

이슈  
보고서

2021

09

# 건강보험 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계

황현아·정성희·손민숙



## 머리말

실손의료보험은 국민건강보험의 보완형으로 도입되어 사적 영역에서 국민의 사회안전망 기능을 수행하고 있으며, 계약 건수도 3천만 건 이상에 이른다. 실손의료보험을 둘러싼 이슈도 다양하다. 청구 간소화 문제, 적자 누적 및 보험료 인상, 상품 구조 개편 등 현안이 산적해 있다. 건강보험의 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계 문제도 그 중 하나이다.

실손의료보험 표준약관은 도입 당시부터 건강보험 본인부담상한제에 따른 사전급여 및 사후환급 대상은 실손의료보험에서 보상하지 않는다는 점을 명시하였고 이는 현재도 유지되고 있다. 2010년 금융분쟁조정위원회도 이러한 취지의 결정을 한 바 있다. 그럼에도 불구하고 이에 대한 문제가 지속적으로 제기되는 것은 국민들이 여전히 본인부담상한액 초과금에 대한 일시적 의료비 보장 공백에 따른 경제적 부담을 안고 있기 때문이다.

건강보험과 실손의료보험은 별개의 제도이나, 국민의 의료비 보장이라는 목적을 공유하며 유기적인 관계를 형성하고 있다. 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계도 이러한 틀에서 검토될 필요가 있다.

본인부담상한액 초과금 관련 의료비 보장 공백 문제를 해결하기 위해서는 본인부담상한제의 취지, 실손의료보험의 기능 및 성격, 실손의료보험 및 건강보험의 재정 건전성, 보험계약자 부담 합리화 및 제도의 지속 가능성에 대한 종합적 고려가 필요하다. 모쪼록 이 보고서가 합리적이고 건설적인 해결방안을 모색하는데 작은 기여가 되기를 기대한다.

끝으로, 본 보고서의 내용은 연구자들의 개인적 의견이며 우리원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀둔다.

2021년 6월

보험연구원 원장     안   철   경



## 목 차

• 요약	1
I. 본인부담상한제 운영 현황	2
1. 본인부담상한제의 의의 및 현황	2
2. 실손의료보험의 본인부담상한제 적용	8
II. 상한액 초과금 보상 관련 쟁점 및 사례	14
1. 문제점 및 주요 쟁점	14
2. 기존 분쟁조정사례 및 판례	16
III. 쟁점별 검토	22
1. 환급금의 성격	22
2. 공·사보험의 관계	23
3. 보험회사 이익 여부	25
4. 실손보상원칙·이득금지원칙	25
5. 보험계약자 평등원칙	29
6. 취약계층 보호	30
IV. 결어	32
• 참고문헌	34
• 부록	35

## 표 차례

〈표 I-1〉 주요 연도별 본인부담상한액 현황	3
〈표 I-2〉 입원 진료비 계산서·영수증상 '상한액 초과금(사전급여)'의 처리 (요양병원 외)	4
〈표 I-3〉 상한액 초과금 지급방법	5
〈표 I-4〉 2019년 소득분위별 초과금 환급 대상자 및 지급액	7
〈표 I-5〉 본인부담상한제 요양기관 종별 환급 현황	7
〈표 I-6〉 표준약관 도입 전 A사 질병입원의료비 담보 특약	8
〈표 I-7〉 2009년 표준약관상 본인부담상한제 관련 조항	9
〈표 I-8〉 현행 표준약관상 실손보상원칙 및 본인부담상한제	10
〈표 I-9〉 보험회사의 상한액 초과금 사후정산(예시)	12
〈표 II-1〉 표준약관상 직원복리후생제도 관련 조항	18
〈표 II-2〉 제2016-22호 분쟁조정사례 대상 약관 조항	19

## 그림 차례

〈그림 I-1〉 초과금 공제·정산 관련 보험회사 업무처리 프로세스

13





## 요약

본인부담상한제는 급여 본인부담금이 일정 상한액을 초과하는 경우 그 초과분(이하, '상한액 초과금'이라 함)을 건강보험공단이 부담하는 제도이다. 상한액 초과금 지급 방식에 따라, ① 의료비 발생 시 요양기관을 통해 바로 지원이 이루어지는 '사전급여'와 ② 의료비 발생 이후 환자 본인 신청에 따라 환급이 이루어지는 '사후환급'으로 구분된다. 사후환급 대상 의료비는 '최고상한액(2020년, 582만 원) 초과금액'과 '최저상한액(2020년, 81만 원)~최고상한액 구간 해당 금액'으로 구분된다. 전자는 의료비를 지출한 다음 달부터, 후자는 다음 해 8월 이후부터 환급을 받을 수 있다. 최저상한액~최고상한액 구간 해당 금액 환급 시기가 더 늦어지는 것은 환급금 산정을 위해서 먼저 본인의 소득이 확정되어야 하기 때문이다. 그 결과 최저상한액~최고상한액에 해당하는 의료비의 경우 지출 시부터 환급 시까지 일시적 의료비 보장 공백이 발생한다.

문제는 실손의료보험 가입자가 사후환급금을 받기 전에 사후환급금을 포함한 본인부담금 전체에 대해 실손보험금을 청구하는 경우 이를 보상해 주어야 하는지 여부이다. 실손의료보험 표준약관은 본인부담상한제에 따른 사전급여 및 사후환급 대상은 보상대상에서 제외하고 있다. 금융분쟁조정위원회도 상한액 초과금은 건강보험에서 보상되므로 실손의료보험 보상 대상이 아니라고 판단하였다. 그러나 환자 본인 입장에서는 환급금을 실제 지급받을 때까지 의료비 보장 공백이 발생하는 것이 현실인바, 이 부분에 대한 실손보험금 청구 및 이와 관련된 민원이 지속되고 있다.

사후환급금 상당의 일시적 의료비 보장 공백을 해소하는 가장 합리적인 방법은 의료비 지출과 환급 사이의 시차를 최소화하는 것이다. 만약 실손의료보험과 건강보험의 이중 보상을 허용하는 방향으로 문제를 해결할 경우, 실손의료보험의 건전성은 물론 건강보험 재정에도 부정적 영향을 미칠 수 있다.

건강보험 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계는 의료서비스의 적정한 이용을 유도하여 보험 재정의 건전성을 유지하고 제도의 지속가능성을 제고하는 방향으로 해결할 필요가 있을 것이다.

# 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 제도임<sup>1)</sup>
  - 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 초과금<sup>2)</sup>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				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	280만 원	350만 원	430만 원	580만 원
	요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 원				
2020년	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	431만 원	582만 원
	요양병원 120일 초과 입원	125만 원	157만 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 변경되었음<sup>3)</sup>
  - 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 지급함<sup>4)</sup>
    - 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 지급되었음<sup>6)</sup>
  - 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)<sup>7)</sup>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 나타나는데<sup>8)</sup> 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 본인부담금과 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)<sup>10)</sup>
- 3. 「의료급여법」에 따른 의료급여 중 본인부담금의 경우 의료급여 관련 법령에 따라 의료급여기금 등으로부터 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 현황<sup>11)</sup>**

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

- 이를 위해 (i) 전년도 소득 기준 개인별 본인부담상한액(잠정)<sup>12)</sup> 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 같음<sup>13)</sup>
    - 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 상이함<sup>14)</sup>

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,<sup>15)</sup> (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 경우<sup>16)</sup> 그 부분을 추가 지급함<sup>17)</sup>

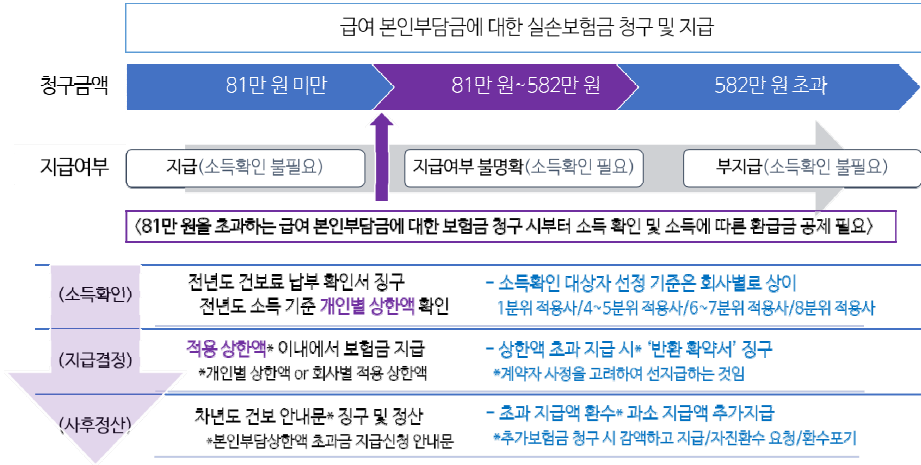
---

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 함<sup>18)</sup>
  - 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”

