

# 암보험 분쟁사례 연구 - 암 분류 기준의 변경 관련 -

제2회 보험법 포럼

2020. 2.11(화)

백영화 연구위원/변호사

---

## 목차

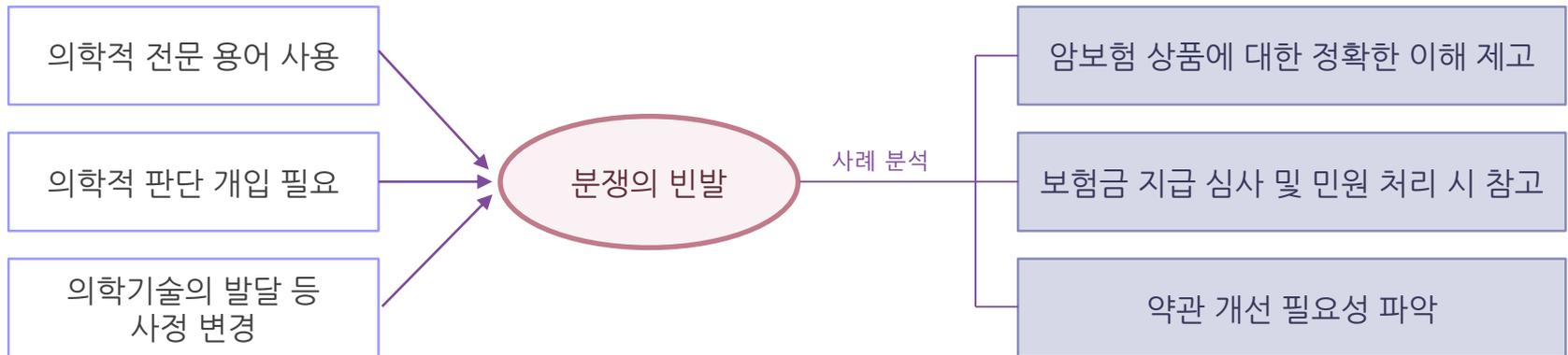
- I. 연구배경 및 목적
- II. 암보험의 주요 내용
- III. 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형
- IV. 암 분류 기준의 변경 관련 검토

---

## 연구배경 및 목적

## 연구배경 및 목적

- 암보험 약관의 해석과 관련한 소비자와 보험회사 사이의 분쟁이 끊임없이 발생해 왔음 → 기존 분쟁사례 분석이 필요
  - 최근 암보험 약관상 “암의 직접적인 치료 목적”의 해석과 관련하여 소비자와 보험회사 사이의 분쟁이 크게 문제된 바 있음(암입원비에 요양병원 입원비가 포함되는지 여부)
  - 이외에도 일반암과 상피내암의 구분, 암의 진단 확정, 암의 전이 시의 판단 기준 등 암보험 약관의 해석과 관련한 분쟁이 자주 발생해 왔음



---

## 암보험의 주요 내용

## 암보험의 주요 급부

- 암보험은 암의 진단 확정 시 진단급여금과 암에 대한 치료비를 주로 보장하는 상품

- 주요 보장 내용

보험금	지급 사유	비고
암진단비	피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 경우	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 최초 1회 한정 지급이 일반적이거나, 재진단암 담보하는 경우도 있음</li> </ul>
암입원비	피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 입원하였을 경우	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 통상 입원 1일당 일정액 (1회 입원당 일정 일수 한도)</li> </ul>
암수술비	피보험자가 암보장개시일 이후에 암으로 진단 확정되고 그 암의 직접적인 치료를 목적으로 수술을 받은 경우	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 통상 수술 1회당 일정액</li> </ul>

※그 밖에 암사망보험금, 암생활자금, 암통원비 등 다양한 담보 가능

- 암보험 상품 출시 초기에는 암사망보험금을 주로 보장하였으나 이후에는 암진단비가 주요 급부로 추가됨

## 암의 정의

- **암보험 약관상 암의 정의에 있어서는 한국표준질병·사인분류(KCD)를 인용함**
  - 약관 본문에서 “**암이라 함은 한국표준질병·사인분류 중 별표 [ ]에서 정한 질병을 말한다**”고 정의
  - 약관 별표에서 한국표준질병·사인분류에 의한 **악성신생물 분류표**를 제시하여 **대상이 되는 악성신생물의 종류와 분류번호**를 열거
  - 한국표준질병·사인분류는 국가보건통계를 위해 질병이환 및 사망 자료를 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 자료로서, 세계보건기구(WHO)의 국제질병분류의 기준과 체계를 따르고 있음
    - ✓ 의학 발전, 국제질병분류의 업데이트 내용 등을 반영하기 위해 수차례 개정되어 왔으며, 암보험 상품의 판매 시기에 따라 약관에서 인용하고 있는 개정판의 차수가 다를 수 있음
    - ✓ 현재 판매되는 암보험 상품은 **제7차 개정 한국표준질병·사인분류**(통계청 고시 제2015-309호, 2016. 1. 1. 시행)에 의함
      - \* 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 추가로 해당 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함한다는 내용을 명시적으로 규정하고 있음
  - 현재 판매되는 암보험 상품은 일부 암을 따로 분류하여 일반암에 비해 소액 급부 대상으로 설계하는 것이 일반적이며, 이 경우 **소액암**(갑상선암, 전립선암, 대장점막내암 등)에 대해서는 **암의 정의에서 제외하고 별도로 정의하는 경우가 많음**
    - ✓ 소액암의 종류 및 범위는 회사별로 상이

## <참고> 약관상 악성신생물 분류표 예시

【 별표 5 】

대상이 되는 악성 신생물 분류표[기타피부암, 갑상선암 및 대장점막내암 제외]

