

보험약관 용어 해석으로 인한 분쟁 고찰과 수술에 대한 해결 방안

교보생명보험, 헬스케어센터

김영재 MD, PhD

Consideration on dispute arising from the definitions provided general terms and
condition of insurance contracts and solutions for surgical procedures

Koybo lifeinsurance Co.

Young Jae Kim MD, PhD

제1장 서론

제1절 문제의 소개

우리나라 민간보험사에서 건강보험 판매는 1979년에 성인 병 특약부터 시작이 되어 1981년 암사망 보장, 1988년 입원 비 특약, 1990년 성인병 보장 특약이나 산업재해 특약, 일반 입원급여 및 재해 입원 급여 특약, 1992년 특정 질병 보험, 입원의료비, 간병비, 사망 및 상해 후유장애 보상을 제공하는 종신보험, 건강생활 보험, 암 보험 등이 판매되기 시작하였고, 2002년 CI(critical illness 중대한 질병 보험, 이후 CI 보험이라고 한다) 보험, 2003년 LTC(long term care, 장기 간병보험) 까지 매우 다양한 건강보험 상품이 판매되고 있다. (우리나라 생명보험 상품의 변천 추이 및 시사점, 금융감독위원회, 보도 자료 2007) 우리나라 건강보험 상품의 특징은 정액형 상품으로 보험사고 발생 시 손실과 관련 없이 일정 금액 보상을 보장하고 있다. 이때 보험사고의 정의가 약관에 명시되어 있는데, 보험의학적 지식의 부족과 우리말의 애매모호함으로 인하여 약관의 해석에 어려움이 있는 경우가 많고 특히 해당 보험 상품의 보장기간이 정기(일반적으로 80세 만기)임으로, 보험상품 판매 시 작성된 약관이 의학 기술이 발전된 최근에는 현실을 반영하지 못하는 경우가 발생하고 있고 결국 분쟁으로 이어지고 있다. 이것은 의학 기술의 발전과 더불어 더 심화 될 것이다.

한국소비자보호원의 보고서에 따르면 2003년 1월부터 2006년 3월 사이에 접수된 생명보험, 손해보험의 질병관련 소비자 피해 구제 처리 건은 총 121건이었다. 내용을 살펴보면 첫째로 보험에서 보장하는 질병으로 생각하고 청구를 하

였으나 지급이 거절된 경우에 해당 질병이 보험에서 보장하는 질병의 범위에 해당이 되는지 여부로 다투는 경우가 49건(40.5%)으로 가장 많았고, 둘째로 많은 것이 수술과 관련된 것으로 수술 보장 대상 질병 여부, 수술등급적용, 수술 인정 여부 등이 39건(32.2%)이었다. 셋째는 질병 치료 목적으로 입원 또는 수술했는지를 다투는 경우로 16건(13.2%)이었고 나머지는 진단내용을 인정하지 않고 별도의 소견 내지는 자문내용을 토대로 다투는 경우(7건, 5.7%)이었다. 한 보험사 자료에 따르면 수술 인정 여부와 관련된 분쟁이 2009년에 총 분쟁건수 174건중 2건을 차지하고 있고 2010년도에는 총 107건중에 4건으로 차지하여 건수가 미미하지만 증가추세가 보이고 있다. 이 중 수술 인정 여부에 해당하는 수술의 정의 관련된 것을 살펴보겠다.

우리나라 보험사의 약관상의 수술의 정의를 보면 다음과 같다.(수술, 신생물 근치 방사선 조사 분류표, 교보생명)

보험기간 중 피보험자가 책임 개시일 이후에 의사에 의하여 해당 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 해당질병의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경차단(nerve block)은 제외한다. 여기서 절단이란 자르거나 끊는 것, 적제는 완전히 통째로 잘라서 들어내는 것, 흡인이란 신

접수 : 2011년 2월 1일 게재승인 : 2011년 2월 15일

교신저자 : 김영재 (kyj650@kyobo.co.kr / kyj650@paran.com)

체 내부의 구조물에 관이나 바늘을 삽입해서 액체나 기체를 빨아내는 것, 천자란 진찰하기 위하여 몸의 일부에 주사를 찔러 넣어 체내의 액체나 세포를 뽑아내는 것, 신경차단이란 통증치료를 위해 신경을 차단하는 시술, 경막외 차단술, 신경근 차단술, 교감신경차단술, 말초신경 차단술, 관절주사, 통증유발 주사 등을 말한다.

흡인, 천자, 신경차단의 경우는 수술이 아니라고 약관상에 정의되어 있으므로 문제가 되지 않는다. 하지만 계속되는 신의료기술의 등장과 중재적시술(인터벤션시술, 앞으로 인터벤션이라는 용어를 사용하겠다)로 인해 이런 새로운 의료행위가 수술인지 아니면 수술이 아닌지에 대한 논란이 가중되고 있다.

이를 중심정맥관(Hickman catheter)설치술이 수술인지 여부를 다른 사례를 통해서 살펴보겠다. 백혈병으로 진단되어 치료중인 환자가 중심정맥관삽입술을 시행 받았다. (중심정맥관삽입술이란 수혈, 항암제투여 등을 위하여 환자의 목 부위를 통하여 쇄골하정맥에서 심장으로 향하는 상대정맥에 특수하게 고안된 도관을 삽입하는 것을 의미한다.) 그리고 중심정맥관삽입술에 대한 암관련 수술보험금을 청구했다.

신청인은 암을 치료하게 위해서 받은 수술이므로 암 수술급여금을 횡수에 제한 없이 지급하여야 한다고 주장하였고 보험사는 중심 정맥관삽입술은 항암 치료요법의 하나인 화학요법을 용이하게 시행하기 위한 관 삽입술로 이는 의사가 환자의 몸에 기구를 사용하여 외과적으로 자르거나 쪼는 수술이라고 보기 어렵다는 이유로 지급을 거부하였다.

이에 보험분쟁조정위원회는 ‘수술’의 사전적 의미는 몸의 일부를 쪼거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법이라고 정의되어 있으며, 동 삽입술은 마취상태에서 몸의 일부를 통하여 도관을 삽입하고 도관을 통하여 항암치료를 하는 외과적인 치료방법이므로 수술이라고 봄이 상당하다고 인정한다는 점에서 수술로 판정하였다. 하지만 이 사례는 대법원 판례에서 수술이 아니라고 판결되었다.

다른 사례를 보면 갑상선 결절에 사용된 고주파 열 치료술에 대해서 보험분쟁조정위원회에서는 수술 보험금을 지급할 사유가 없다고 판정을 하였다. 아직 의료계에서 인정받지 못하고 있는 행위라는 이유로 판정을 하였는데 아직 인정받지 못하는 전이된 폐암에 대한 폐색전술의 경우에는 반대로 지급하라는 판결이 있었다.

용어의 정의로 인한 분쟁은 수술 이외에도 직접목적, 중대한, 경미한, 수시라는 용어에서도 찾을 수 있다. 위에 예로 든 중심정맥관설치술의 경우 암치료를 위한 직접 목적의 수술인지 여부에 대한 분쟁이었다. 암치료를 위한 직접 목적 수술이라면 암종을 제거하기 위한 근치적 수술이 직접 목적 수술이

라는데 이의가 없다. 항암제 투여는 수술은 아니지만 암에 대한 직접 목적 치료라 할 수 있다. 이런 항암제 투여를 원활하게 하기 위한 시술인 중심정맥관설치술의 경우에는 직접목적 수술이라 하기 어렵다.

치명적 질병 보험 즉 CI 보험에서는 중대한 뇌졸중과 같이 중대하며 치명적인 질병이 발생하면 CI 보험금이 선지급이 된다. 이때 ‘중대한’을 명확히 정의하지 않는다면 분쟁이 야기될 수 있다. 반대로 경미한 손상이라는 용어도 사용이 되고 있는데 경미한의 정의가 어느 정도인지 용어를 명확하고 객관적으로 이해가 되지 않는다면 역시 분쟁이 야기될 수 있다.

이렇듯 용어의 애매모호함으로 인한 분쟁이 야기되고 있으며 같은 사안을 두고서 다르게 조정되거나 판결이 이루어지고 있으며 그때그때 사안을 보고서 판정이 이루어지는 경우가 많아서 고객이나 보험사 모두 대처하는데 어려움이 있다. 여러 용어 중 가장 분쟁이 많이 일어나고 있는 수술에 대한 문제를 본 연구에서는 대상으로 하였다.

보험사에서는 수술분류표를 만들어 수술분류표에 있는 수술만 수술로 인정하려 하고있지만 수술 분류표를 제정하기 이전 약관에 적용을 받는 피보험자에 대한 처리 문제, 끊임없이 쏟아져 나오는 신의료 기술, 인터벤션 시술 등의 문제로 향후 수술 여부에 대한 분쟁이 계속 증가할 가능성이 높음으로 의료행위 분류의 입장에서 수술과 비수술의 정의에 대한 사회적 합의가 필요한 시점이다.

제2절 연구의 목적과 방법

1. 연구 목적

이번 연구를 통해서 약관의 용어 정의와 관련된 문제점을 살펴보고 용어로 인한 여러 분쟁 중에서 특히 의료 행위 분류에 있어서 수술과 비수술의 정의와 관련된 문제점을 살펴보고 이로 인한 분쟁의 내용과 분석, 그리고 대안에 대한 제언을 하고자 한다.

2. 연구 범위와 내용

우리나라 민간 보험사들의 수술과 관련된 약관을 분석하고 우리나라와 같은 정액 보험을 실시하고 있는 일본 보험사들의 수술에 대한 정의, 그리고 선진 외국의 행위 분류 측면에서의 수술과 비수술에 대한 정의를 살펴보고자 한다.

보험분쟁조정위원회의 수술과 비수술에 대한 결정 및 법원의 수술과 비수술에 대한 판례를 분석하고 합리적인 수술과 비수술에 대한 분류를 제안하고 새로운 신기술이 출현할 때 합리적인 적용 방안을 제시하고자 한다.

제2장 보험 계약과 약관의 의미

제1절 보험이란

1. 보험의 정의

보험이란 리스크의 감소(reduction of risk), 손실의 분담(sharing of loss), 손실의 전보(indemnity of loss), 그리고 손실의 예측과 분배(prediction and distribution of loss)를 목적으로 하며, 그 목적을 달성하기 위하여 리스크의 전가와 결합(transfer and contribution of risk), 기금의 형성(accumulation of fund), 법적계약(legal contract), 그리고 보험 수리(insurance mathematics) 등을 수단으로 이용하는 하나의 제도이다. (보험학 원론, 이경룡 저, 영지 문화사)

쉽게 설명하면 미래의 우연한 사고 발생으로 인한 경제적 불안에 대비하기 위해 다수의 경제주체가 결합하여(대수의 법칙, 수지상등의 법칙) 확률적으로 계산된 분담금(보험료)를 각출하여 공동의 준비 재산을 마련하고 불의의 사고 발생하였을 때 경제적 손실을 보전함으로써 안정적인 생활을 유지할 수 있도록 도와주는 사회-경제적 제도이다. 즉, 예기치 못한 불의의 사고를 당한 사람에게 보험금을 지급하여 서로 돕는 상부상조의 제도이다. 보험이란 리스크를 대비하는 제도이다.

2. 리스크의 개념

미래의 불확실성을 의미하는 리스크는 한마디로 정의하기 어려운 개념이다. 리스크는 간단히 손실의 불확실성 또는 재무적 손실의 불확실성 등으로 정의하여 손실과 관련이 있는 상황으로 파악하기도 하는데 이는 주로 보험 분야에서 쓰이는 개념이다. 여기에는 다시 투기적 위험과 순수 위험으로 크게 나눌 수 있는데 투기적 위험은 주식 투자처럼 손실뿐만 아니라 이득 발생 혹은 원금 유지의 결과가 나올 수 있는 위험이다. 순수 위험은 이득 발생 가능성이 없는 위험이다. 신체 장애나 사망의 경우에는 경제적 이득의 가능성은 없고 경제적 손실 가능성만 지니고 있다. 이렇게 손실 가능성만 있는 위험을 순수 위험이라고 한다. 보험의 목적이 경제적 손실을 보상하는데 있으므로 순수 위험만이 보험의 대상이 된다. (보험학 원론, 이경룡 저, 영지 문화사)

3. 수지상등의 법칙과 대수의 법칙

보험은 리스크에 대한 준비로 다수의 경제 주체가 참가를 해야 한다. 동일 위험에 대해서 보험의 필요성을 인식한 사람들이 비용을 조성해서 위험을 전가⁽¹⁾한다.

보험료를 산정하는데 바탕이 되는 2가지 원칙이 있는데 수

지상등의 법칙과 대수의 법칙이 그것이다. 먼저 수지상등의 법칙을 살펴보자. 예를 들어 1억의 보장이 필요한 사망 보험을 운영하면서 100명이 참가를 하고 그중 1명이 죽을 확률이 있다고 하면 1인당 100만원의 보험료를 부과하면 된다. 그러면 1억 원이 조성되므로 사망한 사람에게 보험금을 지급하면 된다. 이렇게 지급된 보험금과 조성된 보험료를 같게 만드는 것이 수지상등의 법칙이다.

그런데 현실에서는 한 명도 사망하지 않을 수도 있고 10명이 사망할 수도 있다. 사망률 1%라는 것은 확률적 산출로 나온 것이다. 이런 확률은 확률의 특성에 따라 가입자들이 많아지면 많아질수록 1%에 수렴된다. 그래서 보험에 다수의 주체가 참가할수록 보험 사업이 건전성을 가지고 유지가 가능하게 된다. 이것을 대수의 법칙이라 하며 보험사업의 기본적인 원칙이다.

결국 대수의 법칙을 가지고 적절한 위험률이 산출이 되는 것이고 이 위험률을 가지고 수지 상등의 법칙을 가지고 보험료를 산출하게 되는 것이다. 이를 근거로 대상 리스크와 보험료 등을 고려하여 보험회사에서 보험 상품을 만들어 고객에게 판매를 하는 것이다. 이때 보험계약이 이루어지며 약관이 필요하게 된다.

제 2 절 보험계약과 약관

1. 보험 계약

보험계약은 개인이나 단체가 일정 유형의 보험에 가입했음을 보여주는 물적 증거이다. 개인이 생명 및 건강보험에 가입하기 위해서는 개인과 보험회사 사이에 일정한 합의가 이루어져야 한다. 즉 개인이 보험회사에 보험가입 청약을 하고 보험회사가 이를 승낙함으로써 보험계약이 체결되어야 보험 가입이 된다. 또한 양 당사자인 개인과 보험회사는 개인이 납입해야 할 보험료와 보험회사가 지급할 금부금에 대해서도 합의를 이루어야 하며 이런 합의 조건은 보험 증권에 기술되어야 한다. 즉 보험계약은 보험거래를 성립시키는 수단이다. 보험계약은 보험거래의 내용을 구체화하고 보험자와 보험 계약자의 권리와 의무를 규정한다. (보험의 원칙: 생명, 건강 및 연금 보험, LOMA, 제 2 판)

보험제도가 본래의 목적을 추구하면서 건전하게 운영되기 위해서는 보험계약이 몇 가지 원칙을 지켜야 한다. 그 원칙들은 첫째, 피보험 이익의 원칙(principle of insurable interest), 둘째, 손실 전보의 원칙(principle of indemnity), 셋째, 대위의 원칙(principle of subrogation), 넷째, 신의 성실의 원칙(principle of utmost good faith)이다. 피보험 이익의 원칙이

(1) 위험을 대처하는 방식에는 위험보유, 위험회피, 위험전가가 있다. 교통사고라는 위험을 예를 들어보면 위험을 보유하는 것은 위험이 있긴 하지만 큰 위험이 아닌 경우에 선택하는 방법으로 조심해서 운전하면서 위험을 보유하는 것이다. 위험 회피는 위험이 큰 경우 그 위험한 행동을 하지 않는 것. 즉 차 운전을 하지 않는 것이다. 위험의 전가는 위험을 제 3자에게 전가하는 것으로 보험을 가입하는 것이 여기에 해당한다. (보험의 원칙: 생명, 건강 및 연금 보험, LOMA, 제 2 판)

란 보험 목적물(subject insured)이 파괴 또는 손상되거나 분실 되었을 때 피보험자가 직접적으로 경제적 손실을 입는 관계를 말하며 피보험 이익이 없으면 보험계약은 성립하지 않는다. 대위의 원칙은 다른 사람의 손실을 전보한 사람은 그 손실에 대하여 책임있는 제3자로부터 손실을 구상할 수 있는 권리를 갖는다는 원칙이다. 넷째 원칙인 신의성실의 원칙은 보험자는 계약의 내용과 거래의 절차를 정확히 알아야 하며 보험계약자는 보험계약 체결에 필요한 모든 정보와 자료를 거짓 없고 숨김없이 보험자에게 알려야 한다는 것이다. 신의성실의 원칙이 준수되지 않는다면 보험제도 운영이 불가능하다. 이 4가지 원칙들 중에서 약관 용어 정의 문제로 분쟁을 야기하는데 영향을 주는 원칙이 둘째 원칙인 손실 전보의 원칙이다. (보험학 원론, 이정룡 저, 영지 문화사)

2. 손실 전보의 원칙 (principle of indemnity) 과 정액제 상품

손실 전보의 원칙은 보험계약자 또는 피보험자가 보험 계약을 이용하여 실제의 손실 이상으로 보상 받을 수 없게 하려는 원칙이다. 즉, 보험을 이용하여 이익을 취득할 수 없게 하는 원칙이다. 하나의 재산을 실제적 가치 이상으로 보험에 부보(付保)⁽²⁾ 하였다고 하더라도 손실이 발생 하였을 때에 보상 받을 수 있는 금액은 실제 가치에 한정되어야 한다. 예를 들어 병원에 입원 하였을 때 급부를 받을 수 있는 보험을 두 개 가입 하였더라도 두 배로 보상받을 수 있는 것이 아니고 가입자가 받을 수 있는 최고 금액이 실제 손실된 금액으로 한정된다는 의미이다. 만일 입원을 하여 담낭 절제술을 받고 50만원의 금액을 가입자가 부담을 하였다면 손실 전보의 원칙에 따르면 보험에서 보상해주는 금액은 50만원에 한정하여야 한다는 것이다. 이런 원칙이 없다면 보험은 이익을 위한 도박으로 이용될 수 있으며 이익 취득을 위한 보험범죄 행위도 성행하게 될 것이다. 이 원칙은 건강보험이나 재산손실보험 등에 적용이 된다. 건강보험에 이 원칙이 적용되는 보험에는 의료비 특약, 즉 실손 보험이 해당된다.

