



CEO Brief

2021.05. 제2021-9호

CEO Brief는 보험산업 관련 이슈를 분석하여 보험회사 CEO와 유관기관의 기관장분들께만 제공되는 리포트입니다.

건강보험 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계

요약

건강보험에서 보상하는 본인부담상한액 초과금(상한액 초과금)을 실손의료보험에서 이중으로 보상해야 하는지 여부가 문제되고 있음. 건강보험의 보완형 상품으로 기능하고 있는 실손의료보험의 특성상 건강보험에서 보상하는 상한액 초과금은 실손의료보험 보상대상에 해당하지 않는다고 보는 것이 타당함. 또한 건강보험과 실손의료보험에서 상한액 초과금을 중복하여 보상할 경우 이중이득을 얻기 위한 과잉진료 및 보험사기를 유발할 우려도 있음. 상한액 초과금에 대한 의료비 보장공백은 환자가 진료비를 납부하는 시점과 건강보험공단이 상한액 초과금을 지급하는 시점의 차이로 인해 발생하는 것이므로, 그 시차를 줄이는 방안을 모색할 필요가 있을 것임

1. 본인부담상한제의 의의 및 현황

- 건강보험 보장성 강화의 일환으로 도입된 본인부담상한제는 환자 본인이 연간 지출한 급여 본인부담금 중 개인별 상한액을 초과하는 금액(이하, '상한액 초과금'이라 함)을 건강보험공단이 부담해주는 제도임
 - 상한액은 소득에 따라 7개 구간으로 나누어 차등 산정되고, 매년 소비자물가지수 변동률에 따라 조정되며, 2020년 기준 최저상한액은 81만 원, 최고상한액은 582만 원임
- 상한액 초과금 지급방식은 사전급여와 사후환급으로 구분되는데, 사후환급의 경우 진료비 발생시점과 환급금 지급시점에 시차가 있어 일시적인 의료비 보장공백이 발생함
 - 동일 요양기관 입원비 중 급여 본인부담금이 최고상한액(582만 원)을 초과한 경우, 해당 요양기관이 상한액 초과금을 건강보험공단에 직접 청구하므로 환자가 지출하는 비용은 없음
 - 사전급여 대상 이외의 경우에는 환자가 일단 요양기관에 상한액 초과금을 포함한 진료비 전액을 납부한 후 건강보험공단에 상한액 초과금에 대한 환급을 신청하는데, 환자의 진료비 납부시점과 건강보험공단의 상한액 초과금 환급시점 간에 시차가 존재함



CEO Brief

2. 실손의료보험 보험금 지급 시 상한액 초과금 공제 여부

○ 보험회사들은 실손보험금 지급 시 상한액 초과금을 공제하고 있음

- 2009년 도입된 표준약관은 상한액 초과금이 실손의료보험 보상대상이 아님을 명시하고 있음
- 금융분쟁조정위원회도 상한액 초과금은 실손의료보험의 보상대상인 '급여 본인부담금'에 포함되지 않는다고 판단하였음(금융분쟁조정위원회 결정 2010-69호)

○ 위와 같은 약관 규정 및 분쟁조정결정에도 불구하고 실손보험금 지급 시 상한액 초과금을 공제하는 것이 부당하다는 주장이 제기되고 있음

- (i) 상한액 초과금은 급여 공단부담금과는 그 성격이 다르다는 점, (ii) 공보험인 건강보험의 보장성 확대로 인해 사보험인 실손의료보험의 보험금 지급액이 감소하는 것은 부당하다는 점, (iii) 본인부담상한제는 취약계층 지원효과가 있는데, 실손의료보험에서 상한액 초과금을 공제할 경우 이러한 지원효과가 상쇄된다는 점 등을 주된 근거로 함

3. 검토의견

○ 상한액 초과금이 지급되면 그만큼 급여 본인부담금이 감소하므로 그 경제적 실질은 급여 공단부담금과 동일하고, 실손의료보험의 보상대상에도 포함되지 않는다고 봄이 타당함

- 실손의료보험은 건강보험의 보완형 상품으로 기능하고 있는바, 건강보험 보장대상인 상한액 초과금을 실손의료보험에서 보장하지 않는 것은 상품의 특성상 당연한 것임

○ 실손보험금에서 상한액 초과금을 공제하지 않을 경우 초과금 상당의 이중이득을 허용하게 될 뿐 아니라 진료비가 증가할수록 이중이득의 규모도 커지게 되어 과잉진료 및 보험사기를 유발할 우려가 있음

- 이는 보험회사의 건전성을 훼손할 뿐 아니라 건강보험의 재정 누수를 야기하여 사회보장정책의 효율성을 저해하고 본인부담상한제의 지속가능성에도 부정적 영향을 미칠 우려가 있음

