

# 국민건강보험 본인부담상한제 사후환급금과 실손보험 보상 분쟁 경험에 관한 질적사례연구\*

정다운, 최정숙†

단국대학교

본 연구는 국민건강보험 본인부담상한제 사후환급금 관련 실손의료보험 가입자와 민간 보험 회사 간 분쟁을 가입 당사자의 경험을 중심으로 탐색하고, 제도 운영의 함의를 도출하는 데 목적이 있다. 연구참여자는 사후환급금 분쟁 경험이 있는 소득 2~5분위의 실손보험 가입자 6명이며 심층면담방법으로 자료를 수집하고, 질적사례연구방법으로 분석하였다. 연구 결과 39개의 의미 단위, 12개의 하위범주, 5개의 주요 범주로 도출되었다. 주요 내용은 '건강보험제도의 공공성 인식과 달리 세부 지원 내용에 관한 알권리의 보장이 부족함을 경험함', '공사보험 역할에 대한 기본적 인식과 기대의 차이로부터 분쟁이 시작됨', '실손보험 청구과정에서 보험사와 가입자간 정보 불균형과 절차적 불공정성에 대해 적극적으로 대응함', '공사보험 보장체계의 불완전성으로 인해 구조적으로 소외된 채 분쟁의 부담까지 더해져 이중적 위기를 경험함', '공공복지에 대한 신뢰 훼손과 제도 운영의 본래 목적 회복에 대한 요구'이다. 연구는 제도의 실효성 재점검과 국민 중심의 권리 기반 접근이 필요한 정책 방향을 제시하였으며, 향후 공공보장제도의 개선과 공사보험의 연계 논의에 실천적 기여가 기대된다.

**주요어:** 본인부담상한제, 실손의료보험, 소득재분배, 질적사례연구

\* 이 논문은 정다운의 석사학위논문을 보완하여 진전시킨 것임.

† 교신저자(Corresponding Author) : 최정숙, 단국대학교 행정법무대학원 사회복지학과 교수, 경기도용인시 수지구 죽전로 152, E-mail : jschoi@dankook.ac.kr

정다운, 단국대학교 행정법무대학원 사회복지학과 석사(제1저자)

■ 최초투고일 : 2025년 8월 19일 ■ 심사마감일 : 2025년 10월 2일 ■ 게재확정일 : 2025년 10월 15일

## 1. 서론

현대 복지국가에서 사회보험은 국민의 기본적인 삶의 질을 보장하고, 질병·노령·사고 등 다양한 사회적 위험으로부터 생계 기반을 보호하기 위한 핵심 제도로 기능한다. 국민건강보험은 국내 사회보험 중 가장 높은 가입률을 보이며 대표적인 공공 보장제도로 정착하면서 개인 건강 보호는 물론 사회 전체의 건강 형평성 제고에도 기여하고 있다. 이와 같은 제도적 기반은 건강보험이 의료비 지원 수단이라는 점과 함께 국민의 건강권 보장과 사회적 위험 예방을 위한 복지정책으로 기능하는 데 중요한 역할을 한다.

건강보험의 공공성과 포용성을 바탕으로, 고액 진료비로 인한 가계 부담을 완화하고 필수 의료서비스 접근성을 확보하기 위한 다양한 보장 장치가 마련되었다. 그중 하나인 「본인부담상한제」는 개인이 일정 한도를 초과하여 지출한 본인부담금을 국민건강보험공단이 사후 환급하는 방식으로 운영되며, 과도한 의료비로 인한 경제적 압박을 완화하고 건강보험의 실효성을 강화하는 데 중심적 역할을 수행하고 있다(국민건강보험공단, 2024). 헌법 제36조 제3항에 명시된 국민의 건강권 실현과 공공의료 보장 확대라는 국가의 책무를 실질적으로 뒷받침하는 핵심 장치로 평가된다(보건복지부, 2022). 그러나, 공공 보장제도의 긍정적 기능에도 불구하고, 본인부담상한제 도입과 운영 과정에서 사적 보험인 실손의료보험(이하 ‘실손보험’)과의 관계가 명확하지 않아 양 제도 간 충돌이 반복되면서 가입자와 보험사 간 분쟁이 심화되고 있다. 한국소비자원(2022)에 따르면, 본인부담상한제 관련 소비자 피해구제 신청은 2018년 16건에서 2021년 80건으로 급증하였으며, 실제 잠재적 피해 사례는 이보다 훨씬 더 많은 것으로 추정된다. 문제는 이러한 분쟁이 단순히 보험금 지급 여부를 넘어 공·

사 보장체계의 역할 구분과 복지제도의 실효성과 신뢰성에 대한 의문이 제기되면서 사회적 문제로 부상하고 있다는 점이다.

2024년 1월 해당 분쟁 이슈에 대한 대법원 판결(2024.1.25. 선고 2023다283913)에서는 본인부담상한액을 초과하는 사후환급금은 최종적으로 피보험자가 아닌 국민건강보험공단이 부담하는 금액임을 명확히 하였는데 이는 실손보험사의 주장을 상당 부분 인정하며 보험사의 보험금 공제 근거를 마련해준 것으로 평가된다. 한편, 해당 판결은 보험사의 책임 완화와 소비자 보호 약화를 동시에 초래한다는 점에서 시민단체와 소비자단체의 강한 우려를 불러왔으며, 충분한 법리 검토 없이 소액 상고를 보험사인 기업에게만 허용했다는 점에서 형평성과 절차적 정당성에 대한 비판이 제기되고 있다. 남영희(2024)는 본 판결로 인해 실손보험사는 법적 면책 근거를 확보한 반면, 소비자는 가입 당시 예측할 수 없었던 새로운 불이익을 감수해야 하는 상황에 놓이게 되었으며, 소비자의 신뢰를 훼손하는 결과를 초래했다고 지적하였다. 이는 복지국가의 책임과 국민의 권리라는 측면에서도 심각한 문제를 내포한다고 할 수 있다.

본인부담상한제 사후환급금을 둘러싼 보험사와의 충돌에 관한 기존 연구들은 주로 법학적 시각에서 약관 해석, 판례 분석, 금융소비자 보호 및 제도 개선 방안을 중심으로 논의되어 왔다. 김배정(2022)은 대법원(2022.7.14. 선고 2022다215814 판결) 판례를 분석하면서, 실손보험의 약관 해석과 적용 문제를 비판적으로 검토하고 공적·사적 보장체계의 명확한 구분과 제도 정비를 촉구하였다. 정원석, 이한덕, 강효선(2022)은 본인부담상한제와 실손보험 약관의 관계를 중심으로, 본인부담금 상한제도에 따라 환급된 금액을 실손보험에서 면책하는 조항의 법적 모호성을 분석하며, 약

관 해석의 혼란이 가입자 불이익으로 이어질 가능성을 경고하였다. 한정일(2023)은 실손보험 약관의 문언 해석을 평균적 고객의 이해 가능성 및 보험단체의 이해관계 관점에서 평가하고 본인부담상한제와 실손보험의 중복 보장을 방지하기 위한 법 제도적 개선방안을 제시하며 국민건강보험 법령 및 표준약관 정비의 필요성을 언급하였다. 이러한 연구들은 주로 법적 해석 및 정책적 개선방안에 초점을 맞춘 분석으로, 분쟁을 직접 경험한 당사자의 내부적 관점이 담긴 구체적 경험을 조명한 연구는 이루어지지 않았다. 따라서 본 연구는 본인부담상한제 사후환급금을 둘러싼 실손보험사와 분쟁을 직접 대면한 당사자의 경험에 관한 질적 사례연구를 수행하여, 그들이 경험하는 분쟁의 구체적인 내용과 그 과정에서 직면하는 당사자 경험에 주목하여 드러냄으로 이에 기반한 합리적인 정책 및 제도 운영에 관한 함의를 제시하고자 한다. 본 연구의 질문은 ‘국민건강보험 본인부담상한제 사후환급금에 대한 실손보험사와 보험가입자의 분쟁 경험은 어떠한가?’이며, 보험가입 당사자의 경험을 중심으로 살펴보고자 한다.

## 2. 문헌 고찰

### 1) 건강보험 본인부담상한제의 개념 및 역할

우리나라의 건강보험은 제도적 진화를 가장 지속적으로 보여준 사회보험으로(최성수, 2006), 1989년 전 국민 의료보험제도 도입 이래 건강보험의 보장성을 지속 강화해 왔다. 건강보험제도는 위험의 분산, 소득재분배, 형평성 있는 비용부담과 적정한 보험 급여 제공을 통해 국민에게 의료서비스에 대한 접근성을 높이고 이용 기회를 보장함으로써 국민의 건강을 향상시키고 사회보장 증진

을 도모하는 것을 목적으로 한다(정용주, 2021).

국민의 건강을 위한 보장성 강화 정책에도 불구하고 취약계층의 경우 과도한 의료비로 인해 필수적인 의료서비스마저 포기하는 경우가 발생하여 정부가 2004년부터 과도한 의료비 지출로 경제적인 어려움을 겪는 환자의 의료비 부담을 덜어 주는 본인부담상한제를 추진하고 있다(보건복지부, 2004). 본인부담상한제는 환자가 부담한 건강보험 본인부담금(비급여, 선별급여, 전액본인부담 등을 제외한 의료비)이 연간 개인별 상한액을 초과하는 경우, 그 초과 금액을 국민건강보험공단이 부담(국민건강보험법 제44조, 시행령 제19조)하는 방식으로 운영된다. 건강보험제도에서 본인부담의 기능을 둔 이유는 단순히 보험 재정의 안정성 확보뿐 아니라, 확산효과 및 도덕적 해이로 인한 의료서비스의 과잉 이용을 방지하려는 목적도 포함되어 있다. 이는 본인부담제도의 장점을 유지하면서 그로 인해 발생할 수 있는 부정적인 문제를 최소화하기 위한 제도적 장치로 평가된다(유혜림, 김진수, 2016). 건강보험은 타 사회보험과 달리 주로 의료서비스라는 현물급여를 제공하며, 제3자 지불 방식(Third-party payment system)을 채택하고 있다. 이처럼 의료 제공자와 이용자 모두 실제 비용에 대한 민감성이 낮아질 수 있는 구조에서는, 의료 남용을 억제하고 적정 이용을 유도하기 위한 정책적 수단으로 본인부담제도가 필수적으로 작용한다(양봉민, 1996).

한편, 현행 본인부담상한제는 건강보험 급여 항목에 국한되어 있어, 비급여 항목에는 적용되지 않는 한계가 존재하지만 이러한 제한 속에서 상한액을 소득 수준에 따라 차등 적용하는 구조는 특히 중요한 정책적 의미를 갖는다. 소득 수준에 따라 본인부담상한액을 달리 적용함으로써, 중증 질환자에게는 실질적인 의료비 부담 완화를 제공하고, 경제적으로 여유가 있는 경증 환자에게는

일정 수준의 자가 부담을 요구함으로써 제도의 형평성과 지속가능성을 도모하고 있다(유혜림 외, 2016; 한정일, 2023).

본인부담상한제는 2018년부터 소득 수준에 따라 상한액을 차등 적용하고, 장기 입원 환자에게는 더 높은 상한액을 부과하는 방식으로 운영되고 있다(남영희, 2024). 2022년 기준으로 본인부담상한제 적용 인원은 약 186만 명에 이르며, 총 지급액은 2조 4,708억 원에 달하는 것으로 나타났다(보건복지부, 2023). 특히, 소득 하위 50%에 해당하는 1~5분위가 전체 적용 인원의 85%를 차지하고, 이들에게 지급된 금액이 전체 지원금의 70.1%를 차지하는 등 제도 혜택이 주로 저소득층에 집중되는 경향을 보였다. 소득 1분위의 경우 1인당 평균 지원금이 107만 원으로 가장 많았던 반면, 소득 10분위는 평균 32만 원에 그쳤다. 이러한 결과는 저소득층의 의료비에 대한 지원 비중이 높다는 것을 보여주고 있다. 이는 본인부담상한제가 경제적 취약계층의 의료비 부담을 완화하는 데 기여하고 있음을 시사하며, 사회의 재분배 효과를 가져오는 제도임을 알 수 있다. 따라서 본인부담상한제는 건강보험 보장성 강화와 직결되는 중요한 제도인 동시에 고액의 진료비로부터 가구의 경제적 부담을 경감한다는 측면과 저소득층에 대한 소득재분배 역할을 한다는 측면에서 보완적인 의료 안전망이라 할 수 있다(우경숙, 신영진, 2022). 그러나 본인부담상한제의 취지와 시행 목적에 비해 한국은 환자가 직접 지불하는 본인부담금이 다른 국가에 비해 높은 실정으로 2018년 저소득층의 의료비 부담을 경감시키기 위해 상한액을 하향 조정함에도 불구하고 소득 하위 50% 계층의 본인부담상한액이 연소득 10% 수준으로 현재도 여전히 높다고 할 수 있다.

이와 같이 본인부담상한제는 의료비 부담 완화, 의료 접근성 보장, 사회 안전망으로서의 역할, 국

민건강권 강화, 의료비 정보제공 기능 등 큰 장점을 갖지만, 사후환급 절차의 복잡성, 사적 보험과의 충돌, 비급여 사각지대 등 다양한 문제가 존재한다. 특히 국민의 복지 향상이라는 본래 취지를 제대로 살리기 위해서는 그 제도가 취지대로 실행되고 있는지 주목하는 것이 필요하다.

## 2) 실손보험의 역할과 특징

실손보험은 대표적인 민영의료보험으로 국민건강보험이 보장하지 않는 급여 본인부담금과 비급여 의료비를 보장하며, 가입 희망자가 보험회사가 판매하는 상품에 가입하여 보험사고가 발생했을 때 보험금을 지급받는 형태로 2003년 공공의료보험의 보완형 및 보조적 수단으로 도입·발전해왔다. 주로 피보험자가 질병이나 상해로 인해 입원하거나 통원 치료를 받았을 때, 그로 인해 발생한 손해를 보장하는 것을 주요 내용으로 한다.

