



## 요약

- 경상환자 과잉진료 문제 완화를 위해서는 객관적인 상해 수준 판단과 그에 부합하는 진료비를 고려한 대인배상 | 부상 보험금 한도조정을 검토할 필요가 있음
  - 피해자의 주관적 통증호소만으로 진료를 받을 수 있고 경상환자 상해치료 완료여부를 객관적으로 검증하기 어려워 보험금 한도가 적정 수준보다 높을 경우, 상해 수준을 초과하는 합의금 등 보상목적의 진료를 받을 유인이 있음
  - 상해 수준을 초과하는 진료로 인해 상해책임이 있는 운전자는 의도하지 않은 과도한 배상으로 피해를 보고, 피해자는 과잉진료로 보이지 않는 이익을 얻을 수 있음
- 2016년 대인배상 | 보험금 한도조정의 영향을 분석한 결과, 한도가 상향된 상해등급 12급에서 한도가 하향된 상해등급 14급보다 과잉진료 가능성이 높은 것으로 나타남
  - 상해등급 1~7급의 한도가 상향되었지만 1인당 진료비 증가율은 상향 이후 2016~2019년 연평균 0.4%인 반면, 상해등급 12급 경상환자의 경우 연평균 11.9%임
    - 한도가 하향된 상해등급 14급의 경우 12급과 다르게 증가율이 둔화되었지만 여전히 높은 수준임
  - 상해등급 12급 보험금 한도 초과 그룹에서 자동차보험 1인당 진료비는 건강보험 진료일수를 가정한 진료비의 7.6배로 14급의 4.9배보다 높게 나타남
    - 자동차보험 상해등급 12급, 14급 경상환자의 보험금 한도금액(120만 원, 50만 원) 초과 진료 비중은 환자 수 기준으로 34%, 진료비 기준으로는 72%임
    - 한도 초과 그룹과 그렇지 않은 그룹의 합의금 차액은 상해등급 12급, 14급에서 50만 원 내외로 나타나, 과잉진료의 목적이 합의금일 수 있음
- 과잉진료 억제를 위해서는 경상환자 상해 수준에 부합하는 진료비를 고려한 보험금 한도조정을 검토할 필요가 있음
  - 대인배상 | 보험금 한도를 초과하는 진료비에 대한 과실상계가 시행될 경우, 피해자의 부담을 높여 과잉진료 유인을 억제할 것으로 예상됨
  - 반면 진료비 한도가 보험금 한도로 인식되면 보험금 한도 이내의 진료를 받는 경상환자들도 한도까지 진료를 받으려 할 수 있음



## 1. 검토 배경

### ○ 자동차보험 대인배상 부상 진료비는 부상 보험금 한도조정과 관련이 있는 것으로 보임

- 대인배상 부상 보험금 한도는 2016년 4월 조정되었는데 경상환자로 구분되는 상해등급 12급 보험금 한도는 80만 원에서 120만 원으로 높아졌고, 14급은 80만 원에서 50만 원으로 낮아짐
- 2012~2015년 기간에 비해 2016~2019년 기간 동안 평균 경상환자 규모는 평균 12.3% 증가하였지만 진료비는 44.7%, 1인당 진료비는 29.0% 증가함
- 2013년 자동차보험 진료비 심사 청구위탁, 상해등급 조정 등도 영향을 미쳤을 것으로 보임
  - 2014년 2월 부상급 내 항목 수를 세분화(158→248개)하고, 척추 염좌는 9급에서 12급 이동함

〈표 1〉 2016년 전후 대인배상 관련 주요 지표의 변화

구분	대인배상 손해액 (조 원)	환자 수 (명)	진료비 (억 원)	1인당 진료비 (만 원)	대인배상 I 손해율	대인배상 II 손해율
2012~2015년	3.4	1,387,704	9,231	66.3	70.7	99.6
2016~2019년	4.4	1,557,801	13,354	85.5	73.4	104.5
증감률	29.4	12.3	44.7	29.0	3.8	4.9

