

의료배상책임의 현황과 과제

: 보상체계 중심으로

2020. 6

정성희·황현아·홍민지

머 리 말

최근 의료사고 발생으로 의료분쟁이 증가하고 있고, 일부 의료사고는 사회 문제로 확대되고 있다. 의료사고가 발생하면 피해자인 환자는 의료인에 비해 정보와 지식이 제한적이기 때문에 환자가 의료인의 고의 또는 과실을 입증하기는 더욱 어려운 상황이다. 의학이 ‘불확실성을 연구하는 과학’, 의료행위는 ‘불확실성 속에서 수행하는 실천’으로 표현된다는 점에서 의료사고의 발생이 어느 정도는 불가피하다.

의료배상책임보험은 장래 불확실한 비용지출을 현재의 확정적인 비용 납부로 대체함으로써 피해자의 보상을 원활히 하는 동시에 의료인의 경제적 부담을 완화시켜주는 기능을 수행하게 된다. 더욱이 의료종사자가 고의적으로 환자를 해하지 않는다는 상식선에서 생각해 볼 때, 의료사고 피해자의 피해구제제도는 의료종사자를 보호하는 장치로서의 역할도 수행할 수 있도록 실효성을 마련해야 한다는 점에서는 사회적 합의가 형성되어 있다고 볼 수 있다.

본 보고서에서 소개한 해외 사례와 쟁점들, 이를 기반으로 한 제언들이 우리나라 의료배상책임 보상체계를 효율적으로 개선하기 위한 논의의 장을 여는 불씨가 되길 기대해 본다.

마지막으로 본 보고서의 내용은 연구자 개인의 의견이며 우리원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2020년 6월

보 험 연 구 원
원장 안 철 경

■ 목차

요약 / 1

I. 서론 / 2

1. 연구배경 및 목적 / 2
2. 선행연구 / 5
3. 연구범위와 방법방법 및 구성 / 7

II. 의료배상책임 의의와 요건 / 8

1. 의료배상책임 의의 / 8
2. 의료배상책임 요건(1): 의료과실 / 11
3. 의료배상책임 요건(2): 인과관계 / 23
4. 의료배상책임 입증책임 / 25

III. 우리나라 의료배상책임 현황 / 31

1. 의료배상책임 분쟁 현황 및 분쟁해결수단 / 31
2. 의료배상책임 공제 및 보험 운영 현황 / 43
3. 손해배상금 대불제도 운영 현황 / 55

IV. 의료배상책임 쟁점과 해외 사례 / 59

1. 의료사고 보상제도 개선 경과 / 59
2. 쟁점 / 61
3. 해외 사례 / 67

V. 제언 / 77

1. 의료배상책임보험 가입 강제화 방안 / 77
2. 손해배상금 대불제도와 의료배상책임보험 연계 방안 / 79
3. 의료배상공제조합 역할 강화 방안 / 80
4. 의료사고 예방 및 환자 알 권리 강화 방안 / 81
5. 결론 / 82

| 참고문헌 | / 84

| 부록 | / 86

■ 표 차례

- 〈표 I-1〉 우리나라 전문직업 배상책임보험 의무가입 현황 / 4
- 〈표 II-1〉 구체적 사례별 의사의 주의의무 / 15
- 〈표 II-2〉 진료단계 및 의료행위 유형별 의사의 주의의무 / 17
- 〈표 III-1〉 의료과오 손해배상소송 1심 본안사건 현황 / 34
- 〈표 III-2〉 의료과오 손해배상소송 청구인용 현황 / 35
- 〈표 III-3〉 한국소비자원 의료서비스 피해구제 처리결과 현황 / 37
- 〈표 III-4〉 2018년 의료분쟁조정·중재 처리 현황(취하·각하 제외) / 40
- 〈표 III-5〉 연도별 의료분쟁조정·중재 처리 현황(2014~2018년) / 40
- 〈표 III-6〉 의료 관계 1심 형사공판사건 접수 현황 / 42
- 〈표 III-7〉 의료배상책임보험과 의료배상공제의 특징 / 43
- 〈표 III-8〉 의료배상공제조합 배상공제 상품 구성 / 49
- 〈표 III-9〉 국내 의료기관 현황(2017년 말 기준) / 53
- 〈표 III-10〉 국내 의료기관별 보험가입금액 및 보험료 현황(2016년 말 기준) / 53
- 〈표 III-11〉 의료배상책임보험 상품 구성(A 손해보험회사 사례) / 54
- 〈표 III-12〉 의료중재원의 손해배상금 대불비용 부담액 부과 및 징수 현황 / 56
- 〈표 III-13〉 손해배상금 대불제도 종별 부담액 / 56
- 〈표 IV-1〉 의료사고 보상제도 관련 역대 추진 법안 내용 비교 / 60
- 〈표 IV-2〉 의료중재원의 손해배상금 대불금 지급 현황(2013~2017년) / 63
- 〈표 IV-3〉 손해배상금 대불제도 관련 소송 현황 / 64
- 〈표 IV-4〉 과실기준 적용 국가의 의료배상책임보험(공제) 운영 사례 / 69

■ 그림 차례

- 〈그림 Ⅲ-1〉 의료분쟁 발생과 해결 수단 / 32
- 〈그림 Ⅲ-2〉 한국의료분쟁조정중재원의 의료분쟁조정절차 / 39
- 〈그림 Ⅲ-3〉 의료분쟁 상담 및 조정·중재 건수 추이(2014~2018년) / 41
- 〈그림 Ⅲ-4〉 의료분쟁조정·중재 성립금액 추이(2014~2018년) / 41
- 〈그림 Ⅲ-5〉 국내 의료배상책임보험시장 현황(원수보험료 기준) / 52
- 〈그림 Ⅲ-6〉 의료중재원의 손해배상금 대불제도 업무 절차 / 58
- 〈그림 V-1〉 의료종사자 손해배상책임의 공·사 피해 구제방안 / 83

A Study on the Compensation for Medical Malpractice Liability

Recently, disputes related to medical malpractices and liability have continuously increased and expanded. The victims(patients) of medical accidents suffer physical damage directly related to their survival, so it is very important to provide prompt and fair solutions for the patients. In addition, it is necessary for doctors to strengthen the compensation system for medical liability in order to create a stable treatment environment. The medical malpractice insurance pay a role to facilitate the compensation of patients and to relieve the economic burden of doctors and medical institutions

In Korea, doctors and medical institutions join medical malpractice insurance union voluntarily, but they are not actively enrolled in insurance due to cost problems. Some states in the United Kingdom and the United States have a mandatory medical malpractice insurance system based on legislation, and Germany and Japan operate under the rules of doctors' organizations or require insurance upon membership.

The major issues regarding the compensation for medical liability have been largely categorized into the mandatory medical malpractice insurance and the strengthening of compensation for victims of medical malpractices through the subrogation payment system for damage. The subrogation payment system cannot be a substitute for medical malpractice insurance. Even if compulsory medical malpractice insurance system is introduced, compensation for insurances cannot be completely remedied. Therefore, it is necessary to link between the two systems and allow subrogation payment system for damage to function as a safety net for areas exceeding the liability of the insurance.

요약

최근 의료사고 발생과 의료배상책임 관련 분쟁이 지속적으로 증가·확대되어 왔다. 의료사고의 피해자(환자)는 생존과 직결된 신체적 손해를 입기 때문에 피해자의 신속하고 공정한 구제가 매우 중요하다. 또한, 의료종사자의 안정적인 진료환경 조성을 위해서 의료배상책임의 보상체계를 강화할 필요가 있다. 의료배상책임보험은 피해자 보상을 원활히 하는 동시에 의료종사자의 경제적 부담을 완화시켜주는 기능을 수행하게 된다.

우리나라는 의료직 종사자가 자율적으로 의료배상책임보험(공제)에 가입하도록 하고 있으나, 현실적인 비용 문제 등을 이유로 적극적으로 보험 가입을 하지 않는 상황이다. 「의료분쟁조정법」 제정 당시 의료배상책임보험의 강제의무 조항 포함에 대한 논의가 있었으나, 이에 대한 대안으로 손해배상금 대불제도가 도입·운영되고 있다. 한편, 의료배상책임의 보상체계는 국가별 보건의료체계 보장과 자원 구조, 의료배상책임 법체계 등에 따라 영향을 받게 된다. 영국과 미국 일부 주의 경우 의료배상책임 보험제도를 법령에 기반하여 의무 적용하고 있으며, 독일과 일본은 의사단체 규정으로 운영하거나 회원 가입 시 자동적으로 보험에 가입하도록 하고 있다.

그간 의료배상책임 보상체계와 관련한 국내 주요 쟁점으로는 의료배상책임보험(공제) 가입 의무화와 손해배상금 대불제도를 통한 의료사고 피해자의 구제 강화가 있다. 손해배상금 대불제도는 의료종사자의 피해구제 자력을 확보해 주는 제도가 아니므로 의료배상책임보험의 대체제가 될 수 없다. 또한, 의료배상책임보험의 의무가입제도를 도입하더라도 배상책임보험만으로 의료사고의 피해를 완벽하게 구제할 수는 없다. 따라서, 의료배상책임보험의 의무가입제도를 도입하고, 배상책임보험의 배상자력을 초과하는 부분에 대해 손해배상금 대불제도가 안전망으로서 기능하도록 두 제도의 연계 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

I. 서론

1. 연구배경 및 목적

최근 의료사고 발생으로 의료분쟁이 증가하고 있고, 일부 의료사고는 사회 문제로 확대되고 있다. 2014년 가수 신해철의 위 축소 수술 후 후유증인 패혈증으로 인한 사망, 2015년에 발생한 다나의원의 C형 집단 감염, 그리고 2017년에 발생한 이대목동병원의 세균감염 패혈증으로 인한 신생아의 집단 사망 등이 최근에 사회적 문제가 된 대표적인 의료사고라 할 수 있다.

의료사고가 빈번히 발생함에 따라 의료분쟁으로 인한 합의나 조정·중재 성립금액과 건수 또한 매년 증가추세를 보인다. 의료분쟁과 관련한 문의나 상담 건수는 최근 5년간 연 평균 11.1% 증가하였으며, 의료분쟁의 조정·중재 건수도 14.3% 증가하였다. 또한, 조정·중재처리 건수는 2017년 2,225건으로 전년 대비 20% 증가한 수준이며, 조정·중재처리 건 중에서 합의가 이루어진 건수는 698건(합의 611건, 조정성립 83건, 중재 4건)으로 전년 대비 24% 증가하였다. 의료분쟁으로 인한 합의 및 조정·중재 결과 배상금액 또한 매년 35.6%(평균 금액 12.2%) 증가하는 추세인데, 의료사고배상금액은 2017년 71억 원으로 전년(57억 원) 대비 25% 증가하였으며, 1억 원 이상 고액배상금액 건도 2017년에 10건으로 전년(5건) 대비 100% 증가하였다.

