

정신질환 위험보장 강화 방안

2018. 4

이정택 · 임태준 · 김동겸

머 리 말

우리나라 자살률은 2003년 OECD 국가 중 1위를 기록한 이후 2016년까지 14년 연속 1위를 기록하고 있다. 2011년 이후 점차 낮아지고 있지만 아직도 OECD 국가 중에서 가장 높은 나라이다. 정신질환실태 조사에 의하면 자살생각을 했던 사람들의 50.1%, 구체적인 자살계획을 했던 사람의 68.7%, 자살시도를 했던 사람의 75.1%가 정신질환 진단을 받았다고 한다. 자살 관련 행동을 한 사람들 중 정신질환을 경험한 비율이 높다는 점에서 정신질환과 자살은 밀접하게 관련된다는 것을 알 수 있다.

우리는 버릇처럼 사회에 사회적 약자에 대한 안전망 역할을 강조한다. 정신질환자도 사회적 약자 중 하나이다. 그러나 우리 사회는 여전히 정신질환자에 대한 편견이 존재한다. 잔혹 범죄가 일어나면 언론은 구체적인 상황이 파악되기도 전에 범죄자를 정신질환자라고 낙인찍는다. 정신질환은 일반 성인 4명 중 1명이 평생 한 번 이상 걸릴 수 있는 질환으로, 더 이상 소수의 문제가 아닌 누구나 경험할 수 있는 질환임을 인식해야 한다. 우울증과 불안장애가 증가하는 이유는 사회적으로 불안을 야기하는 사건·사고, 취업난, 주택난, 낮은 혼인율, 상대적 빈곤 등으로 인해 지난 세대보다 현재 세대가 상대적으로 어려움을 겪고 있기 때문이다. 정신질환은 정신질환자 개인의 문제이지만, 개인의 고통이 사회구조적 원인 때문에 발생했다면, 우리 사회는 그 고통의 원인을 분석하고, 치유하기 위해 노력해야 한다.

정신질환에 대한 위험보장을 위해 우리 사회는 많은 노력을 하고 있다. 그러나 건강보험 보장성 강화 정책의 내용의 살펴보면, 정신질환 전반에 대한 문제의식과 방안은 여전히 기대에 못 미친다. 민영보험도 역시 정신질환에 대한 실질적인 보장이 미흡한 상황이다. 이는 정신질환 보장 상품이 전무한 상태에서 정신질환에 대한 통계는 집계될 수 없었고, 정신질환에 대한 위험물과 구체적인 인수기준을 만들 수 없기 때문이다. 위험물과 구체적인 인수기준이 없으니 정신질환 보장 상품을 만들 수 없는 악순환이 계속되었다. 따라서 정신질환의 실질적인 위험보장을 위해서는 건강보험과 의료급여 통계와 같은 국민통계를 활용하여 정신질환 관련 통계가 우선 구축되어야 한다. 의료계·보험업계·정부당국 간 통계 구축을 위한 공·사 간의 협력이 필요하다.

다. 이제 진지하게 자살 예방과 정신질환에 대한 위험보장을 생각할 시간이다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 우리 원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2018년 4월

보 험 연 구 원

원장 한 기 정

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 9

1. 연구배경 및 목적 / 9

2. 선행연구 / 11

II. 정신질환 현황 / 14

1. 정신질환의 정의 및 분류 / 15

2. 정신질환 유병률 / 18

III. 정신질환자의 특징 / 22

1. 정신질환자의 위험요인 / 22

2. 정신질환자의 사회인구학적, 연령, 성별 분포 / 34

IV. 공·사 정신질환 위험보장 체계 및 방안 / 41

1. 공적 정신질환 위험보장 체계 / 41

2. 사적 정신질환 위험보장 체계 / 50

3. 공·사 정신질환 위험보장 강화 방안 / 54

V. 결론 / 71

| 참고문헌 | / 75

| 부록 | / 80

■ 표 차례

- 〈표 Ⅱ-1〉 정신보건법상 정신질환자의 정의 / 16
- 〈표 Ⅱ-2〉 ICD-10 분류체계에 의한 정신질환 / 17
- 〈표 Ⅱ-3〉 만성질환 유병률 / 18
- 〈표 Ⅱ-4〉 주요 정신질환 추정환자 및 실제 치료환자 수 / 21
- 〈표 Ⅲ-1〉 2015년 정신질환 주상병 기준 입·내원환자 수 / 28
- 〈표 Ⅲ-2〉 건강보험 정신질환자 1인당 평균 입원일수, 평균 입원총급여, 입원본인부담금 / 29
- 〈표 Ⅲ-3〉 상급종합병원 진료과목별 평균 입원일수, 평균 입원총급여, 입원본인부담금 / 30
- 〈표 Ⅲ-4〉 요양기관 중별 정신질환자 평균 입원일수, 평균 입원총급여, 입원본인부담금 / 30
- 〈표 Ⅲ-5〉 건강보험 정신질환자 1인당 평균 내원일수, 평균 내원총급여, 내원본인부담금 / 31
- 〈표 Ⅲ-6〉 상급종합병원 진료과목별 평균 내원일수, 평균 내원총급여, 내원본인부담금 / 32
- 〈표 Ⅲ-7〉 정신질환별 건강보험, 의료급여 내원환자 수 / 34
- 〈표 Ⅲ-8〉 정신질환자의 사회인구학적 특성 / 36
- 〈표 Ⅲ-9〉 정신장애 일년유병률 / 40
- 〈표 Ⅳ-1〉 정신질환에 대한 외래 본인부담률 조정(의료급여) / 43
- 〈표 Ⅳ-2〉 정신질환 질병별 산재 승인 건수 / 50
- 〈표 Ⅳ-3〉 실손의료보험의 보장범위 / 51
- 〈표 Ⅳ-4〉 치매보험 시장 현황 / 52
- 〈표 Ⅳ-5〉 연령별 치매보험 가입 현황 / 53
- 〈표 Ⅳ-6〉 어린이보험의 정신질환 보장 특약 / 54
- 〈표 Ⅳ-7〉 생애전환기건강진단 대상자의 정신건강 검진 문진표 / 59
- 〈표 Ⅳ-8〉 영국 E보험사 건강보험 정신질환 인수기준 / 64
- 〈표 Ⅳ-9〉 미국 T보험사 건강보험 정신질환 인수기준 / 65
- 〈표 Ⅳ-10〉 일본의 정신질환 보장 단체보험상품 / 69
- 〈표 Ⅳ-11〉 독일, 영국의 건강보험 상품의 정신질환 보장 현황 / 70

■ 그림 차례

- 〈그림 II-1〉 정신질환 유병률 / 19
- 〈그림 III-1〉 자살 관련 행동자의 정신질환 경험 비율 및 자살 관련 행동 유병률 / 23
- 〈그림 III-2〉 조현병 초과사망률 / 25
- 〈그림 III-3〉 조울병 초과사망률 / 25
- 〈그림 III-4〉 정신질환별 치료환자 연령 분포 / 38
- 〈그림 III-5〉 정신질환별 치료환자 성별 분포 / 40
- 〈그림 IV-1〉 정신질환 진료실 인원 및 진료비(의료급여) / 42
- 〈그림 IV-2〉 정신질환 관련 건강보험 치료환자 수 추이 / 44
- 〈그림 IV-3〉 전체 질환 대비 정신질환 진료인원 및 진료비 비중 / 45
- 〈그림 IV-4〉 인구 1,000명당 정신과 병상 수 / 46
- 〈그림 IV-5〉 건강보험 · 의료급여의 입 · 내원 비중 / 48
- 〈그림 IV-6〉 정신질환 관련 산업재해 신청 건수 및 인정 비율 / 49
- 〈그림 IV-7〉 해외 주요국의 정신질환자에 대한 편견 해소를 위한 프로그램 / 57
- 〈그림 IV-8〉 전체 정신질환 치료환자 연령 분포 / 60
- 〈그림 IV-9〉 알코올 사용장애, 조현병, 불안장애, 기분장애 치료환자 연령 분포 / 66
- 〈그림 IV-10〉 주요국의 정신질환 정도에 따른 고용률 / 67
- 〈그림 V-1〉 정신질환 보장을 위한 선순환 구조 창출 / 74

Risk Assurance for Mental Health in Public and Private Sectors

Expenditure on mental health has, generally, been rising in recent years, and while significant proportion of expenditure remains in inpatient medical expenditures, expenditure on community and inpatients are still insignificant relative to inpatient expenditures. Moreover, the stigma of mental illness is the main obstacle to better mental health care and better quality of life for people who have the mental illness.

We use the National Health Insurance Statistical Yearbook and the Epidemiological Survey of Mental Disorders to figure out the current status of unmet treatments for mental disorders and medical expenditures. I also examine the current status of public and private health insurances for mental disorder to understand the problems of risk assurance in health insurances.

We recommend several alternatives to overcome the current problems regarding risk assurance for mental illnesses. First of all, we have to improve the social perception of mental illness through a broader range of social campaign and education. Secondly, we should strengthen the health checkup provided by the National Health Insurance to extend the coverage age for mental illnesses. Lastly, private health insurance companies set up the reasonable insurance acceptance criteria. we also suggests other alternatives for strengthening risk assurance of mental illnesses.

요 약

1. 서론

- 본 연구는 정신질환 치료를 위한 사회적 여건이 미흡한 가운데, 정신질환의 위험 보장 강화 방안을 제시하고자 함
 - 정신질환의 유병률을 비롯한 정신질환의 전반적인 현황을 살펴봄
 - 정신질환자의 위험요인과 정신질환 치료환자의 사회인구학적, 연령, 성별 분포를 살펴봄으로써 정신질환에 대한 이해를 높임
 - 공·사 건강보험 보장 현황과 정신질환 위험보장의 문제점과 강화 방안을 살펴봄
 - － 정신질환에 대한 사회적 인식 개선과 국민건강보험의 건강검진의 강화, 민영보험의 접근성 제고 방안 측면에서 논의를 전개함

Ⅱ. 정신질환 현황

- 정신질환자는 의학적으로 공식적인 진단분류체계인 ICD(International Classification of Diseases)에 따른 정신질환을 진단받은 모든 사람으로 해석됨
 - 법적으로는 강제적인 비자발적 치료 대상이거나 각종 자격을 제한 받을 수 있는 사람 또는 장애인복지법상 정신적 장애인으로서 사회복지와 지원을 필요로 하는 사람으로 이해될 수 있음
 - 정신질환의 정의는 사회·문화적 배경이나 의학적·법적 맥락에 따라 국가마다 정신보건에 관한 입법에서 다양하게 규정됨
 - 본고에서는 법적 정의에 의한 정신질환보다는 의학적 정의인 ICD-10 분류체계에 의한 정신질환을 중심으로 논의를 전개함

- 2016년 정신질환실태 조사에 의하면 17개 정신질환의 평생유병률은 25.4%로, 일반 성인 4명 중 1명은 평생 한 번 이상 한 가지 이상의 정신질환을 경험함
 - 일년유병률은 11.9%로 9명 중에 1명 이상이 정신질환에 이환됨을 보고하고 있음
 - 정신질환은 다른 만성질환과 비교하여 유병률이 높은 질환임을 알 수 있으며, 다른 만성질환과 마찬가지로 예방 및 관리가 필요한 질환임을 알 수 있음

Ⅲ. 정신질환자의 특징

- 정신질환은 자살의 주요 원인 중 하나이며, 자살은 정신질환과 관련하여 가장 큰 사회적 비용을 발생시킴
 - 자살 관련 행동에 대한 평생유병률은 자살생각 15.4%, 자살계획 3.0%, 자살 시도 2.4%로 조사됨
 - 자살시도 전·후의 치료 여부를 조사한 결과 자살시도자의 경우 통원치료를 한 경우는 32%, 입원치료를 한 경우는 27%로 나타남
 - 정신질환자의 낮은 치료율과 함께 자살시도자 역시 자살시도 후의 치료율이 낮음
 - 자살 위험이 있는 사람을 조기발견하고 지속적인 관리와 치료가 필요하나 정신질환자에 대한 사회적 편견과 낙인 때문에 치료를 받지 않는 경우가 대부분임
- 중증의 정신질환자들(조현병, 조울병)은 전체 인구보다 사망률이 높음¹⁾
 - 정신질환을 경험하고 있는 사람들이 일반 인구보다 사망률이 높은 이유는 자

1) 초과사망률은 전체 인구의 사망률 대비 정신질환자 사망률의 비를 나타내는 지표로, 정신질환자의 사망률이 전체 인구의 사망률보다 높으면 정신질환자들의 사망위험이 일반 인구보다 높다는 것을 의미함

살률과 사고율이 높을 뿐만 아니라, 신체질환의 발병률이 일반 인구보다 높기 때문이다

- 정신질환자들의 흡연율과 음주율이 일반 인구보다 높고, 정신질환 치료를 위한 약물사용의 장기화로 인해 약물사용 부작용이 흔히 발생하기도 함

■ 정신질환자들의 사망위험을 높이는 가장 큰 이유는 일반인과 비교하여 정신질환자들의 신체질환 발병률이 높기 때문이다

- 정신질환자의 신체질환 발병률이 높은 이유는 첫째, 정신질환자 대부분 만성 질환이기 때문에 만성경과를 갖게 되는 경우가 대부분임
- 둘째, 정신질환자는 협소한 인간관계로 인해 신체활동이 적고, 음주나 흡연과 같은 건강생활습관이 정신질환을 경험하지 않은 사람에 비해 좋지 않기 때문에 정신질환이 건강을 악화시키는 원인이 됨

■ 의료비 측면에서 정신질환자는 다른 신체질환자와 비교하여 평균적으로 입원일수가 많고, 그에 비례하여 평균 본인부담금도 큼

- 특히 병원과 의원급의 경우 1인당 평균 본인부담금은 상급종합병원과 종합병원에 비해 현저히 높아 정신질환자의 의료비 부담은 병원과 의원급에서 오히려 더욱 심화됨
- 입원치료환자 1인당 평균 본인부담금이 높은 정신질환은 치매와 지적장애였고, 내원환자 1인당 평균 본인부담금이 높은 정신질환은 조현병과 소아·청소년기 행동 및 정서장애, 기분장애였음

■ 정신질환 관련 고액 진료비 환자는 총진료비, 본인부담금 모두 다른 질환과 관련된 고액 진료비 환자보다 더 큰 부담을 가짐

- 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1% 샘플의 1,454,249명을 대상으로 하여 진료비 상위 10%에 해당하는 고액 진료비 환자를 분석한 결과임
 - 정신질환 진료비를 자신의 진료비의 50% 이상 사용하는 정신질환 관련 고

액 진료비 환자는 평균 7,846,718원을 진료비에 사용함

- 이는 진료비 상위 10%에 해당하는 전체질환에 대한 환자들의 진료비 (4,081,347원)를 상회함

■ 정신질환실태 조사에 따르면 정신질환 역시 신체질환과 마찬가지로 사회경제적 지위와 관련성이 있음

- 소득수준이 낮은 계층에서 정신질환의 발병률이 높았으며, 저연령층이 정신 질환에 취약함
- 미혼층, 미취업 상태에 있을수록 정신질환 유병률이 증가하는 것으로 미루어 보아 정신건강 정책 수립 시 사회경제적 취약계층에 대한 관심이 필요할 것으로 생각됨

■ 발병연령에 대한 정보가 없다면 정신질환의 예방을 위한 적절한 타겟 연령층을 알 수 없기 때문에, 정신질환의 최초 발병연령 분포에 대한 정보는 정신질환의 예방 및 치료를 위해서 중요함

- 치매를 포함한 증상을 포함하는 기질성 정신장애에 대한 치료연령은 50대에 치료환자들이 발생하고, 60대에 계속 증가하다 70대, 80대 이상에서 급격히 증가함
- 지적장애 · 정신발달장애 및 소아기 행동 및 정서장애는 10대 이전에 발병하여, 20대까지 치료환자들이 증가하다 감소함
- 조현병의 경우 치료연령 분포를 살펴보면 10대에 발병하여 40대까지 치료인원이 증가하다 40대 이후에 감소하는 특징이 있음
- 기분장애의 경우 치료환자는 50대에 가장 많으며, 50대까지 지속적으로 증가하다 50대 이후에 감소함

IV. 공·사 정신질환 위험보장 체계 및 방안

- 정신건강문제로 인한 사회적 비용은 연간 8.3조 원으로 GDP의 4%를 상회할 것으로 보고되고 있음²⁾
 - 건강보험과 의료급여를 통한 정신질환자 수는 2015년 289만 명으로 2005년 대비 66% 증가함
 - 정신질환자 수 증가와 비례하여 정신질환 진료비는 연평균 12% 증가하여 2015년 2조 9천억 원 수준이며, 전체 질환 진료비 증가율(6.7%)을 매년 상회하고 있음
- 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 명임
 - － 정신질환 의료급여비가 전체 의료급여비에서 큰 비중을 차지하며, 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 신청 건수는 106건에 불과하고, 전체 신청 건수 중 산재로 인정되어 보험금이 지급되는 비율도 38.7%에 불과한 상황임
 - 한편, 정부는 정신질환 초기 관리를 위해 건강보험 보장을 확대하고 있음
 - － 외래 정신치료 본인부담(30~60%)을 입원과 동일하게 20%로 경감하고, 높은 비용부담으로 치료를 방해하는 비급여 정신요법에 대한 보험적용을 확대함
 - 정신질환과 관련된 의료서비스 이용에서 입원치료비 비중이 높다는 것이 특징임

2) 현경래 외(2015)

- 정신과 치료는 어느 신체질환보다 사전예방과 조기치료가 중요한데, 입원 치료가 늘어난다는 것은 치료 방치로 환자의 증상이 악화되어서야 병원을 찾는다는 것을 의미할 수 있기 때문임

