

자동차 경미사고 대인배상제도 개선방안 : 해외제도와와의 비교를 중심으로

2020. 12

전용식·양승현·김유미

머 리 말

보험·금융업에서 정보의 비대칭성은 역선택과 도덕적 해이의 원인이다. 자동차보험 대인배상의 경우 피해자의 상해에 대한 정보는 피해자만이 정확히 알고 있으며 객관적으로 입증하기가 어렵다. 특히 경미한 사고에서 발생한 상해등급 12~14급의 경상환자의 경우에는 더 어렵다. 그리고 이러한 특징을 고려하지 못한 제도적인 한계로 인해 자동차보험에서는 보상성 과잉치료가 지속되고 있다. 결과적으로 2019년 대인배상 손해액은 1999년에 비해 세 배 이상 증가하였다. 피해자가 경미한 상해를 입었지만 치료비, 합의금 등이 과도하다는 가해자들의 불만도 늘어나고 있다. 자동차보험 대인배상의 경제적·사회적 비용이 증가하고 있다.

이에 우리 원에서는 자동차보험 대인배상제도 개선에 도움이 될 수 있는 「자동차 경미사고 대인배상제도 개선방안: 해외제도와의 비교를 중심으로」를 발간하게 되었다. 이 보고서는 주요국들의 자동차보험 보상절차와 경상환자에 대한 보상제도 개선 사례를 중심으로 국내 제도 개선 방향을 제시하고 있다. 우리나라의 교통사고 처리 문화와 주요국들의 문화가 다르기 때문에 주요국의 제도 개선 사항이 우리나라 상황에 부합하지 않을 수 있다. 그러나 주요국의 사례는 경상환자 보상에 대한 선형적 고민을 통해 우리나라의 문제를 다시 바라보는 계기가 될 것이다. 본 보고서가 국내 자동차보험 보상제도가 보다 합리적이고 공정한 제도로 개선되는 데 기여할 것으로 기대한다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 우리 원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀둔다.

2020년 12월

보 험 연 구 원
원장 안 철 경

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 2

1. 연구의 배경 및 필요성 / 2
2. 연구의 목적, 범위와 방법 / 4

II. 대인배상 현황 및 문제점 / 6

1. 대인배상 보험금 현황 / 6
2. 도덕적 해이: 선행연구 분석 / 14
3. 대인배상 민원 현황 / 16
4. 과실비율과 도덕적 해이 / 19
5. 소결 / 20

III. 주요국의 대인배상제도 / 22

1. 보상절차: 우리나라, 일본, 영국, 미국 / 22
2. 경미상해 보상제도 개선: 캐나다, 이탈리아, 스페인 / 46
3. 소결 / 58

IV. 제도 개선 방향 / 63

1. 치료비 지급보증제도 / 63
2. 대인배상 II 치료비 과실상계 / 70
3. 기대효과 / 72
4. 요약 및 검토사항 / 73

| 참고문헌 | / 77

| 부록 | / 80

■ 표 차례

- 〈표 I-1〉 대인배상 관행과 사회적 문제점 / 4
- 〈표 II-1〉 사고유형별 교통사고 발생 현황 / 7
- 〈표 II-2〉 교통사고 부상의 상해 등급별 인원 및 보험금 현황 / 8
- 〈표 II-3〉 대인배상 보험금 현황 / 9
- 〈표 II-4〉 연령별 교통사고 부상환자(상해등급 12~14급)와 한방치료 비중 / 11
- 〈표 II-5〉 연령별 경상환자(상해등급 12~14급) 치료 현황 / 12
- 〈표 II-6〉 의료서비스 유형별 진료 행태 / 12
- 〈표 II-7〉 상해등급 14급 대인배상 청구 사례의 의료기관 방문 횟수 / 13
- 〈표 II-8〉 A손해보험회사의 자동차보험 민원 현황 / 16
- 〈표 II-9〉 대인배상 민원 현황 / 17
- 〈표 II-10〉 과실비율과 대인배상 보험금, 도덕적 해이 / 20
- 〈표 III-1〉 국내 대인배상 보상절차와 보험금 지급항목 / 23
- 〈표 III-2〉 일본의 자배책보험 부상의 지급기준 / 32
- 〈표 III-3〉 일본 중과실감액제도의 감액률 / 35
- 〈표 III-4〉 영국의 자동차보험 보험금 지급절차 / 40
- 〈표 III-5〉 경추부염좌, 연부조직 손해보상금액 / 41
- 〈표 III-6〉 주요국의 대인배상 보상절차 비교 / 45
- 〈표 III-7〉 캐나다 BC의 의료서비스, 수수료 상한, 사전 승인된 처치 횟수 / 49
- 〈표 III-8〉 이탈리아의 신체상해 보상기준 / 53
- 〈표 III-9〉 스페인의 영구적 신체상해 보상기준 / 55
- 〈표 III-10〉 스페인의 일시적 상해에 대한 보상기준(Compensation for Temporary Injury) / 56
- 〈표 III-11〉 주요국의 경상환자 제도 개선 비교 / 57
- 〈표 IV-1〉 상해등급 12~14등급 다빈도 질환과 기준 치료기간 / 67
- 〈표 IV-2〉 치료비 지급보증 제도 개선 방향 / 69
- 〈표 IV-3〉 대인배상제도 개선방안 요약 / 76

■ 그림 차례

〈그림 Ⅲ-1〉 대인배상 치료비 지급 절차 / 24

〈그림 Ⅲ-2〉 교통사고 부상의 경우 대인배상 절차 / 26

〈그림 Ⅲ-3〉 일본의 교통사고 부상 처리절차 / 34

〈그림 Ⅲ-4〉 일본의 자동차사고 손해조사 현황 / 36

〈그림 IV-1〉 치료비 지급보증제도 개요 / 64

Review on Korea Auto Insurance Bodily Injury Liability Focusing on Minor Injury

Damage of bodily injury liability in automobile insurance has been growing up to a factor of three since calendar year 1999 while modest increase in insurance premium. Although minor automobile accidents have been growing for last a few decades, Korean regulation on bodily injury liability has not be modified and revised. With the unchanged regulation, moral hazard seems to prevail due to asymmetric information. Favorable compensation compared to injured's severity increases dispute cases as well.

Through the case studies we conclude that medical treatment process for injured party should be objective and transparent, especially for minor accident cases. Medical report should be issued from medical institutes where injured visited, and should be submitted to injurer's insurance company for compensation. Although it would take a while to build up medical treatment process for automobile accident injured like Canada, U.K., Spain, and Italy, medical report and information on injured's severity would help less economic and social burden for bodily injury liability.

More objective treatment process should be accompanied with future medical cost compensation rule, which should be institutionalized. Since future medical cost has been playing a role as "pain and suffering", this would lessen injured driver's overdue medical treatment as literature suggests. Lastly, regulators should find the way how to apply fault ratio on damage of bodily injury liability.

요약

경미사고 증가로 교통사고 부상환자들 가운데 경상환자에게 지급되는 치료비 등 보험금 증가세가 확대되고 있다. 과거에 비해 입원환자는 줄어들었지만 치료비 증가세는 완화되지 않고 지속되고 있다. 경상환자의 고령화, 통원일수의 증가, 한방치료 비중의 상승 등이 경상환자 부상 보험금 증가의 객관적인 요인이며, 과잉치료 등 도덕적 해이도 보험금 증가에 영향을 미치고 있다. 대인배상에서 도덕적 해이가 발생하는 원인은 합의금 혹은 위자료, 그리고 대인배상과 대물배상의 보험금 지급기준의 차이인 것으로 분석되었다. 보험금 증가와 더불어 경상환자가 늘어나면서 대인배상 민원도 증가하고 있는데 피해자는 적절한 치료를 받지 못하기 때문에, 가해자는 사고책임에 비해 과도한 보험금이 지급되었다는 점이 민원의 주요 원인으로 나타났다.

이러한 문제점을 초래하는 제도적인 측면에서 우리나라 보상절차는 피해자의 진단서를 요구하지도 않고, 단지 피해자의 주관적 통증 호소만으로도 원하는 치료를 기한 한정 없이 받을 수 있다. 이에 반해 미국, 영국과 일본은 피해자의 진단서, 치료계획서, 합의 시 상해 회복 여부 확인 등 피해자의 상해에 대한 객관적인 정보에 근거하고 사고책임에 부합하는 보상하는 절차를 갖고 있다. 그리고 이탈리아와 스페인은 상해의 존재를 입증하는 기준을 강화하며 경상환자 보상기준을 강화하였고, 캐나다는 경상환자 치료프로세스를 확립하고 위자료 상한을 설정하였다.

경상환자의 실질적인 치료를 보장하면서 합리적이고 공정한 배상관행을 확립하기 위해서는 치료비 지급보증제도의 개선과 향후치료비 지급기준 제정, 그리고 대인배상 II 과실상계 방안 모색이 필요하다. 정보의 비대칭성에서 초래되는 도덕적 해이를 억제하기 위해 피해자의 상해 유형과 중증도(심도) 정보에 따라 지급보증 기간을 탄력적으로 설정하고, 지급보증 기간에 부합하는 지급보증 금액을 설정하는 방향으로 제도 개선이 이루어질 필요가 있다. 그리고 이에 부합하는 향후치료비 지급기준 제정과 대인배상 II 과실상계 방안을 모색해야 한다.

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

경미한 손해가 수반되는 교통사고가 늘어나고 있다. 이에 교통사고 부상 환자들도 사고 건수와 함께 늘어나고 있고, 부상환자들 가운데 경상환자에게 지급되는 치료비 등 보험금의 증가세가 확대되고 있다. 교통사고 부상환자의 95%에 이르는 경상환자 규모는 2015년 160만여 명에서 2019년 196만여 명으로 증가하였고 자동차보험금이 1조 6천억 원 증가하였는데, 교통사고 부상환자에게 지급한 보험금은 1조 2천억 원 가량 증가하였다.

대인배상 부상 보험금의 증가 요인은 경상환자의 증가와 더불어 한방진료 확대에 인한 1인당 치료비의 상승, 그리고 치료기간 장기화 등이다. 1인당 치료비는 2015년 78만 원에서 2019년 94만 원으로 증가하였다. 2009년 자동차보험 환자 1인당 진료비가 70만 원인 것에 비하면 연평균 3%가 증가한 것이지만 최근 5년 동안에는 4.8%로 증가세가 확대되었다. 2000년대에 비해 입원환자 관리 규정, 진료비 심사평가 일원화 등으로 자동차보험 입원환자 비율은 낮아졌지만 1인당 치료비는 증가세가 확대되고 있다.

치료기간은 50대 이상 경상환자 비중이 늘면서 길어지고 있다. 대인배상 부상환자들 가운데 7일 이내 진료를 받는 환자의 비중은 2015년 66.8%에서 2017년 61.9%로 줄어든 반면 8일 이상 90일 미만의 치료를 받는 환자의 비중은 확대되고 있다. 치료기간의 장기화는 상해의 정도를 객관적으로 평가하지 못하는 (경미)상해의 특성에서도 영향을 받지만, 현재의 국내 자동차보험 보상제도는 의사의 상해 평가, 회복여부 판단 없이 피해자의 주관적 통증 호소에 의해 원하는 만큼 치료를 받을 수 있다. 여기에 합의금을 목적으로 과도한 치료를 받으려는 유인도 있다.

보험회사는 피해자의 상해 정도에 비해 길어지는 치료기간과 이로 인한 치료비 증가를 예방하기 위해 합의금을 적극적으로 제시하면서 보상을 조기에 종결하려고 한다. 조기에 합의를 한다면 치료기간과 치료비의 불확실성을 완화하여 과도한 대인보험금을 줄일 수 있기 때문이다. 그리고 합의가 이루어지지 않아 소송으로 이어질 경우, 법원의 확정판결 금액을 보험금으로 지급해야 하는데 통상적으로 확정판결 금액이 보험금 지급기준에 따라 산정된 보험금보다 크기 때문에 보험회사는 조기에 적극적으로 합의하려는 유인이 있다.

피해자와 보험회사의 유인은 상해 회복 이상의 불필요한 치료와 합의금 증가로 이어진다. 그리고 교통사고로 상대방에게 입힌 신체상해 손해를 가해자가 배상하는 배상책임의 특성으로 인해 피해자의 치료를 제한할 수 없어, 치료비와 합의금의 증가는 불가피한 측면이 있다. 하지만 유사한 상해를 입은 피해자들에게 지급된 치료비와 합의금의 편차가 커질 수 있어 보험제도의 형평성을 훼손할 수 있다.

경미사고와 경상환자로 인해 교통사고 당사자들의 불만도 확대되고 있다. 가해자는 경미사고로 인한 피해자를 나이롱환자라고 인식하여 대인사고 접수를 하지 않을 수 있고, 가해자 입장에서는 경미사고임에도 치료비와 합의금 등이 과도하게 지급될 경우 차년도 보험료 할인할증에 대한 우려와 불안으로 불만을 제기하기도 한다.¹⁾

2013년 과잉진료 억제를 위해 자동차보험 진료비 심사체계가 일원화되면서 입원환자는 줄어들었지만 오히려 1인당 치료비는 더 빠르게 높아지고 있다. 자동차보험이 피해자들의 상해 정도와 사고책임에 부합하도록 공정하게 회복을 돕는 제도가 되기 위해서는 경상환자의 실질적인 회복이 전제된 치료비 관리방안과 대인배상 보상절차 제도 개선방안을 모색할 필요가 있다.

1) 대인사고 가해자의 할인할증폭은 피해자의 상해등급의 영향을 받아 가해 운전자의 할증률이 크지 않을 수 있음. 하지만 보험금 증가는 전제 보험료 조정 압력으로 작용하기 때문에 보험료 조정 압력은 커짐

〈표 I-1〉 대인배상 관행과 사회적 문제점

구분	보험회사 측면	자동차보험 대인배상 관행	교통사고 피해자 측면
현상	• 치료비 불확실성으로 조기의 적극적 합의 유인	• 경미사고 및 경상환자 증가 • 과도한 치료가 가능한 제도적 환경 • 의학적 근거 없이 피해자의 주관적 통증 호소에 의한 치료 • 지불보증, 치료비 전액지급제도 • 진단서에 근거한 치료(연장) 관행 부재 및 상해심도 입증의 어려움 • 자의적 치료 연장 • 치료 종료 검증 부재	• 정보의 비대칭성 활용 • 합의금 목적의 과잉진료 (Buildup/Fraud) 유인 • 불필요한 보험금 지급 및 할인할증에 대한 우려로 인한 민원 및 분쟁 발생
문제점	(사후적) 도덕적 해이로 인한 보험금 누수 보험료 인상 압력 누적 형평성 훼손(민원 증가)		

2. 연구의 목적, 범위와 방법

본 연구의 목적은 교통사고 피해자들의 상해와 손해발생 책임의 정도에 부합하는 보상으로 보험금 누수를 억제하여 자동차보험의 효율성을 높이고, 유사한 상해에 대해 유사한 보상을 하여 보험제도의 형평성을 높일 수 있는 대인배상제도 개선방안 모색이다. 먼저 대인배상의 현황과 문제점을 보험금과 민원 분석을 통해 살펴본다. 그리고 주요국의 대인배상제도와 보상절차를 제도적 측면에서 비교하고 최근 영국, 캐나다, 이탈리아, 스페인 등의 경상환자 관련 대인배상제도 개선 사례를 검토한다. 이를 통해 국내 대인배상제도 개선 방향을 제시한다.

우리나라의 치료비 지급보증제도(자동차손해배상보장법 제12조)는 피해자가 가해자의 보험 가입금액 한도에 따라 치료비 지급을 보증하기 때문에 피해자는 치료비 제약 없이 ‘원하는’ 치료를 받을 수 있다. 주요국과 다르게 의사의 상해 평가 등 의학적 근거가 없어 가해자는 피해자가 원하는 치료의 비용을 배상한다. 그리고 치료가 장기화되더라도 추가적인 치료의 근거가 필요 없다. 피해자의 과실비율이 100% 미만이지만 가해자로 볼 수 있을 정도로 높더라도 치료비는 전액 배상받을 수 있다. 치료기간

과 치료비에 대한 제약이 없기 때문에 대인배상 부상 보험금 증가세가 확대되고 있다.

반면 주요국의 경우 경미한 상해라도 의사의 진단서 등 객관적인 근거, 과실비율 등 사고책임에 따라 대인배상을 하고 있다. 캐나다 온타리오와 브리티시 콜롬비아(이하, 'BC'이라 함)는 치료기간과 치료방법을 제한하고 있다. 그리고 영국, 캐나다, 이탈리아, 스페인 등은 경미상해를 중심으로 대인배상제도를 최근 개선하였다. 의학적 상해 평가에 따라 치료기간을 검토하고 우리나라의 합의금과 유사한 위자료(Pain and suffering) 상한을 설정하였다. 위자료는 다수의 선행연구에서 경상환자들의 과잉치료 유인으로 작용한다고 지적되었고 합의금 목적의 과잉치료 현상은 주요국에서도 관측되는 현상이다. 1980년대 중반 미국에서도 경미상해를 입은 교통사고 피해자들의 과잉치료로 자동차보험 대인배상 보험금 증가세가 확대되고 보험료 인상으로 이어졌는데, 위자료(합의금)가 대인배상 보험금 증가의 원인으로 분석되었다. 미국에서 위자료는 관행적으로 치료비의 2~3배 지급되었고 교통사고 합의가 이루어졌는데, 이러한 관행이 위자료 목적의 치료비 부풀리기(Buildup) 유인으로 작용하였다. 특히 객관적 입증이 어려운 염좌 등 경미한 상해(Soft-tissue injury)에서 치료비 부풀리기가 뚜렷하게 관측되었다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 먼저 우리나라 자동차보험 대인배상 현황과 문제점을 보험금 현황과 민원 분석을 통해 살펴본다. 그리고 경미상해에서 관측되는 도덕적 해이를 선행연구를 통해 검토한다. 다음으로 우리나라, 일본, 영국, 미국의 보상절차를 비교하고 최근 캐나다, 이탈리아, 스페인이 제정한 경상환자 치료 가이드라인, 상해평가 등을 검토한다. 마지막으로 주요국 사례 조사 결과와 우리나라 보상절차를 고려한 제도 개선 방향을 제시한다.

II. 대인배상 현황 및 문제점

1. 대인배상 보험금 현황

가. 교통사고 현황

2015년 이후 교통사고 발생 건수는 완만한 증가세를 보이고 있지만 경상환자 증가세는 확대되고 있다. 사고 건수는 2015년 114만 건에서 2019년 129만 건으로 연평균 3.2% 증가하였고, 사망자 수는 4,600여 명에서 3,300여 명으로 연평균 7.7% 감소하였다. 사망자 수는 감소하고 있지만 부상자 수는 늘어나고 있다. 부상자 수는 2015년 180만여 명에서 2019년 205만여 명으로 증가하였는데 중상자 수는 19만 4천여 명에서 8만 9천여 명으로 감소한 반면, 경상자 수와 부상신고자 수는 증가하고 있다. 경상자는 5일 이상 3주 미만의 치료를 받은, 그리고 부상신고자는 치료기간이 5일 미만인 교통사고 부상자인데 그 비중은 2015년 57%에서 2019년 62%로 상승하였다.²⁾

경상자와 부상신고자의 합계 분포를 연령별로 보면 30대와 40대의 비중이 각각 20% 내외이다. 50대의 비중은 2015년 18%에서 2019년 19%로, 60대의 비중은 2015년 10%에서 2019년 14%로 상승하였다. 경상자 가운데 50대와 60대의 비중이 높아지고 있으며 증가율을 기준으로 보면 50대는 연평균 5.3%, 60대는 12.3%에 이른다.

중상자가 줄어들면서 경상자가 늘어나는 현상은 차량 안전도 상승이 영향을 주는 것으로 보인다. 영국 정부는 차량의 안전도 상승이 경상환자 증가에 영향을 주는 것으로 분석하고 있다. 영국의 자동차안전연구기관 태참(Thatcham)에 따르면 2006년 차

2) 경상자와 부상신고자는 도로교통관리공단의 정의인데, 이들을 모두 경상환자로 정의해도 무방할 것으로 봄

량 좌석안전도 등급이 ‘양호(Good)’인 차량 비중은 19%였지만 2012년에는 88%로 높아졌다. 차량 좌석안전도 이외에도 자동 충격탐색 시스템(Automatic collision detection system)은 차량의 저속충격을 피하는 장치인데, 이러한 차량 안전도 상승이 교통사고 심도를 줄여 경미사고 비중을 높인다. 우리나라의 경우 한국교통안전공단의 자동차안전도 평가(New Car Assessment Program)를 받은 차량 비중이 1999년 4.6%에서 2017년 63.8%로 상승한 것으로 나타났는데, 안전도 상승은 사망자 수를 연평균 733명, 부상자 수를 연평균 89,786명 감소시킨 것으로 나타났다.³⁾

〈표 II-1〉 사고유형별 교통사고 발생 현황

(단위: 천 건, 명, 천 명)

구분		2015	2016	2017	2018	2019	CAGR
사고 건수(천 건)		1,142	1,156	1,143	1,228	1,293	3.2
사망자 수(명)		4,621	4,292	4,185	3,781	3,349	-7.7
부상자 수(천 명)		1,809	1,847	1,803	1,935	2,054	3.2
중상자 수		194	103	97	92	89	-17.7
경상자 수		607	604	582	640	692	3.3
부상신고자 수		1,009	1,140	1,125	1,203	1,274	6.0
연령별 경상자와 부상신고자 합계	합계	1,616	1,744	1,707	1,843	1,966	5.0
	20세 이하	175.9	185.4	180.9	182.2	195.9	2.7
	21~30세	259.5	279.5	273.8	299.5	328.1	6.0
	31~40세	362.2	385.1	366.4	385.2	402.2	2.7
	41~50세	346.3	367.8	351.3	376.9	391.2	3.1
	51~60세	296.5	321.4	316.2	344.1	364.6	5.3
	61세 이상	168.9	196.4	209.1	240.5	268.9	12.3

주: 부상자는 중상자, 경상자, 부상신고자로 구분되는데 부상신고자는 5일 미만 치료를, 경상자는 5일 이상 3주 미만의 치료를 받은 교통사고 환자임

자료: 도로교통공단

- 3) 정부(국토교통부)가 자동차안전도에 대한 정보를 소비자에게 제공하고 제작사로 하여금 안전도가 높은 자동차를 제작하도록 유도하기 위한 목적으로 새로 출시되는 신차에 대해 자동차의 충돌안전성 등 안전도를 평가하는 제도임

경상자 수의 분포는 자동차보험 상해등급 인원과 보험금에서도 확인할 수 있다. 대인배상 부상 보험금과 상해인원을 상해등급별로 보면, 상해등급 12급부터 14급까지의 경상환자 비중이 크다. 2018년 상해등급 1급에서 11급에게 지급된 금액은 1조 3,907억 원인데 비해 12급에서 14급에 지급된 금액은 2조 4,651억 원에 이른다. 상해인원 기준으로 12급에서 14급의 비중이 부상환자의 94.5%에 이른다. 2015년 110,626명이었던 상해등급 1급에서 11급은 2018년에는 97,021명으로 연평균 4.28% 감소하였지만 같은 기간 경상환자 상해인원은 152만 명에서 166만 명으로 연평균 3.05% 증가하였다. 2018년 경상환자에게 지급된 보험금의 경우 2015년 대비 연평균 12.1% 증가하며 증가세가 확대되고 있다.

〈표 II-2〉 교통사고 부상의 상해 등급별 인원 및 보험금 현황

(단위: 명, %, 백만 원)

구분		상해 인원 (명)	전년 대비 증감율(%)	비중	보험금 (백만 원)	전년 대비 증감율(%)	비중
2015	1~11급	110,626	-	6.8	1,319,020	-	43.0
	12~14급	1,520,115	-	93.2	1,749,469	-	57.0
2016	1~11급	99,355	△10.2	6.1	1,380,766	4.7	41.7
	12~14급	1,535,060	1.0	93.9	1,930,209	10.3	58.3
2017	1~11급	94,540	△4.8	5.9	1,356,964	△1.7	40.0
	12~14급	1,508,768	△1.7	94.1	2,033,247	5.3	60.0
2018	1~11급	97,021	2.6	5.5	1,390,767	2.5	36.1
	12~14급	1,663,497	10.3	94.5	2,465,101	21.2	63.9

자료: 보험개발원

나. 대인배상 부상 보험금 현황

부상자 수의 증가는 1인당 치료비가 일정한 것으로 가정해도, 대인배상 부상 보험금 증가로 이어진다. 부상 보험금의 규모는 1인당 치료비와 부상자 수가 영향을 미치는 데, 1인당 치료비가 동일하더라도 부상자 수가 양적으로 늘어나면 보험금 규모는 증가한다. 대인배상 부상 보험금은 2018년 3조 8천억 원 내외로 대인배상 보험금 4조 3천

억 원 내외의 대부분을 차지한다.⁴⁾ 2015년부터 2018년까지 대인배상 부상 보험금의 연평균 증가율은 12.4%로 자동차보험 보험금 증가율 4.9%, 대인배상 보험금의 연평균 증가율 5.6%의 두 배에 이른다. 이는 2015년 이후 자동차보험 보험금 증가의 원인이 부상 환자들에게 지급된 대인배상 부상 보험금이라는 점을 보여준다.

대인배상 부상 보험금의 증가는 경상(부상)환자의 규모가 늘어나는 것과 더불어 경상환자의 1인당 치료비 증가가 더 큰 영향을 미친 것으로 보인다. 부상 환자의 1인당 평균 치료비는 2015년 78만 원 내외에서 2019년 94만 원으로 연평균 4.8% 증가하였고, 1인당 한방치료비가 연평균 5.3% 증가한 것에 비해 1인당 양방치료비는 동일한 수준이다. 평균 치료비의 증가에는 한방 치료비 증가세의 영향이 큰 것으로 보인다.

1인당 평균 치료비가 증가하면서 1인당 향후치료비(합의금)도 증가하는 모습을 보인다.⁵⁾ 1인당 향후치료비는 2015년 69만 원에서 2019년 94만 원으로 1인당 치료비와 유사하게 증가하고 있는데, 증가율 기준으로는 연평균 7.8%로 1인당 치료비의 4.8%보다 높다.

〈표 II-3〉 대인배상 보험금 현황

(단위: 조 원, 만 원, %)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	CAGR(%)
자동차보험 보험금	10.71	11.21	11.55	12.36	-	4.9
대인배상 보험금	3.66	4.03	4.23	4.31	-	5.6
대인배상 부상 보험금	2.71	2.88	2.99	3.85	-	12.4
1인당 치료비(만 원)	77.9	81.3	84.6	88.7	93.9	4.8
양방	66.2	66.6	67.4	67.6	66.3	0.0
한방	61.3	64.1	66.2	69.6	75.4	5.3
1인당 향후치료비(합의금)	69.1	70.5	78.1	84.1	93.5	7.8

자료: 보험개발원; 건강보험심사평가원

1인당 치료비의 가파른 증가세는 고령 경상환자 비중의 확대와 이로 인한 통원일수 등 치료기간의 장기화, 그리고 한방진료 비중 확대가 영향을 미치는 것으로 보인다. 경

4) 대인배상 보험금은 사망 보험금, 부상 보험금, 후유장애 보험금으로 구분됨

5) 합의금은 향후치료비, 위자료, 휴업손해, 기타 손해배상금의 합계에 과실비율을 적용한 금액인데 향후치료비의 비중이 큼

상환자의 연령별 비중과 한방진료 비중을 보여주는 <표 II-4>에 따르면, 상해등급 12급에서 14급까지 경상환자 가운데 60세 이상의 비중은 11.7%에서 14.9%로 높아졌다. 30~50대 경상환자 비중이 안정된 모습을 보이는데 비해 60세 이상의 경우 비중이 상대적으로 커지고 있다. 규모 측면에서도 60세 이상 경상환자의 연평균 증가율은 8.8%로 전체 경상환자 증가율 2.4%의 3배를 상회한다.