최근에는 분쟁의 형태가 매우 다양하고 복잡해지고 있어 피해자인 환자 측의 제한된 정보와 지식으로 의료인의 고의 또는 과실을 입증하기는 더욱 어려운 상황이다. 민사사건 1심 본안청구 인용 비율이 83.9%(합의부 사건 60.6%)인 데 비해, 의료사건의 인용비율은 56.5%로 다소 낮은 편인데, 이는 의료지식의 전문성, 의료행위의 밀실성, 의료정보의 편중성, 의사집단의 폐쇄성 등으로 인해 환자가 인과관계 및 과실을 입증

하기가 매우 어렵다는 것을 방증한다고 볼 수 있다.¹⁾

한편, 배상책임보험²⁾은 피보험자가 자발적으로 가입하는 임의배상책임보험과 법률에 의하여 보험 가입이 강제화(의무화)되어 있는 의무배상책임보험으로 구분되는데, 특정한 위험에 관하여 피해자를 보호하고 피보험자 구제수단을 안정적으로 확보해야 할 필요성이 증대한 경우 배상책임을 의무보험으로 운영할 수 있다. 배상책임보험을 의무화하는 주요 목적은 장래 불확실한 거액의 비용지출을 현재의 확정적인 비용(보험료, 공제비, 준비금 등) 납부로 대체함으로써, 피해자에게는 원활하고 신속한 보상을 제공하고 가해자에게는 장래에 발생가능한 거대 경제적 부담을 현재시점에서 완화시켜주고자 함에 있다. 국내에서는 일부 전문직업³⁾에 대해 배상책임보험 가입을 의무화하고, 전문직업의 서비스를 받는 의뢰인들에게 사고로 손해가 발생할 경우 해당 전문직 종사자의 자력 여부와 상관없이 보험으로 구제받을 수 있도록 하고 있다. 미국, 유럽 주요국, 일본 등에서는 의료인의 배상책임보험 가입이 법으로 의무화되어 있거나 의료윤리, 실무지침 등을 통해 사실상 강제화되어 있는 반면, 국내에서는 의료인이 자율적으로 배상책임보험(공제)에 가입하도록 하여 의료인의 배상책임보험 가입률이 낮은 수준인 것으로 파악되고 있다.⁴⁾

1) 신현호(2010), p. 11

2) 우리나라 보험자가 보상하는 배상책임담보손해는 ① 자동차에 관한 운행자의 배상책임(자동차손해배상책임보험, 자동차종합보험), ② 근로자 재해사고에 의한 고용주의 배상책임(근로자재해배상책임보험), ③ 특수한 사고에 의한 배상책임(항공보험, 선박보험, 원자력보험 등), ④ ① ~ ③ 이외의 사고에 의한 배상책임(일반배상책임보험)으로 구분할 수 있으며, 여기서는 일반배상책임보험의 개념으로 사용됨

3) 전문 직업인은 고의 또는 과실 있는 업무행위로 손해를 입힘으로 인한 불법행위책임(민법 제750조)을 부담하며, 또한 전문직업인은 전문적 업무 위임(위탁)에 따른 채무불이행책임(민법 제390조)이 발생함

4) 의료배상책임보험 관련 실무 전문가의 의견에 따르면 2017년 기준 의료배상책임보험 가입률은 병·의원의 경우 대략 30% 수준인 것으로 추정됨(보고서 p. 55 참고)

〈표 I-1〉 우리나라 전문직업 배상책임보험 의무가입 현황

가입 대상	관련 법규	법령 내용
법무법인 (유한) ²⁾	변호사법 (제58조의11,12)	법무법인(유한)은 소속변호사의 수에 1억 원을 곱하여 산출한 금액 또는 20억 원 이상의 보상이 가능한 보험 또는 대한변호사협회가 운영하는 공제 가입
공인회계사	공인회계사법 (제19조, 제28조)	법인회원의 경우 자체기금, 개인회원의 경우 5,000만 원의 보험 또는 공제
세무사	세무사법 (제16조의2,7)	세무법인은 손해배상준비금 적립 또는 세무사 1인당 3,000만 원 이상의 보험 가입
보험계리사 손해사정사	보험업법 (제191조)	보험계리업자 또는 손해사정업자에게 500만 원 이상 현금 예탁, 보증보험가입 의무화 (보험업감독규정 제9-11조의2, 9-21조의2)
보험중개사	보험업법 (제89조)	(영업개시일부터 최초 사업연도가 끝난 후 3개월 14일까지)개인 1억 원, 법인 3억 원 이상의 영업보증금 또는 보험중개사배상책임보험, (그 이후) 최저 영업 보증금과 1년 단위로 해당 보험중개사의 최근 2개 사업연도의 보험중개와 관련된 수입 금액 중 큰 금액

주: 1) 전문직업 배상책임보험은 피보험자가 수행하는 전문 직업 활동에 기인한 사고나 업무상 부주의, 태만 또는 실수로 인해 타인에게 신체장이나 유·무형의 재산적 손해를 입힘으로써 법률상 배상하여야 할 책임 있는 손해를 보상하는 보험임

2) 이외에도 관광사업자, 관세사, 감정평가사, 감사인 등이 포함됨

3) 변호사의 경우, 법무법인(유한) 소속 변호사의 배상책임 한도를 출자금 한도로 제한하는 대신 배상책임보험 가입을 의무화한 것으로서, 변호사 직역 전체에 대해 배상책임보험 가입을 의무화하였다고 볼 수는 없음

2011년 의료분쟁조정법 제정 당시 보건의료기관개설자의 의료배상책임보험 또는 공제 가입을 의무화하는 방안이 검토된 바 있으나, 당시 국회 보건복지위원회의 해외 사례 검토 결과에 따르면, 미국의 경우 플로리다주를 제외한 대부분의 주에서 의료배상책임보험 가입이 임의적이고, 일본의 경우에도 법률상 강제되는 것은 아닌 것으로 보고된 바가 있다.⁵⁾ 이와 같이 상반된 검토결과에 비추어 볼 때, 정확한 해외 사례 조사 및 의무화 여부에 대한 현황 파악이 필요한 시점이라고 판단된다.

환자의 권리인식이 향상되고, 건강보험 확대에 따라 의료분쟁도 매년 증가하고 있다. 또한, 의료배상 청구액이 고액화되는 등의 환경변화 요인을 감안해 볼 때, 의료사

5) 보건복지가족위원회 검토보고(2009), p. 134

고 피해자인 환자의 권익을 보호하고 의료인에게도 충분한 배상자력 확보를 통해 안정적인 의료행위를 지속할 수 있도록 제도 마련이 필요할 것이다.

2. 선행연구

의료배상책임 제도와 관련된 연구는 크게 의료분쟁조정 부분과 피해구제 부분으로 나누어 볼 수 있다. 본 연구는 의료사고로 의료종사자의 배상책임이 발생하였을 경우 피해자의 신속하고 효율적인 보상제도 방안 마련을 위한 것으로 후자에 관련한 선행 연구 중심으로 살펴보았다.

현재 우리나라의 의료배상책임 제도는 2011년에 제정된 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」(이하 ‘의료분쟁조정법’이라 함)에 의해 기본 방향이 정립 되었다고 볼 수 있는데, 의료분쟁조정법이 제정되기까지 이와 관련한 논의가 1988년 대한의사협회 의료사고처리특례법 제정 건의부터 오랫동안 진행되어 왔다. 이러한 배경으로 2011년까지 진행된 연구들은 주로 의료분쟁조정법 제정의 필요성과 제정에 따른 효율적인 분쟁조정기구 설립 및 피해구제제도 운영에 대한 내용을 다루고 있다.

차일권(2006)은 의료리스크의 특성과 의료리스크의 관리방안을 선진국의 사례를 통해 분석하고, 의료분쟁조정법의 보험관련 입법방향을 제시하였으며, 의료사고 보고 제도의 확립 및 의료배상책임보험의 활성화 방안을 제시하였다. 특히, 의료배상책임보험 활성화를 위해서는 보험가입의 의무화, 공제제도와 역할분담, 적절한 보상한도액과 위험률관리 등이 필수 요소임을 강조하였다.

한편, 손명세(2009)는 의료분쟁해결과 관련하여 실질적이고 효율적으로 운영 가능한 전문기구 설립 및 의료분쟁조정법 제정의 필요성을 제기하였다. 의료과실 관련 분쟁해결 소요 재원으로 공적 책임보험제도 설립·운영과 함께 의료종사자가 자체 해결하거나 민영 의료배상책임보험을 통해 해결하는 방안을 모두 제안하고 두 대안의 장단점을 비교하였다. 또한 원인불명·불가항력 의료사고의 보장 재원을 건강보험의 위험도 상대가치 금액을 일부 기금화하거나 정부 출연금 등으로 조달하는 방안을 제안

하였다.

정홍주(2012)는 의료분쟁조정법 시행⁶⁾에 따라 본 법령에 의거한 대한의사협회 공제회의 법인형태 공제조합으로 전환을 앞두고, 환자와 의사의 권익 보호 및 의료배상책임공제제도의 발전을 위한 공제조합의 원활한 설립 및 안정적 운영 방안을 제안하였다. 국내 의료배상공제회의의 진단을 통해 향후 의료배상공제조합의 발전 과제를 장·단기로 나눠 제안하고 있다.

한편, 박경섭(2013)은 의료분쟁조정법 시행 이후 진행된 선행연구로 법 시행에도 불구하고 의료분쟁해결제도에서 여전히 해결되지 않은 문제점들을 지적하고 있다. 특히 의료분쟁조정법 시행으로 도입된 손해배상금 대불제도의 운영상 비효율성과 의료종사자의 재산권 침해 문제 등을 지적하고, 대안으로 의료배상책임보험의 가입의무화의 필요성을 강조하였다. 김영국(2014)도 의료종사자가 경제적 사정과 관계없이 배상자력을 확보하여 안정적인 의료행위를 할 수 있도록 의료배상책임보험의 가입을 의무화할 필요가 있음을 제안하고 있으며, 가입의무화 도입을 전제로 시장 활성화를 위한 과제들⁷⁾을 구체적으로 제시하였다.

본 연구는 의료배상책임의 피해자 구제제도 중심으로 제도 개선과 주장들을 연대기 및 주요 쟁점별로 분석하여, 그간의 논의되어 온 내용들이 어떤 방향으로 진행되어 왔는지, 그리고 이해관계자별 입장은 어떠한지 먼저 살펴보고자 한다. 또한, 우리나라와 유사한 과실책임 원칙 국가들의 사례를 참고하여, 환자의 신속·적절한 피해구제와 의료인의 안정적인 의료행위의 지속성을 목적으로 하는 의료사고 피해 보상체계의 개선 방안을 제안한다.

6) 2011년 4월 7일 공포 및 2012년 4월 8일 시행하였음

7) 보험사고 확정기준을 배상청구기준에서 손해사고기준으로 변경, 책임보험과 종합보험의 이원화 논의, 의료배상공제와의 연계방안 등임

3. 연구방법 및 구성

본 보고서는 우선 II장에서 의료배상책임의 의의와 요건에 대한 개념을 정리하고, III장에서 우리나라 의료배상책임의 현황을 분쟁제도와 공제 및 보험 운영 현황, 손해배상금 대불제도로 나눠 살펴본다. IV장에서는 의료배상책임 제도와 관련하여 국내에서 그간 논의된 쟁점들을 분석하고, 우리나라와 유사하게 과실 책임 원칙을 적용하고 있는 국가인 독일, 영국, 미국, 일본 등의 사례를 주요 쟁점별로 살펴본다. 마지막으로 V장에서는 우리나라 의료배상책임에 대한 제도 개선방안의 방향성을 제시하고자 한다.

II. 의료배상책임 의의와 요건

1. 의료배상책임 의의

가. 개요

의료배상책임이란 의료사고로 인하여 의사 또는 의료기관이 환자 등에 대하여 부담하는 손해배상책임을 의미한다.⁸⁾ 책임 주체에 따라 의사 배상책임과 병원 배상책임으로 구분된다. 의료사고로 인해 발생한 배상책임이라는 점에서 의료사고 이외의 사유로 의사 또는 의료기관이 부담하는 배상책임⁹⁾과 구별된다.

의료사고란 보건의료인이 환자에 대하여 실시하는 진단, 검사, 치료, 의약품 처방 및 조제 등의 행위(이하 “의료행위”라 함)로 인하여 사람의 생명, 신체 및 재산에 피해가 발생한 경우를 의미한다.¹⁰⁾ 의료사고가 발생하였다고 하여 곧바로 보건의료인 및 보건의료기관이 환자에 대해 손해배상책임을 부담하는 것은 아니고, 보건의료인 또는 보건의료기관의 귀책사유가 인정되어야 비로소 손해배상책임이 인정된다. 따라서 의료사고는 의사의 책임 여부에 대한 판단이 개입되지 않은 중립적인 개념이다. 이와 구별하여, 의료진의 책임이 개입된 의료사고를 의료과오라 하며, 이러한 책임을 묻는 소송을 의료과오소송이라 한다.

