

서울북부지방법원

제 1 1 민 사 부

사건	2021가합24725 채무부존재확인
원고	A 주식회사 소송대리인 변호사 변동열
피고	B
변론종결	2022. 4. 21.
판결선고	2022. 6. 16.

주 문

1. 별지 기재 각 병원치료에 관하여 원고와 피고 사이의 2005. 10. 17.자 보험계약(계약번호 : C)에 따른 원고의 피고에 대한 별지 '추가 청구 보험금'란의 각 보험금지급채무는 존재하지 아니함을 확인한다.
2. 소송비용은 피고가 부담한다.

청 구 취 지

주문과 같다.

이 유

1. 인정사실

가. 피고는 2005. 10. 17. 원고와 사이에 피보험자를 피고로 하여 보험료 193,870원, 보험기간 2005. 10. 17.부터 2042. 10. 17.까지로 하는 D계약(이하 '이 사건 보험계약'이라 한다)을 체결

하였다.

나. 이 사건 보험계약의 보장내용에는 입원의료비 특약(이하 '이 사건 특약'이라 한다)이 포함되어 있는데, 위 특약 중 관련 내용은 다음과 같다.

3-17. 입원의료비 담보(365일 한도) 특별약관

제1조(보상하는 손해)

① 회사는 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 피보험자가 보험가입증서(보험증권)에 기재된 이 특별약관의 보험기간 중에 D 보통약관 제2장 제14조(보상하는 손해)에서 정한 상해 또는 질병으로 인하여 병원 또는 의원(한방병원 또는 한의원을 포함합니다) 등에 입원하여 치료를 받은 경우에는 아래의 입원치료비를 수익자(수익자의 지정이 없을 때에는 피보험자)에게 지급하여 드립니다.

1. 입원실료: 진찰료, 기준병실(해당 병원 또는 의원에서 국민건강보험환자에게 적용하는 기준병실을 말합니다) 사용료, 환자관리료, 식대
2. 입원제비용: 검사료, 방사선료, 투약 및 처방료, 주사료, 이학요법료, 정신요법료, 처치료, 재료대, 캐스트료, 지정진료비
3. 수술비: 수술료, 마취료, 수술재료비
4. 병실료차액: 실제사용병실(단, 특실 또는 1인실을 사용한 경우는 2인실의 병실료를 기준으로 합니다)과 기준병실과의 병실료 차액

④ 회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 제1항 제1호, 제2호, 제3호의 비용 전액(국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)과 제4호의 비용중 50% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 한도로 보상하여 드립니다. 다만, 피보험자가 국민건강보험을 적용받지 못한 경우(국민건강보험에 정한 요양급여 절차를 거치지 아니한 경우도 포함합니다)에는 제1항의 발생 입원

<각주1>

치료비 총액의 40% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 한도로 보상하여 드립니다.

⑥ 제1항 및 제4항의 비용에 대하여 보험금을 지급할 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우에는 각각의 계약에 대하여 다른 계약이 없는 것으로 하여 산출한 보상책임액의 합계액이 제1항의 비용(발생의료비를 말합니다)을 초과했을 때, 회사는 이 계약에 따른 보상책임액의 위의 합계액에 대한 비율에 따라 보험금을 지급하여 드립니다.

<용어풀이>

'다수의 보험계약'에 해당하는 보험종목은 제3보험의 상해·질병·간병보험 및 손해보험의 종합·장기손해·개연연금·퇴직보험으로 합니다.

다. 피고는 2016. 1. 4.부터 2016. 2. 6.까지 총 34일간 E한방병원에서 "상세불명의무릎관절증"이라는 진단 하에 입원치료를 받고 본인부담금과 비급여 비용으로 합계 12,005,150원을 이 사

건 보험계약에 따른 입원의료보험금으로 청구하는 등 그로부터 약 5년간 별지 목록 기재와 같이 총 11회에 걸쳐 무릎관절증, 흉추통 등의 진단 하에 한방병원에서 입원치료를 받고 그와 관련된 보험금을 청구하였다.

라. 이에 대하여 원고는 피고의 청구액 중 약관상의 공제금 이외에도 피고가 지인할인이라는 명목으로 병원 측으로부터 받은 할인금<각주2>까지 공제한 나머지 금원만을 보험금으로 지급하였다.

[인정근거] 다툼 없는 사실, 갑 제1 내지 3호증(가지번호 포함)의 각 기재, 변론 전체의 취지

2. 주장 및 판단

가. 당사자의 주장

원고는 피보험자가 실제 부담한 의료비에 대하여만 이 사건 특약에 따른 보험금지급의무를 부담한다고 주장하고, 피고는 이에 대하여 할인 전 의료비를 기준으로 산정한 보험금 지급청구권이 있다고 주장한다.

나. 판단

1) 관련 법리

보험계약의 주요한 부분인 보험사고 내지 보험금 지급사유는 일반적으로 보험증권이나 약관에 기재된 내용에 의해 결정된다. 보험약관은 신의성실의 원칙에 따라 당해 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개개의 계약 당사자가 기도한 목적이나 의사가 아니라 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 보험단체 전체의 이해관계를 고려하여 객관적·획일적으로 해석하여야 하며, 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 다의적으로 해석될 수 있고 그 각각의 해석에 합리성이 있는 등 당해 약관의 뜻이 명확하지 않은 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 한다(대법원 2015. 6. 23. 선고 2013다214772 판결 등 참조).

