

IV. 선진국의 의료리스크 관리 현황

최근 주요 선진국의 의료리스크는 점증하고 있으며 대부분의 국가에서 의료리스크 관리에 어려움을 겪고 있다. 1999년 미국의학협회나 뉴질랜드 Cull report 등의 조사에 의하면 선진국에서 의료리스크가 증가하는 사유는 의료과오에 대한 인식의 범위가 넓어지는데 비해 환자와 의 의사소통 미흡, 부적절한 2차진료 및 안전시스템 등은 개선되지 않는데 있다고 한다³¹⁾. 또한 의료사고 피해자에 우호적으로 변하는 사법 환경이 의료클레임 증가에 일조하고 있다. 무과실보상을 택하는 국가가 늘어나고 불법행위에 대한 입증과 관련하여 입법(예 : 프랑스, 아이스랜드, 터키) 또는 판례(예 : 독일, 미국, 영국)을 통해 과실책임(gross negligence)에서 엄격책임(strict liability)으로 전환시키는 경우가 늘어나고 있다³²⁾.

Towers Perrin에 따르면 2003년중 미국의 의료사고비용은 US\$ 270억에 이르러 국민 1인당 연간 US\$ 91을 지출하는 셈이다³³⁾. 오스트리아의 경우 2002년에서 2003년 사이에 의료배상규모가 50% 이상 증가하였다고 하며 이탈리아의 경우 이탈리아보험자협회에 따르면 1994년~2002년중 의료클레임 건수는 2배로 증가하였으며 평균배상금액은 20%가 상승하였다고 한다.

31) 이에 비해 실제과실이 없는데도 클레임이 제기되는 사례가 많아 실제 의료사고와 클레임빈도간에 강한 상관관계가 없다는 연구결과도 다수 있다. A.r.Loccalio, A.G.Lawthers, et al., "Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III", New England Journal of Medicine, Vol. 325 : pp. 245-251, 1991.7

32) Directorate For Financial And Enterprise Affairs Insurance And Private Pensions Committe, "Insurance Coverage Of Medical Malpractice In Oecd Countries, pp.11-12, 2005.12

33) 1975년에 국민 1인당 지불비용은 US\$ 5에 불과했다고 한다. OECD 전계보고서, p.13

이러한 의료클레임의 증가에 대응하여 많은 OECD 국가들은 의료리스크를 평가하고 이를 개선하기 위한 위해 의료과오를 체계적으로 보고하는 조사기구(monitering/supervisory body)를 설립하고 있다. 영국의 경우 보상금액의 증가(특히 산부인과 클레임에서 나타남)에 대응하여 작업반을 만들고 동 작업반에서 의료과오의 보고절차를 개선해야 한다는 의견이 제시되자 2003년 7월부터 NHS 병원과 자치단체의 NHS환자에 대한 보고서를 발간하고 있다. 미국의 경우 2005년 7월 의회에서 의료과오를 분석하고 보고하는 조직을 설립하는 법안이 통과된 바 있다. 병원의 의료과오에 대한 보고는 자율적이며 보고된 정보는 비밀로 처리되어 의료과오분쟁에 사용될 수 없도록 하고 있다.

다음으로 의료분쟁 해결제도는 과실책임배상방식과 무과실보상방식의 두가지로 분류할 수 있다. 과실책임배상방식은 의사의 과실여부를 따져 손해배상의 책임을 부담시키는 방식으로 우리나라, 미국, 일본, 독일 등이 채택하고 있고, 무과실보상방식은 의료분쟁이 발생하면 의료사고에 대한 의료인의 과실유무와 관계없이 우선적으로 보상하는 방식으로 스웨덴, 뉴질랜드 등이 채택하고 있다. 과실책임배상방식을 채택하는 나라에서는 의료분쟁관련소송이 빈번히 제기되고 그 보상액의 증가로 인하여 의료분쟁비용이 과다하게 소요되는 등 사회적인 문제가 되고 있어서 배상액의 한도설정, 소송외 분쟁해결방식에 대한 모색이 시도되어지고 있다. 반면 무과실보상방식은 의료전달체계를 사회보장차원에서 구축하고 있는 나라에서 흔히 채택되어지는데 피해자는 법정에 서지 않고서도 의사의 과실유무와 관계없이 보상을 받을 수 있어 경제적이거나 비교적 보상금액이 적다는 단점이 있다.

1. 의료사고 보고제도

의료리스크관리를 위해 가장 먼저 고려해야 할 사항은 의료리스크의 총량을 파악하기 위한 실태파악이라고 할 수 있다. 이러한 제도는

미국, 일본, 영국 등 상당수 선진국에서 이미 시행중이거나 부분적으로 시행하고 있다.

가. 미국

미국에서는, 거의 모든 병원은, 메디케어, 메디케이드³⁴⁾의 적용 대상이 되기 위해서 3년마다 의료기관평가 합동위원회(JCAHO: The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations)의 인정을 받아야 한다. 2001년 중반 JCAHO는 병원에 대해서, 사고로부터 교훈을 얻어 재발을 막을 대책을 마련할 것을 요구했다. 병원은 사고 및 사고 우려사례, 특히 방지 가능사례에 대해 원인 분석을 실시하여야 하고 이를 소홀히 할 경우 인정 자격을 잃게 된다. 한편 미국의사회는 1997년에 미국환자안전재단(NPSF : National Patient Safety Foundation)을 설립했다. 동 재단은 의료관계자와 피해자로 구성되어 있으며 의료사고사례를 수집함과 동시에, 병원에서의 안전대책에 대한 논의를 하고 있다. 동 재단에서는 그 내용을 공표해, 의료관계자 등이 정보를 공유하여 환자의 안전에 필요한 환경을 만들기 위해 노력하고 있다.