실손보험 발전과정은 다음과 같다(한정일, 2023). 1963년 손해보험 회사에서 ‘상해의료비’만을 보장하는 실손 보상 성격의 보험이 출시되어 일부보험회사에서 판매되다가 1999년 상해뿐만 아니라 질병까지 보장하는 실손보험이 출시된 후 가입자가 급증하였다. 2003년 10월 손해보험사와 생명보험사가 현재 형태의 실손보험을 판매하기 시작했으며 당시의 약관을 제1세대(표준화 이전) 약관이라 한다. 1세대 실손보험은 가입자의 혜택이 커서 자기부담금 제도가 없고, 비급여 항목에 대해서도 전액 보상받을 수 있는 상품들이 있어 도덕적 해이의 발생에 대한 우려가 있다. 이러한 특성으로 인해 불필요한 의료 이용을 유발하는 구조적 한계로 선량한 가입자들까지 매년 증가하는 보험료 부담을 떠안게 되는 문제가 지속적으로 제기되면서 해당 문제를 완화하기 위한 방안으로 자기부담금 제도를 도입하고 그 비율을 점진적으

로 확대해 왔다. 2009년 9월 표준약관이 제정되었으며 제2세대(표준화) 약관이라 칭한다. 보상하지 않는 사항으로 ‘국민건강보험법 요양급여 중 본인부담금의 경우 국민건강보험 관련 법령에 의해 국민건강보험공단으로부터 사전 또는 사후 환급이 가능한 금액’을 명시하였다. 2017년 3월 제3세대 실손보험이, 2021년 7월 제4세대 실손보험이 출시되면서 비급여 과잉 진료에 대한 문제를 최소화하기 위한 조정들이 이루어졌다. 요양급여는 보장대상을 확대하는 한편 비급여에 대해서는 할인·할증 제도를 도입하고 자기부담금 비율에 있어서도 급여 20%, 비급여 30%로 상향 조정했다. 특히 비급여 보상 이슈가 많은 도수치료와 비급여 주사제 보장에 대한 내용을 정비하게 되었다.

실손보험의 성장과 확대는 역설적이게도 국가의 건강보험 정책과 깊은 연관이 있다. 정부가 본인부담상한제를 통해 상한액을 초과하는 의료비를 환급해주는 제도를 운영하고 있음에도, 2016년부터 2020년까지 건강보험 보장률이 약 60% 수준에 머물면서, 건강보험이 미처 보장하지 못하는 본인부담 의료비를 보완하기 위해 실손보험에 가입하려는 수요가 크게 늘어난 것이다. 이처럼 공적 건강보험의 보장성 한계를 메우는 역할을 하면서 실손보험은 국민의 보완적 선택지로 자리 잡아 빠르게 성장해왔다. 실손보험 가입 현황은 2016년 말 3,330만 건, 2017년 말 3,359만 건, 2018년 말 3,421만 건 등 가입 건수가 꾸준히 증가하였다(김배정, 2022). 금융감독원 2022.5.3.일자 보도자료에 따르면 실손보험 가입자는 현재 4,000만 명에 이르며 ‘제2의 건강보험’으로 자리매김하였다.

한편, 실손보험의 높은 수요에도 불구하고 손해를 악화와 보험료 인상, 실손보험을 판매하는 보험사가 감소되면서 실손보험의 지속성이 위협 상태에 놓였다. 위협의 원인으로는 자기부담금이 없는 1세대 실손보험상품의 미흡한 설계, 의료기관

과 환자의 도덕적 해이에 따른 과잉 진료 및 의료쇼핑, 증가하는 보험사기, 비급여 의료비 관리체계 미비 등이 꼽힌다. 실손보험이 국민의 의료비를 경감하는 중요 역할을 하는 만큼 해당 위험 원인에 대한 정부기관과 보험사, 의료기관과 실손가입자 모두의 노력이 필요한 지점이라고 할 수 있다(박수현, 2023).

### 3) 본인부담상한제 환급금과 실손 보상 분쟁

현행 본인부담상한제의 급여항목 한정 적용 한계와 실손보험의 공적 제도 보완적 역할 수행으로 공·사보험은 상호 보완적 관계로 긴밀히 연결되어 있는 것이 현실이다. 그러나 최근 수년간 본인부담상한제 사후환급금을 둘러싸고 실손보험 가입자와 보험사 간의 분쟁이 지속적으로 발생하고 있다. 한정일(2023)은 본인부담상한제 사후환급금 관련 실손보험사와 가입자 간의 분쟁에서 핵심적인 쟁점을 다음과 같이 정리하였다. 첫째, 실손보험의 법적 성격에 대한 규명, 둘째, 실손보험 표준약관의 적용 기준 및 해석에 관한 문제, 셋째, 본인부담상한제에 따른 사후환급금이 다음 해에 지급되는 구조 속에서 피보험자에게 부당이득 반환 의무가 발생하는지 여부, 넷째, 사후환급금이 실손보험 약관상 ‘보상하지 아니하는 손해’로 해석될 경우 해당 금액을 피보험자로부터 공제할 수 있는 정당한 절차와 방법에 대한 법적 쟁점 등이다. 위와 같은 논란의 쟁점 가운데 2017년 기준, 국내 20개 보험회사(생명보험사 12개, 손해보험사 8개) 중 19개 보험사(95%)가 보험금 지급 과정에서 본인부담상한제를 적용하고 있는 것으로 나타났다. 이 중 13개 보험사는 건강보험료 납부액을 통해 가입자의 소득분위를 추정하여 본인부담상한액을 적용하고 있었으며, 나머지 6개사는 가입자의 개별 상황과 무관하게 최고상한액(10

분위 기준)을 일괄 적용하는 방식)으로 운영하고 있었다. 특히, 소득분위 추정 적용을 실시하는 보험사의 경우, 가입자가 건강보험료 납부 내역 제공을 거부하면 임의적으로 낮은 소득분위를 적용하여, 본인부담상한제를 이유로 실손보험금을 삭감하거나 지급을 거부하는 사례가 빈번하게 발생하는 것으로 확인되었다(김배정, 2022).

건강보험과 실손보험을 다룬 선행연구들은 다음 세 영역으로 나눠 살펴볼 수 있다. 첫째, 실손보험 약관 및 면책조항과 관련된 연구로, 박세민(2013)은 현행 실손보험 표준약관의 구성 및 내용을 심층 분석하고, 약관의 난해한 용어나 복잡한 구성으로 인해 소비자의 이해가 극히 어려운 현실을 지적하였다. 이에 약관의 체계적 정비 및 소비자 친화적 약관 개정을 통해 보험가입자의 권익 보호와 분쟁 예방을 도모할 필요성을 제시하였다. 정희근(2018)은 실손보험 보상 실무에서 발생한 금융분쟁조정 사례와 법원 판례를 분석하여, 실제 실무 현장에서 약관 해석이 보험사에게 유리하게 이루어지는 경향이 있음을 확인하였다. 최근 김형진, 하상수(2023)는 본인부담상한제와 실손보험 약관 해석을 둘러싼 분쟁 사례를 구체적으로 분석하며, 약관 해석 기준의 일관성 부족과 법적 불확실성 해소의 필요성을 강조하였다. 김유성(2024)은 약관 해석 혼란의 근본 원인을 보험상품 설계와 관련 법 제도의 미비에서 찾고, 법적 정비와 표준약관의 근본적 개편을 통한 소비자 보호 방안을 제안하였다. 둘째, 본인부담상한제도의 효과성 및 정책적 함의에 관한 연구로, 유혜림 외(2016)는 본인부담상한제가 의료비 부담 완화와 보장성 강화라는 도입 취지를 얼마나 충실히 달성하고 있는지를 실증적으로 분석하고, 특히 저소득층에 대한 의료비 경감 효과가 기대

만큼 충분히 실현되지 않고 있음을 지적하였다. 셋째, 본인부담상한제와 실손보험 간의 관계 및 법적 쟁점을 다룬 연구로, 김배정(2022)은 대법원 2022다215214 판결을 중심으로 해당 판례 분석을 통해 본인부담상한제 환급금이 실손보험 보상 대상에 포함되는지 여부에 대한 법원의 해석 논리를 검토하며, 보험계약법적 관점에서 실손보험 보상 범위와 본인부담상한제 환급금의 법적 성격이 명확히 정리될 필요성을 강조하였다. 맹수석, 김준엽(2022)은 실손보험 계약에서 ‘이득 금지 원칙’의 적용 가능성을 중심으로 본인부담상한제 환급금 처리 문제를 분석하였으며, 상한제 환급금이 실손보험금과 중복 보장되는 경우 이득 금지 원칙 적용 여부가 핵심 쟁점임을 밝혔다. 한정일(2023)은 본인부담상한제 환급금과 실손보험금 간 충돌로 인해 발생하는 구체적 분쟁 사례를 분석하고, 실손보험 약관과 본인부담상한제도의 판례를 체계적으로 정리함으로써, 법적 모순을 해소하기 위한 정책적·법적 개선 방향을 제시하였다. 아울러, 박현욱(2019)은 보험약관 해석에서 작성자 불이익 원칙의 적용 범위를 검토하며, 실손보험 약관이 모호하게 작성된 경우 그 해석이 소비자에게 유리하게 이루어져야 한다는 법리를 강조하였다. 박수현(2023)은 다양한 실손보험 분쟁 사례를 통해 실손보험 약관 해석, 본인부담상한제와 실손보험금의 관계, 실손보험 보장 범위 등에 관한 법적 쟁점을 종합적으로 분석하였으며, 이를 통해 향후 법원과 금융감독당국의 일관된 해석 기준 마련 필요성을 강조하였다. 홍지영(2021)은 실손보험 분쟁 과정에서 소외되기 쉬운 소비자의 법적 지원 강화 필요성을 제기하며, 포괄적 복지로서의 법률구조 강화라는 새로운 패러다임을 제안하였다.

1) 이는 초기 상황으로, 이후에는 오히려 1분위를 적용하는 곳이 많았으며, 현재는 건강보험료 납부확인서를 제출하지 않으면 아예 보험금을 지급하지 않는 상황이다.

### 3. 연구방법

#### 1) 연구설계

본 연구는 국민건강보험 본인부담상한제 사후 환급금을 둘러싼 실손보험 가입자와 보험사 간 분쟁을 경험한 보험가입 당사자 측이 느끼는 구체적 과정과 내용, 국민이 체감하는 복지의 실태와 국가가 약속한 복지 권리의 이행 격차에 대해 살펴보기 위해 심층 면담을 기반으로 한 질적 사례연구 방법을 적용하였다. 사례연구는 ‘왜’, ‘어떻게’라는 근본적 물음에 대해 심층적으로 탐색하고, 특정 맥락에서 연구 대상의 행동, 인식, 경험 등을 다각적으로 분석하는 데 초점을 두는 연구 기법(Merriam, 1998)으로, 국가 복지제도의 틀 안에서 국민이 실제 경험하는 구체적 과정과 체감적 의미를 드러내기 위해서는 사례연구가 가장 적합하다고 보았다.

사례연구는 본질적 사례연구와 도구적 사례연구로 구분할 수 있는데, 본질적 사례연구는 사례 그 자체에 대한 이해를 목적으로 하고, 도구적 사례연구는 사례 그 자체에 대한 이해를 넘어서서 이를 통해 특정 목적을 이루고자 하는 방법이다. Stake(1995)는 도구적 사례연구가 연구자가 주목하는 주요 이슈에 대한 더 깊은 이해를 돕기 위한 수단으로 사례를 활용하는 방식이라고 설명한다. 본 연구에서 사례 자체가 갖는 고유성에서 나아가 해당 사례가 복지국가 정책의 설계와 국민이 체감하는 복지 현실 간의 차이를 보여준다는 점에서 도구적 사례연구로서의 높은 적합성을 갖는다.

#### 2) 연구참여자 선정

연구참여자는 적정성 확보를 위해 연구주제와 밀접한 관련이 있는 당사자로 다음과 같은 기준

으로 선정하였다.

첫째, 본인부담상한제 환급금을 수령한 경험이 있으며, 실손보험사로부터 반환 요구 또는 지급 거부 등의 분쟁을 경험한 자이다.

둘째, 연구참여자의 경험을 보다 구체적이고 심층적으로 드러낼 수 있도록 실손보험의 청구 및 지급 절차에 대한 일정 수준의 이해가 있으며 분쟁 과정에서 직접 대응 경험이 있는 자를 우선 선정했다.

셋째, 분쟁이 가지는 사회적 맥락과 제도적 한계에 대한 참여자의 인식을 보다 심층적으로 파악하기 위해 건강보험공단, 금융감독원, 소비자보호원, 언론 등 외부 기관에 도움을 요청하거나 문제 제기를 시도한 경험이 있거나 법원 소송에 참여한 자를 포함했다.

연구참여자는 커뮤니티 및 관련 카페에서 모집 공고, 기존 유사 사례 경험자의 추천 등을 통해 모집하였으며, 당사자인 환자 및 그 가족을 대상으로 유목적 표집 방식을 선택하였다. 사례연구에서 강조하는 심층성과 충분성 확보를 위해 참여자의 경험을 깊이 있게 분석할 수 있는 적정 인원으로 설정하고자 하였으며, 최종적으로 총 6명이 연구에 참여하였다. 참여자의 성별은 남성 2명, 여성 4명이며, 연령은 30대 1명, 40대 4명, 60대 1명으로 구성되었고, 학력은 대학원 졸 1명, 4년제 대학교 졸 2명, 3년제 대학교 졸 1명, 고등학교 졸 2명이다. 연구참여자는 피보험자 당사자이거나 계약자인 가족으로, 해당 피보험자의 소득분위는 2분위 1명, 3분위 2명, 4분위 2명, 5분위 1명이며 분쟁 대상 보험사는 K보험, P보험, M화재, M보험, H보험, L보험으로 중복되는 보험사는 없었다. 분쟁 금원에 대해 보험사로부터 모두 보상받은 사람은 2명, 보상받지 못한 사람 2명, 보상 금원에 대해 법적 다툼을 진행하고 있는 사람이 2명이다. 연구참여자의 일반적 사항은 <표 1>과 같다.

