

자동차보험 의료제도 개선방안에  
관한 연구

연세대학교 보건대학원  
보건정책 및 관리학과

정 덕 주

자동차보험 의료제도 개선방안에  
관한 연구

지도 조 우 현 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2003년 12월 일

연세대학교 보건대학원  
보건정책 및 관리학과

정 덕 주

정덕주의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

심사위원\_\_\_\_\_인

연세대학교 보건대학원

2003년 12월 일

## 감사의 글

오늘이 있기까지 저에게 희망을 주신 한동관 관동대 의무부총장님께 머리 숙여 진심으로 감사드립니다. 그리고 지난 2년 6개월 동안의 대학원 생활을 무난히 마칠수 있도록 묵묵히 열과 성을 다하여 지도하여 주시고 제가 살아가는 동안 영원히 잊지 못할 추억을 주신 조우현 교수님께 감사드립니다.

바쁘신 와중에 작은 결실을 맺을수 있도록 사랑으로 지도하여 주신 성익제 대한병원협회 사무총장님과 박종연 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 아울러, 저의 대학원 생활동안 관심과 배려를 아끼지 않으셨던 정우진 교수님과 강혜영 교수님께 감사드립니다. 그리고 강희정 보건정책 및 관리학과 조교님께도 감사드립니다.

이 논문이 완성되기까지 많은 협조와 사랑을 주신 전국병원 자동차보험 담당자분들께 진심으로 감사드리며, 여러분의 성원에도 불구하고 기대에 부응하지 못한 점 오늘에 이르러 이 연구를 통하여 진심으로 사과드립니다. 앞으로 좋은 결실을 위하여 한층 더 노력할 것임을 다짐드리며 항상 여러분의 가정에 행복과 사랑이 충만하기를 기원합니다.

저의 직장생활에 힘이 되어 주시고 사랑을 베풀어 이석현 보험위원장님, 홍정룡 보험이사님, 박윤형 前사무총장님, 홍태숙 前기획실장님, 김태웅 부장님, 김혜숙 부장님, 서석완 부장님, 김명원 차장님, 윤기섭 과장님, 전양근 홍보팀장님, 안진호 전산실장님께 감사드립니다. 또한, 이 논문이 완성되기까지 많은 배려를 베풀어 주신 박상우 부장님과 보험부 직원 여러분께도 진심으로 감사드립니다.

또한, 제가 별 어려움 없이 직장생활과 학업에 열중할 수 있도록 힘이되어 주신 이태동, 이경선, 최금숙 선생님과 김진강 기자, 김태형 기자, 정시욱 기자님 그리고 김기성 차장님과 손용석 선생님께 감사드립니다. 또한, 제가 영원히 잊지 못할 후배 홍기, 대경, 소영의 앞날에 좋은 결실만 있기를 기원합니다.

끝으로 저를 믿음으로 지켜봐 주신 아버님과 어머니, 저의 형님과 형수님, 제가 세상에서 가장 사랑하는 저의 동생과 조카 정재현에게 감사하는 마음을 전하고 싶습니다. 그리고 미래에 나의 사랑에게 전합니다.

2003년 12월

정덕주 올림

# 목 차

국문요약 .....	V
<b>I. 연구의 배경 및 목적 .....</b>	<b>1</b>
<b>II. 연구방법 .....</b>	<b>3</b>
1. 연구의 틀 .....	3
2. 문헌고찰 .....	4
3. 설문조사 .....	4
<b>III. 자동차보험의 성격과 현황 .....</b>	<b>7</b>
1. 자동차보험과 사회보험의 의의 및 기능 .....	7
2. 정부개입의 배경 및 필요성 .....	17
3. 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황 .....	27
<b>IV. 자동차보험에 대한 의료기관의 인식도 .....</b>	<b>44</b>
1. 응답자 및 의료기관 일반특성 .....	44
2. 자동차보험 일반특성에 대한 인식 .....	46
3. 현행 자동차보험 의료제도의 주요 문제점 .....	52
4. 현행 자동차보험 의료제도에 대한 인식 .....	53
5. 자동차보험 의료제도 개선방안에 대한 견해 .....	67
<b>V. 자동차보험 의료제도 발전방안 .....</b>	<b>74</b>
1. 진료수가기준 재평가 .....	76
2. 진료수가계약제 및 진료기관계약제 도입 .....	79
3. 진료비 심사기관 및 지급기관 일원화 .....	85

VI. 요약 및 결론	88
1. 연구결과 요약	88
2. 결 론	89
참고문헌	92
부    록	97
ABSTRACT	103

## 〈표차례〉

표1. 설문대상 및 회수 현황 -----	4
표2. 본 연구에 사용된 변수 및 세부내용 -----	6
표3. 책임보험의 본질적 기능 -----	8
표4. 사회보험과 사보험의 차이점 -----	12
표5. 사회보험, 사보험 및 자동차보험의 차이점 -----	14
표6. 의료보험 대비 자동차보험 수가수준 -----	18
표7. 자동차보험과 타보험의 의료비 관리방식 비교 -----	20
표8. 외국의 요양기관 선정방식 및 병원소유 구조 -----	30
표9. 연도별 환자 부재율 현황 -----	32
표10. FY2000 의료기관종별 입원현황 -----	32
표11. 자동차보험 증별가산을 변경 내역 -----	33
표12. 의료기관 종별 환산지수 -----	35
표13. 임의비급여의 유형 -----	38
표14. 의료기관종별 진료형태별 임의비급여 구성비 -----	39
표15. 진료형태별 임의비급여 항목별 구성비 -----	39
표16. 응답자 및 의료기관 일반특성 -----	45
표17. 자동차보험 성격에 대한 인식 -----	48
표18. 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이 및 원인 -----	50
표19. 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이 -----	51
표20. 정부개입에 대한 인식 -----	54
표21. 자동차보험 진료수가 결정방식에 대한 인식 -----	56
표22. 자동차보험 진료수가 수준에 대한 인식 -----	57
표23. 진료비 심사에 대한 인식 -----	61
표24. 분쟁조정 기구에 대한 인식 -----	64
표25. 의료의 질에 대한 인식 -----	66
표26. 자동차보험 진료수가계약제 도입에 대한 견해 -----	68
표27. 자동차보험 진료기관계약제 도입에 대한 견해 -----	69
표28. 진료비 심사기관 일원화에 대한 견해 -----	72

표29. 진료비 지급기관 일원화에 대한 견해	73
표30. 연도별, 보험종류별 1일 평균 재원환자수	76
표31. 연도별, 보험종류별 1인 1일당 평균진료비	80
표32. 주요국의 보험급여율 현황	80
표33. 연도별 건강보험 본인부담 추이	80
표34. 자동차보험과 건강보험의 보장범위 및 적용수가	82
표35. 요양기관과 보험자와의 법률관계	83

### <그림차례>

그림1. 연구의 틀	3
그림2. 의료행위의 성격에 따른 소비자 선택권 보장범위	41
그림3. 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이	49
그림4. 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이의 원인	50
그림5. 현행 자동차보험 의료제도의 주요 문제점	52
그림6. MRI 등에 대한 자보수가	58
그림7. 진료수익성	58
그림8. 자동차보험 진료비 청구수단	59
그림9. 조정협약의 내용	62
그림10. 분쟁내용	63
그림11. 심사결정 사례의 적절성	63
그림12. 적정진료 보장을 위한 개선사항	65
그림13. 의료기관 종별 교통사고 환자 입원을 현황	75
그림14. 자동차보험 진료비 청구 및 지급에 관한 개선방안	87



## 국문요약

### 자동차보험 의료제도 개선방안에 관한 연구

1983년 자동차보험 책임보험 사업의 다원화 이후 진료비 산정과 관련하여 보험사업자와 의료기관간의 분쟁이 현재까지도 지속되고 있음은 물론이고 현행 자동차보험 의료제도가 교통사고 환자의 적정진료를 저해하고 오히려 보험사업자에게 더 유리하게 작용하고 있다는 지적이 제기되고 있다. 본 연구는 자동차보험 의료제도와 관련한 기존의 문헌을 통한 고찰과 의료기관을 대상으로 한 설문조사를 통하여 현재 자동차보험의 성격과 현황 등에 대하여 살펴보고 개선방안을 연구하였다.

문헌고찰을 통하여 자동차보험의 성격, 정부규제의 배경 및 필요성, 현행 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황을 살펴본 결과, 의무가입으로 사회보험적 성격을 띤다고 볼 수도 있으나, 운영주체 및 운영주체의 목적, 운영의 관리감독체계가 사회보험과 상당한 차이가 있고 민간보험사에 의해 손해사정 업무가 이루어짐에 따라 적정보상이라는 자동차손해배상보장법령의 입법취지를 훼손하고 있었다. 1991년 12월부터 시작된 정부규제는 1989년 진료기관 계약 해지사태 확산이라는 사회문제 해결과 의료보험 등 유관시장과 형평성 제고 차원에서 주로 이루어 지다가 점차 합리적인 이유와 절차 없이 자동차보험 산업의 보호와 낮은 책임보험 보상한도액을 상향조정하기 위한 방편으로 변모되어, 현재, 자동차보험 진료수가는 산업재해보상보험 진료수가 수준으로 일원화 되었고, 건강보험 진료수가기준 준용 및 진료비 직접청구 금지, 진료기관 당연지정제 및 자동차보험 진료수가 고시제 시행으로 교통사고 환자 진료기피 현상이 심화되고 자동차보험이 민간보험임에도 사회보험 보다 정부규제가 더 심화되었음을 알 수 있었다.

의료기관을 대상으로 설문조사를 통하여 자동차보험의 성격, 정부개입의 타당성 및 현재 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황등에 대한 인식을 알아본 결과, 대다수가 자동차보험을 사보험으로 인식하고 있었으며, 민간보험사에 의해 운영될 뿐 아니라 사회연대성 강화보다는 보험가입자의 위험을 보장하고, 사적계약에 의해 보험료를 징수함에 따라 사보험으로 인식하는 비중이 높았다. 정부개입에 대하여 어느 정도 긍정적으로 받아들이고 있었으나, 자동차보험제도 개선방안으로 진료수가계약제 시행, 진료기관 계약제 시행 및 진료비 심사·지급기관의 전문기관 위탁등에 대하여 대다수가 찬성함에 따라 현행 자동차보험 진료수가 고시제와 진료기관 당연지정제, 보험사업자의 진료비 지급 및 심사업무에 대하여 부정적 시각임을 알 수 있었다. 현행 자동차보험 진료수가기준이 교통사고 환자의 조속한 원상회복과 후유장애율을 낮추는데 도움이 되는지 여부에 대하여 조사한 결과, 대다수가 건강보험 진료수가기준을 준용함에 따라 교통사고 환자에게 적정진료를 보장하지 못하고 있는 것으로 파악되었다. 또한, 진료기관 당연지정제로 인해 적정진료를 제공받아야 할 환자에게는 진료기피등 역효과로 작용하고 낮은 책임보험 배상한도액과 결부되어 각종 보험사기의 원인이 되고 있었다.

결론적으로 현행 자동차보험 의료제도는 의료기관의 기본권을 지나치게 훼손하여 오히려, 적정진료를 제공받아야 할 교통사고 환자에게는 역효과를 초래하고 이윤추구를 목적으로 하는 민간보험사에게는 유리하게 작용하고 있다. 따라서, 의료기관의 기본권 보장과 교통사고 환자에게 양질의 의료를 제공할 수 있도록 진료수가 계약제와 진료기관 계약제를 시행하고, 진료비 심사 및 지급기관 일원화 또는 전문기관 위탁을 통하여 자동차보험의 공공성을 강화하고 교통사고 환자의 특성을 반영할 수 있는 자동차보험 진료수가기준의 개발이 시급하다.

---

핵심어 : 자동차보험, 정부규제, 진료기관계약제, 진료수가계약제

## I. 연구의 배경 및 목적

우리나라 자동차보험은 1963년 자동차손해배상보장법 제정·공포로 본격적으로 도입되었다. 도입 초기에는 한국자동차보험(주)가 강제보험인 배상책임보험을 독점취급 하였으나 독점으로 인한 폐단을 방지하고, 보험서비스의 질 향상 및 U/R 등 개방화 물결로 인해 1983년 자동차보험 책임보험 사업의 다원화가 이루어졌다. 책임보험 사업의 다원화는 자동차보험 의료제도의 일대 변혁의 시발점이 되었다.

1983년 다원화 이후 보험사업자들은 진료수가를 단 한 차례도 인상하지 않고 한국자동차보험(주)가 제정한 ‘표준의료수가’를 준용함에 따라 1989년 6월부터 의원급을 중심으로 교통사고 환자 진료기관 해지 사태가 전국적으로 확산되었고, 또한, 보험사업들의 영업수지 적자폭 확대 및 책임보험의 낮은 배상한도액 등으로 자동차보험 운영상의 문제점이 노출되자 자동차보험의 경영합리화를 위하여 정부 차원의 개선방안이 강구되었기 때문이다(보험개발원, 2001).

1995년 6월 법정 단일수가인 ‘자동차보험 의료보수기준’ 제정 전까지는 교통사고 환자에게 적용하는 의료수가는 이원화 체계로 운영되었다. 보험사업자(1983년 다원화 이전에는 한국자동차보험(주))와 진료기관 계약을 맺은 경우에는 다원화 이전 한국자동차보험(주)가 별도 제정한 ‘표준의료수가’를 준용하였고, 계약을 맺지 않은 의료기관은 의료법 제37조(의료보수)에 의거 의료기관 일반수가를 적용하였다(보험개발원, 1995).

그간의 정부규제는 자동차보험의 사회보장적 기능 강화를 위하여 보험료와 보험금에 대해서 이루어 졌으나, 1990년대 들어 임금 및 물가상승으로 인한 지급보험금의 상승은 자동차보험의 경영수지 악화로 이어져 보험료 인상이 불가피해짐에 따라 의료비와 수리비에 대한 개선의 필요성이 제기되자(교통개발연구원, 1991) 교통부장관이 자동차보험 의료보

수를 고시할 수 있는 법적 근거를 마련하는 등 자동차보험 의료제도에 대한 정부규제가 강화되기 시작하였다.

현재 교통사고 환자에게 적용하는 진료수는 1999년 10월 8일 이후 세 차례에 걸친 자동차보험 종별가산을 인하로 사회보험이자 책임보험의 일종인 산업재해보상보험과 거의 일원화 되었고, 보험사업자와 의료기관 간에 아무런 법적관계 없이 건강보험과 같이 사실상 전 의료기관을 교통사고 환자 진료기관으로 당연지정하고 교통사고 환자에게 진료비를 직접 청구하는 행위를 법적으로 금지하고 있다.

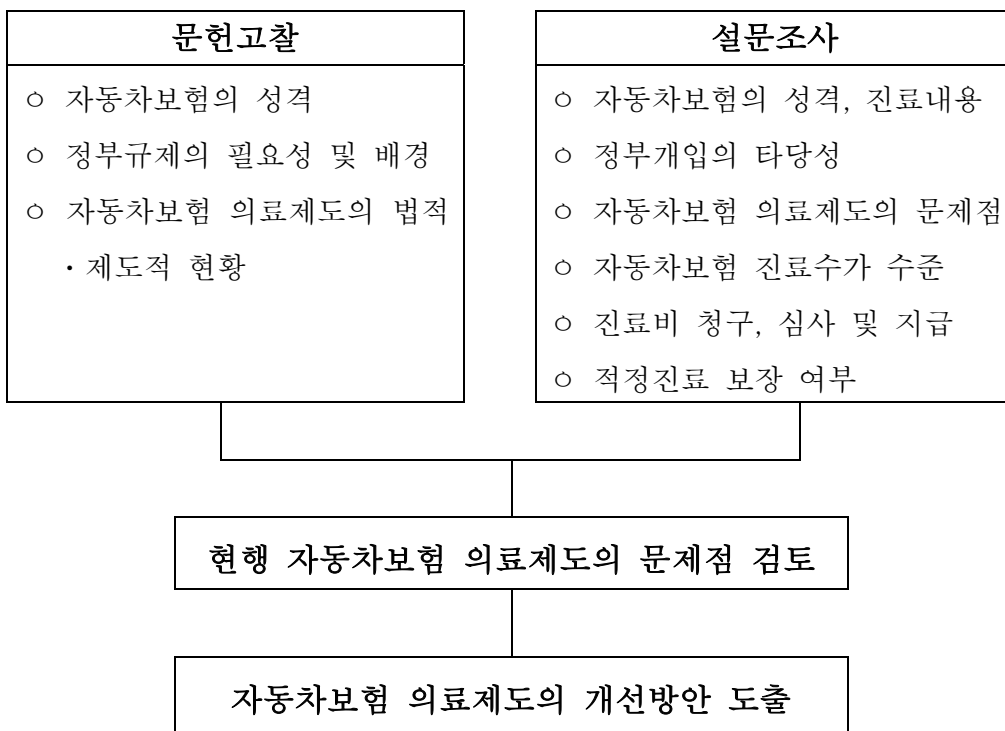
1991년 12월 자동차손해배상보장법 개정 등 정부규제가 시작된 당시와 비교해 자동차보험 진료수가 및 기준은 사회보험과 거의 일원화 되었고 진료비 심사·청구제도의 법적·제도적 확립을 통하여 과거에 비해 과잉청구 등 진료비 부당청구는 현격하게 줄어 들었음에도 사회보험보다 더 심각한 수준까지 정부규제의 강화는 의료기관의 기본권을 훼손하고 이로 인한 손해가 보험사업자 일방에게 돌아가고 있다는 지적이 일고 있다(한국병원경영연구원, 2003).

현재 상황에서 자동차보험의 성격, 현행 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황 및 정부규제의 필요성 등을 되짚어 보고 교통사고 환자의 적정진료권 보장을 위하여 자동차보험 의료제도가 나아가야 할 올바른 방향에 대하여 연구할 필요성이 있다. 따라서, 사회보험에 비추어 자동차보험의 성격, 정부규제의 배경 및 필요성, 현행 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황을 고찰하여 봄으로써 현행 자동차보험 의료제도의 현주소를 인식하고, 현행 자동차보험 의료제도에 대한 의료기관들의 인식을 기초로 의료기관 기본권 보장은 물론이고, 보험사업자와 의료기관간의 협력을 통하여 교통사고 환자의 적정진료권 보장을 위한 합리적인 정책대안을 도출하여 앞으로 자동차보험 의료제도가 지향할 바를 제시코자 한다.

## Ⅱ. 연구방법

### 1. 연구의 틀

본 연구에서는 자동차보험 의료제도에 대한 기존의 문헌을 통한 고찰과 의료기관들을 대상으로 한 설문조사를 통한 실증적 분석을 병행하였다. 첫째는 자동차보험의 성격, 정부규제의 배경 및 필요성, 현행 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황에 대하여 고찰하고, 둘째, 이와 관련한 의료기관들의 인식을 조사하여 현행 자동차보험 의료제도의 문제점과 개선방안을 도출하였다.



<그림-1> 연구의 틀

## 2. 문헌고찰

본 연구의 문헌고찰은 자동차보험의 성격, 정부규제의 필요성 및 배경, 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황 등을 파악하기 위하여 국내외 학자들의 저서, 학술논문, 정부기관 등의 용역보고서, 각종 세미나 등을 통하여 발표된 정부 및 관련단체의 의견, 자동차손해배상보장법령 및 사회보장법령 등의 관계법률을 참고하였으며 관계기관 실무자와의 인터뷰를 통하여 확인하였다. 또한, 현재 자동차보험 제도와 관련하여 실무적으로 이용되고 있는 각종 통계자료 등을 활용하였다.

## 3. 설문조사

### 가. 설문대상 및 자료수집 방법

본 연구는 전국 280개 종합병원(종합전문요양기관 포함)<sup>1)</sup> 중 교통사고 환자 진료 실적이 낮은 66개 기관을 제외한 215개 의료기관을 대상으로 우편조사(2003. 10. 10~10. 24) 하였다. 의료기관 종별, 소재지, 설립형태, 총진료수익 중 자동차보험 진료수익, 병상규모 등 기초자료는 대한병원협회 회원명부와 수련병원실태조서를 활용하였다.

<표-1> 설문대상 및 회수 현황

구 분	대상기관(응답)	설문대상(명)	회수(건)	회수율
종합전문요양기관	42(21)	126	45	35.7%
종합병원	173(79)	519	166	32.0%
계	215(100)	645	211	32.7%

1) 종합병원(종합전문요양기관 포함)은 ‘자동차보험 관련 제도’의 변화로 가장 큰 영향을 받은 기관으로서 진료수가의 인하폭이 가장 큰 기관이나 자동차보험 진료수익 비중이 일정 수준이하인 의료기관은 제외하였음.

## 나. 조사도구 및 분석

본 설문조사에서 사용한 조사도구는 구조화된 설문지이다. 설문내용은 「일반특성, 법적·제도적 특성, 진료수가 특성, 진료비 청구·심사·지급 특성, 분쟁조정 특성 및 의료의 질 보장 특성」 등으로 총 6개 특성 20개 문항과 일반사항 4개 문항으로 총 26개 문항으로 구성되었다. 조사결과는 SPSS 통계패키지를 이용하여 응답자 및 의료기관 특성별로 각 설문항목에 대하여 빈도분석과  $\chi^2$  test를 하였다.

<표-2> 본 연구에 사용된 변수 및 세부내용

구 분	변 수	세부내용
<b>응답자 및 의료기관 특성</b>		
응답자특성	성	행정책임자, 원무담당자, 진료비 심사청구 담당자
	연령	
	재직기간	
	직책	
의료기관특성	의료기관 종별	종합전문 / 종합병원
	병상규모	299병상미만 / 300~499병상 / 500병상 이상
	설립형태	국·공립 / 학교법인 / 의료법인, 개인, 기타
	소재지	서울, 6대 광역시 / 중소도시
	연간 총진료수익 중 자동차보험 진료수익	5%미만/5~10%미만/10%이상
<b>설문조사 내용</b>		
일반	자동차보험 성격	사회보험 또는 사보험
	진료내용	건강보험 환자와 진료내용 차이
법·제도	자보수가 결정방식	진료수가기준 결정의 합리성
	수가및진료기관계약제	도입 여부
	심사및지급기관	일원화 여부
진료수가	진료수가 수준	건강보험 진료수가 대비 자동차보험 진료수가 수준 등
진료비 청구, 심사, 지급	진료비 청구	행정부담 가중 여부/청구수단
	진료비 심사	공정성, 객관성, 전문성 여부 / 진료비 삭감율 / 조정협의 내용
	진료비 지급	법적 지급기간 준수 여부 / 임의삭감 근절 여부
분쟁조정	분쟁조정기구의 기능	공정성, 객관성, 전문성 여부 / 분쟁조정 내용
의료의 질	적정진료 보장	조속한 원상회복 / 개선사항



### Ⅲ. 자동차보험의 성격과 현황

#### 1. 자동차보험과 사회보험의 의의 및 기능

##### 가. 자동차보험의 의의 및 기능

자동차대인배상책임보험(대인배상 I)은 피보험자가 보험기간 중 자동차의 운행으로 다른 사람이 사망하거나 부상당함으로써 피해자에게 배상 책임을 진 경우에 보험자가 일정한 보험금을 지급하기로 하는 책임보험이다(양승규, 2002). 즉, 보험자가 자동차보험 가입자(피보험자)로부터 보험료를 받고 자동차 운행사고로 인한 인적손해에 대하여 피보험자의 배상책임을 일정한 보험금액을 한도로 보상하기로 하는 대인유한배상책임보험으로서 자동차손해배상보장법에 의하여 강제되는 책임보험이다.

자동차보험은 보험가입이 강제되느냐 아니냐에 따라 강제가입인 자동차대인배상책임보험(대인배상 I)과 임의가입 책임보험인 종합보험(대인배상 II)으로 이원화되어 있다. 또한, 보험자의 보상책임에 일정 한도가 있느냐 없느냐에 따라 자동차유한배상책임보험과 자동차무한배상책임보험으로 분류된다.

자동차보험은 교통사고로 인한 제3자에 대한 배상책임 및 자기신체(차량) 등 기타 크고 불확실한 장래의 경제적 손실을 보장함으로써 개인의 생활안정과 기업의 경영안정을 도모하여 개별 경제를 보호하고 납입된 보험료를 자본시장에 직·간접적으로 투자함으로써 국민경제 발전에도 기여하는 경제적 기능을 수행하고 있다. 또한, 교통사고를 사전에 예방하고 손해배상을 둘러싼 사회적 분쟁을 조정하여 사회적 안정을 기하므로 사회적 기능도 수행한다.

특히, 자동차대인배상책임보험(대인배상 I)은 가해자(피보험자)가 부담하는 위험을 분산하여 배상책임 때문에 파산하는 일이 없도록 함과 동시

에 가해자의 배상자력(능력)을 보험에 의해 보충함으로써 피해자의 신속하고 확실한 구제를 도모하는 기능을 수행하고 보험계약이 법에 의해 의무적 내지 강제적으로 체결되기 때문에 사회보장적 기능을 수행하고 있다(이병호, 1993). 책임보험의 본질적 기능에 대해서는 세가지 학설로 분류되는데 우리나라의 다수 견해는 이중기능설로 이러한 입장에서 사회보장적 기능을 설명하고 있다(고평석, 1990).

<표-3> 책임보험의 본질적 기능

구 분	내 용
가해자(피보험자) 보호기능설	책임보험은 피보험자가 제3자에 대하여 일정한 재산적 급여를 하여야 할 법적책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하는 것을 목적으로 하는 것이므로 본질적 기능은 가해자(피보험자) 보호에 있다는 것이다. 보험계약자(피보험자)는 자기를 위한 의사를 가지고 보험계약을 체결하는 것이므로 피보험자는 가해자뿐이고, 피해자는 제3자로서 당연히 보험자에 대하여 어떤 특별한 권리를 가지는 것은 아니라고 보는 것이다.(일본의 통설)
피해자 보호기능설	피해자인 제3자는 직접 계약의 당사자는 아니지만, 보험금지급의 귀속주체가 되므로 피해자가 충분한 배상 기능을 가지지 아니한 경우에도 피해자에게 현실적인 손해배상을 받을 수 있게 함으로써 피해자의 구제수단으로서 피해자보호의 기능을 수행한다고 보는 입장이다. 책임보험계약에 있어서 가해자가 의도한 이익은 피해자에 대한 배상책무를 면하는 것이지만, 가해자가 면책되기 위하여는 피해자가 배상을 받을 것을 요하는데,

구 분	내 용
	그것은 피해자의 만족없이 가해자의 면책은 있을 수 없기 때문이라는 것이다.
이중기능설 (절충적 입장)	책임보험의 본질적 구조를 가해자의 자기를 위한 보험 계약임과 동시에 피해자를 위한 보험계약으로 보고 가해자의 면책이익과 피해자의 손해배상이익과의 양자가 경합적으로 가입된 계약이라고 보는 견해이다.

자료 : 고평석, 1990

자동차손해배상보장법이 피해자의 보호와 구제를 첫번째의 목적으로 하여 피해자에 대하여 직접청구권을 부여하고, 자동차 운행자에게는 무과실주의에 가까운 책임을 부과하고 보험가입을 강제하고 있는 점 등을 고려할 때, 자동차대인배상책임보험은 사회성과 공공성을 띠며(최원진, 1995), 보호의 대상으로 하고 있는 피해자는 국민 일반이며, 그들의 고통은 바로 사회적인 문제이기 때문에, 가해자가 배상능력이 없는 경우에도 피해자에게 최소한 그 경제적 수요를 충족해 줌으로써 사람다운 생활을 보장해 주는데 그 목적이 있다고 볼 수 있으므로 사회보험의 성질도 가진다고 볼 수 있다(양승규, 2002).

## 나. 사회보험의 의의 및 기능

사회보험은 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험방식에 의하여 대처함으로써 국민건강과 소득을 보장하는 제도이다(사회보장기본법 제3조) 즉, 노령, 질병, 장애, 실직, 사망 등의 사회적 위험으로 인하여 소득이 중단되거나 의료비용의 조달이 어려워지는 경우에 대하여 국가가 법적 강제성을 가지고 보험원리에 의하여 국민의 소득이나 의료비용을 보장해 주는 제도이다.

사회보험은 국민이 그의 생활을 영위해 나감에 있어 소득의 중단 또는 영구적 상실 및 질병과 부상 등 생활상의 제곤란에 대하여 국가가 소득 재분배를 통한 국민의 생존권의 실현과 최저생활 확보를 전제로 그의 소득보장을 도모하는 총체적인 국가정책으로 공정부조, 사회복지서비스와 더불어 사회보장체계의 근간을 이루는 제도이다.