## II

# 상한액 초과금 보상 관련 쟁점 및 사례

## 1. 문제점 및 주요 쟁점

### 가. 문제점

- 실손의료보험 가입자들은 실손보험금에서 상한액 초과금(환급금)을 공제하는 것은 부당하다고 주장하며 금융감독원(이하, '금감원'이라 함) 및 한국소비자원에 민원을 제기해 왔음
  - 이에 대해 금감원은 기존 분쟁조정결정에서 '환급금은 실손의료보험 보상 대상이 아니므로 공제가 타당하다'는 입장을 취하였고, 한국소비자원(2017)의 의견조회 당시에도 '실손보상원칙 및 이득금지원칙상 공제가 불가피하다'는 입장이었음
  - 반면, 한국소비자원 및 건보공단은 상한액 초과금 공제는 부당하고 그 근거가 되는 실손의료보험 표준약관도 개정되어야 한다는 입장임
- 본고에서는 환급금 공제의 타당성과 관련하여, (i) 기존 분쟁 사례 및 한국소비자원(2017) 보고서에서 쟁점이 된 사항들을 확인한 후, (ii) 각 쟁점별 기존 주장의 타당성 여부를 검토하고, (iii) 간략한 대안을 제시하고자 함
- 한편, 환급금을 공제하는 것이 타당하다고 볼 경우 다음의 쟁점에 대한 검토가 필요하나, 이는 추후 별도로 검토하기로 하고 본고에서는 다루지 아니함
  - 환급금 공제 관련 보험회사들의 현행 업무처리 방식(소득확인 대상자 선정 방식, 지급금액 결정 방식, 사후정산 방식 등이 적정한지
  - 효율적이고 공평한 업무처리를 위하여 건보공단의 본인부담상한제 관련 정보를 보험회사가 활용하는 것이 필요한지 및 그러한 활용이 법적으로 가능한지
  - 기타 환급금과 실손의료보험의 관계 정립 및 보험가입자 편의 및 형평성 제고를 위한 방안

## 나. 주요 쟁점

- 환급금 공제의 타당성 여부와 관련하여 기존의 분쟁조정사례 및 판례, 각 기관별 입장<sup>19)</sup>에서 나타난 쟁점은 6가지로 요약해 볼 수 있음
- ① (환급금의 성격) 환급금은 급여 공단부담금과 실질이 동일한가, 아니면 급여 공단부담금과는 별개의 지원금인가
  - ② (공·사보험의 관계) 본인부담상한제 시행으로 공보험인 건강보험의 보장성이 확대된 만큼 사보험인 실손의료보험의 보험금 지급액이 감소되는 것이 정당한가
  - ③ (보험회사 이익 여부) 환급금 공제로 인한 보험금 지급액 감소가 보험회사의 이익으로 귀속되는가
  - ④ (실손보상원칙·이득금지원칙) 약관 및 분쟁조정결정에 의해 국가유공자 의료비 지원, 병원직원 할인혜택을 공제 대상에서 제외함으로써 이미 실손보상원칙·이득금지원칙의 예외가 인정되고 있는 상황에서, 환급금에 대해서만 실손보상원칙·이득금지원칙을 엄격하게 적용하여 보험금 지급 시 이를 공제해야 한다고 보는 것이 타당한가
  - ⑤ (보험계약자 평등원칙) 실손 보험료는 소득과 관계없이 산출·부과되는데, 소득이 낮아 환급금을 많이 지급받는다는 이유로 그만큼 보험금을 차감 지급하는 것은 보험계약자 평등원칙에 위배되는 것이 아닌가
  - ⑥ (취약계층 지원) 환급금은 저소득층에게 더 많이 지급되는데, 그만큼 실손보험금 지급액이 감소되면 저소득층 지원 효과가 상쇄되고 취약계층에 대한 역차별이 되는 것이 아닌가

---

19) 한국소비자원(2017) 의견조회에서 확인된 기관별 입장(금감원, 건보공단, 손해보험협회, 보험연구원, 한국손해사정사회) 및 한국소비자원의 입장임

## 2. 기존 분쟁조정사례 및 판례

### 가. 본인부담상한제 관련 분쟁조정사례

#### 1) 금감원

- 금감원은 2010년 분조위 결정에서, 본인부담상한액을 초과하여 환급이 이루어지는 부분은 실손의료보험 보험금 지급 대상에서 제외된다고 보았음<sup>20)</sup>
  - 환급금만큼 급여 본인부담금이 감소하므로, 환급금 상당액은 실손의료보험 보상 대상이 아니라는 취지임(→쟁점①: 환급금의 성격, 쟁점②: 공·사보험의 관계)
  - 2017년 한국소비자원이 실시한 본인부담상한제 관련 기관별 의견조회 시에도 금감원은 '실손의료보험의 이득금지원칙에 따라 환급금을 보상에서 제외하는 것은 불가피하다'는 의견이었음<sup>21)</sup>(→쟁점④: 실손보상원칙·이득금지원칙)

#### 2) 한국소비자원

- 한국소비자원은 2016년 소비자분쟁조정위원회 결정에서 '국민건강보험법상 본인부담금 상한액이 정해지지 않은 상태에서 환급 예정이라는 사정만으로 이를 선공제하는 것은 부당하다'고 판단하였음<sup>22)</sup>
  - 당시 분쟁조정결정은 선공제의 부당성을 주로 지적하였고, 환급금이 공제 대상인지 여부 자체에 대해서는 직접 판단하지 않음
- 한국소비자원(2017)은 환급금을 보상하지 않는 손해로 정하고 있는 실손의료보험 표준약관은 다음과 같은 점에서 부당하다고 보고 이를 개정할 것을 제안하였음<sup>23)</sup>
  - 환급금은 요양급여와는 성격을 달리하는 특별한 형태의 보험급여이므로 이를 요양급여와 동일하게 볼 수 없고, 환급금 공제는 취약계층에 대한 역차별이자 국가의 사회복지 정책에 역행하는 것임(→쟁점①: 환급금의 성격, 쟁점⑥: 취약계층 보호)

20) 분조위 2010. 7. 27. 제2010-69호(질병입원의료비 담보특약의 보상하는 손해에 해당되는지 여부)

21) 한국소비자원(2017), pp. 35~36

22) 소비자분쟁조정위원회 2016. 12. 12. 2016일가342(본인부담상한제에 따른 환급 예정 치료비의 보험금 지급 요구)

23) 한국소비자원(2017), pp. 51~53



- 소득이나 사회복지정책에 따라 실손의료보험의 보장 범위가 달라지는 것은 보험계약자 평등원칙에 위반되고, 보험회사마다 본인부담상한제 적용 시기 및 소득분위 확인·적용 방법이 다른 것은 약관의 객관적 해석의 원칙에 위반됨(→쟁점⑤: 보험계약자 평등원칙)

## 나. 관련 쟁점에 대한 분쟁조정사례

### 1) 국가유공자 의료비 지원

○ 금감원은 국가유공자에 대한 의료비 지원금은 실손보험금 산정 시 공제 대상이 아니라고 보았음<sup>24)</sup>

- 실손보상원칙을 엄격하게 적용할 경우 국가유공자에 대한 의료비 지원도 그 지원 금액만큼 환자 본인의 지출이 줄어든다는 점에서 공제 대상이 되어야 하나, 실손보상원칙의 예외로서 이중이득이 허용된다고 본 것임

○ 결정의 근거는 (i) 지원금의 성격과 (ii) 실손의료보험 약관상 근거 규정의 부재였음

- (지원금의 성격) 금감원은 국가유공자에 대한 의료비 지원금의 성격을 ‘공상 균경 등 국가유공자 및 보훈대상자에 대한 합당한 예우를 위한 금원으로 대상자에게 귀속되어야 하는 것’이라고 봄
- (약관상 공제 규정의 부존재) 당시 실손의료보험 표준약관은 국가유공자 의료비 지원이 공제 대상인지 여부에 대해 명시적으로 정하지 않았고, 다만 보상하는 손해를 ‘본인이 실제 부담한 금액’이라고 정하고 있었는데,<sup>25)</sup> 금감원은 ‘본인이 실제 부담한 금액’이라는 문구에 근거하여 국가유공자 의료비 지원금을 공제할 수는 없다고 보았으며, 그 논거는 다음과 같음
  - (i) ‘본인이 실제 부담한 금액’이라는 문구는 (a) 실손보상원칙을 엄격하게 적용하기 위한 것으로 볼 수도 있고, (b) 단순히 급여 본인부담금과 비급여의 합계액을 부연 설명하는 의미로 볼 수도 있는데, 약관의 취지 및 작성자불이익 원칙상 후자와 같이 해석하는 것이 타당함(→쟁점④: 실손보상원칙·이득금지원칙)

