

장애인 건강 위협 실태 및 정책 제언

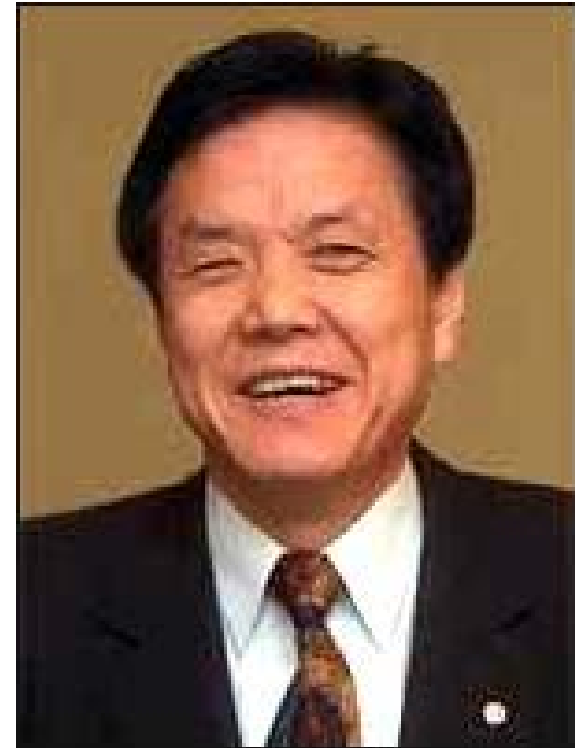
충북대학교 의과대학
박 종 혁 교수



1 장애인 건강수준 및 의료보장 현황

공통점은?

3

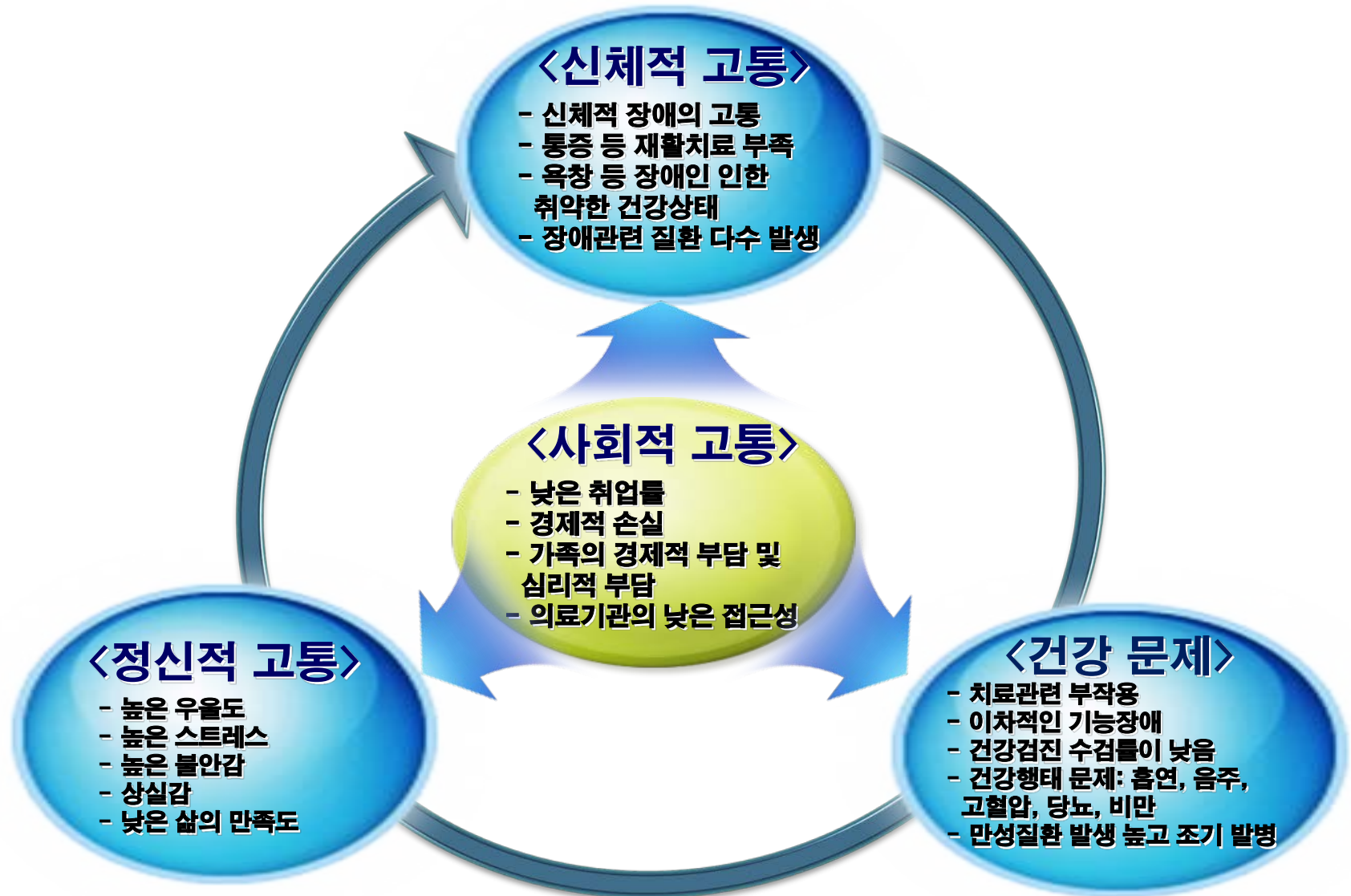


건강권과 법

- “건강은 인간다운 삶을 위한 일차적인 조건인 동시에 가치를 부여해야만 하는 인간 능력(human capability)의 중요한 구성요소 (Amartya Sen. 2008)”
- 건강할 권리(right to health), 보건의료에 대한 권리(right to health care), 보건의료체계 내에서의 권리(right in health care)
- 헌법 제 36 조 3항에 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다.”라고 명시하고 있고, 보건의료기본법 제 10 조 1항에 “모든 국민은 이 법 또는 다른 법률이 정하는 바에 의하여 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가진다.

장애인의 다양한 건강 문제

%



Disability as a Public Health Issue

• **국외: 90년대 초반 전후에 문제인지**

- ▣ **1988년, Michael Marge: ‘Secondary disabilities’ 를 논문에 언급**
 - 장애인의 건강은 불변의 상태가 아니라 악화되거나 나아질 수 있는 ‘**동적인 상태**’
 - 장애인의 건강은 기저장애에 더해 이에 따르는 추가질환 발생위험이 높음
- ▣ **1991년 미국의학원(Institute of Medicine)**
 - ‘**Secondary conditions**’ 이라는 용어로 재조명
 - 장애 발생 후 나타나지만 반드시 기저장애의 결과는 아닌 상태
 - 이차 장애는 예방가능함을 강조
- ▣ **US, Healthy People 2010**
 - 장애와 건강이 새로 추가

Healthy People 2020 관련 지표(미국)

- 6- 1. 장애인 정의 통일
- 6- 2. 소아청소년 장애인 우울증 감소
- 6- 3. 성인 장애인 우울증 감소
- 6- 4. 장애인의 사회적 활동 비율 증가
- 6- 5. 장애인에 대한 정서적 지지 제고
- 6- 6. 장애인의 삶에 대한 만족도 제고
- 6- 7. 장애인의 시설수용률 감소
- 6- 8. 장애인의 고용차별 감소
- 6- 9. 어린이 및 청소년 장애인의 정규교육프로그램 참여율 제고
- 6-10. 장애인의 의료서비스에 대한 접근성 제고
- 6-11. 장애보조기구 지원 강화
- 6-12. 가정, 학교, 직장 및 지역사회에서 장애인의 참여 저해 요인 감소
- 6-13. 장애인과 그의 간병인을 위한 건강증진프로그램 및 건강조사 확대

World Report on Disability (WHO, '11)



Barriers to health care

People with disabilities have the same general health care needs as others

장애인과 비장애인과 마찬가지로 일반적인 의료필요를 가짐

But they are:

2x

more likely to find health care providers' skills and facilities **inadequate**

적절한 의료제 공자와 기관 찾기 어려움

3x

more likely to be **denied** health care

높은 거부율

4x

more likely to be treated **badly** in the health care system

부적절하게 치료 받음



Costs are a major barrier



1/2

of people with
disabilities cannot
afford health care

의료이용할 여력이 부족

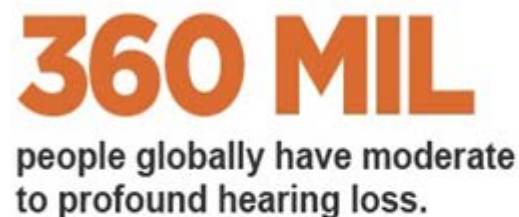
They are:

50%

more likely to suffer
catastrophic health
expenditure

재난적 의료비를 부담

독립적인 삶을 살 수 있도록 하는 재활치료, 보조기기 이용 어려움



Production of hearing aids only meets:



휠체어가 필요한 7천만명의 장애인
중 약 5-15%만 이용가능

보청기 생산량은 필요한 사람
중 약 10%만을 충족

표 3.2 보건의료 서비스를 충분히 받지 못하는 이유⁵⁹

%

- 진료비 부담
- 이동의 어려움
- 의료서비스 부적합
- 좋지 않은 경험
- 정보 부족
- 거부당해서

		저소득국가		고소득 국가		전체 국가들		- 진료비 부담 - 이동의 어려움 - 의료서비스 부적합 - 좋지 않은 경험 - 정보 부족 - 거부당해서	
		장애없음	장애있음	장애없음	장애있음	장애없음	장애있음		
남성									
진료비 부담할 여유가 없음	40.2	58.8*	11.6	29.8*	33.5	53.0*			
교통편 없음	18.4	16.6	6.9	28.3*	15.2	18.1			
교통요금 부담 못함	20.1	여성							
보건의료 서비스 제공 자의 장비 부적합	8.5	진료비 부담할 여유가 없음	35.6	61.3*	25.8	25.0	32.2	51.5*	
보건의료 서비스 제공 자의 능력 부적합	5.8	교통편 없음	14.0	18.1	7.9	20.4*	13.8	17.4	
이전에 좋지 못한 대우를 받은 경험	4.6	교통요금 부담 못함	15.3	29.4*	4.4	15.2*	13.3	24.6*	
시간적 여유가 없음	9.5	보건의료 서비스 제공 자의 장비 부적합	10.2	17.0	8.4	25.7*	9.8	17.0*	
어디로 가야할 지를 모름	5.1	보건의료 서비스 제공 자의 능력 부적합	5.3	13.6*	8.9	20.6*	6.3	15.7*	
본인 혹은 아이가 의료 시설을 이용할 정도로 아프지 않다고 여겨서	42.6	이전에 좋지 못한 대우를 받은 경험	3.7	8.5*	9.3	20.1*	5.3	10.2*	
시도했으나 의료 서비스를 거부당함	5.2	시간적 여유가 없음	6.1	8.3	8.3	17.8	6.6	10.6	
기타	12.8	어디로 가야할 지를 모름	7.7	13.2	9.3	16.2	9.0	12.2	
		본인 혹은 아이가 의료 시설을 이용할 정도로 아프지 않다고 여겨서	30.7	28.2	21.3	22.6	29.3	29.3	

WHO action plan 2014–2021: Better health for persons with disabilities



Guiding principles & approaches

- **장애인 권리협약**(Convention on the rights of persons with disabilities)에 근거
- **보편적 의료보장 지향**(Universal health coverage)
- Life course approach, continuum of care
- Multi-sectoral approach
- Person-centered approach; empowerment of persons with disabilities



Proposed objectives

1. Address barriers and improve access to health care services and programmes. (의료 접근성↑)
2. Strengthen and extend habilitation and rehabilitation services, including community based rehabilitation, and assistive technology.
3. Support the collection of appropriate and internationally comparable data on disability, and promote multi-disciplinary *research on disability*.

UN 총회 장애 관련 고위급회의



- 2013년 9월 23일
- 고위급회의 안건으로 최초 논의
- 장애인의 사회통합발전을 천명
- 보건의료, 재활, 관련 근거산출 강조

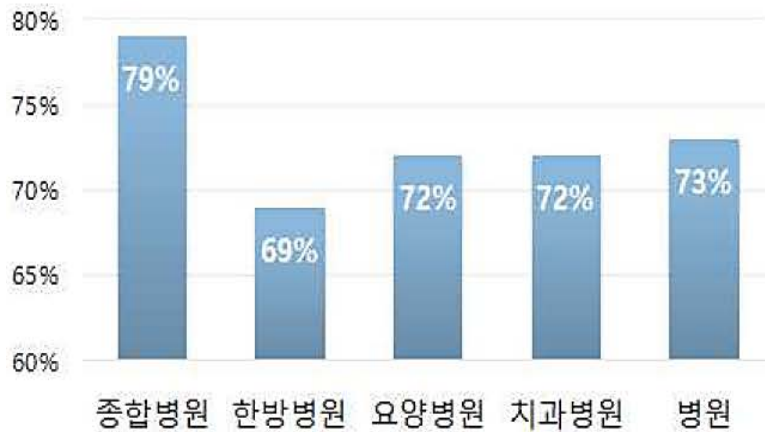


장애인 건강은 왜 국내에서 다루어지지 않았나?

- 첫째, 기본적으로 모든 장애인은 본래 불건강하다는 잘못된 인식을 내포 => 장애부위만 불편할 뿐 다른 신체는 건강함
- 둘째, 공중보건은 장애 상태를 예방하는 데에만 중점을 맞추어야 한다는 인식을 갖게 함 => WHO기준으로 보면 국내 장애인구는 약 500만명, 이차 장애 예방 중요
- 셋째, '장애'나 '장애인'이라는 어의가 공중보건의 목적과는 부합하지 않음 => 장애인은 만성질환이 조기발생하고 이차 장애가 발생
- 넷째, 환경적 측면이 장애의 진행에 영향을 미치지 않는다는 인식을 갖게 할 수 있다 => 이동성, 교육, 소득 등 사회적 건강결정요인은 건강과 매우 연관성이 높음

의료기관 유형별 장애인 접근성

- 의료접근성에 대한 법률과 국민권익위원회에서 장애인 차별 금지법 모니터링을 매년 실시하고 있음에도 불구하고 의료기관 접근성은 미흡



의료기관 유형별 시설 접근성

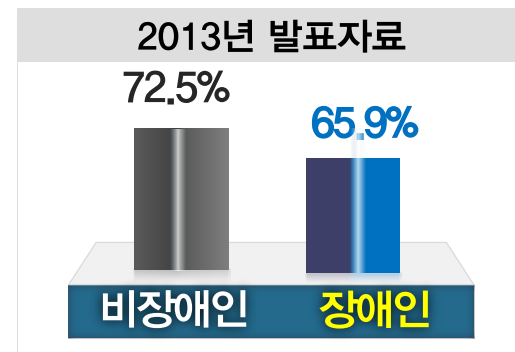


의료기관 유형별 정당한 편의제공

* 출처 : 배선희, 2015에서 재인용

중증장애인의 낮은 건강검진수검률

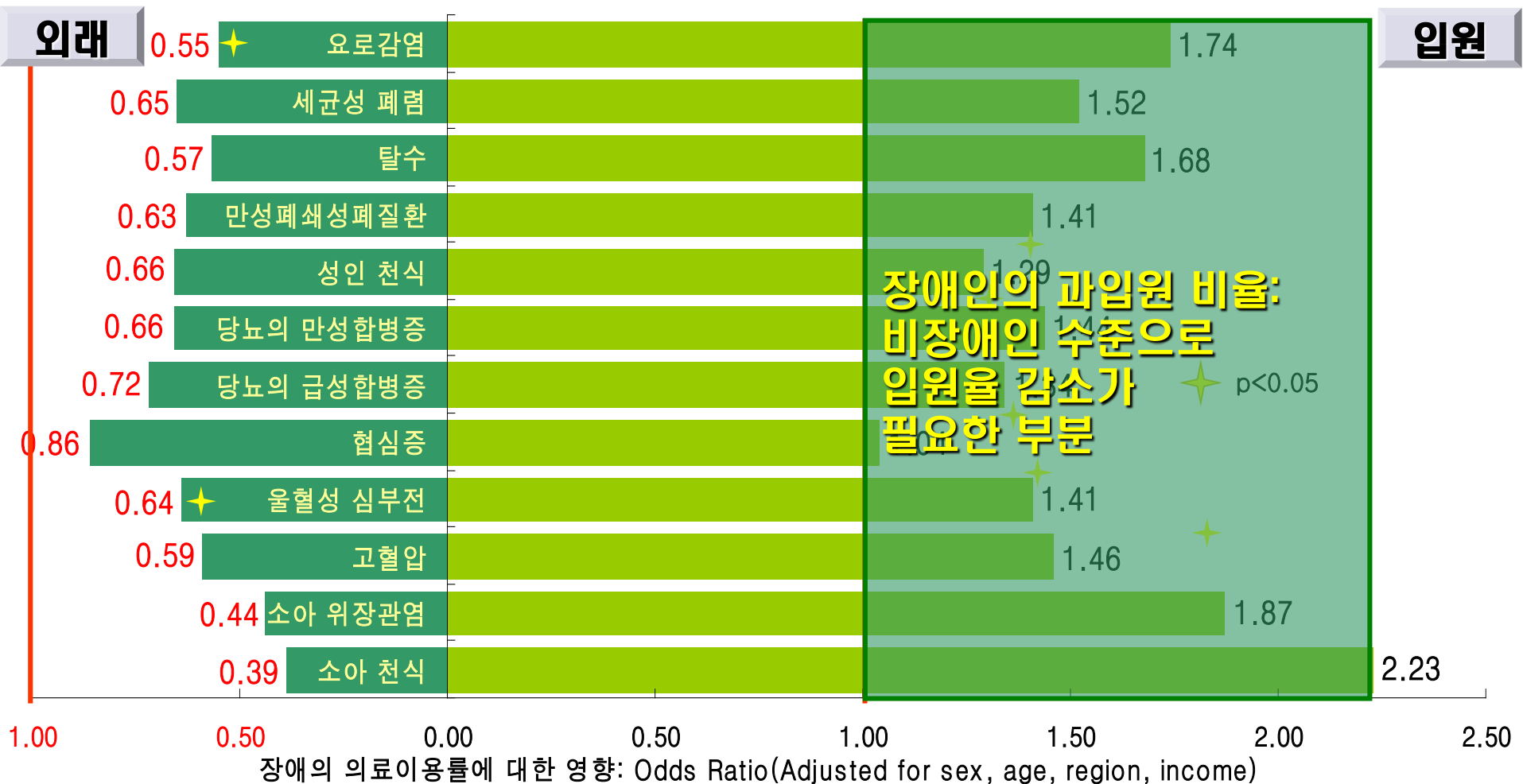
- 중증 장애인(1~2급) 장애인 수검률 50% 미만
- 암검진수검률도 비장애인의 절반 수준



	1급	2급	3급	4급	5급	6급
일반건강검진 수검률	39.3%	47.0%	57.9%	63.5%	66.6%	69.4%
유방암검진 수검률	24.2%	34.4%	45.1%	53.1%	56.1%	60.6%
자궁경부암검진 수검률	18.5%	26.9%	35.1%	40.3%	44.9%	50.5%
간암검진 수검률	36.3%	37.2%	44.6%	46.3%	47.5%	50.6%
위암검진 수검률	27.4%	35.7%	46.0%	52.6%	55.7%	57.2%
대장암검진 수검률	17.7%	22.1%	28.0%	30.6%	32.8%	34.3%

장애인의 이동성의 제약은...

낮은 외래이용, 높은 입원이용 초래

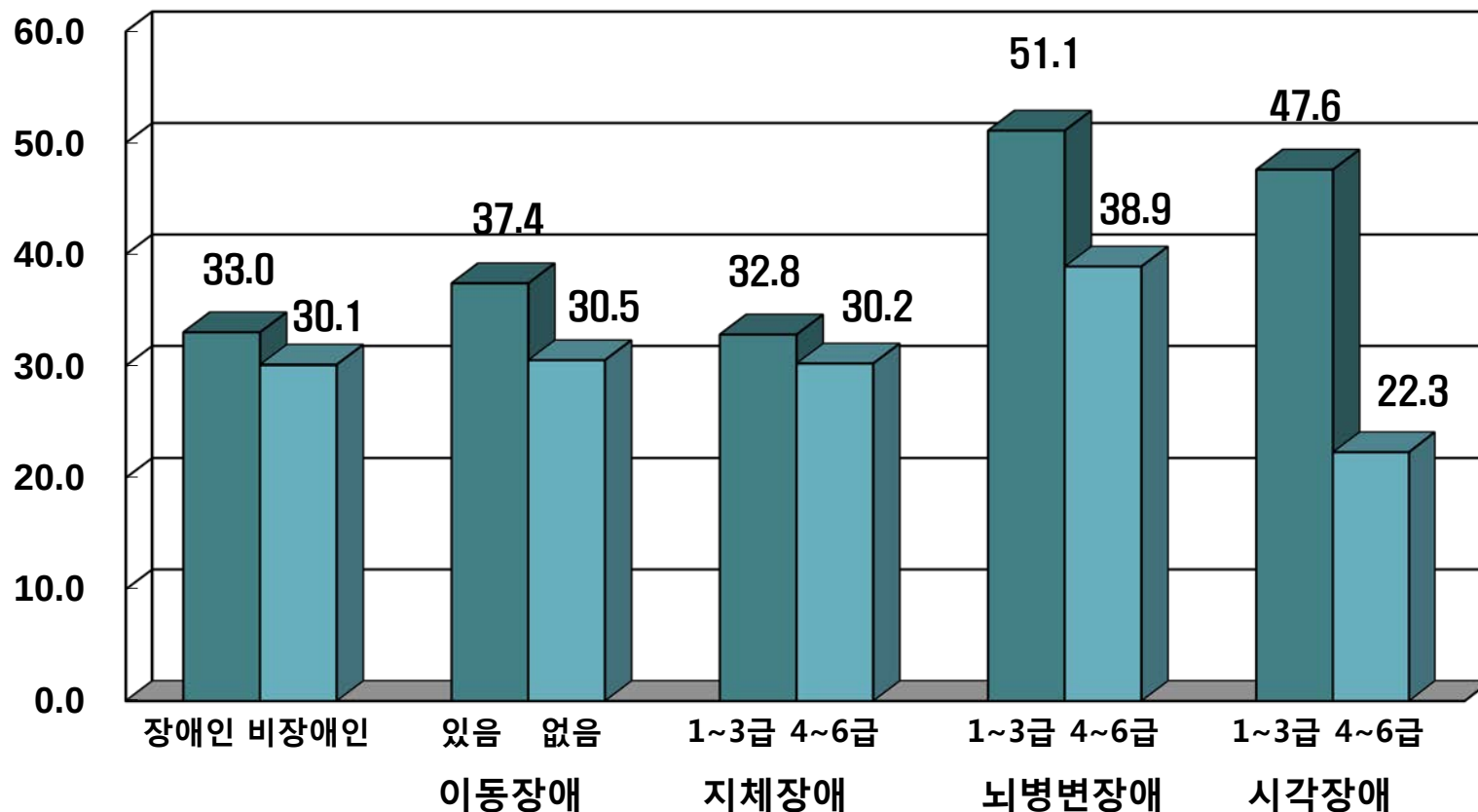


장애인의 이동성의 제약은...

