

정신질환자 보험차별의 법적 쟁점과 과제

서울시립대학교 법학전문대학원

신 권 철

A Study on the Legal Issues and Challenges of Insurance Discrimination Against the Mentally Ill

Kwonchul Shin, PhD

University of Seoul Law School, Seoul, Korea

Objectives The purpose of this study is to criticize the legal reasoning of refusal to insure or provide coverage to the mentally ill. This study focuses on the antagonistic fundamentals between legal rationality and social solidarity in insurance relationship. Findings of this study suggest that social solidarity should have the capacity to control legal rationality and economic efficiency.

Methods This study surveyed affirmative actions of the state agencies against insurance discrimination through insurance codes of the Financial Supervisory Service, decisions of district courts, recommendations of the National Human Rights Commission, and legislation of the National Assembly.

Results Actions of the state agencies to reduce insurance discrimination against the mentally ill are passive, ritualistic, and superficial. The policy failure of the state agencies is due to securing the principle of contract freedom without controlling insurance companies.

Conclusion In insurance relations, emphasizing the principle of contract freedom and the legal, economic rationality causes the socially marginalized to be excluded from social relations and face social danger in naked. Social solidarity and public interest is the legal reasoning that can overcome the economic rationality of insurance companies.

J Korean Neuropsychiatr Assoc 2014;53(2):61-71

KEY WORDS Insurance · Mentally illness · Discrimination.

Received January 28, 2014
Revised February 26, 2014
Accepted March 4, 2014

Address for correspondence

Kwonchul Shin, PhD
 University of Seoul Law School,
 163 Seoulsiripdae-ro,
 Dongdaemun-gu,
 Seoul 130-743, Korea
Tel +82-2-6490-5103
Fax +82-2-6490-5332
E-mail shinkc@uos.ac.kr

서 론

정신질환은 현실 속에서 사회적 · 법적 배제의 징표가 되어 있다. 법이 명시적으로 정신질환을 일정한 지위나 직업, 권리나 의무로부터 배제하는 경우뿐만 아니라 법이 없더라도 국가사회가 암묵적으로 사회적 관계들 속에서 정신질환을 배제한다. 정신질환은 이혼사유나 해고사유가 되기도 하고, 자격취득이 제한되는 사유가 되는 것뿐만 아니라 보험관계에서도 배제사유가 된다. 보험관계에서 정신질환은 보험가입의 거절사유가 되기도 하고, 보험이 담보하는 질병에서 배제되기도 한다. 우리는 여기서 정신질환이 보험이라는 법적 관계에서 왜 배척당하는지, 그리고 이러한 사회적 · 법적 배제의 상황을 어떻게 완화시킬 수 있을지 논의할 필요가 있다.

보험차별은 합리성을 전제하거나 가장하고 있다. 근대 자본주의 사회에서는 합리적이라면 모든 것이 허용된다. 합리성은 모든 판단의 기준이 되어 있다. 그러나 그 합리성의 이면에는 자본의 욕구, 사회의 이기심이 담겨 있고, 그 욕구와

이기심은 사실상 국가와 사회 누구에 의해서도 잘 통제되지 않고 있다.

일정한 사회적 위험(질병, 사고, 상해, 사망 등)을 인수하는 보험의 원리들은 보험가입자들로 구성된 보험단체가 가지는 위험이 동질(同質)할 것을 요구하고, 그 위험이 사전에 잠재(유전)하거나 이미 발현(기왕증)되어 있거나 그 위험을 선택할 수 있을 경우(자살) 보험단체에 편입되는 것을 거부하거나 보험금을 지급하지 않는다. 이러한 보험의 원리들에 의해 사실상의 차별들(보험인수 거부, 보험료 할증, 부담보, 면책사유, 보험금 감액)은 합리화된다.

미래의 위험의 가능성이 적은 우량체만으로 보험단체를 구성하고(보험가입을 가능하도록 하는 것), 기존의 위험(기왕증)이나 이질적 위험(정신질환) 또는 선택되는 위험(자살)들을 보험의 담보대상에서 제외하는 것은 합리적이고 공평해 보인다. 이렇게 내가 내는 보험료가 누군가의 보험금으로 될 때 우리는 합리적이고, 공정한 기준들을 요구하게 된다. 그러면서 나의 보험료가 높아지는 이유가 같은 보험단체에 가입된 질병이나 사망위험이 높은 사람들 때문이라면 나와

보험회사의 합리적 선택은 무엇이게 되는가? 그리고 그 합리성을 넘어설 수 있는 원리는 무엇이어야 하는가?

보험을 유지하는 또 다른 요소는 사회적 연대(social solidarity)¹⁾이다. 사회적 연대는 합리성과 대척하는 지점에 있다. 이것은 개인이 자신의 위험을 대비하는 합리성과는 또 다른 측면에서 사회적 위험을 막는다. 예컨대, 정신질환이 있다고 보험에서 배제되는 것보다 보험에 포섭시켜 정신질환을 치료받도록 하는 것이 사회적으로 보면 더 건강해지는 것이기 때문이다.

보험에서 '연대'란 모든 사람들이나 일정한 집단이 비용과 관련된 책임과 이익을 함께 하는 것을, '공평'이란 각자의 부담부분이 각자의 위험수준과 대체로 합치하는 것을 의미한다.²⁾ 그런데 보험에서의 공평이란 합리성과 연관되어 있고, 우리는 현재 끊임 없이 합리성을 추구하는 사회에 살고 있다. 합리성은 시장과 상품이 가져야 할 기본 요소이므로 우리는 그것의 긍정성을 거부하지 못할 것이지만 그것의 부작용은 겉으로 잘 드러나지 않는다.

본 글은 현재 우리 보험회사들의 정신질환자 보험가입 거절과 정신질환에 대한 실손 의료보험 제외와 관련된 합리성에 의문을 제기하며, 사회적 연대의 관점에서 어느 정도의 수준에서 보험회사의 영리(營利)나 사회적 이기심이 통제되어야 할지를 논의하고자 한다.

방 법

보험관계는 보험회사와 보험가입자 또는 가입하려는 자의 보험관계를 기본으로 하며, 거기에 국가가 공익적 관점에서 법령, 판결, 지침 등을 통하여 보험회사에 감독과 개입을 하게 된다. 본 글에서는 먼저 보험차별의 현황과 원인, 문제점을 보험관련 법령, 보험회사의 약관이나 보험인수지침을 통해 분석한 후, 2000년 이후 정신질환자 보험차별에 대한 국가의 개선노력을 각 국가기관별(금융감독원, 국가인권위원회, 국회, 법원, 보건복지부)로 분석한다. 그 분석의 결과로서 정신질환자나 정신질환에 대한 보험차별의 실질적 원인과 보험차별에 대한 국가의 개선노력과 한계를 지적하고, 사회적 연대의 관점에서 보험차별의 개선방안을 제시해 보기로 한다.

결 과

정신질환자 보험차별의 단계

정신질환 관련 보험차별을 시간 순으로 전개해 보면 1) 보험청약의 거부(미접수), 2) 보험청약 후 보험회사의 보험가입

(인수) 거절, 3) 담보되는 위험에서 정신질환의 제외, 4) 정신질환을 이유로 한 보험계약의 무효와 해지, 5) 정신질환을 이유로 한 보험료 할증 및 보험금 지급 감액 등으로 나타난다.

보험청약의 거부와 보험가입(인수)의 거절은 정신질환자가 보험관계 속에 들어오지 못하도록 하는 것이고, 보험계약의 무효와 해지는 심신상실자·심신박약자 등을 이유로 또는 정신질환 사실을 숨겼다는 이유로 기존의 보험계약을 무효화시키는 것이다. 정신질환을 담보되는 위험에서 제외하거나 보험금 지급을 감액 또는 보험료를 할증하는 것은 보험관계에 편입되어 그 계약관계가 유효하다고 하더라도 정신질환 발병은 보험사고의 대상에서 제외하거나 보험료를 할증하고, 보험사고가 발생한다고 하더라도 정신질환을 기왕증으로 보아 보험금 지급을 낮추는 것이다.

