Ⅳ 결론

1. 요약

상해 급수는 자동차보험 대인배상 부상보험금, 자기신체상해 보험금의 지급기준이며, 최근에는 운전자보험, 차상해 보험 등도 지급기준으로 상해 급수를 적용하고 있다. 상해 급수는 248개 상해 항목을 수상 부위, 상해 유형으로 구분하여 1급에서 14급까지 구분하고 각 급수에 따른 책임한도액을 규정하고 있는데, 이경석(2011)에 따르면 책임한도액은 진료비로 볼 수 있고 상해 급수는 상해 구분에 따른 치료비 한도액으로 볼 수 있다.

상해 급수에는 객관적으로 입증 가능한 상해와 입증이 불가능한 상해가 병존한다. 248개 항목 가운데 1~8급에 해당하는 194개 상해는 마비, 절단, 골절, 탈골 등의 상해를 상해 부위와 수술 여부로 구분하는데, 이들은 객관적으로 상해 심도 입증이 가능하고 상해 회복 여부도 판단할 수 있다. 1~8급의 진료비 비중은 전체 대인배상 부상 치료비의 25% 내외이다. 그리고 9급부터 14급의 11개 항목이 나머지 70% 내외를 차지하는데, 이들 11개 항목 중 대부분은 상해 여부와 심도를 객관적으로 입증할 수 없고 상해 회복 여부도 판단할 수 없는 상해이다. 이들 11개 상해 항목은 피해자의 주관적 통증 호소만으로 치료받을 수 있고 회복 여부도 입증이 어려워 과잉진료를 유인할 수 있다.

상해 급수의 문제점을 먼저 상병(급항)별로 보면 크게 네 가지이다. 첫째, 수술은 시행하지 않았으나 치료비 발생 및 상해 심도가 높은 상병(급항), 둘째, 치료 과정이 동일·유사한 상병이지만 세밀한 의학적 분류로 책임한도액이 다른 경우, 셋째, 사고 인과관계나 객관적 진단 기준이 없는 상병들이다. 그리고 동일 급수에 중상해와 경미 상해가 함께 있지만(예를 들어 11급 뇌진탕과 코·손가락 등의 수술 미시행 골절 등; 14급 1항과 2, 3항) 중상 환자와 경상 환자의 치료비 한도가 동일한 경우이다. 이상의 네 가지 경우는 상해 급수(급항)가 상해 심도를 반영하지 못한다는 상해 급수의 제도적 한계를 보여준다.

효율성 측면에서는 대인배상 부상 치료비 증가세가 지속되거나 확대되는 것이 문제인데, 상해 급수에서 풍선효과가 발생하기 때문이다. 치료비 증가율을 상해별로 구분해보면

12~14급의 증가율은 소폭 둔화된 반면 11급 1항 뇌진탕과 9급 추간판 탈출증의 진료비 증가율이 확대되고 있다. 이는 11급 1항 뇌진탕과 9급 추간판 탈출증 진단에 있어 객관적 혹은 명확한 기준이 없고 사고의 인과관계를 반영하지 못해 진단을 쉽게 받을 수 있기 때문이다. 상해 급수별 피해 인원 비중의 상관계수를 시기별로 분석한 결과에서도 상해 급수 조정 이후인 2016년 2/4분기 이후 11급과 12~14급의 상관계수는 음의 부호를 갖는 것으로 나타났다. 이는 11급 뇌진탕이 늘어나면서 12~14급의 피해 인원 비중이 줄어드는 것을 보여준다.