8) 대한의사협회 의료배상공제조합의 배상공제 보통약관은 보상하는 손해를 “피공제자가 공제 기간 중 담보조항에 해당하는 의료사고로 인하여 수진자 측으로부터 손해배상청구를 받아 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다”라고 정하고 있음(배상공제 약관 제5조)

9) 예컨대, 병원의 일반 시설 관리상의 하자로 인해 환자 또는 방문객이 손해를 입은 경우 그 배상책임은 병원이 부담하는 배상책임이기는 하나 의료배상책임의 범위에는 포함되지 아니함

10) 의료분쟁조정법 제2조 제1호

의료분쟁이란 의료사고로 인한 다툼이라고 정의되나,¹¹⁾ 의료사고의 원인이 무엇인지, 그 원인을 의료과오로 볼 수 있는지, 만약 의료과오에 의해 의료사고가 발생하였다면 적절한 배상금액은 얼마인지를 밝히는 일련의 절차라고 할 수 있다. 통상 '분쟁'은 민사절차상 당사자 간의 다툼을 의미한다는 점에서 민사소송, 조정, 중재, 합의 등의 과정이 의료분쟁에 해당하나 넓은 의미에서는 의료인의 형사책임을 다투는 형사소송도 일종의 의료분쟁이라고 볼 수 있을 것이다.

나. 성립 근거

의료배상책임의 요건에 대해서는 별도의 특별법이 도입되어 있지 않기 때문에¹²⁾ 불법행위책임 및 채무불이행책임에 관한 일반 민법 규정이 적용된다. 의료배상책임은 계약상 의무 위반을 원인으로 하는 채무불이행책임에 근거하여 성립될 수도 있고(민법 제393조), 주의의무 위반으로 인한 위법한 가해행위를 원인으로 하는 불법행위 책임(민법 제750조)에 근거하여 성립될 수도 있다.

먼저, 계약상 의무 위반의 관점에서 보면, 의료행위는 환자와 의료인(또는 의료기관) 사이에 체결되는 진료계약의 내용에 따라 이루어져야 하고, 만약 의료인의 고의·과실로 인해 진료계약의 내용을 위반하고 이로 인하여 환자에게 손해가 발생하였다면 의료인 및 의료기관의 채무불이행책임이 성립된다. 다만, 의료행위의 경우 수단채무¹³⁾의 성격을 갖기 때문에 특정 의료행위가 진료계약을 위반한 채무불이행에 해당하는지

11) 의료분쟁조정법 제2조 제2호

12) 자동차사고에 대해서는 자동차손해배상보장법, 제조물사고에 대해서는 제조물책임법에서 각각 책임 성립의 요건에 관한 특별 규정을 두고 있는 데 비해, 의료사고의 책임성립요건에 대해서는 별도의 특별법이 존재하지 않음

13) 채무의 종류는 어떠한 결과의 완성을 채무의 내용으로 하는지 여부에 따라 결과채무와 수단채무로 구분됨. 결과채무는 특정한 결과를 반드시 달성하는 것을 내용으로 하고, 수단채무는 선량한 관리자의 주의를 기울여 필요하고 적절한 조치를 다하는 것을 내용으로 함. 의료진이 진료계약상 부담하는 채무는 후자에 해당함(대법원 1998. 7. 27. 선고 92다15031 판결). 따라서 환자 측이 원하는 결과를 얻지 못했다는 사유만으로 채무불이행책임이 성립되지는 않으므로 치료나 수술이 성공하지 못하였다는 사정만으로는 책임이 인정되지 않음

여부에 대해서는 다툼이 있을 수 있다.

한편, 의료인은 계약 여부에 관계없이 의료행위를 할 때 의료기관 등 임상의학 분야에서 실천되고 있는 의료행위의 수준에 해당하는 주의의무¹⁴⁾를 기울여야 하고, 만약 고의·과실에 의해 이러한 주의의무를 위반하고 그로 인해 환자에게 손해가 발생한 경우 불법행위에 의한 손해배상책임을 부담한다.

채무불이행책임과 불법행위책임 모두 의료행위상의 과실의 존재 및 과실과 손해발생 사이에 인과관계를 요구한다는 점에서 실질적으로는 그 요건의 내용 및 입증의 난이도에 큰 차이가 없다. 판례도 “의료행위에 있어서 주의의무 위반으로 인한 불법행위 또는 채무불이행으로 인한 책임이 있다고 하기 위해서는 의료행위상 주의의무의 위반, 손해의 발생 및 주의의무의 위반과 손해발생과의 사이에 인과관계가 존재하여야 한다”고 판단함으로써, 채무불이행책임과 불법행위책임 성립 요건으로 (i) 주의의무 위반(과실), (ii) 손해발생 및 (iii) 과실과 손해발생 사이의 인과관계의 존재를 제시하고 있다.¹⁵⁾

위 요건 중 손해발생 여부는 일응 명확하다고 볼 수 있다. 손해가 발생하여야 비로소 의료분쟁이 시작되기 때문이다. 따라서, 주로 다툼이 되는 것은 주의의무 위반 여부와 인과관계 존재 여부이다. 이하에서는 과실과 인과관계에 대해 상세히 살펴보기로 한다.

14) 대법원 1994. 4. 26. 선고 93다59304 판결, 의료인이 부담하는 주의의무의 내용에 대해서는 뒤에서 자세히 서술함

15) 대법 2000. 9. 8. 선고 99다48245 판결 등

2. 의료배상책임 요건(1): 의료과실

가. 의료과실 개념 및 판단의 중요성

의료배상책임 성립의 핵심 요건은 ‘의료과실’이다. 의료사고에 대한 책임을 의료인 및 의료기관에 귀속시키기 위해서는 ‘과실’의 존재가 반드시 요구되기 때문이다.¹⁶⁾ 의료사고가 발생하였음에도 의료인의 과실이 존재하지 않는 경우에는 의료배상책임이 성립되지 않는다. 의료인의 귀책사유, 그중에서도 ‘과실’의 존재 여부는 의료사고 발생 시 그것이 ‘불운(不運)’인지 ‘불법(不法)’인지를 나누는 기준이 된다.¹⁷⁾

나. 의료과실의 의의 및 내용

1) 의료과실: 의료인의 주의의무 위반

‘의료과실’은 ‘보건의료인¹⁸⁾의 주의의무 위반’¹⁹⁾을 의미한다. 의료배상책임 성립 요

16) 고의에 의한 의료사고 발생 시에도 의료배상책임이 인정된다는 점은 당연함. 다만, 고의에 의한 의료사고는 매우 예외적인 경우이고, 일반적으로 의료배상책임 논의의 대상이 되는 의료사고는 대부분 과실에 의한 의료사고이며, 학계 및 실무의 논의도 과실에 의한 의료사고에 집중되어 있으므로, 이하에서는 과실에 의한 의료사고를 중심으로 논의함

17) 불운(不運)과 불법(不法)의 영역은 예방가능성과 귀책가능성을 기준으로 구분할 수 있음. 단순한 불운은 사람의 힘으로는 사전에 예방할 수 없거나, 예방할 수 있었더라도 특정인에게 귀속시키기 곤란한 성격을 가짐(권영준(2009), p. 76)

18) 의료법은 “의료인”의 개념을 정의하고 있고, 의료분쟁조정법은 “보건의료인”의 개념을 정의하고 있음. 환자에 대한 의료과실로 인하여 악결과를 유발하는 사례 중에는 의사군을 비롯하여 간호사, 조산사와 같은 의료법상의 의료인뿐 아니라 보건의료기관에 종사하는 자들에 의한 의료사고의 비중이 적지 않으므로, 의료과실의 주체가 되는 의료인의 범위를 의료법상 의료인에 국한하여서는 안 되고 의료분쟁조정법상 “보건의료인”으로 보아야 한다는 주장이 있고(백경희(2016), p. 57), 의료분쟁조정법의 취지에 비추어보더라도 이와 같이 보는 것이 타당하다고 보임. 의료법상 의료인, 의료분쟁조정법상 보건의료인의 개념에 관한 규정은 다음과 같음
의료법 제2조(의료인)

① 이 법에서 “의료인”이란 보건복지부장관의 면허를 받은 의사·치과의사·한의사·조산사 및 간호사를 말한다.

의료분쟁조정법 제2조(정의)

이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.

건인 보건의료인의 주의의무의 내용을 구체적으로 정하고 있는 법령은 없으나, 법원은 그간 다수의 판례를 통해 보건의료인, 특히 그중에서도 의사의 주의의무의 내용을 구체화해왔다.²⁰⁾

불법행위 성립요건인 주의의무는 '결과예견의무'와 '결과회피의무'로 구성되며, 의사의 주의의무도 의료사고라는 결과를 예견할 의무와 그러한 결과를 회피할 의무로 구성된다. 따라서 의사가 해당 결과를 예견할 수 없거나, 그러한 결과를 예견하였더라도 회피할 수 없었던 경우에는 주의의무 위반이 인정되지 않는다. 다만 이러한 일반적 기준이 있다고 하더라도 구체적으로 어떤 경우에 의사의 예견가능성과 회피가능성이 인정되는지 여부는 사안별로 다투어질 수 있다.

한편 주의의무의 정도에 관하여 대법원은 “의사가 진찰, 치료 등의 의료행위를 함에 있어서는 사람의 생명, 신체, 건강을 관리하는 업무의 성질에 비추어 위험방지를 위하여 환자의 구체적인 증상이나 상황에 따라 위험을 방지하기 위하여 요구되는 최선의 조치를 취하여야 할 의무가 있다”고 판시하였다.²¹⁾ 즉, 판례는 의사의 주의의무를 ‘최선의 주의의무’로 봄으로써, 일반적인 불법행위 성립요건의 기준이 되는 주의의무인 ‘사회 평균인의 주의의무’²²⁾보다 높은 정도의 주의를 요구하고 있다. 의사가 수행하는 업무의 전문성과 그 업무에 대한 신뢰성을 고려하여 이와 같은 높은 주의의무를 설정하고 있다고 볼 수 있다.

3. “보건의료인”이란 「의료법」에 따른 의료인·간호조무사, 「의료기사 등에 관한 법률」에 따른 의료기사, 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급구조사 및 「약사법」에 따른 약사·한약사로서 보건의료기관에 종사하는 사람을 말한다.

