

이 자료는 **5월 12일(목) 06시**부터 사용하시기 바랍니다.

배포일	2022년 5월 11일(수) (총 8쪽)	담당부서	서울지원 금융보험팀
		담당자	한정희 팀 장 (02-3460-3011) 엄기민 과 장 (02-3460-3016)

실손의료보험금 미지급 관련 소비자피해 지속 증가

- 본인부담상한제 적용 보험금 지급 심사기준 개선 필요 -

최근 보험사가 백내장 수술, 도수치료 등 특정 비급여 치료에 대한 보험금 지급 심사를 강화하고, 본인부담상한제*를 적용하여 보험금을 적게 지급하거나 지급을 거절하는 사례가 늘고 있어 소비자들의 주의가 필요하다.

* 본인부담상한제 : 과도한 의료비로 인한 가계 부담을 덜어주기 위하여 비급여, 선택진료비 등을 제외한 본인부담금 총액이 소득수준에 따른 본인부담상한액(22년 기준 81~580만원)을 넘는 경우, 초과금액을 국민건강보험공단에서 부담하는 제도(「국민건강보험법」 제44조 제2항)

최근 4년간(2018~2021년) 한국소비자원(원장 장덕진)에 접수된 실손의료보험금 미지급 관련 피해구제 신청은 총 206건*으로 매년 증가하는 추세다. 특히, 2021년에는 80건이 접수되어 2018년(16건) 대비 약 400.0% 증가한 것으로 나타났다.

* 피해구제 신청 건수 : (2018년) 16건 → (2019년) 36건 → (2020년) 74건 → (2021년) 80건

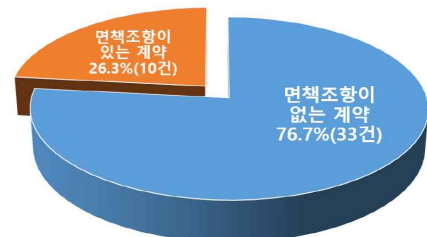
□ 본인부담상한제 관련 피해구제 신청 급증

본인부담상한제는 「국민건강보험법」에 정해져 있으나, 보험금에서 소비자가 국민건강보험공단으로부터 받게 되는 환급금(사전급여 또는 사후환급금)을 임의로 삭감해 피해가 지속적으로 발생하고 있다.

[본인부담상한제 관련 피해구제 신청 현황]

(단위: 건, %)

구분	2018년	2019년	2020년	2021년	합계
건수	2	4	12	25	43
증가율	-	100.0	200.0	108.3	-



특히, 2009년 실손의료보험 표준약관 제정 이전의 계약은 약관상 ‘보상하지 않는 사항’에 본인부담상한제 관련 내용이 없음에도, 보험사가 이를 소급 적용하여 보험금 지급을 제한하고 있었다.

표준약관 제정 이전(2009. 9. 이전)	표준약관(2009. 9. 이후)
내용 없음	(보상하지 않는 사항) 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제)

□ 본인부담상한제 도입 취지에 맞도록 보험금 심사기준 개선 필요

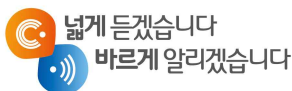
지난 2월 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회(위원장 변웅재)는 약관에 명시적 규정이 없는 경우 본인부담상한제와 무관하게 보험금을 전액 지급하라고 결정했다.

[소비자분쟁조정위원회 결정(2022.2.21.)]

이 사건 보험계약 특별약관 제1조 제3항에서 보상하는 손해를 ‘피보험자가 부담하는 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금과 비급여 부분’으로 명시하고 있고, 위 약관 제2조 보상하지 아니하는 손해에 본인부담금상한제로 인한 사후 환급이 가능한 금액이 기재되어 있지 않음에도 위 본인부담금을 사실상 ‘본인부담금상한액’으로 해석하는 것은 실손보험의 취지를 감안하더라도 약관 작성자인 피신청인에게만 너무 유리한 자의적인 해석일 뿐만 아니라 사실상 개정된 표준약관의 내용을 소급하여 적용하는 결과가 되어 심히 부당하고, 본인부담금상한제의 환급금 성격은 경제적 취약계층에 ‘의료서비스 외의 소비재를 추가로 소비할 수 있는 소득 보전 성격의 금품’으로서 국민건강보험의 보장성 강화를 위해 국민건강보험공단에서 지급하는 ‘보험급여’에 해당하는 것으로 볼 수 있는바, 별다른 근거 없이 환급금을 보상에서 배제하는 것은 취약계층에 대한 역차별이자 본인부담금상한제의 시행 취지에 정면으로 반한다고 판단된다.

