Ⅲ 해외 사례

1. 개요

지금까지 우리나라 상해 급수의 현황, 중증도 반영 여부와 상해 급항별 문제점, 조정 이후 진료행태의 변화 등을 검토하였다. 진료행태의 변화에서 상해 급수별 피해자 수가 상관관계를 갖는 것으로 나타났는데, 여기에는 진단기준과 책임한도액의 차이가 영향을 주는 것으로 보인다. 특히 뇌진탕, 염좌 등 진단기준이 불명확하고 진료비가 확대될 수 있는 상해들에서 상관관계가 큰 것으로 보인다. 이렇게 진단기준과 진료비의 불확실성이 내재되어 있지만 대인배상 부상 보험금이 어떤 기준에 따라 지급된다는 점은 보상의 객관성을 갖는다고 할 수 있는데, 만약 그렇다면 다른 나라들도 지급 객관성을 위해 대인배상 부상 보험금 지급기준을 마련하고 있다고 생각할 수 있다.

여기서는 상해 급수의 보편성을 검토하기 위해 주요국의 사례를 살펴본다. 다른 나라의 자동차보험 대인배상 부상 진료비 체계를 진료체계와 진료수가를 중심으로, 그리고 우리나라와 유사하게 상해 급수를 이용하여 대인배상 부상보험금을 지급하는지를 검토한다. 여기서 진료체계란 사고 발생 이후 피해자의 부상 치료 절차를 말한다.

조사 대상 국가들은 일본, 독일, 프랑스, 네덜란드이다. 일본은 우리나라와 유사한 자동차보험 제도를 갖고 있고 우리나라와 유사하게 자동차보험 진료수가가 건강보험 진료수가보다 높지만 피해자는 건강보험과 자동차보험 가운데 하나를 선택해서 치료를 받을 수 있다. 이에 반해 독일, 프랑스, 네덜란드는 자동차보험과 건강보험 진료수가가 동일하고 치료는 사회보장인 건강보험에서 받고 자동차보험에서 구상한다.[20] 자동차보험 진료체계는 자동차 사고 부상 환자가 발생했을 때 건강보험에서 치료를 받는지, 자동차보험에서 치료를 받는지, 치료 기간 중 의학적 평가가 이루어지는지를 중심으로 검토한다. 먼저 주요국의 자동차보험 진료수가를 검토하고 다음으로 진료체계, 치료비와 위자료 보상 기준 등을 검토한다.

---

20) 이탈리아, 스페인, 캐나다 등의 경상환자에 대한 보상 사례는 전용식 외(2020)를, 주요국의 자동차보험 법제에 대한 내용은 황현아·손민숙(2020)을 참조 바람

2. 자동차보험 진료수가

가. 우리나라

우리나라에서 자동차보험 진료수가란 자동차의 운행으로 사고를 당한 자(이하, '교통사고 환자'라 함)가 「의료법」에 따른 의료기관에서 진료를 받음으로써 발생하는 비용이다. 자동차보험 진료수가는 진료항목의 건강보험 급여·비급여 여부, 그리고 건강보험 비급여가 아닌 경우에 따라 결정된다.[21] 그리고 진료항목별 수가에 의료기관 종별 가산율이 적용되고 건강보험과 다른 입원료 체감률이 적용된다. 상급종합병원과 종합병원의 경우 체감률은 입원기간에 관계없이 135%, 100%를 적용하고 병원의 경우에도 입원 기간에 따른 체감률이 건강보험보다 적다. 김진현(2014)에 따르면 13,751개 병원은 건강보험 종별 가산율에 최대 1.5배를 가산하여 적용하고 있다.

자동차보험의 비급여 수가, 높은 종별 가산율과 낮은 입원료 체감률은 의료기관의 과잉진료를 유발할 수 있는 원인으로 작용한다(국민권익위원회 2009). 전용식(2022)은 2019년 기준 우리나라 자동차보험 경상환자 과잉진료 규모가 5,353억 원에 이르는 것으로 추정하였다. 전 장의 분석에 따르면 9급 6항 추간판 탈출증, 11급 1항 뇌진탕, 12급에서 14급에서 발생하는 건강보험 대비 과잉진료 규모는 전체 자동차보험 진료비의 40% 내외 수준인 것으로 나타났다.

