국가인권위원회
humanrights.go.kr

장애유형별 보험차별 개선을 위한 가이드라인 연구

2011년도 국가인권위원회 인권상황실태조사
연구용역보고서를 제출합니다

2011. 12.

연구수행기관 : **장애인차별금지추진연대**
연 구 책 임 자 : **임 성 택** (법무법인 지평지성 변호사)
공 동 연 구 원 : **박 종 혁** (국립암센터 암정책지원과장)
신 동 근 (용인정신병원 정신과장)
신 형 익 (분당서울대학교병원 재활의학과 교수)
조 근 호 (다사랑 중앙병원 원장)
이 영 문 (경기광역정신보건센터장)
김 선 광 (원광대학교 법학전문대학원 교수)
구 나 영 (법무법인 지평지성 변호사)
최 정 규 (법무법인 지평지성 변호사)

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서, 국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

목 차

제1장 서 론 ····· 1

1. 장애인보험차별의 개요 ····· 3
   가. 장애인에 대한 보험차별 ····· 3
   나. 장애인 보험차별의 역사 ····· 3
2. 연구의 목적 및 필요성 ····· 6
   가. 사보험과 장애인 차별의 한계 ····· 6
   나. 보험과 장애에 관한 의학적·통계적 연구의 부족 ····· 6
   다. 합리적 가이드라인의 필요성 ····· 8
   라. 연구 목적 ····· 9
3. 선행연구 분석 ····· 10
   가. 선행 연구 ····· 10
   나. 선행연구에 대한 평가 ····· 10

제2장 장애인 보험차별 사례 연구 ····· 11

1. 국가인권위원회 진정사례 ····· 13
   가. 장애아동 어린이의료비보장보험 가입거절사건 ····· 13
   나. 지적장애인 종합보험 가입거절사건 ····· 14
   다. 여행자보험 장애인 보험상품 중개 차별사건 ····· 14
   라. 청각장애자 보험가입 거절 사건 ····· 15
2. 금융위원회 민원 사례 ····· 16
   가. 심신상실자 보험계약 무효 사건 ····· 16
   나. 뇌성마비 아동 장해보험금 지급 거절 사건 ····· 17
   다. 신부전증상자 장해보험금 지급 거절 사건 ····· 17
   라. 요추장해자 장해보험금 지급 거절 사건 ····· 17

3. 장애인단체 사례(장애인차별상담전화 평지) ····· 18
가. 장애를 이유로 거절당한 사례 ····· 18
나. 장애를 이유로 보험금 지급 거절 ····· 19
다. 장애를 이유로 보장 내역이 다른 사례 ····· 19
라. 장애를 이유로 추가서류를 요청한 사례 ····· 19
4. 국내 판례 사례 검토 ····· 19
가. 뇌병변장애인 종신보험가입 거절사건 ····· 19
나. 뇌병변장애 및 지체장애 아동 여행자보험가입 거절 사건 ····· 21
다. 지적장애인 종신보험가입 거절사건 ····· 21
5. 미국의 장애인 보험차별 관련 판례 검토 ····· 22
가. 정신장애인 보험혜택 차별사건 ····· 22
나. 장애인 보험료 2배 요구 사건 ····· 22
다. 정신장애를 이유로 보험계약을 취소한 사건 ····· 23

제3장 보험과 장애에 관한 의학적 · 통계적 연구 필요성과 방법론 ····· 25

1. 장애인 건강통계의 필요성 ····· 27
가. 서설 ····· 27
나. 건강 통계자료의 현황 ····· 27
다. 보험가이드라인 확립을 위해서 장애인 건강통계는 기본적 수단 ····· 29
2. 보험차별과 관련한 의학적, 통계적 방법론 ····· 31
가. 서설 ····· 31
나. 기존의 문헌자료를 수집, 고찰하는 방법 ····· 31
다. 국내 의학적, 통계적 자료를 통해 분석하는 방법 ····· 32
라. 소결 ····· 34

제4장 장애유형별 위험도에 대한 의학적 연구 ····· 35

1. 뇌병변 장애인과 지체 장애인의 사망률 ····· 37
가. 개괄 ····· 37
나. 뇌졸중 환자의 사망율 ····· 37
다. 뇌성마비(Cerebralpalsy)의 사망률 ····· 42

국가인권위원회 humanrights.go.kr

라. 외상성 뇌손상(Traumatic brain injury) ····· 44
마. 척수 손상 (Spinalcord injury) ····· 46
바. 요약 ····· 49
2. 장애인과 비장애인의 만성질환 및 질병 이환율의 비교 ····· 50
가. 장애와 질환에 관한 문헌분석 내용 ····· 50
나. 요약 및 문헌 분석의 한계 ····· 55
3. 시각 장애 및 청각 장애인의 사망률 및 상해 위험의 정도 ····· 55
가. 시각 장애(Visual impairments) ····· 55
나. 청각 장애 ····· 60
다. 요약 및 문헌 연구의 한계 ····· 61
4. 장애인과 비장애인간의 암 발생률에 관한 문헌 고찰 ····· 62
5. 정신적 장애의 건강, 사망에 관한 문헌연구 ····· 64
가. 개괄 ····· 64
나. 정신 질환이 사망률에 미치는 영향 ····· 65
다. 주요 정신 질환과 흔히 동반되는 신체 질환 ····· 66
라. 치료에 따른 신체 질병의 완화 ····· 71
마. 정신질환과 자살 ····· 72
바. 요약 ····· 73

제5장 장애유형별 보험차별 방지를 위한 가이드라인 연구 ····· 77

1. 선례에 대한 연구 ····· 79
가. 호주의 가이드라인 ····· 79
나. 우리나라의 가이드라인 ····· 80
2. 상법 제644조에 대한 검토 ····· 83
가. 상법 제644조의 내용 ····· 83
나. 상법 제644조와 장애인 차별과의 관계 ····· 83
다. 국가인권위원회 결정(10진정0231300) 사례 검토 ····· 83
라. 해결방안 ····· 84

3. 보험상품 분석 ····· 85
가. 단체보험 ····· 85
나. 연금보험 ····· 88
다. 교육보험 ····· 91
라. 태아보험 ····· 94
4. 정신장애 관련 보험회사 인수기준 분석 ····· 101
가. 국내 사례 ····· 101
나. 외국의 사례(독일 재보험사 K사) ····· 103
다. 국내와 외국의 인수기준 비교 ····· 106
라. 소결 ····· 110
5. 가이드라인 ····· 111
가. 가이드라인의 의의 ····· 111
나. 가이드라인의 적용대상 ····· 112
다. 정의 ····· 113
라. 차별의 입증책임 ····· 114
마. 인수단계의 차별 ····· 116
바. 보험계약 유지와 차별 ····· 121
사. 보험금 지급과 차별 ····· 121

제6장 결론 ····· 123

1. 결론 ····· 125
2. 연구결과의 활용방안 ····· 126
3. 향후 제언 ····· 126

■ **참고문헌** ····· 129

■ **부 록** ····· 135

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제 1 장

서 론

국가인권위원회
humanrights.go.kr

Ⅰ. 장애인보험차별의 개요

가. 장애인에 대한 보험차별

장애인은 장애가 없는 사람들 못지않게 보험을 통해 위험을 담보할 필요가 많다. 그러나 보험사고가 일어날 위험성이 높다는 이유로 보험회사들은 장애인과의 보험계약 체결을 거부하거나 특약 가입을 배제하고, 중도에 보험계약을 해지하며, 보험금을 지급하지 않거나 적게 지급하는 불이익을 주어 왔다(가입, 유지, 보상단계의 차별).

심지어 청각장애인이 암보험에 가입하지 못하는 일이나, 시각장애인이 여행자보험에 가입하지 못하는 일도 있었다. 지금은 많은 문제제기를 통해 신체장애를 가진 사람들의 보험가입은 어느 정도 가능해졌으나, 지적장애나 정신적 장애를 가진 사람들의 보험가입은 여전히 쉽지 않다. 상법 제732조가 지적장애인의 생명보험 가입을 사실상 봉쇄하는 현실도 개선되지 않고 있다. 신체장애인들도 장애의 유형에 따라 보험의 장벽은 여전히 높기만 하다.

나. 장애인 보험차별의 역사

장애인 보험차별에 관한 역사를 주요사건 위주로 살펴보면 다음과 같다.

(1) 보험에서의 장애인 차별에 대한 문제제기의 시작(1999. ~ 2000.)

장애우권익문제연구소는 1999년 4월경 보험가입 차별사례를 수집하며 문제제기를 시작했다. 2000년 4월경에는 언어청각장애를 가진 특수학교 교사가 상해보험 가입을 거부당한 사실이 '장애인의 날'을 계기로 각종 언론에 크게 보도되었다. 이에 금융감독원은 국가기관으로는 처음으로 장애인에 대한 보험가입 개선방안을 검토하기 시작했다. 그 결과 생명보험협회는 보험인수를 금지하거나 제한하던 71종의 장애 항목 중 57개 항목을 '정상'으로 완화하는 "장애인보험 공통계약심사기준"을 마련하였다(2000. 9. 4.).

(2) 국가인권위원회의 장애인 보험차별 실태조사(2002)

2002년에는 국가인권위원회가 인권상황 실태조사의 하나로 ‘민간보험상의 장애인 차별 실태조사’를 실시했다. 실태조사 결과에 따르면 보험업계 및 의료계 어디에도 장애인과 보험사고의 상관성에 관한 의료적, 통계적 자료가 없음에도 뚜렷한 근거 없이 보험가입을 거절하는 등 보험차별이 광범위하게 존재한다는 점이 확인되었다.

(3) 장애인 보험차별 소송 및 판결(2003. 4. ~ 2004. 2.)

이런 가운데 뇌성마비 장애인인 조병찬씨가 어느 외국계 생명보험회사로부터 종신보험 가입을 거절당한 사례가 발생했다. 이는 보험회사를 상대로 한 손해배상 청구소송으로 이어졌다(2003년 4월). 뇌성마비 장애를 이유로 보험가입을 거절한 것은 정당한 이유없이 장애인을 차별한 것으로 불법행위에 해당한다는 것이었다. 서울지방법원은 2004년 2월 “원고에 대한 보험가입 거절은 장애인에 대한 차별을 금지하는 장애인복지법 제8조를 위반한 위법한 행위에 해당한다”고 판시하면서 원고의 손해배상청구를 받아들이는 판결을 선고했다(서울지방법원 2004. 2. 12. 선고 2003가단 150990 판결).

(4) ‘장애인보험 공통계약 심사기준’ 폐지(2005. 7. 26.) 및 생명보험협회의 장애인 보험계약 인수를 위한 모범규준 제정(2005. 8.)

2005년 7월경 금융감독위원회, 생명보험협회, 손해보험협회 등 관계기관이 장애인 보험개선안을 마련했는데, 주요내용은 '장애인보험 공통계약 심사기준'을 폐지하는 것이었다. 한편 생명보험협회는 2005년 8월 장애인 보험계약 인수를 위한 모범규준을 제정하였다. 모범규준은 장애인도 비장애인과 차별없이 동일한 심사과정을 거쳐 보험계약 인수를 결정하도록 하였다.

(5) 국가인권위원회의 정부기관에 대한 “민간보험에서의 장애인에 대한 차별 개선 권고”(2005. 8. 22.)

2005년 8월경 국가인권위원회는 ‘민간보험에서의 장애인 차별문제’에 대하여 법무부, 재정경제부, 금융감독원 등에 개선권고를 하였다. △ 법무부장관에게는

정신적 장애인과 관련한 상법 조항(제732조) 삭제를, △재정경제부장관에게는 보험업법과 「화재로 인한 재해보상과 보험가입에 관한 법률」(이하 '화재보험가입법') 개정을 권고하였고, △금융감독원장에게는 장애관련 공통계약심사기준 개선과 개별 보험사의 불합리한 기준 등에 대한 적극적인 관리감독을 권고하였다. 아울러 차별의 실질적 개선을 위해서는 부처별로 분산된 법령·정책 등에 대한 조정과 지원이 요구되므로 △국무총리에게 소관부처들의 개선 사안의 이행을 위한 정책조정 등 적극적인 조치를 권고하였다.

(6) 장애인차별금지법 제정(2007. 4. 10.)

「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」(이하 '장애인차별금지법')이 2007년 4월 10일 제정되어, 2008년 4월 11일부터 시행되었는데(법률 제8341호), 보험차별을 금지하는 명시적인 규정이 마련되었다. 즉 장애인차별금지법 제17조는 "금융상품 및 서비스의 제공자는 금전대출, 신용카드발급, 보험가입 등 각종 금융상품과 서비스의 제공에 있어서 정당한 사유 없이 장애인을 제한, 배제, 분리, 거부하여서는 아니된다"고 명시한 것이다. 이를 어길 경우 법무부장관의 시정명령과 법원의 구제조치가 가능하다. 나아가 악의적인 차별행위라고 인정될 때에는 형사처벌이 따를 수 있고, 시정명령을 이행하지 않을 경우 최대 3천만원 이하의 과태료를 부과할 수도 있게 되었다.

(7) 상법 제732조 개정논의

정신적 장애인의 보험가입을 불가능하게 하는 상법 제732조[1]의 개정 또는 폐지 논의가 국회 차원에서 제기되었다. 2005년 6월 나경원 의원이 처음으로 상법 개정안을 발의했고, 2008년 11월 곽정숙 의원이 다시 상법 제732조를 폐지하는 입법안을 발의했다. 다만 발의에 그치고 아직까지 상법 제732조는 여전히 남아 있다. 2010년 7월 지적장애인, 정신 장애인이 보험차별에 대한 구제청

1) 상법 제732조는 "심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 한다"고 규정하고 있다. 이 규정에 따라 정신적 장애를 가진 사람을 피보험자로 하는 생명보험 가입이 사실상 불가능하다. 우리나라는 생존보험이나 사망을 보험사고로 하지 않는 보험상품(예컨대 상해보험, 교육보험에도 피보험자의 사망을 보험사고로 정하고 있음)이 거의 존재하지 않기 때문에 정신장애인은 그 장애의 경중을 가리지 않고, 사실상 생명보험에 가입이 봉쇄되고 있다.

구를 서울중앙지방법원에 제기하였다. 지적장애인이 제기한 소송은 1심, 2심 판결 모두 패소하였고(차별 여부에 대한 판단은 하지 않았고, 청약이 없다는 이유로 원고의 청구가 기각되었다), 정신장애인이 제기한 소송은 현재 1심 진행 중이다.

2. 연구의 목적 및 필요성

가. 사보험과 장애인 차별의 한계

보험은 균질적인 위험발생의 개연성을 가진 사람들로 이루어진 위험단체를 전제로 한다. 따라서 보험회사는 인수기준(Underwriting Guideline)을 정하여 보험사고의 위험성이 높은 경우에는 보험인수를 거절할 수 있다. 특히 공보험이 아닌 사보험은 영리를 목적으로 하므로 사적자치의 원칙, 계약자유의 원칙이 강하게 작동한다. 계약자유의 원칙에는 계약상대방 선택의 자유가 포함되므로 보험회사가 계약심사기준을 설정하고 이에 따라 계약을 체결하지 않을 권리가 있다. 공보험, 특히 사회보험은 사회적 약자를 배려하는 것을 목적으로 하지만, 사보험의 원리는 다르기 때문에 장애인을 적극적으로 배려할 의무는 없기 때문이다.

그러나 헌법, 장애인차별금지법, 장애인복지법 등에 의하면 보험회사가 보험의 가입, 유지 등에 있어서 장애인을 합리적 이유 없이 차별하는 것은 허용되지 않는다. 다만 앞서 본 계약자유의 원칙, 보험의 본질과 영리보험의 특성에 비추어볼 때 합리적 차별인지 여부가 쟁점이 될 뿐이다. 그런데 아직까지도 민간 보험회사들이 보험계약의 체결, 유지 및 보상의 각 단계에서 장애인을 합리적 이유없이 차별하고 있다는 지적이 제기되고 있다. 어떤 경우에 부당한 차별이고, 어떤 경우에 합리적 차별인지, 차별의 한계가 구체적으로 문제된다.

나. 보험과 장애에 관한 의학적 · 통계적 연구의 부족

보험회사가 검증된 통계자료 또는 과학적 · 의학적 자료에 근거한 위험판단

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

에 따라 장애인에 대한 보험혜택을 거부하거나 제한하는 것은 문제가 없다. 그리고 장애인에게 보험사고가 일어날 위험율이 일반인보다 높은지를 알기 위해서는 장애의 종류에 따른 의료적 분석[2]과 통계적 분석[3]이 요구된다. 그럼에도 우리나라의 보험업계 및 의료계에서는 이에 관한 연구가 거의 없는 실정이다.

앞서 본 뇌병변장애인 소송 사건에서 원고와 보험회사는 뇌병변장애인의 기대여명, 보험사고 개연성을 놓고 치열한 논쟁을 벌였다. 보험회사측은 뇌성마비의 재활을 주제로 한 서울대학병원 홈페이지의 게시물(의학문헌도 아닌 짧은 홈페이지 안내물)을 제시하였는데, "뇌성마비의 수명은 일반적으로 일반인보다 짧은 것으로 보고되고 있다"는 내용이었다. 원고는 이를 탄핵하기 위하여 의학적, 통계적 자료를 찾았는데, 외국의 의료문헌 중에 의미있는 자료들을 찾아낼 수 있었다. 하나는 영국의학저널(British Medcal Journal, 1994. 8. 13. 발행 309호)에 게재된『뇌성마비 아이들의 기대여명』이라는 문헌이었다. 이 문헌은 영국의 어느 지역에서 1966년부터 1984년 사이에 태어난 뇌성마비 아이 1258명을 대상으로 추적조사 및 분석을 통하여 조사시점까지 20년간의 생존율을 조사한 것이었다. 다른 문헌은 미국의 신경학(Neurology, 1985. 6. 발간 35권)에 실린『뇌성마비 : 임상적 유형에 따른 생존율, 동반장애 및 분포(1950년에서 1976년 사이의 미국 미네소타 로체스터 지역)』라는 문헌이었다. 이 문헌도 1950년대부터 1976년까지 미국 로체스터에서 태어난 뇌성마비 장애인 64명을 대상으로 1980년대까지의 생존율을 추적관찰한 것이었다. 두 문헌 모두 "경미하거나 중등도의 장애를 가진 뇌성마비 아동들의 기대여명 또는 생존율은 정상의 아동들과 크게 다르지 않다"는 결론을 내리고 있었다. 국내 의학문헌 중 '뇌성마비의 재활'이라는 문헌도 찾았는데, 여기서는 "뇌성마비 중 1/4～1/3은 어른이 되어 자주적인 생활을 영위할 수 있고, 어른 뇌성마비 중 35～50%가 직업적으로 성공한다"는 부분을 이익으로 원용하였다. 이 문헌이 장애인의 소송승소에 결정적인 기여를 한 것은 물론이다.

---

2) 예컨대 청각장애인들이 암보험 가입이 거절되거나 보험료가 높게 책정되려면, 청각장애인들의 암 발생 확률이 일반인 보다 높다는 의학적 근거가 뒷받침되어야 할 것이다.

3) 예컨대 시각장애인들의 여행자보험 가입을 거절하는 것이 정당하려면, 시각장애인들이 여행을 할 때 일반인들보다 사고의 위험이 높다는 것에 대한 통계적 분석이 뒷받침되어야 할 것이다.

이처럼 장애와 보험사고 사이의 의학적·통계적 보고가 없는 상황에서 막연히 특정 장애인의 보험사고 위험율이 높다는 예단으로 보험가입을 거절하거나 보험조건에서 불리하게 취급하는 것은 평등권을 침해하는 차별행위로 인정될 가능성이 높다. 따라서 장애유형별로 보험사고 개연성을 검토할 필요가 있다. 즉 장애인이 민간보험에 가입하여 재해나 사고로부터 위험보장을 받고자 하는 경우에 그 적용대상이 되는 사고나 재해 등 이른바 보험사고에 따른 상병이나 사망 기타 보험사고의 발생률이 비장애인에 비하여 더 높은지를 의학적, 통계적으로 검토하여볼 필요가 있는 것이다.

다. 합리적 가이드라인의 필요성

생명보험회사들의 보험인수 여부를 내부적으로 판단하기 위한 인수지침을 가지고 있다. 과거 생명보험협회는 “장애인보험 공통계약심사기준”을 마련하여 사용한 적도 있었다. 공통심사기준의 문제점이 지적되어 지금은 폐지되었지만, 보험회사들은 내부적인 자체 기준을 가지고 있다. 장애인 관련 기준이 없는 경우에는 오히려 장애인에게 유리하게 작용되는 것이 아니라 기준이 없다는 이유로 널리 장애인에 대한 보험가입이 거절되기도 한다.

정신장애인의 경우 상황이 더욱 심각하다. 심신상실, 심신박약자에 대한 보험가입이 상법 제732조를 이유로 거부되고 있어, 지적장애인의 보험가입은 거의 불가능한 상황이다. 보험회사에 따라서는 지적장애인이 학교를 다녔는지, 특수학교를 다녔는지와 같은 형식적 기준으로 인수 여부를 판단하기도 한다. 정신질환자에 대한 보험가입도 매우 어려운 실정이다. 예를 들면 D생명의 경우 치매, 알콜의존, 정신분열증의 경우 가입을 거절하고, 주요 우울증의 경우 1회 발병에 자살 시도력이 없고, 완치 후 5년이 경과해야한다는 까다로운 규정을 두고 있으며, 아주 경미한 질환인 불면증의 경우조차 치료 기간이 3개월 미만이어야 하고 치료 종결 후 1년이 경과해야한다고 규정하고 있다.

합리적인 이유 없이 장애인에 대한 보험 인수를 금지하고 있거나, 특약 가입을 배제하고, 일반인에게 부과하지 아니하는 개별적·구체적 심사절차를 거치도록 하는 경우, 장해 등급에 따라 보험가입금액을 제한하는 경우, 장애인의 상

humanrights.go.kr KOR 국가인권위원회

태, 직업, 재력과 보험상품의 종류 등을 고려하지 않고 가입한도를 장애등급에 따라 일률적으로 제한하는 경우, 모든 장애등급에 대하여 건강진단을 요구하는 경우는 장애인을 합리적 이유 없이 차별하고 있다고 평가될 여지가 있다. 따라서 사보험에서의 장애인에 대한 합리적 차별이 허용되기 위해서도 장애유형별로 합리적인 기준을 만들 필요가 있다.

외국의 사례 중에는 위험률이 높은 장애인이라도 획일적으로 보험가입 자체를 금지시키지 않고, 인수조건을 다양화하여 사례에 따라 보험료 할증, 연령별 보험료 차등화, 보험금 지급조건 및 기간의 조정 등으로 문제를 해결하고 있다. 우리나라에서도 장애가 있다는 사실만으로 보험인수를 금지하지 않고, 합리적인 기준을 토대로 인수조건에 차이를 두는 상품이 판매되어야 할 것이다. 이를 위해 공정한 가이드라인이 마련될 필요가 있다.

라. 연구 목적

본 연구에서는 장애인들의 보험 가입/인수 과정에서 발생하는 차별문제를 장애유형별, 보험형태별로 분석하고, 차별사례를 정리하는 것을 목적으로 한다. 아울러 국가인권위원회 결정, 법원의 판결례, 외국의 사례를 분석하여 차별의 기준과 한계를 구체화하고자 한다.

나아가 장애인의 질병발생 및 사망률 등에 대한 의학적, 통계적 연구가 국내외에 존재하는지 살펴 정리하고, 이를 위한 연구방법론을 제시하며, 가능한 범위에서 의학적, 통계적 연구를 수행하였다.

호주의 가이드라인 사례, 금융감독원의 가이드라인 사례를 검토하여 합리적 이유가 없는 보험차별이 근절될 수 있도록 '장애인 보험가입 및 운용에 관한 가이드라인'을 제시하고자 한다.

이러한 작업을 통해 보험회사의 부당한 차별을 줄일 뿐만 아니라, 국가인권위원회가 관련된 진정사건의 구제 및 예방을 위한 지침을 세우고, 민간보험의 장애인 차별을 개선하기 위한 정책적, 법적 대안을 모색하는데 기여하는 것이 본 연구의 목적이다.

3. 선행연구 분석

가. 선행 연구

본 용역의 주제와 관련이 있는 선행 연구는 다음과 같다.

- 법무법인 지평(책임연구원 임성택), 민간보험상의 장애인 차별 실태조사, 국가인권위원회 2002년도 인권상황 실태조사 연구용역사업보고서(2002. 12. 30.)
- 김선광, '보험법상 장애인 차별에 관한 고찰', 민주법학 제30호(2006)
- 정연순, '민간보험에서의 장애인차별과 인권', 대한의사협회 주최 정신질환과 민간보험공청회(2007.7.4) 자료집
- 김유진, '신체장해 언더라이팅에 관한 연구', 보험의학회지 제25권(2006)
- 최병규, '정신질환자에 대한 보험가입과 차별', 상사법연구 제26권 제2호, 한국상사법학회(2007)
- 장경환, '상해보험 및 생명보험에서의 피보험자의 정신장애와 의식장애', 서울대학교 법학 제49권 제4호(2008. 12.)
- 장덕조, '정신장애인의 보험과 상법 제732조', 아세아여성법학 제8호(2005. 9.)
- 박세민, '심신박약자 및 심신상실자의 사망보험 가입에 관한 연구', 법조 613호(2007. 10.)
- 김선정, '상법 제732조 개정안에 대한 검토', 보험학회지 제78집(2007. 12.)

나. 선행연구에 대한 평가

선행 연구들을 보면 장애인 보험차별의 현실과 문제점, 상법 제732조의 문제점, 정신장애인의 보험차별에 관한 연구들이 주로 존재한다. 최근에는 정신장애의 차별문제가 활발히 논의되고 있어 주목할 만하다. 다만 장애의 유형에 따른 구체적 차별 문제, 그에 관한 가이드라인 마련을 위한 각론적 연구는 거의 없는 실정이다. 특히 국내 의료계 또는 보험학계의 문헌 중에 구체적 장애와 보험사고의 인과관계 및 개연성에 대한 연구는 찾아보기 어렵다. 따라서 여전히 차별의 기준과 한계는 모호해질 수밖에 없다. 그러므로 의학적, 통계적 연구가 절실하며, 가이드라인과 관련해서는 해외재보험사의 인수기준에 관한 연구와 논의가 시급하다고 판단된다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제 2 장

장애인 보험차별 사례 연구

1. 국가인권위원회 진정사례

가. 장애아동 어린이의료비보장보험 가입거절사건

피해자들은 자폐증 2급, 발달장애 1급, 지적장애 1급, 지적장애 2급의 장애아동으로 피진정인 보험회사에 어린이의료비보장보험가입을 요청하였다. 그러나 보험회사는 “매뉴얼상 할증적용대상이지만, 어린이 보험은 할증적용이 불가한 상품이다”, “장애정도가 거절대상에 해당한다”는 등의 이유로 보험인수를 거절하였다. 국가인권위원회의 결정 내용 요지는 아래와 같다(국가인권위원회 2010. 9. 10.자 09진차1552·554·556·557·562·565 결정).

장애인의 보험가입과 관련하여 차별의 합리성 및 정당성을 갖추기 위해서는 피보험자의 보험사고 위험성 판단을 위해 피보험자의 장애등급 외에도 장애정도, 환경 및 조건 등을 개별적·구체적으로 검토하고, 보험인수 기준은 검증된 통계자료와 과학적·의학적 자료 등 객관적이고 합리적인 자료에 기초하여 설정하여야 한다.

장애등급표는 장애인복지법 제2조의 규정에 따라 장애인 급부정책을 수립·시행하기 위하여 장애정도에 따라 등급을 정한 것으로 보험사고 위험성은 고려되지 아니하므로, 이를 주된 근거로 활용하는 것은 부적절하다. 따라서 피진정인이 지적·자폐성 장애인의 장애등급을 주된 근거로 삼아 보험인수기준을 적용하고, 해당 보험상품이 할증불가 상품임을 이유로 들어 피해자들의 보험가입을 거절한 것은 판단과정이 합리성과 적정성을 갖추었다고 보기 어렵다.

피진정인의 보험인수 기준은 장애 정도와 보험사고 개연성에 대한 과학적이고 객관적인 연구·조사를 통해 얻은 구체적인 통계자료나 연구자료에 기초하여 설정한 기준이라고 보기 어렵다.

해당 상품이 할증불가 상품으로 설계되어 결과적으로 지적·자폐성 장애인의 보험가입을 차단하고 있다.

이는 금융상품 및 서비스 제공에 있어 정당한 사유 없이 장애인을 제한·배제한 것으로 장애인 차별행위에 해당한다.

나. 지적장애인 종합보험 가입거절사건

지적장애 1급인 피해자가 피진정인 보험회사에게 종합보험의 가입을 신청하였다. 그러나 보험회사는 상해위험도등 일반적인 위험도가 다른 장애인보다 높고, 상법 제732조의 심신상실자 또는 심신박약자에 해당하여 의사표시능력을 갖추었다고 볼 수 없다는 이유로 거부하였다. 국가인권위원회는 아래와 같은 결정을 내렸다(국가인권위원회 2010. 10. 20.자 09진차1555 결정).

피진정인이 피해자에 대한 보험사고 위험성을 판단함에 있어 피해자의 장애등급을 주로 고려하였을 뿐 피해자의 장애상태, 원인, 환경 및 조건 등에 대해 개별적·구체적으로 검토하였다고 볼 수 없으므로, 그 판단 과정이 합리성과 적정성을 갖추었다고 볼 수 없다.

상법 제732조의 심신상실자 또는 심신박약자는 추상적 개념으로 이에 해당하는지 여부는 보험회사가 자의적으로 해석·판단할 수밖에 없고, 정신적 장애인의 보험가입 자체를 사실상 포괄적으로 제한하게 됨으로써 차별의 피해가 이들을 보호하고자 하는 이익을 넘는다고 보아 이를 폐지할 것을 권고한 바 있다. 또한 '심신상실자' 또는 '심신박약자' 개념자체가 지적장애와 반드시 동일시되는 것도 아니므로 피보험자는 이에 해당하는지에 관해 과학적·의학적 자료 등 객관적이고 합리적인 자료에 기초하여 엄격한 법적 판단에 따라야 할 것이다.

피진정인은 피해자의 상태에 대한 개별적·구체적 검토 없이 지적장애인이라는 이유로 '심신상실자' 또는 '심신박약자'에 해당한다고 보아 보험가입을 거부하였으므로, 이는 장애인차별금지법을 위반한 차별행위에 해당한다.

다. 여행자보험 장애인 보험상품 중개 차별사건

여행자보험 가입을 의뢰받은 피진정인 보험중개회사가 비장애인과 달리 장애인에 대해서는 보험료가 상대적으로 비싸고 보장한도가 낮은 단체보험을 중

개한 사안이다.

국가인권위원회는 장애인과 비장애인을 구분하여 여행자보험 상품을 모집한 것은 장애를 이유로 장애인 아닌 사람에게 제공하는 것과 실질적으로 동등하지 않은 수준의 편익을 주는 물건, 서비스, 이익 등에 제공한 것이고, 금융상품을제공함에 있어 장애를 이유로 장애인을 제한・배제・분리・거부한 경우에 해당된다고 판단하였다(국가인권위원회 2009. 6. 12.자 08진차844 결정).

라. 청각장애자 보험가입 거절 사건

진정인인 청각장애 2급의 특수학교교사가 보험청약을 하였는데, 피진정인 보험회사가 '절대사절'(인수거부)을 한 사안이다. 국가인권위원회의 판단내용은 아래와 같다(국가인권위원회 2011. 6. 30.자 진정0231300 결정).

피진정인은 진정인의 보험청약건을 인수심사하는 과정에서 진정인의 장애등급이 청각장애 2급임을 근거로 장애등급표의 규정에 따라 "두 귀의 청력손실이 각각 90데시벨 이상인 상태"로 판단하여 "절대사절"로 처리하였을 뿐, 장애등급 외에 진정인의 장애 정도 및 원인, 건강 상태 등 제반 조건을 개별적・구체적으로 검토하였다고 볼 수 없으므로, 그 과정이 합리성과 적정성을 갖추었다고 보기 어렵다.

피진정인은 진정인의 장애등급을 근거로 진정인의 장애 정도가 장해분류표상 장해지급률 80%에 해당하므로, 사망급여금 지급사유에 해당하는바, 이렇게 되면 상법 제644조에 따라 보험계약이 무효가 될 수밖에 없다고 주장한다.

그런데 보험계약 체결 전에 이미 확정된 진정인의 청각장애에 대해서는 장해지급률 합산에서 제외할 수 있는 여지가 있다. 본 진정사건과 관련하여 금융감독원도 "상법 제644조는 보험계약이 성립된 이후에 그 보험계약의 보험사고 기 발생 여부 및 발생 불가능 여부를 따져 계약의 유무효를 판단하기 위한 조항으로서 특정 부위 부담보 등의 조건으로 보험계약을 인수하는 경우 특정 부위는 보장대상에서 처음부터 제외되어 특정 부위에 대한 보험사고의 기 발생 여부

및 발생 불가능 여부를 따질 실익이 없다"는 의견을 밝힌 바 있다.

피진정인은 보험계약 이전에 확정된 진정인의 청각장애를 부담보로 하거나 장해지급률 합산에서 제외하는 방안을 고려하지 않은 점, 진정인 이 확정된 청각장애에 대해서 피진정인 측에 사전에 알렸으므로 보험청약자로서의 고지의무를 충실히 이행하였다고 볼 수 있는 점, 판례에 따르면 보험계약 체결 이전에 발생한 보험사고에 대해서는 보험회사가 인수하지 않은 위험에 해당하여 보험금 지급의무가 인정되지 않을 수 있다는 점을 고려하였을 때, 피진정인이 상법 제644조를 일률적으로 적용하여 보험가입을 거부한 것은 진정인의 보험가입 기회를 과도하게 제한하는 행위라 할 것이다.

2. 금융위원회 민원 사례

금융위원회와 금융감독원은 보험업법에 의한 보험사업자를 감독하는 기관이다. 보험에 관한 민원은 주로 금융감독원에 설치된 금융분쟁조정위원회에서 처리된다. 장애인의 보험차별에 관련된 민원 역시 금융감독원에 접수되어 처리된다고 하나, 금융감독원은 개별 보험상품 개발과 계약인수 여부는 보험사의 고유권한에 속하는 사항으로 금융감독원에서 강제할 수 없음을 안내하는 방향으로 민원을 처리한다고 한다.

e-금융민원센터(www.fcsc.kr) 등 인터넷 사이트를 통해 검색한 결과 장애인의 보험차별을 본격적으로 다룬 금융분쟁조정위원회의 결정은 찾아볼 수 없었다. 다만 장애 상태와 보험금 지급여부에 관한 금융당국의 기본적 입장을 추론해 볼 수 있는 몇 가지 사례를 살펴보면 다음과 같다.

가. 심신상실자 보험계약 무효 사건

신청인은 피보험자가 교통사고를 당했는데, 피신청인 보험회사가 보험계약 당시 이미 심신상실 또는 심신박약자를 피보험자로 한 경우에 해당하여 보험계약이 무효라고 주장한 사안이다.

금융분쟁조정위원회는 피보험자가 보험가입시점 10년 전부터 장기간 정신분열증으로 치료를 받았고, 해당 병원의 심리보고서 및 평가결과를 보더라도 피보험자의 정신분열증이 심하였음을 알 수 있어, 피보험자가 보험계약을 무효로 처리한 것은 타당하다고 판단하였다(금융분쟁조정위원회 2000-46호 결정).

나. 뇌성마비 아동 장해보험금 지급 거절 사건

피보험자인 신청인의 아들이 보험계약 체결 당시 뇌성마비(의증) 진단을 받았으므로 이미 보험 가입 전에 뇌성마비로 인한 1급 장해상태에 있었다는 이유로 장해보험금 지급이 거절된 사안이다.

금융분쟁조정위원회는 의증만으로 뇌성마비가 확정되었다고 보기 어렵고, 뇌성마비가 있었다고 하더라도 곧바로 약관에서 보험금 지급사유로 정하고 있는 1급 장해에 해당된다고 단정하기 어렵다는 이유로 피신청인의 보험금 지급책임이 있다고 판단하였다(금융분쟁조정위원회 2001-42호 결정).

다. 신부전증상자 장해보험금 지급 거절 사건

만성신부전으로 진단받았던 피보험자가 통풍으로 약물을 복용한 후 그 부작용으로 혈액투석을 받았는데 피신청인 보험회사가 장해보상금 지급을 거절한 사안이다.

금융분쟁조정위원회는 피보험자의 혈액투석에 있어 약물부작용의 기여도가 80%이고, 그 외 체질내적 요인 등이 어느 정도 병존하고 있더라도 재해와 장해발생 간에 인과관계가 인정될 때에는 재해가 직접적인 원인이 되어 장해의 결과를 초래한 것으로 볼 수 있으므로 피신청인의 재해장해보험금 지급책임이 있다고 판단하였다(금융분쟁조정위원회 2001-48호 결정).

라. 요추장해자 장해보험금 지급 거절 사건

보험가입전 경추장해가 있었던 신청인에게 요추장해가 발생하였는데, 피신청인이 동일부위임을 이유로 장해보험금 지급을 거부한 사안이다.

금융분쟁조정위원회는 약관상 척추의 경우 목뼈 이하를 모두 동일부위로 정하고 있고, 여기에는 목뼈도 포함되며, 신청인은 경추(목뼈)와 요추 모두 5급 장해가 발생하여 장해등급에는 변화가 없으므로, 피신청인의 행위는 타당하다고 판단하였다(금융분쟁조정위원회 2002-13호 결정).