한방치료를 받은 경상환자의 비율은 2015년 24.7%에서 2019년 49.4%까지 상승하였는데, 경상환자 인원 기준으로 보면 연평균 21.7% 증가하였다. 연령별로는 50대 미만 연령층 경상환자들의 한방치료 비중이 50% 내외 수준이지만, 비중이 커지는 속도는 50대와 60세 이상에서 빠르게 나타난다. 50대 경상환자의 한방치료 선택 비중은 2015년 20.5%에서 2019년 41.7%로, 60세 이상의 경우에는 16.8%에서 35.3%로 높아졌다. 연령별 한방치료를 받은 인원은 연평균 21.7% 증가하였으나 60세 이상에서는 31.1%, 50대에서는 22.5% 증가하였다. 50대와 60세 이상에서 한방치료를 받은 경상환자 비중이 확대되는 원인은 한방 의료계의 자동차보험 진료 홍보로 인한 인식 확대가 영향을 미친 것으로 보인다.⁶⁾

6) 김창호(2020. 7)

〈표 II-4〉 연령별 교통사고 부상환자(상해등급 12~14급)와 한방치료 비중

(단위: %)

구분	2015	2016	2017	2018	2019	CAGR (%)
20세 미만	10.1 (20.8)	9.7 (26.4)	9.7 (32.0)	9.2 (39.9)	9.3 (47.6)	0.4 23.3
20대	14.5 (26.4)	14.6 (33.9)	14.9 (41.0)	15.1 (49.2)	15.6 (57.2)	4.4 26.7
30대	23.0 (32.2)	22.6 (40.1)	22.1 (46.5)	21.6 (53.8)	21.1 (60.6)	0.2 17.3
40대	21.8 (25.5)	21.4 (31.2)	21.1 (36.3)	20.9 (42.9)	20.2 (49.8)	0.6 18.8
50대	18.9 (20.5)	19.0 (25.1)	18.9 (29.6)	19.0 (35.3)	18.9 (41.7)	2.5 22.5
60세 이상	11.7 (16.8)	12.7 (20.5)	13.2 (24.2)	14.2 (29.9)	14.9 (35.3)	8.8 31.1
전체 한방진료 비중	24.7	30.6	36.0	42.6	49.4	21.7

주: 괄호 안은 경상환자 인원 가운데 한방치료를 받은 경상환자 비율임
 자료: 보험개발원

경상환자들의 한방치료 비중 확대는 통원, 입원일수 증가로 나타나는데, 한방치료의 경우, 통원과 입원일수 모두 양방치료에 비해 더 긴 것으로 나타났다. 2015년부터 2019년까지 평균 1인당 통원일수는 한방의 경우 9.6일, 양방의 경우 4.1일로 나타났다. 연령별로는 60세 이상의 경우 한방 13.1일, 양방 5.4일, 50대의 경우 한방 11.5일 양방 4.5일로 50대 이상에서 한방치료에 소요되는 통원기간이 전체에 비해 상대적으로 긴 것으로 나타났다. 1인당 입원일수를 보면 양방의 경우 2.1일, 한방의 경우 1.7일로 나타났다. 연령별로는 60세 이상 한방의 경우 2.5일, 양방의 경우 3.1일로 나타났다. 경상환자들의 연령대가 높아질수록 양·한방 치료기간이 늘어나고 이로 인해 1인당 치료비가 증가하는 것으로 보인다. 20~30대의 한방 1인당 평균 치료비는 70만 원 후반, 50대는 92.6만 원, 60세 이상에서는 103.4만 원으로 나타났고 양방의 경우, 연령대 별로 편차가 크지 않지만 30만 원에서 47만 원까지 높아지는 것으로 나타났다.

〈표 II-5〉 연령별 경상환자(상해등급 12~14급) 치료 현황

(단위: 일, 만 원)

구분		20세 미만	20대	30대	40대	50대	60세 이상	전체
통원 일수	한방	4.7	7.5	9.3	10.7	11.5	13.1	9.6
	양방	2.4	3.2	4.0	4.3	4.5	5.4	4.1
입원 일수	한방	1.2	1.8	1.3	1.5	2.2	2.5	1.7
	양방	0.9	2.1	1.7	1.9	2.5	3.1	2.1
1인당 치료비	한방	38.7	76.6	79.8	84.6	92.6	103.4	81.0
	양방	22.4	34.3	31.4	32.0	37.7	47.0	34.8

주: 2015년부터 2019년까지의 평균값임

자료: 보험개발원

앞의 〈표 II-5〉는 경상환자들의 양방과 한방치료를 분리해서 집계한 자료이다. 하지만 현실적으로 경상환자들은 양방과 한방치료를 병행하고 의원 및 한의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원 등 다양한 유형의 의료기관에서 치료를 받고 있다. 이러한 관행을 반영하기 위해 국내 대형손해보험회사(이하, 'A손해보험회사'이라 함)의 자료를 분석하였다. 2016년 7월부터 11월까지 사고책임(과실비율)이 100%인 상해등급 14급인 자사의 자동차보험 가입자들에게 지급한 대인배상 보험금 10,009건과 피해자가 치료받은 외래 진료일수, 양·한방 여부, 의료기관 규모 등을 분석한 결과, 10,009건 가운데 대인배상 청구자들은 1,790건이고, 이들이 선택한 치료를 양방, 한방, 양·한방 병행으로 구분한 결과는 다음의 〈표 II-6〉과 같다.

〈표 II-6〉 의료서비스 유형별 진료 행태

(단위: 일, 만 원)

구분	양방	한방	양·한방	합계
관측치	1,040	212	538	1,790
	(58.1%)	(11.8%)	(30.1%)	(100%)
외래일수(B)	7.6	9.4	14.6	9.9
입원일수(C)	1.2	0.2	1.6	1.2
평균 치료비(A)	41.0	68.2	104.0	63.3
회복일 당 평균치료비 (A/(B+C))	4.7	7.1	6.4	5.7

자료: A손해보험회사

분석 표본의 절반 이상(58.1%)이 양방에서 진료를 받은 것으로 나타났고 한방 진료만 받은 비율은 11.8%, 그리고 양·한방 모두 받은 비율은 30.1%로 나타났다. 외래진료 일수는 한방진료가 9.4일로 양방진료 7.6일보다 1.8일 길게 나타났고, 한방진료의 비급여수가로 인해 평균 치료비도 상당한 차이(27.2만 원)가 있는 것으로 나타났다. 진료 유형별 평균 치료비는 양방 41만 원, 한방 68.2만 원, 양·한방 104만 원으로 양방 치료만 받은 경우 평균 치료비가 가장 낮았다. 이를 외래 및 입원일수, 즉 회복일수로 나눈 회복일 평균 치료비를 살펴보면, 양방에서는 회복일 하루당 평균 4.7만 원인 반면 한방은 7.1만 원으로 나타났다. 한방과 양방을 병행한 회복일수 하루당 치료비는 6.4만 원으로 나타났다.

다음의 <표 II-7>은 피해자들이 외래진료 혹은 입원 등의 의료서비스를 받은 의료기관의 유형과 이를 기준으로 한 입원일수, 진료일수, 그리고 평균 치료비를 보여주고 있다. 대인배상 청구 사례 1,790건 가운데 1,025건이 한 가지 유형의 의료기관에서 외래진료를 받았다. 여기서 한 가지 유형이란 한의원 및 한방병원, 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원 가운데 한 가지 종류에서 진료를 받은 것을 의미한다. 진료를 받은 의료기관 종류가 늘어날수록 평균 외래진료일수, 입원일수, 치료비는 증가하는 것으로 나타났다. 두 가지 유형의 의료기관에서 진료를 받은 경우가 614건이고 세 가지 유형 이상의 의료기관인 경우가 151건이다. 염좌·타박상 등 경미한 상해로 평가되는 14급 대인배상 청구자가 종합병원 이상 규모의 의료기관, 혹은 세 가지 유형 이상의 의료기관에서 외래진료를 받았다는 것은 일부 사례를 제외하고는 과도한 치료, 혹은 사후적 도덕적 해이로 볼 수 있다.

<표 II-7> 상해등급 14급 대인배상 청구 사례의 의료기관 방문 횟수

(단위: 일, 만 원)

구분	방문·입원 의료기관 유형				합계
	1곳	2곳	3곳	4곳	
대인배상 청구 건수	1,025	614	135	16	1,790
평균 외래진료일수	7.2	12.6	16.8	19.4	9.9
평균 입원일수	0.8	1.6	2.2	4.6	1.2
평균 치료비(만 원)	40.1	86.9	118.0	177.0	63.3

주: 합계의 평균 외래진료 일수, 평균 입원일수, 평균 치료비 등은 가중평균임

경상환자의 과잉치료, 도덕적 해이 등은 우리나라뿐 아니라 주요국에서도 관찰되는 현상이다. 다음에서는 선행연구에 나타난 과잉치료와 도덕적 해이에 대해 검토한다.

2. 도덕적 해이: 선행연구 분석⁷⁾

선행연구들은 합의금(혹은 위자료)이 과잉(Buildup) 혹은 허위(Fraud) 치료의 유인으로 작용하여 과도한 대인배상 보험금 증가로 이어진다는 점을 지적하고 있다(Dionne and St-Mitchel 1991; Browne and Puelz 1996; Cummins and Tennyson 1992; Carroll and Abrahamse 2001).⁸⁾ 과도한 보험금은 사후적 도덕적 해이의 한 가지 유형인데, 사후적 도덕적 해이는 사고 발생 이후, 피해자가 보험금을 더 받기 위해 자신의 손해를 확대하는 행동으로 정의된다. 사고 발생 확률에 영향을 미치는 계약자의 사고 이전의 행동(사전적 행동)으로 정의되는 사전적 도덕적 해이와는 구별된다.

과도한 치료의 목적은 위자료(Pain and suffering)인데, 미국의 보험회사들이 합의를 목적으로 위자료를 치료비의 2~3배로 지급하는 보험회사의 보상관행이 위자료 목적의 치료비 부풀리기(Buildup) 유인으로 작용하였고, 1987년 기준으로 대인배상 청구의 42%가 과다청구(Excess claim)로 추정되었다(Carroll and Abrahamse 2001). 위자료가 대인배상 청구 결정에 영향을 미치는 현상은 1993년 10월 뉴욕 타임즈의 기사에서도 확인할 수 있다. 당시 기사는 “...위자료(Pain and suffering) 지급이 보편적이지 않은 지역에서는 교통사고 6건 중 1건에서 대인배상이 청구되었지만 위자료가 보편적인 캘리포니아에서는 교통사고 6건 중 4건에서 대인배상이 청구되었다.”⁹⁾ Browne

7) 전용식(2020)에서 발췌·요약함

8) 미국, 영국 등 해외에서 위자료는 비경제적 손해(Non-economic damage)를 보상하는데, 가해자와 피해자의 합의에 의해 결정됨. 합의가 되지 않으면 소송으로 이어지기 때문에 합의금이라고도 불리고 가해자와 피해자의 ‘합의’라는 측면에서 우리나라의 합의금과 유사한 개념으로 볼 수 있음. 다만 우리나라의 부상 위자료는 상해등급에 따라 정해져 있고, 합의금은 대부분이 향후치료비이기 때문에 우리나라의 합의금과 외국의 위자료가 정확히 같다고 볼 수는 없음

9) Bond and Crocker(1997)에서 재인용함

and Puelz(1996)는 1980년대 미국의 위자료 상한 설정이 자동차보험 대인배상 보험금 규모와 소송 건수를 감소시켰다는 결과를 제시하였다. 그리고 Born(2017)은 위자료 상한 설정이 보험금 감소를 통해 보험회사의 손해를 하락에 영향을 미쳤다는 결과를 제시하고 있다. 이들의 연구결과는 위자료 목적의 과잉치료 가능성을 보여주고 있다. 위자료 상한 설정에 대한 이론적 근거는 Bond and Crocker(1997)가 제시하고 있는데, 저자들은 경추 염좌 등 객관적으로 입증하기 어려운 상해에 대해서는 보험금을 정액으로 지급해야 한다고 주장하였다. 그리고 경미한 상해에 대해 지급하는 보험금의 한도 설정이 바람직하다는 점을 최적계약이론으로 입증하였다.

과잉치료에 대한 연구 가운데 Dionne and St-Mitchel(1991)은 캐나다 퀘벡의 근재보험 자료를 분석하여 진단이 어려운 경미상해에서 청구인들의 과다청구 가능성이 크다는 것을 보였고, 자동차보험 대인배상의 과다·허위 치료 현황에 대해 Marter and Weisberg(1992)는 노-폴트 제도를 채택한 미국 매사추세츠 주의 자료를 분석하여 경추 염좌 등 경미상해 등에서 수기 치료(Chiropractic) 등을 통한 과잉진료(Buildup)가 빈번하게 발생하고 있음을 보였다.

노-폴트 제도는 특정 유형(Verbal threshold no-fault)의 상해 혹은 일정 치료비 미만(Dollar-threshold damage)의 상해에는 위자료를 지급하지 않는데, 보스턴에서는 치료비가 일정 수준을 초과하면 위자료를 받을 수 있다. 이러한 제도적 취약점은 피해자들의 과도한 치료를 유인하였고, 치료비 상한을 초과하여 위자료를 받는 것을 입증하였다(Derrig et al. 1994). 저자들은 경미한 교통사고 피해자들의 과도한 치료를 받는 행동을 '복권(Lottery)'에 당첨되기 위한 행동으로 비유하고 있다.

전용식(2020)은 국내 대형손해보험회사의 대인배상 지급 자료를 분석하였다. 분석 결과, 상해등급 14급 교통사고 피해자들에게 지급된 합의금과 치료비의 상관관계수는 0.85로 치료비와 합의금 사이에 선형관계가 있는 것으로 나타났다. 2016년 7월부터 11월까지 보상한 교통사고 처리 19,605건 가운데 상해등급 14급, 과실비율 100%, 차대차 사고에 국한한 10,009건을 분석한 결과 대물배상, 자차배상 금액이 대인배상 청구 결정에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났고 청구 확률과 입원일수 등이 치료비에 비례해서 합의금을 높이는 것으로 나타났다.

이상의 선행연구들을 요약하면 자동차보험 대인배상 보험금이 증가하는 원인이 상해 수준을 객관적으로 입증하기 어렵다는 경미사고의 특징(정보의 비대칭성)을 이용하여 위자료(합의금) 목적의 과다 및 허위치료가 늘어나기 때문이라는 것이다. 보험금 증가는 보험료 상승으로 이어졌다. 미국의 경우 1984년부터 1989년까지 교통사고 발생 빈도 하락에도 불구하고 연간 자동차보험료 상승률이 9%를 기록하였는데, 이는 같은 기간 소비자물가 상승률 3.5%보다 높았다(Cummins and Tennyson 1992).

3. 대인배상 민원 현황

경미사고가 증가하면서 대인배상 관련 민원도 증가하고 있다. 2016년부터 2019년까지 금융감독원에 접수된 국내 대형손해보험회사에 대한 자동차보험 민원 9,102건 가운데 대인보상 관련 민원 비중은 29.2%에서 35.7%로 확대되었다. 접수된 민원을 연도별로 보면, 대인보상 관련 민원은 2016년 631건, 2017년 654건, 2018년 743건, 2019년 994건으로 연평균 16.3% 증가하는 것으로 나타났고 대물보상 민원은 연평균 5.9% 증가한 것으로 나타났다.

〈표 II-8〉 A손해보험회사의 자동차보험 민원 현황

(단위: 건, %)

구분	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율(%)
자동차보험 민원	2,164	2,014	2,136	2,788	8.8
대물보상	1,464 (67.7%)	1,302 (64.4%)	1,341 (62.8%)	1,739 (62.4%)	5.9
대인보상	631 (29.2%)	654 (32.5%)	743 (34.8%)	994 (35.7%)	16.3
분석대상 대인배상 민원	577	611	691	930	17.3

주: 괄호 안은 전체 민원 대비 비중이고, 분석대상 대인배상 민원은 대인보상 민원사례에서 자기 신체사고, 단독사고, 자동차상해, 중복된 민원 등이 제외됨
자료: A손해보험회사

A손해보험회사에 대한 대인보상 민원에는 자기신체상해, 자동차상해, 사망사고 등 대인배상 부상 이외의 민원도 포함되어 있어 이들은 제외하였고, 자동차들의 충돌 사고, 자동차와 보행인, 자동차와 이륜차의 사고에서 발생한 부상의 경우로 분석을 제한하였다. 이러한 기준을 만족하는 분석대상 대인배상 부상 관련 민원 건수는 2016년 577건에서 2019년 930건으로 연평균 17.3% 증가한 것으로 나타났다. 민원 가운데 피해자가 12~14급인 경우가 69.7%인데, 연도별로 보면 2016년 66.2%에서 2017년 66.8%, 2018년 72.0%, 2019년 72.1%로 높아지고 있다.

대인배상 부상 민원을 대인배상 접수와 치료, 합의금 등 보험금, 사고처리 및 할인할증, 담당자 태도에 대한 불만으로 구분하여 분석한 결과를 다음의 <표 II-9>에 제시하고 있다. 대인사고 접수 및 치료 관련한 민원은 2016년 111건에서 2019년 202건으로, 합의금 등 보험금 관련 민원은 283건에서 599건으로 증가하였다. 반면 보상처리 안내 및 불친절 관련 민원은 183건에서 129건으로 줄어들었다.

<표 II-9> 대인배상 민원 현황

(단위: 건, %)

구분		2016	2017	2018	2019
대인사고 접수 및 치료	전체	111	175	141	202
	피해자 비중	94.6	93.6	92.3	88.1
	가해자 비중	5.4	2.3	5.0	6.4
합의금 등 보험금	전체	283	313	399	599
	피해자 비중	83.7	77.6	77.9	74.5
	가해자 비중	15.5	21.1	20.5	24.0
보상처리 안내 및 불친절 ¹⁾²⁾	전체	183	123	150	129
	피해자 비중	75.4	61.8	70.0	56.6
	가해자 비중	23.5	34.1	24.0	34.9

주: 1) 보상처리 안내 및 불친절 등은 할인할증, 합의금 등 보험금 지급내역 안내 및 협의 여부 관련 민원임

2) 민원을 제기한 사람이 가해자인지 피해자인지 구분되지 않는 경우는 제외하였음

자료: A손해보험회사

민원 내용과 민원인의 자동차보험 계약자와의 관계에 근거하여 각 민원 구분에서 가해자와 피해자의 비중을 집계하였다. 대인사고 접수 및 치료 단계에서는 피해자의 비중이 큰 것으로 나타난 반면 합의금 등 보험금 관련 민원에서는 가해자의 비중이 커지는 것으로 나타났다. 보상처리 안내 및 불친절 관련 민원에서는 가해자와 피해자의 비중이 모두 크지는 않지만, 가해자 비중이 높아지는 것으로 나타났다. 그러나 가해자와 피해자를 구분하기가 어려운 한계가 있다.

대인사고 접수 및 치료 단계에서 피해자의 민원 비중이 큰 것으로 나타났다. 피해자의 대인사고 접수 및 치료단계에서의 민원 비중은 90% 내외인 것으로 나타났고 가해자의 민원 비중은 2016년 5% 수준에서 2019년에는 6% 가까이 높아졌다. 피해자들의 민원은 주로 가해자들의 대인사고 접수 거부 혹은 지연, 신체 상해 여부 감정의뢰, 피해자 직접청구 등의 불만이었고, 가해자들의 민원 가운데는 경미한 접촉사고에서 피해자의 상해 정도를 파악하기 어려운데 피해자들이 치료를 받으려 한다는 불만이 다수이다. 가해자의 경우, 경미한 후미추돌 사고, 서행 중 보행자와의 비접촉 사고, 주차 및 정차관련 사고 등에서 피해자의 치료 여부에 대한 의구심에서 불만이 비롯되는 것으로 나타났다.

합의금 등 보험금 관련 민원은 2016년 283건에서 2019년 599건으로 크게 증가하였고 대인배상 민원의 65%내외를 차지한다. 피해자는 ‘합의금이 적다’, 가해자는 ‘금액이 과도하다’는 등의 불만이 대부분이다. 가해자의 비중은 2016년 15.5%에서 2019년 24.0%로 확대되고 있는데, 이는 과도한 합의금 지급에 대한 가해자들의 거부감과 할증 관련 불만이 반영되었기 때문으로 보인다. 반면 피해자의 합의금 민원이 높은 점은 합의금에 대한 기대치가 높게 형성되어 있기 때문으로 보이는데, 이는 보상심리가 확대되었다는 점을 보여준다.

보상처리 안내 및 불친절 관련 민원은 보험료 할인할증, 보상업무 담당자의 불친절, 업무처리 지연, 보상처리 안내와 관련한 민원인데, 이 비중은 줄어 들고 있다. 가해자와 피해자의 비중을 보면 피해자의 민원 비중은 낮아지고 있는데 비해 가해자의 민원 비중은 23.5%에서 34.9%로 높아지고 있다. 가해자의 민원은 보험료 할인할증 여부와 크기, 피해자에게 합의금을 지급하기 이전에 보험회사가 가해자와 협의하지 않았다는 점

등이 대부분이었다. 반면 피해자들의 경우, 보상 담당자들이 피해자를 나이롱환자, 보험사기 등으로 간주하였다는 점에 대한 불만이 대부분이다.¹⁰⁾

4. 과실비율과 도덕적 해이

국내 A손해보험회사의 자료를 이용하여 과실비율과 치료비의 관계를 분석한다. 우리나라에서는 피해자의 과실비율이 100% 미만이라면 치료비를 상대방으로부터 지급 받을 수 있기 때문에 도덕적 해이가 조장될 수 있다는 우려가 있다. 특히 차대차 사고에서 과실비율이 높은 피해자는 대물보험금이 과실상계 후 적기 때문에 의료기관에서 치료와 합의금을 받아 전체 보험금을 높이려는 유인이 있을 것으로 보인다.

이러한 유인은 사후적 도덕적 해이 혹은 보험사기로 이어질 수 있는데 이들을 직접적으로 관측하기가 어려워 선행연구에서는 대물보험금 대비 대인보험금의 비율을 도덕적 해이의 대용변수로 사용한다(Hyote et al. 2006). 분석대상 민원 2,809건 가운데 쌍방과실이고 상대방 운전자의 상해등급이 12-14급인 관측치는 1,309건이며, 이 가운데 상대방 운전자의 과실비율이 70% 이상인 관측치는 102건으로 나타났다. 반대로 상대방 운전자의 과실비율이 30% 미만인 경우는 1,046건으로 나타났다.

〈표 II-10〉은 상대방 운전자의 과실비율에 따른 평균 치료비, 합의금, 입원일수, 치료일수, 그리고 도덕적 해이 대용변수인 대물배상 보험금 대비 대인배상 보험금 비율을 보여주고 있다. 상대방 운전자의 과실비율이 70% 이상인 사고에서 상대방 운전자는 2.4일을 입원하고 16일을 평균적으로 치료받은 것으로 나타났는데, 이는 30% 미만인 경우의 5.0일 입원, 30일 통원에 비해 낮은 수준이다. 그러나 경미한 쌍방과실 차대차 사고 전체의 0.2일, 29.1일에 비하면 입원일수가 상대적으로 높게 나타난 특징이 있다.

대물배상 보험금 대비 대인배상 보험금의 비율로 정의한 도덕적 해이 비율은 과실

10) 자료의 제약으로 한 보험회사의 민원 분석에 그치고 있어 전체 계약자의 민원이라고 볼 수 없다는 의견이 있을 수 있지만 각 연도별 민원 건수가 100건 이상이기 때문에 통계적으로 전체 계약자의 불만에 대한 추론에는 큰 문제가 없음

비율이 높은 상대방 운전자의 경우 6.81로 과실비율이 낮은 상대방 운전자의 2.34에 비해 3배 정도 높은 것으로 나타났다. 상대방 운전자의 과실비율이 높더라도 치료를 받을 수 있기 때문에 관측되는 사고심도에 비해 상대방 운전자는 더 많은 치료를 받는 것으로 나타났다.

〈표 II-10〉 과실비율과 대인배상 보험금, 도덕적 해이

(단위: 천 원, 일)

상대방 과실비율	관측치	치료비 (A)	도덕적 해이	합의금	입원일수	치료일수
전체	1,309	2,029.3	2.74	2,379.1	0.2	29.1
70% 이상	102	1,047.3	6.81	587.0	2.4	16.0
30% 미만	1,046	2,102.5	2.34	2,691.7	5.0	30.0

주: 쌍방과실 차대차 사고에서 발생한 상해등급 12-14급 경상환자를 대상으로 함
자료: A손해보험회사

5. 소결

차량 안전도의 상승 등으로 경미한 교통사고가 늘어나고 있으며 사망 및 중상해 환자보다는 경상환자가 늘어나고 있다. 여기에 한방진료를 중심으로 1인당 치료비가 상승하면서 대인배상 부상 보험금 증가세가 확대되고 있다. 보험금 증가는 보험료 인상 압력으로 작용하며 자동차보험 가입자들의 경제적 부담으로 이어진다. 그리고 피해자가 경상환자일 경우, 피해자의 상해 여부에 대한 의구심이 커지면서 적절한 치료, 상해 수준에 부합하는 적정 보상에 대한 불만이 커지고 있다. 중상해 환자의 경우 상해 정도가 객관적으로 입증될 수 있지만 경상환자의 경우 상해 정도는 환자 본인 외에는 객관적으로 입증할 수 없기 때문이다. 그리고 대인배상제도가 피해자들의 상해 수준을 넘어서는 과도한 치료를 모두 받을 수 있도록 하고 있고, 합의금을 목적으로 불필요한 치료를 받을 수 있도록 허용하고 있는 점도 가해자들이 불만을 갖는 원인이다. 반면 피해자들은 적절한 치료를 받지 못하고 있다는 불만을 제기한다. 합의금 측면에서는 가해자와 피해자가 모두 금액의 적정성에 대해 민원을 제기하는 것으로 나타났는데, 가해

자들은 상해 수준에 부합하지 않는다는 거부감을, 피해자들은 합의금의 기대치(보상 심리)에 미치지 않기 때문인 것으로 보인다.

피해자의 과실비율이 높더라도 평균 치료비는 100만 원 내외, 합의금은 56만 원 내외로 대인배상 I의 한도금액의 2배에 이르는 것으로 나타났고 자신의 높은 사고책임에도 불구하고 상대방으로부터 합의금을 받고 있다. 그리고 도덕적 해이 혹은 보험사 기일 가능성이 상당히 높은 것으로 나타났다.

