이상우 · 이상우 · 김동겸 · 김미현(2012), 『인구고령화에 따른 공사건강보험의 유기적 협력 방안』, 연구용역보고서, 금융연구원 · 보험연구원.

김석영 · 김세중 · 김혜란(2014), 『보험회사 수익구조 진단 및 개선방안』, 보험연구원.

김세중 · 김혜란(2014), 「일본 제3보험 상품동향 및 시사점」, 『KiRi Weekly』, 제301호, 보험연구원.

김원식(2014), 호주와 영국의 퇴직연금과 한국의 노후안정정책방향, 한국연금학회 2014 춘계학술대회.

김진억(2014), 「글로벌 보험회사들의 신흥국 진출 현황 및 전망」, 『글로벌이슈』, KiRi Weekly.

김철호(2014), 「현물급여보험 관련 법적 쟁점 검토」, 2014년 하계 보험통합학술대회, 한국보험학회.

김태우 · 김치환(2014), 「사적연금 시장의 연금화 전략과 시사점」, 전문가기고, 『월간생명보험』, 2014년 5월호, 생명보험협회.

김호범(2014. 6), 「韓日 퇴직연금제도 비교 및 시사점」, 금융투자협회.

라이나생명(2014), 「The 친절한 보험이야기」.

류건식(2014), 「일본의 연금제도 개혁동향과 시사점」, 테마진단, 『보험동향』, 보험연구원.

류재광(2014), 「일본 장기요양보험제도의 제도 개혁과 시사점」, 『월간생명보험』, 생명보험협회.

메디컬 투데이(2014. 8. 1), 「고령층 보험시장 확대...고령자 특성 반영한 보험사 판매 채널 필요」.

- 보건복지부(2013a), 「2013년 국민기초생활보장 수급자 현황」.
- _____ (2013b), 「제3차 국민연금 재정계산 장기재정전망 결과」.
- _____ (2014a), 「건강행태 및 만성질환 통계」.
- _____ (2014b), 「국제 사회보장정책 모니터링, 4월 7일 주간」.
- _____ (2012), 「다층노후소득보장체계 관련 해외 선진사례(독일) 학습 결과보고」.
- 보건산업진흥원(2009), 「건강관리서비스 출장보고서」.
- 보험개발원(2006), 「생명보험 상품별 가입현황 분석」, 『CEO Report』, 생명보험본부.
- _____, 『보험통계연감』, 각 연호.
- _____, 『생명보험통계자료집』, 각 연호.
- 보험개발원 보도자료(2008. 11. 26), 「현재 우리나라 국민들의 10명 중 6명이 생명보험에 가입된 상황」.
- _____ (2011. 12. 28), 「전 국민의 약 75%가 생명 또는 장기손해보험에 가입」.
- _____ (2013. 4. 29), 「보험산업의 지속 성장 및 경쟁력 강화에 서비스 집중」.
- _____ (2014. 1. 16), 「2012년 개인연금 가입현황 분석」.
- _____ (2014. 4. 4), 「생명·장기손해보험, 성별 가입률은 여자, 지역은 울산이 높아」.
- _____ (2014. 10. 14), 「고령자, 상해사고로 병원 많이 이용하고 치매로 장기간 입원」.
- 보험신보(2014. 3. 31), 「中 고령자에 보험가입 권유 ‘차단」」.
- 보험연구원(2013), 「생명보험회사의 고령자에 대한 서비스 만족도 제고방안」, 『해외보험금융동향』.
- _____, 『보험산업전망과 과제』, 각 연도.
- _____, 『보험소비자 설문조사』, 각 연도.
- _____, 「생명보험 가입형태별 위험수준 분석」, 『CEO Report』, 보험개발원, 2006.