3. 장애인단체 사례(장애인차별상담전화 평지)

가. 장애를 이유로 거절당한 사례

1) 2007년 7월 사고로 인한 중도지체장애를 이유로 보험 가입 거절, 2008년 보험설계사 지인에게도 같은 이유로 거절

2) 2009년 뇌병변 장애를 이유로 실손의료비 보험 가입 거절

3) 2009년 7월 지적장애, 자폐성장애는 사고위험이 높다는 이유로 거절

4) 2009년 8월 정신장애(조울증) 정신 질환 예방을 이유로 약을 복용하는 것을 이유로 보험 가입 거절

5) 2009년 12월 지체장애를 이유로 자동차보험 가입 거절

6) 2010년 1월 지체장애를 이유로 실비, 운전자, 암보험 등 보험 가입 거절

7) 2010년 3월 정신장애인 사전 심사를 거쳐 종신, 생명보험 가입 거절

8) 2010년 4월 뇌병변장애를 이유로 운전자 보험 가입 거절

9) 2011년 1월 시각장애, 청각장애 부부의 장애를 이유로 본인의 보험, 태아보험 거절

10) 2011년 3월 뇌병변 장애를 이유로 보험가입 거절

11) 2011년 8월 뇌병변 장애를 이유로 실손의료보험 가입 거절

나. 장애를 이유로 보험금 지급 거절

2008년 대학병원 판정한 후유장애에 대해 보험금 청구, 기왕증을 이유로 보험금 지금 거절

다. 장애를 이유로 보장 내역이 다른 사례

2011년 5월 지체장애를 이유로 상해, 재해, 허리질병 제외

라. 장애를 이유로 추가서류를 요청한 사례

2011년 10월 지적장애인에게 정신과전문의 소견서-지능지수, 의사소통능력, 간질 또는 기타약물복용 포함, 사회성숙지수, 일상생활상태 등 요청

4. 국내 판례 사례 검토

가. 뇌병변장애인 종신보험가입 거절사건

원고는 지체장애 1급 판정을 받은 뇌병변장애인으로 피고 보험회사의 보험모집인에게 종신보험청약서와 제1회 보험료를 지급하였다. 그런데 피고 보험회사는 내부 계약심사 세부기준에 따른 승낙거절대상이라며 보험인수를 거부하였다. 피고는 승낙거절 당시 생명보험협회의 장애인보험공통계약심사기준도 참고하였다고 밝혔다.

법원은 아래와 같은 이유로 피고의 불법행위책임을 인정하였다(서울중앙지방법원 2004. 2. 12. 선고 2003가단150990 판결).

헌법 및 장애인복지법 등 관련법령의 취지와 손해배상책임의 성립구조에 비추어 원고는 장애를 이유로 차별을 받은 사실을 입증할 책임이 있고, 피고 보험회사는 그 차별이 합리적인 이유가 있어 자의적인 차별에 해당하지 않는다는 점을 입증해야 한다.

이 사건 승낙거절이 원고의 장애등급과 공통심사기준이 설정한 거절사유를 근거로 한 것이고, 공통심사기준의 성격이 구속력이 없는 내부적 지침에 불과한 것으로 보여지는 이상, 이 사건 승낙거절이 위법한지 여부는 결국 이 사건 승낙거절이'차별의 합리성'을 갖는가 여부에 있고, 그판단은 결국 구체적·개별적 사안, 즉 원고의 장애 정도와 위 종신보험의 성격을 기초로 하여 ① 원고의 기대여명이 일반인에 비하여 짧을 것으로 볼 수 있는지 또는 보험사고의 개연성(장애와 보험사고와의 인과관계)이 높을 것으로 볼 수 있는지의 여부, ② 원고의 기대여명 또는 보험사고의 개연성에 대한 위험측정이 기술적으로 불가능하거나 현실적으로 어려운 경우에는 보험인수를 거절함이 상당한지의 여부에 있다.

원고의 기대여명에 관하여 뇌성마비 장애인 중 독립적인 거동성을 상실하였거나 지능지수가 일반인에 비하여 상당히 낮은 장애인의 특정 시기까지의 생존율은 일반인의 생존율에 비추어 통계적으로 낮은 것으로 보이나, 이를 근거로 뇌성마비 장애인 중 원고와 같이 정상적인 지능지수를 가지고 있고 독립적인 거동이 가능한 뇌성마비 장애인(또는 공통심사기준에서 제시하고 있는 거절사유 중 원고의 장애 상태에 해당하는 것으로 보이는 '중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 된 장애인')의 경우에도 일반인에 비하여 기대여명이 짧을 것으로 볼 수는 없다.

피고가 이 사건 승낙거절의 근거로 든 공통심사기준의 거절사유(예컨대, 중추신경계 또는 정신에 뚜렷한 장해를 남겨서 평생 일상생활 기본동작에 제한을 받게 되었을 때)는, 이에 해당하는 경우에는 위험측정이 불가능한 점을 근거로 한 것으로 보이나, 위험측정이불가능하다는 이유만으로 장애를 이유로 한 차별이 합리화된다고 볼 수는 없고, 더욱이 위 거절사유에서 규정한 바와 같은

국가인권위원회
humanrights.go.kr

일반적·추상적 장애 상태를 전제로 하는 것이 아니라 원고의 구체적 장애 상태를 전제로 할 때, 보험회사에서 요구하는 위험측정이 불가능하다고 단정할 수도 없는 점 등에 비추어 볼 때 이 사건 승낙거절의 원인이 된 공통심사기준의 거절사유가 장애를 이유로 한 차별에 있어 어떠한 합리성을 갖고 있는 것이라고는 보기 어렵다.

나. 뇌병변장애 및 지체장애 아동 여행자보험가입 거절 사건

원고들은 뇌병변장애 및 지체장애자인 아동과 부모들로 사단법인 충남장애인부모회 아산지회에서 실시하는 여행프로그램에 참가하려고 피고 보험회사에 여행자보험가입을 청약하였다. 그런데 피고 보험회사 모집인에게 보험인수를 거부당하였다.

법원은 피고 보험회사가 검증된 통계자료 또는 과학적, 의학적 자료에 근거한 위험판단에 따라 장애인에 대한 보험혜택을 거부하거나 제한하는 등 객관적이고 합리적인 자료에 기초하여 정애정도 등을 고려하여 보험인수를 거부한 것이 아니라, 단지 장애가 있다는 이유만으로 일률적으로 그들에 대한 보험인수를 거부한 것은 불합리한 차별행위이므로 불법행위에 해당하므로, 위자료를 지급해야 한다고 판단하였다(대전지방법원 천안지원 2006. 7. 20. 선고 2005가합5440 판결).

다. 지적장애인 종신보험가입 거절사건

원고들은 지적장애2급 장애인으로, 피고 보험회사의 다이렉트종신보험에 가입하기 위해 전화상담을 진행하던 중 피고 보험회사의 전화상담원으로부터 지적장애인은 보험가입대상이 아니라는 이유로 청약자체를 거부하자 장애인차별금지법상 적극적 시정조치의 일환으로 보험계약의 승낙 또는 보험가입절차의 이행을 구한 사안이다.

법원은 단순한 보험가입을 위한 전화상담을 넘어 본인들의 진정한 의사로 전화를 통해 종신보험가입을 위한 청약에 나아갔다는 점을 인정하기 부족하다며

원고들의 청구를 모두 기각하였다(서울고등법원 2011. 9. 2. 선고 2011나18439 판결).

5. 미국의 장애인 보험차별 관련 판례 검토

가. 정신장애인 보험혜택 차별사건

‘Parker’는 ‘Schering-Plough 회사’에 근무하면서 회사에서 제공하는 Met Life 보험사의 장기 장해보험 혜택을 받았다. 이 보험정책에 따르면 보험사고 발생 시 보험금을 지급함에 있어 정신장애를 가진 사람들의 경우 24개월로 보험수당을 한정했지만, 신체장애인들의 경우에는 그들이 65살이 될 때까지 혜택을 받을 수 있도록 되어 있다. 그런데 ‘Parker’가 심한 우울증으로 인해 정신장애로 판명이 나자 회사는 24개월 후 보험 수당 지급을 중단했고, ‘Parker’는 회사와 보험사를 상대로 소송을 제기했다.

테네시주 서부 연방지방법원과 제6차 연방순회법원은 보험혜택이 정산장애와 신체장애를 차이 두어 서로 다르게 취급하는 것이 ADA를 위반한 것은 아니라는 판결을 내렸다{121 F.3d 1006(6th Cir. 1997)}.

다만 위와 같은 신체적 장애와 정신적 장애에 관한 보험혜택의 차별 문제는 아직 법원도 일관된 입장을 가지고 있지 않다. 예컨대 제11차 연방순회법원에서는 ‘ADA’는 정신장애와 지체장애의 구별과 그 안에서의 차별을 금지한다고 결정한 바 있다{273 F.3d 1035(11th Cir. 2001)}.

나. 장애인 보험료 2배 요구 사건

휠체어를 사용하는 장애인 변호사 ‘Howard Chabner’는 합리적 근거 없이 단순히 장애인이라는 이유만으로 생명보험의 보험료를 두 배 가까이 요구한 ‘United of Omaha 생명보험사’를 상대로 소송을 냈다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제9차 연방순회법원은 ADA는 장애인이 보험회사에 물리적으로 접근할 수 있는 편의시설은 요구하지만 그 보험조건의 계약 내용에는 적용되지 않는다고 판단하였다(다만 이는 미국 법원의 일관된 견해는 아니다. 많은 법원들이 ADA가 보험조건의 계약 내용에도 적용된다고 판단하였다). 그러나 피고 보험회사가 원고의 장애와 관련된 보험료를 책정하는데 있어 건전한 보험통계자료를 사용하지 않은 것은 불공평한 행위에 해당한다고 보아 원고 승소 판결을 내렸다{225 F.3d 1042(9th Cir. 2000)}.

다. 정신장애를 이유로 보험계약을 취소한 사건

'Pallozzi' 부부는 'Allstate 생명보험사'를 상대로 소송을 제기했다. 그 보험사는 보험계약을 체결한 후 그들의 정신 장애를 이유로 일방적으로 계약을 취소했고 그에 따른 타당한 근거를 요구한 부부에게 일체의 언급도 하지 않았다.

2차 연방순회법원은 부부의 정신장애를 이유로 보험계약을 취소한 행위는 'ADA' 제3장을 위반한 것이라는 판결을 내렸다{198 F.3d 28(2nd Cir. 2000)}.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제 3 장

보험과 장애에 관한 의학적·통계적 연구 필요성과 방법론

국가인권위원회
humanrights.go.kr

Ⅰ. 장애인 건강통계의 필요성

가. 서설

장애인의 보험차별을 개선하기 위해서는 보험사고의 발생률 등 장애유형별 보험사고의 개연성 등을 검토하는 것도 중요하지만, 장애인들의 건강에 관한 기초적인 통계 자료를 생성하여 분석하는 과정이 선행되어야 한다.

장애인의 건강 현황에 대한 전반적인 이해를 바탕으로 할 때, 비장애인과의 건강 현황 비교가 가능하게 된다. 이러한 기초 자료들이 미비하게 되면, 장애인과 달리 비장애인이 적절한 건강행태 및 건강관리를 하고 있는지에 대한 확인이 불가능하며 서로 비교할 만한 자료가 없는 상태가 될 수 있다.

나. 건강 통계자료의 현황

장애인 건강 통계에 대한 현재 현황을 알아보기에 앞서 현재 국내에 구축된 건강 통계 자료를 살펴보면, 크게 전국단위의 보건감시체계 구축을 목적으로 전반적인 건강 현황을 알아보는 보건통계자료(국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 청소년건강행태조사 등), 보건의료 및 복지 등 특정 분야를 주제로 하는 패널자료(한국의료패널조사, 한국복지패널조사, 한국노동패널조사 등), 특정 대상자를 대상으로 하는 자료(정신질환실태조사, 장애인실태조사) 등으로 나눌 수 있다.

각각의 조사 자료의 특징은 다음과 같다.

국민건강영양조사	질병관리본부에서 실시하는 전국 규모의 조사로 국민건강증진법(1995)에 의거하여 1998년부터 시작되었으며, '국민건강증진종합계획' 등 보건정책을 수립하고 이의 효과를 평가하는데 필요한 근거자료를 생산하는 것을 목적으로 2년에 한 번씩 실시하고 있다. 국가를 대표하는 통계를 산출하기 위해 매년 연령과 성별, 지역별로 고르게 선정된 4,000여 가구의 만 1세 이상 가구원을 대상으로 검진조사, 영양조사, 건강 설문조사 등을 실시하여 국민의 건강상태 및 건강과 관련된 위험요인과 식생활습관 등을 조사한다.

지역사회건강조사	전국의 모든 기초자치단체(보건소)에서 만 19세 성인을 대상으로 실시하는 건강설문조사로 매년 주민의 건강수준과 건강생활습관, 의료이용 등에 대한 정보를 제공함으로써 자치단체가 과학적 근거에 기반한 지역의 보건사업계획을 수립하고 그 성과를 측정할 수 있도록 지원하는 역할을 하고 있다.
한국의료패널조사	보건의료비용과 의료비 지출 수준 및 배분의 동태적 변화를 파악할 수 있는 자료를 생산하는 종단연구로 의료이용 및 의료비 지출에 영향을 미치는 요인들을 포괄적으로 심층적으로 분석할 수 있는 패널 데이터를 구축하고 있다.
정신질환 실태조사	우울증, 자살, 알코올, 중독 등 국민정신건강실태를 파악하여 국가 정신보건정책에 반영하고자 정신보건법 제 4조의 2에 따라 2001년, 2006년 및 2011년에 전국 단위의 '정신질환 실태조사'를 실시하고 있다.
장애인 실태조사	우리나라 장애인 복지정책의 대상이 되는 장애인들의 생활실태 및 복지서비스 욕구 등을 파악함으로써 장·단기 장애인복지정책 수립 및 시행을 위한 기초자료 생산을 목적으로 장애인복지법 제31조 및 장애인복지시행령 제18조에 근거하여 매 3년마다 장애인실태조사를 실시하고 있으며, 2008년 현재 일곱 번째 장애인 실태조사가 실시되었다.

현재 국내에서 장애인을 대상으로 실시하고 있는 조사는 장애인 실태조사로 장애특성, 보건·의료적 특성, 일상생활 지원, 취업 및 직업재활, 사회 및 여가활동 등 장애인의 전반적인 생활실태를 반영하고 있는 자료다. 그러나 사실상 장애인들의 건강 현황은 구체적으로 다루고 있지 않으며, 비장애인과의 건강현황 비교에는 한계가 존재한다. 따라서 앞서 제시한 자료들과 같이 장애인 건강 측면에서도 그 현황을 파악하기 위한 지속적인 조사 자료 구축이 필요하다.

장애인 건강통계 생산을 위한 DB로는 보건복지부의 장애인 등록자료가 있는데, 현재 보건복지부에서 시행하고 있는 장애인 등록제도는 관련 등록 정보가 전산화되어 있어 모든 기초자료 생성을 위한 DB가 갖추어져 있다. 따라서 보건복지부의 장애인 등록 전산자료의 주민등록번호와 국민건강보험공단의 건강검진 및 의료이용 DB를 연결하여 사용하면 장애인의 건강 통계 생성을 위한 자료를 마련할 수 있다.

다만, 보건복지부 장애인 미등록자는 자료 구축에서 제외되며, 국민건강보험공단의 자료의 경우 건강검진대상자 중 수검 받은 사람만을 대상으로 하고 있어 건강보험에 국한된 자료라는 한계가 있기는 하지만, 건강보험 가입 장애인의 규모를 파악할 수 있는 중요한 자료이며 그 자체로 의미가 있다고 볼 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

다. 보험가이드라인 확립을 위해서 장애인 건강통계는 기본적 수단

앞서 제시한 헌법, 장애인차별금지법, 장애인복지법 등과 장애인보험계약인수 모범 규준이 있음에도 불구하고 장애인의 민간보험의 가입, 유지 등에 아무런 근거 없이 차별이 발생하고 있다. 따라서 민간보험사의 장애인 위험평가에 대하여 국가적인 통계 제시가 필요하다.

보험회사는 검증된 통계자료 또는 과학적·의학적 자료 등 객관적이고 합리적인 자료와 장애정도 등을 고려하여 보험인수 여부를 판단하여야 한다. 이에 민간보험사가 장애인 위험평가를 제대로 할 수 있도록 금융감독원, 보건복지부, 통계청, 국민건강보험공단이 협력하여 관련 통계를 제시해야 할 것이다.

보험사의 위험평가의 대상은 과거병력, 현재 증상 등 신체적 위험 평가, 직업, 운전, 흡연 등 환경적 위험평가, 고의적, 악의적 보험 사고 발생에 대한 도덕적 위험 평가, 보험과다 가입, 사행성 등 재정적 위험 평가 등으로 구성되어 있다. 예를 들어, 신체적 위험평가는 보험대상자의 과거 건강진단 결과 또는 의사의 소견서 등을 참고하여 계약 심사를 하고 있는데, 위험평가자가 주관적으로 평가할 뿐 장애인이 실제로 사망률이 높은지 사고발생률이 높은지에 대해서는 아무런 근거가 없는 실정이다.

실례로, 우정사업본부는 우울증의 의료경험칙을 들어 정신장애인의 사고발생률이 높다고 주장하였으나, 이는 객관적이고 합리적인 근거라고 보기 어렵다. 또한, 시각장애인의 경우 사고의 위험이 높아 여행보험 가입 거부가 수차례 발생하였는데, 시각장애인들이 실제로 사고나 손상의 비율이 높은지에 대한 객관적 근거는 없다. 이처럼 보험가입 단계에서부터 보험청약자의 구체적 생활상태, 경제 및 사회활동 등을 파악하여 종합적으로 판단하여야 할 것인데, 위험측정이 불가능하다는 자의적 판단만으로 보험 접근의 기회를 박탈한 사례가 많으므로 국가 차원에서의 관련 통계 제시가 필요하다.

현 시점에서 민간보험사에게 광대한 장애인의 위험평가 기준이나 심사절차 가이드라인 개발을 맡기기엔 사실상 역부족인 것으로 보인다. 따라서 보험 인

수기준과 심사과정에 대한 국가 차원의 가이드라인의 개발이 필요하고, 이를 보험사들이 따르도록 관리감독을 강화할 필요가 있다.

아일랜드의 민간의료보험 회사들은 보험 가입 희망자들의 병력이나 건강상태, 기타 이유에 관계없이 보험 가입을 허용하고 있고, 미국의 경우 메디케어(노인과 장애인을 대상으로 하는 공적 의료보험)에 대한 보충적 민간의료보험 상품의 복잡성을 해결하고자 '상품 표준화'를 단행하였다. 그러나 우리나라는 이러한 조치가 이루어지지 않음으로써 장애인들이 합리적 판단에 근거하여 상품을 선택하는 것이 애초에 불가능하다.

장애인의 건강통계는 장애로 인한 건강문제, 장애 이외의 건강문제, 정신적 고통, 사회적 문제로 구분해 볼 수 있는데, 장애인의 보험 가이드라인을 뒷받침할 아래와 같은 다양한 통계 영역이 존재한다.

첫째, 장애와 관련된 문제로 통증 등 재활문제, 욕창 등 취약한 건강상태, 장애와 관련된 다양한 질환이 존재한다. 예를 들어 여성 지체장애인은 골밀도가 떨어져 골절이 많이 발생한다고 주장하는데 현재 우리나라는 이와 관련된 통계가 부재한 실정으로 장애인 관련 질환 및 건강 현황에 대한 통계적 자료 산출이 필요하다.

둘째, 장애인의 치료 관련 부작용(뇌병변 장애, 정신장애(비만), 내부장애 등), 건강검진 및 암검진 수검 이후 건강결과, 건강행태(흡연, 음주, 당뇨) 등 다양한 건강통계 산출이 필요하다. 예를 들어, 장애인들이 중증질환(심뇌혈관 질환), 당뇨 고혈압 등으로 인한 사망률이나 합병증이 높은지 비장애인과 비교하는 연구가 필요하다.

셋째, 장애인의 우울도, 불안, 스트레스, 만족도와 같은 정신적 측면에서의 통계가 전무한 실정이다. 장애인들이 우울증의 빈도나 불안 자살률이 높은지 등에 대한 통계 산출이 필요하다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

마지막으로, 장애인의 직장 상실 및 재취업, 소득 변동 등을 산출해야 할 것이다.

〈그림 1〉 장애인의 다양한 포괄적 건강통계 산출 영역

2. 보험차별과 관련한 의학적, 통계적 방법론

가. 서설

장애인 보험차별의 근거로 작용하는 위험률 부분에 대하여 구체적인 의학적, 통계적 연구가 뒷받침되어야 편견에 기초한 근거 없는 보험차별을 방지할 수 있다. 이러한 연구는 보험차별에 관한 가이드라인을 세우는데도 중요한 토대가 된다.

나. 기존의 문헌자료를 수집, 고찰하는 방법

장애인 보험차별의 근거로 활용 가능한 연구 방법으로 우선 기존의 문헌자료

를 분석하는 방법론을 꼽을 수 있다. 그런데 국내 장애인 관련 연구에 의하면 장애와 각종 보험사고 사이의 인과관계에 관한 국내의 의학문헌 또는 통계문헌은 거의 존재하지 않는다. 해외의 문헌이 있지만, 연구목적이 다르고, 연구대상도 외국인이라고 국내에 적용할 수 있을지 의문이 있을 수 있다.

다. 국내 의학적, 통계적 자료를 통해 분석하는 방법

다음으로는 장애인에 관한 국내의 의학적, 통계적 자료를 구축하여 분석을 직접 시행하는 방법론이 있다. 이 방법론을 통한 자료 분석 결과는 장애인의 보험차별에 관한 가이드라인을 제시하는 데 가장 유용한 근거가 될 수 있다.

특히 우리나라의 경우 건강보험제도와 장애인등록제도를 통해 장애인의 건강 통계 및 의학적 분석을 위한 자료들이 잘 갖춰져 있다. 먼저 보건복지부의 장애인등록자료에는 등록장애인의 장애 유형, 장애등급, 장애부위 또는 질환, 장애 원인 등의 정보를 갖추고 있으며, 건강보험공단이 보유하고 있는 자료에서는 개인의 건강 현황, 질병 및 합병증 등 언제 어떤 질병이 발병했는지 등에 관한 정보 확인이 가능하다.

따라서 이들 자료의 구축을 토대로 장애인 건강 통계에 대한 기초자료 마련은 물론이고 장애와 보험사고 사이의 인과관계에 관한 분석이 가능해진다. 또한 비장애인의 건강 현황 및 질병, 합병증과 비교함으로써 장애인 대상의 정책 및 권고안을 마련하는데 보다 실질적인 근거로 활용이 가능해진다.

예컨대 자료가 갖추어진다면 아래와 같이 각종 정신장애의 유형별로 사망률, 암 발생률, 각종 질병발생률, 골절로 인한 사고율 등을 분석하고, 이를 비장애인과의 비교를 하는 것이 가능할 것이다.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

〈표 2〉 정신장애인의 보험가이드라인을 위한 건강통계 산출의 예

주진단명	질환명	사망률	의료비 부담	통원 일수	전체 암 발생	뇌혈관 질환	심장병	당뇨병	골절	중이염	급성 충수염
F3X.X	기분장애										
F32.X	우울증										
F31.X	조울증										
F2X.X	정신병적 장애										
F20.X	정신분열병										
F1X.X	물질사용 장애										
F4X.X	불안 장애										
F5X.X	신체형 장애										
F51.0	불면증										
FX.X	정신장애 전체										
...											

그러나 이러한 분석을 모두 시행할 경우, 매우 많은 시간이 소요되면서 장기적인 연구 수행에 대한 고려가 필요하다. 우리나라 장애유형은 15종이나 각 장애유형별로, 예를 들어 정신장애 세부 항목만을 보면 기분장애, 우울증, 조울증, 정신병적 장애, 정신분열병, 물질사용 장애, 불안 장애, 신체형 장애, 불면증, 정신장애 전체 등 다양한 방법으로 분석이 필요하다. 따라서 각 장애 유형 15가지 + 각 질환별 1~100이상 세부분석이 필요할 것이다.

이를 정신장애뿐만 아니라 전체 장애 유형 및 등급을 고려하였을 경우 로 확대하여 살펴본다면, 세부분석으로 해당 장애별로 각종 질병 발생률, 사망률, 암 발생률, 재해발생률 등을 검토하고, 이를 비장애인과 비교하는 작업은 그야말로 방대한 작업이 아닐 수 없다.

따라서 모든 분석 작업을 수행하기 위해서는 기본적으로 3년 이상의 장기적 연구가 필요하며 막대한 예산이 소요될 것으로 생각된다. 특히 장애인등록자료와 공단자료, 통계청 자료가 확보되면 자료 분석은 개인정보호문제로 인해 공단 내부에서만 분석이 가능할 것으로 판단되므로, 연구기간은 더 길어질 수 있

어 본 연구에서 연구방법론을 채택하기보다는 장기적인 연구 수행에 대한 추가적인 검토를 통해 후속연구로 이어지는 것이 바람직하다.

라. 소결

본 장에서는 장애인 관련 보건 정책의 기초자료가 되는 장애인 건강통계 생산 방법과 함께 장애인 보험차별 가이드라인을 개발하는데 기초 및 근거 자료가 될 수 있는 의학적, 통계적 분석 방법론에 대하여 소개하였다.

보험차별과 관련한 의학적, 통계적 연구의 일환으로 장애인과 비장애인의 건강 현황, 위험요인 및 장애로 인한 합병증 및 사망에 차이가 있는지를 파악하기 위해서는 보건복지부 장애인 등록자료와 국민건강보험공단의 각종 건강 관련 자료, 통계청의 자료를 연계하여 분석하는 방법론을 활용하는 것이 가장 적절할 것으로 보인다.

이러한 자료 분석의 결과가 산출될 경우, 등록장애인 전수를 대상으로 한 결과이기에 근거 자료로의 활용에 대한 신뢰도가 높다. 다만, 장애인 전체 집단에 대한 현황은 특정 인구집단 전체의 평균 자료로 등록장애인 개개인의 건강현황자료는 다를 수 있다. 장애인 인구집단의 경우 비장애인 인구집단과 달리 장애 등급, 장애 유형에 따라 건강상태를 비롯한 전반적인 삶의 질에 격차가 크고, 개인적인 상황에 따라서 장애인 건강에 여러 가지 변인이 각기 다르게 작용할 수 있다.

본 장에서 제시한 연구 방법론의 경우 장애인의 개인적 측면에 대한 고려가 부족할 수 있으나, 사실상 장애인 보험차별 가이드라인을 만드는 데에 가장 중요한 기초 자료 및 근거 자료로 활용이 가능하다는 점에서는 이론의 여지가 없을 것이다.

본 연구에서는 사실상 자료 구득 및 분석 기간의 한계로 방법론에 대한 검토에서 더 나아가 실질적인 분석으로 이어지지는 못하였다. 따라서 앞서 제시한 방법론 중 기존 문헌에 대한 검토 과정을 통한 장애인의 건강 현황 결과를 제시하고 파악하고자 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제 4 장

장애유형별 위험도에 대한 의학적 연구

국가인권위원회
humanrights.go.kr

Ⅰ. 뇌병변 장애인과 지체 장애인의 사망률

가. 개괄

장애인과 비장애인의 여명 비교 또는 장애인과 비장애인의 질병 이환율을 비교하는 의학적 연구는 국내는 물론 외국에서도 거의 찾아볼 수가 없다. 이는 '장애인'이라는 개념이 사회적인 개념이지 의학적인 개념은 아니기 때문이라고 생각된다. 그렇지만 장애 개념이 아닌 뇌졸중, 뇌성마비, 척수 손상 등 개별 질병이나 손상 등의 후유증 상태에서 생존율과 질병 이환율 등에 대한 연구는 국내에는 미비하지만 외국에는 많이 보고되어 있다.[4)]

나. 뇌졸중 환자의 사망율

2001년 MONICA(monitoring trends anddeterminants in cardiovascular disease) Project에 의한 뇌졸중 환자의 장기 생존(Long-term survival)에 대한 연구에 따르면 28일, 1년, 5년 사망률은 28%, 41%, 60%로 각각 보고된 바 있다.

비슷한 연구로 2003년 Vernino et al 등에 의한 의해 첫 뇌경색(Cerebral infarction) 후 444명을 추적 관찰한 연구에서는 1달 83%, 1년 71%, 5년 46%이 생존하였다고 보고하였다. 사망원인으로 22%는 심혈관 합병증, 21%는 호흡기 감염, 14%은 신경계 합병증이었다. 이를 시기별로 나누었을 경우에는 첫 1달간 51%의 사망은 신경학적 합병증에 의한 것이었고, 22%는 호흡기감염, 12%는 심혈관 질환이었으며, 첫 1년 동안에는 26%가 호흡기 감염, 28%가 심혈관 질환으로 인한 것이었다. 사망의 위험인자를 분석한 결과에서는 연령, 심혈관계 질환 위험인자, 뇌졸중 정도, 뇌졸중 재발, 경련, 호흡기이환율, 심혈관 이환율이 사망의 독립적인 예측인자였다.[5)]

호주에서 한 10년간의 장기생존율 분석 연구에서는 10년간 누적 사망률이 79%였으며, 같은 연령, 성의 일반 인구에 비하여 3배의 사망이 발생함을 보고

4) Bronnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldsen P. Long-term survival and causes of death after stroke. Stroke 2001;32(9):2131-6.
5) Vernino S, Brown RD, Jr., Sejvar JJ, Sicks JD, Petty GW, O'Fallon WM. Cause-specific mortality after first cerebral infarction: a population-based study. Stroke 2003;34(8):1828-32.

하였다.[6]

그러나 이와 같이 보고된 연구들은 일반인구와의 비교가 아닌 뇌졸중 환자만을 대상으로 한 연구이기 때문에, 일반인구에 비하여 사망률이 얼마나 높은지는 알 수 없다. 또한, 뇌졸중의 사망률을 정확하게 파악하려면 뇌졸중에 의한 사망에 영향을 줄 수 있는 요인들로 나누어서 사망률을 파악하는 것이 필요하다.

특히, 연령과 초기 뇌졸중의 중등도는 예후에 큰 영향을 미칠 수 있으므로 이를 층화 분석하는 것은 필수적이다. 연령의 경우에는 2009년에 Putaala et al.에 의하여 15세부터 49세의 젊은 연령의 성인에서 발생한 뇌경색(Ischemic stroke)의 5년간 사망률(Mortality)에 대한 연구를 통해 젊은 성인에서의 사망률은 1달 2.7%(1.5~3.9%), 1년 4.7%(3.1~6.3%), 5년 10.7%(9.9~ 11.5%)로 노인과 매우 큰 차이를 보여 젊은 연령에서 발생한 뇌졸중의 사망률이 고령과의 달리 생존율이 높다는 것이 확인되었다.[7]

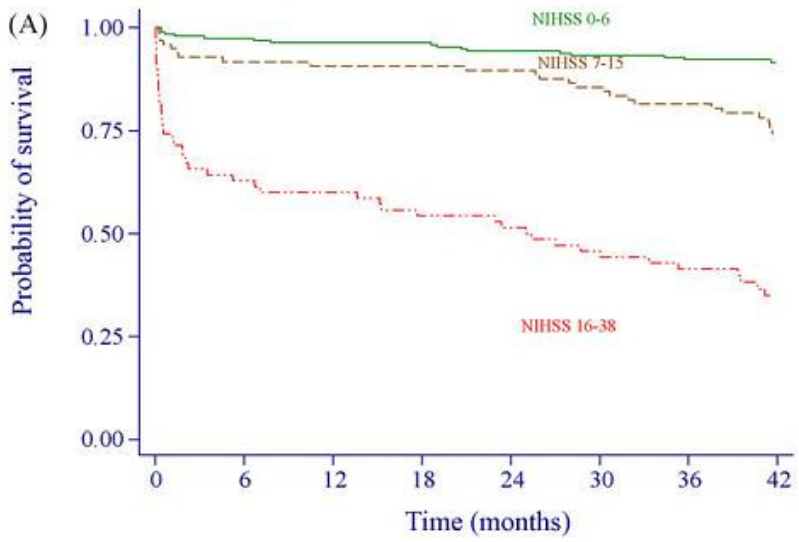
뇌졸중의 중등도는 1990년 미국 국립보건원뇌졸중 척도(NIHSS, National Institutes of Health Stroke Scale) 점수가 기능을 예측하는 척도로 유용함이 인정된 후,[8] NIHSS 점수를 이용하여 뇌졸중의 중증도별 사망률 및 이환률에 대한 연구들이 수차례 진행되었다. NIHSS는 뇌졸중 발생 후 장해의 정량적 측정에 가장 널리 쓰이는 도구로서, 의식수준, 응시, 시야, 안면마비, 사지의 근력, 운동실조, 감각, 언어, 구음장애, 무시, 상지의 원위부 운동을 측정하는 총 14개의 항목으로 구성되어 있으며 배우기 쉽고 한 명당 평가 시간이 평균 6.6분으로 비교적 간단하게 실시할 수 있는 장점이 있다. 국내에서도 한글로 번역되어 신뢰도 및 타당도 검증 연구가 이루어진 바 있다.[9]

---

6) Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C. Ten-year survival after first-ever stroke in the perth community stroke study. Stroke 2003;34(8):1842-6.
7) Putaala J, Curtze S, Hiltunen S, Tolppanen H, Kaste M, Tatlisumak T. Causes of death and predictors of 5-year mortality in young adults after first-ever ischemic stroke: the Helsinki Young Stroke Registry. Stroke 2009;40(8):2698-703.
8) Adams HP, Jr., Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology 1999;53(1):126-31.
9) 이경무, 장요한, 김연희, 문승국, 박주현, 박시운, 유희정, 이삼규, 전민호, 한태륜. 한

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2010년 Change 등은 368명의 뇌경색 환자를 3년간 추적 관찰하였고, 중등도에 따른 사망률의 차이를 확인하였다. 이는 병원수준의 연구라 일반화에 어려움이 있지만, 사회 경제적 수준이 비슷한 대만에서 시행되었다는 측면에서 많은 시사점을 준다.[10] 이 연구 결과 NIHSS 0-6점에서 7.8%, 7-15점은 18.6%, 16-38점은 58.6%가 3년 뒤 사망하였으며(Figure 1, Table 1), 상대적으로 경한 뇌졸중인 Lacunar infarction의 경우는 8.9%, Lacunar infarct이 아닌 경우는 37.4%가 사망하였다(table 2). 이스라엘에서 시행된 연구에서도 역시 NIHSS 점수에 따라 사망률의 차이가 확인되었고,[11] 기저 NIHSS 점수가 1개월 사망률에 큰 영향을 준다는 사실이 확인되었다(Table 3).



〈Figure 1〉

글판 미국 국립 보건원 뇌졸중 척도의 신뢰도 및 타당도. 대한재활의학회지 2004; 28: 422-435.

10) Chang KC, Lee HC, Tseng MC, Huang YC. Three-year survival after first-ever ischemic stroke is predicted by initial stroke severity: A hospital-based study. Clin Neurol Neurosurg 2010;112(4):296-301.

11) Koton S, Tanne D, Green MS, Bornstein NM. Mortality and predictors of death 1 month and 3 years after first-ever ischemic stroke: data from the first national acute stroke Israeli survey (NASIS 2004). Neuroepidemiology 2010;34(2):90-6.

〈Table 1〉

Time	% Dead among groups of stroke severity		
	NIHSS 0-6	NIHSS 7-15	NIHSS 16-38
30d	1.6 (0.5-4.7)	4.1 (1.6-10.6)	25.7 (17.1-37.7)
6m	2.6 (1.1-6.1)	8.3 (4.2-15.8)	37.1 (27.0-49.6)
1yr	3.6 (1.8-7.5)	9.3 (4.9-17.1)	40.0 (29.6-52.4)
2yr	5.7 (3.2-10.1)	10.3 (5.7-18.3)	48.6 (37.6-60.1)
3yr	7.8 (4.8-12.6)	18.6 (12.1-27.8)	58.6 (47.4-70.1)

NIHSS=NIH Stroke Scale; values in parentheses are 95% CI.