○ 본인부담상한제와 관련하여 의료비 보장공백이 발생하는 것은 진료비 발생시점과 상한액 초과금 지급시점 사이의 시차로 인한 것이므로 이러한 시차를 줄이는 방법을 모색할 필요가 있음

황현아 연구위원, 정성희 연구위원

hahwang@kiri.or.kr, shchung71@kiri.or.kr

1. 2020년 개인별 본인부담상한액

구분	건강보험료 분위(저소득→고소득)						
	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
일반	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	431만 원	582만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				

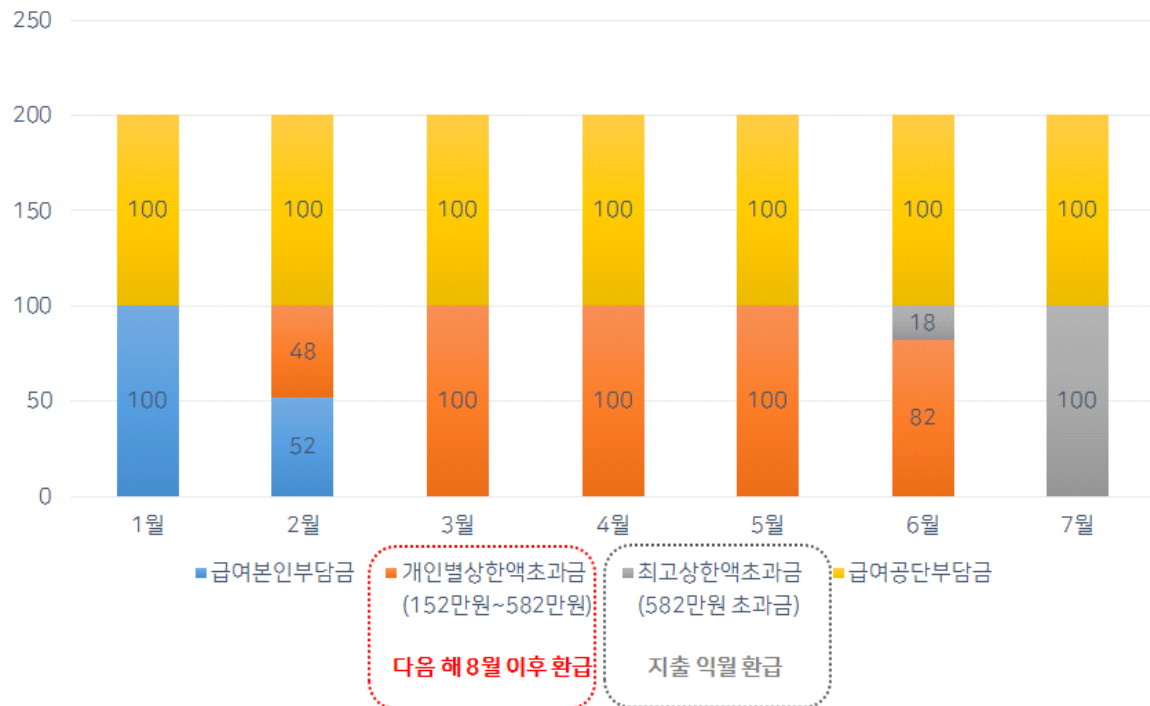
자료: 보건복지부(2020. 9. 3)

2. 상한액 초과금 지급방식 및 실손보험금 지급 여부

구분	대상	초과금 지급방식	실손보험금 지급 여부
① 사전급여	동일 요양기관에서 발생한 연간 입원 본인부담액 중 최고상한액(582만 원) 초과금 ※ 최고상한액 일률 적용	해당 요양기관이 건강보험공단에 최고상한액 초과금을 직접 청구(단, 요양병원은 2020년부터 환자가 먼저 진료비를 납부한 후 건강보험공단에 청구) → 본인 실제 지출이 없음 (요양병원 제외)	→ 실손보험금 지급 대상×
사후 환급	② 최고상한액 초과분	환자 본인이 최고상한액 초과금을 포함한 진료비 전액을 요양기관에 먼저 납부하고, 익월에 공단으로부터 환급 안내를 받아 환급 신청 → 본인 실제 지출이 있으나 익월에 바로 환급됨 : 의료비 보장 공백 無	→ 실손보험금 지급 대상×
	③ 최저상한액 ~최고상한액	소득액에 따라 산정되는 개인별 연간 본인부담 상한액 (81~582만 원) 초과금 중 ① 및 ②를 공제한 금액 ※ 개인별 상한액 적용 → 소득 확인 필요 → 본인 실제 지출이 있고 상당기간 경과 후 환급 : 의료비 보장 공백 有	개인별 상한액 초과분 → 청구시점에는 실손보험금 지급 대상 여부 불분명