사회보험의 기능은 대체로 경제적 기능, 사회적 기능, 정치적 기능으로 분류된다. 사회보장제도에 납부하는 기여금에서 얻어진 자금을 기간산업에 투자함으로써 경제발전에 기여하고 개인 또는 집단간 수평적·수직적 소득(급여)이전을 통하여 소득재분배 기능을 수행한다. 사회적 기능은 사회보장을 통해 국민 최저생활을 보장해 줌으로써 사회적 안정을 가져다 주고, 사회적 위험을 겪고 있는 층 사이에 사회보장을 통해 급여를 이전함으로써 사회연대를 강화시키는 기능을 하고 있다. 또한, 사회보장의 미비로 파생될 사회적 불안과 이로 인한 정치적 불안을 해소하는 정치적 기능을 수행한다(노병일, 2002).

## 다. 자동차보험과 사회보험의 차이

사회보험은 민간보험의 원리를 채택하고 있지만 사회적 위험을 보장한다는 점에서 민간보험과는 여러 가지 점에서 다른 특성을 가지고 있다. 미국위험보험협회(American Risk and Insurance Association)에서 제시하는 사회보험의 특징을 근거로 미국 보험학자인 레이다(Rejda, 1988)의 견해 및 우리나라 보험경영연구회 의견(보험경영연구회, 2002), 보건복지부 구분 방법<sup>1)</sup>을 종합해 볼 때, 사회보험과 사보험(민간보험)은 하는 역할은 서로 비슷하나, 성격, 내용, 목적은 서로 다르다.

---

1) 보건복지부(1994)는 사회보험과 사보험의 차이점을 ‘가입방법, 보험료 부과, 보험급여, 보험료 징수’의 네 가지를 기준으로 구분한다.

첫째, 사회보험은 강제적 가입이 원칙이나 사보험은 임의가입이 원칙이다. 둘째, 사회보험은 최저소득만을 보장하나, 사보험은 개인의 희망과 개인 부담능력에 따라 더 많은 양을 보호받을 수 있다. 셋째, 사회보험은 사회적 적절성(social adequacy)을 강조해 결국 복지요소(welfare element)에 초점을 두나, 사보험은 개인적 형평(individual equity)을 강조해 결국 보험요소(insurance element)에 초점을 둔다. 넷째, 사회보험에서 급여를 제공하는 근거는 법에 명시되어 있으나, 사보험에서는 계약에 근거한다. 다섯째, 사회보험은 정부가 독점하거나 적어도 정부가 감독하는 반면, 사보험은 경쟁(민간)에 맡겨져 있다. 여섯째, 사회보험은 사보험에 비해 손해의 예측이 어렵다. 일곱째, 사회보험은 강제성과 영속성을 전제로 하기 때문에 재정을 완전하게 준비할 필요가 없다. 여덟째, 사회보험은 국가의 조세권으로 인플레이션 극복이 가능하나 사보험은 인플레이션에 매우 취약하다.

앞서 살펴본 사회보험과 사보험의 차이점에 대한 다른 견해는, 레이다는 사회보험은 목적·결과에 대한 의견이 다양하나 사보험은 대체로 의견이 통일되어 있고, 사회보험 기금은 대개 정부업무에 투자되나, 사보험 기금은 민간부문에 주로 투자된다는 것이다. 보건복지부는 사회보험은 소득수준에 따라 보험료를 부과하나, 사보험은 위험정도와 급여수준에 따라 부과한다는 것이다. 보험경영연구회는 사회보험은 위험선택 및 분류(언더라이팅)가 필요 없으나 사보험은 언더라이팅을 통하여 위험이 큰 가입자는 높은 보험료를 부과하거나 인수를 거절한다는 것이다.

<표-4> 사회보험과 사보험의 차이점

구 분	사회보험	사보험	
가입방법	강제	임의	
보장범위	최저 기본적 보장	개인적 필요에 따른 보장	
보장목적	사회적 적절성(복지)	개인적 적절성(개인위험)	
일치	법	계약	
견해	운영주체	정부 또는 공공기관	경쟁(민간보험사)
	비용예측	어려움	비교적 쉬움
	보험재정	완전한 재정 불필요	완전한 재정 필요
	인플레이션	세금을 통해 해결	아주 취약
	보험료 부과	소득수준	위험정도 및 급여수준
불일치	언더라이팅	없음	있음
견해	목적·결과	다양함	대체로 일치
	투자대상	정부분야	민간분야

자료 : 노병일, 2002; 모지환 외, 2002; 보험경영연구회, 2002

이상과 같이 사회보험과 사보험의 차이점을 기초로 사회보험과 자동차대인배상책임보험(대인배상 I, II)의 차이점을 분류할 수 있다.

첫째, 제도의 목적 측면에서, 자동차대인배상책임보험은 자동차 운행으로 사람이 사망하거나 부상한 경우에 있어서 손해배상을 보장하는 제도를 확립함으로써 피해자를 보호하고 자동차운송의 건전한 발전을 촉진(자동차손해배상보장법 제1조)하는데 있는 반면, 사회보험은 국민에게 발생하는 사회적 위험을 보험방식에 의해 대처함으로써 국민건강과 소득을 보장하는 제도이다(사회보장기본법 제3조).

둘째, 운영주체와 국가 부양성 측면에서 사회보험은 국가 또는 공공기관에서 수행하고 있는 반면, 자동차대인배상책임보험은 민간기관(보험사

업자)에 의해 운영되고 있다. 또한, 사회보험은 주로 사업주, 근로자 등의 기여금으로 운영되지만, 정부가 모든 사회보험급여를 궁극적으로 보장하므로 국가가 일정 재정부담<sup>2)</sup>을 하고 있는 반면, 자동차대인배상책임보험은 수지상등원칙에 따라 전액 피보험(자동차보유자)가 재원을 조달하여야 한다.

셋째, 운영주체의 목표에서도 사회보험은 단기적으로는 재정균형 유지에 있으나 사보험은 이윤추구에 있다. 또한, 장기적으로는 사회보험은 궁극적으로 사회적 편익 확대에 두고 있는 반면, 사보험은 상업적 이윤확대에 두고 있다.

네째, 운영원리 측면에서 수급권은 사회보험은 법으로 정해져 있는 반면, 자동차대인배상책임보험(대인배상 I)과 임의보험인 종합보험(대인배상 II)은 자동차보험 약관으로 정해진다. 다만, 자동차대인배상책임보험(대인배상 I)의 경우 자동차손해배상보장법시행령 제3조에 의거 부상, 후유장해 및 사망에 따르는 보상한도액이 산업재해보상보험과 같이 법으로 정해져 있다. 의료수급권 인정범위 등에 대하여는 대인배상 I, II 모두 자동차보험진료수가기준에 따른다.

다섯째, 운영원리 측면에서 사회보험과 자동차대인배상책임보험(대인배상 I)은 모두 강제가입이 원칙이고, 가입대상을 선택할 수 없으며 위험배제가 없다. 또한, 균등급여가 원칙이다. 임의보험인 종합보험(대인배상 II)은 준강제성을 띠고 있으나 임의가입이고 가입대상자를 선택가능하고 위험을 배제할 수 있는 사보험의 보험가입 대상 특성과 같은 특징을 가지고 있고 계약된 급여내용에 따라 차등급여 방식을 취하고 있다.

여섯째, 운영원리 측면에서 보험료 산정은 사회보험은 집단적 등가성 원리에 따라 소득(능력)수준에 비례하여 부과하지만, 자동차대인배상책임

---

2) 정부의 일반수입에서 충당하거나, 사회보험 프로그램에 소요되는 비용의 일부 또는 전부를 제공하거나, 보조금 제공, 저임금 근로자의 기여금 납부 및 공무원을 위한 사회보험 기여금 납부등의 형태를 띤다(SSA, 1999).

보험은 개인적 등가성원리에 따라 위험률 및 급여수준에 비례하여 보험료를 부과한다. 또한, 사회보험은 상호위험을 보장하는 보험이지만 자동차대인배상책임보험은 개인별 위험을 보장하는 보험이다.

<표-5> 사회보험, 사보험 및 자동차보험의 차이점

구 분	사회보험	민간보험	자동차보험		
			대인배상 I	대인배상 II	
운영 주체	제도의 목적	기본적 보장 (상호위험)	개인적 필요에 따른 보장 (개인위험)	기본적 보장 (피해자 및 개인위험)	개인적 필요에 따른 보장 (개인위험)
	운영 주체	국가/공공기관	민간보험사	민간보험사	
	국가 부양성	있음	없음	없음	
운영 목표	단기	재정균형 유지	이윤추구	이윤추구	
	장기	사회적 편익	상업적 이윤	상업적 이윤	
운영 원리	수급권	법적수급권	계약적수급권	법적·계약적 수급권	계약적수급권
	보험 가입	강제가입	임의가입	강제가입	임의가입 <sup>3)</sup>
	대상	가입자 비선택	가입자 선택	가입자 비선택	가입자 선택
	급여	위험배제 없음	위험배제 있음	위험배제 없음	위험배제 있음
	급여	균등급여	차등급여 (계약된 내용)	균등급여	차등급여 (계약된 내용)
	보험료 산정	집단적 등가성 능력(소득)비례	개인적 등가성 위험률 비례	개인적 등가성 위험률 비례	개인적 등가성 위험률 비례

3) 임의보험인 종합보험(대인배상II)의 경우 교통사고처리특례법에 의해 소위 대인배상 종합보험에 가입하면 중대교통법규위반 이외의 경우에는 공소권이 없도록 규정함으로써 종합보험에 가입이 반강제 된다는 점에서 준강제성을 띤다(김정렬 외, 2001).



## 라. 소 결

자동차대인배상책임보험(대인배상 I)의 가입이 강제되고 자동차손해배상보장법이 보호의 대상으로 하고 있는 피해자는 국민 일반이며 그들의 고통이 바로 사회적 문제이고 가해자가 배상능력이 없는 경우에도 피해자에게 최소한 그 경제적 수요를 충족해 줌으로써 인간다운 생활을 보장해 주는데 그 목적이 있다고 볼 수 있으므로 사회보험의 성질을 가진다고 볼 수도 있다.

하지만, 사회보험과 달리 민간보험사에 의해 운영되고 그 운영주체의 목표가 이윤추구에 있고 국가 부양성이 없을 뿐 아니라 보험료 부과방식이 개인적 등가성의 원리에 따라 위험률에 비례하여 산정되는 등 운영주체, 목표 및 운영원리(보험료 산정) 측면에서 사회보험의 특징을 내포하고 있지 못하다. 특히, 법률적으로 강제된다고 해서 당연히 사회보험으로 볼 수 있느냐에 대해선 현재 우리나라 자동차손해배상책임보험이 그 실시 운영 방법에 있어서 영리법인인 손해보험회사에 맡기고 있는 실정을 볼 때 사회보험성에 논란이 있을 수 있다(최원진, 1995; 양승규, 2002).

피해자의 보호를 목적으로 강제가입이라는 사회보장의 요소가 있기는 하지만 영업결과(이윤)가 손해보험회사에 전부 귀속되고 구체적인 손해액의 조정과 결정도 영리를 목적으로 하는 손해보험 회사가 담당<sup>4)</sup>하고 있어 피해자의 보호라는 자동차손해배상책임보험의 목적과 일치하지 않는 등 그 운영목적과 운영내용이 매우 불분명하여 그 내용에 있어 사회보장의 성격을 충분히 가지고 있지 못하다(김성재, 1992).

---

4) 일본의 경우, 무과실 무이익의 원칙하에 자동차손해배상책임보험 계약의 60%가 정부에 의해 재보험으로 가입되며, 나머지 40%도 사보험 회사들이 ‘폴’을 형성하여 공동분담하고 있어 특정기업이 자동차책임보험을 통하여 이익을 얻을 수 없으며 그 영업결과도 궁극적으로 정부에 귀속되어 지고 있다. 특히, 영업수익 뿐만 아니라 투자수익까지를 별도로 적립하여 영업손실보전과 특정공익 목적에 사용토록 하여 임의보험(종합보험)과 완전히 분리된 재무처리를 하고 있다. 또한, 손해사정도 사보험회사가 아닌 전국 주요도시에 위치한 자동차요율산정회의 ‘조사사무소’가 관장하여 정부가 정한 정형화된 획일적인 방법으로 신속하게 처리하고 있음(정병만, 1995).

또한, 우리나라 자동차보험은 낮은 약관지급기준과 다양한 면책사유들과 그리고 뺑소니 차량과 무보험 차량 등으로 대인사고 피해자를 보호하는데 불충분한 점들이 많은 사보험(고경환, 1995)으로, 궁극적인 영업의 결과는 성격상 정부의 책임이 되어야 할 것이고, 자동차보험의 성격상 완전한 사회보험화는 불가능할 것임으로 정부의 재정과 운영에 대한 참여도에 따라 그 성격이 결정되어야 하며 그럼으로 인해 자동차보험 의료수가와 의료보험수가의 단일화에 대한 충분한 명분을 제공할 수 있다(정병만, 1995).

더욱이 우리나라 자동차손해배상책임보험(대인배상 I)이 법에 의해 강제된다 하여 피해자 일반이 국민이라는 이유로 사회보험적 성격을 가진다는 것은 완전한 사회보험 성격을 가진 뉴질랜드<sup>5)</sup>와 비교시 현격한 차이가 있고, 또한, 배상책임보험은 본래 피보험자의 임의적인 의사에 의해 가입하는 것이지만 특정의 위험에 관하여 피해자 보호와 구제수단 확보책으로 법률에 의하여 가입을 의무화하고 있는 배상책임보험이 다수 존재하고,<sup>6)</sup> 강제·임의 가입방식의 사회보장제도와 관련한 논쟁이 제기<sup>7)</sup>

---

5) 뉴질랜드는 자동차사고로 인한 대인사고는 물론이고 모든 인사사고에 관하여 국가가 주도적으로 해결하는 전면적인 사회보험 체계를 가지고 있다. 즉, 첫째, 인적손해의 보상을 사회보험원리에 입각하여 처리함으로써 전통적인 사법원리에 근거한 손해배상소송을 완전히 폐지하여 완전한 의미의 복지원리에 입각하고 있다. 둘째, 사고원인 여하에 관계없이(즉, 행위자의 과실 또는 뉴질랜드 안에서 일어났는가 등) 사고로 인한 신체상해 피해자를 ‘공동체의 책임(Community Responsibility)’으로 보호할 뿐 아니라 노동재해, 자동차사고, 더욱이 공해, 의료과오, 제조물책임, 형사범죄피해 그외 일체의 인적사고에 대해 포괄적인 사회보험에 따라 모든 시민을 보호하고 있다. 범죄로부터 국민을 보호하는 것이 국가의 임무이므로 국가에 배상책임을 인정하거나, 사회보장적 견지에서 국민의 생활보호의 일환으로 해결하자는 논리에서 출발한 제도로 인신사고의 원인이 자동차사고인 때에만 적용되는 미국의 무과실(No-Fault)방식과는 근본적으로 다르고 미국의 제도를 훨씬 앞질러 과감하고도 진취적인 개혁으로 평가받고 있다(김세돈, 2002).

6) 피해자 보호와 구제수단의 확보를 위해 현재 의무배상책임보험(의무가입)은 ‘가스사고 배상책임보험, 원자력배상책임보험, 체육시설업자 배상책임보험, 특수건물 신체배상책임보험, 유·도선사업자 배상책임보험’ 등이 있으며, 자동차손해배상책임보험도 이중의 하나임(지수현, 1997).

7) 사회가 풍족해짐에 따라서 빈곤층이 대상이 아닌 사회보장제도는 없어져야 한다는 의견이 선진국 일부에서 제기되고 있고(ILO, 1984), 사회보험과 민간보험의 바람직한 발전 방향이 보완적 관계(원석조, 2002)에 있음을 볼 때, 가입의 강제가 사회보험의 갖대로 보기에는 어려운 부분이 있음.

되고 있는 가운데 법률에 의해 가입강제가 사회보험의 잣대가 될 수 없다.

또한, 사회보장법은 국가 혹은 공법상의 법인이 주체가 되어, 해당 사회적 위험이 발생한 상황을 극복하기 위해서 필요한 급여를 직접적으로 제공하는 것을 목적으로 제정된 법을 사회보장법이라고 정의<sup>8)</sup>하는 데 반해 자동차손해배상보장법은 민간재원(피보험자)으로 민간기관(손해보험사 등 보험사업자)이 피해자의 교통사고로 인한 피해의 신속한 보상을 목적으로 하고 있다. 따라서, 조건부 무과실책임주의를 따르는 우리나라 자동차보험은 과실책임주의에 근간을 둔 일본에 비하여 오히려 국가의 관리 감독 규제가 미약하고 미국 일부주의 무과실(No-Fault) 방식<sup>9)</sup>과 뉴질랜드의 완전한 사회보험방식과는 현격한 차이를 보이고 있다.

## 2. 정부개입의 배경 및 필요성

### 가. 정부개입의 배경

정부개입이 시작된 1991년 전·후의 자동차보험제도에 대한 문제점을 살펴보면, 의료제도에 관하여 총괄적으로 의료법에서 기본적인 사항들을

---

8) 실정법적으로는 사회보험법(국민건강보험법, 국민연금법, 산업재해보상보험법, 고용보험법 등), 사회보장법(국가유공자등예우및지원에관한법률, 독립유공자예우에관한법률, 범죄피해자구조법, 의사상자예우에관한법률 등), 공공부조법(국민기초생활보장법, 의료급여법 등), 사회복지관계법(아동복지법, 노인복지법, 장애인복지법 등)으로 분류된다(헌법재판소, 2000)

9) 보통법상의 과실책임주와 책임보험의 결합으로 인한 과실입증을 하지 못하거나 자기에게 과실이 있어 손해배상을 받지 못하는 점, 보상의 불공평, 막대한 변호사비 지급, 보험금 지급 지연, 소송의 증가, 보험인수거절 등의 단점을 개선하기 위한 제도로 창안된 것으로 자동차사고로 인한 인적손해에 한해서 일정액까지 피해자가 과실의 유무에 관계 없이 자기의 보험자에게 보상을 받는 제도이다. 이는 각주의 법규에 의하여 자동차보험의 기본담보에 의하여 담보되고 있다. 무과실(No-Fault) 보험에 의하여 보상받는 범위내에서 가해자의 피해자에 대한 불법행위법상의 책임은 면제된다. 피해의 정도가 법정기준 이하인 경우 피해자의 소권이 제한되어 위자료 청구만을 위한 소제기가 불가능하다(Rokes WP, 1971).

규정하고 있으나 그 적용대상에 따라 적용기준이 서로 상이하였다. 의료보험(現, 건강보험) 환자는 의료보험법(現, 건강보험법)에 의료수가 수준과 체계, 의료행위, 진료기간, 청구방법, 의료전달체계 등이 구체적으로 규정되어 있고, 산업재해 환자의 경우에도 산업재해보상보험법에서 의료보험과 유사한 규정을 두고 있었다.

반면, 자동차보험 환자에 관하여는 별도의 입법이 되어 있지 않아 의료법의 포괄적 적용만을 받았는데 의료법에는 의료보험법이나 산업재해보상보험법의 경우와 같이 구체적인 내용의 규정이 없기 때문에 의료수가, 진료행위 등에 대하여 적정관리가 이루어지지 않았음(김현웅, 1992)은 물론이고 의료법 제37조(의료보수)에 의해 의료기관 일반수가가 적용되므로 인해 의료기관 등급(종별), 보험회사와의 계약 여부등에 따라 현저한 의료수가 불균형이 있었다(이병호, 1993). 즉, 손해보험사와 계약을 체결한 기관은 1983년 자동차보험 다원화 이전 ‘한국자동차보험(주)’가 제정한 ‘표준의료수가<sup>1)</sup>’를 적용하고 계약을 체결하지 않은 기관은 의료기관 일반수가를 적용하였다.

<표-6> 의료보험 대비 자동차보험 수가수준

(기준 : 의료보험을 100으로 할 때)

구분	의원	병원	종합병원		
			개인종합	대학부속	평균
지수	119.5	129.5	174.7	224.3	200.0

자료 : 교통개발연구원, 1991

1) 한국자동차보험(주)는 자주 쓰이는 수술, 주사 등을 종류별로 분류하여 별도의 수가를 마련하였는데, 「의원은 표준의료수가의 100%, 병원은 130%를 적용하고 종합병원은 의료기관 일반수가(관행수가)의 10%를 감액한 수가」를 표준의료수가라 한다. 1983년 자동차보험 다원화 이후 1995년 6월 ‘자동차보험 의료보수기준’ 제정전까지 손해보험사들은 이를 준용하였다(보험개발원, 2001).

의료수가제도의 불합리와 더불어 자동차보험 환자의 진료기준 부재, 의료비 심사기구 부재, 구급의료전달체계 미비, 진료서비스 불충분 및 의료비 지연지급, 의료비명세서 제출 및 진료기록 열람기피로 심사곤란 등 자동차보험 의료비 지급과 관련된 법·제도적 전반적인 체계가 확립되어 있지 않아 과잉진료, 편승진료, 허위청구, 과다청구등 부당한 의료행위가 상존하였다고 손해보험사들은 판단하고 있었다(문병기, 1991). 당시 자동차보험과 타보험의 의료비 관리방식을 비교하면 다음과 같다.

<표-7> 자동차보험과 타보험의 의료비 관리방식 비교

구 분	의료보험	산재보험	자동차보험
근거 법령	의료보험법 (제35조)	산업재해보상보험법 (시행령 제10조)	-
의료 수가	의료보험심의위원회의 심의를 거쳐 보건사회 부장관이 고시	요양급여심의위원회의 심의를 거쳐 노동부장 관이 고시	국공립병원 : 병원자 체수가 병원 : 자체수가 또는 보험자가 정한 “표준 의료수가”의 130% 해당 인정 의원 : 보험자가 정한 표준의료수가 인정
재원	본인(보험료)+ 사업주(국가)	사업주(보험료)+ 국가	차주(보험료)
병원 지정	지정병원제도	지정병원제도	-
의료 공급 주체	해당 지역의료기관 타지역 의료기관 (종합병원이용시 불리)	근로복지병원 국공립병원 기타 의료기관	-
전원및 재입원	-	노동부에서 결정 전원시 각종진료기록 이송 의무화	-
진료비 심사	공단 및 조합 의료심사위원회	각 노동사무소 자문위	보상직원 자체심사
진료비 분쟁	의료보험 심사위원회 이의·심사청구(1차) 의료보험 재심사위원 회에 재심사 청구(2 차)	노동부 사무소장에 이 의·심사청구(1차) 노동부장관에게 재심 사 청구	-

자료 : 김유중, 1988

손해보험사들이 한국자동차보험(주)가 제정한 ‘자동차보험 표준의료수가’를 1983년 자동차보험 다원화 이후 단 한 차례의 인상도 없이 계속 적용함에 따라 1989년 5월 서울시 의사회를 중심으로 교통사고 환자 진료기관 계약을 일괄해지 하고 의료기관 일반수가로 교통사고 환자 진료비를 청구함에 따라 자동차보험 의료수가에 대한 문제가 사회적으로 심각하게 대두 되었고 계약해지로 교통사고 환자의 진료를 기피하는 등 사회적 문제가 발생하였다.

자동차보험 의료수가에 대한 문제가 심각하게 전개되자 1990년 감사원은 자동차보험 의료수가에 대한 전반적인 감사를 실시하여 당시 관계부처인 재무부 및 보건사회부에 감사결과를 통보하고 이에 대한 시정을 촉구함에 따라 재무부 주관으로 자동차보험 관련 7개 부처로 구성된 ‘자동차보험 개선대책위원회’를 구성하여 자동차보험 의료비 지급제도 개선 사항을 마련(권홍구, 1995)하면서부터 정부규제가 시작되었다.

교통부(現 건설교통부)는 1991. 12 자동차손해배상보장법 개정을 통하여 의료보험 및 산업재해보상보험과 같이 교통부장관이 ‘자동차보험 의료보수기준’을 고시할 수 있는 법적 근거를 마련하고 진료비 산정을 둘러싼 의료기관과 보험사업자간의 갈등을 해소하기 위하여 ‘의료보수심의회’를 설치·운영토록 하였다. 이후 3년 6개월간의 협상을 거쳐 정부, 보험사업자 및 의료기관 대표간의 합의로 1995. 6월 법정단일수가인 ‘자동차보험 의료보수기준’이 제정되었다.

1995. 6월 자동차보험 의료보수기준 제정에도 불구하고 의료기관과 보험사간의 진료비 산정을 둘러싼 분쟁이 지속되자 보험사업자에게 진료기록 열람권을 부여하고 의료기관이 교통사고 환자에게 진료비를 직접청구하는 행위를 금지하는 한편, 자동차보험 진료수가분쟁심의회 설치 의무화, 진료비 지급기간 명시 및 임의삭감 금지, 자동차보험 진료수가에 포함되어야 할 내용 등을 주요 내용으로 하는 자동차손해배상보장법을 개정(1999. 2월)하고, 1999. 10. 8부터 현재까지 세 차례에 걸쳐 ‘자동차보

험 진료수가(종별가산율)를 인하하고, 현재는 산업재해보상보험 수준으로 일원화시켰다.

## 나. 정부개입의 필요성

정부규제는 독과점, 공공재, 외부효과, 정보의 비대칭과 같은 시장실패(market failure) 요인에 대하여 정부가 규제를 통하여 시장실패의 요인을 줄임으로써 사회후생을 증가시키고 궁극적으로 공공의 이익을 실현시킬 수 있다는 것이다. 또한 시장에 맡겨 두었을 때 문제가 될 수 있는 사회형평성이나 분배의 정의 역시 정부의 적극적인 개입으로 해결할 수 있다(최진욱, 2002)는 시장실패이론 즉, 공익이론<sup>2)</sup>에서 비롯된다.

특히, 보건의료 서비스가 보통의 재화나 용역에서 발견되기 어려운 특수한 성질(의료수요의 불확실성, 소비자의 지식결여, 외부효과 존재, 자연적 독과점, 시장진입의 제한과 법적 독점, 구매대리인으로서의 의사 등)을 지니고 있으므로 보건의료 서비스의 수요와 공급을 경쟁시장에만 맡겨둘 수 없으며, 집단적 또는 사회적 대응이 효율적인 보건의료 서비스의 수급을 위해서 필요하다(이두호, 1992)는 견해다.

정부규제는 일반적으로 규칙제정(rule making)을 통하여 일어나는데 자동차보험제도를 규정하는 자동차손해배상보장법령과 자동차보험진료수가기준을 기초로 이상에서 살펴본 정부규제의 필요성을 파악할 수 있다. 첫째, 1983년 자동차보험 사업의 다원화 이후 1989. 6월까지 자동차보험 진료수가의 동결 조치로 인한 사회적 문제의 발생이다. 둘째, 의료보험 등 유관시장(relevant market)과 형평성의 문제이다. 셋째, 자동차보험

---

2) 정부규제는 정치적 원인에 따라 공익이론과 사익이론으로 구분된다. 공익이론은 광범위한 사회운동 또는 극적인 위기의 발생에 따라 기업이 일정한 책임을 다할 수 있도록 하기 위해 규제입법과 정책이 마련된다는 이론들이고, 사익이론은 특정산업이 자기의 이익을 보호하기 위해 또는 경쟁자에게 부담을 주기 위해 정치적 영향력을 사용한 결과 규제가 생겨나게 된다는 이론들이다(최병선, 2003).



산업의 보호정책이다. 네째, 법원판결액에 비해 월등히 낮은 책임보험 보상한도액 문제이다.

첫째, 1989. 6월 서울시 의사회를 중심으로 교통사고 환자 진료기관 계약해지 사태가 전국적 확산되므로 인해 교통사고 환자의 진료기피 및 교통사고 환자에게 진료비 직접청구 등 사회적 문제<sup>3)</sup>가 발생하였다. 이는 교통사고 환자 보호측면에서 정부규제의 직접적인 원인이 되었다고 볼 수 있다. 불의의 사고로 부상을 당한 교통사고 환자가 제때 적정진료를 받을 수 없으므로 인해 인간의 생명뿐만 아니라 기본권이 침해당할 소지가 크고 부상의 악화 및 후유장애의 발생으로 향후 삶의 질에 지대한 영향을 미치기 때문이다. 이는 의료가 공공재로서 어느 누구도 보건 의료서비스의 소비로부터 배제되어서는 아니되기 때문이다.

