
Ⅳ. 공 · 사 정신질환 위험보장 체계 및 방안

1. 공적 정신질환 위험보장 체계

가. 의료급여제도

의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 어려운 저소득층의 의료문제를 국가에서 보장해 주는 공공부조제도로, 생활 유지능력이 없는 자의 질병·부상·출산 등에 대해 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술과 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송과 그 외의 의료목적 달성을 위한 조치에 대해 급여를 제공해 준다. 의료급여제도의 지원 대상은 크게 1종 수급권자와 2종 수급권자로 구분되며,¹¹⁾ 1종 수급권자와 2종 수급권자에 대해서는 서로 상이한 본인부담을 적용하고 있다.¹²⁾

정신질환으로 입원 및 외래를 이용한 의료급여 환자 수는 2015년 기준 38만 명으로, 특히 낮 병동¹³⁾과 외래 이용환자 수가 증가하였다. 의료급여 전체 입원환자 중

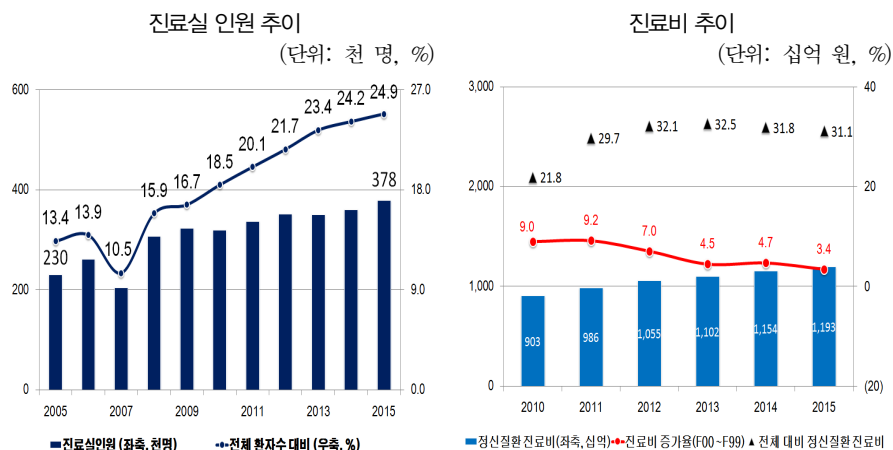
11) 1종 수급권자는 근로능력이 없거나 근로가 곤란한 자, 국민기초생활보장 시설수급자, 국민기초생활보장 특례수급자(의료급여특례, 자활급여특례, 이행급여 특례 중 의료급여 1종 수급권자), 희귀난치성질환 및 중증질환(암환자, 중증화상환자) 등록자를 대상으로 하며, 2종 수급권자는 국민기초생활보장 수급권자 중 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자를 대상으로 함

12) 1종 수급권자는 입원급여에 대한 본인부담이 없으며 외래 진료와 투약에 대해서는 정액의 본인부담금이 부과되는 반면, 2종 수급권자는 입원급여에 대한 정률의 본인부담금을 부담하며, 외래진료와 투약에 대해서는 정액과 정률의 본인부담금을 부담하게 됨. 다만, 연간 급여일수 상한을 초과하여 선택의료급여기관을 이용할 것을 조건으로 급여가 연장된 수급자들은 선택의료급여기관에서 외래진료를 받거나 선택 의료급여기관에서 교부한 처방전에 따라 의약품을 조제 받을 경우 본인부담이 면제됨

13) 정신건강의학과 전문의료급여기관에서 정신질환자를 1일 6시간 이상 진료를 실시하고 당일 귀가시킴

정신건강의학과 입원환자 수가 차지하는 비중은 매년 20%를 상회하고 있으며, 외래 환자 수가 차지하는 비중이 매년 증가하는 현상을 보이고 있다. 한편, 최지숙 외(2015)¹⁴⁾에 따르면, 2014년 의료급여 정신건강의학과 입원 및 외래이용자 중 7.1%는 최근 7년간 정신질환으로 의료서비스를 이용한 경험이 없고 정신장애인으로 등록되지 않는 초발환자인 것으로 나타나고 있다. 초발환자 중 35%는 기분장애 진단을 받았고, 신경증성, 스트레스연관 및 신체형장애가 23.6%, 조현병은 8.7%를 보유하고 있다.

〈그림 IV-1〉 정신질환 진료실 인원 및 진료비(의료급여)



자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(b)

그동안 의료급여제도의 경우 정신질환은 만성질환 성격을 보유함과 동시에 상담 요법이나 투약 등 진료의 내용이 비교적 정형화되어 있어 진료비용의 변화가 적다는 점을 감안해 타 질환과 달리 외래수가를 정액제로 운영해왔다. 그러나 치료효과가 높은 다양한 치료법과 약품들이 개발되면서 현 정액 수가체계에서는 그러한 치료 행위에 대한 비용을 적절히 보상하지 못해 정신질환 의료급여 환자가 건강보험 환자에 비해 적정 수준의 치료를 받지 못할 수 있다는 지적이 제기되어 왔다. 이에 정부에서

14) 최지숙 외(2015)

는 올해 3월부터 외래수가는 종전 정액제에서 행위별수가제로 개편하고, 불필요한 만성 장기입원에 대한 유인을 억제시키기 위해 정신질환 의료급여 입원수가를 평균 4.4% 인상하였다.¹⁵⁾ 한편, 정신질환의 초기단계부터 적극적인 정신과 외래 진료를 받을 수 있도록 외래 본인부담률을 건강보험의 50% 수준으로 조정하였다.

〈표 IV-1〉 정신질환에 대한 외래 본인부담률 조정(의료급여)

구분	1차 (의원급)	2차 (병원급 이상)	3차 (일부 상급종합병원급)
1종	1,000원 (현행 유지)	1,500원 (현행 유지)	2,000원 (현행 유지)
2종	1,000원 (현행 유지)	(현행) 15% → (개선) 조현병 5%, 기타 정신질환 10%*	

주: 건강보험 본인부담률: 조현병 10%, 기타 정신질환 20%(예정)

자료: 보건복지부 보도자료(2017. 3. 26), “정신질환 의료급여 수가 체계 개선”

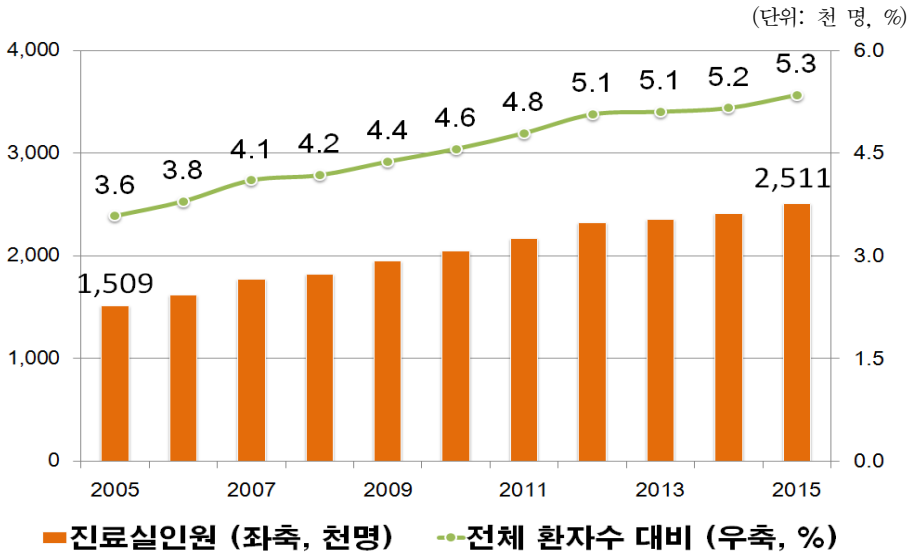
나. 건강보험제도

국민건강보험은 국민에게 질병·부상 또는 건강증진 등의 수요가 발생하였을 때 보험급여를 실시하여 가입자와 피부양자를 보호하기 위한 제도로, 1989년 7월 1일부터 전 국민 의료보험이 실시되어 모든 국민이 건강보험과 의료급여에 의해 의료보장을 받고 있다.

국민건강보험제도하에서 정신질환 치료자 수는 사회 환경 변화로 매년 증가하여 2015년 기준 251만 명에 달하고 있으며, 이는 전체 치료환자의 5.3%에 해당한다.

