

국내 공적 장기간병보험제도 도입에 관한 연구 - 공사 보완모델 도입을 중심으로 -

A Study on Introducing Public Long Term Care Insurance in Korea
- With a Focus on a Public · Private Supplementary Model -

류성경^{*)}
Ryu Sung-Kyung
신기섭^{**}
Shin Gi-Sup

본 연구는 정부가 2007년 시행을 목표로 추진하고 있는 공적 장기간병보험제도를 고찰하고, 사회보험 운영에 민간공급자가 참여하는 최근의 세계적인 추세에 발맞추어 우리나라에서 공적 장기간병보험제도에 민간공급자가 참여해야 하는 당위성과 방법을 현재 공적 장기간병보험제도를 운영하고 있는 독일과 일본의 예를 바탕으로 제시하였다. 정부는 민간공급자와 공동으로 공적 장기간병보험제도를 운영함으로써 비용 효율성의 극대화, 정확한 판정을 통한 효율성 극대화, 요양급부의 다양화를 통한 소비자의 니즈 충족 확대 등의 효과를 얻을 수 있는 것으로 나타났다. 이에 따라 민간공급자들은 종적 공사분담형-부분선택형, 종적 공사분담형-완전선택형, 횡적 공사분담형, 혼합형-부분선택형, 혼합형-완전선택형 등의 형태로 공적 장기간병보험제도에 정부와 공동으로 참여할 수 있을 것으로 판단되며, 현 사회보험제도와의 정합성, 비용효율성, 가입자 니즈의 충족 등에서 장점이 있는 혼합형-완전선택형을 가장 현실적이고 효과적인 대안으로 제시하였다.

※ 국문 색인어: 공적 장기간병보험, 공사 보완모델, 민간공급자, 요양급부, 장기요양시설

I. 서론

고령화의 급속한 진전에 따른 노인요양비 및 노인의료비 문제 등을 해결하기 위해 보건복지부는 2007년 시행을 목표로 공적 장기간병보험 도입을 추진하고 있다.

이를 위해 2003년 3월 보건복지부장관 직속으로 각계 전문가, 시민단체 등으로 구성된

* 삼성금융연구소 수석연구원(e-mail: sk1.ryu@samsung.com)

** 삼성금융연구소 선임연구원(e-mail: gisup.shin@samsung.com)

「기획단」을 구성하여 검토 중에 있으며, 2004년 2월 기획단은 재원조달방식 및 적용 대상자 등을 종합한 공적 장기간병보험 도입안을 발표했다.

이 도입안에 의하면 정부는 공적 장기간병보험제도 도입과 관련하여 운영 및 관리주체를 공공기관으로 한정하여 검토하고 있는 상황이다. 재원조달방식의 경우 사회보험방식(보험료)과 조세방식을 혼합한 방안을 제안하고 있다. 정부안대로 공적 장기간병보험제도가 도입될 경우 현재 운영되고 있는 사회보험의 예에서 보는 바와 같이 향후 심각한 재정적 어려움에 직면할 가능성이 매우 클 것으로 판단된다.

본 연구에서는 정부가 도입을 추진하고 있는 공적 장기간병보험제도의 도입 모델, 재정방식 및 피보험자 범위 등을 문헌연구를 통해 검토하고 공사(公私) 보완모델 도입을 제안하였다. 2장에서는 정부가 현재 도입을 추진 중인 공적 장기간병보험제도의 도입 배경 및 세부 추진내용을 중심으로 살펴보고, 3장에서는 우리나라보다 앞서 공적 장기간병보험제도를 도입한 독일 및 일본의 사례를 살펴보고 공사분담형 모델 도출을 위한 시사점을 도출하였다. 4장에서는 이러한 논의들을 바탕으로 국내 공적 장기간병보험제도의 공사 보완모델 도입을 제안하고, 그 효과, 유형 및 유형별 평가 등을 통해 세부 운영방안을 제시하였다.

II. 공적 장기간병보험제도의 개요

1. 개념

장기간병(long term care)이란 다양하게 정의될 수 있으나, 일반적으로 “남의 도움을 받지 않으면 식사, 보행, 배설, 입욕, 의복탈착 등 기본적인 일상생활(Activities of Daily Living: ADL)을 할 수 없는 사람들에게 제공되는 장기간의 보살핌(care)”으로 정의된다. 현재 우리나라에서는 개호, 요양 또는 장기간병 등으로 혼용하여 사용하고 있으며, 장기간병의 형태는 매우 다양하지만 병원에서 질병·상해로 인한 입원기간 중 제공되는 의료간병은 이에 포함되지 않는다.

장기간병보험이란 “신체적, 정신적 장애로 인하여 일상생활에 장애가 있거나 인식불명 상태의 사람들에게 일상생활의 보조와 의료서비스를 장기적으로 제공하는데 필요한 제비용 등을 보장하는 보험상품”이라고 정의할 수 있으며, 운영주체가 민간공급자¹⁾ 또는 국가인지에 따라 민영 장기간병보험과 공적 장기간병보험으로 구분된다.

1) 외국의 경우 일반적으로 보험사가 장기간병보험을 운영하나, 본 연구에서는 장기간병보험 뿐만 아니라 장기요양시설, 운영인력, 비용 등 장기간병제도와 관련된 포괄적인 것을 다루기 때문에 민간 공급자로 통일하여 사용하였다.

공적 장기간병보험은 질병이나 고령화로 인해 혼자서는 정상적인 생활을 할 수 없는 사람들에게 대한 장기간병서비스의 제공, 혹은 서비스 구입에 필요한 자금지원을 급부내역으로 하는 사회보험이다. 대부분의 서구 복지국가들에 있어서 요(要)간병자들에 대한 현물 또는 현금의 지급은 공적부조나 공적 서비스제도 속에 포함되어 있으며 장기간병보험이 독립적인 사회보험으로 분리되어 있는 나라는 독일, 일본 및 네덜란드 정도이고 이들 국가는 의무보험으로 전 국민의 가입을 원칙으로 하고 있다.

최근 의학기술의 발전으로 고령화가 급속히 진행되었고, 사회적으로는 핵가족화와 부양식의 변화, 그리고 여성의 경제활동참여 증가로 요간병자들에 대한 공적 또는 사적 서비스 제공의 필요성이 증가하게 되었다. 따라서 이러한 사항에 대한 보험적 조치로서 이미 독일과 일본 등 선진국에서는 민영보험의 역할을 제고하는 한편, 사회보험에서 이를 인수함으로써 5대 사회보험²⁾화하는 경향을 보이고 있다.

2. 국내 도입배경

가. 노인인구의 급격한 증대

노인인구의 급속한 증가가 공적 장기간병보험을 도입해야 하는 제일 중요한 이유이다. 우리나라는 출산율감소, 수명연장 등으로 2000년 현재 65세 이상 인구가 전체인구의 7.2%로 UN이 정한 고령화사회³⁾에 이미 도달해 있다. 통계청의 장래인구추계(2001)에 따르면 우리나라의 인구고령화는 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되고 있는데 2000년 고령화사회에서 2019년 고령사회, 2026년 초고령사회에 도달하여 고령화사회에서 고령사회로 가는데 19년, 고령사회에서 초고령사회로는 7년이 소요될 전망이다.

출산율의 감소도 노인인구 증가의 주원인 중 하나인데 15~49세 가임여성 한 명당 평균 출산율인 합계출산율이 1970년의 4.5명에서 2002년 1.17명으로 감소하였다. 우리나라의 2001년 합계출산율 수준(1.30)은 미국(2.03), 프랑스(1.90), 일본(1.33) 등 보다 훨씬 낮은 수준이다.

2) 국민연금, 건강보험, 고용보험, 산재보험을 4대 사회보험이라고 한다.

3) UN은 전체인구중 65세이상 인구비율에 따라 고령화사회(Aging Society : 7%이상~14%미만), 고령사회(Aged Society : 14% 이상~20% 미만), 초고령사회(Super-aged Society : 20% 이상)로 구분하고 있다.

<표 1> 우리나라의 출생아 수와 합계출산율

(단위: 명, 천명)

연도	1970	1983	1990	2000	2001	2002
합계출산율	4.53	2.08	1.59	1.47	1.30	1.17
출생아 수	1,009	778	659	637	557	495

자료 : 통계청

나. 노인부양에 대한 부담 증가

인구 고령화추세는 생산가능인구(15~64세)의 감소를 의미하며, 이는 생산가능인구의 노인 부양비 증가로 이어지고 있다. 2000년 현재 우리나라의 생산가능인구는 총인구의 71.7%이지만, 2030년에는 64.6%, 2050년에는 55.1%로 계속 낮아질 전망이다.

또한 노인인구의 증가는 총부양비⁴⁾를 2000년 39.5%에서 2030년 54.9%로, 2050년 81.6%로 증가시킬 것이며, 총부양비의 증가는 노년부양비⁵⁾의 증가로 이어져 노년부양비는 2000년 10.1%에서 2050년 62.5%로 6배가 증가할 전망이다. 한편, 유년부양비⁶⁾의 경우 출산율의 감소로 2000년 29.4%에서 2050년 19.0%로 감소할 전망이다.

<표 2> 우리나라의 총부양비, 유년 및 노년부양비 추이

(단위: %)

연도	1970	2000	2010	2020	2030	2050
총부양비	83.9	39.5	38.8	40.9	54.9	81.6
유년부양비	78.2	29.4	23.9	19.6	19.1	19.0
노년부양비	5.7	10.1	14.8	21.3	35.7	62.5

자료: 통계청

다. 건강보험 및 국민연금 재정 악화

4) 총부양비 = 유년 및 노인인구 / 생산가능인구

5) 노년부양비 = 노령인구 / 생산가능인구

6) 유년부양비 = 유년인구 / 생산가능인구

인구의 고령화는 노인의료비의 증가로 이어져, 건강보험제정에 큰 압박으로 작용하고 있다. 실제로 노인의료비가 전체의료비에서 차지하는 비율은 1990년 10.8%에서 1995년 12.2%로 증가하였으며, 고령화사회 진입 이후인 2001년에는 17.7%까지 상승하였다. 1995년 이후 매년 27.9%씩 증가한 노인의료비 증가율은 전체의료비 증가율 20.3%에 비해 매우 높은 상황이다. 한편 2001년 현재 국민연금 가입자(16,278천명) 중 노령연금 수급자 수는 602천명으로 전체 가입자의 3.7%에 불과하다. 그러나 노령인구의 증가와 함께 출산율 감소, 조기퇴직 및 청년실업의 증가 등으로 노령연금 수급은 2010년 13.3%, 2030년 41.9% 및 2050년 88.5%로 급증할 것으로 예상되고 있다.