이러한 풍선효과는 한방 진료비 상승과 더불어 자동차보험 진료비 증가를 초래한 것으로 나타났다. 자동차보험의 주요 경미 상해를 기준으로 의과와 한방으로 구분하여 1인당 진료비를 비교한 결과 1인당 한방 진료비가 의과 진료비에 비해 높다. 한방 진료비가 의과 진료비보다 더 빠르게 증가하는 현상은 한방으로 인한 과잉진료 규모에서도 나타난다. 한방으로 인한 과잉진료 규모는 자동차보험의 주요 상병인 뇌진탕과 척추 염좌에서 증가 추세가 지속되고 있다. 요약하면 한방 진료비 증가와 상해 급수의 풍선효과가 상승효과를 일으키며 대인배상 부상 치료비를 증가시킨다고 볼 수 있다.

특히, 풍선효과는 2023년부터 적용되는 제도 개선 방안인 대인배상Ⅱ 과실상계의 취지를 무력화할 수 있다. 대인배상Ⅱ 과실상계는 과잉진료 억제를 위해 책임한도액을 초과하는 치료비에 대해서 과실상계를 적용하는 것인데, 실제 상해 심도보다 높은 상해 급수를 받으면 피해자가 과실이 있더라도 상해 치료에 필요한 수준을 넘어서는 치료를 받을 수 있다. 경상 환자 과잉진료 제도 개선 방안이 무력화된다면 선량한 자동차보험 계약자들의 불필요한 보험료 인상 등으로 자동차보험 제도의 지속가능성을 훼손할 수 있다.

다음 절에서는 상해 급수 제도 개선 방향에 대해서 논한다.

2. 제도 개선 방향

상해 급수가 규정하는 상병(급항)과 책임한도액의 문제점은 급항 조정으로 완화할 수 있다. 수술 미시행이지만 치료비가 높은 상병은 급수를 높이고, 치료가 동일·유사하고 상병이 같지만 세밀한 의학적 분류에 의해 급수가 다른 경우는 하나로 통합할 필요가 있다. 그리고 사고 인과관계, 객관적 근거 혹은 명확한 진단기준이 없어 손해액이 불확실한 상해

급항의 경우 진단기준을 확립하거나 책임한도액 하향 조정이 필요하다.[38]

가. 상해 급수 조정: 수술 미시행이나 높은 치료비, 낮은 상해 급수

상해 급수의 차이를 초래하는 주된 원인은 수술 여부이다. 그러나 수술이 시행되지 않아도 치료비가 많이 소요되지만 낮은 책임한도액이 부여된 급수가 있다.

14급 1항의 상병(방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부장기 손상으로 수술을 시행하지 않은 상해)은 수술 여부에 따라 급수의 차이가 커서 책임한도액이 통상 발생하는 치료비보다 낮다. 14급 1항의 2020년 1인당 평균 치료비는 89만 2천 원인데, 14급의 책임한도액은 50만 원에 불과하다.

13급 2항 단순 고막 파열, 8급 1항의 뇌 손상으로 경도한 신경학적 증상 등의 상해 등은 치료비 및 치료 경과 고려 시 해당 급수 책임한도액 이상의 치료비가 발생하여 대인배상 Ⅱ에 가입하지 않았을 경우, 피해자 구제가 충분하지 않을 수 있다. 13급 2항의 경우 2020년 1인당 평균 치료비는 196만 원인데 책임한도액은 80만 원에 불과하다.

그리고 9급 2항의 2개 이하의 단순 늑골 골절 치료에서 고정술이 시행될 경우, 일종의 수술이기 때문에 치료비가 높아질 수 있지만, 수술 여부에 따른 급수 구분이 없다. 게다가 9급 2항의 평균 치료비는 245만 원인데 9급 한도액은 240만 원으로 치료비가 책임한도액보다 다소 높다. 10급 3항으로 준용되고 있는 연부조직 손상의 경우도 2020년 기준 평균 치료비는 350만 원으로 10급 책임한도액 160만 원의 두 배가 넘는다.

