

대 법 원

제 3 부

판 결

사 건 2023다240916 채무부존재확인
원고, 상고인 ○○○보험 주식회사
소송대리인 변호사 여훈구 외 4명
피고, 피상고인 피고
원 심 판 결 서울고등법원 2023. 4. 27. 선고 2022나2024849 판결
판 결 선 고 2024. 10. 31.

주 문

원심판결을 파기하고, 사건을 서울고등법원에 환송한다.

이 유

상고이유를 판단한다.

1. 원심판결 이유와 기록에 의하면, 아래 사실을 알 수 있다.

가. 피고는 2005. 10. 17. 원고와 사이에 피보험자를 피고, 보험기간을 2005. 10. 17.

부터 2042. 10. 17.까지로 하는 무배당 △△△ 계약(이하 '이 사건 보험계약'이라 한다)

을 체결하였다.

나. 이 사건 보험계약에는 '상해 또는 질병으로 입원치료시 국민건강보험법에 의해 피보험자가 부담하는 입원실료, 입원제비용, 수술비 전액 및 실제 사용병실(최고 2인실 기준)과 기준 병실과의 병실료 차액의 50% 해당액'을 보상하는 '입원의료비 담보(365일 한도) 특별약관'(이하 '이 사건 특약'이라 한다)이 포함되어 있다. 이 사건 특약 제1조 제4항 1문(이하 '이 사건 약관조항'이라 한다)은 "회사는 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 제1항 제1호, 제2호, 제3호의 비용 전액(국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담분과 비급여 부분을 말합니다)과 제4호의 비용 중 50% 해당액을 1사고당 보험가입증서(보험증권)에 기재된 금액을 한도로 보상하여 드립니다."라고 정하고 있다.

다. 피고는 2016. 1. 4.부터 2021. 3. 24.까지 □□□병원 등에서 원심 판시 별지 기재와 같이 총 11회에 걸쳐 입원치료를 받고, 원고에게 입원치료비에 대한 보험금을 청구하였다.

라. 원고는 위 청구 금액 중 '지인할인(知人割引) 명목의 할인금'은 피고가 실제 지출하지 않은 것이므로 이 사건 특약에 따른 보상대상이 아니라고 보아 그 지급을 거부하였다.

2. 원심은 판시와 같은 이유로 다음과 같이 판단하였다. 이 사건 약관조항의 의미는 그 뜻이 명확하지 아니하여 고객인 피고에게 유리하게 해석하여야 할 것이므로, 이 사건 특약에 따른 보험금은 지인할인에 의하여 감면된 후 피고가 실제로 부담한 의료비가 아니라 지인할인에 의하여 감면되기 전 의료비를 기준으로 산정함이 타당하다. 따라서 원고는 피고에게 의료비 중 지인할인에 의하여 감면된 의료비 상당액을 지급할

의무가 있다고 할 것이니, 원고의 이 사건 청구는 이유 없다.

3. 그러나 원심의 판단은 다음과 같은 이유로 수증하기 어렵다.

가. 약관은 신의성실의 원칙에 따라 해당 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하되, 개별 계약 당사자가 의도한 목적이나 의사를 참작하지 않고 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적·확일적으로 해석하여야 한다. 그리고 특정 약관 조항을 그 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로 해석하기 위해서는 특별한 사정이 없는 한 그 약관 조항의 문언이 갖는 의미뿐만 아니라 그 약관 조항이 전체적인 논리적 맥락 속에서 갖는 의미도 고려해야 한다. 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관 조항이 객관적으로 다의적으로 해석되고 각각의 해석이 합리성이 있는 등 해당 약관의 뜻이 명확하지 않은 경우에는 고객에게 유리하게 해석하여야 한다. 반면 약관의 목적과 취지를 고려하여 공정하고 합리적으로, 그리고 평균적 고객의 이해가능성을 기준으로 객관적이고 확일적으로 해석한 결과 약관 조항이 일의적으로 해석된다면 약관 조항을 고객에게 유리하게 해석할 여지가 없다(대법원 2018. 10. 25. 선고 2014다232784 판결, 대법원 2021. 10. 14. 선고 2018다279217 판결 등 참조).