이 약관에서 규정하는 악성 신생물로 분류되는 질병은 제7차 개정 한국표준질병·사인분류(KCD : 통계청 고시 제2016-309호, 2016.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 입술, 구강 및 인두의 악성 신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성 신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 흉곽내기관의 악성 신생물	C30 ~ C39
4. 골 및 관절연골의 악성 신생물	C40 ~ C41
6. 피부의 악성 흑색종	C43
6. 중피성 및 연조직의 악성 신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성 신생물	C60
8. 여성생식기관의 악성 신생물	C61 ~ C68
9. 남성생식기관의 악성 신생물	C60 ~ C68
10. 요로의 악성 신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부분의 악성 신생물	C69 ~ C72
12. 부신의 악성 신생물	C74
13. 기타 내분비선 및 관련 구조물의 악성 신생물	C75
14. 불명확한, 이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물	C76 ~ C80
16. 림프, 조혈 및 관련 조직의 악성 신생물	C81 ~ C96
16. 독립된(원발성) 여러 부위의 악성 신생물	C97
17. 진성 적혈구증가증	D45
18. 골수형성이상증후군	D46
19. 만성 골수증식질환	D47.1
20. 본태성(출혈성) 혈소판혈증	D47.3
21. 골수섬유증	D47.4
22. 만성 호산구성 백혈병[과호산구증후군]	D47.5

※ 제8차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

※ 한국표준질병·사인분류 지침서의 '사망 및 질병이환의 분류부호 부여를 위한 선정준칙과 지침'에 따라 C77~C80(이차성 및 상세불명 부위의 악성 신생물)의 경우 일차성 악성 신생물이 확인되는 경우에는 원발부위(최초 발생한 부위)를 기준으로 분류합니다.

※ '소화기관의 악성 신생물(C15~C26)'의 경우 약관 제6조(대장점막내암의 정의 및 진단확정)에서 정한 '대장점막내암'은 제외합니다.

- 한국표준질병·사인분류에서는 신생물의 행동양식에 따른 분류를 신체 부위에 따라 세분화하여 질병분류번호를 부여
- 일반적으로 악성신생물의 경우 C코드가 사용됨(C00-C97)
- D코드의 경우 제자리신생물, 양성신생물, 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 등이 이에 해당하나, 다만 D코드 중 일부는 행동양식에 따라 악성신생물로 추정되는 경우도 있음

## <참고> 한국표준질병·사인분류 개정 연혁

- 한국표준질병·사인분류(KCD)의 개정 연혁은 다음과 같음

개정판	시행시기
제1차 개정 한국표준질병·사인분류	1973. 1. 1.
제2차 개정 한국표준질병·사인분류	1979. 1. 1.
제3차 개정 한국표준질병·사인분류	1995. 1. 1.
제4차 개정 한국표준질병·사인분류	2003. 1. 1.
제5차 개정 한국표준질병·사인분류	2008. 1. 1.
제6차 개정 한국표준질병·사인분류	2011. 1. 1.
제7차 개정 한국표준질병·사인분류	2016. 1. 1.

## 암의 진단 확정

### • 암보험 약관에서는 암의 진단 확정 방법에 대하여 규정하고 있음

- 암보험은 피보험자가 보험기간 중 암보장개시일 이후에 암으로 진단이 확정되었을 때 진단급여금, 치료비 등을 보장하는 보험 → 보험금 지급 대상에 해당하기 위해서는 **약관에서 정한 방법에 따라 암의 진단 확정을 받아야 함**

#### 약관상 암의 진단 확정에 대한 규정

“암의 진단 확정은 **병리과** 또는 **진단검사의학과** 전문의 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 **조직(Fixed Tissue) 검사**, **미세바늘흡인(Fine Needle Aspiration) 검사** 또는 **혈액(Hemic System) 검사**에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기에 따른 진단이 가능하지 않을 때에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.”

- 통상 암의 진단은 <임상의사(주치의)의 환자 진찰 → 병리과에 조직검사 의뢰 → 병리과에서 조직검사 후 결과 보고 → 임상의사가 이를 토대로 진단서 발급>의 절차에 의하게 되는데, 원칙적으로 **병리학적 진단**에 따라야 하며, 다만 조직검사 전에 피보험자가 사망한 경우 등 병리학적 진단이 불가능한 경우 등에는 임상학적 진단으로 암을 인정할 수 있음

※병리적 방법에 의한 진단은 현재 종양의 실질을 가장 정확하고 객관적으로 파악하는 방법인데 반하여, 임상적 진단은 치료를 위하여 환자의 예후, 악성으로 변할 가능성 등 다양한 요소를 종합적으로 참고하여 내리는 방법으로 이해됨

## 암의 종류에 따른 급부의 차등화

### • 진단 확정된 암의 종류에 따라 보험금이 달라질 수 있음

- 다른 암에 비해 치료 비용이 저렴하고 예후도 좋은 갑상선암, 기타 피부암 등의 경우에는 소액암으로 보아 일반암 보험금의 10%~30%를 보장하는 것이 일반적
- 제자리암과 경계성 종양\*은 암은 아니지만 소액암과 유사한 수준의 보험금을 지급하는 것이 일반적

※ 제자리암(舊 상피내암)은 암세포가 점막상피층에 국한해서 존재하는 상태를 의미하며, 경계성 종양은 양성종양과 악성종양의 중간 경계에 해당하는 종양을 의미(약관에서 한국표준질병·사인분류상의 해당 분류번호를 열거하고 있음)

구분	지급 사유	지급 보험금
일반암	위암, 대장암, 폐암 등	암진단비 100%
소액암	갑상선암, 기타 피부암, 대장점막내암 등	일반암진단비의 10~30%
기타	제자리암, 경계성 종양	일반암진단비의 10~30%

- 소액암의 범위는 회사별·상품별로 상이하며, 보험회사에 따라 소액암 중에서도 이를 세분화하여 지급 보험금액을 달리 책정하는 경우도 있음(예: 유방암이나 전립선암의 경우 일반암진단비의 40% 지급)
- 일부 보험사는 백혈병, 췌장암 등을 고액암으로 추가 분류하여 일반암보다 고액으로 보장하기도 함

## 암보장개시일 등

### • 암 보장은 가입 후 일정기간(90일)이 경과한 시점부터 개시됨

- 일반적인 보험은 제1회 보험료 납입일부터 보장이 개시되지만, 암보험의 경우에는 최초 계약일로부터 그 날을 포함하여 **90일**이 지난 날의 다음날부터 보장이 개시됨