24) 분조위 결정 2017. 11. 14. 제2017-19호(국가유공자의 배우자가 국가로부터 의료비 지원을 받은 경우 실손의료보험금 산정 기준)

25) 2012년 표준약관 개정 시 도입된 문구임(앞의 <표 1-8> 제3조 제1항 참조)

- (ii) 실손의료보험 보험요율 산출 기초자료에 의료비 지원금은 포함되지 않음에도 이를 공제할 경우 보험금은 적게 지급받음에도 동일한 보험료를 부담하게 됨(→쟁점⑤: 보험계약자 평등원칙)
- (iii) 실손의료보험 상품 판매 시 의료비 지원금 면책에 대한 설명을 하지 않았고, 피보험자의 개별적 사정에 의해 발생한 의료비 지원금이 보험회사의 이익이 되는 것은 부당함(→쟁점③: 보험회사 이익 여부)

○ 한편, 실손보상원칙상 국가유공자 의료비 지원금을 공제하는 것이 타당하다는 보험회사 측 주장에 대해서는, 실손의료보험의 인보험으로서의 성격을 고려할 때 손해보험에서 인정되는 실손보상원칙을 엄격하게 적용할 수 없다고 판단함(→쟁점④: 실손보상원칙·이득금지원칙)

## 2) 병원직원 할인

### 가) 약관규정

- 표준약관은 직원복리후생제도에 의한 의료비 감면분을 공제 대상에서 제외함
  - 직원복리후생제도에 의한 할인혜택을 보상 대상에서 제외할 것인지 여부는 표준약관 제정 시부터 논의되었는데, 당시 할인혜택이 준급여로서의 성격을 갖는 임직원에게 한하여 할인혜택을 공제하지 않기로 하였음<sup>26)</sup>
  - 이후 이러한 점을 보다 명확히 하기 위해 2016. 1. 1.부터 시행된 개정 표준약관에서 ‘감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우’에는 보상 대상에 포함된다는 점을 명시하였고, 현재도 동일함

〈표 II-1〉 표준약관상 직원복리후생제도 관련 조항

---

#### 제3조(보장종목별 보상 내용)

⑥ 피보험자가 직원복리후생제도에 의해 의료비를 감면받고 그 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되는 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 입원의료비를 계산합니다.

---

주: 밑줄은 관련 부분을 명시하기 위하여 저자가 표시한 것임

26) 당시 병원 노조측 입장, 부당한 할인 적용을 통한 이중이득 우려, 보상처리의 효율성 등을 종합적으로 고려함

## 나) 분쟁조정

- 금감원은 병원 임직원이 아닌 파견업체 소속 용역직원의 가족에 대해 적용된 할인혜택도 공제 대상이 아니므로 실손의료보험에서 이종으로 보상해야 한다고 판단하였음<sup>27)</sup>
  - 금감원은 대상 약관(〈표 II-2〉 참조)이 직원복리후생제도 적용 대상을 병원 임직원으로 제한하고 있지 않고, 의료비가 근로소득에 포함되는지 여부에 대해서도 정하고 있지 않으므로, 병원 임직원이 아니고 할인혜택으로 감면받은 의료비가 근로소득에 포함되지 않는 용역직원도 일반 임직원과 마찬가지로 할인혜택을 공제해서는 안 된다고 봄

### 〈표 II-2〉 제2016-22호 분쟁조정사례 대상 약관 조항

#### 제3조(보장종목별 보상 내용)

⑥ 피보험자가 병원의 직원복리후생제도에 의하여 납부할 의료비를 감면받은 경우에는 그 감면 전 의료비를 기준으로 통원의료비를 계산합니다.

주: 분쟁조정사례 대상 보험계약의 계약일인 2012. 7. 27. 당시 약관으로, 감면받은 의료비가 근로소득에 포함될 것이 명시되어 있지 않았음

## 다. 판례

- 법원은 본인부담상한제에 의한 사후환급은 '요양급여와는 구별되는 특수한 형태의 보험급여'라고 판단함<sup>28)</sup>(→쟁점①: 환급금의 성격)
  - 위 판례는 건보공단이 요양기관에서 치료를 받은 교통사고 피해자에게 환급금을 지급한 후 교통사고 가해자에게 환급금 상당의 구상을 청구한 사례임
- 법원은 건보공단의 구상금 청구를 기각하면서 그 이유를 다음과 같이 판시함
  - 국민건강보험법 제58조<sup>29)</sup>의 구상금 청구권은 '보험급여를 지급한 때'에 비로소 발생함

27) 분조위 2016. 9. 6. 제2016-22호(병원의 직원복리후생제도에 따른 용역직원의 의료비 감면 혜택에 대한 보험금 산정 기준의 적정 여부); 참고로, 직원복리후생 자체는 임직원을 대상으로 적용되는 것이나 병원의 '파견 및 용역(위탁)업체 직원에 대한 진료비 감면 지침'에 따라 용역업체 직원과 그 가족도 의료비 감면 혜택 대상에 포함되게 되었음

28) 인천지방법원 2017. 1. 10. 선고 2016나61108판결

29) 제58조(구상권)

- ‘치료 시’에 지급되는 현물급여와 달리 사후환급은 그 ‘환급금 지급 시’에 보험급여가 이루어진다고 보아야 하고, 이러한 의미에서 사후환급은 현물급여 형태의 요양급여와 구별되는 특수한 형태의 보험급여임
  - 본 사안에서는 환급금 지급 이전에 가해자가 피해자에게 손해를 배상하고 합의를 하여, 건보공단이 환급금을 지급했을 때에는 피해자의 가해자에 대한 손해배상청구권이 이미 소멸하였음
  - 따라서 본 사안에서는 공단의 구상권 행사 대상(교통사고 관련 손해배상청구권)이 이미 소멸하여 존재하지 않으므로, 건보공단의 구상금 청구를 기각함
- 법원은 ‘현금지급 방식의 사후환급은 현물급여 방식의 요양급여와는 구별되는 특수한 형태의 보험급여’라고 판시하였으나, 이는 급여시기(요양급여-치료 시, 사후환급-환급 시)와 급여방법(요양급여-현물, 사후환급-현금)에 차이가 있다는 점을 밝힌 것임
- 본인부담상한제에 따른 사후환급은 요양급여(공단부담금 부분)와 마찬가지로 국민건강보험법 제58조 제1항의 구상권 행사 대상이 됨
  - 다만 건보공단의 구상권은 보험급여가 실제 이루어진 때에 비로소 발생하는데, 현물급여인 요양급여는 진료시점에, 현금급여인 사후환급은 실제 그 환급금 지급 시점에 구상권이 발생한다는 측면에서 양자를 구별하고 있는 것임
- 법원이 이와 같이 사후환급 관련 구상권 발생시기를 진료 시가 아닌 사후환급금 지급 시로 본 것은 가해자가 이중지급 위험을 우려하여 손해배상을 기피하는 것을 방지하여 피해자에 대한 신속한 배상이 이루어지도록 하려는 것임
- 위 판례 사안에서 건보공단의 구상권 행사를 허용하게 되면 가해자는 이미 피해자에게 손해배상을 하였음에도 건보공단에 다시 구상의무를 부담하게 되어 이중지급 위험이 발생하게 됨
  - 이와 같은 방식으로 제도를 운영할 경우 가해자가 이중지급 위험을 피하기 위해 피해자에 대한 신속한 배상을 꺼리게 될 가능성이 있는바, 건보공단의 구상권 발생 시점을 사후환급 실시 이후로 봄으로써 가해자가 피해자에게 신속한 배상을 하더라도 공단에 대한 이중지급 위험을 부담하지 않도록 한 것임

---

① 공단은 제3자의 행위로 보험급여사유가 생겨 가입자 또는 피부양자에게 보험급여를 한 경우에는 그 급여에 들 어간 비용 한도에서 그 제3자에게 손해배상을 청구할 권리를 얻는다.