<표 3> 노령연금 수급률

(단위: 천명, %)

	2001(실적)	2010	2030	2050
국민연금가입자 수(A)	16,278	17,623	15,663	11,596
노령연금수급자 수(B)	602	2,345	6,566	10,268
수급률(B/A)	3.7	13.3	41.9	88.5

자료: 국민연금 재정계산 및 제도개선방안, 보건복지부, 2003.6

3. 국내 현황

2003년 우리나라에서 장기간병서비스가 필요한 노인의 규모는 시설보호 필요노인이 78천명, 재가보호 필요노인이 519천명 정도이다. 장기간병이 필요한 노인의 규모는 인구의 고령화에 따라 지속적으로 증가하여 2020년경에는 시설보호가 필요한 노인이 14만명, 재가보호 필요노인이 100만명으로 증가할 것으로 전망되고 있다

노인 장기간병 서비스는 노인간병시설에 의탁하여 간병서비스를 제공하는 시설보호 서비스와 간호사, 사회복지사 등의 도움을 받아 집에서 간병서비스를 제공받는 재가보호 서비스로 구분된다.

<표 4> 시설보호 서비스 현황(2002.12 현재)

(단위: 개소 명)

구분		시설 수	이용자수	관련법규	재원	
노인 의료 복지 시설	요양 시설	노인요양시설	99	6,060	노인복지법	국고지원
		실비노인요양시설	14	730		국고일부 / 개인실비
		유료노인요양시설	7	315		개인부담
	전문 요양 시설	노인전문요양시설	48	3,729		국고지원
		유료노인전문요양 시설	3	127		개인부담
의료 시설	노인전문병원	26	3,619	노인복지법 / 의료법	건강보험 / 개인본인부담금	
	요양병원	18	2,070			
	치매요양병원 (정부지원 공립병원성격)	10	1,302			

자료: 1) 2002년 12월 현재 공립치매요양병원 건립현황, 보건복지부, 2003
2) 노인복지시설현황, 보건복지부, 2003

치매요양병원, 전문요양시설, 장기요양시설 등 우리나라의 장기요양시설은 수요에 비해 크게 부족한 상황이며, 장기요양시설간 기능과 역할 설정도 불명확하다. 시설요양수요 대비 시설보호율은 2001년을 기준으로 18.9% 수준에 불과하며, 전체노인인구대비 시설보호율이 미국, 유럽, 일본 등이 5~6% 수준인데 비해 우리나라는 2%에 불과한 실정이다.⁷⁾

부족한 장기간병시설을 확충하기 위해 정부는 2010년까지 순수정부지원만으로 937개의 장기요양시설과 67,272개의 병상을 확보하여 이를 통해 전체 시설보호대상자의 66.4%를 정부지원 장기요양시설에서 보호할 계획이다.

현재 노인복지법에서는 장기요양을 위한 노인보호생활시설(시설보호 서비스)을 의료복지시설로 분류하고 있다. 장기간병을 위한 시설에는 노인장기요양시설의 종류에 따라 차이가 있으나, 시설장, 총무, 생활복지사, 생활지도원, 전담의사, 간호사⁸⁾, 물리치료사, 영양사 등이 배치되어야 한다. 현 노인복지법상 재가보호시설 서비스는 가정봉사원파견 시설, 주간보호 시설 및 단기보호 시설 서비스의 3종류로 구분된다.

7) 석재은(2002), p.51

8) 무료요양시설의 경우 122명(시설당 1.28명)의 간호사가, 무료전문요양시설은 103명 시설 당 2.15명의 간호사가 활동 중이다.

<표 5> 정부지원 장기요양시설 확충계획

(단위: 개, %, 명)

		2004	2006	2008	2010
요양시설 (실비포함)	시설	201	285	365	446
	병상	14,070	19,950	25,550	31,220
전문요양시설	시설	156	228	305	405
	병상	10,920	15,960	21,350	28,350
치매요양병원	시설	44	58	72	86
	병상	4,402	5,502	6,602	7,702
합계	시설	401	571	742	937
	병상	29,393	42,412	53,502	67,272
시설보호율		36.1	47.9	55.9	66.4
시설보호대상자		81,398	88,454	95,732	101,338

자료: 인구고령화의 현황 및 정책대응방향, 재정경제부, 2003.11.8

장기간병 필요노인에 대한 서비스의 잠재적 비용은 2003년 현재 약 4조원으로 추산되고 있으며, 이 중 시설보호에 필요한 비용은 1조원, 재가보호에 필요한 비용은 3조원 정도이다. 고령인구의 지속적 증가에 따라 2020년경에는 약 8조원을 상회할 것으로 전망되며, 치매 및 중증 이상을 기준으로 할 때, 2003년의 장기간병비용은 약 2조원 정도가 소요된 것으로 추정되고, 2020년에는 5조원이 넘을 것으로 전망된다.

4. 정부의 공적 장기간병제도 추진방안⁹⁾

가. 추진 목적과 기본방향

9) 2004.2월 보건복지부가 발표한 “장기요양보험제도 도입안”을 정리한 것이다.

정부는 고령화 사회의 진전으로 국민들의 노후불안 해소 및 활력 있는 장수사회 실현을 위해 국가 책임하에 공적 시스템의 조기구축을 추진하고 있다. 노인의 자립생활지원 및 가족부담을 경감하고 증가하는 노인간병비 및 노인의료비 문제에 대응하기 위해 모든 노인이 보편적으로 이용할 수 있는 공적 장기간병체계의 구축이 불가피하며 고령화사회에 효과적으로 대응하기 위해 의료공급 및 수가체계, 복지 및 주택시스템, 재원조달체계 등 전반을 고령화사회에 적합한 사회적 시스템으로 전환시키려고 노력하고 있다.

정부는 공적 장기간병보험제도 설계를 위해 6개의 기본방향을 설정하였다.

첫째, 모든 노인 대상의 보편적인 체계 구축으로 소득, 가족형태와 무관하게 간병욕구가 있는 전체 노인을 대상으로 항상 필요한 서비스를 이용할 수 있는 체계를 구축하는 것이다.

둘째, 이용자중심의 서비스 체계 확립으로 간병서비스를 시혜가 아닌 권리로서 노인 자신의 선택에 의해 공평하게 이용할 수 있는 시스템을 설계하는 것이다.

셋째, 다양한 주체의 참여에 의한 중추적인 시스템 구축으로 국가책임 강화와 함께 가족 서비스 제공기관, 지역, 시민단체, 기업 등 다양한 참여로 간병리스크를 공동화하는 것이다.

넷째, 사회적 연대에 의한 간병비용의 확보로 고령화 사회에서 급증하는 간병비용을 사회적 연대를 통해 해결하여 장기적인 재정안정화 및 지속 가능한 체계를 확립하는 것이다.

다섯째, 노인의료비 증가에 효율적으로 대처하는 것으로 의료공급 및 수가체계 개편, 보건·의료·복지의 연계 강화 등 비용효과적인 간병체계를 구축하고, 마지막으로 간병인프라 정비의 촉진으로써 간병노인들이 필요로 하는 서비스의 이용을 지원 할 수 있는 시설, 인력 등 간병보호의 인프라 확충을 촉진할 수 있는 체계를 구축하는 것이다.

나. 추진 일정, 재정운영방식 및 평가결과

보건복지부는 2007년 이후 공적 장기간병체계를 단계적으로 실시하여 2013년 이후 65세 이상 경증치매 이상 및 45세 이상 노인성질환자 대상의 공적 장기간병보장 실현을 목표로 2000년부터 정책기획단을 운영하며 종합대책 및 실행계획을 마련하였다.¹⁰⁾

사회보장제도 재원조달방식의 선택기준으로 효율성, 형평성, 서비스의 질, 기존 사회보장 제도와의 정합성 등이 사용되는데 장기간병보장제도의 재원조달방식은 사회보험방식, 조세방식, 강제저축방식 및 민간보험방식 등이 있다.

10) 최근 보건복지부는 기존 안에서 3년 늦춰 장기간병보험제도를 시행할 것을 검토하고 있다

<표 6> 장기간병보장제도의 재정운영방식 유형

	사회보험방식	조세방식		강제 저축 방식	민간 보험 방식
		선별적 사회서비스방식	보편적 사회서비스방식		
재원	보험료 (일부 국가보조)	지방세 중심 (국고 보조)	국세 중심 (지방세 보조)	개인·가족저축 (국고 보조)	보험료
적용	전국민 가입 (일부 제한가)	취약계층	전국민 가입 (일부 제한가)	전국민 가입 (일부 제한가)	임의 가입 임의 급여
서비스 공급	민간공급자 + 공공투자	지자체(중앙정부) 공공투자+민간사업자	중앙정부(지자체) 공공투자+민간사업자	민간공급자 중심	민간공급자 중심
관리	보험공단 (지자체 연계)	자치단체	자치단체	시장자율원칙 (정부규제)	시장자율원칙 (정부규제)
국가 사례	독일, 일본(프랑스, 네덜란드 등)	덴마크, 핀란드, 이태리, 뉴질랜드, 노르웨이, 스웨덴 및 영국		싱가폴	미국, 프랑스 독일, 벨기에

자료: 공적 노인요양보장체계 최종보고, 공적 노인요양보장추진기획단, 2004.2.18

주: 민간보험방식은 사회보험방식과 조세방식을 보완하는 형태임.

재정운영방식의 평가결과 조세방식은 비용통제, 사회적 연대, 재원부담 형평성 등에서 우수한 것으로 나타났으며, 사회보험방식은 소비자 선택, 인프라 구축 용이성, 보편적 적용, 권리성, 이용자 부담, 서비스의 질, 기존제도와와의 정합성 등에서 우수한 것으로 나타났다. 기획단은 강제저축방식과 민간보험방식을 우리나라의 현 사회보장제하에서는 채택하기 곤란하다고 판단하고 평가에서 제외하였다.

다. 기본골격

기획단은 그 동안의 기획단 논의, 1, 2차 공청회 및 각계 전문가 의견조사 결과를 종합하여 재원조달방식 및 제도의 기본골격(안)을 확정하였다.

