

# 자동차보험 의료 제도에 대한 임상의의 인식

박지선<sup>1</sup> | 현은혜<sup>1</sup> | 도영경<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> 서울대학교

\* 교신저자: 도영경 (ykdo89@snu.ac.kr)

## 초 록

자동차보험은 일차적으로는 자동차의 운행에 따르는 인적·물적 손해배상을 보장하는 제도이나, 교통사고환자가 의료기관에서 진료를 받아 발생한 의료비를 보험회사가 의료기관에 지급하고, 그러한 기전을 통하여 궁극적으로 의료의 질과 환자의 건강에 영향을 미칠 수 있다는 점에서 의료 제도의 성격 또한 지닌다. 그러나 의료 제도로서의 자동차보험에 대한 연구는 부족하다. 이 연구에서는 교통사고환자를 진료하는 임상의를 대상으로 자동차보험 의료 제도에 대한 인식을 기술하고 관련 요인을 탐색하기 위하여 수행되었다. 교통사고환자 진료를 담당하는 7개 진료 과목의 임상의 145명을 최초 접촉하였고, 1차 설문조사(2021년)에 128명, 2차 설문조사(2022년)에 다시 76명이 참여하였다. 임상의들은 전반적으로 자동차보험 의료 제도의 효과성을 건강보험 및 산재보험에 비해 낮게 보고하였다. 특히 3분의 2 이상이 자동차보험 의료 제도하에서는 다수의 경증 환자에게 과다 의료 제공이 이루어지고 소수의 중증 환자에게 과소 제공이 이루어지고 있다고 인식하였다. 약 80%가 자동차보험 중증 환자 진료 시 적정진료 제공에 제약이 있다고 보고했으며, 이 제약은 주로 진료비 인정 항목의 제한된 적용에 기인한 것으로 나타났다. 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식은 진료과목과 자동차보험 중증 환자 비율, 중증 환자 적정진료 저해 경험에 따라 차이를 보였다. 이러한 결과는 자동차보험을 경제적 손실 배상이라는 전통적인 역할에 한정하지 않고 의료 제도로 적극적으로 인식하고 그 효과성을 개선해야 할 필요성을 시사한다.

**주요 용어:** 자동차보험, 제도 효과성, 임상의, 인식

## 알기 쉬운 요약

**이 연구는 왜 했을까?** 우리가 일상생활에서 아프거나 다치면 병원에서 건강보험을 통해 치료를 받지만, 교통사고환자들은 자동차보험을 통해 치료를 받게 된다. 자동차보험은 교통사고로 발생한 손해를 배상하는 것이 제도의 기본 취지인데, 이 제도가 교통사고환자에게 적절한 진료를 효과적으로 보장하고 있는지에 대해서는 잘 알려져 있지 않다. 이 연구는 임상의들을 대상으로 자동차보험 의료 제도에 대한 인식을 조사하고 관련 요인을 탐색하고자 하였다.

**새롭게 밝혀진 내용은?** 임상의들은 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대해 건강보험이나 산재보험에 비해 낮은 점수를 주었다. 또한, 다수의 경증 교통사고환자에게 필요 이상으로 의료가 제공되지만 소수의 중증 교통사고환자에게는 정작 충분한 의료 제공이 되지 못하는 것으로 인식하였다. 자동차보험 의료 제도의 효과성은 중증 교통사고환자의 비율이 높을수록, 중증 교통사고환자 진료 시 적정진료 제공 제약 경험이 있는 경우 더 낮게 평가되었다.

**앞으로 무엇을 해야 하나?** 자동차보험을 손해배상, 즉 돈에 관한 제도만이 아니라 의료, 즉 몸에 관한 제도라는 관점에서도 적극적으로 인식하고, 문제점을 분석하고 개선해야 한다.

이 논문은 2021년, 2022년 국립교통재활병원 연구과제 연구비 지원을 받아 수행되었음. 2021년, 2022년에 발간된 국립교통재활병원 보고서 『자동차보험 진료 수가 체계 및 제도 개선 연구』의 일부를 바탕으로 작성되었으며, 2022년 제74차 대한예방의학회 가을학술대회에서 포스터로 발표되었음.

IRB No. C-2012-156-1184

- 투 고 일: 2023. 07. 22.
- 수 정 일: 2023. 09. 27.
- 게재확정일: 2023. 09. 27.

## 1. 서론

자동차보험은 일차적으로는 자동차의 운행에 따르는 인적·물적 손해배상을 보장하는 제도이나, 교통사고환자가 의료기관에서 진료를 받아 발생한 의료비를 보험회사가 의료기관에 지급하는 기전을 통하여 의료의 질과 환자의 건강 결과에 영향을 미칠 수 있다는 점에서 의료 제도의 성격 또한 지닌다. 2020년 기준으로 자동차보험에서 보험금 중 사망·부상 등 인명피해로 지급된 보험금은 전체 보험금의 43%인 6.3조 원을 차지하였으며, 이 중 의료기관에 지급된 전체 진료비는 전년 대비 12.1%나 증가하였다(관계부처 합동, 2021). 그러나 자동차보험은 의료 제도로서 보건의료 및 복지 분야에서 하나의 연구 대상으로 자리 잡지 못하고 있으며 관련 연구도 부족한 실정이다. 그 이유로는 우선 자동차보험이 건강보험이나 산재보험과 같이 재원조달과 지불이라는 기전을 통하여 교통사고 환자에 대한 의료비를 보장하는 기능을 현실적으로 포함하고 있으나, 일차적으로 손해배상 보장 제도라는 특성 때문이다(조규성, 2010, p.403). 이 점은 자동차보험이 교통사고 피해자 보호를 목적으로 가입을 의무화하여 사회보험적 성격을 가지지만 동시에 여전히 다수의 개별 민간보험사에 의해 관리되는 보험이라는 점과도 관련이 있다(정덕주, 2003, pp.10-13). 자동차보험이 피해자 보호를 목적으로 하며 의무가입이라는 점에서 사회보험적 성격을 띠다고 볼 수도 있으나 민간재원으로 운영되고 운영주체가 민간보험사이며 민간보험사에 의한 손해사정 업무가 이루어진다. 이에 재원, 운영주체 및 운영주체의 목적, 운영 체계가 사회보험과 상당한 차이를 가진다(정덕주, 2003, pp.10-13). 자동차보험 의료 제도에 관한 연구가 미비한 또 다른 현실적인 이유는 진료 자료, 가입자 자료, 의료기관 자료 등 연구에 필요한 연계 자료 이용이 어렵다는 점이다. 일반적으로 의료 제도의 목표를 건강 수준의 향상, 적절한 재정적 부담, 반응성으로 규정할 때(WHO, 2000), 자동차보험 의료 제도가 그러한 목표를 효과적으로 달성하고 있는지에 대한 포괄적인 연구는 자료의 제약 때문에도 거의 이루어지지 못하였다. 그러나 자동차보험의 경우 「자동차손해배상 보장법」이 보호의 대상으로 하고 있는 피해자는 국민 일반이고, 피해자 보호를 첫 번째의 목적으로 함에 따라, 피해자의 조속한 원상회복 및 사회복귀를 위한 최선의 진료 보장을 충실히 달성하고 있는지 의료 제도의 관점에서 그 효과성을 검토할 필요가 있다.

자동차보험 의료 제도의 효과성을 평가하기 위해서는 제도의 목적이 명시적으로 기술되어 있어야 한다. 현재 그 목적을 기술한 것에 가장 가까운 표현은 「자동차손해배상 보장법」 제15조(자동차보험진료수가 등)에서 찾을 수 있으며, “교통사고환자에 대한 적절한 진료를 보장하고 보험회사등, 의료기관 및 교통사고환자 간의 진료비에 관한 분쟁을 방지”하는 것으로 표현되어 있다. 여기서 ‘적절한 진료’는 다시 관련 행정규칙인 「자동차보험진료수가에 관한 기준」 제4조(진료의 기준)에서 상술되어 있다고 볼 수 있는데, “의료기관은 교통사고환자의 조속한 원상회복을 위하여 필요한 진료에 최선을 다하되, 그 진료는 의학적으로 인정되는 범위 안에서 보편·타당한 방법·범위 및 기술 등에 따라 행하여야 한다”로 표현되어 있다. 따라서 임상적 측면에서 자동차보험 의료 제도의 효과성은 그러한 적절한 진료에 보장되는 정도라고 볼 수 있을 것이다.

