

## II. 의료리스크와 보험제도

### 1. 의료산업현황

#### 가. 의료인력/의료기관

전국민 의료보험의 보급, 국민소득의 향상에 따른 의료수요의 증가, 의대정원의 확대 등 여러 요인으로 우리나라의 의료인력은 '90년대에 급격한 증가율을 보인 바 있으나 최근 증가폭이 둔화되고 있다.

<표 II - 1> 의료인력의 증가추이

구분	의사	치과 의사	한의사	조산사	간호사	약사	의료 기사	소계
1985	29,596	5,436	3,789	6,247	59,104	29,866	22,077	156,115
1990	42,554	9,619	5,792	7,643	89,032	37,118	57,224	248,982
1995	57,188	13,681	8,714	8,352	120,415	43,269	85,313	336,932
2000	72,503	18,039	12,108	8,728	160,295	50,623	122,331	444,627
2001	75,295	18,887	12,794	8,801	170,845	51,872	131,403	469,897
2002	78,609	19,672	13,662	8,920	181,800	53,168	141,879	497,710
2003	81,328	20,446	14,553	8,996	192,480	54,381	148,900	521,084
2004	81,998	21,344	15,406	8,628	202,012	53,492	159,432	542,312
5년 증가율	13.1%	18.3%	27.2%	-1.1%	26.0%	5.7%	30.3%	22.0%

자료 : 보건복지부, 보건사회통계연보

2004년말 현재 우리나라에서 등록된 의료인력은 54만여명에 이르고 있으며, 직접적인 의료사고의 가능성과 관련된 의료인력인 의사, 치과의사, 한의사 및 조산사는 약 12만 7천여명에 이르고 있다.

보건복지부의 통계연보에서 정의하는 의료인력에는 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사, 약사, 의료기사, 의무기록사, 간호조무사가 포함되고 있다. 그러나 수술, 주사, 치료처치 등의 주요 의료사고를 발생시킬수 있는 직접적인 의료인력은 의사, 치과의사, 조산사로 구분된다. 한의사는 의료행위의 성격상 직접적인 의료사고로 연결되는 경우는 적은 편이며 간호사는 의료행위의 보조적인 역할을 수행하므로 의료사고의 직접적인 책임을 지지 않고 있으나, 수술·투약·치료중에 환자에게 손해를 입힐 가능성이 항상 존재한다.

다음으로 작업치료사 등 유사의료행위를 수행하는 인력을 포함한 전체 의료인력은 2004년 기준 약 64만명에 달한다.

<표 II - 2> 유사 의료행위 인력의 증가추이

구분	작업 치료사	치과 기공사	치과 위생사	의무 기록사	안경사	접골사	침사	구사	안마사	소계	합계
1985	46	3,827	2,675	3,827	-					10,375	166,490
1990	140	7,696	6,310	7,696	10,260					32,102	281,084
1995	289	11,509	11,170	11,509	14,671					49,148	386,080
2000	415	14,912	17,102	14,912	20,220	30	48	6	4,830	72,475	517,102
2001	479	15,984	19,320	15,984	21,360	29	48	6	5,093	78,303	548,200
2002	596	16,958	21,371	16,958	24,010	26	44	6	5,385	85,354	583,064
2003	831	18,026	23,389	18,026	24,017	24	44	6	6,350	90,713	611,797
2004	1,143	18,946	25,626	18,946	24,652	24	44	6	6,516	95,903	638,215
5년증 가율	175.4%	27.1%	49.8%	27.1%	21.9%	-20.0%	-8.3%	0.0%	34.9%	32.3%	23.4%

자료 : 보건복지부, 연도별 보건사회통계연보

우리나라의 의료시설은 크게 병원과 의원으로 구분되고 있으며, 전체 의료시설은 2004년말 기준으로 약 4만7천여개에 이르고 있다. 종합병원의 경우 증가가 정체된 상태에서 일반병원과 의원의 증가율이 상대적으로 높게 나타나고 있으나 의료인력의 증가에 비해서 의료시설의 증가속도는 낮게 나타나고 있다.

<표 II - 3> 의료시설 현황

구 분	계	병·의 원				특수병원			치과		한방		부속 의원	준 원
		종합 병원	요양 병원	일반 병원	의원	결핵	한센	정신	병원	의원	병원	한 원		
1985	15,154	183		317	8,069	4	1	8	4	2,994	17	2,774	279	504
1990	21,701	228		328	10,935	5	1	26	6	5,286	33	4,261	256	336
1995	29,773	266		398	14,343	4	1	37	12	8,292	69	5,928	246	177
2000	38,665	285		581	19,472	3	1	79	56	10,471	136	7,276	185	120
2001	40,276	268		599	20,819	2	1	70	60	10,556	131	7,499	169	100
2002	44,029	284		691	23,299	2	1	75	80	11,120	135	8,097	169	76
2003	45,772	283	68	730	23,502	4	2	88	99	11,890	151	8,734	150	71
2004	47,378	282	92	763	24,491	3	2	95	107	11,968	154	9,196	158	67

자료 : 보건복지부, 보건사회통계연보

나. 국민의료비

2001년도 우리나라의 명목 국민의료비는 33조 5888억원으로 2000년도의 28조 6350억원에서 17.3% 증가하였다. 기간별 국민의료비의 연평균 증가율은 1985년에서 1990년 기간 중에는 연평균 19.7%의 증가율을 보였으나 1990~1995년 기간 중에는 15.4% 그리고 1995~2000년 기간 중에는 10.5%로 낮아졌다. 국민의료비 증가율이 가장 높았던 연도는 1989년도로 전년인 1988년도에 비해 28.2% 증가한 것으로 나타났는데, 동 년도의 국내총생산(GDP) 증가율인 12.2%보다 16.0%p 더 상승한 것이다.

