

금 융 분 쟁 조 정 위 원 회
조 정 결 정 서

조정일자 : 2019. 7. 23.

조정번호 : 제2019-5호

안 건 명 임상 의사의 방광암 진단에 따른 보험금 지급 여부

신 청 인 ◇◇◇

피 신 청 인 ◆◆생명보험(주)

주 문

신청인은 이 사건 보험약관에서 정한 ‘암’으로 진단확정되었으므로, 피신청인은 신청인에게 이 사건 보험약관 상 ‘암’ 관련 보험금*을 지급하라.

* 암진단급여금 1천만 원, 암수술급여금 6백만 원, 암입원급여금 60만 원 및 이에 대하여 이 사건 보험약관에 따라 보험계약대출이율에 의해 계산한 금액

신 청 취 지

주문과 같다.

이 유

1. 기초 사실

가. 보험계약의 체결 등

(1) 보험계약 체결

신청인은 2006. 11. 2. 피신청인과 사이에 자신을 피보험자로 해서 ‘무배당 ***** 계약’(이하 ‘이 사건 보험계약’이라 한다)을 체결하였다.

(2) 방광암 진단

신청인은 방광암 의심 소견으로 2018. 3. 5. ○○○○병원에 입원하여 다음날인 3. 6. 경요도적 방광종양절제술을 시행한 후 3. 16. 퇴원하였다. 동 병원 병리과 전문의 ▲▲▲, ■■■■은 수술 시 떼어낸 조직에 대한 조직병리검사를 실시하였으며, 2018. 3. 8. 작성된 검사 결과지에는 신청인의 종양에 관해 “비침습성 유두상 요로상피세포 암종, 고등급(Non-invasive papillary urothelial carcinoma, High grade), 1) 고유근육층 조직 포함(proper muscle included)¹⁾ 2) 고유근육층에 침범 없음(no invasion to the proper muscle)²⁾”으로 기재되어 있다.

신청인을 치료한 ○○○○병원 비뇨기과 전문의 □□□은 위와 같은 조직검사 결과를 기초로 2018. 3. 13. 및 2019. 5. 15. 두 차례에 걸쳐 신청인의 병명을 “상세불명의³⁾ 방광의 악성 신생물(Malignant neoplasm of bladder, unspecified)(한국표준질병 분류번호: C67.9)”로 진단한 진단서를 발급하였다.⁴⁾

-
- 1) 검체가 된 조직에 고유근육층 조직이 포함되어 있다는 의미로 보인다[방광은 점막층, 상피하 결합조직(=점막하층, 고유층), 근육층, 장막층으로 이루어지고, 방광암은 점막층의 요로상피세포에서 발생해서 주위 조직으로 점점 침윤하는데, 근육층 침윤 여부를 확인하기 위해서 조직검사를 할 때 근육층까지 같이 떼어내야 한다. 여기서 고유근육층이란 방광을 이루는 조직 중 근육층을 의미한다].
 - 2) 종양세포가 고유근육층까지 침범하지 않았다는 의미로 보인다.
 - 3) 한국표준사인질병분류는 방광의 악성 신생물을 C67로 분류하면서 방광 중 악성 신생물이 위치한 부위에 따라 다시 C67.0(방광 삼각부), C67.1(방광의 둥근 천정부) 등으로 분류하는데, 달리 분류되지 않은 부위의 경우에는 ‘상세불명(Not Otherwise Specified)’의 방광의 악성 신생물(C67.9)로 분류한다.

(3) 보험금 청구 및 거절

신청인은 2018. 3. 14. 이 사건 보험계약의 ‘무배당 新암발생특약’(이하 “특약1”이라 한다)에 따른 암진단급여금, ‘무배당 新암치료특약’(이하 “특약2”라 한다)에 따른 암수술급여금 및 암입원급여금을 청구하였다. 이에 대해 피신청인이 이 사건 보험계약 상 ‘암’이 아닌 ‘상피내암’에 관한 보험금만을 지급할 수 있다고 하면서, 신청인의 질병이 ‘암’에 해당하는지 여부를 확인하기 위한 의료자문에 동의할 것을 요구하자, 신청인은 이를 거절하고 상피내암에 관한 보험금 수령도 거절하였다.⁵⁾⁶⁾

나. 보험약관

이 사건 보험계약의 약관(이하 ‘이 사건 보험약관’이라 한다)은 <붙임>과 같다.

2. 당사자 주장

가. 신청인의 주장

신청인을 치료한 주치의가 신청인의 질병을 ‘암(C67.9)’으로 진단하였으므로, 피신청인은 이 사건 보험약관상 ‘암’으로 진단확정되었을 때 지급되는 보험금⁷⁾을 지급할 책임이 있다.

