

Opinion

자동차보험과 건강보험의 심사평가체계 일원화에 대하여



글 · 홍 정 룡 |
대한병원협회 보험이사

I. 서론

1999년 4대 사회보험 통합의 일환으로 산업재해보상보험과 건강보험의 심사업무 일원화가 논의된 후, 2004년도 정기국회 국정감사시 제안된 「산업재해보상보험, 자동차보험 및 건강보험의 진료비 심사평가체계 일원화 정책」¹⁾으로 재차 의료계의 지대한 관심사로 부각되고 있다. 주된 제안이유는 「동일상병, 동일급여 원칙」하에 건강보험과 동일상병임에도 불구하고 자동차보험과 산재보험의 진료비가 높다는 것이다. 이를 근거로 환자 및 의료기관 모두가 의료서비스를 과다 사용하고 있으므로 건강보험심사평가원의 심사평가체계를 활용하여 이를 억제하여 보험가입자의 보험료를 경감하기 위함이다.

하지만, 보상관정의 불합리와 인정기준의 협소로 인하여 피해자 보호에 미흡하다는 비판을 받고 있는 상황에서 보장 환자별 특성과 급여수준은 감안하지 않고 단지, 경제성 측면만 고려하여 저급여 수준에 머물고 있는 건강보험을 기준으로 심사평가를 수행할 경우, 피해자를 보호를 우선으로 하는 자동차보험의 목적을 훼손하고 보험사업자의 영리 추구(수가일원화)와 건강보험심사평가원의 조직기구 확대에 부합하는 정책으로 일관될 소지가 있다.

1) 환경노동위원회(장복심 의원), 보건복지위원회(유시민 의원), 정무위원회(김영춘 의원) 공동제안

II. 본론

1. 자동차보험의 목적 및 문제점

자동차보험은 교통사고로 인하여 사망하거나 부당한 경우에 있어서 손해배상을 보장하는 제도를 확립하므로 피해자를 보호하는데 있다(자동차손해배상보장법 제1조). 따라서, 가해자의 책임문제와 경제적 보호 보다는 피해자에게 공평·타당·신속한 배상(보상)이 중요한 과제다. 하지만, 현재 자동차보험은 낮은 보상금 기준으로 제 기능을 다하지 못하고 있다는 평가가 일반적이다. 특히, 영리 보험사업자에 의한 손해사정(보상판정)의 공정성, 신뢰성 미흡은 교통사고 피해자에게 이중고통(사고로 인한 육체적, 정신적 고통과 보상미흡으로 인한 경제적 고통)을 안겨주고 있다.²⁾

그럼에도 불구하고, 건강보험 관리운영비(4.4%)의 6~7배에 달하는 사업비(30% 상회)를 지출하면서도 교통사고 피해자에 대한 보상을 확대할 사회적 책임은 고려치 않고 보험가입자의 보험료 경감을 명목상 앞세운 채 보험사업자의 영리(수가일원화) 추구와 이를 뒷받침해 줄 진료비 심사규제를 위한 심사일원화도 또 다른 차원에서 심사평가원의 조직기구 확대에 부합하는 정책으로 비춰지고 있다.

〈자동차보험금 구성내역〉

(단위 : 억원)

구 분	FY1998	FY1999	FY2000	FY2001	FY2002
합의금	13,564(27%)	11,569(21%)	13,007(21%)	14,417(22%)	14,212(20%)
치료비	9,261(19%)	10,942(20%)	12,607(20%)	12,768(19%)	12,664(18%)
수리비	7,939(16%)	11,239(21%)	13,691(22%)	14,913(22%)	19,229(27%)
기 타	2,046(4%)	2,843(5%)	3,372(5%)	3,081(5%)	3,882(5%)
사업비	17,196(34%)	17,766(33%)	19,462(31%)	21,448(32%)	20,759(29%)
합 계	50,006(100%)	54,359(100%)	62,139(100%)	66,627(100%)	70,746(100%)

