

진료비 심사 일원화와 공보험 수가체계 개선



김진현 교수
서울대학교 간호학대학

1. 진료비 심사 일원화의 의의

대부분의 선진국은 공적 보험의 진료비 심사가 건강보험으로 일원화되어 있다. 산재보험 및 자동차보험도 진료비는 병원이 건강보험에 청구하며, 건강보험이 심사 결정하여 병원에 진료비를 지급한 후 산재보험이나 자동차보험과 사후 정산하는 제도를 가지고 있다. 자동차보험은 민간보험회사가 운영하고 있지만, 책임보험은 강제보험이기 때문에 사회보험이나 마찬가지로 인대 국가차원의 체계적인 관리가 없다보니 과도한 사회적 비용과 소비자 피해가 적지 않았다.

선진국에서는 산업재해나 자동차 사고 시 먼저 환자부터 치료하고, 치료비는 오로지 보험자 사이에서 해결되므로 병원과 환자는 치료비에 대해 전혀 걱정할 필요가 없다. 자동차보험 및 산재보험의 진료수가도 건강보험과 동일하고, 모든 진료비는 건강보험에서 심사를 담당한다.

그러나 우리나라 자동차보험 및 산재보험의 진료비는 그동안 건강보험과 별개로 운영되다 보니 보험회사별로 심사기준 적용 등이 상이하여 의료기관과 분쟁이 많다. 게다가 치료비도 건강보험보다 비싸고, 일부 의료기관과 환자의 도덕적 해이에서 기인된 이른바 나이롱환자가 적지 않아 다른 나라에 비해 입원율이 몇 배나 높고, 입원일수도 건강보험에 비해 길다. 이러한 현상은 결과적으로 불필요한 지출이 늘어 산재나 자동차 보험의 보험료 인상으로 이어지고 있다. 병원과 환자의 도덕적 해이는 진짜 치료를 받아야 하는 환자가 제대

로 치료를 받지 못하는 피해를 가져오기도 한다. 또한 진료비 심사제도의 분리로 인해 의료기관이 자동차사고 환자의 진료비를 건강보험에 이중으로 청구하는 금액이 연간 400억원에 달하고, 민간보험사기에 의한 건강보험 진료비 지급액도 연간 1,600억원에 달하고 있다.

공적 보험과 민간보험 간에 진료수가체계의 구조와 관리주체, 급여기준, 심사제도 등이 상이하여 동일한 환자, 동일한 진료행위에 대해 수가와 급여기준이 다르게 적용되고 있어 소비자, 보험자, 의료공급자 사이에 진료비의 부담범위와 부담주체를 둘러싼 분쟁과 갈등이 수 십 년간 지속되어왔다. 특히, 현행 자동차보험 및 산재보험의 진료수가체계는 건강보험 수가체계를 기본적으로 적용하고 있으나 예외조항이 적지 않고, 비급여 수가에 대해서는 적용 기준이 모호하여 항상 갈등의 원인을 제공해왔다.

그런데 우리나라에 자동차보험이 도입된 지 50년 만인 2013년부터 자동차보험의 진료비 심사를 건강보험심사평가원(이하 심평원)이 맡게 되었다. 그동안 민간보험회사가 각기 다르게 운영해오던 자동차보험의 진료비 심사를 2013년 7월부터 건강보험에 위탁심사하게 되어 비로소 국가차원에서 진료비 심사체계가 선진국형으로 도약하는 발판을 마련하게 되었다.

국민권익위원회는 수년전에 복지부가 관장하는 건강보험, 국토교통부가 관장하는 자동차보험, 고용노동부가 관장하는 산재보험의 다원화된 진료비 체계로 인해 소비자 피해와 과도한 의료비 지출, 진료비 부당청구와 도덕적 해이가 발생하고 있음을 파악하고, 이로 인한 사회적 부패를 막기 위해 자동차보험과 산재보험의 진료수가체계를 건강보험으로 일원화할 것을 권고하였다. 이에 따라 자동차보험의 진료비 심사는 심평원에 위탁하게 되었고, 산재보험은 아직 자체적으로 심사를 수행하고 있다.