-
- 4) 2018. 3. 13.자 진단서에는 진단이 ‘임상적 추정’이라고 표시되어 있으나, 2019. 5. 15.자 진단서에는 신청인의 병명이 동일하게 방광의 악성 신생물로 진단되어 있고 ‘최종진단’으로 표시되어 있다.
- 5) 이 사건 보험계약 新입원특약 상 입원급여금의 지급사유(질병의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속 입원한 경우)와 新수술특약 상 수술급여금의 지급사유[질병을 직접적인 원인으로 수술분류표에서 정하는 제3종 수술(내시경 수술)을 받은 경우]도 발생하였고 신청인의 수령 거절로 지급되지는 않았으나, 위 각 보험금은 ‘암’의 진단확정이 있었는지 여부와 상관없는 것으로서 지급 범위에 관하여 당사자들 사이에 다툼이 없으므로, 이에 관해서는 판단하지 않는다.
- 6) 2019. 5. 15.자 진단서에 의하면 신청인은 2018. 3. 6. 방광중양절제술을 받은 후 재발되어 2018. 8. 7. 다시 종양절제술을 받았는데, 2018. 8. 7.자 수술과 관련해서는 보험금을 청구하거나 분쟁조정신청을 하지 않았으므로 그에 관한 보험금 지급 책임 유무는 판단하지 않는다.
- 7) 특약1에 따른 암진단급여금 1,000만 원, 특약2에 따른 암수술급여금 600만 원(특약2 가입금액 1,000만 원 당 300만 원인데, 특약2 가입금액은 2,000만 원이므로 600만 원이 된다), 암입원급여금 60만 원(특약2 가입금액 1,000만 원을 기준으로 입원일수 3일 초과 1일당 암입원급여금 5만 원이 지급되는데, 신청인은 2018. 3. 5.부터 2018. 3. 13.까지 9일간 입원하였으므로 10만 원에 6일을 곱한 60만 원이 된다)

나. 피신청인의 주장

조직병리검사 결과 신청인의 종양이 ‘비침습성’인 것으로 확인되므로 신청인의 질병은 이 사건 보험약관상 ‘암(C67.9)’이 아닌 ‘상피내암(D09)’에 해당하고, 신청인에 대한 주치의의 진단은 병리전문의가 아닌 임상치의의 진단으로서 이 사건 보험약관에서 정한 ‘암의 진단확정’에 해당하지 않으므로, ‘암’이 아닌 ‘상피내암’에 관한 보험금⁸⁾만을 지급할 책임이 있다.

3. 위원회 판단

이 사건 보험약관, 신청인의 분쟁조정 신청서류, 피신청인의 제출 자료 등 관련 자료 일체를 종합하여 피신청인의 보험금 지급책임 유무에 관해서 살펴본다.

가. 이 사건 보험약관상 보험금 지급사유

특약1에서는 피보험자가 ‘암으로 진단확정’되었을 때 암진단급여금 1,000만원⁹⁾을, ‘상피내암으로 진단확정’되었을 때 200만원을 지급하도록 정하고 있고, 특약2에서는 피보험자가 암으로 진단확정되고 그 암의 치료를 직접목적으로 수술 또는 입원하였을 때 최초 1회 수술에 대해 암수술급여금 300만원, 암입원급여금 5만원(입원일수 3일 초과 1일당), 상피내암의 경우에는 암수술급여금 30만원, 암입원급여금 1만원(입원일수 3일 초과 1일당)을 각각 지급하도록 정하고 있다.¹⁰⁾

특약1·2는 “‘암’이란 제4차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병[부표4 대상이 되는 악성 신생물 분류표(기타피부암 제외) 참조]을 말한다.”고 정하고 있고, 부표4 ‘대상이 되는 악성 신생물 분류표(기타피부암 제외)’에서는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 중 다음에 적은 질병을

8) 특약1에 따른 암진단급여금 200만 원, 특약2에 따른 암수술급여금 60만 원(특약2 가입금액 1,000만 원 당 암수술 급여금 30만 원이 지급되므로, 30만 원에 2를 곱한 60만 원이 된다), 암입원급여금 12만 원(특약2 가입금액 1,000만 원 기준 입원일수 3일 초과 1일당 암입원급여금 1만 원이 지급되므로, 2만 원에 6일을 곱한 12만 원이 된다)

9) 특약보험가입금액 1,000만원을 기준으로, 계약일부터 2년이 되는 시점 이후에 암으로 진단확정되었을 때의 보험금이며, 이하 암수술(입원)급여금의 경우에도 동일하다.

10) 이하에서는 이 사건 보험계약에서 ‘암’의 진단, 수술, 입원을 지급사유로 하는 보험금을 ‘암보험금’이라 하고, ‘상피내암’의 진단, 수술, 입원을 지급사유로 하는 보험금은 ‘상피내암보험금’이라 한다.

말한다고 하면서, 그 중 하나로 분류번호 'C67'에 해당하는 방광의 악성 신생물을 들고 있고, 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 한다고 정하고 있다.

또한, 특약1·2는 “암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하고, 그 진단은 조직검사, 미세침흡인검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하나, 이러한 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정된다.”고 정하고 있다.

이러한 이 사건 보험약관에 따르면, 피보험자의 질병이 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에서 악성 신생물로 분류되는 질병에 해당한다는 병리학적 진단을 받은 경우 암보험금의 지급사유가 발생한다.¹¹⁾

나. 암보험금의 지급사유가 발생하였는지 여부

(1) 진단확정의 주체

대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결(이하 “2018. 7. 24. 대법원 판결”이라 한다)은 암의 ‘진단확정’에 관해서 이 사건 보험약관과 동일한 내용으로 정한 보험약관 조항을 해석하면서 “이 사건 각 보험계약의 약관에 따른 암의 진단확정이 있었는지를 살펴본다. 이 사건 각 보험약관에 따르면, 암의 진단확정은 병리학적 진단이 가능한 경우에는, 병리 전문의사에 의하여 조직검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 한다. 이 사건 종양에 대하여 임상병리 전문의사가 조직병리검사를 실시하여 ‘1cm 미만의 신경내분비 종양(neuroendocrine tumor)으로 절제면의 침범 소견 없다’는 내용의 조직병리결과보고서를 작성하였다. 원고의 주치의인 임상 의사들은 이를 토대로 원고의 병명을 한국표준질병분류번호 C20에 해당하는 직장 악성신생물(암)로 진단하였다. 이처럼 병리 전문의사의 병리조직검사 결과보고서 등을 토대로 임상 의사가 병명을 진단서에 기재하였다면, 이는 이 사건 각 보험약관에서 말하는 병리학적 진

11) 이 사건에서는 신청인이 ‘암의 진단확정’을 받았는지 여부에 관하여 당사자 간 다툼이 있고, 신청인이 암의 치료를 직접 목적으로 수술·입원한 것인지 여부에 대해서는 다툼이 없으므로, 이에 대해서는 판단하지 않는다.

