

자동차보험 의료제도 발전방안



글·정 덕 주 |
대한병원협회 보험부

1. 서론

민간보험으로 인식되고 있는 자동차보험에서 건강보험과 같이 사실상 전 의료기관을 교통사고 환자 진료기관으로 당연지정하고 교통사고 환자에게 진료비를 직접 청구하는 행위를 법적으로 금지하므로써 교통사고 환자의 조속한 원상회복보다는 의료기관의 기본권 훼손으로 진료기피 현상을 초래하고 비용통제 중심의 건강보험 진료수가기준 준용으로 오히려 교통사고 환자에 대한 적정진료 제공을 저해하고 있다는 의료기관의 불만이 심화되고 있는 실정이다.

1991년 12월 자동차손해배상보장법 개정 등 정부규제가 시작된 당시와 비교해 자동차보험 진료수가 및 기준은 사회보험(산업재해보상보험)과 거의 일원화되었고 진료비 심사·청구제도의 법적·제도적 미비로 빚어진 임의삭감, 과잉청구 등의 폐단은 현격하게 줄어들었음에도 사회보험보다 더 심각한 수준까지 정부규제의 강화는 교통사고 피해자의 보호보다는 보험사업자의 일방의 이익을 위한 제도로 왜곡되고 있다.

따라서, 자동차보험이 가입을 강제하고 있으

므로 사회보험적 성격을 가진다면 교통사고 환자에게 적용하는 진료수가를 두고 지속되고 있는 의료기관과 보험사업자간의 분쟁을 해소하고 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 위하여 양질의 의료료를 제공할 수 있도록 새로운 제도적 틀을 모색할 필요성이 있다.

2. 자동차보험의 성격

자동차보험(대인배상 I)의 가입이 강제되고 보호의 대상으로 하고 있는 피해자는 국민 일반이고, 가해자가 배상능력이 없는 경우에도 피해자에게 최소한 경제적 수요를 충족해 줌으로써 인간다운 생활을 보장해 주는데 목적이 있으므로 사회보험의 성질을 가진다고 볼 수 있다. 하지만, 사회보험과 달리 민간보험사에 의해 운영되고 운영주체의 목적이 이윤추구에 있고 국가 부양성이 없을 뿐 아니라 보험료 부과방식이 개인적 등가성의 원리에 따라 위험률에 비례하여 산정되는 등 운영주체, 목적 및 운영

원리(보험료 산정) 측면에서 사회보험의 특징을 내포하고 있지 못하여 사회보험성에 대한 논란이 있을 수 있다.

특히, 피해자의 보호를 목적으로 강제가입이라는 사회보장의 요소가 있기는 하지만 영업결과(이윤)가 민간보험사에 전부 귀속되고 구체적인 손해액의 조정과 결정도 영리를 목적으로 하는 민간보험사가 담당¹⁾하고 있어 피해자의 보호라는 자동차보험의 목적과 일치하지 않는 등 그 운영목적과 운영내용이 매우 불분명하여 그 내용에 있어 사회보장의 성격을 충분히 가지고 있지 못하다.

우리나라와 달리 완전한 사회보험 성격을 가진 뉴질랜드²⁾와 비교시 현격한 차이가 있다. 배상책임보험은 본래 피보험자의 임의적인 의사에 의해 가입하는 것이지만 특정의 위험에 관하여 피해자 보호와 구제수단 확보책으로 법률에 의하여 가입을 의무화하고 있는 배상책임보험이 다수 존재할 뿐 아니라³⁾, 사회보장제도 가

- 1) 일본의 경우, 무과실 무이익의 원칙하에 자동차손해배상책임보험 계약의 60%가 정부에 의해 재보험으로 가입되며, 나머지 40%도 사보험 회사들이 '풀'을 형성하여 공동분담하고 있어 특정기업이 자동차책임보험을 통하여 이익을 얻을 수 없으며 그 영업결과도 궁극적으로 정부에 귀속되어지고 있음. 특히, 영업수의 뿐만 아니라 투자수익까지를 별도로 적립하여 영업손실 보전과 특정공익 목적에 사용토록 하여 임의보험(종합보험)과 완전히 분리된 재무처리를 하고 있음. 또한, 손해사정도 사보험회사가 아닌 전국 주요도시에 위치한 자동차요율산정회의 '조사사무소'가 관장하여 정부가 정한 정형화된 획일적인 방법으로 신속하게 처리하고 있음.
- 2) 뉴질랜드는 자동차사고로 인한 대인사고는 물론이고 모든 인사사고에 관하여 국가가 주도적으로 해결하는 전면적인 사회보험 체계를 가지고 있음. 첫째, 인적손해의 보상을 사회보험원리에 입각하여 처리함으로써 전통적인 사법원리에 근거한 손해배상소송을 완전히 폐지하여 완전한 의미의 복지원리에 입각하고 있음. 둘째, 사고원의 여하에 관계없이(즉, 행위자의 과실 또는 뉴질랜드 안에서 일어났는가 등) 사고로 인한 신체상해 피해자를 '공동체의 책임(Community Responsibility)'으로 보호할 뿐 아니라 노동자해, 자동차사고, 더욱이 공해, 의료과오, 제조물책임, 형사범죄피해 그외 일체의 인적사고에 대해 포괄적인 사회보험에 따라 모든 시민을 보호하고 있음. 범죄로부터 국민을 보호하는 것이 국가의 임무이므로 국가에 배상책임을 인정하거나, 사회보장적 견지에서 국민의 생활보호의 일환으로 해결하자는 논리에서 출발한 제도로 인신사고의 원인이 자동차사고인 때에만 적용되는 미국의 No-Fault방식과는 근본적으로 다름.
- 3) 피해자 보호와 구제수단의 확보를 위해 현재 의무배상책임보험(의무가입)은 가스사고 배상책임보험, 원자력배상책임보험, 체육시설업자 배상책임보험, 특수건물 신체배상책임보험, 유·도선사업자 배상책임보험 등이 있으며, 자동차손해배상책임보험도 이종의 하나임.