나. 일본

일본에서도 의료사고 및 의료분쟁에 대한 사회적 관심이 높아지고 정부차원의 대책마련에 부심하고 있다. 먼저 정부는 의료사고시 대응책의 문제점으로 보고제도 등이 확립되지 않아 사고실태를 알 수 없는 점을 고려 의료실태보고제도를 부분적으로 실시하고 있다. 후생노동성은 실태 파악의 한 방법으로서 큰 의료 사고에는 이르지 않은 과실이지만 경우에 따라 사고로 연결될 수도 있는, 이른바 「히야리·하트 사례」³⁵⁾

34) 미국의 경우 민간보험이 일반적이며 공적 의료보장제도로 메디케어와 메디케이드가 있다. 메디케어는 65세이상의 노인을 대상으로 하며 메디케이드는 모자가정, 장애인등이 대상이된다. 양자는 전인구의 약 1/4이 적용대상이다. 일본의료기획, 2001, pp.624-625.

35) 히야리하트(Hiyari Hoto)란 작업중 또는 운전중 사고가 일어날 것 같은 상황

를, 국립병원·요양소의 특정기능병원으로부터 수집하고 있다. 내복약을 투여하는 것을 잊거나 투여량을 잘못하는 등의 투약미스, 기관튜브가 빠지는 등의 관리미스 등, 2001년 6월까지의 1년동안 약 2만 2700건의 정보가 모였다. 또한 후생성은 2003년에 후생노동과학연구를 위해 「의료사고의 전국적 발생빈도에 관한 연구」반을 발족시켰다. 연구반은, 2003년 가을부터 전국의 병원에서 진료기록카드를 분석해 사고의 발생율을 산출하고 의료사고 피해자나 변호사를 포함한 20명 정도의 운영위원회를 발족시켰다³⁶⁾. 조사는 3년 계획으로, 2003년도는 10~20 개소의 병원에서 시험적으로 조사를 실시한 바 있다. 발생건수에 대한 조사에 조사결과로부터 사고나 미스가 일어나기 쉬운 시스템이나 의료용도구등이 나타나면 그 부분에 목표를 좁혀 안전대책을 진행시킬 수 있다.

후생노동성의 「의료와 관련되는 사고사례 정보취급에 관한 검토부회」는, 2003년 4월 15일의 최종보고서에서 중대사고에 대한 보고를 의무화 하여 이를 재발방지에 활용할 것을 제언했다. 이 보고서에서는 ① 사고의 보고처로서 중립적인 입장의 「제삼자기관」의 설치 ② 동기관은 집적한 사고정보를 분석하고 예방을 위한 개선책을 정리하여 의료관계자에게 제공 ③ 사고보고는 병원외에도 환자나 유족으로부터도 받을 것 등을 제안하였다. 보고가 의무화되는 것은 국립병원·요양소, 대학병원의 본원 등 약 250개 의료기관에 한정되어 민간병원은 포함되지 않으며³⁷⁾ 사고보고자의 불이익을 방지하기 위해 보고내용을 기초로 한

에 처해 사고사례를 기록해, 그 원인을 전원이 규명하여 사고재발 원인이 되지 않도록 보편적으로 하고 있는 일본의 안전위생활동을 말한다.

- 36) 미국의 경우 2지역에 각 50개소의 의료기관을 대상으로 조사연구를 행하여 미국전역에 연간 44,000-90,000건의 사고가 발생한다고 추정하고 있다. 인구비례로 볼 때 일본의 경우 약 2만건이상의 사고가 발생하는 것으로 추정된다. 매독신문 2003.8.16 석간. 의사진료카드(carte)를 분석하는 의료사고조사는 현재까지 미국, 오스트리아, 영국, 뉴질랜드, 덴마크 등에서 행하고 있다. 長谷川敏彦外 「事故實態把握」, 「病院」 62권8호. 2003.8. pp.684-690
- 37) 의무화대상이 되는 기관은 전국의료기관의 1할도 되지 않아 환자단체로부터 의료정보의 공개에 역행한다는 비판이 나타나고 있다. 産經新聞, 2003.9.14

행정처분등의 징계는 금지하고 있다.

다. 영국

영국에서는, 2000년 6월에 보건성(DH: Department of health)의 전문거래업자위원회가 보고서를 통해 사고 및 사고예방필요사례의 보고제도를 확립해, 활용할 수 있는 시스템을 구축할 것을 제안했다. 이 제안에 따라 보건성은 2001년에 의료사고방지를 위한 종합플랜을 공표하였다. 동 플랜에는 「사고로부터 배우는 보고시스템의 구축」, 「환자의 안전에 관한 국가기관의 설립」, 「국민보건서비스(NHS : National Health service)에 있어서의 의료사고조사 및 사찰시스템의 개선」을 목표로 제시하고 있다. 이를 바탕으로 2001년 7월에 영국환자안전기구(NPSA: National Patient Safety Agency)가 설립되어 2003년까지 140만 건 가까운 의료사고정보를 수집하고 있다.

2. 분쟁해결제도³⁸⁾

가. 미국

소송외적인 분쟁해결방안으로 여러 주에서 의료과오개혁법(Medical Malpractice Reform Acts)을 제정하여 강제심사제도(compulsory screening panels)와 조정제도(pre-trial mediation panel)를 도입하였다. 이 제도의 주요기능은 쟁점이 없는 소송을 사전에 심사하여 가능한 한 가장 빠른 시간 내에 합의를 유도하도록 하는데 있다.

1) 강제심사제도

강제심사제도는 의료과오의 합리적인 추정이 보장되지 않은 상태에

38) 의료제도발전특별위원회, 「의료제도발전을 위한 정책과제」, 2003.2

서 법원에 제소하는 것을 방지하고 의사에 대한 제소에 있어서도 공정하고 형평한 해결을 도모하며, 나아가 장기간의 소송으로 인한 시간적·경제적·정신적 부담을 해소시킴으로써 사건의 해결을 신속히 하고자 하는 것이다. 즉, 쓸데없는 소송을 계속하지 않도록 적절한 분쟁해결을 유도하고자 하는 것이다.