단으로 암의 진단확정이 있었다고 보아야 한다.”고 판시하였는바, 임상 의사가 병리 전문 의사가 실시한 병리조직검사 결과를 포함한 각종 검사 결과와 환자의 상태 등을 종합적으로 검토하여 이를 토대로 피보험자의 병명을 암으로 진단하였다면, 이러한 진단이 보험약관에서 정한 암의 정의에 배치된다는 등의 특별한 사정이 없는 한 이는 이 사건 보험약관에서 정한 암의 ‘진단확정’에 해당한다고 보아야 한다.

앞서 살펴본 것과 같이 ○○○○병원 병리와 전문의 ▲▲▲, ■■■은 2018. 3. 8. 신청인의 종양은 ‘비침습성 유두상 요로상피세포 암종, 고등급’으로서 근육층 침범은 없다는 내용의 조직병리검사 결과를 보고하였고, 신청인을 치료한 비뇨기과 전문의 □□□은 이러한 조직검사 결과를 기초로 신청인의 질병을 ‘상세불명의 방광의 악성 신 생물(C67.9)’로 진단하였으므로, 이러한 진단은 이 사건 보험약관에서 정한 병리학적 진단으로서 암의 ‘진단확정’에 해당한다.

이와 관련하여 피신청인은 “보험약관에서 정한 암의 진단확정은 병리 전문의사에 의하여 이루어져야 하고 임상 의사가 병명을 방광암(C67.9)으로 진단한 것은 보험약관상 암의 진단확정에 해당할 수 없다.”는 취지로 판단한 서울북부지방법원 2017. 10. 24. 선고 2017나30550(본소), 2017나30567(반소) 판결¹²⁾을 제시하면서, 비뇨기과 의사인 □□□은 병리 전문의사가 아닌 임상 의사이므로 그에 의한 진단은 이 사건 보험약관상 암의 진단확정으로 볼 수 없다고 주장한다.

그러나 앞서 살펴본 2018. 7. 24. 대법원 판결은 위 서울북부지방법원 판결과 동일한 취지로 판단한 원심판결¹³⁾을 파기하면서 임상 의사의 진단도 병리 전문의사가 실시한 조직병리검사 결과를 토대로 한 것이라면 보험약관에서 정한 병리학적 진단에 해당할 수 있음을 명확히 하고 있으므로, 이러한 대법원 판례에 반하는 피신청인 주장은

12) 대법원에서 심리불속행기각 판결로 확정되었다(대법원 2018. 1. 25. 선고 2017다280456 판결).

13) 2018. 7. 24. 대법원 판결의 원심판결인 서울중앙지방법원 2017. 8. 10. 선고 2016나57177 판결은 “이 사건 종양은, 조직병리검사를 한 병리전문 의사가 직장유암종이라는 소견만 제시하였을 뿐 암이라는 소견을 제시하지 않았고, 병리 전문 의사인 진료기록 감정 의견은 경계성 종양이라고 분류하였으므로, 조직병리검사 결과보고서를 바탕으로 임상 의사가 작성한 진단서만으로는 암의 진단확정 사실을 인정하기 어려우며, 진료기록 감정 의견의 의학적 소견에 따르면 이 사건 종양은 불확실한 악성 잠재성의 행동양식 불명 또는 미상의 신 생물인 ‘경계성 종양’으로 분류하여야 한다.”고 판단하였으나, 이러한 판결은 대법원에서 파기되었고, 파기환송심인 서울중앙지방법원 2019. 1. 11. 선고 2018나50361 판결은 2018. 7. 24. 대법원 판결에 따라 임상 의사가 병리 전문 의사의 조직검사 결과보고서 등을 토대로 ‘암’으로 진단하였다면 이는 보험약관에서 말하는 병리학적 진단으로 암의 진단확정이 있었다고 보아야 한다고 판시하였다.

받아들일 수 없다.

현재 우리나라 의료실무 상 임상 의사가 수술 시 채취된 종양 세포를 병리 전문의사에게 보내면서 조직검사를 의뢰하면 병리 전문의사는 해당 종양 세포를 현미경으로 관찰하여 종양의 종류, 크기, 분화도, 침윤 정도 등 종양의 형태학적 특징을 기재한 검사 결과를 그 검사 의뢰 의사에게 보고할 뿐 환자의 질병명을 직접 진단하여 조직검사 결과지에 기재하지는 않는 것이 일반적이다. 따라서 조직검사 결과지 자체만으로는 환자의 질병이 암으로 진단되었는지 여부를 알기 어렵고, 그 기재된 내용 등에 비추어 환자의 질병이 암에 해당하는지 여부를 의학적으로 판단하여 질병명을 진단하는 과정이 필요하다.¹⁴⁾ 그런데 의료법 제17조에 따르면 환자를 직접 진찰한 의사가 아니면 진단서를 작성하여 환자에게 교부할 수 없는데, 환자를 직접 진찰하지 않은 병리 전문의사가 아닌, 환자를 직접 진찰한 임상 의사가 병리 전문의사로부터 보고받은 조직검사 결과를 포함한 각종 검사 결과, 환자의 증상 등을 토대로 질병명을 진단하고 진단서를 발급한다.

