

# kiri Weekly

2016.8.29. 제399호

## 포커스

정신질환자의 보험접근성 제고 방안

## 이슈 분석

핀테크 활성화에 따른 본질적 업무 위탁 필요성  
초장기 국고채 도입 의미와 시사점

## 글로벌 이슈

EU, 경쟁 제한적 공동행위 금지의 일괄적 면제 규정 폐지 예정  
ICT 활용에 따른 손해보험회사의 업무 효율화

## 금융시장 주요지표

**kiri** 보험연구원  
Korea Insurance Research Institute

본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며, 보험연구원의 공식 견해가 아님을 밝힙니다.  
서울시 영등포구 국제금융로 6길 38 (여의도동 35-4) 8층 보험연구원 (문의: 변철성 수석담당역 / 02-3775-9115)



## 정신질환자의 보험접근성 제고 방안

송윤아 연구위원

- 「보험업법」은 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자로 하여금 정당한 이유 없이 정신적·신체적 장애인의 보험가입을 거부하는 행위를 하지 못하도록 금지하고 있음(법 제97조 제1항 제10호).
  - 상기 조항 위반 시 금융위원회는 그 보험회사에 대하여 해당 보험계약 수입보험료의 100분의 20 이하의 범위에서 과징금을 부과할 수 있음.
- 정신질환 유병률이 증가하고 정신질환자에 대한 차별금지 및 인권 의식이 함양됨에 따라, 향후 정신질환자에 대한 보험가입 거절의 '정당한 이유' 존재 여부를 둘러싼 갈등이 커질 수 있음.
  - 국가인권위원회의 가이드라인과 법원 판례 등은 보험회사로 하여금 검증된 통계자료 또는 과학적·의학적 자료에 근거한 위험판단에 따라 보험인수 여부를 결정하도록 요구하고 있음.
- 보험회사는 정신질환과 보험사고의 개연성에 대한 위험측정을 보다 객관화함으로써 갈등을 방지할 필요가 있음.
  - 특히, 장애의 상태에 이르지 아니한 정신질환자에 대한 보험인수 결정 시에는 이를 정당화할 만한 합리적 근거를 내부적으로 더욱 엄격히 마련할 필요가 있음.
- 정신질환자에 대한 위험평가가 객관적 분석에 근거하여 이루어지기 위해서는 정신질환에 대한 정부의 의학적·통계적 연구를 통한 협조가 불가피함.
  - 보험회사가 객관적 위험률 평가에 근거하여 인수기준을 작성하려 해도 정신질환자 위험률에 대한 의학적·통계적 자료가 현재로서는 부족함.

## 1. 검토배경



- 2016년 5월, 정신질환에 대한 부정적 인식을 개선하기 위해 외래치료만으로 일상생활이 가능한 경증 환자의 경우 정신질환자 범위에서 제외하는 쪽으로 관련 법이 개정됨.
  - 현행 「정신보건법」은 장애<sup>1)</sup>의 정도에 이르는지 여부와 상관없이 정신질환자를 모두 정신보건법 적용대상으로 규정함으로써 경증질환자가 사회적 편견과 차별에 노출됨.
    - 현행법에서는 정신질환자를 정신병·인격장애·알코올 및 약물중독, 기타 비정신병적 정신장애를 가진 자로 규정함.
  - 2017년 5월부터 시행 예정인 개정 법에서는 정신질환자를 망상, 환각, 사고나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람으로 축소 정의함.
    - 법률의 명칭도 「정신보건법」에서 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」(이하 ‘정신건강증진법’)로 변경됨.
- 지난 10년 동안 보험권에서도 정신질환자에 대한 차별을 금지하는 법 개정이 이어져, 「보험업법」에서는 정당한 이유 없이 정신적·신체적 장애인의 보험가입을 거부하는 행위를 금함.
  - 2005년 경북 칠곡 소재 장애인 다수 고용 사업장의 화재사고를 계기로 국가인권위원회 등은 정신질환자를 포함한 장애인의 보험가입 차별에 대한 문제를 지속적으로 제기해 왔음.<sup>2)</sup>
    - 상기 화재사고로 장애인 사상자가 발생하였으나 이들이 정신적 장애인이라는 이유로 사고 전에 단체보험 가입을 거절당하여 인명피해에 대한 보상을 받을 수 없었음.
- 정신질환 유병률이 증가하고 정신질환자에 대한 차별금지 및 인권 의식이 높아짐에 따라, 정신질환자에 대한 보험가입 거절의 ‘정당한 이유’ 존재 여부를 둘러싼 갈등이 커질 것으로 예상됨.