11급 2항 안면부 비골 골절(코뼈가 부러진 경우)의 경우 2020년 평균 치료비는 230만 원인데 책임한도액은 160만 원에 불과하다. 13급 2항의 단순 고막 파열은 2020년 기준 치료비가 185만 원이지만 책임한도액은 80만 원에 불과하다.[39]

---

38) 손해액이 불확실한 상해에 대해서 Bond and Crocker(1997)는 피보험자가 청구하는 손해액을 검증하기가 어렵고 피보험자가 자신의 노력으로 불확실성을 확대할 수 있는 경우에는 정액 보험금을 지급하는 것이 최적의 계약이라는 점을 입증하였음

39) 평균적인 치료비를 확인하지 못한 대형 손해보험회사 보상(의료)인력과의 간담회에서 제시된 상병들은 다음과 같음. 5급 3항의 복장 내 출혈 또는 장기 파열 등으로 중재적 방사선 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해, 상해 급수 8급 2항의 상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절(이하, '안면 골절'이라 함)의 경우 수술 여부 구분이 없음. 8급 2항의 경우 분쇄나 골절이 심한 경우 수술이 빈번한데, 상해 급수가 낮아(적은 책임한도액) 적절한 피해자 구제의 취지가 훼손될 수 있음. 8급 1항 뇌 손상으로 경도한 신경학적 증상(수술 미시행)의 경우 외상성 뇌출혈이 동반하거나 후유장해로 이어질 수도 있어 치료비가 책임한도액 이상으로 소요되는 상해임

〈표 Ⅳ-1〉 상해 급수의 문제점과 조정 방향

급수	급항	상해 명	문제점	조정 방향
수술 미시행이나 높은 치료비, 높은 상해 급수: 피해자 구제 취지 훼손				
5	3	복강내 출혈 또는 장기파열 등으로 중재적 방사선학적 시술을 통하여 지혈술을 시행하거나 경피적 배액술 등을 시행하여 보존적으로 치료한 상해	실제 발생하는 치료비는 크지만 수술 미시행 시 14급	상해 급수 상향 검토
14	1	방광, 요도, 고환, 음경, 신장, 간, 지라 등 내부장기 손상(장간막 파열을 포함함)으로 수술을 시행하지 않은 상해	의학적 소견에 따라 소요되는 치료비가 크지만 보상 한도 50만 원	상해 급수 상향 검토
13	2	단순 고막 파열	3급 다른 항목과 형평성 훼손/복합 고막 파열은 8급 적용 중	상해 급수 상향 검토
8	1	뇌 손상으로 경도한 신경학적 증상(수술 미시행)	수술 미시행이나 외상성 뇌출혈로 후유장애 동반 가능	상향 급수 상향 검토
	2	상악골, 하악골, 치조골 등의 안면 두개골 골절	수술 여부 구분 없고 낮은 치료비로 수술하지 못하는 경우가 발생	수술 여부 검토
9	2	2개 이하의 단순 늑골 골절		상해 급수 상향 검토
11	2	안면부 비골 골절(수술 미시행)	도수정복술 시행을 반영하지 못해 수술 미시행으로 분류	상해 급수 상향 검토
10	8	연부조직 또는 피부 결손(수술 미시행)	실제 치료비와 책임한도액의 차이	상해 급수 상향 검토
유사·동일 치료가 필요한 동일 상병이나 다른 상해 급수: 분쟁 유인				
12	3/4	척추 염좌/사지 관절 근건 염좌	동일 치료가 필요한 상병이나 책임한도액은 12급 120만 원, 14급 50만 원	통합 검토
14	2/3	수족지 관절 염좌/사지 단순 타박		통합 검토
퇴행성 질환과 명확한 진단 기준 부재: 과잉 진료 유인, 형평성 훼손				
3	8	척주 손상으로 불완전 하반신 마비를 동반한 상해	중심 척수 증후군은 상반신 마비만 발생, 상해 급수 없음	상해 진단 구체화
6	25	반월상 연골파열(수술 시행)	퇴행성인 경우가 많아 무릎 MRI 촬영 후 진단, 수술	상해 급수 조정 검토
9	6	추간판 탈출증	불명확한 진단 기준(MRI 미촬영 시 염좌, 촬영 시, 추간판 탈출증)	상해 급수 조정 검토
11	1	뇌진탕	CT·MRI 입증 불가	진단기준 구체화 혹은 상해 급수 조정 검토

