



# LEGAL UPDATE

화우 보험 뉴스레터 2024-1호

Feb. 2024

## 보험 판례

- 국민건강보험법상 본인부담상한액 초과 금액이 실손의료보험 지급대상에 해당하는지 여부에 관한 최근 판례 및 시사점 -

### 1. 사안의 개요

- 실손의료보험의 질병입원의료비 보장특약에 따른 보상대상에 국민건강보험법상 본인부담상한액을 초과하는 금액이 포함되는지 여부가 문제된 사안
  - 원고 A는 2008. 11. 27. 피고(현대해상화재보험)과 피보험자를 A로, 보험기간을 2008. 11. 27.부터 2080. 11. 27.까지로 한 보험계약을 체결(이하 '이 사건 보험계약')
  - 이 사건 보험계약의 질병입원의료비(갱신형) 보장특약(이하 '이 사건 특약')의 보상내역에 대한 특별약관 제1조 제2항은 "회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 제1항 제1호, 제2호, 제3호의 비용 전액(국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)과 제4호의 비용 중 50% 해당액을 1사고 당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 사건 특약의 보상한도액을 한도로 보상하여 드립니다."라고 규정
  - A는 2021년 중 입원기간 동안 총 16회의 도수치료와 7회의 체외충격파치료 등을 받고 2021. 10. 말경 피고에게 입원치료비에 대한 보험금 지급을 청구
  - 피고는 국민건강보험법상 본인부담상한액을 초과하는 금액에 대하여 '병원 또는 국민건강보험공단에서 환급 가능한 금액이므로 이 사건 특약에 따른 보상대상이 아니다'라는 이유로 지급을 거부
  - 이 사건 특약에 따른 보상대상에 국민건강보험법상 본인부담상한액을 초과하는 금액이 포함되는지 여부가 주된 쟁점으로 다투어짐

### 2. 법원의 판단

- 1심 법원은 원고의 본인부담상한액을 초과하여 원고가 지출한 부분은 국민건강보험법에 따라 원고가 환급 받게 되는 '공단부담금'이 되므로, 이 사건 보험계약에서 정한 원고에게 보상할 '국민건강보험법에 의해 피보험자가 부담하는 금액'에 포함된다고 볼 수 없다는 이유로 본인부담 상한액 초과금에 대한 청구를 기각(창원지방법원 마산지원 2022. 10. 27. 선고 2021가소122615 판결)
- 원심 법원은 이 사건 보험계약의 약관 내용 중 이 사건 특약에 관한 부분이 명백하지 못하거나 의심스러운 때에 해당하여 이 사건 특약에 관한 약관 내용을 객적인 원고에게 유리하게 해석하여야 한다는 전제에서, 이 사건 특약에 관한 약관 내용은 피보험자가 지출한 의료비가 국민건강보험법상 본인부담상한액을 초과

하였는지 여부와 상관없이 피보험자가 지출한 의료비 전액에 관하여 보험금을 지급한다는 의미로 해석함이 타당하다고 판단하여 본인부담상한액을 초과하는 금액 부분에 대한 청구를 인용(창원지방법원 2023. 9. 14. 선고 2022나66382 판결)

- 상고심인 대법원 2024. 1. 25. 선고 2023다283913 판결은 국민건강보험법상 본인부담상한액을 초과하는 금액은 피보험자가 부담하는 것이 아니라 국민건강보험공단이 부담하는 비용이고, 이 사건 특약 부분은 실손의료보험으로서 손해보험의 일종인 점 등을 고려하면, 이 사건 특약에 관한 약관 내용은 피보험자가 국민건강보험법에 따른 요양급여 중 본인이 최종적으로 부담하는 부분을 담보한다고 봄이 타당하다고 판단하여 이와 달리 판단한 원심판결 중 본인부담상한액을 초과하는 부분에 관한 피고 패소 부분을 파기·환송함. 주요 설시이유는 아래와 같음
  - 이 사건 특약의 문언 내용에 의하면 국민건강보험법에 따른 요양급여 중 피보험자가 부담하는 부분은 이 사건 특약에 따른 보험금 지급대상에 해당하고, 요양급여 중 피보험자가 부담하지 않는 부분은 지급대상에 해당하지 않는다고 볼 수 있음
  - 국민건강보험법과 그 시행령 규정에 의하면, 본인부담상한액을 초과하는 금액은 피보험자가 부담하는 것이 아니라 국민건강보험공단이 부담하는 비용임
  - 이 사건 특약 부분은 실손의료보험으로서 손해보험의 일종인데, 손해보험은 보험사고로 인하여 생길 피보험자의 재산상 손해를 보상하기 위한 것인데(상법 제665조), 이 사건 특약은 피보험자가 질병으로 입원치료를 받음으로 인하여 발생한 재산상 손해로서 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담분과 비급여 부분'을 보상대상으로 삼고 있음
  - 따라서 이 사건 특약에 관한 약관 내용은 피보험자가 국민건강보험법에 따른 요양급여 중 본인이 최종적으로 부담하는 부분을 담보한다고 봄이 타당하고, 본인부담상한액을 초과하여 국민건강보험공단으로부터 환급받은 부분은 이 사건 특약의 보상대상이라고 할 수 없음. 이러한 약관 내용은 다의적으로 해석되지 않으므로, 약관의 뜻이 명확하지 않아 고객에게 유리하게 해석하여야 하는 경우에 해당하지 않음
  - 이 사건 보험계약 체결 당시 본인부담금 상한제에 관한 법령내용을 보험계약에 충분히 반영하지 않았거나, 이 사건 보험계약 체결 이후에 본인부담금 상한제로 사후환급이 가능한 금액은 보상하지 않아도 된다는 내용이 포함된 표준약관이 제정되었다고 하더라도, 이 사건 특약에 관한 해석이 달라지는 것은 아님

### 3. 시사점

- 2009년 10월 실손의료보험 표준약관이 제정돼 건강보험공단으로부터 환급 가능한 금액은 보상하지 않는 사항이라고 명시되어, 약관 시행 이후 체결된 실손의료보험의 경우에는 본인부담 상한액을 초과한 금액이 보상대상에서 제외되었음
- 그러나 위 표준약관 개정 이전에 체결한 실손의료보험 보상대상에 국민건강보험법상 본인부담상한액을 초과하는 금액이 포함되는지에 관해서 그동안 대법원 판례가 없고 하급심의 판단이 엇갈리고 있었음
- 이번 판결을 통해 대법원은 표준약관 개정 이전에 체결한 실손의료보험의 경우에도 피보험자가 국민건강보험법에 따른 요양급여 중 본인이 최종적으로 부담하는 부분을 담보하고, 본인부담상한액을 초과하여 국민건강보험공단으로부터 환급받은 부분은 특약의 보상대상이라고 할 수 없다는 점을 명확히 하였으며, 향후 하급심 판단의 기준이 될 것으로 보임