

V. 의료리스크관리와 의료배상보험의 활성화방안

의료행위는 그 자체가 리스크를 내포하고 있으며 기술·처치의 효과와 개인의 특성에 따라 다양하게 나타나는 등 사고의 개연성이 높다. 이 점은 선진각국 에서도 동일하게 나타나는 현상이며 전술한 바와 같이 대부분의 선진국은 의료분쟁의 해결책으로 배상책임보험제도를 이용(일부 국가는 의무보험으로 운영)하거나 사회보장차원에서 해결하고 있다. 스웨덴이나 뉴질랜드의 경우 국가차원의 분쟁심사위원회를 두고 동심사회의 판정에 따라 기금에서 우선보상을 한 후 의사의 과실여부에 따라 의사의 책임을 물으며 이 부분은 배상책임보험을 통해 해결하고 있다⁵⁰⁾.

반면 아직까지 국내에는 의료사고와 관련된 리스크관리 시스템이 미흡하여 사고의 사후처리는 피해가족의 난동과 의료인의 위축진료 등 많은 사회문제를 낳고 있다. 또한 아직까지 의료사고와 관련된 보험이 활성화되지 못하여 피해자의 피해보전에 허점이 나타나고 있다. 대한의사협회 공제회는 비현실적으로 낮은 보상한도액과 저조한 가입율로 실효성이 의심받고 있고 일부 대형병원의 경우만이 민영보험사의 배상책임보험에 가입하고 있을 뿐 대부분의 병·의원이 의료사고의 위협에 무방비로 노출되어 있다⁵¹⁾. 한편 의료분쟁의 합리적 해결을 위한 법정외 분쟁처리기구 역시 미흡하여 의료사고 피해자 및 의료기관 모두에게 재산상 손실외에도 시간적·정신적 피해를 야기하고 있다.

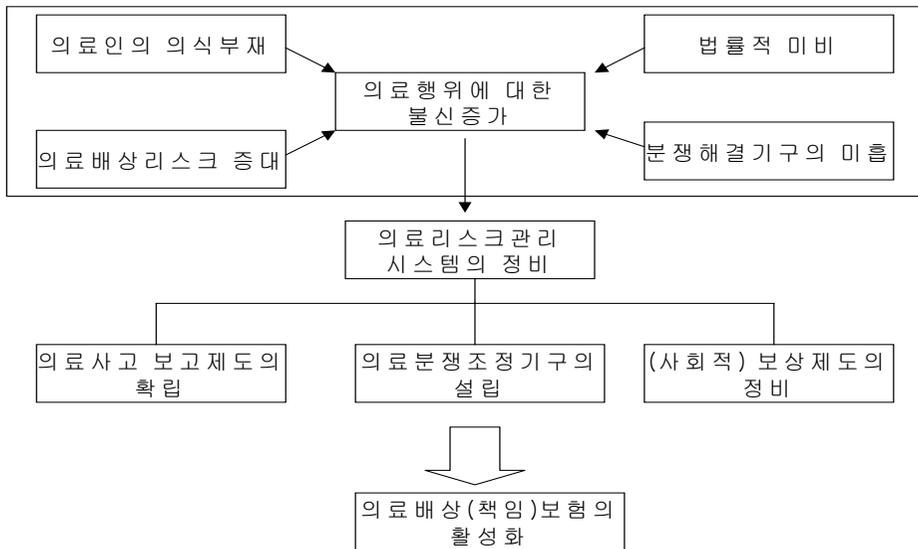
의료사고 피해자에 대한 최종적인 보상은 결국 금전적 보상이며 금전적 보상제도는 보험, 공제, 보증, 기금 등 여러 방식이 고려될 수 있으나 통상적으로 보험제도가 이용되고 있다. 보증제도의 경우 피해자구

50) 私法研究會, 「不法行爲法の 諸問題: 司法研究2」, 三英社 '85, pp.29~30.

51) 보험업계는 의원(30병상 이하)의 경우 의사수 기준 약 39%가 대한의사협회, 개원의협의회 등을 통해 보험에 가입하고 있으며 병원의 경우 가입율은 10% 이하로 추산하고 있다.

제에는 효과적이나 기본적으로 보험사의 구상을 전제로 하므로 의료인력의 보호장치가 될 수 없으며 기금제도는 개별 의료인력의 의료행위로 인한 손실을 전체집단에게 전가하므로 기금의 각출대상이 동의하기 곤란하다. 또한 의료사고에 책임이 있는 것으로 판정을 받은 의사나 의료기관이 그 사후적 부담에 심각한 어려움을 가지게 된다면 법시스템의 운용자체에 장애요인으로 작용할 가능성이 크다는 점도 고려되어야 한다⁵²⁾. 이러한 점을 감안 시 의료배상보험제도⁵³⁾는 의료리스크 관리상 필수적인 제도로 인식되어야 하며 민영보험사 입장에서는 국가 전체적인 의료리스크 관리시스템의 일부로서 역할을 찾아 이를 수행해 나가야 할 것이다.

<그림 V - 1> 의료리스크 관리시스템의 정비



52) 이경주, “과실책임주의하에서의 의료사고 배상책임보험 최적공급형태에 관한 연구”, 리스크관리연구, p.169, 1995
 53) 의료배상을 담보하는 보험은 통상 배상책임보험(Liability Insurance)으로 칭하나 본고에서는 법률을 통한 의무담보부분(compulsory part)을 책임보험으로 칭하는 점을 고려하여 책임보험과 종합보험을 합하여 ‘의료배상보험’으로 명칭하고자 한다.

이하 에서는 먼저 의료리스크 관리를 위한 국가적 차원의 의료사고 보고제도의 필요성을 논하고자 한다. 다음으로 제도적 측면에서 의료분쟁조정법의 방향성 검토를 통해 보험가입의무화, 무한보상, 종합보험 가입시 형사처벌특례, 무사고보상기금 등의 문제에 대해 검토하고자 한다. 마지막으로 보험사업의 운영측면에서 의료배상책임보험의 활성화를 위한 보험회사와 공제조합과의 영역조정, 보험약관의 보완, 위험률의 정비 등에 대한 세부사안과 의료관련 리스크의 패키지화 등 마케팅측면을 분석하고자 한다.

1. 의료사고 보고제도의 확립

본 보고서에서는 의료사고에 대한 대응책으로 의료배상보험을 활성화하기 위해서는 국가적 차원의 의료리스크 관리시스템의 정비가 선행되어야 한다는 점을 지적하고자 한다. 왜냐하면 의료리스크에 대한 정확한 판단과 인식부재 속에서는 보험회사의 상품개발노력이나 마케팅전략 등이 그 효과를 발휘하기 어려워 보험회사 스스로도 의료배상시장에 진입하는 것을 꺼리기 때문이다. 의료리스크관리를 위해 가장 먼저 고려해야 할 사항은 의료리스크의 총량을 파악하기 위한 실태파악이라고 할 수 있다. 아직까지 국내에서는 소비자보호원 등에 분쟁이 접수되거나 사법기관에 의뢰가 오지 않는 경우 외에는 의료분쟁이 현재화되지 않으므로 정확한 의료사고의 실태를 파악할 방법이 없다. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 우선적으로 의료사고를 행정당국에 보고하는 시스템을 구축하여야 한다. 이러한 시스템은 의료업계 자발적으로 기구를 만들어 운영하기 곤란하므로 현재 논의중인 의료분쟁조정위원회내에 동 시스템을 관장하는 부서를 두고 의료기관, 보험회사, 공제조합과의 연계를 통해 운영하는 것이 하나의 대안이 될 것으로 보인다.

이러한 보고제도는 물론 의료사고 피해예방과 리스크관리가 제1차

목적이 되나 보험사의 위험률 관리에도 필수요소가 될 것으로 판단된다. 한편 이 시스템에서 고려해야 할 사항은 의료사고는 아니지만 사고의 개연성이 높은 과실을 수집해야 한다는 점과 의료보고가 행정제재로 이어지지 않도록 하여 자발적 보고를 유도해야 한다는 점이다. 이러한 제도는 제4장에서 상술한 바와 같이 미국, 일본, 영국 등 상당수 선진국에서 이미 시행중이거나 부분적으로 시행하고 있다.

2. 제도의 정비

가. 공제조합 및 공제(보험)가입 의무화

현재 논의되고 있는 의료분쟁조정법안은 점증하는 의료사고에 대해 종합적이고 체계적인 접근을 하고 있으나 책임법리, 의료사고의 보고제도, 분쟁조정기구 구성비율, 무과실보상기금 등 여러 측면에서 많은 쟁점에 노출되어 있다. 이하에서는 이러한 의료분쟁조정법이 보험상품의 개발 및 판매전략에도 결정적 영향을 미친다는 점을 고려하여 2006년 안명옥의원(안)을 중심으로 보험관련 사항의 방향성을 검토하고자 한다.

1) 보험가입의무화

의료배상책임보험제도의 도입 시 의무보험의 형태를 취해야 한다는 데에는 이미 어느 정도 공감대가 형성되어 있다고 보여진다. 1994년 9월 최초로 입법예고 되었던 의료분쟁조정법(안)은 개인병원을 비롯하여 종합병원까지 의무적으로 보험에 가입한 뒤 의료사고 발생시 분쟁조정위원회의 조정을 거쳐 환자에게 적절한 보상이 될 수 있는 보험금의 지급을 하도록 하는 내용을 담은 바 있으며 이후 수차례의 입법안에도 유사한 내용이 있다.

다만, 과거입법안에는 보험 등의 가입자를 의료인으로 규정하고 의료기관의 가입문제에 대해서는 언급이 없었다. 종합병원의 진료행위는 다수의 의료인과 보조인력·시설 및 장비 등이 활용되고 있어 주치의만

을 대상으로 의료사고책임을 묻는 데는 한계가 있으며, 의료기관 개설자 또한 의료사고에 대한 사용자책임을 면할 수 없는 것이 현실이다. 이러한 진료현실을 고려하고 보험행정업무의 효율성을 제고하기 위하여 의료기관이나 개설자 명의로 보험 등에 가입토록 하고, 미가입 의료기관에 대해서는 관할 자치단체장이 업무정지를 명할 수 있도록 함으로써 가입을 강제하는 것이 필요하다. 이 경우 의료행위를 담당하는 의료인의 자기책임을 확보하기 위하여 해당의료기관이 납부하는 보험료의 일정비율을 피고용 의료인에게 분담토록 하는 등의 내부조율은 필요한 것으로 판단된다. 한편, 보험 등에 가입해야 하는 의료기관은 의료법상의 의료기관은 물론 보건소·보건진료소 등을 포함하여 의료행위를 행하는 모든 기관이 해당되며, 의약분업으로 인하여 의사의 처방에 따라 약을 조제하는 약국 또한 의료행위와 밀접한 관련이 있으므로 당연히 포함되어야 한다고 본다.

