

정책토론회

장애인·정신질환자 위험 보장 강화 방안

본 자료는 2017년 4월 14일 개최된 정책토론회 「장애인·정신질환자 위험 보장 강화 방안」에서 발표한 내용을 정리한 것입니다.

CONTENTS

정책토론회

장애인·정신질환자 위험 보장 강화 방안

I. 개최 취지 5

II. 장애인 위험 보장 강화 방안 7

III. 정신질환 위험 보장 강화 방안 14

IV. 토론내용 요약 21

「이경희」 (상명대학교 글로벌금융경영학과 교수)	21
「조한진」 (대구대학교 사회복지학과 교수)	22
「임을기」 (보건복지부 장애인정책과 과장)	23
「김정진」 (나사렛대학교 사회복지학부 교수)	23
「박주영」 (금융위원회 금융소비자과 과장)	24
「권재현」 (한국장애인단체총연맹 정책홍보국 국장)	25

I. 개최 취지

- 기대수명 증가로 인해 생애과정에서 장애를 갖게 될 위험은 갈수록 커지고 있음
 - 우리나라 장애인 중 고령자 비중은 43.3%이며, 이는 전체 인구의 고령자 비중인 12.7%에 비해 월등히 높은 수준임
- 장애인의 질병 및 사고위험은 크지만, 위험을 보장할 경제적 여력이 부족하고 특히, 민영보험을 통한 위험 보장이 취약함
 - 하나 이상의 민영보험에 가입하고 있는 장애인의 비율은 33% 정도로 전체 인구의 가입률 대비 매우 낮은 편임¹⁾
- 일반 성인 4명 중 1명은 평생 한 번 이상 정신질환을 경험하고 있으며, 정신질환 환자와 의료비는 증가 추세에 있음
 - 전체 정신질환 평생유병률은 27.6%이며, 니코틴·알코올 사용장애를 제외한 정신질환 평생유병률은 14.4%임
- 정신질환은 유병률이 높은 질환임에도 불구하고 정신질환에 대한 사회적 편견으로 인해 정신질환자가 적극적인 치료를 기피하고 있고, 민영보험의 접근성 또한 낮은 상황임
- 정신적 장애를 비롯한 신체적 장애는 더 이상 소수 특정 계층의 문제가 아닌 모든 사람에게 발생할 수 있는 위험임을 인식할 필요가 있음
- 이에 이번 정책토론회에서는 장애인과 정신질환자 위험의 특징과 민영보험을 통한 위험 보장의 현황과 문제점을 살펴본 후, 장애인과 정신질환에 대한 보험공급 강화 방안 및 민영보험 접근성 제고 방안을 논의함

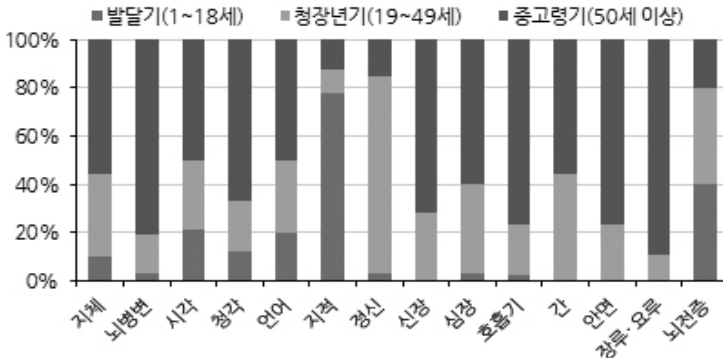
1) 국가인권위 보도자료(2013. 1)

- 제1주제 『장애인 위험 보장 강화 방안』에서는 장애인의 위험 보장이 취약한 이유를 검토하고, 공제방식의 정신적 장애인 위험 보장과 장애인 보험차별 개선을 통한 보험 접근성 제고 방안을 살펴봄
- 제2주제 『정신질환 위험 보장 강화 방안』에서는 정신질환 위험 보장의 문제점을 살펴보고, 정신질환에 대한 사회적 인식 개선과 건강검진 강화, 정신질환에 대한 보험 접근성 제고 방안 측면에서 정신질환에 대한 위험 보장 강화 방안을 살펴봄

II. 장애인 위험 보장 강화 방안2)

- 우리나라 장애출현율은 2014년 기준 5.59%이며, 장애로 인정하는 범위가 좁고 기준이 엄격하여 세계 장애인구 비중인 15%에 비해 매우 낮은 편임
 - 일상생활장애라는 기준을 적용하면 장애인구 비중은 10%에 이를 것으로 보임
- 전체 장애 발생의 89%가 후천적 원인이며, 주로 중·고령기에 발생함
 - 질병에 의한 장애 발생은 증가하는 추세지만, 사고에 의한 장애 발생은 감소하고 있음
 - 평균수명의 증가로 노년기가 길어지면서 만성퇴행성 질환이나 노화의 과정으로 발생하는 노년기 장애위험이 증가함

그림 II-1 50세 이상 장애인의 장애 발생 시기



자료: 한국보건사회연구원(2015), 「장애인구 고령화: 실태 및 시사점」

- 장애인은 비장애인에 비해 소득이 낮고, 장애로 인한 추가 비용이 필요해 각종 위험에 대비한 보장 능력이 부족한 실정임
 - 2014년 기준 장애인 가구의 월평균 소득은 223.5만 원으로 전국 가구 평균 415.2만 원의 53.8% 수준임