<표 7 > 기획단의 공적 장기간병보험제도 기본골격(안)

- 재원조달방식: 사회보험방식 + 조세
- 급여대상자
 - 45세 이상으로 하되, 65세 이상 노인부터 우선 적용
 - ※ 중증이상 노인, 농어촌 및 공공부조 노인 우선 적용
- 재원부담
 - 일 반: 보험료 50%, 조세 30%, 본인 20%
 - 공공부조: 조세 90%, 본인 10% 수준(수급자 무료)
- 보험료부담: 건강보험가입자(부조대상은 조세에서 지원)
- 공공부조대상자: 국민기초생활보장 수급권자 및 차상위계층
 - ※ 부조대상자 선정기준은 추후 결정
- 제도도입 및 확대방안
 - 1단계(2007~2008): 65세 이상 최중증(단, 농어촌 및 부조대상자는 중증 이상)
 - 2단계(2009~2010): 65세 이상 중증 이상(단, 농어촌 및 부조대상자는 경증 이상)
 - 3단계(2011~2012): 65세 이상 경증 이상
 - 4단계(2013~): 65세 이상 경증치매 이상 및 45세 이상 노인성질환 대상자
- 관리운영주체(보험자 : 잠정적으로 건강보험공단으로 정함.
 - ※ 보험가입자, 보험료부과 및 징수는 건강보험법 준용

자료: 공적 노인요양보장체계 최종보고, 공적 노인요양보장추진기획단, 2004.2.18

III. 외국의 공적 장기간병보험제도 운영사례

1. 독일

가. 도입배경

독일은 1995년에 전국민을 대상으로 의무적인 공적 장기간병보험제도를 도입하여 시행하고 있다. 모든 국민은 나이, 수입, 재산 등과 관계없이 공적 장기간병보험에 의무적으로 가입해야 하며, 가입과 동시에 보험금의 청구 및 수령이 가능하도록 되어 있다.

1970년대 이후 급격한 인구 고령화에 따른 요간병노인의 증가와 핵가족화 등으로 독일정부는 공적 장기간병보험 도입을 검토하기 시작하였다. 1994년에 전체인구의 2%인 165만명

이 요간병상태에 처하고, 이 중 60세 이상의 고령자가 약 75%를 차지하였다. 유럽 국가 중 전통적으로 가족에 의한 간병의식이 강했던 독일도 핵가족화와 여성의 사회활동 증가 등에 따라 가족의 간병능력이 급격히 하락하여 사회적 문제로 대두되기 시작하였다.

독일은 유럽의 다른 국가와는 달리 국민들의 간병비용을 사회보험적용에서 제외시키고 사회원호(Sozialhilfe)에 의존하는 체제를 장기간 유지함에 따라 운영주체인 주 또는 지방자치단체의 재정부담이 가중되었다. 요간병자가 자신의 소득·연금 및 자산처분 등에 의한 자기 부담으로 간병비용을 충당할 수 없을 경우 사회원호의 운영주체인 주 또는 지방자치단체가 간병비용을 지원한다. 1980년대에 시설간병자의 80% 이상이 간병원조의 수급대상이 되어 사회원호예산에 있어 간병원조지출비용이 약 2배로 증가하였으며, 1995년 1월 20년간 지속해 온 간병보장논의의 결실로 장기간병보험법이 제정·시행되기에 이르렀다.

나. 운영현황

1) 보험자(사업주체)

독일 공적 장기간병보험의 사업주체는(보험자)는 간병보험금고(요양보험금고)이며, 일상적인 업무는 의료보험운영자인 의료보험금고(질병금고)의 직원이 간병보험금고의 업무를 대행한다. 도입 논의시 의료보험과 장기간병보험을 의료보험금고에서 통합 관리하는 방안을 검토하였으나, 최종적으로는 장기간병보험을 의료보험에서 분리하여 독립적으로 운영하기로 하였다. 2002년 현재 장기간병보험의 사무는 362개 의료보험금고에 위탁되어 운영되고 있으나, 간병보험금고와 의료보험금고는 재정적으로 명확히 구분되어 운영되고 있다.¹¹⁾

독일이 간병보험금고와 의료보험금고를 분리 운영하기로 한 이유는 장기간병보험 대상자의 선정을 위한 상담, 급여신청, 보험료 결정, 계약체결 업무 등이 의료보험 대상자와 유사성은 많으나 상당한 차이가 있으며, 의료보험기금과 간병보험기금과의 별도 회계구분이 필요하다는데 인식을 같이했기 때문이다. 또한 보험금부의 지급에 있어서도 상당한 차이가 있어 각각 독립적으로 운영하는 것이 효율적이라고 판단했다.

또한 독일의 경우 공적제도의 기본 틀 안에서 민간보험사가 다양한 역할을 수행하는 공사분담형 모델을 채택하고 있다는 점이 특징이다. 즉, 강제보험으로 공적기관에 가입을 원칙으로 하나 공무원 또는 일정 소득 이상의 고소득자의 경우 민영기관에 가입하는 것을 허용하고 있다. 독일의 민간의료보험협회에 가입한 50개사 중 45개사가 강제 민간간병보험을 도입하고 있으며, 강제 민간간병보험사들은 공동으로 상품을 운영하고 있다.

11) 이용석(2003), p.118

2) 피보험자(가입대상자)

앞서 언급했듯이 독일의 공적 장기간병보험제도는 의료보험제도를 바탕으로 공사분담형 모델로 운영되고 있는데, 의료보험에 가입된 모든 국민은 공적 또는 민영 장기간병보험에 의무적으로 가입하도록 되어 있다. 독일에 있어 의료보험은 우리나라의 건강보험에 해당되는 사회보험으로서 연간 총 소득이 79,210마르크 미만인 근로자의 경우 법정의료보험에 의무적으로 가입해야 하며, 연간 총 소득이 79,210마르크 이상이거나 공무원인 경우 법정의료보험 또는 민영의료보험 중 선택할 수 있도록 되어 있다.

따라서 공적 장기간병보험제도는 의료보험제도와 마찬가지로 연봉 79,210마르크 이상의 고소득층, 공무원과 공무원에 준하는 계층으로 군인 및 경찰, 법관, 체신부 직원, 자영업자 등을 임의피보험자로 간주하여 공적보험과 민영보험 중에서 자유로이 선택할 수 있도록 하고 있다. 의료보험의 임의가입자¹²⁾도 공적 장기간병보험의 가입대상자가 되며, 보험가입 후 3개월 이내에 공적 또는 민영 장기간병보험 중 하나를 선택 할 수 있다. 단, 민영보험에 가입하는 자는 우선 기존의 의료보험이 가입되었던 민영보험회사와 보험계약을 체결해야 하며, 6개월 이후에는 본인의 의사에 따라 보험사를 선택할 수 있도록 되어 있다.

독일의 경우 현재 약 90%의 국민이 의료보험금고가 운영하는 공적 의료보험에 가입하고 있고, 약 10%의 국민이 민영보험사가 운영하는 의료보험에 가입하고 있다. 따라서 공적 의료보험에 가입하고 있는 국민은 자동적으로 간병보험금고가 보험자인 공적 장기간병보험에 가입하게 되고, 민영의료보험사에 가입하고 있는 계약자는 자동적으로 해당 보험사의 장기간병보험에 가입하게 되는 것이다. 독일의 장기간병보험 적용자 수는 약 8,470만명이며, 이 중에서 공적보험가입자는 약 7,611만명이고, 민영보험가입자는 약 860만명(약 10.2%)이다.

<표 8> 독일의 의료보험과 공적 장기간병보험제도

12) 의료보험의 임의가입자란 연간 총 소득이 79,210마르크 이상이거나 공무원을 의미한다.

	의료보험 가입자 ¹⁾	간병보험 가입자 ¹⁾
공적보험	질병금고 7,700만	질병금고내의 간병금고 7,611만
민간보험 (강제의료보험, 강제민간 간병보험)	민간의료보험사 771만 · 일정 수입이상의 근로자, 자영업자, 전문직업인은 공적보험 또는 민영보험 중에서 선택 · 특정의 공무원은 민영보험에만 가입	민간의료 보험사 860만 · 질병금고 가입자는 간병금고의 간병보험에 가입 · 민간의료보험 가입자는 동일 보험사의 간병보험에 우선 가입
민간보험 (추가의료보험, 추가간병보험)	민영보험사 550만	민영의료보험사 66만

자료 : 歐洲3ヶ國の醫療・介護分野における民間保險市場の最近 動向, 安田綜合研究所, 2003. 6

주 : 1) 가입자 수는 2001년 말 기준

2) 의료보험의 경우 민간의료보험을 선택하면 원칙적으로 공적 의료보험으로 전환 불가

강제 민간간병보험에 가입한 가입자 수가 강제의료보험 가입자 수보다 많은 것은 공적 의료보험 가입대상이었다던 독일 국철과 우체국이 민영화되면서 강제 민간간병보험을 선택했기 때문이다. 한편 공적보험은 현 요개호자라도 반드시 인수해야 하나 강제 민간간병보험의 경우 최초로 강제 민간간병보험에 가입하려는 현 요개호자는 거절할 수 있다.

3) 재원조달 및 보험료

장기간병보험의 재원은 보험료로 운영되며, 보험요율은 공적보험의 경우 소득의 일정비율로, 강제 민간간병보험은 연령별로 산출된다. 공적보험의 보험료는 총소득의 약 1.7% 수준이고, 월보험료로 최고 110.92마르크(2002년 현재)를 초과하여 납부할 수 없으며, 강제 민간간병보험의 경우 연령에 따라 정액(30세의 경우 46.73마르크)으로 보험료가 결정되고, 공적보험 월보험료의 최고한도인 110.92마르크를 넘을 수 없다.¹³⁾

근로자의 경우 근로자와 사업주가 각각 50%씩 보험료를 부담하고, 개인사업자는 전액 사업자가 부담하며 연금소득자의 경우도 근로자와 같이 연금소득자와 연금보험자가 각각 50%씩 부담한다. 한편 보험료의 납입이 면제되는 자는 피보험자의 가족(소득이 있는 배우자 제외), 연금을 신청한 연금미수령자, 실업자(노동연합사무소가 전액 부담) 등이다.

강제 민간간병보험의 경우 최초 가입하려고 하는 가입자의 위험도에 따라 공적보험의 최

13) 이용석(2003), pp.123-125

고보험료를 넘지 않는 한도 내에서 보험료를 차등하여 부과할 수 있다. 단, 공적보험과 형평성을 맞추기 위해 강제 민간간병보험은 성별, 과거병력 등을 이유로 보험료를 차등하여 부과할 수는 없다.¹⁴⁾

4) 간병급부 및 간병서비스 이용상한 구분

공적보험과 강제 민간간병보험의 급부수준은 동일하다. 공적보험의 경우 현금과 현물급부의 제공이 모두 가능하지만, 강제 민간간병보험의 경우 현금급부만 제공할 수 있다.