2006년 안명옥의원(안)은 보험가입주체를 “보건의료기관의 개설자”로 하여 “보건의료기관개설자”의 범위에 「의료법」에 따른 의료기관개설자, 「약사법」에 따른 약국개설자 외에도 한국희귀의약품센터 이사장, 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원·보건지소 및 「농어촌 등 보건의료를 위한 특별조치법」에 따른 보건진료소를 운영하는 시장·군수·구청장 등을 포함하고 있어 이러한 요건을 충족시키고 있다.

대체적으로 보험가입의 강제성 여부는 피해자구제와 관련하여 가해자가 배상자력이 없어 피해자구제에 어려움이 있는 경우에 대비한다는 측면이 강하다. 이 때문에 대부분의 의료기관은 배상자력이 있으므로 대형사고가 연발하지 않는 한 굳이 보험가입을 의무화할 필요가 없다는 의견이 제시될 수 있다. 그러나 의료배상은 그 규모의 예측이 어렵고 각 의료직종사자나 병원의 재정능력은 한계가 있다. 또한 보험은 배상자력의 확보 이외에도 재무관리의 일관성유지, 신속한 사고처리, 위험의 사전예방, 위험관리의식의 고취 등 여러 가지 순기능을 수행하고 있다. 이 점은 OECD 국가들 중 상당수가 보험가입 의무화나 준의무화, 무과

실보상시스템의 운영 등을 시행하고 있는데에서 잘 나타난다. 한편 현재 추진되고 있는 의료분쟁조정법(안)은 분쟁조정과 보험제도를 연계하고 있어 보험가입의 의무화는 필수적인 역할을 하도록 구성되어 있다.

현재 우리나라에서 운영되고 있는 의무보험중 의료인과 같은 전문직종은 <표 V-1>와 같다.

<표 V - 1> 보험가입이 의무화된 전문직종

가입대상	관련법규	법령내용
관광사업자	관광진흥법(제14조)	여행자에대한 손해보전, 시행규칙에 보증보험으로 명기
부동산중개업자	부동산중개업법(제19조), 시행령(제23조)	보증보험, 공제 또는 공탁
감정평가사	지가공시 및 토지등의 평가에 관한 법률(제26조)	보증보험 또는 공제
승강기보수업자	승강기 제조 및 관리에 관한 법률(제11조의 3), 시행규칙(제14조의 2)	보증보험
공인회계사	공인회계사법(제19조), 시행령(제13조)	법인회원의 경우 자체기금, 개인회원의 경우 3,000만원의 보험 또는 공제
회계감사인	주식회사의 외부감사에 관한 법률(제17조)	법인회원의 경우 자체기금, 개인회원의 경우 보험 또는 공제
세무사	세무사법(제12조)	세무사 1인당 2,000만원이상의 보험 또는 공제
보험계리사,손해사정사	보험업법(제191조)	보험계리업자 또는 손해사정업자에게 자산의 예탁 또는 보험가입 의무화
보험중개사	보험업법(제89조), 시행령(제37조)	개인 1억원, 법인 3억원이상의 영업보증금 또는 보험중개사배상책임보험
설계사,건설사업관리자,감리사	건설기술관리법(제21조, 제22조의 3, 제33조)	과거 보증보험으로 운영, 2002.1부터는 책임보험으로 운영
부품·소재 생산업자	부품소재특별법(제31조)	보험가입을 의무화한 것은 아니나 사실상의무보험형태임. 보험 또는 공제
변호사	변호사법(제58조의12), 시행령(제13조의4, 제13조의9)	법무법인(유한) 및 법무조합은 소속변호사의 수에 1억원을 곱하여 산출한 금액 또는 20억원 이상의 보상이 가능한 보험 또는 대한변호사협회가 운영하는 공제에 가입

2) 의료배상공제조합의 운영

법안에 따르면 보건의료인단체 및 보건의료기관단체는 보건복지부장관의 인가를 받아 보건의료배상공제조합을 운영할 수 있다. 동 공제조합은 자동차보험에서와 같이 공제를 책임공제(유한보상)와 종합공제(무한보상)로 구분하여 운영하며 종합공제에 가입한 경우 형사책임에 대한 특례를 주는 방안이 제시되고 있다.

그러나 현재 운영되고 있는 의사협회의 공제가 유명무실하며 보험업법에 의하여 설립된 민영보험사가 판매하고 있는 보험상품을 굳이 법률에 명시적으로 규정하여 공제상품으로 유도할 실익은 찾아내기 어렵다. 왜냐하면 의료인의 상호부조단체인 공제는 객관성을 유지하기 어렵고(분쟁조정위원회 역시 대부분 의료인으로 구성됨) 공제의 시장독과점은 합리적인 시장경쟁과 언더라이팅을 통한 사고예방 등에 부정적으로 작용할 여지가 크기 때문이다. 또한 민영보험사의 경우 보험업법에 의한 엄격한 규제(자본금규정, 상품인가, 지급여력제도, 자산운용규제 등)와 재보험처리를 통해 상시적으로 보험사고에 대비한 지급능력을 갖춘데 비해 공제조합의 경우 사업운영에 대한 실질적인 규제가 미비하여 의료사고손해배상액이 누적될 경우 적정한 보상에 어려움을 겪을 우려가 있고 이는 국민의 부담으로 전가될 가능성이 있다.

3) 무한보상의 문제

동 법안은 대통령이 정하는 금액을 책임보험(공제)로 하고, 종합보험(공제)의 경우에는 조합원의 의료사고로 인한 손해배상금 전액을 보상하도록 하고 있다. 그러나 무한보상의 경우 자동차보험에서 보는 바와 같은 여러 가지 문제점이 있으므로 이에 대한 보완이 필요하다.

가) 피해자의 균형있는 보호에 역행

무한보상은 손해액 전액을 보상하게 되므로 조정에 불복하면 판결에 의하게 되고 자동차사고에서와 같이 판결에 의한 보상수준이 월등히

높을 경우 소송으로의 해결이 증가될 것이며 고소득자에게는 많은 보상을 저소득자에게는 적은 보상을 초래하여 소득격차를 심화시키는 면이 있고 이에 따라 고소득층만을 무한으로 보장한다는 비판이 예상된다.

나) 보험(공제)경영의 악화요인으로 작용

보험금은 임금, 치료비등 항상 변동하는 요소를 기준으로 산출하므로 변동요인이 즉시 보험금에 반영되고 또 보험금이 얼마가 되든 무한으로 보상하지만 원가를 구성하는 보험요율은 당국의 인가를 받을 뿐만 아니라 물가에 대한 영향과 가입자들의 반발로 적기에 조정하지 못하는 경우가 발생하여 보험의 대원칙인 수지상등의 원칙이 무시될 염려가 있다. 자동차보험의 경우에도 적정손해율과 실제손해율 사이에 현격한 차이가 있고 최근 수년간의 임금 및 치료비등의 급격한 상승은 자동차보험의 적자폭을 확대시켜 손해보험 사업전체의 경영악화요인으로 작용함으로써 가입자에 대한 서비스 향상을 기하기 어려운 것이 사실이다.

다) 재보험처리 등 리스크관리의 어려움

한편 책임보험상품을 무한보상으로 구성하는 것은 해외시장에서도 드문 사례이며 보험손실의 예측불가능으로 재보험출제가 어렵거나 출제시에도 불필요하게 높은 보험료를 지불해야 하는 문제가 발생한다. 따라서 정책상 무한보험이 관철될 경우 보험수지상의 악화요인을 적기에 해소할 수 있는 제도적 장치(적기의 요율조정 및 손해율에 따른 개별 할인·할증 제도 등)가 수반되어야 할 것이다.

4) 종합보험가입시 형사처벌특례

현재까지 추진된 의료분쟁법(안)에는 모두 의료계의 입장을 반영하여 의료인의 형사처벌특례를 인정하는 내용은 모두 포함하고 있다. 형사처벌특례란 형법 제268조의 죄(업무상과실치사상죄 및 중과실치사상죄)중 업무상과실치사상죄를 범한 의료인이 종합보험에 가입한 경우에는 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없도록 하고 환자가

사망에 이른 경우에도 정상을 참작하여 형법 제268조의 형을 경감 또는 면제할 수 있도록 하는 것으로서 교통사고처리특례법이 택하고 있는 방식이다.

이에 대해 의료사고 피해자측이나 법조계에서는 대부분 반대의사를 나타내고 있다. 법조계가 의료인에 대한 형사처벌특례를 인정하지 아니하는 논거는 의료인에 대해서만 형사처벌특례를 인정한다는 것은 산업현장 위험종사자 등과 비교하여 평등의 원칙에 위배되어 위헌의 소지가 있으며, 반의사불벌죄는 경미한 범죄에 대하여 규정되는 것이지 범죄주체에 따라 적용하는 것은 타당하지 않다는 것이다.⁵⁴⁾ 다만, 의료행위가 불가피한 점을 감안하여 의료인에게 중대한 과실이 없는 경우에는 정상을 참작하여 형을 경감하는 것은 가능하다고 본다.

이에 비해 의료계에서는 다음과 같은 점에서 의료인에 대한 형사처벌특례를 인정하여야 한다는 입장이다⁵⁵⁾.

첫째, 의료사고는 의료인이 환자의 생명과 건강을 보호하기 위하여 의료행위를 제공하는 과정에서 주의의무를 다하지 못하여 발생한 사고로써 악의에 기초한 일반범죄와는 다르게 행위자체가 선의성에 기초하고 있다. 따라서 의료사고에 대한 처벌은 이와 같은 선의성이 고려되어야 한다는 점이다.

둘째, 의료인이 환자에 대해 실시하는 각종검사와 치료행위는 신체에 대한 침습(侵襲)이 전제되는 행위이며, 응급환자와 같이 행위의 긴급

54) 의료사고는 사고빈도면에서 자동차사고와 많은 차이가 있으며 책임범리면에서도 무과실책임이 아닌 과실책임을 전제로 하고 손해사정의 특성상 자동차사고와 차이가 있으므로 의료사고에 대해서 형사책임을 면제할 실익이 존재하는 지에 대한 의문이 제기될 수 있다. 또한 한편 일반 형사사건의 경우 단순한 과실치사상을 예외 없이 처벌대상으로 하는데 비해 더 높은 주의의무가 요구되는 의료사고에 대하여 종합보험(공제) 가입을 조건으로 처벌에서 제외하는 것은 형사처벌상의 형평성에 문제가 있다. 신동호, 차일권, “전문직위험과 배상책임보험(II) 의료사고위험을 중심으로”, 보험개발원, 1997.

