

I. 서론

1. 연구의 목적

전국민대상 국민건강보험의 도입(1989), 급격한 인구의 고령화 등으로 국민의 건강에 대한 관심이 증가하면서 의료이용이 증가하고, 이에 따라 의료분쟁 발생이 증가하고 있다. 의료분쟁은 의사의 진료상의 주의의무위반이나 설명의무 위반에 의하여 발생할 수 있으나 의사의 과실이 없음에도 불구하고 불가항력적인 경우에도 의료분쟁이 발생할 수 있다. 또한 의료기관의 대형화와 새로운 의료기술의 개발에도 불구하고 의료분쟁은 날로 증가하는 추세를 보이고 있다¹⁾.

그러나 의료분쟁에 대한 제도적 대책은 정비가 늦어지고 있어 불필요한 사회적 갈등과 비용을 유발하고 있다. “인체에 대한 침습(侵襲)”을 수반하는 의료행위는 본질적으로 리스크를 지니고 있으며 환자의 기대수준 상승, 의료인력의 부족에 따른 노동강도, 불가항력적 사고(특이체질, 예방접종 등)의 존재와 함께 진료거부권이 없는 의료기관 및 의료인력을 보호하기 위한 제도적 장치가 필요하다. 의료분쟁에 대비한 장치로는 피해구제기금의 적립, 분쟁처리기구(ADR)의 활성화, 의료배상책임보험의 활용 등이 검토될 수 있다. 그러나 '90년대부터 논의된 의료분쟁 관련법률은 사회적 합의의 부족으로 현재까지 표류하고 있으며 의료법상의 분쟁조정제도, 자생적인 보험제도는 그 활용이 극히 미흡하다.

한편 의료배상보험이 활성화된 선진국의 경우에도 동 보험은 높은 손해율과 보험요율의 급등, 보험사의 시장철수 등 위기상황을 겪은 바

1) 장기이식, 복잡한 수술 등의 첨단기술을 사용하는 시술행위가 증가할수록 새로운 진단 및 치료테크놀로지의 복잡성은 항상 부작용을 부수적으로 가지고 있으며 의료기관의 대형화에 따른 상업적 경쟁, 환자와의 관계소의 등도 의료분쟁의 증가요소로 지적할 수 있다.

있으며 사법제도의 개혁, 정부의 시장개입 등 보험제도에 대한 정비가 주요이슈로 자리잡고 있다. 의료선진국이라는 미국에서 의료과오로 인한 사망자가 매년 48,000~98,000명이며 이들 중 상당부분이 예방가능한 과오²⁾라는 보고서가 발표된 바 있으며 영국, 일본 등에서도 의료사고에 대비한 시스템 개선이 지속적으로 추진되고 있다.

미국, 일본, 유럽 등 국가의 의료과오 문제에 대한 대처방안은 환자 안전 문화(patient safety culture)의 형성에 중점을 두고 있다. 즉, 사고 보고제도의 확립(동 보고제도에는 의료사고가 발생한 건 이외에도 발생 우려가 있는 의료시설, 시술 등에 대한 폭 넓은 정보를 제공)을 통하여 의료리스크의 총량관리와 의료사고의 사전예방에 필요한 조치의 강구토록 하며 국립환자안전재단(National Patient Safety Foundation)과 같은 단체를 통한 민간부분의 노력이 병행되고 있다. 이는 환자안전을 강조하는 리더쉽, 조직내 협조체계, 의료과오에 대한 의사소통의 개방성 등 안전에 대한 조직문화의 개선이 결여된 채 각종 최신 과학기술, 의료장비와 컴퓨터와 소프트웨어 등 첨단 정보기술 체계의 구축만으로는 '예방가능한 의료과오(preventable medical errors)의 감소'라는 목적을 달성할 수 없기 때문이다³⁾.

이상을 감안, 본 연구에서는 의료리스크의 특성과 의료리스크의 관리방안을 선진국의 사례를 통해 분석하고 현재 논의가 진행되고 있는 의료분쟁조정법(가칭)의 보험관련 입법방향과 의료배상보험의 활성화방안을 제시하는데 목적을 두고 있다.

2) 1999년 미국 국립의학연구소(IOM : Institute of Medicine), 이 보고서에 의하면 미국내에서 의료과오로 인한 사망은 보수적인 수치를 적용한다고 하더라도 교통사고에 의한 사망(43,458명), 유방암(42,297명), 에이즈(16,518명)보다 높으며, 미국인 사망원인 중 8위에 해당한다고 한다.

