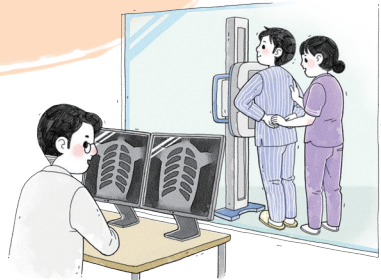




서울시민들을 위한  
**알기쉬운**  
**복지법률시리즈**

제1편  
건강권



# CONTENTS

## 제 1 장

### 시민들에게는 건강권이 있습니다.

- 1. 건강도 '권리'인가 ..... 06
- 2. 법에서는 '건강권'을 어떻게 정하고 있나요? ..... 07

## 제 2 장

### 알기 쉬운 국민건강보험제도

- 1. 건강보험이란 무엇인가? ..... 10
- 2. 건강보험 가입자의 병·의원 이용 방법 ..... 12
- 3. 내 건강보험료는 어떻게 산정되나요? ..... 16
- 4. 복잡한 진료비 영수증, 꼼꼼히 살펴봅시다 ..... 18
- 5. 건강보험 혜택이 늘었으면 좋겠어요(건강보험 보장성 강화) ..... 25
- 6. 진료비, 어떻게 책정되나요? ..... 26
- 7. 진료비가 많이 나왔다고 생각되면 이렇게 해보세요! ..... 27
- 8. 건강보험료가 체납되었습니다 ..... 29

## 제 3 장

### 민영보험 현명하게 활용하기

- 1. 건강과 관련한 보험은 어떤 것이 있을까요? ..... 34
- 2. 생명보험과 손해보험이 다른가요? ..... 35
- 3. 생명보험을 여러 개 가입했는데 사망하면 보험금을 모두 받을 수 있나요? ..... 36
- 4. 암보험을 여러 개 가입했는데 암 진단이 확정되면 보험금을 모두 받을 수  
있나요? ..... 37
- 5. 실손 보험을 여러 개 들면 중복보장이 가능한가요? ..... 38
- 6. 병원에서는 암이라고 하는데 보험사는 아니라고 합니다 ..... 39
- 7. 요양병원에 입원한 것도 '암 치료를 직접목적으로 한 입원'에 해당하나요? .. 40
- 8. 보험 가입할 때 과거 병력은 어디까지 알려야 하나요? ..... 40
- 9. 분만 중인 태아를 위한 보험도 가능한가요? ..... 41
- 10. 자살을 해도 생명보험금을 받을 수 있나요? ..... 42
- 11. 보험 가입사실을 깜박 잊었는데, 언제까지 보험금을 청구해야 하나요? ... 43

## 제4장

### 환자의 권리와 의무

1. 진료 요구시 진료받을 수 있는 권리	47
2. 최선의 의료서비스를 받을 수 있는 권리	50
3. 의사로부터 설명을 듣고 스스로 결정할 수 있는 권리	52
4. 의사로부터 요양방법을 지도받을 수 있는 권리	56
5. 약사로부터 복약지도를 받을 수 있는 권리	57
6. 진료기록을 열람할 수 있는 권리	59
7. 처방전을 교부받을 권리	62
8. 진료의사를 선택할 수 있는 권리	63
9. 비밀을 보호받을 권리	64
10. 자기 정보를 통제할 수 있는 권리	66
11. 피해를 구제받을 권리	67
12. 응급의료를 받을 수 있는 권리	70
13. 이용자의 의무 ※ 실손의료보험(실손보험)에 가입할 경우 주의할 점	72

## 제5장

### 의료급여 제도를 알고 계시나요?

1. 의료급여란 무엇인가요?	80
2. 의료급여 수급신청	80
3. 의료급여는 1종과 2종으로 나뉘지고 혜택에 차이가 있어요	82
4. 의료급여 수급자는 어떻게 병원을 이용할까요?	84

## 부록

1. 각종 의료비 지원제도(2020년 기준)	98
2. 서울시 주요 공공보건 의료 정책	108







# 시민들에게는 건강권이 있습니다.

1. 건강도 '권리'인가
2. 법에서는 '건강권'을 어떻게 정하고 있나요?



# 시민들에게는 건강권이 있습니다

## 1 | 건강도 '권리'인가

건강하게 오래 사는 것은 모든 사람의 꿈입니다. 그래서 술 담배를 멀리해야 한다, 욕심을 버려야 한다, 스트레스를 풀어야 한다 등등 수많은 충고들이 언론과 지인들의 입에서 쏟아져 나옵니다. 지금까지 '건강'은 자기가 책임을 지고 열심히 가꾸어야 할 대상으로 취급되어 왔습니다.

그런데 여기서 더 나아가 '건강'을 '권리' 측면으로 보면 어떨까요. 아무리 자신이 매일 땀 흘려 운동하고 신선한 음식만을 골라서 먹는다고 해도 평생 병원에 가지 않을 수 없습니다. 질병이 아니라면 사고로 병원에 갈 수도 있습니다. '건강'도 병원과 의료제도, 사회구조와 떼려야 뗄 수 없는 밀접한 관련이 있습니다. 특히 고령화가 가속화되는 추세 속에서 건강문제는 갈수록 사회적 위험으로 부각되고 있고 복지국가를 달성하기 위한 중요한 과제로 평가받고 있습니다.

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 헌장에서 “도달 가능한 최고 수준의 건강을 누리는 것은 모든 인간이 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적·사회적 조건 등에 따른 구별 없이 가지는 기본적 권리”라고 선언하고 있습니다(The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, political belief, economic or social condition). 건강권은 바로 이것입니다. '건강'도 인간의 권리, 즉 인권의 측면에서 바라보자는 것입니다.

“도달 가능한 최고 수준의 건강을 누리는 것은 모든 인간이 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적·사회적 조건 등에 따른 구별 없이 가지는 기본적 권리”

– 세계보건기구 헌장 –

시민들은 건강하게 살 권리를 원합니다. 그렇다면 무엇을 해야 하나요. 병원에 갔을 때 의사가 잘 치료해 주기만을 바라지 말고, 자신이 주장할 수 있는 권리가 무엇이고 감내해야 할 의무가 무엇인지를 따져 보아야 합니다. 내가 이용하는 건강의료보험 체제가 어떻게 운영되고 있고 어떤 부분이 바뀌어야 하는지, 시민들의 건강의료서비스에 대한 접근권에 대해서도 관심을 가질 필요가 있습니다. 국민건강보험과 의료 급여를 잘 만들어서 가난해도 비용 때문에 치료를 포기하는 일도 없어야 합니다.


## 2 | 법에서는 ‘건강권’을 어떻게 정하고 있나요?

헌법에서는 ‘건강권’이라는 용어를 직접 쓰지는 않고, “모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가진다(제35조 ①항)”라거나 “모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다(제35조 ③항)”는 조항으로 표현하고 있습니다. “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다(제10조)”는 조항도 간접적인 ‘건강권’의 근거 규정으로 설명하고 있습니다.

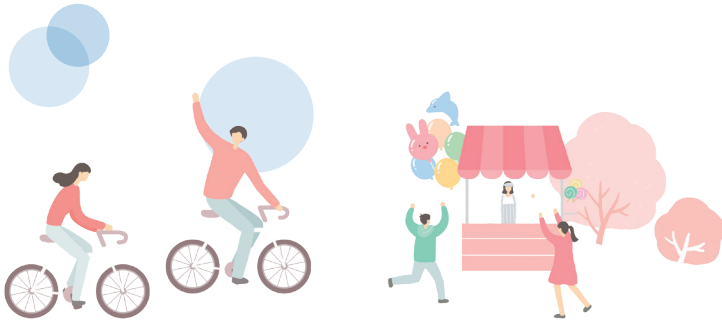
헌법에 따라 법률을 만드는데, ‘건강권’에 대한 가장 기본이 되는 법은 ‘보건 의료기본법’입니다. ‘보건의료기본법’에는 좋은 말들이 많습니다. 국가와 지방자치단체는 국민건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고 이에 필요한 자원(財源)을 확보하도록 노력하여야 하고(제4조), 보건 의료인은 자신의 학식과 경험, 양심에 따라 환자에게 양질의 적절한 보건 의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 합니다(제5조), 모든 환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건 의료서비스를 받을 권리를 가지고(제6조), 모든 국민은 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별, 나이, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 않습니다(제10조).

문제는 법에서 “그렇게 하여야 한다”고 규정하고 있는데 “과연 현실에서 그렇게 하고 있냐”입니다. 남들이 법상을 다 차려주면 좋겠지만, 상황이 안된다면 시민들이 먼저 스스로 움직일 수밖에 없는데, 이 책에서는 과연 현실이 어떤지를 살펴해보려고 합니다.

우선 2장에서 시민들의 생활에 밀접한 국민건강보험과 관련하여 알아두면 좋은 지식들을 살펴본 후, 3장에서 건강보험과 함께 시민들의 건강을 뒷받침하는 민영보험을 현명하게 이용하는 방법을, 4장에서는 실제로 병원을 이용할 때 환자가 가지는 권리와 의무가 무엇인지를, 4장에서 저소득층을 위한 의료 급여 제도를 차례로 소개하려고 합니다. 이 책을 통해 시민들이 자신의 건강을 위한 ‘권리’를 주장하는데 작은 도움이 되었으면 합니다.

 **[잠깐]** 장기요양보험체제는 권리집 7편 <노인의 권리> 제3장을 참조하세요.

국가가 운영하면서 강제적으로 가입해야 하는 보험은, 치료를 목적으로 하는 ‘건강보험’과 요양을 목적으로 하는 ‘노인장기요양보험’이 있습니다. ‘건강보험’은 모든 국민을 대상으로 하지만, ‘노인장기요양보험’은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만이면서 노인성질환이 있는 장애인을 대상으로 한다는 점에서도 차이가 있습니다. 자세한 내용은 권리집 7편 <노인의 권리> 제3장을 참조하시면 됩니다.







# 알기 쉬운 국민건강보험제도

1. 건강보험이란 무엇인가요?
2. 건강보험 가입자의 병·의원 이용 방법
3. 내 건강보험료는 어떻게 산정되나요?
4. 복잡한 진료비 영수증, 꼼꼼히 살펴봅시다
5. 건강보험 혜택이 늘었으면 좋겠어요(건강보험 보장성 강화)
6. 진료비, 어떻게 책정되나요?
7. 진료비가 많이 나왔다고 생각되면 이렇게 해보세요!
8. 건강보험료가 체납되었습니다



## 알기 쉬운 국민건강보험제도

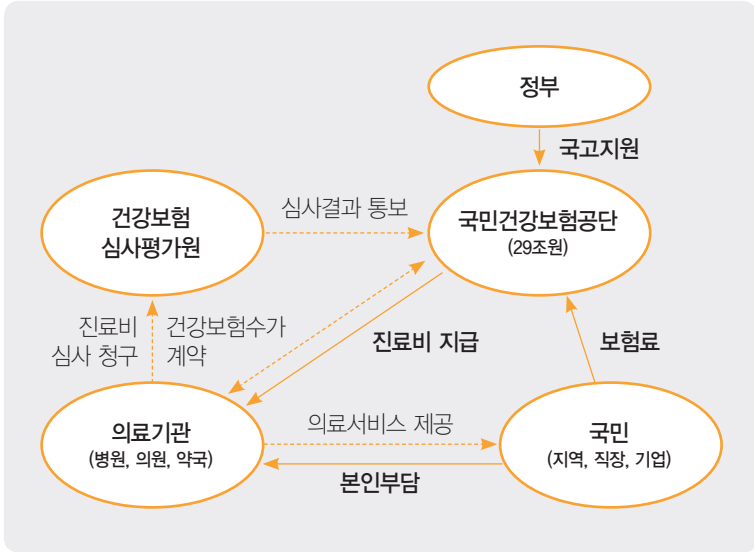
### 1 | 건강보험이란 무엇인가요?

국민건강보험제도는 우리나라 전 국민을 대상으로 하는 보편적인 복지제도입니다. 건강보험은 개인에게 일시에 발생하는 의료비를 사회가 공동으로 해결함으로써 국민의 건강과 가계를 보호해주는 사회보험입니다. 전 국민이 누구에게도 닥쳐올 수 있는 질병, 노화, 산업재해, 실업 등의 사회적 위험들 중 '질병'이라는 사회적 위험에 공동으로 대처하기 위하여 만들어진 제도입니다.

국민건강보험제도는 정부, 건강보험 가입자인 국민, 의료서비스를 제공하는 의료기관으로 구성되어 있습니다. 정부 측은 살펴보면 보건복지부는 건강보험을 관장하며 건강보험 관련 정책을 결정하고 건강보험 업무를 총괄하고 있습니다. 국민건강보험공단은 관련 정책을 결정하고 건강보험 업무를 총괄하면서 가입자 자격관리, 보험료의 부과, 징수 및 보험급여비용 지급 등의 업무는 물론 의료기관에 지불하는 건강보험 급여 수가를 계약하는 역할을 하고 있습니다. 건강보험심사평가원은 의료기관이 청구한 급여비용을 심사하고 적절한 의료서비스를 제공하고 있는지를 평가하고 있습니다.

우리 국민들은 의료급여 수급자를 제외하고는 대부분 건강보험 가입자입니다. 건강보험 가입자는 소득 수준 등 경제적 능력에 따라 보험료를 차등 부담하고 있지만 의료를 이용할 때는 보험료 부담액과 상관없이 누구나 평등한 수준으로 의료비를 보장받고 있습니다.

## 국민건강보험제도의 운영



그러나 환자가 의료기관을 이용할 때 불편한 일이 한 두 가지가 아닙니다. 의료기관을 이용할 때 어디를 어떻게 이용하는 것이 현명한 방법인지 판단을 하기 어렵고 이에 대해 상담을 하거나 도움을 청할 방법이 거의 없습니다. 본인이 내야하는 의료비가 너무 많아 가계가 휘청이거나 파탄나는 경우가 많지만 의료비에 대해 궁금한 점을 문의하거나 알아볼 길도 막연하기만 합니다.

모든 국민이 건강보험 가입자로서 보험료를 납부하는 의무를 다하고 있는 만큼, 정부는 국민이 의료기관을 이용할 때 불편과 부담을 줄여 국민의 권리를 보장하는 데 더욱 노력을 기울여야 할 것입니다.

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
알기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

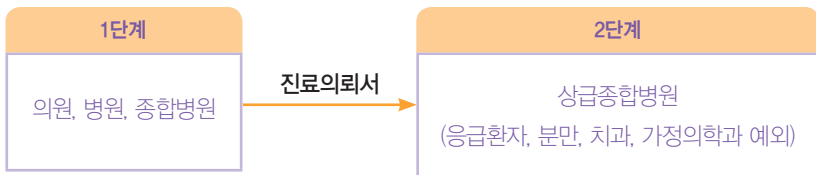
## 2 | 건강보험가입자는 병·의원을 어떻게 이용할까요?

### (1) 1단계를 거쳐 2단계로 이용하기

우리나라는 의료기관을 보건기관, 의원, 병원, 종합병원, 상급종합병원으로 분류하고 있습니다. 보건기관은 지역보건법에 의하여 지역주민의 건강증진을 위해 설치된 보건소, 보건진료소, 보건지소 등이 해당됩니다. 의원은 주로 외래환자에 대하여 의료를 행하는 소형 의료기관이고, 병원은 입원환자 30인 이상의 병상을 갖춘 중형급 의료기관입니다. 종합병원은 입원환자 100인 이상의 병상을 갖춘 중형급 의료기관입니다. 상급종합병원은 종합병원 중 시설, 장비, 인력 등을 고려하여 정부가 별도로 지정하며 주로 대학 부속병원이 해당됩니다. 이외에 보건복지부나 시도지사가 지정하는 응급의료센터가 응급의료를 제공하고 있습니다.

국민이 앓는 질병의 90%는 의원급에서 치료할 수 있는 경증질환이고, 10% 정도만이 대형병원에서 치료를 요하는 중증질환입니다. 따라서 의료기관 이용 절차는 1단계로 의원, 병원, 종합병원을 이용하고, 1단계에서 진료가 곤란한 질환이나 복합적인 중증질환의 경우 2단계로 상급종합병원을 이용하도록 하고 있습니다. 상급종합병원을 이용하려면 1단계를 거쳐야 하지만, 응급환자, 분만, 치과진료, 가정의학과를 진료받을 경우는 예외로 직접 상급종합병원을 이용할 수 있습니다.

현재 제도상으로는 1단계를 거치지 않고 2단계를 이용하면 보험이 적용되지 않습니다. 이는 경증과 중증질환자를 전담하는 병원을 구분함으로써 모든 국민이 의료기관을 효율적으로 이용하기 위한 취지에서 비롯된 것입니다. 그러나 환자들이 대형병원에 쏠리는 현상에서 알 수 있듯이 2단계 의료이용은 형식적인 절차일 뿐 많은 환자들이 대형병원으로 몰리고 있습니다.



## (2) 대학병원과 동네 병·의원의 진료비 차등

국민건강보험제도는 병원 규모가 클수록 진료비를 가산하는 종별가산율을 적용하고 있습니다. 종별가산율이란 의료기관 종류에 따라 시설, 인력, 장비, 서비스 수준이 다르다고 보고 처치와 검사 등 모든 의료수가를 의료기관 종류별로 더해주는 것입니다. 현행 종별가산율은 의원 15%, 병원 20%, 종합병원 25%, 상급종합병원 30%이며, 응급의료서비스에 대해서는 50%의 가산율이 적용됩니다. 흔히들 대학병원에 가면 동네 병원을 갈 때보다 진찰료가 더 많이 나왔다고 하는데, 그 이유가 바로 '종별가산율'과 다음에 살펴볼 본인부담 진료비 때문입니다. 따라서 환자 입장에서는 대형병원일수록 환자 진료비가 증가하므로 질병의 경중에 따라 적절한 의료기관을 이용하는 것이 합리적입니다.

요약

대형병원일수록 환자 진료비가 증가하므로 질병의 경중에 따라 적절한 의료기관을 이용하자!

### 의료기관 종류와 의료기관 종별가산율

구분	내용	가산율
상급종합병원	보건복지부 지정(전국44개), 대부분 대학 부속병원	30%
종합병원	100병상 이상 병원	25%
병원	30병상 이상 100병상 미만 병원	20%
의원	30병상 미만, 외래 환자 중심	15%
보건기관	보건소, 보건지료소, 보건지소	없음
응급의료센터	보건복지부, 지방자치단체 지정 응급의료서비스 제공	50%

(진찰료가 10,000원이라면 의원은 11,500원 병원은 12,000원, 종합병원은 12,500원, 상급종합병원은 13,000원, 응급실 진찰료는 15,000원임)

### (3) 야간이나 휴일에 병원 이용하기

야간이나 휴일에 환자가 발생하는 경우가 많아지고 있는데 야간진료(평일18시~다음날 오전 9시까지)나 휴일에 의료기관을 이용할 경우에는 주간이나 평일에 비해 진료비가 약 30% 추가됩니다. 야간 가산율은 의료기관 뿐만 아니라 약국에도 적용됩니다.

평일에는 시간이 안 되서 토요일 오전에 병원에 가는 경우가 많습니다. 그런데 2014년 10월 4일부터는 토요일 오전에도 토요일 오후와 마찬가지로 환자에게 진료비를 더 물리도록 하는 토요 전일 가산제가 시행되었습니다. 다만 진료비가 갑자기 늘어나면 환자 부담이 증가한다는 이유로 2015년 9월말까지는 인상액의 절반만 환자 본인이 부담하고, 2015년 10월 1일부터는 인상액 전액을 환자가 부담하게 됩니다. 앞으로는 평일 야간 진료와 토요일 오전 진료를 이용할 때는 진료비를 더 내야 한다고 알고 계시는 것이 좋습니다.

#### 요약

평일 야간 진료와 토요일 진료를 이용할 때는 진료비를 더 낼 수 있다!

의료기관이 문을 닫는 심야시간이나 휴일에는 정부가 지정한 응급의료센터(기관)를 이용할 때가 많은데, 이 때 진료비 추가 부담이 발생합니다. 첫 번째 부담은 응급의학관리료(지역응급의료센터 16,000원, 권역응급의료센터 33,000원 가량)입니다. 이것은 응급실을 이용하는 추가비용이라 할 수 있는데, 의사가 환자를 진찰하여 법에서 정한 응급증상 40여가지에 해당될 경우에만 건강보험을 적용하고, 이에 해당하지 않을 경우에는 보험 적용하지 않고 응급의학관리료 전액을 환자가 부담하게 됩니다. 두 번째 부담은 응급의료센터에서 진료 받는 모든 서비스에 대해 일괄적으로 부과되는 50%의 응급가산율입니다. 그래서 응급센터를 이용할 때 환자 부담이 평소에 두세 배 이상 큰 것이 현실입니다.

따라서 응급환자 발생시에 무조건 가까운 거리에 있는 큰 병원으로 달려가기보

다는 차분히 대응하는 것도 필요합니다. 우선 응급의료정보센터 1339에 전화하여 의료상담을 받을 수 있습니다. 의사가 지시하는 응급처치 요령에 따라 처치하면서 야간을 지나 아침에 진료를 받을 수 있습니다. 증상이 계속되거나 위중하면 1339로부터 병원 정보를 제공받아 적절한 응급의료센터를 이용할 수 있습니다. 물론 상황이 심각하면 돈이 문제가 아니라 바로 병원으로 가야겠지만요.



#### 응급환자 발생시

- 응급의료정보센터 1339에 전화하여 의료상담
- 1339로부터 병원 정보를 제공받아 적절한 응급의료센터를 이용하기

#### (4) 응급의료센터 이용하기

환자가 응급실을 이용하는 경우는 두 가지입니다. 한 가지 경우는 중증질환이 발생하여 응급실을 이용하는 경우, 또 다른 한 가지는 불시에 발생한 사고와 손상에 의해 응급실로 이송하여야 할 경우입니다. 이 경우 우리나라는 응급환자 신고와 현장에서 응급처치하는 단계, 구급차가 출동하여 환자를 병원으로 이송하는 단계, 병원에서 응급환자 진료하는 단계로 연결하는 응급의료체계를 운영하고 있습니다.

병원단계 응급의료는 전국 433개 의료기관이 제공하고 있고 최종중 응급환자를 진료하는 권역응급의료센터, 중증 응급환자를 진료하는 지역응급의료센터, 그리고 응급환자의 초기안정화와 경증환자를 담당하는 지역응급의료기관으로 구성되어 있습니다. 이외에도 특정질환(외상, 화상, 독극물 등)을 다루는 전문응급의료센터가 있습니다.

시민들에게는 건강권이 있습니다. 제1장

알기 쉬운 국민건강보험제도 제12장

민영보험 현명하게 활용하기 제13장

환자의 권리와 의무 제14장

의료급여 제도를 알고 계십니까? 제15장

## 응급의료서비스 제공 기관

종 류	기능	지정 권한
권역응급의료센터(16개)	최중증응급환자 진료	보건복지부 지정
지역응급센터(98개)	중증응급환자 진료	시, 도지정
지역응급의료기관(325개)	경증 환자 진료, 초기 안정화	시, 군, 구 지정
전문응급의료센터(4개)	외상, 화상, 독극물 등 특정 질환 담당	보건복지부장관 지정

응급의료센터는 일반 의료기관보다 지역별 편차가 더욱 커서 도시지역은 응급의료센터가 필요보다 과다 지정되어 있고 농어촌지역에는 오히려 부족한 상황입니다. 보건복지부는 전국을 50개 응급진료권으로 구분하여 지역적으로 응급의료체계를 구축하기 위해 응급의료기금을 활용하여 지원하고 있고, 응급의료비 미수급 대불제도를 시행하여 응급환자가 응급의료 진료비를 병원에 납부하지 못할 경우 국가가 진료비를 병원이나 이송기관에 대신 납부하고 추후 환자에게 진료비를 환수하는 제도를 시행하고 있습니다. 이는 생명이 위중한 응급환자가 어떠한 경우라도 진료 거부당하지 않고 차별 없이 진료받을 수 있도록 하기 위한 것입니다.

대불제도 신청은 의료기관이나 이송기관이 할 수 있고, 대불비용은 응급실에서 환자가 응급증상일 때 진료한 모든 진료비를 신청할 수 있으며 비급여비용까지 모두 포함됩니다. 이때 응급환자는 의료급여 수급자는 물론, 건강보험환자, 이주노동자 등 모두 해당됩니다.

### 3 | 내 건강보험료는 어떻게 산정되나요?

건강보험료는 가입자가 직장가입자인지 지역가입자인지에 따라 산정방식이 달라집니다. 직장가입자는 대표적으로 사업장의 근로자와 사용자이고, 지역가입자는 자영업자, 프리랜서 등 직장가입자를 제외한 모든 가입자를 말합니다. 직장가입자는 소득이 없는 가족을 피부양자로 등재시켜 함께 건강보험 혜택을 받을 수



있다는 특징이 있습니다. 여기서 피부양자는 직장가입자에 의하여 주로 생계를 유지하는 자로서 소득이 없는 가족을 의미합니다.