이는 1989년에 전국민건강보험의 확대 실시에 따라 의료수요가 확대된 것이 국민의료비 증가율 상승으로 나타나고 있음을 말해주고 있다. 2001년의 국민의료비 증가율과 국내총생산 증가율을 비교해 보면 1997년말 외환위기 이후 안정적인 경제성장으로 국내총생산은 1999년에는 8.6%가 증가하였으나 점차 낮아져 2001년에는 4.4%가 증가하였고, 국민의료비는 17.3%가 증가하여 국민의료비의 증가가 12.9%p 더 상승한 것으로 나타났다.

국민의료비와 국민총생산의 기간별 연평균 증가율을 비교하여 보면, 1985~1990년 기간 중 국내총생산은 17.1%, 국민의료비는 19.7%가 증가하여 국민의료비가 2.6%p 더 상승하였으나 1990~1995년 기간 중에는 국내총생산이 16.1%, 국민의료비는 15.4%가 증가하여 국내총생산이 0.7%p 더 상승하였다. 다시 1995~2000년 기간 중 국내총생산은 6.7%, 국민의료비는 10.5%가 증가하여 국민의료비가 3.8%p 더 상승하였으며, 2000~2001년 기간 중 국민총생산은 4.4%, 국민의료비는 17.3%가 증가하여 국민의료비가 12.9%p 더 증가한 것으로 나타났다. 이는 국민의 건강에 대한 관심증가와 제도변화에 기인한 것이다.

1인당 국민의료비는 2001년에 70만 9,500원으로 이는 1990년의 19만 8,600원과 비교하면 약 3.6배 증가한 것이다. 1987년에 1인당 의료비가 처음으로 10만원을 넘어선 이래 1인당 국민의료비는 빠르게 증가하여 1999년에는 54만 5,800원으로 50만원대로 넘어섰고, 2001년에는 70만 9,500원으로 70만원대로 넘어서 빠르게 증가하고 있다.

1인당 의료비의 증가율추이는 예상대로 국민의료비 증가율 추이와 비슷한 양상을 보이고 있는데, 1985~1990년 기간 중에는 연평균 18.5%의 증가를 보이다가 1990~1995년 기간 중에는 14.2%로 그리고 1995~2000년 기간 중에는 9.6%로 그 증가폭이 점차 감소하는 추세를 보였으나 2000~2001년 기간 중에는 16.5%로 크게 증가하였다. 1998년의 경우에는 IMF의 영향으로 전년도에 비하여 1인당 국민의료비가 0.9% 하락하였다.

전반적으로 국민의료비의 추세는 전국민 건강보험이 확대된 1989년을 전후한 시기에 가장 높은 증가율을 보이고 있는 것으로 나타났으며, 1990년대 초의 안정적인 추세의 증가율에서 1996년 이후에는 증가율이 점차 감소하다가 1999년 이후 크게 증가하는 경향을 보이고 있다.

<표 II - 4> 명목 국민의료비 증가율

연도	국민의료비 (억원)	1인당 국민의료비 (천원)	GDP 대비 국민의료비 (%)	공공의료비 지출비율 (%)	가구지출중 의료비 지출비율(%)	
					도시가구	농가
1981	-	-	-	-	6.4	4.4
1982	-	-	-	-	5.7	5.1
1983	-	-	-	-	5.5	5.3
1984	-	-	-	-	5.2	5.1
1985	34,634.3	84.9	4.3	26.6	5.1	5.2
1986	38,696.3	93.9	4.1	25.6	5.3	5.4
1987	44,491.2	106.9	4.0	25.7	5.1	5.6
1988	54,972.1	130.8	4.2	29.8	5.1	5.9
1989	70,497.4	166.1	4.8	32.1	4.9	5.8
1990	85,119.6	198.6	4.8	36.7	4.6	6.2
1991	96,731.0	223.4	4.5	33.4	4.6	6.4
1992	115,809.2	264.7	4.7	33.7	4.6	6.5
1993	130,667.9	295.7	4.7	33.6	4.5	6.8
1994	149,635.7	335.2	4.6	33.8	4.3	6.6
1995	173,895.6	385.6	4.6	37.0	4.2	6.8
1996	203,615.4	447.3	4.9	39.5	4.1	6.4
1997	222,360.0	483.9	4.9	42.0	3.9	6.5
1998	221,910.8	479.4	5.0	47.6	3.8	6.9
1999	254,440.4	545.8	5.3	45.5	3.9	7.0
2000	286,350.2	609.2	5.5	47.5	3.7	7.3
2001	335,887.6	709.5	6.2	53.2	3.7	8.1
2002	-	-	-	-	3.8	7.9
2003	-	-	-	-	4.0	5.6
2004	-	-	-	-	4.0	6.0

자료 : 한국보건사회연구원, 「2001년 국민의료비 추계」  
통계청, 「가계조사연보」, 「농가경제통계」 각년도

국민의료비의 증가추세에도 불구하고 아직까지 한국의 의료비지출은 낮은 편으로 향후에도 지속증가가 예상되고 있다. 경제협력개발기구(OECD)가 발표한 OECD 가입국의 보건의료통계(OECD Health Data 2006)에 따르면, 한국의 국민의료비는 OECD 국가 중 가장 낮아 미국(GDP 대비 국민의료비가 2004년 15.3%)의 1/3수준인 5.6%로 불과하다.