■ 사적 보험영역에서 실손의료보험, 어린이보험, 치매보험 등이 정신질환을 보장하고 있음

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

■ 정신질환에 대한 위험보장 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, 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, 위험보장을 강화해야 함

- 정신질환자가 정신과를 찾는 것 자체의 부담감 때문에 치료를 기피하는 것이
라면, 국민 대다수가 받는 건강보험의 건강검진을 활용하여 치료기피 문제를
해결할 수 있음
 - 현재 건강보험의 건강검진에서는 우울증에 대한 검사만 시행되고 있으며, 우울
증 검사도 만 40세, 만 66세의 생애 전환기 검사에서만 이루어지고 있음
 - 성인 정신질환자의 약 50%는 15세 이전에 정신질환이 발병하는 것으로 알려
져 있기 때문에, 정신질환 검진 연령과 우울증 이외의 정신질환에 대한 검진을
확대할 필요가 있음
- 민영보험은 정신질환의 위험보장을 위해서 중증 정신질환이 어렵다면, 경증 정
신질환에 대한 합리적 인수기준을 마련해야 함
- 대부분의 국내 보험사는 정신질환에 대한 경험통계가 구축되어 있지 않기 때
문에, 구체적인 인수기준이 미비한 상태임
 - 중증 정신질환뿐만 아니라 경증 정신질환도 명확한 근거가 부족한 상태에서
위험성을 높게 일반화하여 평가하므로 외국보험사와 비교했을 때 인수가 엄
격한 상태임
 - 과학적·의학적 통계에 근거하여 정신질환별 중증도를 고려한 인수기준이 필
요함
 - 정신질환별 인수기준을 세분화하여 다양한 인수옵션 제공이 이루어져야
하고, 의학계·보험업계·정부당국 간 협의체 구성을 통해 정신질환 보장
범위 및 인수지침을 마련해야 함
 - 과학적 통계에 근거한 인수거절, 보험료 차등 등은 합리성에 기초한 것이
므로 보험차별이 아님
- 정신질환에 대한 보험상품 공급의 확대 및 운용을 위해서는 도덕적 해이 및 역
선택 방지 장치 마련이 필요함
- 정신질환 보장상품의 운용이 어려운 이유는 정신질환은 환자의 주관적 증상

에 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

■ 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 노동시장으로의 통합을 위해 필수적임
- 일본의 경우 근로생산성 감소, 노동재해를 대비하여 노동재해종합보험과 업무재해종합보험을 판매·운용 중임

V. 결론

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

- 정신질환 관련 통계 구축이 미미하고, 그에 따른 구체적인 인수기준과 위험률이 부재하기 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

I. 서론

1. 연구배경 및 목적

정신질환실태 역학조사에 의하면 성인인구 4명 중 1명 이상은 평생 한 번 이상 정신질환을 경험하는 것으로 보고되고 있으며, 건강보험과 의료급여를 통해 정신질환 의료서비스를 이용하는 환자 수도 매년 큰 폭으로 증가하고 있다. 그에 따라 정신질환 관련 진료비도 비례하여 증가하고 있는 실정이다.

정신질환의 치료환자가 증가함에도 불구하고, 정신질환은 높은 유병률 대비 치료 환자는 적은 편이며, 정신질환에 대한 사회적 편견으로 인해 정신질환을 경험하는 사람들은 적극적 치료를 기피하고 있다. 누구나 정신질환에 걸릴 수 있다는 것에 대다수의 사람들이 긍정적으로 대답하지만, 정신질환자에 대한 사회적 수용도는 낮다는 한 연구결과는 우리 사회의 정신질환에 대한 태도를 대변한다고 할 수 있다. 실제로 정신질환을 경험한 사람 중 오직 22.2%만이 정신건강의료서비스를 이용하는 것으로 나타나, 중증의 정신질환뿐만 아니라 치료 가능성이 높은 경증의 정신질환도 치료받는 경우가 극히 일부라는 것을 유추할 수 있다.³⁾ 특히 우리나라는 정신질환의 치료가 입원 중심으로 이루어짐으로써, 정신질환 치료환자의 사회로의 통합을 방해하는 정신건강의료서비스 체계를 가지고 있다. 입원 중심으로 정신질환의 치료가 이루어진다는 점은 정신질환자에 대한 사회적 편견을 키워 다시금 정신질환에 대한 적극적 치료를 방해하는 원인이 될 수 있다.

정신질환은 공적 보험영역에서 건강보험, 의료급여 등을 통해 보장되고 있으며, 정부는 건강보험 중기보장성 강화계획(2014~2018)을 통해 정신질환의 초기 관리를

3) 이동우 외(2017)

위해 건강보험 보장을 확대하고 있다. 기본 상담료는 물론 상담기법의 난이도와 시간에 따른 심층심리요법 등에 대한 상담료를 현실화하고, 높은 비용부담으로 치료를 방해하는 비급여 정신요법, 의약품에 대한 보험적용을 확대할 예정이다.

한편 정신질환의 발병을 위험(Risk)이라고 한다면 민영보험영역에서 정신질환에 대한 보험접근성 및 치료비에 대한 보장은 제한적이었다. 정신질환은 자살과 밀접한 관련을 가지고 있으며, 일반 인구보다 신체질환의 발병률이 높다. 따라서 정신질환자는 일반 인구보다 질병위험과 사망위험이 높기 때문에 보험사는 정신질환에 대한 민영보험의 보장에 소극적이었다. 지난 2005년 경북 철곡 소재 장애인들을 고용한 사업장의 화재사고로 인해 다수의 장애인 사상자가 발생하였으나, 이들이 정신질환자라는 이유로 단체보험 가입을 거절당하여 화재 당시 인명피해에 대한 보상을 받을 수 없었다. 이 사건을 계기로 정신질환자에 대한 보험가입 차별에 대한 문제를 우리 사회는 지속적으로 제기해 왔었다. 이에 국가인권위원회가 민영보험에서 정신장애인을 비롯한 장애인차별을 개선하라는 권고하였고, 상법·보험업법 등의 개정을 통해 정신장애인에 대한 보험 차별 금지에 관한 법제 개편이 이루어져 왔다. 그러나 2010년 7월 보험업법 제97조 개정으로 장애인에게 보험가입을 거부하는 행위를 금지하였으나, 장애인의 범주에 정신질환자는 포함되지 못하였다. 또한 2014년 국가인권위원회는 실손의료보험에서 정신과 진료료가 보상에서 제한되고 있는 규정을 개선하라고 권고하였고, 2015년 12월 실손의료보험 표준약관을 변경하여 실손의료보험의 정신질환에 대한 보장범위를 확대하였으나, 일부 정신질환의 급여부분 법정본인부담금만을 보장할 뿐, 다른 신체질환과는 달리 비급여에 대한 보장은 이루어지지 않고 있다. 정액형 의료보험에서는 정신질환은 보험금을 지급하지 않는 예외질병으로 여전히 규정하고 있다. 또한 보험사 내부의 정신질환에 대한 통계 미비로 정신질환 병력이 있는 경우 중증의 정신질환뿐만 아니라 경증 정신질환도 대부분 보험인수가 거절되고 있는 실정이다. 최근 10년간의 법제 개편에도 불구하고 정신질환자의 보험접근성은 낮은 수준이며, 정신질환을 보장하는 민영건강보험 상품의 공급은 미흡한 상황이다. 국민건강보험의 정신질환에 대한 보장이 미흡한 부분을 보충하여 보장하는 것이 민영건강보험의 역할이라면 민영건강보험의 위험보장은 미흡한 실정인

다. 정신질환이 성인인구 4명 중 1명 이상이 걸리는 유병률이 높은 질환임을 감안하면, 정신질환 위험보장에 대한 공·사 건강보험의 역할은 더욱 중요해질 것이다.

본 연구는 정신질환의 치료를 위한 사회적 여건이 미흡한 가운데, 정신질환의 위험보장 강화 방안을 제안하고자 한다. 제안에 앞서 정신질환에 대한 전반적인 현황을 살펴보고, 공·사 건강보험 영역에서 정신질환 위험보장의 문제점과 정신질환에 대한 사회적 인식 개선과 건강검진의 강화, 민영보험의 접근성 제고 방안 측면에서 논의를 전개한다.

2. 선행연구

국내 정신질환의 전반적인 현황을 파악할 수 있는 대표적인 연구는 보건복지부에 주관하는 정신질환실태 조사이다. 2001년 이후부터 5년마다 실시되는 조사로, 주로 우리나라 일반 성인의 정신질환 유병률을 알려주는 유일한 조사이다. 국민들에게 정신건강의 중요성을 알리는데 일조했으며 연구자들에게 정신건강의 전반적인 현황을 제공하고, 정책 수립자에게 정신건강 관련 정책 수립을 위한 근거 자료로써의 역할을 수행해 왔다. 한계점으로는 일반 성인을 대상으로 한 서베이에 근거하기 때문에 시설에 입소되어 있는 정신질환자들이 배제되었다는 점과, 정신건강에 문제가 있다고 느끼는 사람들은 대부분 서베이 응답을 거절할 가능성 때문에 유병률에 편의(Bias)가 발생할 가능성이 크다. 정신질환실태 조사 이외에 이진석 외(2013)는 2010년부터 2012년까지의 국민건강보험공단 청구 자료를 분석하여 서울시민의 정신질환 치료환자의 수와 의료이용행태를 분석하였다. 전국 단위의 조사가 아닌 서울시에 한정하여 시민의 정신질환 현황을 파악하였다. 최지숙 외(2015)는 의료급여에서 정신질환 수가체계의 문제점을 분석하고 그 개선 방안을 제시하였다. 저소득층을 위한 공공부조인 의료급여를 통한 정신질환 치료 현황을 파악하였는데, 정신질환 치료환자와 진료비는 의료급여에서 상당한 부분을 차지하기 때문에, 국내의 정신질환에 대한 현황 파악을 위해서 의료급여 부분의 현황 조사는 필수이다. 본 연구는 2016년

정신질환실태 조사를 참고한 유병률과 건강보험·의료급여통계연보에 근거한 정신질환 치료환자 통계를 이용한다. 유병률과 인구통계를 이용하여 각 질환별 추정환자수와 정신질환 치료환자 수를 비교하여 각 질환별로 치료가 얼마나 이루어지고 있는지 파악한다.

다음으로 정신질환자의 보험가입에 관한 선행연구들이 있다. 대부분의 연구는 상법 제732조의 개정을 제안한다. 대한의사협회(2007)는 정신장애인의 민영보험 가입 제한과 문제점을 살펴보고, 상법과 약관상 정신질환자의 보험가입 제한에 따른 법적 쟁점을 제시하고 있다. 임성택 외(2011)는 정신질환자에 대한 보험가입 거절·보험금 지급 거절 등의 다양한 사례 분석을 제시하였고, 장애인 보험차별 개선의 필요성 및 관련 결정판례 등을 통해 정신질환에 대한 의학적·통계적 연구의 필요성과 신체장애인을 비롯한 정신장애인을 위한 구체적인 보험 인수기준의 필요성을 주장한다. 신권철(2014)은 위의 선행연구에서 논의된 내용 외에 실손의료보험 표준 약관 개정을 통해 정신질환을 실손보험 보장 영역에 넣을 것을 주장한다.

마지막으로 정신질환자의 의료이용행태 및 의료비 관련 연구는 다른 신체질환에 관한 연구에 비해서는 적은 편이나 최근에 많은 연구들이 이루어지고 있다. 서수경 외(2009)는 정신질환으로 첫 진단받은 환자 전수를 대상으로 한 의료이용 현황을 분석하였고, 정신질환별 인구사회학적 특성과 장기입원 관련 요인을 분석하였다. 질환별로 성과 연령에 따라 발병률에 차이가 존재함을 보임으로써 정신질환이 질환별로 이질적인 특성을 갖는 것을 확인한다. 이선미 외(2013)는 우울증 및 자살로 인한 사회경제적 영향을 분석한다. 우울증 및 자살의 사회경제적 비용은 약 10조원으로 추정하고 있으며, 최근 5년간 41.5% 증가하고 있음을 강조한다. 또한 정의신 외(2016)는 만성질환별 유병률 변화에 따른 진료비 변화를 추정하고, 이 중 정신질환으로 인한 연평균 진료비는 2016~2025년간 12.0% 증가할 것으로 예상한다. 정신질환에 대한 위험보장 강화 방안에 관한 선행연구는 임성택 외(2011)의 연구가 유일하다. 따라서 본 연구는 임성택 외(2011)의 연구를 바탕으로, 공적 보험부분과 사적 보험영역에서의 정신질환에 대한 위험보장 강화 방안을 제시한다. 그러나 대부분의 선행연구는 민영보험영역에서 정신질환에 대한 보장 현황과 강화 방안에 대해 검토하지 못

하였다. 따라서 본 연구는 선행연구를 토대로 정신질환의 현황과 위험요인을 파악하고, 공적 건강보험과 민영보험영역에서 정신질환의 위험보장 방안을 제시한다.

Ⅱ. 정신질환 현황

우리나라는 의료수준의 향상으로 국민의 건강성과(Health Outcomes)를 나타내는 영아사망률 및 기대여명(Life Expectancy)⁴⁾ 등에서 OECD 국가들과 비교하여 상위국가에 속하고 있으나 국민의 정신건강 측면의 건강성과는 낮은 실정이다.⁵⁾ 통계청이 발표한 ‘2016년 사망원인통계’에 의하면, 자살률은 인구 10만 명당 25.6명으로 사망원인 중 5위를 차지하고 있으며, 2011년 이후 감소 추세에 있기는 하지만 다른 OECD 국가와 비교하여 제일 높은 자살률을 기록하고 있다. 정신질환으로 인한 입원환자가 너무 많다는 문제와 함께 다른 한편으로는 정신질환을 경험하는 많은 사람들이 정신질환에 대한 잘못된 인식과 사회적 편견으로 여전히 적극적인 치료를 기피하고 있는 상황이다. 자살률, 정신질환 유병률이 지속적으로 증가함에도 불구하고 국민의 정신건강서비스 이용은 저조하기 때문에, 국민 정신건강 증진과 정신질환의 만성화 예방을 위해서는 조기에 적절한 의료 개입이 필수적이지만 정신질환에 대한 공·사 건강보험의 위험보장은 미흡한 실정이다.

4) 현재를 기점으로 특정 연령의 사람이 앞으로 생존할 것으로 기대되는 평균 생존연수로서, 연령별 사망률이 지속된다고 가정했을 때 특정연령(출생시점, 40세, 60세, 65세, 80세)에서 기대되는 평균 생존연수임. 우리나라의 평균 기대여명은 2014년 기준 82.20로 OECD 평균 80.80을 상회함(보건의료빅데이터개방시스템, 분야별 OECD 통계)

5) 양극성 정동장애 환자의 초과 사망비는 2013년 기준 3.90으로 OECD 평균을 상회하고 있음(보건의료빅데이터개방시스템, 분야별 OECD 통계)

1. 정신질환의 정의 및 분류

정신질환자는 의학적으로 공식적인 진단분류체계인 ICD(International Classification of Diseases)에 따른 정신질환을 진단받은 모든 사람으로 해석될 수 있다. 즉, 정신질환자는 정신질환을 가진 사람이라는 개념으로 해석될 수 있으나 법적으로는 강제적인 비자발적 치료 대상이거나 각종 자격⁶⁾을 제한 받을 수 있는 사람 또는 장애인복지법상 정신적 장애인으로서 사회복지와 지원을 필요로 하는 사람 등으로 이해될 수 있다.⁷⁾

1995년 제정되어 1997년부터 전면 시행된 정신보건법에서 정신질환자의 정의는 “정신병, 인격장애, 기타 비정신병적 정신장애”로 규정하였고, 2000년 1월 12일 일부 개정으로 알코올 및 약물중독장애를 포함하였다. 정신질환자를 증상의 중증도에 대한 고려 없이 광범위하게 법적 적용대상으로 단순화하였다. 따라서 정신질환을 경험하는 사람들 중 보호의무자의 강제적인 비자발적 입원치료대상은 일부에 불과하지만, 정신보건법에 의하면 모든 정신질환자가 증상의 중증도와 상관없이 비자발적 입원 대상이 되었다. 또한 정신보건법상 “정신질환자”의 정의를 25개 법률에서 준용하여 직업 및 자격취득을 제한하고 있어, 2017년 5월 30일 정신보건법 개정으로 정신질환자를 “독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람”으로 그 범위를 축소하였고, 경증인 정신질환자가 복지서비스의 혜택을 받을 수 있도록 하위법령에서 규정하였다.⁸⁾(〈표 II-1〉 참조)

복지서비스 혜택을 위한 장애인복지법의 정신장애인의 자격은 정신보건법 제3조 정신질환자 정의를 기준으로 발달장애와 정신질환으로 구분하고 있다. 장애인복지법 제2조는 ‘장애인’이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말하고, 제2호에서 “정신적 장애”란 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애를 말한다라고 규정하고 있다. 장애인복지법에 의하면 모든 정

6) 정신보건법의 성년후견인 관련 의사결정권 제한, 모자보건법·영유아보육법 등 정신보건법 이외 다른 법률의 자격제한 등이 있음(박형욱 외 2012)

7) 박형욱 외(2012)

8) 보건복지부 보도자료(2013. 5. 20), “정신질환자 범위 축소 및 보험가입 차별 금지, 정신건강증진의 장 신설 등 법 패러다임 전환”

신질환자가 정신장애인이 되지는 않고, 정신질환 중 일부 질환에 국한되며, 각 질환 별 증상과 기능의 중증도에 따라 정신장애인 자격이 부여된다.