자료 : 자동차보험 개황 및 분석, 2002

2. 교통사고 환자와 관련된 특성

교통사고 환자는 통상적으로 진료적 요인으로 외상성, 응급성, 다발성(다부위), 장기재원(치료에서 재활, 요양까지) 특성과 높은 후유장애발생을 나타낸다. 또한, 진료외적 요인으로는 원상회복 기대심리, 환자의 비용의식 부재(진료비 타인 부담), 진료비와 보상의 불가분의 관계(질병+부상치료, 소득보장) 등, 질

2) 자동차보험(책임보험)은 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 자동차손해배상보장법 제정 취지(피해자 보호)와 다른 결과를 초래하고 있음(선진교통문화화를 위한 법·제도 개선방안, 2002. 12)

병보장 중심의 건강보험(높은 본인부담율 및 자연발생적)과는 상당한 차이를 보이고 있다. 특히, 교통사고 환자의 높은 후유장애율로 인한 후천적 장애인이 전체 장애인의 10%(산재환자 9%)에 달하고 있음은 사회적 문제이다.

〈의료기관 종별 평균장애율 및 평균재원일수〉

구분		종합전문	종합병원	병원	의원	
평균 재원일수	경증	상해도1	11.1일	10.2일	9.5일	10.9일
		상해도2	21.3일	16.9일	15일	16일
	중증	상해도3,4,5	89.3일	64.4일	56.9일	56.8일
평균장애율			29.3%	23.8%	21.8%	20.1%

자료 : 보험개발원, 2000

3. 진료 및 관리의 특성

(1) 진료기준 및 보장범위

교통사고 환자에 대한 진료의 기준은 조속한 원상회복(사고 이전 상태)을 위하여 의학적으로 보편타당한 방법, 범위 및 기술 등으로 필요한 진료에 최선을 다하여야 하는 반면, 건강보험은 환자의 건강증진을 위하여 의학적으로 인정되는 범위 안에서 최적의 방법(경제적으로 비용효과적인 방법)으로 진료를 제공하면 된다.

〈건강보험과 자동차보험의 보장범위〉

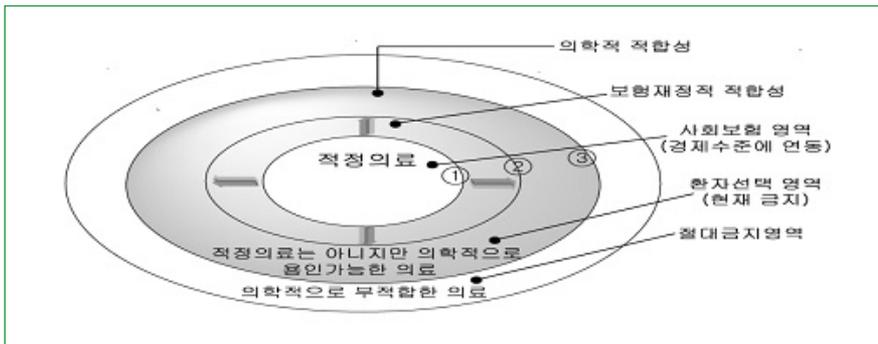
구분	법정급여 항목		비급여 항목	
	급여	100/100	법정 비급여	한시적 비급여
건강보험	보험자 부담		환자본인부담	
자동차보험	보험자 부담			

- 주 1. 100/100 : 보험재정 측면에서 수가만 결정한 항목
- 2. 법정 비급여 : 보험급여 원리에 부합하지 않는 항목(식대, 상급병실 차액, 선택진료비, 간병료, 보철, 의지및보조기, 미용목적 성형술 등)
- 3. 한시적 비급여 : 보험재정 측면에서 일정기간 보험급여를 유예한 항목(MRI진료비의 일부, 초음파, PET 등)

건강보험은 사회보험으로 질병보험(건강보장)이지만, 자동차보험은 책임보험으로서 신체의 사상, 장애 및 재산상의 피해나 손해까지 보상하는 손해보험(건강 및 소득보장)이기 때문에 보험급여 수준이 달라질 수밖에 없고, 보험급여 수준에 대한 기대(수용성)도 큰 차이가 있을 수밖에 없다. 현재도 과도한 삭감으로 요양기관과 갈등을 야기하고 심지어 진료행태의 왜곡 및 필수 서비스 제공억제 등으로 인해 의료서비스의 질을 저하시키고 있는 실정이다.