19) 이하의 ‘주의의무 위반’은 민사상 불법행위 책임 성립의 근거가 되는 과실로서의 주의의무 위반을 의미하고, 형사상 업무상과실치사상죄의 성립의 근거가 되는 업무상 과실 개념과는 구별되는 것임

20) 이하의 논의는 의료인 중 특히 의사의 주의의무를 중심으로 함

21) 대법원 1998. 7. 24. 선고 98다12270 판결, 대법원 1998. 2. 27. 선고 97다38442판결, 대법원 1992. 2. 11. 선고 96다5933 판결, 대법원 1994. 4. 26. 선고 93다59304 판결

22) 일반적으로 과실은 사회생활상 요구되는 주의를 게을리 하여 일정한 결과가 발생하리라는 것을 인식하지 못하는 상태라고 정의됨(곽윤직·김재형(2013), p. 39)

2) 의사의 주의의무 기준: 임상의학 분야에서 실천되는 규범적 의료수준

판례는 의사의 주의의무의 기준에 대해, (i) 일응 임상의학 분야에서 일반적으로 실천되고 있는 의료수준을 기준으로 하되, (ii) 그러한 의료수준은 규범적으로 요구되는 수준으로 파악되어야 하고, 해당 의사나 의료기관의 구체적 상황을 고려하여서는 안 되나, (iii) 진료환경 및 조건이나 의료행위의 특수성은 고려되어야 한다고 보고 있다.²³⁾

첫째, 의사의 주의의무의 내용을 판단할 때에는 당연히 당시의 의료수준을 고려해야 한다. 당시 의료수준을 넘어서는 주의의무를 의사에게 요구할 수는 없기 때문이다. 이때 의료수준을 어떻게 정할 것인지가 문제되는데, 병리학적 엄밀성이 요구되는 학문적 의학이 아니라, 진료 당시의 임상의학의 실천에 있어서의 의료수준이 기준이 된다.²⁴⁾ 즉, 그 의료수준은 통상의 의사에게 의료행위 당시 일반적으로 알려져 있고 또 인정되고 있는 이른바 의학상식을 의미한다.²⁵⁾ 따라서 특수한 개인이나 일부 병원에만 알려져 있는 특수한 의료지식이나 의료기술을 기준으로 의료과실 여부를 판단할 수는 없다.²⁶⁾ 반대로 의사 개인의 능력 부족이나 의학지식 습득 노력 부족으로 인하여 보편적인 수준의 의료기술을 습득하지 못하고 있었다면 과실이 인정된다.²⁷⁾

둘째, 의사의 주의의무의 기준으로서의 의료수준은, 관행상 이루어지는 의료수준이 아니라 규범적으로 요구되는 의료수준을 의미한다.²⁸⁾ 대법원은 의사의 주의의무의 기

23) 사법연수원(2008), p. 230; 대법원 2018. 11. 29 선고 2016다266606, 266613 판결 외 다수

24) 김용빈(2008), p. 79

25) 대법원 2018. 11. 29 선고 2016다266606, 266613 판결; 대법원 2011. 11. 10. 선고 2009다45146, 판결 외 다수

26) 김용빈(2008), p. 79; 사법연수원(2008), p. 230; 서울중앙지방법원 1993. 7. 21. 선고 92가합35405 판결(위 판결 사안은 피고가 진단하지 못한 대동맥박리증을 다른 병원의 의사가 밝혀낸 사례였는데, 피고가 일반적인 의사들이 임상의학에서 시행하는 정도의 조치는 모두 하였고, 원고의 대동맥박리증을 밝혀낸 의사는 자신이 심장병 환자로서 심장계통에 관한 박사학위를 소지하고 2~3개월에 한 번씩 일본에 치료를 받으러 다니는 관계로 심장질환계통에 특수한 전문성을 가진 의사인 점에 비추어, 그러한 수준의 의료행위까지 피고에게 요구할 수는 없다고 판단하였음)

27) 사법연수원(2008), p. 230

28) 이는 의료과실뿐 아니라 일반 불법행위책임의 성립요건인 과실의 경우에도 마찬가지임. 일반 불법행위 성립을 위해서는 '사회생활상 요구되는 주의'를 게을리 할 것이 요구되는데, 이때 사회생활상 요구되는 주의는 규범적으로 정해지는 것이고, 실재하는 거래 관행

준이 되는 의료수준은 규범적으로 요구되는 수준으로 파악되어야 한다고 일관되게 판시하고 있다.²⁹⁾ 따라서, 의료 현장에서 관행적으로 행하여지는 방법에 따라 의료행위를 한 경우, 이는 임상의학에서 일반적으로 실천되고 있는 의료수준에 따른 것이기는 하지만, 만약 그것이 규범적으로 수용할 수 없는 일종의 악습이라면 주의의무를 위반한 것으로 보아야 하며,³⁰⁾ 관행을 따랐다는 사정만으로 책임을 면할 수는 없다.³¹⁾

셋째, 임상의학에서 일반적으로 실천되는 규범적 의료수준에 따라 주의의무의 기준을 정하더라도, 경우에 따라서 당해 의료행위가 이루어진 진료환경 및 조건이나 의료행위의 특수성도 고려되어야 한다. 예컨대, (i) 환자가 특정 분야의 권위자로 소문난 대학병원의 교수로부터 진료를 받기 위해 특진 등의 방법으로 진료를 받게 된 경우에는 해당 교수의 개인적인 임상경험 등에 기초한 전문적 의료수준을 판단기준으로 삼는 것이 타당하다고 볼 수 있다.³²⁾ (ii) 의사인 이상 수련의나 전공의라 하더라도 전문의와 동일한 주의의무를 부담하나,³³⁾ 다만 야간 응급실 당직과 같은 긴급한 상황에서는 전

에 따라 정해지는 것이 아님. 예컨대, 장거리 운전을 하는 화물차 운전기사들이 평균적으로 난폭하게 운전한다고 하여 그러한 난폭운전이 사회생활상 요구되는 주의를 다 한 것이라고 정당화될 수는 없음(권영준(2015), p. 102)

29) 대법원 2018. 11. 29. 선고 2016다266606, 266613 판결; 대법원 2000. 1. 21. 선고 98다50586 판결; 대법원 2005. 10. 28. 선고 2004다13045 판결

30) 김용빈(2008), p. 79

31) 관행을 따랐지만 주의의무 위반이 인정된 판례로는 대법원 1997. 2. 27. 선고 97도2812 판결(피고인이 근무하는 병원에서는 인턴의 수가 부족하여 수혈의 경우 두 번째 이후의 혈액봉지는 인턴 대신 간호사가 교체하는 관행이 있었다고 하더라도, 혈액봉지가 바뀔 위험이 있는 상황에서 피고인이 그에 대한 아무런 조치도 취함이 없이 간호사에게 혈액봉지의 교체를 일임한 것은 관행에 따른 것이라는 이유로 정당화될 수 없다고 판시함. 이 판결은 잘못된 수혈로 환자가 사망한 형사사건(업무상과실치사)에서 과실이 문제되었던 사례이나, 형사책임 요건으로서의 과실이 민사책임 요건으로서의 과실보다 더 엄격한 기준에 따라 인정된다는 점에 비추어 볼 때 민사사건의 과실 여부 판단에도 참고할 수 있을 것으로 보임), 대법원 1999. 10. 22. 선고 98다31363 판결(개인 의원에서는 보통 혈구형 혈액형 검사인 ABO식 혈액형 검사만을 실시하고 혈장형 혈액형 검사까지 포함하는 정밀 혈액형 검사는 실시하지 아니하는 것이 일반 의료계의 관행이라고 주장하나, 이 사건의 경우와 같이 환자와 태아의 상태에 비추어 볼 때 이완성 자궁출혈의 가능성이 매우 높고, 그렇기 때문에 위 의사도 그 발생가능성을 미리 예측하였다고 인정되는 이상, 비록 개인 의원에서는 보통 ABO식 혈액형 검사만을 실시하고 정밀혈액형 검사까지는 실시하지 아니하는 것이 일반 의료계의 관행이라고 할지라도, 위와 같은 정밀혈액형 검사도 실시했어야 한다고 판시함) 등이 있음

32) 김용빈(2008), p. 81

33) 대법원 1993. 7. 27. 선고 92도2345 판결(위 사건(형사사건임)에서 대법원은, 산부인과 전

문의가 아닌 일반의를 기준으로 주의의무를 완화할 수 있다.³⁴⁾

3) 의사의 주의의무 관련 사례

‘임상의학 분야에서 실천되는 규범적 의료수준’을 기준으로 의사의 주의의무 위반 여부를 판단한다는 원칙에 따르더라도, 구체적인 사례에서 당해 의사가 주의의무를 위반하였는지 여부를 판단하기 위해서는 매우 복잡한 논증의 과정을 거치게 된다. 특히 ‘진료환경 및 조건과 의료의 특수성’에 따라 과실 여부 판단이 달라질 수 있기 때문에, 의사의 주의의무 위반 여부를 판단하기 위해서는 결국 개별 사례의 특수한 사정을 모두 고려하여야 한다.

의사의 주의의무 위반 관련 주요 판례들을 쟁점별로 살펴보면 <표 II-1>과 같다.

<표 II-1> 구체적 사례별 의사의 주의의무

구분	판시사항
긴급상황 주의의무 완화	(2002다52275) 정형외과 전문의가 야간 당직의사로서 신경외과적 진료를 요하는 환자를 진료한 경우에는, 전문 진료과목을 진료하는 신경외과 전문의의 주의의무 기준을 적용할 수 없고, 일반의의 주의의무 기준을 적용하여야 함 ³⁵⁾
	(98다21403) 전문의를 둘 의무가 없는 준종합병원에서 인턴과정을 마친 일반의가 아르바이트로 야간 당직의로 근무하던 중 교통사고 응급환자에 대한 X선 촬영 및 기타 조치가 신속하게 이루어지지 않아 환자가 사망한 사안에서, 일반의가 혼자 야간 응급실 당직근무 중이던 특수성을 고려한다면, 그 주의의무 정도는 전문의가 아닌 일반의를 표준으로 하여야 함

문의 수련과정 2년차의 의사인 피고인은 진료경험이나 산부인과적 전문지식이 부족한 상태이므로 산부인과 전문의의 지도를 받거나 자문을 구하고, 환자의 진료에 필요한 모든 검사를 면밀히 실시하여 병명을 확인하는 등의 주의의무가 있음에도, 자궁 외 임신 환자인 피해자의 병명을 자궁근종으로 오진하고 자궁적출수술을 시행한 것에 대하여 업무상 과실이 인정된다고 판단하였음; 대법원 1992. 5. 12. 선고 91다23707 판결(산부인과 전공의인 담당 의사가 산모의 제왕절개수술 요청을 거절하고 자연분만을 진행하다가 뒤늦게 흡인분만의 방법을 무리하게 계속하여 태아를 만출시켜 뇌손상을 입힌 사례에서, 일반적 인 산부인과 전문의라면 아두골반불균형 상태의 가능성을 알았을 것이라는 전제에서 전공의의 과실을 인정하였음)

34) 대법원 1999. 11. 23. 선고 98다21403판결; 대법원 2003. 1. 10. 선고 2002다 52275 판결

35) 사법연수원(2008), p. 237에 기재된 내용을 재인용함

〈표 II-1〉 계속

구분	판시사항
긴급상황 주의의무 완화	(92다25885) 환자의 생명이 위독한 상태에서 의식이 회복되기 전까지는 투약에 관한 한 사전 설명이 불가능하여 긴급한 경우에 해당하고, 이러한 경우에는 설명의무가 면제됨 (84다카1881) 한밤 중에 찾아온 응급환자에 대해 수련의가 일반적인 대중 요법에 따라 치료를 실시한 경우, 진료방법, 약제 선택 및 사후 처치과정에서 명백히 합리성이 결한 것이 아닌 한 의료과오상 책임이 없음
중환자실 주의의무 강화	(2003다38061) 중환자실에서 근무하는 간호사들은 더욱 세심한 주의를 기울여 환자의 상태를 돌보아야 한다고 보아, 일반 간호사보다 더욱 높은 주의의무를 인정함 ³⁶⁾
특이체질 관련 주의의무 판단기준	(99다58525) 양수색전증의 경우 현재 의료수준으로도 이를 미리 예견하거나 예방하는 방법이 없고 그 발생빈도도 극히 낮은 점 등에 비추어 환자 측에게 이를 설명할 의무는 없음 ³⁷⁾ (87다카2305) 환자의 특이체질로 인해 주사 후 쇼크로 사망한 경우, 당시 의학수준에 비추어 객관적 견지에서 쇼크사에 대한 인식이 가능하였다면, 과민성 쇼크 방지를 위한 사전 조치와 주사 후 안전조치 및 용태 관찰 등의 주의의무가 인정되며, 이러한 주의의무를 다하지 못한 경우 의사의 주의의무 위반을 인정함
의료법 위반과 과실의 관계	(2001다27449) 무면허 의료행위 그 자체가 의료상 주의의무 위반행위는 아니므로, 당해 의료행위에 있어 구체적인 의료상의 주의의무 위반이 인정되지 않는다면, 무면허 의료행위 자체만으로 불법행위책임을 부담하지는 않음 ³⁸⁾
의사의 재량	(2007다16519, 94다13046, 91다23707) 의사는 진료 시 환자의 상황, 당시 의료수준, 자신의 지식과 경험에 따라 적절하다고 판단되는 진료방법을 선택할 상당한 범위의 재량을 가지고, 그것이 합리적인 범위를 벗어난 것이 아닌 한 진료결과를 놓고 그 중 어느 하나만이 정당하고 이와 다른 조치를 취한 것은 과실이 있다고 말할 수는 없음

