

# 장애인의 위험보장 강화 방안

2018. 4

오승연 · 김석영 · 이선주



## 머 리 말

장애는 대부분이 질병이나 부상 등 후천적인 원인에 의해 발생한다. 기대수명이 증가하면서 생애과정에서 장애를 갖게 될 위험은 갈수록 커지고 있다. 노인인구의 증가와 함께 장애 인구의 비중이 커지고 있으며 장애인의 위험보장에 대한 수요는 갈수록 커질 것이다.

장애인은 비장애인보다 위험보장의 필요성은 크지만 민영보험의 역할은 미미하다. 본 연구는 민영보험을 통한 보장이 취약한 이유를 민영보험의 원리와 보험시장 분석에 근거하여 분석하였다. 보장 강화를 위해 민영보험의 가입이 사실상 제한되어 있는 정신적 장애인의 경우는 공제방식의 위험보장 방안을, 신체적 장애인의 경우는 보험 차별과 계약 인수심사 환경 개선을 통한 보험 접근성 제고 방안을 제시하였다.

장애는 이제 더 이상 소수 특정 계층의 문제가 아니라 노화 과정에서 모든 사람에게 발생할 수 있는 위험이 되고 있다. 보험회사는 그동안 소극적이었던 태도를 버리고 고령화 시대에 커져가는 장애인의 위험을 적극적으로 보장하려는 노력이 필요하다. 정부 또한 소득과 의료 등 기본적인 위험보장을 강화함과 동시에 민간 차원의 다양한 사고위험을 보장하려는 노력을 적극적으로 지원할 필요가 있다.

보험산업이 장애인에 대한 사회안전망 역할을 제고시키는 데 이 보고서에서 제안하고 있는 위험보장 강화 방안이 조금이나마 기여할 수 있기를 기대한다.

마지막으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구자들 개인의 의견이며, 보험연구원의 공식 의견이 아님을 밝혀둔다.

2018년 4월

보 험 연 구 원  
원장 한 기 정



# ■ 목차

---

요약 / 1

I. 서론 / 13

1. 연구배경 및 목적 / 13
2. 선행연구 및 차별성 / 14
3. 연구내용 및 방법 / 15

II. 장애인 정의 및 현황 / 17

1. 장애인의 정의 / 17
2. 고령화와 장애인 인구 / 21
3. 장애인의 경제적 특성 / 25

III. 장애인의 위험 / 30

1. 사망위험 / 30
2. 질병위험 / 31
3. 상해사고위험 / 37
4. 배상책임사고위험 / 39

IV. 장애인 위험보장 현황 및 문제점 / 42

1. 공적 위험보장 현황 및 문제점 / 42
2. 민영보험의 장애인 위험보장 현황 / 46
3. 민영보험의 원리와 장애인 위험보장 / 52
4. 장애인 보험차별 문제 / 55

V. 장애인 위험보장 강화 방안 / 63

1. 정신적 장애인 보험공급 방안 / 64
2. 장애인 보험접근성 제고 방안 / 70
3. 장애인 사고통계 구축 및 활용 방안 / 72

VI. 맺음말 / 74

| 참고문헌 | / 76

| 부록 | / 78

## ■ 표 차례

---

- 〈표 II-1〉 장애유형 분류 / 19
- 〈표 II-2〉 장애 발생원인 / 20
- 〈표 II-3〉 연도별 전체인구 대비 등록 장애 인구 / 22
- 〈표 II-4〉 장애인 가구와 비장애인 가구의 10분위 연평균 경상소득 분포 / 26
- 〈표 II-5〉 지난 1개월 평균 총 가구수입액(2014년) / 27
- 〈표 II-6〉 장애인 가구의 가구소득: 연령, 장애기간, 장애 발생 시기별 / 27
- 〈표 II-7〉 장애로 인한 추가비용 구성 내용 / 29
- 〈표 III-1〉 장애인과 전체 인구의 개인 특성별 건강검진 결과 비교 / 32
- 〈표 III-2〉 장애유형별 운동하지 않는 이유 / 34
- 〈표 III-3〉 장애인 대상 사고구조 내용(2009~2013년) / 37
- 〈표 III-4〉 장애인과 전체 인구의 사고발생 비교(2012년) / 38
- 〈표 III-5〉 학교안전공제회 공제급여 건수 및 금액(2009~2015년) / 41
- 〈표 IV-1〉 장애종류별 월 평균 소득 및 지출(2014년) / 45
- 〈표 IV-2〉 장애종류별 현재 장애로 인한 추가소요비용(2014년) / 46
- 〈표 IV-3〉 장애인의 보건의료 서비스 비용 마련의 어려움 / 50
- 〈표 IV-4〉 민영보험의 원리와 장애인 위험의 특징 / 53
- 〈표 IV-5〉 장애인의 사회적 차별 경험 / 57
- 〈표 V-1〉 보험 공급 방식 비교 / 66
- 〈표 V-2〉 주관적 소속 계층 / 67
- 〈표 V-3〉 발달장애인 생활지원종합공제(가칭) 공급 방안 / 69
- 〈표 V-4〉 장애인의 보험접근성 제고 방안 / 72

## ■ 그림 차례

---

- 〈그림 Ⅱ-1〉 장애유형별 장애인 규모 / 19
- 〈그림 Ⅱ-2〉 우리나라 장애 출현율 / 21
- 〈그림 Ⅱ-3〉 OECD 국가 장애 출현율 / 23
- 〈그림 Ⅱ-4〉 고령자 비중(만 65세 이상 비율) / 23
- 〈그림 Ⅱ-5〉 장애인의 연령 구성(2015년) / 24
- 〈그림 Ⅱ-6〉 50세 이상 장애인의 장애 발생 시기 / 24
- 〈그림 Ⅱ-7〉 장애가구의 월 평균 소득 및 지출 / 25
- 〈그림 Ⅱ-8〉 월 평균 장애 추가비용 / 28
- 〈그림 Ⅲ-1〉 장애인 사망 시 평균 연령 / 31
- 〈그림 Ⅲ-2〉 장애인의 건강상태(2014년) / 33
- 〈그림 Ⅲ-3〉 건강검진 수검률 / 35
- 〈그림 Ⅲ-4〉 장애인 1인당 진료비 분해 / 36
- 〈그림 Ⅲ-5〉 장애인의 장애유형별 1인당 연평균 진료비 비교 / 36
- 〈그림 Ⅲ-6〉 화재사고 사상자 중 사망자 비중(2009~2014년 3월) / 38
- 〈그림 Ⅲ-7〉 발달장애 사회적 돌봄 제공 / 40
- 〈그림 Ⅳ-1〉 가입단계별 보험차별 내용 / 56
- 〈그림 Ⅳ-2〉 장애인 보험차별금지법 개정 / 60
- 〈그림 Ⅴ-1〉 장애인 위험보장 문제점의 개선 방안 / 63



# **A Study on Risk Assurance for the People with Disabilities and the Role of Private Sector**

Most of disabilities are caused by illnesses rather than accidents. The risk of disability will increase due to ageing populations and become a growing concern in our society.

We investigate the current status of risk assurance for the disabled in the private sector to figure out the problems and limitations, and recommend future policy directions.

Public protections for the people with disabilities has been developed in both the scale and scope. But there is no appropriate protection for the risk such as injury and liability. Many people with disabilities are less likely to afford the private insurance and do not have equal access to it. Based on the principles of insurance market, applicants with severe disabilities will likely be declined, if not, higher premium rates or certain exclusions may apply. Moreover private insurers are reluctant to provide insurance to the people with disabilities because of the lack of risk statistics. It is hard for the people with mental disabilities to access to private insurance because of the 'mental health exclusion' policy.

Based on the analysis, we recommend separate policies for the physical and mental disability considering the different problems between the risks. We propose a cooperative insurance for the people with severe mental disabilities to provide them various protections. We also propose several policies to reduce discriminations and improve accessibility.



## 요약

### I. 서론

- 기대수명 증가로 인해 생애과정에서 장애를 갖게 될 위험은 갈수록 커지고 있음
  - 우리나라 장애인의 고령자 비중은 43.3%이며, 이는 전체 인구의 고령자 비중인 12.7%에 비해 월등히 높은 수준임
    - 전 세계적으로는 장애 인구(15%)가 고령자(8.2%)보다 규모가 큼
  - 장애는 더 이상 소수 특정 계층의 문제가 아니고 노화과정에서 모든 사람에게 발생할 수 있는 위험임을 인식할 필요가 있음
  
- 장애인의 질병 및 상해사고위험은 크지만, 위험을 보장할 경제적 여력이 부족함
  - 공적 복지제도는 장애인의 소득과 의료보장에서 점차로 재활, 주거, 교육 등 일상생활로 지원 범위를 넓혀왔는데, 이제는 생존복지에서 미래 위험을 대비하는 방향으로 패러다임 전환이 이루어질 필요가 있음
  - 장애인 스스로 미래의 위험에 대비하기 위해서는 사회안전망의 한 축인 민영보험의 적극적인 역할이 요구됨
  
- 민영보험이 장애인의 위험보장에서 차지하는 역할은 미미함
  - 우리나라 생명보험의 개인 가입률은 70% 이상인 반면, 하나 이상의 민간보험에 가입하고 있는 장애인의 비율은 33% 정도로 매우 낮은 편임
  - 장애인의 보험접근성이 낮으며, 보험가입 시 부당한 차별 문제가 지속적으로 제기되고 있음
  
- 그동안 장애인의 위험보장 문제는 주로 공적 복지제도 측면에서 연구되어 왔으며, 민영보험의 장애인 위험보장에 관한 연구는 부재함

- 공적부문에서 장애인 위험보장 문제는 주로 의료와 재활 측면에서 연구되어 왔으며, 배상책임사고위험에 대한 선행연구는 부재함
  - 본 연구는 민영보험의 장애인 위험보장문제에 관해서 보험차별 이슈로 국한시키지 않고 보다 체계적으로 접근함
    - 특히 보험시장에서 배제되어 있는 정신적 장애인의 위험보장 방안을 논의한다는 점에서 기존 연구와 차별성을 가짐
- 본고에서는 장애인 위험의 특징과 보험시장을 통한 위험보장의 한계 및 문제점을 살펴본 후, 민영보험의 위험보장 역할을 제고시킬 수 있는 방안을 모색해 보고자 함
- 장애인의 위험을 크게 사망, 질병, 상해, 배상책임 네 가지로 분류하여 위험의 특징과 실태를 분석함
    - 건강위험에 관해서는 국립재활원의 『장애와 건강 통계』, 상해사고는 보건복지부의 『장애인 실태조사』, 발달장애인의 사고 현황은 학교안전공제회의 사고통계를 이용함
  - 민영보험의 원리와 보험시장 분석을 통해 장애인 위험보장에서 민영보험이 갖는 한계와 문제점을 살펴봄
  - 보험가입이 사실상 제한되어 있는 정신적 장애와 신체적 장애를 구분하여 보장 강화 방안을 제안함

## II. 장애인 정의 및 현황

- 「장애인복지법」에서는 장애인을 “신체적, 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자”로 정의하고 있음
- UN의 장애인 권리선언에 따르면 장애인은 “선천적이든 후천적이든 신체적, 정신적 능력의 불완전으로 인하여 일상의 개인적 또는 사회적 생활에서 필요

한 것을 확보하는 데 자기 자신이 완전하게 또는 부분적으로 할 수 없는 사람을 의미”함<sup>1)</sup>

- 등록 장애인은 장애인복지법 제2조의 기준에 해당되는 장애인이 동 법 제32조에 의하여 시·군·구청장에게 등록을 한 자를 말함

■ 우리나라 장애 출현율은 2014년 기준 5.59%이며, 장애로 인정하는 범위가 좁고 기준이 엄격하여 세계 장애 인구 비중인 15%에 비해 매우 낮은 편임

- 각종 산업재해, 후천적 질환 및 사고, 인구 고령화 등의 이유로 장애 인구는 증가하는 추세임
- ‘일상생활장애’라는 기준을 적용하면 장애 인구 비중은 10%에 이를 것임

■ 전체 장애 발생의 89%가 후천적 원인이며, 주로 중·고령기에 발생함

- 질병에 의한 장애 발생은 증가하는 추세인 반면, 사고에 의한 장애 발생은 감소하고 있음
  - 초고령사회인 독일의 경우 중증장애 발생원인의 83.4%가 질병으로 인한 장애임
- 평균수명의 증가로 노년기가 길어지면서 만성퇴행성 질환이나 노화의 과정으로 발생하는 노년기 장애위험이 증가함
  - 정신적 장애와 뇌전증을 제외한 모든 장애유형에서 50세 이후에 장애가 발생한 비중이 50% 이상을 차지함<sup>2)</sup>

■ 장애인은 비장애인에 비해 소득이 낮고, 장애로 인한 추가비용이 필요해 각종 위험에 대비한 보장능력이 부족한 실정임

- 2014년 기준 장애인 가구의 월 평균 소득은 223.5만 원으로 전국 가구 평균 415.2만 원의 53.8% 수준임

1) 강영실(2016)

2) 한국보건사회연구원(2015)

- 장애로 인한 추가 소요비용은 지속적으로 증가하고 있는데, 2014년 현재 월 16만 4천 원으로 의료비(40.2%)의 비중이 가장 크고 다음이 교통비(15.6%), 보조기구(11.5%) 순임

### Ⅲ. 장애인의 위험

- 장애인의 사망위험은 전체 인구보다 높으며 기대수명이 가장 짧은 장애는 자폐성 장애로 28.2세인 반면, 가장 긴 장애는 청각장애로 80.34세임
  - 장애인의 조사망률<sup>3)</sup>은 2,164.8명으로 전체 인구 조사망률 530.8명보다 4배 가량 높음
  - 장애인의 10대 사망원인은 전체 인구와 유사하며, 장애유형별로 보면 대체로 장애와 관련된 요인이 사망원인으로 높게 나타남
- 장애인의 유질환율은 33.7%로 전체인구 17%의 약 두 배에 이룸
  - 장애인의 77.2%가 만성질환을 보유하고 있으며, 평균 1.8개의 만성질환을 보유함<sup>4)</sup>
  - 자신의 건강상태가 '나쁨 또는 매우 나쁨'이라고 응답한 장애인의 비율은 54.5%이며(비장애인 15.4%) 정신건강도 취약함
    - 연령이 높을수록 우울감을 경험하거나 자살을 고려하는 비율이 비장애인보다 2배 이상 높음
- 장애인은 장애요인으로 인해 비장애인과 비교해서 신체적 활동에 제약이 따르며, 건강관리를 소홀히 하는 경향이 높음
  - 지체장애와 같은 신체적 장애는 '시간적 여유 없음'이 가장 큰 이유였고 '시설

3) 10만 명당 사망인구 수

4) 고혈압(41.1%), 골관절염(23.2%), 당뇨병(19.6%), 요통(13.0%) 등

접근의 어려움'은 비중이 낮게 나타난 반면, 정신적 장애인의 경우에는 '시설 접근의 어려움'이 가장 중요한 이유였음

- 1인당 진료비 부담은 장애인이 전체 국민보다 3.9배 높음
  - 하지만 의료이용 1회당 진료비 차이는 크지 않으며, 입원의 경우 장애인이 전체 인구보다 오히려 낮게 나타남
    - 장애인이 비용부담으로 인해 양질의 진료를 받지 못했기 때문이라면 추가적 의료보장이 필요하다고 볼 수 있음
  
- 장애인은 일상생활에서 장애요인으로 인해 상해사고위험이 높고, 사고 발생 시 비장애인에 비해 피해 정도가 심각함
  - 사고발생원인에서도 전체 인구는 교통사고로 대표되는 운수사고가 가장 높은 반면에 장애인의 경우는 추락이나 미끄러짐이 가장 높은 사고원인으로 나타나는 차이를 보였음
  
- 발달장애는 본인이 다치는 신체적 사고위험이 크기도 하지만 인지능력 부족으로 타인에 대한 대인/대물 배상책임 사고위험이 크다는 특징이 있음
  - 발달장애인의 사고위험을 살펴보기 위해 학교안전공제회<sup>5)</sup>가 지급한 급여 건수와 금액을 특수학교와 일반학교를 비교한 결과, 특수학교의 사고발생 빈도와 손실비용이 더 높았음
  - 발달장애인의 손해배상책임위험을 보장하는 제도가 부재함
    - 학교안전공제회에서 학생이 유발한 사고비용을 일부 지원하는 제도가 있는데, 학교안전공제회의 주요 목적은 특수학교 내 사고 발생 시 학교와 교사의 손해배상책임위험을 보장하는 것임

5) 학교안전공제회는 학교 내 발생한 안전사고에 대해 학교를 대신하여 손해를 보상하는 제도임

#### IV. 장애인 위험보장 현황 및 문제점

- 현행 공적 복지제도에서는 장애인의 일상생활 중에 노출된 사고에 대한 대비책이 취약하며 배상책임위험은 전혀 보장되고 있지 않음
  - 다양한 위험을 모두 정부의 직접적인 복지제도로 보장하기는 어렵기 때문에 장애인 스스로 미래의 위험에 대비할 수 있도록 장려하는 차원에서 정부의 제도적 뒷받침이 필요할 것으로 보임
  
- 민영보험은 장애인 전용 보험상품과 일반 보험상품을 통해 장애인의 위험을 보장하고 있음
  - 장애인 전용 상품은 사망, 암, 연금보험이 있으나 판매실적이 저조함
    - 고품리보장 보험은 현재 대형 보험사 3사에서만 판매되고 있으며 사망과 암을 보장하고 있음
    - 장애인 전용 연금보험은 연금수령액을 높인 상품으로 비장애인에 비해 10~15% 정도 연금수령액이 높음
  - 사업비가 낮아 설계사들의 판매유인이 부족하고, 장애인이 필요로 하는 실손의료비, 상해, 배상책임위험 등은 보장이 되지 않는 문제가 있음
  
- 신체적 장애인의 경우는 계약 인수심사를 통해 가입과 보험조건이 결정되며, 정신적 장애인의 경우 보험가입이 사실상 제한되고 있음
  - 인수심사에서 보험료 할증, 부담보, 혹은 인수거절 등이 결정됨
  - 심신박약, 심신상실과 같은 중증 정신적 장애인뿐만 아니라 경증 정신적 장애인도 사실상 가입이 어려운 상황임
    - 상법 제732조에 따라 심신박약과 심신상실자의 사망담보 보험계약은 무효이며, 사망담보 외에도 대부분의 보험상품에서 보상하지 않는 사항에 포함됨에 따라 보험가입이 제한됨

- 정신적 장애인(심신박약과 심신상실)은 민영보험의 원리를 적용하기 어려워 시장을 통한 보장이 어려움
  - 민영보험의 원리에는 우연성, 동질성, 공평성의 원칙이 있음
    - 장애요인과 사고 간에 인과성이 존재할 경우 우연한 사고로 보기 어려움
    - 장애인이 비장애인에 비해 사고위험이 높은 경우 공평성의 원칙에 따르면 장애인의 보험료가 높아지게 됨
  
- 신체적 장애와 경증 정신장애의 경우 보험수요 부족과 공급 제한으로 인해 위험 보장이 취약함
  - 수요측 요인으로는 장애인의 낮은 보험구매력과 구매선택권 제약이 있음
    - 장애인이 높은 위험을 보유한 경우에는 보험료가 높아지거나, 보장대상에서 제외될 수 있어 선택권에 제약이 생기게 됨
  - 공급측 요인으로는 장애인 위험보장에 대한 보험회사의 소극적 태도, 장애인 사고통계 부재로 상품설계 및 공급이 어려운 문제들이 있음
  
- 장애인 보험차별 문제도 민영보험에 대한 접근성을 낮추는 요인임
  - 보험제도 계약 시 차별 경험이 매우 높게 나타남
    - 장애인 실태조사에 따르면 보험계약 시 차별 경험 비중이 45.4%로 학교생활, 결혼, 취업 등 사회적 차별 경험 중에서 매우 높은 편임
  
- 보험차별에는 정당한 이유를 갖는 차별과 부당한 차별이 있음
  - 근거가 불명확한 상태에서 부당한 편견에 의한 가입 거절 혹은 보험조건 제한은 부당한 차별임
  - 정당한 차별이 되기 위해서는 장애요인과 사고위험 간의 인과성에 대한 검증된 통계 자료, 의학적·과학적 근거가 필요함
  - 차별 완화와 사회통합 차원에서 위험률 차이에도 불구하고 단일 보험요율을 사용하기도 함

- 2012년 유럽법정의 결정으로 유럽연합 내 보험업자는 남·여 단일 보험요율을 사용해야 함
- 공익성이 크고 보험료 부담이 낮은 보험상품의 경우 전체 가입자가 취약계층의 위험을 함께 공유하는 차원에서 단일요율 사용 검토가 가능함

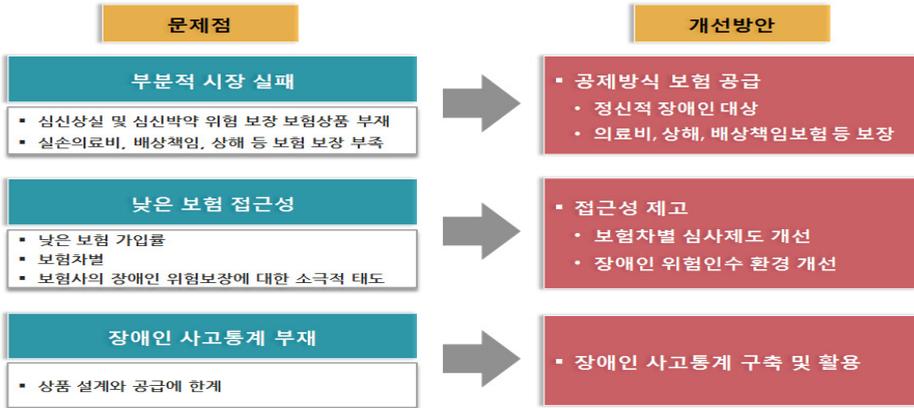
■ 장애인 보험차별 금지를 위한 법과 제도 개선 결과 모집단계에서의 부당한 가입 거절은 감소하였으나, 계약인수 심사 단계에서의 차별문제는 여전히 제기되고 있음

- 보험계약 인수심사는 보험사의 재량에 따라 행해지게 되는데, 장애인의 보험 가입 거절 혹은 보험조건 제약은 대부분 인수심사 단계에서 결정됨
- 경증 정신적 장애인과 신체적 장애인의 위험보장에 대한 보험사의 소극적 태도는 여전히 장애인의 보험가입을 어렵게 하고 있음
- 국가인권위원회가 인수심사에 대한 가이드라인을 제시하고 있지만, 가이드라인만으로는 보험사가 장애인의 위험을 적극적으로 인수하도록 유도하는 데 한계가 있음

## V. 장애인 위험보장 강화 방안

- 신체적 장애인과 정신적 장애인의 위험보장문제의 차이를 고려하여 각각의 상황에 맞는 보장 강화 방안이 필요함
- 정신적 장애인의 경우는 보험시장을 통한 보장이 사실상 어렵기 때문에 민영 보험상품과 다른 공제방식의 위험보장을 제안함
  - 신체적 장애인의 경우는 민영보험 접근성 제고가 필요하며 이를 위해 보험차별 구제 제도 개선과 보험회사의 계약 인수심사 환경 개선 방안을 제안함

