
비근침윤성 방광암 진단에 따른 보험금 지급에 대한 고찰 I - 보험가입시기에 따른 KCD 적용 관련 문제를 중심으로 -

(The study of insurance payment for diagnosis of Non-muscle invasive bladder cancer I : With the related problem for KCD application according to buying insurance time as the center)

박민영*
Minyoung, Park

<국문초록>

명칭과 달리 기존의 표재성 방광암 환자의 상당수가 재발 및 침윤성 종양으로 진행하므로, 최근에는 표재성 방광암(superficial bladder tumor)이라는 용어보다는 비근침윤성 방광암(non-muscle invasive bladder cancer)이라는 용어가 그 자리를 대신하고 있다. 방광암의 70-80%는 첫 진단시 비근침윤성 방광암(non-muscle invasive bladder cancer)으로 확인되며, 그 중에서 약 20%-25%의 환자들이 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행함이 보고되고 있다. 또한, 여러 연구에서, 고위험 비근침윤성 방광암 환자의 5년 재발 위험율은 최대 80%, 병기 진행의 확률은 최대 50%까지 이르는 것으로 보고한다. 그러므로 이를 충실히 반영한 진단 기준이 필수적이라고 할 수 있으나, 기존의 병기 확정에서 꾸준하게 지적되어 온 문제는 방광암의 경우, 병리 의사들간 진단 일치율이 전반적으로 매우 낮았던 점이다. 이러한 결과는 조직학적 등급이 예후를 판단하고 치료방침을 결정하는 데 필수적이므로 심각한 문제화 될 수 밖에 없었고, 이를 해

* 신촌손해사정사, 비뇨의학과 전문의, 신울산비뇨기과 원장

결하기 위한 병리의사와 임상 의사 및 기초 과학자들의 많은 노력 끝에 1998년 새로운 등급체계가 발표되어 적용되기 시작하였으나, 보험금 지급과 관련하여 여러 문제점들이 나타나기 시작하였다. 현재 방광암의 진단은 한국표준질병 사인분류를 기준으로 이루어지고 있고, 이에 따른 진단서를 기초로 방광암 진단을 받은 보험가입자들이 보험사에 보험금(암보험)을 청구하게 되는데, 종양이 근육 조직을 침범하지 않은 비근침윤성 방광암의 경우, 악성 종양이 아닌 경계성 종양 내지 상피내암에 해당한다는 이유로 보험금 지급이 거절되는 사례가 증가하고 있으며, 그에 따른 분쟁도 증가하고 있다. 이에 비근침윤성 방광암에 대하여 고찰한 뒤, 비근침윤성 방광암의 보험가입시기에 따른 한국표준질병 사인분류(KCD) 적용에 있어 타당한 기준을 제시해 보고, 금융분쟁조정위원회 조정결정서(제2019-5호)를 중심으로, 향후 분쟁해결을 위한 합리적 방법을 모색해 보는 것으로 논의를 진행하고자 한다.

※ 국문 주제어 : 비근침윤성 방광암, 비근침윤성 방광암의 재발 및 진행, 비근침윤성 방광암의 진단 기준, 한국표준질병 사인분류(KCD), 금융분쟁조정위원회 조정결정서

I. 서론

방광암은 60-70대에 호발하고 여성에 비해 남성에서 약 3배 많이 발생한다. 우리나라에서는 2002년도에 남자 2,246명, 여자 819명의 방광암 환자가 발생하여 발생률¹⁾ 6.38명으로 전체 암중 10위를 차지하였다. 건강보험 통계연보에 따르면, 방광암 환자 진료실 인원은 2004년 12,544명에서 2007년 15,967명으로 증가하여 매년 증가 추세에 있다. 또한, 2012년 연령조정 발병률²⁾을 보면, 10만명 당 16.3명(남성 31.1, 여성 5.1)으로 보고되고 있고, 현재 방광암은 전체 암의 1.7%를 차지하며, 전립선암, 신장암과 함께 비뇨기 암 중 높은 유병률을 보이고 있다. 그러나, 최근 관찰된 방광암은, 전립선암이나 신장암 생존율 향상과 비교해 볼 때, 생존율 향상에 있어 현저하지 않으며, 2008-2012년까지의 5년 상대 생존율³⁾은 75.4%(남성 77.6%, 여성 66.5%)로 보고되었다.

금세기 초까지만 하더라도 방광암을 방광근 침범 유무에 따라 표재성 방광암(superficial bladder tumor)과 침윤성 방광암(invasive bladder tumor)으로 분류하였다. 그러나, 명칭과는 달리 표재성 방광암 환자의 상당수가 재발 및 T2⁴⁾ 이상 종양으로 진행된다. 이와 같은 이유로 최근에는 표재성 방광암(superficial bladder tumor)이라는 용어보다는 비근침윤성 방광암(non-muscle invasive bladder cancer)

1) 발생률 : 100,000명당 매년 새로 진단되는 환자수

2) 연령조정 발병률 : 100,000명당 매년 새로 진단되는 환자수를 연령 조정된 발생률을 의미한다. 암 사망률이나 발병률은 모두 '연령조정' 기준인데, 나이가 들면, 여러 이유로 암에 잘 걸리기 때문에, 나라마다 통계를 비교하기 위해, 연령 조정이 필요하다.

3) 5년 상대생존율 : 상대생존율이란 관심질병을 가진 환자의 관찰생존율을 동일한 성별, 연령군을 가진 일반인구의 기대생존율로 나누어 구한 값으로, 암 이외의 원인으로 사망했을 경우의 효과를 보정해 준 생존율을 의미한다.

5년 상대생존율이란, 암 환자가 암 이외의 원인으로 사망할 가능성을 보정해 추정된 5년 이상 생존 확률이다.

일반 인구의 5년 기대생존율 대비 암 발생자의 5년 관찰생존율을 의미하며, 우리나라에서는 '완치율'이란 말로 혼용하기도 하는데 엄밀하게 말하자면 '완치율'이란 용어보다, '5년 상대 생존율'이 정확한 용어이다.

4) 여기에서 T2란, 방광암의 TNM 병기 체계에 의할 때, 방광 근육층 침윤이 있음을 의미하며, 표재성 방광암(superficial bladder tumor)과 침윤성 방광암(invasive bladder tumor)으로 분류하는 기준이 되는 병기이다.

이라는 용어가 그 자리를 대신하고 있다. 방광암의 70-80%는 첫 진단시 비근침윤성 방광암(non-muscle invasive bladder cancer)으로 확인되며, 그 중에서 약 20%-25%의 환자들이 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행함이 보고되고 있다. 또한, European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) risk classification 연구에서, 고위험 비근침윤성 방광암(T1, High grade/G3, Carcinoma in situ) 환자의 5년 재발 위험율은 최대 80%, 병기 진행의 확률은 최대 50%까지 이르는 것으로 보고한다.⁵⁾

방광암의 가장 중요한 임상적 특징은 재발과 진행이다. 그러므로 이를 충실히 반영한 진단 기준이 필수적이라고 할 수 있다.

불과 얼마 전까지만 해도 방광암의 병기 및 등급 확정은 TNM staging을 기초로 하면서, 유두상 방광이행상피암(요로상피암)⁶⁾의 경우, 1973년 발표된 WHO 등급체계에 따른 중앙 등급(Tumor grading : grade 1, 2, 3)을 추가하여 이루어졌다. 기존의 병기 확정에서 꾸준히 지적되어 온 문제는 방광암의 경우, 단일 정형화된 grading system이 존재하지 않았고, 그로 인해 통일되지 않은 다양한 등급체계가 발표되고 적용되어 왔으며, 가장 널리 사용되었던 WHO 등급체계 (Tumor grading : grade 1, 2, 3)의 경우, 병리 의사들간 진단 일치율이 전반적으로 매우 낮았던 점이다. 이러한 결과는 조직학적 등급이 예후를 판단하고 치료 방침을 결정하는 데 필수적이므로 심각한 문제화 될 수 밖에 없었고, 이를 해결하기 위한 병리의사와 임상 의사 및 기초 과학자들의 많은 노력 끝에 1998년 새로운 WHO/ISUP Consensus Classification이 발표되었다. WHO/ISUP Consensus

5) 고위험 비근침윤성 방광암(T1, High grade/G3, Carcinoma in situ)이란, 비근침윤성 방광암 중, 높은 확률로 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행되는 방광암의 분류군을 통칭하는 용어이다.

6) 방광암의 병리학적 명칭은 이행상피로 둘러싸여져 있다고 하여, 방광이행상피암(transitional cell carcinoma)이라고 불리워졌다.

하지만, 용어에 대한 정의와 관련하여 기존의 ‘transitional’이라는 용어가 부비동, 여성생식계, 항문직장부위 등에서도 사용되어 다소 비특이적이라는 지적이 있었다.

따라서, 이를 대신하여 ‘urothelial’이라는 용어의 사용을 권장하고 있다.

현재는 그동안 널리 사용되어왔던 방광이행상피암 대신, 요로를 싸고 있는 상피인 urothelium에 발생한 암이므로, 요로상피암(urothelial cancer)이라고 명명한다.

Classification에 의한 병리학적 등급(Pathologic Grading)체계에서는, 요로상피암종을 유두상 종양과 침윤성 종양으로 나뉘었으며, 조직학적인 등급을 저등급과 고등급으로 나누고, lamina propria invasion(방광 고유층 침윤)과 muscularis propria invasion(방광 근육층 침윤) 암종의 정의를 분명히 함으로써, 병리의사들간의 진단 일치율을 높이고, 병기를 정확히 파악하도록 하였다.

