

대 법 원

제 1 부

판 결

사 건 2024다223949 보험금
원고, 상고인 원고
소송대리인 법무법인 시공
담당변호사 최승진 외 1인
피고, 피상고인 ○○○ 주식회사
소송대리인 법무법인(유한) 화우
담당변호사 전태구 외 3인
원 심 판 결 서울중앙지방법원 2024. 2. 8. 선고 2023나29897 판결
판 결 선 고 2024. 7. 11.

주 문

상고를 기각한다.
상고비용은 원고가 부담한다.

이 유

상고이유를 판단한다.

1. 사안의 개요

원심판결 이유와 기록에 따르면 다음의 사실을 알 수 있다.

가. 원고는 2016. 10. 12. 피고와 피보험자를 소외인(원고의 배우자), 보험수익자를 원고, 보험기간을 2016. 10. 12.부터 2075. 10. 12.까지로 정하여 이 사건 보험계약을 체결하였다.

나. 이 사건 보험계약에는 질병으로 입원 치료 시 가입금액의 한도 내에서, 국민건강보험 또는 의료급여법 적용 시 입원실료, 입원제비용, 입원수술비 본인부담액 중 급여부분 90%에 해당하는 금액과 비급여부분 80%에 해당하는 금액을 합한 금액을 보상하는 '갱신형 질병입원의료비' 특약(이하 '이 사건 특약'이라 한다)이 포함되어 있다.

다. 이 사건 특약에 관한 약관조항(이하 '이 사건 약관조항'이라 한다)에서는 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 또는 의료급여법에서 정한 의료급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 90%에 해당하는 금액과 비급여(본인이 실제로 부담한 금액을 말합니다)의 80%에 해당하는 금액을 합한 금액'을 보험금 지급대상으로 정하고 있다.

라. 피보험자인 소외인은 아주대학교병원 중앙혈액내과에서 입원치료를 받으면서 면역항암제인 키트루다주(이하 '이 사건 약제'라 한다)를 전액본인부담으로 처방받아 의료기관에 이 사건 약제비용을 지급한 후, 위험분담제에 따라 소외 회사로부터 이 사건 약제비용의 일부를 환급받았다.

2. 원심의 판단

원심은 그 판시와 같은 이유로 피보험자 소외인이 위험분담제에 따라 환급받은 금액 상당이 이 사건 약관조항에서 보험금 지급대상으로 정한 본인부담금에 해당하지 않는

다고 판단하였다.

3. 대법원의 판단

가. 관련 법리

1) 위험분담제의 의의와 환급형 위험분담제에 따른 약제비용의 환급

가) 위험분담제란 신약의 효능·효과나 보험재정영향 등에 대한 불확실성을 제약회사가 일부 분담하는 제도로써, 비용효과적인 의약품을 선별 급여하는 원칙을 살리면서도 대체제 없는 고가항암제 등에 대한 환자의 접근성을 제고하기 위해 2014년 1월부터 시행된 제도이다.

요양급여의 방법·절차·범위·상한 등 요양급여의 기준을 보건복지부령으로 정하도록 한 국민건강보험법 제41조 제3항, 제4항의 위임에 따라 요양급여기준에 관하여 필요한 사항을 규정한 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(이하 '요양급여기준'이라 한다)에 따르면, 국민건강보험공단(이하 '공단'이라 한다) 이사장은 보건복지부장관의 명에 따라 요양급여대상으로 하는 것이 적정하다고 평가 또는 재평가된 약제에 대하여 건강보험 재정에 미치는 영향 및 약제급여평가위원회의 평가결과 등을 고려하여 약사법에 따른 제조업자·위탁제조판매업자·수입자 등 해당 약제의 평가 또는 재평가 신청인과 약제의 상한금액안, 요양급여비용의 예상 청구금액안, 해당 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자가 이행할 조건, 그 밖에 약제의 안정적인 공급 및 품질관리 등에 관한 사항에 관하여 협상하여야 한다(제11조의2 제7항, 제8항).