공적보험에 가입하고 재택간병서비스를 받을 경우 현금급부와 현물급부 중에서 선택할 수 있으며, 지급한도액 범위내에서 현물과 현금급부의 병용도 가능하다. 현금급부의 경우 현물급부의 50% 수준이며, 수급자가 선택한 급부내용을 살펴보면 현금급부(85%)를 선호하는 사람이 현물급부(15%), 현물과 현금급부 병용(5%)을 선택하는 사람보다 많은 것으로 알려져 있다. 공적보험에 가입했어도 시설간병서비스를 받을 경우에는 현물급부만 허용되고 있는데 급부한도액 수준이 상대적으로 낮기 때문에 요간병등급이 높을수록 자기부담비용이 증가하는 경향이 있다.

<표 9> 독일 공적 장기간병보험의 나이별 수혜자(1999년 말)

(단위 : %)

나이	재택간병	시설간병
0세 ~ 59세	20.8	12.6
60세 ~ 79세	35.8	26.3
80세 ~	43.4	61.0

자료 : Munich Re, 2001. 8

독일은 간병보험법에서 보험사고(요개호상태)를 “신체적·정신적 또는 정신적인 질병 및 장애로 인해 일상적·규칙적으로 반복되는 활동을 행하는데 남의 도움을 받아야 하는 상태가 6개월 이상 지속되는 경우”라고 정의하고 있다. 이를 토대로 간병보험법에서는 요간병상태를 간병빈도, 간병시간 등에 따라 3단계로 구분하고 있으며 요간병인정 기준 및 간병등급에 대해서는 재택간병과 시설간병 모두 동일하게 적용하고 있다.

14) 宮武岡(1995), 38-46

<표 10> 독일의 간병등급별 급부금 상한액 구분

(단위: 마르크)

구분	간병등급	현물급부	현금급부
재택간병	간병도 1	750	400
	간병도 2	1,800	800
	간병도 3	2,800	1,300
	특히 심각한 경우	3,750	
시설간병	간병도 1	2,000	
	간병도 2	2,500	
	간병도 3	2,800	
	특히 심각한 경우	3,300	

자료: 歐洲3ヶ國の醫療介護分野における公的制度の最新動向と民間保險市場の現状, 安田綜合研究所, 2001년

5) 간병등급 판정

독일은 요간병인정 기준 및 간병등급에 관한 전문적인 심사를 위해 간병등급 판정을 객관적으로 수행할 수 있는 메디칼 서비스(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung : MDK)에 위탁하고 있다. MDK는 의사가 가정 또는 시설을 방문하여 면접심사를 실시하고 그 결과와 기왕병력 및 주치의의 진단서를 토대로 간병유무 및 간병등급을 결정한다. 간병금고는 MDK의 보고를 토대로 요간병인정에 관한 심사를 실시하고, 그 결과를 신청자에게 통지한다.

간병보험법에서는 요간병상태를 간병빈도, 간병시간 등에 따라 3 단계로 구분하고 있는데 요간병인정 기준, 간병등급에 대해서는 재택간병과 시설간병 모두 동일하게 적용하고 있다.

<표 11> 독일 공적 장기간병보험의 요간병등급 구분

간병등급	기준 간병분야 및 빈도	기준 간병시간
간병등급 1 (중도의 요간병상태)	- 기초간병항목 중 2개 이상의 활동에 대해 최저 1회 이상의 원조가 필요하며, 1주에 수회의 가사원조를 필요로 하는 상태	1일에 최저 90분
간병등급 2 (중도의 요간병상태)	- 기초간병항목에 대해 1일 3회 이상의 원조가 필요하며, 1주에 수회의 가사원조를 필요로 하는 상태	1일에 최저 3시간
간병등급 3 (최중도의 요간병상태)	- 기초간병항목에 대해 야간을 포함하여, 24시간 체제의 원조가 필요하며, 1주에 수회의 가사원조를 필요로 하는 상태	1일에 최저 5시간

자료: 先進國の社會保障4(ドイツ), 東京大學出版會, 1999년

2. 일본

가. 도입배경

일본은 2000년 4월 고령인구의 급속한 증가로 제5의 사회보험인 공적 장기간병보험을 도입하였다. 일본은 고령사회의 척도인 고령화율이 14% 선을 이미 넘어섰으며, 2025년에는 고령화율이 25%에 달하고, 요간병노인은 2003년 11월 현재 374만명에서 2025년 530만명으로 급증할 것으로 전망된다.

그러나 사회복지 축소를 추진해 온 일본이 공적 장기간병보험을 도입한 보다 직접적인 원인은 건강보험의 재정위기가 심각한 수준에 도달했기 때문이다. 즉, 공적 장기간병보험은 건강보험 가운데 커다란 비중을 차지하는 노인의료비, 특히 노인의 장기입원비용을 독자적인 장기간병보험으로 분리함으로써 건강보험의 재정위기를 완화시키기 위해 도입한 것이다. 국민의료비 총액 가운데 노인의료비의 비율은 상대적으로 높을 뿐 아니라 그 증가추세도 빠르다.¹⁵⁾ 이에 따라 일본은 재정부담에 직면한 건강보험을 개선하기 위해 노인의료비 가운데 간병관련 비용을 새로운 사회보험의 신설을 통해 충당하는 방안을 마련하게 되었다.

나. 운영현황

15) 국민의료비 전체에서 차지하는 노인의료비 비율은 1973년 10.9%에서 1992년 28.8%로 급증하였고, 2025년에는 41%로 급증할 것으로 예상된다.

1) 보험자(사업주체)

일본의 공적 장기간병보험 보험자는 지방자치단체이다. 지방자치단체는 특별구 16), 시정촌(市町村) 17) 이고 지역마다 이용할 수 있는 간병서비스와 보험료부담에 차이가 있으며, 시정촌이 공동으로 공적 장기간병보험을 운영할 수도 있다.

일본에서 지방자치단체가 보험자가 된 이유는 첫째, 장기간병서비스의 지역성, 즉 노인복지 또는 노인보건사업의 효율성을 감안할 경우 사업주체는 지방자치단체가 가장 적절하며, 둘째, 보험료의 징수, 관리는 물론 간병시설의 확충 및 피보험자의 효율적인 관리 등을 위해서도 지방자치단체가 적합하다는 것 때문이다. 따라서 지방자치단체는 지역민을 피보험자로 강제 가입시켜 보험료 징수 및 서비스 제공 등의 피보험자 관리업무, 보험료와 정부 보조금의 보험재정 운영, 급부심사 및 보험금 지급 처리 등의 업무를 담당하고 있다.

중앙정부, 도도부현(都道府縣) 18), 의료보험자 및 연금보험자는 공적 장기간병보험의 운영주체인 지방자치단체를 지원하도록 되어 있다. 정부는 제도 전체의 구조 설정, 개호상태 판정 및 보험급여 기준 설정, 보험자의 사업지도 및 재정지원, 노인간병급여비의 국고보조(전체의 25%) 등을 담당하며, 도도부현은 보험자, 간병사업자 등이 효율적으로 사업운영을 할 수 있도록 지도, 간병서비스의 기반정비, 불복심사 청구의 처리 및 노인간병급여비 부담(전체의 12.5%) 등을 담당한다.

2) 피보험자(가입대상자)

일본의 공적 장기간병보험은 1995년에 도입된 독일의 공적 장기간병보험을 모델로 하여 모든 국민들에게 강제로 적용되고 있다. 일본은 보험사고의 위험을 분산시키기 위해 건강한 사람이 가입을 회피하고 사고위험이 높은 사람만이 보험에 가입하는 역선택을 방지하기 위해서 40세 이상인 모든 국민을 보험가입 대상으로 하는 사회보험 방식을 채택하고 있다.

40세 이상의 국민은 의무적으로 공적 장기간병보험에 가입해야 하며, 피보험자의 범위는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 구분되고 있다. 제1호 피보험자는 지방자치단체 구역내에 거주하고 있는 65세 이상의 국민을 대상으로 하며, 요개호상태 및 요지원상태가 된 경우

16) 특별구는 우리나라의 지방대도시 정도의 규모이다.

17) 시는 우리나라 대도시의 구, 지방 중소도시 정도 규모이고, 정은 대도시의 동, 지방의 군 정도 규모이며 촌은 지방의 면 정도의 규모이다.

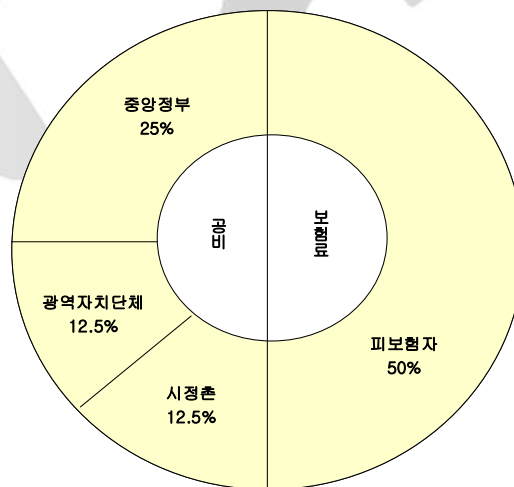
18) 도도부현은 우리나라의 광역시, 도 정도의 규모이다.

보험급부를 받을 수 있다. 제2호 피보험자의 경우 지방자치단체 구역내에 거주하고 있는 40세 이상 65세 미만의 의료보험 가입자를 의미하며, 초노기치매(알츠하이머병, 뇌혈관 치매), 뇌혈관질환(뇌출혈, 뇌경색 등) 등에 의해 간병상태가 되어야만 급부를 수령할 수 있다.

3) 재원조달 및 보험료

보험료의 50%는 세금에 의한 정부재정으로 충당하고 나머지 50%는 국민들이 각출 (pay-as-you-go)방식에 따라 부담한다. 공적 장기간병보험의 비용 가운데 10%는 이용자가 부담하고 나머지는 40세 이상의 전국민으로부터 징수한 보험료와 공비로 절반씩 부담한다. 장기간병보험료 총액은 65세 이상의 고령자가 내는 보험료 17%, 40~64세인 사람이 내는 보험료 본인부담분 16.5%, 그리고 종업원에 대한 기업 및 정부의 보조금 16.5%로 구성되어 있다. 공비는 중앙정부 25%, 광역자치체 12.5%, 기초자치체 12.5%씩 각각 부담한다.