## 2. 의료기관의 리스크

### 가. 의료리스크의 정의

리스크란 사전적으로는 “손해, 상해, 불이익 또는 파괴의 가능성 (Possibility of loss, injury, disadvantage or destruction ; Webster’s 사전)”이며 학계에서는 “측정가능한 불확실성(Measurable uncertainty; F.Knight)”, “기대되는 결과로 부터 이탈하는 가능성 ; Emmett J.Vaughan”<sup>12)</sup> 등으로 정의한다. 보험회사는 리스크를 보험의 목적 (Subject-matter insured; bad or good risk) 또는 담보위험(Risk covered)으로 사용하며 Albert H. Mowbray가 분류한 순수리스크(Pure Risk)과 투기적리스크(Speculative Risk)로 구분<sup>13)</sup>하여 순수리스크만을 담보한다. 이하에서는 리스크를 넓은 의미에서의 리스크 즉 “손실의 가능성” 또는 “기대외의 악결과”의 개념으로 사용하고자 한다.

의료리스크와 함께 사용하는 주요 용어인 「의료사고」, 「의료분쟁」, 「의료과오」, 「의료과실」은 다음과 같이 구분하여 사용한다.

「의료사고」란 “의료수요자인 환자가 공급자인 의사로부터 의료서비스를 제공받는 과정중 발생하는 예상외의 악결과” 또는 “본래의 의료행위가 시작되어 끝나는 과정이나 그 종료후 당해 의료행위로 인하여 뜻밖에 일어난 원하지 않는 불상사”이며 이는 어느 일방의 책임소재를 가리지 않는 책임중립적 현상을 뜻한다.<sup>14)</sup> 이에 비해 「의료분쟁」은 의료사고를 주원인으로 하는 환자측과 의료인간의 다툼 또는 의사의 의료로 인한 의료사고와 의사를 포함한 의료관련자의 행위로 인한 의료사고를 기점으로 하는 의사와 환자간의 다툼을 말한다.<sup>15)</sup> 다음으로 「의료

12) Emmett J. Vaughan, Fundamental of Risk and Insurance, 5th ed. (N.Y., John Wiley and Sons, 1989), p.4

13) 박은희, 정동영, 전개서, pp. 44 ~ 45, 1995.

14) 문국진, 「의료의 법이론」, 고려대학교 출판부, p.5, 1990.

과오」는 의료인이 의료행위의 수행중 업무상의 의무를 준수하지 못하여 환자를 사상케하는 부주의, 태만, 실수 및 고의를 통칭하는 개념이며 「의료과실」은 의료과오가 법률상의 규정에 따라 객관적으로 인정된 경우를 말한다.

### 나. 유형별 리스크 분석

의료기관의 리스크는 크게 의료행위에 기인한 리스크와 운영상의 리스크로 구분하여 검토할 수 있다. 즉, 의료행위 리스크는 진료, 처치, 예방 등 의료기술과 관련한 리스크이고, 운영상의 리스크는 의료시설의 관리, 의료시설에 대한 투자, 의료광고 등 의료기관 운영과 관련한 리스크이다. 물론 본 보고서의 주된 관심사는 의료행위와 관련된 리스크이지만 최근 의료기관의 경영리스크가 증대되는 경향을 보이고 있고 경영리스크의 증대는 의료행위 리스크에도 영향을 미친다는 점에서 소홀히 할 수 없다. 또한, 의료시장의 경쟁격화로 고가의 의료장비 구입, 의료광고 등 의료행위는 영리성을 추구하게 되고 이는 의료사고 또는 의료분쟁의 원인이 된다.

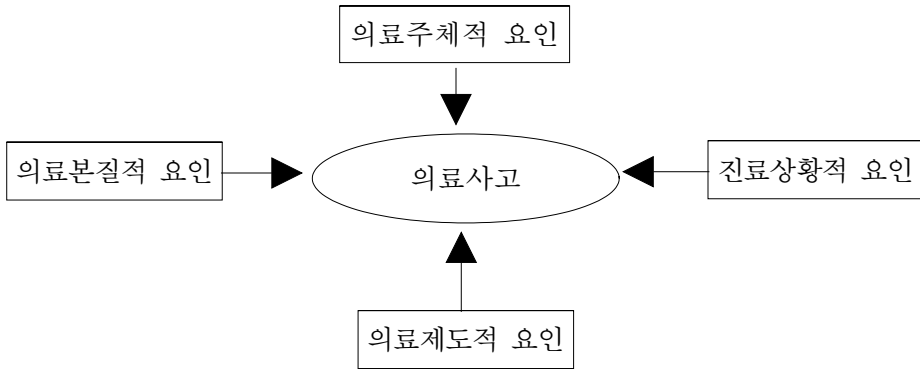
한편 의료사고는 원인에 따라 의료주체적 요인, 진료상황적 요인, 의료본질적 요인, 의료제도적 요인으로 유형화하여 분석할 수 있다. 의료주체적 요인은 의료행위의 당사자에 기인하는 부분으로 의료사고의 대다수를 차지하고 있으며, 이 요인은 의료행위자 개인적 문제(업무미숙, 실수, 나태 등)와 구조적 문제(지나친 업무강도<sup>16)</sup>, 진료시간부족, 신기술의 무분별한 사용, 인성교육의 부재 등)로 나누어 볼 수 있으나 개

