

CR 2006-07

CEO
Report

자동차보험 의료비 지급 적정화 방안

2006. 3

보 험 개 발 원

CEO Report는 보험산업과 관련된 현안과제에 대한
경영상의 시사점을 도출하여 보험회사 최고경영자에게
제공함을 목적으로 하고 있습니다.

< 목 차 >

I . 검토배경	1
II . 자동차보험 의료비 지급현황	2
III . 자동차보험 과잉 의료비 발생 원인	7
IV . 자동차보험 의료비 지급 적정화 방안	13

I. 검토배경

- 최근 우리나라는 교통사고사망자수 감소와 함께 도로안전시설 확충 등 외형적인 교통여건의 개선에도 불구하고 자동차보험 보험금청구건수는 계속하여 증가추세에 있고, 높은 입원을 및 부재중입원환자의 증가 등 의료비 청구와 관련한 도덕적 해이는 심각한 수준
- 자동차보험 의료제도는 배상책임보험의 특수성에 기인한 도덕적 해이의 문제와 함께 건강보험과의 이원화 운영, 치료비 심사체계의 비효율성에 따른 제도적 문제점을 안고 있어 의료비 지급 적정화에 많은 한계를 지니고 있음
- 보험업계는 장기적으로 자동차보험 의료제도가 나아가야 할 방향을 지속적으로 연구·제시하는 한편, 도덕적 해이로 인한 손실이 최소화되도록 제반 관리체계를 강화할 필요
- 이에 본 보고서에서는 자동차보험 통계가 나타내는 의료비의 도덕적 해이 현황을 분석하고 자동차보험 의료제도가 가지고 있는 문제점 및 개선방안을 검토함으로써 의료비 지급의 적정화 방안을 제시하고자 함

Ⅱ. 자동차보험 의료비 지급 현황

1. 대인사고 피해자 현황¹⁾

□ 전체 대인사고 피해자수의 연평균 증가율은 8.2%로 동 기간 자동차대수 증가율인 5.3%를 상회하는 수준

- FY'04 자동차보험 대인사고 피해자수는 1,041천명으로 나타남
- 사망자수는 FY'00 이후 5년간 연평균 9.7% 감소하였으나, 부상자는 연평균 증가율 8.3%를 보이며 크게 증가

〈 표 1 〉 자동차대수 및 사고피해자수 연도별 추이

	FY'00	FY'01	FY'02	FY'03	FY'04	연평균 증감율
자동차등록대수	12,209,886	13,107,319	14,173,391	14,637,462	14,990,710	5.3
피해자수	759,743	798,403	897,998	1,043,119	1,040,605	8.2
부상자수	753,802	793,248	893,224	1,038,610	1,036,661	8.3
사망자수	5,941	5,155	4,774	4,509	3,944	△9.7

□ 대인사고 피해자 증가는 경상환자의 증가에 기인

- 부상등급별로는 9급이 전체 피해자의 53.1%로 가장 많았으며, 8급이하 경상자가 95.3%를 차지
- 연도별 평균증감율을 보면 7급이상 중상자는 매년 감소하는 반면, 8급이하 경상자는 증가
- 특히, 9급 피해자의 연평균증가율은 11.6%, 10~14급은 16.5%에 달하고 있어 대인사고 피해자 증가는 경상환자 증가에 기인²⁾

1) 이하 자동차보험통계는 보험개발원이 집계하는 기초통계 중 보험금세부항목별자료를 기초로 하였음

〈 표 2 〉 부상등급별 피해자 발생 현황

(단위 : 건, %)

구 분	FY' 00	FY' 01	FY' 02	FY' 03	FY' 04	구성비	연평균 증가율
사 망	5,941	5,155	4,774	4,509	3,944	0.4%	△9.7
1~7급	60,488	56,430	53,569	48,755	45,018	4.3%	△7.1
8급	236,806	211,744	221,452	254,057	253,686	24.4%	1.7
9급	355,688	395,859	463,492	561,052	552,532	53.1%	11.6
10~14급	100,790	129,193	154,689	174,729	185,410	17.8%	16.5
계	759,743	798,403	897,998	1,043,119	1,040,605	100.0%	8.2