입방식에 대한 논쟁이 제기⁴⁾되고 있는 가운데 강제가입이 반드시 사회보험의 잣대로 볼 수는 없을 것이다.

국가 혹은 공법상의 법인이 주체가 되어 해당 사회적 위험이 발생한 상황을 극복하기 위해서 필요한 급여를 직접적으로 제공하는 것을 목적으로 제정된 법을 사회보장법이라고 정의⁵⁾ 하는데 반해, 자동차손해배상보장법은 민간재원

(피보험자)으로 민간기관(민간보험사)이 교통 사고로 인한 피해자(가해자 포함)에게 신속한 보상을 목적으로 하고 있다. 따라서, 조건부 무과실책임주의를 따르는 우리나라 자동차보험은 과실책임주의에 근간을 둔 일본에 비하여 오히려 국가의 관리감독 체계가 미약하고 미국 일부주의 No-Fault 방식⁶⁾과 뉴질랜드의 사회보험 방식과는 현격한 차이를 보이고 있다.

〈표-1〉 사회보험과 자동차보험의 차이점

| 구 분 | | 사회보험 | 민간보험 | 자동차보험 | |
|----------|------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| | | | | 대인배상Ⅰ | 대인배상Ⅱ |
| 운영 주체 | 제도의 목적 | 기본적 보장 (상호위험) | 개인적 필요에 따른 보장 (개인위험) | 기본적 보장 (피해자 및 개인위험) | 개인적 필요에 따른 보장 (개인위험) |
| | 운영주체 | 국가/공공기관 | 민간보험사 | 민간보험사 | |
| | 국가부양성 | 있음 | 없음 | 없음 | |
| 운영 목표 | 단기 | 재정균형 유지 | 이윤추구 | 이윤추구 | |
| | 장기 | 사회적 편익 | 상업적 이윤 | 상업적 이윤 | |
| 운영 원리 | 수급권 | 법적수급권 | 계약적수급권 | 법적·계약적수급권 | 계약적수급권 |
| | 보험가입 대상 | 강제가입 가입자 비선택 위험배제 없음 | 임의가입 가입자 선택 위험배제 있음 | 강제가입 가입자 비선택 위험배제 없음 | 임의가입 ⁷⁾ 가입자 선택 위험배제 있음 |
| | 급여 | 균등급여 | 차등급여 | 균등급여 | 차등급여 |
| | 보험료 산정 | 집단적 등가성 능력(소득)비례 | 개인적 등가성 위험률 비례 | 개인적 등가성 위험률 비례 | 개인적 등가성 위험률 비례 |

4) 사회가 풍족해짐에 따라서 빈곤층이 대상이 아닌 사회보장제도는 없어져야 한다는 의견이 선진국 일부에서 제기되고 있고, 사회보험과 민간보험의 바람직한 발전 방향이 보완적 관계에 있음을 볼 때, 가입의 강제가 사회보험의 잣대로 보기에는 어려운 부분이 있음.
5) 실정법적으로는 사회보험법(국민건강보험법, 국민연금법, 산업재해보상보험법, 고용보험법 등), 사회보상법(국가유공자등예우및지원에관한법률, 독립유공자예우에관한법률, 범죄피해자구조법, 의사상자예우에관한법률 등), 공공부조법(국민기초생활보장법, 의료급여법 등), 사회복지관계법(아동복지법, 노인복지법, 장애인복지법등)으로 분류됨.

3. 정부개입의 배경 및 목적

3.1 배경

정부개입이 시작된 1991년 전·후의 자동차보험제도에 대한 문제점을 살펴 보면, 의료제도에 관하여 총괄적으로 의료법에서 기본적인 사항들을 규정하고 있으나 그 적용대상에 따라 적용기준이 서로 상이하였다. 의료보험(현, 건강보험) 환자는 의료보험법(현, 건강보험법)에 의료수가 수준과 기준, 의료전달체계 등이 구체적으로 규정되어 있고, 산업재해 환자의 경우에도 산업재해보상보험법에서 의료보험과 유사한 규정을 두고 있었다.

반면, 자동차보험에서는 별도의 규정없이 의

료법의 포괄적 적용만을 받았는데 의료법에는 의료보험법이나 산업재해보상보험법의 경우와 같이 구체적인 내용의 규정이 없기 때문에 의료수가, 진료행위 등에 대하여 적정관리가 이루어지지 않았음은 물론이고 의료법 제37조(의료보수)에 의해 의료기관 일반수가가 적용되므로 인해 의료기관 등급(종별) 및 보험회사와의 계약 여부 등에 따라 의료수가의 불균형이 있었다.⁸⁾

민간보험사들은 의료수가제도의 불합리와 더불어 자동차보험 환자의 진료기준 부재, 의료비 심사기구 부재, 구급의료전달체계 미비, 진료서비스 불충분 및 의료비 지연지급, 의료비명세서

〈표 2〉 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) 자동차보험제도 개선방안 연구, 교통개발연구원, 1991.

- 6) 보통법상의 과실책임주와 책임보험의 결합으로 인한 과실인증을 하지 못하거나 자기에게 과실이 있어 손해배상을 받지 못하는 점, 보상의 불공평, 막대한 변호사비 지급, 보험금 지급지연, 소송의 증가, 보험인수거절 등의 단점을 개선하기 위한 제도로 창안된 것으로 자동차사고로 인한 인적손해에 한해서 일정액까지 피해자가 과실의 유무에 관계 없이 자기의 보험자에게 보상을 받는 제도임. 이는 각주의 법규에 의하여 자동차보험의 기본담보에 의하여 담보되고 있음. No-Fault 보험에 의하여 보상받는 범위내에서 가해자의 피해자에 대한 불법행위법상의 책임은 면제됨. 피해의 정도가 법정기준 이하인 경우 피해자의 소권이 제한되어 위자료 청구만을 위한 소제가 불가능함.
- 7) 임의보험인 종합보험(대인배상 II)의 경우 교통사고처리특례법에 의해 소위 대인배상 종합보험에 가입하면 중대교통법규위반 이외의 경우에는 공소권이 없도록 규정함으로써 종합보험에 가입이 반강제 된다는 점에서 준강제성을 띠음.
- 8) 한국자동차보험주는 자주 쓰이는 수술, 주사 등을 종류별로 분류하여 별도의 수가를 마련하여 계약기관에 한하여 적용하였는데, 이를 표준수가(의원은 표준료수가의 100%, 병원은 130%를 적용하고 종합병원은 의료기관 일반수가(관행수가)의 10%를 감액한 수가)라 함. 1983년 자동차보험 사업다원화 이후 1995년 6월 자동차보험 의료보수기준 제정전까지 민간보험사들은 이를 준용하였음.