하지만 우리나라와 일본 등 몇 국가에서는 건강보험에 대해서 대부분 정액보험 상품을 판매 하고 있다. 이것은 입원이나 수술 등의 보험사고 발생했을 때 미리 정해진 금액을 급여하는 상품으로 보험 사고의 종류에 따라 초과 이득이 가능하도록 되어 있으며 이로 인해 보험범죄 등 도덕적 해이(moral hazard)를 유발할 수 있다.

예를 들면 요실금 수술을 하게 되는 경우 보험약관에 따라 한번 수술할 때마다 정해진 금액 최대 500만원의 보험금이 지급된다. 과거에는 비급여로 상당한 금액이 필요했으나 건강보험에서 급여 항목에 포함되면서 실제 수술과 관련된 비

용이 100만원 미만으로 소요된다. 그러므로 수술을 한번 하게 되면 정액제 보험을 가입한 경우에는 초과 이득이 400만원 이상이 발생하게 되는 것이다. 만일 요실금보장보험을 여러 개 가입을 하게 된 경우에는 그 이상의 초과 이득도 가능하다. 하지만 손실전보의 원칙에 따른 실손 보험의 경우에는 실제 부담한 100만원 미만의 금액만 보상을 해주며 이때 여러 개의 보험을 가입한 경우에도 보험 하나에 가입한 경우와 동일한 금액만 보상하도록 하고 있어 초과 이득의 가능성이 없다. 실손 보험처럼 초과이득이 없는 경우에는 불필요하게 수술을 하지 않을 것이라고 생각한다. 초과 이득으로 인해서 꼭 필요하지 않은데도 수술을 선택할 개연성이 있다고 보기 때문이다.

수술의 정의와 관련된 분쟁도 바로 이런 이유에서 발생한다. 이런 초과 이득으로 인해서 불필요한 수술을 초래하게 되며 다른 수술을 하고서 요실금 수술인 것처럼 허위진단서를 제출하는 도덕적 해이가 발생하게 되는 것이다.

또한 수술이 아닌 시술인 경우에도 수술로 인정이 되면 수 보험금을 받을 수 있기 때문에 수술로 인정해 달라는 분쟁이 발생하게 된다.

3. 보험요율 산정

보험요율 산정(rate making)은 보험 상품의 가격⁽³⁾을 결정하는 것을 의미한다. 보험요율(premium rate)과 보험료(premium)를 혼동하기 쉬운데 보험요율은 문자 그대로 보험 단위(unit of insurance)에 따른 보험 가격으로 보험 가격의 상대적 수준을 말하는 반면에 보험료는 보험단위 가격과 가입하는 보험금액을 함께 고려하여 보험계약자가 지불하는 금액을 말하는 것이다. (보험학 원론, 이정룡 저, 영지 문화사) 예를 들어 사망했을 때 1억을 받기로 되어 있는 보험을 가입하기 위해서 매달 20만원씩 돈을 낸다면 이때 1억은 보험금(액)이고 20만원이 보험료이다. 이때 보험료를 결정하기 위해서 발생할 수 있는 보험사고를 고려해서 만들어지는 것이 보험요율이다. 보험요율과 보험가입금액을 고려해서 보험료가 결정이 되는 것이다. 사고가 많거나 보험가입금액이 높아지면 보험료가 높아지는 것이고 반대로 사고가 적거나 보험가입금액이 작으면 보험료가 낮아지는 것이다. 즉 보험료의 크기는 보험요율의 수준과 보험금액의 규모에 따라 결정이 된다.

보험료는 저축보험료, 위험보험료와 사업비로 구성이 되어 있으며 순수 리스크를 대상으로 하여 결정된 보험료가 위험 보험료이며 이것이 순수 리스크를 대상으로 하여 대수의 법칙과 수지상등의 법칙이 적용되는 보험료인 것이다. 이 논문에서 다루는 보험료가 바로 위험 보험료이다.

보험요율의 산정은 기본적으로 보험 제도를 통하여 집합된

(2) 부보(付保): '담보하다', '보장하다'와 같은 의미로 위험에 대해서 보험에 가입하는 것을 말한다. 영어로는 covering (of) insurance, insure (oneself); assure (one's life)에 해당한다.

(3) 보험 상품의 가격이란 보험 계약자가 보험자로부터 보험 서비스를 받는 대가로 지불하는 반대급부이다.

피보험자의 손실 통계에 기초하여 이루어진다. 따라서 위험 보험료에 대한 보험요율을 결정하는 중요한 요인은 근본적으로 피보험집단의 손실행태이다. (보험학 원론, 이경룡 저, 영지 문화사) 손실을 많이 발생시키면 보험료는 올라가고 그렇지 않으면 내려간다. 즉 보험가격의 원가를 결정하는 요소 가운데 상당 부분이 피보험자에게 책임이 있다. 수술에 대한 보험료를 산정한다면 전체 가입자의 수술의 종류와 수술 건수에 대한 기초 통계가 필요하다. 이를 기준으로 발생할 수 있는 보험금 지급 금액이 산정되면 이를 수지상등의 원칙에 따라 보험료에 반영한다. 수술을 대상으로 하는 보험의 경우에 전체 발생하는 수술 발생률을 다 고려하여서 보험료를 산정한다. 그러므로 보험료 산정에 들어간 수술 대상이 실제 보험에서 대상으로 하려고 했던 수술이다. 이때 어떤 수술을 대상으로 했는지를 알고 있다면 수술 용어와 관련된 분쟁을 해결하는데 도움이 될 것이다.

보험사고는 과거의 일이 아닌 미래의 일이다. 지금까지의 발생률을 보고 미래의 발생가능성을 전망하여 이를 가격에 반영하는 것이므로 보험요율 산정은 매우 어려운 일이다. 그러므로 보험요율을 산정하는데 있어서 보험에 대한 일반적인 지식은 물론 고도의 보험수리와 통계에 대한 지식과 경험이 요구된다. 보험요율을 산정하고 관련 보험 수리 영역을 담당하는 전문직을 보험계리사(actuary)라고 한다.

제3절 보험 약관

1. 보험 약관

보험 약관은 보험자가 다수의 보험 계약 체결을 위해서 미리 일방적으로 마련하여 계약 체결할 때에 보험계약자에게 제시하고 그것에 따르도록 요구하는 정형적인 계약조항이다(약관 규제법 2조). 표준약관은 사업자가 그 조항의 전부나 일부를 자신이 사용한 약관에 채용하여 그 약관을 고객에게 제시하는 것이고, 표준 약관 자체가 고객에게 제시되는 것은 아니기 때문에 약관의 초안일 뿐 약관 자체는 아니다.

그러나 약관규제법에서는 사업자들이 자신의 약관을 작성할 때 표준약관을 토대로 하는 거래 현실을 고려하여 표준약관도 약관 심사의 대상으로 하고 있다(약관 규제법 19조의 2).

보험 약관은 사업자가 수많은 고객을 상대로 동일한 내용의 계약을 대량으로 체결할 수 있게 하여 시간과 비용을 절약시켜 주고(경영의 합리화), 법률에 규정되어 있지 아니한 새로운 유형의 거래를 법률 대신에 규율하거나 또는 법률에 규정되어 있는 유형의 거래라고 하더라도 법률보다 상세하게 규율하며(법률의 상세화), 거래에서 생겨나는 위험을 면책조항 등을 통해 적절하게 고객에게 떠넘김으로써 사업을 보다 원활하게 수행할 수 있게 한다(위험의 전가) 또한 보험약관은 모든 보험계약자에게 동일한 계약조항을 적용할 수 있게 하여 보험계약자 평등대우를 실현하고 있다.(고객의 평등화)(보험학 원론, 이경룡 저, 영지 문화사)

약관은 보험자가 계약체결 이전에 일방적으로 마련하고 보험자는 가입자에 비해서 전문적 지식, 조직력, 경제력 등에서 우월한 지위에 있는 경우가 많고 보험약관의 경우 전문성으로 인하여 복잡하고 일반인이 이해하기 어려운 경우가 많아서 약관이 일방적으로 고객에게 불리한 내용을 담게 될 가능성이 크다. 그래서 보험약관 작성 시 보험가입자의 공정성 확보가 필요하게 되었고 이로 인해 약관의 공정성 확보를 위한 여러 제도와 법리가 필요하게 되었다. 즉 약관 규제법의 제정, 공정거래 위원회에 의한 약관 심사제, 약관의 인가제, 표준약관제, 보험계약법의 상대적 강행 규정화(상법 제 663조에 의한 보험 계약자 등의 불이익 변경 금지의 원칙), 작성자 불이익의 원칙 등이 여기에 해당한다.

2. 약관 해석과 관련된 작성자 불이익의 원칙

생명보험 표준약관 제36조 약관의 해석을 보면 회사는 신의 성실의 원칙에 따라 공정하게 약관을 해석하여야 하며 계약자에 따라 다르게 해석하지 말아야 하고 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 계약자에게 유리하게 해석하여야 하며 회사가 보상하지 않는 사항 등 계약자나 피보험자(보험대상자)에게 불리하거나 부담을 주는 내용은 확대하여 해석하지 않는다고 명시하고 있다.

약관규제법 제5조 제2항은 보험약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에는 고객에게 유리하게 해석되어야 한다고 규정하고 있는데 이것은 불명확성의 원칙(작성자 불이익의 원칙)에 해당하는 조항이다. 달리 말하여 이것은 해석이 불분명한 경우에는 작성자에게 불리하게 해석하여야 한다는 원칙이다. 약관은 계약의 일방 당사자가 다수의 상대방과 계약을 체결하기 위해서 미리 작성되므로, 약관의 작성자는 그 조항의 명확성에 대한 책임을 져야 한다. 그렇다고 하여 약관의 의미가 모호한 모든 경우에 사업자의 불이익으로 한다는 것이 아니라 계약의 해석을 시도해도 명확해지지 않고 2-3가지 뜻으로 해석되는 경우에 그 가운데 고객에게 가장 유리한 의미로 결정한다는 취지이다. 불명확성의 원칙의 전제조건은 모든 가능한 해석 수단을 다 동원하였는데도 불구하고 최소한 법적으로 주장할 수 있는 2개의 해석 가능성이 남아 있어야 한다는 것이다. (보험기초 이론 step 1, 생명보험협회)

약관에는 보험금 지급대상이 정해져 있는데 건강보험인 경우에는 보험금 지급대상이 수술, 입원, 진단, 치료 등 의료행위의 정의와 맞물려 있는 경우가 많다. 약관을 작성할 당시에는 작성자가 이들 각 의료행위의 정의에 대한 개념을 가지고 객관적인 기준을 근거로 작성하였을 것이다. 하지만 의료행위는 계속해서 발전하고 있고 행위의 종류와 개념이 계속 변화하고 있다. 이렇게 계속해서 변화하고 있는 보험 대상에 대해서 약관에서 어떻게 해석을 해야 한다는 원칙이 없어 약관 용어 해석에 따른 분쟁이 야기 되고 있다. 의료행위를 대상으

로 보험약관을 만들었지만 의료 행위가 끊임없이 변하고 있고 발전하고 있으며 기하급수적으로 증가 하고 있다. 이렇게 급변하는 대상을 한번 정해진 약관으로 40-50년 동안 같은 기준으로 적용한다는 것이 결국 분쟁을 야기하고 있는 것이다.

3. 분쟁의 조정과 소송

표준약관 제34조 분쟁의 조정을 보면 계약에 관하여 분쟁이 있는 경우 분쟁당사자 또는 기타 이해관계인과 회사는 금융감독원장에게 조정을 신청할 수 있다고 명시하고 있다. 보험 분야에서의 분쟁 해결을 위하여 곧바로 법원의 소송으로 가면 여러 가지 불이익이 따르게 된다. 우선 시간이 많이 소요되고 변호사 보수 등 각종 비용도 무시할 수 없다. 그리고 소송을 제기해도 승소할 것인지 확실하지 않아 불안이 따르기 마련이다. 그런데 소송으로 가기 전에 금융감독원에 설치된 분쟁조정위원회를 이용할 수 있다. 이는 정식 소송 절차가 아니기에 비용과 시간이 적게 들며, 당사자의 상호 양보에 의한 분쟁 해결도 가능하다. 하지만 조정에서 해결이 되지 않으면 소송으로 갈 수 있다.

제4절 보험의 종류

보험은 크게 인보험과 재산보험으로 나눌 수 있다. 인보험은 사람을 담보하는 것이고 재산 보험은 재산을 담보하는 것이다. 전통적으로 인보험은 주로 생명보험을 취급하였고 이로 인해 인보험은 생명보험 영역에서 담당하였고 재산보험은 손해보험 영역이 담당을 하였다. 이후 인보험에는 기존의 사망과 관련된 생명보험에 질병에 대한 건강보험, 그리고 수명이 길어지는 현상을 리스크로 보아 연금보험이 추가 되었는데 질병과 관련된 건강보험을 제3보험이라 하여 생명보험영역에서 만 취급하지 않고 손해보험영역에서도 같이 취급하고 있다.

1. 건강보험

의학의 발달과 평균 수명의 연장, 그리고 자연환경과 사회적 환경의 변화에 따라 질병과 상해의 발생이 증가하는 상황에서 의료비의 지출은 매우 빠른 속도로 증가하고 있다. 특히 교통사고 등에 의한 심각한 상해나 난치의 질병에 걸렸을 때 치료비는 엄청난 수준으로 발생하여 개인에게 상당한 부담이 되는 것이 현실이다. 이때 소득의 상실과 막대한 치료비가 발생하면 개인 및 가정의 재정을 파탄에 이르게 할 수 있는 심각한 문제가 될 수 있다. 건강보험은 개인 또는 가정의 질병 및 상해로부터 부담하는 경제적 손실을 보장하는 인보험의 한 분류로 건강보험의 초기 형태는 사고에 의한 신체적 상해에 따른 경제적 손실을 담보하는 사고보험(accident insurance)이었으나 점차 범위가 확대되어 일반적 질병에 의한 손실도 담보하게 되었다. 현대의 건강보험은 상해 또는 질병의 구분 없이 인체의 건강에 기인한 경제적 손실을 대상으로 하고 있다.

2. 건강보험의 실손형과 정액형 상품

우리나라에서 건강보험 상품 판매는 1979년에 성인병 특약에서부터 시작해서 매우 다양한 건강보험 상품이 판매 되었는데, 이들 건강 보험 상품은 모두 정액형 상품으로 판매를 하였다. 정액형이란 보험급여 대상의 보험사고가 발생하였을 때 정해진 금액을 지급하는 형태이다. 하루 입원하였을 때 5만원이라고 정해 놓았으면 10일 입원하면 50만원, 100일 입원하면 500만원을 지급하는 것이다. 암 발생시 1천만 원이라고 정해 놓았으면 암의 예후와 발생기관, 그리고 실제 들어가는 치료비용 즉 손실비용에 상관없이 1천만 원을 지급하는 것이다. 두 개의 상품을 가입하였으면 두 번 받을 수도 있다. 이렇다 보니 질병의 상태와 관련 없이 오랜 기간 입원하는 등의 도덕적 해이가 발생할 수 있다. 갑상선 암과 같이 예후가 상당히 좋은 암의 경우에도 고액의 보험금을 지급 받게 됨으로써 보험을 가지고 초과 이득을 가져서는 안 된다는 초과 이득 금지 원칙에 문제가 생겼고 오랜 기간 입원을 하거나 상피내 암인데 악성종양인 것처럼 허위진단서등을 발급하여 보험금을 청구하는 경우도 발생하였다. 심지어 갑상선암이나 초기 유방암과 같이 종괴의 자가 진찰이 가능하여 종괴가 손으로 만져지는 경우 이를 고지하지 아니하고 보험에 가입하여 면책기간이 지난 후에 청구하는 등의 도덕적 해이가 발생하게 되었다.

이에 대한 대책으로 초과이득이 없는 실손 보상 방식을 고려하게 되었다. 실손 보상 방식은 보험을 여러 개 가입하여도 실제 보상되는 최고액은 실제 손해 본 금액을 넘어서지 못하게 하고 있다. 2003년 8월 보험업법 개정으로 단체보험에 대해서 실손 보험의 개발과 판매가 허가 되었고 개인 보험에 대해서는 2005년 4월에 허가되었다. 하지만 2006년 복지부가 민간의료보험사의 실손의료보험의 건강보험의 급여부문 보장금지를 추진함에 따라 생보사의 개인 실손의료보험 상품 출시가 지연되어 왔다 이후 2008년 새 정부가 해당 규제를 폐지하겠다는 의지를 명확히 함으로써 상품 출시가 가능하게 되어 2008년 5월 생보사에서 실손 상품 판매가 시작이 되었다.

3. 갱신형(Non-Guaranteed) 상품과 비갱신형(Guaranteed) 상품

갱신형 보험이란 보험기간을 단기로 설정한 후 설정 기간이 지나면 연령 및 경험위험률을 새롭게 적용하여 보험료를 산출하고 계약을 갱신하는 형태로서 주로 실손 의료비 보험 및 정기보험에 적용하고 있다. 반면에 비갱신형 보험은 가입 시에 산출된 보험료를 만기까지 가지고 가는 보험이다. 보험은 가입 후 길게는 40-50년을 보장해야 하는 상품이므로 미래의 위험을 예측해야 한다. 실제 장기간의 위험을 예측한다는 것은 상당히 어려운 일이며 특히 건강보험의 경우 엄청나게 빠른 의학의 발전과 고가의 첨단의료기술의 개발과 도입 등으로 그 변화 정도를 예측하는 것이 불가능하다. 그러므로 대부

분의 선진국에서는 건강보험과 실손 의료비 보장 보험에서는 갱신행 상품을 적용하고 있다.

우리나라에서는 최근 실손의료비 보장보험에서는 갱신행이 도입되어 있고 일부 수술 특약에 대해서 갱신행이 도입되고 있기는 하지만 아직 대부분의 건강보험이 비갱신행으로 운영이 되고 있다. 의학의 발전이나 수명의 증가로 인해서 입원, 수술 등이 급증을 하게 되면 결국 보험사는 보험요율을 산정 했을 때 생각보다 훨씬 많은 보험금을 지급하게 된다. 이것은 보험사의 사차익(死差益)에 부정적인 영향을 주어 보험사의 도산이나 신규 가입자에게 부담이 전가될 수 있는 것이다. 사차익이란 위험을 차익률이라고도 하는데 실제 사망률이 보험료 산출 기준 사망률 보다 낮아서 생기는 이익을 의미한다. 사망률을 보고서 보험료를 산정을 하는데 이때 산정에 사용한 사망률보다 실제 사망률이 낮다면 보험금 지급이 예정보다 늦게 이루어 질 것이고 예정보다 보험료를 늦게 지급함으로써 생기는 이익을 의미한다.

