
IV. 결론 및 시사점

앞서 살펴본 바와 같이, 암보험 약관의 해석과 관련하여 소비자와 보험회사 사이에서 다양한 분쟁이 발생하여 왔다. 우선, 암보험 약관에서 정하고 있는 “암”의 정의에 해당하는지와 관련하여, 약관에 의하면 원칙적으로 병리학적 진단에 의해 악성종양에 해당해야 하는 것인데 예외적으로 악성종양만큼 위험하고 예후가 불량한 양성종양의 경우에도 암보험 약관상의 암으로 볼 수 있는 것인지, 약관에서는 암의 정의에 있어 한국표준질병·사인분류상의 기준을 인용하고 있는데 만약 보험계약 체결 시점과 진단 시점에 있어 위 기준이 변경된 경우에는 어떠한 기준에 따라 암 해당 여부를 판단해야 하는 것인지, 특정 질병이 암인지 여부와 관련하여 최신 의학계의 입장과 한국표준질병·사인분류상의 기준이 일치하지 않는 경우에는 어디에 따라야 하는 것인지 등이 문제될 수 있다. 암보험 약관상의 “수술”에 해당하는지, “암의 직접적인 치료 목적”이라고 볼 수 있는지 여부에 대해서도 사실관계에 따라 다툼이 발생할 수 있다. 또한 암보험 약관상의 암의 “진단 확정”이 있었는지 여부에 따라 보험금 지급 대상 해당 여부가 달라질 수 있기 때문에 보험약관에서 정하고 있는 암의 진단 확정 요건을 갖추었는지가 문제될 수 있고, 특히 이는 여러 종류의 검사 및 진단이 암보장개시일 전후에 걸쳐서 이루어진 경우에 중요한 쟁점이 될 수 있다. 암보장개시일 전에 암의 진단 확정이 있었던 것으로 인정된 경우에는 보험계약이 무효로 되어 보험금 지급 대상에 해당하지 않기 때문이다. 그 밖에도 암이 전이되거나 재발된 경우에는 어떠한 암을 기준으로 판단해야 하는지가 문제될 수 있고, 고지의무 위반과 관련된 분쟁들도 다수 발생하였다.

원래 약관을 누구나 명확하게 이해할 수 있도록 작성하기란 현실적으로 어려울 뿐만 아니라 특히 암보험 약관의 경우 의학적이고 전문적인 내용이 많기 때문에 그 해석과 관련한 논란이 많이 발생하는 면이 있고, 보험금 지급 대상에 해당하는지 여부와 관

련해서는 의학적인 판단이 중요한데 실제로 의사들 사이에서도 판단이 서로 일치하지 않는 경우도 많다. 나아가 약관을 작성할 당시에는 특별히 불합리하다고 보기 어려웠지만 그 후 의료기술의 발달이나 의학계의 입장의 변화 등으로 인해 약관과 의학계의 현실 사이에 괴리가 발생하기도 했다. 이에 분쟁들이 빈번하게 발생해오고, 그에 따라 약관이 지속적으로 수정되어 오고 있는 것으로 이해된다.

소비자와의 분쟁을 줄이기 위해 향후 암보험 상품을 어떠한 방식으로 개발하고 암보험 약관을 어떠한 방식으로 개선해야 할지를 논의하기 위해서는 실제로 각 암종별로 암을 진단하고 치료하는 과정과 의학계의 실무에 대한 심도 깊은 연구 및 해외 사례 조사 등이 전제되어야 할 것으로 생각된다. 이에 이러한 개선 방안에 대해서는 후속 연구로 남겨 두고, 본고에서는 과거 분쟁사례 연구를 통한 시사점들을 몇 가지 제시해 보고자 한다.