이로 인해 새로운 등급체계에 따른 방광암의 진단 기준이 설정되어 적용되기 시작하였으나, 보험금 지급과 관련하여 법적으로 보험가입과 암 진단의 시기적 불일치에 의해 필연적으로 대두될 수 밖에 없는, 약관조항의 불소급 및 약관규제법상의 작성자불이익의 원칙 등과 관련된 문제점들이 나타나기 시작하였고, 의학적으로 임상 의사와 병리의사간 새로운 등급체계에 대한 임상적 이해 및 적용에 있어서의 차이에 기인한, 진단에 있어서의 의견불일치로 인해 여러 가지 문제점들이 대두되기 시작하였다.

현재 방광암의 진단은 한국표준질병 사인분류를 기준으로 이루어지고 있다. 이에 따른 진단서를 기초로 방광암 진단을 받은 보험가입자들이 보험사에 보험금(암보험)을 청구하게 되는데, 종양이 근육조직을 침범하지 않은 비근침윤성 방광암의 경우, 악성 종양이 아닌 경계성 종양 내지 상피내암에 해당한다는 이유로 보험금 지급이 거절되는 사례가 증가하고 있으며, 그에 따른 분쟁도 증가하고 있다.

이에 비근침윤성 방광암의 정의, 병기, 등급 및 병태생리, 진단 및 치료에 대한 관련 문제점 검토, 비근침윤성 방광암의 예후 인자에 대하여 고찰한 뒤, 비근침윤성 방광암의 보험가입시기에 따른 한국표준질병 사인분류(KCD) 적용에 있어 타당한 기준을 제시해 보고, 금융분쟁조정위원회 조정결정서(제2019-5호)를 중심으로, 향후 분쟁해결을 위한 합리적 방법을 모색해 보는 것으로 논의를 진행하고자 한다.

II. 비근침윤성 방광암

1. 비근침윤성 방광암의 정의

우리 나라에서 비뇨기 종양 중 방광암은 여전히 흔한 종양이다. 앞에서 언급한 바와 같이 얼마 전까지만 하더라도, 병기에 따라 표재성 방광암, 침윤성 방광암으로 구분하였으나, lamina propria(방광 고유층)를 침범한 T1인 경우, 침윤성으로 구분하게 되었고, 근침윤 여부에 따라 비근침윤암과 근침윤암으로 나눈다. 비근침윤암은, 병기 Ta, T1, Carcinoma in situ(CIS)를 포함하는데, 병기별 발생빈도는 Ta 70%, T1 20%, CIS가 10% 정도 차지한다.⁷⁾ 악성도는 최근까지도 통상적으로 1, 2, 3등급으로 구분하였으나, 현재는 저등급(low grade)과 고등급(high grade) 두 등급으로 나눈다.

2. 비근침윤성 방광암의 분류 및 병태생리

(1) 비근침윤성 방광암의 분류

비근침윤암 중 저위험암과 고위험암의 구별기준은, 방광암의 가장 중요한 임상적 특징이 재발과 진행에 있음에 주안점을 두고 이루어지는데, 설령 종양의 절제가 적절히 되더라도 일정부분 재발과 진행은 불가피하게 발생한다. 이에 주목하여 재발과 진행의 위험이 높은 군을 고위험군으로 판정한다. 고위험군에 해당되는 군의 판별기준은 주로 병리학적 소견에 근거하게 된다.⁸⁾

비근침윤성 방광암에 대한 병리학적 분류⁹⁾는 다음과 같다.

- 7) 방광상피내암(Carcinoma in situ(CIS))의 경우, 분류 체계에 있어서 독립적인 명명 뿐만 아니라, 병기별 발생빈도 분류에 있어서도, Ta, T1과 구분하여 CIS 개별적으로 독립시켜 표시한다.
- 8) 방광암에 있어 침윤성암으로의 진행에 가장 중요한 위험 인자는 병기가 아니라, 암종의 세포 등급이다.
- 9) 여기에서 병리학적 분류는, WHO/ISUP Consensus Classification 모든 세부항목을 다 기술한 것이 아니라, 대표적인 항목에 국한된 분류이나, 보험금 지급과 관련하여 문제될 수 있는 모든 항목이 열거되어 있으므로, 추가 세부항목에 대한 기재 및 설명은 생략한다.

- 1) Papilloma
- 2) Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential(PUNLMP)¹⁰⁾
- 3) Papillary cancer low grade (TaG1)¹¹⁾
- 4) Papillary cancer high grade (TaG3)
- 5) Invasive papillary cancer (T1G3)¹²⁾
- 6) CIS

이중 병기에 관계없이 고등급(High grade/G3)이거나, 병기가 T1 또는 CIS가 있는 경우가 고위험군에 해당된다. 그리고 T1인 경우, 침윤성 종양으로 분류하고 있는데, 이미 요로상피를 뚫고 lamina propria(방광 고유층)를 침범하였기 때문이다.

TNM 병기 체계에서, T : 원발종양의 크기 및 침윤 정도, N : 국소림프절 침범 정도, M : 다른 장기로의 원격전이 유무를 나타내는 영문 약어이다. T병기는 일반적으로 원발종양의 침윤 정도를 나타내는데, 방광암 고유의 T 병기 체계를 이해하고 있을 필요가 있다. 방광은 네 개의 층이 있는데, 가장 안쪽의 소변과 직접 맞닿는 요로상피세포로 구성된 점막층, 다음으로 결합조직과 혈관으로 구성된 고유층, 그 다음으로 근육으로 구성된 근육층, 마지막으로 장막층의 순으로 구성되어 있다.

여기에서 방광암의 T병기(원발종양의 침윤 정도)를 요약해 보면, 다음과 같다. Ta와 Tis의 경우, 방광 고유층까지 진행하지 않고, 방광 점막층에 침윤이 국한되어 있음을 의미하고, T1은 방광 고유층 침윤이 있음을 의미하며, T2는

10) 실무에서 PUNLMP는, Papilloma 또는 TaG1과 overlapping되어 혼용되는 경향이 있으며, 병리 조직검사에서도 overlapping 형식으로 판독되는 경우가 많다.

11) 실무에서 Papillary cancer low grade는, 주로 TaG1을 의미하지만 TaG2를 포함시켜 혼용되는 경향이 있으며, 병리 조직검사에서도 overlapping 형식으로 판독되는 경우가 많다.

12) 실무에서 Invasive papillary cancer는, 주로 T1G3을 의미하는데, T1G1 또는 T1G2를 제외시킨다는 의미가 아니다.
T1G1 또는 T1G2의 경우, 병변 발현빈도가 낮기 때문에. Invasive papillary cancer (T1G3)로 표시하고 있을 뿐이며, T1G1, T1G2도 이미 방광 고유층 침윤이 있는 T1 종양으로, 침윤성암이다. 따라서, Invasive papillary cancer는 T1G3와 동일시하는 경향이 있으며, 병리 조직검사에서 등급을 일일이 표기하지 않고, Invasive papillary cancer(T1) 형식으로 판독하는 경우가 적지 않다.

방광 근육층 침윤이 있음을 의미한다. 방광에 발생한 종양의 약 95%는 상피성 종양이고, 대부분이 요로상피로 되어 있어 요로상피종양 혹은 이행상피종양이라 명명한다. 요로상피종양은, 종양이 점막층에 국한된 상피내암의 경우, 종양의 형태 및 침윤성암으로의 진행률에 따라 Ta와 Tis 두가지로 달리 분류하고 있는 특징이 있다.¹³⁾

먼저, 요로상피종양이 방광 안쪽으로 유두상(papillary)으로 튀어나와 있는 경우, 유두상 요로상피종양으로 명명하면서, 방광 점막층에 침윤이 국한된 경우, 일반적으로 상피내암 T병기에 해당하는 Tis로 분류하지 않고, 독자적 표기법인 Ta로 분류한다. 즉, 해부학적으로 상피내(in situ)암에 해당하지만, Ta 병기의 비침윤성 유두상 요로상피암을 상피내(in situ)암으로 명명하고 있지 않다. Ta 종양은 재발률은 높지만, High grade/G3를 제외하고는 낮은 근침윤성암으로의 진행률을 보인다.

다음으로 요로상피종양이 방광 안쪽으로 편평한 벨벳(짧고 고운 털이 촘촘히 심어진 직물) 모양으로 발현되면서, 방광 점막층에 침윤이 국한된 경우, 방광상피내암(Carcinoma in situ, CIS)으로 명명하면서, 일반적으로 상피내암을 지칭하는 T병기에 해당하는 Tis로 분류한다. 방광상피내암(Carcinoma in situ, CIS)은 방광 점막층에 침윤이 국한되어 있음에도 불구하고, 높은 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로의 진행률을 보인다.

요약해 보면, 방광 요로상피종양은, 방광 점막층에 침윤이 국한된, 별개의 독립적 기전으로 발생하는 두가지 종류의 종양이 존재하며, 유두상 비침윤성 상피내암인 Ta와, 편평하고 벨벳 모양의 침윤성 상피내암인 Tis로 각각 분류한다. 방광상피내암(Carcinoma in situ, CIS) 즉, Tis의 경우는, 유두상 요로상피종양과 다른 형태학적 특징 및 높은 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로의 진행률로 인해, 요로상피종양의 분류체계에서 독립적 위치로 분류되고 있다.

13) 조직병리학적으로 T병기와 관련하여 검토해야 할, 세부적인 사항들이 존재하지만, 보험금 지급과 관련하여 오히려 혼란을 가중시킬 가능성이 높으므로, 여기에서는 상세히 기술하지 않는다.