- 낮은 외래이용, 높은 입원이용 초래
 - 높은 충수돌기 천공률

- 장애인 > 비장애인
- 이동 장애 유 > 무
- 중증 장애 > 경증 장애

천공률[%]



장애인의 이동성의 제약은...

• 낮은 고혈압약 투약순응도

Disabling Condition	Severity	OR	95% CI	AOR*	95% CI*
No disability		1		1	
Disability (total)	Severe disability	0.88	0.87-0.90	0.86	0.84-0.88
	Mild disability	0.89	0.87-0.90	0.88	0.87-0.90
	Total	0.89	0.87-0.90	0.87	0.86-0.88
External physical disability					
Limb impairment	Severe disability	0.90	0.88-0.93	0.87	0.85-0.90
	Mild disability	0.88	0.86-0.90	0.88	0.86-0.90
	Total	0.89	0.87-0.91	0.88	0.86-0.89
Brain impairment	Severe disability	0.96	0.92-0.99	0.90	0.86-0.94
	Mild disability	1.07	0.99-1.16	0.98	0.91-1.05
	Total	0.98	0.95-1.02	0.92	0.88-0.95
Visual impairment	Severe disability	0.89	0.82-0.96	0.88	0.81-0.95
	Mild disability	0.87	0.84-0.92	0.87	0.83-0.91
	Total	0.88	0.84-0.91	0.87	0.84-0.91
Auditory impairment	Severe disability	0.73	0.68-0.78	0.76	0.70-0.81
	Mild disability	0.85	0.80-0.90	0.86	0.81-0.91
	Total	0.80	0.77-0.84	0.82	0.78-0.85
Linguistic impairment	Severe disability	0.98	0.86-1.11	0.95	0.82-1.06
	Mild disability	0.97	0.84-1.11	0.93	0.81-1.07
	Total	0.97	0.89-1.06	0.93	0.85-1.03
Facial deformity	Severe disability	1.67	0.44-6.39	1.64	0.42-6.43
	Mild disability	0.74	0.21-2.54	0.69	0.20-2.39
	Total	1.11	0.45-2.71	1.04	0.42-2.57
Mental disability					
Intellectual disability	Severe disability	0.85	0.74-0.99	0.92	0.79-1.07
	Mild disability	0.90	0.54-1.50	0.86	0.52-1.45
	Total	0.89	0.55-1.37	0.91	0.72-1.05
Mental disease	Total	1.22	0.85-1.59	1.15	0.84-1.57
Internal organ disability†					
	Severe disability	0.61	0.55-0.68	0.58	0.53-0.65
	Mild disability	0.70	0.55-0.89	0.71	0.55-0.91
	Total	0.62	0.57-0.68	0.60	0.55-0.66

*자료원 Park JH et al. Disparities in antihypertensive medication adherence in the person with disability and without disability. Arch Phys Med Rehabil 2008

건강행태

흡연 및 음주

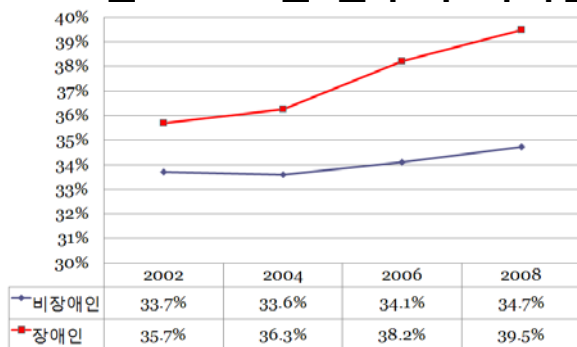
- ✓ 흡연율 20.2% (일반인 23.2%)
 - 정신, 지체, 시각장애 다소 높음.
- ✓ 금연시도율 28.5% (일반인 57.5%)
- ✓ '1년간 전혀 마시지 않았다' 63.9%
 - 지체, 시각, 청각장애 다소 높음.

운동

- ✓ 정기적인 운동율 61.5%
- ✓ 운동하지 않는 이유
 - '장애가 심해서' 39.9%
 - '시설접근/ 이동어려움' 10.0%
 - '관련정보 알지 못함' 2.5%

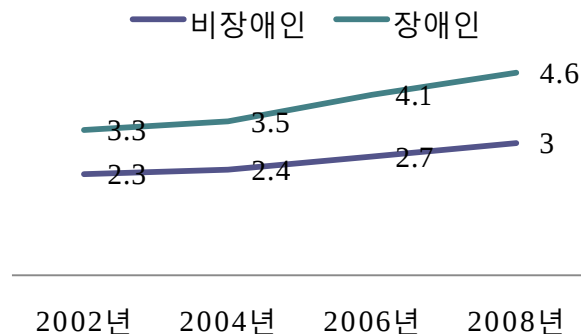
비만

- ✓ 비만을 39.5% (비장애인 34.7%)
- ✓ 2000년- 2008년 갈수록 커지는 양상



고도비만

- ✓ 고도비만을 4.6% (비장애인 3.0%)
- ✓ 2000년- 2008년 갈수록 증가

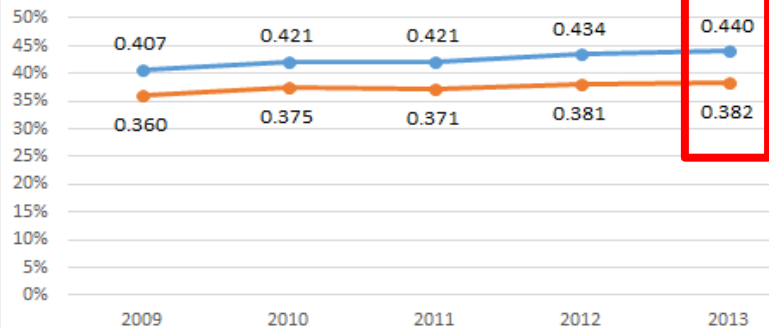


가용공단자료 분석결과(공단건강검진)

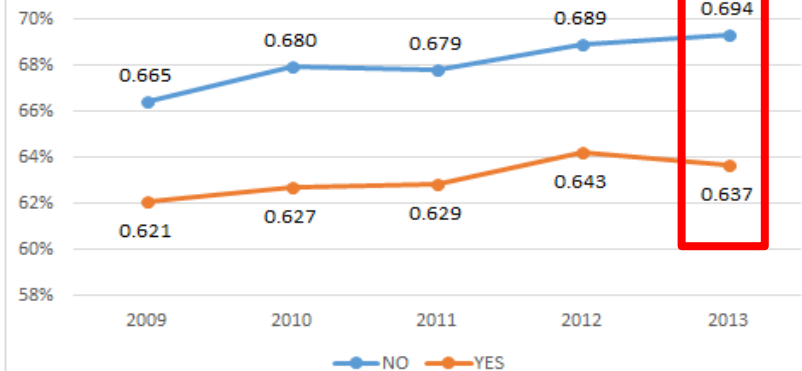
(단위 : 명, %)

건강검진	비장애인	장애인	비교
총대상자	24,888	12,444	
중간 정도 운동(30분)	0.440	0.382	▽0.06
걷기 운동(30분)	0.694	0.637	▽0.06
격한 운동(20분)	0.380	0.330	▽0.05

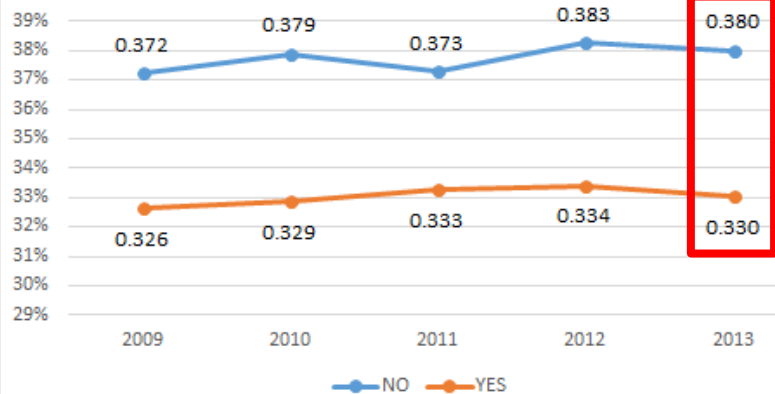
장애여부(중간정도운동,30분)



장애여부(걷기운동,30분)



장애여부(격한운동,20분)



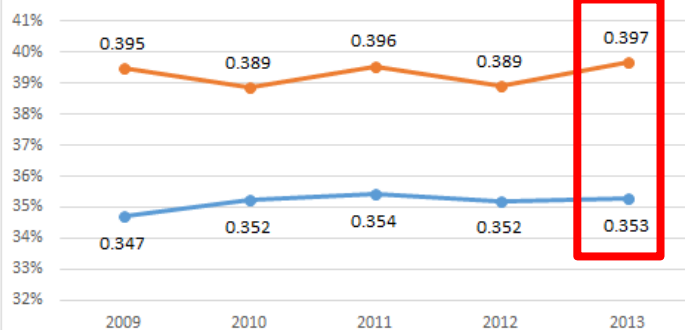
운동과 관련된 3개의 항목에서 장애인은 낮은 운동빈도를 보임

가용공단자료 분석결과(공단건강검진)

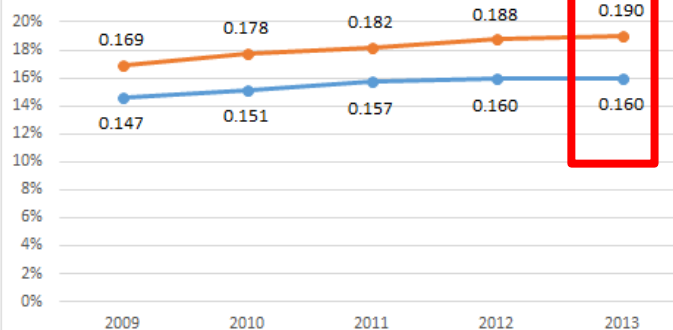
(단위 : 명, %)

건강검진	비장애인	장애인	비교
총대상자	24,888	12,444	
비만률(bmI>=25)	0.353	0.397	△0.04
당뇨병	0.160	0.190	△0.03
고혈압	0.428	0.467	△0.04
이상지질혈증	0.309	0.333	△0.02

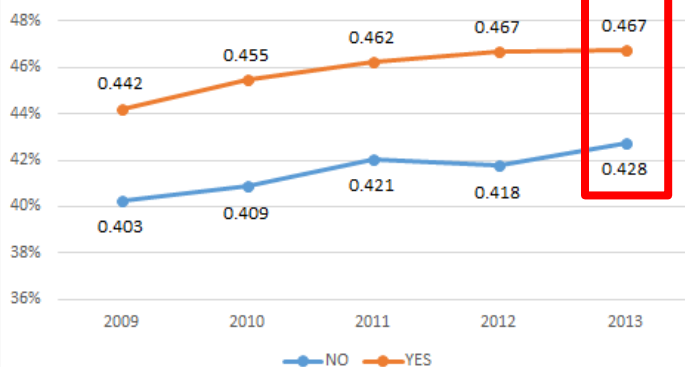
장애여부(비만률)



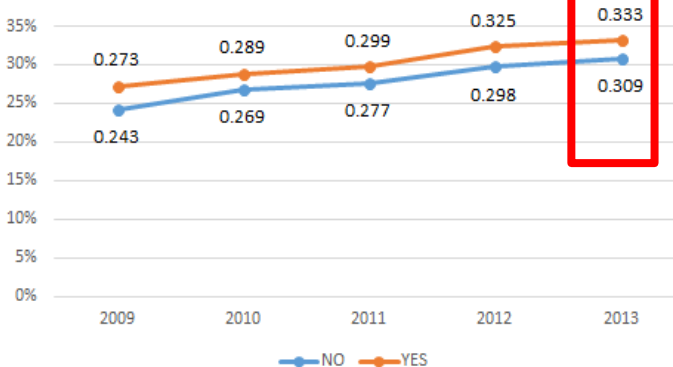
장애여부(당뇨병)



장애여부(고혈압)



장애여부(이상지질혈증)



비만률, 당뇨병, 고혈압, 이상지질혈증 모두에서 장애인은 높은 유병률을 보임

장애인의 의료이용 문제 (요약)

- **비장애인에 비해,**

더 큰 건강위험

- **2차 장애 가능성**
 - 욕창, 요로감염, 골다공증, 만성통증
- **기저장애 + 동반질환**
 - 조현병환자 당뇨유병률 15% (일반인구: 2-3%)
- **조기 노화**
 - 발달장애인: 4,50대에 발현
- **불건강행태**

더 큰 건강불평등

- **낮은 교육수준**
- **낮은 소득수준**
- **높은 비용부담**
- **낮은 의료접근성**
 - 교통, 시설, 장비 부재
- **장애인에 대한 몰이해**



장애인의 의료 부문 미충족 필요

장애인 심층면접조사 결과-1

● 장애발생 후 추가로 발생한 비용 측면

- 장애진단을 위한 검사비와 보장구 구입, 치료를 위한 재활서비스에 관한 부담, 장애관리를 위한 정기검진 및 물리치료 등의 재활치료, 보장구 관리 및 보수로 인해 평생에 걸쳐 지속적으로 의료비용이 소요됨
 - 청각장애 : 언어치료 비용
 - 뇌병변장애 : 근육주사, 신경주사
- 이러한 비용은 가정불화 및 가계경제가 무너지는 요인이 됨

“유명한 병원이란 병원은 다 다녔어요. 당시 대구에 거주했을 때인데 전국을 돌며 검진을 받았던 것 같아요. 장애판정을 받는 진단비도 부담스러웠지만 교통비도 만만찮았을 걸요?” (25세, 남, 지적장애 2급 보호자)

“청음회관에서 언어치료를 받았었는데 치료비가 어마어마했었고... 병원과 병행하여 다니다 보니 의료비가 가중 부담되어 중도 포기하게 되었던 분들이 대다수였어요.”
(41세, 남, 청각장애 1급)

장애로 인해 추가로 소요되는 비용

- ✓ 장애로 추가 소요되는 비용을 조사한 결과, 추가 소요비용이 있었던 장애인은 72.0%로 2008년 68.5%보다 3.5%p 많아짐
- ✓ 추가비용 중 **의료비가 56.8천원으로 가장 많았으며** 의료와 관련이 있는 **장애인 보조기구 구입 및 유지비가 31.7천원**, 교통비 22.8천원, 보호·간병인비가 14.1천원으로 조사됨
- ✓ 즉, 직접의료비만 고려할 경우 장애로 추가 소요되는 비용 중 35%를 차지하고 직접비의료비에 해당하는 교통비, 간병비, 보조기구구입비를 포함할 경우 의료비는 78%에 이릅니다

장애인의 과부담 의료비 현황

- ✓ 과부담 의료비를 가구소득 기준, 생활비 기준, 식료품제외 생활비 기준으로 구분하여 역치 수준 10%, 20%, 30%, 40%에 대해 분석한 결과,
- ✓ 장애인 가구는 비장애인 가구에 비해 **과부담 의료비를 경험하는 가구의 비율이 1.56~1.8 배 정도로 유의하게 높았음**

	과부담 의료비 기준			
	10%	20%	30%	40%
가구소득 기준				
전체	26.5	12	6.4	4.1
비장애인 가구	24.2	10.4	5.4	3.3
장애인가구	40.7	21.7	12.9	8.9
Odds ratio(C.I)	1.562*** (1.328 - 1.843)	1.639***(1.339 - 2.006)	1.691***(1.314 - 2.176)	1.787***(1.324 - 2.412)
생활비 기준				
전체	33.1	15.7	8.7	5.3
비장애인 가구	30.7	13.9	7.5	4.5
장애인가구	47.5	26.4	16	10.3
Odds ratio(C.I)	1.657***(1.416 - 1.938)	1.768***(1.473 - 2.122)	1.783***(1.425 - 2.230)	1.800***(1.370 - 2.367)
식료품제외 생활비 기준				
전체	46.4	26.5	17.1	11.7
비장애인 가구	43.9	24.1	15.1	10.1
장애인가구	61.3	40.7	28.8	21.0
Odds ratio(C.I)	1.612***(1.383 - 1.900)	1.680***(1.428 - 1.976)	1.730(1.447 - 2.070)	1.753***(1.433 - 2.145)

* Source: 한국의료패널. 2011

장애인 심층면접조사 결과-2

● 초기 재활 및 관련 프로그램 질관리 측면

- 참가자들의 걱정은 현재 의료비 및 소모품으로 인한 고정비용으로 인해 부담되는 상황은 물론 발생 가능한 2차 질병에 대한 대비와 중복장애에 대한 두려움이 가장 컸음
 - 지체장애 : 소변백, 거즈
 - 시각장애 : 정보통신 보조기구(한국정보화진흥원)
- 다른 한편 임신 및 출산과 관련하여 발생하는 의료이용과 고가의 의료비에 대해서도 지적함

“의료, 치료에 대한 고정 지출에 대한 부담을 평생 갖고 있을 수밖에 없어요. 저는 소변백, 거즈같이 항상 사용해야 하는 품목들이 몇 가지 있는데 그것들 모두가 급여가 전혀 안돼요. 이런 생활적인 부분에서도 장애로 인한 지출이 생기죠. 나중에는 이러한 비용도 충당하기 힘든 날이...머지않은 것 같아서 두려운 마음이네요.”

(43세, 남. 척수장애1급)

장애인 심층면접조사 결과-3

● 장애치료와 재활을 위해 필요한 직접적인 의료서비스 측면

- 장애치료와 재활을 위한 의료서비스가 비급여항목이라서 부담으로 작용함
- 또한 비용문제 이외 기초급여수급자에 대해 낮은 질의 의료서비스를 제공하는 경우들이 발생함
 - 청각장애 : 인공와우 수술, 청능 치료
 - 언어장애 : 언어치료
 - 지적장애 : 응용행동분석치료

“정말 안타까운 점이 원래는 보톡스가 의료목적인데 비장애인분들이 미용목적으로 쓰면서 미용약물의 대표가 돼 있잖아요. 장애인분들에게는 통증치료제인데...”

(37세, 여, 뇌병변장애5급)

“기초수급자일때는 내가 몸이 불편할 때 의료비 부담 없이 병원을 찾을 수 있는 장점은 있었죠. 그런데 병원입장에서 공짜 환자라고 취급했기 때문에 가장 저렴한 처지로 진료를 받게 되고 상대적으로 질은 좀 떨어졌어요.”

(43세, 남, 시각장애1급)

장애인 심층면접조사 결과-3(2)

● 장애치료와 재활을 위해 필요한 직접적인 의료서비스 측면

- 각 장애별 정부에서 지원하는 보장구제도는 절차에서부터 사용까지 실제 장애인들이 사용할 수 있는 수준과 동떨어져 있음
 - 보청기 : 2015년까지 급여비용이 **34만원**으로 **실제 구매가(150만원~500만원)**와 동떨어짐
 - 의안 : 2000년 제정된 국민건강보험법의 기준액 **24만원**은 **실제 가격(70만~130만)**과 동떨어짐
- 또한 직접적으로 적용하는 보장구 지원금액뿐만 아니라 보장구를 효과적으로 사용할 수 있도록 필수적인 소모품비, 개조비 등 부가비용에 대한 지원이 필요함

“현재 정부에서 지원하는 보청기 보조금으로는 사용할 수 있는 수준의 보청기가 없다고 보시면 되요. 아날로그 보청기를 구매할 수 있지만 그 질은 사용해서 편리한 것이 아니라 오히려 잡음이 심하여 사용하기 싫은 정도예요...(생략)...사용했을 때 용이한 수준은 디지털 보청기인데 아날로그와 가격 차이는 10배 정도 차이나요. 사실상 정부의 보청기 지원금은 미비한 편이죠.” (41세, 남, 청각장애1급)

실제, '15 일부 보장구 지원 확대

- ✓ 보건복지부는 『국민건강보험시행규칙』과 『요양비의 보험 급여 기준 및 방법』 고시 및 『장애인 보장구 보험급여 기준 등 세부사항』 고시 일부개정안을 15.11.13에 공포함

➤ **보청기 보험 급여 기준 금액 인상** : 34만원→131만원으로 조정

지원대상	기준금액		
	기존	조정안	비고
보청기	34만원	131만원	15세 이하 양측 급여



장애인 심층면접조사 결과-4

● 장애치료와 재활을 위해 필요한 간접적인 의료서비스 측면

- 의료기관의 시설과 장애의 이해도를 갖춘 인력부재로 시간과 비용이 더 소요되더라도 장애에 대한 이해와 의료전문성이 높은 종합병원을 찾겠다는 의견도 다수 있었음
 - 청각장애 : 의료기관 방문 시 의료전문 수화통역사 부재
 - 시각장애 : 의료기관 방문 시 활동보조인 동반 필요

“장애인의 의료이용이 어려운 것은 비용적인 부분도 있겠지만 사실 소통의 문제도 커요. 저 같은 경우는 수화통역사를 동반해서 병원을 방문하더라도 의료용어에 관한 정확한 정보를 전달받기 어려워요.”