1) 본고에서 장애는 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조의 정의에 따라 신체적·정신적 손상 또는 기능상실이 장기간에 걸쳐 개인의 일상 또는 사회생활에 상당한 제약을 초래하는 상태를 의미하며, 장애인은 장애의 상태에 있는 자를 의미함. 정신적 장애는 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애를 의미하며 정신적 장애의 개념이 모든 정신질환을 포함하는 것은 아님.

2) 국가인권위원회(2005), “민간보험에서의 장애인 차별 개선 권고”; 국가인권위원회(2012), “장애인 보험차별 개선을 위한 가이드라인 및 의학적·통계적 연구에 대한 권고”; 국가인권위원회(2013), “장애인차별시정위원회 결정: 지적장애 및 정신과 약 복용을 이유로 보험가입 거절”.

- 특히, 2017년 시행 예정인 정신건강증진법에서 경증 환자가 정신질환자 범위에서 제외됨에 따라, 경증 환자의 보험가입 거절 시 ‘정당한 이유’ 존재 여부에 대한 갈등이 커질 수 있음.
- 국가인권위원회는 정신질환과 보험사고 간 의학적·통계적 보고가 없는 상황에서 막연히 정신질환자의 보험사고 위험률이 높을 것이라는 예단으로 보험가입을 거절하는 것을 차별로 규정함.
  - 2013년 국가인권위원회는 정당한 사유 없이 지적장애 및 정신과 약 복용을 이유로 운전자보험 가입을 거절한 보험회사에 대해 과징금 및 과태료를 부과하도록 권고하였음.<sup>3)</sup>

■ 본고에서는 정신질환 유병 실태, 정신질환자 보험소외의 문제점과 보험차별금지 법제의 발전과정을 살펴본 후 정신질환자의 보험접근성 제고 방안을 논의하고자 함.

## 2. 정신질환 유병 실태



■ 2011년 보건복지부의 정신질환 역학조사 결과<sup>4)</sup>에 따르면, 평생 한 번 이상 정신질환을 경험한 사람은 성인의 27.6%로 성인 10명 중에 3명꼴임.<sup>5)</sup>

- 알코올과 니코틴 사용장애를 제외하면 정신질환 평생유병률은 14.4%로, 2006년에 대비 1.8%p 증가함.
  - 동 조사에 따르면 성인의 15.6%는 평생 한 번 이상 심각하게 자살 사고(思考)를 경험하였으며, 지난 1년간 자살 시도자는 10만 8천여 명으로 추산됨.
- 모든 정신질환의 평생유병률은 유럽 평균인 25.0%와 유사하며, 미국(46.4%)이나 뉴질랜드(39.5%)보다는 낮으나 중국(13.2%)보다는 높음.<sup>6)</sup>
  - 각 질환별로 보면 기분장애와 불안장애의 평생유병률은 서구보다 낮으나 중국이나 나이지리아보다는 높음.

3) 국가인권위원회 2012. 8. 21. 13진정0388500.

4) 서울대학교 의과대학(2011), 『2011년도 정신질환실태 역학조사』, 보건복지부 학술연구 용역사업 보고서.

5) 정신질환 역학조사는 「정신보건법」 제4조의 2에 근거해 매 5년마다 실시하고 있으며, 2001년도에 처음 실시 후 2011년에 전국 만 18~74세 성인 6,022명을 대상으로 세 번째로 실시함.

6) 보건복지부 보도자료(2012. 2. 15), “’11년 성인 6명 중 1명 정신건강문제 경험”. 평생유병률은 지금까지 평생 동안 한 번 이상 정신질환에 걸린 적이 있는 사람의 비율을 의미함.

〈표 1〉 정신질환 평생유병률

(단위: %)

구분	모든 정신장애	니코틴 알코올 사용장애 제외 모든 정신장애	정신병적 장애 <sup>1)</sup>	기분장애 <sup>2)</sup>	불안장애 <sup>3)</sup>	섭식장애 <sup>4)</sup>	신체형장애 <sup>5)</sup>
2006년	30.2	12.6	0.5	6.2	6.9	0.1	1.2
2011년	27.6	14.4	0.6	7.5	8.7	0.2	1.4
증감(%p)	-2.6	1.8	0.1	1.3	1.8	0.1	0.2

주: 1) 정신병적장애: 정신분열장애, 단기정신병적장애.