제5절 수술의 정의

1. 수술의 정의

수술(手術)에 대한 국어사전의 정의를 보면 “의학에서 피부나 점막, 기타의 조직을 의료 기계를 사용하여 자르거나 찢거나 조작을 가하여 병을 고치는 일. 피를 내며 하는 관혈적 수술(觀血的手術)과, 피를 내지 않고 하는 무혈적 수술이 있다.” 라고 정의되어 있으며 시술(施術)에 대한 국어사전의 정의는 “의술이나 최면술 따위의 술법을 베풀. 또는 그런 일”로 명기되어 있다. 위키백과에서는 시술은 의료인이 의술, 인술을 베풀기 위하여 또는 환부의 개선을 목적으로 치료나 수술을 하는 것을 종합적으로 일컫는 말로 설명하고 있다.

건강보험심사평가원 수가개발부 행위유형검토소위원회에서 수술 유형에 대한 분류 기준을 보면 수술실에서 마취하에서 이루어지는 시술로 절개, 절제, 봉합 등이 필요한 행위로 ‘등’에는 절개, 절제, 봉합 외 핀을 삽입하는 행위(근 골격계 시술) 등이 포함된다고 하고 있다.

건강보험 EDI 수가 과일의 제9장 처치 및 수술료 등, 제1절 처치 및 수술료 분류 안에는 수술, 분만 등 수술실, 분만실에서 발생하는 행위 외에도 기본 처치 행위, 인터벤션 방사선 시술 행위 등 각종 행위들이 포함되어 있다고 명시되어 있다. 즉 과거에는 외과 의사가 마취하에 시술한 것이 수술이라는 공감대가 형성되어 있었다. 시술에는 medical procedure와 surgical procedure가 함께 있는 수술을 포함하는 개념이며 이중 medical procedure를 좁은 의미의 시술로, 그리고 surgical procedure가 수술이라고 생각하였다. 하지만 의학의 발전으로 과거에는 외과적 수술로만 치료가 되던 질병이 인터벤션 시술로도 해결이 되는 경우가 많아졌으며 근치적 수술에서 환

자의 삶의 질을 고려한 축소수술을 선호하는 쪽으로 바뀌면서 시술과 수술을 명확하게 구분하는 것이 어려워졌다.

2. 생명보험 약관에서의 수술

생명보험 약관에서 정하는 수술은 ‘보험기간 중 피보험자가 책임 개시일 이후에 의사에 의하여 해당 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 해당질병의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경차단(nerve block)은 제외한다’ 라고 명시되어 있다. 여기서 절단은 자르거나 찢는 것이고 적제는 완전히 통째로 잘라서 들어내는 것, 흡인은 신체 내부의 구조물에 관이나 바늘을 삽입해서 액체나 기체를 빨아내는 것, 천자는 진찰하기 위하여 몸의 일부에 주사를 찔러 넣어 체내의 액체나 세포를 뽑아내는 것, 신경차단은 통증 치료를 위해 신경을 차단하는 시술, 경막 외 차단술, 신경근 차단술, 교감신경차단술, 말초신경 차단술, 관절주사, 통증유발 주사 등이 있다.

3. 약관상의 문제점

작성자 불이익의 원칙에 의해서 해석이 애매모호한 경우엔 즉 두 가지 이상으로 해석될 여지가 있는 경우에는 작성자가 불리하도록 해석을 한다는 원칙이 있으므로 약관의 정의를 할 때는 이런 여지를 남겨서는 안 된다. 하지만 생명보험의 약관상 수술의 정의를 살펴보면 달리 해석할 여지가 있는 부분이 있다.

건강 보험 초창기인 90년대에는 이런 정의를 사용해도 문제가 되지 않았다. 하지만 2000년대를 넘어서면서 신의료기술이 급증하였고 대부분의 신의료기술이 인터벤션 시술이나 축소수술, 최소 침습 수술로 바뀌면서 이런 새로운 기술이 수술인지 시술인지의 해석 문제가 발생하였다. 흡인, 천자, 신경차단의 경우는 수술이 아니라고 명확하게 약관상 정의가 되어 있으므로 문제가 되지 않는다. 하지만 수술이 아닌 경우를 명시함으로써 이렇게 명시된 것 이외의 나머지 시술은 모두 수술로 해석해야 한다는 주장마저 나오게 된 것이다. 즉 수술이 아니라고 명시된 것을 제외하고는 모두 수술이라는 네가티브 방식으로 주장하는 것이다.

수술과 시술의 문제뿐만 아니라 의료기관의 문제도 있다. 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서라는 문구는 외국의 의료기관에서 치료한 것도 대상이 된다. 외국의 경우에는 자국 내의 의료기관 또는 보험사에서 인정하는 의료기관만을 대상으로 한 반면에 우리나라 생명보험사 약관에서는 이를 불명확하게 함으로써 검증되지 않은 외국 의료기관을 이용한

경우에도 보장을 하고 있으며 허위 입원의 경우를 확인하기도 어렵게 만들었다. 또한 해당 질병의 치료를 직접적인 목적으로라는 용어를 사용함으로써 직접적인 목적의 해석에도 논란을 불러일으키고 있다.

4. 외국의 현황

일본을 제외한 보험 선진국에서는 건강보험에 대해서 초과이득이 가능한 정액형 상품을 취급하고 있지 않다. 중복가입이 금지되어 있고 초과 이득이 없는 실손형의 상품만을 가지고 있기 때문에 수술의 정의로 인한 분쟁이 없다. 정액형 수술 급부를 판매하고 있는 일본의 암수술과 관련된 정의를 살펴보면 우리나라와의 차이점에 대해서 논하고자 한다.

1) 우리나라 암 수술의 정의

보험기간 중 피보험자가 책임개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 하여 입원을 동반한 수술을 하였을 때 암수술급여금을 지급한다. (암보험 관련 분쟁의 고찰, 방은주, 김용은. 보험의학회지, 2002)

2) 일본 생명보험회사의 약관

암수술 및 상피내암수술이란, 치료를 직접적인 목적으로 하여 수술하는 경우로 아래 수술번호 1- 8을 가리킨다. (암보험 관련 분쟁의 고찰, 방은주, 김용은. 보험의학회지, 2002)

* 악성 신생물의 수술

1. 악성 신생물 근치수술
2. 악성 신생물 온열요법(시술의 개시일부터 60일 동안 1회의 급부를 한도로 한다)
3. 악성 신생물 근치 방사선조사(5000rad 이상의 조사로, 시술의 개시일로부터 60일동안 1회의 급부를 한도로 한다)
4. Fiberscope에 의한 악성 신생물 수술(검사, 조치는 포함하지 않는다. 시술의 개시일로부터 60일 동안 1회의 급부를 한도로 한다)
5. 그 밖의 악성 신생물 수술

* 상피내 신생물의 수술

6. 상피내 신생물의 개흉, 개복술
7. Fiberscope에 의한 상피내 신생물 수술(검사, 조치는 포함하지 않는다. 시술의 개시일로부터 60일동안 1회의 급부를 한도로 한다)
8. 그 밖의 상피내 신생물의 수술

암 치료를 직접 목적으로 하는 수술이란 점에서 국내 생명보험회사와 일본 생명보험회사의 약관은 일견 동일한 것으로 생각되나, 일본의 경우 구체적으로 암수술의 종류를 명기하고 보장급부를 수술의 난이도나 실제 소요되는 수술비에 따라 3단계로 차등 급부하는 제도적 안전장치를 통해 보험금지급분쟁의 불씨를 최소화하였다. 우리나라도 이를 참조하여 수술의 난이도와 수술비에 따라서 1-3종 수술, 1-5종 수술로 차등 급부하는 방식을 도입하였다.

3) 서구 선진국의 수술 약관

선진국에서는 수술에 대해서 정액 보험금을 지급하는 정액형 상품이 없다. 선진국에서는 병원에서 진료를 받았을 때 병원에 내는 본인 부담금액 범위 내에서 보험금이 지급되는 실손 형태의 의료비 특약을 운영하고 있기 때문에 우리나라처럼 수술인지 비수술인지 나눌 필요가 없다. 이를 통해서 우리나라도 실손 보험이 도입되어 판매되고 있다.

제3장 용어 관련 분쟁 사례

제1절 수술에 대한 정의 관련 분쟁

수술에 대한 정의 관련 분쟁사례는 크게 두 개로 나눌 수 있다. 첫째는 새로운 시술이 수술인지 아닌지 여부와 관련된 것이며, 둘째는 그 수술이 직접목적 수술인지 여부와 관련된 것이다. 의학의 발전으로 신의료기술이 급증하고 있으며 내시경적 수술, 미세 침습 수술, 축소수술과 각종 인터벤션시술의 발전으로 이들 수술, 시술의 정의에 대한 사회적 합의가 없는 한은 향후 이에 관련된 분쟁은 더욱 증가할 것이며 이로 인한 사회적 비용 역시 급등하게 될 것이다. 대한 인터벤션 영상의학회 홈페이지에 인터벤션을 소개한 것을 보면 '인터벤션이란 말초혈관 질환, 자궁근종, 정맥류, 간암 등의 질병을 수술하지 않고 치료하는 새로운 치료방법을 말합니다. 시행하는 치료는 경피적 혈관 성형술, 대동맥 질환에서 인조혈관 스텐트 설치술, 조직검사, 담도질환, 위장관 질환, 뇌혈관 질환, 비뇨기계 질환의 인터벤션 등이 있다' 라고 되어 있다. 즉 수술이 아니라고 명시하고 있다. (<http://www.intervention.or.kr>)

1. 신의료기술 관련 분쟁

1) 요로 결석 관련 시술

요로 결석이란 요로계에 요석이 생성되어 소변의 흐름이 장애가 초래되고 그 결과 통증, 요로감염 등이 나타나고 방치하면 수신증과 신부전으로 이어질 수 있는 질병이다. 치료는 크기가 작은 경우에는 기다려보는 대기요법과 복강경이나 개복을 통한 수술, 요관경과 같은 내시경을 가지고 결석을 분쇄하거나 제거 하는 방법, 그리고 체외충격파쇄석술과 같이 몸 밖에서 충격파를 발사하여 결석을 잘게 분쇄하여 자연 배출되도록 하는 방법이 있다. 과거에는 대기요법 아니면 개복 수술을 하는 방법만 있었다. 그러므로 개복수술로 치료를 한 경우 수술보험금을 지급하는데 문제가 없었다. 하지만 내시경을 이용하거나 심지어는 절개도 없는 즉 침습적인 방법이 아닌 체외에서 충격파를 발생시켜 결석을 제거하는 방법은 사회통념상 수술이라고 보기에는 어려운 점이 있다. 더구나 수술은 1회 수술로 요로 결석을 제거할 수 있지만 체외충격파쇄석술은 결석을 잘게 부수어 자연 배출되도록 하는 것이다 보니 자연 배출이 되지 않으면 다시 시행을 하여야 한다. 또한 보

통 3회 정도 시술을 하여야 한다고 하며 배출이 되지 않으면 5-10회까지 시행할 수 있는 것이다. 그러므로 수술을 하는 경우에 1회에 요로결석이 해결이 되고 이에 따라 1회 정액 보험금을 지급하여 해결이 되던 것이 체외충격파쇄석술이 수술로 매회 인정이 된다면 3회 이상의 수술 보험금을 지급해야 하는 것이다. 수술로 인정이 되면 보험금을 많이 받을 수 있기 때문에 보험 가입자는 수술로 인정해주고 매회 보험금을 지급해야 한다고 주장하고 보험사는 수술이 아니므로 지급을 거절하거나 1회 만 지급하고 2회를 초과한 때부터는 지급을 거절하겠다고 하여 분쟁이 야기 되는 것이다.

2) 간암치료 관련 시술

간암의 경우 초기에 발견되는 경우 수술적 절제로 치료할 수 있으며 인터벤션 시술로 경피적 에탄올 주입술, 고주파 열치료술, 그리고 간동맥 색전술이 있다. 수술의 경우 1회 수술로 암을 제거 하지만 인터벤션 시술은 경과를 보면서 수차례 시행을 하여야 한다. 수술에 비해서 적은 비용이 소요되지만 여러 차례 시행함으로 인해서 모든 횟수를 수술로 인정을 한다면 상당한 초과이득이 가능하게 되는 것이다. 또한 수술을 하기 어려운 상황, 즉 환자의 상태가 수술을 하기에 충분한 체력이 되지 못하는 경우이거나 암을 치료하기 위하기보다는 통증의 조절 등을 목적으로 즉 환자의 삶의 질을 향상 시켜주기 위해서도 인터벤션은 시술이 가능하다. 그러므로 수술의 대상이 아니었던 고식적 인터벤션시술을 수술에 준해서 보험금을 지급한다면 빈도를 고려해서 1회의 수술 보험금만 지급하겠다고 결정을 하더라도 수술을 대상으로 요율을 산정한 것보다 결국 수술 보험금을 지급하게 되는 빈도가 증가하게 된다.

3) 중심정맥관(Hickman catheter)삽입술

중심정맥관삽입술이란 수혈, 항암제투여 등을 위하여 환자의 목 부분을 통하여 쇄골하정맥에서 심장으로 향하는 상대정맥에 특수하게 고안된 도관을 삽입하는 것을 의미한다. 중심정맥관을 설치하는 경우는 소아에서 말초정맥에 주사를 할 때 혈관이 매우 가늘어 주사하기 어려운 경우 주사의 편의를 위해서 설치를 하며 성인의 경우에도 혈관확보가 용이하지 않은 경우에도 주사의 편의를 위해서 설치를 한다. 카테터를 통해서 어떤 조작을 가하지 않고 단순히 혈관을 확보하는데 사용하는 기술이다. 즉 기존의 수술을 대신하는 인터벤션이나 신의료기술과 동일한 기준에서 바라 볼 수 없다. 그렇지만 이를 수술로 인정해줄 것을 요청하면서 보험금을 청구하여 분쟁이 야기되고 있는 것이다.

4) 갑상선 결절 관련 시술

갑상선 결절이 크기가 크고 주변의 기관을 압박해서 증상이 나타나거나 미용 상의 문제점이 있을 때, 그리고 악성이 의심되는 경우에는 수술적 치료로 치료를 해왔다. 최근에는 에탄올주입술이나 고주파열치료술 등의 신의료기술에 의해서 수

술을 대신하여 치료를 하고 있다. 이들 역시 수술로 인정해서 수술 보험금을 청구하여 분쟁이 되고 있다.

에탄올주입술은 초음파 등 영상장비를 이용하여 치료하려는 병소의 위치를 확인한 후 병소를 주사기로 천자하여 그 내용물을 흡인 후 일정량의 에탄올을 주입하고 약 2-10분 정도 기다렸다가 주입했던 에탄올을 다시 흡인, 제거하는 치료행위 행위이다.

고주파열치료술은 초음파를 보면서 고주파열치료 바늘을 종양 내에 삽입한 후 고주파 영역에서 전류를 통하게 되면 바늘 끝에서 섭씨 100도 정도의 마찰열을 발생하는데 이 열로 종양을 태워 크기를 줄여나가는 치료 방법이다. 이 두 가지 방법은 수술인지 아닌지의 문제도 있지만 유효한 의료행위라는 측면에서 바라보아야 하는데 에탄올주입술은 안정성 유효성이 확보가 되어서 신의료기술로 인정을 받고 있는 즉 국가에서 인정을 해주고 있는 정당한 의료행위이지만 갑상선 결절에 대한 고주파 열 치료술은 아직 그 안정성, 유효성을 인정받지 못하여 정당한 의료 행위로 인정을 받지 못하고 있는 행위라는 점이다. 그 효과를 인정받지 못하는 경우 우리나라에서는 의료기관에서 환자에게 비용을 청구하면서 행위를 할 수 없도록 되어 있다. 이런 인정받지 못하고 있는 의료행위를 의료기관에서 환자에게 행하고 비용을 환자에게 청구하였다면 이것은 '임의 비급여'에 해당하고 이것은 현행법상 불법이며 실제로 우리나라에서 상당히 많은 임의 비급여가 있다. 이런 현행법상 불법에 해당하는 임의 비급여에 해당하는 행위에 대해서도 수술로 인정해 줄것을 요구하면서 분쟁이 발생하고 있다.

5) 방사선 조사 치료, 토모테라피

암의 치료 방법에는 크게 수술과 항암제를 사용하는 항암화학 요법, 그리고 방사선 치료가 있으며 그 외 면역요법, 표적 치료제 등이 있다. 이중 수술의 경우에 수술 특약 가입을 통해서 수술 보험금이 별도로 지급이 되었다. 방사선 조사에 의해서 암 치료를 하는 경우에는 수술 보험금 지급이 되지 않았는데 방사선 치료의 패러다임을 바꾼 것이 감마나이프, 사이버나이프, 토모테라피이다. 기존의 방사선 치료에서는 정상 조직에도 손상을 주었지만 이들 신의료기술은 정상조직의 손상을 최소화하고 수술적으로 접근하기 어려운 부위까지도 효과적으로 치료를 할 수 있다는 큰 장점을 가지고 있으며 치료 부위의 크기에 따라선 외과 수술 없이 수술과 비슷한 효과를 얻을 수 있는 정위적 방사선 수술이 가능하다. 이들 신의료기술의 차이를 보면 감마나이프나 사이버나이프는 비교적 크기가 작은 종양에 그 적응증이 국한되고, 감마나이프의 경우 침습적인 고정틀을 이용하여야 하는 반면에 토모테라피에서는 이러한 제약이 없다. (토모테라피, 성진실, 대한간학회지 12권 5s 호, 2006)

수술이 아닌 방사선치료에 해당이 되지만 수술과 비슷한 효과를 얻을 수 있다는 의미에서 정위적 방사선 수술이라는 용어를 사용하면서 방사선 치료를 하고서 수술 보험금을 청구하여 분쟁이 야기되었다.

2007년 금융감독원에서 배포한 보도자료 ‘소비자 권익 제고를 위한 보험약관 개선’의 제3항이 수술보험금 지급기준 및 조건을 개선한 것인데 수술보험금 지급 기준에서 입원 조건을 폐지하고 의료기술 발전에 부합하도록 수술의 정의를 변경하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 수술 기법을 포함(검사 목적의 시술 등은 제외)하도록 하였다. 하지만 기존의 수술적 치료의 대상이 아니었던 사람들까지 적용증이 확대되었고 빈도도 상당히 증가하게 되어 보험회사의 사차익에 영향을 주어 보험회사의 지속가능 경영에 영향을 주며, 신규 가입자들에게 부담이 전가 될 수 있게 된 것이다.

