

대 법 원

제 3 부

판 결

사 건 2023다205487 손해배상(기)

원고, 피상고인 ○○○보험 주식회사

소송대리인 법무법인 소명 담당변호사 김민정 외 1인

피고, 상고인 피고

소송대리인 법무법인 로백스 담당변호사 유상재

원 심 판 결 서울고등법원 2022. 12. 15. 선고 2021나2046811 판결

판 결 선 고 2024. 12. 24.

주 문

원심판결 중 피고 패소 부분을 파기하고, 이 부분 사건을 서울고등법원에 환송한다.

이 유

상고이유(상고이유서 제출기간이 지난 후에 제출된 상고이유보충서의 기재는 상고이유를 보충하는 범위 내에서)를 판단한다.

1. 기초사실

원심판결 이유와 기록에 의하면, 다음과 같은 사실을 알 수 있다.

가. 원고는 보험업을 영위하는 회사이고, 피고는 서울 △△구에서 안과의원을 운영하는 의사이다.

나. 원고는 원심 판시 별지 표 '피보험자'란 기재 소외인 외 82명(이하 '이 사건 피보험자들'이라 한다)을 피보험자로 하여, 피보험자들이 의료기관에 입원하여 치료를 받은 경우 요양급여 대상 본인부담금 등과 비급여 진료비 중 일부를 지급하는 내용의 실손의료보험 계약(이하 '이 사건 각 보험계약'이라 한다)을 체결하였다.

다. 원고가 사용하는 실손의료보험 약관은 금융감독원이 마련한 실손의료보험 표준약관(이하 '표준약관'이라 한다)의 내용과 동일한데, 2016년 이전에 시행되던 표준약관은 보험금 지급의 면책사항으로 '국민건강보험 비급여 대상으로 신체의 필수기능 개선 목적이 아닌 외모 개선 목적의 치료로 인하여 발생한 의료비'를 정하고, 그 대상의 하나로 '안경, 콘택트렌즈 등을 대체하기 위한 시력교정술'을 정하고 있었다.

라. 그런데 백내장 수술 시 시행하는 다초점 인공수정체 삽입술이 표준약관상 면책사항인 '시력교정술'에 해당하는지 여부가 계속하여 논란이 되자, 금융감독원은 2015. 11. 30. 표준약관을 개정하여 위 면책사항에 '국민건강보험 요양급여 대상 수술방법 또는 치료재료가 사용되지 않은 부분은 시력교정술로 본다'는 내용을 추가함으로써 다초점 인공수정체 비용을 실손의료보험 보장대상에서 제외되도록 하였다(위와 같이 개정되어 2016. 1. 1.부터 시행된 표준약관을 '2016년 표준약관'이라고 한다). 원고도 그 무렵 그와 동일한 내용으로 실손의료보험 약관을 개정하였다.

마. 피고는 2016. 5. 31.경부터 2019. 7. 31.경 사이에 이 사건 피보험자들에 대하여 백내장 수술 및 다초점 인공수정체 삽입술(이하 '이 사건 각 수술'이라 한다)을 시행하고, 이 사건 피보험자들에게 원심 판시 별지 표 '검사료', '안축장 및 안구초음파료', '초음파

각막두꺼측정료'란 기재 각 검사비(이하 '이 사건 각 검사비'라 한다)를 청구하였다.

바. 이 사건 피보험자들은 피고에게 이 사건 각 검사비를 납부하고, 피고가 발급한 진료비 영수증 등을 원고에게 제출하면서 이 사건 각 검사비에 관한 보험금을 청구하였다. 원고는 이 사건 피보험자들에게 원심 판시 별지 표 '청구금액'란 기재 금액 합계 331,353,409원을 보험금으로 지급하였다.

