

# 자동차보험 수가체계와 제도개선 연구



글·이 용 균 <sup>1)</sup>  
한국병원경영연구원 연구실장

## 1. 서론

1995년 이전에는 의료기관과 손해보험사는 자동차보험환자 요양기관 계약제가 시행되었으나, 의료수가 및 의료비 지급 문제에 대한 양자간의 갈등이 있어왔다. 이러한 갈등해소를 위해 1995년 8월부터 건설교통부에서 고시한 의료수가가 자동차보험에 적용되었다. 건교부 고시의 주내용은 자동차 보험진료비는 보건복지부 장관이 고시한 건강보험수가 체계에 준하되, 일정률을 가산하여 산정하는 것이다. 1995년 자동차 진료비 고시로 인해 양 업계의 이견을 조정할 수 있는 틀(Frame)은 마련되었으나, 적정진료 심사기준, 의료보험 비수가항목에 대한 수가수준 및 삭감기준, 진료비의 청구절차 및 양식 등에 논란의 소지가 계속해서

남아 있었다. 1999년 2월 자동차손해배상보장법이 개정됨에 따라 자동차사고 환자에 대한 진료비 직불청구가 금지되었고, 자보전문심사를 위해서 99년 7월 자동차보험 진료수가분쟁심의회가 설립되어 운영되고 있다. 그러나 자동차사고 환자의 특성을 감안한 심사기준과 진료수가기준이 미비하여 의료계의 불만은 늘어나고 있는 실정이다.

## 2. 각국의 자동차 보험제도

### 1) 우리나라 자동차보험

우리나라 자동차보험은 1957년 최초의 자동차보험 전업회사인 한국교통보험주식회사<sup>2)</sup>에서 시작되었다. 이 후 전후 복구사업과 산업화로 인해 급속히 증가한 자동차로 인하여 교통사고 피해자수

1) 병원경영연구원 연구실장

2) 최초의 자동차보험 전업회사인 한국교통보험주식회사는 1957년도 설립되어 1961년 8월 폐업하였음

가 급격히 증가하고 민법의 과실책임원칙이 교통 사고 피해자 보호에 미흡한 점이 많았다. 1963년 자동차의 운행으로 사람의 생명 또는 신체가 사상된 경우에 손해배상을 보장하는 제도를 확립하여 피해자의 보호를 도모하기 위하여 자동차손해배상보장법을 제정·공포하고 1982년 교통사고처리특례법의 제정으로 자동차보험의 기틀이 마련되었다.

이후 우리나라 최초의 자동차보험 전업사인 한국교통보험주식회사가 경영위기로 인해 계기능수행하지 못함에 따라 1961년 폐업하고 1962년 한국재보험사를 포함한 12개 민간보험사가 주축이 되어 협소한 시장에서 과당경쟁으로 인한 폐단을 방지하고 요율산출과 경험을 확보할 목적으로 한국자동차보험공영사를 설립하였으나 경제발전에 따른 자동차 보험시장의 확대와 급격한 자동차 댓수의 증가로 자동차보험체계의 일대전환을 필요로 하게 되었다.

이에 정부는 자유경쟁방식에 따른 보험사업자 간의 과당경쟁, 계약인수 기피 등 사회문제의 가능성과 이로 인한 사회보장적 기능 약화를 이유로 한국자동차보험공영사를 해체하고 1968년 10월 한국자동차보험주식회사로 전환하고 보험료와 보험금에 대한 정부 규제를 강화하기 시작하였다. 그러나 책임보험 보상한도액의 열악과 이로 인한 피해자 보상을 위한 실질적인 기능 저하 등 많은 문제점을 드러내게 되었다. 즉, 급속한 경제성장에 따른 자동차대수의 증가와 더불어 사고율의 급격한 증가와 사고규모의 대형화 등으로 인한 보험금의 고액화 현상을 해결하는데 한계점을 노출하