### [질문] 일용근로자는 직장가입자인가요, 지역가입자인가요?

사업장에서 1개월 이상 근로하는 일용근로자 중 1개월 동안의 근로일수가 8일이상인 경우 직장가입자 대상에 포함됩니다.

직장가입자의 보험료 산정은 간단합니다. 가입자의 월 보수액에 보험료율(2020년 기준 6.67%)을 곱하여 보험료를 산정하는데, 이렇게 산정된 금액을 사업주와 근로자가 각각 50%씩 부담합니다. 만일 월보수가 100만원이라면 총 건강보험료는 66,700원이 되고 이를 사업주와 근로자가 33,350원씩 부담하는 것입니다. 지역가입자의 경우 산정방식이 조금 더 복잡합니다. 기본적으로 가입자의 소득, 재산 등을 참작하여 가입자별로 점수를 매기고 이 점수에 점수당 금액(2020년 기준 195.8원)을 곱하여 보험료를 산정하는 방식입니다. 직장가입자와 달리 보험료 전체를 지역가입자가 부담해야 되므로 경우에 따라 지역가입자로 전환하는 경우 보험료가 더 많이 부과될 수 있습니다.

### [Tip] 퇴사 이후 보험료가 올랐다면 임의계속가입제도를 이용해보세요.

직장가입자가 퇴사를 하게 되면 지역가입자로 전환됩니다. 이때 지역가입자 기준이 적용되면서 갑자기 보험료가 올라 부담을 느끼는 경우가 종종 발생하는데요, 임의계속가입제도는 이러한 퇴사자의 경제적 부담을 완화하기 위해 퇴직 이후 최대 36개월간 직장가입자 수준의 보험료를 납부할 수 있도록 하는 제도입니다. 모든 퇴사자가 적용대상이 되는 것은 아니고, 퇴사일 이전 18개월 동안 통산 1년 이상 직장가입자 자격을 유지한 경우 대상자가 됩니다. 지역가입자가 된 이후 최초로 고지 받은 지역보험료 납부기한에서 2개월이 지나기 전까지 가까운 건강보험공단 지사를 방문하여 신청할 수 있으니 이용해 보시기 바랍니다.

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
알기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

## 4 | 복잡한 진료비 영수증, 꼼꼼히 살펴봅시다.

### (1) 진료비 구성

진료비 항목	급여			(D)비급여
	일부 본인부담금		(C)전액본인부담금	
	(A)공단부담금	(B)본인부담금		

환자의 진료비는 크게 건강보험 혜택이 적용되는 급여 부분과 그렇지 않은 비급여 부분으로 나누어집니다. 급여는 일부 본인부담금과 전액 본인부담금으로 나누어지고, 일부 본인부담금은 다시 공단부담금과 본인부담금으로 나뉩니다.

표에서 (A)공단부담금은 건강보험공단에서 부담하는 비용으로 우리가 매달 납부하는 건강보험료가 바로 이 부분에 총당되는 것입니다. (B)본인부담금은 환자 본인이 부담하는 비용이고, (C)비급여는 애초에 건강보험이 적용이 되지 않는 비용입니다. 우리가 병원에 내는 진료비는 공단부담금을 제외한 나머지 즉, '본인부담금, 전액본인부담금, 비급여'를 더한 금액을 냅니다.

### (2) 본인부담금

본인부담금은 환자 개인이 급여 총액의 일부를 내는 것입니다. 본인부담금은 의료서비스별, 의료기관별로 각각 다르게 부과되는데 상급병원으로 갈수록 본인부담금이 높아집니다. 과도한 의료비로 인한 경제적 부담을 덜어주기 위해 본인부담상한제를 두고 있는데, 이는 소득수준에 따라 본인부담 상한액을 정해두고 1년간의 본인부담금이 그 상한액을 초과하는 경우 초과금액을 건강보험공단에서 부담하는 것입니다.

## 서비스별, 의료기관별 본인부담금

구분		본인부담금
입원		요양급여비용 총액의 20%
외래	상급종합병원	진찰료 총액 + 나머지 요양급여비용 총액의 60%
	종합병원	요양급여비용 총액의 50%
	병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원	요양급여비용 총액의 40%
	의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원	요양급여비용 총액의 30%
	보건소, 보건지소, 보건진료소	요양급여비용 총액의 30%
약국		요양급여비용 총액의 30%

### [집객] 노인 외래진료비 본인부담 경감제도

- 65세 이상이 의원급 의료기관이나 약국을 이용할 때, 진료비가 15,000원 이하일 경우 1,500원만 본인이 부담하고, 이 금액을 초과할 경우 진료비의 10~30%를 부담하는 제도
  - 진료비 15,000원~20,000원일 경우 본인부담 10%, 20,000원 ~25,000원일 경우 본인부담 20%, 25,000원 초과시 본인부담 30%
  - 약국의 경우 총 약제비가 1만원 이하인 경우 1,000원만 본인이 부담

### (3) 전액본인부담금

진료비 영수증을 보면 경우에 따라 전액본인부담금이 책정된 경우가 있습니다. 전액본인부담금은 건강보험이 적용되는 비용임에도 전액을 본인이 부담하는 것을 말합니다. 건강보험이 적용되는데 본인이 비용을 전액 부담한다는 것이 이상할 수 있는데요, 예를 들어 진료의뢰서 없이 상급종합병원을 간다거나 응급상황도 아닌데 응급실을 이용한 경우가 이에 해당합니다.

### [집값] 전액 본인부담금이 부과되는 대표적인 경우

- 1) 진료의뢰서 없이 상급종합병원에서 진료를 받은 경우 (단, 응급환자, 혈우병환자, 분만, 치과진료, 가정의학과 진료 등을 받는 경우는 제외)
- 2) 보험료 체납으로 급여 제한을 받은 기간에 진료 받은 경우
- 3) 학교폭력 사건에서 가해자인 경우
- 4) 보험재정에 상당한 부담을 준다고 인정되는 경우

## (4) 비급여

비급여는 건강보험 혜택이 적용되지 않는 비용입니다. 일반적으로 업무나 일상 생활에 지장이 없는 진료비, 미용 목적의 성형수술비 등이 해당됩니다. 비급여는 병원이 자체적으로 금액을 정하기 때문에 병원마다 금액의 차이가 있으며, 환자가 이를 100% 부담해야 합니다. 비급여 대상은 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제9조 제1항에서 정하고 있습니다.

### [집값] 비급여 진료비용 공개제도

내가 이용하는 병원이 다른 병원에 비해 비급여 비용을 비싸게 책정하고 있는 것은 아닌지 걱정되시죠? 건강보험심사평가원 홈페이지에서 개별병원 및 병원규모별, 지역별, 항목별로 비급여 진료비용의 최저·최고, 중간금액 등에 대한 정보를 확인할 수 있으니 병원을 선택할 때 참고하시기 바랍니다.

### 비급여의 대표적인 항목

- 미용목적의 성형수술 등 신체기능상 문제가 없거나 일상생활에 지장이 없는 수술
- 선택진료비(특진료), 상급병실료(건강보험적용 병실 외에 병실을 사용한 경우)
- 건강보험에서 제공하지 않는 건강검진의 비용
- 초음파, MRI, CT를 적절하지 않은 환자에게 촬영할 경우의 비용
- 의학적 타당성, 효과성, 안전성 등이 입증되지 않는 의료기기, 의약품, 치료재료의 사용 등

## 임의 비급여란?

건강보험법에서는 급여 및 비급여 진료항목의 종류와 치료방법 등에 대해 구체적으로 목록화하여 명시하고 있습니다. 그리고 의료기관은 그 목록을 근거로, 급여항목과 비급여항목을 구별하고 환자에게 진료비를 청구합니다. 하지만 실제 의료 현장에는 법에서 명시하는 ‘급여’에도, ‘비급여’에도 해당되지 않는 이른바 ‘임의비급여’라는 것이 존재합니다. 의료기관이 국민건강보험체계 밖에서 임의로 의료행위를 하고 이를 비급여로 처리하여 환자로부터 지급받는 것입니다.

임의비급여는 주로 1) 신의료기술이라 아직 급여나 비급여 목록에 포함되지 않은 경우, 2) 급여 대상이지만 허가범위를 초과하여 치료하는 경우 등 환자 치료를 위한 목적에서 행해지나, 일부 의료기관에서는 ‘청구해도 어차피 급여로 인정받지 못할 것 같거나 삭감당할 것 같다’는 이유로 임의비급여 처리를 하는 경우도 있어 사회적 문제가 되곤 했습니다. 이에 대해 ‘환자의 진료선택권’보장을 위해 허용되어야 한다는 입장과 건강보험체계를 무너뜨리는 것으로 허용될 수 없다는 입장이 첨예하게 대립하며, 관련 소송도 지속적으로 이어져왔습니다. 법원은 임의비급여를 원칙적으로 불법으로 보고, 예외적으로 특별한 요건을 충족한 경우에만 허용되는 것으로 보고 있습니다.

### < 관련판결 >

- 임의비급여 진료행위를 한 의료기관에 대하여 건강보험법 위반이라고 하면서, 예외적으로 임의비급여를 인정할 수 있는 세 가지 기준을 제시한 판례(대법원 2012. 6. 18. 선고 2010두27639, 27646 전원 합의체 판결)
  - 요양기관이 법령에서 정한 기준과 절차에 따르지 아니하고 임의로 비급여 진료행위를 하고 가입자와 비급여로 하기로 합의하여 진료비용 등을 가입자 등으로부터 지급받은 경우 원칙적으로 국민건강보험법 위반
  - 다만, 예외적으로 임의비급여 진료행위가 ① 시급성, ② 의학적 필요성을 갖추고, ③ 환자 동의를 받았다면 허용될 수 있음

영수증 완전해석

▣ 입원(퇴원)진료비 내역서 및 청구서

환자등록번호		환자성명		진료기간		야간(공휴일) 진료	
1234****		홍길동		12.1부터 12.10까지(10일간)		<input type="checkbox"/> 야간 <input type="checkbox"/> 공휴일	
진료과목		질병군		병실	환자구분	영수증번호	
소화기내과							
항목		급여		비급여	금액산정내역		
		일부 본인부담	전액 본인부담				
		본인부담금	공단부담금				
기본 항목	진찰료				진료비총액 (①+②+③+④)		
	입원료						
	식대						
	투약 및 조제료						
	주사료				환자부담총액 (①-⑤)+③+④		
	처치 및 수술료						
	검사료						
	영상진단료						
	방사선치료료						
	치료재료대						
선택 항목	CT 진단료						
	MRI 진단료						
	PET 진단료						
	초음파진단료						
	기타						
65세 이상 등 정액							
포괄수거진료비							
합계		①	②	③	④		
상한액 초과금		⑤					
요양기관 종류		<input type="checkbox"/> 의원급·보건기관 <input type="checkbox"/> 병원급 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 상급종합병원					

### ① 진찰비

진찰비는 초진과 재진에 따라 다릅니다. 어떠한 질병으로 병원이나 의원에서 처음 진찰을 받은 경우를 초진, 계속해서 같은 질병으로 같은 병원에서 같은 의사에게 진찰을 받은 경우를 재진이라 합니다. 일반적으로 치료가 종료된 후 30일이 지나면 같은 질병으로 같은 병원을 찾더라도 초진으로 처리되고, 고혈압, 당뇨 등과 같은 만성질환 환자는 90일 이내로만 같은 병원, 같은 의사를 다시 찾으면 재진으로 구분됩니다. 초진 진료비는 재진보다 약 40%정도 더 내야 합니다. 또한 평일 야간, 토요일, 공휴일에는 기본진찰료의 30%를 더 내야하니 기억해 두시기 바랍니다.

### ② 입원료

밤 12시에서 오전 6시 사이에 입원을 하거나 오후 6시에서 밤 12시 사이에 퇴원을 하는 경우입원료의 50%를 더 내야 합니다. 2018년 7월 1일부터 상급종합·종합병원의 2·3인실에 대하여 건강보험이 적용되었고, 2019년 7월 1일부터 동네병원 2·3인실도 건강보험이 적용되고 있습니다.

#### 입원실 본인부담률

구분	1인실	2인실	3인실	4인실	5인실 이상
상급종합	비급여	50%	40%	30%	20%
종합병원		40%	30%	20%	20%
병원·한방병원		40%	30%	20%	20%
치과병원·의원		비급여		20%	20%

### ③ 식대

식대는 건강보험 급여적용 항목입니다. 건강보험 입원 환자의 경우 전체 급여비에 본인부담금 20%만 지불하면 되지만 식대는 50%를 지불해야 합니다. 일반식은 하루 세끼, 산모식은 하루 네끼 이내로 보험이 적용되며, 그 이상의 식사는 환자가 비용을 모두 내야합니다.

#### ④ 투약 및 조제료, 주사료

처방 받은 약품비, 그 약을 조제하는 비용을 모두 합쳐 투약 및 조제료라고 하고, 주사 약제 비용과 주사를 놓는 행위에 대한 비용을 주사료라고 합니다.

#### ⑤ 마취료 및 검사료

오후 6시에서 다음날 오전 9시 사이, 또는 공휴일에 응급으로 마취했을 경우엔 마취료의 50%를 더 내야합니다. 야간 가산금 책정 시간은 마취를 시작한 시간을 기준으로 산정됩니다. 검사료는 질병을 진단하거나 변화를 확인하기 위해 몸의 혈액이나 조직 등을 채취해 검사하는 비용입니다. 영상장비를 이용하면 영상진단료가, 방사선을 이용하면 방사선치료료가 산정됩니다.

#### ⑥ CT, MRI 진단료

CT는 방사선을 360°로 인체에 투사해 처음 쏜 방사선량과 인체를 투과한 방사선량 차이를 영상으로 보여주는 검사방법입니다. 뼈와 혈관, 신체 연부조직을 엑스선보다 자세히 볼 수 있습니다. 악성 종양을 감별하거나 해당 종양이 어떠한 성질의 것인지 감별 해야할 때, 또 악성 종양을 추적 관찰하고 이것이 얼마나 심한지 살펴보고자 할 때 받는 CT 검사는 건강보험이 적용되지만, 건강검진을 위한 CT 검사는 건강보험이 적용되지 않습니다.

MRI는 인체에 고주파를 쏘아 돌아오는 신호를 영상으로 기록하는 검사방법입니다. 인체의 단면을 보여 준다는 점에서 CT와 비슷하지만, MRI는 자기장을 이용한다는 점에서 차이가 있습니다. 주로 뇌신경계와 근골격계 검사에 쓰입니다. 2018년부터 MRI에 대한 건강보험 적용이 단계적으로 확대되어 2021년까지 모든 MRI검사에 대해 건강보험이 적용될 계획입니다. 복부, 흉부, 두경부, 뇌·뇌혈관·특수검사 MRI에 건강보험이 적용되고 있습니다.



## 5 | 건강보험 혜택이 늘었으면 좋겠어요(건강보험 보장성 강화)

의료비 부담이 높은 상황에서는 가족이 중증질환에 걸리게 되면 의료비 걱정부터 앞서게 됩니다. 특히 저소득층의 경우 의료비 걱정으로 제때 치료를 받지 못해 병을 키우는 경우도 발생하곤 합니다. 이에 최근 정부는 의료비 부담을 줄이기 위해 어린이·청소년·노인·장애인 등 취약계층 진료비의 본인부담금을 낮추고, 비급여 진료항목을 단계적으로 급여화하여 건강보험 보장범위를 확대하기 위한 '건강보험 보장성 강화'정책을 펼치고 있습니다. 자세한 사항은 <http://medicare1.nhis.or.kr>에서 확인하시기 바랍니다.

### 대표적으로 확대된 혜택

구분	내용	
① 비급여의 급여화	3대비급여 해소	선택진료비 폐지
		상급병실(2·3인실) 급여화
		간호간병 통합서비스 확대
	의학적 비급여 급여화	초음파 급여화 확대
		MRI 급여화('21년 전체적용)
		치과·한방·약제 확대
② 의료 취약계층 본인부담 경감	취약계층 본인부담 경감	노인(치매검사 급여화, 중증치매·틀니·임플란트 본인부담경감, 노인외래정액제 개선 등)
		아동(입원진료비 본인부담률 5%로 경감 등)
		여성(검사, 마취, 약제 등 난임치료시술 보험적용)
		장애인(보장구 급여 단계적 확대)
③ 의료안전망 강화	본인부담 상한제 개선	소득 하위 50% 연간 건강보험 의료비 본인부담상한액을 연소득의 10% 수준으로 인하
	긴급 위기지원	재난적 의료비 지원에 관한 법률 제정 및 대상자 확대(연간 최대 3천만원까지 지원)

시민들에게는 건강권이 있습니다. 제1장

알기 쉬운 국민건강보험제도 제2장

민영보험 현명하게 활용하기 제3장

환자의 권리와 의무 제4장

의료급여 제도를 알고 계시나요? 제5장

### 예비 급여란?

의학적으로 필요한 모든 비급여를 건강보험 급여로 편입시키기 위해 보건복지부가 제안한 제도로, 기존 비급여(미용, 성형 제외) 의료행위를 예비급여에 포함시켜 가격을 관리하고, 평가를 거쳐 일반급여로 전환하는 제도입니다. 환자가 모든 비용을 지불해왔던 비급여 의료행위들에 대해 본인부담률을 30%~90%로 다양화하여 적용하는 방식으로 시행되고 있습니다.

이에 대해 '비급여의 급여화'라는 취지는 좋으나, 예비급여를 두는 것은 높은 본인 부담률로 인해 실제 의료비 부담을 경감시키는 효과를 내지 못할 수 있고 결국 본인부담률 수준을 감당할 수 있는 고소득층에게 혜택이 돌아갈 수 있다는 비판의 목소리도 나오고 있습니다. 궁극적인 정책 취지가 달성되려면 예비급여의 비중이 줄어들고 급여가 확대되어야 할 것입니다.

## 6 | 진료비, 어떻게 책정되나요?

의료기관이 지급받는 진료비가 책정되는 방식은 다양합니다. 의료 서비스 별로 가격을 정하고 그 사용량에 따라 진료비를 책정하는 '행위별수가제(fee-for-service)'방식이 원칙입니다. 우리가 음식점에서 가격표에 따라 계산하듯이 진찰료, 검사료, 처치료, 입원료, 약값에 각각 가격을 매기고 사용량만큼을 진료비로 내는 것입니다. 시장의 거래관행에 가장 가까운 방법이지만, 환자가 비싼 서비스를 받거나 진료를 자주 받을수록 의료기관의 수입이 높아지다 보니 과잉진료를 초래할 수 있습니다.

행위별수가제의 단점을 보완하기 위해 도입된 것이 포괄수가제(Bundled-payment)입니다. 포괄수가제는 일종의 패키지 상품이라고 생각하면 이해하기 쉽습니다. 환자에게 제공되는 의료서비스의 종류나 양에 상관없이 어떤 진료를 위해 입원했는가에 따라 즉 질병군에 따라, 미리 책정된 일정액의 진료비를 지급하는 방식입니다. 현재 발생 빈도가 높고 치료방식이 획일화 되어 있는 7개의 질병군에 대해서만 한정적으로 시행되고 있습니다.

## [잠깐] 포괄수가제 적용 질병군

**안과** : 백내장수술(수정체 수술)

**이비인후과** : 편도수술 및 아데노이드 수술

**외과** : 항문수술(치질 등), 탈장수술(서혜 및 대퇴부), 맹장수술(총수절제술)

**신부인과** : 제왕절개분만, 자궁 및 자궁부속기(난소, 난관 등)수술악성종양 제외

환자로서는 진료비를 줄일 수 있는 포괄수가제가 유리하겠지만, 진료내역(치료방식) 편차가 큰 질환군에는 포괄수가제 적용이 어려울 수밖에 없습니다. 이러한 행위별수가제와 포괄수가제의 단점을 보완하는 것이 '신포괄수가제'입니다. 입원기간 동안 발생한 진료에 대해 기본서비스는 포괄수가로 묶고 의사가 제공하는 수술·시술 등은 별도로 계산하는 내용입니다. 기존 비급여로 환자가 부담하던 것이 상당 부분 포괄수가에 포함되기 때문에 환자의 건강보험 혜택이 넓어지는 장점이 있고, 특수서비스에 대해서는 행위별수가제를 유지하기 때문에 의료기관으로서도 의료의 질을 담보하면서 경영적으로 도움이 될 수 있습니다. 신포괄수가제는 현재 일부병원에서 시범사업으로 시행되고 있습니다.

## 7 | 진료비가 많이 나왔다고 생각되면 이렇게 해보세요.

병원을 이용하였는데 진료비가 많이 나온 것 같거나 비급여 비용이 많다고 생각한다면, 해결할 방법이 있습니다. 바로 “진료비 확인 요청제도”를 이용하여 진료비도 확인하고 잘못된 진료비를 되돌려 받을 수도 있습니다.

### (1) 누가 진료비 확인 요청을 신청할 수 있나요?

신청자는 ① 진료 받은 사람(환자) 본인 및 배우자 ② 진료 받은 사람(환자)의 직계 존비속 및 형제자매 ③ 진료 받은 사람과 동일 건강보험(의료급여) 관계가 있는 가입자 및 그 피부양자입니다.

시민들에게는 건강권이 있습니다.

제1장  
알기 쉬운 국민건강보험제도

제2장  
민영보험 현황에 대해  
알기 쉽게 설명하기

제3장  
환자의 권리 및 의무

제4장  
의료급여 제도를 알고 계십니까?

## (2) 진료비 확인 신청에 필요한 서류는 무엇인가요?

진료비 확인 신청서와 진료비 영수증이 필수입니다. 만약 진료비 영수증이 없다면 병원에서 영수증을 재발급 받을 수 있습니다. 영수증 재발급이 어렵다면 진료비 세부내역서와 진료비납입 증명서를 받으면 가능합니다.

## (3) 진료비 확인 신청 방법은 가능한가요?

두 가지 방법이 가능합니다.

- ① 건강보험심사평가원 홈페이지 ([www.hira.or.kr](http://www.hira.or.kr)) 에 접속한다.  
⇒ 홈페이지 상단 민원 클릭 ⇒ 요청서 작성 클릭 ⇒ 영수증 파일을 팩스로 발송
- ② 건강보험심사평가원에 신청서와 진료비 영수증을 팩스나 우편으로 발송한다.  
⇒ 건강보험심사평가원 대표민원전화 1644-2000

## (4) 진료비 확인 신청 이후 어떻게 되나요?

진료비확인요청서를 접수하면,

- 건강보험심사평가원은 병원에 해당 자료를 제출하라고 요구한다.
- 해당자료를 분석하여 불법, 허위청구, 진료비 등을 심사한다.
- 신청자에게 결과를 서면으로 통보하고, 심사결과 불법청구가 발견되면 국민건강보험공단으로 심사결과를 발송한다.
- 심사결과를 받은 국민건강보험공단은 병원에 대해 해당금액을 환자의 계좌로 송금을 하도록 명령한다.
- 병원이 환자에게 송금한다. 만약 병원이 명령을 거부하면 국민건강보험공단이 환자에게 송금한 후에 병원에 지급할 건강보험 진료비에서 감한다. (처리기간은 3개월 ~ 6개월)

## 8 | 건강보험료가 체납되었습니다.

### (1) 건강보험료 체납자에 대한 보험혜택 중단

건강보험료를 6회 체납하면 건강보험 자격이 중단되어 건강보험 혜택을 받을 수 없습니다. 6회는 '연속6회'뿐만 아니라 가끔씩 체납했다라도 모두 합하여 6회 체납되면 건강보험을 이용할 수 있는 자격이 중단됩니다. 건강보험 자격이 중단되어 건강보험 이용을 못하게 되면, 병원에서 발생하는 의료비 전액을 환자가 부담하게 됩니다.

지역가입자의 경우, 건강보험료가 6회 체납되면 세대주 뿐만 아니라 세대원 전체가 건강보험을 이용할 수 없게 됩니다. 심지어 소득활동을 하지 않는 18세 미만의 아동 및 청소년, 임신부, 6개월 이상의 치료를 하고 있거나 의약품을 복용해야하는 환자, 장애인, 응급환자, 소득과 재산이 없는 65세 이상 노인 등 당장 의료서비스가 필요한 계층에게도 이런 불이익을 주고 있습니다.

직장가입자의 경우, 보험료를 납부해야 하는 의무는 근로자가 아니라 사용자에게 있기 때문에 직장에서 건강보험료를 체납하게 될 경우 사용자 건강보험 자격이 중단되어 건강보험을 이용할 수 없습니다. 그러나 근로자들은 건강보험 자격이 중단되지 않고 피부양자로 등재된 가족들도 건강보험 자격이 중단되지는 않습니다.