이러한 단계적 보험관계에서 정신질환자 보험차별을 순차적으로 정리해서 살펴보면 먼저 그 입구가 봉쇄되어 있는 문제(보험가입 거절), 다음으로, 입구에 들어와도 다시 밀려나는 문제(보험 계약무효 및 해지), 끝으로 안으로 들어와서도 다른 사람과 같은 혜택을 못 받는 문제(보험에서 담보되는 위험에서 제외, 보험금 감액, 보험료 할증)가 있다.

보험가입(인수) 거절과 정신질환

정신질환은 두 가지 측면에서 보험가입을 어렵게 만든다. 하나는, 정신질환이 기존에 있는 사람은 향후 질병이나 사망에 있어 보통사람과 동질의 위험을 가지는 것이 아니라 판단되면서 보험회사의 보험인수(underwriting) 심사과정에서 보험가입이 거절된다. 다른 하나는, 정신질환의 발병이라는 사실을 객관적으로 평가하기 어렵고, 그로 인한 손해나 치료를 확정짓기도 어렵기 때문에 정신질환의 발병은 보험이 담보되는 위험에서 배제된다. 전자가 보험관계 바깥으로의 배제라면, 후자는 보험관계 안에서의 배제이다.

보험은 질병·사망·교통사고와 같은 위험에 대비하기 위한 경제적 제도로써 여기서 위험이란 우연한 사고발생의 가능성으로 사고발생의 여부(예컨대, 교통사고나 질병)나 그 시기(예컨대, 사망)가 불확정한 것이어야 한다.³⁾ 유전적 질환을 가지고 있거나 기존의 질병이 있을 경우 보험사고의 대상에서 제외하는 이유 중의 하나는 이러한 우연성(불확정성)이 없기 때문이다.

보험은 또한 동질의 위험에 처한 사람들이 그 위험에 대비하는 제도이다. 보험의 원리는 위험의 동질성을 전제로 하여 대수의 법칙(관찰대상의 숫자나 측정횟수를 늘려가면 실제의 결과와 예상된 결과가 가까워지는 것)에 따라 위험단체 내에서 위험을 분산시키는 것이다.⁴⁾ 정신질환자의 보험가입이 거부되는 기본적 이유 중의 하나는 위험단체에 포함될 수

있는 동질의 위험성 여부와 관련된다. 이것은 운전이라는 위험성 있는 직업을 가진 사람의 보험가입이 어려운 것과 유사한 측면도 있다. 예컨대, 미국 텍사스 주의 보험규정을 보면 보험회사 등의 금지된 차별행위로서 원칙적으로 인종, 피부색, 종교, 국적, 연령, 성별, 결혼상태, 지역, 장애 등을 이유로 한 보험인수 거절이나 제한 등의 차별을 원칙적으로 금지시키나, 예외로서 연령, 성별, 결혼상태, 지역, 장애 등의 경우에는 그 보험인수 거절이나 제한 등이 건전한 보험인수기준(so-und underwriting)이나 보험통계 원칙(actuarial principle)에 근거한다면 차별행위로 보지 않고 있다.⁵⁾

정신질환자 보험차별의 사회적 문제점

정신질환자의 보험과 관련된 문제는 보험회사의 경제적 판단, 즉 경제적 합리성의 관점에서만 접근하는 경우 사회적으로는 문제가 될 수 있다. 예컨대, 최근 늘어나는 정신질환과 관련하여 저렴한 비용으로 의료적 조치를 받을 수 있다면 그것은 사회 전체적으로 좋은 것이고, 보험은 그러한 치료비용을 제공하는 경제적 수단이 될 수 있다. 그러나 현재의 실손 의료보험은 정신질환을 담보되는 위험에서 제외하고 있어 치료의 공백이 발생할 수 있고, 정신질환 치료경력을 사망·상해·실손의료·질병 등을 담보하는 보험가입의 배제사유(인수거절사유)로 두고 있어 사람들은 정신질환 치료를 주저하게 되고, 결국은 정신질환 치료가 방치되는 문제점이 발생한다. 이와 같이 현행의 보험시스템이 정신질환과 관련하여 배제조치(보험인수 거절 및 담보되는 위험에서 제외조치)들을 계속해서 취하는 경우 치료받지 않은 정신질환이 당사자 본인, 가족, 사회, 국가에 미치는 사회경제적 부담은 더 클 수 있다.

최근 정신질환으로 인한 진료실인원은 2008년 1814852명에서 2012년 2318492명(의료급여 환자는 제외)으로 매년 증가하고 있고, 진료비도 2008년 1조 3095억 원(그 중 건강보험 급여비는 9324억 원)에서 2012년 2조 2117억 원(그 중 건강보험 급여비는 1조 6190억 원)에 이른다.⁶⁾ 위와 같이 최근 5년 사이 정신질환 진료실인원은 50만 명 가량이 증가하였고, 그에 따른 진료비 부담도 9000억 원 이상 증가하였다.

진료비와 건강보험 급여비의 차액인 환자본인 부담금은 환자가 민영보험인 실손의료보험 등에 가입하여 그 부담금을 보험한도액 내에서 보상받을 수 있는데, 정신질환으로 인한 입원이나 통원은 그 담보되는 위험에서 제외된다.

이와 같은 정신질환으로 인한 보험차별은 정신질환 치료와 회복에 장애물이 된다. 한국사회에서는 정신질환이 있다고 하여도 사람들은 병원을 잘 찾지 않는다. 정신과 병력은 현실에서 향후 보험가입의 제한사유가 되고, 정신과 치료는

민영 의료보험(실손 의료보험)의 적용대상이 되지 않는 것도 하나의 원인이다. 실제 정신질환에 이환된 적이 있는 사람이 1년 동안 의사, 정신건강의학과 전문의 등을 한 번 이상 방문한 비율은 2001년 8.9%, 2006년 11.4%, 2011년 15.3%로 점차 증가하고 있지만 다른 선진국(미국 39.2%, 호주 34.9%, 뉴질랜드 38.9%)에 비해 여전히 크게 못 미치고 있다.⁷⁾ 즉, 우리나라 사람은 정신질환이 걸리더라도 열의 하나, 둘 정도만 병원을 찾고 나머지 8명은 치료적 조치를 취하지 않는다는 것인데, 이러한 이유 중에는 정신과 병력이 남음으로서 생기는 각종 사회적 제약들(취업제한, 해고, 보험거절 등)과 정신과 의료비 부담의 문제가 있다. 이에 대한 대책의 하나로 정신질환자의 보다 신속하고 적극적인 치료적 개입을 위해서는 보험과 관련된 차별의 문제들을 해결할 필요성이 있다.

보험가입(인수) 거절의 대상자

상법 제732조의 심신상실자 또는 심신박약자

1962년 제정 당시의 표현 그대로 상법 제732조는 50년 넘게 ‘심신상실자’와 ‘심신박약자’의 사망을 보험사고로 한 보험계약을 무효로 하고 있다.

위 상법 규정은 2014년 2월 20일 국회에서 의결된 상법개정안에 따라 단서가 추가되어 “다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제735조의3에 따른 단체보험의 피보험자가 될 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다”는 규정이 신설되어 2015년 3월 12일부터 시행될 예정이다.

상법이 심신상실자와 심신박약자를 사망보험의 피보험자가 되는 보험계약을 무효로 하는 입법취지는 피보험자인 심신상실자나 심신박약자의 생명에 대한 다른 사람의 위협으로부터 보호하기 위한 것이다. 대법원의 표현을 빌리자면 “사망보험의 악용에 따른 도덕적 위험 등으로부터 보호”하기 위한 것이다.⁸⁾

위 법규정의 또 다른 목적을 찾아본다면 그것은 계약체결 능력이 없거나 부족한 사람이 체결한 보험계약 또는 서면동의를 무효화되기 때문에 계약의 유·무효 또는 서면동의의 유·무효와 관련된 분쟁을 미리 막을 수 있는 제도적 의미도 있다.