표준약관 제정 전 실손의료보험 약관은 본인부담상한제와 관련한 면책조항이 없다. 또한, 국민이 준조세로 납부한 건강보험재정으로 사기업인 보험사를 지원하는 것은 중증·만성질환으로 인한 가계부담 경감을 위한 본인부담상한제 도입 취지에 반한다. 따라서 실손의료보험의 본인부담상한제 적용에 대한 보험금 심사 기준은 개선이 필요할 것으로 보인다.

한국소비자원은 이번 분석 결과를 바탕으로 실손의료보험의 본인부담상한제 적용에 대한 보험금 심사기준 개선 등 소비자피해 예방 방안 마련을 보험사에 권고할 계획이다. 아울러 소비자에게는 ▲보험 가입 시 보험료 인상 가능성을 고려할 것, ▲약관상 보상하지 않는 사항(면책사항)을 꼼꼼히 확인할 것, ▲보험금 청구 시 비급여 치료에 대한 객관적 검사 결과를 확보할 것, ▲의료자문 동의 여부는 신중히 결정할 것 등을 당부했다.



위 자료를 인용하여 보도할 경우에는
출처를 표기하여 주시기 바랍니다.
www.kca.go.kr



< 붙임 >

1 소비자 피해구제 신청 현황

□ 연도별 현황

- 최근 4년간(2018~2021년) 한국소비자원에 접수된 실손의료보험 관련 피해구제 신청은 총 242건으로, 매년 증가하는 추세임.
- 이는 최근 몇 년간 손해율이 급증하여 보험사가 보험금 지급심사를 강화한 영향으로 판단됨.

[실손의료보험 관련 피해구제 신청 현황]

(단위: 건, %)

구분	2018년	2019년	2020년	2021년	합계
건수	26	41	82	93	242
증가율	-	57.7	100.0	13.4	-

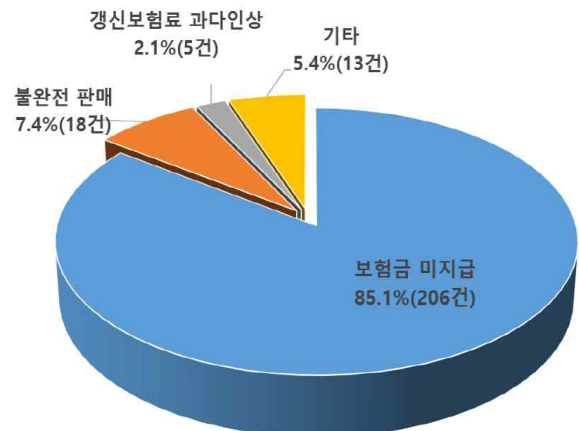
□ 유형별 현황

- 보험금 지급 거절, 과소 지급 등 '보험금 미지급' 관련 신청이 85.1%(206건)*로 대부분을 차지했고, '불완전 판매' 7.4%(18건), '갱신보험료 과다인상' 2.1%(5건) 등의 순이었음.

* (2018년) 16건 → (2019년) 36건 → (2020년) 74건 → (2021년) 80건

[유형별 피해구제 신청 현황]

품목	건수(건)	비율(%)
보험금 미지급	206	85.1
불완전 판매	18	7.4
갱신보험료 과다인상	5	2.1
기타(단순 불만 등)	13	5.4
합계	242	100.0



□ 보험금 미지급 사유별 현황

- 약관의 보상하지 않는 사항 적용 등 '약관 적용 다툼'이 34.4%(71건)로 가장 많았고, 다음으로 도수치료, 백내장 수술 등 비급여 치료를 과잉진료로 판단해 보험금을 미지급한 경우 30.6%(63건), 본인부담금상한제에 따른 환급금을 보험금에서 공제한 경우 20.9%(43건), 고지의무 위반을 적용한 경우 14.1%(29건) 순으로 나타남.

[보험금 미지급 사유별 현황]

(단위: 건, %)

구분	세부내용	건수(비율)
약관 적용(해석) 다툼	<ul style="list-style-type: none"> • 면책기간 적용 • 약관상 보상하지 않는 사항(치과보철 치료비, 성형 수술, 건강검진 등) 	71(34.4)
비급여 치료를 과잉진료로 판단	<ul style="list-style-type: none"> • 일정 횟수 초과한 도수치료 • 백내장 수술 • 암 수술 후 요양병원 보조치료(고주파온열치료 등) 	63(30.6)
본인부담금상한제 임의 적용	<ul style="list-style-type: none"> • '본인부담금상한제'에 따른 건강보험공단 환급금을 지급해야 할 보험금에서 공제 	43(20.9)
고지의무 위반	<ul style="list-style-type: none"> • 보험 가입 전 병원치료 이력을 고지하지 않은 경우 	29(14.1)
합계		206(100.0)

□ 비급여 치료 종류별 현황

- 보험사가 비급여 치료를 과잉진료로 판단해 보험금을 미지급한 63건을 분석한 결과, 도수치료 22.2%(14건), 백내장 수술 22.2%(14건)로 나타났고, 다음으로 암 보조치료 20.6%(13건), 영양제 수액 7.9%(5건) 등의 순이었음.