15) 김광우, “진료의 입장에서 본 병원의료분쟁의 예방과 대책”, 대한병원협회지, 통권 제111호, p.37

16) 대한전공의협의회(전국 1만4000여명의 전공의들의 모임)가 2004년 7월 14일 국가인권위원회에 낸 진정서에는 근로조건의 인권침해사례로 ▶하루 16시간 이상의 살인적인 근무시간 ▶여자 전공의가 법에 보장된 출산휴가를 다 사용하지 못하는 점 ▶여자 전공의들이 남자와 혼숙하는 점 등을 들고 있음

별적 의료사고는 양자가 모두 작용하는 경우가 대부분이다.

<그림 II - 1> 의료사고 발생원인



자료 : 의협신문, 2002.6.20

진료상황적 요인에는 경제적 측면과 응급성 측면이 있다. 경제적 측면에서 보면 모든 질환은 정확한 치료를 위해서는 다각적이고 종합적인 진단이 필요하나 의학적으로 인정되는 모든 진단 방법을 실시하기란 기술적으로 어려울 뿐만 아니라 진단에 소요되는 비용의 측면에서 경제적 한계가 존재하고 있다는 것이며 응급성 측면은 응급환자를 진료해야 하는 경우 지역적 한계성과 시간적 긴급성에 따른 상황이 의료의 실험적 성격을 가중시킴으로써 의료사고의 발생가능성을 증대시킨다.

의료본질적 요인은 의학기술의 한계, 의료행위의 침습성, 인체반응의 다양성 등이 있다. 의학기술의 한계는 가능한 모든 진단과 치료 방법을 동원한다 하더라도 현대의학이 지니고 있는 한계 때문에 완전한 기대효과를 달성하기가 현실적으로 불가능하다. 따라서 의료인의 임상적 자율성(clinical autonomy)이 요구되며 이러한 의료인의 자율성 내지 선택적 재량은 오진(誤診)의 가능성을 일정하게 내포할 수 밖에 없다.

의료행위는 본질적으로 인체에 대한 침습(侵襲)행위를 수반하기 때



문에 의료기술의 시행은 그 자체가 위험성을 내포하고 있어 사고의 가능성이 상존한다는 것이다.

인체반응의 다양성은 인체는 기계와 달리 예측하기 어려운 생물학적 특성을 지니므로 실험적 요소가 개입되는 시행착오적 과정을 거치지 않을 수 없는데 실제의 질병에 대해 발현되는 증상의 비정형성, 의료효과적 다양성, 특이체질의 존재 등으로 말미암아 의료행위의 결과는 확률론적 성격을 나타낸다. 이와 같이 의료의 침습성과 인체 반응의 예측 곤란성은 의료사고를 일으키는 근본적인 요인이 되므로 새로운 의료기술이 발달하더라도 각종 부작용이나 위험이 줄어들기보다는 증가할 가능성이 높아진다.

의료제도적 요인은 의료제도의 구조적인 문제에 의해 유발되는 경우를 말한다. 예를 들어, 의료행위 가운데 일정비율이 사고로 귀결된다고 볼 때 단위시간당 의료행위가 많을수록 의료사고가 증가하리라는 추정이 가능하다. 그 동안 행위별 수가제 하에서 의료보험의 확대에 따른 의료수요의 급증은 의사 1인당 진료량의 증가와 동시에 환자 1인당 1회 수진시간의 단축을 가져왔으며, 이는 곧바로 의료사고의 발생확률을 높이는 원인으로 작용한다. 자유방임적 의료전달체계와 의료의 질 관리체계의 미비도 의료사고의 증가를 초래하는 요인으로 작용하고 있다.

### 3. 의료분쟁의 현황

'89년 국민건강보험이 전국민으로 확대되고 고령화와 소득증대에 따른 건강에 대한 관심증대는 의료서비스의 수요를 급격히 증대시켰고(양적측면) 의료소비자의 인식변화(질적측면)는 의료분쟁의 증가로 이어지고 있다. 의료공급자 측면이란 의료기관의 대형화에 따른 영리 추구화와 위험관리대책 부재, 의료인-환자관계의 비인격화 또는 불신풍조의 확산, 의료인의 의료법리에 대한 지식부족 등을 말한다. 의료소비자 측

면이란 의료보험제도 실시와 건강에 대한 관심증대로 의료수요의 증가, 환자의 의료본질에 대한 이해부족, 국민의 권리의식 증대와 진료계약으로의 인식변화, 의료정보의 확산으로 인한 의료사고의 인지수준 향상 등을 말한다.

의료분쟁의 증가에도 불구하고 우리나라에서 의료과오로 인한 사망과 장애발생이 공공의 관심사로 논의되기 시작한 것은 최근의 일로 피해자구제책은 미흡한 것이 사실이다. 현행 의료법에 따라 전국 16개 시·도에 의료심사조정위원회가 있으나 2002년~2005년간 접수건수는 50여건, 조정건수는 4건에 불과하여 유명무실한 상태이며, 의료사고에 대한 사회적 보상제도가 부족하여 자신들의 억울함을 호소할 수 없는 환자들은 직접적인 폭력 행사나 소송을 통해 자신의 손실을 보상받으려는 경향으로 나아가게 되며, 이는 곧 의료분쟁 증가의 원인이 되고 있다.

