Ⅱ 보험약관상 수술의 개념 및 약관 변화

1. 개관

표준국어대사전에 따르면 수술이란 '피부나 점막, 기타의 조직을 의료 기계를 사용하여 자르거나 째거나 조작을 가하여 병을 고치는 일'을 말하며, 여기에는 '환부를 열고 하는 개방 수술과, 환부를 열지 않고 하는 무혈적 수술'이 있다.

보험약관상으로는 회사 및 상품별로 차이가 있으나 대개 '수술의 정의와 장소'라는 제하에 ① 의사가 피보험자의 [특정 질병 또는 상해]로 인한 치료를 직접 목적으로 필요하다고 인정한 경우로서 ② 의료기관에서 의사의 관리하에 ③ 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除) 등의 조작을 가하는 것으로 규정하되, ④ 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관)로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함하며, ⑤ 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 검사 및 진단을 위한 수술 등을 제외한다.

A생명보험 수술특약상 '수술의 정의와 장소' 규정

제3조('수술'의 정의와 장소) 이 특약에서 '수술'이라 함은 의료법 제5조(의사·치과의사 및 한의사 면허)에서 규정한 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 가진 자(이하 '의사'라 함)에 의하여 의료법 제3조(의료기관)에서 규정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료 관련법에서 정한 의료기관(이하 '병원'이라 함)에서 의사의 관리하에 (별표 2) '수술·신생물 근치 방사선 조사분류표'에서 정한 행위를 하는 것을 말합니다. 이 때 행위란 기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷, 특정부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것(보건복지부 산하 신의료기술평가위원회[향후 제도가 변경될 때에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관]로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다)을 말합니다. 다만, 흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아 들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단), 미용 성형상의 수술, 피임(避妊) 목적의 수술, 피임 및 불임술 후 가임목적의 수술이나 검사 및 진단을 위한 수술[생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査)] 등은 행위에서 제외됩니다.

B손해보험 암 치료특약상 ‘수술의 정의와 장소’ 규정

제6조(수술의 정의와 장소)
① 이 보장에 있어서 ‘수술’이라 함은 병원 또는 의원의 의사, 치과의사 면허를 가진 자(이하 ‘의사’라 함)에 의하여 치료가 필요하다고 인정한 경우로서 자택 등에서 치료가 곤란하여 의료기관에서 의사의 관리하에 직접적인 치료를 목적으로 의료기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 절제(切除)등의 조작(操作)을 가하는 것을 말합니다.
② 제1항의 수술에서 보건복지부 산하 신의료기술평가위원회(향후 제도 변경 시에는 동 위원회와 동일한 기능을 수행하는 기관) 또는 이에 준하는 기관으로부터 안전성과 치료효과를 인정받은 최신 수술기법도 포함됩니다.

용어풀이	신의료기술평가위원회
의료법 제54조(신의료기술평가위원회의 설치 등)에 의거 설치된 위원회로서 신의료기술에 관한 최고의 심의기구를 말합니다.	

③ 제1항의 수술에서 아래에 정한 사항은 제외합니다.
1. 흡인(吸引)
2. 천자(穿刺) 등의 조치
3. 신경(神經) 차단(NERVE BLOCK)
4. 미용성형 목적의 수술
5. 피임(避妊) 목적의 수술
6. 검사 및 진단을 위한 수술(생검(生檢), 복강경검사(腹腔鏡檢査) 등)
7. 제1항 내지 제2항에 해당하지 않는 시술(체외충격파 쇄석술 등)
④ 제1항의 ‘의료기관’이라 함은 의료법 제3조(의료기관) 제2항에서 정한 국내의 병원이나 의원 또는 국외의 의료관련법에서 정한 의료기관을 말합니다.

수술보험금 지급대상이 되는 수술은 ① 내지 ⑤의 요건을 모두 충족하여야 하지만, 본 연구에서 볼 분쟁 사례들은 주로 수술의 행태적 요건이라 할 수 있는 ③ 내지 ⑤를 충족하는지 여부에 관한 것이며, 그와 함께 ①과 관련하여 ‘(질병 또는 재해)를 직접 목적으로’ 한 수술인지 여부 및 ‘(의사가) 치료에 필요하다고 인정’하는 수술인지 여부가 함께 다투어지기도 한다.

2. 보장 형태에 따른 수술의 정의 방식

수술보험금을 보장하는 상품은 크게 (i) 질병 또는 상해의 종류를 구분하지 않고 모두 보장하는 형태와 (ii) 특정 질병 또는 상해에 한하여 수술비를 보장하는 형태로 나누어 볼 수 있다.