국가보훈처는 몇 년 전부터 보훈진료비 심사를 건강보험에 위탁하여 연간 15% 내외의 진료비를 절감하는 것으로 알려져 있다. 이번에 국토교통부가 자동차보험의 진료비 심사를 심평원에 넘기기로 한 것은 복지부, 금융위원회, 국토부 등 6개 부처 간 벽허물기의 모범사례이다. 이렇게 간단한 변화를 통해 국민들에게 엄청난 이익을 가져다줄 수 있음을 보여준 개혁 조치이다.

심평원은 연간 40조원에 달하는 건강보험 진료비의 심사를 전담하는 기구로서 의료급여 진료비와 보훈병원의 진료비 심사도 담당하고 있다. 수백 명의 의료전문가들이 각 전문 분야별로 의료이용의 적정성, 의료비 부담의 합리성, 지출의 효율성을 심사하여 국민들이 납부한 보험료가 헛되이 지출되지 않고, 필요한 곳에 적절하게 사용되도록 유도하는 기능을 담당하고 있다.

국민의료비 심사체계가 심평원으로 일원화되면 불필요한 비용이 상당부분 절감되어 소비자 부담 감소, 자동차 보험료 및 산재보험료의 인하, 건강보험 재정누수 방지의 효과가 나

타난다. 또한 심사체계의 일원화로 인해 보험종류와 관계없이 환자와 의료기관의 건전한 진료풍토 정착을 기대할 수 있을 것이며, 특히 국가의료비 배분의 효율성이 높아지고, 국민의 의료접근권과 치료보장성이 선진국 수준으로 개선될 것으로 기대한다.

2. 외국의 진료비 심사 일원화와 진료수가 체계

대부분의 선진국은 자동차보험 및 산재보험의 진료비 심사가 건강보험으로 일원화되어 있다. 환자는 우선 진료를 받고, 병원은 건강보험에 진료비를 청구하며, 건강보험이 심사 결정하여 병원에 진료비를 지급한 후 자동차보험 혹은 산재보험과 사후 정산하는 제도이다. 따라서 환자에 대한 의료서비스와 요양기관의 진료비 지급을 제도적으로 보장하고 있다. 진료비 심사는 의료적 전문성에 기초하여 의학적 기준으로 수행한다. 이하에서는 우리나라와 건강보험체계가 유사한 독일 및 이탈리아를 중심으로 자동차보험 진료비 심사체계를 살펴보고자 한다. 나아가 산재보험도 이에 준하여 이해하면 될 것으로 판단된다.

가. 진료비 심사의 일원화

독일에서 자동차 사고로 치료를 받게 되면, 병원은 모든 치료비를 건강보험조합으로 청구하고, 건강보험조합은 병원에 모든 치료비를 지급한다. 차후에 건강보험조합과 자동차보험회사 사이에 미리 정해진 규정에 의해 치료비의 정산이 이루어진다. 이탈리아에서는 아예 자동차보험료 영수증에 치료비에 해당되는 비율이 인쇄되어 있다. 해당 금액을 자동차보험회사가 건강보험으로 이체시켜주면, 자동차 사고 치료비는 모두 건강보험이 책임지게 되고, 자동차보험회사는 차량과 대인배상만 책임지면 된다.

1) 독일

교통사고 치료비는 먼저 건강보험이 의료기관에 지불하고, 건강보험은 자동차보험회사에 청구한다. 건강보험은 교통사고 환자도 다른 환자의 경우와 같이 심사한다. 건강보험이나 다른 보험자가 보상하지 않는 치료비는 자동차보험에서 지불한다(그림 1). 교통사고로 인한 상해의 청구는 피해자가 하는 것이지만, 치료비를 건강보험에서 지급해야 하는 경우가 발생하면, 피해자의 건강보험조합은 청구주체로서 자동차보험에서 상환을 받게 되는 방식이다. 이때, 건강보험환자와 자동차보험환자의 치료내용에서 아무런 차이가 없고, 자동차사고로 인한 질병인지 일반 질병인지는 치료에 중요하지 않으며, 진료수가도 동일하게 적용된다(건

강보험심사평가원, 2005). 의사는 건강보험으로부터 기왕증을 포함한 모든 진료비를 지불 받는다. 의사와 자동차보험 간에는 직접 지불관계가 아니므로, 의사와 자동차보험 간에 분쟁은 생기지 않는다(건강보험심사평가원, 2009).