36) 사법연수원(2008), p. 237에 기재된 내용을 재인용함

37) 사법연수원(2008), p. 239에 기재된 내용을 재인용함

38) 구 약사법 시행 당시 (의사의 처방 없이) 약사가 환자의 증세에 대하여 문진을 하고 감기약을 조제한 것은 무면허 의료행위에 해당하나, 그 자체만으로 곧바로 불법행위책임을 부담하는 것은 아니라는 취지에서, 약사의 의료배상책임을 부정한 사례임(위 사례에 대해서는 약사의 설명의무 위반으로 인한 자기결정권 상실에 대한 위자료 배상책임만 인정하고, 의료과오를 전제로 하는 위자료 이외의 손해배상책임은 부정하였음)

4) 진료 단계 및 의료행위 유형별 과실

진료 단계 및 의료행위 유형에 따라서 과실의 구체적 유형이 달라진다. 크게 진단상 과실과 치료상 과실로 구별되며, 치료상 과실에는 주사상 과실, 수술 및 처치상 과실, 마취상 과실, 투약상 과실, 수혈상 과실, 환자 관리 및 간호상 과실, 전원 과정상의 과실 등이 있다.³⁹⁾

〈표 II-2〉 진료단계 및 의료행위 유형별 의사의 주의의무

유형	내용	과실유형
진단상 과실	진단은 임상의학의 출발점이고, 진단결과에 따라 치료법이 선택되는 중요한 행위이므로, 진단상 과실 유무 판단 시에는 완전무결한 임상진단의 실시는 불가능하더라도, 적어도 임상의학 분야에서 실천되고 있는 진단 수준의 범위 안에서 해당 의사가 전문직업인으로서 요구되는 의료상의 윤리와 의학지식 및 경험에 터잡아 신중히 환자를 진찰하고 정확히 진단함으로써 위험한 결과 발생을 예견하고 그 결과 발생을 회피하는 데 필요한 최선의 주의의무를 다하였는지 여부를 따져보아야 함	• 필요 검사 누락 • 진단 중 상해 • 오진⁴⁰⁾
주사상 과실	의사는 주사의 필요 여부 판단, 주사의 필요성이 인정되는 경우에는 주사의 시기·종류·분량·부위의 선택, 주사방법의 적정성, 주사기의 위생·주사약을 확인하여야 할 의무, 주사 대상 및 부위의 확인 의무, 주사기술상의 주의의무, 주사 후 적절하고 신속한 처치 의무 등을 부담함	• 실습생 주사 • 조무사 주사 • 주사 후 쇼크
수술 및 처치상 과실	수술 및 처치 방법을 잘못 선택한 경우, 수술 및 처치 기술 상 잘못이 있는 경우, 수술 및 처치의 시기 선택에 잘못이 있는 경우, 수술 및 처치 후의 환자의 관리와 의료조치를 잘못 한 경우에 과실이 인정될 수 있음. 다만, 수술 여부, 수술 시기, 기법 및 방법에 대한 판단에는 의사의 재량이 인정되므로, 합리적인 재량의 범위를 넘는 경우에만 과실이 인정됨	• 응급수술 지연 • 수술 중 부작용

39) 사법연수원(2008), p. 241, p. 242; 김용빈(2008), pp. 99~113

40) 단, 판례는 정확한 진단을 내리는 것은 어렵기 때문에, 단순한 오진이 있다고 하여 바로 과실이 있다고 볼 수는 없다고 판시하고 있음(대법원 1999. 6. 11. 선고 98다33062 판결)

〈표 II-2〉 계속

유형	내용	과실유형
마취상 과실	마취 전문의만이 할 수 있는 마취행위를 마취 전문의가 아닌 자가 실행한 경우, 마취 전 사전검사 미시행, 마취행위 자체에 잘못이 있는 경우, 마취 이후 경과관찰 등 긴급상황에 대한 대비를 소홀히 한 경우 등에 마취상 과실이 인정됨. 특히 전신마취는 경우에 따라 심각한 부작용이 올 수 있고, 시술상의 과오가 환자의 사망 등의 중대한 결과를 가져올 위험성이 있으므로, 이를 담당하는 의사는 마취 시술에 앞서 마취 시술의 전 과정을 통하여 발생할 수 있는 모든 위험에 대비하여 환자의 신체구조나 상태를 면밀히 관찰하여야 할 뿐 아니라, 여러 가지 마취 방법에 있어서 그 장단점과 부작용을 충분히 비교·검토하여 환자에게 가장 적절하고 안전한 방법을 선택하여야 할 주의의무가 있음	• 정밀검사 미 실시 • 회복 과정 미관찰
투약상 과실	투약할 의약품이 약사법 소정의 검인 합격품이고, 부패·변질·변색되지 않고 유효기간 내의 약제인가를 확인하여야 할 의무, 복용방법을 충분히 설명할 의무, 약제가 부작용이 일어날 가능성이 있는 때에 이를 충분히 설명하고 이에 대비할 의무 등을 부담함	• 투약오류 • 부작용 미설명 • 투약중단 미조치
수혈상 과실	혈액형 일치 여부 및 수혈의 완성 여부를 확인하고, 수혈 도중에도 환자의 반응을 주시하여 부작용이 있을 경우 필요한 조치를 취할 의무 등이 있음	• 혈액형 불일치 • 혈액 미준비
환자관리 상 과실	진료의 전 과정에서 환자를 관리하고, 간호할 의무를 부담하며, 영양지도 의무도 이에 포함됨. 특히 정신질환자의 경우, 자살기도가 예상되는 경우에는 이를 미리 방지할 주의의무를 부담함	• 활력체크 미 실시 • 환자상태 미확인
전원상 과실	환자를 전원하는 경우 불안정한 환자를 의학적 필요성 이외의 이유로 전원하여서는 안 되고, 수용하는 의료기관의 인력, 수술실, 병상 등의 가용성을 확인하여야 하며, 검사결과, 진단 및 치료에 필요한 기록, 기타 환자와 관련된 정보를 신속히 전달하여야 함. 전원요청을 받은 의사의 경우 전원 허용 전에 환자 상태를 구체적으로 정확하게 파악한 후 전원 허용 여부를 결정할 주의의무가 있음	• 응급수술 불가능한 병원으로 전원 • 환자정보 미제공

자료: 김용빈(2008), pp. 99~113

다. 의사의 설명의무

1) 설명의무의 의의

설명 의무는 일반 진단 및 치료상 주의의무와는 구별되는 독립된 의무로서, 설명의 대상 및 내용에 따라 환자의 자기결정권을 전제로 하는 설명의무와 기타 설명의무로 구별되는데, 그 중 핵심적인 것은 환자의 자기결정권을 전제로 하는 설명의무이다.⁴¹⁾

기존에는 설명의무의 내용 및 범위에 대하여 판례와 학계를 중심으로 논의가 이루어졌으나, 2016. 12. 의료법이 개정되면서 의료법상 명문으로 설명의무 규정이 도입되었다(의료법 제24조의2).⁴²⁾ 의사가 의료법상 설명의무를 위반하는 경우에는 300만 원

41) 학계에서는 의사의 설명의무를 (i) 조인설명(자기결정권 행사의 전제로서 필요한 설명), 고지설명(자기결정권 행사와 무관하게 환자의 알 권리를 충족시키기 위한 설명), 지도설명(진료 후 요양방법이나 그 밖에 건강관리에 필요한 사항을 고지하기 위한 설명)으로 구분하는 견해, (ii) 승낙의 유효요건으로서의 설명의무, 보고의무, 지도의무로 구분하는 견해, (iii) 구두에 의한 치료행위로서의 진료상 설명의무와 환자의 자기결정을 위한 설명의무로 구분하고, 후자를 다시 진단설명, 경과설명, 위험설명으로 구분하는 견해, (iv) 진료를 위한 것과 자기결정을 위한 것으로 구분하는 견해 등이 있는데, 기본적으로 “환자의 자기결정권을 전제로 한 설명”과 “기타 설명의무”로 구분된다고 볼 수 있음(김용빈(2008), p. 114)

42) 의료법 제24조의2 (의료행위에 관한 설명)

① 의사·치과의사 또는 한의사는 사람의 생명 또는 신체에 중대한 위해를 발생하게 할 우려가 있는 수술, 수혈, 전신마취(이하 이 조에서 “수술 등”이라 한다)를 하는 경우 제2항에 따른 사항을 환자(환자가 의사결정능력이 없는 경우 환자의 법정대리인을 말한다. 이하 이 조에서 같다)에게 설명하고 서면(전자문서를 포함한다. 이하 이 조에서 같다)으로 그 동의를 받아야 한다. 다만, 설명 및 동의 절차로 인하여 수술 등이 지체되면 환자의 생명이 위험해지거나 심신상의 중대한 장애를 가져오는 경우에는 그러하지 아니하다.

② 제1항에 따라 환자에게 설명하고 동의를 받아야 하는 사항은 다음 각 호와 같다.

1. 환자에게 발생하거나 발생 가능한 증상의 진단명
2. 수술 등의 필요성, 방법 및 내용
3. 환자에게 설명을 하는 의사, 치과의사 또는 한의사 및 수술 등에 참여하는 주된 의사, 치과의사 또는 한의사의 성명
4. 수술 등에 따라 전형적으로 발생이 예상되는 후유증 또는 부작용
5. 수술 등 전후 환자가 준수하여야 할 사항

③ 환자는 의사, 치과의사 또는 한의사에게 제1항에 따른 동의서 사본의 발급을 요청할 수 있다. 이 경우 요청을 받은 의사, 치과의사 또는 한의사는 정당한 사유가 없으면 이를 거부하여서는 아니 된다.

④ 제1항에 따라 동의를 받은 사항 중 수술 등의 방법 및 내용, 수술 등에 참여한 주된 의사, 치과의사 또는 한의사가 변경된 경우에는 변경 사유와 내용을 환자에게 서면으로 알려야 한다.

⑤ 제1항 및 제4항에 따른 설명, 동의 및 고지의 방법·절차 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

이하의 과태료를 부과 받게 된다(의료법 제92조 제1항). 다만 의료법상 설명의무와 민사 불법행위책임 성립의 전제로서 설명의무의 내용 및 범위가 반드시 일치하는 것은 아니므로,⁴³⁾ 구체적인 경우 의료법 제24조의2에 규정된 사항 외의 사항과 관련하여서도 설명의무 위반이 인정될 수 있다.

이하에서는 설명의무를 (i) 조연설명 의무, (ii) 고지설명 의무, (iii) 지도설명 의무로 구분하는 견해에 따라 설명의무의 내용을 파악해본다.

2) 조연설명 의무: 환자의 자기결정권 보장을 위한 설명의무

설명 의무 중 가장 핵심적인 것은 조연 설명 의무이다. 조연 설명 의무는 수술, 마취, 검사, 투약 전 해당 의료행위에 대한 환자의 자기결정권을 보장하기 위해 요구되는 것으로, 진료계약상 주된 급부의무인 의료행위와는 구별되는 독립적이고 부수적 의무이다. 의무의 주체는 원칙적으로 담당 처치의사이나, 주치의나 다른 의사가 설명할 수도 있다. 설명의 상대방은 원칙적으로 환자이나 보호자를 통해 간접적으로 환자에게 설명하는 것도 가능하다.