### (2) 건강보험료 체납자 의료실태

건강보험료를 체납하더라도 병원 이용은 할 수 있습니다. 건강보험료를 체납하였다고 병원이나 약국에서 진료를 받지 못하는 것은 아닙니다. 2014년 7월부터 건강보험 자격이 중단된 사람은 의료기관에서 진료를 받을 때 진료비를 전액 본인이 부담해야만 합니다. 그러나 국민건강보험공단의 자료에 의하면 건강보험료를 체납한 지역가입자의 80% 이상은 생계가 어려

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
알기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

위 보험료를 체납한 사람들입니다. 물론, 건강보험료 체납자 중에서 경제적 능력이 있으면서 고의적으로 보험료를 납부하지 않는 사람들도 있지만, 대부분은 저소득층으로 보험료를 납부하기가 어려운 사람들입니다. 이들은 체납된 건강보험료를 내거나 그렇지 않으면 건강보험 혜택을 이용하지 못하는 심각한 상황에 처하게 됩니다.

### [잠깐] 건강보험료 체납자에 대한 불이익은 무엇인가요?

건강보험료를 6회 이상 체납하면 건강보험 혜택을 받지 못하게 될 뿐만 아니라, 체납된 보험료에 대한 가산금이 부과됩니다. 계속해서 보험료를 납부하지 않으면 재산에 대한 가압류를 실시하며, 차후 압류와 공매 등을 통해 보험료를 강제 징수를 합니다. 시민단체들은 이처럼 2중, 3중으로 불이익을 받게 되는 것에 대하여 지나친 것이라고 비판하며 시정을 요구하고 있습니다. 특히 건강보험 체납자들이 발생하지 않도록 예방조치를 확대하기 보다는 '불이익'을 줌으로써 보험료를 납부하게 만드는 부정적 방식으로 접근하는 것은 저소득층의 건강권을 침해하는 조치라고 지적하고 있습니다.

## (3) 체납건강보험료 해결방법

### ① 체납보험료 분할 납부 신청하기

체납된 보험료는 분할하여 나누어 낼 수 있습니다. 건강보험공단 지사 사무실을 방문하여 상담을 받고 분할납부신청을 하면 됩니다. 분할 납부를 시작하면 곧바로 건강보험 자격이 회복되어 병원 이용 시 건강보험을 이용할 수 있게 됩니다.

분할납부는 최대 24개월까지 가능하나, 분할납부 횟수는 건강보험공단지사에서 상담을 받고 난 후 결정하게 됩니다. 다만 체납 보험료는 분할 납부하면서 동시에 매월 부과되는 보험료는 그대로 내야 하기 때문에 납부자가 감당하기 어려운 경우가 많습니다.

## ② 건강보험료 인하 신청하기

체납된 보험료에 대해 분할납부를 신청함과 동시에 건강보험료를 낮출 수 있는 방안을 찾아볼 수 있습니다. 건강보험공단 지사를 방문하여 본인의 건강보험료 부과 내역을 확인해보고 복지단체나 시민단체에 상담을 해서 보험료를 낮출 수 있는지 방법을 찾아보는 게 필요합니다.

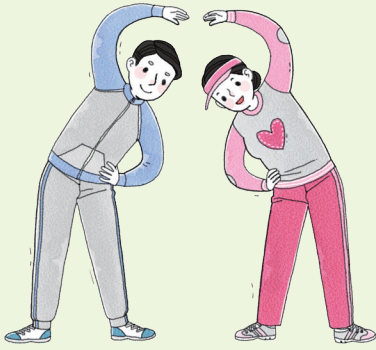
## ③ 체납보험료 결손처분 신청하기

건강보험에서는 소득과 재산을 확인하여 체납된 보험료를 받을 수 없다고 판단되는 사람들에 대해서는 '결손처분'을 통해 체납된 보험료를 탕감하는 제도를 운영하고 있습니다. 생활이 어려워 체납된 보험료를 납부하기 어려운 경우 건강보험공단 지사를 방문하여 '체납보험료 결손처분'신청을 할 수 있습니다. 결손처분을 하게 되면, 건강보험을 다시 이용할 수 있도록 자격이 복원됩니다.

이와 같은 체납보험료 결손처분은 분기별로 즉 1년에 4회 처리하며, 건강보험의 상황에 따라 결손처분 기준과 대상이 달라지는데, 지난 2005년과 2008년에는 대규모 결손처분을 시행하였습니다. 즉, 정부가 의지만 있으면 체납보험료를 결손처분 할 수 있다는 것입니다.

### [참고] 미성년자 건강보험료 납부의무

국민건강보험법 제77조 제2항에 따라 지역가입자의 보험료는 그 가입자가 속한 세대 전원이 연대하여 납부해야 합니다. 즉 모든 세대원에게 납부의무를 부과하고 있는 것인데, 여기에는 미성년자도 포함됩니다. 2017년 국민건강보험법 개정으로 소득·재산이 없는 미성년자는 보험료 납부의무에서 제외하는 등의 제도개선이 있었지만, 제외되는 범위가 한정적이다 보니 여전히 비판의 목소리가 큼니다. 최근 국가인권위원회는 보건복지부장관에게 지역가입자 미성년자에 대해 건강보험료 납부의무를 부과하지 않도록 제도개선 권고를 하였으나, 여전히 법제화되지 못하고 있습니다. 빠른 시일 내 관련법 개정이 필요한 사안입니다.







# 민영 보험 현명하게 활용하기

1. 건강과 관련한 보험은 어떤 것이 있을까요?
2. 생명보험과 손해보험이 다른가요?
3. 생명보험을 여러 개 가입했는데 사망하면 보험금을 모두 받을 수 있나요?
4. 암보험을 여러 개 가입했는데 암 진단이 확정되면 보험금을 모두 받을 수 있나요?
5. 실손 보험을 여러 개 들면 중복보장이 가능한가요?
6. 병원에서는 암이라고 하는데 보험사는 아니라고 합니다
7. 요양병원에 입원한 것도 '암 치료를 직접목적으로 한 입원'에 해당하나요?
8. 보험 가입할 때 과거 병력은 어디까지 알려야 하나요?
9. 분만 중인 태아를 위한 보험도 가능한가요?
10. 자살을 해도 생명보험금을 받을 수 있나요?
11. 보험 가입사실을 깜박 잊었는데, 언제까지 보험금을 청구해야 하나요?

## 1 | 건강과 관련한 보험은 어떤 것이 있을까요?

사람들은 자신에게 갑작스러운 사고가 발생하지 않을까를 두려워하고, 보험은 이러한 두려움(위험)을 공동으로 대비하기 위해 만들어졌습니다.

### 기본 보험용어

계약자	보험계약을 하고 보험료를 내는 사람
보험사고	보험금 지급사유
피보험자	보험 사고 발생의 대상이 되는 사람
수익자	보험금을 받는 사람
보험기간	보장받는 기간
납입기간	보험료를 내는 기간

보험의 분류방법은 여럿 있는데, 대표적으로 사람보험(인보험)과 재산보험(손해 보험)으로 구분합니다. 사람보험(인보험)이란, 사람의 생명, 건강과 관련한 보험입니다. 자신이 갑자기 죽을 때의 위험을 대비하는 보험이 '생명보험'이고, 자신이 갑자기 큰 병에 걸리거나 사고로 다치게 될 때의 위험을 대비하는 보험이 '질병/상해보험'입니다.

생명보험은, 기간을 정하지 않은 채 사망하기만 하면 보험금을 받는 '종신보험'과 약정한 기간 내에 사망한 경우에만 보험금을 받는 '정기보험'으로 나뉩니다. 사람은 언젠가 죽기 때문에 보험료는 종신보험이 정기보험보다 많습니다.

'질병/상해보험'은 다치거나 아프게 된 원인이 신체 내부에 있는 '질병보험'과 외부의 우연하고 급격한 사고에 있는 '상해보험'으로 나뉩니다. '질병/상해보험'의 대표적인 예가 암 보험입니다.

## 건강과 관련한 보험의 분류

담보하는 위험		보험 상품	종 류
갑자기 사망하게 될 때	⇒	사망보험	종신보험(기간약정 없음) 정기보험(기간약정 있음)
중병에 걸리거나 사고로 다치게 될 때	⇒	질병/상해보험	질병보험(원인: 신체 내부 질병) 상해보험(원인: 외부 사고)

반면 재산보험(손해보험)은 '재산 손실'의 위험을 보장하는 보험으로, 교통 사고보험, 화재보험 등이 있습니다.

## 2 | 생명보험과 손해보험이 다른가요?

또 다른 분류방법으로 상법은 생명보험, 손해보험, 제3보험으로 나눕니다. 이러한 분류는 성격이 다른 위험(risk)을 구분하기 위해서입니다. 만일 보험사가 미래의 위험을 과장할 경우 소비자들로부터 과도한 보험료를 받을 위험이 있고, 반면 미래의 위험을 과소평가할 경우 보험사의 재무 능력이 떨어져서 보험금 지급이 위태로울 위험이 있습니다. 그래서 성격이 다른 위험으로부터의 영향을 최소화하기 위해 성격이 비슷한 보험끼리 묶어서 규제를 합니다.

생명보험은 '죽음'과 같이 어느 정도 예측되는 위험에 대비한 것이고, 미리 약정한 보험금을 '정액'형으로 보장합니다. 가입자는 갑자기 사망할 경우 가족들의 부양에 필요한 비용과 자신의 경제적 능력을 고려해서 보험료와 보험금을 일정액으로 약정하면 됩니다.

손해보험은 '교통사고'나 '화재'와 같이 전혀 예측되지 않는 우연한 사고로 생기는 '재산 손실'의 위험을 보장하는 상품입니다. '교통사고'나 '화재'등이 발생했을 때 실제 들어간 비용이나 손해를 보장하고, 다만 자신이 감당해야 할 재산적 손실을 예상할 수 없기 때문에 보상 한도만 정해 놓습니다.

생명보험과 손해보험은 성격이 크게 다르기 때문에 상품을 취급하는 보험사도 구분합니다. 생명보험사의 상호에는 주로 ‘~생명’이 들어가고, 손해보험사는 ‘~화재’, ‘~해상’, ‘~손해보험’ 등 다양하게 상호를 쓰고 있습니다. 예컨대 삼성생명은 생명보험사이고, 삼성화재는 손해보험사로 별개의 회사입니다. 다만 요즘은 생명보험사와 손해보험사가 서로의 영역을 넘어서면서 양쪽의 성격을 모두 띠는 상품을 만들어 판매하면서 두 개의 상품 구분이 명확하지 않습니다.

한편 제3보험은 상해보험, 질병보험, 간병보험 등이 있고, 사람의 신체를 대상으로 하면서도 치료비 등 재산 손실도 담보하는 손해보험의 성격도 함께 보유하고 있습니다.

### 3 | 생명보험을 여러 개 가입했는데 사망하면 보험금을 모두 받을 수 있나요?


생명보험과 손해보험의 차이점 중 하나는 생명보험은 원칙적으로 중복보장이 가능하지만, 손해보험은 중복보장이 불가능하다는 점입니다.

예를 들어 만일 사망하면 A회사로부터 1억, B회사로부터 1억을 지급받는 생명보험을 들었다면, 두 회사에 각각 1억원씩, 총 2억원을 청구할 수 있습니다.

반면 손해보험은 여러 개의 보험을 가입했다라도 보험금이 증액되지 않고, 실제 발생한 손해액에 대해 보험사가 보험금을 나누어 지급하는 ‘비례보상’을 합니다. 예를 들어 100만원을 한도로 실제의 치료비를 담보하는 상해보험과 200만원을 한도로 실제의 치료비를 담보하는 운전자보험이 하나씩 있고, 실제의 치료비가 180만원일 경우 두 개의 보험으로부터 보상받을 수 있는 금액은 각각 60만원과 120만원입니다.

	보장 원칙	중복보장 여부
생명보험	정액보장	원칙 0
손해보험	비례보장, 실손보장	×

최근 이러한 차이는 점점 없어져 가는 추세이지만, 아직 기본 원칙은 남아 있기 때문에 보험에 가입할 때 보험금이 정액으로 지급되는 것인지 실제손실에 비례하여 지급되는 것인지를 확인하시는 것이 좋습니다.

 **[참고 판결]** 보험금을 부정 취득할 목적으로 다수의 생명보험 계약을 체결한 경우는 무효(대법원 2018. 9. 13. 선고 2016다255125 판결)

보험계약자의 소득과 재산에 비추어 볼 때 보험료는 매우 많은 금액으로 보이고, 반면 보장내용 및 성질이 유사한 수십 개의 보험에 단기간에 집중적으로 가입하였다면, 이러한 보험계약은 보험금을 부정 취득할 목적으로 체결하였다고 봄이 상당하므로, 선량한 풍속 기타 사회질서에 반하여 무효이다

#### 4 | 암보험을 여러 개 가입했는데 암 진단이 확정되면 보험금을 모두 받을 수 있나요?

손해보험과 생명보험의 두 가지 성격을 모두 갖추고 있어 어느 한 분야로 분류하기 곤란한 보험을 '제3보험'이라고 하는데, 대표적인 것이 암보험입니다. 암은 생명에 직결되는 병이기 때문에 암 진단이 확정되는 위험을 담보하는 생명보험의 성격과 암 진단이 확정됨에 따른 치료비 발생 위험을 담보하는 손해보험의 성격을 모두 보유합니다.

암보험에서 지급하는 주된 보험금은 입원비, 수술비 등 치료비와 암으로 확정 진단된 경우에 지급하는 암진단비입니다. 사람들이 갑자기 암에 걸렸을 때 걱정하는 위험은 예상 치료비 뿐만 아니라 치료 기간 동안의 예상 생활비이기 때문에 이를 고려해서 치료비와 암진단비의 규모를 정하게 됩니다.

암보험과 같은 제3보험은 생명보험사, 손해보험사의 구분 없이 팔 수 있고, 원칙적으로 중복 보장됩니다.

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
얼기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현영에게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

## 🔔 [집안 상식] 시민안전보험을 아시나요?

서울시는 2020년 1월 1일부터 서울시민(등록외국인 포함)이 자연재난, 화재, 붕괴 등의 안전사고로 피해를 입은 경우에 최대 1,000만원의 보험금을 지급하는 '시민안전보험'을 시행하고 있습니다. 보장사고는 자연재해 사망, 폭발·화재·붕괴 사고, 대중교통 이용 중 사고, 강도사고, 스킨존 내 교통사고가 해당됩니다.

사고 당시 서울시에 주민등록이 되어 있는 모든 시민은 가입절차 없이 누구나 지원 받을 수 있습니다. 2020년에는 서울시와 계약한 NH농협손해보험 고객센터(1644-9666)를 통해서 정확한 안내를 받을 수 있습니다.

## 5 | 실손 보험을 여러 개 들면 중복보장이 가능한가요?

실손보험은 질병, 상해로 입원하거나 통원치료를 받는 경우 실제 부담한 의료비 손해를 보장하는 상품입니다. 건강보험에서 보장하는 보험 급여의 본인부담금과 건강보험에서 보장하지 않는 비급여에 대해 보험계약자가 실제로 부담한 의료비 손해를 부담하는 것입니다. 다만 모든 비급여를 보장하는 것이 아니므로 실손보험의 구체적인 보장대상은 미리 보험회사에 확인하는 것이 좋습니다.

### 실손보험 보장대상: B+ C-자기부담금

급여부분	비급여부분
공단부담금(A)	C
본인부담금(B)	

'실손'이라는 말에서도 알 수 있듯이 실손보험은 원칙적으로 손해보험의 일종입니다. 그래서 과거에는 손해보험사에서 판매했지만, 요즘은 생명보험사에서도 가입할 수 있습니다.

또한 손해보험의 일종이기 때문에 실손보험에 중복으로 가입하더라도 보험금을

두 배로 받는 것이 아니라 실제 부담한 의료비 내에서 두 보험사가 보험금을 나누어 지급합니다. 그 과정에서 일부 보장한도가 늘어나긴 하지만, 굳이 여러 개의 실손 보험에 가입할 필요는 없습니다.

## 6 | 병원에서는 암이라고 하는데 보험사는 아니라고 합니다.

암보험은 암 진단으로 확정되었을 때 보험금이 지급됩니다. 이 때 무엇을 '암'으로 볼 지가 문제됩니다. 암은 우리 몸에 생기는 혹 중에서 악성인 종양을 말하고, 악성종양을 제외한 종양을 양성종양(용종, 낭종, 지방종 등으로 분류됨)이라고 합니다. 이 때 양성과 악성 두 가지 특성을 모두 가지는 경우가 있는데 이를 '경계성종양'이라고 하고, 경계성종양은 암과는 별개의 개념입니다. 반면 '상피내암'은 암세포가 주변 조직으로 퍼지지 않은 채, 특정 기관의 표면을 덮는 세포층에만 있는 경우로서, 보통 '암 0기'라고도 표현합니다.

따라서 자신이 가입한 암 보험이 어느 단계부터 보험 혜택을 주는지 살펴 보아야 합니다. 전에는 상피내암이나 경계성 종양인 경우에는 암 진단비 지급대상에서 제외하는 보험이 많았는데, 요즘은 차등해서 지급하는 보험도 늘고 있습니다. 판례는 약관에서 '암'의 의미가 불분명하면 작성자 불이익 원칙에 따라 보험가입자에게 유리하게 해석해야 한다고 보고 있습니다.

**📌 (집안 화제) 약관상 암의 정의가 불분명하면 보험가입자에게 유리하게 해석해야(대법원 2018. 7. 24. 선고 2017다256828 판결)**

보험약관이 규정하는 '암'은 객관적으로 다의적으로 해석되어 약관 조항의 뜻이 명백하지 아니한 경우에 해당하는 것이어서 약관의 규제에 관한 법률에서 정한 작성자 불이익의 원칙에 따라 1cm 미만인 상세불명의 직장 유암종은 제3차 개정 한국표준질병·사인분류상 '소화기관의 악성 신생물'로서 보험약관에서 정한 '암'에 해당한다고 해석함이 타당하다.

## 7 | 요양병원에 입원한 것도 ‘암 치료를 직접목적으로 한 입원’에 해당 하나요?

암 입원비와 관련하여 계속 분쟁 중인 사건입니다. 대부분 보험 약관에서 “암 입원비는 암 치료를 직접 목적으로 하는 입원인 경우 지급한다”고 규정하였는데, 과연 요양병원에 입원한 것도 해당하는지가 쟁점입니다. 전에는 큰 문제가 아니었지만, 의료기술의 발달, 요양병원 증가 등으로 인해 암의 치료방식이 다양해지면서 법적 분쟁이 되었습니다.

당초 2008년 대법원은 암 수술, 항암약물치료, 방사선 치료를 위한 입원만 해당한다는 취지로 엄격히 판결했습니다. 그러나 점차 하급심 재판에서 암 치료가 일정기간 지속되는 상황에서 입원하는 경우에도 그 입원이 항암약물치료를 받기 위해 필수불가결한 것이라면 요양병원에 입원하는 것도 암의 치료를 직접 목적으로 하는 입원에 해당된다고 넓게 해석하는 판결을 하였습니다. 하급심 판결의 논리는 항암 약물 치료가 암세포뿐만 아니라 정상세포(골수, 모발 등)도 공격·파괴하여 면역력 저하, 전신 쇠약 등의 증상을 초래하고, 따라서 기존 항암약물치료 후 일정한 기간이 지나(대부분 3주 간격) 면역력 등 신체기능이 회복되어야만 다시 항암약물치료를 받을 수 있기 때문에 이를 위해 요양병원에 입원하는 것도 해당한다는 것이었습니다.

그러자 삼성화재 등은 도중에 약관이 변경되었다는 이유로 계속 다투고 있지만, 암 치료를 위해 요양병원에 입원하는 경우가 늘고 있는 현실을 감안하여 점차 적극적으로 해석하는 분위기입니다.


## 8 | 보험 가입할 때 과거 병력은 어디까지 알려야 하나요?

보험에 가입할 때는 자신에 관한 중요한 사항을 미리 보험회사에 알려야 합니다. 이것을 ‘고지의무’라고 하는데, 그래야 보험회사가 자기가 인수하는 위험의 크기를 판정하여 보험계약을 체결할지 또는 어떤 조건으로 할지를 결정할 수 있기 때



문입니다. 고지사항을 말하지 않거나 부실하게 알리는 경우 보험사는 보험 계약을 해지할 수 있고, 나아가 고지의무 위반과 인과관계 있는 보험사고 까지 발생한 경우에는 보험사가 보험금 지급을 거절할 수도 있습니다.

문제는 고지 의무의 대상이 되는 '중요한 사항'이 무엇이나 입니다. 법원은 보험 회사가 그러한 사실을 알았다더라면 보험계약을 체결하지 않거나 보험 가입금액 한도 제한, 일부 보장 제외, 보험금 삭감, 보험료 할증과 같이 조건부로 인수하는 등 계약인수에 영향을 미칠 수 있는 사항을 의미한다고 보고 있습니다. 예컨대 암에 걸렸거나 중한 질병으로 치료한 사실, 위험한 직업에 종사하는 사실 등은 고지의무의 대상으로 봅니다. 반면 법원은 건강검진에서 질병이 의심된다는 소견을 통보받은 것을 말하지 않은 것은 고지의무 위반에 해당하지는 않는다고 판결하였습니다.

 **[건강 판례] 확신이 아닌 질병 의심은 고지위무 위반이 아니다**  
(대법원 2009다103349 판결)

(보험계약을 체결하면서 갑상선 결절 등의 사실을 고지하지 않는 사안) 단지 건강검진과정에서 갑상선 결절이 의심된다는 통보를 받은 피보험자는 어떠한 질병을 확진 받았다고 인식했다고 보기 어렵고, 검진 이후 2년 여 동안 별다른 건강상의 장애나 이상 증상이 없었으며, 갑상선 결절과 관련된 추가적인 검사나 치료도 받지 않았던 점 등을 들어 피보험자가 고의 또는 중대한 과실로 중요한 사실을 고지하지 않았다고 보기 어렵다.

## 9 | 분만 중인 태아를 위한 보험도 가능한가요?

C(Critical Illness, 중대 질병) 보험은 한국인이 많이 걸리는 3대 중증 질병(암, 뇌졸중, 급성심근경색)에 대한 보장을 강화한 보험입니다. 종전의 보험들은 질병의 중증 정도를 고려하지 않고 동일한 보험금을 지급하는 상품이었으나, 2002년부터 보험사에서 중대 질병에 대해서는 고액의 보험금을

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
일기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현황에 활용하기

제4장  
환자의 권리외 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

지급하는 CI 보험을 출시하였습니다.

이와 관련하여 이른바 태아보험으로 불리던 사건이 있었습니다. 2011년 임산부 A씨는 수익자를 A씨, 피보험자를 태아로 하는 어린이CI보험계약을 체결했습니다. 보험청약서에는 피보험자란에 ‘태아’가 명시적으로 기재됐고, 피보험자가 우연한 외래사고로 신체상해를 입으면 보험수익자에게 보험금을 지급하도록 규정했습니다. 다만 특별약관에는 ‘태아는 출생 시에 피보험자가 된다’는 규정이 있었습니다. 2012년 A씨는 아이를 출산했는데, 분만과정에서 뇌손상이 생겨 아이가 영구장애진단을 받았습니다. A씨는 보험사에 1억 2200만원의 보험금 지급을 청구했으나 보험사가 “사람은 출생 시부터 권리·의무 주체가 될 수 있으므로, 분만 중인 태아는 상해보험의 피보험자가 될 수 없다”며 지급을 거부했습니다. 그러나 2019년 대법원은 출생 전이라도 태아가 보험계약에서 정한 우연한 사고로 상해를 입었다면 보험기간 중에 발생한 보험사고에 해당한다는 이유로 원고승소 판결을 선고했습니다(2016다211224판결).

## 10 | 자살을 해도 생명보험금을 받을 수 있나요?

우리나라는 보험 계약일부터 2년이 경과하면 자살한 경우에도 사망보험금을 지급하고 있습니다. 자살 의도를 가지고 2년 이상 보험 계약을 계속한다는 것은 예외적인 현상이고 보험 계약이 2년 이상 경과한 후의 자살은 보험 계약의 성립과 직접적으로 관련이 적기 때문인데, 이때의 ‘2년’을 자살 면책기간이라고 부릅니다. 다만 이 때 지급받는 보험금은 ‘일반사망보험금’이고, 문제는 이보다 훨씬 많은 ‘재해사망보험금’을 지급받느냐입니다.