(요약 그림 1) 장애인 위험보장 문제점의 개선 방안



### 1. 정신적 장애인 보험공급 방안

- 정신적 장애인을 대상으로 공제방식을 통해 일상생활에서 발생하는 상해 및 배상책임위험을 포함한 다양한 위험을 보장하는 방안을 고려함
  - 공제회는 같은 직업이나 비슷한 이해관계를 가진 주체들이 상호부조를 위해 설립하는데, 비슷한 보장 욕구를 가진 정신적 장애인도 공제회를 설립하여 위험을 공유할 수 있음
  - 의료비, 상해, 배상책임 등 일상생활에서 부딪히는 다양한 위험을 보장함
  - 공제방식은 민영보험과 비교해서 사업비가 낮은 장점이 있으나, 높은 위험을 다량으로 인수하기에 한계가 있음
    - 공제회가 보험가입자를 모집하고 보험사가 상품개발 및 위험을 인수하는 혼합 방식을 고려해 볼 수 있음
  - 일본의 경우 발달장애인들이 공제보험을 운영 중임
    - 정신적 장애인의 민영보험가입이 어려워 전국 지방자치단체의 발달장애인 복지협회를 중심으로 장애인생활지원협회(공제회)를 설립함
    - 공제회가 보험계약을 모집하고 AIU 손해보험사가 상품개발 및 위험을 인수하여 운영 중임
    - 의료비, 사망/후유장해, 배상책임, 지진상해 등을 보장함

〈요약 표 1〉 발달장애인 생활지원종합공제(가칭) 공급 방안

구분	내용
운영주체	전국발달장애인공제(가칭): 장애인단체, 지방자치단체 산하 장애인협회 등 중심으로 설립
보험방식	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공제+민영보험 혼합방식</li> <li>• 공제회가 보험가입자를 모집 → 보험사가 상품 개발 및 위험 인수</li> </ul>
가입대상	지적장애와 자폐성장에 중심
보장내용	의료비(입원, 통원, 수술), 상해, 배상책임 등
정부지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지방자치단체 중심으로 공제 조직화 지원</li> <li>• 사업비 지원, 세제혜택</li> </ul>

- 장애인의 자발적인 공제 설립이 어려울 경우 정부가 조직적, 재정적 측면에서 설립을 지원할 수 있음

## 2. 장애인 보험접근성 제고 방안

- 보험차별 문제를 개선하기 위해 장애인 보험소비자의 정보 비대칭성을 완화하고, 적극적으로 차별 여부를 제기할 수 있는 환경 조성이 필요함
- 보험회사의 부당한 보험차별에 대한 적발 및 관리감독을 강화할 필요가 있음
  - 보험차별이 의심되더라도 소비자들은 적극적으로 차별 여부를 따지기보다 보험가입을 포기하는 경향이 있으므로 적극적으로 차별 실태를 파악하고 관리할 필요가 있음
  - 장애인 민원발생률 혹은 인수거절률이 높은 회사에 대해 감독 및 현장검사를 강화해야 함
  - 보험차별 구제 제도에 대한 홍보를 강화하고 정보 비대칭성 완화를 위해 보험차별 여부 판단을 도와줄 자문단을 위촉하고 필요 시에 장애인단체에 파견해야 함
  - 부당한 차별로 판명이 난 사례들을 일반대중에게 공개하는 등 공시제도를 강화하여 적발 후 개선을 보다 강하게 유도함

- 보험차별 심의사례들을 장애유형별로 정리하여 이후 참고자료로 활용할 수 있도록 데이터를 집적할 필요가 있음
- 장애인 기초요율을 개발하여 투명한 인수심사 근거를 마련하고 민영보험 상품개발 및 공급 환경을 개선할 필요가 있음
  - 투명한 인수심사를 위해서는 인수심사의 근거가 될 수 있는 사고통계 및 의학적·과학적 근거 제공이 필수적임
  - 장애인 사고위험률 추정을 위해 정부 관련 부처, 보험개발원, 의료계 등을 포함한 T/F를 구성함
  - 단, 인수심사는 장애와 관계없이 개별적으로 이루어지는 것이 원칙이며, 장애 위험률이 경증장애인에게 역차별로 이용되지 않도록 방안을 마련해야 함

### 3. 장애인 사고통계 구축 및 활용 방안

- 장애인 사고통계 구축을 위한 정부의 제도적, 재정적 지원을 강화할 필요가 있음
  - 보건복지부의 장애인 정보와 경찰청의 교통사고 통계, 국민안전처의 재난통계 등을 연결하여 장애인 사고통계 구축이 필요함
  - 구축된 통계를 장애인 위험을 산출하는 기초 요율 자료로 활용할 수 있는 방안을 마련해야 함
    - 실손 의료보험과 같이 장애인에게 필요한 보장상품에 활용 가능함
    - 통계 구축과 활용 과정에서 장애인 개인정보보호 대책이 필요함
  - 장애인 통계 구축 자체가 장애인에 대한 차별소지가 있다는 주장이 있어 이에 대한 사회적 합의가 필요함
    - 장애급수에 따른 장애편차가 커서 보험을 위한 통계치를 마련한다고 해도 이 통계치가 장애인 전체의 대표성을 가진다고 보기 어렵고, 경증 장애인에게는 오히려 역차별이 될 수도 있다는 논란이 있음

## VI. 맺음말

- 정부는 장애인의 기본적인 위험보장을 강화함과 동시에 민간의 사전적인 위험관리 노력에 적극적으로 지원할 필요가 있음
  - 장애인 사고통계 구축을 위한 정부의 제도적, 재정적 지원을 강화할 필요가 있음
  - 장애인 공제보험 도입 시 다양한 인센티브 및 조직적, 경제적 지원을 제공하여 장애인 스스로의 위험관리를 적극적으로 장려할 필요가 있음
  
- 민영보험사는 공적 보장을 보완하여 각종 사고위험을 보장하는 사회적 역할을 강화할 필요가 있음
  - 민영보험은 이윤추구 목적을 갖지만 동시에 각종 위험에 대비한 사회의 중요한 안전장치 역할도 수행해야 할 것임
  - 고령층 보험수요가 커짐에 따라 유병자 보험상품을 적극적으로 공급하는 것과 같은 맥락에서 장애인에 대해서도 적극적인 위험보장 노력이 필요함

---

# I. 서론

---

## 1. 연구배경 및 목적

세계보건기구(WHO)의 추정에 따르면 장애 인구는 전 세계 인구의 15%로 노인 인구(8.5%)의 약 두 배에 이른다. 기대수명 증가로 생애과정에서 장애를 갖게 될 위험은 갈수록 커지고 있다. 장애는 대부분이 질병이나 부상 등 후천적인 원인에 의해 발생하기 때문에 나이가 들수록 장애 발생 위험은 커지게 된다. 2015년 우리나라 장애 인구의 절반 이상인 약 53%가 60세 이상이며, 실제로 장애인노인의 장애 발생 시기는 고령기가 가장 많다.<sup>6)</sup> 일상생활기능 장애라는 포괄적 관점에서 볼 때 장애 인구의 비중은 더 크다고 할 수 있다. 고령화가 진행될수록 장애는 더 이상 소수 특정 계층의 문제가 아니라 노화과정에서 모든 사람에게 발생할 수 있는 위험이 되어갈 것이며, 장애인 문제는 갈수록 중요한 사회적 이슈가 될 것이다.

장애인은 비장애인보다 각종 사고위험이 크지만 장애로 인한 경제활동의 제약으로 소득이 낮아 위험보장 능력이 부족한 실정이다. 장애인의 위험은 주로 공적 복지 제도를 통해 보장되어 왔다. 공적 복지제도는 초기에는 장애인의 소득과 의료보장에 집중되어 왔으며, 점차로 재활, 주거, 교육, 일상생활 등의 다양한 영역으로 지원 범위를 확장해왔다. 이제는 생존 복지에서 미래 위험을 대비하는 방향으로 장애인 복지패러다임의 전환이 이루어질 필요가 있다. 장애인 스스로 미래의 위험에 대비하기 위해서는 민영보험의 적극적인 역할이 요구되며, 이를 장려하는 정부의 제도적 뒷받침도 필요할 것이다.

---

6) 50세 이상 장애인노인의 장애 발생 시기를 분석한 결과, 정신적 장애와 뇌전증을 제외한 모든 장애유형에서 중·고령기에 장애가 발생한 비중이 50% 이상을 차지함; 한국보건사회연구원(2015) 참조

사회안전망의 한 축을 담당하고 있는 보험산업이 장애인의 위험보장에서 차지하는 역할은 미미한 상황이다. 우리나라 생명보험의 개인 가입률이 70% 이상인 반면, 하나 이상의 민간보험에 가입하고 있는 장애인의 비율은 33% 정도에 불과하다.<sup>7)</sup> 장애인의 보험접근성이 낮으며, 보험가입 시 부당한 차별 문제가 지속적으로 제기되고 있다. 특히 정신적 장애인은 민영보험 보장대상에서 사실상 배제되어 있는 실정이다. 민영보험은 고령화에 대응하여 갈수록 증가하고 있는 장애인의 위험에 대해 전향적인 태도 전환이 필요해 보인다. 이러한 맥락에서 본 연구는 장애인의 위험보장에서 민영보험이 갖는 한계와 문제점을 살펴보고 위험보장 역할을 제고시킬 수 있는 방안을 모색해 보고자 한다.

## 2. 선행연구 및 차별성

그동안 장애인의 위험보장 문제는 주로 공적 복지제도 측면에서 연구되어 왔다. 공적부문에서 장애인 위험보장 문제는 주로 의료와 재활 측면에서 연구되어 왔으며, 배상책임사고위험에 대한 선행연구는 부재한 상황이다. 본 연구는 정신적 장애인의 배상책임사고위험에 대해 살펴본다는 점에서 차별성을 갖는다.

민영보험의 장애인 위험보장에 관한 연구는 거의 없다. 민영보험에서 장애인 이슈는 주로 보험차별 문제로 접근되고 논의되어 왔는데, 본 연구는 보험차별 이슈로 장애인 문제를 국한시키지 않고 장애인 위험보장 문제를 보다 체계적으로 접근한다는 점에서 기존 연구와 차별성을 갖는다. 보험의 원리 및 보험시장의 수요와 공급측면에서 장애인의 민영보험가입이 제한적인 이유를 분석할 것이며, 장애인의 보험접근성을 제고시키는 방안, 그리고 보험시장에서 배제되어 있는 정신적 장애인의 위험보장 방안을 함께 논의한다.

7) 국가인권위 보도자료(2013. 1), “인권위, 장애인 보험차별 개선 가이드라인 발표·권고”

### 3. 연구내용 및 방법

#### 가. 연구내용

첫째, 장애인의 위험을 크게 사망, 질병, 상해, 배상책임 네 가지로 분류하여 위험의 특징과 실태를 분석한다. 특히 공적 영역의 보장이 제공되고 있지 않은 발달장애인의 배상책임위험을 중점적으로 살펴볼 것이다.

둘째, 민영보험의 원리에 근거하여 장애인의 위험을 보장하는 데 민영보험이 갖는 한계를 평가한다. 민영보험의 원리에 따르면 사고위험이 커질수록 보험료가 높아지고, 사고위험과 밀접한 관계가 있는 장애요인에 대한 보장은 제한될 수 있다. 상법 732조에 따라 심신박약과 심신상실자의 사망담보 계약은 무효이며, 대부분의 보험에서 중증 정신적 장애인의 사고는 보상하지 않는 사항에 포함되어 있어 정신적 장애인의 보험가입은 사실상 제한되어 있다. 이는 시장을 통한 장애인의 위험보장에 근본적인 한계가 있음을 보여준다.

셋째, 보험시장 분석을 통해 장애인 위험보장의 문제를 살펴보고자 한다. 보험 수요측면에서 보면 장애인 가구의 월 평균 소득은 전국 가구 평균의 절반 수준에 불과해 민영보험을 구매할 경제적 여력이 취약하다. 더욱이 장애인의 질병이나 상해사고 위험이 높아 일반인과 같은 보장수준을 갖는 보험상품이라 하더라도 보험료가 더 비싸지기 때문에 보험상품에 대한 수요는 더욱 낮아진다. 장애인 전용보험은 의료비, 상해, 배상책임 등 필요한 위험을 보장하고 있지 않다. 이에 따라 장애인의 보험구매 선택권에 제약이 존재한다. 반면, 장애인의 낮은 소득수준과 장애로 인한 추가적인 비용지출은 위험을 보장할 경제적 여력을 더욱 부족하게 만들고 있다. 이 같은 장애인의 낮은 보험 구매력과 구매 선택권 제약은 보험 수요를 낮추는 요인이다. 보험 공급측면에서 살펴보면 장애인의 사고위험률 추정이 어려워 보험상품의 설계 및 공급에 한계가 있다. 또한 장애인 위험 인수에 대한 보험사의 소극적인 태도는 장애인의 민영보험가입을 어렵게 만드는 요인이다. 장애인의 보험차별금지를 위한 법과 제도를 지속적으로 개선시켜온 결과 보험모집 단계의 부당한 가입 거절은 감소했으나,

계약 인수심사 단계에서 보험회사는 여전히 소극적인 태도를 보여주고 있다.

마지막으로 민영보험의 보장 역할을 제고시킬 수 있는 방안을 논의하고자 한다. 장애인의 위험은 장애유형에 따라 동질적이지 않는데 특히 정신적 장애인이 부딪히는 위험은 신체적 장애인의 위험과 다른 특징을 갖는다. 또한 정신적 장애인의 위험은 민영보험상품을 통한 보장이 어렵기 때문에 신체적 장애인과 다른 방식의 접근이 요구된다. 따라서 한편으로는 보험차별 문제 해소를 통해 장애인의 민영보험 접근성을 제고시키는 방안을 제시하고, 보험가입이 사실상 제한되어 있는 정신적 장애인의 경우는 공제를 통한 위험보장 방안을 제안한다.

## 나. 연구방법

장애인의 위험 실태를 파악하기 위해 통계분석을 수행하였다. 사고통계는 민간보험은 물론이고 공공부문에서도 제대로 구축되어 있지 않다. 장애인 전체를 대상으로 위험을 분석할 수 있는 실적통계는 장애인 건강에 관한 통계인 『장애와 건강 통계』가 유일하다. 국립재활원이 2016년 처음 발표한 이 통계는 전체 등록 장애인을 대상으로 건강검진 수검률 및 검진 결과, 주요 질환, 의료이용 및 진료비, 사망률, 사망 원인과 사망 연령 등을 담고 있다. 질병과 사망위험 현황은 이 통계를 통해 살펴보았다. 상해 및 재난사고는 경찰청의 교통사고통계, 행정안전부의 재난사고통계 등이 있으나 이들은 현재 장애인의 사고를 따로 분류하고 있지 않다. 제한적이거나 보건복지부의 장애인 실태조사에서 사고발생 요인에 관한 일부 문항의 설문조사 결과를 활용하였다. 발달장애인의 사고위험 현황은 학교안전공제회의 사고통계를 이용하고, 특수학교 교사 그리고 학부모와의 인터뷰를 통해 실태 파악을 수행하였다.

민영보험의 장애인 위험보장에 시사점을 얻고자 해외사례 조사를 수행하였다. 독일, 일본, 캐나다, 미국의 재보험사 계약 인수심사 담당자와 서면 인터뷰를 통해 보험상품 공급현황, 계약 인수심사, 정신적 장애인의 보험가입 문제 등에 관해 조사하였다.

장애인의 위험보장 강화 방안에 대해서는 정책세미나를 개최하고 보건복지부, 금융위원회, 의료계, 장애인 단체, 학계의 의견을 수렴하였다.

---

## II. 장애인 정의 및 현황

---

### 1. 장애인의 정의

#### 가. 장애인의 정의 및 장애 인정범위

1975년 UN에서 발표한 장애인 권리선언에 따르면 장애인은 “선천적이든 후천적이든 신체적, 정신적 능력의 불완전으로 인하여 일상의 개인적 또는 사회적 생활에서 필요한 것을 확보하는 데 자기 자신이 완전하게 또는 부분적으로 할 수 없는 사람을 의미”한다.<sup>8)</sup> 「장애인복지법」에서는 장애인을 “신체적, 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자”로 정의하고 있다.

#### 「장애인복지법」 제2조(장애인의 정의 등)

(제1항) “장애인”이란 신체적, 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

(제2항) 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. “신체적 장애”란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부 기관의 장애 등을 말한다.
2. “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

등록 장애인은 장애인복지법 제2조의 기준에 해당되는 장애인이 동법 제32조에 의하여 시·군·구청장에게 등록을 한 자를 말하며, 등록 장애인 현황은 15개 장애유형의 기준에 적합하여 행정기관(읍, 면, 동사무소)에 등록된 장애인을 의미한다.<sup>9)</sup>

---

8) 강영실(2016)

9) 보건복지부(2014)

장애인은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자이다.

- ① 「장애인복지법 시행령」 제2조 및 별표 1에 해당하는 자
- ② 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조 제3항 및 별표 3에 따른 상이등급 기준에 해당하는 자

#### 〈장애인복지법 시행령〉

제2조(장애인의 종류 및 기준)

- ① 「장애인복지법」(이하 “법”이라 한다) 제2조 제2항 각 호 외의 부분에서 “대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자”란 별표 1에서 정한 자를 말한다.
- ② 장애인은 장애의 정도에 따라 등급을 구분하되, 그 등급은 보건복지부령으로 정한다.

\* 별표 1(장애인의 종류 및 기준)은 [부록]의 표 참조

#### 〈국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령〉

제14조(상이등급의 구분 등)

- ③ 신체상이의 정도에 따르는 상이등급의 구분은 별표 3과 같다.

## 나. 장애유형

장애는 크게 신체적 장애와 정신적 장애로, 신체적 장애는 다시 외부 신체 기능의 장애와 내부 기관의 장애로 분류할 수 있다. 과거 우리나라 장애범주는 지체, 시각, 청각, 언어, 지적장애에 국한되어 있었다가 두 차례에 걸쳐 장애범주를 확대하였다. 2000년 1차 장애범주 확대 시에 뇌병변, 자폐, 정신, 신장, 심장 5종을 추가하였고, 2003년 2차 장애범주 확대 시에 안면변형, 장루, 간, 간질, 호흡기장애 5종을 더 추가하여 현재 총 15개 장애유형이 존재한다.<sup>10)</sup>

10) 발달장애는 자폐성장애, 정신지체는 지적장애로 명칭 변경(2007. 4), 간질장애는 뇌전증장애로 명칭 변경(2015. 11), 현재 장애유형은 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 정신, 자폐성, 신장, 심장, 호흡기, 간, 안면, 장루요루, 뇌전증의 15가지 유형임

〈표 II-1〉 장애유형 분류

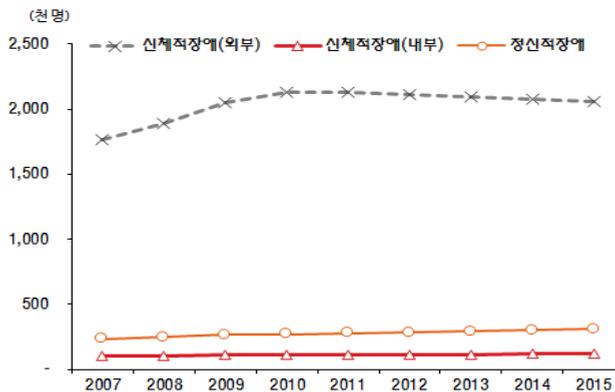
(단위: %, 천 명)

대분류	중분류	소분류	출현율 (2014)	등록 장애인 수 (2015)	비중 (2015)
신체적 장애	외부 신체 기능의 장애	지체장애	2.71	1,281	51.4
		뇌병변장애	0.48	251	10.1
		시각장애	0.53	253	10.2
		청각장애	0.50	269	10.8
		언어장애	0.03		
		안면장애	0.01	3	0.1
	내부 기관의 장애	신장장애	0.12	74	3.0
		심장장애	0.02	6	0.2
		간장애	0.02	10	0.4
		호흡기장애	0.03	12	0.5
		장루·요루장애	0.03	14	0.6
	뇌전증장애	0.01	7	0.3	
정신적 장애	발달장애	지적장애	0.36	190	7.6
		자폐성장애	0.02	21	0.8
	정신장애	정신장애	0.23	99	4.0
합			5.59	2,490	100.0

자료: 보건복지부(시·도 장애인 등록 현황 자료); e-나라지표(<http://www.index.go.kr>)

장애유형별로 장애인 규모의 변화를 보면 외부 신체 장애인은 2010년 이후 점차 감소하는 추세인 반면, 내부 기관 장애인과 정신적 장애인은 완만히 증가하고 있다.

〈그림 II-1〉 장애유형별 장애인 규모



주: 장애인 분류를 토대로 재구성하여 작성함  
자료: 통계청

## 다. 장애의 발생원인

장애의 발생원인은 크게 선천적, 후천적, 그리고 출생 시 원인 세 가지가 있다. 선천적 원인으로는 유전성, 다운증후군, 염색체 이상, 발육기형, 모체의 만성질환(당뇨, 빈혈, 고혈압, 알코올 중독, 약물남용), 모체의 감염(풍독, 매독, 독소플라스마증, 후천성 면역결핍증) 등이 있다. 후천적 원인으로는 질병(감각기 질환, 정신질환, 심혈관질환, 신생물질환)과 사고(폭력, 가정 내 사고, 교통사고, 운동, 화상, 약물 등)가 있다. 그 외 조산, 난산, 출산 시 외상 등 출생 시 원인에 의한 장애가 있다.

전체 장애 발생의 89%가 사고나 질병에 의한 후천적 원인에 의한 것이다. 후천적 원인 가운데 질병에 의한 요인은 증가하는 추세인 반면, 사고에 의한 원인은 감소하고 있다. 우리보다 고령화 진전이 빠른 초고령사회인 독일의 경우에도 중증장애 발생원인의 83.4%가 질병으로 인한 장애이다.