2) 일부 통계 수치 '한국보건사회연구원·보건복지부(2014), 「장애인 실태조사 2014년」' 참고

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

- 장애인의 질병위험 측면에서 살펴보면, 장애인의 유질환율은 33.7%로 전체 인구 17%의 약 두 배에 이르고, 1인당 진료 부담은 장애인이 전체 국민보다 3.9배 높음

- 장애인의 77.2%가 만성질환을 보유하고 있으며, 평균 1.8개의 만성질환을 보유함
- 의료이용 1회당 진료비 차이는 크지 않으며, 입원의 경우 장애인이 전체 인구보다 오히려 낮게 나타남
 - 장애인이 비용부담으로 인해 양질의 진료를 받지 못했기 때문이라면 추가적인 의료 보장이 필요하다고 볼 수 있음

그림 II-2 1인당 연평균 진료비

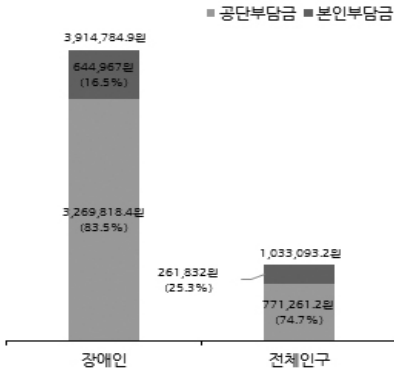
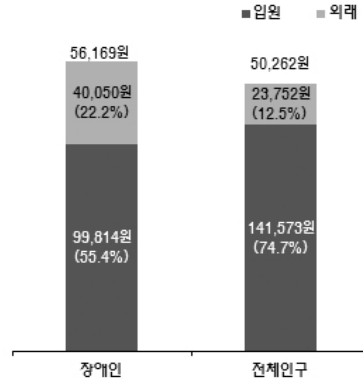


그림 II-3 의료이용 1회당 진료비



자료: 보건복지부 국립재활원, “장애와 건강 통계 컨퍼런스” 발표자료

- 사고위험 측면에서는, 장애인은 일상생활에서 사고위험이 높고, 사고 발생 시 비장애인에 비해 피해 정도가 심각함

- 장애인의 사고 발생률은 전체 인구보다 훨씬 높음
- 화재사고 발생 시 사상자 중 사망자 비중이 장애인의 경우 57.4%로 비장애인의 12.1%보다 훨씬 높음

- 발달장애(지적장애, 자폐성장애)인은 배상책임 사고위험이 큰데, 이는 발달

장애인이 지역사회와 교류하는데 방해요인 중 하나임

- 본인의 상해 사고위험도 높지만, 대인/대물 배상책임 사고가 자주 발생하고 법적 분쟁에 휩싸일 위험이 높음
- 발달장애인의 사고위험을 살펴보기 위해 특수학교와 일반학교를 비교한 결과 특수학교의 사고 발생 빈도와 손실비용이 더 높음

■ 민영보험은 장애인 전용 보험상품과 일반 보험상품을 통해 장애인의 위험을 보장하고 있음

- 장애인 전용상품은 사망, 암, 연금보험이 있으나 판매실적이 매우 저조함
 - 곰두리 보장 보험은 현재 대형 보험사 3사에서만 판매되고 있으며 사망과 암을 보장하고 있음
 - 사업비가 낮아 설계사들의 판매유인이 부족하고, 장애인이 필요로 하는 실손의료비, 상해, 배상책임 위험 등은 보장이 되지 않는 문제가 있음
- 신체적 장애인의 경우 계약 인수심사를 통해 가입과 보험조건이 결정됨
 - 인수심사에서 보험료 할증, 부담보, 혹은 인수거절 등이 결정됨
- 정신적 장애인의 경우 보험가입이 사실상 제한되고 있음
 - 상법 제732조에 따라 심신박약과 심신상실자의 사망담보 보험계약이 무효이며, 사망담보 외에도 대부분의 보험상품에서 보장하지 않는 사항에 포함됨에 따라 보험 가입이 제한됨
 - 심신박약, 심신상실과 같은 중증 정신장애인뿐만 아니라 경증 정신장애인도 사실상 가입이 어려운 상황임

■ 신체적 장애와 경증 정신장애의 경우 보험수요 부족과 공급 제한으로 인해 위험 보장이 취약함

- 수요측 요인으로는 장애인의 낮은 보험구매력과 구매 선택권 제약이 있음
 - 장애인이 높은 위험을 보유한 경우에는 보험료가 높아지고, 보장수준은 낮아져서 필요한 위험 보장을 구매할 수 있는 선택권에 제약이 생기게 됨
- 공급측 요인으로는 장애인 위험 보장에 대한 보험회사의 소극적 태도, 장애인 사고통계 부재로 상품설계 및 공급이 어려움

■ 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 차별경험 중에서 매우 높은 편임
- 보험차별에는 정당한 이유를 갖는 차별과 부당한 차별이 있음
 - 정당한 차별이 되기 위해서는 장애 요인과 사고위험 간의 인과성에 대한 검증된 통계 자료, 의학적·과학적 근거가 필요함
 - 근거가 불명확한 상태에서 편견에 의한 가입거절 혹은 보험조건 제한은 부당한 차별임
- 차별완화와 사회통합 차원에서 위험률 차이에도 불구하고 단일 보험요율을 사용하기도 함
 - 2012년 유럽 법정의 결정으로 유럽 연합 내 보험업자는 남·녀 단일 보험요율을 사용해야 함
 - 공익성이 크고 보험료 부담이 낮은 보험상품의 경우 전체 가입자가 취약계층의 위험을 함께 공유하는 차원에서 단일 요율 사용 검토 가능