55) 의료분쟁조정법제정방향 토론회 자료(2001), 보건복지부 의료정책과

성이 요구되어 의료행위자체가 의료사고를 유발할 수 있는 개연성이 높다는 점을 고려할 때 항상 의료사고의 위험에 노출된 의료인에 대하여 일반범죄와 동일하게 벌칙을 적용하는 것은 형사정책상 바람직하지 않다

셋째, 의료인이 주의의무를 다하지 못하여 발생한 모든 의료사고에 대해 죄를 묻는다면 의료인에게 과잉진료·방어진료·위험진료회피 등의 바람직스럽지 못한 진료행태를 조장하게되어 오히려 이로 인해 입게 되는 국민의 생명과 신체상 피해가 더 클 수 있다.

넷째, 의료법(제16조)상 의료인은 정당한 사유 없이 진료를 거부할 수 없도록 규정하고 있다⁵⁶⁾. 이처럼 의료인에 대해 진료를 강제하고 있으면서 이로 인해 발생하는 모든 결과에 대해서도 책임을 묻는 것은 형평성에 의문이 제기된다.

마지막으로, 피해 당사자의 의료인에 대한 형사고발은 형사책임 그 자체를 묻는다고 보다는 피해배상에서 유리한 입장에 서려는 하나의 수단으로 활용되고 있다는 현실과 형사고발된 의료인에 대한 기소율이 불과 7.9%(구공판은 1.7%)에 지나지 않는다는 점도 고려되어야 한다.

결국 의료인에 대해 형사처벌특례를 인정할 것이냐는 형사처벌의 평등성이라는 범목적과 의료행위의 선의성과 긴급성·적극적인 진료행태 조성·의료법상의 형평성 등을 종합적으로 검토하여 결정할 문제이나 의료사고처리의 현실성을 감안하여 '고의'나 '중대한 과실'을 제외하고 제한적으로 인정하여야 할 것이다.

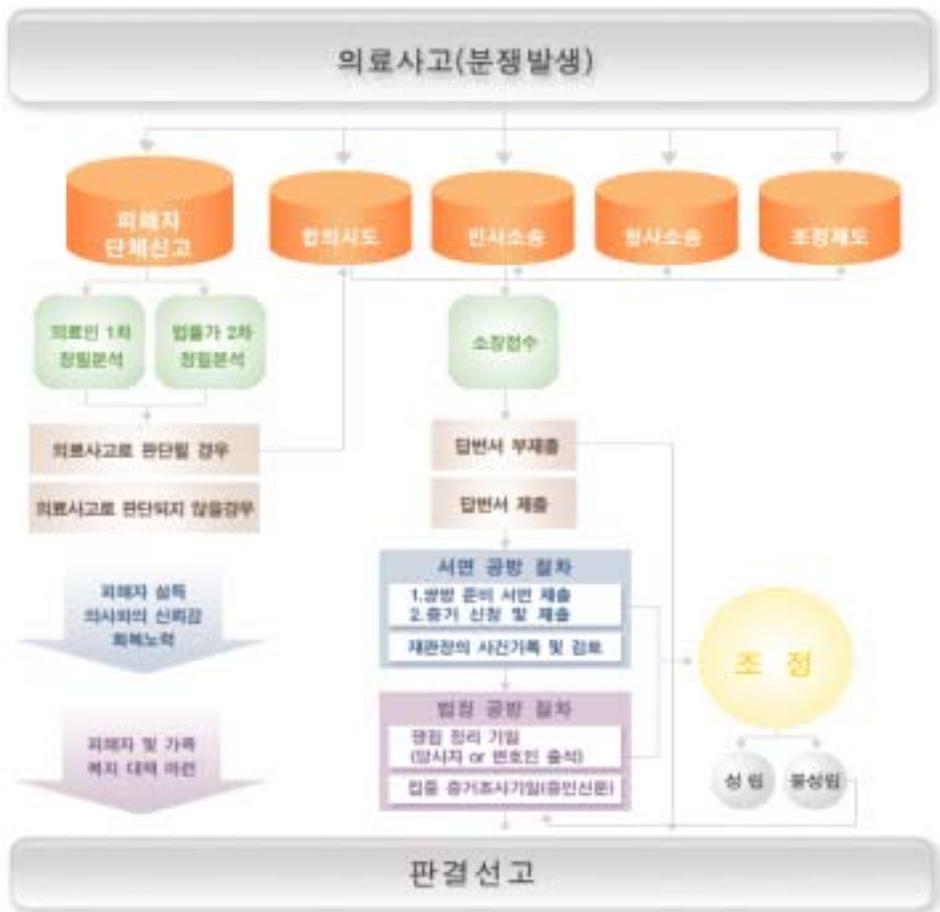
나. 분쟁조정위원회와 조정제도

전술한 바와 같이 현재 우리나라의 사법체계상 의료사고시 피해자가 의료인의 책임을 추급(追及)하고 보상을 청구할 수 있는 방안은 의

56) 의료인이 진료를 거부하여 동 규정을 위반하게 되면 1년 이하의 징역 또는 300만원 이하의 벌금형을 받게 되며 이 경우 의료인은 면허를 취소당하고 2년간 면허재교부가 금지된다.

료심사조정위원회에 조정을 의뢰하거나 민사소송을 제기하는 것이다. 그러나 민사소송은 의료행위의 전문성에 대한 판단문제로 장기간이 소요되는 단점이 있으며 의료법상 전국 16개 시.도에 의료심사조정위원회가 있으나 2002년~2005년간 접수건수는 50여건, 조정건수는 4건에 불과하여 유명무실한 상태이다.

<그림 V - 2> 의료분쟁 처리절차



자료 : www.medioseor.kr

이에 따라 의료사고 피해자는 비전문기관인 민간단체(의료사고시민연합 등)나 소비자보호원에 도움을 의뢰하거나 의료기관에 물리적인 압

력을 가하는 방법을 택하고 있어 합리적인 분쟁조정기구의 설립은 의료 분쟁조정법(안)에서 핵심요소로 볼 수 있다.

1) 분쟁조정위원회 구성

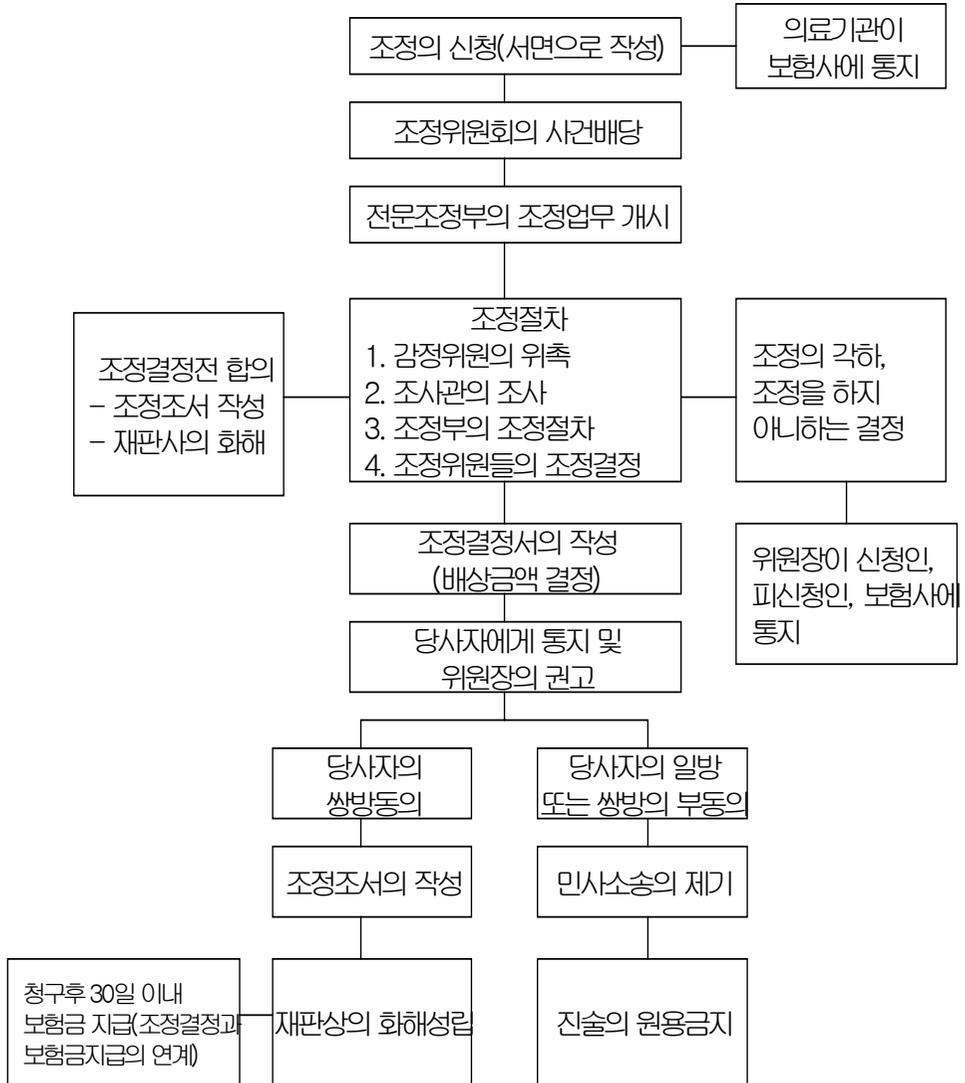
의료사고의 신속한 구제와 의료분쟁의 효율적조정을 위해 분쟁조정 위원회를 두는 방안은 1994년의 입법안에서부터 제시되고 있으며 이에 대한 반대의견은 나타나지 않으나 분쟁조정위원회의 조직성격과 위원회 구성원에 대해서는 이견이 나타나고 있다. 안명옥의원(안)은 조정위원회를 정부기구가 아닌 특수법인으로 하고 위원회 위원을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하도록 하고 있다.

먼저 안명옥의원(안)은 과거 법안들이 위원장을 포함하여 9인 이내의 위원으로 구성하는 것에 비해 40인이상 90인 이내로 대폭 증가시키고 있어 조정위원회가 비대화되는 인상을 주고 있다. 한편 위원회 구성은 공익을 대표하는 자, 보건의료계를 대표하는 자, 법조인, 소비자를 대표하는 자, 그 밖에 대통령령이 정하는 자로 구성하여 과거 법안과 비교시 의견상 보건의료계의 비중이 작은 것으로 보인다.