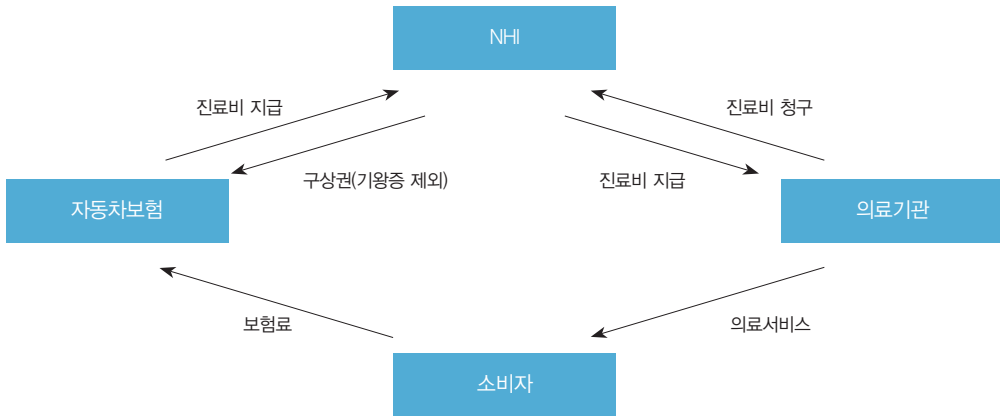


그림 1. 독일의 건강보험과 자동차보험의 관계

2) 이탈리아

자동차보험료의 일정 비율을 치료비 명목으로 설정하여 건강보험으로 이전시켜주고, 자동차보험환자의 치료비를 건강보험에서 담당하는 방식이다(그림 2). 자동차보험의 진료비는 건강보험으로 통합되어 있으므로, 의료기관에서 자동차사고 환자와 건강보험 환자를 구분하지 않는다. 일반적으로, 자동차보험회사는 지방정부 건강보험에 일정액을 납부하며, 해당 금액은 지방정부에서 병원으로 지불된다. 건강보험에서는 교통사고환자를 동등하게 진료하므로, 자동차보험만의 별도 수가체계나 심사체계를 가지고 있지 않다(건강보험심사평가원, 2009).

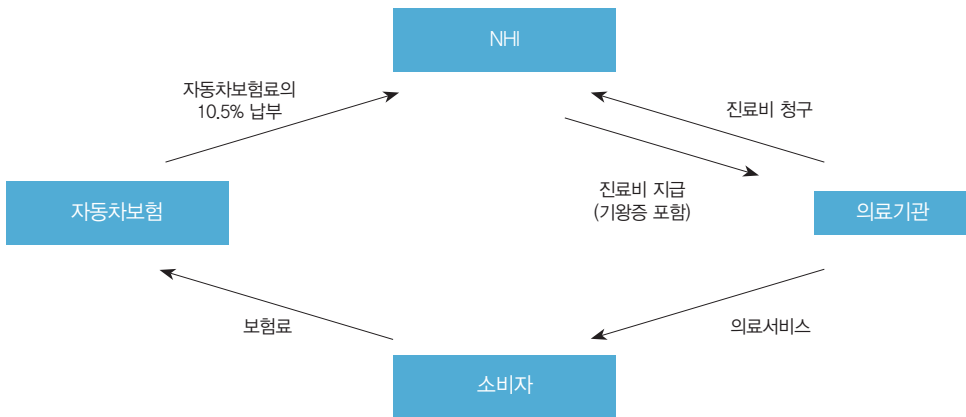


그림 2. 이탈리아의 건강보험과 자동차보험 간의 관계

나. 진료수가체계

주요 선진국의 산재보험과 자동차보험의 진료수가체계는 건강보험의 수가체계를 그대로 따르고 있다. 건강보장제도를 실시하고 있는 국가에서는 공적 보험 간에 서로 다른 수가체계를 갖고 있지 않다. 진료비에 관해서는 그 원인이 무엇이든 모두 건강보험 수가체계를 따르게 되어 있다(건강보험심사평가원, 2009). 선진국에서는 역사적으로 건강보험이 먼저 도입된 이후 자동차보험이 도입되었기 때문에 건강보험의 진료수가체계가 자동차보험에 그대로 적용되었으나, 우리나라에서는 자동차보험이 먼저 도입되어 자동차보험 진료수가체계가 형성된 이후에 건강보험 수가체계가 들어왔기 때문에 두 보험의 수가체계가 상이하게 발전되어 왔다.