게 되었다. 이에 따라 정부는 자동차보험의 사회보장적 기능을 강화하기 위하여 종합보험제도를 도입하고 1982년 교통사고처리특례법을 마련하여 동 제도를 보완하였다. 그러나 한국자동차보험주식회사에 의한 자동차보험의 전업체계는 민간주도의 시장경제원리에 의한 자율경영체제에 부적합하였으며, 전업운영으로 인한 독점이익의 발생과 보험서비스의 질 저하 초래 등의 이유와 U/R협상의 진전에 따른 개방화 물결과 미국의 통상압력(슈퍼301조)은 보험사업자의 다원화를 재촉하였다. 이러한 배경 하에 1983년 재무부가 10개 손보사와 2개 외국보험사도 자동차보험을 취급할 수 있도록 인가함에 따라 민간보험사에까지 책임보험 사업자의 확대를 시장경제원리에 의한 경쟁체제가 도입되게 되었다.

## 2) 일본의 자동차보험제도

일본의 자동차보험에는 강제보험인 자동차손해배상책임보험(일본에서는 이를 “자배책보험”이라 함)과 임의보험이 있다. 자동차손해배상책임보험은 자동차 사고의 피해자를 구제하기 위해 1955년 제정된 자동차손해배상법에 따라 차량별로 가입의무가 있는 강제보험이다. 임의보험에는 대인배상보험, 자손서고보험, 탑승자상해보험, 차량보험, 대물배상보험, 무보험자상해보험 신체상해보험 등이 있다. 일본의 경우 자동차사고 환자에 대한 진료는 현재까지 보험에 의한 진료(보험진료)가 아닌 의료기관별로 자체적으로 정해진 의료수가에 의해 진료비가 산정되어 손해보험회사에 청구되는 체계<sup>3)</sup>로서, 과거 우리나라에서 자동차보험 의

3) 이를 일본에서는 “자유진료”라 하고 있으며, “보험진료”에 대비되는 용어로 사용하고 있다.

료보수 고시가 시행되기 이전의 상황과 유사하다고 할 수 있다. 의료기관은 자체적으로 설정한 진료수가를 기준으로 교통사고 환자 진료비를 산정해서 보험회사에 청구하고, 보험회사는 자체 규정에 의한 진료비 심사를 거쳐 진료비를 지불하기 때문에 교통사고 환자 진료비를 둘러싼 의료기관과 보험회사간의 분쟁이 끊임없이 발생하여 왔다. 따라서 의료기관에서 보험회사에 청구하는 진료비가 지역별·의료기관별로 다를 수 밖에 없었으며, 이로 인하여 의료기관과 보험회사간에 진료비의 청구와 지급을 둘러싸고 분쟁이 있었던 것 또한 사실이다. 이러한 양업계간의 분쟁 해소와 교통사고 환자에 대한 적절한 진료를 위해서 교통사고 피해자가 의료기관에서 진료를 받는 경우에 적용하는 의료보수인 자동차보험 의료보수 고시를 추진하게 되었다. 그리고 자동차보험 환자에게 적용하는 우리나라 최초의 자동차보험 의료보수 고시는 1995년 6월 12에 제정되어, 동년 8월부터 시행하게 되었다.

일본에서 자동차사고 환자에 대한 진료는 기본적으로 보험진료가 아니라고 하지만, 진료보수는 건강보험과 마찬가지로 의료행위를 점수로 환산하여 점수에 단가를 곱하여 산정하고 있는 것이 일반적 현상이다.<sup>4)</sup> 다만, 교통사고 환자에 적용하는 단가는 각 의료기관별로 자유롭게 정하여 적용하여 왔기 때문에 교통사고 환자에게 적용하는 의료단가는 건강보험의 단가(1점당 10엔)와 달랐