자동차보험 대인배상이 경제적으로 부담이 되는 동시에 도덕적 해이 만연 등 사회적 불만의 원인으로 작용하고 있다. 다음 장에서는 우리나라와 주요국의 대인배상 보상절차와 제도를 비교하고, 최근 경미상해 가이드라인을 도입한 주요국의 제도 개선 사례를 검토한다.

Ⅲ. 주요국의 대인배상제도

본 장에서는 우리나라와 주요국의 자동차보험 대인배상제도를 보상절차와 경상환자 관련 제도를 중심으로 비교하여 우리나라 보상절차의 문제점을 검토한다. 보상절차는 우리나라와 일본, 영국, 그리고 미국을 중심으로, 그리고 경상환자 관련 제도는 영국, 캐나다, 스페인, 이탈리아를 검토한다. 영국은 최근 교통사고 보상절차에 피해자의 상해 평가와 치료계획, 회복 여부 확인 등을 의무화하였고, 스페인과 이탈리아는 보험사기 억제 목적으로 경상환자에 대한 보상기준을 강화하였다. 한편 일본의 경우, 경상환자에 대한 보상기준 등 구체적인 법률개정 사항은 없지만, 보상절차에서 피해자의 치료가 필수적이었는지 여부와 상해로부터의 회복 여부 등을 확인하고 있다.

1. 보상절차: 우리나라, 일본, 영국, 미국

가. 우리나라

1) 대인배상 개요

자동차보험은 피보험자가 교통사고로 타인에게 입힌 사망, 부상, 혹은 후유장애 등의 신체적인 손해(대인배상)와 다른 사람의 차량에 입힌 손해(대물배상)를 배상하는 보험과 피보험자 본인이 입은 신체 상해(자기신체상해), 차량 손해(자기차량손해), 그리고 무보험차량으로부터 입은 신체 및 차량 손해를 보장받는 보험으로 구분된다. 대인 및 대물배상은 의무보험과 임의보험에 가입해야 하는데, 의무보험은 대인배상의 경우 사망 1억 5천만 원, 부상의 경우 최고 3천만 원, 후유장애일 경우 최고 1억 5천만 원까

지, 그리고 대물배상은 사고당 최고 2천만 원을 보상한다. 임의보험(대인배상 II)은 가입 시 한도를 선택할 수 있는데 최고 무한대까지 선택할 수 있다.

다음의 <표 III-1>은 교통사고 발생 이후 보상절차와 보험금 지급기준을 보여주고 있다. 사고 발생 후 과실비율을 결정하고 피해를 입은 타인의 차량 수리비 등 손해액이 확정되면 대물배상과 대인배상 보험금이 지급된다. 지급항목은 부상의 경우, 치료관계비와 입원 간병비, 부상 위자료, 휴업손해, 기타 손해배상금 등이 지급된다.¹¹⁾ 후유장애가 판정될 경우에는 위자료, 상실수익, 가정 간호비 등이 지급된다.

<표 III-1> 국내 대인배상 보상절차와 보험금 지급항목

교통 사고	과실비율	보험금 산정	합의할 경우 자동차보험에서 배상금 지급	지급항목	합의하지 못할 경우
대인 (인적) 손해	보험회사가 손해보험협회 기준에 따라 결정	피해자의 과실비율이 100%가 아닐 경우 치료비 전액지급, 지급보증	대인배상 I (책임보험)	- 부상: 치료관계비, 입원 간병비, 위자료, 휴업손해, 그 밖의 손해배상금(식대, 통원일당) - 후유장애: 위자료, 상실수익, 가정 간호비	소송의 경우 법원 확정판결 금액을 배상
대물 (물적) 손해		과실비율 적용	대물배상 (2,000만 원까지 의무보험)	차량수리비, 미수선수리비	

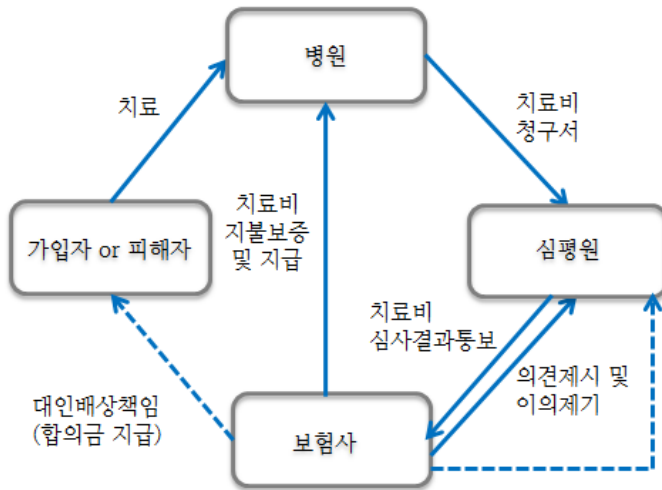
치료관계비 등 보험금은 의무보험(대인배상 I) 한도까지 우선 지급하고 이 한도 금액을 초과하는 금액은 임의보험(대인배상 II)에서 지급한다.¹²⁾ 교통사고 부상환자에게 지급되는 대인배상 I 보험금 한도는 상해등급에 따라 정해져 있다. 상해등급은 상해

11) 기타 손해배상금에는 입원하는 경우에는 식대(한 끼당 4,030원), 통원하는 경우에는 실제 통원일수에 대해 1일 8,000원이 지급됨

12) 대인배상 '상해(부상)'의 지급기준 가운데 적극손해는 구조수색비와 치료관계비로 구분되는데, 치료관계비는 입원비, 응급치료, 호송, 진찰, 퇴원, 투약 등에 필요 타당한 실비, 그리고 치아보철비를 지급함. 입원간병비는 자동차손해배상보장법의 상해등급 기준 가운데 5급까지의 중상해 환자에게 지급되는데, 상해등급 1~2등급의 경우 최대 60일, 3~4등급의 경우 최대 30일, 5급일 경우에는 15일 간병비가 지급된다. 지급대상은 동일한 교통사고로 부모 중 1인이 사망 또는 상해(1~5급)를 입은 7세 미만의 입원자녀임

정도가 가장 심한 1급에서 상해 정도가 가장 경미한 14급까지 구분되는데, 예를 들어 2016년 4월 1일 이후 발생한 사고에 대해 상해등급 12, 13, 14급의 보험가입금액은 120만 원, 80만 원, 그리고 50만 원으로 정해져 있다. 그리고 이 금액을 초과하는 대인배상 보험금은 임의보험인 대인배상 II에서 지급한다. 상해등급 14급인 피해자의 치료비가 200만 원이라면 50만 원은 대인배상 I 보험에서, 나머지 150만 원은 대인배상 II에서 지급된다. 보험금 지급의 적정성을 보장하기 건강보험심사평가원이 진료비의 적정성을 검증하고 보험회사에게 치료비 심사결과를 통보하면 보험회사가 의료기관에 치료비를 지급한다.

〈그림 III-1〉 대인배상 치료비 지급 절차



부상 위자료, 휴업손해, 기타손해배상금 등은 합의금을 구성하는 데 과실비율을 적용하여 피해자에게 직접 지급한다. 합의금 가운데 부상 위자료는 상해등급에 따라 정해져 있는데, 상해등급 1급에 대해서는 위자료 인정금액이 200만 원, 2등급 176만 원, 그리고 12, 13, 14등급은 각각 15만 원으로 규정되어 있다. 휴업손해는 보험금 지급기준에 따라 결정된다. 휴업손해는 1일 수입 감소 금액에 휴업일수를 곱한 금액의 85%로 산정되고 인정기준은 부상으로 해당 소득의 감소가 있었음을 세법상 관계서류 또

는 기타 객관적으로 인정되는 자료 등을 통해 증명할 경우에 해당한다. 휴업일수는 피해자의 상해 정도를 감안하여 치료 기간의 범위 내에서 인정되고 수입 감소 금액은 직업의 유무, 가사종사자 여부에 따라 결정된다.¹³⁾ 보험금 지급기준에는 명시되지 않았지만 향후치료비가 관행적으로 지급되고 합의금의 상당 부분을 차지한다. 향후치료비는 ‘합의 시점에서 장래에 소요될 것으로 예상되는 치료비를 객관적이고 합리적으로 추정한 금액’으로 정의되는데,¹⁴⁾ 치료가 종료되는 시점까지 아직 발생하지 않은 치료비를 미리 예상하여 지급하는 예상 치료비로 볼 수 있다.¹⁵⁾

합의금과 대물배상에는 과실비율을 적용하여 보험금을 산정하지만 치료비에는 과실비율을 제한적으로 적용한다. 자동차손해배상보장법 시행령(제3조 제1항 제2호)에서는 대인배상 I에 대해서만 과실비율과 상관없이 부상등급별 한도 범위 내 치료비 전액보상을 규정하고 있지만 자동차보험 표준약관에서는 대인배상 II까지 적용을 확대하였다. 피해자의 과실비율이 100%가 아닌 쌍방과실일 경우, 모든 피해자들은 치료관계비를 전액 배상받을 수 있다.

2) 보상절차

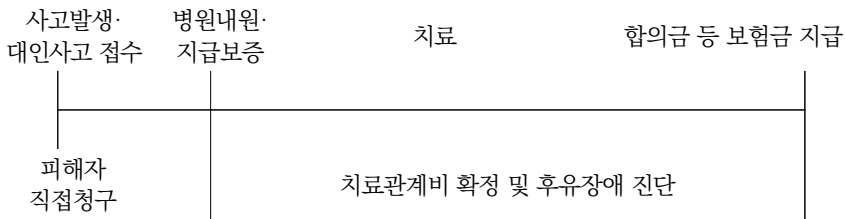
교통사고로 신체상해(부상)가 발생했을 경우의 보상절차는 <그림 III-2>에서 제시하고 있다. 피해자의 대인배상 보험금 청구는 피해자 직접청구 혹은 대인배상 접수(이하, ‘대인사고 접수’라 함) → 치료 → 합의 및 보험금 지급의 절차로 이루어진다.

13) 유직자일 경우 사망 시 현실소득액 기준 수입 감소액과 실제 수입 감소액 중 적은 금액이 수입 감소액으로 결정되고, 가사종사자는 일용근로자 임금에 휴업일수를 곱한 금액, 무직자일 경우 수입의 감소가 없는 것으로 정함. 여기서 가사종사자는 2017년(확인) 신설되었는데 사고 당시 2인 이상으로 구성된 세대에서 경제활동을 하지 않고 가사 활동 등에 종사하는 자로 정의됨

14) 금융감독원 보도자료(2017. 2. 17), “2017년 3월 1일부터 자동차보험 대인배상 대폭 개선”

15) 자세한 내용은 전용식.(2017b)를 참조하길 바람

〈그림 Ⅲ-2〉 교통사고 부상의 경우 대인배상 절차



먼저 피해자 직접청구는 피해자가 보험금을 보험회사에 직접 청구(자동차손해배상 보장법 제10조 1항)하는 방법이고 대인사고 접수는 보험회사에 사고발생 사실을 통보하고 접수하는 방법이다. 피해자 직접청구는 통상적으로 가해자가 피해자의 신체상해를 인정하지 않아 대인사고 접수를 거부할 경우, 피해자가 진단서, 개인정보 활용 동의서, 경찰서에서 발행한 교통사고 사실 확인서, 기타 보험회사가 인정하는 필요 서류 등을 접수하여 치료비 등을 직접 보상을 받는 방법이다. 교통사고 사실 확인서를 받기 위해서 피해자는 경찰에 교통사고를 신고해야 하고 의사의 진단서를 제출해야 한다. 그리고 조사과정에서 경찰은 가해자와 피해자에게 교통사고 사실 여부를 확인하는데, 이 과정에서 가해자는 피해자의 신체 상해 확인을 위해 마디모 신체감정을 의뢰할 수 있다.¹⁶⁾ 감정결과 신체상해가 없을 경우에는 교통사고 사실 확인원에 ‘인사사고 없음’이라고 적시되고 피해자 직접청구는 불가능하게 되어 피해자는 배상을 받을 수 없다. 반면, 인사사고로 처리가 되면 대인사고 접수와 동일한 절차로 보상을 받는다.

다음으로 대인사고 접수의 경우를 보면, 가해자가 보험회사에 사고 발생 사실을 통보하고 피해자의 병원 치료를 허용한다면 피보험자의 보험회사는 대인배상을 접수하고 사고번호를 피해자에게 부여한다. 피해자가 의료기관을 방문하여 사고번호를 병원에 알려주면 치료를 받고 치료(관계)비를 가해자로부터 배상받을 수 있다.¹⁷⁾ 피해자가

16) 마디모 신체감정은 사고 상황 시뮬레이션으로 탑승자의 신체상해 여부를 감정하는 것임. 마디모(MaDyMo)는 수학적 다이내믹 모형(Mathematical Dynamic Model)의 약자로 교통사고로 인한 충격과 상해 간의 인과관계를 분석하는 프로그램임

17) 대인사고 접수 이후, 피해자가 치료를 받는 동안에도 가해자는 피해자의 신체감정을 경찰에 의뢰할 수 있음. 피해자의 신체상해가 없다는 결과가 나오면 가해자는 기존에 발생한 치료비만 지급함. 피해자는 배상책임 관련하여 소송을 제기할 수 있음

의료기관에 방문하여 교통사고 환자라는 것을 밝히면 의료기관은 자동차손해배상보장법 제12조, 표준약관 26조 등에 의거하여 가해자의 보험회사에 피해자의 내원사실을 통보한다. 의료기관으로부터 피해자의 내원사실을 통보받은 보험회사는 피해자의 상해 정도와 관련한 정보 없이 피해자의 치료(관계)비를 가해자의 보험금 한도로 지급 보증한다. 자동차보험 가입자의 대부분이 무제한으로 대인배상에 가입하고 있기 때문에 피해자는 치료비 금액 한정 없이 치료를 받을 수 있다.

교통사고 피해자가 상대방으로부터 치료비를 배상받지 못하는 경우는 과실비율이 100%일 경우이다. 사고책임을 전적으로 부담하는 경우가 아니라면, 즉 상대방의 과실비율이 1%라도 있을 경우에는 과실비율이 99%라도 상대방으로부터 치료비를 전액 배상받을 수 있다(치료비 전액지급제도). 치료비 전액지급제도로 인해 경상환자라도 병원급 이상의 의료기관에서 치료를 받을 수 있고, 1인당 치료비가 높은 한방치료도 금액 한정 없이 받을 수 있다.

피해자의 치료가 종료되기 전이라도 보험회사와 피해자는 합의를 통해 손해배상액을 확정할 수 있고, 손해배상액이 확정되면 보험금 청구서류를 제출한다.¹⁸⁾ 표준약관 26조는 '보험금 청구에 관한 서류를 받았을 때 지체 없이 지급할 보험금액을 정하고 그 정하여진 날로부터 7일 이내에 지급'하라고 규정하고 있다. 가해자를 대위하는 보험회사는 피해자에게 합의금을 지급하고 피해자에게 의료서비스를 제공한 의료기관에는 치료관계비를 지급한다. 보험금이 지급되면 교통사고 가해자의 민사적 책임은 이행이 완료된다.

합의에 이르지 못하고 피해자가 소송을 제기할 경우에는 소송비용뿐 아니라 법원의 확정판결 금액을 보험회사가 배상한다. 통상적으로 법원의 확정판결 금액이 보험금 지급기준에 따라 산정된 보험금보다 크다. 따라서 가해자의 보험회사는 합의를 통해 손해배상액을 확정하여 보험금을 지급하여 보험사고를 조기에 종료하는 것이 유리할 수 있다. 따라서 보험회사는 피해자의 신체 상해가 사고 이전으로 회복되지 않은 시점이

18) 자동차보험 표준약관 제25조 '보험금을 청구할 수 있는 경우'에 명시되어 있음. 배상책임(대인배상 I, II와 대물배상)의 경우에는 '손해배상액이 확정된 때' 보험금을 청구할 수 있으며, '손해배상액의 확정'에는 ① 대한민국 법원에 의한 판결의 확정, ② 재판상의 화해 및 중재, ③ 서면에 의한 합의 등의 세 가지 방법으로 규정하고 있음

라도 합의금을 지급하여 적극적으로 합의할 유인이 있다. 피해자 입장에서는 경상환자 일 경우, 신체 상해 정도는 자신만 알기 때문에 합의금이 예상보다 클 경우 합의할 유인이 있다.

피해자의 상해 정도가 심해서 후유장애 진단을 받는다면 후유장애 보험금을 받는다. 그렇지 않고 피해자가 가해자의 보험회사와 합의(손해액 확정)하면 합의금을 받고 대인배상은 종결된다.

우리나라 대인배상 절차에서 피해자의 신체 상해 여부와 정도를 객관적으로 검증하는 공식적인 단계는 피해자가 대인배상을 가해자에게 직접 청구하는 경우에 국한된다. 대인배상이 접수되면 피해자는 주관적 통증 호소만으로 치료를 받을 수 있다. 그리고 치료비지급보증제도는 피해자의 상해 여부와 정도에 대한 정보 없이 대인사고 접수 여부(지급의사의 유무)와 가해자의 보험가입 금액(지급보증 금액)만을 확인한다. 그리고 자동차보험 가입자 대부분이 보상한도가 무한인 무한배상으로 대인배상 II에 가입하고 있고, 치료관계비와 간병비를 과실상제한 금액이 치료관계비와 간병비의 합계에 미치지 못하면 치료관계비와 간병비를 보상하기 때문에 피해자는 원하는 만큼 치료를 받는다. 마지막으로 합의 시점에서 피해자의 상해 회복 여부 등을 확인하지 않는다.

3) 경미상해 관련 제도

법제화되지는 못했지만 경상환자의 과잉치료를 억제하기 위해 2011년 11월 ‘경미사고 입·통원가이드라인’이 검토되었다. 그리고 2013년 7월부터 자동차보험 진료비를 건강보험심사평가원(이하, ‘심평원’이라 함)이 심사하는 ‘진료비 청구 심사 일원화’가 시작되었다(자동차손해배상보장법 제12조의 2). 진료비 청구 심사 일원화가 도입되기 전에는 보험회사가 의료기관의 치료비 청구 내역을 심사하고 지급하였다.

경미사고 입·통원가이드라인은 경상환자들의 불필요한 입원을 억제하기 위해 시작되었다. 가톨릭대학교 산학협력단(2011)에 의하면 2009년 기준으로 경추부 좌상 및 옆좌 환자의 입원 비율은 74.7%, 입원 기간은 7.4일로 나타났고, 요추의 좌상 및 옆좌 환자의 입원 비율은 76.5%, 입원 기간은 7.6일로 나타났다. 저자들은 경상환자의 높은 입원율의 부작용을 줄이기 위해 외국의 교통사고 환자 입원 및 통원 가이드라인과 국

내 의료 환경을 검토하여 합리적이고 의학적으로 타당한 교통사고 환자의 입원 가이드라인을 경추부 통증, 요추부 통증, 외상없는 뇌진탕 등에서 제시하였다.¹⁹⁾ 예를 들어 경추부 통증의 경우 가이드라인은 교통사고 환자가 내원하면 먼저 문진 및 이학적 검사를 실시하고 필요할 경우 단순 방사선 검사 등을 통해 중증도를 평가, 4단계의 중증도에 따라서 입원을 권유한다.²⁰⁾ 입원이 권유되는 단계는 중증도 2단계이지만 환자가 심한 통증으로 일상생활이 상당한 정도로 제한될 것이라고 의학적으로 판단되는 경우와 3,4단계 및 의학적 또는 기타 이유로 통원 치료가 불가능하다고 판단되는 경우 등이다. 입원 및 통원 가이드라인은 공론화되며 실용적인 기준화를 시도하였으나 강제성이 없는 자발적 권유사항으로 변경·시행되었다.

경미사고 입·통원가이드라인은 법제화되지 못했지만, 교통사고 피해자들이 보험금을 더 많이 받고자 불필요하게 입원하는 교통사고 환자를 억제하기 위해 자동차손해배상보장법 제13조는 의료기관의 교통사고 입원환자의 외출이나 외박 관리, 그리고 의료기관의 허락이 있을 경우 환자의 외출이나 외박을 규정하고 있다.²¹⁾

진료비 청구 일원화는 건강보험과 자동차보험 간 의료심사 체계의 이원화에 따른 자동차보험 진료비 심사체계의 비효율성을 줄여 과잉진료를 억제하기 위해 도입되었다(조규성 2010).²²⁾ 권창익 외(2007)는 진료비 심사 기준이 건강보험, 자동차보험, 산

19) 가톨릭대학교 산학협력단(2011)에 따르면 2005년부터 2009년까지 상해등급 8급에서 14급까지의 경상환자의 비중이 96% 내외임

20) 1단계는 이학적 검사에서 이상 소견은 없으나 경부에 통증이나 강직 또는 압통만 호소하는 경우, 2단계는 경부에 통증을 호소하면서 근골격계 조직의 이상 징후(경부 운동범위가 감소하면서 압통을 동반)가 있는 경우, 3단계는 경부에 통증을 호소하면서 신경학적 징후(심부건 반사의 감소나 결여, 근력 저하, 감각 저하)가 있는 경우, 그리고 4단계는 경부에 통증을 호소하면서 골절 또는 탈구가 있는 경우임

21) 2005년 부재환자 점검결과에 의하면 교통사고 환자의 부재율이 16.8%로 나타났다; 손해보험협회 보도자료(2006. 1. 12), “손해보험협회 부재환자 일제점검 결과”

22) 2009년에 국민권익위원회가 관련 부처에 자동차보험 진료비 심사를 전문심사기관에 위탁하도록 권고하였고 2010년 12월에는 국토교통부 등 6개 부처가 합동으로 자동차보험 진료비심사를 전문심사기관에 위탁하는데 합의하였음. 이후 2012년 2월 자동차손해배상보장법 제12조의2 개정안이 국회를 통과하여 자동차보험 진료비 심사 위탁 규정이 마련되었으며, 8월에 시행령에 전문심사기관으로 ‘심사평가원’이 단독 지정되었음. 2013년 5월과 6월에 ‘자동차보험 진료수가 심사업무처리’에 관한 규정의 제정과 ‘자동차보험 진료수가에 관한 기준’이 전면 개정되었음. 이에 따라 14개 보험회사와 6개 공제조합이 심사평가원과 위탁 계약을 체결하고, 2013년 7월 1일부터 심사평가원에서 심사를 담당하게 되었음

재보험 등에서 다르기 때문에 유사한 질병 또는 동일한 진단에 대해 진료행태의 차이를 만들고, 진료행태의 차이는 진료비뿐만 아니라 피해보상이나 위자료 지급과 연관되어 비효율적인 보험금 지출로 이어질 수 있다고 지적하였다. 저자들은 진료비 심사의 일원화는 기왕증으로 인한 부적절한 지출과 분쟁을 방지하고 의학적 근거에 입각한 적정진료 여건을 확립할 것으로 기대하였다. 그리고 건강보험의 급여실적을 기준으로 산재환자 및 자동차보험 환자를 동일 질환 기준으로 급여기준을 표준화하면, 과잉진료를 억제하고 불필요한 장기입원을 억제할 수 있을 것으로 평가하고 있다. 심사일원화의 성과와 관련해서 김재선(2015)은 진료비 심사 일원화 이후 1년 동안 환자당 입원 및 외래진료일수, 입원환자 비율 및 환자당 외래진료비가 도입 이전에 비해 유의하게 감소하였고 환자당 입원진료비는 변화가 없었다는 분석결과를 제시하였다.

그러나 진료비 청구 일원화 이후에도 대인배상 치료비는 계속 증가하고 있다. 보험개발원과 가톨릭대학교 산학협력단(2011)의 2009년과 2016년의 자료를 보면, 교통사고 피해자의 진료비 기준 입원율은 2009년 89.8%였으나 2016년에는 62.9%로 낮아졌고 환자 수 기준으로도 2009년 58.5%에서 2016년 33.8%로 낮아졌다. 입원 진료비는 2009년 7,884억 원에서 2016년 1조 433억 원으로 연평균 4.1% 증가하였다. 반면 외래 진료비는 2009년 892억 원에서 2016년에는 6,153억 원으로 연평균 31.8% 증가하였다. 자동차보험 환자 수가 2009년 125만 명에서 2016년 204만 명으로 연평균 7.2% 증가한 것에 비하면 4배 이상 빠른 증가속도이다. 진료비 청구 일원화 도입으로 입원 진료비는 안정되고 있지만 외래 진료비는 그렇지 않은 것으로 보인다.

나. 일본

1) 대인배상 개요

일본의 자동차보험은 책임보험인 자배책보험과 임의보험인 자동차보험으로 구분된다. 자배책보험은 『자동차손해배상보장법』에 기초한 의무화된 강제보험으로 자동차를 운행 중 타인의 생명, 신체에 손해를 입힌 경우에 발생하는 피해자의 치료비, 위자료

등을 배상한다. 자배책보험에 가입되어 있으면 자동차운행 자체는 가능한 반면 자동차보험은 임의로 계약하는 것이 가능하다. 자배책보험 외에 일본의 자동차보험상품은 대인배상보험, 대물배상보험, 인신상해보험, 탑승자상해보험, 무보험차 상해보험, 자손사고보험, 차량보험이 있다. 대인배상보험은 사고의 발생 원인을 자배책에서 규정하는 자동차의 운행에 더해 소유, 사용, 관리로 확장함으로써 다양한 원인에 의한 자동차 사고로 인하여 신체적인 피해를 입은 피해자가 되도록이면 보상받을 수 있도록 한다. 대인배상보험은 우리나라의 대인배상 II와 유사하게 타인을 죽거나 다치게 하거나, 법률상의 손해배상책임을 부담하는 경우, 자배책보험으로 지불되는 금액을 초과하는 손해배상금액에 대하여 보험금이 지급된다. 2017년 자배책보험금은 7,509.5억 엔이 지급되었고 대인배상보험에서는 3,656.4억 엔이 지급되었다.

일본에서는 교통사고가 발생하면 의무적으로 경찰에 신고해야 한다. 사고현장에 경찰이 출동해서 사고원인을 조사하고 사고 당사자들의 증언을 기록하고 확인한다. 경찰은 이를 기반으로 사고보고서를 작성한다. 교통사고 피해자는 사고보고서가 없으면 보험금을 받지 못한다.

보험금 지급기준은 일본 금융청과 국토교통성이 고시한다. 보험금은 교통사고 피해자가 청구 서류를 손해보험요율산출기구에 제출하고 손해보험요율산출기구는 청구 서류의 필요·타당성을 입증하여 지급한다. 상해를 입은 경우 자배책보험은 피해자의 회복에 필요하고 타당한 것으로 인정되고 실제로 지출한 치료 관계 비용에 국한하여 부상 보험금을 120만 엔 한도에서 지급한다. 여기서 ‘필요하고 타당한’이라는 표현의 의미는 교통사고에서 발생한 상해와 관련이 있는 치료 혹은 처방에 국한한다는 것인데, 예를 들어 감기약이 처방되었다면 상해와 관계가 없기 때문에 필요 타당한 것으로 인정되지 않는다.