2. 원심의 판단

원심은 판시와 같은 이유로, 피고가 이 사건 피보험자들로 하여금 이 사건 각 수술로 발생한 전체 비용 중 상당 부분을 실손의료보험으로 보전받도록 하기 위해 면책사항인 다초점 인공수정체 비용은 공급가보다도 적게 받는 대신 보험금 지급 대상인 이 사건 각 검사비는 비정상적으로 부풀려 책정하고 그와 같은 내용의 진료비 영수증 등을 이 사건 피보험자들에게 발급해 주었으며, 이 사건 피보험자들은 위 진료비 영수증 등을 원고에게 제출하여 보험금을 청구하는 과정에서 위와 같은 사정을 알았거나 알 수 있었음에도 그대로 보험금을 청구하고 수령하였는바, 이 사건 각 검사비 중 상당하다고 인정되는 비용을 초과하는 부분에 관한 보험금 청구와 수령은 원고에 대하여 공동불법행위를 구성한다고 보아야 한다고 판단하면서, 원고의 피고에 대한 손해배상 청구를 일부 인용하였다.

3. 대법원의 판단

원심판결 이유를 관련 법리 및 기록에 비추어 살펴보면, 이러한 원심의 판단은 다음과 같은 이유에서 수긍할 수 없다.

가. 이 사건 기록에 의하면, 피고가 2016년 표준약관 개정을 앞두고 보험금 지급 대상인 이 사건 각 검사비의 금액은 기존보다 크게 높이고, 면책사항인 다초점 인공수정체 비

용은 기존보다 크게 낮추는 내용으로 비급여 진료비 내역을 변경하였고, 이로 인해 이 사건 각 검사비에 관한 원고의 보험금 지급 부담이 늘어나게 된 것으로 보이기는 한다.

나. 그러나 국민건강보험을 규율하는 법령은 원칙적으로 모든 진료행위를 요양급여 대상으로 삼고, 요양급여의 구체적인 적용기준과 방법은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」(이하 '요양급여기준규칙'이라 한다)과 보건복지부장관의 고시에 의하도록 하면서, 요양급여기준규칙 제9조 제1항 [별표 2]에 규정된 이른바 법정 비급여 진료행위는 이를 건강보험 적용대상에서 제외하여 그 부분에 한하여 비용 부담을 요양기관과 가입자 등 사이의 사적 자치에 맡기고 있다(대법원 2012. 6. 18. 선고 2010두 27639, 27646 전원합의체 판결 등 참조). 따라서 설령 피고가 원고의 주장처럼 2016년 표준약관의 변경 내용을 염두에 두고 비급여 진료비 항목별 금액을 변경·조정한 것이라 하더라도, 피고가 그와 같이 정한 비급여 진료비 내역을 의원에 내원한 환자들에게 일관되게 적용하였고, 실제로 그에 해당하는 진료행위를 한 후 진료비를 청구하였으며, 환자인 이 사건 피보험자들은 피고에게 납부한 진료비 내역대로 원고에게 보험금을 청구한 이상, 피고와 이 사건 피보험자들이 원고에게 사실과 다른 내용의 보험금을 청구하였다고 보기는 어렵다.

다. 또한 의료기관이 비급여 진료행위의 항목별 비용을 정할 때 그 비용의 일부를 최종적으로 부담하게 될 실손의료보험 보험자의 손익을 고려하여 금액을 정할 계약상 의무를 부담하고 있다고 볼 만한 법률관계가 없고, 달리 그에 관한 법률상 의무를 부담하고 있다고 볼 사정도 없는바, 원고가 주장하는 사정만으로는 피고와 이 사건 피보험자들의 위와 같은 행위가 공동불법행위 요건으로서 위법행위에 해당한다고 보기 어렵다.

라. 그런데도 원심은 판시와 같은 사정만으로 피고와 이 사건 피보험자들이 원고에

대하여 공동불법행위로 인한 손해배상책임을 부담한다고 판단하였으니, 이러한 원심판결에는 불법행위의 요건에 관한 법리를 오해하는 등으로 판결에 영향을 미친 잘못이 있다. 이 점을 지적하는 상고이유 주장은 이유 있다.

4. 결론

그러므로 나머지 상고이유에 대한 판단을 생략한 채, 원심판결 중 피고 패소 부분을 파기하고, 이 부분 사건을 다시 심리·판단하도록 원심법원에 환송하기로 하여, 관여 대법관의 일치된 의견으로 주문과 같이 판결한다.

재판장	대법관	오석준
-----	-----	-----

	대법관	이흥구
--	-----	-----

	대법관	엄상필
--	-----	-----

주 심	대법관	이숙연
-----	-----	-----