3) Weeks and Bagian, 2000 ; Aron et al ; Walshe, 2002 ; Nieva, et al. 2003

2. 선행연구

가. 보험관련 연구

이경주(1995)는 대리인모형을 사용하여 역방향의 도덕적 위험의 이유로 피보험자인 의사에게 심각한 문제일 경우 담보범위가 상대적으로 넓어지는 경향을 보인다는 의견을 제시하고 있다. 선진국들의 시장실패 극복경험 및 우리나라의 실패경험 등을 고려하면 의료사고 배상책임보험의 공급에 있어서는 상대적으로 보상한도를 높이고 사고경험을 요율에 반영하는 비율을 낮추는 것이 상품으로서의 성공가능성을 크게 만들 수 있다.

김정동(1996)은 판결 전 협상에 관한 이론적 모형을 제시하고, 의료사고에 관한 데이터를 사용하여 이론적 모형에 관한 실증분석을 하였다. 이론적 모형에서는 피고는 재판결과에 대한 정확한 정보를 가지고 있고, 원고는 그에 관한 확률분포만 가지고 있으며, 협상이 진행됨에 따라 원고는 재판결과에 대한 정보를 얻어서 확률분포의 폭을 줄여나간다. 기대판결금액이 낮은 피고는 협상비용을 신호비용(signaling cost)으로 지불하는 대가로 자신이 소유하고 있는 정보를 원고에게 드러내어 낮은 합의금액을 유도하고 있다. 협상의 당사자들이 비용이 많이 드는 협상을 계속하는 이유는 협상과정에서 유용한 정보를 얻거나 주기 위해서이다.

신동호, 차일권(1998)은 의료사고에 따른 보험금 고액화의 가능성이 높고 피보험자인 의료관계자의 보험료의 증가로 보험가입이 기피될 우려가 있어서 의사배상책임보험의 도입이 필요한 시점에서 그 활성화를 위해서는 의사배상책임보험의 강제보험화나 공제제도와 병행, 보험회사간 공동운영, 원활한 손해사정을 위한 절차와 기구 설립 등의 제도화 측면에서의 보완이 필요하다는 의견을 제시하고 있다. 보험사업자 입장

에서도 과거의 의사배상상품의 부진을 거울삼아 보험사고와 담보범위의 합리적 규정, 의사의 명예와 신용을 고려한 보험회사와 피해자의 화해 시 피보험자의 사전동의 요건화, 적절한 보상한도액과 합리적 보험요율의 설정, 의료직위험의 언더라이팅과 손해사정상의 전문지식에 대한 노하우 집적 등을 통해 발전시켜 나갈 필요가 있다고 제시하였다.

김정화(1998)는 의료사회학적 관점을 통해 의료사고와 분쟁에 관한 사회과학적이고 체계적인 접근과 분석을 시도하였다. 의사들은 의료분쟁과 관련된 의료사고의 원인을 의료가 가지고 있는 불확실성에서 찾고 있는 반면, 환자들은 의사들의 태만내지는 부주의에서 의료사고의 원인을 찾고 있다.

의료분쟁은 본질적으로 의료의 질에 대한 불신이 저변에 자리잡고 있다. 의사들이 본질적으로 내재하고 있는 불확실성에 대한 부인, 자율적인 자기규제의 실패, 그리고 기존의 지배적인 의사-환자 관계 유지에 대한 집착은 의사에 대한 불만과 신뢰하락을 가져옴으로써 의료사고가 분쟁으로 연결되는 결과로 나타나고 있는 것이다. 의료사고와 의료분쟁과 관련된 어떠한 정책이든 반드시 고려해야 할 사항은 의사들이 태만이나 부주의에 의한 의료과오를 예방할 수 있어야 한다고 주장하였다.

이정호(2003)는 의료배상책임보험의 위기에 대비하기 위해 새로운 방안을 제시하고 있다. 첫째, 의사소유보험회사로서, 이들은 의사나 의료업계에 의해 설립되고 이들과 깊은 관계를 맺으며, 일반적으로 회사의 정책은 의사들로 구성된 이사회에서 결정되고 있다. 따라서 의사소유보험회사들은 의사들의 이해관계를 가장 잘 대변해줄 수 있는 리스크관리방안이 될 수 있다. 둘째, 의료보상기금으로서, 이들은 각 지방자체단체에서 의료서비스 활동율이 50%를 상회하는 의료서비스제공자들에게 의무적으로 기본적인 보상한도의 의료배상책임보험이나 공제에 가입할 것을 요구한다. 의료보상기금은 이들 의료서비스 제공자의 의료사고로 인한 의료배상책임이 기본적인 보상한도를 초과하는 경우를 대비한 리스크관리방안으로서 그 초과액을 지불하게 된다고 하였다.