그런데 임상 의사의 진단은 병리학적 진단으로 인정할 수 없다는 피신청인 주장에 의하면, 피보험자를 치료한 임상 의사의 진단서는 암의 진단확정으로 볼 수 없고, 병리 전문의사에게는 피보험자의 질병명이 진단된 진단서를 발급받기도 어려워, 결국 보험금 청구권자로서는 어떠한 방법으로도 보험금 청구권을 증명할 수 없다는 부당한 결론에 이르게 된다.¹⁵⁾ 피신청인은 병리 전문의사에게 별도의 의료감정을 받아야 한다는 취지로 주장하는데, 의료감정 결과가 주치의인 임상 의사의 진단의 적정성을 판단하기 위한 하나의 근거 자료가 될 수 있을지는 모르나, 환자를 직접 진찰하지 않은 감정 의사의

14) 어떠한 종양을 악성 신생물로 볼 것인지는 일률적인 판단 기준이 있는 것이 아니므로, 같은 조직검사 결과를 보더라도 의사마다 악성 신생물에 해당하는지 여부에 대하여 서로 다른 진단을 할 수 있다.

15) 피신청인의 주장은 이 사건 보험약관에서 병리과 전문의만이 암을 진단확정할 수 있는 의사인 것처럼 표시되어 있는 점에 기인하는 것으로 보이는데, 이와 관련해서 2018. 7. 24. 대법원 판결은 해당 보험약관 조항을 그와 같이 해석할 수 없다는 점을 분명히 하였다. 참고로 일본(日本) 생명보험회사들이 사용하는 보험약관을 보면, 약관 문언상 암을 진단확정하는 주체를 병리과 전문의로 제한하지 않고 있는 점이 확인된다.

(1) 메이지야스다생명보험, 「암보장특약(종합보험용) 특약조항」 제2조 : “「진단확정」은 병리조직학적 소견(生檢)에 의해 의사에 의해 이루어질 것을 요합니다. 다만, 병리조직학적 소견(生檢)을 얻을 수 없는 경우에는 다른 소견에 의한 진단확정도 인정할 수 있습니다.”

[출처 : https://www.meijiyasuda.co.jp/my_web_yakkan/pdf/2019/5530000220190402.pdf]

(2) 푸르덴셜생명보험, 「무배당 암보험」 제3조 : “암의 진단확정은 병리조직학적 소견(부검, 생검), 세포학적 소견, 이학적 소견(X선, 내시경 등), 임상학적 소견 및 수술소견의 전부 또는 일부에 의해, 일본의 의사 또는 치과의사에 의해 이루어질 것을 요합니다.” [출처 : https://www.prudential.co.jp/yakkan/pdf/42_019.pdf]

료 감정결과가 보험약관상 ‘진단확정’에 해당한다고 보기는 어렵다. 또한 주치의의 질병 진단이 명백히 잘못되었다는 등의 특별한 사정이 없는 한, 환자를 직접 진찰하지 않고 한정된 자료만을 근거로 판단한 감정의의 판단보다는 환자를 직접 진찰하여 질병을 진단한 주치의의 판단을 보다 우선적으로 존중하는 것이 타당하다. 이러한 측면에서도 이 사건 보험약관에서 정한 암의 진단확정에 관한 피신청인의 해석은 부당하다.

(2) 신청인의 질병이 이 사건 보험약관 상 ‘암’에 해당하는지 여부

의사가 피보험자의 질병을 병리학적 진단에 의해 암으로 진단하였다고 하더라도 보험약관에서 별도로 ‘암’의 정의를 두고 있는 경우에는 의사가 진단한 암이 보험약관에서 정한 ‘암’의 정의에 부합하는지 살펴볼 필요가 있다.

이와 관련하여 피신청인은 신청인의 종양이 방광 상피하 결합조직까지 침범하지 않은 상태인 ‘비침범성’ 유두상 요로상피세포 암종이므로 상피내암에 해당할 뿐 암에 해당하지 않는다고 주장하고 있는바, 아래에서는 먼저 이 사건 보험약관에서 원용하고 있는 한국표준질병·사인분류에서 ‘유두상 요로상피세포 암종’을 어떻게 분류하고 있는지에 관해서 살펴본 다음, 신청인의 질병이 이 사건 보험약관에서 정한 ‘암’에 해당하는지 판단한다.

(가) 한국표준질병·사인분류에서 ‘유두상 이행세포 암종’의 분류

한국표준질병·사인분류(Korean Standard Classification of Diseases, KCD)는 보건정책의 입안 자료인 질병 및 사인에 관한 통계작성과 국제간의 비교를 위하여 WHO에서 제정한 국제질병분류 체계를 골격으로 작성된 분류이다. 한국표준질병·사인분류 제3편 ‘내용예시표 및 4단위숫자 항목분류표’ 제2장은 신생물을 그 행동양식¹⁶⁾ 및 신체부위¹⁷⁾에 따라 세분화하여 질병 분류번호를 부여하고 있다. 한편 제4편 ‘신생물의 형태분류’에서는 신생물의 조직학적 형태의 분류를 위하여 종양학 국제질병분류(ICD-O)에

16) 악성 신생물의 경우 C코드, 상피내·양성·행동양식 불명 및 미상(경계성)의 신생물의 경우 D코드로 분류한다 (다만 행동양식 분류번호가 /1에서 /3으로 변경된 D45, D46, D47.1, D47.3의 경우 D코드이더라도 악성 신생물로 분류된다).

17) 신생물이 발병한 신체의 위치에 따라 숫자를 부여한다. 예를 들어 입술의 악성 신생물은 C00, 식도의 악성 신생물은 C15로 분류하는 식이다.