〈표 III-2〉 일본의 자배책보험 부상의 지급기준

구분			개요	지급근거·한도	필요서류	
부상	치료비	치료비	병원 치료비 유도정복 비용 등	실제 필요 타당한 경비 지급	- 진단서 등 의료비 지급 증명서 - 유도정복일 경우 처치 비용 증명서	
		개 호 비	입원 시	간호비	하루 4,100엔	- 의사의 증명서 - 간호사·요양도우미 발행 영수증 - 개호증명서
			통원· 재택 요양 시		하루 2,050엔	
		제 잡비		병원 입원 기간 동안 발생한 통신비 등 편의시설 이용 비용	하루 1,100엔	-
		서류비용		교통사고 보고서 발생 비용	실제 지출 비용	영수증
		통원비		교통사고 환자의 통원 비용	실제 지출 비용	영수증
		기타비용		구조 수색비, 안경비, 의족비 등	안경·콘택트렌즈 비용 한도 5만 엔	영수증
	휴업손해		교통사고 상해로 인한 휴업손해	- 하루 5,700엔 - 소득이 하루 5,700엔 이상일 경우 실제 휴업손해금액과 19,000엔 중 적은 금액을 지급	- 근무처의 휴업 증명서 - 근로소득원천징수 영수증	
	위자료		정신적 손해배상	하루 4,200엔	-	
후유 장해	위자료		정신적 손해배상	후유장해 등급에 따라 지급: 1급 3,000만 엔, 14급 75만 엔	후유장해 진단서	

자료: 일본 손해보험요율산출기구(평성 26년도)

부상환자에 대한 대인배상 지급 항목은 치료비, 휴업손해, 그리고 위자료이다.²³⁾ 치료비는 세부적으로 치료비, 개호비, 제 잡비, 서류비용, 통원비, 그리고 기타 비용으로

23) 일본 손해보험요율산출기구(평성 26년도) 자료에 따르면 2013년 일본 자배책보험 대인배상 지급규모는 8,075억 엔인데, 항목별 지급비중은 치료비 47.2%, 휴업손해 10.2%, 그리고 위자료가 40.9%임. 그리고 부상환자의 1인당 평균 치료비는 237,038엔임

구분된다. 치료비에는 병원치료비, 그리고 우리나라의 도수치료와 유사한 유도정복 비용 등이 포함된다. 치료비를 배상받기 위해서는 진단서, 의료비 지급 증명서, 유도정복의 경우 처치비용 증명서 등이 필요하다. 진단서 발행 비용도 보험금으로 지급되고 있는데 이는 진단서 발행이 피해자의 손해로서 인식되기 때문이며, 평균 진단서 발행비용은 3천 엔에서 5천 엔 사이로 알려져 있다. 개호비는 입원 시 하루 4,100엔이 지급되고 통원 및 재택 요양 시에는 하루 2,050엔이 지급된다. 개호비를 지급받기 위해서는 의사의 개호 필요성 증명서, 간호사 및 요양 도우미가 발행한 영수증, 개호 증명서 등이 필요하다. 제 잡비는 병원 입원 기간에 발생한 통신비 등 편의시설 이용 비용 등인데 하루 1,100엔을 기준으로 산출된다. 서류비용은 교통사고 보고서 발행 비용 등인데, 실제 지출한 비용에 근거해서 지급된다.

통원비는 교통사고 환자의 통원 비용으로 교통비 등 실제로 지출한 영수증이 필요하다. 그리고 기타비용에는 구조 수색비, 안경비, 의족비 등이 포함되는데 안경이나 콘택트렌즈 비용은 한도가 5만 엔이다. 기타 비용을 청구하기 위해서는 역시 영수증이 필요하다. 만약 영수증이 없다면 재발행 받아 제출하거나 사유서 등을 제출하는 방법이 있다.

휴업손해는 교통사고 부상으로 인한 휴업에서 발생하는 손해를 배상한다. 하루 5,700엔 한도이고 소득이 하루 5,700엔 이상이라는 것이 입증되면 실제 일일 휴업손해액과 19,000엔 가운데 적은 금액이 지급된다. 휴업손해 배상에 필요한 서류는 근무처의 휴업증명서, 근로소득원천징수 영수증이 필요하다. 그리고 위자료는 정신적 손해를 배상하는데, 하루 4,200엔이 지급된다. 후유장해일 경우 위자료가 후유장해 진단서에 명시된 등급에 따라 지급되는데 1급은 3,000만 엔, 그리고 14급은 75만 엔이 지급된다.

2) 보상절차

〈그림 II-3〉은 일본의 교통사고 합의 절차를 보여주고 있다. 합의에는 보험회사가 교통사고 부상으로 인한 손해배상금액을 확정하는 것이 선행되어야 하는데, 치료가

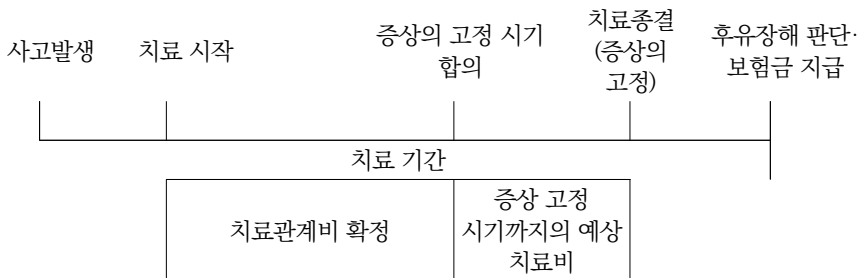
종료되는 ‘증상의 고정’ 시점을 합의해야 손해배상금액이 확정된다. ‘증상의 고정’ 시점이란 치료로 인한 증상개선 여지가 없는 시점인데 치료를 계속해도 교통사고 이전의 상태로 회복되기가 어렵다면 증상이 고정되었다고 본다.

‘증상의 고정’ 시기는 가해자와 피해자가 합의하여 결정할 수 있지만, 합의가 어려울 경우에는 주치의의 의견을 존중하여 법원이 결정한다. 가해자가 증상의 고정을 주장하며 치료비 지급을 중단하더라도 피해자와 법원이 치료에 의한 상태의 호전이 가능하다고 판단한다면, 이를 증명할 수 있는 진단서를 주치의에게 요구할 수 있다.

한편 증상의 고정 시기가 예상될 경우 그 시기까지 예상되는 치료비를 지급하고 증상의 고정 시기를 합의할 수 있다. 우리나라의 교통사고 합의는 일본의 ‘증상의 고정’ 시기를 보험회사가 예상하고 예상 시점까지의 치료비를 향후치료비 명목으로 미리 지급하는 것으로 볼 수 있다.

증상의 고정시기 이전에는 치료비, 교통비, 휴업손해, 상해위자료가 인정되나 증상의 고정 시점 이후에는 치료비, 교통비 등 치료관련 비용의 청구가 불가능하고 휴업손해 대신에 후유증 일실회의, 상해 위자료 대신에 후유장해 위자료를 청구할 수 있다.²⁴⁾

〈그림 Ⅲ-3〉 일본의 교통사고 부상 처리절차



24) 후유증 일실회의는 증상의 고정 시점에 잔존하는 정신적 육체적 훼손 상황(후유장해)으로 인해 향후 발생하는 수입의 감소인데, 후유장해 위자료는 후유장해로 인해서 발생하는 정신적 피해에 대한 보상으로 후유장해 인정등급에 따라 금액이 달라짐. 후유장해 인정등급은 1급에서 14급까지 구분되는데, 14급은 75만 엔, 1급은 3,000만 엔임. 후유장해는 주치의가 작성한 ‘자동차손해배상책임보험 후유장해진단서’ 등의 자료를 근거로 손해보험요율 산출기구가 후유장해의 유무 및 등급을 결정함. 후유장해가 없다면 증상의 고정 시기 이후에 발생하는 손해(후유증 일실회의, 후유장해 위자료)배상은 청구할 수 없음

교통사고 피해자의 과실비율은 자배책보험의 경우 중과실감액제도를 운용하는 반면 대인배상보험에는 과실비율이 적용된다. 중과실감액제도는 피해자의 과실비율이 70% 이상인 경우에만 일정비율을 과실상계한다.²⁵⁾

〈표 III-3〉 일본 중과실감액제도의 감액률

감액적용상 피해자의 과실비율 ²⁶⁾	감액비율	
	사망 및 후유장애	상해
70% 미만	감액 없음	
70% 이상 80% 미만	20%	20%
80% 이상 90% 미만	30%	
90% 이상 100% 미만	50%	

자료: 전용식(2017c)에서 재인용함

3) 경미상해 대인배상제도

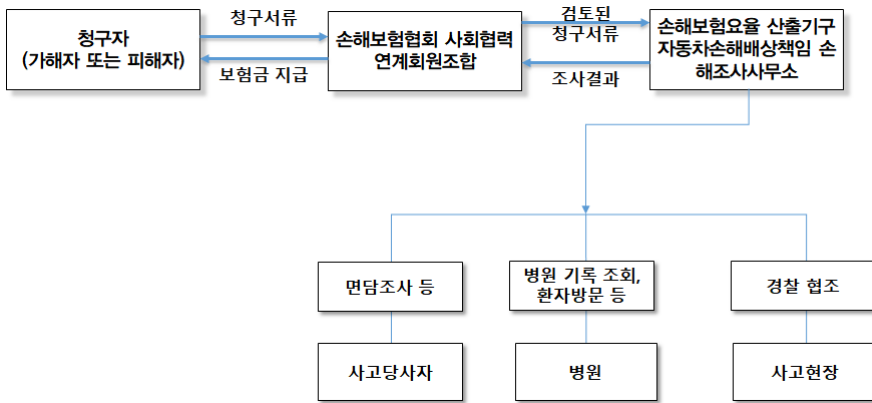
일본의 경우 경상환자에 대한 치료 가이드라인이나 보험금 지급기준을 별도로 갖고 있지는 않지만, 교통사고 합의절차와 대인배상 지급기준은 피해자의 상해 진단 및 평가, 그리고 피해자의 회복 여부(치료와 증상의 고정) 등에 근거하고 있다. 신체상해가 발생한 대인사고의 경우 손해보험요율산출기구 산하의 손해조사사무소가 손해액을 조사하고 과실비율을 결정한다. 그리고 이 결과를 바탕으로 손해보험회사가 보험금을 결정하고 지급한다.²⁷⁾ 손해배상책임보험(공제)의 손해조사 흐름은 〈그림 III-4〉와 같다.

25) 박관훈(2018), pp. 3~24

26) 교통사고와 사망 또는 후유장애 등과의 인과관계 입증은 보험금청구권자(피해자 측)가 해야 하나 그 입증 자체가 곤란한 경우에는 50% 감액하여 보험금을 지급함

27) 일본의 교통사고 처리 절차, 교통사고 관련 법규, 과실상계제도 등은 전용식·채원영(2017)을 참조하길 바람

〈그림 III-4〉 일본의 자동차사고 손해조사 현황



자료: 일본 손해보험요율산출기구(2020. 4)

먼저, 청구자(가해자 또는 피해자)가 손해보험회사 등 자동차 손해배상책임보험(공제)에 신청서류를 제출한다. 손해보험회사 등은 청구서류에 미비한 점이 없는지 확인한 후, 자동차 손해배상책임 손해조사사무소(이하, '손해조사사무소'라 함)에 송부한다. 손해조사사무소에서는 청구서류에 따라 사고발생상황, 지불의 정확성(자동차 손해배상책임보험(공제)의 대상이 되는 사고 여부, 또한 상해와 사고와의 인과관계 등) 및 발생한 손해 금액 등에 대해 공정하고 중립적인 입장에서 조사를 실시한다. 청구서류의 내용만으로 사실 관계 확인이 어려운 상황에서는 사고 당사자에게 사고 상황을 조회하고, 병원 조회, 사고 현장 조사 등 필요한 조사를 실시한다. 이후 손해조사사무소는 손해보험회사 등에 조사 결과를 보고하는데, 이에 근거해서 손해보험회사 등은 지급액을 결정하고 청구자에게 지급한다. 일본의 손해조사는 사고정황 및 과실비율, 손해규모가 객관적인 근거에 부합하게 이루어졌는지, 교통사고 환자는 회복을 위해 실제로 비용을 지출했는지 등을 중점적으로 조사한다.

이상에서 살펴본 바와 같이 일본의 대인배상절차는 의학적인 상해평가(진단서 제출)와 회복여부 확인을 중심으로 이루어진다. 교통사고 피해자라도 주관적 통증 호소에 의한 치료와 보험금 지급이 아니라, 교통사고 상해 치료에 필요하고 타당한 치료인지를 입증하고 그 결과에 따라 보험금을 지급한다. 보험금 청구를 위해서는 경찰의 사고보고서, 진단서, 의료비 지출 증빙 등을 근거로 제시해야 한다. 제도적인 측면에서

보험회사와 가해자가 이미 치료의 효과를 볼 수 없는 ‘증상의 고정’ 시점에 이르렀다고 주장하고 치료비를 지급하지 않을 수 있다는 점과 피해자가 보험금을 받기 위해서는 진단서와 본인이 지출한 의료비 증빙을 제출한다는 점을 보면 일본에는 우리나라와 같은 치료비 지급보증제도가 없는 것으로 보인다.²⁸⁾ 또한 중과실 감액제도를 통해 치료비에 사고책임을 반영하고 있다.

다. 영국

1) 대인배상 개요

영국 정부는 자동차를 운전하는 모든 사람의 제3자 배상책임보험 가입을 의무화하고 있다(Road Traffic Act 1930, 1988).²⁹⁾ 대인배상 가입금액은 무한이고 대물배상 가입금액은 사고 당 1백만 유로인데, 대인·대물배상 등 상대방의 불법행위로 인한 신체, 차량에 대한 손해(Damage)에 대한 배상책임은 민법(Civil Law)에서 다루고 비교과실제도(Comparative Negligence)를 채택하고 있어 대물 및 대인배상에 과실비율이 적용된다. 대인배상은 치료비, 간호비, 휴업손실 등 경제적 손해와 위자료 등 비경제적 손해를 배상하는데, 의료시스템이 전국민 건강보험(National Health Care) 체계이기 때문에 치료비와 간호비 등 치료관계비는 배상금이 결정된 후 가해자의 보험회사가 전 국민 건강보험(병원)에 피해자의 치료비를 지급한다.

2) 보상절차

교통사고 피해자는 교통사고 후 3년 동안 가해자에게 배상을 청구할 수 있는데, 보상절차는 세 단계로 구분된다. 첫 번째 단계에서 청구자는 배상 통지양식(Claim Notification Form)을 클레임 포털(Portal)에서 작성하여 가해자의 보험회사에 송부한

28) 일본 손해보험요율산출기구에 확인한 결과임

29) 영국 자동차보험제도는 <부록 I>을 참조하길 바람

다.³⁰⁾ 배상 통지양식에 피해자는 회복에 필요한 상세한 치료 일정을 회복 규약(Rehabilitation Code)에 근거하여 작성해야 한다. 회복규약에 따르면 피해자는 회복에 필요한 의학적, 법률적 조치 등을 구체적으로 기술해야 하고 의학적 조치에는 사고 직후 받았던 치료와 앞으로 필요할 것으로 예상되는 치료 등이 포함된다.³¹⁾ 예상되는 치료는 독립적 의학전문가(Independent Medical Expert)들이 평가한 피해자의 상해 정도에 대한 의료진단서를 근거로 작성된다. 의료진단서에는 피해자가 입은 상해에 대한 정보와 예상되는 회복기간, 치료 회복 시점 등이 포함된다.

가해자가 과실을 인정할 경우 배상청구 2단계로 진행되지만 그렇지 않을 경우, 가해자는 청구 건을 3개월 동안 조사할 권리가 있고 소송으로 진행할 수 있다. 배상책임을 인정하지 않을 경우 가해자는 소송을 제기한다. 배상책임을 인정한다는 의미는 소송으로 가지 않고 합의를 통해 사고를 처리하겠다는 의미지만, 가해자의 사고책임을 전적으로 인정한다는 의미는 아니다.

두 번째 단계는 손해액을 산정하는데 의료 진단서에서 평가된 상해의 유형, 심도, 회복기간, 향후 치료여부, 장래에 미칠 영향 등에 근거해서 산정되고 위자료 등 배상금액은 법원에서 제정한 가이드라인(Judicial College Guidelines)에 따라 결정된다.³²⁾ 이를 위해 피해자는 의료진단서(Medical Report)의 사실관계를 독립적인 의료전문가를 통해 확인하는데, 피해자가 받은 의료서비스가 회복에 필요하고 타당한지의 여부를 중심으로 확인한다.

중상해 사고에서 첫 번째 의료진단서 이후 추가적인 치료와 관련된 후속 의료진단

30) 교통사고 손해액이 25,000파운드 이하인 대인배상 청구 건이 적용됨. 2010년 영국 정부가 교통사고 청구절차를 간소화하기 위해 개발을 시작하였는데, 공식 명칭은 'Road Traffic Accident Personal Injury Scheme'임. 영국에서는 교통사고 피해자를 대신해서 손해배상 청구를 하는 배상설계사(Claim solicitor)들이 의료진단서(신체상해 평가서)를 기반으로 클레임 포털에서 청구함

31) 2015 회복규약(2015 Rehabilitation Code)에 따르면, 회복규약에서 규정하는 청구 전 필요한 의료 진단서는 상해 평가 및 필요한 치료(Triage Report), 후속 평가(Subsequent Assessment Report), 퇴원 보고서(Discharge Report) 등으로 구성됨

32) 예를 들면 사망 위자료는 1만 파운드에서 18,980파운드, 사지 마비(Tetraplegia)의 위자료는 258,740파운드에서 322,060파운드 범위임. 이 금액은 보험회사, 신체상해 전문변호사(혹은 배상설계사), 법원이 공통적으로 사용하고 있어 위자료의 일관성이 유지되는 것으로 평가됨

서가 있을 경우, 추가적인 치료의 타당성 여부가 검증되어야 한다. 타당성이 인정되는 경우는 첫째, 첫 번째 의료진단서에서 후속 치료의 필요성을 명시한 경우, 둘째, 청구인이 계속되는 치료를 받고 있는 경우, 셋째, 초기 예후(Prognosis)에서 기대한 만큼 피해자가 회복되지 않는 경우 등이다.

경미상해(Soft-tissue injury)일 경우 첫 번째 의료진단서는 경미상해를 전문적으로 진단하는 의료진이 발급한 진단서이어야 하며, 가해자가 상해에 대한 다른 의견을 제시하고 제시된 의견이 타당할 경우, 피해자는 가해자의 의견과 이 의견이 진단과 예후에 미칠 영향을 의료진단서에 반영해야 한다. 경미상해임에도 의료진단서가 하나 이상일 경우 피해자는 추가적인 치료기간, 처치 선택의 타당성을 입증해야 한다.

의료진단서 등 배상청구에 필요한 서류(2단계 합의 양식, 의료진단서, 금전적 손해 입증 서류, 청구인이 서류 구비에 지출한 비용을 입증하는 서류, 경미상해일 경우 경미상해 전문 의료인이 발급한 진단서, 진단서를 입증할 수 있는 사진 등 추가 서류, 증인 진술 서류)가 준비되면 청구인은 가해자에게 이를 송부한다.

세 번째 단계는 의료전문가가 청구자(피해자)의 치료종결을 확인한 후 피청구인이 손해(보상)금액을 책정하여 청구자에게 제시하는 단계이다. 마지막으로 가해자가 청구자가 제출한 증거를 기반으로 배상금액을 제시하고 그 금액을 청구자가 합의하면 교통사고 처리는 종료된다.

〈표 III-4〉 영국의 자동차보험 보험금 지급절차

구분		개요
1단계	사고발생 및 청구 접수	• 배상 통지양식 가해자에게 송부(가해자가 불분명한 경우 정부(Motor Insurers' Bureau)가 처리) • 회복규약에 따라 상해 평가 및 치료일정을 설정 • 사고발생 이후 3년간 청구 가능 • 통지양식을 받은 가해자는 익일 받았다는 점을 피해자에게 통보하고 가해자의 보험회사는 향후 배상방안을 알려야 함 • 가해자 배상책임 인정 시 2단계로 진행되지만 그렇지 않을 경우 가해자는 3개월간 청구 권을 조사할 수 있음
2단계	가해자 배상책임 인정 및 배상금액 산정	• 2단계 합의 양식, 의료진단서(혹은 경미상해 진단서), 금전적 손해 입증 서류 등을 가해자에게 송부 • 가해자는 합의 양식 접수 후 15일간(초기 검토 기간) 서류 등을 검토하고 배상금액을 피해자에게 제시 • 20일 동안(협상 기간) 가해자와 피해자는 배상금액을 협상할 수 있음
3단계	합의	• 피해자의 치료 종결 여부 확인 • 가해자가 제시한 배상금액(Offer)을 청구자가 수용(Accept)하고 보험회사에게 보험금 지급을 요청

자료: Pre-Action Protocol for Low Value Personal Injury Claims in Road Traffic Accident from 31, July 2013

3) 경미상해 대인배상제도 개선

영국은 2013년 경미한 교통사고 처리절차(Low Value Personal Injury Claims in Road Traffic Accident)를 제정하였고³³⁾ 2019년 1월 경미상해 대인배상제도 개선방안을 제정하였다. 이 법안의 주요 내용은 첫째, 경미상해 지속 기간별 위자료 정액화(Tariff of fixed compensation for pain and suffering, and loss of amenities)와 의료진단서 의무화, 둘째, 교통사고 대인배상 소액청구 한도 5천 파운드 인상하고, 셋째, 진단서 없는 합의 관행(Pre-Medical Offer) 철폐 등이다.

먼저 위자료 정액화의 경우, 경추 염좌를 3개월 동안 치료할 경우 최대 235파운드, 3~6개월 이하 최대 470파운드, 6~9개월 이하 최대 805파운드 등으로 차등하였다. 설정된 금액은 최대 금액이기 때문에 청구인의 과실비율을 반영하면 합의금은 줄어들 수 있다. 영국 정부는 이러한 정액화가 청구인과 피청구인의 배상금액에 대한 불확실성을 줄이고 신속한 합의를 촉진할 것으로 기대하고 있다.

33) 2013년 7월 31일 이후에 발생한 배상책임 손해액 25,000파운드 이하의 사고와 2010년 4월 30일 이후에 발생한 배상책임 손해액 1만 파운드 이하의 사고가 적용 대상임

〈표 III-5〉 경추부염좌, 연부조직 손해보상금액

경추부염좌 지속기간(월)	위자료 상한
3개월 이하	235파운드
3개월에서 6개월	470파운드
6개월에서 9개월	805파운드
9개월에서 12개월	1,250파운드
12개월에서 15개월	1,910파운드
15개월에서 18개월	2,790파운드
18개월에서 24개월	3,910파운드

자료: Civil Liability Act 2019: Reforming the Soft Tissue Injury('whiplash') Claims Process

둘째, 소액청구(Small Claims)는 일정 금액 이하의 대인배상 사건에서 소송 없이 피해자가 배상받을 수 있는 제도인데, 소액청구 금액을 인상함으로써 불필요한 소송을 줄여 소송과 관련된 사회적 비용을 줄일 수 있을 것으로 평가된다.

셋째, 진단서 없는 합의 관행 철폐의 경우, 진단서 의무화를 통해 피해자의 치료기간과 치료비 등의 불확실성을 줄이고 피해자와 가해자에게 상해 심도, 치료에 필요한 처치의 효과 및 평가, 회복 기간 등에 관한 정보를 제공하여 배상금을 보다 정확하게 결정할 것으로 기대한다. 합의 과정에서 의료진단서를 구비하지 않는 경우는 대부분이 포탈에서 이루어지지 않고 가해자의 보험회사와 피해자 간에 직접적으로 이루어지고 경미한 상해를 입은 교통사고 피해자들의 과다 및 허위 청구가 발생할 수 있다고 보기 때문이다.

영국의 보상절차에서 주목할 점은 의료진단서를 통해 상해의 정도와 치료 및 예후에 대한 정보를 투명하게 공개하고 합의 시, 치료 종결 여부를 가해자가 확인한다는 점이다. 그리고 상해에 대한 정보 공개와 더불어 위자료의 상한을 설정하여 위자료 목적의 불필요한 치료를 억제하고 배상금의 변동성을 줄이고 있다. 영국은 보상절차 개선으로 연간 약 11억 파운드의 경제적 편익이 자동차보험 계약자들에게 돌아갈 것으로 예상하고 있다.³⁴⁾

34) U.K. Justice Department(2019. 1)

라. 미국

1) 대인배상 개요

미국의 자동차보험 대인배상제도는 50개 주별로 상이한데 크게 배상책임제도(Tort)와 노-폴트(No-Fault)제도로 구분할 수 있다. 배상책임제도는 피해자가 사고책임이 있는 가해자로부터 신체 상해에 대해 배상을 받는 제3자 배상책임보험(Third-Party Liability)이고 노-폴트 제도는 기본적으로 사고책임과 무관하게 가입자의 보험으로부터 보상을 받는 본인보상보험(First-Party Benefits)이다. 그리고 이 두 가지를 결합한 혼합형 시스템을 채택한 주도 있다.³⁵⁾

배상책임법은 배상하는 손해를 경제적 손해(Economic damage)와 비경제적 손해(General damage)와 사고예방을 목적으로 하는 징벌적 손해(Punitive damage)로 구분한다. 경제적 손해는 치료비(Medical expense), 휴업손해(Lost damage), 향후치료비(Future medical expenses), 상실수익(Lost earning capacity), 개호치료비(Household service) 등을 보상하고 일반적 손해는 골절, 상흔으로 인한 정신적 피해에 대한 보상(Disfigurement), 교통사고로 인한 신체적 고통에 대한 보상금인 위자료(Pain and sufferings), 후유장애(Permanent disability) 등이 있다. 경제적 손해와 비경제적 손해는 손해를 끼친 피해에 상응하는 액수만을 보상하기 때문에 전보적 손해(Compensatory damage)라고 한다.

손해배상금액은 가해자의 과실비율을 적용하여 결정되는데 미국에서는 주별로 면책과실제도(워싱턴 D.C 외 4개 주), 우리나라와 같은 순수비교과실(캘리포니아 외 11개 주), 그리고 34개 주가 수정된 비교과실제도를 채택하고 있다.³⁶⁾

노-폴트제도는 소송에 따른 시간적·금전적 비용과 이로 인한 피해자 구제의 비효율성이라는 제3자 배상책임제도의 문제점을 보완하기 위해서 도입되었는데, 원칙적으로는 소송을 제기할 수 있는 권리를 포기하는 대신 신속하고 충분한 보상으로 피해자를 구제하는

35) 〈부록 표 2〉 참조하길 바람

36) 자세한 내용은 전용식·채원영(2017)을 참조하길 바람

취지를 갖고 있다. 의무적으로 본인보상보험인 신체상해 보장(Personal Injury Protection)에 가입해야 하는데 본인보상보험은 치료비(Medical fees), 상실수익(Lost wages), 장례비용(Funeral costs), 기타 직불비용(Other out-of pocket expenses) 등을 보상한다.