둘째, 앞서 <표-7> 에서 살펴본 바와 같이 의료보험과 산업재해보상 보험에서는 의료보험법과 산업재해보상보험법을 통하여 요양급여 범위, 요양급여기준, 의료수가, 진료비 청구·심사·지급방법등이 구체적으로 규정되어 있으나 자동차보험의 경우 명문규정이 없이 단지, 의료기관과 보험사업자간의 사적계약에 따르거나 의료법 제37조의2(의료보수)가 적용됨에 따라 의료기관과 보험사업자간의 계약여부에 따라 적용된 의료수가에 크다란 차이가 있었고 구체적인 보장범위가 법적으로 마련되어 있지 않음에 따라 공정한 시장이 형성되지 않았다고 볼 수 있다.<sup>4)</sup> 이는 시장경쟁 창달을 위한 소비자(피보험자)보호 차원의 규제와 독과점 및 불공정거래 규제의 일환으로 생각해 볼 수 있다.

---

3) 사회의 영향력 있는(significant) 집단이 사회적 표준에 어긋난다고 인식하거나 또는 사회조직의 어떤 측면을 파괴하는 것으로 인식한 어떤 상태를 의미한다. 즉, 사회의 많은 사람들이 느끼는 결함이나 기대에 미치지 못하는 상황을 의미한다. 또한, 정책결정자가 문제의식을 가지고 있던 사회문제는 곧바로 공식의제로 채택되어 정부정책에 반영되는 특성이 있다(노시평 외, 2001).

4) 정부규제의 일환으로 ‘독과점 및 불공정거래에 대한 규제(antitrust and unfair trade regulation)는 시장경쟁을 제한하는 것이 아니고 시장경쟁을 창달하기 위한 목적에서 이루어지는 규제라는 점에서 일반적인 경제적 규제와는 근본적으로 성격을 달리한다(최병선, 2003).

셋째, 1990년대 들어 급격한 영업수지 적자폭 확대 및 1996년 예정된 자동차보험료 자유화를 대비하여 자동차보험 산업의 보호정책의 일환으로써 정부규제의 필요성을 찾아볼 수 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 1995. 6월 ‘자동차보험 의료보수기준’ 제정전에는 유관시장에 비해 월등히 높은 의료수가와 더불어 주요 선진국에 비해 월등히 높은 교통사고율<sup>5)</sup>등으로 인한 자동차보험 영업수지 적자폭 확대등 손해보험사의 경영수지가 크게 악화되었기 때문이다. 1983년 자동차보험 사업다원화 이후 1994년까지 영업수지 누적적자가 2조3,346억원에 달하였다(고경모, 1995) 또한, 자동차보험 산업의 국제 경쟁력 제고를 위하여 1994년 4월부터 자동차보험료 자유화를 단계별로 시행키로 예정되어 있었다.

1995.6월 자동차보험 의료보수기준은 의료보험 진료수가의 비현실성<sup>6)</sup>을 감안하여 당시 의료기관 일반수가를 상당히 반영<sup>7)</sup>하였기 때문에 소비자(피보험자) 보호 차원과 의료보험 등 유관시장과의 형평성 차원에서 시장경쟁 창달을 위한 조치로 생각해 볼 수 있으나, 1999. 10. 8이후 세차례에 걸친 ‘자동차보험 종별가산율’ 인하는 단순히, 일물일가(一物一價)<sup>8)</sup>의 원칙과 건강보험 요양급여비용계약제 시행으로 인한 건강보험수

5) 현재까지도 선진 외국의 교통사고율(1% 수준)에 비해 우리나라는 2.0%의 높은 사고발생율을 보이고 있음(보험개발원, 2002). 1989년 교통사고 발생율 11.0%와 1993년 4.6%에 비해 상당히 호전됨.

구 분	미국	일본	영국	프랑스	한국
자동차대수(천대)	217,028	75,902	28,073	34,278	12,914
사고건수(건)	2,107,409	947,169	233,729	121,223	260,579
사고발생율	1.0%	1.2%	0.8%	0.4%	2.0%

6) 1977년 의료보험 도입 당시 정부는 12개 대형 종합병원의 자체수가를 조사하여 수가표의 75%수준으로 보험수가를 결정하였다고 발표하였으나 조사 대부분의 병원이 세무상의 이유로 실제 수가보다 낮게 제시함으로 인해 실제 보험수가는 일반수가의 45%수준으로 조사됨(한국의학원, 2002).

7) 1995.6월 자동차보험 의료보수기준에 의한 진료수가는 의료보험수가를 ‘1’로 볼 때, 의료보험수가 보다는 33% 높고 당시 지급수준 보다는 3% 낮은 수준에서 결정되었음. 전체적으로 의료보험수가 대비 133% 수준이었음(건설교통부, 1995).

8) 1995.6월 자동차보험 의료보수기준 제정 당시 재정경제기획원과 교통부는 의료보험 진료수가가 현실화되면 자동차보험 진료수가는 의료보험 진료수가와 일원화 되어야 함을 전제하였음. 특히 재정경제기획원은 2000년도에 의료보험수가와 일원화를 권고하였음(대한병원협회, 1995; 재정경제기획원, 1994).

가의 현실화를 전제로 손해보험사들의 국제경쟁력 제고와 합의금 등 보험금 지급수준의 제고(건설교통부, 1999)를 위하여 1995. 6월 자동차보험 의료보수기준 제정시와 달리 양업계의 협약 없이 건설교통부장관 고시로 자동차보험 중별가산율을 인하시켰기 때문이다.

네째, 보험약관상에 보험금 지급기준의 위자료, 상실수익액등이 법원에서 판결하는 금액에 비해 현저히 낮음으로 인한 자동차보험 배상한도액의 상향조정을 위하여 의료비에 대한 정부규제의 필요성을 찾아볼 수 있다. 1995. 6월 ‘자동차보험 의료보수기준’ 제정 후 1995. 7. 14 자동차손해배상보장법시행령 개정을 통하여 사망 및 후유장해 책임보험배상한도액을 상향조정 하였으나, 보험금 지급기준이 국가배상법, 근로기준법상의 보수 수준에도 미치지 못하고 법원판결액 대비 46%(1996년 58%, 1998년 62.5%) 수준에 불과하여 책임보험금 보상기준의 현실화에 대한 문제제기와 소송제기 건수의 꾸준한 증가(교통개발연구원, 1996, 1997)는 자동차보험료 조정권한을 갖고 있지 않은 건설교통부로서는 이를 보완하기 위하여 의료비에 대한 직접적인 가격규제를 시행하였다고 볼 수 있다.

## 다. 소 결

보건의료 산업은 독과점 산업으로 이미 의료인에 대한 면허제도와 의료기관의 개설 인·허가를 통하여 시장진입이 제한(진입규제 ; entry regulation)될 뿐 아니라 자원배분의 효율화와 사회후생의 극대화를 위해서 공공요금으로 분류되어 엄격한 가격규제를 받는 정부규제의 대표적 산업중의 하나이다. 또한, 진입규제, 가격규제와 더불어 지나치게 낮은 규제가격(regulated price)하에서 충분한 이윤을 확보하지 못함에 따라 서비스의 질을 저하시켜 수지를 맞추거나 이윤을 확대하려는 유혹을 방지하기 위하여 서비스의 질(quality of service)에 대한 규제도 병행되고 있다(최병선, 2003).

다른 어떤 산업보다도 정부규제가 많은 분야가 보건의료 산업분야라고 말할 수 있다. 하지만, 서비스의 고유한 특성이라고 지적되는 경제적 특성들로 면밀히 검토해 보면 다른 재화나 서비스에서도 나타나는 것으로 이를 보건의료 서비스의 고유한 특성이라고 보기에 어려운 것(Pauly, 1982)으로 보건의료 시장역시 다른 재화나 서비스에 대한 시장과 다를 바 없으므로 정부의 개입은 경쟁시장의 성립을 저해하는 요인을 제거하기 위해서만 허용되어야 하며, 비효과적인 형평성, 질 또는 안전성 확보 정책 및 의료비 억제정책으로 인하여 오히려 시장실패(market failure)를 악순환 시키고 자원의 낭비를 초래할 수도 있다.

또한, 정부규제의 일환인 경제적 규제<sup>9)</sup>가 처음에는 소비자 보호를 이유로 시작되었을 지라도 그것이 점차 시장경쟁으로부터 생산자(여기서는 손해보험사)를 보호하기 위한 방편으로 전환되는 속성이 있고, 특수한 이익집단의 정책요구, 정치가 및 관료의 사익추구 성향 등으로 인해 과장되거나 왜곡되어 정부의 활동은 독점적으로 이루어지고 명확한 목표의 정의나 계측이 없이 이루어 질 경우 비효율성을 파생시킬 수 있다(최병선, 2003).

따라서, 1995. 6월 ‘자동차보험 의료보수기준’ 제정으로부터 시작하여 1999. 10. 8 이후 세차례에 걸친 ‘자동차보험 진료수가(종별가산율)’ 인하로 현재는 산업재해보상보험과 동일한 수준임을 감안할 때, 소비자(피보험자) 보호 차원에서 시장경쟁 창달을 위한 정부규제의 시작이 가격규제등 특정 산업의 보호정책으로 일관될 경우 오히려 교통사고 피해자에게 역효과를 가져다 줄 수 있으므로 의료기관의 기본권과 자율성이 훼손되지 않는 범위 내에서 정부규제의 필요성이 정당화 될수 있도록 하여야 한다.

---

9) 경제적 규제는 진입규제, 가격규제 및 독과점 및 불공정거래 규제, 자율규제로 대별됨 (최병선, 2003).

### 3. 자동차보험 의료제도의 법·제도적 현황

사회적 규제는 시장경쟁과는 무관하게 기업(의료기관 포함)의 사회적 책임(social accountability)을 강조하는 것으로 기업활동이 인간의 보건과 생명, 삶의 질, 기본권등 중요한 사회적 가치를 침해하지 않도록 하는데 그 목적이 있다. 사회적 규제는 정부가 기업활동에 직간접적으로 간섭하는 것이기 때문에 자본주의 체제, 자유기업주의 체제에 대한 철학적, 이념적, 도덕적 논쟁을 야기하고 기업활동의 결과 파생되는 사회적 문제의 해결을 위해 간섭하는 것이기 때문에 이 체제의 속성과 마찰을 일으킨다(최병선, 2003).

또한, 정부규제는 개인과 기업의 자유와 재산권을 제약할 수 밖에 없으므로 헌법에 보장된 자유경제주의, 행동의 자유권, 기회균등 및 차별금지, 직업선택의 자유, 사유재산권 등의 시장경제원리와 부합되는 개인의 경제적 자유와 기본권 보호 측면에서 개인 재산권에 대한 정부의 간섭을 최소한으로 축소함으로써 개인간의 자율적이며 공정한 거래에 의하여 자원이 배분될 수 있도록 정부규제는 완화될 필요성도 있다(문상열, 2002).

#### 가. 자동차보험 진료기관 당연지정제

우리나라는 1977년 사회보험 방식의 의료보험제도 도입 당시에는 의료기관에게 요양기관 지정 신청권과 지정취소 신청권을 인정하여 의료기관의 자율성을 보장하였으나, 낮은 의료보험 수가로 인해 다수의 의료인이 요양기관으로의 지정을 거부하는 등의 문제가 파생(헌법재판소, 2002) 됨에 따라 보험자는 1979년 요양기관 계약제를 강제지정제로 전환하였다. 그러나 요양기관 강제지정제가 위헌의 소지가 있다는 헌법재판소의 판결(헌재결 '98. 5. 28, 96헌가1)에 따라 1999. 2월부터 의료기관을 설립하면 당연히 요양기관이 되는 요양기관 당연지정제로 변경되었다.

건강보험과 달리 자동차보험은 1962년 도입 후 1999. 2. 5 자동차손해배상보장법이 전면개정(법률 제5793호) 되기 전까지는 의료기관과 보험사(1983년 이전 한국자동차보험(주)간의 사계약제(계약병·의원 제도 또는 지정병원제도)로 운영되었다. 교통사고 환자의 대부분이 외과적 상해로서 적절한 진료시설을 갖춘 의료기관으로부터 신속한 치료가 실시되어야 하므로 유능한 전문의가 진료하는 의료기관과 미리 계약을 맺어, 진료지연에 따른 치료기간의 연장 또는 후유장해의 발생이나 사망에 이르는 불상사를 방지하고 신속한 치료를 제공하기 위함이었다(보험개발원, 2001).

그러나, 1999. 2월 건강보험 요양기관 당연지정제 시행과 함께 건설교통부는 자동차손해배상보장법을 전면개정 하면서 ‘자동차보험 진료수가’의 정의 및 적용범위(법 제2조제7호), 교통사고 환자에게 진료비 직접청구 금지(법 제11조제5항)등을 법제화 하였다. 자동차손해배상보장법에 교통사고 환자의 진료를 위한 요양기관에 대해서는 아무런 규정을 두고 있지 않지만, 의료기관은 의료법(제16조)상 환자 진료거부 금지로 인하여 교통사고 환자에게 의료행위를 제공하지 않을 수 없고, 진료수가는 건설교통부장관이 고시한 수가를 적용하여야 하고, 교통사고 환자에게 보험사업자가 지불보증한 진료비에 대하여는 직접청구치 못하도록 하고 있으므로 사실상 요양기관 당연지정제가 실시되고 있다(한국병원경영연구원, 2003).

건강보험 요양기관 당연지정제는 자유경쟁시장에서 민간이 자본을 투자하여 설립한 의료기관을 정부에서 강제로 참여시키는 것으로 정부규제의 표본이라 할 수 있다. 건강보험 진료수가의 비합리적인 책정으로 의료공급자가 경쟁에 살아남기 위해 부정진료와 과잉진료(또는 과소진료)를 행하게 되면서 의료서비스의 왜곡현상이 나타나 국민들의 부담을 가중시키는 결과를 초래하게 할 뿐 아니라, 급여기준이나 심사지침의 비합

리적 부분 때문에 부적절한 진료가 행해지는 경향도 있다(연세대학교 의과대학 예방의학교실, 2003).

국민의 보건과 사회보장의 증진을 위하여 국민에 대한 국가의 기본권 보호의무를 구체적으로 실현하기 위하여 요양기관 당연지정제가 도입되었으나 동 제도는 보험자와 요양기관의 대등한 계약적 관계를 무시하고 요양기관의 계약체결 여부에 대한 결정권을 박탈하여 보험자의 지배를 가능케 하고 의료서비스 수요자인 소비자가 자율적인 의사에 따라 의료서비스의 수준과 질에 대한 선택권을 행사할 수 있는 기회를 박탈(한국병원경영연구원, 2003)함으로써 의료공급자인 요양기관은 원가에도 미치지 못하는 저수가 체계하에서 양질의 의료서비스 향상 및 개발에 대한 동기 부여가 없어지고, 한정된 재원으로 극히 기본적인 범위내에서 제공된 의료급여는 의료수요자인 국민의 기대수준에 미치지 못하여 결국 의료서비스에 대한 불만족과 의료정책에 불신으로 이어지고 있다.

의사들의 기본 진료권을 제한하고 의료서비스에 대한 욕구를 제한해온 요양기관 당연지정제는 실질적인 국민의 기본권 보장에 역행하는 결과를 초래하였을 뿐 아니라 의료문화의 하향평준화, 고액의 의료비용의 해외 유출, 고급 의료인력의 해외 정착등 부작용을 유발하는등 의료발전을 저해하고 의료인의 자율권마저 통제하는 폐단을 초래하고 있다(김기성, 2002).

의료법에 의해 개설된 의료기관들은 시설, 규모, 수준면에서 다양함에도 자율적인 의사에 따라 요양기관으로 지정받아 의료급여를 행할지의 여부에 대한 선택의 기회를 부여하지 않고 요양기관 당연지정제를 시행함에 따라 헌법에 보장된 평등권과 직업선택의 자유를 침해할 뿐 아니라 민간 의료기관 스스로의 자본과 노력으로 의료재를 생산함에도 사회보험의 확충이라는 공익적 요구에 의해 요양기관으로 강제 편입하는 것은 의료기관의 재산권마저 침해할 뿐 아니라, 보험제도의 틀 안에서만 의료행위를 하도록 규정하는 나라는 자유민주주의를 표방하는 어느 나라의 입

법례에서도 찾아 볼 수 없는 것으로 기본권 제한의 한계를 넘어선 것이  
라 할 수 있다(황덕남, 2001).

<표-8> 외국의 요양기관 선정방식 및 병원소유 구조

(1997년 기준)

구 분	요양기관 선정방식	병원 소유구조		
		공공	민간 비영리	순수 민간영리
독일	보험의 편입계약제	62.3%	33.9%	3.8%
프랑스	보험의 편입계약제	75%	5%	19%
일본 <sup>1)</sup>	의료기관의 자율적신청	20.1%	79.9%	-
대만	요양기관지정계약제	14.3	85.7%	-
미국	의료인(기관) 자유계약	18.2%	71%	10.8%
영국	의료인(기관) 사적체계내 활동가능	91.3%	-	8.7%
한국	요양기관당연지정제	6.5%	93.5%	-

주1) 일본은 1998년 기준

자료 : 신수희, 2002; 남상요 2001; 김기성, 2002; 박기동, 2003

특히, 자동차보험에서는 보험사업자와 의료기관간의 법률관계가 공법  
관계냐 사법관계냐에 따라 국가가 공익의 실현수단으로써 자동차보험 요  
양기관 당연지정제도를 채택할 것인가가 결정되어야 함에도 불구하고,  
자동차보험 진료기관 계약제를 실시할 경우 교통사고 환자가 걱정된 의  
료급여를 받지 못할 것이라는 우려속에 의료기관과 보험사업자는 사법관  
계로 아무런 법률적 관계가 없음에도 사실상 자동차보험 진료기관 당연  
지정제를 시행함으로써 의료기관의 기본권을 침해하고 있다(한국병원경  
영연구원, 2003).

자동차보험 진료기관 계약제 시행으로 교통사고 환자가 걱정된 의료  
급여를 받지 못할 것이라는 우려는 현행 자동차손해배상보장법의 피해자  
보호장치와 진료비 심사청구제도를 보면 불필요한 우려로 볼 수 있다.  
자동차손해배상보장법에는 피해자 보호차원에서 보험금 및 자동차보험  
진료수가 등에 대하여는 보험사업자에게 교통사고 환자의 직접청구권을



허용하고 있음은 물론이고 진료수가는 건설교통부장관이 고시한 수가를 적용토록 되어 있으므로 의료기관이 교통사고 환자에게 진료비 직접청구로 인한 폐단(의료기관 일반수가와 자동차보험 진료수가 차이를 보험사업자가 보상하지 않음에 따라 순전히 교통사고 환자의 부담으로 전가)은 거의 해소되었다.

또한, 자동차보험에서 별도 규정하고 있지 않은 건강보험 비급여 항목을 포함하여 교통사고 환자가 의료기관에 직접 지급한 진료비도 자동차손해배상보장법 제15조에 의한 자동차보험 진료수가분쟁심의회에 심사 청구할 수 있는 대상이 되므로 종전과 같은 폐단은 있을 수 없다. 교통사고 환자가 의료기관에 선지급한 진료비에 대하여 보험사업자에게 사후정산을 요청하거나 본인에게 직접지급할 것을 요청한 경우, 이에 따른 진료비도 보험사업자가 지급한 의료비에 포함되므로 교통사고 환자를 대신하여 보험사업자는 자동차보험 진료수가분쟁심의회에 심사청구할 수 있기 때문이다.

자동차보험 진료기관으로 계약을 맺지 않은 기관에서 진료를 받았을 경우 교통사고 환자가 선지급하고 사후 정산받거나 진료중 보험사업자에게 진료비 직접청구권을 행사함으로써 현행 제도보다 불편이 어느 정도 있을수 있지만, 현행 자동차보험 진료기관 당연지정제는 책임보험의 낮은 배상한도액으로 기인한 장기재원 등 소위 나이롱(부재중) 환자와 각종 보험사기의 지속적인 증가등에 대하여 효과적으로 대처할 수 없는 등 많은 문제점을 내포하고 있다.

실제로, 자동차보험 진료기관 당연지정제는 헌법에 보장된 의료인과 의료기관의 기본권을 훼손할 뿐 아니라 보건의료 자원의 낭비와 피보험자(가입자)에 대한 보험료 부담을 가중시키는 등 많은 부작용을 초래하고 있다. 2002. 10~2003. 3까지 대한손해보험협회가 1,956개 병·의원의 자동차보험 입원환자 11,235명을 대상으로 점검한 결과, '5명중 1명'이 소위 나이롱(부재중) 환자로 드러났으며 부재율도 1998년 12.0%에서

2002년 20.0%로 꾸준히 증가하고 있다.

이중 대부분이 보험금을 노린 허위·위장 환자<sup>1)</sup>로, 자동차보험 책임보험 배상한도액의 비현실성에 기인하고 있지만, 우리나라 자동차보험 환자의 입원율은 일본의 13.7%에 비해 약 5.5배에 달하는 75.1%에 달하고 있음은 피해자 보호 차원에서 건강보험등과의 지나친 의료의 형평성 추구로 인한 비효율의 대표적 사례라 할 수 있다. 또한, 허위진단서 발급, 의료기관 공모 기왕증 치료에 따른 보험금 청구, 고액일당 및 장해보상을 받기 위한 장기입원 및 과잉치료등 각종 보험사기가 발생의 원인이 되고 있다(안철경 외, 2002).

<표-9> 연도별 환자 부재율 현황

1997	1998	1999	2000	2001	2002	평균
12.1%	12.7%	16.0%	21.0%	17.5%	20.0%	16.55%

자료 : 한국교통장애인협회, 2002; 대한손해보험협회, 2003

<표-10> FY2000 의료기관종별 입원현황

(단위 : 건, %)			
구 분	총건수	입원건수	입원율
종합전문요양기관	12,422	8,552	68.8
종합병원	96,002	61,201	63.7
병원	152,479	109,710	72.0
의원	377,304	299,241	79.3
계	655,420	491,948	75.1

자료 : 보험개발원, 2002

1) 대한손해보험협회 의료점검단이 '97년 한해 동안 교통사고로 입원한 환자 9,668명을 대상으로 조사한 결과 전체 조사환자의 11.9%가 부재중 환자로 이중 대부분이 보험금을 노린 허위·위장 환자로 드러났다(이종환, 2000).

## 나. 자동차보험 진료수가 수준 및 결정방식

건설교통부는 1995. 6월 ‘자동차보험 의료보수기준’ 제정 후 1999. 10월부터 세차례에 걸쳐 ‘자동차보험 종별가산율’을 인하하고 현재는 산업재해보상보험 종별가산율 수준(종합전문요양기관은 45%, 종합병원은 37%, 병원은 21%, 의원 15%)으로 인하 시켰다. 자동차보험 종별가산율의 인하 배경은 ‘일물일가(一物一價)의 원칙(동일행위, 동일가격)’과 건강보험 ‘요양급여비용계약제’ 시행으로 수가현실화를 전제하고 손해보험사의 국제경쟁력 제고와 책임보험의 배상한도액 확대를 위하여 시행하였다(건설교통부, 1999).

자동차보험 진료수가는 건강보험 진료수가를 준용하되 의료기관 종별가산율만 달리 정하도록 되어 있다. 현재 자동차보험 종별가산율은 교통사고 환자의 특성을 반영한 것으로 산업재해보상보험 종별가산율을 준용하였다. 교통사고 환자의 특성이 외상성, 응급성, 장기성, 진료비의 타인 부담등 산업재해 환자와 유사하다는 이유에서 비롯되었다. 또한, 1995. 6월 ‘자동차보험 의료보수기준’ 제정시 반영된 약가 및 재료대에 대한 가산율은 의료보험 및 산재보험과 달리할 이유가 없다 하여 1999. 9. 8 ‘자동차보험진료수가에관한기준’ 제정시 폐지하였다.

<표-11> 자동차보험 종별가산율 변경 내역

구 분	종합전문	종합병원	병원	의원
'99.10.8 <u>행위료<sup>주)</sup></u>	260%	209.1%	140.4%	129.9%
이전 약제·재료대	130%	120%	110%	110%
'99.10.8~'01.10.7(1차)	200%	172%	129%	122%
'01.10.8~'03.10.7(2차)	166%	150%	123%	117%
2003.10.8 이후(3차)	145%	137%	121%	115%

주) 의료보험 종별가산율을 적용한후 자동차보험 종별가산율 추가적용한 가산율

보험사업자들은 교통사고 환자와 건강보험 환자간에 진료내용에 큰 차이가 없음에도 불구하고 진료수가가 다르게 적용되는 것은 불합리한 것으로 건강보험 진료수가의 지속적인 상승으로 인해 손해보험사의 경영을 크게 압박하고 자동차보험료의 인상 억제 등 보험계약자 보호를 위해서는 자동차보험 진료수가와 건강보험 진료수가가 일원화 되어야 함을 주장하는(대한손해보험협회, 2001) 반면, 의료업계는 저수가 정책의 산물인 건강보험 진료수가 및 기준을 준용함에 따라 의료기관의 경영수지를 악화시키고 교통사고 환자의 적정진료에 장애로 작용하고 있다고 주장하고 있다(대한병원협회, 2003).

현재 건강보험 진료수가의 원가수준에 대하여 많은 논란이 있다. '의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발' 1차 연구결과에 의하면 1997년 10월 현재 원가의 64% 수준으로 밝혀 졌으며, 이를 기초로 하여 보건복지부는 2000. 7월 우리나라 의료보험수가의 원가를 80% 수준으로 추정하였다(건강연대, 2002) 이에 대하여 2000. 11월 국민건강보험공단 재정운영위원회 소위원회는 보건복지부 추정은 이론적, 실증적 아무런 근거가 없는 것으로, '97. 10월 원가보전율은 96.1% 로 이후 2000. 9월 까지 수가인상으로 원가보전율은 138.1% 로 증가되었으며, 의약분업에 의한 수입감소분 약 30%를 차감하더라도 원가보전율은 약 108% 수준으로 분석하였다.

하지만, 건강보험 진료수가의 원가수준에 대한 논란을 해소하고 2002년 건강보험 상대가치 환산지수(점수당 단가) 결정을 위하여 보험자, 의료공급자 및 건강보험정책심의위원회(보건복지부장관 산하기구)가 공동으로 서울대경영연구소, 연세대보건정책및관리연구소, 한국보건사업진흥원, 한국보건사회연구원에 의뢰한 '요양기관종별 경영수지분석자료에 의한 원가분석 연구'에 의하면 현행 원가수준은 의료기관 종별로 상당한 차이가 있는 것으로 조사되었으며, 종합전문요양기관 약 82%, 종합병원 약 87.5%, 병원 약 93.1%, 의원(의과)은 약 98.6% 수준으로 조사되었다.

<표-12> 의료기관 종별 환산지수

구분	종합전문	종합병원	병원	의원
원가기준 환산지수	67.6원	63.3원	59.5원	56.20원
경영수지기준 환산지수	51.7원	51.4원	51.6원	44.99원
현행 환산지수	55.4원			

자료 : 안태식 외, 2002

건설교통부장관에 의한 자동차보험 진료수가 고시제는 <표-7> 에서 살펴본 바와 같이 의료보험등 타보험과의 형평성과 의료기관과 보험사업자간의 거래질서의 적정성을 도모하기 위하여 도입된 제도이다. 그런데, 자동차보험 진료수가 고시제의 주된 이유중의 하나인 타보험과의 형평성은 2000년부터 건강보험에서 보험자와 의료공급자간에 ‘요양급여비용계약제’를 통하여 건강보험 진료수가를 결정토록 함으로써 자동차보험 진료수가 고시제에 대한 논란이 일고 있다.

자동차보험 진료수가 고시제는 진료수가를 둘러싼 보험사업자와 의료기관간의 분쟁을 사전에 예방하고, 협의과정에서의 거래비용 절감등을 목적으로 하는 제도로서 자동차사고 피해자 보호와 직접적 관련성은 적은 것으로서 오히려 교통사고 환자의 특수성을 고려치 않고 저수가 체계의 건강보험수가를 준용함으로써 의료기관에서 진료수익성이 낮은 자동차보험 환자를 기피케 하는 현상을 유발시킬 수 있고 이로 인하여 피해자의 완전한 회복과 보호를 목적으로 하는 자동차손해배상보장법의 입법 목적에 배치되는 제도이다(한국병원경영연구원, 2003).

현행 자동차보험 진료수가 고시제는 건설교통부장관이 자동차보험 진료수가분쟁심의회 의견을 들어 결정토록 함으로써 양업계의 협약을 기초로 하여 자동차보험 진료수가가 결정되는 것처럼 보일 수 있으나 자동차보험 진료수가분쟁심의회는 법적 성격은 양업계 협의체 기구로써 자동차보험 진료수가기준 개정 건의 등의 기능을 수행하는 건설교통부장관의

자문기구<sup>2)</sup>에 불과하기 때문에 건강보험 요양급여비용계약제와 같이 보험자와 의료공급자간의 계약이 이루어지지 않을 경우 보건복지부장관이 고시하는 방식과 상당한 차이가 있다.