우선, 소비자들로서는 이러한 분쟁사례들을 토대로 가입하고자 하는 암보험 상품의 내용에 대해 정확하게 이해하는 데에 참고할 수 있을 것이다. 기존 분쟁사례들을 토대로 소비자가 암보험에 가입할 때 유의하여야 할 사항들을 몇 가지 제시하여 보면, 우선 대부분 소비자들은 주치의(임상의사)를 통해 진단서를 받게 되지만 현행 암보험 약관에 의하면 원칙적으로 조직검사 등을 토대로 한 병리와 또는 진단검사의학과 의사의 진단이 우선함을 유의할 필요가 있다. 암으로 확정 진단을 받은 시점에 따라 보험금액이 달라질 수 있다는 점에도 주의하여야 한다. 즉, 암보험에서는 일반적으로 보험계약일로부터 90일 동안은 보장이 개시되지 않기 때문에 만약 90일 내에 암으로 진단 받는 경우에는 보험금을 지급 받을 수 없다는 점, 90일 이후에 암으로 진단 받는 경우라 하더라도 통상 보험계약일 이후 1~2년 내에는 보험금의 50%만 지급하는 경우도 많다는 점을 유의하여야 할 것이다. 암과 관련하여 입원이나 수술을 한 경우에도 무조건 암입원비나 암수술비를 지급받을 수 있는 것은 아니며 그러한 입원이나 수술이 암의 치료를 직접적인 목적으로 한 경우에만 보험금 지급 대상에 해당한다는 점도 이해하고 있어야 할 것이다. 또한 암보험에서는 암의 종류에 따라 보험금의 액수가 달라질 수 있다. 그 세부적인 내용은 보험회사나 보험상품에 따라 다양하므로, 소비자로서는 보험 가입 시 약관 등을 통해 해당 내용을 잘 확인할 필요가 있으며 보험회사별로 암보험 상품의 내용을 비교하여 보는 것도

바람직할 수 있다. 현재 생명보험협회(www.klia.or.kr) 및 손해보험협회(www.knia.or.kr) 홈페이지에서도 보험회사별 암보험 상품의 비교 공시표 및 상품요약서를 제공하고 있어서 대략적인 내용을 비교해볼 수 있을 것이다.¹⁵⁸⁾

보험회사들로서는 기존의 분쟁사례들에서 법원 및 금감원 분쟁조정위원회가 어떠한 입장을 취하였는지 해당 내용을 숙지하고 수시로 업데이트함으로써 암보험금 지급 여부의 심사나 민원 처리 시 이를 참고로 해야 할 것이다. 또한 기존에 분쟁이 많이 제기되었던 조항이나 소비자가 특히 유의해야 할 조항들에 대해 소비자가 그 내용을 명확하게 이해할 수 있도록 설명의무를 이행하여야 할 것이며, 약관 서두¹⁵⁹⁾나 보험안내 자료, 또는 유지계약에 대해 매년 제공하는 보험계약관리내용 등을 이용하여 소비자가 가입한 보험과 관련된 분쟁사례들의 내용을 소비자에게 제공해줌으로써 소비자의 이해를 제고하는 방안도 생각해볼 수 있을 것이다.

기존에 다수의 분쟁을 유발한 약관 조항이 있는 경우 이를 개정하는 작업도 필요할 것이다. 기존에 암보험 약관 개정을 통하여 수술의 정의 조항을 추가한 것, 전이암의 경우에는 원발부위를 기준으로 분류한다는 조항을 추가한 것, 대장점막내암이나 비침습방광암 등에 대해 별도로 분리하여 정의 조항을 둔 것, 암의 직접 치료 목적에 대한 세부 내용을 추가한 것 등이 그 사례가 될 수 있을 것이다. 그 외에도 앞서 살펴본 바와 같이 한국표준질병·사인분류의 개정으로 악성 신생물의 범위에서 제외되는 경우에 보험계약 체결 시의 기준에 따를 것인지 진단 시의 기준에 따를 것인지의 문제, 직장유암 종에 대해 크기나 침윤 정도 등을 반영하여 암과 경계성종양을 구분하는 문제 등과 관련하여 향후 약관 개정을 통해 이를 반영하는 방안에 대해서도 고려해볼 필요가 있다고 생각된다.

특히 암보험에 있어서는 의학기술의 발달 등에 따라 약관 작성 시에는 예상하지 못한 상황들이 발생할 수 있으며 의학계의 입장이나 현실에 맞추어 약관 내용을 지속적으로 개정해야 할 필요성이 있을 것이다(예를 들어, 암보험 약관에서는 암에 해당하는

158) 협회의 '공시실'에서 '상품비교공시'로 들어가서 '암보험' 메뉴를 선택할 수 있음

159) 현재에도 약관 서두에서 보험금 지급에 관한 사례를 제시하고 있으나 그 내용이 충실하다고 보기는 어렵다고 생각됨

지를 판단하기 위해 기본적으로 한국표준질병·사인분류에 따르도록 규정하고 있는데 한국표준질병·사인분류상의 기준이 특정암의 특수성이나 의학계의 최신 입장 등을 상세하게 반영하고 있지 못하여 실제 의학계의 현실과는 괴리가 발생하는 상황이 나타날 수도 있는 것이다.¹⁶⁰⁾ 이를 위해, 보험금 청구가 들어오면 이를 심사하는 부서나 고객의 민원을 처리하는 부서에서는 암보험 약관의 어떠한 조항과 관련하여 보험회사와 소비자 사이에서 이견이 발생하는지 분석하고 이를 법무부서와 수시로 공유하는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 필요한 경우에는 법률전문가나 의료전문가의 자문을 받아서 해당 쟁점에 대하여 심도 깊은 검토 및 정리를 하여 이를 지급 심사나 민원 처리시에 참고하여야 할 것이며, 나아가서는 이를 상품개발부서와도 공유함으로써 약관의 작성 및 개정 업무에도 반영될 수 있도록 하는 것이 필요할 것이다.¹⁶¹⁾