(41세, 남, 청각장애1급)

“마음 편히 갈 수 있는 병원이 있었으면 좋겠어요. 약물치료를 위해 병원을 찾는데 정신과 주치의를 찾기 힘들어요. 어쩔 수 없이 어렸을 때 이용하였던 소아정신과를 찾게 돼요.” (22세, 남, 자폐성장애3급 보호자)

장애인 심층면접조사 결과-5

● 장애치료와 재활을 위해 필요한 의료제도 측면

- 장애를 갖고 있기 때문에 비장애인보다 노화가 빨리 진행되어 비장애인에 비해 이른 시기에 장기요양프로그램이 필요함을 지적함
- 대부분의 제도가 저소득층, 발생 초기 및 유아기에 지원이 집중되어 있어 평생 관리해야 하는 장애에서의 의료비가 부담된다는 의견이 있었음

“일단 50~60세 되면 내 몸이 노화가 되면? 일단 제 몸을 지탱할 수 있는 근력이 없어 지죠. 그러면서 지금보다 더 많은 의료비와 보장구가 필요하게 되겠죠... 장애와 노화가 같이 진행되면 지금처럼 일도 못할 텐데 감당해야 되는 비용은 배가되고 그냥 죽어야 되나 그 정도 됐을 때는 항상 그런 미래들이 걱정이에요.” (43세, 남, 척수장애1급)

“장애인들 모두가 평생 관리해야 되는 부담감을 가지고 있어요. 제도가 어린아이들 중심으로 이뤄지고 있는데 청소년기나 성인기에도 관리할 수 있는 제도가 자리를 잡았으면 좋겠어요.” (47세, 남, 뇌병변장애1급)

전문가 의견조사 결과

● 장애치료와 재활을 위해 필요한 직접적인 의료서비스 (치료 항목)

✓ 치료 항목의 **대부분이 적절한 수가 및 비용책정이 이루어지지 않음**

장애유형	필요서비스	문제점
시각장애	저시력 수가	낮은 수가로 인한 의사들의 치료 거부
청각장애	인공와우 수술	고비용 수술 / 급여수준 상향조정 필요
	청능치료	비급여 항목
언어장애	언어치료	비급여 항목
	인지치료	사설 언어치료소의 난립으로 명확한 정책적 기준 필요
	경두개자극자극술	비급여 항목
	심리치료	체계적인 심리치료 필요
	연하장애재활치료	환자의 치료필요도가 높는데 비해 건강보험상 외래는 1일 1회, 입원은 1일 2회만 급여적용.
안면장애	재가 재활서비스	비급여 항목
신장장애	복막투석 및 이식환자 혈액검사	외래에서 처방 받는 날에만 산정특례를 적용 받는 상황으로 2~3일전 혈액검사를 하는 경우에는 건강보험상 비급여
	초음파, 심초음파, CT, 내시경, 특수검사 등	투석당일만 산정특례를 적용
		외래당일 처방일에만 산정특례를 적용, 실제로는 복막투석과 면역 억제제 복용이 매일 이루어져야 함
	재활의학과 물리치료	혈액투석 주3회로 한정, 물리치료가 매일 필요한 경우 의료비 부담
호흡기장애	호흡성형술	응급수술을 시행 할 경우 동시에 투석을 해야만 산정특례적용
	호흡재활치료	건강보험상 일당으로 한정
지적장애	대부분의 소아발달평가(베일리 test, 덴버test)	비급여 항목

* Source: 박종혁 외. 2014. 중증장애인 의료보장 강화 방안 연구. 비급여 항목 / 회수제한

전문가 의견조사 결과

● 장애치료와 재활을 위해 필요한 직접적인 의료서비스 (보장구 항목)

- ✓ 보장구 항목의 **지원기준의 완화 및 지원 기준액의 상향조절이 필요함**
 - 확대독서기 : 비급여 항목
 - 점자정보단말기 및 독서기 : 전맹에 대해 급여로 포함된 것은 흰지팡이 하나임, 독서기의 경우 수요 미충족
 - 돋보기 및 망원경 : 각 10만원으로 급여 책정되어 있으나 가장 널리 사용하는 기구는 30만원 이상으로, 기준액 상향조절 필요
 - 의안 : 종류에 따라 안구적출술 후 삽입하는 의안은 **70~120만원**, 수술 없이 삽입하는 의안은 **120~130만원**으로 국민건강보험법이 제정된 2000년에 기재된 **기준액 (24만원)은 현실성이 떨어짐**
 - 보행기구 : 다양한 제품으로 접근 필요
 - 의지 : **미비한 보조금** 수준과 지원금만으로는 원하는 기능의 의지 구입이 어려움
 - 전동휠체어 및 전동스쿠터 : **높은 급여기준으로 수요 미충족**



3 장애인 건강권법에 따른 의료보장

장애인 국민건강종합계획 수립 제안

▶ 2011한국장애인인권상 영예의 수상자 ◀

부문	수상자	공적 개요
인권정책	장애아동복지지원법 제정을 위한 공동대책위원회	장애아동과 가족의 복지 문제와 장애아동복지지원법 제정에 가족의 종합적인 지원체계 구축
인권실천	박종혁 (국립암센터 연구직 과장)	국민건강종합증진 계획에 장애인 등 장애인건강권을 국가 정책으로 증진에 공헌
인권매체	영화 '도가니' 황동혁 감독	광주인화학교 청각장애학생 성폭 관련 사건의 재수사와 관련법 개정으로 장애인 인권의 문제를 이슈화
기초자치 (국회의장상)	인천광역시 남구청	장애인 일자리 창출을 위한 사회 최초 장애인 편의시설 안내 홈페이지가 살기 좋은 지역사회를 구현
공공기관 (국가인권위원장상)	한국정보화진흥원	웹접근성 표준을 제정하여 관련 교크 제도를 추진하는 등 장애인 정보

오늘의 주요뉴스

사람과 사람

인물과 화제

장애인인권상 박종혁씨 "장애인 시혜적 복지 정책 관점 바꿔야"

글 김윤숙·사진 김창길 기자 yskim@kyunghyang.com

입력 : 2011-12-04 21:20:57 | 수정 : 2011-12-04 21:20:57

댓글 0

글자크기 + -

3급 시각장애인인 박종혁 박사(35·국립암센터 암정책지원과 연구직 과장·사진)는 '장애인 건강권 지킴이'로 불린다. 태어나면서부터 망막색소변성증을 앓아온 그는 언제 실명될지 모른다. 주변 시야를 상실하고도 중심 시력만으로 사회 활동을 하고 있는 그가 지난 3일 '세계 장애인의 날'을 맞아 한국장애인인권상위원회가 수여하는 2011한국장애인인권상 인권실천부문 수상자로 선정돼 상을 받았다. '건강증진종합계획 2020' 목표에 장애인의 건강증진 분과를 신설하고 장애인의 건강권 확보 추진 전략을 제인해 장애인 건강권을 정부차원에서 보장하는데 공헌한 점이 인정됐다.



예방의학과 전문의이기도 한 박 박사는 "우리나라의 장애인 정책은 장애인의 건강증진이나 질병예방에 대해선 관심이 없고 시혜적 복지의 관점에서 재활치료를 위한 재정적 지원 측면에만 신경을 쓴다"고 말했다. 장애인들의 정신 건강, 삶의 질에 대한 관심이 없고, 이에 관한 기초적인 통계조차 없어 대책을 세우고 싶어도 세울 수 없는 지경이라는 것이다.

그는 이런 안타까움을 SCI 등재 전문학술지와 BSCI 학술지에 수십건의 논문을 써 지적해 왔다. 국가인권위원회에서 발간하는 '장애인권리협약해설집'의 연구원으로 참여해 장애인의 사회 참여와 보건의료 기회 균등, 생존권으로의 사회권 등을 해석하는데 자문역할을 했다. 장애인 보험가입 차별 문제도 끊임없이 제기했다. 그 결과 국가건강증진종합계획에 장애인의 건강증진 분과가 신설되게 됐다.

현재 우리나라 장애인은 대략 500만명 정도로 추산된다. 박 박사는 "장애인들은 장애 부위가 불편할 뿐 다른 부분은 비장애인들과 마찬가지로 건강하다"며 "정부는 장애인들이 건강하게 사회일원으로 살 수 있도록 종합적인 계획을 세워야 한다"고 말했다. 그는 눈 때문에 공부를 할 때나 시현을 볼 때 낮보다 두배 이상 시간이 필요했다.



장애인 건강권 보호 법률 제언

<http://www.ablenews.co.kr/News/NewsContent.aspx?CategoryCode=0048&NewsCode=004820121114120156095257>

"장애인 건강보호 및 보건 법률" 제정해야"

'장애인 건강권 확보를 위한 토론회' 열려

"장애인의 건강권 통합적인 시스템 속에서 관리돼야"

2012.11.06 00:00 입력

이날 토론회에서 국립암센터 박종혁 과장은 "2008년 장애인실태조사 결과를 보면 장애인 복지 요구 1순위는 '의료보장'으로 나타났지만, 장애인들은 건강을 유지하거나 질병을 예방하는 의료서비스를 받을 기회가 비장애인보다 적다"라면서 "장애인의 건강보호, 질환의 예방과 진료 및 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립·시행하기 위해 '장애인 건강보호 및 보건법'이 제정되어야 한다"라고 제언했다.

박 과장은 이 법률에 △장애보건의료정책 △재활의료 서비스 전달체계 정립 △적정의료서비스 제공 △장애인 보건관련 조사·연구 △인력교육·훈련 등의 기능을 명시하고 재활의료 및 서비스, 조사연구 등에 관한 사항을 종합적으로 수립·시행함으로써 장애인의 건강보호를 도모해야 한다고 강조했다.

박 과장이 공개한 장애인 건강보호 및 보건법' 초안을 보면, 장애보건연구사업을 통해 △장애인건강실태 및 역학조사 △장애인건강통계의 등록·관리·조사 △장애인건강정보를 구축·제공하는 장애인건강정보사업 △장애인 건강관리 및 의료비 지원 사업 등을 시행하도록 하고 있다.

또한, 지역사회 장애인 건강관리 및 재활의료사업을 위한 국가 및 지방자치단체의 역할을 강화하기 위해서 국립재활원을 국립장애인건강센터로 확대하고 권역장애인건강센터 및 지역장애인건강센터를 설치하도록 명시하고 있다.



▲'장애인 건강권 확보를 위한 토론회'가 6일 이룸센터 누리홀에서 열렸다.

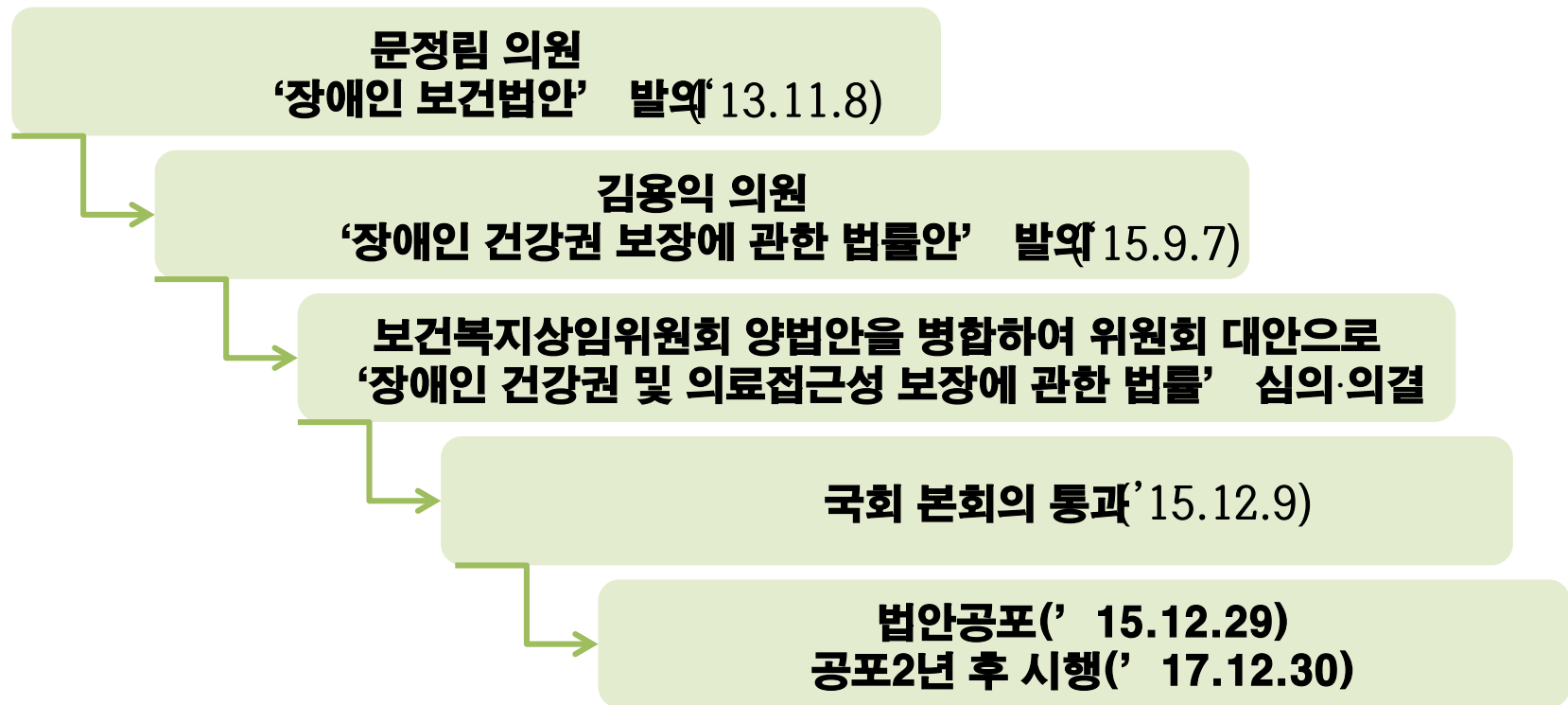


▲국립암센터 박종혁 과장.

장애인의 의료서비스 확대 등을 위한 '장애인 건강보호 및 보건 등에 관한 법률'(아래 장애인 건강보호 및 보건법) 제정에 대한 필요성이 제기됐다.

장애인 건강권법 주요 내용

• 제정 경과



- 주요내용 : 질환예방 및 건강증진, 의료이용 접근성 향상, 시설 및 기관, 연구 등 기반 구축 등에 관한 사항 규정

장애인 건강법 주요 내용

1. 목 적

장애인의 건강권 보장을 위한 지원, 장애인 보건관리 체계확립 및 의료 접근성 보장에 관한 사항을 규정하여 장애인의 건강증진에 이바지

2. 적용대상

장애인 복지법 제 2조에 따른 장애인

3. 종합계획

장애인 건강보건관리종합계획을 5년마다 수립, 국민건강증진종합계획 및 실행계획을 수립·시행함에 있어서 종합계획을 포함

장애인 건강법 주요 내용

4. 장애인 건강보건관리사업

□ 예방, 건강 증진

- 장애인 건강검진사업
- 장애인 건강관리사업
- 장애인과 그 가족에 대한 건강교육, 정보제공
- 재활운동 및 체육 프로그램 개발 및 제공

장애인 건강법 주요 내용

4. 장애인 건강보건관리사업

□ 의료이용 접근성 향상

- 장애인 의료전달체계 : 지역장애인보건의료센터
중증장애인건강주치의
재활의료기관
- 장애인의 의료기관 등 접근 및 이용 보장을 위한 편의 제공
- 장애인 방문진료사업
- 장애인 건강 관련 종사자 대상 장애인 건강권 교육
- 장애인 의료비 지원사업

장애인 건강법 주요 내용

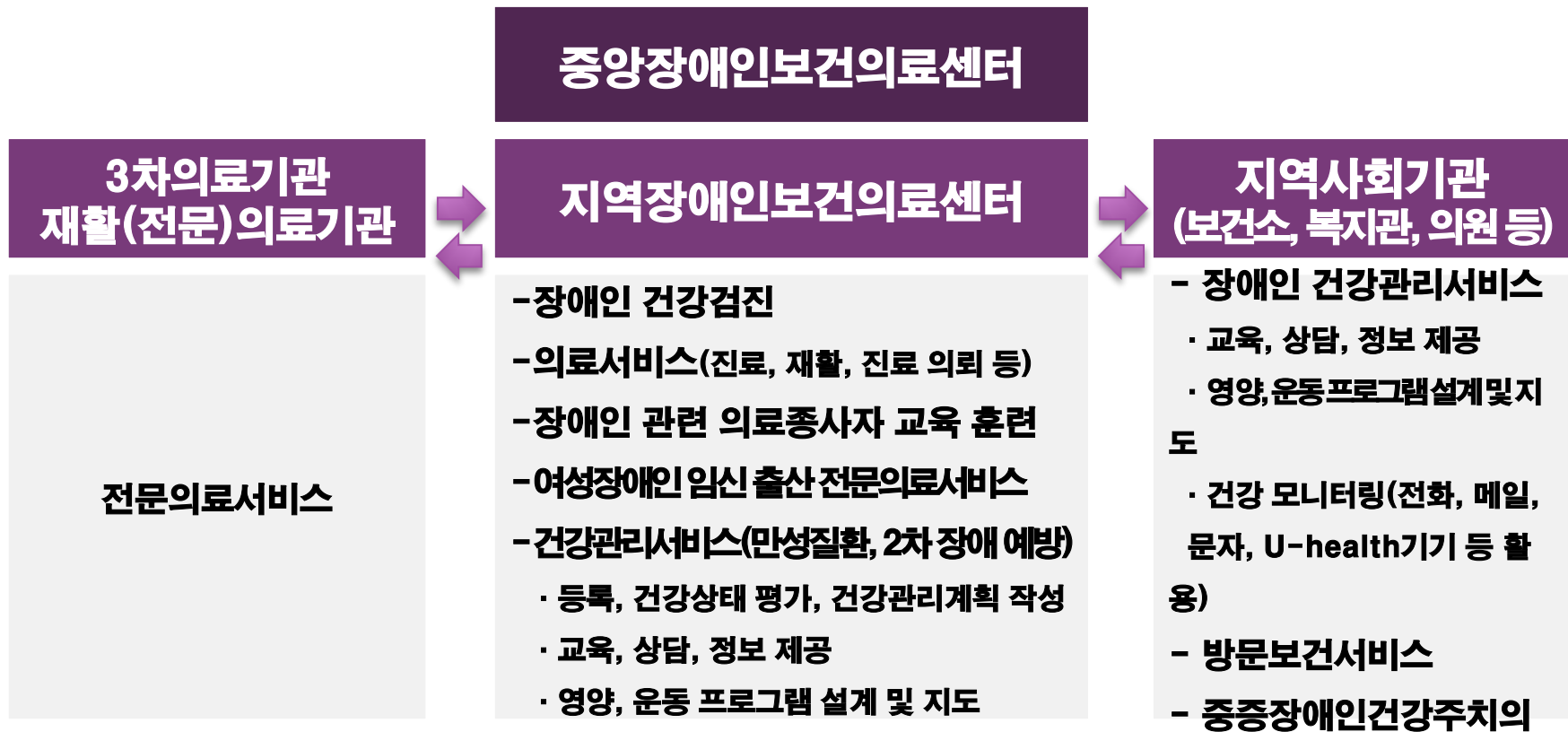
5. 재 원

예산 또는 건강증진기금에서 사업 예산의 지원 근거 규정

6. 시 행 일

공포 후 2년(2017.12.30.)

장애인 건강권법에서 제안하는 의료전달체계

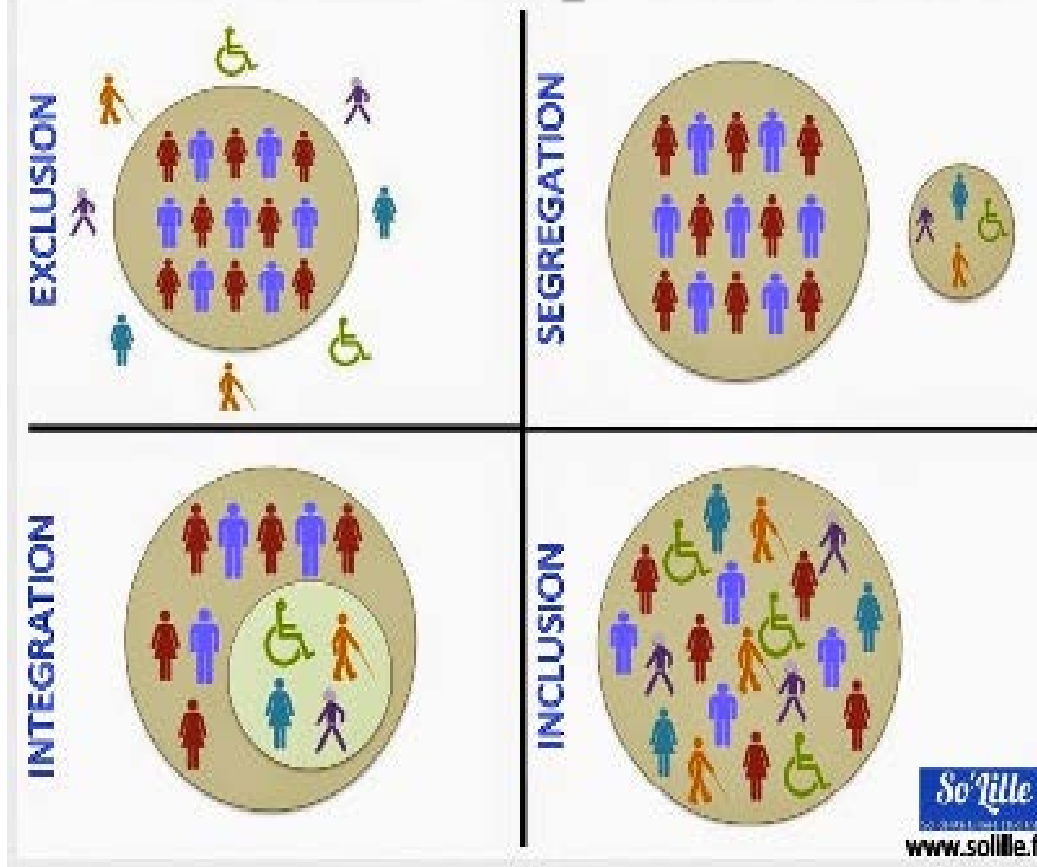




4 장애인 의료보장성 강화 방향

장애인 정책설계의 기본방향

- Integration >> Segregation
- 비용 고려: 공항의 special services



How to change things



These ideas could help governments make the lives of people with disabilities better.

Getting good health care



People with disabilities need:

- good, clear information

양질의 건강정보 제공



- communication in the way that works best for them

의사소통이 수월할 수 있는
환경 제공



- buildings and services they can get into and use

이동성이 제한되지 않도록..



