

I

본인부담상한제 운영 현황

1. 본인부담상한제의 의의 및 현황

가. 의의 및 내용

- 본인부담상한제는 급여 본인부담금이 일정 상한액을 초과하는 경우 그 초과금을 건강보험 공단(이하, '건보공단'이라 함)이 부담하는 제도임¹⁾
 - 본인부담상한제는 예기치 못한 질병 등으로 발생한 과도한 의료비 부담을 덜어주기 위하여 2004년 도입되었음
 - 연간 지출한 건강보험 '급여 일부본인부담' 항목에서 발생한 본인부담금이 본인부담상한액을 초과하는 경우 그 상한액 초과금²⁾은 건보공단이 부담함
- 본인부담상한액은 가입자의 소득에 따라 산정하고, 매년 전국 소비자물가지수 변동률을 적용하여 조정함
 - 제도 도입 당시인 2004년에는 소득에 관계없이 일률적으로 상한액을 정하였으나, 2009년부터 소득에 따라 3단계로 구분하여, (i) 소득 하위 50%는 연간 200만 원, (ii) 중위 30%는 연간 300만 원, (iii) 상위 20%는 연간 400만 원으로 상한액을 차등화하였음
 - 2014년부터 소득 구간을 7단계로 세분화하고, 2015년부터 매년 전년도 상한액에 전국 소비자물가지수 변동률을 적용하여 상한액을 조정함
 - 2018년부터는 소득 1~5분위에 해당하는 가입자의 요양병원 120일 초과 입원에 대해서 보다 높은 상한액을 적용함

1) 국민건강보험법 제44조, 동법시행령 제19조 및 별표3

2) 이하, 본인부담상한액 초과금을 '상한액 초과금(사전급여 및 사후환급 대상을 모두 포함하는 경우)' 또는 '환급금(사후환급의 경우)'이라 함

〈표 I-1〉 주요 연도별 본인부담상한액 현황

연도	연평균 건강보험료 분위(저소득→고소득)						
	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2004년 7월	6개월간 300만 원(제도 시행)						
2007년 7월	6개월간 200만 원						
2009년 1월	연간 200만 원(하위 50%)			300만 원(중위 30%)		400만 원(상위 20%)	
2014년	120만 원	150만 원	200만 원	250만 원	300만 원	400만 원	500만 원
2017년	122만 원	153만 원	205만 원	256만 원	308만 원	411만 원	514만 원
2018년	80만 원	100만 원	150만 원	260만 원	313만 원	418만 원	523만 원
요양병원 120일 초과 입원	124만 원	155만 원	208만 원				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	280만 원	350만 원	430만 원	580만 원
요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2020년	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 보도자료(2020. 9. 3), “국민건강보험이 가입자의 의료비 부담을 완화하여 진료비를 돌려드립니다”

나. 상한액 초과금 지급 방법

1) 사전급여

○ 동일한 요양기관에서 발생한 연간 입원 본인부담액이 최고상한액(2020년, 582만 원)을 초과할 경우, 그 초과금은 요양기관이 환자에게 받지 않고 건보공단에 직접 청구함

- 사전급여 대상인 본인부담상한액 초과금은 요양기관에서 발급하는 ‘입원 진료비 계산서·영수증’의 ‘급여→일부 본인부담→본인부담금’ 항목에 ‘⑥ 상한액 초과금’으로 반영되고 ‘환자부담총액’ 계산 시 공제됨(〈표 I-2〉 참조)
- 환자 본인이 요양기관에 납부해야 할 금액인 ‘환자부담총액’에 상한액 초과금이 포함되지 않으므로, 환자 본인 입장에서는 처음부터 해당 진료비에 대한 지출이 발생하지 않게 됨
 - 환자 본인의 실제 지출이 발생하지 않는다는 점에서 급여 공단부담금과 유사함

- 한편, 요양병원의 경우 종전에 사전급여 대상이던 최고상한액 초과 입원 본인부담금을 사후환급 방식으로 지급하는 것으로 제도가 변경되었음³⁾
 - 이는 불필요한 요양병원 장기입원을 줄이기 위한 조치로서, 상한액 초과금은 진료일로부터 3~5개월 이내에 지급됨