노-폴트는 두 가지 유형으로 구분되는데 하나는 치료비 한도(Threshold)에 따라 소송 권리가 제한되는 유형(매사추세츠 주 등)이고 다른 하나는 상해 유형(Verbal threshold)에 따라 소송권리가 제한되는 유형(뉴욕, 뉴저지, 미시간 주 등)이다. 치료비 한도를 초과하거나 특정 상해(Verbal threshold)를 입었을 경우에는 소송을 통해 위자료를 청구할 수 있기 때문에 과실비율은 배상책임제도와 같이 산정된다. 선행연구에서 논의한 바와 같이 치료비 한도를 초과하면 위자료를 받을 수 있기 때문에 과잉 혹은 허위 진료 유인이 있고 특정 상해 유형으로 진단을 받기 위한 사기(Fraud) 유인이 있다.

RAND(2010)는 2000년 이후 노-폴트를 선택한 주의 자동차보험 배상책임보험료 증가세가 배상책임을 선택한 주 보다 높아졌다는 점을 지적하고 제도개선의 필요성을 제기하였다.³⁷⁾ 네바다, 조지아, 코네티컷, 콜로라도 주는 1975년을 전후로 노-폴트 제도를 도입하였으나 1980, 1991, 1993, 2003년에 각각 폐지하였다.

2) 보상절차

사망·신체상해를 초래할 수 있는 교통사고가 발생하면 경찰에 의무적으로 신고해야 한다. 배상책임제도에서는 사고 발생 시점으로부터 보통 3년 또는 법령에 명시된 시점까지는 언제든지 과실이 있는 운전자(보험회사)에게 보험금을 청구할 수 있다. 대인배상 보험금을 청구할 때는 청구자가 가입한 보험회사에 통보하고, 상대방 운전자에 대한 정보, 사고현장 사진, 증인이 있을 경우 증인에 대한 정보, 그리고 진단서, 치료비 지급 증명서 등을 제출해야 한다. 대인배상 청구가 접수되면 보험회사는 청구인이 요구하는 금액을 검토하여 지급 금액을 합의한다. 소송으로 이어지는 경우는 청구 건수의 5% 이내로 알려져 있다.

피해자가 치료를 받고 어느 정도 회복이 되면 대인배상을 청구하는데, 미국의 대인

37) RAND(2010)

배상 절차는 일반적 상거래의 합의 과정과 유사하다. 피해자가 보험회사에 대인배상 청구금액을 요구하는 서신(Demand letter)을 발송하고 가해자의 보험회사는 그 요구 서신에 대해 보상금액을 제시(Offer)하는 서신을 보낸다. 청구자의 요구금액과 보험회사의 보상 제시금액은 4~5차례에 걸쳐 조정되어 보험금이 결정된다. 청구자의 50%는 변호사의 조언을 받아 보험회사와 배상금을 조정한다.

교통사고 발생 후 대인배상 합의에 소요되는 기간은 길게는 800일, 적게는 40일로 나타났고 평균적으로 157일에서 234일이 소요되는 것으로 나타났는데, 이는 사고발생 후 3년 혹은 2년 이내에 대인배상 청구를 할 수 있는 규정 때문인 것으로 보인다.³⁸⁾

미국 전역에서 사용되는 통일된 피해자의 상해 정도에 대한 평가 방식이나 방법은 없는 것으로 조사되었다.³⁹⁾ 이에 근거해서 보면 영국과 같이 합의 시점에 피해자의 회복 여부를 확인하는 절차는 없는 것으로 유추할 수 있다.

3) 경미상해 대인배상제도 개선

미국에서는 영국과 같은 경상환자 관련 대인배상제도 개선은 없었지만 1980년대 배상책임보험금의 급격한 증가세는 배상책임제도 개혁(Tort reform)으로 이어졌다. 자동차보험의 경우 Cummins and Tennyson(1992)에 따르면 1984년부터 1989년까지 교통사고 발생빈도의 하락에도 불구하고 연간 자동차보험료 상승률은 9%로 같은 기간 연간 소비자물가상승률 3.5%에 비해 더 높았다. 그리고 그 원인은 의료비 상승 등 보험원가의 상승과 더불어 허위·과다 청구 증가로 인한 보험금 증가라고 분석하였다.⁴⁰⁾ 보험금 가운데 위자료는 관행적으로 치료비의 2~3배로 지급되었는데(Carroll et al. 1995; Loughran 2005), 위자료의 증가는 자동차보험 대인배상 보험금 증가로 이어졌고, 보험금 증가는 보험료 증가로 이어진 것이다.

38) Derrig, Richard A(2004)

39) Second and Final Report of the Personal Injuries Commission(2018. 7)

40) 선행연구들은 허위 청구(Fraud claims)는 교통사고와 무관한 상해 치료비 청구를, 과다 청구(Excess claims)는 교통사고에서 발생한 상해에 대해 불필요한 치료를 받고 청구하는 것으로 구분하고 있음

대인배상 보험료의 상승은 배상책임제도 개혁(Tort reform)을 유도하였고 배상책임 제도 개선 이후 보험금 증가세는 둔화되었다. 다양한 제도개선 방안이 주별로 시간은 다르지만 도입되었는데, 그 가운데 위자료 상한 설정이 가장 효과적인 것으로 평가된다. Browne and Puelz(1996)는 미국의 18,000여 건의 자동차보험 대인배상 자료를 분석하여 1980년대 미국의 손해배상 개혁(Tort reform) 조치들 가운데 위자료 상한 설정이 자동차보험 대인배상 보험금 규모와 소송 건수를 감소시킨다는 결과를 제시하였다. 대인배상 위자료에 대한 법원 확정판결 금액의 감소는 소송 건수를 줄일 뿐 아니라 합의에서도 위자료를 줄이는 것으로 나타났다. Hyote et al.(2006)에 따르면 위자료 상한이 20~25만 달러로 높아 직접적인 효과는 미약하였지만 피해자들의 위자료 목적의 소송 유인이 감소하는 간접적인 효과를 보였다. 예를 들어 20만 달러의 상한을 설정한 주들의 경우 상한이 없었을 시기에 비해 약 4%의 보험금 감소가 있는 것으로 나타났다 (Heaton 2017).

〈표 III-6〉 주요국의 대인배상 보상절차 비교

구분	한국	영국	일본	미국
대인배상 보험금 한도	책임보험 3,000만 원 (대인 II 무제한)	무제한	자배책보험 부상 120만 엔 대인배상보험 무제한	개인별 1.5~2.5 사고당 3.0~5.0(만 달러)
치료비 과실상계	피해자의 과실이 100%가 아닐 경우, 치료비 전액지급	과실상계	자배책보험: 중과실감액제도 대인배상보험: 과실상계	과실상계
상해 평가 (진단서)	피해자의 주관적 통증 호소 (없음)	피해자 치료계획서 (의무화)	진단서 의무화	공식적 상해평가 절차 없음
경상환자 위자료 지급기준	상해등급별 한도 금액	경미상해 지속기간별 상한 설정	없음 (부상위자료 하루 4,200엔)	신체상해 위자료 상한 설정
합의 시 치료 종결 여부	확인 없음	합의 시 치료종결 여부 확인	증상의 고정 합의	확인 없음

2. 경미상해 보상제도 개선: 캐나다, 이탈리아, 스페인

가. 캐나다

저자들의 조사에 따르면, 브리티시 콜롬비아(이하, 'BC'라 함)는 2019년부터, 온타리오는 2014년부터, 그리고 앨버타는 2004년부터 경미상해 피해자에 대한 치료와 보상을 규정하고 있다. 온타리오와 앨버타는 노-폴트(No-Fault)와 배상책임이 결합된 체계이고 BC는 배상책임(Tort) 체계이지만 대부분의 캐나다 주(Province) 정부의 자동차 보험 대인배상은 제1당사자 배상책임 보험인 사고보험(Accident Benefit)과 제3자 배상책임(Third-Party Liability)보험에서 이루어진다. 사고보험은 보험가입자의 신체 상해 치료비와 휴업손해, 개호비 등을 보장하고 배상책임보험은 보험가입자의 과실로 타인에게 입힌 인적·물적 손해를 배상한다. 그리고 무보험차보험(Uninsured Motor Insurance)은 가입자가 보험에 가입하지 않은 운전자의 과실로 입은 손해를 보상한다.

1) 앨버타⁴¹⁾

2004년 10월 1일부터 『경미상해 규정(Minor Injury Regulation)』에서 정한 기준으로 경미상해 피해자에 대한 치료와 보상을 하고 있다. 경미상해로 판정될 경우 위자료(Pain and suffering)에 상한이 설정되는데, 초기에는 4,000캐나다 달러로 설정되었고 이후 물가상승률에 따라 조정되고 있다. 경미상해 피해자가 사고보험에 가입하였다면 의료비를 제공하는 보험회사는 교통사고 발생 이후 3개월 이내 초기 상해 평가와 10~21개 종류의 처치(Treatments)에 소요된 의료비를 지불한다.

앨버타는 경미상해를 근육이나 인대의 손상(Sprain)과 찢김(Strain), 그리고 편타성 상해(WAD)로 규정한다. 손상(Sprain)이란 인대(Ligament)에 상해를 입은 것을, 찢김(Strain)이란 근육(Muscle)에 상해를 입은 것을 의미한다. 편타성 상해(WAD: Whiplash Associated Disorder)란 경추·요추 염좌 관련 상해인데 다음의 두 가지 증상을 보이지

41) Michalyshyn. B. Peter(2004)를 요약하였음

않는 상해로 정의된다. 첫째, 객관적이고 입증 및 정의가 가능하고, 의료적으로 중요한 신경적 징후를 보이는 상해, 둘째, 골절이나 탈골 등이다.

경미상해 평가는 『국제 질병분류(International Classification of Diseases)』와 『근거중심 임상지침(Evidence-based practice)』에 따라 이루어진다. 경미상해의 심도 평가는 앨버타 대학 재활의학과 교수인 의학박사 매기(Magee)의 저서에서 정의한 방식에 따라 이루어져야 한다. 그리고 각 상해에 부합하는 의사의 처치 절차, 환자의 외래 진료 횟수 등을 규정하고 있다.

2) 브리티시 콜롬비아(BC)

교통사고 발생 후 피해자에게 신체상해가 발생했을 경우 보험금을 받기 위해서는 의료서비스 제공자가 발급한 치료 기록(Health Care Report)을 보험회사에 제출해야 한다. 치료 기록의 내용은 상해의 유형, 진단 결과, 치료 당시 환자의 상태, 의료진이 처치(Treatment) 혹은 추천했던 처치 및 치료법, 치료 후 예상되는 상해의 예후(Prognosis) 등이 포함되어야 한다. 그리고 보험회사가 교통사고 피해자에 대해 의료적 검진을 해야 한다고 규정하고 있다. 피해자가 일상생활로 돌아갈 수 있다는 의료진의 평가를 받으면 합의가 이루어지는데, 합의는 상대 운전자에게 사고책임(과실)이 있는 경우에 국한한다.

BC는 경미상해 규정(Minor Injury Regulation)을 2018년 11월 9일 제정하여 2019년 4월 1일부터 시행하였다. 경미상해 규정은 경미상해의 정의, 경미상해의 입증 의무, 의료진의 치료 절차, 그리고 위자료 상한을 규정하고 있다. 먼저 경미상해(Minor Injury)는 자동차보험법(Insurance Vehicle Act)에서 ‘인대가 늘어나거나 상하는(Sprain), 혹은 힘줄이 늘어나거나 찢기는(Strain) 신체적 상해, 고통 증후군(Pain syndromes), 단순 뇌진탕(Concussion)⁴²⁾ 등’으로 정의되었다. 그리고 의학적 정의에 국한하지 않고 피해자의 생활 속 어려움도 반영하고 있는데, 사고 발생 후 1년 동안 상

42) 심각한 장애(Serious impairment), 항구적 골절(Permanent disfigurement), 능력상실(Incapacity) 등을 초래하지 않는 뇌진탕임

해로 인해 근로, 학업, 일상생활을 수행하지 못하는 심각한 손상(Serious impairment) 일 경우에는 경미상해로 볼 수 없다고 규정한다.

경미상해의 입증책임은 경미상해가 아니라고 주장하는 측에 있고, 상해가 신체 여러 부위에서 발생했을 경우 각 상해는 개별적으로 경미상해 여부를 진단받아야 한다. 경미상해 여부는 민사법원(Civil Resolution Tribunal)이 결정하는데, 피해자는 법원의 결정에 항소할 수 있다.⁴³⁾⁴⁴⁾ 교통사고 피해자가 자신이 입은 상해가 경미하지 않다고 판단하거나 가해자에게 손해배상을 청구할 경우 민사법원에 청구하는데, 청구할 수 있는 손해는 위자료, 과거/미래 상실소득(Past/Future Income Loss), 향후치료비(Future Care Costs), 본인부담금(Out-of-Pocket Expenses), 차량 혹은 차량내 귀중품 손해(Property damage to your vehicle, or things inside your vehicle at the time of accident) 등이다. 그리고 민사법원은 전체 손해에 대해 5만 달러까지 배상을 명령할 수 있다.

경미상해 치료절차(Protocols)는 진단, 처치, 전원을 포괄하는데, 사고 발생 3개월 이내에는 보험회사의 사전 승인 없이 피해자가 받을 수 있는 치료의 유형과 횟수가 정해져 있다. 그리고 의료기관 방문 시 보험회사가 지급하는 비용(수수료 상한)이 정해져 있다(〈표 III-7〉 참조). 침술(12회), 수기치료(Chiropractic, 25회), 운동역학(12회), 물리치료(12회), 물리요법(25회) 등 신체적인 처치 이외에도 교통사고 피해자의 정신적 상해에 대한 심리학(12회), 카운셀링(12회) 등도 규정하고 있다.

경미상해 치료가 길어지는 경우(사고 발생 후 90일 이내), 의료진은 사고 발생 후 90일 이내에 등록 치료자문가(Registered care advisor)에게 경미상해 환자를 전원 시킬지 결정해야 한다. 전원 여부는 다음의 세 가지 경우에 검토되는데, 첫째, 자신이 명확

43) 민사법원(Civil Resolution Tribunal)은 교통사고 피해자가 가해자와 합의하지 못할 때 중재하거나 가해자에게 손해배상을 청구하는 중재기구 역할을 함

44) BC에서 사고보험금(Accident benefit)은 주 보험회사(Insurance Corporation of British Columbia)가 제공하는 기본자동차보험(Basic vehicle insurance coverage)에서 지급하는 보험금인데, 치료비(Medical Benefits), 가사노동자 장애(Disability of homemakers), 소득대체(Income Replacement), 사망보험금(Funeral and Survivor Benefits)으로 구분됨. 보험금은 사고 발생 후 2년 이내에 청구할 수 있고 보험금 청구와 지급 관련 규정은 자동차보험규제(Insurance Vehicle Regulation) 참조하기 바람

하게 진단하지 못할 경우, 둘째, 환자의 회복이 기대했던 것과 다를 경우, 셋째, 회복을 어렵게 하는 요인이 있을 경우이다. 전원 환자를 치료하는 등록 치료자문가는 경미상해 환자의 상태를 전원 이후 15일 이내에 평가하고 전원을 의뢰한 의료진에게 진단과 치료 관련 보고서를 10일 이내에 제공해야 한다.

〈표 III-7〉 캐나다 BC의 의료서비스, 수수료 상한, 사전 승인된 처치 횟수

(단위: 캐나다 달러, 회)

서비스	수수료 상한		별도 승인 없이 받을 수 있는 처치 횟수
	사고 발생 직후 상해평가와 보고서 작성 관련 수수료 상한(캐나다 달러)	상해평가 후 치료 시기(캐나다 달러)	
침술	105	88	12
수기치료	199	53	25
카운셀링	210	120	12
운동역학	135	78	12
마사지 물리치료	107	80	12
물리요법	250	79	25
심리학	340	195	12

자료: Insurance Vehicle Regulation, B. C. Reg. 447/83

BC는 2019년 4월 1일 이후 발생하는 교통사고 위자료(Pain and suffering)의 상한을 5,500캐나다 달러로 설정하였다.

3) 온타리오

온타리오 보험법(268.3)은 『사고보상금 법정기준』(규정)을 마련하여 적용하도록 하고 있는데, 『사고보상금 법정기준』의 해석과 운영을 위해 『경미상해 가이드라인』(Minor Injury Guideline)을 수립하고 시행하도록 규정하고 있다. 온타리오는 2014년부터 가이드라인을 적용하고 있는데, 가이드라인의 목적 가운데 주목할 점은 경미상해 환자의 신속한 회복과 치료비의 투명성 제고이다.

경미상해 환자의 ‘회복’은 의료진이 주도적으로 환자의 고통을 줄이고 사고 이전의

일상생활로 복귀하는 기능적 회복(Functional Restoration)을 의미한다. BC와 유사하게 경미상해를 정의하고 경미상해 환자에게 지급하는 의료 및 재활 보험금의 총액을 2019년 6월 3일 이후 발생한 사고에 대해서 3,500캐나다 달러로 제한(『사고보상금 법정기준』 제18조)하고 있다. 그리고 보험금 청구 시 진단서를 의무적으로 제출해야 한다(『사고보상금 법정기준』 제40조). 한편 경미상해 환자가 사고 이전에 기왕증(Pre-existing medical condition)을 갖고 있다면 경미상해 가이드라인의 적용을 받지 않는다.

온타리오의 『경미상해 가이드라인』도 BC와 유사하게 경미상해 환자의 초진과 치료 단계에서 의사의 평가 및 처치, 치료기간과 치료비 상한을 설정하였다. 초진에서 의사는 운동범위, 신경검사, 상해 심도 평가 등의 물리적 검사를 실시하고 상해를 진단한다. 가이드라인에서는 의사가 초진 시 선택할 수 있는 자의적인 처치(Discretionary interventions)를 제시하고 있는데, 예를 들면, 골절 등이 의심되는 경우에는 보험회사의 승인 없이 X-선 촬영을 할 수 있다. 그리고 초진을 종료하면서 의사는 경미상해 환자의 추가적 치료 여부를 결정한다.

의사가 추가적인 치료가 필요하다고 판단할 경우, 통상 초진 이후 12주 이내에 치료가 진행된다. 통상적으로 초진 후 4주(제1블록) 동안에는 초진 시 진단과 처치 경과를 살펴보고 경과가 양호하여 환자가 최대한 회복되었다고 판단되면 치료는 종료된다. 반면 추가적인 치료가 필요하다고 판단되면 4주(초진 이후 5~8주, 제2블록) 동안 초진 시 진단과 처치 경과와 제1블록에서 선택된 처치 경과를 보고 치료종결 여부를 결정한다. 그리고 제1블록에서 제2블록으로 치료가 길어지는 것과 마찬가지로 제3블록(9~12주)으로 치료가 전환된다. 제3블록에서는 제1, 2블록에서 처방된 처치와 경과를 검토하고 퇴원 혹은 장기치료 여부를 결정한다. 치료기간 동안 의사는 경미상해 환자의 회복(최대한의 회복, 사고 이전에 환자가 하던 활동 재개 여부 등)과 관련한 모니터링 서비스를 최대 200캐나다 달러 한도에서 제공할 수 있다.

온타리오 역시 경미상해 가이드라인에 치료비 상한을 정하고 있다. 초진 비용은 215캐나다 달러, 최장 12주 동안의 치료기간에서는 1,500캐나다 달러, 의료진 모니터링 200캐나다 달러, 경상환자 퇴원 보고서(OCF-24) 수수료 85캐나다 달러, 기타 추가

서비스 400캐나다 달러 등이다. 그리고 X-선 촬영 비용도 규정하고 있다.⁴⁵⁾

앨버타, 온타리오, BC 이외의 다른 지역도 유사한 경미상해 규정을 갖고 있을 것으로 예상되지만, 여기서는 지면 등 다양한 제약으로 모두 조사하지는 못했다. 캐나다 주요 지역의 사례는 자동차보험제도가 배상책임 체계이든 노-폴트 체계이든 객관적으로 입증하기 어려운 경미한 상해를 치료하는 절차를 마련하고 위자료 목적의 과잉치료 예방을 위해 위자료 상한을 규정하고 있다는 점을 제시하고 있다.

나. 이탈리아

자동차보험은 의무보험으로 제3자 배상책임(물적 및 인적 손해배상)보험(대인 및 대물배상)과 차량 화재, 도난 등의 손해를 보장하는 기타 종합보험으로 구분된다.⁴⁶⁾ 자동차보험 대인배상은 이탈리아 민법(Italian Civil Code) 2043조와 2054조, 그리고 보험법(Code of Private Insurance)의 제10장(Title 10)에서 규정하고 있다. 보상절차를 간략히 살펴보면, 교통사고 발생 시 신체상해 정도에 따라 두 가지 보상절차가 운영되는데, 경미상해일 경우에는 직접보상절차를, 중상해 사고일 경우에는 일반보상절차에 따라 보상을 받는다. 두 가지 보상절차 모두 운전자들이 작성한 사고보고서, 경찰(혹은 목격자)의 사고기록, 의료기록, 납세번호(Tax Code), 나이, 소득증빙서류 등을 제출해야 한다. 서류를 받은 보험회사는 자사의 전문가를 통해 제출 서류의 타당성을 검증한다.

자동차보험 손해배상은 이탈리아 보험법 제10장(Code of Private Insurance, Title 10)에서 규정하고 있다. 대인배상은 금전적 손해(137조), 중상해 환자에 대한 비경제적 손해(138조)와 경상환자에 대한 비경제적 손해(139조) 등을 보상한다.⁴⁷⁾ 금전적 손해는 치료비, 개호비, 일시적 노동력상실 혹은 영구 장애로 인한 소득 상실 등을 피해자의 사고 발생 직전 3년간 소득 가운데 높은 수준에 부합하게 보상한다. 치료비의 경우, 피해자가 의료기관에서 치료를 받고 교통사고 합의 후 손해배상금액이 확정된 후 가

45) Appendix B, C., Superintendent's Guideline No. 01/14, Page 15, 16

46) 이탈리아 자동차보험 현황은 전용식(2018) 참조하길 바람

47) 대인배상의 최소 보험가입 금액은 사고당 500만 유로, 대물배상의 경우 사고당 100만 유로임

해자를 대위하는 보험회사가 의료기관에 지급한다(142조).⁴⁸⁾

비경제적 손해는 위자료와 유사한데, 피해자의 건강한 삶(Well-being)에 손해를 입히는 생물학적 손해(Biological damage)을 보상한다. 여기서 생물학적 손해이란 법의학적 평가(Medico-legal assessment)를 통해 식별될 수 있는 어떠한 일시적 혹은 영구적인 신체적 혹은 정신적 상해로 피해자의 일상생활에 부정적인 영향을 미치는 것으로 규정된다. 비경제적 손해는 일시적 노동력상실(Temporary incapacity)과 영구 장애(Permanent disability)로 구분되는데, 일시적 노동력 상실은 사고 발생부터 회복일까지 하루당 지급되고 영구장애는 우리나라의 위자료와 같이 피해자의 물리적·정신적·사회적 손해를 보상한다. 보상 금액은 밀라노 법원이 발간한 『신체상해와 가족 사망으로 인한 비경제적 손해평가 테이블』을 참고하여 보험회사 혹은 법원이 결정한다.

장애등급 점수는 의료진의 피해자에 대한 상해 평가에 따라 결정되는데 이 점수에 따라 경상과 중상해 환자를 구분한다.⁴⁹⁾ 그리고 보험회사는 해당 점수를 진단서에서 확인할 수 있다. 장애등급 점수 1%에서 9%까지는 경미상해, 10%에서 100%는 중상해로 구분한다. 장애등급 점수를 받으면 비경제적 손해를 보상받을 수 있다. 장애등급 점수가 1%씩 가산될수록 금액은 비례적으로 증가한다.

경상환자에 대한 비경제적 손해보상은 보험법 139조에서 규정한다. 보험법 139조는 ‘보상을 받기 위해서는 시각적 혹은 의료장비를 통해 상해의 존재를 입증해야 한다’고 규정하는데, 이로 인해 시각적 혹은 의료장비를 통해 상해의 존재를 입증할 수 없는 경미상해는 보상받기가 어려워졌다.⁵⁰⁾

48) 이탈리아는 우리나라와 유사한 전국민의료보험체제로 모든 국민은 의료서비스를 무상으로 받을 수 있음

49) 장애등급 점수 평가는 민사소송절차(Civil Liability Procedure) 61조에 규정됨

50) Article 139.2 of Private Insurance Code, “For the purposes described in paragraph 1 biological damage shall mean any temporary or permanent injury to a person’s physical and mental integrity which can be identified through a medico-legal assessment and which has a negative impact on the activities of daily living and on the dynamic and interpersonal aspects of the life of the injured party, regardless of any repercussions on his/her capacity to produce income. Anyhow minor injuries that are not susceptible of objective instrumental clinical surveillance may not give rise to compensation for permanent biological damage”

〈표 III-8〉 이탈리아의 신체상해 보상기준

금전적 손해(Pecuniary damage)			
치료비, 개호비(Medical assistance)			
휴업손해			
생물학적 손해(Biological damage)			
의료진이 평가한 영구장애 등급(1~100%), 피해자의 나이에 따라 법원의 보상금 테이블 기준으로 산정되고 지급됨			
영구 장애(Permanent disability)			일시적 노동력 상실 (Temporary incapacity)
영구 장애등급 점수와 나이에 따라 지급			회복 일수별로 지급
판단기준	중상해	경미상해	영구 장애등급 점수 없음
	10~100%	1~9%	

자료: 이탈리아 보험법을 참고하여 저자가 작성함

경상환자 발생 빈도는 대인배상 사고빈도의 95% 이상을 차지하고 있는데, 법 개정 이후 대인배상 보험금 증가율은 연평균 0.6%에 그친 것으로 나타났다. 법 개정 이전인 2008년부터 2012년까지 대인배상 평균 보험금은 11,830유로에서 14,804유로로 연평균 5.8% 증가하였지만 법 개정 이후인 2014년부터 2018년까지 대인배상 평균 보험금은 16,150유로에서 16,514유로로 연평균 0.6% 증가에 그쳐, 제도 개선 효과가 있는 것으로 평가된다.

다. 스페인

스페인 자동차보험은 의무보험으로 책임보험(Third-Party Insurance), 제3자 배상 및 화재, 도난 보험(Third-party, Fire and Theft Insurance), 종합보험(Comprehensive) 등으로 구분된다. 스페인은 1995년 손해배상의 형평성 제고를 위해 ‘바레모(Baremo)’ 혹은 ‘스케일(Scale)’이라는 손해평가(보험금 산정) 체계를 도입하였는데, 바레모는 ‘손해가 존재해야 하고, 확실한 평가가 가능해야 한다’는 손해배상 원칙을 구현하는 수단으로 자동차공공배상보험법(Motor Vehicle Public Liability and Insurance Act of 29

October 2004)에 반영되어 있다.

대인배상 최소 가입금액은 7,000만 유로이고 가입자는 무한보상을 선택할 수 있다. 대인배상은 사망, 영구적 신체상해(Permanent physical injury), 그리고 일시적 신체상해(Temporary injury)를 보상하는데, 사망의 경우 피해자의 나이, 자녀의 수, 소득 등에 따라 지급되고 영구적 혹은 일시적 신체상해 등은 장애점수(Disability score), 상해의 정도, 회복 기간에 따라 법원의 바레모 테이블을 참고하여 보험금이 결정된다. 영구적 혹은 일시적 신체상해는 의학적 식별과 설명이 가능한 교통사고로 인한 신체적·정신적 손해인데, 치료비, 개호비, 휴업손해, 상실수익, 위자료 등을 보상한다.