〈표 II-1〉 정신보건법상 정신질환자의 정의

법률	정의
법률 제5133호 1995.12.30	제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “정신질환자”라 함은 정신병(기질적 정신병을 포함함)·인격장애·기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말함
법률 제6152호 2000.1.12	제3조(정의) 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 2017.5.30	제3조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다. 1. “정신질환자”란 망상, 환각, 사고나 기분 등의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는데 중대한 제약이 있는 사람을 말함

자료: 박형욱 외(2012)

의학적으로 정신건강의학과에서 정신과 상병명으로 진단받은 환자들은 2017년 개정 전에는 정신보건법에 의해 정신질환자로 분류되어 법적 적용 대상이 된다. 현재 개정된 정신보건법에 의해 정신질환자는 “독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람”으로 개념을 축소 정의하여 의학적 정의에 의한 정신질환자와 법적 정의에 의한 정신질환자는 일치하지 않는다. 수면장애나 경증의 우울증과 같은 정신질환은 정신보건법의 적용 대상이 아니다. 따라서 정신보건법상 정신질환의 범위를 축소하여 정신질환에 대한 편견을 해소하고 정신과 이용을 촉진한 것은 이해되나, 수면장애나 경증의 우울증과 같은 정신질환은 정신보건법상 적용 대상에서 배제되는 결과를 가져왔다.

의학적으로 정신질환자의 공식적인 진단분류체계는 국제 질병, 상해 및 사망원인 통계 분류 제10차 개정판(ICD-10: International Classification of Diseases-10)의 제5장 정신 및 행태장애 분류이다. ICD-10 분류체계에 의해 정신질환을 진단받고 법에 의해 정신질환자로 분류되는 환자들은 〈표 II-2〉와 같다.

〈표 II-2〉 ICD-10 분류체계에 의한 정신질환

코드	분류	주요 질환
F00-F09	증상성을 포함한 기질성 정신장애	알츠하이머병의 치매, 혈관성 치매, 기질성 기억상실 증후군 등
F10-F19	정신활성 물질복용으로 인한 정신 및 행태장애	알코올·담배·카페인 및 기타 흥분제 복용으로 인한 정신 및 행태장애, 급성중독, 의존 증후군 등
F20-F29	조현병, 분열형 및 망상장애	조현병, 지속성 망상장애, 급성 및 일과성 정신병적 장애 등
F30-F39	기분(정감)장애	양극성 정감장애, 우울증 에피소드, 반복성 우울장애
F40-F48	신경증성, 스트레스 관련성 및 신체형 장애	불안장애(사회공포, 공황장애 등), 급성스트레스반응, 외상 후 스트레스장애, 적응장애, 신경쇠약증 등
F50-F59	생리적 장애 및 신체적 요인과 연관된 행태 증후군	섭식장애, 비기질성 불면증, 몽유증, 야경증, 성욕의 결핍 또는 상실 등
F60-F69	성인 인격 및 행태장애	인격장애, 병적도박, 관음증, 성관계 장애, 성적 성숙 장애 등
F70-F79	지적장애	경도, 중등도 지적장애 등
F80-F89	심리적 발달장애	말하기와 언어의 특수 발달장애, 특수 읽기장애, 소아기 자폐증 등
F90-F98	소아 및 청소년에 발병하는 행태 및 정서장애, 특정 불능의 정신장애	활동성 및 주의력 장애,品行장애, 소아기 사회성 불안장애, 소아기 반응성 애착장애, 틱장애, 말더듬 등
F99	특정 불능의 정신장애	-

자료: 이부영(1994)

정신질환의 정의는 사회, 문화적 배경이나 의학적, 법적 맥락에 따라 국가마다 정신보건에 관한 입법에서 다양하게 규정되고 있다. 예를 들면 정신보건에 관한 입법이 정신장애와 관련하여 비자의적인 입원과 치료를 강조할 때는 정신질환을 가진 사람들의 범위와 자기결정권을 제한하려고 하는 반면, 정신보건에 대한 입법이 정신장애를 가진 사람들의 권리를 강조할 때는 정신질환을 갖는 모든 사람들을 정신장애인으로 포함시켜 실질적인 권리를 보장하려 할 것이다. 따라서 본고에서는 법적 정의에 의한 정신질환보다는 의학적 정의인 ICD-10 분류체계에 의한 정신질환으로 분류된 질환을 중심으로 논의를 전개할 것이다.

2. 정신질환 유병률

우리나라는 2001년 이후 보건복지부 주관으로 정신질환실태 조사를 5년마다 주기적으로 실시하고 있다. 정신질환실태 조사를 통해 정신질환 유병률을 발표하여 정신질환 치료의 중요성을 알리고 있고, 국민들의 정신건강을 향상시키기 위한 정책 수립에 중요한 근거 자료로 사용되고 있다. 조사 대상은 지역사회에 거주하고 있는 만 18세 이상의 일반 성인 인구 5,100명이며, 남자 1,940명(38.1%), 여자 3,160명(61.9%)이 조사 대상에 포함되었다. 일반 인구의 유병률을 파악하는 조사이므로 병원, 요양원 등의 시설에 입소해 있는 사람들은 포함하지 않은 한계점이 있지만, 우리나라 일반 성인의 정신건강 현황을 알 수 있는 유일한 조사라는 점에 의의가 있다.

2016년 조사에 따르면 17개 정신질환의 평생유병률(평생 동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율)은 25.4%로, 일반 성인 4명 중 1명은 평생 한 번 이상 한 가지 이상의 정신질환을 경험하는 것으로 보고되고 있다. 일년유병률(조사시점 기준 지난 1년 동안 한 가지 이상의 정신질환에 한 번 이상 이환된 적이 있는 비율)은 11.9%로 9명 중 한 명 이상이 이환되었음을 의미한다. 정신질환 이외의 만성질환 유병률과 비교해 보면 정신질환은 유병률이 높은 질환임을 알 수 있으며, 다른 만성질환과 마찬가지로 예방 및 관리가 필요한 질환임을 알 수 있다.

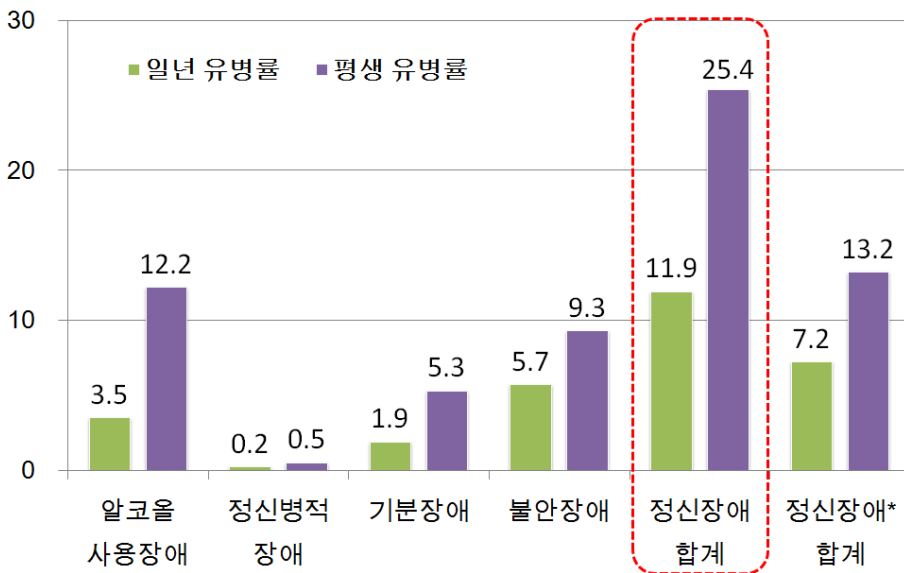
〈표 II-3〉 만성질환 유병률

만성질환		유병률
만 30세 이상	고혈압	27.9%
	당뇨병	9.5%
	고콜레스테롤혈증	17.9%
	고중성지방혈증	16.8%
만 40세 이상	폐쇄성폐질환	12.3%
만 10세 이상	빈혈	6.4%
만 50세 이상	뇌졸중 유병률	4.0%
만 19세 이상	천식 유병률	3.1%

자료: 보건복지부, 질병관리본부

평생유병률은 알코올 사용장애(12.2%), 불안장애(9.3%), 기분장애(5.3%), 니코틴 사용장애(6.0%), 조현병 스펙트럼 장애(0.5%), 약물 사용장애(0.2%) 순으로 유병률이 높았으며, 남자는 알코올 사용장애, 여자는 불안장애의 평생유병률이 가장 높았다. 일년유병률은 불안장애(5.7%), 알코올 사용장애(3.5%), 니코틴 사용장애(2.5%), 기분장애(1.9%), 조현병 스펙트럼 장애(0.2%) 순이었고, 일년유병률은 평생유병률과 달리 불안장애의 유병률이 알코올 사용장애보다 높았다.

〈그림 II-1〉 정신질환 유병률



주: 정신장애*는 알코올 사용장애를 제외한 합계
자료: 이동우 외(2017)

정신질환을 경험하는 사람들이 어느 정도 의료서비스를 받고 있는지, 대략적인 실태 조사를 위해 각 정신질환별 유병률에 근거한 추정환자 수와 2016년 건강보험을 통해 내원치료 받은 환자 수를 비교했다. 정신질환실태 조사와 건강보험통계연보를 통해 비교 가능한 정신질환은 알코올 사용장애, 조현병, 기분장애, 불안장애가 있다.

첫째, 알코올 사용장애는 과도한 알코올 사용으로 인하여 부적응이 발생하고 있음

에도 불구하고 개인이 지속적으로 알코올을 사용하고 있을 경우 진단 가능한 정신질환이다. 알코올 사용장애 일년유병률은 3.5%로 남자(5.0%)가 여자(2.1%)보다 2배 이상 높다. 일년유병률 자료를 근거로 2016년 한 해 이환된 환자 수는 139만 명으로 추정되었다. 알코올 사용장애 일년유병률을 이용한 추정환자 수와 실제 알코올 사용장애 환자 수를 비교한다. 건강보험통계의 알코올 사용장애 외래 환자 수는 2016년 기준 56,038명으로 추정환자 수에 비해 현저히 적은 편이다.⁹⁾ 알코올 사용장애는 유병률이 높은 질환임에도 불구하고, 음주문제로 인한 상담 경험률이 현저히 낮은 것으로 보고되고 있다. 2015년 국민영양조사에 의하면, 19세 이상 성인 음주자 중 최근 1년 동안 음주문제로 상담을 받은 적이 있는 사람들의 비율은 1.1%에 불과하다.

둘째, 조현병 스펙트럼 장애는 망상, 환각, 와해된 언어 등의 증상이 있으며, 증상의 심각도와 기간에 따라서 스펙트럼 상으로 배열 될 수 있다. 조현병 스펙트럼 장애는 조현병, 조현양상장애, 조현정동장애, 망상장애, 단기정신병적 장애가 포함된다. 조현병 스펙트럼 장애의 일년유병률을 토대로 추정환자 수는 63,361명이다. 2016년 한 해 동안 조현병(F20~F29)으로 인해 내원치료를 받은 환자 수는 139,307명으로 조현병의 경우는 실제 내원치료를 받은 환자 수가 유병률을 근거로 추정한 환자 수보다 많았다.

셋째, 기분장애는 기분이 저조해지거나 고양되는 등 기분 조절의 문제로 인하여 나타나는 다양한 증상군을 특징으로 하는 정신장애로 주요 우울장애 및 양극성장애(조울증)가 대표적이다. 일년유병률은 전체 1.9%, 남자 1.3%, 여자 2.5%로, 일반성인 인구 중 약 74만 명이 지난 한 해 동안 기분장애를 경험한 것으로 추정된다. 실제 건강보험을 통한 기분장애로 인한 내원환자는 조증 에피소드(F30), 양극성 정동장애(F31), 우울 에피소드(F32), 재발성 우울장애(F33), 지속성 기분장애(F34), 기타 기분장애(F38), 상세불명의 기분장애(F39) 등으로 구성되고, 이러한 기분장애 내원치료환자는 약 81만 명으로 추정인구를 초과한다.

마지막으로 불안장애는 유병률과 치료환자 모두 지속적으로 증가하고 있는 정신

9) 입원환자 수를 포함하더라도 77,976명으로, 추정환자 수 139만 명에 비해 치료환자는 적음

질환이다. 불안장애는 불안의 정도가 과도하거나 나이에 비하여 지나치게 두려워하는 증상이 심하여 일상생활에 지장을 초래하는 경우를 말한다. 불안장애는 강박장애, 외상 후 스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 특정공포증과 범불안장애가 포함된다. 일년유병률은 전체 5.7%, 남자 3.8%, 여자 7.5%였으며, 18세 이상 일반 인구 중 약 220만 명이 지난 한 해 동안 불안장애에 이환된 것으로 추정된다. 그러나 건강보험 내원치료환자는 96만 명으로 유병률에 근거한 추정환자보다 현저히 적은 것으로 나타났다. 정신질환 환자의 치료기피 문제는 모든 정신질환에 해당되는 것은 아니고, 특정 질환의 경우 치료기피가 문제가 되는 것을 알 수 있다. 특히 알코올 사용장애와 불안장애의 경우 유병률과 비교하여 실제 내원치료환자 수는 지극히 낮은 수준이다.

〈표 II-4〉 주요 정신질환 추정환자 및 실제 치료환자 수

정신질환	추정환자	치료환자	추정-치료환자
알코올 사용장애	139만 명	5만6천 명	+133만4천 명
조현병	6만3천 명	13만9천 명	-7만6천 명
기분장애	74만 명	80만9천 명	-6만 명
불안장애	220만 명	96만8천 명	+123만2천 명

자료: 이동우 외(2017); 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2017a)

Ⅲ. 정신질환자의 특징

1. 정신질환자의 위험요인

가. 자살

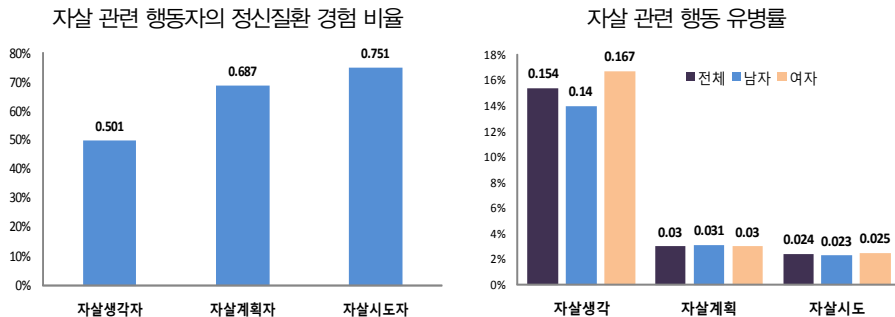
자살은 2015년에 암, 심장 질환, 뇌혈관 질환, 폐렴에 이어 우리나라 전체 사망원인 중 5위를 차지하였다. 12년째 OECD 회원국 중 자살률 1위라는 오명을 기록하고 있으며, 국내 자살사망률은 2011년에 인구 10만 명당 31.5명으로 정점을 기록하다가 점차 낮아지고 있다. OECD 국가 간 자살률(표준인구 10만 명당) 비교 시 OECD 평균 12.0명에 비해 한국은 25.8명으로 가장 높은 수준이다. 자살의 원인은 정신질환뿐 아니라 생물학적, 유전적, 문화적, 심리적 원인들이 복합적으로 작용해 자살 관련 행동을 일으킨다. 그러나 자살과 정신질환은 가장 밀접한 관련이 있다고 알려져 있으며 자살사망자 중 60~90%는 정신질환을 가지고 있다(Henriksson et al. 1993). 우울증을 비롯해 알코올 및 약물 중독, 조현병 등이 자살시도와 상관관계가 크며, 대부분의 정신질환이 자살 혹은 자살기도와 뚜렷한 연관이 있다(제영모 2004). 우리나라의 경우 2016년 정신질환실태 역학 조사에 의하면, 자살 관련 행동자 중 CIDI로 조사된 정신질환 진단 비율은 자살생각자 중 50.1%, 자살계획자 중 68.7%, 자살시도자 중 75.1%는 정신질환 진단을 받은 것으로 나타났다(〈그림 Ⅲ-1〉 참조). 자살생각자 중 남자는 알코올 사용장애 진단이 28.3%, 여자는 기분장애가 25.2%로 가장 많았다. 자살계획자 중 남자는 46.8%가 알코올 사용장애, 여자는 기분장애가 39.0%, 자살시도자 중 남자는 알코올 사용장애가 50.7%, 여자는 기분장애가 44.2%, 불안장애가 34.1% 순이었다. 따라서 정신질환이 있는 경우 자살성향을 증가시킴을 알 수 있다.

자살 관련 행동에 대한 평생유병률은 자살생각 15.4%, 자살계획 3.0%, 자살시도 2.4%로 조사되었다. 즉, 일반 성인의 15.4%가 평생 한 번 이상 진지하게 자살에 대해 생각한 적이 있는 것으로 볼 수 있다(〈그림 Ⅲ-1〉 참조). 자살 관련 행동에 대한 인구사회학적 분포는 남자는 60대, 여자는 20대에서 가장 높았고, 남자는 이혼, 별거, 사별한 경우, 여자는 미혼인 경우 자살생각 유병률이 높았다. 자살생각을 처음 시작한 연령은 남녀 모두 15~19세가 가장 많았고, 자살계획은 남자는 15~19세, 여자는 30~34세에 가장 많았다.

자살 관련 사고는 자살행동을 예견할 수 있는 지표라는 점에서 자살 관련 행동에 관한 유병률은 주목할 만한 지표라고 할 수 있다. 따라서 자살사고, 자살계획, 자살시도의 유병률의 사회인구학적 특성을 파악하는 것은 자살을 예방하고, 전략적인 자살 예방 대책을 수립하는 데 있어 중요하다.