위와 같은 두 가지 입법 목적은 위 규정의 존치론에 대한 근거가 되나, 위 규정의 폐지론은 위 입법 목적에도 불구하고, 현실에서는 보험회사가 심신상실자나 심신박약자에 대한 명확한 개념규정이 없음을 기회로 정신질환자나 지적장애인을 자의적으로 위 규정에 포섭시켜 피보험자가 될 수 없는 자로 간주하는 사회적 차별의 문제가 있음을 강조한다.

정신질환자

상법 제732조의 법해석을 통하여 모든 정신질환자를 심신 상실자나 심신박약자로 간주할 수는 없다. 또한 상법 제732조가 국회 입법을 통하여 삭제되거나 개선되어도 정신질환자의 보험가입(인수) 거절은 여전히 지속될 수 있다.

현실에서 정신질환자에 대한 보험가입 거절은 상법 제732조 외에도 보험회사의 보험인수지침(underwriting guideline)에 의해 이루어진다. 일부 알려진 우리나라의 보험회사의 보험인수지침 중에는 정신질환(알코올중독, 치매, 조현병, 주요 우울증, 양극성 장애, 불면증 등)을 대부분 사실상 구체적으로 평가하지도 않고서 그 병력만으로 거절하는 데 반하여, 독일의 재보험사의 인수기준은 그에 비해 보험인수지침이 단계별로 다소 완화되어 있다.⁹⁾

국내 민영 건강보험의 위와 같은 제한된 보험인수의 현실과 관련하여 우리 보험회사들이 위험분류기준이 발달하지 못해 표준제 중심의 제한된 보험인수를 하면서 위험에 따른 보험료를 차등적용이 아니라 보험인수거절이라는 배타적 방식을 채택하게 된 결과로 보는 견해도 있다.¹⁰⁾

사망이나 질병과 관련된 보험인수지침은 통상 직업·기존 질병·가족력·생활습관 등을 고려해 보험회사가 인수여부, 담보하는 위험의 내용, 보험금액, 보험료율, 면책기간 등을 총체적으로 고려하게 되는데, 정신질환이 있을 경우에 우리의 경우는 보험인수 자체가 거절되는 경우가 대부분이다.

보험계약의 무효와 해지

상법 제732조는 15세 미만자, 심신상실자, 심신박약자의 사망을 보험사고로 하는 보험계약에만 적용된다. 위 조문을 그대로 적용하면 사망 외의 질병이나 상해, 사고 등과 관련된 다른 보험사고에는 위 규정이 적용되지 않는다. 우리 대법원도 15세 미만자의 교통재해보험의 피보험자 문제와 관련하여 무효가 되는 부분은 사망으로 인한 보험사고(교통사고 재해로 인한 사망보험)뿐이고, 그 외의 부분(교통사고 재해로 인한 장애보험)은 유효로 보고 있다.¹¹⁾ 이는 사망을 제외한 다른 유형의 질병이나 사고, 상해에 대해서는 위 상법 제732조가 적용될 수 없음을 의미한다. 실제 상법은 상해보험에 대해서는 제732조를 준용하지 않고 있어(상법 제739조) 상해보험에는 위 조항이 적용되지 않는다. 위와 같은 대법원의 해석과 상법의 취지에 따르면 재해로 인한 상해사고나 질병으로 인한 장애 등을 담보하기 위한 보험상품이 사망보험을 포함하고 있을 경우(다수의 보험이 그러하다)에 심신상실자나 심신박약자를 피보험자로 하는 보험계약의 무효는 사망보험에 한정되고, 장애나 질병치료, 상해와 관련된 보험은 여전히 유효가 될 수 있다.

한편, 보험회사는 정신질환 등의 병력이 있을 경우 이를 중요사항으로 보아서 고지할 의무가 있는 사항으로 규정하고 있어¹²⁾ 이를 고지하지 않을 경우에는 나중에 보험사고가 발생하더라도 보험회사가 보험계약을 해지할 수 있다. 그리고 정신질환 병력을 고지한 경우라면 보험계약 체결을 거절할 수 있기 때문에 정신질환 병력은 알려도, 그리고 알리지 않아도 결국 보험관계로부터 배제된다.

보험의 대상에서 배제되는 정신질환 (질병보험과 실손 의료보험)

질병의 발병은 개인의 삶을 신체적·정신적·경제적으로 위협하며, 예측이 쉽지도 않다. 따라서 개인으로서는 질병의 발병에 대비해 보험에 가입할 필요가 생기고, 사회적으로도 개별 국민들의 질병 발생시 치료를 해주는 사회보험(우리의 경우 국민건강보험)제도가 마련되어 있다. 강제가입이 원칙인 사회보험과 달리 민영보험은 개인과 민영 보험회사가 서로를 선택하여 계약을 체결하는 방식을 채택하고 있다.

민영 보험회사의 질병보험은 흔한 주요 질병들인 암, 3대 중병(급성심근경색, 뇌출혈, 간경화), 만성질환(만성호흡기질환, 관절염 등), 부인과 질환 등 외에도 한국표준질병·사인 분류상의 모든 질병(A00-R00)을 보장하는 질병보험 상품도 있다. 그러나 모든 질병을 보장하는 상품에서조차도 보험금을 지급하지 않는 예외질병으로 1) 정신 및 행동장애(F00-F99), 2) 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00-Q99)으로 인한 질병, 3) 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인하여 입원한 경우 등을 두어 보험금 지급대상에서 제외하고 있다.

질병보험뿐만 아니라 실손 의료보험에 있어서도 정신질환은 예외이다. 금융감독원이 제정한 실손 의료보험(사람의 질병 또는 상해로 인한 손해 중 의료비를 보상하는 보험상품)의 표준약관 또한 질병입원 및 질병통원과 관련해 정신과 질환 및 행동장애(F04-F99)로 인한 의료비는 보상하지 않고 있다(단, 일부 유형의 치매는 보상함)(실손 의료보험 표준약관 제4조).

한편, 금융감독원이 제정한 질병·상해보험 표준약관(손해보험 회사용)에서도 보상을 해주는 장애와 관련해 장애분류표상 정신행동과 관련된 장애판정기준은 평가의 객관적 근거가 확보되어야 하여 각종 기질성 정신장애와 외상 후 간질에 한하여 보상하고, 외상 후 스트레스장애, 우울증(반응성) 등의 질환, 정신분열증, 편집증, 조울증(정서장애), 불안장애, 전환장애, 공포장애, 강박장애 등 각종 신경증 및 각종 인격장애는 보상의 대상으로 하지 않고 있다(질병·상해보험 표준약관 장애분류표 13).

왜 정신질환은 다른 질병과 달리 보험에서 담보하는 질병

이나 장애에서 배제되는 것일까? 보험은 미래의 우연한 사고나 질병을 담보하는 것이기 때문에 임신, 인공유산, 건강진단, 치의보철, 미용 목적의 성형, 비만 등을 보험금 지급대상에서 제외하는 것은 우연이라기보다는 개인적 의지가 반영되는 행위들이기 때문에 이해할 만하다. 그러나 정신질환은 만성화될 수는 있지만 보험사고가 가져야 할 질병 발생의 우연성은 갖추고 있다. 그렇다면 결국 정신질환은 신체질환과 달리 보험의 대상에서 제외되고 있는 이유가 무엇인지 문제된다.

먼저, 질병·상해보험에서 각종 정신질환을 장애로 보지 않는 이유 중의 하나는 객관적 판단자료를 확보하기 어렵다는 점에 있다. 기질적 정신병인 치매와 같은 경우 뇌의 기능 및 결손을 입증할 수 있는 뇌자기공명촬영, 뇌전산화촬영, 뇌파 등을 기초로 하여 객관적으로 병명을 진단할 수 있고, 임상치매척도(한국판 Expanded Clinical Dementia Rating) 검사결과에 따라 점수화시킬 수 있으며, 이에 따른 장애판정이 가능하다. 한편 치매 외에 정신행동장애와 관련해서는 심리검사 등을 통해 장애 정도의 측정이 가능할 수 있으나, 환자가 주관적으로 그 증상의 정도를 왜곡할 수 있어 객관적 판단의 자료가 불충분할 수 있다.