<그림 1> 일본 공적 장기간병보험제도의 재정분담 비율



자료: 第一勸業總合研究所, 「介護保險制度の導入とその課題 - 調査リポート」, 2000.3

개별보험료는 건강보험 가입기관 및 소득에 따라 차이가 있다. 조합관장 건강보험(우리나라의 직장건강보험)가입자인 대기업 종업원은 평균 3,400엔의 보험료를 내며 이중 50%인 1,700엔은 기업이 부담한다. 정부관장 건강보험 가입자인 중소기업 종업원은 평균 2,600엔의 보험료를 내며(이중 50%는 정부부담), 국민건강보험(우리나라의 지역건강보험) 가입자인 자영업자들은 2,400엔의 보험료를 낸다(이중 50%는 정부부담). 한편 퇴직자인 65세 이상 고령자는 일인당 평균 2,500엔을 보험료로 내며 이에 대한 정부보조는 없다. 현재의 노동시장 참

여자들은 건강보험료와 마찬가지로 소득에 따라 간병보험료가 책정되며, 고령자의 경우에는 연금수급액수에 따라 1,250엔에서 3,750엔까지의 편차가 있다.

4) 간병급부

간병서비스 급부대상은 원칙적으로 65세 이상의 요보호자(제1호 피보호자)이며, 40~64세의 경우에는 노화에 의한 질병 때문에 요보호자가 된 사람들(제2호 피보호자)에 한한다. 이 기준에 따르면 40~64세 가운데 공적 장기간병보험의 급부대상은 10만명으로 이는 40~64세 사이의 총 인구 4,300만명 가운데서 0.2%에 불과하다. 공적 장기간병보험에서 총피보험자 대비 급부대상자의 비율은 10% 미만이 될 것으로 추산된다.

공적 장기간병보험에서는 재택간병 및 시설간병을 비롯하여 현재 이용 가능한 거의 모든 간병서비스를 제공하지만 주된 초점은 재택간병서비스에 있다. 재택간병 서비스는 기본적인 서비스¹⁹⁾, 보조적인 재택간병 서비스 및 기타²⁰⁾ 등의 3종류가 있다.

시설간병 서비스는 상시간병을 필요로 하고 재택생활이 곤란한 중증의 허약노인을 대상으로 하는 특별간병 노인홈, 주로 재활훈련이 필요한 중증의 허약노인을 대상으로 하는 노인보건 시설 및 장기에 걸쳐 요양을 요하는 환자를 대상으로 하는 요양형병상군 등이 있다.

제공되는 간병서비스는 요간병자의 간병등급과 생활형태(일인, 부부단독, 복수세대동거) 등에 따라 다르며 그 결정은 지방자치단체가 내린다. 가족간병자에 대한 현금지급은 공적 간병보험법안의 구상 단계에서부터 논란이 되어 왔으나 결국 급부에서 제외되었다.

5) 간병등급 및 간병서비스 이용상한액

간병급부를 신청하게 되면 서비스제공자가 요간병자의 간병등급을 판정하여 그에 적절한 간병서비스 형태를 결정한다. 간병등급은 단순허약에서 최중증의 6단계로 나뉘어지며 등급 판정은 식사, 용변, 착탈의, 목욕, 이동 등의 일상생활 행위들을 고령자가 어느 정도로 적절하게 수행할 수 있는가에 기초한다.

19) 홈헬퍼(Home Helper) 파견, 목욕서비스, 방문간호, 재활훈련, 요양관리지도, 유료노인홈에서의 간병서비스, 재택간병 지원(요보호자 및 그 가족에게 적절한 간병서비스를 소개하고 서비스제공 기관을 중개하는 서비스) 등이다.

20) 재택간병 서비스는 데이케어서비스(Day Care Service: 가족들이 일하는 낮 동안 요보호 노인들을 시설에서 보호)와 숏스테이(Short Stay: 휴가나 휴식 등의 이유로 가족간병자가 단기간 집을 비울 경우 요보호 노인들을 시설에서 보호) 등이며, 간병용구의 대여비 및 구입비 지급, 주택을 요보호자의 생활에 적합하도록 변경하기 위한 주택개보수비 지급 등이다.

간병서비스의 이용상한액은 간병등급 및 시설에 따라 커다란 차이가 있다. 재택간병서비스 비용은 간병등급에 따라 월 61,500엔~358,300엔을 상한선으로 하며, 본인 부담액은 총 비용의 10%인 6,150엔~35,830 엔이다

시설간병 서비스는 특별양호노인홈 331,000엔, 노인보건시설 354,000 엔, 요양형병상군 442,000엔이며, 본인 부담액은 총 비용의 10%와 식대(23,000엔) 및 일상생활비(13,000엔)을 합쳐 69,100엔~80,200엔이다. 또한 시설간병은 1주를 기준으로 간병등급에 따라 최소 7일에서 42일 시설을 이용할 수 있고, 6개월 단위로 이용일수의 상한이 결정된다.

<표 12> 일본의 간병등급과 이용 상한액

(단위: 엔)

간병도	요건	1일 필요 간병시간	이용 상한액(월)
요지원	일상생활은 가능하나 보행 등이 불안정	개호: 25~30분 재활훈련: 10분 이상	61,500
요개호1	보행·기립 등이 불안정, 입욕·배변시 일부 간병 필요	개호: 30~50분	165,800
요개호2	보행·기립 등이 혼자 불가능, 입욕·배변시 간병 필요	개호: 50~70분	194,800
요개호3	입욕·배변·의복 탈착 등에 전면적 간병 필요	개호: 70~90분	267,500
요개호4	식사·입욕·배변·의복 탈착 등 일상생활에 전면적 간병 필요	개호: 90~110분	306,000
요개호5	생활전반에 전반적인 간병 필요	개호: 110분 이상	358,300

자료 : 介護保険制度の導入とその課題, 第一勸業銀行, 2000.3

3. 시사점

독일은 공적 장기간병제도를 운영함에 있어 제한이 있긴 하지만 가입자들에게 민간공급자를 선택할 수 있도록 함으로써 제도운영의 효율성을 증대시키고 있다. 한편 독일은 민간공급자에게 사회보험을 운영할 수 있게 하였으나 보험료수준을 제한하고 동일한 급부를 지급하도록 함으로써 사회적 위화감을 최소화시켰다. 또한 동일한 기관에서 간병등급을 판정함으로써 공정성을 극대화하였다.

독일은 공사가 분담하여 사회보험을 효율적으로 운영함으로써 사회보험의 재정악화, 비

효율적 운영에 따른 가입자들의 불만 고조 등의 문제에 직면하고 있는 기타 국가들에게 시사하는 바가 매우 크다.

2000년 4월 제도를 도입한 일본은 2005년에 보험료, 보험급부수준 등을 개편할 예정이다. 정부가 100% 운영을 담당하는 공적 장기간병제도를 도입한 이후 일본에서는 요개호자가 급증하여 장기간병보험의 재정부실화에 직면하고 있기 때문이다.

일본정부는 공적 장기간병보험의 재정부실화 우려를 해결하기 위해 현재 40세 이상 건강보험 가입자를 대상으로 납입받고 있는 보험료도 20세 이상으로 확대할 예정이며, 간병등급 판정기준도 현재보다 크게 강화함으로써 모럴해저드를 방지하고 운영의 효율화를 추구할 예정이다. 정부가 100% 운영을 담당하는 일본의 공적 장기간병보험은 우리나라뿐만 아니라 선진국들이 직면해 있는 사회보험의 재정악화, 운영의 비효율화 문제 등에 똑같이 직면해 있다.

IV. 국내 도입방안

1. 정부 추진방안의 조망

가. 재정운영방식 평가 결과 검토

기획단은 재정운영방식을 평가함에 있어 재정운영방식의 유형 중 강제저축방식과 민간보험방식을 정부가 100% 재원 및 운영을 담당하고 있는 현 사회보장제도하에서 적합하지 않다고 판단하고 최종 평가안에서 배제시켰다.

기획단은 장기간병제도 도입을 검토하기 위해 개최한 공청회²¹⁾에서 강제저축방식과 민간보험방식을 형평성과 도입가능성이 매우 낮다고 평가했다. 또한 강제저축방식은 효율성 중 재원조달용이성 및 인프라구축 용이성과 효과성인 서비스의 질 측면에서 평균수준이라고 평가 받았으며, 민간보험방식의 경우 효율성 중 비용통제 부문에서 매우 낮은 평가를 받았다.

싱가포르의 의료저축계좌²²⁾와 유사한 강제저축방식과 현재와 같이 필요에 따라 임의로 민간공급자에게 가입하는 민간보험방식은 기획단의 입장에서는 사회보험의 기본취지인 형평

21) 2003년 11월 13일 공적 노인요양보장추진기획단 주최로 전국경제인연합회 대회의실에서 ‘공적 노인요양보장체계 구축’과 관련하여 개최되었다.

22) 의료저축계좌(MSA: Medical Savings Account)는 일정한도의 의료비에 해당하는 금액을 본인이 개인별 의료저축계좌에 적립하고 그 계좌로 의료비를 충당하는 제도이다. 박근홍(2001), pp.1~2

성에 부합하지 않다고 판단하였다.

그러나 민간공급자가 사회보험의 일부분에 참여를 확대하고 있는 최근의 세계적 추세를 고려할 경우 강제저축방식과 민간보험방식도 검토해볼 필요성이 있다. 독일은 사회보험인 장기간병보험에 민간공급자를 일부 참여시켜 일정 기준 이상의 가입자가 장기간병운영 주체를 정부 혹은 민간공급자 중 선택할 수 있도록 하고 있으며, 칠레의 경우 국민연금을 완전 민영화하였다. 따라서 장기간병제도를 100% 사회보험화하여 국가 책임하에 운영하는 것은 최근 국가가 제공하는 사회복지 기능이 축소되고 있는 세계적인 추세에 부합하지 않는다.

이런 관점에서 장기간병보험을 사회보험형식으로 운영하되 운영의 일정부분을 민간공급자에게 이관함으로써 효율성과 효과성을 극대화시키는 방법도 검토해 볼 필요가 있다.

나. 의무가입 형태의 공사 보완모델 도입 제안

장기간병보험제도를 도입함에 있어 사회보험형태로 운영하되 민간공급자들에게 참여의 장을 개방함으로써 효과성과 효율성 등을 극대화시킬 수 있는 대안의 검토가 요구된다.