이는 조정위원에 의료인이 많이 포함되면 조정위원회 운영의 공정성에 의문이 제기될 가능성을 우려한 결과이기는 하나 공익을 대표하는 자와 소비자를 대표하는 자 및 대통령령이 정하는 자 간에 차별성을 기할 수 있을 지 의문이며 공익대표자, 법조인, 소비자단체가 다수인 경우 의료분야의 특수성과 전문성을 고려한 의사결정을 할 수 없다는 문제점을 가질 수 있다. 한편 조정위원회의 조정결정이 내려진 경우 최종적으로 의료사고에 대해 보상금을 지급하는 주체는 보험회사(공제조합)인데 비해 조정위원에 보험업계가 배제된 것은 균형을 잃은 것으로 보인다. 왜냐하면 보험회사의 계약인수는 선택사항이 아니며(인수거절의 금지) 종합보험의 경우 무한보상을 하는 구도일 경우 보험회사(공제조합)이외의 자는 의료과실의 인정 및 보상금의 결정시 의료피해자에 대해 온정주의로 호를 가능성이 높기 때문이다. 적어도 보상의 최종부담자인 보

협업계에 피해액의 산정 및 산정기준 등에 대해서는 의견을 진술할 기회를 주는 것이 바람직하다.

<그림 V - 3 > 의료분쟁조정절차(안)



일본의 경우 의료사고보험을 취급하는 보험회사에 설치된 “보험자 조사위원회” 또는 “배상책임심사회”에서 의학적 감정과 그에 따른 법적 판단을 통하여 손해배상 여부를 결정함으로써 의료분쟁을 해결하고 있다. 뉴질랜드의 경우 비영리 자율적 정부조직인 사고보상공단에서 인적 사고의 장애에 대하여 심사하고 있으며, 독일의 경우 의료사고배상에 관한 손해보험회사에서 소송전 분쟁조정을 통해 의료분쟁을 해결하고 있다. 이처럼 외국의 사례를 살펴보면 법적근거를 가진 의료분쟁기구는 없고, 대부분 의료사고를 담당하고 있는 보험회사 등에서 소송전의 분쟁조정업무를 담당하고 있다.

2) 조정전치주의

의료분쟁조정법(안)에서 의료분쟁에 대한 조정전치주의를 채택하는 방향은 사실 많은 논란이 있다. 찬성론자는 만약 조정전치제도를 선택적 규정으로 두는 경우 환자 측이 조정신청과 소송을 동시에 제기할 가능성이 있어서 사회적 낭비만을 초래할 수 있을 뿐 아니라 이중쟁송의 부담을 지우는 결과를 초래하게 되므로 의료분쟁조정법안 자체의 실효성을 확보할 수 없다는 문제점을 제기한다. 또한 조정당사자가 조정결정을 받아들이지 않는 경우 재판청구권은 보장되어 있어 국민의 재판을 받을 권리를 본질적으로 침해하는 것은 아니라고 한다. 나아가 의료분쟁과 관련된 소송비용⁵⁷⁾ 등과 같은 불필요한 사회적 비용을 감소시키기 위해서 조정전치제도가 필요하다는 의견을 나타내고 있다. 이에 비해 법조계에서는 사적분쟁에 대해 헌법이 보장하고 있는 재판을 받을 권리(헌법 제27조)를 사실상 제한하는 것⁵⁸⁾으로 타당성에 의문을 제기하고 있다.

생각컨대 조정전치는 당사자간의 분쟁을 해결하는데 얼마만큼 실효

57) 미국의 경우 배상액의 60%를 분쟁해결 관련비용(변호사비용, 소송비용, 보험처리비용 등)으로 지출한다고 한다.

58) 권오승, “의료분쟁조정법안의 문제점과 개선방안,” 『법학 제36권 1호(서울대학교 법학연구소, 1995.3), 159면.

성을 확보하고 있느냐가 중요한 사항으로 의료분쟁의 경우 민사소송의 장기성과 법원의 판결도 결국 의료전문가의 자문을 통해 이루어지는 점을 고려시 피해당사자가 자발적으로 조정제도를 선호할 가능성이 높다. 따라서 필요적이냐 또는 임의적이냐라는 조정제도의 방법에 대한 논란 보다는 조정위원의 전문성과 공정성을 확보하여 신뢰를 얻는 것이 더욱 중요한 문제라고 할 수 있다. 과거 행정기관에 자기교정과 자발적인 권리구제의 기회를 부여하기 위하여 인정되었던 행정심판전치주의가 행정소송법의 개정으로 임의적 조정제도로 전환되었고 여객자동차운수사업법·국가인권위원회법 등 조정제도를 도입하고 있는 대부분의 법률이 임의적 조정제도로 운영되고 있는 점 역시 논란의 소지가 있음에도 필수적 조정전치를 주장할 근거를 약화시킨다.

3) 조정결정과 보험금지급제도

법안은 조정신청을 받은 경우, 조정을 각하한 경우, 조정결정을 의결한 때에 각각 보험회사(공제조합)에 이를 통지하도록 하고 있으며 조정결정이 이루어진 경우 피해자의 신청이 있으면 보험회사(공제조합)은 30일 이내에 보험금을 지급하도록 규정하여 조정결과와 보험금지급을 자동연계하고 있다. 그러나 조정과정에 참여하지 않은 보험회사(공제조합)에 조정결정에 따른 보상금을 의무적으로 지급토록 하는 것은 문제의 소지가 있다. 비록 가해자인 의료기관이 조정안에 승복한다 하더라도 피보험자인 의료기관과 보험회사의 이해관계는 일치하지 않을 수 있기 때문이다. 현재 대부분의 배상책임보험은 피보험자가 피해자와 합의시 보험회사의 사전 동의를 얻도록 하고 있으며 이의 위반시 그로 인하여 늘어난 금액을 손해배상액에서 제외하고 있다.

<자동차보험 표준약관(개인용)>

3. 사고발생시의 의무

(1) 보험계약자 또는 피보험자는 사고가 생긴 것을 안 때에는 다음의 사항을 이행하여야 합니다.

①, ② : 생략

③ 손해배상의 청구를 받은 경우에는 미리 보험회사의 동의 없이 그 전부 또는 일부를 합의하여서는 안됩니다. 그러나 피해자의 응급치료, 호송 그 밖의 긴급조치에 대하여는 보험회사의 동의를 필요로 하지 않습니다.

④,⑤,⑥ : 생략

(2) 보험회사는 보험계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 위 (1)에서 규정하고 있는 사항을 이행하지 아니한 경우에는 그로 말미암아 늘어난 손해액이나 회복할 수 있었을 금액을 손해배상액에서 공제하거나 지급하지 아니합니다.

<의사 및 병원배상책임보험, 영업배상책임보험>

제○조(손해방지의무) ① 보험사고가 생긴 때에는 계약자 또는 피보험자는 아래의 사항을 이행하여야 합니다.

1. , 2. : 생략

3. 손해배상책임의 전부 또는 일부를 승인하고자 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일. 그러나 피해자에 대한 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 긴급조치는 그러하지 아니합니다.

4. 손해배상책임에 관하여 피보험자가 소송을 제기하려고 할 때에는 미리 회사의 동의를 받을 일

② 계약자 또는 피보험자가 정당한 이유 없이 제1항의 의무를 이행하지 아니하였을 때에는 그 손해액을 아래에 따라 결정합니다.

1. : 생략

2. 제1항의 3.의 경우에는 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 뺍니다.

3. 제1항의 4.의 경우에는 소송비용 및 변호사비용과 회사가 손해배상책임이 없다고 인정되는 부분을 보상하지 아니합니다.

이를 고려시 조정내용을 수용할 지 여부에 대한 보험회사의 선택권이 보장되어야 한다. 물론 조정내용이 공정하거나 민사법원에 항소하여

보상금액이 줄어들 여지가 없는 경우 보험회사의 입장에서 조정내용을 수용하지 않을 이유는 없으므로 보험회사의 최소한의 선택권을 보장하는 것이 합리적이라고 할 수 있다.

다. 무과실의료사고와 의료사고보상기금

1) 의료행위의 특성과 무과실의료사고

의료행위는 환자의 신체에 대한 침습을 수반하며 본질적으로 의료사고의 위험을 내포하고 있고, 개인별로 증상의 비정형성과 개인차로 인하여 정상적인 진단 또는 처치에서도 악결과가 발생하는 환자가 생길 수 있다. 의료분쟁은 의료인의 과실에 의한 것인지, 불가항력적인 것인지 판단하기 어려운 과실과 무과실의 경계에서 일어나는 것이므로 이에 대한 구제가 없이는 분쟁은 해결될 수 없다. 따라서 의료인의 과실로 인한 사고와 불가항력적인 사고를 구분하여 피해구제책을 모색할 필요성이 제기된다. 그러나 기존의 의료과실에 대한 배상의 방법으로는 궁극적인 해결방안이 되지 못하기 때문에 사회보험 내지 사회보장적 장치로서 무과실 의료사고에 대한 피해구제책이 논의되고 있다.

외국의 사례를 살펴보면, 스웨덴, 뉴질랜드의 경우 무과실의료사고에 관한 보상제도를 운영하고 있으나 이들 국가는 건강보장체계가 사회보험방식이 아닌 조세방식으로 우리와 동일한 선상에서 비교하기는 무리이다.

이러한 무과실 의료사고에 대비한 보상제도에 대한 논의는 그 동안 의료분쟁조정법안의 입법추진과정에서 여러 차례 있었지만 여전히 부정적인 의견이 많은 것이 사실이다. 그 이유는 불가항력적인 의료사고에 대한 보상을 국가책임으로 규정할 경우 우리 민법체계상 과실책임의 원칙과 부합하지 않다. 이에 대해 민법상 과실책임의 원칙에 대한 예외로 원자력손해배상법 제3조, 환경정책기본법 제31조, 근로기준법 제78조 등에 무과실책임을 인정하고 있으므로 이를 의료분쟁조정법에 수용하는

것이 가능하다는 의견이 제시되고 있다. 헌법에 규정된 국민의 건강권을 보장해야 하는 궁극적인 책임은 의료행위를 하는 의료인에게 있는 것이 아니라 국가에 있으므로 국가는 불가항력적인 의료사고로 인한 국민의 피해를 구제하여 건강권을 적극적으로 보장할 책무가 있으며, 의료사고의 피해로 인하여 정상적인 생활을 영위하기 어려운 경우 이에 대한 최소한의 피해구제를 하는 것은 사회보장제도를 강화하는 측면에서도 의미가 있다.

결국 무과실 의료사고의 피해구제제도는 의료피해가 산업재해나 환경재해와 같이 무과실책임을 국가차원에서 부담해야 할 사유가 되는지에 대한 사회적 공감대가 형성되는지에 달려있으며 이는 결국 정책결정의 문제라고 할 수 있다.