다. 자배책보험 진료보수 산정기준이 적용되기 이전 교토(京都)에서는 1점당 20~25엔을 적용하고 있는 의료기관이 많았다.<sup>5)</sup> 1996년 12월 4개 병·의원을 대상으로 한 조사에 의하면, 외래의 경우 20엔을 적용하는 곳이 8곳, 25엔을 적용하는 곳이 35곳, 입원의 경우 18곳이 20엔, 21곳이 25엔으로 청구하였다. 이와 같이 일본에서는 교통사고환자의 진료비 산정에 관한 기준이 없는 상태에서 의료기관과 보험회사들간의 분쟁이 있어 오던 중, 1984년 12월 자동차손해배상책임보험심의회(당시 대장성의 자문기구였으나, 2001년 정부의 기구개편으로 현재는 금융청의 자문기구로 되어 있음)의 지적이 있는 후, 1989년 6월 일본의사회, 일본손해보험협회 및 자동차보험요율산정회 등 3개 단체(이하 '3자 협의회'라 함) 합의에 의해서 교통사고환자의 진료비 산정과 관련하여 자배책보험 진료보수 산정기준이 정해졌다. 이들 '3자 협의회'에 의해 합의된 자배책보험 진료보수 산정기준의 내용은 산재보험의 진료비 산정기준을 준용하되, 행위료는 산재보험 수가에 20%를 가산하여 산정하며, 약제나 진료재료의 단가는 1점당 12엔으로 한다는 것이었다. 당시 이와 함께 교통사고 환자 진료비의 청구, 심사 및 지불 등과 관련하여 가이드라인도 제시되었다. 그러나 이들 '3자 협의회'에 의해 합의된 자배책보험 진료보수 산정기준은 가이드라인에 불과하고 법적인 구속력이 없으므로, 자배책보험 진료보수 산정기준의 적용 여부는 일본 각지역의 광역단체(도도부현)별로 의료계,

4) 일본의 건강보험제도에서 건강보험의 진료보수는 점수제에 의한 행위별수가제를 채택하고 있으며, 의료행위를 점수로 환산하여 점수에 단가(1점당 10엔)를 곱하여 산정하고 있다.

5) 교토(京都)에서는 자배책보험 진료보수 산정기준을 2003년 4월 진료분부터 적용하여 시행하고 있다.

손보업계의 대표로 구성된 협의회에서 협의에 의해 시행여부를 결정하도록 하고 있다. 2003년 현재 44개 광역단체(도도부현)에서 이 기준에 의해 교통사고 환자 진료비 산정, 청구 및 지불이 이루어지고 있다.

### 3) 미국의 자동차보험제도

미국의 경우, 자동차보험은 각 주마다 약간의 차이가 있지만, 기본 골격은 비슷하다. 따라서 New York 주와 New Jersey 주를 중심으로 미국의 자동차보험 운영실태를 살펴보고자 한다. New York 주의 경우 자동차 사고로 다친 환자들에 대한 보상 절차에 대해 논란 법을 일명 "No-Fault"라고 일컫는다. 뉴욕주의 자동차 소유주는 이 법률에 의거하여 자동차 사고로 다친 사람들을 보

상하기 위한 보험에 반드시 들어야 한다고 규정하고 있다. New York 주와 마찬가지로 워험보험(Personal Injury Protection)에 의거하여 의료비를 보상하고 있다. 2개의 주의 자동차보험의 의료비 보상에 대한 항목을 종합적으로 살펴보면 미국에서는 자동차보험수가가 지정한 수가만 받아야 한다는 의무규정은 없다. New Jersey주가 정한 수가 체계에는 입원환자에 대한 수가는 전혀 없다. 즉, 의사수가와 의료보조 장비수가, 장기요양기관수가, 가정간호서비스 그리고 Ambulance 사용료만이 정해져 있을 뿐이다. 그리고 의료제공자는 자동차보험환자를 의료기관의 자의에 의해 입원치료를 거부할 수 있다. 미국은 민간의료보험체제로서 보험회사 종류에 따라 환자를 선택할 수 있게끔 되어 있다.

〈표 1〉한국과 미국의 자동차보험 체계비교

구 분	한 국	미국(뉴욕과 뉴저지주)
병원의 자동차보험선택	의무	선택
의료비청구	환자에게 청구금지	환자나 보험회사에 청구
자동차보험청구문제	회사와 병원이 각자해결	중재위원회
자동차보험수가	지정된수가	자유적 선택
의료비보상	회사가 전액부담	기본상한선까지 환자부담

## 3. 자동차보험 진료비 분석

### 1) 우리나라 자동차보험 현황

우리나라의 자동차 보유대수는 경제성장에 따른 생활수준의 향상 및 여가문화의 정착 등으로 1997년 이후부터 1,000만대를 넘어섰으며, 2001년 3월말 현재 건교부에 등록된 자동차 수는 1,221만