나. 일본

일본의 자동차보험 진료수가는 자배책보험 진료수가, 자유진료수가로 구분된다. 자배책보험 진료수가는 의사회, 자동차보험요율산정회, 손해보험협회가 협의를 통해 결정한다. 법적인 강제력은 없지만 각 지방자치단체(도도부현)별로 합의하는데 2015년 11월에 모든 지방자치단체가 합의하였다. 법적인 강제력이 없기 때문에, 이 기준을 채용하고 있는 의료기관은 2011년 기준으로 60%에 불과하다.[22]

자배책보험 진료수가는 건강보험 진료수가에 비해 1.44배 높고, 자유진료수가는 2.0배 높

21) 자세한 내용은 송윤아·이소양(2017)을 참조 바람

22) 일본 금융청, 2011년 1월 14일 자배책 심의 회의사록(http://www.fsa.go.jp/singi/singi_zidousya/gijiroku/20110114.html)

다. 자배책보험 진료수가는 약제 등의 물건(약제, 혈액, 위생 재료 등)에 대해서는 그 단가를 1점에 12엔으로 하며 그 이외의 기술료(초진료, 재진료 등)에 대해서는 이에 20%를 가산한 액수를 상한으로 한다. 통상 상대가치 1점에 외래 20~28엔, 입원이 15엔 전후로 산정된다. 피해자는 자배책보험과 건강보험 가운데 하나를 선택하여 치료를 받을 수 있다. 건강보험 등 사회보험으로 자동차보험 대인배상 치료를 받는 비중은 2020년 12.6%로 2016년 11.4%에 비해 소폭 높아졌다.

자유진료수가와 건강보험 적용의 경우를 검토하기 위해 다음의 〈표 Ⅲ-1〉과 같은 경우를 예로 들어보자. 과실비율이 가해자 80%, 피해자 20%인 사고로 부상 치료비가 건강보험 기준으로 100만 엔, 위자료와 휴업손해 각각 100만 엔인 사고를 가정하자.

〈표 Ⅲ-1〉 일본 자유진료수가와 건강보험 적용에 따른 치료비 및 자기부담금 차이

구분	자유진료수가 기준	건강보험 적용한 경우
치료비(a)	200만 엔(건강보험 기준 100만 엔이나 자유진료수가 적용 시)	30만 엔(100만 엔 × 0.3)
위자료 및 휴업손해(b)	100만 엔	100만 엔
a+b	300만 엔	130만 엔
가해자 배상금	300만 엔 × 0.8 = 240만 엔	130만 엔 × 0.8 = 104만 엔
자배책 보험금	120만 엔	104만 엔
가해자 본인 부담금	120만 엔	0 엔

자료: 일본 교통사고 전문 법률 상담소의 해결사례집

먼저 건강보험을 적용하지 않는 경우 치료비는 자유진료수가 기준으로 200만 엔이 발생한다. 여기에 위자료와 휴업손해를 합하면 300만 엔이고 과실비율 80%를 반영하면 가해자가 피해자에게 지불해야 하는 금액은 240만 엔이다. 이에 비해 건강보험에서 치료를 받는다면 건강보험 자기부담금 30%를 부담해야 하므로 치료비는 30만 엔이 발생한다. 위자료와 휴업손해는 동일하므로 가해자는 피해자에게 104만 엔(130만 엔 × 0.8)을 부담해야 한다. 두 가지 경우에서 피해자가 수취하는 보험금은 부상 보험금 한도 120만 엔에서 피해자가 병원에 지불해야 하는 치료비 200만 엔을 더하면 80만 엔을 지불해야 하고 건강보험의 적용을 받을 경우 피해자는 104만 엔을 보험금으로 받고 병원에 30만 엔을 지불하고 남은 74만 엔을 받을 수 있다.

다. 독일

독일은 자동차보험과 건강보험의 진료수가가 동일하기 때문에 건강보험 체계와 외래진료, 입원 진료수가를 검토한다.

건강보험은 공공의료보험(Gesetzliche Krankenversicherung)과 민간의료보험(Privat Krankenversicherung)이 있는데, 독일 국민은 둘 중 하나에 반드시 가입해야 한다. 공무원의 경우 공무원을 위한 보험(Beihilfe)에 가입한다. 소득 등 일정 조건을 갖추면 민간의료보험에 가입할 수 있지만 민간의료보험에서 다시 공공의료보험으로 바꾸는 것이 어려워 독일 국민의 90% 정도가 공공의료보험에 가입한다. 원칙적으로는 공공의료보험과 민간의료보험 두 군데 동시에 가입할 수 있으나, 각 치료에 대해서는 한 가지 보험의 혜택만 받을 수 있다.[23]