2. ‘직접 목적’이라는 용어의 정의 문제

1) 고식적 치료, 합병증 치료에 해당하는 경우

폐암으로 인한 식도 협착증이 발생하여 음식물 섭취가 불가능해진 환자에게는 음식물 공급을 위해 불가피하게 급양위루술(feeding gastrostomy: 영양분을 위에 바로 넣을 수 있게 복부 피부부를 통해서 위에 관을 삽입, 설치하는 시술)을 한다. 이 시술은 폐암을 치료하기 위한 직접 목적의 시술은 아니다. 폐암의 합병증으로 생긴 식도 협착으로 인해서 음식을 먹을 수 없으므로 음식물 공급을 위해서 하는 시술이다.

간암의 말기에 간암이 크기가 커지게 되면 이로 인한 통증이 상당히 심하다. 이 경우에도 간동맥 색전술을 시행하는데 이때의 간동맥 색전술은 간암으로 치료하기 위해서라기보다는 간암의 크기를 조금 줄여서 통증을 줄여주기 위해서 하는 시술이다. 암 자체를 치료하기 위한 수술은 근치적 수술이라고 하고 이렇게 암 자체를 치료하기보다는 암으로 인해서 생기는 통증이나 각종 합병증을 줄여주기 위한 수술인 경우를 고식적 수술 또는 시술이라고 한다. 암을 근치적으로 치료하기 위해서 근치적 수술을 하는 경우에는 암 치료를 직접적인 목적으로 시행하는 수술이라고 할 수 있지만 급양위루술처럼 삶의 질을 높여주기 위해서 시행하는 고식적 수술의 경우를 암치료를 위한 직접적인 목적을 가진 수술이라고 보기 어렵다.

또 다른 예를 살펴보면 자궁경부암(재발성, 폐전이)에 대한 방사선 치료 후에 합병증으로 좌측 신장 주변 농양, 괴사 근막염, 콩팥 수신증 등이 발생하였다. 이 합병증의 치료를 위해 수술을 받고 이 수술에 대하여 암치료를 직접적으로 하는 경우에 청구할 수 있는 암수술 보험금을 청구하였다. 이 경우도 암 자체 치료를 목적으로 하는 수술이라기보다는 암으로 인해서 발생한 합병증인 농양, 근막염, 수신증의 치료를 직접적으로 하는 수술이다. 일반적인 수술을 하는 경우에

는 일반수술보험금을 청구할 수 있다. 하지만 암 치료를 직접 목적으로 하는 수술은 다른 수술에 비해서 통상적으로 2배의 수술 보험금을 지급해 준다. 보험금이 2배 지급되기 때문에 직접 목적인지 아닌지에 대한 분쟁이 야기 되는 것이다.

2) 중심정맥관삽입술

중심정맥관삽입술의 경우는 수술인지 시술인지에 대한 다툼도 있지만 암치료를 위한 직접 목적에 대한 다툼도 있다. 백혈병 환자에서 항암제 투여를 하기 쉽게 하기 위해서 설치한 중심 정맥관은 암치료를 직접적으로 한 것이므로 일반 수술 보험금에 비해 통상적으로 2배가 많은 암수술 보험금을 지급해야 한다는 다툼이 그것이다.

제2절 입원에 관련된 분쟁과 치료의 적정성

우리나라 생보사 입원에 대한 약관을 보면 ‘입원이라 함은 의사, 치과 의사 또는 한의사의 자격을 가진 자(이하 「의사」라 합니다)가 피보험자의 특정 질병(보험의 대상이 되는 질병 암보험이면 암, 특정 질병 보험인 경우에는 해당 특정질병)으로 인한 치료를 직접적으로 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서의 치료가 곤란하여 의료법 제3조에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 이와 동등하다고 인정되는 국외의 의료기관(이하 「병원」이라 합니다)에 입실하여 의사의 관리하에 치료에 전념하는 것을 말합니다.’라고 되어 있다. (암 보험관련 분쟁의 고찰, 방은주, 김용은. 보험의학회지, 2002) 여기에는 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정한 경우라고 말이 해석에 있어서 문제를 야기할 수 있고 국외 의료기관도 인정해주면서 분쟁이 야기되고 있다. 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정한 경우는 다시 직접 목적이라는 부분과 필요하다고 인정한 경우가 둘 다 문제가 되고 있고 필요하다고 인정한 부분은 치료의 적정성과 연관이 되어 있다.

1. 입원 기간의 문제

현재 입원 보험금은 입원한 날짜에 따라 지급이 된다. 즉 하루 입원하면 5만원을 지급하기로 했다면 10일 입원하면 50만원을 지급하는 것이다. 이로 인해서 입원을 오래하면 할수록 보험금이 커지게 된다. 입원 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정되는 경우에 보험금이 지급이 되는데 이때 입원이 필요하다고 인정하는 주체가 불확실하다. 이러다 보니 보험금 때문에 입원을 불필요하게 요구하는 도덕적 해이가 나타날 수 있다. 합병증이 없는 당뇨병과 고혈압의 경우는 거의 입원이 필요 없음에도 이들 질병을 가지고 장기 입원하는 경우가 있는 것이다. 상해진단의 경우 진단 주수를 결정하는데 가이드라인이 있으나 질병에 대한 적정 입원의 가이드라인이 없다. 향후 전문가들에 의해서 적정 가이드라인이 정해진다 면 적정 입원일수를 결정하는데 도움이 되지 않을까 한다.

2. 직접 목적 문제

암 환자가 암수술을 받거나 항암제 치료를 받기 위해서 입원한 것이 아니고 잘 먹지 못하거나 체력이 떨어져서 또는 집에서 간병하기 힘들어 입원을 시키는 경우에 이를 해당 질병의 치료를 위한 직접 목적 치료로 인정할 수 있는지에 대한 분쟁이 있다. 영양제 주사 등의 보존적 치료, 말기 암환자의 통증조절과 삶의 질에 도움을 주는 완화치료 그리고 아직 인정받지 못하고 있는 미술토 요법⁽⁴⁾과 같은 치료를 위해서 하는 입원에 대해서도 그 적성성과 직접 목적이라는 점에서 분쟁이 야기되고 있다.

3. 외국 병의원 입원으로 인한 분쟁

입원을 했는지 확인이 불가능한 외국에서 입원 서류를 제출하는 경우에도 문제가 되고 있고 나라마다 입원의 정의가 달라서 통원치료를 입원이라고 표기하는 나라도 있어 역시 문제가 되고 있다. 외국이나 일본 같은 경우는 보험사랑 계약을 하고 있는 병원에 입원한 경우만(응급 시는 제외) 인정을 하고 있으므로 이런 문제에 대한 관리가 가능하다. 하지만 우리나라의 경우 보험사와 개별 병원과의 계약을 인정하고 있지 않고 포괄적으로 입원으로 인정해주고 있기 때문에 문제가 되고 있다. 그런 면에서 가장 좋은 해결책은 보험사와 민간 병원의 개별 계약을 인정해주는 방법으로 생각된다.

제4장 수술과 관련된 보험사의 약관개정과 대응

용어에 관련된 분쟁에 대해서 보험사에서는 각종 대응 방안을 마련해서 약관을 개정하고 있다. 약관이 개정이 되어도 기존 약관을 가지고 가입을 한 기계약자는 가입 당시 약관을 기준으로 하므로 여전히 문제가 된다. 분쟁이 되고 있는 용어 중 수술과 관련된 대응을 살펴보고 이들을 토대로 약관 개정 전 기계약 들과의 분쟁 해결 방안을 도출해 보고자 한다.

1. 수술 분류표의 개정

수술에 대한 보장은 일본 보험사에서 사용하던 수술분류표를 차용해서 만든 1-3종 수술분류표를 사용하였다. 1-3종 수술 분류표는 기관별 수술과 악성 종양에 대한 수술, 그리고 방사선조사치료가 들어가 있으며 비고를 통해 ‘미용정형상의 수술, 질병을 직접원인으로 하지 않은 불임수술, 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등] 등은 수술급여금 지급대상에서 제외함을 밝히고 있고 수술분류표」 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고, 일반적으로 의학계에서 인정하고

있는 첨단 치료기법으로 시술한 경우 「수술분류표」 상의 동일부위 수술로 봅니다’ 라고 명시하여 새로운 수술법이 기존의 수술을 대신하는 ‘인정받는’ 수술인 경우로 한정하고 있다. (주요질병, 재해 및 수술 분류표, 교보생명 2006)

수술의 정의를 좀 더 명확히 하였는데 1-3종 수술분류표의 수술의 정의를 보면 의사에 의하여 치료목적으로 기구를 써서 생체를 절단·적제하는 것으로 돼 있어 신체 부위를 실제로 가르지 않고 행하는 일부 첨단 수술은 보험금 지급 대상이 아님을 명확하게 하였다. 2006년에 도입한 1-5종 수술 분류표는 의학의 발전으로 인한 새로운 수술법의 등장과 같이 질병에도 다양한 수술법이 있는 점 등과 일부 보장에서 제외되던 부분에 대한 민원 해소 차원, 그리고 초과이득으로 인한 도덕적 해이가 나타나는 등의 수술관련 문제점을 고려해서 수술의 종류를 1-5종으로 세분화한 것이다. 수술의 난이도, 수술과 관련된 비용, 수술로 인한 경제적 손실을 고려하여 비교적 간단한 수술의 경우에는 1종, 중대한 질병으로 인한 수술로써 경제적 손실이 큰 경우에는 5종으로 분류가 되었다.

또한 1-3종에서 논란이 되던 부분을 다음과 같이 명확하게 하였다. 피부 이식술에서는 피부의 양성종양 제거술은 보장에서 제외한다고 명시를 하여 확실히 하였고 근골격계의 수술에서도 내고정물 제거술, 비관혈적 정복술을 제외한다고 명시하였고 치과 관련 처치와 임플란트를 제외함을 명시하고 있다. 내시경이나 카테터를 이용한 수술을 반영하여 의학 기술의 발전을 반영하였다. 감마나이프를 이용한 정위적 방사선 치료와 사이버나이프 치료를 3종 수술로 반영하였다. ‘수술, 신생물 근치 방사선 조사 분류표 사용 지침’ 의 5번을 보면 ‘수술, 신생물 근치 방사선 조사분류표’ 상에 열거되지 않은 선진의료적 첨단 수술에 대한 인정 및 적용 기준을 다음과 같이 명시하고 있다.

즉 수술분류표에서의 선진의료적 첨단 수술은 상기 수술의 정의에 해당하여야 하고 약물 투여 치료, 방사선 조사 치료, 또는 기타의 보존적 치료로 분류될 수 없는 경우이어야 한다.

‘수술, 신생물 근치 방사선 조사 분류표’ 상의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 수술 기법으로 치료한 경우 ‘수술, 신생물 근치 방사선 조사 분류표’ 상의 동일 부위 수술로 본다. 이때에 해당 선진 의료적 첨단 수술은 보험기간 중 시술 개시일로부터 60일 간에 1회의 급여를 한도로 한다. 단, 이 선진의료적 첨단 수술이 본질적으로 내시경(Fiberscope)에 의한 내시경 수술 또는 카테터(Catheter)등에 의한 경피적 수술인 경우에는 수술분류표 중 일반 질병 및 재해 치료 목적의 수술 91항 (악성

(4) ‘헬릭소(Helixor) 혹은 미술토(Mistletoe)’ 라고 불리는 주사 제제의 원료는 비스쿰알부름(Viscum album)이다. 이 제제는 그 자체가 복합면역제제라고 할 수 있는데, 독일에서 생산하는 회사에 따라 헬릭소(Helixor), 아브노바(Abnorba), 이스카도르(Ischador) 등의 약품들이 5-6종 있으며 사과나무에서 기생한 상기생(뽕나무 겨우살이)에서 추출한 것은 M type라고 부르고, 전나무에서 추출한 것은 A type라고 부르고 소나무에서 추출한 것을 P type라고 부른다. 독일에서 개발해 시판하고 있으며 국내에서 여러 회사에서 수입판매하고 있다. 미술토 요법은 아직 우리나라에서 신의료 기술로 인정받지 못했다.(암보험관련 분쟁의 고찰, 방은주, 김용은. 보험의학회지, 2002)

신생물인 경우는 악성 신생물 치료목적의 수술 2항)을 우선 적용한다. (수술, 신생물 근처 방사선 조사 분류표)라고 명시되어 있다.

1-5종 수술 분류표는 2009년 10월 1일 이후 신 1-5종 분류표를 개정하여 지금까지 사용하고 있는데 이것은 기존의 민원을 고려하고 그사이에 생긴 신의료기술, 그리고 사차익을 고려하여 개정한 것이다. 일부 생명사의 경우에는 모든 수술에 대해서 1-5종을 분류해서 사용하지 않고 자체 경험률에 근거해 88가지 수술에 대해 1-5종으로 구분해 사용하는 등 수술로 인한 도덕적 해이와 사차익에 대한 문제점을 해결하려고 했다.

2. 보험 약관 개선

금융감독원은 소비자 권익 제고를 위한 보험약관 개선을 발표하였는데 이중 하나가 수술보험금 지급 기준 및 조건을 개선한다는 것인데 이에 따르면 수술보험금이 지급되는 조건을 피보험자가 입원을 하여 수술한 경우로 제한하거나 수술 정의도 생체절단, 적제 등의 조작을 가하는 것으로 제한되어 있었는데 이를 수술보험금 지급기준에서 입원 조건을 폐지하고 의료기술 발전에 부합하도록 수술의 정의 등을 변경하였다. (소비자 권익 제고를 위한 보험 약관 개선, 금융감독원은 보도자료, 2007.3.19)

생명보험 및 장기손해보험은 2006.1.1부터 입원 여부와 상관없이 수술보험금을 지급하는 것으로 약관을 이미 개선하였다. 의학의 발전으로 인해서 입원을 하지 않고 당일 수술(day surgery)만 하는 경우가 있는데 이 경우에 과거 약관에서는 입원 조건이 있기 때문에 수술 보험금 지급에 있어서 분쟁이 야기될 수 있게 되었다. 백내장 수술의 경우 과거에는 입원하여 수술하였지만 대부분 입원하지 않고 당일 수술하는 경우가 대부분이 된 것이 예이다. 이런 경우를 위해서 입원 조건을 폐지한 것이다. 즉 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 수술 기법을 포함하도록 하였다. 하지만 검사 목적의 시술 등은 제외하도록 하였다.

3. 갱신 특약 도입

미래를 보장하는 보험사로서는 의학의 발전이 감당하기 어려울 정도로 빠르게 발전하고 있어 이를 효과적으로 대응하기 어려움이 있다. 비갱신형인 경우 가입할 때 위험 보험료 수준으로 통상적으로 40-50년을 보장하게 되는데 급격한 의학의 발전으로 40-50년을 보장한다는 것은 무리이다. 이런 이유로 단기간의 보장과 단기간의 경험률을 다음과 같이 반영하는 갱신형특약의 도입이 필요하게 되었다. 3년 동안 수술과 관련된 경험률을 계산해서 수술과 관련된 급부가 예상보다 많아지면 이 경험률을 반영해서 3년 후에 보험료 중 수술 관

련 위험보험료를 인상하도록 하는 것이다. 반대로 급부가 예상보다 적어진다면 보험료는 인하가 된다. 인상 또는 인하는 갱신 시점에서 고객은 계속 특약을 유지할지 여부를 결정할 수 있지만 보험사는 이를 거부할 권한은 없다.

현재 실손 의료비 보장 특약에도 이런 갱신형을 도입해서 사용하고 있다. 갱신형을 도입하게 되면 보험 리스크에 대한 대처 방안은 되지만 위험보험료가 많이 인상되는 경우에는 질병을 가지고 있어서 보험이 필요한 사람은 보험을 계속 유지하게 되고 건강한 사람은 특약을 해약할 가능성이 높아진다. 이때 보험사는 거부할 권한이 없으므로 나중에는 질병을 가지고 있는 사람만 특약을 유지하게 되는 위험이 있다 하지만 아직 도입 초기 시점이어서 어떻게 결과가 나올지는 시간이다 더 필요하다.

4. 실손 의료비 보장 특약의 도입

2008년 5월부터 실손 의료비 특약이 도입되었다. 실손 보험은 의료기관에서 환자 본인이 부담한 실제 의료비를 보장하는 보험으로 정액형의 초과 이득 리스크에 대한 대안으로 초과 이득 없이 중복 보장을 금지하기 위해 비례보상 원칙을 도입하였다. 비례 보상 원칙은 다수 보험을 가입한 경우 보험사별로 가입한 보험 가입 금액에 비례하여 실제 손실금액 한도 내에서 보상함으로써 초과 이득이 없도록 만든 것이다. 이런 경우 고객이 실손 보험을 두 개 이상 가입하면 오히려 고객에게 손해가 되기 때문에 중복가입이 되지 않도록 중복가입 여부를 확인할 수 있는 시스템이 갖추어져 있다. 또한 실손 의료비 보장 특약을 가입한 고객의 경우 기존에 정액형 수술특약 보장이 있거나 새롭게 가입하는 경우에도 일정 범위 이상의 보장을 가입을 원하는 경우에는 가입을 제한하여 초과 이득으로 인한 도덕적 해이를 막고 있다.

실손 보험의 경우 갱신형을 기본적으로 도입하고 있으며 보통 보험기간을 3년으로 하는 갱신형을 사용하고 있어 의료비 상승률을 반영할 수 있도록 하였다. 또한 매년 경험률을 반영하여 신계약 보험료를 산출하도록 하고 있다. 입원에 대해서는 본인부담률을 10%(최고 200만원)로 하여 무분별한 의료 이용을 제한하고 있고 일정부분 공제 금액을 두어 의원 외래는 10,000원, 병원은 15,000원, 종합병원은 20,000원의 공제 금액을 두고 있고 약국의 처방조제에 대해서는 8천원의 공제 금액을 두고 있다. 소액 보험금 청구에 대한 행정비용의 낭비를 막고 고객의 불편을 줄여주기 위한 것이다. 보상한도가 설정되어 있는데 입원은 연간 5천만원이며 동일 질환으로는 1년에 180일까지 보장을 해준다. 통원에 대해서는 1회당 20만원 내지 30만원, 처방조제에 대해서는 10만원으로 한도가 정해져 있고 단 180회로 한정하였다.