<표 1> 연구참여자의 일반적 사항

참여자	성별	나이	학력	피보험자 소득분위	분쟁당사자 *본인: 피보험자, 가족: 계약자 or 대리인	분쟁보험사 및 약관구분	비고
참여자A	남	46	대학원 졸	3분위	본인	K보험 2세대	분쟁금원 미수령
참여자B	여	43	고등학교 졸	3분위	가족	P보험 2세대	분쟁금원 미수령
참여자C	여	45	대학교 졸	4분위	본인	M화재 1세대	분쟁금원 모두수령
참여자D	여	41	전문대 졸	2분위	가족	M보험 1세대	소송 중
참여자E	여	68	대학교 졸	5분위	가족	H화재 1세대	소송 중
참여자F	남	37	고등학교 졸	4분위	가족	L보험 2세대	분쟁금원 모두수령, 보험설계사

### 3) 자료수집방법

본 연구는 1:1 심층 면담 방식으로 자료를 수집하였다. 연구자는 인터뷰 진행 전, 연구 목적과 취지, 자료의 활용 범위와 보안 관리, 연구참여자의 자발적 참여 원칙 및 중도 철회 권리, 개인정보 보호 및 익명성 보장에 대해 충분히 설명하였고, 연구 참여 동의를 받은 후 서면동의를 작성하고 면담을 실시하였다. 참여자의 동의를 얻어 면담의 모든 내용을 녹취하였으며, 연구 이외의 다른 용도로 사용하지 않을 것임을 고지하였다. 연구참여동의서는 연구자와 참여자 각각 1부씩 보관하도록 하였다. 1차 심층 면담은 2025년 3월 중순에서 3월 말까지 2주간 진행되었으며, 기본적으로 회당 약 60분에서 90분 정도 소요되었다. 주요 질문으로 ‘본인부담상한제도 사후환급금 관련 분쟁 경험’, ‘분쟁 과정에서 경험한 어려움’, ‘문제해결을 위한 당사자들이 대응 경험’, ‘복지정책 및 제도에 대한 개선 기대사항’에 대해 질문하고 하위 질문으로 좀 더 세부적인 질문을 통해 데이터

를 수집하였다. 새롭거나 예상치 못한 답변이 있는 경우 수시로 후속 질문을 이어 나갔고, 참여자 별 2~3회 정도 추가 인터뷰를 실시하였다. 답변에서 충분성을 확보할 수 있도록 면담 요청을 통해 자료를 보충하였다.

### 4) 자료분석방법

본 연구에서는 사례연구 방법론을 기반으로 질적 연구의 특성상, 자료 분석 과정은 연속적이고 순환적인 절차로 이루어졌으며, 자료 수집 단계에서부터 연구자의 분석적 해석이 부분적으로 개입되는 귀납적 분석 방법을 적용하였다. 구체적 자료 분석 과정은 다음과 같다. 첫째, 연구자는 면접 자료를 반복적으로 읽으며 참여자의 진술에서 주요 의미 단위를 찾아 초기 코드를 부여하였고, 이 과정에서 참여자의 표현을 최대한 존중하고 연구자의 주관적 해석은 최소화하였다. 둘째, 1차 코딩을 바탕으로 유사한 의미들을 묶어 상위 주제와 하위 범주를 구성하였다. 셋째, 주제별 분석을

참여자의 경험 맥락에서 재구성하고, 사례 간 공통점과 차이를 비교하였다. 넷째, 분석의 타당성을 높이기 위해 서면 진술, 행정문서, 판결문 등 다양한 문서를 2차 자료로 활용하여 개인의 경험과 함께 제도적 해석 및 정책적 함의를 함께 도출하였다.

## 5) 연구윤리 고려 및 연구자 준비

연구자들은 참여자의 권리와 복지를 최우선으로 고려하며 연구윤리를 철저히 준수하였다. 모든 참여자에게 연구 목적과 절차를 충분히 설명하고, 이름, 연락처 등 민감한 개인정보는 비식별화하여 보호하였다. 면담 자료는 암호화된 저장장치에 안전하게 보관하고 연구 종료 후 폐기 예정이다. 또한 참여자의 정서적 부담을 고려해 면접 중 감정상태를 지속적으로 점검하고, 필요 시 중단하거나 참여자의 의사를 존중하는 방식을 취하였다. 특히, 본 연구는 분쟁 당사자인 참여자가 자신의 경험을 돌아보고 권리를 재인식할 수 있도록 ‘윤리적 환원’ 관점을 적용하였다. 연구 종료 후 결과 요약본을 제공하였으며, 모든 자료는 학술 목적 외에는 활용하지 않으며, 외부 공개 시 사전 동의를 원칙으로 한다. 연구자들은 자기 성찰을 병행하며 연구의 중립성과 윤리성을 유지하기 위해 지속적으로 노력하였다. 연구자 1인은 대학원 과정에서 ‘사회복지조사론’, ‘사회복지연구방법론’ 교과목을 수강하며 질적연구방법에 대해 익혔다. 또 다른 연구자는 질적사례연구를 비롯해 현상학적 연구, 근거이론연구, 참여실행연구 등 다수의 질적 연구를 수행해온 바 있다. 연구자들은 연구윤리교육을 이수하였고, 철저히 연구윤리를 준수하고자 하였다.

## 4. 연구결과

### 1) 사례별 분석 결과

#### (1) 참여자 A

참여자 A는 서울에 거주하는 46세 남성으로, 2015년 K보험의 실손보험에 가입하였다. 2018년 5월, 대동맥 파열로 대수술을 받은 후 보험금을 청구하는 과정에서 본인부담상한제에 대해 처음 알게 되었다. 약 한 달간의 집중 입원 치료와 퇴원 후 4~5개월 동안 추가적인 치료를 받는 동안 소득이 끊겨 경제적인 어려움을 겪었다.

보험금 청구 당시, 보험사로부터 공단에서 지급 받은 사후환급금을 추후 보험사에 반환해야 한다는 확약서 작성을 요구받았다. 당시 본인부담상한제에 대한 인식이 전혀 없었던 참여자는 보험사의 설명을 그대로 받아들여 확약서에 서명하였다. 참여자의 소득분위는 3분위에 해당하여 이듬해인 2019년 본인부담상한제 사후환급금으로 약 500만 원을 환급받았다. 이후 보험사로부터 해당 금액을 반환하라는 지속적인 요구를 받았으며, 왜 사후환급금을 보험사에 반환해야 하는지에 대해 의문이 생겨 본인부담상한제에 대해 직접 공부한 후 보험사의 반환 요구를 거절하였다. 보험사는 부당이득금 반환 소송을 제기하였고, 참여자는 법원의 법률심을 기대하며 끝까지 상고하였으나 최종적으로 패소하였다. 결과에 따라 사후환급금 500만 원과 연 12%의 법정이자를 포함한 금액을 변제해야 했으며, 이를 위해 카드 대출을 이용하여 반환금을 마련하였다. 참여자는 본인부담상한제가 사회적 약자와 국민을 위한 복지제도임에도 불구하고, 결과적으로 보험사의 사적 이득으로 귀결되는 현실에 대해 문제의식을 가지게 되었다. 현재 참여자의 아버지도 비슷한 사례를 겪으면서 유사한 피해자들과 네트워크를 구성해 공동소송을 준비 중이다.

## (2) 참여자 B

참여자 B는 경기도 부천에 거주하는 43세 여성으로, 2011년 12월 언니가 P보험을 통해 실손보험에 가입하였다. 2020년 8월, 언니가 직장에서 갑작스럽게 쓰러지는 사고를 당했고, 적절한 응급조치가 이루어지지 않아 뇌 손상으로 이어져 현재까지 의식이 없는 상태로 장기간 치료를 받고 있다.

참여자는 언니를 대신해 보험금 청구를 진행했으나, 보험사는 본인부담상한제를 이유로 일부 지급을 거절하였다. 즉, 언니의 소득분위(3분위) 기준 본인부담상한제 환급금을 제외한 금액만 지급하고, 그 이상의 비용은 국가로부터 환급받으라는 입장을 고수한 것이다. 이 과정에서 참여자는 처음으로 본인부담상한제의 존재를 알게 되었으며, 직접 제도에 대해 조사하기 시작했다. 하지만 보험금 미지급으로 인한 병원비 부담이 가족에게 전적으로 전가되면서 극심한 경제적 어려움을 겪었고, 결국 변호사 선임조차 하지 못한 채 직접 소송을 진행해야 했다. 소송 과정에서 정신적·경제적 고통이 심화되며 포기하고 싶은 순간도 여러 차례 있었다.

참여자의 언니가 가입한 실손보험은 2세대 표준약관에 해당하였으며, 약관상 ‘본인부담상한제 환급금은 보험금 지급 대상에서 제외된다’는 면책조항이 포함되어 있었다. 그러나 1심(부산지방법원 2022가단350683) 재판부는 참여자 B의 손을 들어주었다. 재판부는 해당 약관이 전문적이고 복잡하여 일반 소비자가 쉽게 이해하기 어려운 만큼, 보험사가 단순히 약관을 교부하는 수준을 넘어 그 의미와 효과를 충분히 설명할 의무가 있다고 판단한 것이다. 그러나 보험사가 항소하면서 2심 재판이 진행되었고, 같은 시기 유사 사건이 대법원에서 기각되면서 이 판례가 본 사건에도 영향을 미쳤다. 결국 항소심에서 패소한 참여자는 억울함을 호소하며 상고했으나, 소송가액이 3천

만 원 이상임에도 불구하고 대법원은 불속행 기각 결정을 내렸다. 이로 인해 최종적으로 약 7천만 원에 달하는 보험금을 지급받지 못하게 되었다. 사건 이후 참여자는 극심한 충격과 우울 증상을 겪으며 정신과 치료를 받게 되었고, 현재까지 약물 복용을 지속하고 있다.

## (3) 참여자 C

참여자 C는 서울에 거주하는 45세 여성으로, 2009년 3월 본인과 여동생이 각각 M화재와 실손의료보험 계약을 체결하였다. 해당 상품은 표준약관 시행 이전의 1세대 상품으로, 약관상 ‘본인부담상한제 환급금’을 보상하지 않는 손해 항목으로 명시하고 있지 않았다.

2020년, 참여자가 질병 치료 후 보험금을 청구하는 과정에서 약 50만 원의 보험금이 미지급되면서 갈등이 발생하였다. 이 과정에서 참여자는 보험사로부터 본인부담상한제 제도를 처음 알게 되었으며, 보험금 지급을 위해 ‘건강보험료 납부확인서’ 제출을 요구받았다. 그러나 해당 서류에는 개인의 소득 정보가 포함되어 있어, 제출 근거를 요청했으나 보험사는 ‘회사 방침’을 이유로 지급 거절로 일관하였다. 나아가 당시 관련 대법원 판례가 존재하지 않았음에도 불구하고, 이미 판례가 확정되었다는 허위 정보를 제공하였다. 참여자가 이를 반박하자 보험사 직원은 고성을 지르며 폭언을 하는 등 강압적 태도를 보였고, 이에 분노한 참여자는 M화재 본사 앞에서 1인 시위를 진행하였다. 이후 상급자가 개입하면서 사태는 일단락되었고, 참여자는 본인부담상한제 사후환급금에 해당하는 약 280만 원(2022년)과 110만 원(2023년), 총 390만 원의 미지급 보험금을 지급받을 수 있었다. 그러나 곧 여동생이 유방암을 진단받고 치료 과정에서 고액의 의료비를 청구하자 또 다른 갈등이 발생하였다. 보험사는 여동생의 소득분위를 자

의적으로 '1분위'로 산정하여 보험금 지급을 제한하였고, 참여자는 강하게 항의하였다. 다시 한번 상급자의 개입으로 여동생 역시 전액 보험금을 지급받을 수 있었으나, 이 과정에서 참여자는 불필요하게 많은 시간과 노력을 들여야 했다.

참여자는 결국 보험사로부터 보상을 받았음에도 불구하고, 국민이 제도과 보험으로부터 실질적인 보호를 받고 있는지에 대해 근본적인 의문을 갖게 되었다. 또한 보험사가 보험가입자와 국민을 무지한 존재로 간주하며 국가 복지제도를 악용하고 있다는 인식이 자리잡게 되었다.

#### (4) 참여자 D

참여자 D는 전라남도 여수에 거주하는 41세 여성으로, 친정어머니의 수술 치료비로 인해 보험사와 분쟁을 겪었으며 현재 본인부담상한제 사후환급금과 관련하여 법적 소송을 진행 중이다.

참여자의 어머니는 2007년 M보험의 실손의료보험에 가입한 이후 지속적으로 보험료를 납부해왔다. 그러나 2022년 무릎 인공관절 수술을 받은 뒤 치료비를 청구하는 과정에서 보험사는 '건강보험료 납부확인서' 제출을 요구하며 보험금 지급을 거절하였다. 이전까지는 진료확인서, 진료비 세부내역서, 병원비 영수증만으로 보상이 가능했기에, 보험사의 추가적인 서류 요구는 참여자에게 의문을 불러일으켰다. 약관을 확인한 결과에도 해당 서류 요구 근거는 존재하지 않았다. 보험사는 지급 거절 사유로 본인부담상한제를 언급하며, 보험금 수령이 이중 취득에 해당한다고 주장하였다. 그러나 국민건강보험공단의 정보를 통해 확인한 바, 본인부담상한제는 과도한 의료비로 인한 가계 부담을 방지하기 위한 공적 사회보험 제도임이 명확했다. 참여자는 결국 320여만 원의 보험금 반환을 위해 개인 소송을 제기하였다. 1심 재판부는 약관 규제법을 근거로 보험사의 주장을 기각하였다. 판

결문은 약관상 보상대상이 '국민건강보험법상 요양급여 본인부담금'으로 규정되어 있음에도 불구하고, 본인부담상한제 환급금을 보상 제외 항목에 명시하지 않은 점을 지적하였다. 또한 보험사가 본인부담금을 본인부담상한액으로 축소 해석하는 것은 실손보험의 취지에 반할 뿐 아니라, 개정된 표준약관을 소급 적용하는 결과를 초래하여 약관 작성자인 보험사에만 일방적으로 유리하다고 판시하였다. 그러나 보험사는 항소를 제기하여 현재 2심이 진행 중이다.