- _____, 「종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장 방안」, 『경영보고서』, 보험연구원, 2010.
- 서울경제(2014. 3. 9), 「선진국 공사보험 연계 어떻게?」.
- 생명보험협회(2012), 「제13차 생명보험성장조사」.
- _____(2013), 「생명보험산업 비전보고서」.
- _____, 『월간생명보험 통계』.
- 생명보험협회 보도자료(2014. 1. 16), 「국민 생활의 버팀목 역할 강화를 통한 생보산업 가치제고」.
- 아시아경제(2014. 7. 19), 「건강하면 보험료 할인...얼마나 깎아주나?」.
- 이경희 · 김세중(2010), 「고연령저치연금의 장수리스크 보장 가치에 대한 분석-기대 효용함수를 중심으로」, 『보험학회지』, 제87집, 한국보험학회.
- 이경희 · 서성민(2008), 「연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제」, 『Insurance Business Report』, 33호, 보험연구원.
- 이기형 외 10인(2010), 「보험환경변화에 따른 보험산업 성장 방안」, 『경영보고서』, 보험연구원.
- 이동현(2013), 「인구고령화가 보건의료비 지출에 미치는 영향」, 국민건강보험공단.
- 이봉주(2012), 「고령사회를 대비한 보험의 역할과 과제」.
- 이상우 · 이혜은 · 김미화 · 오병국 · 왕양비(2011), 「주요국의 민간의료보험제도 조사」, 보험연구원.
- 이새롬(2014), 「실버마켓 성장에 따른 금융의 대응방향」, 우리금융경영연구소.
- 이석호(2013), 「마이크로인슈어런스의 장기적 발전을 위한 시장기반 사업모델」, 『금융포커스』, 주간금융브리프, 22권 17호, 금융연구원.
- _____(2013), 「저성장 · 고령화가 보험산업에 미치는 영향과 대응방안」.
- 이은경(2011), 「고령화와 노인 의료비 연구」, 조세연구원.
- 이준규 · 고희채 · 권정운(2010), 「미국 건강보험개혁법안 통과 및 향후전망」, 『지역경제포커스』, 대외경제정책 연구원.
- 이태열(2014), 「고령화시대에 대응한 보험산업의 역할」, 북경아시아포럼, 보험연구원.

- 이태열·강성호·김유미(2014), 「공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안」, 정책보고서, 보험연구원.
- 이흥무(2012), 「일본 의료보험의 구조와 특징(2)」, 『월간생명보험』, 2012년 6월호.
- 일본생명보험협회(2011), 2010 生命保険事業概況.
- 임진섭·현경래·이호용(2011), 「장기요양제도 발전을 위한 비공식 케어 활성화 방안」, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 정승희(2014), 「국내 장기간병보험 시장의 현황 및 전망」, 『하나 행복가이드』, No 05, 하나금융경영연구소.
- 정영호(2009), 「질병의 사회경제적 비용과 건강친화적 재정정책」, 보건복지포럼.
- 조용운(2013), 「민영간병보험의 발전방향」, 『KiRi Weekly』, 제253호, 보험연구원.
- 조용운·오승연·김미화(2014), 「건강관리서비스 사업모형연구」, 『조사보고서』, 보험연구원.
- 진익·김동점·김혜란(2012), 『보험산업 비전 2020 : @sure 4.0』, 보험연구원.
- 진익·오병국·이성은(2013), 「사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할」, 『정책보고서』, 2013-4, 보험연구원.
- 최영목·최원(2009), 「생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구」, 『경영보고서』, 보험연구원.
- 츠치타 타케시(2013), 「의료보험의 환자 본인부담금」, 『월간생명보험』, 2013년 3월호.
- 통계청 보도자료(2012. 9. 27), 「2012년 고령자통계」.
- 통계청(2013), 「2013년 사회조사 결과」.
- 하나금융경영연구소(2014), 「국내 장기간병보험 시장 현황 및 전망」.
- 하문기(2005), 「고령자 금융보험 산업의 현황과 전망」, 『한국노인복지학회』, Vol. 28, 2005년 여름호, pp. 64~101.
- 한국갤럽(2013), 「금융관행 개선을 위한 실태조사」.
- 한국금융연구원, 『저성장 고령화가 금융산업에 미치는 영향과 대응방안』, 국제세미나.
- 한국주택금융공사 보도자료(2014. 5. 21), 「주택연금, 노후 생활자금 마련수단으로」.
- _____ (2014. 6. 26), 「주택연금 가입 2만명 돌파」.

현대경제연구원(2014), 「한·미 개인형 퇴직연금시장 비교」, 『경제와 노후생활』, 통권 100호.

홍석철·전한경(2013), 「인구고령화와 소득불평등의 심화」, 『한국경제의 분석』, 제 19권 1호, 한국금융연구원.