2) 기분장애: 주요우울장애, 기분부전장애, 양극성장애.

3) 불안장애: 강박장애, 외상후스트레스장애, 공황장애, 광장공포증, 사회공포증, 범불안장애, 특정공포증.

4) 섭식장애: 신경성 식욕부진증, 신경성 대식증.

5) 신체형장애: 신체화장애, 전환장애, 동통장애, 건강염려증.

자료: 서울대학교 의과대학(2011), 『2011년도 정신질환실태 역학조사』, 보건복지부 학술연구 용역사업 보고서.

■ 경쟁·불평등·소외 등 정신건강 측면에서의 부정적 환경 심화와 소아·청소년의 정신질환이 심각하다는 점을 감안하면 향후 정신질환 유병률이 증가할 것으로 예상됨.

- 세계보건기구(WHO)는 2030년 우울증이 고소득 국가 질병부담 1위 질환이 될 것으로 전망했으며, 정신질환 의약품의 세계 시장 규모는 약 460억 미국 달러(2010년 항정신병 치료제 및 항우울제 합산 기준)로 항암제 다음으로 큼.<sup>7)</sup>
- 최근에는 인터넷 중독, 스마트폰 중독, 도박 중독 등 행위중독의 위험성이 심화되고 있으며, 특히 소아·청소년이 이러한 위험에 많이 노출됨.
  - 2015년 기준 만 3~59세 인터넷 이용자 중 인터넷 과의존위험군은 6.8%이며, 대상별 과의존 위험군은 유아동 5%, 청소년 13.1%, 성인 5.8%로 청소년 중독률이 가장 심각함.<sup>8)</sup>
  - 2015년 기준 만 3~59세 스마트폰 이용자 중 스마트폰 과의존위험군은 16.2%이며 특히 청소년 스마트폰 과의존위험군이 31.6%로 전년대비 2.3%p 증가함.

7) 권오연(2013), 『정신질환분야 R&D 동향 및 시사점』, 한국보건산업진흥원.

8) 미래창조과학부·한국정보화진흥원(2016), 『2015년 인터넷 과의존 실태조사』.

### 3. 정신질환자 사회적 차별, 왜 문제인가?



■ 한국보건 의료연구원의 설문조사에 따르면, 정신질환에 대한 사회적 차별 및 불이익이 정신과 방문을 주저하게 만드는 큰 요인으로 작용함.<sup>9)</sup>

- 조사대상의 79.5%가 정신과 방문을 주저한 적이 있다고 응답하였으며, 응답자의 51.2%는 사회적 편견과 불이익 등을 우려하여 정신과 방문을 주저하였음.
  - 이 설문조사는 2011년 국내 9개 대학병원에서 우울증, 불안장애, 불면증 등 경증 정신질환을 앓는 정신과 진료 환자 737명을 대상으로 실시함.
- 또한 조사대상의 35.4%가 정신질환으로 인해 사회적 편견이나 구직·보험가입 제한 등 불이익을 경험한 적이 있다고 응답하였음.
- 정신질환과 관련하여 국가나 사회에 대한 요구사항으로는 응답자의 60.5%가 치료비 지원 확대를, 35.8%가 정신질환자에 대한 불이익 개선을 선택함.

〈표 2〉 정신과 방문 주저 이유(n=737, 중복응답 가능)

(단위: %)

구분	주저한적 없음	정신질환임을 인지하지 못하여서	치료비용이 부담되어서	주변에서 부정적으로 볼 것 같아서	보험가입에 제한을 받을 것 같아서	직장을 구하는데 제한을 받을 것 같아서
비율	20.5	36.7	14.3	35.2	6.8	9.2

주: 이 설문조사는 2011년 국내 9개 대학병원에서 우울증, 불안장애, 불면증 등 경증 정신질환을 앓는 정신과 환자 737명을 대상으로 실시하였으며, 중복응답을 허용함.

자료: 한국보건 의료연구원(2012), 『국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구』.