또한, 일반인의 질병보험이나 실손 의료보험 가입에서 정신질환을 보험의 담보대상에서 제외하는 이유는 앞서 본 바와 같이 1) 정신질환 판정의 객관성 확보의 어려움, 2) 정신질환의 만성화 가능성 외에도 3) 정신질환의 주관적 증상으로 인하여 다른 질환보다 높을 수 있는 역선택의 가능성(정신질환의 발병 사실을 보험가입자가 알고서도 치료를 받지 않고서 보험에 가입한 후 치료 등을 하면서 보험금을 수령하는 것),¹³⁾ 4) 정신장애 증상의 호전과 악화 등의 변화, 5) 정신질환으로 인한 과도하거나 무리한 민원의 사전적 회피목적 등으로 인해 보험회사들이 의식적으로 담보되는 위험 중에서 제외하고 있다.

끝으로, 정신질환은 다른 장애와 달리 영구적인 것이 아니라 증상의 변화가 있고, 일부는 회복가능하며, 회복시에는 일상생활에 장애를 주는 것이 크지 않기 때문에 장애판정을 받기가 어려워 보상에서 제외되기도 한다.

그러나 위와 같은 원인들은 정신질환을 담보되는 위험에서 제외하는 근거가 될 수 있을 뿐이고, 정신질환자를 보험가입 자체에서 배제하는 이유가 되지는 못한다.

보험차별에 대한 국가의 개선노력과 한계

기존의 국가의 개선노력

정신질환자의 보험차별 문제와 장애인 보험차별의 문제는

현재까지 사실상 하나의 틀에서 논의되어 왔다. 정신질환자에 앞서 장애인의 경우 보험차별의 문제는 장애우권익문제연구소 등에 의해 1999년부터 꾸준히 제기되었다. 장애인복지법상 장애인 개념 범주에는 정신장애인과 지적장애인이 포함되어 있고, 이는 정신질환자 범주에도 포함되므로 장애인에 대한 보험차별의 현황도 같이 살펴볼 필요가 있다. 2007년 연구보고서에 따르면, 장애인 중 39.8%가 보험계약시 차별을 받았다고 하고 있고, 정신적 장애인의 경우 신체적 장애인에 비해 더 많은 차별(정신적 장애인 56.9%, 신체적 장애인 40.0%)을 받는 것으로 확인되었다.¹⁴⁾

국가는 현재까지 장애인 차별의 관점에서 보험차별을 논의하여 왔다. 이러한 국가적 논의는 1999년 장애인단체 등의 문제제기를 통해 촉발되었고, 보험감독기관인 금융감독원, 국가인권기구인 국가인권위원회, 입법기관인 국회, 사법기관인 법원, 행정기관인 보건복지부 모두 정신질환자를 포함한 장애인 보험차별 금지와 관련된 노력을 해왔으나 아직까지 현실의 보험가입 거절의 벽은 넘지 못하고 있다. 이하에서는 먼저 각 기관의 보험차별 개선을 위한 노력들을 살펴보고, 그 한계를 검토한다.

금융감독원의 지침

보험회사를 감독하는 기관인 금융감독원은 2000년 장애우권익문제연구소 등 장애인단체의 요구를 일부 반영하여 생명보험협회 주관하에 장애인 보험계약 심사기준을 완화하는 내용의 '장애인보험 공동계약심사기준'을 마련하고, 2001년 장애인전용 보험상품을 개발하여 마련하였다.¹⁵⁾ 이후 생명보험협회는 '장애인보험 공동계약심사기준'을 폐지하고, 비장애인과 동일하게 장애인도 동일한 심사기준과 과정을 거쳐 보험에 가입할 수 있도록 금융감독원이 2005년 8월 마련한 '장애인 보험계약 인수를 위한 모범규준'에 따라 장애인의 보험가입 여부를 판단하고 있다. 그러나 여전히 특정 유형의 장애를 일률적으로 보험인수 불가유형으로 규정하여 차별적 요소가 강하다는 비판을 받고 있다.^{16,17)}

또한 2011년 금융감독원은 보험회사들을 상대로 '장애인 등에 대한 보험계약 업무 가이드라인'을 제시하였는데, 그 중 정신질환과 관련된 내용을 보면, "1) 정신장애인 및 지적장애인을 곧바로 상법 제732조상의 심신박약자라고 단정하기 보다는 정신장애인 및 지적장애인이 상법상의 유효한 서면동의를 할 수 있는지 여부를 기준으로 심신박약자 여부를 판단한다. 2) 간헐적으로 정신과 질환으로 투약과 치료를 받았다고 해서 이를 심신박약자로 단정하여서는 아니 된다. 3) 정신장애인 및 지적장애인이 심신박약자에 해당하더라도 인수심사절차조차 거치지 않고 곧바로 상해보험 등 제3보험에 가

입하는 경우까지 금지하여서는 아니 된다”고 규정하고 있다. 이와 같은 가이드라인의 지침은 현실의 문제점(상법 제732조의 확대해석을 통한 정신장애인과 지적장애인의 보험가입 거절, 정신과 약물 복용 중인 자에 대한 심신박약자 간주, 정신장애인 등에 대한 심사 없는 가입 거절)을 그대로 보여주는 것이기도 하다. 즉, 현실은 그러하니 그러면 아니 된다고 가이드라인은 제시하는 것이다.

보험회사 등의 실질적 감독기관인 금융감독원은 보험회사의 업무에 대한 검사와 그 결과에 따른 제재를 가할 수 있다(금융위원회의 설치 등에 관한 법률 제37조). 앞서 본 금융감독원이 제시한 일정한 가이드라인과 각종 보험의 표준약관 등은 보험회사가 따라야 할 지침이 되기는 하지만, 보험회사나 법원을 기속하는 법적 구속력이 있는 규범이라 보기는 어렵다. 또한 앞서 보았듯이 금융감독원의 2011년 가이드라인은 계약의 체결을 강제하는 것이 아니다. 위 가이드라인은 정신질환자나 지적장애인에 대해 무작정 보험인수를 거절해서는 안 되고, 인수심사절차를 거쳐 잘 따져서 판단해야 한다는 취지인데, 이는 절차적 준수(인수절차)를 요구하는 것이지, 최종적 결정(보험가입)을 강제하는 것은 아니다. 오히려 실제 금융감독원이 보험회사에 제시하고 있는 표준사업방버서는 “각 위험요소가 위험보장에 영향을 미치는 정도에 따라 보험가입을 거절하거나 보험가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할인·할증 등 조건부 인수를 할 수 있으며, 보험종목별로 그 기준이 되는 계약인수지침을 마련하여 사용”하도록 하고 있다(보험업감독업무 시행세칙 제5~13조 별표 14). 이것은 보험회사가 재량적으로 만든 보험인수지침을 통해 계약의 자유(계약체결 여부, 상대방 선택, 계약내용 등)를 보장받을 수 있음을 의미하는 것이기도 하다.

국가인권위원회의 권고

2001년 설립된 국가인권위원회는 2002년 민영보험상의 장애인 차별 실태조사과정을 통하여 차별실태를 파악한 후 지속적으로 보험차별에 대한 권고, 가이드라인 및 차별시정결정 등을 제시해 왔다. 국가인권위원회는 2005년 1) 법무부 장관에게 정신적 장애인의 보험차별 개선을 위해 상법 제732조(15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다)의 삭제를 위한 상법개정을, 2) 재정경제부 장관에게는 보험업법에 차별행위의 금지, 차별행위의 정당성에 대한 보험자 입증책임, 장애인시설 등에 대한 화재보험가입 의무화 등을, 3) 금융감독원장에게는 장애인 관련 공통계약심사기준의 개선과 보험회사의 보험인수기준과 약관 등의 불합리한 내용에 대한 적극적인 관리감독 등을 권고하였다.¹⁸⁾ 다시 2012년에도 국가인권위원회는 장애

인 보험차별 개선을 위한 가이드라인 및 의학적·통계적 연구에 대한 권고를 통하여 금융감독원장에게는 가이드라인의 준수를, 보건복지부 장관 등에게는 장애인의 사망률, 질병발생률, 재해발생률 등에 대한 의학적·통계적 연구를 권고하였다.