- T1은 방광 고유층 침윤이 있음을 의미한다.
- 다음으로 High grade/G3는, 세포의 분화도가 좋지 않으며, 그에 따라 악성도가 높아, TNM 병기 체계에서 다소 낮은 T 등급(구체적으로 Ta 종양을 의미)에서도, 높은 확률로 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행된다. 구체적으로 Ta high grade 또는 TaG3를 의미한다. 여기에서 G는 유두상 요로상피종양(방광암의 대부분은 유두상 요로상피종양으로 구성됨) 고유의 등급체계로, G1→G2→G3의 순으로 악성도가 높다. 대체로, low grade는 G1, G2에 해당되고, high grade는 G3에 해당한다.
- 마지막으로 Carcinoma in situ, CIS(Tis)는, 방광상피내암을 의미하는데, 방광상피내암(Carcinoma in situ, CIS(Tis))로 독립적인 명명을 하고 있으며, 높은 확률로 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행되므로, High grade/G3의 경우보다 더욱 세심한 주의를 요한다는 점이다¹⁴⁾.

(2) 비근침윤성 방광암의 병태생리

재발과 진행의 관점에서 보면, 재발도 물론 중요한 고려 대상이지만, 진행의 경우 생명과 직결되기 때문에, 더욱 중요한 문제이다. 저등급 방광암은 lamina propria(방광 고유층)를 침범하는 경우가 드물게 보고되고 있으므로, T1 병기인 경우, 대개는 고등급이다.¹⁵⁾

Ta 종양인 경우, 재발율은 50-70%이지만, 진행율은 5-10% 정도이다.¹⁶⁾ 하지만 T1 종양인 경우, 재발율은 80% 정도로 Ta 종양보다 약간 높지만, 진행율은 50% 정도로 5-10배 가까이 차이가 난다.

14) 방광상피내암의 경우, 보험금 지급과 관련하여 반드시 지적해야 할 문제점들이 존재하므로, 향후 별도의 지면을 빌어, 추가적 고찰을 진행할 예정이다.

15) T1 병기인 경우, 대개는 고등급인 T1G3로 분류될 수 있을 것이나, T1G1 혹은 T1G2 암종이 존재하며, 병변 발현빈도가 상대적으로 낮다고 하더라도, 기존 자료를 고찰해 볼 때, 분류에 따른 재발률, 진행률, 치사율에 통계적으로 의미있는 차이가 존재하므로 이를 무턱대고 간과할 수는 없다.

왜냐하면, 환자의 예후 및 여명과 직결되는 문제이기 때문이다.

16) Ta high grade/G3 종양의 경우는 예외이다.

이러한 진행의 특성은 병기보다는 주로 세포등급에 기초하고 있는데, 실제로 고등급과 저등급 사이에는 매우 큰 임상적 차이가 있으므로, 이에 많은 학자들이 고등급암과 저등급암은 발생과정부터 다른 암이라고 규정하기도 하였다. 하지만 드물게 저등급암이 고등급암으로 재발된 경우도 있으므로, 저등급암을 일방적으로 소홀히 다룰 수는 없다.

병기와 등급 외 예후에 영향을 미치는 인자로는 종양의 크기, 개수, 모양 및 임파혈관 침윤 유무 등이다.

Ta 종양인 경우, 앞에서 살펴본 바와 같이 재발은 잘 하더라도 진행은 드물게 확인되나, Ta high grade의 경우는 세심한 주의를 요한다. Ta 종양에서, Ta high grade의 빈도는 2.9-18%(평균 6.9%) 정도에 불과하지만, 이 경우 진행의 가능성이 높기 때문에 적극적인 추적관찰과 치료가 필요하다. CIS는 요로상피에 납작하고 편평한 벨벳 모양으로 발견되는 종양으로, 고등급의 요로상피암종으로 구성되어 있어, 진행의 가능성이 매우 높다.

3. 비근침윤성 방광암의 시기별 KCD 적용

여기에서 유두상 요로상피세포(이행세포) 암종의 경우, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 및 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후, 신생물 형태분류 변화를 살펴볼 필요가 있다.

- 1) 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전
: M8130/3 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)
- 2) 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후
: M8130/1 저악성 잠재성의 유두상 이행세포 신생물(D41.4)
(Papillary transitional cell neoplasm of low malignant potential)
: M8130/2 비침범성 유두상 이행세포 암종(D09.0)
(Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)

: M8130/3 유두상 이행세포 암종(C67)
(Papillary transitional cell carcinoma)

: M8131/3 미세유두상 이행세포 암종(C67)
(Transitional cell carcinoma, micropapillary)

위의 분류에서 보듯이 유두상 요로상피세포(이행세포) 암종의 경우, 신생물 형태분류에 있어, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전에는 오직 M8130/3 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)으로만 분류하였으나, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후, 4가지로 세분되었음을 확인할 수 있다. 여기에서 주목해야 할 부분은, 단순히 신생물 형태의 구체적 기준 없이 4가지로 세분한 것이 아니라, M8130/1, M8130/2, M8130/3, M8131/3으로 행동양식을 달리하여 구분하였다는 점이다. 이에 따라 기존의 암종에 해당하던 일부 병변의 경우, 더 이상 암종에 해당하지 않게 되었다.¹⁷⁾

위의 분류를 참조하여, 방광요로상피암의 병리학적 소견에 따른 분류와 한국표준질병 사인분류에 따른 신생물 형태분류를 대비시켜 비교해 보면, 다음과 같이 정리할 수 있을 것이다.¹⁸⁾

1) Papilloma¹⁹⁾

- : 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전
 - M8120/0 이행세포 유두종(Transitional cell papilloma NOS)
 - M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma)

17) 한국표준질병 사인분류 제4편 ‘신생물의 형태분류’에서 신생물의 조직학적 형태 분류를 위하여 5자리 숫자로 구성된 형태분류 번호를 두고 있는데, 처음 4자릿수는 신생물의 조직학적 형태를, 사선 뒤의 다섯째 자릿수는 그 행동양식을 표시하게 된다.

즉, 악성신생물(원발성)은 /3, 상피내 신생물은 /2, 불확실한 또는 알려지지 않은 성격의 신생물은 /1, 양성 신생물은 /0으로 표시된다.

18) 물론, 이러한 대비 및 적용 과정은 분류 목적, 기준 및 방법에 있어서의 차이 등으로 인해, 양측이 정확하게 일치될 수는 없음을 미리 밝혀둔다.

19) 이행세포 유두종 혹은 요로상피성 유두종에 대한 개별적 판단 요할 수 있으나, 보험금 지급과 관련하여 문제의 소지가 없으므로 논외로 한다.

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후²⁰⁾

- M8120/0 양성이행세포유두종(Transitional cell papilloma, benign)
- M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma NOS)

2) Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP)

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 (개별적 판단)

- M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma)
- M8130/3 유두상이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8130/1 저악성 잠재성의 유두상 이행세포 신생물(D41.4)

(Papillary transitional cell neoplasm of low malignant potential)

요로상피성 유두종 혹은 유두상 이행세포 암종에 대한 개별적 판단 요하는 경우가 드물게 발생하게 되며, 보험금 지급과 관련하여 민감한 문제가 제기될 수 있는 사안이다. 왜냐하면, 실제로 경험 많은 의사들이라도, PUNLMP와 Papillary cancer low grade 간의 감별진단이 어렵기 때문이다. 실무에서 PUNLMP는, Papilloma 또는 TaG1과 overlapping되어 혼용되는 경향이 있으며, 병리 조직검사에서도 overlapping 형식으로 판독되는 경우가 많음을 이미 기술하였다.

그러므로, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어, Papilloma로 판정되는 경우가 대부분일 것으로 추정되나, Papillary cancer low grade(TaG1)와 overlapping 형식으로 판독될 때, 경우에 따라 보험사가 자발적으로 상피내암 보험금을 지급하거나, 복부 전산화 단층 촬영(CT) 혹은 골주사 검사(Bone Scan) 등에서 침윤, 전이 의심되는 소견이 동반되어 있어, 침윤성암에 준하는 치료 계획을 예정하고 있다는 주치의 소견이 첨부되었을 경우, 예외적으로 일반암 보험금이 지급될 수 있을 것이다.

20) 제8차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 8)부터 M8120/0 양성이행세포유두종(Transitional cell papilloma, benign)과 M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma NOS)을 M8120/0 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma) NOS로 통일시켜 분류하기 시작하였다.

이는 이들을 구분하는 기준이 모호하며, 뚜렷한 구분의 실익도 없고, 기존의 ‘transitional’이라는 용어가 다소 비특이적이라는 지적에 따라, 이를 대신하여 ‘urothelial’이라는 용어의 사용을 권장함을 반영한 결과로 이해하면 족하다.

3) Papillary cancer low grade (TaG1)

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 (개별적 판단)

- M8120/1 요로상피성 유두종 (Urothelial papilloma NOS)
- M8130/3 유두상 이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8130/2 비침범성 유두상 이행세포 암종(D09.0)
(Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)

요로상피성 유두종 혹은 유두상 이행세포 암종에 대한 개별적 판단 요하는 경우가 종종 발생하게 되며, 보험금 지급과 관련하여 민감한 문제가 제기될 수 있는 사안이다. 앞에서, 경험 많은 의사들이라도, PUNLMP와 Papillary cancer low grade 간의 감별진단이 어렵다는 점에 대하여 이미 언급하였다. 따라서, PUNLMP와 Papillary cancer low grade 모두 TaG1과 overlapping되어 혼용될 수 있다.

다음으로, 실무에서 Papillary cancer low grade는, 주로 TaG1을 의미하지만 TaG2를 포함시켜 혼용되는 경향이 있으며, 병리 조직검사에서도 overlapping 형식으로 판독되는 경우가 많다. 여기에 추가적으로 고려해야 할 사항이 있는데, 경요도절제술로 얻어진 검체에서 lamina propria(방광 고유층)의 침윤 여부를 정확하게 식별하기 어려운 경우가 발생할 수 있다는 점이다.