〈표 1-2〉 입원 진료비 계산서·영수증상 '상한액 초과금(사전급여)'의 처리(요양병원 외)

급여		비급여		
일부본인부담		③ 전액본인부담	④ 선택진료료	⑤ 선택진료 외
① 본인부담금	② 공단부담금			
⑥ 상한액초과금		-		
금액산정내역		진료비 총액=①+②+③+④+⑤ 환자부담 총액=(①-⑥)+③+④+⑤		

주: 환자부담총액에서 제외되는 항목은 '② 공단부담금'과 '⑥ 상한액 초과금'임

2) 사후환급

- 사후환급은 환자 본인이 요양기관에 상한액 초과금을 포함한 진료비 전액을 납부한 후, 건보공단이 그 초과금을 환급해 주는 방식임
 - 환자 본인이 실제 진료비를 지출한다는 점에서 환자 본인의 진료비 지출 자체가 발생하지 않는 사전급여와는 구별됨
- 사후환급 대상은 그 금액이 최고상한액 초과금인지, 최저상한액~최고상한액 구간 해당 금액인지 여부에 따라 환급금 지급시기에 차이가 있음
 - (최고상한액 초과금) 개인별 연간 누적 본인부담금이 최고상한액(2020년, 582만원)을 초과할 경우 건보공단은 매월 초과금액을 계산하여 본인에게 지급함⁴⁾
 - 사후환급 대상인 최고상한액 초과금이 발생하면 건보공단은 매월 초과금 내역을 기재한 '본인부담상한액 지급신청 안내문'을 본인에게 발송함

3) 보건복지부 보도자료(2019. 12. 9), "내년부터 환자에게 요양병원 본인부담상한액 초과금 직접 지급한다"; 보건복지부 보도자료(2019. 4. 30), "제7차 건강보험정책심의위원회, 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결"

4) 최고상한액 초과분에 대해 적용된다는 점에서 사전급여 대상과 유사한 점이 있으나, 동일 의료기관 여부 및 입원 여부를 불문한다는 점에서 사전급여와 구별됨

- 안내문을 수령한 환자 본인이 ARS, 우편, 인터넷 등을 통해 환급금 지급을 신청하면 신청 시 지정한 계좌로 환급이 이루어짐
- 최고상한액 초과금 발생 여부는 환자 본인의 소득을 확인하지 않더라도 파악이 가능하므로 신속한 지급이 가능함
- (최저상한액~최고상한액 구간) 최저상한액~최고상한액(2020년, 81~582만 원) 구간 환급금은 소득에 따라 달라지므로, 가입자의 당해 연도 소득이 산출되고 그에 따른 개인별 본인부담상한액 및 상한액 초과금이 확정된 후 지급됨
 - 예를 들어, 건강보험 가입자인 A가 2020년에 급여 본인부담금 400만 원을 부담한 경우, A가 소득분위 4~5분위에 속하는 경우에 지급될 환급금은 248만 원 (=400만 원-152만 원(4~5분위 본인부담상한액))인 반면, A가 소득분위 6~7분위에 속하는 경우 지급될 환급금은 119만 원(=400만 원-281만 원(6~7분위 본인부담상한액))임
 - 환자 본인이 진료비를 지출한 다음 해 4월 이후 '상한액기준보험료'가 확정되면) 그에 따라 7월경 개인별 본인부담상한액이 결정됨
 - 건보공단은 8월 이후 환급 대상자에게 환급 신청 안내문을 발송하며, 안내문 수령인은 수령일로부터 3년 이내에 환급을 신청할 수 있음

〈표 I-3〉 상한액 초과금 지급방법

구분		지급방법
사전급여	요양기관 (요양병원 외)	- 입원비 영수증의 '환자부담 총액'에 불포함(환자부담 없음) - 요양기관이 건보공단에 직접 청구하여 지급 받음
	요양병원	- 건보공단이 환자 본인에게 직접 지급(2020. 1. 1부터) - 진료비 지출 후 3~5개월 이내 지급
사후환급	최고상한액 초과금	- 초과금 발생 시 당해 연도에 매월 계산하여 안내문 발송 - 본인이 지정한 계좌로 초과금 지급
	최저~최고상한액	- 다음 해 4월 이후 개인별 상한액 확정, 8월 이후 안내문 발송 - 안내문 수령일로부터 3년 내 청구