다음의 <표 III-9>은 영구적 신체상해 보상을 보여주는 테이블인데, 영구적 신체상해는 기본손실, 개인적 인적손실, 그리고 금전적 손실로 구분된다. 기본손실은 장애 혹은 상해점수이고 개인적 인적손실은 대부분 위자료이다. 금전적 손실은 향후치료비, 상실수익, 금전적 위자료 등으로 구성된다. 위자료의 상한과 하한은 피해자의 장애점수와 나이에 따라 바레모 테이블에 정해져 있는데, 보험회사 혹은 법원은 이를 참조하여 보험금을 결정하고 지급한다.

〈표 III-9〉 스페인의 영구적 신체상해 보상기준

Table 2. A 기본 손실(Basic Personal Loss)		
물리적 장애		장애 점수(최대 100점)
지적 장애		장애 점수(최대 100점)
치료 종료 후 잔존하는 심미적 상해		상해 점수(최대 100점)
Table 2. B 개인적 인적손실(Individual Personal Loss)		
추가적인 심리적 상해 (Additional psychological, organic and sensorial injury)		단일 상해의 장애점수 60점 이상, 모든 상해의 장애점수 80점 이상일 경우: 19,200유로에서 96,000유로
추가적인 심미적 상해 (Additional aesthetic damage)		심미적 상해 점수 36점 이상일 경우: 9,600유로에서 48,000유로
개인적 손실(Personal damage for the loss of quality of life)		
	매우 심각(Very Serious)	90,000유로~150,000유로
	심각(Serious)	40,000유로~100,000유로
	보통(Moderate)	10,000유로~50,000유로
	경미(Light)	1,500유로~15,000유로
피해자 가족의 신체상해로 인한 가족 위자료		30,000유로~140,000유로
기타 위자료		-
Table 2. C 금전적 손실(Financial Loss)		
향후 치료 및 개호, 보조기 및 보철, 피해자의 이동성 제고 등		
상실수익(매우 심각한 장애/심각한 장애/보통의 장애)		
기타 금전적 손실		

자료: 바레모 테이블

일시적 신체상해에 대한 보상은 바레모 테이블 3.A에서 규정하는데, 구성 항목은 영구적 신체상해 보상 테이블과 유사하게 기본손실, 개인적 인적손실, 그리고 금전적 손실로 구분된다. 한편 각각의 손해에 대한 보상금은 2016년 개정에서 사망은 50%, 영구적 신체상해는 35%, 그리고 일시적 신체상해는 12.8% 각각 인상되었다.

〈표 III-10〉 스페인의 일시적 상해에 대한 보상기준
(Compensation for Temporary Injury)

Table 3. A 기본 손실(Basic Personal Loss)	
사고 발생 후 회복시점까지 하루당 보상금액	30유로/일
Table 3. B 개인적 인적 손실(Individual Personal Loss)	
삶의 질에 대한 일시적 손실(For temporary loss of quality of life) 사고 발생 후 회복시점 까지 하루 당	
매우 심각(Very Serious)	100유로/일
심각(Serious)	75유로/일
보통(Moderate)	52유로/일
수술당(For surgical intervention)	400~1,600유로/일
Table 3. C 금전적 손실(Financial Loss)	
치료비(Cost of Health Care)	사고발생 이후 실비
휴업손해(Loss of Earning)	사고발생 이후 실비
제 잡비(Compensable Sundry Costs)	사고발생 이후 실비

자료: 바레모 테이블

교통사고가 발생하면 피해자는 보험회사에 사고발생 사실을 알리고 보험회사는 통보받은 정보에 따라 피해자의 대인배상 보험금의 범위(최대, 최소금액)를 추산한다. 추산을 위해 보험회사의 의료전문가가 피해자의 신체상해 심도를 평가하고 정상적인 회복절차에 따라 예상되는 신체상해 심도를 예측한다. 예상 신체상해 심도를 바레모 점수로 환산하여 보험금을 산정하는데, 피해자가 소송을 제기할 경우 법의학자(Forensic doctor)가 피해자의 상해를 평가하고 이에 따라 법원이 보험금을 다시 산정한다.

2015년 9월 개정에서 주목할 점은 피해자가 손해배상을 받기 위해서는 가해자가 지정한 의료기관에서 의학적 검사(Medical examination)를 받아야 한다(37조)는 점, 피해자의 외래진료(Outpatient treatment), 보철 및 보조기 비용이 발생할 경우 가해자의 보험회사가 이를 지급해야 한다는 점(114조), 그리고 경미상해인 편타성 손상(Whiplash Associated Disorder)에 대한 보상기준(135조)이 마련되었다는 점 등이다.⁵¹⁾ 편타성 손

51) 스페인의 건강보험은 우리나라와 같은 전국민의료보험 체계이기 때문에 교통사고 피해자는 사고 직후 건강보험으로 우선적으로 무상으로 치료를 받고 손해가 확정되면 가해자의 보험회사가 건강보험에 비용을 지급하는 구조임

상에 대한 보상기준을 요약하면 편타성 손상을 입증하는 조건에 부합할 경우 영구적 신체상해(Permanent physical injury) 기준으로 보상을 받을 수 있다는 것인데, 편타성 손상 입증에 필요한 요건은 첫째, 편타성 손상을 입증하는 의료진단 결과(Medical tests), 둘째, 일시적 노동력상실(Temporary disability)을 입증하는 진단서, 그리고 셋째, 교통사고 상해로 인한 손해라는 인과관계 입증이다.

2016년 개정 이후, 3년 평균 대인배상 평균 보험금과 평균 보험료는 개전 이전 3년 평균치에 비해서 모두 감소한 것으로 나타났다. 2013년부터 2015년 평균 자동차보험 대인배상 보험금은 4,749유로였으나 2017년부터 2019년까지 평균 대인배상 보험금은 4,680유로로 1.5% 감소하였다. 같은 기간 평균 보험료는 346.0유로에서 355.7유로로 2.8% 상승에 그쳤다.

〈표 III-11〉 주요국의 경상환자 제도 개선 비교

구분	캐나다 온타리오	이탈리아	스페인
대인배상 부상 보험금 한도	경미상해 치료비 상한 3,500캐나다 달러	사고 당 500만 유로	사고 당 최소 7,000만 유로 (무제한 가능)
치료비 과실상계	수정 노-폴트 (금액 제한)	엄격책임	엄격책임
경상환자 규정	경미상해 가이드라인	Law 27/2012	Law 35/2015
상해 평가 (진단서)	사고 직후 및 치료 중 (4주 단위 세 차례) (의무화)	사고 직후 및 치료 기간 중 (의무화)	보상조건 (의무화)
경상환자 위자료 지급기준	경미상해 보상금액 상한 설정	경미상해 존재 입증 시 지급	편타성 손상 입증 시 지급
합의 시 치료 종결 여부	확인	확인	확인

3. 소결

전술한 바와 같이 캐나다, 영국, 이탈리아, 스페인은 상해의 평가, 상해평가에 부합하는 치료절차, 의학적 검사결과 등을 보험금 지급 조건에 규정하고 있다. 일본의 경우 경미상해 관련 별도의 규정은 없지만, 의학적 판단에 근거하여 대인배상 합의 시점을 결정하고 치료비, 휴업손해 등을 객관적 증빙자료에 근거하여 보험금을 지급하고 있다. 캐나다와 영국은 경미상해 규정(Minor Injury Regulation)을 제정하였고 이탈리아와 스페인도 경미상해 입증 조건을 엄격히 하는 방향으로 보험법을 개정하여 위자료 등 보험금을 지급한다.

여기서는 주요국의 경미상해 보상절차와 규정을 상해의 평가, 회복 여부 확인, 위자료(합의금) 등 보험금 지급조건 등의 측면에서 비교한다.

가. 상해의 입증 및 평가

우리나라 교통사고 처리 과정에서 진단서 등 상해 평가 관련 규정은 피해자 직접 청구제도에서만 나타난다. 가해자가 대인접수를 거부할 경우 피해자는 경찰에 교통사고를 신고하고 진단서 등 관련 서류를 경찰에 제출하기 때문이다. 보험회사에 사고가 접수된 경우에는 피해자의 주관적 통증 호소에 의해서, 즉 진단서 없이 치료를 받는 경우가 대부분이다. 상해평가가 없기 때문에 치료계획도 없어 치료방법, 치료기간에 대한 예상도 할 수 없다. 이러한 관행은 민원 분석결과에서 나타난 바와 같이 경미상해 환자임에도 장기 치료를 받고 과도한 합의금 지급으로 인한 불만을 초래한다. 따라서 상해수준 평가, 치료 계획, 치료가 장기화될 경우 추가적인 치료 여부 판단 등의 절차가 필요하다.

반면 일본, 영국, 캐나다, 이탈리아, 스페인의 대인배상 부상의 보상절차는 의사의 진단 등 상해평가에서 시작된다. 일본은 진단서가 제출되어야 보험금을 받을 수 있고 영국은 의사의 진단서 없이는 가해자와 피해자가 합의할 수 없도록 규정하였는데, 이 규정은 피해자가 가해자에게 손해배상을 청구할 때 의사의 상해 평가와 향후 치료 계

획을 제시하도록 하고 있다. 향후 치료 계획에 대해 가해자가 이견을 보일 경우, 가해자는 자신이 제시하는 이견을 뒷받침하는 근거를 바탕으로 피해자와 협상을 통해 합의에 도달한다. 이는 피해자의 상해평가에 근거하여 가해자가 자신이 초래한 손해에 부합하는 배상을 할 수 있도록 한 것으로 보인다.

캐나다 주요 지역(앨버타, BC, 온타리오 등)들은 경미상해 규정을 마련하여 상해평가와 치료 종류 및 횟수, 의학적 판단에 따른 추가적 치료(혹은 전원) 프로세스를 갖추고 있다. 사고 발생 직후의 진단과 다르게 회복이 늦어지거나 추가적인 치료가 필요한 경우, 의사의 판단에 근거하여 추가적 치료 여부가 결정된다. 스페인은 경미상해 피해자의 보상 조건으로 피해자의 의학적 검사, 일시적 노동력 상실 입증, 그리고 경미상해가 교통사고로 인한 것이라는 인과관계 입증을 의무화하였다. 그리고 이탈리아는 시각적 혹은 의료장비를 통한 상해의 존재 입증을 의무화하였다.

나. 회복 여부 확인

일본과 영국에서는 가해자와 피해자가 교통사고 손해배상을 합의할 때, 치료 종결 여부를 의학적으로 확인한다. 일본에서는 ‘증상의 고정’ 여부를 합의하고 합의 시점 전후로 보험금 지급 항목이 달라진다. ‘증상의 고정’ 합의 이전에는 대인배상 치료비가 120만 엔까지 지급되지만 ‘증상의 고정’이 합의되면 대인배상 치료비 지급은 중단된다. 단, 교통사고 상해가 후유장애의 원인이라고 판정되면 후유장애 보증을 지급한다. 그러나 ‘증상의 고정’ 시점이 예상되고 합의가 필요할 경우에는 ‘증상의 고정’ 시점 이전에 ‘증상의 고정’ 시점까지 예상되는 치료비를 지급하기도 한다. 영국에서는 대인배상 청구자가 요구한 배상금액에 대해 가해자가 합의할 때 치료 종결 여부에 대한 의학적 판단이 필요하다. 이는 가해자가 피해자에게 입힌 상해를 배상함에 있어서 상해 심도에 따라 배상할 수 있도록 하여 가해자의 권리를 보장하는 것으로 볼 수 있다. 미국에서는 피해자가 받은 치료에 대한 증빙, 진단서, 향후치료와 관련된 의사 소견서 등을 근거로 합의가 이루어진다.

우리나라는 합의 과정에서 진단서를 제출하지도 않기 때문에 교통사고 환자의 회복

여부에 대해서는 확인하지 않는다. 대신에 자동차손해배상보장법 제13조의 2는 교통사고 환자의 퇴원·전원을 규정하고 있다. 1항은 ‘의료기관은 입원 중인 교통사고 환자가 수술·처치 등의 치료를 받은 후 상태가 호전되어 더 이상 입원 진료가 필요하지 않은 경우에는 그 환자에게 퇴원하도록 지시할 수 있고(중략)’라고 규정하고 있다. 그러나 교통사고 환자의 퇴원이 치료 종결과 합의를 의미하는지는 명확하지 않다.

경미사고 비중 확대로 입원이 아닌 통원 치료를 받는 경우가 늘어나고 있지만, 상해의 회복 및 치료의 계속 여부 판단에 대한 규정은 없다. 관행적으로도 합의 시점에서 피해자의 상해 회복 여부에 대한 판단은 통상적으로 찾아보기 어렵다. 법제화되지 못하고 자율적 권고 사항으로 그친 경미사고 입·통원가이드라인에서도 경추 염좌 등 경상환자들의 입원 여부 권고만을 논의하였다. 피해자의 회복 여부 확인 없이 합의가 이루어지고 있는 관행은 보험금 지급의 근거가 객관적이지 않다는 것이고, 영국에서 논의된 바와 같이 피해자의 주장에 따른 치료와 합의는 피해자의 과도한 치료를 유인하고 정작 치료가 필요한 피해자는 실질적인 상해 회복을 못하게 되어 합의 이후에도 민원이나 소송을 제기할 수도 있다.

다. 보험금 지급기준

1) 보험금 한도

일본은 보험금 지급에 필요한 서류에 근거해서 필요하고 타당한 것으로 인정되고 실제로 지출한 금액에 국한하여 부상 보험금을 120만 엔 한도에서 지급한다. 캐나다 BC와 온타리오는 치료비 상한을 설정하였고 위자료 상한도 규정한다. 이탈리아와 스페인은 치료비는 실제 발생한 금액을 지급하지만 위자료는 상해수준과 나이에 따라 정해진 기준에 맞게 지급된다. 특히 경미상해로 판단될 경우 위자료는 지급되지 않는다. 한편 영국의 경우는 치료기간에 따라 위자료 상한을 규정하였고 치료비에 과실비용을 적용하고 있다. 경미상해 피해자들의 위자료를 제한하는 것은 앞서 선행연구에서 살펴본 바와 같이 위자료 목적의 과잉치료 유인을 차단하기 위함이다(Bond and

Crocker 1997 등). 선행연구들은 경미상해일 경우 상해의 입증과 평가가 어려워 피해자와 가해자 사이에 정보의 비대칭성이 존재하고, 피해자들은 이를 이용하여 더 많은 보험금을 받으려는 유인이 존재함을 보이고 있다. 일본, 이탈리아, 스페인의 경우 대인배상 부상 위자료를 사고일부터 회복일까지 일당 특정 금액으로 규정한다. 그리고 이탈리아와 스페인은 경미상해 위자료 지급 기준을 강화하였다.

반면 우리나라의 경우 주요국과 유사하게 대인배상 부상 위자료는 상해등급에 따라 정해져 있지만, 외국의 위자료와 유사한 역할을 하는 합의금은 관행적으로 치료비에 비례해서 지급된다. 치료비는 가해자가 대인배상 II를 무제한으로 가입하고 있다면 치료비전액지급보증제도(치료비지급보증: 자동차손해배상보장법 12조, 표준약관 26조 6항; 치료비전액지급: 자동차손해배상보장법 시행령 제3조, 표준약관 별표 3)에 의해 제약이 없다. 또한 자동차보험에 적용되는 의료기관종별가산율이 건강보험에 비해 높게 책정되어 있고 건강보험에서 비급여로 분류되어 있는 항목에서도 명확한 근거와 기준이 없어 자동차보험 치료비는 건강보험에 비해 높다. 따라서 합의금을 목적으로 피해자의 상해 수준에 비해 장기 및 고액 치료가 초래될 수 있다(권창익 외 2007; 김재선 2015; 전용식 2020).

2) 과실상계

전술한 바와 같이 표준약관 별표 3 과실상계 조항은 부상 보험금의 경우 과실상계한 후의 금액이 치료관계비와 간병비의 합산액에 미달하면 치료관계비(입원환자 식대 포함)와 간병비를 보상한다고 규정한다.⁵²⁾ 피해자 구제를 더 중요하게 생각하기 때문에 과실상계한 후의 보험금이 치료비에 미달하더라도 치료비를 전액 지급하는 것이다. 이 제도는 쌍방과실 차대차 사고에서 피해자의 도덕적 해이를 유인할 수 있다.

반면 영국과 미국에서는 과실상계를 한다. 영국은 비교과실체제로 대인배상 치료비

52) 소송으로 이어질 경우, 법원 판결에는 치료비에 과실비율이 적용됨. 대법원 판결 2002. 9. 4. 선고 2001다80778 판결은 '교통사고 피해자가 가해자가 가입한 자동차보험회사로부터 치료비를 지급받은 경우, 그 치료비 중 피해자의 과실비율에 상당하는 부분은 가해자의 손해배상액에서 공제되어야 한다'고 판시하고 있음

와 위자료 등 보험금에 과실비율을 적용하여 지급한다. 스페인과 이탈리아의 대인배상은 엄격책임(Strict liability) 제도를 따르는데 엄격책임제도는 위험요소에게 사고책임(Principle of liability through risk)을 두는 배상책임제도이다. 예를 들면, 차량과 보행인의 대인사고에서 차량 운전자가 사고의 모든 책임을 진다. 일본은 원칙적으로 과실상계를 하고 있다. 자매책보험에서는 다소 변칙적인 과실상계인 중과실감액제도를 따르지만 임의보험인 대인배상보험에서는 치료비를 과실상계한다.

라. 요약

우리나라와 주요국의 대인배상 관련 제도를 검토한 결과 우리나라의 대인배상제도는 피해자의 도덕적 해이를 유인하는 요소를 갖고 있는 것으로 보인다. 치료비가 증가하면 이로 인해 더 많은 합의금을 받을 수 있기 때문에 피해자는 과잉치료를 받으려는 유인이 있다. 피해자에 대한 치료는 피해자의 주관적 통증 호소에 따라 이루어지고 합의 시 진단서도 제출할 필요가 없어 근거 없는 과잉치료가 일어날 수 있다. 즉, 피해자의 상태 정도에 부합하는 보상이 아닌 경우가 비일비재하다. 의료공급자 측면에서는 자동차보험의 상대적으로 높은 의료기관종별가산율, 명확하지 않은 수가기준 등이 과잉진료 유인으로 작용한다(권창익 외 2007; 김재선 2015).

이러한 부작용을 억제하기 위해 전술한 주요국들은 신체상해 위자료 상한 설정(미국), 경미상해 피해자들에 대한 위자료 상한 설정(영국, 캐나다), 상해평가 및 진단서 의무화(영국, 캐나다, 이탈리아, 스페인), 치료 프로세스 확립(캐나다), 위자료 지급 제한(이탈리아, 스페인) 등의 제도 개선을 시행하였다.

우리나라에서도 경추 염좌 등 경미상해 이슈는 2000년대 초부터 지속되었던 것으로 보이는데 당시에는 경상환자의 높은 입원비율과 부재환자 등이 사회적 문제였던 것으로 보인다. 자동차보험 진료비심사평가 일원화, 입원환자 관리 법제화 등 다양한 제도 개선으로 경상환자의 입원비율은 낮아졌지만, 한방진료 중심의 1인당 치료비의 급격한 상승세로 대인배상 부상 보험금은 지속적으로 높아지고 있다. 교통사고 유형의 변화와 피해자들의 치료행태의 변화를 반영하는 제도 개선이 필요하다.

IV. 제도 개선 방향

본 장에서는 주요국의 자동차보험 대인배상 절차를 비교한 결과에서 나타난 점을 중심으로 제도 개선 방향을 제안한다. 경미상해 비중이 높아지고 있는 상황에서 경상 환자의 치료기간 장기화가 지속되고 1인당 치료비의 상승세가 한방을 중심으로 지속된다면 대인배상 부상 보험금 증가세도 지속될 우려가 있다. 그리고 대인배상 관련 민원 분석 결과에서 나타난 바와 같이 교통사고 당사자들의 치료, 합의금 등 보험금 관련 불만도 커지고 있다. 대인배상이 유발하는 경제적 부담과 사회적 불만을 줄이기 위해서는 대인배상제도 개선이 필요하다. 그러나 앞에서 살펴본 주요국의 사례에서 나타난 바와 같이 경미상해 여부 확인, 치료절차, 보상기준 등을 체계적으로 법으로 규정하기에는 상당한 시간과 비용이 소요될 것이다. 주요국의 의료체계가 우리나라 의료 환경과 부합하지 않을 수 있고 치료와 이에 따른 보상기준에 대한 사회적 합의를 도출하기가 어려울 수 있기 때문이다.

이러한 상황을 고려하여 본고에서는 현재의 제도를 확대하거나 개선하는 방향으로 대인배상제도 개선 방향을 제안하고자 한다. 먼저 치료기간과 치료비의 불확실성을 완화하고 피해자의 상해 정도에 부합하는 실질적인 치료를 보장하기 위한 치료비 지급보증제도 개선과 진단서 의무화, 치료비 과실상계 적용 등을 논의한다.

1. 치료비 지급보증제도

자동차손해배상보장법 제12조, 표준약관 제26조 6항은 보험회사가 교통사고 환자를 진료하는 의료 기관에 해당 진료에 따른 자동차보험진료수가의 지급 의사 유무와

지급 한도를 알려야 한다고 규정하고 있다. 치료비 지급보증제도는 1999년 교통사고 환자의 치료비와 관련된 보험회사와 의료기관 간의 분쟁을 조정하고 원활한 피해자 치료를 위해 도입되었다. 치료비 지급보증제도는 다음과 같이 운용된다. 예를 들어 보험회사 A에 가입한 피보험자 a가 보험회사 B에 가입한 피보험자 b에게 교통사고 상해를 입혔다고 하자. 피보험자 b가 의료서비스를 받기 위해 의료기관에 내원하면 의료기관은 보험회사 A에게 환자의 내원사실을 통보한다. 통보를 받은 보험회사 A는 의료기관에 치료비 지급의사와 지급한도를 통보해야 한다.

〈그림 IV-1〉 치료비 지급보증제도 개요



이 제도는 피해자의 대인접수 여부(지급 의사 확인)와 가해자의 가입금액 한도(지급 한도)를 확인하는 절차를 규정한 것이다. 자동차보험 가입자의 95% 이상이 보상한도가 무한인 무한배상으로 대인배상 II를 가입하고 있어 치료비는 대부분 무제한으로 지급이 보증된다. 치료비를 무제한으로 보증하기 때문에 보험회사와 의료기관 사이의 치료비 분쟁은 피할 수 있겠지만, 지급한도에 대한 구체적인 방안이 없기 때문에 가해자는 피해자의 상해 정도보다 과도하게 배상할 수 있다.

피해자의 치료 측면에서 보면, 이 규정은 주요국 사례와 같이 피해자의 상해 정도와

예후, 예상 치료기간 등을 반영하지 못하고 있어 피해자의 실질적인 치료와는 거리가 있다. 여기서는 지급보증제도에 치료기간과 치료비를 반영하는 개선 방향을 제안한다.

가. 예상 치료기간에 따른 탄력적 지급보증

가해자의 사고책임과 피해자에게 입힌 손해를 적정하게 평가하는 합리적인 손해배상을 위해서는 국내 의료 환경에 부합하는 상해 판단과 적정한 치료 기간과 방법을 마련하는 것이 필요하다. 중상해 피해자의 경우에는 입원 등으로 객관적인 상해 수준과 회복 여부를 검증할 수 있지만, 경미상해의 경우에는 상해 수준을 객관적으로 파악하지 못하고 관행적으로 환자의 주관적인 통증 호소에 의존하기 때문에 치료기간을 예상하기가 어렵다. 그러나 캐나다 등 주요국은 경미상해일 경우에도 상해 평가와 기준에 따라 치료기간과 방법을 설정하고 있다.

피해자의 실질적 회복과 치료기간의 예측 가능성을 높이기 위해서는 피해자의 상해 유형과 심도와 관련된 정보를 가해자가 공유하는 것이 선행되어야 한다. 정보의 비대칭성에서 초래되는 도덕적 해이 등 비효율성을 억제하기 위함이다.⁵³⁾ 이러한 취지에서 치료비 지급보증제도의 개선 방향은 현재와 같이 지급의사와 보증 한도와 더불어 피해자의 상해 유형과 중증도(심도) 정보에 따라 지급보증 기간을 보험회사가 설정하도록 하는 것이다. 예를 들어 사고 직후 피해자가 의료기관에 내원하였을 때, 먼저 의사에게 피해자의 상해 유형과 심도를 파악하고 이에 따른 예상 치료기간을 보험회사에 통보하면 보험회사는 이에 부합하는 지급보증 기간을 설정한다. 지급보증 기간 동안 치료를 통해 피해자의 회복 정도를 파악한 후 추가적인 치료가 필요하면 이를 명시한 의사의 진단서에 근거하여 지급보증 기간을 연장한다.

지급보증 기간 연장에는 피해자의 의료기관 선택도 포함된다. 예를 들어 피해자가 상급 의료기관에서 추가적인 치료를 받고자 할 경우, 추가적인 치료가 필요하다는 하

53) 2017년 8월 국회공청회에서 보험연구원은 보험회사가 교통사고 환자의 지급보증의 유무, 지급보증 한도를 제대로 알 수 있도록 의료기관은 교통사고 환자의 내원 시, 피해자의 상해 유형 등 기초정보를 제공해야 한다고 개정안을 제안한 바 있으나 법 개정으로 이어지지 못했다. 전용식(2017a)

급 의료기관(예를 들면 의원) 의료진의 진단이 전제되도록 한다.

보험회사는 초기 지급보증 기간을 피해자의 상해 유형과 중증도(심도) 관련 정보를 기준으로 대한의사협회의 진단서 등 작성·교부 지침⁵⁴⁾(이하, '진단서 지침'이라 함)의 기준 치료기간에 따라 설정한다(〈표 IV-1〉 참조). 진단서 지침은 상해 진단서 작성을 목적으로 각 상병별 상해 정도인 경도, 중증도, 고도를 구분하여 기준 치료기간을 명시하고 있다.⁵⁵⁾ 여기서 치료기간은 치료를 시작한 때부터 완료하는 때를 의미하고 치료가 완료되었음은 손상에 의한 형태나 기능이 회복되었거나 증상이나 징후가 고정되는 때까지를 의미한다. 징후가 고정되면 신체장애가 남을 수도 있지만 손상의 치료는 완료한 것으로 본다. 예를 들어 경미한 교통사고 환자에게서 빈번히 관측되는 경추의 염좌 및 긴장을 치료하거나 병적으로 고정되도록 하는데 2주의 치료기간을 명시하고 있다.

상해등급 12~14급에서 자주 발생하는 상해 가운데 기준 치료기간이 가장 긴 상해는 근육 및 인대파열인데, 가장 길다고 해도 10주를 넘지 않는다. 그리고 경추, 흉곽, 골반, 어깨 관절 등 다양한 신체부위에 발생한 타박상(표재성(얕은) 손상)의 경우 기준 치료기간은 3주이며 열린 두 개내 상처가 없는 진탕(뇌진탕)의 경우 중증이라 하더라도 기준 치료기간은 2주이다. 중증도의 무릎 인대 파열(S83.6)의 경우 기준 치료기간은 8주이고 경추 염좌(S13.4)의 경우에는 2주이다.