[비급여 치료 종류별 현황]

(단위: 건, %)

구분	건수	비율
도수치료	14	22.2
백내장 수술	14	22.2
암 보조치료*	13	20.6
영양제 수액	5	7.9
성장호르몬 치료	3	4.8
위절제술	2	3.2
기타**	12	19.1
합계	63	100.0

* 고주파온열치료, 한방병원 처방 등

** 1건 이하 신청된 비급여 치료(탈모, 간병비, 연골주사 등)

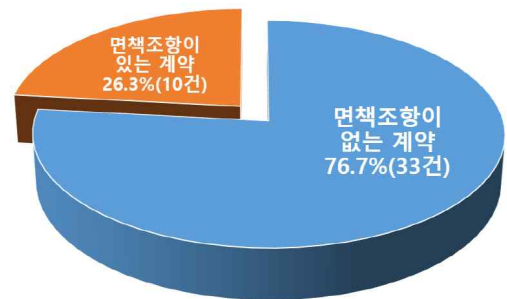
□ **본인부담상한제 관련 현황**

- 2018년부터 2021년까지 ‘본인부담상한제’ 관련 피해구제 신청은 총 43건 이었고, 2021년에는 25건이 접수되어 과거 3년간(2018~2020년) 접수 건(18건) 보다 많았음.
- 특히, 본인부담상한제에 따른 건강보험공단 환급금을 보상하지 않는 사항으로 정한 표준약관 제정(2009년 9월) 이전에 체결된 계약임에도 불구하고, 사실상 이를 소급 적용하여 보험금 지급을 제한한 경우가 76.7%(33건)를 차지하는 것으로 나타남.

[본인부담상한제 관련 피해구제 신청 현황]

(단위: 건, %)

구분	2018년	2019년	2020년	2021년	합계
건수	2	4	12	25	43
증가율	-	100.0	200.0	108.3	-



[사례 1] '본인부담상한제'를 적용하여 지급 거절한 실손의료보험금 지급 요구

- 박**씨는 2008년 9월 A보험사의 실손의료보험에 가입함.
- 2021년 10월 망막장애로 한쪽 눈이 실명되어 치료 후 보험금을 청구하자 A보험사는 '본인부담상한제'에 따라 건강보험공단에서 환급받을 수 있는 치료비는 보험금 지급 대상이 아니라며 보험금 지급을 거절함.
- 박**씨는 표준약관 제정 이전에 가입한 실손의료보험은 약관에 '본인부담상한제'를 이유로 보험금 지급을 거절할 근거가 없으므로 실손의료보험금 지급을 요구함.

[사례 2] 과잉진료로 판단해 미지급한 도수치료 실손의료보험금 지급 요구

- 김**씨는 2012년 7월 미성년자녀를 피보험자로 B보험사의 실손의료보험 계약을 체결함.
- 김**씨의 자녀는 중증 지적장애아로 척추측만증 치료를 위해 도수치료 후 보험금을 청구하자 B보험사는 자체의료자문 결과를 근거로 과잉진료로 판단해 보험금 지급을 거절함.
- 김**씨는 도수치료는 주치의 소견에 따른 것이고, 실제 증상도 호전되었으므로 실손의료보험금 지급을 요구함.

[사례 3] 과잉진료로 판단해 미지급한 백내장 수술 실손의료보험금 지급 요구

- 윤**씨는 2008년 10월 C보험사의 실손의료보험에 가입함.
- 2021년 11월 안과병원에서 백내장 진단을 받아 인공수정체삽입 수술 후 보험금을 청구하자 C보험사는 세극등현미경검사 결과가 확인되지 않는다는 이유로 과잉진료로 판단해 보험금 지급을 거절함.
- 윤**씨는 안과병원에서 세극등현미경검사 결과를 폐기하여 확인이 불가능한 것이므로 실손의료보험금 지급을 요구함.