5) 개인별 본인부담상한액은 상한액기준보험료에 따라 산정되는데, 상한액기준보험료는 당해 연도 보수월액이 확정되는 다음 해 4월 이후에 산정함(본인부담상한액 기준보험료의 산정기준 등에 관한 고시 제3조). 통상 건보공단은 진료비 지출 다음 해 7월에 개인별 본인부담상한액을 확정하여 8월에 통보하고 있음

다. 상한액 초과금 지급 현황

- 2019년 147만 9,922명에게 2조 137억 원(1인 평균 136만 원)의 상한액 초과금이 지급되었음⁶⁾
 - 이 중 최고상한액(2019년, 580만 원)을 초과하여 본인부담금을 지출한 18만 4,142명(5,247억 원)에 대해서는 2020년 9월 2일 이전에 지급이 완료됨
 - 개인별 본인부담상한액 확정으로 지급 결정된 157만 5,158명(1조 4,863억 원)⁷⁾에 대해서는 2020년 9월 3일부터 안내 후 개인별 신청을 받아 지급함
- 총액 기준으로는 저소득층에 대한 지급액 비중이 높은 것으로 나타남(〈표 I-4〉 참조)
 - 반면 1인당 평균 지급액을 산출해보면 6~10분위 대상자에 대한 1인당 지급액이 더 높은 것으로 나타나는데⁸⁾ 이는 6~10분위의 경우 상한액 자체가 높게 설정되어 지원 대상자 중 고액 진료비를 부담하는 환자 비중이 높기 때문인 것으로 추측됨
- 요양기관 종별로는 요양병원 지급액 비중이 높은 것으로 나타남
 - 2020년부터 요양병원 입원비의 경우에는 사전급여 요건에 해당하더라도 일단 환자 본인이 병원에 진료비를 납부한 후 건보공단이 3~5개월 이후에 환자에게 환급금을 지급하는 것으로 제도가 변경됨

6) 보건복지부 보도자료(2019. 9. 3), “국민건강보험이 가입자의 의료비 부담을 완화하여 진료비를 돌려드립니다”

7) 2019년 이전 진료 분에 대한 사후환급금이 일부 포함된 금액임

8) 〈표 I-4〉의 각 구간별 지급금액을 대상자 수로 나누면, 1인당 평균 지급액은 1분위 100만 원, 2~3분위 98만 원, 4~5분위 140만 원, 6~7분위 231만 원, 8분위 265만 원, 9분위 288만 원, 10분위 272만 원인 것으로 나타남

〈표 I-4〉 2019년 소득분위별 초과금 환급 대상자 및 지급액

구간	소득분위(상한액)	대상자		지급액	
		인원(명)	비율(%)	금액(억 원)	비율(%)
계		1,479,972	100	20,137	100
1	1분위 (81 / 125만 원*)	504,672	34.1	5,093	25.3
2	2~3분위 (101 / 157만 원*)	410,139	27.7	4,037	20.0
3	4~5분위 (152 / 211만 원*)	297,254	20.1	4,163	20.7
4	6~7분위 (280만 원)	121,302	8.2	2,813	14.0
5	8분위 (350만 원)	51,496	3.4	1,366	6.8
6	9분위 (430만 원)	48,644	3.3	1,400	7.0
7	10분위 (580만 원)	46,465	3.2	1,265	6.2

주: *요양병원 120일 초과 입원 시 본인부담상한액
 자료: 보건복지부 보도자료(2020. 9. 3), “국민건강보험이 가입자의 의료비 부담을 완화하여 진료비를 돌려드립니다”

〈표 I-5〉 본인부담상한제 요양기관 종별 환급 현황

(단위: 명, 억 원, %)