※ 보험 가입 전에 이미 암이 발생하였거나 암이 의심되는 사람이 보험금을 받을 목적으로 보험에 가입하는 것을 방지하기 위함

- 만약 피보험자가 계약일 이후 **암보장개시일 전에 암으로 진단 확정** 받은 경우에는 해당 보험계약을 무효로 하고 기납입보험료를 반환함
- 다만 갱신계약 및 어린이암보험 등 일부 암보험상품, 갑상선암·기타피부암·제자리암·경계성종양 등의 경우에는 위와 같은 대기기간 없이 제1회 보험료 납입일부터 보장이 개시되도록 하는 것이 일반적임

### • 암의 진단 확정 시점에 따라 보험금액이 달라질 수 있음

- 암보장개시일이 지났더라도 통상 보험계약일 이후 1년 또는 2년 이내에 암으로 진단 확정 받은 경우에는 암진단비의 50%를 지급하는 것이 일반적임



---

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

암보험 약관상의 “암”에 해당하는지 여부 관련

암보험 약관상의 “수술”에 해당하는지 여부 관련

암의 진단 확정에 해당하는지 여부 관련

“암의 직접적인 치료 목적”에 해당하는지 여부 관련

암의 분류 기준의 변경 관련

암이 전이되거나 재발한 경우 관련

암과 경계성 종양 또는 제자리암의 구분 관련

고지의무 위반에 해당하는지 여부 관련

고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지 시  
보험금 지급 책임의 범위 관련

기 타

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

### 암보험 약관상의 “암”에 해당하는지 여부 관련

- 암보험 약관에 의하면 암의 진단 확정은 원칙적으로 조직검사 등 **병리학적 검사**를 통해서 받아야 하고, 다만 병리학적 진단이 불가능할 때에만 임상학적 진단(종양의 발생 위치, 치료 방법, 예후 등을 전체적으로 고려)을 인정
- 병리학적으로는 양성 종양이지만 **임상학적으로 볼 때에는 악성 종양만큼 위험하고 예후가 불량한 경우**(예: 뇌종양 등) 암에 준하는 것으로 보아 암 보험금을 지급해야 하는지 여부가 문제됨

### 암보험 약관상의 “수술”에 해당하는지 여부 관련

- 과거 판매된 암보험 상품은 수술의 의미나 범위에 대해 별도의 정의 조항을 두고 있지 않은 경우가 많았음
- 이 경우 일반적인 외과적 수술이 아닌 시술이나 처치 등이 암보험 약관상의 수술에 해당하는지 여부가 문제됨(중심정맥 관 삽입술, 고주파 온열치료 등)

※ 현재 암보험 약관에서는 기구를 사용하여 생체에 절단, 절제 등의 조작을 가하는 것으로 제한하고 흡인, 천자, 항암방사선치료 등은 수술의 범위에서 제외시키고 있음

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

암의 진단 확정에 해당하는지 여부 관련

- 암보험 약관상의 암의 진단 확정 요건에 부합하는지 여부가 문제됨
- 특히 여러 종류의 검사 및 진단이 암보장개시일 전후에 걸쳐서 이루어진 경우에 중요한 쟁점이 될 수 있음 → **암보장개시일 전에 진단 확정**이 있었다고 인정되는 경우에는 보험계약 **무효** 사유에 해당



## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

### “암의 직접적인 치료 목적”에 해당하는지 여부 관련

- 암보험 약관에서는 암과 조금이라도 관련이 있는 입원이나 수술을 모두 보장하는 것이 아니라 암의 직접적인 치료를 목적으로 하는 입원과 수술을 보장함
- 특히 암환자가 암 치료 후 면역력 강화, 후유증 치료 등을 위해 요양병원에 입원한 경우 이것이 암의 직접적인 치료 목적의 입원에 해당하는지 여부에 대한 분쟁이 다수 발생

※ 암의 직접 치료를 계속하기 위해 필수불가결한 면역력 강화, 후유증 치료는 암의 직접 치료 목적에 해당하지만, 단순히 암의 치료 후 발생한 후유증, 합병증을 치료하기 위한 경우는 암의 직접 치료 목적에 해당하지 않는다는 것이 판례 및 금감원 분쟁조정위원회의 입장 → 그에 따라 암보험 약관 개선(2019. 1.)

### 암의 분류 기준의 변경 관련

- 보험 가입 시점과 진단 시점 사이에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 암의 분류 기준이 변경된 경우 어느 시점의 기준에 따라 암 해당 여부를 판단해야 하는지가 문제됨

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

### 암이 전이되거나 재발한 경우 관련

- 암이 전이 또는 재발된 경우 원발암 기준으로 판단해야 하는지 전이 또는 재발암 기준으로 판단해야 하는지가 문제됨
- 특히 갑상선암이 인접 부위 림프절에 전이된 경우에 대한 분쟁이 다수 발생 → C73 코드 외에 C77 코드가 병기되는 경우, C73 기준으로 소액암 보험금을 지급하면 되는지 아니면 C77 코드에 따라 일반암 보험금을 지급해야 하는지
- 암보장개시일 전에 발병된 암에 의해 전이된 암이 암보장개시일 후에 진단 확정된 경우도 문제될 수 있음



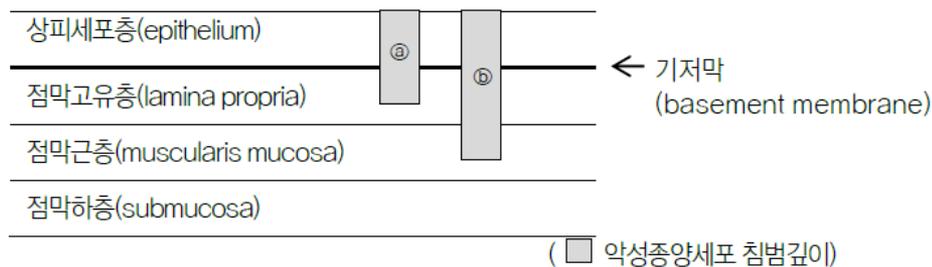
※ 현재 암보험 약관에서는 일차성 악성신생물(암)이 확인되는 경우에는 원발부위를 기준으로 분류한다는 문구 명시(2011. 4. 1.~)