2) 조정제도

조정제도 역시 소송 이외 분쟁해결방안이고 전문가가 관여하여 사실관계를 심리한다는 의미에서는 사전심사제도와 구별되지 않는다. 그러나 사전심사제도가 분쟁해결보다는 사건 실체의 유무를 심사하는 것이 목적인데 반하여, 조정제도는 한 단계 더 나아가 분쟁의 종국적인 해결까지 그 목적으로 한다는 점에서 구별된다. 그리고 조정제도는 법원과 조정위원이 연계하여 사법적 판단을 행함으로써 시간적·경제적으로 효율적이고, 당사자에게 재판절차보다 심리적 압박감을 덜어줄 수 있다는 점에서 장점을 가지고 있다.

3) 중재제도

중재제도는 환자와 의료제공자간의 상호합의에 의하여 선택된 중재인의 판정에 의해서 소송을 완전하게 대체하는 방안이다. 따라서 위의 조정제도가 법원과 조정위원이 연계하여 사법적 판단을 내기는 것임에 반해, 중재제도는 선택된 중재인에 의한 사적 재판이라고 볼 수 있다.

미국에서는 중재제도에 관한 이점들이 많이 거론되는데 그 중에서 특히 재판절차에 의한 시간지체를 피할 수 있고, 특별히 복잡하고 지식을 필요로 하는 사안에 맞는 적절한 중재인을 임명할 수 있으며, 법원의 일반적인 입증책임이론 이외의 입증방법을 채택할 수 있는 등의 장점이 거론되고 있다. 그 외에도 의사나 병원 측에서도 중재제도를 선호

하는 이유로는 사심 없는 중재자가 중재함으로써 소송에 의할 때 배심원이 흔히 의료사고 피해자에 대하여 동정심을 갖게 되어 불합리하게 과도한 손해배상액을 부담하는 것을 줄일 수 있으며, 중재절차와 그 결과는 소송과는 달리 언론에 크게 보도되지 않기 때문이라고 한다.

나. 일본

1) 시담 및 소송상의 화해

의료분쟁의 해결에서 가장 큰 역할을 행하고 있는 것이 시담(示談, 합의) 및 소송상의 화해이고, '81년에서 '87년까지의 전국 의료사고 화해율은 평균 41.8%로서 같은 기간의 전체 민사사건의 화해율 31.6%보다 높고, 51년에 민사조정법을 제정 시행하여 민사분쟁의 비소송적 해결을 도모하여 왔으나 의료사고분쟁에 관하여 큰 기능을 발휘하지 못하고 있다.

일본에서의 화해율이 이와 같이 높은 이유는 다음과 같다. 첫째, 국민성에 근거한다. 일본의 국민은 사전조율과 타협 내지 막후협상에 매우 친숙하고, 승소·패소라는 명분 또는 감정에 사로잡히기보다는 화해하는 경우와 판결로 가는 경우의 총체적 득실을 냉정하게 계산하여 화해를 선택하는 경우가 많다. 둘째, 변호사도 사건 수임 단계에서부터 화해를 염두에 두고 보수계약을 맺고 화해에 적극 협조한다는 점에서도 우리나라와 큰 차이가 있다. 셋째, 재판관이 변호사의 선임 여부, 변호사와의 친소, 변호사의 재조경력 등에 따라 한 쪽에 유리하게 하지 않겠느냐 하는 의심을 일본의 일반국민이나 변호사가 거의 가지고 있지 않기 때문에 재판관이 오해나 투서에 대한 걱정 없이 심증을 개시하고 적극적으로 화해를 권고하며 여러 기일에 걸쳐 설득하는 것이 가능하다. 넷째, 일본의 민사재판은 판결로 결말을 내면 시간이 많이 걸리기 때문에 부득이 화해를 선택하는 면도 있다. 일본의 판결선고까지의 소

요기간이 제1심과 항소심에서 각 1~3년씩 걸리기 때문에 시간의 경과에 따라 감정이 누그러지기도 하고, 상급심의 판결로 갈 경우의 시간을 고려하여 화해에 응하는 이유도 있다. 여섯째, 일반법정과 별도로 화해실, 화해법정 등이 잘 갖추어져 있어 변론 겸 화해 또는 화해기일의 운영에 불편이 없다는 점이다.

2) 민사조정제도

일본은 의료사고분쟁을 일찍부터 많이 겪은 까닭에 소송을 통한 판례이론의 집적과 학문적 이론정립에는 적당한 성과를 거두었으나, 실제 분쟁해결의 측면에서는 그다지 순조롭지 못하여 의료보호, 환자보호, 사고예방 등 이상을 실현하는데 많은 애로가 있는 것 같다. 근래 의료사고발생과 그 처리의 상황이 더욱 어려운 상황으로 발전하고 있는 바, 발생건수의 증가와 함께 말소건수 및 평균심리기간도 계속 증가, 연장되고 있는 것이다. 한편 일본은 이미 1951년에 민사조정법을 제정 시행하여 민사분쟁의 비소송적 해결을 도모하여 왔으나, 적어도 의료사고분쟁에 관한 한 별로 실익을 못 얻고 있는 실정이다.

민사조정이란 민사분쟁에 관하여 제3자인 법관 또는 조정위원회가 당사자 사이에 개입하여 당사자의 요구에 따라 조리와 실정에 맞는 해결을 하도록 원조하는 절차를 말한다. 일본은 일찍부터 시행되어 왔던 차지차가조정법, 소작조정법, 상사 조정법, 금액책무감시조정법 등 조정에 관한 개별 법률을 폐지하고 민사조정제도의 활성화와 합리화를 위해 통일법으로서의 민사조정법을 제정하여 시행해오고 있다.