주: 증감률은 기간 중 평균값의 증가율임

자료: 보험개발원

### ○ 본고에서는 자동차보험 상해등급 조정과 부상 보험금 한도조정 전후의 경상환자 진료비 추이를 살펴보고 시사점을 도출함

- 대인배상 I 보험금 한도를 초과하는 진료비에 대한 과실상계는 피해자의 부담을 높여 과잉진료 유인을 억제할 것으로 예상되는데, 대인배상 I 보험금 한도가 진료비 한도로 작용할 경우 부작용도 있을 수 있음
- 한도조정의 영향 검토를 위해 첫째, 상해등급 한도조정 전후의 경상환자 1인당 진료비 추이를 분석함
- 둘째, 경상환자의 주요 상해인 척추 염좌와 사지의 단순타박상 치료에 소요되는 건강보험 진료일수에 자동차보험 진료일당 진료비를 기준으로 과잉진료 여부를 검토함
  - 12급, 14급 경상환자의 진료현황을 책임보험금 한도 초과 여부를 기준으로 진료현황을 비교함
  - 경상환자의 과잉진료(도덕적 해이)를 측정하는 변수인 대물수리비 대비 1인당 진료비, 중상해 환자 진료비 대비 1인당 진료비 등도 비교함



## 2. 상해등급 조정 전후 경상환자 진료비

○ 2016년 4월부터 상해등급 1~4급, 6급, 8급, 10급, 12급의 책임보험금 한도는 상향, 14급은 하향됨

〈표 2〉 2016년 상해급수별 책임보험금 한도조정

(단위: 만 원)

상해급수	2016년 4월 1일 이전	2016년 4월 1일 이후	상해급수	2016년 4월 1일 이전	2016년 4월 1일 이후
1	2,000	3,000	8	240	300
2	1,000	1,500	9	240	240
3	1,000	1,200	10	160	200
4	900	1,000	11	160	160
5	900	900	12	80	120
6	500	700	13	80	80
7	500	500	14	80	50

주: 상해급항 변경(2014년 12월 30일) 이후 자배법 시행령의 시행일자를 기준으로 구분함  
자료: 보험개발원

○ 보험금 한도조정 효과는 14급에서 뚜렷하게 나타난 반면 12급에서는 명확하지 않음

- 피해 인원의 변동 원인은 2014년 2월 부상급 내 항목 세분화(158→248개)와 척추 염좌 이동(9→12급)임
- 1인당 진료비 증가율은 보험금 한도가 낮아진 14급의 경우 32.4%에서 15.7%로 낮아진 반면 보험금 한도가 높아진 12급의 경우 12% 내외임

〈표 3〉 상해등급 12급, 14급 책임보험금 한도조정과 진료현황

(단위: 명, 억 원, 만 원)

구분	12급			14급		
	인원	진료비	1인당 진료비	인원	진료비	1인당 진료비
2014	263,600	1,580.8	60.0	699,339	1,520.6	21.7
2015	355,568	2,392.6	67.3	913,480	2,630.4	28.8
2016	312,090	2,426.5	77.7	983,179	3,401.9	34.6
2017	301,070	2,470.9	82.1	951,094	3,690.9	38.8
2018	312,916	2,881.5	92.1	1,062,717	4,697.7	44.2
2019	307,625	3,246.5	105.5	1,116,064	5,750.0	51.5
2014~2015년 증감률	34.9	51.4	12.2	30.6	73.0	32.4
2016~2019년 증감률	-3.6	7.9	11.9	5.1	21.6	15.7

자료: 보험개발원



### 3. 대인배상 | 보험금 한도조정과 과잉진료 가능성

○ 상해등급 14급에서 대인배상 | 보험금 한도를 초과하는 인원과 진료비 비중이 더 큼

- 12급, 14급 경상환자의 2019년 진료현황을 분석한 결과, 대인배상 | 보험금 한도를 초과한 인원 비중은 각각 31.3%, 35.2%이지만 진료비 비중은 64.9%, 76.4%임

〈표 4〉 책임보험금 한도 그룹별 2019년 진료 현황과 과잉진료

(단위: %, 만 원, 일, 배)