이러한 한계를 고려해 볼 때, 현행 병리학 분류에서, 병변 발현빈도가 드물어 가능성은 매우 낮지만, 침윤성암인 T1G1 혹은 T1G2에 해당하는 병변을, TaG1 또는 TaG2로 오인하여, Papillary cancer low grade로 understaging(실제 병기보다 낮은 병기로 진단한다는 의미) 가능성을 배제할 수 없게 된다.

그러므로 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어, Papillary cancer low grade는, 경우에 따라 보험사가 자발적으로 상피내암 보험금을 지급하거나, 복부 전산화 단층 촬영(CT) 혹은 골주사 검사(Bone Scan) 등에서 침윤, 전이 의심되는 소견이 동반되어 있어, 침윤성암에 준하는 치료 계획을 예정하고 있다는 주치의 소견이 첨부되었을 경우, 개별적으로 일반암 보험금이 지급될 수 있을 것이다.

4) Papillary cancer high grade (TaG3)

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전

- M8130/3 유두상이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8130/2 비침범성 유두상 이행세포 암종(D09.0)

(Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)

Ta high grade/G3 종양의 경우, CIS 못지 않게, 보험금 지급과 관련하여 예민하고 민감한 판단을 요구하는 쟁점들이 상존한다. 먼저, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어, Ta high grade/G3 종양은, 침윤성암으로의 진행률이 15% 내지 40%까지 보고되고 있으며, 발견 당시 침윤성 암종과 공존할 가능성이 매우 높으므로, 당연히 M8130/3 유두상 이행세포 암종 (Papillary transitional cell carcinoma)으로 분류하여, 일반암 보험금을 지급해야 한다.

그러나, 더욱 높은 침윤성암으로의 진행률을 보여 세심한 주의를 요하는 CIS가 M8120/2으로 분류됨을 근거로, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어, M8130/2에 해당하는 항목이 없음에도 불구하고, 상피내암 보험금 지급으로 한정하려는 경우가 발생할 수 있게 된다.

이러한 문제점의 핵심은, 방광암의 침윤성암으로의 진행에 가장 중요한 위험인자는 병기가 아니라, 암종의 세포등급임에도 불구하고, 보험약관에서 암보험금의 지급을 일괄적으로 한국표준질병 사인분류(KCD)에 기초하고 있는데 있다. 그에 따라 30-50%의 높은 확률로, 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행되는 CIS를, 상피내암(M8120/2)으로 분류하게 되는 것이다.

방광을 제외한 그 어떤 장기의 암보험금 지급에 있어서도, 30-50%의 높은 확률로 침윤성암으로 진행되는 암종을, 소액암 내지 상피내암으로 분류하는 경우는 거의 찾아보기 어렵다. 물론, 미분화 갑상선암 등 치명적인 악성도 및 불량한 예후에도 불구하고, 발현 빈도가 극히 낮은 경우, 아직 제대로 검토되지 않은 예외가 존재할 수 있어, 향후 암보험금 지급과 관련하여 전향적인 검토를 요하나 여기에서는 논외로 한다. 대부분 장기에서 암종을 상피내암으로 분류하

는 경우, 침윤성암으로 진행되는 확률은 10% 미만이며, 그러한 근거를 바탕으로 일반암과 구별하여 소액의 상피내암 보험금을 지급할 수 있는 것이다.

다음으로, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어, Ta high grade/G3 종양은, M8130/2 비침범성 유두상 이행세포 암종 (D09.0)으로 분류되는데, 진행률 10% 정도로 보고되고 있는 Papillary cancer low grade와, 진행률 15% 내지 40%까지 보고되고 있는 Papillary cancer high grade를, 같은 상피내암 항목으로 분류하는 것이 과연 타당한 것인지, 역시 의문이다.²¹⁾

5) Invasive papillary cancer (T1G3)²²⁾

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전

- M8130/3 유두상이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8130/3 유두상이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

6) CIS

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전(개별적 판단)

- M8120/2 이행세포상피내암종(Transitional cell carcinoma in situ)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후(개별적 판단)²³⁾

- M8120/2 이행세포상피내암종(Transitional cell carcinoma in situ)

21) Ta high grade/G3 종양의 경우, 향후 별도의 지면을 빌어, 추가적 고찰을 진행할 예정이다.

22) Invasive papillary cancer(T1) 형식으로, 등급의 기재없이 판독하는 경우가 적지 않으며, KCD 분류 적용시점과 무관하게 M8130/3으로 분류된다고 할 수 있다.

23) 제8차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 8)부터 M8120/2 이행세포상피내암종(Transitional cell carcinoma in situ)을 M8120/2 요로상피성 상피내 암종(Urothelial carcinoma in situ)으로 명명을 달리하여 분류하기 시작하였다.

앞에서도 언급했던 것처럼 기존의 ‘transitional’이라는 용어가 부비동, 여성생식계, 항문직장부위 등에서도 사용되어 다소 비특이적이라는 지적에 따라, 이를 대신하여 ‘urothelial’이라는 용어의 사용을 권장하고 있다.

현재는 그동안 널리 사용되어왔던 방광이행상피암 대신, 요로를 싸고 있는 상피인 urothelium에 발생한 암이므로, 요로상피암(urothelial cancer)이라고 명명하므로 이를 반영했다고 생각하면 족하며, 그 이외 다른 특별한 의미가 부여되는 것은 아니다.

위와 같이 개략적으로 정리해 볼 수 있고, 사안마다 정확한 분류를 위해, 부득이하게 개별적 판단을 요하는 경우가 존재하게 될 것이다.²⁴⁾

4. 비근침윤성 방광암의 진단 및 치료에 대한 검토

(1) 비근침윤성 방광암의 진단에 대한 관련 문제점 검토

1) 병리 진단의들 간의 낮은 진단 일치율

기존의 등급 1, 등급 2, 등급 3의 등급체계에서는 세밀한 조직학적 진단기준이 다소 모호하였고²⁵⁾, 부정확한 조직학적 등급기준의 필연적인 결과 중 하나로, 진단자 간의 낮은 진단 일치율이 지적되었다.

WHO/ISUP Classification 이후, 진단 일치율의 현저한 상승이 있기는 하지만, 여전히 병리 진단의들 간의 낮은 진단 일치율은, 조직학적 등급이 예후를 판단하고 치료방침을 결정하는 데 중요하기 때문에 간과할 수 없는 문제로 지적된다.²⁶⁾

이러한 병리 진단의들 간의 낮은 진단 일치율로 인한 문제점이 보험 분쟁에 있어 반복적 의료자문 시행을 부추기는 원인임을 부인할 수 없다.²⁷⁾

24) 그렇다면 보험가입시기에 따라 보험금 지급에 있어, 큰 차이가 발생하게 되므로, 여러 쟁점이 도출되는 것을 확인할 수 있다.

엄밀히 말하자면, Papillary cancer high grade(TaG3), Invasive papillary cancer(T1G3), CIS는 모두 고위험군에 해당하며, 높은 침윤성암으로의 진행률로 인해, 임상에서 침윤성암에 준해 치료를 시행하고 있음에도 불구하고, 실무에서 이들 고위험군의 경우조차 많은 논쟁이 발생하고 있는 것이 작금의 현실이다.

이 글의 작성 목적이, 이러한 논쟁의 합리적 해결에 대한 시사점을 제시해 보고자 함에 있음은, 서론에서 이미 밝혔다.

25) 특히, 등급 2와 관련하여 많은 문제점들이 제기되었다.

26) WHO/ISUP Classification 이후, 2006년 대한병리학회 주관으로 시행한 ‘방광의 요로상피세포종양의 ISUP/WHO 등급에 대한 연구’에 따르면, 새로운 등급체계가 도입되었음에도 불구하고, 여전히 낮은 진단 일치율을 지적하고 있으며, 그에 대한 대안으로 기존의 1, 2, 3 등급체계와의 병행 사용을 제현성을 향상시키는 방법으로 제시하고 있는 실정이다.

27) 병리 진단의들 간의 낮은 진단 일치율로 인한 문제점을, 보험사들이 보험 분쟁에 있어 추가적인 의료자문 시행을 유도하고, 원하는 병기를 얻을 때까지 반복함으로써, 악의적으로 이용하고 있다는 인상을 지울 수 없다.

2) 비근침윤성 방광암에서 병기 오류의 정도 : Understaging

방광암의 경우, 주로 경요도 방광종양 절제술로 검체를 얻는데, 불완전 절제, 전류에 의한 조직의 변성 등으로 인해 이러한 병기 오류가 유발된다. 임상병기 T1으로 근치적 방광적출술을 시행 이후, 적게는 27%에서 많게는 62%까지 술후 조직검사상 근침윤이 있음을 보고하고 있다. 즉, 병기 T1 환자 중 상당수에서 understaging에 의한 병기 오류가 발생한다.²⁸⁾

(2) 비근침윤성 방광암의 치료에 대한 관련 문제점 검토

방광암의 병기 결정 및 1차 치료에 있어서, TURBT(경요도 방광종양 절제술)가 표준 진단 및 치료법으로서 오랜 세월에 걸쳐 확고하게 자리매김 하고 있다. TURBT(경요도 방광종양 절제술)의 원칙은 종양의 완전 절제인데, 정확한 병리조직검사를 위해, 종양의 바닥은 반드시 따로 분리하여 검체를 채취하여야 하고, 불완전 제거가 의심될 때는, 2차 수술로 종양의 완전 절제 유무를 확인하여야 한다.