민혜영·손명세(1999)의 연구결과에 의하면 분쟁해결방안으로 가장 많이 이루어지는 것은 자체적으로 당사자간에 해결하는 것으로 563건(78.9%)이다. 공제회를 통해 해결한 경우가 50건(7.0%)이며, 민사소송을 제기하여 화해 또는 판결로서 해결 한 경우가 모두 71건(10.0%)이다.

<표 II - 5> 의료분쟁 해결방법

구분	응답자수	비율
자체적 해결	563	78.9
대한의사협회 공제회	50	7.0
형사합의	30	4.2
민사해결(화해)	22	3.1
민사해결(판결)	49	6.9
합계	714명	100.0%

자료: 민혜영·손명세, “의료사고시 환자로부터 배상요구경험과 지불한 배상액에 영향을 미치는 요인에 대한 분석”, 『보건행정학회지』 제9권 제2호, 1999, 109면.

아직 의료분쟁에 관한 현황을 파악할 수 있는 종합적인 통계는 없으므로 정확한 현황은 파악하기 곤란하나<sup>17)</sup>, 의료분쟁으로 인한 민사소송사건을 중심으로 살펴보면 증가추세를 확인할 수 있다. 우리나라의 의료사고 피해구제 관련 통계를 살펴보면 2000년 1,476건, 2003년 1,832건, 2004년 2,120건으로 꾸준히 증가하고 있는 추세이다.

<표 II - 6> 의료분쟁 해결방법 의료사고 피해구제 관련 통계<sup>18)</sup>

의료분쟁 접수기관	년도별 접수건수				
	2000	2001	2002	2003	2004
의료심사조정위원회	22	23	8	6	18
사법부(민사소송)	519	666	720	755	802
소비자보호원	450	559	727	661	885
의협 공제회	485	505	500	410	415
계	1,476	1,753	1,955	1,832	2,120

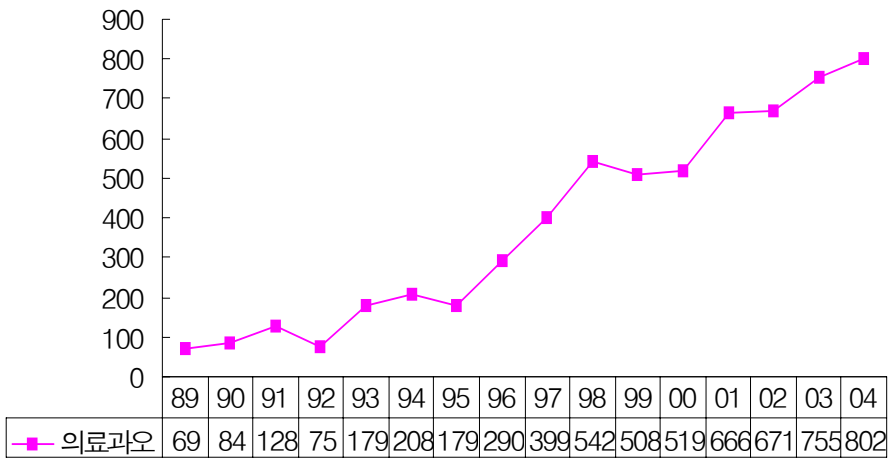
자료 : 사법연감, 의협공제회, 소비자보호원

의료과오에 따른 의료분쟁이 증가하고 그 분쟁해결에 소요되는 기간이 장기화<sup>19)</sup>됨에 따라 분쟁당사자인 환자와 의료인이 지출하는 직접

- 17) 의료사고가 발생하면 환자측이 민간단체에 피해구제를 호소하면서 동시에 법원에 제소하는 등 여러 가지 방안을 모색하여 손해를 전보 받고자 하기 때문에 각 기관에 접수된 사건은 하나의 사건이 중복적으로 접수된 경우도 많다. 따라서 이들 통계자료를 통해서 실제로 분쟁건수가 어느 정도 되는지를 파악하는데 어려움이 있을 뿐만 아니라 실제로 발생한 의료사고 중에서 분쟁화 되지 않은 것도 많기 때문에 의료분쟁의 현황을 파악하는 데에 상당한 한계가 있으며 의료사고가 얼마나 발생하는지에 관해서도 현황파악이 상당히 어려운 실정임.
- 18) 의료분쟁 사건은 대개 4개 기관에 중복 접수(소송)하는 사례가 많아 정확한 통계의 확인이 곤란하며 대부분 의료인 또는 피해자는 의료사고 분쟁을 소송 외적 방법(합의, 타협)으로 해결하는 것을 선호함(전체 의료사고의 소송건수는 6~7%로 추정)
- 19) 최근의 연구결과에 의하면 의료분쟁 해결기간은 제1심 법원에서 평균 2.6년,

비용<sup>20)</sup>뿐 아니라 분쟁해결에 소요되는 시간 비용 등의 사회적 비용이 급증하고 있으며, 이로 인하여 의료인은 의료사고의 위험 때문에 방어 진료, 과잉진료, 응급의료회피, 사고빈도가 높은 진료과목의 전공기피 등의 문제가 발생하고 있다.