15) 초기(1일~3개월) 입원환자(8.5% 인상)와 장기(1년 이상) 입원환자(1.7% 인상) 간 인상률을 차등 적용함

〈그림 IV-2〉 정신질환 관련 건강보험 치료환자 수 추이



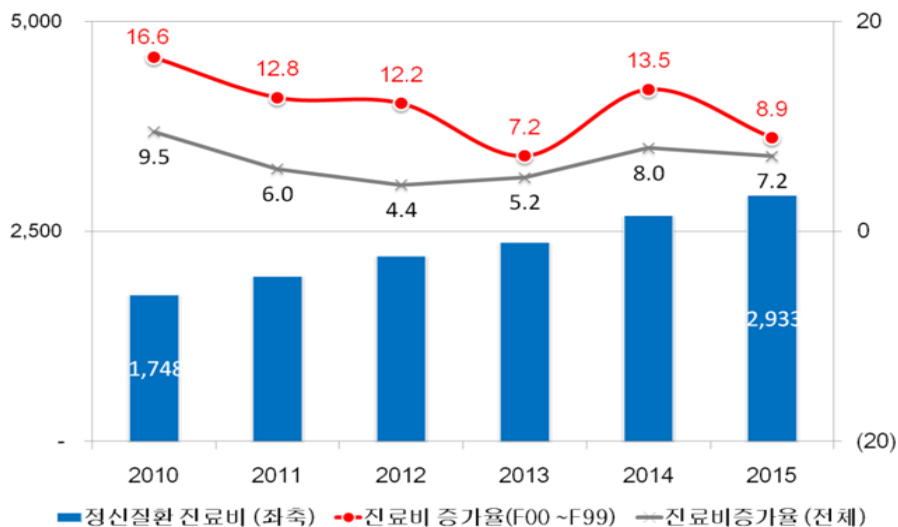
자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(a)

한편, 국민건강보험의 정신질환 보장률은 60% 이상으로 타 질환에 비하여 높은 수준이다. 이는 정신질환에 대한 보장을 지속적으로 강화해 온 결과로 볼 수 있다. 2005년 정신질환 외래 본인부담 경감, 2007년 정신질환에 의한 자살시도에 대한 건강보험 적용, 최근 정신질환에 대한 중기(2014~2018년) 보장확대 계획 등이 이에 해당한다. 2015년 정부에서 발표한 정신질환 초기 관리를 위한 국민건강보험 보장 확대 계획의 주요 내용은 다음과 같다. 첫째, 외래 정신치료의 본인부담(30~60%)을 입원과 동일하게 20%로 경감하여, 정신과 외래이용의 비용장벽을 완화하고 초기 치료 유도하고자 하였다. 둘째, 기본 상담료, 상담기법의 난이도와 시간에 따른 심층심리요법 등 상담료를 현실화하여 상담 중심의 정신과 치료를 활성화하고자 하고 있다. 셋째, 높은 비용부담 때문에 지속적 치료를 방해하는 비급여정신요법, 의약품 등에 대한 보험 적용을 확대할 계획이다.

결론적으로 정신질환 유병률의 증가와 함께 정신질환으로 치료받는 환자 수는 매년 증가하여 2015년 기준 289만 명(건강보험 251만 명, 의료급여 38만 명)으로 집계

되고 있다. 정신질환에 대한 건강보험과 의료급여의 진료비가 큰 폭으로 증가하고 있다. 2015년 기준 정신질환 진료비 규모는 2010년 대비 1.7배 증가한 2조 9천억 원 수준이고, 정신질환 진료비 증가율은 전체 진료비 증가율을 매년 상회하고 있다.

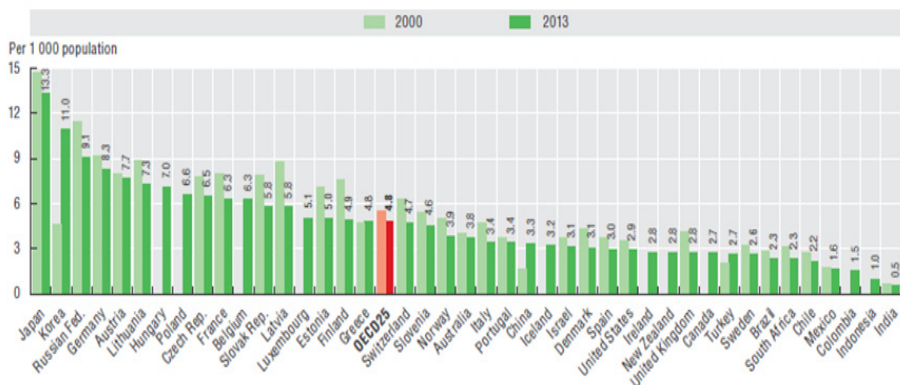
〈그림 IV-3〉 전체 질환 대비 정신질환 진료인원 및 진료비 비중



자료: 건강보험심사평가원·국민건강보험공단(2006~2017)

마지막으로 정신질환과 관련된 의료서비스 이용에서 입원치료비 비중이 높다는 것이 특징이다. 정신과 치료는 여느 신체질환보다 사전예방과 조기치료가 중요한데, 입원치료가 늘어난다는 것은 치료 방치로 환자의 증상이 악화되어서야 병원을 찾는 것을 의미할 수도 있기 때문이다. 입원치료와 관련해서 OECD 자료를 살펴보면, 오직 우리나라와 터키만이 2000년과 비교해 2013년 정신과 병상 수가 증가하였고, 입원기간도 OECD 평균에 비해 4배 이상이 되고 있다. 이는 정신질환이 조기에 발견, 치료되지 않고 있다는 간접적인 증거가 될 수 있다.

〈그림 IV-4〉 인구 1,000명당 정신과 병상 수



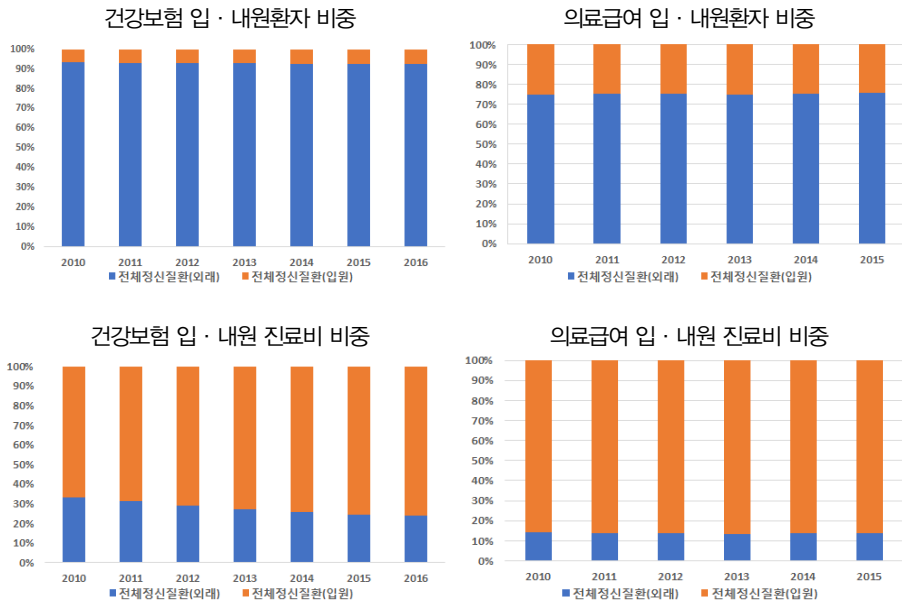
자료: OECD Health Statistics(2016)

우리나라는 정신질환 환자들의 관리가 병원과 기타 장기요양 시설 입원치료를 중심으로 운영되고 있으나, 다른 대부분의 OECD 국가들은 지역사회를 중심으로 한 치료 확대와 1차 의료를 강조하는 방향으로 정책을 수립하고 있다(OECD 2014). 국내에서는 1995년 정신보건법을 제정하여 정신질환자들을 단순히 격리수용하는 것에서 벗어나 이들을 효과적으로 치료하고 재활을 도우며 지역사회 내에서 공존할 수 있는 방법을 모색하기 위해 노력했다. 정신보건법에는 정신장애인의 부적절한 장기 입원을 막기 위해 계속 입원과 퇴원 및 처우 개선을 검토하는 정신보건심판위원회를 설치하도록 하고 있다. 하지만 2012년도 국내 전체 정신질환자의 평균 재원기간은 170일이며 정신보건 시설의 평균 재원기간은 1,368일로 아직 서구 선진국에 비해 월등히 길다. 부적절한 장기 입원을 방지하기 위해 시행하는 계속입원 심사에서도 퇴원 명령률은 3~4%에 불과하여 정신질환자의 장기입원이 지속되고 있으며, 입원 중심의 치료가 문제임을 알 수 있다.

건강보험의 정신질환에 대한 진료에서 입원, 내원의 비중을 살펴보면 입원치료환자는 2010년 170,561명에서 2015년 227,267명으로 33% 증가하였으며, 2015년 입원치료환자는 내원치료환자를 포함한 전체 진료환자의 약 7%를 차지하고 있다. 그러나 입원환자의 진료비 비중은 약 75%로, 입원 진료비 비중이 2/3 이상을 차지하고 있다. 정신질환은 발병 이후 그 경과가 만성적이고 부담이 큰 질환인데, 입원 치료비

비중이 크다는 것은 우리나라의 경우 수가체계를 비롯한 여러 이유가 있겠지만, 정신질환이 처음 발병한 이후 대부분이 적극적인 치료를 하지 않아, 그 증상이 악화되어서야 병원을 찾는다는 것을 의미할 수 있다. 의료급여의 경우는 입원진료환자의 비중이 2015년 약 25%를 차지하고 있으며, 입원진료환자의 진료비 비중은 내원 진료비와 비교하여 전체 진료비에서 약 86%를 차지하고 있어, 입원 진료비가 전체 정신질환 진료비에서 차지하는 비중이 건강보험보다도 높다는 것을 알 수 있다. 우리나라는 현재 정신건강 관리가 병원과 기타 장기요양시설 입원치료를 중심으로 운영되고 있었으며, 2013년 OECD 보고서도 지역사회를 중심으로 한 치료 확대와 1차 의료의 정신질환 치료에서의 역할 확대를 권고하였다. 이를 반영하여 2017년 5월 정신보건법 개정으로 보호의무자에 의한 비자발적 입원 요건을 강화하고 퇴원심사 주기를 단축하여 강제 입원 감소 및 조기 치료를 유도할 예정이다. 또한 정신보건센터를 정신건강증진센터로 개칭하여 지역 중심의 정신건강서비스를 제공하는 핵심기관으로 육성하여 지역사회 중심의 치료 방향으로 정책을 선화하였다. 정신질환별로 입원 환자의 비중이 높은 질환은 알코올 사용장애를 포함하는 약물 사용장애, 조현병(정신분열증), 인격 및 행동장애, 지적장애 등이며, 이 질환들은 입원 진료비가 내원 진료비와 비교하여 진료비의 대부분을 차지한다. 반면에, 기분장애, 불안장애, 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군, 소아기 행동 및 정서장애는 입원보다는 내원치료를 중심으로 의료서비스가 이루어지고 있다.(<그림 II-5>, <부록 그림 1>참조)

〈그림 IV-5〉 건강보험 · 의료급여의 입 · 내원 비중



자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2006~2017)

다. 산업재해보상보험

산재보험은 산업재해 근로자를 보호하기 위하여 1964년에 도입된 사회보험제도로,¹⁶⁾ 사용자의 근로기준법상 재해보상책임을 보장하기 위하여 국가가 사업주로부터 소정의 보험료를 징수하여 해당 기금을 사업주 대신 산재근로자에게 보상해 주는 구조로 되어 있다. 적용 대상과 관련하여 제도 도입 초기 산재보험법은 사업장 규모¹⁷⁾ 및 업종¹⁸⁾에 상당한 제한을 두고 있었으나, 대상범위가 점차 확대되고 있다.