공공의료보험과 민간의료보험의 차이는 의료서비스를 제공하는 의사 그룹과 의료비 체계의 차이다.[24] 부문별로 보면 외래부문 의료체계는 연방 및 주의 공적의료보험과 의사 협회 사이의 총액 계약의 범위에서 행위별 수가제에 근거하여 공적의료보험이 의사에게 의료비를 지급하는 체계이다. 총액계약제란 개별 의사와 공적의료보험 사이의 계약이 아닌 의사협회와 공적의료보험이 계약하는 방식인데, 총액계약제 도입 과정에서 의사협회가 협회 소속 의사들의 진료의 적정성을 감시하는 경제성 심사의 원칙이 도입되었다. 경제성 심사 원칙의 도입으로 의사 협회는 개별 의사의 비경제적 진료나 처방에 대해 해당 금액의 반환을 요구할 수 있으며, 진료행태에 대한 감시, 감독도 병행하여 문제가 발견될 경우 이에 대한 조치를 취할 수 있다(태윤희 외 2017).[25]

병원 입원부문 의료비 지불체계는 포괄수가제이다. 포괄수가제는 2002년에 도입되었는데 내원일수에 따른 급여보상 체제에 따른 과잉진료가 문제를 해결하기 위해 도입되었다.

자동차보험 피해자의 모든 진료비, 입원비, 의약품 비용, 성형수술 비용, 재활 비용 등은 가해자가 가입한 의료보험에서 우선 보장하고 본인부담금 및 공적의료보험에서 보장하지 않는 부분은 가해자의 자동차보험이 보장한다. 예를 들어 피해자는 민간의료보험, 가해자

23) https://www.pkv.de/wissen/private-krankenversicherung/versicherungsbeginn/

24) 공공의료보험의 의료비는 독일의 사회법(Sozialgesetzbuch)에서 규정하고 단일 평가기준(Einheitlichen Bewertungsmaβstab)에 따름. 민간의료보험의 의료비는 GOÄ(Gebührenordnung für Ärzte)라고 함

25) 태윤희 외(2017)

는 공공의료보험에 가입한 경우라면 공공의료보험 적용 부분을 제외한 나머지 부분은 가해자의 자동차보험이 배상한다.

교통사고 환자에 대한 진료기준은 일반 환자와 동일한 '동일 상병, 동일 진료' 원칙이 적용된다. 합의 후에 향후 치료가 필요할 경우, 본인의 공적의료보험에서 보장하는 범위에서 치료가 가능하고 이를 초과할 경우에는 가해자의 자동차보험으로 치료한다. 기왕증과 관련하여서도 공적의료보험과 자동차보험회사 사이의 구상 합의 규정에 따라 부담한다. 치료에 필요한 비용은 대부분 자동차 의무보험에서 인정되지만 공적의료보험에서 인정되지 않는 특수의료서비스 등은 해당 의료서비스가 피해자의 치료에 반드시 필요하다는 의사의 소견이 있는 경우에만 보상받을 수 있다.

라. 프랑스

프랑스의 경우 독일과 유사하게 자동차보험(교통사고) 피해자도 건강보험에서 치료를 받을 수 있고 건강보험과 자동차보험 진료수가가 동일하다. 프랑스의 건강보험은 공공보험과 보충형(Complementary) 민영보험 체계로 공공보험(Protection Universelle Maladie; PUMA)은 2016년 사회보장재정법 59항에 근거하여 제정되었다. 보충형 민영보험은 공공보험에서 커버하지 않는 정골 요법(Osteopathy), 치과 임플란트, 혹은 백신 비용을 커버한다. 2016년 1월 1일부터 민간 기업들은 종업원들에게 보충형 민영보험을 제공해야 한다.

동일 상병, 동일 진료 원칙에 따라 입원 기간이나 진료수가가 자동차 사고 환자와 일반 환자에게 동일하다. 프랑스는 주치의 제도가 활발한데, 자동차 사고가 상해의 원인인지 여부는 주치의가 결정한다. 경미한 상해일 경우 주치의 병원에서 치료받고 상해 심도가 큰 환자는 공공병원 등으로 전원 한다.

자동차 사고 환자(피해자)는 먼저 자신의 보험에서 치료받는데, 치료 과정에서 발생하는 자기부담금은 상대방(가해자)의 자동차보험회사에서 부담한다. 그리고 가해자가 보험에 가입하지 않은 무보험차일 경우 피해자는 자동차보험기금에서 보장받는다. 자동차 사고로 인한 상해 진료 종결 이후 장기간이 경과하여 동일 상처부위가 재발하였을 경우에도 피해자의 보험에서 보장한다. 기왕증의 경우도 건강보험으로부터 기왕증을 포함한 모든 진료비를 지불받는다.