〈표 II-2〉 장애 발생원인

(단위: %)

장애 발생 원인별	2008			2011			2013			
	전체	저소득	일반	전체	저소득	일반	전체	저소득	일반	
선천적 원인	5.86	6.80	4.51	9.10	8.90	9.20	10.27	8.85	11.45	
출생 시 원인	1.38	1.75	0.85	0.70	1.30	0.20	2.34	2.60	2.13	
후천적 원인	질환	51.15	52.23	49.57	44.40	46.60	42.70	40.21	45.64	35.69
	사고	34.71	32.23	38.31	33.90	27.50	39.00	40.79	34.86	45.72
원인불명	6.90	6.99	6.76	11.80	15.80	8.70	6.39	8.05	5.01	
모름/무응답	-	-	-	0.10	0.00	0.20	-	-	-	
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	

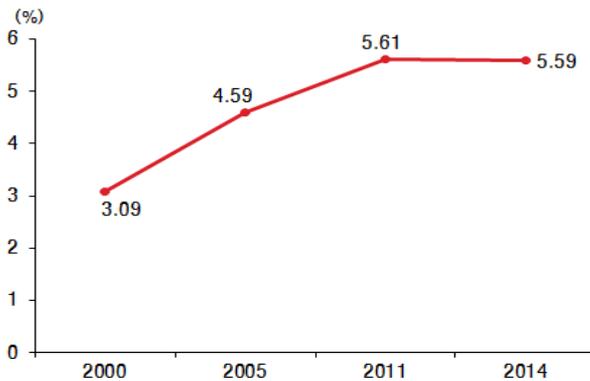
자료: 한국보건사회연구원, 각 연도

## 2. 고령화와 장애인 인구

### 가. 장애 출현율과 장애인 인구

장애 출현율은 전체 인구에서 법적 장애 및 장애 범주에 해당되는 장애인 수(추정치)가 차지하는 비율을 말한다. 출현율은 추정치이기 때문에 등록 장애인 수를 이용하는 장애 인구 비율과는 차이가 있을 수 있다. 우리나라 장애 출현율은 2014년 기준 5.59%로, 2000년 이후 장애 인구는 증가하는 추세에 있다. 2014년 장애인 수와 장애 출현율을 2011년 실태조사 결과와 비교해 보면, 장애인은 약 4.3만 명 정도 증가하였으며, 장애 출현율은 약간 감소하였다. 이처럼 장애인이 증가하였음에도 불구하고 출현율이 감소한 것은 이 시기 인구 증가율이 상대적으로 높았기 때문인 것으로 보인다.<sup>11)</sup>

〈그림 II-2〉 우리나라 장애 출현율



자료: 한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」, 각 연도

11) 한국보건사회연구원(2014), p.110

〈표 II-3〉 연도별 전체인구 대비 등록 장애 인구

(단위: 명, %)

구분	주민등록 인구	등록 장애인 수	장애 인구 비율
2001	48,021,543	1,134,177	2.4
2002	48,229,948	1,294,254	2.7
2003	48,386,823	1,454,215	3.0
2004	48,583,805	1,610,994	3.3
2005	48,782,274	1,789,443	3.7
2006	48,991,779	1,967,326	4.0
2007	49,268,928	2,104,889	4.3
2008	49,540,367	2,246,965	4.5
2009	49,773,145	2,429,547	4.9
2010	50,515,666	2,517,312	5.0
2011	50,734,284	2,519,241	5.0
2012	50,948,272	2,511,159	4.9
2013	51,141,463	2,501,112	4.9
2014	51,327,916	2,494,460	4.9
2015	51,529,338	2,490,406	4.8

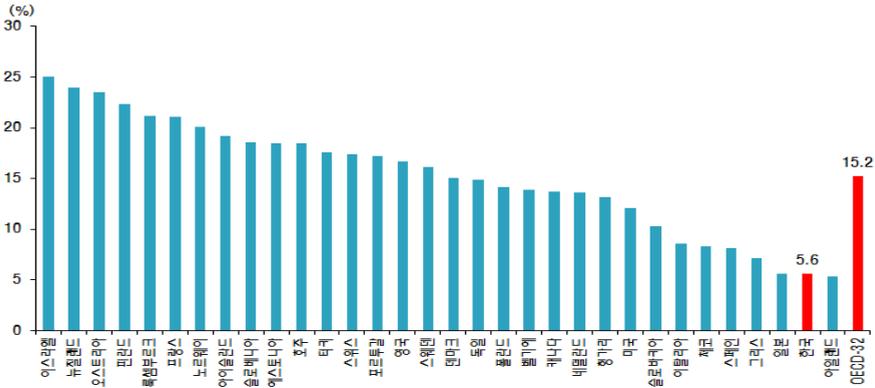
주: 1) 각 인원은 단위를 천 명 기준으로 하였을 때 소수점 첫째자리에서 반올림하였음

2) 비율은 장애 인구/주민등록 인구를 계산한 수치임

자료: 한국장애인개발원(2016) 재인용함

전 세계 장애 인구는 전체 인구대비 15%로 추정된다. 우리나라 장애 출현율은 OECD 국가들에 비해 매우 낮은 편인데, 이는 장애로 인정하는 범위가 좁고 기준이 엄격하기 때문이다. 선진국은 학습장애와 알코올중독을 정신장애로, 신진대사와 혈관 및 피부 이상을 내부장애로, 사회·환경적 요인에 불이익을 받는 조건을 가진 사람까지도 장애인으로 인정하는 등 장애범주가 우리나라보다 더 포괄적이다.

〈그림 II-3〉 OECD 국가 장애 출현율

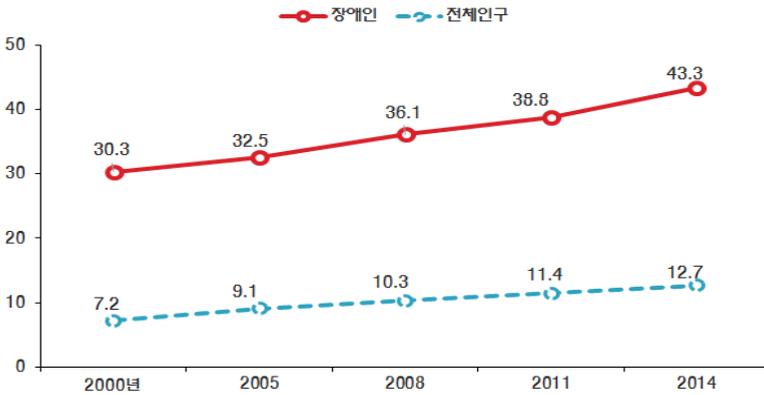


자료: 한국장애인고용공단 고용개발원(2017)

### 나. 고령화와 장애

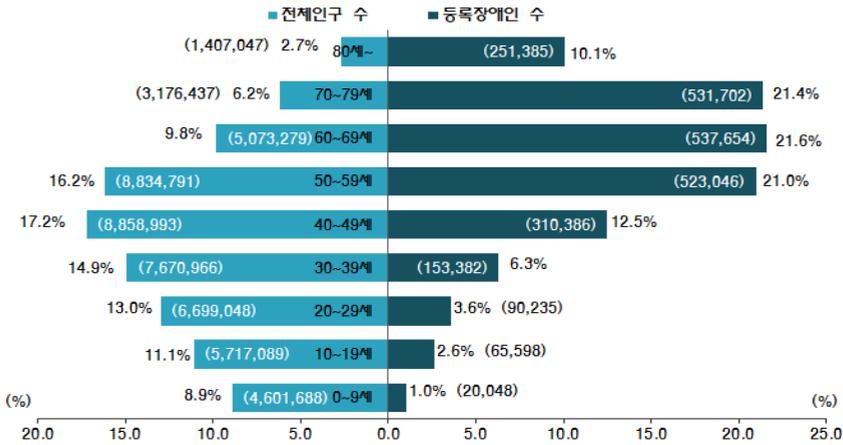
2014년 장애 인구의 고령자 비중은 전체 인구의 고령자 비중인 12.7%에 비해 훨씬 높은 43.3%이다. OECD 국가별, 연령별 장애인 출현율은 [부록]의 표에 나와 있다.

〈그림 II-4〉 고령자 비중(만 65세 이상 비율)



자료: 한국보건사회연구원, 『장애인 실태조사』, 각 연도

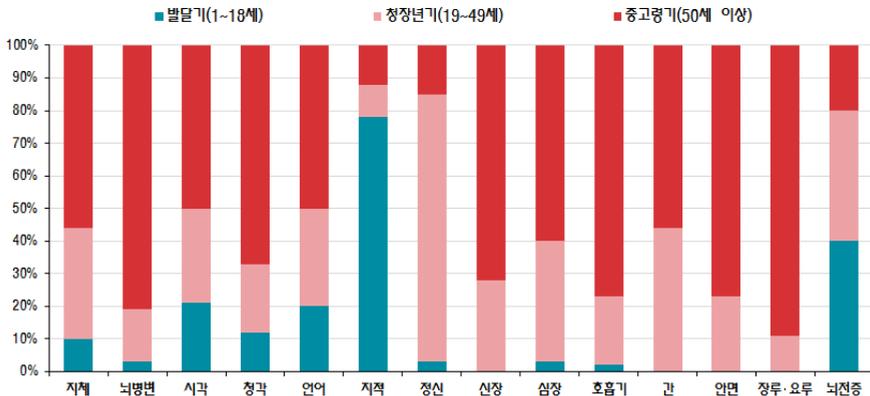
〈그림 II-5〉 장애인의 연령 구성(2015년)



자료: 한국장애인고용공단 고용개발원(2016)

이처럼 장애인의 고령자 비중이 전체 인구와 비교해서 훨씬 높은 이유 중 하나는 중·고령기에 장애 발생이 증가하고 있기 때문이다. 평균수명의 증가로 노년기가 길어지면서 만성퇴행성 질환이나 노화의 과정으로 발생하는 노년기 장애 위험이 증가하고 있다. 정신적 장애와 뇌전증을 제외한 모든 장애유형에서 50세 이후 장애가 발생한 비중이 50% 이상을 차지한다.

〈그림 II-6〉 50세 이상 장애인의 장애 발생 시기



자료: 한국보건사회연구원(2015)

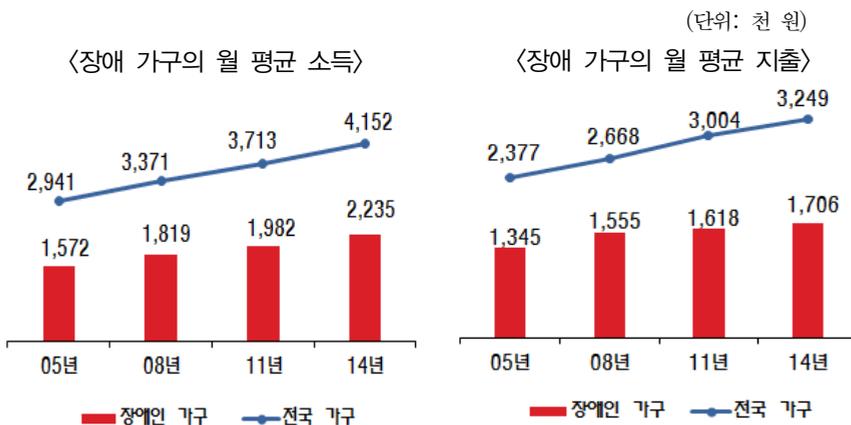
우리나라는 아직 장애 인구가 고령자 비중보다 낮지만, 세계적으로는 장애 인구가 15%로 고령인구 8.2%를 넘어서고 있는 실정이다. 고령화가 진행될수록 장애는 더 이상 특수한 계층의 문제가 아니라 노인과 상당히 비슷한 성격을 가지게 될 것이다. 즉, 노인문제는 크게 보면 장애문제의 일부라고 볼 수 있다. 장애가 우리 모두의 문제이며, 노인과 장애인 문제를 함께 풀어가야 한다는 근본적 인식의 전환이 필요하다고 볼 수 있다.

### 3. 장애인의 경제적 특성

#### 가. 소득

2014년 기준 장애인 실태조사에 따르면 장애인 가구의 월 평균 소득은 223.5만원으로 전국 가구 평균 415.2만 원의 53.8% 수준으로, 장애인은 비장애인에 비해 소득이 월등히 낮다.

〈그림 Ⅱ-7〉 장애가구의 월 평균 소득 및 지출



자료: 한국보건사회연구원, 『장애인 실태조사』, 각 연도

또한 장애인 가구는 저소득층의 비율이 매우 높다. 장애인 가구와 비장애인 가구를 가구의 경상소득에 따라 10분위로 나누어 살펴보면, 2014년 가구소득의 평균이 1,000만 원에 미치지 못하는 가구의 비율이 장애인 가구의 경우 하위 20%인 반면에 비장애인 가구는 하위 10%였다.<sup>12)</sup> 장애인의 16.9%가 국민기초생활보장 수급자이다. 수급 형태를 보면 16.3%가 일반 수급가구였고, 의료·교육·자활특례 등 조건부 수급가구는 0.5%인 것으로 조사되었다.<sup>13)</sup> 장애유형별로 살펴보면 기초생활보장 수급비율이 가장 높은 장애인은 뇌전증 장애인(58.4%)이었으며, 정신적 장애인(54.5%)도 매우 높게 나타났다.

〈표 II-4〉 장애인 가구와 비장애인 가구의 10분위 연평균 경상소득 분포

(단위: 만 원)

구분	장애인 가구	비장애인 가구
1분위	-49.1	555.3
2분위	870.7	1,191.2
3분위	1,158.9	1,890.3
4분위	1,586.3	2,687.7
5분위	2,044.4	3,602.4
6분위	2,640.2	4,433.4
7분위	3,398.2	5,312.8
8분위	4,583.3	6,417.8
9분위	6,158.4	8,230.4
10분위	10,374.1	14,234.2
전체	3,288.3	4,858.1

자료: 한국복지패널 9차년도, 원자료 분석; 한국장애인개발원(2015)

그러나 한편으로는 장애인 내에서 장애유형 혹은 장애 발생 시기에 따라 소득수준의 이질성이 상당히 크게 존재한다. 장애유형 중 자폐성 장애인 가구의 월 수입액이 367만 원으로 가장 높았고, 뇌전증 장애인 가구의 월 수입액이 164만 원으로 가장 낮았다.

12) 한국장애인개발원(2015)

13) 한국보건사회연구원(2014)

〈표 II-5〉 지난 1개월 평균 총 가구수입액(2014년)

(단위: %, 만 원)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루·요루	뇌전증	전체
50만 원 미만	6.7	3.7	7.2	5.9	5.1	1.9	-	13.2	2.3	5.9	6.6	2.9	-	1.0	19.4	6.1
50~99만 원	22.6	22.6	21.7	24.9	15.0	13.7	-	27.4	20.7	20.4	25.5	7.7	12.9	33.6	27.1	22.1
100~149만 원	13.5	19.3	16.2	16.7	13.7	15.8	12.0	18.9	19.1	16.9	15.3	32.9	21.8	13.1	19.0	15.4
150~199만 원	12.0	10.9	9.7	10.5	17.8	14.8	13.1	12.2	11.4	5.4	10.5	6.5	5.0	12.6	17.1	11.7
200~249만 원	9.7	12.5	12.4	10.9	8.1	11.7	10.0	6.0	11.1	-	12.7	8.3	18.4	8.4	1.5	10.4
250~299만 원	7.8	7.9	5.0	6.4	8.7	10.5	7.7	8.4	8.7	16.3	8.1	15.6	12.1	17.4	-	7.7
300~349만 원	8.0	4.9	8.4	4.7	11.4	10.2	11.3	4.2	7.3	12.7	2.1	4.7	13.4	6.5	3.0	7.3
350~399만 원	4.0	3.4	4.4	3.7	9.2	5.6	4.1	1.6	2.6	-	11.5	4.8	-	4.7	-	4.0
400~499만 원	7.2	5.8	6.4	6.2	1.1	4.8	14.5	3.7	5.3	12.2	0.5	7.3	16.4	0.4	4.9	6.5
500만 원 이상	8.5	8.9	8.7	10.1	10.0	11.0	27.2	4.5	11.6	10.2	7.1	9.4	-	2.1	8.1	8.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
평균	223.9	224.3	223.3	219.7	238.9	256.8	367.4	168.6	246.7	258.7	204.1	249.9	229.3	179.6	164.1	224.9

주: 무응답자 제외  
 자료: 한국보건사회연구원(2014)

장애 발생 시기에 따라서도 소득수준에 차이가 있다. 이는 장애기간이 경제활동 참여 제약을 통해 소득에 영향을 주기 때문이다. 50세 이상 장애인의 월 평균 가구소득을 비교해 본 결과 장애인의 나이가 많을수록, 장애기간이 길수록, 장애 발생이 발달기일 때 상대적으로 소득이 낮은 것으로 나타났다.

〈표 II-6〉 장애노인의 가구소득: 연령, 장애기간, 장애 발생 시기별

(단위: 만 원, %)

항목	평균	표준편차	유의수준 <sup>1)</sup>
연령	50~64세	234.07	30.989(.000)***
	65~79세	158.17	
	80세 이상	169.09	
장애기간	20년 미만	197.99	2.374(.018)*
	20년 이상	179.26	
장애 발생 시기	발달기	181.36	5.295(.005)**
	청장년기	215.07	
	고령기	181.94	
	계	191.96	

주: 1) F분포 P값  
 자료: 황주희(2015)

향후 중·고령기에 장애 발생 비율이 높아질 것이며 이미 경제활동을 상당기간 수행한 후에 장애를 갖게 되기 때문에 이들의 소득은 과거 장애인과 비교해 상대적으로 높은 수준일 것으로 예상된다. 따라서 위험보장에 대한 수요는 과거보다 증가할 가능성이 존재한다고 볼 수 있다.

## 나. 장애로 인한 추가 소요비용

장애인은 소득이 비장애인보다 낮은 반면, 장애로 인한 추가적인 비용이 소요된다. 의료비, 교통비, 보조기구 등 장애로 인한 추가 소요비용은 월 16만 4천 원으로, 구성을 보면 의료비(40.2%)의 비중이 가장 크고 다음이 교통비(15.6%), 보조기구(11.5%) 순이다. 추가적인 소요비용 중 보조기구는 휠체어와 같이 장애로 인한 일상생활 기능 손실을 보조하기 위한 것으로 2차 사고를 유발시키는 요인이 되기도 한다.

〈그림 II-8〉 월 평균 장애 추가비용

(단위: 천 원)



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」, 각 연도

〈표 II-7〉 장애로 인한 추가비용 구성 내용

(단위: %)

구분	2011	2014
의료비	35.4	40.2
교통비	14.2	15.6
보조기구 구입·유지	19.7	11.5
부모 사후 등 대비	3.4	10.2
보호간병비	8.8	8.3
통신비	6.0	6.0
재활기관 이용	1.2	2.6
보육·교육	3.7	2.5
기타	7.7	3.1

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」, 각 연도

---

## Ⅲ. 장애인의 위험

---

장애인은 성, 연령, 장애유형 등에 따라 사망률과 유질환율 그리고 의료이용 등 차이가 커서 동질적인 위험을 가지고 있는 집단으로 보기 어렵다. 이 장에서는 위험의 종류를 사망, 질병, 상해사고, 배상책임사고로 나누어 각 위험별로 장애유형에 따라 어떤 특성이 있는지 살펴본다.<sup>14)</sup>

### 1. 사망위험

장애인의 사망위험은 전체 인구와 차이가 나는데, 장애인의 조사망률<sup>15)</sup>은 2,164.8명으로 전체 인구 조사망률 530.8명보다 4배 가량 높다. 사망 시 평균연령은 장애유형별로 매우 다르게 나타나는데, 기대수명이 가장 낮은 장애는 자폐성 장애(28.2세)이며, 가장 높은 장애는 청각장애(80.34세)이다. 지적장애(50.6세)나 간장애(57.6세) 등도 전체 인구 기대수명(2012년, 81.4세)보다 훨씬 낮게 나타난다.

장애인의 10대 사망원인은 전체 인구와 유사하다. 사망원인 1순위는 장애인과 전체 인구 모두 악성신생물(암)이며, 암으로 인한 장애인의 조사망률(457.7명)이 전체 인구보다 3.1배 높다. 또한 장애인의 만성질환 조사망률은 당뇨병의 경우 전체 인구의 6.7배, 고혈압성 질환의 경우 4.2배 높게 나타났다.

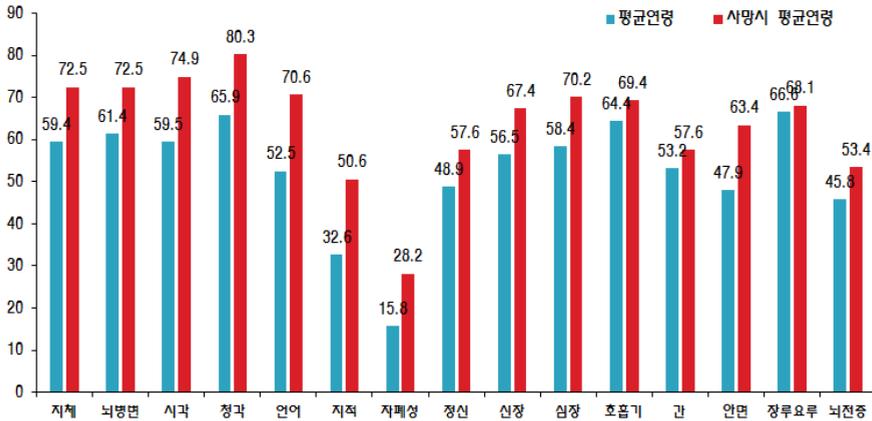
---

14) 본 장에서 사용한 사망과 질병위험 관련 통계치는 국립재활원 재활연구소가 장애인의 건강 데이터베이스를 분석하여 2016년 9월 발간한 『장애와 건강 통계』를 이용하였음. 장애인 건강 데이터베이스는 보건복지부의 등록 장애인 자료를 기준으로 국민건강보험공단의 건강검진과 의료이용 자료, 통계청의 사망 자료를 연계하여 구축한 국가단위의 통합 데이터베이스임

15) 10만 명당 사망인구 수

장애유형별로 사망원인에 차이가 있는데, 대체로 장애와 관련된 요인이 사망원인으로 높게 나타나고 있다. 예를 들어, 정신장애의 경우 고의적 자해에 따른 사망이 84.3명으로 정신적 장애인의 사망원인 3위이며, 내부장애는 심장이나 간질환이 각각 사망원인의 3위와 4위로 나타났다.

〈그림 Ⅲ-1〉 장애인 사망 시 평균 연령



자료: 보건복지부·국립재활원 재활연구소

## 2. 질병위험

### 가. 유질환율

장애인들은 장애 관련 질환뿐만 아니라 만성질환 및 중증질환 보유율도 전체인구보다 높다. 장애인의 유질환율은 33.7%로 전체 인구 17%의 약 2배 정도이다. 장애인의 77.2%가 만성질환을 보유하고 있는데, 만성질환별 보유 비중이 고혈압은 41.1%, 골관절염 23.2%, 당뇨병 19.6%, 요통 13% 등으로 나타난다. 또한 한 가지 이상의 만성질환을 동시에 보유하고 있는 경우가 많으며, 평균 1.8개의 만성질환을 보유하고 있는 것으로 나타난다.

장애인의 유질환율은 성, 연령, 장애유형별로 차이가 있으며 이러한 차이의 패턴은 전체 인구와 다르게 나타난다. 전체 인구의 경우 남성과 여성의 유질환율이 각각 18.5%와 18.9%로 차이가 거의 없는 것과 달리, 장애인은 여성(40%)이 남성(30%)에 비해 10%p정도 유질환율이 높은 것으로 나타났다. 전체 인구와 장애인의 연령별 유질환율을 비교하면, 65세 이상 노년층의 경우는 큰 차이가 없으나 청년층과 중·장년층은 일반인에 비해 장애인의 유질환율이 높게 나타나고 있다. 장애유형별 유질환자의 비중은 외부 신체 기능 장애가 34.6%, 내부 기관 장애가 44%, 정신장애가 14.1%로 내부 기관 장애의 질병위험이 가장 큰 것으로 나타났다.