□ 자동차사고 피해자의 90.2%는 좌상·염좌에 해당

- 자동차사고 피해자의 상해유형은 좌상·염좌가 90.2%로 대부분을 차지하고 있으며, 골절·탈구 등 중상은 4.2%로 나타남

〈 표 3 〉 수상형태별 구성비 현황

구 분	좌상·염좌	창상	골절·탈구	기타	계
구성비	90.2%	0.2%	4.2%	5.5%	100.0%

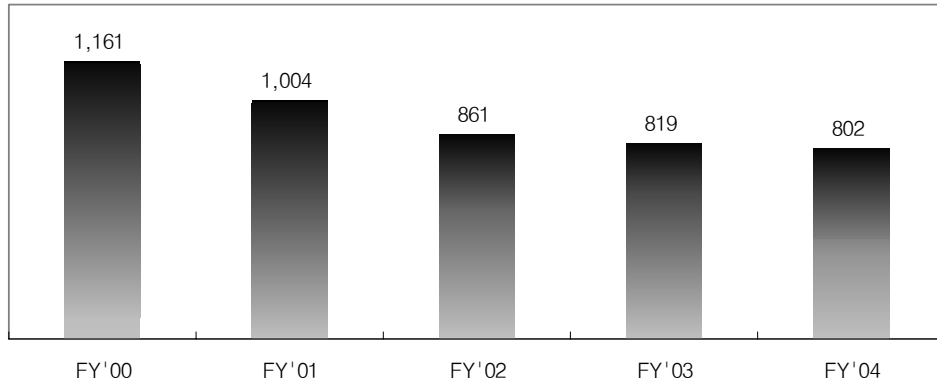
2. 의료비 지급 현황

□ 중상자의 평균치료비는 증가하고 경상자의 평균치료비는 감소

- FY'04 1인당 평균치료비는 802천원으로 FY'00의 1,161천원에 비하여 30.9% 감소

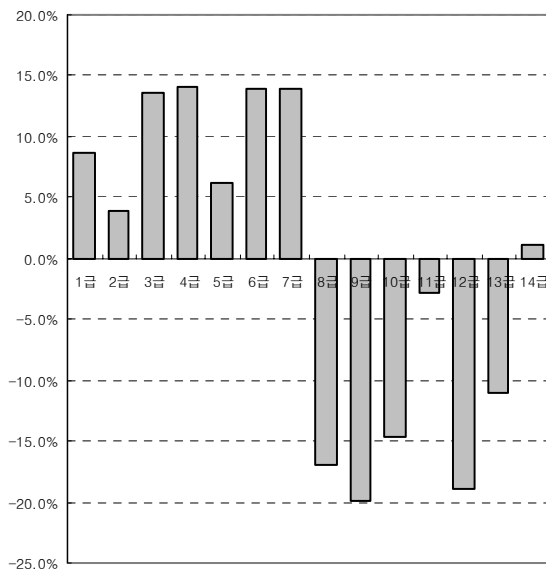
- 프랑스의 자동차사고 피해자 구성비는 사망 15%, 장해를 동반한 중상자 75%, 장해를 동반하지 않는 경상자가 10%를 차지하는 것으로 나타나 장해를 동반하지 않는 피해자 구성비가 98.1%인 우리나라 현실과는 큰 괴리를 보이고 있음
(출처 : AGIRA, FFSA 제공)

< 그림 1 > 연도별 피해자 1인당 평균치료비 현황(단위 : 천원)

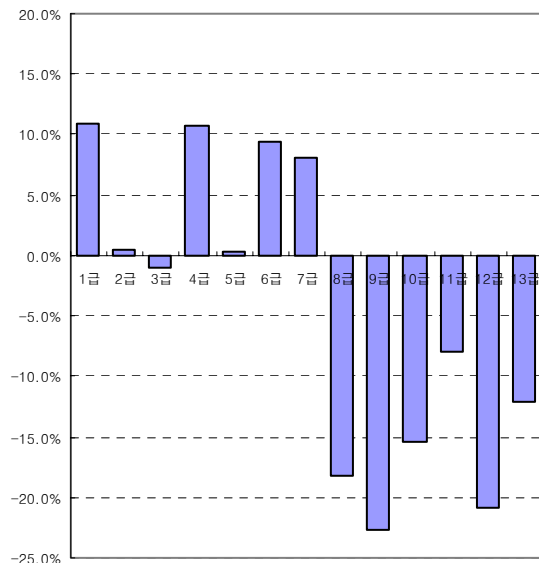


- 부상등급별로 보면 1~7급의 FY'04 평균치료비는 5년전보다 6~14% 증가한 반면, 8~14급에서는 10~20% 감소
- 최근 5년간 가산을 인하, 건강보험수가인상 등 자보수가는 약 10% 인상되었으나 8급 이하 경상자의 평균치료비 감소는 <그림 3>에서 보는 바와 같이 평균진료일수 감소에 기인