교통사고 피해자가 상해에서 회복하는데 필요한 치료기간은 상해 유형, 환자의 나이, 성별, 합병증 여부 등에 따라 크게 차이가 있을 수 있다. 그리고 대한의사협회의 진단서 등 작성·교부 지침에 나타난 기준 치료기간에 대해 전문가들 사이에서는 이견이 있을 수 있다. 그러나 교통사고 환자가 사고 직후 의료기관에 내원했을 때 의사가 상해를 진단한 결과에 따라 치료 기간을 보증하는 기초자료로 사용하기에는 무리가 없을 것으로 보인다.

54) 대한의사협회(2015)

55) 상해의 중증도에 대해서는 양방과 한방 사이에 견해 차이가 있음. 예를 들어 흔히 디스크로 알려진 추간판 탈출증을 한방에서는 중증으로 보지만 양방에서는 중증으로 보지는 않음

〈표 IV-1〉 상해등급 12~14등급 다빈도 질환과 기준 치료기간

(단위: 주)

구분	질환명		기준 치료(고정)기간			종결	재취업
			경도	중증도	고도		
		염좌 및 긴장					
1	S13.4	목뼈(경추)	2			-	-
2	S23.3	등뼈(흉추)	-	-	-	-	-
		- 뱀 및 긴장	1	2	3	4	7
		- 근육 및 인대파열	2	4	6	6	8
3	S33.5	요추(허리)	-	-	-	-	-
		- 뱀 및 긴장	1	2	3	4	7
		- 근육 및 인대파열	2	4	6	6	8
4	S23.4	늑골(갈비뼈)	2			3	3
5	S43.4	어깨관절	1	2	3	4	5
6	S33.5	허리 엉치뼈(요천추)	-	-	-	-	-
		- 뱀 및 긴장	1	2	3	4	5
		- 근육 및 인대파열	2	4	6	6	8
7	S83.6	무릎 인대 파열	6	8	10	10	12
8		발목	-	-	-	-	-
	S93.4	- 뱀	1	2	3	4	5
	S93.2	- 인대파열	3	4	6	8	10
9		표재성 손상(타박상)	1	2	3	3	4
10	S06.0	뇌진탕(Concussion): 열린 두개내 상처가 없는 진탕	-	2	-	2	-

자료: 대한의사협회(2015)

초기 지급보증 기간 동안 의사는 피해자의 회복 정도를 관찰하여 추가적인 치료가 필요하다는 소견서를 보험회사에 전달하면 보험회사는 의사의 소견서에 따라 지급보증 기간을 연장한다. 예를 들어 경추부 염좌(S13.4)로 상해가 진단되었다면 기준 치료기간인 2주를 초기 지급보증 받고, 2주의 치료기간 동안 예후를 관찰하여 환자의 인적 특성에 따라 추가적인 치료가 필요하다고 의학적으로 판단되면 그 근거에 따라 지급보증 기간을 연장하는 방안이다.

예상 치료기간에 근거한 탄력적 지급보증방안은 우리나라 의료 환경에 부합할 수 있는데, 초진 후 예후 관찰, 진단서 발급까지 통상적으로 3주 이내의 시간이 소요되고

초진 이후 2~3회 진료 후에 관행적으로 진단서가 발급되어 의학적 근거를 마련할 수 있기 때문이다. 치료기간의 연장, 상급 의료기관으로의 전원 등 추가적 치료의 적정성은 현재와 같이 건강보험심사평가원(이하, '심평원'이라 함)이 판단하는 것이 바람직하다. 왜냐하면 가해자도 합리적인 손해배상을 통해 불필요한 배상을 억제할 권리가 있기 때문에 추가 진료의 적정성에 대한 검증은 필요하다.

추가적인 치료기간이 종료되어 피해자의 손해가 고정될 경우, 의사는 보험회사에 추가적인 치료가 필요하지 않다는 소견을 통보하도록 해야 한다. 보험회사는 이러한 의학적 소견을 근거로 피해자와 합의를 시작할 수 있게 되어 피해자의 치료와 합의가 진단서 등 의학적 소견에 근거해서 이루어질 수 있다.

치료기간을 명시하고 추가 치료가 필요할 경우 지침에 따라 의료 지원을 하는 국내 규정으로는 국가보험대상자의료지원 규정(제10조), 산업재해보상보험, 공무원 재해보상법 시행령 등을 예로 들 수 있다. 국가보훈대상자의료지원규정 제10조에 따르면 전상군경 등이 위탁병원(국가가 진료를 위탁한 의료시설)에서 입원진료를 받는 경우 그 진료기간은 30일 이내, 위탁병원이 요양병원인 경우에는 90일 이내로 제한하는 규정이 있으며, 재원환자 관리 규정(제11조)에 따르면 보훈병원장은 위탁병원 재원환자 중 진료기간이 30일(위탁병원이 요양병원인 경우에는 90일)을 초과하거나, 국가가 부담하여야 할 비용이 3백만 원을 초과하는 환자에 대해서는 보훈병원으로 전원해야 한다. 산업재해보상보험에서는 적정 진료기간 관리를 위해서 진료계획서를 종전의 승인 요양기간 만료일 7일 전(공휴일 포함)까지 제출하도록 요양업무 처리규정 내에 명시하고 있고 원칙적으로 3개월 단위로 진료계획서 제출을 규정하고 있다. 공무원 재해보상법의 경우, 시행령 제29조(공무상 요양기간의 연장)에 근거하여 실제 요양기간 3년을 초과하여 요양기간을 연장하려는 경우에는 공무상 요양기간 연장승인 신청서에 진단서(요양기관이 발행한 것으로서 필요한 요양 내용, 요양기간 연장 필요 여부 및 필요한 요양기간에 관한 의사의 소견)를 제출하여 심의를 하고 있다.

자동차보험 대인배상의 특성상, 산업재해보상보험 등 전술한 규정들과 비교하기가 어려울 수 있다. 그러나 대인배상제도의 차선택인 노-폴트제도를 운영하고 있는 캐나다 온타리오주는 기준 치료기간을 12주로 제한하고 추가적 치료 여부는 의료진의 판단

에 따라 결정하고 있다. 노-폴트제도에서 피해자는 일정 금액까지는 자신의 보험으로 치료를 받을 수 있는데도 치료기간과 금액을 제한하고 있는 점은 보험금의 성격보다는 보험금 지급의 관리가 더 중요하다는 점을 보여준다. 지금까지 논의한 지급보증제도 개정 방향을 정리하여 다음의 <표 IV-2>에 제시하였다.

<표 IV-2> 치료비 지급보증 제도 개선 방향

구분		대인 접촉 시 피해자 치료 단계			
		초기 내원 시	치료 중	치료 종료	합의
현행 지급 보증	의료기관	• 사고번호 확인 • 지급보증 여부 문의	• 피해자의 주관적 통증 호소에 따라 치료	• 피해자의 주관적 통증 호소에 따라 치료	• 심평원에 진료비 청구
	보험회사 (심평원)	• 지급보증 • 피해자 상해 여부, 심도 정보 없음	• 피해자에게 회복 여부 문의	• 피해자에게 합의 여부 문의	• 진료비 심사 후 치료비 및 합의금 지급
개정 방향	의료기관	• 사고번호 확인 • 지급보증 여부 문의 • <u>피해자 상해유형 및 중증도 통보</u>	• 피해자의 회복 여부에 따라 추가 치료 여부 판단 및 진단서 작성·보험회사 통보	• 회복 여부 및 예상 회복 시점 진단 및 보험회사 통보	• 심평원에 진료비 청구
	보험회사 (심평원)	• <u>대한의사협회의 진단서 등 작성·교부 지침의 기준</u> • <u>치료기간 참조</u> • 지급보증 기간 설정	• 진단서에 따라 지급보증 기한 연장 • 심평원 적정성 검토	• <u>의료기관 진단서에</u> 근거하여 피해자에게 합의 여부 문의	• 진료비 심사 후 치료비 및 합의금 지급

나. 기준 치료기간에 따른 보증한도 설정

지급보증 기간이 탄력적으로 설정되면 이에 기초하여 보험회사가 보증하는 지급보증 금액 한도가 설정될 수 있다. 그리고 추가적인 치료가 필요하다는 정보가 추가되면 지급보증 기간과 한도가 연장 및 추가되는 방식으로 제도는 개정될 필요가 있다. 왜냐하면 치료기간이 한정되더라도 치료비의 한도 제한이 없다면 피해자는 상대적으로 비

용이 비싼 치료를 선택할 유인이 있을 수 있기 때문이다. 이러한 유인을 억제하기 위해 캐나다 온타리오나 BC는 경상환자의 치료방법과 치료횟수에 제한을 두고 있다.

우리나라의 경우 경상환자에 대한 치료 프로세스를 설정하고 치료방법을 제한하기에는 사회적 합의에 이르는데 상당한 시간이 소요될 수 있어, 기준 치료기간에 부합하는 예상 치료비에 근거해서 지급보증 한도를 설정하는 방안을 검토하는 것이 현실적일 수 있다.

2. 대인배상 II 치료비 과실상계

자동차손해배상보장법 시행령 제3조는 부상한 경우에는 상해등급 등급별 보험금 한도의 범위에서 피해자에게 발생한 손해액을 책임보험금으로 정하고 있지만 그 손해액이 자동차보험진료수가기준에 따라 산출한 진료비 해당액에 미달하는 경우에는 상해등급 등급별 한도금액의 범위에서 진료비 해당액을 지급하도록 규정한다. 표준약관 별표 3은 대인배상 I, II, 대물배상 금액에 피해자의 과실비율에 따라 상계하지만, 대인배상 II에서 상계한 후의 금액이 치료관계비와 간병비의 합산액에 미달하면 대인배상 I의 금액을 공제한 치료관계비(입원환자 식대를 포함)와 간병비를 보상한다고 규정한다. 즉, 피해자의 과실비율에 따라 상계한 치료관계비와 간병비가 대인배상 I의 금액 한도를 초과하더라도 치료관계비와 간병비를 전액 지급한다.

이 제도는 1999년 시행되었는데 피해자 보호에 중점을 둔 것으로 볼 수 있다. 그러나 피해자 보호에 대해서 과잉진료라는 기회비용이 상당할 수 있다. 일본의 경우 임의보험인 대인배상보험에는 민법상 과실상계를, 자배책보험에서는 중과실감액제도를 통해 제한적인 과실상계를 하고 있는데 이에 대해 일본 국토교통성은 ‘피해자 보호를 위해 손해배상 원칙이 훼손될 경우 고의로 사고를 유발하는 사기행위가 사회적으로 퍼질 위험성이 있기 때문이다’라고 밝히고 있다.⁵⁶⁾ 이러한 사기행위 혹은 도덕적 해이는 우리나라에서도 관측된다. 민원 현황 분석에 사용한 A손해보험회사의 민원 자료 가

56) 전용식(2017c)에서 재인용함

운데 상대방 운전자의 상해등급이 12~14급이고 쌍방과실인 차대차 사고에서 대물배상 금액 대비 대인배상 치료비 비율을 계산한 결과, 상대방 운전자의 과실비율이 70% 이상인 사고 건(102건)에서 대물배상 1원에 대해 대인배상 치료비는 6.8원이 지급되었는데 이는 상대방 운전자 과실이 30% 미만(1,046건)일 경우의 2.3원에 비해 3배가 높다. 이 결과는 경미상해 사고이지만 과실비율이 높은 운전자에게 물적 피해 정도에 비해 더 큰 인적 손해배상이 이루어지고 있다는 것을 의미하는데, 쌍방과실 차대차 사고에서 과실비율이 높은 운전자의 도덕적 해이가 더 심하다는 것을 보여준다.⁵⁷⁾

한편 우리나라 교통사고 관련 소송에서는 피해자의 치료비에도 과실상계를 하고 있다. 대법원 2002. 9. 4. 선고 2001다80778 판결에서는 ‘교통사고의 피해자가 가해자가 가입한 보험회사로부터 치료비를 지급받은 경우 그 치료비 중 피해자의 과실비율에 상당하는 부분은 가해자의 손해배상액에서 공제되어야 한다.’라고 판시하고 있다.

도덕적 해이 억제를 위해 대인배상 II에 과실상계를 적용하는 제도개선이 필요하다. 의무보험인 대인배상 I은 상해등급에 따라 보험금 한도가 정해져 있는데, 이는 각각의 상해 심도에서 회복하는데 필요한 최소한의 보험금이라고 볼 수 있다. 왜냐하면 의무보험은 차량 운행에서 운전자의 과실로 인해 다른 운전자 혹은 보행인에게 초래할 수 있는 인적·물적 피해를 배상하기 위해 의무적으로 가입해야한다는 것이 취지이기 때문이다. 따라서 대인배상 I에서는 현행과 같이 치료관계비가 의무보험에서 규정한 상해등급별 보험금 한도 이하일 경우에는 치료관계비를 전액 지급하는 것이 법의 취지에 부합하는 것으로 보인다. 반면 임의보험인 대인배상 II는 민법의 일반원칙에 따라 과실상계를 적용하는 것이 도덕적 해이 억제를 위해 필요하다.

57) 도덕적 해이(혹은 보험사기)를 측정하는 대리변수로 대물배상 금액 대비 대인배상 금액 비율이 선행연구에서 사용되고 있음. 자세한 내용은 Hoyte et al.(2006) 참조하길 바람

3. 기대효과

기준 치료기간에 따른 탄력적 지급보증 기간이 설정되면 의학적 상해 평가와 회복 여부 모니터링에 근거한 보상절차 확립으로 이어질 것으로 기대된다. 이를 통해 피해자에게는 충분한 치료를 제공하고 가해자는 손해에 부합하는 근거에 따른 배상을 할 수 있다. 보험회사 측면에서는 치료기간과 치료비의 불확실성을 완화할 수 있어 현재와 같이 치료비에 비례하여 합의금을 지급하는 관행은 개선될 것으로 보인다. 왜냐하면 현재 보험회사는 관행적으로 무한정 길어질 수 있는 치료기간과 이로 인한 치료비 증가세를 선제적으로 관리하기 위해 상대적으로 많은 향후치료비를 합의금으로 제시하고 있는데, 이로 인해 합의금이 치료비에 비례해서 증가하는 경향을 보였다. 그리고 이러한 관행은 과잉치료의 유인으로 작용하여 대인배상 보험금의 누수로 이어졌다. 기준 치료기간에 따른 탄력적인 지급보증 기간 설정은 치료기간의 불확실성을 완화할 수 있고, 불확실성이 완화되면 '앞으로 발생할 수 있는 치료'에 대해 지급하는 향후치료비 지급 기준이 의학적 근거에 따라 제정될 수 있다. 향후치료비 지급기준 제정은 합의금에 긍정적인 영향을 줄 것으로 보인다.

일본의 경우 치료를 통해 상해가 회복(증상의 고정)되면, 교통사고 합의가 이루어지거나 증상의 고정 시기 이전 1~2주에 합의가 이루어지기 때문에 향후치료비는 지급하지 않는다. 이러한 일본의 사례를 고려하면 우리나라에서도 치료기간 동안 치료가 종료되고 추가적인 치료가 필요하지 않다는 의사의 진단서가 첨부된다면 원칙적으로 향후치료비는 발생하지 않는다. 따라서 대인배상 부상 보험금이 의학적 근거에 따라 객관적으로 지급될 수 있다.

기준 치료기간에 따라 탄력적으로 치료기간과 금액의 지급보증이 이루어지고 대인배상 II 치료비에 과실비율이 적용된다면 치료비로 지급되는 보험금이 관리되고 사고 책임에 따른 손해배상이 가능하게 된다. 왜냐하면 피해자의 상해 수준에 부합하는 치료비와 치료기간은 교통사고 피해자들과 의료기관의 과잉 치료 유인을 줄일 수 있기 때문이다. 게다가 추가적인 치료 여부에 대한 적정성 판단이 객관적으로 이루어진다면 과잉 치료 유인은 크게 줄어들 수 있다.⁵⁸⁾

4. 요약 및 검토사항

가. 요약

본 보고서에서는 경상환자 중심의 대인배상제도개선 방향으로 기준 치료기간 제정, 치료비지급보증제도의 개선, 그리고 치료비 과실상계 적용 등 대인배상 보상절차 제도 개선 방향을 검토하고 있다. 교통사고 피해자의 상해 유형이 중상해에서 경미상해로 전환되고 있으며, 경미한 상해이지만 1인당 치료비는 고령 경상환자의 증가와 한방치료 비중 상승으로 증가세가 확대되고 있다. 1인당 치료비의 증가와 더불어 합의금으로 지급되는 향후치료비도 늘어나고 있어 대인배상 보험금이 빠르게 증가하고 있다. 대인배상 보험금과 더불어 교통사고 당사자들의 불만도 커지고 있다. 피해자는 보험 사기 범으로 인식되어 적절한 치료를 받지 못한다는 민원을 제기하고 가해자는 과도한 치료비와 합의금을 부담하며 보험료 할증에 대한 불만을 제기하고 있다. 자동차보험 대인배상제도가 경제적 부담과 더불어 공정하지 못하다는 사회적 불만을 확대시키고 있다. 고령 경상환자 증가세가 지속될 것으로 예상되는 상황에서 대인배상제도의 사회적 부담을 줄이기 위해서는 대인배상제도 개선이 필요하다.

교통사고 경상환자에 대한 치료비, 위자료 등의 배상 문제는 주요국에서도 이미 검토하였고 관련 제도를 개정하였다. 경상환자 문제는 자동차보험제도의 경제적 부담과 사회적 불만의 원인이었고, 이에 대한 제도 개선방안이 국가별 보상절차, 배상문화, 보건의료체계 등에 따라 마련된 것으로 보인다. 우리나라의 상대적으로 빠른 인구고령화, 한방진료의 확대, 건강보험과 자동차보험 수가의 분리 등이 다른 국가의 제도 개선 사례를 우리나라에 적용하는 데 어렵게 할 것으로 예상된다. 그러나 가해자는 자신이 초래한 손해를 공정하게 배상하고 피해자는 자신의 손해를 신속하고 적절하게 근거에 부합하게 배상받는 본질적인 원칙은 어느 국가에서나 동일하다. 따라서 공정한 자동차보험 보상절차 구축은 근본적인 과제이다.

58) 이를 위해서는 진료비심사평가체계의 일원화가 권창익 외(2007)가 기대하는 바와 같이 추진되어야 함. 심사체계 일원화에 대한 논의는 후속 과제로 남겨둠

따라서 시간이 걸리더라도 치료기간 제정에 따른 치료관계비 지급보증제도 개선과 치료비과실상계 적용, 그리고 향후치료비 지급기준 제정 등은 일괄적으로 추진되어야 할 것으로 보인다.⁵⁹⁾

나. 검토사항

보험회사가 의료기관에 피해자의 치료관계비를 지급하기에 앞서 피해자의 상해의 내용 및 심도, 추가적 치료 여부 등에 관한 의료기관의 의학적 판단을 근거로 진료비의 적정성 심사가 이루어질 경우 불필요한 진료에 대한 직·간접적 통제수단으로 작용할 수 있을 것으로 기대된다. 또한, 합의금을 산정함에 있어서도 큰 비중을 차지하는 향후 치료비 추정의 객관성 및 합리성이 제고되어 가해자 측의 민원 감소에도 기여할 것으로 보인다.

다만, 이러한 개선방안에 대해서는 피해자의 건강권 내지 진료선택권 및 의료행위에 대한 의료인의 재량권⁶⁰⁾ 등의 측면에서 이슈가 제기될 가능성이 있다. 대인배상 보험은 피보험자가 피보험 자동차의 사고로 타인의 생명이나 신체에 손해를 입혀서 배상 책임을 지게 되는 경우 이를 보상하는 보험으로, 피보험자(가해자)를 위한 보험인 동시에 제3자(피해자)를 위한 보험이다. 특히, 자동차손해배상보장법이 책임보험의 의무가입을 규정하는 취지는 현대 사회에 필수적인 자동차의 운행으로 인한 인적 피해 위험으로부터 불특정 일반인을 신속·확실하게 구제하기 위한 사회적 안전장치를 제공하기 위한 것으로, 자동차보험의 대인배상은 최선의 진료를 통한 교통사고 환자의 조속한

59) 치료비지급보증과 자동차손해배상보장법과 표준약관 제도 개선방안은 전용식(2017a)를 참고하길 바람

60) 보건의료기본법 제6조는 ‘보건의료인은 보건의료서비스를 제공함에 있어서 학식과 경험, 양심에 따라 환자의 건강보호를 위하여 적절한 보건의료기술과 치료재료 등을 선택할 권리를 가진다’고 규정하고 있음. 대법원 또한 ‘의사는 진료를 행함에 있어 환자의 상황과 당시의 의료수준 그리고 자기의 지식경험에 따라 적절하다고 판단되는 진료방법을 선택할 상당한 범위의 재량을 가진다고 할 것이고, 그것이 합리적인 범위를 벗어난 것이 아닌 진료의 결과를 놓고 그 중 어느 하나만이 정당하고 이와 다른 조치를 취한 것은 과실이 있다고 말할 수는 없다’고 판시하여 의료행위에 관한 의사의 재량권을 폭 넓게 인정하고 있음

원상회복을 목적으로 한다. 이러한 자동차보험의 피해자 보호 기능을 중시하는 입장에서는 개선방안의 진단서 제출 의무 및 적정성 심사 절차로 인해 피해자가 필요한 치료를 받는 데 지연이 발생하거나, 치료관계비 지급에 대한 불확실성으로 인한 의료기관 진료 기피 내지 보험회사의 보수적인 심사로 피해자가 필요한 치료를 충분히 받지 못하게 될 가능성 등에 대해 이슈를 제기할 수 있는 것으로 보인다.

또한 치료기간 제정은 교통사고 피해자에게 적절하다고 판단하는 충분한 치료를 제공해야 하는 의료인의 의료행위 재량권 측면에서도 문제될 수 있다. 개선방안은 치료의 방법, 입·통원 여부 등 직접적으로 의료인의 의학적 판단 내용을 제한하거나 구속하는 것은 아니지만 보험회사가 보수적인 기준으로 의료인이 필요하다고 판단한 치료에 대한 진료수가 지급을 거부할 경우에는 사실상 보험회사가 자의적으로 피해자 치료에 필요한 진료의 내용과 수준을 결정한다는 비판이 있을 수 있다.

물론, 보험회사가 보험사고 발생 시 손해 여부 및 규모를 평가하고 적정한 보험금을 심사하여 지급하는 것은 보험단체의 관리자인 보험회사가 보험단체의 건전한 경영을 위하여 수행하는 본질적 업무에 해당⁶¹⁾한다. 보험회사가 이러한 업무 수행의 일환으로 일부 교통사고 피해자 내지 의료기관의 도덕적 해이를 방지하기 위해 교통사고로 인한 인적 손해에 관한 객관적 증빙을 제출받는 것은 목적의 정당성 및 수단의 상당성이 인정된다고 보이며, 설령 그로 인하여 피해자의 건강권이나 의료인의 의료행위 재량권이 기존에 비해 다소 제한되는 측면이 있다 하더라도 이를 부당한 제한이라고 보기는 어렵다고 사료된다. 나아가 이러한 개선방안이 경미사고 내지 경상환자에 국한하여 도입되는 경우라면 피해자의 건강권을 해할 위험은 더 낮아질 것이다.

다만, 교통사고 피해자의 신속하고 확실한 구제라는 자동차손해배상보장법의 입법 취지를 몰각하지 않기 위해서는 개선방안 도입 추진 시 진단서 제출로 인한 진료 지연을 방지하고 보험회사의 신속하고 적정한 지급 심사를 담보하기 위한 세부 방안이 강구될 필요가 있어 보인다. 또한, 제도의 실효성을 확보하기 위해서는 제출받을 의학적 증빙의 세부사항 및 관련 비용 부담 주체 등에 대해 의료계를 포함한 이해관계인들로

61) 금융기관의 업무위탁 등에 관한 규정 제3조 제2항, <별표 2> 인가등을 받은 금융업의 본질적 요소 2.라를 참조함

부터의 폭 넓은 의견수렴과 사회적 합의가 필요하다.

본 보고서에서 다루지 못한 경상환자에 대한 치료방법과 관련한 「근거중심의 표준 임상진료지침」은 추후 과제로 다루고자 한다. 그리고 자동차보험과 건강보험의 진료 수가 이원화가 경상환자의 과잉치료와 도덕적 해이에 미친 영향은 분석하지 못하였다. 이러한 한계는 향후 과제로 남겨둔다.