- health care in places near where they live

근교에 양질의 의료기관
배치



- more choice and control over their health care

환자결정권 제고



- money to help them pay for their health care

의료비 지원



- the chance to be involved in training people who give health care so they understand about disability.

장애인 건강문제에 대한
의료진 교육

중증장애인 의료보장 강화 방향

단기방안

정보제공
기능확대

중요 지점 (장애진단시, 재등록시 등)에 통합적인 정보제공을 위한 홍보물 배포 (주민센터, 보건소, 장애인지원센터, 의료기관)

장애인지원센터 중심 사례관리 강화

한시적 본인부담
경감제 도입

본인부담을 인하

소아 우선 → 성인으로 확대

적정 보조기기를
적시지원

적정보조기기 기준으로 기준액 상향조정
장애유형간 보장지기 지급기준 불일치 조정
다부처사업 연계창구 마련

3대 비급여 지원
(간병비, 상급병실료, 선택진료비)

장애인활동지원제도를 보완

장애인의료전달
체계구축

국립재활원-지역장애인보건의료센터-장애인
주치의, 장애인검진기관 등 구축

(근거중심)
재활치료서비스

중증장애 바우처 한도액 상한조정
병원 내 재활치료서비스 바우처 사용허용

의료/치료서비스
기관 질관리

장애유형별 재활치료가이드라인 개발·교육
질관리 제도 도입(인증 등)

의료기관내 전문
수화통역사 배치

화상전화시 사용홍보

대진료권(권역) 단위로 순회하며 지원하는
수화통역사 배정

증장기방안

의료제공자 교육

장애정보센터(콜센터 포함) 운영
및 상담기능 강화

적극적 사례관리의 확대

건강보험보장성 확대 후 본인부
담상한제로 흡수

다부처간 지급 불일치 항목 조정
보장구 지원항목 확대
대여항목 확대 및 기술개발 지원

건강보험 제도내 보편적 지원으
로 흡수

장애 전문인력을 지속적으로 양성

재활치료서비스 항목 확대
재활치료서비스 지원대상 확대

주기적인 보수교육
평가결과에 따라 인세티브 조정

중진료권(권역) 단위로 순회하며
지원하는 수화통역사 배정

중증장애인 의료보장 강화 방향

✓ 통합적인 정보제공

- 장애인단 및 등록시점과 같이 중요한 시점에서 **보건과 복지정보를 통합적으로 제공 받고 필요시 정보를 제공받을 수 있는 경로를 알려줄 수 있다면** 현재의 자원을 보다 많은 장애인이 활용할 수 있을 것임
- 사회적인 합의를 통해 **장애인에게 의료적, 복지적 정보를 지속적이고 통합적으로 제공할 수 있는 방안을 마련**해야 함

✓ 한시적인 본인부담 경감제 도입

- 장애인의 **소득수준은 비장애인의 약 절반 수준에 미치지 못하는** 한편 장애로 추가로 소요되는 비용의 대부분은 의료이용과 직간접적으로 관련됨
- 의료보장성이 OECD 평균 정도 수준에 이르기 전까지는 **본인부담금을 현재의 1/2 또는 1/3 수준으로 낮추는 방안을 검토**해야 함

중증장애인 의료보장 강화 방향

✓ 적정 보조기구를 적시 지원

- 장애인 보조기구에 대한 통합적인 사례관리 기관 설치하여 분리 운영되는 보조기기 지원사업에 대한 정보를 장애인에게 통합적으로 제공하고 맞춤형 보조기기가 제공 될 수 있도록 지원 및 보수를 연계할 기관설치가 필요함
- 턱없이 낮은 상당수의 보조기구 지원 기준액을 적정보조기구 기준으로 합리적으로 재조정과 장애인 맞춤형 의료기기 개발을 통한 접근성 강화 정책 필요

✓ 3대 비급여 지원

- 병원 입원시 병원 간병은 현재 활동지원제도에서 제외되어 있어 병원내 입원빈도가 높은 중증장애인에서 더 큰 부담으로 작용하므로 기존 활동지원제도를 보완하여 병원내 입원시에도 간병지원이 가능하도록 개선이 필요함

중증장애인 의료보장 강화 방향

✓ 장애인 의료전달체계 구축

- **보편적 의료전달체계를 만드는 동시에 장애인 특화 지역장애인보건의료센터, 장애인주치의, 장애인 검진기관 등 구축 필요**
- **장애 전문인력을 지속적으로 양성**

✓ 근거중심 재활치료서비스 제공체계 구축

- **경증장애인에 비해 재활치료서비스 이용빈도가 높은 중증장애인에 대해 바우처 한도액 상향조정 필요**
- **병원 내 재활치료서비스 바우처 사용을 허용하고 병원 외부 치료소와 연계운영 되도록 조정**
- **믿고 치료받을 수 있도록 재활치료서비스 가이드라인 보급, 교육 및 질관리 필요**

✓ 의료기관내 전문 수화통역사 배치

- **청각장애인의 경우 수화통역사 없이 병원이용이 불가능할 뿐만 아니라 의료전문 수화통역사가 아닌 경우 전문성 부족으로 충분한 의사전달을 하기 어려움**

장애인이 의료제도에 진입하는 여러 경우들



중증신체장애인



경증신체장애인



중/경증 감각장애인

급성기

아급성기

만성기

급성기 적절한 치료가 가장 중요한 시기
(장애인 의료제도의 기능)

- 급성기 치료 평가 및 피드백 (by shared care)
- 장애 후 건강관리 장기설계

급성기 치료 후 신체기능을 최대한 끌어올리는 시기
(장애인 의료제도의 기능)

- 아급성기 치료 평가 및 피드백 (by shared care)
- 장애 후 건강관리 구체적 설계

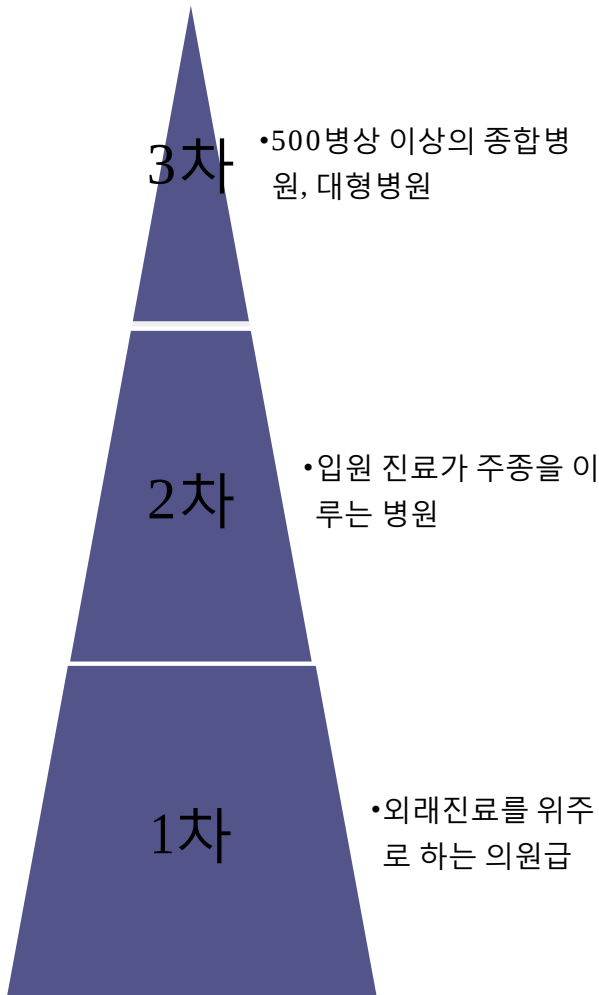
사후관리 시기

(장애인 의료제도의 기능)

- 장애 후 규칙적 건강관리
- 자가관리 훈련
- 건강한 사회복귀

장애특이적 치료와
분절적으로 시행되는
검진제도는 실효성이 더
낮을 것으로 예상

보건의료전달체계 상 장애인 의료제도 위치



	장점	단점
3차 의료 기관	시설적합성+++ Disability specific shared care+++	불필요한 항목조절가능성+ (거리적 접근성 제고방안 필요) 주치의연계성 ↑ 시의성 ↑
2차 의료 기관	접근성++ 주치의연계성+ 시의성+ 불필요한 항목조절가능성+	시설부적합 ↑ Disability specific shared care ↑ (협진과가 제한적일 가능성에 대한 보완책 필요)
1차 의료 기관	거리적접근성+++ 주치의연계성+++ 시의성+++ 불필요한 항목조절가능성+++	시설부적합 ↑ ↑ ↑ Disability specific shared care ↓ ↓ ↓ (연계방안 설계가 가장 중요)

재원 - 지불제도 관련 국내외 사례

- **미국: 최근(2016년 7월 발표, 2017년 적용예정) 메디케어 의사지불제도 (physician fee schedules) 개편계획 발표**
 - 주요내용 중 장애 관련 개편계획: 만성질환관리 관련 지불제도 개편
 - 건강행태관리료 인상, 인지기능에 대한 평가비 인상 및 치료계획비용 인상, 이동성 장애로 인한 추가자원이 소모되는 정기방문료(routine visit) 조정
 - 장애인은 비장애인보다 적절한 의사를 찾는데 3배이상 어려움을 겪고 양질의 의료가 이루어지지 않는 점에 착안
 - 환자 필요기반(needs based) 지불제도 지향
 - 비장애인 대비 장애인의 상대적 자원소모량(시설, 인력, 시간) 기반으로 지불(가산료)제도 개선 or 원격진료적용
- **국내: 치과치료비 가산**
 - 치과에서 장애인으로 등록되어 있는 뇌병변/지적/정신/자폐장애인 대상
 - 치과치료코드
 - UH010, UH011, UH012, UH050, UH060, UH090, UH101, UH111, UH116, UH119, UH121, UH126, UH131~UH138, UH151~UH154, UH210, UH232, UH390
 - 본인부담면제

장애인검진소요시간-s병원 사례

- 비장애인은 50분 장애인은 90분 정도로 2배정도 더 소요 됨
- 설명에 소요되는 시간(문진), 이동 및 자세 정립 소요시간(자궁경부암 검사, 내시경)

*대기시간 제외/ 여성검진자기준

		비장애인	장애인			
			목발 사용	휠체어 사용	시각장애(1:1 안내)	청각 장애(서면 대화 설명 문 이용)
문진표작성		5~10분	10분	10분	20분 (읽고 작성해 줌)	25분
신체계측	청력	30초	45초	30초(청력부스로 못들어감)	3분(반응 방법 직접 알려줌/손들기)	x
	허리둘레	5초	5초	20초	1분	10초
	키	15초	30초	40초(키 못잡)	2분	15초
	몸무게					
	혈압	50초	1분10초	2분(수동 혈압기 사용)	2분	50초
	시력	30초	2분	2분	x	1분
의사문진		5~10분	10분	10분	12분	10분(도우미 동반)
채혈	채혈	1분30초	3분	5분(휠체어 공간 마련)	6분	2분
	채뇨	3분	4분30초	6분(전용 화장실 거리)	6분	3분
구강검사		5분	6분	5분	6분	5분
위내시경	검사전	30초	1분	6분	8분(안내 및 내시경 진행별 설명)	8분
	검사	10분	10분	10분	10분	10분
	검사후	40초	1분 30초	8분	8분	5분
자궁암 검사		3~5분	5~10분	10~15분	10분	3~5분
유방암검사		5~10분	15~20분	15~20분	15분	5~10분
합계 (분)		41분 ~ 58분	71분 ~ 81분	91분 ~ 101분	약 109분	78분 ~ 85분

* 출처 : 서울의료원(2016)

[충북] 장애인 건강관리 컨소시움 구성

충북대병원, 장애인대상 찾아가는 건강관리서비스 제공

충북대병원 금연지원센터-장애인 단체 및 복지시설 업무협약 체결

손인빈 기자 2016년 04월 08일 금요일

댓글 0



G+ 0

폰트 + -



요양기관별 역할

국립재활원
(권역재활병원)

건강증진 프로그램 개발 및 교육

- 장애유형별 건강증진 프로그램 개발
- 의료진 교육프로그램 개발

장애인보건의료센터

건강검진 시행

- 장애인 검진 가이드라인 반영

건강증진 프로그램 계획수립 및 일부제공

- 지역사회 건강증진 프로그램 연계
- 일차의료기관 프로그램 감독
- 사례관리

일차의료기관
(장애인복지관, 보건소)

건강증진 프로그램 제공



감사합니다.

jonghyock@gmail.com

장애인 위험 보장 강화 방안

오승연 연구위원

2017.4.14(금)

장애인·정신질환자 위험 보장 강화 방안 정책토론회

목차

I. 장애인 현황

II. 장애인의 위험

II-1. 질병 위험

II-2. 사고 위험

III. 민영보험의 위험보장 현황 및 문제점

IV. 개선방안

I. 장애인 현황

I-1. 장애인구

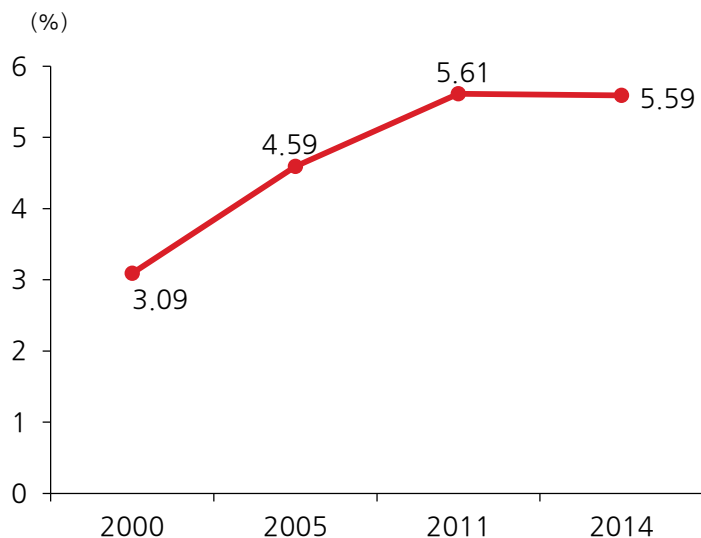
우리나라 장애출현율은 5.59%

- 각종 산업재해, 후천적 질환 및 사고, 인구 고령화 등의 이유로 장애인구는 증가하는 추세

세계 장애인구는 전체인구대비 15%로 추정

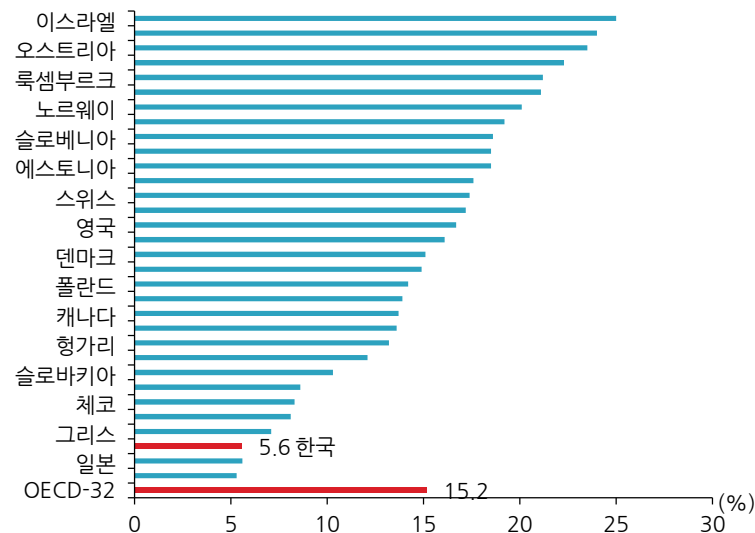
- 우리나라 장애출현율은 OECD 국가들에 비해 매우 낮는데 이는 장애로 인정하는 범위가 좁고 기준이 엄격하기 때문

우리나라 장애출현율 추이



자료: 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 「장애인 실태조사」, (각연도)

OECD 국가 장애출현율



자료: 한국장애인고용공단 고용개발원(2017), 「2016 장애인 통계」

I-2. 장애의 발생

전체 장애 발생의 89%가 후천적 원인

- 질병에 의한 장애 발생은 증가하는 추세인 반면, 사고에 의한 장애 발생은 감소
- 초고령 사회인 독일의 경우 중증장애 발생 원인의 83.4%가 질병으로 인한 장애

중·고령기에 장애 발생 증가

- 평균수명의 증가로 노년기가 길어지면서 만성퇴행성 질환이나 노화의 과정으로 발생하는 노년기 장애위험 증가
- 정신적 장애와 뇌전증을 제외한 모든 장애유형에서 50세 이후 장애가 발생한 비중이 50%이상을 차지

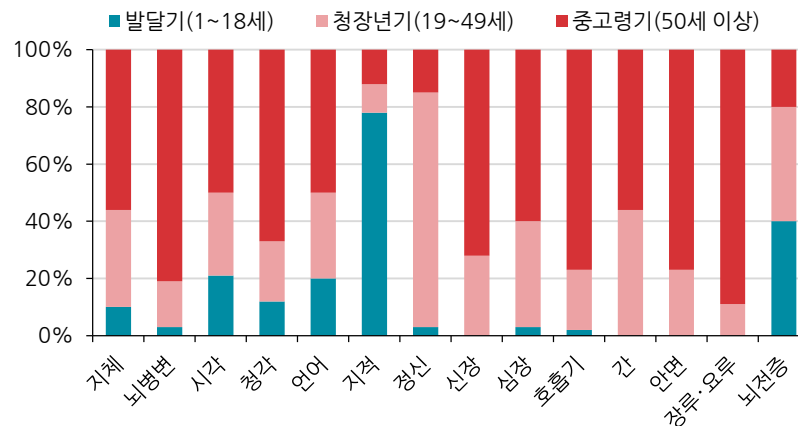
장애 발생 원인

(단위: %)

장애발생 원인		2005	2008	2011	2013
선천적 원인		4.0	4.9	4.6	4.7
출생시 원인		0.7	0.5	0.9	1.3
후천적 원인	질환	52.4	55.6	55.1	56.2
	사고	36.6	34.4	35.4	32.7
원인불명		6.3	4.6	4.0	5.1

자료: 한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」 (각연도)

50세 이상 장애인의 장애 발생 시기



출처: 보건사회연구원(2015), 「장애인구 고령화:실태 및 시사점」

I-3. 고령화와 장애

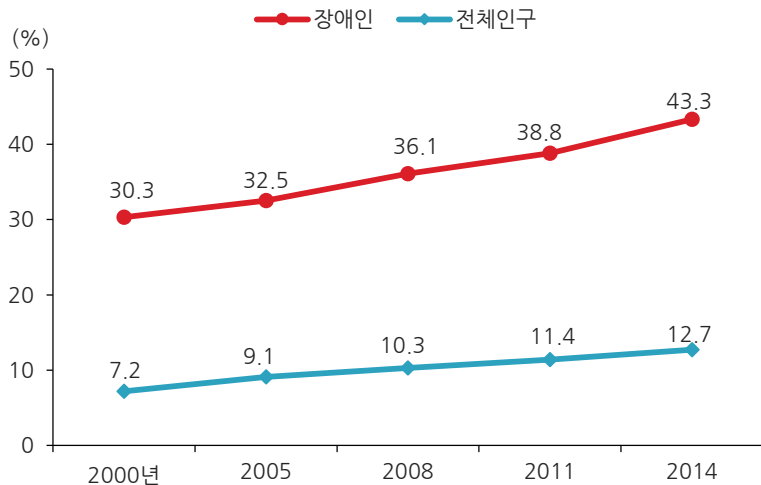
전체인구의 고령자 비중보다 장애인구의 고령자 비중이 훨씬 높음

- 장애인의 43.3%가 65세 이상 고령자(2014년)

전세계 장애인구 규모는 15%, 노인인구는 8.2%(2015년)

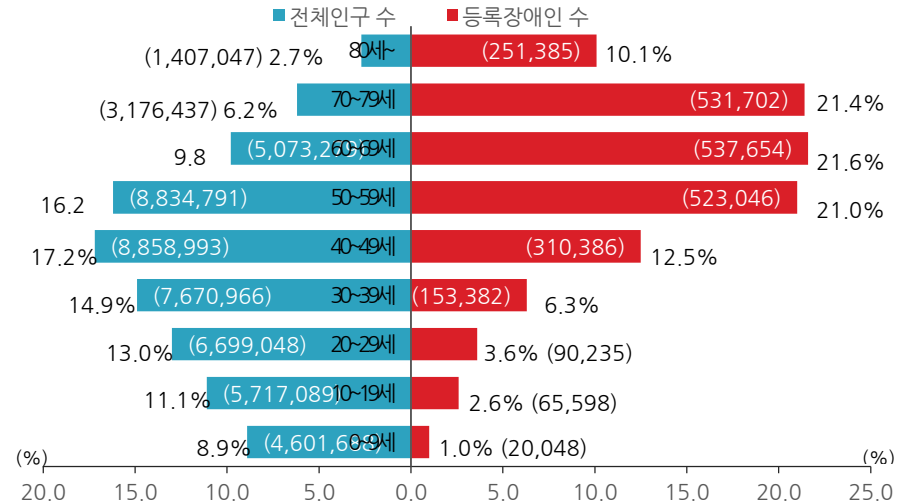
- 일상생활장애 개념을 적용하면 우리나라 장애인구 규모는 지금보다 훨씬 클 것

고령자 비중(만 65세 이상 비율)



자료: 한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」(각연도)

장애인의 연령 구성(2015)