이때 공단 이사장은 해당 약제의 제조업자·위탁제조판매업자·수입자(이하 '제약회사'라 한다)와 제약회사로부터 일정 기준 이상 치료효과에 미치지 아니하는 환자의 사용분에 해당하는 금액이나, 약제의 연간 청구금액이 연간 지출상한액을 초과할 경우

초과분의 일정 비율에 해당하는 금액 또는 약제의 전체 청구금액 중 일정 비율에 해당하는 금액, 환자 1인당 사용 한도를 초과하는 비용 중 일정 비율에 해당하는 금액을 환급받는 방법으로 약제의 효능·효과나 보험 재정 영향 등에 대한 불확실성을 제약회사가 일부 분담하는 내용의 위험분담계약을 체결할 수 있다(「위험분담제 약가협상 세부운영지침」 제1조, 제3조 제1항, 제4조).

나) 공단은 일정 주기별로 위험분담제 해당 약제의 요양급여비용 청구자료를 확인하여 위험분담계약에서 정한 바에 따라 위험분담환급액 및 금융비용(공단이 요양급여비용을 먼저 지급한 후 제약회사로부터 위험분담환급액을 받을 때까지 발생하는 이자 등 비용)을 제약회사에 청구하고 제약회사로부터 그 환급액을 지급받는다.

위험분담제 유형 중 공단이 제약회사로부터 해당 약제의 전체 청구금액 중 일정 비율(환급률)에 해당하는 금액을 환급받기로 약정하는 '환급형 위험분담제'의 경우, 건강보험의 가입자 또는 피부양자(이하 '가입자 등'이라 한다)가 의료기관에 진료비용을 납부할 당시에 환급률이 반영되지 않은 약제가격(표시가격)을 기준으로 산정된 본인일부부담금과 사후에 환급률이 반영된 약제가격(실제가격)을 기준으로 산정된 본인일부부담금 사이에는 차이가 발생한다. 이에 따라 공단은 가입자 등별로 제약회사로부터 연간 환급받은 총 환급금에 본인부담률을 곱하여 본인일부부담차액을 산정한 다음 일정한 조건에 따라 가입자 등에게 지급하는 방식을 취하고 있다.

다) 다만 국민건강보험법 제44조 제1항, 국민건강보험법 시행령 제19조 제1항, [별표 2] 제6호, 국민건강보험법 시행규칙 제16조, [별표 6] 제1호 나목, 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항(약제)」에 따라 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되어 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담(전액본인부담)하도록 규정되어 있는

약제·치료재료의 경우, 가입자 등이 해당 약제를 전액본인부담으로 처방받아 약제비용 전액을 납부하였다면 공단은 제약회사에 위험분담제에 따른 환급금을 청구하지 아니하고, 가입자 등이 직접 제약회사에 해당 환급금을 신청하여 제약회사로부터 환급금을 지급받게 된다.

2) 약관의 해석방법과 명시·설명의무

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. 위와 같은 해석을 거친 후에도 약관조항이 다의적으로 해석되고 각각의 해석이 합리성이 있는 등 그 뜻이 명확하지 않다면 고객에게 유리하게 해석하여야 할 것이나, 약관조항이 일의적으로 해석된다면 고객에게 유리하게 해석할 여지가 없다(대법원 2018. 10. 25. 선고 2014다232784 판결, 대법원 2021. 10. 14. 선고 2018다279217 판결 및 대법원 2024. 1. 25. 선고 2023다283913 판결 등 참조).

나) 일반적으로 보험자 및 보험계약의 체결 또는 모집에 종사하는 사람은 보험계약의 체결에 있어서 보험계약의 중요한 내용에 대하여 구체적이고 상세한 명시·설명의무를 지고 있다. 그러나 이러한 명시·설명의무가 인정되는 것은 보험계약자가 알지 못하는 가운데 약관에 정하여진 중요한 사항이 계약 내용으로 되어 보험계약자가 예측하지 못한 불이익을 받게 되는 것을 피하고자 하는 데 그 근거가 있으므로, 거래상 일반적이고 공통된 것이어서 보험계약자가 별도의 설명 없이도 충분히 예상할 수 있었던 사항이거나 명시·설명의무의 이행 여부가 보험계약의 체결 여부에 영향을 미치지 아니하였다고 볼 수 있는 경우에는 보험자에게 명시·설명의무가 인정된다고 할

수 없다(대법원 2003. 5. 30. 선고 2003다15556 판결, 대법원 2016. 9. 23. 선고 2016다221023 판결 등 참조)

나. 이 사건의 판단

1) 이 사건 약관조항은 '국민건강보험법에서 정한 요양급여 중 본인부담금(본인이 실제로 부담한 금액)과 비급여(본인이 실제로 부담한 금액)'를 보험금 지급대상으로 정하고 있다. 따라서 그 문언에 비추어 국민건강보험법에 따른 요양급여비용 중 피보험자가 실제로 부담하는 부분만이 보험금 지급대상에 해당하고, 피보험자가 실제로 부담하지 않는 부분은 지급대상에 해당하지 않는 것으로 해석된다.