구분 종별	2017년		2018년		'17년 대비 지급액
	인원	금액	인원	금액	
계	2,006,345(100)	13,433(100)	3,902,943(100)	17,999(100)	4,566 ↑ (34.0 ↑)
상급종합	243,947(12.2)	2,083(15.5)	450,636(11.6)	3,231(17.9)	1,148 ↑ (55.1 ↑)
종합병원	285,962(14.3)	1,991(14.8)	546,507(14.0)	3,087(17.2)	1,096 ↑ (55.0 ↑)
병원	190,163(9.5)	1,413(10.5)	368,860(9.5)	2,012(11.2)	599 ↑ (42.4 ↑)
요양병원	215,829(10.8)	6,345(47.2)	243,785(6.2)	6,788(37.7)	443 ↑ (7.0 ↑)
의원	384,021(19.1)	493(3.7)	836,273(21.4)	938(5.2)	445 ↑ (90.3 ↑)
약국	466,747(23.3)	845(6.3)	979,791(25.1)	1,486(8.3)	641 ↑ (75.9 ↑)
기타	219,676(10.9)	263(2.0)	477,091(12.2)	457(2.5)	194 ↑ (73.8 ↑)

자료: 보건복지부 보도자료(2019. 12. 9), “내년부터 환자에게 요양병원 본인부담상한액 초과금 직접 지급한다”

2. 실손의료보험의 본인부담상한제 적용

가. 약관 규정

1) 표준약관 도입 전

- 2009년 표준화 이전 개별 보험회사에서 사용하던 실손의료보험 약관은 본인부담상한제 적용 및 상한액 초과금 보상 여부에 대한 명시적 규정을 두고 있지 않았음

〈표 I-6〉 표준약관 도입 전 A사 질병입원의료비 담보 특약

제1조 (보상하는 손해)

- ① 회사는 피보험자가 이 특별약관의 보험기간 중에 질병(다만, 보험계약일로부터 과거 5년 이내에 그 질병으로 인하여 진단 또는 치료를 받은 경우에는 제외합니다.)으로 인하여 병원 또는 의원 등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 피보험자가 부담하는 국민건강보험법에서 정한 **요양급여 중 본인부담금**과 비급여에 해당하는 비용의 100% 해당액을 1질병 당 보험증권에 기재된 갱신형 질병입원의료비 보험가입 한도로 질병입원의료비를 보상하여 드립니다.

주: 분쟁조정사례(제2010-69호)에서 문제된 약관 조항임(밑줄은 관련 부분을 명시하기 위하여 저자가 표시한 것임)

- 이러한 표준화 이전의 약관 규정 해석상 상한액 초과금이 실손의료보험의 보상 대상인지 여부가 문제되었고, 분쟁조정위원회(이하, '분조위'라 함)는 보상 대상이 아니라고 판단하였음
 - 분조위는 '환급금을 받게 되면 그만큼 요양급여의 본인부담금이 줄어들게 되므로, 요양급여 중 본인부담금에 대해 보험금을 지급하는 약관 취지에 비추어 환급금 부분은 보험금 지급 대상에서 제외된다'고 판단하였음
- 위 분쟁조정사례는 약관에서 상한액 초과금을 보상하지 않는 손해로 명시하지 않았다하더라도 상한액 초과금의 성격 및 경제적 실질을 고려할 때 이는 실손의료보험의 보상 대상이 아니라고 판단하였다는 점에서 의의가 있음

2) 표준약관 도입 시

- 2009년 10월 도입된 실손의료보험 표준약관은 국민건강보험법에 따른 요양급여 중 본인

부담금의 경우 관련 법령에 의해 공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액은 보상하지 않는 사항을 명시하였음

- (본인부담상한제 명시 의의) 표준화 이전 분조위 결정(제2010-69호) 취지를 고려할 때, 2009년 표준약관상 명시적 규정 도입으로 인해 비로소 상한액 초과금이 보상 대상에서 제외된 것이라고 볼 수는 없고, 표준약관에 명시되기 전부터 이미 보상 대상에서 제외되던 것을 표준약관에서 보다 명확히 한 것이라고 볼 수 있음

〈표 I-7〉 2009년 표준약관상 본인부담상한제 관련 조항

제3조 (담보종목별 보장내용)

회사가 이 계약의 보험기간 중 담보종목별로 각각 보상 또는 공제하는 내용은 다음과 같습니다.

(1) 상해입원: ① (입원실료, 입원제비용, 입원수술비) 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 '본인부담금'과 '비급여(상급병실료 차액 제외)' 부분의 합계액 중 90% 해당액(다만, 10% 해당액이 계약일 또는 매년 계약해당일로부터 연간 200만 원을 초과하는 경우 그 초과금액은 보상합니다)

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 다음과 같습니다.