나. 의료사고 및 의료분쟁에 대한 인식⁴⁾

1) 의사의 인식

의료사고에 대한 의사들의 인식을 조사한 연구로는 보스크(Bosk, 1979)의 패젯(Paget, 1988) 그리고 로젠탈(Rosenthal, 1995)과 필딩(Fielding, 1995)의 연구가 있다. 보스크(1979)의 연구에 의하면 의사들은 수련의들에 의하여 행해진 의료사고를 하나의 학습과정으로 여기고 있다. 그는 임상에서 지속적으로 직면하게 되는 불확실성에 대하여 어떻게 행동하는 것이 적절한 것인지를 학습하는 것이 수련의들이 습득해야 되는 것임을 발견하였다. 그러므로 의사들은 의료사고를 자연스러운 과정으로 인식하게 되는 것이다.⁵⁾ 패젯(1988)의 연구에 의하면 의사들은 자신들의 의료행위에서 발생하는 실수를 예외적인 것으로 인식하기 보다는 일반적이고 보편적인 것으로 인식하고 있다고 한다⁶⁾.

로젠탈(1995)의 연구에 의하면 의료사고에 대하여 의사들이 보이는 반응을 7가지로 요약할 수 있다. 영구적인 불확실성, 불가피한 실수, 취약성의 공유, 이해와 용서, 무비판의 규범, 엄청난 실수, 전문가적 판단의 배타성 등으로 표현하고 있으며, 의사들은 자신이 행하는 의료행위의 많은 부분들이 불확실하고 많은 위험으로 채워져 있다고 주장하였다. 특히, 많은 의사들이 '상황', '인간적 한계', '환자와 질병이 가지고 있는 특성', '조직적 문제', '의사의 개인적 문제와 피로', '훌륭한 의사가 나쁜 치료법을 선택한 경우' 등과 같은 요소들이 의료행위에 내재하고 있는 불확실성을 증가시키는 역할을 하고 있다고 주장하였다⁷⁾. 필딩

4) 이인영, “의료분쟁조정의료분쟁조정법(안) 및 쟁점사안”, 2002년 9월, 의료제도발전특별위원회 발표자료

5) Bosk, M.1979, Forgive and Remember : Managing Medical Failure, Chicago : University of Chicago Press

6) Paget, M, 1998. The Unity of Mistakes, Philadelphia : Temple

7) Rosenthal, Marilyn, 1995. The Incompetent Doctor : Behind Closed

(1995)에 의하면 의사들은 불확실성이 존재할 수 밖에 없는 생의학을 기초로 하는 의료행위 그 자체가 예측불가능성으로 채워져 있다고 보며, 그렇기 때문에 그로 인한 의료사고는 의사들의 책임과 무관한 것이라는 주장이 가능하다고 본다⁸⁾.

이러한 연구결과들은 의료행위의 불확실성이 의사들 간에 보편적으로 받아들여지고 있고, 의료과오를 포함한 의료사고는 아주 자연스러운 것으로 인정하는 형태를 의사들이 가지고 있음을 보여주고 있다. 의사들은 의료사고를 생각할 때 의료가 가지고 있는 불확실성, 불가피한 상황, 그리고 내재하고 있었던 위험들을 강조하면서 진료행위의 불가피한 변이들을 인정한다. 전문직 구성원들이 매일매일 불확실성을 직면하고 있고, 구성원들 모두가 사고나 실수에 취약한 상황일 경우 상호 비판하지 않는다는 규범 즉, 침묵의 음모가 의료사고에 대한 의사들의 자연스러운 반응임을 이해할 수 있다.