〈Table 2〉

% Dead among stroke subtype		Overall
Lacunar	Non-lacunar	
1.4 (0.5-4.3)	15.0 (10.1-21.8)	6.9 (4.8-10.1)
2.4 (1.0-5.6)	23.1 (17.1-30.8)	10.8 (8.0-14.5)
3.3 (1.6-6.8)	25.2 (18.9-33.0)	12.2 (9.2-16.1)
4.7 (2.6-8.6)	30.6 (23.9-38.8)	15.3 (12.0-19.4)
8.9 (5.8-13.6)	37.4 (30.2-45.8)	20.6 (16.7-25.1)

〈Table 3〉 Cox survival model[1] for determinants of 1-month and 3-year mortality in first-ever IS patients

	1-month mortalityHR (95% CI)	P	3-year mortality[2] HR (95% CI)	P
Age (per year)	1.04 (1.02-1.07)	0.0002	1.07 (1.06-1.09)	<0.0001
Decreased level of consciousness	2.9 (1.7-5.1)	0.0001	1.6 (1.0-2.4)	0.04
Severity on admission				
NIHSS ≤5	1 (Ref.)	-	1 (Ref.)	-
NIHSS 6-10	2.4 (1.1-5.0)	0.03	1.7 (1.2-2.5)	0.006
NIHSS 11-15	1.5 (0.6-3.7)	0.4	2.4 (1.6-3.6)	<0.0001

국가인권위원회
humanrights.go.kr

	1-month mortalityHR (95% CI)	P	3-year mortality[2] HR (95% CI)	P
NIHSS 16-20	6.0 (2.5-14.5)	<0.0001	4.9 (2.8-8.8)	<0.0001
NIHSS >20	6.1 (2.3-15.8)	0.0002	3.5 (1.5-8.1)	0.003
Temperature on admission	1.5 (1.1-2.1)	0.008		
Glucose level on admission	1.003 (1.001-1.006)	0.03		
Arterial territory (OCSP classification)				
Lacunar infarction	1 (Ref.)	-	1 (Ref.)	-
TACI	4.9 (1.6-15.2)	0.006	1.9 (1.1-3.3)	0.04
PACI	1.8 (0.6-5.4)	0.3	1.2 (0.8-1.8)	0.4
POCI	2.3 (0.7-7.3)	0.2	0.7 (0.4-1.2)	0.2
Unknown	6.4 (1.8-22.2)	0.004	1.7 (0.8-3.6)	0.2
Dementia (prior to stroke)			1.5 (1.0-2.4)	0.05
Diabetes			1.6 (1.0-2.4)	0.04
CHF			1.6 (1.1-2.4)	0.01
Peripheral artery disease			1.7 (1.1-2.8)	0.03
Malignancy			1.7 (1.1-2.7)	0.02

[1] Age (year), gender, hypertension, dyslipidemia, diabetes, atrial fibrillation, current smoking, prior acute myocardial infarction, angina pectoris, congestive heart failure, valvular heart disease, peripheral artery dis-ease, malignancy, family history of stroke($\leq$55 years), dementia prior to stroke, decreased level of consciousness, glucose on admission (mg/dI), temperature on admission (˚C), WBC on admission (per mm³), SBP on admission (mm Hg), DBP on admission (mm Hg), severity of stroke on admission (NIHSS) and arterial territory (OCSP classification) were included in the model, only significant variables are presented.

[2] Among 1-month survivors only.

우리나라의 연구로는 2000년부터 2005년까지 152개 병원의 입원환자 4,299명의 자료를 분석한 2009년 Kim et al.이 발표한 논문이 있다. 여기에서 6년간 생존율은 62.9%로 평가되었고, 허혈성 뇌졸중은 62.8%, 뇌실질 출혈(ICH)은 59.0%, 지주막하출혈은 71.8%로 보고하였다.[12] 한국에서 사망 원인은 신경학적

12) Kim HC, Choi DP, Ahn SV, Nam CM, Suh I. Six-year survival and causes of death among stroke patients in Korea. Neuroepidemiology 2009;32(2):94-100.

원인(58.2%), 암(10.3%), 심혈관 질환(7.7%), 당뇨(6.8%)였다.

이처럼 뇌졸중의 사망은 연령 및 뇌졸중의 종류, 중등도 및 연령에 따라 차이를 보이며, 젊은 연령 및 기저 NIHSS 점수가 낮을수록 사망률이 낮음을 확인할 수 있다. 뇌졸중 후 사망률에 대한 기존의 주요 연구를 table 4에서 요약하였다.

〈Table 4〉 Comparisonof mortality

Study	Subjects	Recruitment	1mo or 28 days	1 year	3 year	5 years
2001 MONICA(1)	25세 이상 뇌졸중, 덴마크	1982-1991	28	41		60
2003 Vernino(2)	미네소타, 로체스터 지역	1985-1989	17	29		54
2009 Putaala(5)	15-45세 뇌경색 (ischemic stroke)	1994-2003	2.7	4.7		10.7
Change(6)	대만, 뇌경색	1998-1999	6.9	12.2	20.6	
2009 Kim(8)	한국 4299명	2000-2005	8.7	16.1		37.1 (6 yrs)

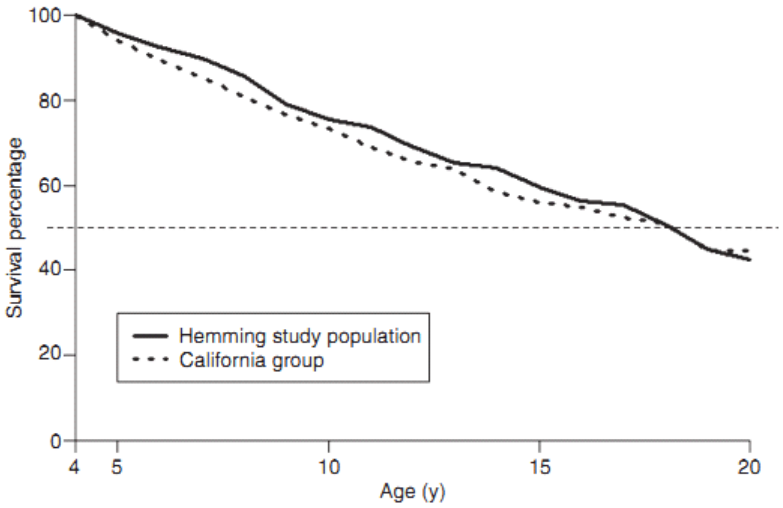
다. 뇌성마비(Cerebralpalsy)의 사망률

뇌성마비는 뇌의 진행되지 않는 손상으로 인한 발달장애를 총칭하는 말로 뇌손상으로 인한 마비, 경직, 부적절한 자세 등으로 특징지어지는 질환이다. 이런 뇌손상은 주산기(perinatalperiod)에 일어나는 경우가 많은데, 외상성 뇌손상(traumaticbrain injury) 및 뇌졸중(Stroke)을 포함한다. 이러한 뇌성마비 환자의 기대여명(Life expectancy)을 결정하는 인자로는 운동능력(gross motor function)과 식이 섭취(feeding) 등이 알려져 있다. 여기서 중요한 것은 이와 같은 운동능력이 식이 섭취에 이상이 없는 뇌성마비 환자의 경우 생존율은 비장애인과 차이가 없다는 점이다. 즉, 혼자 보행이 가능(fully ambulatory)하고 식이 섭취가 가능한 경우 비장애인과의 차이는 거의 없다고 보고되고 있다.

뇌성마비 환자의 사망률은 Hutton et al에 의한 영국의 연구와 California developmental disabilities database, Canadian study of Crichton 및 Western

국가인권위원회 humanrights.go.kr

Australian studyof Blair 등의 외국 연구를 참조하여 대략적인 기대 여명을 통해 확인할 수 있다. Strausset al은 이와 같은 기대여명에 대한 연구를 비교, 정리하여 종설을 발표하였다[13](Table 5, Figure 2).



〈Figure 2〉 Comparison of UK and California survival rates of children withsevere ambulatory, manual, cognitive, and visual disabilities

〈Table 5〉 Life expectancy (additional years) by age and cohort

Sex/age (Y)	Cannot lift head TF	FBO	SF	Lifts head or chest TF	FBO	SF	Rolls/sits, cannot walk TF	FBO	SF	Walk unaided	General population
Female											
15	13	16	-	16	21	-	21	35	49	55	65.8
30	14	20	-	15	26	-	16	34	39	43	51.2
45	12	14	-	13	16	-	14	22	27	31	37.0
60	-	-	-	-	-	-	-	-	16	20	23.8
Male											
15	13	16	-	16	20	-	19	32	45	51	60.6

13) Strauss D, Brooks J, Rosenbloom L, Shavelle R. Life expectancy in cerebral palsy: an update. Dev Med Child Neurol 2008;50(7):487-93.

Sex/age (Y)	Cannot lift head			Lifts head or chest			Rolls/sits, cannot walk			Walk unaided	General population
	TF	FBO	SF	TF	FBO	SF	TF	FBO	SF		
30	14	19	–	15	24	–	16	31	35	39	46.5
45	12	14	–	13	15	–	14	20	23	27	32.8
60	–	–	–	–	–	–	–	–	13	16	20.4

TF, tube fed; FBO, fed by others, without feeding tube; SF, self-feeds.

Table 5에서와 같이 고개를 가눌 수 있는지(lift head) 여부, 스스로 앉고 구를 수는 있으나 걸을 수는 없는지, 혼자 걸을 수도 있는지 등에 따라 기대 여명은 다르며 특히 보행 능력이 유지된 뇌성마비 장애인에서의 기대여명은 비장애인과 큰 차이가 없다. 이 연구에서는 운동 능력 이외에도 튜브를 통한 영양 공급을 하는지, 혼자 식사가 가능한지 등에 따라서도 기대여명이 다름을 보였다. 뇌성마비 안에서도 다른 질환과 마찬가지로 다양한 정도의 중증도가 존재하며 이에 따라 기대여명은 각각 다르다고 볼 수 있다.

라. 외상성 뇌손상(Traumatic brain injury)

외상성 뇌손상은 교통사고, 낙상, 스포츠 손상 등에 의해 발생하는데, 일반적으로 외상성 뇌손상은 뇌졸중이나 심폐정지에 의한 허혈성 뇌손상(Hypoxicence-phalopathy)에 비하여 생존기간이 길다고 알려져 있다. 그러나 장애의 정도는 매우 경한 정도에서 식물인간(vegetative state)까지 다양하여 장애의 정도에 따른 예후에는 차이가 존재한다.[14]

일반적으로 수상 후 약 2년간은 운동기능 및 인지기능의 향상이 일어나는 것으로 알려져 있으나, 실제에서는 보다 복잡하다. 여러 인자가 관여되어 있으나, 특히 수상시 연령은 회복 기간을 예측하는데 중요한 역할을 한다. Shavelle et al에 의해 이런 외상성 뇌손상 환자들의 기대여명에 대한 연구가 시행되었고, 이 연구에서는 성별, 연령별, 장애의 중등도별 기대여명의 차이를 보고하였다[15](Table 6, 7).

---

14) Cameron CM, Purdie DM, Kliewer EV, McClure RJ. Ten-year outcomes following traumatic brain injury: a population-based cohort. Brain Inj 2008;22(6):437-49.

15) Shavelle R, Strauss D. Comparative mortality of adults with traumatic brain injury in

국가인권위원회 humanrights.go.kr

〈TABLE 6〉 MaleLife Expectancy by Age and Severity of Disability

AGE	PVS[a]	CANNOT WALK FED BY OTHERS[b]	SELF FEEDS[c]	SOME WALKING ABILITY[d]	WALKS WELL ALONE[e]	GENERAL POPULATION
10	12	27	46	50	56	64.3
20	11	26	40	44	49	54.7
30	10	22	33	37	41	45.4
40	9	16	26	28	32	36.2
50	7	11	19	20	23	27.4

[a] Permanent vegetative state: No purposeful motor or cognitive function. Requires a feeding tube.

[b] Does not feed self, must e fed completely (either orally or by a feeding tube).

[c] Can feed self with fingers or utensils, with assistance and/or spillage.

[d] Walks with support, or unsteadily alone at least 10 feet but does not balance well.

[e] Walks well alone for at least 20 feet, and balances well.

〈TABLE 7〉 Female Life Expectancy by Age and Severity of Disability

AGE	PVS[a]	CANNOT WALK FED BY OTHERS[b]	SELF FEEDS[c]	SOME WALKING ABILITY[d]	WALKS WELL ALONE[e]	GENERAL POPULATION
10	12	27	46	55	61	70.0
20	11	26	40	48	54	60.2
50	7	11	19	23	27	31.7

[a] Permanent vegetative state: No purposeful motor or cognitive function. Requires a feeding tube.

[b] Does not feed self, must e fed completely (either orally or by a feeding tube).

[c] Can feed self with fingers or utensils, with assistance and/or spillage.

[d] Walks with support, or unsteadily alone at least 10 feet but does not balance well.

[e] Walks well alone for at least 20 feet, and balances well.

California, 1988--97. J Insur Med 2000;32(3):163-6.

이 연구에서도 뇌성마비에서와 같이 기대 여명을 뇌손상 당시의 연령, 운동반응이나 인지 손상이 심한 소위 '식물인간'상태인지 여부, 보행 능력(보행 불가능, 보행이 가능하나 균형 능력이 떨어지거나 도움이 필요한 상태, 도움 없이 보행이 가능한 상태), 혼자 식사를 할 수 있는지 등에 따라 여명이 달라졌다. 즉, 보행이 가능한 젊은 연령의 외상성 뇌손상 장애인의 기대여명은 같은 연령의 비장애인과 차이가 크지 않음을 확인할 수 있다.

마. 척수 손상 (Spinalcord injury)

척수손상은 의료기술 및 보건의료 시스템의 발전으로 과거에 비하여 급격하게 기대여명이 증가하고 있다. 특히, 손상 후 초기 1년간의 사망률에 대한 한 연구에서는 기립과 보행이 불가능하고 거의 모든 일상생활 동작에서 도움이 필요한 중증의 척수손상이라고 볼 수 있는 C1-4 grade A, B, and C그룹에서도 사망률이 50%까지 감소하였다고 보고하였다[16](Figure 3, Table 8).

척수손상은 손상의 위치에 따라 경수 손상(C, cervical)에 의한 사지 마비, 흉수 손상(T, thoracic)에 의한 하지 마비, 하지 마비이지만 경직이 없는 형태인 요천수 손상(LS, lumbosacral) 등으로 분류할 수 있다. 또한 손상의 완전도에 따라 운동감각 완전 마비 상태(AIS A, Americal Spinal Injury Association Impairment ScaleA), 운동 완전 마비 상태(AIS B), 운동 불완전 마비 상태이며 기능적인 보행이 불가능할 정도의 마비(AIS C), 운동 불완전 마비 상태이며 기능적인 보행이 가능할 정도의 마비(AIS D) 등으로 분류하는데, 이와 같은 신경학적 손상의 정도를 나타내는 분류에 따라 기대여명이 다르다.[17] 특히 호흡기에 의존하는 경수 마비형(C1-5 A)의 기대여명은 그 이외의 척수손상 장애인보다 낮다[18](Table 9).

---

16) Strauss DJ, Devivo MJ, Paculdo DR, Shavelle RM. Trends in life expectancy after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2006;87(8):1079-85.

17) Shavelle RM, Devivo MJ, Paculdo DR, Vogel LC, Strauss DJ. Long-term survival after childhood spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2007;30 Suppl 1:S48-54.

18) Shavelle RM, DeVivo MJ, Strauss DJ, Paculdo DR, Lammertse DP, Day SM. Long-term survival of persons ventilator dependent after spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2006;29(5):511-9.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

그러나 최근의 한 연구에서는 이러한 손상의 특성보다는 기대여명을 예측하는 요소로 사회적 요소(socioeconomic status)가 보다 정확하다는 보고가 있고,[19] 특히 경제적 요소가 척수 손상 장애인에서 기대여명에 큰 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.[20]

척수손상 장애 발생 후 주요 합병증은 주로 요로 감염이나 요역류에 의한 신기능 손상, 폐렴 등이었고 이로 인한 조기 사망이 기대 여명을 낮추었으나 배뇨 및 호흡 관리 기술의 발달로 합병증의 발생이 감소하면서 척수손상 장애인에서도 혈압, 당뇨, 고지혈증, 비만 등의 관리를 포함하는 심혈관계 합병증의 관리가 비장애인에서와 마찬가지로 여명에 더 영향을 미치는 것으로 논의되고 있다.[21][22]

즉, 손상의 중등도 및 연령이 척수 손상 환자에서의 기대여명에 중요한 인자임에는 분명하나, 배뇨 및 호흡에 대한 의학적 관리가 가능해지면서, 과거 주된 사망 원인이었던 요로 및 호흡기계 합병증보다는 혈압과 당뇨와 같은 심혈관계 질환이 주된 사망 원인으로 대두되고 있다.

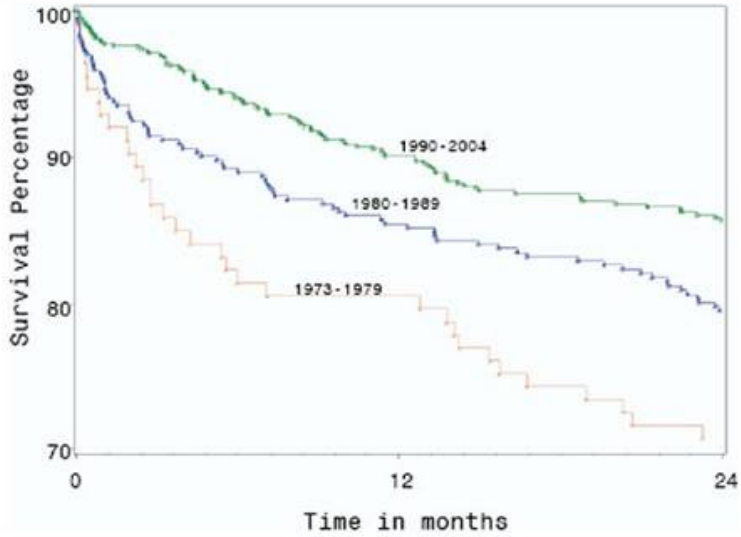
---

19) Krause JS, Devivo MJ, Jackson AB. Health status, community integration, and economic risk factors for mortality after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2004;85(11):1764-73.

20) Strauss D, DeVivo M, Shavelle R, Brooks J, Paculdo D. Economic factors and longevity in spinal cord injury: a reappraisal. Arch Phys Med Rehabil 2008;89(3):572-4.

21) Wahman K, Nash MS, Westgren N, Lewis JE, Seiger A, Levi R. Cardiovascular disease risk factors in persons with paraplegia: the Stockholm spinal cord injury study. J Rehabil Med. 2010;42:272-8.

22) Nash MS, Mendez AJ. A guideline-driven assessment of need for cardiovascular disease risk intervention in persons with chronic paraplegia. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88:751-7.



〈Figure 3〉 Two-year Kaplan-Meier survival surves for C1-4 grade A, B, and Cinjuries by period of injury; age greater than 30.

〈Table8〉 Sample Life Expectancies for 25-Year-Old White Man: Nonviolent Etiology andTime Since Injury Level and ASIA Grade

Group	Life Expectancy (year)
General population	50.9
C1-3, grade A	25.4
C1-3, grades B and C	32.2
C4, grade A	26.4
C4, grade B and C	34.9
C5, grade A	30.0
C5, grade B and C	35.7
C6-8, grade A	34.7
C6-8, grade B and C	36.7
T1-S5(paraplegia), grades A, B and C	37.6
All grade D	44.7

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈Table9〉 Life Expectancies for Time Since Injury Greater Than 3.0 Years

Age (years)	Group		
	C1-C5A	Injuries other than C1-C5A	General population*
20	21.9	33.3	56.3
30	18.6	27.8	46.9
40	14.1	21.5	37.6
50	9.3	15.1	28.8
60	5.8	10.1	20.6
70	3.5	6.4	13.5
80	2.2	3.9	8.0

* Computed based on a weighted average ofthe 2001 United States male(82%) and female(18%) mortality rates.

바. 요약

뇌졸중, 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 척수 손상 등 4가지의 질병 및 손상에서의 여명추정에 대한 기존 연구를 고찰하였다. 뇌졸중은 뇌졸중 후 후유 증상에 대한 미국 국립보건원 뇌졸중 척도를 사용하여 중증도의 단계를 구분하여 여명을 추정하였고, 뇌성마비와 외상성 뇌손상의 경우는 보행과 같은 운동기능과 독립적으로 식사를 할 수 있는지 여부, 연령 등에 따라 여명 추정을 하였다. 이와는 달리 척수손상과 같이 이전에는 건강하였으나 불의의 사고로 마비 장애가 발생한 경우는 의학적 관리가 잘 된다면 손상의 중증도보다는 비장애인과 마찬가지로 당뇨, 혈압, 고지혈증 등과 같은 대사성 증후군의 관리가 더 여명에 영향을 줄 수도 있다.

이처럼, 각 장애인의 사망율은 장애 중등도, 연령 및 기능적 상태에 따라 차이가 존재한다. 특히, 척수 손상 및 뇌졸중과 같은 후천적으로 발생하는 장애 및 선천성 장애 모두에서 현대 의학 기술 및 지식의 진보로 인해 사망률이 급격하게 낮아지고 있다. 따라서 이와 같이 여명 추정은 장애의 개념보다는 질병 후유증의 개념으로 접근하여야 한다.

2. 장애인과 비장애인의 만성질환 및 질병 이환율의 비교

가. 장애와 질환에 관한 문헌분석 내용

장애인은 비장애인에 비하여 취약한 건강 상태로 인하여 만성질환이 조기에 발생할 수 있고, 이차적인 기능장애가 발생할 가능성이 높다. 이는 건강을 유지하거나 질병을 예방하기 위한 활동에 제한이 있기 때문이다. 물리적, 경제적 및 사회적 장벽은 장애인에게 비장애인보다 취약한 건강 상태를 유발시키는 직접적인 원인이다.

예를 들면 장애인의 비만율은 비장애인에 비하여 높은 것으로 알려져 있고, Havercamp등에 의하면, 비장애인의 비만율은 56.8%인데 반해, 발달장애인은 59.6%, 기타 장애인에서는 66.2%로 보고한 바 있다.[23] 이러한 비만 발생의 증가는 고혈압과 당뇨와 같은 만성질환의 발생을 증가시키며, 특히, 척수손상, 지체장애, 정신장애인에서의 이런 비만의 유병율이 높은 것으로 알려져 있다[24] (Table 1).

Table 4. Chronic health conditions

	No Disability group (n=4,358)	*Disability group (n=1,598)*			*Developmental Disability group (n=477)*		
	Percent (95% CI)	*Percent (95% CI)*	*RR (95% CI)*	χ^2	*Percent (95% CI)*	*RR (95% CI)*	χ^2
High blood pressure	20.7 (19.1, 22.5)	47.5 (43.6, 51.4)	2.3 (2.0, 2.6)	34.7[c]	16.0 (12.7, 19.3)	0.8 (0.6, 1.0)	1.1
Cardiovascular disease	3.5 (2.5, 5.0)	22.9 (18.6, 27.9)	6.5 (4.3, 9.7)	107.5[c]	7.1 (4.8, 9.4)	2.0 (1.3, 3.1)	3.7
Arthritis	15.3 (13.8, 17.0)	47.1 (43.3, 51.0)	3.1 (2.7, 3.5)	66.1[c]	4.9 (2.9, 6.9)	0.3 (0.2, 0.5)	7.1[b]
Diabetes	3.9 (3.2, 4.8)	15.2 (12.8, 18.0)	3.9 (3.0, 5.1)	32.7[c]	7.9 (5.5, 10.3)	2.0 (1.4, 2.9)	4.1[a]
Chronic pain	1.8 (1.1, 2.8)[e]	28.4 (23.6, 33.8)[d]	16.2 (9.9, 26.3)	393.1[c]	3.0 (1.4, 4.6)	1.7 (0.8, 3.3)	0.8

NOTES: Point estimates for the No Disability and Disability groups are weighted. Point estimates for the Developmental Disability group are unweighted. Pearson (χ^2 results and relative risks are for comparisons with the No Disability group.

[a]p<0.05

[b]p<0.01

[c]p<0.001

[d]Pain 15–30 days in past month

CI = confidence interval

RR = relative risk

23) Havercamp SM, Scandlin D, Roth M. Health disparities among adults with developmental disabilities, adultswith other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina. Public Health Rep 2004;119(4):418-26.

24) Rajan S, McNeely MJ, Warms C, Goldstein B. Clinical assessment and management of obesity in individuals with spinal cord injury: a review. J Spinal Cord Med 2008;31(4):361-72.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

장애특성별로 나누어보면, 각 장애별 만성질환 및 질병 발생율에 차이가 있다. 우선, 뇌병변 장애 중 뇌졸중의 경우에는 고혈압, 당뇨, 고지혈증과 같은 심혈관계 위험인자가 있는 경우에 호발하므로 비장애인보다 심혈관계 합병증이 발생할 확률이 높다는 것은 쉽게 예측할 수 있다. Johansen et al.에 의한 캐나다에서 시행된 연구에서는 동반된 질환 중 고혈압은 35%, 당뇨는 17%, 부정맥은 15%, 허혈성 심질환은 13.6%, 울혈성 심부전은 5%로 심혈관계 합병증이 동반된다고 보고한바 있다[25](Table 2). 이런 동반된 질병 이환뿐만 아니라 낙상의 위험도 증가하게 되는데, 약 2.2배(Relative risk(RR)=2.2, Confidentialinterval(CI)=1.1-4.3) 증가한다고 하며, 우울증 증상이 있는 경우 낙상의 위험을 예측하는데 도움이 될 수 있다고 한다.[26] 그러나 이와 같은 연구는 장애가 있어서 질병 이환율이 높은 것인지, 장애로 인해 발생하는 물리적 장벽과 같은 외부 요인에 의한 것인지는 알 수 없다.

TABLE 3
Patients with a comorbidity in the index episode by sex and type of stroke in Canada, 1999/2000

		Subarachnoid hemorrhage (ICD-9 430)			Intracerebral hemorrhage (ICD-9 431)			Cerebral infarction (ICD-9 434, 436)			Acute stroke (ICD-9 430, 431, 434, 436)		
	ICD-9 codes	Men (%)	Women (%)	Both (%)	Men (%)	Women (%)	Both (%)	Men (%)	Women (%)	Both (%)	Men (%)	Women (%)	Both (%)
Hypertension	401, 402, 403, 404, 405	17.0	24.3*	21.6†‡	43.0	41.2	42.1†§	33.0	37.5*	35.3†§	33.4	36.9*	35.2
Diabetes	250	4.6	5.1	5.0†‡	12.5	9.6*	11.1†§	20.9	17.5*	19.1†§	19.2	15.8*	17.4
Arrhythmias	426, 427	7.7	6.7	7.1†‡	11.0	10.2	10.6†§	14.8	17.6*	16.3†§	14.1	16.1*	15.1
Ischemic heart disease	410–414	5.2	4.5	4.7†‡	10.4	7.7*	9.1†§	16.7	13.0*	14.8†§	15.5	11.8*	13.6
Other stroke	432, 433, 435, 437, 438	16.8	21.7*	19.9†‡	9.8	9.9	9.8†§	14.4	11.0*	12.7†§	14.0	11.7*	12.8
Congestive heart failure	428	1.3	3.2*	2.5‡	2.6	3.3	2.9§	5.0	6.1*	5.6†§	4.6	5.6*	5.1
Peripheral vascular disease	440–447	2.2	3.7	3.2	2.7	2.5	2.6§	4.1	3.1*	3.6§	3.8	3.1*	3.4
Diseased heart valve	394, 395, 396, 397, 398, 424	0.1	0.7	0.5‡	0.5	1.3*	0.9§	1.7	2.5*	2.1†§	1.5	2.3*	1.9
Myocardial infarct	410	0.8	1.4	1.2‡	2.0	1.5	1.8	1.9	1.9	1.9‡	1.8	1.8	1.8
Complication of heart disease	429	0.4	0.4	0.4†‡	1.2	1.2	1.2†§	2.2	1.6*	1.9†§	2.0	1.6*	1.7
Atherosclerosis	440	0.7	0.8	0.7‡	1.0	0.9	1.0§	1.7	1.3*	1.5†§	1.6	1.2*	1.4
Cardiomyopathy	422, 425	0.1	0.0	0.1‡	0.3	0.2	0.3	0.7	0.4*	0.5‡	0.7	0.3*	0.5
Pulmonary heart disease	415, 416, 417	0.8	0.5	0.6	0.8	0.5	0.7§	0.3	0.5*	0.4§	0.4	0.5	0.5
Alcohol abuse, alcoholism	3050, 3039	1.0	0.0*	0.4	0.6	0.1*	0.4§	0.3	0.1*	0.2§	0.3	0.1*	0.2

**Male and female percentages (within each stroke type) significantly different (P<0.05) (Z test); †Subarachnoid hemorrhage and intracerebral hemorrhage percentages significantly different (P<0.05); ‡Subarachnoid hemorrhage and cerebral infarction percentages significantly different (P<0.05); §Cerebral infarction and intracerebral hemorrhage percentages significantly different (P<0.05). ICD-9 International Classification of Diseases, ninth revision*

25) Johansen HL, Wielgosz AT, Nguyen K, Fry RN. Incidence, comorbidity, case fatality and readmission of hospitalized stroke patients in Canada. Can J Cardiol 2006;22(1):65-71.

26) Jorgensen L, Engstad T, Jacobsen BK. Higher incidence of falls in long-term stroke survivors than in population controls: depressive symptoms predict falls after stroke. Stroke 2002;33(2):542-7.

외상성 뇌손상(Traumatic brain injury)과 같은 경우에는 의료 기술의 발전으로 사망하지 않고 생존하는 사람의 수가 증가하고 있는데, 심혈관계 질환의 이환율에 대한 연구는 충분하지 않은 상태고, 알츠하이머 치매 및 뇌하수체 저하증과 같은 내분비계 합병증에 대한 연구들만 상당수 있다. 외상성 뇌손상 후 이차적으로 발생하는 뇌하수체 저하증은 지금까지 약 15-90% 정도로 다양한 발생율이 보고되어 왔다.

그러나, 2011년 여러 개의 기관이 합동으로 한 Kokshoorn et al의 연구에서는 약 5.4%정도 발생한다는 사실이 입증되어 외상성 뇌손상 후 발생하는 뇌하수체 기능 저하의 발생율은 일반적인 인식에 비하여 높지 않다는 사실이 증명되었다. 알츠하이머 치매의 경우에는 2000년 Lye et al 등이 발표한 종설에 따르면 외상성 뇌손상은 약 1.66-10.2배로 다양한 정도로 알츠하이머병의 발생이 증가하는 것으로 보고하였다[27](Table 3).

아직까지 뇌손상의 중등도 및 연령과 같은 질병 이환률에 큰 영향을 미치는 인자에 따른 질병 이환률에 대한 충분한 연구가 없고, Cholinesterase inhibitor와 같은 치매를 예방하는 약물이 개발된 이후 진행된 연구가 충분하지 못하기 때문에 외상성 뇌손상과 치매의 관계는 보다 연구가 필요하다고 할 수 있다.[28]

27) Lye TC, Shores EA. Traumatic brain injury as a risk factor for Alzheimer's disease: a review. Neuropsychol Rev 2000;10(2):115-29.

28) Kokshoorn NE, Smit JW, Nieuwlaat WA, Tiemensma J, Bisschop PH, Groote Veldman R, et al. Low prevalence of hypopituitarism after traumatic brain injury: a multicenter study. Eur J Endocrinol 2011;165(2):225-31.

국가인권위원회 humanrights.go.kr KOR

Table I. Odds Ratios Calculated in Case-Control Studies that Have Investigated the Association Between Traumatic Brain Injury and the Development of Alzheimer's Disease

Study	Number of cases	Number of controls	Odds ratio[a]
Heyman *et al.* (1984)	40	80	5.31*
Mortimer *et al.* (1985)	78	48[b]	2.80
	78	76[c]	4.50*
French *et al.* (1985)	78	76	4.50*
Amaducci *et al.* (1986)	116	97[b]	2.00
	116	116[c]	3.50
Chandra *et al.* (1987)	64	64	6.00
Sullivan *et al.* (1987)	17	17	2.00*
Chandra *et al.* (1989)	274	274	1.25
Broe *et al.* (1990)	170	170	1.33
Graves *et al.* (1990)	130	130	3.50*
Mortimer *et al.* (1991)[d]	—	—	1.82*[e]
Mayeux *et al.* (1993)	138	193	3.70*
Canadian study of health and aging (1994)	184	453	1.66[f]
Kondo *et al.* (1994)	60	120	5.50*
Mayeux *et al.* (1995)	113	123	1.00
	113	123	10.2*[g]
Rasmusson *et al.* (1995)	68	34	13.75*
Salib and Hillier (1997)	198	136	2.10*[h]

[a]Odds ratio: estimate of relative risk. Asterisks (*) indicate that the association between traumatic brain injury and Alzheimer's disease was found to be significant.

척수손상의 경우에는 2004년 Middleton et al.에 의하면 432명의 척수손상 환자들을 추적 관찰한 결과, 253명(58.6%)이 재입원을 해야 했고, 그 이유는 비뇨기계 문제(24.1%), 소화기계 문제(11.0%), 추가적인 재활치료(11.0%), 피부 관련 문제(8.9%), 근골격계 문제(8.6%), 정신과적 문제(6.8%) 순이었으며, ASIA D가 ASIA A, B, C 보다 재입원율이 낮음을 밝힌바 있다.[29] 마찬가지로 척수 손상 환자를 장기간 추적 관찰한 연구결과에서는 운동기능의 장애 및 신체활동 기회의 저하

29) Middleton JW, Lim K, Taylor L, Soden R, Rutkowski S. Patterns of morbidity and rehospitalisation following spinal cord injury. Spinal Cord 2004;42(6):359-67.

로 인하여 심혈관계 합병증, 즉 비만, 고지혈증, 대사증후군 및 당뇨의 유병율이 증가하나, 이 연구에서는 척수 장애인의 의료이용의 제한을 보정하지 못함으로써 장애 자체로 인한 질병 이환율을 알 수 없다는 제한이 있다.[30]

뇌성마비의 경우에는 뇌성마비를 가진 여성 63명을 설문한 Turk et al 등의 연구에서는 동반된 문제로 통증, 고관절/요추 기형, 장/방광의 문제, 역류성 위염 등의 2차적인 문제의 발생이 증가한다고 보고한 바 있고,[31] Jahnsen et al 에 따르면 피로(fatigue)가 일반인구보다 많고 이것이 신체의 기능에 악영향을 미치는 것으로 보고하였다.[32] 그러나, 이 연구들 역시 질병 이환률이 장애 자체로 인한 것인지 장애로 인한 의료 이용의 제한에서 기인한 것인지는 알 수 없다.

지적 장애의 경우에는 만성질환의 유병율에 대하여 조사된 바 있고, 45세부터 75세사이의 278명의 지적장애인의 만성질환의 유병율에 대하여 조사한 결과, 갑상선 질환, 비허혈성 심질환, 감각장애의 유병율이 높은 것으로 나타났다.[33] 그러나 이 역시 장애 자체가 질병의 유병율을 높였다기 보다는 장애인이 경제적, 물리적 장벽으로 인하여 적절한 의료서비스를 이용하지 못하는 데에서 유병율이 높아진 것으로 해석이 될 수 있기 때문에, 장애 자체가 만성질환의 발생을 증가시킨다고는 할 수 없겠다. 오히려 한 연구에서는 치매의 경우 다운증후군이 아닌 지적장애인에서의 발생이 비장애인 보다 낮음을 보고한 바 있다.[34]

---

30) Myers J, Lee M, Kiratli J. Cardiovascular disease in spinal cord injury: an overview of prevalence, risk, evaluation, and management. Am J Phys Med Rehabil 2007;86(2):142-52.
31) Turk MA, Geremski CA, Rosenbaum PF, Weber RJ. The health status of women with cerebral palsy. Arch Phys Med Rehabil 1997;78(12 Suppl 5):S10-7.
32) Jahnsen R, Villien L, Stanghelle JK, Holm I. Fatigue in adults with cerebral palsy in Norway compared with the general population. Dev Med Child Neurol 2003;45(5):296-303.
33) Kapell D, Nightingale B, Rodriguez A, Lee JH, Zigman WB, Schupf N. Prevalence of chronic medical conditions in adults with mental retardation: comparison with the general population. Ment Retard 1998;36(4):269-79.
34) Zigman WB, Schupf N, Devenny DA, Miezejeski C, Ryan R, Urv TK, et al. Incidence and prevalence of dementia in elderly adults with mental retardation without down syndrome. Am J Ment Retard 2004;109(2):126-41.

국가인권위원회 humanrights.go.kr

나. 요약 및 문헌 분석의 한계

현재까지 장애의 유형에 따라 만성질환의 발생율을 조사한 바에 따르면, 뇌졸중에 의한 뇌병변장애와 척수장애에서만 근거가 많이 제시된 상태이고, 아직까지 외상성 뇌손상 및 뇌성마비에 의한 뇌병변장애에서는 충분하게 증명된 바가 없다. 무엇보다 장애 자체로 인하여 질병 이환률이 높아진다기 보다는 충분하지 못한 의료 접근에 대한 제한으로 인하여 이차적으로 기인한 질병 이환일 가능성이 높은데, 이에 대한 보정을 한 연구는 없는 상태이다. 그리고 다운증후군이 아닌 지적장애에서 치매의 발생은 오히려 비장애인보다 낮다고 보고된바 있는 것으로 비추어 보았을 때, 모든 장애에서 만성질환의 이환율이 높다고는 할 수 없다. 또한 대부분의 연구에서는 유병율을 조사함으로써, 장애로 인한 질환의 발생이 어느 정도 질환의 발생에 기여 하는지에 대하여 알 수 없기 때문에, 추후 연구가 필요하다고 할 수 있다.

3. 시각 장애 및 청각 장애인의 사망률 및 상해 위험의 정도

가. 시각 장애(Visual impairments)

시각장애는 그 원인에 따라 차이는 있으나 상해의 위험이 증가할 것으로 생각되고 있다. 이유는 직관적으로는 시각적인 정보의 부족으로 집, 직장 및 보행하는 과정에서 가능한 위험 요인에 적절히 반응하지 못하고 자세의 균형을 잡지 못해 낙상 등의 위험이 증가할 수 있기 때문이다.[35] 즉, 시각장애인에서는 흔히 낙상의 위험이 증가하고,[36] 보행자 교통사고가 일어날 가능성이 높아,[37] 상해의 위험이 증가한다고 알려져 있다.[38]

---

35) Tobis JS, Block M, Steinhaus-Donham C, Reinsch S, Tamaru K, Weil D. Falling among the sensorially impaired elderly. Arch Phys Med Rehabil 1990;71(2):144-7.