2) 앞서 본 바와 같이 피보험자가 위험분담제에 따라 제약회사로부터 지급받는 환급금은, 공단이 제약회사와 국민건강보험법과 그 하위규범에서 정한 바에 따라 해당 약제의 상한금액, 요양급여비용의 예상 청구금액, 제약회사가 이행할 조건 등에 관한 협상을 함에 있어 제약회사로부터 약제의 전체 요양급여비용 중 일정 비율에 해당하는 금액을 환급받기로 하는 환급형 위험분담계약을 체결하고, 피보험자가 해당 약제를 전액본인부담으로 처방받아 의료기관에 약제비용 전액을 납부한 다음 제약회사로부터 약제비용 중 위험분담제에서 정한 환급률에 해당하는 금액을 되돌려 받은 것이므로 결국 약제비용 중의 일부를 제약회사가 부담하는 것이라고 보아야 한다. 따라서 피보험자가 위험분담제에 따라 제약회사로부터 환급받는 금액은 피보험자가 실제로 부담한 요양급여비용에 해당한다고 볼 수 없다.

3) 이 사건 특약 부분은 피보험자가 질병으로 인하여 병원에서 입원치료를 받은 경우 요양급여비용 중 본인부담금 또는 비급여로 지출한 비용을 보상하는 내용으로서 재산상 손해를 보상하는 손해보험의 일종이다. 그런데 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) 앞서 본 바와 같이 이 사건 약관조항의 문언의 내용과 의미, 위험분담제의 제도적 취지와 이에 따라 공단 또는 가입자 등이 제약회사로부터 지급받는 환급금의 성격, 이 사건 특약이 담보하는 보험목적의 성질과 손해보험제도의 원칙 등을 고려하면, 이 사건 약관조항은 국민건강보험법에 따른 요양급여비용 중 피보험자 본인이 최종적으로 실제 부담하는 비용 부분만을 보험금 지급대상으로 하고, 피보험자가 공단이나 제약회사로부터 위험분담제에 따라 환급을 받음으로써 피보험자가 실제로 부담한 비용에 해당하지 아니하는 금액은 이 사건 약관조항에 따른 보험금 지급대상에 포함되지 아니한다는 의미로 일의적으로 해석된다.

5) 또한 이 사건 약관조항의 문언에 비추어 보험계약자나 피보험자로서는 국민건강보험법에 따른 요양급여비용 중 피보험자가 실제 부담하는 부분만이 보험계약에서 보상하는 손해에 해당하고, 피보험자가 실제 부담하지 않는 부분은 보상하는 손해에 해당하지 아니한다는 사정을 별도의 설명이 없더라도 충분히 알 수 있다. 나아가 이 사건 특약 부분의 보험금 지급대상은 재산상 손해이므로 그 손해의 전보를 넘어서 이득을 얻을 수는 없음은 거래상 일반적이고 공통된 내용으로서 충분히 예상할 수 있다고 할 것이다.

따라서 피보험자가 제약회사로부터 위험분담제에 따라 약제비용의 일부를 환급받음으로써 그 환급금 상당액을 실제 부담하지 아니하게 되었다면, 위 환급금 상당액이 이 사건 보험계약에서 보상하는 손해에 포함되지 아니한다는 사정은 피고의 명시·설명

무의 대상에 해당하지 아니한다.

6) 그렇다면 이와 같은 취지의 원심 판단은 정당하고, 상고이유 주장과 같이 약 관해석과 작성자 불이익 원칙, 이득금지의 원칙 및 약관의 명시·설명의무에 관한 법 리를 오해하는 등으로 판결에 영향을 미친 잘못이 없다.

4. 결론

상고를 기각하고 상고비용은 패소자가 부담하기로 하여, 관여 대법관의 일치된 의견 으로 주문과 같이 판결한다.

재판장	대법관	서경환
	대법관	김선수
주 심	대법관	노태약
	대법관	오경미