2) 보상기금의 조성

무과실의료사고에 대한 사회적보장책임을 인정할 경우 다음 논의는 피해보전을 어떤 형태로 부담하느냐이다. 이에 대해서 가장 많이 거론되는 것은 의료사고 피해구제제도의 실효성을 확보하기 위해서는 국가가 일정한 규모의 피해구제기금을 조성하자는 것이다.

다음으로 보상기금을 어떤 형태로 조성하느냐에 대해서는 2가지 방안이 논의되고 있다. 첫째는 국민건강보험법에 의한 국민건강보험공단에 그 재원을 분담시키는 방안이다. 즉, 국민건강보험료에서 일정비율을 각출하여 이를 기금으로 적립하는 방식이다. 둘째는 의료배상책임보험(공제)의 보험료에서 일정비율을 각출하여 이를 기금으로 적립하는 방식이다. 안명옥의원(안)은 분쟁조정위원회내에 무과실보건의료사고보상기금을 조성하며 재원부담은 국가, 보건의료기관개설자 및 보험사업자가 공동으로 부담하도록 하고 있다.

한편 보건의료기관개설자의 부담금은 책임보험 등 또는 종합보험 등의 계약을 체결하는 보험사업자 등이 계약체결 시 징수하여 기금에 납부하도록 하고 있다. 생각컨대 국민건강보험법을 개정하여 건강보험

료에 기금부담을 지우는 것은 현재 국민건강보험의 재정상태가 열악한 점을 고려시 사회적공감대를 얻기 어려우므로 두 번째 방식이 무난하다고 보여진다. 이와 유사한 사례로는 자동차손해배상보장법 제29조⁵⁹⁾에 의한 보장기금을 들 수 있다. 동 기금은 자동차책임보험료의 4.4%⁶⁰⁾를 보험회사가 징수하여 조성하며 현재 조성된 금액은 1,900억원 규모로 연간 1만명 정도의 피해자가 보상을 받고 있다. 보장기금의 구체적인 내용은 아래와 같다.

59) 자배법제 29조 (손해배상보장사업분담금) ①제5조제1항의 규정에 의하여 책임보험등에 가입하여야 하는 자와 제5조제2항의 규정에 의한 자동차중 대통령령이 정하는 자동차의 보유자는 자동차손해배상보장사업을 위한 분담금을 정부에 납부하여야 한다. ②제1항의 규정에 의하여 분담금을 납부하여야 할 자중 제5조제1항의 규정에 의하여 책임보험등에 가입하여야 하는 자의 분담금은 당해 납부의무자와 책임보험등의 계약을 체결하는 보험사업자등이 계약체결시에 이를 징수하여 정부에 납부하여야 한다

60) 자동차손해배상보장법 시행규칙 제8조 (분담금액)

자동차손해배상보장사업

정부보장사업의 의의

- 보유불명자동차에 의한 사고(뺑소니사고), 보험미가입자동차사고 및 보험면책사고 등으로 강제보험에서 보상받지 못하는 자동차사고 피해자에 대해 강제보험금액 한도 안에서 피해자가 입은 손해를 보상해 주는 제도
 - 또한 1999.7.1부터 자동차사고 사망자 및 중증후유장애를 입어 경제적 어려움을 겪고 있는 피해자와 가족을 보호하기 위해서 보조금과 장학금을 지원하고 중증후유장애자에 대해 재활을 지원하는 제도
- ※ 기금은 건설교통부에서 위탁받은 대한손해보험협회에서 관리
(단위 : 백만원, %)

구분	수입금액				지출금액					수지 C=A-B
	분담금	수입이자	구상환입	계(A)	피해자수	지급 보상금	교부금	관리비	계(B)	
'01	123,955	2,612	7,674	134,241	8,909	52,288	30,000	3,054	48,899	48,899
'02	132,478	5,022	7,358	144,858	9,091	50,486	35,335	3,026	56,011	56,011
'03	129,648	7,130	6,473	143,251	9,733	60,447	39,409	3,273	40,122	40,122

피해자가 정부에 손해배상청구를 할 수 있는 경우

- 보유불명자동차에 의한 사고
 - 정부는 보유자를 알 수 없는 자동차의 운행으로 말미암아 사망하거나 부상한 자에 대하여 손해를 보상함(법 제26조 제1항 제1호)
- 보험가입자등이 아닌 자가 배상책임을 지는 사고
 - 정부가 보험가입자등이 아닌 자(무보험차량 운전자 또는 절취운전자)가 자배법상 손해배상책임을 지는 경우손해를 보상함

자동차사고 유가족지원제도

- 정부는 자동차 운행으로 인한 사망자나 대통령령이 정하는 중증후유장애인의 유자녀 및 피부양가족의 경제적 어려움으로 인한 생계곤란, 학업중단 등의 문제를 해결하고 중증후유장애인의 재활 및 후유장애인관계단체의 재활사업을 위하여 지원할 수 있음
- ※ 자동차사고 유가족지원 및 후유장애인 재활시설건립 등의 업무는 현재 도로교통안전관리공단에서 수행하고 있음

3) 보상기금운영상의 문제

보상기금이 설립될 경우 가장 중요한 과제는 보상기금의 운영시 발생가능한 기금누수에 대한 우려를 불식시키는 것이다. 이러한 우려가

상존하는 경우 의료사고예방에 노력하는 대다수의 의료인력은 기금에 의무적으로 각출해야 할 금액에 대하여 저항감을 가지게 되고, 기금부족분을 국가예산으로 지원할 경우 국민적 공감대를 얻기 어렵기 때문이다. 이러한 이완현상을 막기 위하여는 의료분쟁조정위원회 범조계, 보험업계, 공익대표 등 의료인력과 이해관계를 달리하는 자를 선임하고 보건의료인의 무과실 입증요건을 명확히 하여 온정적 지급사례를 원천적으로 막는 것이 중요하다. 예를 들어 불가항력적으로 발생한 의료사고라는 요건을 1) 부검 또는 감정의 결과 현대의학 수준으로는 의료의 한계로 인하여 불가피하게 발생한 의료사고, 2) 환자의 특이체질 또는 과민반응으로 인하여 발생한 의료사고로 발생한 피해의 경우 등으로 명확히 제시하여야 할 것이다.

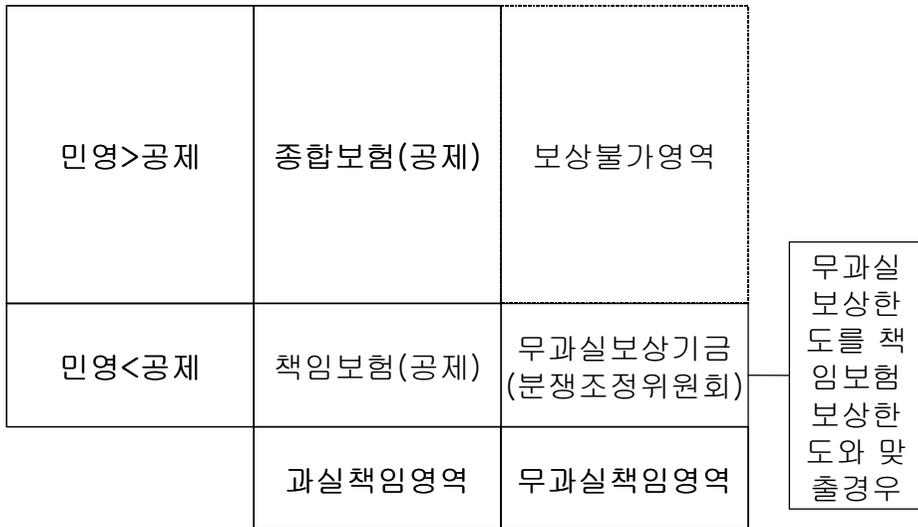
3. 의료배상보험의 활성화 방안

가. 공제조합과의 영역조정

현재 추진되고 있는 의료분쟁조정법(안)은 의료사고에 대비책으로서 분쟁조정기구를 두고 보험(공제)가입의무화를 거론하고 있으나 동시에 의료배상공제조합을 설립한다는 내용을 담고 있어 민영사의 의료배상보험의 영역은 축소될 우려가 있다. 과거의 입법안에는 관련단체의 공제조합 설립과 가입을 의무화하고 있었으나, 이러한 독점적 보험공급은 공급자가 보험상품의 품질향상과 비용절감을 위하여 노력하도록 하는 동기가 없어질 뿐 아니라 공제조합의 횡포에 대해 보험소비자인 의사나 보상대상자인 환자가 견제할 수 있는 방법이 없어지게 된다. 따라서 복수의 사업자가 존재하여 의료기관의 선택권이 보장되어야 의료배상보험 시장에 시장원리에 따른 다양한 양질의 보험상품이 개발·보급될 수 있을 것이다.

한편 공제제도는 특정 경제집단의 구성원에 대한 이익과 피해구제를 목적으로 하는 만큼 가해자인 의사의 편익에 치우칠 가능성이 있으며 의료사고의 공정한 심사가 어렵고 자금력문제로 보상액의 고액화 추세에 대응하기 어렵다. 뿐만 아니라 재보험 장치의 부재로 인한 위험분산의 미흡, 분쟁의 중재 및 조정능력의 취약으로 인한 의료분쟁의 신속한 처리가 곤란하다는 점 등 여러 가지 문제점이 지적되고 있다. 따라서 공제제도로써 의료사고를 무한보상하는 것은 실질적으로 이루어지기 어려우므로 결국 민영상품과의 연계가 불가피할 것으로 판단된다⁶¹⁾. 공제설립이 가능한 단체로는 의료법 제26조의 규정에 의한 의료인단체, 의료기사등에관한법률 제16조의 규정에 의한 의료기사단체 및 약사법 제11조에 의한 약사회를 생각할 수 있으나 내과협의회 등 진료과목별 협회로 세분화 될 가능성도 있다.

<그림 V - 4 > 의료배상보험 운영구도(안)



61) 책임보험 파트의 경우 공제조합이 종합보험 파트의 경우 민영보험사의 경쟁력이 높을 것으로 추론되나 공제조합은 담보력 및 언더라이팅 능력의 보완을 위해 재공제를 통해 민영보험사와 협력할 가능성이 높다.

나. 보험약관의 보완

1) 보험담보기준의 정비

대부분의 경우 전문직배상보험에는 통상적인 손해사고기준증권(occurrence basis policy) 대신 배상청구기준증권(claims-made basis policy)이나 발견기준증권(discovery basis policy)이 사용된다. 그 이유는 전문직업의 직무상 과실의 사고발생시점에 대한 논란과 보험기간 이후의 청구사고에 대한 지급준비금 적립의 부담을 완화시킬 필요성 때문이다. 현재 국내의 의료배상보험이나 일본의 의사배상보험 역시 아래와 같은 형태로 배상청구기준증권을 사용하고 있다.