<그림 II - 2> 민사법원 1심에 접수된 의료과오소송의 변화

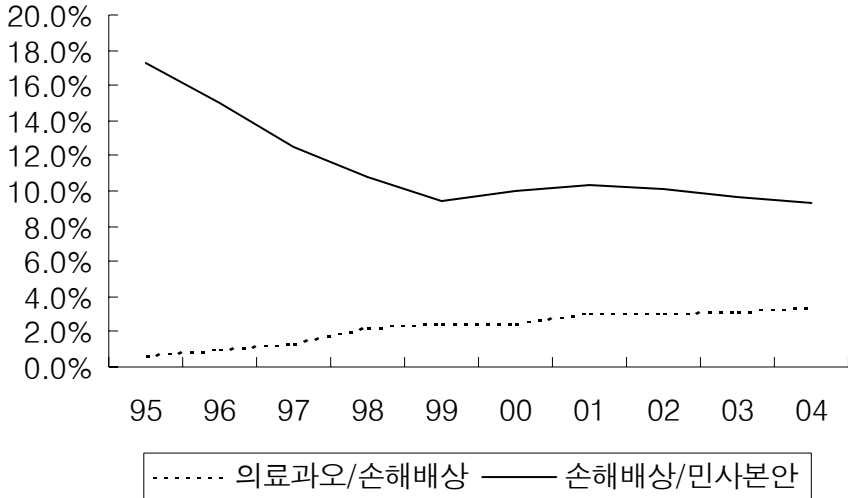


자료 : 대법원, 각년도 사법연감

2심 판결에는 평균 1.3년이 소요되었다. 특히 성형의 경우 소요되는 총 기간이 평균 6.3년에 달하고 있음

20) 의료분쟁에 지출되는 직접비용만 살펴보다라도 1996년 한해에만 920억원을 넘어선 것으로 추정됨(의료사고시민연합).

<그림 II - 3> 민사법원에 1심에 접수된 의료분쟁 점유 추이



자료 : 대법원, 각년도 사법연감

의료사고 손해배상 청구건은 제1심 민사본안사건을 살펴보면 1989년 68건에서 1999년 508건, 2004년 802건으로 급속히 증가하고 있다.<sup>21)</sup> 이는 법적소송이 이루어진 것으로 이는 전체 의료분쟁의 일부분이다.

소비자보호원의 1999년부터 2005년까지 7년간 배상, 환급 등 금전적 보상으로 처리된 1,756건의 처리금액은 100만원 이상 500만원 미만인 627건(35.7%)으로 가장 많았고, 10만원이상 100만원 미만 508건(28.9%), 1,000만원이상 5,000만원 미만 261건(14.9%), 500만원 이상 1,000만원 미만 231건(13.2%)이고 5,000만원 이상 1억원 미만 26건(1.5%), 1억원 이상의 고액 처리금액도 5건(0.3%)으로 나타났다.

21) 사법연감의 손해배상 분류는 자동차사고, 산업재해, 의료과오, 공해, 지적소유권 침해, 기타임

<표 II - 7> 처리금액별 피해구제현황

(단위:건, %)

금액 연도	처리 금액	건당평 균처리 금액	구간별 현황							
			10만원 미만	100만원 미만	500만원 미만	1,000만 원 미만	5,000만 원 미만	1억원 미만	1억원 이상	
2005	26.8억	804만원	-	75 (22.5)	143 (42.8)	54 (16.2)	52 (15.6)	8 (2.4)	2 (0.6)	334 (100.0)
2004	22.5억	793만원	4 (1.4)	84 (29.6)	93 (32.7)	40 (14.1)	57 (20.1)	4 (1.4)	2 (0.7)	284 (100.0)
2003	14.6억	676만원	3 (1.4)	51 (23.6)	82 (38.0)	42 (19.4)	35 (16.2)	3 (1.4)	-	216 (100.0)
2002	21.2억	842만원	5 (2.0)	53 (21.0)	93 (36.9)	38 (15.1)	56 (22.2)	6 (2.4)	1 (0.4)	252 (100.0)
2001	13.3억	538만원	21 (8.4)	66 (26.5)	93 (37.4)	38 (15.3)	29 (11.7)	2 (0.8)	-	249 (100.0)
2000	10.8억	483만원	21 (9.4)	95 (42.6)	74 (33.2)	10 (4.5)	20 (9.0)	3 (1.4)	-	223 (100.0)
1999	5.1억	259만원	44 (22.2)	84 (42.4)	49 (24.7)	9 (4.5)	12 (6.1)	-	-	198 (100.0)
계	114.3억	628만원	98 (5.6)	508 (28.9)	627 (35.7)	231 (13.2)	261 (14.9)	26 (1.5)	5 (0.3)	1,756 (100.0)

자료 : 한국소비자보호원, 「의료피해구제의 효율적 처리방안 모색을 위한 세미나」 2006.4

<표 II - 8> 제1심 민사본안사건의 처리결과

년 도	금년 접수	처 리										
		합계	각하 명령	판 결				취하	조정	화해	인낙	기타
				원고승 원고패	원고일 부승	원고패	각하					
1989	69	42	-	11	20	2	1	4	-	2	-	2
1990	84	68	-	21	22	3	2	12	-	7	-	1
1991	128	88	2	18	40	14	-	12	-	1	-	1
1992	75	81	1	8	37	12	-	16	-	4	-	3
1993	179	137	-	27	59	12	-	28	-	8	-	3
1994	208	163	-	36	41	38	-	26	-	10	-	12
1995	179	115	2	13	35	32	2	19	6	3	-	3
1996	290	229	6	36	54	34	1	40	36	10	2	10
1997	399	303	3	36	75	67	3	57	31	13	-	18