다. 뉴질랜드

뉴질랜드의 경우 의료배상책임보험은 1972년(발효 1974년) 이후 뉴질랜드 사고보상계획(accident compensation scheme)에 의해 제공되고

정부가 운영하는 사고보상공단(Accident Compensation Corporation, ACC)에 의해 운영되고 있다. 과거 의료분쟁은 민사소송을 통해 해결되었으나 산업재해·자동차사고와의 형평성이 문제³⁹⁾되어 무과실보상책임의 원칙⁴⁰⁾으로 모든 인적사고를 포괄하여 비영리국가기관인 사고보상공단에서 인적사고의 장애에 대하여 일정한 한도내에서 수입의 80%를 보상하고 있다. 사고보상공단은 사고의 과실여부나 사고장소에 불문하고 전국민이 당한 사고에 대하여 연중 24시간 보상해 주고 있다. 이 제도하에서 의료사고는 전체사고의 한 부분에 지나지 않으며, 의료사고를 여타사고와 분리할 필요가 없고 동일한 원칙하에 보상 하는데, 사고와 관련된 상해에 대하여 치료비를 지급한다. 다만, 무과실 사고보상주의를 채택하면서도 의료인의 중과실에 의한 사고에 대해서는 의료계 스스로 자율징계를 위하여 의사징계위원회를 구성하도록 되어있다. 지급액은 물가상승율을 반영하여 결정되고 65세까지 수입의 보상뿐만 아니라 의료서비스, 재활치료에 대해서도 합리적인 비용이 지급된다. 비급여 부분 등 추가비용에 대비하여 모든 의료인은 MDU(medical defence union) 또는 MPS(medical protection society)에 가입한다.

소요재정은 세가지 재원으로 충당된다. 유소득자의 경우에는 연간 급여를 기준으로 사용자가 부담하는 부분과 자영자의 소득을 기준으로 자영자의 부담금으로 구성되고, 보험료율은 전년도의 각 산업별 급여비의 크기에 따라서 연초에 결정된다. 이 기금은 자동차 사고를 제외한 공상과 비공상 상해에 대한 급여비로 충당된다. 자동차소유자에 대한 연간 징수금은 자동차사고에 따르는 급여비로 충당되며 자동차 종별로

39) 동일한 개인적 사고인데도 산업재해의 경우에는 사용자의 무과실책임보상원칙이 적용되고 자동차사고의 경우에도 자동차 사고보험을 통하여 손해를 배상하고 있는데 반하여 의료사고는 민사소송에 의하여 해결된다는 문제점이 지적되었다.

40) 무과실 사고보상주의를 채택하면서 의료인의 심각한 유과실사고에 대해서는 의료계 스스로 자율징계 조치를 취하도록 하고 있다. 즉, 의료인의 과실 유무를 의료윤리위원회에서 밝혀내고 명백한 의료과실에 대해서는 행정제제가 엄격하다.

차량대수를 추정해서 연초에 보험료를 정한다. 무소득자의 경우에는 정부의 지원금으로 충당되고, 이 재원은 외국인 사고를 보상하는 데에도 사용된다. 뉴질랜드의 무과실 보상제도에 대한 일반국민의 호응도는 매우 높은 것으로 알려져 있으나 1988년의 법률위원회의 보고서는 현행 무과실주의의 원칙을 질병으로 인하여 야기되는 무능력에까지 확대 적용할 것을 권고하고 있다.

라. 스웨덴⁴¹⁾

뉴질랜드와 같이 무과실보상주의를 채택하여, 의료사고의 경우 적용되는 환자보험제도를 운영되며 의료사고보상기구로는 4-5개의 민간보험회사가 연합체(consortium)를 조직하여 일반보상업무를 담당한다. 의료사고에 관련된 판정과 제재는 '80년에 설립된 보건의료책임위원회(Responsibility Board for Health and Medical Care)에서 수행하고 있다. 보건의료책임위원회의 결정에 불복할 경우에는 항소행정심판소(Administrative Court of Appeal)에 이의제기가 가능하다. 여기에 불복하는 경우는 상급행정심판소(Supreme Administration)에 재항소를 제기할 수 있다.

스웨덴은 환자에 대한 보상문제를 효율적으로 처리하기 위하여 보상절차의 간소화 및 비용을 적게 소모하기 위하여 보상의 범위를 의사나, 간호사 또는 병원에 책임이 있는 치료결정이나 치료행위에 국한하여 치료과정의 의료사고, 진단과정의 의료사고, 부정확한 진단으로 인한 의료사고 및 우연한 사고를 보상 가능한 사고로 구분하였다. 다만 감염의 경우 원인규명이 명확하지 않은 경우 이를 의료행위에 따른 피할 수 없는 부작용으로 취급하여 보상하고 있다. 스웨덴에서 법률에 의한 사회보험방식이 아닌 민간보험회사를 통한 포괄적 보상제도를 도입하게 된 배경은 새로운 제도를 도입하여 실시하여 발생한 실패위험성을 줄이

41) 보건복지위원회, 안명옥위원의 보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률안 검토보고, 2006.11

고 동시에 민간부문의 창의성을 발휘하게 하기 위해서이다. 그러나 그 재원은 조세로서 충당하고 있다.

1976년 스웨덴 정부는 의약사고의 보상에 대한 제안을 하여 1987년 7월에 민간보험을 통한 의약사고보험(the pharmaceutical insurance scheme)을 실시하게 되었는데, 그 기준은 약물자체의 불완전성과 인체의 생리적 특이성이 다양하여 의료인이 약물의 부작용을 전부 예견한다는 것이 불가능하기 때문에 보상체계를 달리하고 있다. 즉, 질병이나 증상의 예방, 유도, 경감 또는 치료의 목적으로 내복하거나 외용으로 사용하는 일체의 제재를 의약품이라고 규정하여, 의약품으로 인해 발생된 부작용은 제약회사나 그 지부가 지불한 자금으로 보상하고 있다.