약관의 개정 작업에 있어서는 감독당국의 개입이 필요한 경우도 있을 수 있을 것이다. 보험회사와 소비자 사이의 분쟁이 빈번하게 발생하고 이것이 여러 보험회사의 보험상품에 있어 공통적으로 발생하는 상황이라면, 감독당국이 보험업계와 소비자단체 등의 다양한 의견을 수렴하고 의료계의 전문적인 자문을 받아서 합리적인 개선안을 마련하는 것이 효율적일 수 있을 것이다.

아울러, 암보험금 해당 여부의 판단과 관련하여 공신력 있는 자문의 제도를 갖추는 것이 매우 중요하다고 생각된다. 암보험 약관상 보험금 지급 사유에 해당하는지는 진단 당시의 의학적 기술 수준과 자료를 기초로 전문의에 의해 판단되어야 하고 전문가인 의사의 판단이 최대한 존중되어야 할 것이다. 그러나 상황에 따라 의사별로 판단이나 진단이 다른 경우도 발생하게 되며, 특히 보험회사 측 자문의의 의견에 대해서는 보험회사에서 의뢰한 자문이라는 이유만으로도 소비자가 이를 신뢰하지 못하는 것이 현

160) 앞서 살펴본 대장점막내암의 제자리암(상피내암) 해당 여부에 대한 분쟁이 이와 관련된 것으로 볼 수 있으며, 이에 보험회사들은 대장점막내암에 대해서는 별도의 정의 조항을 두는 방식으로 약관을 개정하였음

161) 한편 기존에 다수의 분쟁을 유발한 약관 조항들을 개정하는 것과 관련하여, 만약 약관을 개정하는 경우에는 해당 약관 조항이 기존에 불명확하였다는 점을 보험회사 스스로가 인정하는 셈이 되어 결국 작성자 불이익 원칙이 적용되어 분쟁에서 불리하게 작용하는 것은 아닌지를 염려하여 약관의 개정에 소극적이 될 수도 있을 것임. 그러나 이와 관련해서 법원이나 분쟁조정위원회가 약관을 개정했다는 사실만으로 작성자 불이익 원칙을 쉽게 적용하는 것은 타당하지 않을 것임

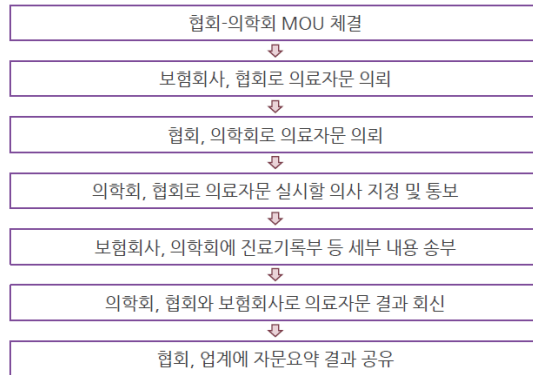
실이다. 보험금 지급 사유에 대해 보험회사와 소비자 사이에서 합의에 이르지 못하는 경우에는 보험회사와 소비자가 함께 제3의 의료기관을 정하여 그 의견에 따를 수 있도록 약관에서 정하고 있으나, 이러한 제3의 의료기관 자문 절차와 관련해서도 당사자들의 상호 신뢰 부족으로 인하여 협의를 통한 제3의 의료기관 선정에 시간이 오래 걸리고 그 결과도 잘 받아들이지 않는 실정인 것이다.¹⁶²⁾

이에, 암보험 등 의료적인 판단이 필요한 보험 상품과 관련하여, 제3의 의료기관의 자문을 받을 수 있는 절차를 마련하거나 또는 전문적인 보상자문기구를 감독당국 내의 기구 등으로 운영하는 방안 등을 고려해볼 필요가 있을 것이다. 최근 언론보도에 의하면 보험협회가 의학회와 MOU를 체결하고 민원과 분쟁이 잦은 사안을 중심으로 공동 의료자문을 실시할 예정이라고 하는데,¹⁶³⁾ 이에 의하면 보험회사가 보험협회로 의료자문을 의뢰하면 보험협회가 개별 의학회로 해당 내용을 전달하고, 의학회가 의료자문을 실시할 의사를 지정하여 보험협회로 통보하게 된다. 의학회에 의료자문을 의뢰한 이후의 의사 선정 등의 과정은 의학회가 독립적으로 진행하는 것이고 보험회사가 이에 직접 관여할 수 없기 때문에, 개별 보험회사가 직접 자문의에게 의뢰하는 현재의 방식보다는 신뢰도가 높아질 수 있을 것으로 기대된다.