출처: 한국장애인고용공단 고용개발원(2016), 「한눈에 보는 2016 장애인 통계」

I-4. 경제적 상태

장애인은 비장애인에 비해 소득이 낮음

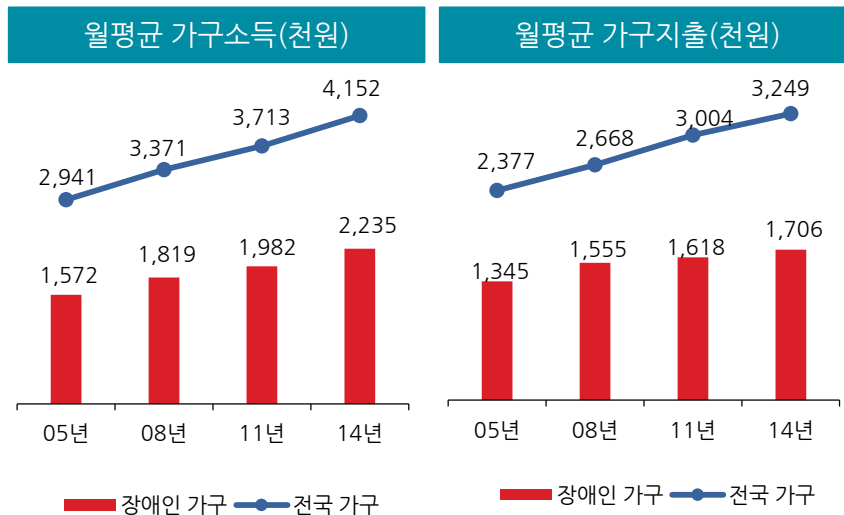
- 2014년 기준 장애인가구의 월평균 소득은(223만 5천원) 전국 가구 평균(415만 2천원)의 53.8% 수준

장애로 인한 추가 소요비용

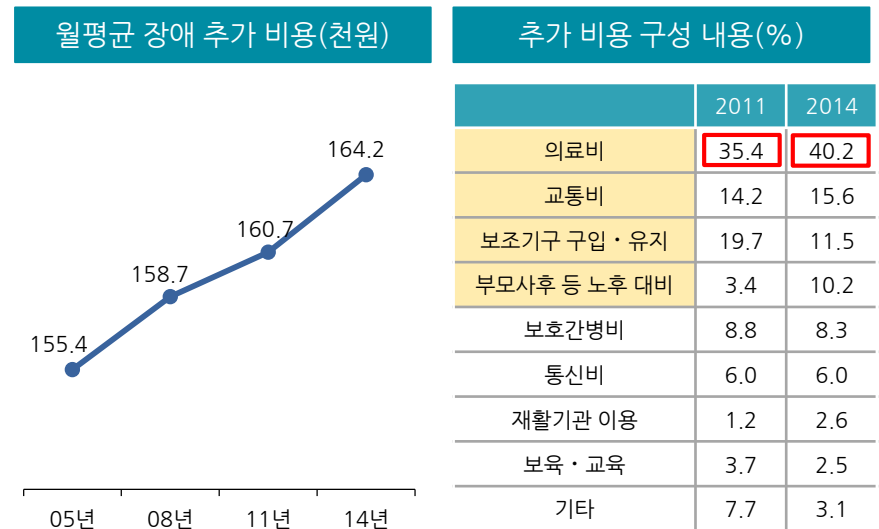
- 장애로 인한 추가 소요비용은 월 16만 4천원으로, 의료비(40.2%)의 비중이 가장 크고, 그 다음 교통비(15.6%), 보조기구(11.5%) 순

각종 위험에 대비한 보장 능력 부족

장애 가구의 월평균 소득 및 지출



장애로 인한 평균 추가 비용



자료: 한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」(각연도)

자료: 한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」(각연도)

II. 장애인의 위험

II-1. 질병위험: (1) 유질환율

장애인의 유질환율은 33.7%로 전체인구 17%의 약 두 배

- 장애인의 77.2%가 만성질환 보유
- 평균 1.8개의 만성질환 보유: 고혈압(41.1%), 골관절염(23.2%), 당뇨병(19.6%), 요통(13.0%) 등

자신의 건강상태가 ‘나쁨 또는 매우 나쁨’이라고 응답한 비율이 54.5% (비장애인 15.4%)

정신건강 취약

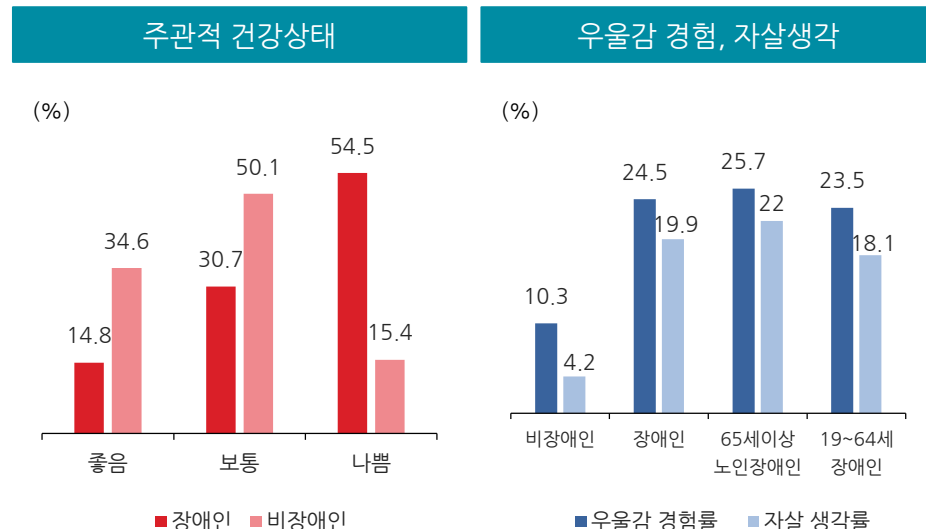
- 연령이 높을수록 우울과 자살을 고려하는 비율이 비장애인보다 2배 이상 높음

장애인과 전체인구의 건강검진 결과 비교

구분		유질환자 비중(%)	
		장애인	전체인구
성	남	30.0	18.5
	여	39.7	18.9
연령	20~44	7.3	3.1
	45~64	30.0	22.5
	65+	51.4	51.9
장애유형	외부신체	34.6	-
	내부기관	44.0	-
	정신	14.1	-

주: 건강검진은 1차 기본검진이며, 장애인은 2012년, 전체인구는 2015년 수치임
 자료: 장애와 건강통계(2016)와 2015 건강검진통계연보를 참조하여 작성함

장애인 건강상태



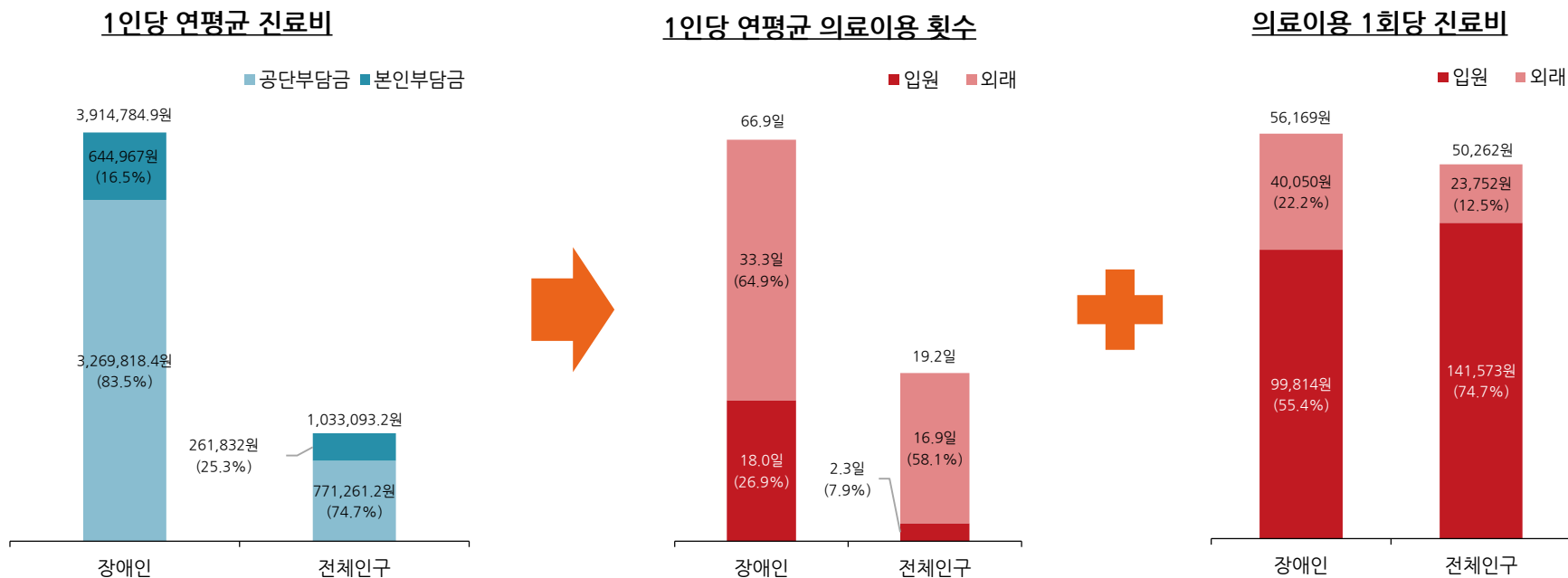
자료: 한국보건사회연구원, 「장애인 실태조사」(각연도)

II-1. 질병위험: (2) 의료이용 횟수와 진료비

장애인의 1인당 진료비 부담은 전체인구 1인당 진료비 부담보다 3.9배 높음

진료비를 의료이용 횟수와 의료이용 1회당 진료비로 분해

- 1인당 의료이용 횟수는 장애인이 전체인구보다 입원이 약 8배, 외래가 3.5배 높았음
- 의료이용 1회당 진료비는 입원의 경우 장애인이 전체인구보다 낮았음
- 비용부담이 커서 양질의 진료를 받지 못한 결과라면 추가적인 의료보장이 필요



자료: 보건복지부 · 국립재활원 재활연구소, 「장애와 건강 통계 컨퍼런스」 발표자료

II-2. 사고위험: (1) 안전사고

일상생활에서 사고 위험 높음

- 장애인의 사고발생률은 전체인구보다 훨씬 높음

사고 발생 시 장애인은 비장애인에 비해 피해 정도가 심각함

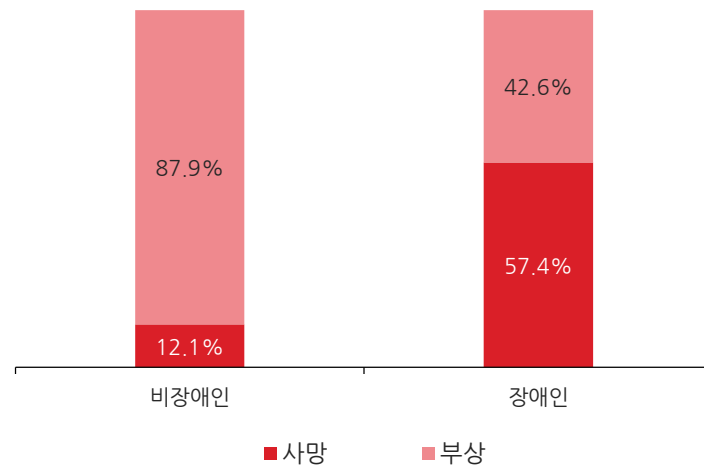
- 화재사고 발생시 사상자 중 사망자 비중이 장애인의 경우 57.4%로 비장애인 12.1%보다 훨씬 높음

장애인과 전체인구의 사고발생 비교(2012)

(단위: %)

사고발생 원인	장애인	전체인구
운수사고(교통사고)	19.8	93.9
추락(떨어짐)/미끄러짐	50.2	1.1
기타	30	5
합계	100	100
사고자 수(천 명)	205	360
장애인/인구 수(천 명)	2,646	50,747
사고발생률(%)	7.7	0.7

화재사고 사상자 중 사망자 비중(2009~2014.3)



주: 1) 장애인 사고발생 수는 설문조사에 근거한 추정치인 반면, 전체인구는 실적치임

2) 전체인구의 운수사고(교통사고)는 도로교통과 철도사고 포함

자료: 장애인 실태조사(2014); 국민안전처(2015), 「2014 재난연감」

자료: 서울특별시 소방재난본부(2014), 「장애인 재난위기관리 체계」

II-2. 사고위험: (2) 발달장애인의 배상책임 사고위험

발달장애(지적장애, 자폐성장애)인은 배상책임 사고위험이 큼

- 신체적 장애와 달리 자신의 행동에 대한 자각, 인지능력 부족
- 본인의 상해 사고위험과 함께 대인/대물 배상책임 사고위험, 법적 분쟁에 휩싸일 위험 높음

특수학교 사고발생 빈도와 손실비용이 일반학교 대비 높음

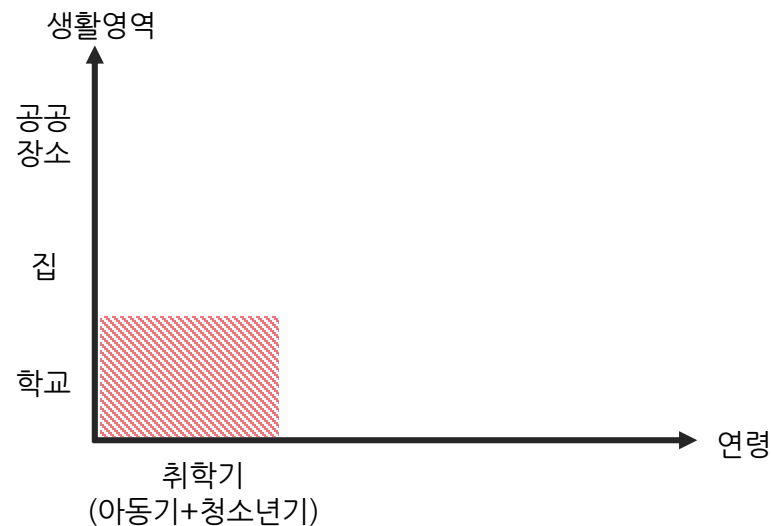
- 학교안전공제회는 학교 내 발생한 안전사고에 대해 학교를 대신하여 학생의 손해를 보상

배상책임 사고위험은 발달장애인이 지역사회와 교류하는데 방해 요인 중 하나

학교안전공제회 공제급여건수 및 금액
(2009~2015년, 학생 1000명 당) (단위: 건, 천원)

구분	공제급여건수	공제급여금액
유치원	7.7	1,061
초등학교	7.6	2,311
중학교	11.7	4,732
고등학교	9.7	5,987
특수교육	12.6	6,233
평생교육	2.8	1,777
외국인	1.6	485

발달장애 위험보장 사각지대



자료: 사고발생 및 보상통계는 학교안전공제중앙회,
학교 및 학생수는 교육통계서비스(<http://kess.kedi.re.kr/index>)

III. 민영보험의 위험보장 현황 및 문제점

III-1. 보장 현황

장애인 전용 보험상품과 일반 보험상품 가입을 통해 보장

- 장애인 전용상품은 사망, 암, 연금 보험이 있으며 판매실적이 매우 저조함
- 신체적 장애인의 경우 장애와 위험의 인과성에 따라 가입여부와 보험조건 결정, 정신적 장애인의 경우 보험가입에 제한

장애인의 민영보험 가입률 매우 낮음

- 하나 이상의 민간보험에 가입하고 있는 장애인의 비율은 33%에 불과 (국가인권위(2013))
- 우리나라 생명보험의 개인 가입률은 73.4%, 가구 가입률은 81.8% (보험소비자 설문조사(2016))

장애인 전용 보험상품

- **곰두리 보장 보험**
 - 현재 대형 보험사 3사에서만 판매
 - 사망과 암만 보장
- **장애인 전용 연금보험**
 - 연금수령액을 높인 상품으로 비장애인에 비해 10~15% 정도 연금수령액이 높음
- **문제점**
 - 사업비가 낮아 설계사들의 판매유인 부족
 - 실손의료비, 상해, 배상책임 등 보장 안됨

일반 보험상품 장애인 보장

- **신체적 장애인의 경우 인수심사 결과에 따라 보험료 할증, 부담보 조건으로 보험가입, 혹은 인수거절**
- **정신적 장애인 보험가입 제한**
 - 상법 732조에 따라 심신박약과 심신상실자의 사망담보 보험계약 무효
 - 하지만 사망담보 외에도 대부분의 보험상품에서 보상하지 않는 사항에 포함
- **문제점**
 - 심신박약, 심신상실과 같은 중증 정신장애인 뿐만 아니라 경증 정신장애인도 사실상 가입 제한

III-2. 문제점: (1) 보험 시장 요인

장애인 위험 보장이 취약한 원인

수요측 요인

- 낮은 보험 구매력
- 구매 선택권 제약
: 높은 위험 보유 시 보험료가 높아지고, 보장 수준은 낮아짐

공급측 요인

- 정신적 장애인 가입제한
- 장애인 위험보장에 대한 소극적 태도
- 제도적 측면
 - 장애인의 사고통계 부재로 상품 설계 및 공급 어려움



시장을 통한 위험 보장 취약

- 중증 정신장애인(심신상실, 박약)
: 보험의 원리 적용이 어려워 시장 실패
- 신체적 장애와 경증 정신장애인
: 낮은 보험 가입률

보험의 원리와 장애인 위험의 특징

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

III-2. 문제점: (2) 장애인 보험차별

장애인의 사회적 차별경험에서 보험제도 계약 시 차별 경험이 매우 높음

보험차별에는 정당한 이유를 갖는 차별과 부당한 차별이 있음

- 정당한 차별이 되기 위해서는 장애요인과 사고위험간의 인과성에 대한 검증된 통계 자료, 의학적·과학적 근거가 필요
- 근거가 불명확한 상태에서 부당한 편견에 의한 가입거절 혹은 보험조건 제한

차별완화와 사회통합 차원에서 위험률 차이에도 불구하고 단일 보험요율을 사용하기도 함

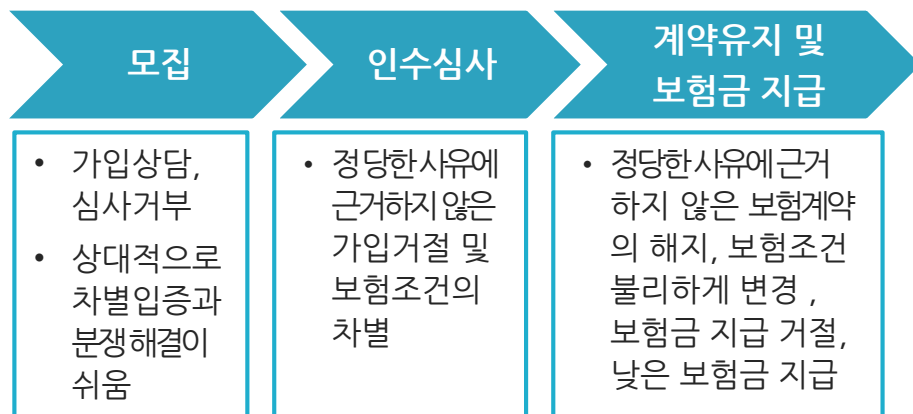
- 유럽 연합 내 보험업자는 남·녀 단일 보험요율을 사용해야 함(2012년 유럽 법정 판결)
- 공익성이 크고 보험료 부담이 낮은 보험상품의 경우 전체 가입자가 취약계층의 위험을 함께 공유하는 차원에서 단일 요율 사용 검토 가능

장애인의 사회적 차별 경험

(단위: %)

구분		비율	구분		비율
입학 · 전학	유치원(보육시설)	27.1	직장 생활	취업	35.8
	초등학교	38.8		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

가입 단계별 보험차별 내용



III-2. 문제점: (3) 보험사의 장애인 위험 인수에 대한 소극적 태도

장애인의 보험가입 거절 혹은 보험조건 제약은 대부분 인수심사 단계에서 결정

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

보험차별을 금지하는 가이드라인은 원칙을 제시할 뿐 보험사의 장애인 적극적 위험인수 유도에 한계

장애인 보험차별 금지 법, 제도 개선

보험업법 〈2010.7.23 전문개정〉	• 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) 제1항 제10호 - 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 정당한 이유 없이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위를 하여서는 아니된다 • 제196조(과징금) / 제209조(과태료) - 제97조를 위반한 경우 보험회사는 해당 보험계약 수입보험료의 100분의 20 이하 과징금 / 2천만원이하의 과태료 (임직원) 또는 1천만원 이하의 과태료(모집인) 부과
상법 제732조 〈2014.3.11 개정〉	제15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다 <u>다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때의 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니한다</u>
국가인권위 「장애인 보험차별 개선을 위한 가이드라인」 〈2014년〉	• 장애인에 대한 보험차별 정의 - 장애를 이유로 보험상담 또는 심사 자체 거부, 보험조건에서 부당한 차별, 부당한 계약 해지, 낮은 보험금 지급, 장애인에게 필요한 설명의무 불이행 및 편의 미제공 • 보험차별 행위 입증책임 - 차별행위를 당했다고 주장하는 사람이 입증, 차별에 정당한 사유가 있었음은 보험회사가 입증

IV. 개선 방안

IV-1. 개선방안 개요

문제점

부분적 시장 실패

- 심신상실 및 심신박약 위험 보장 보험상품 부재
- 실손의료비, 배상책임, 상해 등 보험 보장 부족

낮은 보험 접근성

- 낮은 보험 가입률
- 보험차별
- 보험사의 장애인 위험보장에 대한 소극적 태도

장애인 사고통계 부재

- 상품 설계와 공급에 한계

개선방안

- 공제방식 보험 공급
 - 정신적 장애인 대상
 - 의료비, 상해, 배상책임보험 등 보장

- 접근성 제고
 - 보험차별 심사제도 개선
 - 장애인 위험인수 환경 개선

- 장애인 사고통계 구축 및 활용

IV-2. 정신적 장애인 보험 공급

공제 방식 보험 공급

- 정신적 장애인의 위험 보장 보험상품 부재
- 공제방식으로 정신적 장애인의 위험 인수 가능(비슷한 보장 욕구를 가진 장애인 모집)

일본의 발달장애인 공제 사례

- 정신적 장애인의 민영보험가입이 어려워 전국 지방자치단체의 발달장애인 복지협회를 중심으로 장애인생활지원협회(공제회) 설립
- 공제회와 AIU손해보험사 협력 구축(공제회가 보험계약 모집하고 보험사가 상품개발 및 위험인수)
- 의료비, 사망/후유장해, 배상책임, 지진상해 등 보장

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

IV-2. 정신적 장애인 보험 공급

정신적 장애인 생활지원종합공제(가칭)

- 의료비, 상해, 배상책임 등 보장
- 공제+민영보험 혼합방식

정부의 지원

- 비용 부담 등으로 장애인의 자발적 공제 설립이 어려울 경우 정부가 설립을 지원
- 사고로 인한 손해복구나 배상과정에서 빈곤해지면 정부의 복지지출이 늘어나므로 정부는 재정적 지원 유인 존재