따라 5자리 숫자로 구성된 형태 분류번호를 두고 있다. 처음 4자릿수는 신생물의 조직학적 형태를, 사선 뒤의 다섯째 자릿수는 그 행동양식을 표시한다. 즉 악성 신생물(원발성)은 /3, 상피내 신생물은 /2, 불확실한 또는 알려지지 않은 성격의 신생물은 /1, 양성 신생물은 /0으로 표시된다. 이러한 다섯째 자릿수는 제3편 제2장의 질병 분류번호와 상응관계에 있어서, 제4편에서 신생물의 행동양식이 /2로 분류되는 경우 제3편 제2장의 질병 분류번호 중 D00~D09에 해당하게 되고, /3으로 분류되는 경우 C00~C76 등에 해당하게 된다.¹⁸⁾

제4차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1. 시행) 제4편 ‘신생물의 형태학’에서는 ‘유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)’을 침윤 여부를 구분하지 않고 M8130/3, 즉 악성 신생물로 분류하고 있고 이는 제3편 제2장의 분류에 따르면 C67로 분류된다. 이후 제5차 개정 한국표준질병·사인분류(통계청 고시 제2007-4호, 2008. 1. 1. 시행) 제4편 ‘신생물의 형태분류’에서는 ‘비침범성 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)’은 M8130/2로, ‘유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)’은 M8130/3로 분류를 세분화하였고, 따라서 제3편 제2장에 따르면 비침범성 유두상 이행세포 암종의 경우 D09로, 비침범성이 아닌 유두상 이행세포 암종은 C67로 분류된다.¹⁹⁾

(나) 신청인의 질병이 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에서 ‘악성 신생물’로 분류되는 질병에 해당하는지 여부

18) 구체적인 상응관계는 다음과 같다.

제4편의 행동양식 분류번호	제3편 제2장 항목
/0 양성 신생물	D10-D36
/1 불확실한 또는 알려지지 않은 성격의 신생물	D37-D48, D76.0
/2 상피내 신생물	D00-D09
/3 원발성으로 기재 또는 추정된 악성 신생물	C00-C76
	C80-C97
	D45, D46, D47.1
	D47.3, L41.2
/6 속발성으로 기재 또는 추정된 악성 신생물	C77-C79

19) 대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결 또한 직장 유암종이 보험약관 상 ‘암’에 해당하는지 여부를 판단하기 위해, 해당 종양이 한국표준질병·사인분류 제4편의 형태분류에서 /3에 해당하는지를 먼저 살핀 후 그 상응관계에 따라 제3편의 분류에 의해 C코드로 분류되는지를 판단하였다.

일반적으로 ‘악성 신생물’이란 세포가 변이되어 비정상적이고 과다하게 증식하는 것을 말하며 이러한 악성 신생물은 주위 조직 및 장기에 침입하고 이를 파괴하며 전이되어 생명에 위협을 초래한다는 특징을 가진다. 어떠한 신생물이 악성 신생물에 해당하는지 여부를 판단하는 의학적 기준은 일률적으로 정해져 있는 것이 아니라, 신생물의 조직학적 형태와 그 행동양식에 대한 병리학적·임상적 연구를 통해 정립되는 것이며, 이러한 기준은 의학적 연구 결과의 변천에 따라 달라지기도 하고, 의사마다 서로 다른 판단 기준을 가지고 있을 수 있다.

따라서 어떠한 질병이 ‘악성 신생물’에 해당하는지 여부는 어떠한 기준에 따라 악성 신생물을 분류할 것인지에 따라 달라질 수 있는 것인데, 이 사건 보험약관은 ‘암(악성 신생물)’의 정의에 관하여 제4차 개정 한국표준질병·사인분류의 분류기준과 그 용어만을 인용하고 있으므로, 이 사건 보험약관상 ‘암(악성 신생물)’에 해당하는지 여부는 제4차 개정 한국표준질병·사인분류의 악성 신생물 분류에 따라 판단함이 타당하다(대법원 2010. 12. 9. 선고 2009다60305 판결;²⁰⁾ 대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결²¹⁾ 참조).

신청인의 종양은 방광 점막 밑 결합조직까지 침범하지는 않았으나 방광 안쪽으로 유두상으로 튀어나와 있는 상태의 비침범성 유두상 요로상피세포 암종(Ta 병기²²⁾)에

20) 대법원 2010. 12. 9. 선고 2009다60305 판결: 대장점막내암이 보험약관 상 ‘상피내암’인지 여부에 관하여, “원고의 질병인 ‘구불결장의 점막고유층에 국한된 관상선종’이 tnm 병기 분류법에 의할 경우 정상 소재의 암종(tis)으로 분류되므로 한국표준질병·사인분류 또는 국제질병분류상으로도 상피내 암종으로 분류할 수 있다는 견해가 국내 의료계의 다수를 점유하게 되었고, 국내 의학계의 이러한 병리학적 분류체계는 국제적인 병리학의 흐름에 부합한다는 점에서 그 합리성을 선불리 부정할 수 없으나, 보험약관의 해석의 관점에서는 이 사건 보험계약의 약관에서 보험사고 내지 보험금 지급액의 범위를 정하는 기준으로 규정한 한국표준·질병사인분류의 분류기준과 그 용어에 충실하게 원고의 질병과 같은 점막내 암종을 상피내 신생물로 분류되는 질병인 상피내암이 아니라 악성 신생물로 분류되는 질병인 암으로 보는 해석도 충분히 가능하고 그러한 해석의 객관성과 합리성도 인정되므로, 작성자불이익 원칙에 따라 점막내 암종은 상피내 신생물이 아닌 악성 신생물로 보아야 한다.”

