

연구보고서

2024

17

# 자동차보험과 건강보험 진료수가 차이와 사회적 비용 : 자기신체사고 사례

전용식·이태열



본 보고서에 수록된 내용은 집필자 개인의 의견이며 우리원의 공식 의견이 아님을  
밝혀 둔다.





## 목 차

• 요약	1
I. 서론	3
1. 연구의 필요성 및 목적	3
2. 연구의 범위와 방법	6
3. 선행연구 및 기대효과	9
II. 건강보험과 자동차보험 진료수가	14
1. 자동차보험 진료수가	14
2. 건강보험 급여제한	20
3. 요약	29
III. 자동차·건강보험 진료수가 차이의 사회적 비용	31
1. 건강보험 진료 현황	31
2. 자기신체사고 치료 현황	39
3. 사회적 비용	43
4. 요약	46
IV. 해외사례	49
1. 일본	49
2. 미국 캘리포니아	51
3. 독일, 프랑스	54
4. 요약	55
V. 결론	57
1. 요약	57
2. 제도개선 방향	59
3. 연구의 한계와 향후 과제	65
• 참고문헌	67
• 부록	69

## 표 차례

〈표 I-1〉 연구 목적과 범위, 연구 방법	8
〈표 II-1〉 자동차보험 진료수가	14
〈표 II-2〉 자동차보험 진료수가 변천과정	16
〈표 II-3〉 자동차보험 종별가산을 추이	17
〈표 II-4〉 건강보험 요양급여와 자동차보험의 1인당 치료비	19
〈표 II-5〉 중과실 교통사고이지만 건강보험으로 처리한 사례	21
〈표 II-6〉 직불치료비 현황	23
〈표 II-7〉 자동차보험 향후치료비 현황	26
〈표 II-8〉 부당이득 결정건의 사고유형별 진료비 현황	27
〈표 II-9〉 향후치료비와 동일한 주상병에 대한 건강보험 진료내역	28
〈표 II-10〉 건강보험 급여제한 관련 판례	30
〈표 III-1〉 염좌 및 긴장 환자에 대한 진료와 건강보험 급여 현황	32
〈표 III-2〉 염좌 및 긴장 환자에 대한 건강보험 한방진료 현황(2021~2023년)	33
〈표 III-3〉 한의원과 한방병원의 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 1일당 진료 현황	34
〈표 III-4〉 건강보험과 자동차보험 한방첩약 여부에 따른 1일당 진료비	35
〈표 III-5〉 염좌 및 긴장 환자의 양방(의과) 1회 입원 및 통원치료 현황	36
〈표 III-6〉 건강보험 염좌 및 긴장 환자 평균 양방(의과)치료 현황	37
〈표 III-7〉 2023년 자동차·건강보험 경상환자 의과 1인당 진료비 주요 통계치	38
〈표 III-8〉 사고유형별 자기신체사고 건수 및 치료비 현황	40
〈표 III-9〉 2023년 자기신체사고 부상환자 상해급수 및 진료(실)일수 분포	41
〈표 III-10〉 2023년 일방과실 사고 대인배상 부상환자 상해급수 및 진료(실)일수 분포	42
〈표 III-11〉 건강보험과 자동차보험 진료수가 차이로 인한 진료비 차이 추산 결과	45
〈표 III-12〉 염좌 및 긴장 환자의 보험종류별 1인당 평균 진료비와 1일당 진료비	47
〈표 III-13〉 건강보험 급여제한과 진료수가 이원화의 사회적 비용 추산 결과 요약	48
〈표 IV-1〉 주요국의 자동차보험과 건강보험 진료수가, 향후치료비 관련 제도	56

## Review on Korea Medical Treatment Fee Schedules

There exists three medical treatment fee schedules for each of national health insurance, motor insurance, and industrial injury insurance in Korea and these schedules result in diverse medical costs even for the same injury and disease. Medical treatment conducts depending on a patient's insurance might cause medical service market inefficiency such as excess medical expenditure on motor insurance and skyrocketing private health insurance claims paid. The purpose of this report is to measure market inefficiency due to the fee schedule quantitatively and propose some methods for dealing with it.

We find that bodily injury medical cost of motor insurance is about 24 to 40% higher than national health insurance. Excess medical costs of motor insurance causes insurers to hard review practice for medical bills and this might influence medical institutes' treatment conducts. Due to national health insurance benefit exclusions, future medical expenditure of motor insurance might be the reason for alleged leakage of national health insurance as well as legal disputes on them. On the other hand, motor accident insurance supports national health insurance because motor accident insurance patients could get benefit from national health insurance. Excess medical costs and legal disputes on health insurance benefit exclusion might be unnecessary social burden.

We propose some measures on improving social inefficiency. Among them restructuring on medical treatment fee schedule between health and motor insurance, especially on minor injury, is the most important thing to do because there is no reason for costly treatment fee for whiplash due to motor traffic accident than health insurance.





## 요약

자동차보험이나 건강보험 진료비는 각 보험의 진료수가 체계에서 결정되는데 자동차보험 진료수가와 입원료는 건강보험보다 높다. 그리고 국민건강보험은 건강보험료를 납입하더라도 건강보험 진료를 받지 못하는 경우를 규정하고 있다. 보험 종류에 따른 진료수가의 차이는 급격한 비급여 진료비 증가와 같은 의료서비스 시장의 비효율, 자동차보험 과잉진료와 같은 사회적 비용을 초래하고 있다. 본 보고서는 진료수가 차이에서 발생하는 사회적 비용을 분석하고 사회적 비용을 줄일 수 있는 진료수가 체계 개선 방향을 제시한다.

자동차보험 진료수가는 입원료 체감률과 중별 의료기관 가산율 등에서 건강보험에 비해 높은데, 이로 인해 상해급수 12~14급 경상환자의 대인배상 진료비는 건강보험 진료비에 비해 23~27%, 자기신체사고 진료비는 건강보험에 비해 29~40%가 높은 것으로 분석되었다. 진료수가 차이로 인한 보상 목적의 자동차보험 과잉진료 억제를 위해 진료비 심사는 엄격하였고 이로 인해 의료계와 보험업계의 분쟁은 지속되었다. 엄격한 진료비 심사와 분쟁은 양방(의과) 의료서비스 공급자의 자동차보험 진료량 감소, 건강보험 비급여 진료 증가를 초래한 것으로 보인다. 왜냐하면 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 양방(의과) 진료비가 자동차보험 양방(의과) 진료비보다 두 배 정도 높게 나타났기 때문이다. 그리고 자동차보험 경상환자에 대한 향후치료비는 건강보험 재정 누수로 이어질 수 있는 것으로 나타났다. 반면 자기신체사고의 경우 건강보험 적용이 가능하지만 자동차보험으로 진료받기 때문에 건강보험 재정을 지원하는 역할을 한다고 볼 수 있다. 건강보험 급여제한으로 인해 발생하는 법적 다툼은 보이지 않는 사회적 비용을 초래한다.

사회적 비용을 줄이기 위해서는 경상환자에 대한 진료수가 일원화가 필요하다. 특히 자동차보험에는 증상고정 시점이 적용되지 않아 입원료 체감률이 적용되지 않는데, 자동차보험 진료기준에 증상고정 시점을 도입하여 입원료 체감률을 건강보험과 동일하게 조정해야 한다. 그리고 자기신체사고의 경우 건강보험 적용대상임에도 불구하고 자동차보험 진료수가로 보상하는 관행을 개선할 필요가 있다. 자동차보험 환자들에게 적극적으로 홍보하여 의료서비스 공급자의 자동차보험 진료 유도에서 자유로워져야 한다.

경상환자에 대한 향후치료비는 치료 목적에 부합하도록 유도하는 방향으로 제도개선이 추진되어야 한다. 이를 위해서는 자동차보험에서 향후치료비를 보상받을 경우 미국의 사례와 같이 건강보험공단과 정보를 공유하여 건강보험에서 급여를 제한하는 방안을 마련해야 한다.

자동차보험과 건강보험에서 공통적인 문제가 비급여 진료이다. 경상환자이지만 건강보험 양방(의과) 진료비는 비급여로 인해 자동차보험보다 진료비가 높고, 한방진료비는 첩약, 약침, 한방물리치료 등의 비급여를 중심으로 자동차보험과 건강보험에서 모두 높아지고 있다. 비급여 진료는 우리나라 의료비 증가의 원인으로 지목되는데, 건강보험에서는 혼합 진료 금지 등 비급여 진료에 대한 관리를 추진하고 있다. 따라서, 건강보험의 비급여 진료 관리 방안을 참고하여 자동차보험 비급여 진료 관리 방안을 마련할 필요가 있다.

여러 가지 제도개선 방향 가운데 가장 중요한 것은 경상환자에 대한 진료수가 일원화이다. 왜냐하면 진료수가의 차이는 의료서비스 공급자로 하여금 높은 진료수가를 보장하는 진료를 선택하도록 유인하여 자원배분의 효율화를 훼손할 수 있기 때문이다. 그리고 과거 진료수가 이원화의 근거인 자동차보험 환자의 특수성은 사고유형의 변화, 비급여 진료 등 의료환경의 변화로 타당성이 약화된 것으로 보이기 때문이다. 초고령 시대에 의료비 지출의 효율화를 이루기 위해서는 건강보험과 자동차보험 진료수가 체계에 대한 합리화가 필요하다. 우리 보고서가 여기에 조금이나마 기여할 수 있기를 기대한다.

# I 서론

## 1. 연구의 필요성 및 목적

우리나라 자동차보험, 산업재해보상보험(이하 '산재보험'이라 함)과 건강보험은 동일한 상병에 대해 진료비 혹은 진료수가를 차등 적용하고 보험 적용 대상을 엄격히 구분하고 있다. 진료수가, 진료비 등에 대한 정의는 보험에 따라 다소 차이가 있는데, 먼저 건강보험 진료비는 건강보험 진료의 대가로 의료공급자(의사)에게 지급되는 보상 방식으로 진료비 지불제도에 규정되어 있다. 의료공급자에게 지급되는 보상방식은 의료행위라는 전문기술에 대한 보상과 의료기관에 대한 보수지불로 구분하는데 이 두 가지를 모두 진료비라고 한다.

의료기관에 대한 보수지불은 의료기관의 규모 혹은 종류에 따라 다르다. 이를 의료기관 종별가산율이라고 하는데, 1977년 7월 1일부터 도입되었고 건강보험과 자동차보험, 산재보험에 차등적으로 적용된다. 입원환자에게 적용되는 입원료 체감률(입원일수별 체감제)은 입원 환자의 장기입원에 따른 도덕적 해이를 예방하기 위해 도입되었는데, 병원급 이상 의료기관 입원 환자의 입원일수가 15일 이내이면 입원료의 100%를 받지만 16~30일 일 경우 입원료의 90%, 31일 초과일 경우 입원료의 85%를 받도록 한다. 그러나 산재보험과 자동차보험의 경우 종합전문병원(상급종합병원), 종합병원에는 입원료 체감률이 적용되지 않고 병원에 적용되는 입원일수는 건강보험보다 길다. 요약하면 자동차보험과 산재보험은 건강보험 진료수가를 기본으로 종별진료수가와 입원료 체감률을 차등하여 건강보험 급여보다 진료수가가 높다.

자동차보험 환자에 대한 치료비, 진료수가(이하 '자보수가'라 함)는 자동차손해배상보장법(이하 '자배법'이라 함) 제2조 7항에서 정하고 있는데, 자동차의 운행으로 사고를 당한 자(교통사고 환자)가 「의료법」에 따른 의료기관에서 진료를 받음으로써 발생하는 비용으로 정의된다.<sup>1)</sup> 이에 따라 자동차손해배상보장법 제15조는 "자동차보험 진료수가에 관한

1) 자동차손해배상 보장법 제2조 제7호에서는 '자동차보험 진료수가'(이하 '자보수가'라 함)란 교통사고 환자가 의료법에 따른 의료기관에서 진료를 받음으로써 발생하는 비용으로서, "① 보험회사(공제사업자를 포함한다, 이하 '보험회사' 등)이라고 한다)의 보험금(공제금을 포함한다)으로 해당 비용을 지급하는 경우(가)목, ② 제30조에 따른 자동차

기준으로서 국토교통부장관이 진료수가의 인정 범위, 청구절차, 지급절차 그 밖에 국토교통부령이 정하는 사항을 포함시켜 고시할 수 있다”고 규정하고, 자동차손해배상법 제12조 제2항에서는 “교통사고 환자를 진료하는 의료기관은 보험회사 등에게 자보수가 기준에 따라 자보수가를 청구할 수 있다”고 규정하고 있다. 마지막으로 산재보험의 경우 요양급여의 범위 및 진료수가는 국민건강보험을 따르고 국민건강보험에서 정하지 않은 사항 중 추가로 인정하는 요양급여의 범위는 「산업재해보상보험 요양급여 산정기준」에서 정하고 있다.

자동차보험 진료수가는 건강보험 및 산재보험과 밀접한 관련이 있는데, 자동차보험 환자가 받은 치료가 건강보험에서 규정된 건강보험 급여<sup>2)</sup>일 경우 건강보험 진료수가를 따른다. 그리고 건강보험 급여가 아닌 경우에는 산재보험진료수가, 혹은 비급여가 적용된다.

한편 국민건강보험은 급여제한 규정을 두고 있어 자동차보험 혹은 산재보험 환자의 치료를 엄격히 제한한다. 건강보험 적용(급여)이 제한되는 경우는 국민건강보험법 제53조에서 규정하고 있는데, 고의·중대한 과실로 인한 ① 범죄 행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우, ② 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 않는 경우, ③ 제 55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우, ④ 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상(報償) 또는 보상(補償)을 받게 되는 경우 등으로 규정된다. 예를 들면 교통사고 환자가 손해배상으로 향후치료비를 배상받은 이후 교통사고에서 발생한 상해를 건강보험으로 치료받는 것은 앞의 ④에 해당하여 부당이득 환수대상일 수 있다. 다시 말하면, 자동차사고로 상해급수 12급 경추 염좌 및 긴장 상해를 입어 치료를 받고 향후치료비로 100만 원을 배상받았는데 합의 후 얼마 지나지 않아 염좌 및 긴장(상해코드 S33, S13 등)으로 치료를 받는다면 향후치료비로 치료 받아야 한다는 것이다. 만약 건강보험으로 치료받았다면 건강보험 급여는 환수되어야 한다는 것인데, 환수가 되지 않아 자동차보험이 건강보험 재정 누수의 원인일 수 있다는 주장이 제기되기도 한다.<sup>3)</sup>

향후치료비가 건강보험 재정누수의 원인이라는 주장과는 반대로 자동차보험이 건강보험

---

손해배상 보장사업의 보상금으로 해당 비용을 지급하는 경우(나)목 및 ③ 교통사고 환자에 대한 배상(제30조에 따른 배상을 포함한다)이 종결된 후 해당 교통사고로 발생한 치료비를 교통사고 환자가 의료기관에 지급하는 경우(다)목 중 어느 하나의 경우에 적용되는 금액을 말한다”고 규정함

2) 건강보험 급여란 국민건강보험법 제41조에 의해, 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 법령이 정하는 바에 의하여 공단이 각종 형태로 실시하는 의료서비스를 말하며, 법령에서 정한 보험급여의 종류는 다음과 같음. 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등임

3) 메디컬 타임즈(2003. 9. 6), “자보 향후치료비, 건보재정 누수 논란”

을 지원하는 경우도 발생할 수 있다. 자동차보험 자기신체사고보험(담보)의 경우 건강보험 적용이 우선이지만 관행적으로 자동차보험 진료수가 적용되고 있다.<sup>4)</sup> 이렇게 건강보험 급여로 치료를 받아야 하는데 자동차보험으로 치료를 받기 때문에 자동차보험이 건강보험을 지원한다고 볼 수 있다. 자기신체사고의 손해율이나 보험료를 고려하면 큰 규모는 아닐 수 있지만 낮은 진료수가로 받을 수 있는 치료를 높은 자동차보험 진료수가로 받게 되기 때문에 환자는 충분한 치료를 받지 못할 수도 있다. 국민권익위원회(2021)도 피해자가 없는 단독사고에서 가해자 치료에 건강보험이 적용되어야 한다는 판단을 제시한 바 있다.<sup>5)</sup>

보험종류별 진료수가의 차이와 건강보험 급여제한으로 의료서비스 공급자는 높은 진료수가의 의료서비스 공급량을 늘리려고 할 수 있고, 자동차보험에서는 합의금이 치료비(진료량)와 관련이 있기 때문에 의료서비스 수요자와 공급자는 보상 목적의 불필요한 치료 혹은 입원을 선택할 수 있다. 불필요한 치료는 의료계와 보험업계, 환자 사이의 분쟁을 유발할 수도 있고 보험금 증가 및 보험료 인상 압력으로 작용하고 있다.

이러한 현상은 동일한 서비스에 대해 다른 가격이 결정되는 일물일가의 법칙(Law of One Price)이 적용되지 않는 현상인데, 의료서비스 공급자와 수요자로 구성된 의료서비스 시장이 완전경쟁 시장이 아니라는 점을 보여준다. 완전경쟁 시장이 아니라는 점은 정보의 비대칭성 등으로 인한 비효율이 존재하고 이러한 비효율은 사회적 비용(Deadweight Loss)으로 나타난다. 이러한 현상은 2000년 초부터 언론기사나 문헌에 나타나고 있지만 자동차보험과 건강보험 진료수가 차이로 인한 치료비 차이에 대한 정량적 연구, 급여제한으로 인한 사회적 다툼과 보험제도의 재정 누수 이슈 등에 대한 포괄적인 연구는 제한적이다. 그리고 과거 건강보험과 자동차보험의 진료수가 차등화 근거인 자동차보험 환자의 특성에 대한 검토는 찾아보기 어렵다. 특히 비급여 진료 증가 등 의료환경의 변화와 교통사고 환자 가운데 중상해 환자보다 경상환자 비중이 늘어가는 사고유형의 변화를 건강보험과 자동차보험 진료수가가 적절히 반영하고 있는지에 대한 연구가 필요하다. 우리 사회가 인구·사회적으로 변화하는 만큼 현재의 진료수가 체계가 이러한 변화를 반영하고 있는지에 대한 검토는 고령화사회에서 초고령사회로의 진입과 상해 유형의 변화를 적절히 반영할 수 있는 진료수가 체계 마련에 선행되어야 한다. 본 보고서의 목적은 자동차보험과 건강보험 진료수가의 차이와 건강보험 급여제한으로 인한 사회적 비용을 검토하고 제도개선 방안을 제시하는 것이다.

4) 여기서 자기신체사고보험(담보)에는 자동차상해도 포함하는데, 관련 현황은 <부록Ⅱ>를 참조 바람

5) 국민권익위원회 보도자료(2021. 10. 22), “단순과실 교통사고, 가해자 치료도 건강보험 적용돼야”

## 2. 연구의 범위와 방법

사회적 비용 검토를 위해 우리는 건강보험과 자동차보험 환자가 동일상병에서 지불한 치료비의 정량적인 차이를 분석하고 건강보험 급여제한과 관련된 판례를 검토한다. 자동차보험 환자는 담보별로 대인배상과 자기신체사고로 구분하여 분석하는데, 자기신체사고보험은 건강보험으로 치료 받을 수 있고 보험료 할증(자기신체사고 환자는 상해급수와 무관하게 1점 할증됨) 등 환자가 어느 정도 비용을 부담해야 하기 때문에 대인배상과 같이 보상과 연계된 치료는 제한적일 것이다. 건강보험 급여제한 관련 판례는 자동차보험 음주운전 등 불법행위, 직불치료비, 향후치료비 등으로 구분하여 검토한다.

건강보험, 자동차보험, 산업재해보상보험(이하 ‘산재보험’이라 함) 등 보험종류별 진료수가 차이, 적용 제한 등에서 발생할 수 있는 사회적 비용에는 심사체계에서 발생하는 비용도 포함될 수 있다. 그러나 여기서는 보험종류를 건강보험과 자동차보험으로 국한하고 심사체계에서 발생할 수 있는 비용을 명시적으로 다루지는 않는다.<sup>6)</sup> 심사체계는 의료기관에서 환자를 진료함에 있어서 의·약학적으로 타당하고 비용효과적인 측면에서 적정하게 이루어졌는지를 객관적으로 검토하고 확인하는 과정으로 의료기관에 지급된 요양급여 혹은 자동차보험 진료비에 이미 반영되었다고 볼 수 있다. 그리고 심사관행이나 심사 중 조정된 금액 등에 대한 정보가 제한적이기 때문에 따라서 이를 명시적으로 분류하여 정량적으로 분석하기는 어렵다.

자동차보험과 건강보험의 진료수가 차이에서 발생하는 사회적 비용은 특정 상해에 대해 건강보험으로 치료받는 경우와 자동차보험 대인배상, 자기신체상해보험으로 치료받는 경우를 비교하여 추정한다. 대인배상에는 보상 목적의 치료가 반영될 수 있는 반면 자기신체사고는 보상 목적이 반영되지 않고, 건강보험으로 치료받을 수도 있는데 자동차보험으로 치료를 받는 경우이다. 건강보험으로 치료받는 경우 급여 이외에 비급여 진료도 포함되는데, 비급여 비중을 추산하기 위해 상해급수 12급 염좌 및 긴장 환자의 한방진료와 의과진료 명세서를 분석한다. 이러한 분석은 동일상병이지만 자동차보험 대인배상, 자기신

---

6) 산재보험을 다루지 않는 이유는 자동차보험이나 건강보험과의 관계가 명확하게 구분될 수 있기 때문임. 산재보험은 다른 보상이나 배상이 있을 경우 이를 제외하고 보상하며(산업재해보상보험 제80조) 출퇴근 시 교통사고로 발생한 손해에도 산재보험이 적용되지만 자동차보험으로 보상받은 치료비와 일실수익은 산재보험에서 공제함. 그리고 자기신체사고보험의 경우에도 표준약관에 산재보험 보험금 등 “배상의무자 이외에 제3자로부터 보상받은 금액”은 공제한다고 정하고 있음. 이와 같이 자동차보험과 산재보험의 관계는 명확하기 때문에 두 보험 사이의 진료수가 차이나 적용 범위로 인한 분쟁은 제한적으로 보임

체사고보험, 건강보험 의과 및 한방진료 치료비를 비급여 진료비와 더불어 비교하여 보험 제도의 차이에 따른 진료비 차이를 통해 사회적 비용을 가늠할 수 있다. 자동차보험 상해 급수 12급 염좌 및 긴장 환자의 대인배상 치료비와 건강보험 염좌 및 긴장 환자의 치료비 비교는 자동차보험 환자가 건강보험으로 치료받을 경우 절감할 수 있는 치료비를 볼 수 있다. 그리고 염좌 및 긴장 환자의 자기신체상해보험과 건강보험 치료비 비교는 보상 목적 이외에 두 보험간의 진료수가 차이에서 발생하는 사회적 비용으로 볼 수 있다. 자동차보험 대인배상 치료비와 자기신체사고보험에 대한 분석은 보험개발원에서 제공받은 자료를 분석하였다.

건강보험 급여제한 측면에서 보면, 자동차보험 환자들이 건강보험으로 치료받는 경우는 지급보증 이전과 합의 이후로 구분할 수 있다. 지급보증 이전에 건강보험으로 치료받는 경우(자동차보험 환자들의 건강보험 치료) 발생한 진료비와 약재비는 지급보증 이후 직불 치료비로 나타나고, 합의 이후 동일한 상병으로 건강보험 치료를 받는 경우 합의금(향후 치료비)을 부당이득으로 보고 건강보험공단은 급여를 제한할 수 있다. 직불치료비의 경우 지급보증 이후에는 자동차보험이 건강보험에 지급하기 때문에 문제가 되지 않는다. 그러나 합의금을 받은 이후 동일상병으로 건강보험 치료를 받는 경우는 건강보험 재정누수를 초래할 수 있다. 본 보고서에서는 건강보험 급여 구상과 관련해서 선행연구나 관련 자료를 제시하여 현황을 분석하고 법원 판례를 검토하는 정성분석을 수행한다. 특히 향후치료비와 관련한 건강보험 재정 누수에 대한 주장은 오래전부터 있었는데, 관련한 선행연구를 살펴보고 향후치료비의 성격에 따른 건강보험 누수 가능성을 검토한다.

해외사례도 분석하는데, 주요국의 건강보험과 자동차보험 진료수가 체계를 비교한다. 해외사례 분석 대상국으로 일본과 미국 캘리포니아, 독일과 프랑스를 검토한다. 일본의 경우 피해자가 교통사고 치료를 자유진료수가, 혹은 건강보험에서 선택할 수 있는데, 과실 비율이 높은 피해자는 건강보험을 선택하고 반대로 과실비율이 낮은 피해자는 자동차보험을 선택하는 경향이 있다. 일본 사례는 다양한 진료수가가 허용되는 이유와 운영 과정에서 발생하거나 발생할 수 있는 문제점에 대한 시사점을 제시할 것으로 기대된다. 일본의 사례와 더불어 미국 캘리포니아주의 향후치료비 제도를 검토한다. 우리나라에서 향후치료비는 계속 논란이 되고 있는데 캘리포니아주는 향후치료비를 메디케어(Medicare)와 연계하여 지급하기 때문에 향후치료비와 건강보험 재정 누수와의 관계에 대한 시사점을 찾을 수 있을 것으로 보인다. 독일이나 프랑스와 같이 건강보험과 자동차보험이 일원화된 국가를 검토하는 것은 진료수가 일원화 방향 모색에 시사점을 제시할 것으로 기대된다.

마지막으로 제도개선 방향을 제시하는데, 여기서는 구체적인 방안 보다는 제도개선의 방향에 대한 제언에 국한할 것이다. 자동차보험과 건강보험의 진료수가 일원화의 근거로 제시되었던 교통사고 환자의 특성을 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 치료현황 비교 결과를 통해 검토하여 중별 의료기관 가산율, 입원료 체감률의 재검토를 제시한다. 그리고 자기신체사고보험, 향후치료비 제도개선, 증상 고정 도입, 비급여 관리 방향 등을 제시한다.