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

### 암과 경계성 종양 또는 제자리암의 구분 관련

- 어떠한 질병이 암보험 약관상의 암에 해당하는지 아니면 경계성 종양 또는 제자리암에 해당하는지 명확하지 않아 분쟁이 발생하는 경우가 있음 (대장점막내암, 직장유암종, 비침습방광암)
- 약관에서는 한국표준질병·사인분류를 인용하여 암을 정의하고 있는데, 경우에 따라서는 **한국표준질병·사인분류상의 기준이 특정암의 특수성이나 의학계의 최신 입장** 등을 반영하지 못하여 실제 의학계의 현실과 괴리가 발생할 수 있음



일반적으로는 암세포가 상피세포층에만 국한된 경우를 제자리암(상피내암)이라고 하나, 대장의 경우에는 점막하층을 침범하지 않고 점막층 내에 머무르는 경우(점막내암) 제자리암과 마찬가지로 취급하는 것이 **의학계의 입장**



한국표준질병·사인분류상으로는 제자리암은 암세포가 상피세포층에 존재하는 경우이고, 대장에 대해 명시적 예외 규정을 두고 있지 않음

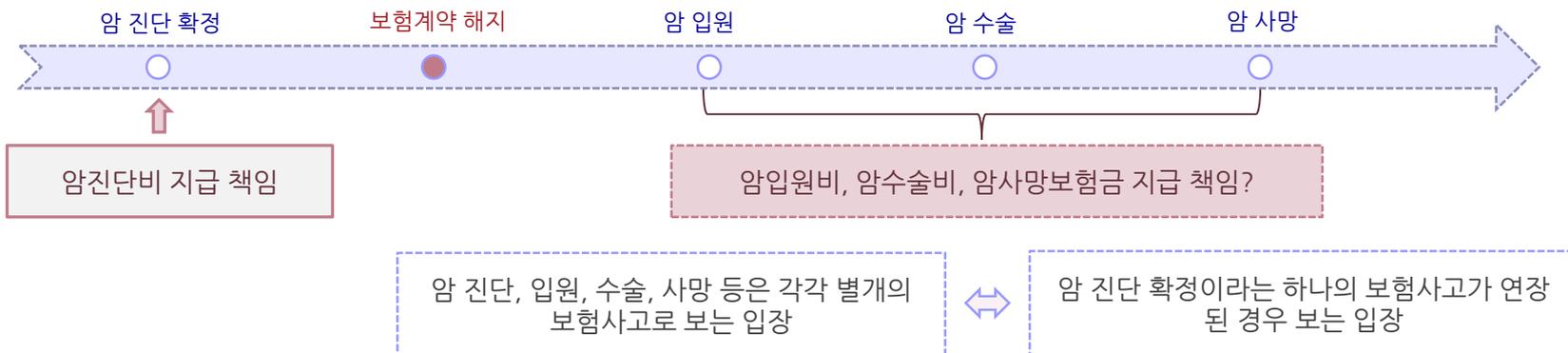
※ 현재 판매되는 암보험 상품에서는 대부분 대장점막내암, 비침습방광암에 대한 별도 정의 규정을 두어 소액암으로 취급하고 있음

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

### 고지의무 위반 관련

- 어떤 경우에 고지의무 위반을 주장할 수 있는지(고지의무 대상인 “중요한 사항”에 해당하는지, 보험계약자·피보험자에게 고의·중과실이 있었는지, 고지의무 위반과 암의 발생 사이에 인과관계가 있다고 볼 수 있는지) 문제가 될 수 있음
- 특히 보험계약자·피보험자의 고지의무 위반으로 보험회사가 보험계약을 해지하더라도 **고지의무 위반 사실과 보험사고 발생 사이에 인과관계가 없는 경우에는 보험회사가 보험계약 해지 전에 이미 발생한 보험사고에 대해서는 보험금 지급 책임을 부담하는데**, 이 경우 보험회사의 보험금 지급 책임의 범위와 관련한 분쟁이 발생



---

## 암 분류 기준의 변경 관련 검토

## 암보험 관련 주요 분쟁 사례 유형

- 암보험 관련 기존 분쟁 사례들(금감원 분쟁조정사례 및 판례)에서 제기된 주요 쟁점은 다음과 같음

암보험 약관상의 “암”에 해당하는지 여부 관련

암이 전이되거나 재발한 경우 관련

암보험 약관상의 “수술”에 해당하는지 여부 관련

암과 경계성 종양 또는 제자리암의 구분 관련

암의 진단 확정에 해당하는지 여부 관련

고지의무 위반에 해당하는지 여부 관련

“암의 직접적인 치료 목적”에 해당하는지 여부 관련

고지의무 위반으로 인한 보험계약 해지 시  
보험금 지급 책임의 범위 관련

암의 분류 기준의 변경 관련

기 타

## 쟁점

- 보험계약 체결 시점과 진단 시점 사이에 암 진단 기준의 변경이 생긴 경우 어느 시점의 기준에 따라 판단해야 하는지가 쟁점이 될 수 있음
  - 의료 수준 등의 변화에 따라 어떠한 종양이 보험계약 체결 시점에는 악성 종양으로 분류되었으나 실제로 피보험자가 진단을 받은 시점에는 양성 종양 또는 경계성 종양으로 분류되는 경우가 생길 수 있음(한국표준질병·사인분류의 개정)
  - 이 경우 **보험계약 체결 시점**을 기준으로 악성 종양으로 보아야 하는지, **진단 시점**을 기준으로 양성 또는 경계성 종양으로 보아야 하는지가 문제됨

