



보험연구원
Korea Insurance
Research Institute

보 도 자 료

보도

2021. 4. 22(목) 15:30부터

배포

2021. 4. 21(수)

책임자

손해보험연구실
정성희 실장(3775-9024)

작성자

전용식 선임연구위원(3775-9035)

홍보담당

변철성 수석역(3775-9115)

총 4매

보험연구원, 「합리적인 치료관행 정립을 위한 자동차보험 공청회」 개최

「경상환자 과잉진료 억제를 위해 경상환자 장기 진료 시 진단서 의무화, 경상환자 대인배상 2 진료비 과실상계 검토」

- 보험연구원은 경상환자 과잉진료 억제를 위한 자동차보험 제도 개선방안에 대한 각계 전문가 및 소비자의 다양한 의견을 수렴하기 위해 4월 22일(목) 오후 3시 『합리적인 치료관행 정립을 위한 자동차보험 공청회』를 온라인으로 개최함
- (개회사) 안철경 보험연구원 원장은 경상환자 과잉진료 문제는 정보의 비대칭성으로 인한 도덕적 해이의 전형으로, 우리나라뿐 아니라 미국, 영국 등 주요국에서도 발생하는 문제라고 지적하면서 근본적인 제도 개선으로 경상환자 과잉진료 문제를 해결해야 한다고 강조함
- (축사) 김태현 금융위원회 사무처장은 과거에는 차량과 보행인의 사고로 인한 중상해 환자가 많았지만 지금은 차량과 차량의 경미한 충돌 사고로 인한 경상환자가 대부분이라며, 일부 경상환자들의 과잉진료로 인한 선량한 운전자의 비용분담을 줄이기 위해서 경상환자에 대한 합리적인 치료비 보상 방안이 필요하다고 밝힘
- (주제발표: 자동차보험 경상환자 진료관행 개선방안) 전용식 보험연구원 선임연구위원은 경상환자의 과잉진료가 2013년 이후 급격히 확대되고 있다고 평가하고, 일부 경상환자의 과잉진료로 인한 사회적 불만 확대와 자동차보험료 인상 압력을 억제하기 위해 2013년

시행된 진료비심사청구일원화의 효과성 검토, 3주 이상의 진료를 원하는 경상환자에 대해 진단서 제출 의무화, 그리고 경상환자 대인배상 2 진료비 과실상계 방안을 제안함

- (경상환자 과잉진료의 문제점) 상해등급 12, 13, 14급인 경상환자에게 지급된 진료비는 2014년 3,455억 원에서 2020년 1조 원 내외로 증가하였고, 일부 경상환자의 과잉진료가 확대된 것으로 분석됨

- * 금융위원회는 과잉진료 규모를 5,400억 원으로 추산함

- * 진료비심사청구일원화 시행 이후 통원 환자 증가율은 시행 전 (2007~2012년) 11.5%에서 시행 후(2014~2019년) 3.9%로 낮아진 반면, 진료비 증가율은 도입 전 0.4%에서 도입 후 10.0%로 10배 이상 높아짐

- 경상환자의 1인당 진료비는 2014년 33만 원에서 2019년 65만 원으로 두 배 증가하였으며, 이로 인해 보험료 인상 압력이 확대됨

- 2019년 기준으로 경상환자의 95%는 최대 두 가지 종별 의료기관에서 평균 8.1일 진료를 받는 반면(평균 진료비 58만 원) 5%는 최소 세 가지 이상의 종별 의료기관에서 평균 29.5일의 진료(경상환자 진료비 대비 14.2%, 평균 진료비 192만 원)를 받음

- 일부 경상환자의 과잉진료로 과실비율이 높은 가해자들의 민원도 많아지고 있는데, 합의금이 과도하다는 민원과 상해가 없어 보이는 피해자가 치료를 요구한다는 민원이 다수임

- (경상환자 장기 진료 시 진단서 의무화) 경상환자가 통상의 진료 기간인 3주를 초과하여 진료 받기를 원할 경우, 진단서 제출을 의무화하는 방안임

- 교통사고 후 의료기관에 내원하여 진료를 받는 절차는 현행과

동일하게 유지

- * 3주 이상의 진료를 받는 경상환자는 평균적으로 약 5% 내외로 추산됨

- 경상환자의 경우 상해 입증이나 회복 여부 확인 없이 주관적 통증 호소만으로 제한 없이 진료를 받을 수 있는데, 이로 인한 일부 경상환자들의 과잉진료 유인을 억제할 것으로 예상됨

- * 캐나다는 경상환자의 진료기간을 12주로 제한하고 있음

- * 영국은 합의 과정에 진단서 의무화를 추진하고 있음

- * 일본은 진단서가 없으면 보험금을 지급하지 않고, 스페인과 이탈리아는 경미상해를 의학적으로 입증해야 보험금을 지급함

- (경상환자 대인배상 2 진료비 과실상계) 대인배상 1 보험금 한도(상해등급 12급 120만 원, 14급 50만 원)를 초과하는 경상환자 진료비를 대인배상 2에서 과실상계하고, 과실상계로 부족한 진료비는 자기신체사고 담보에서 부담하는 방안임