16) 우리나라 최초 사회보험법인 산재보험법은 1963년 제정되고 1964년 1월 1일 시행됨(법률 제1438호, 1963. 11. 5. 제정, 이하 산재보험법)

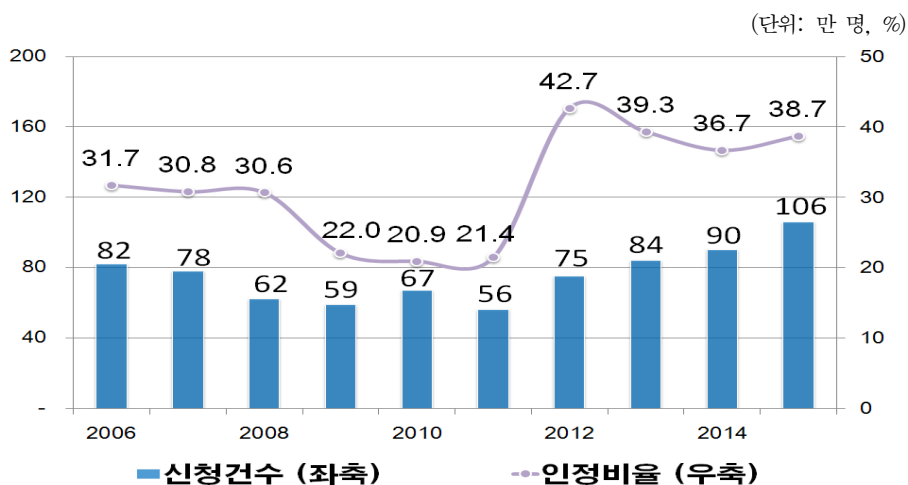
17) 제도 도입 초기 근로기준법의 적용을 받는 사업 및 사업장에 적용됨을 원칙으로 하였으나 전체 근로자에게 적용되었던 것은 아니고, 500인 이상 사업장 중 광업 또는 제조업만을 대상으로 함. 이후 적용범위가 확대되어 1991년에는 10인 이상, 1992년에는 5인 이상, 2000년 7월 1일부터 1인 이상 사업장에 적용됨

18) 산재보험제도가 처음 법제화되었던 1964년에는 광업과 제조업에 국한되었지만, 적용범위가 점차 확대되어 2012년 5월 1일에는 택배 및 쿠팡서비스 기사에 대해서도 적용함

산업재해보상보험법 시행령 제34조 제3항, 별표 3(업무상 질병에 대한 구체적인 인정 기준)에서는 ‘신경정신계질병’에 속하는 정신질환을 다음과 같이 명시하고 있다. 업무와 관련해 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건으로 발생한 외상 후 스트레스 장애, 업무와 관련해 고객 등으로부터 폭력 또는 폭언 등 정신적 충격을 유발할 수 있는 사건 또는 이와 직접 관련된 스트레스로 인해 발생한 적응장애 또는 우울병 에 피소드 등으로 규정하고 있다.¹⁹⁾

정신질환의 산재(업무상재해) 신청 건수는 2015년 기준 106건으로 전체 산재신청 건수(100,511건)의 0.1% 수준이다. 산재신청에 대한 산재승인 비율도 매우 낮아 2013년 39.3%, 2014년 36.7%, 2015년 38.7%에 그치고 있다. 이는 2015년 사고로 인한 산재승인율(94.2%), 전체 질병으로 인한 산재승인율(60%)과 비교해 볼 때 매우 낮은 수치이며, 이 중 자살 사건은 2015년 150건이 신청되어 46건이 인정되어, 산재승인율은 30.7%에 불과하다.

〈그림 IV-6〉 정신질환 관련 산업재해 신청 건수 및 인정 비율



자료: 근로복지공단(2016)

19) 근로복지공단은 2016년 3월 28일 ‘정신질환 업무관련성 지침’(제2016-11호)에서 대표적 정신질환으로 우울병 에피소드, 불안장애, 적응장애, 외상 후 스트레스장애 및 급성 스트레스 반응, 자해행위 및 자살, 수면장애를 예시하고 인정기준을 명시함

정신질환 중 가장 빈도가 높은 질병은 우울증, 적응장애, 급성 스트레스장애, 외상 후 스트레스장애, 불안장애 등이었다. 특히, 업무상 질병으로 신청하는 건수 이외에 정신질환으로 인한 사망 건수로서 사망 원인이 자살로 생각되는 사망에 대한 신청이 급격히 증가하는 추세에 놓여 있다.²⁰⁾

〈표 IV-2〉 정신질환 질병별 산재 승인 건수

(단위: 건)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
우울증	7	9	-	2	2	3	4	1	6	4
적응장애	5	8	5	2	3	2	9	5	11	11
급성 스트레스장애	9	1	4	2	2	3	7	13	2	9
외상 후 스트레스장애	2	2	7	3	5	2	7	9	9	14
불안장애	-	1	2	1	1	-	1	1	2	0
기타	3	3	1	3	1	2	4	4	3	3

자료: 근로복지공단

2. 사적 정신질환 위험보장 체계

가. 실손의료보험

정신질환의 경우 진단이 주로 환자의 진술과 행동 등에 의존하고, 증상도 점진적으로 진행되므로 정확한 발병시점을 확인하기 어렵다는 점을 들어 2016년 이전에는 실손의료보험 상품의 보장범위에서 제외하였다.²¹⁾ 그러나, 정신질환 중 단순하거나 일시적인 불안증, 불면증, 경증 우울증 등 가벼운 치료에 의해 완치될 수 있는 병에 대해서도 실손의료보험의 보상 대상에서 제외되는 것에는 문제가 있다는 의견이 제기되어 왔다. 이에 2014년 국민권익위원회에서 정신질환에 대한 일률적 제한 규정

20) 연세대학교 산학협력단(2013)

21) 「보험업감독업무 시행세칙」의 실손의료보험 표준약관에 보상 제외대상인 정신질환 코드가 F04~F99로 규정하고 있었음

을 개선하도록 권고하는 지침을 내린 이후,²²⁾ 「보험업감독업무 시행세칙」 개정²³⁾을 통해 2016년 1월부터 실손의료보험에 신규로 가입하는 자에 대해서는 증상이 비교적 명확해 치료 목적 확인이 가능한 일부 정신질환(급여부분에 한함)을 보장 범위에 포함하게 되었다. 이에 따라 현재 뇌손상, 뇌기능 이상에 의한 인격 및 행동장애 등(F04-F09), 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애(F20-F29), 기분장애(F30-F39), 신경성, 스트레스성 신체형 장애(F40-F48), 소아 및 청소년기의 행동 및 정서장애(F90-F98) 등의 정신질환 치료의 경우 국민건강보험 요양급여의 본인부담금에 해당하는 의료비를 보상해 주고 있다. 또한 금융위원회는 장애인의 금융이용 제약 해소방안의 일환으로 경증 정신질환자에 대한 보험가입제한 관행 개선을 제안하였다.²⁴⁾ 특히, 비기질성 수면장애(F51)에 대해 실손의료보험에서 추가로 보장하는 방안을 제안하였다. 현재, 기질성 수면장애(G47)를 실손의료보험에서 보장하고 있으나, 비기질성 수면장애는 F코드에 있다는 이유로 증상에서 큰 차이를 보이고 있지 않으나 보장하지 않는 불합리한 면을 개선하고자 비기질성 수면장애의 보장이 제안되었다.