한편, 어머니는 반대쪽 무릎 수술이 추가로 필요함에도 보험사가 여전히 320여만 원의 보험금을 지급하지 않고 있는 상황에서 향후 보험금 지급 거절이 반복될 가능성이 높아 수술을 미루고 있다. 이는 경제적 부담으로 인해 필수 치료를 제때 받지 못하는 현실로 가족 전체에 큰 고통을 주고 있다. 또한 참여자는 보험 가입 당시 보장 금액이 3천만 원임에도 불구하고, 보험사가 어머니의 소득분위를 임의로 1분위로 산정하여 보험금 지급을 제한하고 나머지 금액은 국가로부터 환급받으라고 요구하는 상황에 큰 불합리를 느끼고 있다. 한국소비자원과 국민건강보험공단에 민원을 제기하였으나, 기관 모두 형식적인 답변만을 제공하며 해결책을 제시하지 못하였다.

이러한 경험은 참여자로 하여금 복지제도가 국민을 위한 보호장치가 아니라 보험사의 이익을 보장하는 도구로 전락하였다는 인식을 심화시켰다. 나아가 국가가 이러한 구조적 문제를 방관하는 현실에서 제도 존립에 대한 문제 인식과 제도를 차라리 폐지하는 것이 낫겠다는 회의감을 느끼고 있다.

#### (5) 참여자 E

참여자 E는 전북 완주에 거주하는 60대 여성으로, 2006년 H화재에 딸을 위해 보험을 가입하였다. 딸은 30대에 접어들면서 간경화가 악화되어

의료진은 간이식 수술을 권유하였으며, 반복적인 입퇴원으로 인해 고액의 의료비가 지속적으로 발생하였다.

처음 보험금 청구 시에는 별다른 문제 없이 지급받을 수 있었으나, 청구 건수가 누적되자 보험사는 사고 자체를 보험사기로 의심하며 직원을 파견하여 조사를 하였다. 참여자는 불쾌감을 느꼈으나, 치료비 보상을 위해 보험사의 태도를 감내할 수밖에 없었다. 이후 보험금 재청구 과정에서 담당자는 ‘건강보험료 납부확인서’가 필수 서류로 변경되었다면서 요구하였고, 참여자는 이를 필수 서류로 인식하여 제출하였다. 그러나 보험사는 해당 서류를 활용해 딸의 소득분위를 확인한 뒤, 해당 분위의 본인부담상한액까지만 지급하고 나머지 금액에 대해서는 지급을 거절하였다. 이 사실을 알게 된 참여자의 아들은 한국소비자원에 민원을 제기하였고, 어려운 과정을 거쳐 소비자분쟁조정위원회의 심의 안건으로 상정되었다. 위원회는 최종적으로 보험사의 보험금 지급을 결정하였으나, 보험사는 이를 이행하지 않고 지급을 거부하였다. 이에 아들은 변호사 없이 직접 법원에 소송을 제기하였으며, 1심에서 승소하였다. 그러나 보험사는 판결에 불복하여 항소하였고, 현재 2심 재판이 진행 중이다.

참여자는 자녀의 건강 악화로 이미 심리적·경제적 어려움을 겪는 상황에서, 보험사의 부당한 대응으로 더욱 큰 심리적 위축을 경험하였다. 나아가 국가가 이러한 문제를 방관하는 듯한 현실에 깊은 실망감을 표하며, “국민을 보호해야 할 국가가 왜 아무런 역할을 하지 않는가”라는 근본적인 의문을 제기하였다.

#### (6) 참여자 F

참여자 F는 경기도 파주에 거주하는 37세 남성으로, 2020년 아버지가 외상성 뇌출혈 사고를 당

하면서 처음으로 본인부담상한제에 대해 알게 되었다. 당시 치료비 보상을 두고 보험사와 분쟁을 겪었지만, 현재까지 미지급된 금액 없이 모든 보험금을 지급받은 사례이다.

아버지는 2012년 L보험의 실손보험에 가입한 상태였으며, 참여자는 2015년부터 보험설계사로 근무하고 있었음에도 불구하고 해당 제도에 대해 전혀 들어본 적이 없었다. 보험사는 약관 및 보상 제외 사유에 본인부담상한제가 명시되어 있었음에도 이에 관한 교육이나 설명 의무를 이행하지 않았기에, 보험설계사인 자신조차도 본인부담상한제에 대해 처음 알게 되었다는 사실이 충격이었다.

아버지의 첫 치료비는 상급병원에서 1,000만 원 이상 발생하였으며, 이후 요양병원에 장기 입원하면서 매달 약 200만 원의 비용이 청구되었다. 그러나 보험사는 국가에서 향후 환급될 본인부담상한액을 근거로 보상을 제한하려 했고, 이에 대해 참여자는 환급금과 실손보험금 간의 상계 가능성, 이득 금지 원칙 위반 여부, 부당이득 해당 여부 등을 문제 삼으며 강력히 반박하였다. 한편, 실제 보험금 수령이 가능했던 이유는 전혀 다른 조항 때문이었다. 아버지가

사고로 인해 보험료 납입 면제 조항에 해당됨에도 보험사가 이를 누락하였다는 점이 드러났고, 이는 금융감독기관의 제재 및 과태료 부과 사유가 될 수 있었기에 보험사는 결국 참여자에게 전액 보험금 지급을 이행하게 되었다.

보상에 이르기까지의 과정은 극도로 고통스러웠다. 보험사와 장기간의 갈등으로 인해 참여자는 지속적인 두통과 소화불량을 겪을 정도의 심리적 부담을 안고 생활해야 했으며, 4년이라는 긴 시간 동안 불확실성과 불안을 감내해야 했다. 그는 보험사가 제도의 허점을 악용하여 국민이 납부한 비용을 사적 이익으로 활용하고 있음에도, 국가가 이를 방치하는 현실에 깊은 배신감과 분노를 표출하였다.

2) 사례 간 통합 분석 결과

사와 분쟁 경험의 연구 결과 39개의 의미 단위와 12개의 하위범주, 5개의 주요 범주로 분석되었다.

본인부담상한제 사후환급금으로 인한 실손보험 내용은 <표 2>와 같다.

<표 2> 본인부담상한제 사후환급금으로 인한 실손보험사와 보험가입자와의 분쟁 경험의 주요 구성 요소

주요 범주	하위범주	의미 단위
(1) 건강보험제도의 공공성 인식과 달리 세부 지원 내용에 관한 알권리의 보장이 부족함을 경험함	① 국민건강보험은 국민을 위한 복지제도라는 이해와 공공성 인식	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 국민건강보험은 전 국민을 대상으로 의무가입을 전제로 운영되는 보편적 공공 의료보장 제도임</li> <li>• 보험방식을 통해 사회적 취약계층을 포함한 모든 국민에게 균등한 의료서비스 접근 기회를 보장함</li> <li>• 소득 수준에 따라 보험료를 차등 부과함으로써 의료비 부담의 형평성을 제고하고 소득재분배 효과를 실현함</li> <li>• 국민의 건강권 보장과 의료적 형평성 확보를 통해 사회 전체의 건강 수준 향상과 복지국가 실현에 기여함</li> </ul>
	② 본인부담상한제도 및 약관에 대한 정보 부족으로 사전 선택권 제한	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 분쟁 발생 전까지 건강보험공단에서 시행 중인 '본인부담상한제'에 대한 정보와 제도적 이해가 전혀 없음</li> <li>• 2세대 약관 가입자의 경우, 계약 당시 본인부담상한제 환급금을 보상하지 않는다는 설명 의무를 제대로 했다면 실손보험 가입 여부를 고려했을 것임</li> </ul>
(2) 공사보험 역할에 대한 기본적 인식과 기대의 차이로부터 분쟁이 시작됨	① 사후환급금에 대한 보험사의 소유권 주장 및 법적 정당성 논리	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 실손보험사는 본인부담상한제 환급금과 실손보험금을 함께 수령할 경우 이중 취득에 해당한다고 봄</li> <li>• 사후환급금은 국민이 부담하지 않는 초과금에 해당하므로 보험사에 귀속되어야 한다고 봄</li> <li>• 본 제도에 대한 법적 판단은 대법원 판례로 확정되었으므로 환급금은 보험사에 반환하는 것이 타당하다는 시각</li> </ul>
	② 본인부담상한제의 공적 급여 성격에 대한 인식과 보험사 주장에 대한 반박	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 본인부담상한제는 환자의 과도한 의료비 지출을 완화하기 위해 소득 보전을 목적으로 지원되는 국가의 공적 복지제도임</li> <li>• 국민건강보험법에 따르면 사후환급금이 의료비 지원이라 정의되지 않았음에도 보험사는 이를 의료비로 간주함</li> <li>• 본인부담상한제는 현금급여에 해당하며, 건강보험의 현물급여인 요양급여와는 명확히 구분됨</li> </ul>
(3) 실손보험 청구 과정에서 보험사와 가입자간 정보 불균형과 절차적 불공정성에 대해 적극적으로 대응함	① 불명확한 약관과 과도한 정보 요구로 인한 가입자의 혼란과 분쟁의 심화	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 본인부담상한제는 민간 실손보험과는 구분된 국가의 복지제도 및 사회보험임을 인식함</li> <li>• 약관에 따라 '보상하지 않는 사항'에 본인부담상한제 관련 내용의 명시 유무를 달리함</li> <li>• 보험금 청구 시, '건강보험료 납부확인서' 제출 요구의 부당함 (약관 규정 및 민감 개인정보 요구의 법적 근거 부재)</li> <li>• 보험사에서 계약자의 소득분위를 임의로 산정하여 정확하지 않은 보험금을 지급함으로써 분쟁이 심화됨</li> </ul>
	② 보험금 분쟁 해결을 위한 적극적 권리행사 및 대응	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보험사 소비자보호부서에 민원을 제기하여 분쟁 해결을 시도함</li> <li>• 관계 기관(국민건강보험공단, 한국소비자원, 금융감독원, 국민권익위원회 등)에 민원 접수 및 국회의원, 언론사 제보를 시도함</li> <li>• 사건의 사회적 이슈화를 위한 온라인 카페 운영 및 신문사 창간을 통해 보험사의 행태에 지속적으로 우려의 목소리를 냄</li> <li>• 보험사의 환급금 공제에 대한 법적 정당성을 다투기 위해 법원에 소송을 제기함</li> <li>• 보험사의 불합리한 행태를 알리기 위한 수단으로 보험사 앞 1인 시위를 진행함</li> </ul>

주요 범주	하위범주	의미 단위
(4) 공사보험 보장체계의 불완전성으로 인해 구조적으로 소외된 채 분쟁의 부담까지 더해져 이중적 위기를 경험함	① 시차로 인한 경제적 이중 부담과 생계 위기	<ul style="list-style-type: none"> <li>사후환급금은 차후 년도에 지급되는 구조로, 보험사의 보험금 지급 거절 시 당장의 생계 유지에 심각한 경제적 압박을 경험함</li> <li>고액의 치료비를 카드 결제로 일시 감당하나, 이후 상환 부담으로 가계부채가 증가하며 경제적 어려움이 지속적으로 누적됨</li> </ul>
	② 신체적 고통과 정신적 스트레스	<ul style="list-style-type: none"> <li>병원비 부담으로 인한 경제적 어려움이 정신적 불안감과 스트레스를 가중시킴</li> <li>복지제도를 악용하는 보험사에 대한 분노와 제도 전반에 대한 회의감이 확산됨</li> <li>장기화된 분쟁과 갈등으로 무기력감 및 우울감을 호소함</li> <li>정신과 상담 치료를 받거나 스트레스로 인한 두통, 소화불량 등의 신체적 증상을 경험함</li> </ul>
	③ 보험사의 비인간적 응대 과정에서의 불필요한 에너지와 감정 소모	<ul style="list-style-type: none"> <li>보험사 직원의 고성과 강압적인 태도로 정서적 불편과 스트레스가 유발됨</li> <li>반복된 언쟁 끝에 보험사 측의 고의적인 통화지연 등 비협조적인 대응 경험이 발생함</li> <li>민원 처리 과정에서 발생한 언쟁과 대기 시간으로 일상생활 및 개인 일정에 지장을 초래함</li> <li>정당한 권리 주장 과정에서 원활하지 않은 소통으로 불필요한 시간과 에너지 소모가 발생함</li> </ul>
	④ 의료서비스 접근성의 제약	<ul style="list-style-type: none"> <li>보험금 미지급 우려로 치료가 필요한 상황임에도 의료이용을 주저하게 됨</li> <li>병원 진료 전 보험사의 지급 여부에 대한 불확실성으로 적절한 시기에 진료를 받지 못함</li> <li>경제적 부담에 대한 염려가 의료 결정에 영향을 미쳐 건강권 침해로 이어짐</li> </ul>
(5) 공공복지에 대한 신뢰 훼손과 제도 운영의 본래 목적 회복에 대한 요구	① 좋은 제도로 평가되지만 운영 관련 국가 책임에 대한 신뢰 상실	<ul style="list-style-type: none"> <li>본인부담상한제는 국민을 위한 좋은 복지제도임</li> <li>국민 복지 향상을 위한 제도 마련 이후, 실질적인 관리·감독이 부재한 국가에 대한 회의감이 형성되고 국가의 책임 회피로 인식됨</li> </ul>
	② 사회적 돌봄의 공백으로 인한 소외감 발생과 제도 개선의 필요성 및 기대	<ul style="list-style-type: none"> <li>실손보험 가입자는 보험료를 추가로 부담함에도 불구하고, 일반 국민에 비해 공적 혜택을 제한받는 여차별적 상황 발생으로 저소득·취약계층이 복지 사각지대에 놓임</li> <li>국가 제도가 실질적으로 민간 보험회사의 이익을 보장하는 수단으로 전락했음을 비판함</li> <li>공적 급여제도의 본래 취지를 회복하기 위한 제도 개선이 필요함</li> </ul>

**(1) 건강보험제도의 공공성 인식과 달리 세부 지원 내용에 관한 알권리의 보장이 부족함을 경험함**

① 국민건강보험은 국민을 위한 복지제도라는 이해와 공공성 인식  
 참여자들은 국민건강보험에 대해 공통적으로 긍정적인 인식을 보이며, 제도를 ‘의무가입 기반의 복지제도’, ‘취약계층 보호장치’, ‘의료 접근성 보장 수단’, ‘소득 재분배 기능을 지닌 제도’, ‘국가

차원의 건강보장체계’ 등으로 다양하게 정의하였다. 각자의 정의에는 관점의 차이는 있었으나, 제도의 취지와 사회적 역할에 대한 비교적 깊이 있는 이해가 공통적으로 나타났다.