구분	12급		14급	
	한도 이내	한도 초과	한도 이내	한도 초과
인원	230,967	105,314	788,226	428,267
진료 인원 비중	68.7	31.3	64.8	35.2
진료비 비중	35.1	64.9	23.6	76.4
1인당 진료비(만 원)(A)	55.7	225.5	19.0	113.1
진료일수(B)	6.6	28.5	3.7	15.3
1일당 진료비(C)	8.4	7.9	5.2	7.4
입원율	65.6	84.4	7.6	33.3
한방병원 이용률	44.3	81.2	36.1	83.3
종합병원 이상 이용비율	18.0	39.6	12.9	19.2
통원 일수 2주 초과 비중	4.7	43.3	1.8	29.7
합의금(만 원)	95.8	139.1	54.8	96.7
대물수리비(만 원)	261.6	321.9	176.0	205.6
1인당 진료비/대물수리비(%)	21.3	70.0	10.8	55.0
1인당 진료비/중상해 환자 진료비(%)	9.0	36.4	3.1	18.3
건강보험 진료일수(D)	3.3	3.3	2.6	2.6
진료일수(B)/건강보험 진료일수(D)(배)	2.0	8.6	1.4	5.9
건강보험 진료일수(D)×1일당 진료비(만 원)(C)	27.7	26.1	13.5	19.2
1인당 진료비(A)/건강보험 진료비(배)	1.0	7.6	0.4	4.9

주: 건강보험 진료일수는 척추 염좌(12급)와 사지의 단순타박상(14급)을 건강보험으로 치료받은 환자들의 진료일수임  
자료: 보험개발원

○ 상해등급 14급에 비해 12급의 과잉진료 가능성이 높게 나타남(〈표 4〉 참조)

- 상해등급 12급, 14급 모두 경상환자로 분류되지만 진료 측면에서, 한도 이내 그룹의 경우 12급에서 입원율, 한방병원 및 종합병원 이용률, 통원일수 2주 초과 비중이 높음
- 과잉진료를 판단하는 선행연구에서 제시된 지표들과 건강보험 진료일수를 가정한 진료비 대비 자동차보험 진료비 비율 모두 12급에서 높게 나타남

- 한도 초과 그룹에서 대물(차량)수리비 대비 1인당 진료비 비율은 12급 70%, 14급 55%이며 중상해 환자 진료비 대비 진료비 비중은 12급 36.4%, 14급 18.3%로 나타남<sup>1)</sup>
  - 대물(차량)수리비는 객관적인 사고 심도를 반영하고, 중상해 환자는 상해 정도를 객관적으로 판단할 수 있어 보험금을 허위청구하는 것이 어려움. 이들에 대한 경상환자 진료비 비율은 주관적 상해심도와 과잉진료 여부를 보여줌
- 건강보험 진료일수를 가정한 진료비를 초과하는 자동차보험 1인당 진료비는 책임한도액을 초과하는 그룹에서 상해등급 12급의 경우 7.6배, 14급의 경우에는 4.9배로 나타남
  - 건강보험 진료일수를 가정한 진료비는 상해급수별 1인당 진료비에 건강보험 진료일수를 곱하여 추산함
  - 척추 염좌, 사지의 단순타박상을 치료한 건강보험환자들의 진료일수를 비교하는데, 척추 염좌(3.3일)와 사지의 단순타박상(2.6일)은 12급과 14급 피해자의 70%에서 관측됨<sup>2)</sup>

○ 보험금 한도가 상향된 상해등급 12급에서 진료비 총액의 증가율도 높게 유지되었고, 보험금 한도 초과 그룹에서 과잉진료 비중도 높아진 것으로 나타남

○ 자동차보험 경상환자 전체를 대상으로 건강보험 진료일수를 가정한 진료비 대비 진료비를 2016년부터 2019년까지 비교한 결과, 자동차보험 경상환자들은 건강보험 환자에 비해 2.1배를 더 청구함(〈표 5〉 참조)

- 자동차보험과 건강보험의 의료기관 종별 가산율을 고려하면 건강보험 대비 자동차보험 진료비 비율은 더 높을 수 있음

〈표 5〉 자동차보험과 건강보험 경상환자 진료비 차이의 추이

(단위: 만 원, %)