② 제1항에 따라 보험급여를 받은 사람이 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 경우에는 공단은 그 배상액 한도에서 보험급여를 하지 아니한다.

- 법원은 이중지급을 방지하고 공단의 재정건전성도 유지하기 위해서는, (i) 공단이 피해자에게 사후환급을 실시하기 전에 피해자가 환급금에 해당하는 진료비에 대해 가해자로부터 손해배상을 받았는지를 확인해야 하고, (ii) 만약 배상을 받았다면 그 배상액에 해당하는 금원에 대해서는 환급금을 지급하지 않아야 하며, (iii) 피해자가 이미 배상을 받았음에도 불구하고 환급금이 지급된 경우에는 피해자로부터 이를 환수해야 한다고 판시함

○ 한편, 위 판례는 환급금의 목적과 기능에 대해서는 별도의 판단을 하지 않았음

- 따라서 위 판례를 근거로 환급금이 급여 공단부담금과는 다르므로 실손의료보험에서 이를 보상해야 한다고 보는 것은 판례의 취지를 넘어서는 해석인 것으로 보임

### Ⅲ

## 쟁점별 검토

### 1. 환급금의 성격

- 환급금은 일단 본인이 의료비를 먼저 지출한 후 현금으로 환급되는데, 이러한 특성으로 인해 요양급여와는 구별되는 특수한 보험급여로 보는 견해가 있음<sup>30)</sup>
  - 사전급여 대상인 상한액 초과금은 환자가 의료기관에 납부해야 할 ‘환자부담총액’에서 제외되고 있어(앞의 <표 I-2> 참조) 이 부분이 실손보험금 청구 대상이 아니라는 점에 대해서는 다툼이 없을 것이므로 논의의 대상은 주로 사후환급 대상인 환급금이 될 것임<sup>31)</sup>
  - 다만, 본인부담상한제에 따른 상한액 초과금은 사전급여인지 사후환급인지에 관계 없이 지급 근거 및 지급 재원이 동일하바, 단순히 지급방식이 사전급여인지 사후환급인지에 따라 그 성격을 달리 파악할 수는 없을 것임
  - 따라서 이하의 환급금의 성격에 대한 논의는 사전급여 및 사후환급 전체에 적용되는 것임
- 환급금의 경제적 실질은 요양급여 공단부담금과 동일하고, 다만 개인별 본인부담 상한액 정산 이후(다음 해 8월 이후)에 지급되는 사후환급의 경우, 의료비 발생 시점과 환급금 지급 시점에 차이가 커 그 시차만큼의 의료비 보장 공백이 발생하는 것임
  - 환급금을 수령하면 그만큼 요양급여에 대한 본인부담금이 감소되고 공단부담금이 증가하는 효과가 발생하므로, 환급금은 요양급여 소요 비용의 분담·정산 방식이라고 봄이 타당하며, 요양급여와 별도의 새로운 보험급여라고 보기는 어려움
- 사후환급의 경우 선지출·후환급, 현금 직접 지급 방식으로 지급되나, 이를 이유로 환급금의 요양급여 비용 분담·정산으로서의 성격이 달라진다고 보기는 어려움

30) 인천지방법원 2017. 1. 10. 선고 2016나 61108 판결

31) 다만, 2020년부터 요양병원-사전급여는 진료 후 3~5개월 후 본인에게 직접 지급하는 것으로 변경되나, 향후 실손보험금 지급 시 요양병원-사전급여 관련 환급금 공제 여부도 문제될 것으로 예상됨

- ‘본인부담상한제는 의료비로 이미 지출한 비용을 현금으로 환급받게 함으로써 의료서비스 외의 소비재를 추가로 소비할 수 있는 소득보전 성격의 금품’이라고 보는 입장도 있음<sup>32)</sup>
- 그러나, 의료서비스 외에 소비재를 추가로 소비할 수 있게 된 것은 본인부담금이 경감됨에 따라 추가 소비 여력이 늘어났기 때문이며, 이러한 효과가 있다고 해서 환급금이 의료비 보전이 아닌 소득보전 성격의 별도 지원이라고 보기는 어려움
- 또한, 사전급여는 처음부터 본인의 의료비 지출이 발생하지 않는다는 점에서 본인 입장에서는 요양급여 공단부담금과 차이가 없고, 사후환급은 사전급여와 본질이 동일하고 지급시기·방법에만 차이가 있을 뿐이므로, 공단부담금이나 사전급여와 달리 사후환급으로 지급되는 환급금만 소득보전을 위한 별도의 보험급여라고 보기는 어려움
- 한편, 인천지방법원 판결이 환급금을 요양급여와 구별되는 특수한 형태의 보험급여라고 본 것은 환급금 지급에 따른 공단의 구상권 취득 시점을 정함에 있어 이 중지급 위험으로 인한 가해자의 보상 회피가능성을 차단하기 위한 것일 뿐 환급금의 본질이 요양급여와 별개의 소득보전 급여라고 본 것은 아니므로, 위 판결을 근거로 환급금의 성격이 소득보전 급여라고 볼 수는 없을 것임

## 2. 공·사보험의 관계

- 실손보험금 지급 시 환급금 상당액을 공제하는 것에 대해 ‘공보험과 사보험은 별개이며 공보험의 보장성 강화로 민간 보험회사의 지급 보험금이 감소되는 것은 부당하다’는 지적이 있음<sup>33)</sup>
  - 이는 공보험과 사보험이 별개의 원리에 따라 각각 별도로 운영된다는 점을 강조하는 입장임
- 그러나, 실손의료보험은 건강보험의 보완형으로 도입된 것으로, 건강보험에서 보장하지 않는 항목인 급여 본인부담금 및 비급여를 보장하는 것이 본래의 기능임

32) 한국소비자원(2017), p. 38; 임승지 외(2015), p. 66

33) 한국소비자원(2017), p. 39

- 건강보험의 보장 대상 및 범위가 확대되면 그만큼 실손의료보험에서 보상하는 부분이 줄어드는 것은 보완형 상품으로서의 실손의료보험의 성격상 당연한 것임
- 따라서 공보험에서 지급되는 금원을 이유로 사보험의 보장 범위가 달라져서는 안 된다고 보기는 어려움

○ 참고로, 「재난적의료비 지원에 관한 법률」에 따라 재난적의료비를 지원할 때 지원대상자가 보험회사로부터 수령한(또는 수령할) 실손보험금이 있는 경우 그 상당액을 지원 대상에서 제외하고 있음<sup>34)</sup>

- 건보공단은 재난적의료비 지급신청 시 민간보험 가입이 확인되었으나 민간보험금을 미청구하여 민간보험금 지급내역이 확인되지 않은 경우에는 지급을 보류하고 신청인에게 신속히 민간보험금을 청구할 것을 안내한 후 청구내역에 따라 지급(예정)금액을 확인하여 이를 제외하고 지급하고 있음<sup>35)</sup>
- 이는 재난적의료비와 실손보험금이 중복지급되는 것을 방지하기 위한 조치로써, 정부의 의료비 지원과 민간 보험회사의 의료비 관련 보험금 지급의 상호연계가 필요하다는 점을 보여주는 사례임

○ 의료비와 관련된 공보험, 사보험 및 그 밖의 정부지원은 국민의 의료접근성 제고 및 생활안정이라는 목적 달성을 위해 상호 보완적인 관계를 형성하고 있음

- 특히 사보험은 공보험의 보완적 기능을 수행하기 위해 도입된 것인바, 환급금의 성격을 판단할 때에도 이러한 점을 충분히 고려할 필요가 있음

34) 재난적의료비 지원에 관한 법률 제13조(지급범위)

- ① 공단은 지원대상자에 대하여 대통령령으로 정하는 기준에 따라 재난적의료비 중 일부에 해당하는 금액을 지급한다. 이 경우 지원대상자의 소득수준 및 제20조에 따른 자원 등을 고려하여 지원금액의 상한선을 정할 수 있다.
- ② 지원대상자가 다른 법령 또는 계약에 따라 재난적의료비에 대하여 국가 또는 지방자치단체로부터 급여·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우 또는 「보험업법」에 따른 보험회사 등으로부터 보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우로서 대통령령으로 정하는 경우에는 해당 급여, 보험금 또는 금품 등에 상당하는 액수를 제외하고 지급한다.

재난적의료비 지원에 관한 법률 시행령 제12조(지급제외 대상 금품 등)

법 제13조제2항에서 “대통령령으로 정하는 경우”란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우를 말한다.