그러나 앞서서도 언급한 바와 같이, 경요도 방광종양 절제술시 불완전 절제, 전류에 의한 조직의 변성 등으로 인해 병기 오류가 유발되며, 실제 비뇨의학과 의사들이 TURBT(경요도 방광종양 절제술) 시행시, 다음에 열거하는 몇 가지 문제점들로 인해, 진단에 있어 부득이하게 종양의 understaging에 의한 병기 오류가 발생할 수 있게 된다.²⁹⁾

1) 경요도 방광종양 절제술 시행시 불완전 절제³⁰⁾

28) T2 병기(방광 근육층 침윤)를, T1 병기(방광 고유층 침윤)로 understaging한다는 의미이다.

29) 이러한 문제점들은 실제로 모든 비뇨의학과 의사들이 공감하는 내용임을 지적해 둔다.

30) 경요도 방광종양 절제술 시행시 불완전 절제는, 다발성, 침윤이 의심되는 종양에서 흔하고, 특히, 종양이 방광 외측벽에 위치한 경우, 폐쇄신경 반사반응에 의한 출혈 및 방광천공 등을 우려하여, 부득이하게 충분한 깊이까지 절제하지 못하는 경우가 있을 수 있다.

아울러 다발성 종양이지만 형태학적으로 저위험암으로 판단될 경우, 출혈 및 방광천공을 피하고, 불량한 환자 상태에 따른 마취시간 제한 등을 고려하여, 일일이 전기적 절제를 하지 않고, 전기칼(철선루프)로 물리적 절제(비뇨의학과 의사들끼리는 끊어낸다는 표현으로 소통) 및 단순 전기적 지혈만을 행함으로써, 부득이하게 충분한 깊이까지 절제하지 못하는 경우가 발생할 수 있다.

- 2) 경요도 방광종양 절제술 시행시 전류에 의한 조직의 변성
- 3) 경요도 방광종양 절제술 시행시 종양의 위치³¹⁾
- 4) 방광상피내암(CIS)의 경요도 방광종양 절제술 시행³²⁾
- 5) 경요도 방광종양 절제술 시행자의 숙련도

이상과 같이 비근침윤성 방광암의 치료에 있어서 문제점들도, 종양의 understaging에 의한 병기 오류 발생의 원인으로 지목된다.

4. 비근침윤성 방광암의 예후 인자에 대한 고찰

비근침윤성 방광암을 가진 환자에서 예후 인자는 지난 수십년간 계속 연구되고 있으며, 대부분의 경우 환자는 재발 전후에 있어서, 방광내 항암요법(intravesical chemotherapy)을 시행받았다. 발표자료들을 분석해 보면, 예후 인자 결과 불일치는, 연구 분석에 포함된 환자의 수나 그들이 받았던 치료법, 연구 종료점의 선택과 정의, 경과 추적기간, 연구에서 분석한 변수들, 단변량 분석 또는 다변량 분석 여부, 연구에 사용한 모델 및 적합성, 모델에 개입된 여러 요인들간에 분포된 상관관계에 따라 달라질 수 있다.

다변량 분석에 따르면, 재발의 예후인자로 흔하게 언급된 것에는, 이전 재발률, 종양 개수, 종양 크기, T 범주, 분화도가 있었다.

근침윤성 방광암으로 진행의 예후인자에는 T 범주, 종양 개수, 방광상피내암(CIS), 3개월 내 재발 여부가 있었다.

31) 종양 위치가 방광의 둥근 천장부(Dome of bladder)에 다발성 종양으로 존재할 때, 연성방광경의 경우는 큰 문제가 되지 않으나, 경성방광경으로 시술하는 경우 불충분한 절제, 심지어 조그만 종양이 방광 경부의 바로 직상부위 둥근천장부에 위치할 경우, 종양을 물리적으로 발견하지 못하는 경우도 있을 수 있다.

32) 방광상피내암(CIS)은 경요도 절제술로 완전히 제거될 수 없는데, 방광상피내암(CIS)을 진단받은 환자를 경요도 절제술로만 치료한 경우에는, 대부분의 Ta와 T1 방광암 환자보다 훨씬 높은 진행률이 관찰되었다.

방광내 주입요법이 널리 대중화되기 전인 1970년대에는 환자들이 대부분 경요도 절제술만으로 치료를 받았고, 당시 연구에 따르면 383명의 상피내암을 가진 환자의 54%가 근침윤성 방광암으로 진행되는 것을 확인하였다.

Ⅲ. 금융분쟁조정위원회 조정결정서(제2019-5호)

1. 조정결정 개요

신청인은 2006.11.2 피신청인과 사이에 자신을 피보험자로 보험계약을 체결하였다.³³⁾ 신청인은 방광암 의심 소견으로 2018.3.5 경요도 방광종양 절제술을 시행하였다. 당시, 병리과 전문의가 신청인의 종양에 관해 ‘비침습성 유두상 요로상피세포 암종, 고등급(Non-invasive papillary urothelial carcinoma, High grade), 1)고유근육층 조직 포함(proper muscle included) 2)고유근육층에 침범 없음(no invasion to the proper muscle)으로 판독하였다.³⁴⁾

신청인을 치료한 비뇨기과 전문의는 위와 같은 조직검사 결과를 기초로 2018.3.13 및 2019.5.15 두차례에 걸쳐 신청인의 병명을 ‘상세불명의 방광의 악성 신생물(Malignant neoplasm of bladder, unspecified) (한국표준질병 분류번호 : C67.9)’로 작성한 진단서를 발급하였다. 이에 신청인은 암보험금 지급을 청구하였고, 피신청인은 ‘암’ 이 아닌 ‘상피내암’ 에 관한 보험금만을 지급할 수 있다고 하면서 다툼으로 이어진 분쟁 사례이다.

2. 진단확정의 주체

이 사건에서 위원회는 보험약관상 보험금 지급사유가 발생한다고 결정하였다.

먼저 약관에서 악성 신생물로 분류되는 질병임을 명확히 하였다.

위원회는, 약관에서 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4)에 의한 질병들을 열거하면서, ‘C67’에 해당하는 방광의 악성 신생물을 열거된 질병들에 포함시키고 있음을 지적하였다. 또한, 제5차 개정 이후, 한국표준질병 사인분류에서 ‘상기 질병 이외에 약관에 해당하는 질병이 있는 경우에는, 그 질병도 포함하

33) 제4차 개정 한국표준질병 사인분류에 따르게 된다.

34) 고위험 비근침윤성 방광암(Papillary cancer high grade (TaG3))에 해당한다는 의미이다.

는 것으로 한다’고 정하고 있는데, 이는 상병의 제외가 아닌 상병의 포함 개념임을 분명히 하였다.³⁵⁾

다음으로 약관 특약에서 ‘암의 진단확정은 해부병리 또는 임상병리의 전문의사 자격증을 가진 자에 의하여 내려져야 하고, 그 진단은 조직검사, 미세침 흡인 검사 또는 혈액검사에 대한 현미경 소견을 기초로 하여야 하나. 이러한 병리학 적 진단이 가능하지 않을 때에는 암에 대한 임상학적 진단이 암의 증거로 인정된다’고 정하고 있음을 근거로 아래와 같이 설명하였다.

대법원은 2018.7.24. 선고 2017다256828 판결에서 ‘병리 전문의사의 병리조직 검사 결과보고서 등을 토대로 임상 의사가 병명을 진단서에 기재하였다면, 이는 보험약관에서 말하는 병리학 적 진단으로 암의 진단확정이 있었다고 보아야 한다’고 판시하고 있다.

이 판례에 따라 위원회는 ‘임상 의사의 진단은 병리학 적 진단으로 인정할 수 없다는 피신청인 주장에 의하면, 피보험자를 치료한 임상 의사의 진단서는 암의 진단확정으로 볼 수 없고, 병리 전문의사에게는 피보험자의 질병명이 진단된 진단서를 발급받기도 어려워, 결국 보험금 청구권자로서는 어떠한 방법으로도 보험금 청구권을 증명할 수 없다는 부당한 결론에 이르게 된다’고 하였다.

추가로 피신청인의 병리 전문의사에게 별도의 의료감정을 받아야 한다는 취지의 주장에 대해서도 ‘의료감정 결과가 주치의인 임상 의사의 진단의 적정성을 판단하기 위한 하나의 근거 자료가 될 수 있을지는 모르나, 환자를 직접 진찰하지 않은 감정의 의료 감정결과가 보험약관상 ‘진단확정’에 해당한다고 보기는 어렵다’고 강조하였다.

35) 당시 제5차 개정 이후, 한국표준질병 사인분류의 변경된 분류에 따라 보험금을 지급해야 하는지 여부도, 약관해석에 있어 질병 포함 및 제외와 관련하여 중요한 논점으로 제시되었다.

위원회는 약관 조항의 취지를, 보험계약 체결 당시 고시된 분류에 따라 ‘암’의 범위를 정하되, 보험계약 체결 당시 ‘암’에 해당하지 않더라도, 보험사고 발생 시점을 기준으로 가장 최근에 개정, 고시된 분류에서 새롭게 포함하면, 이를 ‘암’으로 보아 보험금을 지급하겠다는 의미로 해석하였다.

아울러 보험계약 체결 당시 고시된 분류에서 ‘암’에 해당하더라도, 가장 최근에 개정, 고시된 분류에서 ‘암’에 해당되지 않을 경우, 이를 제외하겠다는 의미가 아님을 분명히 하였는데, 여기에서는 논외로 한다.

또한 주치의의 질병진단이 명백히 잘못되었다는 등의 특별한 사정이 없는 한, 환자를 직접 진찰하지 않고 한정된 자료만을 근거로 판단한 감정의 판단보다는, 환자를 직접 진찰하여 질병을 진단한 주치의의 판단을 보다 우선적으로 존중하는 것이 타당하다고 설명하였다.

이러한 측면에서도, ‘이 사건 보험약관에서 정한 암의 진단확정에 관한 피신청인의 해석은 부당하다.’ 고 하면서, 보험약관상 보험금 지급사유가 발생한다고 결정하였다.