36) Klein BE, Klein R, Lee KE, Cruickshanks KJ. Performance-based and self-assessed measures of visual function as related to history of falls, hip fractures, and measured gait time. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology 1998;105(1):160-4.

37) Owsley C, Ball K, McGwin G, Jr., Sloane ME, Roenker DL, White MF, et al. Visual processing impairment and risk of motor vehicle crash among older adults. JAMA 1998;279(14):1083-8.

38) Lee DJ, Gomez-Marin O, Lam BL, Zheng DD. Visual impairment and unintentional injury

2009년 The Blue Mountain Eye Study에 따르면, 시각장애인의 사망률은 여러 원인이 직접, 간접적으로 작용하여 증가되는데, 의도하지 않은 상해(unintentional injury)가 그 직접적 원인 중 하나이며, 간접적으로는 보행장애가 원인임을 보고한 바 있다.[39] 따라서 시각 장애인의 사망률을 감소시키기 위해서는 실제 상해 위험의 정도가 어느 정도인지를 파악하는 것이 필요하다고 할 수 있겠다.

시각장애와 상해와의 관련성에 대하여는 수많은 연구가 진행되어 왔다. 크게는 낙상, 교통사고, 손상에 의한 사망률에 대한 연구로 나눌 수가 있는데, Legood등에 의해 2002년 발표된 종설에 따르면, 대표적인 낙상의 경우에는 시력이 감소한 노인에서 약 1.7배의 위험이 증가하고, 낙상을 수차례 겪을 위험은 1.9배 증가하며, 고관절 골절의 경우에는 1.3-1.9배의 위험이 증가하는 것으로 보고하고 있다.[40](Table 1) 그러나 이 연구는 주로 고령에 의한 시력의 저하와 낙상의 위험을 비교한 것이고, 실제 시각 장애인 자체를 대변하지 못하는 한계가 있다.

---

mortality: the National Health Interview Survey 1986-1994. Am J Ophthalmol 2003;136(6):1152-4.

39) Karpa MJ, Mitchell P, Beath K, Rochtchina E, Cumming RG, Wang JJ. Direct and indirect effects of visual impairment on mortality risk in older persons. Arch Ophthalmol 2009;127(10):1347-53.

40) Legood R, Scuffham P, Cryer C. Are we blind to injuries in the visually impaired? A review of the literature. Inj Prev 2002;8(2):155-60.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈Table 6〉

Table 1 Falls and visual impairment

Reference	Study design	Study group	Ophthalmic assessment	Adjustment for confounding variables	Key results
6	Cohort (R)	n=875, elderly	Formal	Yes	Risk of first, multiple, and injurious falls: was not significantly associated with visual impairment
48	Cohort (P)	n=761, aged 70+	Formal	Age only	Risk of fall: was not significantly associated with visual impairment
17	Cohort (P)	n=9516, aged 65+	Formal	Yes	Risk of hip fracture: increased with poor depth perception RR 1.4 (95% CI 1.0 to 1.9) and/or low contrast sensitivity RR 1.3 (95% CI 1.0 to 1.5)
18	Cohort (P)	n=7575, aged 75+	Formal	Yes	Risk of hip fracture: increased with poor visual acuity RR 1.9 (95% CI 1.1 to 3.1). In subjects with very poor visual acuity the risk of hip fracture was even higher RR 2.0 (95% CI 1.1 to 3.7)
49	Cohort (P)	n=1947, aged 70+	Medical history	Yes	Odds of fall: increased in patients with a medical history of glaucoma OR 1.63 (95% CI 1.13 to 2.37)
19	Cohort (R)	n=2633	Formal	Yes.	Risk of hip fracture: increased in subjects with any visual impairment RR 1.73 (95% CI 1.13 to 2.65)
13	Cross section	n=50, 50	Medical notes	NA	Risk of fall: was significantly associated with blindness and poor vision
12	Cohort (R)	n=489, aged 65+	Formal	Yes	Risk of serious falls: increased in subjects with 40% or greater visual field loss RR 3.0 (95% CI 0.94 to 9.8) and use of non-miotic eye medications 5.4 (95% CI 1.8 to 16.4)
20	Case-control	n=174	Self report/ medical history	Yes	Odds of hip fracture: was increased in women with low distant vision (self reported) OR 4.8 (95% CI 1.4 to 16.2)
23	Case-control	n=24, 24	Formal	No	Risk of wrist fracture: was lower in the group with poorer vision
9	Cross section	n=3299, aged 49+	Formal	Yes	Risk of multiple falls: posterior subcapsular cataract prevalence ratio* (PR) 2.1 (95% CI 1.0 to 4.3); use of non-miotic glaucoma medication PR 2.0 (95% CI 1.1 to 3.6) low visual acuity PR 1.9 (95% CI 1.2 to 3.0); low contrast sensitivity PR 1.2 (95% CI 1.1 to 1.3). No significant association with other vision variables studied. *(*The prevalence ratio is similar to relative risk)*
16	Case-control	n=991, 910, aged 60+	Formal	Yes	Odds of hip fracture: increased in the visually impaired. OR 1.3 (95% CI 1.0 to 1.8)
37	Survey (P)	n=200, aged 65+	Formal	No	Risk of fall: significant difference between low vision of patients attending for falls compared with other those attending for other medical problems
50	Cross section	n=143, aged 65+	Questionnaire	NA	Risk of fall: among patients with diabetic retinopathy and glaucoma the vision questionnaire had a 100% sensitivity in identifying patients with a history of falls
1	Cohort (R)	n=3722, adults	Formal	Yes	Risk of fall and hip fracture: was significantly associated with visual acuity in the over 60s, in the under 60s risk was only associated with some vision measures
21	Case-control	n=129, aged 65+	Case notes	Yes	Odds of in hospital hip fracture: were higher in the visually impaired OR 1.97 (95% CI 1.18 to 3.30)
51	Cohort (P)	n=341, aged 65+	Formal	Age only	Risk of multiple falls: significantly increased in subjects with poor visual acuity and/or a low ability to perceive contrast
22	Cohort (R)	n=53, 530	Case notes	Age/sex only	Risk of second hip fracture: was significantly increased in the blind/ and those with low vision
11	Cohort (P)	n=336, aged 75+	Formal	Yes	Risk of fall: was higher in the visually impaired subjects RR 1.7 (95% CI 1.2 to 2.3)
52	Cohort (P)	n=927, aged 72+	Formal	No	Risk of multiple falls: was higher in visually impaired RR 1.6 (95% CI 1.1 to 2.4)
4	Cohort (R)	n=165	Blind	No	Risk of fall: the blind demonstrated a higher risk than the deaf or non-impaired populations

Abbreviations: (P) prospective study, (R) retrospective study; CI, confidence interval; OR, odds ratio; RR, relative risk.

의도하지 않은 상해 중 교통사고만을 따로 분류해서 보면, 대표적인 연구로 1998년 Owsley등에 의해 JAMA에 발표된 연구를 들 수 있다.[41] 이 연구에서

41) Owsley C, Ball K, McGwin G, Jr., Sloane ME, Roenker DL, White MF, et al. Visual processing impairment and risk of motor vehicle crash among older adults. JAMA

294명의 운전자를 조사한 결과, 40%이상 시야의 손상이 있는 경우 3년 동안 약 2.2배의 교통사고의 위험을 증가시키는 것으로 보고하였다. 그러나 이 연구에서는 시력 자체의 저하가 교통사고의 위험을 증가시키는 것에 대하여 증명하지 못했다(Table 2). 또한, 이 연구는 노화에 의한 시력 및 시야 장애에 의해 교통사고의 위험이 증가함을 증명했을 뿐, 실제로 시각장애인은 운전을 하지 않고 보행자 사고에 의한 경우가 대부분이기 때문에 시각 장애인의 교통사고에 의한 손상을 잘 대변한다고 할 수도 없다.

보행자 사고와 시각장애의 관계는 소아 177,471명에서 주관적으로 시력 장애를 호소한 환아를 대상으로 환자-대조군 연구가 유일한데, 이 연구에서는 보행자 사고의 위험이 약 4배 증가한다고 보고하였다. 그러나 이 논문은 그 소아의 시각장애가 교정가능한지에 대하여 확인하지 않음으로써 영구적으로 장애가 남는 시각장애에서의 보행자 사고의 발생률은 알 수 없는 한계가 있다.[42)]

〈Table 7〉

Table 2.—Distribution of Study Subjects, Crash Rates, Relative Risks (RRs), and 95% Confidence Intervals (CIs) by Visual Processing Variables

Characteristics*	No. (%) With Characteristic	Crash Rate†	*P* Value	RR	95% CI
Visual acuity					
Better than or equal to 20/40	257 (87.4)	6.9	.43	Referent	. . ‡
Worse than 20/40	37 (12.6)	10.0		1.45	0.58-3.64
Log_{10} contrast sensitivity					
>1.5	244 (83.0)	7.2	.76	Referent	. . .
≤1.5	50 (17.0)	6.2		0.87	0.35-2.17
Stereoacuity§					
<500 arcseconds	202 (68.7)	7.5	.42	Referent	. . .
≥500 arcseconds	92 (31.3)	5.7		0.76	0.36-2.74
Central 30°-radius visual field sensitivity‖					
0	257 (87.4)	7.1	.73	Referent	. . .
>10	37 (12.6)	7.0		0.99	0.36-2.74
Peripheral 30°-60°-radius visual field sensitivity‖					
0	183 (62.2)	7.6	.39	Referent	. . .
>10	111 (37.8)	5.8		0.77	0.42-1.40
Disability glare¶					
≤0	158 (53.7)	7.2	.83	Referent	. . .
>0	136 (46.3)	6.8		0.94	0.55-1.62
Useful field of view#					
<40.0	127 (43.1)	4.7	.02	Referent	. . .
≥40.0	167 (56.9)	9.8		2.08	1.15-3.44

*Higher values represent greater impairment except for contrast sensitivity, in which lower values represent greater impairment.
†Crash rate per million person-miles of travel.
‡Ellipses indicate data not applicable.
§TNO test.
‖Average defect depth (d–).
¶LogMAR acuity with glare minus logMAR acuity without glare.
#Percent reduction in useful field of view.

1998;279(14):1083-8.

42) Roberts I, Norton R. Sensory deficit and the risk of pedestrian injury. Inj Prev 1995;1(1):12-4.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

의도하지 않은 상해에 의한 사망에 대하여는 아직까지 많은 연구가 진행되지는 않은 상태이다. 다만, Lee 등은 1986-1994년의 National Health Interview Survey(NHIS)를 통해, 시각 장애인들의 상해 위험의 정도를 계산한 바 있어 이를 참조할만 하다고 할 수 있다.[43] 이 연구에서는 1986년에서 1994년까지 약 116,796명의 사람을 설문하여 1997년 사망자료와 연계하여 사망의 원인에 대한 조사를 시행하였다. 이 연구에서는 ICD-9상 의도하지 않은 상해인 경우를 확인하여, 총 295명의 사망을 확인하였고, 사망률은 시각장애가 없는 경우 0.24%, 약간의 시각장애를 가진 경우를 0.38%, 양측 눈의 시각장애를 가진 경우에 1.84%로 보고하였다. 이 자료를 바탕으로 조사방법, 연령, 성, 안구 질환의 존재 및 개수를 조정한(adjusting) Coxregression 결과 시각장애가 없는 경우와 약간의 시각장애를 지닌 경우는 위험도의 차이가 없는 것으로 밝혀졌고, 다만, 양측 눈에 심각한 장애가 있는 경우에는 약 7.4배(Confidential interval(CI)=3.0-17.8)의 위험이 증가됨이 확인되었다(Table 1).

〈Table 8〉

TABLE 2. Unintentional Injury Mortality Hazard Ratios (HR) and 95% Confidence Intervals (CI) for Participants With Vs Without Visual Impairment: the National Health Interview Survey 1986–1994

	Model Adjusted for					
	Sample Design		Sample Design, Age, Sex		Sample Design, Age, Sex, Eye Disease*	
	HR	95% CI	HR	95% CI	HR	95% CI
No visual impairment (n = 111,715)	1.0		1.0		1.0	
Some visual impairment (n = 4,754)	1.6	[0.9–3.0]	1.3	[0.7–2.4]	1.3	[0.7–2.3]
Severe bilateral visual impairment (n = 327)	10.2	[4.4–23.5]	7.3	[3.2–16.8]	7.4	[3.0–17.8]

*Cataract or glaucoma or retinopathy or two or more of these eye diseases.

2009년 The Blue Mountain Eye Study에서는 시각장애인의 사망률은 직접, 간접적 원인에 의해 증가되는데, 현재 시각장애를 가진 경우는 1.29배, 교정 가능한 시각장애는 1.26배, 교정이 불가능한 경우는 1.35배 증가한다고 보고되었다. 상대적으로 특히 75세 이하에서 교정 가능한 시각장애를 가진 경우는 통계적으로 유의하게 사망률이 증가하지 않다는 점에 주목할 만하다.

43) Lee DJ, Gomez-Marin O, Lam BL, Zheng DD. Visual impairment and unintentional injury mortality: the National Health Interview Survey 1986-1994. Am J Ophthalmol 2003;136(6):1152-4.

〈Table 9〉

Table 2. Association of VI and All-Cause Mortality Assessed Using Cox Regression by VI Category[a]

Age, y	Mortality Rate, No. of Deaths/No. at Risk		Age- and Sex-Adjusted		Multivariable Adjusted[b]	
	No VI	VI	HR (95% CI)	*P* Value	HR (95% CI)	*P* Value
			PVI			
All	995/3224	273/399	1.49 (1.29-1.73)	<.001	1.29 (1.09-1.52)	.003
<75	595/2680	72/170	1.69 (1.32-2.17)	<.001	1.42 (1.07-1.87)	.02
≥75	400/544	201/229	1.39 (1.17-1.67)	<.001	1.24 (1.01-1.53)	.04
			CVI			
All	995/3224	163/269	1.47 (1.24-1.74)	<.001	1.26 (1.04-1.53)	.02
<75	595/2680	61/147	1.60 (1.23-2.09)	<.001	1.33 (0.99-1.80)	.06
≥75	400/544	102/122	1.36 (1.09-1.70)	.006	1.20 (0.94-1.55)	.15
			NCVI			
All	995/3224	110/130	1.56 (1.25-1.94)	<.001	1.35 (1.04-1.75)	.02
<75	595/2680	11/23	2.58 (1.42-4.69)	.002	2.16 (1.11-4.23)	.02
≥75	400/544	99/107	1.45 (1.15-1.83)	.002	1.30 (0.97-1.73)	.08

Abbreviations: CI, confidence interval; CVI, correctable visual impairment; HR, hazard ratio; NCVI, noncorrectable visual impairment; PVI, presenting visual impairment; VI, visual impairment.

[a]Reference group is persons without any VI.

[b]Covariates include the mortality risk markers angina, myocardial infarction, stroke, cancer, hypertension, walking disability, low body mass index (calculated as weight in kilograms divided by height in meters squared), smoking, diabetes mellitus, home ownership, and tertiary education, corrected for age, sex, and VI.

나. 청각 장애

청각장애인의 상해의 위험에 대하여는 충분한 연구가 없는 상황이므로, 상해에 대하여 간접적으로 추론이 가능한 사망률에 대한 연구로 대체하고자 한다. 대표적인 청각 장애인의 사망률에 대한 연구로는 Barnett등이 1999년 발표한 논문이 있다.[44] 이 논문에서는 3세 이전에 청각장애가 생긴 경우, 3세 이후 생긴 경우 및 일반인구와의 사망률의 비교를 통해 청각장애인에서의 사망률에 대하여 조사를 하였다. 이 연구에서는 건강 상태 및 성, 연령을 보정한 경우에 청각장애가 발생한 연령과 상관없이 Hazard ratio가 일반인구에 비하여 높지 않았다.

44) Barnett S, Franks P. Deafness and mortality: analyses of linked data from the National Health Interview Survey and National Death Index. Public Health Rep 1999;114(4):330-6.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

〈Table 10〉

Table 3. Adjusted relationship between the onset of deafness and mortality among adults ages 19 years and older, National Health Interview Survey, 1990 and 1991

	Adjusted for sociodemographic variables		*Adjusted for sociodemographic variables and health status*	
Deaf group	*Hazard ratio*	*95% CI*	*Hazard ratio*	*95% CI*
Prelingual onset	0.97	0.58, 1.64	0.82	0.48, 1.41
Postlingual onset				
Ages 19–64 years.....	1.32	1.05, 1.64	1.05	0.84, 1.32
Age 65 years and older ...	1.15	1.03, 1.27	0.99	0.88, 1.10

NOTE: The sociodemographic variables were age, age squared, sex, racial category (white vs non-white), educational level, and marital status.

다. 요약 및 문헌 연구의 한계

현재까지 선천성 시각 및 청각 장애인에서의 상해 및 사망의 위험에 대하여 조사한 연구는 충분하지 않다. 대부분 고령과 동반된 장애 위주의 연구가 진행됨으로써, 장애인에서 사망률이 높았다고 생각된다. 왜냐하면, 고령과 동반된 경우, 장애인들이 상대적으로 장애에 적응하기 어렵기 때문이다.

그러나, 이 연구들을 종합해보면, 적어도 심한 시각장애가 아닌 경우에는 비장애인과 손상에 의한 사망률에 차이가 없다는 점은 주목할 만하다.[45] 또한, 비록 상해와의 관련성에 대한 연구는 충분하지 않은 상태이나, 청각장애가 발생한 시점과 관계없이 건강상태를 보정한 경우 청각장애 자체로 사망률은 증가하지 않는다는 점도 중요한 사실이다.[46]

45) Lee DJ, Gomez-Marin O, Lam BL, Zheng DD. Visual impairment and unintentional injury mortality: the National Health Interview Survey 1986-1994. Am J Ophthalmol 2003;136(6):1152-4.

46) Barnett S, Franks P. Deafness and mortality: analyses of linked data from the National Health Interview Survey and National Death Index. Public Health Rep 1999;114(4):330-6.

4. 장애인과 비장애인간의 암 발생률에 관한 문헌 고찰

지금까지 장애인과 비장애인의 암 발생률 자체를 비교한 연구는 많지 않다. 다만, 지적 장애(intellectual disability)를 가진 사람과 다운증후군 환자에서의 암 발생률에 관한 몇몇 연구가 있을 뿐이다. 핀란드에서 시행된 지적 장애인을 대상으로 1967년부터 1997년까지 2,173명을 대상으로 연구한 결과에서 지적 장애인에서의 암 발생률이 일반인구와 차이가 없음을 보고한 바 있다(Standardized incidence ratio(SIR) =0.9, 95% confidential interval(95% CI)=0.8-1.0).

세부적으로 보면, 담낭(SIR=2.8, 95% CI=1.1-5.8) 및 갑상선암(SIR=2.1, 95% CI=1.0-4.8) 은 일반인구보다 발생률이 높으나 폐(SIR=0.6, 95% CI=0.4-1.0) 및 전립선암(SIR=0.2, 95% CI=0.0-0.5)은 오히려 낮게 발생한다고 보고하였다(Patja K, et al., 2001). 호주에서도 9,409명을 대상으로 1982-2001년까지 암 발생률을 산출하였고, 역시 일반인구와 암 발생률의 차이는 존재하지 않았다(Sullivan SG, 2004). 이와 같은 결과는 백혈병 및 고환암의 발생률이 높은 것으로 알려져 있는 다운증후군 환자의 암 발생률에 대한 연구에서도 관찰되었다. Patja 등은 3581명의 다운 증후군 환자를 1978년부터 1986년까지 코호트로 구성하여 2002년까지 암 발생을 관찰한 결과, 전체 암의 발생은 일반인구와 장애인과의 차이를 보이지 않았다(Boker, 2002; Patja, 2006).

우리나라의 경우에는 전체 장애인에서의 암 발생률에 대한 연구는 없으나, 2011년 발표된 장애인에서의 비만실태 조사에서 비만과 관련된 암종에 대하여 의료이용 행태 분석을 한 연구가 있어서 이를 통해 간접적으로 암 발생률에 대한 추정을 해 볼 수 있다. 이 연구에서는 보건복지부 장애인 등록 자료를 국민건강보험공단의 자격, 급여, 건강검진 자료와 연결하여 장애인을 선별하고 대조군으로 국민건강보험공단의 건강검진을 이수한 대상자수의 2배수로 비장애인 대조군을 설정한 후, 의료 이용에 대한 조사를 시행하였다.

이 조사의 결과에서는 암으로 인한 의료 이용의 경우에는 비만 장애인이 비만 비장애인보다 외래 및 입원 이용이 적었나, 한번 입원하는 경우 재원일수는 더 길은 것으로 파악되었다.(Table 1) 즉, 암이 발생하면 적어도 외래나 입원과

국가인권위원회
humanrights.go.kr

같은 진료를 한번은 받을 것이라고 가정한다면, 간접적이지만 장애인이 비장애인보다 암으로 인한 의료이용이 낮은 것은 장애인에서 암 발생률이 적어도 비장애인보다는 높지 않다는 추정을 할 수 있다. 또한 이는 우리나라의 장애인 건강 검진 수검률이 2008년 조사에 따르면 63.2%로 상당히 높은 점을 고려해 보았을 때 충분한 설득력이 있다. 즉, 건강 검진을 받지 못한 장애인에 대한 저평가(estimation)을 고려해보았을 경우라도 장애인이 비장애인에 비하여 암발생률이 높다고는 할 수 없을 것이다.

특히, 이 조사의 결과에서 신체 활동의 저하와 관련 있는 비만과 관련되어 있는 대장, 유방암으로 인한 의료 이용 및 흡연과 관련 있는 폐암으로 인하여 의료 이용의 정도가 비장애인에 비하여 높지 않다는 점은 시사점이 많다. 즉, 암의 발생은 일반 인구처럼 흡연 및 식이와 같은 요소가 더 큰 영향을 미치며, 장애 자체로 인한 발생은 크지 않다는 것이다.

<Table 1>

표 30. 암 외래이용

외래 이용		구분	비장애인	장애인	지체 (상지)	지체 (하지)	지체 (척추)	지체 (기타)	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	지적 장애	정신 장애	신장 장애	심장 장애
원자료	외래 이용률 (%)	정상체중	5.33	3.07	3.05	3.10	2.98	2.30	3.97	3.09	3.32	2.81	0.94	-	3.61	12.04
		중등도비만	5.22	3.55	2.92	3.49	3.87	6.32	4.06	4.16	4.25	4.03	1.27	-	5.83	-
		고도비만	4.47	3.01	2.09	2.81	4.76	-	-	3.67	3.19	-	-	-	-	-
	환자당 평균외래 이용횟수	정상체중	7	6	6	6	6	6	5	6	5	5	2	-	6	6
		중등도비만	7	6	6	6	6	7	4	7	6	15	9	-	4	-
		고도비만	6	7	14	6	5	-	-	8	5	-	-	-	-	-
비장애인 기준	외래 이용비율	정상체중	1.00	0.58	0.57	0.58	0.56	0.43	0.74	0.58	0.62	0.53	0.18	-	0.68	2.26
		중등도비만	1.00	0.68	0.56	0.67	0.74	1.21	0.78	0.80	0.81	0.77	0.24	-	1.12	-
		고도비만	1.00	0.67	0.47	0.63	1.07	-	-	0.82	0.71	-	-	-	-	-
	환자당 평균외래 이용비율	정상체중	1.00	0.83	0.86	0.83	0.85	0.81	0.79	0.84	0.73	0.66	0.32	-	0.93	0.94
		중등도비만	1.00	0.83	0.85	0.80	0.85	0.92	0.52	0.90	0.84	2.06	1.25	-	0.58	-
		고도비만	1.00	1.13	2.16	0.91	0.82	-	-	1.17	0.83	-	-	-	-	-
정상체중 기준	외래 이용비율	정상체중	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00
		중등도비만	0.98	1.15	0.96	1.12	1.30	2.75	1.02	1.35	1.28	1.43	1.35	-	1.61	-
		고도비만	0.84	0.98	0.69	0.91	1.60	-	-	1.19	0.96	-	-	-	-	-
	환자당 평균외래 이용비율	정상체중	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00
		중등도비만	1.08	1.08	1.06	1.03	1.08	1.23	0.72	1.15	1.24	3.37	4.14	-	0.68	-
		고도비만	0.94	1.30	2.37	1.03	0.92	-	-	1.31	1.07	-	-	-	-	-

5. 정신적 장애의 건강, 사망에 관한 문헌연구

가. 개괄

정신 질환은 2001년 기준으로 질병으로 인한 사회적 부담 비중이 감염 질환(41%), 심혈관 질환(26%)에 이어 21%로 세 번째에 해당한다.[47] 그러나 정신질환에 의한 사회적 부담 중 건강에 대한 부담, 특히 사망률에 미치는 영향에 대한 연구는 그리 많지 않다. 정신 질환 자체가 직접적으로 사망을 초래하는지 또는 다른 어떠한 이유로 사망에 영향을 미치는지에 대한 근거 없이 역학적 연관성만으로 질환의 존재가 사망과 관련이 있는지를 분석하는 것은 통계적 분석이 초래하는 또 다른 오류일 수 있다.

즉, 정신질환이 사망과 같은 건강 문제를 직접적으로 유발하는 경우 이외에 신체질환이 악화되었지만 정신질환으로 인해 인지되지 못하였거나 잠재되어 있던 신체질환이 악화되었을 수도 있으며, 또한 만성적인 경과를 밟는 정신질환의 특성으로 인해 우연히 발생한 신체질환이 기존의 정신질환과 중첩되어 존재하는 기간이 있게 됨으로써 서로 무관한 두 질환 사이에 마치 특정한 인과관계가 있는 것처럼 분석될 위험성이 있다. 다만 자살로 인한 사망 등과 같은 분야에서는 정신질환이 사망률에 영향을 주는 보다 직접적인 분야일 수 있다.

국내 및 외국의 문헌을 통해 사망률에 정신질환이 미치는 영향에 대한 연구결과를 분석한 결과, 대부분의 연구들에 있어서 정신질환의 임상적 중요성을 강조하기 위해 정신질환과 사망률 사이의 관계를 강조하고 있었다. 그러나 정신 질환도 다른 신체 질환과 같이 증상이 심각한 중증 질환이 있고, 증상이 비교적 가벼운 질환이 있다. 그런데, 사망률과 정신질환의 연관성에 대해 기술한 연구들에서 비교적 가벼운 질환에 대해서는 자료가 없다는 등의 이유로 거의 언급을 하고 있지 않으며, 심각한 증상을 보이는 질환에 대해서만 강조를 하고 있었다. 이에 정신 질환이라는 커다란 범주에서 일부 심각한 질환의 상황만 강조됨으로써, 전체 정신질환이 사망률 등에 미치는 영향에 대해 보다 과장될 위험이 있는 것이다.

---

47) Eaton et al, 2008

국가인권위원회
humanrights.go.kr

본 문헌 고찰에서는 이러한 위험성에 대해 미리 고려하면서 국내·외의 다양한 논문들을 검토해 보도록 하겠다.

나. 정신 질환이 사망률에 미치는 영향

〈표 1〉 일반인의 사망률과 비교한 사망에 대한 정신질환의 상대 위험도

정신 질환		상대위험도	분석 대상 문헌수
대분류	세부 질환명		
불안 장애	공황장애	1.9	4
	사회공포증	자료 없음	자료 없음
	단순공포증	자료 없음	자료 없음
	강박장애	1.1	2
정신병적 장애	정신분열병	2.6	38
기분 장애	주요우울장애	1.7	14
	양극성장애/;	2.6	3
물질 사용 장애	약물 남용/의존	2.0	2
	알코올 남용/의존	1.8	7
인격 장애	인격장애	4.0	2
인지 장애	노인성 치매	2.7	20

* 본 자료는 Eaton 등 (2008)의 논문에서 분석한 표를 본 보고서에 적절하게 재구성한 것임.

사망률에 대한 Eaton 등 (2008)의 분석에 의하면 비교적 가벼운 정신질환이라고 할 수 있는 불안 장애가 사망률의 증가와 연관성이 있다는 결과를 확인하지 못하였다. 예를 들면 사회공포증, 단순공포증 등과 같은 질환의 경우에는 사망률에 미치는 영향이 없으며, 공황장애나 강박장애의 경우에는 대상자의 연령 등에 따라 사망률에 대한 질환의 영향이 다른 방향성을 보이기도 한다고 알려져 있다. 이러한 연구 결과는 불안장애와 같은 가벼운 정신질환은 사망률에 미치는 영향이 거의 없을 것이라는 가정을 가능하게 한다.

주요 정신 질환의 경우에는 사망률에 미치는 영향이 보다 높다. 정신분열병은 질병이 있는 경우에 사망률이 약 2.6배 높으며, 주요 우울 장애는 1.7배, 양

극성 장애는 2.6배 사망률이 증가한다. 물론, 양극성 장애의 경우에는 분석이 가능한 자료의 수가 다른 주요 정신 질환에 비해 적은 것이 문제가 될 수 있다.

약물 남용/의존이나 알코올 남용/의존의 경우에도 약 2배 정도 사망률을 증가시키나, 이 질환 모두 분석에 필요한 내용이 포함된 문헌은 적다. 인격장애 또한 유사하다. 노인성 치매와 같은 인지장애의 경우에는 다른 질환에 비해 많은 연구가 진행되었으며, 질환이 있는 경우 약 2.7배 정도 사망률이 증가한다.

중증 정신질환이 있는 경우, 미국에서의 연구에 따르면 약 25년 이상 먼저 사망한다고 한다. 핀란드의 연구에 있어서도 정신분열병 환자의 경우 2006년도 기준으로 약 22.5년 먼저 사망한다고 한다. 이러한 조기 사망의 원인 중 30~40% 정도는 자살 혹은 손상에 따른 결과이며, 그 나머지는 60~70%는 신체 질환과 연관된 사망으로 알려져 있다.

그러나 지적한 바와 같이 Eaton 등 (2008)의 분석이나 다른 기존의 연구를 검토했을 때 정신분열병, 주요우울장애, 노인성치매 등과 같은 특정 질환을 제외하고는 분석 대상이 되는 위험률 평가 연구가 10개 미만으로 극히 제한적이었다. 이렇게 분석 자료가 불충분한 상황에서의 결과는 그 수치가 과장되거나 왜곡될 가능성이 높다.

다. 주요 정신 질환과 흔히 동반되는 신체 질환

정신분열병이나 주요 우울장애와 같은 주요 정신 질환자들에게 신체 질환은 흔히 병발한다. 주요 정신질환자 중 약 50-90%까지 경중에 차이는 있으나 어느 정도의 신체 질환이 함께 존재한다고 보고된 바 있다.[48] 그 중 가장 흔한 동반 신체 질환은 심혈관 질환이다. 비만, 흡연, 당뇨, 고지혈증, 고혈압 등 심혈관 질환의 위험률이 이 일반 인구에 비해 주요 정신질환자에서 약 1.5~5배 높다.

정신분열병이나 주요 우울장애와 같은 주요 정신 질환자들에게 신체 질환은

48) Gold et al 2008

국가인권위원회
humanrights.go.kr

흔히 병발한다. 주요 정신질환자 중 약 50-90%까지 경중에 차이는 있으나 어느 정도의 신체 질환이 함께 존재한다고 보고된 바 있다.[49] 그 중 가장 흔한 동반 신체 질환은 심혈관 질환이다. 비만, 흡연, 당뇨, 고지혈증, 고혈압 등 심혈관 질환의 위험률이 이 일반 인구에 비해 주요 정신질환자에서 약 1.5~5배 높다.

(1) 정신분열병과 신체 질환

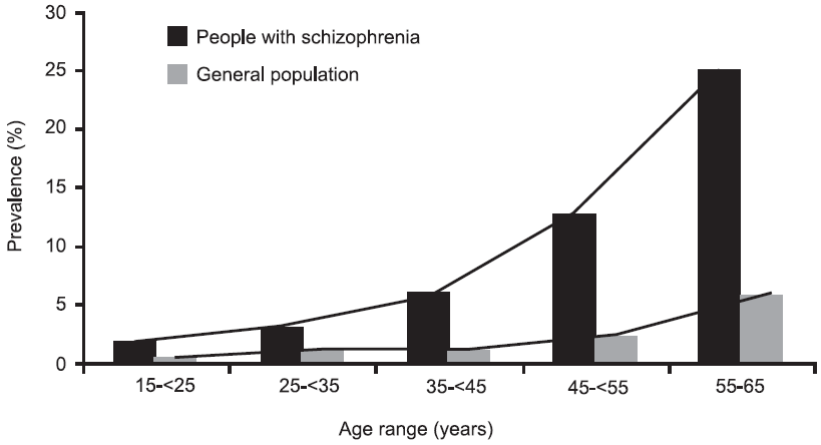
영국에서의 연구에 따르면, 55세 이전에 심장 질환이 발생하는 비율이 일반인에 있어서는 약 18%인데 반해, 정신분열병 환자에서는 약 31%라고 한다.[50] 뇌경색, 당뇨, 만성폐쇄성폐질환 등에 있어서도 유사한 경향성을 보인다.

당뇨병은 정신분열병 환자에서 흔히 함께 존재하며, 정신분열병 환자의 나이가 많을수록 더 많이 발병한다. 이는 정신분열병을 앓는 기간이 중요한 요소로 작용하기 때문일 것으로 추정된다. 그 원인으로는 정신분열병 자체가 당뇨병을 유발한다기 보다는 생활 습관의 변화와 치료 약물의 부작용 등에 기인하는 바가 더 클 것으로 생각된다(그림 1).[51]

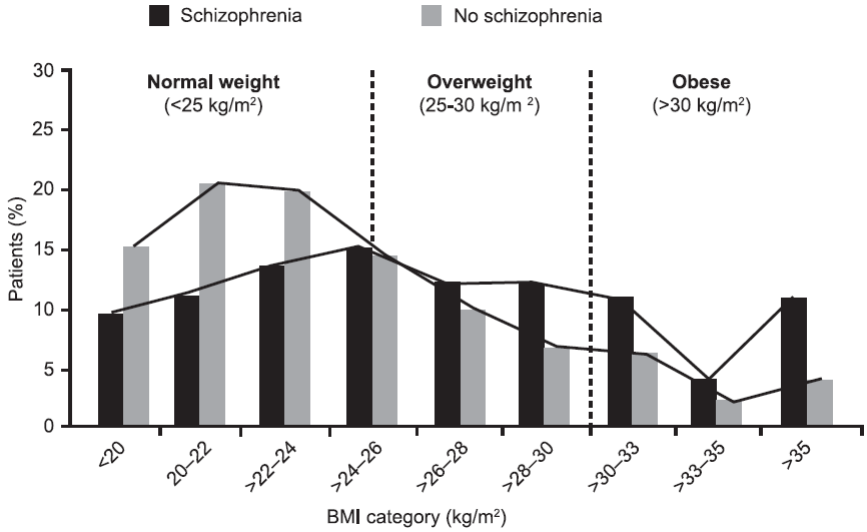
또한 정신분열병 환자는 일반인에 비해 비만 인구의 비율이 더 높다. 그림 2에서 보면 정신분열병 환자가 일반인에 비해 체질량지수 30 이상의 비만자 비율이 더 높다(그림 2).[52]

---

49) Gold et al 2008
50) DRC's Formal Investigation Report, 2006
51) Heald et al. 2010
52) Heald et al. 2010



〈그림 1〉 연령에 따른 일반인과 정신분열병 환자의 당뇨병 유병률 차이



〈그림 2〉 일반인과 정신분열병 환자의 체질량지수 분포 차이

이렇듯 당뇨병이나 비만의 빈도가 증가하는 것은 정신분열병 환자에서 대사성 질환의 발생위험이 높다는 것을 의미할 수 있다. 또한, 당뇨 합병증이나 비만에 따른 내분비 질환이나 골격계 질환 등의 유발 가능성도 증가할 수 있으며, 이는 앞서 언급한 바와 같이 정신분열병 환자의 사망위험도를 증가시키는 데 기여할 수 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

암 발생의 경우에는 폐암이나 유방암과 같은 질환이 정신분열병 환자에서 일반인에 비해 높은 발생율을 보인다는 역학 조사 결과가 있었으나, 흡연이라는 요인을 배제하고 분석한 결과 증가 정도는 심혈관질환의 발생율 증가 정도와 유사한 수준으로 사료된다.[53]

일부 항정신병 약물은 체중을 증가시키는 부작용을 가지고 있다. 이는 당뇨 및 체지방의 증가를 동반하는 대사성증후군의 위험성을 증가시킨다. 그러나 모든 항정신병 약물이 대사성 증후군 발생에 위험 요인으로 작용하는 것은 아니다.[54] 또한, 체중이나 혈당의 증가를 유발하는 일부 항정신병약물에 대한 반응이 모든 개개인에서 동일하게 발생하는 것도 아니다.[55]

(2) 우울증과 신체 질환

우울증은 심장 질환에 있어 위험 인자 중 하나다. 이 또한 연구에 따라 결과 차이가 있으며, 우리나라 연구 결과가 없다는 한계가 있으나, 미국에서 수행된 대규모 연구에 따르면 우울증이 심근 경색의 위험성을 약 2.6배 증가시킨다고 한다.[56] 그러나 심근경색에 있어서도 우울증이 유일한 원인은 아니다. 심근 경색의 주된 위험 인자로는 당뇨, 흡연, 고지혈증, 동맥경화, 심근경색 가족력, 비만, 고령, 남성, 스트레스, 과음 등이다. 심근 경색의 발생 위험성 때문에 우울증 환자의 보험 가입에 차별을 둔다면, 이는 과도한 제한이라고 볼 수밖에 없다. 더욱이 우울증이 심근 경색의 원인인지 아니면 심근경색이 우울증을 유발하는 것인지 또는 두 질환 사이에 공통적인 발병 원인이 있는 것인지에 대해서도 의견이 분분하다. 즉, 우울증이 심근 경색의 위험성을 증가시키는 것이 아니라, 심장 질환이 우울증을 유발할 가능성도 있는 것이다. 또한 심장 질환이 있는 우울증 환자에서 우울증 치료를 적극적으로 시행함으로써 심장 질환의 호전을 기대할 수도 있다.