국가인권위원회는 위와 같은 국가기관 등에 대한 권고 외에도 차별을 받은 장애인의 권리구제 방법 중의 하나로 장애인차별시정위원회에서 보험가입 거부에 대한 차별시정 조치를 해왔다. 2008년 4월 ‘장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률’(이하, ‘장애인차별금지법’이라 한다)이 시행된 이후 위 법의 차별금지 조항을 근거로 하여 상법 제732조를 이유로 보험가입을 거부당한 발달장애인(지적장애 1급의 장애인,¹⁹⁾ 자폐성 장애인,²⁰⁾ 지적장애 3급의 장애인,²¹⁾ 정신과 약물복용을 하는 지적장애 3급의 장애인²²⁾과 관련하여 보험회사가 1) 정식으로 인수여부를 결정하기 위한 심사를 할 것, 2) 관련 규정과 위원회가 제공한 가이드라인 등의 취지에 맞게 세부지침과 심사절차 등을 마련할 것, 3) 직원에게 장애차별 금지와 관련된 인권교육을 할 것을 권고해 왔다.

위와 같은 권고와 결정들에도 불구하고 국가인권위원회의 조치는 법적 한계가 있다. 국가인권위원회의 가이드라인이나 권고는 그 상대방이나 관계기관에게 법적 구속력을 갖지 않는다. 다만 관계기관 등의 장은 그 권고사항을 존중하고, 권고사항의 이행계획을 세우며, 이행하지 아니할 때에는 그 불이행사유를 통지하는 것으로 족하다(국가인권위원회법 제25조). 이는 장애차별로 인한 시정조치에 있어서도 동일하기 때문에(장애인차별금지법 제41조) 보험가입거절 등의 차별행위를 한 보험회사에 대해서도 가입강제나 차별무효 등의 법적 효력을 가지지 않는다. 즉, 권고의 내용을 국가가 강제할 수 없다. 이것이 국가인권위원회 권고가 가지는 한계이다.

국회의 입법

상법 제732조 개정

앞서 보았듯이 정신질환자 또는 정신장애인의 보험가입 거절의 근거로 보험회사가 내세우는 법적 근거는 상법 제732조(15세 미만자, 심신상실자, 심신박약자의 사망을 보험사고로 하는 보험계약의 무효)이다. 보험회사의 장애차별의 근거가 되는 위 조문에 대해 정부 및 국회의원들은 2005년부터 지속적으로 위 법조항의 삭제나 개정을 위한 상법개정안을 제출해 왔다. 한편 이와 관련하여 학계에서는 상법 제732조의 삭제를 지지하는 견해²³⁾와 존치를 지지하는 견해,²⁴⁾ 일부 개정을 요구하는 견해^{25,26)}가 대립되어 있고, 보험회사에서는 일관되게 상법 제732조의 존치를 주장하며, 삭제를 반대

하고 있다.

2005년 제17대 국회에서 나경원 의원이 대표발의한 상법 개정안(의안번호 제1949호)과 2008년 제18대 국회에서 광정숙 의원이 대표발의한 상법개정안(의안번호 제2388호)은 모두 상법 제732조의 삭제를 제안하고 있었지만 각 개정안은 모두 국회임기만으로 폐기되었다. 그리고 다시 같은 내용의 상법개정안이 2012년 7월 3일 제19대 국회에서 박원석 의원에게 의해 대표발의되었다.

한편, 정부도 2008년 제18대 국회에서 상법 제732조의 개정(“다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제731조에 따른 서면 동의를 할 때는 그러하지 아니하다”라는 단서조항의 신설)을 포함한 상법개정안(의안번호 제8065호)을 제출하였으나 국회임기만으로 폐기되었다. 그 후 2013년 2월 정부가 다시 제19대 국회에 상법 제732조의 개정안(“다만, 심신박약자가 보험계약을 체결하거나 제731조에 따른 서면 동의를 할 때에 의사능력이 있는 경우에는 그러하지 아니하다”라는 단서조항의 신설)을 포함한 상법개정안(의안번호 제3629호)을 제출하였다.

그 밖에, 2014년 1월 현재 김정록 의원이 대표발의한 상법 제732조 개정안(2012년 5월 30일 발의, 의안번호 제8호)(“다만, 심신박약자 중 의사능력이 있는 자가 보험계약을 체결하거나 제731조에 따른 서면동의를 하는 경우에는 그러하지 아니하다”는 단서조항의 신설)과 배기운 의원이 대표발의한 상법 제732조 개정안(2012년 8월 30일 발의, 의안번호 제1421호)(학교 등에서 실시하는 여행 등의 단체활동에서 발생할 수 있는 사고를 대비하기 위해 15세 미만자의 사망을 보험사고로 한 보험계약 체결을 허용하는 단서조항의 신설)이 함께 국회에 제출되었다.

위 상법 제732조에 대해서는 삭제안(상법 제732조 삭제를 통한 정신장애인 및 정신질환자 보험차별 폐지)과 개정안(상법 제732조 단서를 신설하여 심신박약자 중 일부의 보험계약 체결) 중 결국 2014년 2월 20일 국회에서 단서를 신설하는 개정안(의사능력이 있는 심신박약자의 보험계약 체결 및 단체보험에서 피보험자 허용)이 의결되었다. 그러나 위와 같은 상법 제732조 단서 신설은 문제가 있다. 먼저, 단서가 제시하고 있는 심신박약자의 계약체결의 문제는 법률행위인 의사표시를 할 수 있는 의사능력의 여부로 보험계약 유효·무효를 판단하겠다는 의미인데, 이는 남겨 둔 본문의 의도(15세 미만자, 심신상실자, 심신박약자)가 단순히 의사능력이 없어서 계약을 무효화시키는 것이 아님을 간과한 것이다. 즉, 원칙(본문)과 예외(단서)가 서로 다른 곳을 바라보고 있다. 본문은 고의적 보험사고에 취약한 대상을 보호하기 위한 목적임에 반하여, 개정 상법의 단서는 의사능력 여부로 보험계약

의 유효·무효를 판단하는 기준을 제시한다. 그러나 그 단서조항의 신설이 없어도 법해석상으로도 의사능력 없는 자의 계약이나 동의는 무효로서 판례상 효력이 없다.²⁷⁾

결국 개정상법 부칙에 따라 2015년 3월 12일 시행될 상법 제732조 단서는 심신박약자 중 일부에게 마치 보험가입이 허용되는 것처럼 개정하는 것처럼 보이지만 그러한 계약체결이나 보험동의를 해 줄 수 있는 의사능력이 있는 사람은 원래 심신박약자 자체가 아니라고 볼 수 있기 때문에 위 단서조항이 정신질환자나 지적장애인의 보험가입을 확대하게 된 것이라 보기도 어렵다. 또한 위 개정상법의 규정과 상관없이 보험회사는 보험인수지침(underwriting guideline)을 통한 가입거절이 여전히 계약자유의 원칙을 통하여 확보될 수 있기 때문에 단서조항의 신설에도 불구하고 정신질환자나 지적장애인의 보험가입 허용은 여전히 숙제로 남아 있다.

보험업법 개정

장애인에 대한 보험차별이 문제된 이후 2010년 보험업법이 개정되면서 보험계약의 체결 또는 모집에 관한 금지행위 중 하나로 “정당한 이유 없이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제2조에 따른 장애인의 보험가입을 거부하는 행위”가 추가되었고, 위와 같은 정당한 이유 없는 보험가입 거부행위를 하는 경우 보험회사에 대해서는 과징금(제196조 제2항), 보험회사의 임직원·보험설계사·그 밖의 사람이 위와 같은 행위를 하는 경우에 대해서는 과태료(제209조) 부과할 수 있다.

장애인차별금지법 제정

2007년 제정된 장애인차별금지법은 제17조에서 “보험가입 등 각종 금융상품과 서비스의 제공에 있어서 정당한 사유 없이 장애인을 제한·배제·분리·거부”하는 것을 금지하고 있다. 차별행위로 피해를 입은 피해자나 이를 알고 있는 사람 또는 단체는 국가인권위원회에 진정할 수 있고(제38조), 장애인차별시정소위원회의 조사와 구제를 받을 수 있다.