황진자(2012), 「금융상품 판매에 있어 고령소비자보호 방안」, 『소비자문제연구』, 제 41호.

AHIP(2012), “Who Buys Long - Term Care Insurance in 2010 - 2011?”(Washington, DC: AHIP, March 2012).

Aviva(2011), Uncovered Report: Cash Plan and Private Health Insurance Explained.

Datamonitor(2012), UK Private Medical Insurance 2012.

_____ (2011), UK Healthcare Cash Plan 2011.

Devenir(2014), 2013 Devenir HSA Research Report Executive Summary.

Emmerson, Frayne & Goodman(2001), Private Medical Insurance UK.

French, Eric, Mariacristina De Nardi, John B Jones and Angshuman Gooptu(2012), “Medical Insurance and the Elderly”, *Economic Perspectives*, First Quarter 17-33.

Hanming Fang(2014), Insurance Market for the Elderly, *Working paper*.

Hizhen Lin(2013), Search and Prices in the Medigap Insurance Market.

Kaiser Family Foundation and the Health Research and Education Trust(2012), 2012 Employer Health Benefits Survey(<http://kff.org/private-insurance/report/>).

Kaiser Family Foundation(2010), Medicare CHART BOOK.

LIMRA International and Ernst&Young(2006), Substandard Annuities.

Michael Stolpe(2011), Reforming Health Care-The German Experience, IMF Conference Public Health care Reform.

Moshe A. Milevsky(2004), Real Longevity Insurance with Deductible: Introduction to Advanced-Life Delayed Annuities, Managing Retirement Assets

Symposium(SoA).

OECD(2013), Pension at a Glance 2013.

Siemens(2012), Occupational Safety and Health Management in Germany.

Swiss Re(2013), Life Insurance: Focusing on the Consumer, Sigma, No. 6.

Towers Watson(2014), Enhanced annuity sales down 29% after 2014 Budget.

UK Department of Health(2009), IPSOS-Mori, NHS 2004 Survey.

Verband der Privaten Krankenversicherung(2012), Private Health Insurance
Accountability Report.

The Guardian(2014), Poll shows support for raising taxes to sustain NHS.

日本國會(2008. 4. 15), 第169回國會法務委員會第8號.

明治安田生活福祉研究所(2013), 일본의 개인연금시장에 대해서.

한국농어촌공사(<http://www.ekr.or.kr>)

통계청 국가통계포털(KOSIS(<http://kosis.kr>))

NHS(<http://www.nodelaysachiever.nhs.uk/Essentials/>)

SAGA 홈페이지(<http://www.saga.co.uk>)

Worldbank(2014)(<http://data.worldbank.org/indicator>)

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

■ 연구보고서

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목, 장동식, 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식, 이경희, 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안/ 안철경, 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원, 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식, 이창우, 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출방법 연구 / 기승도, 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도, 김대환, 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원, 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태, 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진익, 김동겸 2010.7

■ 정책보고서

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호, 최원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 이태열, 신종협, 황진태, 유진아, 김세환, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진익, 이민환, 유경원, 최영목, 최형선, 최원, 이정아, 이해은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수, 김경환, 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 황진태, 변혜원, 이경희, 이정환, 박정희, 김세중, 최이섭 / 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경,

- 변혜원, 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송운아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면, 김대환, 이경희, 이정환, 최원, 김세중, 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수, 안철경, 변혜원, 최영목, 최형선, 김경환, 이상우, 박정희, 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수, 김경환, 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈, 류건식, 오영수, 조용운, 진익, 유진아, 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경, 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 황진태, 이정환, 최원, 김세중, 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린, 이기형, 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형, 변혜원, 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환, 유진아, 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형, 임준환, 김해식, 이경희, 조영현, 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우, 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 이정환, 최원, 김세중, 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체계 개편과 보험산업 역할 / 진익, 오병국, 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준, 김해식, 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 전용식, 최원, 김세중, 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준, 강민규, 이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린, 김해식, 김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열, 강성호, 김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈, 김석영, 김진억, 최원, 채원영,