생명보험에 가입한 경우(재해사망특약에 가입했을 때)와 상해보험에 가입한 경우(상해 사망도 보장한 경우)가 약간 다르지만, 전체적으로 대법원은 원칙적으로 정신질환 등 자유로운 의사결정을 할 수 없을 상태에서의 자살은 본인의 자유 의사에 따른 것이 아니기 때문에 재해 사망보험금을 지급해야 한다는 입장입니다.

다. 즉 정신질환이나 심신상실자의 자살은 자살보다는 ‘사고’의 성격이 강하다는 것입니다. 실무적으로는 ‘정신질환 등 자유로운 의사결정을 할 수 없을 상태’를 어느 경우로 볼 것인지와 관련해서 법적 분쟁이 발생합니다.

### 🔍 [관련 사례] 자살보험금 사건

최근에 논란이 크게 되었던 자살 보험금 사건은 약간 다릅니다. 사건은 2000년대 초에 보험사들이 재해사망특약을 추가해 판매하면서 자살로 인한 사망도 ‘재해’에 해당한다고 특약에 명시하였기 때문에 발생하였습니다. 당시 보험 판매가 과열되면서 웬만한 생명보험엔 이러한 재해사망 특약을 끼워 팔기가 성행했습니다.

그러나 그 후 보험사들은 정신질환에 의한 자살이 아닌 경우가 재해가 아니라는 점은 굳이 보험 약관에 적지 않아도 보험 계약의 기본 전제라는 이유로 보험금 지급을 거절했고, 2016년 대법원은 일단 약관에 기재한 이상 특약 보험금을 지급해야 한다고 판결하였습니다(2015다 243347 판결).

## 11 | 보험 가입사실을 감박 잊었는데, 언제까지 보험금을 청구해야 하나요?

보험은 가입자가 미리 약정한 ‘보험료’를 내고 보험 사고가 발생할 경우 보험사로부터 ‘보험금’을 받는 구조입니다. 이때 보험금을 달라는 청구와 납입한 보험료를 반환해 달라는 청구의 소멸시효는 3년입니다. 상당히 짧기 때문에 3년의 소멸시효를 놓치는 경우가 있습니다. 예를 들어 암 수술 후 보험가입 사실을 모르고 지내다 뒤늦게 생각이 난 경우, 실손보험 가입 후 소액 치료비를 계속 모아두다가 일부가 3년이 지난 경우 등입니다.

소멸시효 기산점이 문제되는데, 판례는 원칙적으로 보험사고가 발생한 때부터 시작되지만 불가피한 사정이 있으면 뒤늦게 알게 된 때로부터 시작된다고 판결하였습니다. 예를 들어 기출한 남편이 3년 전에 이미 교통사고로

시민들에게는 건강권이 있습니다. 제1장

알기 쉬운 국민건강보험제도 제2장

민영보험 현행에게 활용하기 제3장

환자의 권리와 의무 제4장

의료급여 제도를 알고 계시나요? 제5장

사망한 후 신원미상자로 처리된 사실을 뒤늦게 안 경우, 가출 전 남편이 가입한 사망보험금은 사망 후 3년이 지났더라도 청구할 수 있습니다.

 **[참고 판결]** 보험금청구권의 소멸시효 기산점(대법원 2007다19624 판결)

보험금청구권은 보험사고가 발생하기 전에는 추상적인 권리에 지나지 않고 보험사고가 발생하면 구체적인 권리가 되어 그때부터 권리를 행사할 수 있으므로, 보험금청구권의 소멸시효는 특별한 다른 사정이 없는 한 보험사고가 발생한 때부터 진행되는 것이 원칙이다. 그러나 객관적으로 보험사고가 발생한 사실을 확인할 수 없는 사정이 있는 경우에는 보험금청구권자가 보험사고의 발생을 알았거나 알 수 있었던 때부터 보험금청구권의 소멸시효가 진행된다.





## 제4장

# 환자의 권리와 의무

1. 진료 요구시 진료받을 수 있는 권리
2. 최선의 의료서비스를 받을 수 있는 권리
3. 의사로부터 설명을 듣고 스스로 결정할 수 있는 권리
4. 의사로부터 요양방법을 지도받을 수 있는 권리
5. 약사로부터 복약지도를 받을 수 있는 권리
6. 진료기록을 열람할 수 있는 권리
7. 처방전을 교부받을 권리
8. 진료의사를 선택할 수 있는 권리
9. 비밀을 보호받을 권리
10. 자기 정보를 통제할 수 있는 권리
11. 피해를 구제받을 권리
12. 응급의료를 받을 수 있는 권리
13. 이용자의 의무

2012년 8월부터 의료법 시행규칙이 개정되어 모든 의료기관은 접수창구나 대기실 등 환자 또는 환자의 보호자가 쉽게 볼 수 있는 장소에 환자의 권리와 의무가 게재된 게시물을 게시하는 것을 의무화하였습니다. 법에서 강제한 게시물의 내용은 아래와 같은데, 본 장에서는 여기에 더해서 환자의 권리와 의무를 보다 구체적으로 살펴보겠습니다.

## 1. 환자의 권리

### 환자의 권리와 의무

#### 가. 진료받을 권리

환자는 자신의 건강보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 갖고, 성별·나이·종교·신분 및 경제적 사정 등을 이유로 건강에 관한 권리를 침해받지 아니하며, 의료인은 정당한 사유 없이 진료를 거부하지 못한다.

#### 나. 알권리 및 자기결정권

환자는 담당 의사·간호사 등으로부터 질병 상태, 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부, 부작용 등 예상 결과 및 진료 비용에 관하여 충분한 설명을 듣고 자세히 물어볼 수 있으며, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.

#### 다. 비밀을 보호받을 권리

환자는 진료와 관련된 신체상·건강상의 비밀과 사생활의 비밀을 침해받지 아니하며, 의료인과 의료기관은 환자의 동의를 받거나 범죄 수사 등 법률에서 정한 경우 외에는 비밀을 누설·발표하지 못한다.

#### 라. 상담·조정 신청할 권리

환자는 의료서비스 관련 분쟁이 발생한 경우, 한국의료분쟁조정중재원 등에 상담 및 조정 신청을 할 수 있다.

## 2. 환자의 의무

### 가. 의료인에 대한 신뢰·존중 의무

환자는 자신의 건강 관련 정보를 의료인에게 정확히 알리고, 의료인의 치료계획을 신뢰하고 존중하여야 한다.

### 나. 부정한 방법으로 진료를 받지 않을 의무

환자는 진료 전에 본인의 신분을 밝혀야 하고, 다른 사람의 명의로 진료를 받는 등 거짓이나 부정한 방법으로 진료를 받지 아니한다.

## 1 | 진료 요구시 진료받을 수 있는 권리

의료인은 진료 또는 조산의 요구를 받은 때에는 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못한다(의료법 제16조 제1항).

만일 음식점에서 음식을 먹으려고 하는데, 음식점 주인이 손님 인상이 마음에 들지 않는다고 음식을 안 팔겠다고 거부할 수 있을까요. 한바탕 말다툼이 있은 후 악평이 나겠지만 음식을 팔지 말지는 음식점 주인 마음입니다. 그러나 의사는 다릅니다. 환자가 진료를 요구하면 환자 인상이 마음에 들지 않는다고 진료를 거부할 수 없습니다. 의료법에서 의사의 진료거부금지 의무를 규정한 취지는 의사의 진료업무에 공적 의무를 부과함으로써 진료 거부에 따른 환자의 신체상, 건강상 위험을 제거하기 위해서입니다.

문제는 진료를 거부할 수 있는 “정당한 이유”의 범위입니다. “정당한 이유”란 의사가 신병으로 인하여 진료가 불가능하는 등 진료를 할 수 없었다고 일반적으로 인정될 수 있는 객관적 사정이 있음을 뜻하는데, 결국 구체적인 사정에 따라 합목적적으로 판단할 수밖에 없습니다.

판례에 나타난 진료거부의 정당한 사유를 보면 ▲ 의사가 타병원에서 응급

조치 받은 후 이송되어 온 뇌손상환자에 대하여 수술 후에 집중 치료할 중환자실의 병상이 없다는 이유로 타병원으로의 전원을 권유한 경우(대법원 92누9180판결), ▲입원 치료를 계속 받아야 할 필요성이 없어 의료기관이 환자에게 퇴원을 요구한 경우(서울동부지법 2012가단67345 판결) ▲의료기관 폐업 과정에서 입원환자를 다른 병원으로 전원 시킨 경우(창원지법 2013구합985 판결) 등이 있습니다.

반면 이러한 진료거부금지 의무에 대하여 의료계에서는 의사의 지시를 따르지 않거나 진료실에서 폭력이나 폭언을 일삼는 환자에 대한 의사의 진료거부권을 법에 구체적으로 명시할 것을 요구하고 있습니다. 진료 현장에서 의사를 괴롭히면서 협박하는 예가 적지 않기 때문입니다.

### [알찬 상식] 보호자 수술 동의

종전에 한 TV인기드라마에서 법적 보호자는 아니지만 산모 가족이 있는 상황에서 보호자의 동의가 없다고 의료인이 수술을 하지 않은 장면이 논란이 된 적이 있다. 이에 대해 당시 보건복지부는 의료법 위반에 해당될 수 있다는 해석을 내렸다. 보건복지부에 따르면 수술동의서는 수술 전에 환자와 보호자에게 시행할 수술, 마취 필요성, 위험 가능성, 합병증, 후유증에 대한 설명을 하기 위한 것이며, 수술동의서나 보증인을 내세우는 것은 의료기관이 자체적으로 시행하는 것으로 의료법상 규정하고 있는 서식이 아니고 보호자의 동의 필요여부 등에 대한 규정도 없다는 설명이다.





안락사(무의미한 연명치료장치제거)와 관련해서는 1997년 소위 '보라매병원 사건'에서 담당의사가 살인방조죄 유죄 판결을 받으면서 사회적 논란이 되었고, 2009년 김할머니 사건에서 대법원이 연명의료의 시행 여부에 관한 기준을 제시했다. 즉, 환자상태와 관련한 객관적 요건으로 ① 의식 회복이 불가능하고, ② 생명 관련 생체기능의 회복이 불가능하며, ③ 환자가 짧은 시간 내에 사망할 상태여야 하고, 환자의 의사에 대한 주관적 요건으로 환자가 연명의료의 시행이나 계속을 거부하는 의사가 추정 등을 통해 확인되어야 한다고 판결했다. 이후 2018년 2월부터 '호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(연명의료결정법)'이 시행되었다.

법에 의하면 우선 환자가 임종상태에 있어야 하고, 환자가 임종과정에 있는지 여부는 환자를 직접 진료한 담당 의사와 전문의 1명이 동일하게 판단해야 한다. 그리고 환자의 의사를 확인하는 여러 방법을 규정했다.

**(1) 법정 절차에 따라 환자가 미리 작성해 등록한 '사전연명의료의향서'를 활용한 방법**

- ① 미리 작성한 의료의향서가 있고 환자가 의사 능력이 있으면 담당 의사가 그 내용을 환자에게 확인하는 방법
- ② 미리 작성한 의향서가 있지만 만약 환자가 내용에 확인하기에 충분한 의사능력이 없다고 판단되면 담당 의사와 전문의가 함께 확인하는 방법
- ③ 의료의향서가 없고, 환자도 자신의 의사를 표현할 수 없는 의학적 상태이면 19세 이상 환자가족 2명 이상에 의해 환자의 평소 의사에 대한 일치된 진술로 확인하는 방법

**(2) 기타 방법**

- ④ 진료 중 환자의 요청으로 담당의사가 일정한 절차에 따라 작성해 등록한 '연명의료계획서'가 있는 경우
- ⑤ 이러한 방법들이 어려우면 환자가족 전원의 합의로 연명의료 중단 의사 표시를 하고, 이를 담당의사와 전문의 1명이 확인하는 방법.

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
얼기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

## 2 | 최선의 의료서비스를 받을 권리

의사는 진찰·치료 등의 의료행위를 함에 있어서는 사람의 생명·신체·건강을 관리하는 업무의 성질에 비추어 환자의 구체적인 증상이나 상황에 따라 위험을 방지하기 위하여 요구되는 최선의 조치를 취하여야 할 주의의무가 있다(대법원 2011. 11. 10. 선고 2009다45146 판결 등).

이것이 과연 “최선”입니까. 드라마가 아니라 일반적으로 말하는 의료소송에서 가장 많이 나오는 말입니다. 법원은 “인간의 생명과 건강을 담당하는 의사에게는 그 업무의 성질에 비추어 보아 위험방지를 위하여 필요한 최선의 주의의무가 요구된다”는 기본 입장을 명확히 밝히고 있습니다. 문제는 “최선”이 뭐냐는 것입니다. 왜냐하면 최선을 다하겠다는 말처럼 모호한 말이 없기 때문입니다. 이것이 바로 의료소송에서 의사의 과실을 어디까지 볼 것인가의 문제입니다.

의사가 모든 질병을 완벽하게 치료할 수 없는 것은 당연합니다. 그래서 법원은 일단 “진료 당시의 이른바 임상의학의 실천에 의한 의료수준”이라고 하나의 기준을 제시합니다. 의사는 진료를 행함에 있어 환자의 상황과 당시의 의료수준 그리고 자기의 지식경험에 따라 적절하다고 판단되는 진료방법을 선택할 상당한 범위의 재량을 가지고, 그것이 합리적인 범위를 벗어난 경우에 의사의 과실을 인정한다는 것입니다.

그렇지만 법원이 제시한 “진료 당시의 이른바 임상의학의 실천에 의한 의료수준”이라는 기준은 추상적이어서 결국 구체적 사정을 종합적으로 고려하여 판단할 수밖에 없습니다. 지금까지 의사의 과실을 인정한 대표적인 사례들을 살펴보면 아래와 같습니다.

### ① 외과

일반외과 전문의가 후복막 전체에 형성된 혈종을 발견한지 14일이 지나도록 CT 등 후복막 내 장기 손상이나 농양 형성 여부를 확인하지 않은 것은 진단 및 치료상의 주의의무를 다하지 않은 것이다(대법원 1996.9.24. 선고 95도 245 판결).

## ② 내과

간질환으로 치료받던 피해자에게 진균증 감염 사실이 발견되어 항진균제인 니조랄을 투약한 후 반복적인 흉통, 발작, 일시적인 혼수상태 등의 현상이 있었으나, 그것이 니조랄과 관련된 것인지 여부를 판단하여 투약을 중단시키거나 심장계통 등의 이상을 의심하여 이에 적절히 대처하는 등의 조치를 취하지 아니하고 방치한 경우 의사의 과실을 인정(대법원 1999. 2. 12. 선고 98다10472 판결)

## ③ 산부인과

제왕절개술후 마취에서 깨어나지 못하고 16시간 동안 혼수상태에 있다가 심부정맥혈전증 및 폐색전증으로 사망에 이른 경우(대법원 2000. 1. 21. 선고 98다50586 판결)

## ④ 마취과

환자가 전신마취 시술 도중에 갑작스런 기관지 경련을 일으키고 이로 인한 심정지로 뇌손상이 발생하여 사망한 경우, 전신마취 시술에 부수되는 중대한 부작용의 결과를 감안한다면, 심전도 검사나 기타 사전 검사과정에서 조금이라도 심장 이상의 의문을 품을만한 사정이 발견된 때에는 심초음파 검사 등을 통하여 심장 이상의 유무를 확인할 주의의무가 있다(대법원 2001. 3. 23. 선고 99다48221 판결).

## ⑤ 신경외과

甲 병원 의료진이 과거 상복부 수술을 시행받은 적이 있는 환자乙에게 복강경 담낭절제술을 시행하던 중 장기 및 조직의 심한 유착을 발견하고도 개복술로 전환하지 않고 복강경을 통해 유착된 조직을 박리하다가 원인과 부위를 알 수 없는 출혈이 발생하자 비로소 개복술로 전환한 후 신장 부근 정맥 혈관 손상을 발견하고 신장을 절제한 사안에서, 乙의 장기 및 조직의

유착상태가 해부학적 구조를 알기 어려울 정도로 심하였다면 상대적으로 더 섬세한 조작이 가능한 개복술로 전환해야 함에도 복강경에 의한 수술을 계속한 과실로, 반대로 유착상태가 해부학적 구조를 알기 어려울 정도가 아니어서 복강경에 의한 수술이 가능한 상태였다면 의료진이 복강경 수술기구를 과도하게 조작하는 등 과실로,乙에게 신정맥 손상 및 신장 절제 상태가 발생하였다고 추정하는 것이 타당하다(대법원 2012. 5. 9. 선고 2010다57787 판결).

### [질문 상세] 수술에 앞서 한 의사에 대한 면책서약의 의미

수술을 경험해 본 사람은 수술 전에 병원에서 “이 수술로 인하여 발생하는 어떠한 결과에 대하여도 하등의 이의를 제기치 아니한다”라는 서약서를 요구하는 것을 본 적이 있을 것이다. 서약서를 작성하면 나중에 의사의 과실이 있어도 영원히 책임을 묻지 못하는것일까. 아니다. 법원은 “이 서약은 신의칙이나 형평의 원칙상 집도 의사의 위법행위를 유서하고 그로 인한 청구권을 미리 포기한 취지라고 해석되지 않는다”라고 판시한다. 실무상 이러한 서약서는 의사의 책임을 묻지 않겠다는 의미보다 의사로부터 충분한 설명을 들었다는 의미가 강하다.

## 3 | 의사로부터 설명을 듣고 스스로 결정할 수 있는 권리

모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다(보건의료기본법 제12조).

의사의 의료행위는 매우 전문적인 내용입니다. 따라서 의사가 환자에게 앞으로 할 의료행위에 관하여 자세하게 설명하지 않는다면 환자로서는 영문도 모른 채 의사에 의해 계약의 내용이 일방적으로 결정되게 됩니다. 그래서 환자는 담당 의사간호사 등으로부터 질병의 증상, 치료(시술, 수술, 투약 등) 방법의 내용 및 필요성, 부작용, 합병증, 예후 등에 대해 충분한 설명을 듣고 또 자세히 물어볼 수 있으며, 치료방법에 대해 동의여부를 결정할 권리를 가지고 의사는 이를 설명할 의무를 갖습니다.


그렇다면 의사는 어느 범위까지 설명해야 할까요. 전문적인 내용을 A부터 Z까지 다 설명할 수 없기 때문입니다. 법원에서 제시한 기준은 “질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명하여 당해 환자가 그 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택할 수 있을 정도”입니다. 그래서 의료행위로 인하여 예상되는 위험이 아니거나 당시의 의료수준에 비추어 예견할 수 없는 위험에 대한 설명의무까지 부담하지는 않습니다.

또한 의사가 설명을 할 때에는 원칙적으로 환자가 자신이 신뢰하는 사람과 의논하고 충분히 숙고한 후 결정할 시간이 주어져야 합니다. 법원은 “사망 가능성이 비교적 큰 두개골 절개에 의한 종양제거수술을 하면서 수술 전날 21:00경에야 비로소 수술의 내용 및 위험성 등에 관한 구체적인 설명을 한 것은, 수술의 필요성 및 위험성을 비교해 보고 치료행위에 대한 선택 여부를 판단하고 나쁜 결과에 대하여 대비하는 데 필요한 충분한 시간을 주지 않은 것이므로 설명의무를 위반하여 손해배상 책임이 있다”고 판결하였습니다(서울동부지방법원 2008. 9. 25. 선고 2006가합15982 판결).

의료진의 설명은 의학지식의 미비 등을 보완하여 실질적인 자기결정권을 보장하기 위한 것이므로, 환자가 이미 알고 있거나 상식적인 내용까지 설명할 필요는 없고, 환자가 위험성을 알면서도 스스로의 결정에 따라 치료를 거부한 경우에는 특별한 사정이 없는 한 이러한 설명을 하지 아니한 데 대하여 의료진의 책임을 물을 수는 없습니다.


만일 의사가 이러한 설명을 하지 않아서 환자가 의료행위를 받을 것인지 여부를 선택할 기회를 상실한 경우에는 그에 따른 위자료의 손해배상책임을 청구할 수 있습니다. 의사의 설명의무가 문제되는 경우, 설명을 하였다는 사실은 의사가 입증할 책임이 있습니다.

실무상 의료소송에서 의사의 치료상 과실을 입증하기가 쉽지 않습니다. 그렇기 때문에 법원은 의사의 치료상 과실을 인정하는 데는 소극적이지만, 상대적으로 위반여부를 판단하기 쉬운 의사의 설명의무 위반에 대해서는 넓게 인정합니다. 대신 의사의 치료상 과실이 인정될 때에는 의료과실로 인한 모든 피해액을 배상 받을 수 있지만, 의사가 설명의무 위반만을 인정할 때의 손해액은 실무상 위자료 명목의 적은 금액 정도만 인정되고 있습니다.

 **[참인 판결]** 성형수술에서 설명의무 위반을 인정  
(대법원 2013. 6. 13. 선고 2012다94865 판결)

미용성형술은 외모상의 개인적인 심미적 만족감을 얻거나 증대할 목적에서 이루어지는 것으로서 질병 치료 목적의 다른 의료행위에 비하여 긴급성이나 불가피성이 매우 약한 특성이 있으므로 이에 관한 시술 등을 의뢰받은 의사로서는 의뢰인 자신의 외모에 대한 불만감과 의뢰인이 원하는 구체적 결과에 관하여 충분히 경청한 다음 전문적 지식에 입각하여 의뢰인이 원하는 구체적 결과를 실현시킬 수 있는 시술법 등을 신중히 선택하여 권유하여야 하고 당해 시술의 필요성, 난이도, 시술방법, 당해 시술에 의하여 환자의 외모가 어느정도 변화하는지, 발생이 예상되는 위험, 부작용 등에 관하여 의뢰인의 성별, 연령, 직업, 미용성형 시술의 경험 여부 등을 참조하여 의뢰인이 충분히 이해할 수 있도록 상세한 설명을 함으로써 의뢰인이 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고 시술을 받을 것인지 선택할 수 있도록 할 의무가 있다. 특히 의사로서는 시술하고자 하는 미용성형 수술이 의뢰인이 원하는 구체적 결과를 모두 구현할 수 있는 것이 아니고 일부만을 구현할 수 있는 것이라면 그와 같은 내용 등을 상세히 설명하여 의뢰인에게 성형술을 시술받을 것인지를 선택할 수 있도록 할 의무가 있다.

그런데 눈썹거상(올림)술은 눈꼬리가 올라가 있는 것을 개선하는 수술법은 아니고 쌍꺼풀 라인을 좁게 줄이는 데에는 효과가 없는 수술법이어서 눈썹거상술이 원고가 원하는 결과를 구현할 수 있는 시술법은 아니라고 볼 여지가 충분하므로, 피고는 이 점에 관해 원고에게 설명했어야 했으나, 원고에게 눈썹거상술을 시행하면 눈이 커지는 효과가 있다는 설명만 했으므로, 원고에게 설명의무를 다했다고 할 수 없다.

 **[참관 관엽]** 산모가 의료진이 아닌 제3자에게  
 자신의 분만과정을 공개할 것인지에 관한 선택권을 갖는지  
 (전주지방법원 2012. 8. 29. 선고 2012나2821 판결)

여성에게 있어서 출산은 새로운 생명을 탄생시키는 고귀한 행위인 반면에  
 극심한 진통과 분만을 위하여 분비되는 호르몬의 영향으로 인하여 정신적,  
 육체적으로 쉽게 통제할 수 없는 상태에 놓이게 되고, 신체의 중요 부위를  
 타인에게 노출하게 될 뿐만 아니라 분만과정에서 수반되는 배변 등의  
 생리적 현상을 조절할 수 없게 된다는 점에서, 분만과정에 보호자나  
 제3자가 입회하는 경우 산모의 수치심을 자극하여 정신적 침해가 발생할  
 수 있다. 따라서 산모는 자기결정권에 따라 실습 중인 학생들을 비롯한  
 제3자에게 자신의 분만과정을 공개할 것인지에 대한 선택권을 가지고,  
 분만과정에 의료진이 아닌 제3자를 참관하게 하려는 의료진은 산모나  
 가족들에게서 타인의 참관에 대한 동의를 얻어야 하며, 그 전제로서 사전에  
 산모 등에게 참관하는 사람의 지위, 참관의 목적 및 내용 등에 대하여  
 설명하여 참관을 허용할 것인지 선택할 수 있도록 할 의무가 있다.

다만 대학병원은 환자를 치료하는 의료기관이자 의사를 양성하는  
 교육기관으로서 학생들의 임상실습 및 참관이 교육과정의 일부로 정해져  
 있고 환자의 입장에서 이를 당연히 예상할 수 있으므로, 대학병원의  
 경우에는 참관에 대한 산모의 명시적인 동의가 없더라도 묵시적인 동의가  
 있는 것으로 보아 산모의 반대의사가 명시적으로 표명되지 않는 한  
 학생들의 참관이 허용된다.