1. 「간급복지지원법」 제9조제1항제1호나목에 따른 의료지원을 받은 경우
2. 지원대상자가 계약에 따라 「보험업법」에 따른 보험회사에서 의료비 명목으로 보험금·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우
3. 그 밖에 지원대상자가 다른 법령에 따라 국가 또는 지방자치단체에서 의료비 명목으로 급여·금품 등을 받았거나 받을 수 있는 경우  
(※ 밑줄은 관련 부분을 명시하기 위하여 저자가 표시한 것임)

35) 보건복지부(2020), p. 73



### 3. 보험회사 이익 여부

- 실손의료보험 보험료 산출 시 환급금 상당액은 실손의료보험의 보상 대상이 아니라는 점을 전제하고 있음
  - 한국소비자원(2017) 조사 당시에 20개 보험회사 중 18개 보험회사가 실손의료보험 보험료 산출 시 본인부담상한제에 따른 손익을 반영한다고 답변함<sup>36)</sup>
  - 결국 환급금이 공제되는 만큼 보험료가 절감되는 것이므로, 환급금 공제가 민간 보험회사의 이익이 된다고 볼 수는 없음
- 정확한 환급금 규모 및 환급금 공제가 실손보험료에 미치는 영향에 대해서는 추가적인 실태조사가 필요함
  - 실손보험금에서 공제되는 환급금은 (i) 2017년 328억 1,720만 원, (ii) 2018년 419억 5,970만 원, (iii) 2019년 554억 6,670만 원으로 집계되고 있는 것으로 나타남<sup>37)</sup>
  - 건보공단에서 지급된 총 환급금은 (i) 2017년 1조 3,433억 원, (ii) 2018년 1조 7,999억 원, (iii) 2019년 2조 137억 원임<sup>38)</sup>
  - 보다 정확한 실태조사를 통해 공제되는 환급금 규모를 정확히 파악한 후, 보험료에 미치는 영향을 분석할 필요가 있을 것임

### 4. 실손보상원칙·이득금지원칙

- 실손보험금 지급 시 실손보상원칙상 환급금을 당연히 공제해야 하는 것인지, 실손보상원칙의 예외로서 공제 대상이 아니라고 볼 수 있는지가 문제됨
  - (원칙 적용설) 환급금 상당의 의료비는 본인이 실제 부담하지 않은 것이므로 실손보상원칙·이득금지원칙상 실손의료보험 보상 대상에서 제외된다고 보는 견해임
  - (예외 적용설) 실손보상원칙에도 일정한 예외가 인정될 수 있으므로, 환급금에 대해서도 예외를 적용하여 실손보험금에서 공제하지 않을 수 있다는 견해임

36) 2개 보험회사는 '미반영 또는 해당사항 없음'이라고 회신함(한국소비자원(2017), p. 27)

37) 중앙일보(2020. 11. 5), "건보가 진료비 깎아줬다고... '980만 원 토해라' 명세서 폭탄"

38) 보건복지부 보도자료(2020. 9. 2), "국민건강보험이 가입자의 의료비 부담을 완화하여 진료비를 돌려드립니다"

- 실손보상원칙·이득금지원칙은 손해보험을 규율하는 지도원리로서 원칙적으로 준수되어야 하나, 그 본질을 훼손하지 않는 범위에서 예외가 인정될 수 있음
  - (원칙) 실손보상원칙·이득금지원칙은 피보험자가 손해의 전보를 넘어서 이득을 얻어서는 안 된다는 원칙임
    - 이는 손해보험을 규율하는 지도원리이자 강행적 법리이며, 보험의 도박화 및 인위적 사고를 방지하는 기능을 함<sup>39)</sup>
  - (예외) 보험의 효용 제고 등 정책적 목적을 위해 실손보상원칙·이득금지원칙의 예외를 인정할 수 있음<sup>40)</sup>
    - 예외를 인정할 경우 일부 이중이득을 허용하게 되지만, 손해보상을 현실화·합리화하는 과정에서 생기는 보완적·부수적인 것인 경우 허용될 수 있음<sup>41)</sup>
- 환급금을 공제하지 않음으로써 환급금 상당의 이중이득을 허용하는 것이 실손보상원칙의 예외로서 허용될 수 있는지에 대해서는 견해가 일치되어 있지 않음
  - (금감원) 기존에 금감원은 본인부담상한제에 따른 환급금의 경우, 이득금지원칙상 실손보험금 지급 시 환급금 공제가 불가피하다는 입장이었음<sup>42)</sup>
    - 다만, 국가유공자 의료비 지원 등에 관한 분쟁조정사례에서는 ‘실손의료보험이 전형적인 손해보험과는 다르고<sup>43)</sup> 따라서 손해보험의 지도원리인 실손보상원칙·이득금지원칙을 엄격하게 적용할 것은 아니다’라고 봄으로써<sup>44)</sup> 실손의료보험에서 실손보상원칙의 예외를 인정하고 있음
    - 국가유공자 의료비 지원 관련 분조위 결정의 논리에 따르면, 환급금 공제와 관련하여서도 실손보상원칙·이득금지원칙의 예외를 인정하게 될 가능성도 있으나, 금감원은 양자를 구별하여 (i) 환급금에는 실손보상원칙을 적용하고, (ii) 국가유

39) 한기정(2018), pp. 435-438(이득금지원칙을 구체화 한 것으로, 상법상 보험자의 책임(손해보상), 보험계약의 효력(피보험이익이 없으면 무효), 보험가액 초과보상 금지(법정 보상한도), 보험가액 및 손해액 산정 시점(사고 시), 보험자대위 등이 있음)

40) 한기정(2018), p. 437

41) 상법상 기평가보험, 보험가액불변경주의, 신가보험 등이 실손보상원칙의 예외에 해당함

42) 한국소비자원(2017), p. 35

43) 실손의료보험이 전형적인 손해보험과 다르다고 보는 근거는 (i) 실손의료보험은 상해·질병을 담보하는 것이어서 손해보험보다는 인보험의 성격이 강하다는 점 및 (ii) 실손의료보험 약관에서 보험자 대위에 관하여 명확하게 규정하지 않고 있고, 일반 손해보험과 달리 중복보험 대신 다수보험이라는 용어를 사용하고 있는 점 등임

44) 금융분쟁조정위원회 제2017-19호, pp. 9-10

공자 의료비 지원금에는 실손보상원칙의 예외를 적용하고 있음

- 이러한 두 가지 입장이 논리적으로 조화되기 위해서는 본인부담상한제 환급금과 국가유공자 의료비 지원금을 달리 취급할 수 있는 근거 및 기준이 제시되어야 할 것임

- (최근 학계 의견) 이에 관한 학계의 논의는 많지 않으나, 최근 유력한 견해는 실손의료보험에 대해서도 실손보상원칙·이득금지원칙이 적용된다고 보고 있으며, 논거는 다음과 같음<sup>45)</sup>

- 실손의료보험의 다수보험처리에 관한 규정(표준약관 제35조)은 손해보험의 중복보험 관련 규정과 그 기능이 동일함
- 실손의료보험 모집 전에 중복계약 체결 여부를 확인하도록 규정하고<sup>46)</sup> 다수의 실손의료보험에 가입하는 경우 중복보험으로 처리하고 있음
- 이러한 점을 보면 손해보험의 중복보험 제한 법리가 실손의료보험에도 적용되고 있다고 볼 수 있으므로, 실손의료보험에도 실손보상원칙이 적용된다고 봄이 타당함

- 실손의료보험은 질병·상해를 보험사고로 한다는 점에서 인보험에 가까운 측면이 있으나, 실제 발생한 손해를 보상하는 것이 상품의 본래 목적과 기능이므로 실손보상원칙·이득금지원칙이 적용된다고 보는 것이 타당함

- 다만, 보험의 효용 제고 등 정책적 목적 달성을 위해 일정한 범위에서 예외가 인정될 수는 있으므로, 본인부담상한제에 따른 환급금이 이러한 예외 인정이 필요한 사항인지가 문제됨

- 실손보상원칙의 예외를 인정하기 위해서는, 실손보상원칙의 본래 목적과 예외를 인정함으로써 달성하고자 하는 정책적 목적을 비교형량하여 후자가 우월하다고 판단되어야 할 것임

- 실손보상원칙의 본래 목적은 보험의 도박화 및 인위적 사고방지인바, 예외를 인정하더라도 이러한 목적 달성에 크게 장애가 되지 않거나, 장애가 발생하더라도 별도의 정책적 목적을 달성하기 위해서는 예외 인정이 반드시 필요하다고 판단되는 경우에 한하여 예외가 허용될 것임