- * 신속한 치료권 보장을 위해 “선 보상” 후 본인 과실 부분은 본인 보험회사가 “후 환수” 하는 방식으로 처리

- 현행 대인배상은 과실비율이 1~99%일 경우, 실제 진료비가 과실상계 금액보다 크더라도 진료비 전액을 지급하기 때문에 과실비율이 높은 경상환자들의 보상성 진료를 유인함

- * 병원, 종합병원, 상급종합병원 이상의 종별 의료기관에서 진료 받은 과실비율 90% 피해자의 진료비는 과실비율 10% 피해자의 진료비보다 19% 많은 것으로 분석됨

- * 영국 등 주요국은 진료비를 과실상계하고, 일본은 자매책보험(우리나라 대인배상 1에서도 피해자의 사고책임(과실)을 부분적으로 반영함)

- 경상환자 대인배상 2 진료비 과실상계는 일부 경상환자들에게는 건강보험의 자기부담금과 같은 역할을 하여 과잉진료를 억제할 것으로 기대됨

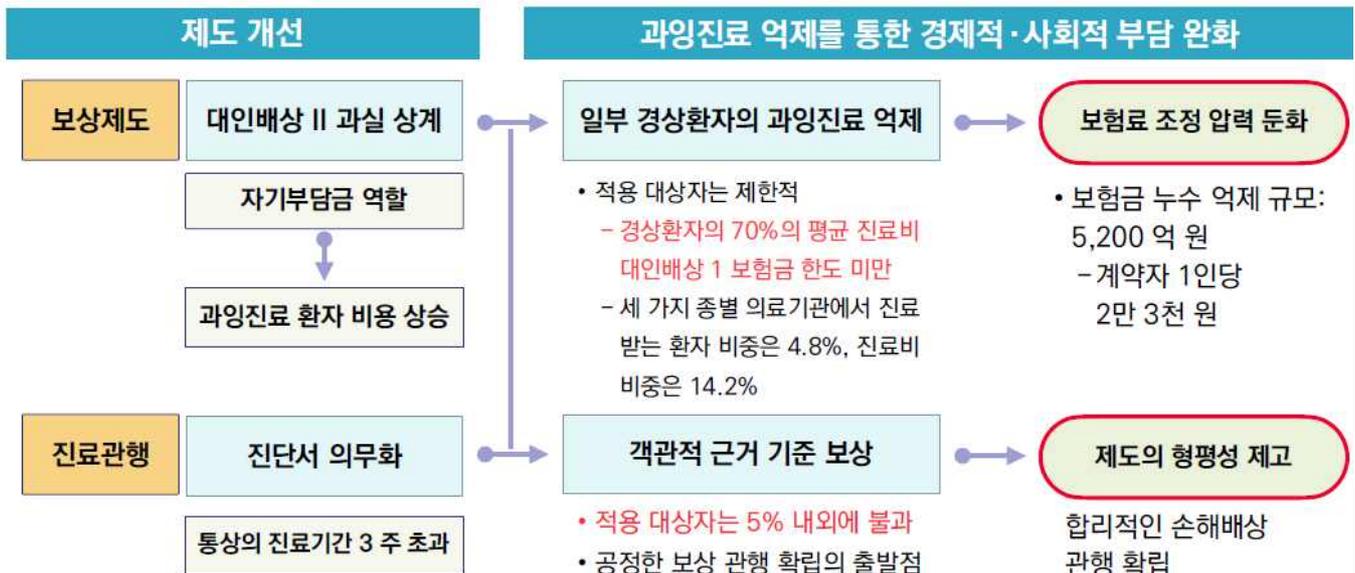
* 경상환자의 95%가 최대 두 가지 종별 의료기관에서 진료를 받는데, 이들의 평균 진료비는 58만 원으로 영향은 미미할 것임

* 자동차보험 경상환자들의 주요 상병인 염좌 및 타박상의 1인당 외래진료 일수는 6.7일 내외인데, 자기부담금이 있는 건강보험의 동일 상병에 대한 외래진료 일수는 2.5일 내외임

○ (제도 개선 기대 효과) 제도 개선은 보험금 누수 억제 및 보험료 조정 압력 둔화, 피해자의 상해 수준에 부합하는 합리적인 손해배상 관행을 확립할 것으로 기대됨

- 과잉진료 유인이 있는 일부 경상환자에게 적용되어 부작용은 크지 않을 것임

<제도 개선 기대 효과>



붙임 : 개회사 및 발표자료 각 1부. 끝.

☞ 본 자료를 인용하여 보도할 경우에는 출처를 표기하여 주시기 바랍니다
<http://www.kiri.or.kr>