<표 IV - 1> 외국의 의료분쟁 조정제도 현황

국 가	의료분쟁조정 제도 현황
일 본	<ul style="list-style-type: none"> ○ 민사소송법으로 조정 ○ 의사회에서 운영하는 민간 배상책임보험
미 국	<ul style="list-style-type: none"> ○ 민법에 속하는 피해배상법으로 조정 ○ 상업보험회사에 의한 의료사고 배상책임 보험
스웨 덴	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료분쟁조정 관련 법률 미상 ○ 민간보험회사에 의한 환자보험제도
뉴질랜드	<ul style="list-style-type: none"> ○ 의료분쟁조정 관련 법률 미상 ○ 사고보상공사 운영

자료 : 보건복지위원회, 의료사고예방 및 피해구제에 관한 법률안 검토 보고서, 2006.4

3. 보상 및 보험제도

가. 의무보험, 풀 및 기금제도

많은 국가에서 주요 클레임에 대비하여 의사나 의료기관의 배상자력을 확보하기 위하여 의료배상책임보험의 가입이 법이나 의료윤리 또는 실무지침을 통해 의무화되어 있다. 법에 의해 강제하는 국가로는 체코공화국, 덴마크(일부 자치단체 및 코펜하겐 병원연합회 제외), 프랑스, 핀란드, 헝가리, 아이스랜드, 슬로바키아(헬스케어 의사만 해당), 스페인, 스웨덴(무과실 보상시스템을 운영), 영국(치과 의사의 경우 치과협회(the General Dental Council)를 통해 가입), 미국(일부 주 제외), 터키(법률명시) 등을 들 수 있다. 의료윤리나 실무지침을 통해 강제하는 국가로는 오스트리아, 벨기에, 일본을 들 수 있고 뉴질랜드도 유사하다.

<표 IV - 2> 외국의 의료사고 보상제도

구분	국가	비고
의무보험	체코, 덴마크 ¹⁾ , 프랑스, 핀란드, 헝가리, 아이스랜드, 슬로바키아 ²⁾ , 스페인, 스웨덴 ³⁾ , 영국 ⁴⁾ , 미국일부 주, 터키	무과실보상 시스템 포함
준의무보험	오스트리아, 벨기에, 일본 ⁵⁾ , 뉴질랜드	

주 1) 일부 자치단체 및 코펜하겐 병원연합회 제외

2) 헬스케어 의사만 해당함

3) 무과실 보상시스템을 운영

4) 치과 의사의 경우 치과협회(the General Dental Council)를 통해 가입

5) 의사협회를 통한 보험가입(의무사항은 아님)

자료 : Directorate For Financial And Enterprise Affairs Insurance And Private Pensions Committe, "Insurance Coverage Of Medical Malpractice In Oecd Countries, P. 22, 2005.12

대개 이러한 요구는 개인의사나 의료기관에서 근무하는 의사에게 해당하고 전체 의료기관에 해당하지는 않는다(실질적으로 의료기관의 보험가입을 법률에 의해 요구하는 국가는 프랑스, 헝가리, 아이스랜드 및 미국(대부분의 주)을 들 수 있다). 이러한 조치는 의료사고의 피해자에게는 만족스러우나 보험시장에서 걱정하게 보험가입이 곤란한 의료기관에게는 상당한 부담으로 작용한다. 한편 이러한 규제는 보험회사에게 특별한 보상한도나 제한조건 없이 의료배상보험의 담보를 제공하도록 법률적으로 제한하고 있다. 프랑스의 경우 2002년 3월 4일 Kouchner Act 이후 특정의료기관이 보험가입을 2회 이상 거부당하면 보험회사를 위해 위험을 평가하고 요율을 산정하기 위해 신설된 기관인 "Bureau Central de Tarification"에 중재를 위탁할 수 있다. 보험회사가 담보를 의무적으로 제공하는 케이스는 드물지만 무과실 보상제도를 운영하는 경우에는 대부분 한 회사가 인수하기 곤란한 경우(담보력부족, 언더라이팅 곤란 등)에 대비해 보험회사 풀이 구성되어 있다 (덴마크⁴²⁾, 핀란드, 아이스랜드, 스웨덴). 프랑스의 경우 2002년 법률이후 많은 보험회사가 시장에서 철수하고 보험료가 600%까지 급증하는 사례가 나타나자 700여개의 의료기관은 임시적인 보험회사풀을 만들도록 촉구하여 19개 원보험사와 3개 재보험사가 참여하는 "Groupement Temporaire des Assureurs Médicaux : GTAM)이 만들어졌고 2003년 6월에는 상호재보험풀인 "Groupement Temporaire de Réassurance Médicale : GTREM)이 만들어져 GTAM을 대체하여 임시적인 역할을 하고 있다. 이러한 경험은 유사한 상황에 처한 OECD 국가들에게 보험 의무화에 따른 상시보험기구의 필요성을 일깨우고 있다. 이는 의료기관에게 적절한 보험담보를 제공하도록 정부의 개입강도를 늘리거나 공동인수기구를 만들어 전체 보험사의 담보력에 맞는 리스크의 보험인수가능성(the

42) 덴마크의 경우 환자보험협회(the patient insurance association, 협회에는 의료책임보험을 판매하는 모든 보험회사와 주와 지방정부 등 포함되어 있다)가 보험회사의 보험담보범위를 초과하는 보상비용이나 연대책임클레임(특정사가 감당하기 힘든 배상책임)을 담보하고 있다. OECD, 전게서 p.22

insurability of the risk)을 높일 수 있다. 이러한 관점에서 해결책은 의료기관의 수용성과 과실개념의 재정립을 통해 부보가능성을 어렵게 하는 잠재적 고위험인 의료과오 클레임을 합리적으로 담보하는 안정된 보상체계를 갖추는 데 있다.

불법행위법 시스템과는 별도로 의료과오를 재정적으로 해결하고 의료 리스크의 장기성과 고위험을 평가하여 보험부보가능성을 높이는 다른 방안은 기금(Guarantee funds)을 운영하는 것이다⁴³⁾. 핀란드의 경우 무과실보상 체계내에서 1987년에 의료보험센터(the Patient insurance center)를 설립하여 민영보험사의 담보력부족에 대비하고 의료배상책임 보험을 인수하는 풀을 운영하고 있다.