〈표 Ⅲ-1〉 장애인과 전체 인구의 개인 특성별 건강검진 결과 비교

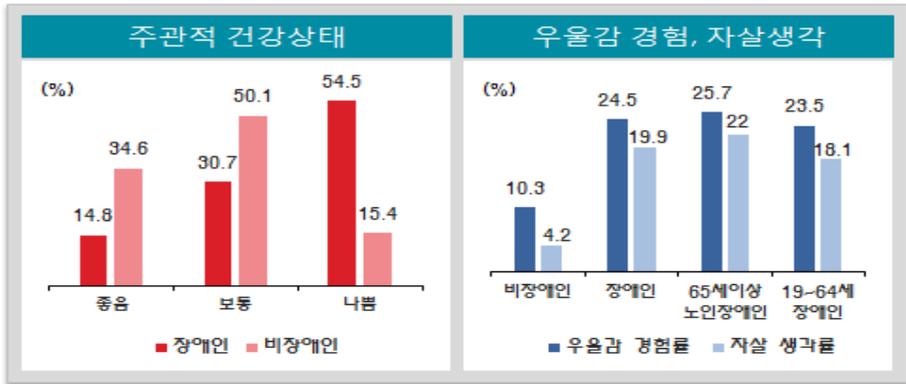
(단위: 명, %)

구분	장애인			전체인구			
	검진 수검인원	유질환자 수	비중	검진 수검인원	유질환자 수	비중	
성별	남	389,480	116,844	30.0	7,152,110	1,325,135	18.5
	여	243,817	96,788	39.7	6,061,210	1,147,577	18.9
연령	20~44세	89,364	6,505	7.3	5,178,359	162,484	3.1
	45~64세	337,636	101,148	30.0	6,316,803	1,419,266	22.5
	65세 이상	206,297	105,979	51.4	1,718,167	890,962	51.9
장애 유형	외부 신체	579,587	200,292	34.6	-	-	-
	내부 기관	19,278	8,481	44.0	-	-	-
	정신	34,432	4,859	14.1	-	-	-

주: 건강검진은 1차 기본검진이며, 장애인은 2012년, 전체인구는 2015년 수치임  
 자료: 보건복지부·국립재활원(2016)과 국민건강보험공단(2015)를 참조하여 작성함

한편, 장애인은 주관적 건강상태에서도 비장애인보다 부정적으로 판단하고 있는 것으로 나타났다. 자신의 건강상태가 '나쁨' 혹은 '매우 나쁨'이라고 응답한 비율이 장애인은 54.5%로 비장애인 15.4%와 비교해 3배 이상 높게 나타난다. 특히 장애인의 정신건강은 취약한 편으로 연령이 높을수록 우울감을 경험하거나 자살을 고려하는 비율이 비장애인보다 2배 이상 높게 나타난다.

〈그림 Ⅲ-2〉 장애인의 건강상태(2014년)



자료: 한국보건사회연구원(2014)

### 나. 건강관리

장애요인은 일차적 건강상태에 영향을 주기 때문에 비장애인에 비해 건강이 나빠지기 쉽고, 높은 의료서비스에 대한 요구가 생겨나기 쉽다. 물론 장애유형에 따라 정도의 차이는 존재한다. 대표적으로 우울증은 많은 장애인들의 이차적 장애이며, 통증과 골다공증 등도 장애인에게서 자주 나타난다.<sup>16)</sup>

또한 장애인은 장애요인으로 인해 비장애인과 비교해서 신체적 활동에 제약이 따르며, 건강관리를 소홀히 하는 경향이 높다. 해외 사례에 따르면 장애인들은 상대적으로 높은 흡연율, 비활동성, 비만 경향을 보이는 것으로 나타난다.<sup>17)</sup> 장애인은 특히 좌식생활(Sedentary Lifestyle)을 많이 하기 때문에 운동량이 적은 것으로 보고된다.<sup>18)</sup>

16) WHO(2012)

17) 국립재활원(2011)

18) Havercamp S.M., et al.(2004)

〈표 Ⅲ-2〉 장애유형별 운동하지 않는 이유

(단위: %)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장부·요루	뇌전증	전체
경제적 여건 안 됨	4.8	2.2	1.7	6.3	-	4.7	4.2	4.1	-	-	-	-	6.2	7.1	-	4.1
시간 여유 없음	34.9	5.7	31.7	33.0	34.5	10.9	10.6	9.5	21.7	16.2	4.6	53.5	77.2	14.6	9.3	27.3
시설 접근 /이동 어려움	7.5	13.2	18.0	12.5	6.7	14.2	13.9	5.7	4.0	-	-	-	-	-	13.7	10.0
전문지도자 없음	0.7	0.4	-	2.0	-	5.6	4.8	2.2	-	-	-	-	-	-	-	1.1
원하는 프로그램 없음	5.2	2.7	8.7	8.8	6.9	10.8	13.3	5.8	6.8	-	-	-	-	9.5	10.8	6.1
관련 정보를 알지 못함	1.7	0.2	1.5	5.2	11.1	9.4	-	3.8	-	-	2.6	-	-	-	2.4	2.5
장애가 심해서	37.8	70.1	26.9	17.9	33.7	28.3	40.8	57.2	62.2	83.8	89.5	46.5	-	64.8	51.4	39.9
관련시설이 주위에 없음	4.8	2.7	8.2	8.7	1.8	9.0	-	7.9	2.1	-	3.3	-	16.6	-	4.6	5.5
기타	2.7	2.9	3.4	5.6	5.3	7.1	12.4	3.8	3.2	-	-	-	-	4.0	7.8	3.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 무응답자 제외

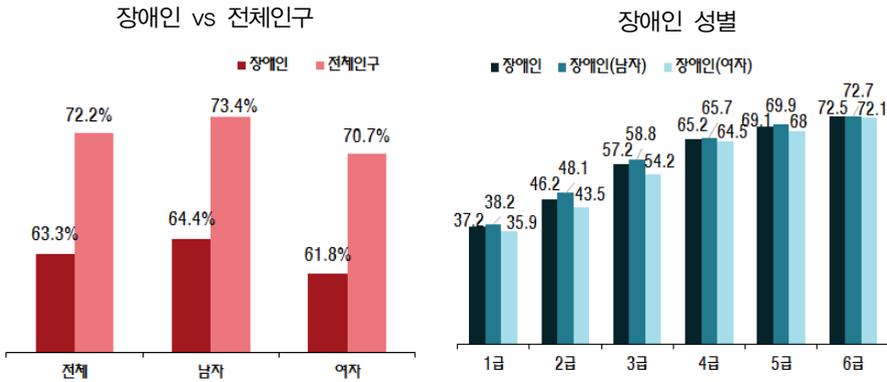
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원(2014)

실제로 장애인 실태조사에서 장애유형에 따라 운동하지 않는 이유가 다르게 나타났다. 지체장애와 같은 신체적 장애는 ‘시간적 여유 없음’이 가장 큰 이유였고 ‘시설 접근의 어려움’은 낮게 나타났다. 반면, 정신적 장애인의 경우는 ‘시설 접근의 어려움’이 운동하기 어려운 중요한 이유였고, ‘시간적 여유 없음’은 큰 애로사항이 아닌 것으로 나타났다. 이는 장애인의 건강생활증진 정책 수립 시 유형별 차이를 고려할 필요가 있음을 보여준다.

이처럼 장애인의 건강위험이 높음에도 건강 유지와 질병 예방에 관련된 의료서비스를 받을 기회가 비장애인보다 적다. 장애인 진료에 숙련된 의료진이 부족하고, 건강검진 수검률도 비장애인에 비해 낮아 일반 인구집단보다 질병 예방에 더 큰 어려움이 존재한다.<sup>19)</sup> 특히 장애인 중에서도 중증장애인의 수검률이 낮다. 이처럼 건강검진 수검률이 낮은 이유는 의료기관까지의 물리적 접근 장벽이 큰 요인으로 볼 수 있으며, 장애정도가 높을수록 이러한 접근 장벽은 높아진다.

19) 조미희 외(2017)

〈그림 Ⅲ-3〉 건강검진 수검률



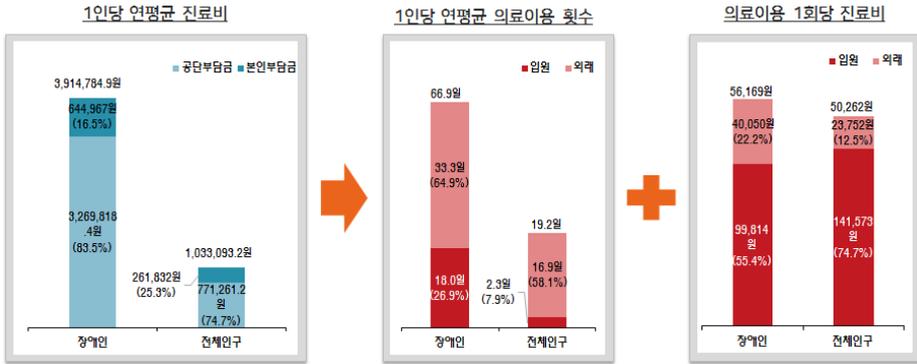
자료: 보건복지부 국립재활원(2016)

#### 다. 의료이용

장애인의 1인당 진료비 부담은 전체 국민진료비 부담과 비교해 3.9배 높다. 장애인의 전체 진료비는 9조 4,396억 원으로 국민 전체 진료비의 19.7%를 차지한다. 특히 장애인 진료비의 상위 5%에 해당하는 장애 인구가 전체 장애인 진료비 중 40%에 해당하는 금액을 지출하는 것으로 나타나 진료비 지출이 특정 장애집단에 집중되고 있다.

진료비를 의료이용 횟수와 의료이용 1회당 진료비로 분해해서 살펴보면 의료이용 횟수는 장애인이 전체 인구보다 입원이 약 8배, 외래가 3.5배 높은 반면, 의료이용 1회당 진료비는 입원의 경우 장애인이 전체 인구보다 낮게 나타나고 있다. 이는 장애인들이 의료이용 횟수는 많으나 비용 부담이 커서 양질의 치료를 받지 못한 것으로 해석할 수 있어 추가적인 의료보장이 필요하다고 볼 수 있다.

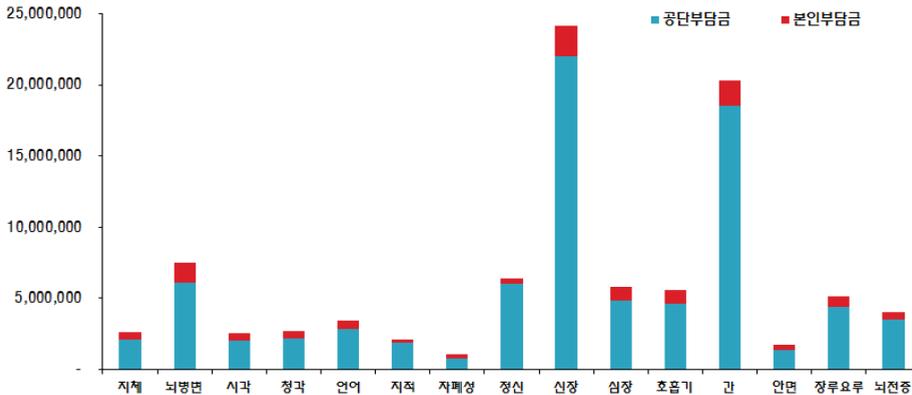
〈그림 Ⅲ-4〉 장애인 1인당 진료비 분해



자료: 보건복지부 · 국립재활원 재활연구소

장애인 1인당 연평균 진료비를 비교한 결과 내부 기관 장애인의 진료비가 가장 높게 나타났다. 또한 진료비 대비 본인부담금 비중이 가장 높은 장애는 뇌병변 장애로 조사되었다.

〈그림 Ⅲ-5〉 장애인의 장애유형별 1인당 연평균 진료비 비교



자료: 보건복지부 · 국립재활원 재활연구소

### 3. 상해사고위험

장애인은 주거공간, 이동 과정 그리고 작업장, 학교, 시설과 같은 사회생활공간 등에서 행하는 일상생활에서 장애요인으로 인해 항상 사고위험이 존재한다. 소방재난 본부의 장애인 사고구조 내용을 보면 간헐사고, 안전조치, 위치추적 등이 가장 높은 비율로 나타나고 있다.

〈표 Ⅲ-3〉 장애인 대상 사고구조 내용(2009~2013년)

(단위: 건, %)

구분	구조 건수	비율
간헐사고	474	30.6
안전조치	369	23.9
위치추적	234	15.1
문개방	102	6.6
자살기도	95	6.1
시설조치	82	5.3
동물위협	51	3.3
거동불편	37	2.4
끼임사고	30	1.9
산악사고	22	1.4
화재사고	17	1.1
자연재해	15	1.0
수난사고	9	0.6
추락사고	5	0.3
교통사고	4	0.3
붕괴사고	1	0.1
합계	1,547	100

자료: 박경서(2014)

장애인과 전체 인구의 사고위험률의 차이를 살펴보기 위해 장애인 실태조사(2014)와 국민안전처의 재난연감(2014)의 사고발생 데이터를 각 사고원인별로 정리해서 비교해 보았다. 그 결과 장애인의 사고 발생률이 전체 인구보다 훨씬 높게 나타났다. 또한 사고발생원인에서도 전체 인구는 교통사고로 대표되는 운수사고가 가장

높은 반면에 장애인의 경우는 추락이나 미끄러짐이 가장 높은 사고원인으로 나타나는 차이를 보였다. 장애유형별 사고발생원인 및 사고발생률은 [부록]의 표를 참조하면 된다.

〈표 Ⅲ-4〉 장애인과 전체 인구의 사고발생 비교(2012년)

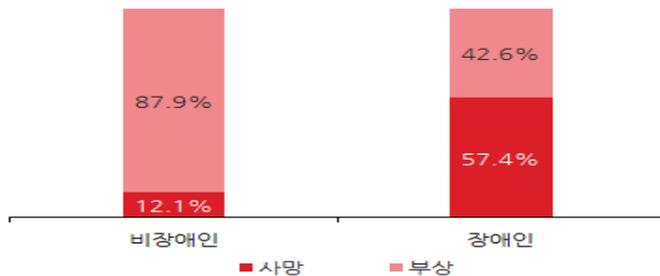
(단위: %)

사고발생원인	장애인	전체인구
운수사고(교통사고)	19.8	93.9
추락(떨어짐) / 미끄러짐	50.2	1.1
기타	30.0	5.0
합계	100.0	100.0
사고자 수(천 명)	205	360
장애인 / 인구 수(천 명)	2,646	50,747
사고발생률(%)	7.7	0.7

주: 1) 장애인 사고발생 수는 설문조사에 근거한 추정치인 반면, 전체인구는 실적치임  
 2) 전체인구의 운수사고(교통사고)는 도로교통과 철도사고 포함  
 자료: 한국보건사회연구원(2014); 국민안전처(2015)

특히 장애인은 재난취약 계층으로 장애와 재난의 위험성 간에 관련도가 높다. 장애인은 사고위험이 높을 뿐 아니라 일단 사고가 발생했을 때 피해정도가 비장애인에 비해 훨씬 심각하다. 실제로 화재사고 발생 시 사상자 중 사망자 비중이 장애인의 경우 57.4%로 비장애인 12.1%보다 훨씬 높게 나타났다.

〈그림 Ⅲ-6〉 화재사고 사상자 중 사망자 비중(2009~2014년 3월)



자료: 서울특별시 소방재난본부(2014)

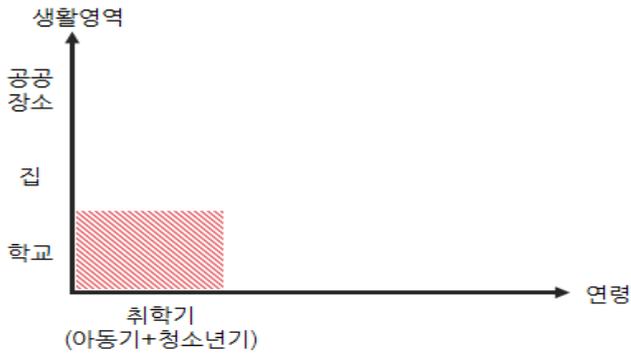
또 다른 장애인의 사고 특성 중 하나가 장애종류별로 주요 사고발생 유형이 다르고, 사고 예방 혹은 재난 대응 시 필요한 지원 욕구가 다르다는 것이다. 따라서 장애 유형별로 사고발생 특성을 분석하여 대응 매뉴얼을 개발할 필요가 있다. 하지만 공적 부문에서 장애인의 사고통계가 제대로 구축되지 못해 사고유형을 분석하고 대응하기 어려운 실정이다. 교통사고의 경우 취약계층인 아동, 노인, 여성의 사고 유형과 건수 통계가 구축되어 있으나 장애인은 별도로 분류되어 있지 않다. 또한 재난관리 주무부처인 행정안전부(舊 국민안전처)에서도 장애인 사고를 따로 구분하여 유형별로 파악하지 못하고 있다.

#### 4. 배상책임사고위험

발달장애는 지적장애와 자폐성장애를 통칭하는데, 이제까지 많은 관심을 받지 못했던 부분이 발달장애인의 배상책임사고위험이다. 발달장애는 본인이 다치는 신체적 사고위험이 크기도 하지만 타인에 대한 대인/대물 배상책임 사고도 많이 일어난다. 타인과 접촉하는 과정에서 신체적 상해를 유발하거나 주거 혹은 이동공간에서 대물 손실을 유발하는 경우가 많다. 이로 인해 법적 분쟁에 휩싸이거나 대인/대물 배상위험이 높아 사고가 발생했을 때 처리해주는 위험관리에 대한 필요성이 크다.

특수학교 학부모와 교사들을 인터뷰한 결과 ‘언제 어디서 사고가 발생할지 모르는 위험에 노출되어 있는 것’을 가장 큰 애로사항으로 꼽았다. 발달장애는 신체적 장애와 달리 자신의 행동에 대한 인지능력이 부족하기 때문에 돌봄이 절대적으로 필요한 장애이다. 그나마 발달장애아동 특수학교에서는 선생님들의 돌봄을 받지만 학교 외의 생활공간이나, 또 학교를 졸업하게 되면 가족의 돌봄 부담이 더 커지게 된다. <그림 Ⅲ-7>에서 보이듯이 연령으로는 아동기와 청소년기 그리고 생활영역으로는 학교 정도가 발달장애의 사회적 돌봄이 제공되는 영역이고, 그 외의 연령대와 생활영역은 사실상 돌봄의 사각지대에 놓여 있다.

〈그림 Ⅲ-7〉 발달장애 사회적 돌봄 제공



현재 발달장애아동 특수학교 내에서 일어나는 사고는 이러한 위험의 실태와 위험 보장 수요를 파악할 수 있는 단서가 된다. 학교안전공제회의 사고발생 자료를 이용하여 특수학교와 일반학교의 사고발생을 비교해 보았다. 학교안전공제회는 학교 내에서 발생한 안전사고에 대해 학교를 대신하여 손해를 보상하는 공제보험을 운영하고 있는데, 주로 학교와 교사의 손해배상책임위험을 보장하는 것으로서 발달장애아동의 배상책임위험을 보장하는 것은 아니다. 하지만 특수학교 내에서 사고가 발생했을 때 학교안전공제회에서 학생이 유발한 사고비용을 일부 지원하고 있다.

특수학교의 사고현황을 살펴보면 사고발생 빈도와 손실비용이 일반학교와 비교해 높게 나타났다. 학교안전공제회가 사고발생 시 지급한 공제급여 건수가 2009년에서 2015년 사이 특수학교의 경우 학생 1,000명당 12.6건으로 가장 높았고, 공제급여금 액도 6,233천 원으로 가장 높게 나타났다.

최근 정부는 정신적 장애인의 경우 탈시설과 자립적 생활을 유도하는 방향으로 정책을 수립하고 있다. 배상책임사고위험은 발달장애인이 지역사회와 교류하는 데 방해 요인 중 하나로 볼 수 있다. 현재 공적 부문에서 발달장애인의 배상책임위험을 보장하는 제도는 존재하지 않는다. 만약 사고 발생 시 배상해주는 보장제도가 있다면 지역사회와의 통합이 더 쉬워질 수 있을 것이다.

〈표 Ⅲ-5〉 학교안전공제회 공제급여 건수 및 금액(2009~2015년)

(단위: 건, 천 원)

구분	공제급여 건수	공제급여 금액
유치원	7.7	1,061
초등학교	7.6	2,311
중학교	11.7	4,732
고등학교	9.7	5,987
<b>특수교육</b>	12.6	6,233
평생교육	2.8	1,777
외국인	1.6	485

주: 학생 1,000명 당 공제급여 건수와 공제급여 금액 수치임

자료: 사고발생 및 보상통계는 학교안전공제중앙회, 학교 및 학생 수는 교육통계서비스(<http://kess.chedi.re.kr/index>)  
참고

## IV. 장애인 위험보장 현황 및 문제점

### 1. 공적 위험보장 현황 및 문제점

장애인 관련 공적제도는 주로 차별을 금지하는 목적의 법규들과, 장애인의 경제 활동상 불리한 측면을 보전하기 위한 목적의 소득보장, 고용, 주거, 교육, 일상생활, 보건의료 등 다양한 복지제도가 운영되고 있다. 장애인복지법 제9조(국가와 지방자치단체의 책임) 제1항은 “국가와 지방자치단체는 장애 발생을 예방하고, 장애의 조기 발견에 대한 국민의 관심을 높이며, 장애인의 자립을 지원하고, 보호가 필요한 장애인을 보호하여 장애인의 복지를 향상시킬 책임”을 지도록 되어 있다. 이를 위해 보건복지부 장관은 5년마다 장애인종합정책계획을 작성하여 시행하고 평가해야 한다. 장애인 관련 복지제도는 <표 IV-1>에 요약되어 있다.