표 1. 외국 자동차보험 진료수가체계

구분	국가보건서비스 (National Health Service)	국민건강보험 (National Health Insurance)
주요 국가	스웨덴, 이탈리아, 영국, 캐나다	독일, 오스트리아, 일본, 프랑스
진료수가체계	일원화	일원화 (일본: 건보의 140% 적용)
급여범위 및 기준	일원화 (사전승인을 한 경우 비급여 가능)	
기왕증 진료비	일원화로 해결 (주치의의 최초 판정에 따름)	

주. 건강보험심사평가원(2009)의 자료를 재구성하였다.

3. 자동차보험 및 산재보험의 수가체계와 문제점

가. 수가체계

1) 수가구조

현행 자동차보험 및 산재보험의 진료수가체계는 기본적으로 건강보험 급여수가체계를 적용하고, 건강보험 비급여 수가에 대해서는 산재보험 급여수가체계를 준용하며, 나머지 비급여 수가에 대해서는 특별한 기준 없이 의료기관과 보험자간에 임의로 결정되고 있다. 건강보험 급여수가를 자동차보험에 적용할 경우에도 예외 조항이 있는 바, 자동차보험 진료수가 기준의 '별표1'에 의해 건강보험수가 기준보다 완화된 기준을 적용하고 있다. 또한 산재보험 수가를 자동차보험환자에게 적용할 경우에도 예외 조항이 있는 바, 자동차보험 진료수가 기준의 '별표2'에 의해 산재보험수가 기준보다 완화된 기준을 적용하고 있다.

표 2. 보험종류별 수가체계 비교

건강보험	산재보험	자동차보험	여의
급여 항목	건보수가	건보수가	별표1
비급여 항목	산재수가	산재수가	별표2
비보험 항목	산재수가	자보수가	별표2

2) 의료기관종별 가산율

자동차보험 및 산재보험은 건강보험과 비교할 때 의료기관종별 가산율 체계가 상대적으로 더 높게 설정되어 있어서 의료기관의 도덕적 해이를 조장하는 요인의 하나로 작용하고 있는 바, 허위·과잉 진료를 부추기는 원인의 하나로 인식되고 있다(국민권익위원회, 2009). 즉, 높은 가산율로 인해 의료기관의 입장에서 높은 수입을 올릴 수 있으며, 환자 측에서도 장기입원을 통해 더 많은 피해보상금을 받을 수 있으므로, 입원율이 높고 장기화되는 경향이 있다. 자동차보험의 경우 약물치료나 물리치료 위주로 행해지는 경상환자가 96%를 차지하고 있음에도 불구하고, 13,751개 병원은 건강보험 종별 가산율에 최대 1.5배를 가산하여 적용하고 있는 것으로 나타났다.

표 3. 요양기관 종별 진료수가 가산율 비교

구분	건강보험	산재보험		자동차보험
		지정병원	산재의료원	
상급종합	30%	45%	-	45%
종합병원	25%	37%	45%	37%
병원	20%	21%	37%	21%
의원	15%	15%	-	15%

3) 입원료 체감률

자동차보험 및 산재보험은 건강보험과 입원료 체감률 체계가 상이하여 환자의 입원일수를 증가시켜 불필요한 요양급여를 발생시킬 우려가 있다. 건강보험과 의료급여는 체감률을 요양기관 종별 구분 없이 적용하여 입원기간에 따라 차등을 주어 체감하고 있는데, 입원초기(급성기)에 비하여 입원이 장기화될수록 환자관리에 투입되는 의료행위(수술, 처치 등)의 양이 줄어들기 때문에 이에 대한 원가 등을 고려하여 입원료 체감률을 적용하고 있는 것이다.

표 4. 요양기관 종류별 입원료 체감률 비교

구분	건강보험	산재보험	자동차보험
상급종합	<ul style="list-style-type: none"> 1-15일: 100% 16-30일: 90% 31일 초과: 85% 	<ul style="list-style-type: none"> 입원기간 관계없이 135% 	<ul style="list-style-type: none"> 입원기간 관계없이 135%
종합병원	<ul style="list-style-type: none"> 1-15일: 100% 16-30일: 90% 31일 초과: 85% 	<ul style="list-style-type: none"> 입원기간 관계없이 100% 	<ul style="list-style-type: none"> 입원기간 관계없이 100%
병원	<ul style="list-style-type: none"> 1-15일: 100% 16-30일: 90% 31일 초과: 85% 	<ul style="list-style-type: none"> 1-50일: 100% 51-150일: 90% 151일 이상: 85% 	<ul style="list-style-type: none"> 1-50일: 100% 51-150일: 90% 151일 이상: 85%

주. 건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수(보건복지부 고시) 자동차보험진료수가에 관한 기준(국토해양부 고시)을 재구성하였다.