〈표 IV-3〉 실손의료보험의 보장범위

보장 항목코드	보장질병
뇌손상, 뇌기능 이상에 의한 인격 및 행동장애 등(F04-F09), 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애(F20-F29), 기분장애(F30-F39), 신경성, 스트레스성 신체형 장애(F40-F48), 소아 및 청소년기의 행동 및 정서장애(F90-F98)	기억상실, 편집증, 우울증, 조울증, 공황장애, 외상 후 스트레스장애, 주의력결핍과잉행동장애(ADHD), 틱장애 등

주: 치매(F00-F03)는 치매보험을 통해 보장하고 있음

22) 국민권익위원회 보도자료(2014. 2. 5), “실손의료보험 ‘정신질환 보장확대 등’ 개선 추진”

23) 금융감독원 보도자료(2015. 12), “2016년 1월 1일부터 개정 실손의료보험 표준약관 시행”

24) 금융위원회 보도자료(2017. 9. 7), “장애인 금융이용 제약 해소방안”

나. 치매보험

민영보험회사에서 판매 중인 치매보험 상품은 CDR 척도²⁵⁾ 등에 의해 치매로 진단받은 후 일정기간(90일 또는 180일 이상) 그 상태가 지속되어 진단 확정 시 약관에 서 정한 보험금을 지급하는 보험상품이다.²⁶⁾ 상품에 따라 중증치매만 보장하거나 경증·중증치매를 모두 보장하는 형태이다. 실손의료보험의 경우 치매로 인해 발생한 의료비만을 보장하는 반면, 치매보험 상품의 경우 간병비나 생활자금을 보장해주는 차이가 있다.

〈표 IV-4〉 치매보험 시장 현황

(단위: 건, 억 원)

구분	FY2012	FY2013	FY2014	2015. 4~12
보유계약 건수	4,915,885	5,743,010	6,045,522	6,346,967
수입보험료	5,598	8,577	10,897	9,552

주: 간병보험을 포함한 실적임

자료: 금융감독원 보도자료(2016. 5. 25), “치매보험 관련 불합리한 관행 개선”

민영보험회사에서는 2002년 4월부터 치매에 걸릴 경우에 대비하여 이를 보장하는 상품을 판매한 이후,²⁷⁾ 최근 고령화 진전 등으로 치매환자가 지속적으로 증가함에 따라 가입자가 치매에 걸렸을 때 치료비나 간병비, 진단금, 생활비 등을 보장해주는 치매보험 가입이 증가하는 추세이다. 2015년 12월 말 기준 보유계약 건수는 6,346,967건이며, 가입자의 평균 가입연령은 44.1세로, 40대 이후의 가입률이 높은 상황이다.²⁸⁾

25) CDR 척도(Clinical Dementia Rating scale)란 치매 관련 전문의가 실시하는 전반적인 인지 기능 및 사회기능 정도를 측정하는 검사로서, 점수구성은 0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5로 되어 있으며 점수가 높을수록 정도가 심함을 의미함

26) 간병보험, 실버보험, LTC(Long Term Care)보험 등의 명칭으로 치매를 보장해 주는 상품이 판매 중임

27) 한국소비자원(2016)

28) 2014년 6월 기준 치매보험의 보유계약 건수는 5,708,079건으로 수입보험료는 55,783억 원인데 비해 보험금 지급 건수는 5,657건, 지급보험금은 593억 원으로 1% 수준임. 「보험업법 일부개정법률안(의안번호 15621 정부 제출 정무위원회 검토보고서(2015. 10))」

〈표 IV-5〉 연령별 치매보험 가입 현황

(단위: 명, %)

구분	0~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70세 이상
가입자 수	151,340	690,084	951,876	1,332,709	1,729,532	1,143,749	405,281
구성비	2.4	10.8	14.9	20.8	27.0	17.9	6.2

주: 2015년 12월 말 피보험자 나이 기준임

자료: 금융감독원 보도자료(2016. 5. 25), “치매보험 관련 불합리한 관행 개선”

민영보험인 생명보험사와 손해보험사들이 취급하는 장기간병보험에는 주 계약 또는 특약상품 안에 치매보장 부분이 포함되어 있다. 그러나 경증치매를 보장하는 상품 제공이 미흡한데 이는 등급판정자의 주관적 판단에 따라 등급판정이 달라질 가능성이 있기 때문이다. 또한, 판정경계선에 있는 환자나 가족의 경우 치매증상을 강하게 주장하여 임상평가 시 최대한 인정되도록 유도하고자 하는 도덕적 해이가 작동할 수 있는 점을 우려한 것에서 비롯된다고 볼 수 있다.²⁹⁾

한편, 다수 보험회사들이 손해를 악화 및 통계 부족 등을 이유로 치매보험의 보장기간을 80세 이하로 설계하여 중증치매 발생가능성이 높은 80세 이후에는 보장을 받을 수 없다는 점도 문제점으로 지적되고 있다.

다. 어린이보험

어린이보험은 주로 0~15세를 대상으로 주요 질병에 대한 의료비용이나 각종 위험을 보장해주는 상품이다. 어린이보험의 경우 기본적으로 상해 및 질병사고에 대한 진료비와 입원비 등을 보장해 주었으나, 특약을 통해 정신질환 치료를 지원하기도 한다. 예를 들어, 특정 정신장애 및 행동장애로 진단 확정된 후 그 치료를 직접적인 목적으로 특정일을 초과하여 계속하여 입원하였을 때 입원 1일당 특정 금액을 지급을 해주고 있다. 한편, 최근에는 ADHD 중증도가 정신과 진단기준인 ‘DSM-5’ 이상이면 보험금을 지급해 주는 상품이 출시되기도 하였다.

29) 정봉은(2015)

〈표 IV-6〉 어린이보험의 정신질환 보장 특약

회사는 피보험자(보험대상자)가 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 “정신 및 행동장애”로 진단확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속 입원(병원 또는 의원 등을 이전하여 입원한 경우에도 회사가 이를 인정하는 때에는 계속 입원한 것으로 봅니다. 이하 같습니다)하여 제5조(정신 및 행동장애의 정의 및 진단확정)에서 정한 의사의 치료를 받은 때에는 4일 이상 계속입원 해당일에 보험증권(보험가입증서)에 기재된 이 특약의 보험가입금액을 정신 및 행동장애입원위로금으로 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급합니다.

3. 공 · 사 정신질환 위험보장 강화 방안

가. 정신질환에 대한 사회적 인식

2016년 우리나라 일반 성인(18세 이상)의 정신질환에 대한 평생유병률은 25.4%이며, 일년유병률은 11.9%로 다른 신체질환과 비교하여도 유병률이 높은 질환이지만, 치료율은 상당히 낮은 질환이다. 앞에서 건강보험통계연보와 의료급여통계연보를 통해 치료환자 현황을 살펴보았다. 이들 자료의 경우 월 단위로 건강보험공단에서 청구한 자료를 기준으로 청구 건수로 집계되기 때문에, 치료환자 수는 과대하게 집계될 수밖에 없어, 정신질환 의료이용에 대한 실태 조사에 의존할 수밖에 없는 한계점이 있다. 정신질환실태 조사에 의하면 지역사회 일반 성인 가운데 정신건강 문제로 전문가와 상의한 적이 있는 경우가 전체의 9.6%였으며, 정신건강의학과 전문의와 상의한 적이 있는 경우는 전체의 7.0%에 불과한 것으로 보고된다. 또한 2016년 정신질환실태 조사의 CIDI 진단에 의한 정신질환에 이환된 적이 있는 대상자 중에 22.2%만이 ‘정신건강의료서비스를 이용한 적이 있다’고 대답해 정신건강의료서비스 이용률은 낮은 수준임을 알 수 있다. 그 이유는 여러 가지가 있겠지만, 사회의 정신질환에 대한 편견과 인식 개선이 매우 더딘 탓일 것이다.

정신질환에 대한 사회적 편견은 개인의 삶의 측면에서 취업이나 대인관계 등에 영

향을 주기 때문에, 정신질환을 앓고 있더라도 정신건강의로서비스를 받는 것에 대한 부담감과 두려움이 있다. 이는 정신질환의 예방과 조기발견 및 조기치료의 장해요소로 작용한다. 세계보건기구(WHO)에 의하면 일 년 동안 85%의 중증 정신질환자들이 치료를 받지 않는 것으로 보고하고 있다. 이런 적극적 치료 기피와 치료 지연은 증상을 악화시켜 외래와 비교하여 의료비가 훨씬 높은 입원치료를 선택할 수밖에 없는 상황을 만들기 때문에, 정신질환에 대한 사회적 인식 개선은 환자 개인의 삶의 질 향상은 물론 의료비 절감 차원에서도 중요하다. 무엇보다도 증상의 치료가 끝난 이후 다시 사회에 복귀하려도 할 때에도 정신질환자에 대한 사회적 편견은 장기입원과 재입원을 조장하게 된다. 우리나라의 정신병상의 현황을 살펴보면, 정신병상에 대한 적절한 수급은 정신질환에 대한 의료 접근성을 제고할 수 있으나, 2013년 OECD 국가 중 우리나라는 인구 1,000명당 0.9병상으로 벨기에, 노르웨이, 체코에 이어 네 번째로 인구 대비 정신병상의 수가 많고, OECD 국가 중 터키와 함께 유일하게 정신병상 수가 증가하는 국가이다. 또한 중증 정신질환인 조현병의 경우 2011년 환자 중 19.4%는 퇴원 후 30일 이내에 동일병원에 재입원하는 것으로 조사되었고, 이는 OECD 국가 평균 12.9%보다 높은 수치이다. 정신질환 치료에 있어서 장기입원과 재입원이 만연하고 있음을 알 수 있다.