제출 및 진료기록 열람기피로 심사곤란 등 자동차보험 의료비 지급과 관련된 법·제도적 전반적인 체계가 확립되어 있지 않아 과잉진료, 편승진료, 허위청구, 과다청구 등 부당한 의료행위가 상존한다고 판단하고 1983년 자동차보험 사업의 다원화 이후 단 한차례의 수가인상없이 표준의료수가를 적용하였다.

이에 따라, 의원급을 중심으로 진료기관 계약 해지사태가 전국적으로 확대되고 교통사고 환자에게 일반수가로 진료비를 청구함에 따라 자동차보험 의료수가에 대한 문제가 사회적으로 심각하게 대두되었고 계약해지로 교통사고 환자의 진료를 기피하는 등 사회적 문제가 발생하였다. 1990년 감사원은 자동차보험 의료수가에 대한 전반적인 감사를 실시하여 당시 관계 부처에 감사결과를 통보하고 이에 대한 시정을 촉구함에 따라 재무부 주관으로 자동차보험 관련 7개 부처로 구성된 ‘자동차보험 개선대책위원회’를 구성하여 자동차보험 의료비 지급제도 개선사항을 마련하면서부터 정부규제가 시작되었다.

3.2 정부개입의 목적

정부규제(Government Regulation)는 독과점, 공공재, 외부효과, 정보의 비대칭과 같은 시장실패(Market failure) 요인에 대하여 정부가 규제를 통하여 시장실패의 요인을 줄임으로써 사회

후생을 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 있다는 시장실패이론 즉, 공익이론에서 비롯된다.⁹⁾ 특히, 보건의료 서비스가 보통의 재화나 용역에서 발견되기 어려운 특수한 성질(의료수요의 불확실성, 소비자의 지식결여, 외부효과와 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 필요하다는 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 의료수가의 동결 조치로 인한 사회적 문제의 발생이다. 둘째, 의료보험 등 유관시장(relevant market)과 형평성의 문제이다. 셋째, 자동차보험 산업의 보호정책이다. 네째, 법원판결액에 비해 월등히 낮은 책임보험 보상한도액 문제이다.

첫째, 1989년 진료기관 계약 해지사태가 전국

9) 정부규제는 정치적 원인에 따라 공익이론과 사익이론으로 구분됨. 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 이론들임.

적 확산됨에 따라 교통사고 환자의 진료기피 등 사회적 문제가 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 생명 뿐만 아니라 기본권이 침해당할 소지가 크고 부상의 악화 및 후유장애의 발생으로 향후 삶의 질에 지대한 영향을 미치기 때문이다.

둘째, 의료보험과 산업재해보상보험에서는 요양급여의 범위 및 기준, 진료수가, 진료비 청구·심사·지급방법 등이 법에 구체적으로 규정되어 있으나 자동차보험의 경우 명문규정이 없이 단지, 의료기관과 보험사업자간의 사적계약에 따르거나 의료법 제37조의2(의료보수)가 적용됨에 따라 의료기관과 보험사업자간의 계약 여부에 따라 적용된 의료수가에 커다란 차이가 있었고 구체적인 보장범위가 법적으로 마련되어 있지 않음에 따라 공정한 시장이 형성되지 않았다고 볼 수 있다.

셋째, 1990년대 들어 급격한 영업수지 적자폭 확대 및 1996년 예정된 자동차보험료 자유화를 대비하여 자동차보험 산업의 보호정책의 일환으로써 정부규제의 필요성을 찾아볼 수 있다.

주요 선진국에 비해 월등히 높은 교통사고율¹⁰⁾ 등으로 인한 자동차보험 영업수지 적자폭 확대 등 손해보험사의 경영수지가 크게 악화되었기 때문이다. 1983년 자동차보험 사업다원화 이후 1994년까지 누적적자가 2조3,346억원에 달하였고 자동차보험 산업의 국제 경쟁력 제고를 위하여 1994년 4월부터 자동차보험료 자유화를 단계별로 시행키로 예정되어 있었다. 또한, 건설교통부가 손해보험사들의 국제경쟁력 제고와 합의금 등 보험금 지급수준 제고를 위하여 1999. 10. 8 이후 세차례에 걸쳐 '자동차보험 중별가산율'을 인하시킨 예에서도 이를 반증하고 있다.

넷째, 책임보험 배상한도액이 법원 판결액에 비해 현저히 낮음으로 인한 배상한도액의 상향 조정을 위하여 의료비에 대한 정부규제의 필요성을 찾아볼 수 있다. 보험금 지급기준이 국가 배상법, 근로기준법상의 보수 수준에도 미치지 못하고 법원판결액 대비 46%(1995년) 수준에 불과하여 책임보험금 보상기준의 현실화에 대한 문제제기와 소송제기 건수의 꾸준한 증가는 자동차보험료 조정권한을 갖고 있지 않은 건설교통부로서는 이를 보완하기 위하여 의료비에 대한 직접적인 가격규제를 시행하였다고 볼 수 있다.