마. 네덜란드

네덜란드의 건강보험체계는 유럽에서 가장 비싼 건강보험체계로 평가(Personal Injury Commission 2018) 받는데, 기본 건강보험, 보충형 보험(Complementary Coverage)으로 구분된다. 기본 건강보험의 의료전달 체계는 공중보건서비스, 1차 의료, 2차 전문, 장기요양서비스로 구성되는데, 공중보건서비스는 29개 권역별 지역보건기관이 제공하는 건강검진, 예방접종, 건강증진서비스 등이고, 1차 의료는 프랑스와 유사하게 특수질환을 제외한 주치의 서비스이다. 2차 의료는 전문적인 의료서비스인데 주치의의 전원 동의 없이는 병원과 전문 의료서비스를 받을 수 없다. 기본 건강보험은 의사 진료, 산과 진료 비용, 재택 간병(Home nursing care), 약제, 정신건강 서비스 등을 보장한다. 그리고 가입자는 연간 본인부담금(2016년의 경우 385 유로)을 부담해야 하는데, 주치의 진료, 산과 진료, 재택 간병 및 18세 미만 청소년 돌봄 서비스 등은 본인부담금을 내지 않는다.

1차 진료의인 주치의는 인두제를 적용받기 때문에 의사가 거주하는 지역 인구 규모에 따라 급여를 받고 기본 건강보험의 보장범위를 벗어나는 부가서비스에 대해서는 행위별 수가제에 따라 급여를 받는다. 병원에 대한 지불방식은 DTC(case-based Diagnosis Treatment Combination System) 방식인데, DTC는 의료서비스의 67%를 국가에서 정하는 급여와 나머지 33%는 보험회사와 병원의 협상으로 결정된다.[26)]

자동차 사고 피해자의 치료비는 피해자가 가입한 건강보험회사가 기본 건강보험 커버 대상인 입원비, 약제비 등을 보상하고 가해자의 자동차보험회사에 치료비를 구상한다. 상해심도가 높거나 후유장애가 남는 경우, 장기요양서비스(LTC) 해당 여부를 평가받고 피해자가 LTC 이용 장소를 선택한다. 네덜란드도 독일이나 프랑스와 유사하게 자동차보험 진료수가는 건강보험 수가와 동일하다.

26) DTC는 포괄수가제 방식에서 고안된 분류 체계인데, 포괄수가제가 진단명에 따라 치료비가 분류되는 체계라면 DTC는 치료항목으로 분류한 체계임. 자세한 내용은 다음의 링크를 참조 바람(https://m.medigatenews.com/news/4243662327)

3. 자동차보험 진료체계

가. 우리나라

자동차 사고 피해자는 대인접수 혹은 피해자 직접청구를 통해 의과(정형외과)나 한방(한방병원, 한의원) 의료기관에서 진료를 받기 시작한다. 진료를 받기 시작할 때 경미 사고 피해자의 상해 평가 절차가 없고, 가해자의 보험회사는 피해자의 진료비를 치료 기한이나 금액 한정 없이 보증하는데, 이러한 관행이 대인배상 부상 치료비의 과잉진료를 초래한다는 지적이 있다(전용식 2017). 상해 평가 절차의 부재와 더불어 진단서를 받는 피해자 비중도 전체 피해자의 35%에 미치지 못하는 것으로 보인다. 2020년 기준으로 피해자 67%의 진료 일수가 2주 미만으로 진단서를 받지 않고 합의를 하고 보험금 지급이 종결되는 것으로 보인다.[27] 그리고 나머지 피해자들은 진단서를 받아 보험회사가 보험금을 지급한다.

치료 과정에서 가해자를 대위하는 보험회사나 의료 전문가의 상해 회복 여부 평가 절차는 존재하지 않는다. 물론 마비(소실) 환자, 수술을 시행한 환자 등 상해 심도가 객관적으로 평가될 수 있는 피해자들은 상해 회복 평가가 객관적으로 이루어질 수 있지만 염좌, 좌상, 타박상 등의 경미 상해 피해자들의 상해 회복 평가는 피해자의 주관에 따라 이루어지기 때문에 치료가 기한 없이 지속될 수 있다.

진료 기간 동안 피해자를 치료한 의료기관은 진료비를 건강보험심사평가원(이하, '심평원'이라 함)에 진료 종료 직후 청구하고 심평원은 피해자의 상해 평가, 진료가 상해에 부합하는지, 건강보험 자료 검토를 통한 기왕증 여부 등에 대한 심사 없이 청구 절차와 형식이 기준에 부합하면 청구 직후, 의료기관에 치료비를 지급한다.

부상 치료에서 후유장해가 남는 경우에는 후유장해를 청구하지만 그렇지 않을 경우에는 피해자와 보험회사가 합의하고 보험금을 지급하면 사고는 종결된다.