■ 장애인의 보험가입 거절 혹은 보험조건 제약은 대부분 인수심사 단계에서 결정되는데, 국가인권위의 가이드라인만으로는 보험사가 장애인의 위험을 적극적으로 인수하도록 유도하는 데 한계가 있음

- 장애인 보험차별 금지를 위한 법과 제도 개선 결과 모집단계에서의 부당한 가입 거절은 감소함
- 인수심사는 보험사의 재량에 따라 행해지며, 경증 정신장애인과 신체적 장애인의 위험 보장에 대한 보험사의 소극적 태도는 여전히 장애인의 보험가입을 어렵게 하고 있음

■ 정신적 장애인의 위험을 보장하는 보험상품이 부재한 상황에서 생활지원 종합공제(가칭)를 통해 위험을 보장하는 방안을 고려해 볼 수 있음

- 공제회는 같은 직업이나 비슷한 이해관계를 가진 주체들이 상호부조를 위해 설립하는 데, 비슷한 보장 욕구를 가진 정신적 장애인도 공제회를 설립하여 위험을 공유할 수 있음
- 의료비, 상해, 배상책임 등 일상생활에서 부딪히는 다양한 위험을 보장

- 공제방식은 민영보험에 비교해서 사업비가 낮아 보험료 수준이 낮은 장점이 있으나, 높은 위험을 다량으로 인수하기에는 한계가 있음
 - 공제와 민영보험의 혼합방식을 고려해 볼 수 있음

표 II-1 장애인 종합보험 공급 방안 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	• 높은 위험 인수 • 위험분산 용이	• 가입이 용이 • 사업비 가장 낮음	• 높은 위험과 다량의 위험 인수 가능 • 위험분산 용이
단점	• 정신장애인 가입 제한 • 사업비 높음	• 높은 위험과 다량의 위험인수 어려움	• 두 주체가 관련되어 운영상 협의 도출 필요 • 공제보다는 사업비 높음
근거법	보험업법	장애인복지법	장애인복지법+보험업법

■ 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

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

표 II-2 정신적 장애인 생활지원종합공제(가칭) 공급 방안

구분	내용
운영주체	- 전국발달장애인가공제(가칭): 장애인단체, 지방자치단체 산하 장애인 - 협회 등을 중심으로 설립
보험방식	- 공제+민영보험 혼합방식 - 공제회가 보험가입자를 모집 → 보험사가 상품 개발 및 위험인수
가입대상	지적장애와 자폐성장애 중심
보장내용	의료비(입원, 통원, 수술), 상해, 배상책임 등
정부지원	- 지방자치단체 중심으로 공제 조직화 지원 - 사업비 지원, 세제혜택

■ 보험차별 문제를 개선하기 위해 장애인 보험소비자의 정보 비대칭성을 완화하고, 적극적으로 차별 여부를 제기할 수 있는 환경 조성이 필요함

○ 장애인 보험차별 감시를 위한 상시적 감독기구 설립

- 보험차별이 의심되더라도 소비자들은 적극적으로 차별 여부를 따지기보다 보험가입을 포기하게 되는 문제를 해결하기 위해 상시적 기구가 필요함
- 정부 관련 부처와 장애인단체, 통계 관련 기구(예, 국립재활원)로 구성
- 정기적으로 장애인 보험차별 현황을 조사하고 차별이 있었을 경우 정당한 이유였는지 심의하고, 보험차별 심의 사례들을 장애유형별로 정리하여 이후 참고자료로 활용할 수 있도록 데이터 집적

○ 보험차별 구제제도에 대한 홍보를 강화하고 정보 비대칭성 완화를 위해 보험차별 여부 판단을 도와줄 자문단을 위촉하고 필요시에 장애인단체에 파견

■ 투명한 인수심사 근거를 마련하고 장애인 기초 요율을 개발하여 민영보험 상품 개발 및 공급 환경을 개선할 필요가 있음

○ 투명한 인수심사를 위해서는 인수심사의 근거가 될 수 있는 사고통계 및 의학적·과학적 근거 제공이 필수적임

○ 이를 위해 장애인 사고 위험률 추정을 위한 T/F 구성

- 정부 관련 부처, 보험개발원, 의료계 등 포함
- 실손의료보험과 같이 장애인에게 필요한 보장상품에 활용
- 단, 인수심사는 장애와 관계없이 개별적으로 이루어지는 것이 원칙이며, 장애 위험률이 경증장애인에게 역차별로 이용되지 않도록 방안 마련

■ 정부는 장애인의 기본적인 위험 보장을 강화함과 동시에 민간의 사전적인

위험관리 노력에 적극적으로 지원할 필요가 있음

- 장애인 사고통계 구축을 위한 정부의 제도적, 재정적 지원 강화 필요
 - 보건복지부의 장애인 정보와 경찰청의 교통사고 통계, 국민안전처의 재난통계 등을 연결하여 장애인 사고통계 구축이 필요함
- 구축된 통계를 장애인 위험을 산출하는 기초 요율자료로 활용할 수 있는 방안 마련
 - 통계 구축과 활용 과정에서 장애인 개인정보보호 대책 필요
- 이 과정에서 장애인 통계 구축 자체가 장애인에 대한 차별소지가 있다는 주장이 있어 이에 대한 사회적 합의가 필요함
 - 장애급수에 따른 장애편차가 커서 보증을 위한 통계치를 마련한다고 해도 이 통계치가 장애인 전체의 대표성을 가진다고 보기 어렵고, 경증장애인에게는 오히려 역차별이 될 수도 있다는 논란이 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