대로 매년 연평균 5.9%의 증가율을 보이고 있다. 자동차 운수공제에 가입한 차량을 제외한 보험가입차량의 각 담보별 부보율을 살펴보면, 책임보험(대인배상Ⅰ)의 경우는 94.1%로 나타났고, 종합보험의 대인배상Ⅱ, 대물배상은 각각 84.3%, 83.9%로 나타났다. 종합보험만을 기준으로 볼 때는 배상책임 담보(대인Ⅱ, 대물배상)가 84%수준의 높

은 부보율을 나타낸 반면, 자기신체사고와 자기차량손해 담보는 각각 79.3%, 49.1%로 나타나 우리나라 운전자들이 자신에 대한 보호에는 아직도 미흡함을 보여주고 있다. 손해보험시장에서도 자동차보험의 비중은 약 38% 정도를 차지하고 있으며, 매년 높은 성장추이를 보여 왔다. 그러나 우리

나라 자동차 문화는 자동차 대수의 증가에 걸맞게 정착되지 못하여 교통사고 발생률은 미국, 일본 등의 선진국에 비해 매우 높은 실정이다. 교통사고율 평균증가율은 15.5%이며, 2000년 한 해 동안 교통사고로 인한 사망자 수는 7,292명, 부상자 수는 80만명에 달하고 있다.

〈표 2〉 자동차 사고 관련 통계

구 분	연도					평균증가율
	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	
사 고 건 수	305,530	302,721	345,445	472,048	543,554	15.5%
피 해 자 수	436,645	437,856	498,914	688,827	809,202	16.7%
사 망 자 수	10,847	8,799	7,482	7,860	7,292	-9.5%
부 상 자 수	425,798	429,057	491,432	680,967	801,910	17.1%
사고발생률	3.4%	3.1%	3.5%	4.6%	4.9%	

자료: 한국보험개발원, 2000년 자동차보험 개황 및 분석, 2002

## 2) 교통사고 환자진료실적

보험개발원에서 분석한 '자동차사고 손해에 관한 분석(2000년기준)'에 의하면 자동차보험피해자의 진료를 기준으로 의료기관을 분류하면 〈표 3〉

과 같다. 의료기관 중별로 의원이 57.4%로 가장 많았으며, 종합전문요양기관 2.0%, 종합병원 14.8%, 병원 23.2% 수준으로 나타났다.

〈표 3〉 사보취급 기준 의료기관 중별 진료인원 현황(사망+부상, 2000년도)

구 분	인원					계
	종합전문	종합병원	병 원	의 원	기 타	
피해 인원	13,082	97,229	152,902	337,367	17,253	657,833
구성비(%)	2.0	14.8	23.2	57.4	2.6	100.0

자료 : 보험개발원, 자동차사고 상해에 관한 분석, 2002. 1, P.46

자동차보험 환자를 진료한 실적이 있는 의료기관 수와 진료인원수는 〈표 4〉<sup>6)</sup>과 같다. 의료기관 중별로 연평균 진료환자수는 종합전문요양기관 534

명, 종합병원 460명, 병원 220명 그리고 의원은 59명 수준으로 나타났다.

6) 자동차사고피해자와 통계가 다른 것은 한 피해자가 여러곳의 의료기관을 이용한 경우 단위 의료기관별 통계로 산정되었기 때문이다

〈표 4〉 교통사고 환자 진료기관 및 진료인원 현황(2000년도)

(단위: 개, 명)

구 분	종합전문	종합병원	병 원	의 원	기 타	계
기관수(개)	44	312	894	4,624	544	6,418
총인원	23,515	143,583	196,934	481,981	32,289	878,302
평균(명)	534	460	220	104	59	137

자료 : 보험개발원, 자동차사고 상해에 관한 분석, 2002. 1, P.47

자동차보험환자의 의료기관 입원율을 살펴보면 전체부상자 655,420명 중 75.1%가 입원율을 나타내고 있다. 의료기관 중별로는 의원급 의료기관이 79.3%의 높은 입원율을 나타냈으며, 병원 72%, 종합병원 63.7% 그리고 전문종합병원이 68.8%의 입원율을 나타냈다. 연도별로는 종합병원급 이상에

서의 입원율은 99년도 이후 감소추세를 나타내고 있는 반면에 의원급 의료기관은 입원율이 계속적으로 증가하고 있는 것으로 나타났으며, 최근 5개 연도 연도별 손해보험사가 의료기관에 지급된 치료비 총액은 〈표 5〉과 같다.