현재 건강보험에서는 종전의 의료보험수가 결정방식이 보험재정과 정부의 물가정책등이 우선 고려되어 의료보험수가가 결정되므로써 요양기관의 요구를 전적으로 반영하기 어려웠을 뿐만 아니라, 그 절차가 비공개적이고 투명하지 못함으로써 결정된 의료보험수가에 대한 요양기관의 불만이 상존해 오며 따라 요양급여비용의 지급(보험자)·수령(의료기관) 주체가 서로의 입장을 이해하여 요양급여비용을 결정하고, 계약절차를 공개하고 투명하게 함으로써 체결된 계약내용에 대한 요양기관의 수용성을 제고시키기 위하여 2001. 1월부터 요양급여비용계약제를 실시하고 있는 것과 상당한 대조를 이룬다(건강보험심사평가원, 2000).

건강보험의 경우 ‘요양급여의 방법, 절차, 범위·상한기준’ 등 고시에서 정하여야 할 위임의 내용, 즉, 요양급여의 기준이 되는 사항에 대하여 법에서 정하여 두고 있으나, 자동차손해배상보장법의 경우 진료수가의 기준을 고시에 정하도록 하면서, 고시에서 정할 내용을 건설교통부장관에게 위임(자동차손해배상보장법시행규칙 제5조)하여 진료수가 기준의 내용을 건설교통부장관이 입법절차에 의하지 아니하고 변경할 수 있도록 되어 있어 포괄위임의 형식을 취하고 있어 위헌의 소지도 있다.

또한, 건강보험과 달리 공보험이 아닌 사보험에 의한 진료수가를 국가에서 정한 획일적인 기준에 의하여 강제하고 있어 사적자치의 원칙을 침해할 뿐 아니라, 의료법 제16조(진료의 거부 금지 등)에 의하여 교통사고 환자에 대한 진료를 강제하면서 사보험인 자동차보험에 의하여 수령하는 진료수가 마저 고시에서 정한 기준을 강제하는 것은 직업의 자유, 재산권의 보장 및 경제질서의 기본의 규정을 침해하고 있다(황덕남, 2001).

---

2) 자동차보험 진료수가분쟁심의회는 이해관계인(의료계, 손해보험업계)의 의견을 청취토록 절차보장을 위한 자문기구로 건설교통부장관이 자동차보험 진료수가분쟁심의회 의견 내용에 기속되는 것은 아님을 밝힘(건설교통부, 1999).

## 다. 자동차보험 진료수가기준 및 진료비 직접청구 금지

건설교통부는 1995. 6월 ‘자동차보험 의료보수기준’을 마련하였으나 객관적인 진료기준 미비로 진료비 산정을 둘러싼 의료기관과 보험사간의 분쟁이 지속되자, 1999. 9. 8 ‘자동차보험진료수가에관한기준’을 제정하면서 보건복지부장관이 의학적으로 보편·타당한 방법·범위 및 기술 등으로 인정한 진료기준(고시 및 지침을 포함한다) 및 국민건강보험법 제42조제1항과 동법 시행령 제24조의 규정에 의하여 보건복지부장관이 고시하는 건강보험요양급여행위및그상대가치점수(건강보험기준)을 준용토록 하였다.

또한, 의료기관이 응급치료 및 신속한 진단 등 우선 다급한 입장에 있는 환자에게 즉시 진료수가를 지급받기 위하여 또는 진료수가를 구체적인 진료기록에 의하지 않고 청구할 목적 등으로 교통사고 환자에게 진료수가를 선지급하게 하거나 직접 지급할 것을 요구하는 사례가 있어, 의료기관의 진료비 직접청구 행위로 경제적 약자인 교통사고 환자가 안심하고 진료를 받을 수 있도록 하고 의료기관과 보험사업자간에 진료비 부담을 둘러싼 잦은 분쟁을 방지하기 위하여 의료기관이 교통사고 환자에게 진료비를 직접 청구하는 행위를 법으로 금지하였다(김정렬 외, 2001).

의료기관과 보험사간의 진료비 산정을 둘러싼 분쟁을 해소하기 위하여 준용토록 한 건강보험 진료수가기준(행정해석, 산정지침 및 심사기준 등 포함)의 적정성에 대한 논란은 1977년 의료보험이 도입된 이래 현재까지 지속되는 현안과제로 환자의 치료받을 권리와 의료인의 직업수행 자유를 제한하고 환자와 의사간 불신을 조장함으로써 막대한 사회불신 비용을 초래할 뿐 아니라, 현행 진료비 심사기준의 상당부분이 의학적 타당성이 떨어지거나 의학기술의 변화추이에 부응하지 못하고 있어 의료의 질을 떨어뜨리고 이미 제정된 심사기준이나 심사지침에 대해 평가나 정비노력이 미흡하여 심사기준에 대한 신뢰성을 확보되지 못하고 있다(이

선회, 2003).

이러한, 진료비 심사기준의 문제는 진료과정에서 환자의 편익을 높일 수 있는 의료행위나 신기술에 대해 건강보험 급여로 인정하지 않으면서도 본인부담하에 환자가 이용할 수 있는 기회마저도 확일적으로 차단하므로써 환자의 치료권리와 선택권을 제한할 뿐 아니라 의료기관으로 하여금 요양급여 기준에 명시된 비급여 대상 이외에 환자의 요구 및 진료 특성상 일부 항목을 임의비급여(환자본인부담)으로 처리(최병호 외, 1997) 하게끔 조장하고 있다. 2001년 현재 본인부담 구성비 중 임의비급여는 입원의 경우, 1996년 5.7% 보다 33% 감소한 3.8%수준에 이르고, 외래의 경우 1996년 8.7%보다 83% 증가한 15.9%에 이르고 있다 (이진경, 2002).

<표-13> 임의비급여의 유형

구 분	내 용
유형 1	실제 진료에 소요된 일부 약제, 검사, 수술및처치, 재료대등에 대하여도 요양급여기준 및 진료수가 산정방법에 의거 소정의 진료수가에 포함되어 별도 징수할 수 없도록 규정되어 있어 이에 대한 보상을 위하여 비급여 처리되는 경우
유형 2	의료기술의 발달로 인한 특수 또는 새로운 진료행위, 재료대등에 대하여 보건복지부장관의 승인절차가 정기적으로 신속하게 이루어지지 않고 있어 승인기간 이전에 비급여 처리되는 경우
유형 3	건강보험 진료수가기준 및 보건복지부의 유권해석에 의거 삭감이 우려되어 비급여 처리되는 경우

자료 : 최병호 외, 1997



<표-14> 의료기관종별 진료형태별 임의비급여 구성비

(단위 : %)

구분	종합전문	종합병원	병원	의원	계
입원	2.6	3.4	4.3	7.6	3.8
외래	1.9	7.0	15.5	22.2	15.9

자료 : 이진경, 2002

<표-15> 진료형태별 임의비급여 항목별 구성비

(단위 : %)

구분	지정 진료	병실 차액	식대	CT MRI	초음파	투약 주사	마취	물리 치료	수술 치치	검사 X선	기타
입원	1.0	2.3	0.3	-	-	23.4	0.9	1.7	17.5	8.6	44.3
외래	0.1	0.0	0.0	-	-	15.3	0.1	0.2	4.9	19.4	60.1

자료 : 이진경, 2002

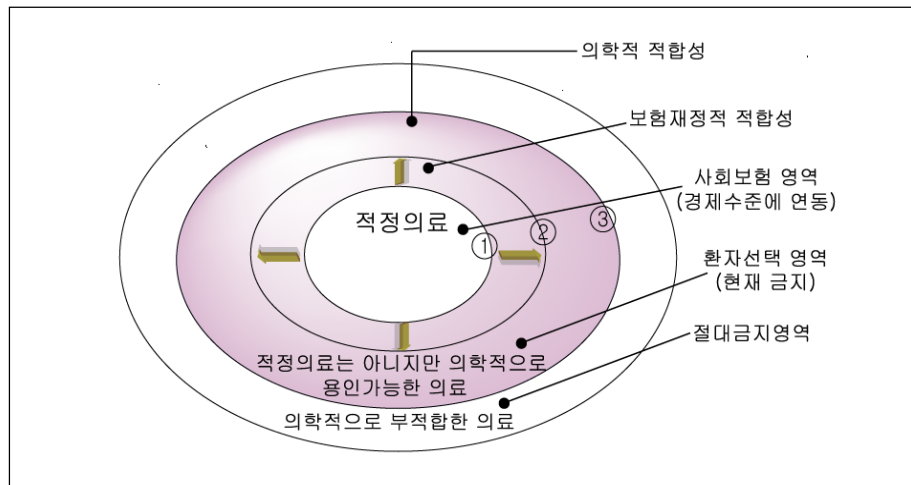
임의비급여 유형중 유형1과 유형2는 행위별수가, 약가 및 재료대 산정이 점진적으로 세분화 되어감에 따라 진료비청구 및 심사업무의 복잡함을 해소하고 건강보험수가체계의 합리적 개편을 위하여 도입된 ‘부분별 포괄수가제(의료보험연합회, 1997)와 미결정행위 등의 급여여부 결정 지연으로 인한 문제이다. 새로운 의학기술과 신소재, 신약이 개발되어 가는 과정에서 의학적 진단 및 치료방법에도 급격한 변화가 일어나고 있음에도 건강보험 진료수가기준에 이를 적정하게 반영하지 못함에 따라 야기되는 문제이다.<sup>3)</sup>

3) 단적인 예로 복강경하 시술·관절경내 시술을 들수 있다. 신의료기술(복강경하 시술 및 관절경내 시술) 도입으로 재원일수 단축 등 진료비용이 절감되고 환자의 조기회복 등 환자편익을 제고시키는 장점이 있음에도 진료수가를 포괄화하므로써 동 시술시 사용된 고가의 일회용 치료재료 등에 대한 보상미흡으로 의료기관에서 환자에게 임의비급여 시키고 있음(보건복지부, 2003). 특히, 자동차보험에서는 환자에게 진료비 직접청구 금지 조항으로 인해 환자가 동의를 하여도 시술을 꺼리고 있는 실정임.

임의비급여 유형중 유형3은 건강보험 요양급여기준 및 산정지침에 따라 행위 및 약제·재료의 사용을 제한함으로써 파생되는 문제점이다. 최근 ‘적정부담·적정급여’로 전환을 통하여 건강보험 보장성을 강화해야 한다는 논의가 활발히 진행중인 가운데 건강보험 진료비 심사기준도 동일 차원에서 거론되고 있다. 국민의료보험관리공단의 연구에 의하면 ‘회수제한 약제·재료’가 보험급여 확대 우선순위 중 3순위로 선정될 만큼 심각한 수준으로 소요재원도 2000년 기준으로 2,481억원에 달하고 있다(김용익 외, 2000).

건강보험 재정절감 차원에서 진료비 심사기준 운영은 과도한 진료비 삭감으로 이어져 진료비 심사의 공정성과 신뢰성을 저해하고 요양기관과의 소모적인 갈등을 야기할 뿐 아니라 진료행태의 왜곡 및 필수서비스 제공억제등으로 인해 의료서비스의 질을 저하시켜, 결과적으로 또 다른 사회비용을 초래하는 부정적 효과들을 야기하고 있으므로 의료행위와 급여기준과의 관계 재정립이 필요하다(이선희, 2003). 건강보험 재정절감 차원에서 진료비 심사기준은 정당한 의료행위도 불법을 간주함으로써 임의비급여등 문제가 지속되고 있는 것이다.

의료행위는 <그림-2>와 같이 구분할 수 있는데 의료행위는 의학적 적합성에 따라 적합한 영역과 부적합한 영역으로 구분되고, 이중 적합한 영역에 대해선 사회자원의 가용성을 고려한 보험재정 적합성에 따라 급여영역과 그 외의 영역으로 분류된다. 정당한 의료행위는 ①과 ②가 모두 해당되는 것이지만, 건강보험법은 이들 정당한 의료행위중 보험급여 행위(①)만을 적법하게 인정할 뿐 정당한 의료행위(②)에 대해선 일부만을 합법적 행위로 인정하고 나머지 행위들에 대해 미결정행위로 규정, 건강보험법의 허가유무에 따라 불법적 의료행위로 간주하고 있다.



<그림-2> 의료행위의 성격에 따른 소비자 선택권 보장범위

자료 : 이선희 외, 2002

진료비 심사기준이나 지침에 명시되지 않거나 기준 밖의 의료행위도 의료법에서 정당한 의료행위로 간주되고 있음에도 건강보험법상 불법행위로 간주하여 급여로 보상되지도 않고 환자에게 부담시키지도 못하도록 함으로써 의료행위 제공자체를 차단하고, 환자치료를 위해 실제 사용되어야 할 필수 의료행위나 약제사용이 제한되므로써 환자의 치료받을 권리를 침해하고 의료서비스 질 저하를 제도적으로 조장하는 결과를 초래하고 있다.

진료비 심사기준은 환자와 의료공급자의 선택권을 제한한다는 점에서 위헌의 소지가 있는 것으로 지적되고 있는 가운데 실제로 1997년 서울 소재 10개 대형병원장이 진료비 심사기준을 초과한 진료비를 환자로부터 불법징수 하였다는 이유로 사기죄 기소되었으나 2002. 8. 30 무죄판결을 받음으로써 진료비 심사기준(임의비급여 불인정)의 법적 타당성에 대한 문제가 제기되고 있다. 또한, 자동차손해배상보장법 제11조제5항(교통사고 환자에게 진료비 직접청구 금지)은 환자의 선택권을 제한뿐 아니라 의료기관의 기본권을 침해하고 있다는 이유로 현재 헌법소원중에 있다.

## 라. 소 결

자동차손해배상보장법 목적(제1조)에 의거 피해자 보호를 위하여 진료기관 당연지정제와 교통사고 환자에게 진료비 직접청구를 금지하고, 보험사업자와 의료기관간의 진료비 산정을 둘러싼 분쟁을 해소하기 위하여 건강보험 재정절감 차원에서 도입된 건강보험 진료수가기준 및 심사지침 등을 준용함으로써 오히려 교통사고 환자의 적정진료권을 침해하고 불필요한 입원 등으로 피보험자의 보험료 부담을 가중시키고 있다.

교통사고 환자에게 보험금 및 진료수가 직접청구권을 보장하고 진료기관계약에 상관없이 자동차보험 진료수가를 적용(자동차손해배상보장법 제2조제7호)토록 함은 물론이고 교통사고 환자가 의료기관에 직접지급한 진료비도 자동차보험 진료수가분쟁심의회 심사청구의 대상이 되므로써 1999. 2월 자동차손해배상보장법 개정전 교통사고 환자에게 진료비 직접청구로 인한 폐단은 거의 해결되었다.

이제는 자동차보험 진료기관 당연지정제가 교통사고 환자의 피해를 보장하기 보다는 각종 보험사기와 지나친 입원율, 장기재원 등 피보험자의 보험료 부담을 가중시키는 폐단을 초래하고, 자동차보험 진료수가 고시제와 결합하여 실질적으로 보험사업자 일방의 영리를 보장하는 수단으로 작용할 뿐 아니라 보험사업자와 아무런 법적관계가 없음에도 자동차보험 진료기관 당연지정제 시행은 의료기관의 기본권을 침해하는 것은 물론이고 자유시장경제체제를 근간으로 하는 우리나라 경제질서에도 부합되지 않는 것이다(한국병원경영연구원, 2003).

또한, 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위하여 필요한 최선의 진료를 다하도록 의무화 하면서 그 진료는 건강보험 진료수가기준을 준용하여 진료토록 하는 것은 의사의 진료재량권을 침해함은 물론이고 결국 그 피해는 교통사고 환자에게 전가되고 이로 인한 손해는 보험사업자에 돌아갈 수 있으므로 교통사고 환자가 원할 경우, 진료 선택권을 인정함으로써 우리나라 후천적 장애의 10%를 차지하는 교통사고 장애인수를 줄

이고 적절한 진료를 보장하지 못함으로 인한 폐단의 악순환을 방지하여야 한다.

따라서, 교통사고 피해자에게 적정진료를 보장하는 범위내에서 의료기관의 기본권과 현행 제도의 모순으로 인한 폐단을 방지하기 위해서는 진료기관계약제 및 진료수가계약제의 조속한 도입과 환자의 진료 선택권을 허용함으로써 환자의 치료받을 권리가 충분히 보장될 수 있는 방향으로 법·제도적 개선방안을 강구하여야 할 것이다.

## IV. 자동차보험에 대한 의료기관의 인식도

### 1. 응답자 및 의료기관 일반특성

조사에 응한 전체 응답자는 211명이었는데, 성별분포는 남자 138명(65.5%), 여자 73명(34.6%)이었고, 연령별 분포는 30세 이하가 22명(10.4%), 31~40세 이하 117명(55.5%), 41~50세 이하 62명(29.4%), 51세 이상 10명(4.7%)으로 31~40세 이하가 전체 응답자의 55.5%로 가장 많이 분포하였다. 재직기간별로는 10년 이하가 91명(43.1%), 11~20년 이하 103명(48.8%), 21년 이상 17명(8.1%)이었다. 또한, 직책별로는 원무담당자가 88명(41.7%)으로 가장 많았고 그 다음으로 심사청구자 67명(31.8%), 행정책임자 56명(26.5%) 순이었다.

의료기관의 일반특성 분포를 보면, 의료기관 종별로 종합전문요양기관이 48명(22.7%), 종합병원 163명(77.3%)이었고, 소재지 별로는 서울 및 6대광역시에 소재하는 의료기관에 종사하는 응답자가 105명(49.8%), 중소도시 106명(50.2%)으로 고른 분포를 보였다. 의료기관 설립형태별로는 국·공립이 50명(23.7%), 학교법인이 81명(38.4%), 의료법인·개인·기타가 80명(37.9%)이었다.

연간 총진료수익 중 자동차보험 진료수익별로는 5%미만이 109명(51.7%)으로 가장 많았고 5~10%미만은 72명(34.1%), 10%이상은 30명(14.2%)순이었다. 병상규모별로는 중소병원으로 분류되는 299병상 이하가 76명(36.0%), 중대형 의료기관인 300~499병상 이하가 43명(20.4%), 대형의료기관으로 분류되는 500병상 이상이 92명(43.6%)로 가장 높은 응답율을 보였다.

<표-16> 응답자 및 의료기관 일반특성

(단위 : 명, %)

구 분		사례수	%
전 체		211	100.0
성별	남자	138	65.4
	여자	73	34.6
연령	30세 이하	22	10.4
	31~40세 이하	117	55.5
	41~50세 이하	62	29.4
	51세 이상	10	4.7
재직 기간	10년 이하	91	43.1
	11~20년 이하	103	48.8
	21년 이상	17	8.1
직책	행정책임자	56	26.5
	원무담당자	88	41.7
	심사청구자	67	31.8
의료기 관종별	종합전문	48	22.7
	종합병원	163	77.3
소재지	서울,6대광역시	105	49.8
	중소도시	106	50.2
설립 형태	국공립	50	23.7
	학교법인	81	38.4
	의료법인,개인,기타	80	37.9
자보 수익	5%미만	109	51.7
	5~10%미만	72	34.1
	10%이상	30	14.2
병상 규모	299병상 이하	76	36.0
	300~499병상 이하	43	20.4
	500병상 이상	92	43.6

## 2. 자동차보험 일반특성에 대한 인식

### 가. 자동차보험 성격

현재 민간보험사(11개 손해보험사와 4개 공제조합)에 의해 운영되고 있는 자동차보험 책임보험의 법·제도적 성격이 사회보험인지 아니면 사보험인지에 대한 응답자의 인식을 파악하였다. 조사결과 전체 응답자의 166명(78.7%)이 사보험이라고 응답하였고 반면, 사회보험이라고 응답한 응답자는 43명(20.4) 이었다.

우선 성별로는 남자가 114명(82.6%), 여자가 52명(71.2%)으로 사보험이라고 응답하였고 사회보험이라고 답한 응답자 중 남자가 24명(17.4%), 여자가 19명(26.0)으로 비율로는 여자가 사회보험으로 인식하고 있는 정도가 조금 더 높았다. 연령별로는 30세 이하의 40.9%가 사회보험이라고 응답한 반면, 31세 이상에서는 대다수가 사보험이라 응답한 비율이 높았으며 연령별로는 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < 0.05$ ).

재직기간별, 직책별, 의료기관종별, 의료기관 소재지별, 의료기관 설립 형태별, 연간 총진료수익 중 자동차보험 진료수익별로 응답자의 대다수가 자동차보험 책임보험의 성격이 사보험으로 인식하고 있었으며 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 다만, 병상규모에 따라, 299병상 이하는 20명(26.3%)이 사회보험이라 응답하였고, 56명(73.7%)가 사보험이라고 응답하였으나 300~499병상 이하는 13명(30.2%)가 사회보험이라 응답하였고 30명(69.8%)가 사보험이라고 응답하여, 500병상 이상에서 10명(10.9%)이 사회보험이라 응답하고 80명(87.0%)이 사보험이라고 응답한 것과 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p < 0.05$ ).

또한, 자동차보험이 사보험이라고 생각하는 이유를 조사한 결과, 민간보험사 운영이 31%, 사회연대성 강화보다 보험가입자의 위험보장이 18%, 사적계약에 의한 보험료징수가 18%, 보험가입자가 보험료 전액



부담이 14%, 대인배상 II 임의가입이 12%, 사고율에 따라 보험료 부과 7% 순으로, 응답자들은 자동차보험이 피해자 보호를 위해 가입을 강제하고 있으나 동 제도의 운영주체와 운영목적, 보험료 징수 측면에서 사회보험과 상당한 차이가 있는 것으로 인식하고 있었다.

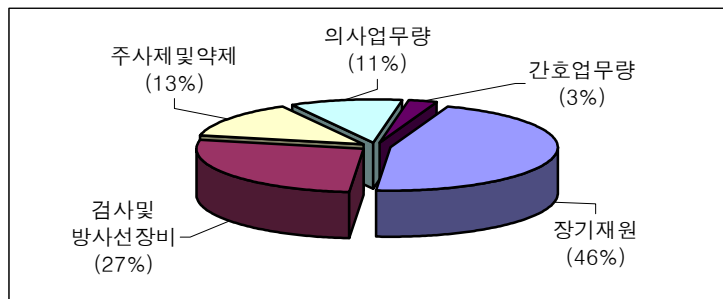
<표-17> 자동차보험 성격에 대한 인식

(단위 : 명(%))

구 분	사회보험	사보험	계	$\chi^2$ (p값)	
전 체	43(20.6)	166(79.4)	209(100.0)		
성별	남자	24(17.4)	114(82.6)	138(100.0)	1.978
	여자	19(26.8)	52(73.2)	71(100.0)	(.113)
연령	30세 이하	9(40.9)	13(59.1)	22(100.0)	
	31~40세 이하	16(13.9)	99(86.1)	115(100.0)	9.730
	41~50세 이하	16(25.8)	46(74.2)	62(100.0)	(.021)
	51세 이상	2(20.0)	8(80.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	24(26.7)	66(73.3)	90(100.0)	
	11~20년 이하	17(16.7)	85(83.3)	102(100.0)	3.805
	21년 이상	2(11.8)	15(88.2)	17(100.0)	(.149)
직책	행정책임자	13(23.2)	43(76.8)	56(100.0)	
	원무담당자	13(14.8)	75(85.2)	88(100.0)	3.290
	심사청구자	17(26.2)	48(73.8)	65(100.0)	(.193)
의료기 관종별	종합전문	5(10.6)	42(89.4)	47(100.0)	2.921
	종합병원	38(23.4)	124(76.5)	162(100.0)	(.087)
소재지	서울,6대광역시	19(18.1)	86(81.9)	105(100.0)	.518
	중소도시	24(23.1)	80(76.9)	104(100.0)	(.472)
설립 형태	국공립	10(20.4)	39(79.6)	49(100.0)	
	학교법인	13(16.2)	67(83.8)	80(100.0)	1.875
	의료법인,개인,기타	20(25.0)	60(75.0)	80(100.0)	(.392)
자보 수익	5%미만	21(19.4)	87(80.6)	108(100.0)	
	5~10%미만	16(22.5)	55(77.5)	71(100.0)	.257
	10%이상	6(20.0)	24(80.0)	30(100.0)	(.879)
병상 규모	299병상 이하	20(26.3)	56(73.7)	76(100.0)	
	300~499병상 이하	13(30.2)	30(69.8)	43(100.0)	8.920
	500병상 이상	10(11.1)	80(88.9)	90(100.0)	(.012)

## 나. 자동차보험 환자의 진료내용

건강보험 환자와 자동차보험 환자간의 진료내용의 차이<sup>1)</sup>가 있는지 여부에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자 211명중 147명(69.7%)이 진료내용에 차이가 있다고 응답하였고 진료내용에 차이가 없다고 응답한 응답자는 64명(30.3%)이었으며, 진료내용에 차이가 있다면 그 내용이 무엇인지에 대하여 알아보기 위하여 진료내용에 차이가 있다고 응답한 응답자 147명에 대하여 복수응답(2가지 선택)토록 한 결과, 장기재원이 113명(45.7%)로 가장 많았고, 그 다음으로 검사 및 MRI 등 방사선 장비 사용량 67명(27.1%), 주사제 및 약제 사용량 33명(13.4%), 의사업무량 27명(10.9%), 간호업무량 7명(2.8%) 순이었다.

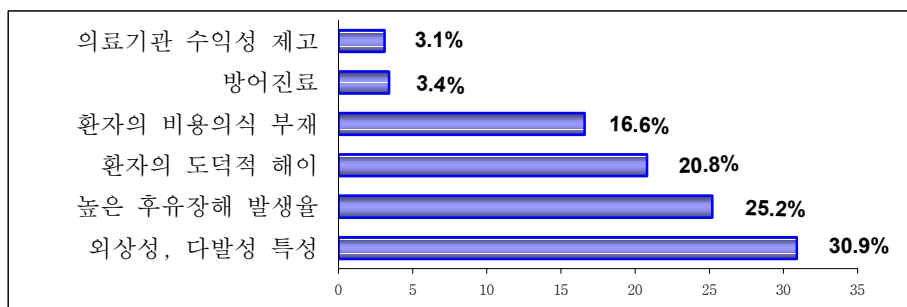


<그림-3> 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이

진료내용 차이의 원인이 무엇인지 파악하기 위하여 진료내용에 차이가 있다고 응답한 응답자 147명에 대하여 진료내용 차이의 원인이 무엇인지 응답토록한 결과, 119명(30.9%)이 교통사고 환자의 외상성 및 상해부위의 다발성이라고 응답하여 가장 높았으며, 그 다음 순으로 교통사고

1) 의료인력과 의료보조인력을 대상으로 자동차보험 환자와 건강보험 환자간의 진료내용 차이가 있는지에 대하여 조사한 결과, 진료내용에 차이가 있다고 응답한 비율이 평균 48%수준으로 진료내용에 차이가 없다고 응답한 비율보다 높았으나 의사의 경우 64%가 진료내용에 차이가 있다고 응답하여 평균치를 상회하였다. 또한, 교통사고 유경험자를 대상으로 한 조사에서도 응답자의 56%가 진료내용에 차이가 있다고 응답하였다. 진료내용 차이는 검사나 장비 사용량이 44%로 가장 높았고, 그 다음 순으로 입원기간 (39%), 주사제(약제) 사용량, 간호업무량, 의사업무량 순이었다(김진현 외, 2003).

환자의 높은 후유장애 발생을 97명(25.2%), 더 많은 보상금을 타기 위한 교통사고 환자의 도덕적 해이 80명(20.8%), 교통사고 환자의 비용의식 부재 64명(16.6%), 의료사고를 대비한 진료의사의 방어진료 13명(3.4%), 의료기관의 수익성 제고를 위한 방편 12명(3.1%)으로 진료내용 차이의 원인이 교통사고 환자의 진료내적 요인과 더불어 진료외적 요인도 상당한 영향을 미치고 있음을 파악하였다.