그러나 자동차보험 및 산재보험은 환자가 완치될 때까지 충분한 진료를 받아야 한다는 이유로 건강보험에 비하여 체감률을 적게 적용하거나 적용하지 않고 있다. 예컨대, 상급종합병원의 경우 입원료 체감률을 적용하지 않을 뿐만 아니라 입원료에 병원관리료가 이미 계상되어 있음에도, 병원관리료를 100% 가산하여 지급하고 있다. 또한 병·의원의 경우 건강보험과 동일하게 입원료 체감률을 적용하고 있으나, 종합병원의 경우 입원료 체감률을 적용하지 않고 입원료를 100% 적용하고 있다.

나. 문제점

1) 도덕적 해이에 의한 과도한 입원율과 장기입원

자동차보험 및 산재보험의 불합리한 가산율과 입원료 체감률은 병원 수익으로 직결되어 장기입원을 권유하거나 허위·과잉진료로 연결될 소지가 많은 것으로 알려져 있다. 상급종합병원 등 대형병원은 병상회전율을 높이기 위하여 자보험자와 산재환자에 대해 수술 후 퇴원 및 전원을 적극 권유하는 반면, 중소형 규모의 병·의원은 안정적인 수익 확보를 위하여 장기입원을 조장하는 경향이 있을 수 있다.

국토해양부(2008)의 교통사고 장기입원환자 진료비 분석 결과에 따르면, 요양기관 종별 가산율(0.2-3.4%)보다 입원료 체감률(19.5-3.3%)이 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 이는 입원료 체감률을 건강보험보다 느슨하게 적용함으로써 상대적으로 더 많은 진료비 지출이 발생하는 것으로 평가되었다. 한편, 종별가산율과 입원료 체감률을 통합한 경우 진료비가 3.5-22.9% 증가하는 것으로 분석되었는데, 이는 건강보험과는 다른 종별 가산율과 입원료 체감률 적용으로 진료비 증가가 발생하고 있음을 의미한다.

예컨대, 우리나라의 경우 교통사고 피해자의 96%는 경상자인데도 10명 중 7명 이상이 병원에 입원하는 반면, 일본의 경우에는 10명중 0.9명만이 입원하고 있는 것으로 나타나, 교통사고환자의 입원율은 우리나라가 일본에 비해 8.5배가 높은 것으로 나타나고 있다(보험개발원, 2008; 대한손해보험협회, 2007). 상당수의 자동차보험 경상 입원환자는 입원 중 빈번한 외출, 외박, 음주 등 부재환자의 비율이 높은 것으로 조사되었는데, 2007년도 교통사고 부재환자 점검 결과 14.6%가 부재하고 있는 것으로 확인되었다(대한손해보험협회, 2009).

2) 비합리적인 비급여 수가

건강보험의 비급여 수가는 공신력 있는 기관에 의한 객관적인 원가분석 없이 요양기관이 시도 또는 시군구에 임의로 신고한 가격으로 청구되고 있으며, 이로 인해 비급여 항목 수가의 적정성에 대한 논란이 자동차보험 및 산재보험에서도 지속되고 있다. 현재까지 건강보험 비급여 가격의 적정성에 대해서는 어떠한 검증도 이루어지지 않은 상황이며, 수가를 관리하고 결정하기 위한 절차와 방법을 규정한 법규도 부재한 상태이다. 그동안 건강보험 급여수가에 대해서는 연구가 적지 않게 수행되어 있음에도 불구하고 이러한 논란이 있음을 고려해 볼 때, 제대로 된 연구가 한 번도 수행된 적이 없는 비급여 수가에 대해서는 논란이 발생하는 것은 당연하다 할 것이다. 동일 지역, 동일 규모의 병원 간에도 각 비급여 항목의 진료비가 상이하여 혼란을 초래할 뿐만 아니라, 의료기관은 이를 이용해 과잉진료 및 과잉청구를 할 가능성이 있다(국토해양부, 2008).