---

53) Bushe와 Hodgson, 2010
54) Pramyothin et al., 2010
55) 김희철 등 2007
56) Pratt et al., 1996

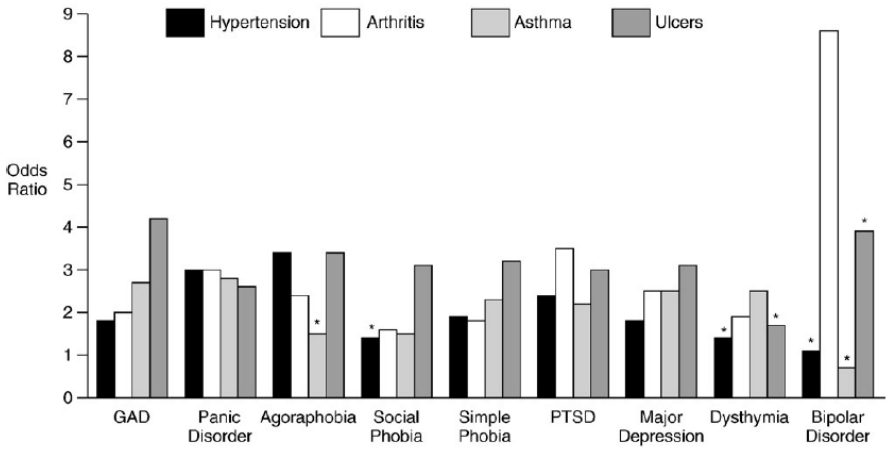
우울증은 골밀도 저하와 이에 따른 골절의 가능성을 증가시킨다. 연구에 따른 차이가 있지만, 이러한 위험성이 약 1.4~2.3배 증가하는 것으로 보인다. 특히 중년의 여성이나 노인에서 흔하다. 골밀도에 대한 우울증의 영향은 동양인에서는 입증된 바 없으나, 백인, 흑인 및 히스페닉 인종에서는 여러 연구를 통해 확인되었다. 그 원인으로는 스트레스와 연관된 신경화학적 변화, 면역계의 이상반응, 흡연이나 음주 및 수면과 같은 생활 행태의 차이 등에 기인하는 것으로 추정되나 아직 명확한 인과관계가 밝혀져 있지는 않다. 그러므로 우울증이 있는 환자에 있어 골밀도를 조사하거나 반대로 골밀도가 낮은 환자에서 우울증을 확인하는 것이 필요하다.[57] 그러나 골밀도 저하에 있어서 우울증 이외에도 저칼슘 식사, 과도한 음주, 흡연, 몇몇 치료 약물, 가족력, 여성, 인종 (백인 혹은 아시아계), 고연령 등도 중요한 역할을 한다. 즉, 우울증이 골밀도 저하의 원인인 것은 비교적 명확해 보이나, 유일한 원인은 아니다.

(3) 불안장애와 신체 질환

불안장애 또한 여러 신체 질환을 동반한다. 그 중 흔한 질환이 위궤양이나 과민성 대장 증상과 같은 위장관 질환, 천식, 심혈관 질환, 만성 통증과 같은 질환이 불안과 밀접한 연관이 있다. 또한 인과 관계는 불분명하지만 암 환자에서도 불안 장애가 많은데, 이는 암 발생으로 인한 가능성과 혹은 암 치료 약물에 의해 유발될 가능성 등을 고려할 수 있다(그림 3).[58]

57) Cizza et al., 2009
58) Roy-Byrne et al. 2008

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR



불안장애와 비만과의 연관성 또한 자주 제기되는 문제이다. 그러나 이 문제에 있어서는 불안증이 비만의 원인이 된다기 보다는 비만이 불안증을 유발한다는 주장들이 대세였다. 즉, 다른 질환에 비해 불안증이 대사성 질환을 유발하고 이에 따른 신체적 문제가 악화되지는 않는 것 같다.[59]

라. 치료에 따른 신체 질병의 완화

정신질환자에 있어 증상을 조기에 발견하고, 일찍 치료를 시작하는 것이 질환의 회복이나 정상적인 사회 생활 복귀에 도움이 된다. 그러나 많은 경우 정신 질환이 의심되는 증상이 있더라도 사회적 편견과 '정신질환자'라는 낙인이 두려워 치료 시기를 놓치는 경우가 흔하다.[60] 이러한 사회적 편견은 제도를 개선하기 위한 적극적 노력이 수반되지 않고 방관하는 경우 오히려 악화될 위험이 있다.

정신과적 증상이 있는 경우에 신속히 치료를 시행하는 것이 그렇지 않은 것보다 예후가 좋다는 연구 결과들은 많다. 그 중에서도 신체 질환과 정신 질환이 함께 있는 경우에 정신과 증상을 치료함으로써 신체 질환에 의한 질병의 호전 및 사망률 감소를 유도할 수 있다는 최근 연구들이 있다. 즉, 심근 경색 환

59) Gariepy et al. 2010
60) Matorin, 2002

자의 우울증을 치료했더니 심근 경색 증상을 호전시키고 사망률도 감소시킨다는 연구[61]를 예로 들 수 있다.

마. 정신질환과 자살

정신장애는 자살과 밀접한 관계가 있다. 정신 질환은 일반적으로 자살 위험성을 일반 인구에 비해 3~12배 높인다고 알려져 있다. 그 중 자살과 가장 상관관계가 높은 정신 질환은 우울증이며, 그 외에 정신분열병, 불안장애, 식이장애, 물질사용장애 등의 질환 또한 자살의 가능성을 높인다.[62] 그러나 분명한 것은 이러한 질환이 감추어져 있을 때 오히려 자살율이 높으며, 조기에 적절한 치료를 시행한다면 자살율은 낮출 수 있다.[63]

① 기분장애와 자살

기분 장애가 자살한 사람에서 가장 흔히 발견되는 정신 질환이고, 그 중 주요 우울장애 (우울증)가 주된 문제라는 것은 널리 알려진 사실이다. 외국에서의 문헌에 따르면 기분 장애 환자의 약 15%가 자살한다고 조사된 바도 있다.[64] 실제로 우울증 환자의 약 4%가 자살로 인해 사망하며, 조울증 환자의 약 10~15%가 자살로 사망한다고 한다.[65]

기분장애 환자의 절반 이상에서 자살 당시 정신과 치료를 받지 않았었다고 한다. 또한, 치료를 받고 있던 환자에 있어서도 그 치료가 적절한 수준은 아니었다고 한다. 즉, 항우울제 치료를 받았었다고 하면 그 치료 용량이 적정한 수준은 아니었다는 것이다.[66] 즉 우울증과 같은 기분장애와 연관된 자살은 보험가입 등에 차별을 받을까봐 우울증을 숨김으로써 증상을 악화시킬 것이 아니라 조기부터 적절한 치료를 시행함으로써, 자살과 같은 심각한 위험을 예방하거나 차단할 수 있는 것이다.

---

61) Taylor et al. 2005, Regan 2008
62) 제영모 2004
63) Hales et al, 2003
64) Sainsbury, 1986
65) Hawton & van Heeringen, 2009
66) 제영모 2004

국가인권위원회
humanrights.go.kr

② 정신분열병과 자살

정신분열병 또한 질환이 없는 사람에 비해 자살 위험성을 약 8.5배 정도 높인다고 알려져 있으며, 평생 정신분열병 환자의 자살 위험도는 4% 정도로 알려져 있다. 정신분열병 환자에서 자살은 평생 지속되고 만성적인 경과를 가지고 있으며, 입원을 반복하였거나 자살은 기도한 병력이 있는 경우에 증가한다고 알려져 있다.[67]

③ 불안장애와 자살

불안장애 또한 자살의 위험성을 높인다. 연구에 따라 차이가 있지만 그 정도은 일반인에 비해 약 6~10배 정도가 되는 것 같다. 특히 그 중에서도 심각한 불안 장애인 공황장애의 경우에는 전체 자살 사망자의 약 1% 정도에서 불안장애가 사전에 존재했었다고 한다.[68]

④ 물질 사용 장애

알코올 의존과 같은 물질 사용 장애 또한 자살의 위험성을 높인다. 그 정도는 일반 인구의 자살율을 약 5배 정도 상승시키는 수준으로 알려져 있다. 또한, 자살로 사망한 사람의 약 25~50%에서 사전에 물질 사용장애 문제가 있었다고 추정된다. 물론, 자살자에서 알코올 중독과 같은 물질 사용 장애 문제가 있었다고 해서, 그 자체가 직접적으로 알코올 중독 때문이라기 보다는 충동적 자살을 야기하는 촉매로써 알코올이 작용할 가능성이 더 높다고 한다.[69]

바. 요약

정신적 장애의 건강 및 사망에 관한 문헌에 대한 고찰을 시작할 때부터 대부분의 이와 관련된 연구들이 정신질환의 심각성을 사회에 널리 알리고 대책을 강조하기 위한 의도를 내포하고 있다는 점 때문에 상당한 우려를 가지고 있었다. 또한 고찰 결과 이러한 연구진의 우려가 실제 분석 결과에 드러나고 있다.

---

67) 제영모 2004
68) 제영모 2004
69) 제영모 2004

예를 들면, 정신분열병 환자에 대한 사망률 분석이 모든 정신병적 장애를 대표할 수 없으며, 심각한 불안장애인 공황장애에 대한 분석이 모든 불안장애 환자들의 사망과의 연관성을 대표할 수 없다. 또한, 연구 분석이 가능할 정도의 충분한 자료가 모아져 있지 않으며, 동양인에서의 위험성을 측정한 연구는 더더욱 드물다. 그러나 연구의 편의성, 사회적 관심 유발 가능성, 정책 활용의 유용성, 대중 계몽의 필요성 등으로 인해 사망 및 타 질병 유발에 대한 기여도 등이 특정 질환의 심각도를 강조하는 방향으로 연구가 기안되거나 활용된 측면이 있다고 사료된다.

심각한 정신질환을 중심으로 정책적 방향을 제시하고 대책을 강구하기 위한 의도의 연구 결과를, 질병의 종류도 다양하고 심각도의 수준에도 큰 차이가 있는 보다 광범위한 정신질환 환자의 보험 가입과 관련된 문제에 적용하는 것은 적절하지 않을 것이다. 다만, 본 보고서에서 활용할 수 있는 연구 조사가 앞서 나열한 심각한 정신질환자에 대한 내용 이외에 보다 더 적합한 연구들은 없기 때문에 이와 같은 상황을 감안하고 기존의 연구 결과를 참고할 수밖에 없을 것이며, 본 보고서에서 분석한 국내 건강통계자료와 병합하여 고려하여야 할 것이다.

정신질환은 심장질환이나 대사성 질환과 같은 다양한 신체질환을 야기할 수 있으며 이로 인해 사망률 증가를 초래할 수 있다. 또한, 대부분의 정신질환은 자살율을 높인다. 그러나 이러한 신체 질환의 발생이나 사망률 혹은 자살율 증가가 모든 정신질환자에 발생하는 것은 아니다. 또한, 정신질환의 종류와 정도에 따라 차이가 있다.

대부분의 문헌은 정신질환자의 동반질환에 대한 관심을 촉구하여 이들이 신체질환을 뒤늦게 발견함으로써 초래되는 신체 질환의 악화 혹은 사망률의 증가를 예방하고자 하는 관점에서 기술되었다. 그렇기 때문에 단순 공포증이나 불면증, 가벼운 우울증 등은 분석의 대상에서 제외되었다. 이들을 대상으로 연구를 진행하는 경우 문제의 심각성이 부각되기 어렵기 때문이다. 정신질환자의 자살 문제에 대한 문헌 또한, 이들에게 자살 문제가 심각하다는 것을 강조하여,

국가인권위원회
humanrights.go.kr

초기부터 치료를 시작함으로써 자살 문제를 감소시키고자 하는 의도를 담고 있다.

전술한 바와 같이 이러한 기존의 연구 자료들은 정신질환자에게 신체질환이 잘 발생하고, 사망 혹은 자살의 위험성이 높기 때문에 보험 가입에 차별을 두어도 괜찮다는 주장에 정당성을 부여하는 것은 아니다. 오히려 심각한 정신질환에 대해서는 발병 초기부터 적극적으로 치료적 개입을 시행하여 문제의 심각성을 감소시키는 것이 정신질환에 의한 보험 손해율의 상승을 억제하는 수단이 될 수 있다. 예를 들어 우울증과 같은 질환의 경우, 최근에는 정신과적 치료를 통해 비교적 단기간 내에 회복된다. 그러나 만일 사회적 차별 등을 이유로 우울증의 치료를 늦추는 경우, 오히려 증상은 악화되며 회복에 필요한 노력이나 비용은 증가한다. 즉, 정신질환자들을 차별함으로써 더 심각한 정신질환 및 신체 질환의 상태로 몰아갈 것이 아니라, 조기에 발견하여 치료함으로써 신체질환을 완화시키고 사망률이나 자살율을 낮춤으로써 사회적 부담을 낮출 수 있으며, 오히려 보험 회사의 손해를 감소시킬 수 있는 것이다. 향후 보험회사들은 정신질환자에 대해 적극적인 치료를 통해 증상을 조기에 감소시킬 수 있는 방향으로 회사의 가입 정책을 수정하기를 기대한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제 5 장

장애유형별 보험차별 방지를 위한 가이드라인 연구

국가인권위원회
humanrights.go.kr

Ⅰ. 선례에 대한 연구

가. 호주의 가이드라인

호주의 경우 장애인차별금지법(The Commonwealth Disability Discri mination Act 1992, 이하 'DDA')에 근거하여 '보험 및 연금제공자를 위한 가이드라인'이 마련되어 있다(**Guidelines for Providers of Insurance and Superannu ation)**. 이 가이드라인은 '인권과 기회균등 위원회'(the Human Rights and Equal Opportunity Commission)가 DDA에 근거하여 작성하였다.

호주의 가이드라인은 다음과 같은 내용으로 구성되어 있다.

1. 가이드라인의 소개
2. DDA의 보호대상이 누구인지?
3. 차별의 유형과 정의, DDA의 적용대상
4. 보험 및 연금에서의 차별과 예외
   - 보험과 연금서비스에서 무엇이 차별이며 그에 관한 입증책임은 누가 부담하는지
   - 합리적으로 차이를 두는 것은 무엇을 의미하는지, 차이를 합리화할 수 있는 보험통계 및 자료는 어떤 것인지
   - 인수자료, 국내 데이터, 해외 연구자료, 기타 국내외의 보상경험
   - 기타 요소들(의학적 소견, 다른 전문가들의 의견, 보험계리인의 조언 또는 의견, 개인에 대한 정보, 상업적 판단)
5. 합법적인 위험도 관리
6. 정당화될 수 없는 사유
7. 사례
8. 구제절차

호주의 가이드라인은 보험차별에 관하여 비교적 상세하고 구체적으로 작성되어 있어서, 국내의 가이드라인 작성에서도 시사하는 바가 크다. 다만 영미법계의 특성을 반영하고 있고, 호주의 법체계에 맞추어 작성되어 있다.

나. 우리나라의 가이드라인

(1) 생명보험협회의 모범규준(2005)

생명보험협회는 2005년 8월 장애인 보험계약 인수를 위한 모범규준을 만들었다. 이 모범규준은 2000년에 작성된 '장애인공통계약 심사기준'을 폐지하고, 장애인도 비장애인과 차별없이 동일한 심사과정을 거쳐 보험에 가입할 수 있도록 마련된 것이다. 장애인공통계약 심사기준은 비록 그 전보다는 진보한 것이나, 특정 유형의 장애를 일률적으로 인수불가의 유형으로 규정하여, 차별적 요소가 강하다는 비판을 받아왔다.

모범규준은 장애인의 보험계약을 인수할 때 비장애인과 동일하게 직업, 환경, 재정적 위험 등을 평가하여 질병원인 정도에 따라서 보험가입 여부 및 가입조건 등을 결정한다는 내용을 담고 있어서, 종전의 '장애인공통계약 심사기준'과는 달리 차별적 요소를 폐지하였다는 점에서 커다란 의미를 가지고 있었다.

그러나 모범규준은 세부심사기준으로 첫째, 선진 재보험사의 매뉴얼 및 인수기준을 도입하여 활용한다는 것과 둘째, 위험 평가제도의 도입 및 활용을 통해 단순히 장애인이라는 이유만으로 가입조건 등에 있어서 불이익을 주지 않는다는 것을 선언하고 있을 뿐 구체적인 세부기준은 전혀 없어서, 현실에서는 가이드라인으로서 전혀 기능하지 못하는 한계를 보여왔다.

(2) 금융감독원의 가이드라인(2011)

금융감독원은 2011년 9월 '장애인 등에 대한 보험계약 업무 가이드라인'을 만들어 보험회사들에게 제시하였다. 장애인 보험가입에 있어서 자의적으로 차별하는 것을 방지하려는 목적으로 이 가이드라인은 제정되었다. 금융감독원은 가이드라인과 함께, 장애인의 보험가입을 차별하는 행위가 발생할 경우에는 생명보험협회, 손해보험협회에 설치된 "장애인 보험가입차별신고센터" 또는 금융감독원 민원센터 등으로 신고할 수 있다고 안내하고 있다.

가이드라인의 내용은 다음과 같다.

[장애인 등에 대한 보험계약 업무 가이드라인]

1. 보험인수 심사절차 없이 보험설계사 등이 장애인, 장기기증자 등을 이유로 아예 청약의사를 막아서는 아니 된다.
2. 인수 심사시 장애인 당사자의 장애유형 및 정도, 특성 등을 개별적으로 충분히 고려하여야 한다.
3. 정신장애인 및 지적장애인을 곧바로 상법732조상의 심신박약자라고 단정하기 보다는 정신장애인 및 지적장애인이 상법상의 유효한 서면동의를 할 수 있는지 여부를 기준으로 심신박약 여부를 판단한다.
4. 간헐적으로 정신과 질환으로 투약과 치료를 받았다고 해서 이를 심신박약자로 단정하여서는 아니된다.
5. 정신장애인 및 지적장애인이 심신박약자에 해당하더라도 인수심사절차조차 거치지 않고 곧바로 상해보험 등 제3보험에 가입하는 경우까지 금지하여서는 아니된다.
6. 보험가입 거절시 반드시 의학적, 통계적으로 정당하고, 건전한 보험통계적 원칙 등에 기반한 합리적인 근거를 마련해야 한다. 다만, 통계 등 수집이 법적으로 불가능한 경우에는 학술자료, 국내외자료 등 합리적 자료를 마련해야 한다. 이 경우 자료는 결정 당시 입수 가능하고 유효한 자료에 의해 판단해야 하며, 또한 설명도 가능해야 한다.
7. 장애인 등에 대한 인수여부 결정시 보장사항 제한이나 할증보험료, 보험금 삭감 등 인수방식 조정을 인수거절보다 우선적으로 고려해야 한다.
8. 다음의 경우 차별적인 것으로 추정한다.
   (1) 인수지침에서 단순히 장애인이라는 이유만으로 진단을 받아야 한다고 정한 경우
   (2) 장애인에 대한 개별적, 구체적 고려 없이 단지 보험료할증, 보험금삭감 등 다른 계약인수방식이 없다는 이유로 보험가입을 거절하는 경우
   (3) 통계적 근거없이 장애인 등에 대하여 특약 등에 가입하는 것을 제한하는 경우
   (4) 장애인에 대해 비장애인보다 더 오랜 기간을 기다린 이후에만 보험가

입을 허용하는 경우

(5) 장애의 진행정도가 다르고 진행성이 아님에도 이를 구체적으로 고려함이 없이 일률적으로 처리하는 경우 [특히 보험회사는 장애인 등과 충분한 정보를 교환함으로서 결정에 신중을 기할 필요가 있고, 장해등급분류표(보험금지급기준으로 기능)를 인수시 활용하는 것은 부적절]

(6) 해외 재보험회사 등의 인수기준을 도입하여 사용하는 경우 동 인수기준을 채택한 이유에 대해 객관적이고 합리적인 근거를 제시하지 못하는 경우

9. 통계적 근거 등이 있더라도 이에 대한 사회적 합의가 없어 법에서 차별을 금지하는 경우도 있음을 특히 유의해야 한다.
10. 보험가입 이후 장애인이나 장기기증자 등이 된 경우, 동 사실로 인해 위험이 확정적으로 증가한 것이 의학적, 통계적으로 증명되지 않는다면 보험회사가 다른 조건을 제시하거나 보험계약을 해지하는 등의 행위를 해서는 아니된다.
11. 과거의 장애 또는 현재 장애가 있다는 점을 이유로 보험금 지급등에 있어 불합리한 차별을 하여서는 아니된다.

※ 다만, 이 인수업무 가이드라인은 법원을 기속하지 아니한다.

이 가이드라인은 생명보험협회가 제정한 모범규준에 비하여 보험계약의 인수, 유지, 지급단계에서의 차별에 관하여 원칙적이고 비교적 구체적인 내용들을 담고 있다. 특히 상법 제732조의 적용과 관련하여 심신박약자 여부를 신중하게 판단하라는 내용 등은 보험차별을 방지하는데 크게 기여할 것으로 판단된다. 나아가 통계적 근거 등이 있더라도 이에 대한 사회적 합의가 없어 법에서 차별을 금지하는 경우도 있음을 유의해야 한다는 내용은 장애인의 권익보장을 위해 획기적인 내용이기도 하다(다만 그 구체적 타당성은 검토되어야 할 필요가 있다). 그러나 가이드라인이 좀 더 구체적이고 세밀하게 작성될 필요성이 있다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2. 상법 제644조에 대한 검토

가. 상법 제644조의 내용

보험은 그 본질상 우연한 사고를 담보하여야 한다. 따라서 보험사고는 계약 당시에 발생의 가능성이 있는 동시에 발생의 여부가 불확실한 것이어야 한다. 그런데 상법 제644조 본문은 '보험계약 당시에 이미 보험사고의 발생 또는 불발생이 객관적으로 확정되어 있으면 무효'라는 원칙을 선언하고 있다.[70] 그러나 계약 당사자 및 피보험자가 이러한 사실을 알지 못하였다면 여전히 보험계약이 유효하다(상법 제644조 단서). 즉, 보험사고의 우연성은 계약당사자 및 피보험자에게 주관적으로 불확실한 것이면 충분하다.[71]

나. 상법 제644조와 장애인 차별과의 관계

보험사고의 우연성에 대한 상법 제644조가 보험인수과정에서 장애인을 차별하는 근거 조항으로 악용되기도 한다. 장애인은 보통 보험계약 당시 이미 보험약관상 장해보험금 지급사유인 장해(보험사고에 해당하는 장해)를 가지고 있다. 이를 두고 보험회사에서는 '보험사고가 이미 발생한 것'으로 보아 보험 인수 자체를 거절하는 예가 있다.

그러나 장애인의 보험청약을 인수 심사할 때 장애 정도 및 원인, 건강 상태에 대하여 개별적, 구체적으로 검토한 후, 당해 장애에 대한 부담보 등 별도의 조건을 부가하여 인수하는 방법이 있음에도, 상법 제644조의 규정을 근거로 일률적으로 보험 인수 자체를 거부하는 행위는 장애인에 대한 차별에 해당한다.

다. 국가인권위원회 결정(10진정0231300) 사례 검토

청각장애 2급의 장애인이 보험을 가입하려고 문의하였으나, 보험회사는 "장애 정도가 보험약관의 장해분류표상 장해지급률 80%에 해당하여 사망급여금

70) 제644조 (보험사고의 객관적 확정의 효과) 보험계약 당시에 보험사고가 이미 발생하였거나 또는 발생할 수 없는 것인 때에는 그 계약은 무효로 한다. 그러나 당사자 쌍방과 피보험자가 이를 알지 못한 때에는 그러하지 아니하다.

71) 주석 상법 Ⅶ, 한국사법행정학회(2001), 104-107쪽

지급사유가 이미 발생하였으므로, 상법 제644조에 따라 보험계약이 무효로 될 수 있다"는 이유만으로 보험가입을 거절하였다.

이에 대하여 국가인권위원회는 다음과 같은 이유로 보험회사의 보험가입 거절행위를 장애인에 대한 차별이라고 판단하였다.

첫째, 보험대상자의 보험사고 위험성을 판단하기 위하여는 보험대상자의 장애등급 외에도 장애 정도 및 원인, 건강상태 등 제반조건을 개별적, 구체적으로 검토하여야 함에도, 이 사안에서는 단순히 진정인(보험대상자)의 장애등급이 2급임을 근거로 장애등급표의 규정에 따라 "두 귀의 청력손실이 각각 90데시벨 이상인 상태"로 판단하였으므로 장애인에 대한 차별에 해당한다.

둘째, 진정인(보험대상자)의 장애 정도가 보험약관의 장해분류표 상 장해지급율 80%에 해당하고, 이와 같은 경우 사망급여금 지급사유에 해당하므로, 상법 제644조에 따라 보험계약이 무효라는 이유로 보험가입 자체를 거절하였으나, 보험계약 체결 전에 이미 확정된 진정인(보험대상자)의 청각장애를 부담보로 하거나 장해지급율 합산에서 제외하는 방법이 존재하므로 상법 제644조를 일률적으로 적용하여 보험가입을 거부한 것은 장애인에 대한 차별에 해당한다.

즉, 장애인의 장애 정도나 건강 상태를 개별적, 구체적으로 검토하는 것이 아니라 장애등급만을 가지고 장애상태를 판단한 것, 나아가 장애인이 가진 장애가 이미 보험사고인 장해에 해당하더라도 그 장해를 부담보로 하거나 장해지급율 합산에서 제외하는 방법이 존재함에도 무조건 보험가입 자체를 거부한 것이 장애인에 대한 차별이라고 판단하였다.

라. 해결방안

상법 제644조는 보험이 '우연한 사고'를 담보하도록 하려는 취지로 만들어진 조항이다. 장애인이 가진 장애가 '이미 발생한 보험사고'에 해당한다면, 그 장애(혹은 특정 부위)를 부담보로 하고, 장해지급율 합산에서도 그 장애(혹은 특정부위)를 제외하기로 하여 보험계약을 인수하면 된다. 그렇게 할 경우, 장애인

국가인권위원회
humanrights.go.kr

의 장애(혹은 특정부위)는 보장대상에서 처음부터 제외된 것이므로 상법 제644조의 '이미 발생한 보험사고'에 해당할 여지가 없다. 만약 장애인이 가진 장애(혹은 특정부위)를 부담보로 할 경우 당해 보험상품에 가입할 실익이 전혀 없다면, 그 때 비로소 보험인수를 거절할 수 있다.

3. 보험상품 분석

가. 단체보험

(1) 단체보험이란

광의의 '단체보험'이란 단체의 구성원 전부 또는 일부가 집단으로 피보험자로 정해진 보험계약을 의미한다. 상법에서 규정하고 있는 '단체보험'이란 회사 등 단체가 단체규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 포괄적으로 피보험자로 하고, 그 단체의 대표자가 계약자로 되어 피보험자의 생사를 보험사고로 하는 생명보험계약을 말한다(상법 제735조의3).

단체보험에서는 구성원이 단체에 가입·탈퇴함으로 인하여 당연히 피보험자의 자격을 취득하거나 상실하고, 이러한 피보험자의 교체에도 불구하고 보험계약이 동일성을 유지한다는 특성이 있다[정찬형, 상법강의(하), 박영사(2011), 760-761쪽].

본래 타인의 사망을 보험사고로 하는 보험계약을 체결하는 경우에는 피보험자의 서면동의를 얻어야 하지만, 단체보험의 경우 피보험자의 서면동의가 없어도 보험계약을 체결할 수 있다(상법 제731조, 제735조의3 제1항). 단체보험은 단체 구성원의 복리후생차원에서 운영하며 보험회사 입장에서는 단체를 단위로 하여 계약을 체결하기 때문에 개개인 별로 계약을 체결하기 위해 들어가는 영업비용을 절감할 수 있고, 대개의 경우 개개인에 대한 진료를 함이 없이 단체에서 실시한 신체검사 등을 기초로 일괄하여 계약을 체결하므로 개인보험에 비해 저렴한 보험료 산정이 가능하다. 기업체의 입장에서는 납입하는 보험료가 세법상 손비(損費)처리가 되어 세제상 혜택을 볼 수도 있다[박세민, 보험법, 박영사(2011), 880쪽].

(2) 약관의 검토(삼성생명 기업보장보험약관 참조)

1) 계약의 성립을 거절하거나 조건을 부과하여 인수할 수 있는 근거 조항이 있음

제1조 [보험계약의 성립]

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 "보험계약"은 "계약", "보험계약자"는 "계약자", "보험회사"는 "회사"라 합니다.)

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

2) 지적장애인의 경우 보험계약을 무효로 할 수 있는 근거 조항이 있음

제5조 [계약의 무효]

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.

다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

3) 단체보험의 피보험자 변경을 거절할 수 있는 근거 조항이 있음

제9조 [피보험자(보험대상자)의 변경]

① 계약자가 보험료를 전액 부담하는 계약에서 다음의 사유로 인하여 피보험자(보험대상자)가 사망 또는 단체에서 탈퇴하는 경우 새로운 피보험자(보험대상자)의 동의 및 회사의 승낙을 얻은 후 계약자는 피보험자(보험대상자)를 변경할 수 있습니다. 이 경우 계약의 성립은 제1조(보험계약의 성립)를 준용합니다. 단, 제10조(개별계약으로의 전환)에 따라 개별계약으로 전환한 경우는 제1호의 사유로 인하여만 피보험자(보험대상자) 변경이 가능합니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

1. 피보험자(보험대상자)가 재해분류표(별표2 참조)에서 정한 재해(이하 '재해'라 합니다) 이외의 원인으로 사망한 경우
2. 피보험자(보험대상자)가 퇴직 등의 사유로 해당 단체에서 탈퇴한 경우

② 회사는 변경 후 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우 피보험자(보험대상자)의 변경에 대한 승낙을 거절할 수 있습니다.

4) 본래 장애인이었음을 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는 근거 조항이 있음

[별표2] 재해분류표

1. 보장 대상이 되는 재해

(중략)

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각 호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

5) 상법 제732조 관련 문제

상법 제735조의3 예외규정에 따르면 단체가 규약에 의해 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자로 하는 생명보험계약을 체결하는 경우 상법 제731조를 적용하지 않으므로 피보험자의 서면에 의한 동의를 받을 필요가 없다. 피보험자의 개별적 동의가 단체협약과 같은 구성원 전체 또는 일부의 동의, 즉 단체규약이라는 집단적 동의로 대체되는 것이다. 그러므로 단체보험에서 피보험자의 개별적 서면동의가 필요하지 않다면 단체의 구성원이 정신지체장애인일 경우에도 집단적 동의의 효력에는 영향을 미치지 않기 때문에 단체보험계약을 무효로 할 이유가 없다. 그러나 해석상 상법 제735조의3은 명시적으로 상법 제731조의 적용만을 배제하므로 단체보험계약의 경우에도 상법 제732조가 그대로 적용된다. 장애인 다수고용 사업장의 경우 재해 발생에 대비한 단체보험의 필요성이 일반 사업장보다 더 크다고 판단되지만, 상법 제732조의 문리해석상 근로자 중 정신지체장애인이 있는 경우 단체보험에 가입할 수 없다는 문제점이 있다[김선광, 보험법상 장애인 차별에 관한 검토, 민주법학 제30호(2006), 264-265쪽].

(3) 장애인 차별의 문제

2005년 1월 경북 칠곡군 소재 시온글러브 장애인 다수고용 사업장 화재사건이 발생했다. 사업장의 화재사고로 장애인 사상자가 발생하였으나 이들이 정신적 장애인이라는 이유로 사고 전에 단체보험 가입을 거절당하여 인명 피해에 대한 보상을 받을 수 없었다. 시온글러브 공장 대표가 장애인 근로자(총 근로자 214명 중 79명이 장애인)를 위해 평소 상해 및 생명보험에 가입하려고 했지만 매번 모두 거부당했고, 보험사들도 장애인의 보험가입을 제한하고 있는 것으로 의심되어 국가인권위원회(상임위원회)가 직권조사를 실시하였다.

이런 문제점이 언론에 보도되자 2005년 10월 말부터 국내에서 '장애인단체상해보험' 등 장애인 전용 단체보험을 개발하여 판매하기 시작했다(무배당 한마음 복지보험, 장애인시설 종합보험).

나. 연금보험

(1) 연금보험이란

'연금보험'이란 피보험자의 생명에 관한 보험사고가 생긴 때에 보험자가 보험금을 일시에 지급하지 않고 약정에 따라 보험금액을 연금으로 분할하여 순차적으로 지급하는 보험계약을 말한다(상법 제725조의2). 피보험자가 일정한 나이가 된 때부터 사망할 때까지 종신토록 보험금을 연금으로 지급하는 종신연금보험과 일정한 기간 동안만 매년 연금을 지급하는 정기연금보험으로 구분된다. 즉, '연금보험'은 생명보험의 보험금액 지급방법에 따른 구분방법이다[주해 상법 7권, 한국사법행정학회(2001), 749쪽].

(2) 약관의 검토(현대해상 연금저축손해보험 하이라이프노후웰스보험(HI1106) 약관, 삼성화재 연금저축손해보험아름다운생활(1106. 8) 보험약관, 삼성생명 연금보험 참조)

1) 계약의 성립을 거절하거나 조건을 부과하여 인수할 수 있는 근거 조항이 있음

제1조【보험계약의 성립】

① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다(이하 보험계약은 “계약”, 보험계약자는 “계약자”, 보험회사는 “회사”라 합니다). 또한, 보험기간은 다음에서 정한 기간으로 합니다.

1. 연금개시전 보험기간 : 가입시부터 연금지급개시일의 전일까지
2. 연금개시후 보험기간 : 연금지급개시일부터 종신까지
   단, 제7조(계약내용의 변경 등) 제1항 제3호에 따라 연금지급형태를 변경한 경우에는 변경된 연금지급형태별로 다음에서 정한 기간을 연금개시후 보험기간으로 합니다.
   가. 확정연금플러스형 : 연금지급개시일부터 최종연금 지급일까지
   나. 상속연금형 : 연금지급개시일부터 종신까지
   다. 체증연금형 : 연금지급개시일부터 종신까지
   라. 종신연금플러스형(개인형/부부형) : 연금지급개시일부터 종신까지
   마. 확정연금플러스형과 종신연금플러스형을 동시 선택(개인형/부부형) : 연금지급개시일부터 종신까지

② 회사는 피보험자(보험대상자)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

2) 지적장애인의 경우 보험계약을 무효로 할 수 있는 근거 조항이 있음

제2조 (계약의 무효)

다음 중 한 가지에 해당하는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려드립니다.
다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙 전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.

1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약을 체결할 때까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 그러하지 아니합니다.
2. 만15세 미만자, 심신상실자 또는 심신박약자의 사망을 보험금 지급사유로 한 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니하나 제2호의 만15세 미만자에 관한 예외가 인정되는 것은 아닙니다.

보험금 지급사유 : '사망'을 원인으로 하고 있으므로 가입이 어려움

제18조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1"보험금 지급기준표"참조)을 지급합니다.
1. 연금개시전 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 재해(별표2 "재해분류표"에서 정한 재해를 말하며, 이하 같습니다) 이외의 원인으로 사망하였을 때 : 일반사망보험금
2. 연금개시전 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 재해를 직접적인 원인으로 사망하였을 때 : 재해사망보험금
3. 연금개시후 보험기간 중 피보험자(보험대상자)가 연금지급해당일에 살아 있을 때 : 연금지급형태에 따라 생존연금

3) 본래 장애인이었음을 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는 근거 조항이 있음

입원보장 특별약관

질병입원일당(1일이상) 보장 특별약관

제4조 (보험금을 지급하지 아니하는 사유)
① 회사는 다음 중 어느 한가지의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 고의. 다만, 피보험자(보험대상자)가 심신상실 등으로 자유로운 의사결정을 할 수 없는 상태에서 자신을 해친 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
2. 보험수익자(보험금을 받는 자)의 고의. 다만, 그 보험수익자(보험금을 받는 자)가 보험금의 일부를 받는 자인 경우에는 그 보험수익자(보험금을 받는 자)에 해당하는 보험금을 제외한 나머지 보험금을 다른 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 지급하여 드립니다.
3. 계약자의 고의
4. 피보험자(보험대상자)의 임신, 출산(제왕절개를 포함합니다), 산후기. 그러나 회사가 보장하는 보험금 지급사유로 인한 경우에는 보험금을 지급하여 드립니다.
5. 전쟁, 외국의 무력행사, 혁명, 내란, 사변, 폭동

② 제1항 이외에도 회사는 다음 각 호의 경우에 의하여 보험금 지급사유가 발생한 때에는 보험금을 지급하지 아니합니다.
1. 피보험자(보험대상자)의 선천성 뇌질환
2. 성병
3. 알콜중독, 습관성 약품 또는 환각제의 복용 및 사용

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[별표 2] 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

(중략)

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

다. 교육보험

(1) 교육보험이란

자녀 교육자금의 준비를 위한 보험으로, 보험계약에 따라 소정의 보험료를 납입하고 보험금 지급사유(예 : 진학, 졸업 등)가 발생했을 때 보험금을 지급받는다. 소정의 교육을 받을 연령까지 생존하는 것을 보험금 지급사유로 하므로 일종의 생존보험이다. 또한 교육자금 외에도 어린이보험과 같은 질병 및 재해 등을 함께 보장하는 상품도 있으며, 부모를 종피보험자로 추가하여 부모가 사망하거나 장해상태가 되었을 때에도 자녀가 성장할 때까지 양육비를 보상받을 수 있는 상품도 있다. 과거에는 많은 판매가 이뤄졌으나, 현재는 자녀의 건강보장을 선호하여 많이 판매되지 않고 있다.