그림에서 보듯이 경제수준의 급여기준①만 적법으로 인정하고, 보험재정적 적합성②는 선택적으로 인정하고, 교과서적 진료③는 포괄하지 못함으로써 의료의 질이 확보되지 못하고 있기 때문이다. 즉, 일률적인 심사기준 적용으로 의료의 다양성 및 개별성을 포괄하지 못하고 적절한 임상진료지침도 없이 임의적이고 강제적인 심사조정으로 파생되는 문제다.

국민의료보험공단(건강보험공단의 전신)의 연구 결과에 의하면 건강보험 진료수가기준 개선(회수제한 약제·재료)을 위해 2,500여 억원(2000년 기준) 소요되는 것으로 파악되었다. 이는 2000년 한해 진료비 삭감액과 비슷한 수준이다. 또한, 의약단체가 전체 심사기준 1,380여개 중 536개에 대하여 심사평가원에 개선을 건의하였으나, 전혀 시정되지 않고 있다는 것은 현행 건강보험 진료수가기준이 교통사고 환자의 진료에 부적합하다는 것을 잘 반증하고 있는 것이다.



자료 : 건강보험 급여심사의 문제점과 개선방안, 2003

(2) 진료의 특성

교통사고 환자와 건강보험 환자간의 진료의 내용 차이 및 원인은 대다수가 교통사고 환자의 외상성, 응급성, 다발성 특성과 교통사고 환자의 높은 후유장애율, 원상회복의 기대심리로 진료 및 진료 외적 요인과 보험급여 수준에 의하여 진료의 차이(양 및 총진료비)가 발생하고 있다.³⁾

3) 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 입원 기간(39%), 주사제(약제) 사용량, 간호업무량, 의사업무량 순이었다(자동차보험 진료수가기준 개선방안 연구, 2003).

〈자동차보험과 건강보험 환자간의 진료내용 차이 및 원인〉

구 분		비 율
차이	장기재원	45.7%
	검사 및 MRI등 방사선 장비 사용량	27.1%
	주사제 및 약제 사용량	13.4%
	의사업무량	10.9%
	간호업무량	2.8%
	계	100.0%
원인	교통사고 환자의 외상성, 다발성 특성	30.9%
	교통사고 환자의 높은 후유장애 발생률	25.2%
	보상금 목적을 위한 환자의 도덕적 해이	20.8%
	교통사고 환자의 비용의식 부재	16.6%
	의료사고를 대비한 진료의사의 방어진료	3.4%
	의료기관의 수익성 제고를 위한 방편	3.1%
	계	100.0%
기타	보험급여 범위 및 수준, 성별, 연령 / 수술유무 / 기왕력 등	

자료 : 자동차보험 의료제도 개선방안에 관한 연구, 2003

(3) 환자 관리의 특성

교통사고 환자 관리의 가장 어려운 점은 자격관리가 전혀 되지 않는 가운데 손보사의 지불보증과 환자의 필요성(선택)에 의해 의료기관을 내원함으로써 과도한 의료기관 접근성이 보장(이동이 가능한 경증환자)되어 있어 의료기관(의사)의 퇴원·전원지시도 효과가 없는 실정(퇴원 후 다른 의료기관으로 재내원 또는 하급 의료기관으로 스스로 전원)이고, 또한 의료기관(의사)의 지시에도 불응한다는 것이다.