마지막으로 정신질환실태 조사에서 자살시도 전·후의 치료 여부를 조사한 결과 자살시도자의 경우 통원치료를 한 경우는 32%, 입원치료를 한 경우는 27%로 나타났다. 정신질환자의 낮은 치료율과 함께 자살시도자 역시 자살시도 전·후의 치료율은 낮다. 자살생각으로 인해 전문가와 상담을 받아본 적이 있다는 응답자는 11.2%에 불과하였다. 자살위험이 있는 사람을 조기발견하고 지속적인 관리와 치료가 필요하나 정신질환자에 대한 사회적 편견과 낙인 때문에, 치료를 받지 않는 경우가 대부분이다.

〈그림 Ⅲ-1〉 자살 관련 행동자의 정신질환 경험 비율 및 자살 관련 행동 유병률

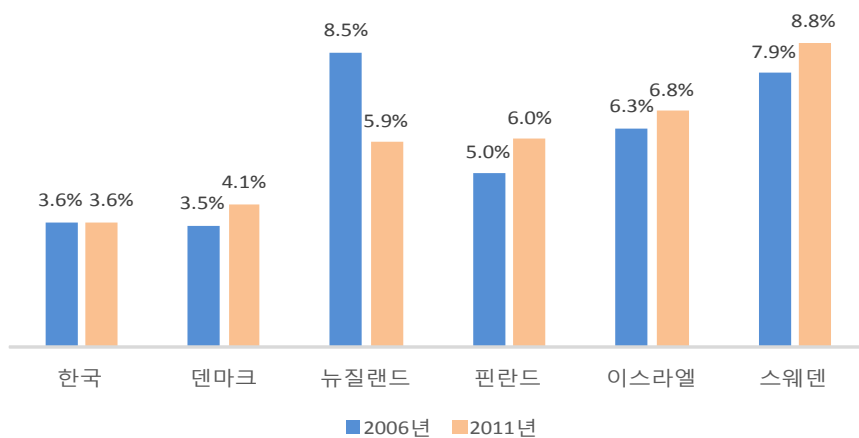


자료: 이동우 외(2017)

나. 정신질환자의 사망위험

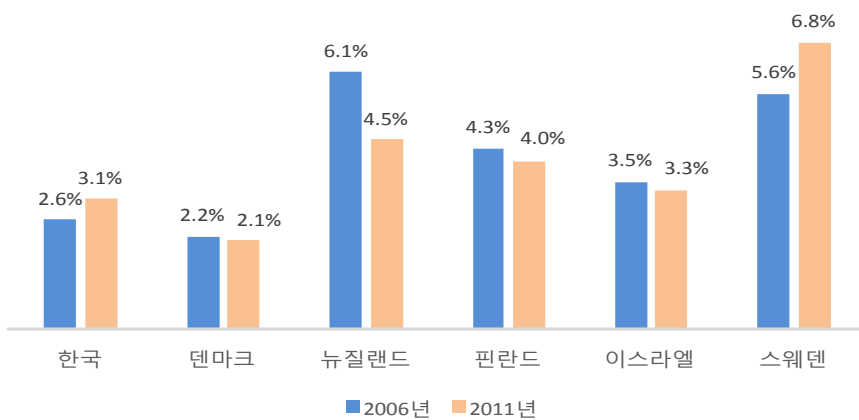
중증의 정신질환자들(조현병, 조울병)은 전체 인구보다 사망률이 높다. 초과사망률은 전체 인구의 사망률 대비 정신질환 환자 사망률의 비를 나타내는 지표로, 만약 정신질환자들의 사망률이 전체 인구의 사망률보다 높으면 정신질환자들의 사망위험이 일반 인구보다 높다는 것을 의미한다(OECD 2014). 정신질환을 경험하고 있는 사람들이 일반 인구보다 사망률이 높은 이유는 자살률과 사고율이 높을 뿐만 아니라, 신체질환의 발병률이 일반 인구보다 높기 때문이다. 신체질환의 발병률이 일반 인구보다 높은 이유는 생활습관이 일반 인구보다 좋지 않기 때문이다. 예를 들면, 정신질환자들의 흡연율과 음주율이 일반 인구보다 높고, 정신질환 치료를 위한 약물사용이 장기화되다 보니 약물사용의 부작용이 흔히 발생하기도 하며, 이러한 부작용은 신체 증상의 변화를 파악하는 데 어려움을 주기도 한다(Hert et al. 2011; 이경덕 외 2003). 대부분의 국가에서 조현병 환자나 조울병 환자의 초과사망률이 1을 초과하고 있으며, 우리나라는 OECD 평균보다는 낮지만 조현병 환자는 사망률이 일반 인구에 비해 3.5배, 조울병 환자는 3.1배 높은 편이다. Olfson et al.(2015)는 조현병 환자들의 사망위험이 높다고 보고하고 있다. 미국의 메디케이드 등록환자 중 20~64세 환자를 일반인과 비교하였고, 조현병 환자들의 사망률이 일반 인구보다 3.5배 높음을 주장하며, 그 이유로 심혈관계 질환, 호흡기 질환의 발병률이 일반 인구보다 높고, 음주와 약물 중독, 흡연이 조현병 환자의 질환 발병률을 높이는 원인임을 보고하고 있다.

〈그림 Ⅲ-2〉 조현병 초과사망률



자료: 하규섭 외(2015)

〈그림 Ⅲ-3〉 조울병 초과사망률



자료: 하규섭 외(2015)

다. 정신질환과 신체질환

정신질환자들의 사망위험을 높이는 가장 큰 이유는 일반인과 비교하여 정신질환자들의 신체질환 발병률이 높기 때문이다. 정신질환자들이 신체질환 발병률이 높은 이유는 첫째, 정신질환자들은 대부분 만성질환이기 때문에 정신질환자들은 만성경과를 갖게 되는 경우가 대부분이다. 또한 중증의 정신질환자들은 폐쇄병동에서 장기간 입원하는 과정에서 신체질환들이 발생한다. 둘째, 정신질환이 신체질환에 영향을 주는 통로는 정신질환자들의 인간관계가 협소하고, 음주나 흡연, 운동 부족과 같이 건강생활습관이 정신질환을 경험하지 않은 사람들에 비해 좋지 않기 때문이다(Katon 2003). 예를 들면, 조현병 환자의 경우 심혈관계 질환 발생 비율이 31%로 일반인의 18%보다 현저히 높다(Heald 2010). 또한 우울증의 경우 심근경색의 위험성을 2.6배 증가시키고, 골밀도 저하와 이에 따르는 골절 가능성을 1.4~2.3배 증가시킨다. 우울증 환자의 경우 사회적으로 고립되는 경우가 많고, 대인관계가 원만하지 못하여 집에 머무는 시간이 증가하여 신체 활동량이 적어지는 것이 그 이유라고 할 수 있다(Pratt et al. 1996; Cizza et al. 2009). 불안장애와 암질환의 관계를 살펴본 Roy Byrne et al.(2008)은 암환자의 경우 자신의 죽음에 대한 심리적 스트레스나 약물치료에 의해 불안장애를 유발할 수 있는 가능성을 지적하고 있다. Egede(2007)는 미국의 The National Health Interview Survey를 이용하여 만성질환의 수가 증가하면 할수록 우울증 발병확률이 증가하는 것을 보였다. 또한 조현병과 조울병 환자들의 경우 일반 인구와 비교하여 3개 이상의 만성질환을 보유할 확률이 3배까지 증가함을 보고하고 있다.

정신질환과 신체질환의 동반발병을 야기하는 메커니즘은 복잡하다. 정신질환이 신체질환 발병의 원인이 되기도 하지만, 그 반대로 신체질환이 정신질환의 발병률을 높일 수도 있다. 편두통이나 요통이 우울증의 발병률을 높이기도 하고, 동시에 우울증은 심혈관계 질환의 발병을 높이기도 한다. 그러나 대부분의 선행연구들은 정신질환과 동반신체질환의 인과관계에 초점을 맞추기보다는 상관관계에 초점을 맞추어 논의를 전개하고 있다. 정신질환이 신체질환을 야기하고, 혹은 신체질환이 정신질환

을 야기하는 명확한 인과관계를 규명하기에는 조사표본의 기간이 짧기 때문에 어렵고, 또한 정신질환과 신체질환은 서로 영향을 주고받는 관계이기 때문에 인과관계를 논하기에는 한계가 있다.

라. 정신질환의 진료비 부담

정신질환 관련 진료비 현황을 알아보기 위해 2015년 국민건강보험공단 청구 자료를 분석하였다. 이 자료는 2015년 전체 국민건강보험 청구 자료에서 1%를 추출한 표본으로 진료개시일 기준 1년간 진료 받은 환자를 대상으로 표본 추출한 자료이다. 우리나라는 현재 전 국민의 98%가 국민건강보험에 가입되어 있어 건강보험 청구자료는 우리나라 보건의료를 대표하는 자료라고 할 수 있다. 주상병에 F코드가 포함된 경우를 분석하였으며, F00~F99까지 모든 정신질환 코드를 포함시켰다.

정신건강 관련 환자 수는 국민건강보험공단 2015년 청구자료 1% 환자 샘플에서 정신질환이 주상병으로 진단된 경우를 이용하여 분석하였다. 분석한 상병에 해당되는 국제질병분류기호(ICD, International Classification of Disease)는 다음과 같다.

- 치매와 증상을 포함하는 기질성 정신장애(F00~F03)
- 정신활성 물질의 사용에 의한 정신 및 행동장애(F10~F19)
- 정신분열병, 분열형 및 망상성 장애(F20~F29)
- 기분장애(F30~F39)
- 신경증성, 스트레스 연관 및 신체형 장애(F40~F48)
- 생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군(F50~F59)
- 성인 인격 및 행동의 장애(F60~F69)
- 지적장애(F70~F79)
- 정신발달장애(F80~F89)
- 소아기 및 청소년기에 주로 발병하는 행동 및 정서장애(F90~F98)

2015년 주상병 기준 정신질환 입원환자 수는 치매(5,303명), 알코올 및 약물 사용

장애(1,793명), 조현병(2,246명), 기분장애(1,137명), 불안장애(379명), 생리적장애(69명), 인격장애(58명), 지적장애(227명), 발달장애(43명), 소아청소년기 행동 및 정서장애(36명)로 집계되었다. 치매, 알코올 및 약물 사용장애, 조현병은 다른 정신 질환에 비해 중증도가 심하기 때문에 입원환자의 비중이 높았다. 2015년 기준 정신 질환을 이유로 입원한 사람들의 평균 입원일수를 집계해 본 결과 지적장애, 조현병, 치매, 발달장애의 순으로 평균 입원일수가 많았다.

〈표 Ⅲ-1〉 2015년 정신질환 주상병 기준 입·내원환자 수

(단위: 명)

상병	입원환자	내원환자
치매	5,303	12,352
약물사용장애	1,793	2,491
조현병	2,246	6,344
기분장애	1,137	26,570
불안장애	379	32,728
생리적장애	69	11,225
인격장애	58	371
지적장애	227	1,093
발달장애	43	1,163
소아·청소년장애	36	3,254

자료: 건강보험심사평가원, 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플

정신질환별 입원치료에 사용된 1인당 평균 본인부담금이 높은 정신질환은 치매(228만 원)와 지적장애(220만 원)이다. 지적장애의 경우 평균 총급여비용이 다른 질환에 비해 높기 때문에, 본인부담금도 비례하여 높다. 치매와 지적장애 이외에 조현병과 알코올 및 약물 사용장애, 인격장애와 발달장애 순으로 1인당 평균 본인부담금이 높았다.

조현병과 치매는 평균 입원일수뿐만 아니라 입원환자 수가 다른 정신질환에 비해 많다는 것은 다른 정신질환과는 달리 장기의 입원치료가 필요한 중증의 정신질환이

라는 것을 의미하며, 예방과 관리가 진료비 관리 측면에서 중요하다는 것을 시사한다. 실제로 평균 총급여비도 치매와 조현병이 지적장애 다음으로 많기 때문에 향후 치매와 조현병의 진료비 관리는 중요해질 것으로 전망된다.

〈표 Ⅲ-2〉 건강보험 정신질환자 1인당 평균 입원일수, 평균 입원총급여, 입원본인부담금

상병	평균 입원일수	평균 총급여	평균 본인부담금
치매	124.1일	8,822,696원	2,283,670원
약물 사용장애	89.4일	6,312,115원	1,531,753원
조현병	134.1일	9,431,609원	1,635,249원
기분장애	43.8일	3,672,554원	872,281원
불안장애	15.3일	1,500,281원	360,501원
생리적 장애	19.9일	1,777,713원	440,693원
인격장애	76.6일	6,111,659원	1,488,121원
지적장애	163.4일	10,700,000원	2,210,680원
발달장애	99.4일	6,902,229원	1,237,288원
소아청소년장애	57.0일	4,391,636원	999,958원

자료: 건강보험심사평가원, 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플

정신질환이 다른 신체질환과 비교하여 의료비와 의료행태가 어떻게 차이가 나는지 살펴보기 위해 진료과목별로 평균 입원일수, 평균 총급여비용, 평균 본인부담금을 비교하였다. 먼저 상급종합병원의 경우 주상병이 정신과 진료코드인 경우 평균입원일수는 23일로 다른 진료과목과 비교하여 가장 크고, 본인부담금도 재활의학과 다음으로 가장 크다(〈표 Ⅲ-3〉 참조). 즉, 정신질환자는 다른 신체질환자와 비교하여 평균적으로 입원일수가 많으며, 그에 비례하여 평균 본인부담금도 크다는 것을 알 수 있다. 정신과 진료의 평균 입원일수와 평균 본인부담금이 다른 진료과목에 비해 높은 것은 다른 요양기관(종합병원, 병원, 의원)에서도 나타나며, 병원과 의원급의 경우는 1인당 평균 본인부담금은 상급종합병원과 종합병원에 비해 현저히 높아져 정신질환자의 부담은 병원과 의원급에서 오히려 더욱 심화된다(〈표 Ⅲ-4〉 참조).

〈표 Ⅲ-3〉 상급종합병원 진료과목별 평균 입원일수, 평균 입원총급여, 입원본인부담금

진료과목	평균 입원일수	평균 총급여	평균 본인부담금
피부과	6.0일	1,023,336원	178,542원
이비인후과	5.0일	1,756,128원	292,812원
안과	2.9일	1,637,778원	320,884원
신경과	7.8일	2,788,976원	601,706원
정형외과	9.6일	3,069,332원	652,215원
정신과	23일	3,218,587원	734,264원
비뇨기과	6.3일	2,252,790원	304,520원
산부인과	7.1일	2,581,469원	373,676원
재활의학과	22.6일	4,612,110원	828,120원
신경외과	11.9일	5,983,090원	689,157원
일반외과	9.8일	4,882,123원	501,025원
내과	11.1일	4,765,739원	529,181원
소아과	8.3일	2,794,254원	155,351원

자료: 건강보험심사평가원, 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플

〈표 Ⅲ-4〉 요양기관 종별 정신질환자 평균 입원일수, 평균 입원총급여, 입원본인부담금

진료과목	평균 입원일수	평균 총급여	평균 본인부담금
종합병원	32.2일	3,460,289원	697,477원
병원	108.3일	7,483,147원	1,562,925원
의원	123.4일	8,450,378원	2,047,414원

자료: 건강보험심사평가원, 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플

입원치료에 관한 분석에 이어 정신질환 관련 내원치료가 어떻게 이루어 지는지 살펴보면, 2015년 건강보험청구자료 전체환자 1%샘플 중 정신질환별 건강보험 내원환자 수는 불안장애(30,596명), 기분장애(23,415명), 치매(10,461명), 생리적 장애(10,390명) 등의 순으로 많다. 특히 기분장애, 불안장애, 생리적 장애, 소아·청소년기 행동 및 정서장애는 입원치료보다는 전적으로 내원치료를 중심으로 이루어지고 있다. 즉, 치매, 알코올 및 약물 사용장애, 조현병, 인격장애, 지적장애는 중증으로 발전되는 경우가 많아 입원치료자의 비중이 상당히 높은 것으로 생각된다.

입원치료의 환자 1인당 평균 본인부담금이 높은 정신질환은 앞서 살펴보았듯이 치

매와 지적장애였다. 반면에 내원환자 1인당 평균 본인부담금이 가장 높은 정신질환은 조현병(118,190원)과 소아·청소년기 행동 및 정서장애(109,546원), 기분장애(101,845원)이다. 조현병은 전체 환자에서 내원환자가 차지하는 비중이 약 19%인 반면, 기분장애와 소아·청소년기 행동 및 정서장애는 각각 3.5%, 0.7%로 내원환자가 차지하는 비중이 적다. 평균 내원일수는 조현병(9.2일)이 가장 많으며, 그 뒤를 발달장애(7.5일), 소아·청소년기 행동 및 정서 장애(7.0일), 기분장애(6.8일) 등의 순으로 평균 내원일수가 많다. 그러나 평균 내원본인부담금보다 평균 입원본인부담금이 현저히 많기 때문에, 정신질환 환자의 의료비 부담은 입원치료에서 나올 수밖에 없다. 입·내원을 합산한 전체 평균 본인부담금은 치매(678,734원), 알코올 및 약물 사용장애(665,952원) 및 조현병(434,310원) 순으로 많았으며, 이는 입원치료 시 평균 본인부담금이 높기 때문이다.