---

27) 전 장에서 제시된 표에서 상해 급수 14급 전신 타박상 등은 진단서 없이 종결된 사건을 구분하기 위해 보험회사 보상 인력이 입력한 것으로 확인되었음

나. 일본

일본은 자동차보험 피해자들의 초진 시 상병을 진단하고 상해 심도를 평가하는 것으로 보인다. GIROJ에 따르면 2020년 자동차 사고 대인배상 피해자들을 상해 부위별로 구분한 결과 경부(목)가 가장 높고(28.2%) 다음으로 허리(17.8%), 흉부(5.2%) 등이다. 수상 부위가 두 개 이상일 경우에는 각 부위를 하나로 집계한다. 상해 심도는 상해도로 나타내고 있는데 상해 심도는 1급(경도)에서 6급(빈사)으로 구분되고, 상해도 2는 중증도, 상해도 3부터 5까지는 중증으로 구분된다. 2020년 기준으로 경도의 비중이 82.6%, 중증도의 비중은 8.8%, 상해도 3~5까지의 중증은 1.5%에 불과하고 빈사의 비중은 0.01% 미만이다.

치료가 종료되는 시점은 '증상의 고정' 시점으로 지칭되는데, 치료비는 증상의 고정 시점 이전까지의 치료에 대해서 보상받을 수 있다. 증상의 고정 시점이란 치료로 인한 증상 개선 여지가 없는 시점으로 그 시점 이후의 치료는 상해 회복에 대한 기여도가 미미하다고 본다. 일본 자동차보험 표준약관에 따르면 상해로 인한 손해는 '상해가 치유 또는 증상이 고정(치료로 인한 증상 개선이 나타나지 않게 된 상태를 말함)될 때까지 피보험자가 입은 적극 손해(구조 수색비, 치료 관련비, 기타 비용), 휴업 손해, 정신적 손해 및 기타 손해'로 한다.[28)]

일본에서 자동차 사고 대인배상 피해자들의 진료체계는 사고 발생 직후 초진 시 상해가 구분되고 상해 심도가 평가되는 것으로 보인다. 그리고 증상의 고정 시점을 합의하여 진료가 종료되는 것으로 보인다. 진료 기간은 72.4일, 그리고 실제로 진료를 받은 일수(진료 실일수)는 20.1일로 나타났다.

자배책보험과 다르게 우리나라의 자기신체사고 담보와 유사한 탑승자 상해보험의 경우 보험금 한도가 피해자의 상해 명에 따라 정해져 있다(〈표 Ⅲ-2〉 참조). 우리나라 상해 급수와 유사한 것으로 보이는데, 상해 유형에 대해 치료비 지급 기준이 규정되어 있다. 중상해인 뇌 손상, 척수 손상에 대해서는 100만 엔, 경미한 상해에 해당하는 타박상, 좌상 등에 대해서는 10만 엔을 한도로 지급한다. 우리나라 자기신체상해 보험금도 상해 급수에 따라 정의된 것과 비교하면 구분 단계가 단순하고 규정하는 상해 이름도 포괄적이다.

28) 악사 자동차보험 표준약관, p. 120

〈표 Ⅲ-2〉 일본 악사 다이렉트 탑승자 상해보험 지급금액

(단위: 만 엔)

증상	의료비 보험금
① 염좌상 등의 뇌손상, 두개내출혈 또는 혈종, 경추손상, 척수손상, 흉부·복부 장기 손상	100
② 상반신·하반신의 결손 또는 절단, 안구의 내부 출혈 또는 혈종, 안구 신경 손상, 안구 파열	50
③ 골절·탈구, 뇌·눈·경수·척수 제외 부위의 신경손상, 상반신·하반신의 힘줄 파열·근육 및 인대의 단열	30
④ 타박상, 좌상, 찰과상, 염좌 등 ①, ②, ③ 이외의 것	10

자료: 악사 다이렉트 홈페이지(www.axa-direct.co.jp), 전용식 외(2021)에서 재인용함

다. 독일

피해자에게 사고 피해를 입증할 책임이 있으며, 사고 이전의 건강상태로 회복하는 것(Full Compensation)이 치료의 목적이다. 피해자에게 사고 피해를 입증할 책임이 있기 때문에 의사의 진단서가 필수적이며, 상해를 입증하지 못하지만 상해가 의심되는 경우는 의료비 보상을 받지 못한다.[29]

독일에서 자동차 사고 대인배상에서 상해 심도에 대한 평가는 중요하다. 장기요양 혹은 돌봄 서비스 단계도 중증도(Severity of the impairment)에 따라 결정되는데, 2017년 1월 1일부터 기존의 3단계에서 5단계로 조정되었다.[30] 5단계는 1등급 자립성의 미미한 손상, 2등급 자립성의 경증정도의 손상, 3단계 자립성의 중증 정도의 손상, 4단계 자립성의 최중증도 손상, 그리고 5등급 특별한 필요상황으로 구분된다.[31]