그러나 대학병원이 아닌 일반병원의 경우에는 일반원칙에 따라 산모의  
 명시적인 동의가 있는 경우에 한하여 학생들의 참관이 허용된다. 또한 이  
 경우 산모의 동의는 일반적인 치료행위와는 다른 출산과정의 특수성을  
 감안하여 극심한 진통이 시작되기 이전에 산모의 의사가 분명한 상태에서  
 참관의 내용 등에 대하여 충분히 설명하고 명시적으로 그 의사를 확인하는  
 방법에 의하여 얻어진 것이어야 한다.

제1장  
 시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
 알기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
 민영보험 현명하게 활용하기

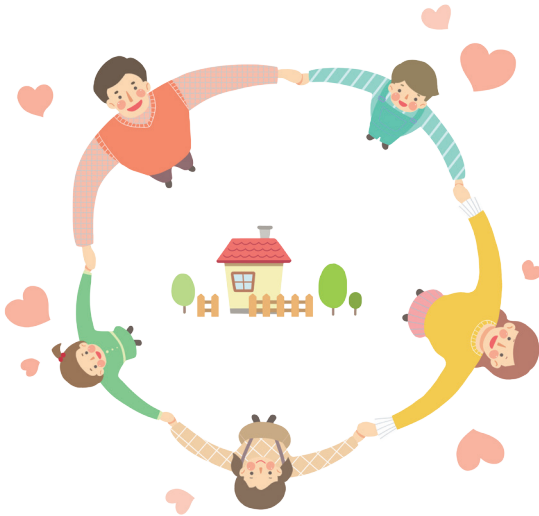
제4장  
 환자의 권리와 의무

제5장  
 의료급여 제도를 알고 계시나요?

## 4 | 의사로부터 영양방법을 지도받을 수 있는 권리

의료인은 환자나 환자의 보호자에게 영양방법이나 그 밖에 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다(의료법 제24조).

의사는 수술 등 의료행위를 잘 마쳤다고 할 일을 다 한 것이 아닙니다. 만일 의료 행위 이후 영양과정에서 후유 질환이 발생할 가능성이 있으면, 비록 그 가능성이 크지 않다고 하더라도 이를 억제하기 위한 영양의 방법이나 일단 발생한 후유 질환으로 인해 중대한 결과가 초래되는 것을 막기 위하여 필요한 조치가 무엇인지를 환자 스스로 판단·대처할 수 있도록 그와 같은 영양방법(후유 질환의 증상과 그 악화 방지나 치료를 위한 대처방법 등)을 구체적인 정보의 제공과 함께 설명·지도할 의무가 있습니다. 그리고 환자는 환자의 연령, 교육 정도, 심신상태 등의 사정에 맞추어 의사로부터 그와 같은 영양방법을 지도 받을 권리가 있습니다.





**☞ [잠깐 판결] 퇴원환자에게 안내서만 교부하고 주의사항을 구두로 충분히 말하지 않는 경우(대법원 2010. 7. 22. 선고 2007다70445 판결)**

의사 A씨는 김철수씨가 퇴원할 무렵 김씨에게 “수술 후 몇 개월 동안 상처가 아플 수 있는데, 그 통증은 3개월 정도 지속될 수 있다. 처음에 많이 아프다가 좀 좋아지다가 또 아플 수도 있다”는 설명만 하였을 뿐, 수술 부위의 통증과 심장의 통증을 구분하여 주의사항을 말하여 주지 않았다. 의사 A씨는 김씨에게 안내서를 교부하였는데 안내서에는 항응고제의 부작용, 위험성, 항응고제의 약효에 영향을 미치는 음식, 복용시 유의사항, 즉시 의사를 찾아야 하는 경우 등에 관한 자세한 내용이 포함되어 있으나, 김씨에게 구두로 그 내용을 설명해 주지는 않았다. 1주일 후 김씨는 호흡 곤란이 심해지면서 병원 응급실로 갔으나 이미 소생이 불가능하게 되었다.

〈판결〉 피고는 망인에게 항응고제의 효과, inr 수치를 일정하게 유지해야 하는 이유, 항응고제 부작용 및 그 위험성 등을 명확하게 설명해 줌으로써 망인으로 하여금 가슴 통증 등 안내서에 기재된 일정한 상황이 발생한 경우 그 위험성 및 심각성을 정확하게 인식하고 즉시 응급실에 내원하는 조치를 취할 수 있도록 구체적인 정보의 제공과 함께 이를 지도·설명할 의무가 있고, 이러한 지도·설명 의무는 단순하게 안내서의 교부만으로 대체할 수는 없다. 그런데 피고는 위와 같은 설명·지도 의무를 전혀 이행하지 않았고, 그로 인하여 망인이 가슴 통증의 심각성을 제대로 인식하지 못함으로써 통증을 느끼고도 약 2시간 30분이나 지체한 관계로 적절한 응급처치 등을 받지 못하여 사망에 이르렀는바, 결국 피고들의 지도·설명 의무 위반과 이 사건 사고 사이에는 상당인 과관계가 인정되어 이에 대한 책임이 있다

## 5 | 약사로부터 복약지도를 받을 수 있는 권리

약사는 의약품을 조제하면 환자 또는 환자보호자에게 필요한 복약지도를 구두 또는 복약지도서(복약지도에 관한 내용을 환자가 읽기 쉽고 이해하기 쉬운 용어로 설명한 서면 또는 전자문서를 말한다)로 하여야 한다(약사법 제24조 제4항).

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
읽기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리 외 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

약국으로부터 약을 받았을 때 대부분은 약사가 주는 대로 약을 먹지만, 간혹 내가 왜 이 약을 먹지? 하고 궁금해 할 경우가 있습니다.

의약분업은 치료는 의사에게 맡기면서, 약은 약사에게 맡기는 제도입니다. 의약분업의 성공을 위해서는 약사가 약을 복용하는 환자에게 충분한 복약지도와 복약안내가 이루어져야 합니다. 그래서 약사법에서는 약사의 복약지도의무를 명시적으로 규정하고 있고, 2014년 7월부터는 약사가 복약지도를 하지 않을 경우 30만원의 과태료를 내도록 강제하고 있습니다.

구두 또는 서면으로 된 복약지도서에는 의약품의 명칭과 효능·효과, 용법과 용량, 부작용, 보관방법 중에서 환자에게 필요한 정보를 담거나 기재하여야 한다. ‘환자에게 필요한 정보’의 범위는 구체적인 상황에 따라 다릅니다. 현장에서 많이 보게 되는 “식후 30분, 하루 3번 복용”의 복약지도가 일률적으로 범위반이라고 볼 수 없지만 특정 질환에 대해서는 범 위반이 될 수 있습니다.

 **[집안 상식]** 휴일지킴이 약국([www.pharm114.or.kr](http://www.pharm114.or.kr))

밤, 공휴일에 갑자기 약국을 찾아가야 할 일이 생길 수 있습니다. 이때는 대한약사회에서 운영하는 당번 약국 조회 사이트([pharm114.or.kr](http://pharm114.or.kr))에서 휴일지킴이 약국을 조회하면 편리합니다. 날짜, 지역, 시간을 선택하면 특정 시간대에 이용할 수 있는 휴일지킴이 약국들의 리스트를 쉽게 볼 수 있기 때문에 이용자들 입장에서 불필요한 발걸음을 줄일 수 있습니다.

## [필수 상식] 약품정보와 약제비 알아보기

환자가 복용하는 의약품에 대해 알고 싶다면 건강보험심사평가원 홈페이지를 이용할 수 있습니다. '의약품 통합정보'에서 약품이름을 검색하면 약품의 효능과 효과, 부작용 등을 상세히 알 수 있고, '의약품 안전사용 정보 서비스'에서는 두 가지 이상 동시에 사용하지 말라고 정해놓은 '병용금지', 연령에 따라 특히 소아 등에 의약품을 금지하고 있는 '연령금지', 임산부에게 복용을 금지하는 '임부금지' 등 의약품 정보를 알아볼 수 있습니다. 또한, '약제비 계산기' 항목에서는 내가 받은 처방전에 기록된 내용을 입력하면 약제비를 계산해주는 서비스를 제공하고 있어 이를 이용하면 정확한 약제비를 확인할 수도 있습니다.

## 6 | 진료기록을 열람할 수 있는 권리

환자의 배우자, 환자의 직계존비속 또는 배우자의 직계존속 등이 환자에 대한 기록 열람이나 사본 교부 등 내용 확인을 요구하는 경우 환자의 치료를 위해 불가피한 경우가 아니면 확인할 수 있게 해야 한다(의료법 21조).

지금은 병원 접수 창구에서 당연한 절차로 안내문구가 걸려있지만, 환자의 진료기록열람권이 법적으로 인정된 것은 2000년 7월 의료법이 개정되면서부터입니다. 환자의 진료기록열람권은 환자 및 보호자의 알권리를 충족시킬 뿐만 아니라 의료 분쟁시 의료과실여부 판단에 용이하게 사용할 수 있는 유용한 권리입니다.

그러나 진료기록 열람 및 사본발급과 관련해 현장에서 논란이 있었고, 2019년 10월 보건복지부는 진료기록 열람 및 사본발급과 관련해 업무 지침을 발표하였습니다.

진료기록 열람이나 사본 등의 제공을 요청할 수 있는 '요청권자'는 환자, 환자의 친족 또는 대리인, 기타 법률이 정하는 자입니다. 이 때 환자가 원한

시민들에게는 건강권이 있습니다.

제1장

알기 쉬운 국민건강보험제도

제2장

민영보험 현명하게 활용하기

제3장

환자의 권리와 의무

제4장

의료급여 제도를 알고 계시나요?

제5장

다면 진료기록부 사본을 우편이나 이메일을 통해 전자전송할 수 있으며, 담당의사의 확인이나 승인이 필요하다거나 환자가 진료를 납부하지 않았다는 등의 이유로 사본 발급을 지연 또는 거부해서는 안됩니다.

환자의 친족이 청구할 때는 요청하는 자의 신분증, 가족관계증명서 등 친족관계임을 확인할 수 있는 서류, 환자가 자필서명한 동의서, 환자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다. 환자의 친족 이외의 대리인이 청구할 때는 요청하는 자의 신분증, 환자가 자필서명한 동의서와 위임장, 환자의 신분증 사본을 제출하여야 합니다.

만일 환자 동의가 불가능한 경우에는 친족의 신분증사본, 가족관계증명서 등 친족관계임을 확인할 수 있는 서류, 환자 동의가 불가 사유를 증명하는 추가 서류를 제출해야 합니다.

반대로 병의원에서는 이렇게 의료법에서 정한 환자의 동의 절차를 거치지 않았는데도 제3자에게 환자의 진료기록을 누설하면 처벌을 받습니다.



## 진료기록 열람 및 사본발급 동의서

<b>환자 본인</b>	성 명	연락처
	생년월일	
	주 소	
<b>신 청 인</b>	성 명	환자와의 관계
	생년월일	연락처
	주 소	
<b>열람 및 사본 발급 범위</b>	의료기관 명칭	
	진료기간	
	발급 사유	
	발급 범위 (환자 본인이 직접 작성합니다)	
	예시) 진료기록부 사본, 처방전 사본, 수술기록 사본, 검사내용 및 검사 소견기록의 사본, 방사선 사진(영상물 포함), 간호기록부 사본, 조산기록부 사본, 진단서 사본, 사망진단서 또는 시체검안서 사본 등	

본인(또는 법정대리인)은 위에 적은 신청인( )이 「의료법」 제21조제3항 및 같은 법 시행규칙 제13조의3에 따라 본인의 진료기록 등을 열람하거나 사본을 발급받는 것에 대하여 동의합니다.

년    월    일

본인(또는 법정대리인)

(자필서명)

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
얼기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

열람의 대상이 되는 환자의 진료기록은 의료기관이 환자의 치료·진단 과정에서 보유하게 된 모든 기록을 말하고, 다른 기관에서 생성한 진료기록을 전달받아 보유하고 있는 경우도 대상이 됩니다. 환자가 제출한 각종 동의서, 위임장 등도 의료기관이 보유하고 있는 동안은 대상이 됩니다.

보존기간	대상 진료기록
10년	진료기록부, 수술기록
5년	환자 명부, 검사소견기록, 방사선사진 및 소견서, 간호기록부,조산기록부
2년	처방전

**Q. 환자가 본인 진료기록의 사본 발급을 요청하면서 '의료기관이 제3자에게 직접 송부'해 줄 것을 요청할 수 있나요?**

A. 가능합니다. 의료법 제21조제1항에 의해 환자 본인이 진료기록 사본 발급을 요청하는 경우에 환자는 제3자에게 송부할 것을 요청할 수 있으며, 의료기관은 정당한 사유가 없는 한 환자의 요청에 응해야 합니다.

## 7 | 처방전을 교부받을 권리

의사나 치과 의사는 환자에게 처방전 2부를 발급하여야 한다(의료법 시행규칙 12조).

법에서는 의사가 처방전을 발행할 때 약국제출용 처방전과 환자보관용 처방전, 총 2부를 발행하도록 규정하고 있습니다. 이 조항은 2000년 7월 의약분업이 실시되면서 환자의 알권리 보장을 위해 실시되었습니다. 무슨 약인지도 잘 모른 채 의료기관에서 주던 약을 받아먹던 환자에게 의사의 처방전을 공개토록 한 것입니다. 처방전이 환자에게 공개·보관된다는 사실만으로도 의사는 처방에 더욱 신경을 쓰게 되고, 환자는 자신이 복용하는 약에 대해 더욱 잘 알 수 있게 됩니다.

그러나 안타깝게도 현실은 그렇지 않습니다. 종합병원 등과 같은 큰 병원에서는

환자보관용 처방전을 발급하고 있지만, 대부분의 사람들이 찾는 동네의원에서는 환자보관용 처방전을 발급하는 경우가 드뭅니다. 법과 현실이 따로 노는데, 처방전을 2부 발급하지 않을 경우 벌칙조항을 두자는 주장이 계속되고 있습니다.

## 8 | 진료의사를 선택할 수 있는 권리

환자나 환자의 보호자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 종합병원·병원·치과병원·한방병원 또는 요양병원의 특정한 의사·치과의사 또는 한의사를 선택하여 진료를 요청할 수 있다. 이 경우 의료기관의 장은 특별한 사유가 없으면 환자나 환자의 보호자가 요청한 의사·치과의사 또는 한의사가 진료하도록 하여야 한다(의료법 제46조 제1항).

선택진료비(특진비)는 건강보험이 적용되지 않아 한때 상급병실료(특실료), 간병비와 함께 대표적인 3대 비급여 항목으로 꼽혔습니다. 그러나 2018년부터 의료법에서 선택진료제는 그대로 존치시키면서 선택진료비는 폐지하였습니다.

의료법에서는 당초 환자 및 그 보호자의 의사선택권을 보장함으로써 실질적인 진료와 그에 따른 심리적인 안정을 도모하려고 하였습니다. 그러나 당초 취지와 달리 의료기관에게 추가 수익을 보장하는 제도로 활용되었고, 이에 의료법을 개정하여 선택진료 비용을 징수할 수 있는 근거를 삭제하였습니다.

선택진료비 폐지에 따라 환자의 부담이 줄어드는 긍정적 효과와 함께 '대형 병원, 유명 교수 쏠림현상 심화'라는 부작용도 나타나고 있습니다.

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
얼기 수온 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

## 9 | 비밀을 보호받을 권리

의료인과 의료기관은 환자의 동의를 받지 않거나 범죄 수사 등 법률이 정한 경우 외에는 환자의 비밀을 누설·발표하지 못한다(의료법 제19조).

의사의 환자 비밀보호 의무는 의사의 직업윤리상 당연히 요구되는 의무입니다. 의사들이 맹세하는 ‘히포크라테스 선서’에도 “나는 환자가 나에게 알려준 모든 것에 대하여 비밀을 지키겠노라”는 구절이 있습니다.

환자의 비밀이란, 의사가 환자의 신뢰를 바탕으로 하여 진료 과정에서 알게된 사실로서, 객관적으로 보아 환자에게 이익이 되거나 또는 환자가 특별히 누설을 금하여 실질적으로 그것을 비밀로서 보호할 가치가 있다고 인정되는 사실을 말합니다. 법원은 의사가 법원에 제출한 사실조회서에 기재한 내용을 보충 설명하는 취지의 진술서를 작성하여 제3자에게 교부한 경우, 그 진술서의 내용상 단순한 용어설명 정도를 넘어서 환자의 신뢰를 토대로 직접 진료한 의사가 아니면 덧붙여 밝힐 수 없는 구체적이고도 상세한 내용과 그에 대한 의학적 소견 등 새로운 사항들을 담고 있다면, 이는 의료상 비밀을 누설하는 행위에 해당한다고 판결하였습니다.

 **[정법 판결]** 서울동부지방법원 2004. 5. 13. 선고 2003고단2941 판결

의사가 성폭행 피해자를 진찰한 결과 알게 된 ‘치녀막이 파열되지 않았고 정충이 발견되지 않았다’는 내용을 가해자측에게 알려준 경우, 이는 피해자가 의학적 소견으로 보아 건강하며 별 이상이 없다는 취지여서 그 사실이 다른 사람에게 알려지더라도 피해자측의 사회적 또는 인격적 이익이 침해된다고 볼 수 없어 의료상 비밀에 해당하지 않는다.

환자의 시술 또는 수술 전·후 사진을 게재하여 인터넷 등에서 광고를 하는 경우가 많은데, 이것은 환자의 프라이버시를 침해하는 것이어서 반드시 해당 환자로부터 동의를 받아야 합니다. 만일 환자의 허락을 받지 않고 진료과정에서 성형



전·후의 사진을 자신의 병원 영업활동에 이용할 목적으로 광고를 한 경우에는, 초상권을 침해하는 불법행위로 보아 피해자는 위자료 명목으로 손해 배상을 청구할 수 있습니다. 위자료 액수는 광고기간, 표현방법, 모자이크 처리 여부, 피해자의 나이등을 종합적으로 고려하는데, 3000만원을 지급 하라는 판결(서울중앙지법 2011가단181241판결), 1500만원을 지급하라는 판결(2011가단247776 판결) 등이 있습니다.

### [집안 상식] 태아의 성별을 미리 알려줄 수 있나오

많은 부모들이 자신의 아이의 성별을 미리 알고 싶어 합니다. 그러나 남아 선호사상이 뿌리 깊은 한국사회에서 태아의 성을 알게 되면 여아를 낙태시키는 사회문제로 이어질 수 있다는 우려가 있었고, 실제로 과거 아이를 한 두 명만 낳는 것이 보편화되면서 여아 낙태 건수가 늘어 성비불균형이라는 심각한 사회문제가 대두되기도 했습니다. 그래서 한때 의료법을 개정하여 태아의 성별을 알려주는 행위를 전면 금지시키기도 했지만, 2008년 7월 이 조항은 헌법재판소로부터 헌법불합치 결정을 받았습니다.

이후 다시 의료법이 개정되어 현재는 “의료인은 임신 32주 이전에 태어나 임부를 진찰하거나 검사하면서 알게 된 태아의 성(性)을 임부, 임부의 가족, 그 밖의 다른 사람이 알게 하여서는 아니 된다”로 개정되었습니다. 임신 8개월 이후부터는 낙태 위험성이 없기 때문에 태아의 성별을 알려줘도 문제가 없지 않느냐는 절충안을 반영하여 임신 32주 이후에는 태아의 성별을 알려줘도 무방한 것으로 바뀐 것입니다. 그러나 많은 산부인과에서 00옷을 준비하세요와 같은 말로 태아의 성을 암시하는 말을 해 주고 있는 것이 현실입니다.

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
알기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와의 의무


제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

## 10 | 자기 정보를 통제할 수 있는 권리

진료정보는 진료를 목적으로 수집하여 처리하는 개인정보가 포함된 정보로서 개인에 관한 매우 민감한 정보입니다. 그런데 이를 통제하는 법률인 의료법과 개인정보보호법은 해석상 서로 충돌되는 부분이 있는데 보건복지부와 행정자치부가 공동으로 마련한 [의료기관 개인정보보호 가이드라인]이 유용한 기준이 됩니다.

우선 의료기관이 의료법령에 따라 진료 목적으로 수집하는 개인정보는 환자의 동의 없이 수집·이용할 수 있지만, 진료 목적과 관련이 없는 홍보나 홈페이지 관리, 각종 건강행사 등을 위해 개인정보를 수집하는 경우에는 반드시 정보주체의 동의가 필요합니다. 개인정보를 수집하였다면 진료목적 외의 목적으로 사용하거나 제3자에 제공하려면 반드시 환자에게 정확히 안내하고 별도로 동의를 받아야 합니다.

이 때 진료과정에서 수집하는 개인 정보는 진료기록부, 간호기록부 등에 환자의 동의 없이 수집되는데, 이러한 민감정보들을 개인식별요소를 제거한 가명정보 형태로 어디까지 활용할 수 있는가가 논란이 됩니다. 2020년 1월에 이른바 데이터 3법의 하나로 개정 개인정보보호법이 통과 되었는데, 여전히 활용범위와 관련하여서는 논란이 되고 있습니다.

 **[잠깐 생각해]** 네트워크 병원의 경우 A라는 지점에서 진료를 받고 같은 명칭을 사용하는 네트워크 소속 병 의원들에서 재진료를 받기 위해 진료 기록 및 개인정보를 A로부터 공유받아 수집 보관할 수 있는지?

네트워크 병원은 동일한 상호로 여러 병원 지점들을 두는 병원형태인데, 최근에 유디치과 사건으로 논란이 되었습니다. 의료법에서는 의료인은 다른 의료인으로부터 진료기록의 내용확인이나 환자의 진료경과에 대한 소견 등을 송부할 것을 요청받은 경우에는 해당 환자나 환자 보호자의 동의를 받아 송부하여야 한다고 규정합니다. 네트워크 병원도 각각 별도의 조직이라고 보아서 A라는 지점에서 다른 지점으로 진료정보를 제공하기 위해서는 환자의 동의를 받아야 합니다.

최근에 병원에서 자기 정보와 관련하여 문제되는 것은 CCTV설치 문제입니다. 우선 개인이 통행하는 데에 제한을 받지 않는 공개된 장소의 경우에는 정보주체가 알아보기 쉬운 장소에 설치 목적 및 장소, 촬영 범위 및 시간, 관리책임자의 성명(직책) 및 연락처를 기재한 안내판을 설치하는 방법으로 CCTV를 설치할 수 있습니다. 예컨대 응급실 내 음주환자, 조식폭력배 등이 진료 중 의료인에게 폭언이나 폭행, 응급실의 각종 장비의 파손 사례가 있는 경우, 접수창구, 대기실, 복도와 같이 환자 및 보호자가 비교적 제약 없이 출입할 수 있는 공개된 장소에서는 범죄예방 등의 목적으로 위 안내판을 설치한 후 CCTV를 설치할 수 있습니다. 다만 이 경우도 CCTV를 통해 녹음까지 하려면 별도의 동의를 받아야 합니다.

문제는 비공개된 장소, 예컨대 진료를 목적으로 하여 특정인만 출입이 가능한 진료실, 수술실, 처치실, 상담실 등의 경우입니다. 이에 대해서는 무자격자의 대리수술로 인한 환자 사망 사건이 계속 발생하면서 수술실 CCTV 설치 의무화법안 까지 발의되는 등 아직까지 계속 논쟁 중에 있습니다. 결론이 나기 전까지는 진료실 등에 CCTV를 설치하려면 최소한 환자나 보호자의 동의가 필요하다고 설명하고 있습니다.

## 11 | 피해를 구제받을 권리

의료사고 분쟁이 발생할 경우 병원 측으로부터 각종 검사나 영상 등의 진료 기록을 신속히 입수하는 것이 제일 먼저 해야 할 일입니다. 그러나 설사 진료 기록을 다 입수하더라도 의료사고 분쟁은 복잡하고 전문적이어서 일반인들이 피해를 쉽게 구제받기가 힘든 것이 사실입니다. 법원에서 입증 책임을 완화하고는 있지만 아직까지 병원 측의 과실을 환자가 직접 입증해야 하는 것이 원칙이어서 고도의 전문성을 요구하는 의료 분야에서 환자가 의사를 상대로 한 소송에서 이기기란 쉽지 않습니다. 신해철씨 사고로 다시 의료분쟁에 대한 합리적 방안이 논의 되고 있지만 방안이 쉽지 않습니다.

그럼 어떻게 해야 할까요. 의료사고가 중하지 않으면 일단은 한국의료분쟁조정중재원(의료중재원)을 이용하는 것이 비용이 거의 들지 않기 때문에 현재로서는 제일 쉽게 접근할 수 있는 구제 방안입니다. 한국의료분쟁조정중재원(의료중재원)은 '의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률'에 따라 2012년 4월 8일 보건복지부 산하로 문을 연 기관입니다. 그러나 피해자가 조정을 신청해도 병원이 거부하면 조정 자체에 들어갈 수 없는 등 운영상 한계가 있어서 이에 대한 법 개정이 계속 논의되고 있습니다.