〈표 5〉 의료기관 중별 입원연행(부상, 2000년도)

(단위: 건, %)

건 강 보 험	총건수(%)	입원건수(%)	입 원 율
중 합 전 문	12,422(1.9)	8,552(1.7)	68.8
중 합 병 원	96,002(14.6)	61,201(12.4)	63.7
병 원	152,479(23.3)	109,710(22.3)	72.0
의 원	377,304(57.6)	299,241(60.8)	79.3
합 계	655,420(100)	491,948(100)	75.1

자료 : 보험개발원, 자동차사고 상해에 관한 분석, 2002. 1, P.57

〈표 6〉 의료기관 중별 건수 및 중 진료비(부상)

(단위: 건, 천원, %)

종 별	건 수	구 성 비	총 진 료 비			
			입 원 건	통 원 건	계	구 성 비
종합전문기관	12,422	1.9	80,503,811	2,745,996	83,249,807	10.9
중 합 병 원	96,002	14.6	175,264,091	11,005,522	186,269,613	24.5
병 원	152,479	23.3	149,460,913	9,157,454	158,618,367	20.9
의 원	377,304	57.6	299,143,531	14,218,792	313,362,323	41.2
계	655,420	100.0	722,549,645	38,098,942	760,648,587	100.0

자료 : 보험개발원, 자동차사고 손해에 관한 분석, 2002. 1

### 3) 교통사고 환자진료비 산정상의 문제점

자동차보험 환자의 평균진료비는 2000년 기준으로 건강보험 환자 평균진료비(131,580원)에 비해서 82.2% 수준으로 나타났다. 즉, 교통사고 환자의 경우 평균재원일수가 종합전문의 경우 건강보험(평균재원일수 10.1일)의 2.7배, 종합병원의 경우 건강보험(평균재원일수 10일)의 3.02배에 달하여 장기입원으로 인한 병상회전을 및 평균진료비 저하로 의료기관의 수익률 악화의 원인이 되고 있

다. 그리고 자동차보험 입원환자 1일당 평균진료비는 건강보험의 82% 수준으로 종별가산을 자체는 타 사회보험(건강보험, 산재보험) 보다 높음에도 불구하고 입원환자 1일당 평균진료비는 낮은 수준이다. 또한, 자보환자의 경우 장기재원하거나 의료기관의 퇴원지시에도 불응하는 등 의료기관에서 다수의 민원이 발생하여 의료기관에서 교통사고 환자의 기피현상이 발생하고 있는 실정이다.

〈표 7〉 환자종류별 입원환자 1인 1일당 평균진료비

(단위: 원)

구 분	건강보험	의료급여	산재보험
1997	100,102	91,840	83,896
1998	109,301	96,792	91,907
1999	103,730	89,263	84,804
2000	131,580	107,370	89,972

자료 : 병원경영분석, 한국보건산업진흥원, 각 연도별자료 통계자료

자동차보험 환자 1인당 평균진료비는 96년도 기준으로 감소추이를 나타내고 있는데, 2000년도의 경우 -22.7% 감소하였다. 이와 같은 현상은 환자의 중증도와 관련이 있겠지만, 의료보험과 건강보험의 연도별 진료수가 인상추이와 대비되며, 건강보험환자의 1일 1인당 진료비 증가추세와는 상반되

는 현상을 보이고 있다. 이와 같은 양상은 자동차보험 등재수가의 동결 및 자동차보험 진료비 청구액의 과다삭감 등 자보환자진료비와 관련한 의료기관의 경영상의 압박 정도를 반증하는 자료라고 하겠다.