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

| 구분 | 미국 | 일본 | 영국 | 프랑스 | 한국 |
|-------|------|------|------|------|------|
| 사고발생율 | 1.0% | 1.2% | 0.8% | 0.4% | 2.0% |

4. 자동차보험 의료제도의 현황 및 문제점

4.1 자동차보험 진료기관 당연지정제

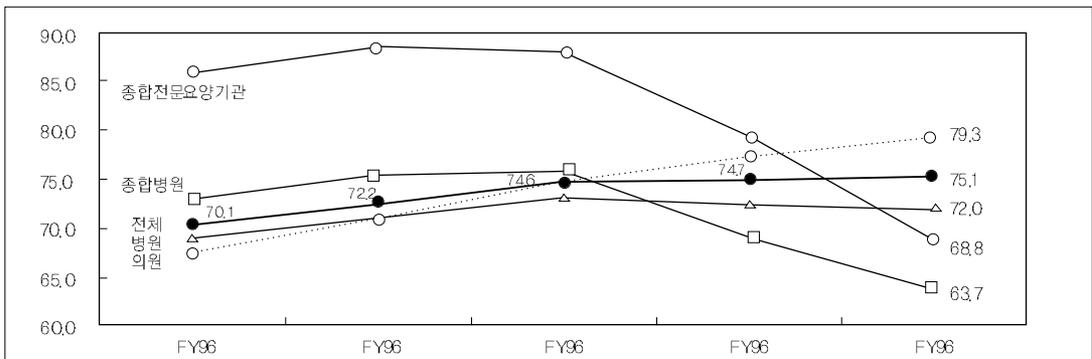
자동차보험에서 계약병·의원제도(또는 지정병원제도)는 교통사고 환자의 대부분이 외과적 상해로서 적절한 진료시설을 갖춘 의료기관으로부터 신속한 치료가 실시되어야 하므로 유능한 전문의가 진료하는 의료기관과 미리 계약을 맺어, 진료지연에 따른 치료기간의 연장 또는 후유장애의 발생이나 사망에 이르는 불상사를 방지하고 신속한 치료를 제공하기 위하여 1962년 제도 도입부터 1999년까지 개별 의료기관과 보험사(1983년 이전 한국자동차보험(주))간의 사적계약으로 운영되었다.

건강보험과 달리 현재 자동차보험에서는 교통사고 환자의 진료를 위한 요양기관에 대해서는 아무런 규정을 두고 있지 않다. 하지만, 의료

기관은 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 환자에게 직접청구치 못하도록 하고 있으므로 사실상 요양기관 당연지정제가 실시되고 있다.

진료기관 계약제를 실시할 경우, 교통사고 환자가 적절한 의료를 제공받지 못할 것이라는 우려속에 의료기관과 보험사업자는 사법관계로 아무런 법률적 관계가 없음에도 사실상 진료기관 당연지정제를 시행함으로써 의료기관의 기본권을 침해하고, 오히려, 교통사고 환자 진료기피 현상을 심화시킬 뿐 아니라 낮은 책임보험 배상한도액과 결부되어 각종 보험사기와 장기재원 등 피보험자의 보험료 부담을 가중시키는 폐단을 초래하고 있다.

〈그림-1〉 의료기관종별 교통사고 환자 입원률 현황 (FY ; 외계연도)



자료) 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석, 보험개발원, 2002

<표-3> 연도별 환자 부채율¹¹⁾ 현황

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

자료) 선진교통문화를 위한 법·제도 개선방안, 한국교통장애인협회, 2002

교통사고 환자가 적절한 의료를 제공받지 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 있기 때문이다. 자동차보험에서 별도 규정하고 있지 않아 교통사고 환자가 의료기관에 직접 지급한 진료비도 자동차보험 진료수가분쟁심의회에 심사청구할 수 있는 대상이 되므로 교통사고 환

자에게 진료비 직접청구로 인한 폐단(의료기관 일반수가와 자동차보험 진료수가 차이를 보험사업자가 보상하지 않음에 따라 순전히 교통사고 환자의 부담으로 전가)은 거의 해소되었기 때문이다.

4.2 자동차보험 진료수가 수준 및 결정방식

자동차보험 진료수가는 건강보험 진료수가를 준용(일부 제외)하되 종별가산율만 달리 정하도록 되어 있다. 현재 자동차보험 종별가산율은 교통사고 환자의 특성이 외상성, 응급성, 장기성, 진료비의 타인부담 등 산업재해 환자와 유사하다는 이유에서 산업재해보상보험 종별가산

<표-4> 자동차보험 종별가산율 변경 내역

| 구 분 | 종합전문 | 종합병원 | 병원 | 의원 |
|---------------------------------|------|--------|--------|--------|
| '99.10.8 행위료 ^{주)} | 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

11) 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 드러났음.

율과 일원화되었다. 자동차보험 증별가산율의 인하 배경은 일물일가(一物一價)의 원칙과 건강보험 요양급여비용계약제 시행으로 인한 수가 현실화를 전제하고 손해보험사의 국제경쟁력 제고와 책임보험의 배상한도액을 확대하기 위함이었다.

하지만, 건강보험 진료수가 수준에 대하여 많은 논란이 있다. 보건복지부는 2000. 7월 ‘의료보험 수가구조개편을 위한 상대가치 개발’ 연구결과를 토대로 당시 건강보험 진료수가의 원가보전율은 80% 수준으로 추정한 반면, 2000년 11월 국민건강보험공단은 2000년 9월까지 수가 인상으로 원가보전율은 138.1%로 의약분업에 의한 수입감소분 약 30%를 차감하더라도 원가

보전율은 약 108% 수준이라는 상반된 결과를 발표하였다.