일부 보험사의 경우에는 기존에 정액형으로 수술비를 지급해 주던 수술비 특약을 없애고 실손 의료비 특약으로 대체하였는데 손실된 금액 이상을 지급하지 않기 때문에 실손형에서는 정액제처럼 수술인지 아닌지 여부와 직접목적 수술 여부에 대한 분쟁이 발생하지 않는다.

제5장 분쟁 해결을 위한 제언

수술과 관련된 분쟁은 점차 증가추세이며 이로 인해 보험회사는 앞에서 살펴본 것과 같이 다양한 방안을 도입해서 대처하였다. 다양한 해결방안으로 도입한 이후에 가입한 고객과의 분쟁은 많이 해소 되고 있다. 하지만 이런 다양한 해결방안을 도입하기 이전에 판매한 보험 상품의 경우는 새로운 약관에 적용을 받는 것이 아니고 가입할 때 사용되었던 약관에 적용을 받으므로 향후 수십 년간은 지속적으로 이로 인한 분쟁은 계속 될 것이다. 즉, 기존의 상품 가입자들에게 있어서는 여전히 수술인지 시술인지 여부와 직접 목적의 수술 여부에 대한 분쟁은 지속될 것이다. 또한 향후 도입될 신의료기술의 기하급수적인 급증을 볼 때 이 문제는 오히려 분쟁 건수는 더 급증할 가능성이 높다고 생각한다. 그러므로 이에 대한 사회적 합의가 필요하다고 생각하며 이에 대한 대책 마련을 위한 논의 시발점이 되기를 바라면서 다음과 같은 해결 방안의 원칙을 제언하고자 한다.

먼저 용어를 변경할 필요가 있다. 현재의 시술이라는 말이 수술을 시행하는 것과 같은 개념으로 볼 수 있는 오해의 여지가 있다. 그러므로 이를 구별하기 위해서 ‘조치’, ‘치치’ 등과 같이 용어를 변경해서 사용하는 것에 대해서 생각을 해 봐야 한다. 둘째로 수술과 조치 문제를 합리적으로 풀기 위해서는 보험의 원리를 고려해야 한다. 셋째는 보험요율 산정의 원리를 고려해 볼 수 있다. 즉 보험요율을 작성할 때 반영이 된 수술에 대해서만 수술로 인정해야 한다. 넷째로 사회통념상 수술이라고 할 수 있는 것이 어떤 것인지에 대한 논의가 필요하다. 한 가지 방법으로 대한의사협회의 용역 연구에서 나온 의료행위 정의에서 수술 유형으로 분류된 것을 차용하는 방법이 있고, 수술 수가를 고려해서 얼마 이상의 경우를 수술이라고 볼 수 있지 않을까 생각한다.

마지막으로 신의료기술의 경우 기존의 수술을 완전히 대체하는 것과 보완하는 경우가 있다. 완전 대체와 일부보안 또는 완전히 새로운 기술인지를 공신력 있는 기관에서 신의료기술에 대한 논의를 할 때 사용을 하고 있는데 공신력 있는 자료를 이용하여 신의료기술에 대한 수술 인정 여부를 결정하는데 도움이 될 수 있다고 생각한다.

이들 대안에 대하여 자세하게 알아보겠다.

제언 1. 용어 변경: 시술을 조치로 용어를 변경한다.

인터벤션시술과 같은 많은 신의료기술이 수술에 해당하는 것인지 시술에 해당하는 것인지가 분쟁이 되고 있다. 이때 시술이라는 용어로 인해서 오해가 발생할 수 있다. 위키백과사전의 시술의 정의를 보면 ‘시술(施術)은 의료인이 의술, 인술을 베풀기 위하여 또는 환부의 개선을 목적으로 치료나 수술을 하는 것을 종합적으로 일컫는 말이다’ 라고 되어 있다. 즉 시술이라는 개념에 수술이 포함되어 있어서 수술을 시행하는 것이 시술의 개념으로도 사용될 수 있는 것이다. 그러므로 시술이라는 용어와 수술이 동격으로 사용되는 것처럼 오해를 야기할 수도 있다.

시술 중 수술이 아닌 경우에 해당하는 행위에 대해서는 ‘조치’ 라는 용어를 사용해서 혼동을 막을 수 있다고 생각한다. 조치(措置)의 네이버 국어사전의 정의를 보면 ‘벌어지는 사태를 잘 살펴서 필요한 대책을 세워 행함, 또는 그 대책’ 으로 수술이 아닌 시술에 대해서 유용하게 사용할 수 있는 용어로 생각한다. 하지만 조치라는 말이 아직 익숙지 않음을 고려할 때 조치라는 말로 바로 바꾸는 것은 쉽지 않은 일이기도 하다.

제언 2. 보험의 원리에 따른 고려: 보험의 원리에 따라 적정 금액 이상인 경우만 보험 급여 대상으로 한다.

보험이란 미래의 우연한 사고 발생으로 인한 경제적 불안에 대비하기 위해 다수의 경제주체가 결합하여(대수의 법칙, 수지상등의 법칙) 확률적으로 계산된 분담금(보험료)를 각출하여 공동의 준비 재산을 마련하고 불의의 사고 발생 시 경제적 손실을 보전함으로써 안정적인 생활을 유지할 수 있도록 도와주는 사회, 경제적 제도이다. (보험학 원론, 이경룡 저, 영지 문화사) 이때 보험의 대상이 되는 미래의 우연한 사고가 금전적으로 감당하기 어려운 정도이어야 한다. 보험사고 발생했는데 손실 금액이 1천-2천 원 정도의 소액이라면 이를 대비하기 위해서 보험을 가입할 가능성이 거의 없다. 수술이 모두 동일한 금액이 들어가는 것이 아니다. 어떤 수술은 입원 없이 외래에서 가능하고, 어떤 수술은 3일 정도의 단기간의 입원이 필요하며 수술 후에도 기능의 손실이 거의 없어 사회로의 복귀에 문제가 없는 경우가 있다. 반면에 어떤 수술은 직업을 그만 두어야 하고, 장기간의 입원 또는 장기간의 재활이 필요하거나 반드시 다른 사람의 도움을 받아야만 하는 경우가 있다. 질병에 따라 입원 기간이나 비용, 그리고 간병비용등을 고려하여 보험의 필요성을 느낄 것이다.

기존의 수술 보험금은 이런 손실 금액을 고려하여 책정한 것이다. 개복 수술을 해야 하던 것들이 인터벤션 시술로 외래에서 간단히 치료가 된다면 입원비와 휴가 사용 등으로 인한

손실이 크게 감소하게 된다. 이때 동일한 수술 보험금을 받게 된다면 상당한 초과 이득이 가능해지게 된다. 이때 신의료기술이 기존 수술의 보험금에 비해서 현저하게 낮거나 보통 사람이 느끼기에 보험 가입 필요성이 느껴지지 않는 적은 비용이라 한다면 수술 보험금 지급 대상에서 제외시켜도 된다고 생각한다.

하지만 이는 실제 적용하기는 어렵다. 어느 정도가 보험가입의 필요성이 없는 금액이라고 할지는 정하기가 어렵기 때문이다. 이를 기존 가입자의 수술에 적용하기는 어렵지만 이를 신계약에 적용을 해서 중대한 수술을 제외한 나머지 수술을 모두 보험 급여 대상에서 제외한 보험사도 있다.

제언 3. 보험요율 산정(pricing)자료에 따른 고려: 보험요율 산정 자료 작성할 때 기초 자료로 사용된 수술에 대해서만 수술 보험금 지급 대상으로 한다.

앞에서 살펴본 것과 같이 보험요율 즉 보험료를 결정하는 중요한 요인은 근본적으로 피보험집단의 손실행태이다. 수술 특약 보험료는 보험 가입자들이 수술을 얼마나 많이 했는지, 앞으로 얼마나 많이 할 것인지, 그리고 이를 통해서 보험금이 얼마나 지급될 것인지를 계산하고 이를 수지상등의 원칙에 맞게 보험료를 결정해서 가입자들에게 부과하는 것이다. 예를 들어 보험 가입자 중에서 1년에 1%씩 치질 수술을 한다는 것을 알고, 치질 수술의 가격을 안다면 1년 동안 치질 수술에 대해서 얼마의 보험금을 지급하는지 알 수 있기에 이것을 가지고 보험료를 결정한다는 것이다. 이런 식으로 보험료 산정할 때 보험급여 대상이 되는 수술의 발생률을 기초자료로 사용하여 만들었다.

그러므로 보험요율 산정 시에 산정에 사용된 수술과 가격을 알면 신의료기술에 대해서 이를 고려해서 보험대상 수술 인정 여부를 결정할 수 있다. 하지만 수술 관련 약관 작성 당시 자료를 찾아보려 하였으나 찾지 못했다. 당시 업계 공동으로 금감원과 함께 작업을 하였다고 하는데 당시 참가했던 사람들이 보험사를 이미 떠난 상태이고 관련 자료가 남아 있지 않아서 이에 대한 근거자료가 현재 찾기 어려운 실정이라는 것이다. 단지 국민건강보험 공단에서 발표하는 자료를 근거로 가격산정을 했을 것이라는 막연한 추측만 있다. 직접 목적 수술이라고 하면 어떤 수술을 직접 목적 수술로 해서 가격을 산정했는지를 알아야 이를 관정하는데 도움이 될 것인데 불행하게도 자료를 찾기가 어려웠다. 결국 산정 당시 어떤 수술을 대상으로 했는지를 명확하게 알 수가 없어 이 제언을 현실적으로 적용하기 어렵게 되었다. 하지만 자료를 만들던 당시의 수술은 현재처럼 신의료기술이 많지 않았고 전신 마취하에 수술장에서 수술하던 것을 대상으로 하였을 가능성이 높았을 것이며, 당시 작업 참가자들은 향후 수술과 신의료기술로 인

해서 야기될 분쟁을 고려하지 못하고 흔히 통상적으로 수술이라고 생각되었던 자료를 가지고 가격을 산출했을 가능성이 높다. 그래서 행위 정의 연구에서 수술로 정의한 것이 요율 산정의 대상이 되었을 것이라고 생각하고 기존의 의료 행위에 대해서는 행위정의 연구에 따른 것을 반영하는 것이 적절하다고 생각한다. 이것이 제언 4.이다.

제언 4. 행위 정의 연구에 따른 고려: 행위 정의 연구에서 수술로 유형 분류가 된 것은 수술보험금 지급 대상으로 인정을 해준다.

2001년도에 우리나라는 의료행위에 대한 수가산정을 위한 자원기준상대가치점수 법을 도입하였다. 이는 미국의 RBRVS(Resource Based Relative Value Scale) 방법을 도입한 것으로 미국에서는 5년에 한 번씩 전면 개정 작업을 수행하고 있으며 의료 기술의 발전, 행위 량의 변동, 재료의 변경 등을 반영하여 전면 개정을 하고 있다. 우리나라는 상대가치점수 법을 도입은 하였으나 기존의 의료 행위에 점수만 산정을 하였으며 우리나라에서 통용되고 있는 의료 행위에 대한 정의가 미비 되어 있었다. 이에 1차 전면 개정 작업이 2003년도에 시작되어 2006년도에 끝나고 이 점수가 2008년도에 반영이 되었다. 이 연구과정 중에 2003년에 가정 먼저 시행한 것이 우리나라에 통용 되고 있는 의료 행위 중 급여 의료 행위에 대한 유형 분류이다. 먼저 각각의 의료행위에 대해서 그 행위를 주로 많이 하는 학회를 선정해서 해당 행위의 주관과로 선정하였고 26개 전문학회의 참여로 모든 급여 행위에 대해서 유형 분류를 하였다. 즉 급여 의료 행위를 수술, 검체검사, 기능검사, 처치실 처치, 병실/외래 처치, 인터벤션시술, 마취, 분만, 방사선종양치료 등으로 유형 분류를 하여 업무를 표준화하였다.

이 유형 분류 연구에서 수술 유형에 대한 분류 기준을 보면 수술실에서 마취 하에서 이루어지는 시술로 절개, 절제, 봉합 등이 필요한 행위로 '동'에는 절개, 절제, 봉합 외 Pin을 삽입하는 행위(근골격계 시술) 등이 포함된다고 하고 있다. (수술유형 행위 목록, 건강보험 심사평가원, 2010.7) 즉 등이라는 말에는 근골격계 시술도 수술 행위라 것을 명시화 하여 수술에 대한 사회 통념을 의학계의 전문가들이 대변해 주고 있다고 생각한다. '동'이라는 개념이 흡인, 천자 등의 조치 및 신경차단(nerve block)을 제외한 모든 행위를 의미한다는 개념이 아닌 Pin을 삽입하는 근골격계 시술도 포함한다는 협의적 개념이라는 점을 대변한다고 생각한다.

2010년 건강보험심사평가원과 대한의사협회는 2003년 이후에 급여로 등재된 행위와 비급여로 고시된 행위를 추가하여 새롭게 행위정의와 행위 분류작업을 수행하였다. 여기에는 1-5종 수술 및 갱신형 도입 이전 가입자들이 가입하였을

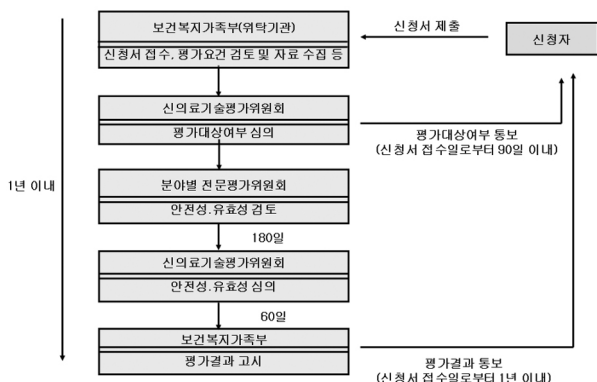
때 가격산정에 반영되지 않았던 신의료기술이 상당수 들어가는 자료로 수술 여부를 가늠하기 어려웠던 상당히 많은 행위들이 유형 분류가 되어 있다. 그러므로 신의료 기술이 자료에서 수술 유형으로 분류가 된 경우에는 수술로 인정을 하고, 인터벤션시술이나 처치로 분류 되어 있는 경우에는 일단 조치로 분류를 한다면 합리적인 대안이 될 수 있다고 생각한다. 이는 26개 전문의학회에서 작업에 참여하고 작업 결과를 인정한 유형 분류이기에 사회적 합의를 도출하는데도 어려움이 없다고 생각한다.

제언 5. 신의료기술의 대체 여부: 신의료기술이 기존의 수술을 대체하는 경우에 적응증의 확대 여부, 빈도 증가 여부 등을 고려하여 기존의 수술과 적응증과 빈도를 동일하게 하는 수준에서 수술 보험금 지급 대상으로 한다.

우리나라는 기존에 없던 새로운 의료 행위의 경우 이 행위의 인정 여부를 신의료기술 평가위원회에 신청하여야 한다. (Figure 1) 신의료기술 평가위원회에서는 신의료행위의 안전성과 유효성을 검증해서 의료 행위로 인정을 해주거나 반려를 하게 된다. 대부분의 신의료기술은 대응하는 기존 치료행위가 있다.

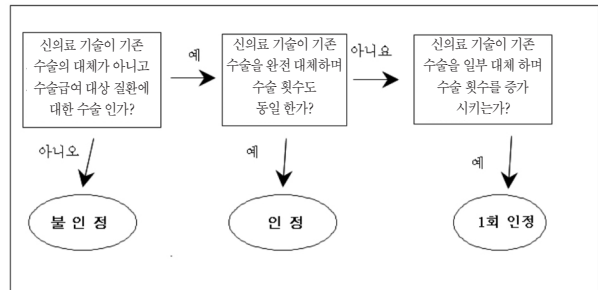
예를 들면 요로 결석에 대한 기존 치료가 관혈적요관절석술이라면 이에 대응하는 신의료기술은 체외충격파쇄석술이다. 이 기존의 치료 행위보다 신의료행위가 안전하며 효과가 좋을 수도 있다. 비용이 적게 들 수도 있지만 효과는 좋다고 하더라도 비용이 많이 들어서 비용 효과적이지 않을 수도 있으며 기존의 시술로는 치료 대상이 되지 않던 것들도 대상이 되어 대상 범위가 확대 될 수도 있다. 비용도 적게 들고 효과도 좋다면 더할 나위가 없겠지만 비용이 많이 든다면 보험자와 환자 모두에게 고민이 된다. 민간보험에서도 신의료기술로 인해 많은 고민이 있다. 기존의 상품이 정액제이므로 실제 들어가는 수술비용에 대해서는 보험사의 리스크가 되지 못하지만 축소 수술이나 미세침습 수술 중에서 일부는 근치수술이 아니어서 여러 번으로 나누어 수술을 하게 될 수도 있으며, 또한 대상 범위의 확대로 인해서 빈도가 증가 할 수 있다는 점이 고민이다.

Figure 1. 신의료 기술 평가 운영 및 절차 흐름도



이 신의료기술평가위원회 자료를 이용하자는 것이 제언5이다. 신의료기술로 인정받기 위해서 제출되는 자료와 위원회에서 만들어진 자료의 경우에는 객관적 시각으로 작성되었다고 인정을 하고서 접근을 하는 것이다. 이 자료를 근거로 해서 신의료 기술이 기존의 수술을 완전 대체하거나 일부 대체 하는 경우인지를 먼저 파악한다. 보험료 가격 산정에는 이미 기존 수술에 대한 빈도가 고려되어 가격에 반영이 된 것이므로 새로운 시술이 빈도를 평균적으로 늘리지 않는 것이고 기존의 수술을 대체하는 것이라면 기존의 수술에 준해서 보험금을 지급할 수 있을 것이다. 하지만 기존의 수술이 근치수술로 1회가 반영 되었는데 새로운 시술이 평균적으로 3회의 시술을 필요로 하는 것이라면 평균 3회에 대해서 1회의 수술 보험금을 인정하는 것이 합리적이라고 생각한다. 근거는 제언 3에서 언급한 바와 같이 보험요율을 결정할 때 수술의 발생 건수를 고려하였다. 그러므로 해당 수술을 1회 할 것이라는 추정해서 보험료를 결정하게 된다. 그런데 3배 정도 발생하여 이를 모두 수술 보험금을 지급해야 한다면 보험회사는 도산하게 될 것이다. 또한 발생건수를 고려해서 향후 보험료 결정에 반영하는데 보험료가 너무 많이 상승하여 신규 계약자들이 보험을 가입하기 어렵게 만들 것이다. 그러므로 보험요율 결정의 원칙을 고려해서 빈도가 증가한다면 이를 고려하여 보험금 지급을 결정하는 것이 합리적이라고 생각한다. 제언 5의 프로세스를 도표화 한 것이 Figure 2. 이다.