3) 허위·부당청구 적발 및 관련 제도 미흡

2007년 11월 보험개발원이 보험사기 규모를 추정한 결과를 살펴보면, 자동차 보험사기는 7,328억원(대인 3,711억원, 대물 3,617억원) 규모로 추정하고 있으며, 대인배상액 중 진료비 허위·부당청구액은 1,784억원으로 추정하고 있어, 자동차 보험의 경우 부당청구 추정액에 비해 적발 금액이 매우 적은 형편이다. 이는 보험사의 현지조사 권한부재뿐 아니라, 관계 당국과 진행되는 조사의 상시성의 저하가 원인으로 판단된다. 또한 보험제도별 허위 부당 가능성이 높은 의료기관에 대한 정보공유와 연계를 통한 현지조사 등을 통해 적발가능성을 높일 수 있음에도 불구하고, 실제로 운영되지 못하고 있다. 보험 간 정보 공유는 기왕증, 보험금 및 요양급여 지급여부, 사고피해자, 이증취업 등의 적발도 용의하게 할 수 있다.

4. 심사 일원화를 통한 진료수가체계의 일원화

가. 입원률 및 장기입원 관리

상병별 입원진료지침을 만들어 자동차보험 및 산재보험의 입원율과 장기입원일수를 관리할 필요가 있다. 예컨대, 상병별 입원진료지침을 만들어 입원이 필요한 질병을 따로 분리하고, 의학적 근거에 의한 통원치료 지침만으로도 치료가 가능한 질병에 대해서는 입원을 제한할 필요가 있다. 일본의 경우, 보행 가능한 환자는 입원하지 못하도록 제한하고 있다. 또한 초진 검사를 강화하여 초기진료 시 교통사고 환자의 상태를 정확히 파악하여야 하며, 이를 통해 불필요한 입원을 막을 수 있다(김진현 등, 2011).

나. 입원료 체감률 기준 수정

입원기간동안 투입되는 실제 진료량을 측정한 결과, 건강보험 환자와 자동차보험 환자 모두 입원 8일째까지는 비교적 높은 진료투입량을 보이다가 9일째부터 13일째까지는 급격한 감소를 보이고, 14일째 이후에는 큰 변화 없이 작은 진료량의 투입을 유지하고 있어 굳이 자동차보험환자의 입원료 체감률이 낮게 적용되어야 할 필요성이 나타나지 않았다(김진현 등, 2011).

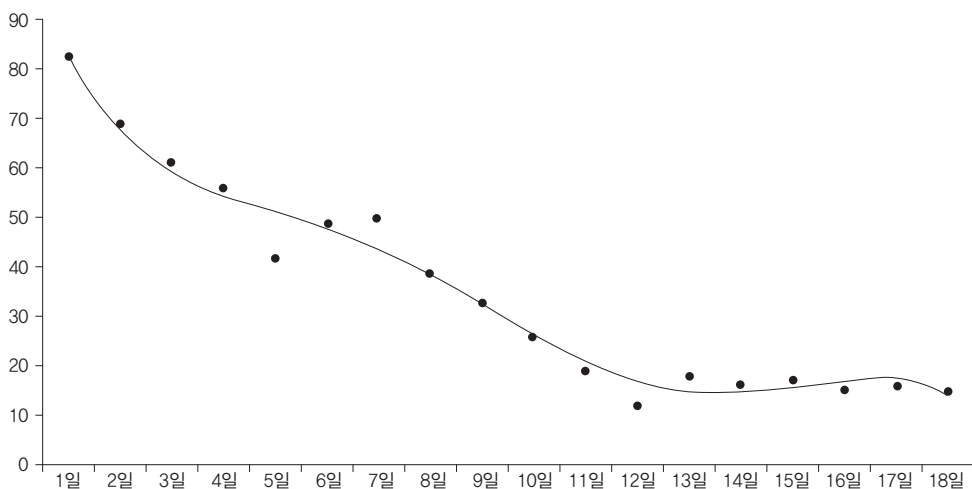


그림 3. 자동차보험 환자의 진료투입량 변화 추이

자동차보험 및 산재보험사에서 조기퇴원시 일정액을 보상해주는 방안을 고려해 볼 수 있을 것이며, 생명(상해)보험의 입원비 보장 상품이 과잉입원과 장기입원을 유도하고 있으므로, 이들 상품에 대한 규제가 필요하다.