<표 IV-1> 장애인 생활영역별 복지제도

구분	복지제도 및 서비스
소득보장 (경제)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애급여: 산재보험가입자 중 업무상 발생한 부상/질병을 치료했음에도 정신적, 육체적 장애가 있는 근로자(장애등급 1~14급)</li> <li>• 장애인연금: 국민연금 가입자 중 장애 1~4등급에 해당하는 자</li> <li>• 장애수당: 기초생활수급자, 차상위계층에 해당하는 만 18세 이상 경증장애인</li> <li>• 장애인연금: 소득기준액 이하의 만 18세 이상 중증장애인</li> <li>• 기초연금: 기존 장애인연금 부가급여로 65세 이후 지속적 수급</li> <li>• 장애아동수당: 만 18세 미만 등록 장애인으로 생계·의료·주거·교육급여 수급자 및 차상위 계층</li> </ul>

구분	복지제도 및 서비스
고용 · 직업	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인 취업 지원: 취업알선, 중증장애인지원고용, 시험고용, 지원고용형 기업연수제, 직업진로지도, 직업능력평가 등</li> <li>• 근로지원인제도: 중증장애인이 핵심적인 업무수행 능력을 보유하고 있으나 신체적 제약으로 부수적인 업무 수행이 어려운 경우 근로지원인을 배치하여 중증장애인이 안정적·지속적으로 직업생활을 하도록 지원</li> <li>• 장애인고용정책 유형             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 보호고용: 노동시장에서 불리한 중증장애인을 위해 특별 조건하에서 보수가 있는 근로의 기회를 제공</li> <li>- 지원고용: 직업적 중증장애인을 경쟁고용으로 통합시키는 것을 목적으로 1주에 20시간 이상 정기적 근로 후 월급을 지급</li> <li>- 일반고용: 일반 사업장에서 비장애인과 같이 고용되는 형태</li> </ul> </li> <li>• 직업재활과정             <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>직업상담</b>                      • 적성, 기능 수준 등 직업조건평가                 </div> <div style="font-size: 24px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>직업평가</b>                      • 직업적 능력, 가능성 정도 측정                 </div> <div style="font-size: 24px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>직업적응훈련</b>                      • 일상생활, 사회성, 직장 생활 훈련                 </div> <div style="font-size: 24px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>직업훈련</b>                      • 직무 관련 지식과 기술 제공                 </div> <div style="font-size: 24px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>직무개발 및 배치</b>                      • 취업원 개발, 적절한 직업 선별배치                 </div> <div style="font-size: 24px;">→</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>사후지도</b>                      • 직업에 따라 보충훈련 실시                 </div> </div> </li> </ul>
주거	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 주거 취약층을 위한 지원사업: 국민주택 특별공급, 국민임대주택 입주 우선 선정, 영구임대주택</li> </ul>
보육 · 교육	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 방과후 보육료 지원: 만 12세 이하 취학아동 중 방과 후 어린이집을 일일 4시간 이상 이용하는 장애아동에게 보육료 지원</li> <li>• 시간연장형 보육료 지원</li> <li>• 장애아 보육료 지원: 어린이집을 이용하는 장애아의 보육료 지원</li> <li>• 국립특수학교 및 특수학급 지원: 국립특수학교에 재학 중인 장애 학생에게 교내 교수             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 학습 활동 및 이동 보조, 방과후 교육 등을 지원</li> </ul> </li> <li>• 자녀 교육비 지원: 소득과 재산을 고려하여 장애인이 부양하는 자녀 또는 장애인인 자녀의 교육비를 지급</li> </ul>
보건 · 의료	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험: ① 지역가입자의 건강보험료 경감 ② (보험급여) 장애인보장구 구입비용의 90% 지원</li> <li>• 의료급여: ① (건강생활 유지비) 의료급여 1종 수급권자에 대한 본인부담금 지원 ② 장애인 보장구 급여 지원</li> <li>• 산재보험: (산재근로자)사회심리재활 지원</li> <li>• 의료비 지원: 의료급여 2종 수급권자 등록 장애인과 차상위 본인부담 경감 대상 등록 장애인이 의료기관 이용 시 발생하는 본인부담금 일부/전액 지원</li> <li>• 장애등록 진단비 및 검사비 지원: 생계, 의료급여 수급자가 신규 장애인 등록을 하거나 재진단을 받아야하는 경우 진단비 및 검사비 지원</li> <li>• 장애인 보조기구 교부: 생계·의료·주거·교육급여 수급자 또는 차상위계층이면서 등록 장애인에게 장애 종류, 등급에 따라 22가지 보조기구 지원</li> </ul>

구분	복지제도 및 서비스
일상생활	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인 보조기구(보장구) 지원</li> <li>• 장애인 활동 지원: 만 6~64세 이하의 장애 1~3등급에 해당하는 자에게 활동 보조, 방문목욕, 방문간호 등을 지원</li> <li>• 노인장기요양보험: 만 65세 이상의 장애인에게 재가급여, 시설급여, 복지용구 구입(대여), 치매가족 휴가제 등을 지원</li> <li>• 노인돌봄종합서비스: 만 65세 이상 노인장기요양보험 등급 외 판정자로 전국 가구 월 평균 소득 150% 이하 또는 장애 1~3등급 및 중증질환자 중 차상위 계층 이하에 해당하는 자에게 방문·주간보호, 단기 가사 서비스 등을 지원</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; background-color: #f0f0f0;">장애인활동지원</div> <div style="text-align: center;">→</div> <div style="border: 1px solid gray; padding: 2px; background-color: #f0f0f0;">노인장기요양보험</div> </div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">만 65세 이상</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px dashed gray; padding: 5px;">           장애인활동지원            노인돌봄종합서비스         </div> <div style="text-align: right; font-size: small;">           등급 외 판정을            받을 경우         </div> </div> </div>

자료: 복지포(<http://www.bokjiro.go.kr>); 서울시복지재단 외(2015)

정부는 장애인이 처한 위험들을 다양한 제도를 통해 보장하고 있다. 소득위험은 장해급여, 장애인연금을 비롯한 장애수당과 장애연금, 장애아동수당 등을 통해 보장되고 있다. 또 하나의 중요한 위험인 건강위험은 국민건강보험과 의료급여, 그리고 장애인 의료비 지원 제도를 통해 보장하고 있다.

이러한 공적 위험보장 제도는 몇 가지 문제를 가지고 있다. 첫째, 현행 법규나 복지제도에서는 장애인의 경제활동이나 일상생활 중에 노출된 사고에 대한 대비책이 취약하며 배상책임위험은 전혀 보장되고 있지 않다. 배상책임위험은 비장애인과 비교해 장애인의 경우 훨씬 더 클 수 있으며, 특히 발달장애인의 경우 본인의 신체적, 물질적 손실위험도 크지만 배상책임위험이 큰 편이다.

둘째, 복지제도의 혜택을 받는 수급자격이 필요보다는 소득과 장애등급에 따라 결정된다. 자산조사를 통해 수급자격을 결정하는 데 저소득층이 주요 대상이 되며, 장애등급에 따라 복지혜택에 차이가 크다. 문제는 장애등급이 실제 복지 필요수요와 부합하지 않는 측면이 있다는 것이다. 가장 눈에 띄는 경우가 발달장애인이다. 발달장애인의 대부분이 아동인데, 정상인 부모의 자산조사 결과 소득수준이 높은 편에 속한다(〈표 IV-2〉 참조). 이는 자산조사를 건강보험료에 근거해서 판단하기 때문에 복지 혜택이 낮은 편이다. 하지만 장애로 인한 추가 소요비용은 장애유형 가운데 가

장 높다(〈표 IV-3〉 참조). 모든 장애인의 복지 접근성은 열어놓되 필요에 따라 복지 서비스의 내용과 양이 결정되도록 보다 유연하게 운영할 필요가 있다.

〈표 IV-2〉 장애종류별 월 평균 소득 및 지출(2014년)

(단위: 만 원, %)

구분	가구소득액(A)	가구지출액(B)	소득 대비 지출 비중(B/A)
지체장애	218.6	165.9	75.9
뇌병변장애	233.1	182.1	78.1
시각장애	235.2	166.7	70.9
청각장애	213.8	164.9	77.1
언어장애	267.7	199.3	74.4
지적장애	277.2	215.1	77.6
자폐성장애	349.9	310.9	88.9
정신장애	152.1	122	80.2
신장장애	258.8	207.2	80.1
심장장애	246.3	198.5	80.6
호흡기장애	181.3	148	81.6
간장애	219.4	209.5	95.5
안면장애	251.8	212.3	84.3
장루·요루장애	178.9	154.2	86.2
뇌전증(간질)장애	106.5	102	95.8
전체	223.5	170.6	76.3

자료: 한국보건사회연구원(2014), 〈표 28〉을 재구성함

〈표 IV-3〉 장애종류별 현재 장애로 인한 추가소요비용(2014년)

(단위: 천 원)

구분	월 평균 총 추가 비용	교통비	의료비	보육 · 교육비	보호 · 간병인	재활 기관 이용료	통신비	장애인 보조기구 구입·유지 비	부모 사후 및 노후 대비비	기타
지체	137.3	28.8	56.9	0.1	8.8	0.9	2.9	15.0	20.3	3.6
뇌병변	283.1	30.3	138.6	4.9	51.7	13.1	4.7	11.2	10.4	18.2
시각	104.2	17.0	26.8	0.3	6.1	0.3	27.1	12.5	12.0	2.2
청각	120.4	9.0	11.7	0.2	2.8	0.8	24.0	59.1	11.8	1.1
언어	143.7	21.5	54.2	7.3	0.5	1.1	18.9	25.4	13.6	1.2
지적	197.8	32.9	47.1	32.5	10.2	20.4	9.8	0.7	39.5	4.6
자폐성	418.1	79.2	22.7	154.6	30.2	80.3	9.2	0.0	41.3	0.6
정신	103.9	15.4	66.3	0.8	1.7	1.0	1.6	0.0	11.6	5.3
신장	303.3	51.9	218.2	0.0	7.8	0.0	3.5	8.9	9.0	4.0
심장	350.7	37.8	276.3	3.0	6.0	0.8	1.5	23.9	1.5	0.0
호흡기	254.7	34.6	172.3	0.0	10.4	0.0	1.1	18.2	12.3	5.7
간	271.5	32.5	221.2	0.0	0.0	0.0	2.7	1.2	13.4	0.5
안면	323.9	19.2	288.9	0.0	0.0	0.0	15.7	0.0	0.0	0.0
장루·요 루	269.0	26.0	86.3	0.0	69.2	0.0	1.3	84.0	1.0	1.1
뇌전증	175.4	35.7	98.6	0.2	3.0	7.2	3.7	7.8	12.2	7.1
전체	164.2	25.6	66.0	4.1	13.6	4.2	9.9	18.9	16.8	5.1

자료: 한국보건사회연구원(2014)

## 2. 민영보험의 장애인 위험보장 현황

현재 민영보험은 일반 보험상품과 장애인전용보험상품을 통해 장애인의 위험을 보장하고 있다. Ⅲ장에서 살펴본 것처럼 장애유형별로 위험의 성격과 수준이 다를 수 있고, 이는 보험상품 가입에서도 다르게 나타날 것이다. 따라서 신체적 장애인과 정신적 장애인을 구분하여 현황을 살펴보고자 한다.

## 가. 일반 보험상품의 장애인 보장

장애인의 일반 보험상품 가입실적은 통계가 집계되고 있지 않아 정확한 수준을 알 수 없으나 장애인의 민영보험가입률은 매우 낮은 것으로 보인다. 국가인권위가 표본 조사를 실시한 결과에 따르면, 하나 이상의 민간보험에 가입하고 있는 장애인의 비율은 33% 수준으로 조사되었다.<sup>20)</sup> 우리나라 생명보험의 개인 가입률이 73.4%, 가구 가입률이 81.8%인 것과 비교하면 현저히 낮은 수준이다.<sup>21)</sup>

### 1) 신체적 장애인 보험가입

금융감독원은 ‘장애인 보험계약 인수를 위한 모범규준’을 마련하고 장애인도 비장애인인과 동일한 심사기준과 과정을 거쳐 보험에 가입하도록 권고하고 있다. 보험회사 계약 인수심사 담당자와 인터뷰한 결과에 따르면 장애인에 대한 특별한 심사 가이드라인은 없고, 비장애인과 동일하게 개별 계약자마다 인수심사를 한다. 신체적 장애인의 경우 인수심사 결과에 따라 장애정도와 위험의 인과성 여부에 근거해 보험료를 할증하거나 인과성이 높은 일부 위험담보를 보장에서 제외하기도 하며, 장애가 심한 경우 가입이 제한되기도 한다. 이러한 결정은 보험회사 사의(社醫)의 자문을 받아 처리하고 있다. 예를 들어 소아마비나 휠체어 장애인의 경우 보험료를 할증하거나, 위험이 높은 질환의 경우는 부담보 처리하는 경우가 있다.

### 2) 정신적 장애인 보험가입

상법 732조는 심신박약과 심신상실자의 사망담보 보험계약이 무효라고 규정하고 있다. 하지만 사망담보 외에도 대부분의 보험상품에서 심신박약과 심신상실은 보상

20) 국가인권위는 “인권위(2013), 장애인 보험차별 개선 가이드라인 발표·권고”에서 ‘하나 이상의 민간보험에 가입’하고 있는 장애인의 비율은 33%, 비장애인은 69%로 조사결과를 소개함

21) 보험연구원(2016)

하지 않는 사항에 포함되어 있어 중증인 정신적 장애인의 경우 사실상 보험가입이 불가한 상황이다. 하지만 심신박약이나 심신상실과 같은 중증 정신적 장애인뿐만 아니라 경증 정신적 장애인도 사실상 가입이 제한되고 있다. 정신적 장애인은 다른 장애인보다 위험보장 수요가 더 높을 수 있는 데도 오히려 보험가입은 더 어려운 형편이다.

## 나. 장애인전용보험

장애인전용보험 상품은 보건복지부에 등록된 장애인이나 국가유공자예우 및 지원에 관한 법률에 의해 등록된 상이자들이 가입대상이다. “장애인전용 무배당 곰두리종합보험”, “장애인전용 연금보험”, 그리고 “장애인전용 자동차보험” 등이 있다.

곰두리종합보험은 2001년 금융위원회가 장애인 보험가입 확대를 위해 장애인전용보험상품 판매를 요청하였고, 현재는 대형 3사(삼성생명, 한화생명, 교보생명)에 서만 판매하고 있다. 초기에는 소득보장형 상품도 공급되었으나 현재는 사망과 암을 보장하고 있다. 가격 측면에서 예정위험률은 일반인과 동일하며, 예정사업비는 일반 상품의 80% 수준으로 책정되어 일반 상품보다 보험료가 낮은 편이다.

장애인전용 연금보험은 2014년에 출시되었는데, 동일 보험료 대비 연금수령액을 높은 상품으로 일반 연금상품에 비해 10~15% 정도 연금액이 높다. 연금보험료의 경우 나이에 따라서만 차등 적용하고 있으며 연금 개시연령이 20세로 일반 연금보험의 개시연령보다 낮다. 2002년 처음 출시된 장애인전용 자동차보험은 동부화재만 판매하고 있다.

장애인전용보험은 일반 보험상품과 마찬가지로 보장성 보험료에 대한 소득공제혜택이 있으며, 그 외에도 연간 100만 원 한도 내에서 추가 공제혜택이 있다. 또한 장애인이 보험수익자인 보험계약의 보험금은 연간 4천만 원 한도 내에서 증여세를 부과하고 있다. 계약 인수심사는 거쳐야 하나 사망위험이 매우 높거나 보장담보와 직접적인 인과관계를 갖는 경우를 제외하고는 대부분 가입이 가능한 것으로 보인다.

그러나 이 같은 장애인전용보험 상품은 판매실적이 매우 저조하다. 곰두리종합보

험의 경우 세 곳 보험사 모두 합쳐 2016년 600여 건 정도만이 판매되고 있다. 장애인전용 연금보험의 경우 2016년 4월 기준 NH농협생명은 총 1,603건, KDB생명은 3월 기준 370건 정도의 판매실적을 보이고 있다. 장애인전용 자동차보험은 2016년 판매실적이 277건에 불과했다.

이처럼 판매실적이 저조한 이유는 먼저, 사업비가 낮은 탓에 설계사들의 판매유인이 낮으며 보험회사들의 적극적인 홍보나 판매 유인 역시 부족하다. 둘째, 장애인들이 실질적으로 필요로 하는 위험보장이 이루어지지 않고 있기 때문이다. 장애인 가입자들의 리스크가 큰 편이라 보험회사들이 보장 범위를 넓히기 어려워 보장범위가 일반 보험상품과 비교해 좁은 편이며, 실손의료비나 배상책임 등이 보장되지 않고 있다.

민영보험은 아니지만 정책성 보험으로 국영보험인 우체국보험에서 “어깨동무” 장애인보험을 판매하고 있으며, 총 3가지 상품이 있다. 1종은 생활보장형으로 부양자인 주피보험자가 사망하거나 재해로 장애가 된 경우 피부양자인 장애인에게 생활안정자금을 지급하는 보험으로 가입한도액은 4,000만 원이다. 2종은 암보장형으로 암진단 시 최대 1,000만 원까지 보장(소액암은 300만 원)하고 있다. 3종은 상해보장형이다. 상해보장형의 경우 장애인이 재해로 인한 사망, 수술, 골절 시 보험금을 보장하는 정액형 상품으로 가입한도액이 1,000만 원이다. 우체국보험은 공익준비금을 활용해서 보험료의 일부를 지원하고 있어, 곰두리종합보험보다는 판매실적이 높은 편이다. 2015년 말 누적 가입자는 17만 명이며, 전체 장애인 대비 가입률은 6.8% 수준이다.

#### 다. 해외 사례

장애인의 민영보험가입과 보험금 수급이 어려운 것은 비단 우리나라만의 문제는 아니다. 국제보건기구(WHO)의 세계장애보고서에 따르면 장애인들은 고용률이 낮으며 빈곤층일 확률이 높아 민영 건강보험에 가입하기 어렵다. 고용된 경우라 하더라도 장애로 인해 보험대상에서 제외되거나 부분적으로만 보험이 적용되기도 하며,

장애와 관련된 치료에 대해 보험금 청구가 배제되거나 높은 수준의 보험료를 내야한다.

또한 국제보건기구(WHO)가 51개국을 대상으로 2002~2004년 세계건강조사를 분석한 결과에 따르면, 고소득과 저소득국가 모두 장애를 가진 경우 장애를 갖지 않은 성인에 비해 민간기관이나 정부로부터 의료비 공제라든지 보건서비스 이용 시 특별요율 혜택 등을 받기가 더 어려운 것으로 드러났다. 또한 장애가 있는 경우가 장애가 없는 경우와 비교해서 보험신청 과정상의 어려움을 겪는 비율이 높게 나타나고 있다.

〈표 IV-4〉 장애인의 보건의료 서비스 비용 마련의 어려움

(단위: %)

성별	겪는 어려움의 종류	고소득 국가		전체 국가들	
		장애 없음	장애 있음	장애 없음	장애 있음
남성	공제나 특별요율 혜택을 받기 어려움	7.5	14.1	15.0	22.0
	보험 신청 과정상의 어려움	4.7	12.4	4.3	10.1
	받을 수 있는 혜택이나 수급 권리를 찾는 데 어려움	8.6	17.2	6.4	13.2
	건강보험 환급금을 받기 어려움	3.5	11.8	3.4	8.6
여성	공제나 특별요율 혜택을 받기 어려움	5.9	16.5	12.3	21.1
	보험 신청 과정상의 어려움	5.1	9.3	4.5	7.0
	받을 수 있는 혜택이나 수급 권리를 찾는 데 어려움	8.4	15.9	6.2	10.7
	건강보험 환급금을 받기 어려움	3.2	5.8	3.1	5.6

자료: 한국장애인재단(2012)

해외 민영보험의 장애인 위험보장 현황을 알아보기 위해 각 국가의 대표적인 재보험사들을 대상으로 장애인전용보험 상품 존재 여부와 장애인 보험가입 현황 등을 조사했다. 미국에서는 오바마케어(Affordable Care Act)가 제정된 이후 2014년부터 기존의 건강상태나 장애를 사유로 보험보장을 거부하는 것이 금지되었다. 미국에서 생명보험 계약 인수심사는 각 주와 연방정부에 의해 규제되고 있는데, 대부분 주 정부의 규제는 장애인에 대한 불공정한 차별을 금지하기 위한 것이다. 별도의 장애인 전용보험 상품은 없다. 장애인에 대한 위험보장은 계약인수 심사를 실시한다는 전체

하에 혹은 단체보험의 경우 모든 상품에 가입이 가능하다. 정신적 장애인들도 장애 정도에 따라 계약인수 심사를 거쳐야 하지만 기본적으로 생명보험가입이 보장된다. 보험회사들은 계리적 정당성 혹은 합리적으로 예상되는 역선택이 있을 경우 계약인수를 거절할 수 있다.

캐나다의 경우도 장애인전용보험 상품이 없다. 신체적 혹은 정신적 장애인들에 대해 인수심사 과정에서 장애의 정도, 초래 요인, 사회적 그리고 직업적 장애의 정도를 주의 깊게 평가한다. 이때 의학적 연구결과는 위험평가 과정에서 중요한 요인으로 인정되고 있다. 캐나다에서 암은 보장되지 않으며, 사망과 중대질병 보장은 계약인수심사 결과에 따라 가입이 결정된다. 충분한 통계적, 계리적 근거가 있는 경우 장애인에 대한 인수거절을 할 수 있다.

독일의 경우도 장애인전용보험 상품은 없다. 장애인보험 가입 시 계약 인수심사 과정에서 장애 여부를 질문하지 않는다. 대신 가입심사 대상자의 위험을 평가하기 위해 의료적 손상(Medical Impairments)에 대한 질문을 하며 이는 비장애인에게도 동일하게 적용된다. 정기사망보험의 경우 대부분의 신체적 장애인이 가입되고 있으며, 상해보험이나 중증질환보험(Critical Illness)과 같은 보험에서는 가입이 제한될 수 있다. 민영 실손의료보험의 경우 가입이 거절되기보다는 보험료 할증을 부과하고 있다. 과거 정신과 병력이 있거나 심한 정신적, 신체적 손상이 있는 경우는 보험가입이 거절되는 경우가 많다. 이러한 장애인들은 민영보험보다는 주로 사회보험에 의해 위험을 보장받고 있다.

일본의 경우 역시 장애인전용보험 상품은 없다. 대신 공적연금에 연계된 특약으로 중증장애인에게 지급하는 장애급여가 있다. 계약자들 간의 형평성과 민영보험의 건전성을 유지하기 위해 장애인을 대상으로 객관적인 계약 인수심사를 수행한다. 장애 유형과 정도에 따라 가입 여부가 결정되고, 보험회사들은 계약자의 리스크 상태와 조건에 따라 할증 혹은 부담보 조건을 부과하며 이는 차별로 인식되지 않는다. 물론 정당한 사유 없이 장애를 갖고 있다는 이유로 장애인들의 권리와 이해를 위반해서는 안 된다. 특히 일본 정부는 2015년 “장애인 차별금지법(Act on Promotion of Prohibition of Disability Discrimination)”을 통과시키고 2016년 4월부터 시행하고 있다.

### 3. 민영보험의 원리와 장애인 위험보장

위에서 살펴본 바와 같이 장애인의 민영보험가입률은 낮은 편이며, 장애인을 대상으로 한 장애인전용보험 상품의 경우 보장범위가 좁아 민영보험을 통한 장애인 위험보장은 현실적으로 어렵다.

시장을 통한 장애인 위험보장을 이해하기 위해 먼저, 장애인이 가지고 있는 위험의 특징을 민영보험의 원리 측면에서 평가해보고자 한다. 다음으로 민영보험의 장애인에 대한 위험보장이 취약한 원인을 보험 수요와 공급 측면의 요인으로 나누어 분석한다. 보험 수요 측면의 요인은 구매력의 제한이 크다고 볼 수 있다. 보험 공급 측면의 요인은 상품개발 및 공급의 문제와 보험차별 두 가지로 볼 수 있다. 보험차별 문제는 제도적 측면에서 접근될 필요가 있어 다음 절에서 보다 자세히 살펴볼 것이다.

#### 가. 장애인의 위험과 보험의 원리

민영보험은 사회보험의 원리와 달리 우연한 사고로 인해 발생한 손해를 보장하며, 다량의 동질적 위험을 공유하는 방식으로 상품을 설계한다. 또한 보험상품의 가격은 보험료라 할 수 있는데, 보험료는 부담능력에 비례하는 사회보험의 원리와 달리 공평성의 원칙에 따라 결정된다. 즉, 보험의 대상이 되는 객체의 위험수준 및 사고발생 시 수령하는 보험금액의 크기에 근거하여 보험료가 산출된다.

장애인 위험의 특징을 보험의 원리에 비추어 살펴보자. 첫째, 우연성의 원칙에 어긋날 가능성이 있다. 장애요인이 보험에서 보장하는 사고위험과 인과성이 존재할 경우 우연한 사고로 보기 어렵기 때문이다. 둘째, 장애인은 동질적인 위험을 가진 다수의 위험 공유에 제한적일 수 있다. 앞서 Ⅲ장 장애인의 위험에서 살펴보았듯이 사망 위험, 질병 및 상해위험, 배상책임위험 등 대부분의 경우 장애유형별로 위험의 성격과 수준이 상이하게 나타난다. 이는 장애유형별로 위험보장수요가 다르다는 것의 의미이며, 다량의 동질적인 위험을 공유하기 어려운 측면이 존재한다. 셋째, 공평성의 원칙에 따라 장애인의 보험료가 비장애인보다 높아질 수 있다. 장애인의 질병 등 사

고위험이 비장애인에 비해 높은 경우 동일한 수준의 위험을 보장받기 위해서는 장애인이 훨씬 비싼 보험료를 지불해야 한다.