일반적으로 제도 효과성에 대한 평가는 광범위한 양적, 질적 접근과 순환적이고 지속적인 평가를 필요로 하지만, 자동차보험 의료 제도에 관한 기존 연구가 많지 않고 가용 자료가 제한적인 현재 상황에서는 최종적으로 의료서비스가 환자에게 제공되는 임상 진료 수준에 주목하여 임상의가 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대해 가지고 있는 인식을 조사하는 것이 중요한 출발점이 될 수 있을 것이다. 무엇보다도 임상의들은 의료서비스 제공에 관한 다양한 문제에 지속적으로 노출되어 있기 때문에 자동차보험 의료 제도가 일선에서 효과적으로 기능하는지에 대해 유용한 정보를 제공할 수 있다(Ortiz-Prado et al., 2019, p.2). 특히, 자동차보험 의료 제도와 관련된 적절한 임상 또는 행정자료의 접근이 어려운 점을 고려할 때 진료 현장의 임상의들에 의한 평가는 포괄적인 정보를 제공할 수 있다(Reschovsky, Reed, Blumenthal & Landon, 2001, p.255). 그동안 의료 제도 관점에서 자동차보험을 다루거나 문제점을 보고한 연구가 아예 없는 것은 아니었다. 특히 임상의의 인식을 조사한 선행연구로는 정덕주(2003)와 심성호, 천성수, 윤미은(2016)의 연구가 있다. 정덕주(2003, p.65)는 임상의 211명을 대상으로 자동차보험 진료수가 기준이 자동차보험 환자에게 적정진료를 보장하고 있는지를 조사하였으며 응답자의 약 70%가 부정적으로 평가한다는 결과를 보고하였다. 심성호, 천성수, 윤미은(2016, p.536)는 치과 의료공급자 320명을 대상으로 치과 자동차보험 제도의 만족도를 조사하여 낮은 만족도 결과를 보고하였다. 그러나 두 연구 공히

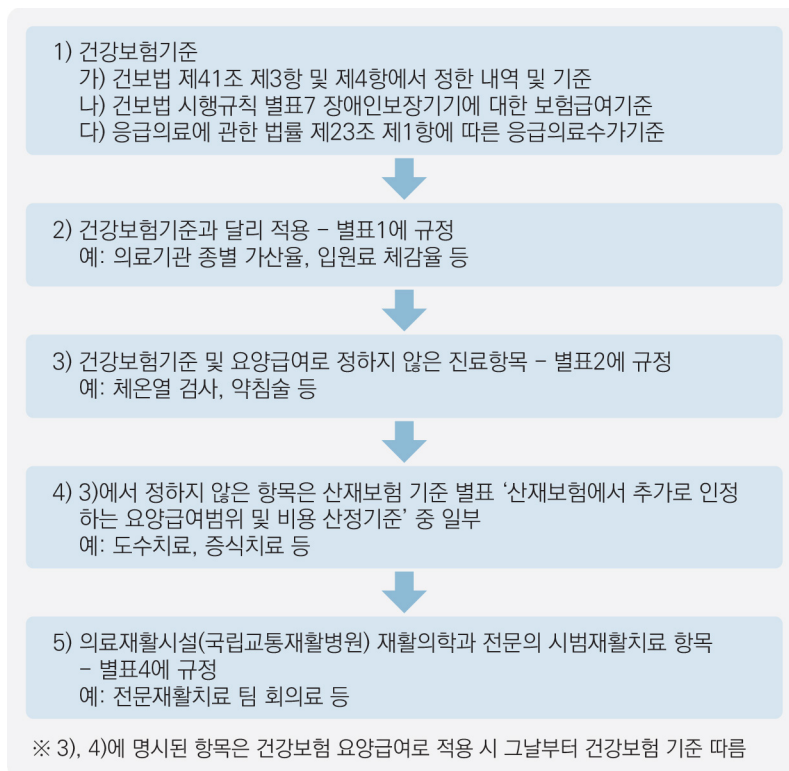
자동차보험 의료 제도의 효과성을 포괄적으로 다루지는 않았다. 또한, 교통사고환자에 대한 적정진료에 대해 과다 의료 제공이 주요 문제로 제기되고 있지만, 중증 교통사고환자뿐만 아니라 한정할 경우 오히려 과소 의료 제공이 문제가 되는 것으로 나타났다. 국립교통재활병원 자료에 따르면 2018년 중증 교통사고환자로 추정되는 약 120,000명의 10%만이 실제 재활치료를 받았는데, 중증 교통사고환자에 대한 미충족 의료 또한 자동차보험 의료 제도의 효과성을 저해한다(이자호, 2022, p.24). 그럼에도 불구하고 중증 교통사고환자에 대한 적정진료를 다룬 연구는 드물다.

이 연구는 자동차보험 의료 제도의 효과성 문제를 임상 현장으로부터 접근하고자 하는 시도로서, 교통사고환자 진료를 담당하는 임상주의 인식을 통하여 자동차보험 의료 제도의 효과성을 파악하는 것이 주요 목적이다. 구체적인 연구 목적은, 자동차보험 의료 제도의 전반적 효과성에 대한 임상주의 인식을 조사하고, 임상주의 인식의 차이와 관련된 요인을 탐색하며, 중증 교통사고환자 진료 시 적정진료를 저해하는 주요 요인을 파악하는 것이다.

## II. 자동차보험 의료 제도 현황

우리나라 자동차보험은 1924년 일본 삼정물산의 경성지점이 자동차보험 영업을 한 것이 시작이다(이경룡, 2020, p.790). 이후 교통사고 피해자 배상문제가 사회 문제로 대두되면서 1963년 「자동차보험손해배상 보장법」이 제정되어 자동차사고에 대한 배상책임보험 제도를 확립하고, 자동차보유자의 대인배상책임보험 가입을 의무화하였다(이용균, 2004, pp.111-112). 자동차보험 도입 당시에는 자동차보험 진료비 산정에 관한 기준이 없고 「의료법」의 포괄적 적용만 받아 수가, 진료행위 등에 대해 적정관리가 이루어지지 않았다(정덕주, 2003, p.18). 이에 정부는 교통사고환자에 적절한 진료 보장을 위해 1991년에 교통사고 피해자가 의료기관에서 진료를 받는 경우에 적용되는 진료수가를 국토교통부장관이 정하여 고시할 수 있는 법적 근거를 마련하였다. 1995년부터 자동차보험 법정 진료수가 적용되고, 1999년에는 한방도 진료 수가로 인정되었다(이정찬, 오수현, 박정훈, 2021, p.29). 또한, 1999년에는 「자동차보험진료수가에 관한 기준」을 제정하여, 자동차보험 진료수가로 산정·지급하는 진료의 기준, 진료

그림 1. 자동차보험 진료수가 인정범위



비 청구액 및 지급액에 대한 보험사업자등과 의료기관 간의 조정 협의 절차, 자동차보험 진료수가의 청구 및 지급 방법 등을 고시화하여 자동차보험 의료 제도의 기틀이 마련되었다(한국병원정책연구원, 2003, p.56).

현행 자동차보험 진료수가의 인정범위는 기본적으로 건강보험 수가 기준을 따르지만, 이외 자동차보험 환자 특성 반영이 필요할 경우 국토교통부 장관이 고시하는 기준에 따르도록 하여 중별 가산율 및 입원료 체감 등을 건강보험과 달리 적용하도록 한다(여나금 외, 2019, p.57). 또한, 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 항목과 산재보험에서 추가로 인정하는 항목 중 일부 항목, 의료재활시설의 재활의학과 전문의가 환자의 동의를 얻어 시행하는 재활시범수가 항목을 보장하도록 하고 있다(그림 1).

기존 연구에 의하면 현행 자동차보험 의료 제도는 본래의 목적을 달성하는 데 한계가 있는 것으로 나타났다. 그 한계는 우선 직접적으로 자동차보험 진료수가 기준에서 드러난다. 우선 자동차보험 진료수가가 자동차보험 환자의 특성을 충분히 반영하기에 미흡하다는 점이다. 교통사고환자의 경우 외상성이며 다발성, 그리고 강한 외력에 의한 손상으로 동일 질환이라도 환자의 손상 정도가 더 심할 수 있다(김선민, 유승윤, 김계현, 이재경, 심영주, 2006, p.78). 또한, 불의의 사고로 인해 육체적, 정신적 고통을 받는 경우이므로 피해의식과 함께 신속한 원상회복 기대가 강한 특성이 있다(나춘균, 2011, p.88). 건강보험 환자와 자동차보험 환자 간에 진료내용의 차이를 조사한 결과에 의하면, 교통사고환자의 외상성 및 상해부위의 다발성, 그리고 높은 후유장애 발생률에 의해 진료내용의 차이가 있는 것으로 나타났다(정덕주, 2003, pp.49-50). 의료전문가를 대상으로 자동차보험 환자의 주요 질환이 타박상, 염좌, 좌상, 창상, 골절상, 장기출혈에 대해 건강보험 환자의 치료내용을 100으로 보았을 때 자동차보험환자의 치료내용을 얼마나 볼 수 있는가를 조사한 결과, 경증인 경우 자동차보험 환자와 건강보험 환자의 진료내용 차이가 거의 없지만 중증인 경우 자동차보험 환자에게 필요한 치료내용이 건강보험 환자에 비해 많음에도 불구하고 건강보험 기준을 준용함으로써 중증 환자에 대한 적정진료를 저해할 가능성이 있는 것으로 보고되었다(이득로, 2002, p.68).