3. 질병이 이 사건 보험약관 ‘암’ 에 해당하는지 여부

위원회는 신청인의 질병이, 이 사건 보험약관상 ‘암’ 에 해당하는지 여부에 대하여, 다음과 같이 설명하고 있다.

제4차 개정 한국표준질병 사인분류 제4편 ‘신생물의 형태학’ 에서는, ‘유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)’ 을 침윤 여부를 구분하지 않고, M8130/3, 즉 악성 신생물로 분류하고 있고, 이는 제3편 제2장의 분류에 따르면 C67로 분류된다.

이후 제5차 개정 한국표준질병 사인분류 제4편 ‘신생물의 형태학’ 에서는, ‘비침범성 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)’ 은 M8130/2로, ‘유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)’ 은 M8130/3로 분류를 세분화하였고, 따라서 비침범성 유두상 이행세포 암종의 경우 D09로, 비침범성이 아닌 유두상 이행세포 암종은 C67로 분류된다.³⁶⁾

따라서, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류에 따르면, 유두상 요로상피세포 암종은, 침윤 여부와 관계없이 악성(/3)으로 분류된다. 신청인을 진료한 의사는 조

36) 앞에서 유두상 요로상피세포(이행세포) 암종의 경우, 신생물 형태분류에 있어, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전에는 오직 M8130/3 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)으로만 분류하였으나, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후, 4가지로 세분되었음을 언급하였는데, 위원회는 그 중 특히, 두가지를 기술하고 있다. M8130/1과 M8131/3을 M8130/3에서 세분된 항목이 아니라, 별도로 추가된 항목으로 보는 견해도 있으나, 여기에서는 논외로 한다.

직검사 결과 등을 근거로 최종적으로 신청인의 병명을 ‘방광의 악성 신생물’로 진단하였다.

결론적으로, 기존에 제4차 개정 한국표준질병 사인분류에서 정해져 있는 유두상 요로상피세포 암종의 행동양식 분류번호(3)을 변경할 여지가 없다.

통계청의 한국표준질병 사인분류 유권해석에서도, ‘만일 다른 보고자료가 이것을 적합하게 하면, 이 행동양식 분류번호는 변경되어야 한다.’의 의미에 관하여, 여기서 말하는 ‘다른 보고자료’란 각종 검사자료(조직검사 결과 등)나 의학 논문 등을 의미하는 것이 아니라, 의사가 그러한 검사자료 등을 근거로 최종적으로 판단한 진단을 말하는 것이다.

진단은 의사의 고유 권한이므로, 의사가 한국표준질병 사인분류에서 정한 신생물의 행동양식 분류와 다르게 진단을 내렸다면, 그 진단에 적합한 행동양식의 부호를 적용해야 한다는 뜻이며, 의사가 최종적으로 환자의 질병을 악성 신생물로 진단하였다면, 그 진단에 따라 행동양식을 악성(3)으로 분류하여야 한다고 일관되게 회신하고 있다.

따라서 신청인의 질병은 제4차 개정 한국표준질병 사인분류에서 ‘악성 신생물로 분류되는 질병에 해당한다’고 설명하고 있다.

IV. 분쟁해결을 위한 제안

1. Papilloma

- : 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전
 - M8120/0 이행세포 유두종(Transitional cell papilloma NOS)
 - M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma)
- : 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8120/0 양성 이행세포유두종(Transitional cell papilloma, benign)
- M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma NOS)

이 유두상 요로상피 병변은, 정상적인 두께와 세포학적 소견을 가진 요로상피가 유두상으로 성장하는 병변으로, 드물게 발생하는 방광의 양성 병변이다. 전형적으로 크기가 작고, 일반적으로 독립된 성장을 하면서 주로 젊은 사람에서 호발한다.

따라서, 임상 의사와 병리의사간 새로운 등급체계에 대한 임상적 이해 및 적용에 있어서의 차이에 기인한, 진단에 있어서의 의견불일치로 인한 문제점이 대두될 가능성이 거의 없다.³⁷⁾

결론적으로, 이 유두상 요로상피 병변의 경우, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어, M8120/0 양성 이행세포 유두종(Transitional cell papilloma, benign) 또는 M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma NOS)으로 분류된다.³⁸⁾

제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어서는, M8120/0 이행세포 유두종(Transitional cell papilloma NOS) 또는 M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma NOS)으로 분류된다.

2. Papillary urothelial neoplasm of Low malignant potential (PUNLMP)

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 (개별적 판단)

- M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma)
- M8130/3 유두상 이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

37) 앞에서 이행세포 유두종 혹은 요로상피성 유두종에 대한 개별적 판단 요할 수 있으나, 보험금 지급과 관련하여 문제의 소지가 없으므로 논외로 함을 언급하였다.

38) 제8차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 8)부터 M8120/0 양성 이행세포유두종(Transitional cell papilloma, benign)과 M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma NOS)를 M8120/0 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma) NOS로 통일시켜 분류하므로 구분없이 M8120/0 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma) NOS로 분류된다.

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

■ M8130/1 저악성 잠재성의 유두상 이행세포 신생물(D41.4)

(Papillary transitional cell neoplasm of low malignant potential)

이 유두상 요로상피 병변은 세포층의 두께와 상관없이 약간의 구조적인 이상 및 비전형성을 가진 세포들이 규칙적으로 배열되어 있고, 유두종과의 가장 중요한 차이는 요로상피가 좀 더 두꺼우며, 분명하게 핵이 커졌다는 점에 있다. 유사분열은 드물게 확인되며, 존재하더라도 기저층에 국한되어 나타난다.

이 병변은 침윤이나 전이와는 연관성이 극히 낮지만, 임상적으로 중요한 이유는 재발이나 새로운 유두상 병변이 발생할 위험성이 높다는 것이다.

비록 유두상 병변이 단독으로 확인되는 경우라도, 종종 재발하고, 재발할 경우, 더 높은 등급이나 병기로 upstaging 될 수 있으며, well differentiated tumors로서, old-grade 1과 유사하다.

WHO/ISUP Consensus Classification에서는 비뇨의학과 의사들이 이 진단의 의미를 간과할 수 있기 때문에, 병리의사는 ‘이 종양이 있는 환자는 유사한 조직학적 소견을 보이는 방광암이 재발할 가능성이 높지만, 아주 드물게는 침윤성 요상피암종으로 진행할 수 있으니 세심한 추적 관찰이 필요하다.’는 설명을 해야 한다고 지시하고 있다.³⁹⁾

여러 문헌에서 경험많은 의사들이라도 low malignant potential과 low grade carcinoma 병변 구별이 어렵다는 점을 지적하고 있다.

이 유두상 요로상피 병변의 경우, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어, M8130/1 저악성 잠재성의 유두상 이행세포 신생물 (D41.4) (Papillary transitional cell neoplasm of low malignant potential)으로 분류된다.

39) 이런 점에 비추어 볼 때, 모두 그렇다고는 할 수 없지만, 대체적으로 우리 나라는 오히려 반대의 경향을 나타내고 있다고 할 수 있다.

비뇨의학과 의사들은 재발 및 진행 가능성을 고려하여, 향후 추적 관찰 및 치료까지 고려한 적극적인 임상적 진단을 하는 경향이 있는 반면, 병리 의사들은 향후 추적 관찰 및 치료까지 고려한 적극적 진단을 하기 보다는, 현재 확인되는 병변 자체의 현미경적 소견에 충실한 해석을 함으로써, 다소 소극적이고 한정적인 진단을 하는 경향이 있음을 부인할 수 없다.

그렇지만, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어서는, 다음과 같은 점을 유념해야 할 것이다. 즉, 법률 및 약관 해석에 있어, 보험계약 체결시점과 진단시점의 시기별 차이에 따라, 약관 적용에 있어서 발생할 수 있는 문제점들을, 환자를 직접 진찰한 임상 의사에게 상세히 설명하고, 이를 충분히 숙지한 임상 의사가 병리 의사로부터 보고받은 조직검사 결과를 포함한 각종 검사 결과, 환자 증상 등을 토대로, 합리적 및 합목적적 진단을 하는 것이 타당하다고 사료된다.

결론적으로, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어, 임상 의사의 개별적 판단에 따라 M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma) 또는 M8130/3 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)으로 진단이 이루어져야 할 것으로 판단한다.

3. Papillary cancer low grade (TaG1)

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 (개별적 판단)

- M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma NOS)
- M8130/3 유두상 이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8130/2 비침범성 유두상 이행세포 암종(D09.0)

(Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)

이 유두상 요로상피 병변은, 전체적으로 규칙적 배열 양상을 보이거나, 저배율 시야에서도 쉽게 인식할 수 있는 구조적 및 세포학적 이상 소견을 가지고 있고, lamina propria로 침윤할 수 있으며, 진행할 가능성은 낮지만 빈번하게 재발한다. 앞에서, 여러 문헌에서 경험많은 의사들이라도 low malignant potential과 low grade carcinoma간의 병변 구별이 어렵다는 점에 대하여 지적하고 있음을 살펴 보았다. 이 병변은, moderately differentiated tumors로 old-grade 2와 유사하다.⁴⁰⁾

40) 따라서 papillary transitional cell carcinoma, non-invasive, low grade의 경우, TaG1 뿐만 아니라 TaG2도 포함될 수 있음을 알 수 있다.

이 유두상 요로상피 병변의 경우, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어, M8130/2 비침범성 유두상 이행세포 암종(D09.0) (Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)으로 분류된다.