Figure 2. 신의료 기술의 수술 인정 여부 결정 process.



분쟁이 되었던 사례를 적용시켜 보았다. 체외충격파쇄석술의 경우 기존의 수술을 일부 대체하는 시술이며 1회 수술로 해결될 것을 평균적으로 3회의 시술을 하여 빈도가 증가하고 있다. 이 경우 제언 5 프로세스에 따르면 1회에 한하여 수술로 인정을 해주는 것이 적절하다.

간암환자에게 시행하는 간동맥 색전술의 경우에는 항암제 투여의 효과를 높여주기 위한 방법으로 수술을 대체하는 방법은 아니지만 초기 간암의 경우에는 수술적 방법을 사용하고 있기에 카테터를 이용한 수술로 인정할 수 있다. 하지만 이 역시 일부 대체에 횟수가 증가되는 방법이므로 1회 인정하는 방법이 적절하다. 하지만 간동맥 색전술은 고식적 치료에도 사용이 된다는 점을 고려해서 신중히 판단해야 한다.

중심정맥관설치술은 항암제 투여를 하기 편하게 하기 위한

방법이며 기존의 어떠한 수술도 대체하는 방법이 아니다. 그러므로 이것에 대해서는 수술로 인정하기 어렵다. 갑상선 결절에 대한 고주파열치료술은 안정성 유효성 있는 신의료기술로 아직 인정받지 못하였다. 인정받지 못한 기술에 대해서는 수술로 인정해 줄 수 없다. 이런 방법으로 향후에 생기는 많은 신의료기술에 대해서 쉽게 객관적으로 평가할 수 있다고 생각한다. 이에 대해서 다음 제6장에서 사례를 보면서 자세하게 다루겠다.

제6장 수술에 대한 정의 관련 분쟁 사례와 제언의 적용

수술에 대한 정의 관련 분쟁사례는 크게 두 개로 나눌 수 있다. 첫째는 새로운 기술이 수술인지 아닌지 여부와 관련된 것이며, 둘째는 그 수술이 직접목적 수술인지 여부와 관련된 것이다. 의학의 발전으로 신의료기술이 급증하고 있으며 내시경적 수술, 미세 침습 수술, 축소수술과 각종 인터벤션수술의 발전으로 이들 수술, 기술의 정의에 대한 사회적 합의가 없는 한은 향후 이에 관련된 분쟁은 더욱 증가할 것이며 이로 인한 사회적 비용 역시 급증하게 될 것이다. 여기에 나오는 의견 및 제언 적용은 상기 제언 5가지를 적용하였을 경우를 전제로 한 것이다.

1. 체외충격파쇄석술 분쟁

2001.3.3 여성 만성 질환 수술 1회당 계약 보험금의 25%인 5,000,000원의 보험금을 지급하기로 하는 보험가입자가 여성 만성 질환으로 분류하는 우측 신장 결석을 치료하기 위해 총 5회에 걸쳐 체외충격파쇄석술을 받았다. 체외충격파쇄석술은 체외에서 높은 에너지의 충격파를 발생시켜서 이를 신장이나 요로의 결석에 집중적으로 쏘아 결석을 잘게 부수어 결석이 소변과 함께 자연적으로 배출되도록 하는 수술을 말한다. 보험가입자는 위 5차례의 체외충격파쇄석술(2004.8.5, 2004.8.12, 2004.12.24, 2005.1.11, 2005.2.11)에 대하여 각 5,000,000원의 수술 보험금 지급을 요청하였으나 두 번을 제외한 3회의 수술에 대해서는 약관에 정한 수술에 해당하지 아니한다는 이유로 거절당하였다.

1) 당사자 주장

가. 보험자의 주장

보험자는 체외충격파쇄석술은 피부를 절개한 후 신장이나 요관을 노출시켜 결석을 제거하는 수술적 요법과는 달리, 생체의 절단, 적제 등의 조작행위가 이루어지지 않는 비수술적인 치료 방법으로 위 보험 약관이 규정하는 수술에 해당하지 아니하므로 보험금 지급대상이 아니라고 주장하였다.

나. 보험가입자의 주장

체외충격파쇄석술은 약관에서 규정하는 수술에 해당하므로 지급되지 않는 15,000,000원을 지급해야 한다고 주장하였다.

2) 법원의 판단

체외충격파쇄석술이 보험약관에서 말하는 수술에 해당하느냐에 관하여 보건의대 1) 약관은 수술에 관하여 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것이라고 정의하고 있는데 체외충격파쇄석술도 체외에서 발생시킨 충격파의 에너지를 반사장치를 이용하여 체내의 결석 부위를 쏘이는 것이므로 기구를 사용하여 생체에 조작을 가하는 것이라고 볼 여지가 있는 점 2) 체외충격파쇄석술은 신체부위를 절단하거나 적제 하는 것은 아니라고 할 것이나 보험약관은 생체에 조작을 가하는 행위의 유형에 관하여 절단, 적제 등이라는 표현을 사용하여 이를 예시적으로 규정하고 있을 뿐 절단과 적제로 한정하고 있지 아니하므로 체외충격파쇄석술이 신체부위를 절단하거나 적제 하는 것이 아니라고 하여 이를 근거로 생체 내 조작을 가하는 행위가 아니라고 해석할 수 없는 점 3) 보험자는 보험약관이 기구를 사용하여 생체에 조작을 가하는 행위 중 생체에 가해지는 침습의 정도에 따라 절단, 적제 등의 조작을 가하는 행위와 흡인 천자 등의 조치 및 신경 블록을 구분하여 전자의 경우만을 수술에 해당하는 행위로 규정하고 있으므로 생체에 가해지는 침습의 정도가 중한 이른바 관혈적 치료만이 수술에 해당하고 체외충격파쇄석술과 같이 생체에 가해지는 침습의 정도가 경한 무혈적 치료는 수술에 해당하지 않는 것으로 약관을 해석하여야 한다고 주장하나 약관 규정에 생체에 가해지는 침습의 정도에 따라 수술의 해당 여부를 규정하였다고 해석하기에는 그 문헌상 명백하지 않고, 이와 같이 약관을 해석함에 있어서 약관내용이 명백하지 못하거나 의심스러운 때에는 고객보호의 측면에서 고객에게 유리하게, 약관 작성자에게 불리하게 제한 해석할 수밖에 없는 점(대법원 1998.10.23 선고 98다 20752 판결 참조), 4) 보험자의 다른 상품의 약관에서 수술에 대한 정의를 이번 사건의 보험 약관과 동일하게 정의하면서 별표 수술분류표에서는 충격파에 의한 체내결석 파쇄술을 수술에 포함시키고 있고 다른 보험자의 상품에서도 보험금 지급대상이 되는 수술에 포함시키고 있음을 보건데 체외충격파쇄석술은 이 보험약관상의 수술에 해당하는 것으로 봄이 상당하다고 할 것이다. 또한 보험자는 체외충격파쇄석술이 보험약관 해석상 수술에 해당한다고 하더라도 모두 5차례의 체외충격파쇄석술은 모두 동일한 부위의 결석 제거를 목적으로 하는 일련의 시술과정으로 전체적으로 1회의 수술로 보아야 한다고 주장하였으나 보험약관에 수술 보험금을 지급한다는 규정만 있을 뿐 수술횟수나 수술 횟수에 따른 보험금의 한도에 대하여 아무런 제한을 두고 있지 않으므로 평균적인 고객의 이해가능성을 기준으로 하여 체외충격파쇄석술이 시행될 때마다 수술 보험금이 지급되는 것으로 이해되기 쉽고, 역시 작성자 불이익의 원칙을 들어 5차례의 수술 보험금 지급이 되어야 한다.(지방법원 판결 2006.6.1 선고 2005 가단 189909 채무부존재확인, 2006 가단 7981(반소) 보험금)

3) 의견 및 제언 적용

법원의 판단에 있어서 작성자 불이익의 원칙을 적용하고 있으며 또한 용어 분쟁에 따른 대책으로 나온 1-3종, 1-5종 수술분류표의 내용이 크게 참고 되었음을 알 수 있다. 이것으로 알 수 있는 점은 약관 작성 시 작성자 불이익의 원칙을 고려하여 애매모호한 부분이 없게 하여야 하며 또한 새로운 상품을 만들 때도 그 약관 내용이 새로운 약관을 적용하기 이전의 기존 상품의 약관을 해석 할 때도 영향을 줄 수 있음을 염두에 두어야 한다는 점을 고려해서 만들어야 한다는 것이다.

수술 분류표의 내용을 보면 1-3 종에서는 ‘충격파(衝擊波)에 의한 체내결석파쇄술(體內結石破碎術) [시술(施術)개시일로부터 60일만에 1회의 급여를 한도로 함]’, 1-5 종에서는 요로 결석 치료를 위한 체외충격파쇄석술(ESWL) [시술 개시일로부터 60일만에 1회의 급여를 한도로 함] 이라고 모두 시술 개시일로부터 60일만에 1회의 급여로 한도 함을 명시하고 있다. 보험사에서는 체외충격파 쇄석술을 수술이 아닌 조치임을 기존 약관에서는 주장을 하면서도 개정 약관의 수술 분류표에 삽입을 한 것은 새로운 기술에 대한 사회적 니즈를 반영한 결과이었다. 즉 이로 인해서 기존 약관을 해석할 때도 영향을 받을 것에 대한 고려가 없었던 것이다.

판결 내용에서 충격파를 체내에 쏘이는 것을 절단, 적제와 같이 체내에 조작을 가하는 것으로 해석하는 것은 너무 광의의 해석이라고 볼 수 있으며 개정된 수술분류표를 참조해서 수술분류표에 있으므로 수술로 인정을 해야 한다면 개정 수술분류표처럼 60일에 1회 인정하는 것도 같이 인정을 해줘야 한다고 생각한다. 이것을 적용한다면 이 고객의 경우에는 2004.8.5에 시술이 개시된 것이고 그러면 2004.8.12은 60일 내에 해당이 된다. 다시 60일 이후인 2004.12.24에 다시 1회가 된다고 보면 2005.1.11 과 2005.2.11 은 모두 60일 이내로 들어가서 총 2회의 보험금이 지급되는 것이 적절한 해석이라고 생각한다.

앞에 분쟁 해결 방안으로 제안한 것을 적용해보면(제언 4, 5) 체외충격파쇄석술은 인터벤션시술에 해당이 되며 그러므로 조치에 해당한다고 볼 수 있다. 하지만 체외충격파쇄석술을 시행하지 않는다면 환자는 요로결석을 제거하기 위해서 수술을 시행하여야 하는 것이다. 체외충격파쇄석술을 실패하면 여전히 수술을 해야 하지만 요로결석 치료를 위해서 체외충격파쇄석술은 기존의 수술을 대체 하는 방법에 해당이 된다. 그러므로 체외충격파쇄석술은 수술을 대체하므로 수술로 인정을 해야 한다고 생각한다. 하지만 빈도를 고려해 본다면 체외충격파쇄석술은 빈도를 증가시키는 조치에 해당이 된다. 그러므로 기존의 수술에 비해서 빈도가 증가하므로 적절한 기간을 두고 1회의 수술을 대신하여 수술 보험금을 지급 받을 수 있도록 하는 것이 적절하다. 이를 근거로 한다면 수술 분류표에서 정한 것처럼 60일내의 경우에는 쇄석술 횟수에 상

관없이 1회의 수술 보험금을 지급하도록 하는 것이 적절하게 된다.

2. 간동맥 색전술은 수술(operation)인가, 시술(procedure)인가?

간암치료를 위해 4회에 걸친 간동맥 색전술을 시행 받고 암 수술급여금을 청구하였다. (암보험관련 분쟁의 고찰, 방은주, 김용은. 보험의학회지, 2002)

1) 당사자 주장

가. 보험 가입자 주장

피보험자는 간암 및 만성B형 간염 진단을 받고 이를 치료하기 위하여 4차에 걸쳐 간동맥 색전술을 받았으므로 해당 약관 규정에 의해 암수술급여금을 지급해야 함에도, 보험사는 위 4차에 걸친 간동맥 색전술 중 단지 1회분만 암수술급여금을 지급하고 나머지 3회분은 해당보험 약관에서 담보하는 수술로 인정할 수 없다고 하면서 암수술급여금을 지급치 아니함은 부당하다고 주장하였다.

나. 보험사 주장

생명보험 약관상 질병, 상해, 암 및 수술의 개념은 국제질병, 상해 및 사인통계분류에 의하여 정의할 수 있는데, 동 분류에 의하면 간동맥 색전술은 의료행위에 있어서의 기타 치료, 처치(other therapeutic procedures)로 분류되어 있을 뿐, 수술(surgical procedures)로는 분류되어 있지 아니하여 이를 수술로 볼 수 없으므로 신청인이 청구하는 암수술급여금을 지급할 수 없고 다만, 신청인에게 1회분의 암수술급여금을 지급한 것은 전적으로 계약자 보호차원에서 이루어진 것일 뿐이라고 주장하였다.

2) 보험분쟁조정위원회의 판단

피보험자가 간암치료를 위해 행한 위 간동맥색전술은 사타구니를 절제하고 간에 이르는 동맥에 의료장비인 catheter를 투입시킨 후 그 장비를 통하여 암 발생 부위에 항암제가 주입될 수 있도록 하는 고난도의 최첨단 수술 기법으로서 해당약관상 암수술급여금의 지급대상이 되는 수술에 해당한다고 결정하였다. (금감원 조정번호 1997 -20)

3) 의견 및 제언 적용

간암 치료에 사용되는 간동맥색전술은 앞에 체외충격파쇄석술과는 조금 다른 점이 있다. 체외충격파쇄석술은 요로결석을 근치하는데 사용이 된다. 하지만 간동맥 색전술은 근치하는데도 사용이 되며 동시에 간암의 크기를 줄여주어 통증을 조절하는데 사용하는 고식적 치료 즉 환자의 삶의 질을 개선하는데도 사용이 되는 중재적 시술, 즉 인터벤션시술이다. 즉 수술이 아닌 인터벤션 시술이라는 점과 직접 목적이 아닌 고식적 치료에도 사용된다는 점에서 차이가 있다. 암을 치료하는 방법에는 수술적으로 치료하는 방법이 있고 항암제를 사용하는 방법이 있다. 수술보험금의 경우에는 항암제를 투여하는 방법에는 수술보험금 지급 대상이 아니다. 항암제를 혈관 주사를 통해서 혈액 속에 투여 하더라도 이를 수술로 보아서 수술 보험금을 지급하는 경우는 없다.

간동맥 색전술은 고용량의 항암제를 암 부위에 직접 투여하는데 카테터를 이용해서 간암에 혈액을 공급하는 혈관을 찾아서 그 자리에서 항암제를 암부위에 직접 투여하는 것이다. 그리고 암세포에 혈액을 공급하는 혈관을 막아서 암세포 성장에 도움이 되는 혈액공급과 영양분 공급을 차단해서 괴사시키려는 의도를 가지고 하는 시술이다. 말초 혈액에서 항암제를 투여하는 것은 인정이 되지 않고 암 근처에서 항암제를 투여하는 것은 수술로 인정해 준다는 것은 적절하지 않다고 생각을 한다.

하지만 제언 5를 적용해보면 색전술 자체가 암 수술을 대체할 수 있는 인터벤션시술이므로 근치적 목적으로 사용이 되었다면 적절한 기간을 두고 1회 인정해 주는 방안을 사용할 수 있다. 하지만 직접목적으로 사용된 경우가 아닌 단지 삶의 질을 개선 해주려는 즉 암의 크기를 줄여서 환자가 겪는 통증을 경감시켜주려는 의도에서 시행하는 고식적 치료에 해당하는 색전술의 경우에는 기존의 암 치료를 위한 직접 목적을 가진 수술을 대체한다고 보기 어려우며 이를 수술 보험금 지급 대상으로 할 수 없다. 그러므로 이 경우에는 어떤 목적을 가지고 시술을 했는지를 먼저 파악을 해야 하고 간암을 치료하기 위한 목적이라면 체외충격파쇄석술과 마찬가지로 적절한 기간을 정하고 기간 내에는 1회 수술로 인정하여 수술 보험금을 지급하는 것이 적절하다고 생각한다. 하지만 목적이 삶의 질의 개선에 있다고 한다면 수술 보험금을 지급하지 않는 것이 타당하다고 생각을 한다.

현재 보험사는 원칙적으로 수술등급표에 분류되어 있는 수술만을 수술로 인정하고 있고, 선진 의료적 첨단 수술은 해당 약관 수술의 정의에 해당하여야 하고 약물 투여치료, 방사선 조사치료 또는 기타의 보존적 치료로 분류 될 수 없는 경우에 한해 수술로 인정 한다는 지침을 갖고 있다. 이 원칙에 따르면 간동맥 색전술은 인터벤션시술로 간에 발생한 암에 혈액을 공급하는 혈관을 찾아서 이 혈관에 직접 항암제를 투여하고 혈관을 막아 항암제의 효과를 높이는 시술이다. 이것은 위 지침의 약물 투여치료에 해당한다고 볼 수 있다. 그러므로 지급 대상이 아니다.

하지만 삶의 질 개선 목적인지 판단의 어려움, 그리고 간암의 나쁜 예후를 고려하고 5번째 제안을 적용하여 이를 카테터를 이용한 수술이라고 보고 60일만에 1회 급여를 한도로 하여 보험금을 지급하는 것이 적절한 선택이라고 생각한다.

3. 중심정맥관(Hickman catheter)삽입술은 수술(operation)인가 시술(procedure)인가?

백혈병으로 진단되어 치료중인 환자가 중심정맥관삽입술을 시행 받았다. (중심정맥관삽입술이란 수혈, 항암제투여 등을 위하여 환자의 목 부분을 통하여 쇄골하정맥에서 심장으로

로 향하는 상대정맥에 특수하게 고안된 도관을 삽입하는 것을 의미한다.) 그리고 중심 정맥 삽입술에 대한 암관련 수술 보험금을 청구했다. (암보험관련 분쟁의 고찰, 방은주, 김용은. 보험의학회지, 2002)

1) 당사자의 주장

가. 보험가입자 주장

약관에 의하면 암치료를 목적으로 수술을 받을 경우 암수술급여금을 지급한다고 규정하고 있는바, 암치료를 목적으로 2차례에 걸쳐 암수술을 받았음에도 1회분의 수술급여금만 지급되는 것은 부당하다.