< 그림 2 > 부상등급별 평균치료비추이
(FY'00 대비 FY'04 증감율)



< 그림 3 > 부상등급별 진료실일수추이
(FY'00 대비 FY'04 증감율)



3. 부상자 입원진료 현황

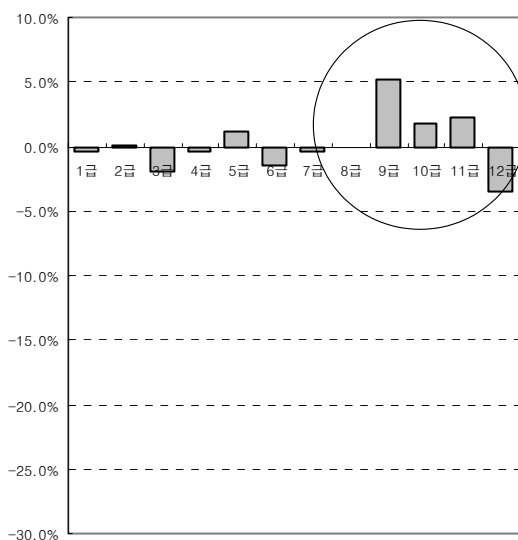
□ 높은 경상자 구성비에도 불구하고 입원율은 70%를 상회

- 중상자는 감소하고 경상자는 매년 급증하고 있으나 입원율 감소폭은 매년 1.1%에 지나지 않음

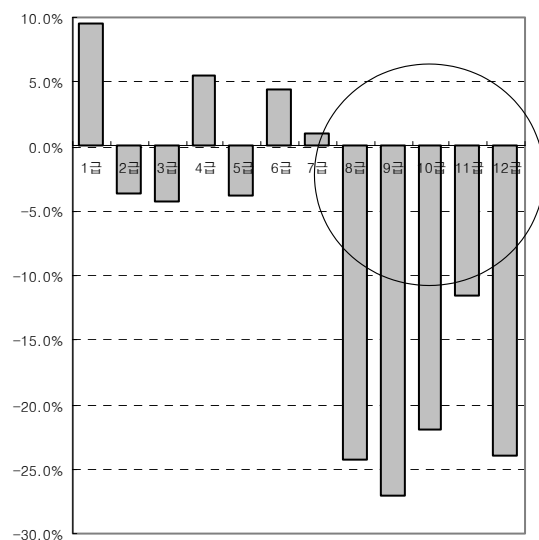
□ 경상자의 입원율은 5년전보다 증가하고 입원실일수는 감소

- 8~11급의 입원율은 오히려 증가(〈그림 4〉 참조)
- 입원율 증가추세와는 반대로 경상자의 입원실일수는 큰 폭으로 감소(〈그림 5〉 참조)
 - 이는 경상자 중 통원치료로 가능함에도 입원치료를 받으려는 환자의 증가로 인한 보험금 누수 방지를 위하여 보험사는 신속한 조기합의를 유도하기 때문

〈그림 4〉 부상등급별 입원율 추이
(FY'00 대비 FY'04 증감율)



〈그림 5〉 부상등급별 입원실일수 추이
(FY'00 대비 FY'04 증감율)



- 하급의료기관으로 갈수록 높은 입원율을 보이며, 의원급 입원치료비 중 입원료 및 식대구성비가 58.2%를 차지
- 병상가동률이 높은 대형병원은 집중치료가 필요한 환자를 입원치료하고 경상자는 통원치료나 하급의료기관으로 전원을 유도할 것으로 예상
- 대부분의 병·의원은 병상가동률을 높이기 위하여 통원치료가 가능한 환자도 입원조치하거나 장기입원을 방치할 것으로 예상되며, 이러한 단순입원의 경우 특별한 처치나 치료가 불필요하므로 입원료와 식대의 구성비가 높아짐

〈 표 4 〉 의료기관종별 입원 현황

(단위 : %)

	종합전문요양기관	종합병원	병 원	의 원	계
입원율	53.9	59.4	70.0	75.5	71.9
9급이하 구성비	55.2	65.9	68.2	71.3	69.6
입원치료비 중 입원료·식대구성비	26.5	41.2	49.1	58.2	-