의료과오 리스크를 담보하기 위해 무과실보상 시스템으로 변경한 경우도 나타나고 있다. 프랑스, 벨기에 및 미국의 일부 주는 불법행위 시스템에서 나타나는 의료클레임의 빈도와 심도 증가에 대응하여 의료 리스크를 경감하고 공정하고 적절한 보상을 제공하기 위하여 의료사고 배상체계의 중대한 개편과 무과실보상체계로의 전환을 검토하고 있다. 전술한 바와 같이 일부 OECD국가(노르딕 유럽 국가 및 뉴질랜드)는 무과실 또는 무비난 보상체계를 20여년 이상 성공적으로 운영하고 있다. 이런 시스템의 장점은 의료사고의 피해자에게 불법행위 시스템의 경우보다 상대적으로 저렴한 사무·법률 비용으로 보상할 수 있다는 점이다⁴⁴⁾.

나. 미국

배상책임보험이 광범위하게 발달한 미국의 의료사고배상책임보험(Medical Malpractice Insurance)은 '60년대 이후 급속히 성장하였다. 동

43) 이러한 형태의 개선책은 상업보험사가 시장에 재진입하지 않았음에도 2003년에 의료배상책임보험료가 줄어든 오스트레일리아의 경우에서 잘 나타난다.

44) 불법행위 시스템의 경우 동 비용이 40%~60%가 소요되나 무과실보상시스템에서는 각각 5%~30%가 소요된다고 한다.

보험은 병원배상책임보험(Hospital Professional Liability Insurance)과 의사배상책임보험(Physicians Professional Liability Insurance)으로 구분된다. 일반적으로 의사배상책임보험은 배상청구기준증권을 사용하며 일반배상책임보험사고는 면책으로 규정하고 있는 반면 병원배상책임보험은 일반 배상책임사고와 의료과실 배상책임사고를 하나의 증권에 함께 담보하는 형태이다.

운영형태는 상업보험사(commercial insurance companies), 의사소유보험사(health care provider owned companies), 주 정부에서 운영하고 있는 보험사(joint underwriting associations)등이며 현재 총수입보험료의 절반 이상을 차지하고 있는 것은 의사들이 소유주로 되어 있는 상호회사이다. 의료사고배상책임보험시장이 의사소유 상호회사에 의해 지배되고 있는 가장 큰 이유로는 일반 상업적 보험회사에 비해 의사들 스스로 운용과정에 참여하게 함으로써 소위 도덕적 위험(Moral Risk)을 통제하여야 할 필요성이 상대적으로 강하다는 데 기인한다.

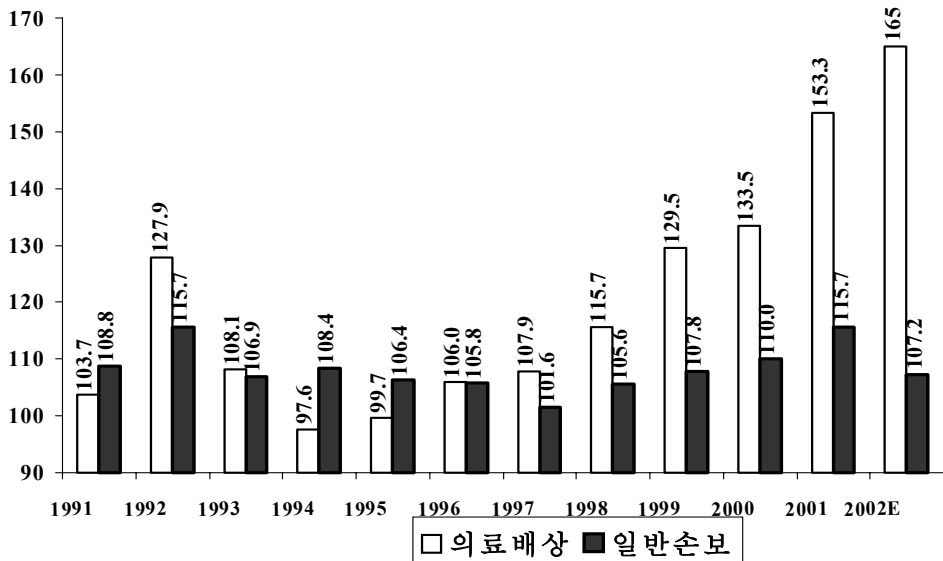
의료행위의 전문성으로 인하여 일반인들은 의료지식과 같은 사전적인 정보 및 특정 의료행위 시행과정에서 사후적으로 발생하는 모든 정보에 관하여 의사들에 비해 훨씬 열등한 정보불균형(information asymmetry) 현상때문에 의사 소유의 상호회사들이 의료사고배상책임보험 시장의 점유율을 확대할 수 있게 되었다.

의료과오소송의 급증은 전반적인 사법문화의 특성에서 기인하며 치료 후 상당한 기간이 경과한 후에도 소송을 제기할 수 있는 길을 열어놓았기 때문에 결국 보험료의 상승에 따른 의사들의 보험가입 기피, 보험회사의 철수 등 의료배상의 위기는 국가 및 주정부의 특별한 대책을 요구한다.

주정부는 불법행위에 관한 개혁법(tort reform legislation)을 입법. 개혁의 의도는 의료과오소송의 건수를 줄이거나 배상액을 줄이는 데 있다. 개혁입법을 통하여 행한 조치들을 4가지 군으로 분류하면 1) 소송 제기 자체에 영향을 미침으로써 소송건수를 줄이는 방안, 2) 일정한 한

도로 배상액의 범위를 제한하는 방안, 3) 원고의 입증책임의 전환과 관련된 법이론 및 증거법칙을 개선하는 방안, 4) 재판부의 역할변화를 모색하는 방안 등으로 나눌 수 있다.