결국 장애인의 경우 민영보험의 원리에 따라 우연하고 동질적인 리스크를 대량으로 결합하여 보장하기 어려우며, 보험료 수준 역시 높아질 개연성이 있어 비장애인에 비해 민영보험에서의 위험보장이 더 어렵다고 볼 수 있다.

〈표 IV-5〉 민영보험의 원리와 장애인 위험의 특징

보험의 원리	장애인 위험 특징
우연한 사고	장애요인과 사고 간에 인과성이 존재할 경우 우연한 사고로 보기 어려움
다량의 동질적 위험	장애유형별로 위험의 특성과 보장수요가 달라 동질적인 위험을 가진 다수의 위험 공유에 제한적
공평성 원칙	장애인의 질병 등 사고위험이 높으면 비장애인에 비해 보험료가 높아짐

## 나. 보험시장

### 1) 보험 수요측 요인

보험 수요는 소비자의 위험보장 수요와 보험을 구매할 능력 두 가지가 결합되어 결정된다. 앞서 II 장에서 살펴보았듯이 장애인은 비장애인에 비해 소득과 자산 수준이 낮은 편이고 이는 장애인의 보험구매력이 낮음을 의미한다. 또한 장애인은 비장애인에 비해 보험상품의 구매선택권에 제약이 큰 편이다. 특정 장애의 경우 보험사고와의 인과성이 분명한 경우 보장에서 제외될 수 있다. 또한 비장애인에 비해 보험사고 발생 위험이 높을 경우 보험료가 높아져 장애인이 구매 가능한 적정 수준의 보험료로 보장할 수 있는 보장수준은 낮아질 수밖에 없다. 결국 이는 보험수요량의 감소로 이어지게 될 것이다.

## 2) 보험 공급측 요인

보험회사가 보험상품을 공급하기 위해서는 보장하려는 사고의 위험률을 추정할 수 있어야 한다. 위험률을 추정하지 못하면 보험료를 계산할 수 없기 때문이다. 따라서 장애인에게 다양한 보험상품을 공급하기 위해서는 장애인의 질병 및 사고위험에 대한 통계 구축이 필요한데, 현재 위험률 추정을 위한 장애인의 사고와 관련된 통계 데이터는 거의 집적되어 있지 못한 실정이다. 보통 새로운 보험상품 공급 시 경험통계가 없을 경우 표준통계로 공적 통계데이터를 차용하기도 하는데, 공적인 영역에서도 장애인의 질병이나 각종 신체적, 물적 사고 통계가 집적되어 있지 못한 실정이다. 이처럼 장애인의 사고위험에 대한 통계가 부재한 상태에서는 보험회사가 장애인의 위험을 보장하는 보험상품을 공급하기 어려워 장애인 위험보장이 제약될 수 있다. 즉, 장애인에 대한 별도의 위험률이 없다는 것은 보험사들이 장애인들의 보험가입을 꺼리는 이유인 동시에 장애인들을 위한 다양한 보험상품을 만들 수 없는 이유이기도 하다.

또한 장애인의 사고발생 위험에 따른 보험료 수준이 상대적으로 높을 수 있는데, 이 경우 보험회사는 높은 보험료를 지불하며 가입할 수 있는 시장 수요의 규모를 작게 예측할 수밖에 없고 따라서 상품 공급에 소극적일 수 있다.

## 3) 부분적 시장 실패

장애인의 위험 특성이 보험의 원리와 맞지 않는 부분이 있으며, 낮은 보험수요와 공급 유인으로 장애인의 보험가입은 저조하게 된다. 특히 심신상실이나 심신박약의 경우는 사망을 비롯한 대부분의 위험담보에 대한 보험금 지급이 면책되고 있어 상품 자체가 공급되지 않아 부분적인 시장실패를 보여주고 있다.

이와 같은 낮은 수준의 보험가입과 부분적 시장실패는 민영보험이 장애인 위험을 보장하는 데 한계가 있음을 보여주고 있다. 이는 한편으로는 장애인 위험보장의 핵심적인 역할은 공적 보험이나 복지제도를 통해 이루어져야 한다는 것을 의미하며,

다른 한편으로는 장애인의 보험가입을 활성화시키기 위해서는 민영보험의 보충적 역할을 제고시킬 수 있는 정부의 개입이 필요함을 의미한다.

#### 4. 장애인 보험차별 문제

장애인에 대한 보험차별은 민영보험가입률이 낮은 이유로 오랫동안 제기되어 온 문제이다. 그런데 보험에서 사용하는 차별이라는 개념은 일반적으로 사용되는 것과 다르기 때문에 먼저 그 개념을 보다 정확히 이해할 필요가 있다. 이 절에서는 먼저 보험차별의 개념을 분명히 한 후, 장애인의 보험차별에 대한 인식, 그리고 보험차별 금지를 둘러싼 논의를 살펴보고자 한다.

##### 가. 보험차별의 이해

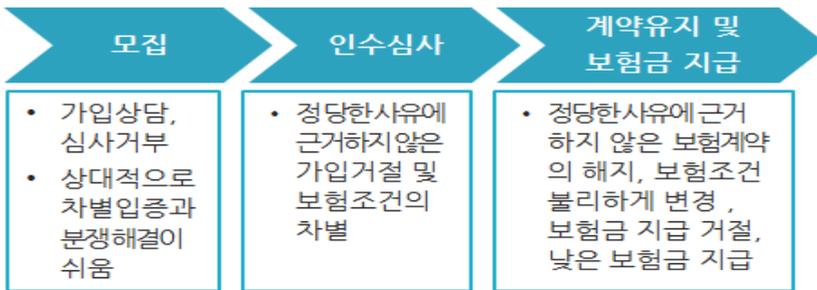
보험에서 사용하는 차별의 개념에는 정당한 사유에 해당하는 차별과 부당한 차별이 있다. 보험은 위험률 수준에 따라 보험료가 달라지며, 위험과 보장담보와의 상관관계 혹은 인과성에 따라 보험가입이 제한되기도 한다. 이러한 차별은 정당한 이유를 갖는 차별로 볼 수 있다. 정당한 차별이 되기 위해서는 장애요인과 사고위험 간의 인과성에 대한 검증된 통계 자료, 의학적·과학적 근거가 필요하다. 예를 들어 남성과 여성은 기대수명이 달라 사망보험의 경우 보험료가 다르게 산정되며 이는 정당한 보험차별이다. 물론, 사회적 차별 완화와 사회통합 차원에서 위험률 차이에도 불구하고 단일 보험요율을 사용하기도 한다. 유럽 연합 내에서 남녀간 단일 보험요율을 사용하는 것이 그 대표적인 예라 할 수 있다.<sup>22)</sup>

부당한 차별은 근거가 불명확한 상태에서 부당한 편견에 의한 가입 거절 혹은 보험조건 제한을 의미한다. 보험가입단계별로 보험차별의 내용은 다음과 같다. 모집단계에서의 보험차별은 단지 장애인이라는 이유로 보험가입 상담과 인수심사를 거부

22) 2012년 유럽법정 판결 참조

하는 행태를 말한다. 이는 상대적으로 차별입증과 분쟁해결이 쉬운 차별의 행태로 볼 수 있다. 다음으로, 계약 인수심사 단계에서의 보험차별은 정당한 사유에 근거하지 않은 보험가입 거절이나, 할증 혹은 부담보와 같은 보험조건의 차별을 말한다. 대부분의 장애인 가입 여부는 이 단계에서 결정되는데, 인수심사 과정에서 과학적이고 통계적인 근거에 기반하지 않은 판단은 부당한 보험차별에 해당한다. 마지막으로, 계약유지 및 보험금 지급단계에서도 부당한 보험차별이 발생할 수 있다. 정당한 사유에 근거하지 않은 채 보험계약을 해지 혹은 보험조건을 불리하게 변경하거나, 과거 또는 현재 장애가 있다는 이유만으로 보험금 지급을 거절하거나 낮은 보험금을 지급하는 것은 부당한 보험차별에 해당한다.

〈그림 IV-1〉 가입단계별 보험차별 내용



## 나. 보험차별에 대한 인식 및 구제절차

### 1) 장애인의 보험차별에 대한 인식

장애인 실태조사(2014)에 따르면, 장애인이 겪는 사회적 차별 경험 중에서 보험제도 계약 시 차별 경험이 45%로 가장 높은 것으로 나타났다.

보험차별 경험이 이처럼 높은 이유는 장애인들의 보험가입이 어렵기 때문이라고 볼 수 있다. 그런데 보험가입이 어려운 이유 중에는 장애요인과 사고위험과의 연관성으로 인한 정당한 보험차별 부분도 포함되어 있을 수 있기 때문에 장애인들이 체

감하는 보험계약 시 차별 경험이 실제 부당한 보험차별보다는 과대평가되었을 가능성이 있다.

〈표 IV-6〉 장애인의 사회적 차별 경험

(단위: %)

구분		비율	구분	비율	
입학 · 전학	유치원(보육시설)	27.1	취업	35.8	
	초등학교	38.8	직장 생활	소득	23.9
	중학교	31.6		동료와의 관계	20.0
	고등학교	25.1		승진	13.3
	대학교	12.5	운전면허 취득 시	10.2	
학교 생활	교사로부터	18.7	보험제도 계약 시	45.4	
	또래학생으로부터	47.1	의료기관 이용 시	4.6	
	학부모로부터	13.7	정보통신 이용 시	1.9	
	결혼	16.4	지역사회생활	7.3	

자료: 한국보건사회연구원(2014)

보다 구체적으로 장애인 보험차별 사례들을 살펴보자. 장애인차별상담전화평지(1577-1330)로 걸려온 보험차별 사례들이 다음에 예시되어 있다. 장애유형별로 인 수거절부터 할증, 부담보 등 다양한 내용들이 접수되고 있다.<sup>23)</sup>

23) 한국장애인단체총연맹(2017)

〈장애인차별상담전화평지 보험차별 사례〉

- **지적장애:** 자녀를 위해 생명보험에 들려고 하였으나, 장애를 이유로 생명보험가입 거절당함
- **정신장애:** 정신장애 3급(조울증) 치료가 거의 끝난 상태였고, 예방차원에서 약을 복용하고 있었으나 조울증으로 인해 약물복용 중이라는 이유로 생명보험가입을 거절당함
- **지체장애:** 뇌병변 1급 장애로 실손 의료보험에 가입하려 함. 생명보험회사에서 서류 검토 후 혈액검사와 소변검사를 요구하여 보건소 간호사가 내방하여 검사를 진행함. 검사 결과 이상 없다는 통보를 받아 제출하였으나 뇌병변 장애인이라는 이유로 돌연 보험가입을 할 수 없다고 통보함
- **지체장애인의 경우, 질병·사망·암보험에 대하여 50% 할증을 통한 보험가입 승인 사례:** 5급 지체장애인이 보험심사에서 승인을 받았으나 질병·사망·암 보험에 대하여 50% 할증이 붙음. 회사에 문의하니 정신적 장애인의 경우 보험가입 불가, 신체적 장애인도 질병·사망·암보험 등에 관해서는 50% 할증을 요구하고, 발달장애아동 보험 역시 보험 승인 거절, 시각장애인은 한쪽 시력 불능인 경우 나머지 쪽에 대해서도 부담보 판정을 내고, 소아마비로 인해 한쪽 다리에 장애가 있다면 양쪽 다리 모두 부담보로 진행하는 것이 회사의 지침이라 함
- **장애부모:** 남편은 시각장애, 부인은 청각장애로 임신하여 자녀를 위해 태아보험에 가입하려 하였으나 부모가 장애를 가지고 있다는 이유로 보험가입을 거절당함. 보험사측은 태아와 산모를 한 몸으로 보아 판단하며 태아의 경우 선천성 난청률이 높을 것으로 판단된다는 이유로 거절함. 또한 아이가 태어나서 18세까지 어떤 보험도 가입할 수 없다는 이야기를 들음. 이 사례는 부모의 장애가 유전된다는 것을 전제로 한 차별임
- 이외에도 장애를 이유로 보험가입 시 추가서류 요청, 교통사고로 인한 중도 지체 장애인에게 의료실비보험에서 상해·재해 부분 제외, 질병부분만 가능하며 질병 부분에도 허리쪽 질병은 보장받지 못한다고 고지하였고, 이후 비장애인에 비해 보장내용과 납입금액의 차이가 심하게 나는 것을 알게 된 사례도 존재함

## 2) 보험차별 구제절차

장애인 입장에서 보험차별이 존재한다고 생각되는 경우 금융감독원, 국가인권위원회, 금융소비자원 등 다양한 기관들을 통해 적극적인 차별구제 활동이 가능하다. 대부분 소비자가 진정서를 직접 접수하여 진행하도록 되어 있다. 대표적으로 국가인권위원회의 보험차별구제 절차를 보면, 소비자가 국가인권위원회에 진정서를 접수하면 국가인권위원회의 판단하에 장애인차별시정위원회<sup>24)</sup>를 구성하고 진정사건을 접수시킨다. 차별시정위원회에서 심의를 거쳐 시정권고 등을 결정한다. 만약 보험회

24) 차별행위에 대한 조사와 구제 업무를 전담하는 기구

사가 국가인권위원회의 권고를 정당한 사유 없이 이행하지 않을 경우는 「장애인차별금지법」 제43조에 따라 법무부장관 직권으로 차별행위자에 대하여 시정명령을 할 수 있으며 이를 위반 시 과태료를 부과할 수 있다.

하지만 장애인들이 보험에서 차별받고 있다는 인식은 큰 데 반해, 장애인 입장에서 보험차별이라고 생각되는 상황에 처해 있을 때 이러한 문제를 적극적으로 해결하려는 시도는 부족한 편이다. 대부분의 소비자들이 적극적인 구제절차를 밟기보다 보험가입을 포기하는 경우가 많다. 보험은 소비자와 보험회사 사이의 정보비대칭성이 어느 금융 분야보다도 심한 편이다. 상품에 대한 이해와 정보가 부족한 소비자 입장에서 보험회사의 인수심사 결과에 적극적으로 대처하기는 쉽지 않다고 볼 수 있다. 더욱이 일반 소비자들보다 이동성이나 의사표현에 제약을 갖는 장애인의 경우는 이러한 문제가 더욱 크게 나타날 수 있다. 「장애인차별금지법」 제4장 제39조(직권조사)에 따르면 국가인권위원회가 소비자나 단체의 진정이 없는 경우에도 법에서 금지하는 차별행위가 있다고 믿을 만한 상당한 근거가 있고, 그 내용이 중대하다고 인정할 때에는 이를 직권으로 조사할 수 있다. 하지만 직권조사는 아주 예외적인 경우에 이루어지는 것으로 일상적인 보험차별을 감시하고, 구제하기 위한 수단으로 보기는 어렵다. 보다 근본적으로 장애인 보험차별을 줄이기 위해서는 소비자와 보험회사 간의 정보비대칭성, 특히 장애인 소비자의 여러 가지 제약 상황을 고려하여, 소비자가 직접 제기하는 구제절차 외에도 추가적인 장애인 보험차별 심사 및 구제제도를 도입할 필요가 있다고 보인다.

#### 다. 보험차별금지를 위한 법·제도 개선

##### 1) 보험차별 관련 법

장애인 보험차별금지와 관련된 법안으로는 「장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」, 「보험업법」 등이 있다.<sup>25)</sup> 「장애인차별금지법」에서는 금융상품 및 서비

25) 상세한 법안 내용은 [부록을 참조

스 제공에 있어 정당한 사유 없이 장애인을 제한, 배제, 분리, 거부하여서는 안 된다고 규정하고 있다. 보험업법에서는 계약의 체결 또는 모집에서 금지되는 행위들을 제시하고 있으며, 이를 위반하였을 때의 과징금, 과태료, 그리고 배상책임 등을 명시하고 있다.

### 〈그림 IV-2〉 장애인 보험차별금지법 개정

<p>보험업법</p> <p>2010.7.23 전문개정</p>	<p>➢ 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)</p> <p>✓ 제1항 제10호. 보험계약의 체결 또는 모집에 중사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 정당한 이유 없이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위를 하여서는 아니된다.</p> <p>➢ 제196조(과징금) / 제209조(과태료)</p> <p>✓ 제97조를 위반한 경우 보험회사는 해당 보험계약 수입보험료의 100분의 20 이하 과징금</p> <p>✓ 제97조를 위반한 경우 2천만원 이하의 과태료(임직원) 또는 1천만원 이하의 과태료(모집인) 부과</p>	
<p>상법 제732조 (15세 미만자 등에 대한 계약의 금지)</p> <p>2014.3.11 개정</p>	<p>개정전</p> <p>제15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다.</p>	<p>개정후</p> <p>제15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. <b>다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때의 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니한다.</b></p>
<p>국가인권위 「장애인 보험차별 개선 을 위한 가이드라인」</p> <p>2013년</p>	<p>✓ 장애인에 대한 보험차별 정의</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애를 이유로 보험상당 또는 심사 자체 거부, 보험조건에서 부당한 차별, 부당한 계약 해지, 낮은 보험금 지급, 장애인에게 필요한 설명의무 불이행 및 편의 미제공</li> </ul> <p>✓ 보험차별 행위 입증책임</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 차별행위를 당했다고 주장하는 사람이 입증, 차별에 정당한 사유가 있었음은 보험회사가 입증</li> </ul>	

보험차별 논란이 가장 컸던 상법 제732조는 2014년 개정되었다. 국가인권위원회는 2005년 「민간보험에서의 장애인 차별 개선 권고」에서 「상법」 제732조는 의사능력이 부족한 장애인 보호를 위해 만들어졌으나 개인의 구체적인 상황에 대한 고려 없이 획일적으로 보험에의 접근기회 자체를 박탈함으로써 정신적 장애인의 보험가입 자체가 포괄적으로 제한됨에 따라, 보편적인 권리를 침해하는 차별을 야기하고 있다고 비판하고 「상법」 제732조의 삭제를 권고하였다. 논의를 거쳐 원래 법 조항에 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 단체보험의 피보험자가 될 때의 의사능력이 있는 경우에는 예외로 한다는 규정을 첨가하였다. 하지만 상법 제732조를 둘러싼 논란은 개정 후에도 계속되고 있다. 찬성 의견은 능력이 없거나 부족한 장애인의 보호

를 위해 이 법이 필요하다고 주장하고 있다. 반대 의견은 상법 제732조가 정신적 장애인 또는 그 가족의 행복추구권, 계약의 자유, 재산권, 평등권 등을 침해하고 있으며, 단체보험에서도 의사능력 여하에 따라 보험계약 효력을 판단하도록 하는 것은 비장애인과 형평성에 맞지 않다고 주장하고 있다.

## 2) 보험계약 인수심사제도 개선

일반적으로 보험회사의 상품설계와 그에 대응하는 계약 인수심사는 사적 재량권으로 인정된다. 하지만 장애가 있다는 사실만으로 보험인수를 거절하거나, 합리적인 기준에 근거하지 않은 보험가입 거절이나 제한은 사적 재량권의 범주를 넘어선 문제라 할 수 있다. 이에 장애인에 대한 보험차별을 예방하기 위한 목적으로 국가인권위원회와 금융감독원은 장애인 보험계약 인수와 관련하여 차별을 금지하기 위한 가이드라인을 지속적으로 마련해 왔다.

2000년 10월 생명보험협회가 「장애인보험 공통계약심사기준」을 마련하였다. 그러나 2005년 국가인권위원회는 「민간보험에서의 장애인 차별 개선 권고」에서 공통계약심사기준에서 보험금 지급기준으로 사용되는 ‘장애등급분류표’를 보험인수 시 활용하는 등의 문제점을 지적하였다. 또한 보험회사의 인수기준, 보험상품 약관 등의 불합리한 내용에 대한 적극적인 관리, 감독을 권고하였고, 이를 반영하여 2005년 8월 생명보험협회가 「장애인 보험계약 인수를 위한 모범규준」<sup>26)</sup>을 제정하였다. 장애인도 비장애인과 차별 없이 동일한 심사과정을 거쳐 보험계약 인수를 결정하도록 하기 위한 것이나, 구체적인 세부기준이 없어 현실에서는 가이드라인으로서 제대로 기능을 하지 못했다. 2011년 8월 금융감독원은 보험회사 내부적인 인수 기준을 근거로 장애인에 대한 보험가입 여부를 결정할 경우 기준이 자의적일 수 있어 이를 방지하기 위해 「장애인 등에 대한 보험계약 업무 가이드라인」을 마련했다. 하지만 보험계약의 인수, 유지, 지급단계에서의 장애인 차별에 관한 가이드라인으로 내용이 간

26) 장애인의 보험계약 인수 여부 심사 시 비장애인과 동일하게 직업·환경·재정적 위험 등을 종합적으로 평가하여 질병원인 정도에 따라서 보험가입 여부 및 가입조건 등을 결정함

단하고 추상적이어서 실질적인 가이드라인으로서의 기능이 미흡했다. 이에 2013년 1월 국가인권위는 「장애인 보험차별 개선을 위한 가이드라인」을 제정하였고 ① 장애인에 대한 보험차별을 정의하고, 보험인수, 유지, 보험금 지급 등 단계에 따른 구체적인 차별 사례를 예시하며, ② 보험차별 분쟁에서 차별행위가 있었다는 사실은 차별행위를 당했다고 주장하는 사람이 입증하도록 하고, 차별이 아니거나 정당한 사유가 있었다는 점은 보험회사가 입증하도록 분명히 하였으며, ③ 장애인 보험과 관련하여 보건복지부장관 및 국민건강보험공단 이사장에게 장애인 등록 자료와 건강 보험자료 등 현재 구축된 자료를 연계·정리하여 장애인 건강 통계의 기초자료를 마련할 것 등을 권고하였다.

## 라. 평가

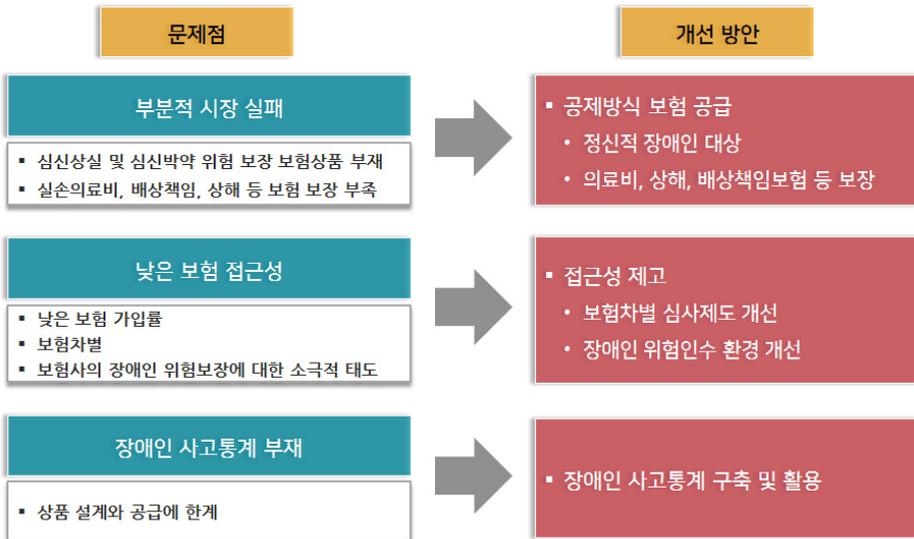
모집단계에서의 부당한 차별은 입증이 비교적 단순한 반면, 보험회사의 계약 인수 심사 과정에 정당한 사유가 있었는지 확인하기는 쉽지 않다. 장애인의 보험가입 거절 혹은 보험조건의 제약은 인수심사 단계에서 결정되고 있다. 장애인의 위험보장에 대한 보험사의 소극적 태도는 여전히 장애인의 보험가입을 어렵게 하고 있다.