다음으로, 인정 또는 인정 제외 예외 기준에 관한 문제이다. 자동차보험 진료수가에서는 건강보험 급여 항목뿐만 아니라 건강보험에서 보장하지 않는 비급여 항목에 대해서도 폭넓게

인정하나, 건강보험 비급여 항목에 대한 인정 기준이 모호한 측면이 있어 환자 진료에 상당히 제한적이라는 비판이 있다. 「자동차보험 진료수가에 관한 기준」 제5조 제3항에 의해 건강보험 급여 항목을 우선 인정하되, 건강보험 비급여 항목과 신의료기술은 급여 항목에 대체 가능한 항목이 없거나 증상 및 질병 정도에 따라 진료상 반드시 필요한 경우 사례별로 인정한다고 규정되어 있다. 그러나 건강보험 비급여 항목에 대해 사례별 인정한다는 기준이 명확하게 명시되어 있지 않아 의사가 심사 삭감에 대한 우려로 서비스 제공을 꺼려 자동차보험 환자에 대한 적정한 의료 제공을 저해하는 것으로 나타났다(도영경 외, 2021, pp.69-70). 반대로, 자동차보험에서는 자동차사고와 인과관계가 없는 진료비, 기왕증 진료비, 상급병실료, 의사의 퇴원 및 전원 지시에 불응하여 증가된 진료비 등은 원칙적으로는 인정 제외 대상이지만, 일부 예외적인 경우에는 진료수가로 인정된다. 그럼에도 불구하고 그 기준이 모호하여 의료진에게는 반복적인 삭감으로 인한 위축 효과(chilling effect)를 낳아 교통사고환자에게 필요한 진료가 제한될 수 있다(도영경 외, 2021, p.74).

마지막으로, 「자동차보험손해배상 보장법」의 제12조 5항에 의해 의료기관이 자동차보험 환자의 진료비를 환자에게 직접 청구하는 것을 금지하면서, 자동차보험 진료수가에서 인정하지 않는 건강보험 비급여 항목은 환자가 직접 지불한 용의가 있더라도 원천적으로 이용이 불가능해져 교통사고환자의 진료가 더욱 제한되는 것으로 나타났다(정덕주, 2003, p.37). 특히 자동차사고 중증 환자는 다발성 손상으로 인해 복합적인 치료가 필요하게 되는 경우가 많아 진료의 제한에 더욱 취약할 수 있다.

자동차보험 진료수가 기준을 개정할 필요가 있는 경우 국토교통부가 주도하여 관련 학협회 및 전문가 의견수렴을 거쳐 최종 결정하고 있다. 그러나 국토교통부 내 전문부서 및 관련 지원조직의 한계로 전문적이고 체계적인 검토 및 관리가 어려운 실정인 것으로 보고되었다(박재산, 김은영, 박소희, 광미숙, 김지은, 2019, p.86). 또한, 2013년부터 자동차보험 진료수가 심사가 건강보험심사평가원에 의해 위탁 수행되면서 교통사고환자 특성에 맞는 별도의 기준·절차·방법 등에 의한 심사와 적극적 제도 개선의 한계가 있는 것으로 나타났다(홍정룡, 2005, p.60). 더욱이 건강보험심사평가원에 심사 위탁 이후 기준에 의료기관과 보험회사 간의 진료수가 관리 및 민사구제 제도인 자동차보험진료수가분쟁심의회가 거의 유명무

실하게 되면서 진료수가 개선이 더욱 어렵게 되었다(정정일, 2013, pp.21-22).

### III. 연구 방법

#### 1. 연구 설계 및 설문조사 수행

이 연구는 국립교통재활병원의 지원을 받아 서울대학교 의학연구원 의료관리학연구소가 수행한 '자동차보험 진료 수가 체계 및 제도 개선 연구'(도영경 외, 2021; 도영경, 김한결, 박지선, 이예슬, 최윤정, 2022)의 일환으로, 임상의를 대상으로 설문조사를 수행하고 그 결과를 분석한 것이다. 이 연구는 서울대병원 연구윤리심의위원회의 승인을 받았다(IRB NO. C-2012-156-1184).

설문조사는 총 2회로, 각각 2021년(1차 조사)과 2022년(2차 조사)에 수행되었다. 1차 조사를 위한 최초 접촉 대상자는 교통사고환자 진료를 담당하는 정형외과, 신경외과, 재활의학과, 마취통증의학과, 응급의학과/외상외과, 정신건강의학과, 한의과를 포함한 7개 진료 과목의 임상 의 145명이었으며, 이들은 의도적 표본추출 및 눈덩이 표본추출에 의해 모집되었다. 참여자들은 이메일에 첨부된 설문조사지를 제공받아 응답 작성 후 회신하였다. 2차 조사는 1차 조사 참여자에 한하여 1차 조사와 동일한 절차로 수행되었다. 1차 조사에 응답한 참여자는 128명이었고(응답률 88.3%=128/145), 이 중 2차 조사에도 응답한 참여자는 76명이었다(응답률 59.4%=76/128).

자동차보험 의료 제도의 효과성에 접근하기 위한 경로로서 임상주의 인식 조사가 유용한 방법이 되기 위해서는 그들의 일상적 진료 경험에 비추어 충분히 타당하게 답할 수 있도록 문항이 제시되어야 한다. 이를 위해 연구진은 문헌 검토 및 브레인스토밍을 통해 설문 초안을 개발한 후 이를 임상 의, 자동차 보험회사, 변호사 및 손해사정사 등 다양한 분야의 전문가 자문을 통해 수정 보완함으로써 설문 의 내용 타당도를 향상시키기 위해 노력했다. 이후 복수의 연구자가 문맥 및 중의적 표현 등을 검토하였다. 최종적으로 완성된 1차 조사는 총 6개 영역, 즉 자동차보험 환자 진료 현황, 자동차보험 경증 환자 진료, 자동차보험 중증 환자 진료, 자동차보험 환자의 의료 필요와 의료 공급간 관계, 타 보험 제도와의 인식 비교, 응답자의 일반 현황으로 구성되었다. 각 영역의 구체적 문항

으로는, 자동차보험 환자 진료 현황에는 자동차보험 월평균 환자수, 자동차보험 진료 환자 비율, 자동차보험 경증 및 중증 환자 비율이, 자동차보험 경증 환자 진료에는 경증환자 진료 경험, 진료 시 적정진료 제공 제약 경험, 진료 기피 경험, 적정 진료 저해 이유와 적정 진료를 위한 개선 방안이, 자동차보험 중증 환자 진료에는 중증환자 진료 경험, 진료 시 적정진료 제공 제약 경험, 진료 기피 경험, 적정 진료 저해 이유와 적정 진료를 위한 개선 방안이, 자동차보험 환자의 의료 필요와 의료 공급간 관계에는 다섯 유형의 관련 모식도가, 타 보험 제도와의 인식 비교에는 우수성, 진료 의향, 인식도, 만족도가, 응답자의 일반 현황에는 진료 분야, 의료기관 종별, 진료 분야, 직책, 졸업 후 경력, 근무지, 성별, 연령이 포함되었다.

임상의 자문 등 설문을 준비하는 사전 작업 과정에서 제기된 주요 문제 중의 하나는 자동차보험 의료 제도에 대한 이해 수준이 높지 않으며 답변 과정에서 속고를 위한 정보가 충분하지 않을 수 있다는 점이었다. 설문 주제에 대한 인식 수준이 높지 못한 상황에서 관련 정보가 충분히 제시되지 않은 채 단회 조사만 수행하는 경우 참여자들의 속고를 기대하기 어렵고 큰 응답 편차로 인해 임상 의들의 전반적인 인식을 파악하기에는 한계가 있을 수 있다. 이 문제에 대한 보완책으로 연구자들은 동일 집단을 대상으로 반복조사를 시행하되 2차 조사에서는 1차 조사 참여자들의 평균 결과를 제시하는 델파이조사와 유사한 방법을 채택하였다. 즉, 1차 조사에서 집단을 대표하는 결과를 참고하여 설문 참여자 본인의 응답을 다시 숙고할 기회를 부여하는 반복조사를 수행하고자 하였다. 반복조사 수행의 추가적인 이점은 1, 2차 조사에서 유사한 결과가 도출되는 것을 통해 조사 결과의 신뢰성을 간접적으로 확인할 수 있다는 점이다. 다만 연구의 설계와 연구윤리심의위원회 심의 과정에서 연구 참여자들이 익명으로 응답하도록 하였기 때문에 개인 수준에서 1차와 2차 조사의 응답을 연계할 수는 없다는 한계가 있었다. 이 한계는 이 연구에서 수행한 반복조사의 주요 목적이 패널조사와 같은 개인 수준의 인과관계 규명에 있다가보다는 집단 수준의 전반적인 인식의 파악이라는 점과도 관련된다.