Ⅲ. 자동차보험 과잉 의료비 발생 원인

1. 보험자별 의료정책 이원화 운영

- 우리나라 의료보장제도는 전국민을 대상으로 하는 국가건강보험방식을 택하고 있으며, 행위별 수가제를 채택하고 있음
 - 그러나 동일한 국민을 대상으로, 동일한 의료서비스가 제공되더라도 자동차보험에 대하여는 배상책임보험임을 이유로 적정진료기준이나 수가기준이 건강보험과 달리 적용될 뿐만 아니라 의료정책적 관리대상에서 제외되어 있음
 - 이에 따라 자동차보험은 전문적 치료비심사체계가 마련되어 있지 않고 의료의 질평가 등이 이루어지지 않아 의료비 지급의 적정성을 도모하기 어려움
 - 또한 환자중심의 관리가 이루어지지 않아 보험자간 이중보상이 이루어지거나 부당청구에 대한 관리도 어려움
- 한편, 의료서비스가 주로 민영의료기관에 의하여 제공되고 있고 건강보험이 개방형 보험방식을 취하고 있어 의료서비스의 과잉공급 및 최고수준의 고가서비스를 제공하려는 경향
 - 이와 같이 국내 의료시스템이 가지고 있는 문제점은 의료공급자가 의료정책당국의 체계적인 심사규제를 받지 아니하고 의료소비자인 환자도 경제적 부담을 가지지 않는 자동차보험에서는 더욱 심각한 도덕적 해이를 유발하는 실정

2. 자동차보험 치료비 심사체계의 비효율성

- 국민건강보험의 경우 전문심사기관이 비용심사 및 질적 관리를 실시함으로써 치료비의 효율적 관리를 도모하고 있으나

- 자동차보험은 통합적 의료비심사기구가 부재함에 따라 개별 보험사에 의하여 자체적으로 보험심사가 이루어짐으로써 전문성·일관성 확보가 어려움
 - 따라서 보험사별로 인정기준이 상이할 수 있고 과잉·허위진료에 대한 제도적 접근을 통한 해결이 어려운 실정
 - 외국의 경우 자동차보험이 국가의료보장제도 내에 편입되어 있거나 단일 기구에서 보상업무를 전담하고 있으므로 우리나라와 같이 동일한 제도를 운용하면서 각 보험사별로 심사가 이루어지는 사례는 찾기 어려움
- 더욱이 대부분의 치료비 청구권이 전문적 심사과정 없이 각 보험사의 보상실무직원에게 의하여 처리되고
- 지불보증부터 치료비청구·심사 및 지급에 이르기까지 수작업으로 수행됨으로써
 - 치료비청구의 투명성을 확보하기 어렵고 심사의 객관성을 유지하기가 곤란

3. 보험금 청구의 용이성

- 자동차사고 피해자의 경우 사고로 인하여 손해를 입었음을 주장하는 것으로 보험사에 손해배상청구가 가능
- 교통사고의 대부분이 경미한 사고이거나 교통사고처리특례법상 특례적용 사고로서 통상적으로 경찰신고 없이 보상처리가능
 - 2004년도 보험금 청구건수와 경찰에 신고된 사고건수의 차이를 비교해 보면 보험통계의 사고건수·피해자수는 경찰청통계의 3배를 초과하는 수준으로 점점 격차가 커지는 수준

〈 표 5 〉 교통통계와 보험통계의 비교

(단위 : 건, 배)

구 분	교통통계(경찰청)			보험통계		
	사고건수	사망자수	부상자수	사고건수	사망자수	부상자수
2004	220,755	6,563	346,987	807,204 (3.7)	6,102 (0.9)	1,195,867 (3.4)
2000	290,481	10,236	426,984	631,115 (2.2)	9,139 (0.9)	902,964 (2.2)
1995	248,865	10,323	331,747	292,231 (1.2)	12,377 (1.2)	396,037 (1.2)

주 : 보험통계는 사고자료의 대인배상 I 과 자손담보를 합한 기준이며, 괄호는 교통통계건수 대비 보험통계건수 비율

- 일본은 우리나라에 비해 자동차수는 약 3배, 인구 천명당 보유 대수도 2배에 달하고 있으나, 자동차 100대당 사고피해자수는 3.1명으로 우리나라의 40% 수준에 지나지 않음³⁾
 - 이는 사회경제적 수준이 높아질수록 보상심리에 의한 보험금 청구가 낮아질 가능성이 있고, 피해자가 보험금 직접청구시 관할경찰서에서 발급하는 교통사고증명서를 첨부토록 하는 등 자배책보험금 청구요건이 엄격하기 때문
 - 따라서 일본의 교통통계와 자배책보험통계는 거의 일치