45) 장덕조·원일연(2020), pp. 65~68

46) 보험업법 제95조의5, 보험업법 시행령 제42조의5

- 국가유공자 의료비 지원 및 병원직원 할인혜택과 같이 특정 신분·자격을 갖춘 자에 대해 병원비의 일정 비율을 지원하는 형태의 지원은 대상자 및 혜택에 일정한 제한이 있어 실손보상원칙의 예외를 허용하더라도 부작용 위험이 크지 않음
  - (적용 대상자) 국가유공자 의료비 지원금 또는 병원직원 할인을 통한 이중이득을 얻기 위해 국가유공자가 되거나 병원직원으로 근무하는 경우는 상정하기 어려움
    - 국가유공자나 병원직원인 자가 이중이득을 얻기 위해 실손의료보험에 가입하는 경우가 있을 수 있으나, 이중이득을 얻기 위해서는 먼저 특정 신분·자격의 취득이 전제된다는 점에서 보험의 도박화 및 인위적 사고 가능성은 상대적으로 낮을 것임
  - (이중이득 규모) 국가유공자 의료비 지원금 및 병원직원 할인에 따른 이중이득은 병원비 중 일정 비율에 해당하는 금액으로 이중이득을 얻더라도 그 규모가 제한적임
- 반면 본인부담상한제에 따라 지급되는 환급금은 전체 건강보험 가입자를 대상으로 한 보편적 지원으로 지원 대상자의 자격에 제한이 없고 이중이득의 규모도 매우 큼
  - (적용 대상자) 본인부담상한제는 전체 건강보험 가입자를 대상으로 적용되므로, 건강보험 가입자는 실손의료보험에 가입하여 상한액을 초과하는 본인부담금을 지출하면 이중이득을 얻을 수 있게 됨
  - (이중이득 규모) 본인부담상한제는 소득별로 정한 상한액을 초과하면 그 초과분의 일정 비율이 아닌 초과금 전액을 공단이 부담하는바, 일단 상한액을 넘게 되면 의료비가 많이 발생할수록 이중이득 규모도 늘어나는 구조이며, 취득할 수 있는 이중이득에 상한이 없음
  - 이처럼 실손보상원칙의 예외를 인정하여 환급금 상당의 이중이득을 허용하게 되면 실손보상원칙의 본래 목적을 달성하는 것이 현저히 곤란해지는 반면, 이러한 예외를 인정함으로써 도모하고자 하는 정책적 목적<sup>47)</sup>은 명확하지 않음
- 환급금을 공제하지 않을 경우 실손의료보험 및 건강보험 재정 누수 우려가 있음
  - 이중이득을 허용할 경우 실손보상원칙의 본질에 반할 뿐 아니라 도덕적 해이에 의한 남용 가능성이 커지고, 나아가 보험사기에 악용될 우려도 있음

47) 비공제설에서 제시하는 주된 정책적 목적은 취약계층 지원인 것으로 보이는데, 이는 별도로 검토함

- 예를 들어 1분위 저소득층을 상대로 실손의료보험에 가입하여 81만 원을 넘는 급여 본인부담금 의료비를 지출하면 그 이후에는 추가 지출 의료비 만큼 돈을 벌 수 있다고 꾀어 보험사기에 가담하게 하는 경우를 상정해 볼 수 있음
- 결과적으로 민영 보험회사의 건전성 악화는 물론 건강보험 재정 누수로 이어질 위험이 있음

## 5. 보험계약자 평등원칙

- 소득에 따라 차등 지급되는 환급금을 실손보험금 산정 시 공제하는 것은 보험계약자 평등 원칙에 반한다는 견해가 있음<sup>48)</sup>
  - 실손의료보험 가입자는 소득에 관계없이 보험료를 부담하는데, 소득에 따라 차등 지급되는 환급금을 보험금에서 공제하면, 동일한 보험료를 납부하였음에도 소득에 따라 보험금 지급액이 달라지는 결과가 됨
  - 보험계약은 동일한 위험에 대해 동일한 보장을 하여야 하는데, 환급금을 공제할 경우 동일한 위험이 현실화되었음에도 소득에 따라 보장내용이 달라져 보험계약자 평등원칙에 반한다는 것임
- ‘보험계약자 평등원칙<sup>49)</sup>’은 요율, 면·부책, 해지 등 보험계약에 관한 주요 사항을 모든 보험계약자에게 동일하게 적용해야 하며, 특정 보험계약자에게 특별이익을 제공해서는 안 된다는 원칙임<sup>50)51)</sup>
  - 보험은 위험단체를 전제로 하는 제도이므로 개별 보험가입자는 위험단체의 한 구성원으로서 다른 구성원과 평등하게 대우를 받아야 함<sup>52)</sup>
    - 개별 보험계약자는 원칙적으로 모든 보험계약자에 대해 적용되는 보험요율에 따

48) 한국소비자원(2017), p. 40, p. 51

49) 학자에 따라 ‘보험계약자 평등원칙’이라고도 하고, ‘보험계약자 평등 대우 원칙’이라고도 함

50) 한국사법행정학회(2010), p. 176

51) 양승규(2000), pp. 31~32

52) 한국사법행정학회(2010), p. 176(평등 대우의 내용과 정도가 구체적으로 어떠해야 하는지에 관한 국내 논의는 많지 않고, 독일에서는 상호회사의 경우는 명문으로 평등 대우 원칙이 적용되나 주식회사에 대해서도 이러한 원칙이 적용되는지에 대해서는 견해 대립이 있다고 함)

라 보험료를 지급해야 하며, 보험사고의 범위, 보험자의 면책사유, 보험계약의 해지사유 등에 관하여 특별한 대우를 받을 수 없다는 의미로 이해되고 있음<sup>53)</sup>

- 보험계약자 평등원칙은 보험업법 제98조 특별이익 제공 금지 및 제129조 보험요율 산출의 원리(보험요율이 보험계약자 간에 부당하게 차별적이지 아니할 것) 등에도 반영되어 있음
- 보험계약자 평등원칙은 모든 보험계약자가 동일한 보험료를 부담해야 한다거나, 동일한 보험료를 납부한 보험계약자는 동일한 보험금을 받아야 한다는 것을 의미하는 것은 아님
- 보험계약자는 위험률과 보험금액에 따라 산출된 보험료를 납부하고 보험사고 발생 시 약관에서 정한 바에 따라 보험금을 지급받게 됨
  - 실손보상원칙이 적용되는 손해보험의 경우 위험률과 보험금액이 동일하여 동일한 보험료를 납부하였다더라도 지급되는 보험금은 실제 발생한 손해액에 따라 결정되는 것이며, 이것이 보험계약자 평등원칙에 반하는 것은 아님
  - 정부 정책이나 지원에 의해 실제 발생한 손해액이 경감된 경우, 실손보상원칙의 예외로서 이중이득이 허용되는 경우가 아닌 한, 보험계약자 평등원칙을 근거로 손해액에 관계없이 동일한 보험금을 지급해야 한다고 볼 수는 없음
- 요컨대, 환급금을 공제하는 것이 보험계약자 평등원칙에 반한다는 주장은 보험계약자 평등원칙 본래의 의미에서 벗어난 것으로 보임
- 한편, 보험회사별로 업무처리 방식이 다른 것은 그 차이가 약관이나 사업방법서에 위반되는 경우는 별론으로 하고, 회사별로 차이가 있다는 점만으로 보험계약자 평등원칙에 반한다고 볼 수는 없음

## 6. 취약계층 보호

- 국가가 취약계층에게 제공하는 환급금을 실손의료보험 보상 대상에서 배제하는 것은 취약계층에 대한 역차별이며 국가의 사회복지정책에 역행하는 것이라는 주장이 있음<sup>54)</sup>