### 보험계약 체결 시점을 기준으로 판단

- 보험약관에서 보험계약 체결 시점에 유효한 한국표준질병·사인분류에 따라 악성신생물로 분류되는 질병으로 암을 정의하고 있으므로, 보험계약 체결 시점 기준으로 판단해야 한다는 입장

VS

### 진단 시점을 기준으로 판단

- 암보험금은 암으로 진단 확정된 경우에 지급되는 것이므로(어떠한 증상이 보험사고가 아니라 그러한 증상에 대해 암으로 진단 확정 필요) 진단 시점의 기준에 따라 판단해야 한다는 입장

- 반대로 보험계약 체결 시점에는 양성 또는 경계성 종양으로 분류되던 것이 진단 시점에는 악성 종양으로 분류되는 경우도 생길 수 있는데, 이에 대해서는 한국표준질병·사인분류 개정으로 새롭게 악성 종양으로 분류되는 경우에는 해당 질병도 포함한다는 내용이 약관에 명기되어 있음

## 금감원 분쟁조정 사례 1 (제2012-14호)

### • 보험계약 체결시의 기준에 따라 일반암 보험금을 지급해야 한다고 판단한 분쟁조정결정이 있음 (금융분쟁조정위원회 결정 제2012-14호)

- 피보험자가 '경계형 악성의 유두상 장액성 낭선종'으로 진단 받았는데, 이는 보험계약 체결 시점에는 악성 종양으로 분류되었으나 피보험자가 진단을 받은 시점에는 경계성 종양으로 분류가 변경된 사안

※ '경계형 악성의 유두상 장액성 낭선종'은 보험계약 체결 시점의 약관에서 인용하고 있는 제4차 한국표준질병·사인분류에서는 악성 신생물(C56)로 분류되었으나 진단 시점인 제5차 한국표준질병·사인분류에서는 경계성 종양(D39)으로 분류된 사안이며, 진단서상 코드 번호까지 기재되었는지는 확인되지 않음 (해당 보험계약상 암진단자금 6천만원/ 경계성종양진단자금 6백만원)



- 보험약관에서 암을 정의하면서 제4차 한국표준질병·사인분류를 인용하고 있으므로 그 기준에 따라 암진단 자금(6천만원)을 지급해야 하는 것인지, 실제 진단 시점에서는 암이 아니라 경계성 종양이므로 경계성종양 진단자금(6백만원)을 지급해야 하는 것인지가 문제됨

## 금감원 분쟁조정 사례 1 (제2012-14호)

### • 해당 암보험 약관의 관련 조항은 다음과 같음

#### 제14조 【암 및 기타피부암의 정의 및 진단확정】

① 이 계약에 있어서 “암”이라 함은 **제4차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병**(별표 4 “대상이 되는 악성신생물 분류표(기타피부암 제외)참조)을 말합니다. 다만, 분류번호 C44(피부의 기타 악성신생물) 및 전암병소(Premalignant condition or condition with malignant potential)는 상기분류에서 제외합니다.

③ 암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직검사(fixed tissue), 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나, 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 암으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

#### 제16조 【경계성종양의 정의 및 진단확정】

① 이 보험에 있어서 “경계성종양”이라 함은 **제4차 한국표준질병·사인분류의 기본분류에 있어서** 별표6 (행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표)에서 정한 질병을 말합니다.

② 경계성종양의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하며, 이 진단은 조직(fixed tissue)검사, 미세침흡인검사(fine needle aspiration biopsy) 또는 혈액검사(hemic system)에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 합니다. 그러나 상기의 병리학적 진단이 가능하지 않을 때에는 경계성종양에 대한 임상학적 진단이 경계성종양의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 경계성종양으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

#### 제17조 【보험금의 종류 및 지급사유】

회사는 피보험자에게 다음 사항 중 어느 한 가지의 경우에 해당되는 사유가 발생한 때에는 수익자에게 약정한 보험금(별표 1 “보험금 지급기준표” 참조)을 지급합니다.

1. **보험기간중 피보험자가 암에 대한 책임개시일 이후 최초로 암(기타피부암 제외)으로 진단 확정되었을 때 : 암 진단자금** 지급(1회에 한함)
2. 보험기간중 피보험자가 책임개시일 이후 최초로 기타피부암으로 진단 확정되었을 때 : 기타피부암 진단자금 지급(1회에 한함)
3. 보험기간중 피보험자가 책임개시일 이후 최초로 상피내암으로 진단 확정되었을 때 : 상피내암 진단자금 지급(1회에 한함)
4. **보험기간중 피보험자가 책임개시일 이후 최초로 경계성종양으로 진단 확정되었을 때 : 경계성종양 진단 자금** 지급(1회에 한함)
5. 피보험자가 보험기간이 끝날 때까지 살아있을 때 (단, 제1급장해 포함): 만기급여금 지급 (단, 2종 만기 환급형에 한함)

## 금감원 분쟁조정 사례 1 (제2012-14호)

### • 해당 암보험 약관의 관련 조항은 다음과 같음

(별표 4)

#### 대상이 되는 악성신생물분류표 (기타피부암 제외)

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

대 상 질 병 명	분 류 번 호
1. 인술, 구강 및 인두의 악성신생물	C00 ~ C14
2. 소화기관의 악성신생물	C15 ~ C26
3. 호흡기 및 가슴내 장기의 악성신생물	C30 ~ C39
4. 뼈 및 관절연골의 악성신생물	C40 ~ C41
5. 피부의 악성흑색종	C43
6. 종피성 및 연조직의 악성신생물	C45 ~ C49
7. 유방의 악성신생물	C50
8. 여성 생식기관의 악성신생물	C51 ~ C58
9. 남성 생식기관의 악성신생물	C60 ~ C63
10. 요로의 악성신생물	C64 ~ C68
11. 눈, 뇌 및 중추신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C69 ~ C72
12. 갑상선 및 기타 내분비선의 악성신생물	C73 ~ C75
13. 불명확한, 속발성 및 상세불명부위의 악성신생물	C76 ~ C80
14. 림프, 조혈 및 관련조직의 원발성이라고 정해졌거나 또는 가정되는 악성신생물	C81 ~ C96
15. 독립된(원발성) 다발성 부위의 악성신생물	C97

1. 제5차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

2. 기타 피부의 악성신생물(분류번호 C44)은 상기 분류표에서 제외됩니다.