전자는 흔히 수술특약이라고 하는데, 질병·상해의 종류를 불문하되 별도로 첨부된 수술분류표에서 보장하는 수술을 1~5종 또는 1~8종 등으로 분류·열거하고, 그에 따라 보험금을 차등 지급하기 때문에 이른바 종수술비 보장이라고도 불린다.

〈그림 Ⅱ-1〉 종수술비 보장

(무)수술보장특약Ⅱ (갱신형)	수술급여금	피보험자가 이 특약의 보험기간 중 질병 또는 재해로 인하여 그 치료를 직접적인 목적으로 1~5종 수술분류표에서 정한 수술을 받았을 때 (수술 1회당)	1종	10만원	500만원
			2종	30만원	
			3종	50만원	
			4종	100만원	
			5종	500만원	

자료: C생명보험 홈페이지상 건강보험 상품설명을 참고함

후자는 질병·상해의 종류를 특정하여 그 치료를 직접 목적으로 수술을 받은 경우 약정된 보험금을 지급하는데, 암 수술비 보장과 같이 단일 질병을 보장하는 경우도 있지만 주요 3대 질병 보장, 7대 성인병 보장 등 여러 질병을 묶어서 보장하는 경우들도 있기 때문에 속칭 N대 수술비 보장이라고 불린다.

〈그림 Ⅱ-2〉 N대 수술비 보장

자료: D손해보험 홈페이지상 건강보험 상품설명을 참고함

보험약관상 수술의 정의와 장소 규정은 기본적으로 두 경우 모두 공통되지만, N대 수술비의 경우 통상 해당되는 질병·상해가 구체적으로 열거될 뿐 수술의 종류는 정해져 있지 않기 때문에 특정 치료방법이 보험약관상 '수술'의 정의에 해당되는지 여부에 대해 다툼이 발생할 소지가 상대적으로 크다고 볼 수 있다.

반면 종수술비의 경우 질병·상해 종류를 불문하고 해당되는 수술이 약관의 별표로 상세하게 종별로 명시되어 비교적 판단이 쉬운 측면이 있으나, 수술보험금 지급대상인지 판단하기 위해서는 '수술의 정의'와 더불어 수술분류표 및 그에 딸린 지급범위, 제한 등 규정을 함께 살펴볼 필요가 있다. 한편 보험약관상 수술의 행태적 정의에 해당하지 않는 경우에도 필요에 따라 수술분류표에 열거하여 수술로서 보장하는 경우가 있어, 종수술비 보장이 아닌 수술비 보장에서 이를 두고 해당 보험회사도 특정 치료방법을 수술로 인정하고 있다고 주장하는 근거로 제시되기도 한다.[2)]

분쟁은 구체적인 보험약관의 체계와 문구를 두고 다투어지기 때문에 분쟁 사례를 이해함에 있어서는 수술비 보장 형태 및 그에 따른 보험약관의 특성을 알아둘 필요가 있다.

3. 보험약관상 수술의 정의 변화

수술보험금 지급대상인 '수술'에 대해 과거에는 보험약관상 정의 조항을 두고 있지 않거나, 있더라도 행태적 요건 등을 구체적으로 규정하지 않는 경우가 많았다.

1990년대 이후 분쟁이 증가하면서 행태적 정의를 도입하는 경우도 있었지만 2000년경에도 모든 약관에 이러한 사항이 반영된 것은 아니었다. 예컨대, 2000년경 판매된 E생명보험의 건강보험 약관에서 '수술'이라 함은 '질병 또는 재해로 인한 치료를 직접 목적으로 입원하여 수술[기구를 사용하여 생체(生體)에 절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인(吸引), 천자(穿刺) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외]받는 경우를 말'한다고 규정하고 있었지만, 같은 시기 판매된 A생명보험 종신보험상품 약관[3)]을 보면 암치료특약 약관에는 암 수술급여금 지급사유로서 '보험기간 중 암보장책임개시일 이후

2) 서울중앙지방법원 2015. 12. 9. 선고 2015가합566731 판결

3) 2000. 7. 11 ~ 2000. 12. 31 판매된 (무)A베스트라이프종신보험 약관

에 암으로 진단이 확정되고 암의 치료를 직접목적으로 입원하여 하여 수술을 받았을 때'라고 명시할 뿐이었다. 또한 같은 회사의 수술특약(종수술비) 약관상에도 '보험기간 중 책임개시일 이후에 질병 또는 재해의 치료를 직접적인 목적으로 입원하여 수술의 종류 및 등급분류표에서 정하는 수술을 받았을 때' 약정한 수술비를 지급한다고 규정되어 있다.