162) 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”

163) 머니투데이(2019. 3. 17), “공정성 논란 잠재울까...민간 첫 공동의료자문 시행”,
<https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2019031516052441492>

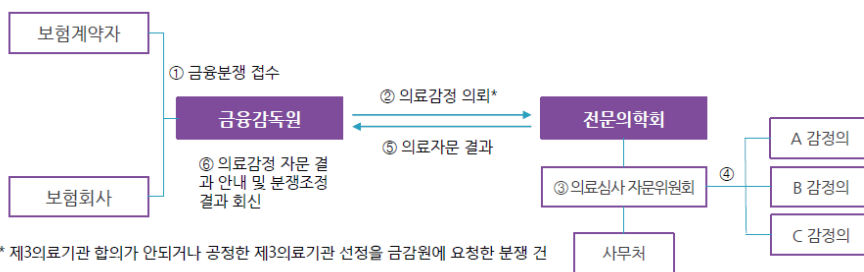
〈그림 IV-1〉 공동의료자문절차



자료: 머니투데이(2019. 3. 17), “공정성 논란 잠재울까...민간 첫 공동의료자문 시행”

다만, 소비자들로서는 보험협회를 통한 의료자문이라는 점에서 객관적·중립적인 자문이라기보다는 보험회사에 유리한 자문이라고 인식할 가능성이 여전히 있을 수 있을 것이다. 따라서 소비자 분쟁을 최소화하고자 한다면, 장기적으로는 감독당국을 통한 의료자문 절차나 보상자문기구 제도를 마련하는 방안을 고려할 필요가 있을 것으로 생각된다.

〈그림 IV-2〉 금감원을 통한 제3의료기관 자문절차(안)



* 제3의료기관 합의가 안되거나 공정한 제3의료기관 선정을 금감원에 요청한 분쟁 건

자료: 금융감독원 보도자료(2017. 5. 25), “보험회사의 의료분쟁 관련 불합리한 관행 개선”

법원이나 분쟁조정위원회에서도 작성자 불이익 원칙을 너무 손쉽게 적용하는 것은 피해야 할 것이다. 보험약관은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되 개개의 계약당사자가 기도한 목적이나 의사를

참작함이 없이 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·획일적으로 해석하여야 하며, 작성자 불이익 원칙은 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 그 각각의 해석이 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우에 비로소 적용될 수 있다(대법원 2010. 11. 25. 선고 2010다45777 판결 등). 암보험과 같이 의학적·전문적인 내용을 포함하는 약관의 경우에는 100% 명확한 약관을 만든다는 것은 사실상 불가능하다고 할 수 있는데, 이런 경우 “약관의 뜻이 명백하지 아니한 경우”의 범위를 넓게 해석한다면 거의 대부분의 약관에 있어 작성자 불이익 원칙이 적용되어야 할 것이다. 작성자 불이익 원칙은 약관 해석에 있어서의 보충적 원칙으로서, 모든 해석 방법을 동원하더라도 합리적인 해석이 두 개 이상 존재하는 경우에 비로소 적용되어야 하는 것이며, 법원이나 분쟁조정위원회로서는 단지 여러 가지 해석의 여지가 있다는 이유만으로 바로 작성자 불이익 원칙에 기대지 않도록 유의할 필요가 있다.¹⁶⁴⁾ 개별 사안에서 무조건 소비자에게 유리하게 결론을 내리는 것이 소비자 보호를 위해 바람직한 것은 아니며 그러한 경우 오히려 보험단체 전체의 이익을 해하는 결과를 초래할 수 있을 것인바, 법원이나 분쟁조정위원회로서는 암치료에 필요한 재정적 지원을 제공한다는 암보험의 목적과 취지에 따라 객관적·합리적으로 해석을 끝까지 시도하고, 그럼에도 불구하고 합리적인 해석이 두 개 이상 존재하는 경우에 한하여 작성자 불이익 원칙을 적용하는 것이 타당할 것이다.

164) 권영준(2015)