- (1) 상해입원: ③ 회사는 아래의 입원의료비에 대하여는 보상하여 드리지 아니합니다.
2. 국민건강보험법상 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액

〈붙임〉 용어의 정의

본인부담금 상한제: 국민건강보험법상 요양급여 중 연간 본인부담금 총액이 국민건강보험시행령 별표 3에서 정하는 금액을 넘는 경우에 그 초과한 금액을 공단에서 부담하고 있는 제도를 말하며, 국민건강보험 관련 법령의 변경에 따라 환급기준이 변경될 경우에는 회사는 변경되는 기준에 따름

자료: 보험업감독업무시행세칙(2009. 10. 16. 일부개정) 별표 15 표준약관 중 〈실손의료보험〉 항목(밑줄은 관련 부분을 명시하기 위하여 저자가 표시한 것임)

- 2012년 실손의료보험 표준약관이 개정되어 보장내용에 '본인이 실제 부담한 의료비'라는 문구가 추가되어 실손보상원칙을 명시하였음
 - '본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다'라는 문구를 추가한 것은 환급, 공제, 할인 등이 적용되어 본인이 실제 부담하지 않은 의료비는 보상 대상이 아니라는 점(실손보상원칙)을 밝힌 것임

9) 상해입원 외 (2) 상해통원, (3) 질병입원 및 (4) 질병통원에도 동일한 취지의 조항이 있음

제3조 (보장종목별 보장내용)

(1) 상해입원: ① (표준형-입원실료, 입원제비용, 입원수술비) 「국민건강보험법」에서 정한 요양급여 또는 「의료급여법」에서 정한 의료급여 중 본인부담금과 '비급여(상급병실료 차액은 제외합니다)'를 합한 금액(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액(이하 생략)

제4조 (보상하지 않는 사항)

회사가 보상하지 않는 사항은 보장종목별로 다음과 같습니다.

- (1) 상해입원: ③ 회사는 다음의 입원의료비에 대해서는 보상하지 않습니다.
2. 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 따라 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금 상한제)¹⁰⁾
3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(「의료급여법」에 따른 본인부담금 보상제 및 본인부담금 상한제)

자료: 보험업감독업무시행세칙(2021. 2. 25. 일부개정) 별표 15 표준약관 중 <실손의료보험> 항목(밑줄은 관련 부분을 명시하기 위하여 저자가 표시한 것임)

나. 보험회사 업무처리 현황¹¹⁾

○ 보험회사들은 실손보험금 지급 시 사전급여 또는 사후환급 대상인 금액이 있는 경우 이를 공제하고 보험금을 지급함

- 이를 위해 (i) 전년도 소득 기준 개인별 본인부담상한액(잠정)¹²⁾ 확인(① 소득확인), (ii) 환급금(잠정)을 공제한 지급보험금 결정(② 지급결정), (iii) 다음 해에 확정된 개인별 본인부담상한액을 반영한 정산 절차를 거치게 됨(③ 사후정산)

10) 제4조 괄호 부분에 본인부담금 상한제라는 표현이 명시적으로 기재된 것은 보험업감독업무시행세칙(2010. 3. 29. 일부개정)부터임

11) 이하의 보험회사 업무처리 현황은 한국소비자원(2017)의 조사내용 및 일부 보험회사와의 인터뷰 내용을 토대로 파악한 것임. 한국소비자원(2017) 조사 이후 실손의료보험 취급 회사에 변동이 있고(실손의료보험 보험료 비교공시 대상 보험회사 기준, 2017년 24개사→2020년 19개사), 개별 보험회사의 업무처리 현황이 그 사이 변경되었을 가능성도 있으므로, 현재 시점의 보험회사 업무처리 현황을 보다 정확히 파악하기 위해서는 별도의 실태조사가 필요함