〈 표 6 〉 교통통계와 보험통계의 비교(일본)

구 분	교통통계			보험통계		
	사고건수	사망자수	부상자수	사고건수	사망자수	부상자수
FY'03	947,993	7,702	1,181,431	-	7,866	1,206,408

4. 과도한 입원행태

□ 8급 이하 경상자 중 70.8%가 입원진료를 받음

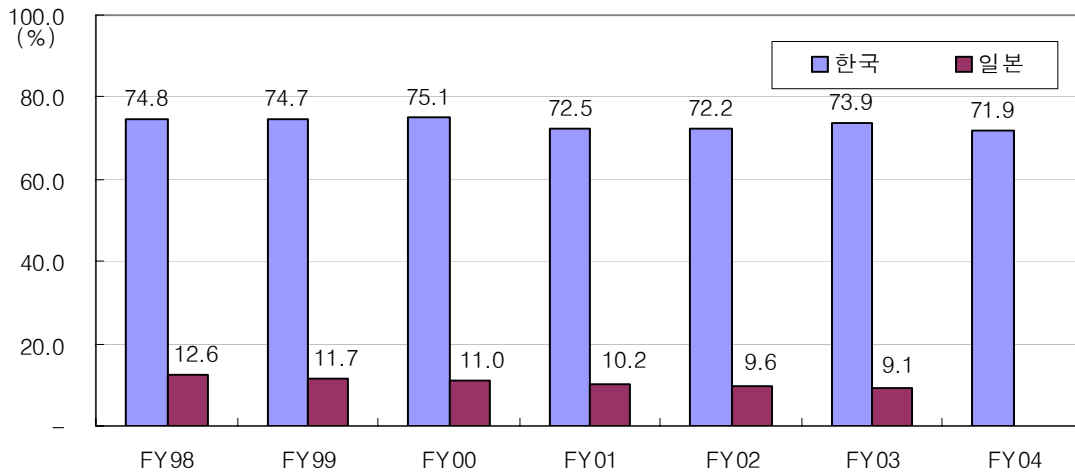
3) 일본통계자료는 자동차보험의 개황(평성15년도, 손해보험요율산출기구) 기준

- 정부염좌의 경우 자동차보험 입원율은 77.0%인 반면, 건강보험 입원율은 1.8%⁴⁾에 지나지 않음
- 우리나라의 과도한 입원행태는 입원여부 및 기간에 대한 명시적 보상기준이 없는 상태에서 도덕적 해이가 작용하기 때문
 - 휴업손해액 등 보전으로 조속한 사회복귀의 필요가 없다거나 보험사와의 합의를 유리하게 하려는 피해자의 보상심리 작용
 - 또한 의료기관에 의한 불필요한 입원 유도 또는 보상성 환자에 대한 소극적 대응도 영향
 - 또한 최근 입원시 입원급여금 및 생활자금을 지급하는 상해보험의 경쟁적 판매도 피해자의 장기입원을 부추기는 실정
- 한편, 일본의 경우 입원에 대한 별도의 제한기준을 두고 있지 않음에도 자배책보험 피해자 입원율은 10% 안팎에 지나지 않고 있어 우리나라와 큰 대조를 보임
- 이러한 차이는 자배책보험 손해조사를 손해보험요율산출기구 산하의 자배책손해조사사무소에서 통합적으로 운영하고
 - 과잉·부당청구 여부를 철저히 심사하고, 문제성 의료기관에 대하여는 모니터링 후 의료비 적정화에 협력을 요구하는 등 의료비적정화관리를 체계적으로 수행하기 때문이라고 함⁵⁾
 - 이러한 특성으로 인하여 자배책보험이 사회보장제도의 일부로서 공보험으로 인식되는 것도 도덕적 해이를 낮추는 효과

4) 국민의료비심사일원화를 위한 입법공청회 자료 중 발췌(김진현 인제대교수)
건강보험 입원율은 2001년 기준

5) 손해보험요율산출기구에 질의(2005.11)한 내용에 대한 답변 인용

〈 그림 6 〉 한국과 일본의 입원율 비교



□ 동일한 수준의 상해를 입은 경우에 입원치료를 받은 환자와
통원치료를 받은 환자의 평균치료비는 매우 큰 차이를 보임

○ 〈 표 7 〉 에 의하면 통원치료가 가능한 좌상 등 경미한 상해
(상해도1)에 해당하는 피해자가 입원한 경우의 치료비는 통원
한 경우의 치료비에 비하여 7~13배의 차이를 보이고 있음