[사례 4] 과도하게 인상된 보험료 인하 요구

- 안**씨는 2008년 2월 D보험사와 5년마다 갱신되는 실손의료보험 계약을 체결함.
- 최초 17,533원이던 보험료가 5년 후 1차 갱신으로 30,601원으로 인상되었고, 2018년 2월 2차 갱신으로 90,703원으로 인상됨.
- 안**씨는 과도하게 인상된 보험료 인하를 요구함.

3

소비자 주의사항

□ 보험 가입 시 향후 보험료 인상 가능성을 고려한다.

- 실손의료보험은 만기환급금이 없고, 갱신 시 연령 및 위험을 변동 등에 따라 보험료가 크게 인상될 수도 있다. 따라서 본인의 건강상태와 미래 현금흐름을 꼼꼼히 따져서 가입 여부를 결정하는 것이 좋다.

□ 보장 제외사항(면책사항)을 꼼꼼히 확인한다.

- 실손의료보험이 모든 치료비를 보장하는 것은 아니므로, 예상하지 못한 보험사와의 분쟁 예방을 위해서 약관의 보상하지 않는 사항을 사전에 꼼꼼히 확인하는 것이 좋다.

□ 의료자문 동의는 신중히 결정한다.

- 의료자문은 주치의 진단이 불명확한 경우 등 예외적으로 시행하는 것이 일반적이다. 보험사가 의료자문 동의를 요구하면 자문이 필요한 이유를 명확히 확인하고, 자문을 진행하는 경우 사전에 질의 내용 등을 확인하여 최대한 객관성을 확보해야 한다.

□ 비급여 치료 시 객관적 검사 결과를 확보한다.

- 고액·반복적 비급여 치료 시 보험사가 과잉진료로 판단해 보험금 지급을 제한하는 경우가 있으므로, 의학적으로 검증된 객관적 검사 결과에 따라 치료 여부를 결정하는 것이 좋다.

□ 실손의료보험 관련 피해 발생 시 관계기관에 도움을 요청한다.

- 약관에 본인부담상한제 관련 내용이 없음에도 본인부담상한제를 적용해 보험금 지급을 거절하는 경우 등 보험사와 분쟁이 원만히 해결되지 않는 경우 ‘1372 소비자 상담센터(국번 없이 1372)’에 도움을 요청한다.

※ 소비자 피해가 발생하면, ‘소비자24’ 누리집(모바일 앱, www.consumer.go.kr) 또는 1372 소비자상담센터(국번 없이 1372(유료), www.ccn.go.kr)를 통해 거래내역, 증빙서류 등을 갖추어 상담 또는 피해구제를 신청할 수 있다.

□ 개요

- ‘본인부담상한제’는 건강보험 가입자(피부양자 포함)가 1년간 지불한 의료비(비급여 등 제외) 중 본인부담 총액이 개인별 상한금액(‘22년 기준 81~580만원)을 초과하는 경우 그 초과액을 건강보험재정에서 되돌려주는 제도임.

* 관련근거 : 「국민건강보험법」 시행령 제19조 제4항(별표3 본인부담상한액의 산정방법)

[본인부담상한제 적용 방법]

(사전급여) 동일한 요양기관에서 연간 입원 본인부담액이 최고상한액(‘22년 기준 580만원)을 초과할 경우 초과되는 금액은 요양기관이 환자에게 받지 않고 건강보험공단에 직접 청구(당해 연도에 지급)

(사후환급) 개인별 상한액기준보험료 결정(건강보험료 정산) 전·후로 나누어 개인별 본인부담상한액을 초과하는 금액을 건강보험공단에서 환자에게 직접 지급

- 상한액기준보험료 결정 이전 : 개인별로 연간 누적 본인부담금이 최고상한액(‘22년 기준 580만원)을 초과할 경우 매월 초과금액을 계산하여 지급
- 상한액기준보험료 결정 이후 : 개인별 연간 본인부담상한액 초과금을 소득기준별로 정산하여 초과금액 지급

- 본인부담상한액은 물가상승률을 감안하여 건강보험료 수준에 따라 10분위로 나뉘며, 현재는 7단계로 구분하여 운용되고 있음.

[본인부담상한액 기준]

(단위 : 만원)

소득분위	1분위		2~3분위		4~5분위		6~7분위	8분위	9분위	10분위
	120일 초과 입원	그 밖의 경우	120일 초과 입원	그 밖의 경우	120일 초과 입원	그 밖의 경우				
상한액	125	81	157	101	211	152	280	350	430	580

□ 실손의료보험 약관의 관련 내용

표준약관 제정 이전(2009. 9. 이전)	표준약관(2009. 9. 이후)
내용 없음	(보상하지 않는 사항) 「국민건강보험법」에 따른 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액(본인부담금상한제)