〈표 I-1〉 연구 목적과 범위, 연구 방법

연구 목적			
자동차보험과 건강보험 진료수가 차이와 급여제한의 사회적 비용 분석 및 제도개선 방향 제시			
연구 범위	분석 대상		연구 방법
자동차보험 환자의 건강보험 진료	치료비 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 양방(의과) 및 한방진료비</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 관련 현황 분석</li> <li>• 상해급수별 건강보험 자료 분석</li> <li>• 판례 검토</li> </ul>
	급여제한	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 고의·중과실 사고 건강보험 진료비, 직불치료비, 향후치료비, 경과실 자기피해사고</li> <li>• 향후치료비와 건강보험 재정 누수</li> </ul>	
건강보험 환자의 자동차보험 치료	치료비 현황	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자기신체사고</li> <li>• 치료 1일당 건강보험 요양급여에 자동차보험 치료일수 적용을 통해 건강보험과 자동차보험 치료비 차이 분석</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험 의과, 한방 비급여 진료비 추산</li> <li>• 건강보험 1일당 의과, 한방 치료비를 자동차 보험에 적용</li> </ul>
	급여제한	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자기신체사고보험 현황 및 급여제한 관련 선행연구 검토(단독사고, 차대차사고 등)</li> </ul>	
사례 분석	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일본(선택적 진료수가)</li> <li>• 미국 캘리포니아(건강보험 향후치료비 제한)</li> <li>• 독일, 프랑스(진료수가 일원화)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사례 분석</li> </ul>
제도개선	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 진료수가 일원화 방향: 비급여 비중 확대 등 의료환경 변화와 사고유형 변화 고려</li> <li>• 자기신체사고 개선, 향후치료비, 증상 고정, 비급여 관리 등</li> </ul>		-



### 3. 선행연구 및 기대효과

#### 가. 선행연구

건강보험과 자동차보험 진료수가의 차이와 영향에 대한 선행연구로는 박다진 외(2006), 조용운 외(2010), 박희성 외(2012), 전용식 외(2022), 전용식(2022) 등이 있다. 박다진 외(2006), 조용운 외(2010)는 산재보험, 자동차보험, 건강보험을 비교하였는데, 조용운 외(2010)는 여기에 민영건강보험 진료수가도 비교하였다. 박다진 외(2006)는 세 가지 유형의 보험제도의 건당 진료비, 입원율, 재원일수를 비교하여 산재보험과 자동차보험에서 건당 진료비, 입원율, 재원일수가 더 높다는 점을 보였다. 경추염좌의 경우 건당 진료비가 건강보험 55.2만 원, 자동차보험 65.0만 원으로 나타났고 입원율은 건강보험 1.8%, 자동차보험 75.0%, 재원일수는 건강보험 9.52일, 자동차보험 11.4일로 나타났다. 저자들은 자동차보험의 진료비가 높고 치료일수가 상대적으로 긴 이유로 보상과 연계된 진료관행을 제시하였다. “보상과 연계된 진료관행”이란 가해자로부터의 손해배상이기 때문에 환자의 부담이 없고 입원할 경우 휴업손해가 보상되고 치료비가 높을수록 합의금이 높아지는 관행이다. 여기에 진료수가도 종별가산율과 입원체감률로 인해 의료기관은 장기 치료를 유인할 수 있어 자동차보험 환자에 대한 진료량을 늘리고자 하는 유인이 존재한다고 지적한다. 조용운 외(2010)는 산재보험, 자동차보험, 건강보험을 국민권익위원회(2009)의 자료를 인용하여 비교하였다. 국민건강보험의 본인부담금을 반영하지 않았지만 1일 이상 입원 환자의 자동차보험 대비 건강보험 진료비 비율은 배요부와 경추 염좌·추간판 탈출증 등에서 각각 0.9배, 0.7배로 나타났다. 그리고 입원율의 경우 자동차보험이 건강보험에 비해 10.1배에서 33배 높은 것으로 나타났다. 저자들은 의료기관 종별가산율과 입원료 체감률이 다르게 적용되고 비급여 수가 때문에 보험종류별 진료비가 차이가 발생하고 보상금, 보험금을 이유로 한 과잉진료 가능성이 있다고 주장한다.

전용식(2020)은 2016년부터 2019년간 국내 대형손해보험회사의 보상 자료를 분석하여 향후치료비 등 합의금과 대인배상 치료비 사이에 정의 선형관계가 있다는 것을 보였는데, 이는 치료비가 높아지면 합의금이 높고, 반대로 치료비가 낮아지면 합의금이 낮아지는 것을 의미한다. 전용식(2022)은 시계열분석과 지역비교를 통해 자동차보험 경상환자 과잉진료 규모를 추정하였는데 건강보험 진료(실)일수 기준으로 약 3천억 원이 높아지는 것으로 나타났다. 보상금 목적의 과잉진료와 관련하여 전용식 외(2023)는 경상환자의 치료비

증가율이 향후치료비에 영향을 주고, 중상해 환자에 비해 경상환자 향후치료비가 치료비 증가율에 미치는 영향이 크다는 분석결과를 제시하였다.

박희성 외(2012)는 보험종류별 외상환자의 특성을 분석하였는데 진료비 대비 본인부담금 비율의 경우 자동차보험이 3.4%, 건강보험은 20.6%, 산재보험은 19.1%로 나타났다. 상급 병실 사용일수는 건강보험이 5.5일, 자동차보험 7.3일, 산재보험 24.5일로 자동차보험이 상대적으로 긴 것으로 나타났다. 박희성 외(2012)의 분석 대상에서 본인 과실이 높은 교통사고에서는 건강보험이, 본인 과실이 낮은 교통사고에서는 자동차보험으로 처리하는 비중이 높게 나타났다. 그리고 병동 재원일수를 보험종류별로 비교한 결과 건강보험이 짧았는데 이는 건강보험의 경우 자기부담이 크기 때문인 것으로 보인다. 박희성 외(2012)의 결과는 본인과실의 교통사고 환자라도 건강보험으로 치료받는 경우가 많을 수 있다는 점을 보여준다. 저자들은 자기신체사고보험의 보상 범위 제한, 고의 또는 중과실 등 급여제한 사유가 아닐 경우 중증환자들이 건강보험을 선택하는 경향이 있다고 주장한다. 박희성 외(2012)의 연구는 자기신체사고보다 건강보험을 선택하는 경향이 중상해 환자들에게서 발견된다는 점을 보여주는데, 중상해 환자의 진료비가 자동차보험에서 더 높기 때문으로 보인다. 연구가 2012년에 수행되어서 현재 상황과 차이가 있을수도 있지만, 동일한 상해를 입은 환자들이 다양한 보험을 선택하여 치료를 받는다는 점을 분석하여 보험 종류가 환자의 치료에 영향을 줄 수 있다는 점을 보였다.

전용식 외(2022)는 자동차보험 다빈도 상해급향과 유사한 건강보험 KCD항목의 진료(실)일수를 비교하였는데, 2020년 기준으로 척추 염좌 환자의 건강보험 진료(실)일수는 3.7일, 자동차보험 외래진료(실)일수는 9.0일로 나타났다. 그리고 수족지 관절 염좌의 경우 건강보험 진료(실)일수는 2.5일, 자동차보험 외래진료(실)일수는 7.3일로 나타났다. 이 결과는 자동차보험에서 과잉진료가 있을 수 있다는 것을 보여준다.

건강보험 급여제한과 구상권 관련 연구로는 김진현 외(2017)의 연구가 있다.<sup>7)</sup> 이들은 국민건강보험법 제58조(구상권)의 적용 실태를 상병별로 분석하였고 국민건강보험 급여제한 기간을 10년, 5년, 3년으로 제한하는 방안을 제안하였다. 국민건강보험법 제58조 1항은 불법행위에 대한 가해자와 피해자의 합의 이전에 발생한 건강보험 급여에 대한 구상권을 규정하고 2항은 합의 이후에 발생한 건강보험 급여에 대한 구상권을 정하고 있다. 제1항은 “급여에 들어간 비용 한도”에서 건강보험공단이 구상권을 갖고, 제2항은 “배상액 한

---

7) 김진현 외(2017)

도”에서 보험급여를 제한한다. 급여제한의 취지는 손해배상과 건보급여의 이중보상을 예방하여 선량한 가입자의 수급권을 보장하고 건강보험 재정을 유지하기 위함이다. 한편 법원 판례를 보면, 구상권의 범위 제한은 합의금과 건강보험 급여의 동일성 여부, 합의금의 성질 파악 여부, 기왕증과 과실비율 적용 여부 등 다양한 측면에서 다툼의 여지가 있다. 저자들은 2006년부터 2016년까지 10년간 7,671명, 79,247건의 진료건수가 제58조와 관련되어 있고, 이 가운데 교통사고가 42,157건으로 가장 많다고 하였다. 교통사고는 종합보험 유무에 따라 개인간 합의와 민간보험회사와 합의로 구분할 수 있는데, 개인간 합의 건이 13,984건이며 민간보험회사와 합의 건이 28,174건이다. 진료행태를 보면 건당 내원일수가 개인 2.7일, 민간보험 3.9일, 그리고 건당 진료비는 개인 20.8만 원(공단부담금: 15.3만 원, 본인부담금: 5.5만 원), 민간보험 30.6만 원(공단부담금: 22.8만 원, 본인부담금: 7.8만 원)으로 분석되었다. 김진현 외(2017)의 연구는 최근 이슈가 되고 있는 자동차보험 향후치료비에 대한 급여제한 문제를 학술적으로 분석하였다는 점에서 의미가 있다. 저자들은 중상해 환자, 예상하지 못한 후유증으로 치료비가 손해배상액을 초과하는 경우, 사고 후유증이 기왕증과 경합하는 경우 등에서 건강보험 급여제한은 과도하다고 주장하지만 경상환자에게 지급되는 향후치료비의 경우는 언급하고 있지 않다. 하지만 저자들의 분석에 나타난 건당 내원일수가 4일 이내인 점을 보면 중상해 환자로 보이지는 않는다. 이들의 분석결과는 자동차보험 경상환자의 경우에도 합의 후 급여제한 사례가 1년에 2~3천 건 정도 있을 수 있다는 점을 보여준다.

자기신체사고에 대한 연구로는 조규성(2014)과 송기민 외(2009)의 연구가 있다. 조규성(2014)은 상해보험(인보험)인 자기신체사고가 갖고 있는 약관상의 문제점과 개선방안을 제시하였다. 저자는 지급보험금 계산에서 공제액 산정과 관련한 문제, 피보험자의 범위, 그리고 안전벨트 미착용에 따른 보험금 감액을 분석하였다. 송기민 외(2009)는 경과실 자기피해 교통사고 피해자가 건강보험과 자동차보험 가운데 선택할 수 있는데, 건강보험을 우선 적용할 경우 환자의 부담과 보험회사가 부담하는 비용이 자동차보험을 우선 적용하는 경우에 비해 적다는 것을 보여준다. 저자들은 골반골 중복골절의 경우 건강보험 우선 적용 시 환자 부담금은 발생하지 않지만 자동차보험 우선 적용 시에는 3백만 원이 비용으로 발생한다는 결과를 제시하였다. 이상의 연구들은 자기신체사고보험이 갖고 있는 약관상의 문제점과 피해자 치료 측면에서의 문제점을 보여주는데, 여기서는 교통사고 환자의 치료에서 발생할 수 있는 문제점을 중심으로 검토하고 있다.

선행연구가 갖고 있는 한계를 보면, 조용운 외(2010)가 인용한 국민권익위원회의 분석은

상해급수 개정 이전의 결과로 중상해 환자가 절반 이상을 차지한다. 나머지 연구들은 건강보험의 본인부담금, 공단부담금, 그리고 비급여를 구분하지 않은 결과인데, 건강보험 대비 자동차보험 진료비 비율이 과대 평가되었을 수도 있다. 게다가 선행연구는 자동차보험 과잉진료를 대인배상을 중심으로 분석하고 있지만 자기신체사고 담보에서 초래되는 과잉진료 규모는 고려하지 못하고 있다. 자동차보험에서도 건강보험 진료수가로 치료받을 수 있다는 점과 이로 인한 자동차보험 계약자들의 부담에 대한 연구는 제한적이다. 송기민 외(2009)는 경과실 자기신체피해 교통사고(단독사고)에서 자동차보험을 적용했을 때 발생할 수 있는 환자 부담금을 특정 상해에 국한해서 제시하고 있을 뿐, 단독사고 전체를 대상으로 한 분석 결과는 제시하지 못하고 있다.

## 나. 기대효과

본 보고서는 선행연구와는 다르게 자동차보험과 건강보험의 치료비 차이를 분석하는데 건강보험 급여에 비급여까지 포함하여 분석한다. 선행연구들은 건강보험 급여와 자기부담금의 합인 요양급여를 중심으로 분석하였는데(전용식 외 2022) 여기서는 비급여 진료비를 고려하여 건강보험 진료비를 추산하고 자동차보험 진료비와의 차이를 비교한다. 그리고 단독사고 환자(자기신체사고담보)들의 치료행태를 분석하여 자기신체사고보험 환자들이 건강보험으로 치료받지 못해 추가로 부담하는 치료비 규모를 정량적으로 분석한다. 진료수가 차이에서 초래되는 치료비 차이를 자동차보험 대인배상과 자기신체사고(자동차상해 포함)에서 추산하는데, 이러한 사회적 비용 규모에 대한 정량적 분석은 진료수가 차이로 인한 치료비 차이를 포괄적으로 제시할 수 있을 것으로 보인다.

자동차보험과 건강보험의 진료수가 차이에서 발생하는 치료비 차이 분석과 더불어 자동차보험 환자의 건강보험 진료 현황을 분석하는데, 분석 결과는 30여년 전에 의료계가 주장한 진료수가 이원화의 타당성에 대한 시사점을 제시할 수 있다. 특히 과거에 비해 교통사고에서 염좌 및 긴장, 타박상 등 경상환자 비중이 높아진 점과 비급여가 크게 늘어난 진료관행의 변화 등 변화된 의료환경에 자동차보험과 건강보험 진료수가 이원화가 과거와 같이 필요한지에 대해 고려해볼 기회를 줄 것으로 기대된다.

자동차보험 합의금에 대한 건강보험 급여제한으로 발생할 수 있는 건강보험 재정 누수에 대한 검토는 자동차보험 향후치료비 제도개선 방안 마련에 도움을 줄 것으로 기대된다. 건강보험 급여제한 규정에 따르면 향후치료비를 보상받은 자동차보험 환자는 합의 후 동

일 상해로 인해 건강보험 급여를 제한받을 수 있는데, 이러한 급여제한 규정은 미국에서도 찾아볼 수 있다. 따라서 본 연구의 종합적인 분석 결과가 자동차보험 진료수가 제도개선 방안 모색에 기여할 것으로 보인다.

본 보고서의 기술 순서는 다음과 같다. 먼저 다음 장에서는 건강보험과 자동차보험 진료수가에 대해 살펴본다. 건강보험과 자동차보험 진료수가의 변천 과정과 종별가산율, 입원료 체감률 관련 논의와 쟁점, 급여제한 사항 등에 대해 검토한다. 제 III장에서는 자동차·건강보험 진료수가 차이가 초래하는 사회적 비용을 분석한다. 먼저 대표적인 자동차보험 환자인 염좌 및 긴장 환자가 건강보험 의과 및 한방으로 치료받는 경우 치료비를 요양급여와 비급여로 구분하여 추산한다. 그리고 자동차보험 대인배상 부상과 자기신체사고보험으로 치료받는 경우의 치료비는 비급여를 고려하여 추산하고 각각의 차이를 비교한다. 제 IV장에서는 일본, 미국, 프랑스, 독일 등 주요국의 자동차보험과 건강보험 진료수가 현황을 비교하고 건강보험 급여제한 사항을 살펴본다. 마지막 제V장에서는 진료수가 일원화 방향, 자기신체사고 및 향후치료비 제도개선 방향 등에 대해 제언한다.

## II

# 건강보험과 자동차보험 진료수가

## 1. 자동차보험 진료수가

### 가. 개요

1963년 자동차손해배상보장법이 제정되고 1995년부터 자동차보험 법정 진료수가가 적용되었으며 1999년 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」이 제정되었다. 자동차보험 진료수가의 인정범위는 기본적으로 건강보험 진료수가를 따르지만 산재보험의 의료기관 종별 가산율과 입원료 체감률을 적용한다(「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 별표 1). 그리고 건강보험에서 보장하지 않는 입원료, 검사료, 영상진단 및 방사선 치료료, 처치 및 수술료 등 비급여 항목(「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 별표 2), 산재보험 인정 항목 중 일부, 그리고 재활시범수가 항목(「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 별표 4)을 보장한다.

〈표 II-1〉 자동차보험 진료수가

건강보험 기준 있는 경우		건강보험 기준 없는 진료
기준 적용	다르게 적용	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험 기준 적용</li> <li>• 건보법 제41조 제3항 및 제4항</li> <li>• 건보법 시행규칙 별표 7</li> <li>• 응급의료에 관한 기준 법 제23조 제1항에 따른 응급의료수가 기준</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 별표 1</li> <li>• 의료기관 종별가산율: 종합전문 30%, 종합 22%, 병원 6%, 의원 0%</li> <li>• 입원료 체감률: 병원은 입원 51일부터 150일까지 상대가치점수의 90%, 151일부터 85% 산정. 종합병원은 입원 기간과 무관하게 100%, 상급종합병원은 해당 점수의 100%에 병원관리 100% 가산 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 별표 2               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 입원료/검사료 (체온열 검사, 약침술 등)</li> <li>- 영상진단 및 방사선 치료료</li> <li>- 처치 및 수술료</li> <li>- 한방첩약 등</li> </ul> </li> <li>• 별표 2에 정하지 않은 항목은 산재보험기준 별표: 산재보험에서 추가로 인정하는 요양급여범위 및 비용 산정 기준 중 일부(도수치료, 증식치료 등) 적용</li> <li>• 별표 4: 의료재활시설 재활의학과 전문의 시범재활치료 항목(전문재활 치료 팀 회의료 등)</li> </ul>

요약하면 자동차보험 진료수가는 건강보험 진료수가를 따르지만 건강보험 급여라도 의료기관 종별가산율과 입원료 체감률이 건강보험과 다르게 적용된다. 또한 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 항목과 산재보험에서 추가로 인정하는 항목 중 일부 물리치료(도수치료, 증식치료 등), 재활시범수가 항목 등이 보장된다.

## 나. 변천과정

현재의 자동차보험 진료수가와 유사한 의료수가는 1982년 6월 한국자동차보험(주)이 제정한 '표준의료수가'이다. 표준의료수가는 법령에 고시된 것이 아닌 보험회사와 개별 의료기관이 계약한 진료수가지다. 의원급 의료기관에는 적용된 반면 종합병원급은 자체적으로 정한 일반수가로 청구하였다. 1977년 7월부터 건강보험이 시작되고 1989년 7월부터 전국민건강보험제도로 확대되었으나 자동차보험은 건강보험과는 다르게 의료계가 임의로 정한 진료수가를 적용하였다. 이는 의료계와 보험회사의 분쟁요인이었고 의료계는 자동차보험 환자의 진료를 거부하거나 피해자에게 직접 진료비를 청구하였다.

1990년 진료수가에 대한 감사원 감사 이후 1991년 자동차손해배상보장법에 진료수가의 근거가 신설되었고 1995년 6월부터 '자동차보험의료보수'라는 법정 단일수가를 적용하였으며 의료기관 종별가산율을 규정하였다.<sup>8)</sup> 그러나 진료기준, 진료비 인정범위, 청구 및 지급절차 규정 미비는 의료기관과 보험회사의 분쟁을 지속시켰다.

의료계와 보험업계의 보험금 분쟁을 줄이기 위해 1999년 7월 시행된 자동차손해배상보장법에는 진료수가기준 고시, 진료수가 인정범위, 청구절차 및 지급절차(현행 자배법 15조) 등이 규정되었고 의료기관과 보험회사의 분쟁을 조정하기 위한 자동차보험 진료수가 분쟁심의회(현행 자배법 제17조)가 규정·설립되었다. 1999년 7월 당시 개정 사항으로는 첫째, 의료기관 종별가산율 하향 조정, 둘째, 진료수가 인정범위 명확화, 그리고 셋째, 진료기준과 진료비 인정범위 명시이다. 먼저 자동차보험 환자의 특성이 산재보험 환자들과 유사하다는 점을 들어 종별가산율을 산업재해보상보험 수준으로 하향조정하였고 약가 및 재료대는 건강보험 진료수가를 적용하였다. 진료수가 인정범위는 자동차보험 환자가 진료를 받는 경우는 자동차보험 진료수가를 따르는 것으로 명확히 하여, 건강보험과 산재보험 급여를 제외하였다. 마지막으로 진료기준은 의학적으로 보편·타당한 방법, 범위, 기술

8) 의료기관 종별가산율은 1995년 이전에 적용하던 일반수가와 자동차보험의료보수의 평균수준의 차이를 보전하는 것이 목적이었음. 자세한 내용은 유승윤 외(2006)를 참조 바람

등으로 인정한 진료기준, 그리고 진료비용은 건강보험 기준을 따르도록 하였다.

〈표 II-2〉 자동차보험 진료수가 변천과정

시기	개요
1964. 1~	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 일반수가 적용: 의료기관 임의로 결정</li> <li>• 손해보험회사와 의료기관의 계약에 따라 자동차보험 환자 치료</li> </ul>
1977. 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 건강보험 시행</li> </ul>
1982. 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 한국자동차보험(주)에서 표준 의료수가 제정, 의원급에 적용</li> <li>• 종합병원급은 의료기관 임의로 정한 일반수가 적용하되 계약금액에서 10%할인된 금액으로 청구</li> <li>• 제한적 적용으로 자동차보험 환자의 접근성 제한</li> </ul>
1989. 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 표준의료수가에 대한 의료계의 반발로 의료협회의 보험사업자와의 계약 해지, 피해자에게 진료비 직접청구 혹은 진료 거부</li> <li>• 의료기관은 일반수가로 보험회사에 청구</li> </ul>
1989. 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전국민 건강보험으로 확대</li> </ul>
1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자동차보험 진료수가에 대한 감사원 감사</li> </ul>
1991. 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자동차보험 진료수가 법제화 추진</li> </ul>
1991. 12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자동차손해배상보장법에 '의료보수고시' 근거 신설</li> </ul>
1995. 6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자동차보험 의료보수 기준 고시</li> <li>• 진료항목별, 의료기관 종별가산율 추가</li> <li>• 약가 및 재료대 가산율 10~30%</li> </ul>
1999. 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 진료수가 기준 고시, 진료수가 인정범위, 청구절차 및 지급절차 등이 규정</li> </ul>
2001~	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자동차보험 진료수가 적용</li> </ul>
2003. 10. 8~	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 종별가산율 인하 적용</li> </ul>
2023. 1. 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의원급 가산율 폐지 등 의료기관 종별가산율 조정</li> </ul>

자료: 유승윤 외(2006)

자동차보험 진료수가가 건강보험보다 높게 책정되는 명목적인 근거는 자동차보험 환자의 특수성이다(정덕주 2004; 조규성 2010). 정덕주(2004)에 따르면 종별가산율은 교통사고 환자의 외상성, 응급성, 장기성, 손해배상 등 산재보험 환자와 유사하기 때문에 산재보험 가산율과 일원화되었다. 의료기관 종별가산율은 1999년 10월 이전에는 행위료와 약제·재료대 모두에게 적용되었으나 1999년부터는 행위료에만 적용되었다. 2024년부터는 모든 의료기관유형에서 가산율이 15%p 인하되어 의원은 가산율이 없고, 병원은 6%, 종합병



원은 22%, 상급종합병원 30%로 조정되었다.

〈표 II-3〉 자동차보험 종별가산율 추이

시기	구분	상급종합	종합병원	병원	의원
1999. 10. 8 이전	행위료	160%	109.1%	40.4%	29.9%
	약제·재료대	30%	20%	10%	10%
1999. 10. 8~ 2001. 10. 7		100%	72%	29%	22%
2001. 10. 8~ 2003. 10. 7		66%	50%	23%	17%
2003. 10. 8~ 2023. 12. 31		45%	37%	21%	15%
2024. 1. 1~		30%	22%	6%	0%

주: 건강보험 종별가산율을 적용한 후 자동차보험 종별가산율 추가 적용한 가산율임  
 자료: 정덕주(2004)

입원료 체감률은 환자의 입원(치료) 기간에 따라 입원료를 조정하는 비율인데, 입원(치료)이 진행되면서 환자의 상태가 회복되기 때문에 처치 및 처방이 줄어들고, 이로 인해 치료비가 줄어드는 현상을 반영하여 환자의 입원비를 인하하는 제도이다. 건강보험에서 입원료 체감률은 병원급 이상 요양기관에서 입원 기간에 따라 줄어드는데, 입원 기간이 15일을 초과하고 30일 이내일 경우 입원료의 90%, 31일 이상일 경우 입원료의 85%를 받는다. 자동차보험에서는 병원급 요양기관에 입원 기간 50일까지는 입원료의 100%, 51일에서 150일까지는 90%, 그리고 150일을 초과할 경우에는 입원료의 85%를 보상한다. 종합병원과 상급종합병원은 입원료 체감률이 적용되지 않는데, 종합병원의 경우 입원 기간에 관계없이 입원료의 100%를 보상하고 상급종합병원의 경우 병원 관리료 35%를 가산한 입원료를 입원 기간에 상관없이 보상한다.

#### 다. 자동차보험 진료수가에 대한 쟁점

의료계와 보험업계의 자동차보험 진료수가에 대한 쟁점은 진료수가 수준, 정부의 진료수가 개입인데 이러한 쟁점의 핵심은 자동차보험 환자의 특수성이다. 의료계는 교통사고 환자는 다른 환자와 외상성, 응급성, 장기재원 등에서 다르기 때문에 진료수가가 높아야 하고, 진료수가가 높아지기 위해서는 건강보험 진료수와 독립적이어야 하며 정부의 간섭

이 없어야 한다고 주장한다. 실질적인 요양기관당연지정제 적용과 진료수가고시제를 통한 정부의 가격규제를 정부 간섭의 근거로 제시하고 건강보험 진료수가는 환자의 치료권과 의사의 진료권을 제한한다고 본다. 요약하면 자동차보험 환자의 특수성에 부합하는 진료수가를 위해서는 의학적 타당성과 환자의 편익이 우선되는 건강보험과 별개의 자동차보험 진료수가 체계의 마련, 진료수가 및 진료기관 계약제의 도입이 필요하다는 것이다 (이용균 2004; 정덕주 2004; 조규성 2010).

이에 반해 보험업계는 정부의 의료시장 개입은 주요국에서도 관측되는 현상이고 자동차보험과 건강보험이 일원화된 국가들이 다수라는 점, 그리고 건강보험 진료수가에 반영된 상대가치점수에 자동차보험환자의 특수성이 반영되어 있다고 주장한다. 동일상병 환자에 대한 동일치료라는 원칙에 따라 다수의 국가들이 건강보험과 자동차보험을 일원화하고 있는 점을 근거로 자동차보험과 건강보험 진료수가가 일원화되어야 한다고 주장한다.

의료계의 주장은 자동차보험 환자의 특수성 측면에서 재검토될 필요가 있다. 왜냐하면 자동차 안전도가 높아지면서 과거와 같은 사망·골절·절단 등 중상해 환자는 줄어들고 염좌 및 긴장, 타박상 등의 경상환자가 늘어나고 있기 때문이다. 오히려 입원료 체감률 적용 제외는 경상환자의 장기입원을 유도하고 과잉진료 등 사회적 문제의 원인이었고 실손의료보험 도입 이후 확대된 비급여 진료는 경상환자 치료비 증가의 원인으로 보인다.

## 라. 자동차보험 진료비와 건강보험 요양급여 비교

자동차보험 진료수가가 건강보험보다 더 높기 때문에 유사한 상병이라도 1인당 진료비는 차이가 있다. 아래의 <표 II-4>는 자동차보험 상해급수에 해당하는 건강보험 주요 질병분류코드 가운데 자동차보험과 관련이 있는(S, T, M 등) 상병의 자동차보험과 건강보험의 1인당 치료비, 1인당 본인부담금, 그리고 1인당 공단부담금을 제시하고 있다. 상해코드 S는 손상(부상)된 신체 부위별로 S00부터 S99로 소분류되어지고 T코드는 화상이나 부식, 중독 등과 관련이 있다. 그리고 M코드는 근육골격계통 및 결합조직의 질환이다. ‘질환’이기 때문에 자동차사고 등 외상에 의한 것으로 보기는 어렵지만 추간판 탈출증(디스크)의 KCD 코드가 M50인 점을 고려하였다. 상해급수는 1~7급, 8~11급, 12~14급으로 구분하였는데, 1~7급은 마비·절단(소실), 골절·탈구·파열 중 수술이 필요한 상해가 대부분이라 중증으로, 8~11급은 뇌진탕, 안면부 골절(수술 미시행), 추간판 탈출증 등으로 구성되었으며 12~14급은 염좌 및 긴장, 타박상 등의 일반적인 경상환자이다. 통상적으로 1~11급

을 중상해 환자로 분류하고 있으나 11급 1항 뇌진탕, 9급 6항 추간판 탈출증 등 경상도 중상해도 아니지만 과잉진료로 구분되는 상해를 포함하기 위해 세분화하였다.