특히 보험계약 인수심사는 보험회사의 재량에 따라 이루어지기 때문에 보험차별을 금지하는 국가인권위의 가이드라인은 원칙을 제시할 뿐이어서 보험회사가 장애인의 위험을 적극적으로 인수하도록 유도하는 데 한계가 있다. 따라서 보다 적극적으로 장애인 인수심사 환경을 개선할 필요가 있다.

## V. 장애인 위험보장 강화 방안

본 장에서는 앞에서 논의된 장애인 위험보장의 문제점의 개선 방안을 크게 세 가지 측면에서 논의하고자 한다. 먼저, 정신적 장애인의 경우에는 시장실패가 발생하여 보험가입이 사실상 불가능한 상황이다. 따라서 민영보험상품이 아닌 다른 방식의 위험보장 방안을 고려할 필요가 있다. 다음으로 신체적 장애인의 경우 민영보험 접근성을 제고시키기 위해 보험차별 구제제도를 개선하고, 보험회사의 인수심사 환경을 개선하는 방안을 마련할 필요가 있다. 마지막으로 장애인 대상 보험상품 공급과 인수심사 환경 개선을 위해 장애인의 사고통계 구축이 필요하다.

〈그림 V-1〉 장애인 위험보장 문제점의 개선 방안



## 1. 정신적 장애인 보험공급 방안

앞서 위험보장 현황에서 살펴보았듯이 발달장애인을 비롯한 정신적 장애인은 다른 장애인보다 상해사고와 배상책임사고가 발생할 가능성이 높은 편이나, 현재 공적 제도에서도 이러한 위험을 보장해주고 있지 못하다. 또한 정신적 장애인의 민영보험 가입은 상법 732조의 보험금지급 면책사유에 근거해서 사실상 제한되고 있다. 이 같은 문제를 해결하기 위해 정신적 장애인들이 위험을 공유하는 방법으로 공제보험을 고려해보고자 한다.

### 가. 공제란?

장애인의 위험을 보장하는 보험상품의 공급이 사실상 어려운 상황에서 일반적인 보험상품과 구별되는 위험보장 방안으로 의무보험, 정책성 보험, 그리고 공제를 고려해 볼 수 있다. 의무보험은 사회보험제도로써 보험가입을 의무화하는 국민건강보험, 자동차책임보험, 화재보험 등이 있다. 정책성 보험이란 정부부처에서 정책 목적으로 보험가입을 장려하거나 보험료 등을 지원하는 보험상품이다. 정부의 보험료 보조가 이루어지는 보험으로 농작물재해보험, 풍수해보험, 어선원보험, 어선재해보험 등 상품 종류가 다양하다. 장애인의 위험관리 방식으로 사회보험 형태의 의무보험을 도입하는 것은 한편으로는 장애인의 소득 수준이 전체적으로 높지 않아 소득분배 효과를 가지기 어렵고, 위험보장 수요가 장애유형에 따라 매우 이질적이라는 측면에서 적합하지 않다고 판단된다. 또한 정부가 지원하는 정책성 보험으로 장애인의 위험을 관리하는 것은 사회적 수용 정도에 따라 결정될 수 있겠으나, 장애인들이 처한 위험이 주로 개인단위의 위험이기 때문에 사회적 파급효과가 큰 위험을 주로 보장하는 정책성 보험으로 보장하는 것이 현재로서는 쉽지 않아 보인다.

비슷한 보장 욕구를 가진 장애인을 중심으로 공제회를 구성하고 공제를 통해 위험을 보장하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 공제는 보험과 유사한 경제적 기능을 제공하는 것으로 공제조직에 의해서 운영된다. 공제조직은 상호부조의 목적으로 자유롭게

설립되어 운영되며 공제는 이 조직들이 위험관리를 목적으로 영위하는 사업으로 볼 수 있다.<sup>27)</sup> 공제는 위험을 공유하는 구성원의 성격, 운영하는 목적에서 민영보험의 보험상품과 구분된다. 일반적으로 민영보험이 보험회사 혹은 주주의 영리추구를 목적으로 운영되는 것과 달리, 공제는 공제조직 조합원이 계약자 및 피보험자가 되며 이들의 위험을 관리하고 경제적 이익을 추구한다. 보험상품이 리스크의 크기에 따른 형평성을 추구하는 것과 달리 조합원을 대상으로 리스크 관리를 하는 경우 위험에 대한 연대원칙을 존중하는 측면이 강하다. 물론 공제 역시 보험의 한 형태이기 때문에 유상쌍무계약성,<sup>28)</sup> 대수의 법칙, 급부반대급부 균등원칙,<sup>29)</sup> 수지상등의 원칙<sup>30)</sup>은 보험과 동일하게 적용된다. 정부의 지원하에 운영되는 공제도 존재한다. 중소기업인을 대상으로 한 노란우산공제가 그 대표적 예이다.

이러한 공제보험은 민영보험과 비교해서 사업비가 낮아 보험료가 상대적으로 저렴하며, 민영보험이 모집 유인의 부재로 가입률이 낮은 것과 달리 공제회를 통한 모집이 이루어지므로 가입이 용이한 장점이 있다. 반면에, 공제는 민영보험회사보다 자산의 규모가 크지 않아 높은 위험과 다량의 위험을 인수하기 어렵고, 보험상품 설계와 관련한 전문성이 부족하다는 단점이 있다. 이러한 공제와 민영보험의 장단점을 결합시켜 공제회가 모집 역할을 담당하고 민영보험사가 상품설계와 위험인수를 하는 형태의 혼합방식의 운용도 가능하다.

27) 오영수 외(2011)

28) 무상이 아니라 보험료를 납입하고 보험금을 받으며, 계약자는 보험료를 납부하고 보험자는 보험금을 지급할 의무를 말함

29) 급부와 반대급부에 대한 기대치가 같아야 한다는 원칙을 말함

30) 보험계약자가 납입하는 보험료 총액과 지급보험금 및 경비의 총액이 같아야 한다는 원칙을 말함

〈표 V-1〉 보험 공급 방식 비교

구분	민영보험방식	공제방식	혼합방식(공제+민영보험)
운영주체	민영손해보험사	장애인복지단체협의회	장애인복지단체협의회
보험제도	일상생활배상책임	장애인 종합보험	장애인 종합보험
담보위험	의료비, 재물손해, 배상책임 등 종합담보		
보험료 수준	높음	낮음	공제와 민영보험 사이
장점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 높은 위험 인수</li> <li>• 위험분산 용이</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 가입이 용이</li> <li>• 사업비 가장 낮음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 높은 위험과 다량의 위험 인수 가능</li> <li>• 위험분산 용이</li> </ul>
단점	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 정신적 장애인 가입 제한</li> <li>• 사업비 높음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 높은 위험과 다량의 위험인수 어려움</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 두 주체가 관련되어 운영상 협의 도출 필요</li> <li>• 공제보다 사업비 높음</li> </ul>
근거법	보험업법	장애인복지법	장애인복지법+보험업법

## 나. 장애인 생활지원 종합공제(가칭) 공급 방안

### 1) 가입대상

애초 공제회가 비슷한 이해관계자를 중심으로 조합원을 조직화하는 것처럼 장애인 공제회 조직은 동질적 위험을 공유하는 장애인을 중심으로 구성할 수 있다. 각 장애유형별로 공제회를 조직할 수 있으나, 비장애인 대상 보험상품에 가입할 수 있는 신체적 장애인이 굳이 일반 보험상품보다 보장수준이 높지 않을 공제보험에 가입한 유인은 크지 않을 것이다. 따라서 공제회 구성의 주요 대상자는 발달 장애인을 비롯한 정신적 장애인이라 할 수 있다. 장애유형별로 어느 정도 공통의 이해를 조직화할 수 있는가에 따라 공제회 설립은 매우 유연하게 고려해야 할 것으로 보인다.

공제 가입의 잠재적 대상자라 할 수 있는 정신적 장애인 등록자 규모는 발달장애인(지적장애+자폐성장애)이 18만 4천 여 명, 정신적 장애인은 11만 2천 명으로 정신적 장애인 수는 합해서 약 20만 명 정도 된다. 이 가운데 빈곤층을 제외하고 어느 정도 공제보험료를 납부할 수 있는 소득수준의 장애인 계층이 잠재적 수요규모일 것이

다. 잠재적 수요 규모를 추정해보는 데 있어서 자신의 소득수준에 대한 주관적 판단이 보험구매력에서 중요한 지표일 수 있다. 장애인 실태조사(2014)에서 장애의 경제상태에 대한 주관적 소속계층을 조사한 결과에 따르면, 자신의 경제적 상태를 중층 이상으로 대답한 비율은 장애인 전체 평균 32.7%였다. 장애유형별로는 자폐성장애가 52%로 가장 높았고, 다음이 언어장애로 46.8%였다. 가장 낮은 장애유형은 정신장애로 18.5%였다. 발달장애의 경우 다른 장애유형의 가구보다 보험구매력이 상대적으로 높은 것으로 확인된다.

〈표 V-2〉 주관적 소속 계층

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루·요루	뇌전증	전체
하층	66.9	69.6	64.1	65.3	53.2	68.7	48.0	81.5	67.3	79.9	69.3	60.7	69.4	80.4	79.3	67.4
중층	32.2	29.5	35.9	33.8	44.3	30.4	48.6	18.4	30.9	11.9	28.6	37.7	30.6	19.6	20.7	31.8
상층	0.9	0.9	0.1	1.0	2.5	0.9	3.4	0.1	1.9	8.2	2.1	1.6	-	-	-	0.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 한국보건사회연구원(2014)

## 2) 운영방식

장애인들이 필요로 하지만 보험상품으로 공급이 제한된 위험인 상해 및 질병 의료비, 대인/대물 사고보상 등의 위험을 보장할 수 있다. 보험의 운영방식은 공제회가 보험계약을 모집하고 보험사가 상품을 개발하고 위험을 인수하는 공제와 민영보험의 혼합방식이 가능하다.

실제로 일본에서도 우리나라와 마찬가지로 정신적 장애인의 민영보험가입이 어려워 발달장애인을 위한 생활지원종합보상공제제도를 운영 중이다. 공제를 운영하는 주체는 전국 지방자치단체의 발달장애인 복지협회들과 육성회를 중심으로 조직된 상호부조 성격의 공제회인 장애인생활지원협회로 현재 8만여 명이 가입해 있다. 이

생활지원종합보상공제는 보장담보로 질병이나 부상으로 인한 입원 등 의료비, 사망/후유장해, 배상책임, 지진상해 등의 위험을 보장하고 있다. 개인배상책임의 최고 보장한도는 3억 원, 사망 및 후유장해는 최고 1억 원 수준으로 보험료는 월납 형식이고 보험의 계약기간은 1년이다. 가입 시 건강진단이나 치료가 필요하지 않으며, 기왕증 질환이나 간질도 보상에 포함된다. 장애인공제회와 AIU손해보험사가 협력하여 혼합방식으로 운영하고 있다.

장애인 공제보험을 공급하는 데 있어 예측되는 큰 어려움 중 하나가 위험률 추정과 보험료 산정 등 보험설계의 기술적 측면이다. 장애인은 장애유형에 따라 기대수명을 비롯해 상해위험이나 일상생활 배상책임위험 등 대부분의 위험률이 매우 상이하다. 또한 중요하게 여기는 보장담보의 내용도 다를 수 있다. 이러한 장애인의 이질성을 공제라는 보험형태에 어떻게 담아낼 것인가는 공제보험 공급을 위해서 해결되어야 할 문제다.

장애인의 위험률을 추정할 수 있는 통계적 데이터가 부족한 상태에서 장애유형별로 세부적인 위험률을 추정하는 것은 현재로서는 어렵다. 위험담보의 범위 및 보장수준은 공제회를 구성하는 장애인들의 위험보장 수요를 조사하고 이를 적극적으로 반영하여야 할 것이다. 또한 위험률 차이에 따른 보험료 차등을 어느 수준으로 허용할 것인가에 대한 합의를 이끌어 내는 것도 중요하다. 장애인 공제보험은 공익성이 크기 때문에 전체 가입자의 연대원칙을 존중하여 나이나 성별을 제외한 다른 위험요인에 대해서는 차별을 두지 않고 단일요율을 사용할 수 있을 것이다. 특히 위험률을 추정할 수 있는 통계가 부족한 상태에서는 단일요율 적용이 보다 현실적인 방법이기도 하다. 처음에는 단일요율을 적용하고, 시간이 지나면서 통계가 집적되면 장기적으로는 보다 다양한 보장과 다양한 요율을 가진 상품 설계가 가능할 것이다.

### 3) 정부의 지원

현재 장애인으로 구성된 공제회는 없는 것으로 보인다. 이는 그동안 장애인들이 처해 있던 경제적 상황이 매우 열악했기 때문에 공적제도를 통한 위험보장에 전적으

로 의존해왔기 때문일 것이다. 또한 장애인 위험보장을 위한 노력은 이러한 공적 복지제도를 통한 위험보장을 강화하는 데 대부분 집중되어 왔다. 하지만 장애인에 대한 공적 복지제도가 어느 정도 성숙되어 가고 장애인들의 소득수준이 높아져 가면서, 추가적인 민간 차원의 위험관리에 대한 수요는 증가하고 있다.

정부의 입장에서 장애인 스스로 사전적 리스크관리 차원에서 공제회를 조직하고 공제보험을 운영하는 것은 적극 권장할 일이다. 장애인들이 사고로 인한 손해배상금이나 재해복구비 지출로 인해 빈곤화되면 정부의 복지정책 재원 수요는 그만큼 증가하기 때문에 정부입장에서도 재정적 유인이 존재한다. 정부의 지원은 크게 조직적, 재정적 두 가지 측면에서 이루어질 수 있다. 장애인들이 자발적으로 공제회 설립이 어려운 경우, 중앙정부와 지방자치단체가 장애인 단체나 지역 협회 등과 협력하여 전국적으로 공제회를 조직화하는 데 조직적인 지원을 제공할 수 있을 것이다. 또한 재정적 측면에서 장애인공제를 운영하는 경우 다양한 세제혜택을 부여할 수 있으며, 초기 공제회 설립과정에서 필요한 사업비 지원도 고려해 볼 수 있다.

〈표 V-3〉 발달장애인 생활지원종합공제(가칭) 공급 방안

구분	내용
운영주체	전국발달장애인공제(가칭): 장애인단체, 지방자치단체 산하 장애인협회 등 중심으로 설립
보험방식	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공제+민영보험 혼합방식</li> <li>• 공제회가 보험가입자를 모집 → 보험사가 상품 개발 및 위험인수</li> </ul>
가입대상	지적장애와 자폐성장애 중심
보장내용	의료비(입원, 통원, 수술), 상해, 배상책임 등
정부지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 지방자치단체 중심으로 공제 조직화 지원</li> <li>• 사업비 지원, 세제혜택</li> </ul>

## 2. 장애인 보험접근성 제고 방안

장애인의 보험접근성 제고를 위한 기존의 장애인 보험차별금지 정책은 주로 장애인 보험차별에 대한 가이드라인을 제시하고, 보험사 임직원을 대상으로 장애인 차별에 대한 인식을 개선하는 것이었다. 본 절에서는 보다 적극적인 차별 개선 방안으로 보험차별 구제제도 개선과 장애인 보험계약 인수심사 환경 개선 두 가지를 제기하고자 한다.

### 가. 보험차별 구제제도 개선

첫째, 보험회사의 부당한 보험차별에 대한 적발 및 관리감독을 강화할 필요가 있다. 현재 보험차별 구제제도는 기본적으로 장애인이 진정서를 제출하는 등 문제제기를 해야 심사가 이루어지는 구조이다. 하지만 보통 장애인들이 보험차별을 받았다고 의심되는 경우 적극적으로 보험차별 문제를 제기하기보다는 쉽게 가입을 포기하고 만다. 부당한 차별의 적발을 장애인 소비자의 자발성에만 맡겨두지 말고 보다 적극적으로 차별 실태를 파악하고 관리할 필요가 있다. 현재 차별 민원에 관련된 기관들은 금융감독원, 국가인권위, 금융소비자원 등 다양하다. 이들 기관들에 산재해 있는 보험차별민원 사례들을 장애유형별로 정리하여 데이터로 집적할 필요가 있다. 이러한 데이터에 근거해서 장애인 민원발생률 혹은 인수거절률이 높은 회사에 대해 감독 및 현장검사를 강화할 수 있을 것이다. 또한 부당한 차별로 판명이 난 사례들을 일반 대중에게 공개하는 등 공시제도를 강화하여 적발 후 개선을 보다 강하게 유도할 필요가 있다.

다음으로 소비자의 보험차별 구제제도 이용을 활성화하는 방안이다. 보험차별 구제제도에 대한 홍보를 강화하고, 보험차별 여부 판단을 도와줄 자문단(의료계 등)을 위촉하여 필요 시 장애인단체에 파견이나 지원을 할 수 있도록 한다.

이러한 보험차별 구제제도의 개선을 통해 장애인 소비자들이 적극적 보험차별 구제제도를 밟도록 유도하고, 전문가 자문을 받아 정보비대칭성 문제가 개선되는 효과

를 기대해 볼 수 있을 것이다. “장애인차별금지법”은 제5장 제47조에서 차별행위가 있었다는 사실은 차별행위를 당하였다고 주장하는 자가 입증하고, 차별행위가 정당한 사유가 있었다는 점은 보험회사가 입증하도록 입증책임을 배분하고 있다. 따라서 보험회사는 과학적, 통계적 근거를 통해 장애인에 대한 보험가입 거절 혹은 보험조건의 제약이 정당했는지는 입증해야 한다. 장애인 차별행위에 정당한 사유가 있었는지를 보험회사가 적극적으로 입증하도록 하는 과정에서 인수심사 과정에서 발생할 수 있는 보험차별을 줄여나갈 수 있을 것이다.

#### 나. 인수심사 환경 개선

장애인 보험차별의 또 하나의 큰 논란은 보험회사 인수심사의 투명성과 객관성 여부이다. 위험률을 추정하기 어려운 문제, 장애인 위험에 대한 인수심사 근거가 분명히 제시되지 않고 있는 것이 이러한 논란의 원인이다. 이 문제를 해결하기 위해 장애인 위험률 추정을 위한 T/F 구성을 고려해 볼 수 있다. 이 T/F의 역할은 장애인 사고 위험률에 대한 통계, 의학적·과학적 연구결과를 조사하여 장애인 기초요율을 개발하고, 보험회사들이 이를 적극 활용하도록 제공하여 보험접근성을 제고시키는 것이다. 정부 관련 부처, 보험개발원, 의료계 등이 구성원으로 참여할 수 있을 것이다. 단, 인수심사는 장애와 관계없이 개별적으로 이루어지는 것이 원칙이며, 장애 위험률이 경증장애인에게 역차별로 이용되지 않도록 하는 방안을 마련해야 할 것이다.

〈표 V-4〉 장애인의 보험접근성 제고 방안

구분	보험차별 구제제도 개선	장애인 인수심사 환경 개선
대상	장애인 소비자	민영보험 공급자
개선 방안	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험차별 적발 및 관리감독 강화               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 민원발생률이나 인수거부율이 높은 보험회사에 대해 현장감사 강화</li> <li>- 보험차별 사례들을 장애유형별로 정리하여 이후 참고자료로 활용할 수 있도록 데이터 집적</li> <li>- 장애인 관련 보험차별 민원 공시</li> </ul> </li> <li>• 보험차별 구제제도에 대한 홍보 강화</li> <li>• 보험차별 여부 판단을 도와줄 자문단(의료계 등) 위촉, 필요 시 장애인단체에 파견 지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 투명한 인수심사 근거 마련               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인수심사의 근거가 될 수 있는 사고 통계 및 의학적·과학적 근거 마련</li> </ul> </li> <li>• 장애인 사고위험률 추정을 위한 T/F 구성               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정부 관련 부처, 보험개발원, 의료계 등 포함</li> <li>- 실손의료보험과 같이 장애인에게 필요한 보장상품에 활용</li> <li>- 단, 인수심사는 장애와 관계없이 개별적으로 이루어지는 것이 원칙이며, 장애 위험률이 경증장애인에게 역차별로 이용되지 않도록 방안 마련</li> </ul> </li> </ul>
제도 개선 효과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험차별이 의심되더라도 적극적으로 차별 여부를 따지지 않고 보험가입을 포기해 온 장애인 소비자들이 보다 적극적으로 보험차별 구제절차를 밟도록 유도</li> <li>• 소비자의 보험차별 구제제도 이용을 활성화</li> <li>• 전문가의 자문으로 소비자의 정보비대칭성 문제 개선</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험차별 정당성 여부의 기준이 되는 과학적, 의학적 분석 및 통계 근거를 제시하여 보험차별 논란 제거</li> <li>• 장애인 기초요율 개발로 보다 적극적인 상품개발 환경을 조성하여 보험 접근성 제고</li> </ul>

### 3. 장애인 사고통계 구축 및 활용 방안

장애인 사고통계의 부재는 장애인의 위험보장을 제약하는 매우 중요한 요인이다. 장애인에 대한 별도의 위험률이 없다는 것은 보험사들이 장애인들의 보험가입을 꺼리는 이유인 동시에 장애인들을 위한 다양한 보험상품을 만들 수 없는 이유이기도 하다. 국가인권위원회 역시 이러한 문제를 인식하고 2013년 ‘장애인 보험차별 개선 가이드라인’에서 금감원 등 관련 부처와 함께 보건복지부, 국민건강보험공단 등에 장애인보험 활성화 및 차별을 막기 위해 장애인 건강통계를 축적해 줄 것을 권고하

였다. 2016년 국립재활원이 발간한 『장애와 건강 통계』는 장애인의 다양한 특성별로 사망률, 유병률, 진료비 등의 정보를 제공하고 있으므로, 이를 위험률 산출의 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 보인다.

하지만 아직까지 가시적인 성과가 나타나고 있지 못하다. 이를 위한 정부의 적극적인 개입과 재정지원을 강화할 필요가 있다. 또한 구축된 통계를 장애인 위험을 산출하는 기초요율 자료로 이용할 수 있도록 정부와 보험회사 간의 공사협력이 필요하다.

통계를 만드는 자체가 장애인에 대한 차별소지가 있다는 주장과 함께 개인정보문제도 있어 통계치를 마련하는 것이 현실적으로 쉽지 않은 상태이다. 특히 1~6급으로 나뉜 장애급수에 따른 장애편차가 매우 커서 보험을 위한 통계치를 마련한다고 해도 이 통계치가 유형별로 하나의 대표성을 가질지 의문이다. 장애인 전체 위험률을 사용할 경우 경증장애인에게는 오히려 역차별이 될 수도 있다. 이 같은 점에 유의하여 이에 대한 사회적 합의를 도출할 필요가 있다. 또한 통계 구축과 활용 과정에서 장애인 개인정보 보호 대책이 함께 제시되어야 할 것이다.