〈표 8〉 자동차사고 부상환자 1인당 치료비 연도별 추이

(단위: 천원)

구 분	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년
치료비	2,243	2,302	2,204	1,833	1,733
상대지수	100	103	98	82	77

자료 : 병원경영분석, 한국보건산업진흥원, 각 연도별자료 통계자료

## 4. 자동차보험의 법적 주요쟁점

### 가. 자동차보험 요양기관 강제계약제

건강보험의 요양기관 당연지정제와 유사한 제도로써 건강보험 요양기관 당연지정제의 문제점을 공유하고 있다. 우리나라의 경우 의료기관의 90% 가량이 민간이 운영하는 것으로 의료기관에 대한 공격 규제에는 의료기관 운영자 개인 혹은 의료기관이라는 단체의 기본권의 침해의 문제가 발생하게 된다. 현행 강제계약제는 국민의 보건권과 의료서비스의 공공성만을 지나치게 강조하여 의료기관으로 하여금 자동차보험 요양기관으로서의 의료활동을 하도록 강제하고 있어 의료기관의 직업행사의 자유, 계약의 자유와 재산권이 침해된다고 할 것이다.

### 나. 자동차보험 진료수가고시제

과거의 건강보험수가고시제와 유사한 제도인데 건강보험상의 수가고시제는 1999년 그 불합리성 등으로 인해 수가계약제로 개정되었지만, 자동차보험 부문에서는 여전히 수가고시제가 시행되고 있다. 고시제 자체에 내재한 문제점으로서 사보험 영역에까지 정부가 가격규제를 하는 것이 타당한가의 문제와 자원배분의 비효율성의 문제가 제기되고 있다.

### 다. 자동차보험원자 직불금지제

자동차손해배상보장법의 특유한 제도로서 자력 없는 피해자를 구제하는 효과가 있다. 그러나 이와 같은 지불방식은 자동차보험 환자의 도덕적 해이로 인한 장기재원은 보험자측에는 보험금의 증가, 의료자원의 낭비와 분쟁해결비용의 증가 등

의 부작용을 낳고 있다.

## 5. 결론

### 1) 자동차보험 보험수가정책개검토

의료기관 종별 가산율이 적용되는 진료행위료 비중은 전체진료비 청구금액 중 37.5%이며(2002년도), 2003년도 10월 8일부터 건교부 고시에 의해 기준진료행위료 차등가산율이 종합전문요양기관 45%, 종합병원 37%, 병원 21%, 의원 15% 의료기관별 종별가산율 적용됨에 따라서 의료기관의 정책저항이 예상된다. 의료기관을 대상으로 한 설문조사결과 현재 수가수준에서 자동차보험이 강제지정제가 아닌 요양기관계약제로 전환될 경우에 손해보험사와 계약의사 수준(5점 척도)은 계약의사 없음(2.0) 수준인 2.1점 수준으로 낮게 나타났다. 또한 산재보험 수가적용과 건강보험 수가적용시 요양기관 계약의사는 각각 1.7, 1.5점으로 계약의사 '전혀없음' 수준을 보이고 있다. 그리고 현행 자동차보험의 법적 주요쟁점을 살펴보면 첫째, 현행 요양기관 강제지정제는 건강보험과 달리 자동차보험은 사보험이므로 의료기관과 자동차보험 사업자 간의 관계에서 의료서비스의 공공성을 논한다는 것은 사법체계와 잘 맞지 않는 면이 있고 오히려 계약법의 순기능을 저해할 우려가 있다. 둘째, 현행 자동차보험 부문에서는 여전히 수가고시제가 시행되고 있는데, 이는 수가고시제 자체에 내재한 문제점으로서 사보험 영역에까지 정부가 가격규제를 하는 것이 타당한가의 문제와, 이로 인한 자원배분의 비효율성의 문제가 있다. 셋째,



자동차 보험환자의 직불금지제는 자동차손해배상 보장법에 특유한 제도로서 자동차사고 피해자를 구제하는 효과가 있다. 그러나 이와 같은 직불방식은 자동차보험 환자의 도덕적 해이를 야기시키는 문제가 제기되고 있다.