(2) 약관의 검토(신한생명, 무배당 신한 Edu 플러스 저축보험 보통보험약관, 무배당 신한 유자녀학자금보장특약약관, 무배당 신한아이사랑학자금지킴이보험 보통보험 약관 ; 교보생명 무배당교보에듀케어보험 약관, 무배당 교보에듀케어보험 교육자금보장특약 약관 참조)

1) 계약의 성립을 거절하거나 조건을 부과하여 인수할 수 있는 근거 조항이 있음

제1조 (보험계약의 성립)
① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 보험계약은 "계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
② 회사는 주피보험자(주된 보험대상자)(이하 "◆가입자녀"◆라 합니다)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액의 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

2) 지적장애인의 경우 보험계약을 무효로 할 수 있는 근거 조항이 있음

제5조 (계약의 무효)
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

보험금 지급사유 : '사망'을 원인으로 하고 있으므로 보험가입이 어려움

제18조 (보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 보험기간 중에 가입자녀에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 "보험금지급기준표" 참조)을 지급합니다.
1. 가입자녀가 보험기간 중 생존교육자금 지급사유 발생해당일에 살아있을 경우 : 생존교육자금 지급
2. 가입자녀가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 경우 : 만기환급금 지급
3. 가입자녀가 보험기간 중 발생한 재해분류표(별표 2 참조)에서 정하는 재해(이하 "◆재해"◆라 합니다)로 장해분류표(별표 4 참조, 이하 "◆장해분류표"◆라 합니다)에서 정한 각 장해지급률에 해당하는 장해상태가 되었을 때 : 재해장해급여금 지급
4. 가입자녀가 보험기간 중 주산기질환으로 인하여 그 치료를 직접 목적으로 4일이상 입원하였을 경우 : 주산기입원비 지급 (태아가입의 경우에 한하며, 보장기간은 1년으로 함) (선출생아 1인에 한하며, 1회 입원당 120일 한도)
5. 가입자녀가 보험기간 중 만15세 이후에 사망하였을 경우 : 사망보험금 지급

무배당 교보에듀케어보험 교육자금보장특약 약관
제10조(보험금의 종류 및 지급사유)
회사는 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표 1 "◆보험금 지급기준표"◆ 참조)을 지급하여 드립니다.
1. 이 특약의 보험기간 중 종피보험자(확장 보험대상자)가 사망 한 이후, 매년 보험계약해당일에 가입자녀가 살아있을 경우 : 유자녀 교육자금 지급
2. 이 특약의 보험기간 중 가입자녀가 만 15세 이후 사망하였을 때 : 사망보험금 지급

〈별표 1〉 교육자금보장특약의 경우 보험금 지급기준표

급부명칭	지급사유	지급내용
유자녀 교육자금 (제10조 제1호	이 특약의 보험기간 중 종피보험자(확장 보험대상자)가 사망한 이후, 매년 보험계약해당일에 가입자녀가 살아있을 경우	자녀나이 - 1 ~ 5세 : 100만원 - 6 ~ 11세 : 200만원 - 12 ~ 14세 : 300만원 - 15 ~ 17세 : 400만원 - 18 ~ 21세 : 500만원 - 22 ~ 23세 : 600만원
사망보험금(제10조 제2호)	이 특약의 보험기간 중 가입자녀가 만 15세 이후 사망하였을 때	이미 납입한 보험료(보험료 납입면제분 포함) 전액과 책임준비금 중 큰 금액

※ 가입자녀가 만15세 미만에 사망하였을 경우에는 보험사고로 보지 아니하며, 이미 납입한 보험료(보험료 납입면제분 포함) 전액과 책임준비금 중 큰 금액을 지급합니다.

3) 본래 장애인이었음을 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는 근거 규정이 있음

제19조 (보험금 지급에 관한 세부규정)
⑨ 제18조(보험금의 종류 및 지급사유) 제3호에서 그 재해전에 이미 다음 중 한 가지의 경우에 해당되는 장해가 있었던 가입자녀에게 그 신체의 동일 부위에 또 다시 제8항에 규정하는 장해상태가 발생하였을 경우에는 다음 중 한가지의 경우에 해당되는 장해에 대한 장해급여금이 지급된 것으로 보고 최종 장해상태에 해당하는 장해급여금에서 이미 지급받은 것으로 간주한 장해급여금을 빼고 지급합니다.
1. 이 계약의 보장개시전의 원인에 의하거나 또는 그 이전에 발생한 장해로 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해
2. 위1호 이외에 이 보험의 규정에 의하여 장해급여금의 지급사유가 되지 않았던 장해 또는 장해급여금이 지급되지 않았던 장해
○◆2 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제18조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.

[별표 2] 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해

(중략)

2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해

다음 각호에 해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.

① 질병 또는 체질적 요인이 있는 자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

라. 태아보험

(1) 태아보험이란

태아보험은 태아의 선천이상 기형, 저체중 출산, 분만 전후(주산기 : 임신 29주에서 생후 1주까지) 질병 및 신체 장해에 보장하는 보험을 말한다. 법규상 '태아보험'이라는 별도의 보험상품은 없으나, 어린이보험에 태아가입특약(胎兒加入特約)이 첨부되어 출생 전 태아 상태에서 보험가입이 가능한 상품을 실무적으로 '태아보험'으로 지칭하고 있다.[72] 태아보험의 피보험자는 태아 그 자체가 아니라 출생 후 신생아이다. 태아보험의 보장은 일반적인 보험과는 달리 보험가입 시점이 아니라 태아의 출생 직후부터 시작된다.[73] 즉, 태아보험은 단기적으로는 출산 직후 자녀에게 발생할 수 있는 선천성질환, 신생아 관련 질병, 인큐베이터 입원비용 등을 보장하고, 장기적으로는 자녀의 성장과정 중 발생할 수 있는 암, 질병 및 재해사고 등의 위험대비를 목적으로 가입한다(태아보험 = 어린이보험 + 출생시 위험보장).

72) 태아는 법적으로 인격(人格)을 갖지 못하므로 인보험의 보호대상이 될 수 없다. 따라서 태아의 출생을 조건으로 하는 '태아가입특약'을 통해 태아를 대상으로 한 보험계약을 체결한다. 태아보험의 주요 담보내용으로는 선천성질환수술보장특약, 출생전후기질환*보장특약, 미숙아육아비용보장특약 등이 부가되어 있다(주로 태아의 출생 후 선천성질환으로 인한 입원·수술, 출생전후기질환으로 인한 입원, 미숙아(또는 저체중아)의 인큐베이터비용 등을 추가적으로 보장).

73) 일반적으로 태아나 산모에게 질병발생확률이 높은 임신 28주부터 출생후 1주까지의 기간을 말한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(2) 태아보험의 효용

일반적으로 어린이보험은 자녀의 질병 및 상해, 특정질병, 수술, 입원 등을 보장하나, 태아보험의 경우는 태아상태에서만 가입이 가능한 관련 특약을 통해 출생당시의 질병·상해나 선천성질환으로 인한 수술 등도 보장하므로 일반적인 어린이보험보다 보장범위가 넓다.

〈주요 보장 내용(예시)〉

특약명	보장내용
출생전후기 질환 보장특약	출생전후기(일반적으로 임신 28주에서 생후 1주까지의 기간) 질병으로 입원한 경우 1일당 약정금액을 지급
선천성질환 수술특약	선천성 기형, 변형 및 염색체 이상(선천이상)으로 수술시 수술 1회당 약정금액을 지급
미숙아(또는 저체중아) 육아비용보장특약	태아의 출생시 몸무게가 2kg(또는 2.5kg) 미만으로서 인큐베이터를 3일 이상 사용했을 경우 1일당 약정금액을 저체중아 육아비용보험금으로 지급

(3) 태아보험의 담보내용

1) 선천이상 : 선천성 기형, 변형, 염색체이상, 선천성 대사이상

일반적으로 보험계약에서 선천이상을 보상하지 않지만, 생명보험, 손해보험의 특약 형태로 가입하여 보장을 받을 수 있다. 한국표준질병사인분류표 상에 나온 선청성 질환의 범위는 아래와 같다.

- Q00-Q07. 신경계통의 선천 기형 (뇌신경계통 보장에서 제외)
- Q10-Q18. 눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천 기형
- Q20-Q28. 순환기계통의 선천 기형
- Q30-Q34. 호흡기계통의 선천 기형
- Q35-Q37. 입술갈림증 및 입천장갈림증
- Q38-Q45. 소화기계통의 기타 선천 기형
- Q50-Q56. 생식기관의 선천 기형
- Q60-Q64. 비뇨기계통의 선천 기형
- Q65-Q79. 근육골격계통의 선천 기형 및 변형

- Q80-Q89. 기타 선천 기형
- Q90-Q99. 달리 분류되지 않은 염색체 이상

2) 저체중 출산

태아가 출생할 때 체중이 보험약관에서 규정하는 체중에 미달하는 경우(예 : 체중2.5kg 이하 또는 2.0kg 미만) 인큐베이터 사용 1일당 일정한 금액을 보상받는다.

3) 주산기 질병

신생아 분만의 전후, 즉 임신 29주에서 생후 1주까지의 기간에 신생아는 특유한 병을 일으키기 쉬운데, 이를 주산기 질병이라고 한다(일부 보험사는 '출생전후기 질병'이라고도 함).

일반적으로 주산기 질병은 한국표준질병사인분류 중 다음의 질병을 말한다.

1. 모성 요인과 임신, 진통 및 분만의 합병증에 의해 영향을 받은 태아 및 신생아
2. 임신기간 및 태아발육과 관련된 장애
3. 출산외상
4. 주산기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애
5. 주산기에 특이한 감염
6. 태아 및 신생아의 출혈성 및 혈액학적 장애
7. 태아 또는 신생아에 특이한 일과성 내분비 및 대사 장애
8. 태아 및 신생아의 소화기계 장애
9. 태아 및 신생아의 표피 및 체온조절에 관련되는 병태
10. 주산기에 기원한 기타 장애

국가인권위원회 humanrights.go.kr KOR

4) 신체 장해

신체 장해는 신생아 보장에서 매우 중요하지만 거의 대부분 보험사가 보험금 지급률이 높다는 이유로 보장에서 빼고 있으며 극히 일부 보험사에서만 특약으로 보장하고 있다.

(4) 태아사망 보장 여부

상법 제732조에서는 15세미만자의 사망을 보험사고로 한 보험계약은 무효로 하고 있으며, 또한 태아는 법적으로 인격(人格)을 갖지 못하여 인보험의 보호대상이 될 수 없으므로, 태아보험에서는 태아의 사망을 직접적으로 보장하지는 않는다.

다만, 일부 보험상품에서는 태아보험 가입 후에 태아가 유산된 경우 산모에게 유산으로 인한 수술 및 입원일당, 위로금 등을 지급하는 특약이 부가되어 있는 경우는 있다.

이처럼 태아가 유산(流産) 또는 사산(死産) 등으로 출생하지 못한 경우에는 보험금이 지급되지 않고 계약이 무효가 되어 기납입보험료만 지급된다는 점을 특히 유의할 필요가 있다(15세 미만의 미성년자를 피보험자로 하는 보험상품에서도 피보험자의 사망시 사망보험금이 아니라 기납입보험료가 지급됨).[74]

한편, 자동차사고로 인해 산모가 태아를 유산(流産) 또는 사산(死産)한 경우 가해 차량이 가입된 자동차보험사에 위자료(정신적 손해)를 청구할 수 있다(서울지법 1993.7.28. 92가합52462 등).

74) 참고로 일부 운전자보험에서는 '태아사산위로금특약'을 통해 운전 중 사고로 유산 또는 사산한 경우에는 위로금이 지급된다.

(5) 약관의 검토(동양생명 무배당수호천사꿈나무자녀사랑보험 약관 참조)

1) 계약의 성립을 거절하거나 조건을 부과하여 인수할 수 있는 근거 조항이 있음

제1조 (보험계약의 성립)
① 보험계약은 보험계약자의 청약과 보험회사의 승낙으로 이루어집니다. (이하 보험계약은 "계약", 보험계약자는 "계약자", 보험회사는 "회사"라 합니다)
② 회사는 주피보험자(주된 보험대상자)(이하 "■가입자녀"■라 합니다)가 계약에 적합하지 아니한 경우에는 승낙을 거절하거나 별도의 조건(보험가입금액의 제한, 일부보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증 등)을 부과하여 인수할 수 있습니다.

2) 지적장애인의 경우 보험계약을 무효로 할 수 있는 근거 조항이 있음

제4조 (계약의 무효)
다음 중 한 가지에 해당되는 경우에는 계약을 무효로 하며 이미 납입한 보험료를 돌려 드립니다. 다만, 회사의 고의 또는 과실로 인하여 계약이 무효로 된 경우와 회사가 승낙전에 무효임을 알았거나 알 수 있었음에도 불구하고 보험료를 반환하지 않은 경우에는 보험료를 납입한 날의 다음날부터 반환일까지의 기간에 대하여 회사는 이 계약의 보험계약대출이율을 연단위 복리로 계산한 금액을 더하여 돌려 드립니다.
1. 타인의 사망을 보험금 지급사유로 하는 계약에서 계약체결시까지 피보험자(보험대상자)의 서면에 의한 동의를 얻지 아니한 경우. 다만, 단체가 규약에 따라 구성원의 전부 또는 일부를 피보험자(보험대상자)로 하는 계약을 체결하는 경우에는 이를 적용하지 아니합니다.
2. 만 15세미만자, 심신상실자 또는 심신박약자를 피보험자(보험대상자)로 하여 사망을 보험금 지급사유로 한 계약의 경우
3. 계약체결시 계약에서 정한 피보험자(보험대상자)의 나이에 미달되었거나 초과되었을 경우. 다만, 회사가 나이의 착오를 발견하였을 때 이미 계약나이에 도달한 경우에는 그러하지 아니합니다.

보험금 지급사유 : '사망'을 원인으로 하고 있지 않음

제45조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 보험기간 중 제10조(제1회 보험료 및 회사의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당되는사유가 발생한 때에는 보험수익자(보험금을 받는 자)에게 약정한 보험금(별표1 "보험금 지급기준표" 참조)을 지급합니다.
1. 피보험자(보험대상자)가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 : 만기축하금(단,70% • 00%만기환급형에 한함)

(2호 이하 각종 질병으로 인한 '수술'을 보험사고로 정하고 있음)

다만, [별표 1] 보험금지급기준표에서 “1. 피보험자(보험대상자)가 사망한 경우에는 사망 당시의 책임준비금을 지급하여 드리고 이 계약은 더 이상 효력을 가지지 아니합니다. 단, 피보험자(보험대상자)가 만 15세 미만 사망시 이미 납입한 보험료와 책임준비금 중 큰 금액을 지급합니다.”라고 정하고 있음.

3) 태아보험약관

태아가입특칙

제77조【보험금 지급기준 적용나이】
[별표 1]의 보험금지급기준표에서 적용하는 피보험자(보험대상자)의 나이는 피보험자(보험대상자)가 출생한 날부터 계산합니다.

제78조【출생전 보험금 지급사유 발생】
피보험자(보험대상자)의 출생 전에 제 45 조(보험금의 종류 및 지급사유)에서 정한 보험금 지급사유가 발생한 경우에는 피보험자(보험대상자)가 출생한 날부터 제 45 조(보험금의 종류 및 지급사유)의 규정에 따라 지급합니다.

제79조 [계약나이의 계산 특례] 계약일에 있어서의 피보험자(보험대상자)의 계약나이는 0 세로 합니다.

무배당신생아보장특약 약관

제3조【피보험자(보험대상자)의 범위】
이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)가 남자인 경우에는 주피보험자(주된 보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 배우자로 하며, 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)가 여자인 경우는 주계약의 주피보험자(주된 보험대상자)로 합니다. 단, 주계약의 피보험자(보험대상자)가 만18세 이하일 경우 이 특약의 피보험자(보험대상자)는 주계약 피보험자(보험대상자)의 가족관계등록부상 또는 주민등록상의 어머니(계약자 또는 피보험자(보험대상자)와 피부양관계에 있는 자를 포함합니다)로 합니다.

제9조【보험금의 종류 및 지급사유】
이 특약의 보험기간 중 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)로부터 태어난 아기[특약 체결시 임신 23주 이내의 태아에 한합니다. 이하 “■아기”■라 합니다]의 출생시의 체중이 2.0kg 미만일 때(이하 “■저체중아 출산”■이라합니다) : 해당 저체중아보육비

제10조【보험금 지급에 관한 세부규정】
① 회사는 피보험자(보험대상자)가 임신하고 이 특약의 종료시까지 아기의 출산이 없거나, 아기의 출산없이 유산(자연유산인 경우, 임신의 지속이 모체의 생명 또는 건강에 심한 장해를 초래할 수 있어 임신이 중단된 경우, 태아의 기형과 정신박약이 예견되어 임신이 중단된 경우를 말합니다) 또는 사산아를 출산하는 경우에는 이미 납입한이 특약의 보험료 전액을 돌려드리며, 이 특약은 소멸합니다. 단, 다태아 출산시 1인의 아기라도 출산하고 유산 또는 사산되는 경우에는 보험료를 돌려드리지 아니합니다.

② 청약서상 계약전 알릴 의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제9조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
③ 제2항에 불구하고 보험계약 청약일 이전에 진단 확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(계약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.
④ 제3항의 청약일 이후 5년이 지나는 동안이라 함은 이 약관 제8조(보험료의 납입연체시 특약의 해지)에서 정한 특약의 해지가 발생하지 않은 경우를 말합니다

무배당선천이상입원보장특약 약관

제12조【보험금의 종류 및 지급사유】
회사는 이 특약의 보험기간 중 제2조(특약의 보장개시일)에서 정한 특약의 보장개시일 이후에 피보험자(보험대상자)가 제1 • • 형 선천이상으로 진단이 확정되고 그 치료를 직접적인 목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때 : 선천이상입원비(단, 1회 입원당 지급일수 120일 한도)

제13조【보험금 지급에 관한 세부규정】
⑨ 청약서상 계약전 알릴의무(중요한 사항에 한합니다)에 해당하는 질병으로 인하여 과거(청약서상 당해 질병의 고지대상 기간을 말합니다)에 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제12조(보험금의 종류 및 지급사유)의 보험금 중 질병과 관련한 보험금을 지급하지 아니합니다.
⑩ 제9항에도 불구하고 청약일 이전에 진단확정된 질병이라 하더라도 청약일 이후 5년이 지나는 동안(특약이 자동갱신되어 5년을 지나는 경우를 포함합니다) 그 질병으로 인하여 추가적인 진단(단순 건강검진 제외) 또는 치료사실이 없을 경우, 청약일부터 5년이 지난 이후에는 이 약관에 따라 보장하여 드립니다.

4) 본래 장애인이었음을 이유로 보험금 지급을 거절할 수 있는 근거 규정이 있음

[별표 10] 재해분류표

1. 보장대상이 되는 재해
(중략)
2. 보험금을 지급하지 아니하는 재해
다음 각 호에해당하는 경우에는 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
① 질병 또는 체질적 요인이 있는자로서 경미한 외부 요인에 의하여 발병하거나 또는 그 증상이 더욱 악화된 경우

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[별표 18] 질병 및 재해분류표

1. 보장대상이 되는 질병 및 재해
   다음 각 호에해당하는 질병 및 재해는 이 보험의 약관에 따라보험금을 지급하여 드립니다.
① 한국표준질병사인분류상의 (A00~Y98)에 해당하는 질병 및 재해
② 감염병의 예방및 관리에 관한 법률 제2조 제2호에 규정한 감염병
2. 보험금을 지급하지 아니하는 질병 및 재해
   다음 각 호에 해당하는 경우에는 질병 및 재해분류에서 제외하여 보험금을 지급하지 아니합니다.
① 정신 및 행동장애(F00~F99)로 인한 질병
② 선천 기형, 변형 및 염색체 이상(Q00~Q99)으로 인한 질병
③ 마약, 습관성 의약품 및 알코올중독으로 인한 경우
④ 치의보철 및 미용상의 처치로 인한 경우
⑤ 정상임신, 분만전후의 간호 및 검사와 인공유산, 불법유산 등으로 인한 경우
⑥ 질병을 직접적인 원인으로 하지 아니하는 불임수술 또는 제왕절개수술 등으로 인한 경우
⑦ 치료를 수반하지 아니하는 건강진단으로 인한 경우

4. 정신장애 관련 보험회사 인수기준 분석

가. 국내 사례

(1) 정신질환자 보험가입 선택기준(D사의 사례)

구 분		Life	재해장해	질병치료	입원특약	CI	LTC	실손	납입면제
치매, 알츠하이머	Rating	D	D	D	D	D	D	D	D
알코올 의존증	현증	D	D	D	D	D	D	D	D
	과거력								
	- 추가질환 없으며 간 기능 검사 정상 •5년 미만	D	D	D	D	D	D	D	D
알코올 중독증	•5년 이상	D	D	D	D	D	D	D	D
	- 2번 이상 재발한 경우	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO
	* 사회적직업적 적용여부 확인								
정신분열증	Rating	D	D	D	D	D	D	D	D

구 분		Life	재해장해	질병치료	입원특약	CI	LTC	실손	납입면제
주요우울증	1회발병, 자살 시도력無, 약물의존성 無, 완치 후 5년 경과	Std	D	Std	Std	Std	Std	D	Std
	기타	D	D	D	D	D	D	D	D
수면장애 불면증	불면증 - 의사의 감독 하에 있는 경우 • 치료 종료 후 1년 미만	D	D	D	D	D	D	D	D
	• 치료 종료후 1년 이상 • 치료기간 3개월 미만 • 치료기간 3개월 이상	Std	Std	Std	Std	Std	Std	Std	Std
		CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO
	- 의사의 감독 하가 아닌 자가 치료 중 • 치료종료 후 2년 미만	D	D	D	D	D	D	D	D
	• 치료종료 후 2년 이상 • 3개월 미만 약물 복용	Std	Std	Std	Std	Std	Std	Std	Std
	• 3개월 이상 약물 복용	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO
	기타 수면장애	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO	CMO
	* 1) 입원 치료력이 있는 경우는 전건 사절								
	2) 2차성 수면장애 즉 정신분열증, 알코올 중독, 만성 신부전 등의 기질적 질환 질환 유무 반드시 확인								

* D : 가입 불가(사절), Std : 정상인수, CMO : 사의 판단.

(2) D2사 양극성 장애 인수 기준

양극성장애	이력	경과기간	인수기준	납입면제상품
25세 미만			거절	거절
26-69세	1회발병후 경과기간	0-2년	가입 연기	
		2-4년	할증(+100)	
		4-5년	할증(+50)	
		5년 경과	표준인수가능	사의문의
	재발이력 또는 치료중	0-3년	가입연기	거절
		3-5년	할증(+150)	
		5년 경과	할증(+75)	

국가인권위원회 humanrights.go.kr

나. 외국의 사례(독일 재보험사 K사)

(1) 건강보험에서의 정신지체 평가 기준
(Mental retardation rating Health Insurance)

구분 Classification	입원 Hospitali-sation	처치, 수술 Surgery	외래 OPD	만성질환 Chronic medication
1. 경증 정신지체 Mild mental retardation (IQ-range 50-69)				
신청자의 나이가 18세 미만 Age at entry up to 18 years	P	P	P	P
신청자의 나이가 18세 이상 Age at entry over 18 years	+0	+0	+40 to 0	+40 to 0
2. 중간 정도의 정신지체 Moderate mental retardation (IQ-range 35-49)	IC	IC	IC	IC
신청자의 나이가 18세 미만 Age at entry up to 18 years	P	P	P	P
신청자의 나이가 18세 이상 Age at entry over 18 years	IC	IC	IC	IC
3. 정신지체의 정도가 심각한 경우 Severe or profound mental retardation (IQ-range ≤34)	D	D	D	D

IC- individual case

(2) 생명/ 질병보험의 정신지체 평가기준
(Mental retardation rating Life/DD)

구분 Classification	생명보험 Life	질병보험 DD	영구적 손상 TPD/WP
신청 이유가 적법해야 함 (신청자의 의지가 포함되어야 함) Reason for application must be valid			
1. 정신지체의 경계 혹은 경증 정신지체 (지능지수 50-69) Borderline or mild mental retardation (IQ-range 50-69)			
자립이 가능 Self-supporting	+0	D	D

구분 Classification	생명보험 Life	질병보험 DD	영구적 손상 TPD/WP
가족의 도움이 필요 Requiring home care	D	D	D
2. 중간정도의 정신지체 Moderate mental retardation (IQ-range 35-49)			
18세 미만Age at entry up to 18 years	P	P	D
18세 이상Age at entry over 18 years	+100	+100	D
3. 정신지체 정도가 심중한 경우 Severe or profound mental retardation(IQ≤34)	D	D	D

(3) 건강보험의 우울증 평가

(Depression rating Health Insurance)

건강보험-상품 측면(Health Insurance-Product aspects)

구분 Classification	입원 Hospitali-sation	처치, 수술 Surgery	외래 OPD	만성질환 Chronic medication
1. 우울증의 발생했던 경험 Depressive episode				
1.1. 처치에 의해 증상이 완화된 경우(경증, 약물치료) Good response to treatment (lithium, psychopharmaceutcals)				
1.1.1. 딱 한번 발생, 마지막 발생시점으로부터의 경과 one episode only, rate from last episode				
0-5년 경과 0-5 years	D	D	D	D
그 이후 Thereafter	+75	+75	+75	D/CMO
1.1.2. 그 밖의 경우 (여러 번 발생) otherwise	D	D	D	D
1.2. 처치를 하였으나, 증상이 완화되지 않은 경우 Poor response to treatment	D	D	D	D
1.3. 자살시도나, 알콜 오용, 약물 오용과 결합된 경우 in combination with suicide attempts, alcohol abuse or drug abuse	D	D	D	D
2. 우울증이 재발한 경우 Recurrent depressive disorder	D	D	D	D

CMO-Chief Medical officer

국가인권위원회
humanrights.go.kr

(4) 생명/ 질병보험에서의 우울증 평가

(Depression rating Life/DD)

구분 Classification	생명보험 Life	중병 DD	영구손상, 장애 TPD/WP
1. 자살시도, 알콜오용, 약물오용이나 기타 질병과 결합된 경우(급성 및, 만성 불안장애, 외상후 스트레스 장애, 양극성 장애 포함)의사의 승인이 필요한 경우 혹은 치료의 결과가 좋지 않은 경우 In combination with suicide attempt, alcohol abuse, drug abuse, other comorbidity (includes acute and chronic anxiety, post traumatic stress disorder and bipolar conditions),hospital admission required or poor response to therapy	D	D	D
- 그 밖의 경우 Otherwise			
2. 치료 중에 있는 경우 Still on medication			
2.1 마지막 발병 후 12개월 경과 혹은 그 미만 12month or less since last episode	CMO	D	D
2.2 마지막 발병 후 12개월 이상 More than 12months since last episode			
상태가 안정적임, 치료를 잘 받아들이고 치료 후 경과가 좋아 안정적인 상태 Condition stable, now stable with good response to treatment and compliance with treatment	+25 to 50	+25 to 50	D/EX
상태가 불안정함, 혹은 처치에 응하지 않거나 경과가 좋지 않은 경우 Condition not stable, or poor response to treatment and poor compliance with treatment	D	D	D
3. 더 이상 치료를 받지 않는 경우 No longer on medication			
3.1 치료되지 않았거나, 불안정한 경우 Condition not resolved or not stable	D	D	D
3.2 치료가 되었음 Condition resolved			
딱 한번 발병한 경우(병이 6개월 미만으로 지속되었음. 그리고 일을 안한 시간이 1주 미만)(치료 종료를 기준) History of single episode (lasting up to 6 months, AND with up to 1 week off work),(rate from cessation of treatment)			
<6 months	D	D	D
6months- 2 years	+50 to 75	+50 to 75	EX

구분 Classification	생명보험 Life	중병 DD	영구손상, 장애 TPD/WP
>2-5 years	+0	+0	EX
>5 years	+0	+0	+0
발병 후 지속되거나 재발하는 경우 (어느 경우든 6개월 이상 지속되거나, 1주일 이상 일을 못한 경우)치료 종료 시점을 기준 History of continuous or recurrent episodes(any episode(s) lasting more than 6 months OR with more than 1 week off work),(rate from cessation of treatment)			
<1 year since treatment ceased	D	D	D
1-3 years since treatment ceased	+75	+75	D/EX
>3-5 years since treatment ceased	+25 to 50	+25 to 50	D/EX

다. 국내와 외국의 인수기준 비교

보험회사의 인수기준은 회사의 내부기밀이라는 이유로 구하기가 매우 어려운 실정이다. 대부분의 국내회사들은 장애인에 관한 특별한 인수기준을 가지고 있지 않다고 밝히고 있기도 하다. 현재 연구팀에서 구한 인수기준은 국내의 경우 D사의 정신과 관련 일반적인 인수기준과 또 다른 D사의 양극성장애 인수기준, 외국의 경우 독일의 K사의 인수기준의 일부이며 이 자료를 근거로 비교한 결과는 다음과 같다.

(1) 국내와 외국의 인수기준 비교

국내의 경우 정신질환의 위험성을 지나치게 높게 평가하고 있으며 최대한 보험가입에 부정적이고 엄격함을 알 수 있다.

1) 불면증

불면증의 경우 국내에선 치료기간이 3개월 미만으로 일시적이고 또 치료가 종료한지 1년이 넘어야만 보험 가입을 시켜주는 실정이지만, 외국의 경우 불면증은 고려의 대상이 아니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

2) 우울증

우울증의 경우 국내에선 1회 발명, 자살시도한 적 없고, 약물의존성 없고 완치 후 5년이 경과한 사람만이 가입을 하고 있으나 외국의 경우를 보면 건강보험은 국내와 비슷하나 생명보험이나 질병보험은 현재 치료 중인 경우와 치료가 종료된 경우, 발병 횟수도 한 번인 경우와 여러 번인 경우, 할증을 두는 경우 등 매우 구체적으로 나누어 인수기준을 마련하고 있어 국내보다도 가입이 훨씬 용이함을 볼 수 있다. 예를 들어 병이 재발한 경우 국내에선 가입이 불가능하지만 외국의 경우 재발하였더라도 치료 종결 후 2년이 지나면 가입이 가능하고, 현재 지속적인 치료를 받고 있더라도 상태가 안정적이면 25-50% 할증을 두고 가입을 허용하고 반복적인 재발을 하는 경우라도 마지막 재발 후 1년이 경과하면 할증을 두고 가입을 하게 하는 등 매우 구체적이며 다양한 옵션을 두고 있음을 알 수 있다.

3) 정신지체

정신지체의 경우 국내에선 정도에 상관없이 아예 가입이 되지 않지만 외국에선 정신지체의 정도와 가입시 연령을 고려하여 다양한 인수기준을 가지고 있으며 가입의 장벽이 매우 낮은 것을 볼 수 있다. 예를 들여 만 18세 미만의 경우는 경도 및 중등도 정신지체까지 건강보험과 생명보험에 할증 없이 가입이 가능하며, 18세 이상인 경우 경도 정신지체는 건강보험 및 생명보험에 조건 없이 가입이 가능하고 중등도 정신지체의 경우 생명보험 가입시 100%의 할증을 두고 가입을 하고 있는 등 매우 구체적이며 다양한 옵션이 있음을 알 수 있다.

4) 양극성 장애

양극성 장애의 경우 국내 D사의 인수기준만을 구할 수 있어 이를 토대로 보면 1회 발병과, 재발 및 치료 중 나누고 또 경과 기간과 할증 등 다양한 내용으로 인수기준을 가지고 있는 것을 볼 수 있. 다만 이 경우 경과 기간 및 할증액이 지나치게 길고 높은 편으로 평가되며 또한 실제 가입시 자세한 내용을 묻지도 않고 거절되는 사례가 많아 비록 다소 엄격하긴 하지만 이 인수기준이라도 제대로 지켜져야 할 것이다.

(2) 각 보험사의 인수기준에 대한 정신의학적 평가

1) 국내 D사(대한생명) 정신질환자 인수기준에 대한 정신의학적 평가

대한생명의 인수기준을 각 질환별로 평가해보면 다음과 같다.

첫째, 치매는 모든 보험 가입을 거절하고 있는데 치매라는 병이 점차 진행하며 다양한 신체 질환과 행동증상을 동반하는 병의 특성을 고려하면 인수를 거절하는 것은 보험회사 입장에서 타당하다고 평가된다.

알코올 의존증의 경우도 인수를 거절하고 있는데 알코올 의존증이 의학적 입장에선 병으로 인식되고 있지만 사회적 입장에선 개인의 책임도 있다는 시각이 있고 또한 다양한 신체질환 및 각종 사고와 관련성이 높기에 인수를 거절하는 것이 타당하다고 평가된다.

정신분열증의 경우 모든 보험에서 인수를 거절하고 있는데 정신분열증의 경우 개인에 따라서 직업을 가지고 사회생활을 잘 하는 경우까지 있기에 기능을 고려하여(예를 들어 꾸준히 치료를 받고 있고 O년 이상 재발하지 않았으며 안정적인 직장생활을 O 년 이상 한 경우) 일부 환자의 경우 인수가 가능하도록 하는 것이 타당하며 따라서 정신분열증에 대한 기준은 다소 엄격하다고 평가된다. 하지만 정신분열증에 대한 사회적 통념이 부정적이고 이윤을 추구하는 보험사의 입장에선 인수에 있어 부담스러운 질병일 수는 있어서 반드시 해야 한다고 요구하기에 다소 한계가 있다.

주요우울증의 경우 1회 발병, 자살 시도력이 없고, 약물의존성이 없고, 완치 후 5년이 경과된 경우에 한해서 일부보험에서 정상인수를 한다고 기술되어 있다. 우울증 환자의 경우 1회 발병한 경우라도 적어도 6개월에서 1년 이상 약물투여를 권장하고 있으며 또 재발하지 않고 자살시도력이 없는 경우에도 심리적 이유로 장기간 약물투여를 하는 환자가 상당히 많고 재발을 하였더라도 증상이 경미한 환자가 상당히 있는 현실을 고려하면 약물 복용을 하고 있는 경미한 우울증 환자, 2회 이상 발병한 경미한 우울증 환자의 경우 사의 판단으로 인수를 고려하는 것이 적합할 것으로 판단된다. 따라서 D사의 주요우울증에 대한

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

인수기준은 우울증 환자를 아예 받지 않겠다는 의도가 담겨있다고 의심받을 정도로 지나치게 엄격한 기준으로 평가된다.

불면증의 경우 비교적 자세하게 기술되어 있다. 불면증의 치료기간이 3개월 미만이고 치료가 종료된 후 1년이 경과해야만 정상인수를 한다. 불면증은 정신의학적으로 볼 때 다양한 질환의 증상으로 나올 수 있으며 다른 질환 없이 독립적으로 오기도 한다. 정신분열증, 우울증이 원인이 되어 이차적으로 불면증이 온 경우는 정신분열증, 우울증이 더 상위의 개념이기 때문에 그 병의 기준에 따라 인수를 하면 되며, 다른 질환이 없는 일차성 불면증은 일반인 중에 아주 흔하며 또 스트레스와 관련 있는 경우도 많기에 3개월 이상 불규칙하게 약을 복용하는 경우가 대부분이다. 따라서 일차성 불면증 자체에 대해서 인수를 거절하는 것은 매우 부당하다고 평가된다. 실제로 외국에선 불면증은 인수기준에서 고려의 대상이 아니다.

2) 국내 D사(동양생명)의 양극성 장애 인수기준에 대한 정신의학적 평가

동양생명의 양극성 장애 인수기준은 25세 미만인 경우 인수를 거절하며, 26세에서 69세의 경우엔 1회 발병과, 재발한 경우를 나누고 또 치료가 종료되고 경과 기간을 분류하여 할증 등 다양한 내용으로 인수기준을 가지고 있는 것을 볼 수 있다. 여기에 제시된 인수기준이 어떤 과학적 근거를 가지고 있는지는 확인할 수 없지만 인수기준을 자세하게 분류를 하고 있음은 높이 평가할 만하다. 하지만 할증액이 100에서 150%에 달하고 경과기간도 5년 이상 경과해야 할증이 없거나 75%에 달하는 것은 다소 엄격하다고 평가된다. 현실적으로 이런 인수기준을 더 완화시켜달라고 요구하는 것은 다소 무리가 있고 인수기준을 제대로 적용하고 심사라도 하라고 요구하는 것이 타당할 것으로 평가된다.