그렇지만, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어서는, 다음과 같은 점을 유념해야 할 것이다. 즉, 법률 및 약관 해석에 있어, 보험계약 체결시점과 진단시점의 시기별 차이에 따라, 약관 적용에 있어서 발생할 수 있는 문제점들을, 환자를 직접 진찰한 임상 의사에게 상세히 설명하고, 이를 충분히 숙지한 임상 의사가 병리 의사로부터 보고받은 조직검사 결과를 포함한 각종 검사 결과, 환자 증상 등을 토대로, 합리적 및 합목적적 진단을 하는 것이 타당하다고 사료된다.

결론적으로, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어, 임상 의사의 개별적 판단에 따라, M8120/1 요로상피성 유두종(Urothelial papilloma) 또는 M8130/3 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)으로 진단이 이루어져야 할 것으로 판단한다.

4. Papillary cancer high grade (TaG3)

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전

- M8130/3 유두상이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8130/2 비침범성 유두상 이행세포 암종(D09.0)

(Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)

이 유두상 요로상피 병변은, 구조적 및 세포학적 이상 소견 때문에 전체적으로 무질서한 배열을 저배율에서도 알아볼 수가 있다. 구조적으로 세포들은 불규칙적인 군집을 이루고 상피는 무질서하게 배열되어 있으며, 세포학적으로 중등도에서부터 심한 정도의 다형성이 관찰된다. 이 병변은, poorly differentiated tumors로 old-grade 3와 유사하고, 15% 내지 40%에서 진행할 위험성을 가지고 있으며, 발견 당시 침윤성 암종과 공존할 가능성이 매우 높다.

따라서, 임상 의사와 병리 의사 간 새로운 등급 체계에 대한 임상적 이해 및 적용에 있어서의 차이에 기인한, 진단에 있어서의 의견 불일치로 인한 문제점이 대두될 가능성이 거의 없다. 결론적으로, 이 유두상 요로상피 병변의 경우, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어, M8130/2 비침범성 유두상 이행세포암종(D09.0) (Papillary transitional cell carcinoma, non-invasive)으로 분류된다.

제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어서는, M8130/3 유두상 이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)으로 분류된다.

5. Invasive papillary cancer (T1G3)

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전

- M8130/3 유두상 이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후

- M8130/3 유두상 이행세포암종(Papillary transitional cell carcinoma)

이 유두상 병변은, 침윤성 종양으로 구분하고 있는데, 이는 T1인 경우, 이미 요로상피를 뚫고 lamina propria(방광 고유층)를 침범하였기 때문이다. Lamina propria의 침윤 부위 및 깊이가 예후와 관련 있는 것은 알려져 있지만, 경요도절제술로 얻어진 검체에서는 이를 정확하게 식별하기가 어렵기 때문에, 최근 병리 의사들은 T1 substaging을 채택하지 않고 있다.⁴¹⁾ 또한, T1G1, T1G2에 해당하는 병변의 경우, 발현빈도가 드물어 가능성은 매우 낮지만, 경요도절제술로 얻어진 검체에서 lamina propria(방광 고유층)의 침윤 여부를 정확하게 식별하기 어려울 경우, 혹은 경험이 부족한 병리 의사가 판독할 경우, Papillary cancer low grade (TaG1)로 understaging 가능성을 배제할 수 없다.

이 점 때문에, PUNLMP와 Papillary cancer low grade의 경우, 임상 의사의 합리적 및 합목적적 진단이 더욱 요구된다고 하는 것이다.

41) 경요도절제술로 얻어진 검체에서 lamina propria의 침윤 여부를 정확하게 식별하기가 어렵기 때문에, T1 substaging을 채택하지 않고 있다.

T2, T3, T4의 경우에는, 각각 T2a, T2b 등으로 병기를 substaging(세분)한다.

Invasive papillary cancer(T1G3)의 경우, 임상 의사와 병리의사간 새로운 등급 체계에 대한 임상적 이해 및 적용에 있어서의 차이에 기인한, 진단에 있어서의 의견 불일치로 인한 문제점이 대두될 가능성이 거의 없다.

결론적으로 이 유두상 병변은, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어, M8130/3 유두상 이행세포 암종(C67) (Papillary transitional cell carcinoma)으로 분류된다.

제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어서도, M8130/3 유두상 이행세포 암종(Papillary transitional cell carcinoma)으로 분류된다.

6. CIS

: 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전(개별적 판단)

- M8120/2 이행세포상피내암종(Transitional cell carcinoma in situ)

: 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후(개별적 판단)

- M8120/2 이행세포상피내암종(Transitional cell carcinoma in situ)

방광 상피내암종(CIS)은 침윤성 암종의 전구 병변으로 알려져 있는 요로상피의 편평 병변이다. 병변은 크고 불규칙하며 과염색상을 가진 핵이 상피세포의 전층에 걸쳐 관찰되는 것이 특징이고, 유사분열이 자주 관찰되며, 요로상피의 중간부와 상층부에서도 종종 관찰된다.

CIS는 요로상피에 납작하게 자라는 종양으로 점막층에 국한되어 있지만, 세포등급은 고등급이므로 진행의 가능성이 매우 높다. 그러므로 Ta high grade보다 더 세심하게 치료 및 추적관찰을 해야 한다.⁴²⁾ T1이면서 CIS가 동반된 경우, 근치적

42) CIS는 30-50%의 높은 확률로, 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행됨에도 불구하고, 상피내암(M8120/2)으로 분류되는데, 이를 근거로, CIS로 진단된 경우, 상피내암 보험금 지급으로 한정하려는 경우가 발생할 수 있게 된다.

이러한 문제점의 핵심은, 방광암의 침윤성암으로의 진행에 가장 중요한 위험 인자는 병기가 아니라, 암종의 세포등급임에도 불구하고, 보험약관에서 암보험금의 지급을 일괄적으로 한국표준질병 사인분류(KCD)에 기초하고 있는데 있다.

향후 방광의 CIS에 관한 현행 한국표준질병 사인분류 적용에 있어서, 다음과 같은 사항이 반드시 추가적으로 고려되어야 한다.

방광적출술 후 약 55%에서 upstaging(고등급으로 상향)이 된 반면, CIS가 없는 경우 6% 정도만이 upstaging 된다는 보고는 CIS의 중요성을 나타내는 좋은 예이다.

CIS의 경우, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어서 뿐만 아니라, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어서도, M8120/2 이행세포 상피내 암종(Transitional cell carcinoma in situ)으로 분류됨을 부정할 수는 없다.

그러나, 실제로 진료 및 치료를 주관하고 담당하는 비뇨의학과 주치전문의의 입장에서 볼 때, 경요도 방광중양 절제술 조직검사 결과 CIS로 확인되어, 침윤성 암에 준하는 치료 계획을 예정하고 있었으나, CIS가 M8120/2 이행세포 상피내 암종(Transitional cell carcinoma in situ)으로 분류된다는 이유로, 방광암에 해당하는 한국표준질병 분류번호(C67) 부여가 부정됨에 따라, 환자가 소액의 상피내 암 보험금만을 수령함에 따른 경제적 이유로, 적절한 치료가 보류되고, 치료 시기가 늦어짐으로 인해, 결국 침윤성암으로 진행되어 소중한 생명을 잃게 될 가능성을 배제할 수 없다.

그러므로, CIS의 경우, 보험금 지급과 관련하여, 임상 의사와 병리의사간 새로운 등급체계에 대한 임상적 이해 및 적용에 있어서의 차이에 기인하는 의견불일치로 인한 문제점이 대두될 가능성이 크며, 첨예한 대립을 야기시킬 수도 있다.⁴³⁾

M8120/2 이행세포 상피내 암종(Transitional cell carcinoma in situ)은, 행동양식에 있어 적합한 보고자료(침윤성암에 준하는 치료 계획을 예정하고 있다는 주치의 소견)이 존재할 경우, M8120/3 이행세포 암종(Transitional cell carcinoma NOS)으로 유연성 있게 변경, 적용될 수 있어야 한다.

43) 방광을 제외한 그 어떤 장기 종양의 경우에도, 30-50%의 높은 확률로 침윤성암으로 진행되는 암종을, 소액암 내지 상피내암으로 분류하는 경우는 거의 찾아보기 어려우며, 미분화 갑상선암 등 치명적인 악성도 및 불량한 예후에도 불구하고, 발현 빈도가 극히 낮은 경우, 아직 제대로 검토되지 않은 예외가 존재할 뿐임을 앞에서 이미 설명하였다.

대부분 장기에서 암종을 상피내암으로 분류하는 경우, 침윤성암으로 진행되는 확률은 10% 미만이며, 그러한 근거를 바탕으로 일반암과 구별하여 소액의 상피내암 보험금을 지급할 수 있는 것이다. 한국표준질병 사인분류(KCD)란, 의무기록자료 및 사망원인통계조사 등 질병이환 및 사망자료를 그 성질의 유사성에 따라 체계적으로 유형화한 것으로, 모든 형태의 보건 및 인구동태 기록에 기재되어 있는 질병 및 기타 보건문제를 분류하는데 이용하기 위하여 설정한 것이며, 보건의료 현상을 파악하는 통계를 작성할 때 표준화된 기준을 적용함으로써 일관성 및 비교성 있는 자료를 확보함에 목적이 있음을 고려해 볼 때, 한국표준질병 사인분류(KCD)를 병변의 침윤성, 악성도 및 진행률 등에 대한 개별적 고려없이, 보험금 지급 약관에 일률적으로 적용하는 것은 문제가 있다.

결론적으로 이 편평상 병변은, 제5차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 5) 이후 적용에 있어서 뿐만 아니라, 제4차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 4) 이전 적용에 있어서도, M8120/2 이행세포 상피내 암종(Transitional cell carcinoma in situ)으로 분류되나⁴⁴⁾, 많은 문제점이 내재되어 있으므로, 향후 바람직한 결론 도출을 위한, 각계의 의견 수렴 과정이 절실하게 요구된다.