기획단은 사회보험과 같이 가입자들은 장기간병보험에 의무적으로 가입하지만 운영 주체에 대한 선택권을 부여하는 대안을 검토할 수 있을 것이다. 이것은 가입자들에게 운영 주체에 대한 선택권을 부여한다는 점을 제외하고 현 기획단안과 큰 차이가 없기 때문에 장기간병제도를 더욱 효과적으로 운영할 수 있는 대안이 될 수 있다.

의무가입 공사보완방식은 민간보험료 최고액이 공적보험 보험료의 상한선을 초과할 수 없도록 설계하기 때문에 사회적 연대, 권리성, 재원부담 및 이용자 부담 등의 형평성에 문제가 없다. 의무가입형태로 운영되기 때문에 기존제도와와의 정합성도 매우 높으며, 민간공급자가 기존에 축적한 경영노하우를 바탕으로 운영할 경우 효율성도 매우 높을 것으로 예상된다. 또한 장기간병보험의 일부분을 의무가입 방식으로 민간공급자가 운영할 경우 공공과 민간 부문간 경쟁으로 효과성인 서비스의 질 부문에서 큰 효과가 예상된다. 만약 장기간병보험의 민간 운영이 성공을 거둘 경우 기존 국민연금, 건강보험 등 100% 정부가 운영하고 있는 사회보험의 민간 운영도 긍정적으로 검토될 수 있을 것이다.

2. 공사 보완모델 도입의 효과

가. 사회보장제도의 세계적인 추세에 부합

사회보장제도의 선진국들은 80년대 후반 의료비의 급속한 증가와 이에 따른 의료보험 제정의 악화를 방지하기 위해서 각종 개혁조치를 진행하고 있다. 이와 같은 개혁은 공적제도의 장점인 보편적인 의료이용과 의료비 억제를 이루면서 민영제도의 장점인 효율성 달성과 소비자 선택의 존중을 추구하는 방향으로 진행되고 있다.

선진국 의료보험체계 개혁의 공통적이고 주된 원인 중의 하나가 인구의 고령화에 따른 의료비의 급증에 있고, 이용에 있어서 형평과 효율 문제가 해결과제로 부각되고 있다. 이에 대한 대안으로 민영보험의 확대가 제시되고 있으며 사회보험과 민영보험의 균형적인 운영이 가장 효율적인 방안으로 부각되고 있다.

세계 최초로 사회보장제도를 도입한 독일의 경우 의료보험에 대해 피보험자가 급여수준과 보험요율을 감안하여 보험조합을 선택할 수 있도록 함으로써 소비자의 선택범위를 확대하고 조합간 경쟁구조를 조성하였다. 1993년 의료비보장 관련비용을 억제하기 위해 의료보장구조법을 제정하였는데, 주요 내용 중 통제의 책임을 공적주체에서 당사자에게 위임하는 쪽으로 전환하는 경쟁시스템을 도입하였고 1996년에는 피보험자의 질병금고 선택권 확대에 주안점을 두었다. 즉, 조합간의 경쟁체제를 도입하는 것이 주된 목적이며 이와 함께 질병금고의 경영합리화를 도모하고 의료보험체계의 효율적인 구조를 구축하고자 하였다.

또한 독일은 피보험자가 질병금고를 선택할 때 경영능력과 실적을 기준으로 결정하게 되어 경쟁동기를 부여하였다.²³⁾ 질병금고들은 임의가입자의 가입을 확대하기 위해 경쟁을 벌이고 있고 낮은 보험료보다는 다양한 급부의 제공을 통한 유치를 하고 있다. 질병금고는 가입자의 지역과 직종에 관계없이 피보험자에 대한 선택권이 없다. 이와 같은 구조개혁으로 질병금고의 경영효율성을 높이고 질병금고의 재정력과 경쟁력을 강화하기 위해 합병과 통합이 활발히 진행되고 있다. 질병금고 수는 1995년 770여개에서 2002년 360여개로 감소하였으며, 위험구조조정과 질병금고간의 통합으로 인해 보험료율의 격차가 축소되어 질병금고간 이동은 억제되고 있다.

미국은 공적보다는 사적 장기간병보험이 활성화되어 있는데 민간 장기간병보험에 대해 기업에 대한 세제지원, 개인에 대한 절세혜택 및 세액공제를 제공하는 것이 추진되고 있다.

나. 비용 효율성의 극대화

현재 사회보험은 체계적이지 못한 자산운용, 업무의 비효율성 등으로 재정 적자에 따른 운영의 어려움에 직면해 있다. 사회보험의 재정적자현상은 매년 심화되고 있으며, 이의 해소를 위한 보험수가의 인상으로 가입자들의 불만이 가중되고 있다.

23) 이경희(1998), pp.32~39

장기간병보험 운영에 민간이 참여한다면 전문가에 의한 자산운용, 효율적인 업무수행 등으로 재정 적자를 최소화할 수 있을 것이다. 현재 많은 민영보험사들이 지속적인 흑자실현을 통한 건실경영을 수행하고 있는 것이 좋은 예일 것이다.

사회보험방식을 도입하고 있는 독일과 일본의 경우 자율적인 경쟁을 통해 비용 및 운영의 효율성을 증대시키고 있다. 독일은 보험의 운영주체인 질병금고간의 경쟁을 통해서, 일본의 경우 시정촌의 자율적인 운영을 통해 사회보험이 갖는 운영의 방만함을 최소화하는 효율성을 추구하고 있다.

우리나라는 정부주도의 단일 운영주체로 인해 비용효율성을 증대시킬 수 없는 환경에 있기 때문에 민간공급자의 참여를 통해 경쟁을 통한 효율성확대를 도모할 수 있다. 독일은 다수의 질병금고가 독립채산제로 운영되지만 국내의 경우 단일기관이 운영할 예정이다. 일본의 경우 지방자치체가 정착되어 지방의 자율적인 재정운영이 가능하나 우리나라의 경우 지방자치단체의 재정자립도가 매우 낮아 일본과 같이 적용하기에는 많은 어려움이 있을 것으로 판단된다. 따라서 보험운영의 주체 간 경쟁을 통한 운영의 효율성을 극대화하기 위해 민간공급자의 참여가 필요하다.

다. 정확한 판정을 통한 효율성 극대화

간병보험은 간병상태의 정확한 평가 및 판정이 매우 중요하며, 효율적인 평가체계의 관리와 공정한 판정이 이루어지지 않을 경우 재정부분의 악화를 초래할 수 있다. 간병상태의 평가와 판정의 결과에 따라 재가 및 시설보호 등 방법과 간호, 재활, 간병 등 서비스의 범위가 결정된다. 객관적인 기준과 판정절차의 마련이 필수적이며 이를 운용하는데 있어서 공정성이 요구된다.

정부단체와 전문가들로 구성된 판정위원회가 공정성과 객관성을 유지할 것으로 예상되나 민영보험사와의 판정에 대한 공조를 통해 보다 객관적이고 공정한 판단이 가능할 것으로 예상된다. 판정도구와 기준이 마련되고 있지만 서비스의 필요성과 심각성 등 등급에 대한 판정은 보건 및 의료서비스부분의 전문가, 사회복지사, 심리학자 등 전문가에 의해 최종 판단이 이루어지므로 판정의 일관성과 현실성이 다소 결여될 수 있는 소지가 있다. 민간공급자의 경우 수익의 안정을 위해 보다 객관적이고 적극적인 판정기준의 마련과 적용이 가능할 것으로 예상되므로 공공기관과의 상호견제와 협조를 통해 최적 판정체계의 구축이 가능할 것으로 판단된다.

간병보험을 시행하고 있는 독일의 경우 자의적인 판단을 최대한 억제하기 위해 지속적으로 판정기준의 변경과 고도화를 추진하고 있을 뿐만 아니라 별도의 판정기관도 설립하고 있다. 일본도 독일보다는 세분화하여 장기요양 대상자를 판정하고 있지만 상당히 자의적일 수

있는 생활능력정도에 따라 필요한 지원시간을 기준으로 판정하고 있는데 문제점이 발생할 수 있다²⁴⁾는 점이 지적되고 있는 상황이다. 심사위원들 또한 비상임 자격으로 심사하고 있어 거의 형식적인 절차로 이루어지고 있으며, 장기요양 필요인정, 장기요양지원서비스, 각종 급여내용 등에 대한 이견으로 운영의 혼선이 발생하고 있다.

라. 요양급부의 다양화를 통한 소비자의 니즈 충족 확대

장기간병상태는 개인에 따라 최중증, 중증, 경증 등 상이하기 때문에 인별 상태에 따른 적정 급부 및 서비스의 제공이 필수적이다. 따라서 가입자가 민간공급자에게도 가입할 수 있도록 선택권을 부여하여 경쟁체제로 운영된다면 급부 및 서비스 수준의 차별화를 통한 양질의 서비스가 제공될 수 있을 것이다. 이는 납입하는 보험료는 동일하더라도 사업자에 따라 다양한 급부를 선택할 수 있도록 상품을 조립할 수 있음을 의미한다. 동일하게 간병서비스를 제공하더라도 간병인의 서비스 정신, 교육수료 정도 등에 따라 제공하는 서비스의 질이 상이해 질 것이기 때문이다. 또한 가입자는 자신의 니즈에 맞는 사업자를 선택하여 최적의 간병서비스를 제공받을 수 있을 것이다. 선택의 자율권을 제공함으로써 일률적으로 적용되는 사회보험료 인상에 대한 국민적 저항을 다소 완화 할 수도 있다.

마. 장기간병서비스 인프라 구축의 조기 확대

정부는 장기간병제도를 효율적으로 운영하기 위해 인력, 시설 등 간병관련 인프라를 신속하고 충분히 구축해야 할 것이다. 이를 위해 기획단은 2020년까지 간병인력 양성 및 시설 구축을 위한 계획안을 만들어 시행할 예정이나, 재원 마련에 대한 방안이 구체적이지 않아 그 실효성에 많은 의문이 제기되고 있는 것이 현실이다.

정부가 인프라의 구축을 위해 재원을 조달하는 방법은 기존 정부예산의 전용 또는 추가 예산의 배정인데 모두 조세로 충당될 수밖에 없다. 이는 보험료 이외에 시설확충에 따른 추가적인 비용을 가입자들이 부담해야 함을 의미한다. 또한 현재 기획단안대로 결정될 경우 전체 운영자금의 30%를 조세로 충당하도록 되어 있는데, 이는 가입자들에게 조세를 이중으로 부담시키는 결과를 초래한다.