국가인권위원회가 금지하는 차별행위를 이유로 권고하는 경우 법무부 장관에게 통보해야 하고(제42조), 법무부 장관은 정당한 사유 없이 권고를 이행하지 아니하고, 반복적이거나 피해자가 다수이거나 고의적 불이행 등의 경우로서 그 피해가 심각하고, 공익에 미치는 영향이 중대한 경우 신청이나 직권으로 시정명령을 할 수 있다(제43조 제1항). 그 시정명령의 내용으로는 차별행위자에 대해 차별행위의 중지, 피해의 원상회복, 차별행위 재발방지를 위한 조치 등을 할 수 있고(제43조 제2항), 확정된 시정명령에 대해서는 그 이행상황의 제출을 요구할 수 있다(제45조 제1항).

한편, 차별행위의 피해자가 법원에 손해배상을 청구할 경우 1) 일반 불법행위책임과 달리 차별행위자가 고의 또는 과실 없음을 증명하여야 하고(제46조 제1항), 2) 피해자가 재산상 손해를 입증할 수 없으면 차별행위자가 얻은 재산상 이익을 그 손해로 추정하도록 하고 있다(제46조 제2항). 입증책임과 관련해서는 피해자가 차별행위 사실을 입증하고, 장애를 이유로 한 차별이 아니라거나 정당한 사유가 있는 차별이라는 점은 그 상대방이 입증하도록 규정하고 있다(제47조).

차별행위를 받은 피해자는 법원에 차별적 행위의 중지, 임금 등 근로조건의 개선, 시정을 위한 적극적 조치 등을 구하여 판결을 받을 수 있고, 법원은 차별시정을 위한 적극적 조치가 필요한 경우 그 이행기간을 밝히고, 이행하지 않는 경우 그 늦어진 기간에 따라 배상명령을 할 수 있다(제48조 제2항 및 제3항). 소송 제기 전이나 소 제기 중이라도 법원은 피해자의 신청으로 판결 전까지 차별행위의 중지 등 적절한 임시조치를 명할 수 있다(제48조 제1항).

장애인차별금지법의 한계로서 1) 먼저, 차별의 대상자로서 장애인의 범주가 정신질환자 전부를 포함하지는 못하여 그 구제대상자에 제한이 있고, 2) 다음으로, 법무부 장관의 시정 명령이나 법원의 구제조치와 같은 국가적 강제가 가능한 수단들은 현실에서 거의 사용되지 못하고 있으며, 3) 끝으로, 장애인차별금지법도 정당한 사유, 예컨대 보험회사 내에 합리적 인수거부의 근거가 있다면 차별로서 인정되지 않는데, 그 정당한 사유 여부는 최종적으로 법원의 판단까지 가야만 그 적법여부를 확인할 수 있다.

법원의 판결

보험차별 손해배상(위자료) 인정사례

대법원은 아니지만 하급심 법원도 몇 차례에 걸쳐 장애인에 대한 보험가입 거절이 합리적 이유가 없는 차별임을 선언하면서 손해배상(위자료)을 인정했다. 예컨대, 1) 2004년 뇌성마비 장애인의 종신보험 가입을 거절한 것이 정당한 이유 없는 차별임을 이유로 한 위자료 판결,²⁸⁾ 2) 2006년 발달장애 아동들의 여행자보험 가입을 거절한 것이 정당한 이유 없는 차별임을 이유로 한 부모와 아동들에 대한 위자료 판결,²⁹⁾ 3) 최근인 2013년 양극성 장애(3급 정신장애)를 이유로 한 보험가입거절에 대한 위자료 판결이 있다.³⁰⁾ 그러나 최근의 하급심 판결은 위자료(손해배상) 지급에서 더 나아가 보험계약 체결을 강제하는 것까지 진전하지는 않는다.

장애인차별금지법상의 구제조치 허용여부

앞서 본 보험차별 위자료 지급 사건들 중 최근의 2013년의

사건은 원고(양극성 장애가 있는 3급 정신장애인)가 장애인차별금지법상의 구제조치(피고 보험회사가 원고에 대해 보험인수와 관련된 심사절차를 이행하라는 취지임)도 위자료와 함께 청구하였다. 이에 대해 하급심 판결은 비록 장애인차별금지법에 보험계약의 체결을 강제할 수 있는 법원의 강제적 구제수단이 있다고 하더라도 보험계약의 체결을 국가(법원)가 강제하기에는 어려움이 있다고 설명한다. 그 이유는 보험회사측에게 계약체결의 자유가 있기 때문이다. 현재까지의 법원의 입장은 장애인(정신질환자)에 대한 보험가입거절이 합리적 이유가 없어 손해배상(위자료)은 해야 하지만, 그렇다고 보험계약 체결을 강제하기는 어렵다라는 것이다. 우리는 여기서 정신질환자에 대한 보험차별이 근대 민법의 원리인 계약자유 원칙(계약체결의 자유, 상대방선택의 자유 등)에서 시작됨을 알 수 있다. 이러한 보험차별의 상황을 개선하기 위해서는 결국 보험회사의 계약자유가 또 다른 무엇인가에 의해 제어될 필요가 있다.

보건복지부의 정신보건법 개정안

2013년 5월 정부(보건복지부)는 정신보건법 전부개정안의 입법예고를 통하여 정신질환자에 대한 보험상품 제공에 있어 차별금지를 신설하여 규정하였지만, 2014년 1월 국회에 실제 제출한 정부의 전부개정안에는 그 부분이 삭제되었다. 2013년 5월 입법예고된 전부개정안은 다음과 같은 규정을 두고 있었다.

『제57조(보험상품 제공에 있어서의 차별금지) 1) 보험업법상 보험상품을 제공하는 자는 그 상품의 가입, 갱신, 해지와 관련하여 정당한 사유 없이 정신질환을 이유로 피보험자를 제한·배제·분리·거부(이하 “차별행위”이라 한다)하여서는 아니된다.

2) 제1항에 따른 차별행위가 정신질환을 이유로 한 차별이 아니라거나 정당한 사유가 있었다는 점은 차별행위를 당하였다고 주장하는 자의 상대방이 입증하여야 한다.』

위 조항과 관련하여 입법예고 당시부터 차별행위를 한 보험회사 등에 대한 형사처벌 조항이 없고, 환자의 절차적 구제수단이 결국 법원의 소송상의 조치밖에 없어 사실상 선언적 의미만 있다고 비판할 점이 있기는 하였지만, 그러한 선언적 의미의 법률 규정이 있는 것만으로도 현실의 정신질환자 보험차별을 어느 정도 규율할 수 있다는 점에서 의미는 작지 않았다. 그러나 2013년 정신보건법 전부개정안의 화려한 입법예고와 달리 그러한 선언적 규정의 입법조차도 무엇인가에 의해 막혔다.

한편, 보건복지부가 입법예고하였던 위의 보험차별 금지 조항이 정부의 국회제출 법안에서 삭제되자 2014년 2월 일

Table 1. State agencies actions against insurance discrimination of the mentally ill

국가기관	기구의 성격	개입방식	개입내용	한계
금융감독원	보험감독기관	감독법령제정 및 행정제재	보험인수기준 및 표준약관의 제정과 감독	보험회사의 이해관계를 반영하기도 함
국가인권위원회	국가인권기관	개별적 구제 및 관련기관 권고	차별시정권고 및 가이드라인 제시	보험회사에 법적 구속력 있는 강제조치 불가
국 회	입법기관	일반적 입법규제	보험업법, 상법(보험편), 장애인차별금지법 제·개정	차별금지의 선언적 규정 외에 실질적 차별구제수단 미흡
법 원	사법기관	개별적 권리구제	보험차별 손해배상 판결	보험계약 체결강제 등의 조치를 스스로 자제함
정부(보건복지부)	행정기관	입법안 제시	정신질환자 차별금지 입법안 마련	보험회사에 대한 구체적 제재수단 없음

부 국회의원에 의해 보험차별 금지조항이 새롭게 발의되어 현재 국회 심의 중에 있다. 위와 같이 의원발의된 정신보건법 일부개정법률안(의안번호 9275호)도 과거 입법예고 당시의 개정안과 유사하게 정신질환이 있었다는 이유로 정당한 사유 없이 보험상품의 가입, 갱신, 해지하는 것을 금지하고, 그 차별행위에 대한 정당한 사유의 입증책임을 상대방에게 부여하고 있다.