년 도	금년 접수	처 리										
		합계	각하 명령	관 결				취하	조정	화해	인낙	기타
				원고승	원고일 부승	원고패	각하					
1998	542	475	4	84	123	98	3	70	59	16	1	17
1999	508	396	2	29	112	70	4	50	82	11	-	35
2000	519	361	3	29	106	86	-	47	62	8	-	20
2001	666	585	16	35	143	80	5	58	182	5	-	61
2002	671	492	2	10	109	103	6	62	137	11	1	51
2003	755	735	4	39	168	184	1	66	119	52	1	100
2004	802	755	5	8	178	195	3	58	146	69		93
누계	6,074	5,025	50	440	1322	1030	31	625	860	230	3	430

자료 : <http://www.clinic-clinic.com>

대한의사협회 공제회(1991.11.1~1997.10.31)에 접수된 1,803건의 자료에서 7년간의 진료과목별 발생건수에 대해 살펴보면 전체 의료사고 1,803건중에서 산부인과가 차지하는 비중이 667건으로 37.0%를 차지하여 진료과목중에서 가장 높은 비율을 나타내고 있다. 산부인과 사례중에서 분만으로 인하여 발생한 경우는 338건이며 일반진료과에서 발생한 의료사고와 합하면 403건이 되며 이는 전체 의료사고 중 수술로 인한 경우의 합계와 거의 비슷한 수치를 나타내고 있다.

<표 II - 9> 진료과목별 의료사고 발생건수

	계	비율	수술	주사	분만	치료 처치	오진 시비	환자 관리	마취	투약	임신 중절	기타
내과	188	10.4	2	103		25	41	5	1			1
외과	167	9.3	104	21		23	8	1	6			1
소아과	39	2.2		19		8	6	2	1			1
산부인과	667	37.0	61	6	388	27	21	20	13		130	3
정형외과	221	12.3	97	20		59	17	13	5			2
신경정신과	51	2.8		6		14		29				
이비인후과	46	2.6	16	18		5	1	1	2			
안과	57	3.2	37	6		8		1				1
신경외과	49	2.7	27	8		6	5	2				
흉부외과	10	0.5	6	2		2						
피부과	31	1.7	3	9		16		1				
비뇨기과	29	1.6	22	1		3						
성형외과	9	0.5	6	1		1		1				
방사선과	11	0.6		3		4	3	1				
마취과	2	0.1	1						1			
전문과목 소계	1,577		382	223	388	201	102	77	29	36	130	9
일반 진료과목	226	12.5	42	84	15	38	16	6		10	15	
총계	1,803	100%	424 (23.5)	307 (17.0)	403 (22.4)	239 (13.3)	118 (6.5)	83 (4.6)	29 (1.6)	46 (2.6)	145 (8.0)	9 (0.5)

자료: 민혜영, “의료분쟁소송결과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 연세대 박사학위논문, 1997

#### 4. 보험 및 공제제도 운영현황

우리나라에서는 의료리스크관리와 관련하여 의료법(제5장의2)에 분쟁조정을 위한 의료심사분쟁조정위원회를 두도록 하는 이외에 법률적 장치는 아직 없다. 따라서 의료기관 또는 의료인의 리스크관리장치로는 대한의사협회에서 운영하는 공제사업과 각 전공분야별 개원의 협의회 등에서 가입하는 의사/병원배상책임보험이 유일하다.



## 가. 대한의사협회의 공제상품

1970년대부터 1980년대초까지 보험회사들이 의료배상보험시장에서 철수하면서 공제회가 운영되고 있다. 당시에는 국민들이 권리의식이 낮은 수준이었기 때문에 의료사고에 대한 소송이 많지 않았고, 가입률이 저조하여 보험회사들이 상품판매를 중지하였다. 이같은 이유로 1981년 공제사업이 시작되었고, 1990년에는 진료에 종사하는 모든 의사가 의무적으로 공제에 가입하도록 정관을 개정하였다. 그러나 의무가입조항에도 불구하고 대한의사협회 공제회가 발표한 자료에 따르면 '90년대 초반 50%를 넘던 공제상품상품 가입율은 매년 하락을 거듭해 2003년 25%, 2005년 18%만이 공제회에 가입하고 있다.<sup>22)</sup>

의무가입임에도 불구하고 공제가입율이 저조한 이유는 비현실적으로 낮은 보상한도액을 주요인으로 지적할 수 있다. 현재, 기본공제의 경우 보상한도액은 1구좌당 1천만원이며 3구좌까지 가입이 가능하다. 그러나 이 금액은 의료기관이 고액의 배상액을 판결 받는 경우가 많아 손실보전에 미흡한 수준이다. 또한, 공제회 가입에 대한 의무조항이 있으나, 미가입 회원을 제재할 수 있는 규정과 권한이 없이 정관규정이 제대로 이행되지 않고 있다.