21) 대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결: “우리나라 병리학회에서는 종양의 크기가 1cm 미만이고 점막층과 점막하층에 국한되며 혈관침윤이 없는 직장 유암종은 신경내분비 종양 중 L세포 타입 종양일 가능성이 높으므로 한국표준질병·사인분류상으로도 형태코드 ‘/1’로 분류하여 경계성 종양으로 보는 것이 타당하다는 견해를 제시하였으므로 이를 전제로 보험약관에서 정한 ‘암’을 해석하는 것도 객관성과 합리성을 갖지만, 제3차 개정 한국표준질병·사인분류에서는, 명시적으로 ‘충수 이외의 다른 부위에서 발생한 상세불명의 직장 유암종’은 종양의 크기나 침윤 정도 등 구체적인 성질을 구분하지 않고 형태 분류번호 ‘M8240/3’으로 분류하고, ‘충수에서 발생한 상세불명의 직장 유암종’은 ‘M8240/1’로 분류하고 있으므로, 충수가 아닌 직장에서 발생한 유암종은 악성 신생물로서 질병 분류번호 ‘C20’으로 분류하는 것이 그 분류기준과 용어에 충실한 해석이고, 이러한 해석의 객관성과 합리성도 인정되므로, 작성자 불이익 원칙을 적용하여 상세불명의 직장 유암종은 제3차 개정 한국표준질병·사인분류상 질병 분류번호 ‘C20’이 부여된다고 해석함이 상당하다.”

22) 방광은 네 개의 층으로 구성되어 있는데, 첫 번째 층은 가장 안쪽으로 소변과 직접 맞는 부분인 요로상피세포로 구성된 점막층, 두 번째 층은 결합조직과 혈관으로 구성된 고유층(상피하 결합조직이라고도 한다), 세 번째 층은 근육으로 구성된 근육층, 네 번째 층은 장막층이다.

해당하는데(2019. 5. 15.자 진단서, 2018. 3. 8.자 조직병리검사 결과지), 앞서 살펴본 것과 같이 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에 따르면 ‘유두상 요로상피세포(이행세포)²³⁾ 암종’은 침윤 여부와 관계없이 M8130/3로 분류되고 있으므로, 유두상 요로상피세포 암종은 침윤 여부와 관계없이 악성 신생물(C67)에 해당된다고 봄이 타당하다.²⁴⁾²⁵⁾

이에 관하여 피신청인은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류 제4편 ‘신생물의 형태학’에서 “다음의 명명법에서 형태학적 분류번호는 신생물의 조직학적 형태에 적합한 행동양식분류번호를 포함한다; 만일 다른 보고자료가 이것을 적합하게 하면 이 행동양식 분류번호는 변경되어야 한다. 예를 들면, 척삭종은 악성으로 간주되고 따라서 분류번호 M9370/3으로 분류된다; 그러나 용어가 ‘양성 척삭종’이면 M9370/0으로 분류되어야 한다. 마찬가지로 표재확산성 선암종(M8143/3)은 ‘비침습성’으로 기술되었을 때 M8143/2로 분류되어야 하고 흑색종(M8720/3)은 ‘속발성’으로 기술되었을 때 M8720/6으로 분류되어야 한다.”고 기재하고 있는 점을 근거로, 유두상 요로상피세포 암종의 경우 신생물 형태학의 부호화된 명명법에 명시적 분류가 없더라도 조직검사 결과지에 ‘비침범성(non-invasive)’이라고 기재되어 있다면 ‘M8130/2로 분류해야 하고, 따라서 신청인의 질병은 악성 신생물(C67)이 아닌 상피내 신생물(D09)로 분류되는 질병에 해당한다는 취지로 주장한다.

방광암은 점막층의 요로상피에서 발생하는데, 근육층을 침범하지 않은 상태의 방광암을 비근침습성 방광암(표재성 방광암)이라고 부르며, 근육층을 침범한 상태의 방광암을 근침습성 방광암이라고 부른다. 비근침습성 방광암은 암의 국소 진행 정도(T병기)에 따라 다시 세 가지로 분류되는데, 암이 방광 점막에 국한되며 편평하고 벨벳 모양인 상피내암종(Tis 병기), 암이 방광 점막 밑 결합조직까지 침범하지는 않았으나 방광 안쪽으로 유두상(papillary)으로 튀어나와 있는 상태의 비침습유두암(Ta 병기), 암이 방광 점막 밑 결합조직까지 침범하였으나 근육층까지는 침범하지 않은 상태(T1 병기)로 구분된다. 이처럼 TNM 병기 분류법에서도 Ta 병기의 비침습유두암을 ‘상피내(in-situ)암’이라고 명명하고 있지 않다.