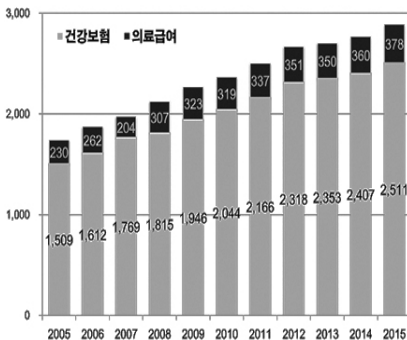
- 민영보험은 이윤추구 목적을 갖지만 동시에 각종 위험에 대비한 사회의 중요한 안전장치 역할도 수행해야 할 것임
- 고령층 보험수요가 커짐에 따라 유병자 보험상품을 적극적으로 공급한 것과 같은 맥락에서 장애인에 대해서도 적극적인 위험 보장 노력이 필요함

Ⅲ. 정신질환 위험 보장 강화 방안

■ 정신건강문제로 인한 사회적 비용은 연간 8.3조 원으로 GDP의 4%를 상회할 것으로 예상됨³⁾

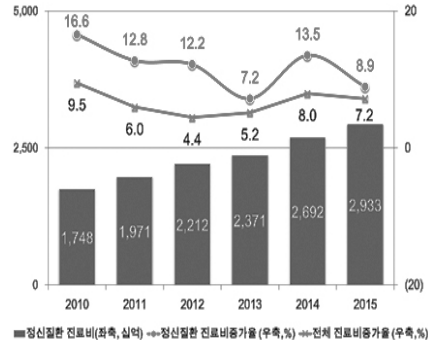
- 건강보험과 의료급여를 통한 정신질환 환자 수는 2015년 289만 명으로 2005년 대비 66% 증가함
- 정신질환 환자 수 증가와 비례하여 정신질환 진료비는 연평균 12% 증가하여 2015년 2조 9천억 원 수준이며, 전체 질환 진료비 증가율(6.7%)을 매년 상회하고 있음

그림 Ⅲ-1 정신질환 환자 수 추이



자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보

그림 Ⅲ-2 정신질환 관련 진료비 규모



자료: 건강보험심사평가원, 의료급여통계연보

■ 정신질환은 자살의 주요 원인 중 하나이며, 자살은 정신질환과 관련하여 가장 큰 사회적 비용임

- 성인의 15.6%는 평생 한 번 이상 진지하게 자살을 생각하며, 자살시도자 중 75.3%는 한 개 이상의 정신질환을 경험한 것으로 나타남⁴⁾
- 죽음의 원인 중 고의적 자해(자살)는 인구 10만 명당 13,513명으로 5위를 차지함⁵⁾
 - 고의적 자해(자살)는 10~30대까지 사망원인 1위이고, 40~50대까지 사망원인 2위임

3) 건강보험정책연구원(2015)

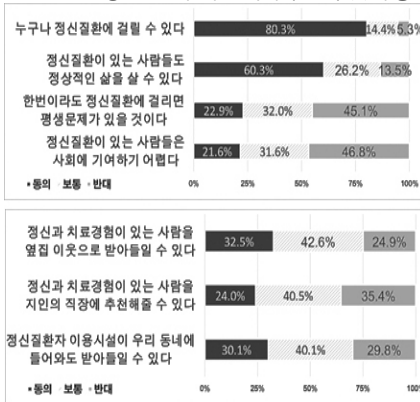
4) 보건복지부(2014), 2013년 자살실태조사

5) 통계청(2016), 2015년 사망원인통계

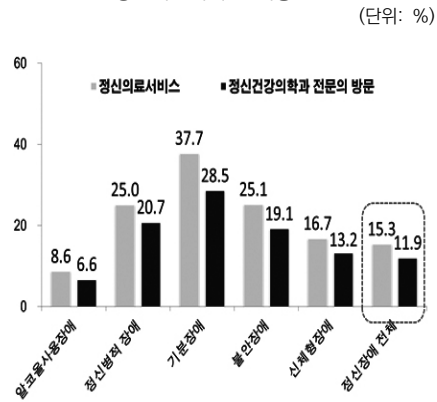
■ 정신질환과 관련된 문제점 중 주목해야 할 것은 정신질환에 대한 사회적 편견·차별로 인해 정신질환자들이 적극적인 치료를 기피한다는 것임

- 누구나 정신질환에 걸릴 수 있다는 것에 대다수가 동의하지만, 정신질환자에 대한 사회적 수용도는 낮은 상태임
- 정신질환자 중 27.2%만이 의사나 정신과 전문의의 상담을 받는 것으로 나타나, 치료 가능성이 높은 경증의 정신질환도 치료받는 경우가 극히 일부임

그림 III-3 정신질환에 대한 사회적 인식 및 수용도 그림 III-4 정신의료서비스 이용률



자료: 국립정신건강센터(2015, 2016)



자료: 정신질환역학 실태조사(2011)

■ 정신질환은 공적 보험영역에서 의료급여, 산재보험, 건강보험 등을 통해 보장되고 있음

- 의료급여는 저소득층 대상 공공부조제도로써 총의료급여 대비 정신질환 의료급여비는 24.9%를 차지하고, 치료환자 수는 2015년 38만 명임⁶⁾
 - 정신질환 의료급여비가 전체 의료급여비에서 큰 비중을 차지하여, 저소득층이 정신질환에 취약함을 알 수 있음
- 산재보험은 업무와 관련하여 근로자가 부상, 질병, 장애, 사망 시 치료비를 보장하며, 정신질환에 대해서도 보장이 이루어지고 있지만, 미흡한 실정임
 - 정신질환 관련 신청건수는 106건에 불과하고, 전체 신청건수 중 산재로 인정되어 보험금이 지급되는 비율도 38.7%에 불과한 상황임⁷⁾
- 한편, 정부는 정신질환 초기 관리를 위해 건강보험 보장을 확대하고 있음