이에 따라 의협공제회측에서도 기존 공제상품이 지닌 한계를 극복하기 위해 민간보험사와의 재보험형식으로 한도액을 높인 의료배상공제상품(2억원)을 판매하고 있으며, 2006년 3월부터는 30명상 이상 300명상 미만 의료기관에도 문호를 개방하여 병원단위급 배상공제사업을 본격 추진중에 있다. 산부인과개원의협의회와 가정의학과개원의협의회 등은 민간보험사들과 협약을 체결해 의료배상책임보험 계약을 체결하고 있다.

22) <http://www.clinic-clinic.com> 및 주간 청년의사 2006.6.13을 참조하였음

## 나. 민영보험상품

우리나라의 경우 의사배상책임보험은 1973년에 처음 도입되어 1974년부터 1984년까지 4개 보험회사가 배상책임보험 보통약관에 의사직업보험담보특별약관과 의료시설특별약관을 부가하는 형태로 운영한바 있으나 여러가지 원인으로 별다른 실적을 올리지 못하고 1984년 이후 사실상 판매가 중단되었다. 이는 저조한 가입률, 높은 손해율(누적손해율 368.8%), 요율수준의 비합리성 등이 지적되나 본질적으로는 의료사고에 대한 인지도가 낮은데 기인하였다. 한편 90년대의 의료분쟁증가에 따른 관심도증가에 따라 '98년 이후 개원의협의회 등을 통한 단체계약, 의사협회공제상품의 기본초과액 재공제 인수, 개별의사계약 등 여러 형태의 보험상품이 판매되고 있다.

<표 II - 10> 보험회사의 의사 및 병원 배상책임보험 현황

(단위: 건수, 천원, %)

연도	2000	2001	2002	2003	2004
건수	15	661	279	115	201
원수보험료	5,579,055	15,751,719	16,149,454	17,498,527	21,320,445
손해율	-	139.8	71.5	65.5	60.5

자료 : 보험개발원, 손해보험통계연보, 2005

그러나 민영보험사의 의료배상책임보험 역시 여러 한계로 시장확대에 애로를 겪고 있다. 먼저 의료사고에 대한 기초통계가 전무하여 진료과목별 특성에 맞는 언더라이팅이 곤란하며 불확실성이 큰 데 따라 방어적으로 우량물건에 한하여 인수하게 된다는 점이다. 다음으로는 의료사고가 증가하고 의사들 사이에서도 의사배상책임보험에 대한 필요성을 상당히 공감하고 있음에도 불구하고 전반적인 가입율이 매우 저조하다는 데 있다.

<표 II - 11> 진료과목별 보험가입율(FY'05, 추정치)

과목	회원수	가입자수	가입비율
가정의학과	900	164	18.2%
내과	3,400	1,400	41.2%
마취통증의학과	800	100	12.5%
영상의학과	300	83	27.7%
비뇨기과	1,000	15	1.5%
성형외과	860	155	18.0%
안과	1,400	232	16.6%
소아과	2,200	280	12.7%
일반과	320	50	15.6%
정형외과	1,800	402	22.3%
산부인과	2,855	482	16.9%
이비인후과	3,000	59	2.0%
신경외과	1,000	40	4.0%
피부과	500	26	5.2%
치과	20,000	7,300	36.5%
계	40,335	10,788	26.7%

자료 : 보험회사 내부자료

주 : 보험회사의 추정자료이며 전체 의료과목을 총괄한 것이 아니므로 실제와 일부 차이가 있을 수 있음

낮은 가입율은 보험회사 입장에서 리스크풀을 통한 위험의 평균화를 곤란하게 하여 보수적인 요율산정에 치우치게 한다<sup>23)</sup>. 이로 인해 의료인측은 전반적으로 보험료가 높다고 인식하여 보험가입에 자발성을 가지기 어렵게 된다. 한편 의료행위라는 전문영역에 대한 손해사정은

23) 진료과목에 따른 위험도의 차이가 있지만 치과, 한의사와 같이 단체를 통한 상당규모의 리스크풀을 형성한 경우 상대적으로 적은 보험료로 고액의 보장을 받을 수 있다.

시간과 경비 등 모든 면에서 쉬운 문제가 아니므로 보험사는 독자적인 손해조정기구를 유지하는 것도 어렵다. 또한 의료사고 분쟁처리의 특수성(피해자 측의 무분별한 주장, 난동 또는 진료방해)으로 인해 분쟁처리에 많은 시간과 비용이 소요된다는 점도 한계요인으로 작용한다. 물론 다른 분쟁의 경우에도 분쟁이 쉽게 해결되지 않을 경우 집단시위, 난동 등이 있기는 하지만, 의료분쟁의 경우에는 그 정도가 심하다. 이를 감안, 일부 보험사에서 시설 및 경호비용담보특약을 첨부하여 경호서비스를 도입한 바 있으나, 이 역시 피해자측의 난동행위로 일어난 정신적, 물질적 피해에 대한 근본적인 대책이 되고 있지 않은 것이 현실이다. 아울러 최근에는 객관적으로 명백하게 의료사고라고 할 수 없는 상황에서도 피해자측이 무분별하게 협박 등을 하며 금전 보상을 요구하고 있는 경우도 많은 실정으로 이러한 사태를 제어 또는 규제할 수 있는 법적 체계가 조속히 구축되어야 할 것이다.

또한 의료분쟁이 발생할 경우, 피해자 및 의사 측에 충분한 소명기회를 부여하고 분쟁상황을 빠른 시간에 해결해 줄 수 있는 전문적이고 공정성 있는 분쟁조정기구의 필요성이 요구된다고 할 수 있다.