이 밖에 의료분쟁 발생시 피해구제기관으로 한국소비자원(1372, <http://www.kca.go.kr>)이 있습니다. 소비자 보호법이 개정되어 업무 대상에 분쟁 의료 부분이 포함되면서 1999년부터 한국소비자원도 의료행위와 관련된 분쟁을 접수하여 처리하고 있습니다.


#### 의료분쟁 발생시 피해구제기관

한국의료분쟁조정중재원(1670-2545, [www.k-medi.or.kr](http://www.k-medi.or.kr))

한국소비자원(1372, [www.kca.go.kr](http://www.kca.go.kr))

한편 2014년 10월 공정거래위원회는 병원 표준약관을 개정하면서, 의료분쟁이 발생했을 경우 환자가 피해구제와 분쟁조정 등을 신청할 수 있는 대상기관으로 한국의료분쟁조정중재원과 한국소비자원을 규정했습니다.

만일 이들 기관에서 조정이 되지 않을 경우 피해자는 개별적으로 민사소송을 제기하거나 형사고소를 할 수 밖에 없습니다. 의료사고 손해배상 소송은 1심 기준으로 2010년 876건에서 2017년 1885건으로 계속 증가하는 추세인데, 소송과정에서 진료기록부 분석 등 전문적인 영역이 많아서 가급적 이를 감당할 능력을 갖춘 전문 변호사의 도움을 받으시는 것이 좋습니다.

 [집안 편집] '여호와의증인'인 무수혈 요구 환자가  
수술 중에 사망한 경우

무수혈 수술은 수술과정에서 남의 피를 받지 않는 수술이다. 종전에는 여호와의 증인 등 일부 신도들이 종교 신념에 따라 고집하는 수술 방식으로 여겨졌는데, 최근에는 수혈의 부작용과 위험을 고려하여 요구하기도 한다. A씨는 여호와의 증인 신도로 평소 타인의 피를 수혈하는 타기수혈을 받지 않겠다는 종교적 신념을 갖고 있었다. A씨는 오른쪽 고관절을 인공관절로 대체하는 수술을 받기 위해 3곳의 대학병원에 무수혈 수술을 받을 수 있는지 문의했다. 하지만 “출혈량이 많아 수혈이 불가피하고, 수술 방법이 어렵다”는 이유로 거부당했다. 하지만 A씨를 진료한 J대학교 정형외과 의사 이모씨는 같은 병원 혈액종양내과에 무수혈 수술이 가능한지 문의한 끝에 가능하다는 답변을 받고 수술을 하기로 마음먹었다. A씨는 수술 전 수혈을 원하지 않고, 모든 피해에 대해서는 병원과 담당 의료진에게 만·형사상 책임을 묻지 않겠다는 책임면제각서를 병원에 제출했다. 그러나 수술과정에서 많은 양의 출혈이 있었고, 지혈이 되지 않아 A씨는 결국 사망했다.

이 사건에서 대법원은 “환자의 나이, 지적 능력, 가족관계, 수혈 거부라는 자기결정권을 행사하게 된 배경과 경위 및 목적, 수혈 거부 의사가 일시적인 것인지 아니면 상당한 기간 동안 지속되어온 확고한 종교적 또는 양심적 신념에 기초한 것인지, 환자가 수혈을 거부하는 것이 실질적으로 자살을 목적으로 하는 것으로 평가될 수 있는지 및 수혈을 거부하는 것이 다른 제3자의 이익을 침해할 여지는 없는 것인지”등 제반 사정을 종합적으로 고려하여 환자가 정상적으로 자기결정권을 행사하였다면 A씨의 의사를 존중해 수혈을 하지 않은 것은 정당하다고 판결하였다.

제1정  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2정  
일기 쉬운 국민건강보험제도

제3정  
민영보험 현명하게 활용하기

제4정  
환자의 권리와의 의무

제5정  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

## 12 | 응급의료를 받을 수 있는 권리

모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다. 국내에 체류하고 있는 외국 인도 또한 같다(응급의료에 관한 법률 제3조).

우선 응급의료종사자는 업무 중에 응급의료를 요청받거나 응급환자를 발견하면 즉시 응급의료를 하여야 하며 정당한 사유 없이 이를 거부하거나 기피하지 못합니다(제6조 제2항). 기본적으로 의료법에서 의료인은 정당한 이유 없이 진료를 거부하지 못한다고 정하고 있는데, 만일 이 조항을 위반하는 경우에는 의료법보다 더 강하게 처벌하고 있습니다. 왜냐하면 응급환자의 경우에는 생명·신체에 중대한 위험이 발생할 가능성이 높기 때문입니다.

응급의료거부죄의 주체는 모든 의료인은 아니고 '업무 중에 있는 응급의료종사자'에 국한됩니다. 쟁점은 응급의료를 거부할 수 있는 '정당한 사유'의 범위인데, 구체적 사정에 따라 다릅니다.

### [집안 판례]

#### • 응급의료를 거부할 수 있는 '정당한 사유'에 해당한다는 사례

: 의사가 타병원에서 응급초치받은 후 이송되어 온 뇌손상환자에 대하여 수술 후에 집중 치료할 중환자실의 병상이 없다는 이유로 타 병원으로의 전원을 권유한 경우 정당한 이유 없이 진료를 거부하였거나 구급환자에 대한 응급처치를 시행하지 아니하였다고 볼 수 없다(서울고법 1992. 5. 12. 선고 90구7601 판결)

#### • 응급의료를 거부할 수 있는 '정당한 사유'에 해당하지 않는다는 사례

: 동맥이 절단되어 피를 흘리는 구급환자에 대하여 동맥접합수술이나 저혈성 쇼크에 대비하여 헤모글로빈 수치 측정 등의 검사를 한 후 수혈을 하는 등 필요한 조치를 취하지 아니한 채 다른 병원으로 돌려보낸 경우 정당한 이유가 없다(대법원 1994. 10. 11. 선고 94도1669 판결)

응급의료종사자는 응급환자가 의사결정능력이 없는 경우 법정대리인에게 설명을 한 후 동의를 얻어야 하지만, 그것이 여의치 않을 상황이면 의료인 1명 이상의 동의를 얻어 응급의료를 할 수 있습니다.

반대로 응급의료종사자의 응급의료 과정보도 보호하고 있습니다. 법에서는 “누구든지 응급의료종사자의 응급환자에 대한 구조·이송·응급처치 또는 진료를 폭행, 협박, 위계, 위력, 그 밖의 방법으로 방해하거나 의료기관 등의 응급의료를 위한 의료용 시설·기재·의약품 또는 그 밖의 기물을 파괴·손상하거나 점거하여서는 아니 된다”라고 정하고, 이를 위반할 경우 단순 폭행 죄보다 강하게 처벌하고 있습니다.

국가 및 지방자치단체에 대하여도 책임을 부과합니다. 법에서는 “국가 및 지방자치단체는 응급환자의 보호, 응급의료기관등의 지원 및 설치·운영, 응급의료종사자의 양성, 응급이송수단의 확보 등 응급의료를 제공하기 위한 시책을 마련하고 시행하여야 한다(제13조)”고 정하고 있습니다.

대표적인 제도가 “응급의료비 대불제”입니다. 이 제도는 갑자기 몸이 아파 병원 응급실을 찾았다가 병원비가 없을 경우 국가에서 응급 진료비를 대신 지불하고 1년 내에 환자에게 상환 받는 제도입니다. 이 제도는 응급증상으로 진료 받은 경우에만 가능합니다. 응급증상에 해당되지 않으면서 응급실을 이용했다는 이유만으로는 이용할 수 없습니다. 또한 진료비 지불능력이 없는 경우에 이용할 수 있지, 지불능력이 있는 경우에는 이용하실 수 없습니다.

응급의료비 기준은 의료관의 응급실 등에서 진료를 받기 시작한 날부터 그 증상이 완화되어 응급의료가 종료될 때까지 발생된 진료비입니다. 대납된 비용은 최장 12개월까지 분할 납부가 가능하며, 만약 환자 본인이 지불 능력이 없을 경우 배우자나 부모, 자녀 등 상환의무자가 납부하면 됩니다.

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
일기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

이용방법은 응급실 창구 직원에게 환자의 신분을 확인시킨 후 응급의료비 대불 제도 이용 의사를 밝히고 ‘응급의료비 미납확인서’를 작성하면 됩니다. 이후 병원에서는 건강보험심사평가원에 진료비를 청구하고, 건강보험심사평가원은 환자 주소지로 진료비 상환 청구서를 발송하게 됩니다. 이용자는 퇴원 후 건강보험심사평가원으로부터 진료비 상환 청구서를 받고 환자본인 또는 직계 혈족 등이 은행이나 지정된 계좌로 납부하면 됩니다.

다만 이 제도를 안내해야 할 병원측은 응급의료비 대불제를 꺼리는 편입니다. 왜냐하면 이 제도를 이용하면 진료비가 입금되는 데 최소 두 달 이상이 걸리기 때문입니다. 그렇지만 알아두면 급할 때 유용하게 사용할 수 있습니다.

## 13 | 이용자의 의무

### ① 진료협력의무

의료인과 환자측 사이에는 질병의 치료를 목적으로 하는 의료계약이 성립하는 경우, 의료인은 환자에 대하여 자신이 가진 모든 의료지식과 의료기술을 동원하여 환자를 진료할 의무 등을 부담하고, 환자 또한 전문가인 의사의 의견을 존중하여 정밀검사의 실시, 약제의 복용 등과 같이 의사가 진료상 행하는 지시를 충실히 따라야 하는 협력의무를 집니다. 만일 환자측이 협력의무를 위반한 경우 의료인에게 그 책임을 물을 수 없거나 배상액 산정에서 과실 상계되어 감액될 수 있으므로 감안하셔야 합니다.

### ② 고지의무

환자측은 의사에게 자기의 질병, 증세, 병력, 체질 등 당해 진료에 필요한 사항을 숨김없이 사실대로 알려야 하는 고지의무를 부담합니다. 만일 환자측이 고지의무를 위반한 경우 의료인에게 그 책임을 물을 수 없거나 배상액 산정에서 과실 상계되어 감액될 수 있습니다.



### ③ 부정한 방법으로 진료를 받지 않을 의무

환자는 진료 전에 본인의 신분을 밝혀야 하고, 타인의 명의로 진료를 받는 등 거짓이나 부정한 방법으로 진료를 받아서는 안됩니다.

### ④ 진료비 지불 의무

환자는 자신이 받은 진료에 대한 비용을 지불할 의무가 있습니다. 진료를 받았으니 진료비를 내는 것은 당연한 말 같은데 간혹 진료비와 관련한 법적 분쟁이 발생하기도 합니다. 대표적인 경우가 의료기관에서 환자측의 의사를 무시하고 무리하게 또는 부당하게 진료를 계속한 경우입니다.

최근의 흥미로운 사건으로는 이른바 '세브란스 김할머니 존엄사' 사건에서의 진료비 분쟁 사건이 있습니다. 할머니에 대해서 존엄사 절차가 진행된 이후 병원과 유족들간에 누가 진료비를 부담하느냐를 둘러싸고 소송이 제기된 것입니다. 법원은 연명치료중단판결이 송달된 때까지 발생한 진료비 약 500만원은 정당한 의료계약에 따른 진료행위이므로 환자측이 진료비를 지급할 의무가 있지만, 환자측이 치료중단의사를 밝힌 이후부터는 진료계약이 해지된 것이므로 유족들이 나머지 진료비 약 8,000만원을 지급할 의무가 없다고 판시하였습니다(서울서부지법 2014. 3. 26. 선고 2011가단 62048판결).



제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
일기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?

## [잠깐 짚어보기] 의사의 환자에 대한 진료비 채권도 소멸시효가 있을까요?

의사의 환자에 대한 진료비 채권도 소멸시효가 적용되고, 소멸시효기간은 민법 제 163조에 따라 3년입니다. 그렇다면 3년의 소멸시효는 언제부터 시작될까요?

법원은 “특약이 없는 한 그 개개의 진료가 종료될 때마다 각각의 당해 진료에 필요한 비용의 이행기가 도래하여 그에 대한 소멸시효가 진행되고, 장기간 입원 치료를 받는 경우라 하더라도 다른 특약이 없는 한 입원 치료 중에 환자에 대하여 치료비를 청구함에 아무런 장애가 없으므로 퇴원시부터 소멸시효가 진행된다고 볼 수는 없다”고 판결하고 있습니다(대법원 1998. 2. 13. 선고 97다47675 판결)

### 실손의료보험(실손보험)에 가입할 경우 주의할 점

많은 분들이 각종 질병, 상해에 대한 의료비를 보장해 준다는 이유로 실손보험에 가입하고 있습니다. 하지만 실손보험도 가입할 때 주의할 점이 있습니다.

(1) 보험상품인 만큼 보장 내역을 꼼꼼히 살펴야 합니다. 실손의료보험이 모든 비급여 항목을 보장하는 것은 아니기 때문인데요. 병원 치료 후 보험금 청구가 거절되는 사례도 상당히 많습니다.

대표적으로 대부분의 보험사들은 한방의 비급여 진료행위와 처방은 치료목적 여부를 판단하기가 쉽지 않다는 이유로 보장해주지 않고 있습니다. 그 밖에 쌍꺼풀 수술, 코성형수술, 유방확대·축소술, 지방흡입술, 주름살제거술, 안경, 콘택트렌즈를 대체하기 위한 시력교정술 등은 외모개선 목적의 수술이라는 이유로 보장대상에서 제외하는 상품이 많습니다. 그리고 자해 등 본인이 고의로 피해를 발생시킨 경우나 암벽등반, 스쿠버다이빙 등 위험한 스포츠를 하다가 발생한 상해, 비만이나 요실금, 선천성 뇌질환, 임신 및 출산 등과 관련된 의료비도 보장하지 않습니다. 따라서 가입 전 실손의료보험의 ‘비보장 대상’을 따져 보고 각 상품들을 비교해 보는 것이 좋습니다.

(2) 실손보험에 가입할 때 보험사별 실손보험 보험료를 비교해서 결정하는 것이 좋습니다.

보험료를 비교할 수 있는 방법

손해보험협회(kpub.knia.or.kr)	공시실-상품비교공사-실손의료보험-보험료비교공시
생명보험협회(pub.insure.or.kr)	공시실-상품비교공사-실손보험-실손보험료 공시
보험다모아	www.e-insmarket.or.kr

(3) 실손보험은 계속 갱신되면서 보험료가 증가하기 때문에 나이가 들면 보험료가 엄청난 금액이 되는 구조라는 점을 항상 염두에 두어야 합니다.

그래서 40세 전후에는 1~2만원에 불과하여 우습게 보이던 실손보험료가 갱신시마다 보험료가 계속 증가하여 노후에는 감당이 안되는 상당한 금액이 되게 됩니다. 이런 문제점 때문에 정부는 노후실손의료보험 출시를 허용하였지만, 가입기준이 높아 가입이 안 되는 경우가 많고 설사 가입이 되어도 적용범위도 좁기 때문에 한계가 있습니다. 만일 보험료가 많이 올랐다면 동일한 상품을 갱신하지 않고 다른 상품으로 바꾸는 것도 하나의 방법입니다. 그러나 장기적으로는 일부 상위층을 제외하면 노후의료비를 실손보험으로 해결한다는 것이 쉽지 않기 때문에, 결국은 국민건강보험의 강화로 이 문제를 해결하는 것이 제일 좋은 방법입니다.

(4) ‘특약 끼워팔기’를 조심하셔야 합니다.

대부분의 실손보험 가입자들은 실손보험료로 매우 비싼 보험료를 부담하고 있습니다. 금융위원회의 발표에 의하면 실손보험가입자들은 월보험료로 7~10만원 정도를 부담하고 있다고 합니다. 사실 7~10만원이 모두 실손의료보험료는 아닙니다. 실손의료보험으로 가입하지만 실제로는 온갖 특약상품을 끼워져 있기 때문인데요. 문제는 주보험료보다 특약보험료에 거품이 낀 경우가 많은 반면, 막상 특약상품의 혜택을 보는 경우가 그리 많

지 않다는 점입니다. 따라서 실손보험을 가입할 때 주계약이 무엇이고 특약이 무엇인지를 구분하신 후, 불필요하게 각종 특약이 끼워져 있는 상품인지를 따져보시는 것이 좋습니다. 특약이 들어가게 되면, 보험료부담도 늘어날뿐 아니라, 만일의 경우 보험을 정리해야할 경우 난감해집니다. 왜냐하면 나중에 특약만 선별적으로 해약하고 싶어도 불가능한 경우가 많기 때문입니다. 굳이 필요하다면 단독형 실손의료보험에 가입하는 것을 알아 보는 것이 좋습니다.

**(5) 질병의 기왕력이 있는데도 가입해준다고 좋은 보험은 아니고, ‘부담보 조치’가 있는지를 살펴봐야 합니다.**

부담보 조치란 기왕력이 있어 보험가입을 승인하더라도, 해당 기왕력 및 관련 합병증에 대해서는 보험금 지급 범위에서 제외시키는 것을 말합니다. 예로 고혈압이 있을 경우, 실손보험에 가입시 고혈압을 부담보 조치 후에 가입시키는 경우가 많습니다. 이때 고혈압을 부담보조치한다는 것은 고혈압 뿐 아니라, 고혈압과 관련된 합병증(뇌혈관질환, 심장질환 등)으로 의료이용을 하더라도 보장을 해주지 않는 것을 말합니다. 따라서 고혈압환자가 보험에 가입하는 이유의 핵심이 고혈압으로 인한 의료비 걱정일 텐데 이를 부담보해버리면, 그런 보험은 가입하나 마나 되는 셈입니다. 기왕력 질환에 대한 부담보 여부는 보험사마다 각각 차이가 있으니 이를 자세히 살펴보고 가입을 결정하여야 합니다.

**(6) 보험계약은 보험설계사와 하는 것이 아니라 보험사와 계약한다는 점을 명심해야 합니다.**

보험가입자들이 보험에 가진 가장 큰 불만은 애초에는 모두 다 보장해준다고 설명을 들었는데 실제로는 이런저런 이유로 보장이 안 되는 것이 너무 많다는 것입니다. 그럴 수밖에 없는 것이 보험설계사들은 보험보장내용을 자세히 설명하지 않고, 다 보장해주는 것처럼 설명합니다. 일반적으로 보험설계사들도 약관의 구체적인 내용을 제대로 숙지하고 있는 경우가 드뭅니다. 단지 보험사에서 교육받은 대로 설명을 해줄 뿐입니다. 따라서, 보험사 광고나 보험설계사의 내용은 약관보다는 실제로 과장되어 있다는 점을 명심할 필요가 있습니다. 그래서 약관의

내용을 자세히 설명해줄 것을 요구하고, 보험설계사의 설명을 녹취해두는 것이 나중에 분쟁발생시 도움이 됩니다.



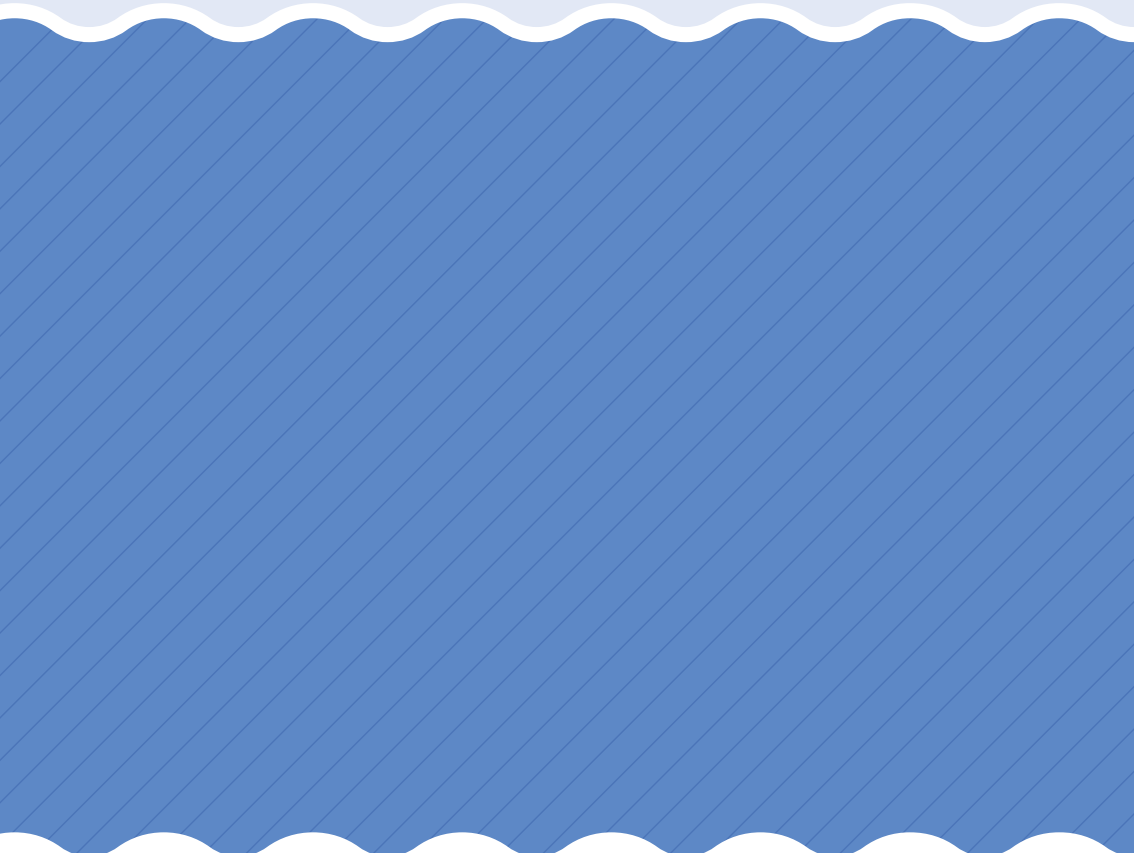
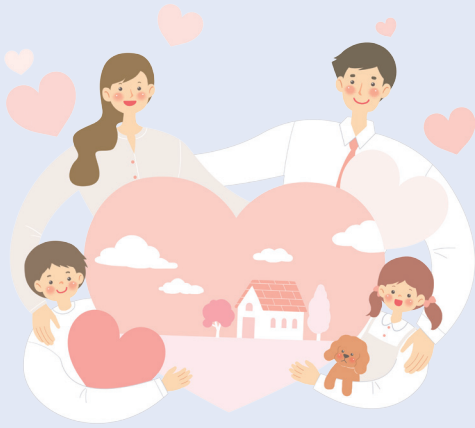
제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
알기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현영하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?





# 의료급여 제도를 알고 계시나요?

1. 의료급여란 무엇인가요?
2. 의료급여 수급신청
3. 의료급여는 1종과 2종으로 나뉘지고 혜택에 차이가 있어요
4. 의료급여 수급자는 어떻게 병원을 이용할까요?



## 의료급여 제도를 알고 계시나요?

### 1 | 의료급여란 무엇인가요?

우리나라의 의료보장은 '국민건강보험'과 '의료급여'의 2개 층으로 되어 있습니다. 국민건강보험은 국민들이 낸 보험료를 중심으로 운영되는 제도인 반면, 의료급여는 저소득층의 의료이용을 보장하기 위하여 국가와 지방자치단체가 국민의 세금으로 운영하는 제도입니다.

모든 국민은 건강을 누리고 필요할 경우 의료서비스를 이용할 권리가 있습니다. 반면, 국가는 모든 국민에게 이를 보장해야 할 의무가 있습니다. 의료급여제도는 이와 같은 취지에서 만들어진 제도입니다. 즉, 의료급여는 국민의 권리를 보장하기 위한 제도입니다.

의료급여제도의 경우 수급자 자격은 시·군·구와 같은 지방자치단체에서 담당합니다. 그러나 의료급여 재정 관리와 병의원에 의료비를 지급하는 업무는 국민건강보험공단이 맡고 있으며, 심사는 건강보험심사평가원에서 맡고 있습니다.

### 2 | 의료급여 수급신청

#### (1) 의료급여 수급자는 어떤 사람인가요?

의료급여 수급자는 「국민기초생활보장법」에서 정하는 소득인정액이 의료급여 선정기준 이하이고, 가족의 부양을 받을 수 없거나, 부양무자(1촌 이내의 직계혈족 및 그 배우자)가 있어도 부양을 받을 수 없는 사람과 행려환자(일정한 거소가 없는 사람으로서 경찰관서에 무연고자로 확인된 사람)입니다.