■ 2011년 정신질환 역학조사에 따르면, 정신질환을 앓는 이들 중 실제 치료를 위해 정신건강의학과 전문의 등을 찾는 비율은 평생 동안 15.3%에 불과함.<sup>10)</sup>

- 정신건강 문제로 도움이 필요하더라도 관련 기록이 남지 않는 서비스를 음성적으로 이용하거나 본격적으로 정신질환이 발병할 때까지 참는 경향이 있음.
- 정신의료서비스 이용률이 2006년 11.4% 대비 증가했으나, 선진국에 비해 매우 낮은 수준으로 환자 대부분이 진료를 기피하다 질병을 악화시키는 경향이 있음.

9) 한국보건 의료연구원(2012), 『국내 정신질환 관련 연구현황 파악 및 우울증 자살에 대한 연구』.

10) 서울대학교 의과대학(2011).

- 미국 39.2%('10년), 호주 34.9%('09년), 뉴질랜드 38.9%('06년)
- 미국 등 선진국의 수치는 최근 1년 사이 정신의료서비스 이용률인데 반해, 우리나라의 수치는 평생 한 번 이상 정신서비스 이용률이기 때문에, 실제로는 격차가 더 클 가능성이 있음.
- 기분장애를 겪은 사람들 중 평생 정신의료서비스를 한 번 이상 이용한 사람의 비율은 37.7%로 선진국에 비해 매우 낮은 수준임.
- 미국에서는 우울증 경험자 중 최근 1년 정신의료서비스 이용률이 68.2%(2010년)에 달함.

■ 2011~2015년 기간 동안 Z코드(상세불명 상담) 사용이 89% 증가하였는데<sup>11)</sup>, 이는 정신과 진료가 필요한 데도 정신과 진료 기록을 남기고 싶어 하지 않는 환자들이 그만큼 많았던 것으로 해석됨.<sup>12)</sup>

- 보건복지부는 2013년 4월부터 약물처방이 동반되지 않는 정신건강의학과 외래상담은 기존 정신과 질환 청구코드(F)를 보건일반상담 청구코드(Z)로 청구할 수 있도록 제도를 변경함.
- 이전까지 정신과 환자 기록은 경중도 및 약물처방과 관계없이 모두 F코드로 표시됨.<sup>13)</sup>
- Z코드 사용 시 질환명이 노출되지 않는다는 이점이 있으나, 약물처방 등 본격적인 정신과 진료를 받을 수 없다는 단점이 있음.

■ 정신질환자에 대한 사회적 차별 및 불이익은 ‘차별’ 자체로도 문제지만, 질환은폐 및 진료기피를 초래할 수 있으며, 이는 질병을 악화시킴으로써 사회경제적 비용을 증가시킴.

- 정신질환으로 인한 사회경제적 비용은 2012년 기준 8조 2,695억 원이며, 이는 질병으로 인한 사회경제적 총비용의 7%를 차지함.<sup>14)</sup>
- 정신질환 관련 진료비 총액은 2014년 2조 8,340억 원으로 2002년도에 비해 4배 증가함.<sup>15)</sup>
- 2011년부터 2030년까지 세계 5대 만성질환인 정신질환, 심장질환, 암, 만성호흡기질환, 당뇨병으로 인한 경제적 부담이 47조 달러에 달할 것으로 전망되며, 이 중 정신질환의 경제적 부담은 16조 3천억 달러로 1위를 차지함.<sup>16)</sup>

11) 건강보험심사평가원에 따르면 일반상담을 위해 보건서비스를 이용한 환자(Z코드) 수는 2010년 45,699명에서 2015년 90,402명으로 늘어남.

12) 마찬가지로 우리나라의 자살률은 OECD에서 가장 높으나, 항우울제 소비량은 28개 조사대상국 중 칠레 다음으로 낮게 나타나는데, 정신질환에 대한 치료가 적극적으로 이뤄지지 않은 것으로 해석됨; OECD(2015. 11. 4), *Health at a glance 2015*.

13) 통상적으로 소아 및 청소년에 발병하는 행태 및 정서장애(활동성 및 주의력 장애, 품행장애, 소아기 이별 불안장애, 소아기 사회성 불안장애, 소아기 반응성 애착장애, 틱장애, 비기질성 유뇨증, 말더듬 등)도 F코드로 기록됨(F90-F98).

14) 국민건강보험공단 보도자료(2015. 2. 9), “2012년 질병으로 인한 사회적 손실 한해 120조 6,532억 원 ... 4년간 24.2% 증가, 국내총생산(GDP)의 8.8%”.

15) 국민건강보험공단 · 건강보험심사평가원(2015), 『2014년 건강보험통계연보』.