주: 대형 손해보험회사 의료팀 간담회 결과

나. 상해 급항의 진단 기준 구체화

퇴행성 질환(기왕증)인 경우, 진단 기준이 명확하지 않기 때문에 형평성이 훼손되거나 과잉 진료를 유인할 수 있다. 먼저 9급 추간판 탈출증의 경우 퇴행성 질환인 경우가 대부분이고 퇴행성에 대한 관여도가 상당 부분 인정되고 있다. 퇴행성이기 때문에 CT·MRI를 촬영하면 추간판 탈출증으로 진단받을 수 있지만, 자동차 사고가 직접적인 원인이 아닐 수도 있다. 하지만 사고기여도를 객관적으로 측정할 수 없어 피해자의 주관적 통증 호소에 따라 진단하는 경우가 대부분이다. 6급 25항의 반월상 연골파열(무릎 연골파열)이나 수술 시행의 경우도 유사하다. 퇴행성인 경우가 많아 MRI를 촬영하면 무릎 연골파열로 진단을 받고 수술을 받으면 700만 원까지 책임보험에서 보상받을 수 있다. 추간판 탈출증이나 무릎 연골파열과 같은 퇴행성 질환의 경우에는 퇴행성 여부를 상해 급수에 반영하거나, 상해 급수를 조정하는 방안을 검토해야 한다.

11급 뇌진탕도 구체적 진단 기준이 없는 상해 가운데 하나이다. 뇌진탕의 정의는 “두부 손상으로 정신 기능 또는 의식 수준의 변화, 의식 상실을 수반할 수 있고, 뇌 구조에 대한 명백한 손상 없이 발생할 수 있으며 6시간 미만 동안 지속된다”이다. 따라서 다른 뇌 손상과는 다르게 객관적인 근거에 따른 진단이 아닌 피해자의 주관적 통증 호소에 의해서만 진단이 가능한 상병이다. 뇌진탕의 상해 급수를 하향하는 취지는 진단과 보상의 불확실성이 높은 상해의 책임한도액을 하향 조정하여 과잉진료 유인을 억제하는 것이다.

상해 급수 11급 1항인 뇌진탕의 진단을 구체화하는 방법으로 유럽신경학회의 경미한 뇌손상 진단 기준(Mild Traumatic Brain Injury)이 있다. 유럽신경학회(European Federation of Neurological Science)는 글라스고우 코마 스케일 13~14점의 경미한(Mild) 뇌 손상을 네 가지 등급으로 구분한다.[40]

40) 글라스고우 코마 스케일은 두부 손상의 신경학적 증상을 판단하는 기준으로 상해 급수 영역별 세부지침에 기술되어 있음

〈표 Ⅳ-2〉 글라스고우 코마 스케일과 경미한 뇌 손상 중증도

Glassgow Coma Scale		개요
Mild: 13~15		졸음이 오는 상태, 쉽게 깨어나고 시간과 장소, 사람에 대한 지남력 있지만 자극이 없을 시 자고 있음. 자극에 대한 반응이 느리고 불완전하며 의사소통이 원활하지 않음
MTBI	Category 0	GCS=15; No LOC, No PTA, Head Injury, No TBI; No Risk Factors
	Category 1	GCS=15; LOC<30분, PTA<1시간, No Risk Factors
	Category 2	GCS=15, Risk Factors Present[1)]
	Category 3	GCS=13~14
Moderate: 8~12		Stupor(혼미): 계속적이고 강한 자극, 강한 특종, 밝은 광선의 자극을 주면 반응을 나타냄. 신음소리, 자극원을 피하려는 행동을 보임. 의사소통 불가
Severe: 4~7		Semi-Coma(반혼수): 표재성 반응 외에 자발적 움직임이 거의 없으며, 강한 자극에 약간의 반응을 보임. 자극에 움찔하는 수준으로 회피 반응은 없음
Critical: 3		Coma(혼수): 모든 자극에 반응 없음