그 외에 이런 사람들도 의료급여 수급자입니다



- 노숙인 (노숙인지원법)
- 이재민 (재해구호법)
- 의사자 및 의사자의 유족(의사상자 예우에 관한 법률)
- 국내에 입양된 18세 미만의 입양아동(입양촉진 및 절차에 관한 특별법)
- 국가유공자 및 그 가족(국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률, 독립유공자 예우에 관한 법률)
- 중요무형문화재 보유자 및 그 가족(문화재 보호법)
- 탈북주민(새터민)와 그 가족(북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률)
- 5·18 민주화운동 관련자 및 그 유족(5·18 민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률)

## (2) 의료급여는 어떻게 신청하나요?

의료급여는 대상자가 신청을 해야만 지원받을 수 있는 제도입니다. 자격 요건에 해당되어도 신청하지 않으면 받을 수 없습니다. 근처 동주민센터에 가서 신청하시면 되고, 대부분 14일 이내 지원여부를 통보받습니다. 그러나 대상에 따라 길게는 1개월 정도 소요됩니다(부양의무자 등 확인 심사에 걸리는 시간에 따라 소요시간 달라집니다).

### [참관] 의료급여 신청 시 필요한 서류는 무엇인가요?

급여신청은 본인이 직접 거주지 읍·면·동주민센터에 신청하시거나 친족 및 기타 관계인이 신청할 수 있습니다. 또한 사회복지 전담공무원(민간 사회복지사 등)이 직권신청 가능합니다. 대리 신청 시, 위임장등의 서류가 따로 필요하지는 않지만, 미비 서류가 없도록 갖추어야 할 서류를 꼼꼼히 챙기셔야 합니다.

- ※ 제출 서류
  - 부양의무자조사표, 소득확인서, 임대차계약서(전·월세 계약서 및 무로임대확인서 등 재산확인), 금융거래정보제공동의서, 진단서 등

### 3 | 의료급여는 1종과 2종으로 나뉘지고 혜택에 차이가 있어요

#### (1) 1종과 2종의 구분

##### ① 1종 의료급여 수급권자

「국민기초생활 보장법」에 의한 수급권자 중에서 아래에 해당하는 자를 말합니다.

- 근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 보건복지부 장관이 정하는 자만으로 구성된 세대의 구성원
  - 18세 미만, 65세 이상, 중증장애인
  - 국가유공자 3급 이상의 상이등급 해당자
  - 질병·부상 또는 그 후유증으로 치료 또는 요양이 필요한 사람 중에서 근로능력평가를 통하여 시장·군수·구청장이 근로능력이 없다고 판정한 사람
  - 임신중에 있거나 분만 후 6월 미만인 임신부로만 구성된 경우
  - 병역의무를 이행중인 자
  - 장기요양 1~5등급 판정자
  - 20세 미만의 중·고교 재학생(재학증명서 첨부)
  - 타 가구원을 양육·간병·보호하는 수급권자
  - 거동이 곤란한 가구원 등으로 인하여 6월 이상의 보호가 필요한 세대원을 간병
- 국민기초생활보장법에 의한 보장시설에서 급여를 받고 있는 자(시설입소자)
- 의료급여 특례, 자활급여 특례 중 의료급여 1종 수급권자
- 보건복지부장관이 정하여 고시하는 등록결핵질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자 및 중증질환(암환자, 중증화상환자) 등록자

##### ② 2종 의료급여 수급권자

국민기초생활보장 수급권자 중 의료급여 1종 수급권자 기준에 해당되지 않는 자

## (2) 수급자 본인이 부담해야 하는 금액은 어떻게 되나요?

구분	1차(의원)	2차 (병원, 종합병원)	3차 (상급 종합병원)	약국	PET 등	
1종	입원	없음	없음	없음	-	없음
	외래	1,000원	1,500원	2,000원	500원	5%
2종	입원	10%	10%	10%	-	10%
	외래	1,000원	15%	15%	500원	15%

단, 보건복지부 장관이 고시하는 경증질환으로 종합병원 이상급 기관을 이용하는 경우 약국 비용 총액의 3%에 해당하는 금액(정률제 부담)

### ① 외래 본인부담

1종 수급권자의 경우 다음과 같은 사람들에게는 본인부담금이 면제됩니다.  
그 외의 의료급여 수급자들에게는 외래이용 시 본인부담금이 있습니다.

#### 본인부담금 면제대상

##### • 당연적용

18세 미만인 자, 행려환자, 등록 결핵질환자, 등록 중증질환자, 등록 희귀질환자 및 등록 중증난치질환자, 선택의료급여기관 적용자

##### • 신청에 의한 적용

(의료급여기관 외래진료 본인일부부담 면제신청서 제출시 적용)  
20세 이상 재학자, 임산부, 가정간호대상자

의료급여 수급권자에게는 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소) 이용 시 본인부담금 없습니다. 이는 1종, 2종 구분 없이 마찬가지입니다. 그러나 건강보험 비급여 서비스 비용은 환자가 전액부담 해야 합니다.

### ② 입원 본인부담

의료급여 1종 수급자는 입원 시 본인부담금이 면제됩니다. 의료급여 2종 수급자는 건강보험 급여비용 중 10%를 환자가 부담해야 합니다. 자연분만 산모와 6세 미만 아동 입원 시 본인부담금은 면제됩니다. 비급여 서비스

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
일기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

의료급여 제도를 알고 계시나요?

비용은 환자가 전액 부담합니다.

1, 2종 모두 식사종류별(일반식, 치료식, 멸균식 등) 식대의 20%를 수급권자 본인이 부담합니다. 행려자, 6세미만 아동, 자연분만 산모의 경우 식대 본인부담금이 면제됩니다. 암 등 중증질환자 본인부담금은 10%였으나 2009년 12월 1일부터는 5%로 낮아졌습니다.

### ③ 약국 본인부담

약국은 1종, 2종과 관계없이 병원에서 받은 처방전으로 약을 구입할 경우 500원의 비용이 듭니다. 다만, 선택병원제를 하고 있는 의료급여 1종 수급자의 경우 500원이 면제됩니다. 의사의 처방전 없이 약국에서 '직접 조제'로 약을 먹는 경우 900원의 본인부담을 해야 합니다.

## 4 | 의료급여 수급권자는 어떻게 병원을 이용할까요?

의료급여 수급자는 건강보험과 달리 의료이용을 하는 절차에 여러 가지 제도가 복잡하게 되어 있습니다. 따라서 이를 잘 고려하실 필요가 있습니다. 의료급여수급권자는 제2차 의료급여기관(의원급)에 의료급여를 우선 신청하여야 하며, 상위기관의 진료가 필요한 경우 의료급여의뢰서를 발급받아 단계적으로 진료를 받을 수 있습니다(발급 후 7일 이내 해당 의료기관에 제출). 이와 같은 절차를 따르지 않을 경우 의료급여 혜택을 받지 못하고 비용의 일부 또는 전부를 환자가 부담해야 하는 불이익을 받을 수 있습니다(단, 응급·분만 등의 특수한 상황에서는 단계별 절차와 상관없이 의료급여를 받을 수 있습니다).

## 의료급여 수급자 의료이용 절차



### (1) 의료급여일수 및 연장신청

#### ① 의료급여일수란

의료급여일수란 의료급여 수급권자가 병원 및 약국을 이용함에 있어서 의료급여 혜택을 받을 수 있는 법적으로 정해진 일수를 말하며, 연 단위로 적용됩니다(건강보험의 경우에는 급여일수 제한을 받지 않습니다). 의료급여 일수를 초과하여 병원이나 약국을 이용할 경우 발생한 비용의 전액을 환자가 부담해야 합니다. 따라서 의료급여 수급권자가 연간 의료급여를 받을 수 있는 일수를 초과하게 될 경우 '연장신청'을 해야 합니다. 연장신청은 '연장승인신청서' 외에 '선택의료급여기관 신청서'에 본인이 이용하고자 하는 선택의료급여기관을 정해서 읍·면·동에 제출해야 합니다.

#### ② 의료급여일수를 계산하는 방법

의료급여일수를 계산하는 방법은 매년 1월 1일부터 12월 31일까지의 '입원일수, 복약일수(병원에서 처방받은 처방전으로 약국에서 받은 약의 투약일수), 약에 대한 처방 없이 외래로 의료급여를 받는 경우의 급여일수'를 합하여 산정합니다.

$$\text{의료급여일수} = \text{입원일수} + \text{외래일수(약처방 없는 경우)} + \text{복약일수}$$

※ 매년 1월 1일부터 12월 31일까지

시민들에게는 건강권이 있습니다. 제1장  
 일기 쉬운 국민건강보험제도 제2장  
 민영보험 현영하게 활용하기 제3장  
 환자의 권리와 의무 제4장  
 의료급여 제도를 알고 계시나요? 제5장

### [잠깐!] 의료급여일 계산의 예

김길동 할아버지는 오랫동안 당뇨를 앓고 있어, 다니던 A의원을 방문하여 다음날부터 복용 할 7일 처방을 받았고, 같은 날 시장에서 B의원이 관절염을 잘 낮게 한다는 이야기를 듣고 B의원을 방문하여 같은 관절염으로 그날부터 복용할 7일 처방을 받았습니다. 그리고 그날 약국에 가서 처방대로 약을 조제 받았습니다.

#### 의료급여 일수

= 입원일수(0일) + 외래일수(1일) + 복약일수(14일) = 15일

※ B의원 외래일수는 포함되지 않음. 당일부터 약을 복용하므로 약 복용일과 중복되기 때문

### ③ 법으로 정해져 있는 의료급여 일수

1년에 수급권자가 의료급여를 받을 수 있는 상한일수는 ① 등록 희귀난치성질환 또는 등록 중증질환, 당뇨병 등 11개 고시질환(만성질환)은 각 질환별 연간 365일이고, ② 그 외 기타질환에 대해서는 모두 합산하여 연간 365일입니다. 위 일수를 초과하면 의료급여 혜택을 받을 수 없으므로, 자신의 급여일수를 관리해야 합니다.

#### 의료급여 일수를 별도로 산정하는 희귀난치질환

희귀난치성질환 헬프라인(<http://helpline.cdc.go.kr>)에서 확인할 수 있습니다.

### ④ 급여일수 연장 신청

급여일수 만기통보는 건강보험공단에서 급여일수가 180일 이상 되는 의료급여 수급권자에게 분기별로 1회 알리며, 급여일수가 300일 이상 되는 의료급여 수급권자에게는 매월 1회 알리고 있습니다.

급여일수 연장신청은 동주민센터에 ‘급여일수 연장신청서’를 제출하시면 됩니다. 본인이 거동이 불편하거나, 정신질환 등으로 방문신청이 곤란한 경우, 의료급여

수급권자의 법정대리인이 신청할 수 있으며, 법정대리인이 없을 경우 담당 공무원을 통한 직권신청이 가능합니다. 시설수급권자의 경우, 연장승인신청서를 작성하여 시설장에게 제출하면, 시설장은 연장승인신청서의 의견서란에 의견을 기재한 후 날인하여 시·군·구에 제출하면 됩니다.

연장승인신청은 질환군별 상한일수를 초과하기 전에 신청해야 합니다. 단, 천재지변, 응급증상 등 객관적인 사유로 인하여 연장승인 신청이 어려운 경우에는 상황이 종료된 시점부터 14일 이내에 신청할 수 있습니다. 연장승인신청서에는 진료담당의사가 환자상태(병력, 증상 등) 및 연장사유(상세 설명)를 반드시 기재해야 합니다.

등록 중증질환, 등록 희귀·중증난치질환, 만성고시질환은 각 질환별 상한일수 도달 시 90일까지 1회 연장이 가능하고(총 455일), 일반질환에 대해서는 모두 합산하여 상한일수 도달 시 90일씩 2회 연장이 가능합니다(총 545일).

## (2) 건강생활유지비란?

정부가 의료급여 1종 수급권자에게 외래 이용 시(※ 입원 시 사용 못함) 사용하는 비용으로 1인당 매월 6천원을 지원하는 제도입니다.

건강생활유지비는 본인부담면제자, 2종 수급자, 급여 제한자는 지원이 되지 않습니다.

이 돈은 수급권자에게 현금으로 지급되지 않으며, 수급권자 개인별로 건강보험공단의 가상계좌에 매월 1일 입금이 됩니다. 단, 1년 동안 건강생활유지비를 사용하고도 남은 금액은 현금으로 지급됩니다. 가상계좌는 통장처럼 개인이 관리할 수 없으므로 현금인출이나 다른 목적으로 사용할 수 없습니다.

## ① 사용 방법

병원을 이용할 때 의료급여 수급자가 별도로 지참해야 할 것은 없습니다. 의료급여증이나 주민등록증만 있으면 됩니다.

입원할 경우에는 건강생활유지비를 사용할 수 없습니다. 의료급여 1종은 입원 시 본인부담금이 면제되기 때문입니다. 외래진료를 받게 되면 가상계좌에서 아래의 금액만큼 본인부담금이 차감됩니다.

### 1회 외래이용 시 차감 금액

- 의원: 1,000원
- 병원, 종합병원: 1,500원
- 대학병원: 2,000원
- 약국: 처방조제 500원, 직접조제 900원

만일 건강생활유지비를 모두 사용하여 잔액이 없는 경우 병원에 가면 위의 금액만큼 환자가 직접 비용을 내야 합니다. 따라서 외래나 약국 이용 시 본인의 잔액을 확인해 두어야 합니다. 잔액은 본인이 알 수 없으므로 의료기관이나 약국을 통해 문의해야 합니다.

## ② 건강생활유지비가 남으면 현금으로 받을 수 있습니다

1년 동안 입금된 총액 72,000원 중에서 병의원 외래를 덜 이용하여 잔액이 남게 되면, 다음 년도 4월 이전에 수급권자가 가지고 있는 통장 계좌에 현금으로 입금됩니다.

## (3) 선택병의원제도란?

수급자 본인이 선택한 1~2개의 의료급여기관을 차기연도 말까지 이용하도록 하는 제도입니다. 1종 수급권자가 선택병의원제도를 이용하는 경우 본인부담금



을 내지 않아도 되는 장점이 있습니다(2종 수급자는 본인부담금이 면제되지 않습니다). 의료급여 수급자 중 원하는 사람은 누구나 선택병의원을 정해둘 수 있지만(자발적참여자), '조건부 연장승인대상자'는 선택병원 지정이 강제됩니다(당연적응자).

### ① 선택의료기관을 신청하는 방법

당연적응자는 질환군별 급여상한일수가 초과하기 전에 “의료급여일수연장승인신청서”와 “선택의료급여기관신청서”를 관할 읍·면·동장에게 제출해야 하고, 자발적 참여자는 수급자가 원할 때 신청하면 됩니다. 의료급여 환자 본인이 거동불편, 정신질환 등으로 방문신청이 곤란한 경우 수급권자의 보호자가 신청할 수 있으며, 그것도 힘들 경우 담당공무원이 대신 신청할 수 있습니다.

### ② 선택병의원 및 본인부담 여부

대상별 선택병의원 지정범위 및 본인부담

대상	범위	본인부담
일반질환 자발적 참여자, 당연적응자	의원급 중 1곳	면제
일반 환자 중 복합질환 만성질환자	의원급 중 1곳을 정한 후 의료급여심의회 승인에 따라 의원, 병원, 종합병원 중 1곳 추가 가능	면제
희귀난치성 질환자	1차 선택병의원 지정은 1~3차 의료기관 중 1곳, 2차 선택병의원 지정은 1~2차 의료기관 중 1곳	면제
당연지정자, 자발적참여자, 복합질환 만성질환자	별도로 치과의원과 한의원 선택 가능	일부 본인부담

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
얼기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

의료급여 제도를 알고 계시나요?  
제5장

- ※ ①일반질환 자발적 참여자: 만성질환자나 희귀난치성 질환자가 아닌자로 스스로 선택병의원제도에 참여하겠다고 신청한 자
- ②당연적응자: 의료급여일수 초과로 인해 선택병의원을 의무적으로 정해야 하는 사람
- ③복합질환 만성질환자: 정신 및 행동장애(간질포함), 신경계질환, 고혈압성 질환, 간의 질환(만성비리러스간염포함), 당뇨병, 호흡기결핵, 기타 만성폐쇄성폐질환, 대뇌혈관질환, 두개내손상, 갑상선의 장애, 심장질환 등 11개 만성고시질환을 포함하여 6개월 이상 지속적으로 진료가 필요한 질환

### ③ 선택병의원 정할 때 유의할 점

건강생활유지비 6,000원이 나오지 않습니다. 다른 의료급여기관으로 진료의뢰 시 선택의료급여기관에서 의료급여의뢰서 발급받아 이용해야 합니다. 의뢰서 없이 선택한 의료급여기관이 아닌 타 기관 이용 시에는 진료비 전액을 환자가 직접 부담해야 합니다. 응급상황이 발생하거나 장애인 보장구를 지급받고자 하는 경우에는 제2차 또는 제3차 의료급여 기관을 이용할 수 있으며, 이 경우 본인부담금은 면제됩니다.

자발적 참여자는 본인의 신청에 의하여 선택의료급여기관 이용에서 탈퇴가 가능합니다. 다만, 그 해에는 선택병의원을 새롭게 지정할 수 없습니다. 만성질환 등이 없는 일반 의료급여수급자의 경우 선택의료기관으로 1차 의원급 밖에 이용할 수 없으며 다른 진료가 필요할 경우 의뢰서를 받아가야 하는 등의 불편함이 있습니다. 또한 한의원이나 치과 진료 시 본인 부담이 있으므로 자발적으로 선택의료기관을 신청할 경우에는 선택병의원제로 인해 본인에게 불이익이 발생하지 않도록 신중해야 합니다. 선택병의원을 정하는데 있어서 상담 또는 도움이 필요한 경우 거주하고 있는 시·군·구청의 의료급여관리사의 도움을 받을 수 있습니다.

## (4) 의료급여 본인부담 경감제도

### ① 본인부담보상제, 본인부담상한제

본인부담보상제는 의료급여 수급자가 매 30일 기준으로 비급여 비용을 제외한 의료급여 비용중 외래, 입원, 약국에서 사용한 본인부담금이 기준액을 넘으면, 초과금액의 50%를 되돌려주는 제도입니다.

### 의료급여 환자의 본인부담금보상제

구분	본인부담금 보상제
1종	환자부담액 중 비급여를 제외한 금액이 매30일간 2만원 초과한 경우 초과 금액의 50%를 보상
2종	환자부담액 중 비급여를 제외한 금액이 매30일간 20만원 초과한 경우 초과 금액의 50%를 보상
절차	지급안내문을 받은 후 신청서를 작성해서 시장·군수·구청장에 신청

본인부담상한제는 일정한 기간 동안 비급여 비용을 제외한 입원, 외래, 약국에서 부담한 본인부담금이 일정 기준액을 초과하면 초과한 비용 전액을 되돌려주는 제도입니다.

### 의료급여 환자의 본인부담 상한제

구분	본인부담 상한제
1종	매 30일간 5만원을 초과한 경우 초과금액 전액
2종	연간 80만원을 초과한 경우 초과금액 전액
절차	- 병원에 돈 낸 경우 영수증 첨부하여 시군구청장에 신청 - 지급 안내문 받으면 신청서를 시군구청장에 제출

본인부담 보상제 기준	본인부담 상한제 기준
<p><b>* 1종 수급자</b> - 매 30일간 2만원을 초과한 경우, 초과금액의 50% 보상</p> <p><b>* 2종 수급자</b> - 매 30일간 20만원을 초과한 경우, 초과금액의 50% 보상</p>	<p><b>* 1종 수급자</b> - 매 30일간 5만원 초과한 경우, 초과금액 전액</p> <p><b>* 2종 수급자</b> - 연간 80만원을 초과한 경우, 초과금액 전액. 다만, 요양병원에 240일을 초과하여 입원하는 경우 연간 120만원으로 함 (본인부담금 보상제를 선 적용한 후 본인부담금이 일정 수준(상한 기준액)을 초과한 경우)</p>

### **[중요!!!]** 본인부담보상제와 본인부담상한제 모두 해당될 경우 어떻게 되나요?

우선, 본인부담보상제가 먼저 적용됩니다. 그리고 나서 보상된 금액을 제외한 본인부담액을 대상으로 본인부담상한제에 적용을 하게 됩니다.

예를 들어 보겠습니다. 어떤 의료급여 2종 환자가 입원하여 첫 달에 100만원, 두 번째 달에 60만원의 본인부담금이 나왔다고 합시다(비급여 비용 제외). 그대로라면 160만원의 본인부담금이 됩니다. 그런데 여기에 본인부담금 보상금 제도를 먼저 적용해 보면, 첫 달에는 20만원을 초과하는 80만원에 대하여 50%를 보상받게 되니 40만원을 보상받고, 두 번째 달에는 같은 계산으로 20만원을 보상받게 됩니다. 이렇게 두달간 60만원을 보상받게 되면 실제 내가 내는 금액은 총 100만원이 되고, 여기에 본인부담상한제를 적용하면, 80만원만 내고 20만원은 되돌려 받게 됩니다.

## ② 의료급여 대불금 제도란?

2종 의료급여수급자가 입원진료 시(외래진료 해당 안 됨) 법정 본인이 부담하는 금액이 20만원을 초과할 경우 초과하는 금액의 일부 또는 전부를 본인의 신청에 의하여 국가에서 대불하는 제도입니다. 단, 비급여는 제외되고 대불금 상환은 무이자로 대출합니다.

※ 의료급여 1종 수급자의 경우 입원진료 시 본인부담금이 면제이기 때문에 의료급여 대불금을 신청할 수 없습니다.

### 신청절차

병원에서 대불신청서 작성 → 시·군·구청에 접수 → 대불승인서 발급 →  
병원이 심평원에 심사 청구 → 심평원이 병원에 진료비 지급 → 수급자가  
나중에 대불금 상환

### 상환방법

대불받은 수급권자나 그 부양의무자가 거주지를 관할하는 시장·군수·구청장에게 의료비용을 대불한 날부터 3월이 경과한 달의 말일부터 3개월 마다 같은 액수로 분할 상환합니다.

- 대불금액이 10만원 미만은 3회
- 대불금액이 10만원 이상 30만원 미만은 8회
- 대불금액이 30만원 이상인 경우에는 12회

### [잠깐!] 의료급여 대불금 제도, 실효성이 떨어지는 이유

의료급여 대불금 제도는 비급여 비용을 제외하고 있기 때문에 사실상 제도로서의 실효성이 떨어집니다. 기왕 국가에서 의료급여 2종 수급자에 대하여 본인부담금을 심사를 거쳐 빌려준다면, 비급여 비용까지 빌려줄 수 있어야 합니다. 또한 1종 수급자의 경우에도 입원시 비급여 비용에 대하여 환자가 전액 부담하므로, 1종 수급권자에게도 의료급여 대불금 제도를 이용할 수 있도록 해야 합니다.

### ③ 중증환자 및 희귀·중증난치질환자 등록

건강보험에서는 불의의 사고나 뇌혈관질환, 진료비 본인부담이 높은 암, 중증질환자나 희귀난치성질환에 대해 본인 부담금을 경감해 주는 ‘본인 일부부담금 산정 특례 제도’를 시행하고 있는데, 의료급여 수급권자에 대해서는 추가로 보호하고 있습니다.

#### ○ 지원대상

- 의료급여 수급권자 중 중증질환자(중증암환자, 중증화상환자, 뇌혈관질환자, 중증외상환자), 희귀·중증난치질환자, 결핵질환자에 대하여 본인부담을 경감해 주는 제도입니다.

## ○ 지원내용

- 급여비용에 대한 본인부담 면제, 1종 수급권자 자격 부여(등록기간동안 근로능력평가 유예), 의료급여 절차 제외(단계별 의료급여 절차를 거치지 않고 바로 제2차 또는 제3차의료급여기관에 의료급여 신청 가능) 등
- 뇌혈관·심장질환자·중증외상환자는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 본인부담 면제혜택만 부여됩니다.

## ○ 등록절차

- 의료급여기관에서 발급받은 '의료급여 산정특례 등록신청서'를 시·군·구·읍·면·동에 제출(방문, 팩스, 우편), 뇌혈관·심장질환자·중증외상환자는 적용기간이 짧은 점을 감안하여 별도 등록 없이 지원이 가능합니다.

## ○ 적용기간

구분	희귀·중증난치질환	결핵	중증암	중증화상	뇌혈관질환	심장질환	중증외상
적용대상	산정특례 등록 희귀·중증난치질환자	산정특례 등록 결핵환자	산정특례 등록 암환자	산정특례 등록 화상환자	고시 해당상병 수술·약제 투여·급성기 입원 뇌혈관 질환자	고시 해당상병 수술·약제 투여 심장질환자	ISS 15점 이상으로 권역외상 센터에 입원한 중증외상 환자
특례기간	5년	등록 시작일~ 치료 종료시	5년	1년 (6개월 연장)	최대 30일 (입원·외래)	최대 30일 (입원·외래) 복잡선천성 심기형 및 심장이식 60일	최대 30일

제1장  
시민들에게는 건강권이 있습니다.