## 금감원 분쟁조정 사례 1 (제2012-14호)

### • 해당 암보험 약관의 관련 조항은 다음과 같음

(별표 6)

#### 행동양식 불명 또는 미상의 신생물 분류표

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

대 상 질 병 명	분류번호
1. 구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D37
2. 가운데귀, 호흡기, 가슴내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D38
3. 여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물	D39
4. 남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D40
5. 비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D41
6. 수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D42
7. 뇌 및 중추 신경계통의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D43
8. 내분비샘의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D44
9. 진성 적혈구 증다증	D45
10. 골수 형성이상 증후군	D46
11. 림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D47
12. 기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물	D48

제5차 개정이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외의 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

## 금감원 분쟁조정 사례 1 (제2012-14호)

### • 분쟁조정위원회가 일반암 보험금을 지급해야 한다고 판단한 근거는 다음과 같음

- 해당 보험약관에서 암에 대하여 “**제4차 한국표준질병·사인분류에 있어서 악성신생물로 분류되는 질병**”으로 정의하고 있으므로, 암 진단자금 지급 대상에 해당하는지 여부는 **제4차 한국표준질병·사인분류에 따라 판단해야** 한다는 것임
- 제4차 한국표준질병·사인분류에 의하면 피보험자가 진단받은 ‘경계형 악성의 유두상 장액성 낭선종’은 악성신생물로 분류되므로, 경계성 종양 진단자금이 아닌 암 진단자금 지급 대상에 해당한다는 것임
- 해당 보험약관에서 ‘**제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함한다**’는 내용은 악성신생물의 범위가 ‘**확장**’되는 경우에 대한 것, 즉, 제4차 한국표준질병·사인분류에서는 악성신생물로 분류되지 않았으나 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 악성신생물로 분류될 경우 그 질병까지 악성신생물로 추가한다는 의미라고 봄
- 반대로 제4차 한국표준질병·사인분류에서는 악성신생물로 분류되었던 것이 제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 악성신생물로 분류되지 않으면 그 질병을 악성신생물로 보지 않는다는 내용이 약관에 명시되어 있지 않으므로 **약관 작성자 불이익 원칙**에 따라 고객에게 유리하게 해석할 필요가 있다고 봄

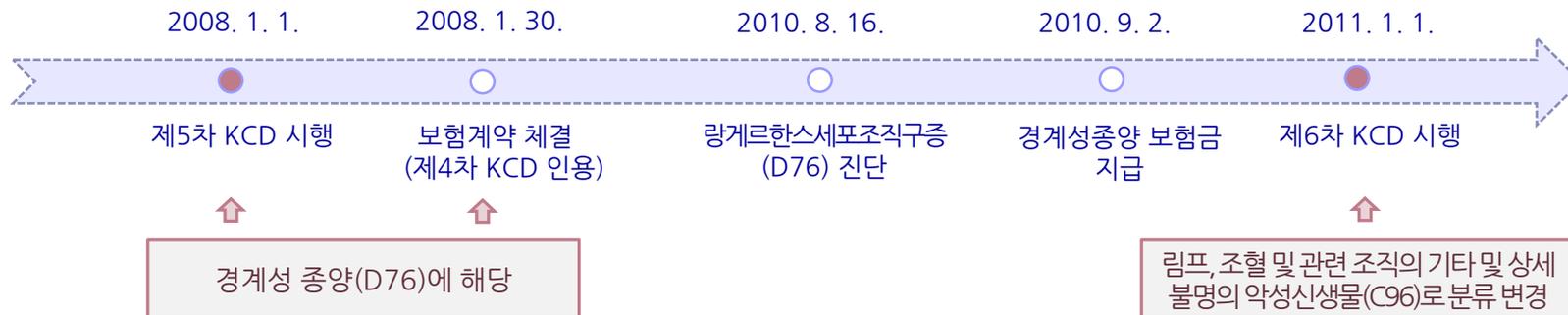


## 금감원 분쟁조정 사례 2 (제2011-35호)

- 경계성 종양 진단 이후에 한국표준질병·사인분류 개정으로 악성신생물로 분류가 변경된 사안에서도 일반암 보험금을 지급해야 한다고 판단한 분쟁조정결정이 있음(금융분쟁조정위원회 결정 제2011-35호)

- 피보험자가 '랑게르한스 세포 조직구증'으로 진단 받았는데, 이는 보험계약 체결 시점 및 진단 시점에서는 경계성 종양으로 분류되었으나, 그 후에 악성 종양으로 분류가 변경된 사안

※ '랑게르한스 세포 조직구증'은 보험계약 체결 시점의 약관에서 인용하고 있는 제4차 한국표준질병·사인분류 및 이후 개정된 제5차 한국표준질병·사인분류까지는 경계성 종양(D76)으로 분류되었으나 제6차 한국표준질병·사인분류에서는 악성 종양(C96)으로 분류가 변경됨



- 경계성종양 진단 급여금(4백만원)을 이미 지급받은 피보험자가 제6차 KCD 시행 이후에 C96으로 다시 진단 받아 다발성소아암 진단 급여금(5천만원)과의 차액(4천6백만원)을 청구하였고, **질병코드 변경 전에 이미 보험사고가 발생한 건에 대해서도 변경된 질병코드를 적용할 수 있는 것인지가 문제됨**

## 금감원 분쟁조정 사례 2 (제2011-35호)

### • 해당 암보험 약관의 관련 조항은 다음과 같음

#### 제1조 (보상하는 손해)

회사는 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간(이하 “특별약관”은 “특약”, “이 특별약관의 보험기간”은 “보험기간”이라 합니다) 중에 “다발성 소아암”으로 진단 확정된 경우에 이 특약에 따라 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특약 보험가입금액을 최초 1회에 한하여 다발성 소아암 진단급여금으로 수익자에게 지급합니다.