위자료 산정에서도 상실소득, 나이와 더불어 상해 유형과 상해 심도가 중요하다. 상해 심도는 의학 전문가가 평가하는데, 위자료 산정 시 보험회사는 상해 유형과 상해 심도에 따라 ICD(Int'l Statistical Classification of Disease and Related Health Problems) 코드 혹

29) Wiedemann and John(2021)

30) Swiss Re(2018)

31) 남현주(2014)

은 Weller Database를 참조한다.[32]

Weller Database는 부상 유형별 기본 정보(진단, 추가 소견 등)뿐 아니라 일반적인 합병증이나 물리치료 방법과 같은 치료 계획을 포함하고 있어 이 데이터를 기반으로 의료진이 구체적인 치료 계획을 수립하고, 비용 측면에서 부상자, 사무직원 또는 보험사 직원 간의 협의를 원활하게 하는 데 도움이 된다는 평가이다. 현재 독일 대부분의 상해 보험회사들은 이 데이터베이스를 사용하고 있다.[33]

위자료 지급 금액은 Schmerzensgeldtabellen이라는 위자료 지급 과거 사례 테이블을 참고하여 판사가 결정한다. 예를 들어 경미한 경추손상(Light Cervical spine 혹은 Soft-tissue injury "Whiplash")의 위자료 범위는 313유로에서 1,125유로이고 중등도(Middle)의 경추손상의 경우는 5,384유로에서 13,687유로이다.[34] 경미한 경추손상의 경우 피해 당사자가 보상을 거부당한 법원 판결은 많지만, 500유로 이하의 위자료가 배상된 경우는 드물다. 예를 들어 2004년 2월 5일(Az. 34 C 8818/03년) AG 뉘른베르크의 판결은 경미한 편타성 상해에 대한 위자료로 600유로를 결정하였다.[35] 피고(가해자 100% 과실)는 원고(피해자 무과실)가 경증(Slight pain)의 편타성 상해를 진단받았기 때문에 원고의 위자료 주장이 합당하지 않다고 주장하였지만 법원은 경미한 손상이기 때문에 위자료는 600유로가 합당하다고 판결한 사건이다.

32) 응용 시스템 안전 및 산업 의학 연구협회(Forschungsgesellschaft für angewandte Systemsicherheit und Arbeitsmedizin, 이하, 'FSA'라 함)라는 비영리 협회에서 1999년부터 제공하는 유료 데이터(연간 사용료 240유로) 베이스임. FSA가 4개의 보험회사에서 정기적으로 제공받는 약 800,000개의 데이터를 450여 개의 부상 패턴으로 구분하여 각각의 치료 절차에 대한 기록을 분석한 자료임. 각 부상 패턴은 부상의 정도에 따라 경증, 중등도, 중증 세 가지로 분류되며, 이에 따라 치료에 필요한 기간과 부상자의 작업 불능 기간을 예측할 수 있도록 함. 자세한 내용은 다음의 링크를 참조하기 바람(https://www.fsa.de/produkte/weller-tabelle/)

33) https://forum.dguv.de/ausgabe/9-2021/artikel/weller-system-perspektiven-der-elektronischen-heilverfahrenssteuerung

34) 독일에서는 경추손상에 대한 분류 기준으로 Quebec-Klassifikation을 활용하는데, 세 가지 그룹으로 분류함. 먼저 1도 경추 왜곡은 목의 통증과 두통을 동반한 가벼운 경우들로 경추의 운동 제한이 적고 X-선 영상에는 변화가 없고, 신경학적 이상 소견도 없고 증상이 나타나기까지 오랜 시간이 걸리는 경우임. 다음으로 2도 경추 왜곡은 X-선 변화가 있고, 경추의 뒤틀림, 피막의 찢김 또는 혈관 손상을 초래할 수 있음. 증상은 사고 직후나 곧 나타남. 다음으로 3도 경추손상임. 금이 가거나 골절과 함께 나타나는 심각한 경우 사고 직후 즉시 증상이 나타남