---

## VI. 맺음말

---

현대 사회에서 사람들은 질병, 노화, 자연재해 등 많은 장애 발생 위험에 노출되어 있고, 그 누구도 장애로부터 완전히 자유로울 수는 없다. 인생의 어느 순간에는 일시적 혹은 영구적으로 손상을 입게 될 것이고, 노화되면서 기능상의 장애를 경험하게 될 것이다. 하지만 아직도 장애인에 대한 많은 편견들이 존재하고, 복지정책에서도 시혜적 관점이 남아 있다. 2006년 채택된 UN 장애인권리협약은 ‘장애인이 모든 인권과 기본적 자유를 완전하고 동등하게 향유하도록 증진, 보호 및 보장하고, 장애인의 천부적 존엄성에 대한 존중을 증진’하는 것을 목적으로 한다고 규정하고 있다 (WHO 2012). 이를 반영하여 최근 우리나라 장애인 정책의 방향은 장애인이 장애로부터 자유롭게 살 권리, 사회통합, 자립생활의 원칙을 강조하고 있다. 생존복지에서 나아가 장애인 스스로 미래의 위험에 대비할 수 있도록 패러다임 전환이 필요하며, 이 과정에서 공적 보장을 보완하여 장애인의 각종 사고위험을 보장하는 민영보험의 역할이 요구된다.

본 연구는 민영보험을 통한 장애인 위험보장 현황과 한계 및 문제점을 분석하여 민영보험의 장애인 위험보장 역할을 강화시킬 수 있는 방안을 모색하였다. 현재 민영보험의 장애인 위험보장은 보장범위와 수준, 보험가입률 측면 모두에서 미약하다. 이러한 취약한 보장성은 민영보험의 원리에 근거해 볼 때 일정부분 불가피한 측면이 존재한다. 특정 사고의 경우 우연한 사고로 보기 어려울 수 있고, 공평성 측면에서 동일수준의 보장에 대한 보험료가 비장애인보다 높거나 아예 보장에서 제외될 수 있다. 특히 발달장애를 비롯한 정신적 장애인의 경우 보험가입이 제한되고 있다. 다른 한편으로는 보험회사들의 소극적 태도로 장애인 차별 문제는 여전히 논란이 되고 있다. 모집단계에서 보험차별은 그동안 법과 제도적 노력으로 완화되었으나, 계약 인

수심사 단계에서 보험조건의 제약 혹은 가입 거절 시 투명하고 분명한 통계적 근거를 제시하지 못하고 있는 문제 등은 여전히 남아 있다. 보험시장의 원리에 맞지 않아 상품 공급이 제한되는 정신적 장애인의 상해 및 배상책임위험 등은 공제방식을 도입하여 보장하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 보험회사의 부당한 보험차별을 방지하기 위해 이에 대한 적발 및 관리감독을 강화해야 할 것이다. 장애인 사고통계의 부재는 보험회사의 소극적 태도의 원인이 되고 있다. 정부와 보험회사 그리고 유관단체들이 협력하여 장애인 사고통계를 집적하고 활용 방안을 적극 모색해야 할 것이다.

민영 보험회사는 여타 기업과 마찬가지로 사회가 원하는 상품과 서비스를 적절한 가격에 제공하고 이윤을 창출하는 것을 목표로 한다. 하지만 민영보험은 이윤추구와 동시에 각종 위험에 대비한 사회의 중요한 안전장치이기도 하다.

고령화가 진행되어 가면서 고령인구는 점점 장애 인구와 중첩되어갈 것이다. 고령화 시대에 건강한 사람들만을 대상으로 보험상품을 공급하는 방식으로는 한계가 왔다고 볼 수 있다. 보험회사들도 이미 이를 인식하고 유병자 보험을 통해 건강체가 아닌 보험소비자를 대상으로 적극적으로 상품을 개발하고 공급하고 있다. 유병자 보험과 같은 맥락에서 장애인의 위험에 대해서도 전향적인 태도를 취할 필요가 있다.

정부는 공적보험과 복지제도를 통해 장애인의 다양한 사고위험을 예방하고 위험을 보장하는 기능을 수행해 왔다. 소득보장, 의료보장, 안전 등 장애인의 기본적인 위험보장을 더욱 강화함과 동시에 민간차원의 사전적인 위험관리를 적극 지원하고 장려할 필요가 있다. 장애인 공제보험의 도입은 장애인 스스로 위험을 보장하려는 노력으로 볼 수 있다. 장애인 공제보험에 대한 사업비 보조, 공제가입 시 세제혜택 제공 등 인센티브를 제공함으로써 이러한 민간 차원의 노력을 독려할 수 있을 것이다.

## 참고문헌

- 강영실(2016), 『장애인 복지의 이해』
- 국가인권위원회(2014), 『장애인 건강권 증진방안에 관한 연구』
- \_\_\_\_\_ (2012), 『지역사회정착을 위한 장애인정책 현황 및 문제점 실태조사』
- \_\_\_\_\_ (2012), 「장애인 보험차별 개선을 위한 가이드라인 및 의학적·통계학적 연구에 대한 권고」
- \_\_\_\_\_ (2005), 「민간보험에서 장애인 차별 개선 권고」
- 국립재활원(2011), 『장애인 만성질환 예방 및 관리방안에 관한 연구』
- 국민건강보험공단(2016), 『2015년 건강검진통계연보』
- 국민안전처(2015), 『2014 재난연감』
- 김성천(2013), 『소비자차별금지에 관한 연구』, 한국소비자원
- 박경서(2014), 『장애인 재난 위기관리 시스템의 현황과 과제』, 서울특별시 소방재난본부
- 보건복지부(2014), 『2014 보건복지통계연보』
- 보건복지부·국립재활원(2016), 『장애와 건강 통계』
- \_\_\_\_\_ (2016), 「장애와 건강 통계 컨퍼런스」 발표자료
- 보험연구원(2016), 『2016년 보험소비자 설문조사』
- 서울시복지재단·서울시장애인가족지원센터(2015), 『장애인복지맵』
- 서울특별시 소방재난본부(2014), 『장애인 재난위기관리 체계』
- 오영수·김경환·박정희(2011), 『일반공제사업 규제의 합리화 방안』, 보험연구원
- 임성택(2015), 「개정 상법 제732조와 장애인 차별」, 『법학평론』
- 조미희·신동욱·박종혁·김소영·황인욱·김현호·최윤정·임유경·김은하  
(2017), 「장애인 건강검진과 건강증진에 대한 전문가 집단 설문조사 연구」,  
*Korean Journal of Family Practice*, Vol. 7, No. 1
- 한국보건사회연구원(2015), 「장애 인구 고령화: 실태 및 시사점」
- \_\_\_\_\_ (2015), 「2014년 한국복지패널 기초분석 보고서」

- 한국보건사회연구원(2014), 『2014년 장애인 실태조사』  
 \_\_\_\_\_ (2011), 『2011년 장애인 실태조사』  
 \_\_\_\_\_ (2009), 『2008년 장애인 실태조사』  
 \_\_\_\_\_ (2006), 『2005년 장애인 실태조사』
- 한국장애인개발원(2016), 『2016 장애인 통계연보』  
 \_\_\_\_\_ (2015), 『2015 장애인백서』  
 \_\_\_\_\_ (2014), 『EU 및 OECD 국가 장애인복지지표 연구』
- 한국장애인고용공단 고용개발원(2017), 『2016 장애인 통계』  
 \_\_\_\_\_ (2016), 『한 눈에 보는 2016 장애인 통계』  
 \_\_\_\_\_ (2014), 『2014 장애인 통계』
- 한국장애인단체총연맹(2017), 「금융이용 애로 해소를 위한 제안」, 금융위원회 주최  
 장애인 금융접근성 제고를 위한 간담회 자료
- 한국장애인재단(2012), 『WHO 세계장애보고서』
- 황주희(2015), 「장애 인구의 고령화: 실태 및 시사점」, 『보건복지 Issue & Focus』,  
 한국보건사회연구원
- 교육통계서비스(<http://kess.kedi.re.kr/index>)  
 복지포(<http://www.bokjiro.go.kr>)  
 e-나라지표(<http://www.index.go.kr>)  
 통계청(<http://kosis.kr/index/index.do>)  
 학교안전공제중앙회(<http://www.ssif.or.kr>)
- Havercamp, S. M., Scandlin, D., & Roth M. (2004), "Health disparities among adults with developmental disabilities, adults with other disabilities, and adults not reporting a disability in North Carolina", *Public Health Nursing*
- OECD(2010), "Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers"
- WHO(2012), "World report on disability"

# 부 록

〈부록 표 1〉 장애인의 분류

장애인 종류	기준
1. 지체 장애인	가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람 나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨: 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람 마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람 바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람 사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람
2. 뇌병변 장애인	뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람
3. 시각 장애인	가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람 나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람 다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람 라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람
4. 청각 장애인	가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(dB) 이상인 사람 나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨(dB) 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨(dB) 이상인 사람 다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50% 이하인 사람 라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람
5. 언어 장애인	음성 기능이나 언어 기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람
6. 지적	정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전

장애인 종류	기준
장애인	하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람
7. 자폐성 장애인	소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
8. 정신 장애인	지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障礙: 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람
9. 신장 장애인	신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
10. 심장 장애인	심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
11. 호흡기 장애인	폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
12. 간 장애인	간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
13. 안면 장애인	안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람
14. 장루·요루 장애인	배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람
15. 뇌전증 장애인	뇌전증에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람

〈부록 표 2〉 OECD 국가별, 연령별 장애인 출현율(2000년대 후반)

(단위: %)

국가	전체	20~34세	35~49세	50~64세
에스토니아	23.0	10.3	19.1	42.8
헝가리	22.1	6.8	17.9	41.5
덴마크	20.7	12.7	18.6	29.9
핀란드	20.5	10.5	17.4	32.4
포르투갈	18.7	7.5	15.4	35.9
스웨덴	18.1	10.6	18.1	25.5
영국	17.6	8.8	15.4	29.5
독일	17.5	7.1	14.2	30.4
네덜란드	16.8	9.0	15.5	26.1
노르웨이	16.3	8.5	13.2	27.2
슬로베니아	15.0	5.6	12.8	26.5
오스트리아	14.4	5.7	11.6	26.8
슬로바키아	14.0	5.2	11.1	26.5
벨기에	14.0	6.4	13.4	21.9
체코	13.8	5.7	11.6	23.6
아일랜드	13.3	6.7	11.3	23.6
프랑스	13.2	6.3	11.1	23.0
아이슬란드	13.0	10.3	13.5	16.2
캐나다	12.1	5.6	11.1	19.9
호주	12.0	5.2	10.4	23.2
미국	11.9	6.1	10.5	19.8
폴란드	11.3	3.2	7.9	26.0
스페인	11.1	4.7	10.3	20.9
스위스	10.4	5.0	9.7	16.9
룩셈부르크	10.2	4.0	10.1	17.2
이탈리아	9.0	3.5	8.0	15.8
그리스	8.3	2.4	7.0	16.9
멕시코	7.2	4.5	6.8	13.9
한국	6.0	2.6	5.1	13.3
OECD-27	13.8	6.5	12.1	23.8

- 주: 1) 전체 장애 출현율은 2000년대 후반 20~64세 인구 대비 자가판정 장애인 비율임  
 2) 연령별 장애 출현율은 2000년대 후반 연령별 인구 대비 자가판정 장애인 비율임  
 3) OECD-27은 27개국에 대해 가중치를 부여하지 않은 수치의 평균임(에스토니아와 슬로베니아 제외)  
 4) 각 국가별 인구조사에서 장애에 대한 정의 및 측정은 아래의 원자료를 참조  
 - 최소한 6개월 동안 만성 건강문제로 일상 활동에 제한이 있는자 / EU-SILC(Income, Social Inclusion and Living Conditions) 2007(Wave4)  
 - 호주: 심오한(극심한) 또는 중도(가벼운) 핵심활동에 제한이 있는 자 / SDAC(Survey of Disability and Carers) 2003  
 - 캐나다: 건강 및 활동에 제한(가벼운 활동에서부터 아주 힘든 활동까지)이 있는 자 / PALS (Participation and Activity Limitation Survey) 2006

- 덴마크·노르웨이: 오랜 건강 문제 또는 장애가 있는 자 / LFS(Labour Force Survey) 2005
- 한국: 의사 판정을 통해 장애유형 및 정도를 판정하고, 지방자치단체에 등록된 자 / 2005 장애인 실태조사
- 멕시코: 영구적인 또는 일시적인 장애가 있는 자 / ENESS(National Survey of Employment) 2004
- 네덜란드: 임금근로를 수행하거나 구하는 것을 지연시키는 지속적인 불만, 질병이나 장애로 고통받는 자(직업적 장애) / LFS 2006
- 폴란드: 법적으로 장애를 증명할 수 있는 자 / LFS 2006
- 스위스·영국: 1년 이상의 지속적인 건강문제로 능력이 감소하는 자 / LFS 2006
- 미국: 신체적 또는 정신적 상태로 일에 제한을 받는 자 / SIPP(Survey of Income and Program Participation) 2008

자료: OECD(2010); 한국장애인고용공단 고용개발원(2014); 한국장애인개발원(2016) 재인용

〈부록 표 3〉 민영보험에서 장애인 차별을 금지하는 법안 내용 정리

〈장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(장애인차별금지법)〉

**제17조(금융상품 및 서비스 제공에 있어서의 차별금지)** 금융상품 및 서비스의 제공자는 금전대출, 신용카드 발급, 보험가입 등 각종 금융상품과 서비스의 제공에 있어서 정당한 사유 없이 장애인을 제한·배제·분리·거부하여서는 아니 된다.

〈보험업법〉

**제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위)**

① 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 하여서는 아니된다.

10. 정당한 이유 없이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위

**제196조(과징금)**

② 금융위원회는 보험회사의 소속 임직원 또는 소속 보험설계사가 제95조의2·제96조 제1항·제97조 제1항을 위반한 경우에는 그 보험회사에 대하여 해당 보험계약의 수입보험료의 100분의 20 이하의 범위에서 과징금을 부과할 수 있다. 다만, 보험회사가 그 위반행위를 막기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니하다.

**제209조(과태료)**

② 보험회사의 발기인·설립위원·이사·감사·검사인·청산인, 「상법」 제386조 제2항 및 제407조 제1항에 따른 직무대행자(제59조 및 제73조에서 준용하는 경우를 포함한다) 또는 지배인이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우에는 2천만 원 이하의 과태료를 부과한다.

18. 보험회사 임직원이 제95조의2·제95조의4·제97조를 위반한 경우

③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 1천만 원 이하의 과태료를 부과한다.

7. 보험대리점·보험중개사 소속보험설계사가 제95조의2·제95조의4·제96조제1항·제97조제1항·제99조제2항 및 제3항을 위반한 경우 해당 보험대리점·보험중개사. 다만, 보험대리점·보험중개사가 그 위반행위를 방지하기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우는 제외한다.

10. 제97조 제1항을 위반한 자

**제102조(모집을 위탁한 보험회사의 배상책임)**

① 보험회사는 그 임직원·보험설계사 또는 보험대리점(보험대리점 소속 보험설계사를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)이 모집을 하면서 보험계약자에게 손해를 입힌 경우 배상할 책임을 진다. 다만, 보험회사가 보험설계사 또는 보험대리점에 모집을 위탁하면서 상당한

주의를 하였고 이들이 모집을 하면서 보험계약자에게 손해를 입히는 것을 막기 위하여 노력한 경우에는 그러하지 아니한다.

#### 제129조 제3호(보험요율 산출의 원칙)

보험회사는 보험요율을 산출할 때 객관적이고 합리적인 통계자료를 기초로 대수(大數)의 법칙 및 통계신뢰도를 바탕으로 하여야 하며, 보험요율이 보험계약자 간에 부당하게 차별적이지 아니할 것이라는 사항을 지켜야 한다.

#### 〈보험업법 시행규칙〉

#### 제26조 제2호(보험중개사의 준수사항)

영 제41조 제3항 제5호에서 “총리령으로 정하는 보험중개사의 준수사항”에서 보수의 많고 적음에 따라 보험계약자 등에 대하여 업무수행에 차별을 두지 아니한다는 내용의 사항

자료: 김성천(2013)

〈부록 표 4〉 전체인구와 장애유형별 사고발생 비교

(단위: %, 천 명)

구분	운수사고 (교통사고)	추락(떨어짐) /미끄러짐	사고자 수	장애인 수	사고발생률
지체장애	25.2	48.3	107.9	1,339.6	8
뇌병변장애	10.1	71.5	25.3	289.3	8.8
시각장애	15.8	40.1	21.2	274.5	7.7
청각장애	12.6	63.6	21.8	277.4	7.8
언어장애	0	10.2	0.6	21.4	2.8
지적장애	18.3	36.7	9.9	182.3	5.5
자폐성장애	0	55.7	0.6	19	3.3
정신장애	12.7	15.1	6.8	105	6.5
신장장애	0	57.3	4.1	71.9	5.7
심장장애	61.6	38.4	0.9	8.5	10.2
호흡기장애	35.5	0	1.3	16	8.1
간장애	19.4	69.2	1.2	11.8	10.3
안면장애	-	-	-	3	-
장루·요루장애	11.9	59.5	2.5	16.7	14.8
뇌전증장애	42.2	34.6	1.9	9.8	19.9
전체장애인	19.8	50.2	205	2,646.10	7.7
전체인구(일반)	93.9	1.1	360.1	50,746.70	0.71

주: 1) 사고발생 수와 장애인 수는 전국추정수임

2) 일반인의 운수사고(교통사고)는 도로교통과 철도사고 포함

자료: 장애인 실태조사(2014); 국민안전처(2015)

## 보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서, 조사보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

### ■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영 · 윤성훈 · 이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선 방안 / 전용식 · 채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석 · 강성호 ·  
마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선 방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸  
2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열 · 최장훈 · 김유미  
2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선 방안 / 이승준 · 정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 이해은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환  
2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정 · 박지윤 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형 · 이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호 · 류건식 · 김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선 방안 / 송윤아 · 이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈 · 이태열 · 김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석 · 이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희 · 한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중 · 김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유보가격 측정 연구 /  
지홍민 2017.12
- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화 · 박정희 2018.1

- 2018-2 건강생활서비스 공·사 협력 방안 / 조용운·오승연·김동겸 2018.2  
 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식·강성호·이상우 2018.2  
 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현·이혜은 2018.2  
 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영·김세영·이선주 2018.2  
 2018-6 계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린·정성희 2018.3  
 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식·이혜은 2018.3

### ■ 연구보고서(구)

- 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·이혜은 2009.3  
 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식·이창우·김동겸 2009.3  
 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 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·이혜은 2010.4  
 2010-2 생명보험상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태·이경희 2010.5  
 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진익·김동겸 2010.7

### ■ 정책보고서(구)

- 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·이경아·이혜은 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 · 최 원 · 김세중 · 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선 방안 / 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 · 진 익 · 유진아 · 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선 방안 / 안철경 · 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 황진태 · 이정환 · 최 원 · 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 개선 방안 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 개선 방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익 · 오병국 · 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선 방안 연구 /

- 이승준 · 김해식 · 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준 · 강민규 · 이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선 방안 / 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 · 김진익 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사건강보험 협력방안 / 조용운 · 김경환 · 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식 · 조재린 · 이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진익 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호 · 정봉은 · 김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준 · 이정택 · 김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

## ■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형 · 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익 · 유시용 · 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목 · 최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경 · 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선 방안 / 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/ 송윤아·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·  
이혜은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ① sure 4.0 / 진 익·김동겸·김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제/ 김해식·김석영·김세영·  
이혜은 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
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략/ 임준환·정봉은·황인창·이혜은·  
김혜란·정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로  
/ 최창희·황인창·이경아 2016.5

- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식 · 강성호 · 김동겸 2016.5

## ■ 조사보고서(구)

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문 · 김진억 · 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 영업행위 규제 개선 방안 / 서대교 · 김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우 · 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원 · 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준 · 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선 방안 / 조용운 · 서대교 · 김미화

- 2010,4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익 · 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 · 최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익 · 김해식 · 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 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 · 최 원 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 · 최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운 · 황진태 · 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선 방안 / 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, 행위 규제 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 개선 방안 / 김경환 · 강민규 · 이해량 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 ·  
오승연 · 이상우 · 최 원 2014.8

- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선 방안/ 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
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리/ 조영현 · 조재린 · 김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석-대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로- / 최창희 · 정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안/ 이태열 · 황진태 · 이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사/ 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향/ 오승연 · 김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략/ 전용식 · 조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안/ 이승준 · 민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리/ 김해식 · 김세중 · 김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점/ 전용식 · 송윤아 · 채원영 2016.4
- 2016-5 금융 · 보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로/ 정원석 · 임 준 · 김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교/ 조재린 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중 · 소형 보험회사의 생존전략/ 이태열 · 김해식 · 김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중 · 김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사/ 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구/ 이기형 · 김혜란 2016.9

## ■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화/ 최 원 · 김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구-Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식 · 이정환 2014.8

- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호 · 정원석 · 김동겸  
2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매실태 도입방안 / 정봉은 ·  
이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원 · 이해랑 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근 · 박춘원 ·  
이항용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주 · 박선영 · 김유미  
2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석 · 김미화  
2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선 방안 연구 / 김석영 · 김혜란 2015.12
- 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2

#### ■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
- 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1

#### ■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 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, 2014.8
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11

## ■ 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 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열 · 조재린 · 황진태 · 송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환 · 황인창 · 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호 · 류건식 · 정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6

- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10  
 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1  
 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7  
 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창 · 조재린 2016.7  
 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희 · 이태열 2016.9  
 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2  
 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7  
 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식 · 이태열 2017.7

### ■ 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 / 진 익 2008.7  
 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희 · 서성민 2008.9

### ■ 간행물

---

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

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

# 『 도서회원 가입안내 』

## 회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연구보고서</li> <li>- 기타보고서</li> <li>- 연속간행물</li> <li>· 보험금융연구</li> <li>· 보험동향</li> <li>· KIRI 포커스 모음집</li> <li>· KIRI 이슈 모음집</li> <li>· KOREA INSURANCE INDUSTRY</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연구보고서</li> <li>- 기타보고서</li> <li>- 연속간행물</li> <li>· 보험금융연구</li> <li>· 보험동향</li> <li>· KIRI 포커스 모음집</li> <li>· KIRI 이슈 모음집</li> <li>· KOREA INSURANCE INDUSTRY</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 연구보고서</li> <li>- 기타보고서</li> <li>- 연속간행물</li> <li>· 보험금융연구</li> <li>· 보험동향</li> <li>· KIRI 포커스 모음집</li> <li>· KIRI 이슈 모음집</li> <li>· KOREA INSURANCE INDUSTRY</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 영문연차보고서</li> </ul>	-	-

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

## 가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775-9080 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 자료실 (02-3775-9080 / pgc0703@kiri.or.kr)



## 저자약력

### 오승연

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

### 김석영

University of Arizona 수학 박사  
보험연구원 연구위원  
(E-mail : skim@kiri.or.kr)

### 이선주

성균관대학교 보험계리학 석사  
보험연구원 연구원  
(E-mail : sjlee87@kiri.or.kr)

연구보고서 2018-8

## 장애인의 위험보장 강화 방안

---

발행일 2018년 4월

발행인 한 기 정

발행처 보험연구원

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38  
화재보험협회빌딩  
대표전화 : (02) 3775-9000

조판및  
인쇄 고려씨엔피

---

ISBN 979-11-85691-83-1 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원