## 4. 정신질환자 보험차별금지 법제 발전과정



### 가. 국가인권위원회 · 국민권익위원회의 권고

- 2005년 국가인권위원회는 민간보험에서 정신적 장애인에 대한 차별을 개선하기 위하여 관련 법 개정과 관계 당국의 적극적인 관리 · 감독을 권고하였음.
  - 구체적으로, 먼저 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약을 무효로 규정한 「상법」 제732조의 삭제를 권고함.
    - 「상법」 제732조는 의사능력이 부족한 장애인 보호를 위해 만들어졌지만, 이 조항에 의해 정신적 장애인의 보험가입 자체가 포괄적으로 제한됨에 따라, 장애인을 차별하는 대표적인 조항이라고 비판받아 왔음.
  - 둘째, 민간보험에서 장애인에 대한 차별방지와 실효적인 구제를 위하여 「보험업법」의 개정을 권고함.
    - 「보험업법」에 보험자의 불합리한 행위를 금지하고 차별할 경우 그 행위의 정당성을 보험회사가 입증하도록 하고, 장애인에 대한 보험회사의 차별적 기준, 절차 등에 대한 시정조치를 할 수 있는 근거를 마련하도록 함.
  - 셋째, 장애 관련 공통계약심사기준의 개선과 보험회사의 인수기준, 보험상품약관 등의 불합리한 내용에 대한 적극적인 관리 · 감독을 권고함.
- 이러한 권고에도 불구하고 보험차별이 계속해서 발생하자, 2012년 국민인권위원회는 보험회사 등에 장애인 보험차별 개선을 위한 가이드라인 준수 및 의학적 · 통계적 연구를 권고하였음.
  - 장애인 보험차별 개선을 위한 가이드라인을 만들어 보험회사들로 하여금 준수하도록 권고함.
  - 보험회사가 장애인에 대한 위험평가를 보다 객관적으로 할 수 있도록 보건복지부와 국민건강보험공단에 장애인의 사망률, 질병발생률, 재해발생률 등에 대한 의학적 · 통계적 연구실시를 권고함.
- 나아가, 2013년 국민권익위원회는 실손의료보험에서 정신질환자 전체에 대한 일률적인 보상 제한 규정의 개선을 권고하였음.

16) WEF-Harvard School of Public Health(2011), *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*.



- 또한 실손의료보험에서 특정질병과 보험사고 간의 인과관계를 고려하지 않고 특정 질병이 있다는 이유만으로 보험가입을 거절하는 것은 정신질환자에 대한 차별이라고 지적함.

## 나. 정신질환자 보험차별금지 법제 제·개정

- 2007년 제정된 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제17조는 보험회사가 보험가입에 있어서 정당한 이유 없이 장애인을 차별하는 것을 명시적으로 금함.

- 동법은 보험가입뿐만 아니라 금전대출, 신용카드 발급 등 각종 금융상품과 서비스의 제공에 있어서 정당한 이유 없이 장애인을 제한·배제·분리·거부하는 것을 금함.
- 또한 보건복지부는 2013년 5월 정신질환자에 대한 보험차별 금지를 명문화한 「정신보건법 전부개정법률안」을 입법예고하였으나<sup>17)</sup>, 이는 개정 법률에 반영되지 않았음.

- 2010년 「보험업법」 개정을 통해 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자가 정당한 이유 없이 장애인의 보험가입을 거부하는 행위를 금함.<sup>18)</sup>

- 상기 조항 위반 시 금융위원회는 그 보험회사에 대하여 해당 보험계약 수입보험료의 100분의 20 이하의 범위에서 과징금을 부과할 수 있음.<sup>19)</sup>
  - 다만, 보험회사가 그 위반행위를 막기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리하지 아니한 경우에는 그러하지 아니함.
- 2014년 신의진 의원은 경증 정신질환으로 진료를 받은 경우에도 보험가입이 거절되는 경우가 있어 이를 금하는 내용의 보험업법 개정안을 발의하였으나<sup>20)</sup>, 회기만료로 폐기됨.