정신질환자에 대한 인식 및 태도에 따라 조기발견과 조기치료 가능성이 달라질 수 있다. 지역사회를 기초로 한 정신건강증진사업에서는 지역사회의 정신질환에 대한 태도를 아는 것이 정신질환자의 재활을 촉진시키기 위한 계획과 실행전략의 수립에 중요하다(Rabkin 1974). 이에 정신질환에 대한 태도를 모니터링하고 인식수준을 긍정적으로 향상시킬 수 있는 국가적 차원의 대안이 필요하다. 우리나라의 경우 정신질환 전반에 대한 사회적 수용도를 살펴본 결과, “정신과 치료 경험이 있는 사람을 옆집 이웃으로 받아들이 수 있다”에 32.5%, “정신질환자 이용시설이 우리 동네에 들어와도 받아들이 수 있다”에 30.1%, “정신과 치료경험이 있는 사람을 지인의 직장에 추천해 줄 수 있다”에 24%만이 긍정적인 대답을 해 정신질환자에 대한 사회적 수용도는 굉장히 낮은 것으로 나타났다.

따라서, 낮은 정신질환자에 대한 사회적 수용도를 개선하기 위해서는 일반인들이

가지고 있는 정신질환에 대한 잘못된 지식과 편견을 파악하고 교육 또는 캠페인을 실시하여 개선시키도록 노력해야 한다. 그러나 한국 일반 성인들의 정신질환에 대한 이해는 극히 낮다(Lee and Suh 2010). 호주 일반 성인들은 우울증과 조현병에 대한 진단명 식별 모두에서 한국인보다 높은 인식률을 보였고, 우울증의 경우 호주인(65.3%)이 한국인(35.2%)에 비해 2배 정도의 높은 인식률을 보임으로써, 우리나라 일반 성인의 낮은 인식을 보여준다.

정신질환에 대한 사회적 편견을 줄이기 위해 여러 나라에서 교육프로그램 개발 및 대중매체 활용, 정신질환자들과의 만남 등 다양한 Anti-stigma 프로그램을 개발하여 추진하고 있다. Mental Health First Aid 프로그램은 2001년 호주에서 시작된 교육 프로그램으로 정신질환자나 정신적으로 위기상황에 처한 사람을 발견했을 때 필요한 응급처치 방법에 대한 정보를 알려준다. 프로그램을 통해 교육을 받은 사람들은 정신질환에 대한 지식이 향상되었고 편견도 감소된 것으로 나타났다(Kitchener et al., 2008). 영국에서 개발된 Educational Intervention(Mental Health Awareness program) 프로그램은 학생들을 대상으로 정신질환에 대한 교육을 제공하여 정신건강 이해력을 증진시키고 중증 정신질환에 대한 편견을 줄이기 위한 목적으로 시행되었다. 첫 번째 단계에서 정신건강 인식에 대한 세미나를 진행하여 정신질환에 대한 학생들의 이해를 높이고, 정신질환에 대한 사회적 거리감을 만드는 단어들을 사용하지 않기를 권장하고, 두 번째 단계에서 정신질환을 앓고 있는 사람이 직접 참여하여 학생들과 만나는 시간을 가짐으로써 정신질환자들의 편견을 줄이려는 노력의 일환이라고 할 수 있다.

선진국에서는 1990년대부터 대중매체를 활용하여 정신질환에 대한 편견을 줄이기 위한 노력이 있었다. 효과성이 입증된 대표적인 프로그램은 영국의 Defeat Depression, 호주의 Beyondblue, 뉴질랜드의 Like Minds, Like Mine 등의 캠페인이 있다. Defeat Depression은 영국에서 1992~1996년까지 시행된 프로그램으로 라디오, TV, 신문 등을 통해 우울증과 관련된 정보와 치료법, 조기치료의 중요성을 교육시키며 우울증에 대한 편견을 줄이고자 하였다. Beyondblue는 2000년 호주에서 국가의 재정지원을 받아 우울증에 대한 대중들의 인식을 증진시키고자 제작된 프로그램이

다. 이 프로그램은 광고 및 인터넷을 통해 유명인들이 우울증을 경험했던 사례를 소개하고, 우울증에 대한 정보 및 자료를 제공하여 대중들의 인식을 향상시키고자 하였고, 그 결과 대중들의 우울증에 대한 인식률이 향상되었을 뿐만 아니라 우울증 및 질환의 치료가능성에 대하여 더 긍정적인 태도로 변화하였다. Like Minds, Like Mine은 뉴질랜드에서 1996년에 만들어진 프로그램으로 실제로 정신질환을 경험한 적이 있는 유명인과 일반인들이 대중매체를 통해 자신들의 삶에 대하여 간략하게 설명함으로써 대중들의 정신질환에 대한 인식을 변화시키고자 하였다.

선진국에서는 앞서 살펴보았듯이 정신질환 · 정신질환자에 대한 편견을 효과적으로 해소하기 위한 노력의 일환으로 정신건강 이해력에 대한 연구를 통하여 대중들의 잘못된 정보와 인식을 개선할 수 있도록 다양한 프로그램을 개발하고 캠페인을 진행하고 있다. 따라서 정신건강에 대한 대중들의 이해력이 얼마나 되는지에 대한 연구와 모니터링을 통해 정신질환에 대한 편견의 이유를 정확히 파악하여야 한다. 다양한 형태의 교육 자료나 프로그램의 개발을 통해 대중들의 정신질환에 대한 지식을 증진시키고, 정신질환에 대한 편견을 타파하기 위한 적극적인 노력이 필요하다.

〈그림 IV-7〉 해외 주요국의 정신질환자에 대한 편견 해소를 위한 프로그램

정신건강에 대한 교육

대중매체 활용

瀛, 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 조정하는 단어를 사용하지 않도록 권장
 - (2단계) 정신질환보유자의 참여

英, Defeat Depression

- 우울증 관련 정보, 조기치료 중요성 (라디오, TV, 신문)

瀛, Beyondblue

- 우울증 경험사례 및 정보제공 (인터넷, 광고)

瀛, Beyondblue

- 정신질환 경험자의 삶에 대한 소개 (TV프로그램)

나. 정신질환에 대한 건강검진의 강화

성인 정신질환자의 약 50%는 15세 이전에 정신질환이 발병하며(OECD 2014), 대부분의 정신질환은 10대부터 발병하는 경향이 있다. 특히 지적장애·발달장애 및 소아기 행동 및 정서장애는 10대 이전에 발병하여, 10대, 20대까지 발병하다 나이가 증가함에 따라 치료인원은 감소한다. 조현병의 경우 15~17세 사이에 발병이 급증하며, 대개 15~35세에 최초 발병된다(Thomsen PH 1996). 기분장애의 경우 치료환자는 10대부터 생기며, 25~45세까지 발병연령이 집중되어 있고, 불안장애도 기분장애와 비슷한 치료연령 패턴을 갖는다. 정신질환 증상의 조기발견과 치료는 정신질환의 회복과 정상적인 사회생활로의 복귀에 도움이 되는 것이 사실이지만, 정신질환 치료를 받는 것에 대한 정신질환자들의 사회적 편견에 대한 두려움, 부담감 때문에 의료 서비스를 받지 않고 있다가 치료 시기를 놓치는 경우가 대부분이다(Matorin 2002).

현재 건강보험공단은 국가건강검진³⁰⁾을 시행하고 있으며, 특히 생애전환기건강진단 대상자인 만 40세, 만 66세 가입자 및 피부양자를 대상으로 기분장애에 대한 검진을 실시하고 있다.³¹⁾ <표 IV-7>과 같이 기분장애를 중심으로 간단한 질문을 통해

30) 「건강검진기본법」 제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

3. “국가건강검진”이란 제11조 및 제12조에 따라 국가와 지방자치단체가 시행하는 건강검진으로 다음 각 항목과 같다.

마. 「국민건강보험법」에 따른 건강검진

31) 「건강검진실시기준」(보건복지부고시) 제2조(정의) 이 기준에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. “대상자”란 영 제25조 제2항 내지 제3항과 「의료급여법」에 따라 해당년도에 건강검진을 받을 수 있는 자를 말한다. 이 때, 영 제25조 제3항의 “사무직”이라 함은 「산업안전보건법」 시행규칙 제99조 제1항에 따른 “사무직에 종사하는 근로자”를 말한다.
2. “수검자”란 제1호에 따른 대상자 중 건강검진을 받은 자를 말한다.
3. “일반건강검진”이란 영 제25조 제2항 제1호에 따른 대상자와 「의료급여법」에 따른 의료급여수급권자 중 만 19세부터 39세 및 만 41세부터 64세까지 세대주, 만 41세부터 64세까지의 세대원에게 실시하는 건강검진을 말한다.
4. “생애전환기건강진단”이란 영 제25조 제2항 제1호에 따른 일반건강검진 대상자와 의료급여수급권자 중 만 40세와 만 66세 연령에 도달하는 해에 실시하는 건강검진을 말한다.
5. <삭제>
6. “영유아건강검진”이란 영 제25조 제2항 제3호에 따른 대상자와 6세 미만 의료급여수급권자에게 실시하는 건강검진을 말한다.
7. <삭제>

검진을 하고 있으며, 일정 기준을 충족하는 경우 우울증 가능성이 있는 것으로 판단하여 2차 검진을 실시한 후 최종 판정을 내리게 된다. 대부분의 정신질환이 10대부터 그 징후가 보이고 발병하는 것을 고려하면, 만 40세에만 이루어지는 우울증에 대한 검진은 미흡한 측면이 있다. 취학 전, 초등학생, 중·고등학생을 대상으로 한 정신질환에 대한 건강검진은 조기치료 및 예방에 필수적이며, 건강보험의 건강검진을 이용한다면 정신의료서비스를 받는다는 두려움이나 편견에서 자유로울 수 있다. 또한 불안장애와 기분장애 등의 발병률이 높은 정신질환은 대부분 근로기 20~60대까지에 집중되어 있는 점을 고려하면 근로기간 동안 정신질환 위험보장을 위해 40대 이전으로 우울증 외에 다양한 정신질환에 대한 검진이 필요하다. 따라서 영·유아, 소아청소년, 청장년층, 노년 등 생애주기별로 정신건강검진체계를 강화해야 하며, 건강검진을 통해 정신질환에 대한 관심과 주의를 환기시킬 필요가 있다. 따라서 우울증뿐만 아니라 연령별로 유병률이 높은 정신질환을 위주로 정신질환에 대한 건강검진을 확대할 필요가 있다.