2차 조사지에서는 1차 조사 내용 중 수집하고자 하는 응답자의 부담, 정보의 우선 순위와 응답의 효율성을 고려하여 변화가 적을 것으로 판단된 영역 및 문항을 제외하고, 세부 조사가 필요한 문항을 추가하고, 응답 흐름을 고려하여 영역 및 문항의 배치를 일부 변경하였다. 결과적으로, 2차 조사에는

1차 조사의 6개 영역 중 자동차보험 환자 진료 현황을 제외한 나머지 5개 영역(자동차보험 경증 환자 진료, 자동차보험 중증 환자 진료, 자동차보험 환자의 의료 필요와 의료 공급 간 관계, 타 보험 제도와의 인식 비교, 응답자의 일반 현황)만이 포함되었다.

## 2. 변수 및 분석 방법

이 연구에서는 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식, 효과성 인식 차이와 관련된 요인, 그리고 중증 교통사고환자 진료 시 적정진료를 저해하는 요인에 관하여 조사 영역 중 자동차보험 환자 진료 현황, 자동차보험 중증 환자 진료, 자동차보험 환자의 의료 필요와 의료 공급간 관계, 타 보험 제도와의 인식 비교, 응답자의 일반 현황의 응답 결과를 활용하였다. 분석 대상은 자료가 수집된 응답자 중 연구에 필요한 문항에 충실하게 응답한 참여자로, 1차 조사의 128명 중 116명, 2차 조사의 76명 중 71명이 분석에 포함되었다.

먼저 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식을 파악하기 위해 다음의 세 문항을 활용하였다. 첫째, 자동차보험 의료 제도의 효과성을 임상의들이 익숙한 건강보험과 외상 환자가 많은 산재보험을 일종의 인지적 기준점(cognitive benchmark)으로 삼아 비교하여 평가한 문항이다. 구체적으로 “건강보험, 자동차보험, 산재보험 제도 각각의 전반적 우수성을 0점(최저)에서 100점(최고) 사이의 점수로 평가해 주십시오”에 응답한 점수로 측정하고, 점수가 높을수록 제도의 효과성이 높은 것으로 정의하였다. 응답 결과는 평균과 표준편차로 분석하여 제시하였다. 둘째, 가상적인 동일 상병에 대한 세 개의 보험 제도에 따른 상대적 진료 의향에 대해서 비교 평가한 문항이다. 구체적인 표현은 “동일한 상병으로 진료를 받게 될 세 명의 환자(건강보험 환자, 자동차보험 환자, 산재보험 환자)가 있다고 가정합니다. 의학적으로는 상병이 동일하더라도 보험 제도에 따른 수가 수준, 행정적 부담 등 의학 외적인 요인이 적극적 진료 의향에 차이를 야기할 수 있습니다. 건강보험 환자에 대한 진료 의향을 100으로 놓았을 때, 자동차보험 및 산재보험 환자에 대한 상대적 진료 의향을 각각 0(최저치)에서 200(최고치) 범위 이내의 값으로 부여하고, 그렇게 값을 부여하신 이유에 대해 간략하게 기술해 주시기 바랍니다.”였다. 여기서 동일한 상병이라는 의학적인 요인 외에 수가와 행정 부담 등의 의학 외적인 요인을 설문 문항 내용에 명시

적으로 포함한 것은 그 자체가 설문에서 정확하게 파악하고자 하는 바이기도 하지만, 응답자가 윤리적 의무로 인하여 진료 의향을 부정적으로 답변하는 데 대해 주저하고 실제보다 높게 보고할 가능성, 즉 사회적 바람직성 편향(social desirability bias)을 줄이는 부수적인 효과도 있다. 점수가 높을수록 제도 효과성을 높게 평가하는 것으로 정의하였다. 응답 결과는 평균과 표준편차로 분석하여 제시하였다. 셋째, 자동차보험 의료 제도 내에서 의료적 필요에 따라 적절한 의료 제공이 이루어지는지를 조사하여 제도의 효과성을 평가한 문항이다. 바람직한 의료 제도의 원칙을 따르면 의료 제공은 자원이 허용되는 한 필요에 기반한 수요와 일치해야 하며, 환자는 자신의 필요를 충족하는 서비스에 접근하고 이를 이용할 수 있어야 한다(Santana, Mason, Gutacker, Kasteridis, Santos & Rice., 2023, pp.3-11). 따라서 과소 혹은 과다 의료 제공이 체계적으로 광범위하게 존재한다면 제도의 효과성은 낮게 평가될 수밖에 없다. 의료적 필요와 의료 제공에 대한 다섯 개의 유형을 모식도와 함께 제시하고 현실을 가장 가깝게 반영하는 것 하나를 선택하도록 하였다. 제시된 다섯 개 유형은 ‘중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료적 필요와 의료 제공량이 대체로 일치함’, ‘중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료 제공량이 의료적 필요보다 더 많음’, ‘중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료 제공량이 의료적 필요보다 더 적음’, ‘의료적 필요가 낮은 다수 경증 환자에서는 과다 제공, 의료적 필요가 높은 소수 중증 환자에서는 과소 제공’, ‘의료적 필요가 낮은 일부 경증 환자에 존재하는 과소 제공 외 대체로 과다 제공’이었다. 환자의 의료적 필요와 의료 제공량의 불일치를 보이는 유형의 선택 비율이 높을수록 제도의 효과성을 낮게 평가하게 되며, 또한 어떤 유형이 우세한지를 통해서도 시사점을 얻을 수 있다. 유형별 빈도와 백분율을 구하여 제시하였다.

다음으로, 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식 차이와 관련된 요인을 탐색하기 위해 설문에서 수집된 세 문항, 즉 진료 분야, 자동차보험 중증 환자 진료 비율, 자동차보험 중증 환자 적정진료 제약 경험 여부를 활용하였다. 진료 분야는 의과와 한의과로 구분하여 분석하였으며, 자동차보험 중증 환자 진료 비율은 응답 결과의 분포를 고려하여 10% 미만, 10% 이상~40% 미만, 40% 이상으로 구분하여 분석하였다. 임상의들이 환자에게 양질의 의료 서비스를 제공하거나 제공할 수 있다고 인식할 때 제도에 대한 만족도가 높은 것으로 나타나며 (Gazewood, Longo & Madsen, 2000, p.24), 따라서 중증 교

통사고환자에 대한 적정진료 제공 제약 경험은 제도의 효과성에 대한 임상인들의 인식에 중요한 영향을 미칠 수 있기 때문이다.

마지막으로, 자동차보험의 여러 제도적인 미흡함으로 인해 자동차보험 중증 환자들이 적정 수준에 미치지 못하는 진료를 받고 있을 가능성이 제기됨에 따라(이득로, 2002, p.68; 도영경 외, 2021, pp.69-70, 이자호, 2022, p.24), 자동차보험 중증 환자의 과소진료를 중심으로 적정진료를 저해하는 문제점들을 파악하고자 하였다. 구체적으로 자동차보험 중증 환자 진료와 관련하여 적정진료 제공 제약에 영향을 미친 요인과 진료 기피에 영향을 미친 요인에 관한 문항을 활용하여 중요도를 분석하였다. 적정진료 제공 제약 요인은 “중증 환자에 대한 적정진료 제공에 제약이 있다고 느꼈다면 그 이유는 무엇인지 중요한 순서대로 3가지만 선택해 주세요.”라는 문항으로, 중증 환자 진료 기피 요인은 “중증 환자 진료를 기피한 적이 있다면, 그 이유는 무엇인지 중요한 순서대로 3가지만 선택해 주세요.”라는 문항으로 조사되었다. 두 문항의 응답 결과는 종합순위로 분석하여 제시하였으며, 응답지 중 1순위(3

점), 2순위(2점), 3순위(1점) 각각에 대한 응답자 수를 곱하여 산출하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 연구 참여자의 일반적 특성

분석에 포함된 연구 참여자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다. 진료 분야는 마취통증의학과와 비중이 가장 높았으며, 상급종합병원에서 근무하는 경우가 가장 많았고, 직책은 교수, 봉직의, 개원의 순이었다. 졸업 후 경력은 10년 이상~20년 미만이 가장 많았다. 월평균 자동차보험 환자수와 중증 환자 진료 비율은 1차 조사에만 포함되었는데, 각각 10명 이상~40명 미만, 10% 이상~40% 미만이 가장 큰 비중을 차지하였다. 두 조사에서 중증 교통사고환자 진료 시 적정진료 제공에 제약 경험은 각각 81.4%, 90%로, 진료 기피 경험은 각각 19.6%, 15%로 나타났다.