12) 다음 해 상한액기준보험료 확정 이후 변동될 수 있으므로 '잠정'으로 표시함

1) 소득확인

- 상한액 초과금 발생 가능성이 있는 경우 본인의 소득을 확인하여 상한액을 파악함
 - 소득 확인 필요 여부를 판단하는 기준은 회사별로 상이한바, 한국소비자원(2017)에 따르면 다음과 같음¹³⁾
 - ① 청구 보험금이 1분위 상한액 초과 시 소득 확인(4개사)
 - ② 청구 보험금이 4~5분위 상한액 초과 시 소득 확인(1개사)
 - ③ 청구 보험금이 6~7분위 상한액 초과 시 소득 확인(1개사)
 - ④ 청구 보험금이 8분위 상한액 초과 시 소득 확인(1개사)
 - ⑤ '별도의 내부기준으로 정한 금액' 초과 시 소득 확인(6개사)
- 확인된 전년도 소득을 기준으로 개인별 본인부담상한액(잠정)을 산정함
- (i) 본인이 자료제출을 거부하여 상한액 산정이 불가능한 경우 및 (ii) 사전 소득확인 절차를 진행하지 않고 자체 기준에 의해 일률적으로 처리한 후 사후 정산과정에서 소득확인을 실시하는 보험회사의 경우는 지급결정 전 개인별 소득확인 절차가 생략됨

2) 지급결정

- (i) 개인별 본인부담상한액(잠정)을 산정한 경우에는 그 금액을 기준으로, (ii) 본인의 자료 제출 거부로 이를 산정하지 못한 경우 및 사전 소득확인 절차를 실시하지 않는 회사의 경우에는 회사에서 별도로 정한 기준에 따라 보험금을 지급함
 - (최고상한액 초과분) 최고상한액(2020년, 582만 원) 초과분은 전액 건강보험에서 환급되므로, 실손의료보험에서는 해당 금액을 지급하지 않음
 - (최저상한액~최고상한액) 최저상한액~최고상한액(2020년, 81~582만 원) 구간은 개인별 본인부담상한액에 따라 보험금 지급 대상이 될 수도 있고 되지 않을 수도 있는데, 이 부분에 대한 지급 여부 판단 기준은 회사별로 상이함¹⁴⁾

13) 한국소비자원(2017), p. 28(당시 조사에 응답한 회사 20개사 중 '건강·장기요양보험료 납부확인서 등을 소비자에게 요청하여 개별 본인부담상한액을 확인한다'고 답변한 13개사의 답변 내용임. 참고로, 나머지 7개사 중 6개사는 개별 본인부담상한액 확인 없이 보험회사 자체기준 소득분위를 일률적으로 적용하여 지급결정을 실시한다고 답변하였고, 1개사는 본인부담상한제를 적용한 케이스가 없다고 답변하였음)

14) 정확한 지급방식을 파악하기 위해서는 별도의 실태조사가 필요하나, 현재까지 파악된 바로는 다수의 보험회사들이 보수적인 기준을 적용하여 최고상한액(2020년, 582만 원) 초과분만 공제하고 있는 것으로 보임

3) 사후정산

- 의료비를 지출한 다음 해 8월경, 건보공단이 상한액기준보험료에 따라 산정한 개인별 본인부담상한액 및 환급금을 확정하여 본인에게 안내문을 발송하면, 보험회사는 본인으로부터 당해 안내문을 징구하여 확정된 환급금과 보험회사가 사전공제한 환급금의 차액을 정산함
 - 보험회사가 확정된 환급금보다 더 적은 금액을 공제한 경우 보험계약자로부터 그 차액을 환수해야 하는바, 이 경우 (i) 자발적 반환을 요청하거나,¹⁵⁾ (ii) 추가보험금 청구 시 환수할 금액을 공제하고 지급하는 방식으로 정산함

〈표 I-9〉 보험회사의 상한액 초과금 사후정산(예시)