국민건강보험은 전 국민의 의료 혜택을 받을 수 있는 국가의 복지제도입니다. 이걸 국가에서 운영하기 때문에 국민의 의무이고 혜택 역시 국민이 받는 거고요. (참여자 A)

국민건강보험은 의료비 지원을 통해 국민의 경제적 어려움을 방지하고자 보험의 방식으로 국민과 사회적 취약계층들을 위해 만든 복지제도라고 생각합니다. (참여자 B)

국가에서 국민의 건강증진을 위해 만든 제도죠. 의무로 가입해야 하고 강제로 보험료가 징수되고 대신 소득에 따라서 보험료는 모두 다르지만 의료서비스를 모두 동일하게 받을 수 있는 걸로 알아요. 국민이 아픈데 돈이 없어서 치료받지 못하는 사람이 없도록 지원해주는 제도. (참여자 E)

의료 사각지대가 발생하지 않도록 소득에 따라 보험료가 다르고 이를 통해서 소득재분배 효과도 있는 거고요. (참여자 F)

② 본인부담상한제도 및 약관에 대한 정보 부족으로 사전 선택권 제한

참여자 전원은 실손보험과 관련한 분쟁을 겪기 전까지 본인부담상한제의 존재를 알지 못했으며, 보험금 청구 중 보험사와의 갈등을 통해서야 해당 제도를 처음 인식하게 되었다고 진술했다. 특히 2세대 약관 가입자들은 실손보험 가입 당시 ‘보장 제외 항목’에 대해 충분한 설명이 있었다면 가입을 재고했을 것이라고 언급하며, 가입 결정에 대한 아쉬움을 드러냈다. 이는 실손보험 상품과 본인부담상한제에 대한 정보 부족과 설명의 부재가 가입자의 판단에 부정적인 영향을 주었으며, 국민의 알권리가 제대로 보장되고 있지 못함을 알 수 있다.

본인부담상한제는 제가 심하게 아파서 병원에 입원을 했는데, 보험회사에서 어느 날부터 담당자가 전화 왔는데 본인부담상한제 얘기를

하면서 법적으로 보험회사에 사후환급금을 줘야 하고 개인정보를 제출해야 한다. 안 그러면 보험금을 줄 수 없다 이렇게 얘기를 해서 알게 됐죠. (참여자 C)

저는 원래 본인부담상한제에 대해서 전혀 알고 있지 않은 상태였어요. 엄마가 무릎 인공관절 수술을 하셨고 병원비 계산을 하는데 카드로 우선 선결제를 하고 보험금 청구를 했었죠. 그런데 보험사에서 지급을 못하겠다. 이렇게 얘기를 해서 도대체 이게 뭐가 해서 그때 저도 여러 가지 정보검색을 좀 많이 했었어요. (참여자 D)

(2) 공사보험 역할에 대한 기본적 인식과 기대의 차이로부터 분쟁이 시작됨

① 사후환급금에 대한 보험사의 소유권 주장 및 법적 정당성 논리

참여자들은 실손보험금을 청구한 시점에야 처음으로 본인부담상한제의 존재와 환급 절차에 대해 보험사로부터 안내받았다. 보험사는 동일한 항목에 대해 실손보험금과 공적 급여가 이중으로 지급되는 것을 방지해야 한다는 입장을 밝혔다. 이에 따라 환급금을 보험사에 반환한다는 내용의 ‘반환확약서’ 작성을 요구하였다. 더불어 보험사는 대법원 판례를 근거로 환급금은 보험금 지급 대상이 아니며, 환급액 상당의 보험금 지급을 유보하거나 거부하는 것이 정당하다고 주장하였다.

반환확약서를 작성하지 않으면 당장 보험금을 주지 않는다고 하는데 어떡하겠어요. 먼저는 병원비 보상을 받아야 하니까 어쩔 수 없이 확약서에 서명을 했죠. (참여자 B)

보험사에서 본인부담상한제에 대해서 설명을 하더라고요. 의료비가 많이 청구되면 나중에 국가에서 돌려주는 제도가 있다고. 그때 돌려 받으면 되는데 그것도 받고 보험금도 받으면 두 번 받게 되는 거니 이중으로 받으면 안 되는 거다. 그러나 나라에서 받은 돈 만큼은 보험사에서 앞으로 지급하지 않겠다고 했어요. (참여자 E)

② 본인부담상한제의 공적 급여 성격에 대한 인식과 보험사 주장에 대한 반박

참여자들은 보험사로부터 안내받은 본인부담상한제의 내용이 기존 인식과 다르다는 점에 의문을 품고, 건강보험공단 자료 및 보건복지부 입장을 직접 확인하며 제도의 성격을 확인하였다. 본인부담상한제가 고액 진료비 부담 완화와 소득재분배 실현을 위한 공적 급여임을 인식하게 되었고, 요양급여(현물)와 본인부담상한제(현금)의 구분에 근거해, 보험사가 환급금 반환을 요구하는 주장은 제도의 취지와 맞지 않다고 판단하였다.

이 제도는 나라에서 환급해주는 제도이고 소득 보전의 공적 급여이므로 사기업에 들어갈 수 없는, 그러니까 보험회사와는 전혀 상관이 없는 겁니다. (참여자 C)

본부상(본인부담상한제)은 국가에서 중증 환자나 사회 약자들이 아파서 경제적 부담이 클 경우에 이를 대비해서 어려움을 피해갈 수 있도록 지원해주는 것입니다. 이런 지원이 없으면 어려운 사람들이 어떻게 살겠어요. 저도 공단에 전화해보고 여기저기 찾아서 공부를 많이 했어요. 제도에 관련해서 저의 실손보험 약관에 어떤 명시도 없는데 이런 것을 보험회사가 왜 내놓으라 하면서 복지 자금을 갈취하

나는 거죠. (참여자 E)

(3) 공사보험 역할에 대한 기본적 인식과 기대의 차이로부터 분쟁이 시작됨

① 불명확한 약관과 과도한 정보 요구로 인한 가입자의 혼란과 분쟁의 심화

참여자들과 보험사 간의 분쟁은 본인부담상한제의 성격 인식 차이, 약관 내 미 명시, 과도한 서류 요구, 임의적 소득분위 산정 등에서 비롯되었다. 참여자들은 본 제도를 공적 급여로 이해하며 보험사의 이중 지급 주장과 보상 거절에 반발하였고, 약관상 없는 서류 제출 요구와 개인정보 요구에 불신을 표출하였다. 이로 인해 갈등은 단순 보험금 문제를 넘어 계약의 공정성과 소비자 권리 문제로 확산되었다.

저는 2006년 9월에 실손보험에 가입했어요. 그 당시 계약한 약관에는 본인부담상한제에 대해 보상하지 않는다는 말이 없어요. 보상하지 않는 사항에 대한 안내는 계약할 당시 명시, 설명 의무를 다해야 하는 겁니다. 그런 사실을 제대로 안내했다면 제가 보험에 가입하는데 한번 더 고민했을 텐데……. 그런데 아무런 안내도 없었는데 이제와서 보상을 안 해준다고 하면 그게 말이 됩니까. 상식적으로도 말이 안 되는 거지요. (참여자 E)

상한제는 건강보험 피보험자들 중에 조금 아픈 사람도 있고 많이 아픈 사람도 있겠죠. 근데 그게 많이 아픈 사람들은 병원비야 뭐 저기 건보(건강보험)나 또는 개인이 가입한 실손의료비에서 병원비야 이제 보존이 된다 치더라도 병보다 카드값이 더 무서울 때가 있거든요. 병원비야 계산하고 병원에 주면 그만인데 병원

에 이제 한 1년 2년 누워 있으면은 카드값 대신 누가 안 내주잖아요. 그래서 그런 중증 환자들의 소득 보전에 대한 국민 혜택으로 알고 있어요. 그런데 그것을 보상하지 않겠다는 말을 보험약관에 슬며시 넣어놓고 계약할 당시에 한마디 설명도 없이 계약을 한다는 게 불공정한 거 아닌가요? (참여자 F)

분쟁의 이유는 보험사에서 개인정보를 넘기지 않으면, 건강보험 얼마 내는지 몇 분위인지 제출하지 않으면 저는 M 보험사인데 여기는 그냥 제출하지 않으면 무조건 1분위로 임의로 계산해서 그것부터 그냥 다 까고 보험료를 지급을 하거든요. 1분위는 제일 낮은 건데 10분위도 아니고 1분위로 책정을 해서 나머지 모두 공제하고 지급을 해요. (참여자 C)

② 보험금 분쟁 해결을 위한 적극적 권리행사와 대응

참여자들은 보험사와의 분쟁에 적극적으로 대응하며 국가기관의 입장과 법적 근거를 제시하고, 다양한 방식으로 권리 주장을 펼쳤다. 관련 기관에 민원을 제기하고 언론 제보 및 단체 활동, 1인 시위와 소송 제기, 사건의 공론화를 위한 온라인 카페 개설과 신문사 창간 등 적극적 실천을 통해 분쟁 해결 의지를 드러냈다.

네이버에 같은 사건을 겪고 있는 사람들과 소통의 공간을 만들려고 카페를 개설했어요. 현재 카페 회원 수만 2,700여 명이에요. 같이 연대하여 행정기관에 민원을 넣기도 하고, 대법원 앞에서 잘못된 판결에 대해 현수막을 걸고 전단지도 뿌리고 활동을 합니다. 1년 전에는 신문사도 창간했어요. 인터넷 신문사(보통사람들)이고 기자 7명을 섭외하여 보험에 관련된 기사

(정제이, 2024)를 중점적으로 신고 있습니다. (참여자 A)

당시 보험사에서 너무한다는 생각이 들어서 국민권익위원회에 민원을 넣었습니다. 그리고 연말 국정감사를 하는데 이 문제에 관심을 가지고 있는 국회의원들이 몇 있더라고요. 배진교, 전봉민, 이정문 의원인데 이분들에게 팩스로 내용을 전달했구요. 실제로 국정감사에서 이 문제가 언급되기도 했습니다. (참여자 F)

저는 처음에는 200이라는 담당자랑 통화를 했는데 이게 그냥 전화기를 내려놓고 듣지도 않고 말이 안 통해서 상급자랑 통화하게 해달라고 요청했어요. 상급자 최00라고 막 소리 지르고 되게 유명하신 분이 있어요. 그래서 그분이랑 통화를 했는데 역시나 말이 안 통해서 제가 강남에 있는 M 본사에 민원팀에 직접 찾아갔어요. 그런데 만나주지 않아서 다음에는 회사 앞에서 피켓을 들고 1인 시위를 했어요. (참여자 C)

(4) 공사보험 보장체계의 불완전성으로 인해 구조적으로 소외된 채 분쟁의 부담까지 더해져 이중적 위기를 경험함

① 시차로 인한 경제적 이중 부담과 생계 위기  
본인부담상한제 사후환급금은 다음 연도에 지급되는데, 보험사들은 실손보험금 지급을 유예하거나 거절하였다. 이로 인해 참여자들은 적시에 치료비를 마련하지 못해 경제적 어려움을 겪었으며, 고금리 대출로 의료비를 충당하며 부채가 증가하는 등 악순환에 처했다. 오히려 제도로 인해 실질적 보장이 지연되거나 축소되어, 제도가 취약계층에 추가 부담을 초래하고 있음을 드러냈다.

병원에 몇 년간 누워있는 언니 때문에 병원비가 엄청나게 나오고 있는데 이 병원비를 해결을 하지 못하면 일단은 경제적으로 너무 힘이 들죠. 늘 그 압박감에 시달리고 있고 실제로 많이 힘들고 지쳤어요. 지금도 그런 상황에 있고요. 앞으로 어떻게 해야 할지 모르겠어요. (참여자 B)

딸이 계속 병원 신세를 많이 지다 보니 병원비가 계속 늘어나는데, 저도 나이가 있는데 계속 일은 하고 있어요. 보험사에 보험금을 청구하면 국가에서 돌려받으라고 하면서 다 주지도 않고 제가 조금이라도 벌어야 감당을 하니깐요. 병원비뿐만이 아니라 딸이 소득이 없으니 생활 유지비도 들어가잖아요. 경제적으로 계속 어렵다 보니 현재는 현금서비스도 받고 이 카드 저 카드 돌려막기 해서 간신히 버티고 있어요. 언제까지 이렇게 할 수 있을지 기약도 없고 너무 힘이 듭니다. (참여자 E)

## ② 신체적 고통과 정신적 스트레스

참여자들은 보험사와의 장기 분쟁으로 인해 신체적·정신적으로 극심한 피로를 경험하였으며, 의료비 부담과 불안감으로 일상생활에 부정적 영향을 받았다. 반복되는 갈등은 삶의 질을 저하시켰고, 국가로부터 보호받지 못한다는 회의감과 분노를 유발하였다. 일부는 2~4년간의 소송 과정에서 무기력과 우울 증상을 겪었으며, 정신과 상담 및 약물치료를 병행하기도 하였다.

몸이 아픈 상태에서, 완쾌가 되지 않은 상태에서 보험사와 분쟁은 굉장히 힘든 스트레스였어요. 스트레스가 굉장히 컸기 때문에 그 이후로도 계속 지속적으로 입금이 되지 않는 보험금을 청구했는데도 돈을 주지 않아서…….