고 찰

국가적 노력의 한계

위에서 본 각 국가기관의 보험차별을 막기 위한 노력과 한계를 표로서 정리하면 표 1과 같다.

표 1을 보면 다양한 국가기관(금융감독원, 국가인권위원회, 국회, 법원, 정부)이 정신질환자 보험차별을 막기 위해 나름의 노력을 기울여 왔음을, 그러나 그것의 한계가 노정되어 있음을 알 수 있다. 그 이유는 무엇일까? 정신질환자에 대한 보험차별의 현실이 위와 같은 노력에도 불구하고 별반 달라지지 않는 이유는 무엇인지 하나하나 살펴볼 필요가 있다.

먼저, 국가기관의 노력은 일시적인 사회적 이슈화에 밀려 수동적이거나 소극적인 자세로 접근하고 있다. 물론, 국가인권위원회와 같이 적극적 노력을 보인 기관도 있지만 인권의 측면에서 접근하는 것만으로 현실적 차별의 합리성을 극복하기는 어렵다.

다음으로, 1999년 장애인 보험차별이 이슈화된 이래로 지난 15년간 보험차별의 원인과 본질에 대한 이해를 크게 높이지는 못했다. 현재까지는 차별이 합리성만 수반한다면 받아들여야 한다는 것이지만 그 합리성이 사회적 연대의식으로 전환되어야 한다는 점까지 나아가지는 못했다. 국가기관은 보험회사의 합리성을 여전히 수궁하여야 한다고 생각한다.

끝으로, 정신질환자 보험차별의 폐해에 대한 인식도가 낮았다. 점점 증가하는 치료받지 못한 정신질환은 사회적 부담의 증가로 나타나는데, 보험을 통한 치료가 활성화된다면 이러한 사회적 부담을 어느 정도 덜 수 있다.

정신질환과 치료, 그리고 사회적 부담

현재의 정신질환자 보험차별이 가지는 문제점은 사망·질병·상해와 관련하여 보험단체에 편입되는 것(보험가입) 자체가 거부되고 있는 것이고, 다른 하나는 정신질환이 없는 사람이 보험관계에 편입되더라도 정신질환이 발병한 경우 질병보험이나 실손 의료보험 등을 통해 치료비 등의 보험혜택을 받을 수 없다는 점에 있다. 이는 보통의 사람이라도 정신질환이 발병할 경우 치료를 받지 못하게 될 위험성이 커짐을 보여준다. 또한, 보통의 사람들도 위와 같은 보험제도하에서는 정신질환이 발병하더라도 정신과 병력을 남기지 않기 위하여 치료를 받지 않는 선택을 할 수 밖에 없다.

정신보건법에 따른 정신질환실태 역학조사에 따르면, 우리나라의 정신질환 평생 유병률은 2001년 12.7%, 2006년 12.6%, 2011년 14.4%(각 알코올 및 니코틴 사용장애 제외)로 그 비율이 적지 않다.³¹⁾ 또한, 2001년 세계보건기구의 보고서에 따르면, 전 세계적으로 2000년 주요우울증이 단일질환으로 네 번째의 질병부담을 차지하고 있는데, 2020년에는 심혈관질환에 이어 두 번째로 부담이 높은 질병이 될 것으로 추정하고 있다.³²⁾ 정신질환은 개인의 노동능력이거나 업무능력을 떨어뜨리고, 더 나아가 자살이나 타해(他害)위험을 발생시키기도 한다. 우리 사회는 OECD 국가 중 가장 높은 자살률을 기록하고 있다. 10대부터 30대까지 사이의 사망원인 중 1위도 자살인데, 자살과 정신질환의 상관관계가 높으므로 정신질환의 치료는 자살을 줄이는 한 방법이 될 수도 있을 것이다. 이와 같이 정신질환의 치료는 개인적 건강뿐만 아니라 사회적 건강을 확보하고, 사회경제적 부담을 줄이는 길이 될 수 있다.

보험차별의 개선방안

위에서 본 바와 같이 정신질환자의 건강 위험에 대비하여 치료하는 것은 사회적 건강을 위해 필요하고, 결국 보험회사의 계약의 자유(보험계약 체결여부, 보험계약의 상대방 및 내용에 대한 선택의 자유 등)가 국가기관에 의해 일정정도 통제되는 것이 보다 건강한 사회를 위한 선택이 될 수 있다. 이

하에서는 정신질환자 보험차별의 개선방안과 관련된 구체적 문제로서 상법 제732조의 개정문제, 실손 의료보험의 표준약관 개정문제를 검토해 보도록 한다.

상법 제732조의 개정

상법 제732조는 앞서 보았듯이 그 입법취지가 판단능력이나 의사결정능력이 부족한 사람의 사망을 보험사고로 하는 것은 제3자에 의한 사망이라는 도덕적 위험을 증가시키므로 이를 막고자 하는 것이다. 그러나 독일이나 일본에서는 이러한 법조항을 두지 않고 있고, 프랑스의 경우는 우리와 유사한 규정을 두고 있어 결국 이는 각 국가가 정책적으로 어떤 입법을 할지 여부를 결정하는 것임을 알 수 있다.

생각건대, 상법 제732조가 1962년 입법할 당시에는 그러한 입법목적 가지고 있었다고 할지라도 현재는 정신질환자의 보험가입 거절의 근거로 활용되고 있고, 그 폐해가 법조항을 유지하는 것보다 많다고 하면 폐지하는 것이 타당하다. 만약, 폐지로 인한 문제점이 있다고 하면 상법 제732조의 심신상실자와 심신박약자와 같이 모호한 개념으로 인해 보험회사가 자의적으로 보험가입을 거부하는 것이 가능하게 할 것이 아니라 2013년 개정민법에 따른 피성년후견인 또는 피한정후견인으로 개정하여 보험계약의 무효가 되는 대상이 누구인지 명확히 하는 것이 필요하다. 피성년후견인이나 피한정후견인은 모두 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여되거나 부족한 사람으로 가정법원이 선고하여 후견등기부에 기재되는 사람이기 때문에 심신상실자 또는 심신박약자와 달리 보험회사가 그 외의 사람을 위의 피후견인과 같다고 보아 자의적으로 보험가입 거절을 판단할 수 없다.

위 조항이 삭제되거나 개정된다고 하더라도 보험회사는 합리적 보험인수기준을 만들어 여전히 보험가입을 거절할 계약의 자유는 유지된다. 다만 금융감독원의 보험상품심사기준과 관련해서는 “위험 이외의 요소로 특정 계약자 또는 피보험자의 선택을 부당하게 제한하는 사항이 있는지 여부”를 심사기준 중의 하나로 삼고 있는데(보험업감독업무 시행세칙 제5~19조 별표 18 보험상품심사기준 심사항목), 정신질환자가 특정한 질병 발생의 위험이 더 높다는 것이 객관적으로 입증되지 않음에도 불구하고 보험가입(인수) 거절사유로 정신질환 치료경력을 삼는다면 위험 이외의 요소로 정신질환자의 보험가입을 배제하는 것이 된다. 이와 관련하여 최근에는 암보험의 경우 정신질환 등이 있는 사람에 대해서도 가입을 허용하는 유병자(有病者) 보험상품도 등장하기 시작하였는데, 이는 정신질환이 암의 발병위험을 높여주는 것이 아님을 드러내는 것이기도 하며, 기존의 보험인수지침이 정

신질환자의 보험사고 발생의 객관적 위험을 측정하지 않고 있었음을 보여주는 것이기도 하다.