표 1. 연구 참여자의 일반적 특성

구분	1차(n=116)		2차(n=71)		
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)	
진료 분야	응급의학과·외상외과	7	6.0	6	8.5
	정형외과	18	15.5	13	13.3
	신경외과	16	13.8	10	14.1
	의과 재활의학과	23	19.8	8	11.3
	마취통증의학과	24	20.7	18	25.4
	정신건강의학과	5	4.3	2	2.8
	소계	93	80.2	57	80.3
	한의과	23	19.8	14	19.7
의료기관종별	상급종합병원	52	44.8	33	46.5
	종합병원	21	18.1	18	25.4
	병원	10	8.6	5	7.0
	의원	9	7.8	2	2.8
	한방병원	7	6.0	4	5.6
	한의원	12	10.3	8	11.3
	기타	5	4.3	1	1.4
	교수(전임의 포함)	71	61.2	50	70.4
직책	전공의	1	0.9	1	1.4
	개원의	15	12.9	9	12.7
	봉직의	29	25.0	10	14.1
	기타	0	0.0	1	1.4

표 1. 연구 참여자의 일반적 특성(계속)

구분	1차(n=116)		2차(n=71)		
	빈도(명)	비율(%)	빈도(명)	비율(%)	
의과대학/한외과대학 졸업 후 경력	10년 미만	33	28.5	19	26.8
	10년 이상~20년 미만	50	43.1	28	39.4
	20년 이상~30년 미만	29	25.0	21	29.6
	30년 이상	4	3.5	3	4.2
자동차보험 월평균 환자수 <sup>1)</sup>	10명 미만	29	25.0	-	-
	10명 이상~40명 미만	61	52.6	-	-
	40명 이상	26	22.4	-	-
자동차보험 증증 환자 진료 비율 <sup>1)</sup>	10% 미만	23	19.8	-	-
	10% 이상~40% 미만	55	47.4	-	-
	40% 이상	38	32.8	-	-
자동차보험 증증 환자 적정진료 제공 제약 경험 여부(1차: n=102, 2차: n=60)	예	83	81.4	54	90.0
	아니오	19	18.6	6	10.0
자동차보험 증증 환자 진료 기피 경험 여부(1차: n=102, 2차: n=60)	예	20	19.6	9	15.0
	아니오	82	80.4	51	85.0
전체	116	100.0	71	100.0	

주: 1) 해당 문항은 1차 조사에서만 포함되었음.

## 2. 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식

자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 임상 의사의 전반적인 인식을 건강보험, 산재보험 제도와 비교 분석한 결과는 <표 2>와 같다. 임상 의사는 전반적으로 자동차보험 의료 제도의 효과성이 건강보험 및 산재보험에 비해 낮다고 인식하는 것으로 나타났다. 먼저 제도 전반의 우수성을 최저 0점에서 최고 100점의 범위에서 평가하도록 하였을 때, 건강보험 71.9 점, 산재보험 63.5점에 비해, 자동차보험은 55.9점으로 가장 낮게 나타났다. 2차 설문조사에서는 자동차보험(53.5점)이 더

낮은 점수로 평가되었다. 반면에 건강보험은 1차 조사 결과보다 더 높은 점수로 평가되었으며, 응답 간의 편차가 비교적 크게 줄어든 것으로 확인되었다.

가상적인 동일한 상병에 대해 자동차보험과 건강보험, 산재보험 제도하에서의 상대적 진료 의향을 건강보험을 100점으로 두고 최저 0점에서 최고 200점의 범위에서 평가하도록 하였을 때, 산재보험 84.0점, 자동차보험 78.7점으로 자동차보험이 가장 낮게 나타났다. 2차 조사 결과에서는 1차 조사 결과보다 약 8점 더 낮은 점수로 평가되었으며, 응답 간의 편차는 비교적 크게 줄어든 것으로 확인되었다.

표 2. 자동차보험과 건강보험, 산재보험 간 제도의 전반적 우수성과 상대적 진료 의향 비교

구분	1차(n=116)			2차(n=71)			평균증감
	평균	표준편차	변동계수	평균	표준편차	변동계수	
<b>의료 제도의 전반적 우수성(0~100)</b>							
건강보험	71.9	17.7	24.6	75.2	7.8	10.4	3.3
자동차보험	55.9	18.4	32.9	53.5	10.4	19.5	-2.4
산재보험	63.5	18.1	28.4	61.7	11.1	17.9	-1.8
<b>각 제도하 동일 상병 환자에 대한 상대적 진료 의향(0~200)</b>							
건강보험(=100)	-	-	-	-	-	-	-
자동차보험	78.7	41.0	52.2	70.1	16.2	23.1	-8.6
산재보험	84.0	42.0	50.0	80.8	20.1	24.9	-3.2



교통사고환자의 의료적 필요에 따른 의료 제공량에 대한 인식을 분석한 결과는 <표 3>과 같다. 1차 조사 응답자의 68.1%가 자동차보험의 경우 의료적 필요가 낮은 다수의 경증 환자에서 과다 제공이 이루어지고 의료적 필요가 높은 소수의

중증 환자에서 과소 제공이 이루어지고 있다고 평가하는 것으로 분석되었다. 이와 같은 평가는 2차 조사에서 13.6%포인트 더 높은 81.7%로 응답되어, 1차 조사와 유사한 경향을 보였다.

표 3. 자동차보험 환자의 의료적 필요와 의료 제공량

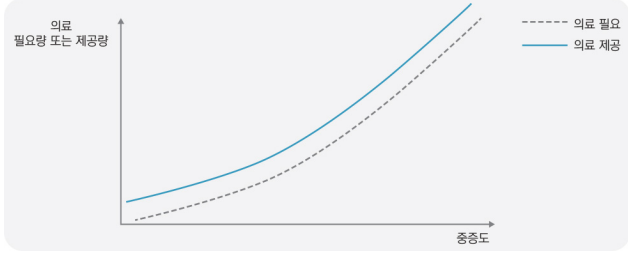
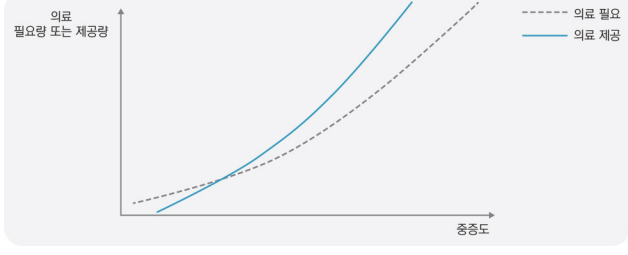
구분	1차(n=116) 비율(%)	2차(n=71) 비율(%)	증감 (%p)
<p>그림 ①: 중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료적 필요와 의료 제공량이 대체로 일치함</p> 	12.1	8.5	-3.6
<p>그림 ②: 중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료 제공량이 의료적 필요보다 더 많음(과다 제공)</p> 	4.3	2.8	-1.5
<p>그림 ③: 중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료 제공량이 의료적 필요보다 더 적음(과소 제공)</p> 	12.9	5.6	-7.3
<p>그림 ④: 의료적 필요가 낮은 다수 경증 환자에서는 과다 제공, 의료적 필요가 높은 소수 중증 환자에서는 과소 제공</p> 	68.1	81.7	13.6
<p>그림 ⑤: 의료적 필요가 낮은 일부 경증 환자에 존재하는 과소 제공 외 대체로 과다 제공</p> 	2.6	1.4	-1.2
전체	100.0	100.0	

표 4. 자동차보험 환자의 의료적 필요와 의료 제공량에 대한 의과와 한의과 간 임상 의 인식 차이

구분	의과			한의과		
	1차(n=93) 비율(%)	2차(n=57) 비율(%)	증감 (%p)	1차(n=23) 비율(%)	2차(n=14) 비율(%)	증감 (%p)
그림 ① <sup>1)</sup> : 중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료적 필요와 의료 공급량이 대체로 일치함	5.4	1.8	-3.6	39.1	35.7	-3.4
그림 ②: 중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료 공급량이 의료적 필요보다 더 많음(과다 제공)	2.2	1.8	-0.4	13.0	7.1	-5.9
그림 ③: 중증도 전 범위에 걸쳐 전반적으로 의료 공급량이 의료적 필요보다 더 적음(과소 제공)	11.8	1.8	-10.0	17.4	21.4	4.0
그림 ④: 의료적 필요가 낮은 다수 경증 환자에서는 과다 제공, 의료적 필요가 높은 소수 중증 환자에서는 과소 제공	77.4	93.0	15.6	30.4	35.7	5.3
그림 ⑤: 의료적 필요가 낮은 일부 경증 환자에 존재하는 과소 제공 외 대체로 과다 제공	3.2	1.8	-1.4	0.0	0.0	0.0
전체	100.0	100.0		100.0	100.0	

주: 1) <표 3>의 자동차보험 환자의 의료적 필요와 의료 제공량을 나타내는 그림을 의미함.