상해유형	자동차보험 경상환자 1인당 진료비(A)	자동차보험 경상환자 1인당 진료비×건강보험 진료일수(B)	차이(A-B)	비율(A/B)
2016	46.5	25.6	20.9	1.82
2017	50.7	23.5	27.2	2.16
2018	56.5	25.7	30.8	2.20
2019	64.4	29.6	34.8	2.18
평균	54.5	26.1	28.4	2.10

주: 건강보험의 1인당 진료비는 척추 염좌, 사지의 단순타박상 기준 상대도를 반영함  
 자료: 보험개발원; 건강보험관리공단(2021. 7), 『건강보험통계연보』

1) Dionne, Georges, Pierre St-Mitchel(1991), "Worker's Compensation and Moral Hazard", *Review of Economics and Statistics*, Vol. 73, No. 2, pp. 236~244.; Stephen Carroll et al.(1995), "The Costs of Excess Medical Claims for Automobile Personal Injuries", The Institute for Civil Justice  
 2) 보험개발원



## 4. 결론

- 2016년 상해등급 12급 보험금 한도 상향조정, 14급 하향조정 이후 12급 1인당 진료비 증가율은 유지된 반면, 14급 1인당 진료비 증가율은 조정 전에 비해 감소함
  - 연평균 증가율은 12급의 경우 조정 전(2014~2015년) 12.2%에서 조정 후(2016~2019년) 11.9%로 유지된 반면, 14급은 조정 전 32.4%에서 조정 후 15.7%로 감소함
  - 이에 반해 상해등급 1~7급의 중상해 환자들의 1인당 진료비 증가율은 2016년 이후 연평균 0.41%임
  
- 보험금 한도 상향이 있었던 12급과 하향된 14급을 비교한 결과, 12급 보험금 한도 초과 그룹에서 과잉진료 가능성이 더 높은 것으로 나타남
  - 각 상해등급에서 책임한도액 이내 그룹의 1인당 진료비는 건강보험 진료일수를 가정한 진료비와 같거나 작은 것으로 나타남
  - 반면 책임한도액 초과 그룹의 1인당 진료비는 건강보험 진료일수를 가정한 진료비의 7.6배(12급)와 4.9배(14급)로 나타남
    - 상해등급 12~14급 경상환자 그룹에서 건강보험 진료일수를 가정한 진료비 대비 자동차보험 진료비 비중은 2016년 한도조정 이후 확대되고 있음(〈표 5〉 참조)
  - 한도 초과 그룹의 진료는 상해치료에 필요한 수준을 초과하는 진료인 것으로 보이는데, 이는 합의금이 더 높은 점에서도 추론할 수 있음
  
- 대인배상 II 진료비 과실상계가 도입될 경우, 상해 수준에 부합하는 진료비를 고려한 대인배상 I 보험금 한도조정을 검토할 필요가 있음
  - 상해등급에 따라 정해진 부상 보험금은 진료비, 위자료, 상실수익으로 구성되는데 위자료는 15만 원으로 규정하고 있지만 진료비 한도 규정은 없음
    - 주요국 자동차보험제도에서 경상환자 진료비는 실제 발생한 비용을 지급하는 것으로 규정하고 있지만, 캐나다도 진료비 한도를 규정함<sup>3)</sup>
  - 대인배상 I 보험금 한도를 초과하는 진료비에 대한 과실상계가 시행될 경우, 피해자의 부담을 높여 과잉진료 유인을 억제할 것으로 예상됨
  - 그러나 대인배상 I 보험금 한도가 진료비 한도로 인식되면 상해치료에 필요한 진료비를 초과하는 진료를 법률적으로 허용하는 것으로 인식될 수 있는데, 이는 전체적인 진료비 상승으로 이어질 수 있음
    - 상해치료에 필요한 진료비는 건강보험 진료일수를 가정한 진료비를 의미함

3) 전용식 외(2020), 「자동차경미사고 대인배상 제도개선 방안: 해외제도와외의 비교를 중심으로」, 『연구보고서』, 2020-11, 보험연구원