계약의 약속을 이행하지 않는 이런 보험사와의 지속적인 분쟁이 또한 심리적 압박이 굉장히 심했죠. 그러면서 사회적으로는 주변에 이야기를 해도 아무도 모른다는 거예요. 심지어 이걸 설명해도 이해를 못하는 사람들이 많다는 것 때문에 더 힘들었고, 실손 가입자들이 이 내용을 모르고 있으니 이런 무지 때문에 보험사가 이렇게 악용해서 이용해 먹고 사기친다는 그런 느낌이 많이 들어서 시도 때도 없이 화가 났어요. (참여자 A)

보험사 직원이란 통화하려고 하면 막 가슴이 뛰어요. 지점에 최OO이라고 통화할 때마다 정말 칼만 안 들었을 뿐 고객이 얘기하면 진짜 막 소리 지르고 욕박지르고 거의 강패처럼 그렇게 했거든요. ‘내 말이 법이다 너의 말은 틀렸다.’ 그냥 이런 식으로 계속 소리를 지르는 태도에 제가 불안증이 올라와서 몇 날 며칠을 잠을 이룰 수가 없었어요. 가슴이 계속 두근두근 거려서요. (참여자 C)

## ③ 보험사의 비인간적 응대 과정에서의 불필요한 에너지와 감정 소모

참여자들은 보험사와의 반복된 소통 과정에서 과도한 감정 소모와 시간 낭비를 경험했으며, 담당자의 고성과 연락 회피 등으로 갈등이 심화되었다. 생계를 위한 일상과 병행하기 어려운 상황 속에서 장시간 응대에 큰 부담을 느꼈고, 결국 일부는 환급금을 포기하고 싶을 정도의 심리적 소진을 호소하였다.

서로 비난하면서 이게 고객과 직원의 대화가 아니라 감정 싸움이 되버리는 거죠. 제가 전화하면 받지도 않아요. 고객센터에 민원을 넣어야 거기서 전달하면 통화가 겨우 되고, 한번은

누가 이기나 전화를 끊지 않고 버티기 해요. 3시간까지 버텨본 적도 있어요. 정말 이게 뭐 하는 건지, 누가 먼저 지치나 겨루는 게임이에요. (참여자 C)

보험사 담당자와 통화하면 좋게 끝날 수가 없어요. 무슨 근거로 건강보험료 납부확인서를 제출하라 하느냐, 어떤 근거로 사후환급금을 반환하라고 하느냐 질문하면 돌아오는 답이 회사 방침이다. 이렇게 얘기를 하는데 이게 무슨 소리인가 싶고. 내가 회사 방침하고 계약했다. 그렇게 언쟁이 벌어져요. 보험사 담당자도 언성이 높아지고요. 자기들은 회사에서 시키는 대로 하는 것 뿐이라고. 그럼 상급자 연결해달라고 하죠. 한두 번 통화하는 게 아니라 하루에 5번도 더 통화할 때도 있고. 회사 방침 말고 정확한 근거를 못 대면 보험금 지급하라고 전화할 수 밖에 없죠. 엄마도 나도 당장 생활이 어려운데. (참여자 D)

④ 의료서비스 접근성의 제약

본인부담상한제가 경제적 부담 완화를 목적으로 설계되었음에도, 실손 보험사의 보험금 미지급으로 인해 참여자들은 즉각적인 의료서비스 이용이 어려워 신체적 고통과 정서적 좌절감을 겪었다. 치료 중단이나 지연은 질병으로 인한 고통을 더욱 가중시키는 요인으로 작용했고, 가족에게도 심리적 부담을 초래하였다.

지금도 보험금 청구한 지 2년, 3년이 지나는데도 아직 못 받고 있죠. 분쟁금이 한 350만 원 정도 되는데 그 뒤로는 엄마가 병원을 잘 안 가시죠. 남은 한쪽 무릎도 수술이 필요한데 이제 수술은 못 하고 통원료로만 몇 번 왔다가. 물리치료 받고 통증 올 때마다 진통제

무릎에 맞고 그런 부분은 금액이 작기 때문에 또 청구를 하면 그런 부분은 몇천 원, 몇만 원이니까 또 지급이 돼요. 수술하면 큰 금액이고 보험사에 청구해도 안 줄거니까 그럴까 봐 아예 수술은 생각도 못 하고 있어요. 근데 보험료는 또 매달 납부하고. 이게 맞는 건가요? 가슴이 답답해요. (참여자 D)

딸이 계속 치료가 필요한데 병원 가기가 무서워져요. 한번 갈 때마다 비용이 많이 발생하는데 돈 나올 구멍은 없는데 가슴이 철렁하지. 두 번 갈 거 한 번만 갈 수 밖에 없어요. 버티다 버티다 안 되겠다 싶으면 그때 일어난다고. 보험사는 본부상 때문에 돈 못 준다고 해. 또 면책기간이다 뭐다 해서 안 준다고 해. 아무리 민간 회사라고 해도 사람 아픈 거랑 목숨 가지고 이렇게 장난치면 안 되지. (참여자 E)

(5) 공공복지에 대한 신뢰 훼손과 제도 운영의 본래 목적 회복에 대한 요구

① 좋은 제도로 평가되지만 운영 관련 국가 책임에 대한 신뢰 상실

참여자들 대부분은 본인부담상한제가 사회적 약자를 보호하는 제도로서의 취지에는 공감하였으나 실손보험 가입자에게는 오히려 불이익을 초래하는 구조적 문제를 지적하였다. 제도 혜택이 보험사에 귀속되어 실질적 손해가 국민에게 돌아가지 않는 현실은 제도의 형평성과 정당성을 훼손하며, 이에 대한 정부의 적극적 감독과 운영 개선이 필요하다고 강조하였다.

개인적으로는 본인부담상한제도가 아주 잘 만들어진 제도이기 때문에 이 제도의 역할과 기능이 제도로만 한다면 사회적 약자에게 아주

많은 기여를 할 것이라고 생각이 들고 실질적으로 저희 언니 입장에서든 그래 1년 뒤에 돌려받는 환급금이지만 국가에서 환급을 해주고 있기 때문에 혜택을 받고 국가에서 이 제도로서 사회적 취약계층과 약자에게 기여를 많이 해주고 있다고 생각하고 있어요. 그리고 사보험에서의 영역을 제대로만 분리해서 생각을 해 준다면 이 제도는 완벽하게 잘 수행이 될 것 같아요. 제도 자체는 굉장히 잘 만들어졌고 도움이 많이 된다고 생각하는데 중간에 보험사와 이러한 갈등과 보상에 관한 문제가 생겼기 때문에 현재로서는 그런 혜택들이 다 보험사로 돌아가는 것 같아요. (참여자 B)

만약에 실손보험이 없다는 가정으로는 되게 큰 도움이 될 것 같아요. 근데 실손보험이 있어서 보험회사가 가져가면 사실 이 제도는 저는 무용지물이라고 생각하거든요. 있으나 마나 하고 보험사만 좋은 일 시키는 이 제도를 차라리 없었으면 좋겠어요. 우리나라 국민의 실손보험 가입률이 굉장히 높죠. 높은 만큼 그 혜택은 사회 약자가 아닌 거대 기업이 되겠죠. (참여자 C)

보험사랑 관련 없이 온전히 혜택이 국민에게 돌아간다면 더없이 좋은 제도라고 생각하는데, 보험사 때문에 이 제도에 대해서 알게 되고 병원비도 줄 수 없다고 하니 차라리 제도가 없었다면 내가 보험사에서 당장 치료비를 받을 수 있는 건데 못 받게 되는 거예요. 국가에서는 왜 이걸 보고만 있는 거죠? 국민을 위해 제도를 만들었으면 국민들이 제대로 된 혜택을 받고 있는지 살펴야 하는 거 아닌가요? 환자들은 제도 때문에 더 고통받고 그 혜택은 다 보험사가 가져가고 있는데 절대 좋은 제도라고 할 수 없어요. (참여자 E)

## ② 사회적 돌봄의 공백으로 인한 소외감 발생과 제도 개선의 필요성 및 기대

실손보험에 가입한 사회적 약자 및 저소득층은 보험료를 부담하고 있음에도 본인부담상한제의 혜택을 온전히 누리지 못해 역차별을 겪고 있으며, 그 혜택이 민간 보험사로 귀속되는 구조적 불균형에 직면해 있다. 연구참여자들은 제도가 국민이 아닌 보험사의 손실 방지를 위한 수단으로 전락했다고 비판하며, 실손보험 가입자와 비가입자간 형평성을 확보하고 공적 제도로서의 실효성을 높이기 위한 제도적·입법적 개선을 강력히 요구하였다.

국민건강보험법에 본인부담상한제 제도의 내용이 안내되어 있어요. 거기에 ‘이것은 의료비 지원이 아니다.’라고 정확하게 명시해 준다면 이런 분쟁은 없어질 겁니다. 의료비 지원이 아닌 ‘국민의 소득 보전’과 ‘중증 환자의 소득 보전’, ‘환자의 소득 보전’ 이런 문구만 명확히 안내된다면 이런 분쟁은 사라질 겁니다. 그리고 본인들이 일단 많이 알아야 돼요. 본인들이 공부도 안 하고 ‘내 생각은 이게 아닌데, 내 생각은 이거 맞는데’가 아니고요. 그리고 보험사의 말만 듣고, 보험사는 이렇게 얘기합니다. 사실이 아닌 것을 마치 사실처럼 이야기해요. 사람들이 대부분 모르기 때문에. 절대 믿으면 안 돼요. 본인들 이익을 위해서는 거짓말도 사실처럼 말하는 곳이 보험사입니다. 많은 사람들이 통화하면서 겪으셨을 거예요. 본인들이 공부하시고 약관도 보시고 직접 찾아서 많이 알아야 합니다. (참여자 A)

정부 기관에서 명확한 지침을 내려줬으면 좋겠습니다. 기관의 입장을 담은 문서로 본인부담상한제 사후환급금은 이렇다라고 의견만 제시

하지 말고, 국회의원들도 문제점을 인식했는데 더 이상 행동하지 않아요. 자기들 등 따시고 배부르니 어려운 사람들 사정은 와닿지 않는 거죠. 몇 년 전까지만 해도 그동안 사후환급금으로 보험사로 흘러 들어간 돈이 2조라고 합니다. 지금은 더 하겠죠. 그거 다 국민의 세금 아닙니까? 정부 기관과 관계자들이 관련 법률을 개정하든지, 지침으로 못을 박든지 좀 명확하고 구체적으로 행동해주면 해결되지 않을까요. (참여자 E)

이 문제는 지금 적용되고 있는 법 틀레 안에서는 해결할 수 있는 방법이 없다고 생각이 들고 방법을 찾아야 된다면 입법이 필요하다. 근데 현실적으로 어려운 것이... 다 알아야 돼요. 어떤 점을 다 알아야 하나면 실손보험이 뭔지 알아야 될 것이고 건보 본인부담상한제가 뭔지 알아야 될 것이고 다음 보험약관이 어떻게 작성되는지 이 내용들을 다 알아야 되잖아요. 그런데 보험회사 직원들도 잘 모르는데 이게 간단한 쉽지 않겠더라는 생각이 듭니다. 딱히 명확한 정답을 내리기가 매우 어려운 상황인 것 같긴 해요. 건강보험에서 나서줘야 되는 일이고요. 물론 건강보험에서 입장을 낸다고 하더라도 건강보험의 입장이 민영 보험회사와 계약자와 계약 관계를 구축할 수 있는 것은 아니고. 그러니까 실손 보험회사가 약관에서 정하고 있는 이런 내용들이 있잖아요. 상한제 사후환급금 이런 식으로 표현하고 있을 텐데 그런 것들을 상법을 개정한다든가 아니면 보험업법을 개정한다든가 결국 입법으로 이 상한제 환급금에 대해서 교통정리가 필요한 부분이라고 생각이 들어요. 지금 법 틀레 안에서는 이미 법원 판결로 교통정리가 어느 정도 된 것이고 이게 정의로우나 정의롭지 않으나 지금 그걸

따질 건 아닌 것 같고 장래에는 이제 좀 입법으로 좀 교통정리가 되어야 하지 않을까 싶습니다. (참여자 F)

## 5. 결론 및 제언

본 연구는 국민건강보험의 본인부담상한제 사후환급금과 실손보험 보상 간 충돌로 인한 분쟁 경험에 대해 2025년 3월 중순부터 3월 말까지 소득 2~5분위 6명이 참여하는 1:1 심층면담을 통해 자료를 수집하였으며, 질적 사례연구 방법을 통해 참여자의 경험을 분석하였다. 연구 결과 사후환급금 관련 실손 보험사와의 분쟁 경험은 39개의 의미 단위와 12개의 하위범주, 5개의 주요 범주로 도출되었다. 분쟁 경험의 주요 범주는 다음과 같다. ‘건강보험제도의 공공성 인식과 달리 세부 지원 내용에 관한 알권리의 보장이 부족함을 경험함’, ‘공사보험 역할에 대한 기본적 인식과 기대의 차이로부터 분쟁이 시작됨’, ‘실손보험 청구과정에서 보험사와 가입자 간 정보 불균형과 절차적 불공정성에 대해 적극적으로 대응함’, ‘공사보험 보장체계의 불완전성으로 인해 구조적으로 소외된 채 분쟁의 부담까지 더해져 이중적 위기를 경험함’, ‘공공복지에 대한 신뢰 훼손과 제도 운영의 본래 목적 회복에 대한 요구’이다.

본 연구를 통해 도출된 분쟁의 추가 쟁점으로는 앞서 한정일(2023)이 제시한 실손보험의 법적 성격에 대한 규명, 실손보험 표준약관의 적용 기준 및 해석에 관한 문제, 사후환급금을 공제할 수 있는 정당한 절차에 대한 법적 쟁점, 사후환급금 발생 시점 관련 피보험자의 부당이득 반환 의무의 발생 여부 등 네 가지 쟁점 외에 첫째, 본인부담상한제 사후환급금의 법적 성격에 대한 규정, 둘째, 보험사가 가입자의 동의 없이 건강보험료 납부 내

역 등 민감한 개인정보를 수집·활용할 수 있는 법적 근거의 유무, 셋째, 국민건강보험의 공공성과 실손보험의 보완적 성격 간 충돌로 인해 사회보장 제도에 대한 신뢰 저하 문제가 확인되었다.