의사 및 병원배상 보통약관

제2조(회사의 보상책임) ① 회사는 이 약관과 이에 첨부된 특별약관의 제규정에 따라 피보험자가 보험기간중에 담보조항에 해당하는 사고로 인하여 타인으로부터 손해배상청구가 제기되어 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다. 그러나 보험증권상에 소급담보일자가 기재되어 있을 경우 소급담보일자 이전 또는 보험기간 이후에 발생한 사고에 대한 손해는 보상하지 않습니다.

② 회사는 보험기간중에 최초로 제기된 손해배상 청구에 대하여 보상합니다.

제3조(손해배상 청구일자) 이 약관 위 제2조 제2항의 『보험기간중에 최초로 제기된 손해배상청구』라 함은 아래의 경우를 말합니다.

① 피보험자와 회사가 손해배상 청구를 받은 경우에는 먼저 접수한 쪽의 손해배상청구를 기준으로 합니다. 그러나 피보험자가 접수한 경우에는 명백한 입증자료가 없는 한 그 사실을 회사에 알린 날을 손해배상 청구가 처음 제기된 날로 봅니다.

② 어느 하나의 사고로 동일인 또는 동일단체에 입힌 『손해』에 대한 여럿의 손해배상 청구는 그 중 최초로 제기된 날을 모든 손해배상 청구가 제기된 것으로 봅니다.

그러나 현재 논의되고 있는 바와 같이 의료기관의 의료배상책임보험(공제)을 의무화 할 경우 배상청구기준증권은 담보의 겹 문제 때문에 사용하기 곤란한 것으로 판단된다⁶²⁾. 이 점은 보험가입이 의무화되는 책임보험(공제) 부분에만 해당하지 않으며 종합보험(공제)에서도 동일하다. 법안들은 종합보험의 보상기준을 “의료사고로 인한 배상금 전액을 지급”하는데 두고 있으며 형사처벌의 특례가 도입될 경우 적용기준은 종합보험의 가입여부 이기 때문이다. 배상청구기준증권이 제일 먼저 개발되어 사용되고 있는 미국의 경우 법률상 의무보험이 아닌 상품에서도 일부 주에서는 담보범위의 부적합을 이유로 배상청구기준증권의 사용을 규제하고 있다.

이러한 점을 감안시 의료분쟁조정법(안)의 제정시에는 현재의 담보기준을 손해사고기준증권으로 변환하여야 하며 법규제정 이전이라도 손해사고기준증권과 배상청구기준증권을 병행하여 보험계약자가 선택하도록 하는 것이 바람직 하다.

2) 피보험자의 사전동의 요건 규정화

과거 의사배상책임보험의 실패요인중 하나는 의사측의 과실인정에 대한 반발문제였다. 의사측으로서는 보험금지급의 적정성보다는 전문직업인으로서 자신의 명예를 훼손당할 가능성에 대한 염려가 크기 때문이다. 따라서 보험자와 피해자간의 화해시 피보험자의 사전동의를 요건으로 하도록 규정하여 의사와 보험자의 이해를 조화시킬 수 있어야 한다. 피보험자의 동의요건을 둬으로써 의사의 명예와 신용을 고려하는 의미를 갖게 하며, 의료분쟁의 불합리한 장기화와 소송비용의 증대를 막을 수 있기 때문이다.

62) 배상청구기준증권은 보험기간내에 배상청구가 이루어질 것을 담보조건으로 하므로 의료사고에 대한 인지 및 배상청구가 늦을 경우 보험사의 보상대상에서 제외되는 경우가 발생할 수 있다.

3) 의사 이외의 의료직종에 대한 위험담보

의료의 분업화, 전문화를 통해 의료산업의 규모가 증대하고 있으며 의사와 유사한 직무를 수행하는 보조전문직 수는 급속히 증가하고 있다. 현재 의료관련종사자는 의사외에도 간호사, 의료기사, 물리치료사 등을 합할 경우 60만명을 넘어 요율산출상의 대수의 법칙을 확보할 수 있으며, 의료사고의 개연성이 높아 다른 직종보다 보험에 대한 잠재수요도 많다고 할 수 있다.

물론 병원배상책임보험의 판매가 확대될 경우 병원에 종사하는 의료인력의 과실로 인한 손해를 담보하므로 개별 의료인력이 보험증권을 구입할 유인은 작아진다. 그러나 병원배상책임보험이 일반화될지 여부는 불확실하며 병원배상책임보험에 가입하더라도 병원측의 보험료부담을 고려시 의료리스크를 충분히 담보할 만한 보상한도액을 설정하기는 어려운 것이 사실이다. 이 경우 개별 의료인력은 병원배상에서 담보하는 손해를 초과하는 부분에 대한 보험증권을 구입할 필요성이 있다. 한편 아직까지 의사를 제외한 의료직종은 의료행위의 주체라기 보다는 보조자 역할에 머물러 위험주체라는 인식이 낮은 상태이나 의료관련업무의 전문화·세분화 추세를 고려시 의료리스크에 대한 인식도는 꾸준히 높아질 것으로 보인다.

의료배상책임보험이 발달한 미국의 경우 의사를 제외한 기타 의료전문직의 위험에 대비하여 혼합전문직증권(Miscellaneous Professional Liability)이 판매되고 있다. 동 증권은 의사(외과의, 내과의, 치과의)배상책임보험증권에 발치료전문(chiropractors), 척추교정지압요법전문가(chiropractors), 간호사(nurses), 檢眼士(optometrists), 물리치료사(physiotherapists), 수의사(veterinarians)등의 고용인에 대한 담보를 추가하고 병원배상책임보험증권에 혈액은행(blood banks), 임상병리실(medical or X-ray laboratories)등의 배상책임을 추가하는 형태로 판매되고 있다. 일본의 경우 의사배상외에도 藥劑士(1972), 針術士(1972) 接

骨士(1973), 獸醫師(1974), 理學療法士(1991), 救急救命士(1992), 老人訪問看護事業者(1992)등 의료관련직 보험상품이 계속하여 개발되고 있다⁶³). 이점은 일본과 의료문화 환경이 유사한 우리나라의 경우도 비슷한 유형의 보험상품이 점차 개발되어 나갈 것이라는 점을 시사하고 있다.

다. 위험률의 정비

의료배상책임보험의 운영과 관련하여 가장 중요한 과제는 적정위험률의 산출문제이다. 여기서 적정위험률이란 보험산업의 수지상등만을 가리키는 것이 아니라 리스크단위별/리스크주체별 위험률수준의 적정성 및 위험집단간의 연계성을 동시에 고려한 개념이다. 이 점을 고려하면 의료배상의 위험률 산정시에는 요율의 안정성(stability)이나 단순성(simplicity)보다는 적응성(responsiveness) 및 손해방지촉진(promotion of loss control)에 중점을 두어야 할 것으로 판단된다⁶⁴). 왜냐하면 외국의 사례에서 보듯 의료사고의 위험은 사법환경에 따라 급격히 변동할 소지가 많으며, 현재와 같이 의료사고에 대한 사고통계자료가 미비한 상태에서는 충분한 경험통계가 집적될때까지 요율수준을 보수적으로 책정할 필요가 있기 때문이다. 한편 병·의원에 따라 의료사고의 편차가 높을 것에 대비하여 피보험자의 손해방지노력을 유도하기 위한 할인·할증시스템이 필요할 것으로 판단된다.

1) 의료배상책임보험의 위험률 운영형태

현재 의료배상책임보험의 위험률은 의사배상과 병원배상으로 나누어 운영되지만 병원배상의 경우 다양한 요소가 복합되어 산출되므로 의사배상을 위주로 검토해 보고자 한다.

다른 전문직배상책임보험과 마찬가지로 의사배상의 위험률은 참조

63) 신동호, 차일권, “전문직위험과 배상책임보험 II (의료배상책임보험을 중심으로)”, 보험개발원, 1997. p.67

64) 신동호, 차일권, 전계서 p.104

위험률과 같은 표준형태가 존재하지 않으며 회사별 위험률과 재보험자 제시요율을 병행하여 사용하고 있다. 이 중 재보험자 제시요율은 보험 계약자 및 리스크를 사안별로 판단하여 제시되어 분석이 불가능하므로 회사별 위험률을 기초로 개략적인 분석을 해보고자 한다. 의사배상의 위험률은 기본적으로 등급요율(class rate) 체계이며 등급구분은 진료과목별로 하나 대개 유사한 진료과목을 묶어 동일등급으로 운영하는 경우가 많다. 예를 들어 안과, 정신과, 산부인과와 같이 리스크가 확연히 구분되는 진료과목은 등급을 달리하나 내과, 소아과, 가정의학과 등을 하나의 등급으로 묶는 형태이다. 한국과 일본의 위험률 형태를 비교하면 일본의 경우 한국에 비하여 위험등급이 덜 세분화되어 있는데 그 이유는 일본의사회를 통한 계약이 주종이기 때문으로 판단된다. 한편 같은 등급에 속하는 위험률은 통상적인 주사, 투약과 같은 단순처치와 마취, 수술 등이 병행되는 경우 등을 세분화하여 위험률의 적정성을 높이고 있다. 한편 병원배상의 경우 기본적으로 의료시설특약이 첨부되며 병상수에 의한 위험률 차등이 기본적으로 이루어지고 있다.