〈표 Ⅲ-5〉 건강보험 정신질환자 1인당 평균 내원일수, 평균 내원총급여, 내원본인부담금

상병	평균 내원일수	평균 총급여	평균 본인부담금
치매	5.0일	205,503원	79,433원
약물 사용장애	3.4일	199,429원	74,676원
조현병	9.2일	664,376원	118,190원
기분장애	6.8일	297,176원	101,845원
불안장애	4.4일	148,551원	50,754원
생리적 장애	3.9일	97,258원	30,374원
인격장애	4.9일	231,059원	90,921원
지적장애	5.1일	225,386원	77,502원
발달장애	7.5일	264,702원	86,033원
소아청소년장애	7.0일	324,565원	109,546원

자료: 건강보험심사평가원, 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플

정신질환 관련 내원 진료를 다른 진료과목과 비교하여 정신질환의 진료비 부담을 살펴보면, 정신과 진료의 환자 1인당 평균 내원본인부담금은 155,419원으로 가장 높은 편이다. 종합병원이나 병원 및 의원급으로 내려가면 본인부담금은 현저히 낮아지지만, 상급종합병원의 의료서비스를 받을 때에는 본인부담금은 상승한다. 다른 진료

과목과 비교하여도 가장 높은 수준의 본인부담금을 지불하기 때문에, 정신질환자에게는 큰 부담으로 작용한다.

〈표 Ⅲ-6〉 상급종합병원 진료과목별 평균 내원일수, 평균 내원총급여, 내원본인부담금

진료과목	평균 입원일수	평균 총급여	평균 본인부담금
피부과	3 일	105,923원	73,397원
이비인후과	2.4 일	134,820원	80,936원
안과	2.4 일	166,408원	90,204원
신경과	2.9 일	165,202원	85,922원
정형외과	3.2 일	496,420원	77,555원
정신과	4.8 일	343,458원	155,419원
비뇨기과	3.1 일	258,199원	96,782원
산부인과	2.6 일	137,919원	68,277원
재활의학과	5.6 일	212,902원	99,595원
신경외과	2.4 일	151,495원	69,936원
일반외과	3.2 일	496,420원	77,555원
내과	3.5 일	373,773원	105,007원
소아과	2.6 일	272,799원	91,122원

자료: 건강보험심사평가원, 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플

마지막으로 정신질환자가 고액 진료비 지출 환자에서 차지하는 비중을 살펴본다. 의료비의 지출은 고액 의료비를 발생시키는 소수의 환자가 집중적으로 사용하고 있다. 대부분의 선행연구는 모든 국민을 대상으로 고액 의료비 환자를 분석해 왔으나, 본고는 정신건강 의료서비스를 이용하는 고액 의료비 환자를 분석하였다. 의료비 지출이 고액 의료비를 발생시키는 소수의 환자에 집중된다는 사실은 정신질환자에게도 마찬가지다. 정신질환은 특성상 만성적 경과를 가지며 앞에서 살펴보았듯이 입원 치료비의 비중이 내원치료비보다 현저히 높기 때문에 종종 정신질환자가 고액 의료비를 사용하며, 이들이 전체 정신건강 의료비의 상당 부분을 차지할 것이라 예상할 수 있다.

2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플을 이용하여 고액 정신질환 의료비 환자의 총진료비용과 평균 진료비용을 추정해보고, 다른 질환의 고액 의료비 환자와

비교하여 정신질환 고액 의료비 환자의 입·내원일수를 비교해 본다. 2015년 건강보험 또는 의료급여를 통해 정신질환과 관련된 의료이용을 했던 모든 국민을 대상으로 정신질환자의 의료이용행태를 분석한다. 본고는 고액 의료비 환자를 의료비 전체 분포에서 상위 1%, 5%, 10%로 나누어 분석하였다. 상위 1%, 5%, 10% 고액 의료비 환자 중 정신질환 고액 의료비 환자는 자신의 전체 의료비 중 정신질환 관련 의료서비스를 50% 이상 사용하는 환자로 정의한다.

2015년도 HIRA-NPS(건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플)의 1,454,249명을 대상으로 고액 진료비 환자와 이중 정신질환 관련 고액 진료비 환자의 의료이용행태를 분석하였다. 정신질환 관련 환자들은 2015년 1년 동안 정신질환 상병 코드인 F00~F99까지에 해당하는 코드를 주상병으로 입원 또는 내원치료를 한 사람들로 규정한다. 이들 총 1,464,675명 중 정신질환 관련 입원 또는 내원치료를 받은 사람은 90,595명으로 약 6.2%를 차지한다. 전체 환자들의 1년 평균 진료비는 1,053,054원이며, 반면에 정신질환 관련 의료서비스를 이용한 사람의 1년 평균 진료비는 3,320,480원으로 전체 환자보다 약 3배가량 높다. 2015년 진료비 상위 10%에 해당하는 고액 진료비 환자의 1년 평균 진료비는 4,081,347원으로 전체 환자들의 평균 진료비 1,053,054원의 4배에 이른다. 진료비 상위 10%에 해당하는 고액 진료비 환자 중 정신질환 진료비에 자신의 진료비 50% 이상을 사용하는 정신질환 관련 고액 진료비 환자는 13,419명으로 이들의 총진료비 평균은 7,846,718원이다. 이는 진료비 상위 10% 해당하는 전체질환에 대한 환자들의 진료비(4,081,347원)를 상회한다. 총진료비뿐만 아니라 본인부담금도 비슷한 양상을 보인다. 상위 10% 전체 고액 진료비 환자의 평균 본인부담금은 757,940원인데 반해, 정신질환 관련 고액 진료비 환자의 평균 본인부담금은 1,287,577원으로 크게 상회한다. 즉, 정신질환 관련 고액 진료비 환자는 총진료비, 본인부담금 모두 다른 질환과 관련된 고액 진료비 환자들보다 더 큰 부담을 갖는다는 것을 알 수 있다.

의료비 부담뿐만 아니라 입·내원일수를 비교해보면, 2015년 전체 환자들의 평균 입·내원일수는 20.1일이다. 반면 정신질환 관련 의료서비스를 한 번이라도 받아본 환자들의 평균 입·내원일수는 57.5일이다. 고액 진료비 환자에 논의를 좁혀보면,

상위 10% 전체 질환 고액 진료비 환자의 입·내원일수는 57.5일인 반면, 이들 중 정신질환 관련 고액 진료비 환자는 130.7일로써 약 2배가량 입·내원일수가 많다는 것을 알 수 있다.

〈표 Ⅲ-7〉 정신질환별 건강보험, 의료급여 내원환자 수

구분	샘플 수	평균 진료비	평균 입·내원일수
전체 환자	1,464,675명	1,053,054원	20.1일
전체 고액 진료비 환자	292,933명	4,081,347원	57.5일
정신질환 고액 진료비 환자	13,419명	7,846,718원	130.7일
비정신질환 고액 진료비 환자	242,191명	3,773,741원	50.7일

자료: 건강보험심사평가원, 2015년 건강보험 청구자료 전체환자 1%샘플

2. 정신질환자의 사회인구학적, 연령, 성별 분포

가. 사회인구학적 분포

경제수준의 향상으로 인한 영양상태 및 생활수준의 향상은 1970년에 62.3세이던 기대수명을 2015년 82.1세로 증가시켰다. 이러한 경제수준의 전반적인 향상으로 인한 건강증진의 혜택은 모든 사람들에게 골고루 분배되는 것은 아니다. 건강은 유전적으로 타고난 개인적인 속성인 동시에 사회적으로 결정될 수 있기 때문이다. 예를 들면, 성별, 연령, 소득, 직업, 교육 등의 사회경제적 지위는 건강에 영향을 미치는 주요 요인이다. 이러한 사회경제적 지위가 건강에 영향을 미친다는 국내외 연구는 많다. 소득수준별로 신체건강상태에 차이가 나며, 운동·흡연·음주 및 건강검진과 같은 건강행태에도 영향을 주며, 의료행태에도 영향을 준다(이미숙 2005; 서남규 2011; 김혜련 2009). 정신건강도 예외는 아니어서 소득수준이 정신건강의 차이를 불러일으키고, 정신질환과 같은 문제가 심화되기도 한다(김도영 2012; 송인한 외 2011; 황선재 2015). 소득 이외에 교육수준도 정신건강에 영향을 주는 사회경제적

요인변수로 인식된다(강상경 외 2008; 김동배 외 2012; 성준모 2013).

2016년 정신질환실태 조사에 의하면 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률은 18~29세 구간에서 18.6%, 30대에서 12.7%, 40대에서 10.9%, 50대에서 11.1%, 60대에서 8.1%, 70세 이상은 5.7%로 나타났다. 남녀 모두 18~29세 연령 구간에서 정신질환 유병률이 각각 17.2%, 20.3%로 가장 높았고, 70세 이상의 연령 구간에서는 유병률이 가장 낮았다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 일년유병률은 18~29세 구간에서 11.9%, 30대에서 8.1%, 40대에서 5.5%, 50대에서 5.4%, 60대에서 6.3%, 70세 이상 구간에서 5.2%로, 50대까지는 나이가 증가함에 따라 유병률이 감소하다가 60대에서 약간 증가하는 경향을 보였다. 남자는 연령이 증가함에 따라 전체적으로 감소하는 경향을 보이거나, 70대 이상에서 다시 유병률이 증가한 모습을 보이고 있다. 여성의 경우에는 40대에서 최저점을 이루고 60대에서 다시 증가한 후 70대로 넘어가면서 감소하는 경향을 보이고 있다. 즉 발병률은 10대, 20대에 높아지다가, 나이가 들어감에 따라 감소하지만, 60대에 접어들면서 다시 높아지는 현상을 보인다. 이는 고령층이 정신건강에 취약하다는 연구들과 일치하는 견해를 보이는데, 고연령이 정신건강에 영향을 미치는 메커니즘을 노동생산력 감소, 은퇴 등에 따른 사회경제적 지위의 변화, 인관관계의 축소 등으로 설명하고 있다(Mirowsky & Ross 1992; 김진영 2007; 강은나 외 2014; Blazer 2005; VanDerHorst et al. 2005).

알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률은 미혼 집단에서 18.1%로 나타나 이혼, 별거, 사별 집단과 기혼에 비해 높았다. 이러한 경향은 남녀 모두에게서 발견되었다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 일년유병률 또한 미혼 집단에서 가장 높게 나타났다.

교육 수준과 취업 상태에 따라 일년유병률 또한 다르게 나타나는데, 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률은 10~12년의 교육을 받은 집단에서 가장 높았다. 취업 상태의 경우, 미취업 집단에서 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률이 가장 높았다. 반면, 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애 일년유병률의 경우, 7~9년의 교육을 받은 집단에서, 그리고 미취업 집단에서 가장 높게 나타났다.

마지막으로 월 소득수준에 따라 알코올과 니코틴 사용장애를 포함한 모든 정신장애 일년유병률을 살펴보았다. 그 결과, 남녀 모두 월 소득이 200만 원 미만인 집단에서 일년유병률이 가장 높았다. 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신장애의 일년유병률 또한 월 소득 200만 원 미만이 집단에서 가장 높게 나타나, 저소득층의 정신장애 일년유병률이 높은 것을 알 수 있다.

정신질환실태 조사에 의해 정신질환 역시 신체질환과 마찬가지로 사회경제적 지위와의 관련성을 알 수 있었다. 소득수준이 낮은 계층에서 정신질환의 발병률이 높았으며, 저연령층이 정신질환에 취약함을 확인할 수 있었다. 또한 미혼층, 미취업 상태에 있을수록 정신질환 유병률이 증가하는 것으로 미루어 보아, 정신건강 정책 수립 시 사회경제적 취약계층에 대한 관심이 더욱 필요할 것으로 보인다.

〈표 Ⅲ-8〉 정신질환자의 사회인구학적 특성

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: 이동우 외(2017)

나. 정신질환별 연령 분포

발병연령에 대한 정보가 없다면 정신질환 예방을 위한 적절한 연령을 알 수 없기 때문에, 정신질환의 최초 발병연령 분포에 대한 정보는 정신질환의 예방 및 치료를 위해서 중요하다.

현재 우리나라 일반 성인의 정신질환 유병률의 현황을 알 수 있는 자료는 정신질환실태 조사가 유일하나 정신질환실태 조사의 대상 연령은 18세 이후로 한정되어 있기 때문에, 정신질환별로 최초 발병연령에 대한 정보를 얻는 데는 한계가 있다. 따라서 차선택으로 건강보험통계연보를 이용하여 각 질환별로 치료연령에 대한 정보를 통해 최초 발병연령에 대해 추정하는 방법이 있다. 2016년 건강보험통계연보를 이용하여 치료환자 수를 연령별로 정리하여 연령 분포를 각 정신질환별로 알아보았다. 먼저, 치매를 포함한 증상을 포함하는 기질성 정신장애(F00~F09)에 대한 치료연령은 50대에 치료하는 환자들이 생기고, 60대에 계속 증가하다 70대, 80대 이상에서 급격하게 증가한다. 2012년 전국 치매 역학조사에 의하면 65세를 기준으로 5세가 증가할 때 마다 거의 2배씩 증가하여, 65~69세 사이에 1.3%에 불과하지만, 85세 이상에서는 33.9%로 급격히 증가한다고 보고하고 있다. 반면에, 지적장애·정신발달장애 및 소아기 행동 및 정서장애는 10대 이전에 발병하여, 10대, 20대까지 발병하다 나이가 증가함에 따라 치료인원은 감소한다.

조현병의 경우 치료연령 분포를 살펴보면 10대에 발병하여 40대까지 치료인원이 증가하다 40대 이후에는 감소하는 특징이 있다. 조현병을 포함하는 정신병적 장애(Psychotic Disorder)는 대개 14세 이전에는 발병하지 않다가, 15~17세 사이에 발병이 급격히 증가하고, 조현병의 경우 대개 15~35세에 최초 발병된다는 해외 연구결과가 있다.¹⁰⁾ 건강보험통계연보를 이용하여 우리나라 조현병 치료연령 분포 현황도 이 연구결과와 일치한다.

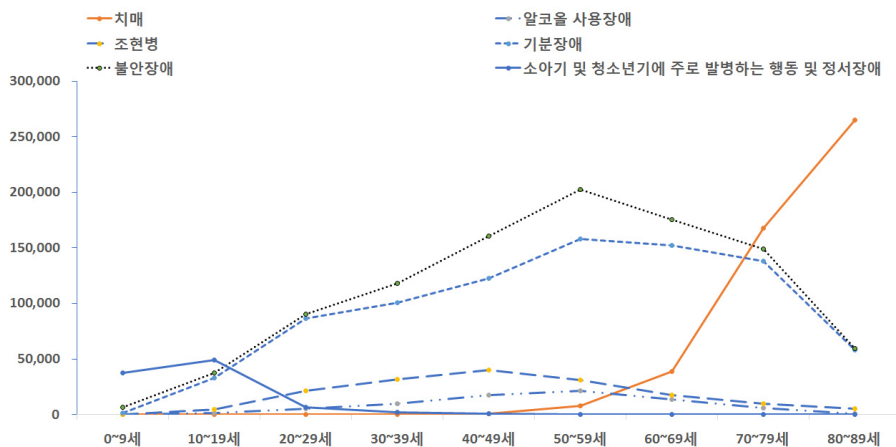
기분장애의 경우는 치료환자는 50대에 가장 많으며, 50대까지 꾸준히 상승하다

10) Thomsen PH(1996)

50대 이후에 감소하게 된다. 치료환자는 10대부터 생기고, 20대와 50대에 급격히 상승하는 특징을 갖고 있다. 이러한 연구결과는 10대에는 낮은 발병률을 보이다가 40대, 50대에 급격히 증가하고 감소한다는 해외 연구결과와도 일치한다. 25~45세까지 발병연령이 집중되어 있고, 기분장애 발병자 중 25~75%는 치료연령이 17~65세까지에 이른다. 불안장애도 기분장애와 비슷한 치료연령 패턴을 갖는다. 50대까지 지속적으로 치료환자가 증가하다 50대 이후에 감소한다. 10대에 불안장애 환자가 치료받기 시작하며, 50대까지 계속 증가한다.

마지막으로 알코올 사용장애의 경우는 치매, 기분장애, 불안장애보다 치료환자 수는 현저히 적지만, 2016년 건강보험을 통해 치료받은 환자는 약 8만 명에 이른다. 음주에 관대한 문화 때문에 알코올 사용장애의 경우 치료받는 환자 수는 추정환자 수에 크게 미치지 못한다. 연령 분포는 10대부터 치료환자가 생기며, 40대에 가장 많은 환자가 치료받는다. 40대 이후 계속 감소하는 패턴을 갖는다.

〈그림 Ⅲ-4〉 정신질환별 치료환자 연령 분포



자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2017a)

다. 정신질환별 성별 분포

WHO는 건강에서 남녀평등과 여성건강의 중요성을 강조하고 있으며, 정신건강 및 정신질환 수준, 정신건강 위험 노출 정도 및 정신건강 결과에서의 성별 차이를 성별(Gender)의 관점에서 설명하고 있다. 즉, 성별을 정신건강에서 차이를 가져오는 구조적 결정요인으로 보고 있다. 성별은 단순히 생물학적 성에 그치는 것이 아니라 남녀가 가지는 소득, 고용(실업), 사회적 위치와 같은 중요한 사회경제적 요소들의 차이와 밀접한 관련을 갖는 것을 의미한다. 일반적으로 여성은 소득수준, 교육수준 및 고용과 같은 사회경제적 수준이 남성보다 낮고, 전통적인 성역할에 따라 수동적이고 외부자극에 영향을 받기 쉬운 취약한 특성을 보이기도 한다. 그러나 특히 유의할 점은 정신건강의 모든 측면에서 남녀차이가 발견되는 것이 아니다. 기존 연구들은 전반적인 정신장애유병률에서 남녀차이가 거의 없다고 보고한다. 2016년 정신질환실태 조사에 의하면 섭식장애와 신체형 장애를 제외하고 약물 사용장애가 포함된 17개 정신질환에 대한 유병률 조사에 의하면, 일년유병률은 남자 12.2%, 여자 11.5%로 남녀가 비슷한 유병률을 갖는 것으로 보고한다. 그러나 세부적으로 들어가 보면 특정 정신질환의 경우 남녀의 유병률 차이가 나타난다. 남자는 알코올 사용장애, 여성은 불안장애가 높은 유병률을 보인다. 알코올 사용장애의 경우 남자는 5.0%, 여자는 2.1%로 남자가 거의 2배가량 높은 유병률을 보이며, 불안장애의 경우 남자가 3.8%, 여자가 7.5%로 여자가 남자에 비해 불안장애의 유병률이 훨씬 높다.