실손보험은 공적 건강보험의 한계를 보완하는 수단으로 설계되었으나, 본인부담상한제와의 중복 보장 문제와 명확하지 않은 제도 운용 방식으로 인해 오히려 가장 절실하게 의료비 지원이 필요한 계층을 제도적 사각지대에 놓이게 하는 상황이 반복되고 있다. 특히 사후환급금 수령까지의 상당한 시차 및 보험사의 보험금 지급에서의 일방적 공제와 지급 거절은 행정 절차의 불편을 초월하여, 실질적인 생활 위기로 이어지는 양상을 본 연구를 통해 확인할 수 있었다. 참여자들의 치료 중단, 채무 증가, 생계 곤란 등 심각한 피해 경험은 공공복지의 작동 실패가 개인의 삶에 미치는 실질적 영향을 보여주는 사례라 할 수 있다. 이러한 현실은 본인부담상한제가 복지국가적 관점에서 국민의 보편적 건강권을 보장하는 공적제도로 자리 잡기보다, 민간 보험사의 경제적 위험 완화 수단으로 기능할 가능성을 내포한다고 할 수 있다. 정책은 의도대로 작동해야 효과를 발휘할 수 있다. 그러나 본인부담상한제가 실손보험과의 관계 속에서 제도의 본래 목적이 약화 되고, 국민이 느끼는 복지적 권리가 침해되는 상황은 매우 심각한 문제이다. 본인부담상한제 사후환급금으로부터의 분쟁은 실손 보험사와의 책임 소재 논란, 환급 절차의 복잡성, 책임 기관 간의 해석 차이 등으로 국민이 체감하는 정책 경험은 제도 설계 의도와 큰 격차를 보이고 있기 때문이다.

참여자들의 경험은 본인부담상한제의 실질적 효과성 확보를 위해서는 제도의 존속 차원이 아닌, 제도 본래의 도입 취지와 목적에 부합하는 운영 방식이 우선되어야 함을 보여준다. 특히, 공공 복지제도로서의 정당성과 기능 회복이 선행되어

야 하며, 그 기반 위에서 민간 실손보험과의 관계 또한 제도적으로 재설계될 필요가 있음을 보여준다. 본 연구는 본인부담상한제와 실손보험의 접점에서 발생하는 분쟁을 법률 해석의 쟁점으로 한정하지 않고, 국민, 특별히 경제적 취약계층의 복지 체감과 권리 실현의 관점에서 조망하였다. 이를 통해 공공복지제도에 대한 신뢰 회복과 제도의 실질적 개선을 위한 기초자료를 제공하고, 나아가 제도 간 조율의 필요성과 복지국가로서 국가 책임의 재정립이라는 정책적 과제를 함께 제시하고자 하였다.

본 연구의 함의와 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 건강보험 보장성 강화를 목적으로 도입된 본인부담상한제가 실손보험과의 제도적 접점에서 오히려 저소득층 및 경제적 취약 계층에게 제도 이해의 혼란과 경제적 부담을 가중시키는 요인으로 작용하고 있음을 질적 자료를 통해 생생하게 드러내었다. 기존의 연구는 주로 법학적 접근을 통해 약관 해석, 판례 분석 등 법적 쟁점을 중심으로 논의되었고, 최근에는 정책학이나 행정학의 관점에서 조명하려는 시도도 일부 이루어지고 있다(정성희, 이태열, 김유미, 2018). 남영희(2024)의 연구에서 본인부담상한제 사후환급금을 둔 실손보험사와 가입자 간 분쟁이 단지 법률적 문제에 국한되지 않음을 지적한 것과 같은 맥락에서, 본 연구는 분석의 초점을 확장시켜 제도적 갈등을 경험한 당사자들의 목소리를 다각적으로 탐색하였다. 이를 통해 제도 운용의 공공성, 형평성, 그리고 실효성에 대한 문제를 제기하였다. 특히 기존 문헌이 법적 기준의 명확화 필요성에 초점을 맞추었다면, 본 연구는 공공복지에 대한 사회복지학적 관점에서 제도의 실질적 작동과 현장 체감도를 중심으로 공사보험 간 보장체계의 조율과 제도의 효과성에 대한 성찰을 제안한다는 점에서 기존 연구와 구별된다.

둘째, 본 연구는 본인부담상한제에 대한 사전 정보 부족과 실손보험 가입 시 보험사의 설명 의무 미이행이 가입자의 실질적 선택권을 제한하고, 결과적으로 제도 간 충돌과 분쟁 발생의 주요 원인이 되고 있음을 새롭게 확인하였다. 기존 연구들이 주로 계약 체결 이후 약관 해석과 법적 판단에 초점을 맞추어 논의해 온 반면, 본 연구는 실제 분쟁을 겪은 당사자들의 경험과 더불어 2세대(표준) 약관에 대한 법원의 판결을 살펴봄으로써, 계약 체결 이전 단계에서 제기되는 제도 이해 부족과 설명 미흡의 문제를 실증적으로 조명하였다. 특히 실손 보험사 측의 약관 명시 및 설명 의무가 가입자의 권리 보장에 결정적인 영향을 미친다는 점을 강조하며, 실손보험 판매 과정에서의 정보제공의 형식적 이행이 아닌 실질적 이해 기반의 체계 구축이 필요함을 주장한다. 이에 따라 국민건강보험공단과 민간 보험사 모두가 제도에 대한 이해를 높이고 오인 가능성을 최소화하기 위해 설명 절차를 표준화하고, 복지제도 관련 교육자료 및 대국민 홍보 콘텐츠를 강화할 필요가 있음을 제언한다.

셋째, 실손보험과 본인부담상한제의 중복 보장 문제는 단순한 약관 해석이나 지급 절차상의 충돌을 벗어나 공공복지와 민영보험 간 역할 구분이 불명확한 구조적 문제를 드러낸다. 특히 실손보험 청구과정에서 나타난 정보 불균형과 절차적 불공정성은 보험소비자인 가입자가 제도에 대한 정확한 정보 없이 민감한 개인정보 제출을 강요받거나, 약관에 근거하지 않은 사유로 보험금 지급을 거절당하는 상황으로 이어진다. 이는 실질적으로 복지제도의 보호를 받아야 할 계층이 오히려 제도에서 배제되거나 불이익을 감수하게 되는 구조를 고착화하며, 복지제도의 체감도를 심각하게 저해한다. 보험금 청구 절차의 체계화(김유성, 2024), 보험사의 불안전판매 방지를 위한 약관 설명 의무

강화(남영희, 2024), 개인정보 요구의 법적 근거 마련 등 절차적 개선이 필요(한정일, 2023)하다는 기존 연구의 제언에는 공감할 수 있으나, 최근 추진 중인 공사보험 연계 방안(보건복지부, 2024)은 오히려 문제의 본질을 회피하는 대중적 접근에 불과할 수 있다. 공사보험 연계는 실손보험의 보완적 성격과 국민건강보험의 공공적 책임을 구분하지 못한 채 제도 간 혼합과 책임 전가를 공고화할 우려가 있으며, 민간 보험사에 과도한 권한과 이익이 집중될 수 있다는 점에서 신중한 접근이 필요하다. 실손보험이 보완적 민영보험임에도 불구하고 실제 현장에서는 공적 보장 기능을 과도하게 대체하는 왜곡된 구조가 형성되어 왔으며, 이로 인해 발생하는 분쟁과 권리침해는 행정적 갈등 수준에 머무르지 않고 복지국가의 제도적 기반을 약화시키는 구조적 문제로 이어지고 있다. 이러한 현실은 실손보험 제도 운영의 본질적 재 정비와 함께, 건강보험과의 관계 속에서 실손보험의 기능과 한계와 역할을 명확히 규정하는 국가의 정책적 책임 강화의 필요성을 보여준다고 할 수 있다.

넷째, 연구참여자들이 보인 적극적인 분쟁 대응은 피해를 입은 당사자의 반응 외에 제도적 모순을 드러내고 공공복지제도의 개선을 요구하는 시민적 실천으로 이해될 수 있다. 이들은 민원 제기, 법적 소송, 언론 제보, 1인 시위 등 다양한 방식으로 실손 보험사와의 갈등을 공론화하며, 국가와 제도의 책임 있는 대응을 촉구하였다. 이러한 참여자들의 행동은 본인부담상한제와 실손보험 간 충돌이 개인 차원의 갈등에 국한되지 않고, 구조적 불평등과 제도 설계의 한계에서 비롯된 사회적 문제로 인식하고 접근할 필요성을 제기한다. 연구참여자들이 공적 복지에 대해 지녔던 기대와 그에 대한 체감의 간극, 제도적 소외를 인식하고 자발적으로 대응하는 과정을 조명함으로써, 제도

개선을 요구하는 ‘실천하는 시민’의 모습을 사실적으로 보여주었다. 이는 제도의 수동적 수혜자가 아닌 복지체계 변화의 주체로서 복지국가론 및 공사보험 관계 논의에 실제적 함의를 제공하는 성과로도 평가될 수 있으며, 이들의 경험을 통해 복지정책은 단지 제도 설계의 완결성이 아닌, 수요자의 삶과 권리에 어떻게 작동하는지를 중심으로 평가되어야 함을 확인할 수 있다.

본인부담상한제는 건강보험제도의 하위 구성요소 중에서도 핵심적인 위치를 차지하며, 수혜자 범위가 다른 제도에 비해 넓다는 점에서(손연우, 최선영, 2020) 사회 여러 분야의 이해관계가 중첩되고 복잡하게 얽혀 있는 제도라 할 수 있다. 이러한 특성으로 인해 정책의 시행 과정에서 일정 수준의 갈등이나 분쟁이 발생하는 것은 불가피할 수 있다. 그러나, 그럼에도 불구하고 본인부담상한제의 근본적 취지와 운영 목적이 훼손되는 것은 바람직하지 않다.

대한민국 헌법은 복지국가 실현에 대한 명확한 지향을 담고 있으며, 제9차 개정 헌법을 통해 사회보장제도 전반을 포괄하는 헌법적 기반을 보다 체계적으로 확립하였다(이국운, 2024). 우리 헌법이 채택하고 있는 여러 기본원리 가운데, 사회복지와 직접적으로 연관되는 주요 원리는 ‘기본권의 보장’, ‘복지국가주의’(이태영, 고영훈, 2004), ‘사회적 시장경제 질서’(홍성찬, 2005)라고 할 수 있다. 특히 헌법 제34조는 국민의 인간다운 생활을 보장하고, 사회보장과 사회복지의 실현에 대한 국가의 책무를 명문화함으로써 복지국가적 헌법 원리를 분명히 하고 있다. 아울러 헌법 제119조 제2항은 국가가 국민경제의 균형적 성장과 안정, 공정한 소득 분배, 시장 지배 및 경제력 남용 방지, 경제주체 간 조화를 통한 경제의 민주화를 실현할 책임이 있음을 명시하고 있다. 이 조항은 경제적 약자 보호와 시장의 공정성 확보를 위한 국가

개입을 정당화하는 근거로 작용하며, 자유시장경제의 기본 틀 위에 형평성과 공공성을 확보하려는 ‘사회적 시장경제’의 원칙을 반영한 것으로, 대한민국 헌법이 복지국가로서의 정체성과 경제질서의 사회적 책임을 동시에 추구하고 있음을 보여준다(김철수, 2005). 헌법학자들과 헌법재판소 역시 우리나라의 경제질서를 사회적 시장경제로 명시한 바 있다(헌재 1996.4.25. 선고 92헌바47; 2001.6.28. 선고 2001헌마132; 2009.9.24. 선고 2009헌바108)(권오승, 2023). 사회적 시장경제란, 제2차 세계대전 이후 독일에서 정립된 개념으로 시장의 자유와 경쟁 질서를 유지하면서도 국가가 개입하여 사회적 형평성을 실현하고자 한 경제질서이다. 이는 개인의 경제적 자유와 사유재산권을 존중하는 자유시장 체제에 기반을 두되, 시장 실패나 불평등을 완화하기 위해 공공의 개입을 정당화하는 체계적 원리를 포함한다. 즉, 효율성을 중시하는 자유시장 원리와 형평성을 지향하는 사회적 조정 원리가 통합된 경제·사회 질서라 할 수 있다. 이러한 점에서 사회적 시장경제는 경제 운영 방식과 함께 경제 정의와 사회복지의 조화를 실현하기 위한 제도적 지향점을 담고 있다. ‘정치와 경제가 모든 사람을 위한 연민과 관용, 정의를 망각할 때, 가장 먼저 고통받는 것은 사회적 약자’(조재석, 2020)라는 통찰은 오늘날 복지국가가 추구해야 할 방향성을 되새기게 한다. 따라서 사회적 시장경제의 핵심 정신인 효율성과 형평성의 조화는 현대사회가 보편적 복지국가 체제로 나아가기 위해 재조명되어야 할 가치라 할 수 있다. 사회복지제도의 확대와 발전에 따라 사회복지 급여의 권리는 점차 보편적인 권리로 자리 잡아가고 있으며, 이에 따라 정책 및 입법 부문에서는 사회복지제도의 운영 원리나 급여의 내용, 보장 수준 등을 단순한 행정 지침으로 보기보다, 국민 개개인의 삶에 실질적으로 영향을 미치는 주요 사항으로 인식할

필요가 제기되고 있다(정진경, 2006). 이러한 관점에서 국가 복지정책의 일환으로 시행되고 있는 본인부담상한제는 의료비 환급 기능과 더불어 국민의 건강권을 보장하고 경제적 취약계층의 과도한 의료비 부담을 경감함으로써 사회적 불평등을 완화하는 공적 소득보장 장치로 온전히 기능해야 한다. 이는 곧 국가가 복지국가로서의 책무를 실질적으로 수행하기 위한 핵심 장치라 할 수 있다. 2025년 5월 15일, 국민건강보험노동조합은 본인부담상한제 사후환급금과 실손의료보험금 간의 이중 지급 금지 규정과 관련하여 추가 공식 성명서를 발표하였다(국민건강보험노동조합, 2025). 해당 성명에서는 현행 실손 보험사의 보험금 공제지급이 공적 건강보험의 보장 기능을 심각하게 약화시키고 있으며, 매년 약 200만 명 이상의 국민이 본인부담상한제 환급금이 실손보험금 산정에서 공제됨으로써 정당한 공적 급여 혜택을 제한받고 있다고 지적하였다. 공공의 급여 재원이 민간 보험사의 손실 보전 수단으로 전용되고 있다는 점에서 제도적 왜곡의 심각성을 강조하면서 현행 구조의 개선이 시급함을 주장하였다. 이러한 입장은 더 이상 미룰 수 없는 실손보험의 보완적 기능에 대한 재정립뿐 아니라, 공사보험 간 명확한 역할 구분과 책임 조율의 필요성을 뒷받침하는 사회적 요구로 이해될 수 있다.