6) 건강보험심사평가원(2015), 의료급여통계연보
7) 산재보험통계연보(2014)

- 외래 정신치료 본인부담(30%~60%)을 입원과 동일하게 20%로 경감하고, 높은 비용부담으로 치료를 방해하는 비급여 정신요법에 대한 보험적용을 확대함

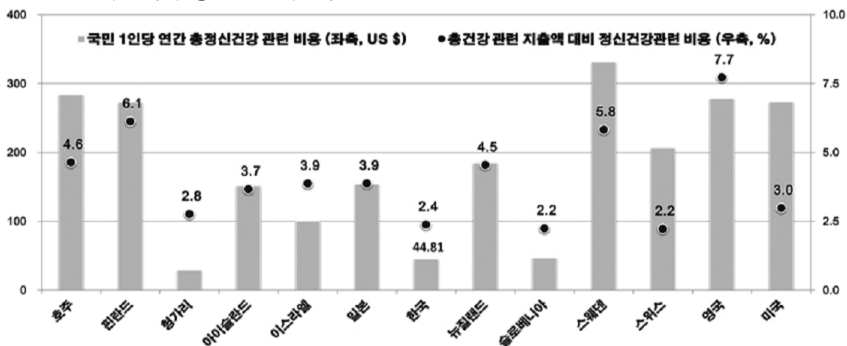
■ 사적 보험영역에서는 실손의료보험, 어린이 보험, 치매 보험 등이 정신질환을 보장하고 있음

- 어린이 보험: 정신질환 특약을 통해 정신질환에 대한 진단, 정신 및 행동장애에 대한 입원비를 보장함
- 치매 보험: 치매진단 후 90일간 상태 지속 시 치료비, 간병비를 보장하며, 주로 중증치매를 중심으로 보장함
- 실손의료보험: 2016년 1월 이후 가입하는 실손의료보험의 보장대상에 일부 정신질환을 포함시킴
 - 치료목적 확인이 가능한 일부 정신질환 치료 시 급여부분의 법정본인부담금을 보장

■ 현재 우리나라의 정신보건 의료비 지출규모는 주요 선진국 대비 미흡한 수준에 있음

- 우리나라의 총국민의료비 대비 정신보건 지출 비중은 2.4%로서, 영국 7.7%, 스웨덴 5.8%, 일본 3.9%과 비교해 낮은 수준임

그림 III-5 주요국의 정신보건 지출액

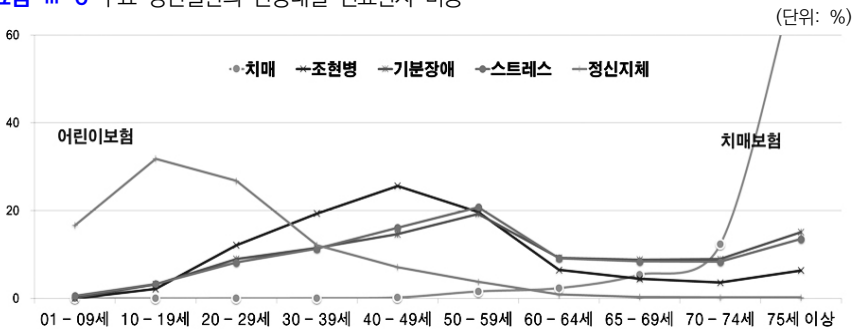


자료: WHO(2015)

■ 최근 10년간 정신장애인을 비롯한 장애인의 보험차별 금지에 관한 법제 개편에도 불구하고, 정신질환자의 보험 접근성은 낮은 수준이고, 정신질환을 보장하는 상품은 미흡한 상황임

- 2005년 국가인권위의 민영보험에서 장애인에 대한 보험 차별 개선을 권고한 후, 보험업법 개정을 통해 정신장애인을 비롯한 장애인에게 보험가입을 거부하는 행위를 금지함
 - 상법개정(2014)으로 사망보험에서 심신박약자가 직접 보험계약을 체결하거나 단체보험의 피보험자인 경우 계약은 유효로 함
 - 실손의료보험 표준약관 변경(2015)으로 일부 정신질환에 대한 보장범위를 확대함
- 그러나 정신질환 병력이 있는 경우 경험통계 부재로 보험인수를 거절할 수밖에 없고, 경증 정신질환자도 해외보험사와 비교하여 까다로운 가입조건을 내세워 가입이 어려운 상황임⁸⁾
- 또한, 대부분의 질병보험에서 정신질환은 중증도에 대한 고려 없이 모든 정신질환에 대해 보험금을 지급하지 않는 예외 질병임
- 근로 활동 기간에 다빈도로 발생하는 기분장애, 스트레스 및 불안장애, 조현병에 대한 보장상품은 공급이 미흡한 실정임
 - 유아기(어린이 보험), 노년기(치매 보험)에 발생빈도가 높은 정신질환에 대한 보장상품은 판매되고 있음

그림 III-6 주요 정신질환의 연령대별 진료환자 비중



자료: 국민건강보험공단, 건강보험통계연보(2015)

- 정신질환에 대한 위험 보장 강화를 위해서는 우선 정신질환에 대한 사회적 인식 개선 노력이 필요함
 - 정신질환에 대한 사회적 편견으로 정신질환자의 치료 비율은 현저히 낮은 상황임
 - 대중들의 정신질환에 대한 잘못된 지식 또는 편견 정도에 대한 파악이 필요하며,