조연 설명 의무는 수술 시에만 한하지 않고, 검사·진단·치료 등 진료의 모든 단계에서 발생할 수 있으나, 기본적으로는 환자의 자기결정권을 보장하기 위한 목적에서 인정되는 것이므로, 수술 등 침습을 과하는 과정 및 그 후에 나쁜 결과 발생의 개연성이 있는 의료행위를 하는 경우 또는 사망 등의 중대한 결과발생이 예측되는 의료행위를 하는 경우 등과 같이 환자에게 자기결정에 의한 선택이 요구되는 경우를 대상으로 한다.⁴⁴⁾ 이처럼 환자의 자기결정이 요구되는 침습적 의료행위를 하는 경우 의사는 환자의 승낙을 얻기 위한 전제로서, 환자에 대하여 질환의 증상, 치료방법 및 내용, 그 필요성, 예후 및 예상되는 생명·신체에 대한 위험성과 부작용 등 환자의 의사결정을 위하여 중요한 사항에 관하여 사전에 설명함으로써 환자로 하여금 수술이나 투약에 응할

43) 예컨대, 의료법상 설명의무는 수술, 수혈, 전신마취를 대상으로 하나, 불법행위책임 성립의 전제인 설명의무의 대상은 이에 한정되지 않고, 투약 등에 대해서도 인정됨

44) 대법원 2010. 5. 27. 선고 2007다25971 판결

것인가의 여부를 스스로 결정할 기회를 가지도록 하여야 한다.⁴⁵⁾

조언설명의무를 위반한 경우에는 의사의 치료상 과실이 없더라도 설명의무 위반으로 인해 환자의 자기결정권과 승낙권이 침해되었으므로, 그 자체만으로 피해자인 환자와 그 가족들의 정신적 피해에 대한 위자료 배상책임이 성립된다.⁴⁶⁾ 다만, 의료행위로 환자에게 나쁜 결과가 발생하였는데 의사의 진료상 과실은 인정되지 않고 설명의무 위반만 인정되는 경우, 설명의무 위반에 대한 위자료 명목으로 사실상 재산적 손해의 전보를 할 수는 없다.⁴⁷⁾

판례는 설명의무 위반 여부를 판단함에 있어, 치료의 긴급성, 후유증 발생 빈도, 처치 수단의 선택성, 환자의 경험과 지식 수준, 신체에 대한 위험성과 부작용 등을 고려하여 설명할 사항의 구체적인 내용의 범위와 설명의무의 정도가 달라질 수 있다고 보고 있다.⁴⁸⁾

3) 고지설명 의무 및 지도설명 의무

환자의 자기결정권과 무관하게 환자의 알 권리를 충족시켜주기 위한 의무로서 부담하는 고지설명 의무를 위반한 경우에는 그 자체만으로 곧바로 자기결정권 침해 등이 발생하지 않으므로 위자료배상책임이 성립되지는 않는다. 다만, 의사의 잘못된 진단과 관련하여 고지를 받지 못함으로써 미리 알고 대비할 기회를 상실하여 용인하기 어려

45) 대법원 1994. 4. 15. 선고 92다25885 판결

46) 대법원 1994. 4. 15. 선고 92다25885 판결

47) 대법원 2013. 4. 26. 선고 2011다29666 판결; 대법원 1994. 4. 15. 선고 93다60953; 대법원은 “의사가 위 ‘가’항의 설명의무(저자 주: 조언설명의무)를 위반한 채 수술 등을 하여 환자에게 사망 등의 중대한 결과가 발생한 경우에 있어서 환자 측에서 선택의 기회를 잃고 자기결정권을 행사할 수 없게 된 데 대한 위자료만을 청구하는 경우에는 의사의 설명결여 내지 부족으로 선택의 기회를 상실하였다는 사실만을 입증함으로써 족하고, 설명을 받았더라면 사망 등의 결과는 생기지 않았을 것이라는 관계까지 입증할 필요는 없으나, 그 결과로 인한 모든 손해를 청구하는 경우에는 그 중대한 결과와 의사의 설명의무 위반 내지 승낙취득과정에서의 잘못과의 사이에 상당 인과관계가 존재하여야 하며, 그 경우 의사의 설명의무의 위반은 환자의 자기결정권 내지 치료행위에 대한 선택의 기회를 보호하기 위한 점에 비추어 환자의 생명 신체에 대한 의료적 침습 과정에서 요구되는 의사의 주의의무 위반과 동일시 할 정도의 것이어야 한다”라고 판시한 이후 일관된 입장을 유지하고 있음

48) 사법연수원(2008), p. 256

을 정도의 정신적 고통을 받았을 것으로 인정되는 특별한 사정이 있는 경우에 한하여 위자료 책임이 인정된다.⁴⁹⁾

지도설명 의무는 환자나 보호자에게 요양방법이나 그 밖에 건강관리에 필요한 사항을 지도하여 줄 의무를 의미한다(의료법 제24조). 즉, 의사는 위 법 규정에 따라 처치나 투약 후에 환자가 지켜야 할 주의사항인 투병수칙, 건강수칙 등을 알려주고 권고할 의무가 있고, 이를 위반하는 경우 이는 하나의 의료과실로서 진료상 과실과 같이 취급되어야 한다고 보고 있다.⁵⁰⁾⁵¹⁾

49) 김용빈(2008), p. 121; 대법원 2002. 6. 25. 선고 2001다66321 판결(태아에게 장애가 있거나 그것이 임신중절사유에는 해당하지 않는 경우, 의사가 검사 등을 제대로 실시하여 고지하였다면(임신중절은 하지 못하더라도) 장애가 있다는 점에 미리 대비할 수 있었음에도 의사가 이러한 고지를 하지 않아 예기치 않은 결과를 갑자기 당하여 정신적 고통을 입었다는 이유로 위자료 배상책임을 인정한 사례)

50) 김용빈(2008), p. 121; 대법원 2010. 7. 22. 선고, 2007다70445 판결(위 판결에서 법원은 “의사는 수술 등의 당해 의료행위의 결과로 후유 질환이 발생하거나 아니면 그 후의 요양 과정에서 후유 질환이 발생할 가능성이 있으면, 비록 그 가능성이 크지 않다고 하더라도 이를 억제하기 위한 요양의 방법이나 일단 발생한 후유 질환으로 인해 중대한 결과가 초래되는 것을 막기 위하여 필요한 조치가 무엇인지를 환자 스스로 판단·대처할 수 있도록, 그와 같은 요양방법, 후유 질환의 증상과 그 악화 방지나 치료를 위한 대처방법 등을 환자의 연령, 교육 정도, 심신상태 등의 사정에 맞추어 구체적인 정보의 제공과 함께 설명·지도할 의무가 있고, 그리고 이러한 지도설명 의무는 그 목적 및 내용상 진료행위의 본질적 구성부분이므로, 지도설명 의무 위반과 상당인과관계가 있다면 그로 인한 생명·신체상의 손해에 대하여 배상할 책임을 면할 수 없다”고 판단함); 대법원 1991. 2. 12. 선고 90도2547 판결(자기 집 안방에서 취침하던 중 일산화탄소(연탄가스) 중독으로 병원 응급실에 후송되어 온 환자에게, 이튿날 퇴원 시 환자가 자신의 병명을 문의하였는데도 의사가 아무런 요양방법을 지도하여 주지 아니하여 환자가 자신이 일산화탄소에 중독되었던 사실을 모르고 퇴원 후 자기 집 안방에서 다시 취침하다가 전신피부파열 일산화탄소 중독을 입은 사례)

51) 학계에서는 이러한 지도설명 의무는 그 근거가 의료법 제24조라는 점, 진료나 진단에 포함되는 본질적 구성부분이라고 판단하고 있어 위반 시 손해책임이 인정된다는 점, 증명책임이 환자 측에 존재한다는 점을 고려하면, 환자의 자기결정권을 보호하기 위한 본래의 설명 의무와 질병치료 및 요양, 건강관리를 지도하는 지도설명 의무는 구별할 필요가 있다고 보고 있음(백경희·장연화(2018), p. 239)

3. 의료배상책임 요건(2): 인과관계

가. 인과관계의 개념 및 중요성

채무불이행 또는 불법행위에 의한 손해배상책임이 성립하기 위해서는 가해행위와 손해발생 사이에 인과관계가 존재하여야 한다. 즉, 어떠한 손해가 발생하였더라도 그것이 가해행위로 인하여 발생하였다고 평가할 수 없다면 가해자에게 그 손해에 대한 책임을 귀속시킬 수 없게 된다.

가해행위와 손해발생 사이의 인과관계가 일응 명백한 경우에는 인과관계의 존재 여부가 크게 다투어지지 않으나, 의료사고와 같이 의료행위 이외에 환자의 특이체질, 기왕증, 불가항력 등 다양한 원인이 작용할 수 있는 상황에서는 인과관계 요건의 중요성이 커진다. 의사의 과실이 있었고, 환자에게 나쁜 결과가 발생하였으나, 그 나쁜 결과가 의사의 과실로 인한 것이었는지 아니면 의사의 과실이 아니었더라도 질환의 종류나 환자의 상태로 인해 불가피한 것이었는지에 따라 당해 의료사고에 대한 의사의 책임이 인정될 것인지 여부가 달라진다.

나. 의료배상책임 성립요건으로서의 인과관계 판단

인과관계의 존재 여부는 기본적으로 ‘만약 가해행위가 없었다면 손해가 발생하지 않았으리라고 인정되는지 여부’를 기준으로 판단된다. 이를 민법학에서는 조건적 인과관계 또는 사실상 인과관계라고 한다. 그러나 이 기준에만 의할 경우에는 책임의 범위가 지나치게 확대되기 때문에,⁵²⁾ 책임 범위를 적절히 제한하기 위한 대안으로 상당인과관계론에 따라 인과관계를 인정하고 있다. 상당인과관계는 우연성을 배제한 상당한

52) 가령 A가 야기한 교통사고로 인하여 유명한 오페라 가수 B가 상해를 입어 C가 주최하는 오페라공연에 출연하지 못하였다면 A는 B의 손해 외에도 C의 재산적 손해를 모두 배상하여야 하는지가 문제될 때, 조건적 인과관계 또는 사실상 인과관계론에 따르면 C의 손해에 대해서도 A의 배상책임이 성립된다는 결론이 되는데, 이와 같이 책임 범위가 확대되는 것은 타당하다고 보기 어려움(양창수·권영준(2017), p. 630)

개연성에 기초한 인과관계이다. 즉, 원인-결과 관계에 있는 무한한 사실 가운데에서 객관적으로 보아 어떤 선행사실로부터 보통 일반적으로 초래되는 후행사실이 있는 때에 양자 사이에 상당인과관계가 있다고 설명한다. 이는 A라는 원인과 B라는 결과 사이에 객관적 개연성이 존재하는 지 여부를 기준으로 인과관계 존재 여부를 판단하는 것이다.⁵³⁾ 대법원도 상당인과관계론에 의해 인과관계 존재 여부를 판단하고 있으며, 이때에 일반적인 결과발생의 개연성은 물론이고 더 나아가 직무상 의무를 부과하는 법령, 기타 행동규범의 목적이나 가해행위의 태양 및 피해의 정도 등 구체적인 사정을 종합적으로 고려하고 있다.⁵⁴⁾ 법원은 의료배상책임의 요건인 인과관계 존부를 판단할 때에도 일반 불법행위와 마찬가지로 상당인과관계론에 의하고 있다.⁵⁵⁾

한편, 인과관계와 관련된 문제로서, 적법한 대체행위가 있었다라도 손해발생을 피할 수 없었던 경우 배상책임을 인정할 것인지 여부가 문제된다. 즉, 가해자가 위법행위를 하여 피해자에게 손해를 발생시켰지만, 적법한 행위를 하였더라도 피해자에게 동일한 손해의 전부 또는 일부가 발생하였을 것이라면 가해자의 책임을 부정할 수 있지 않은가 하는 것이다.⁵⁶⁾ 대법원은 적법행위를 선택해도 손해가 발생할 수밖에 없었다는 점이 명백히 예상될 것을 요구한다. 다만, 위반한 법규가 손해방지가 아니라 절차의 엄격한 준수 자체를 주된 목적으로 하는 경우나 피해자의 자기결정권 자체가 중요한 의미를 가지는 경우에는 손해배상책임을 부담하도록 하고 있다.⁵⁷⁾