이후 건강보험 진료수가의 원가수준에 대한 논란을 해소하고 2003년 건강보험 상대가치 환산지수(점수당 단가)를 결정하기 위하여 보험자, 의료공급자 및 건강보험정책심의위원회(보건복지부장관 산하기구)가 공동으로 의뢰한 연구결과(요양기관종별 경영수지분석 자료에 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-5> 의료기관 종별 환산지수

| 구 분 | 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) 요양기관종별 경영수지 분석자료에 의한 원가분석 연구, 서울대경영연구소 등, 2002

자동차보험 진료수가 고시제(건설교통부장관 고시) 도입배경은 당시 의료보험 등 타보험과의 형평성과 의료기관과 보험사업자간의 거래 질서의 적정성을 도모하기 위하여 도입된 제도이다. 하지만, 사회보험인 건강보험에서도 보험재정과 정부의 물가정책 등이 우선 고려되어 의료보험수가가 결정되므로써 요양기관의 요구를 전적으로 반영하기 어려웠을 뿐만 아니라,

그 절차가 투명하지 못함으로써 의료보험수가에 대한 요양기관의 불만이 상존함에 따라 요양급여비용의 지급(보험자)·수량(의료기관)의 주체가 서로의 입장을 이해하여 요양급여비용을 결정하고, 계약절차를 공개하고 투명하게 함으로써 체결된 계약내용에 대한 요양기관의 수용성을 제고시키기 위하여 2001년 1월부터 요양급여비용계약제를 실시하므로써 민간보험의 성

격이 강한 자동차보험에서 고시제를 유지하는 것에 대하여 많은 논란이 있다.

자동차보험 진료수가 고시제는 진료수가를 둘러싼 보험사업자와 의료기관간의 분쟁을 사전에 예방하고, 협의과정에서의 거래비용 절감 등을 목적으로 하는 제도로서 자동차사고 피해자 보호와 직접적 관련성은 적은 것으로써 오히려 교통사고 환자의 특수성을 고려치 않고 저수가 체계의 건강보험수가를 준용하므로써 의료기관에서 진료수익성이 낮은 자동차보험 환자를 기피케 하는 현상을 유발시킬 수 있고 이로 인하여 피해자의 완전한 회복과 보호를 목적으로 하는 자동차손해배상보장법의 입법목적에 배치되는 결과를 초래하고 있다.

현행 자동차보험 진료수가 고시제는 건설교통부장관이 자동차보험 진료수가분쟁심의회 의견을 들어 결정토록 함으로써 양업계의 협약을 기초로 하여 자동차보험 진료수가가 결정되는 것처럼 보일 수 있으나 동 심의회의 법적 성격은 양업계 협의체 기구로써 자동차보험 진료수가기준 개정 건의 등의 기능을 수행하는 건설교통부장관의 자문기구¹²⁾에 불과하기 때문에 건강보험 요양급여비용계약제와 같이 보험자와 의료공급자간의 계약이 이루어지지 않을 경우 보건복지부장관이 고시하는 방식과 상당한 차이가 있고 합리적인 이유나 검토없이 어느 일

방의 이익을 대변하는 비효율성을 파생시킬 수 있는 문제점이 있다.

4.3 자동차보험 진료수가기준 및 진료비 직접청구 금지

건설교통부는 1995년 6월 자동차보험 의료보수기준을 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 목적으로 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 위하

12) 건설교통부는 자동차보험 진료수가분쟁심의회는 이해관계인의 의견을 청취토록 절차보장을 위한 자문기구로 건설교통부장관이 자동차보험 진료수가분쟁심의회 의견 내용에 기속되는 것은 아님을 밝힌.

여 의료기관이 교통사고 환자에게 진료비를 직접 청구하는 행위를 법으로 금지하였다.

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 환자화 의사간 불신을 조장하므로써 막대한 사회불신 비용을 초래할 뿐 아니라, 현행 진료비 심사기준의 상당부분이 의학적 타당성이 떨어지거나 의학기술의 변화 추이에 부응하지 못하고 있어 의료의 질을 떨어뜨리고 이미 제정된 심사기준이나 심사지침에 대해 평가나 정비노력이 미흡하여 심사기준에 대한 신뢰성을 확보되지 못하고 있다는 비판이 제기되고 있다.

이러한, 진료비 심사기준의 문제는 진료과정에서 환자의 편익을 높일 수 있는 의료행위나 신기술에 대해 건강보험 급여로 인정하지 않으면서도 본인부담하에 환자가 이용할 수 있는 기회마저도 획일적으로 차단하므로써 환자의 치료권리와 선택권을 제한할 뿐 아니라 의료기관으로 하여금 환자의 요구와 진료특성상 일부 항목을 임의비급여(환자본인부담)으로 처리하게끔 조장하고 있다.

이러한, 진료비 심사기준의 문제는 진료과정에서 환자의 편익을 높일 수 있는 의료행위나 신기술에 대해 건강보험 급여로 인정하지 않으면서도 본인부담하에 환자가 이용할 수 있는 기회마저도 획일적으로 차단하므로써 환자의 치료권리와 선택권을 제한할 뿐 아니라 의료기관으로 하여금 환자의 요구와 진료특성상 일부 항목을 임의비급여(환자본인부담)으로 처리하게끔 조장하고 있다.

〈표-6〉 의료기관종별 진료형태별 임의비급여 구성비

| 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) 건강보험포럼「가을호」, 국민건강보험공단건강보험연구센터, 2002

임의비급여는 항목별 포괄수가, 미결정행위 등의 급여여부 결정 지연 및 건강보험 요양급여기준과 산정지침으로 행위 및 약제·재료의 사용을 제한함으로써 파생되는 문제점으로 새로운 의학기술과 신소재, 신약이 개발되어 가는

과정에서 의학적인 진단 및 치료방법에도 급격한 변화가 일어나고 있음에도 건강보험 진료수가 기준에 이를 적정하게 반영하지 못함에 따라 야기되는 문제이다.¹³⁾ 최근 연구에 의하면 ‘회수제한 약제·재료’가 보험급여 확대 우선순위

13) 단적인 예로 복강경하 시술 및 관절경내 시술 도입으로 재원일수 단축등 진료비용이 절감되고 환자의 조기회복 등 환자편익을 제고시키는 장점이 있음에도 진료수가를 포괄화하므로써 동 시술시 사용된 고가의 일회용 치료재료 등에 대한 보상미흡으로 의료기관에서 환자에게 임의비급여 시키고 있고, 자동차보험에서는 진료비 직접청구 금지 조항으로 인해 환자가 동의를 하여도 시술을 꺼리고 있는 실정임.