8) 국가인권위원회(2011), 장애유형별 보험차별 개선을 위한 가이드라인 연구

- 교육프로그램, 캠페인 등을 통해 대중들의 정신질환에 대한 이해를 증진해야 함
- 호주 및 영국의 경우 2000년대 초반부터 일반 국민을 대상으로 정신질환에 대한 교육프로그램을 실행하고, 다양한 대중매체(신문, 라디오, TV, 인터넷)를 활용하여 정신질환에 대한 소개와 조기 치료의 중요성을 홍보함

■ 건강보험의 정신질환에 대한 건강검진을 확대하여, 위험 보장을 강화해야 함

- 정신질환자가 정신과를 찾는 것 자체의 부담감 때문에 치료를 기피하는 것이라면, 국민 대다수가 받는 건강보험의 건강검진을 활용하면 치료기피 문제를 해결할 수 있음
- 현재 건강보험의 건강검진에서 우울증에 대한 검사만 시행되고 있으며, 우울증 검사도 만 40세, 만 66세의 생애 전환기 검사에서만 이루어지고 있음
- 성인 정신질환자의 약 50%는 15세 이전에 정신질환이 발병하는 것으로 알려져 있기 때문에, 정신질환 검진 연령과 우울증 이외의 정신질환에 대한 검진을 확대할 필요가 있음

■ 민영보험은 정신질환의 위험 보장을 위해서 중증 정신질환이 어렵다면, 경증 정신질환에 대한 합리적 인수기준을 마련해야 함

- 대부분의 국내 보험사는 정신질환에 대한 경험통계가 구축되어 있지 않기 때문에, 구체적인 인수기준이 미비한 상태임
- 중증 정신질환뿐만 아니라 경증의 정신질환도 명확한 근거가 부족한 상태에서, 위험성을 높게 일반화하여 평가하므로 인수가 외국 보험사와 비교하여 엄격한 상태임
- 과학적·의학적 통계에 근거하여 정신질환별 중증도를 고려한 인수기준이 필요함
 - 정신질환별 인수기준을 세분화하여 다양한 인수옵션 제공이 이루어져야 하고, 의학적, 보험업계, 정부당국 간 협약체 구성을 통해 정신질환 보장 범위 및 인수자침을 마련해야 함
 - 과학적 통계에 근거한 인수거절, 보험료 차등 등은 합리성에 기초한 것이므로 보험 차별이 아님

■ 노동연령에서 발병률이 높은 기분장애, 불안장애 등에 대한 보장상품이 미비하므로, 단체보험을 활용하여 근로자의 정신건강 증진이 필요함

- 단체보험상품을 활용하여 근로자의 정신질환 조기발견 및 치료가 근로현장에서

이루어져야 하며, 이는 정신질환자의 노동 시장으로 통합을 위해 필수적임

- 일본의 경우 근로생산성 감소, 노동재해를 대비하여 노동재해종합보험이나 업무 재해종합보험을 판매·운용 중임

표 III-1 일본의 정신질환 보장 단체보험상품

구분	내용
노동재해 종합보험	(1) 업무 관련 사망, 상해, 질병, 장애 발생 시 보장(산재인정 시 추가보함금 지급) (2) 기업 임직원 대상 정신질환 상담서비스 제공(연 3회 제공)
업무재해 종합보험	(1) 업무 관련 사망, 상해, 질병, 장애 발생 시 보장(산재인정 여부와 상관없이 지급) (2) 정신질환 보장은 특약으로 운용

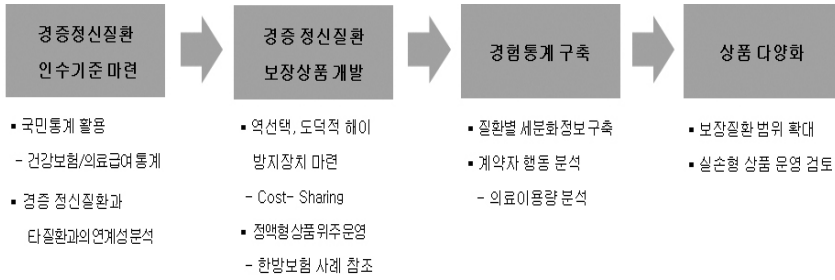
■ 정신질환에 대한 보험상품 공급의 확대 및 운용을 위해서는 도덕적 해이 및 역선택 방지 장치 마련이 필요함

- 정신질환 보장상품의 운용이 어려운 이유는 정신질환은 환자의 주관적 증상에 의존하기 때문에 정신질환 판정의 객관성 확보가 어렵고, 다른 신체질환과 비교하여 도덕적 해이 및 역선택 가능성이 높기 때문임
- 실제 많은 나라에서 도덕적 해이 및 역선택 방지를 위해 정신과 상담 이용횟수 제한, 본인부담금 차등 적용, 연간 치료비 한도 제한과 같은 장치를 이용하고 있음

■ 정신질환자에 대한 보험 접근성 제고 및 정신질환 보장상품의 공급을 위해서는 정신질환 관련 통계 구축이 전제되어야 함

- 정신질환 관련 통계 구축의 미미, 그에 따른 구체적인 인수기준과 위험률 부재 때문에 정신질환 보장상품을 공급할 수 없었고 정신질환 관련 통계를 구축할 수 없는 악순환이 계속되었음
- 따라서, 건강보험·의료급여 통계와 같은 국민통계를 활용하여 정신질환 관련 건강통계가 구축되어야 정신질환별 구체적인 인수기준과 위험률이 마련될 수 있으며, 정신질환 보장상품의 공급을 통해 경험통계 구축이 가능해짐