이런 상황에서 민간공급자가 장기간병보험에 참여할 경우 서비스 경쟁 우위를 확보하기 위해 자체 간병인력을 양성하거나 시설을 구축하는 것은 필수적으로 선행되어야 할 것이다.

24) 최병호(2002), pp.70~77

따라서 정부는 일부 보조금만을 민간공급자에게 지원함으로써 재정적 압박에서 벗어날 수 있으며, 정부가 계획하고 있는 인프라를 조기에 효율적으로 구축할 수도 있을 것이다.

3. 공사 보완모델

가. 유형

전국민에게 장기간병보험의 가입을 강제로 적용하되 장기간병보험의 효율성을 극대화하고 사회적으로 공동의 대응을 함께 하기 위해 정부와 민간공급자 사이에서 가입자들이 선택할 수 있는 선택권을 부여한다는 측면에서 종적으로 구분하고, 정부가 기본적으로 일정부분을 보장한다는 측면에서 횡적으로 구분한 후 공사가 공적 장기간병보험에 참여하는 5가지 방안을 구체적으로 제시할 수 있다.

먼저 공적 장기간병제도를 공사가 공동으로 운영하되 선택권을 부여하는 종적 공사분담형이 있다. 종적 공사분담형은 일정 기준 이상의 가입자만을 대상으로 선택권을 부여하는 부분선택형과, 가입기준 없이 모든 가입자에게 선택권을 부여하는 완전선택형으로 구분된다.

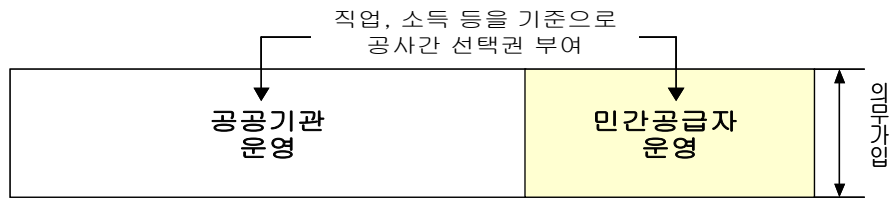
횡적 공사분담형은 정부가 조세를 통해 일정부분을 보장하고, 나머지 부분에 대해 모든 가입자가 민간공급자들 중 운영주체를 선택할 수 있는 선택권을 부여하는 방식이다.

혼합형은 횡적 공사분담형과 같이 정부가 조세를 통해 일정부분을 보장하고, 종적 공사분담형과 같이 가입자들에게 운영주체를 공사 간 선택할 수 있는 선택권을 부여한 것이다. 혼합형 역시 가입자들이 운영주체를 선택함에 있어 기준의 유무에 따라 부분선택형과 완전선택형으로 구분된다.

1) 종적 공사분담형-부분선택형

건강보험 가입자들을 대상으로 의무적으로 간병보험에 가입하도록 하되 일정소득(일정자산) 이상 계층의 경우 운영의 주체를 공공기관과 민간공급자중 선택할 수 있도록 선택권을 부여하는 방식이다.

<그림 2> 종적 공사분담형-부분선택형

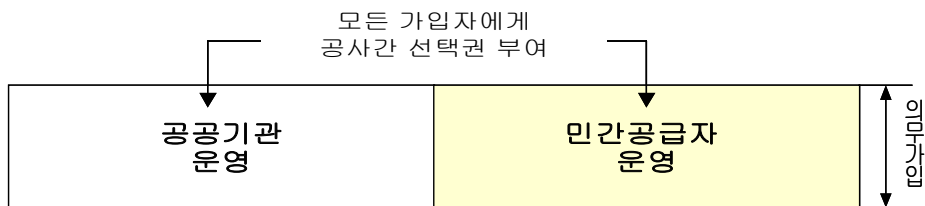


종적 공사분담형-부분선택형은 사회보험료 형식으로 모든 재원을 마련함으로써 정부의 재정적 부담이 완화되고, 공공기관과 민간공급자중 선택할 수 있는 선택권 부여로 공적 장기간병제도 운영에 대한 책임소재가 분명해진다는 등의 장점이 있다. 반면, 일정 기준이상의 가입자에게 선택권을 부여함으로써 사회적 위화감이 조성될 가능성이 있고, 소득재분배의 효과도 반감될 가능성이 있다.

2) 종적 공사분담형-완전선택형

건강보험 가입자들을 대상으로 의무적으로 간병보험에 가입하도록 하되 소득이나 자산의 구분 없이 모두에게 운영의 주체를 공공기관과 민간공급자중 자유롭게 선택할 수 있도록 선택권을 부여하는 방식이다.

<그림 3> 종적 공사분담형-완전선택형



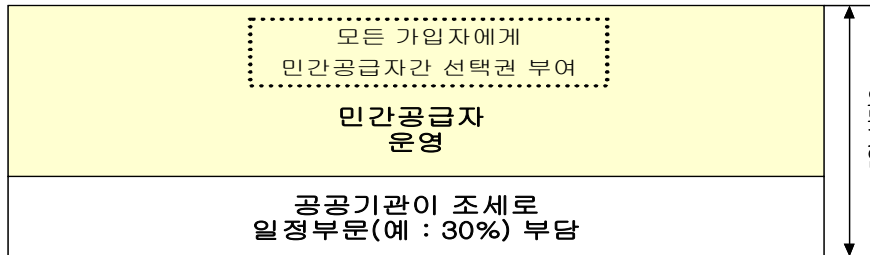
종적 공사분담형-완전선택형은 가입자의 자율성이 최대로 보장된다는 장점이 있는 반면, 민간공급자간 경쟁 가열, 저소득층이 공적기관으로 집중될 우려가 있다.

3) 횡적 공사분담형

건강보험 가입자들을 대상으로 의무적으로 간병보험에 가입하도록 하되 일정부분(현 정

부안의 조세부분)은 국가가 보장하고 나머지 보험료부분은 민간공급자들이 운영하는 사적 장기간병보험중 선택할 수 있도록 선택권을 부여하는 방식이다.

<그림 4> 횡적 공사분담형

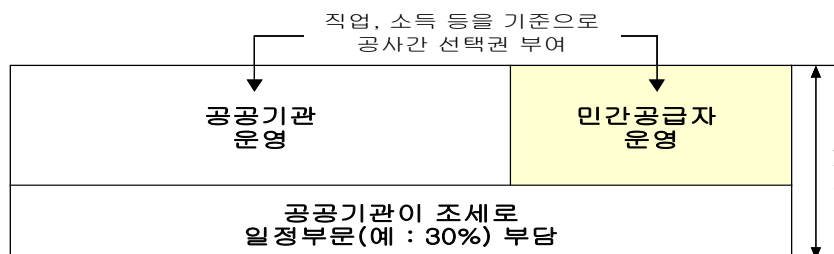


횡적 공사분담형은 상품의 다양화를 통한 가입자 니즈를 충족시킬 수 있고, 경쟁에 따른 서비스의 질을 개선시킬 수 있을 뿐만 아니라 조세를 통한 정부부담으로 가입자의 부담을 경감시킬 수 있는 장점이 있다. 한편, 민간공급자 파산시 리스크 헷지 곤란, 현 요개호 자의 보험가입 난망, 저소득층의 경우 보험료부담이 증가할 가능성 상존, 민간공급자간 경쟁과열 우려 및 정부가 민간공급자들을 관리감독하기가 어렵다는 단점이 있다.

4) 혼합형-부분선택형

건강보험 가입자들을 대상으로 의무적으로 간병보험에 가입하도록 하되 일정부분(현 정부안의 조세부분)은 국가가 보장하고 나머지 보험료부분은 일정소득(일정자산) 이상의 계층의 경우 공공기관과 민간공급자 중 선택하여 가입할 수 있도록 하는 방식이다.

<그림 5> 혼합형-부분선택형



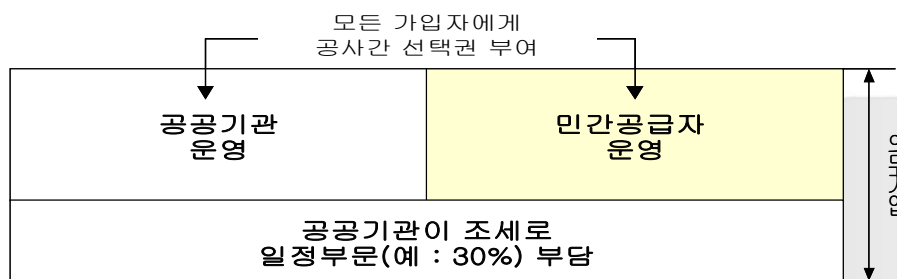
혼합형-부분선택형은 종적 공사분담형-부분선택형의 장점 이외에 조세를 통한 정부부담

으로 가입자의 부담이 경감될 수 있는 장점이 있으며, 단점으로는 종적 공사분담형-부분선택형과 달리 기초부문 보장에 따른 정부의 부담이 가중될 수 있다는 것이다.

5) 혼합형-완전선택형

건강보험 가입자들을 대상으로 의무적으로 간병보험에 가입하도록 하되 일정부분(현 정부안의 조세부분)은 국가가 보장하고 나머지 보험료부분은 소득이나 자산의 구분 없이 모두에게 공공기관과 민간공급자 중 자유롭게 선택하도록 선택권을 부여하는 방식이다.

<그림 6> 혼합형-완전선택형



혼합형-완전선택형은 민간공급자간 경쟁 과열과 저소득층이 공적기관으로 집중될 우려가 있다.

<표 13> 유형별 장·단점

		장점	단점
종적 공사 분담형	부분 선택형	- 정부의 재정적 부담 완화 - 책임소재 분명	- 사회적 위화감 조성 가능 - 소득재분배 효과 반감
	완전 선택형	- 정부의 재정적 부담 완화 - 책임소재 분명 - 가입자의 자율성 최대 보장	- 경쟁가열 - 저소득층의 공적 집중 우려
횡적 공사 분담형		- 상품의 다양화를 통한 가입자 니즈 충족 - 경쟁에 따른 서비스 질 개선 - 가입자의 보험료부담 경감	- 민간공급자 파산시 리스크헷지 곤란 - 현 요게호자의 보험가입 난망 - 저소득층의 보험료부담 증가 가능성 - 경쟁가열 - 정부의 관리감독 곤란
혼합형	부분 선택형	- 정부의 재정적 부담 완화 - 책임소재 분명 - 가입자의 보험료부담 경감	- 사회적 위화감 조성 가능 - 소득재분배 효과 반감 - 기초보장에 따른 정부 부담 가중
	완전 선택형	- 정부의 재정적 부담 완화 - 책임소재 분명 - 가입자의 자율성 최대 보장 - 가입자의 보험료부담 경감	- 경쟁가열 - 저소득층의 공적 집중 우려 - 기초보장에 따른 정부 부담 가중

나. 평가결과

위에서 제시한 다섯 가지의 유형을 기획단의 평가항목에 대입하여 평가해보면 <표 14>과 같다.