주: 1) LOC는 의식 소실(Loss of Consciousness), PTA는 외상 후 기억상실(Post-Traumatic Amnesia), TBI는 외상성 뇌손상(Traumatic Brain Injury), Risk Factors는 ① 사고 당시 상황이 확실치 않은 경우, ② 지속되는 외상 후 기억상실(보통은 글라스고우 혼수 척도 15점 미만 경우), ③ 30분 이상 지속되는 역행성 건망증(Retrograde Amnesia), ④ 쇄골 부위 이상의 신체 손상을 동반한 경우, 여기에는 두개골 골절도 포함, ⑤ 심한 두통, ⑥ 구토, ⑦ 국소적인 신경학적 이상 소견 동반, ⑧ 발작 혹은 간질, ⑨ 2세 이하 혹은 60세 이상의 나이, ⑩ 혈액 응고 장애, ⑪ 충격이 심한 사고(64km/h 이상의 사고), ⑫ 약물 중독이나 술에 취한 경우 등임

자료: 유럽신경학회(www.glassgowcomascale.org)

첫 번째 등급은 20분 미만의 의식소실(Loss of Consciousness)이 없고 외상 후 기억상실(Post-Traumatic Amnesia)이 없는 경우이고 두 번째 등급은 30분 미만의 의식소실, 1시간미만의 외상 후 기억 상실, 세 번째 등급은 스케일 15점, 위험요인이 없는 경우이다. 여기서 위험요인은 12가지 요인들인데, 지속되는 외상 후 기억상실, 심한 두통 등이다. 각 증상에 따른 치료 방법으로는 먼저 카테고리 0의 경우에는 치료가 필요 없고, 카테고리 1인 경우 CT 촬영이 권고된다. 카테고리 2와 3일 경우에는 CT를 촬영하고 비정상일 경우 수술 여부를 결정한다. 뇌진탕에 대한 객관적 진단 기준을 검토하여 우리나라 상해 급수에 반영할 필요가 있다.

다. 상해 급수의 통합

12급 척추 염좌, 14급 수족지 관절 염좌 등은 객관적으로 상해 여부와 심도를 입증할 수 없다. 12급과 14급 염좌는 편타성 상해(Wiplash)로 지칭되기도 하는데 상해 여부와 심도를 객관적으로 입증할 수 없는 대표적인 상해이다. 그럼에도 불구하고 치료비 등 보험금이 지속적으로 증가하기 때문에 영국, 캐나다는 치료비 혹은 위자료 한도를 정하고 있고 이탈리아는 시각적 혹은 의료장비를 통해 상해의 존재를 입증할 경우에 한해, 그리고 스페인은 의료진의 상해 입증, 일시적 노동력상실 입증, 교통사고 상해라는 인과관계 등을 입증하는 경우에 보상한다(전용식 외 2020). 프랑스는 장해율이 5% 미만인 경미 상해의 경우 피해자가 자신의 치료비를 부담한다. 독일은 경미한 1도 경추손상, 두통, 타박상, 경미한 근골격계 손상 등에 대해서는 위자료를 지급하지 않는다. 주요국의 사례에서 나타난 점은 객관적으로 입증하기 어려운 상해의 경우 보상 한도를 정하거나 상해 입증 조건을 엄격하게 부여하는 방법으로 대응하고 있다. 학술적인 측면에서도 Bond and Crocker (1997)는 이러한 보험계약이 최선의 계약이라고 입증하였다. 우리나라도 최근 자동차보험 지급보증절차를 개선하여 상해 급수 12~14급 환자의 치료 기간이 4주를 초과할 경우, 환자가 제출한 진단서에 적시된 치료기간에 따라 지급보증을 연장하는 제도 개선 방안이 추진되고 있다.