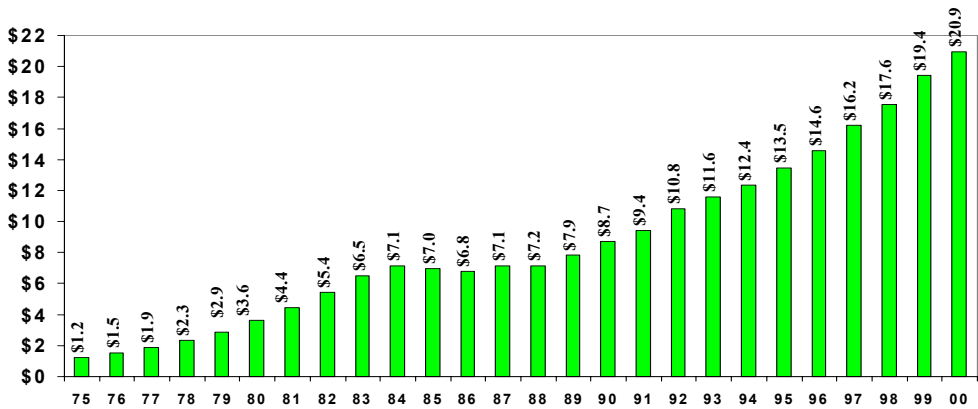
<그림 IV - 1> 일반손보와 의료배상책임보험의 합산비율 비교



자료 : Insurance Information Institute, Trends in Medical Malpractice Insurance, 2003.4

<그림 IV - 2> 의료과오와 관련하여 지불된 비용추정

(기준 : 십억불)



자료 : Tillinghast-Towers Perrin, US Bureau of Labor Statistics, Insurance Information Institute, Trends in Medical Malpractice Insurance(2003.4)에서 재인용

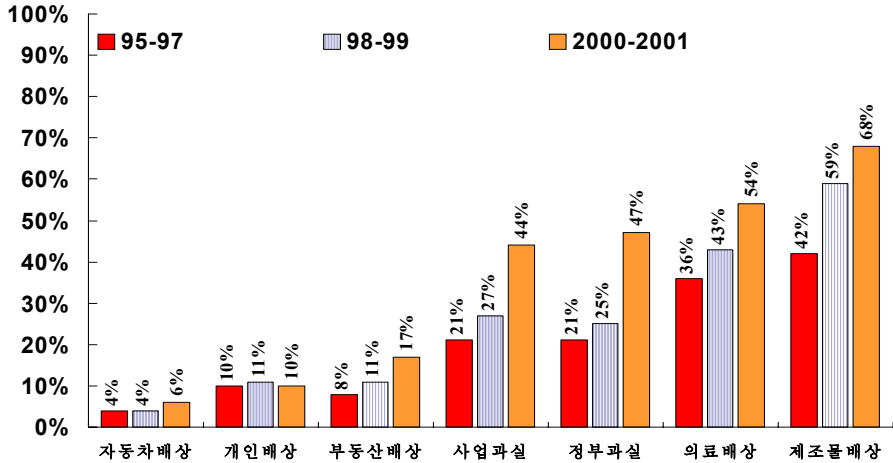
<그림 IV - 3> 의료과오관련 법원의 평균 배상판결금액

(기준 : 백만불)



자료 : Jury Verdict Research, Insurance Information Institute, Trends in Medical Malpractice Insurance(2003.4)에서 재인용

<그림 IV - 4> 백만달러 이상 소송판결액의 증가율 추이



자료 : Jury Verdict Research, Insurance Information Institute, Trends in Medical Malpractice Insurance(2003.4)에서 재인용

100만달러 이상의 고액배상판결의 빈도를 보면 특정분야의 소송에 한정되지 아니하고 모든 분야에서 일어나고 있다. 배심판결연구(Jury Verdict Research)에 따르면 의료배상보험의 경우 95년~97년의 경우 36%에서 2000년~2001년의 경우 54%로 급격하게 증가하고 있다.

다. 일본

일본은 경제개발기인 1960년대부터 의료분쟁이 사회문제가 되기 시작했다. 의료분쟁의 급증과 의사책임의 엄격화에 대처하기 위해 의사회 의 의료분쟁처리특별위원회가 설치되고 1961년 이른바 동경대수혈매독 사건⁴⁵⁾을 계기로 1963.6.5 야스타(安田)화재해상(주)는 대장성으로부터 의사배상책임보험을 인가받아 판매하였다. 한편 1960년대 중반이후부터 법원에서는 환자의 권리구제를 위하여 실체법상으로는 의료과오론의 구

45) 수혈자가 매독에 감염된 사건에서 의사가 공혈자에 대한 문진의무를 다하지 아니한 과실이 있다고 한 판결

성을 불법행위이론에서 채무불이행이론으로 적용하고, 절차법상으로는 一應의 推定論, 蓋然性 理論 등 입증책임경감이론을 도입하여 환자의 입증책임을 경감시킴으로써 환자승소판결을 잇달아 선고하기 시작하였다. 이에 일본의사회에서는 의사배상책임보험의 근본적인 개선의 필요성을 느끼게 되어 1973.7. 일본의사회 의사배상책임보험 제도가 시행되었다.

현재 일본에서는 의사배상책임보험제도는 의사 기타 의료종사자와 법인 등이 임의로 가입하는 의사배상책임보험과 일본의사회의 A1, A2 급 회원이 자동적으로 피보험자가 되는 일본의사회 의사배상책임보험의 두가지로 나누어진다.⁴⁶⁾ 이 중 주류를 이루는 것은 의사회의 의사배상책임보험이다. A급 회원들을 피보험자로 하는 일본의사회의 단체보험은 보상한도가 의료사고 1건당 1억엔(공제금액 100만엔), 연간 총보상한도가 3억엔으로서 우리나라의 대한의사협회 공제회가 제공하는 보상한도 1천만원에 비하면 매우 현실적이다.

일본의 의사배상책임보험의 특징은 의료과실유무를 제3자적 입장에서 공정하게 판정하기 위한 기관으로 의사배상책임심사회가 설치되어 있다. 의사배상책임심사회는 중립적 입장에서 엄밀한 의학적 관점에서 감정과 적정한 법적 판단을 구하여 보험제도의 목적인 손실전보 기능과 분쟁해결기능을 수행하기 위해 만든 기구이다. 일본의 의사배상책임보험의 보험계약자는 개인이 아니라 일본의사회이며 보험료도 개인이 보험회사에 납부하는 것이 아니라 회비로 지급하고 있다⁴⁷⁾.