제2장  
알기 쉬운 국민건강보험제도

제3장  
민영보험 현명하게 활용하기

제4장  
환자의 권리와 의무

제5장  
의료급여 제도를 알고 계시나요?









1. 각종 의료비 지원제도(2020년 기준)
2. 서울시 주요 공공보건의료 정책

# 부 록

## 1 | 각종 의료비 지원제도(2020년 기준)

### (1) 긴급복지지원제도

#### ◦ 긴급생계지원제도

이 제도는 정부가 운영하는 것으로 사망, 질병, 화재 등 갑작스러운 위기상황으로 생계유지가 곤란한 저소득층에게 생계, 의료, 주거서비스 등 필요한 복지 서비스를 신속하게 제공하여 위기상황에서 벗어날 수 있도록 지원하는 제도입니다.

#### ◦ 지원대상

지원 대상은 갑작스러운 위기사유로 인하여 생계유지가 곤란한 자로, ① 위기사유와 ② 소득 및 재산기준에 적합해야 합니다.

### ① 위기사유

- 주소득자의 사망, 가출, 행방불명, 구금시설 수용 등으로 소득원이 없는 때
- 중한 질병 또는 부상을 당한 때
- 가구구성원으로부터 방임, 유기되거나 학대 등을 당한 때
- 가정폭력 또는 가구구성원으로부터 성폭력을 당한 때
- 화재 등으로 거주하는 주택, 건물에서 생활하기 곤란하게 된 때
- 그밖에 보건복지가족부가 정하여 고시하는 경우

### ② 소득 및 재산기준

- 소득 : 기준 중위소득 75%(2020년 기준 1인가구 131만8000원, 4인가구 356만 2000원)
- 재산 : 대도시 1억8,800만원 이하, 중소도시 1억1,800만원 이하, 농어촌 1억100만원 이하
- 금융재산 : 500만원 이하(단, 주거지원은 700만원 이하)

## ○ 지원내용

구분	지원내용	지원금액	지원횟수
주 급 여	생계	1개월 생계유지비 가구원수에 따른 차등지급 1인가구 454,900원 2인가구 774,700원 3인가구 1,002,400원 4인가구 1,230,000원 5인가구 1,457,500원	최대 6회
	의료	각종 검사, 치료 등 의료서비스 지원 (약제비, 본인부담금 및 비급여항목)	300만원 이내 최대 2회
	주거	임시거주 주거제공, 주거비용 지원	지역, 가구원수에 따른 차등지급 대도시 1~2인 387,200원, 3~4인 643,200원, 5~6인 848,600원

구분	지원내용	지원금액	지원횟수	
주 급 여	사회 복지 시설 이용	사회복지시설 입소 또는 이용서비스 제공	가구원수에 따른 차등지급 1인가구 535,900원 4인가구 1,450,500원	최대 6회
	교육	초·중·고 수업료 지원	초등학생 221,600원 중학생 352,800원 고등학생 432,200원 및 수업료, 입학료	최대 2회 주거지원 가구의 교육지원은 4회
	연료비	동절기(10월~3월) 지원	월 98,000원	최대 6회
	해산비	출산 지원	70만원(쌍둥이 140만원)	1회
	장제비	장례비 지원	80만원	1회
	전기요금	단전시 연계된 전기료 지원	50만원	1회

## ○ 문의

동주민센터 및 보건복지부 상담센터(129)

## (2) 서울형 긴급복지 지원제도

### ○ 소득 및 재산기준

소득 : 기준 중위소득 85%(2020년 기준 1인가구 149만3,615원, 4인가구 403만 6,798원)

재산 : 2억 5,700만 이하

금융재산 : 1,000만원 이하

## ○ 지원내용

지원 항목	가구 구성원 수				추가 지원	재지원
	1인	2인	3인	4인 이상		
생계비	30만원	50만원	70만원	100만원	1회	1년 (회계연도)
주거비	가구원 수 구분 없이 최대 100만원				없음	
의료비	가구원 수 구분 없이 최대 100만원				1회	
사회복지시설 이용비	돌봄 SOS 센터 돌봄 서비스 이용(최대 152만원)				1회	
	일시 재가	단기 시설	이동지원	주거 편의	식사지원	
	3시간 47,460원 (연 최대 60시간)	1일 57,320원 (연 최대 14일)	60분 14,600원 (연 최대 36시간)	60분 14,600원 (연 최대 8시간)	1식 7,200원 (연 최대 30식)	
교육비	초(221,600원), 중(352,700원), 고(432,200원, 수업료+입학금)				없음	
기타	연료비 98천 원, 해산비 700천 원, 장제비 800천 원, 전기 요금 500천 원 이내				없음	

## ○ 문의

동주민센터 및 서울시(120)

### (3) 의료비 지원 사업

#### ① 재난적 의료비 지원사업

## ○ 지원질환

(입원) 모든 질환(미용, 성형, 요양병원, 한방생약첨약, 1인실 등 지원제외)

(외래) 중증질환(암, 뇌혈관질환, 심장질환, 희귀질환, 중증난치질환, 중증화상  
질환)

## ○ 지원대상

- (기초생활수급자, 차상위계층) 본인부담의료비 총액이 100만원 초과 시
- (기준중위소득 50%이하) 본인부담의료비 총액이 200만원 초과 시
- (기준중위소득 100%이하) 본인부담의료비 총액이 연소득 15% 초과 시
- (기준중위소득 200%이하) 본인부담의료비 총액이 연소득 20% 초과 시

## ○ 지원내용

- 본인부담상한제 적용을 받지 않는 항목(비급여, 선별급여, 예비급여, 전액본인부담금 등)의 50%를 연간 2천만원까지 지원(개별심사 통해 1천만원 추가 지원 가능) 질환별 입원과 외래진료 일수를 합하여 연간 180일까지 지원

## ○ 문의

국민건강보험공단 고객센터 1577-1000, 보건복지부 상담센터 129

## ② 희귀질환자 의료비 지원사업

### ○ 지원대상

구분	대상기준
건강보험 가입자	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자가구와 부양의무자 가구의 소득 및 재산수준을 조사·평가한 후 지침에서 정한 기준에 합당하여 선정된 자</li> <li>- 질환별 본인부담 의료비 수준의 차이를 감안하여 지원대상자 선정을 위한 소득 및 재산기준을 질환별로 차등적용</li> </ul> <p>*환자가구                      소득: 기준 중위소득 120% 미만                      재산: 대도시 1인가구 212,566,734원, 4인가구 298,666,878원</p> <p>*부양의무자 가구                      소득: 기준 중위소득 200% 미만                      재산: 대도시 1인가구 354,277,890원, 4인가구 497,778,129원</p>
의료급여 수급자 차상위 건강보험 가입자	의료급여 수급자 : 수급자증 차상위 본인부담 경감대상자 : 건강보험증(C, E, F)

## ○ 지원내용

지원내역	지원내역	지원범위	지원대상	지원조건
①요양 급여 본인 부담금	①-1 진료비	해당 질환 또는 그 합병증으로 인한 요양급여 본인부담금	1,038개 질환자	소득 및 재산조사 기준 만족 자
	①-2 만성신장병 요양비	처방전에 의해 복막관류액 및 자동복막투석 소모성재료를 요양기관 외의 의약품 판매업소에서 구입 및 사용한 금액	투석중인 만성신장병(N18) 환자로 신장장애 '장애의 정도가 심한 장애인'을 받은 자 ※기준 장애등급 취득자는 신장장애 2급을 받은 자	소득 및 재산조사 기준 만족 자
	①-3 보조기기 구입비	요양급여분의 본인 부담금	93개 질환자	소득 및 재산조사 기준 만족자로서 장애인등록자
	①-4 인공호흡기 및 기침유발기 대여료	요양급여분의 본인 부담금	103개 질환자	소득 및 재산조사 기준 만족자로서 국민건강 보험공단에서 인공호흡기 대여료 및 기침유발기 대여료를 지원받는 대상자
②간병비	월 30만원	97개 질환자	소득 및 재산조사 기준 만족자로서 지체 또는 뇌병변 '장애의 정도가 심한 장애인' 중 장애정도가 별도의 의학적 기준을 충족하는 자(기준 지체 장애 1급 또는 뇌병변 장애 1급 기준에 준함) *의학적 기준[붙임3]참조 ※기준 장애등급 취득자는 뇌병변 장애 1급 또는 지체장애 1급 등록자	
③특수식이 구입비	· 특수조제분유 : 연간 360만원 이내 · 저단백햇반 : 연간 168만원 이내	28개 질환자	소득 및 재산조사 기준 만족자로서 만 19세 이상 ※만 19세 미만 생일이 속한 달까지는 선천성대사이상검사 및 환아관리지원사업에서 지원가능	

## ○ 문의

보건복지부 상담센터(129), 희귀질환 헬프라인(helpline.nih.go.kr)

## ③ 암환자 의료비 지원사업

### ○ 지원대상

구분	지원대상
성인암 (만18세 이상)	<ul style="list-style-type: none"><li>- 의료급여 수급자 및 차상위 계층(차상위 본인부담 경감 대상자로 건강보험증의 구분자코드 C, E 해당자)</li><li>국가 암검진을 통해 확인된 신규 암환자 및 기수혜자 중 1월 건강보험료 기준에 적합한 자</li><li>원발성 폐암환자로 1월 건강보험료 기준에 적합한 자</li><li>* 건강보험료 기준 직장가입자: 100,000원 이하, 지역가입자: 97,000원 이하</li></ul>
소아암 (만18세 미만)	<ul style="list-style-type: none"><li>의료급여수급자</li><li>건강보험가입자 중 저소득가구</li><li>* 가구소득: 기준 중위소득 120% 미만, 재산: 최고재산액 300% 미만</li></ul>





## ○ 지원내용

구분	지원암종	지원금액
성인암 (만18세 이상)	건강보험가입자 : 위암, 유방암, 간암, 대장암, 자궁경부암, 원발성폐암	- 최대 연속 3년 지원 - 본인일부부담금 연간 최대 200만원
	의료급여수급자, 차상위계층 : 모든 암종	- 최대 연속 3년 지원 - 연간 최대 220만원 (본인일부부담금 120만원, 비급여 본인부담금 최대 100만원)
원발성 폐암	원발성 폐암 : 암세포가 폐에 처음 생긴 암	- 최대 연속 3년 지원 - 건강보험가입자: 본인일부부담금 최대 200만원 - 의료급여수급자, 차상위계층: 본인일부부담금 최대 120만원, 비급여 본인부담금 최대 100만원
소아암 (만18세 미만)	모든 암종	- 만18세미만까지 지원 백혈병: 3천만원 백혈병이외 암종: 2천만원 (단 조혈모세포 이식 시에는 3천만원)

## ○ 문의

지역보건소, 보건복지부 상담센터(129)

### ④ 미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원사업

#### ○ 지원대상

- 미숙아(임신 37주 미만 및 2550g 미만의 출생아) 및 선천성이상아 출산 가정 중 기준 중위소득 180% 이하
- 둘째 아이 이상은 소득 관계 없이 지원

## ○ 지원금액

구분	체중	최대 지원금액
미숙아	재태기간 37주 미만 (2.5kg 이상)	3백만원
	2.0kg ~ 2.5kg 미만	3백만원
	1.5kg ~ 2.0kg 미만	4백만원
	1.0kg ~ 1.5kg 미만	7백만원
	1kg 미만	1천만원
선천성이상아		5백만원

## ○ 문의

지역보건소, 보건복지부 상담센터(129)

## ⑤ 서울시 청각장애인 인공달팽이관 수술비 지원

### ○ 지원대상

서울시에 거주하는 기준 중위소득 100% 이내 청각장애인

- 신규수술: 의료기관이 인공달팽이관 이식 수술이 필요하다고 진단한 청각장애인으로 1965. 1. 1. 이후 출생자
- 재활수술: 최근 3년간(2017. 1. 1. 이후) 인공달팽이관 이식수술을 받은 청각장애인으로 심사를 거쳐 기초생활수급자 및 차상위계층 우선 지원

### ○ 지원내용

인공달팽이관 수술비: 최대 700만원 지원

재활치료비 : 1년차 최대 450만원, 2년차 최대 350만원, 3년차 최대 250만원

### ○ 신청방법

동주민센터 신청(문의 서울시 장애인자립지원과)

#### (4) 주요 민간단체 의료비 지원사업

- \* 사회복지법인 한국심장재단 (<http://heart.or.kr>)
  - 선천성 후천성 심장병, 콩팥이식, 골수이식, 얼굴기형, 기타 질환
- \* 어린이재단 (<http://childfund.or.kr>)
  - 의료비 지원, 의료서비스 지원
- \* 한국백혈병어린이재단 (<http://kclf.org>)
  - 저소득 소아암 어린이에게 매월 항암치료비 지원
  - 조혈모세포이식을 받아야 하는 암 및 재생불량성빈혈 어린이에게 이식 비용 지원
- \* 한국희귀난치성질환연합회 (<http://kord.or.kr>)
  - 희귀난치질환자 의료비 지원사업
- \* 한국근육병재단 (<http://kmdf.or.kr>)
  - 호흡기, 휠체어 보장구, 특수 책걸상 지원 등
- \* 사회복지공동모금회 (<http://chest.or.kr>)
  - 난치병어린이(희귀병, 소아암 등) 의료비 지원, 저소득 노인 의료비 지원, 빈곤가구 의료비 지원, 외국인노동자 의료비 지원
- \* 아름다운재단 (<http://beautifulfund.org>) - 한시적 지원사업
  - 이른둥이 입원치료비/재활치료비 지원사업
  - 재가 치매노인 보조기기 지원사업
  - 친환경 D.I.Y 보조기기 지원사업
- \* 사회복지법인 하트하트재단 (<http://heart-heart.org>)
  - 저소득 의료 및 생계지원
  - 시각장애 및 저시력 아동 및 청소년의 시력회복지원 (각막이식 수술지원, 소아 녹내장 및 백내장, 기타 안과질환)

※ 재단에 따라서는 사회복지관을 통해서만 신청을 받는 경우가 있습니다. 이런 경우는 근처 사회복지관의 협조를 받아 신청해야 합니다.

## 2 | 서울시 주요 공공보건의료 정책

### (1) 서울시 공공보건의료기관 현황

#### ○ 현황

- 13개 시립병원, 총 4,209 병상(2016. 6. 기준)
- 보건소 25개소, 보건분소 17개소, 보건지소 24개소 운영(2019. 7. 기준)
- 25개 정신건강복지센터

	동북	서북	동남	서남
공공병원	서울의료원			보라매병원
노인전문병원	북부병원	서북병원		서남병원
보건소	11	12	13	13



병원명	전화번호	주소	진료과목
어린이병원	02-570-8000	서울시 서초구 현릉로 260(내곡동)	장애아 및 비장애아 전문진료 (소아청소년과, 재활의학과 등 5개과목)
서북병원	02-3156-3000	서울시 은평구 갈현로7길 49 (역촌동 산31-1)	결핵 및 감염병, 노인성질환 전문진료(결핵과, 소아청소년과, 재활의학과 등 12개과목)
은평병원	02-300-8114	서울시 은평구 백련산로 90(응암동)	정신질환자 전문진료 (정신건강의학과, 신경과, 내과 등 7개과목)
서울의료원	02-2276-7000	서울시 중랑구 신내로 156	종합병원 (내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과 등 25개과목)
보라매병원	02-870-2114	서울시 동작구 보라매로 5길 20	종합병원 (내과, 외과, 소아청소년과, 산부인과 등 24개과목)
동부병원	02-920-9114	서울시 동대문구 무학로 124	종합병원 (내과, 외과, 신경과, 비뇨기과 등 16개과목)
북부병원	02-2036-0200	서울시 중랑구 양원역로 38	노인성질환 전문병원 (내과, 신경과, 재활의학과 등 6개과목)
서남병원	1566-6688	서울시 양천구 신정아편1로 20(신정동)	종합병원 (내과, 신경과, 재활의학과 등 21개과목)
장애인치과병원	02-2282-0002	서울시 성동구 마장로 207	장애인 구강 전문진료 (치과, 마취통증의학과)
백암 정신병원	031-332-3194~6	경기도 용인시 처인구 백암면 용천로 71번길 30	정신질환자 전문진료 (정신건강의학과)
축령 정신병원	031-592-6661~4	경기도 남양주시 수동면 외방로 172번길 58	정신질환자 전문진료 (정신건강의학과)
고양 정신병원	031-969-0885	경기도 고양시 덕양구 통일로 1102번길 46	정신질환자 전문진료 (정신건강의학과, 가정의학과)

## (2) 환자안심병원

의료서비스 수준은 높이고 간병 부담을 낮춘 '환자안심병원' 그리고 '포괄간호서비스'

### ○ 환자안심병원이란?

병원 간호 인력이 24시간 제공하는 간호·간병서비스를 통해 환자가 보호자나 간병인의 도움 없이 입원생활을 유지해 나갈 수 있도록 돕는 제도

### ○ 서울시 안심병원 운영병상

서울의료원(400병상), 동부병원(155병상), 북부병원(40병상), 서남병원(50병상), 보라매병원(42병상), 총 687병상(2017년 기준)

### ○ 간병서비스 이용료

환자 누구나 무료로 추가부담 없이 제공되는 간병서비스입니다.

### ○ 대상자 요건

의사가 판단하는 환자는 누구나 이용가능합니다.

소아 및 산모환자, 정신질환자, 장기 재활이 필요한 환자, 중환자실 환자 등 보호자상주가 필요한 환자는 제외됩니다.

### ○ 이용기간

최대 15일까지 이용할 수 있으며 불가피한 경우 의료진 판단에 따라 1주일 연장가능합니다.

### ○ 서비스 내용

1일 24시간 연속적으로 전문 간호 및 기본 간호 서비스 일체를 제공합니다.  
(단, 환자 개인이 사용하는 휴지, 기저귀, 내의 등은 제공되지 않습니다.)

### ○ 문의

서울의료원 환자안심병원 02-2276-7000

### (3) 우리아이 건강관리 의사

- 우리아이 건강관리 의사 사업은 서울시에 거주하는 0~12세 어린이라면 누구나 지역 내 건강관리 의사에게 지속적인 건강상담과 예방적 관리, 건강교육을 받음으로써 튼튼한 청소년으로 성장할 수 있도록 지원하는 사업입니다.

- 예방접종력, 건강검진력, 과거병력, 현재 치료력 등 의료 및 건강정보를 검토 받은 후 아이의 건강문제에 대해 지속적으로 상담을 받을 수 있습니다.
- 필요에 따라 전문·상급 의료기관에 의뢰하거나, 지역사회 내 보건 의료 자원을 연계하는 서비스도 받을 수 있습니다.

#### ○ 우리아이 건강관리 의사, 왜 필요한가요?

- 아이의 출생부터 성장기까지 체계적인 건강관리 서비스와 지속적인 의료돌봄을 지원받아 평생건강 기틀을 마련할 수 있습니다.
- 등록 전, 서울시 홈페이지(health.seoul.go.kr)에서 참여하는 보건소 및 사업에 대한 자세한 정보 등을 확인하실 수 있습니다.

#### ○ 우리아이 건강관리 의사, 어떻게 만날 수 있나요?

- 서울시 거주하는 0~12세 어린이 누구나 보호자가 동의할 경우 신청할 수 있습니다.
  1. 동네 「건강관리 의사」의료기관이나 보건소를 방문하여 아이의 건강관리 등록을 신청합니다.(연중수시)
  2. 동의서(건강검진 결과 등 정보제공 및 활용동의서 등), 기초·사전설문지를 작성하여 제출합니다.
  3. 건강관리 의사를 만나 아이의 건강증진, 각종 예방, 의료상담 등을 받습니다.

#### (4) 아동 치과주치의

- 서울시 '학생 치과주치의사업(4학년)'과 시·교육청의 '학생구강검진사업(1·2·3·5·6학년)'을 하나의 전산시스템으로 통합, 전 학년에 대한 연속성 있는 구강건강 관리사업
  - 서울시 '학생 치과주치의사업'은 영구치아 배열이 완성되고 구강건강 행태 개선 효과가 높은 초등학교 4학년 학생에게 예방 중심의 치과진료를 지원해 충치를 예방하고 평생 치아건강을 돕는 사업입니다. '12년 전국 최초로 시행해 현재까지 21만 명의 4학년 학생이 서비스를 이용하며 학생과, 학부모들의 큰 호응을 얻고 있습니다.
  - 학생이 시 치과의료기관 중 희망하는 곳에 예약방문하면 구강위생검사, 구강보건교육(칫솔질·치실질, 바른식습관, 불소이용법), 불소 도포, 학생의 구강상태에 따라 단순치석제거, 치아홈메우기, 방사선 파노라마 촬영까지 무료로 지원합니다.
  - 서울시교육청 '학생구강검진사업'은 1·2·3·5·6학년 학생들이 시교육청 협업 치과에 방문하면 구강검진을 해주는 서비스입니다.
- 서울시 초등학생 누구나 언제, 어디서든 구강 검진결과를 확인하고, 어떤 진료가 필요한지, 관리는 어떻게 해야 하는지 확인 가능하고, 구강검진 후 중요한 사후관리(검진 시기 알림, 개인 맞춤형 구강보건 콘텐츠)도 맞춤형으로 무료 제공
  - 2020년 3월부터 2개구(동작구·중랑구)에서 시범운영을 시작으로 연내 단계별로 확대해 내년 서울시 전역에서 실시한다는 계획입니다.

#### (5) 세이프 약국

- 세이프 약국은 세밀하고 이용하기 편리한 건강관리 프로그램을 동네 약국에서 받는다는 의미



- 약력관리, 자살예방 게이트키퍼, 금연 프로그램 제공
- 세이프 약국으로 지정된 약국을 지속적으로 이용하는 경우, 상담 및 관리 서비스 제공

○ 포괄적 약력관리

- 원하는 주민에 대해서 개인에 대한 약력관리 및 상담 실시, 특히 5가지 이상의 약물복용자 또는 2개 이상의 복합적 만성질환을 앓고 있는 시민을 중점대상으로 정해 약력관리 유도

○ 자살예방 게이트 키퍼

- 지역주민 중 급격한 감정 변화를 나타내거나 삶에 대한 부정적인 하소연을 하는 등의 자살 고위험군을 세밀하게 살펴서 건강한 삶에 대한 지지와 필요한 경우 보건 복지서비스를 연계 지원

○ 금연클리닉 연계 사업 실시

- 지역내 흡연자에 대한 금연의지를 높일 수 있도록 자치구 보건소의 금연클리닉과 연계해 금연지지 활동 실시



### 집필진 »

김정숙 (前 건강세상네트워크 소수자건강권 팀장)  
이상훈 변호사 (서울사회복지공익법센터)  
전기영 변호사 (서울사회복지공익법센터)

### 자문위원 »

김대희 (인도주의의사실천협의회 사무국장 / 인천성모병원 응급의학과 교수)  
김슬기 (인천시공공의료지원사업단 상임연구원)  
김재천 (건강세상네트워크 / 운영위원)  
김정연 (前 삼성의료원 간호사)  
최종호 (국제결핵연구소 연구이사)

### 참고문헌 »

강주성 (대한민국병원사용설명서, 프레시안 북, 2008)  
김창보 외 (시민을 위한 의료급여 건강보험 이용안내, 도서출판 밭, 2009)  
조경애 (상식으로 알아야 할 국민건강보험, 2010)  
건강세상네트워크 홈페이지  
[www.konkang21.or.kr](http://www.konkang21.or.kr)  
건강세상네트워크 환자권리정보 홈페이지  
<http://www.healthright.kr/v2/>  
국민건강보험공단 홈페이지  
[www.nhis.or.kr](http://www.nhis.or.kr)  
건강보험심사평가원 홈페이지  
[www.hira.or.kr](http://www.hira.or.kr)  
보건복지부 홈페이지  
[www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr)  
서울시청 홈페이지  
[www.seoul.go.kr](http://www.seoul.go.kr)

---

서울시민들을 위한

# 알기쉬운 복지법률시리즈

제1편 건강권

---

발행일	2020. 11. 1.
발행처	서울시복지재단
발행인	홍영준
편집인	김도희
주소	서울시 마포구 백범로 31길 21
전화	1670-0121
팩스	02-6353-0459
홈페이지	<a href="http://www.welfare.seoul.kr">www.welfare.seoul.kr</a>
디자인인쇄	[사회적기업 · 장애인기업] 스킨프린팅그룹(주) 02-2285-3366
I S B N	978-89-6298-639-6