건강보험통계를 이용하여 남녀 치료환자 수를 통해 정신질환별 치료환자 수의 차이를 알아볼 수 있다. 남녀 치료환자 수(입·내원환자 수) 차이가 가장 큰 정신질환은 치매를 포함한 증상을 포함하는 기질성 정신장애(F00~F09)로 총 입·내원환자 수는 총 705,176명이며, 이 중 남자가 약 30%를 차지한다. 치매와 같이 치료환자가 여성이 현저히 많은 정신질환은 기분장애, 불안장애, 생리적 장애 등이 있다. 남성의 경우 알코올 사용장애, 인격장애, 지적장애, 발달지체, 소아기 행동 및 정서장애의 치료환자가 여성보다 많다.

〈표 Ⅲ-9〉 정신장애 일년유병률

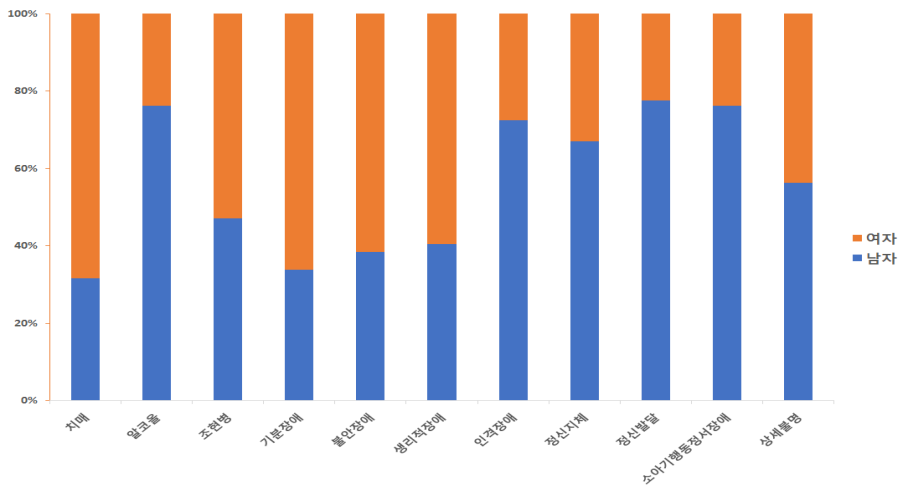
(단위: %)

진단	남자		여자	
	유병률	SE	유병률	SE
알코올 사용장애	5.0	0.6	2.1	0.4
조현병	0.2	0.1	0.2	0.1
기분장애	1.3	0.3	2.5	0.3
불안장애	3.8	0.5	7.5	0.6
모든 정신장애	12.2	0.9	11.5	0.7
모든 정신장애 *니코틴 사용장애 제외	9.3	0.8	11.1	0.7
모든 정신장애 *니코틴/알코올 사용장애 제외	5.0	0.6	9.5	0.7

자료: 이동우 외(2017)

〈그림 Ⅲ-5〉 정신질환별 치료환자 성별 분포

(단위: %)



자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(2017a)

정신질환의 유병률과 치료환자 수의 성별 차이가 존재하며, 정신질환 예방·효과적인 치료에 대한 정책 수립 시 성별 차이를 고려해야 한다. 여성의 사회경제적 지위는 여전히 남성보다 낮으며, 낮은 사회경제적 지위는 정신질환의 위험(Risk)요인이다.

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

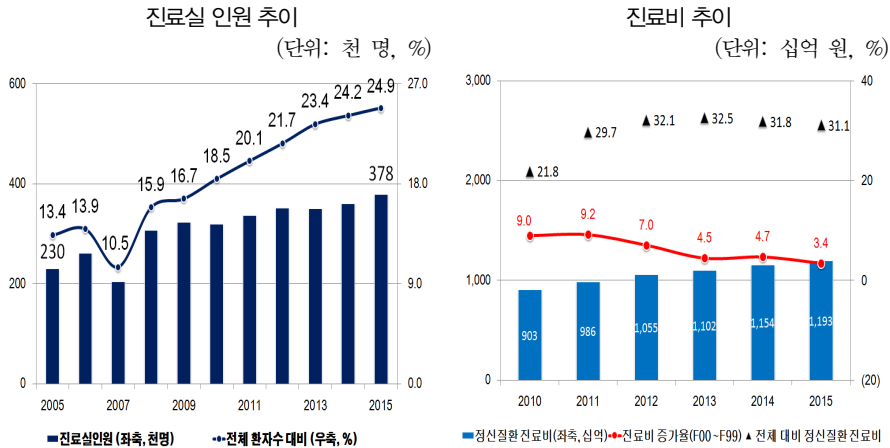
11) 1종 수급권자는 근로능력이 없거나 근로가 곤란한 자, 국민기초생활보장 시설수급자, 국민기초생활보장 특례수급자(의료급여특례, 자활급여특례, 이행급여 특례 중 의료급여 1종 수급권자), 희귀난치성질환 및 중증질환(암환자, 중증화상환자) 등록자를 대상으로 하며, 2종 수급권자는 국민기초생활보장 수급권자 중 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자를 대상으로 함

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”

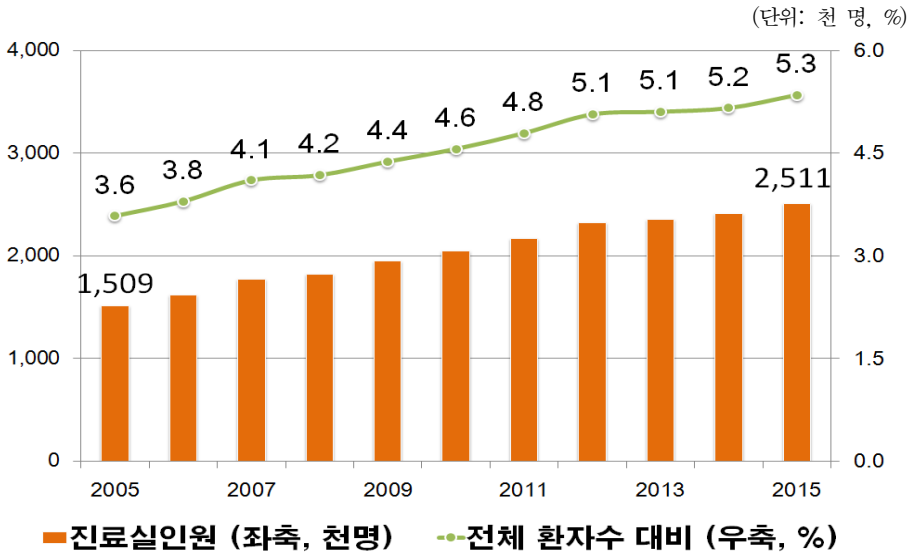
나. 건강보험제도

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



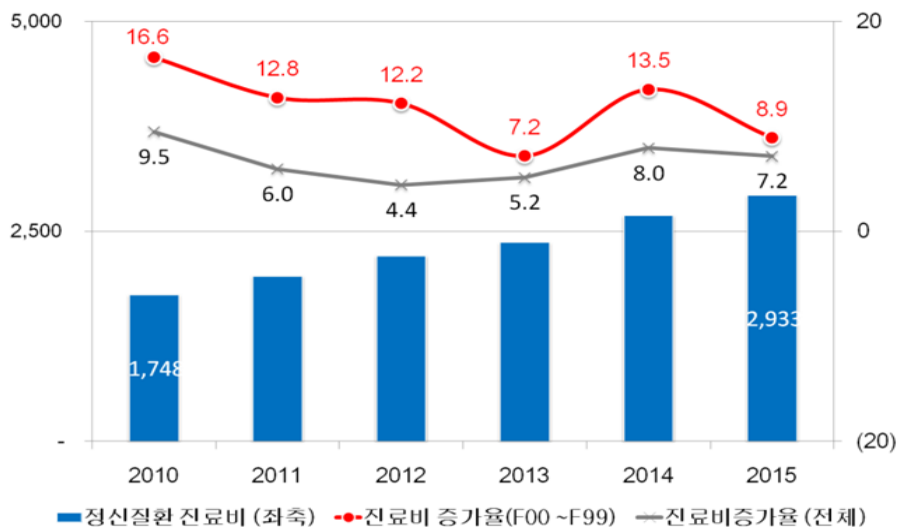
자료: 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(a)

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.

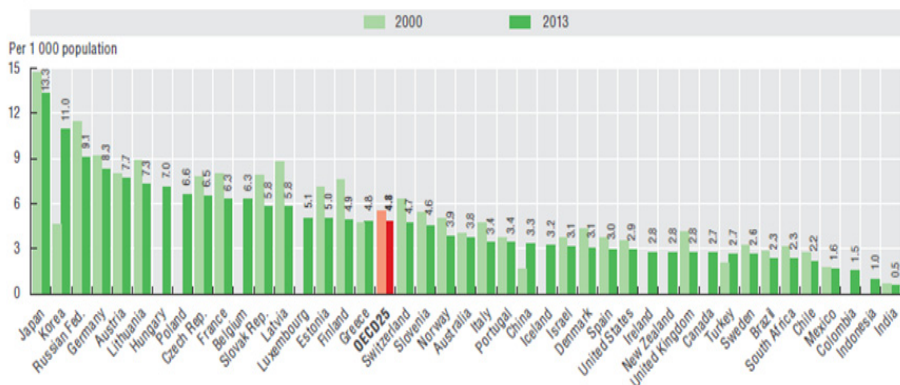
〈그림 IV-3〉 전체 질환 대비 정신질환 진료인원 및 진료비 비중



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



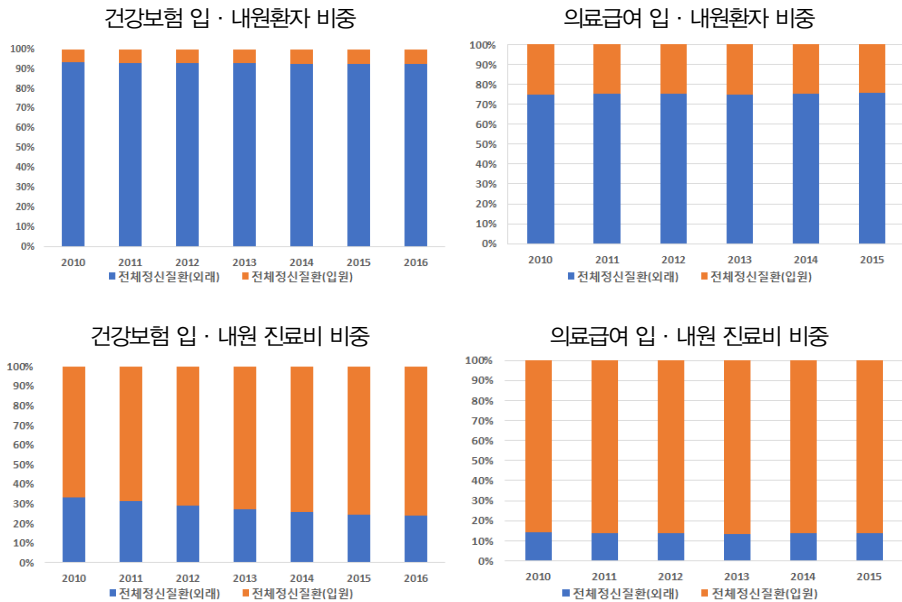
자료: OECD Health Statistics(2016)

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)

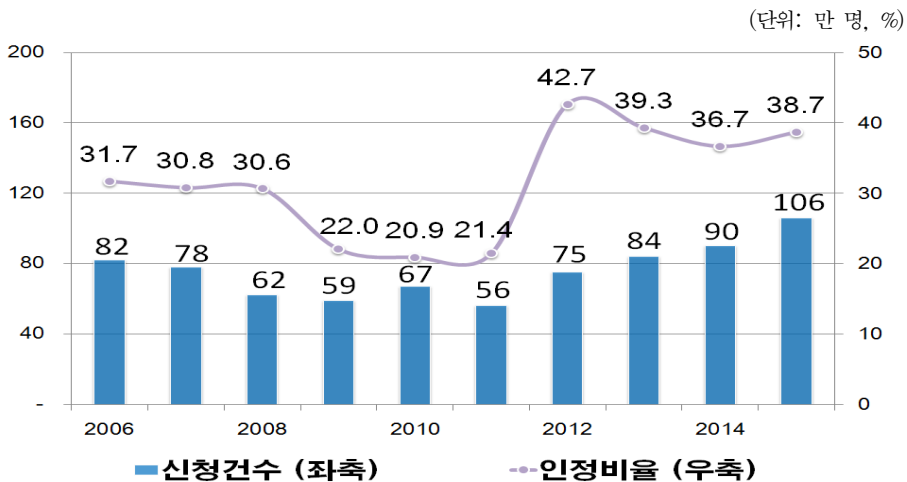
17) 제도 도입 초기 근로기준법의 적용을 받는 사업 및 사업장에 적용됨을 원칙으로 하였으나 전체 근로자에게 적용되었던 것은 아니고, 500인 이상 사업장 중 광업 또는 제조업만을 대상으로 함. 이후 적용범위가 확대되어 1991년에는 10인 이상, 1992년에는 5인 이상, 2000년 7월 1일부터 1인 이상 사업장에 적용됨

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 제시하고 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 전문가가 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.				

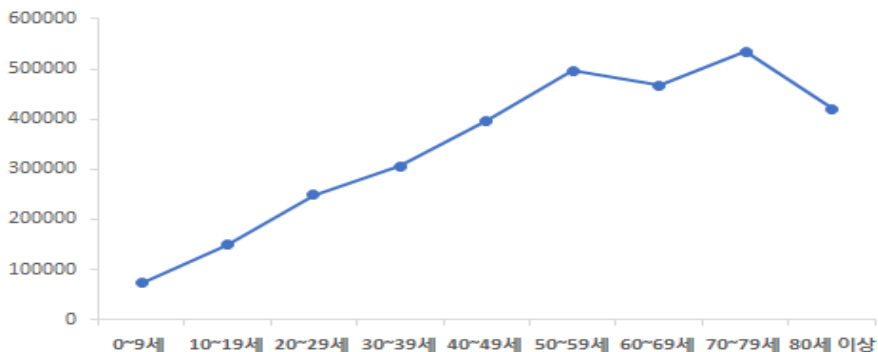
8. “건강검진표”란 건강검진 대상자임을 알 수 있는 안내서 또는 표지를 말한다.

〈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 예외질병인 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

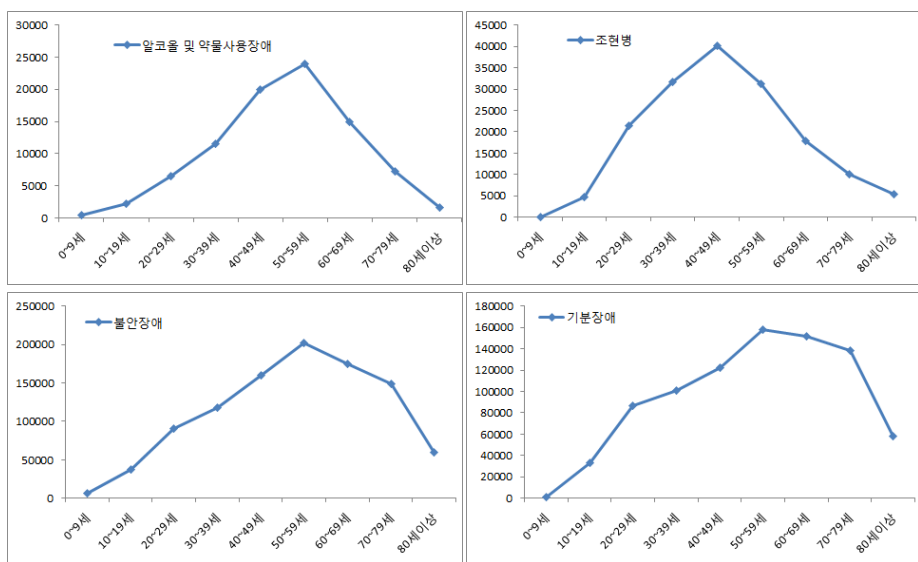
라. 근로기 보험 상품 공급 확대

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.