53) 양창수·권영준(2017), p. 630

54) 대법원 1998. 5. 8. 선고 97다36613 판결

55) 대법원은 “의료진은 의료행위의 속성상 환자의 구체적인 증상이나 상황에 따라 발생하는 위험을 방지하기 위하여 최선의 조치를 취하여야 할 주의의무를 부담한다. 의료진이 환자의 기대에 반하여 환자의 치료에 전력을 다하지 않은 경우에는 업무상 주의의무를 위반한 것이라고 보아야 한다. 그러나 그러한 주의의무 위반과 환자에게 발생한 악결과(惡結果) 사이에 상당인과관계가 인정되지 않는 경우에는 그에 관한 손해배상을 구할 수 없다”고 판시하고 있음(대법원 2018. 12. 13. 선고 2018다10562 판결). 다만 위 판례는 주의의무 위반과 악결과 사이에 상당인과관계가 인정되지 않더라도, 그 주의의무 위반의 정도가 일반인의 처지에서 보아 수인한도를 넘어설 만큼 현저하게 불성실한 진료를 행한 것이라고 평가될 정도에 이른 경우라면 그 자체로서 불법행위를 구성하여 그로 말미암아 환자나 그 가족이 입은 정신적 고통에 대한 위자료의 배상을 명할 수 있다는 취지의 판례임

56) 양창수·권영준(2017), p. 636

57) 대법원은 “법규에 위반한 행위로 손해를 발생시킨 가해자가 당해 행위에 대응하는 적법한 행위를 선택할 가능성이 있었지만 적법행위에 의했더라도 피해자에게 동일한 손해의 전부

4. 의료배상책임 입증책임

가. 의료배상책임의 특성과 입증책임 원칙 수정의 필요성

어떠한 사실에 대한 입증책임은 그 사실의 증명을 통해 법적 효과를 부여받고자 하는 자가 부담하는 것이 원칙이다. 따라서 의료배상책임의 경우도, 법령이나 판례에 의해서 입증책임이 전환되지 않는 한,⁵⁸⁾ 원칙적으로 그 책임의 성립을 주장하는 자가 그 요건사실을 입증하여야 한다. 우리나라의 경우 의료배상책임에 대해서는 별도의 법령이 존재하지 않기 때문에, 피해자 측에서 손해의 발생, 의료진의 주의의무 위반 및 인과관계 등을 모두 입증하여야 하는 것이 원칙이나, 환자가 의사의 과실 및 인과관계를 입증하기가 어렵다는 점⁵⁹⁾을 감안하여 환자 측에 입증상 혜택을 부여하기 위해 입증

또는 일부를 발생시킬 수 있었던 사정을 이유로 가해자가 면책을 주장할 수 있는지 여부를 판단함에 있어서는, 위반한 당해 법규가 손해의 방지를 주된 목적으로 한 것이 아니라 절차의 엄격한 준수 자체를 요구하는 것이거나, 피해자의 자기 결정권 자체가 중요한 의미를 갖는 경우에는 가해자 측의 적법행위 선택의 개연성만으로 인과관계가 부정된다거나 위법성이 조각된다고 평가할 수는 없는 것이고, 그 정도에 이르지 아니한다 하더라도 적법한 행위에 의한 동일한 손해의 발생 여부가 피해자의 별도의 의사 결정 혹은 행정관청의 허가 등 제3자의 행위에 의존하는 경우에는 동일한 결과 발생의 가능성이 높아 명백히 예상되는 경우가 아닌 한 가해자 측의 주장을 받아들이기 어렵다”고 판시하였음(대법원 2005. 12. 9. 선고 2003다9742)

- 58) 법령에 의한 입증책임 전환의 대표적인 예는 제조물책임법임. 제조물책임법은 본래 불법행위의 일종으로 원칙적으로 피해자가 가해행위, 고의·과실, 위법성, 인과관계, 손해발생 등 일련의 요건을 주장·입증하여야 하나, 제조물사고에 있어서 입증이 특히 곤란한 점을 고려하여, 결함이 존재하고, 그 결함으로 인해 손해가 발생한 사실이 인정되면 그 결함에 대해 제조업자의 고의·과실이 있다는 점을 입증하지 못하더라도 손해를 배상할 수 있도록 하고 있음(제조물책임법 제3조 제1항). 또한 2018년부터는 결함의 존재 자체에 대해서도 직접 입증하기 어려운 경우 (i) 제조물이 정상적으로 사용되는 상태에서 피해자의 손해가 발생하였다는 사실, (ii) 손해가 제조업자의 실질적인 지배영역에 속한 원인으로부터 초래되었다는 사실, (iii) 손해가 해당 제조물의 결함 없이는 통상적으로 발생하지 아니한다는 사실을 입증하면, 결함이 존재하는 것으로 추정하는 규정이 도입되었음(제조물책임법 제3조제2). 결함의 추정은 기존에 판례 법리에 따라 인정되던 것으로서, 2017년 4월 제조물책임법 개정 시 명문규정으로 도입되었으며, 2018년 4월부터 시행되고 있음
- 59) 의료과소소송의 경우, 의료라고 하는 극히 전문적인 분야에 관한 분쟁이(의료의 전문성), 진료일지 등과 같은 증거방법을 의사 측이 독점하고 있으며(증거의 편재성), 감정인의 감정결과나 감정증인의 진술이 소송의 결과에 큰 영향을 미치는데, 이들 또한 의사들이어서 동료 의사에게 불리한 감정결과나 진술을 기대하기 어려운 점(Conspiracy of Silence) 등을 고려할 때, 입증책임에 관한 원칙을 의료소송에 그대로 적용하는 것은 입증책임제도의

책임 경감론, 입증책임 전환론, 입증방해론 등이 논의되어 왔다.⁶⁰⁾

(i) 입증책임 경감론은 의료과오의 요건 중 “주의의무 위반” 및 “인과관계”의 존재는 고도로 전문적인 사항으로서 비전문가이고 정보도 충분히 확보하기 어려운 환자 측에서 이를 엄밀하게 입증하기는 어려우므로, 그 입증의 정도를 개연성의 정도로 낮추어야 한다는 논의이다. 현재 우리나라 판례가 취하고 있는 입장이다. (ii) 입증책임 전환론은 환자 측이 의료행위 이후 손해가 발생하였다는 점을 입증하면, 의사측이 자신이 과실이 없었다는 점 또는 그 손해발생이 의료행위로 인한 것이 아니라는 점을 입증하도록 해야 한다는 논의이다. 이는 입증의 난이도 및 반증 채택에 관한 법원의 실무에 따라서는 사실상 무과실책임과 유사한 효과가 발생할 수 있다.⁶¹⁾⁶²⁾ (iii) 입증방해론은 원칙적으로 요건사실을 환자 측이 입증하도록 하되, 상대방인 의료진 측에서 일정한 입증 방해행위를 한 경우에는 그러한 요건사실이 입증된 것으로 보는 것을 의미한다. (iv) 최근에는 입증과 관련하여 환자 측에게 유리한 혜택을 주는 방안 외에, 증거의 수집, 보존 및 제출과 관련된 절차에 대한 논의의 중요성이 강조되고 있다.⁶³⁾⁶⁴⁾

이러한 논의는, 의료행위 및 의료과오소송의 특성을 고려하여 일반적인 입증책임

기본이념이라 할 수 있는 공평의 이념상 받아들일 수 없다고 지적하고 있음(사법연수원(2008), p. 273)

60) 이하의 3가지 논의는 사법연수원(2008), pp. 268~269를 참고하여 정리함

61) 이에 해당하는 것이 우리나라 자동차손해배상보장법(이하 ‘자배법’이라 함)상 운행자책임임. 자배법은 자동차의 운행으로 인해 사람이 사상을 당한 경우 그 운행자가 원칙적으로 책임을 부담하도록 하고 있음. 즉, 자동차의 운행과 손해발생 사이에 인과관계만 있으면 운행자의 고의·과실 여부에 관계없이 운행자가 일단 책임을 부담하도록 함(자배법 제3조 본문). 운행자는 자기와 운전자가 자동차의 운행에 주의를 게을리하지 아니하였고, 피해자 또는 자기 및 운전자 외의 제3자에게 고의 또는 과실이 있으며, 자동차의 구조상의 결함이나 기능상의 장애가 없었다는 것을 증명하면 운행자책임을 면할 수 있음(자배법 제3조 단서 및 제1호). 이러한 본문·단서(각호)의 조문 체계를 보면 자배법상 운행자책임은 “무과실책임”이라기보다는 “입증책임 전환”에 해당함. 즉, 원래 불법행위법리상 가해자의 “고의·과실의 존재”는 피해자가 입증하여야 하나, 자배법의 경우에는 가해자가 자신의 “고의·과실의 부존재”를 입증하도록 하고, 이를 입증하지 못하면 책임을 부담하도록 하는 것임. 그러나 현실적으로 위 단서에 해당하는 요건을 입증하는 것이 매우 어렵고, 실무상 이러한 반증을 거의 채택하지 않음에 따라, 자배법상 운행자책임은 “사실상 무과실책임”의 형태로 운영되고 있음

62) 이러한 우려가 반영되어 우리나라에서는 입증책임 전환론은 아직까지 채택되고 있지 않음

63) 사법연수원(2008), p. 271

64) 이와 관련하여 의료소송 진행 과정에서 기초자료와 증거의 수집 및 보존이 매우 중요한 바, 이에 관한 자세한 사항은 사법연수원(2008), pp. 197~217 참조 바람

배분에 관한 일반원칙을 수정함으로써 공평에 부합하는 결과를 추구하되, 그로 인하여 방어진료 및 의료행위 위축 등의 부작용이 발생하지 않도록 하는 적정 지점을 찾는 과정이라고 할 수 있다.⁶⁵⁾

나. 입증책임 경감에 대한 대법원 판례

우리나라 대법원은 1990년대부터 의료배상책임에 대해 일반 불법행위와는 다른 입증책임의 기준을 적용하기 시작한 것으로 파악된다.⁶⁶⁾ 이는 의료보험이 전 국민을 대상으로 확대된 시점(1989년) 및 의료과오소송이 본격적으로 증가하기 시작한 시점과도 일치한다. 의료과오소송 관련 입증책임 경감의 대표적인 사례로 손꼽히는 판례는 대법원 1995. 3. 10. 선고 94다39567 판결이다.

위 사건은 1985년 경추간반탈출증⁶⁷⁾으로 영동세브란스병원에서 전방경추융합술⁶⁸⁾을 받은 환자(원고)에게 하반신 마비 증상이 발생하여 재수술을 하였음에도 하반신 완전마비 및 사지 부전마비⁶⁹⁾ 증세가 영구적으로 남게 되자, 원고가 영동세브란스병원 신경외과 과장인 수술 집도 의와 학교법인 연세대학교를 상대로 손해배상을 청구한 사례이다.