- 23) 한국표준질병·사인분류가 따르고 있는 ‘종양학에 대한 국제질병분류(ICD-O), 3차 개정’ 제56면을 보면, 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)과 유두상 요로상피세포 암종(Papillary urothelial carcinoma)은 동일한 조직학적 형태분류 번호가 적용된다.
- 24) 의정부지방법원 2017. 8. 31. 선고 2016나9200 판결 또한 유사한 사안에서 진료기록 감정축탁 결과 등을 근거로 피신청인에게 보험약관 상 제자리암이 아닌 암 진단에 관한 보험금 지급 의무가 있다고 판단하였고, 피신청인이 상고하지 않아 위 판결은 확정되었다.
- 25) 대한비뇨기과학회는 금융감독원에 제출한 의견서에서, “(신청인의 종양과 동일한) ‘비침범성 유두상 요로상피세포 암종, 고등급(Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high grade)’은 침범성 유두상피세포 암종(invasive papillary urothelial carcinoma)과 비슷한 빈도로 진행성암으로 진행됨. 따라서 고위험군으로 분류하여 주기적인 검사와 예방적 치료(BCG 또는 항암제 방광내 주입 등)가 요구됨(Sylvester RJ, et al. Urology 2005; 66:90-107). 그러므로 방광의 papillary urothelial carcinoma, non-invasive, high grade는 C67.1, M8130/3로 분류함이 타당함.”이라는 의견을 밝히고 있다. 또한 피신청인이 제출한 「WHO/ISUP classification of tumors of urinary tract(2004)」(국제보건기구와 국제비뇨기학회의 요로의 종양 분류)를 보면, ‘비침범성 유두상 요로상피세포 암종, 고등급(Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high grade)’을 8130/2 또는 /3으로 분류하도록 정하고 있다. 이러한 대한비뇨기과학회의 의견 및 2004년 당시의 국제적인 분류에 비추어 보면, 유두상 요로상피세포 암종의 경우 비침범성이더라도 악성신생물로 분류하는 것은 충분한 의학적 합리성이 있다고 보인다.

그러나 한국표준질병·사인분류에 관한 유권해석 기관인 통계청은 “만일 다른 보고자료가 이것을 적합하게 하면 이 행동양식 분류번호는 변경되어야 한다.”의 의미에 관하여, 여기서 말하는 ‘다른 보고자료’란 각종 검사자료(조직검사 결과 등)나 의학 논문 등을 의미하는 것이 아니라 의사가 그러한 검사자료 등을 근거로 최종적으로 판단한 진단을 말하는 것이고, 진단은 의사의 고유 권한이므로 의사가 한국표준질병·사인분류에서 정한 신생물의 행동양식 분류와 다르게 진단을 내렸다면 그 진단에 적합한 행동양식의 부호를 적용해야 한다는 뜻이며,²⁶⁾ 의사가 최종적으로 환자의 질병을 악성 신생물로 진단하였다면 그 진단에 따라 행동양식을 악성(/3)으로 분류하여야 한다고 일관되게 회신하고 있다(국민신문고 2015. 3. 2.자 통계청 민원회신, 2019. 5. 13.자 이메일). 종양의 악성 여부는 조직검사 결과 뿐 아니라 다양한 검사 결과를 바탕으로 판단할 수 있는 것이고²⁷⁾ 의사마다 판단 기준이 다를 수도 있는바, 서로 상충되는 여러 자료가 있는 경우에는 환자를 진료한 의사의 최종적인 진단을 따르도록 하는 것이 한국표준질병·사인분류의 제정 목적²⁸⁾에 부합한다는 점에서 ‘다른 보고자료’란 통계청의 회신과 같이 환자를 진료한 의사의 최종 진단을 의미한다고 보는 것이 보다 합리적이라고 판단된다.

앞서 살펴본 것과 같이 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에 따르면 유두상 요로상피세포 암종은 침윤 여부와 관계없이 악성(/3)으로 분류되는데, 신청인을 진료한 의사 또한 조직검사 결과 등을 근거로 최종적으로 신청인의 병명을 ‘방광의 악성 신생물’로 진단하였으므로, 기존에 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에서 정해져 있는 유두상 요로상피세포 암종의 행동양식 분류번호(/3)를 변경할 여지가 없다.

따라서 신청인의 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에서 ‘악성 신생물’로 분류되는 질병에 해당한다.

26) 예를 들어 조직학적 형태가 ‘척삭종’인 경우 한국표준질병·사인분류에서는 행동양식이 악성(/3)인 신생물로 분류되지만, 의사의 진단명이 ‘양성 척삭종’이라면 그와 같은 분류에도 불구하고 의사의 진단에 따라 양성(/2)의 부호를 적용해야 한다는 의미이다.

27) 실제로 신청인에 대한 CT검사 결과를 보면 방광의 종양과 전립선과의 경계가 좋지 않아 침윤(invasion) 가능성이 있다고 기재되어 있다.

28) 통계청은 “한국표준질병·사인분류는 질병 또는 사망 관련 통계 자료의 정확성 및 비교성을 확보하기 위해 작성된 것”이라고 하고 있다. [https://kssc.kostat.go.kr:8443/ksscNew_web/index.jsp]

(라) 제5차 개정 한국표준질병·사인분류의 변경된 분류에 따라 질병을 분류해야 하는지 여부

이 사건 보험약관은 ‘암’은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에서 악성 신생물로 분류되는 질병을 의미하되 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 한다고 정하고 있는데, 이러한 약관 조항의 취지는 보험계약 체결 당시 고시된 한국표준질병·사인분류에 따라 보험계약에서 보장하는 ‘암’의 범위를 정하되 보험계약 체결 당시에는 악성 신생물로 보지 않던 것이라도 보험사고의 발생 시점을 기준으로 가장 최근에 개정·고시된 한국표준질병·사인분류에서 새롭게 악성 신생물로 포함하면 이를 악성 신생물로 보아 보험금을 지급하겠다는 의미로 보아야 한다(대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결).

제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서는 ‘비침범성 유두상 이행세포 암종’은 M8130/2, 즉 상피내 신생물(D09)로 분류되나, 앞서 살펴본 것과 같이 신청인의 질병은 제4차 개정 한국표준질병·사인분류에서 악성 신생물로 분류되는 질병에 해당하므로 제5차 개정 이후 악성 신생물로 분류되지 않게 되었다고 하더라도 이를 이유로 이 사건 보험약관에서 정한 ‘암’에 해당하지 않는다고 볼 수는 없다.