46) 加瀬幸喜, “アメリカにおける醫師の賠償責任と保険,” 『損害保険研究』 第42巻 2號(1980.9), 80面.

47) 일본의 경우 의사가 의무적으로 일본의사회에 가입하는 것이 아니기 때문에 보험가입율은 50%이하로 알려져 있다.

라. 유럽

미국, 캐나다와 마찬가지로 유럽의 국가(프랑스, 이탈리아, 스페인, 스위스 등) 들도 의료배상보험의 보험료 점증과 담보범위의 축소문제에 고심하고 있다⁴⁸⁾. 보험요율의 급격한 변동과 함께 극단적인 경우 보험사와 재보험사가 시장에서 철수하는 사례가 늘고 있으며 특정 병원이나 진료과목에 대해서는 감당하기 힘든 보험료를 요구하여 보험인수를 사실상 거절하는 사례도 늘어나고 있다. 유럽의 보상제도는 전통적인 과실책임 원칙으로 민영 의료배상보험제도를 운영하는 경우와 무과실 보상제도(no-fault compensation system)를 운영하는 국가로 나누어지며 비영리 보험기구를 통한 무과실보상제도는 덴마크, 핀란드, 스웨덴 등에서 운영되고 있다.

1) 영국

영국은 의료의 대부분이 국가가 전적으로 책임을 지는 국민보건서비스(National Health Service)의 형태로 제공된다. 의사와 환자의 관계에 관한 규정은 법원에서 일반 민사법의 적용을 받지 않도록 직업법과 사회법에 위임되고 있으며⁴⁹⁾. 모든 의사들은 MDU(Medical Defence Union)에 가입하여 도움을 받을 수가 있다. MDU는 비영리 상호부조기관으로 재정적으로 독립되어 있고, 재원은 매년 의사수입의 평균 1~2%정도의 가입비로 충당된다. MDU는 의사와 환자사이에 발생하는 분쟁을 상담하여 해결하며, 법의학영역에서 훈련된 의사들이 고용되어 일하고 있다. 미국과 비교하여 환자의 의사에 대한 소송액이나 소송건수가 모두 적으며 영국의 의료체계상 의료실수로 입은 손상도 환자의 부담이 아닌 무상치료로 처리되므로 소송에의 동기부여가 작다. 이처럼

48) 이에 비해 영국의 경우에는 NHS에 의해 재정보조를 받고 있어 상황이 나은 편 이라고 한다. OECD 전계보고서, p.4

49) 국회사무처 법제실, 의료분쟁조정법안에 대한 법제적 검토, pp.21 ~ 23.

영국에서는 의료분쟁이 법정시비로 비화되는 비율이 매우 낮고 MDU가 분쟁해결의 큰 몫을 담당하고 있다. 최근에 와서는 법률적 해결의 폭을 넓히려는 요구가 높아지고 의사들의 개인당 공제액이 높아지면서 그동안 의료분쟁의 해결사 역할을 해왔던 MDU대신에 새로운 대안을 찾으려는 분위기가 형성되고 있다고 한다.

2) 독일

독일은 기본적으로 과실책임주의 원칙하에 법리의 해석에 근거하여 의료분쟁을 해결한다. 조정·중재 등의 해결제도가 있으나, 이는 임의방식으로 운영된다. 독일은 조정·중재제도가 갖는 이점을 인정하면서도 그 선택은 국민의 판단에 따라야 한다고 본다. 더 나아가 재판에 앞서서 분쟁해결제도를 거치도록 하는 것은 재판청구권이라는 헌법상의 권리를 침해하는 것으로 본다. 실제 독일에서는 의사에 대한 신뢰가 깊어 訴제기가 적다. 법원의 판례는 정교한 법리를 구축함으로써 분쟁해결의 예측가능성을 높이고 있다. 그럼에도 이에 만족하지 않고 의사책임법 입법안의 제안을 통하여 실제적 판단기준의 설정에 대하여 활발하게 논의하고 있다. 의료사고 배상보험은 일반 손해보험회사가 담당한다.

3) 스웨덴

스웨덴은 환자에 대한 보상문제를 효율적으로 처리하게 위하여 보상절차의 간소화 및 비용을 적게 소모하기 위하여 보상의 범위를 의사나, 간호사 또는 병원에 책임이 있는 치료결정이나 치료행위에 국한하여 치료과정의 의료사고, 진단과정의 의료사고, 부정확한 진단으로 인한 의료사고 및 우연한 사고를 보상가능한 사고로 구분된다. 다만 감염의 경우 원인규명이 명확하지 않은 경우 이를 의료행위에 따른 피할 수 없는 부작용으로 취급하여 보상하고 있다.

스웨덴에서 법률에 의한 사회보험방식이 아닌 민간보험회사를 통한 포괄적 보상제도를 도입하게 된 배경은 새로운 제도를 도입하여 실시하

여 발생한 실패위험성을 줄이고 동시에 민간부문의 창의성을 발휘하게 하기 위해서이다. 그러나 그 재원은 조세로서 충당하고 있다.

1976년 스웨덴 정부는 의약사고의 보상에 대한 제안을 하여 1987년 7월에 민간보험을 통한 의약사고보험(the pharmaceutical insurance scheme)을 실시하게 되었는데, 그 기준은 약물자체의 불완전성과 인체의 생리적 특이성이 다양하여 의료인이 약물의 부작용을 전부 예견한다는 것이 불가능하기 때문에 보상체계를 달리하고 있다. 즉, 질병이나 증상의 예방, 유도, 경감 또는 치료의 목적으로 내복하거나 외용으로 사용하는 일체의 제재를 의약품이라고 규정하여, 의약품으로 인해 발생된 부작용은 제약회사나 그 지부가 지불한 자금으로 보상하고 있다.