53) 한국사법행정학회(2010), p. 176

54) 한국소비자원(2017), p. 51

- 본인부담상한제가 취약계층 지원 기능이 있다는 점을 고려하더라도, 실제 발생한 의료비 지원을 넘어서 추가적인 경제적 이득까지 허용해야 하는 것으로 볼 수는 없음
  - 본인부담상한제 및 재난적의료비 지원제도 등 취약계층 지원제도 자체도 이중이득 방지를 위한 제도적 장치를 도입하고 있음
    - 국민건강보험법은 건보공단이 급여 공단부담금 및 환급금 등 보험급여를 실시한 경우에는 보험가입자를 대위하여 구상권을 행사하도록 함으로써 가입자의 이중이득을 방지하고 있음
    - 재난적의료비 지원제도도 본인부담상한제 적용 대상 본인부담금은 지원 대상에서 제외하고 지원 대상자가 실손의료보험에 가입한 경우에는 먼저 실손보험금을 지급받도록 하는 등 이중이득 방지 장치를 마련하고 있음
  - 이러한 점을 고려할 때, 취약계층 보호를 위해 이중이득까지 허용해야 한다고 보기는 어려울 것으로 생각됨
- 환급금을 공제하지 않을 경우 환급금 상당의 보험금 지급액이 증가하고, 도덕적 해이 및 보험사기로 인한 추가적 보험금 누수 가능성이 발생하여 전체 보험계약자의 부담이 가중될 수 있음
  - 이는 이중이득을 기대하지 않고 합리적인 보험료를 부담하며 위험에 대비하고자 하는 대다수 보험계약자들의 기대에 반하는 것임
- 실손의료보험 보험료가 인상될 경우 저소득층의 보험가입 및 유지가 현재보다 어려워질 우려도 있음
  - 결국 전체 실손의료보험 가입자는 물론 저소득층에 속하는 가입자에게도 의도치 않은 불리한 결과가 발생할 우려가 있음

## IV

## 결어

- 본고에서는 실손의료보험의 건강보험 본인부담상한제 적용에 관한 약관 규정, 기존의 분쟁조정사례 및 판례, 선행연구 및 유관기관의 입장 등을 종합적으로 정리하여 분석해 보았음
  - 본인부담상한제의 취지 및 환급금의 성격, 실손보상원칙 및 보험계약자 평등원칙 등 보험의 원리, 공·사보험의 관계, 취약계층 지원이라는 사회정책적 목표 등 현재까지 제기된 쟁점들을 종합적으로 고려해 볼 때, 본인부담상한제에 따른 상한액 초과금은 그 지급방식이 사전급여인지 사후환급인지 여부를 불문하고 실손의료보험의 보상 대상에서 제외하는 것이 타당하다고 생각됨
- 환급금에 대한 의료비 보장 공백 문제는 실손보험금 지급 시 환급금을 공제하기 때문이라기보다는 환급금 지급시기 및 방식의 문제에 기인하는 것으로 보임
  - 사전급여의 경우 환자가 요양기관에 해당 금액 자체를 납부하지 않으므로 환자 입장에서 볼 때에는 의료비 발생 즉시 지원을 받는 결과가 되어 의료비 보장 공백이 발생하지 않음
  - 사후환급(최고상한액 초과분)의 경우 환자 본인이 의료비를 먼저 지출하기는 하지만 다음 달에 바로 환급을 받을 수 있어 의료비 보장 공백이 크지 않음
  - 사후환급(개인별상한액~최고상한액)은 의료비를 지출한 후 다음 해 8월이 지나서야 비로소 환급을 받을 수 있게 되어 의료비 지출 시와 환급 가능시점 사이에 최소 8개월, 최대 1년 8개월의 의료비 보장 공백이 발생함
  - 본인부담상한제 관련 민원 및 분쟁이 주로 사후환급(개인별상한액~최고상한액)에 집중되고 있는 점을 보면, 일시적 의료비 보장 공백에 따른 불편 및 부담을 해소하는 것이 문제 해결의 관건이라고 볼 수 있음
- 의료비 발생 시점과 지원 시점 간의 시차에 의한 보장 공백 문제는 시차를 최대한 줄이는 방향으로 해소하는 것이 합리적이라고 생각됨
  - 실손의료보험 약관 규정 및 실손의료보험의 보완형 상품이라는 특성을 고려할 때



상한액 초과금은 실손의료보험의 보상대상이 아니므로 보험회사가 이를 지급할 근거가 없고, 일단 지급을 하게 되면 추후 보험계약자가 건보공단으로부터 환급금을 지급받더라도 보험회사가 이를 회수하는 것은 현실적으로 곤란함

- 사전급여 및 사후환급(최고상한액 초과분)은 대부분 의료비 발생 즉시 또는 수개월 내에 지원이 이루어지는데, 사후환급(개인별상한액~최고상한액)만 시차를 두고 환급을 해야 할 이유는 없는 것으로 보이고, 사후환급(개인별상한액~최고상한액) 지급시기를 앞당길 수 있는 방안이 있다면<sup>55)</sup> 이를 앞당김으로써 시차로 인한 일시적 의료비 보장 공백을 해소하는 것이 적절할 것임

○ 한편, 환급금 공제 관련 보험회사의 업무처리 방식이 통일되어 있지 않은 것은, 그러한 차이가 약관이나 사업방법서에 위반되는 경우에 문제가 될 수 있을 것이나, 차이가 있다는 점 자체가 문제라고 보기는 어려울 것임

- 다만 소득자료를 제출하지 않는 보험계약자가 더 유리해지거나,<sup>56)</sup> 자발적 환급을 거부하는 보험계약자에 대해 환수를 포기하여 그 손실이 차후년도 보험료에 반영되어 전체 보험계약자의 보험료 부담이 증가하는 것은 방지할 필요가 있을 것임

---

55) 예컨대, 전년도 소득을 기준으로 개인별상한액을 산정하여 그 초과금을 당해 연도에 환급해주고 다음 해 소득이 확정되면 이를 정산하는 방식이나, 최저상한액을 기준으로 환급을 해주고 다음 해 소득을 기준으로 이를 정산하는 방안 등을 고려해 볼 수 있을 것임

56) 예컨대, 자료를 제출한 보험계약자에 대해서는 실제 개인별상한액을 적용하여 환급금을 전액 공제하고, 자료를 제출하지 않은 보험계약자는 최고상한액을 적용하여 일부만 공제하는 경우임

## 참고문헌

- 보건복지부(2020), 『재난적의료비 지원사업 안내』
- 양승규(2000), 『보험법의 법리』
- 임승지·김승희·최은희(2015), 『본인부담상한제 제도개선 영향분석 및 정책방안 연구』,  
건강보험정책연구원
- 장덕조·원일연(2020), 「상해보험의 운영현황 및 그 법률관계에 관한 연구」, 『금융법연구』
- 한국사법행정학회(2010), 『주석금융법Ⅱ-보험업법(2)』
- 한국소비자원(2017), 「실손의료보험금 지급의 문제점 및 개선방안-본인부담상한제 적용  
대상자를 중심으로」
- 한기정(2018), 『보험법 제2판』

**국민건강보험법 제44조(비용의 일부부담)<sup>57)</sup>**

- ① 요양급여를 받는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 비용의 일부(이하 “본인일부부담금”이라 한다)를 본인이 부담한다. 이 경우 선별급여에 대해서는 다른 요양급여에 비하여 본인일부부담금을 상향 조정할 수 있다.
- ② 제1항에 따라 본인이 연간 부담하는 본인일부부담금의 총액이 대통령령으로 정하는 금액(이하 이 조에서 “본인부담상한액”이라 한다)을 초과한 경우에는 공단이 그 초과 금액을 부담하여야 한다.
- ③ 제2항에 따른 본인부담상한액은 가입자의 소득수준 등에 따라 정한다.
- ④ 제2항에 따른 본인일부부담금 총액 산정 방법, 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급 방법 및 제3항에 따른 가입자의 소득수준 등에 따른 본인부담상한액 설정 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

**국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담)**

- ① 법 제44조제1항에 따른 본인일부부담금(이하 “본인일부부담금”이라 한다)의 부담률 및 부담액은 별표 2와 같다.
- ② 본인일부부담금은 요양기관의 청구에 따라 요양급여를 받는 사람이 요양기관에 납부한다. 이 경우 요양기관은 법 제41조제3항 및 제4항에 따라 보건복지부령으로 정하는 요양급여사항 또는 비급여사항 외에 입원보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구해서는 아니 된다.
- ③ 법 제44조제2항에 따른 본인일부부담금의 총액은 요양급여를 받는 사람이 연간 부담하는 본인일부부담금을 모두 더한 금액으로 한다. 다만, 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 본인일부부담금은 더하지 않는다.