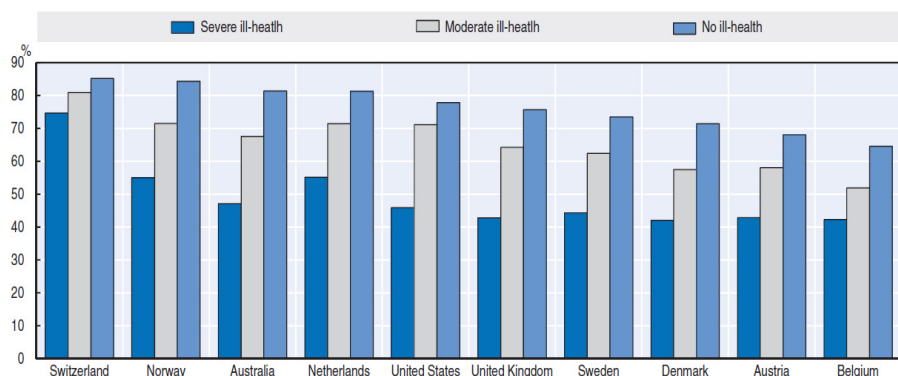
〈그림 IV-9〉 알코올 사용장애, 조현병, 불안장애, 기분장애 치료환자 연령 분포



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)

V. 결론

국민건강보험과 의료급여를 통한 정신질환 환자 수는 2015년 289만 명으로 2005년 대비 66%가 증가하였다. 정신질환 환자 수 증가와 비례하여 정신질환 진료비는 연평균 12% 증가하여 2015년 2조 9천억 원 수준이며, 전체 질환 진료비 증가율(6.7%)을 매년 상회하고 있다. 정신건강문제로 인한 직접적 비용인 의료비를 포함하는 사회적 비용은 연간 8.3조 원으로 GDP의 약 4%를 상회할 것으로 예상되고 있다. 자살은 정신질환과 관련하여 가장 큰 사회적 비용으로, 정신질환은 자살의 주요 원인 중 하나이다. 성인의 15.6%는 평생 한 번 이상 진지하게 자살을 생각하며, 자살시도자 중 75.3%는 한 개 이상의 정신질환을 경험한 것으로 나타난다.

정신질환과 관련하여 가장 큰 문제점은 정신질환에 대한 사회적 편견·차별로 인하여 정신질환자들이 적극적인 치료를 기피한다는 점이다. 정신질환의 유병률과 치료환자는 매년 증가하고 있으나 정신질환에 대한 사회의 부정적 태도는 변화하지 않고 있어 정신질환에 대한 인식을 개선하는 것이 정신질환에 대한 조기치료와 조기치료 가능성을 증가시킬 수 있는 최선의 방법이 될 수 있다. 정신질환과 관련된 문제 중 정신질환에 대한 사회적 편견으로 환자들이 방치되고 있다는 문제와 함께, 입원 치료비 비중이 높다는 것도 문제가 될 수 있다. 정신과 치료는 어느 신체질환보다 사전예방과 조기치료가 중요한데, 입원치료가 늘어난다는 것은 치료 방치로 환자의 증상이 악화되어서야 병원을 찾는다는 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.

정신질환은 공적 보험영역에서 의료급여, 산재보험, 건강보험 등을 통해 보장되고 있다. 의료급여는 저소득층 대상 공공부조제도로 총의료급여 대비 정신질환 의료급여비는 24.9%를 차지하고, 치료환자 수는 2015년 38만 명이다. 정신질환 의료급여비가 전체 의료급여비에서 큰 비중을 차지하여, 저소득층이 정신질환에 취약함을 알 수 있다. 산재보험은 업무와 관련하여 근로자가 부상, 질병, 장애, 사망 시 치료비를 보장하며, 정신질환에 대해서도 보장이 이루어지고 있지만, 미흡한 실정이다. 정신질환 관련 신청 건수는 106건에 불과하고, 전체 신청 건수 중 산재로 인정되어 보험금이 지급되는 비율도 38.7%에 불과한 상황이다. 한편, 정부는 정신질환 초기 관리를 위해 외래 정신치료 본인부담(30~60%)을 입원과 동일하게 20%로 경감하고, 높은 비용부담으로 치료를 방해하는 비급여 정신요법에 대한 건강보험 보장을 확대하고 있다.

2005년 국가인권위원회의 민영보험에서 정신장애인을 비롯한 장애인에 대한 보험차별 개선을 권고한 후, 보험업법 개정을 통해 정신장애인을 비롯한 장애인에게 보험가입을 거부하는 행위를 금지하였다. 현재, 사적 보험영역에서는 실손의료보험, 어린이보험, 치매보험 등을 통해 정신질환을 보장하고 있다. 어린이보험의 경우 정신질환 특약을 통해 정신질환에 대한 진단, 정신 및 행동장애에 대한 입원비를 보장하고 있다. 치매보험은 치매 진단 후 90일간 상태 지속 시 치료비, 간병비를 보장하며, 주로 중증치매를 중심으로 보장한다. 실손의료보험은 2016년 1월 이후 가입하는 실손의료보험의 보장대상에 일부 정신질환을 포함시켰고, 치료목적 확인이 가능한 일부 정신질환 치료 시 급여부분의 법정본인부담금을 보장하고 있다. 그러나, 정신질환 병력이 있는 경우 보험사 내부통계 부재로 보험인수를 거절할 수 밖에 없고, 경증 정신질환자도 해외보험사와 비교하여 까다로운 가입조건을 내세워 가입이 어려운 실정이다. 대부분의 질병보험에서 정신질환은 중증도에 대한 고려 없이 모든 정신질환에 대해 보험금을 지급하지 않는 예외 질병이다. 또한, 근로 활동 기간에 다빈도로 발생하는 기분장애, 스트레스 및 불안장애, 조현병에 대한 보장상품은 공급이 미흡한 실정이다.

정신질환에 대한 위험보장 강화를 위해서는 정신질환에 대한 사회적 편견으로 정

신질환자 치료 비율이 현저히 낮은 상황을 극복해야 하며, 이를 위해 정신질환에 대한 사회적 인식 개선 노력이 선행되어야 한다. 대중들의 정신질환에 대한 잘못된 지식 또는 편견 정도에 대한 파악이 필요하며, 교육프로그램, 캠페인 등을 통해 대중들의 정신질환에 대한 이해를 증진시켜야 한다.

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

민영보험은 정신질환의 위험보장을 위해서 첫째, 중증 정신질환의 위험보장이 어렵다면, 경증 정신질환에 대한 합리적 인수기준을 마련해야 한다. 대부분의 국내 보험사는 정신질환에 대한 경험통계가 구축되어 있지 않기 때문에, 정신질환에 대한 구체적인 인수기준이 미비한 상태이다. 따라서 중증 정신질환 뿐만 아니라 경증의 정신질환도 명확한 근거가 부족한 상태에서 위험성을 높게 일반화하여 평가하므로 외국 보험사와 비교하여 인수기준이 엄격한 상황이다. 과학적·의학적 통계에 근거하여 정신질환별 중증도를 고려한 인수기준이 필요하다. 과학적 통계에 근거한 인수거절, 보험료 차등 등은 합리성에 기초한 것이므로 보험차별이 아니다. 정신질환별 인수기준을 세분화하여 다양한 인수 옵션을 제공하고, 이를 위해 의학계, 보험업계, 정부당국 간 협의체 구성을 통해 정신질환 보장 범위 및 인수지침을 마련해야 한다.

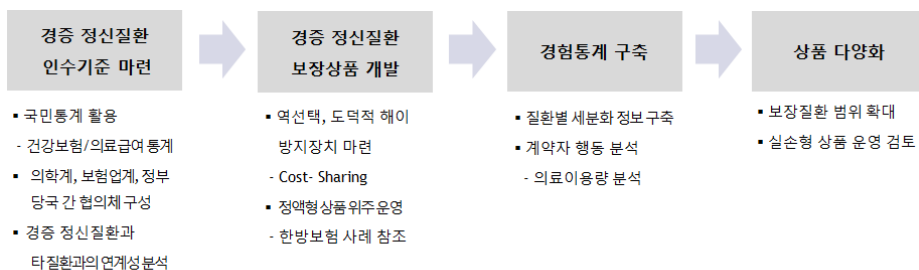
노동연령에서 발병률이 높은 기분장애, 불안장애 등에 대한 보장상품이 미비하므로, 단체보험을 활용하여 근로자의 정신건강 증진이 필요하다. 또한 우리나라 정신질환의 입원 중심 치료 체계의 변화를 위해서는 정신질환의 예방 측면의 접근이 강화되어야 한다. 따라서 단체보험상품을 활용하여 근로자의 정신질환 조기발견 및 치료가 근로현장에서 이루어져야 하며, 이는 정신질환자의 노동시장으로의 통합을 위해 필수적이다. 일본의 경우 근로생산성 감소, 노동재해를 대비하여 노동재해종합보

험이나 업무재해종합보험을 운용·판매 중에 있다.

정신질환에 대한 보험상품 공급의 확대 및 운용을 위해서는 도덕적 해이 및 역선택 방지 장치 마련이 필요하다. 정신질환 보장상품의 운용이 어려운 이유는 정신질환은 환자의 주관적 증상에 의존하기 때문에 정신질환 판정의 객관성 확보가 어렵고, 다른 신체질환과 비교하여 도덕적 해이 및 역선택 가능성이 높다. 따라서, 많은 나라에서 도덕적 해이 및 역선택 방지를 위해 정신과 상담 이용횟수 제한, 본인부담금 차등 적용, 치료비 한도 제한과 같은 장치를 이용하여 정신질환의 도덕적해이나 역선택을 막고 있다.

정신질환자에 대한 보험 접근성 제고 및 정신질환 보장상품의 공급을 위해서는 정신질환 관련 통계 구축이 전제되어야 한다. 정신질환 관련 통계를 구축하지 않았고, 보험사의 내부통계가 구축되어 있지 않았기 때문에 정신질환에 대한 구체적인 인수기준과 위험률을 산정할 수 없었고 정신질환 보장상품을 공급할 수 없었다. 그로 인해 정신질환 관련 통계를 구축할 수 없는 악순환이 계속되었다. 따라서, 건강보험·의료급여 통계와 같은 국민통계를 활용하여 정신질환 관련 건강통계가 구축되어야 정신질환별 구체적인 인수기준과 위험률이 마련될 수 있으며, 정신질환 보장상품의 공급을 통해 경험통계 구축이 가능해 질 것이다.

〈그림 V-1〉 정신질환 보장을 위한 선순환 구조 창출



참고문헌

- 강상경 · 권태연(2008), 「사회경제적 지위가 우울수준에 미치는 영향의 생애주기별 차이에 대한 탐색적 고찰」, 『정신보건과 사회사업』, 제30권 제1호, 한국정신보건사회복지학회
- 강은나 · 최재성(2014), 「노년기 우울의 다중변화궤적에 관한 연구」, 『한국노년학』, 제34권 제2호, 한국노년학회
- 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단(a), 『건강보험통계연보』 각 연도
_____(b), 『의료급여통계연보』 각 연도
근로복지공단, 『산재보험통계연보』 각 연도
- 김도영(2012), 「소득수준별 보건의료서비스 이용 형평성 변화 분석」, 『사회과학연구』, 제23권 제3호, 충남대학교 사회과학연구소
- 김동배 · 유병선 · 이정은(2012), 「노인의 건강불평등: 교육불평등에 따른 건강불평등에 대한 사회참여의 매개효과」, 『사회복지연구』, 제43권 제1호, 한국사회복지학회
- 김진영(2007), 「사회경제적 지위와 건강의 관계: 연령에 따른 변화를 중심으로」, 『한국사회학』, 제41권 제3호, 한국사회학회
- 김혜련(2009), 「건강형평성에서 건강행태의 함의와 정책과제」, 『보건복지포럼』, 제149호, 한국보건사회연구원
- 대한의사협회(2007), 『정신질환자의 민간보험 가입관련 현황 및 대책』
- 박형욱 · 남윤영 · 유화진 · 김인철 · 이후연(2012), 『정신질환 차별개선을 위한 법·제도 개선방안 연구』, 보건복지부 학술연구 용역사업, 단국대학교 천안캠퍼스 산학협력단
- 보건복지부, 『국민건강통계연보』 각 연도
- 서남규(2011), 「한국의료패널로 본 경제활동 상태 및 소득계층에 따른 의료이용」, 『보건복지포럼』, 제182호, 한국보건사회연구원
- 서수경 · 김윤 · 박종익 · 이명수 · 장홍석 · 이선영 · 이진석(2009), 「우리나라 정신

- 질환자의 의료이용 현황과 장기입원 관련 요인」, 『예방의학학회지』, 제42권 제6호, 대한예방의학회
- 성준모(2013), 「우울에 영향을 미치는 가족 및 가구 경제 요인: 고정효과 모형을 적용한 패널 회귀분석」, 『사회과학연구』, 제24권 제2호, 충남대학교 사회과학연구소
- 송인한 · 이한나(2011), 「사회경제적 박탈이 주관적 건강에 미치는 영향」, 『서울도시연구』, 제12권 제3호, 서울연구원
- 신권철 (2014), 「정신질환자 보험차별의 법적 쟁점과 과제」, 『신경정신의학』, 제53권 제2호 통권 제239호, 대한신경정신의학회
- 연세대학교 산학협력단(2013), 『정신질환의 업무관련성 판단 및 요양방안 연구』
- 이경덕 · 여범곤 · 김상현 · 박상원 · 이수연 · 장안기 · 이홍순(2003), 「정신질환자의 신체질환에 대한 연구」, 『노인병』, 제7권 제4호
- 이동우 · 함봉진 · 이소희 · 성수정 · 윤탁 · 하태현 ... & 신일선(2017). 『2016년도 정신질환실태 역학조사』, 보건복지부 연구용역사업보고서, 삼성서울병원
- 이미숙(2005), 『한국 성인의 건강 불평등 - 사회계층과 지역 차이를 중심으로』, 한국사회학회 전기사회학대회
- 이부영(1994), 『국제질병분류 제10판 정신 및 행태장애: 임상기술과 진단지침』, 일조각
- 이선미 · 백종환 · 윤영덕 · 김재운(2013), 『정신건강문제의 사회경제적 영향 분석 및 관리방안 연구: 우울증을 중심으로』, 연구보고서, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 이진석 · 이선영 · 박종현 · 최희승 · 손지훈 · 김윤정 · 김연용 · 한혜민 · 박지혜(2013), 『서울시 정신보건체계 개선에 관한 연구』, 서울의대 의료관리학연구소, 서울대학교 산학협력단, 서울특별시 공공보건의료지원단
- 임성택 · 박종혁 · 신동근 · 신형익 · 조근호 · 이영문 · 김선광 · 구나영 · 최정규 (2011), 『장애유형별 보험차별 개선을 위한 가이드라인 연구』, 국가인권위원회 연구용역보고서, 장애인차별금지추진연대
- 정봉은 · 이선주(2015), 『경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매실태 도입방안』, 보

협연구원

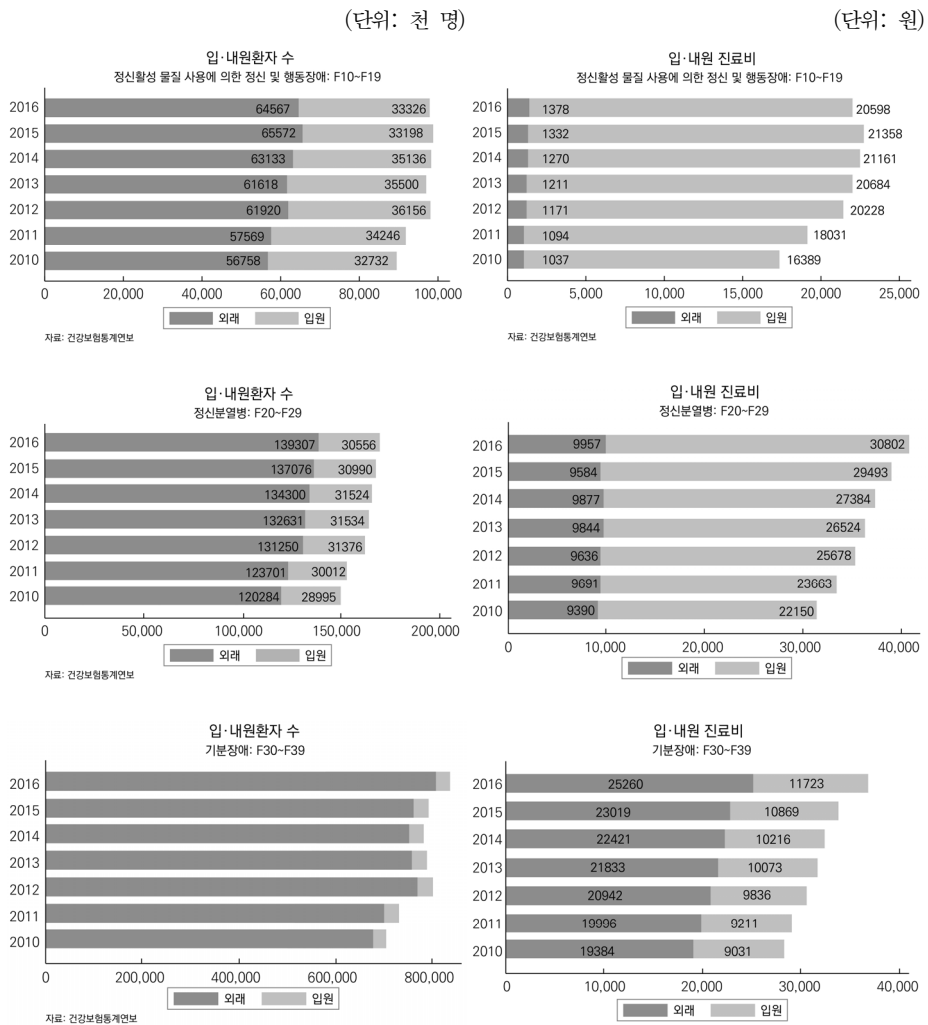
- 정의신 · 백종환 · 이수연 · 조정완(2016), 『만성질환의 유병률 변화에 따른 진료비 추정』, 연구보고서, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 제영묘(2004), 「자살과 정신 장애」, 『생물치료정신의학』, 제10권 제1호
- 조맹제 · 박종익 · 배안 · 배재남 · 손정우 · 안준호 ... & 정인원(2011), 『정신질환실태 역학조사』 보건복지부 연구용역사업보고서, 서울대학교 의과대학 질병관리본부, 『국민건강영양조사』
- 최지숙 · 안보령 · 박종인 · 김한성 · 윤은지 · 이동현(2015), 『의료급여 정신질환 수가체계 개선방안 연구』, 보건복지부, 건강보험심사평가원
- 통계청(2017), 『사망원인통계』
- 하규섭 외(2015), 『국가 정신건강현황 예비조사 결과보고서』, 보건복지부, 중앙정신보건사업지원단, 국립정신건강센터
- 한국소비자원(2016), 『고령소비자 대상 치매보험 문제점 및 개선방안』
- 현경래 외(2015), 『2012년 주요 질병의 사회경제적 비용 분석결과』, 건강보험정책연구원
- 황선재(2015), 「불평등과 사회적 위험: 건강사회문제지수를 중심으로」, 『보건사회연구』, 제35권 제1호, 보건사회연구원
- Blazer, D. G. (2005), "Depression and social support in late life: A clear but not obvious relationship", *Aging & Mental Health*
- Bureau of Labor Statistics(1996), "Tabulations from Employee Benefits in Medium and Large Private Establishments"
- C.A. Ma and T.G. McGuire(1997), "Optimal Health Insurance and Provider Payment," *American Economic Review*, 87(4)
- C.A. Taube, L.G. Kessler and B.J. Burns(1986), "Estimating the Probability and Level of Ambulatory Mental Health Services Use", *Health Services Research*, 21(2)