〈표 II-4〉 건강보험 요양급여와 자동차보험의 1인당 치료비

(단위: 천 원, 배)

연도	자동차보험			건강보험		A/B
	상해급수	1인당 치료비(A)	1인당 향후치료비	1인당 본인부담금	1인당 공단부담금(B)	
2019	1~7급	2,373	1,763	171	599	4.0
	8~11급	1,534	1,290	136	419	3.7
	12~14급	589	760	105	287	2.1
	합계	841	872	107	300	2.8
2020	1~7급	2,384	1,731	177	622	3.8
	8~11급	1,607	1,337	150	451	3.6
	12~14급	693	827	115	311	2.2
	합계	972	941	118	325	3.0
2021	1~7급	2,415	1,766	176	600	4.0
	8~11급	1,680	1,376	147	430	3.9
	12~14급	781	867	117	309	2.5
	합계	1,059	982	119	321	3.3
2022	1~7급	2,375	1,764	186	612	3.9
	8~11급	1,720	1,456	157	465	3.7
	12~14급	905	990	125	333	2.7
	합계	1,202	1,135	128	344	3.5

주: 자동차보험 상해급수에 대응하는 주요 상병(S, T, M 등)의 치료비를 피해인원으로 나는 값임  
 자료: 보험개발원; 국민건강보험공단

위의 〈표 II-4〉에 따르면 상해급수 1~7급, 8~11급의 경우 건강보험 공단부담금에 비해 자동차보험 1인당 치료비가 3.6~4.0배 높고 상해급수 12~14급 경상환자의 경우 2019년 2.1배, 2020년 2.2배, 2022년 2.7배로 점차 높아지고 있다. 경상환자의 건강보험 공단부담금 대비 자동차보험 1인당 치료비 비율이 점차 높아지는 이유는 한방진료, 비급여 진료 등으로 자동차보험 치료비가 높아지기 때문으로 보인다. 자동차보험 한방치료비는 2019년 9,569억 원에서 2022년 1조 4,636억 원으로 연평균 15.2% 증가하였다.<sup>9)</sup>

건강보험 1인당 공단부담금과 비교한 이유는 자동차보험 대인배상 치료비는 손해를 입힌 가해자가 치료비를 부담하기 때문에 본인부담금이 없는데, 건강보험 공단부담금도 환자 본인이 비용을 부담하지 않기 때문이다. 건강보험 1인당 본인부담금은 10~19만 원 내외인데 자동차보험은 본인부담금이 과실비율에 따라 제한적이기 때문에 치료비 차이가 상당할 수 있다.<sup>10)11)</sup> 한편 여기서는 비급여 진료는 고려하지 못하고 건강보험 급여와 자기 부담금만을 비교하기 때문에 자동차보험과 건강보험 진료비 차이가 실제보다 더 클 수 있다는 한계가 있다.

## 2. 건강보험 급여제한

자동차보험 환자가 국민건강보험으로 치료 받는 경우 원칙적으로 급여가 제한되고, 치료가 이루어진 경우에는 국민건강보험공단이 구상권을 행사한다. 급여제한은 국민건강보험법 제53조(급여의 제한)에서 규정하고 있다. 제53조는 “고의·중대한 과실로 인한 ① 범죄행위에 그 원인이 있거나 고의로 사고를 일으킨 경우, ② 공단이나 요양기관의 요양에 관한 지시에 따르지 않는 경우, ③ 제 55조에 따른 문서와 그 밖의 물건의 제출을 거부하거나 질문 또는 진단을 기피한 경우, ④ 업무 또는 공무로 생긴 질병·부상·재해로 다른 법령에 따른 보험급여나 보상 또는 보상을 받게되는 경우” 등으로 규정한다. 건강보험공단이 구상권을 갖게 되는 경우는 국민건강보험법 제58조가 규정하고 있는데, 자동차보험의 경우 교통사고 합의 이전과 합의 이후로 구분할 수 있다. 합의 이전에는 고의 및 중과실 사고에서 건강보험으로 치료받는 경우가 대부분이고, 합의 이후에는 손해배상금 범위 내에서 건강보험 치료를 제한한다. 건강보험 치료(급여)를 제한하는 이유는 피해자가 가해자와 국민건강보험공단으로부터의 중복보상을 방지하고 피해자가 국민건강보험 가입자(혹은 피양양자)라는 이유로 가해자의 책임이 면제되는 경우를 배제하기 위함이다. 아래에서는 ①항과 ④항에 대해서 검토한다.

---

9) 전용식(2023)

10) 2023년 1월 1일부터 발생한 상해급수 12~14급 경미한 사고의 경우 과실책임주의가 도입되어 책임보험한도 금액을 초과하는 치료비에 대해 과실상계함

11) 주요 상해급항별 건강보험과 자동차보험 진료(실)일수는 전용식 외(2022)를 참조 바람

## 가. 고의 및 중과실 사고에서 건강보험으로 치료받은 경우

먼저 첫 번째 경우인 음주운전, 교통사고처리특례법상 중과실 사고(신호위반 및 지시위반, 중앙선 침범, 과속, 끼어들기 및 앞지르기 규정 위반, 무면허운전, 음주운전 등)에서 건강보험으로 치료받은 경우는 2018년부터 2023년 8월까지 81,980건, 금액으로는 1,804억 원에 이른다.<sup>12)</sup> 고지 금액은 2018년부터 2022년까지 계속 높아지고 있으며 2023년 8월까지 집계된 금액도 314억 원에 이른다. 전술한 바와 같이 건강보험으로 치료를 받은 이후 국민건강보험공단은 구상권을 갖게 되는데, 구상권으로 환수한 금액은 고지 금액의 60% 내외이다.

〈표 II-5〉 중과실 교통사고이지만 건강보험으로 처리한 사례

(단위: 건, 백만 원, %)

연도	고지 건수	고지 금액	환수 금액	환수율
2018	12,653	24,534	18,962	77.29
2019	13,205	28,441	21,046	74.0
2020	12,602	29,446	20,392	69.25
2021	15,037	31,567	19,683	62.35
2022	16,086	35,106	18,189	51.81
2023. 8	12,397	31,401	10,377	33.05
합계	81,980	180,495	108,649	60.20

자료: 연합뉴스(2023. 10. 15), “교통사고 건보처리했다가 8만여 건 적발...환수율 60%에 불과”

국민건강보험법 제53조의 제1항에도 불구하고 최근의 판례는 법 조항에 대해 엄격하게 해석(대법원2010. 6. 10. 선고 2010도1777 판결)하여 급여를 받은 사례가 있다. 사고 개요를 보면, 78세 고령 운전자가 원동기장치자전거 운전면허 없이 오토바이 운전을 하다가 담에 부딪혀 넘어지는 사고를 당했다. 이로 인해 열린 두개 내 상처가 없는 외상성 경막하 출혈 등의 상해 치료비로 국민건강보험공단은 7,200여만 원의 급여를 지급하였다. 이에 국민건강보험공단은 국민건강보험법 제53조 제1항 제1호에 해당하기 때문에 요양급여를 부당이득으로 징수하는 처분을 하였다. 이에 78세 고령운전자 측은 무면허운전이 중대한 과실로 인한 범죄 행위에 해당하지 않는다고 주장하였는데, 여기에 법원은 ‘중대한 과실’, ‘범죄 행위’에 대한 엄격한 해석으로 국민건강보험공단의 부당이득 청구를 기각하였다(2021구합64566 부당이득금징수처분취소).

12) 연합뉴스(2023. 10. 15), “교통사고 건보처리했다가 8만여 건 적발...환수율 60%에 불과”

## 나. 다른 보험에서 보상을 받는 경우

### 1) 직불치료비

건강보험법 제53조 4항에 해당하는 경우는 지급보증 이전에 발생하는 직불치료비와 기왕증, 그리고 향후치료비 등 합의금 수령 후 발생할 수 있다.<sup>13)</sup> 직불치료비는 지급보증 이전에 건강보험으로 먼저 청구하고 지불보증 이후 건강보험공단이 자동차보험으로부터 구상을 받는다. 그리고 비급여 진료이거나 기왕증일 경우 병원에서 피해자 본인부담으로 먼저 처리하고 피해자가 상세내역을 보험회사에 제출하면 보험회사는 기왕증 기여도를 공제하고 병원에 지급한다.

자동차보험 대인배상 부상 보험금 가운데 직불치료비는 사고발생일부터 지급보증이 시작되는 시점 사이에 발생할 수 있는데 지급보증 대상이 아닌 약제비 지출 비중이 높은 것으로 알려져있다. 직불치료비 규모와 비중은 상해급수별로 다른데(〈표 II-6〉 참조), 직불치료비 규모는 중상해인 상해급수 1~4급이 가장 크고 다음으로 5~8급, 9~11급 순이고 상해급수 12~14급의 규모가 가장 작다. 대인배상 부상 건수 대비 직불치료비 건수의 비중은 상해급수 5~7급에서 가장 높게 나타났다.

1인당 직불치료비 규모는 감소하고 있는데, 중상해인 1~4급의 경우 314.5만 원에서 116.8만 원으로, 5~7급은 103.5만 원에서 58.9만 원으로 줄어들고 있다. 상해급수 8~11급의 경우 59.7만 원에서 27.2만 원으로 절반 이상 줄어들었다. 통상 차대차 교통사고가 발생하면 대인접수(지급보증)가 이루어지고 피해자는 의료기관에서 자동차보험으로 치료를 받을 수 있는데, 가해자 보험회사에 대인접수가 이루어지지 않을 경우 피해자가 본인부담(혹은 자기신체사고담보)으로 치료를 받고 대인접수 이후 치료비를 보험회사로부터 환급받는다. 자동차손해배상보장법은 지급보증 이후에는 의료기관이 교통사고 환자에게 진료비 직접청구를 금지하고 있지만(자동차손해배상보장법 제12조 제5항), 보상대상이 아닌 비용의 경우는 환자에게 해당 진료비를 직접 청구할 수 있다.

13) 직불치료비는 교통사고 이후 대인접수(지급보증)가 이루어지기 전에 피해자가 자비로 치료받는 경우와 단독사고의 상해를 치료받는 경우에서 발생할 수 있는데, 직불치료비와 관련한 건강보험 급여제한은 고의 중과실 사고의 한 가지 유형으로 볼 수 있음. 그러나 여기서는 가독성 제고를 위해 별도로 구분함

〈표 II-6〉 직불치료비 현황

(단위: 원)

구분	2019	2020	2021	2022	2023
상해급수 1~4급					
1인당 직불치료비	3,145,323	2,477,933	1,983,069	1,556,641	1,168,165
대인배상 부상 건수 대비 비중	0.2%	0.2%	0.2%	0.1%	0.1%
대인배상 부상보험금 대비 비중	2.0%	1.8%	1.4%	1.2%	1.1%
상해급수 5~7급					
1인당 직불치료비	1,035,937	945,580	829,797	730,630	589,633
대인배상 부상 건수 대비 비중	32.9%	32.7%	31.5%	30.5%	28.0%
대인배상 부상보험금 대비 비중	2.0%	1.8%	1.6%	1.4%	1.1%
상해급수 8~11급					
1인당 직불치료비	597,511	562,710	494,880	426,005	272,079
대인배상 부상 건수 대비 비중	16.3%	15.3%	14.3%	14.1%	15.0%
대인배상 부상보험금 대비 비중	2.0%	1.7%	1.4%	1.2%	1.0%
상해급수 12~14급					
1인당 직불치료비	16,220	16,341	15,697	14,637	11,206
대인배상 부상 건수 대비 비중	9.5%	9.0%	8.5%	8.2%	9.3%
대인배상 부상보험금 대비 비중	0.98%	0.90%	0.80%	0.71%	0.61%

자료: 보험개발원

직불치료비와 관련한 법적 분쟁 이슈는 두 가지가 있는데, 하나는 교통사고 상해와의 관련 여부이고 두 번째는 건강보험공단 구상권 대상 여부이다. 먼저 교통사고 상해와의 관련성을 보면, 환자(피보험자)가 청구한 직불치료비를 보험회사가 환자에게 지급한 후 보험회사가 의료기관에게 진료비의 일부가 부당하다고 반환 소송을 제기한 사건이 있다. 이 사건에서 법원은 지급보증 대상이 아니고 환자가 직불치료비를 지급받은 것이기 때문에 보험회사의 주장을 받아들이지 않았다.<sup>14)</sup> 청주지법(2013. 2. 19. 선고 2012나3693 판결)의 판례는 직불치료비가 상해회복과 무관하여도 의료기관이 보험회사에 진료수가 지급청구를 하지 않은 경우에는 자동차보험 진료수가 심사대상이 아니라고 결정한 사례이다. 단독사고로 피해자가 염좌 등의 상해로 약 1달간 입원 및 통원치료를 받았는데, 이 과정에서 피해자는 상해회복과는 무관한 것으로 보이는 시술을 별도로 받고 피해자는 치료비를 의료기관에 직접 지불하였다. 이에 보험회사는 피해자에게 직불치료비를 보상하고 자동

14) 의협신문(2012. 3. 7), “자보험자 직불치료비 분쟁..병원 ‘한판승’”

차보험 진료수가분쟁심의회를 통하여 치료의 적절성에 대해 이의를 제기하여 환자에게 보상한 직불치료비의 반환을 청구하였으나 법원은 병원이 보험회사에 진료수가 지급청구를 하지 아니하고 교통사고 환자에게 직접 치료비를 청구하여 지급받은 경우는 심사청구의 대상이 될 수 없다고 판단, 반환 청구를 기각하였다.<sup>15)</sup>

직불치료비의 구상금 대상 여부와 관련하여 대법원은 피고(보험회사)가 주장한 구상금 가운데 비급여 대상 치료비와 합의금은 건강보험 급여와 상호보완적이지 않기 때문에 구상권 대상에 포함될 수 없다는 점을 받아들였다(대법원 2022. 2. 10. 선고 2021다26117 판결). 이 판결은 국민건강보험공단이 교통사고 피해자에게 요양급여를 지급하고 가해자의 보험회사에 대해 구상금을 청구한 사건에서 구상금 산정에서 가해자가 피해자에게 보성한 합의금은 공제해야 한다는 것으로 건강보험 급여제한 구상금의 범위에 대한 다툼을 보여주는 사례이다.<sup>16)</sup>

## 2) 향후치료비

향후치료비는 자동차손해배상보장법이나 표준약관에는 명시적으로 규정되지 않았지만 소송 실무에서 규정되는 보상항목으로, 법원 판결에서는 중상해 환자 치료비의 한 가지 종류(기왕치료비와 향후치료비)로 인식되는 것으로 보인다. 향후치료비 지급 기준은 필요성<sup>17)</sup>, 손해와의 인과관계 판단, 진료수가<sup>18)</sup>에 대한 법원 판결을 기준으로 삼는다.

15) 청주지법 2013. 2. 19. 선고 2012나3693 판결

16) 교통사고 과실비율 90%인 가해자가 자동차보험이 아닌 건강보험으로 치료를 받았고, 과실비율 10%인 피해자는 가해자에게 비급여 치료비 등 직불치료비와 합의금을 배상하였음. 이후 건강보험 급여 구상권 청구 소송에서 비급여 치료비와 합의금 제외 여부가 다툼이 되었음

17) 대법원 1988. 4. 27. 선고 87다카74 판결은 전치 7주간의 안면부 및 흉부 다발성 열창 및 우쇄골골절상을 입은 교통사고 피해자가 제기한 소송에서 원심은 완치가가능성이나 증상의 호전이 기대될 때 향후치료비의 필요성이 인정된다고 판단하였으나 증상의 악화방지를 위해서도 향후치료가 필요하다고 하였음. 그리고 향후치료비는 불법행위와 상당 인과관계가 있는 범위에서만 배상청구가 가능하다고 판시하였고, 인과관계의 범위를 정할때는 부상의 정도, 치료, 내용, 회수, 의료사회 일반의 보편적인 치료비 수준(특히 의료보험 수가) 등 제반사정을 고려할 필요가 있다고 하였음

18) 향후치료비 산정에 적용하는 진료수는 자동차보험 진료수가인데, 이는 자동차손해배상보장법 제2조 제7호 다목 때문임. 이 항목은 자동차보험 진료수를 정의하면서 “교통사고환자에 대한 배상(제30조에 따른 보상을 포함한다)이 종결된 후 해당 교통사고로 발생한 치료비를 교통사고환자가 의료기관에 지급하는 경우”도 포함하는 것으로 규정하는데, 그 이유에서는 “교통사고환자에 대한 보상이 종결된 후 해당 교통사고로 인하여 발생한 치료비를 교통사고 환자가 의료기관에 지급하는 경우에도 자동차보험 진료수를 적용하도록 함으로써 교통사고환자와 의료기관 사이의 진료비 분쟁을 방지하기 위함” 이라고 밝히고 있음. 그러나 보험회사의 지급보증 없거나 손해배상 소송일 경우, 자동차보험 적용을 못 받는 경우에 대한 법원 판결은 향후치료비를 일반수가로 적용하고 있음(대법원 2017.8.29. 선고 2016다265511 판결)



자동차보험 향후치료비는 상해급수 1~11급까지의 중상해 환자와 상해급수 12~14급 경상환자에 대해 다르게 적용되는 것으로 보인다. 중상해 환자에 대한 향후치료비는 손해배상금 산정 후 또는 변론 종결 후부터 향후에 필요하다고 예상되는 치료비로 부상이 치유된 후 남아있는 흉터 등을 제거하는 성형 수술비, 골절 고정에 사용된 보조구 비용, 금속 제거 수술비 등이다. 소송 대상이었던 상해의 대부분은 중상해이다.

이에 반해 경·요추염좌 및 긴장, 타박상이 대부분인 경상환자의 향후치료비가 법원에서 인정된 사례는 찾아보기 어렵다. 개에게 물리거나 미끄러지면서 발생한 염좌 및 긴장에서 상해의 원인과 치료비의 상당성을 근거로 향후치료비를 인정하지 않은 판결들이 있다.<sup>19)</sup> 이러한 판결에 유추해보면, 자동차보험 경상환자에 대한 향후치료비는 치료에 필요한 비용이라기보다는 '합의 시점에서 장래에 소요될 것으로 예상되는 치료비를 객관적이고 합리적으로 추정한 금액' 혹은 '선지급한 치료비'의 개념으로 자동차보험 합의금 역할을 하고 있는 것으로 보인다. 즉, 향후치료비가 합의금으로 치료를 종결하여 미래의 손해액 발생 위험을 줄이는 프리미엄 역할을 하는 것으로 볼 수 있다. 합의하지 않고 앞으로 발생할 수 있는 치료비를 보상하는 것과 프리미엄을 주더라도 합의 종결하는 것을 비교하면 보험회사 입장에서는 프리미엄을 주더라도 합의하는 것이 유리하다는 것이다.

다음의 <표 II-7>은 2019년부터 2023년까지 상해급수별 1인당 향후치료비, 치료비 건수 대비 향후치료비 건수 비중, 치료비 대비 향후치료비 비중을 보여준다. 상해급수 1~4급의 1인당 향후치료비는 2019년 963만 원에서 2023년 728만 원으로 줄어들고 있는 반면 상해급수 5~7급의 경우 463만 원에서 494만 원으로 높아졌고 상해급수 8~11급은 160여만 원, 상해급수 12~14급은 90만 원 내외 수준이다. 치료비 건수 대비 향후치료비 건수 비중은 경상환자를 제외하고는 모두 80% 후반 수준이다. 중상해 환자 10명 중 8명이 향후치

19) 저자들의 조사에 따르면 대법원 판결(1960. 3. 17. 선고 4292민상92 판결)은 전치 3주가 필요한 타박상임에도 4개월 이상 1년에 걸친 치료비의 상당성을 인정하지 않았는데, 이는 손해배상의 범위가 불법행위와 상당인과 관계가 있는 손해에 한한다고 해석한 사례로 경상환자에 대한 과도한 치료를 인정하지 않은 판결임. 교통사고로 인한 염좌는 아니지만 개에게 물려 넘어지면서 요추의 염좌 및 긴장의 상해를 입은 피해자가 치료비 95,800원(의과: 15,100원, 한방: 80,700원), 성형수술비, 정신과 치료비, 향후치료비, 휴업손해와 정신적 손해를 청구하는 소송을 제기하였음. 여기서 법원은 치료비와 정신적 손해만을 인정하였음(서울남부지방법원 2023. 5. 30. 선고 2022가단12181 판결). 판결은 요추의 염좌 및 긴장은 2주간의 치료가 필요한 상태에 불과하기 때문에 원고가 주장하는 향후치료의 필요성을 인정하기 어렵다고 판단하였다. 2015년 겨울, 낙상사고로 인한 경추 및 요추의 염좌, 우손목관절 염좌 등의 상해를 입은 피해자가 제기한 손해배상 소송(서울중앙지법 2015가단5120546 손해배상(기))에서 피해자는 일실수입, 치료비, 위자료, 정신의학과 부분의 향후치료비 등을 청구하였음. 원고는 정신의학과 부분의 향후치료비로 639,000원을 청구하였지만 법원은 향후치료가 필요한 기간을 명시한 신체감정축적 결과에 근거하여 인정하지 않았음

료가 필요하다고 인정되는 반면 경상환자는 10명 중 9명이 향후치료가 필요하다는 것인데, 앞에서 살펴본 판례와는 다른 결과이다. 치료비 대비 향후치료비 비중은 상해급수 1~4급의 경우 40~50%, 5~11급은 70~80%로 치료비보다 적은 수준으로 지급되는 데 반해, 경상환자의 경우 125% 내외 수준이다. 이는 중상해 환자에게 향후치료비는 기왕치료비보다 적게, 경상환자에게는 기왕치료비의 20~30%를 추가로 보상하는 결과이다.<sup>20)</sup>

〈표 II-7〉 자동차보험 향후치료비 현황

(단위: 원)

구분	2019	2020	2021	2022	2023
상해급수 1~4급					
1인당 향후치료비	9,637,175	8,613,161	8,348,792	7,868,614	7,280,672
치료비 건수 대비 향후치료비 비중	83%	84%	86%	87%	85%
치료비 대비 향후치료비 비중	43%	41%	42%	46%	54%
상해급수 5~7급					
1인당 향후치료비	4,627,381	4,707,229	4,772,473	4,895,931	4,936,340
치료비 건수 대비 향후치료비 비중	83%	84%	86%	87%	85%
치료비 대비 향후치료비 비중	73%	75%	75%	79%	89%
상해급수 8~11급					
1인당 향후치료비	1,679,160	1,681,349	1,726,080	1,846,279	1,636,345
치료비 건수 대비 향후치료비 비중	87%	87%	89%	89%	93%
치료비 대비 향후치료비 비중	80%	78%	76%	81%	86%
상해급수 12~14급					
1인당 향후치료비	820,085	886,303	931,032	990,207	902,448
치료비 건수 대비 향후치료비 비중	94%	94%	94%	95%	95%
치료비 대비 향후치료비 비중	137%	130%	125%	124%	128%

자료: 보험개발원

경상환자에 대한 향후치료비는 합의금 역할을 하기 때문에 국민건강보험 급여제한에 해당한다. 국민건강보험법 제58조 제2항은 건강보험으로 치료를 받은 환자가 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 경우 공단은 배상액 한도에서 보험 급여를 하지 아니한다고 규정한다. 이 규정에 따르면 향후치료비 수령 시 동일한 상병에 대해 건강보험 치료가 제한되고, 건강보험공단은 ‘합의 후 수급’, 즉 부당이득으로 환수할 수 있다. 그리고 부당이득 환수

20) 자동차보험에서 향후치료비는 치과향후치료비, 성형향후치료비, 외과향후치료비로 구성됨

금액 한도를 향후치료비 금액이 아닌 수급권자가 제3자로부터 받은 배상액 전부로 보기 때문에 향후치료비 등 전체 합의금(기타손해배상금, 휴업손해, 위자료 등을 포함)으로 간주한다. 따라서 현재와 같이 향후치료비로 완치 전 합의를 유도한다면, 피해자들은 합의 후 건강보험으로 나머지 치료를 받을 수 있는데 이러한 진료 건들은 모두 환수대상에 해당하게 된다.

자동차보험 환자들 가운데 합의 후 건강보험으로 치료받는 환자들의 규모에 대한 선행연구는 저자들이 찾아본 바에 따르면 김진현 외(2017)가 유일하다. 김진현 외(2017)는 2006년부터 2016년까지 자료를 분석하였는데 합의 후 건강보험으로 진료받은 자동차보험 건수가 42,157건, 환자 수는 2,524명이다. 김진현 외(2017)의 연구는 자동차보험 합의금을 받은 후 건강보험으로 진료를 받은 환자들이 있다는 점을 보여준다.

〈표 II-8〉 부당이득 결정건의 사고유형별 진료비 현황

(단위: 건, 일, 원)

사고유형	진료건수	건당 내원일수	건당 진료비		
			계	공단부담금	본인부담금
교통사고(개인)	13,983	2.7	208,259	152,987	55,001
교통사고(민간보험)	28,174	3.9	306,236	227,924	77,760
산재보험	7,459	2.6	197,500	145,723	51,242
폭행(개인)	17,890	2.4	193,119	142,034	49,335
화재	241	2.3	152,015	113,316	38,684
기타	11,500	3.0	248,226	185,540	62,283

자료: 김진현 외(2017)

교통사고(민간보험) 피해자들의 진료비는 산재보험, 화재 사고, 개인간 폭행 사고에 비해 가장 높은 것으로 나타났는데, 교통사고(개인)에 비해서도 높은 것으로 나타났다. 교통사고(개인)은 개인 간 합의가 일어난 사고인데 종합보험에 가입하지 않고 책임보험에만 가입한 경우로 볼 수 있고, 교통사고(민간보험)은 종합보험에 가입하고 합의한 경우이다.

종합보험에 가입한 경우 같은 교통사고라도 내원일수가 길고 건당 진료비가 더 높다. 저자들은 이러한 현상을 “자동차보험 종합보험이 합의금을 매개로 자동차보험회사에 조기 합의를 유도하여 국민건강보험으로 진료비를 전가하는 것이 아닌가 하는 추측을 가능하게 한다”고 평가한다.

자동차보험에서 빈번하게 관측되는 S, T 상병에 국한하여 집계한 자동차보험 향후치료비 수령 인원과 금액, 그리고 자동차보험과 동일상병으로 진료받은 건강보험 진료인원과 금액을 비교한 결과를 <표 II-9>에 제시하였다.