－ 염좌 등 상해도2의 경우 피해자별 차이가 있다 하더라도
입원율이 78%를 초과하는 실정임을 감안할 때 불필요한
입원으로 인하여 지출되는 보험금규모가 매우 클 것임을
나타냄

〈 표 7 〉 상해도1·2건의 입·통원 구분별 평균치료비 현황

(단위 : 원)

구 분		종합전문요양기관	종합병원	병원	의원	계
상해도1	입원(a)	2,615,738	1,055,733	646,687	450,864	679,105
	통원(b)	195,886	119,822	77,592	63,719	86,372
	지수(a/b)	13.4	8.8	8.3	7.1	7.9
상해도2	입원(a)	4,165,336	1,369,744	828,353	621,671	763,561
	통원(b)	458,367	250,578	183,127	164,015	187,083
	지수(a/b)	9.1	5.5	4.5	3.8	4.1

5. 일부 의료기관의 과잉진료

- 상해정도별 구성비를 감안하여 의료기관종별 진료기간과 치료비 평균을 1로 기준했을 때 의료기관별 높고 낮은 정도를 나타낸 '장기도지표' 및 '고가도지표'는 <표 8>에서 보는 바와 같이 의료기관별로 매우 큰 격차를 나타내고 있음
- － 의료기관별 입원율도 사고위험·의료자원 분포 등 지역적 특성을 감안하더라도 의료기관별 격차가 매우 극심

< 표 8 > 의료기관종별 장기·고가도지표 및 입원율의 최고치와 최저치

	종합전문요양기관		종합병원		병원		의원	
	최고	최저	최고	최저	최고	최저	최고	최저
장기도지표	1.630	0.559	2.484	0.525	1.392	0.518	1.245	0.466
고가도지표	1.434	0.672	1.627	0.551	1.440	0.571	1.393	0.580
입원율(%)	84.9	18.7	87.1	16.4	95.5	47.7	96.1	60.1

주 1) 의료기관별 진료비분석자료집(FY'04), 보험개발원

2) 종합병원은 전체 종합병원 중 입원건이 100건 이상, 병·의원은 입원건수 기준 상위 100개 의료기관을 대상으로 비교하였음

- 입원율이 높은 의료기관일수록 입원환자 부재율도 높음
- － '05.10~12월까지 손해보험협회와 손보사가 조사한 결과에 따르면 교통사고입원환자의 부재율은 16.8%(대상자 4,473명중 752명)로 나타났으며, 입원율이 높은 의료기관일수록 부재율도 높게 나타나고 있다고 분석

IV. 자동차보험 의료비 지급 적정화 방안

1. 건강보험과의 관계 정립

- 자동차보험은 의료공급 및 이용 체계, 수가산정방식과 관련하여 건강보험의 체계를 거의 그대로 준용하고 있으면서도 제반 관리체계는 건강보험과 완전히 별도로 운영
- 이에 따른 보험자의 지불보증절차나 기왕증치료비 정산, 의료비 청구·지급 절차 및 심사기준의 이원화에 따른 업무상 번거로움 등 제도적 비효율성을 해소하고, 환자중심의 적정 의료서비스 제공을 위하여 건강보험과의 연계가 필요
- 따라서 장기적으로는 선진국가의 사례와 같이 자동차보험도 국가의료보장제도의 영역으로 흡수시킴으로써 수가수준 및 진료기준의 원칙에 있어서는 보험자별 구분을 없애고 다만 치료비 부담주체와 재원조달에 관한 사항만을 구분하는 방향으로 가야 할 것임
- 보험업계는 치료비부담주체 및 분담방식에 대한 선진외국사례를 토대로 국내 의료제도 실정에 부합하는 모델을 연구개발·제시함으로써 제도변화를 선도할 필요

〈 표 9 〉 주요국의 자동차보험 의료제도

구 분	자동차보험 의료제도
영 국	- NHS(국민보건서비스) 체제하에서 자동차사고 피해자는 일반 환자와 구별없이 동일한 의료서비스를 받고 동일한 수가체계를 적용받음 - NHS는 CRU⁶⁾를 통하여 자동차사고 피해자의 입원시 1일당 £593, 외래진료시 £483(총비용한도 £35,500)를 자동차보험사에 청구