### 3. 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식 차이와 관련된 요인

자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식 차이와 관련된 세 요인, 즉 진료 분야, 자동차보험 중증 환자 진료 비율, 자동차보험 중증 환자 적정진료 제약 경험 여부를 선정하고 이들과의 연관성을 각각 분석하였다.

먼저 진료 분야에 따라 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식 차이를 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 의과의 경우 1차 조사에서 임상 의의 77.4%가 의료적 필요가 낮은 다수의 경증 환자에서 과다 제공이 이루어지고 의료적 필요가 높은 소수 중증 환자에서 과소 제공이 이루어지고 있다고 평가하였

다. 2차 조사 결과에서는 이보다 높은 93.0%로 나타났다. 반면에 한의과의 경우 1차 조사에서 중증도 전 범위에 걸쳐 의료적 필요와 의료 제공량이 대체로 일치한다는 의견(39.1%)이 가장 높은 것으로 나타나, 의과와 한의과 간 인식의 차이가 있는 것으로 나타났다. 2차 조사에서 한의과에서 경증 환자에서 과다 의료 제공, 중증 환자에서 과소 의료 제공이 발생하는 응답 비율이 소폭 증가하였으나, 그 비율은 35.7%에 그쳐 의과의 93.0%에 비해서는 여전히 큰 차이를 보였다.

다음으로, 자동차보험 중증 환자 진료 비율과 적정진료 저해 경험에 따라 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식 차이를 분석한 결과는 <표 5>와 같다. 자동차보험 중증 환자 진료 비율이 높을수록, 중증 환자 적정진료 저해 경험이 있는

표 5. 자동차보험 의료 제도의 전반적 우수성에 대한 중증 환자 진료 관련 특성별 차이<sup>1)</sup>

구분	자동차보험 의료 제도의 전반적 우수성	
	평균	표준편차
<b>자동차보험 중증 환자 진료 비율(n=116)</b>	55.9	18.4
40% 이상(n=38)	54.3	13.7
10% 이상~40% 미만(n=55)	55.0	21.6
10% 미만(n=23)	60.7	16.9
<b>자동차보험 중증 환자 적정진료 제공 제약 경험 여부(n=102)</b>	55.4	18.5
예(n=83)	53.1	18.3
아니오(n=19)	65.3	16.5

주: 1) 해당 문항은 1차 조사에서만 포함되어, 1차 조사 결과만을 활용하여 분석한 것임.

표 6. 자동차보험 중증 환자 걱정진료 제공의 제약 및 진료 기피 요인별 중요도

구분	1차	2차
	순위 <sup>1)</sup>	순위
<b>자동차보험 중증 환자 걱정진료 제공 제약 요인(1차: n=89, 2차: n=54)</b>		
자동차보험 환자에 대한 진료비 인정 항목에 대한 제약이 있어서	1	1
반복적인 진료비 삭감으로 진료 시 문제의 여지가 있는 진료를 제한하게 되어서	2	2
진료 항목에 포함되더라도 횟수 및 시간 등에 있어 제약이 있어서	3	3
진료비 심사가 진료현장의 상황을 고려하지 못한 채 이루어져서	4	4
비급여 진료에 대해 환자들이 본인부담을 통해 진료를 이용할 수 없어서 <sup>2)</sup>	5	5
기왕증 등 진료비 제외 대상의 예외 대상 기준이 명확하지 않아서	6	6
<b>자동차보험 중증 환자 진료 기피 요인(1차: n=20, 2차: n=9)</b>		
인정범위에 따라 진료를 제한하는 것이 어려워서	1	1
제한된 진료 항목으로 인해 환자들의 민원이 증가하여서	2	2
자동차보험의 심사 기준이 모호하고 일관적이지 않아서	3	3
삭감 이후 이의제기 시 번거로움이 발생하여서	3	3
타 보험 환자들에 비해 수익성이 낮아서	5	5

주: 1) 조사 응답자의 항목별 선택자수\*순위점수(1순위: 3점, 2순위: 2점, 3순위: 1점) 합산 결과

2) 건강보험 비급여 항목에 대해 자동차보험 진료수가에서 별도로 인정하지 않는 경우 환자가 직접 돈을 지불할 용의가 있더라도 진료를 이용할 수 없다는 것을 의미함.

경우에 자동차보험 의료 제도의 효과성을 평균적으로 더 낮게 평가하였다.

료 항목으로 인해 환자들의 민원이 증가하여서, ‘자동차보험의 심사 기준이 모호하고 일관적이지 않아서’로 나타났다. 2차 조사 결과는 1차 조사에서의 의견과 순위에서 일치하였다.

#### 4. 자동차보험 중증 환자 걱정진료 저해 요인

임상의들이 인식하는 자동차보험 중증 환자 진료의 적정성을 저해하는 요인의 중요도를 분석한 결과는 <표 6>과 같다. 먼저 중증 교통사고환자 진료 시 걱정진료를 제공하는 데 제약을 경험했다고 보고한 임상의 중에서 자동차보험 중증 환자 걱정진료 제공의 제약 요인으로 ‘자동차보험 환자에 대한 진료비 인정 항목에 대한 제약이 있어서’가 1순위로 나타났다. 2순위로 ‘반복적인 진료비 삭감으로 진료 시 문제의 여지가 있는 진료를 제한하게 되어서’, 3순위로 ‘진료 항목에 포함되더라도 횟수 및 시간 등에 있어 제약이 있어서’가 자동차보험 중증 환자 걱정진료 제공의 제약 요인으로 지적되었다. 2차 조사 결과는 1차 조사에 대한 결과와 순위 면에서 동일한 것으로 나타났다.

다음으로 중증 교통사고환자 진료 시 진료를 기피한 경험이 있다고 보고한 임상의 중에서 자동차보험 중증 환자 진료 기피 요인으로 ‘인정범위에 따라 진료를 제한하는 것이 어려워서’가 가장 높은 순위를 차지하였다. 그다음으로 ‘제한된 진

#### V. 고찰

이 연구는 자동차보험 의료 제도 효과성을 임상의의 인식을 통해 접근하기 위한 시도로서, 자동차보험 의료 제도의 전반적인 효과성에 대한 임상의의 인식을 기술하고 관련된 요인을 탐색하였다. 연구에 참여한 임상의들은 전반적으로 자동차보험 의료 제도의 효과성을 건강보험 및 산재보험에 비해 낮게 평가하였다. 또한 3분의 2 이상이 자동차보험 의료 제도는 의료적 필요가 낮은 다수의 경증 환자에서 과다 의료 제공이 이루어지고 정작 중증 환자에게는 과소 의료 제공이 이루어지는 것으로 인식하고 있었다. 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 인식은 한의과에 비해 의과에서, 자동차보험 중증 환자 진료 비율이 높을수록, 자동차보험 중증 환자 걱정진료 제약 경험이 있는 경우에 더 낮게 평가되었다. 자동차보험 중증 환자 진료 시 대다수가 적절한 진료 제공에 제약이 있다고 보고했으며 이는 주로 중증 환자에 대한 진료비 인정 항목의 제

한된 적용에 기인한 것으로 나타났다.