발달장애인 생활지원종합공제(가칭) 공급 방안

운영주체	전국발달장애인가공제(가칭): 장애인단체, 지방자치단체 산하 장애인 협회 등 중심으로 설립
보험방식	• 공제+민영보험 혼합방식 • 공제회가 보험가입자를 모집 -> 보험사가 상품 개발 및 위험인수
가입 대상	지적장애와 자폐성장애 중심
보장내용	의료비(입원, 통원, 수술), 상해, 배상책임 등
정부 지원	• 지방자치단체 중심으로 공제 조직화 지원 • 사업비 지원, 세제혜택

IV-3. 접근성 제고

보험차별 심사제도 개선		장애인 인수심사 환경 개선	
대상	장애인 소비자	민영보험 공급자	
개선 방안	• 장애인 보험차별 감시를 위한 상시적 감독기구 설립 - 국가인권위 주도로 장애인단체, 질병과 사고 통계 관련 기구(예, 국립재활원)로 구성 - 정기적으로 장애인 보험차별 현황을 조사하고 차별이 있었을 경우 정당한 이유였는지 심의 - 보험차별 심의 사례들을 장애유형별로 정리하여 이후 참고자료로 활용할 수 있도록 데이터 집적 • 보험차별 구제제도에 대한 홍보 강화 • 보험차별 여부 판단을 도와줄 자문단(의료계 등) 위촉, 필요 시 장애인단체에 파견 지원	• 투명한 인수심사 근거 마련 - 인수심사의 근거가 될 수 있는 사고통계 및 의학적·과학적 근거 마련 • 장애인 사고 위험률 추정을 위한 T/F 구성 - 정부 관련 부처, 보험개발원, 의료계 등 포함 - 실손의료보험과 같이 장애인에게 필요한 보장 상품에 활용 - 단 인수심사는 장애와 관계없이 개별적으로 이루어지는 것이 원칙이며, 장애 위험률이 경증 장애인에게 역차별로 이용되지 않도록 방안 마련	
제도 개선 효과	• 보험차별이 의심되더라도 적극적으로 차별여부를 따지지 않고 보험가입을 포기해 온 장애인 소비자들이 보다 적극적으로 보험차별 구제절차를 밟도록 유도 • 소비자의 보험차별 구제제도 이용을 활성화 • 전문가의 자문으로 소비자의 정보비대칭성 문제 개선	• 보험차별 정당성 여부의 기준이 되는 과학적, 의학적 분석 및 통계 근거를 제시하여 보험차별 논란 제거 • 장애인 기초요율 개발로 보다 적극적인 상품 개발 환경 조성하여 보험 접근성 제고	

IV-4. 장애인 사고 위험 통계 구축 및 활용

장애인의 질병 및 상해 사고 통계 구축 필요

- 장애인 관련 사고통계는 보건복지부 장애인 정보와 경찰청의 교통사고 통계, 국민안전처의 재난통계 등을 연결하여 구축
 - 국가인권위원회는 ‘장애인 보험차별 개선 가이드라인’에서 금감원 등 관련 부처와 함께 보건복지부, 국민건강보험공단 등에 장애인보험 활성화 및 차별을 막기 위해 장애인 건강 통계를 축적해 줄 것을 권고함
 - 장애인 사고통계 구축을 위한 정부의 재정지원 강화 필요
- 구축된 통계를 장애인 위험을 산출하는 기초요율자료로 활용할 수 있는 방안 마련

장애인 통계 구축 및 활용 시 유의할 점

- 통계구축 자체가 장애인에 대한 차별소지가 있다는 주장이 있어 이에 대한 사회적 합의 필요
 - 장애급수에 따른 장애편차가 굉장히 커서 보험을 위한 통계치를 마련한다고 해도 이 통계치가 유형별로 하나의 대표성을 가질지 의문
 - 장애인 전체 위험률을 사용할 경우 경증장애인에게는 오히려 역차별이 될 수도 있음
- 통계 구축과 활용 과정에서 장애인 개인정보보호 대책 필요

IV-5. 장애인 위험보장 강화를 위한 공·사 협력 강화

정부의 역할

- 정부는 공적 보험과 복지제도를 통해 장애인의 기본적인 위험보장
 - 소득보장, 의료보장, 안전시설 등의 강화를 통해 장애인의 사고위험을 예방하고 보장
- 민간의 사전적인 위험관리 노력에 적극 지원
 - 장애인 보험공제 도입은 장애인 스스로 위험을 보장하려는 노력이 필요하므로 이를 독려할 인센티브 제공
 - 사업비 보조, 공제가입 시 세제혜택 제공 등 정부의 재정적 지원

보험산업의 사회적 보장 역할 강화

- 민영보험사는 공적 보장을 보완하여 각종 사고위험을 보장하는 사회적 역할을 강화할 필요
 - 민영보험은 이윤추구와 동시에 각종 위험에 대비한 사회의 중요한 안전장치
- 고령층 보험수요가 커짐에 따라 유병자 보험상품을 적극적으로 공급한 것과 같은 맥락에서 장애인에 대해서도 적극적인 위험보장 노력 필요

감사합니다

정신질환 위험 보장 강화 방안

이정택 연구위원

2017.4.14(금)

장애인·정신질환자 위험 보장 강화 방안 정책토론회

목차

- I. 정신질환 현황
- II. 정신질환 보장체계 현황 및 문제점
- III. 정신질환 위험보장 강화방안

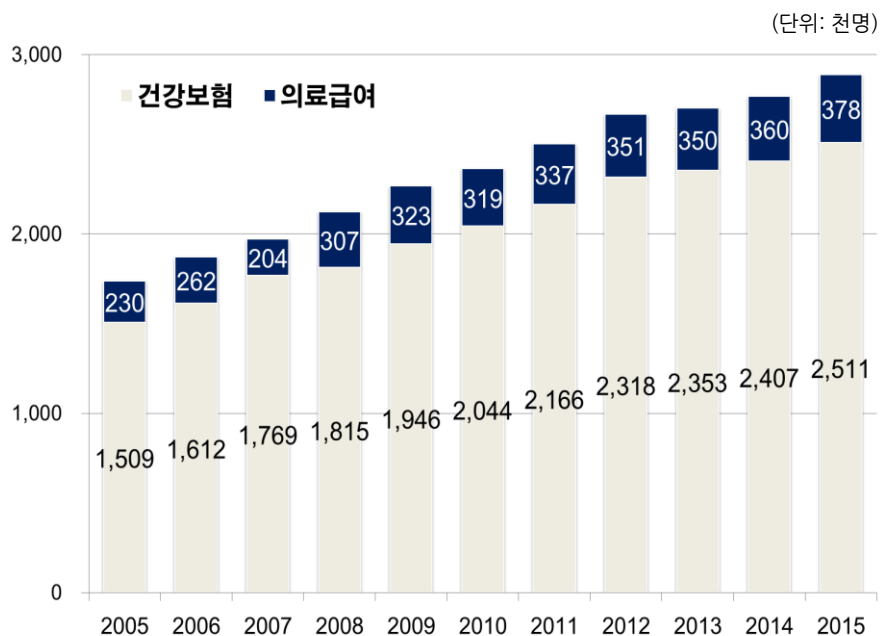
I. 정신질환 현황

I-1. 정신질환의 증가 – 치료환자수

정신질환 치료환자수의 지속적인 증가

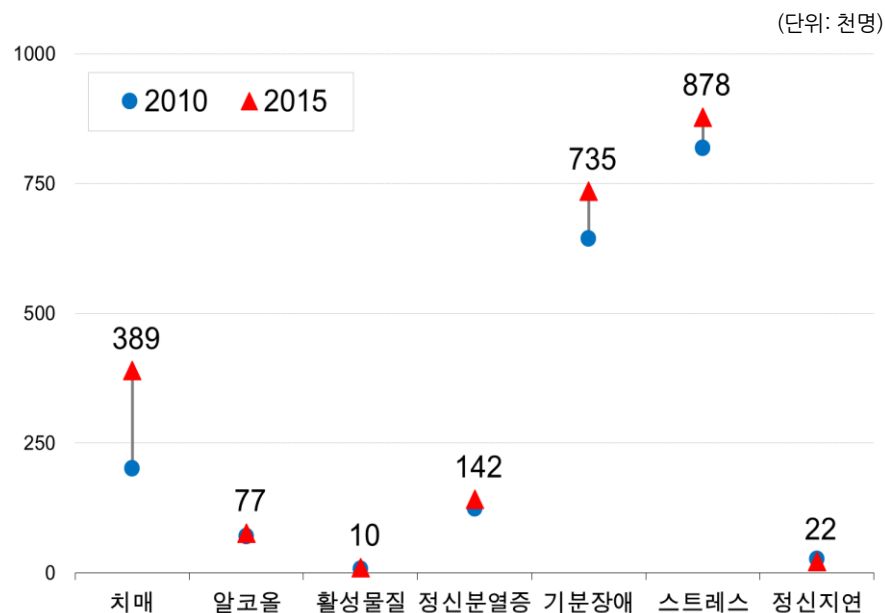
- 정신질환 환자수는 2005년 대비 66% 증가하여 2015년 289만명 (건강보험 251만 명, 의료급여 38만 명)
- 질환별로는 신경증·스트레스 장애, 기분장애, 치매 등의 순

정신질환 진료실 인원



자료: 건강보험통계연보, 의료급여통계연보

주요 정신질환의 환자수 추이 (건강보험)



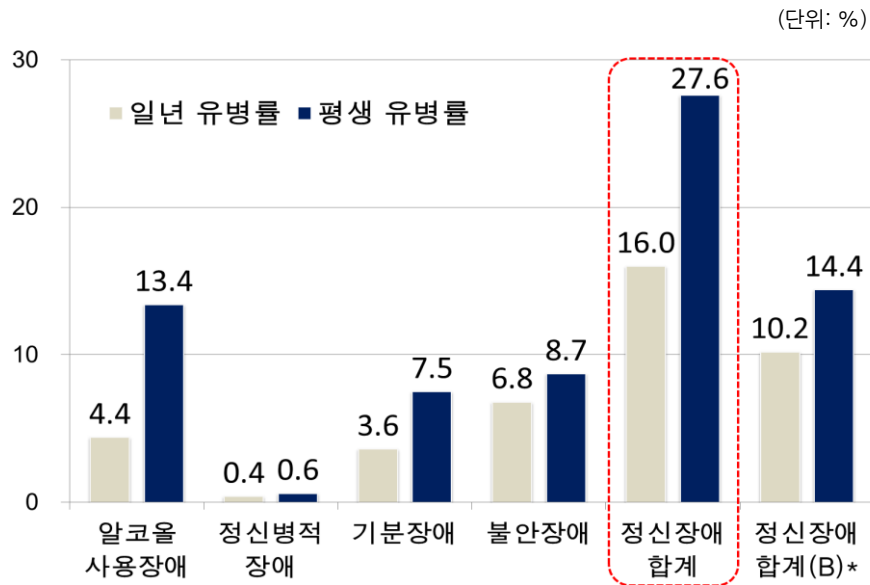
자료: 건강보험통계연보

I-1. 정신질환의 증가 – 유병률

정신질환은 유병률이 높은 질환 : 4명 중 1명은 평생 한 번 이상 경험

- 전체 정신질환 평생유병률은 27.6%, 니코틴/알코올 사용장애를 제외한 정신질환의 평생유병률은 14.4%
- 정신질환군별 평생유병률은 알코올 사용장애(13.4%), 불안장애(8.7%), 기분장애(7.5%) 순

정신질환군별 유병률



주: 정신장애 합계(B)는 니코틴/알코올 사용장애 제외
 자료: 정신질환역학 실태조사(2011)

남녀 1년 유병률 및 추정환자수(정신질환군별)

(단위: %, 천명)

정신질환군	남성		여성	
	유병률	환자수	유병률	환자수
알코올 사용장애	6.6	1,189	2.1	380
정신병적 장애	0.2	36	0.5	90
기분장애	2.3	414	4.9	886
불안장애	3.7	667	9.8	1,772
모든 정신장애 (A)	16.2	2,918	15.8	2,857
모든 정신장애 (B)	6.1	1,099	14.3	2,586

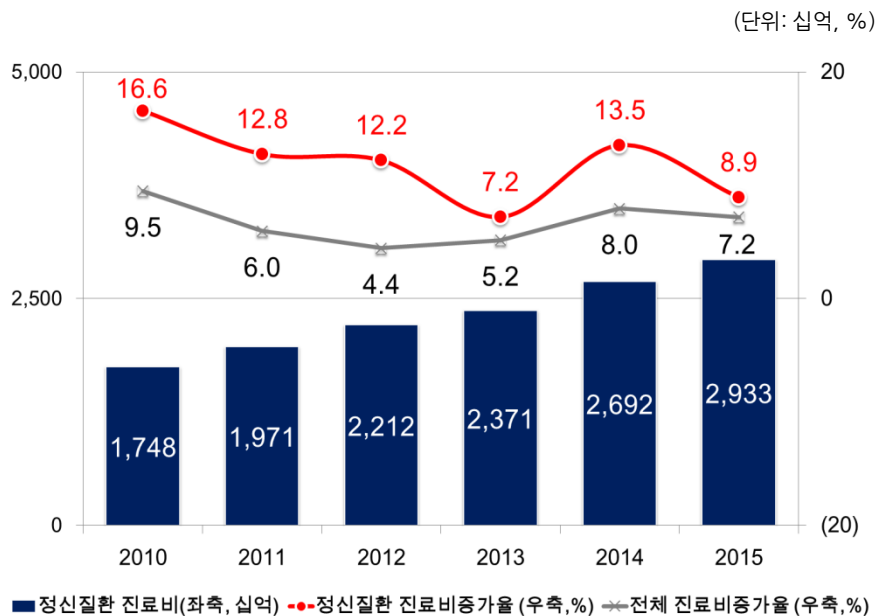
주: 정신장애 합계(B)는 니코틴/알코올 사용장애 제외
 자료: 정신질환역학 실태조사(2011)

I-2. 정신질환 관련 진료비

정신질환 진료비는 연평균 12% 증가하여, 2015년 2조 9천억 원 수준

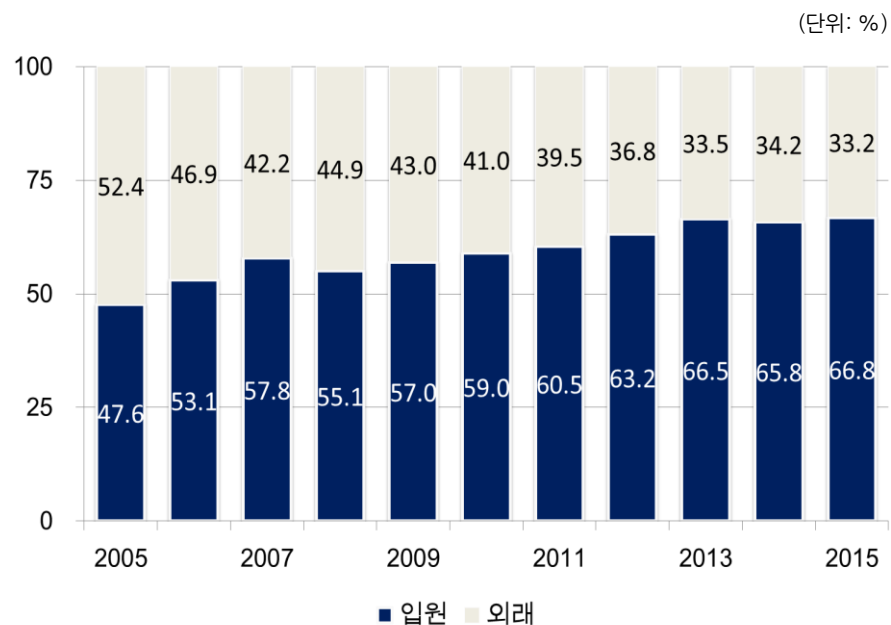
- 정신질환 진료비 증가율은 전체 진료비 증가율 6.7%를 매년 상회하고 있는 상황
- 정신질환 외래 대비 입원 진료비 비중 증가 확대 추세

연도별 정신질환 진료비 규모 및 증가율



자료: 건강보험통계연보

진료형태별 정신질환 진료비 비중



자료: 건강보험통계연보

I-3. 건강불평등 심화

사회 경제적 지위(Socio-Economic Status)에 따라 정신질환 유병률에 차이 존재

- 교육수준이 낮을수록, 취업상태가 불안할수록, 소득이 낮을수록 정신질환 유병률이 높음
- OECD 모든 국가에서 정신질환 정도가 심할수록 고용격차는 확대되는 양상

정신질환 보유자의 사회인구학적 특징

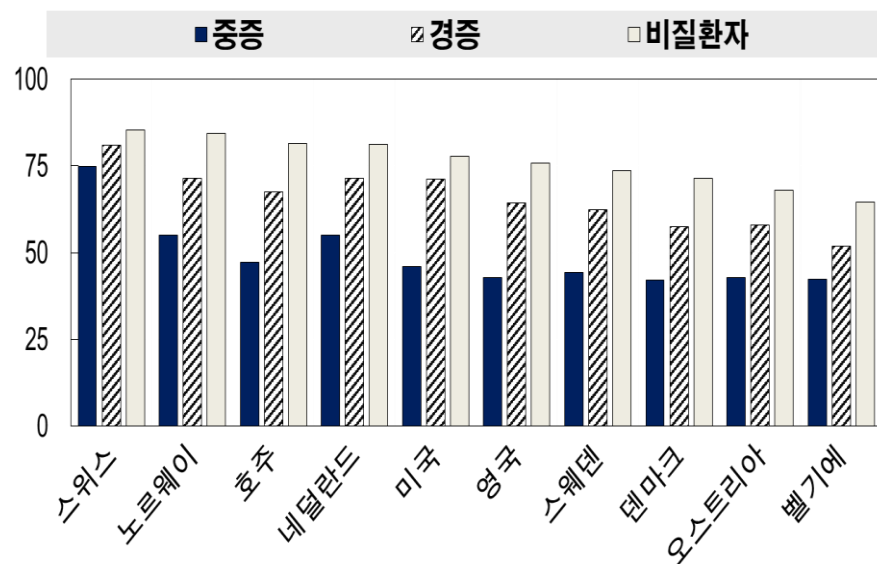
(단위: %)

구분		남성	여성	전체
교육수준	무학	14.3	19.6	18.6
	초졸	8.7	18.1	14.7
	대졸	5.0	15.0	9.6
취업상태	전일제	4.6	12.1	7.2
	부분제	4.6	16.8	10.7
	미취업	8.9	15.2	13.0
소득	하	10.1	16.7	13.6
	중	5.2	13.0	8.8
	상	4.5	12.3	8.3

자료: 정신질환역학 실태조사(2011)

정신질환 중증도별 고용률

(단위: %)



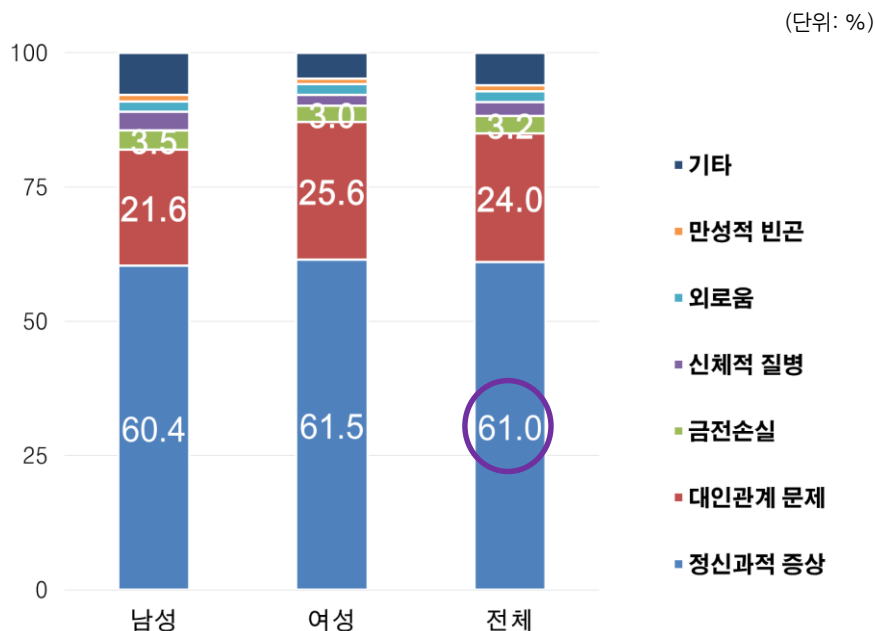
자료: OECD(2015)

I-4. 정신질환으로 인한 자살

정신질환은 자살의 주요 원인으로 작용

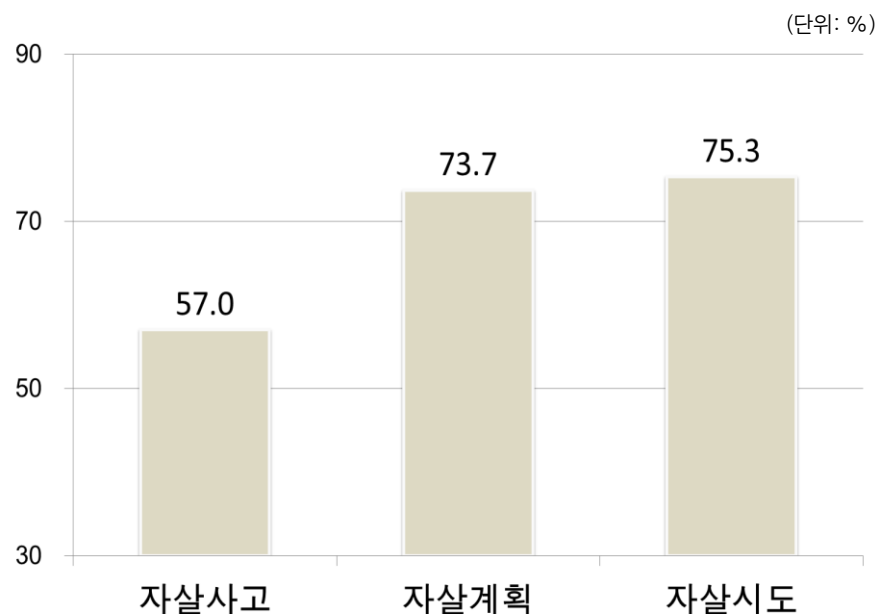
- 자살시도자의 61%는 정신질환이 원인
- 자살사고자의 57.0%, 자살계획자의 73.7%, 자살시도자의 75.3%는 정신장애를 경험