그림 Ⅲ-7 정신질환 보장을 위한 선순환 구조 창출



IV. 토론내용 요약

「이경희」 (상명대학교 글로벌금융경영학과 교수)

- 장애인의 보험가입에 대한 장벽을 없애자는 논의는 거의 20년 가까이 지속되어 왔지만, 아직도 사회가 요구하는 수준에는 크게 미달한 상태임

- 2001년 금융감독원에서 장애인의 보험가입 확대를 위해 생명보험회사 및 손해보험회사에게 장애인 전용보험 판매를 요청하였음
 - 가격 측면에서 예정위험률은 일반인과 동일하며, 예정사업비는 일반 상품의 80% 수준에서 책정하도록 지도하였지만, 연간 판매 건수는 1,300여 건에 불과함
- 국영보험인 우체국보험에서도 2001년 공익상품의 일환으로 장애인 전용상품을 출시하였음
 - 민영보험과 달리 우체국보험은 공익준비금을 활용해서 보험료의 일부를 지원하고 있어 2015년 말 누적 가입자는 17만 명이며, 전체 장애인 대비 가입률은 6.8%임

- 장애인의 경우 일반인에 비해 보험사고 발생 위험이 높기 때문에 보험료도 높아질 것으로 예상되는 바, 수요자(장애인)의 지급능력 문제 해결을 위해 정부차원에서 적극적인 지원이 필요함

- 경제적으로 취약한 장애인에 대해서는 풍수해보험, 어업재해보험과 같이 보험료의 일부를 국가나 지방자치단체가 지원하는 방식으로 정부가 적극적으로 참여하여 관련 시장을 조성해야 할 것임

- 보건복지부, 건강보험공단 및 보험회사의 자료를 연계하여 장애와 보험사고 간 인과관계가 규명되고 의학적 검토가 충분히 이루어진다면, 보험회사는 위험에 상응하는 적절한 보험료를 부과할 수 있고, 다양한 방식으로 위험의 특성에 부합하는 인수기준도 마련할 수 있을 것임

- 최근 사회 전체적으로 빅데이터를 활용해서 지금까지 해오지 못한 부분에 대한 새로운 가치를 창출해 보자는 논의가 이루어지고 있으므로 민영보험의 역할을 확대하기 위해 이를 활용할 필요가 있음

「조한진」 (대구대학교 사회복지학과 교수)

- 발표자는 “정당한 이유를 갖는 차별”, “정당한 이유 있는 차별”, “정당한 차별”이라는 용어를 사용하였으나, ‘정당한 이유’가 무엇인지를 예시하지 않는 문제가 있음

- 민영보험사의 자의적 해석에 따라 정당한 이유를 구성하여 이를 보험상 차별의 구실로 내세울 여지가 충분히 있음
- 상법 제732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지)의 “심신상실”, “심신박약”, “의사능력”이라고 하는 것이 경우에 따라 애매할 수 있어서 자의적 해석의 여지로부터 자유로울 수 없음

- 둘째, 정당한 이유가 있을 때 보험상 차별을 할 수 있다 하더라도, 이것이 과연 우리가 지향해야 할 바가 맞는지에 대한 의문이 여전히 남음

- 유엔 장애인권리협약 제25조(건강) ⑥에 의하면 당사국은 “건강보험의 제공 그리고 국내법이 생명보험을 허가하는 경우에 그 생명보험의 제공에서 장애인에 대한 차별을 금지하며, 그러한 보험을 공정하고 정당한 방식으로 제공”해야 한다고 되어 있기 때문임
 - 물론, 우리나라의 경우에 장애인권리협약을 비준할 때 동 조항을 유보하고 통과시키는 꼼수를 썼으니 동 조항이 현행법과 충돌될 일은 없으나 그렇다고 우리가 지향해야 할 바가 바뀌는 것은 아님

- 셋째, ‘건강’이라는 개념을 지나치게 의료의 영역으로 축소하는 것이 아닌가 하는 생각이 듭

- 장애인에게 효과적인 건강서비스를 제공하기 위해서는, 공급주체인 의료인을 중심으로 논의가 전개되는 것이 당연하지만, 질 높은 종합적인 서비스를 제공하기 위해서는 학제 간 논의가 필요함

- 민영보험보다 더 근본적인 것은 공적보험의 영역에서 정신적 장애인을 포함한 장애인의 위험에 대한 보장을 강화하는 것임

- 예를 들면, 장애인의 경우에 기대수명이 비장애인보다 짧아 국민연금수령 개시연령이 낮아져야 함

「임을기」 (보건복지부 장애인정책과 과장)

- 최근 장애인과 관련한 건강보험법이 통과되었으며, 이 법에 따라 장애인의 건강 보장을 높이기 위해 접근성을 강화하기 위한 인프라 강화, 이동성 부문 개선, 의료비 지원이나 본인부담금 경감 등을 검토하고 있음
- 장애인의 경우 모두 경제적 어려움이 있지는 않으며, 일정 소득수준이 있더라도 보험 가입 시 차별을 받는 사례가 있음
 - 이에 따라 장애인에 대한 보험차별을 금지하는 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」이 있으나 선언적 규정에 불과하여 법안 소위에서 실효성을 높이기 위한 방안이 논의된 바 있음
 - 보험회사에 대한 과태료 부과 등이 논의되었으나, 이보다는 대중의 인식부터 달라질 필요가 있음
 - 우리나라의 경우 어릴 때부터 장애인과 비장애인이 통합교육을 받지 않고 별도의 교육을 받아오으로써 비장애인 위주의 사회설계가 되어있는 경우가 많고 보험의 경우도 마찬가지임
- 발제자께서 보험차별을 없애는 부분에 대해 검토를 하고 있는데, 위험률이 높고 이에 따라 얼마를 더 부담할 것인지 논의를 해야지 정당한 차별이 있어서는 안 될 것으로 보임
 - 보험차별 문제해결을 위한 대안으로 차별심사기구 구성을 제안하였는데, 이 자체가 필요하지 않도록 보험업계에서 사전에 명확히 할 필요가 있음
- 통계 활용과 관련하여 보건복지부도 빅데이터를 검토하고 있으나, 경찰청의 사고통계 자료와 개별 장애인 통계를 연결해서 사용하는 것은 개인정보보호법 강화로 쉽지 않을 수 있음