57) 밑줄은 관련 부분을 명시하기 위하여 저자가 표시한 것임

(각호 생략)

- ④ 법 제44조제2항에 따른 본인부담상한액(이하 “본인부담상한액”이라 한다)은 별표 3의 산정방법에 따라 산정된 금액을 말한다.
- ⑤ 법 제44조제2항에 따라 공단이 본인부담상한액을 넘는 금액을 지급하는 경우에는 요양급여를 받은 사람이 지정하는 예금계좌(「우체국예금·보험에 관한 법률」에 따른 체신관서 및 「은행법」에 따른 은행에서 개설된 예금계좌 등 보건복지부장관이 정하는 예금계좌를 말한다)로 지급해야 한다. 다만, 해당 예금계좌로 입금할 수 없는 불가피한 사유가 있는 경우에는 보건복지부장관이 정하는 방법으로 지급할 수 있다.
- ⑥ 제2항 및 제5항에서 정한 사항 외에 본인일부부담금의 납부방법이나 본인부담상한액을 넘는 금액의 지급방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

국민건강보험법 시행령 별표3

### 본인부담상한액의 산정방법(제19조제4항 관련)

- 1. 본인부담상한액은 지역가입자의 세대별 보험료 부담수준 또는 직장가입자의 개인별 보험료 부담수준(이하 “상한액기준보험료”라 한다)에 따라 그 금액을 달리 한다. 이 경우 상한액기준보험료의 구체적인 산정 기준·방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.
- 2. 가입자 또는 피부양자의 본인부담상한액은 나목에 따른 상한액기준보험료의 구간별로 가목의 산정 방법에 따라 산정한다.

가. 본인부담상한액 산정 방법

1) 계산식

$$\text{해당 연도 본인부담상한액} = \text{전년도 본인부담상한액} \times (1 + \text{전국소비자물가변동률})$$

- 2) 전국소비자물가변동률은 「통계법」 제3조에 따라 통계청장이 매년 고시하는 전전년도와 대비한 전년도 전국소비자물가변동률을 적용하되, 그 전국소비자물가변동률이 100분의 5를 넘는 경우에는 100분의 5를 적용한다.
- 3) 1)의 계산식에 따라 해당 연도 본인부담상한액을 산정한 경우에 1만 원 미

만의 금액은 버린다.

나. 본인부담상한액 산정 단위 상한액기준보험료의 구간

1) 지역가입자인 경우. 이 경우 상한액기준보험료가 제32조제2호나목에 따른  
월별 보험료액의 하한과 같은 경우에는 가)에 해당하는 것으로 본다.

가) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금  
액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우

나) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금  
액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의  
30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는  
경우

다) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금  
액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의  
50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는  
경우

라) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금  
액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의  
70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는  
경우

마) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금  
액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의  
80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는  
경우

바) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금  
액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의  
90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는  
경우

사) 상한액기준보험료가 전체 지역가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금  
액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우

2) 직장가입자 또는 피부양자인 경우

- 가) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
  - 나) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 10에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
  - 다) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 30에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
  - 라) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 50에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
  - 마) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 70에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
  - 바) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 80에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘고 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 고시하는 금액을 넘지 않는 경우
  - 사) 상한액기준보험료가 전체 직장가입자의 하위 100분의 90에 상당하는 금액으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 경우
3. 본인부담상한액은 「의료법」 제3조제2항제3호라목에 따른 요양병원(「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제3조제5호에 따른 정신의료기관 중 정신병원인 요양병원 및 「장애인복지법」 제58조제1항제4호에 따른 의료재활 시설로서 「의료법」 제3조의2의 요건을 갖춘 의료기관인 요양병원은 제외한다)에 120일을 초과하여 입원한 경우(이하 “120일 초과 입원”이라 한다)와 그 밖의 경우로 나누어 다음 각 목에 따라 적용한다.

가. 지역가입자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목1)가)의 경우	125만 원	81만 원
2) 제2호나목1)나)의 경우	157만 원	101만 원
3) 제2호나목1)다)의 경우	211만 원	152만 원
4) 제2호나목1)라)의 경우	280만 원	
5) 제2호나목1)마)의 경우	350만 원	
6) 제2호나목1)바)의 경우	430만 원	
7) 제2호나목1)사)의 경우	580만 원	

나. 직장가입자 또는 피부양자인 경우

구분	본인부담상한액	
	120일 초과 입원	그 밖의 경우
1) 제2호나목2)가)의 경우	125만 원	81만 원
2) 제2호나목2)나)의 경우	157만 원	101만 원
3) 제2호나목2)다)의 경우	211만 원	152만 원
4) 제2호나목2)라)의 경우	280만 원	
5) 제2호나목2)마)의 경우	350만 원	
6) 제2호나목2)바)의 경우	430만 원	
7) 제2호나목2)사)의 경우	580만 원	

부록 II

# 상한액 초과금 지급방식 및 실손보험금 지급여부

구분	대상	초과금 지급방식	보험금 지급 여부
① 사전급여	동일 요양기관에서 발생한 연간 입원 본인부담액 중 <b>최고상한액(582만 원) 초과금</b> ※ 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×
사 후 환 급	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 없음	→ 실손보험금 지급 대상×
	③ 최저상한액 ~최고상한액	소득액에 따라 산정되는 <b>개인별 연간 본인부담 상한액(81~582만 원) 초과금 중 ① 및 ②를 공제한 금액</b> ※ 개인별 상한액 적용 → 소득 확인 필요	개인별 상한액 초과분 → 실손보험금 지급 대상 여부 : 청구시점에 불명확 → 청구 시 대응방식 : 회사별로 상이



## 쟁점별 기존 논의 및 검토의견 (공제설 vs 비공제설)<sup>58)</sup>

쟁점	비공제설	공제설	검토의견
환급금의 성격	(건보공단) 급여 공단부담금과 별도의 지원금 · 현금지급: 현물급여인 요양급여와는 구별됨 · 차등지급: 저소득층 지원 가능 · 사후환급: 추가 소비 여력 제공, 소득보장 가능	(금감원) 급여 공단부담금과 경제적 실질이 동일함(환급금 상당 본인부담금 감소 효과)	환급금이 지급되면 그만큼 급여 본인부담금이 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 가능하고 있는바, 공보험의 보장성이 확대되면 그만큼 실손의료보험의 보장 대상이 줄어드는 것은 당연함
보험회사 이익 여부	(건보공단) 건강보험 보장성 강화로 민간보험회사가 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 관련쟁점*에 대한 본조위 결정에서, '실손보상원칙에도 예외가 인정될 수 있으므로 일부 이중이득 허용이 가능하다'는 취지의 판단이 있음 *국가유공자 의료비 지원, 병원 직원 할인	(금감원) 이득금지원칙상 환급금 공제는 불가피함	환급금에 대해 실손보상원칙의 예외를 인정하여 이중지급을 허용해야 한다고 볼만한 정책적 필요성은 불명확한 반면, (이중지급 허용 시) 과잉진료 및 보험사기 유발 등 부작용 우려는 큼
보험계약자 평등원칙	(손해사정사회, 소비자자원) 소득에 따른 보험금 차등 지급은 동일 위험-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, 소비자자원) 약소자에 대한 역차별로 사회복지 정책에 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

58) 공제설/비공제설 구분 및 기관별 입장은 한국소비자원(2017)의 유관기관 의견조회 결과 및 관련 사건에 대한 본 조위 결정의 내용을 정리한 것임. (i) 비공제설: 실손보험금 지급 시 상한액 초과금을 공제해서는 안 된다는 견해(건보공단, 한국소비자원, 한국손해사정사회), (ii) 공제설: 실손보험금 지급 시 상한액 초과금을 공제해야 한다는 견해(금감원, 손해보험협회, 보험연구원)



## 도서회원 가입안내

회원	연회비	제공자료	
법인 회원	₩300,000원	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · 해외 보험동향 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	영문 연차보고서 추가 제공
특별 회원	₩150,000원		
개인 회원	₩150,000원		

\* 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관



### 가입 문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02)3775-9113 | 팩스 : (02)3775-9102



### 회비 납입 방법

무통장입금

- 계좌번호 : 국민은행 (400401-01-125198) | 예금주: 보험연구원



### 자료 구입처

서울 : 보험연구원 자료실(02-3775-9113 | lsy@kiri.or.kr)



## | 저자약력

**황현아** 고려대학교 법학과 박사 수료 / 연구위원  
E-mail : hahwang@kiri.or.kr

**정성희** 서울대학교 통계학 박사 / 연구위원  
E-mail : shchung71@kiri.or.kr

**손민숙** 부산대학교 법학전문대학원 석사 / 연구원  
E-mail : sms27@kiri.or.kr

이슈보고서 2021-09

### 건강보험 본인부담상한제와 실손의료보험의 관계

발행일 2021년 6월  
발행인 안철경  
발행처 보험연구원  
주소 서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38 화재보험협회빌딩  
인쇄소 고려씨엔피

---

ISBN 979-11-89741-49-5  
979-11-89741-37-2(세트)