<그림-4> 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이의 원인

<표-18> 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이 및 원인

(단위 : 명(%))			
	구 분	응 답	비 고
차이	장기재원	113(45.7)	
	검사 및 MRI등 방사선 장비 사용량	67(27.1)	
	주사제 및 약제 사용량	33(13.4)	147명 복수응답
	의사업무량	27(10.9)	(2가지 선택)
	간호업무량	7(2.8)	
	계	247(100.0)	
원인	교통사고 환자의 외상성, 다발성 특성	119(30.9)	
	교통사고 환자의 높은 후유장애 발생을	97(25.2)	
	보상금 목적을 위한 환자의 도덕적 해이	80(20.8)	147명 복수응답
	교통사고 환자의 비용의식 부재	64(16.6)	(3가지 선택)
	의료사고를 대비한 진료의사의 방어진료	13(3.4)	
	의료기관의 수익성 제고를 위한 방편	12(3.1)	
	계	385(100.0)	

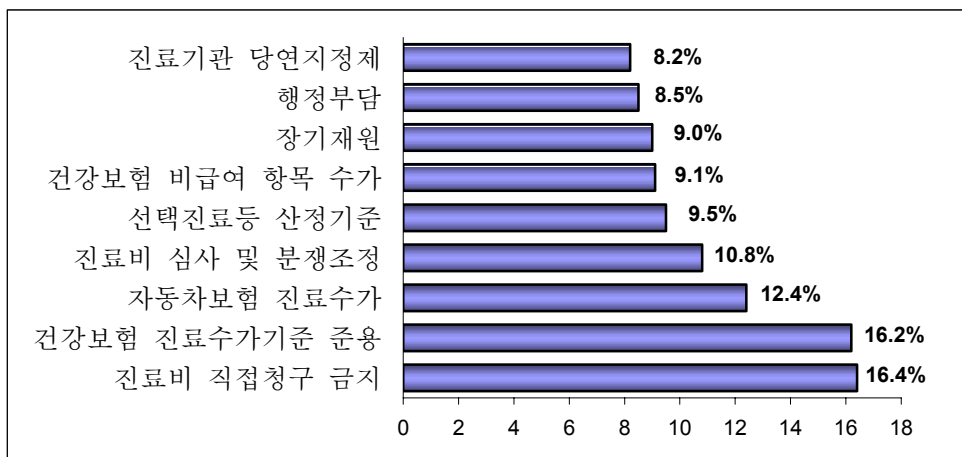
<표-19> 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이

(단위 : 명(%))

구 분		있다	없다	계	$\chi^2$ (p값)
전 체		147(69.7)	64(30.3)	211(100.0)	
성별	남자	99(71.7)	39(28.3)	138(100.0)	.551
	여자	48(65.8)	25(34.2)	73(100.0)	(.458)
연령	30세 이하	17(77.3)	5(22.7)	22(100.0)	
	31~40세 이하	84(71.8)	33(28.2)	117(100.0)	3.051
	41~50세 이하	41(66.1)	21(33.9)	62(100.0)	(.384)
	51세 이상	5(50.0)	5(50.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	68(74.7)	23(25.3)	91(100.0)	4.494
	11~20년 이하	65(63.1)	38(36.9)	103(100.0)	(.106)
	21년 이상	14(82.4)	3(17.6)	17(100.0)	
직책	행정책임자	38(67.9)	18(32.1)	56(100.0)	.120
	원무담당자	62(70.5)	26(29.5)	88(100.0)	(.942)
	심사청구자	47(70.1)	20(29.9)	67(100.0)	
의료기관 종별	종합전문	31(64.6)	17(35.4)	48(100.0)	.481
	종합병원	116(71.2)	47(28.8)	163(100.0)	(.488)
소재지	서울,6대광역시	75(71.4)	30(28.6)	105(100.0)	.163
	중소도시	72(67.9)	34(32.1)	106(100.0)	(.686)
설립 형태	국공립	29(58.0)	21(42.0)	50(100.0)	4.238
	학교법인	59(72.8)	22(27.2)	81(100.0)	(.120)
	의료법인,개인,기타	59(73.8)	21(26.3)	80(100.0)	
차보 수익	5%미만	72(66.1)	37(33.9)	109(100.0)	1.591
	5~10%미만	52(72.2)	20(27.8)	72(100.0)	(.451)
	10%이상	23(76.7)	7(23.3)	30(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	53(69.7)	23(30.3)	76(100.0)	4.134
	300~499병상 이하	35(81.4)	8(18.6)	43(100.0)	(.127)
	500병상 이상	59(64.1)	33(35.9)	92(100.0)	

### 3. 현행 자동차보험 의료제도의 주요 문제점

1991. 12월 자동차손해배상보장법 개정을 통하여 교통부장관(현, 건설교통부장관)이 자동차보험 진료수가를 고시할 수 있는 법적 근거 마련 후 1995. 6월 자동차보험 의료보수 고시, 1999. 2월 교통사고 환자에게 진료비 직접청구 금지 및 사실상 진료기관 당연지정제 시행, 1999. 10. 8 이후 세차례에 걸친 자동차보험 중별가산율 인하등 정부규제가 지속적으로 강화된 현시점에서 현행 자동차보험제의 주요 문제점에 대하여 조사한 결과, 응답(복수응답)자 중 102명(16.4%)과 101명(16.2%)이 각각 교통사고 환자에게 진료비 직접청구 금지와 건강보험 진료수가기준 준용이라고 응답하였고, 그 다음 순으로 자동차보험 진료수가 77명(12.4%), 진료비 심사 및 분쟁조정 67명(10.8%), 선택진료 및 기왕증 진료비 산정기준 불명확 59명(9.5%), 건강보험 비급여 항목에 대한 자동차보험 진료수가 57명(9.1%), 교통사고 환자의 장기재원 56명(9.0%), 진료비 청구 및 민원등 행정부담 53명(8.5%), 진료기관 당연지정제 51명(8.5%) 순이었다.



<그림-5> 현행 자동차보험 의료제도의 주요 문제점

#### 4. 현행 자동차보험 의료제도에 대한 인식

##### 가. 자동차보험에 대한 정부개입

정부개입에 대한 인식을 조사한 결과, 정부개입이 바람직하다고 응답한 응답자가 104명(49.3%), 바람직 하지 않다고 응답한 응답자가 103명(48.8%)으로 정부개입에 대한 찬반이 거의 비슷하였다.

성별, 직책별, 의료기관 소재지별, 연간 총진료수익중 자동차보험 진료 수익별로는 응답자 유형별로 큰 차이가 없었으나 연령별로는 30세 이하와 51세 이상의 응답자는 정부개입이 바람직 하다고 응답한 비율이 높았던 반면, 31세 이상 50세 이하에서는 정부개입이 바람직 하지 않다고 응답한 비율이 조금 높았다. 또한, 재직기간별로는 10년 이하와 21년 이상 응답자는 정부개입이 바람직하다고 응답하였으나 11~20년 이하에서는 바람직 하지 않다는 응답결과가 57명(55.3%)으로 바람직 하다는 응답결과 42명(40.8%) 보다 조금 높았다.

의료기관 종별로는 종합전문요양기관의 경우 종합병원에 비해 정부개입이 바람직 하지 않다고 응답한 비율이 64.6%(31명)으로 종합병원의 44.2%(72명) 보다 높아, 정부개입에 대하여 부정적 시각을 보였으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 또한, 설립형태별로는 국공립과 의료법인·개인·기타 의료기관에서는 정부개입에 대하여 긍정적인 시각을 보인 반면, 학교법인 의료기관에서는 정부개입이 바람직 하지 않다고 응답한 비율이 61.7%(50명)로 정부개입에 대하여 부적정 시각을 보였으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p < 0.05$ ).

병상규모별로도 299병상 이하와 300~499병상 이하에서는 정부개입이 바람직하다고 응답한 비율이 높았던 반면, 500병상 이상에서는 바람직하지 않다고 응답한 비율이 높아 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < 0.05$ ).

<표-20> 정부개입에 대한 인식

(단위 : 명(%))

구 분	바람직하다	바람직 하지 않다	계	$\chi^2$ (p값)	
전 체	104(50.2)	103(49.8)	207(100.0)		
성별	남자	62(45.6)	74(54.4)	136(100.0)	2.913 (.088)
	여자	42(59.2)	29(40.8)	71(100.0)	
연령	30세 이하	19(86.4)	3(13.6)	22(100.0)	15.854 (.001)
	31~40세 이하	48(42.5)	65(57.5)	113(100.0)	
	41~50세 이하	30(48.4)	32(51.6)	62(100.0)	
	51세 이상	7(70.0)	3(30.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	49(53.8)	42(46.2)	91(100.0)	7.571 (.023)
	11~20년 이하	42(42.4)	57(57.6)	99(100.0)	
	21년 이상	13(76.5)	4(23.5)	17(100.0)	
직책	행정책임자	29(52.7)	26(47.3)	55(100.0)	3.348 (.187)
	원무담당자	37(43.0)	49(57.0)	86(100.0)	
	심사청구자	38(57.6)	28(42.4)	66(100.0)	
의료기 관중별	종합전문 종합병원	17(35.4) 87(54.7)	31(64.6) 72(45.3)	48(100.0) 159(100.0)	4.794 (.029)
소재지	서울,6대광역시	53(51.0)	51(49.0)	104(100.0)	.005 (.945)
	중소도시	51(49.5)	52(50.5)	103(100.0)	
설립 형태	국공립	27(56.3)	21(43.7)	48(100.0)	7.715 (.021)
	학교법인	31(38.3)	50(61.7)	81(100.0)	
	의료법인,개인,기타	46(59.0)	32(41.0)	78(100.0)	
자보 수익	5%미만	49(45.8)	58(54.2)	107(100.0)	3.004 (.223)
	5~10%미만	41(58.6)	29(41.4)	70(100.0)	
	10%이상	14(46.7)	16(53.3)	30(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	41(55.4)	33(44.6)	74(100.0)	15.443 (.000)
	300~499병상 이하	30(71.4)	12(28.6)	42(100.0)	
	500병상 이상	33(36.3)	58(63.7)	91(100.0)	



## 나. 자동차보험 진료수가 수준 및 자동차보험 진료수가 고시제

현행 자동차보험 진료수가 결정방식(건설교통부장관이 고시)이 합리적인지에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자중 177명(83.9%)이 합리적이지 않다고 응답하였고, 합리적이라고 응답한 응답자는 23명(10.9%)으로 대체적으로 현행 자동차보험 진료수가 결정방식이 합리적이지 않은 것으로 파악되었다. 성별, 연령별, 재직기간별, 직책별, 의료기관 소재지별, 의료기관 설립형태별, 연간 총진료수익 중 자동차보험 진료수익별, 병상규모별로는 큰 차이는 없었으며, 의료기관 종별로 종합전문요양기관의 경우 47명(97.9%)이 합리적이지 않다고 응답하여 종합병원 응답자 130명(79.8%)과 조금 차이가 있었으며 통계적으로 유의하였다( $p < 0.05$ ).

건강보험 진료수가 수준 대비 현행 자동차보험 진료수가 수준에 관하여 조사한 결과, 전체 응답자중 128명(60.7%)이 건강보험(급여, 법정비급여, 임의비급여 포함) 보다 낮다고 응답하였고 81명(38.4%)만 높다고 응답하였다. 성별, 연령별, 재직기간별, 직책별, 소재지별, 연간 총진료수익 중 자동차보험 진료수익별은 큰 차이가 없었던 반면, 의료기관 종별, 설립형태별, 병상규모별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p < 0.05$ ).

의료기관 종별로 종합전문요양기관의 경우 39명(81.3%)이 건강보험 보다 낮다고 응답한 반면, 종합병원의 경우 72명(44.3%)이 자동차보험 진료수가 수준이 높다고 응답하였다. 또한, 설립형태별로는 국·공립 의료기관 종사자는 대체로 건강보험 보다 높다고 응답한 반면, 학교법인, 의료법인·개인·기타 의료기관의 경우 건강보험 보다 낮다고 응답하였다. 병상규모별로는 299병상 이하와 500병상 이상에서는 건강보험 보다 낮다고 응답한 비율이 높은 반면, 300~499병상 이상에서는 건강보험 보다 높다고 응답한 비율이 높게 조사되었다.

<표-21> 자동차보험 진료수가 결정방식에 대한 인식

(단위 : 명(%))

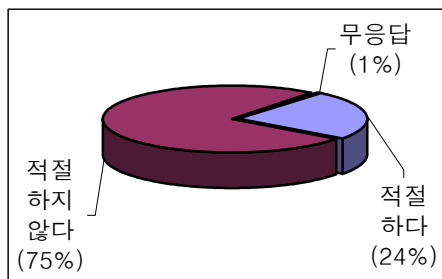
구 분	합리적이다	합리적이지 않다	계	$\chi^2(p값)$	
전 체	23(11.5)	177(88.5)	200(100.0)		
성별	남자	14(10.5)	119(89.5)	133(100.0)	.139
	여자	9(13.4)	58(86.6)	67(100.0)	(.709)
연령	30세 이하	5(23.8)	16(76.2)	21(100.0)	
	31~40세 이하	8(7.3)	101(92.7)	109(100.0)	7.854
	41~50세 이하	10(16.7)	50(83.3)	60(100.0)	(.049)
	51세 이상	0(0.0)	10(100)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	9(10.5)	77(89.5)	86(100.0)	.962
	11~20년 이하	13(13.4)	84(86.6)	97(100.0)	(.618)
	21년 이상	1(5.9)	16(94.1)	17(100.0)	
직책	행정책임자	7(13.0)	47(87.0)	54(100.0)	.556
	원무담당자	8(9.5)	76(90.5)	84(100.0)	(.757)
	심사청구자	8(12.9)	54(87.1)	62(100.0)	
의료기 관종별	중합전문	0(0.0)	47(100)	47(100.0)	7.983
	중합병원	23(15.0)	130(85.0)	153(100.0)	(.003)
소재지	서울,6대광역시	12(11.9)	89(88.1)	101(100.0)	.000
	중소도시	11(11.1)	88(88.9)	99(100.0)	(1.000)
설립 형태	국공립	7(15.6)	38(84.4)	45(100.0)	1.340
	학교법인	7(8.8)	73(91.2)	80(100.0)	(.512)
	의료법인,개인,기타	9(12.0)	66(88.0)	75(100.0)	
자보 수익	5%미만	12(11.5)	92(88.5)	104(100.0)	.039
	5~10%미만	8(11.4)	62(88.6)	70(100.0)	(.981)
	10%이상	3(11.5)	23(88.5)	26(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	11(15.3)	61(84.7)	72(100.0)	2.136
	300~499병상 이하	5(12.5)	35(87.5)	40(100.0)	(.344)
	500병상 이상	7(8.0)	81(92.0)	88(100.0)	

<표-22> 자동차보험 진료수가 수준에 대한 인식

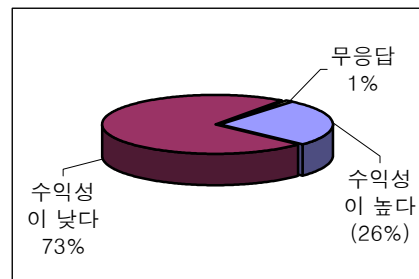
(단위 : 명(%))

구 분	높다	낮다	계	$\chi^2$ (p값)	
전 체	81(38.8)	128(61.2)	209(100.0)		
성별	남자	57(41.9)	79(58.1)	136(100.0)	1.634
	여자	24(32.9)	49(67.1)	73(100.0)	(.201)
연령	30세 이하	12(54.5)	10(45.5)	22(100.0)	
	31~40세 이하	40(34.8)	75(65.2)	115(100.0)	3.663
	41~50세 이하	26(41.9)	36(58.1)	62(100.0)	(.300)
	51세 이상	3(30.0)	7(70.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	40(44.0)	51(56.0)	91(100.0)	2.889
	11~20년 이하	37(36.6)	64(63.4)	101(100.0)	(.236)
	21년 이상	4(23.5)	13(76.5)	17(100.0)	
직책	행정책임자	22(39.3)	34(60.7)	56(100.0)	2.233
	원무담당자	38(43.7)	49(56.3)	87(100.0)	(.327)
	심사청구자	21(31.8)	45(68.2)	66(100.0)	
의료기 관중별	종합전문	9(18.8)	39(81.2)	48(100.0)	9.441
	종합병원	72(44.7)	89(55.3)	161(100.0)	(.002)
소재지	서울,6대광역시	34(32.7)	70(67.3)	104(100.0)	2.718
	중소도시	47(44.8)	58(55.2)	105(100.0)	(.099)
설립 형태	국공립	28(57.1)	21(42.9)	49(100.0)	11.250
	학교법인	22(27.5)	58(72.5)	80(100.0)	(.004)
	의료법인,개인,기타	31(38.8)	49(61.2)	80(100.0)	
자보 수익	5%미만	39(36.4)	68(63.6)	107(100.0)	2.243
	5~10%미만	28(38.9)	44(61.1)	72(100.0)	(.326)
	10%이상	14(46.7)	16(53.3)	30(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	31(40.8)	45(59.2)	76(100.0)	7.830
	300~499병상 이하	23(54.8)	19(45.2)	42(100.0)	(0.020)
	500병상 이상	27(29.7)	64(70.3)	91(100.0)	

건강보험 비급여 항목에 대한 자동차보험 진료수가의 적정성에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자의 75.8%가 부정적 하다고 응답하였고 건강보험 환자 대비 자동차보험 환자 진료에 따른 수익성은 전체 응답자의 73.5%가 건강보험 환자에 비해 낮다고 응답함으로써 건강보험 비급여 항목(MRI, 초음파, 식대, 선택진료비, 임의비급여 항목등)에 대한 자동차보험 진료수가 및 기준이 불합리하고 교통사고 환자의 장기재원으로 진료수익성이 낮은 것으로 파악되었다.



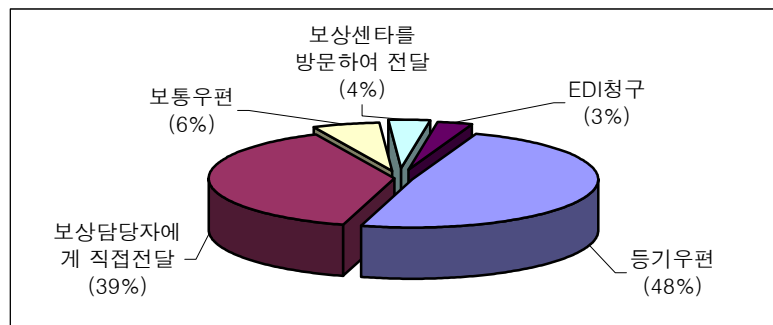
<그림-6> MRI등에 대한 자보수가



<그림-7> 진료수익성

#### 다. 진료비 청구, 심사 및 지급

현행 자동차보험 진료비 청구시스템(교통사고 환자 진료비를 지급키로 지불보증한 11개 손해보험사와 4개 공제조합의 보상센터별로 각각 청구)에 따른 행정부담 가중 여부에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자중 181명(85.8%)이 행정부담이 가중되고 있다고 응답하였고 29명(13.7%)만 행정부담이 없다고 응답하였다. 또한, 응답 의료기관(100개 기관)중 주로 이용하는 자동차보험 진료비 청구수단을 조사한 결과 등기우편과 보상담당자에게 직접전달이 각각 59.8%와 39.5%로 가장 많았고, 보통우편이 6.0%, 보상센터를 방문하여 전달이 3.7%, EDI청구가 1.0% 이었다.



<그림-8> 자동차보험 진료비 청구수단

11개 손해보험사 및 4개 공제조합별 자동차보험 진료비 심사의 공정성, 객관성 및 전문성 여부에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자의 139명(65.9%)이 진료비 심사의 공정성과 객관성, 전문성을 갖추지 않았다고 응답하였고 그렇다고 응답한 응답자는 71명(33.6%)이었다. 성별, 연령별, 재직기간별, 직책별, 의료기관 종별, 의료기관 소재지별, 의료기관 설립 형태별, 연간 총 진료수익 중 자동차보험 진료수익별로는 큰 차이가 없었으나, 병상규모가 적을수록 진료비 심사의 공정성과 객관성, 전문성을 갖추지 않았다고 응답하여 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < 0.05$ ).

<표-23> 진료비 심사에 대한 인식

(단위 : 명(%))

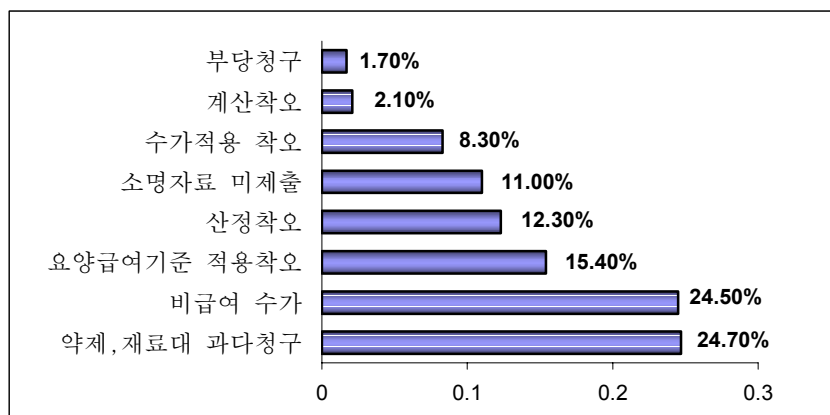
구 분	공정성과 전문성을 갖추었다	그렇지 않다	계	$\chi^2$ (p값)	
전 체	71(33.8)	139(66.2)	210(100.0)		
성별	남자	49(35.8)	88(64.2)	137(100.0)	.446
	여자	22(30.1)	51(69.9)	73(100.0)	(.504)
연령	30세 이하	9(41.0)	13(59.0)	22(100.0)	
	31~40세 이하	38(32.5)	79(67.5)	117(100.0)	3.535
	41~50세 이하	23(37.7)	38(62.3)	61(100.0)	(.316)
	51세 이상	1(10.0)	9(90.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	35(38.5)	56(61.5)	91(100.0)	
	11~20년 이하	34(33.3)	68(66.7)	102(100.0)	4.582
	21년 이상	2(11.8)	15(88.2)	17(100.0)	(.101)
직책	행정책임자	14(25.5)	41(74.5)	55(100.0)	
	원무담당자	30(34.1)	58(65.9)	88(100.0)	4.592
	심사청구자	27(40.3)	40(59.7)	67(100.0)	(.204)
의료기 관중별	종합전문 종합병원	18(37.5) 53(32.7)	30(62.5) 109(67.3)	48(100.0) 162(100.0)	.195 (.659)
소재지	서울,6대광역시	34(32.4)	71(67.6)	105(100.0)	.085
	중소도시	37(35.2)	68(64.8)	105(100.0)	(.770)
설립 형태	국공립	20(40.8)	29(59.2)	49(100.0)	
	학교법인	29(35.8)	52(64.2)	81(100.0)	2.642
	의료법인,개인,기타	22(27.5)	58(72.5)	80(100.0)	(.267)
자보 수익	5%미만	34(31.5)	74(68.5)	108(100.0)	
	5~10%미만	25(34.7)	47(65.3)	72(100.0)	2.279
	10%이상	12(40.0)	18(60.0)	30(100.0)	(.320)
병상 규모	299병상 이하	17(22.4)	59(77.6)	76(100.0)	
	300~499병상 이하	15(35.7)	27(64.3)	42(100.0)	7.541
	500병상 이상	39(42.4)	53(57.6)	92(100.0)	(.023)

법적 진료비 지급기간(청구일로부터 30일 이내 지급)이 준수되고 있는지 여부에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자의 133명(63.0%)이 준수되지 않고 있다고 응답하였고, 임의삭감 근절 여부에 대하여도 응답자의 143명(67.8%)이 근절되지 않았다고 응답하였다. 또한, 자동차보험 심사조정율에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자의 172명(81.5%)이 건강보험 심사조정율 보다 높다고 응답하였다. 수련병원실태조사상 응답의료기관의 진료비 지급기간을 평균 38.8일로 법정지급기간을 약 9일 정도 초과하였고, 진료비 심사조정율은 건강보험이 평균 2.09%였으나, 자동차보험은 평균 2.35%이었다.

## 라. 조정협의 및 분쟁조정 기능

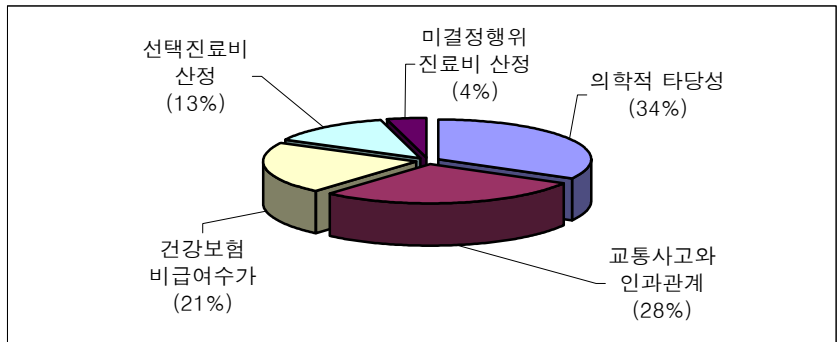
자동차보험 진료비 청구에 따른 분쟁(분쟁조정 기구인 자동차보험 진료수가분쟁심의회에 심사청구)을 최소화하고 보험사업자와 의료기관간의 자율적 해결을 도모하기 위하여 자동차보험에서는 조정협의 절차를 두고 있다. 또한, 보험사업자와 의료기관간 조정협의를 이루어지지 않을 경우, 자동차보험 진료수가분쟁심의회에서 양 당사자간의 분쟁을 조정하고 있다.

보험사업자와 의료기관간의 조정협의 내용과 분쟁내용을 조사한 결과, 조정협의 내용은 주로 약제·재료대 과다 청구 24.7%, 비급여 수가 24.5%, 요양급여기준 적용착오 15.4%, 산정착오 12.3%등으로 조사되었으며, 분쟁조정 기구에 심사청구된 주요 분쟁의 내용은 진료행위 및 진료과정에 대한 의학적 타당성 33.1%, 교통사고와 인과관계 28.3%, 건강보험 비급여수가에 대한 진료비 산정 21.4%, 선택진료비 산정 13.0%, 미결정행위등에 대한 진료비 산정 4.2%로 조사되었다.



<그림-9> 조정협의 내용

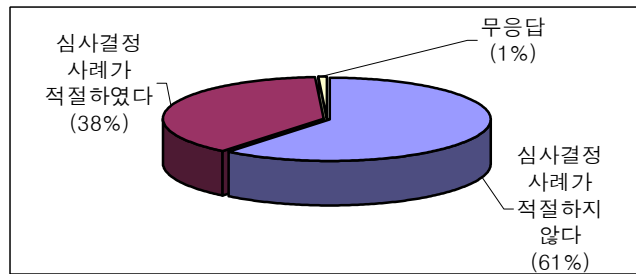




<그림-10> 분쟁내용

또한, 분쟁조정 기구의 공정성과 객관성, 전문성에 대하여 조사결과, 전체 응답자중 89명(44.2%)이 공정성과 전문성을 갖추었다고 응답하였고, 102명(48.3%)이 그렇지 않다고 응답하였다. 의료기관 종별로 종합전문요양기관의 경우 31명(64.6%)이 그렇지 않다고 응답한 반면, 종합병원의 경우 75명(46.0%)이 공정성과 전문성을 갖추었다고 응답하여 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < 0.05$ ).

그 이유를 파악하기 위하여 기왕증 및 선택진료비, 입원료 및 식대 등에 대한 심사결정 사례가 적절하였는지에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자중 60.7%가 적절하지 않다고 응답하였으나, 종합전문요양기관의 경우 81.3%가 적절하지 않다고 응답하여 최근 논란이 되고 있는 기왕증 및 선택진료비 산정기준 불명확이 상당한 영향을 미치고 있음을 파악하였다.