나. 보험사 주장

중심정맥관삽입술은 항암치료요법 중 화학요법으로써 이는 의사가 환자의 몸에 기구를 사용하여 외과적으로 자르거나 찢는 수술이라고 보기 어렵다. 다만, 보편적으로 암진단 시 외과적 수술이 1회 시행되는 점과의 형평성을 고려하고 동 삽입술이 일정한 간격을 두고 반복적으로 시행되는 점을 감안하여, 본 건에 대하여 암수술급여금 1회분을 지급한 것이므로 신청인의 추가 지급 요구는 부당하다.

2) 보험분쟁조정위원회의 판단

중심정맥관삽입술을 암치료를 직접목적으로 하는 수술이라고 볼 수 있는지 여부에 대하여 본 건 중심정맥관삽입술은 아래의 사항을 감안하여 볼 때 암치료를 직접적인 목적으로 하는 수술이라고 보아야 한다.

아래: '수술'의 사전적 의미는 몸의 일부를 제거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법이라고 정의되어 있으며, 동 삽입술은 마취상태에서 몸의 일부를 통하여 도관을 삽입하고 도관을 통하여 항암치료를 하는 외과적인 치료방법이므로 수술이라고 봄이 상당하다고 인정된다. (금감원 조정번호 2001-27)

3) 대법원 판례(2003.10.10 선고 2003 다 38467 판결)

판결요지: 환자의 목의 경정맥이나 팔 윗부분의 상지정맥 또는 쇄골하정맥 등을 통하여 특수하게 고안된 도관을 원하는 위치에 삽입하는 시술인 '중심정맥관삽입술(히크만카테터 삽입술)은 백혈병 치료를 직접 목적으로 하기보다는 치료에 필요한 항암제를 투여하는데 그 목적이 있는 점, 암수술급부금은 암치료와 관련하여 발생하는 수술비용 전부를 보장하기 위한 것이라기보다는 암 치료를 직접적인 목적으로 하는 수술로 인하여 환자가 부담하게 될 비용 중 일부만을 보장할 것으로 예상하고 책정된 점, 중심정맥관삽입술의 건강보험 요양급여 비용은 최고 109,640원으로 정해져 있어 오히려 암수술급부금 300만원에 훨씬 미치지 못하고 있는 점을 비추어 볼 때 중심정맥관삽입술(히크만카테터)은 개인보험의 보험약관에서 정한 암치료를 직접 목적으로 하는 수술에 해당한다고 볼 수 없다. 단, 피보험자의 암진행상태 등을 고려하고 원만한 진행을 위해 최초 1회에 한 해 수술 급여금 지급을 현실적으로 고려 할 수도 있다.

4) 의견 및 제언 적용

암환자에게 투여하는 항암제를 말초혈관을 통해서 투여하면 그 독성으로 인해 혈관이 일시적으로 변형이 와서 재사용이 곤란하게 되는 경우가 많다. 결국 여러 차례 항암제 투여를 하면 항암제를 주사할 혈관을 찾기가 곤란한 경우가 많으며 항암제가 혈관 밖으로 세어 나간다면의 약제의 독성으로 인해서 혈관 주변 근육과 피부의 괴사가 올수도 있다.

중심정맥관삽입술로 큰 혈관에 관을 넣어 고정을 해 두면 항암제 투여 시 혈관 손상에 따른 위험성을 줄여주고 매번 혈관을 찾느라 고생을 하지 않아도 되기 때문에 의료진이나 환자들에게 고생을 덜하게 해주는 역할을 해주는 시술, 조치이다. 즉 암환자에 대한 중심정맥관삽입술은 수술 목적이 항암제를 투여할 혈관 확보를 쉽게 하기 위한 시술, 조치이다. 이것은 기존의 수술을 대신하여 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 수술 기법으로 치료한 경우에 수술, 신생물 근치 방사선 조사 분류표 상의 동일 부위 수술로 본다는 지침에 맞지 않는 것이다. 중심정맥관삽입술은 기존의 혈관 확보를 위한 주사를 대신하는 것으로 기존의 수술을 대신하는 것도 아니며 혈관 확보의 목적이 항암제를 투여하기 위한 것이므로 지침에는 전혀 맞지 않는다.

더구나 혈관 확보를 위한 시술을 암의 치료를 위한 직접목적의 수술로 보는 것은 문제가 있다. 이 조치를 하지 않으면 생명에 지장을 주는 것이 아니며 이는 오히려 암치료를 편안하게 하려는 간접 목적의 조치로 분류해야 한다.

대법원의 판시를 보면 중심정맥관 삽입술의 건강보험 요양급여 비용은 최고 109,640원으로 정해져 있어 오히려 암수술 급여금 300만원에 훨씬 미치지 못하고 있는 점을 비추어 볼 때 중심정맥관삽입술(히크만카테터)은 개인보험의 보험약관에서 정한 암치료를 직접 목적으로 하는 수술에 해당된다고 볼 수 없다고 판시를 하고 있는데 상당한 재산상의 손실을 준비한다는 보험의 원리상 상당히 적은 금액의 시술이 보험의 대상인지에 대한 논의도 필요하다. 또한 초과이득이 상당함으로써 도덕적 해이와 분쟁이 야기될 수 있으므로 초과이득이 상당한 부분에 대한 고려도 필요하다고 생각한다.

4. 에탄올주입술의 수술 해당 여부

비중독성 갑상선 결절 진단을 받고 갑상선 결절 치료를 위해 에탄올주입술을 시행 받은 후 에탄올주입술에 대한 수술 급여금을 청구하였다

1) 당사자의 주장

가입자는 수술보장 특약약관 수술분류표에는 첨단의 치료 기법으로 시술한 경우 수술로 본다고 규정하고 있음에도 수술의 범위를 축소 해석해서 2회의 에탄올주입술에 대하여 수술 급여금을 지급하지 않는 것은 부당하다고 주장하였고 보

험자는 에탄올주입술은 기구를 사용하여 생체에 절단, 적체 등의 조작을 가하는 수술에 해당하지 않아 수술보험금 지급 대상이 아니므로 수술보험금을 지급하지 않는 것이 타당하다고 주장하였다.

2) 분쟁조정위원회의 판단

에탄올주입술은 초음파 등 영상장비를 이용하여 치료하려는 병소의 위치를 확인한 후 병소를 주사기로 천자하여 그 내용물을 흡인 후 일정량의 에탄올을 주입하고 약 2-10분 정도 기다렸다가 주입했던 에탄올을 다시 흡인, 제거하는 치료행위로 천자, 흡인 등의 조치에 해당 되는데, 신청인이 시행 받은 에탄올주입술은 당해 보험약관에서 규정하고 있는 수술이라고 보기 어렵다 할 것이며 한편 에탄올주입술은 수술보장 특약의 수술분류표에서 정하는 첨단의 치료기법에 해당하므로 수술급여금을 지급해야 한다고 주장하였으나 수술보장 특약은 다른 보험 상품에 부가되어 있는 특약이고 이번 건의 보험 상품의 특약으로 구성되어 있지 아니한바, 신청인의 주장은 이유가 없다 할 것이라고 판단하였다. 즉 분쟁 조정위원회에서는 수술로 인정하지 않았으며 이로 인해 수술 보험금을 지급하지 않아도 된다고 판단한 것이다.(금감원 조정번호 2007-10)

3) 의견 및 제언의 적용

에탄올주입술은 기존의 수술분류표의 갑상선 수술에 해당하는 2종 수술을 대신할 수 있는 신의료기술에 해당하는 조치라 할 수 있다. 지침에서는 기존의 수술의 정의에 해당해야 한다고 명시하고 있어서 주사와 흡인의 조작만 있기 때문에 수술이라고 볼 수 없다는 것이 타당하다.

하지만 갑상선 결절의 크기가 크거나 미용상의 문제가 있거나 주변 조직을 압박하거나 악성이 의심이 되는 경우에 수술을 시행하므로 이 경우에 수술을 대신하여 에탄올주입술을 시행하였다면 수술을 대체하는 행위가 된다. 즉 이 조치를 하지 않는 경우에는 수술을 시행하여야 하고 당연히 수술 보험금이 지급이 되었을 것이다. 하지만 에탄올주입술은 주로 크기가 작은 경우에 시행을 하기 때문에 수술 적용증이 아닌 경우에도 수술을 할 수 있는 행위이므로 수술을 완전 대체 하는 조치는 아니고 일부 대체 및 보완하는 행위에 해당이 된다. 그러므로 수술을 해야 하는 적용증에 해당이 되는 경우에는 에탄올주입술을 일정 경과 중 1회를 인정해줄 수 있다고 생각한다. 하지만 수술의 적용증이 되지 않는 동반 증상이 없는 단순 결절의 경우에 시행한 것에 대해서는 조치인 점을 감안하여 수술 보험금을 지급하지 않아야 한다고 생각한다. 하지만 이를 명확하게 감별할 방법이 없으므로 위원회에서 논의를 통해서 결정을 하는 것이 좋겠다. 수술을 대신할 수 있다는 점에서 수술의 적용이 되는 환자인 경우에 한해서 60일에 1회의 기준 등을 적용해서 보험금을 지급하는 것이 가능하다고 생각한다.

5. 담도배액관삽입술 등의 임수술 급여금 지급 대상 여부

간암으로 99년 1월에 진단을 받고 간동맥 색전술을 10회 받았고 2002년 12월에 간이식을 받고 각각의 수술에 대해서 암수술 급여금 2,200만원(11회)을 받았다. 간 이식 합병증으로 우측 담관 협착이 발생하여 2003년 4월에 담도배액관삽입술을 받고 이후 2004년 5월까지 담도배액관교체술 및 확장술을 11회 시행하였다. 총 12회중 4회에 대해서 암수술 보험금 800만원을 지급하였으나 나머지 8회에 대해서는 지급을 거절하였다가 더 이상 담도배액관삽입술 관련해서 추가 보험금 청구를 하지 않겠다는 합의에 의해서 5회를 추가 지급하였음. 2005년 11월에 2회의 기존에 시행했던 우측이 아닌 좌측의 담관 협착이 있어 좌측 담도배액관삽입술을 받고 다시 보험금 청구하였으나 거절되어 소송을 하였다.

1) 당사자의 주장

가. 보험가입자의 주장

간암으로 인한 간이식 수술 후 담관협착 때문에 담도배액관삽입술, 교체술 및 확장술을 받았는데 피신청인이 간암에 대한 직접적인 치료라 아니라서 이유로 지급을 거절하는 것은 부당하며, 우측 담관협착에 따른 담도배액관삽입술, 교체술 및 확장술에 대해서는 암수술 급여금을 지급받았으므로 좌측 담관협착에 따른 담도배액관삽입술, 교체술 및 확장술에 대해서도 동일하게 지급되어야 한다.

나. 보험회사의 주장

간암의 직접 치료를 위한 수술은 간 이식 수술로 이식 후 현재 정밀 검사 상 확인되는 암의 존재가 있는 것도 아니며, 담도배액관삽입술, 교체술 및 확장술은 간이식 수술에 따른 합병증을 치료하기 위한 것이므로 암 수술 급여금을 지급할 수 없음. 또한 신청인은 과거에 담도배액관삽입술 및 확장술과 관련된 어떠한 청구나 민, 형사상의 이의제기도 하지 않을 것을 약속하는 확인서를 제출하였으므로 암 수술급여금을 지급할 수 없다.

2) 분쟁조정위원회의 판단

당해 약관을 보면 보험기간중 주피보험자 또는 종피보험자가 책임 개시일 이후에 최초로 암으로 진단이 확정되고 그 암의 치료를 직접 목적으로 하여 수술을 받았을 때 암수술급여금을 지급한다고 규정되어 있다. 당해 약관에서는 수술의 정의를 규정하고 있지 않으나, 일반적으로 수술이라 함은 '몸의 일부를 제거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료 방법'을 말하며 상기 담도배액관삽입술 등은 국소마취 후 피부를 천자하여 도관(카테터)을 삽입, 교체하여 담즙을 배액하거나, 협착 부위에 풍선을 삽입하여 넓혀주는 시술로서, 수술이라기보다는 의료적 처치에 가까움. 상기 시술을 수술로 볼 수 있다 하더라도, 서울중앙지방법원에서 2004년 10월 7일에 판시한 판례에 따르면 '암의 치료'를 종양이 잔존하고 있음을 전제로 하여 잔존 종양을 제거하거나, 종양의 증식을 억제하는 등의 방법으로 환자를 낫게 하기 위한 의료 행위를 뜻한다고 할 것이고, 종양이 남아있지 아니

한 상태에서 재발을 방지하기 위한 의료 행위 및 함암 치료의 후유증을 완화시키기 위한 의료 행위까지 포함한다고 할 수 없다하고 있는 점을 비추어 볼 때(2004가합48985) 본 건 시술은 담담의사의 소견에 따르면, 간 이식수술로 인하여 종양이 남아있지 않은 상태에서 간이식 수술에 다른 합병증의 치료를 목적으로 시행된 것임이 분명한 바, 당해 약관에서 정하고 있는 '암의 치료를 직접목적으로 하는 수술'로 볼 수 없다 할 것임(금감원 조정번호 2006-27)

3) 의견 및 제언의 적용

'수술'의 사전적 의미는 몸의 일부를 제거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법이라고 정의되어 있다. 담도배액관삽입술은 담즙에 배출되지 못하는 상황에서 담즙을 체외로 배출시키기 위해서 국소 마취하에 도관을 삽입을 하여 도관을 통해서 담즙이 배출되도록 하는 중재적 조치, 즉 인터벤션시술이다. 황달이 발생하였을 때 원인 질환에 따라서 내과적 치료 또는 수술적 치료를 하면서 경과를 관찰한다. 담도배액관삽입술을 시행하는 경우는 대부분 환자의 삶의 질을 고려한 고식적 치료를 하거나 내과적 또는 외과적 치료를 하면서 발생하는 일시적인 문제 해결을 위해서 사용한다. 그러므로 기존의 수술을 대체 하는 시술도 아니며 또한 질병 치료를 위한 직접 목적 시술로도 볼 수 없으므로 수술보험금 지급 대상으로 보기 어렵다.

6. 고주파열치료술의 수술 해당 여부

비중독성 갑상선 결절 진단을 받고 갑상선 결절 치료를 위해 고주파열치료술을 2회 시행 받고 수술급여금을 청구하였다. 보험자는 1회의 수술급여금만 지급하겠다고 하자 2회 지급을 요청하였다.

1) 당사자의 주장

가입자는 비중독성 갑상선 결절 치료를 위해 2회의 고주파열 치료를 받았음에도 보험자가 1회분의 수술 급여금만 지급하겠다는 것은 부당하다고 주장하였다.

반면에 보험자는 고주파열치료는 종양을 완전히 제거하지 못하는 중간적인 치료 방법으로 갑상선 암일 경우나 종양이 큰 경우 또는 재발하는 경우에는 완전한 치료 방법으로 절제술을 권유하고 있어 고주파열치료를 수술과 동일한 효과를 갖는 치료법이라고 보기는 어렵다. 하지만 고객의 불만을 적극적으로 수용하는 차원에서 전체의 고주파열치료에 대해서 동일한 효과를 갖는 1회의 절제술에 해당하는 것으로 보아 1회의 수술급여금만 지급하는 것이 타당하다고 주장하였다.

2) 분쟁조정위원회의 판단

당해 보험약관에서는 수술의 정의를 규정하고 있지 않으나 일반적으로 수술이라 함은 몸의 일부를 제거나 도려내거나 하여 병을 낫게 하는 외과적인 치료방법을 의미하고(2006.5.23. 결정 제 2006-27호), 고주파열치료는 초음파를

보며 고주파열치료 바늘을 종양 내에 삽입한 후 고주파 영역에서 전류를 통하게 되면 바늘 끝에서 섭씨 100도 정도의 마찰열을 발생하는데 이 열로 종양을 태워 크기를 줄여나가는 중간적인 치료 방법으로 수술로 보기보다는 의료적 처치가 가까우며 또한 고주파열치료를 갑상선 종양치료에 이용하는 것은 아직 초기 단계로서 국내 특정 병원에서만 시행되고 있고 그 치료 효과에 대하여 일반적으로 의학계에서 수술을 대신하여 완치율이 높은 시술로 인정되는 치료기법이라고 보기도 어려운 점을 들어 고주파 열치료술은 수술이 아니라는 보험자의 의견을 인정하였다.(금감원 조정 2007-22)

3) 의견 및 제언의 적용

갑상선 결절에 대한 고주파열치료술은 신의료기술 심사 결과 아직 그 효능, 효과에 대한 근거 자료가 부족하여 반려된 의료 행위로 일종의 실험적인 의료행위라고 할 수 있다. 반려가 되는 경우에는 해당 신의료기술은 인정을 받지 못하고 있으므로 이 행위를 환자에게 시행을 하고 비용을 청구하는 것은 임의비급여에 해당하는 것으로 그 자체가 불법이다. 이런 경우 이 행위의 안정성, 유효성을 검증하기 위한 연구 행위로서 이 행위를 환자에게 시행하는 것은 허용이 되는데 먼저 임상시험심사위원회(IRB, Institutional Review Board)를 통과하여야 하며 이 경우에 환자에게 비용을 청구하지 못한다. 이것은 사람에게 해가 될 수 있는 의료 행위를 제한하여 안전하고 양질의 의료 서비스가 환자들에게 제공 될 수 있게 하는 것이다. 또한 비용을 청구할 수 없도록 함으로써 무분별한 임의비급여 행위가 시행되지 않도록 환자를 보호하는 측면이 있는 것이다.

이렇게 의료 행위로서 인정되지 못한 의료 행위를 한 경우에 의사에 의해서 행하여진 수술로 인정해서 수술보험금을 청구하고 이에 대한 수술 보험금이 지급이 된다면 아직 안정성, 유효성이 확보되지 않은 의료 기술이 널리 사용될 수 있도록 하게 만드는 역기능이 발생하게 되어 오히려 환자를 보호하지 못하게 하는 상황이 발생할 수 있게 되는 것이므로 이런 경우에는 사회정의상 반드시 수술보험금이 지급되지 못하도록 해야 한다고 생각한다.

7. 폐색전술이 암수술금의 지급 대상인지 여부

유방암이 폐로 전이가 되어 일본에서 폐 색전술을 시술 받았다. 19회를 시술을 받고 보험금을 청구하여 보험금 1억 1천 4백여만 원의 보험금을 지급 받았다. 이후 2회의 색전술을 추가로 받고 다시 보험금을 청구하였다. 이에 보험사는 지급을 거절하였고 이미 지급된 보험금을 부당이득으로 반환하라고 소송을 제기하였다. 1,2 심에서는 폐색전술이 폐암 치료의 대중화된 수술법이 아니고 암치료를 직접 목적으로 하지 않으므로 보험금 지급 대상이 아니라고 판결을 내렸으나 대법원에서 판결을 뒤집고 넓은 의미에서 수술로 볼 수 있다며 원고 패소 판결을 했다.