3) 독일 K사의 정신지체와 우울증의 인수기준에 대한 정신의학적 평가

정신지체의 경우 국내에선 정도에 상관없이 아예 가입이 되지 않지만 독일 K사의 경우 정신지체의 정도와 가입시 연령을 고려하여 다양한 인수기준을 가지고 있다. 만 18세 미만의 경우는 경도 및 중등도 정신지체까지 건강보험과 생명보험에 할증 없이 인수를 하며, 18세 이상인 경우 경도 정신지체는 건강보

험 및 생명보험에 조건 없이 가입이 가능하고 중등도 정신지체의 경우 생명보험 가입시 100%의 할증을 두고 인수를 하고 중증 정신지체는 인수를 하지 않는다. 경도 정신지체는 학습이 가능하며 단순직업은 성실히 수행이 가능하고 중등도 정신지체는 훈련이 가능하여 자기관리가 가능하다는 걸 고려하면 독일 K사의 인수기준은 배타적이지 않고 매우 과학적이고 합리적이라고 평가된다.

독일K사의 우울증 인수기준을 보면 건강보험은 국내와 비슷하게 엄격하지만 생명보험이나 질병보험은 현재 치료 중인 경우와 치료가 종료된 경우, 발병 횟수도 한 번인 경우와 여러 번인 경우, 할증을 두는 경우 등 매우 구체적으로 나누어 인수기준을 마련하고 있다. 예를 들어 병이 재발한 경우 국내에선 가입이 불가능하지만 외국의 경우 재발하였더라도 치료 종결 후 2년이 지나면 가입이 가능하고, 현재 지속적인 치료를 받고 있더라도 상태가 안정적이면 25-50% 할증을 두고 가입을 허용하고 반복적인 재발을 하는 경우라도 마지막 재발 후 1년이 경과하면 할증을 두고 가입을 하게 하는 식으로 매우 구체적이며 다양한 옵션을 두고 있음을 알 수 있다. 상태가 안정적이고 경미한 우울증이 많은 현실을 고려하면 이 회사의 인수기준도 아주 만족스럽다고 할 수는 없지만 국내와 비교해보면 보험가입이 훨씬 더 용이하다. 이 회사의 우울증 인수기준 역시 배타적이지 않고 합리적인 편으로 평가할 수 있다.

라. 소결

(1) 과학적 근거를 바탕으로 합리적인 인수기준의 필요성

외국과 비교하여 국내의 경우 정신질환의 위험성을 지나치게 높게 평가하고 있어 정신장애인의 보험가입에 매우 소극적이며 또한 구체적이고 다양한 옵션을 제공하고 있지 않고 있다. 과학적, 통계적 근거에 기초한 합리적 인수기준이 마련될 필요가 있다. 이와 관련하여 외국 재보험사의 인수기준을 참고할 수 있으리라 생각된다.

인수기준을 만든다면 불면증의 경우 인수거절의 조건이 되어선 안되며, 우울증의 경우 국내 기준이 지나치게 엄격하기에 외국처럼 다양한 옵션을 만들

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

어야 한다. 정신지체의 경우 적어도 경도정신지체는 인수를 거부해서는 안될 것으로 평가된다.

(2) 인수기준의 준수

국내 D사의 양극성 장애 인수기준처럼 다소 엄격하다 하더라도 나름 다양한 옵션을 가진 인수기준이 있는 경우가 있지만 이 경우에도 실제론 그 인수기준을 따르지 않고 무조건 거절하는 사례가 많다. 그나마 보험회사가 가지고 있는 인수기준이라도 제대로 지켜진다면 정신장애인에 대한 무조건적인 보험차별은 일부 개선되리라 생각된다.

5. 가이드라인

가. 가이드라인의 의의

(1) 가이드라인의 목적

앞에서 살펴본 것처럼 생명보험협회의 모범규준, 금융감독원이 작성한 가이드라인이 존재하지만, 그 내용이 간단하고 추상적이라서 실질적인 가이드라인으로 기능하기 어렵다고 판단된다. 보험회사 중에는 내부적인 인수기준을 가지고 구체적인 가이드라인을 삼는 경우가 있으나, 법적, 인권적 관점에검증을 받은 것은 아니다. 대부분의 보험회사들은 아무런 기준을 가지고 있지 않고 있어서 오히려 주관적 차별이 발생하는 원인이 되기도 한다. 이에 이 연구를 통해 만든 가이드라인은 보험과 관련하여 어떤 경우에 정당한 사유 없이 장애인을 차별하는 것인지 구체적 기준을 제시하여, 위법한 차별과 정당한 차이의 한계를 밝히고자 하였다.

이 가이드라인은 보험서비스를 제공하는 보험회사에게는 “보험을 인수하고, 각종 서비스를 제공하는 모든 절차에서(보험계약 체결, 유지, 보험금 지급, 계약 해지 등 전 과정), 어떤 경우에 장애인에 대한 차별이 되는지”를 안내하여 실무적인 기준이 되고자 한다.

한편 사보험의 본질상 모든 장애인이 어떤 경우라도 보험에 가입할 수는 없는 것이다. 특히 위험율이 특히 높은 장애인의 경우 일정한 경우 보험가입이 제한되거나 일정한 보험혜택이 제한될 수 있다. 따라서 가이드라인은 장애인들에게도 어떤 경우에 보험에 가입할 수 있고, 어떤 보험서비스를 받을 수 있는지를 설명하는데 의의가 있다.

(2) 가이드라인의 법적 의미

국가인권위원회법에 따르면 국가인권위원회는 인권침해의 유형, 판단기준 및 그 예방조치 등에 관한 지침을 제시할 권한을 가지고 있다(국가인권위원회법 제19조 제6호). 가이드라인은 국가인권위원회의 이러한 권한에 기초하고 있다.

국가인권위원회는 가이드라인이 보험회사들에게 실효성 있는 기준이 되도록 하기 위해서 금융위원회 또는 금융감독원에게 이를 채택하여 보험회사에게 인수기준으로 제시할 것을 권고할 수 있다.

다만 가이드라인은 그 자체가 법률은 아니므로, 장애인에게 법적인 권한을 새롭게 부여하는 것은 아니다. 아울러 보험회사 등 국민에게 법적 의무를 새로 부가하는 것도 아니다. 이 가이드라인은 국가인권위원회 또는 법원이 법률을 해석할 때 참고자료가 될 수 있으므로, 가이드라인을 위반하는 행위를 하는 경우 차별행위로 인정될 가능성이 높아져 보험회사 등이 이를 준수할 수 있도록 하는데 의의가 있다.

나. 가이드라인의 적용대상

(1) 적용되는 장애 또는 장애인의 범위

가이드라인이 적용되는 '장애인'은 장애인복지법에 따른 장애인등록을 하지 않은 사람을 당연히 포함한다. 장애인복지법에 따른 장애인등록제도는 그 취지와 기능을 달리하는 것이므로, 비록 장애인등록을 하지 않았다고 하더라도 장애가 있는 사람은 모두 가이드라인의 적용대상이 된다. 뿐만 아니라 가이드라인은 현재 장애가 있거나, 과거에 장애를 가졌던 사람을 모두 대상으로 한다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

하나의 장애를 가진 사람이나 복합적 장애를 가진 사람 모두 대상이 되며, 장애가 중하거나 경하거나를 가리지 않는다. 다만 장애의 중한 정도 등에 따라 다른 취급을 받을 수는 있다.

이 가이드라인은 장애인의 가족, 친구, 동료 등에 대한 차별행위에도 적용될 수 있다. 대표적인 것은 장애인의 부모가 장애인을 피보험자로 하거나 장애인을 위하여 보험가입을 하는 경우를 들 수 있다.

(2) 적용대상인 보험 및 보험회사의 범위

이 가이드라인은 사보험을 대상으로 하고, 공보험 및 사회보험에는 적용되지 않는다. 사보험이라면 생명보험, 손해보험, 제3보험, 재보험 등을 모두 포함한다. 보험의 성격을 가지는 공제에 대해서도 적용된다. 최근에는 우체국, 농협 등이 보험을 판매하고 있으며, 보험의 성격을 가진 각종 공제에 관해서도 장애인 차별이 문제로 되고 있다.

이 가이드라인은 장애인차별금지법이 제정된 이후에 만들어지거나 판매를 개시한 보험상품 뿐만 아니라 그 전의 보험상품도 대상으로 한다. 장애인보험차별은 장애인차별금지법이 만들어지기 전에도 헌법, 장애인복지법 등에 따라서 금지되고 있었다. 다만 구체적인 법률을 적용할 때에는 차이가 있을 수 있다.

이 가이드라인은 장애인차별금지법, 보험업법을 비롯하여 국내법의 적용을 받는 모든 보험회사, 상호회사, 보험대리점, 보험중개사 등을 대상으로 한다. 최근 증가하고 있는 우체국, 농업협동조합의 보험에도 적용되며, 각종 공제조합 및 국내법의 적용을 받는 외국보험회사도 그 적용대상이 된다.

다. 정의

이 가이드라인에서 장애의 종류와 기준은 장애인복지법 제2조, 동법 시행령 제2조, [별표 1] ‘장애인의 종류 및 기준’에 따라 정의하였다. 차별에 관한 정의는 장애인차별금지법에 따라서 정의하였다.

가이드라인에서 ‘차별’은 어디까지나 자의적인 차별 대우, 즉 합리적인 근거가 없이 장애를 이유로 한 부당한 차별을 의미하는 것이다. 따라서 보험회사가 검증된 통계자료 또는 과학적·의학적 자료에 근거한 위험판단에 따라 장애인에 대한 보험혜택을 거부하거나 제한하는 등으로 객관성·합리성에 기초하여 장애를 이유로 '차이'를 둔 모든 행위 자체를 문제삼는 것은 아니다.

라. 차별의 입증책임

(1) 입증책임 개요

장애인차별금지법에 따라서 보험과 관련하여 차별행위가 있었다는 사실은 장애인이 입증하여야 하고(장애인차별금지법 제47조 제1항), 그 차별행위가 장애를 이유로 한 차별이 아니라거나 정당한 사유가 있었다는 주장에 대해서는 보험회사가 입증하여야 한다(장애인차별금지법 제47조 제2항). 입증책임의 일부를 전환한 것이다. 장애인차별금지법이 제정되기 전의 사안에 관해서도 하급심 판례 중에는 마찬가지의 입장을 취하고 있었다(서울중앙지방법원 2004. 2. 12. 선고 2003가단15099 판결).

보험회사는 장애인을 달리 취급한 것에 대한 정당 사유로서 검증된 통계자료 또는 과학적, 의학적 자료에 근거한 합리적 위험판단을 내세울 수 있다.

(2) 검증된 통계자료

보험회사는 어느 장애가 또는 어느 장애인이 해당 보험상품의 서비스와 관련하여 위험률이 높다는 검증된 통계자료를 제시하면 정당한 사유를 인정받을 수 있다. 통계자료는 국내 자료가 바람직하나, 국내 자료가 없거나 불충분한 경우에는 국외 자료도 이용할 수 있다. 다만 국외 자료를 우리나라 또는 우리 국민에게 적용할 수 없는 특별한 사정이 있다면 이용할 수 없을 것이다.

통계자료는 정부의 연구, 의학문헌에 보고된 연구, 개별 보험회사 또는 보험협회 등이 연구한 자료를 포함한다. 정부 차원의 연구도 필요하지만, 보험협회 차원의 공동연구도 시도되어야 한다. 개별 보험회사 차원의 통계적 연구도 가

국가인권위원회
humanrights.go.kr

능하리라 생각되는데(해당 보험회사 가입자의 사고율 등), 그 자료는 통계적 가치와 객관성을 담보하는 것이어야 한다. 통계자료는 작성목적, 배경, 작성자 등에 따라서 항상 신뢰할 수 있는 것은 아니며, 이를 탄핵할만한 다른 자료가 있을 경우에는 신뢰성을 가지지 못한다.

(3) 의학적, 과학적 근거

보험회사는 의학적, 과학적인 근거를 제시하여 정당한 사유를 입증할 수 있다. 현재 국내의 통계자료가 거의 없고, 해외의 통계자료도 목적과 대상 등에서 한계가 있으며, 통계자료는 하나의 장애와 관련된 것일 가능성이 높기 때문에, 장애의 복합 효과를 평가하는데 있어서 전문의의 의학적 소견은 유용할 수 있다.

의학적 소견에 의존하는 경우에는 반드시 해당 분야의 전문지식을 갖는 의사가 해당 장애인에 대한 의학적 진단과 평가를 기초로 객관적인 근거를 제시한 것이어야 한다. 보험의의 독단적인 견해는 객관적인 근거를 제시하지 못하는 한 정당한 사유로 인정되기 어렵고, 개업의 중에도 장애와 위험의 인과관계 등에 관하여 전문지식을 가지지 못하는 경우가 있을 수 있다. 따라서 의사 개인이 근거를 제시할 때에는 이를 신뢰할만한 근거가 함께 제시되어야 하며, 이를 탄핵할 다른 자료가 제시되지 않아야 한다.

(4) 기타 전문가의 의견

보험회사는 검증된 통계자료, 의학적・과학적 근거를 이용할 수 없는 경우에는 전문가의 의견을 비롯한 합리적인 근거를 내세울 수 있다. 이러한 근거는 객관적이어야 하고, 합리성을 인정받아야 한다. 임상전문가, 물리치료사, 심리학자 등의 의견도 참고할 수 있다. 보험계리인의 조언이나 의견도 의학적 연구를 해석하거나 차별 여부를 판단하는데 참고자료가 될 수 있다.

(5) 인수기준, 관행, 경험, 상업적 판단

보험회사는 장애인에 관한 보험인수의 기준을 스스로 마련할 수 있다. 그러나 인수기준을 이유로 장애인 차별이 합리화될 수는 없다. 만일 불합리한 인수

기준에 의하여 통일적으로, 전사적으로 장애인에 대한 차별이 행하여진다면 위법성은 더욱 커질 수 있다.

인수기준은 보험통계, 의학적 통계 및 소견 등에 근거하여야 하며, 의학적 지식의 진보, 사회복귀 및 치료방법의 진보 등에 따라 갱신되어야 한다. 예를 들어 척수손상 장애인의 기대여명은 과거에 비하여 급격하게 증가하여 가장 최신의 자료를 사용하여야 한다.

인수기준에 따른 행위가 정당한 것이라고 주장하기 위해서는 합리적 근거를 아울러 제시할 수 있어야 한다. 다른 회사의 인수기준 또는 외국의 인수기준도 그 근거가 될 수 있으나, 어떠한 관행이 업계에 존재한다고 하여 차별이 합리화될 수는 없는 경우가 있다. 해외 재보험사 등의 인수기준을 도입하여 사용하는 경우에도 그 인수기준을 채택한 이유와 해당 인수기준의 합리성을 설명할 수 있어야 한다(금융감독원 가이드라인 제8조 6항)

해당 보험회사 또는 다른 보험회사가 어떠한 경험을 가지고 있는지를 조사하여 이를 고려할 수 있다. 그러나 경험에 기초한 행위를 하였다고 하여 그 행동이 항상 합리화될 수는 없다.

보험과 관련한 행위는 의학적 또는 통계학적 확률을 넘어서기도 한다. 보험차별의 근절이라는 목표가 보험회사로 하여금 공공적 역할, 사회보장적 역할을 하라는 것은 아니므로, 보험회사는 상업적 판단에 따라 장애인에 대하여 차이를 둘 수 있다. 그러나 상업적 판단이 장애인에 대한 합리적 차이를 두는 것을 넘어설 때는 위법한 차별이 될 수 있다.

마. 인수단계의 차별

(1) 절차상의 차별

보험인수절차에서의 차별이 우선 문제로 된다. 가장 문제로 되는 것은 장애를 이유로 상담 또는 심사의 기회조차 주어지지 않고 청약 접수를 거절하는 경

국가인권위원회
humanrights.go.kr KOR

우가 많다는 것이다. 통상 상담을 한 이후에 보험회사가 요구하는 청약서를 작성하고 제1회 보험료를 함께 납부하여야 청약이 이루어지는데, 보험회사들은 첫 단계에서 장애인의 보험가입을 거절하는 경우가 많다. 최근에 법원에 제기된 지적장애 보험차별 소송에서도 원고가 청약을 하지 않았다는 이유로 원고의 청구를 기각하였다. 그러나 청약의 기회조차 제공되지 않는 현실에서 심사의 기회조차 주어지지 않는 것은 가장 심각한 차별이라고 생각된다.

보험가입의 절차에서는 장애인이 장애가 없는 사람과 동등하게 보험을 동등하게 접근·이용할 수 있도록 정당한 편의가 제공되어야 한다. 예를 들어 시각장애인에게 점자나 음성 등으로 안내를 하거나, 청각장애인에게는 문자나 수화 등 필요한 수단을 제공하여 장애인들이 보험에 접근할 수 있도록 하여야 한다. 이동이 곤란한 지체장애인 등이 보험회사의 시설을 이용할 수 있도록 접근권도 보장하여야 한다.

아울러 장애인에게 비장애인에게는 요구하지 않는 자료를 요구하는 경우에는 차별문제가 제기될 수 있다. 장애의 내용과 위험도를 평가하기 위하여 합리적으로 요구되는 필요최소한의 자료를 요구하는 것은 물론 가능하다. 그러나 개인이 확보하기 어려운 무리한 자료를 요구하거나, 불필요한 증명 등을 요구하는 경우에는 차별이 될 수 있다. 예를 들어 복지카드로 장애의 존재와 유형을 확인할 수 있는데 진단서를 요구하거나, 진단서나 일부 검진자료면 충분한데도 장애인의 병력기록 전부를 요구하는 것은 절차상 차별이 될 수 있다.

건강진단과 관련된 차별문제에 대해서도 언급하였다. 해당 장애인의 장애 정도에 비추어볼 때 개인의 구체적 상태를 건강진단을 통해 확인하여야 보험 인수 여부를 판단할 수 있다면 건강진단을 요구할 수 있다. 그러나 위험판단과는 상관없이, 또는 위험판단이 가능하여 위험도가 높지 않다고 평가되는 경우에도 단순히 장애를 가졌다는 이유로 건강진단을 요구하는 것은 차별이 될 수 있다. 장애인에 대하여 건강진단을 할 때에 그 비용은 원칙적으로 보험회사가 부담하여야 하나, 사안에 따라서는 장애인의 부담으로 할 수 있다.

속도나 처리기한에 관한 차별문제도 언급하였다. 장애를 이유로 특별한 이유 없이 처리속도를 지연시키거나, 인수 여부 결정을 미루는 것은 차별이다. 다만 위험성에 대한 자세한 정보를 구하거나 평가를 하기 위해서 합리적으로 소요되는 기간 동안 심사를 하는 것은 문제가 없다.

설명의무 및 고지의무에 관한 언급도 하였다. 장애를 이유로 인수를 거절할 때에는 그 근거와 이유를 충분히 설명하는 것이 바람직하다. 만일 일반적 보험상품에는 가입하기 곤란하지만, 장애인 전용보험에 가입할 수 있는 경우에는 그 사실을 설명하는 것이 바람직하다. 한편 장애인은 보험에 가입할 때에는 자신의 장애에 관하여 보험회사에 고지하여야 한다.

(2) 인수거절과 차별

가장 대표적인 차별유형은 인수거절이다. 가이드라인은 인수거절이 어떤 경우에 차별이 될 수 있는지를 열거하였다.

우선 장애인 등급이 높다는 이유로 무조건 보험인수를 거절하는 것에 관하여 언급하였다. 통상 장애인등급이 높다면 그 유형과 종류를 불문하고 보험가입이 거절되는 경우가 있다. 그런데 장애인등록제도는 그 목적과 내용이 다른 것이어서, 등급만으로 보험인수를 거절하는 근거가 될 수 없다. 특히 여러 장애를 가지는 경우 등급이 높아질 수 있다. 따라서 장애등급 이외에도 개인의 장애정도, 원인, 건강상태 등을 개별적·구체적으로 검토하여야 한다.

다음으로 보험금 지급기준으로 사용하는 '장해등급분류표'를 인수시 활용하는 것은 부적절하다는 점을 언급하였다(국가인권위원회 2005년 민간보험에서의장애인차별 개선권고). 막연한 편견, 부정확한 추측만으로 특정 장애인의 보험가입을 거절하는 것, 위험율을 단순히 의심하는 수준에서 보험가입을 거절하는 것, 보험의 등의 진단을 거쳐 구체적 위험율에 대한 근거를 제시하지 못하고 이루어진 보험인수 거절, 위험측정이 불가능하다는 이유만으로 보험인수를 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있다.

(3) 보험조건과 차별

보험조건에 관한 차별문제를 언급하였다. 장애를 이유로 합리적 이유 없이 보험조건을 가중하는 것, 구체적으로는 어느 장애가 보험사고의 위험율과 무관함에도 불구하고 보험료를 할증하거나, 보장내용을 감축하거나, 부담보를 조건으로 보험에 가입하도록 하는 것이 대표적인 사례이다.

특정 장애가 보험사고 사이에 인과관계가 있다고 판단되더라도, 보험 인수를 거절하기에 앞서서 할증보험료, 담보의 제한, 보험금의 감축 등을 통하여 보험에 가입할 수 있는지를 고려하여야 한다.

(4) 상법 제732조의 적용문제

가이드라인에서는 상법 제732조의 적용문제를 언급하였다. 상법 제732조는 이미 국가인권위원회에서는 삭제를 권고한 바 있고, 법무부에서도 그 범위를 제한하는 수정안을 만든 바 있다. 실제로 상법 제732조는 정신장애인 또는 지적장애인의 보험가입을 봉쇄하는 중요한 구실이 되고 있다.

가이드라인에서는 상법 제732조가 현존하는 것을 전제로 그 적용범위를 명확히 하여 차별을 줄이기 위한 방안을 제시하였다. 즉 정신장애인 또는 지적장애인이라고 해서 곧바로 상법 제732조의 심신상실 또는 심신박약자로 단정하고 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있다는 것을 명시하였다.

법률상 심신상실이란 “심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 경우”를 말하고, 심신박약이란 “심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 것”을 말한다. 특히 심신박약자란 계속적으로 심신박약의 상태에 있어야 하는 것은 아니나 대체로 심신박약의 상태에 있을 것이 요구되므로, 때때로 심신박약의 상태에 있다고 해도 대체로 정상적인 의사능력을 가지고 일상생활을 영위할 수 있다면 심신박약자가 아니다(대전지방법원 2002. 10. 11. 선고 2002나784 판결).

그러므로 개별적으로 보험의 의미와 보험사고에 관하여 판단할 의사능력이 있는지를 살펴보지 않고 정신장애, 지적장애가 있다는 이유만으로 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 가능성이 높다. 특히 지적장애의 등급, IQ를 기준으로 일률적으로 심신박약이라고 단정할 수 없다. 또한 정신장애 때문에 치료와 투약을 받고 있다는 이유만으로 심신박약자로 취급하여 보험가입을 거절한다면 차별에 해당할 수 있다(국가인권위원회 결정례 08진차281; 발달장애 2급이라는 사실만으로 심신상실 또는 심신박약이라고 판단하여 보험가입을 거절한 것은 차별에 해당한다고 결정한 사례).

나아가 상법 제732조는 사망을 보험사고 하는 생명보험에 관하여 적용되는 것이므로, 사망을 담보로 하지 않는 상해보험, 생존보험, 손해보험 등에 적용할 수 없다는 것을 명시하였다. 사망을 담보로 하지 않는 생명보험, 생존을 보험사고로 하는 생존보험(교육보험, 연금보험)에 사망담보 조건을 추가하여 상법 제732조에 따라 일률적으로 보험가입이 거절된다면 차별에 해당할 수 있다. 장애인시설, 장애인학교 등을 대상으로 단체보험을 가입을 검토할 때 일부 피보험자가 상법 제732조에 의한 심신상실, 심신박약을 가진 것으로 평가된다고 하여 이를 분리하지 않고, 전체에 대한 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있다.

(5) 상법 제644조의 적용문제

최근에는 상법 제644조에 기초한 보험차별 문제가 제기되고 있다. 그런데 장애의 종류와 해당 보험상품의 보장내용을 살펴보지 않고, 장애가 있다는 이유만으로 상법 제644조에 따라 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있다.

따라서 가이드라인은 상법 제644조의 적용문제에 관해서도 언급하였다. 상법 제644조와 관련하여, 어떤 장애의 발생이 보장내용으로 되어 있는 경우 해당 보장내용을 무담보로 하거나 삭제하는 조건으로 보험인수를 하는 것이 바람직하다. 다만 해당 장애와 관련된 내용을 무담보로 할 경우 보험상품의 본질적 보장 기능이 사라질 수 있다면 보험 가입을 거절할 수 있다. 이 경우에도 다른 보험가입을 권유하는 등 대안을 모색하는 것이 가능한 경우에는 이를 설명하는 것이 바람직하다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

바. 보험계약 유지와 차별

보험에 가입한 이후에도 차별문제가 발생하는데, 부당한 중도해지 또는 무효화의 문제와 부당한 보험조건 변경의 문제가 있다. 가이드라인은 이에 관하여 규정하였다. 특히 보험에 가입한 이후 장애를 갖게 되거나 장기기증자 등이 된 경우, 이로 인하여 위험이 증가한 것이 의학적·통계적으로 뒷받침되지 않는다면 보험회사가 해당 보험을 해지하거나 무효화해서는 안된다(금융감독원 가이드라인 10조).

사. 보험금 지급과 차별

기왕에 가지고 있던 장애 또는 질병이 보험사고 또는 그로 인하여 발생한 피해와 인과관계가 있다면, 그 인과관계가 있는 범위 안에서 보험금 지급범위를 고려할 수 있다. 그러나 장애를 이유만으로 보험금 지급을 거절하거나 부당하게 적은 보험금을 지급하거나 특약의 적용을 배제하는 것은 일정한 경우 차별이 될 수 있다.

나아가 보험금 지급심사를 할 때에도 장애를 이유로 합리적 이유 없이 절차를 지연하거나 보험금 지급결정을 미루어서는 안된다. 장애가 있다는 이유만으로 보험금 지급심사를 할 때 불필요한 자료 또는 무리한 증명을 요구해서는 안된다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제 6 장

결론

국가인권위원회
humanrights.go.kr

1. 결론

이번 연구를 통해서 확인할 수 있는 현실은 여전히 장애인에 대한 보험차별이 광범위하게 존재한다는 것이다. 장애인차별금지법이 보험차별을 명시적으로 금지하고 있고, 보험업법에도 같은 취지의 규정이 도입되어 보험차별에 대한 법적 규제는 훨씬 강화되었지만, 현실은 쉽게 바뀌지 않는 듯하다. 생명보험협회가 장애인에 대한 보험인수를 비장애인과 차별 없이 하겠다고 모범규준을 만들어 선언했지만, 현실에서의 차별의 벽은 높기만 하다. 특히 지적 장애, 정신 장애인의 보험 차별은 심각한 상황이다.

반면 장애와 보험사고 사이의 인과관계에 관한 연구는 전혀 진전되지 못하고 있다. 장애인의 사망률, 질병발생율, 사고율 등에 대한 의학적, 통계적 연구는 국내에서는 전무한 실정이다. 장애인에 대하여 위험율을 이유로 차이를 두려면 보험회사는 그에 관한 입증책임을 부담해야 한다. 그런데 개별 보험회사의 역량으로는 의학적, 통계적 연구를 하기에 역부족이고, 보험협회 차원에서는 그러한 연구를 시도하지 않았다. 보건당국도 장애인의 건강통계에 관한 연구를 제대로 진행하지 않았다. 이러한 상황에서는 장애에 대한 막연한 편견이 득세할 수밖에 없다.

이번 연구에서는 보건복지부의 장애인등록자료와 국민건강보험공단의 건강자료를 연계하여 장애인의 사망률, 질병발생율, 사고율 등에 관한 연구를 할 것을 제안하고 있다. 나아가 국내외 의학문헌을 통해 장애와 사고에 관한 시론적 연구를 하였다.

아울러 국내외의 장애인 보험에 관한 가이드라인을 분석하고, 법률 및 보험상품을 연구한 뒤 장애인 보험차별에 관한 가이드라인을 만들어보았다. 이 가이드라인에서는 무엇이 장애인에 대한 보험차별인지, 보험회사가 면책되기 위해서는 어떤 입증을 하여야 하는지, 보험 가입, 유지, 보험금 지급의 각 단계에서 금지되는 행위는 무엇인지를 구체적으로 정리해보았다.

2. 연구결과의 활용방안

이 연구를 통해 확인된 의학적, 통계적 자료들은 막연한 보험차별의 근거가 된 편견을 불식하고 보험차별을 줄이는데 기여할 수 있다. 보험회사들은 이 연구에서 확인된 의학적, 통계적 근거를 반박하는 논거와 자료를 제시하지 못하는 한 관련된 쟁점에서 보험인수를 거절하기 어려울 것이다.

이 연구를 통해 작성된 가이드라인은 보험자(보험사업자), 보험감독기관(금융감독원 등)에 대한 가이드라인 권고의 기초자료가 될 수 있다. 이 가이드라인이 각 보험회사에게 실질적인 기준으로 작용할 수 있다면 보험차별을 줄이는데 크게 기여할 수 있으리라 기대한다.

이 연구를 통해 작성된 가이드라인은 보험영역에서의 장애인 차별에 대한 판단과 차별행위 구제 및 예방지침으로 활용될 수 있다. 특히 금융감독당국이 이 가이드라인을 적극적으로 채택하고, 이를 기준으로 보험회사들을 지도 및 감독한다면 보험차별을 줄이는데 큰 역할을 할 것이다.

이 가이드라인은 장애인에 대한 인권 감수성 향상, 보험차별 인식개선을 위한 홍보물, 교육 자료로 활용될 수 있으며, 장애인에 대한 차별을 개선하기 위한 정책수립 및 법개정 추진자료로도 활용할 수 있기를 기대한다.

3. 향후 제언

인권위원회는 가이드라인의 실효성 있는 집행을 위해서 금융감독당국에 이를 제시하면서 보험회사에 대한 감독 및 보험회사 지도에 활용하도록 권고할 필요가 있다. 그에 앞서서 금융위원회, 보건복지가족부 등 관계부처와의 협의가 필요할 것이다. 이번 연구과정에서 두 차례의 간담회 및 공청회를 통해서 보험회사들의 의견을 수렴하였으나, 전문가 및 보험회사, 장애계의 의견을 수렴해서 가이드라인의 필요성과 내용의 객관성을 확보하는 것도 도움이 될 것이다. 결국에는 각 보험회사들이 가이드라인을 장애인 보험과 관련하여 널리

국가인권위원회
humanrights.go.kr

활용할 수 있도록 하는 것이 중요하다.

나아가 보험차별을 줄이기 위해서는 장애의 위험율에 대한 의학적, 통계적 연구를 할 필요가 있고, 이를 위해서는 보건당국이 확보하고 있는 장애인등록 자료와 건강자료를 분석하여 의학적, 통계적 연구를 할 필요가 시급하다. 이러한 연구결과가 확보된다면 장애인 보험차별 가이드라인이 좀 더 구체화될 수 있고, 막연한 편견에 기초한 장애인 차별을 줄이는데 크게 기여할 것이다. 보험회사의 입장에서도 위험율에 관한 근거를 가질 수 있게 되어 장애인에 대한 적극적인 보험상품 판매가 가능해지리라 생각된다. 인권위원회는 보건당국에게 해당 연구를 통계 장애인의 건강통계를 확보하고, 장애인에 대한 보험차별 근절의 기초를 삼을 수 있도록 권고할 필요가 있다고 판단된다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

참고문헌

[보험차별에 관한 일반적 문헌]

법무법인 지평(책임연구원 임성택), 민간보험상의 장애인 차별 실태조사, 국가인권위원회 2002년도 인권상황 실태조사 연구용역사업보고서(2002. 12. 30.)

김선광, '보험법상 장애인 차별에 관한 고찰', 민주법학 제30호(2006)

정연순, '민간보험에서의 장애인차별과 인권', 대한의사협회 주최 정신질환과 민간보험 공청회(2007.7.4) 자료집

김유진, '신체장해 언더라이팅에 관한 연구', 보험의학회지 제25권(2006)

최병규, '정신질환자에 대한 보험가입과 차별', 상사법연구 제26권 제2호, 한국상사법학회(2007)

장경환, '상해보험 및 생명보험에서의 피보험자의 정신장애와 의식장애', 서울대학교 법학 제49권 제4호(2008. 12.)

장덕조, '정신장애인의 보험과 상법 제732조', 아세아여성법학 제8호(2005. 9.)

박세민, '심신박약자 및 심신상실자의 사망보험 가입에 관한 연구', 법조 613호(2007. 10.)

김선정, '상법 제732조 개정안에 대한 검토', 보험학회지 제78집(2007. 12.)

[뇌병변 장애인과 지체 장애인의 사망률 관련 문헌]

Bronnum-Hansen H, Davidsen M, Thorvaldsen P. Long-term survival and causes of death after stroke. Stroke 2001;32(9):2131-6.

Vernino S, Brown RD, Jr., Sejvar JJ, Sicks JD, Petty GW, O'Fallon WM. Cause-specific mortality after first cerebral infarction: a population-based study. Stroke 2003;34(8):1828-32.

Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C. Ten-year survival after first-ever stroke in the perth community stroke study. Stroke 2003;34(8):1842-6.

Adams HP, Jr., Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST). Neurology 1999;53(1):126-31.

이경무, 장요한, 김연희, 문승국, 박주현, 박시운, 유희정, 이삼규, 전민호, 한태륜. 한글판 미국 국립 보건원 뇌졸중 척도의 신뢰도 및 타당도. 대한재활의학회지 2004; 28: 422-435.

Putaala J, Curtze S, Hiltunen S, Tolppanen H, Kaste M, Tatlisumak T. Causes of death and

predictors of 5-year mortality in young adults after first-ever ischemic stroke: the Helsinki Young Stroke Registry. Stroke 2009;40(8):2698-703.

Chang KC, Lee HC, Tseng MC, Huang YC. Three-year survival after first-ever ischemic stroke is predicted by initial stroke severity: A hospital-based study. Clin Neurol Neurosurg 2010;112(4):296-301.

Koton S, Tanne D, Green MS, Bornstein NM. Mortality and predictors of death 1 month and 3 years after first-ever ischemic stroke: data from the first national acute stroke Israeli survey (NASIS 2004). Neuroepidemiology 2010;34(2):90-6.

Kim HC, Choi DP, Ahn SV, Nam CM, Suh I. Six-year survival and causes of death among stroke patients in Korea. Neuroepidemiology 2009;32(2):94-100.

Strauss D, Brooks J, Rosenbloom L, Shavelle R. Life expectancy in cerebral palsy: an update. Dev Med Child Neurol 2008;50(7):487-93.

Cameron CM, Purdie DM, Kliewer EV, McClure RJ. Ten-year outcomes following traumatic brain injury: a population-based cohort. Brain Inj 2008;22(6):437-49.

Shavelle R, Strauss D. Comparative mortality of adults with traumatic brain injury in California, 1988--97. J Insur Med 2000;32(3):163-6.

Strauss DJ, Devivo MJ, Paculdo DR, Shavelle RM. Trends in life expectancy after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2006;87(8):1079-85.

Shavelle RM, Devivo MJ, Paculdo DR, Vogel LC, Strauss DJ. Long-term survival after childhood spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2007;30 Suppl 1:S48-54.

Shavelle RM, DeVivo MJ, Strauss DJ, Paculdo DR, Lammertse DP, Day SM. Long-term survival of persons ventilator dependent after spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2006;29(5):511-9.

Krause JS, Devivo MJ, Jackson AB. Health status, community integration, and economic risk factors for mortality after spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil 2004;85(11):1764-73.

Strauss D, DeVivo M, Shavelle R, Brooks J, Paculdo D. Economic factors and longevity in spinal cord injury: a reappraisal. Arch Phys Med Rehabil 2008;89(3):572-4.

Wahman K, Nash MS, Westgren N, Lewis JE, Seiger A, Levi R. Cardiovascular disease risk factors in persons with paraplegia: the Stockholm spinal cord injury study. J Rehabil Med. 2010;42:272-8.

Nash MS, Mendez AJ. A guideline-driven assessment of need for cardiovascular disease risk intervention in persons with chronic paraplegia. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88:751-7.

국가인권위원회 humanrights.go.kr KOR

[장애인과 비장애인의 만성질환 및 질병 이환율의 비교 관련 문헌]

Havercamp SM, Scandlin D,Roth M. Health disparities among adults with developmental disabilities, adultswith other disabilities, and adults not reporting disability in North Carolina.Public Health Rep 2004;119(4):418-26.

Rajan S, McNeely MJ, WarmsC, Goldstein B. Clinical assessment and management of obesity in individualswith spinal cord injury: a review. J Spinal Cord Med 2008;31(4):361-72.

Johansen HL, Wielgosz AT,Nguyen K, Fry RN. Incidence, comorbidity, case fatality and readmission ofhospitalized stroke patients in Canada. Can J Cardiol 2006;22(1):65-71.

Jorgensen L, Engstad T,Jacobsen BK. Higher incidence of falls in long-term stroke survivors than inpopulation controls: depressive symptoms predict falls after stroke. Stroke2002;33(2):542-7.

Lye TC, Shores EA.Traumatic brain injury as a risk factor for Alzheimer's disease: a review.Neuropsychol Rev 2000;10(2):115-29.

Kokshoorn NE, Smit JW,Nieuwlaat WA, Tiemensma J, Bisschop PH, Groote Veldman R, et al. Low prevalenceof hypopituitarism after traumatic brain injury: a multicenter study. Eur JEndocrinol 2011;165(2):225-31.

Middleton JW, Lim K,Taylor L, Soden R, Rutkowski S. Patterns of morbidity and rehospitalisationfollowing spinal cord injury. Spinal Cord 2004;42(6):359-67.