<그림-11> 심사결정 사례의 적절성

<표-24> 분쟁조정 기구에 대한 인식

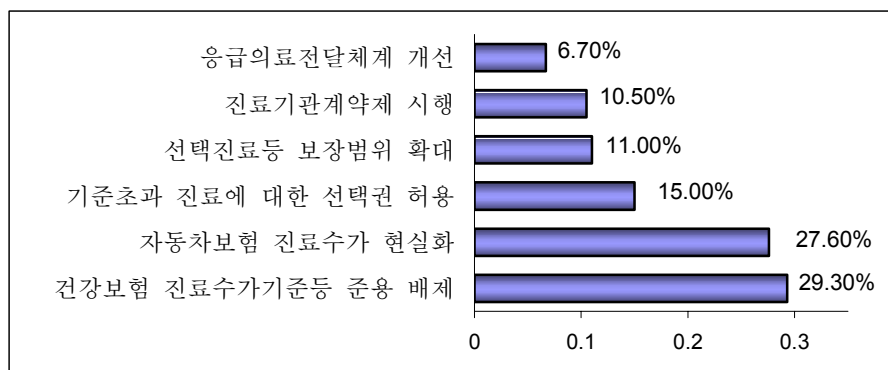
(단위 : 명(%))

구 분	공정성과 전문성을 갖추었다	그렇지 않다	계	$\chi^2$ (p값)	
전 체	89(46.6)	102(93.6)	191(100.0)		
성별	남자	59(47.6)	65(52.4)	124(100.0)	.048
	여자	30(44.8)	37(55.2)	67(100.0)	(.827)
연령	30세 이하	14(66.7)	7(33.3)	21(100.0)	
	31~40세 이하	47(43.5)	61(56.5)	108(100.0)	4.454
	41~50세 이하	25(47.2)	28(52.8)	53(100.0)	(.216)
	51세 이상	3(33.3)	6(66.7)	9(100.0)	
재직 기간	10년 이하	46(56.1)	36(43.9)	82(100.0)	5.351
	11~20년 이하	36(38.7)	57(61.3)	93(100.0)	(.069)
	21년 이상	7(43.8)	9(56.2)	16(100.0)	
직책	행정책임자	21(42.0)	29(58.0)	50(100.0)	1.334
	원무담당자	37(45.1)	45(54.9)	82(100.0)	(.513)
	심사청구자	31(52.5)	28(47.5)	59(100.0)	
의료기 관종별	종합전문 종합병원	14(31.1) 75(51.4)	31(68.9) 71(48.6)	45(100.0) 146(100.0)	4.888 (.027)
소재지	서울,6대광역시	40(42.1)	55(57.9)	95(100.0)	1.194
	중소도시	49(51.0)	47(49.0)	96(100.0)	(.274)
설립 형태	국공립	27(58.7)	19(41.3)	46(100.0)	5.035
	학교법인	28(37.8)	46(62.2)	74(100.0)	(.081)
	의료법인,개인,기타	34(47.9)	37(52.1)	71(100.0)	
자보 수익	5%미만	39(39.0)	61(61.0)	100(100.0)	5.409
	5~10%미만	33(52.4)	30(47.6)	63(100.0)	(.067)
	10%이상	17(60.7)	11(39.3)	28(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	35(51.5)	33(48.5)	68(100.0)	2.692
	300~499병상 이하	20(52.6)	18(47.4)	38(100.0)	(.260)
	500병상 이상	34(40.0)	51(60.0)	85(100.0)	

## 마. 의료의 질

2000년 현재 교통사고로 기인된 후천적 장애인은 전체 후천적 장애인의 10% 차지하고 있다. 따라서 현행 자동차보험 진료수가기준이 교통사고 환자에게 적정진료(교통사고로 기인된 장애인 수를 줄이고 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 보장)를 보장하고 있는지 여부에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자중 141명(66.8%)이 그렇지 않다고 응답하였고 70명(33.2%)이 그렇다고 응답하였다. 의료기관 종별로 종합전문요양기관의 경우, 39명(81.3%)이 그렇지 않다고 응답한 반면, 종합병원의 경우 61명(37.4%)이 그렇다고 응답하여 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.05$ ). 또한, 병상규모가 클수록 그렇지 않다고 응답한 비율이 높게 조사되어 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<0.05$ ).

교통사고 환자의 적정진료 보장을 위하여 시급히 개선되어야 할 사항을 조사한 결과, 건강보험 진료수가기준 및 심사지침의 준용 배제가 29.3%로 가장 높게 조사되었고, 그 다음 순으로 자동차보험 진료수가 현실화가 27.6%, 자동차보험 진료수가기준을 초과한 진료에 대한 환자의 선택권 허용이 15.0%, 선택진료등 보장범위 확대가 11.0%, 진료기관 계약제 시행 10.5%, 응급의료전달체계 개선 6.7%이었다.



<그림-12> 적정진료 보장을 위한 개선사항

<표-25> 의료의 질에 대한 인식

(단위 : 명(%))

구분	적정진료를 보장하고 있 다	그렇지 않다	계	$\chi^2$ (p값)	
전체	70(33.2)	141(66.8)	211(100.0)		
성별	남자	43(31.2)	95(68.8)	138(100.0)	.492
	여자	27(37.0)	46(63.0)	73(100.0)	(.483)
연령	30세 이하	9(40.9)	13(59.1)	22(100.0)	
	31~40세 이하	33(28.2)	84(71.8)	117(100.0)	2.964
	41~50세 이하	24(38.7)	38(61.3)	62(100.0)	(.397)
	51세 이상	4(40.0)	6(60.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	31(34.1)	60(65.9)	91(100.0)	.127
	11~20년 이하	33(32.0)	70(68.0)	103(100.0)	(.938)
	21년 이상	6(35.3)	11(64.7)	17(100.0)	
직책	행정책임자	17(30.4)	39(69.6)	56(100.0)	.274
	원무담당자	30(34.1)	58(65.9)	88(100.0)	(.872)
	심사청구자	23(34.3)	44(65.7)	67(100.0)	
의료기 관종별	종합전문	9(18.8)	39(81.3)	48(100.0)	5.020
	종합병원	61(37.4)	102(62.6)	163(100.0)	(.025)
소재지	서울,6대광역시	33(31.4)	72(68.6)	105(100.0)	.152
	중소도시	37(34.9)	69(65.1)	106(100.0)	(.696)
설립 형태	국공립	21(42.0)	29(58.0)	50(100.0)	4.727
	학교법인	20(24.7)	61(75.3)	81(100.0)	(.094)
	의료법인,개인,기타	29(36.3)	51(63.8)	80(100.0)	
자보 수익	5%미만	33(30.3)	76(69.7)	109(100.0)	1.874
	5~10%미만	27(37.5)	45(62.5)	72(100.0)	(.392)
	10%이상	10(33.3)	20(66.7)	30(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	32(42.1)	44(57.9)	76(100.0)	9.624
	300~499병상 이하	18(41.9)	25(58.1)	43(100.0)	(.008)
	500병상 이상	20(21.7)	72(78.3)	92(100.0)	

## 5. 자동차보험 의료제도 개선방안에 대한 견해

### 가. 자동차보험 진료수가 및 진료기관 계약제 도입

정부개입에 대하여 전체 응답자의 49.3%가 정부개입이 바람직하다고 응답하여 바람직 하지 않다는 응답을 48.8%와 거의 비슷하였으나, 현행 자동차보험 진료수가 결정방식(건설교통부장관 고시)에 대하여는 응답자 중 83.9%가 현행 자동차보험 진료수가 결정방식이 합리적이지 않다고 응답하였다. 또한, 건강보험과 같이 자동차보험 진료수가계약제 도입에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자중 93명(67.4%)이 자동차보험진료수가 계약제가 도입되어야 한다고 응답하였다.

또한, 현행 자동차보험 진료수가 수준을 조사한 결과, 전체 응답자 중 128명(60.7%)이 현행 건강보험 종별가산을 보다 일정률 더 높은 가산을 적용(종합전문요양기관 ; 건강보험 30%, 자동차보험 45% / 종합병원 ; 건강보험 25%, 자동차보험 37%)하고 있음에도 건강보험 보다 진료수가가 높지 않다고 응답하였다. 진료기관계약제 도입에 대하여는 응답자중 89명(64.5%)이 도입되어야 한다고 응답하였으며, 의료기관 종별로 종합전문요양기관은 79.2%(38명)가 찬성하였으며 종합병원은 50.9%(83명)가 찬성하여 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p < 0.05$ ).

자동차보험 진료수가계약제와 진료기관계약제 도입 여부에 대하여 대체적으로 찬성하고 있으나 자동차보험 진료수가수준에 대하여 의료기관 종별, 병상규모별, 설립형태별 유의한 차이를 보인 것을 감안할 때, 종합병원과 병상규모가 낮은 의료기관일수록 자동차보험 진료수가계약제와 진료기관계약제 도입여부에 관하여 병상규모가 큰 종합전문요양기관에 비해 조금 회의적인 것으로 조사되었지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

<표-26> 자동차보험 진료수가계약제 도입에 대한 견해

(단위 : 명(%))

구 분	도입되어야 한다	도입될 필요가 없다	계	$\chi^2(p값)$	
전 체	137(69.5)	60(30.5)	197(100.0)		
성별	남자	93(72.1)	36(27.9)	129(100.0)	.825
	여자	44(64.7)	24(35.3)	68(100.0)	(.364)
연령	30세 이하	12(54.5)	10(45.5)	22(100.0)	
	31~40세 이하	72(67.9)	34(32.1)	106(100.0)	4.245
	41~50세 이하	45(76.3)	14(23.7)	59(100.0)	(.236)
	51세 이상	8(80.0)	2(20.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	55(65.5)	29(34.5)	84(100.0)	3.463
	11~20년 이하	67(69.8)	29(30.2)	96(100.0)	(.177)
	21년 이상	15(88.2)	2(11.8)	17(100.0)	
직책	행정책임자	43(82.7)	9(17.3)	52(100.0)	5.931
	원무담당자	54(63.5)	31(36.5)	85(100.0)	(.052)
	심사청구자	40(66.7)	20(33.3)	60(100.0)	
의료기 관종별	종합전문	31(67.4)	15(32.6)	46(100.0)	.032
	종합병원	106(70.2)	45(29.8)	151(100.0)	(.858)
소재지	서울,6대광역시	68(68.0)	32(32.0)	100(100.0)	.014
	중소도시	69(71.1)	28(28.9)	97(100.0)	(.747)
설립 형태	국공립	29(67.4)	14(32.6)	43(100.0)	1.535
	학교법인	52(65.8)	27(34.2)	79(100.0)	(.464)
	의료법인,개인,기타	56(74.7)	19(25.3)	75(100.0)	
자보 수익	5%미만	67(65.7)	35(34.3)	102(100.0)	3.047
	5~10%미만	47(71.2)	19(28.8)	66(100.0)	(.218)
	10%이상	23(79.3)	6(20.7)	29(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	48(68.6)	22(31.4)	70(100.0)	.140
	300~499병상 이하	28(68.3)	13(31.7)	41(100.0)	(.933)
	500병상 이상	61(70.9)	25(29.1)	86(100.0)	

<표-27> 자동차보험 진료기관계약제 도입에 대한 견해

(단위 : 명(%))

구 분	도입되어야 한다	도입될 필요가 없다	계	$\chi^2$ (p값)	
계	121(63.7)	69(36.3)	190(100.0)		
성별	남자	89(70.6)	37(29.4)	126(100.0)	6.947
	여자	32(50.0)	32(50.0)	64(100.0)	(.008)
연령	30세 이하	8(36.4)	14(63.6)	22(100.0)	
	31~40세 이하	68(68.7)	31(31.3)	99(100.0)	8.379
	41~50세 이하	39(66.1)	20(33.9)	59(100.0)	(.039)
	51세 이상	6(60.0)	4(40.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	49(59.8)	33(40.2)	82(100.0)	.998
	11~20년 이하	61(66.3)	31(33.7)	92(100.0)	(.607)
	21년 이상	11(68.8)	5(31.2)	16(100.0)	
직책	행정책임자	35(68.2)	16(31.4)	51(100.0)	1.088
	원무담당자	53(63.9)	30(36.1)	83(100.0)	(.581)
	심사청구자	33(58.9)	23(41.1)	56(100.0)	
의료기 관종별	종합전문	38(82.6)	8(17.4)	46(100.0)	8.350
	종합병원	83(57.6)	61(42.4)	144(100.0)	(.004)
소재지	서울,6대광역시	60(60.0)	40(40.0)	100(100.0)	.926
	중소도시	61(67.8)	29(32.2)	90(100.0)	(.336)
설립 형태	국공립	32(74.4)	11(25.6)	43(100.0)	4.641
	학교법인	50(65.8)	26(34.2)	76(100.0)	(.098)
	의료법인,개인,기타	39(54.9)	32(45.1)	71(100.0)	
자보 수익	5%미만	64(64.0)	36(36.0)	100(100.0)	.293
	5~10%미만	41(65.1)	22(34.9)	63(100.0)	(.864)
	10%이상	16(59.3)	11(40.7)	27(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	38(54.3)	32(45.7)	70(100.0)	4.568
	300~499병상 이하	27(73.0)	10(27.0)	37(100.0)	(.102)
	500병상 이상	56(67.5)	27(32.5)	83(100.0)	

## 나. 진료비 심사기관 및 지급기관 일원화

보험사업자의 진료비 심사에 대하여 앞서 살펴본 결과, 전체 응답자 중 139명(65.9%)이 진료비 심사의 공정성과 객관성, 전문성을 갖추지 않았고, 전체 응답자의 172명(81.5%)이 건강보험에 비해 삭감율이 높다고 응답하였다. 또한, 전체 응답자의 181명(85.8%)이 진료비 청구에 따른 행정부담이 가중되고 있다고 응답함에 따라 11개 손해보험사와 4개 공제조합의 보상센타별로 이루어지고 있는 현행 자동차보험 진료비 심사 및 청구 체계에 문제가 있음을 알 수 있었다.

현행 자동차보험 진료비 심사체계의 개선방안의 일환으로 의료급여 진료비 심사·지급체계와 같이 진료비 심사 및 지급업무를 전문기관으로 위탁하거나 일원화 하는 방안에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자의 144명(68.2%)이 진료비 심사기관이 일원화 되어야 한다고 응답하였다. 앞서 살펴본 조사결과에서 병상규모가 클수록 어느 정도 진료비 심사의 공정성과 객관성, 전문성을 갖추었다고 응답하여 통계적으로 유의한 차이가 있었으나 진료비 심사기관 일원화 방안에 대하여는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

진료비 지급도 11개 손해보험사 및 4개 공제조합의 보상센타별로 이루어짐에 따라 의료급여 진료비 지급에서와 같이 각 센터별로 진료비 지급기간에 차이가 있을 뿐 아니라 이로 인한 의료기관과 보험사업자간의 분쟁도 지속되고 있다. 본 연구에서 법적 진료비 지급기간(청구일로부터 30일 이내 지급)이 준수되고 있는지 여부에 대하여 조사한 결과, 전체 응답자의 133명(63.0%)이 그렇지 않다고 응답하였고, 임의삭감 근절 여부에 대하여도 응답자의 143명(67.8%)이 그렇지 않다고 응답하였다.

진료비 지연지급과 진료비 지급과 관련한 의료기관과 보험사업자간의 분쟁을 해소하기 위한 방안으로 진료비 지급기관의 전문기관 위탁 또는 일원화에 대하여 조사결과, 전체 응답자의 164명(77.7%)이 일원화되어



야 한다고 응답하였다. 전체적으로 진료비 심사기관 및 지급기관의 일원화에 대하여 긍정적인 의견을 보였다. 병상규모별로는 병상수가 적을수록 진료비 지급기관 일원화에 대하여 긍정적인 것으로 조사되었고 소재지 별로는 중소도시 지역이 조금 높게 조사되었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

<표-28> 진료비 심사기관 일원화에 대한 견해

(단위 : 명(%))

구 분	위탁 또는 일원화 되어 야 한다	현행 유지	계	$\chi^2$ (p값)	
전 체	144(73.5)	52(26.5)	196(100.0)		
성별	남자	94(73.4)	34(26.6)	128(100.0)	.000
	여자	50(73.5)	18(26.5)	68(100.0)	(1.000)
연령	30세 이하	16(72.7)	6(27.3)	22(100.0)	
	31~40세 이하	81(75.7)	26(24.3)	107(100.0)	1.244
	41~50세 이하	39(68.4)	18(31.6)	57(100.0)	(.743)
	51세 이상	8(80.0)	2(20.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	63(73.3)	23(26.7)	86(100.0)	.233
	11~20년 이하	70(74.5)	24(25.5)	94(100.0)	(.890)
	21년 이상	11(68.8)	5(31.2)	16(100.0)	
직책	행정책임자	37(68.5)	17(31.5)	54(100.0)	1.075
	원무담당자	62(76.5)	19(23.5)	81(100.0)	(.584)
	심사청구자	45(73.8)	16(26.2)	61(100.0)	
의료기 관중별	종합전문 종합병원	31(70.5) 113(74.3)	13(29.5) 39(25.7)	44(100.0) 152(100.0)	.103 (.749)
소재지	서울,6대광역시	69(69.0)	31(31.0)	100(100.0)	1.650
	중소도시	75(78.1)	21(21.9)	96(100.0)	(.199)
설립 형태	국공립	31(68.9)	14(31.1)	45(100.0)	.884
	학교법인	56(76.7)	17(23.3)	73(100.0)	(.643)
	의료법인,개인,기타	57(73.1)	21(26.9)	78(100.0)	
자보 수익	5%미만	70(70.0)	30(30.0)	100(100.0)	2.153
	5~10%미만	53(77.9)	15(22.1)	68(100.0)	(.341)
	10%이상	21(75.0)	7(25.0)	28(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	53(73.6)	19(26.4)	72(100.0)	1.087
	300~499병상 이하	31(79.5)	8(20.5)	39(100.0)	(.581)
	500병상 이상	60(70.6)	25(29.4)	85(100.0)	

<표-29> 진료비 지급기관 일원화에 대한 견해

(단위 : 명(%))

구 분	위탁 또는 일원화 되어 야 한다	현행 유지	계	$\chi^2$ (p값)	
전 체	164(82.4)	35(17.6)	199(100.0)		
성별	남자	111(83.5)	22(16.5)	133(100.0)	.124
	여자	53(80.3)	13(19.7)	66(100.0)	(.724)
연령	30세 이하	18(81.8)	4(18.2)	22(100.0)	
	31~40세 이하	93(85.3)	16(14.7)	109(100.0)	5.515
	41~50세 이하	43(74.1)	15(25.9)	58(100.0)	(.138)
	51세 이상	10(100.0)	0(0.0)	10(100.0)	
재직 기간	10년 이하	71(82.6)	15(17.4)	86(100.0)	.350
	11~20년 이하	79(81.4)	18(18.6)	97(100.0)	(.840)
	21년 이상	14(87.5)	2(12.5)	16(100.0)	
직책	행정책임자	42(77.8)	12(22.2)	54(100.0)	3.255
	원무담당자	74(88.1)	10(11.9)	84(100.0)	(.196)
	심사청구자	48(78.7)	13(21.3)	61(100.0)	
의료기 관중별	종합전문 종합병원	39(86.7) 125(81.2)	6(13.3) 29(18.8)	45(100.0) 154(100.0)	.396 (.529)
소재지	서울,6대광역시	80(80.0)	20(20.0)	100(100.0)	.507
	중소도시	84(84.8)	15(15.2)	99(100.0)	(.476)
설립 형태	국공립	40(85.1)	7(14.9)	47(100.0)	.381
	학교법인	61(82.4)	13(17.6)	74(100.0)	(.827)
	의료법인,개인,기타	63(80.8)	15(19.2)	78(100.0)	
자보 수익	5%미만	83(81.4)	19(18.6)	102(100.0)	.727
	5~10%미만	58(85.3)	10(14.7)	68(100.0)	(.695)
	10%이상	23(79.3)	6(20.7)	29(100.0)	
병상 규모	299병상 이하	61(83.6)	12(16.4)	73(100.0)	.655
	300~499병상 이하	35(85.4)	6(14.6)	41(100.0)	(.721)
	500병상 이상	68(80.0)	17(20.0)	85(100.0)	

## V. 자동차보험 의료제도 발전방안

앞서 살펴본 바와 같이 사회보험은 국가 또는 공공기관이 국민의 건강 및 소득보장을 위하여 시행하고 있는 반면, 자동차보험은 피해자 보호를 목적으로 보험가입이 강제되고 있으나 운영주체가 민간보험사로 실질적인 목적이 이윤추구에 있고, 특히, 보험료 관리 및 손해사정 업무가 국가 관리감독체계가 아닌 민간보험사에 의해 운영되고 있어 자동차손해배상 보장법의 입법취지를 훼손하고 있다.

자동차보험 의료제도에 대한 정부규제는 1991. 12월 자동차손해배상 보장법 개정을 통하여 교통부장관이 법정 단일수가인 ‘자동차보험 의료 보수기준’을 고시할 수 있는 법적근거를 마련하면서 부터 비롯되었다. 이는 당시 의료보험 등 사회보험과 형평성 차원에서 시장경쟁 창달을 위한 소비자(피보험자)보호 차원에서 규제와 독과점 및 불공정거래 규제의 일환으로 궁극적으로 교통사고 피해자를 두텁게 보호하기 위한 것이라고 볼 수 있다.

하지만, 자동차보험이 피해자 보호와 구제수단의 확보를 위하여 가입을 강제하고 있으나 민간보험의 성격이 강한 책임보험의 일종으로 사회보험 보다는 관리운영 측면에서 공공성이 많이 결여되었음에도 의료의 특성만을 강조하여 진료기관 당연지정제를 시행하고 자동차보험 진료수가 고시제를 유지하는 것은 사회보험<sup>1)</sup>에 비추어 더 지나친 정부규제라 볼 수 있다.

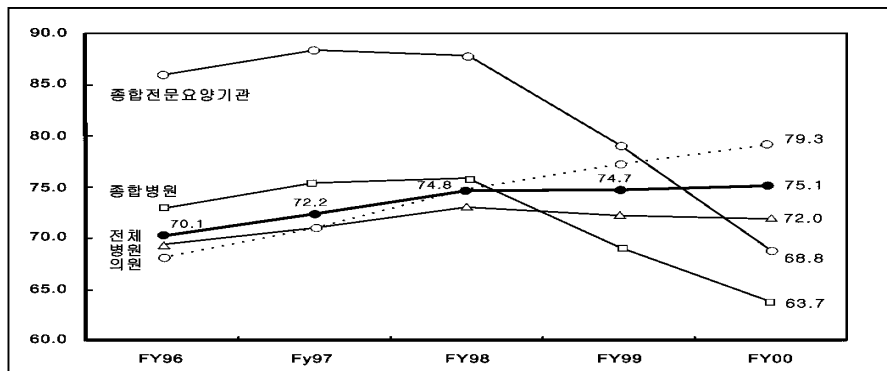
또한, 교통사고 환자의 특성과 우리나라 보건의료의 현실에 대한 심층적인 검토·분석 없이 단지 보험사업자와 의료기관간 진료비 산정을 들

---

1) 현재 건강보험에서는 요양급여비용계약제(진료수가 계약제)를 시행하고 있는 반면, 요양기관 당연지정제를 시행하고 있다. 또한 산업재해보상보험에서는 요양급여진료수가를 노동부장관이 고시하는 반면, 진료기관 계약제를 시행하고 있음.

러싼 분쟁을 해소하기 위하여 건강보험 진료수가기준을 준용함으로써 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 저해하고 있다. 특히, 의료원가에도 미치지 못하는 건강보험 진료수가를 준용토록 하고 1995. 6월 이후 건강보험 비급여 항목(MRI 등)에 대한 진료수는 단 한차례도 인상하지 않았던 반면, 자동차보험 종별가산율은 세 차례에 걸쳐 하향 조정하였다.

결과적으로, 교통사고 환자의 장기재원과 결부되어 타보험 환자에 비해 상대적으로 진료수익성<sup>2)</sup>이 낮은 교통사고 환자의 진료를 기피케 하는 현상을 심화시키는 결과를 초래하고 낮은 책임보험 배상한도액으로 인하여 부재(나이롱) 중 환자를 양성시키고 있다. 즉, 현재는 더 나은 의료환경에서 적절한 진료를 제공받아야 할 교통사고 환자에게만 피해가 전가되므로써 교통사고 피해자 보호 보다는 자동차보험 산업의 보호 목적으로 왜곡되어 정부규제로 인한 최대 수혜자는 보험사업자라 할 수 있다.



<그림-13> 의료기관 종별 교통사고 환자 입원률 현황(FY : 회계연도)

자료 : 보험개발원, 2002

2) 건강보험 환자와 자동차보험 환자 모두 재원기간이 짧을수록 1인 1일당 평균진료비는 높게 나타나는데, 교통사고 환자의 장기재원으로 자동차보험 평균진료비가 의료보험 평균진료비 보다 낮고 장기요양하는 자보험자가 많을수록 병원의 수익성은 낮아짐 (신동철, 2000).

<표-30> 연도별, 보험종류별 1일 평균 재원환자수(백명상당)

(단위 : 명)

구 분	건강보험	의료급여	산재보험	자동차보험	기타	
1997	종합전문	76.8	3.9	2.7	5.2	2.8
	종합병원	46.4	8.5	6.8	12.5	5.8
	병원	39.6	6.4	6.8	14.9	3.4
1998	종합전문	69.1	6.1	2.7	6.0	2.3
	종합병원	43.6	11.7	5.1	11.3	5.9
	병원	50.4	9.6	5.8	18.4	3.5
1999	종합전문	74.7	9.6	3.0	7.4	1.9
	종합병원	45.6	18.8	5.2	23.7	6.1
	병원	44.7	12.5	5.4	17.5	4
2000	종합전문	58.9	8.8	2.9	6.6	1.4
	종합병원	41.9	13.9	4.4	12.0	3.6
	병원	34.0	9.1	4.7	12.6	1.8
2001	종합전문	67.2	7.6	2.9	4.8	1.7
	종합병원	41.5	16.6	4.8	10.7	3.9
	병원	33.2	11.6	4.6	9.1	2.1

자료 : 한국보건산업진흥원, 1997-2001

따라서, 자동차보험 가입자(피보험자) 측면에서의 획일적인 자동차보험 진료수가 고시제 유지와 피해자 보호 측면에서 진료기관 당연지정제 시행등은 의료기관의 기본권을 훼손함은 물론이고 궁극적으로 교통사고 환자에게 그 피해가 전가될 수 있으므로 교통사고 환자의 특성과 원인, 자동차보험의 성격, 우리나라 보건의료의 현실 등을 종합적으로 고려하여 교통사고 환자의 조속한 원상회복이 우선시 될 수 있도록 자동차보험 의료제도에 대한 합리적인 개선방안이 마련되어야 한다.

## 1. 진료수가기준 재평가

현재 교통사고 환자의 높은 후유장해율<sup>3)</sup>로 인한 후천적 장애인이 전체 장애인의 10%를 차지하고 있고 건강보험 환자와의 진료내용에 차이가

3) 의료기관 중별 장애 발생율은 종합전문요양기관 28.8%, 종합병원 10.5%, 병원 6.2%, 의원 5.4%로 평균 장해율은 종합전문요양기관 29.3%, 종합병원 23.8%, 병원 21.8%, 의원 20.1% 임(보험개발원, 2000).

있음을 고려할 때 단순히, 보험사업자와 의료기관간의 분쟁해소와 분쟁 조정 기구의 원활한 기능 수행을 위하여 정책적으로 건강보험 진료수가 기준을 준용하는 것은 오히려 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 저해하고 의료기관이 교통사고 환자에게 양질의 의료를 제공하는데 장애로 작용할 소지가 크다.

건강보험에서도 단기간 내에 전국민의료보험체계를 달성함으로써 의료보장의 틀을 갖추었다는 평가와 함께 좁은 급여범위로 인하여 필수적인 보건의료서비스의 상당부분이 비보험 혹은 비급여의 형태로 제공되므로써 이로 인한 사실상의 국민부담은 ‘의료보장’의 의의 자체를 훼손하고 있다는 비판이 제기되고 있다(김창엽, 2001).

특히, 의료의 특성, 의료서비스의 다양성 및 질은 고려하지 않고 의료공급 측면에 대한 의료비 증가 억제 정책의 일환으로 진료수가기준(각종 행정해석, 산정지침 및 심사지침등)을 획일적으로 규정함에 따라 진료의 자율성을 침해함은 물론이고, 의사들이 처한 진료상황에 대한 형평성을 고려하지 않은 조치들이라는 비판과 함께 보험자에 의한 일방적 급여심사등이 위험적 요소가 잠재되어 있다는 지적도 제기되고 있다. 예를 들어, 자동차보험에서도 준용되고 있는 ‘회수제한 약제·재료’ 기준이 건강보험 보장성 강화를 위하여 우선적으로 보험급여 되어야 할 항목으로 거론될 정도로 현행 건강보험 진료수가기준은 의료의 현실을 적절히 반영하지 못하고 있다.

또한, 치료중심의 의료보험에서 예방, 요양, 재활을 포괄하는 건강보험으로 전환하면서 요양급여의 적정성 평가를 통하여 진료의 질 향상과 거시적 효율성을 달성코자 하였으나, 건강보험 진료수가 기준과 내용 중 의학적 타당성과 비용-효과 측면에서 평가의 필요성이 제기되는 특정부분을 중심으로 평가의 대상을 선정(보건복지부, 2000. 6)함으로써 기존의 기준이 제외됨에 따라 각종 신의료기술 등이 여전히 임의비급여의 형태로 상존하고 있는 실정이다.