자격관리 체계를 갖추고 있는 산재보험에서도 민원(환자와의 분쟁)은 의료기관에 모두 전가하고 있는 실정으로 특히, 급여제한 및 사전승인(입원, 전원) 불허시에 환자의 민원은 모두가 의료기관의 부담으로 이어지고 있다.⁴⁾

4) 건강보험에서는 보험급여비 지급(공단)과 심사(심평원)가 이원화됨에 따라 급여제한 여부를 담당하는 공단에서는 환자의 민원을 받아 들어 허용(우선급여의 원칙)하였음에도 심평원에서는 자체 심사기준을 들어 삭감결정함으로써 의료기관의 경제적(진료비 삭감), 행정적 부담(환수·환급)이 가중되고 있음(특히, 장기재원). 산재보험에서도 환자의 민원제기시 일부 사후승인을 통하여 민원을 해결하고 있는 실정임. 자동차보험에서는 자격관리 조차도 없고 현행 자동차보험 진료수가기준(퇴원, 전원지시 불응시 진료비 환자부담)은 민원만 야기하고 그 실효성은 전혀 없음. 또한, 자동차보험과 산재보험에서 지불보증제도(전의료기관)와 사전승인제도(보험자와 계약된 의료기관)로 인한 의료기관의 행정적 부담은 환자 기피현상을 초래하고 있음.

〈자격관리에 관한 규정〉

〈건강보험〉

- 의료전달체계와 요양급여일수 제한(경질환자의 의료기관 접근성 제한과 의료사용량 스스로 통제토록 유인)
- 급여제한 및 부당이득 징수(환자 및 의료공급자 모두)
- 경질환자의 접근성은 보장하나 환자본인부담금으로 통제
- 자격관리 : 국민건강보험공단

〈산재보험〉

- 사전승인제도(입원·전원시 의학적으로 요양의 필요성 사전통제)
- 급여제한 및 부당이득 징수(환자 및 의료공급자 모두)
- 자격관리 : 근로복지공단

〈자동차보험〉

- 의료기관의 퇴원·전원지시(의료기관 자체적으로 환자 통제)
- 손해보험사 지불보증 철회(최초 진단이 초과된 경우, 이 경우 초과된 진료비는 환자본인부담)
- 자격관리 : 보상문제(합의)와 연계되어 있어 진료상 통제는 미흡

4. 자동차보험과 건강보험 심사평가체계 일원화의 대한 문제점

동일상병·동일급여의 원칙을 들어 보험가입자를 보호(보험료 누수 방지로 인한 보험료 인하)한다는 명분으로 심사평가체계 일원화를 주장하고 있으나, 교통사고 환자는 가해자가 별도 존재하는 피해자이고, 환자의 조속한 원상회복에 직접 당사자인 환자와 의료기관의 입장은 간과한 채 건강보험심사평가원의 업무영역 확대와 보험사업자의 영리(수가일원화)를 위해 단지 진료비 부분만 심사평가체계를 일원화하는 것은 자동차보험제도 근본 목적에 배치된다.

현행 자동차보험의 문제점이 심사평가체계의 문제점 보다 낮은 보상금 수준과 손해사정의 신뢰성·공정성 미흡에서 비롯되고, 환자의 도덕적 해이를 방지할 수 있는 법적, 제도적 장치의 부재에서 기인하고 있음에도 일부 부조리를 마치 전 의료공급자에게 그 원인이 있다고 판단하고 심사평가체계 일원화를 통해 해결할 수 있다는 시각은 문제의 핵심을 벗어난 지엽적 대안으로 더 큰 문제를 초래할 수 있다.

첫째, 민간보험과 공보험의 구분 없이 단일 심사평가기구에 심사평가체계 일원화는 의료서비스 질의 하향평준화 등 의료 왜곡현상을 초래할 수 있다. 공보험과 사보험의 경쟁을 통한 의료서비스의 질적 향상은 외면한 채, 효율성 보다는 보편성과 형평성을 추구하는 공보험으로의 통합은 1983년 자동차보험 사업자의 다원화(민간이영)의 목적⁹⁾을 훼손하고, 공보험제 실시에 따른 의료서비스 질의 하향

평준화, 과잉진료 등 의료 왜곡현상을 초래할 수 있다. 즉, 보편성과 형평성 추구에서 효율성 추구로 전환되고 있는 시대적 흐름(공보험에서 사보험을 벤치마킹)에 역행하는 것이다.