Myers J, Lee M, Kiratli J.Cardiovascular disease in spinal cord injury: an overview of prevalence, risk,evaluation, and management. Am J Phys Med Rehabil 2007;86(2):142-52.

Turk MA, Geremski CA,Rosenbaum PF, Weber RJ. The health status of women with cerebral palsy. ArchPhys Med Rehabil 1997;78(12 Suppl 5):S10-7.

Jahnsen R, Villien L,Stanghelle JK, Holm I. Fatigue in adults with cerebral palsy in Norway comparedwith the general population. Dev Med Child Neurol 2003;45(5):296-303.

Kapell D, Nightingale B,Rodriguez A, Lee JH, Zigman WB, Schupf N. Prevalence of chronic medicalconditions in adults with mental retardation: comparison with the generalpopulation. Ment Retard 1998;36(4):269-79.

Zigman WB, Schupf N,Devenny DA, Miezejeski C, Ryan R, Urv TK, et al. Incidence and prevalence ofdementia in elderly adults with mental retardation without down syndrome. Am JMent Retard 2004;109(2):126-41.

[시각 장애 및 청각 장애인의 사망률 및 상해 위험의 정도 관련 문헌]

Tobis JS, Block M,Steinhaus-Donham C, Reinsch S, Tamaru K, Weil D. Falling among the sensoriallyimpaired elderly. Arch Phys Med Rehabil 1990;71(2):144-7.

Klein BE, Klein R, Lee KE,Cruickshanks KJ. Performance-based and self-assessed measures of visualfunction as related to history of falls, hip fractures, and measured gait time.The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology 1998;105(1):160-4.

Owsley C, Ball K, McGwinG, Jr., Sloane ME, Roenker DL, White MF, et al. Visual processing impairmentand risk of motor vehicle crash among older adults. JAMA 1998;279(14):1083-8.

Lee DJ, Gomez-Marin O, LamBL, Zheng DD. Visual impairment and unintentional injury mortality: theNational Health Interview Survey 1986-1994. Am J Ophthalmol 2003;136(6):1152-4.

Karpa MJ, Mitchell P,Beath K, Rochtchina E, Cumming RG, Wang JJ. Direct and indirect effects ofvisual impairment on mortality risk in older persons. Arch Ophthalmol2009;127(10):1347-53.

Legood R, Scuffham P,Cryer C. Are we blind to injuries in the visually impaired? A review of theliterature. Inj Prev 2002;8(2):155-60.

Roberts I, Norton R.Sensory deficit and the risk of pedestrian injury. Inj Prev 1995;1(1):12-4.

Barnett S, Franks P.Deafness and mortality: analyses of linked data from the National HealthInterview Survey and National Death Index. Public Health Rep 1999;114(4):330-6.

[장애인과 비장애인간의 암 발생률 관련 문헌]

Patja K, Eero P, Iivanainen M. Cancer incidence among people with intellectual disability. J Intellect Disabil Res 2001;45(Pt 4):300-7.

Sullivan SG, Hussain R, Threlfall T, Bittles AH. The incidence of cancer in people with intellectual disabilities. Cancer Causes Control 2004;15(10):1021-5.

Boker LK, Merrick J. Cancer incidence in persons with Down syndrome in Israel. Downs Syndr Res Pract 2002;8(1):31-6.

Patja K, Pukkala E, Sund R, Iivanainen M, Kaski M. Cancer incidence of persons with Down syndrome in Finland: a population-based study. Int J Cancer 2006;118(7):1769-72.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

[정신적 장애의 건강, 사망에 관한 문헌연구 관련 문헌]

The burden of mental disorders. Eaton WW, Martins SS, Nestadt G, Bienvenu OJ, Clarke D, Alexandre P. Epidemiol Rev. 2008;30:1-14.

The impact of serious mental illness on health and healthcare. Viron MJ, Stern TA. Psychosomatics. 2010 Nov;51(6):458-65.

Primary care of patients with serious mental illness: your chance to make a difference. Gold KJ, Kilbourne AM, Valenstein M. J Fam Pract. 2008 Aug;57(8):515-25.

Disability Rights Commission (UK): Equal Treatment: Closing the Gap. Part 1 of the DRC's Formal Investigation Report. London, DRC, 2006

Depression as a risk factor for osteoporosis. Cizza G, Primma S, Csako G. Trends Endocrinol Metab. 2009 Oct;20(8):367-73.

Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up. Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK, Gallo JJ, Eaton WW. Circulation. 1996 Dec 15;94(12):3123-9.

Depression and cardiac disease: a review. Celano CM, Huffman JC. Cardiol Rev. 2011 May-Jun;19(3):130-42.

Metabolic syndrome with the atypical antipsychotics. Pramyothin P, Khaodhiar L. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2010 Oct;17(5):460-6.

한국인 정신분열병 환자에서 항정신병 약물에 의한 체중 증가와 도파민 D2, D3 및 D4 수용체 유전자 다형성. 김희철, 정성원, 김대광. 정신약물학회지 2007: 18(5):299-307.

Physical health in schizophrenia: a challenge for antipsychotic therapy. Heald A. Eur Psychiatry. 2010 Jun;25 Suppl 2:S6-11.

Schizophrenia and cancer: in 2010 do we understand the connection? Bushe CJ, Hodgson R. Can J Psychiatry. 2010 Dec;55(12):761-7.

Anxiety disorders and comorbid medical illness. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Laden SK, Stein MB. Gen Hosp Psychiatry. 2008 May-Jun;30(3):208-25.

The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. Gariepy G, Nitka D, Schmitz N. Int J Obes (Lond). 2010 Mar;34(3):407-19.

Stigma as a barrier to recovery. Matorin S. Psychiatr Serv. 2002 May;53(5):629-30.

Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D, Veith RC, Carney RM, Burg MM, Kaufmann PG, Shuster J, Mellman T, Blumenthal JA, Krishnan

R, Jaffe AS; ENRICHD Investigators. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jul;62(7):792-8.

Depression treatment with selective serotonin reuptake inhibitors for the postacute coronary syndrome population: a literature review. Regan KL. J Cardiovasc Nurs. 2008 Nov-Dec;23(6):489-96

자살과 정신장애. 제영모. 생물치료정신의학 2004;10(1):3-10.

The american psychiatric publishing textbook of clinical psychiatry. 4th ed. Hales RE et al. American psychiatric press, 2003. Washington DC. p1459-1463.

Suicide. Hawton K, van Heeringen K. Lancet. 2009 Apr 18;373(9672):1372-81.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

부 록

국가인권위원회
humanrights.go.kr

장애인 보험차별에 관한 가이드라인(초안)

제1장 가이드라인의 의의

제1절 가이드라인의 제정경위

1. 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」(이하 '장애인차별금지법') 에 따르면 "장애를 이유로 보험가입 등 금융상품과 서비스를 제공할 때 정당한 사유없이 장애인을 제한, 배제, 분리, 거부하는 것"이 금지됩니다 (제15조 제2항, 제17조).

2. 장애인복지법에도 "누구든지 장애를 이유로 모든 영역에서 차별을 해서는 안된다"고 규정하고 있습니다(제8조).

3. 보험업법에서도 "보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 자는 그 체결 또는 모집에 관하여 정당한 이유없이 장애인의 보험가입을 거부하는 행위 "를 금지하고 있습니다(제97조 제1항 제10호).

4. 실무상 보험과 관련하여 장애인을 달리 취급할 경우 어떤 때에 정당한 이유가 있는 것인지 혼란스러워 장애인에 대한 보험차별이 여전히 줄지 않고 있습니다.

5. 이 가이드라인에서는 어떤 경우가 장애인에 대한 보험차별이 되는지를 구체적으로 안내하고, 그 기준을 제시함으로써 위법한 보험차별을 근절하기 위하여 작성되었습니다.

제2절 가이드라인의 목적

1. 보험과 관련하여 어떤 경우에 정당한 사유 없이 장애인을 제한, 배제, 분리, 거부하는 것인지 구체적 기준을 제시하여, 위법한 차별과 정당한 차이의 한계를 밝히고자 합니다.

2. 보험서비스를 제공하는 보험회사에게는 “보험을 인수하고, 각종 서비스를 제공하는 모든 절차에서, 어떤 경우에 장애인에 대한 차별이 되는지”를 안내하여 실무적인 기준이 되기를 바랍니다.

3. 장애인들에게도 어떤 경우에 보험에 가입할 수 있고, 어떤 보험서비스를 받을 수 있는지를 설명하고자 합니다.

4. 이 가이드라인은 장애인에 대한 보험차별로 인하여 국가인권위원회에 진정이 제기되거나, 법원에 소송이 제기되었을 때, 국가인권위원회 또는 법원이 고려하는 하나의 기준이 될 수 있습니다.

제3절 가이드라인의 법적 의미

1. 국가인권위원회는 인권침해의 유형, 판단기준 및 그 예방조치 등에 관한 지침을 제시할 권한을 가지고 있습니다(국가인권위원회법 제19조 제6호). 이러한 권한에 따라 가이드라인은 작성되었습니다.

2. 가이드라인은 법률에서 추상적으로 밝히고 있는 ‘정당한 사유’, ‘차별’ 등의 개념을 구체화하기 위하여 작성되었습니다.

3. 가이드라인 자체가 법률은 아니므로, 장애인에게 법적인 권한을 새롭게 부여하는 것은 아닙니다. 나아가 보험회사 등 국민에게 법적 구속력을 주는 것도 아닙니다.

4. 다만 가이드라인은 국가인권위원회 또는 법원이 법률을 해석할 때 참고자료가 될 수 있으므로, 가이드라인을 위반하는 행위를 하는 경우 차별행위로 인정될 가능성이 높아질 수 있습니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제2장 가이드라인의 적용대상

제1절 적용되는 장애 또는 장애인의 범위

1. 이 가이드라인에서 '장애'라 함은 "신체적, 정신적 손상 또는 기능상실이 장기간에 걸쳐 개인의 일상 또는 사회생활에 상당한 제약을 초래하는 상태"를 말합니다.

2. 이 가이드라인에서 '장애인'이란 전항의 장애를 가진 사람을 말합니다. 하나의 장애를 가진 사람뿐 아니라 복합적 장애를 가진 사람도 적용대상이 됩니다. 이 가이드라인은 과거에 장애를 가졌던 사람 또는 미래에 장애를 가질 수 있는 사람에게도 적용될 수 있습니다.

3. 이 가이드라인이 적용되는 '장애인'은 장애인복지법에 따른 장애인등록을 하지 않은 사람을 포함합니다.

4. 이 가이드라인은 장애인의 가족, 친구, 동료 등에 대한 차별행위에도 적용될 수 있습니다.

제2절 적용대상인 보험 및 보험회사의 범위

1. 이 가이드라인은 사보험을 대상으로 합니다. 생명보험, 손해보험, 제3보험, 재보험 등을 모두 포함하고, 보험의 성격을 가지는 공제에 대해서도 적용됩니다.

2. 이 가이드라인은 장애인차별금지법이 제정된 이후에 만들어지거나 판매를 개시한 보험상품 뿐만 아니라 그 전의 보험상품도 대상으로 합니다. 다만 구체적인 법률을 적용할 때에는 차이가 있을 수 있습니다.

3. 이 가이드라인은 장애인차별금지법, 보험업법을 비롯하여 국내법의 적용을 받는 모든 보험회사, 상호회사, 보험대리점, 보험중개사 등을 대상으로 합니다. 우체국, 농업협동조합, 각종 공제조합 및 국내법의 적용을 받는 외국보험회사도 그 적용대상이 됩니다.

제3장 정의

제1절 장애의 유형과 정의

1. 이 가이드라인에서 장애의 종류와 기준은 장애인복지법 제2조, 동법 시행령 제2조, [별표 1] '장애인의 종류 및 기준'에 따릅니다.

2. 장애의 종류는 크게 신체적 장애와 정신적 장애로 나누고, 신체적 장애는 외부기관의 장애와 내부기관의 장애로 나눕니다. 외부기관의 장애는 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애로, 내부기관의 장애는 신장장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 장루·요루장애, 간질장애로, 정신적 장애는 지적장애, 자폐성장애, 정신장애로 분류합니다.

제2절 차별

1. 이 가이드라인에서 차별이란 다음의 하나를 말합니다.
① 장애인을 장애를 사유로 정당한 사유 없이 제한·배제·분리·거부 등에 의하여 불리하게 대하는 경우
② 장애인에 대하여 형식상으로는 제한·배제·분리·거부 등에 의하여 불리하게 대하지 아니하지만 정당한 사유 없이 장애를 고려하지 아니하는 기준을 적용함으로써 장애인에게 불리한 결과를 초래하는 경우
③ 정당한 사유 없이 장애인에 대하여 정당한 편의 제공을 거부하는 경우

2. 전항 ①, ②의 차별은 장애를 사유로 정당한 사유 없이 다음과 같은 행위를 하는 것을 예시할 수 있습니다.
   - 보험상담 또는 심사 자체를 거부하는 것
   - 보험청약에 대한 승낙을 거절하는 것
   - 보험조건에서 부당한 차별을 하는 것
   - 가입절차에서 부당한 차별을 하는 것(유진단, 불필요한 서류 요구 등)
   - 보험계약을 부당하게 해지하는 것
   - 보험금 지급을 거부하거나 낮은 보험금을 지급하는 것

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 전항 ③의 차별은 다음과 같은 것을 예시할 수 있습니다.
   - 장애인에 필요한 설명의무를 다하지 않는 것
   - 장애인에게 제공하여야 할 편의를 제공하지 않는 것(지체장애인에게 장소적 접근과 이동보장, 청각장애인에게 문자, 수화 등을 통한 안내, 시각장애인에게 점자, 음성 등에 의한 설명을 비롯하여 장애의 유형에 따른 편의제공을 하지 않는 것)

제4장 차별의 입증책임

제1절 입증책임 개요

1. 보험과 관련하여 차별행위가 있었다는 사실은 장애인이 입증하여야 합니다(장애인차별금지법 제47조 제1항).

2. 전항에 따른 차별행위가 장애를 이유로 한 차별이 아니라거나 정당한 사유가 있었다는 주장에 대해서는 보험회사가 입증하여야 합니다(장애인차별금지법 제47조 제2항).

3. 장애인차별금지법이 제정되기 전의 사안에 관해서도 마찬가지입니다(서울중앙지방법원 2004. 2. 12. 선고 2003가단15099 판결).

4. 보험회사는 정당한 사유로서 검증된 통계자료 또는 과학적, 의학적 자료에 근거한 합리적 위험판단을 내세울 수 있습니다.

5. 더 나은 정보를 합리적으로 획득할 수 있음에도 불완전한 정보에 근거하여 차이를 두는 것은 차별에 해당할 개연성을 높입니다.

제2절 검증된 통계자료

1. 보험회사는 어느 장애가 또는 어느 장애인이 해당 보험상품의 서비스와 관련하여 위험률이 높다는 검증된 통계자료를 제시하면 정당한 사유를 인

정받을 수 있습니다.

2. 통계자료는 국내 자료가 바람직하나, 국내 자료가 없거나 불충분한 경우에는 국외 자료도 이용할 수 있습니다. 다만 국외 자료를 우리나라 또는 우리 국민에게 적용할 수 없는 특별한 사정이 있다면 이용할 수 없습니다.

3. 통계자료는 정부의 연구, 의학문헌에 보고된 연구, 개별 보험회사 또는 보험협회 등이 연구한 자료를 포함합니다. 개별 보험회사 또는 보험협회 등이 연구한 자료는 통계적 가치와 객관성을 담보하는 것이어야 합니다.

4. 통계자료는 작성목적, 배경, 작성자 등에 따라서 항상 신뢰할 수 있는 것은 아닙니다. 이를 탄핵할만한 다른 자료가 있을 경우에는 신뢰성을 가지지 못합니다.

제3절 의학적, 과학적 근거

1. 의학적, 과학적인 근거를 제시하여 정당한 사유를 입증할 수 있습니다. 특히 통계자료는 하나의 장애와 관련된 것일 가능성이 높으므로, 장애의 복합 효과를 평가하는데 있어서 전문의의 의학적 소견은 유용할 수 있습니다.

2. 의학적 소견에 의존하는 경우에는 반드시 해당 분야의 전문지식을 갖는 의사가 해당 장애인에 대한 의학적 진단과 평가를 기초로 객관적인 근거를 제시한 것이어야 합니다.

3. 보험의의 독단적인 견해는 객관적인 근거를 제시하지 못하는 한 정당한 사유로 인정되기 어렵습니다. 개업의 중에도 장애와 위험의 인과관계 등에 관하여 전문지식을 가지지 못하는 경우가 있을 수 있습니다. 따라서 의사 개인이 근거를 제시할 때에는 이를 신뢰할만한 근거가 함께 제시되어야 하며, 이를 탄핵할 다른 자료가 제시되지 않아야 합니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

제4절 기타 전문가의 의견

1. 검증된 통계자료, 의학적·과학적 근거를 이용할 수 없는 경우에는 전문가의 의견을 비롯한 합리적인 근거를 내세울 수 있습니다. 이러한 근거는 객관적이어야 하고, 합리성을 인정받아야 합니다.

2. 임상전문가, 물리치료사, 심리학자 등의 의견도 참고할 수 있습니다.

3. 보험계리인의 조언이나 의견도 의학적 연구를 해석하거나 차별 여부를 판단하는데 참고자료가 될 수 있습니다.

제5절 인수기준, 관행, 경험, 상업적 판단

1. 보험회사는 장애인에 관한 보험인수의 기준을 스스로 마련할 수 있습니다. 그러나 인수기준을 이유로 장애인 차별이 합리화될 수 없습니다. 만일 불합리한 인수기준에 의하여 통일적으로, 전사적으로 장애인에 대한 차별이 행하여진다면 위법성은 더욱 커질 수 있습니다.

2. 인수기준은 보험통계, 의학적 통계 및 소견 등에 근거하여야 하며, 의학적 지식의 진보, 사회복귀 및 치료방법의 진보 등에 따라 갱신되어야 합니다. 예를 들어 척수손상 장애인의 기대여명은 과거에 비하여 급격하게 증가하여 가장 최신의 자료를 사용하여야 합니다.

3. 인수기준에 따른 행위가 정당한 것이라고 주장하기 위해서는 합리적 근거를 아울러 제시할 수 있어야 합니다. 다른 회사의 인수기준 또는 외국의 인수기준도 그 근거가 될 수 있으나, 어떠한 관행이 업계에 존재한다고 하여 차별이 합리화될 수는 없는 경우가 있습니다. 해외 재보험사 등의 인수기준을 도입하여 사용하는 경우에도 그 인수기준을 채택한 이유와 해당 인수기준의 합리성을 설명할 수 있어야 합니다(금융감독원 가이드라인 제8조 6항)

4. 해당 보험회사 또는 다른 보험회사가 어떠한 경험을 가지고 있는지를 조사하여 이를 고려할 수 있습니다. 그러나 경험에 기초한 행위를 하였다고 하여 그 행동이 항상 합리화될 수는 없습니다.

5. 보험과 관련한 행위는 의학적 또는 통계학적 확률을 넘어서기도 합니다. 따라서 보험회사는 상업적 판단을 할 수 있습니다. 그러나 상업적 판단이 장애인에 대한 합리적 차이를 두는 것을 넘어설 때는 차별이 될 수 있습니다.

제5장 인수단계의 차별

제1절 절차상의 차별

1. 장애를 이유로 상담 또는 심사의 기회조차 주어지지 않고 청약 접수를 거절하는 것은 차별입니다.

2. 장애인이 장애가 없는 사람과 동등하게 보험을 동등하게 접근・이용할 수 있도록 정당한 편의가 제공되어야 합니다. 예를 들어 시각장애인에게 점자나 음성 등, 청각장애인에게는 문자나 수화 등 필요한 수단을 제공하여 장애인들이 보험에 접근할 수 있도록 하여야 합니다.

3. 보험회사는 이동이 곤란한 장애인이 보험회사의 시설을 이용할 수 있도록 접근권을 보장하여야 합니다.

4. 장애인에게 개인이 확보하기 어려운 무리한 자료를 요구하거나, 불필요한 증명 등을 요구하는 경우(예를 들어 복지카드로 장애의 존재와 유형을 확인할 수 있는데 진단서를 요구하는 경우), 지극히 사적이며 수치스러운 정보를 무리하게 요구하는 것은 차별에 해당될 수 있습니다. 장애인의 병력기록 전부를 요구하는 것은 합리적 이유가 없는 한 신중을 기하여야 합니다.

5. 장애를 이유로 합리적 이유 없는 건강진단을 요구하는 것도 차별에 해당할 수 있습니다. 그러나 해당 장애인의 장애 정도에 비추어볼 때 개인의 구체적 상태를 건강진단을 통해 확인하여야 보험 인수 여부를 판단할 수 있다면 건강진단을 요구할 수 있습니다. 이 때 건강진단의 비용은 원칙적으로 보험회사가 부담하여야 하나, 사안에 따라서는 장애인의 부담으로 할 수 있습니다.

6. 장애를 이유로 특별한 이유 없이 처리속도를 지연시키거나, 인수 여부 결정을 미루는 것은 차별입니다. 다만 위험성에 대한 자세한 정보를 구하거나 평가를 하기 위해서 결정을 미루는 것은 합리적일 수 있습니다.

7. 장애를 이유로 인수를 거절할 때에는 그 근거와 이유를 충분히 설명하여야 합니다. 장애를 이유로 인수를 거절할 수밖에 없지만, 장애인 전용보험에 가입할 수 있는 경우에는 그 사실을 설명하는 것이 바람직합니다.

8. 장애인은 보험에 가입할 때에는 자신의 장애에 관하여 보험회사에 고지하여야 합니다.

제2절 인수거절과 차별

1. 장애인등록상의 등급이 높다는 이유로 무조건 보험인수를 거절하는 것은 차별입니다. 장애인등록제도는 그 목적과 내용이 다른 것이어서, 등급만으로 보험인수를 거절하는 근거가 될 수 없습니다. 특히 여러 장애를 가지는 경우 등급이 높아질 수 있음을 유의하여야 합니다. 장애등급 이외에도 개인의 장애 정도, 원인, 건강상태 등을 개별적·구체적으로 검토하여야 합니다.

2. 보험금 지급기준으로 사용하는 '장해등급분류표'를 인수시 활용하는 것은 부적절합니다(국가인권위원회 2005년 민간보험에서의장애인차별 개선권고).

3. 막연한 편견, 부정확한 추측만으로 특정 장애인의 보험가입을 거절하는 것

은 차별에 해당합니다. 예컨대 청각장애를 이유로 암보험 가입을 거절하는 것은 차별에 해당될 가능성이 높습니다.

4. 위험률을 단순히 의심하는 수준에서 보험가입을 거절한다면 차별입니다. 예를 들어 시각장애만을 이유로 여행자보험의 가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있습니다. 장애인의 암발생률이 높다는 근거 또는 의학적 합의가 없는 상태이므로, 특정 장애가 암발생률을 높인다는 명확한 근거를 제시하지 못하는 이상 암발생에 대한 담보를 배제하거나 이를 이유로 암보험의 가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 가능성이 있습니다. 보험의 등의 진단을 거쳐 구체적 위험률에 대한 근거를 제시하지 못하고 이루어진 보험인수 거절은 차별에 해당할 수 있습니다.

5. 위험측정이 불가능하다는 이유만으로 보험인수를 거절하는 것은 차별입니다. 뇌병변장애인으로 장애등급이 1등급인 장애인이 종신보험 가입을 거절당한 사건에서 법원은 위험측정이 불가능하다는 이유만으로 인수를 거절한 것은 위법한 차별이라고 판시한 바 있습니다(서울중앙지방법원 2004. 2. 12. 2003가단15099 판결). 이 사건에서 해당 장애인은 비록 1급의 장애를 가지고 있었으나 뇌병변장애인이라고 하더라도 혼자 보행할 수 있고 식이 섭취가 가능한 경우에는 기대여명이 비장애인과 다르지 않다는 의학적 통계가 제시되었습니다.

6. 장애인의 개별적, 구체적 상황과 장애정도를 고려하지 않고, 그가 가지는 장애등급에 대한 충분한 이해를 하지 않은 상태에서, 보험인수를 거절하는 것은 차별입니다.

7. 개인의 구체적 조건과 상황에 따라서 위험도가 일반적인 경우보다 높아서 보험가입을 거절할 수 있는 경우가 있을 수 있습니다. 예컨대 그와 같은 장애를 가진 다른 사람은 보험인수를 할 수 있어도 개인적 특성과 위험도에 따라서 보험인수를 거절할 수 있습니다.

8. 장애에 따라 진행정도가 다르고, 장애의 경중, 복합 정도에 따라 다양한 상황이 있을 수 있으므로, 이를 구체적으로 고려하지 않고, 일률적으로 처리하는 것은 차별이 될 수 있습니다. 동일한 유형의 장애인들이 항상 같은 위험도를 보일 것이라고 추측할 때에는 신중을 기해야 합니다. 예를 들어 뇌졸중을 가진 장애인은 신체 운동 기능, 인지 기능, 언어 기능, 동반된 만성 질환, 연령 등을 종합적으로 고려하여야 여명을 추정할 수 있으므로 일률적으로 여명이 짧다고 단정하고 불이익을 주어서는 안됩니다.

9. 다른 보험회사가 인수하지 않거나 거부하지 않을 것으로 여겨지는 장애와 보험의 종류에 관하여 보험이 거부될 경우, 해당 보험회사가 가지는 특수한 지식과 근거에 기초한 것이 아니라면 차별로 인정될 수 있습니다.

제3절 보험조건과 차별

1. 장애를 이유로 합리적 이유 없이 보험조건을 가중하는 것은 차별입니다. 해당 장애가 보험사고의 위험율과 무관함에도 불구하고 보험료를 할증하거나, 보장내용을 감축하거나, 부담보를 조건으로 보험에 가입하도록 하는 것은 차별입니다.

2. 어느 장애가 보험사고 사이에 인과관계가 있다고 판단되더라도, 보험 인수를 거절하기에 앞서서 할증보험료, 담보의 제한, 보험금의 감축 등을 통하여 보험에 가입할 수 있는지를 고려하여야 합니다.

3. 상대적으로 높은 위험성을 가지는 것으로 합리적으로 평가되거나 위험성을 평가하기가 현저히 어려운 경우에는 높은 요율의 보험료를 부과하는 것이 합리적일 수 있습니다. 이러한 접근은 보험인수를 거절하기에 앞서서 고려되어야 합니다.

4. 보험상품을 할증불가 상품으로 설계하여, 보험료 할증을 통해서 보험가입이 가능한 장애인이 보험인수를 봉쇄하는 경우 차별에 해당할 수 있습니다(국가인권위원회 09진차1552 등).

제4절 상법 제732조의 적용문제

1. 정신장애인 또는 지적장애인을 곧바로 상법 제732조의 심신상실 또는 심신박약자로 단정하고 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있습니다.

2. 심신상실이란 “심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이 없거나 의사를 결정할 능력이 없는 경우”를 말하고, 심신박약이란 “심신의 장애로 인하여 사물을 변별할 능력이나 의사를 결정할 능력이 미약한 것”을 말합니다. 특히 심신박약자란 계속적으로 심신박약의 상태에 있어야 하는 것은 아니나 대체로 심신박약의 상태에 있을 것이 요구되므로, 때때로 심신박약의 상태에 있다고 해도 대체로 정상적인 의사능력을 가지고 일상생활을 영위할 수 있다면 심신박약자가 아닙니다(대전지방법원 2002. 10. 11. 선고 2002나784 판결).

3. 개별적으로 보험의 의미와 보험사고에 관하여 판단할 의사능력이 있는지를 살펴보지 않고 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 가능성이 높습니다. 지적장애의 등급, IQ를 기준으로 일률적으로 심신박약이라고 단정할 수 없습니다.

4. 정신장애 때문에 치료와 투약을 받고 있다는 이유만으로 심신박약자로 취급하여 보험가입을 거절한다면 차별에 해당할 수 있습니다(국가인권위원회 결정례 08진차281; 발달장애 2급이라는 사실만으로 심신상실 또는 심신박약이라고 판단하여 보험가입을 거절한 것은 차별에 해당한다고 결정한 사례)

5. 상법 제732조는 사망을 보험사고 하는 생명보험에 관하여 적용되는 것이므로, 사망을 담보로 하지 않는 상해보험, 생존보험, 손해보험 등에 적용하는 것은 차별입니다.

6. 사망을 담보로 하지 않는 생명보험, 생존을 보험사고로 하는 생존보험(교육보험, 연금보험)에 사망담보 조건을 추가하여 상법 제732조에 따라 일률

국가인권위원회
humanrights.go.kr

적으로 보험가입이 거절된다면 차별에 해당할 수 있습니다.

7. 장애인시설, 장애인학교 등을 대상으로 단체보험을 가입을 검토할 때 일부 피보험자가 상법 제732조에 의한 심신상실, 심신박약을 가진 것으로 평가된다고 하여 이를 분리하지 않고, 전체에 대한 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있습니다.

제5절 상법 제644조의 적용문제

1. 장애의 종류와 해당 보험상품의 보장내용을 살펴보지 않고, 장애가 있다는 이유만으로 상법 제644조에 따라 보험가입을 거절하는 것은 차별에 해당할 수 있습니다.

2. 어떤 장애의 발생이 보장내용으로 되어 있는 경우, 해당 보장내용을 무담보로 하거나 삭제하는 조건으로 보험인수를 하는 것이 바람직합니다. 청각장애 2급이라서 장해지급율이 80%에 해당하므로 상법 제644조에 따라 보험계약이 무효로 될 수 있다고 보험가입을 거절한 사안에서 국가인권위원회는 청각장애 부담보 등의 조건을 검토하지 않고 일률적으로 보험가입을 거절한 것은 차별이라고 판단하였습니다(국가인권위원회 10진정 0231300).

3. 어느 장애의 존재로 인하여 전항에서 제안된 것처럼 해당 장애와 관련된 내용을 무담보로 할 경우 보험상품의 본질적 보장 기능이 사라질 수 있다면 보험 가입을 거절할 수 있습니다. 다만 다른 보험가입을 권유하는 등 대안을 모색하는 것이 가능한 경우에는 이를 설명하는 것이 바람직합니다.

제6장 보험계약 유지와 차별

제1절 부당한 해지 또는 무효화

1. 보험회사는 단지 장애인이라는 이유만으로 보험계약을 중도에 해지하거나 무효를 주장하는 것은 차별이 될 수 있습니다. 보험에 가입한 이후 장애를 갖게 되거나 장기기증자 등이 된 경우, 이로 인하여 위험이 증가한 것이 의학적·통계적으로 뒷받침되지 않는다면 보험회사가 해당 보험을 해지하거나 무효화해서는 아니됩니다(금융감독원 가이드라인 10조).

2. 장애인은 보험계약을 체결할 때 장애의 존재, 경중에 대하여 고의 또는 중대한 과실로 고지하지 않거나 부실의 고지를 한 경우 고지의무 위반으로 보험계약을 해지당할 수 있습니다.

3. 보험기간 중에 장애가 생겨 보험사고 발생의 위험이 현저히 증가한 때에는 보험회사에 이를 통지하여야 합니다(상법 제652조).

제2절 보험조건의 부당한 변경

1. 보험계약을 체결한 이유 단지 장애인이 되었다는 이유만으로 합리적 이유 없이 보험조건을 가중하거나 불리한 내용으로 변경을 요구하는 것은 차별에 해당할 수 있습니다.

제7장 보험금 지급과 차별

제1절 보험금 지급에서의 차별

1. 과거 또는 현재 장애가 있다는 이유만으로 보험금 지급을 거절하거나 부당하게 적은 보험금을 지급하거나 특약의 적용을 배제하는 것은 차별이 될 수 있습니다.

2. 기왕에 가지고 있던 장애 또는 질병이 보험사고 또는 그로 인하여 발생한

국가인권위원회
humanrights.go.kr

피해와 인과관계가 있다면, 그 인과관계가 있는 범위 안에서 보험금 지급 범위를 고려할 수 있습니다.

3. 정액보험인 상해보험의 경우 “계약 체결 전에 이미 존재한 장애 또는 질병의 영향으로 상해라는 보험사고가 발생하거나 확대되었을 때 보험금을 감액하기로 하는 약관규정”이 있는 경우를 제외하고는 보험회사는 피보험자의 장애 또는 질병 등이 보험사고의 발생 또는 확대에 기여하였다는 사유를 들어 보험금을 감액할 수 없다(대법원 2002. 3. 29. 선고 2000다18752,18769 판결).

제2절 보험금 지급절차에서의 차별

1. 과거 또는 현재 장애가 있다는 이유만으로 보험금 지급심사를 할 때 합리적 이유 없이 절차를 지연하거나 보험금 지급결정을 미루어서는 안 됩니다.

2. 장애가 있다는 이유만으로 보험금 지급심사를 할 때 불필요한 자료 또는 무리한 증명을 요구해서는 아니됩니다.

제8장 보험차별을 당한 경우의 구제절차

제1절 국가인권위원회의 구제절차

1. 장애를 이유로 보험차별의 피해를 입은 사람은 국가인권위원회에 진정을 할 수 있습니다.

2. 국가인권위원회는 진정이 제기된 경우 사건의 공정한 해결을 위하여 필요한 구제조치를 당사자에게 제시하고 합의를 권고할 수 있습니다.

3. 국가인권위원회는 당사자의 신청이나 위원회의 직권으로 진정사건을 조정에 회부하여 당사자 사이에 조정을 모색할 수 있습니다.

4. 국가인권위원회가 진정을 조사한 결과 차별행위가 일어났다고 판단되는 경우에는 피진정인 또는 금융감독원의 장에게 구제조치의 이행, 관행의 시정 또는 개선 등을 권고할 수 있습니다.

제2절 법무부장관의 구제절차

1. 국가인권위원회가 보험차별에 관한 시정권고를 하였으나, 권고를 받은 자가 정당한 사유 없이 권고를 이행하지 아니하고 다음에 해당하는 경우로서 그 피해의 정도가 심각하고 공익에 미치는 영향이 중대하다고 인정되는 경우 법무부장관은 피해자의 신청 또는 직권으로 시명명령을 할 수 있다.
   ① 피해자가 다수인인 차별행위에 대한 권고 불이행
   ② 반복적 차별행위에 대한 권고 불이행
   ③ 피해자에게 불이익을 주기 위한 고의적 불이행
   ④ 그 밖에 시정명령이 필요한 경우

2. 법무부장관은 전1항에 따른 시정명령으로서 보험차별행위를 한 자에게 다음의 조치를 명할 수 있다.
   ① 차별행위의 중지
   ② 피해의 원상회복
   ③ 차별행위의 재발방지를 위한 조치
   ④ 그 밖에 차별시정을 위하여 필요한 조치

제3절 금융위원회, 금융감독원의 구제절차

1. 장애를 이유로 보험차별의 피해를 입은 사람은 금융위원회, 금융감독원에 분쟁조정 또는 민원을 제기할 수 있습니다.

2. 금융위원회는 차별행위를 한 경우 해당 보험회사에 대하여 해당 보험계약의 수입보험료의 100분의 20의 범위에서 과징금을 부과할 수 있습니다. 다만 보험회사가 그 차별행위를 막기 위하여 해당 업무에 관하여 상당한 주의와 감독을 게을리 하지 아니한 경우에는 그렇지 않습니다.

국가인권위원회
humanrights.go.kr

3. 장애인에 대한 보험차별을 한 자에 대해서는 1천만원 이하의 과태료가 부과될 수 있습니다.

제4절 한국소비자원 또는 소비자단체의 구제절차

1. 보험차별을 당한 장애인은 한국소비자원에 피해구제를 신청할 수 있습니다. 한국소비자원장은 피해구제신청의 당사자에 대하여 피해보상에 관한 합의를 권고할 수 있으며, 합의가 이루어지지 아니하는 경우에는 소비자분쟁조정위원회에서 분쟁조정을 할 수 있습니다.

2. 소비자단체는 보험차별을 당한 장애인의 불만 및 피해를 처리하기 위한 상담, 정보제공 및 당사자 사이의 합의권고를 할 수 있습니다.

제5절 법원의 구제절차

1. 보험차별을 당한 장애인은 법원에 차별행위의 중지 등 차별 시정을 위한 적극적인 조치 등을 구할 수 있습니다.

2. 피해자가 청구한 사건에서 법원이 차별행위의 중지 및 차별시정을 위한 적극적 조치가 필요하다고 판단하는 경우에는 보험회사에게 그 이행기간을 밝히고, 이를 이행하지 아니하는 때에는 늦어진 기간에 따라 일정한 배상을 하도록 명할 수 있습니다.

3. 보험차별로 인하여 손해를 가한 자는 피해를 입은 자에 대하여 손해배상 책임을 집니다. 다만, 차별행위를 한 자가 고의 또는 과실이 없음을 증명한 경우에는 그러하지 않습니다.

장애유형별 보험차별 개선을 위한 가이드라인 연구

인 쇄 일 : 2011년 12월
발 행 일 : 2011년 12월

발 행 인 : **현 병 철**
발 행 처 : **국가인권위원회** **조사국 장애차별조사1과**
주 소 : 100-842 서울시 중구 무교동길 41 금세기빌딩
전 화 : 장애차별조사1과 02) 2125-9832
팩 스 : 02) 2125-9848
홈페이지 : http://www.humnarights.go.kr

연구수행기관: **장애인차별금지추진연대**

인 쇄 처 : 도서출판 **한학문화**

ISBN 978-89-6114-257-1 93330