(마) 소결

따라서 신청인의 질병은 이 사건 보험약관에서 정한 ‘암’에 해당한다.

4. 결론

이상과 같은 점을 종합하여 볼 때 피신청인은 신청인에게 이 사건 보험약관 상 암진단급여금 10,000,000원, 암수술급여금 6,000,000원, 암입원급여금 600,000원 및 이에 대하여 이 사건 보험약관에 따라 보험계약대출이율에 의하여 계산한 금액을 지급할 책임이 있으므로, 신청인의 분쟁조정신청을 인용한다.

<붙임>

이 사건 보험계약의 약관

□ 무배당 新암발생특약 약관

제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) ① 이 특약에 있어서 “암”이라 함은 제4차 표준질병사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병(부표4 “대상이 되는 악성 신생물분류표(기타피부암 제외)” 참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(기타피부의 악성 신생물) 및 전암병소(Premalignant condition of condition with malignant potential)는 제외합니다.

④ “암” 및 “기타피부암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “암” 및 “기타피부암”에 대한 임상학적 진단이 “암” 및 “기타피부암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “암” 및 “기타피부암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제12조(“상피내암”의 정의 및 진단확정) ① 이 특약에 있어서 “상피내암”이라 함은 제4차 표준질병사인분류에 있어서 상피내의 신생물로 분류되는 질병(부표5 “상피내의 신생물분류표(기타피부암 제외)” 참조)을 말합니다.

② “상피내암”의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액(hemic system)검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 “상피내암”에 대한 임상학적 진단이 “상피내암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 보험대상자(피보험자)가 “상피내암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

제14조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험

자)에게 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 최초로 진단확정 되었을 때 암진단급여금을 지급합니다. (단, 암, 기타피부암, 상피내암 및 경계성 종양 각각 1회에 한함)

(부표1) 보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명칭	지급사유	지급금액
암진단 급여금	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내 암 또는 경계성종양으로 최초로 진단확정 되었을 때 (단, 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 각각 1회에 한함)	암(2년 이상) : 1,000만원 (2년 미만) : 500만원 기타피부암 : 200만원 상피내암 : 200만원 경계성종양 : 300만원 ※ 유방암/갑상샘암의 경우 180일 이내 지급사유 발생시 100만원 지급

※ 암(기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일부
 터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 2년 미만에 암(기타피부암, 상
 피내암 또는 경계성종양 제외)에 대한 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%를
 지급합니다.

※ 2년 미만이라 함은 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지를 말합니다.

(부표4) 대상이 되는 악성 신생물 분류표(기타피부암 제외)

약관에 규정하는 한국표준질병사인분류에 있어서 악성 신생물로 분류되는 질병은 제4
 차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1. 시행) 중 다음에 적
 은 질병을 말합니다.

대상 악성 신생물	분류번호
요로의 악성 신생물	C64~C68

주) ① 제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에
 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

(부표5) 상피내의 신생물 분류표

약관에 규정하는 상피내의 신생물로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003. 1. 1. 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상 악성 신생물	분류번호
9. 기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종	D09

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

□ 무배당 新암치료특약 약관

제11조(“암” 및 “기타피부암”의 정의 및 진단확정) (무배당 新암발생특약 약관 제11조와 동일)

제12조(“상피내암”의 정의 및 진단확정) (무배당 新암발생특약 약관 제12조와 동일)

제15조(보험금의 종류 및 지급사유) 회사는 이 특약의 보험기간 중 보험대상자(피보험자)에게 다음 사항 중 어느 한가지의 경우에 해당하는 사유가 발생한 때에는 보험금을 받는 자(보험수익자)에게 약정한 보험금(부표1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 수술하였을 때(수술 1회당) : 암수술급여금 지급
2. 보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양으로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성 종양의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(3일 초과 1일당) : 암입원급여금 지급(단, 120일 한도)

(부표1) 보험금 지급기준표

[기준: 특약보험가입금액 1,000만원]

급부명칭	지급사유	지급금액
암수술 급여금	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 최초로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 수술시(수술 1회당)	암(최초 1회) : 300만원 (2회 이후) : 100만원 ※ 2년 미만 지급사유 발생 시 50% 삭감 지급
		기타피부암, 상피내암 [최초 1회] : 30만원 [2회 이후] : 10만원 경계성종양 [최초 1회] : 60만원 [2회 이후] : 20만원
암입원 급여금	특약보험기간 중 보험대상자(피보험자)가 보장개시일 이후에 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양으로 최초로 진단확정되고 그 암, 기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양의 치료를 직접목적으로 4일 이상 계속하여 입원하였을 때(단, 120일 한도)	[입원일수 3일초과 1일당] 암(2년 이상) : 5만원 (2년 미만) : 2만5천원 기타피부암 : 1만원 상피내암 : 1만원 경계성종양 : 1만원

※ 암(기타피부암, 상피내암 또는 경계성종양 제외)에 대한 보장개시일은 보험계약일부
터 그날을 포함하여 90일이 지난날의 다음날로 하며, 2년 미만에 암(기타피부암, 상
피내암 또는 경계성종양 제외)에 대한 보험금 지급사유 발생 시 보험금의 50%를
지급합니다.

※ 2년 미만이라 함은 계약일부터 2년이 되는 시점의 계약해당일의 전날까지를 말합니다.

(부표4) 대상이 되는 악성 신생물 분류표(기타피부암 제외)

新암발생특약의 부표4와 동일

(부표5) 상피내의 신생물 분류표

新암발생특약의 부표5와 동일