3. 사후환급(최저상한액~최고상한액 구간) 의료비 보장 공백

(예시) 4~5분위 환자(개인별 상한액 152만 원) 진료비 지출 시 사후환급



주: 위 도표는 이해를 돕기 위한 가정적 사례로, 전체 진료비 항목① 급여 일부본인부담(급여=본인부담금+공단부담금), ② 급여 전액 본인부담(급여=본인부담금), ③ 비급여(선택진료+선택진료외)) 중 '급여-일부본인부담' 항목에 해당하는 진료비만 반영하였고, 본인 부담률은 50%인 것으로 가정하였음(실제 본인부담률은 요양기관 종류, 입원여부, 환자 유형 등 따라 상이함)

4. 주요 쟁점 및 검토의견(공제설 vs 비공제설)¹⁾

쟁점	비공제설	공제설	검토의견
환급금의 성격	(건보공단) 급여 공단부담금과 별도의 지원금 ·현금지급: 현물급여인 요양급여와는 구별됨 ·차등지급: 저소득층 지원 기능 ·사후환급: 추가 소비 여력 제공, 소득 보장 기능	(금감원) 급여 공단부담금과 경제적 실질이 동일함(환급금 상당 본인부담금 감소 효과)	환급금이 지급되면 그만큼 급여 본인 부담금이 줄어들게 되므로, 환급금의 성격은 급여 공단부담금과 동일하며, 실제 재원도 동일함
공사보험의 관계	(건보공단) 공보험과 사보험은 별개임 ·공보험에서 지급되는 환급금은 사보험인 실손의료보험의 보험금 지급 시 고려대상이 아님	(KIRI) 실손의료보험은 건강보험에 대한 보완형 상품임 ·건강보험에서 보상하는 항목은 실손의료보험 대상에 포함되지 않음	실손의료보험은 건강보험의 보완형 상품으로 기능하고 있는바, 공보험의 보장성이 확대되면 그만큼 실손의료보험의 보장 대상이 줄어드는 것은 당연함
보험회사 이익 여부	(건보공단) 건강보험 보장성 강화로 민간보험사가 이익을 얻는 것은 부당하고, 건강보험의 보장성을 축소하는 것임	(금감원) 환급금 공제를 전제로 보험료가 산출되고, 환급금 공제가 이루어지지 않는 경우 차후년도 위험보험료에 반영되어 보험료가 인상되므로 선량한 보험계약자에게 피해가 발생함	환급금 공제가 보험회사의 이익이 된다고 볼 수 없고, 오히려 보험료 부담을 적정화함으로써 전체 보험계약자의 이익이 되는 것임
실손보상원칙·이득금지원칙	비공제설 측의 명시적 의견은 없음 <i>관련쟁점*에 대한 분조위 결정에서, '실손보상원칙에도 예외가 인정될 수 있으므로 일부 이중이득 허용이 가능하다'는 취지의 판단이 있음</i> <i>*국가유공자 의료비 지원, 병원 직원 할인</i>	(금감원) 이득금지원칙상 환급금 공제는 불가피함	환급금에 대해 실손보상원칙의 예외를 인정하여 이중지급을 허용해야 한다고 볼만한 정책적 필요성은 불명확한 반면, 과잉진료 및 보험사기 유발 등 부작용 우려는 큼
보험계약자 평등원칙	(손해사정사회, 소비자원) 소득에 따른 보험금 차등 지급은 동일위험·동일보장 원칙을 훼손하여 보험계약자 평등 원칙에 반함	공제설 측 명시적 의견 없음	보험계약자 평등 원칙은 동일보험료·동일보험금을 의미하는 것은 아니며, 실제 지출하지 않은 의료비를 보상하지 않는다고 하여 보험계약자 평등의 원칙에 반한다고 볼 수는 없음
소비자보호	(손해사정사회, 소비자원) 약소자에 대한 역차별로 사회복지정책에 반함	공제설 측 명시적 의견 없음	취약계층에 대한 지원은 필요하나, 의료비 이중지급이 취약계층에 대한 적절한 지원 방법이라고 보기는 어렵고, 오히려 본인부담상한제의 지속가능성을 저해할 우려가 있음

황현아 연구위원, 정성희 연구위원

hahwang@kiri.or.kr, shchung71@kiri.or.kr

1) 공제설·비공제설 구분 및 기관별 입장은 한국소비자원(2017)에 정리된 유관기관 의견조회 결과 및 관련 사건에 대한 분쟁조정위원회 결정의 내용을 정리한 것임. (i) 비공제설: 실손보험금 지급 시 상한액 초과금을 공제해서는 안된다는 견해(건강보험공단, 한국소비자원, 한국손해사정사회), (ii) 공제설: 실손보험금 지급 시 상한액 초과금을 공제해야 한다는 견해(금감원, 손해보험협회, 보험연구원)