- Cizza, G., Primma, S., & Csako, G.(2009), “Depression as a risk factor for osteoporosis”, *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 20(8)
- Egede, L. E.(2007), “Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability”, *General hospital psychiatry*, 29(5)
- Heald, A.(2010), “Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy”, *European Psychiatry*, 25, S6-S11
- Henriksson MM1, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, Lönnqvist JK(1993), “Mental Disorders and Comorbidity in Suicide”, *American Journal of Psychiatry*
- Hert, M., Cohen, D. A. N., Bobes, J., CETKOVICH-BAKMAS, M. A. R. C. E. L. O., Leucht, S., Ndeti, D. M., ... & Gautam, S.(2011), “Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level”, *World psychiatry*, 10(2)
- H.H. Goldman et al.(2006), “Behavioral Health Insurance Parity for Federal Employees”, *New England Journal of Medicine*, 354
- Katon, W. J.(2003), “Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness”, *Biological psychiatry*, 54(3)
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F.(2008), “Mental Health First Aid: an international programme for early intervention”, *Early Intervention in Psychiatry*, 2(1)
- Lee SH, Suh JH(2010), “Mental health literacy of the Korean public: a comparison between depression and schizophrenia”, *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 41(2)
- Matorin, S. (2002), “Stigma as a barrier to recovery”, *Psychiatric Services*, 53(5)

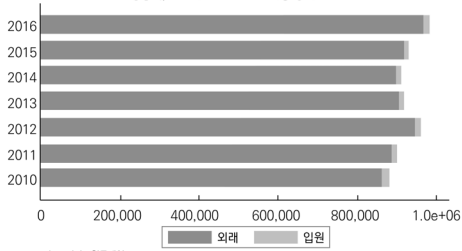
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1992), "Age and depression", *Journal of Health and Social Behavior*
- OECD(2015), "Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work", *Mental Health and Work*
- _____(2014), "Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care", *OECD Health policy Studies*
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S.(2015), "Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States", *JAMA psychiatry*, 72(12)
- Pratt, L. A., Ford, D. E., Crum, R. M., Armenian, H. K., Gallo, J. J., & Eaton, W. W.(1996), "Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up", *Circulation*, 94(12)
- Rabkin, J.(1974), "Public attitudes toward mental illness: A review of the literature", *Schizophrenia Bulletin*, 1(10)
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... & Stein, M. B.(2008), "Anxiety disorders and comorbid medical illness", *General hospital psychiatry*, 30(3)
- T.G. McGuire(1981), *Financing Psychotherapy: Cost, Effects, and Public Policy*, Cambridge: Ballinger Press
- Thomsen PH(1996), "Schizophrenia with childhood and adolescent onset - a nationwide register-based study", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(3)
- VanDerHorst, R. K., & McLaren, S.(2005), "Social relationships as predictors of depression and suicidal ideation in older adults", *Aging & Mental Health*, 9(6)
- W.G. Manning et al.(1989), *Effects of Mental Health Insurance: Evidence from the Health Insurance Experiment*

부록

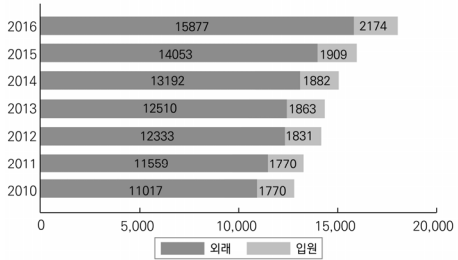
〈부록 그림 1〉 정신질환별 입·내원환자 및 진료비 비중



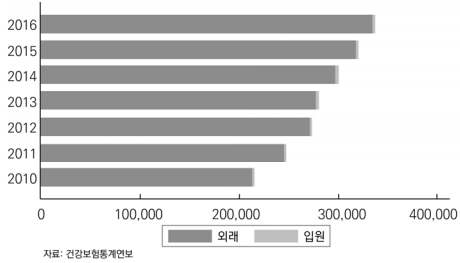
입·내원환자 수
신경증적, 스트레스-연관 및 신체형 장애: F40-F49



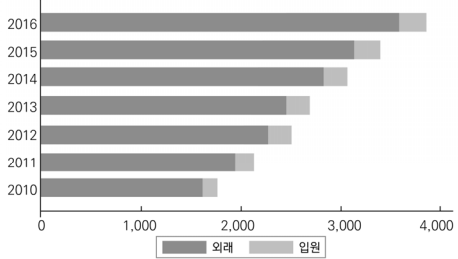
입·내원 진료비
신경증적, 스트레스-연관 및 신체형 장애: F40-F49



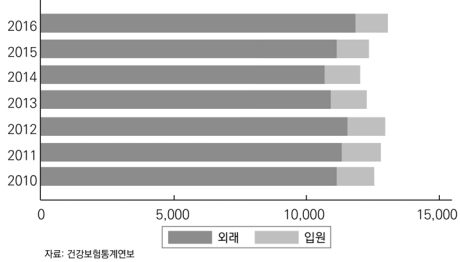
입·내원환자 수
생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군: F50-F59



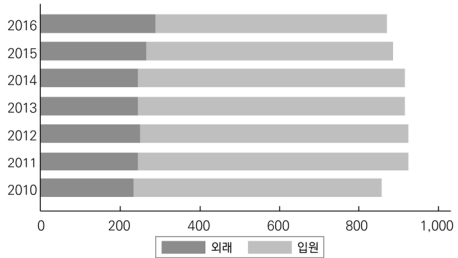
입·내원 진료비
생리적 장애 및 신체적 요인들과 수반된 행동증후군: F50-F59



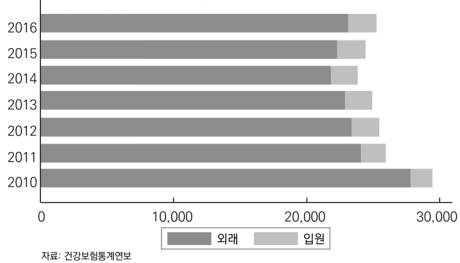
입·내원환자 수
성인 인격 및 행동 장애: F60-F69



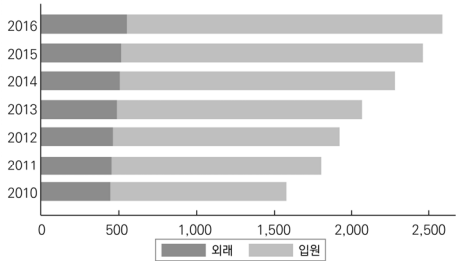
입·내원 진료비
성인 인격 및 행동 장애: F60-F69

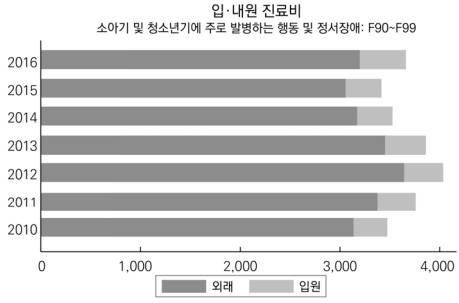
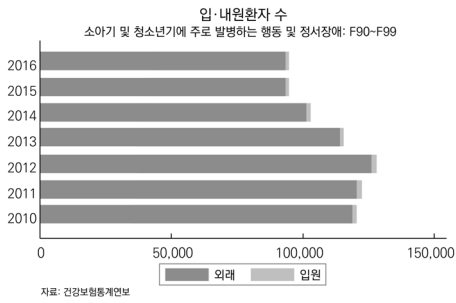
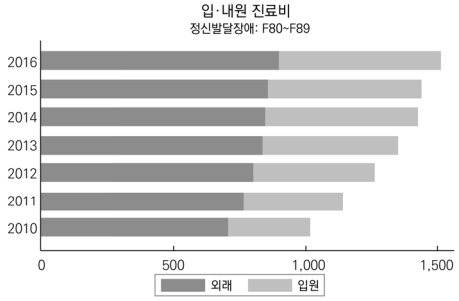
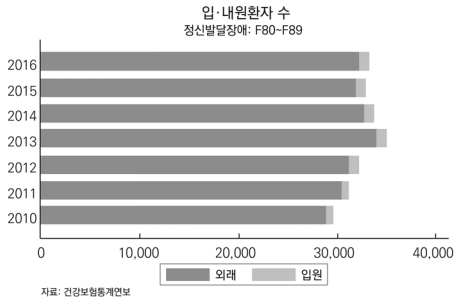


입·내원환자 수
정신지체: F70-F79



입·내원 진료비
정신지체: F70-F79





보험연구원(KIRI) 발간물 안내

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

■ 연구보고서

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

- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화 · 박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공 · 사 협력 방안 / 조용운 · 오승연 · 김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식 · 강성호 · 이상우 2018.2
- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현 · 이해은 2018.2
- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영 · 김세영 · 이선주 2018.2
- 2018-6 계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린 · 정성희 2018.3
- 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식 · 이해은 2018.3
- 2018-8 장애인의 위험보장 강화 방안 / 오승연 · 김석영 · 이선주 2018.4
- 2018-9 주요국 공 · 사 건강보험 연계 체계 분석 / 정성희 · 이태열 · 김유미 2018.4

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목 · 장동식 · 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식 · 이경희 · 김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경 · 권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원 · 이해은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식 · 이창우 · 김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도 · 김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도 · 김대환 · 김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원 · 이해은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태 · 이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익 · 김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호 · 최 원 2008.3

- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 이태열 · 신중협 · 황진태 · 유진아 · 김세환 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익 · 이민환 · 유경원 · 최영목 · 최형선 · 최 원 · 이경아 · 이혜은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수 · 김경환 · 이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 황진태 · 변혜원 · 이경희 · 이정환 · 박정희 · 김세중 · 최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경 · 변혜원 · 권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면 · 김대환 · 이경희 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수 · 안철경 · 변혜원 · 최영목 · 최형선 · 김경환 · 이상우 · 박정희 · 김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수 · 김경환 · 박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5
- 2011-4 저출산 · 고령화와 금융의 역할 / 윤성훈 · 류건식 · 오영수 · 조용운 · 진 익 · 유진아 · 변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경 · 이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 황진태 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린 · 이기형 · 정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형 · 변혜원 · 정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환 · 유진아 · 이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형 · 임준환 · 김해식 · 이경희 · 조영현 · 정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우 · 윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2013.1

- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 이정환 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익 · 오병국 · 이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준 · 김해식 · 조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 전용식 · 최 원 · 김세중 · 채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준 · 강민규 · 이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린 · 김해식 · 김석영 2014.3
- 2014-3 공 · 사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열 · 강성호 · 김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진익 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공 · 사 건강보험 협력방안 / 조용운 · 김경환 · 김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식 · 조재린 · 이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈 · 김석영 · 김진익 · 최 원 · 채원영 · 이아름 · 이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호 · 정봉은 · 김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준 · 이정택 · 김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업휴직보험 활성화 방안 연구 / 이기형 · 한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익 · 유시용 · 이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목 · 최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경 · 권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수 · 김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.3

- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실 · 정책연구실 · 동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실 · 재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재 · 장동식 · 서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식 · 최영목 · 김소연 · 장동식 · 서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경 · 변혜원 · 서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목 · 김소연 · 김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도 · 황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태 · 기승도 · 권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아 · 정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운 · 황진태 · 김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식 · 김대환 · 이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환 · 류건식 · 이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현 · 전용식 · 이해은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : ④ sure 4.0 / 진 익 · 김동겸 · 김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식 · 김석영 · 김세영 · 이해은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환 · 류건식 · 김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 / 조재린 · 황진태 · 권용재 · 채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 / 전용식 · 채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도 · 조용운 · 이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환 · 정봉은 · 황인창 · 이해은 ·

- 김혜란 · 정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로
/ 최창희 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식 · 강성호 ·
김동겸 2016.5

■ 조사보고서(구)

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문 · 김진억 ·
지재원 · 박정희 · 김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 /
오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 기승도 · 이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경 · 이상우 · 권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 /
이진면 · 이정환 · 최이섭 · 정중영 · 최태영
2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익 · 김상수 · 김중훈 · 변귀영 · 유시용
2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환 · 전선애 · 최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교 · 오영수 · 김영진
2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환 · 이민환 ·
윤건용 · 최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운 · 김세환 · 김세중
2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실 · 해약분석 / 류건식 · 장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협 ·
최형선 · 최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교 · 김미화 2010.3

- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체제와 시사점 / 이창우 · 이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원 · 박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체제에 대한 연구 / 송윤아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준 · 이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운 · 서대교 · 김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익 · 김해식 · 유진아 · 김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식 · 이창우 · 이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경 · 황진태 · 서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환 · 최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익 · 김해식 · 김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우 · 이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운 · 변혜원 · 이승준 · 김경환 · 오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태 · 전용식 · 윤상호 · 기승도 · 이상우 · 최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체제 특징과 시사점 / 이상우 · 오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II 의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식 · 김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 황진태 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 이상우 · 최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운 · 황진태 · 조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식 · 변혜원 · 황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원 · 조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영 · 권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석 · 강성호 · 이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정 · 최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태 · 박선영 · 권오경 2014.4

- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주 · 전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식 · 윤성훈 · 채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운 · 오승연 · 김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환 · 강민규 · 이해랑 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식 · 변혜원 · 정원석 · 박선영 · 오승연 · 이상우 · 최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영 · 김세중 · 김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식 · 조영현 · 채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영 · 권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현 · 조재린 · 김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석－대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로－ / 최창희 · 정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열 · 황진태 · 이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연 · 김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식 · 조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준 · 민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식 · 김세중 · 김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식 · 송윤아 · 채원영 2016.4
- 2016-5 금융 · 보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석 · 임 준 · 김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린 · 황인창 · 이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중 · 소형 보험회사의 생존전략 / 이태열 · 김해식 · 김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중 · 김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형 · 김혜란 2016.9

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원 · 김세중 2014.6
 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구—Own Risk and Solvency Assessment— / 장동식 · 이정환 2014.8
 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호 · 정원석 · 김동겸 2015.1
 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매신탁 도입방안 / 정봉은 · 이선주 2015.2
 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원 · 이해량 2015.4
 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근 · 박춘원 · 이항용 2015.5
 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주 · 박선영 · 김유미 2015.5
 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석 · 김미화 2015.5
 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영 · 김혜란 2015.12
 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2

■ 연차보고서

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

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9

제 8 호	Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
제 9 호	Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
제10호	Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
제11호	Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
제12호	Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
제13호	Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11

■ CEO Report

2008-1	자동차보험 물적담보 손해율 관리 방안 / 기승도 2008.6
2008-2	보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
2008-3	FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
2008-4	퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식 · 서성민 2008.12
2009-1	FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2

- 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식 · 김동겸 2009.3
- 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식 · 이상우 2009.6
- 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식 · 이상우 2009.10
- 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환 · 이상우 · 김혜란 2010.4
- 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
- 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환 · 이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식 · 이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체제 / 최형선 · 김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환 · 류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운 · 이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈 · 전용식 · 전성주 · 채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(Ⅰ): 정책공약집을 중심으로 / 이기형 · 정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(Ⅱ): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환 · 이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(Ⅲ): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식 · 윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영 · 김세중 2014.6

- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열 · 조재린 · 황진태 · 송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환 · 황인창 · 이해은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호 · 류건식 · 정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창 · 조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희 · 이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
- 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식 · 이태열 2017.7

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식 · 김동겸 2008.2
- 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
- 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
- 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
- 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경 · 권오경 2008.7
- 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식 · 김동겸 2008.7
- 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
- 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희 · 서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

『도서회원 가입안내』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	- 영문연차보고서	—	—

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

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775-9080 팩스 : (02) 3775-9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401-01-125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성 · 등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

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

저자약력

이 정 태

미국 뉴욕주립대(Albany) 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail: lee.jungtaek@kiri.or.kr)

임 태 준

University of Rochester 경제학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail: limtaejun@kiri.or.kr)

김 동 겹

성균관대학교 경제학 석사
보험연구원 선임연구원
(E-mail : dgkim@kiri.or.kr)

연구보고서 2018-10

정신질환 위험보장 강화 방안

발행일 2018년 4월

발행인 한 기 정

발행처 보 험 연 구 원
서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38
화재보험협회빌딩
대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-85691-85-5 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원