#### 제3조 [다발성 소아암의 정의 및 진단확정]

① 이 특약에서 “다발성 소아암”이라 함은 [별표3] “다발성 소아암 분류표”에서 정하는 “수막의 악성신생물”, “뇌의 악성신생물”, “척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물”, “호지킨병”, “여포성[결절성] 비호지킨 림프종”, “미만성 비호지킨 림프종”, “말초 및 피부성 T-세포림프종”, “기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종”, “림프 백혈병”, “골수성 백혈병”, “단핵구성 백혈병”, “명시된 세포형의 기타 백혈병”, “상세불명 세포형의 백혈병”, “림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물”을 말합니다. 다만, 전암병소(premalignant condition or condition with malignant potential)는 제외합니다.

② “다발성 소아암”의 진단 확정은 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 “다발성 소아암”에 대한 임상학적 진단이 “다발성 소아암”의 증거로 인정됩니다. 이 경우에는 피보험자가 “다발성 소아암”으로 진단 또는 치료를 받고 있음을 증명할 만한 문서화된 기록 또는 증거가 있어야 합니다.

## 금감원 분쟁조정 사례 2 (제2011-35호)

### • 해당 암보험 약관의 관련 조항은 다음과 같음

[별표3]

#### 다발성 소아암 분류표

약관에서 규정하는 다발성 소아암으로 분류되는 질병은 제4차 개정 한국표준질병사인분류(통계청 고시 제2002-1호, 2003.1.1 시행) 중 다음에 적은 질병을 말합니다.

대상이 되는 질병	분류번호
1. 수막의 악성신생물	C70
2. 뇌의 악성신생물	C71
3. 척수, 뇌신경 및 중추 신경계통의 기타 부위의 악성신생물	C72
4. 호지킨병	C81
5. 여포성[결절성] 비호지킨 림프종	C82
6. 미만성 비호지킨 림프종	C83
7. 말초 및 피부성 T-세포 림프종	C84
8. 기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종	C85
9. 림프 백혈병	C91
10. 골수성 백혈병	C92
11. 단핵구성 백혈병	C93
12. 명시된 세포형의 기타 백혈병	C94
13. 상세불명 세포형의 백혈병	C95
14. 림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물	C96

제5차 개정 이후 한국표준질병사인분류에 있어서 상기 질병이외에 추가로 상기 분류표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.

## 금감원 분쟁조정 사례 2 (제2011-35호)

- 분쟁조정위원회가 일반암 보험금을 지급해야 한다고 판단한 근거는 다음과 같음
  - 해당 보험약관에서 ‘제5차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에 있어서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류 표에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다’라는 문구에 있어, 그 **적용 시점**이 명확하게 규정되지 않았다고 봄
  - 즉, 제5차 개정 이후에 추가로 담보 내용에 포함되는 질병이 **한국표준질병·사인분류 개정 이후에 발생한 것**에 한하여 보상한다는 의미인지 아니면 본건과 같이 **한국표준질병·사인분류 개정 이전에 이미 발생한 질병의 분류코드가 변경된 경우에도 소급**하여 보상한다는 의미인지 약관의 뜻이 명확하지 아니하므로 약관 작성자 불이익 원칙에 따라 고객에게 유리하게 해석해야 한다는 것임

## 판례

- 대법원 판례에서도 암에 해당하는지 여부는 보험계약 체결 당시 고시된 한국표준질병·사인분류에 따라 판단해야 한다는 원칙을 제시하였음(대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결)

- 보험계약 체결 시점에는 악성 종양으로 분류되다가 진단 시점에는 경계성 종양으로 분류가 변경된 것 자체가 쟁점이 되어서 이에 대해 직접적으로 판단을 내린 사안은 아니지만, 암의 판단 기준 시점에 대한 원칙을 제시함(직장유암종 사례)

※ 한국표준질병·사인분류상 직장유암종에 대한 형태 분류번호가 변경되어 왔으나 충수를 제외한 다른 부위에서 발생한 상세불명의 유암종은 일반적으로 악성신생물로 분류되어 왔고, 다만 한국표준질병·사인분류에 대한 보조자료로 활용될 수 있는 코딩지침서에는 직장유암종의 크기, 침범 여부에 따라 경계성 종양으로 분류할 수 있다고 기재되어 있는 경우도 있었음

“이 사건 각 보험계약의 약관에서 ‘암’이란 한국표준질병·사인분류 기본분류에서 악성 신생물로 분류되는 질병을 의미하고, 별표3에서 한국표준질병·사인분류의 분류기준과 그 용어를 인용하여 악성 신생물로 분류되는 질병은 제3차 개정 한국표준질병·사인분류에 따르고, 제4차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위 질병 이외에 추가로 암으로 분류하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하도록 규정한다. 이러한 약관규정의 취지는 **보험계약 체결 당시 고시된 한국표준질병·사인분류에 따라 ‘암’에 해당하는지를** 정하되, 보험계약 체결 당시에는 악성 신생물로 보지 않던 것이라도 보험사고의 발생 시점, 즉 해당 질병의 진단확정 시를 기준으로 가장 최근에 개정·고시된 한국표준질병·사인분류에서 새롭게 악성 신생물로 포함하면, 이를 악성 신생물로 보아 보험금을 지급하겠다는 의미로 보아야 한다.”