표 5. 입원료 체감제 개선안

구분	입원료 체감률		
	100%	90%	85%
건강보험	1-15일	16-30일	31일째부터
자동차보험, 산재보험	1-50일	51-150일	151일째부터
개선안	1-8일	9-13일	14일째부터


다. 표준의료지침 및 약제처방지침 마련

자동차보험 및 산재보험이 건강보험과는 다르게 진료가이드라인이 설정될 수도 있겠으나, 동일·유사 질병에 대한 표준진료지침 및 약제처방지침을 제정하여 진료량 및 요양급여를 적정하게 관리하는 것이 합리적이다. 의료서비스는 의학적 근거에 따라 임상진료지침을 만들어 진료의 적절성을 확보해야 할 것이다.

라. 비급여 항목 수가 개발

건강보험 비급여 수가에 대한 기준이 자동차보험 및 산재보험에서 제대로 설정되어 있지 않아 향후 건강보험 비급여 수가기준을 명확히 설정할 필요가 있다. 이를 통해 불필요한 낭비요소를 최대한 줄여, 궁극적으로는 소비자 부담 및 관련 보험료 수준을 최대한 낮추는 것이 바람직하다. 또한 비급여 수가에 대한 철저한 분석을 통해 과도한 지출이 발생하지 않도록 적절한 통제기전을 마련하는 것이 필요하다.

우리나라의 자동차보험 및 산재보험의 수가체계는 건강보험 수가체계와 구조적으로 상이하여 소비자, 보험자, 의료공급자 사이에 분쟁과 갈등의 원인을 제공하고 있으며, 건강보험 수가보다 높은 수가체계와 이원화된 진료비 심사체계로 인해 과도한 입원율과 장기입원 등 도덕적 해이가 만연되어 있다. 이로 인한 의료자원배분의 비효율성은 궁극적으로 전체 소비자의 피해로 돌아가고 있다.

결론적으로, 자동차보험 및 산재보험의 진료비 심사 일원화는 보험범죄 예방 및 가짜·부재환자 적발을 위한 보험자간 정보공유시스템 구축, 요양급여 허위·부당청구 요양기관 정보 공유, 개인정보 보호를 위한 제도적 안전장치 마련, 요양급여 현지조사 효율화, 허위·부당청구 제재의 실효성 제고, 사후관리시스템 효율화 등을 기대할 수 있다. 

참고문헌

- 건강보험심사평가원. 주요국 건강보험·산재보험·자동차보험의 진료비 지불 및 심사체계에 대한 연구. 2005.
- 건강보험심사평가원. 요양급여비 심사체계 비교 연구. 2009.
- 교통안전공단. 자동차보험 진료수가 합리화 방안. 2008.
- 국민건강보험공단. 2009년도 요양급여비용계약을 위한 환산지수연구. 2008.
- 국민권익위원회. 자동차보험금 부당청구 방지를 위한 제도 개선. 2008.
- 국민권익위원회. 요양급여 심사 및 진료수가의 합리성·효율성 제고를 위한 제도개선(안). 2009.
- 국토해양부. 자동차손해배상보장법 규제영향 분석. 2008.
- 권창익, 김진현, 김준호, 이성훈. 보험진료비 심사일원화의 사회·경제적 효과. 보건과 사회과학, 2007;20:105-25.
- 김진현. 국민의료비 심사일원화의 필요성 및 효과 의료비 심사일원화를 위한 입법공청회 발표자료집. 대한민국국회, 2005.
- 김진현, 이경아. 자동차보험 진료수가 개선방안연구-자동차보험 정비요금 및 진료수가 개선방안 연구. 서울:한국교통연구원;2011.
- 김희성. 산업재해보상보험과 자동차보험의 관계에 관한 연구. 노동법학, 2008;26:303-25.
- 보험개발원. 자동차보험 통계자료집Ⅱ(2007년). 2008.
- 자동차보험진료수가분쟁심의회. 자동차보험 진료수가 개선방안 연구. 2003.
- 조규성. 자동차보험 진료수가제도의 적정화 방안에 관한 연구. 법학연구, 2010;51(2):393-427.
- 한국병원경영연구원. 자동차보험 수가체계와 제도개선 연구. 2003.
- 자동차보험진료수가분쟁심의회 <http://www.aimfrc.or.kr/>
- 대한손해보험협회 <http://www.knia.or.kr/>
- 보험개발원 <http://www.kidi.or.kr/>