35) AG 뉘른베르크, 2004년 2월 5일 판결-파일 번호 34 C8818/03

라. 프랑스

프랑스의 경우 대인배상 청구건의 90%는 합의되고 나머지가 소송으로 이어진다. 자동차 사고의 신속한 처리를 위해 바당데르법이 제정되었는데, 이 법의 목적은 보상절차의 간소화, 신속화, 공평한 보상 도모이다. 이 법에 따르면 자동차 사고에 관련된 보험회사가 피해자와 연락하여 상해 평가(Assessment of injury)를 위한 의학적 평가를 수행한다. 이 때 피해자는 자신의 의료진과 법률가의 도움을 받을 수 있다. 의학적 평가는 상해가 일시적 손상인지 영구적 손상인지를 기술하고 보상금 산정의 객관적 근거가 된다. 상해 평가 이후 가해자의 보험회사는 사고 발생 후 8개월 이내 혹은 피해자의 청구 접수 이후 3개월 이내에 피해자에게 중간 보상(Interim compensation offer) 금액을 제시한다. 치료가 진행되고 일본과 유사하게 증상의 고정(Stabilization 혹은 Consolidation) 시점이 최종 의학적 평가에서 결정되면 최대 5개월 이내에 최종 보상금이 제시되어야 한다. 보상과정 혹은 금액에 피해자가 합의하지 않을 경우, 언제든지 피해자는 소송을 제기할 수 있다.

상해가 일시적인 것으로 판단되면 치료관계비와 휴업손해를 보상하고 일시적 기능 장애(Temporary functional deficiency), 위자료(Pain and Suffering), 일시적 심미적 손상 등을 보상받는다. 반면 영구적인 상해일 경우, 증상의 고정 이후 재산적 손해(Patrimonial damage)인 향후치료비, 주택 및 차량 조정비용, 간병비, 전문적 능력상실 등을 보상받고 비금전적 손해(Non-patrimonial damage)로 영구장해 등을 보상받는다. 위자료는 증상이 고정되기까지 피해자에게 발생한 신체적·심리적·정신적 고통에 대하여 의사가 1단계(매우 경증, very light)에서 7단계(매우 심각, very severe)로 평가하여 보상한다.[36] 여기에 등급별로 획일화된 보상금액은 정해진 바 없으며, 피해자에 따라 보험회사나 판사가 결정한다.

영구장애는 의학적 스케일에 따라 0~100%로 평가된 장애비율(Disability Rate, 혹은 Permanent Functional Deficit)에 따라 보상을 받는데, 5% 미만인 상해를 경미 상해로 규정한다. 장애평가는 증상의 고정 시점에서 이루어지는데, 장애비율이 5% 미만인 경미 상해일 경우 피해자의 자동차보험에서 보상을 받고 장애비율이 5%를 초과할 경우에는 상대방의 자동차보험에서 보상받는다.

36) Nomenclature의 보상 항목마다 1단계에서 7단계의 중증도 평가가 있음(Personal Injuries Commission 2018)

마. 네덜란드

프랑스와 유사하게 대인배상 처리 절차(Code of Conduct)를 운용하고 있다. 처리 절차의 핵심은 상해 평가를 통해 손해배상 금액을 결정하고 피해자의 상해가 더 이상 회복되지 않는 증상의 고정(Stabilized medical condition) 시점에 이를 경우 피해자와 가해자 모두 최종 합의를 위해 협의해야 한다는 것이다. 프랑스와는 다르게 증상의 고정 시기에 이르기 전이라도 피해자와 가해자는 합의할 수 있다. 상해의 증상이 고정되는 시기는 의사가 평가하고 진단서를 통해 보고되어야 한다. 치료비는 사회보험에서 보상하지만 위자료(Pain and Suffering)는 사고 책임이 있는 가해자가 보상해야 하고, 보상 한도는 없다. 위자료는 법원이 결정하는데 법원은 3년마다 갱신되는 "Verkeersrecht"와 "Smartengeldbudel"를 참조한다. 위플래쉬의 경우, 실질적으로 회복된 경미한 상해는 1,250~5,000 유로, 완벽한 회복이 기대되는 경미한 상해는 1,250유로, 중등도일 경우 5,000~7,000유로, 중증(Moderately sever)일 경우 7,500~12,500유로, 중증이면서 영구적인 위플래쉬 상해는 12,500유로에서 25,000유로의 범위에서 지급된다.

신체적인 상해와 더불어, 혹은 유일하게 정신적 상해(Psychological injuries)가 발생한 경우에는 정신적 상해의 중증도(Degree of seriousness)를 고려하지 않는다. 대신 보상에 적합한 인식할 수 있는 정신적 질환으로 진단받아야 한다.

네덜란드 법원은 자동차 사고 피해자가 보상을 받을 때, 상해 입증 의무를 엄격하게 부과하지 않는 것으로 평가되는데, 이로 인해 유럽에서 스위스와 함께 경상환자 문제가 가장 심각한 국가이다.