〈표 IV-7〉 생애전환기건강진단 대상자의 정신건강 검진 문진표

8. 최근 일주일 동안 아래와 같은 일들이 얼마나 자주 일어났었는지 답변해 주십시오.				
최근 일주일간	① 극히 드물었다. (주 1일 이하)	② 가끔 있었다. (주 2일)	③ 종종 있었다. (주 3~4일)	④ 대부분 그랬다 (주 5일 이상)
8-1. 평소에는 아무렇지도 않던 일들이 괴롭고 귀찮게 느껴졌다.				
8-2. 먹고 싶지 않고, 식욕이 없었다.				
8-3. 어느 누가 도와준다 하더라도, 나의 울적한 기분을 떨쳐 버릴 수 없을 것 같았다.				
8-4. 상당히 우울했다.				

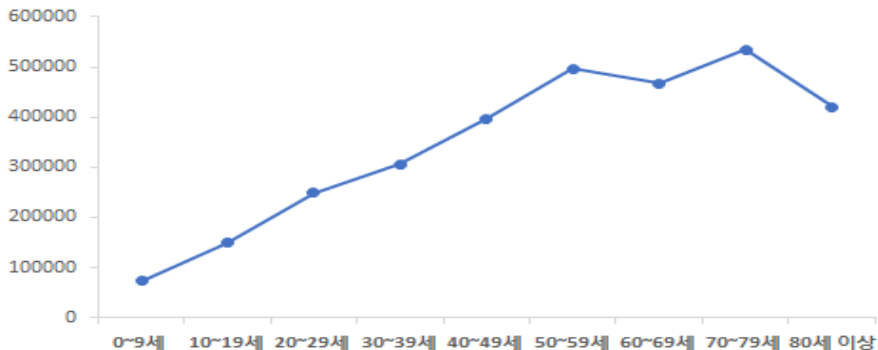
8. “건강검진표”란 건강검진 대상자임을 알 수 있는 안내서 또는 표지를 말한다.

〈표 IV-7〉 계속

3. 아래 문항을 읽고 자신의 현재 상태에 해당하는 답에 ‘○’ 표시해 주십시오.
3-1. 요즘 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?
3-2. 지금의 내 자신이 아무 쓸모없는 사람이라고 느끼십니까?
3-3. 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?

전체 정신질환 치료환자의 연령 분포는 50대까지 지속적으로 증가하고, 70대에 가장 많은 환자들이 정신질환으로 인해 치료를 받는 분포를 갖고 있으나, 정신질환의 경우 정신질환별로 각각 이질적인 특성을 갖고 있으며, 이는 발병연령에도 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 따라서 정신질환의 특징을 분석할 때에는 각 질환별 개별적인 특징 파악이 필요하다는 것을 알 수 있다. 특히 치매의 경우 예상한 바와 같이 고연령층에서 발병이 집중되어 치료환자도 고연령층에 집중되어 있는 것을 알 수 있고, 지적장애·발달장애·소아기 정신 및 행동 장애는 발병이 10대 이전에 일어나며, 치료환자는 10대와 같이 저연령층에 집중되어 있다. 반면 기분장애와 불안장애는 10대 이후부터 치료환자가 증가하여 50대에 가장 많은 환자가 치료받는 것을 확인할 수 있으며, 이는 근로기에 정신질환이 발병이 집중되어 있는 것을 알 수 있다. 따라서 각 연령기에 발병이 높은 정신질환을 중심으로 건강검진 항목을 개선할 필요가 있다.

〈그림 IV-8〉 전체 정신질환 치료환자 연령 분포



자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2017a)

다. 민영보험의 합리적 인수기준의 마련

보험 인수기준은 보험회사의 영업 노하우이며, 내부기밀이기 때문에 인수기준에 관한 정확한 내용은 알 수 없다. 다만, 보험회사 관계자들을 인터뷰한 결과, 개별 사안에 따라 해외 재보험사의 인수기준을 참고로 인수 여부를 결정한다고 한다. 그러나 실무적으로 보험회사들은 정신질환의 병력이 있는 경우 대부분 보험인수가 거절되고 있다. 중증 정신질환뿐만 아니라 경증 정신질환에 대해서도 보험인수가 거절되는 이유는 그동안 정신질환에 대한 보장상품이 없었고, 그에 따라 정신질환자에 대한 보험사의 내부 통계가 미미한 상태에서 위험을 구체적으로 판단할 수 없었기 때문이다. 이 때문에 구체적인 인수기준도 마련할 수 없었다. 실제로 중증 정신질환뿐만 아니라 경증의 정신질환도 내부통계에 근거한 인수기준 없이 위험성을 높게 일반화하여 평가함으로써 민영건강보험의 가입이 제한되고 있는 실정이다.³²⁾ 국가인권위원회는 2005년 정신장애인을 포함한 장애인에 대한 보험차별 금지를 권고한 후, 국내 보험사들은 2015년 12월 실손의료보험 약관 개정으로 일부 정신질환에 대해서 급여부분의 자기부담금을 보장하고 있다. 그러나 정신질환에 대한 구체적 인수기준이 없어 인수거절 되고 있으며, 대부분의 질병보험에서 정신질환은 보험금을 지급하지 않는 예외질환인 상황에서 실손의료보험의 정신질환 보장이 실효성이 있을지 의문이다. 또한 정신과질환은 경증·중증의 구분 없이 약물처방 기록만 있어도 가입이 제한되고 있는 실정이다. 중증의 정신질환은 위험이 다른 신체질환과 비교하여 높을 수 있으며, 위험이 높다면 가입거절하는 것은 당연하나 그 기준을 소비자들에게 제시하여 인수거절의 이유를 제시할 수 있어야 한다. 해외 보험사의 경우는 각 정신질환에 대한 인수기준을 구체적으로 만들어 제시하고 있다.

32) 임성택 외(2011)

1) 불면증

미국과 영국의 일부 보험사의 인수기준을 검토한 결과, 불면증의 인수기준은 없었고, 그것은 불면증은 보험 인수 시에 고려대상에서 제외된다는 의미이다. 그러나 우리나라의 경우 수면장애로 병원 방문 후 약처방을 받으면 향후 5년간 가입자체가 불가능한 경우도 있다. 보도자료에 의하면, 7개 주요 대형보험사들 대부분은 정신과 약물 처방을 1회 이상 받으면 최소 1년간 실손보험에 가입할 수 없고, 최대 병원 방문 후 5년이 지나야 실손의료보험 가입이 가능하다.³³⁾

2) 알코올 사용장애

영국 E보험사의 경우, 알코올 사용장애를 ‘치료를 받지 않고, 하루에 5잔 이상을 마시는 경우’, ‘치료를 받았으나, 재발된 경우’, ‘치료를 받고, 치료한 날짜로부터 1년 이상 재발이 없는 경우’로 세분화하여 심사기준을 제시하고 있다. 이 중 ‘치료를 받고, 치료한 날짜로부터 1년 이상 재발이 없는 경우’만 가입심사를 하고, 중증도에 따라 할증을 하고 있다. 미국 T보험사의 경우는 금주 이후의 기간에 따라 알코올 사용장애를 세분화하고 있고, 금주 이후 2년이 지나야 가입심사를 하며 영국의 E보험사와 같이 할증을 한다. 그러나 5년이 지나면 정신질환이 없는 사람과 마찬가지로 정상인수를 한다.

3) 불안장애 또는 기분장애

외국 보험사의 경우 불안장애(기분장애) 보험 인수심사 시 나이, 진단시기, 발병시기, 빈도, 자살생각 여부, 의료이용횟수, 일상생활 제한 등과 같은 다양한 요소를 고려한다. 영국 E보험사의 경우, 피가입자의 보험청약 시 불안장애로 인하여 하던 일을 쉬고 있는 경우는 가입 거절을 한다. 그러나, 1년 이내에 상태가 호전된다면 가입

33) 세계일보 보도자료(2017. 5. 8), “수면제 처방 한번만 받아도 보험사 ‘F코드’ 낙인”

심사를 다시 할 수 있다. 우울증을 동반하지 않는 경증의 불안장애(기분장애)의 경우 정상인수하며, 보통(Moderate)의 불안장애(기분장애)의 경우는 정상인수에서 50% 할증한다. 중증(Severe)의 불안장애(기분장애)는 100% 할증 또는 가입 거절한다. 미국의 보험사는 경증의 불안장애(기분장애)는 피보험자가 일을 쉬지 않는 경우 정상인수를 한다. 내원치료 또는 2주 이상 불안장애(기분장애)로 인하여 일을 쉬지 않는 경우는 중증도에 따라 정상인수 또는 할증을 한다. 입원치료 또는 일을 할 수 없는 경우 할증 또는 가입 거절을 하는 등 구체적인 인수기준을 마련하여 소비자에게 정확한 기준을 제공할 수 있다.