<표 II-9> 향후치료비와 동일한 주상병에 대한 건강보험 진료내역

(단위: 명, 백만 원, %)

구분 (사고일 기준)	향후치료비(A)		주상병 일치하는 건강보험 진료(B)		A/B	
	인원	금액	인원	공단부담금	인원	금액
2019	1,543,616	644,495	562,192	116,186	36.4	18.0
2020	1,401,505	555,929	455,686	91,644	32.5	16.5
2021	1,422,017	482,836	382,213	72,041	26.9	14.9
2022	1,406,412	359,376	271,120	45,978	19.3	12.8
2023	329,048	48,190	44,232	6,936	13.4	14.4

주: 1) 연도별 차이는 피해자 단위로 집계해서 사고발생일이 과거일수록 누적 진료건수가 많기 때문임

2) 건강보험 진료내역은 KCD 질병분류코드의 S, T 상병을 대상으로 함

자료: 국민건강보험공단

2019년 154.3만 명이 향후치료비를 받았고 금액은 6,444.9억 원이다. 향후치료비를 받은 (합의 후) 인원 가운데 건강보험으로 치료를 받았을 수 있는 인원은 2019년 56만 2천여 명, 2020년 140.1만 명 가운데 45.5만 명으로 볼 수 있다. 한편, 금액 비율의 경우 2019년부터 2021년까지 코로나 시기를 제외하고는 13~14% 수준이다. 이 비율은 자동차보험에서 향후치료비를 받은 교통사고 환자가 건강보험에서 급여를 받을 가능성이 금액 기준으로는 14% 내외라는 것으로, 자동차보험 환자 4명 가운데 1명, 건강보험 급여(공단부담금) 100만 원 중에 15만 원이 부정수급일 수 있다는 것이다.<sup>21)</sup>

21) 건강보험공단의 부당이득 환수 사례를 보면 2018년 8월 23일에 선고된 기타징수금납부고지처분취소청구건에서는 보행자가 트럭에 치인 상해(과실비율: 보행자 30%, 트럭 70%)에서 가해자의 보험회사에서 향후치료비 등 치료관계비 1,400만 원(기왕치료비 2,048,110원, 향후 외과치료비 300만 원, 향후 성형치료비 500만 원, 향후 소요비용 3,951,890원)을 합의금으로 받았으나 피해자는 합의 후 병원에서 건강보험 급여를 20차례, 보험급여 3,677,900원을 받았음. 이에 국민건강보험공단은 국민건강보험법 제58조 2항, 제57조, 민법 제755조에 따라 기타징수금(부당이득금) 납부고지처분을 하였음. 1심 판결은 국민건강보험공단이 원고(피해자)를 상대로 향후치료비 합계 800만 원의 한도 내에서, 원고에게 지급한 보험급여 3,677,900원 전액을 부당이득금으로 징수할 수 있다고 판단하였음. 이에 원고는 보험급여 전액을 징수하는 것은 부당하다고 항소하였고 대법원은 가해자의 책임비율(과실비율)에 해당하는 금액으로 징수금액을 한정하는 것이 타당하다고 판결하였음(대법원 2021. 3. 18. 선고 2018다287935 전원합의체 판결). 그리고 환승심에서 원고에게 지급한 보험급여 3,677,900원의 70%가 타당하다고 판결하였음. 이 판결은 피해자가 가해자 보험회사로부터 받은 향후 외과치료비와 향후 성형치료비가 피해자 상병인 '비골 골절'을 동반한 경골 몸통의 골절'의 향후치료를 위한 비용으로 인정하여 국민건강보험공단의 요양금

요약하면 향후치료비 등 합의금을 받은 후 건강보험 요양급여를 받는 경우가 있고, 자동차보험이 건강보험 재정누수를 초래할 수 있다. 이러한 주장은 2000년대 초반부터 언론 기사에서 찾을 수 있는데, 이는 의료계와 건강보험공단이 향후치료비를 선지급한 치료비로 보기 때문에 제기된 것으로 보인다.<sup>22)</sup>

### 3. 요약

자동차보험 진료수가가 건강보험보다 높은 이유로 의료업계는 자동차보험 환자의 특수성(외상성, 응급성, 장기성, 손해배상 등)을 들고 있는 반면, 자동차보험 업계는 자동차보험 환자의 특수성은 상대가치점수제에 반영되어 있기 때문에 두 보험의 진료수가 차이는 없어야한다고 주장한다.

건강보험 1인당 공단부담금 대비 자동차보험 1인당 치료비 비율로 측정한 건강보험과 자동차보험의 진료비 차이는 경상환자의 경우 2.1배에서 2.7배로 나타났고 상해급수 1~7급의 중상해 환자의 경우 4배로 나타났다. 본인부담금을 제외한 이유는 자동차보험과 건강보험의 보험금을 비교하기 위함이다. 건강보험 환자의 교통사고 상해 치료비에는 비급여 진료비 등이 포함되어 있는데 이를 고려한, 보다 현실적인 건강보험 치료비는 다음 장에서 분석한다.

건강보험 급여제한과 관련해서 직불치료비와 향후치료비가 분쟁 대상이 될 수 있다. 직불치료비는 상해와의 연관성, 구상권 대상 여부 등에서 분쟁 소지가 있는데, 상해와의 연관성 입증 필요해보인다. 합의 후 지급보증이 종료된 후에는 향후치료비가 부당이득 환수 대상이 될 수 있다. 향후치료비를 받고 피해자가 건강보험 급여로 교통사고 상병 치료를 받은 경우 환자에 대한 급여는 부당이득이 된다. 특히 경상환자의 경우 향후치료비가 상해와 관련성이 낮은 합의금 역할을 하고 금액을 확인할 수 없기 때문에 교통사고로 인한

---

여와 상호대응관계에 있다고 판단하였음. 따라서 손해배상금으로 받은 향후치료비가 건강보험 급여와 대응하여 향후치료비를 받은 이후 건강보험 급여를 받은 경우, 건강보험 급여는 부당이득이 됨. 이러한 판단에는 향후치료비가 앞으로 발생할 '장래의 치료비'이기 때문에 손해배상에 적용된 과실비율의 적용을 받게되어 합의 후(혹은 변론종결 이후) 소요된 치료비도 이미 배상받았다고 보기 때문으로 보임(서울고등법원 2014. 7. 15. 선고 2014누40076 판결)

22) 메디컬타임즈(2003. 9. 6), "자보 '향후치료비', 건보재정누수 논란"

후속진료로 의심(결정)되는 진료 건은 한도나 기간 제한 없이 부당이득으로 환수결정될 수 있다.

〈표 II-10〉 건강보험 급여제한 관련 판례

구분	판결	주요 내용
고의 및 중과실 사고	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 대법원 2010. 6. 10. 선고 2010도 1777 판결</li> <li>• 중대한 과실 여부 판단(2021구합 64566부당이득금 징수 취소처분)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 타인의 폭행으로 상해를 입었지만 이 경우는 건강보험 치료 대상이 아니라는 점을 인지한 후 자신의 잘못으로 상해를 입었다고 거짓말하여 건강보험으로 치료(261,590원)를 받아 사기죄로 기소됨</li> <li>• 대법원은 고의 또는 중대한 과실로 인한 '자신의' 범죄 행위가 주된 원인인 경우에 한하여 급여제한 사유 요건으로 판단, 무죄를 선고함</li> </ul>
직불치료비	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자동차 상해와 관련성 이슈 및 건강보험 구상권 여부(청주지법 2013. 2. 19. 선고 2012나 3693 판결)</li> <li>• 대법원 2022. 2. 10. 선고 2021다 26117 판결</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 단독사고로 인한 염좌상해로 1달간 입원 및 통원치료를 함               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상해회복과는 무관한 시술에 대해 피해자가 치료비 직접 지불, 보험회사 보상</li> <li>- 보험회사는 분심위에 이의 제기하였으나 심사청구 대상이 아니라는 판결</li> </ul> </li> <li>• 보험회사는 직불치료비 가운데 비급여 치료비와 합의금이 건강보험 급여와 상호보완적이지 않기 때문에 구상권 대상에 포함될 수 없다고 주장하였으나 법원은 이를 기각함</li> </ul>
향후치료비	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 중상해 환자의 향후치료비는 인정</li> <li>• 경상환자 향후치료비 불인정 사례: 1960. 3. 17. 선고 4292민상92 판결, 서울남부지법 2023. 5. 30. 선고 2022가단12181 판결</li> <li>• 부당이득(합의 후 수급): 김진현 외(2017), 대법원 2021. 3. 18. 선고 2018다287935 판결</li> <li>• 중상해 환자에 대해 선지급한 치료비로 인식되는 경향이 있음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 전치 3주가 필요한 타박상임에도 4개월 이상 1년 치료, 상당성 인정 없음</li> <li>• 개물림 및 낙상 사고에서 향후치료비 인정 없음: 요추의 염좌 및 긴장은 2주간의 치료가 필요한 상태에 불과하기 때문에 향후치료의 필요성 인정이 어렵다고 판단함</li> <li>• 보행자 트럭 사고(과실비율 30:70)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 향후치료비 1,400만 원을 보상받은 후 보험급여 3,677,900원을 받은 사고에서 부당이득금 환수 관련 다툼(과실비율 적용)</li> </ul> </li> </ul>

### Ⅲ

## 자동차·건강보험 진료수가 차이의 사회적 비용

여기서는 교통사고 환자의 주요 상해인 염좌 및 긴장을 건강보험으로 치료 받는 경우와 자동차보험으로 치료 받는 경우를 비교한다. 자동차보험 환자의 대부분이 염좌 및 긴장, 타박상 등 경상환자이고 건강보험에서도 염좌 및 긴장이 다빈도 상병으로 분류되기 때문이다. 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 양방(의과) 및 한방치료 현황은 자동차보험 환자가 건강보험으로 치료받는 경우로 볼 수 있는 한편, 건강보험으로 치료받을 수 있는 자동차보험 진료(건강보험 환자의 자동차보험 치료)현황은 자기신체사고 환자의 진료현황을 볼 수 있다. 자기신체사고보험의 주요 사고유형인 차대차사고와 단독사고를 구분하여 검토한다. 건강보험 진료 현황 분석을 통한 염좌 및 긴장 환자에 대한 진료 현황 파악은 자동차보험 환자들이 건강보험으로 치료받을 경우의 비급여 진료비 추산에 도움을 줄 수 있다. 자동차보험 환자가 건강보험으로 치료받을 경우 부담하는 비급여 진료비 추산은 자동차보험과 건강보험의 치료비 차이의 정확도를 높일 수 있다. 건강보험 진료현황은 국내 대형손해보험회사가 2021년부터 2023년까지 보상한 장기보험 환자들의 건강보험진료비 세부내역서(이하 ‘명세서’라 함)를 분석하여 파악한다.

### 1. 건강보험 진료 현황

#### 가. 개요

자동차보험 다빈도상병인 요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S33), 목부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S13), 발목 및 발 부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S93), 견갑대의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S43), 손목 및 손부위의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장(S63)에 대한 의과 및 한방 급여비용을 다음의 <표 III-1>에 제시하고 있다.

요양급여비는 비급여를 제외한 급여비(보험자부담금 혹은 공단부담금)와 환자 본인부담금을 합한 금액이다. 입원과 외래(통원) 진료 인원, 환자 1인당 급여비, 일당 급여비 등을 보면 먼저 입원의 경우, 각 신체 부위별 염좌 및 긴장 환자들은 10일 내외의 기간 동안 입원을 하는 것으로 보이는데 한방 입원일수가 더 길다. 반면 입원인원의 경우 한방보다 의과에서 더 많은 것으로 나타났다. 일당 요양급여비용은 12만 원에서 32만 원 사이에 분포하고, 일당급여비(본인부담금 제외)가 8만 원에서 22만 원 사이에 분포하는 것으로 나타나 본인부담금은 약 3만 원 내외로 추산된다.

외래진료의 경우 일당 요양급여비용은 3.1만 원에서 4.5만 원, 일당 급여비는 2.3만 원에서 3.1만 원 사이에 분포하는데 양방(의과)과 한방 모두 유사하다. 외래진료 인원은 한방보다 양방(의과)에서 더 많은 것으로 나타났고 S33에서 S63까지 여섯 가지 상병 외래진료 인원은 자동차보험 경상환자 규모인 150여만 명보다 크다. 그리고 외래진료일수는 1.9일에서 4.4일로 나타났다.

〈표 Ⅲ-1〉 염좌 및 긴장 환자에 대한 진료와 건강보험 급여 현황

(단위: 명, 일, 원)

구분	상병	진료과목	진료인원	1인당 입원/ 내원일수	건당 급여비	일당 요양급여비용	일당 급여비	
입원	S33	한방	17,650	13.2	965,008	118,590	84,920	
		의과	32,317	4.8	619,712	144,654	108,166	
	S13	한방	2,915	10.8	851,039	128,845	91,852	
		의과	29,395	9.3	2,499,448	320,390	222,085	
	S83	한방	2,581	15.7	1,123,308	124,529	90,029	
		의과	29,395	9.3	2,499,448	320,390	222,085	
	S93	한방	1,896	13.6	975,964	127,608	92,620	
		의과	19,192	8.3	1,183,676	225,818	166,100	
	S43	한방	1,321	11.5	858,844	127,764	91,797	
	외래	S33	한방	1,012,919	3.8	22,897	36,188	25,498
			의과	1,157,046	2.5	44,971	44,975	31,574
		S13	한방	455,244	3.2	27,707	41,164	27,708
의과			486,007	2.4	44,190	44,195	30,811	
S83		한방	173,549	4.4	23,378	31,509	23,378	
		의과	470,691	2.7	40,965	40,983	26,858	
S93		한방	410,461	3.5	23,558	32,452	23,558	
		의과	1,115,354	2.2	42,696	42,701	28,849	
S43		한방	270,119	4.0	24,764	34,372	24,764	
S63		한방	210,343	3.4	23,510	32,452	23,510	
		의과	831,145	1.9	40,362	40,367	27,756	

주: 100대 다빈도상병에 포함된 상병 기준임  
 자료: 건강보험심사평가원(2023)



## 나. 한방진료

건강보험 한방진료 환자들의 진료비 현황을 검토하기 위해 국내 대형손해보험회사의 건강보험진료비 세부내역서(이하 '명세서'라 함)를 분석하였다.<sup>23)</sup> 2021년부터 2023년까지 발생한 장기보험 지급사례 가운데 한방병원, 한의원에서 염좌·긴장으로 치료받은 504,078건을 추출하였다. 명세서는 환자 1명의 하루, 혹은 특정 기간 동안 외래 및 입원 진료비를 급여, 비급여, 본인부담금으로 구분하고 있는데, 이를 환자 단위로 전환하여 분석하였다.

환자 수는 70,833명으로 여성의 비중이 54%이고 평균 연령은 46세이다. 입원 환자는 13,474명이고 통원(외래) 환자는 57,359명인데, 1인당 진료비는 통원 환자의 경우 66만원, 그리고 입원 환자는 328만 원으로 나타났다. 입원과 통원을 모두 합한 진료비는 115.6만 원, 진료(실)일수는 11일로 나타났다. 진료비 대비 비급여 비중은 입원일 경우 18.8%, 통원은 30.3%로 통원에서 더 높게 나타났고, 자기부담금과 공단부담금의 합인 요양급여 대비 비급여 비중은 약 32%이다.

〈표 Ⅲ-2〉 염좌 및 긴장 환자에 대한 건강보험 한방진료 현황(2021~2023년)

(단위: 명, 일, 세, 원)

구분	진료유형		합계
	입원	통원	
표본 수	13,474	57,359	70,833
진료(실)일수	23.0	8.5	11.0
평균 연령	50	45	46
1인당 진료비	3,275,449	658,312	1,156,150
1인당 비급여	615,820	199,194	278,445
1인당 자기부담금	169,195	742,066	278,168
1인당 공단부담금	289,924	1,917,563	599,537
진료비 대비 비급여 비중	18.8%	30.3%	24.1%

자료: 국내 대형손해보험회사

명세서의 95.3%가 하루에 치료받은 명세서인데 한의원과 한방병원 대부분이 진료비 청구를 하루 단위로 하는 것으로 보인다. 한의원이나 한방병원을 내원한 염좌 및 긴장 환자 1

23) 한방진료의 경우 1999년부터 자동차보험 진료수가 적용을 받기 시작하였는데, 건강보험 비급여 항목인 ① 첩약과 탕전료, ② 복합엑스제와 파스, ③ 약침, ④ 경피경근온열요법, 경피적외선조사요법, 경피경근한냉요법을 제외한 한방물리요법 등을 자동차보험에서 보상함. 송윤아 외(2017)에 따르면 2016년 기준 건강보험에 등재된 의료 행위 6,546개 항목 가운데 한방진료는 256개에 불과한데, 이 가운데 급여가 240개, 비급여는 16개임

명의 1일당 통원 진료비는 약 7.0만 원(입원의 경우 20.2만 원)인데 이 가운데 비급여 진료비가 약 30%인 2.2만 원(입원의 경우 24%인 4.7만 원) 내외로 나타났다. 한의원과 한방병원의 진료행태는 다르게 보이는데 한방병원에서 입원 건수가 한의원에 비해 많다(〈표 III-3〉 참조). 한방병원은 입원 건수가 22,539건으로 전체 입원 25,152건 대비 90%인 반면 한의원은 입원 건수가 2,613건으로 전체 건수에 비해 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 한방병원 입원 환자의 경우 한의원 입원 환자에 비해 진료비, 공단부담금, 자기부담금 등이 높지만 비급여는 큰 차이가 없다.

〈표 III-3〉 한의원과 한방병원의 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 1일당 진료 현황

(단위: 건, 원)

구분		통원	입원	합계
한의원	표본 수	416,308	2,613	418,921
	진료비	68,286	160,437	68,861
	공단부담금	29,946	82,093	30,271
	자기부담금	18,320	31,182	18,400
	비급여	20,021	47,162	20,190
한방병원	표본 수	38,927	22,539	61,466
	진료비	91,640	207,049	133,959
	공단부담금	31,875	115,510	62,543
	자기부담금	23,780	43,625	31,057
	비급여	35,985	47,915	40,359
합계	표본 수	455,235	25,152	480,387
	진료비	70,283	202,207	77,190
	공단부담금	30,111	112,038	34,400
	자기부담금	18,787	42,332	20,019
	비급여	21,386	47,836	22,771

자료: 국내대형손해보험회사

통원 진료비는 한의원이 한방병원에 비해 2.3만 원 정도 낮은 것으로 나타났고 한방병원의 입원 진료비는 한의원에 비해 4만 원 정도 높게 나타났다. 입원환자 비중과 진료비를 보면 한방병원은 입원 환자에 대한 진료에서 더 많은 수익을 얻는 것으로 보인다.

건강보험 염좌·긴장 환자들의 진료비를 계약 여부로 나누고 자동차보험 환자와 구분하여 비교하였다(〈표 III-4〉 참조).

〈표 III-4〉 건강보험과 자동차보험 한방첩약 여부에 따른 1일당 진료비

(단위: 건, 원)

구분		첩약 없음	첩약 있음	합계
건강보험	표본 수	455,628	24,759	480,387
	비중	(94.8%)	(5.2%)	-
	진료비	69,658	215,809	77,190
	공단부담금	33,244	55,679	34,400
	자기부담금	19,621	27,341	20,019
	비급여	16,792	132,788	22,771
자동차보험	한방진료비	68,367	418,100	125,632
	비중	(83.6%)	(16.4%)	-

주: 자동차보험 한방진료비는 2021년부터 2023년까지 건당 진료비의 평균임

자료: 국내대형손해보험회사

첩약 여부를 기준으로 비교하면 자동차보험 환자와 건강보험 환자의 진료비 차이가 크게 나타난다. 첩약이 처방된 환자의 1일당 진료비는 21.5만 원이지만 첩약 처방 없는 경우는 6.9만 원으로 나타났다. 첩약이 비급여이기 때문에 진료비는 13.2만 원으로 첩약 처방을 받지 않은 경우 1.6만 원의 8배 가깝게 높다. 자동차보험 한방진료비는 첩약이 없는 경우 6.8만 원, 첩약이 있는 경우에는 41.8만 원으로 나타났는데, 첩약이 없는 경우의 진료비는 건강보험과 자동차보험이 유사하지만 첩약이 있는 경우에는 자동차보험이 건강보험에 비해 2배 이상 높다.<sup>24)</sup>

#### 다. 양방(의과)진료

전술한 한방진료와 유사하게 2021년부터 2023년까지 국내 대형손해보험회사의 건강보험 양방(의과) 명세서에서 추출하였다. 아래의 〈표 III-5〉는 추출된 명세서 20,274건에서 의료기관 종별 기준으로 입원 및 통원 환자의 하루 진료비 청구서 19,720건(97.3%)을 분석한 결과이다. 통원 환자의 명세서가 19,253건으로 대부분을 차지하고 입원환자의 명세서는 2.4%에 불과하다.

24) 대형 한방병원 12개의 자동차보험과 건강보험 초진 및 재진 환자에 대한 처방내역과 세트청구 분석은 〈부록 II〉를 참조 바람

〈표 Ⅲ-5〉 염좌 및 긴장 환자의 양방(의과) 1회 입원 및 통원치료 현황

(단위: 원)

구분	상급종합	종합병원	병원	의원	합계
통원: 19,253건					
진료비	166,084	122,702	139,072	123,727	127,021
자기부담금	64,240	36,708	17,236	16,947	18,554
공단부담금	55,820	36,710	24,205	37,398	35,268
비급여	46,025	49,277	97,631	69,381	73,200
비중	(28%)	(40%)	(70%)	(56%)	(58%)
입원: 467건					
진료비	416,314	387,069	991,146	344,196	586,734
자기부담금	165,203	81,568	35,551	36,484	45,464
공단부담금	236,735	125,470	124,082	91,911	112,343
비급여	14,377	180,031	831,513	215,801	428,927
비중	(3.5%)	(47%)	(84%)	(63%)	(73%)
합계: 19,720건					
진료비	180,855	136,585	179,164	127,159	137,908
자기부담금	70,199	39,063	18,098	17,252	19,191
공단부담금	66,499	41,379	28,904	38,247	37,093
비급여	44,157	56,143	132,162	71,660	81,624
비중	(24%)	(41%)	(74%)	(56%)	(59%)

주: 1회(하루) 진료비명세서 기준임

자료: 국내대형손해보험회사

통원의 경우 1회(일) 진료비는 평균 12.7만 원이고 비급여 진료비는 평균 7.3만 원으로 진료비의 58%를 차지한다. 자기부담금과 공단부담금의 합계인 요양급여는 53,822원으로 진료비의 42.4%로 나타났다. 입원 사례는 많지 않지만 비급여 진료비가 42.8만 원으로 진료비 58.6만 원의 73.1%로 통원보다 높게 나타났다. 입원과 통원 함께 기준으로 비급여는 1회당 8.1만 원으로 진료비의 59%를 차지하는데, 입원과 통원의 요양급여 합계(56,284 원) 대비 비급여 진료비 비중은 145%로 한방에 비해 4배 가깝게 높다.

종별 의료기관 기준으로 보면 통원의 경우 상급종합병원에서 1회당 진료비가 16.6만 원으로 가장 높고 그다음으로 병원이 13.9만 원이다. 비급여 진료비는 상급종합병원이 4.6만 원으로 가장 낮고 병원이 9.7만 원으로 가장 높게 나타났다. 입원의 경우도 통원과 유사하게 병원과 의원의 비급여 진료비 비율이 높고 상급종합병원의 경우는 3.5%로 가장 낮다. 상급종합병원과 종합병원 종별가산율이 높기 때문에 급여(공단부담금) 비중이 높은 것으로 보인다.

환자 수를 기준으로 보면 표본 수는 7,814명으로 입원 및 통원일수를 합한 진료(실)일수는 3.4일이다. 건강보험 진료(실)일수는 자동차보험 환자의 진료(실)일수 8일 내외에 비해 상대적으로 짧다(부록 표 I-2) 참조).<sup>25)</sup> 입원 환자의 경우 약 9일 내외를 입원하는데 1인당 진료비는 276만 원, 비급여는 126만 원으로 진료비 대비 비급여 비중은 45.7%에 이른다. 입원환자의 경우 공단부담금이 107만 원으로 전체 진료비의 39%를 차지한다. 통원환자의 경우 3일 이내에 치료를 마치는 것으로 나타났는데, 1인당 진료비는 43만 원이고 비급여 진료비는 24만 원으로 나타났다.

〈표 III-6〉 건강보험 염좌 및 긴장 환자 평균 양방(의과)치료 현황

(단위: 명, 일, 세, 원)

구분	진료유형		합계
	입원	통원	
표본 수	602	7,212	7,814
진료(실)일수	9.8	2.9	3.4
평균 연령	51	42	43
1인당 진료비	2,762,544	431,865	611,423
1인당 비급여	1,262,776	240,096	318,864
1인당 자기부담금	427,720	62,377	90,523
1인당 공단부담금	1,072,048	129,392	202,015
진료비 대비 비급여 비중	45.7%	55.6%	52.2%

자료: 국내 대형손해보험회사

자동차보험 경상환자 의과 1인당 평균 진료비는 30만 원 내외(부록 I-2) 참조)로 건강보험 1인당 진료비 43만 원에 비해 낮다. 1인당 평균 진료비의 백분위수를 비교한 결과를 다음의 〈표 III-7〉에 제시하였는데, 경상환자 양방(의과) 진료비의 경우 자동차보험이 건강보험보다 작은 것으로 보인다. 그리고 각각의 진료(실)일수를 보면 1인당 진료비는 자동차보험에 비해 건강보험이 더 높은 것으로 나타났는데, 자동차보험의 경우 하루 진료비가 3만 원을 소폭 상회하는데 비해 건강보험의 경우 하루에 14만 원 내외 수준이다. 하루 외래진료비가 3만 원 내외라는 것은 전술한 〈표 III-1〉에서와 같이 양방(의과) 외래환자의 1인당 요양급여와 유사한 수준이다.

25) 자동차보험 대인배상 진료현황은 〈부록II〉를 참조 바람

〈표 III-7〉 2023년 자동차·건강보험 경상환자 의과 1인당 진료비 주요 통계치

(단위: 원, 일)

구분	평균 치료비	25백분위수	중위수	75백분위수	95백분위수	표준편차
자동차보험	302,215	60,407	124,486	331,540	1,156,290	544,452
진료(실)일수	9	2	4	9	30	21
건강보험	431,865	117,716	216,595	428,615	1,318,360	855,487
진료(실)일수	2.9	1	1	3	9	3.8

주: 1) 자동차보험은 각 백분위수의 2023년 평균값임

2) 건강보험은 2021년부터 2023년 1인당 진료비 총액임

자료: 보험개발원

염좌 및 긴장 환자의 자동차보험 양방(의과) 진료비가 건강보험 진료비보다 낮을 수 있는 원인은 보험의 진료범위와 진료량이 다르기 때문일 수 있다. 국민건강보험법 제1조(목적)에 따르면 건강보험은 “국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지하는 것”이 목적이다. 반면 자동차보험은 자동차사고로 다른 사람을 죽거나 다치게 한 경우에 자동차손해배상보장법에서 정한 한도(책임보험금 한도)내에서 보상하기 때문에 건강보험과 치료의 범위가 다를 수 있다.