나. 1) 이 사건 특약 중 이 사건 약관조항은 상해 또는 질병으로 입원치료를 받을 경우 국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 입원실료 등 비용 전액 및 일부로서 국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담분과 비급여 부분(국민건강보험법에 의하여 피보험자가 부담하는 비용 전액 및 일부로서 비급여 부분을 이하에서 '비급여 진료비용'이라 한다)을 보험금으로 지급하도록 정하고 있다. 이러한 문언 내용에 비추어 보면, 피보험자가 부담하는 비급여 진료비용이 이 사건 특약에 따른 보험금 지급대상에 해당한다.

2) 이 사건 약관조항의 비급여 진료비용은 국민건강보험법에 따른 급여대상이 아닌 진료행위에 대한 비용으로서, 국민건강보험법이 정하는 요양급여비용과 달리 그 부담 여부 및 액수가 의료기관과 환자 등 사이의 사적 자치에 맡겨져 있다. 의료기관 개설자는 국민건강보험법 제41조 제4항에 따라 요양급여의 대상에서 제외되는 사항의 비용인 비급여 진료비용을 미리 정하여 일정한 방법으로 환자 등에게 고지하여야 한다(의료법 제45조 제1항). 다만 구체적인 진료행위에 있어서는 그와 같이 미리 고지한 진료비용의 범위 내에서 의료기관과 환자 등 사이의 개별 진료계약의 내용에 따라 비급여 진료비용이 확정될 수 있다. 의료기관이 특정 환자에 대하여 지인할인 등 명목으로 미리 정하여 고지한 진료비용을 할인하여 준 경우, 할인으로 확정된 진료비용은 의료기관과 환자 사이의 개별 약정에 따른 것으로서 해당 비급여 진료행위에 대하여 환자가 부담하는 비용이라고 할 수 있다.

3) 이 사건 특약 중 이 사건 약관조항 부분은 피보험자가 상해 또는 질병으로 인하여 입원치료를 받은 경우 요양급여비용 중 본인부담금 또는 비급여 진료비용을 보상하는 내용으로서 재산상 손해를 보상하는 손해보험의 일종이다. 손해보험은 보험사고로 인하여 생길 피보험자의 재산상 손해를 보상하기 위한 것이므로, 피보험자에게 손해의 전보를 넘어서 오히려 이득을 주게 되는 결과를 가져오는 것은 손해보험제도의 원칙에 반할 여지가 있다.

4) 이 사건 약관조항 문언의 내용과 의미, 국민건강보험법에 따른 비급여 진료비용의 의미와 성격, 이 사건 특약이 담보하는 보험목적의 성질과 손해보험제도의 원칙 등을 고려하면, 이 사건 약관조항은 국민건강보험법에 따른 비급여 진료행위에 대하여 피보험자가 의료기관과의 구체적인 계약에 따라 실제로 부담하는 비급여 진료비용을

담보한다고 봄이 타당하고, 피보험자가 의료기관으로부터 할인받은 부분은 이 사건 특약의 보상대상이라고 할 수 없다. 이와 같이 이 사건 약관조항의 내용은 다의적으로 해석되지 않으므로, 약관의 뜻이 명확하지 않아 고객에게 유리하게 해석하여야 하는 경우에 해당하지 않는다.

5) 이 사건 보험계약 체결 당시 의료기관으로부터 할인받은 비급여 진료비용에 관한 내용을 보험계약에 충분히 반영하지 않았다거나, 이 사건 보험계약 체결 이후에 명확하게 피보험자가 실제로 부담한 비급여 진료비용만을 보상대상으로 정하는 내용의 표준약관이 제정되었다고 하더라도, 이 사건 약관조항에 관한 해석이 달라지는 것은 아니다.

다. 그럼에도 불구하고 원심은 이 사건 약관조항의 내용이 명확하지 않음을 전제로 이 사건 특약에 따른 보험금은 피고가 실제로 부담한 의료비가 아니라 지인할인에 의하여 감면되기 전 의료비를 기준으로 산정함이 타당하다고 보아 원고의 청구를 기각하였다. 이러한 원심의 판단에는 보험약관의 해석에 관한 법리를 오해하여 판결에 영향을 미친 잘못이 있다. 이를 지적하는 원고의 상고이유 주장은 이유 있다.

4. 결론

원심판결을 파기하고, 사건을 다시 심리·판단하도록 원심법원에 환송하기로 하여, 관여 대법관의 일치된 의견으로 주문과 같이 판결한다.

재판장 대법관 이숙연

대법관 이흥구

주 심 대법관 오석준

대법관 엄상필