상해 여부와 심도를 객관적으로 검증할 수 없는 상해에 대해 상대적으로 높은 진료비를 배상하는 관행은 자동차보험의 과잉 진료를 유도하고 마비, 골절·탈구·파열 등 객관적으로 입증 가능한 상해 피해자들과의 형평성을 훼손할 수 있다. 특히 입증 가능한 상해 피해자와 다르게 치료 종료 시점을 규정할 수 없어, 추간판 탈출증, 뇌진탕, 염좌 피해자의 진료비 증가세는 더 확대될 수 있다. 진료비 검토 결과에서 나타난 바와 같이 12급의 척추 염좌, 11급의 뇌진탕의 경우, 한방으로 인한 과잉진료 규모가 증가하고 있다. 뇌진탕이나 염좌에 대한 구체적인 진단기준을 설정할 수 없다면 별도 급수로 통합하고 책임한도액을 정액(예를 들면 100만 원)으로 설정하는 방안을 검토할 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-3〉 상해 급수 통합 방향

구분	책임한도액	조정 상해 급수	조정 책임한도액
11급 1항: 뇌진탕(선택적)	160만 원	별도 급수	100만 원
12급	120만 원		
13급	80만 원		
14급	50만 원		

라. 장기적 검토사항

우리나라 자동차보험은 객관적인 상해의 중증도 평가에 부합하는 합리적 손해배상보다 피해자가 아프다고 하지 않을 때까지 치료를 받도록 하는 특징이 있다. 구체적으로 보면 피해자의 상해 심도(중증도)와 사고 연관도를 과소평가하고 상해 평가가 없기 때문에 피해자의 상해 회복과 치료 종결 시점을 결정하지 않는 특징이 있다. 이러한 특징은 마비, 골절, 탈구, 수술 여부에 따라 객관적으로 치료 종결 시점을 특정할 수 있는 상해보다 객관적 상해 평가 없이 진료를 받을 수 있는 염좌, 뇌진탕 등에서 두드러진다. 따라서 경미한 상해이지만 치료비 혹은 보험금이 크게 늘어나는 사례가 발생한다.

우리나라와 제도가 유사한 일본과 비교해보면 피해자의 치료가 상해 유형과 심도에 부합하는지를 조사하고 부합하지 않는 경우 보험금을 삭감한다. 그리고 보상은 치료의 효과가 사라지는 '증상의 고정' 시점까지 이루어지고 합의 시점도 결정된다. 자동차 사고 발생 이후 상해 평가와 증상의 고정 시점까지의 치료와 합의는 프랑스와 네덜란드에서도 찾아볼 수 있다. 프랑스, 네덜란드, 독일 등 유럽 국가들은 자동차보험 환자들도 건강보험에서 치료를 받고 가해자의 건강보험이 커버하지 못하는 의료서비스를 자동차보험이 보상하는 구조이며, 독일은 건강보험 구조적으로 과잉 진료를 억제하고 있다.

장기적으로 건강보험과 자동차보험의 진료수가 일원화 등도 중요하지만, 피해자의 치료가 종결되는 시점에 대한 합의 도출이 선행될 필요가 있다. 피해자의 상해 심도가 객관적으로 관측 가능한 상해의 경우에는 치료 종결 시점이 명확하다. 골절이나 탈구 환자의 경우, 수술을 시행한 경우 등은 치료 종결 시점과 합의 시점이 같을 수 있지만 9급 추간판 탈출증, 11급 뇌진탕, 12~14급 염좌 등은 상해 여부나 심도를 측정하기 어렵기 때문에 치료 종결 시점을 과학적으로 결정할 수 없다. 치료 종결 시점의 불확실성은 진료비와 보상의 불확실성을 높이고 보상의 불확실성은 합의금을 더 지급하더라도 보험회사가 적극적으로 합의하여 사고를 조기에 종결하려는 관행으로 이어졌다. 여기에 한방 비급여 진료가 늘어나면서 과잉 진료가 늘어나고 있다. 과잉진료를 억제하고 가해자와 피해자가 원만하게 합의하기 위해서는 치료 종결 시점에 대한 합의가 선행되어야 한다.