정신과전문의 판단에 의한 자살기도 원인



자료: 2013년 자살실태조사

자살관련 행동자의 정신장애 경험 비율



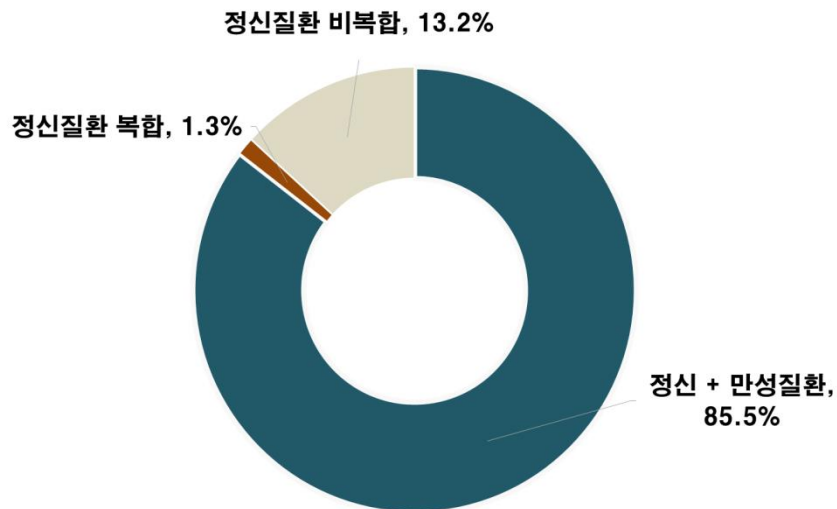
자료: 정신질환 실태조사(2011)

I-5. 복합 동반질환화

복합정신질환, 신체질환의 동반이환 위험성

- 정신질환 보유자의 86.8%는 복합정신질환을 보유
- 우울증을 포함하는 기분장애와 불안장애가 다른 정신질환이나 만성질환과 복합
- 정신질환자의 신체질환 유병률은 일반인구에 비해 높음

복합 정신질환자 유병률



정신질환과 동반신체질환

연구자	주요 결과
Heald et al. (10) Pramyothin (10)	정신분열증환자의 심장질환 발생 비율(31%)은 일반인(18%) 보다 높음
Roy et al. (08)	- 불안장애와 암과의 관계 - 암환자 불안장애 보유 빈번 * 사망에 대한 스트레스나 약물치료에 의한 유발
Pratt et al. (96) Cizza et al. (09)	우울증이 심근경색(2.6배), 골절(1.4~2.3배)의 위험성을 증가 시킴

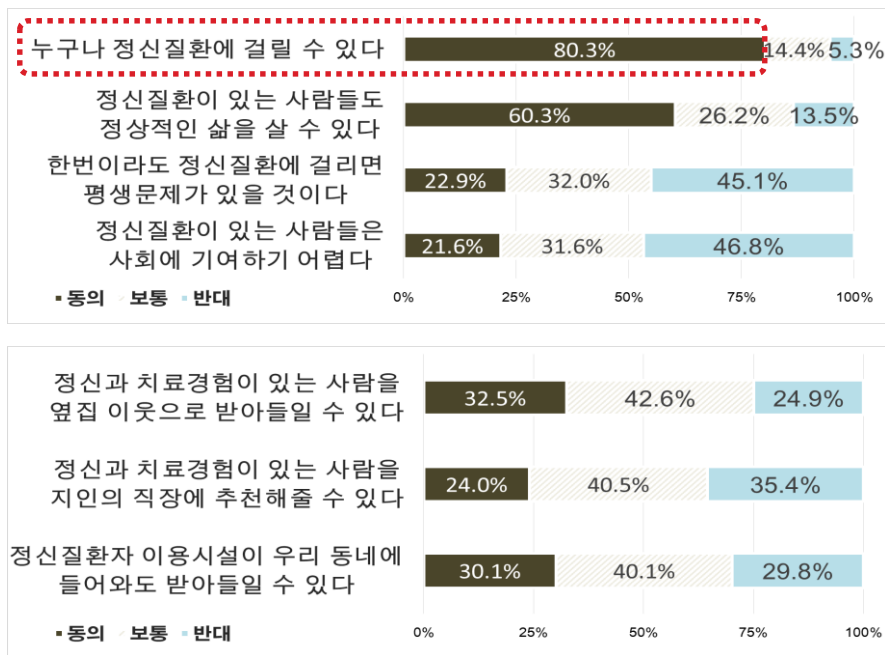
자료: 보건사회연구원(2014)

I-6. 정신질환에 대한 사회적 낙인

정신질환에 대한 부정적 인식 및 사회적 편견으로 적극적 치료 기피

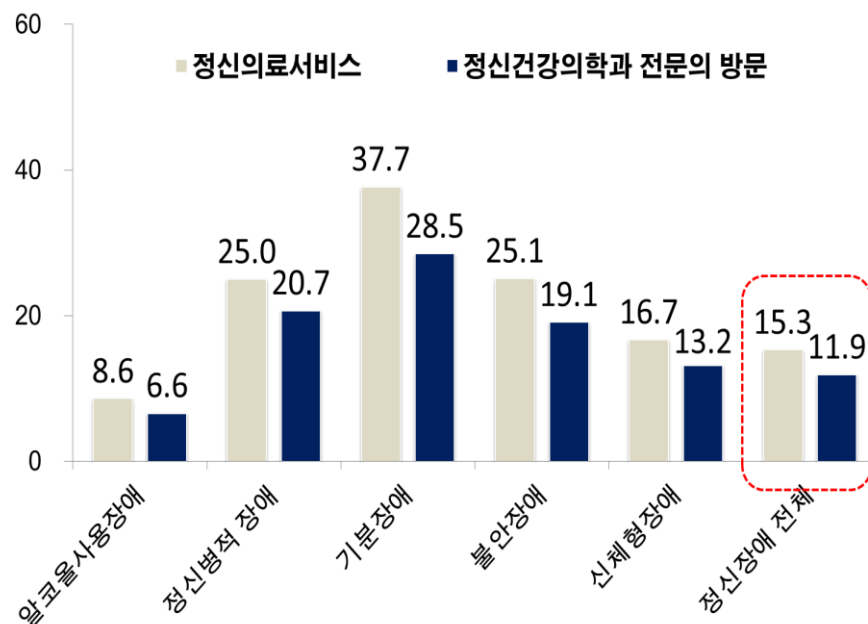
- 누구나 정신질환에 걸릴 수 있다는 것에는 대다수가 동의하나, 사회적 수용도는 낮음
- 정신질환자 중 15.3%만이 의사, 정신과전문의 등을 한 번 이상 방문
 - 우울증과 같은 경증 정신질환의 경우 치료가능성이 높으나, 치료받는 경우가 극히 일부

정신질환에 대한 사회적 인식 및 수용도



자료: 국립정신건강센터(2015, 2016)

정신의료서비스 이용률



자료: 정신질환역학 실태조사(2011)

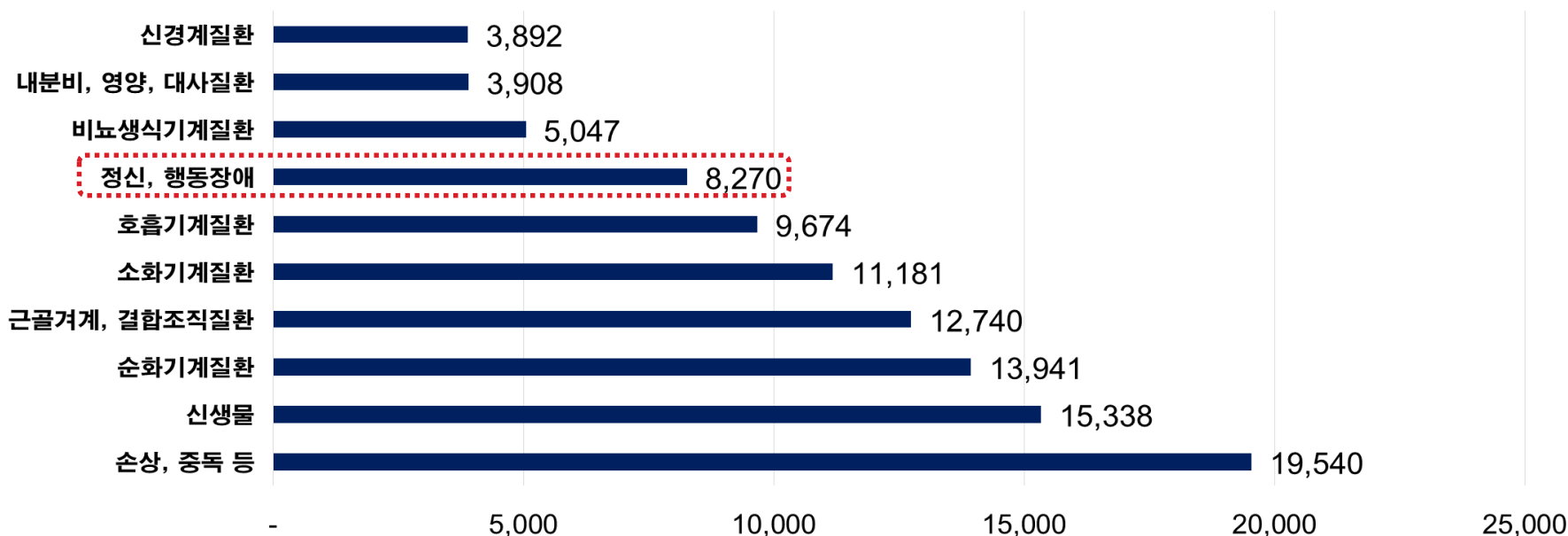
I-7. 정신질환에 대한 사회경제적 비용

정신건강문제로 인한 막대한 사회적 비용 소요

- 정신질환으로 인한 사회·경제적 비용은 연간 8.3조원 (전체질병으로 인한 사회경제적 비용의 6.9%)
- 사회적 비용은 연령이 낮을수록 질환이 만성화될수록 높아져 GDP의 4%를 상회 예상

질환별 사회경제적 비용 규모

(단위: 십억원)



자료: 건강보험정책연구원(2015)

II. 정신질환 보장체계 현황 및 문제점

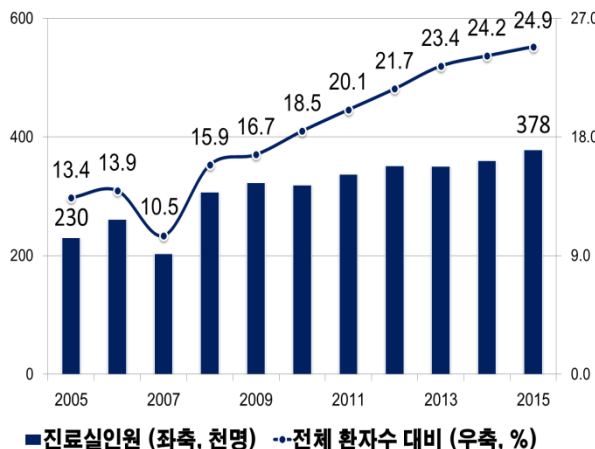
II-1. 공적 보장체계 현황 - 개요

정신질환의 경우 의료급여, 건강보험, 산재보험 등을 통해 보장

- 의료급여: 총의료급여 대비 정신질환 의료급여는 24.9%를 차지하며, 정신질환 치료 환자수는 38만명
- 건강보험: 총건강보험 대비 정신질환 건강보험급여는 5.3% 차지하며, 정신질환 치료 환자수는 251만명
- 산재보험: 정신질환 관련 산재보험 신청건수는 106건에 불과하며, 인정비율은 38.7%

의료급여

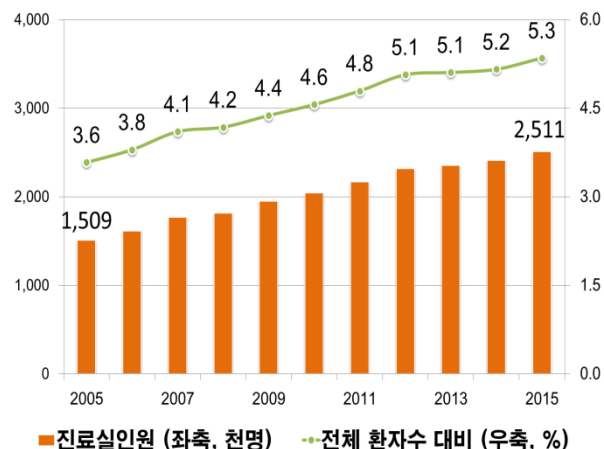
- 저소득계층 대상 공공부조제도
- 의료급여법에 의거 입원·외래지원



자료: 의료급여통계연보

건강보험

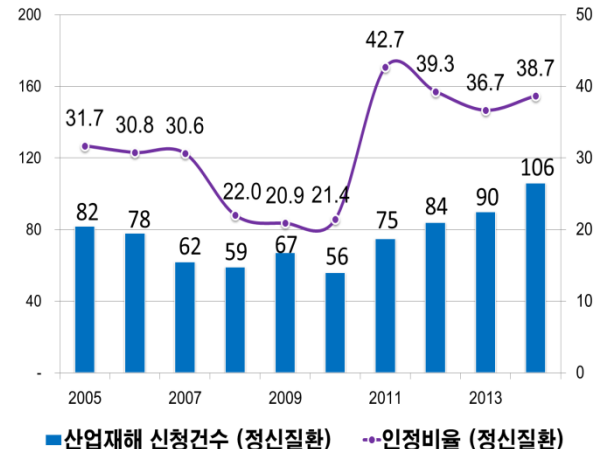
- 건강보험가입자 및 피부양자
- 질병, 부상 등에 대한 요양급여



자료: 건강보험통계연보

산재보험

- 업무관련 부상/질병/장해/사망
- 스트레스장애, 적응장애, 우울증



자료: 산재보험통계연보

II-2. 공적 보장체계 현황 - 건강보험

건강보험 중기보장성 강화계획: 정신질환 초기 관리를 위한 건강보험 보장 확대

- 외래 정신치료의 본인부담(30%~60%)을 입원과 동일하게 20%로 경감하고, 기본상담료, 상담기법의 난이도와 시간에 따른 심층심리요법 등 상담료를 현실화
- 높은 비용부담으로 치료를 방해하는 비급여 정신요법, 의약품 등에 대한 보험적용 확대 (2017년 10월)
- * 주요 비급여 정신요법(행동치료, 인지치료 등)에 대한 보험 적용

건강보험 중기보장성 강화계획(2014~2018)

가. 생애주기별 핵심적인 건강문제의 필수의료 보장 강화

1. 건강한 임신과 출산 환경 조성
2. 선천성 기형 및 신생아에 대한 의료지원 확대
3. 건강한 미래를 위한 청소년·청장년 핵심질병 조기 관리
 - 3-1 초기 충치치료를 위한 치과 치료의 보장성 강화
 - 3-2 효과적인 만성질환 관리를 위한 의료 지원 강화
 - 3-3 정신질환 초기 관리를 위한 건강보험 보장 확대**
 - 3-4 병적 고도비만의 수술치료 건강보험 적용

자료: 보건복지부(2014)

정신건강 종합대책 (2016~2020)

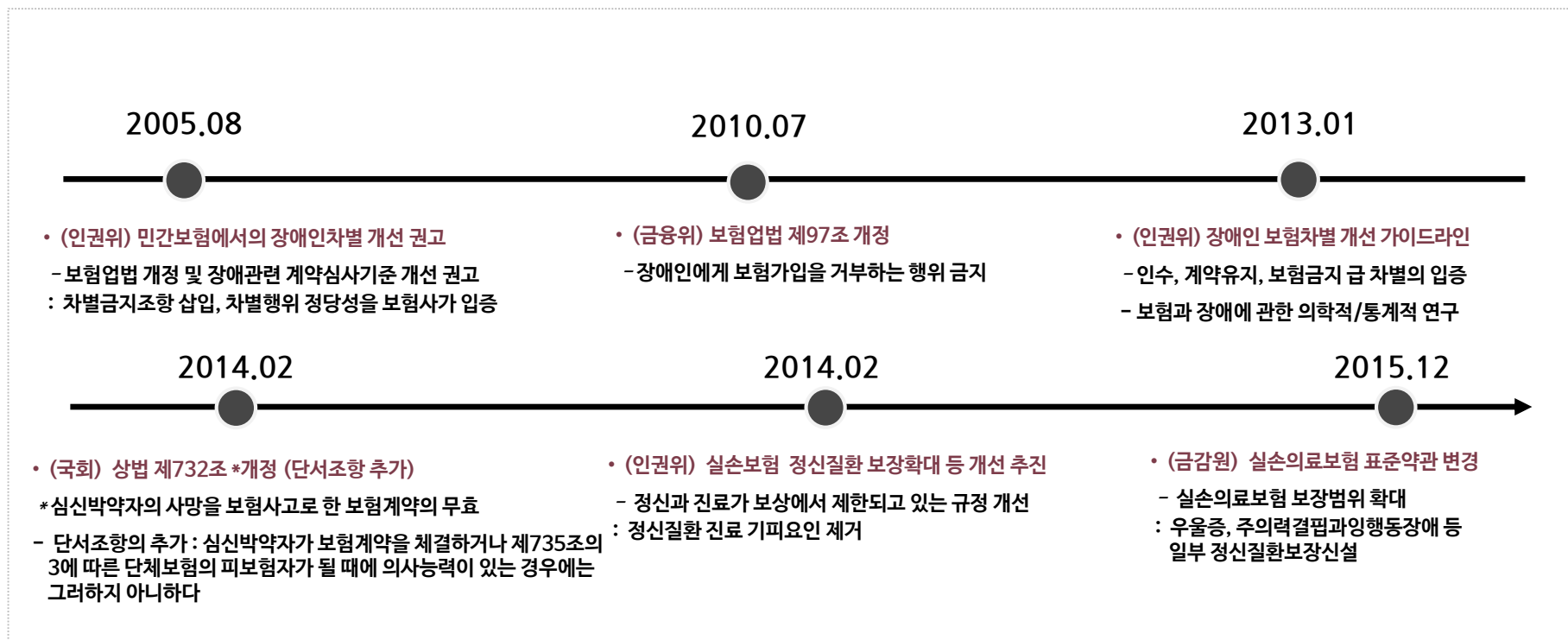
구분	현행 체계 문제점	개선안
정신건강 증진	중증정신질환자 관리 중심 정신건강증진 사업 구체성 부족	국민 정신건강 증진 서비스 제공 생애주기별 조기발견, 개입
중증정신 질환관리	초발, 급성환자의 만성화 의료기관 입원 위주의 관리	초기집중치료로 만성화 방지 지역사회 통합으로 삶의 질 향상
중독관리	중독에 관대한 문화 부처별 분절적 중독예방, 관리	중독의 적극적 예방 범부처 중독예방 관리
자살예방	보건의료중심 자살예방 정책 고위험군 대상 제한적 예방	보건, 복지, 사회, 문화 등 통합적 자살예방

자료: 보건복지부(2015)

II-3. 사적 보장체계 현황 – 보험 차별 금지 법제 개편

법·제도 변화로 정신질환자에 대한 민영보험 차별 개선, 정신질환 보장범위 확대

- 국가인권위의 권고, 보험업법 개정 등으로 장애인에 대한 보험가입 차별 및 거부 행위 금지
 - * 상법개정(2014)으로 사망보험에서 심신박약자가 직접 보험계약체결, 단체보험의 피보험자인 경우 계약은 유효
- 실손의료보험 표준약관 변경으로 일부 정신질환에 대한 보장범위 확대



II-4. 사적 보장체계 현황 – 정신질환 보장 보험상품

실손보험, 어린이 보험, 치매보험 등을 통해 정신질환을 보장

- 어린이보험: 특약을 통해 정신질환을 보장범위에 포함, 치매보험: 중증치매 중심
- 2016년 1월 이후 가입하는 실손의료보험의 보장대상에 일부 정신질환을 포함
- * 치료목적 확인이 가능한 일부 정신질환 치료시 급여부분의 법정본인부담금을 보장

정신질환 보장 보험상품

어린이 보험

- 어린이 보험 특약에 정신질환 포함
- 정신장애진단, 정신 및 행동장애 입원

치매보험

- 치매 진단 시 치료비, 간병비 보장
- 치매진단 후 90일 간 상태 지속 시

실손의료보험의 보장범위

보장하는 정신질환

F00-F03 : 치매
F04-F09 : 뇌기능 이상에 의한 인격/행동장애
F20-F29 : 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애
F30-F39 : 기분장애
F40-F48 : 신경성, 스트레스성 신체형 장애
F90-F98 : 소아 및 청소년기의 행동 및 정서장애

주요 보장질병

기억상실, 편집증, 우울증, 조울증,
공황장애, 외상 후 스트레스장애,
주의력결핍과잉행동장애(ADHD), 틱장애 등

치매보험	FY12	FY13	FY14	CY15
보유계약건수 (천건)	4,916	5,743	6,046	6,347
수입보험료 (천억)	5.6	8.6	10.9	9.6