2000년대 중반 이후 보험회사들은 분쟁 소지를 줄이기 위해 수술의 의미나 범위에 대해 보다 상세하게 규정하기 시작한 것으로 보인다. 앞서 본 A생명보험의 수술특약 역시 2006년 사용된 약관에는 수술의 정의와 장소 조항을 도입해 수술에 대해 '기구를 사용하여 생체에 절단, 적제(摘除)등의 조작을 가하는 것을 말하며, 흡인, 천자, 적제(滴濟) 등의 조치 및 신경 block은 제외'한다고 규정하고 있다.

한편 2006년에는 1~3종의 수술분류표가 20년 만에 1~5종으로 개편[4]되었는데, 이는 의학의 발전으로 인한 새로운 수술법의 등장, 기존에 보장되지 않던 부분에 대한 수요 증가, 초과 이득으로 인한 도덕적 해이 등을 고려하여 수술의 종류를 보다 세분화한 것[5]이다.

이후 2007년 금융감독원은 (i) 수술보험금 지급 조건에서 '입원을 하여 수술한 경우'로 제한하는 조건을 부가하지 않고, (ii) 수술의 정의에 '완치율이 높고 일반적으로 의학계에서 인정하고 있는 첨단의 수술기법을 포함'하도록 권고[6]하였다. 이는 의료기술의 발달로 비침습적이고 입원이 필요하지 않은 수술이 늘어나는 추세를 반영하여 수술보험금 보장범위를 확대하기 위한 것으로 이해된다.

이어 2008년에는 수술의 행태적 정의 중 소비자가 이해하기 어려운 용어를 아래와 같이 정비[7]하였다.

---

4) 1982년 일본의 수술분류표를 번역해 만든 후 2007년 개정 당시까지 사용됨; 경향신문(2006. 1. 11), "보험금 받는 수술 종류 는다"

5) 김영재(2011), p. 34

6) 금융감독원 보도자료(2007. 3. 19), "소비자 권익 제고를 위한 보험약관 개선", p. 2

7) 금융감독원 보도자료(2008. 2. 18), "소비자 권익 보호를 위한 보험약관 개선", p. 7

〈표 Ⅱ-1〉 수술의 정의 중 이해하기 어려운 용어 개선

이전	개선
절단(切斷), 적제(摘除) 등의 조작을 가하는 것	절단(切斷, 특정 부위를 잘라 내는 것), 절제(切除, 특정 부위를 잘라 없애는 것) 등의 조작을 가하는 것
흡인(吸引), 천자(穿刺), 적제(滴劑) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK은 제외	흡인(吸引, 주사기 등으로 빨아들이는 것), 천자(穿刺, 바늘 또는 관을 꽂아 체액·조직을 뽑아내거나 약물을 주입하는 것) 등의 조치 및 신경(神經) BLOCK(신경의 차단)은 제외

자료: 금융감독원 보도자료(2008. 2. 18), “소비자 권익 보호를 위한 보험약관 개선”

2014년 4월부터는 금융감독원 권고에 따라 보험약관상 수술의 범위에 ‘신의료기술평가위원회로부터 안전성과 치료 효과를 인정받은 최신 수술기법’을 포함하도록 약관이 변경[8] 되었다. 당시 금융감독원은 의학 기술의 발전으로 최신 수술기법이 전통적 외과수술을 대체하고 있음에도 이를 보장하지 않는 것은 소비자의 기대에 어긋난다고 보고, 이를 지급 대상에 포함하도록 권고[9]하였다.

수술의 정의와 관련된 보험약관은 이러한 과정을 거쳐 현재의 모습에 이르게 되었으나, 보험약관이 변경되더라도 수술 해당 여부의 판단은 가입 시점의 약관을 기준으로 하므로 과거 약관으로 인한 분쟁도 여전히 발생하고 있다.

8) 금융감독원 보도자료(2014. 4. 1), “4월 1일부터 보험상품이 이렇게 달라집니다.”, p. 3

9) 금융감독원 보도자료(2013. 9. 10), “보험상품을 소비자의 눈높이에 맞춰 개선하였습니다!”, p. 2 및 p. 7