한국의 의료비 본인부담 수준은 선진국에 비해 상대적으로 높은 것으로 여러 선행 연구에서 지적되어 왔다. 유혜림 외(2016), 손연우 외(2020), 우경숙 외(2022)는 한국의 의료비 부담이 독일 등 유럽 복지국가에 비해 과도하게 설정되어 있으며, 이러한 구조는 소득계층 간 형평성 저하와 민간보험 의존도의 심화로 이어질 수 있음을 언급하였다. 더불어 남영희(2024)는 공적 건강보험과 사적 보험 간의 이중 보장체계가 충돌을 최소화하고 상호 보완적으로 작동하기 위해서는 양 제도 간 합

리적인 역할 분담에 대한 사회적 합의가 선행되어야 한다고 주장하였다. 현행 본인부담상한제는 연간 본인부담금이 일정 금액을 초과할 경우 초과분을 환급함으로써 재정적 부담을 완화하는 장치를 마련하고 있으나, 소득구간별 상한액의 구분이 단순하고, 가구 구성이나 만성질환, 장애 여부 등 개인별 특성을 충분히 반영하지 못하고 있다. 반면 독일은 건강보험제도(GKV 중앙연합)의 기본 원칙인 연대성을 유지하면서 공공 재원의 높은 비중을 기반으로 2단계 상한제도를 운영하고 있다. 첫째, 의료서비스 이용 시 항목별 부담 상한을 두어 초기 부담을 제한하고, 둘째, 연간 가구별 의료비 총액에 대해 추가적인 부담 상한을 설정한다. 이때 상한액 산정에는 가구원 수, 만성질환 여부, 경제적 수준, 장애 유무 등 다양한 요인이 세밀하게 반영되어, 사회적 약자에 대한 실질적 재정 보호가 가능하다. 또한 본인부담 관리와 환급은 공적 건강보험공단이 전체 인구의 약 90%를 차지, 통합적으로 수행하며, 민간보험(PKV)은 주로 소득 상한을 초과한 고소득자·자영업자가 선택하는 별도 체계로 운영된다. 공단은 실시간 모니터링과 신속한 환급, 복지기관과의 연계 등 체계적인 관리를 수행한다. 이러한 정교한 제도 설계를 통해 독일은 공사보험 간 이중 안정망을 안정적으로 운영하면서 높은 수준의 의료보장 체계를 유지하고 있다(우경숙 외, 2022).

한편, 지난 2024년 1월 25일 선고된 대법원 판결(2023다283913)은 본인부담상한제 사후환급금을 둔 가입자와 실손보험 간 분쟁에 대한 기초적 판단 근거를 제시하였다. 그러나 판결 이후 여전히 유사한 분쟁 사례가 지속적으로 발생하고 있으며, 공적 보험과 사적 보험 간 경계의 불명확성, 환자의 실질적 피해 경험은 제도 전반에 대한 신뢰 저하 요인으로 작용하고 있다. 이에 본 연구자는 본인부담상한제가 민간보험사의 재정 손실을

보전하는 수단으로 전략해서는 안 되며, 국민의 건강권 보장과 경제적 위협으로부터의 보호라는 본래의 복지적 목적에 충실하게 운영되어야 함을 강조한다.

이를 위한 구체적 개선방안으로 첫째, 법적 명확성을 확보하기 위한 국민건강보험법 개정이 필요하다. 정원석 외(2022)는 본인부담상한제 운영 과정에서 발생하는 법적 혼란을 해소하고 수급자의 권리를 명확히 보장하기 위해 국민건강보험법 제44조에 “본인부담상한액 초과금이 타 법령 또는 규정과 중복 적용되더라도, 그 취지가 상이할 경우 요양급여 수급자에게 불리한 영향을 미치지 않도록 한다”는 신설 조항을 추가할 것을 제안하였다. 이러한 제도 개선 방향은 본 연구참여자 A와 F의 제언과도 일치하며, 현장의 경험과 학문적 논의가 동일한 문제의식 속에서 수렴되고 있음을 보여준다.

둘째, 보건복지부와 금융위원회 간 지속적인 협의체 운영 및 표준약관 개정이 요구된다. 양 기관은 정기적 협의체를 통해 민간보험의 제도 운용이 사회보장적 가치에 부합하도록 논의하고, 표준약관에는 공적 보험과의 일관성을 담보할 수 있는 조항을 명시할 필요가 있다. 구체적으로, 민간보험은 환자가 최초로 병원에 납부한 금액을 기준으로 보험금을 산정하고(조운, 2020), 추후 국민건강보험공단으로부터 지급되는 환급금은 피보험자의 별도 권리로 보호되도록 하여, 환급 지연이나 중복 공제 논란을 방지할 필요가 있다. 이는 보험가입자의 정당한 권리 보장과 보험제도의 신뢰 제고에도 기여할 것이다.

셋째, 제도 운영에 대한 상시 모니터링 및 평가체계를 구축해 보장성 체감도를 강화해야 한다.

분쟁 발생 건수, 보험금 지급 지연 기간, 소득분위별 환급 비율과 제도 이용 현황 등을 정기적으로 공개하여 정책의 투명성을 확보하고, 이를 바탕으로 실효성 있는 제도 개선을 추진할 필요가 있다. 본인부담상한제가 복지적 취지에 맞게 기능하기 위해서는 법적 근거의 명확화뿐 아니라, 행정 절차와 현장 운영의 일관성이 동시에 보장되어야 한다.

마지막으로, 본 연구는 다음과 같은 제한점을 가진다. 첫째, 본 연구는 소득 2~5분위에 속한 6명을 연구참여자로 한 질적 사례연구로, 사례의 깊이는 확보되었으나 다양한 계층과 상황을 포괄적으로 반영하지 못하였다. 둘째, 실손보험 약관의 유형, 가입 시기에 따른 보험사의 응대 방식은 구체적으로 구분하지 못했기에 연구 결과의 일반화에는 신중한 해석이 요구된다. 셋째, 실손 보험사나 정책결정자 등 분쟁의 또 다른 당사자 관점을 포함하지 못하여 공사보험 간 갈등 구조를 균형 있게 조망하지 못한 한계가 있다. 따라서 향후 연구에서는 제도 설계자, 운영자, 수혜자의 시각을 모두 반영하여 공사보험 간 분쟁의 구조적 요인을 다각적으로 분석하고, 보험 계약 유형별 분쟁 경험 차이를 탐색함으로써 제도 수용성 및 불균형의 양상을 구체화할 필요가 있다. 아울러 본인부담상한제뿐 아니라 재난적 의료비 지원, 선별급여 등 건강보험 내 타 제도와의 연계성을 종합적으로 고려함으로써, 공공복지체계 내에서 제도 간 중복성과 경계의 불명확성을 해소하고, 조화로운 통합을 위한 정책적 논의로 확장될 필요가 있다. 이러한 노력이 제도의 신뢰 회복과 복지국가로서의 책무 실현으로 이어질 수 있을 것이다.

## 참 고 문 헌

- 국민건강보험공단 (2024. 12. 31). 검색일: 2025. 1. 2:  
<https://www.nhis.or.kr/nhis/minwon/wbhapa1000m01.do?mode=view&articleNo=10946900&article.offset=0&articleimit=12>
- 국민건강보험노동조합 (2025). [서명] 차기정부는 기형적 민간실손보험을 더 이상 허용해서는 안된다!
- 권오승 (2023). 사회적 시장경제. <경쟁법연구>, 48, 153-191.
- 금융감독원 (2022). 2021년 실손보험 사업실적 및 감독방향.
- 김배정 (2022). 본인부담상한제와 실손보험: 대법원 2022.7.14. 선고 2022다215814 판결을 중심으로. <법학논고>, 79, 185-215.
- 김유성 (2024). 실손보험 관련 약관해석 및 법제도 정비방안 관한 연구: 본인부담 상한제도를 중심으로. <사법> 1(67), 331-367.
- 김철수 (2005). <헌법개설>. 서울: 박영사.
- 김형진 · 하상수 (2023). 실손의료보험의 법적 성격과 실무상 쟁점에 대한 고찰: 본인부담금상한제 관련 약관상 보상책임을 중심으로. <보험법연구>, 17(2), 37-74.
- 남영희 (2024). 본인 부담상한제와 민영 실손보험의 상호작용. <문화기술의 융합>, 10(3), 667-673
- 맹수석 · 김준엽 (2022). 이득금지원칙과 실손보험 감면제도의 법적 쟁점에 관한 연구. <사법>, 1(6), 791-16.
- 박세민 (2013). 현행 실손보험 제도의 문제점 분석과 표준약관상 보장 및 면책조항에 대한 소비자의 이해가능성 제고를 위한 연구: 약관구성 형식과 내용의 변경을 통하여. <경영법률>, 23(3), 235-282.
- 박수현 (2023). 실손보험과 의료비 분쟁사례를 통한 법적 쟁점 연구. 연세대학교 법무대학원 석사학위논문 (미행).
- 박현욱 (2019). 작성자 불이익원칙에 관한 연구: 보험분쟁 사례를 중심으로. 동국대학교 법학대학원 석사학위논문 (미간행).
- 보건복지부 (2004). 건강보험 적용 진료비 본인부담상한제 실시.
- 보건복지부 (2022). 국민건강보험 종합계획(2023~2027).
- 보건복지부 (2023). 본인부담상한액 초과 의료비 2조 4,708억 원 지급 절차 시작, 187만 명 혜택.
- 보건복지부 (2024). 공사보험 연계강화, 실손보험 보장범위 합리화하여 의료납용 막는다.
- 손연우 · 최선영(2020). 소득차등적 건강보험 보장성 강화의 정치과정 분석: 본인부담상한제를 중심으로. <한국사회 정책>, 27(4), 88-105.
- 양병민 (1996). 의료서비스의 본인 부담 가격. <보건학논집>, 33(1), 80-87.
- 우경숙 · 신영진 (2022). 독일 의료보험의 본인부담 상한제도: 한국 의료보험에 주는 함의를 중심으로. <보건사회연구>, 42(4), 228-247.
- 유혜림 · 김진수 (2016). 건강보험 본인부담상한제의 효과성에 관한 연구. <사회보장연구>, 32(2), 135-64.
- 이국운 (2024). 헌법해석의 정치학: 성문 헌법과 복지국가의 관계를 중심으로. <공법연구>, 53(1), 20-236.
- 이태영 · 고영훈 (2004). <사회복지법제론>. 서울: 동인출판사.
- 정성희 · 이태열 · 김유미 (2018). 주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석. <연구보고서>, 2018(9), 110.

- 정용주 (2021). 건강보험 보장성 강화 및 지속가능성 제고 방안 연구. <한국콘텐츠학회논문지>, 21(4)96-110.
- 정원석 · 이한덕 · 강효선 (2022). 실손의료보험의 본인부담금 상한액 초과금 면책사항에 관한 연구. <홍익법학>, 23(3), 301-329.
- 정제이 (2024. 6. 13). 본인부담상한제, 대법원 ‘날치기 선고’ 논란 일파만파. 보통: 사람들, [https://botong-p.com/board\\_view.php?social\\_link\\_idx=928](https://botong-p.com/board_view.php?social_link_idx=928)
- 정진경 (2006). 사회복지법 관련 헌법재판소 판례 분석: 1987~2004년 헌법판례 현황과 내용을 중심으로<한국사회복지학>, 58(1), 395-423.
- 정희근 (2018). 실손보험 보상실무에 관한 연구: 금융분쟁조정결정 및 판례를 중심으로. 국민대학교 법무대학원 석사학위논문 (미간행).
- 조운 (2020. 10. 20). 환자 위한 본인부담상한제, 보험사 악용, 환자들 ‘피눈물’. medipana, [https://www.medipana.com/article/view.php?news\\_idx=264587](https://www.medipana.com/article/view.php?news_idx=264587)
- 조재석 (2020). <사회적 경제>. 천안: 나눚.
- 최성수 (2006). 민주화와 복지정치: 의료보험 통합논쟁의 비교분석. 연세대학교 대학원 석사학위논문 (미간행).
- 한국소비자원 (2022). 실손의료보험금 미지급 관련 소비자피해 지속 증가.
- 한정일 (2023). 실손보험의 본인부담상한제 적용에 관한 연구. 동국대학교 법무대학원 석사학위논문 (미간행).
- 홍성찬 (2005). <법학개론>. 서울: 박영사.
- 홍지영 (2021). 보편적 복지로서의 법률구조 패러다임 전환에 관한 고찰. 경찰대학 치안대학원 석사학위논문 (미간행).
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and case study applications in education* (2nd ed.): Jossey-Bass.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Sage Publications.

## A Qualitative Case Study on Reimbursement Disputes Between Private Health Insurers and Policyholders Over Refunds from Korea's Out-of-Pocket Ceiling System

Da Woon Jeong, Jung Sook Choi

Dankook University

This study aimed to explore disputes between private health insurance (PHI) companies and policyholders concerning post-reimbursement payments under Korea's Out-of-Pocket Ceiling System (OPCS), focusing on the lived experiences of insured individuals, and to derive implications for the operation of the system. Six participants were selected, all of whom belonged to income quintiles 2-5, were insured under PHI, and had experienced disputes with insurers regarding OPCS refunds. Data were collected through in-depth interviews and analyzed using a qualitative case study approach. The analysis produced 39 meaning units, 12 subcategories, and 5 major categories. The key findings were as follows: 'Participants recognized the public nature of the national health insurance system but experienced a lack of guaranteed rights to information about its detailed support measures', 'disputes emerged from differing perceptions and expectations of the respective roles of public and private insurance', 'participants actively resisted information asymmetry and procedural unfairness in the claims process with insurers', 'structural deficiencies in the coordination of public and private insurance coverage left participants doubly vulnerable, both financially and psychologically', and 'participants reported diminished trust in public welfare and expressed a strong demand for restoring the original purpose of the system'. Based on these results, this study calls for a re-examination of the effectiveness of the current system and emphasizes the necessity for a rights-based, citizen-centered policy approach. It suggests that enhancing perceived effectiveness of users and incorporating demand-side evaluations are essential for policy design in a welfare state. Accordingly, the findings are expected to contribute to practical discussions on improving public benefit schemes and strengthening linkages between public and private insurance.

*Keywords: Out-of-Pocket Ceiling System, Private Health Insurance, Income Redistribution, Qualitative Case Study*