1) 대법원 2010.7.22 선고 2010다28208

판결 요지: 甲 보험회사의 보험계약 약관에서 말하는 암 수술급여금의 지급 대상인 ‘수술’에 폐 색전술이 해당하는지 여부가 문제된 사안에서, 보험계약 약관 제5조에서는 암 보험급여의 대상이 되는 수술을 특정암 또는 일반암의 치료를 직접적인 목적으로 수술을 받는 행위라고만 규정하고 있을 뿐 의료계에서 표준적으로 인정되는 수술이라고 제한하고 있지 않고, 위 약관에서 수술의 의미를 구체적으로 명확하게 제한하고 있지 않으므로, 가는 관을 대동맥에 삽입하여 이를 통해 약물 등을 주입하는 색전술도 넓은 의미의 수술에 포함될 여지가 충분히 있고, 甲 보험회사는 병원에서 직접 乙의 치료 내용을 확인한 후 3년 3개월 동안 19회에 걸쳐 함께 1억 1,400만원의 암 수술 급여금을 지급해 왔으므로 乙이 받은 폐 색전술은 보험계약 약관 제 5조의 수술에 해당한다고 봄이 상당하고, 이러한 해석론이 약관 해석에 있어서의 작성자 불이익의 원칙에도 부합하는 것이라고 하여, 폐색전술이 보험계약 약관 수술에 해당하지 않는다고 본 원심 판결을 파기한 사례

원심 판결: 색전술은 암세포가 혈액에 의존하는 점을 이용하여 영양분을 공급하는 혈관을 화학 물질을 이용 차단해 암세포만을 선택적으로 괴사시키는 방법으로서 전이된 폐암 치료에 있어 표준화 된 치료가 아니라 소수 병원에서 실험적으로 시행되는 것이고, 유방암 또는 유방암에서 전이된 폐암과 관련하여 암치료를 직접적인 목적으로 하는 수술이라고 볼 수 없으므로 폐색전술은 이 사건 보험계약의 약관에서 말하는 암 수술 급여금의 지급 대상인 수술에 해당한다고 볼 수 없다고 판단

2) 의견 및 제언의 적용

갑상선 결절에 대한 고주파열치료술 처럼 폐 색전술도 아직 안정성 유효성이 확보되지 않는 신의료기술이다. 우리나라에서는 신의료기술이 국민을 대상으로 시행이 되려면 신의료기술평가위원회를 통과해서 인정이 되어야만 가능하다. 폐색전술은 신의료기술평가위원회에 신청도 되지 않은 신의료기술이다. 당연히 우리나라에서는 암에 대한 폐색전술은 연구를 하기 위한 것이 아니라면 불법의료행위 해당된다. 그러므로 폐색전술을 시행하고 비용을 청구를 한다면 불법의료행위를 시행한 것이다.

일본의 경우에는 우리나라와 제도가 달라서 신의료기술과 같은 고도 선진화 의료의 경우에 아직 인정받지 못하였을 때에 특정 병원에서만 가능하도록 하고 있고 그 특정 병원에서 안정성, 유효성이 확보되면 모든 병원에서 가능하도록 해주고 있다. 우리나라에서 의료행위를 하지 못하게 하거나 일본 처럼 특정 병원에서만 한시적으로 허용하는 것은 아직 그 유효성을 알 수 없으며 위험할 수도 있는 의료 행위가 조기에 보편화 되는 것을 막아 국민 건강을 지키겠다는 의미이다.

줄기세포 시술이 우리나라에서는 이런 이유로 불법 의료행위인데 줄기세포 시술이 가능한 중국으로 줄기세포 시술을 받는 의료 여행이 크게 늘고 있다. 말기 환자의 안타까운 심정을 이용한 상술이라고 비난을 받으며 이런 식의 불법의료 여행에 대한 지침 마련이 필요하다는 논의가 최근에 있었다. 수술인지 수술이 아닌지를 떠나 아직 실험적인 의료행위에 대해서 보험급여를 인정해주는 것은 사회정의상 반드시 수술 보험금이 지급되지 못하도록 하여야 한다고 생각한다.

인정받는 의료행위라고 하더라도 인터벤션시술에 해당하는 폐색전술은 수술이라고 볼 수 없다. 인터벤션은 대한의사협회와 건강보험심사평가원에서 분류한 행위 유형에 인터벤션시술에 분류가 되어 있다. 하지만 이 시술의 대상이 근치적 수술의 대상이었다면 대체하는 첨단 신의료기술로 인정이 되어 수술보험금 지급 대상이 될 수 있다. 하지만 이 건의 경우 유방암이 폐로 전이가 되었고 이 폐로 전이된 암을 치료하기 위해서 시술을 한 것으로 유방암 자체가 아닌 전이가 된 암을 치료하기 위한 것이라는 점에서 근치적 수술을 대신하는 것이 아닌 고식적 치료에 해당한다고 볼 수 있다. 그러므로 암을 치료하기 위한 직접 목적 수술로 보기 어려우므로 암 수술 보험금이 아닌 일반 수술보험금 지급 대상이 될 수 있으며, 또한 빈도가 증가하는 첨단 시술이므로 적절한 기간을 두어서 기간 내 1회 인정으로 할 수 있다고 생각한다. 하지만 이것은 합법적인 인정받는 시술을 전제한 것이다.

제7장 수술의 정의와 해결 방안

5가지 제언과 사례 분석을 통해서 수술과 비수술에 대한 해결 방안을 보험의 원리를 고려해서 다음과 같이 마련해 보았다. 먼저 수술을 정의해보고 해결방안을 제시하겠다.

1. 수술의 정의

의료와 같이 급격히 발전하는 분야에 있어서의 용어의 정의는 의학의 발전과 더불어 변경이 될 수밖에 없다. 비갱신형 보험약관의 경우 계약기간 동안은 용어의 정의가 변하지 않도록 되어 있어 이로 인해 계약 당사자 간의 이해관계에 따라 해석상의 차이를 유발 시킨다. 그러므로 수술에 대해서 변하지 않는 용어 정의를 한다는 것은 의미가 없다. 선진국 등 대부분의 나라에서는 갱신형 및 실손 형태의 건강보험이 판매되고 있으며 초과 이득 금지 조항을 적용하고 있으므로 이로 인한 도덕적 해이가 발생하지 않으며 수술로 인정 해달라고 하는 분쟁이 발생하지 않으므로 수술에 대한 정의가 굳이 필요가 없다.

하지만 우리나라의 경우에는 비갱신형의 수술 정액 급부를 부보한 건강보험의 판매가 이루어져 있어 의학의 발전에 따른 변화를 고려하고 분쟁이 발생했을 때 참조로 사용할 수 있는 수술의 정의가 필요하다.

먼저 우리나라 보험사의 약관상의 수술의 정의를 보면 다음과 같다. 보험기간 중 피보험자가 책임 개시일 이후에 의사에 의하여 해당 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 해당질병의 치료를 직접적인 목적으로 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자 등의 조치 및 신경차단(nerve block)은 제외 한다.

이 약관상의 정의는 2007년 금융감독원에서 소비자 권익 제고를 위한 보험 약관 개선 보도자료를 통해서 일부 변경이 되는데 기존 약관에서는 수술 보험금이 지급되는 조건을 피보험자가 입원을 하여 수술한 경우로 제한하거나 수술 정의도 생체절단, 적제 등의 조작을 가하는 것으로 제한되어 있었는데 이를 수술 보험금 지급기준에서 입원 조건을 폐지하고 의료기술 발전에 부합하도록 수술의 정의 등을 변경하였다. 즉 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단 수술 기법을 포함(검사 목적의 시술 등은 제외)하도록 하였다.

건강보험심사평가원 수가개발부 행위유형검토소위원회 수술 유형에 대한 분류 기준을 보면 수술실에서 마취 하에서 이루어지는 시술로 절개, 절제, 봉합 등이 필요한 행위로 '등'에는 절개, 절제, 봉합 외 Pin 을 삽입하는 행위(근 골격계 시술)등이 포함된다고 하고 있다.

이상의 수술의 정의와 보험요율 산정, 의료 적정성, 그리고 의학의 발전 등을 고려하여 수술의 정의를 할 때 고려를 해야 할 점을 보면 먼저 대상 의료기관을 명확하게 할 필요가 있다. 검증하기 어려운 외국의 병원과 노인장기요양보험 도입에 따른 요양병원과 요양시설의 문제가 야기 될 수 있으므로 약관 작성 당시의 경우를 고려해서 요양병원과 요양시설에 대해서는 대상 병원에서 제외되어야 하며 외국의 병원에 대해서는 당시 약관에서 보장을 하고 있으므로 제외할 수는 없지만 국민 건강보호를 위해서 적절한 병원에 대한 사회적 합의가 있어야 한다.

의료의 적정성을 다루고 있는 '의사에 의하여 해당 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우, 의사의 관리 하에 해당질병의 치료를 직접적인 목적으로' 라는 문구는 꼭 필요한 부분이다. 이 부분에서 꼭 고려하여야 할 점이 의사가 하는 의료행위는 의료계에서 표준적으로 인정되는 행위이어야 한다는 점이다. 신의료기술평가위원회에서 안정성 유효성이 인정되지 않는 의료 행위에 대해서까지 보장해주는 것은 유해할 수도 있는 의료 기술을 널리 사용되도록 조장할 수 있어 사회 정의에 반하는 것이다.

외국에서 시술을 받는 경우에도 이것은 적용이 되어야 한다. 우리나라에 의료계에서 표준적으로 인정되는 행위에 대해서만 외국에서 받더라도 인정을 해야 한다. 의학의 발전을 반영한 2007년 금융감독원에서 소비자 권익 제고를 위한 보험 약관 개선 보도자료 내용도 중요한 내용이다. 즉 기존의 수술의 효과 보다 우월한 신의료기술에 대해서는 수술로 인정하기 어려운 것이라고 하더라도 보험요율에 반영된 점을 고려하여 인정을 해줘야 한다. 이를 고려하여 보험의학적인 수술의 정의를 해보면 다음과 같다.

보험의학적인 수술의 정의: 보험기간 중 피보험자가 책임 개시일 이후에 의사에 의하여 해당 질병의 치료가 필요하다고 인정된 경우 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 병원, 의원 또는 이와 동등하다고 인정하는 의료기관에서 의사의 관리 하에 해당질병의 치료를 직접적인 목적으로 마취하에 기구를 사용하여 생체에 절단, 적제 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 기존 수술을 대체하는 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 표준적인 치료로 인정하고 있는 첨단 수술 기법인 경우는 수술로 인정하도록 한다. 새로운 기술을 수술보험금 지급대상으로 인정할 때 기존 수술의 빈도와 대상을 고려하여 동일한 대상과 빈도를 인정하도록 한다. 다만 흡인, 천자 등의 조치 및 신경차단(nerve block)의 시술, 그리고 검사 목적의 시술 등은 제외하도록 한다.

2. 해결 방안

기존의 의료 행위에 대해서는 제언 4를 적용해서 건강보험 심사평가원의 행위 유형 분류 자료를 이용하여 수술 유형은 수술로 인정하고 인터벤션시술 유형의 경우에는 제언 5를 적용해서 수술 대체 여부와 빈도를 고려해서 결정하고 최종 결정은 위원회를 통해서 결정할 것을 해결방안으로 제시한다.

현재 문제가 되고 있는 것은 약관 작성 당시와 달리 급격히 증가하고 있는 첨단 신의료기술이 문제가 되고 있다. 신의료기술의 경우에는 대부분 시술이 환자에게 부담을 적게 주거나 수술 적으로 접근이 어려운 부분도 접근이 가능해져서 적용중이 확대 된다는 점이 있으며 빈도가 증가 된다는 점이다. 수술의 경우에는 보통 1회 수술하는 경우가 대부분이었으나 인터벤션의 경우에는 대부분 여러 번으로 나누어 시술하는 경우가 흔하다. 그러므로 빈도를 고려해서 보험요율을 결정하였다는 점에서 이런 부분을 고려해주어야 한다. 이 부분을 고려하지 않고 보험요율에 비해서 3배의 보험금이 지급이 된다면 보험회사가 도산할 수 있으며 보험회사의 도산은 상당히 많은 다른 보험가입자들에게도 피해로 이어질 수 있다. 또한 보험료를 인상함으로써 향후 가입자들에게 불이익이 발생하게 된다. 그러므로 보험요율 산정을 고려한 판단을 하여야 한다.

먼저 건강보험심사평가원의 행위분류소위원회에서 수술로 분류가 되어 있는 것에 대해서는 약관 작성 이후에 신설된 행위라고 하더라도 해당 질병을 직접적으로 치료하는데 사용되

는 의료계의 표준적 치료로 인정된 수술이라면 인정을 해주어야 한다. 인터벤션시술로 분류가 시술에 대해서는 기존 수술을 대체하는 완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 표준적인 치료로 인정하고 있는 첨단의 수술 기법인 경우는 수술로 인정하도록 한다. 대체수술을 인정할 때 기존 수술의 빈도와 대상을 고려하여 동일한 대상과 빈도를 인정하도록 한다. 이를 해결하기 위해서는 새로운 시술에 대한 수술 인정 여부를 다루는 의료계와 소비자, 민간보험자, 그리고 학자들로 구성된 금융감독원 산하 위원회의 구성이 필요하다. 위원회에서 인정 여부와 빈도의 인정여부를 결정하도록 한다. 또한 행위 유형분류 이후에 도입되는 새롭게 인정되는 의료 행위에 대해서도 같은 기준으로 신의료기술 평가위원회의 자료를 참조하여 위원회에서 다루며 기존 수술의 대체행위 여부, 그리고 빈도 증가 여부를 고려해서 수술 보험금 지급 대상으로 인정할 수 있는지를 다루도록 하면 된다.

제8장 결론

약관의 용어가 부정확하게 사용된 경우에 발생할 수 있는 분쟁과 이로 인한 사회적 비용이 적지 않음을 알 수 있었다. 장기적인 미래를 예측해야 하는 보험의학 관점에서 적어도 수술 및 직접 목적이라는 용어에 대해서는 사회적 합의와 보험자, 가입자관점에서 합리적으로 받아들일 수 있는 지혜가 필요한 시점이다.

이번 연구에서는 급격히 발전하는 의학 기술을 적절히 반영하지 못하는 약관의 문제점 중 특히 의학과 관련된 용어에 대해서 다루었다. 특히 수술과 직접 목적, 그리고 의료의 적정성 문제를 다루었으며 이 중에서 특히 수술과 시술의 문제를 다루었다. 정책형 보험 상품과 초과 이익이 가능함으로 인한 도덕적 해이와 분쟁의 가능성을 알아보았으며 이로 인해서 수술로 인정해 달라고 하는 분쟁이 나타남을 알 수 있었다. 보험의 지속 가능성을 위해서도 이에 대한 합리적 해결이 필요하며 이를 위해서 건강보험심사평가원의 행위유형 분류와 건강보험심사평가원의 요양급여 결정기준을 이용하는 방법을 차용하여 해결책을 제안하였다.

우리나라에서만 문제가 되고 있는 수술과 시술의 해결 방안에 대한 첫 번째 제안이라는 점에서 의미가 있으며 이를 기반으로 사회적 합의가 이루어지길 바란다. 또한 보험 약관을 작성할 때 미래 지향적인 약관을 작성해야 하며 특히 의학과 관련된 부분을 다루는 보험의학 전문가의 양성이 필요하다.

참고 문헌

I 단행본

- (1) 보험의 원칙: 생명, 건강 및 연금 보험, LOMA, 제 2 판.
- (2) 보험의학의 원리와 적용, 이신형 저, SIS 아카데미.
- (3) 보험학 원론, 이경룡 저, 영지 문화사.
- (4) 보험기초이론, 생명보험협회, 2005.
- (5) 약관의 규제에 관한 법률, (타) 일부개정 2010.5.17 법률 제 10303호 시행일 2010.11.18.
- (6) 생명보험 표준약관, 보험업 감독업무 시행세칙(재개정일 2010.6.25) 별표 15조. 금융감독원.
- (7) 생명보험 성향조사, 생명보험협회, 2006.
- (8) 약관해석 통일시행방안, 생명보험협회, 1995.10.1.
- (9) 한시적 의료 제도 도입의 필요성과 운영 방안, 정정지, 한시적 신의료 공청회 자료집 2007. 3.
- (10) 수술유형 행위 목록, 건강보험 심사평가원, 2010.7.
- (11) 질병관련 보험소비자피해 실태조사, 한국소비자보호원, 2006.
- (12) 병명 코드 및 수술 등급 분류집, 교보생명, 2003
- (13) 수술 분류표. 보험약관, 교보생명, 2010
- (14) 수술. 신생물 근처 방사선 조사 분류표. 보험약관, 교보생명, 2008

II 논문

- (15) 토모테라피, 성진실, 대한간학회지 12권 5s 호, 2006.
- (16) 암보험관련 분쟁의 고찰, 방은주, 김용은, 보험의학회지 21권, 2002.3.
- (17) 의적 클레임 검토의 유형론, 이신형, 보험의학회지 26권 2007.7.

III. 분쟁조정 및 판례 자료

- (18) 대법원 판례 2003.10.10 선고 2003다38467.
- (19) 대법원 판례 2010.7.22 선고 2010다28208.
- (20) 지방 법원 판결 2006.6.1 선고 2005 가단 189909 채무부존재확인, 2006 가단 7981(반소) 보험금.
- (21) 금융분쟁조정위원회 조정 결정서 조정 번호 제 1997-20 호.
- (22) 금융분쟁조정위원회 조정 결정서 조정 번호 제 2001-27 호.
- (23) 금융분쟁조정위원회 조정 결정서 조정 번호 제 2007-10 호.
- (24) 금융분쟁조정위원회 조정 결정서 조정 번호 제 2007-22 호.
- (25) 금융분쟁조정위원회 조정 결정서 조정 번호 제 2010-19 호.

IV 보도자료 및 기타

- (26) 우리나라 생명보험 상품의 변천 추이 및 시사점, 금융감독위원회, 보도자료, 2007.
- (27) 소비자 권익 제고를 위한 보험 약관 개선. 금융감독원 보도자료 2007.3.19.
- (28) 위키백과 <http://ko.wikipedia.org>
- (29) 네이버 사전 <http://dic.naver.com/>
- (30) 대한 인터벤션 영상의학회 <http://www.intervention.or.kr>