중 3순위로 선정될 만큼 심각한 수준으로 소요 재원도 2,481억원(2000년 기준)에 달하고 있다.

건강보험에서도 상당한 문제점을 내포하고 있는 건강보험 진료수가기준을 단지 진료비 산정을 둘러싼 의료기관과 보험사업자간의 분쟁을 해소하기 위하여 준용함으로써 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 목적으로 하고 자동차손해배상보장법의 취지에도 어긋나고 우리나라 보건의료가 처한 환경을 제대로 파악하지 못하고 마치 전 의료기관을 부정청구를 일삼는 것으로 매도하면서 교통사고 환자에게 진료비 직접청구를 금지하는 것은 오히려 교통사고 환자에게 적정진료를 제공할 수 있는 기전마저도 훼손하고 있는 것이다.

5. 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 국가관리감독체계가 아닌 민간보험사에 의해 운영되고 있어 자동차손해배상보장법의 입법취지를 훼손하고 있다.

또한, 피해자 보호를 위하여 진료기관 당연지정제를 시행하고 교통사고 환자에게 진료비 직접청구를 금지할 뿐 아니라 교통사고 환자의

특성과 우리나라 보건의료의 현실에 대한 심층적인 검토·분석없이 단지 보험사업자와 의료기관간의 진료비 산정을 둘러싼 분쟁을 해소하기 위하여 건강보험 진료수가기준 및 심사지침 등을 준용함으로써 교통사고 환자가 적정진료를 제공받을 수 있는 권리를 침해하여 조속한 원상회복을 저해하고 있다.

그럼으로 인하여 타보험 환자에 비해 상대적으로 진료수익성이 낮아 교통사고 환자의 진료를 기피하는 현상을 초래하고 있다. 즉, 더 나은 의료환경에서 적절한 진료를 제공받아야 할 교통사고 환자에게만 피해가 전가되므로써 교통사고 피해자 보호보다는 자동차보험 산업의 보호 목적으로 왜곡되어 정부규제로 인한 최대 수혜자는 보험사업자라 할 수 있다.

따라서, 자동차보험 가입자(피보험자) 측면에서의 획일적인 자동차보험 진료수가 고시제 유지와 피해자 보호 측면에서 진료기관 당연지정제 시행 등은 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.

5.1 자동차보험 진료수가기준 개정기

현재 교통사고 환자의 높은 후유장애율¹⁴⁾로

인한 후천적 장애인이 전체 장애인의 10%를 차지하고 있음을 고려할 때 단순히 보험사업자와 의료기관간의 분쟁해소와 분쟁조정 기구의 원활한 기능 수행을 위하여 정책적으로 건강보험 진료수가기준을 준용하는 것은 오히려 교통사고 환자의 조속한 원상회복을 저해하고 의료기관이 교통사고 환자에게 양질의 의료를 제공하는데 장애로 작용할 소지가 크다.

의학적·보건과학적 타당성이 있는 항목은 모두 급여에 포함되는 것이 원칙이고 임의비급여 또한 보험급여화 하여야 한다는 주장이 제기되고 있으나 건강보험 재정상의 이유로 건강보험 진료수가기준에 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 뿐만 아니라 자동차손해배상보장법령의 입법취지를 훼손하고 있다.

따라서, 자동차보험의 사회보험적 성질이 피해자 보호에 있고 교통사고로 인한 재해가 사회문제로 대두되고 있음을 고려하여 자동차보험 환자의 특성 및 원인, 후유장해율 및 진료비 심사제도 등에 대한 외국 사례를 면밀히 검토·분석하여 교통사고 환자의 특성에 부합되

고 적정진료를 보장할 수 있는 합리적인 자동차보험 진료수가기준이 마련되어야 할 것이다. 특히, 재정절감 차원의 비용-효과성보다는 의학적 타당성과 환자의 편익이 우선시되어야 할 것이다.

자동차보험 진료수가기준에 대한 재평가는 진료비 심사기관 일원화와의 연계하여 검토되어야 할 사항으로 신의료기술 등의 적시반영 뿐만 아니라 진료행위에 대한 의학적 타당성, 기왕증 진료비, 후유장해율 판정 등에 대한 적절한 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.

5.2 진료수가 계약제도입

사회보험(건강보험)에서도 보험자와 의료공급자간의 자율성과 수용성을 제고시키기 위하여 정부의 일방적인 진료수가 고시제의 형태를 벗어나 의료공급자와 보험자의 협의에 의해 진료수가가 결정되고 있음을 고려할 때, 민간보험의 성격이 강한 자동차보험에서 고시제를 유지하는 것은 지나친 정부규제이다. 고시제가 시장경쟁 창달을 위한 소비자(자동차보험 가입자) 보호 차원에서 이루어졌다고 볼 수도 있으나 현재는 이를 유지함으로써 인해 의료공급자의

14) 의료기관 종별 장해 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% 에 달하고 있음.

수용성을 지나치게 제약하여 진료기피 현상 심화 등 결과적으로 교통사고 환자(피해자)에게 그 피해가 전가되고 있다.

향후 건강보험 진료수가가 의료원가와 재투자 비용까지 보상받을 수 있을 정도로 책정되고 타보험과 보험급여율이 유사해질 경우 현재 과 같이 보험종류별로 진료수가를 달리하여야 할 이유도 없을 것이다. 하지만, 제반 여건이 갖추어지더라도 신의료기술 등에 따른 비급여 항목과 건강보험과 보장범위 차이로 빚어지고 있는 적정수가와 관련한 분쟁은 해소되지 못할 가능성이 크다. 따라서, 현재의 건강보험 보험급여율과 행정비용 등을 감안하여 건강보험 급여 항목은 건강보험 요양급여비용을 준용하고, 건강보험의 법정비급여 항목 등에 대하여는 진료수가 계약제를 시행함으로써 건강보험과의 진료수가 차이로 인한 진료기피 현상 등을 방지

할 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(산정지침 등)도 계약의 대상에 포함되어야 할 것이다. 계약방법은 각 의료기관과 각 보험사업자의 자율적 계약이 가장 바람직하나, 행정적 부담이 가중되고 현행 제도에 더 큰 혼란을 가중시킬 수 있으므로 지역별 의료기관 종별 대표와 보험사업자 대표간 진료수가를 계약하므로써 현행 고시제 유지로 인한 문제를 해소하고 의료기관의 수용성을 제고시켜 교통사고 환자에게 양질의 의료를 제공할 수 있는 기반을 조성할 수 있을 것이다.