〈표 IV-3〉 대인배상제도 개선방안 요약

구분		내용	기대효과	검토 이슈
치료 기간 관련		- 최초 내원 시 상해 평가와 진단서 등 작성·교부 지침의 기준 치료기간에 따른 지급보증 기간 설정 - 예후 관찰 및 치료기간 중 의사의 진단서 발급 - 진단서에 따라 치료기간 연장	- 경미상해의 경우 의학적 판단에 근거한 배상절차 확립 - 교통사고 부상환자의 상해 정도에 부합하는 치료 - 과잉치료 유인 억제 - 가해자의 부담 및 대인배상 보험금 관리 - 치료기간의 예측 가능성 제고로 합의금 지급 관행 개선	- 피해자 원상회복 여부 - 의료권 측면: 상해 정도에 대한 한방과 양방의 차이 - 피해자의 치료권 제한
	지급 보증 제도 개선	- 지급보증 기간에 부합하는 지급보증 금액 설정 - 추가적인 치료가 필요하다는 의학적 판단(진단서 제출)에 따라 금액 증액 - 추가 진료 적정성 승인 (건강보험심사평가원)		
치료비 관련	대인 배상Ⅱ 과실 상계 적용	- 치료비 과실상계 - 치료방법 규정 부재로 치료기간 동안 비급여 진료 남용 우려	- 치료비에 사고책임을 반영하여 과잉 진료 억제 - 민법상 일반원칙에 따른 과실상계	- 과실비를 관련 이슈 - 과실비를 분쟁 시 치료 제약 우려

참고문헌

- 가톨릭대학교 산학협력단(2011), 『자동차보험 진료체계 개선을 위한 기초연구-자동차 사고 환자 입원 통원 가이드라인 연구』, 연구보고서
- 건강보험심사평가원, 『진료비 통계지표』, 각호
- 곽관훈(2018), 「자동차사고와 과실비율산정에 관한 일본의 최근 논의」, 『일감법학』, 제39호
- 권창익·김진현·김준호·이성훈(2007), 「보험진료비 심사일원화의 사회·경제적 효과」, 『보건과 사회과학』, 제20집
- 김재선(2015), 『자동차보험 진료비심사 일원화 이후의 의료공급자 진료행태 분석』, 박사학위논문, 가천대학교 대학원
- 김창호(2020), 「자동차보험 한방진료의 현황과 개선과제」, 『입법·정책보고서』, 국회입법조사처
- 대한의사협회(2015), 『진단서 등 작성 교부지침』
- 도로교통공단, 『교통사고 상세통계』, 각호
- 보험개발원, 『자동차보험 통계자료집』, 각호
- 전용식(2017a), 「자동차보험 대인배상제도 개선방안」, 불합리한 자동차보험제도 개선 토론회, 국회의원 주승용·보험연구원
- _____(2017b), 「자동차보험 향후치료비 현황과 개선방향」, 『KIRI 리포트』, 보험연구원
- _____(2017c), 「사고부담금제도 개선을 통한 사고예방과 자동차보험의 형평성 제고」, 『KIRI 리포트』, 보험연구원
- _____(2018), 「이탈리아 자동차보험의 보험금 누수 관리 정책 효과」, 『KIRI 리포트』, 보험연구원
- _____(2020), 「자동차보험 부상 합의금 지급 사례 분석: 경미사고를 중심으로」, 『보험금융연구』, 제31권, 제3호, 통권 제100호
- 전용식·채원영(2017), 「자동차보험 과실상계제도 개선방안」, 연구보고서, 보험연구원
- 조규성(2010), 「자동차보험 진료수가제도의 적정화방안에 관한 연구」, 『부산대 법학

연구』, 11(2)

일본 손해보험요율산출기구(2020.4), 「自賠償保險(共済) 損害調査のしくみ」
 _____(平成26年度), 「自動車保険の概況」

Bond E. W, K. J Crocker(1997), “Hardball and the soft touch: The economics of optimal insurance contracts with costly state verification and endogenous monitoring costs”, *Journal of Public Economics*, 63(2)

Born Patricia(2017), “The Influence of Tort Reform on Auto Liability Losses and Premiums.”, *Journal of Insurance Issues*, Vol. 40. No. 1

Browne, Mark J. and Robert Puelz(1996), “Statutory Rules, Attorney Involvement, and Automobile Liability Claims”, *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 63, No. 1

Carroll, Stephen. and Allan Abrahamse(2001), “The Frequency of Excess Auto Personal Injury Claim”, *American Law and Economics Review*, Vol. 3, No. 2

Carroll, Stephen., Allan Abrahamse, Mary Vaiana(1995), “The Cost of Excess Medical Claims for Automobile Personal Insurance”, *The Institute for Civil Justice*, RAND

Cummins David J., Sharon Tennyson(1992), “Controlling Automobile Insurance Cost.”, *Journal of Economic Perspective*, Vol. 6. No.2

Derrig.,Richard A(2004), “The Settlement Negotiation Process for Automobile Bodily Injury Liability Claims in the Presence of Suspicion of Fraud and Build-Up”, ARIA

Derrig R., Herbert Weisberg., Xiu Chen.(1994), “Behavioral Factors and Lotteries under No-Fault with a Monetary Threshold: A Study of Massachusetts Automobile Claims.”, *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 61. No.2

Dionne Georges, Pierre St-Mitchel(1991), “Worker’s Compensation and Moral

- Hazard”, *Review of Economics and Statistics*, Vol. 73, No. 2
- Financial Services Commission of Ontario(2014), “Minor Injury Guideline”, Superintendent’s Guideline No. 01/14
- Frontier Economics(2015. 3), Motor Insurance Compensation Systems with a focus on whiplash and soft tissue injuries
- Heaton Paul(2017), “How Does Tort Law Affect Consumer Auto Insurance Cost”, *Journal of Risk and Insurance*, Vol.84, No.2
- Hyote, E. Robert, David B. Mustard, Lawrence S. Powell(2006), “The Effectiveness of State Legislation in Mitigating Moral Hazard: Evidence from Automobile Insurance”, *Journal of Law and Economics*, Vol.49, No.2
- Loughran David. S(2005), “Detering Fraud: The Role of General Damage Awards in Automobile Insurance Settlements.”, *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 72. No. 4
- Marter Sarah S., Herbert I. Weisberg(1992), “Medical Costs and Automobile Insurance: A Report on Bodily Injury Liability Claims in Massachusetts.”, *Journal of Insurance Regulation*, Vol. 10, No. 4.(Summer)
- Michalysyn B. Peter(2004), “The Diagnostic and Treatment Protocols Regulation and the Minor Injury Regulation: Review and Commentary”, *Alberta Law Review*
- Property Casualty Insurers Association of America, *The Insurance Fact Book 2016*
- RAND(2010), “What Happend to No-Fault Automobile Insurance”, *Research Brief*, Institute for Civil Justice, RAND Corporation
- Second and Final Report of the Personal Injuries Commission(2018. 7), “Department of Business, Enterprise and Innovation”
- U.K. Justice Department(2019. 1), “Impact Assessment on Civil Liability Act 2019: Reforming the Soft Tissue Injury(whiplash) Claims Process”

부록. 영국과 미국의 자동차보험 제도

1. 영국

가. 자동차 보험의 개요

영국 정부는 자동차를 운전하는 모든 사람의 제3자 배상책임보험 가입을 의무화하고 있다(Road Traffic Act 1930, 1988). Road Traffic Act 1988의 145조는 민사 손해배상과 관련된 위험을 보험이 담보하도록 규정하고 있다. 영국의 자동차보험 보상한도는 대인배상의 경우 무한, 대물배상에 대해서는 사고당 1백만 유로이다. 대인·대물배상 등 상대방의 불법행위로 인한 신체, 차량에 대한 손해(Damage)에 대한 배상책임은 민법(Civil Law)에서 다룬다.

영국의 자동차보험은 배상책임(Third party), 화재 및 도난위험이 부가된 배상책임(Third party fire and theft), 종합보험(Comprehensive)으로 구분되는데, 배상책임보험은 상대방의 신체와 차량 손해만을 보상하고 자신의 차량 손해는 보상하지 않는다. 종합보험은 배상책임보험에 자신의 차량 손해, 차량부품 도난, 자신의 의료비 등을 보상한다.

영국 자동차보험은 기본적으로 배상책임(Tort), 즉 제3자 배상(Third party liability) 제도이기 때문에 과실 여부에 따라 대물 및 대인배상이 이루어진다. 반면 종합보험의 경우에는 운전자가 과실이 있는 경우에도 보험회사로부터 보상을 받는다.

〈부록 표 1〉 영국의 자동차보험 배상책임

구분	대물배상	대인배상
과실 있는 운전자	종합보험에 가입하지 않은 경우에는 보상받지 못함	보상받지 못함
과실 없는 운전자	가입 보험회사로부터 보상받고 보험회사는 가해자 보험회사로부터 구상	합의가 되거나 소송에서 이길 경우, 과실이 있는 운전자의 보험회사로부터 배상

자료: Frontier Economics(2015. 3)

나. 손해의 구분

배상책임에서 규정하는 손해는 크게 ① 비재산적 손해(Non-pecuniary loss, 혹은 정신적 손해, General damages)와 ② 재산적 손해(Pecuniary loss, 혹은 경제적 손실, Economic Loss)로 구분된다. 비재산적 손해에는 정신적 손해(General damages)가 포함되는데 정신적 손해에는 적극적 손해인 위자료(Pain and sufferings and loss of amenities)가 포함된다. 재산적 손해(Pecuniary loss)는 재판(합의) 이전과 이후로 구분하여 재판(합의) 이전에 발생한 손해(Past loss)인 기왕손해(Special damages), 재판 이후에 발생하는 손해(Future loss)인 장래손해(Future damages)로 나누어진다. 장래손해는 합의 이후에 발생하는 치료비(Cost of care) 혹은 상실수익(Loss of earnings)이 포함된다.

기왕손해와 장래손해는 각각 그 내용에 따라 소극적 재산손해(Negative loss)와 적극적 재산손해(Positive loss)로 구분된다. 소극적 재산손해에는 일실수입손해(Loss of earnings), 일실퇴직연금손해(Loss of pension) 등이 포함된다. 적극적 손해에는 치료비(Medical expenses), 간호 및 간호비(Cost of caring services), 특수한 보조구나 설비 비용(Valuing aids equipment costs), 주택관리비용(Housing), 일상의 초과 지출비용(Extra expenditure of a normal nature), 기타비용(Other expenses) 등이 포함된다. 치료비(민영병원에서 진료를 받는 경우는 제외), 응급실 등 응급처치(Emergency treatments) 등은 국민의료서비스(NHS: National Health System)에서 지급하고 가해자에게 구상한다.⁶²⁾

62) Road Traffic(NHS Charges) Act 1999

장래손해와 관련된 배상금액의 계산은 장래에 소요될 치료비 혹은 상실수익에 승수(Multiplier)를 곱하여 계산된다. 이 승수는 피해자의 기대여명을 반영하고 할인율을 포함한다. 각 손해의 유형에 따라 다른 승수가 적용되어 장래손해배상금액이 결정된다.

2. 미국

〈부록 표 2〉 미국 노-폴트제도의 특징

구분	First-party benefits(PIP) ¹⁾		소송제한		소송을 위한 경계 (Thresholds for lawsuits)	
	의무	선택	있음	없음	Monetary	Verbal
노-폴트(True no-fault)						
Florida	○	-	○	-	-	○
Hawaii	○	-	○	-	○	-
Kansas	○	-	○	-	○	-
Kentucky ²⁾	○	-	○	○	○	-
Massachusetts	○	-	○	-	○	-
Michigan	○	-	○	-	-	○
Minnesota	○	-	○	-	○	-
New Jersey ^{2,3)}	○	-	○	○	-	○
New York	○	-	○	-	-	○
North Dakota	○	-	○	-	○	-
Pennsylvania ²⁾	○	-	○	○	-	○
Puerto Rico	○	-	○	-	○	-
Utah	○	-	○	-	○	-

〈부록 표 2〉 계속

구분	First-party benefits(PIP) ¹⁾		소송제한		소송을 위한 경계 (Thresholds for lawsuits)	
	의무	선택	있음	없음	Monetary	Verbal
혼합형(Add-on)						
Arkansas	○	-	-	○	-	-
Delaware	○	-	-	○	-	-
Washington D.C. ⁴⁾	-	○	○	○	-	-
Maryland	○	-	-	○	-	-
New Hampshire	-	○	-	○	-	-
Oregon	○	-	-	○	-	-
South Dakota	-	○	-	○	-	-
Texas	-	○	-	○	-	-
Virginia	-	○	-	○	-	-
Washington	-	○	-	○	-	-
Wisconsin	-	○	-	○	-	-

주: 1) Personal Injury Protection

2) Choice No-fault state, 보험가입자들은 자동차보험 가입 시 No-fault system과 전통적인 Tort liability 중 선택할 수 있음

3) No-fault system을 선택한 보험계약자는 Basic Liability Policy, Special Policy, Standard Policy을 위한 Verbal threshold를 선택할 수 있음. Basic과 Special Policy는 더 낮은 보장범위(Coverage)를 제공함

4) District of Columbia는 True no-fault system도, Add-on system도 아님. 운전자들은 No-fault 또는 Fault-based coverage 중에서 선택할 수 있음. 하지만 사고 발생 시 No-fault를 선택한 운전자는 60일 안에 가입한 보험회사로부터 보험금을 받을지, 사고 상대방에게 보험금 청구를 할지 결정해야 함

자료: Property Casualty Insurers Association of America, *The Insurance Fact Book 2016*을 재인용함

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영·윤성훈·이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식·채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석·강성호·마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식·강성호·김동겸 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열·최장훈·김유미 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준·정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·이혜은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정·박지윤 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형·이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안 / 송윤아·이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈·이태열·김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석·이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희·한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중·김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유보가격 측정 연구 / 지홍민 2017.12
- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화·박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공·사 협력 방안 / 조용운·오승연·김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식·강성호·이상우 2018.2
- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현·이혜은 2018.2

- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영·김세영·이선주 2018.2
- 2018-6 계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린·정성희 2018.3
- 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식·이혜은 2018.3
- 2018-8 장애인의 위험보장 강화 방안 / 오승연·김석영·이선주 2018.4
- 2018-9 주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석 / 정성희·이태열·김유미 2018.4
- 2018-10 정신질환 위험보장 강화 방안 / 이정택·임태준·김동겸 2018.4
- 2018-11 기초서류 준수 의무 위반 시 과징금 부과기준 개선방안 / 황현아·백영화·권오경 2018.8
- 2018-12 2018년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2018.9
- 2018-13 상속법의 관점에서 본 생명보험 / 최준규 2018.9
- 2018-14 호주 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이경희 2018.9
- 2018-15 빅데이터 기반의 사이버위험 측정 방법 및 사이버사고 예측모형 연구 / 이진무 2018.9
- 2018-16 빅데이터 분석에 의한 요율산정 방법 비교: 실손의료보험 적용 사례 / 이항석 2018.9
- 2018-17 보험 모집 행위의 의미 및 범위에 대한 검토 / 백영화·손민숙 2018.10
- 2018-18 보험회사 해외채권투자와 환해지 / 황인창·임준환·채원영 2018.10
- 2018-19 베트남 생명보험산업의 현황 및 시사점 / 조용운·김동겸 2018.10
- 2018-20 여성 관련 연금정책 평가와 개선 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2018.10
- 2018-21 디지털 경제 활성화를 위한 사이버보험 역할제고 방안 / 임준·이상우·이소양 2018.11
- 2018-22 인구 고령화와 일본 보험산업 변화 / 윤성훈·김석영·한성원·손민숙 2018.11
- 2018-23 퇴직연기금 디폴트 옵션 도입 방안 및 부채연계투자전략에 관한 연구 / 성주호 2018.11
- 2018-24 보험 산업의 블록체인 활용: 점검 및 대응 / 김현수·권혁준 2018.11
- 2018-25 생명보험산업의 금리위험 평가: 보험부채 중심으로 / 임준환·최장훈·한성원 2018.11
- 2018-26 보험회사의 장수위험에 관한 연구 / 김세중·김유미 2018.11
- 2018-27 보험산업 전망과 과제: 2019년 및 중장기 / 동향분석실 2018.11
- 2018-28 보험산업 중장기 전망 / 전용식·김유미·최예린 2018.12
- 2018-29 빅데이터 활용 현황과 개선 방안 / 최창희·홍민지 2018.12
- 2018-30 판매채널 변화가 보험산업에 미치는 영향 / 정원석·김석영·박정희 2018.12
- 2018-31 Solvency II 시행 전후 유럽보험시장과 시사점 / 김해식 2018.12
- 2018-32 보험회사 대출채권 운용의 특징과 시사점 / 조영현·황인창·이혜은 2018.12

- 2019-1 보험회사의 시스템리스크에 대한 고찰 / 김범 2019.1
- 2019-2 인도 보험시장 현황 및 진출 전략 / 이승준·정인영 2019.8
- 2019-3 2019년 보험소비자 설문조사 / 금융소비자연구실 2019.10
- 2019-4 암보험 관련 주요 분쟁사례 연구 / 백영화·박정희 2019.10
- 2019-5 계약자 신뢰 제고를 위한 보험마케팅 - 상품과 수수료 중심으로 - / 정세창 2019.10
- 2019-6 생명보험 전매거래에 관한 연구 / 홍지민 2019.10
- 2019-7 재보험 출재전략 연구 / 김석영·이규성 2019.11
- 2019-8 확정급여형 퇴직연금 지급권보호 방안 / 류건식·강성호·이상우 2019.11
- 2019-9 금융소비자보호법의 도입과 정책과제 / 양승현·손민숙 2019.11
- 2019-10 2020년 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2019.12
- 2019-11 노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할 제고 방향 / 강성호·김혜란 2019.12
- 2019-12 보험회사의 이익조정에 관한 시사점 / 송인정 2019.12
- 2019-13 비대면채널 활용을 위한 규제 개선방안 / 정원석·김석영·정인영 2019.12
- 2020-1 기업의 보험수요에 대한 연구 / 송윤아·한성원 2020.1
- 2020-2 원리금보장형 퇴직연금 요구자본 강화와 퇴직연금 관리 / 김세중·김혜란 2020.4
- 2020-3 의료배상책임의 현황과 과제: 보상체계 중심으로 / 정성희·황현아·홍민지 2020.6
- 2020-4 일본 생명보험설계사의 지위와 조직운영 / 정봉은·이창성 2020.8
- 2020-5 예금보험 및 정리제도 개선방안 / 황인창·김해식·이승준·김동겸·안소영 2020.9
- 2020-6 보험영업 생태계 건전화를 위한 법인보험대리점 혁신방안 / 정세창·김대환 2020.9
- 2020-7 보험회사 경영자에 대한 보상체계 연구 / 한상용·문혜정 2020.10
- 2020-8 보험설계사의 법적 지위에 관한 연구 / 양승현·박정희 2020.12
- 2020-9 주요국의 자동차보험제도: 배상책임법제 및 의무보험을 중심으로 / 황현아·손민숙 2020.12
- 2020-10 사회적 신뢰와 보험 / 성영애·김민정 2020.12

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목·장동식·

- 김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식·이경희·김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경·권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원·이혜은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식·이창우·김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도·김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도·김대환·김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원·이혜은 2010.4
- 2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태·이경희 2010.5
- 2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익·김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

- 2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3
- 2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호·최 원 2008.3
- 2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·이태열·신종협·황진태·유진아·김세환·이정환·박정희·김세중·최이섭 2008.11
- 2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익·이민환·유경원·최영목·최형선·최 원·이경아·이혜은 2009.2
- 2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3
- 2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수·김경환·이종욱 2009.3
- 2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·황진태·변혜원·이경희·이정환·박정희·김세중·최이섭 2009.12
- 2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경·변혜원·권오경 2010.1
- 2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3
- 2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·김대환·이경희·이정환·최 원·김세중·최이섭 2010.12
- 2011-1 금융소비자 보호 체계 개선방안 / 오영수·안철경·변혜원·최영목·최형선·김경환·이상우·박정희·김미화 2010.4
- 2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수·김경환·박정희 2011.7
- 2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5

- 2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈·류건식·오영수·조용운·진 익·유진아·변혜원 2011.7
- 2011-5 소비자 보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경·이경희 2011.11
- 2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·황진태·이정환·최 원·김세중·오병국 2011.12
- 2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린·이기형·정인영 2012.8
- 2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형·변혜원·정인영 2012.10
- 2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환·유진아·이경아 2012.11
- 2012-4 소비자중심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형·임준환·김해식·이경희·조영현·정인영 2012.12
- 2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우·윤상호 2013.1
- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식·김대환·이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·이정환·최 원·김세중·채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익·오병국·이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준·김해식·조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·최 원·김세중·채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준·강민규·이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린·김해식·김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열·강성호·김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·이아름·이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 / 조용운·김경환·김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제 -IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식·조재린·이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·이아름·이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호·정봉은·김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준·이정택·김혜란 2016.11

2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업휴지보험 활성화 방안 연구 / 이기형·한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익·유시용·이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목·최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경·권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수·김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식·이창우·이상우 2010.3
- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실·정책연구실·동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실·재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재·장동식·서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식·최영목·김소연·장동식·서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경·변혜원·서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목·김소연·김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도·황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태·기승도·권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아·정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운·황진태·김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식·김대환·이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 / 김대환·류건식·이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현·전용식·이혜은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : @ sure 4.0 / 진 익·김동겸·김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식·김석영·김세영·이혜은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환·류건식·김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 /

- 조재린·황진태·권용재·채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 /
전용식·채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도·조용운·이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환·정봉은·황인창·이혜은·김혜란·
정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로
/ 최창희·황인창·이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식·강성호·김동겸 2016.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문·김진억·
지재원·박정희·김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 /
오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경·기승도·이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경·이상우·권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면·이정환·최이섭·정중영·최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익·김상수·김종훈·변귀영·유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환·전선애·최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교·오영수·김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환·이민환·
윤건용·최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운·김세환·김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실·해약분석 / 류건식·장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협·
최형선·최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교·김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체계와 시사점 / 이창우·이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원·박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송윤아 2010.5

- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준·이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운·서대교·김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익·김해식·유진아·김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식·이창우·이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경·황진태·서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환·최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익·김해식·김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우·이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운·변혜원·이승준·김경환·오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태·전용식·윤상호·기승도·이상우·최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우·오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식·김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식·황진태·변혜원·정원석·박선영·이상우·최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운·황진태·조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식·변혜원·황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원·조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영·권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석·강성호·이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정·최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태·박선영·권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주·전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식·윤성훈·채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운·오승연·김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환·강민규·이해랑 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식·변혜원·정원석·박선영·오승연·이상우·최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영·김세중·김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식·조영현·채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영·권오경 2015.1

- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·조재린·김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 - 대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희·정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열·황진태·이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연·김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식·조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준·민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식·김세중·김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식·송윤아·채원영 2016.4
- 2016-5 금융·보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석·임 준·김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른 국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린·황인창·이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중·소형 보험회사의 생존전략 / 이태열·김해식·김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중·김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형·김혜란 2016.9
- 2019-1 자동차보험 잔여시장제도 개선 방향 연구 / 기승도·홍민지 2019.5

■ 이슈보고서

- 2019-1 실손의료보험 현황과 개선 방안 / 정성희·문혜정 2019.10
- 2020-1 서울 지역별 아파트 가격 거품 가능성 검토 / 윤성훈 2020.1
- 2020-2 보험회사 자회사형 GA의 성과와 시사점 / 김동겸 2020.3
- 2020-3 미국 의료자문제도 현황 및 시사점 / 조용운·정성희·이아름 2020.6
- 2020-4 일본 생명보험회사의 해외진출과 시사점 / 이상우 2020.6
- 2020-5 보험산업의 일자리 창출 효과 / 강성호·정인영 2020.7
- 2020-6 잔존계약 거래와 시사점 / 김석영·이소양 2020.8
- 2020-7 온라인 보험마케팅의 모집 행위 판단기준 / 양승현 2020.9
- 2020-8 일본 생명보험회사 파산 사례 / 윤성훈 2020.9
- 2020-9 실손의료보험 제도 정상화를 위한 과제: 상품구조 개편을 중심으로 / 정성희·문혜정 2020.12

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원·김세중 2014.6
 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구 - Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식·이정환 2014.8
 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호·정원석·김동겸 2015.1
 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매실태 도입방안 / 정봉은·이선주 2015.2
 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원·이해랑 2015.4
 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근·박춘원·이항용 2015.5
 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주·박선영·김유미 2015.5
 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석·김미화 2015.5
 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영·김혜란 2015.12
 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2
 2018-2 리콜 리스크관리와 보험의 역할 / 김세환 2018.12
 2018-3 주요국 혼합형 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이상우 2018.12
 2020-1 공제보험 현황 조사 / 최창희·홍민지 2020.4

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1
 제 11 호 2018년 연차보고서 / 보험연구원 2019.1
 제 12 호 2019년 연차보고서 / 보험연구원 2020.1

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9

제 9 호	Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
제10호	Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
제11호	Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
제12호	Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
제13호	Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
제14호	Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
제15호	Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
제16호	Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
제17호	Korean Insurance Industry 2018 / KIRI, 2018.8
제18호	Korean Insurance Industry 2019 / KIRI, 2019.8
제19호	Korean Insurance Industry 2020 / KIRI, 2020.8
제 7 호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
제 8 호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
제 9 호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
제10호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
제11호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2
제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11
제23호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2017/ KIRI, 2018.2
제24호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2017/ KIRI, 2018.5
제25호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2018/ KIRI, 2018.8
제26호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2018/ KIRI, 2018.12
제27호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2018/ KIRI, 2019.2
제28호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2018/ KIRI, 2019.4
제29호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2019/ KIRI, 2019.10
제30호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2019/ KIRI, 2019.12

- 제31호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2019/ KIRI, 2020.2
 제32호 Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2019/ KIRI, 2020.5
 제33호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2020/ KIRI, 2020.9

■ CEO Report

- 2008-1 자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
 2008-2 보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
 2008-3 FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
 2008-4 퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식·서성민 2008.12
 2009-1 FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
 2009-2 퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식·김동겸 2009.3
 2009-3 퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식·이상우 2009.6
 2009-4 퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식·이상우 2009.10
 2010-1 복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환·이상우·김혜란 2010.4
 2010-2 FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6
 2010-3 보험소비자 보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환·이기형 2010.9
 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식·이상우 2010.9
 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
 2011-2 영국의 공동계정 운영체제 / 최형선·김동겸 2011.3
 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환·류건식 2011.8
 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운·이상우 2012.11
 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈·전용식·전성주·채원영 2012.12
 2012-4 새정부의 보험산업 정책(I): 정책공약집을 중심으로 / 이기형·정인영 2012.12
 2013-1 새정부의 보험산업 정책(II): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환·이상우 2013.1
 2013-2 새정부의 보험산업 정책(III): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를

- 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식·윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영·김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열·조재린·황진태·송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환·황인창·이혜은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호·류건식·정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창·조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희·이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2
- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
- 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식·이태열 2017.7
- 2018-1 2018년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2018.7
- 2018-2 북한 보험산업의 이해와 대응 / 안철경·정인영 2018.7
- 2019-1 기후변화 위험과 보험회사의 대응 방안 / 이승준 2019.4
- 2019-2 2019년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2019.7
- 2019-3 보험생태계 강화를 위한 과제 / 김동겸·정인영 2019.8
- 2019-4 저(무)해지 환급형 보험 현황 및 분석 / 김규동 2019.12
- 2020-1 코로나 19(Covid-19) 영향 및 보험산업 대응과제 / 김해식·조영현·김석영·노건엽·황인창·김동겸·손민숙 2020.4
- 2020-2 2020년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2020.6
- 2020-3 포스트 코로나 전망과 과제: 보험회사 CEO 설문조사 / 동향분석실 2020.7
- 2020-4 실손의료보험 청구간소화 방안 / 조용운 2020.8
- 2020-5 보험산업 진단과 과제 (I) - 재무건전성 / 김해식·노건엽·황인창 2020.9
- 2020-6 보험산업 진단과 과제 (II) - 사회안전망 / 정성희·송윤아·강성호·기승도·장윤미 2020.9
- 2020-7 보험산업 진단과 과제 (IV) - 보험분쟁과 법제 / 황현아·손민숙 2020.9
- 2020-8 보험산업 진단과 과제 (III) - 소비자 중심 경영 / 변혜원·김석영·손재희·

정인영 2020.10

2020-9 코로나19와 변액보험시장 동향 / 김세중·김유미 2020.11

2020-10 코로나19와 개인 생명보험시장 동향 / 김세중·김혜란 2020.11

2020-11 일본 생명보험회사 파산 사례 / 윤성훈 2020.11

2020-12 보험산업 진단과 과제 (V) - 상품 및 채널 / 김동겸·김석영·정인영 2020.12

■ Insurance Business Report

26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식·김동겸 2008.2

27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6

28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6

29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6

30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경·권오경 2008.7

31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식·김동겸 2008.7

32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7

33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희·서성민 2008.9

■ 간행물

○ 보험동향 / 연 4회

○ 해외 보험동향 / 연 4회

○ 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

『 도서 회원 가입 안내 』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	- 영문연차보고서	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

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

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401 - 01 - 125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

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

저 자 약 력

전 용 식

Iowa State University 경제학 박사
보험연구원 선임연구위원
(E-mail : yongsik.jeon@kiri.or.kr)

양 승 현

워싱턴 주립대학(University of Washington) 로스쿨 법학석사(LL.M., 2014)
사법연수원 (36기) 수료
보험연구원 연구위원
(E-mail : shyang@kiri.or.kr)

김 유 미

성균관대학교 보험계리학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : yumi_kim@kiri.or.kr)

연구보고서 2020-11

보험회사 경영자에 대한 보상체계 연구

발행일 2020년 12월

발행인 안 철 경

발행처 **보 험 연 구 원**

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38

화재보험협회빌딩

대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔퍼

ISBN 979-11-89741-33-4 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원