임의비급여도 건강보험의 본인부담 구성항목 중 중요한 요소인 만큼 의학적·보건과학적 타당성이 있는 항목은 모두 급여에 포함되는 것이 원칙이고 임의비급여 또한 보험급여화 함으로써 건강보험의 보장성을 강화하여야 한다는 주장(김창엽, 2000)이 제기되고 있으나 건강보험 재정상의 이유로 건강보험 진료수가기준에 임의비급여 등의 반영이 지연되고 있음을 고려할 때, 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 우선 목적으로 하고 있는 자동차보험에서 건강보험 진료수가기준 준용은 진료비 직접청구 금지와 결부되어 오히려 교통사고 환자의 진료선택권을 제한하고 조속한 원상회복을 저해할 뿐 아니라 자동차손해배상보장법령의 입법취지를 훼손하고 있다.

따라서, 자동차보험의 사회보험적 성질이 피해자 보호에 있고 교통사고로 인한 재해가 사회문제로 대두되고 있음을 고려하여 자동차보험 환자의 특성 및 원인, 후유장애율 및 진료비 심사제도 등에 대한 외국 사례를 면밀히 검토·분석하여 교통사고 환자의 특성에 부합되고 적정진료를 보장할 수 있는 합리적인 자동차보험 진료수가기준이 마련되어야 할 것이다. 우선적으로 건강보험 진료수가기준 중 외상성에 대한 기존의 진료수가기준(행위, 약제 및 진료재료)의 재검토가 이루어져야 하며, 특히, 재정절감 차원의 비용-효과성 보다는 의학적 타당성이 우선시 고려되어야 할 것이다.

자동차보험 진료수가기준에 대한 재평가는 진료비 심사기관 일원화와도 연계하여 검토되어야 할 사항으로 신의료기술 등의 적시반영 뿐만 아니라 진료행위에 대한 의학적 타당성, 기왕증 진료비 등에 대한 적정한 평가를 위하여 정부(건설교통부, 보건복지부, 노동부)차원의 해결책이 모색되어야 할 것이며 교통사고 환자의 선택권과 의료기관의 기본권 보장 차원에서 교통사고 환자에게 진료비 직접청구 금지는 재검토되어야 할 것이다.



## 2. 진료수가계약제 및 진료기관계약제 도입

### 가. 진료수가계약제 도입

건강보험에서는 보건복지부장관에 의한 급여비용 결정(의료보험 진료수가 고시제)이 위헌적 요소가 잠재되어 있다는 지적이 제기(박형욱, 2000)되고 있던 가운데 치료중심의 의료보험에서 포괄적 서비스 제공을 위한 건강보험으로의 전환과 함께 요양급여비용계약제(진료수가 계약제)를 실시하고 있다. 사회보험에서도 보험자와 의료공급자간의 자율성과 수용성을 제고시키 위하여 정부의 일방적인 진료수가 고시제의 형태를 벗어나 의료공급자와 보험자의 협의에 의해 진료수가가 결정되고 있는 것이다.

하물려, 민간보험의 성격이 강한 자동차보험에 시대적 흐름을 반영하지 못하고 자동차보험 진료수가 고시제를 유지하는 것은 지나친 정부규제의 대표적 사례로 볼 수 있다. 자동차보험에서 ‘자동차보험 진료수가 고시제’ 시행은 시장경쟁 창달을 위한 소비자보호 차원에서 이루어졌다고 볼 수 있으나 현재는 이를 유지하므로 인해 의료공급자의 수용성을 지나치게 제약하여 진료기피 현상 심화 등 결과적으로 교통사고 환자에게 그 피해가 전가되고 있고, 이로 인한 최대 수혜자는 보험사업자라는 비판이 제기되고 있다.

자동차보험 진료수가 고시제를 통하여 의료원가에도 미치지 못하는 건강보험 급여항목에 대한 진료수가를 자동차보험 진료수가에 그대로 준용토록 하고, 건강보험 비급여 항목에 대한 자동차보험 진료수가는 1995. 6월 이후 단 한차례도 인상하지 않고 있다. 또한, 건강보험과 보장범위의 차이로 비롯된 진료비(예 : 미용목적 성형술 등) 분쟁을 해소하고 신의료기술 도입에 따른 비급여 수가의 획일적인 책정을 위해 자동차보험 진료수가 고시제를 유지함으로써 교통사고 환자에게 오히려 역효과로 작용하고 있다.

<표-31> 연도별, 보험종류별 1인 1일당 평균진료비

(단위 : 원)

구 분	건강보험	의료급여	산재보험	자동차보험
1999년	103,730	89,263	84,804	92,995
2000년	131,580	107,370	89,972	108,157
2001년	133,098	118,413	160,602	127,866

자료 : 한국보건산업진흥원, 1999-2001

향후 건강보험 진료수가가 의료원가를 적정하게 반영하고 의료기관의 재투자 비용까지 보상받을 수 있을 정도의 진료수가가 책정되고 보험급여율이 주요국 수준으로 확대될 경우에는 현행과 같이 보험종류별(건강보험, 자동차보험, 산업재해보상보험, 의료급여)로 진료수가를 달리하여야 할 이유도 없고 또한, 보험종류별로 별도의 관리운영시스템을 둘 필요성도 없을 것이다. 하지만, 보험종류별 진료수가 산정의 기준이 되고 있는 현행 건강보험은 낮은 원가보전을 뿐만 아니라 보험급여율이 약 54% 수준으로 주요국에 비해 월등히 낮은 수준이다.

<표-32> 주요국의 보험급여율 현황

한국	일본	프랑스	독일	벨기에	네덜란드
54%	88%	73%	91%	88%	76%

자료 : 고경석, 2003

<표-33> 연도별 건강보험 본인부담 추이

구 분	보험자부담	본인부담			
		계	법정부담	비급여	
1999년	입원	58.7%	41.3%	15.2%	26.1%
	외래	39.5%	60.5%	19.6%	40.9%
2000년	입원	61.0%	39.0%	16.8%	22.2%
	외래	30.4%	69.6%	23.5%	46.2%
2001년	입원	65.6%	34.4%	18.7%	15.7%
	외래	35.3%	64.7%	30.9%	33.8%

자료 : 이진경, 2002

건강보험 진료수가가 기본진료료 및 행위료<sup>4)</sup>에 대한 적정원가와 이윤이 보장되고 보험급여율이 최소한 주요국 수준으로 확대될 경우 건강보험 진료수가와의 일원화는 불가피한 것이지만, 제반 여건이 달성되더라도 신의료기술 등에 따른 비급여 항목과 건강보험과 보장범위 차이로 빚어지고 있는 적정수가와 관련한 분쟁은 해소되지 못할 것이다.

따라서, 향후 건강보험 진료수가와의 일원화를 전제로 현재의 건강보험 보험급여율과 행정비용 등을 감안하여 건강보험 급여항목은 건강보험 요양급여비용계약 결과를 그 대로 준용하고, 건강보험의 법정비급여 항목, 한시적 비급여 항목 및 임의비급여 항목 등에 대하여 진료수가계약제를 시행하는 것이 진료수가 차이로 인한 진료기피 현상 등을 방지할 수 있을 것이다.

계약의 내용은 건강보험 비급여 항목에 대한 진료수가만 대상으로 할 경우 그 진료행위의 타당성에 대하여 보험사업자와 의료기관간의 분쟁이 발생할 수 있으므로 급여, 비급여 항목에 대한 진료수가기준(산정지침등)도 계약의 대상에 포함되어야 할 것이다. 계약방법은 각 의료기관과 각 보험사업자의 자율적 계약이 가장 바람직 하나, 행정적 부담이 가중되고 현행 제도에 더 큰 혼란을 가중시킬 수 있으므로 지역별 의료기관 중별 대표와 보험사업자 대표간 진료수가를 계약함으로써 건강보험 비급여 항목에 대한 진료수가 차이로 인한 폐단을 해소하고 의료기관의 수용성을 제고시켜 교통사고 환자에게 양질의 의료를 제공할 수 있는 기반을 조성할 수 있을 것이다.

---

4) 자동차보험에서는 행위료 부분(대략 총진료비의 30%)에 한정하여 산업재해보상보험 중별가산율을 적용하고 있다. 종합전문요양기관의 경우 건강보험 보다 15%, 종합병원의 경우 12%, 병원의 경우 1%의 중별가산율이 더 높고 의원의 경우 동일함.

<표-34> 자동차보험과 건강보험의 보장범위 및 적용수가

구분	건강보험				
부담	징수불가	전액 환자 부담		보험자 부담 <sup>1)</sup>	환자 부담
수가	일반수가	일반수가	일반수가	법정 및 일반수가 <sup>1)</sup>	
항목	임의 비급여	한시적 비급여	법정 비급여	법정급여	100/100
수가	일반수가	일반 및 법정(자보)수가 <sup>2)</sup>		건강보험 진료수가 준용	
부담	징수불가	보험자 부담			
구분	자동차보험				

- 주1. 법정급여 중 환자본인부담율과 각종 행정해석, 산정지침 및 심사지침 등을 통한 환자본인부담금은 제외. 각종 행정해석 등을 통한 환자본인부담금은 일반수가 적용.
2. 법정비급여 중 예방진료등 교통사고와 인과관계가 없는 진료 제외하고 상급병실료 및 선택진료비에 대하여는 제한적으로 인정하고 있으며, 법정비급여와 한시적비급여 중 MRI, 초음파, 식대, 보장구 등 자보수가기준에 명시된 것은 법정(자보)수가를 적용하고 이외에는 일반수가 적용.

만약, 계약이 체결되지 않은 경우에는 건설교통부, 보험사업자 대표 및 의료계 대표가 협의하여 지역별, 의료기관 종별 건강보험 비급여 항목에 수가조사를 통하여 일정 수준의 가이드라인(지역별, 의료기관 종별 최대 진료수가 또는 최대·최소 진료수가의 범위)을 건설교통부장관이 고시하는 방안이 바람직할 것이다. 또한, 진료기관 계약을 맺지 않은 의료기관에서 교통사고 응급환자가 진료를 받았을 경우에는 건설교통부장관 고시를 적용토록 하므로써 의료기관 선택권 제약에 따른 피해를 최소화 시켜야 할 것이다.

#### 나. 진료기관계약제 도입

자동차보험에서 진료기관 당연지정제의 도입은 타보험과의 형평성 차원과 교통사고 환자가 적정한 의료를 받지 못할 것이라는 우려 속에 시행되었으나 오히려, 시설, 인력, 장비등 진료환경이 더 나은 의료기관 등에서의 진료기피 현상을 심화시키는 결과를 초래하고 보험사기의 원인이

되고 있다. 결과적으로 의료기관의 사법상의 권리를 침해하고 의료의 경직성으로 인한 부작용에 대하여 효과적으로 대처할 수 없어 교통사고 환자에게 그 피해가 전가되고 있는 것이다.

<표-35> 요양기관과 보험자와의 법률관계

구 분	장 점	단 점
요양기관 당연지정제	◇ 요양기관 확보 용이 ◇ 의료공백 미발생 ◇ 별도의 행정절차 불필요	◇ 요양기관의 사법상 권리 침해 ◇ 의료의 경직성 발생
요양기관 지정제	◇ 요양기관 확보 용이 ◇ 의료공백 미발생	◇ 요양기관의 사법상 권리 침해 ◇ 의료의 경직성 발생 ◇ 지정절차에 따른 행정비용 발생
요양기관 계약제	◇ 당사자의 의사존중 ◇ 당사자의 책임한계가 분명함	◇ 계약 미성립시 의료공백 발생 ◇ 계약체결 방법·절차 복잡

자료 : 정홍기 외, 2001

2002. 10월 헌법재판소는 의료의 공백을 우려하여 요양기관 당연지정제에 대하여 합헌을 선고한 바 있으나, 건강보험은 공법관계로 국가에서 관장하는 사회보험으로서 국가가 의료보장 의무를 이행하기 위하여 요양급여에 필요한 의료기관 확보 차원에서 요양기관 당연지정제를 시행하고 있는 반면, 자동차보험은 민간보험(손해배상)의 성격이 강하고 보험사업자와 의료기관간의 사법관계로 아무런 법률적 관계가 없음에도 불구하고 진료기관 당연지정제를 시행하는 것은 자유시장경제체제를 근간으로 하는 우리나라 경제질서에도 부합되지 않는 것이다.

교통사고 환자는 건강보험 및 산업재해보상보험 환자와는 달리 자동차손해배상보장법령에 의거 보험사업자에게 보험금 등의 직접청구권<sup>5)</sup>이 보

5) 전통적인 배상책임법리에 따라 피보험자의 보험금 청구권만을 인정한다면 교통사고 당사자간의 합의가 성립되지 않는 경우 또는 피보험자 등이 손해배상책임의 이행에 성의 없거나 배상능력이 없는 경우 손해의 보상·회복이 곤란하여 자동차손해배상보장법의 제정취지를 훼손하는 결과를 초래함에 따라 신속한 피해자보호를 통한 책임보험의 실효성 확보차원에서 자동차손해배상보장법 제정 당시부터 보험자에 대한 피해자의

장되어 있으며 자동차보험 진료수가에 대하여는 그 전액을 가불금으로 교통사고 환자 본인에게 직접지급할 것을 신청할 수 있을뿐 아니라 진료를 한 당해 의료기관에 직접지급할 것도 청구할 수 있기 때문에 진료기관계약제 시행으로 교통사고 환자의 의료기관 접근성이 제약받는 것도 아니고 건강보험과 같이 의료의 공백도 발생하지 않음에도 국가의 관리감독 책임은 등한시하고 막연히, 교통사고 피해자 보호라는 목적으로 진료기관 당연지정제를 시행함으로써 국가가 보험사업자의 영업권을 보장하는 궤으로 비춰지고 있다.

따라서, 의료기관과 보험사업자, 의료기관간, 보험사업자간 경쟁을 촉진시켜 교통사고 환자에게 양질의 의료를 제공할 수 있도록 진료기관계약제를 도입하여야 할 것이다. 진료기관 계약방법은 자동차보험이 민간보험의 성격이 강한 만큼, 각 의료기관과 보험사업자간에 자율적으로 진료기관 계약을 체결토록 함으로써 자율성을 최대한 부여하고 의료기관과 보험사업자 모두에게 선택권을 보장하는 방향으로 이루어져야 할 것이다.

또한, 보험자 또는 의료기관 일방에 의하여 진료기관 계약을 맺지 않는 역선택 현상이 발생할 수 있으므로 진료비 지급기관 및 심사기관 일원화를 통하여 진료비 지급 및 심사와 관련한 부조리를 사전에 방지하고 진료수가계약제를 시행하여 진료수가에 대하여 보험사업자나 의료기관의 자율성과 수용성이 충분히 보장될 수 있도록 진료비 심사, 지급 및 진료수가 결정 방식에 대한 제도적 개선이 선행되어야 한다. 이렇게 하므로써 역선택 현상은 크지 않을 것으로 생각되나, 진료수가 계약의 결과에 따라 상대적으로 경쟁우위에 있는 의료기관의 역선택 현상은 초래될 가능성이 있다.

---

직접청구권을 인정하고 있음. 또한, 피해자의 직접청구권에 대한 보상은 일단 합의가 성립되거나 판결에 의한 확정 등으로 손해배상책임 및 배상액이 결정되어야 행사되므로 분쟁이 있는 경우 손해가 보상되지 않는 경우가 많고 피해자가 장기간 배상금을 받지 못하게 되어 치료비등 당장 지출이 급박한 사항에 대하여 경제적 곤란을 겪고 긴급비용을 충당하기 위하여 할 수 없이 합의를 하게 된다든지 또는 경제력 부족으로 제대로 치료를 받지 못하여 후유장해가 발생하거나 심지어 생계유지 자체가 곤란하게 되는 경우가 발생하는 것을 보호하기 위하여 가불금 제도를 둠(김정열 외, 2001).

### 3. 진료비 심사기관 및 지급기관 일원화

11개 손해보험사와 4개 공제조합의 보상센타별로 이루어지고 있는 진료비 심사가 일관성이 결여되어 있고 이를 조정하기 위한 분쟁조정 기구의 역할 또한 기대에 미치지 못하고 있다. 또한, 보상센타별로 진료비를 청구함에 따라 의료기관의 행정부담이 가중될 뿐 아니라 의료기관이 지급청구한 진료비 역시, 법정 진료비 지급기간(의료기관의 지급청구일로부터 30일 이내 지급)이 준수되지 않는 등 자동차손해배상보장법령 정비(지연지급에 따른 법정이자 부과, 임의삭감 금지)에도 불구하고 진료비 지연지급과 임의삭감이 근절되지 않고 있다.

이는 진료비 지급과 관련한 보험사업자의 부조리로 인하여 비롯되는 것으로 진료비 심사와 연계하여 규모가 적은 중소 의료기관을 대상으로 조정협의를 강요하거나 다른 의료기관으로 환자를 전원조치(소위 환자 빼내기)시키는 등 보험사업자가 우월적 지위를 남용하기 때문이다. 또한, 진료비 삭감에 따른 인센티브 제공 등 자동차보험 사업을 통한 이윤추구 동기가 강하기 때문이다.

뉴질랜드의 예에서 보았듯이 우리나라 현실 여건상 완전한 사회보험이 조만간 실현되기에는 많은 어려움이 있다. 하지만, 자동차사고 역시 산업 재해의 일종이므로 국가의 책임을 어느 수준까지 결정하느냐에 달린 것으로, 피해자 보호와 구제수단 확보 차원에서 자동차보험 가입이 강제되고 있고 사회보험이나 민간보험이나 추구하는 목적이 복지사회 구현에 있는 만큼, 자동차보험 사업을 통한 이윤추구는 방지되어야 할 것이다.

따라서, 자동차보험 진료비 산정을 둘러싼 보험사업자와 의료기관의 갈등을 해소하고 진료비 지급업무의 공정성과 투명성 제고를 통하여 보험료 산정의 적정성을 제고하기 위해서는 자동차보험 진료비 심사기관과 지급기관을 전문기관에 위탁하여 각각 일원화하는 것이 진료비 수수와 관련한 부조리를 방지할 수 있다. 또한, 의료란 환자의 개별성(환자의 소

인)과 의사의 재량(능력)에 따라 그 결과가 불확실한 것으로 의료에 관하여 전문성을 갖추지 않은 보험사업자가 진료비를 심사하고 지급하는 것은 보험사업자와 의료기관간에 끊임없는 분쟁을 야기하고 별도의 체계를 유지함에 따라 자원낭비를 초래하고 있다.

우리나라의 의료급여제도와 이탈리아의 예<sup>6)</sup>에서 보듯이 현재 자동차보험 여건상 별도의 지급기관과 심사기관을 설립하는 것은 자원의 낭비를 초래할 수 있고, 향후 건강보험과의 일원화가 불가피 한점을 감안할 때, 전문기관으로 위탁하는 방안이 현재로써 최선의 방안이라 할 수 있다. 앞서 제시한 진료기관계약제와 연계하여 진료기관 계약을 맺은 의료기관은 진료비 심사기관에 진료비를 청구하고 진료비 지급기관의 그 심사결과에 따라 진료비를 지급토록 하고, 진료기관 계약을 맺지 않은 의료기관에서 진료를 받은 경우에는 진료비 지급기관에 가불금을 신청하여 본인이 직접 납부하거나 당해 진료기관에 진료비를 직접 지급토록 진료비 지급기관에 청구할 있도록 함으로써 교통사고 환자의 적정진료 수급권을 보장하여야 할 것이다.

아울러, 교통사고 환자에게 진료비 심사기관에 진료 내역에 대하여 확인 심사를 청구할 수 있는 권한을 부여함으로써 진료수가 차이로 인한 교통사고 환자의 피해를 최소화 하여야 하고 자동차보험의 공공성 강화 차원에서 행정구체제도(이의신청, 심사청구 및 행정소송)<sup>7)</sup>를 둠으로써 의료기관과 보험사업자 모두가 자신의 권리나 이익을 보호받을 수 있도록 하여야 할 것이다.

교통사고 피해자의 보호라는 자동차보험의 본래의 목적을 달성하기 위하여 자동차보험에서 정부 또는 공공기관의 역할을 강조함으로써 정보의

---

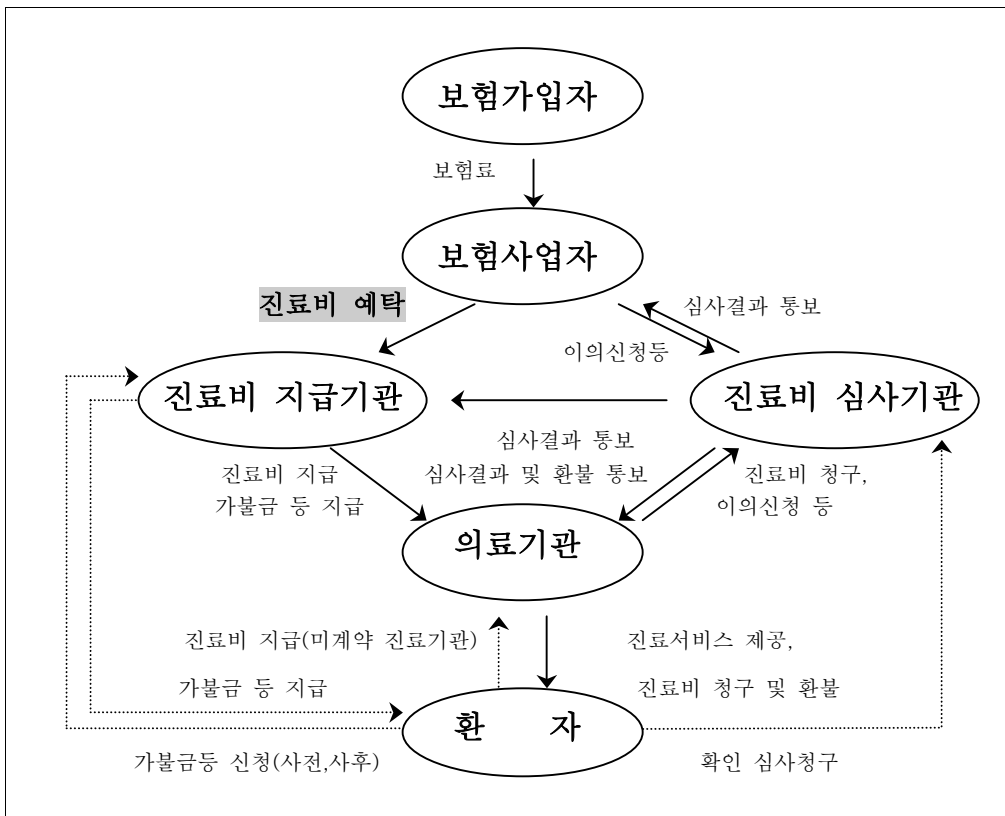
6) 우리나라와 유사하게 단일 보험자로 운영되고 있는 이탈리아의 경우 자동차보험료의 일정 부분을 NHS 에 위탁하여 운영하고 있고 자동차보험 회사는 대물배상만 담당하고 있음(김진현 외, 2003).

7) 현재에는 분쟁조정 기구에 심사청구할 수 있는 권한은 보험사업자에게만 주어지고 심사결정 내용을 통보받은 날부터 30일 이내에 소를 제기하지 않을 경우 분쟁조정 기구의 심사결정에 합의한 것으로 간주하고 있음(자동차손해배상보장법 제 15 조 및 제 17 조).



비대칭으로 인한 보험사업자와 의료기관간의 분쟁 해소는 물론이고 이로 인한 교통사고 피해자의 보호뿐만 아니라 자동차보험 가입자의 보호를 위해서 진료비 지급기관 일원화와 진료비 심사기관 일원화를 통하여 주인-대리인 관계의 재정립이 필요한 시점이다.

진료비 지급기관 일원화 및 진료비 심사기관 일원화를 통하여 진료비 지급 및 심사와 관련하여 임의삭감, 지연지급, 조정동의 강요 등 보험사업자의 부조리를 방지할 뿐 아니라 후유장애 치료비 및 기왕증 진료비 등 보험금 지급의 투명성을 제고하여 합리적인 보험료 산정과 재정누수와 관련한 건강보험과 자동차보험간의 분쟁의 해결책도 모색할 수 있을 것이다. 또한, 장기적으로 자동차보험의 공공성을 확보함으로써 자동차보험 사업비 절감 등 보험료 인하효과를 가져다 줄 것이다.



<그림-14> 자동차보험 진료비 청구 및 지급에 관한 개선방안

## VI. 요약 및 결론

### 1. 연구결과 요약

지금까지 문헌고찰과 설문조사를 통하여 자동차보험의 성격, 교통사고 환자의 진료내용 및 특성, 정부규제의 배경 및 타당성, 자동차보험제도의 법·제도적 현황을 살펴보았다. 첫째, 자동차보험의 성격은 가입을 강제하고 있어 사회보험적 성질을 가진다고도 볼 수 있지만, 운영주체 및 운영주체의 목적, 운영의 관리감독체계가 사회보험과 상당한 차이가 있고, 특히, 손해사정 업무가 공공성이 결여되어 있어 교통사고 환자에게 적정 보상을 하지 못하고 있음을 파악하였다.

둘째, 교통사고 환자의 진료내용은 진료내적 요인과 진료외적 요인이 복합적으로 작용하고 있음을 볼 수 있다. 진료내적 요인은 교통사고 환자의 외상성, 다발성 특성과 높은 후유장애율 이었고, 진료외적 요인은 책임보험의 낮은 배상한도액과 직불청구 금지 등으로 인한 교통사고 환자의 비용의식 부재에 있었다.

셋째, 정부규제의 필요성은 정부개입 초기에는 사회적 문제(진료기관계약 해지 사태로 진료기피 현상 확산) 해결에 있었으나 점차 의료보험(現, 건강보험) 등 유관시장과 형평성 제고를 위하여 이루어졌으며, 이에 따라 합리적인 이유와 절차 없이 자동차보험 산업의 보호와 법원판결액 대비 월등히 낮은 책임보험 보상한도액 상향조정을 위하여 자동차보험 진료수가 인하등 지속적인 가격규제로 현재 산업재해보상보험과 일원화 시켰다.

넷째, 정부규제의 지속적 강화로 의료기관이 당면한 법·제도적 현황으로 진료기관 당연지정제, 자동차보험 진료수가수준 및 결정방식, 건강보험 진료수가기준 준용 및 진료비 직접청구 금지로 교통사고 환자에게

양질의 의료를 제공하는데 오히려 역효과로 작용하고 있음을 파악하였다. 의료기관 종별로 상이하고 평균 원가보전율이 90% 수준<sup>1)</sup>에 불과한 건강보험 진료수가를 준용함에 따라 진료기피 현상이 심화(종합병원급 이상)되고 건설교통부장관의 고시에 의하는 자동차보험 진료수가 고시제에 대하여 부정적임을 알 수 있었다.

또한, 건강보험 진료수가기준 준용으로 교통사고 환자에게 적정진료를 보장하지 못하고 있었으며, 진료기관 당연지정제로 인하여 의료기관의 기본권 훼손은 물론이고 적정진료를 제공받아야 할 환자에게는 역효과로 작용하고 낮은 책임보험 배상한도액과 결부되어 각종 보험사기의 원인이 되고 있었다.

## 2. 결 론

현행 진료기관 당연지정제는 교통사고 환자가 적정한 의료급여를 받지 못할 것이라는 우려를 방지하기 위하여 도입되었으나, 의료기관과 보험사업자간의 관계는 사법관계로 아무런 법률적 관계가 없음에도 자동차보험 진료기관 당연지정제를 실시함에 따라 헌법에 보장된 의료기관의 기본권을 제한함을 물론이고 오히려 진료기피 등 적정진료를 받아야 할 교통사고 환자에게는 역효과로 작용하고 낮은 책임보험 배상한도액과 결부되어 각종 보험사기의 원인이 되고 있다.

또한, 현행 우리나라 자동차보험제도의 병폐 중에 하나는 손해사정업무가 공정하지 못함에 따라 교통사고 환자에게 적정한 보상을 하지 못하고 있다는 것이다. 최소한 책임보험 영역에서나마 보험사업자와는 독립

---

1) 2001. 1. 1~2001. 12. 31 까지 의료보험수가구조 개편을 위한 자원기준 상대가치 연구 4차연도 연구 중간보고서 산출된 원가의 90% 수준까지 단계적으로 현실화 하였음(보건복지부, 2000).

된 손해사정인의 전문조력이 보장되어야 한다. 이는 특별법인 자동차손해배상보장법의 입법취지와 강제보험이면서 동시에 사회보험적인 자동차보험책임보험 원래의 이념을 구현하는데 부합되는 것이다.<sup>2)</sup>

따라서, 현행 자동차보험제도가 자동차손해배상보장법이 추구하는 목적인 피해자보호 보다는 자동차보험 가입자와 보험사업자에게 더 유리하게 작용하고 있다고 볼 수 있다. 책임보험의 본질적 기능인 피해자 보호가 우선시 될 수 있도록 진료기관계약제를 통하여 보험사업자와 의료기관간, 보험사업자간 또는 의료기관간의 경쟁을 촉진하여 교통사고 환자에게 양질의 의료가 제공될 수 있도록 패러다임의 전환이 이루어져야 하고, 보험료 자유화와 더불어 진료수가 및 기준에 대한 의료기관과 보험사업자간의 수용성과 자율성을 확대하기 위해서 건강보험과 같이 자동차보험 진료수가계약제를 도입할 필요성이 있다.