그리고 진료비 심사기준이 건강보험보다 엄격한데, 이로 인해 진료비 분쟁이 많았고 이로 인해 자동차보험 환자에 대한 진료량이 줄어들었을 수 있다. 자동차보험의 경우, 자동차보험 진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 별표 3에서 건강보험 요양급여 목록에 등재되어 있는 행위를 우선 인정하고 건강보험에서 비급여로 정해진 행위에 대해서는 요양급여 대상에 대체가능한 행위가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 필요한 경우 사례별로 인정한다고 규정한다. 예를 들면 영상진단 판독 소견서 작성 미비, 간호기록 미비로 인한 진료비 삭감 사례, 입원료, 식사료, 물리치료, X-Ray 등과 관련한 부당편취 사기 혐의 고소 사례 등은 자동차보험 환자에 대한 양방(의과)진료량을 위축시켰을 수 있다.<sup>26)</sup>

통원 환자에 대한 진료량이 줄어든 것과는 다르게 입원의 경우, 환자수 대비 입원환자 비율은 건강보험에서 7,814명 가운데 602명으로 10% 미만이지만 자동차보험의 경우 826,865명 가운데 172,009명이며 20.1%로 건강보험에 비해 두 배 가까이 높다. 평균 진

26) 김선민 외(2006)

료비와 진료(실)일수가 건강보험에 비해 작지만 입원비중이 높은 현상은 상급병실료를 통해 높은 수익을 올릴수 있었기 때문이다. 자동차보험 환자의 입원치료 관련 제도개선이 2022년에 있었는데, 이는 상급병실 관련 제도개선이였다.<sup>27)</sup>

요약하면 자동차보험 양방(의과) 진료비는 진료비 심사로 진료량이 줄어들어 건강보험보다 낮아진 것으로 보인다. 이는 반대로 보면 의료계가 자동차보험 환자보다는 건강보험 환자들에게 더 많은 진료를 하는 것으로도 생각할 수 있고, 사회적 비용으로 볼 수도 있다.

## 2. 자기신체사고 치료 현황

자기신체사고보험은 '피보험자가 피보험자동차에 탑승하여 운행 중 발생한 사고'에 한해 보상한다.<sup>28)</sup> 그리고 단서조항으로 차대차 과실 경합 사고의 경우 가입한도 내에서 실제 손해액을 지급한다고 규정한다. 과실 경합 사고는 소위 쌍방과실 사고인데, 예를 들어 본인 과실이 30, 상대방 과실이 70이라면 상대방이 본인 치료비의 70%를 보상하고 나머지 치료비 30%는 본인이 자기신체사고보험으로 보상할 수 있다. 쌍방과실 사고 이외에 피보험자의 운행 과정에서 발생한 사고의 예로 차량 단독 충돌, 혹은 낙하 등으로 운전자나 동승자가 피해를 입는 단독사고를 들 수 있는데 운전자의 상해 치료비 500만 원이 발생했다면 자기신체사고보험으로 보상받을 수 있다.

단독과실로 운전자나 동승자가 피해를 입은 사고는 중앙선 침범, 신호위반 등 12대 중과실 사고와 이들을 제외한 경과실 자기피해 사고(안전거리 미확보 사고, 진로변경 위반사고 등)로 구분할 수 있다.<sup>29)</sup> 경과실 자기피해 사고는 건강보험 급여제한 대상이 아니지만 건강보험으로 치료받는 경우는 제한적인 것으로 보인다. 건강보험으로 치료를 받는 경우

27) 자동차보험 환자는 일반병실 사용이 원칙이지만 2022년까지는 '치료 목적'과 '일반 병실 부재로 부득이한 경우 7일 이내'의 경우에는 예외적으로 상급병실을 이용할 수 있었음. 그러나 이러한 규정을 이용하여 의원급 의과(양방) 및 한방 의료기관은 상급병실을 설치하고 고액의 입원료를 청구하였음. 이를 개선하기 위해 2022년에 국토교통부는 자동차보험 진료수가를 개정하였음

28) 이하에서 자기신체사고에는 자동차상해도 포함하는데 자기신체사고 현황은 <부록II>를 참조 바람

29) 교통사고가 발생하면 인적피해 여부에 따라 형사처벌 사고인지 아닌지가 정해지는데, 사망이나 중상해 사고, 뺑소니 등은 형사처벌이고 나머지는 형사처벌이 없음. 중과실 교통사고는 종합보험에 가입했어도 형사처벌 대상임. 반면 경과실 교통사고는 12대 중과실 교통사고가 아닌 사고인데 종합보험에 가입한 경우 교통사고처리특례법 제4조에 따라 공소권 없음으로 처리되는데, 예를 들면 안전운전 불이행사고, 교통정리 없는 교차로 사고, 진로변경 사고 등임

는 치료비가 높은 중상해 사고일 경우, 혹은 피해자의 과실비율이 높아 자기신체사고의 한도를 초과하는 경우에 불과하다(박희성 외 2012).

자동차보험 진료수가로 치료를 받는 자기신체사고 피해자는 건강보험으로 치료받을 수 있지만 자동차보험으로 치료받는 경우도 볼 수 있다. 보험개발원에서 제공받은 자료를 이용하여 자기신체사고 피해자와 치료비 규모, 그리고 사고유형 등을 분석하였다. 2021년부터 2023년까지를 보면 자기신체사고 청구 건수는 12만 건 내외이고 병원치료비는 2021년 2,061.5억 원에서 2023년 2,125.4억 원으로 64억 원 정도 늘었다. 2023년 차대차사고와 단독사고의 치료비는 각각 1,238.4억 원, 834.1억 원으로 자기신체사고 치료비의 58%, 42%를 차지한다.

〈표 III-8〉 사고유형별 자기신체사고 건수 및 치료비 현황

(단위: 건, 억 원)

연도	차대차사고		단독사고		기타		합계	
	건수	치료비	건수	치료비	건수	치료비	건수	치료비
2021	85,146	1,257.2	34,591	757.8	1,760	46.5	121,497	2,061.5
2022	82,457	1,247.3	31,977	719.2	1,799	44.5	116,233	2,011.1
2023	88,875	1,238.4	37,339	834.1	2,441	53.0	128,655	2,125.4

자료: 보험개발원

자기신체사고 환자의 2023년 상해급수 분포를 다음의 〈표 III-9〉에 제시하였는데, 전체 피해자의 85%가 상해급수 12~14급의 경상환자로 나타났다. 차대차사고의 경우 87.8%, 단독사고의 경우 77.0%가 경상환자이고 추간판 탈출증, 뇌진탕 등의 상해급수 9~11급의 경우 차대차사고에서는 약 10%, 단독사고에서는 15.6%이다.

경상환자의 경우 사고유형과 무관하게 진료기간은 21일 내외로 나타난 반면 뇌진탕, 추간판 탈출증 등 상해급수 9~11급의 경우 치료시작일부터 종료일까지의 진료기간은 53일 전후이다. 그리고 8급이하 중상해 환자들의 경우 165일 내외가 소요되었다. 한방 이용과 관련해서 보면, 경상환자의 경우 전체 치료비에서 한방치료비 비중이 차대차사고에서는 13%, 단독사고에서는 20%로 나타났다. 이에 반해 중상해 환자들의 경우 한방진료비 비중이 높게 나타났다.



〈표 Ⅲ-9〉 2023년 자기신체사고 부상환자 상해급수 및 진료(실)일수 분포

(단위: 명, 일, 천 원)

사고유형	구분	상해급수				
		1~4급	5~8급	9~11급	12~14급	합계
차대차사고	환자 수	644	1,224	8,900	78,107	88,875
	한방 이용 환자	467	776	4,484	38,329	44,056
	한방치료비 비중	50%	36%	22%	13%	21%
	진료기간	243	179	56	21	28
	1인당 진료비	22,346	8,976	2,658	958	1,393
	통원일수	21	23	11	6	7
	입원일수	50	27	7	1	3
단독사고	환자 수	842	1,905	5,834	28,758	37,339
	한방 이용 환자	601	1,326	3,592	17,502	23,021
	한방치료비 비중	48%	39%	29%	20%	33%
	진료기간	237	156	50	19	36
	1인당 진료비	22,974	9,513	3,020	985	2,234
	통원일수	22	20	10	5	7
	입원일수	51	26	8	1	5
합계	환자 수	1,571	3,282	15,069	108,733	128,655
	한방 이용 환자	1,136	2,216	8,285	56,905	68,542
	한방치료비 비중	49%	38%	25%	15%	26%
	진료기간	238	165	53	21	31
	1인당 진료비	22,557	9,253	2,803	961	1,652
	통원일수	21	21	11	6	7
	입원일수	51	26	7	1	3

주: 1) 한방치료비 비중은 전체 치료비에서 한방 이용 치료비 비중임

2) 진료기간은 치료시작일부턴 치료종료일까지의 일수임

자료: 보험개발원

경상환자의 경우 통원일수는 차대차사고 6일, 단독사고 5일, 입원일수는 차대차사고와 단독사고에서 모두 1일로 나타났다. 중상해 환자들의 경우 입원일수는 높게 나타났는데, 상해급수 1~4급의 경우 50일, 5~8급은 27일, 9~11급은 7일로 나타났다. 1인당 진료비는 단독사고에서 더 높게 나타났는데, 환자 1인당 입원일수와 통원일수도 단독사고에서 더 높은 것으로 나타나, 사고심도가 단독사고에서 더 높은 것을 확인할 수 있다. 상해급수 1~4급의 경우 골절 및 절단으로 수술이 필요한 경우가 다수여서 사고심도가 더 높다.

자기신체사고 환자의 1인당 진료비를 일방과실 사고 대인배상 환자와 상해급수 12~14급을 기준으로 비교하면 자기신체사고 진료비는 96.1만 원으로 과실없는 경상환자 1인당 진료비 82.9만 원에 비해 높다(〈표 III-10〉 참조). 대인배상 경상환자 1인당 진료비가 낮은 이유는 상해급수 14급의 비중 때문인 것으로 보인다. 대인배상 경상환자에는 타박상 환자도 포함되어 있는데, 염좌 및 긴장 환자의 진료비보다 평균적으로 낮아 경상환자 전체 진료비를 낮출 수 있다. 반면 자기신체사고 경상환자에는 타박상 환자는 적을 것으로 보인다. 이러한 점을 고려하여 상해급수 12급 대인배상 환자들의 1인당 진료비(139만 원)와 비교하면 대인배상 환자의 1인당 진료비가 더 높다.

자기신체사고 환자와 대인배상 환자의 뚜렷한 차이점은 한방진료이다. 〈표 III-9〉와 〈표 III-10〉에서 한방진료비 비중을 측정하는데 차이가 있지만 자기신체사고 경상환자의 경우 한방진료비 비중은 전체 치료비의 15%에 불과하고 대인배상 경상환자의 경우 한방 이용 환자 비중은 65%이다. 2023년 4/4분기 기준으로 자동차보험 상해급수 12~14급 환자들의 진료비 가운데 한방진료를 이용한 환자들의 진료비 비중은 약 91% 내외이다.<sup>30)</sup> 통원일수와 입원일수에서도 차이가 있는데 자기신체사고 환자들의 통원일수는 6일, 입원일수는 1일 이지만 대인배상 환자들의 경우 통원일수는 7.3일, 입원일수는 1.5일이다. 상해급수 12급 척추염좌 환자들의 경우 1인당 진료비는 140여만 원인데 진료기간도 통원일수 13일, 입원일수 2.7일로 12~14급 환자 그룹에 비해 높다.

〈표 III-10〉 2023년 일방과실 사고 대인배상 부상환자 상해급수 및 진료(실)일수 분포

(단위: 명, 일, 천 원)

구분	상해급수					합계
	1~4급	5~8급	9~11급	12~14급	12급	
환자 수	884	3,722	45,079	978,591	297,672	1,028,276
한방 이용 환자	409	2,079	32,020	634,252	233,318	668,760
한방환자 비중	46%	56%	71%	65%	78%	65%
진료기간	108	72	42	17	33	19
1인당 진료비	15,531	6,602	2,138	829	1,397	922
통원일수	16	17	15	7.3	13.0	7.7
입원일수	61	28	6.5	1.5	2.7	1.9

주: 1) 한방치료비 비중은 전체 치료비에서 한방 이용 치료비의 비중임

2) 진료기간은 치료시작일부터 치료종료일까지의 일수임

자료: 보험개발원

30) 2023년 경상환자의 분기평균 1인당 병원치료비에 연간 치료인원을 곱해 추산한 치료비는 1.17조 원인데 같은 기간 한방 이용 환자의 치료비는 1.07조 원, 한방 이용 없는 환자의 치료비는 1,064억 원임(〈부록 I〉 참조)

자기신체사고와 대인배상 환자의 진료행태를 비교해보면 자기신체사고 환자의 한방 이용 비중이 낮고 통원 및 입원 일수가 대인배상에 비해 짧다. 의과에서 진료받는 비중이 높고 통원 및 입원 일수가 짧은 것은 자기신체사고환자들이 진료비를 본인이 부담하기 때문인 것으로 보인다. 특히 자기신체사고로 치료받는 경우 상해급수와 무관하게 보험료가 할증 되는데, 이것도 환자의 비용 부담으로 이어진다.

### 3. 사회적 비용<sup>31)</sup>

본 보고서에서 규정하는 사회적 비용은 건강보험과 자동차보험의 진료비 차이와 건강보험 급여제한 관련 법적 다툼으로 보는데, 급여제한 관련 법적 다툼은 앞에서 검토하였고 여기서는 진료비 차이를 정량적으로 분석한다. 자동차보험 환자가 동일한 상해에 대해 건강보험으로 치료받을 경우 진료비 차이를 추산하는 것이 목적이다. 자동차보험 환자는 상해급수 12급과 12~14급의 염좌 및 긴장 환자를 대상으로 요양급여 추산과 추산된 요양급여에 비급여 진료비를 합산하여 추산한다. 상해급수 12급을 구분한 이유는 염좌 및 긴장 환자를 세분화하기 위함인데 12~14급에는 단순 타박상 환자가 많이 포함되어 있어 염좌 및 긴장 환자의 치료비가 낮아질 수 있기 때문이다. 그리고 자기신체사고의 경우 차대차 사고와 단독사고로 구분하고 경상환자에 국한하여 추산한다.

#### 가. 요양급여

먼저 요양급여 추산은 염좌 및 긴장 환자의 입원과 통원 1일당 건강보험 요양급여에 자동차보험 환자의 입원 및 통원일수를 곱하여 구하는데(〈표 III-11〉의 항목 ② 참조), 입원 및 통원일수는 자동차보험 경상환자의 한방진료 비중을 이용하여 의과와 한방 입원 및 통원일수로 구분한다. 대인배상 12급의 한방진료 이용 비중은 한방진료 이용 환자 비중으로 78%, 12~14급의 경우 65%이고, 자기신체사고의 경우 한방진료비 비중으로 차대차사고는 13%와 20%이다.

31) 본 보고서는 사회적 비용을 진료수가 차이로 인한 자동차보험과 건강보험의 치료비 차이와 건강보험 급여제한에서 유발되는 법적 다툼으로 보는데, 전장에서 기술한 바와 같이 자동차보험의 진료비 심사로 자동차보험 환자에 대한 진료량은 줄고 건강보험 진료량이 늘어나는 현상도 사회적 비용으로 볼 수 있음. 그러나 여기서 발생하는 사회적 비용을 분석하기 위해서는 염좌 및 긴장 환자에 대한 건강보험 진료량의 시간적 변화를 분석해야 하는데, 이는 후속과제로 남겨두기로 함

자동차보험 상해급수 12급의 경우 통원 13일, 입원 2.7일인데 대인배상 상해급수 12급에서 한방진료 비중이 78%이므로(〈표 III-11〉 참조), 이를 양방(의과) 통원에 적용하면 2.9일( $0.22 \times$  자동차보험 환자 통원일수 13일)이고 한방 통원에 적용하면 10.1일( $0.78 \times$  자동차보험 환자 통원 진료(실)일수 13일)이다. 이와 유사하게 입원일수도 의과 0.6일( $0.22 \times$  자동차보험 환자 입원 진료(실)일수 2.7일), 한방 2.1일( $0.78 \times$  자동차보험 환자 입원 진료(실)일수 2.7일)이다.

건강보험 요양급여는 앞의 〈표 III-1〉의 염좌 및 긴장 다빈도 상병의 한방과 의과 건강보험 1일당 입원, 통원 요양급여의 평균을 적용하는데,<sup>32)</sup> 건강보험 1일당 요양급여는 염좌 및 긴장 상해 평균적으로 의과 통원 2.9만 원, 입원 12.4만 원 그리고 한방 통원 2.5만 원과 입원 9.2만 원이다.

앞에서 추산한 자동차보험 환자의 통원 및 입원일수에 건강보험 1일당 요양급여를 각각 적용하면 자동차보험 대인배상 상해급수 12급 환자의 1일당 요양급여는 양방(의과) 통원 8.3만 원과 입원 7.4만 원, 그리고 한방 통원 25.4만 원과 입원 19.4만 원이다. 이들의 합이 자동차보험 진료(실)일수를 적용한 건강보험 요양급여인데, 상해급수 12급 대인배상 환자의 경우 60.4만 원이다. 상기 방식을 대인배상 12~14급에 적용하면 요양급여는 34.8만 원, 자기신체사고 경상환자의 경우 차대차사고는 29.1만 원, 단독사고는 25.9만 원으로 추산된다.

## 나. 비급여 진료비

앞에서 추산한 요양급여에 대해 건강보험 양방(의과) 및 한방 환자들의 비급여 비율(건강보험 1일당 의과와 한방진료 요양급여 대비 비급여 비율 145%와 42%)을 적용한다(〈표 III-11〉의 항목 ③ 참조).<sup>33)</sup> 적용 결과 대인배상 12급 의과의 경우 22.7만 원, 한방은 18.8만 원이고 대인배상 12~14급의 경우 양방(의과) 20.2만 원과 한방 8.7만 원이다. 자기신체사고에서 단독사고의 경우 의과는 31만 원 이상이고 한방의 경우 2만 원 미만으로 비급여 진료비는 39만 원과 33만 원이다. 자기신체사고에서 비급여 진료비가 의과에서 높은 이유는 한방치료비 비중이 낮고 의과 진료(실)일수가 길기 때문이다. 양방(의과) 요양급여가 한방에 비해 높기 때문에 비급여 진료비가 높다.

32) 질병 소분류별 다발생 순위별 현황에서 상위에 있어 상병들을 선택함: 보건복지부(2024)

33) 건강보험 의과의 비급여 비율이 145%로 높은 이유는 전술한 바와 같이, 자동차보험의 진료비 심사로 인해 양방(의과)의 환자에 대한 진료량이 줄고 이를 대체하기 위해 건강보험 환자들에 대한 진료량을 비급여를 중심으로 늘렸기 때문으로 보임. 건강보험 양방(의과)의 높은 비급여 비율은 교통사고 경상환자의 건강보험 양방(의과) 치료비를 높여 자동차보험과 건강보험 진료비의 차이를 줄였을 수 있음

## 다. 진료수가 이원화로 인한 치료비 차이

건강보험 요양급여에 비급여 진료비를 합산한 금액이 자동차보험 환자가 건강보험으로 치료받을 경우의 진료비이다(〈표 Ⅲ-11〉의 항목 ④ 참조).

〈표 Ⅲ-11〉 건강보험과 자동차보험 진료수가 차이로 인한 진료비 차이 추산 결과

(단위: 일, 만 원, %)

구분	대인배상		자기신체사고		
	12급	12~14급	차대차	단독사고	
① 자동차보험 1인당 진료비	139.7	82.9	95.8	98.5	
② 자동차보험 환자의 건강보험 요양급여 추산					
자동차보험 환자 진료(실)일수	통원 입원	13 2.7	7.3 1.5	6 1	5 1
한방진료 비중		78%	65%	13%	20%
적용 시 의과 진료(실)일수	통원 입원	2.9 0.6	2.6 0.5	5.2 0.9	4.0 0.8
적용 시 한방 진료(실)일수	통원 입원	10.1 2.1	4.7 1.0	0.8 0.1	1.0 0.2
건강보험 1일당 요양급여					
의과	통원 입원		2.9 12.4		
한방	통원 입원		2.5 9.2		
적용 시 1일당 요양급여					
의과	통원 입원	8.3 7.4	7.4 6.5	15.1 10.8	11.6 9.9
한방	통원 입원	25.4 19.4	11.9 9.0	2.1 1.2	2.7 1.8
자동차보험 진료(실)일수 적용 시 요양급여 합계		60.4	34.8	29.1	25.9
③ 자동차보험 환자의 건강보험 치료 시 비급여 진료비 요양급여 대비 비급여 비율 적용 시					
의과	145%	22.7	20.2	37.6	31.2
한방	42%	18.8	8.7	1.3	1.8
비급여	합계	41.5	28.9	38.9	33.0
④ 자동차보험 환자가 건강보험 치료 시 진료비		101.9	63.7	68.0	58.9
⑤ 자동차보험 진료비 차이 (A = ①-④) 비율 (A / 1인당 진료비)		37.8 27%	19.2 23%	27.8 29%	39.6 40%

자동차보험 1인당 진료비가 대인배상 상해급수 12급의 경우 139.7만 원(〈표 Ⅲ-11〉의 항목 ① 참조)인데 건강보험으로 치료받을 경우 진료비는 101.9만 원으로 37.8만 원(자동차

보험 진료비 대비 27%)의 추가 진료비가 발생한다(〈표 Ⅲ-11〉의 항목 ⑤ 하단 참조). 진료수가 이원화로 인한 치료비 차이는 자동차보험 대인배상 상해급수 12~14급의 경우 자동차보험 대비 23%, 자기신체사고의 경우 차대차사고 29%, 그리고 단독사고의 경우 40%로 나타났다. 비급여 진료비를 고려하더라도 자동차보험 염좌 및 긴장 환자들의 진료비는 23%에서 40%가 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 진료비 차이는 자동차보험 환자들의 진료(실)일수가 더 길고 한방진료의 첩약, 세트청구 등 비급여 진료 확대가 원인으로 보인다. 그리고 종별 의료기관 가산제와 입원료 체감률 미적용 등으로 인한 입원 유인도 사회적으로 불필요한 치료비 증가의 원인으로 볼 수 있다.

이상의 결과를 자동차보험 전체에 대해 적용해보면 2023년 자동차보험 경상환자 진료비가 1.3조 원이라면 그 가운데 23%인 약 2,990억 원을 진료수가 이원화로 인한 치료비 차이로 볼 수 있다. 자기신체사고 차대차사고와 단독사고 치료비의 29%와 40%를 〈표 Ⅲ-8〉에 제시한 2023년 기준 치료비 규모(차대차사고 1,238.4억 원과 단독사고 834.1억 원)에 적용하면 각각 359.1억 원과 333.6억 원으로 약 700억 원의 치료비 차이가 발생한다. 대인배상과 자기신체사고를 합한 치료비 차이 규모는 3,700억 원에 이르는 것으로 나타났다.

#### 4. 요약

이번 장에서는 염좌 및 긴장 환자의 건강보험과 자동차보험 진료현황, 진료수가 차이로 인한 진료비 차이를 분석하였다. 보험 종류별로 환자 1인당 평균 진료비를 보면 건강보험 한방진료비가 116만 원, 자동차보험 상해급수 12급 환자에 대한 대인배상 진료비가 140만 원으로 가장 높다(〈표 Ⅲ-12〉 참조). 건강보험 양방(의과)의 염좌 및 긴장 환자 치료비는 1일당 13.8만 원으로 가장 높은 것으로 나타났다. 그리고 건강보험 양방(의과) 치료비가 자동차보험 대인배상 양방(의과) 치료비보다 높은 것으로 나타났는데 이는 자동차보험의 진료비 심사가 건강보험보다 엄격하여 자동차보험 환자에 대한 진료량을 줄이고, 줄어든 진료량을 건강보험 환자에게 늘렸기 때문으로 보인다. 이를 객관적으로 입증하기 위해서는 건강보험 의과 진료비를 추세적으로 검토해야 하는데 이는 본 보고서의 연구목적을 벗어나기 때문에 향후 과제로 남겨둔다.

건강보험 의과와 한방진료의 특징은 비급여 진료비 비중이 높다는 것인데, 의과 1인당 진

료비의 절반이고 한방진료 1인당 진료비의 24%가 비급여 진료비이다.

〈표 Ⅲ-12〉 연좌 및 긴장 환자의 보험종류별 1인당 평균 진료비와 1일당 진료비

(단위: 만 원, 일)

구분	건강보험		자동차보험	
	의과	한방	대인배상 <sup>1)</sup>	자기신체사고 <sup>1)</sup>
1인당 진료비	61.1	115.6	139.7	96.1
비급여 진료비	31.9	27.8	-	-
일당 진료비	13.8	7.7	8.9	13.8
진료(실)일수 <sup>2)</sup>	3.4	11.0	-	-
통원	2.9	8.5	13.0	6.0
입원	9.8	23.0	2.7	1.0

주: 1) 건강보험 의과, 한방, 자동차보험 대인배상은 상해급수12급 대상이고 자기신체사고는 12~14급임

2) 건강보험 진료(실)일수는 건강보험 환자의 통원일수와 입원일수의 가중평균이고 자동차보험 진료(실)일수는 치료시작일부터 치료종료일까지의 기간인데 대인배상은 33일, 자기신체사고는 21일임

진료수가 차이로 인한 치료비 차이를 분석하였는데, 자동차보험 환자가 건강보험으로 치료를 받는 경우 약 3,700억 원의 치료비를 줄일 수 있는 것으로 나타났다. 지금까지 분석한 결과는 다음의 〈표 Ⅲ-13〉에 정리하였다.

진료수가 이원화의 사회적 비용은 다음의 두 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 건강보험과 자동차보험의 이원적인 진료수가 체계는 치료 단위당 가격의 차이와 이로 인한 환자의 진료량 선택에 영향을 주기 때문에 전술한 결과와 같은 치료비 차이가 발생한다. 그리고 진료수가 이원화로 인한 진료비 심사의 차이는 자동차보험 환자보다 건강보험 환자에 대한 진료량에도 영향을 줄 수 있다. 치료비 차이는 실손의료보험에서 보상 받을 수 있는 비급여 진료, 건강보험과 자동차보험 진료수가의 구조적 차이(의료기관 종별가산율과 입원료 체감률 미적용)에서 발생하는 것으로 보인다. 둘째, 향후치료비와 자기신체사고의 건강보험 재정 누수 혹은 지원 이슈도 제기된다. 앞에서 검토한 바와 같이 향후치료비 금액의 최대 15%가 건강보험 재정누수로 이어질 수 있는 것으로 보이는데, 이 규모는 1년에 약 1,500억 원 내외로 추산된다. 반면 자기신체사고 치료비는 2023년 2,125억 원인데, 이 금액은 건강보험에서 지출되었어야 하는데 자동차보험 계약자가 부담하여 건강보험 재정에 기여한 금액으로 볼 수 있다. 특히 자기신체사고가 자동차보험 진료수가를 따르기 때문에 환자 1명당 29%와 40%의 추가적인 진료비를 부담하는데, 선행연구에 따르면 이러한 부담

은 중상해 환자들에게서도 유사할 것으로 보인다. 경상환자 향후치료비가 건강보험 재정 누수로 이어질 수 있는 반면, 자기신체사고는 건강보험을 지원하는 것으로 보인다.

마지막으로 건강보험의 급여제한 규정은 법적 분쟁으로 이어진다. 특히 향후치료비와 관련된 급여제한은 부정수급 문제로 이어져 자동차보험 환자가 구상의 대상이 될 수 있다. 특히 향후치료비를 합의금으로 본다면 향후치료비를 보상받은 경상환자가 동일한 상해로 건강보험에서 급여를 받지 못할 수도 있다.