<표 V - 2 > 일본 S사의 의사배상 보험료 구성예

②病危契約

保険金額の型		保険金額					
医師等	因効償済率	医療上の事故		建物の設備の取用管理上の事故 給食等による事故			
		対人事故につき	対人年間につき	対人名につき	対人事故につき	対無事故につき	免責金額
30	30	3000万円	9000万円	3000万円	18000万円	300万円	1,000円
50	50	5000万円	15000万円	5000万円	30000万円	500万円	1,000円
70	70	7000万円	21000万円	7000万円	42000万円	700万円	1,000円
100	100	10000万円	30000万円	10000万円	60000万円	1000万円	1,000円
100	100A	10000万円	30000万円	10000万円	100000万円	1000万円	1,000円
100	100B	10000万円	30000万円	10000万円	200000万円	2000万円	1,000円

保険金額の型		保険料 (1ベッド1年間につき)							
医師等	因効償済率	一般病床 (99床以下)	一般病床 (100床~199床)	一般病床 (200床~299床以下)	一般病床 (300床~499床以下)	一般病床 (500床以上)	産婦人科	精神科	結核科
		10	10	7720円	9960円	10080円	10460円	10840円	6460円
30	30	12200円	15170円	18210円	18860円	19560円	9820円	759円	482円
50	50	13500円	16770円	22260円	23080円	23940円	10870円	901円	597円
70	70	14460円	17960円	24230円	25130円	26060円	11650円	1,001円	648円
100	100	15890円	19740円	26740円	27730円	28770円	12810円	1,110円	721円
100	100A	16000円	19850円	26850円	27840円	28880円	12920円	1,270円	751円
100	100B	16070円	19920円	26920円	27910円	28950円	12990円	1,360円	771円

2) 진료과목별 기초통계의 집적을 통한 효율합리화

전술한 바와 같이 아직 국내에는 의료사고위험에 대한 통계자료가 의사협회나 의료사고시민연합 등 민간기구의 산발적인 통계자료 외에는 없는 실정이다. 이를 감안하여 선진국의 사례와 같이 책임 있는 정부기관이나 전문기관의 의료리스크에 대한 사례별 통계의 집적이 필요한 시점이다. 다만, 아직까지 의료분쟁조정법(안)에는 의료리스크에 대한 통계집적 등에 대한 대응책이 나타나지 않고 있으므로 보험업계는 자발적으로 의사협회외에도 내과의협회, 외과의협회, 치과의협회 등 전문과목별협회, 약사회, 한의사협회, 간호사협회, 의료기사협회 등과의 공조를 통해 기초통계자료의 집적을 우선 수행할 필요가 있다. 다음으로 각종 단체가 제시하는 과거사고발생 분포 및 손해액등에 대한 통계자료와 보험통계를 연계하여 우리 실정에 맞는 보험요율로 발전시켜나아가야 할 것이다.

참고로 건강보험심사평가원의 상대가치점수 개정 연구결과(2006)에 나타난 진료과목별 위험도와 민영보험 회사의 진료과목별 위험도를 비교시 상당한 편차가 나타나고 있다.

<표 V - 3> 진료과목별 위험상대도 비교

진료과목	보험사 보험료기준		심평원 위험도기준	
	상대도	순위	상대도	순위
내과, 소아과, 방사선과, 병리과, 이비인후과, 가정의학과	1.0	1	11	4
안과	2.8	2	5	2
피부과, 비뇨기과, 성형외과	3.69	3	7	3
정신과	3.72	4	1	1
외과, 정형외과, 신경외과, 마취통증의학과, 재활의학과, 흉부외과, 가정의학과	5.8	5	45	6
산부인과	10.0	6	12	5

주) 순위는 위험도가 낮은 순으로 배열하였으며 상대도는 가장 순위가 낮은 진료과목을 1로 하여 계산한 것임

이처럼 양자 간에 차이가 크게 나타나는 것은 기본적으로 비교의 어려움에 기인한다. 먼저 건강보험심사평가원의 상대가치점수는 진료과목별로 세분화되어 있는데 비해 보험회사의 요율은 여러 진료과목을 통합한 부분이 많아 수평적 비교가 어렵다. 또한 전술한 바와 같이 민영보험사 요율은 동일 진료과목이라도 수술, 마취 등 여러 요소에 따라 요율수준이 변동되는 점도 상대비교를 어렵게 한다. 다음으로 보험회사의 위험률은 보험가입자를 중심으로 산출되는데 비해 심사평가원의 자료는 보험가입과 무관하게 전체 의료기관의 실태를 반영한 데서 차이가 발생한다. 이 점을 감안 위 <표 V-3>은 심사평가원의 1인당 의료사고 비용을 보험사 진료과목그룹에 맞춰 표준화시켜 비교한 것이다.

이러한 한계점에도 불구하고 위의 비교표는 몇 가지 시사점을 보여 준다. 첫째, 보험사의 위험분류는 세분화정도가 부족하여 위험발생율을 정확히 계산한 상대가치점수에 비해 보험료 수준이 불안한 상태로 보인다. 해당그룹별로 자세히 살펴보면, 정신과의 경우 심사평가원의 자료에는 위험도가 가장 낮는데 비해 보험회사의 표준화지수는 3.72(순위 4위)로 높은 편이다. 반면, 내과, 소아과, 방사선과 등의 경우 심사평가원의 표준화지수는 11(순위 4위)로 높은 편이나 보험회사의 표준화지수는 1.0(순위 1위)으로 나타나고 있다. 이는 향후 보험가입의무화나 의료배상시장이 확대될 경우 현재 보험회사의 보험료구분은 리스크에 많이 노출되는 구조라는 점을 보여 준다.

둘째, 의료사고의 행위별 자료집적 및 진료과목별 위험세분화를 통해 리스크관리가 이루어지지 않을 경우 의료배상시장은 비교적 양질의 리스크폴만을 언더라이팅 대상으로 하기가 쉽고 이는 보험가입을 통한 의료사고 피해자보호라는 역할에 일정 제한으로 작용할 것이라는 점이다.

3) 잠재위험의 현실화에 대한 대비책마련

우리나라의 경우 아직까지 대부분의 의료사고가 은폐되거나 사적인 거래에 의해 드러나지 않고 있다. 그러나 경제발전과 케를 같이하여 일반시민의 권리의식이 고양되고 이미 대중화된 자동차보험의 사고처리를 통해 사고시 배상책임을 묻는 풍토가 당연시되어 가고 있다. 여기에 보험제도가 배상자력을 뒷받침할 경우 과거에는 유야무야 되었던 분쟁이 현실화되고, 배상금액 역시 점차 고액화 될 가능성이 높다⁶⁵⁾. 따라서 현재 드러난 의료사고 발생율을 기준으로 할 경우 심각한 수지악화가 초래될 가능성이 높다는 점을 고려하여 보상한도액, 공제금액등의 책정시 이를 반영하여야 할 것이다.

참고로 예정가격과 실적치간의 차이로 인한 손실발생가능성을 계량화한 보험료리스크 계수를 검토하면 <표 V-4>와 같다. 국내연구(이기형 외, 2005)의 경우 의사배상이 특종보험에 포함되어 있고 의사배상실적이 적어 별도 리스크 계수 산출이 곤란하였다. 다만, 이 연구와 동일한 방식으로 미국의 통계자료를 이용하여 리스크계수를 <표 V-5>와 같이 산출하였다. 결과를 살펴보면 미국의 의료배상의 리스크계수(62.3%)가 일반손해보험(20.1%)과 비교시 3배 이상 높게 나타나 의료배상(책임)보험의 위험률산정시 안전할증이 불가피함을 시사하고 있다.

65) 미국의 경우 의료배상책임보험의 정착이 오히려 의료과오소송의 분쟁건수를 급증하게 한 배경이 된다는 분석이 있다. 왜냐하면 책임보험의 빠른 확산은 대부분의 모든 의사들이 소송의 상대방이 되므로 소송을 걸만한 상황을 만들어 주었기 때문이다. James C. Mohr, American Medical Malpractice Litigation in Historical Perspective, JAMA, April 5, 2000 Vol 283, No. 13. p. 69.

<표 V - 4> 손해보험 리스크계수(한국)⁶⁶⁾

노출지표	화재	해상	자동차	보증	특종	장기	연금
보험료(95%)	35.5%	53.4%	20.1%	153.3%	35.5%	9.8%	22.2%

<표 V - 5> 의료배상책임보험 리스크계수 산출(미국)⁶⁷⁾

노출지표	의료배상	일반손보
보험료(95%)	62.3%	20.1%

4) 요율을 통한 도덕적 위험의 방지

요율과 관련하여 추가적으로 검토할 사안은 의료분쟁의 속성상 발생하기 쉬운 도덕적 위험의 대처문제이다. 현재 의료분쟁조정법(안)은 의료사고발생시 과실피해와 무과실피해를 구분하여 과실피해는 책임보험(공제)과 종합보험(공제)으로 보상하고 무과실피해는 피해구제기금으로 보상하는 방식을 택하고 있다. 이 경우 과실여부의 판단은 의료분쟁조정위원회에서 수행하게 되며 동 위원회의 대다수는 의료인력과 소비자대표라는 점에서 무과실책임을 택하는 비율이 높아질 우려가 있다. 왜냐하면 의료인력의 경우 같은 직업을 가진 동료의 과실을 판정하는데 심리적 저항감이 있으며 소비자대표의 입장에서 무과실판정을 받더라도 피해구제기금을 통해 최소한의 보상이 보장되므로 이를 인용할 가능성이 높아지기 때문이다. 이 경우 문제는 피해구제기금의 재원을 보험(공제)료의 일부에서 각출한다는 데에 있다. 피해구제기금에 적립할 금액이 증가하면 이는 보험료상승으로 이어지고 사고와 무관한 의료기관

66) 이기형, 나우승, 김해식, 손해보험 RBC모형의 설계, 보험개발원, 2005.5

67) AM Best, Conning, Insurance Information Institute사의 1991년~2002년까지 통계자료를 이용하여 미국의 전체종목 및 의료배상책임보험의 보험리스크 계수를 계산하였다.

의 입장에서는 보험료의 상승에 거부감을 가지게 된다. 한편 의료과실로 판정될 경우에도 과거보다 보상수준이 상향된 책임보험(공제) 및 종합보험(공제)에 가입한 의료기관의 입장에서는 의료사고 피해자와 손쉬운 합의를 선호하는 비율이 증가할 우려가 제기된다.

이를 고려시 보험요율을 통한 도덕적위험의 방지방안 으로는 먼저 보험가입자의 과거실적에 따른 할인·할증제도(merit & demerit system)⁶⁸⁾를 들 수 있다. 이 방식은 현재 자동차보험(단체), 선박보험, 근재보험, 보증보험(신원보증)등에서 사용하고 있는 경험요율제도로써 보험가입자의 위험관리의식을 고취하는 효과가 있다. 다음으로는 자기부담금(deductibles)과 공동보상제도(co-insurance)를 통해 의료기관의 책임을 묻는 방식이 고려될 수 있다. 다만, 자기부담금은 기본취지가 소액사고 시 손해사정비용의 절감에 있는 만큼 금액수준을 높이기 어렵고 공동보상제도 역시 책임보험(공제)에는 적용할 수 없다는 한계가 있다.

한편 미국시장의 경우 의료배상책임보험은 높은 보상한도액으로 거의 전부보상(full insurance)에 가까운 형태이며 할인·할증을 적용이 거의 없으며 Danzon에 따르면 그 주 이유는 피보험자인 의사입장에서 볼 때 보험자가 쉽게 사고를 용인하는 소위 “逆方向의 도덕적위험(a reverse moral hazard)”을 방지하기 위해 보험자에게 많은 책임을 지우려 하기 때문이라고 한다⁶⁹⁾. 그러나 우리나라의 경우 보험판매초기에 손해액에 대한 완전보상형태의 담보는 보험사입장에서 제공하기 어렵고, 예상되는 손해율악화에 대비하기 위하여 적어도 단체가입 보험계약자에 대한 할인·할증을 적용은 필요한 것으로 판단된다.