## 6. 정책제언

현행 의료기관 종별가산율은 진료행위료만 종별 가산 적용되는 것으로서 교통사고 환자의 장기입원으로 인한 기회비용손실 및 행정비용 과다 등을 감안하면 민간보험인 자동차보험이 오히려 건강보험을 비롯한 산재보험환자의 평균진료비보다도 낮은 수준을 나타내고 있다. 따라서 손해보험사의 이윤추구를 목적으로 하는 사보험임을 감안할 때 자동차보험은 교통사고 환자의 적정진료권 보장을 위해서 독립된 자동차 보험 수가체계 및 적정수가 가산율을 유지할 필요가 있다. 그리고 건강보험 비급여 수가항목은 1995년 자동차보험 의료보수기준 제정 후 단 한차례도 인상되지 않았다. 그 결과 자동차보험 입원환자 1일당 평균진료비는 건강보험의 82% 수준으로 종별가산율 자체는 타 사회보험(건강보험, 산재보험)보다 높음에도 불구하고 입원환자 1일당 평균진료비는 낮은 수준이다. 따라서 향후 보험자와 의료기관 양 업계 대표가 협의하여 정기적으로 자동차보험 기준수가를 재조정할 수 있도록 제도적 장치 마련이 요망된다고 하겠다.

건강보험에서와는 달리 교통사고 환자가 자동차보험 요양기관 미계약 의료기관에서 진료를 받았더라도 궁극적으로는 통상 손해 한도에서 자동

차보험회사에게 구상할 수 있다. 따라서 자동차보험 환자에게 자동차보험 요양기관을 확보해 줄 필요는 적으므로 자동차보험에 있어서 강제계약제를 산재보험과 같이 요양기관계약제로 전환하는 것이 타당하다. 그리고 자동차보험 진료수가고시제는 건강보험에서 수가계약제로 개정되었지만 여전히 자동차보험 부문에서는 수가고시제가 시행되고 있다. 이는 사보험 영역에까지 정부가 가격규제를 하는 것이 타당한가의 문제와 고시제의 비효율성 문제점이 법률적으로 제기되고 있다.

자동차 보험환자의 직불금지제는 자동차사고 피해자를 보호하는 효과가 있지만, 사회적으로는 의료자원의 낭비와 분쟁해결비용의 증가 등의 부작용이 유발되고 있다. 따라서 본인직불제의 전환 시행을 검토하고, 입원환자의 경우도 본인직불 후 사후 보험사정산제로 제도전환을 모색할 필요가 있다. 또한, 요양기관에서 자보진료비의 청구시 보험사별, 보상센터별, 담당자별 진료비를 청구하여 행정력의 낭비가 많으며, 각 보험사별, 보상센터별 진료비 심사기준이 통일되어 있지 않아 청구진료비의 삭감률에 편차가 심하다. 따라서 현행 산재보험수준의 보험청구와 지급을 위한 단일창구역할을 수행하는 통합조직의 신설이 시급히 요구된다고 하겠다.

## 참/고/문/헌

- 남상오, 일본의 의료제도와 병원경영, 수문사, 2001.8
- 동국대자연과학연구원, 전국병원의 환자진료실

태 조사자료(1996년도 자료처리), 2001.4

- 박은철/성익제/전철수/황덕남, “건강보험 요양기관 당연지정제도의 위헌성과 향후 한국의료체계의 조명”, 대한의사협회 세미나 자료.
- 박은철, “요양비용계약제의 내용적 검토”, 2000년 한국의료법학회 학술대회 연제집, 한국의료법학회.
- 변재환/송건용/김경혜/문웅준 약제비 직접지불제도의 타당성 분석 및 보험약가제도의 문제점 연구, 한국병원경영연구원, 2001.9.
- 보험개발원, 자동차보험 개황 및 분석(2000 사업연도), 2002.1
- 이용균 외, 의료기관 종별 가산율 개선방안 연구, 병원경영연구원, 2003.3
- 한국보건산업진흥원, 병원경영분석, 각 연도별 통계

厚生労働省, “労災診療費算定基準”, 2002.4.10.

日本醫師會, 平成14年 労災診療費算定基準の一部改定に伴い自賠責保険診療費算定基準(新基準)の取り扱いについて, 2002.11.29.

金融廳, 國土交通省(告示第1號), 自動車損害賠償責任保險の保險金等及び自動車損害賠償責任共済の共済金等の支拂基準, 2001. 