<표 14> 유형별 평가결과

평가항목		종적 공사분담형		횡적 공사분담형	혼합형	
		부분선택형	완전선택형		부분선택형	완전선택형
효율성	비용통제	○	○	○	○	○
	소비자 선택	△	○	○	△	○
	재원조달 용이성	○	○	△	△	△
	인프라구축 용이성	○	○	○	○	○
	관리효율	△	△	△	△	△
형평성	사회적 연대 (보편성)	×	○	○	△	○
	권리성	○	○	○	○	○
	재원부담형평	×	×	○	○	○
	이용자부담형평	△	△	△	△	△
효과성	서비스의 질	○	○	○	○	○
도입 가능성	기존제도와 정합성	×	×	△	△	△

형평성의 경우 종적 공사분담형만 정부가 부담하는 부분이 전혀 없기 때문에 사회적 연대 및 재원부담 형평성에서 낮은 평가를 받은 반면, 횡적 공사분담형과 혼합형은 높은 평가를 받았다. 효과성은 민간공급자가 참여함으로써 시설, 간병인력 등 서비스부문에서의 경쟁 심화로 서비스의 질이 매우 높아질 것이기 때문에 다섯 유형 모두 높은 평가를 받았다.

도입가능성은 정부가 조세를 통해 일정부분을 보장한다는 측면에서 횡적 공사분담형, 혼합형 등이 기존 제도와의 정합성에서 긍정적이 평가를 받았으나 종적 공사분담형의 경우 의무가입이긴 하지만 정부의 보험료 부담이 전혀 없기 때문에 도입가능성이 낮게 평가되었다.

4. 종합의견

가. 공사보완모델 선정

공사보완모델의 유형별 평가결과를 바탕으로 혼합형-완전선택형모델의 도입을 제안한다.

혼합형-완전선택형모델은 정부가 일정부분을 조세로 보장하고 가입자들이 의무로 가입해야 한다는 측면에서 기존 사회보험제도와의 정합성이 유지될 뿐만 아니라 공적 장기간병보

험의 일부분을 민간공급자가 담당하기 때문에 서비스의 질도 향상될 수 있기 때문이다.

또한 혼합형-부분선택형이 일정 기준이상의 가입자들에게만 공공기관과 민간공급자중에서 선택할 수 있는 선택권을 부여함으로써 사회적 위화감을 조성하고, 소득재분배 효과가 반감되는 반면, 혼합형-완전선택형은 이러한 우려를 불식시킬 수 있으며, 민간공급자간 경쟁이 가열될 가능성이 있으나 부정적 효과보다는 시설 및 인력 등과 관련된 서비스 질의 향상과 같은 긍정적 효과가 더 클 것으로 예상되기 때문이다.

한편 저렴한 보험료 때문에 저소득층이 공적기관에 집중될 우려는 정부가 조세로써 일정부분을 보장하고 사회보장제도의 소득 재분배성이라는 측면에서 큰 단점이 될 수는 없다.

나. 세부 운영방안

혼합형-완전선택형모델을 운영함에 있어 비슷한 제도를 시행하고 있는 독일의 예를 바탕으로 세부 운영방안을 제시하면 <표 15>와 같다.

<표 15> 세부 운영 방안

	공공기관 운영	민간공급자 운영	비고
보험료 수준	소득대비 일정비율	연령별 정액 보험료	민간보험료 최고액이 공공보험료의 상한선 초과 금지
이전 가능 여부	공공과 민간간, 민간과 민간간 자유		단, 년 1회한
급부종류	현금, 현물, 현금과 현물 혼합 가능		단, 현금급부는 현물의 50%지급
급부수준	공사 도일		민간은 업계 공동상품 운영
간병등급 판정	동일 판정기준 적용		전문 등급판정기관 설립 검토
언더라이팅	모두 인수	현 요게호자 제외	
가족 피보험자 적용 여부	모두 인정	전업 주부만 인정	민간은 연금수령 및 소득이 있는 부모 제외
보험의 성격	매년 자동갱신형		매년 요율변동 가능

보험료 수준은 공공기관이 운영하는 것은 소득대비 일정비율로, 민간공급자가 운영하는 것은 연령별 정액 보험료로 결정한다. 단, 민간보험료 최고액이 공공보험료의 상한선을 넘을 수는 없다.

공적 장기간병보험 가입자는 최초 가입시 공공과 민간공급자중 운영주체를 선택하도록 되어 있는데, 선택한 후 이전은 자유롭게 보장되어야 할 것이다. 한편 제도 운영의 효율화를 위해 공공과 민간사이, 민간과 민간사이에 이동은 자유로우나 횟수를 통한 제한(예 : 년 1회

한)은 필요할 것이다.

독일의 경우 공공기관은 현금과 현물급부 모두를 제공할 수 있지만, 민간공급자의 경우 현금급부만 제공할 수 있다. 그러나 우리나라의 경우 민간공급자가 서비스의 질을 향상시키기 위해 인력양성과 시설투자를 병행해야 함으로 민간공급자도 현금급부, 현물급부는 물론 현금·현물급부 혼합제공도 가능하도록 해야 할 것이다.

급부수준은 공공기관과 민간공급자간 동일해야 하며, 동일한 기준을 적용하여 간병등급을 판정해야 한다. 민간공급자들은 현재의 퇴직보험과 같이 업계 공동상품형태로 운영해야 하며, 단지 서비스의 질(간병시설, 인력의 수준 등)로 차별화를 시도해야 한다. 간병등급 판정에 대한 논란을 없애기 위해 공공기관과 민간공급자가 공동으로 간병등급판정 전문기관을 설립하여 운영하는 것도 검토해 볼 필요가 있다.

민간공급자가 운영의 일부를 담당하더라도 사회보험의 성격이 강하기 때문에 민간공급자들은 자신을 운영주체로 선택한 가입자를 거의 모두 인수해야 할 것이다. 단, 민간공급자는 현 요개호자를 거절할 수 있어야 한다. 또한 전업 주부인 배우자는 피보험자의 범위에 포함시켜야 할 것이다.

매년 자동갱신형 상품이어야 하며, 보험요율의 변경도 가능해야 할 것이다. 제도운영의 효율화와 간병급부금 지급정도에 따라 운영주체 간 경영상태가 상이하더라도 보험요율은 공공과 민간공급자가 합의하여 변경해야 할 것이다.

정부는 공적 장기간병제도를 운영하는 민간공급자가 파산한다면 파산한 민간공급자를 선택한 가입자를 보호하기 위해 국가재정으로 그 위험을 모두 인수해야만 하는 우려가 있다. 따라서 민간공급자의 파산 위험 등을 헛지하기 위해 국가가 재보험형태로 부분 인수하는 방안도 검토해야 할 것이다. 한편 민간공급자는 공적 장기간병제도를 운영함에 있어 간병보험료를 특별계정으로 운영하여야 할 것이다. 이것은 기타 경영위험으로 파생되는 위기로부터 간병보험 가입자를 보호해야 하기 때문이다.

참 고 문 헌

- 박근홍, 「의료저축제도(MSA)의 도입논의와 민영보험에 미치는 영향」, 『Executive Brief』, 삼성금융연구소, 2001
- 보건복지부, 「공적노인요양보장체계 최종보고」, 공적노인요양보장추진기획단, 2004.2.18
- 보건복지부, 「노인복지시설현황」, 2003
- 보건복지부, 「2002년 12월 현재 공립치매요양병원 건립현황」, 2003
- 보건복지부, 「국민연금 재정계산 및 제도개선방안」, 2003.6
- 석재은, 「장기요양보호서비스대상 노인을 위한 시설 및 인력 확충 규모」,

- 『보건복지포럼』, 보건사회연구원, 2002.4
- 이경희, 「선진국의 의료보험제도 현황과 개혁사례」, 『보험동향』, 보험개발원, 1998
가을호
- 이용석, 「장기요양보험제도에 관한 고찰」, 『보험학회지』 제66집, 한국보험학회, 2003.12
- 재정경제부, 「인구고령화의 현황 및 정책대응방향」, 『정책참고자료』, 2003.11.8
- 최병호, 「노인 장기간병보험제도의 도입방안 검토」, 『보건복지포럼』, 보건사회연구원,
2002.4
- 통계청, 「장래인구추계」, 2001.11
- 宮武岡, 『公的介護とは何か』, 保健同人社, 1995.1
- 古瀬徹 外 1人, 『先進諸國の社會保障4(ドイツ)』, 東京大學出版會, 1999.4
- 砂川知秀 外 1人, 「歐洲3ヶ國の醫療・介護分野における民間保險市場の最新動向」,
『安田綜合クォ-タリ-』 vol.42, 2003.6
- 歐洲3ヶ國の醫歐洲3ヶ國の醫療、介護分野における公的制度の最新動向と民間保險市場の現状,
安田綜合研究所, 2001년
- 第一勸業總合研究所, 「介護保險制度の導入とその課題 - 調査レポート」, 2000.3
Munich Re, 2001. 8

Abstract

This study reviewed public long term care insurance which Korean government will put in operation in 2007 and proposed that private suppliers have to take part in public long term care insurance by the example of the Germany and Japan. It is the current of the world for private suppliers to participate in social insurance.

As a result of the study, Korean government can get effect such as maximizing cost effectiveness, satisfying consumers' needs and so on.

Because of that, this study considered some ways which are private suppliers can join the operation of the public long term care insurance like vertical public-private share-partial choice model, vertical public-private share-total choice model, horizontal public-private share model, mix-partial choice model and mix-total choice model.

Each model has merits and demerits but this study proposed mix-total choice model as the most realistic and effective alternative plan which has merits such as correspondence with the current social insurance system, cost effectiveness, satisfaction of the consumers' needs etc.

※ Key Words: Public Long Term Care Insurance, Public-Private Supplementary Model, Private Supplier, Medical Care Benefit, Long Term Medical Care Facility

КСІ