2) 구체적 판단

이 사건 특약의 문구와 취지, 이 사건 보험계약의 성질 등을 통하여 알 수 있는 다음과 같은 사정들에 비추어 보면, 이 사건 특약에 따른 보험금은 할인 전 의료비가 아닌 피고가 실제 부담한 의료비를 기준으로 산정함이 타당하다 할 것이고, 이러한 해석이 작성자 불이익 원칙에 위반된다고 볼 수 없다.

① 이 사건 특약에 의하여 보장되는 보험금은 요양급여 중 본인부담금, 비급여, 병실료 차액으로 구

성된다. 그중 본인부담금은 관련 법령에 따라 결정되므로 확정적이다. 반면 비급여나 병실료 차액에 관한 부분은 사적 자치의 원칙이 적용되어 관련 법령의 통제를 받지 않고 의료기관이 자유롭게 결정한다. 따라서 의료기관이 지인할인이나 그 밖에 어떠한 명목이든 관계없이 비급여나 병실료 차액을 할인해 주는 경우 그것이 의료기관이 최종적으로 확정된 의료비가 되어 이 사건 특약에 따른 보험금 지급대상이 된다고 봄이 타당하다.

② 이 사건 특약은 피보험자의 상해나 질병을 보험사고로 한다는 점에서는 인보험이라고 할 것이나, 질병이나 상해 사실만으로 치료 여부와 무관하게 정액의 보상을 하는 것이 아니라 치료를 전제로 그 과정에서 보험가입자가 부담하게 되는 비용 상당의 재산적 손해를 보상한다는 점에서 손해보험으로서의 성격도 지닌다. 따라서 인보험이라는 이유를 들어 손해보험의 원칙을 일률적으로 배제할 수 없으며, 실제로 부담한 비용만을 보상하는 것이 실손의료보험의 취지에 부합한다. 따라서 이 사건 특약의 해석에 있어서도 손해보험의 기본원리인 실손보상 원칙 내지는 이득금지 원칙이 충분히 고려되어야 한다.

③ 이 사건 특약 제1조 6항에서는 동종의 의료비를 보장하는 다수의 보험계약이 체결되어 있는 경우 각 보험계약의 보상책임액의 합계액에서 이 사건 보험계약의 보상책임액의 비율에 상응하는 보험금만을 지급하도록 규율하고 있는바, 이는 손해보험에 적용되는 상법 제672조 제1항의 중복보험의 효력 규정을 반영한 것이다.

④ 할인 전 의료비를 기준으로 보험금을 지급하게 될 경우 의료기관이 비급여 비용을 부풀려서 높게 책정하고 이후 할인하는 방식을 통해 환자를 유치하고 환자로서도 할인금 상당의 금원을 취득하기 위하여 불필요한 진료를 받게 되는 등 실손의료보험을 남용할 유인이 매우 커진다.

⑤ 피보험자가 지출한 의료비, 약제비 상당액의 손해비를 보상하는 개념의 실손의료보험은 1999년 출시된 후 이른바 '실비보험'이라 통칭되며 현재까지 국민 중 상당수가 가입할 정도로 자리를 잡은 보험계약 형태인바, 실제로 지출한 의료비를 보상하는 차원을 넘어 추가 혜택이나 이익을 보장하는 것이 아니라는 점은 누구나 쉽게 이해할 수 있다.

3. 결론

따라서 별지 기재 각 병원치료에 관하여 이 사건 보험계약에 따른 원고의 피고에 대한 별지 '추가 청구 보험금'란의 각 보험금지급채무는 존재하지 아니하고, 피고가 이를 다투는 이상 그 확인의 이익

도 있으므로, 원고의 청구는 이유 있어 이를 인용하기로 하여 주문과 같이 판결한다.

판사 송경호(재판장) 권소영 시용재

별 지

별 지

(단위 : 원)

순번	치료병원	보험금 청구액 (본인부담금 + 할인전 비급여)	지인 할인액	약관상 공제금	기지급 보험금	추가 청구 보험금
1	E한방병원	12,005,150	2,239,300	122,000	9,643,850	2,239,300
2	E한방병원	7,234,070	1,386,900	1,004,000	4,843,170	1,386,900
3	E한방병원	9,188,490	1,749,300	10,000	7,429,190	1,749,300
4	E한방병원	16,874,023	3,140,810	36,000	13,697,213	3,140,810
5	F한방병원	15,826,229	413,660	13,000	15,399,569	413,660
6	E한방병원	15,699,910	2,969,750	16,000	12,714,160	2,969,750
7	F한방병원	6,903,000	205,000	11,000	6,687,000	205,000
8	E한방병원	12,680,168	2,448,748	442,420	9,789,000	2,448,748
9	F한방병원	12,968,074	1,795,594	86,000	11,086,480	1,795,594
10	E한방병원	12,472,265	2,404,000	455,245	9,613,020	2,404,000
11	G한방병원	8,682,090	200,000	10,000	8,472,090	200,000
		130,533,469	18,953,062	2,205,665	109,374,742	18,953,062

각주1: 피고의 경우 입원의료비에 관한 보험가입금액은 3,000만 원이다.

각주2: 의료법상 국민건강보험법에 따른 환자 본인부담금을 의료기관이 임의로 감면해 줄 수는 없는바(제27조 제3항), 피고가 할인받은 부분은 비급여 비용이다.