- 2014년 「상법」 제732조에 단서를 추가하여 심신박약자가 스스로 보험계약을 체결하거나 단체보험의 피보험자가 될 때 의사능력이 있는 경우에는 사망보험 계약의 효력을 인정함.<sup>21)</sup>

17) 「정신보건법 전부개정법률안」 제57조(보험상품 제공에 있어서의 차별금지) ① 보험업법상 보험상품을 제공하는 자는 그 상품의 가입, 갱신, 해지와 관련하여 정당한 사유 없이 정신질환을 사유로 피보험자를 제한·배제·분리·거부(이하 “차별행위”라 한다)하여서는 아니 된다. ② 제1항에 따른 차별행위가 정신질환을 이유로 한 차별이 아니라거나 정당한 사유가 있었다는 점은 차별행위를 당하였다고 주장하는 자의 상대방이 입증하여야 한다.

18) 「보험업법」 제97조 제1항 제10호.

19) 「보험업법」 제196조 제2항.

20) 「보험업법 일부개정법률안」 제97조(보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위) ① 11. 정당한 이유 없이 「정신보건법」 제3조 제1호에 따른 정신질환자의 보험가입을 거부하는 행위.

- 실손의료보험 약관개정으로 2016년 1월부터 정신질환이라 할지라도 증상이 비교적 명확해 치료 목적 확인이 가능한 일부 정신질환을 실손의료보험의 보장대상에 포함함.<sup>22)</sup>

- 뇌손상, 뇌기능 이상에 의한 인격 및 행동장애, 정신 분열형 및 망상장애, 기분장애, 신경성 · 스트레스 장애, 정서장애 등 F코드 일부가 보장됨.

## 5. 결론



- 2005년 장애인의 보험가입 차별금지를 위한 국가인권위원회의 권고 이후, 지난 10년 동안 정신질환자에 대한 보험차별을 방지하기 위해 법 개정이 진행되어 왔음.

- 관련 법 개정, 정신질환자에 대한 차별금지 및 인권 의식 함양, 그리고 정신질환 유병률 증가 등은 보험회사의 정신질환자 보험인수 여부가 보다 객관적인 자료에 기초하여 결정될 것을 요구함.

- 국가인권위원회의 가이드라인과 법원 판례<sup>23)</sup>에 따르면, 보험회사가 장애인의 보험가입 거절과 관련하여 차별의 합리성 및 정당성을 갖추기 위해서는 다음의 조건을 충족시켜야 함.
  - 첫째, 보험대상자의 보험사고 위험성 판단을 위해서는 보험대상자의 장애등급 외에도 그의 장애 정도 및 상태, 건강상태 등 제반조건을 개별적 · 구체적으로 검토하여야 함.
  - 둘째, 보험인수 기준은 검증된 통계자료와 과학적 · 의학적 자료 등 객관적이고 합리적인 자료에 기초하여 설정하여야 함.

- 특히, 보험회사는 장애의 상태에 이르지 아니한 정신질환자에 대한 인수거절 시에는 이를 정당화할 만한 합리적 근거를 더욱 엄격히 마련할 필요가 있음.

- 장애의 정도에 이르지 않은 정신질환자는 증상이 비교적 가볍고 환자가 많음에도 불구하고 법적 보호의 사각지대에 놓여 있어 차별의 위험성 및 논란이 더 커질 수 있음.

21) 「상법」 제732조(15세 미만자 등에 대한 계약의 금지) 15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다. 다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의 3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

22) 「보험업감독업무시행세칙」 [별표 15] 표준약관 중 〈실손의료보험〉 참조.

23) 서울중앙지법 2004. 2. 12. 선고 2003가단150990판결; 대전지법 천안지원 2006.7.20. 선고 2005가합5440 판결.

- 장애의 정도에 이르는 정신질환자는 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제17조와 「보험업법」 제97조 제1항 10호의 보호를 받음.

■ 더불어 정신질환자에 대한 위험평가가 객관적 분석에 근거하여 이루어지기 위해서는 정신질환에 대한 정부의 의학적·통계적 연구를 통한 협조가 불가피함.

- 보험회사가 객관적 위험률 평가에 근거하여 인수기준을 작성하려 해도 정신질환자의 위험률에 대한 의학적·통계적 자료가 현재로서는 부족함.
  - 2016년 1월부터 실손의료보험에서도 정신질환 치료비를 보상함에 따라 관련 통계가 집적되면 향후 정신질환자의 질병·재해 발생률 등에 대한 분석이 가능할 것으로 보임.
- 국민건강보험의 자료를 통해 정신질환과 보험사고의 개연성에 대한 위험측정이 기술적으로 가능할 것으로 보임. [kiri](#)