-
- ① (보험금 청구) 실손의료보험 가입자 A는 2020년 발생한 급여 본인부담금 1,000만 원에 대해 보험금을 청구함
 - ② (소득확인-잠정) 보험회사는 A가 잠정적으로 소득분위 10분위에 해당하는 것으로 파악함
 - ③ (지급결정) 보험회사는 A가 청구한 1천만 원 중 10분위 상한액(2020년, 582만 원) 초과분인 418만 원을 공제하고 582만 원을 지급함*
 - ④ (소득확인-최종) 상한액기준보험료 확정 결과 A에게는 9분위 상한액(2020년, 431만 원)이 적용되어 1천만 원 중 9분위 상한액 초과분인 569만 원을 공제하고 431만 원을 지급해야 하는 것으로 최종 확인됨
 - ⑤ (사후정산) 보험회사는 A로부터 151만 원(582만 원-431만 원)을 환수하여야 함
 - ✓ 151만 원을 환수하게 되면 A는 1,000만 원의 본인부담금 중 431만 원은 실손의료보험으로부터 보상받고, 569만 원은 건보공단으로부터 환급받게 되므로 이중이득이 발생하지 않음
 - ✓ 반면 151만 원을 환수하지 않으면 A는 실손의료보험으로부터 582만 원, 건보공단으로부터 569만 원을 지급받게 되어 151만 원(실손 582만 원+건보 569만 원-진료비 1,000만 원)의 이중이득을 얻게 됨
-

주: 계산의 단순화를 위해 본인부담금 전액을 실손의료보험에서 보상하는 것으로 전제함

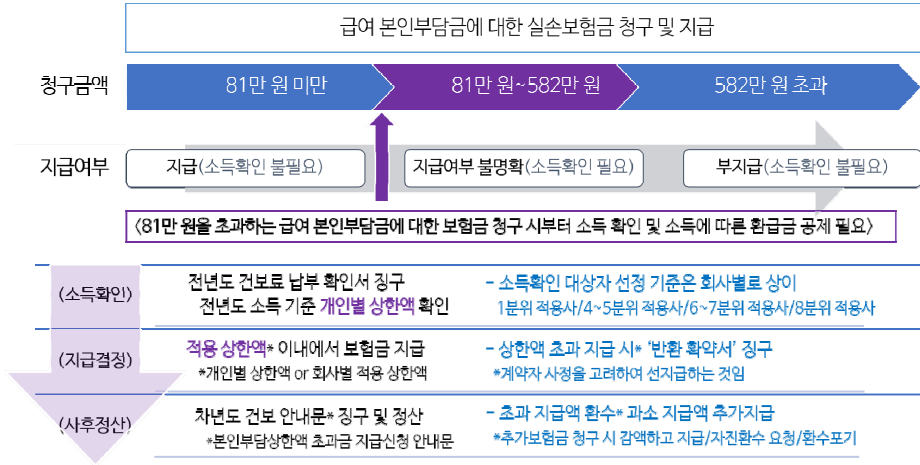
- 보험회사가 상한액 초과금을 과다 산정하여 공제한 경우¹⁶⁾ 그 부분을 추가 지급함¹⁷⁾

15) 자발적 반환 요청에 응하지 않는 경우 환수를 포기하는 경우가 상당수인 것으로 보이나, 정확한 사항은 실태조사를 통해 확인할 필요가 있음

16) 소득분위를 실제보다 낮게 적용하는 경우가 이에 해당함. 즉 〈표 I-9〉의 사례에서 실제 A의 소득분위가 9분위인데 8분위로 보고 8분위 상한액(2020년, 351만 원)을 적용하여 351만 원만 지급한 경우, 보험회사는 정산 시 A에게 80만 원을 추가로 지급해야 함

17) 대부분의 보험회사가 본인 소득 미확인 시 최고상한액을 기준으로 환급금을 공제하고 있어 과다공제는 매우 드문 것으로 보이나, 정확한 사항은 실태조사를 통해 확인할 필요가 있음

〈그림 I-1〉 초과금 공제·정산 관련 보험회사 업무처리 프로세스



- 윤창현 의원실에 따르면 국내 30개 보험회사가 건강보험 본인부담상한제를 이유로 지급하지 않은 실손보험금은 2019년 554억 6,670만 원이라고 함¹⁸⁾
 - 2017년 328억 1,720만 원으로 집계된 이후 2018년 419억 5,970만 원, 2019년 554억 6,670만 원으로 증가하고 있음
 - 다만, 보험회사별로 업무처리방식이 다르고, 공제 대상 환급금 중 실제 공제가 이루어지지 못하거나 과다 공제 후 환수가 이루어지지 못한 부분도 있을 것으로 보이는데, 정확한 규모는 별도의 실태조사를 통해 확인할 필요가 있음

18) 중앙일보(2020. 11. 5), “건보가 진료비 깎아줬다고...’980만 원 토해라’ 명세서 폭탄”