이아름, 이해랑 2014.11

- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 / 조용운, 김경환,
김미화 2014.12

■ 경영보고서

- 2009-1 기업후지보험 활성화 방안 연구 / 이기형, 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진익, 유시용, 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목, 최원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경, 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수, 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실, 정책연구실,
동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실, 재무연구실
2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재, 장동식, 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식, 최영목, 김소연, 장동식, 서성민
2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경, 변혜원, 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목, 김소연, 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도, 황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태, 기승도, 권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송운아, 정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운, 황진태, 김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식, 김대환, 이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환,
류건식, 이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현, 전용식, 이해은
2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ④ sure 4.0 / 진익, 김동겸, 김혜란 2012.7

- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식, 김석영, 김세영, 이해은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환, 류건식, 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린, 황진태, 권용재, 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식, 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도, 조용운, 이소양 2013.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문, 김진익, 지재원, 박정희, 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 기승도, 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경, 이상우, 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면, 이정환, 최이섭, 정중영, 최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진익, 김상수, 김종훈, 변귀영, 유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환, 전선애, 최원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교, 오영수, 김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환, 이민환, 윤건용, 최원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운, 김세환, 김세중 2009.7

- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식, 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신중협, 최형선, 최원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위규제 개선방안 / 서대교, 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체계와 시사점 / 이창우, 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원, 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송운아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준, 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운, 서대교, 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진익, 김해식, 유진아, 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식, 이창우, 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경, 황진태, 서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환, 최원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진익, 김해식, 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우, 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운, 변혜원, 이승준, 김경환, 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태, 전용식, 윤상호, 기승도, 이상우, 최원 2012. 6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우, 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식, 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식, 황진태, 변혜원, 정원석, 박선영, 이상우, 최원 2013. 8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운, 황진태, 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식, 변혜원, 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원, 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영, 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석, 강성호, 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위규제 등을 중심으로 / 한기정, 최준규 2014.4

- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태, 박선영, 권오경 2014.4
 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주, 전용식 2014.5
 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식, 윤성훈, 채원영 2014.5
 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운, 오승연, 김미화 2014.7
 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환, 강민규, 이해량 2014.8
 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식, 변혜원, 정원석, 박선영, 오승연, 이상우, 최원 2014.8
 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영, 김세중, 김혜란 2014.11
 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식, 조영현, 채원영 2014.12
 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영, 권오경 2015.1

■ 연차보고서

- 제1호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
 제2호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
 제3호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
 제4호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
 제5호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
 제6호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
 제7호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12

■ 영문발간물

- 제7호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
 제8호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
 제9호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
 제13호 Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.7
- 제1호 Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2011 / KIRI, 2012.8
 제2호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2012 / KIRI, 2012.10
 제3호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2012 / KIRI, 2012.12

제4호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2012 / KIRI, 2013.4

제5호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2013 / KIRI, 2013.11

제6호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
- 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
- 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
- 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식, 서성민 2008.12
- 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식, 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식, 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식, 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환, 이상우, 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환, 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식, 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선, 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환, 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운, 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈, 전용식, 전성주, 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(I): 정책공약집을 중심으로 / 이기형, 정인영

- 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환, 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식, 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영, 김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 진전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열, 조재린, 황진태, 송운아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환, 황인창, 이해은 2014.10

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식, 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경, 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식, 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희, 서성민 2008.9

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

정기간행물

■ 간행물

- 보험동향 / 계간
- 고령화리뷰 / 연 2회
- 보험금융연구 / 연 4회

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구	- 연구보고서 - 정책/경영보고서 - 조사보고서 - 기타보고서 - 정기간행물 · 보험동향 · 해외보험금융동향 · 고령화 리뷰 · 보험금융연구
	- 본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료(PDF) - 영문보고서	-	-

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

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113, 9080 팩스 : (02)3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

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

자료구입처

서울 : 보험연구원 보험자료실, 교보문고, 영풍문고, 반디앤루니스

부산 : 영광도서

저 자 약 력

강 성 호

성균관대학교 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : ksh0515@kiri.or.kr)

정 원 석

Indiana University 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : originalstone@kiri.or.kr)

김 동 겹

성균관대학교 경제학 석사
보험연구원 선임연구원
(E-mail : dgkim@kiri.or.kr)

조사자료집 2015-1

고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례

발행일 2015년 1월

발행인 강 호

발행처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38
화재보험협회빌딩
대표전화 : (02) 3775-9000

조 판 및
인 쇄 고려씨엔피