두 번째 장기적으로 검토할 사항은 상해 중증도에 부합하는 실제 치료비를 지급하는 방안이다. 상해 급수는 앞에서 기술한 바와 같이 형평성 측면에서 분쟁을 일으킬 유인이 있고 피해자들의 진료 관행에 영향을 주어, 과잉 진료를 유인하고 상해 심도에 비해 과잉 진료를 초래(효율성 악화)할 수 있다. 이러한 문제를 완화하기 위해서는 상해 중증도에 부합하는 실

제 치료비를 보험금 한도에서 배상하는 방식을 도입해야 한다. 예를 들면 부상 보험금 한도 3,000만 원에서 상해의 중증도에 따라 회복에 필요한 치료비를 지급하는 방식이다.

3. 연구의 한계

본 보고서는 우리나라 자동차보험 상해 급수가 갖고 있는 문제점과 부작용을 검토하고 이를 완화할 수 있는 제도 개선 방안을 제시하고 있다. 자동차보험 보상 현장에서 근무하고 있는 의료인력 자문단을 통해 상해 급수의 문제점에 대한 의견을 수렴하였고 보상 자료를 분석하여 정량적인 근거를 제시하였다. 그러나 일부 중상해의 경우에는 객관적인 치료비 자료를 확보하지 못하여, 일부 상해 급항의 경우 수렴된 개선 의견을 전달하는 데 그쳤다.

상해 급수의 보편성 검토를 위해 일본, 독일, 프랑스, 네덜란드 등의 자동차보험 제도를 우리나라와 비교하였다. 독일, 프랑스, 네덜란드는 건강보험 체계에서 자동차보험 상해 치료를 포괄하고 있고, 일본은 자동차보험 피해자가 건강보험을 선택하여 치료를 받을 수 있다. 상해 급수와 유사한 대인배상 부상 보험금 지급기준 여부에 대해 주요국은 우리나라와 다르게 상해 급수를 갖고 있지 않고 보험금 한도에서 상해의 중증도에 부합하는 치료를 받는다는 것이다.

상해 급수에 따른 보험금 지급이 주요국에 비해 효율성이나 형평성이 더 훼손되었다는 정량적인 비교 결과를 제시하지 못한 것을 첫 번째 연구의 한계로 제시할 수 있다. 효율성은 대인배상 손해율, 건강보험 손해율을 비교하고 형평성은 대인배상 관련 민원이나 분쟁 혹은 소송 건수를 비교할 수 있을 것이다. 특히 독일, 프랑스, 네덜란드 등 유럽 국가들은 건강보험 진료수가와 자동차보험 진료수가가 동일하기 때문에, 우리나라에서 관측된 진료수가의 차이로 인한 도덕적 해이(과잉 진료)는 발생하지 않을 수 있다. 그러나 피해자의 진료 관행에서 차이를 유도할 수 있어 이러한 비교는 향후 연구에서 보완될 필요가 있다.

두 번째 연구의 한계는 의학적 관점에서 본 상해 항목들의 정합성이다. 본 보고서에서 제시한 일부 상해 항목들의 비정합성은 일부에 불과할 수 있다. 손해보험회사 전체로 의견 수렴 대상을 확대하면 본 보고서에서 제시하는 문제점보다 더 다양한 문제점이 제시될 것으로 보인다. 이렇게 제시된 문제점들을 의학계와 논의를 통해 상해 급항을 조정하는 것은 다음 연구로 남겨둔다.