구 분	자동차보험 의료제도
프랑스	- 자동차사고 피해자도 사회보장제도인 질병보험으로 치료받음 - 자동차보험사는 의무보험료의 15%를 사회보장재원으로 납입하고, 질병보험기준에 의한 본인부담금은 자동차보험사가 직접 부담
독 일	- 자동차사고 피해자의 치료비는 일차적으로 질병보험에서 부담하고 질병보험에서 자동차보험에 구상 - 질병보험의 본인부담액은 가해자의 자동차보험에서 부담
뉴질랜드	- 자동차사고 피해자는 중앙정부가 운영하는 사고보상법인(ACC)으로 부터 과실여부에 상관없이 보상을 받음 - 재원은 자동차세 및 유류세의 일부로 충당
일 본	- 자동차사고 피해자는 「제3자의 행위에 의한 상병신고」 절차를 통하여 건강보험으로도 청구할 수 있으며, 건강보험자는 사후적으로 자동차보험사에 치료비를 구상 - 건강보험 이용율은 FY'03 기준 10.8% 수준

2. 치료비 심사체계의 개선

□ 자동차보험 치료비심사의 전문성을 확보하기 위하여 건강보험과의 심사기능통합을 적극 추진할 필요

○ 건강보험심사기구의 인프라를 활용함으로써 전문성을 확보하고 비용효율성을 개선할 수 있으며

- 건강보험과 같이 심사기능을 보험자로부터 독립시킴으로써 의료서비스의 질적 보장을 강화하는 한편, 과잉·허위진료에 대한 객관적 심사가 가능

- 환자의 질병정보와 사고정보의 통합관리가 가능하며, 이로써 기왕증과 관련한 분쟁 해소

○ 동 심사일원화 필요성은 소비자단체⁷⁾ 및 국회⁸⁾에서도 긍정적으

6) Compensation Recovery Unit

로 검토된 바 있으며, 의료계도 일원화 운영에 대한 실익이 없다는 점에 동의하는 등 사회적 공감대가 마련되고 있으므로

- 자동차보험 심사조직의 구성형태, 청구 및 심사결과 통보절차, 보험자간 정산기준 등 구체적인 추진방안에 대한 연구가 필요

□ 치료비 청구·심사업무의 전산화(EDI⁹⁾) 시스템 도입

- EDI 시스템 도입은 치료비심사 일원화 및 건강보험과의 연계를 위한 전제조건으로 선행되어야 함
- 업무처리 효율성 제고 및 심사업무를 표준화하고, 환자별·의료기관별 정보구축으로 적정성 심사에 활용
- 초기구축 비용의 최소화 및 의료기관의 참여를 확산시키기 위하여 직판보험사를 포함한 전 보험사의 공동참여가 가장 중요하며 공제조합도 참여시키는 것이 바람직

3. 입원진료지침 마련을 통한 불필요한 비용억제

- 자동차보험에서 입원진료 여부나 입원기간에 대한 결정은 의학적인 필요성을 전제로 하여야 하며
- 이와 같이 객관적이고 타당한 수준으로 손해배상책임액을 산정함으로써 선량한 보험가입자를 보호하고 피해자간 형평성을 도모하여야 할 것임

7) 소비자보호원·인제대·한림대 주최 “자동차보험 진료수가기준 개선방안에 관한 공청회”(2003.11.5) 중 발표의견

8) 2004년도 국정감사 정기국회 국정감사 공동 정책제안서(장복삼·유시만·김영춘의원 공동)

9) Electronic Data Interchange, 진료비심사와 관련하여 의료기관과 보험사간 각종 문서체계를 컴퓨터를 이용하여 표준화된 전자문서교환방식으로 전달하는 정보통신망 서비스

- 현행과 같은 과도한 자동차보험 입원율을 낮추기 위하여는 입원이 요구되는 최소한의 요건을 정할 필요
 - 보험업계와 의료업계 공동으로 의학적 기준의 상해유형별 입원진료 여부 및 기간에 대한 표준을 마련, 실무에 적용할 필요¹⁰⁾
- 입원진료지침의 마련은 자동차보험에 만연해 있는 도덕적 해이의 감소로 불필요한 사회비용을 최소화하는 반면,
 - 부당진료 피해자로부터 보험가입자를 보호하고 선의의 피해자에 대하여 보상의 질을 강화하기 위한 방안이라는 측면을 부각함으로써 의료업계 및 국민의 협조와 동의 필요
- FY'04 부상자 중 상해도 1·2 경상자가 일본의 전체 입원율인 9.1%만 입원치료를 받는다고 가정할 경우 약 3천억원의 병원치료비가 감소(자보 전체 병원치료비 중 43% 해당)
 - 또한, 현행 상해도 1·2 경상자의 입원율이 현행 입원율의 10% 감소할 때마다 병원치료비는 354억 원씩 감소