4) 지적장애

우리나라의 경우 지적장애는 중증도와 상관없이 일관적으로 가입이 거절되고 있다. 그러나 미국의 T보험사의 경우, 중증의 지적장애의 경우만 가입 거절하고 있다. 특히, 독일 K재보험사의 경우, 지적장애의 중증도와 연령을 고려하여 가입여부를 심사하고 있다. 만 18세 미만의 경우 중증도의 지적장애까지도 할증 없이 정상인수가 가능하고, 만 18세 이상인 경우 경증의 지적장애는 정상인수가 가능하고, 중증의 경우 100% 할증을 한다.³⁴⁾

현재 국내보험사들은 의학적 통계에 근거한 정신질환별 인수기준이 전무한 상태이다. 정신질환별 인수기준을 세분화하여 인수여부에 대해 납득할 수 있는 구체적인 인수옵션이 제공되어야 한다. 이를 위해 의학계, 보험업계, 정부당국 간 협의체를 구성하여 국민건강보험통계, 의료급여통계와 같은 국민건강통계를 이용하여 정신질환의 위험요인을 파악하고, 정신질환자의 의료이용행태를 분석하여 정신질환별 구체적인 인수기준을 마련해야 한다. 과학적 통계에 근거한 인수거절, 보험료 차등 등은 합리성에 기초한 것이므로 보험차별이 아니다. 따라서, 민영건강보험은 정신질환의 위험보장을 위해서 중증 정신질환 어렵다면, 경증 정신질환에 대한 합리적 인수기준을 마련해야 한다.

34) 임성택 외(2011)

〈표 IV-8〉 영국 E보험사 건강보험 정신질환 인수기준

구분		심사
알코올 사용장애	치료를 받지 않고, 하루에 5잔 이상을 마시는 경우	가입 거절
	치료를 받았으나, 재발된 경우	가입 거절
	치료를 받고, 치료한 날짜로부터 1년 이상 재발이 없는 경우	가입 심사, 할증
불안장애	청약 시 불안장애로 인하여 하던 일을 쉬고 있는 경우	가입 거절, 단, 1년 이내에 재심사 가능
	경증(Mild)	우울증을 동반하지 않는 경우 정상인수(Standard)
	보통(Moderate)	150% 할증
	중증(Severe)	200% 할증 또는 가입 거절
ADHD	소아·청소년: 다른 정신질환을 동반하지 않는 경증 ADHD	정상인수
	소아·청소년: 다른 정신질환을 동반한 중증의 ADHD	가입 거절, 단, 16세에 재심사 가능
	어른: 다른 정신질환을 동반하지 않는 경우	정상인수
	어른: 다른 정신질환을 동반하는 경우	동반 정신질환에 따라 할증
기분장애 (우울증)	청약 시 우울증으로 인하여 하던 일을 쉬고 있는 경우	가입 거절, 단, 1년 이내에 재심사 가능
	경증의 우울증이 1회 발병한 경우	정상인수
	중증의 우울증이 발병한 경우	150% 할증 또는 가입 거절

〈표 IV-9〉 미국 T보험사 건강보험 정신질환 인수기준

구분		심사
알코올 사용장애	금주 이후 2년 이내	가입 거절
	금주 이후 3~5년	할증
	금주 이후 5년 이후	정상인수
알츠하이머	-	가입 거절
불안장애	경증(일을 쉬지 않는 경우)	정상인수
	보통(내원치료, 2주 이상 불안장애로 인하여 일을 쉬지 않는 경우)	정상인수 또는 할증
	중증(입원치료, 일을 할 수 없는 경우)	할증 또는 가입 거절
양극성장애	경증(일을 쉬지 않는 경우)	중증도에 따라 할증하고, 심한 경우는 가입 거절
	보통(1회 이상 발병)	-
	중증(입원치료, 일을 할 수 없는 경우)	-
기분장애 (우울증)	경증(일을 쉬지 않는 경우)	정상인수
	보통(내원치료, 2주 이상 불안장애로 인하여 일을 쉬지 않는 경우)	정상인수 또는 할증
	중증(입원치료, 일을 할 수 없는 경우)	할증 또는 가입 거절
지적장애	경증·보통의 경우	정상인수 또는 할증
	중증	가입 거절
자살시도	자살시도 후 1년 이내	가입 연기
	자살시도 후 1~5년	\$5 할증
	자살시도 후 5년 이후	정상인수

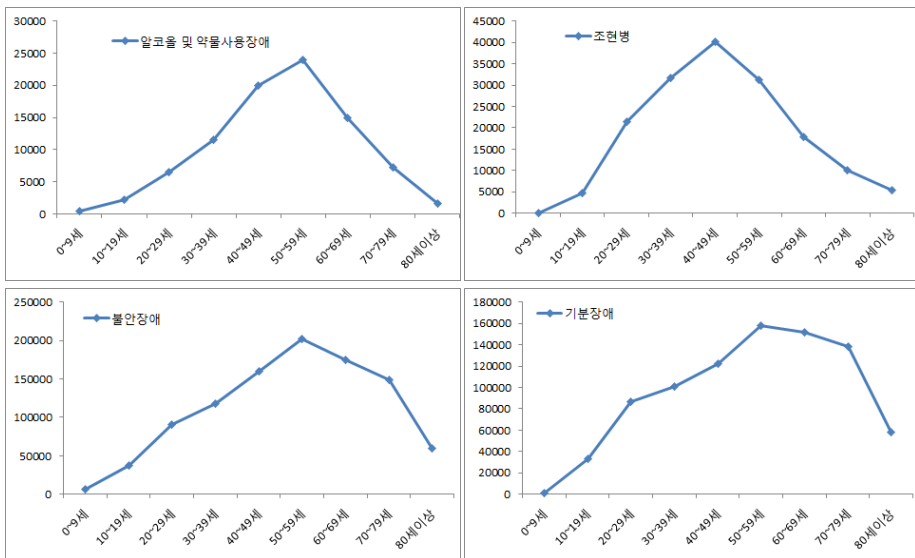
라. 근로기 보험 상품 공급 확대

세계적으로 노동연령(Working-age population)의 약 20%는 정신질환을 보유하고 있는 것으로 보고되고 있다.³⁵⁾ 실제로 건강보험 치료환자를 통해 정신질환의 연령대별 분포를 살펴보면, 전체정신질환의 치료환자의 연령 분포는 50대까지 지속적으로 증가하고, 70대에 가장 많은 환자들이 정신질환으로 인해 치료를 받는 분포를

35) OECD(2015)

갖고 있으나, 정신질환의 경우 정신질환별로 각각 이질적인 특성을 갖고 있으며, 이는 발병연령에도 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 따라서 정신질환의 특징을 분석할 때에는 각 질환별 개별적인 특징 파악이 필요하다는 것을 알 수 있다. 특히 치매의 경우 예상한 바와 같이 고연령층에서 발병이 집중되어 치료환자도 고연령층에 집중되어 있고, 지적장애·발달장애·소아기 정신 및 행동 장애는 발병이 10대 이전에 일어나며, 치료환자는 10대와 같이 저연령층에 집중되어 있다. 반면 조현병, 알코올 사용장애, 기분장애 및 불안장애는 10대 이후부터 치료환자가 증가하여 50대에 가장 많은 환자가 치료받는 것을 확인할 수 있으며, 이는 근로기에 정신질환이 발병이 집중되어 있는 것을 알 수 있다. 치매의 경우 치매보험이 보장하고 있으며, 소아·청소년기 시기의 정신질환은 어린이보험이 보장하고 있다. 그러나, 10대 이후 노동연령에서 발병률이 높은 기분장애와 불안장애 등에 대한 보장상품은 여전히 미흡한 실정이다.

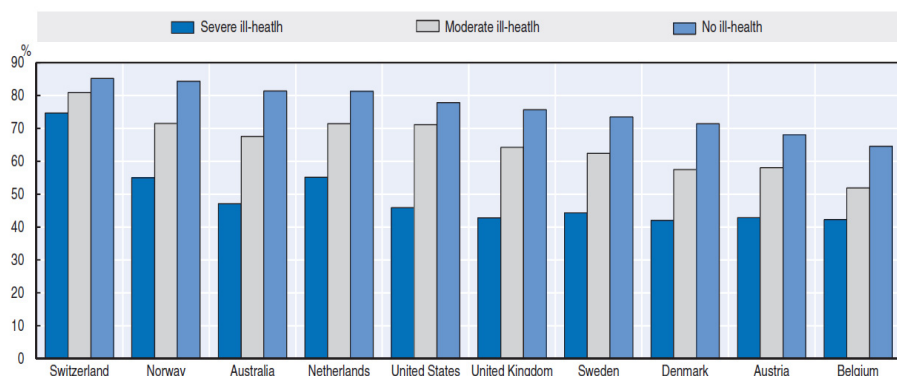
〈그림 IV-9〉 알코올 사용장애, 조현병, 불안장애, 기분장애 치료환자 연령 분포



자료: 건강보험심사평가원 빅데이터

노동연령의 정신질환 관리가 중요한 이유는 정신질환자는 정신질환이 없는 노동자에 비해 고용률이 15~30% 낮고, 실업률은 두 배 높으며, 빈곤 가구에 속할 가능성도 두 배 이상 높게 나타나고 있다. 정신질환자의 사회적 비용은 정신질환 치료를 위한 의료비와 같은 직접적 비용뿐만 아니라 실업으로 인한 노동생산성 감소와 같은 간접적 비용이 포함된다. 따라서 노동시장에서 근로자들의 정신질환을 예방하고 조기 진단 및 치료가 원활히 이루어져 정신질환을 경험하는 근로자들의 사회복귀를 용이하게 하는 것은 근로자 개인적으로 삶의 질을 향상시키고, 사회적으로 비용을 감소시킬 수 있는 방법이 될 수 있다.