〈표 Ⅲ-13〉 건강보험 급여제한과 진료수가 이원화의 사회적 비용 추산 결과 요약

구분	현황	주요 이슈
고의 및 중과실 사고	• 음주운전, 교통법상 중과실 사고 건강보험 치료: 2018~2023년에 1,804억 원 (환수율 60%)	• 중대한 과실 여부 판단(서울행정법원 2021. 11. 26.선고 2021구합64566 판결: 부당이득금 징수 취소처분)
직불치료비	• 지급보증 이전 건강보험 청구, 지급보증 이후 건강보험 구상	• 자동차 상해와 관련성 이슈 및 건강보험 구상권 여부(청주지법 2013. 2. 19.선고 2012나3693 판결)
향후치료비	• 중상해 환자에게는 치료비, 경상환자에게는 합의금 역할을 함 • 건강보험 진료비 대비 향후치료비 금액 비중은 15%임	• 자동차보험 진료수가 배상 여부 • 건강보험 급여제한 향후치료비와 요양급여의 상호대응관계(경상환자 적용 여부) • 건강보험 재정 누수(연간 1,500억 원)
대인배상 치료비	• 자동차보험 경상환자의 치료비 차이는 2,990억 원 내외로 추산됨	• 향후치료비 등 보상 목적의 진료량 증가 • 동일한 상해에 대해 건강보험보다 더 많은 치료비를 보상함
자기신체사고 치료비	• 경상환자 자기신체사고에서 발생하는 불필요한 치료비는 700억 원임	• 실질적인 건강보험 재정 지원 역할을 함



본 장에서는 자동차보험과 건강보험 진료수가 체계를 별도로 운영하지만 자동차보험 환자들도 건강보험으로 치료받을 수 있는 일본, 자동차보험과 건강보험 진료수가 체계가 동일한 미국, 독일, 프랑스의 사례를 검토한다. 미국의 경우 우리나라의 건강보험 급여제한 규정과 유사하게 향후치료비 등 손해배상을 받은 경우에는 메디케어(공공보험)에 이를 통지하도록 규정하고 손해배상금을 우선적으로 치료비로 사용하는 것을 유도하고 있다. 그리고 독일, 프랑스는 건강보험과 자동차보험을 통합하여 운영하고 있다. 일본, 미국, 독일과 프랑스 사례는 우리나라 자동차보험과 건강보험 진료수가 체계 개선에 시사점을 제시할 것으로 기대한다.

## 1. 일본

일본 자동차보험 피해자의 치료비는 우리나라의 자동차보험 진료수가와 유사한 자배책보험 진료수가와 건강보험 진료수가로 책정될 수 있다. 1955년부터 적용된 자배책보험 진료수는 일본 의사회, 자동차보험 보험비율산정회(손해보험요율산출위원회), 손해보험업계 등 3자의 합의를 통해서 결정되는 자유진료수가이다.<sup>34)</sup>

건강보험은 1961년부터 시작되었는데 1968년 10월 12일부터 교통사고 피해자들이 건강보험으로 치료받는 것이 허용되었다. 자동차사고 피해자들이 건강보험으로 치료를 받는 경우 건강보험 보험자는 피해자의 치료비를 의료기관에 보상하고 건강보험 보험자가 자동차보험 회사들에게 치료비를 구상하는 방식으로 운영된다. 건강보험으로 치료받은 피

34) 자유진료수가는 법적인 강제력이 없기 때문에 2011년 기준으로 약 60%의 의료기관이 합의하였고 손해보험협회는 합의하지 않은 의료기관을 대상으로 계속 합의를 시도하고 있음. 일본에서는 자동차보험 피해자가 건강보험 진료수가로 치료를 받을 수 있는데, 건강보험 진료수가로 자동차보험 환자를 치료하기는 어렵다는 이유로 40%의 의료기관이 합의하지 않고 있음. 자세한 내용은 일본 금융청, 제128회 자동차 손해배상 책임 보험 심의 회의 기록([https://www.fsa.go.jp/singi/singi\\_zidousya/gijiroku/20110114.html](https://www.fsa.go.jp/singi/singi_zidousya/gijiroku/20110114.html))을 참조 바람

해자는 치료 사실을 자동차보험회사에게 통지해야 하는데, 통지 여부는 법으로 강제되지 않는다.<sup>35)</sup> 자배책보험 진료수가는 건강보험에 비해 1.44배에서 최대 2배 이상 높는데, 우리나라와 같이 의료기관 종류에 따른 진료수가의 차이는 없다.

일본 손해보험요율산출위원회(2023)에 따르면 자배책보험 치료비 가운데 건강보험 비중은 2017년 11.3%에서 2021년 12.2%로 높아졌다.<sup>36)</sup> 건강보험으로 치료 받는 경우는 피해자의 과실비율이 높은 경우인데, 일본의 대인배상은 피해자의 과실비율만큼은 피해자가 부담하기 때문에 과실비율이 높을 경우 보험금에서 차감되는 금액이 크다. 그리고 금액이 크면 피해자가 치료받을 수 있는 진료가 줄어들 수 있기 때문에 진료수가가 저렴한 건강보험을 선택하는 경우가 많다. 예를 들어 과실비율 80%, 건강보험 기준 치료비 100만 엔인 피해자의 경우, 자배책보험 진료수가가 건강보험의 두 배까지 이를 수 있어 치료비는 200만 엔, 과실비율 적용 시 160만 엔을 부담해야 하지만 부상 보험금 한도가 120만 엔이기 때문에 40만 엔은 본인이 부담해야 한다. 반면 건강보험으로 치료할 경우 100만 엔 가운데 자기부담금 30%가 최대 본인부담금으로 30만 엔의 치료비가 소요된다. 여기에 과실비율 80%를 적용하면 24만 엔이 치료비로 소요되는데 보험금 한도 120만 엔 이하이기 때문에 자동차보험에서 모두 배상 받을 수 있다.<sup>37)</sup>

자동차보험 부상 환자가 건강보험으로 치료받을 수 있지만 건강보험과 자배책보험 진료수가가 다르기 때문에 의사협회와 손해보험업계의 마찰은 지속되고 있다. 아직까지 의료기관의 40%가 자배책보험 진료수가 합의안에 동의하지 않는데, 일본 금융청 128회 회의록에 따르면 합의하지 않고 있는 의료기관의 요구사항은 건강보험 진료수가 적용 금지이다. 1969년 일본 의사협회(Japan Medical Association)는 일본 정부의 자동차보험 환자에 대한 건강보험 선택 허용 조치에 대해 두 가지 이유를 제시하면서 반대하였는데, 첫째는 자동차보험 환자에 대한 의료서비스는 일반 의료가 아닌 재난 의료(Disaster Medicine)이고 두 번째는 신속한 피해자 구제인 자배책보험의 취지가 존중되어야 한다는 것이다.<sup>38)</sup> 일본 의사협회의 반대에도 불구하고 일본 정부는 2011년 8월 9일 건강보험 적

35) Sakaguchi et al.(2014)

36) 손해보험요율산출기구 자배책보험개황 데이터(2023)

37) 자세한 내용은 전용식 외(2022)를 참조 바람

38) 일본이 규정하는 재난 의료와 우리나라의 재난 의료 개념은 다를 수 있는데, 우리나라의 재난 의료에서 규정하는 '재난'의 정의는 "...화재·붕괴·폭발·교통사고(항공사고 및 해상사고를 포함한다)·화생방 사고·환경오염사고 등으로 인하여 발생하는 대통령령으로 정하는 규모 이상의 피해와 에너지·통신·교통·금융·의료·수도 등 국가기반체계의 마비... 등으로 인한 피해."로 되어 있음. 재난 및 안전관리기본법 제3조(정의) 참조

용 대상을 교통사고 상해(Injury)와 더불어 질병(Illness)으로 확대하였다. 그러나 자동차 보험 환자들의 건강보험 선택 허용에도 불구하고 자배책보험 진료수가와 건강보험 진료 수가의 차이는 유지되고 있다.

## 2. 미국 캘리포니아

미국 캘리포니아주는 교통사고 손해배상에서 향후치료비(Future Medical Expense)를 규정하고 있는데, 향후치료비의 상당성과 필요성을 엄격하게 입증해야 한다.

### 가. 향후치료비 지급기준 개요<sup>39)</sup>

향후치료비는 미래에 발생할 수 있는 의료서비스 비용인데, 이를 보상받기 위해서 피해자(Plaintiff)는 교통사고 상해로 인해 향후(합의 혹은 법원 판결 이후)에 그 상해 치료를 위한 의료서비스를 받아야 하고, 이 서비스로 인한 비용 지출이 발생할 것이라는 합리적인 가능성(Reasonable Probability)을 입증해야 한다. 즉, 피해자가 교통사고로 상해를 입었고, 그 상해로 인해 재판 이전에 치료를 받아 왔고 그 치료로 인해 지불한 금액이 어느 정도이며, 재판 당시에 그 상해가 어느 정도 남아있다는 점을 입증할 경우에 향후치료비를 보상받을 수 있다. 피해자가 향후치료비를 배상받기 위해서는 최소한, 재판 이전에 지출한 합리적인 수준의 의료비와 향후에 의학적 치료가 필요하고, 그 치료를 받을 가능성이 높다는 점을 보여주어야 한다.<sup>40)</sup> 이렇게 미국 캘리포니아주는 교통사고 손해배상에서 향후치료비(Future Medical Expense)를 규정하고 있는데, 향후치료비의 상당성과 필요성을 엄격하게 입증해야 한다.

향후치료의 필요성(Necessity)과 합리성(Reasonableness)을 인정하는 방식은 주(State)마다 차이가 있다. 엄격한 증명을 요구하는 텍사스, 알라바마, 조지아 등의 경우, 치료가 반드시 필요하고, 치료 비용이 합리적 범위 이내라는 점에 대한 증명을 요구한다.<sup>41)</sup> 단순히

39) 이하의 내용은 <부록Ⅲ>의 내용을 요약 발췌하였음. 자세한 내용은 <부록Ⅲ>를 참조 바람

40) Russell G. Thornton, JD(2009)

41) American Jurisprudence 2d ed., §169.

피해자의 치료비만을 진술하는 피해자 본인 또는 배우자의 증언만으로는 부족하다는 것으로 반드시 전문가 증언이 필요한 것은 아니다. 위스콘신, 오하이오, 아칸서스, 워싱턴 D.C. 등은 교통사고 상해 직후 발생한 치료이거나 그 치료가 일반적으로 필요한 것으로 인식되는 경우에 대해서는 피해자의 진술만으로 그 필요성을 인정하고 있어 상대적으로 완화된 증명을 요구하는 주로 분류된다. 하지만 사고 후 수개월이 지난 시점에서 발생한 치료비에 대해서는 전문가의 증언이 요구된다.<sup>42)</sup> 이들 주의 법원은 치료비의 합리성과 관련해서는 상대방의 이의 등과 같은 반대되는 사정이 없는 한 의사가 치료내역을 진술하고, 치료비 항목을 세분화하거나(노스캐롤라이나 주) 더 나아가 병원이 작성한 치료비 청구서(일리노이 주) 또는 그 밖의 치료비 청구서(버지니아 주) 만으로도 합리성을 인정한다.<sup>43)</sup>

#### 나. 캘리포니아의 향후치료비 산정 지침

여기서는 캘리포니아 민사소송 배심 지침(California Civil Jury Instruction ‘이하 CACI, No.3903A’)에 명시된 실제 발생한 치료비와 향후치료비 보상 기준을 살펴본다. 먼저 실제 발생한 치료비의 경우, 캘리포니아에서 교통사고 피해자(Plaintiff)가 지불한 의료비는 원칙적으로 건강보험수가로 실제 지급한 금액에 한해 보상받을 수 있다(Hanif v. Housing Authority of Yolo County, 1988, 200 Cal.App 3d 641). 여기서 실제 지급한 금액은 피해자가 가입한 건강보험회사가 피해자에게 의료서비스를 제공한 의료기관에 지급한 금액이고 의료기관이 피해자에게 청구한 금액은 아니다(Nishihama v. City of San Francisco, 2001, 93 Cal.App. 4th 298, 306). 판례는 피해자의 치료비는 실제로 발생했고 보상받기에 합리적이어야만 한다고 판시하고 있으며 의료서비스 제공자가 청구한 총 금액(Full Amount)은 의료서비스 가치를 정확하게 측정(Measure)하지 못한다는 점을 명확히 하고 있다(Howell v. Hamilton Meats & Provisions, Inc, 2011, 52 Cal 4th 541).<sup>44)</sup>

향후치료비 보상에 대한 민사소송 배심지침은 다음과 같이 기술하고 있다. “교통사고에서 향후 발생할 수 있는 의료비의 손해를 보상받기 위해서 피해자는 향후 확실하게 발생할 합리적이고 필수적인 의학적 처치에 대한 비용을 입증해야 한다.”<sup>45)</sup> 그리고 “미래에 지급

42) American Jurisprudence 2d ed., §170.

43) American Jurisprudence 2d ed., §172.

44) 판례 이전에는 의료기관이 피해자에게 청구한 금액(Billed)이 치료비와 향후치료비 보상의 근거로 활용되었음

될 의료비의 현재가치는 현재 그 금액이 투자되어 미래에 향후치료비로 소요될 금액이어야 한다. 그리고 향후치료비의 현재가치를 결정하는데 전문가의 증언(Expert Testimony)을 고려할 수 있다.” 향후치료비 금액은 의료기관이 피해자에게 청구한 금액보다 피해자가 실제로 지불한 금액을 기준으로 한다.<sup>46)</sup> Markow v. Rosner(2010) 판결은 의료기관이 피해자에게 청구한 금액보다 피해자가 실제로 지불한 금액이 향후치료비를 산정하는 기준이라는 점을 보여주고 있다. Markow 사건은 피해자에게 향후치료비로 130만 달러를 지급하라고 한 판결에 대해 가해자가 항소한 사건이다. 재판에서 피해자의 건강 담당 전문가(Life Care Planning Expert)는 피해자의 향후치료비가 약 200만 달러 청구될 것으로 추정하였고 피해자는 청구금액의 50%에서 75%를 실제 비용으로 지출하였다고 증언하였다. 반면 가해자의 보험회사는 청구금액의 12.9%(26만 달러)를 향후치료비로 지급하였고 130만 달러가 과도하다고 항소한 사건이다. 이 재판에서 법원은 130만 달러를 향후치료비로 판결하였는데, 이 금액은 전문가가 증언한 청구금액의 50%(100만 달러)와 75%(150만 달러)의 중간값이다. 이 판례는 향후치료비 청구금액보다 실제로 지불한 금액에 근거해서 향후치료비를 지급하는 캘리포니아의 기준을 보여준다.

#### 다. 건강보험과 향후치료비

미국의 배상책임제도는 자동차보험 진료수가를 건강보험 진료수가와 별도로 운용하지 않는다. 자동차보험과 건강보험 수가 동등하지만 심사체계는 보험회사 중심으로 다원화되어 있다. 교통사고 환자가 진료를 받은 경우 환자의 공공보험(메디케어 또는 메디케이드) 가입 여부에 따라 진료비 보상이 다르게 적용된다. 가입된 경우에는 공공보험이 우선적으로 치료비를 보상하고 자동차보험은 차선으로 치료비를 보상한다. 만약 어느 하나에도 가입되어 있지 않을 경우 자동차보험이 우선적으로 치료비를 보상한다. 의료서비스 제공자는 자신이 제공한 의료서비스를 자동차보험회사에 청구하게 되며, 자동차보험회사가 청구된 진료비를 심사하여 지급하는 방식이다.

45) JUSTIA; CACI(2024), “To recover damages for future medical expenses, [Plaintiff] must prove the reasonable cost of reasonably necessary medical care that [he] is reasonably certain to need in the future.”

46) Corenbaum v. Lampkin(2013) 215 Cal.App.4th 1331, “Because the full amount billed for past medical services provided to plaintiffs is not relevant to the value of those services, we believe that the full amount billed for those past medical services can provide to reasonable basis for an expert opinion on the value of future medical services.”

미래에 발생할 치료가 교통사고와의 인과관계가 적을 수 있다는 점을 고려하여 향후치료비를 건강보험과 연계하고 있다. 만일 교통사고 피해자가 은퇴자 건강보험(Medicare) 수급자(Beneficiary)라면 미래의 치료를 위한 은퇴자 건강보험 계좌(Medicare Set-Aside Account)를 갖고 있고 향후치료비를 지급받았을 경우에는 은퇴자 건강보험 계좌 금액이 감소하게 된다.<sup>47)</sup>

미국 정부의 공식 웹사이트는 배상책임, 노-폴트 보험자 혹은 산업재해보상보험 등 비단체 건강보험(Non-Group Health Plan)기금에서 보상을 받는 경우 건강보험에서 급여하지 않는다고 밝히고 있어 캘리포니아에서만 향후치료비와 건강보험이 연계된 것이 아닌 것으로 보인다.<sup>48)</sup> 웹사이트는 사고나 질병, 상해 치료를 받거나 받을 예정이고 관련 치료비가 가해자 혹은 비단체건강보험으로부터 배상받을 예정이라면, 건강보험이 먼저 치료비를 보상하고, 이후 건강보험 가입자는 자신이 비단체건강보험에서 배상(혹은 보상)을 받을 것이라는 점을 급여조정센터(Benefits Coordination & Recovery Center)에 알려야 한다고 기술하고 있다. 통지를 받은 급여조정센터는 비단체건강보험기금에 대해 구상권을 행사한다.

### 3. 독일, 프랑스

앞에서 검토한 미국과 더불어 독일, 프랑스는 별도의 자동차보험 진료수가 체계를 갖고 있지 않다.<sup>49)</sup> 독일, 프랑스의 건강보험은 우리나라와 같이 의료보험방식(National Health Insurance)으로 이들 국가들은 개인이 납부하는 보험료를 주요 재원으로 전국민에게 의료서비스(급여)를 제공한다. 이에 반해 국가보건서비스(National Health Service) 방식으로 건강보험을 운영하는 국가로는 영국, 네덜란드 등이 있다. 자동차보험의 경우 독일과 프랑스 모두 자동차 소유주가 의무적으로 가입하고 납부하는 보험료로 운영되는데, 모두 민영보험회사(Private Insurance Company)가 운영한다.

의료보험방식으로 건강보험을 운영하는 독일과 프랑스는 별도의 자동차보험 진료수가를 운영하지 않는다. 이들은 동일상병 동일진료의 원칙에 따라 자동차보험 부상환자들도 건강보험에서 건강보험 진료수가에 따라 치료를 받는다. 교통사고 환자가 의료기관에서 치

47) 42 U.S.C. Article 1395y: Exclusions from coverage and medicare as secondary payer (b)(2)

48) <https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/beneficiary-services/recovery-process>

49) 독일과 프랑스 사례는 전용식 외(2022)를 요약하였음

료를 받고 의료기관이 건강보험에 진료비를 청구하면 건강보험이 의료기관에 진료수가를 보상하고 자동차보험과 사후에 정산하는 구조이다. 별도의 진료수가 없이 건강보험에서 심사하고 의료기관에 보상, 자동차보험과 정산하는 구조이기 때문에 진료비 분쟁이 없다.

즉, 건강보험과 자동차보험이 통합되어 있다고 볼 수 있는데, 자동차보험에서 배상하는 경우는 건강보험에서 발생하는 자기부담금(프랑스, 독일), 건강보험에서 보장하지 않는 진료(독일) 등이다. 프랑스의 경우 가해자가 자동차보험에 가입하지 않은 무보험차일 경우에는 자동차보험기금에서 보장받는다.

자동차사고 합의 후에 향후치료가 필요할 경우 피해자의 건강보험으로 치료를 받고(프랑스), 독일의 경우에는 피해자의 건강보험(공적의료보험)의 보장 범위에서 치료가 가능하고 보장 범위를 초과하는 경우에는 자동차보험에서 보상한다. 독일의 공적의료보험에서 보장하는 진료는 자동차보험도 동일하게 보장하는데, 공적의료보험에서 인정되지 않는 특수의료서비스 등은 필요성을 인정하는 소견이 있는 경우에만 자동차보험에서 보상한다. 기왕증의 경우 독일에서는 자동차보험과 공적의료보험사이의 구상 규정에 따라 보상하고 프랑스에서는 건강보험에서 보상한다.

#### 4. 요약

앞에서 검토한 일본, 독일, 프랑스는 우리나라와 유사한 건강보험체계를 갖고 있고 자동차보험은 의무적으로 가입해야 한다. 건강보험은 사회보험으로 국가가 운영하는 반면, 자동차보험은 의무보험이지만 대부분의 국가에서 민영보험회사들이 운영하고 있다. 우리나라와 유사하게 건강보험과 자동차보험은 유기적인 관계를 갖는 것으로 보이는데, 독일과 프랑스는 별도의 자동차보험 진료수가 없이 건강보험으로 자동차보험 피해자들이 치료를 받는다. 메디케어나 메디케이드 등의 공공보험 제도를 갖고 있는 미국의 경우 배상책임제도를 채택한 캘리포니아 등에서도 별도의 자동차보험 진료수가 체계를 갖고 있지 않다. 이에 반해 일본의 경우 건강보험 진료수가보다 비싼 자배책보험 진료수가에 따라 대부분의 자동차보험 환자들이 치료를 받는데, 건강보험을 선택해서 치료를 받을 수도 있다. 일본이 건강보험 치료를 허용한 시기는 자배책보험이 시작된 이후인데, 과실비율이 높아 배상 규모가 적은 피해자들이 건강보험을 치료하는 경우가 다수로 자배책보험 부상 치료비

의 12% 내외로 집계된다. 교통사고 환자가 건강보험으로 치료를 받는 경우 건강보험자가 자동차 보험으로부터 구상하기 위해 피해자는 건강보험기구에 통지해야 하는데, 이는 의무사항이 아니다.

독일과 프랑스는 ‘동일상병, 동일치료’의 원칙에 따라 교통사고 환자가 의료기관에서 치료를 받으면 건강보험이 우선적으로 보상하고, 자기부담금, 건강보험이 보장하지 않는 치료는 자동차보험이 보상한다. 미국의 경우 공공보험(메디케어·메디케이드) 가입률이 높지 않아 보편적이라고 보기는 어렵지만 피해자가 공공보험에 가입한 경우 공공보험이 우선적으로 보상한다. 향후치료가 필요할 경우 공공보험 가입자는 보험자에 향후치료 여부를 통지하고 공공보험으로 치료를 받을 수 있는데, 공공보험에서 향후치료비가 차감된다. 이는 우리나라의 건강보험 급여제한 규정과 유사하다고 볼 수 있다.

건강보험과 자동차보험의 진료수가가 동일하고 진료비 심사는 건강보험이, 손해사정은 민영보험회사가 수행하는 구조로 진료비와 관련한 의료기관과 보험회사의 분쟁이 발생하지 않는다는 평가이다(박다진 외 2006). 이에 반해 이원적인 진료수가 체계를 갖고 있는 우리나라와 일본의 경우 의료계와 보험업계의 진료비 분쟁이 지속되고 있고 건강보험 재정누수, 자동차보험 과잉진료 등 다양한 문제가 지속되고 있다.

〈표 IV-1〉 주요국의 자동차보험과 건강보험 진료수가, 향후치료비 관련 제도

일본	미국	독일, 프랑스
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 자동차보험은 의무보험이지만 민영보험회사(Private Insurance Company)가 운영함</li> <li>• 건강보험은 우리나라와 유사한 의료보험방식(National Health Insurance) 체계임</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 별도의 자동차보험 진료수가: 건강보험 진료수가의 최대 2배에 이르는 자배책보험 진료수가를 운영함</li> <li>• 건강보험과 자배책보험 중 선택 가능               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 자배책보험 진료수가 협의: 손해보험협회, 의사협회, 자동차보험 보험비율산정회 협의(의료기관의 60~70% 협의)</li> <li>- 건강보험 선택 시 상해치료 사실 통지(법률적 강제 사항은 아님)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 별도의 자동차보험 진료수가 없음</li> <li>• 건강보험과 자동차보험 연계</li> <li>• 피해자가 메디케이드·메디케어 대상일 경우 우선적으로 치료비를 부담하고 자동차보험이 차선으로 치료비를 배상함               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 그렇지 않을 경우 자동차보험이 치료비를 배상함</li> </ul> </li> <li>• 메디케이드·메디케어 대상일 경우 향후치료 여부를 통지하고 치료를 받을 수 있지만 메디케어 계좌에서 차감됨</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료보험방식의 건강보험과 자동차보험 연계</li> <li>• 동일상병 동일치료의 원칙으로 교통사고 환자가 의료기관에서 치료를 받으면 건강보험이 우선적으로 보상함</li> <li>• 건강보험 자기부담금, 건강보험이 보상하지 않는 치료에 대해 자동차보험이 보상함</li> <li>• 향후치료가 필요할 경우 건강보험에서 치료 가능함</li> </ul>



본 보고서는 우리나라 건강보험과 자동차보험 환자의 진료현황, 진료수가 이원화의 영향을 치료비 차이를 통해 분석하였고 급여제한 규정에서 초래된 법률적 분쟁을 검토하였다. 그리고 주요국 사례 분석을 통해 건강보험과 자동차보험 운영 체계와 상호 연관성을 검토하였다. 이하에서는 보고서의 주요 내용을 요약하고 제도개선 방향을 제시한다.

## 1. 요약

우리나라 자동차보험 진료수가 건강보험 진료수가에 기반하고 있지만 건강보험 급여라도 의료기관 종별 진료수가 가산율 차등 적용과 입원료 체감률 미적용 등으로 건강보험에 비해 진료수가가 높다. 동일한 상병이지만 자동차보험과 건강보험의 진료비 차이는 의료기관의 과잉진료 유인을 유발할 수 있다.<sup>50)</sup>

진료수가 차이에서 발생할 수 있는 치료비 차이를 분석하기 위해 염좌 및 긴장 환자에 대한 건강보험 의과 및 한방진료와 자동차보험 대인배상과 자기신체사고 현황을 검토하였다. 건강보험 의과 치료비는 자동차보험 대인배상 의과 치료비의 두 배 정도 높고 비급여 진료는 전체 진료비의 절반을 차지하는 것으로 나타났다(요양급여의 145%). 건강보험 의과의 진료 관행은 자동차보험 양방(의과)과 상당한 차이가 있는 것으로 보인다.

반면 한방진료의 경우 자동차보험 환자와 건강보험 환자의 치료관행이 입원과 첩약을 제외하고는 유사한 것으로 분석되었다. 건강보험 한방진료에서 비급여 진료는 요양급여의 42%를 차지하는 것으로 나타났고 자동차보험에서 한방병원은 첩약과 입원을 중심으로 치료비가 건강보험에 비해 높다.

건강보험 의과와 한방 1인당 진료비가 높긴 하지만 자동차보험 대인배상 1인당 진료비보

50) 국민권익위원회 보도자료(2009), “동일한 진료·병실에도 보험종류에 따라 진료비 15배 차이”

다 소폭 낮은 것으로 나타났다. 상해급수 12급 무과실 피해자의 경우 1인당 자동차보험 치료비가 139.7만 원으로 높게 나타났다. 그러나 자동차보험에서 한방진료 없는 의과 치료비는 30만 원에 불과하여 한방진료가 자동차보험 진료비를 높이는 원인으로 나타났다. 건강보험 양방(의과)과 자동차보험 양방(의과) 진료관행의 차이는 환자의 상해 특성이 원인이라기보다는 보험의 차이인 것으로 보인다. 자동차보험 양방(의과)보다 상대적으로 비급여 진료가 자유로운 건강보험에 비급여 진료가 많아지기 때문이다.