68) 과거손해율에 의한 할인·할증제도는 대표적인 성과요율제도로써 책임보험에서 널리 사용되고 있으며 단체보험의 경우 당해 단체를 대상으로 조정계수를 산출하는 것이 일반적이다. 손해율 평가기간은 대부분 3년이며 할인할증율은 예정손해율을 기준으로 기본요율의 40%~300%정도를 적용하게 된다.

69) 이경주, “의료사고배상책임보험의 필요성 및 도입방향”, pp.11~12. 보험조사월보, 1993.5.

5) 적절한 보상한도액의 설정

과거 의사협회에서 운영한 의료공제의 경우 활성화의 제약요인 중 하나는 지나치게 낮은 보상한도액 문제였다. 현재 공제회가 제시하는 1인당 3,000만원은 최근의 의료사고 배상액 수준과는 차이가 크며 <표 V-7>에서 보는바와 같이 의사들이 체감하는 보상 또는 배상액 수준은 '90년대 말에 이미 1억원을 초과하고 있다. 의무보험의 대표적인 자동차책임보험의 보상금액이 사망기준 1억원이며 화재보험신배책특약 역시 사망기준 8,000만원으로 상향된바 있다. 따라서 국민소득수준, 국가배상법 등의 배상수준, 자동차보험 등의 보험금지급수준 추이 등을 종합적으로 검토하여 현실적인 보상한도액 수준을 설정하여야 한다.

배상책임보험 중 가장 많은 사고데이터가 적립된 자동차보험을 분석하면 현재 의무담보인 자동차책임보험(사망기준 1억)은 약 75.5%의 충족률을 나타내고 있다. 물론 자동차보험 사고의 손해액 분포와 의료사고의 손해액분포는 상이할 가능성이 높으나 사망시 손해액은 피해자의 일실수입을 기준으로 하므로 큰 편차를 보이지 않을 것으로 추정되며 의료사고의 경우 상대적으로 피해자의 과실비율이 낮을 것으로 추정되므로 보상금액은 자동차보험에 비해 높을 것으로 보인다.

<표 V - 6> 자동차보험(개인용) 가입금액별 보험금 분포(사망)

(단위 : 명, 백만원)

가입금액	미만		이상		한도타절		보험금 충족률
	피해자	보험금	피해자	보험금	피해자	보험금	
1억원	1,434	71,310	653	109,682	2,087	136,610	75.5%
2억원	1,959	145,255	128	35,738	2,087	170,855	94.4%
3억원	2,049	166,667	38	14,326	2,087	178,067	98.4%
4억원	2,073	174,826	14	6,167	2,087	180,426	99.7%
5억원	2,086	180,413	1	580	2,087	180,913	100.0%

자료 : FY'05 자동차보험 통계, 보험개발원

이상을 감안시 의료배상책임보험(공제)의 의무화시 보상한도액은 1인당 1억원 이상이 되어야 할 것이다. 다음으로 책임보험(공제)의 담보금액을 초과하는 손해를 보상하는 종합보험(공제)의 경우 자동차종합보험과 같은 무한보상 방식보다는 적절한 수준의 한도액을 설정하는 것이 바람직 할 것으로 판단된다.

참고로 국내의 보험사가 1998년 8월 의사협회공제회와 공동으로 서울지역 개업의를 대상으로 설문조사한 내용을 요약하면 다음과 같다⁷⁰⁾.

<표 V - 7> 개업의사의 의료분쟁경험을 및 보험인식도

구 분	내과	산부인과	정형외과
일평균외래환자(의사1인당)	78.7명	50.1명	83.6명
분쟁경험율(의사1인당, 연평균)	0.19건	0.49건	0.17건
의사배상책임보험 가입희망율	72.4%	78.2%	60.6%
희망 보상한도액 수준	137백만원	164백만원	144백만원

<표 V - 8> 의료사고의 배상액수준

사고 유형	연도	법원	배상액	비고
사망	97년	서울지법	1억7천만	폭행사건으로응급치료받다가사망
사망	97년	서울지법	1억	교통사고후수술받다가사망
사망	94년	부산지법	1억3천	척추마취,피부이식술시사망
사망	95년	서울고법	2,023만	당뇨병,텍사메타존주사.혼수,사망
사망	96년	대구고법	1억3천	진정제주사후사망
사망	96년	대구고법	8,900만	술후통증발열증세후사망
사망	97년	대법원	2억1천만	감기,약물부작용으로,간질,뇌수종,사망
사망	97년	서울지법	1,100만	심장수술직후사망,위험성축소설명
사망	96년	대법원	3,900만	꼬리뼈수술사망(할로탄부작용)
사망	95년	대법원	1억3,600만	교감신경절제술후사망
사망	96년	청주성모병원	5천만(합의금)	다리골절,응급조치후병실에서사망
사망	96년	대구고법	8,900만	치질수술후사망
사망	96년	부산지법	5,200만	신장이식수술후출혈사
사망	96년	대구지법	1억3천만	진정제맞고사망
사망	96년	대구고법	8,900만	수술후통증발열증세로사망
뇌성마비	94년	광주지법	2억5천만	구개열수술후뇌성마비
하반신마비	97년	서울고법	1억2천만	제왕절개술후하반신마비

자료 : <http://user.chollian.net/~m50644pi/mos.htm>

70) 신동호, 차일권, 전게서, p.107

임의보험인 일본의 경우 의사배상의 보상한도액 수준은 A급 회원들을 피보험자로 하는 경우 의료사고 1건당 1억엔(공제금액 100만엔), 연간 총보상한도는 3억엔으로 운영되고 있다. 이때 소송비용은 1억엔에 포함되지 않고 따로 지급된다. 예를 들어, 배상액 1억 100만엔, 소송비용 500만엔인 경우 면책금 100만엔을 제외한 1억 500만엔이 지급된다. 현재 1억엔이라는 보상한도액은 의사배상책임보험제도의 커다란 한계로 지적되고 있다. 왜냐하면, 지연손해금을 포함하여 1억엔을 초과하는 판결이 적지 않게 선고되고 있음에도 1973년에 규정한 한도액을 지금까지 유지하고 있는 것은 시대에 맞지 않기 때문이다. 따라서 보상한도액을 인상하거나 자동차 종합보험과 같이 무한배상제도를 도입하여야 한다는 의견이 제시되고 있다.

라. 마케팅강화

보험마케팅전략은 보험회사의 마케팅 목표달성을 위한 전략을 의미한다. 즉, 보험회사의 마케팅 활동인 목표하는 고객을 결정하고 상품, 가격, 판매방식 홍보를 결정하는 것이라고 할 수 있다. 한편 의료배상책임보험시장에서 민영보험사는 잠재적 경쟁상대인 공제조합과의 시장경쟁에서 상대적으로 적극적인 마케팅전략을 수립하여야 하고 의료배상책임보험과 연계된 신규시장을 창출하는데 관심을 기울여야 한다.

1) 의료관련 리스크의 패키지와

병원이나 의원이 당면하고 있는 리스크는 의료행위라는 전문적리스크 이외에도 여러 가지가 있다. 이러한 위험으로는 의사·병원이 소유·관리하는 각종시설(주차장 및 각종부대시설위험)의 하자 또는 관리상 부주의로 인한 사고위험, 병원에서 제공하는 음식물이나 판매제품의 결함으로 발생가능한 생산물위험, 병원직원의 업무상 재해사고등을 들 수 있다⁷¹⁾. 물론 이러한 위험은 현재 판매되고 있는 각종 배상책임보험

71) 대한재보험, 의사 및 병원의 배상책임사고위험과 적절한 보험가입방안, pp.

이나 산재보험, 근재보험 등으로 담보받을 수 있으나 의료산업의 특수성을 고려할 때 이러한 위험을 종합담보하는 보험상품에 대한 수요는 점차 증가할 것으로 판단된다. 기존 의료배상책임보험시장에 의협공제회가 존재하지만 배상책임보험에 한정하였고, 화재, 상해, 다른 배상책임 등 다른 리스크가 존재하고 있어 민영보험사의 역할이 기대되고 있는 시장이다. 일본의 대표적인 의사배상책임보험 판매회사인 S사의 보험약관은 아래와 같은 형태로 구성되어 있다.

<그림 V - 5> 일본 의사배상책임보험 약관

의 사 배 상 책 임 보 험 보 통 약 관
간 호 직 배 상 책 임 보 험 (포 괄 계 약)
의 료 종 사 자 배 상 책 임 보 험 (포 괄 계 약)
의 료 기 관 수 탁 자 배 상 책 임 보 험
고 용 관 행 배 상 책 임 보 험
의 료 폐 기 물 배 출 자 배 상 책 임 보 험

2) 의료산업종사자에 대한 신규수요 창출

의사산업 종사자는 전문직종 이면서 대표적인 고소득층 직종으로서 의료배상책임보험 이외에도 자동차, 장기보험상품 등의 연계 판매가 용이한 고객층인 점을 감안 의료인력을 상대로 한 전문판매채널을 구축할 경우 신규시장 창출에 큰 도움이 될 수 있다. 또한 동 고객층에 대한 위험관리서비스와 함께 자산관리와 관련된 서비스를 제공하고, 이에 대한 대가로서 수수료(fee)를 획득할 수 있는 사업모델을 산출할 필요성도 제기된다.

다음으로 최근 의료산업이 글로벌화(의료 아웃소싱) 되는데 따른 광고리스크와 의료, 관광, 휴양을 통합한 의료상품이 등장하고 있는 점도

고려할 필요가 있다. 의료산업의 글로벌화는 선·후진국간 의료비 차이⁷²⁾에서 비롯되며 인도, 태국, 필리핀 등에서는 국가적 차원에서 의료관광사업을 추진하고 있는 실정이다. 우리나라의 경우에도 풍부한 의료자원을 보유하고 있는 점에 착안하여 의료관광사업을 활성화 할 필요성이 높아지고 있으며 미국 등의 선진국 근로자가 해외치료시 우려하는 의료사고에 대한 보장책을 의료배상책임보험을 통해 해결해 줄 필요가 있다.

72) 인도병원의 치료비는 미국의 10%, 영국의 15%에 불과하다고 한다. “치료비 드릴테니 인도 병원 가 보세요”, 조선일보, 2006.11.18