## 감독행정작용

- 최근 금융감독원에서 감독행정작용으로서 「한국표준질병사인분류(KCD) 적용 및 보험금 지급 시 유의사항 안내」를 시행(감2020-41002, 시행일 2020. 1. 21)

### 1 감독행정의 취지

- 대법원 판례(대법원 2018.7.24. 선고 2017다256828 판결) 및 금융분쟁 조정위원회 조정선례(제2012-14호, 제2019-5호) 등을 감안할 경우, 질병보험 약관상 한국표준질병·사인분류(KCD) 적용기준에 관한 사항을 해석함에 있어,

• (약관예시) 「향후 제X차 개정 이후 한국표준질병·사인분류(KCD)에서 상기 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하는 것으로 합니다.」

- 보험계약 체결 당시 고시된 한국표준질병·사인분류(KCD)에 따라 보험계약에서 보장하는 '질병'의 범위를 정하되 보험계약 체결 당시에는 '질병'으로 보지 않던 것이라도 보험사고의 발생 시점을 기준으로 가장 최근에 개정·고시된 한국표준질병·사인분류(KCD)에서 새롭게 '질병분류'에 포함되면 이를 '질병'으로 보아 보험금을 지급하겠다는 의미(반대로, 질병분류에서 제외되는 것은 배제된다는 의미로는 해석될 수 없음)로 해석하여 보험금 지급 업무를 수행하는 것이 타당

### 2 감독행정의 내용

- 「보험업법」 제127조의3(기초서류 기재사항 준수 의무) 등에 따라 각 보험회사는 향후 유사한 사례가 발생하지 않도록 보험금 지급 업무에 만전을 기할 필요

## 검토

### • (유형 1) 보험계약 체결 시점에서는 악성 종양으로 분류되었던 것이 진단 시점에서는 경계성 종양으로 분류가 변경된 경우

- 현행 약관의 문언상으로는 원칙적으로 보험약관에서 인용하고 있는 **보험계약 체결 당시의 한국표준질병·사인분류**에 따라 암에 해당하는지를 판단하되, 한국표준질병·사인분류가 개정되어 **악성 신생물에 새로 “추가”된 경우에** 새로운 분류 기준에 따라 암으로 인정해주겠다는 의미로 해석하는 것이 불가피할 수 있음

“약관에 규정하는 악성 신성물로 분류되는 질병은 제[ ]차 개정 한국표준질병·사인분류 중 다음에 적은 질병을 말한다”

“제[ ]차 개정 이후 한국표준질병·사인분류에서 위 질병 이외에 추가로 상기 분류번호에 해당하는 질병이 있는 경우에는 그 질병도 포함하도록 규정한다”

- 그러나 **암보험의 본질**이나 **취지** 상으로는 **진단 시점**의 한국표준질병·사인분류에 따라 암 해당 여부를 판단하는 것이 합리적일 것임
  - ✓ 암보험은 어떤 “증상”을 보험사고로 보고 보험금을 지급하는 것이 아니라 그러한 증상에 대해 의사의 “진단” 이 개입됨으로써 “**암의 진단 확정**”이라는 사건이 발생하였을 때 보험금을 지급하는 것임
  - ✓ 의사의 진단은 **진단 당시의 의학 수준이나 기준**에 따라 이루어지게 되므로, 암 해당 여부도 진단 당시의 기준에 따라 판단하는 것이 합리적
  - ✓ 암보험의 주요 기능이 **암 치료에 필요한 재정적 지원**을 제공하는 것이라는 점에서도, 진단 시점에 더 이상 암으로 분류되지 않는 경우라면 그 치료에 수반되는 신체적·재정적 부담이 암의 경우보다 **가볍다**고 볼 수 있음

## 검토

- (유형 2) 보험계약 체결 시점에서는 경계성 종양으로 분류되었던 것이 진단 시점에서는 악성 종양으로 분류가 변경된 경우
  - 약관의 문언에 따라 암 보험금 지급 대상에 해당할 것이며, 진단 시점의 기준에 따라 판단한다는 점에서 암 보험의 본질이나 취지에도 부합
  
- (유형 3) 보험계약 체결 시점 및 진단 시점에서는 경계성 종양으로 분류되었으나 그 후에 악성 종양으로 분류가 변경된 경우
  - 진단 시점 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되어 악성 종양으로 분류된 경우까지 전부 소급하여 암보험금 지급 대상으로 보는 것은 타당하지 않을 것임
    - ✓ 보험회사가 이미 경계성 종양에 대한 보험금을 지급한 후에도 언제 발생할지 모르는 암 분류 기준의 변경 여부에 따라 암보험금 지급 책임이 무한히 확대될 수 있어서 부당
    - ✓ 암보험에서의 보험사고는 암으로 진단 확정되는 것이기 때문에 진단 시점의 기준에 의하는 것이 합리적
    - ✓ 금감원 분쟁조정사례는 피보험자가 경계성 종양으로 진단 받은 지 불과 몇 개월 만에 해당 질병이 악성 종양으로 분류가 변경된 특별한 사정을 고려한 예외적인 판단으로 이해할 것이지, 이를 일반화하는 것은 타당하지 않을 것임

## 약관 개선 제안

- 암에 해당하는지 여부는 진단 확정 당시의 한국표준질병·사인분류에 따라 판단한다는 내용을 약관에 명시하는 방안을 고려할 필요가 있음
  - 한국표준질병·사인분류의 개정으로 악성신생물이 새로 “추가”되는 경우 뿐만 아니라 악성신생물에서 “제외”되는 경우도 포함될 수 있도록, 보험계약 체결 이후에 한국표준질병·사인분류가 개정되는 경우에는 **진단 확정 시점에 적용되는 한국표준질병·사인분류의 기준에 따라 암 해당 여부를 판단한다**는 내용을 약관에 명시하는 것이 바람직할 수 있음
  - 참고로, 일본에서는 악성신생물(암)의 정의에 대하여 계약시주의(契約時主義)가 아닌 발생시주의(發生時主義)에 의한다는 내용을 약관에 명시하고 있다고 함

‘악성신생물’은 후생노동성대신관방통계정보부편 ‘국제질병분류 - 종양학 제3판’ 중, 신생물의 성상(性狀)을 나타내는 제5행의 코드가, /3/6/9의 것을 말합니다. 또한 후생노동성대신관방통계정보부편 ‘국제질병분류 - 종양학 제3판’에서, 진단 확정일 이전에 신판(版)이 발행된 경우에는 **신판에 있어서의 제5행의 코드에 의한 것을 말합니다.**

자료: 한병규(2017), “현행 암보험약관 해석 기초에 대한 비판적 재고 - 경계성종양의 문제점을 중심으로-”

감사합니다