한방진료의 경우 건강보험과 자동차보험의 진료관행은 유사한 것으로 보인다. 한 가지 특징은 자동차보험 환자에게는 침약, 한방물리치료 등을 처방하는 경우가 더 빈번하다는 것이다.

진료수가의 차이가 자동차보험 환자의 치료비에 미친 영향을 경상환자를 중심으로 분석한 결과 진료수가 차이로 인해 자동차보험 대인배상 치료비는 건강보험으로 치료받는 경우에 비해 23~27%, 자기신체사고와 자동차상해의 경우에는 29~40% 진료비가 비싼 것으로 나타났다. 자기신체사고의 경우 건강보험으로 진료받을 수도 있지만 진료수가 높은 자동차보험으로 진료받기 때문에 발생하는 불필요한 치료비이다.

본 보고서에서는 건강보험 요양급여에 비급여 진료비를 추산하여 반영하였기 때문에 선행연구에 비해 건강보험 치료비가 더 높다. 그럼에도 불구하고 자동차보험 치료비가 건강보험 치료비보다 높다는 결과가 도출되었다. 진료(실)일수는 통원의 경우 자동차보험이 건강보험보다 길게 나타난 반면 입원일수는 건강보험에서 더 길게 나타났다. 환자의 본인부담에도 불구하고 입원일수가 길게 나타나 건강보험 환자의 상해심도가 더 높은 것으로 볼 수 있다.

건강보험 적용대상과 관련해서, 건강보험은 자동차보험 등으로 보상받은 경우 급여를 제한하고 있다.<sup>51)</sup> 예를 들면 고의 또는 중대한 과실로 인한 교통사고, 합의금 등의 보상을 받은 경우는 건강보험 급여제한 대상이다. 선행연구에 따르면 합의금을 받고 동일한 상병으로 건강보험 급여를 받은 경우도 있고, 고의 또는 중대한 과실 여부를 판단할 수 있는 기준이 미흡하여 법적인 다툼도 발생한다. 요약하면 건강보험과 자동차보험 진료수가 차이는 불필요한 치료비를 초래하고 급여제한과 관련된 세부 규정 미비로 법적인 다툼 등의 사회적 비용을 초래할 수 있다.

우리나라와 다르게 미국, 독일, 프랑스 등은 건강보험과 자동차보험 진료수가 동일하다. 일본은 건강보험과 자동차보험 진료수가 다르지만 자동차보험 환자가 건강보험 진

---

51) 국민권익위원회(2011)

료수가로 치료를 받을 수 있다. 일본에서 자동차보험 환자가 건강보험으로 치료받을 수 있지만 이원적인 진료수가 체계는 차익거래 유인을 초래할 수 있다는 지적이 있다 (Sakaguchi and Mori 2014). 미국, 독일과 프랑스는 건강(공공)보험 환자는 건강(공공)보험 우선 치료가 원칙이고 자동차보험은 건강보험에서 보장하지 않는 자기부담금, 비급여 치료 등을 보상한다. 향후치료비와 같은 자동차보험 보상을 받는 경우 미국은 공공보험과 연계하고 있으며 독일, 프랑스에서는 건강보험으로 치료를 받는다. 반면 일본은 향후치료비를 보상하지 않는다.

본 보고서의 분석결과와 주요국의 사례를 보면 우리나라 자동차보험과 건강보험 체계는 다른 나라와 다르게 사회적 비용을 초래하도록 구조화되어 있다고 볼 수 있다. 건강보험과 자동차보험 진료수가 차이와 건강보험 급여제한 규정은 상대적으로 진료비가 높은 자동차보험 진료를 유도한다. 자기신체사고보험으로 치료를 받는 자동차보험 단독사고 환자들은 건강보험으로 치료할 경우 치료비 부담을 줄일 수 있지만 더 비싼 자동차보험 진료수가를 유도하여 환자의 치료비 부담을 높이고 있다. 환자 측면에서 대인배상 경상환자는 보상(합의금)을 목적으로 불필요한 치료를 선택하는 유인이 있다.

이를 자동차보험 대인배상 주체별로 보면, 의료기관은 종별가산율과 입원료 체감률 적용으로 더 높은 진료비를 받을 수 있기 때문에 경상환자의 입원을 유도하고 경상환자는 합의금 역할을 하는 향후치료비를 보상받기 위해 입원, 한방 비급여 등의 진료를 선택할 수 있다. 그리고 자동차보험 대인배상 부상 치료에는 건강보험과는 다르게 증상 고정 시점이 도입되어 있지 않아 장기치료를 억제할 수 없다. 다음 장에서는 구조적 문제점을 개선할 수 있는 제도개선 방향을 제시한다.

## 2. 제도개선 방향

### 가. 경상환자에 대한 진료수가 일원화 검토

자동차보험 진료수가가 건강보험보다 높게 책정되는 이유는 의료기관의 환자 치료에 수반되는 고정비용을 반영하기 때문이다. 의료계는 자동차보험 환자의 특수성(외상성, 응급성, 장기성, 손해배상)을 근거로 진료수가가 높아야 한다고 주장하는데, 자동차보험 진료

수가를 건강보험보다 높이기 위해 의료기관의 자동차보험 환자 치료에 소요되는 고정비용을 상대적으로 높게 책정한다.

의료기관의 고정비용을 반영하는 항목이 의료기관 종별가산율과 입원료 체감률인데, 자동차보험의 종별가산율은 건강보험보다 높고 입원료 체감률은 건강보험과 다르게 적용된다. 의료기관 종별가산율 차등화의 근거는 1995년 이전에 적용하던 진료수가와 1995년 6월 이후 시행된 자동차보험의료보수와와의 차이를 보전하기 위함이다. 입원료 체감률은 환자의 입원이 장기화될수록 의료행위의 양이 줄어드는 현상을 반영하는 제도인데 자동차보험에는 적용되지 않아 의료기관은 자동차보험 환자의 입원을 선호한다.

그러나 사고유형의 변화로 자동차보험 환자의 대부분이 염좌 및 긴장 등의 경상환자이고 입원 환자는 과거에 비해 줄어들었다. 그리고 비급여 진료 확대로 염좌 및 긴장에 대한 건강보험 환자의 치료비가 자동차보험 환자 치료비보다 높은 상황에서 자동차보험 환자의 특성인 응급성이나 장기성으로 인해 진료비가 높아야한다는 주장의 타당성은 크게 낮아진 것으로 보인다. 경상환자 비중이 늘어나는 사고유형의 변화에서 상해급수 12~14급의 경상환자 치료에 대해 건강보험 환자보다 높은 진료수가와 입원료 체감률 차등 적용은 합리성이 낮아진 것으로 보인다. 오히려 의료기관 종별 진료수가 차등화와 입원료 체감률 미적용 등은 보상 목적의 과잉진료 유인을 확대시키는 근본적인 원인으로 보인다.

따라서, 사고유형과 의료환경의 변화 등 자동차보험을 둘러싼 환경의 변화에 부합하는 자동차보험 진료수가에 대한 재검토가 필요하다. 자동차보험 환자의 상해유형과 심도에 따라 진료수가가 다르게 적용될 필요가 있는데, 예를 들어 외상성, 응급성 등 자동차보험 환자의 특수성이 유지되는 골절·절단 등 중상해 환자의 치료에는 기존의 진료수가 체계가 유지될 필요가 있을 수 있다. 반면 염좌 및 긴장, 타박상, 뇌진탕(상해급수 11급) 등의 경상환자에게는 자동차보험 환자의 특수성이 다를 수 있다. 그리고 앞에서 검토한 바와 같이 염좌 및 긴장 환자에 대한 건강보험 의과 진료비가 자동차보험 의과 진료비보다 더 높고 한방병원이 입원과 처방을 자동차보험 환자에게 처방하는 진료관행은 자동차보험 환자의 특수성때문이기보다는 보험의 차이와 '보상성'이 원인으로 보인다. 환자의 특성을 반영한 효과적인 치료와 보상 목적의 진료 관행을 억제하기 위해서는 경상환자에 대해서는 의료기관 종별 진료수가와 입원료 체감률을 건강보험과 동일하게 하는 것을 검토할 필요가 있다.

## 나. 자기신체사고 건강보험 적용

건강보험 급여제한 규정에 따르면 고의·중과실 사고 환자의 건강보험 급여가 제한되고 자동차보험 직불치료비나 향후치료비 등 다른 보험에서 보상을 받는 경우, 건강보험은 다른 보험에서 구상한다. 이에 반해 자기신체사고보험은 건강보험 급여제한 대상이 아니기 때문에 청구인은 건강보험으로 치료를 받을 수 있지만 자동차보험으로 치료받는 경우가 대부분이다.

경상환자를 중심으로 분석한 결과, 자기신체사고 환자의 자동차보험 치료비 가운데 27~40%는 높은 자동차보험 진료수가로 인한 치료비 차이로 볼 수 있다. 선행연구의 분석결과에 따르면 골절 등 중상해 환자의 경우 건강보험을 적용하면 치료비 절감 규모가 더 크다. 중상해 환자들은 입원이 수반되는 경우가 많기 때문에 입원료 체감률 등으로 자동차보험으로 치료를 받는 경우 치료비 부담이 더 클 수밖에 없다. 사회적 비용을 줄이기 위해서는 자기신체사고보험의 건강보험 적용이 필요하다.

## 다. 향후치료비 제도개선

우리나라 자동차보험은 대인배상 부상 보험금 가운데 향후치료비를 보상하는데, 향후치료비는 선지급된 치료비로 인식된다. 상해등급 1~11급의 중상해 환자의 경우에는 향후치료비가 외과·성형·치과 향후치료비로 구분되어 수술 흉터 제거, 골절 환자의 핀 제거 등에 사용된다. 반면 상해등급수 12~14급의 경상환자에게는 선지급된 치료비라기보다는 합의금의 성격을 갖는다. 게다가 향후치료비가 합의 이전(혹은 최종 변론)까지 발생한 실제 치료비에 비례하여 지급되는 관행으로 경상환자는 향후치료비 보상을 목적으로 불필요한 치료를 받으려는 유인이 있다. 특히 건강보험 진료수가에 비해 상대적으로 높은 자동차보험 진료수가, 과실이 없는 피해자들은 본인부담금이 없는 점, 향후치료비 등 보상 유인 등으로 의료기관과 자동차보험 환자는 불필요한 치료 유인을 갖는다.

향후치료비는 불필요한 자동차보험 대인배상 부상 치료비를 유인할 뿐 아니라 건강보험 재정누수의 원인일 수 있다. 합의 후 동일상병으로 건강보험에서 치료를 받을 경우 급여제한 대상이지만 건강보험으로 치료받는 경우가 있다. 건강보험 급여제한 규정에 따르면 손해배상을 받은 피해자가 동일한 상병으로 건강보험 급여를 받은 경우 급여는 부당이득으로 인식되어 건강보험은 피해자에게 건강보험 급여를 구상할 수 있다. 자동차보험 경상

환자 가운데 합의 후 건강보험으로 염좌·타박상 등의 경미한 상해를 치료한 환자 규모는 정확하게 파악하기는 어렵지만 어느 정도 존재하는 것으로 보인다(김진현 외 2017).<sup>52)</sup> 그리고 2014년부터 2016년까지 손해배상 합의 후 급여제한에 대해 이의신청을 제기한 52건을 분석한 결과 교통사고 환자의 경우가 32건(61.5%)이고, 경상환자에 해당하는 타박상, 경요추 염좌 및 긴장이 9건(28%)으로 나타났다. 이 비율을 부당이득 결정건수에 적용하면 10년간 자동차보험 경상환자 11,754명이 향후치료비를 받은 이후 건강보험 급여를 받은 것으로 추산된다. 연간 약 1천여 명으로 경상환자 규모가 매년 150여만 명이라면 0.07%에 불과하지만 부당이득으로 결정된 건에 국한하여 추산한 규모이기 때문에 부당이득으로 결정되지 않은 건을 고려하면 향후치료비를 받고 건강보험으로 치료받는 환자 규모는 더 클 수 있다.

향후치료비 제도개선은 경상환자에 대한 합의금으로서의 역할을 제한하는 방향일 필요가 있다. 향후치료비를 목적으로 치료를 받기 때문에 상해 회복보다 과도하게 치료비를 높이고 선량한 보험계약자의 보험료를 인상시킬 수 있기 때문이다. 합의금 역할을 제한하기 위해서는 치료 목적에 국한하여 향후치료비를 보상하는 방안을 모색해야 한다. 치료 목적에 국한하기 위해서는 자동차보험 피해자의 사고로 인한 상병코드와 향후치료비 보상 내역을 국민건강보험공단에 통지하고, 자동차사고 상병으로 치료를 받을 경우 급여제한을 하는 방안이 타당해 보인다.

## 라. 증상고정 시점 도입

일본과 프랑스 등 국민건강보험체계(NHI) 국가에서는 산재보험이나 건강보험에 환자의 치료를 통상 증상고정(Stabilization) 시점까지 하고 있다. 프랑스의 경우 교통사고와 관련된 보험회사가 피해자의 상해를 의학적으로 평가하는데, 의학적 평가는 상해가 일시적(Temporary)인지 영구적(Permanent)인지를 평가하고 보상의 객관적 근거가 된다.<sup>53)</sup> 상해 평가 후 가해자는 피해자의 보험금 청구 후 3개월, 혹은 사고 발생 후 8개월 이내에 손

52) 2006년부터 2016년까지 건강보험공단의 부당이득결정건 79,202건 가운데 53%가 교통사고임. 자세한 내용은 김진현(2017)을 참조 바람

53) 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 영구장애 등을 보상받음. 반면 상해가 일시적인 것으로 판단되면 치료관계비와 휴업손해를 보상하고 일시적 기능 장애(Temporary Functional Deficiency), 위자료(Pain and Suffering), 일시적 심미적 손상 등을 보상받음. 전용식 외(2022) 참조

해액을 추산(Interim Indemnity)하여 피해자에게 제시해야 하고, 최종 손해액(보상)은 가해자가 피해자 상해 치료에 대한 증상 고정 시점을 통보받은 이후 최대 5개월 이내에 피해자에게 제시되어야 한다. 상해에 대한 보상의 기준점이 증상 고정 시점(Stabilization)인데 그 시점부터 피해자의 상해가 진전(Evolve)되지 않는 시점으로 의학적 평가에서 결정된다.

일본에서도 증상 고정 시점이 결정되면 가해자와 피해자가 합의한다. 1965년 자배책보험에 도입된 증상 고정 시점은 치료로 인해 증상 개선 여지가 없는 시점, 즉 치료를 계속해도 교통사고 이전으로의 상태로 회복하기 어렵다는 보는 시점이다. 증상 고정 시점은 의료기관, 가해자와 피해자가 합의하는데, 증상 고정 시점 이후에 발생하는 치료비는 보상하지 않기 때문에 향후치료비는 보상하지 않는다.

우리나라 자동차손해배상보장법에서도 증상 고정 시점을 규정하고 있지만 후유장애를 판단하는 데 국한한다. 자동차손해배상보장법 시행령 제3조(책임보험금 등) 1의 3은 “부상에 대한 치료를 마친 후 더 이상의 치료효과를 기대할 수 없고 그 증상이 고정된 상태에서 그 부상이 원인이 되어 신체의 장애(이하 ‘후유장애’라 함)가 생긴 경우에는 <별표 2> 후유장애의 구분과 책임보험금의 한도금액에서 정하는 금액의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액”으로 한다. 자동차보험 부상 환자의 치료에 증상 고정 시점이 고려되지 않는 데 비해 건강보험에서는 증상 고정 시점이 정의되어 있다. 대한의사협회의 진단서 등 작성·교부 지침에 따르면 경추염좌(S13.4)환자의 경우 증상 고정 기간은 2주로 정해져 있다.

증상 고정 시점이 자동차보험 환자 치료에 고려되지 않는 점은 입원료 체감률에도 나타나는데 건강보험의 경우 병원급 이상 의료기관에는 입원료 체감률이 적용되지만 자동차보험에는 종합병원 이상의 의료기관에는 입원료 체감률이 적용되지 않는다. 입원료 체감률은 입원이 장기화될수록 의료행위가 줄어들어 치료비가 낮아지는 현상을 반영하여 환자의 비용을 낮추는 것을 취지로 볼 수 있다. 그러나 자동차보험에 입원료 체감률이 적용되지 않는 현상은 입원 기간이 길어져도 의료행위가 줄어들지 않는다는 것인데, 의료행위가 줄어들지 않는다는 점은 증상이 고정되지 않는다는 것을 가정하는 것으로 보인다. 건강보험과 자동차보험 환자에 대해 동일상병 동일치료의 원칙이 있다면 자동차보험 환자에게도 입원료 체감률이 적용되어야 한다. 입원 비중이 적은 경상환자의 경우 4주 이상 치료를 받을 경우 진단서를 제출하도록 규정하고 있지만 진단서를 수 차례 반복적으로 제출하면서 치료를 장기화하는 경우도 있다. 이러한 관행은 경상환자의 치료가 통상의 치료기간 이상으로 이루어지고 합리적인 수준을 넘어서는 과잉진료를 확대할 수 있다.<sup>54)</sup>

## 마. 비급여 관리

자동차보험 경상환자는 의과와 한방진료를 자유롭게 선택할 수 있는데 의과진료 비중은 치료비 기준으로 30% 내외이고 나머지는 한방진료이다. 의과나 한방진료 모두 비급여 진료료가 있는데, 의과에서는 비급여 진료 비중이 크지 않아 보이는데, 자동차보험 의과 진료비는 건강보험 의과 진료비보다 낮다.

자동차보험 의과에 비해 한방의 경우 건강보험 진료비와 자동차보험 진료비가 유사한 수준이다. 이에 근거해서 보면 자동차보험 한방진료비 가운데 비급여 진료비는 최소 24%일 것으로 보인다. 특히 침약과 한방물리치료 등 비급여 진료가 자동차보험 초진 환자에게 처방되는 경향이 있다. 이러한 현상은 자동차보험의 비급여 관리가 부족하다는 점을 보여준다.

건강보험과 자동차보험 진료에서 비급여 비중이 높아지고 있어 급여와 비급여 진료에 대한 관리 방안이 모색될 필요가 있다. 건강보험에서는 혼합진료 금지방안이 모색되고 있고, 자동차보험에서는 건강보험 급여를 우선적으로 처치할 것을 규정하고 있다. 건강보험 혼합진료 금지방안은 비급여와 급여 진료를 동시에 받는 것을 제한하는 정책인데, 예를 들면 근육이나 관절 통증 치료를 받을 때 급여항목인 물리치료만으로 충분하다고 판단되면 비급여인 도수치료를 금지한다는 것이다.<sup>54)</sup> 이는 불필요한 의료 이용을 줄이고 국민건강보험 재정을 관리하기 위함이라고 정부는 밝히고 있다.

자동차보험 진료수가 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(자동차보험 진료수가 별표 3)에 따르면 “1. 교통사고환자에 대한 진료수가(행위)는 건강보험요양급여목록에 등재(고시)되어 있는 행위를 우선 인정함” 그리고 “2. 건강보험기준에서 비급여로 정해진 행위에 대해서는 요양급여 대상에 대체가능한 행위가 없거나 환자의 증상 및 질병의 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정함”으로 규정하고 있다. 자동차보험 진료수가는 건강보험 진료수가에 기반하기 때문에 비급여 진료를 관리하기 위해서는 건강보험 혼합진료 관리 방안 정립이 필요하다.

---

54) 치료기간을 명시하고 추가 치료 여부를 판단하여 의료 지원을 하는 국내 규정으로는 국가보훈대상자의료지원 규정(제10조), 산업재해보상보험, 공무원 재해보상법 시행령 등이 있음. 자세한 내용은 전용식 외(2020)를 참조 바람

55) 보건복지부 보도자료(2024), “제2차 국민건강보험 종합계획(‘24~’28)”



### 3. 연구의 한계와 향후 과제

본 연구는 자동차보험과 건강보험의 진료수가 차이, 건강보험 급여제한 등 건강보험과 자동차보험의 이원적 체계가 초래하는 사회적 비용을 자기신체사고보험을 중심으로 분석하였다. 자기신체사고보험 진료비와 건강보험 진료비를 비교하여 자동차보험과 건강보험의 진료수가 차이가 초래하는 불필요한 치료비를 분석하였고 자기신체사고보험 진료비와 대인배상 부상 진료비를 비교하여 향후치료비 등 보상 목적이 초래하는 불필요한 치료비를 추가적으로 검토하였다. 그리고 검토결과를 근거로 제도개선 방향을 도출하였다.

본 보고서의 기여이자 한계는 건강보험과 자동차보험의 이원적인 진료수가 체계에서 초래되는 진료비 차이 측정과 건강보험 급여제한 사항에 대해 검토하였다는 측면에서 찾을 수 있다. 먼저 기여 측면에서 보면 자동차보험과 건강보험의 치료비 차이를 측정한 선행 연구들은 건강보험으로 치료받은 환자들의 비급여 진료비를 고려하지 못했는데, 여기서는 비급여 진료비를 고려하여 측정하고 있다. 우리는 염좌 및 긴장 환자들의 건강보험 한방진료 환자들의 진료비명세서에서 비급여 비율을 추산하여 건강보험 치료비를 측정하여 건강보험과 자동차보험의 진료비 차이를 추산하였다. 한편, 자기신체사고보험의 경우 상해급수 구분이 12급부터 14급을 합계한 치료비를 건강보험 염좌 및 긴장(자동차보험 상해급수 12급) 환자의 치료비와 비교하기 때문에 자기신체사고와 건강보험 진료비 차이에 대한 보고서의 결과는 실제치보다 작을 수 있다.

치료비 차이의 절대적 크기에는 측정오차가 있을 수 있지만 규모는 타당해보인다. 자동차보험 대인배상 진료비와 건강보험 진료비의 차이가 단독사고일 경우 자기신체사고보험 진료비와 건강보험 진료비의 차이보다 크게 나타나는 결과는 자동차보험 대인배상에 진료수가 차이로 인한 추가 치료 유인과 더불어 보상 목적의 추가 치료 유인이 결합되어 있기 때문이다. 여기에 자기신체사고보험과 건강보험 진료비 차이에는 보상 목적의 추가 치료 유인이 없는 경우가 많을 것으로 보인다.

건강보험 급여제한 측면에서보면, 건강보험에서 부당이득으로 구분되는 향후치료비를 받고 건강보험에서 급여를 받은 환자의 규모 추산이 자료의 제약으로 최근의 자료가 아닌 선행연구의 분석 결과를 이용하였다는 점이다. 향후치료비는 선지급된 치료비로 인식되기 때문에 향후치료비를 보상받은 상해 치료를 목적으로 받은 건강보험 급여는 부당이득인데, 구체적인 제도개선 방안을 모색하기 위해서는 규모 파악이 선행되어야 하는데 규모

파악이 제한적이라는 점은 보고서의 한계로 볼 수 있다. 그러나 건강보험 급여제한 이슈를 다룬 선행연구나 보고서는 제한적이라는 점에서 참고할 만하다.

본 보고서는 경상환자들을 중심으로 비교하여 자동차보험의 만성적인 경상환자 과잉진료의 근본적인 원인이 진료체계의 이원화, 건강보험 급여제한, 비급여 진료 등이라는 점을 보여주었다. 자동차보험과 건강보험의 진료관행을 비교하기 위해 건강보험 의과와 한방 진료 환자들의 진료관행을 분석하였는데 정작 자동차보험 환자들의 진료명세서를 통한 진료관행 분석은 제한적이다. 자동차보험 환자의 진료명세서 분석과 중상해 환자로 분석 대상을 확대하여 진료수가 일원화의 타당성을 포괄적으로 검토하는 것은 향후 과제로 남겨둔다. 그리고 진료수가 일원화 국가와 그렇지 않은 우리나라의 진료비 분쟁 건수를 비교하여 사회적 비용을 국제적으로 비교하는 것도 생각할 수 있다. 본 보고서의 분석과 주장의 설득력을 더 높일 수 있을 것으로 기대되지만 우리는 사회적 비용을 진료수가 이원화로 인한 치료비 차이와 관련된 법률적 분쟁으로 정의하고 있어 진료비 분쟁의 국제비교는 후속 과제로 남겨둔다.