V. 결론

방광암의 가장 중요한 임상적 특징은 반복적인 재발과 진행에 있다. 방광암은 요로 점막 전반에 걸쳐서 평생 동안 재발하거나 진행할 수 있는 가능성 때문에, 여타 암과는 다른 독특한 추적 관찰 계획을 가지는 특성이 있다.

비근침윤성 방광암의 경우, 약 20%-25%의 환자들이 근침윤성 방광암(muscle invasive bladder cancer)으로 진행하는데, 최근 관찰된 방광암은 생존율 향상에 있어, 다른 비뇨기종양에 해당하는 전립선암이나 신장암만큼 현저하지 않다, 따라서, 이러한 비근침윤성 방광암, 특히 고위험군(T1, High grade/G3, Carcinoma in situ) 환자의 처치는 매우 중요하다. 과잉치료로 인한 환자의 불편과 고통이 가중될 수도 있음을 부인할 수는 없지만, 그것보다는 소극적 치료를 한 경우, 생명 단축의 원인이 될 수 있기 때문이다. 그만큼 환자의 삶의 질이나 경제적 비용의 증가를 고려할 때, 보험의 존재 및 가입이유를 더욱 상기시켜야 하는 질환

44) 제8차 개정 한국표준질병 사인분류(KCD 8)부터 M8120/2 이행세포상피내암종 (Transitional cell carcinoma in situ)을 M8120/2 요로상피성 상피내 암종 (Urothelial carcinoma in situ)으로 명명을 달리하여 분류되고 있다.

앞에서도 언급했던 것처럼 기존의 'transitional'이라는 용어가 부비동, 여성생식계, 항문직장 부위 등에서도 사용되어 다소 비특이적이라는 지적에 따라, 이를 대신하여 'urothelial'이라는 용어의 사용을 권장하고 있다.

현재는 그동안 널리 사용되어왔던 방광이행상피암 대신, 요로를 싸고 있는 상피인 urothelium에 발생한 암이므로, 요로상피암(urothelial cancer)이라고 명명하므로 이를 반영했다고 생각하면 족하다.

에 해당된다고 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고, 악성 종양이 아닌 경계성 종양 및 상피내암에 해당한다는 이유로 보험금 지급이 거절되는 사례가 증가하고 있으며, 그에 따른 분쟁도 증가하고 있다.

현재 우리나라 의료실무상 임상 의사가 수술시 채취된 종양 세포를 병리 전문 의사에게 조직검사를 의뢰하면, 병리 전문의사는 해당 종양 세포를 현미경으로 관찰 및 판독하여 종양의 종류, 크기, 분화도, 침윤 정도 등 종양의 형태학적 특징을 기재한 검사 결과지를, 그 의뢰 의사에게 보고하게 된다. 단, 환자의 질병명을 병리 전문의사가 직접 진단하여 조직검사 결과지에 기재하지 않는다.

따라서 병리 전문의사의 조직검사 결과지 자체만으로는 환자의 질병이 암으로 진단되었는지 여부를 알기 어렵고, 임상 의사, 다시 말하자면 구체적으로 환자를 직접 진료한 비뇨의학과 전문의가, 조직검사 결과지에 기재된 내용 등에 비추어 환자의 질병이 암에 해당하는지 여부를 종합적으로 판단하여, 질병명을 진단하는 과정이 반드시 필요하다.

의료법 제17조에 따르면, 환자를 직접 진찰한 의사가 아니면 진단서를 작성하여 환자에게 교부할 수 없으므로, 환자를 직접 진찰하지 않은 병리 전문의사가 진단서를 작성하여 교부할 수 없다. 오직, 환자를 직접 진찰한 임상 의사, 구체적으로 환자를 직접 진료한 주치의가, 병리 전문의사로부터 보고받은 조직검사 결과를 포함한 각종 검사 결과, 환자 증상 등을 토대로 질병명을 진단하고, 환자에게 진단서를 발급한다.

비근침윤성 방광암의 진단에 있어서, 병리 진단의들 간의 낮은 진단 일치율, 비근침윤성 방광암에서 병기 오류의 정도 : Understaging에 의해, 병리 진단시 오류가 발생함을 이미 살펴보았다. 또한, 비근침윤성 방광암의 치료에 있어서도, 경요도 방광종양 절제술 시행시 불완전절제, 경요도 방광종양 절제술 시행시 전류에 의한 조직의 변성, 경요도 방광종양 절제술 시행시 종양의 위치, 방광상피내암(CIS)의 경요도 방광종양 절제술 시행, 경요도 방광종양 절제술 시행자의 숙련도 등 몇 가지 문제점들로 인해, 종양의 understaging에 의한 병기 오류가 발생한다.

이러한 점들을 고려해 볼 때, 암의 진단확정 문제를 자신 명의의 진단서를 발

급조차 하지 못하는, 해부병리 또는 임상병리 전문의사로 한정하려는 보험사의 태도는 반드시 시정되어야 한다. 오히려 암보험에 관한 한, 조직검사 결과지를 포함한 각종 검사 결과, 환자 증상 등을 토대로 질병을 진단하고 치료하는 임상 의사인, 주치의의 판단에 따라 보험금을 지급하는 것이 타당하며, 향후 암보험 분쟁에 있어 임상 의사와 병리의사간 합리적 조율도 이루어질 수 있을 것이라고 본다.

아울러 보험금 지급과 관련된 분쟁시, 보험사와 반대의 입장에 서게 되는 독립손해사정사, 행정사 및 변호사 등이, 앞에서 살펴보았던 방광암의 재발, 진행과 관련된 고유한 특성 및 독특한 추적 관찰 프로토콜 등으로 인해, 적극적인 분쟁 해결 방법을 모색하기보다는 우선적으로 경계성 종양 내지 상피내암 보험금을 수령한 뒤, 재발 및 진행을 기다려 다음 청구를 대비하는 경우도 종종 확인된다. 물론 실무에 있어서의 고충을 이해하지 못하는 바는 아니지만, 이러한 소극적 대응이 경제적 어려움으로 인해, 환자가 적극적 치료를 부득이하게 연기하는 경우, 잠재적 생명 단축의 원인이 될 수 있음을 명심해야 할 것이다.

<참고문헌>

- 구교철, 정병하, “한국인 비뇨기 암의 역학과 치료 경향”, Korean J Uro-oncol, 2015;13(2):51-57.
- 금융분쟁조정위원회 조정결정서(제2019-5호).
- 대법원 2018.7.24. 선고 2017다256828 판결.
- 비뇨기종양학회, “요로상피암 진료지침(Clinical Guidelines on Urothelial Cancer)”, 1st Edition, 서울: 의학문화사, 2010.
- 심정원, 노재윤, 조남훈, 김영식, 박용욱, 심상인, 이동화, 최영진, 한운섭, “방광의 요로상피세포종양의 ISUP/WHO 등급에 대한 연구”, The Korean Journal of Pathology, 2006;40:282-8.
- 이태진, 노재윤, “Ta/T1 방광암에서 새로운 WHO/ISUP Consensus Classification의 중요성”, Korean J Uro-oncol, 2003;1(4):344-350.
- 정재일, “고위험군의 방광암을 어떻게 치료할 것인가?”, Korean J Uro-oncol, 2008;6(3):111-116.
- 최세영, 장인호, “비근침윤성 방광암의 재발과 진행을 예측하는 임상, 병리적 예후 인자”, Korean J Uro-oncol, 2015;13(1):1-10.
- 한경식, 홍범식, “Restaging TURB: 언제 어떻게 하는 것이 좋은가?”, Korean J Uro-oncol, 2014;12(2):54-58.
- 홍준혁, “고위험 비근육침윤성 방광암의 추적관찰”, Korean J Uro-oncol, 2008;6(3):107-110.
- Chavan S, Bray F, Lortet-Tieulent J, Goodman M, Jemal A. “International variations in bladder cancer incidence and mortality”. Eur Urol 2014;66:59-73.
- Sylvester RJ, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffieux C, Denis L, et al. “Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials”. Eur Urol 2006;49:466-5; discussion 475-7.
- Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C, “Campbell-Walsh Urology”, 9th Edition, Philadelphia: SAUNDERS, 2007.

Abstract

Considerable bladder cancer recurrences and progressions have been identified even in superficial bladder cancer patients. Therefore, the term of non-muscle invasive bladder cancer is replacing the term of superficial bladder cancer recently. In the first diagnosis, 70-80% of bladder cancer patients are identified as confirmed non-muscle invasive bladder cancer patients. Among them, about 20-25% of patients are reported to have bladder cancer progressions. In addition, it has been reported that cancer recurrence rate is approached to 80% and cancer progression rate is approached to 50% in high risk non-muscle invasive bladder cancer patients. Accordingly, the diagnostic criteria reflecting this is crucially important. In previous pathologic staging confirmation of bladder cancer, the low diagnostic accordance rate among pathologists was indicated consistently. It is a serious issue. Because, pathologic staging confirmation of bladder cancer is essential for risk stratification and treatment decision. Finally, 1998 WHO/ISUP Consensus Classification(new pathologic staging & grading classification) was published. Nevertheless, there have been several problems regarding payment of insurance. At present, the diagnosis of bladder cancer is concluded in accordance with KCD(Korean Standard Classification of Diseases). There have been increasing cases and disputes refusing to pay insurance money due to not invasive cancer but borderline malignancy or intraepithelial carcinoma. Hence, I will present the valid method for KCD application according to buying insurance time and progress discussion about conflict solution.

※ **Key words** : Non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC), Recurrence & progression of NMIBC, Diagnostic criteria for NMIBC, Korean Standard Classification of Diseases (KCD), Adjustment in Financial Disputes Mediation Committee