계약이 체결되지 않을 경우에 대비하여 건설교통부, 보험사업자 대표 및 의료기관 대표가

<표-7> 자동차보험과 건강보험의 보장범위 및 적용수가

| 구분 | 건강보험 | | | | |
|----|--------|-----------------------------|--------|-------------------------|---------|
| 부담 | 징수불가 | 전액 환자 부담 | | 보험자 부담 | 환자 부담 |
| 수가 | 일반수가 | 일반수가 | 일반수가 | 법정 및 일반수가 ¹⁾ | |
| 항목 | 입의 비급여 | 한시적 비급여 | 법정 비급여 | 법정급여 | 100/100 |
| 수가 | 일반수가 | 일반 및 법정(자보)수가 ²⁾ | | 건강보험 진료수가 준용 | |
| 부담 | 징수불가 | 보험자 부담 | | | |
| 구분 | 자동차보험 | | | | |

주)1. 법정급여중 환자본인부담율과 각종 행정해석, 산정지침 및 심사지침 등을 통한 환자본인부담금은 제외. 각종 행정해석등을 통한 환자본인부담금은 일반수가 적용.
 2. 법정비급여중 예방진료등 교통사고와 인과관계가 없는 진료 제외하고 상급병실료 및 선택진료비에 대하여는 제한적으로 인정하고 있으며, 법정비급여와 한시적비급여중 MRI, 초음파, 식대, 보장구등 자보수가기준에 명시된 것은 법정(자보)수가를 적용하고 이외에는 일반수가 적용.

협의하여 지역별, 의료기관 종별 건강보험 비급여 항목에 대한 수가조사를 통하여 일정 수준의 가이드라인(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 최소화시킬 수 있을 것이다.

5.3 진료기관 계약제 도입

건강보험은 공법관계로 국가에서 관장하는 사회보험으로서 국가가 의료보장 의무를 이행하기 위하여 요양급여에 필요한 의료기관 확보 차원에서 요양기관 당연지정제를 시행하고 있음에도 정부규제의 표본으로 비판이 제기되고 있음에도 민간보험(손해배상)의 성격이 강하고 보험사업자와 의료기관간의 사법관계로 아무런 법률적 관계가 없음에도 불구하고 진료기관 당

연지정제를 시행하는 것은 자유시장경제체제를 근간으로 하는 우리나라 경제질서에도 부합되지 않는 것이다.

또한, 의료기관과 보험사업자, 의료기관간, 보험사업자간 경쟁을 촉진시켜 교통사고 환자에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 기반을 마련하기 위해서라도 진료기관 계약제가 도입되어야 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.

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 진료수가 계약제를 시행하여 진료수가에 대하여 보험사업자나 의료기

〈표-8〉 요양기관과 보험사와의 법률관계

| 구 분 | 장 점 | 단 점 |
|------------|--|---|
| 요양기관 당연지정제 | <ul style="list-style-type: none"> · 요양기관 확보 용이 · 의료공백 미발생 · 별도의 행정절차 불필요 | <ul style="list-style-type: none"> · 요양기관의 사법상 권리 침해 · 의료의 경직성 발생 |
| 요양기관 지정제 | <ul style="list-style-type: none"> · 요양기관 확보 용이 · 의료공백 미발생 | <ul style="list-style-type: none"> · 요양기관의 사법상 권리 침해 · 의료의 경직성 발생 · 지정절차에 따른 행정비용 발생 |
| 요양기관 계약제 | <ul style="list-style-type: none"> · 당사자의 의사존중 · 당사자의 책임한계가 분명함 | <ul style="list-style-type: none"> · 계약 미성립시 의료공백 발생 · 계약체결 방법·절차 복잡 |

자료) 국민건강보험법, 한국법제연구원, 2001

관의 자율성과 수용성이 충분히 보장될 수 있도록 진료비 심사, 지급 및 진료수가 결정 방식에 대한 제도적 개선이 선행되어야 한다.

5.4 자동차보험 진료비 심사기관 및

지급기관 일원화

11개 손해보험사와 4개 공제조합의 보상센터별로 이루어지고 있는 진료비 심사가 일관성이 결여되어 있고 이를 조정하기 위한 분쟁조정 기구의 역할 또한 기대에 미치지 못하고 있다. 또한, 보상센터별로 진료비를 청구함에 따라 의료기관의 행정부담이 가중될 뿐 아니라 의료기관이 지급청구한 진료비 역시, 법정 진료비 지급기간(의료기관의 지급청구일로부터 30일 이내 지급)이 준수되지 않는 등 자동차손해배상 보장법령 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.

따라서, 자동차보험 진료비 산정을 둘러싼 보험사업자와 의료기관의 갈등을 해소하고 진료비 지급업무의 공정성과 투명성 제고를 통하여 보험료 산정의 적정성을 제고하기 위해서는 지급청구 건수, 의료급여제도(진료비심사 및 지급기관을 전문기관에 위탁) 및 이탈리아의 예¹⁵⁾를 감안할 때, 별도의 지급기관과 심사기관을 설립하는 것은 자원낭비를 초래할 수 있으므로 자동차보험 진료비 심사기관과 지급기관을 전문기관에 위탁하여 각각 일원화하는 것이 현재로써 가장 바람직한 방안일 것이다.