4. 요약

이번 장에서는 일본, 독일, 프랑스, 네덜란드의 자동차보험 진료수가와 진료체계를 살펴보았다. 일본을 제외한 독일, 프랑스, 네덜란드의 자동차보험은 건강보험 등 사회보험과 연계되어 있어 진료수가는 동일하고 진료체계도 확립되어 있다. 일본의 경우도 자동차 사고 피해자가 건강보험을 선택할 수 있고 그 비중이 12% 내외로 높아지고 있어 제한적이지만 자동차보험 진료수가와 건강보험 진료수가는 동일하다.

진료수가의 차이가 없기 때문에 자동차보험 피해자 치료에 따른 금전적 이득은 제한적이다. 진료 행위에서도 프랑스와 네덜란드는 주치의 제도를 통해, 독일은 의사협회의 진료 행위 감독으로 과잉 진료 유인은 제한적이다.

자동차보험 진료체계의 경우 일본, 프랑스는 우리나라와 다르게 치료를 종료하는 시점(증상의 고정)에 대한 규정이 표준약관과 법에 명시되어 있다. 네덜란드는 프랑스처럼 법에 명시하지는 않았지만 증상의 고정 시점에 대한 규정이 있다. 독일은 증상의 고정 시점과 같은 합의 시점에 대한 규정은 없지만 총액예산제와 입원환자에 대한 포괄수가제를 통해 교통사고 환자의 과잉진료를 억제하고 있다. 이들 국가들은 교통사고 환자가 발생하면 의료기관에서 상해를 진단받고 중증도를 평가받아 손해배상 금액에 반영한다. 장애평가를 통해 장해율이 5% 이상일 경우에만 상대방이 손해를 보상하는 프랑스의 경우는 이탈리아와 유사한 방식이다.[37] 치료비 산정에서 우리나라와 유사하게 상해 유형에 따라 치료비 한도액을 정하고 있는 나라는 없다.

주요국에서 위자료는 상해 심도를 반영하여 지급하고 있는데, 독일, 프랑스, 네덜란드 등은 상해 유형, 심도, 피해자의 나이, 장해율 등에 따라 과거에 지급했던 위자료 금액을 참조한다. 경미한 상해의 경우 프랑스, 독일은 위자료를 지급하지 않는다. 독일의 경우 경미한 경추손상(Leichten Halswirbelsaulenverletzungen(HWS) esrsten Grades), 두통, 타박상, 경미한 근골격계 손상 등의 경우 위자료 지급이 거절된다. 대인배상 부상 위자료의 경우 일본은 합의 시점까지 하루에 4,200엔을 정액으로 지급한다.

상해 급수의 보편성 측면에서 보면 우리나라 상해 급수와 유사한 사례는 조사 대상국에서는 찾기 어려웠다. 위자료 지급에서는 상해 심도를 반영하고 과거 사례를 참조하는데, 우리나라는 상해 급수에 따라 위자료를 책정한다.

37) 이탈리아 사례는 전용식 외(2020)를 참조 바람

〈표 Ⅲ-3〉 주요국 의료체계와 자동차보험 진료체계 비교

국가	의료체계/수가	자동차보험		보상 테이블
		사회보험과의 관계	치료 종료 시점	
우리나라	건강보험/ 자동차보험 진료수가	자기신체사고 건강보험 적용 가능	없음	상해 급수 후유장해 급수
일본	건강보험/ 자유진료수가/ 자동차보험수가	건강보험 치료 선택 가능	증상의 고정 시점	후유장해 급수
독일	공공의료보험/ 민영의료보험/ 입원(포괄수가제), 외래(행위별수가제)	가해자의 건강보험이 커버하지 못하는 부분을 자동차보험이 지급	없음	Weller-Database (상해 유형, 심도별 치료 사례) Schmerzensgeldta-bellen(위자료)
프랑스	공공보험과 보충형 민영보험	피해자의 입원 진료비는 사회보험에서 70~90% 보장, 나머지 본인부담금, 향후치료비 등을 자동차보험에서 보장	외상 전문가의 상해 평가/중간 보상 제시/증상의 고정 시점(최종 상해 평가에서 결정) 결정 후 보상 완료	Nomencalture Dinthilac 보상항목별 상해심도
네덜란드	기본건강보험/ 보충형 보험/LTC (급여 67%, 비급여 33%)	건강보험회사가 1차 기본 건강보험 커버 대상을 우선 보상하고 가해자 자동차보험에서 구상	대인배상 심사체계(Code of Conduct) 상해 평가 → 기왕증 평가 → 의료진 평가 증상의 고정 시점까지 진료	위자료 지급 관련 Smartgeld Issue of the Verkeerscrecht Journal