또한, 진료비 지급 및 심사업무가 보험업법에 의한 보험자의 고유권한이라고 볼 수도 있지만, 1983년 자동차보험 사업의 다원화 이후 지금까지 지속되고 있는 진료비 임의삭감, 지연지급 및 과다청구 등에 대한 보험사업자와 의료기관간의 분쟁을 종식하고 또한, 진료비 심사의 공정성과 전문성이 결여로 교통사고 피해자에게 적정진료를 제공하는데 장애로 작용할 소지가 있으므로 진료기관계약제 시행과 아울러 진료비 지급기관과 심사기관의 일원화(전문기관 위탁)가 선행되어야 하며, 진료비 지급기관과 심사기관의 이원화를 통하여 상호견제가 가능하도록 해야 할 것이다.

---

2) 의무보험이며 준 사회보험으로서 보상한도액이 제한된 제도의 본래 특성상 피해자측 과실을 공제하지 않는 절대책임주의로 출발하였으나 치료비의 과실공제를 거쳐 현재는 치료비까지 과실공제하고 있고 상실수익액(보상금) 부분에서 법원판례기준의 약 44%에 불과하고 구체적인 지급기준이 영리기업인 보험회사의 약관에 규정되어 있어 영리적 이해관계에 따라 법제정 취지와 다른 결과를 초래 할 수 있다(김광주, 2002. 12).

아울러, 무엇보다도 건강보험 진료수가기준을 준용으로 인하여 교통사고 환자의 조속한 원상회복과 후유장해율을 낮추는 데 장해로 작용할 수 있으므로 건강보험 재정절감 차원에서 도입된 건강보험 진료수가기준의 준용을 배제하고 교통사고 환자의 특성에 부합되는 진료수가기준 마련이 시급하다. 특히, 의학적 타당성과 후유장해 판정, 교통사고와 상당 인과 관계를 합리적으로 평가할 수 있는 시스템 구축이 선행되어야 한다.

현재 의료시장 개방 및 민간보험 활성화 등이 활발히 논의되고 있는 가운데 진정 교통사고 환자의 보호를 위해서는 의료공급 주체인 의료기관의 기본권을 훼손하지 않는 범위내에서 교통사고 환자에게 양질의 의료를 제공할 수 있도록 경쟁과 자율성을 보장하고 자동차보험의 공공성이 보장되는 방향으로 현행 자동차보험제도의 모순이 개선·보완될 때, 자동차보험의 법·제도적 성격에 대한 논란의 소지를 해소하고 진정 사회보험으로서 그 역할을 다할 수 있을 것이다.

본 연구는 주로 종합병원급 이상에서의 의료기관의 문제점과 개선방안을 중심으로 이루어짐에 따라 전체 의료기관의 인식을 반영하지 못하였고, 정부, 교통사고 환자 및 보험사업자와 같이 의료서비스 공급자와는 다른 시각에서의 자동차보험 의료제도 문제점에 대한 인식과 개선방안에 대한 조사분석이 결여되어 있다는 한계점이 있다. 따라서, 이 연구는 자동차보험 의료제도의 일부 문제점을 보다 체계적으로 제기하였다는 점에서 의의가 있고, 향후 논란의 소지가 있는 부분에 대해서는 교통사고 환자 특성 및 원인, 진료의 특성, 손해배상 특성 등을 감안하여 현행 자동차보험 의료제도의 문제점에 대하여 더 심층적이고 다각적인 연구와 협의를 통하여 합리적인 개선방안을 마련할 필요성이 있다.

## <참고문헌>

- 건강보험심사평가원. 국민건강보험법령해설(Ⅱ). 2000
- 건강연대. 2001년 건강연대 보건의료 정책자료집. 2002
- 건설교통부. 보도자료(교통사고 피해자에 대하여 적용하는 의료보수 고시). 1995
- 건설교통부. 보도자료(자동차사고 환자의 진료비 조정). 1999
- 건설교통부. 자동차보험 진료수가의 기준에 대한 무효확인 소송 및 고시 정지 가처분 신청에 대한 답변. 1999
- 건설교통부. 자보수가기준 개정추진(안). 1999
- 고경모. 자동차보험제도 개선의 효과. 대한손해보험협회지 1995;322:27-32
- 고경석. 건강보험제도의 발전방향. 건강보험포럼 2003;2(1):6-9
- 고경환. 자동차보험 대인배상제도 개선방안. 연세대학교 대학원 석사학위 논문, 1995
- 고평석. 책임보험계약법론. 삼지원, 1990
- 교통개발연구원. 자동차보험제도 개선방안 연구. 1991
- 교통개발연구원. 자동차보험제도 개선 세미나 자료집. 1996
- 교통개발연구원. 자동차보험제도 개선방안에 관한 정책토론회 자료집. 1997
- 교통문화운동본부. 자동차손해배상보장법의 올바른 개정방안에 관한 공청회 자료집. 1998
- 국민건강보험공단. 연세대보고서(의료보험수가 구조개편을 위한 상대가치 개발, 1997)에 대한 검토 의견. 2000
- 권 오. 보험론. 청목출판사, 2001
- 권홍구. 자동차보험 의료보수 고시 해설. 대한손해보험협회지 1995;321:38-47
- 김기성. 요양기관 강제지정제도에 대한 의식조사 및 개선방향. 연세대학교 대학원 석사학위 논문, 2002
- 김성재. 자동차보험대인배상제도의 문제점과 개선방안. 보험감독원, 1992
- 김세돈. 자동차사고 인적손해 보상제도의 새로운 방향. 서라벌대학 논문집 2002;21:81-107
- 김영삼. 사회보험법의 헌법적 문제에 관한 연구. 헌법재판소, 2000
- 김용익, 이평수, 조홍준 등. 건강보험 재정설계 연구. 서울대학교 의과대

- 학 의료관리학교실, 2000
- 김용익, 김창엽, 이영성 등. 임의비급여 관리방안 연구. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 2000
- 김유중. 손해보험 손해율 관리전략(자동차 보험편). 대한손해보험협회지 1988;237:5-11
- 김정렬, 이득주. 자동차손해배상제도 해설. 청화, 2001
- 김진현, 고수경, 김창호 등. 자동차보험 진료수가기준 개선방안. 인제대학교, 한림대학교, 한국소비자보호원, 2003
- 김진현, 이태진, 문재우 등. 자동차보험 진료수가체계의 문제점과 개선방안. 인제대학교 보건행정학부, 2001
- 김한중, 정우진, 김병익 등. 건강보험 장기발전모델에 관한 연구. 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 2003
- 김현웅. 우리나라 자동차책임보험제도의 문제점. 서울대학교 대학원 석사학위 논문, 1992
- 남상요. 일본의 의료제도와 병원경영. 수문사, 2001
- 노병일. 사회보장론. 대학출판사, 2002
- 노시평. 정책학. 학현사, 2001
- 대한손해보험협회. 보도자료(건강보험보다 최고 28% 비싼 교통사고 진료비 일원화 되야). 2001
- 대한병원협회. 자보수가 고시 관련 해설. 1995
- 대한병원협회. 자동차보험 진료수가 개선 건의. 2003
- 대한손해보험협회. 보도자료(자동차보험 입원환자 5명중 1명 나이롱 환자). 2003
- 대한손해보험협회. 보도자료(자동차보험 환자 진료비 3년간 6,200억 증가 예상). 2001
- 모지환, 박상하, 안진. 사회보장론. 학지사, 2003
- 문병기. 자동차보험 의료비의 적정화 방안. 대한손해보험협회 1991;275:10-16
- 문상열. 정부규제의 이론과 실제. 동아대학교 사회과학론집 2002;20:211-238
- 박기동. 일차의료 강화를 위한 의료체계 및 건강보험체계 개선방향(한국, 일본, 대만의 비교분석). 대한가정의학회지 2003;24(4):328-345
- 박석돈. 사회보장론. 양서원, 2002

- 박은철, 조우현, 정상혁 등. 진료용 재료의 적정 보상방안 마련에 관한 연구. 연세대학교 의과대학 예방의학교실, 1999
- 박홍규. 사회보장법. 한국방송대학교출판부, 1996
- 박형욱. 의료법과 국민건강보험법의 상호관계와 합리적인 개선방안. 대한병원협회 추계학술대회 자료집;17:113-148
- 방갑수. 최신보험학. 박영사, 1999
- 보건복지부. 건강보험 요양급여 상대가치 점수 및 약제·치료재료 상한 금액 산정(안). 2000
- 보건복지부. 요양기관 운영실태 관련 토론회 자료집. 2003
- 보험개발원. 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석. 2002
- 보험개발원. 자동차보험 합리화 방안. 1995
- 보험개발원. 자동차보험 변천사. 2001
- 보험개발원. FY99 의료기관별 진료비 분석자료집. 2000
- 보험개발원. 2001사업연도 자동차보험 개황 및 분석. 2002
- 보험경영연구회. 보험론. 문영사, 2002
- 신동철. 자동차보험 진료비 보상기준에 관한 연구. 경희대학교 대학원 석사학위 논문, 2000
- 신수희. 국민건강보험법상 요양기관지정제에 대한 논의. 대한병원협회지 2002;31(4):9-21
- 신영수, 김창엽, 김선민 등. 신의료기술 관리의 적정화 방안에 관한 연구. 서울대학교 의과대학, 1999
- 안철경. 국내외 보험사기관리 실태 분석. 보험개발원, 2002
- 안태식, 박은철, 최병호 등. 요양기관종별 경영수지 분석자료에 의한 원가분석 연구. 서울대학교 경영연구소, 연세대학교 보건정책및관리연구소, 한국보건산업진흥원, 한국보건사회연구원, 2002
- 양승규. 보험법. 삼지원, 2002
- 원석조. 사회보장론. 양서원, 2002
- 유승흠. 의료보장론. 연세대학교 보건대학원, 2002
- 유승흠, 이규식, 박은철 등. 21세기 한국보건의료정책 개혁방향. 한국의학원, 2002
- 이두호, 차홍봉, 엄영진 등. 국민의료보장론. 나남, 1992
- 이병조. 자동차보험론. 보험연수원, 1997
- 이병호. 자동차대인배상책임보험제도에 있어서 의료비 문제의 개선방안



- 에 관한 연구. 경희대학교 대학원 석사학위 논문, 1993
- 이상민. 교통사고 피해자 보상 보장제도 개선방안. 교통개발연구원, 2001
- 이선희. 건강보험 급여심사의 문제점과 개선방안. 대한의사협회 의료정책 포럼 2003;1(4):21-50
- 이선희, 최정훈, 김영재 등. 약제급여 심사평가 정책의 문제점과 개선방안. 2002
- 이용균, 이준협, 최재천 등. 자동차보험 수가체계와 제도개선 연구. 한국병원경영연구원, 2003
- 이종환. 보험사기 및 범죄의 조사기법에 대한 연구. 대한손해보험협회지 2000;12:77-88
- 이진경. 건강보험 본인부담 실태와 추이분석. 건강보험포럼 2002;1(3): 51-72
- 의료개혁위원회. 의료부문의 선진화를 위한 의료정책과제(21세기 새로운 도약을 위한 준비). 1997
- 의료보험연합회. 의보련사업보고, 1997
- 자동차보험 진료수가분쟁심의회. 제1기 심의회 활동 보고, 2001
- 자동차보험 진료수가분쟁심의회. 제2기 심의회 활동 보고. 2003
- 재정경제기획원. 교통사고 피해자에게 적용하는 의료수가고시(안)에 대한 의견. 1994
- 정기택, 권영대, 임민형 등. 자동차보험 진료수가의 적정가산을 결정방안에 관한 연구. 경희대학교 보건의료산업연구원, 2001
- 정병만. 자동차책임보험에 관한 고찰-대인배상을 중심으로. 대구대학교 대학원 석사학위 논문, 1995
- 정홍기, 조정찬. 국민건강보험법. 한국법제연구원, 2001
- 조우현, 이선희, 강혜영 등. 요양급여의 초·중·장기 평가대상 개발에 관한 연구. 연세대학교 보건정책및관리연구소, 2001
- 지수현. 배상책임보험론. 보험연수원, 1997
- 최병선. 정부규제론. 법문사, 2003
- 최병호, 노인철, 신종각 등. 의료보험 본인부담 실태와 급여체계 개선방안. 한국보건사회연구원, 1997
- 최원진. 자동차책임보험제도에 관한 법적연구. 강원법학 1995;7:23-73
- 최진욱. 규제연구에 대한 제도주의적 접근. 정부학연구 2002;8(2):144-178
- 한국교통장애인협회. 선진교통문화를 위한 법·제도 개선방안. 2002

- 한국보건산업진흥원. 병원경영분석. 각년도
- 황덕남. 국민건강보험법 제40조제1항의 위헌성 검토. 대한병원협회, 2001,
- 황덕남. 교통사고 환자의 진료수가 고시의 위헌여부. 대한병원협회, 2001
- 헌법재판소. 국민건강보험법 제40조제1항 위헌확인. 2002
- Rokes WP. No-Fault Insurance. Insurors Press, Inc., 1971
- Pauly MV. 'Is Medical Care Different?'. London:An Aspen Publication, 1982
- Luke RD, Bauer JC. Issues in Health Economics. London:An Aspen Publication, 1982
- Rejda GE. Social Insurance of the Public Sector. 2th ed. w.w. Norton & Company, 1988
- Rejda GE. Principle of Risk Management and Insurance. 6th ed. New York:Addison-Wesley, 1998
- Myers RJ. Social Security. 5th ed. Homewood, Ill.:Richard D. Irwin, Inc., 1999
- Meier KJ. The Political Economy of Regulation : The Case of Insurance. Ithaca, NY:State University of New York Press, 1988

부 록

♣ 해당란에 체크(√) 또는 기술힌여 주시기 바랍니다(이하 모두 동일)

**I. 교통사고 환자 진료내용에 관한 질문입니다.**

건설교통부는 1999. 10. 8 일물일가(一物一價 ; 동일행위, 동일가격) 원칙을 들어 자동차보험 중별가산율을 인하 하고, 2003. 10. 8부로 산업재해보상보험 중별가산율 수준으로 재차 인하 하였습니다.

1. 귀하께서는 자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용에 차이가 있다고 생각하십니까?

- ① 예( )      ② 아니오

☞(① 을 선택하신 경우 2, 3번으로 가세요)

2. 귀하께서는 진료내용의 차이가 있다면 무엇이라고 생각하십니까?(2가지만 선택하여 주십시오)

- ① 장기재원( )      ② 의사업무량( )      ③ 간호업무량( )  
④ 주사제및약제 사용량( )      ⑤ 검사및MRI등 방사선 장비 사용량( )

3. 진료내용의 차이가 있다면 원인은 무엇이라고 생각하십니까?(3가지만 선택하여 주십시오)

- ① 교통사고 환자의 외상성, 다발성 특성( )  
② 교통사고 환자의 높은 후유장애 발생률( )  
③ 더 많은 보상금을 타기 위한 교통사고 환자의 도덕적 해이( )  
④ 환자의 비용의식을 고취시키기 위한 장치(예:환자본인부담금) 부재( )  
⑤ 의료사고를 대비한 진료의사의 방어진료( )  
⑥ 의료기관의 수익성 제고를 위한 방편( )

**II. 현행 자동차보험제도에 관한 질문입니다.**

4. 귀하께서는 자동차보험에서 가장 문제점이 무엇이라고 생각하십니까? (3가지만 선택하여 주시기 바랍니다)

- ① 자동차보험 진료수가( )  
② 진료기관 당연(강제)지정제( )  
③ 교통사고 환자에게 진료비 직접청구 금지(임의비급여 손실등)( )  
④ 건강보험 비급여 항목에 대한 자보수가( )  
⑤ 건강보험 진료수가기준 준용으로 교통사고 환자 적정진료 제한( )  
⑥ 교통사고 환자의 장기재원( )  
⑦ 선택진료 및 기왕증 진료비 산정기준 불명확( )  
⑧ 진료비 청구, 지불보증 및 민원등 행정부담 가중( )  
⑨ 진료비 심사, 조정협의, 심사청구등 심사 및 분쟁조정 문제( )

현재 자동차보험 진료수가는 건설교통부장관이 자동차보험 진료수가분쟁심의회 의견을 들어 결정토록 되어 있습니다. 또한, 의료법의 ‘진료거부 금지’ 조항을 들어 모든 의료기관에 건설교통부장관이 고시한 진료수가를 적용토록 하고 사실상 진료기관을 당연(강제)지정하고 있습니다.

5. 귀하께서는 자동차보험에 대한 정부 개입과 진료수가 결정방식에 대하여 어떻게 생각하십니까?

질 문	예	아니오
진료수가 고시 및 자동차보험 진료수가기준의 법제화등 자동차보험에 대한 정부 개입이 바람직하다.		
자동차보험 진료수가 결정방식이 합리적이다.		

6. 귀하께서는 진료수가계약제와 진료기관계약제에 대하여 어떻게 생각하십니까?

질 문	예	아니오
진료수가 계약제가 도입되어야 한다.		
진료기관 계약제가 도입되어야 한다.		

자동차보험 진료수가는 종별가산율만 달리 하고 건강보험 진료수가를 그대로 준용하고 있습니다. 또한, 건강보험에서 의료기관 일반수가를 적용(MRI 및 초음파, 식대등)하는 항목에 대하여는 별도의 진료수가를 책정하고 있습니다.

7. 귀하께서는 자동차보험 진료수가 수준에 대하여 어떻게 생각하십니까?

질 문	예	아니오
건강보험 진료수가 보다 높다. (급여, 비급여, 임의비급여 모두 포함)		
MRI촬영료, 식대등 대한 자보수가가 건강보험 일반수가에 비해 적정하다.		
건강보험 환자 대비 교통사고 환자의 진료 수익성이 높다		

현재 의료기관이 지급청구한 진료비는 30일이내 지급토록 하고, 보험사업자가 지급청구액에 대하여 이견이 있을 경우 60일이내 진료수가분쟁심의회에 심사청구할 수 있습니다. 심사청구도 하지 않고 진료비를 삭감할 경우 5천만원 이하의 과태료 처분을 받도록 되어 있습니다. 또한, 분쟁의 사전예방을 위하여 의료기관 지급청구액에 대한 조정협의 절차를 두고 있습니다.

8. 귀하께서는 진료비 지급과 관련하여 어떻게 생각하십니까?

질 문	예	아니오
법정진료비 지급기간(30일)이 준수되고 있다		
임의삭감이 근절되었다		

9. 귀하께서는 진료비 청구, 조정협의 및 심사에 대하여 어떻게 생각하십니까?

질 문	예	아니오
진료비 청구에 따른 행정력 낭비가 심하다		
조정협의 절차가 분쟁을 사전에 예방하고 있다		
조정협의시 동의를 강요하는 사례가 발생하고 있다		
건강보험에 비해 삭감율이 높다		
진료비 심사가 공정성과 객관성, 전문성을 갖추었다		

10. 귀하께서는 진료비 심사 및 지급 업무에 대하여 어떻게 생각하십니까?

질 문	예	아니오
심사업무를 전문기관으로 위탁 또는 일원화 하여야 한다		
지급업무를 전문기관으로 위탁 또는 일원화 하여야 한다		

11. 귀 기관의 조정협의 내용은 주로 무엇입니까?(3가지만 선택하여 주시기 바랍니다)

- ① 산정착오( )    ② 추가적용 착오( )    ③ 계산착오( )  
 ④ 비급여 수가( )    ⑤ 소명자료 미제출( )    ⑥ 부당청구( )  
 ⑦ 약제·재료대 과다청구( )    ⑧ 요양급여기준 적용 착오( )

12. 귀 기관에서는 어떤 수단으로 자동차보험 진료수가를 청구하고 있습니까?

- ① 보통우편( )    ② 등기우편( )    ③ 보상담당자에게 직접전달( )  
 ④ 보상센터를 방문하여 직접전달( )    ⑤ EDI 청구( )

13. 귀하께서는 진료비 직접청구 금지가 환자의 도덕적 해이를 조장하여 적정 진료를 필요로 하는 환자에게 장애로 작용하고 있다고 생각하십니까?

- ① 예( )    ② 아니오

자동차보험에서는 심사평가원과 같이 진료비 산정과 관련한 조정권한이 있는 심사기관이 부재하기 때문에 진료수가분쟁심의회를 운영하고 있습니다. 또한, 심사결정후 30일 이내에 소송을 제기하지 않을 경우 합의된 것으로 간주함으로써 진료수가분쟁심의회 심사결정의 효력을 법적으로 보장하고 있습니다.

14. 귀하께서는 진료수가분쟁심의회가 분쟁조정에 대하여 어떻게 생각하십니까?

질 문	예	아니오
기왕증및선택진료비, 입원료및식대등에 대한 심사결정 사례가 적절하였다		
분쟁조정 기능을 수행할 수 있는 공정성과 객관성, 전문성을 갖추었다		

15. 귀 기관에서 지급청구한 진료비중 자동차보험 진료수가분쟁심의회에 심사 청구된 분쟁의 내용은 무엇입니까?(2가지만 선택하여 주시기 바랍니다)

- ① 교통사고와 인과관계 관련(예 : 기왕증, 합병증등)( )

- ② 선택진료비 산정 관련(예 : 불가피성)( )
- ③ 건강보험 비급여 수가에 대한 진료비 산정 관련( )
- ④ 진료행위 및 진료과정에 대한 의학적 타당성 관련( )
- ⑤ 미결정행위등에 대한 진료비 산정 관련( )

**Ⅲ. 의료의 질에 관한 질문입니다.**

산업화 진전에 따른 교통사고, 산업재해등 각종사고의 증가는 장애인 증가의 원인이 되고 있습니다. 2000년 현재 후천적 장애인의 10%가 교통사고로 인한 것입니다.

16. 귀하께서는 현행 자동차보험 진료수가기준이 교통사고 환자의 후유장해울 낮추고 조속한 원상회복을 보장하고 있다고 생각하십니까?
- ① 예( )    ② 아니오( )
17. 귀하께서는 교통사고 환자의 적정진료 보장을 위해 시급히 개선되어야 할 사항이 무엇이라고 생각하십니까?(2가지만 선택하여 주시기 바랍니다)
- ① 응급의료전달체계 개선(이송리베이트 등 폐단 근절)( )
  - ② 자동차보험 진료수가의 현실화( )
  - ③ 건강보험 진료수가기준 및 심사지침의 준용 배제( )
  - ④ 선택진료비등 보장범위의 확대( )
  - ⑤ 자보수가기준을 초과한 진료에 대한 환자의 선택권 허용( )
  - ⑥ 진료기관계약제 시행(나이롱 환자 등 폐단 근절)( )

**Ⅳ. 자동차보험의 성격에 관한 질문입니다.**

경제발전으로 인한 국민소득의 증가로 자동차 보유의 일반화, 자동차보험 책임보험 강제가입 및 불이의 사고로 인한 불특정 다수(피해자)의 경제적, 신체적, 정신적 손실을 보상하고 있으므로 사회보험적 성격을 가지고 있다는 주장이 제기되고 있습니다.

18. 귀하께서는 자동차보험의 성격이 무엇이라고 생각하십니까?
- ① 사회보험이다( )    ② 사보험이다( )
- ☞(①을 선택하신 경우 19번으로, ②를 선택하신 경우 20번으로 가세요)
19. 자동차보험 사회보험이라면 이유가 무엇입니까?(2가지만 선택하여 주십시오)
- ① 자동차보유가 일반화 되어 있다( )
  - ② 책임보험 가입이 법률에 의해 강제되어 있다( )
  - ③ 미래 발생할 불확실 위험(경제적, 신체적, 정신적)을 보장한다( )
  - ④ 교통사고 환자에게 적용되는 급여의 내용이 동일하다( )
  - ⑤ 사회보험과 같이 진료수가 및 급여범위등이 법에 근거하고 있다( )

20. 자동차보험이 사보험이라면 이유가 무엇입니까?(2가지만 선택하여 주십시오)

- ① 자동차보험 사업이 민간기관에 의해 운영되고 있다( )
- ② 소득재분배등 사회연대성 강화 보다는 보험가입자의 위험을 보장한다( )
- ③ 보험료가 소득에 따라 부과되지 않고 교통사고율에 따라 부과된다( )
- ④ 종합보험의 가입이 법률에 의해 강제되지 않고 있다(임의가입)( )
- ⑤ 보험료 징수가 보험사와 가입자간에 사적계약에 의한다( )
- ⑥ 사회보험과 달리 보험가입자(피보험자)가 보험료 모두를 부담한다( )

V. 일반사항에 관한 질문입니다.

21. 귀하의 성별은 무엇입니까?      남자( ),    여자( )

22. 귀하의 연령은 몇세입니까?      (    세)

23. 귀하께서 의료기관에 재직하신 총 연수는 얼마입니까?      (    년)

24. 귀하의 직책은 무엇입니까?

- 행정관리 책임자(    )                       자동차보험 원무관리 담당(    )
- 자동차보험 진료비 청구 담당(    )

☞ 장시간 동안 설문에 답하여 주셔서 대단히 감사합니다.



## **ABSTRACT**

### **A Study on the Improvement of Medical Care System of Automobile Insurance**

Duk Ju Jeong  
Graduate School of Public Health  
Yonsei University

(Directed by Professor Woo Hyun Cho M.D, Ph D)

This study reviewed the characteristics and current status of automobile insurance through empirical analysis (surveys) on the medical institutions and the literature review related with the medical care system of automobile insurance. Through the literature review, I looked into the characteristics of automobile insurance, the background and necessity of government regulations and the current status of laws and systems regarding medical care system of automobile insurance. Although it might be considered as a kind of social insurance because of compulsory subscription of automobile insurance, it has considerable differences in those below who is the operational subject, what is the purpose of operation and what is the supervision system of the operation like. Additionally, it is inconsistent with a purpose of ‘Guarantee Of Automobile Accident Compensation Act’ in that the damage assessment is done by private insurance companies.

The government regulation on this initiated from December 1991 has focused on the improvement of equality with the relevant markets such as medical insurance. However, it was transformed without reasonable reasons or procedures. Thereinafter, it came to focus on the protection of the automobile insurance industry and raise the ceiling the compensation amount of automobile accident liability insurance. Now, the phenomenon to avoid a medical treatment on automobile accident victims is becoming worse because of the prohibition of the direct claim for the fees on a medical treatment, the application of ‘The Health Care Benefits Criteria of Health Insurance’, ‘The Obligatory Authorization of Medical Institution’ and ‘The Establishment of Medical Fees Rules Covered by Automobile Accident Insurance’. As a matter of fact, automobile insurance came to have more

government regulations than any other social insurance, although it is actually a private insurance.

When perception on the characteristics of automobile insurance, validity of government regulations and the current status of laws and systems of automobile insurance were asked to medical institutions, most of them perceived automobile insurance as a private insurance. Additionally, although they accepted governmental intervention positively to some extent, they had a negative view on ‘The Establishment of Medical Fees Rules Covered by Automobile Accident Insurance’, ‘The Obligatory Authorization of Medical Institution’ and ‘The Review and Payment system of Medical Fees’.

When medical institutions were asked on weather that ‘The Rules of Medical Fees Covered by Automobile Accident Insurance’ would help rapid recovery and the reduction of the remained handicaps, most of them were identified it does not guarantee optimal medical treatment because they applied ‘The Health Care Benefits Criteria of Health Insurance.’ Additionally, medical institutions tend to avoid a medical treatment on automobile accident victims because of ‘The Obligatory Authorization of Medical Institution’ and it became the cause of various kinds of insurance frauds connected with the low limit of automobile accident compensation liability insurance.

Conclusively, current medical care system of automobile insurance restricted basic rights of medical institutions too much, so it affected adversely the patients, who should get optimal treatment, and it favored the insurance companies(insurer) that would pursue their own benefits. Therefore, to guarantee the basic rights of medical institutions and to provide high quality medical services, we need to perform ‘Medical Fee Contract Scheme’ and ‘Medical Institution Contract Scheme’ together, enforce the characteristics of public good of automobile insurance through unifying the review and payment on the fees of medical treatment or outsourcing this work to a specialized organization, and developing ‘Medical Service Standards(Protocol)’ that can reflect the characteristics of automobile accident victims.

---

Key word : Automobile Insurance, Government regulation, Medical Institution  
Contract Scheme, Medical Fee Contract Scheme