앞서 제시한 진료기관 계약제와 연계하여 계약을 맺은 의료기관은 진료비 심사기관에 진료비를 청구하고 진료비 지급기관은 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. 또한, 교통사고 환자에게 진료비 심사기관에 진료 내역에 대하여 확인 심사를 청구할 수 있는 권한을 부여하므로써 진료수가 차이로 인한 교통사고 환자의 피해를 최소화하여야 하고 자동차보험의 공공성 강화차원에서 행정구제제도(이의신청, 심사 청구 및 행정소송)¹⁶⁾를 둬으로써 환자, 의료기관

15) 우리나라와 유사하게 단일 보험자로 운영되고 있는 이탈리아의 경우 자동차보험료의 일정 부분을 NHS에 위탁하여 운영하고 있고 자동차보험 회사는 대물배상만 담당하고 있음.

16) 현재에는 분쟁조정 기구에 심사청구할 수 있는 권한은 보험사업자에게만 주어지고 심사결정 내용을 통보받은 날부터 30일 이내 에 소를 제기하지 않을 경우 분쟁조정 기구의 심사결정에 합의한 것으로 간주하고 있음(자동차손해배상보장법 제15조 및 제17조).

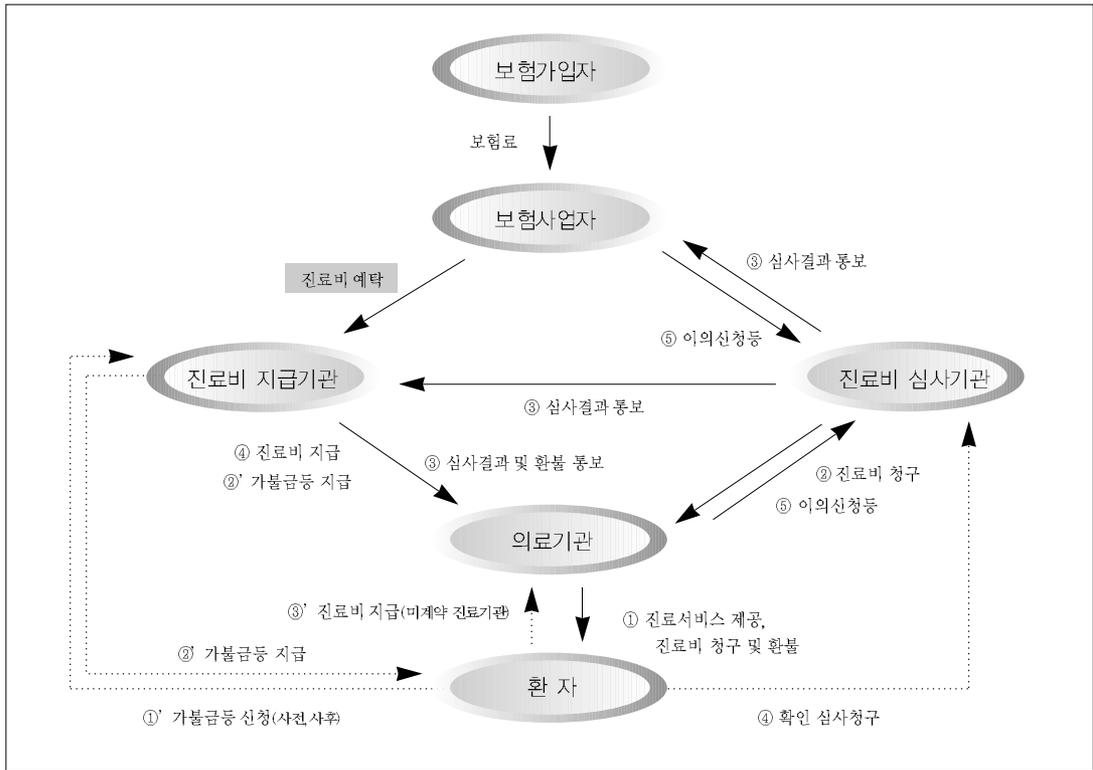
및 보험사업자 모두가 자신의 권리나 이익을 보호받을 수 있도록 하여야 할 것이다.

교통사고 피해자의 보호라는 자동차보험의 본래의 목적을 달성하기 위하여 자동차보험에서 정부 또는 공공기관의 역할을 강조함으로써 정보의 비대칭으로 인한 보험사업자와 의료기관간의 분쟁 해소는 물론이고 이로 인한 교통사고 피해자의 보호 뿐만 아니라 자동차보험 가입자의 보호를 위해서 관계 재정립이 필요한 시점이다.

6. 결론

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

〈그림-2〉 자동차보험 진료비 청구 및 지급에 관한 개선방안



환자에게는 역효과로 작용하고 낮은 책임보험 배상한도액과 결부되어 각종 보험사기의 원인이 되고 있다.

현행 우리나라 자동차보험제도의 병폐중에 하나는 손해사정업무가 공정하지 못함에 따라 교통사고 환자에게 적절한 보상을 하지 못하고 있다는 것이다. 최소한 책임보험 영역에서나마 보험사업자와는 독립된 손해사정인의 전문조력이 보장되어야 한다. 이는 특별법인 자동차손해배상보장법의 입법취지와 강제보험이면서 동시에 사회보험적인 자동차보험책임보험 원래의 이념을 구현하는데 부합되는 것이다.

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

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 해소하고, 또한 진료비 심사의 공정성과 전문성 결여로 교통사고 피해자에게 적정진료를 제공하는데 장애로 작용할 소지가 있으므로 진료기관 계약제 시행과 아울러 진료비 지급기관과 심사기관의 일원화(전문기관 위탁)가 선행되어야 한다.

아울러, 무엇보다도 건강보험 진료수가기준을 준용으로 인하여 교통사고 환자의 조속한 원상회복과 후유장애율을 낮추는 데 장애로 작용할 수 있으므로 건강보험 재정절감 차원에서 도입된 건강보험 진료수가기준의 준용을 배제하고 교통사고 환자의 특성에 부합되는 진료수가기준 마련이 시급하다. 특히, 의학적 타당성과 후유장애 판정, 교통사고와 상당 인과관계를 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 의료서비스를 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 사회보험으로서의 그 역할을 주장할 수 있을 것이다. T₂₀₀₄