임상의들이 전반적으로 자동차보험 의료 제도의 효과성을 낮게 평가하고 특히 중증 환자 진료와의 관련성이 두드러지게 나타나는 이상의 결과는 직접적으로는 현행 자동차보험 진료수가 기준과 관련되어 있는 것으로 보인다. 현행 자동차보험 진료수가의 경우, 자동차보험 환자 특성으로 인하여 건강보험 기준 적용이 적절하지 않고 건강보험 기준과 달리 적용하는 사항에 대해서도 미흡한 측면이 있다(김선민, 유승윤, 김계현, 이재경, 심영주, 2006, p.78). 특히 자동차사고 중증 환자의 경우 외상성 뇌손상이나 척수손상 등 장기적인 재활치료를 요하는 데 비해 자동차보험 재활수가 항목이 제한적이다(이득로, 2002, p.68). 정부는 이에 대한 문제를 인지하고 2014년부터 중증 다발성 손상 자동차보험 환자를 대상으로 건강보험에서 보장하지 않는 집중재활치료를 시범적으로 운영하고 있으며, 완화된 기준과 별도의 수가를 추가로 받을 수 있도록 하였다. 그러나 자동차보험 시범재활수가는 국립교통재활병원에만 국한하여 적용되고 있어 여전히 중증 환자 진료에 제한이 있다. 또한, 자동차보험 진료수가에서 인정되는 건강보험 비급여에 대한 세부규정이 미비하여 갈등이 빈번하게 발생함에 따라 비급여 진료가 위축되고 있다(한국병원정책연구원, 2003, p.102). 이러한 자동차보험 진료수가의 제한된 적용으로 자동차보험 환자에 적정한 진료를 제공하는 데 제약이 있는 가운데, 자동차보험 환자에 대한 직불청구금지 기준은 자동차보험 환자의 진료를 더욱 제한하는 것으로 나타났다(정덕주, 2003, p.37). 결과적으로 자동차보험 의료 제도의 효과성에 대한 임상의들의 부정적인 인식은 중증 환자에 양질의 의료 제공을 제약함으로써 의료 전문성의 원칙을 제한하는 현행 기준과 관련하여 반복된 좌절의 결과로 판단된다(Kassirer, 1998, p.1543). 특히 의과의 경우 한의과에 비해 상대적으로 중증 환자 진료비율이 높아 진료 제약으로 인해 제도 효과에 대한 인식에 부정적인 영향을 미친 것으로 판단된다(송운아, 이소양, 2017, p.42). 따라서 자동차보험 의료 제도의 현행 문제점, 특히 중증 환자의 효과적 치료 보장 기능 미비를 보완하기 위해서 단기적으로는 자동차보험 중증 환자의 특성에 부합하는 수가 항목을 개발하고 현행 수가 기준을 정비할 필요가 있다.

진료수가 기준을 넘어 자동차보험 의료 제도가 효과적으로 기능을 발휘하지 못하는 더욱 근본적인 요인은 자동차보험 의료 제도의 관리구조의 문제이다. 위에서 기술한 진료수가 기

준의 미비는 그러한 관리구조의 문제점이 낳은 하나의 결과로 보는 것이 적절할 것이다. 자동차사고 발생으로 인한 신체의 손상에 대한 문제는 매우 복잡하고 전문적인 지식과 많은 경험이 요구되며, 의료 제공자를 제도의 주요한 행위자로 포함하고 있다. 그러나 자동차보험 주무 부처인 국토교통부는 의료적 분야에 대한 전문적 지식 및 관심이 부족하고, 손해보험 전체를 담당하는 금융위원회와 업무 중복에 따른 관할과 책임 소재가 모호한 문제가 있다(김창호, 2020, p.38). 더욱이 다수의 민간 손해보험회사가 자동차보험을 관리·운영하고 심사만 별도로 건강보험심사평가원에 위탁하여, 자동차보험 의료 제도를 전담하여 관리해 나갈 수 있는 체계를 갖추지 못하였다. 국토교통부 산하에 의료기관과 보험회사가 협의하여 구성한 자동차보험진료수가분쟁심의회라는 진료수가 기준을 심의하는 기구를 두고 있으나, 위원회 구성, 논의의 투명성, 심의로 한정된 권한 문제 등의 문제로, 자동차보험 진료수가 기준의 지속적 개선을 포함한 의료 제도로서의 발전이 어려운 구조이다(여나금, 2019, pp.64-65). 즉, 현재의 자동차보험의 관리 구조하에서는 경제적 손실 배상 성격 외에 신체적, 의료적 문제를 다루는 제도로서의 성격이 극히 미비하며, 무엇보다 정보의 되먹임 기전이 작동하는 제도의 진화가 이루어지기 어렵다. 자동차사고로 인한 신체장애뿐만 아니라 치료 후에 남을 수 있는 후유증을 감소시키기 위해 조기에 적극적인 치료적 개입과 재활이 이루어질 수 있도록 자동차보험을 의료 제도로서 적극적으로 인식하는 것이 필요하다. 보건복지부는 2022년 12월에 건강보험, 의료급여, 산재보험, 보훈과 더불어 자동차보험 제도를 포괄하는 공적 의료보장 제도 간 협의 체계를 마련할 계획을 발표하였다(보건복지부, 2022). 현재까지는 주로 비급여 의료서비스 관리에 논의의 초점이 맞추어져 있으나 그러한 협의 체계의 제안 사실 자체가 자동차보험이 하나의 의료 제도로서 관리될 필요성이 있음을 시사하는 근거이다. 물론 자동차보험이 단순히 인적 손해배상 보장 기능을 포함하고 있다고 해서 건강보험 등 의료에 관한 다른 재정기전과 동일한 제도적 운영 원리에 기초해야 한다고 보기는 어렵다. 그렇지만, 자동차사고 환자의 치료와 재활이 건강보험 등과는 완전히 독립적인 자동차보험 제도를 통해 이루어진다는 점에서 손해배상 보장 기능에 국한하지 않고 환자의 건강을 보장하는 의료 제도의 관점에서 조명해야 할 필요성이 있다. 의료 제도의 관점에 입각하면 자동차보험에서도 일반적인 건강 관련 보험 제도가 갖추어야 할 구매(purchasing) 기능, 즉 급여

설정, 의료기관 지정, 진료비 지불, 진료비 심사 및 질 평가가 중요한 과제로 부각되고, 동시에 그러한 기능을 적절하게 수행할 책임관리구조가 요청된다. 따라서 장기적인 과제는 의료 제도의 관점에서 이러한 기능을 강화하고 그 기능이 원활하게 작동할 수 있는 구조를 마련하는 것이다.

이 연구는 다음과 같은 제한점이 있으므로 결과의 해석에서 주의가 필요하다. 첫째, 이 연구에서 사용된 설문 타당도와 신뢰도는 설문의 개발 및 결과 분석 단계에서 질적으로 검토되었으나, 통계적 방법을 사용하여 검증되지는 못했다. 둘째, 의도적 표본추출 및 눈덩이 표본추출 방법을 통해 모집하였기 때문에 이 연구의 참여자들이 전체 자동차보험 진료 임상의를 대표한다고 보기는 어렵다. 셋째, 임상의의 인식을 계량화한 이 연구의 결과는 답변의 주관성과 응답자가 설문조사의 취지를 예상하여 기대되는 방향으로 응답하였을 가능성 등 조사 연구의 일반적인 제한점에서 자유로울 수 없다. 넷째, 자동차보험 의료 제도의 효과성을 임상의의 인식을 통해 접근하고자 하였는데 임상의의 관점이 유일한 또는 언제나 최선의 관점이라고 볼 수는 없다. 향후 환자의 평가와 보험 및 의료 제도 전문가 관점의 평가 역시 필요할 것이다. 다만 환자의 경우 의료 제도를 포괄적으로 평가하는 데 어려움이 있는 것으로 알려져 있으며(Grumbach, Osmond, Vranizan, Jaffe & Bindman, 1998, p.1516; Lee, Delene, Bunda & Kim, 2000, p.234), 자동차보험과 같이 복잡한 제도에 대해서는 그 어려움이 가중된다. 앞으로 다양한 관점과 방법으로 자동차보험 의료 제도에 대한 추가 연구가 이루어질 필요가 있다. 특히 의료이용 자료 등을 활용하여 이 연구에서 나타난 과다 및 과소 제공의 양상과 규모, 관련 특성을 파악하는 것이 중요할 것이다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 이 연구는 자동차보험 의료 제도의 효과성을 임상의의 인식을 통해 포괄적으로 기술하고 관련 요인을 탐색한 최초의 연구라는 점에서 의의가 있다. 국내에서 이루어진 기존 연구는 대체로 자동차보험 의료 제도에 대한 문제점과 개선방안을 정책적으로 제시하는 연구가 주를 이루었으나 자동차보험 의료 제도의 전반적 효과성을 연구 대상으로 삼은 연구는 거의 없었다. 이 연구에서 진료 현장의 임상의를 통해 자동차보험 의료 제도의 전반적 효과성에 접근

하고자 한 시도가 갖는 의의는 단지 방법론적인 측면에 국한되지 않는다. 임상의의 인식은 단지 자동차보험 의료 제도의 효과성을 반영하는 것에 그치지 않고 그들의 진료 행태에도 영향을 미칠 수 있다. 이 연구의 결과에서 드러난 중증 환자에 대한 기피 가능성은 그러한 부정적 영향의 일면이다. 즉, 자동차보험 의료 제도에서 진료 제공에 핵심적인 역할을 맡고 있는 임상의의 인식을 파악하는 것이 중요하다는 점에서도 이 연구는 의의가 있다(Hojat et al., 2000, p.469). 또한 이 연구는 자동차보험 의료 제도의 효과성을 저해하는 문제점으로 중증 환자의 과소진료라는, 기존의 정책 논의에서 잘 다루어지지 못한 문제를 탐구하였다는 점에서도 의의를 지닌다. 전체적으로 이 연구는 향후 자동차보험을 의료 제도라는 관점에서 연구해야 할 필요성을 제기하였다는 의의가 있다.