〈 표 10 〉 의료기관종별 입원 현황

(단위 : 억원)

구 분	입원율 9.1% 가정		현행 입원율의 10% 감소 가정	
	입원율	치료비감소	입원율	치료비감소
상해도1	16.1% -> 9.1%	39	16.1% -> 14.5%	9
상해도2	78.3% -> 9.1%	3,050	78.3% -> 70.5%	345
계		3,089		354

10) 자동차보험진료수가분쟁심의회는 '입원료 및 식대 심사지침'을 운영하고 있으나 동 지침은 입원환자에 대한 전원·통원 또는 퇴원결정을 위한 절차와 발생비용의 부담주체에 대한 사항만을 정하고 있음

4. 손해사정기능의 전문성 확보

- 교통사고와의 인과관계 판단이나 적정수준의 보험금 지급 및 보험사기 방지를 위하여 **보상실무직원의 전문성 강화 필요**
 - 보상실무직원이 보험사고의 면·부책, 부상 및 장해등급의 판정 등을 객관적으로 판단·심사할 수 있도록 전문교육 강화
 - 한편, 지불보증·의료비 청구·심사업무 개선으로 단순업무를 최소화하고 손해사정 고유의 업무를 강화할 수 있도록 보장할 필요
- 손해조사에 소요되는 **손해사정비의 적정 수준 보장 필요**
 - 손해사정비는 손해액과 연동되어 지출되고 금액통제가 어려움에도 불구하고 사업비로 분류되고 있어 보험사간 가격경쟁심화로 사업비 절감을 위해 손해조사비를 삭감하는 등 손해조사기능의 약화를 초래할 수 있음

5. 의료기관별 집중 관리

- 자동차사고환자를 집중적으로 취급하거나 입원율·입원환자부재율이 높은 의료기관, 장기·고가진료 의료기관은 **보험사 공동으로 '집중관리대상 의료기관'으로 분류, 치료비 심사를 강화**
 - 입원부재환자에 대한 점검을 상시체계로 전환하고 전국 병·의원으로 확대함으로써 허위청구를 최소화하고
 - 교통사고환자에 대한 치료비청구가 적정한 모범 의료기관을 'Green Hospital'로 지정하여 치료비 지급상의 혜택을 부여하

는 한편, 집중관리대상 의료기관에 대하여는 대외적으로 공개함으로써 의료기관의 자정작용 유도¹¹⁾

6. 상해보험의 중복가입 제한 등 제도도입 검토

- 상해보험의 치료비는 생·손보간 실손비례보상이 도입되었으나, 입원기간 동안 지급하는 임시생활비는 중복지급이 가능하여 불필요한 장기입원을 유도하는 등 도덕적 해이 유발
 - 특히 이러한 보험상품의 경우 입원의 적정성 여부는 상관없이 입원한 사실만으로 고액의 보험금이 지급되고 있어 이러한 도덕적 해이를 부추김
- 따라서 상해보험의 중복가입을 제한하거나 임시생활비에 대하여 실손비례보상제도를 도입하는 등 개선방안을 마련할 필요
 - 또한 임시생활비 지급기준을 강화하여 입원이 반드시 요구되는 중상 이상의 상해에 대하여만 지급될 수 있도록 상품을 운용할 필요
- 보험업계는 해당 상품의 판매실적만을 목적으로 한 상품개발을 자제하고 보험산업에 미치는 악영향을 고려하여야 할 것임

11) 보건복지부가 서울행정법원의 판결에 따라 항생제 등을 기준치 이상 사용한 의료기관 명단을 공개한 사례

CEO Report 2006 - 07

자동차보험 의료비 지급 적정화 방안

발 행 일	2006년	3월	일
발 행 인	김	창	수
편 집 인	나	해	인
발 행 처	보	험	개 발 원
	서울특별시	영등포구	여의도동 35-4
	대표전화	368-4000	
인 쇄 소	(주)유성사		
	대표전화	2285-0070	

본 자료에 실린 내용에 대한 문의는 보험개발원
자동차보험본부 제도통계팀(☎ 368-4275)으로 하여 주십시오