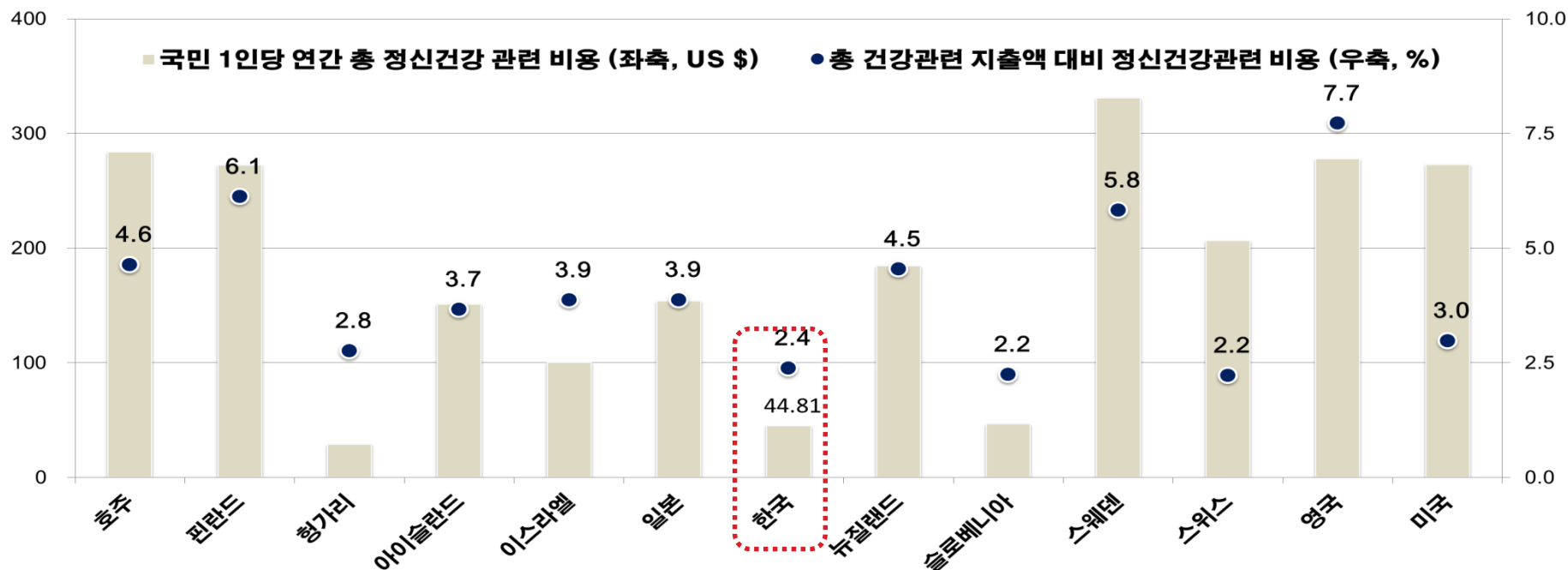
자료: 금융감독원(2016)

II-5. 공적 보장체계 문제점 – 정신보건 의료비 지출 적정성

타 국가 대비 낮은 정신보건 의료비 지출 규모

- 1인당 정신보건지출 (\$44.8) 과 총국민의료비 대비 정신보건지출 비중 (2.4%)은 선진국 대비 미흡한 수준
 - * 영국의 정신보건지출 비중은 7.7%, 스웨덴은 5.8%
 - * 우리나라의 경우 정신보건지출 비중은 2.4%, 일본의 3.9%에 비해 낮음

주요국의 정신보건 지출액



II-6. 사적 보장체계 문제점 – 민영보험의 낮은 접근성

정신질환자에 대한 보험계약 인수

- **정신질환 병력이 있는 경우 위험률 부재로 보험인수를 거절할 수 밖에 없는 상황**
 - 장애인복지법에 따라 장애인(정신장애)으로 등록된 경우 상법 제732조*에 따라 사망보험에 대해서 심신상실, 박약자로 취급하여 인수거절
 - 정신질환을 대부분 구체적으로 평가하지 않고서, 그 병력만으로 인수거절하고 있는 상황임.
- **실제 보험계약과정에서 경증 정신질환자도 가입이 어려운 상황**

보험금 지급 거절

- **대부분의 질병보험에서 정신질환은 보험금을 지급하지 않는 예외 질병**
- **가입시 경증정신질환 병력 고지의무 위반을 이유로 보험금 지급 거절 사례**

〈 질병보험 약관 : A社 〉

- 보험금을 지급하지 아니하는 질병
다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
- (1) 정신 및 행동장애(F00-F99)로 인한 질병
- (2) 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인한 질병
- (3) 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 입원한 경우
- (4) 치의보철 및 미용상의 처치로 입원한 경우

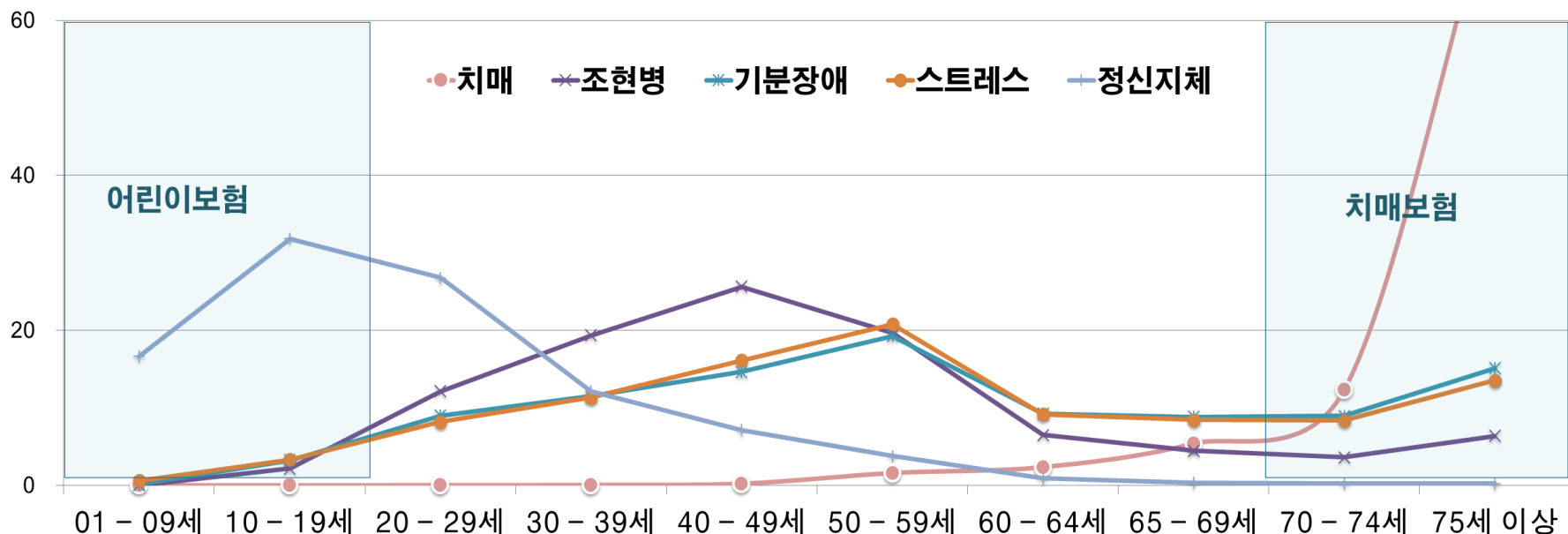
II-7. 사적 보장체계 문제점 - 근로기 정신질환 보장 상품 미흡

근로활동 기간에 다빈도로 발생하는 정신질환을 보장해 주는 보험상품 공급 미흡

- 연령별 다빈도 정신질환: 고연령층(치매), 저연령층(정신발육지체), 근로기(스트레스, 기분장애, 조현병)
 - * 유아기(어린이보험), 노년기(치매보험)에 발생빈도가 높은 정신질환에 대한 보장상품 판매
- 근로활동 기간에 기분장애, 스트레스 및 불안장애, 조현병의 치료환자 수가 집중되어 있음

주요 정신질환의 연령대별 진료환자 비중 (건강보험)

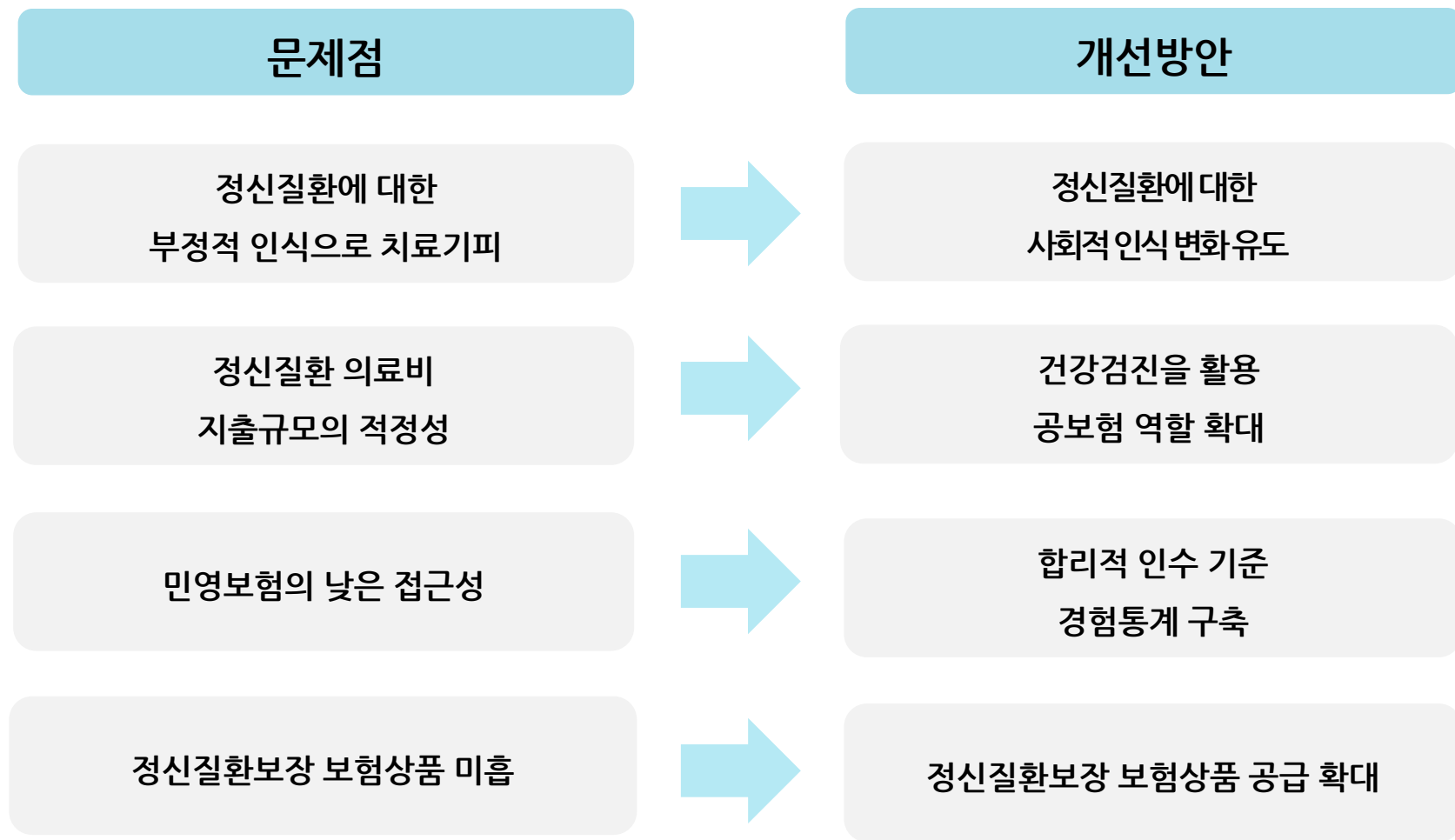
(단위: %)



자료: 건강보험 통계연보

III. 정신질환 위험보장 강화방안

III-1. 위험보장 강화방안 - 개요



III-2. 사회적 인식 개선

문제점

- 정신질환에 대한 사회적 편견으로 치료자 비율이 현저히 낮은 상황

개선방안

- 교육프로그램, 캠페인 등을 통한 대중들의 정신질환에 대한 이해증진
 - 대중들의 정신질환에 대한 잘못된 지식 또는 편견 정도에 대한 파악 필요
 - 주요국의 Anti-Stigma 프로그램을 참조하여 사회적 인식개선을 위한 노력

정신건강에 대한 교육

濠, Mental Health First Aid

- 정신질환자, 정신적으로 위기상황에 처한 사람 발견 시 응급처치방법에 관한 정보 제공 (2001년)

英, Educational Intervention

- 정신건강 이해력 증진을 위한 교육
 - (1단계) Workshop 진행
 - * 사회적 편견을 조장하는 단어를 사용하지 않도록 권장
 - (2단계) 정신질환보유자의 참여

대중매체 활용

英, Defeat Depression

- 우울증 관련 정보, 조기치료 중요성 (라디오, TV, 신문)

濠, Beyondblue

- 우울증 경험사례 및 정보제공 (인터넷, 광고)

濠, Beyondblue

- 정신질환 경험자의 삶에 대한 소개 (TV프로그램)

III-3. 건강보험의 역할 확대 - 건강검진 활용

문제점

- 정신질환에 대한 건강보험의 건강검진 미흡 (생애전환기 만 40세, 66세 대상자에 국한)

개선방안

- 근로기간 동안 정신질환 위험 보장을 위해 건강검진 연령 확대 및 정신질환 검진 강화
 - 40세 이전으로 검사연령을 확대: 근로기 정신질환 조기발견 및 치료, 청소년층 정신질환 검진 실시
 - 검진항목에 있어서도 우울증 이외 정신질환에 대한 검사를 확대

건강보험 건강검진 문진표

기분상태 관련 문항 (만 40세 생애전환기 건강진단 대상자만 답하십시오)				
최근 일주일간 나는	극히 드름	가끔 있음	종종 있음	대부분
* 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다				
* 먹고 싶지 않고, 식욕이 없었다				
* 누가 도와준다 하더라도, 나의 울적한 기분을 떨쳐버릴 수 없을 것 같았다				
* 상당히 우울했다				

정신질환 조기치료의 효과

- 정신질환 증상의 조기 발견·치료
 - 정신질환 회복이나 정상적인 사회생활 복귀에 도움
- 정신질환이 의심되는 증상이 있더라도 사회적 편견이 두려워 치료시기를 놓침 (Matorin, 2002)
- 성인 정신질환자의 약 50%는 **15세 이전에** 정신질환이 발병 (OECD, 2014)

III-4. 민영보험의 역할 확대 - 합리적 인수기준 마련

문제점

- 경증 정신질환에 대해서도 경험통계가 구축되지 않아 구체적 인수기준 미비

개선방안

- 과학적 · 의학적 통계에 근거하여 질환별 중증도를 고려한 인수기준 필요
 - 정신질환 보장범위 및 인수지침 마련 : 의학계, 보험업계, 정부당국 간 협의체 구성
 - 질환별 인수기준을 세분화하여 다양한 인수옵션 제공이 이루어져야 함
 - * 과학적 통계에 근거한 인수거절, 보험료 차등 등은 합리성에 기초한 것이므로 보험차별이 아님

정신질환 별 보험계약 인수기준

구분	불면증	우울증
국내 보험사	치료기간이 3개월 미만, 완치 후 1년 경과 시 보험 인수	1회 발병, 자살시도 · 약물의존성이 없고, 완치 후 5년 경과하면 인수
해외 보험사	보험계약 인수여부 판단 시 미고려 대상	치료유무, 발병 횟수 등을 세분화 한 인수기준 마련

III-5. 민영보험의 역할 확대 - 보험상품 공급 확대

문제점

- 노동연령에서 발병률이 높은 기분장애, 불안장애 등에 대한 보장상품 미비

개선방안

- 단체보험을 활용한 근로자의 정신건강 증진 필요
 - 단체보험상품을 활용한 경증정신질환의 조기발견 및 치료 → 정신질환 보유자의 노동시장 통합
 - 일본의 경우 근로생산성 감소, 노동재해를 대비한 노동재해종합보험이나 업무재해종합보험 운영

일본의 정신질환 보장 단체보험 상품

구분	보장범위 및 특징
노동재해 종합보험	(1) 업무관련 사망, 상해, 질병, 장애 발생시 보장 (산재인정 시 추가보험금 지급) (2) 기업 임직원 대상 정신질환 상담서비스 제공 (연 3회 제공)
업무재해 종합보험	(1) 업무관련 사망, 상해, 질병, 장애 발생시 보장 (산재인정 여부와 관계없이 보험금 지급) (2) 정신질환 보장은 특약으로 운용

III-6. 민영보험의 역할 확대 - 도덕적 해이·역선택 방지를 위한 장치 마련

문제점

- 정신질환 보장상품 운영의 어려움
 - 정신질환 판정의 객관성 확보의 어려움, 만성화 가능성, 타 질환 대비 역선택·도덕적 해이 가능성이 높음.

개선방안

- 비용분담구조(cost-sharing mechanism) 등 도덕적 해이 및 역선택 방지장치 마련
 - 독일, 영국 등 정신과 상담 이용횟수 제한, 본인부담금, 연간 치료비 한도 제한을 통해 도덕적 해이 방지
 - * 정신과 상담 이용횟수에 따라 자기부담금을 차등 적용

주요국의 건강보험 상품의 정신질환 보장현황

구분	Allianz (독일)	D K V (독일)	BUPA (영국)	Vitality (영국)
보장내용	외래 상담	외래 상담	외래 상담, 입원	외래 상담, 입원
보장범위	1~30회 100% 31~50회 70% 연간 50회 이용제한	1~30회 100% 31~60회 80% 61회 이상 70%	-외래최대 £1,000제한 -입원기간 28일제한	-외래,입원 최대 £20,000 연간 이용 제한 -1회 외래치료에 대해 £1,500으로 제한

III-7. 민영보험의 역할 확대 - 경험통계 구축을 통한 상품 다양화

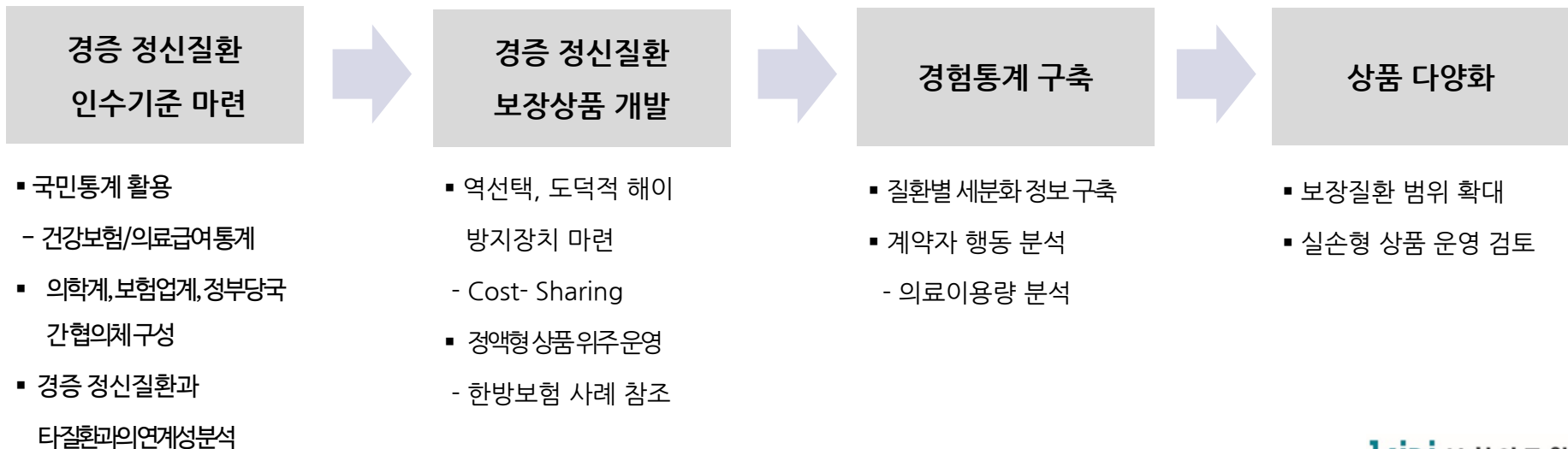
문제점

- 보험회사 내 정신질환 관련 경험통계는 전무

개선방안

- 경증정신질환 보장상품 운영을 통한 경험통계 구축
 - 경증정신질환 인수기준 마련이 전제

정신질환 보장을 위한 선순환 구조 창출



감사합니다

참고 1. 정신질환의 정의 및 종류

정신질환에 대한 정의는 법적(정신보건법, 장애인복지법), 의학적으로 다양

- [정신보건법] 망상, 환각 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람
- [장애인복지법] 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 도움이 최소한 간헐적으로 필요한 사람
- [의학적 정의] 정신건강의학과에서 정신과 상병 명으로 진단받은 환자 (F00~F99)

정신보건법 상 정신질환자의 정의

법률	정의
법률 제6152호 2000.1.12	제3조 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “정신질환자”라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함함)·인격장애·알코올 및 약물중독 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말함.
정신보건법 개정 2017.05.30	제3조 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. “정신질환자”란 망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다.

장애인 복지법 제2조 (정신장애인 분류)

대분류	중/소분류		세분류
정신적 장애	발달 장애	지적장애	지능지수와 사회성숙지수가 70 이하
		자폐성장애	소아청소년 자폐 등 자폐성 장애
	정신 장애	정신장애	정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성우울장애

참고 2. 정신질환의 정의 및 종류

의학적으로 정신과 상병명으로 진단 시 정신질환자로 분류

- 정신과 상병의 공식적인 진단분류체계는 국제 질병, 상해 및 사망 원인 통계[ICD - 10]의 제5장 정신 및 행태장애 분류임

ICD - 10 분류체계에 의해 정신장애로 분류되는 질환들

코드	분류	주요 질환	코드	분류	주요 질환
F00-F09	증상성을 포함한 기질성 정신장애	알츠하이머 병의 치매, 혈관성 치매, 기질성 기억상실 증후군, 등	F50-F59	생리적 장애 및 신체적 요인과 연관된 행태 증후군	섭식장애, 비기질성 불면증, 몽유증, 야경증, 성욕의 결핍 또는 상실 등
F10-F19	정신활성 물질복용으로 인한 정신 및 행태장애	알코올/담배/카페인 및 기타 흥분제 복용으로 인한 정신 및 행태장애, 급성중독, 의존 증후군 등	F60-F69	성인 인격 및 행태장애	인격장애, 병적도박, 관음증, 성관계 장애, 성적 성숙 장애 등
F20-F29	조현병, 분열형 및 망상장애	조현병, 지속성 망상장애, 급성 및 일과성 정신병적 장애 등	F70-F79	정신지체	경도, 중등도 정신지체 등
F30-F39	기분[정감]장애	양극성 정감장애, 우울증 에피소드, 반복성 우울장애	F80-F89	심리적 발달장애	말하기와 언어의 특수 발달장애, 특수 읽기장애, 소아기 자폐증 등
F40-F48	신경증성, 스트레스 관련성 및 신체형 장애	불안장애(사회공포, 공황장애 등), 급성스트레스반응, 외상 후 스트레스장애, 적응장애, 신경쇠약증 등	F90-F98	소아 및 청소년에 발병하는 행태 및 정서장애, 특정 불능의 정신장애	활동성 및 주의력 장애, 품행장애, 소아기 사회성 불안장애, 소아기 반응성 애착장애, 틱장애, 말더듬 등