둘째, 자동차보험 진료비 심사업무는 보상업무와 불가분의 관계로 건강보험의 진료비 심사기준에 의한 단편적, 획일적 심사와는 다른 것으로 보상의 공정성을 훼손할 수 있다. 치료에 국한된 건강보험과 달리 자동차보험은 사고를 일으켜 보상을 책임져야 할 사람이 이를 담보하기 위해 보험에 가입하여 피해자의 사망, 신체적 상해·장해(질병보장) 및 재산상의 피해까지 보장(소득보장)하는 제도이기 때문이다.

셋째, 사회적 비용을 증가시킬 수 있다. 교통사고 환자의 특성을 반영할 수 있는 합리적인 심사기준 마련 없이 건강보험 재정절감 차원에서 경제적 논리로만 접근하고 있는 현 심사기준이나 그러한 개념하에서 오랜기간 근무해온 심사기관 종사자들에게 심사를 위탁할 경우 책임소재가 불분명하여 환자와 의료기관간, 환자와 심사기관간, 의료기관과 심사기관간 분쟁(이의신청, 소제기 등)을 야기시켜 사회적 비용만 증가시킬 소지가 있다. 보상금 수준이 법원판결액 대비 44% 수준에 불과할 뿐 아니라 현재 자동차보험 진료수가기준 역시 절대적 기준이 아니기 때문이다.⁵⁾

넷째, 보험급여 수준의 차이로 효율적인 심사평가 수행이 불가능할 것이다. 건강보험은 급여수준은 약 54%인 반면, 건강보험에서 보장하고 있지 않은 항목도 교통사고와 상당인과관계가 있으면 모두 보상하여야 하는 자동차보험과는 상당한 보험급여 수준에 차이가 있다. 비급여 항목에 대한 표준화된 청구절차 및 진료수가가 부재하고 상당인과관계 여부 판정의 어려움 등으로 효율적인 심사평가를 수행하기 어려울 것이다. 현재 자동차보험 진료수가분쟁심의회가 겪고 있는 상황을 재연할 소지가 크다.

다섯째, 보험자의 기능 강화 측면에서 이중(재)심사 및 삭감이 불가피하고 민원증가로 행정적 부담을 가중시킬 수 있다. 현재 건강보험심사평가원에 진료비 심사(평가제외)를 위탁하고 있는 공상의 경우 공무원연금관리공단 및 사립학교교직원연금관리공단의 추가 삭감율과 재심사 의뢰비율이 3~

5) 1983년 한국자동차보험주식회사(보험사간의 과당경쟁, 계약인수 기피 등 사회문제를 방지하고 사회보장적 기능을 강화하기 위하여 만든 공공기관으로 건강보험심사평가원의 전신인 의료보험연합회와 유사한 기구 임)의 독점체제는 민간주도의 시장경제 원리에 의한 자율경쟁체제를 지향하는 우리나라의 경제정책 기본방향에도 적합하지 않고 전업운영으로 인한 독점이익의 발생과 특정인에게 편중 및 보험서비스의 질 저하를 초래하고 있다는 비판에 따라 민간보험사에게까지 책임보험 사업자가 확대되었음(자동차보험 변천사, 2001)

6) 자동차손해배상보장법 제13조가 자동차보험진료수가에관한기준으로서 건설교통부장관이 진료수가의 인정범위, 청구절차, 지급절차 기타 건설교통부령이 정하는 사항을 포함시켜 고시할 수 있다고 규정하고 있지만, 그 기준은 교통사고 환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 보험사업자 등과 의료기관간의 교통사고 환자의 진료비에 관한 분쟁을 방지하기 위한 기준으로서의 의미를 가지는 것으로서 피해자가 사고로 인하여 입은 치료비 손해액 산정의 절대적 기준이 되는 것은 아니고, 설사 건설교통부장관이 정한 자동차보험진료수가에관한기준(1999. 9. 8. 건설교통부 고시 제1999-274호)에 피해자가 보험사업자 등에게 손해배상을 직접 청구하는 경우에도 자동차보험진료수가기준에 따르도록 규정하고 있다라도 이 부분은 법령의 위임범위를 벗어난 것이어서 법원이나 피해자를 직접 구속하는 효력을 인정할 수는 없다(항후치료비인 성형수술비에 대하여 자동차손해배상보장법상의 자동차보험진료수가가 적용되어야 한다는 주장을 배척한 예)(자동차손해배상 치료비 산정기준, 대법원 판례 2004다47895)

4%(1999년 기준)로 건강보험 삭감율(현재 약2% 수준)을 상회하고 있기 때문이다. 또한, 현재 건강보험공단에서도 진료비용 적정 확인 업무를 중복적으로 수행함에 따라 공단의 심사결과와 심평원의 심사결정이 상이한 결과를 초래하고 있다.