## 참고문헌

- 국민권익위원회(2011), 「건강보험 급여제한기준의 합리적 개선방안」
- 건강보험심사평가원(2023), 「2023년 상반기 건강보험 진료비통계지표(진료일 기준)」
- 김선민·유승윤·김계현·이재경·심영주(2006), 「자동차보험 진료제도의 현황과 과제」, 『계간 의료정책포럼』, Vol. 4, No. 1, 의료정책연구소
- 김진현·이인영·김준현·서동민·배현지(2017), 「제3자 행위로 인한 사고의 합의 후 건강보험 급여제한 실태와 정책대안」, 『보건경제와 정책연구』, 제23권 제4호, pp. 45~65
- 김진현(2017), 「합의후 수급 급여제한제도 개선방안 연구」, 『서울대학교 산학협력단 연구용역보고서-0000-2-000』, 국민건강보험공단
- 박다진·고수경·송기민(2006), 「건강보험·자동차보험·산재보험 제도의 국내외 비교: 의료비 심사일원화 논의에서의 합의」, 『보건학논집』, Vol. 43, No. 2, pp. 113~121
- 박희성·정윤중·김영환·김태현·금민애·경규혁·김정재·홍석경(2012), 「외상환자의 보험 체계에 따른 진료비 분석」, 『Journal of Trauma and Injury』, Vol. 25, No. 4
- 보건복지부(2024), 「2023년 상반기 건강보험 진료비통계지표(2023년 상반기 기준)」
- 송기민·최호영·김진현(2009), 「건강보험과 자동차보험의 선택적 우선적용에 대한 고찰-경과실 자기신체피해 교통사고를 중심으로」, 『의료법학』, 제10권 제2호, pp. 287~307
- 송윤아·이소양(2017), 「자동차보험 한방진료 현황과 개선방안」, 『연구보고서』, 보험연구원
- 유승윤·김계현·이재경·심영주·김선민(2006), 「자동차보험제도의 문제점 및 개선방안: 의료부문을 중심으로」, 의료정책연구소
- 이용균(2004), 「자동차보험 수가체계와 제도개선 연구」, 『대한병원협회지』
- 일본 손해보험요율산출위원회(2023), 「손해보험요율산출기구 자배책보험개황 데이터」
- 전용식(2020), 「자동차보험 부상 합의금 지급 사례 분석: 경미사고를 중심으로」, 『보험금융연구』, 제31권 제3호, 통권 제100호, pp. 141~170
- 전용식(2022), 「자동차보험 과잉진료 규모추정에 관한 연구」, 『이슈보고서』, 보험연구원
- \_\_\_\_\_ (2023), 「건강보험 보장성 강화 이후 자동차보험 대인배상 한방진료비 현황」, 『KIRI Report』, 보험연구원

전용식·양승현·김유미(2020), 「자동차 경미사고 대인배상제도 개선방안: 해외제도와의 비교를 중심으로」, 『연구보고서』, 보험연구원

전용식·윤성훈·강운지(2022), 「자동차보험 상해급수 개정 방향」, 『연구보고서』, 보험연구원

정덕주(2004), 「자동차보험 의료제도 발전방안」, 『대한병원협회지』

조구성(2010), 「자동차보험 진료수가제도의 적정화 방안에 관한 연구」, 『부산대학교 법학 연구』, 제51권 제2호, 통권 제64호, pp. 393~427

조용운·서대교·김미화(2010), 「보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안」, 『조사보고서』, 보험연구원

Lewis Brisbois Bisgaard & Smith LLP(2017), “Memorandum: RE: Valuation of Future Medical Special Damages, File No: 30738.02”

Russell G. Thornton, JD, “Future Economic Damages”, *Medicolegal Issues*, 2009:22(3)

Sakaguchi, Kazuki, and Koichiro Mori(2014), *JIMAJ*, “Conflicts between Public Car Insurance and Public Medical Insurance in Japan: International Comparison Survey”, 57(2)

일본금융청([https://www.fsa.go.jp/singi/singi\\_zidousya/gijiroku/20110114.html](https://www.fsa.go.jp/singi/singi_zidousya/gijiroku/20110114.html))

CMS.GOV(<https://www.cms.gov/medicare/coordination-benefits-recovery/beneficiary-services/recovery-process>)

Cornell Law School(<https://www.law.cornell.edu/uscode/text/42/1395y#>)

JUSTIA(<https://www.justia.com/trials-litigation/docs/caci/3900/3903a/>)

## 1. 개요

- 2020년 자동차보험 대인배상 진료에서 한방 이용 환자 규모는 94.7만 명으로 전체 169.7만 명 가운데 56%였으나 2023년에는 59%로 높아짐
  - 중상해 환자들도 한방진료를 이용하는 환자가 늘어나고 있는 것으로 보임
  - 한방 이용 환자 1인당 치료비는 2020년 121.1만 원에서 2023년에는 142.1만 원으로 높아진 반면, 한방 미이용 환자 규모는 61.3만 명에서 38.7만 명으로 감소하였고 1인당 치료비는 77.7만 원에서 94만 원으로 높아짐
    - 진료(실)일수의 경우 한방 이용 환자들은 1인당 평균 22일에서 24일로 높아졌고 한방 미이용 환자들은 12일에서 14일로 높아짐

〈부록 표 I-1〉 자동차보험 의과 진료비 현황

(단위: 명, 원, 일)

연도	대인배상 부상		1인당 치료비		1인당 진료(실)일수	
	인원	한방 이용 비중	한방 이용	한방 미이용	한방 이용	한방 미이용
2020	1,697,242	56%	1,210,648	776,702	22	12
2021	1,656,708	60%	1,259,496	808,694	22	13
2022	1,680,002	64%	1,348,940	833,128	22	13
2023	1,708,682	59%	1,421,228	939,690	24	14

주: 1) 의과 진료인원은 한방진료를 이용하지 않은 피해자임

2) 1인당 치료비와 진료(실)일수는 분기 평균값이고 진료인원은 분기 합계임

자료: 보험개발원

## 2. 한방 미이용 경상환자 진료비

- 2023년 한방진료를 이용하지 않은 상해급수 12~14급 환자의 평균 1인당 의과 진료비는 30.2만 원, 평균 진료(실)일수(통원 및 입원일수의 합계)는 8.6일임(아래 <부록 표 I-2> 참조)
  - 보험개발원에서 제공받은 자료를 분석한 결과 자동차보험 대인배상 진료비에서 의과 진료비가 차지하는 비중은 30% 내외로 과거에 비해 감소함

<부록 표 I-2> 자동차보험 경상환자 의과 진료비 현황

(단위: 명, 일, 원)

연도	대인배상 부상 인원	의과 진료인원	진료(실)일수	1인당 치료비	
				평균	중위값
2020	1,593,438	567,673	8.1	313,749	136,449
2021	1,552,996	477,212	8.3	310,155	130,018
2022	1,578,636	433,377	8.2	293,014	120,173
2023	1,590,062	351,608	8.6	302,215	123,525

주: 1) 의과 진료인원은 한방진료를 이용하지 않은 피해자임

2) 1인당 치료비와 진료(실)일수는 분기 평균값이고 진료인원은 분기 합계임

자료: 보험개발원

## 3. 한방 이용 경상환자

- 상해급수 12~14급 경상환자 가운데 한방진료를 이용하는 환자 규모는 전체 피해 인원 159만여 명 가운데 92.8만 명이고 1인당 치료비는 평균 114.8만 원임
  - 2024년 중 한방 이용 환자들의 1인당 치료비는 중위값 기준으로 82.3만 원에서 83.1만 원으로 소폭 높아졌고 75퍼센타일은 150만 원 내외, 95퍼센타일은 320만 원 내외를 기록함
  - 입원일수와 통원일수를 합한 진료(실)일수는 20일 내외를 기록하고 있는데 의과(한방 미이용) 환자들에 비해 두 배 이상임

〈부록 표 I -3〉 2023년 자동차보험 경상환자(한방 이용) 대인배상 진료비

(단위: 명, 일, 원)

분기	대인배상 부상 인원	진료인원	진료(실)일수	1인당 치료비	
				평균	중위값
1/4	1,593,438	228,291	20.4	1,140,328	823,030
2/4	1,552,996	224,162	19.7	1,157,652	832,271
3/4	1,578,636	223,899	19.6	1,156,181	831,844
4/4	1,590,062	252,202	18.9	1,139,590	831,140

주: 1) 의과 진료인원은 한방진료를 이용하지 않은 피해자임

2) 1인당 치료비와 진료(실)일수는 분기 평균값이고 진료인원은 분기 합계임

자료: 보험개발원

## 1. 자동차보험과 건강보험 한방진료 환자 처방 비교

- 한방병원은 자동차보험과 건강보험 환자에게 유사하게 복합진료(세트청구)를 하는 것으로 나타났는데, 두 가지 보험에서 뚜렷한 차이를 보이는 것은 첩약, 비급여 약침, 한방물리요법 등임
  - 12개 한방병원에서 진료받은 자동차보험 환자(염좌 및 긴장)와 건강보험 환자의 진료 비명세서를 비교함
  - <부록 표 II-1>은 12개 한방병원의 자동차보험, 건강보험 환자의 초진 및 재진 진료비 명세서에 나타난 진료행위 비중을 보여주고 있음
  - 48건의 진료비명세서의 진료행위를 분석하였는데, 한방병원은 대부분 전국적 분점을 갖고 있는 네트워크 병원임
- 두 가지 보험의 경추염좌(S134) 환자에게 공통적으로 관측되는 것은 경혈침술 등 침술, 구술(간접구), 부항술, 온냉경락요법, 침전기자극술, 약침술 등이 동시에 처치(세트청구 혹은 복합진료)된다는 것임
  - 건강보험과 자동차보험 초진 환자의 경우 경혈침술, 척추간 침술, 투자법침술이 공통적으로 처치되었고 구술, 부항술, 온냉경락요법, 첩약 등이 처방되었음
  - 첩약의 경우 건강보험 환자에 대한 처방 비율이 자동차보험 환자에 비해 낮고 건강보험 환자에게 비급여 약침(봉침 등)이 처방되는 경우도 있음
    - 첩약은 특히 자동차보험 초진 환자에게 처방되는 경우가 많은 것으로 나타났는데, 한방첩약, 한방탕전료가 청구된 비중이 25%임
  - 재진 환자의 경우 약침술(1부위, 2부위)과 비급여 약침이 처방되는 차이가 있는데 초진 시 약침술 및 첩약 처방으로 건강보험 보다 비싼 치료비를 청구하는 병원도 있고, 재진 시에는 거의 동일한 치료내용 및 치료비를 청구하는 경우도 있음



〈부록 표 II-1〉 건강보험과 자동차보험 한방진료 처치 비중

(단위: %)

번호	구분	코드	건강보험		자동차보험	
			초진	재진	초진	재진
1	진찰료(초진/초진야간)	10101	100	100	100	100
2	경혈침술(2부위이상)	40012	100	92	100	100
3	척추간침술	40070	67	67	58	58
4	투자법침술	40080	58	42	50	50
5	구술(간접구)-간접애주구	40306	-	-	-	-
6	구술(간접구)-기기구술	40307	75	75	83	92
7	부항술(건식부항)-유관법	40321	8	-	8	-
8	부항술(습식부항)(1부위)	40312	17	17	-	-
9	부항술(자락관법)(2부위이상)	40313	75	75	100	92
10	일회용부항컵	p0001002	-	-	-	8
11	온냉경락요법-경피적외선조사	40701	100	100	100	100
12	한방물리요법-경근간섭저주파요법	93027	17	-	42	33
13	침전기자극술	40091	67	75	58	50
14	추나요법-단순추나	40710	42	45	75	58
15	추나요법-복잡추나	40710	8	17	-	17
16	약침술(1부위)	93011	25	8	67	50
17	약침술(2부위)	93012	-	-	25	42
18	약침술시 사용된 약제	93013	-	-	17	-
19	변증기술료	40400	100	42	83	42
20	한방첩약	13010	8	-	33	-
21	한방탕전료	13020	8	-	33	-
22	한방물리요법-도인운동요법	93030	-	-	17	-
23	경방오적산연조엑스(단미엑스혼합제)	6.61E+08	-	-	-	-
24	한방외래 퇴원환자조제료	30050	-	-	-	-
25	비급여 한약(포, 환 등 )	비급여	-	-	-	-
26	비급여 약침(봉침 등)	비급여	8	17	-	-

주: 각 한방병원이 보험 환자들에게 처치한 행위 수를 병원 개수로 나눈 값임

○ 자동차보험 한방진료에서 복합진료는 첩약 처방 여부에 따라 침술(10가지), 뜸(구술)(4가지), 부항(2가지), 약침(3가지), 추나요법(3가지), 온냉경락요법(2가지), 한방물리요법(6가지) 등을 중심으로 수행됨

• 〈부록 표 II-2〉에서 제시하고 있는데, 이는 복합적으로 처방된 치료비 비중을 보여주고 있음

- <부록 표 II-2>에서 4가지란 침술, 뜸(구술), 부항, 약침, 추나요법, 온냉경락요법, 한방물리요법 등 7가지 가운데 4가지가 복합적으로 처방된 것을 의미함
  - 첩약이 있는 경우 4가지 처방이 이루어진 치료비 비중은 2020년 7.22%에서 2023년에는 2.89%로 줄어든 반면 7가지 처방이 이루어진 치료비 비중은 2020년 9.11%에서 2023년 19.54%로 늘어남
  - 첩약이 있는 경우 4가지 이상의 복합진료 비중은 2020년부터 2023년까지 연평균 52.2%인 반면 첩약이 없는 경우 4가지 이상의 복합진료 비중은 38.5%임

〈부록 표 II-2〉 자동차보험 한방진료 복합처방 비중

(단위: %)

연도	첩약 있음				첩약 없음			
	4가지	5가지	6가지	7가지	4가지	5가지	6가지	7가지
2020	7.22	16.11	18.74	9.11	8.93	15.59	10.06	3.53
2021	5.53	14.78	20.11	13.74	6.85	14.00	14.24	4.67
2022	3.92	12.24	19.74	17.62	5.02	12.32	15.68	6.29
2023	2.89	9.47	17.94	19.54	4.31	11.46	10.69	10.36

자료: 국내대형손해보험회사

## 2. 자기신체사고

### 가. 개요

- 자기신체사고보험은 1979년 1월부터 판매되기 시작했는데, 단독사고나 무보험차량과의 사고에서 보험 혜택을 받지 못하는 경우를 대비하여 개발된 상품임(대법원 2005. 11. 25. 선고 2004다28245 판결)
  - 자동차 운행에서 운전자에게 발생한 신체상해를 보상하는 담보로 임의로 가입할 수 있음
  - 자기신체사고보험과 유사한 상품으로 자동차상해보험이 있는데, 자기신체사고보험과의 차이는 상해급수별 한도 없이 부상보험금 한도 1,000만 원 혹은 2,000만 원 한도에서 실제 발생한 치료비를 보상한다는 점임
    - 이하에서 지칭하는 자기신체사고보험은 자동차상해보험을 포함함

- 자기신체사고보험 손해액은 2022년 자동차보험 손해액 13.5조 원 가운데 2.7%인 3,646억 원을 차지함(부록 표 II-3) 참조

〈부록 표 II-3〉 자동차보험 담보별 손해액

(단위: 억 원)

연도	대인배상			대물배상	자기차량 손해	자기신체 사고	자동차보험 손해액
	사망	부상 치료비	향후치료비				
2020	3,400	16,491	15,977	47,674	26,533	3,875	125,520
2021	2,910	17,554	16,265	49,610	25,696	3,747	127,262
2022	3,218 (2.4%)	18,744 (13.8%)	17,645 (13.0%)	52,607 (38.9%)	28,471 (21.0%)	3,646 (2.7%)	135,406 (100.0%)

주: 괄호 안은 비중을 의미함  
자료: 보험개발원

○ 자기신체사고와 자동차상해 담보는 사망, 부상, 후유장애를 보장하는데 공통점과 차이점을 다음의 〈부록 표 II-4〉에 정리하였음

- 자기신체사고의 사망과 후유장애 가입금액은 1,500만 원 3,000만 원 5,000만 원 1억 원 중 선택할 수 있고 부상 가입금액은 1,500만 원 3,000만 원 5,000만 원으로 구분됨
- 부상보험금은 성형수술비를 포함하고 상해급수에 따라 한도가 정해지는데, 상해급수 1급은 1,500만 원, 2급은 800만 원, 3급 750만 원, 그리고 12급은 60만 원, 13급은 40만 원, 14급은 20만 원임
- 자기신체사고 부상보험금은 실제손해액에서 공제액을 제외하고 비용을 포함한 금액으로 정해지는데, 여기서 실제손해액은 약관상 보험금 지급기준에 의해 산출한 금액 또는 법원의 확정판결 등에 따른 금액으로 과실상계 및 보상한도를 적용하기 전의 금액으로 정의됨

〈부록 표 II-4〉 자기신체사고와 자동차상해 비교

구분	자기신체사고보험	자동차상해
공통점	• 자동차사고에서 피보험자 본인, 배우자, 부모, 자녀 등이 사망 또는 상해를 입은 경우 보상	
차이점	• 사망, 후유장애 등급별 가입금액 지급 (1,500만 원, 3,000만 원, 5,000만 원, 1억 원 중 선택) • 부상보험금은 상해급수별(1급 1,500만 원, 14급 20만 원) 한도에서 실제 치료비를 보상	• 사망, 후유장애는 각각 1억 원 또는 2억 원 한도 • 부상보험금은 1천만 원 또는 2천만 원 한도로 실제 치료비 전액과 합의금(향후치료비, 휴업손해, 위자료)을 보상

○ 자기신체사고보험의 피보험자는 운전자(기명피보험자)와 가족 등이 될 수 있음

- 운전자(남편)가 부인과 자녀를 동승하여 운전하던 중 전봇대를 들이받아 운전자와 부인, 자녀가 다쳤다면 운전자는 자기신체사고담보로, 부인과 자녀는 대인배상으로 치료를 받을 수 있음
- 자기신체사고보험금이 지급되지 않는(면책되는) 경우는 첫 번째, 피보험자 고의로 사고가 발생하였을 때(대법원 2017. 7. 18. 선고 2016다216953 판결), 두 번째, 피보험자 동차 또는 피보험자동차 이외의 자동차를 시험용, 경기용 또는 경기를 위해 연습용으로 사용하던 중 생긴 손해(운전면허시험을 위한 도로주행시험용으로 사용하던 중 생긴 손해는 보상), 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요 및 이와 유사한 사태로 인한 손해, 지진, 분화 등 천재지변으로 인한 손해, 핵연료물질의 직간접 영향으로 인한 손해, 영리 목적을 위해 유상으로 피보험자동차를 반복 사용하거나 빌려준 경우에 생긴 손해 등임

나. 사고현황

○ 자동차상해를 포함한 자기신체사고와 대인배상의 사고발생률, 건당손해액, 경과손해율을 2023년 분기별로 다음의 <부록 표 II-5>에 제시하고 있음

<부록 표 II-5> 2023년 분기별 자기신체사고와 대인배상 담보 현황

(단위: %, 천 원)

분기	대인배상			자기신체사고		
	사고발생률	건당 손해액	경과손해율	사고발생률	건당 손해액	경과손해율
1/4	4.52	4,373	67.8	0.66	2,784	59.8
2/4	4.68	4,178	67.5	0.67	2,686	58.1
3/4	4.91	4,109	68.2	0.70	2,673	60.2
4/4	5.20	4,264	76.3	0.74	2,742	66.1

자료: 보험개발원

○ 자기신체사고와 자동차상해는 사망, 부상, 후유장해를 보상하는데 2017년부터 2019년까지는 후유장해 보험금 비중이 39%에서 35% 수준이었고 사망 보험금 비중은 37%에서 30%로 감소함

- 이러한 추세는 2023년까지 지속되었는데, 이에 반해 부상 보험금 비중은 24%에서 40% 내외로 높아짐

〈부록 표 II-6〉 자기신체사고 사망, 부상, 후유장해 보험금

(단위: 천 원)

연도	사망	후유장해	부상	합계
2017	66,418,136	70,852,148	42,397,164	179,667,448
2018	76,490,304	83,390,285	60,242,864	220,123,453
2019	69,410,425	80,079,064	79,757,928	229,247,417
2020	72,733,701	87,568,975	95,169,902	255,472,578
2021	67,543,145	88,094,323	109,438,321	265,075,789
2022	72,415,338	77,335,899	112,605,170	262,356,407
2023	83,637,891	96,724,902	117,386,247	297,749,040

자료: 보험개발원

○ 자기신체사고보험은 단독사고(혹은 경과실 자기피해사고)로 운전자상해를 입었을 경우에 청구할 가능성이 높음

- 단독사고는 차대차, 차대사람 사고 이외의 사고로 볼 수 있는데, 단독사고의 보험금 청구 건수와 보험금 규모는 자동차상해의 경우 4천여 건에서 11,719건으로 보험금 규모는 537억 원에서 930억 원으로 늘었고 자기신체사고의 경우도 보험금 규모는 368.7억 원에서 535억 원 규모로 증가함
- 2023년 기준으로 단독사고 합계는 약 1,465억 원으로 전체 합계 2,977억 원의 절반에 이름

〈부록 표 II-7〉 단독사고와 자기신체사고 전체 피해자 및 보험금 현황

(단위: 건, 천 원)

연도	자동차상해_단독사고		자기신체사고_단독사고		자기신체사고_합계 <sup>1)</sup>	
	보험금 청구 건수	보험금	보험금 청구 건수	보험금	보험금 청구 건수	보험금
2017	4,739	53,768,295	3,030	36,874,815	24,924	179,667,449
2018	6,557	61,042,792	4,176	50,361,780	35,518	220,123,453
2019	7,801	59,311,339	4,569	46,607,847	46,530	229,247,418
2020	8,964	75,199,315	4,652	44,286,153	53,401	255,472,578
2021	9,649	76,435,105	4,493	46,854,612	56,880	265,075,789
2022	9,621	71,778,439	3,972	46,836,856	57,326	262,356,407
2023	11,719	93,038,373	4,347	53,499,198	63,861	297,749,040

주: 전체 합계는 자기신체사고와 자동차상해의 차대차사고, 단독사고, 기타 등의 합계임

자료: 보험개발원

○ 차대차사고에서 청구된 자기신체사고와 자동차상해 보험금 규모는 2023년 1,418.8억 원으로 단독사고 보험금 규모와 유사함

- 차대차사고에서 자기신체사고나 자동차상해는 피해자 본인 과실에 의해 상대방으로부터 받지 못하는 치료비나 합의금 과실상계 금액으로 충당되는 경우가 많기 때문인 것으로 보임

〈부록 표 II-8〉 차대차사고 피해자 및 보험금 현황

(단위: 건, 천 원)

연도	자동차상해_차대차사고		자기신체사고_차대차사고		차대차사고 합계 <sup>1)</sup>	
	보험금 청구 건수	보험금	보험금 청구 건수	보험금	보험금 청구 건수	보험금
2017	11,701	49,500,575	5,048	33,314,673	16,749	82,815,248
2018	17,615	67,212,176	6,701	36,196,583	24,316	103,408,759
2019	25,114	77,749,294	8,345	38,128,784	33,459	115,848,078
2020	29,880	90,020,475	9,136	38,341,974	39,016	128,362,449
2021	32,958	98,139,275	8,963	35,406,029	41,921	133,545,304
2022	35,074	103,956,996	7,781	32,776,258	42,855	136,733,254
2023	39,025	109,296,048	7,617	32,584,713	46,642	141,880,761

주: 전체 합계는 자기신체사고와 자동차상해의 차대차사고, 단독사고, 기타 등의 합계임  
 자료: 보험개발원



## MEMORANDUM

**TO:** Edward Seo

**FROM:** Alex Park

**DATE:** October 23, 2017

**RE:** Valuation of Future Medical Special Damages

**FILE NO.:** 30738.02

---

### I. Issue

How are future medical damages determined in California?

### II. Short Answer

If plaintiff is insured, the amount actually paid to a medical provider is used to calculate the reasonable value of medical services for future medical specials. If plaintiff is a Medicare beneficiary, there must be a Medicare Set-aside Account (MSA) for future medical treatments.

If plaintiff is not insured, plaintiff must introduce substantial evidence of both the amount incurred and the reasonable value of the services to determine reasonable value of future medical services.

### III. Authority

CACI No. 3903A provides in pertinent part: "To recover damages for future medical expenses, [Plaintiff] must prove the reasonable cost of reasonably necessary medical care that [he] is reasonably certain to need in the future." To find present cash value, you must determine the amount of money that, if reasonably invested today, will provide Plaintiff with the amount of his future damages. You may consider expert testimony in determining the present cash value of future damages.

#### A. General Rule – Recovery Based on Paid Amounts

A plaintiff's recovery of damage for medical expenses is limited to the amount actually paid by Medi-Cal where the plaintiff was never in any danger of becoming personally liable for the full medical bill. Hanif v. Housing Authority of Yolo County, (1988) 200 Cal.App.3d 641.

A plaintiff's recovery for medical treatment was limited to the amount her private health care insurer paid to the medical provider and not the amount billed by the provider under its usual and customary rates. Nishihama v. City of San Francisco (2001) 93 Cal.App.4th 298, 306.

An injured plaintiff whose medical expenses are paid by private insurance can recover damages for past medical expenses in an amount no greater than the amount that the plaintiff's medical providers, pursuant to a prior agreement, accepted as full payment or, to the extent that payment is still owing, the amount that the medical providers had agreed to accept as full payment for services provided. Howell v. Hamilton Meats & Provisions, Inc. (2011) 52 Cal.4th 541. The Court in Howell found that a plaintiff's medical expenses must be both incurred and reasonable to be recoverable, and found that the full amount billed by medical providers is not an accurate measure of the value of medical services. *Id.* at 562.

### **B. Future Damages – Established by Expert Testimony**

The full amount billed by medical services is not relevant to a determination of the reasonable value of future medical services. The court noted that this conclusion also effects expert opinion testimony, as the full amount billed for past medical services can provide no reasonable basis for an expert opinion on the value of future medical services. Corenbaum v. Lampkin (2013) 215 Cal.App.4th 1308, 1331

When calculating future medical expenses, the reasonable market or exchange value of medical services will not be the amount billed by a medical provider, but the amount paid pursuant to the reduced rate negotiated by the plaintiff's insurance company. Markow v. Rosner (2016) 3 Cal.App.5th 1027, 1050-51. In Markow, the plaintiffs' life care planning expert estimated that the amount billed for the injured party's future hospitalizations would be approximately \$2 million. She also testified that the amount actually paid is usually 50 to 75 percent of the total amount billed, while noting that with respect to one particular hospitalization, the injured party's cost had been reimbursed at a much lower rate of 12.9 percent. She also testified that "reimbursement rates vary and that there is no one 'across-the-board, set percentage.'" *Id.* at 1051. The jury awarded \$1.3 million for the cost of future hospitalizations, which the defendant claimed was excessive because the plaintiffs' expert did not consider amounts actually paid for hospitalization. *Id.* at 1050. If the jury had applied the 12.9 percent rate, he argued, the award for future hospitalizations would have been reduced to \$260,000. *Id.* at 1051. Citing the expert testimony, the appellate court found substantial evidence supported the jury's award of \$1.3 million, which was roughly halfway between the expert's 50 to 75 percent reimbursement figure.

### **C. General Rule – Uninsured**

When the plaintiff has received treatment on a lien basis and there are no payments, the jury's analysis shifts to determining the reasonable value of medical services provided. Bermudez v. Ciolek (2015) 237 Cal. App.4th 1311, 1330-31. The measure of damages for uninsured plaintiffs who have not paid their medical bills will usually turn on a wide-ranging inquiry into the reasonable value of medical services provided, because uninsured plaintiffs will typically incur standard, non-discounted charges that will be challenged as unreasonable by defendants.



While an injured plaintiff is entitled to recover the reasonable value of medical services that are reasonably certain to be necessary in the future, evidence of the full amount billed for past medical services cannot support an expert opinion on the reasonable value of future medical services. Cuevas v. Contra Costa County, 11 Cal. App. 5th 163, 182. In Cuevas, however, it did not appear that Plaintiff used the full amount billed for past medical services in making the calculations for her life care plan. The court observed "the 'requirement of certainty ... cannot be strictly applied where prospective damages are sought, because probabilities are really the basis for the award.'" (citing Behr v. Redmond (2011) 193 Cal.App.4th 517, 533.) At the time of trial, the precise medical costs a plaintiff will incur in the future are not known. Nor is it known how a plaintiff will necessarily pay for such expenses. It is unknown, for example, what, if any, insurance a plaintiff will have at any given time or what rate an insurer will have negotiated with any given medical provider for a particular service at the time and location the plaintiff will require the medical care. The fact finder is entrusted with the tasks of evaluating the probabilities based on the evidence presented and arriving at a reasonable result.

**D. Medicare Rules for Beneficiary – MSA Must be Established for Future Care**

Medicare is entitled to conditional payment back from the primary liability insurer plan, thereby creating the Medicare set aside. See 42 U.S.C. §1395y(b)(2).



## 도서회원 가입안내

회원	연회비	제공자료
법인회원	₩300,000원	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구
특별회원	₩150,000원	
개인회원	₩150,000원	

\* 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관



### 가입 문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113 | 팩스 : (02)3775-9102



### 회비 납입 방법

무통장입금

- 계좌번호 : 국민은행 (400401-01-125198) | 예금주: 보험연구원



### 자료 구입처

서울 : 보험연구원 자료실(02-3775-9113 | lsy@kiri.or.kr)



## 저자약력

**전용식** Iowa State University 경제학 박사 / 선임연구위원  
E-mail : yongsik.jeon@kiri.or.kr

**이태열** Iowa State University 경제학 박사 / 선임연구위원  
E-mail : tylee@kiri.or.kr

연구보고서 2024-17

### 자동차보험과 건강보험 진료수가 차이와 사회적 비용: 자기신체사고 사례

발행일 2024년 12월

발행인 안철경

발행처 보험연구원

주소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩

인쇄소 고려씨엔피

ISBN 979-11-93021-62-0  
979-11-85691-50-3(세트)

(정가 10,000원)