2) 환자의 인식

환자의 관점에서 의료사고와 관련된 쟁점들을 다루는 논문은 거의 없다. 메이와 스텐젤(May and Stengel, 1990)의 연구에 의하면 환자들은 즉시 분쟁에 들어가지 않고 자신들이 처해있는 현실을 사회적으로 재구성하는 데 상당한 시간이 필요하며, 이 재구성의 과정 동안에 주위의 친구와 가족들이 중대한 영향을 미치게 된다.⁹⁾ 이머샤인과 브렌트(Imershein and Brents, 1992)는 의료사고를 분쟁으로 가져가는 환자들의 기초적인 동기는 경제적인 보상이 아니라 의료사고를 일으킨 의사에 대한 보복이나 의료과오를 저지른 의사의 의료행위의 저지가 가장 중요

Doors, Philadelphia : Open University Press

8) Fielding, Stephen, L, 1995, "Changing Medical Practice and Medical Malpractice Claims", *Social Problem* 42:38-55

9) May, M and D, Stengel, 1990, "Who Sues Their Doctor? How patient Handle Medical Grievances" *Law and Society Review* 24 : 105-120

한 동기임을 밝히고 있다. 의료상해를 경험하고 있는 환자들은 의료진에 대하여 노여움과 배신감을 가지고 있으며, 다른 사람들은 자신이 겪고 있는 과정을 경험하지 않기를 바라며, 자신의 사건을 공식화하기 위한 방법으로 분쟁을 선택하고 있다고 한다¹⁰⁾.

특히 의사들이 치료에 대하여 가지고 있는 사회적 관심을 하찮은 것으로 치부해버릴 때 환자들은 자기 삶의 주변화(marginalization)를 경험하게 되고 이러한 경험은 의료사고에 직면하였을 때 의사에 대한 노여움, 불신, 보복 등으로 이어지는 것을 발견할 수 있다.

3) 사회적 인식의 조율

의료사고에 대한 관심이 어떻게 표현되느냐 하는 것은 누구의 관점에서 의료사고를 바라보느냐에 따라 달라질 수 있다. 의료사고를 불확실성이라는 의료의 특징에서 기인하는 것으로 인식하고 있는 의사의 관점에서 접근한다면 의료사고는 의료행위에 불가피한 필요조건으로 당연하게 받아들이고, 의료사고의 예방과 과오를 범한 의사에 대한 제재에는 상대적으로 관심을 보이지 않을 것이다. 그러므로 보상과 관련하여서도 과실에 대한 책임이 있는 자가 행하는 과실배상제도보다는 사회가 보상의 책임을 담당하거나 일부 담당하게 되는 무과실보상제도에 관심을 보일 수 밖에 없다. 뿐만 아니라 형사적 책임에 대하여 강하게 반발하게 된다.

그러나 일반인의 관점에서는 의사의 과오에 의한 의료사고를 예방할 수 있는지, 의료과오를 일으켰다고 믿어지는 의사들을 조사하고 규제할 수 있는 메카니즘은 존재하는지, 존재한다면 어떻게 작동되고 있는지, 그리고 만약 의료사고가 발생한다면 어떻게 보상받을 수 있는지와 이에 대한 현실적인 장치에 대한 관심을 가지지 않을 수 없다.

10) Imershein, A and A. Brents. 1992, "The Impact of Large Medical Malpractice Awards", The Journal of Legal Medicine 13 33-49

의료분쟁중에서 많은 부분이 의료행위의 질에 대한 불만족에서 유래하기 보다 의사와 환자의 관계 또는 의사소통에 대한 분노가 표출된 것이라고 한다. 몇몇 환자들은 질병과 그에 따른 근심 속에서 어린아이와 같은 욕구를 가지는데, 의사의 경우에는 그러한 욕구를 충족시키는 것에 대한 훈련을 전혀 받고 있지 않다. 그렇기 때문에 환자의 정서적인 욕구를 이해하고 이에 적절하게 대응한 의사의 경우에는 소송을 제기할 가능성이 훨씬 작다는 연구결과가 있다.¹¹⁾

이와 같이 의료사고와 관련된 양 당사자의 인식의 정도가 현저하게 대립되고 있기 때문에, 이러한 인식의 정도의 차이를 어떻게 사회적 합의과정을 통해서 줄여나가야 할 것이냐에 중점을 두어야 할 것이다. 결국 의료분쟁의 원만한 해결을 모색하기 위해서는 의사는 환자에 대한 이해의 폭을 넓혀나가고 이를 교육 훈련하는 프로그램을 가질 필요가 있으며, 환자 역시 의료행위의 특수성 및 불가항력적인 결과발생의 가능성에 대한 이해의 폭을 가져야 한다.

11) Virshup BB : Oppenberg AA : Coleman MM, Strategic risk management : reducing malpractice claims through more effective patient-doctors communication, Am J Med Qual, 1999, 14:4 153-9