〈그림 IV-10〉 주요국의 정신질환 정도에 따른 고용률



자료: OECD(2015)

따라서, 근로자의 정신질환의 예방과 조기진단을 통한 정신건강 향상을 위해서는 근로 사업장에서 예방적 조치가 강화되어야 한다. 이를 위해서 단체보험을 활용하여 근로자의 정신건강 증진이 필요하다. 정신질환자들이 조기치료·예방을 위해서는 생애 많은 부분을 지내고 있는 근로현장에서 정신질환에 대한 진단과 치료가 이루어져야 한다. 따라서 단체보험상품을 활용하여 근로자의 정신질환 조기발견 및 치료가 근로현장에서 이루어져야 하며, 이는 정신질환자들의 치료 후 노동시장으로의 통합을 위해서 필수적이다.

일본의 경우 근로생산성 감소 및 노동재해를 대비하여 노동재해종합보험이나 업

무재해종합보험을 판매하고 운용 중에 있다. 일본의 경우 정신질환으로 인한 장애로 산재 지급 결정 건수가 2012년도에 사상 최대에 이르는 등 과로사, 과로로 인한 자살이 증가하고, 산업재해에 대한 판결 및 합의금이 고액화되는 경향을 보이는 등 기업 부담이 가중되는 상황이 발생하였다. 이에 일본의 보험회사는 근로자가 업무상 사유로 신체의 장애를 입은 경우 회사가 정부의 산재보험에 추가로 재해보상에 대한 보험금을 지급하는 노동재해종합보험(労働災害綜合保険)을 개발·판매하였다. AIU사에서 판매 중인 노동재해종합보험은 고용형태에 따라 변화하는 위험과 산업재해 발생에 따른 기업부담 증가 등 포괄적인 보상을 제공해 주는 상품으로 사용자배상책임보험(使用者賠償責任保険)과 법정 외 보상보험이 결합되어 있는 형태이다.³⁶⁾

사용자배상책임보험은 근로자가 업무상 사유로 인하여 신체장애를 입게 되는 경우 해당 회사가 법률상 손해배상책임을 부담함으로써 입는 손해에 대한 보험금을 지급하게 된다. 사용자배상책임보험은 배상보험금³⁷⁾과 비용보험금³⁸⁾으로 구성되어 있다. 한편 법정 외 보상보험은 근로자가 업무상의 사유로 인하여 신체의 장애를 입은 경우, 회사가 정부가 운영하는 산재보험의 추가로 재해보상에 대해 보험금을 지급하는 것으로 사망보상보험금,³⁹⁾ 후유장애보상보상금,⁴⁰⁾ 휴업보상보상금⁴¹⁾으로 구성되어 있다.

동 상품에 가입한 기업의 직원은 전문상담시설 및 의료기관에서 정신의료 상담서비스를 연간 3회 한도로 무료로 이용 가능하다. 이를 통해 근로자의 정신건강에 대한 사전예방 및 관리를 통해 회사의 생산성 향상에 기여하는 역할을 한다.

36) 노동재해종합보험에 대한 보험금 지급이 이루어지기 위해서는 정부의 산재보험에 의한 급여결정이 필요함

37) 회사가 법률상 손해배상책임을 부담함으로써 지불해야 하는 손해배상책임액보다 정부의 산재보험, 자동차 배상책임보험 등 법정 외 보상규정 및 법정 외 보상보험에서 보상금액을 공제한 금액을 지불하게 됨

38) 소송비용(변호사 비용), 합의비용, 구상권 보전비용 등의 비용을 지불함

39) 종업원(피고용자) 등이 사망한 경우 지급하는 보험금임

40) 종업원(피고용자) 등이 후유 장애(1~14급)를 입은 경우에 지불하는 보험금임

41) 종업원 등이 부상이나 질병에 의해 휴업 시 임금 지급을 받지 못하는 시점부터 4일이 경과 한 이후의 기간에 대하여 지급하는 보험금으로 1,092일을 한도로 지급함

〈표 IV-10〉 일본의 정신질환 보장 단체보험상품

구분	보장범위 및 특징
노동재해 종합보험	(1) 업무 관련 사망, 상해, 질병, 장애 발생 시 보장 (산재인정 시 추가보험금 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 관계없이 보험금 지급) (2) 정신질환 보장은 특약으로 운용

마. 도덕적 해이·역선택 방지를 위한 장치 마련

민영의료보험에서 정신질환을 보장하지 않는 이유 중의 하나는 환자의 주관적 증상에 의존하기 때문에 객관적 판단자료를 확보하기 어렵다는 것이다. 또한 정신질환은 대부분 만성화 가능성이 있으며, 정신질환 증상의 호전과 악화 등의 변화가 환자 내·외부 조건에 따라 쉽게 변화하기 때문에 민영의료보험에서 위험을 측정하고 보장하기에 어려움이 있다(신권철 2014). 무엇보다도 환자의 주관적 증상에 의존하는 정신질환은 다른 신체질환보다 역선택⁴²⁾과 도덕적 해이의 가능성이 높다.

민영건강보험은 일반적인 의료서비스에 대한 보장범위보다 더 제한적인 형태로 정신질환에 대한 보장을 하고 있다. 미국의 경우 1996년 Mental Health Parity Act (MHPA)가 시행되기 이전에는 대부분의 민영건강보험은 입원치료를 30일로 제한하고 있으며, 내원치료는 20~30일로 제한한다. 내원치료는 민영건강보험 상품의 약 54%는 50%의 본인부담(Cost-sharing)을 적용하고, 민영건강보험 상품의 40% 정도가 입·내원치료 모두에 대해 생애 동안 이용횟수를 제한하고 있었다.⁴³⁾ 대부분의 연구에서 정신질환 의료이용에 대한 가격 탄력성은 일반 의료이용의 가격 탄력성보다 큰 것으로 알려져 있으며,⁴⁴⁾ 위와 같은 이용횟수의 제한이나 본인부담금을 높게

42) 정신질환의 발병을 가입 전 알고도 치료를 받지 않다가 가입 이후 치료에 하는 경우를 말함

43) Bureau of Labor Statistics(1996)

44) T.G. McGuire(1981)은 정신질환의료서비스의 가격 탄력성을 -1.0 추정하였고, Taube et al.(1986)은 정신질환의료서비스는 -0.54, 일반의료서비스는 -0.13, W.G. Manning et al.(1989)는 정신질환의료서비스를 -0.8, 일반의료서비스는 -0.3으로 추정함

설정하는 것은 정신질환에 대해 이용자의 도덕적 해이를 막을 수 있는 하나의 방법이 되었다. 또한 미국의 관리형 의료 시스템(Managed Care)⁴⁵⁾하의 관리형 의료보험상품은 정신질환에 대한 의료서비스 이용자의 도덕적 해이를 막는 다른 방안이 될 수 있었다. 즉, 관리형 의료시스템으로 인해 입원허가를 까다롭게 하고, 입원기간 및 입원 진료비를 통제하여 MHPA로 인해 50인 이상 단체보험에 적용되던 연간 정신질환 보장범위와 진료비 제한을 금지했음에도 불구하고, 정신질환으로 입·내원치료 기간이나 총진료비가 오히려 감소했다는 증거를 많은 연구에서 보고하고 있다.⁴⁶⁾ 해외 많은 국가에서 정신질환자의 도덕적 해이 및 역선택 방지를 위해 정신과 상담 이용횟수 제한, 정신과 상담 이용횟수에 따라 본인부담금 차등 적용, 연간 치료비 한도 제한과 같은 장치를 이용하고 있다. 따라서 정신질환에 대한 보장을 확대하기 위해서는 도덕적 해이나 역선택을 방지하기 위한 장치 마련이 동시에 이루어져야 할 것이다.

〈표 IV-11〉 독일, 영국의 건강보험 상품의 정신질환 보장 현황

구분	Allianz(독일)	DKV(독일)	BUPA(영국)	Vitality(영국)
보장 내용	외래 상담	외래 상담	외래 상담, 입원	외래 상담, 입원
보장 범위	- 1~30회 100% - 31~50회 70% - 연간 50회 제한	- 1~30회 100% - 31~60회 80% - 61회 이상 70%	- 외래 최대 £1,000 제한 - 입원기간 28일로 제한	- 외래·입원 최대 £20,000 연간이용 제한 - 1회 외래치료에 대해 £1,500으로 제한

45) 관리형 건강보험은 보장형 보장보험에 비해 의료공급자의 선정과 의료공급자에 지불하는 보상체계, 행해진 의료서비스를 심사하는 체계가 묶여져 있는 형태임. 관리형 보험상품은 일반적으로 이용할 수 있는 의료공급자가 제한되어 있으며 의료이용에 대한 통제가 강화된 형태임. PPOs는 의사, 병원, 약국 등 의료공급자가 네트워크를 형성하여 그들과 계약한 보험회사에 가입한 의료소비자를 대상으로 그들 간의 할인된 가격으로 비용을 낮춰주는 의료공급자의 네트워크임. HMOs는 건강보험과 의료공급자가 통합된 형태로 개인이나 고용주에게 직접 그들의 상품을 연간 보험료를 기본으로 하여 판매하며 이에 대해 의료서비스를 제공함

46) C.A. Ma and T.G. McGuire(1997); H.H. Goldman et al.(2006)