결론적으로, 이 연구는 진료 현장의 임상의의 인식을 통하여 자동차보험이 의료적 필요를 충족시키는 제도로서의 효과성 면에서 건강보험과 산재보험에 비해 낮은 수준이며, 이와 같은 효과성 인식은 중증 환자에 대한 적정 진료 제공의 제약과 관련되어 있다는 결과를 보였다. 자동차보험 의료 제도의 효과성을 향상하고 특히 중증 교통사고 환자들의 적정진료 보장을 위해, 단기적으로는 수가 기준의 개선이 필요하며, 장기적으로는 의료 제도의 관점에서 효과적인 구매 기능 수행과 적절한 책임관리구조가 요청된다.

박지선은 서울대학교 보건대학원에서 보건학 석사학위를 받았으며, 서울대학교 의과대학원에서 의료관리학 전공으로 박사과정 중이다. 주요 관심 분야는 보건의료경제학, 의료의 질과 가치이다.  
(E-mail: parkjs8957@naver.com)

현은혜는 부산대학교 한의학전문대학원에서 한의학 박사학위를 받았으며, 서울대학교 의학연구원 의료관리학연구소에서 박사후과정 중이다. 주요 관심 분야는 의료이용, 의료 정책 개발과 성과 평가이다.  
(E-mail: eunlove0321@gmail.com)

도영경은 서울대학교에서 의학과 보건학을, 미국 노스캐롤라이나대학에서 보건정책학과 보건경제학을 공부하였으며, 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 교수로 재직 중이다. 한국의료를 제도와 행위자의 상호작용과 순환적, 누적적 인과성으로 설명하는 데 관심이 있으며, 의료의 관계성을 이론화하고 의료 체계에서 개선하는 데 기여하고자 한다. 최근 수행해 온 연구로는 건강통계 이해력, 위험 의사소통, 의학적 의사결정, 환자중심의료, 일차의료 만성질환관리에 관한 연구가 있다.  
(E-mail: ykdo89@snu.ac.kr)

참고문헌

관계부처 합동. (2021. 9. 30.). 자동차보험 제도개선을 통해 국민의 보험료 부담을 낮추는 한편, 생활 속 보장을 강화하여 국민 권익 보호도 확대하겠습니다(보도자료). <https://www.fsc.go.kr/index>에서 2023. 4. 20. 인출.

김선민, 유승윤, 김계현, 이재경, 심영주. (2006). 현행 자동차보험제도의 문제점 및 개선방안-의료영역을 중심으로. *대한의사협회 의료정책연구소*, 4, pp.65-84.

김창호 (2020). 자동차보험 한방진료의 현황과 개선과제. *국회입법조사처*.

나춘균. (2011). 자동차보험 진료수가 및 심사제도 개편방안 적정한가? *의료정책포럼*, 9(3), pp.87-92.

도영경, 김한결, 최윤정, 이예슬, 이창우, 구본미 등. (2021). 자동차보험 진료 수가 체계 및 제도 개선 연구(1차년도). 국립교통재활병원.

도영경, 김한결, 박지선, 이예슬, 최윤정. (2022). 자동차보험 진료 수가 체계 및 제도 개선 연구(2차년도). 국립교통재활병원.

박재산, 김은영, 박소희, 곽미숙, 김지은. (2019). 자동차보험 진료수가 결정체계 마련 연구. 한국보건산업진흥원.

보건복지부. (2022. 12. 16.). 공적 의료보장 체계 발전을 위한 '제1차 의료보장 발전 포럼' 개최(12. 16.). <https://www.mohw.go.kr/react/index.jsp>에서 2023. 4. 20. 인출.

송운아, 이소양. (2017). 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안. *보험연구원*.

심성호, 천성수, 윤미은. (2016). 치과자동차보험 보철수가제도에 관한 치과 의료공급자의 인식도 및 적정성방안에 관한 연구. *한국치위생학회지*, 16(4), pp.531-538.

여나금, 신현웅, 민인순, 김상호, 정형선, 박정훈 등. (2019). 포괄적 의료보장 관리체계 도입방안 연구. 한국보건사회연구원.

이경룡. (2020). *보험학원론(2판)*. 서울: 영지문화사

이득로. (2002). 자동차보험 진료수가체계의 문제점과 개선방안. 석사학위논문, 연세대학교

이용균. (2004). 자동차보험 수가체계와 제도개선 연구. *대한병원협회지*, 33(1), pp.111-120.

이자호 (2022). 국립교통재활병원 연구소의 연구 현황과 방향. 2022 국립교통재활병원 자동차사고 재해연구 심포지엄 발표자료. 국립교통재활병원. pp.9-34.

이정찬, 오수현, 박정훈. (2021). 자동차보험 한방진료의 현황과 문제점. *의료정책연구소*

정덕주. (2003). 자동차보험 의료 제도 개선방안에 관한 연구. 석사학위논문, 연세대학교

정정일. (2013). 자동차보험진료수가 심사위탁에 관한 소고-자배법 제 12 조의 2를 중심으로. *원광법학*, 29(2), pp.7-30.

조규성. (2010). 자동차보험 진료수가제도의 적정화 방안에 관한 연구. *법학연구*, 51(2), pp.393-427.

한국병원정책연구원. (2003). 자동차 보험수가 체계 개선. *동 연구원*.

홍정룡. (2005). 자동차보험과 건강보험의 심사평가체계 일원화에 대하여. *대한병원협회지*, 34(2), pp.57-66.

Gazewood, J. D., Longo, D. R., & Madsen, R. (2000). Physician Satisfaction with Medicaid Managed Care. *Journal of Family Practice*, 49(1), pp.20-26.

Grumbach, K., Osmond, D., Vranizan, K., Jaffe, D., & Bindman, A. B. (1998). Primary care physicians' experience of financial incentives in managed-care systems. *New England Journal of Medicine*, 339(21), pp.1516-1521.

Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J. J., Louis, D. Z., Nasca, T. J. et al. (2000). Physicians' perceptions of the changing health care system: Comparisons by gender and specialties. *Journal of Community Health*, 25, pp.455-471.

Kassirer, J. P. (1998). Doctor discontent. *New England Journal of Medicine*, 339(21), pp.1543-1545.

Lee, H., Delene, L. M., Bunda, M. A., & Kim, C. (2000). Methods of measuring health-care service quality. *Journal of Business Research*, 48(3), pp.233-246.

Ortiz-Prado, E., Fors, M., Henriquez-Trujillo, A. R., Cevallos-Sierra, G. H., Barreto-Grimaldos, A., Simbaña-Rivera, K. et al. (2019). Attitudes and perceptions of medical doctors towards the local health system: a questionnaire survey in Ecuador. *BMC health services research*, 19(1), pp.1-13.

Reschovsky, Reed, Blumenthal, & Landon. (2001). Physicians' assessments of their ability to provide high-quality care in a changing health care system. *Medical Care*, 39(3), pp.254-269.

Santana, I. R., Mason, A., Gutacker, N., Kasteridis, P., Santos, R., & Rice, N. (2023). Need, demand, supply in health care: working definitions, and their implications for defining access. *Health Economics, Policy and Law*, 18(1), pp.1-13.

World Health Organization (WHO). (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. Geneva: WHO.

# Clinicians' Perceptions of the Car Insurance Medical System

Park, Jisun<sup>1</sup> | Hyun, Eunhye<sup>1</sup> | Do, Young Kyung<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Seoul National University

## Abstract

While car insurance primarily serves as a system designed to compensate for casualties and property damages resulting from road traffic accidents, it also encompasses features of a medical system, providing coverage for medical expenses incurred by road traffic injury patients. This study aimed to describe clinicians' perceptions of the institutional effectiveness of the car insurance medical system in treating patients with road traffic injuries and explore factors associated with perceived effectiveness. A total of 145 clinicians from seven medical specialties were initially contacted. In the first survey conducted in 2021, 128 clinicians participated, and in the second survey conducted in 2022, 76 participated again. Clinicians, overall, rated the institutional effectiveness of the car insurance medical system lower than that of National Health Insurance and Workers' Compensation Insurance. Of the five patterns of care provision presented, 'overprovision among most, non-severe patients with low care needs and underprovision among a small proportion of severe patients with high care needs' was chosen as the dominant pattern under the current car insurance medical system by more than two-thirds of the survey participants. Furthermore, approximately eighty percent of clinicians reported facing barriers to providing appropriate care for severe road traffic injury patients, largely due to the restricted application of covered services. The perceived institutional effectiveness of the car insurance medical system varied based on specialty, the proportion of severe road traffic injury patients regularly seen, and limitations on appropriate care provision for this patient group. Taken together, these results indicate the need to actively recognize car insurance as a medical system, going beyond its conventional role of providing compensation, and to improve its institutional effectiveness.

**Keywords:** Car Insurance, Institutional Effectiveness, Clinicians, Perception