실손 의료보험 표준약관의 개정

실손 의료보험은 국민건강보험의 본인(자기)부담금을 개인에게 일부 전보하여 주는 보험이지만 금융감독원의 실손 의료보험 표준약관에 따르면, 정신질환과 관련된 본인부담금은 그 담보되는 위험에서 제외되고 있다. 실손 의료보험은 2012년 4월 기준으로 2522만 명(2009년 표준약관 제정 이후 가입자는 1167만 명)이 가입하고 있으며, 50대 이하가 다수를 차지하고 있다.³³⁾

금융감독원이 정한 실손 의료보험 표준약관을 준용하지 않는 경우에는 보험회사가 미리 금융위원회에 약관을 신고하여야 하는데, 만약 실손 의료보험 표준약관을 개정하여 담보되는 질병의 범위에 정신질환을 포함한다면 통원 또는 입원과 관련된 의료비를 보험금으로 지급받을 수 있게 된다. 실손 의료보험에서 정신질환을 보상하지 않는 손해로 제시해 놓은 객관적인 근거가 불분명하고, 정신질환의 치료는 개인적 문제뿐만 아니라 사회적 문제이기도 하기 때문에 공공성의 측면에서도 치료의 확대를 위한 보험제도가 필요하다.

이를 반영하여 2014년 2월 5일 금융감독원은 실손 의료보험 제도개선 추진정책 중의 하나로 경미한 우울증과 일시적인 불면증 등의 가벼운 치료로 완치될 수 있는 정신질환에 대해서 보상하는 정책을 금년 안에 마련하기로 하였다. 그러나 위와 같이 경미한 일부 정신질환만으로 한정할 것이 아니라 모든 정신질환과 관련하여 보상여부에 대한 검토가 필요하다.

최근에는 종합보험 중에 실손 의료보험으로 정신질환(조현병, 우울증, 조증, 섭식장애, 틱장애 등) 입원보험금과 멘탈 케어서비스를 제공하는 보험상품도 출시되고 있다. 이러한 보험회사의 자발적인 변화는 기존의 보험인수기준으로는 더 이상 보험가입자를 확대시킬 수 없다는 시장상황과 정신질환으로 인해 보험가입이 배제되었던 사람들의 규모와 그 확대 속도, 그리고 신체질환 외에 미래의 정신질환에 대해 가지는 사람들의 걱정 등이 반영되어 있다.

결론

이상에서 우리는 정신질환자의 보험차별과 관련된 법적 쟁점과 개선방안을 살펴보았다. 서론에서 말한 자본의 욕구와 사회적 이기심은 당위와 규범을 말하는 법에 의해 강제적으로 통제될 수 있는 것이기도 하지만, 그 근본에는 경제적 합리성을 제어할 수 있는 사회적 연대의식 속에서 비롯되는

것이어야 한다. 앞서 여러 국가기관의 장애인 및 정신질환자에 대한 차별금지를 위한 법령과 판결, 감독과 가이드라인이 있음에도 불구하고 현실이 근본적으로 바뀌지 않는 이유는 여전히 합리성을 가장하거나 전제한 욕구와 이기심이 앞서기 때문이다. 그 근거에는 일정한 사회적 계층과 집단을 배제하는 논리가 깔려 있기도 하다.

또한, 법 자체가 배제의 도구로 활용되기도 한다. 상법 제732조는 취약한 계층의 생명을 담보로 한 보험을 근본에서부터 무효화시켜 그로 인한 도덕적 위험을 막기 위한 보호장치임에도 불구하고, 보험회사는 이를 정신질환자를 배제하기 위한 장치로서 활용해 왔다. 이와 같이 정신질환자에게 적용되는 법은 늘 보호와 배제의 양면성을 가지고 있으며, 이는 동전의 양면과 같이 떼어낼 수가 없다.

한편, 최근의 포화상태인 보험시장에서의 경쟁으로 인해 정신질환자 암 보험 가입이나 정신질환 실손 의료비 보장은 사회적 연대의식과 무관하게 새로운 보험수요 창출의 목적으로 이루어지고 있다. 어찌 보면 먼 미래에는 보험회사 간의 경쟁으로 정신질환자 보험인수 거절은 사라지게 될 지도 모른다. 보험회사들이 현재는 상법 제732조의 존치를 주장하고 있지만, 언젠가 시장이 격화되어 보험에 가입할 사람이 그들밖에 남아있지 않게 되면 지금과는 반대의 입장을 보일 지도 모른다. 그러나 그것은 사회적 연대의식의 발로는 아닐 것이다.

중심 단어 : 보험 · 정신질환 · 차별.

Conflicts of Interest

The author has no financial conflicts of interest.

REFERENCES

- Rosenbaum S. Insurance discrimination on the basis of health status: an overview of discrimination practices, federal law, and federal reform options. O'Neill Institute Papers 2009 [cited 2014 Jan 20]. Available from: http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1023&context=ois_papers.
- Lee JH. Genetic discrimination in personal insurance: the Knoppers-Burley debate. Korean J Legal Philos 2003;6:285-308.
- Yang SG. Insurance law. 5th ed. Seoul: Samjiwon;2004. p.23.
- Jang DJ. Insurance Law. Seoul: Bubmunsa;2011. p.4.
- Statutes.legis.state.tx.us [homepage on the Internet]. Texas: Texas Constitution and Statutes [updated 2005 April 1; cited 2014 Jan 20]. Available from: <http://www.statutes.legis.state.tx.us/Docs/IN/htm/IN.544.htm>.
- Kosis.kr [homepage on the Internet]. Daejeon: Korean Statistical information Service [updated 2013; cited 2014 Jan 20]. Available from: http://stat.kosis.kr/nsieu/view/tree.do?task=branchView&id=350_35001_6*MT_OTITLE&hOrg=350.
- Cho MJ. The epidemiological survey of mental disorder in Korea. Seoul: Seoul National University;2011. p.26-28.
- Supreme Court Decision 2011Da9068, Decided April 13, 2013.
- Disability Discrimination Act of Solidarity (senior researcher Lim ST). A study on the underwriting guideline for the prevention of insurance discrimination against disabilities (National Human Rights Commission Research Report). Seoul: National Human Rights Commission;2011. p.80.
- Oh YS, Lee KH. A study on the advancement of private health insurance underwriting (Korea Insurance Research Institute Research Report). Seoul: Korea Insurance Research Institute;2003. p.120-123.
- Supreme Court Decision 2011Da9068, Decided April 13, 2013.
- Supreme Court Decision 2010Da78135, Decided August 23, 2013.
- Kim DH, Lee BJ. An analysis on adverse selection in fee-for-service health insurance. Korean J Insur 2013;96:25-50.
- Kim SJ, editor. A study on the analysis and classification of the actual status on disability discrimination. Seoul: National Human Rights Commission;2007. p.47-49.
- Law Firm Jipyong (senior researcher Lim ST). A survey on discrimination against people with disabilities in private insurance (National Human Rights Commission Research Report). Seoul: National Human Rights Commission;2002. p.9-15.
- Disability Discrimination Act of Solidarity (senior researcher Lim ST), op. cit. p. 80.
- National Human Rights Commission Decided November 26, 2012.
- National Human Rights Commission Decided August 22, 2005.
- National Human Rights Commission 09Jincha1560 Decided October 20, 2010.
- National Human Rights Commission 09Jincha1563 Decided October 20, 2010.
- National Human Rights Commission 10Jinjeong0377600 Decided March 8, 2011.
- National Human Rights Commission 13Jinjeong0388500 Decided August 21, 2013.
- Kim SG. A study on the discrimination against people with disabilities in insurance law. Democratic Legal Studies 2006;30:269.
- Kim SJ. A study on the commercial code section 732. Korean J Insur 2007;78:165-195.
- Choi BG. Insurance and discrimination against the mentally ill. Commercial Law Review 2007;6:339.
- Jang DJ. Insurance for a mentally handicapped person and Korean commercial code 732. Asian Women Law 2005;8:219-239.
- Supreme Court Decision 2006Da29358 Decided September 22, 2006.
- Seoul Central District Court 2003Gadan150990 Decided February 12, 2004.
- Cheonan Branch of Daejeon District Court 2005Gahab5440 Decided July 20, 2006.
- Seoul Central District Court 2011Gahab38092 Decided August 30, 2013.
- Cho MJ, op. cit. p. 11.
- World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding new hope. Geneva: World Health Organization;2001. p.14.
- Financial Services Commission press release August 30, 2012.