「김정진」 (나사렛대학교 사회복지학부 교수)

- 위험 보장 강화라는 표현보다는 장애인 삶의 관점에서 바라볼 필요가 있음
 - 장애인이 겪고 있는 삶 그 자체가 위험에 노출되어 있기 때문에 삶의 관점에서

바라볼 필요가 있으며, 평생계획의 관점에서 보험이 재정적인 측면을 넘어서서 삶을 보호하는 측면에서 연구될 필요가 있음

- 위험성 보장 강화는 삶과 권리, 인간 존엄성과 사회 정의 관점에서 검토되어야 함
- 민영보험의 적용에도 지역사회 삶과 건강 유지를 위해 의료뿐 아니라 상담 및 재활, 사례관리, 건강증진 프로그램으로 확대 적용될 필요가 있음

- 장애인 위험 보장 방안과 관련해서 절충적 공제회 운영이 대안이 될 수 있으나 실효성(자기부담 등), 장애인만을 대상으로 별도로 운영되는 것에 대한 사회통합의 문제 등을 고려할 필요가 있음

「박주영」 (금융위원회 금융소비자과 과장)

- 장애인 금융 관련 문제에 있어, 보험회사들은 위험에 상응하는 보험요율 계산을 정확히 해야 하는 것으로 보는 반면, 장애인은 이를 사회 정의의 관점으로 바라보고 있어 서로 시각이 다름
 - 장애인은 “차별”에 대한 논의를 하게 되면 “차별”은 안된다고 생각하나, 금융기관은 “차별”이 아닌 “계산에 의한 차이”라고 설명함
 - 금융기관이 사용한 “정당한 차별”이라는 용어는 장애인을 “차별”하기 위한 것이 아닌 “정당한 차이”를 위해 사용한 용어이나, 장애인은 이를 “차별”이라고 생각함
 - 금융기관 입장에서는 장애인의 소득이 낮아 보험가입 여력이 없다고 생각하나, 소득이 높은 경우 또한 많으며 소득 외 타 요인들도 존재한다는 점을 이해할 필요가 있음
 - 동일 소득구간에서 장애인의 보험가입률은 비장애인보다 낮게⁹⁾ 나타나므로, 낮은 소득수준만을 보험 미가입 이유로 모두 설명할 수 없음
- 금융기관들은 통계 미보유의 문제를 얘기하고 있으나, 통계 문제는 오래 전부터 논의되어 왔으며 그 동안 보험회사가 얼마나 노력해 왔는지를 생각해 볼 필요가 있음

9) 장애인의 평균소득 구간에서 장애인의 보험가입률은 30%대이나, 같은 소득수준의 일반인은 50% 수준임

- 현재 장애인의 의견¹⁰⁾과 금융기관의 고충에 관해 종합적인 조사를 진행 중이며, 어떠한 것이 필요할지에 대해 상반기 중에 대책을 마련할 계획임

「권재현」 (한국장애인단체총연맹 정책홍보국 국장)

- 장애인의 위험 보장 방안이 장애인 전 영역을 아우를 수 있는 형태로 논의가 확대될 수 있을까 하는 궁금증이 들었음
- 발제자는 장애인이 보험제도 계약 안에서의 차별을 경험한 비율이 45.4% (정신장애: 65.8%, 신체기능장애: 42%)로 언급하고 있어, 전체 영역에 대한 고려도 필요하고 개선방안 및 관점에 대한 접근이 필요할 것으로 보임
 - 위험률이나 요율 등으로 해결할 수 없는 주관적 판단으로 행해지는 보험차별 사례가 여전히 많음
- 민영보험의 공급 필요성, 공제회와의 혼합방식에 기본적으로 동의하나, 정확한 통계구축과 활용이 기반되어야 하며 사회적 합의가 반드시 마련되어야 할 것임
 - 장애유형별 역차별, 낙인효과, 잠재적 위험군으로 분류되지 않도록 세심한 배려가 필요함
- 차별권리구제를 제도화하기 전에 보험회사에서 인수기준을 더 명확히 할 필요가 있으며, 권리구제장치가 필요하다는 전제하에서 볼 때 권익위원회의 권리구제에 대한 실효성, 독립성에 대한 문제 제기가 많이 되고 있는 상황임에 유의해야 함

10) 장애인 1,100명에 대한 심층면접 및 권익위 사례 등

정책토론회

장애인·정신질환자 위험 보장 강화 방안

발행일 | 2017년 6월

발행인 | 한기정

발행처 | 보험연구원

주 소 | 서울시 영등포구 국제금융로 6길 38 (여의도동 35-4)

연락처 | 02-3775-9000

인쇄처 | 경성문화사 / 02-786-2999

Copyright@Korea Insurance Research Institute. All Rights Reserved.