〈급여심사 기능의 보완 : 보험자의 재심사〉

- 의의
 - 급여의 방만한 지출 방지를 위한 이중 장치
 - 심평원과 공단과의 관계 정상화
- 현황 및 문제점
 - 건강보험 심사평가원의 심사기능에 의문이 제기되는 경우가 많음.
 - 그러나 심사평가원 출범 이래로 보험자는 심사되어 통보된 요양급여비용을 요양기관에 지급하는 금전지급기 역할만 수행하여 왔음.
- 개선방안
 - 공단이 심사평가원의 청구 심사내역에 대해 재심사를 실시함. 이때 표본추출 등의 통계적 기법을 활용하여 재심사 물량은 최소화 함.

(자료 : 건강보험 통합 이후 보험자의 역할 재정립에 대한 연구, 2002.6, 건강보험공단의 보험자로서의 역할 재정립 방안, 2002.7)

여섯째, 진료비 심사기간 지연 및 이중심사로 진료비 회수기간이 지연될 수 있다. 자동차보험 진료비 심사·지급기간은 지급청구일로부터 30일 이내인 반면, 건강보험 심사기간(건강보험 공단의 지급기간 제외)은 EDI 및 서면청구 모두 30~45일 가량 소요되고, 심사평가체계 일원화시 비급여항목 등의 청구가 불가피하고, 배상의학적 측면에서 진료행위의 타당성 및 상당인관 관계 심사를 위해 전수·정밀심사시 진료비 심사기간은 최소 2~3배 이상 지연될 것으로 예상된다. 또한, 각 보험사별 재심사(이중심사)시 심사기간은 더욱 지연될 것이 자명하다.

일곱째, 심사평가체계 일원화로 인한 시너지 효과는 크지 않을 것이다. 건강보험의 낮은 보험급여 수준(특히, 진료수가기준, 산정지침, 심사지침 등), 배상의학 반영 미흡 및 심사업무가 보상과 불가분의 관

7) 일부 의료기관의 부당, 과잉청구, 및 산정착오 등은 자보수가기준 제13조(진료수가 지급청구액의 조정형의)에 의거 상호 자율적으로 조정하고 있으며, 자동차보험에서 분쟁의 주된 내용은 “진료행위 및 진료과정에 대한 의학적 타당성, 교통사고와 인과관계, 건강보험 비급여항목(미결정행위 포함) 진료수가”에 관한 것임. 현재 건강보험에서도 자동차보험의 문제와 유사한 사례가 발생하고 있음(예 : 의료기관이 요양급여 신청한 신의료기술 행위, 약제, 치료재료 등 건강보험 비급여 항목에 대한 수가 및 급여결정(규정 : 150일 이내)이 지속적으로 지연되고 있음. 급여결정 비율 2001년 31.1%, 2002년 31.2%, 2003년 13.5%로 평균 28.9%에 불과함))

계임을 고려할 때, 진료비 심사일원화로는 시너지 효과(적정보상과 적정부담)는 크지 않고, 피해자에 대한 공평·타당·신속한 배상(보상)이라는 자동차보험의 목적을 훼손할 수 있다. 단지, 동일상병, 동일급여 원칙하에 보험사업자의 영리와 심사평가원의 조직기구 확대에 원용될 소지가 있다.⁷⁾

교통사고 환자의 높은 부재율 등은 진료비 심사의 문제가 아니라 형사처벌(사기 등)의 대상으로 낮은 보상금 기준에 의해 파생되는 문제이기 때문이다. 실례로 자동차보험 진료수가분쟁심의회에서 '입원료및식대 심사지침(2001년)'을 마련한 결과, 보험사업자와 의료기관의 분쟁이 급격히 감소하고 있음에도 부재율 비중은 지속적으로 증가되고 있기 때문이다.

〈연도별 환자 부재율 현황〉

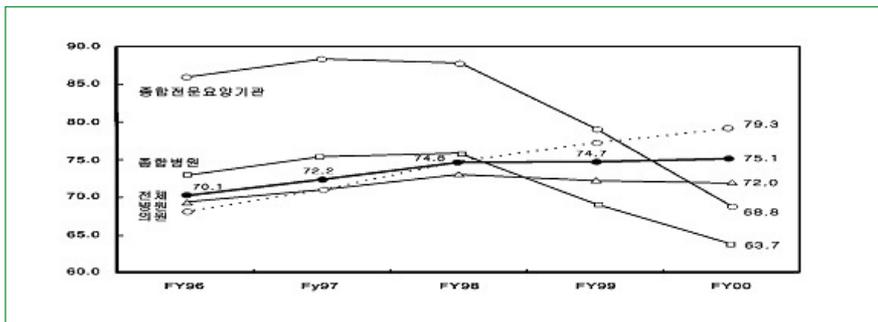
1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
12.1%	12.7%	16.0%	21.0%	17.5%	20.0%	20.7%	31.1%

자료 : 선진교통문화를 위한 법·제도 개선방안, 2002, 대한손해보험협회 보도자료, 2004

또한, 보상 및 진료비 지급 업무 등은 제외한 채 진료비 심사업무만의 일원화로는 교통사고 환자에게 적정보상을 보장하기 위한 시너지 효과는 크지 않을 것으로 예상된다. 보험사업자의 심사인력이 보상센터별로 1~2명에 불과하므로 심사평가원의 1차 심사에 대한 재심사 및 자동차보험 진료수가분쟁심의회에 심사청구를 위해 현 인력 준치가 불가피하기 때문이다.

여덟째, 낮은 일당진료비, 장기재원, 과다한 민원과 과중한 행정부담 등으로 대형의료기관(종합병원 이상)에서의 환자 진료기피 현상이 심화될 것이다. 1999년 10월부터 세차레에 걸친 중별가산율 하향 조정과 맞물려 종합병원급이상 대형의료기관에서 진료기피 현상이 심화되고 상황에서 저급여 수준에 머물고 있는 건강보험 진료수가기준 등의 개선 없이, 단지 동일상병 동일급여 원칙하에 자동차보험과 건강보험의 심사평가체계를 일원화할 경우 적정료를 제공받아야 하는 중증 교통사고 환자의 의료기관 접근성까지도 제약할 가능성이 크기 때문이다.

〈의료기관 종별 입원료 현황〉



자료 : 자동차보험 개황 및 분석, 2002.1

III. 결론

보험유형별 보장대상의 특성과 보장범위, 건강보험의 협소한 진료기준(심사기준 포함), 환자의 도덕적 해이 방지 장치 미흡 등에 대한 제도적 개선과 이를 위한 방안도 마련하지 않고 단지 동일상병, 동일급여 원칙을 들어 의료서비스가 과다하게 이용(사용)되고 있으므로 건강보험심사평가원에 심사평가체계를 위탁하여 의료서비스 이용을 억제하여야 한다는 주장은 제도적 차이로 파생되는 당연한 결과를 놓고 교통사고 피해자와 전 의료기관을 도덕적으로 매도하는 것이다.

오히려 동 정책은 보험사업자의 영리와 건강보험심사평가원의 조직기구 확대에 부합하는 정책으로 일관될 소지가 있고, 의료의 다양성과 개별성은 감안하지 않고 일률적인 심사기준 제정 등 단일 심사평가기구로 인한 자동차보험의 목적(신속, 공정한 보상)을 훼손하고 지나친 보편성과 형평성의 추구로 의료서비스의 질적 향상에 걸림돌로 작용할 수 있다. 