위 사례에서 원심법원은, 수술 전까지 마비 증상이나 마비 증상을 초래할 만한 원인이 없던 원고에게 수술 직후에 갑자기 마비 증상이 나타난 점, 수술부위와 마비를 유발한 것으로 보이는 진단부위(제6 및 제7경추부위)가 동일한 점, 시술상의 잘못 이외의 알 수 없는 원인으로 발생하는 합병증의 확률이 1% 미만으로 추정되는 점, 다른 수술

65) 입증책임 경감, 입증책임 전환 및 입증방해론에 대해서는 학계 및 실무에서 매우 방대한 논의가 이루어지고 있으나, 본 보고서에서는 판례를 중심으로 간략히 소개하는 것으로 갈음하고자 함. 상세한 내용은 사법연수원(2008), pp. 271~346 참조 바람

66) 사법연수원(2008), p. 349

67) 추간반(디스크)이 외력을 견디지 못하여 그것을 둘러싼 피막을 찢고 탈출한 상태를 말하는 것으로 주로 후면으로 탈출하여 척수신경근을 압박하여 신경장해를 일으킴

68) 목의 전방 피부를 절개하여 제6경추와 제7경추 사이의 추간반을 제거하고 그 자리에 골편을 삽입하는 수술임

69) 완전마비에 해당하지 않는 마비로서, 기관의 기능이 상실되지는 않고 약화된 상태임

의 경우 이와 같은 부작용 사례가 없었던 점, 이 사건 소제기 이후 원고에 대한 의사기록(차트) 중 위 원고의 진단명 중 일부가 병원 측 사람의 소행으로 흑색볼펜으로 가필되어 원래의 진단명을 식별할 수 없게 변조된 점(입증방해) 등에 근거하여, 원고의 사지부전마비 발생 원인은 피고 신경외과 과장이 시술과정에서 수술기구 등으로 위 원고의 전면척추동맥 또는 신경근동맥을 과다 압박 또는 손상하게 하여 척수 혈류장애를 초래하였거나 또는 위 원고의 제6경추 또는 제7경추부위의 척수를 손상시킨 시술상 과실로 인한 것으로 추정된다고 보아 피고들에게 의료과오책임을 인정하였다.⁷⁰⁾

이후 패소한 피고 측에서 대법원에 상고하면서 상고 이유로 고등법원 판결에는 손해배상청구소송에 있어서 증명책임에 관한 법리를 오해한 위법이 있다는 점을 제시하였다. 즉, 원고 측은 원고가 수술을 받는 과정에서 의사의 중대한 과실행위로 인하여 수술칼로 전면척추동맥을 절단당하고 혈류부족으로 인한 영구적 국소신경 위축증세를 일으켰다고 주장하고 있으나, 수술을 받은 이후에 하반신마비 증상이 나타났다는 이유만으로 의사의 과실을 추정하고 증명책임을 전환하는 것은 입증책임에 관한 법리를 오해한 것이라고 주장하였다.⁷¹⁾

위 사건에서 원심법원은 피고 신경외과 과장이 원고의 동맥을 과다 압박하거나 척수를 손상시켰다는 점에 대한 증거가 없음에도 불구하고 위와 같은 사정이 있었을 것이라고 추정하면서, 다음과 같이 판시하였다.

“일반적으로 의료행위에 있어서 그 주의의무 위반으로 인한 불법행위 또는 채무불이행으로 인한 책임이 있다고 하기 위하여는 일반적인 경우와 마찬가지로 의료행위상의 주의의무의 위반, 손해의 발생 및 주의의무의 위반과 손해의 발생과의 사이의 인과관계의 존재가 전제되어야 하고 이는 이를 주장하는 환자 측에서 입증하여야 할 것이지만, 의료행위가 고도의 전문적 지식을 필요로 하는 분야이고, 그 의료의 과

70) 서울고등법원 1994. 6. 22. 선고 92나67782판결

71) 그 밖에 감정인의 감정결과에 대한 판단을 유탈하였다는 점 및 입증방해에 관한 법리를 오해하였다는 상고이유도 있으나, 이 내용은 생략함

정은 대개의 경우 환자 본인이 그 일부를 알 수 있는 외에 의사만이 알 수 있을 뿐이며, 치료의 결과를 달성하기 위한 의료기법은 의사의 재량에 달려 있기 때문에 손해 발생의 직접적인 원인이 의료상의 과실로 말미암은 것인지 여부는 전문가인 의사가 아닌 보통인으로서로는 도저히 밝혀낼 수 없는 특수성이 있어서 환자 측이 의사의 의료행위상의 주의의무위반과 손해의 발생과 사이의 인과관계를 의학적으로 완벽하게 입증한다는 것은 극히 어려우므로, 이 사건에 있어서와 같이 환자가 치료 도중에 하반신완전마비 등 사지부전마비 증상이 발생한 경우에 있어서는 환자 측에서 일응 일련의 의료행위 과정에서 저질러진 일반인의 상식에 바탕을 둔 의료상의 과실 있는 행위를 입증하고 그 결과와 사이에 일련의 의료행위 외에 다른 원인이 개재될 수 없다는 점, 이를테면 환자에게 의료행위 이전에 그러한 결과의 원인이 될 만한 건강상의 결함이 없었다는 사정을 증명한 경우에 있어서는, 의료행위를 한 측이 그 결과가 의료상의 과실로 말미암은 것이 아니라 전혀 다른 원인으로 말미암은 것이라는 입증을 하지 아니하는 이상, 의료상 과실과 결과 사이의 인과관계를 추정하여 손해배상 책임을 지울 수 있도록 입증책임을 완화하는 것이 손해의 공평·타당한 부담을 그 지도원리로 하는 손해배상제도의 이상에 맞다고 할 것인 바(이하 생략)”

즉, 대법원은 환자 측에서 일련의 의료행위 과정에 있어서 저질러진 ‘일반인의 상식에 바탕을 둔 의료상 과실 있는 행위’를 증명하고(과실 증명), 그 결과 사이에 ‘일련의 의료행위 외에 다른 원인이 개재될 수 없다는 점’을 증명한 경우(인과관계 증명) 의료인 측에서 그 결과가 다른 원인에 의해서 발생했다는 점을 입증하지 못하는 한 책임을 면할 수 없다고 판단하였다. 위 판례 이전에도 유사한 취지의 판시를 한 사례가 있었으나,⁷²⁾ 위 판례를 통해서 비로소 의료과오소송에서의 인과관계와 과실에 관한 사항이 종합정리된 것으로 볼 수 있으며,⁷³⁾ 이러한 판시내용은 이후 과실 및 인과관계의 입증이 문제되는 대부분의 판례사안에서 동일하게 인용되며 대법원의 확고한 입장으로 자

72) 대법원 1995. 2. 10. 선고 93다52402 판결

73) 사법연수원(2008), p. 358

리잡았다.⁷⁴⁾

위 대법원 판례에 의해 의료사고에 대한 입증책임은 일반 불법행위의 입증책임에 비해 상당히 경감되었다고 볼 수 있다. 그러나 위와 같이 입증책임이 경과되었음에도, 여전히 의료과오소송에서 입증은 용이하지 않은 것으로 인식되고 있고, 의료사고 피해자를 보다 폭넓게 구제하기 위해서는 증명책임을 완전히 전환해야 한다거나 무과실책임을 도입해야 한다는 주장도 여전히 제기되고 있다.

74) 대법원 2000. 7. 7. 선고 99다66328 판결; 대법원 2012. 1. 27. 선고 2009다82275, 82282 판결

Ⅲ. 우리나라 의료배상책임 현황

1. 의료배상책임 분쟁 현황 및 분쟁해결수단

가. 개요

우리나라 의료배상책임 관련 분쟁은 지속적으로 증가·확대되어 왔다. 분쟁 증가의 원인으로 (i) 수진기회 확대에 따른 의료행위 절대량의 증가, (ii) 의료서비스 접근성 제고로 인한 의사-환자 관계의 수평화, (iii) 의료의 상업화 등으로 인한 의사-환자 간 신뢰 상실, (iv) 의료의 본질에 대한 몰이해로 인한 악결과에 대한 책임전가 성향, (v) 의료인의 의료법리에 대한 이해 부족, (vi) 의사와 환자 간 소통상의 문제점,⁷⁵⁾ (vii) 의료인의 과중한 업무 부담 등이 제시된다.⁷⁶⁾

한편, 의료분쟁 증가 요인을 환경적 요인, 의사 측 요인, 환자 측 요인, 제도적 요인으로 구분하여 파악하는 견해도 있다. (i) 첫째, 환경적 요인은 전 국민 의료보험제도 실시에 따른 의료서비스 증가, 건강에 대한 국민 관심의 증대, 언론 및 인터넷을 통한 의료정보의 대중화, 인술 시혜자에서 서비스 제공자 내지 의료서비스계약의 당사자로서의 의사와 환자의 관계 변화 등이 있다. (ii) 둘째, 의사 측 요인으로는 의사 수 급증에 따른 자질 저하, 의료기관의 대형화 및 영리화에 따른 부작용 등이 있다. (iii) 셋째, 환자 측 요인으로는 의료채무의 본질에 대한 이해부족과 환자의 권리의식 증대 등이 있다. (iv) 넷째, 제도적 요인으로는 의료사고에 대한 적절한 사회적 보상제도의 결여 등

75) 환자 측은 의사의 과실을 기정사실화하며 과도한 요구를 하고, 의사는 방어적이고 책임회피적인 발언으로 일관하는 과정에서 의사소통에 문제가 발생하여 원만한 해결이 어려워지는 상황임

76) 최정필(2017), pp. 17~21

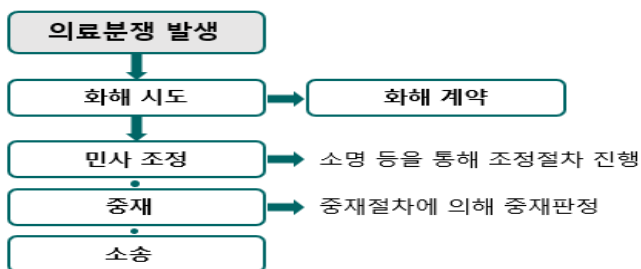
이 있다.⁷⁷⁾

요컨대, 의료분쟁의 건수가 절대적으로 증가한 것은 의료서비스의 확대 및 상업화와 그로 인한 환자와 의사의 관계 변화 및 신뢰 하락에 원인이 있다고 볼 수 있다. 여기에 더하여 분쟁해결시스템 및 보상체계가 제대로 갖추어지지 못하여 분쟁이 확대 및 장기화되는 측면이 있다.

이러한 의료분쟁 확대는 (i) 의사의 소신진료를 위축시키고, 방어적 진료 및 과잉 진료행위를 양산하며, (ii) 의료비는 물론이고 기타 사회적 비용을 증가시키고, (iii) 의료사고 발생 위험이 높은 전문과목 선택 기피로 인해 전문의 인력 수급 불균형을 초래하는 등 부작용을 유발할 수 있다.⁷⁸⁾

의료사고로 인한 민사 분쟁은 (i) 법원을 통한 민사소송, (ii) 소비자기본법상 한국소비자원의 분쟁조정, (iii) 의료분쟁조정법상 한국의료분쟁조정중재원(이하 ‘의료중재원’이라 함)의 분쟁조정 등을 통해 해결되고 있다. 2017년 사건 처리 현황을 비교해 보면, 의료중재원(조정·중재신청 건수 2,225건), 민사소송(1심 본안사건 접수 건수 955건), 한국소비자원 분쟁조정(조정신청 건수 412건) 순서로 이용 건수가 높은 것으로 나타나고 있다. 한편, (iv) 민사 분쟁과 별도로 (또는 병행하여) 의료인을 상대로 형사고소가 이루어질 경우, 수사기관의 조사 및 법원의 형사소송 절차가 진행되기도 한다.

〈그림 III-1〉 의료분쟁 발생과 해결 수단



77) 정홍주 외(2012), p. 12

78) 최정필(2017), pp. 22~23

나. 민사소송

민사소송은 전통적이고 대표적인 의료배상책임 관련 분쟁해결 수단이다. 의료과오 소송은 1989년부터 2009년까지 20년간 지속적으로 증가하다가 이후부터는 연간 1천 건 내외로 유지되고 있다. 민사소송의 경우 통상 판결 선고에 의해 종료되기도 하지만, 분쟁 중 재판상 화해⁷⁹⁾나 조정⁸⁰⁾이 이루어져 종결되기도 한다.

1989년 69건에 불과하던 의료과오 민사소송은 지속적으로 증가하여 2009년에는 900건을 넘어섰으며, 그 후 매년 1,000건 안팎의 소송이 제기되고 있다. 의료중재원이 설립 및 활성화된 이후⁸¹⁾에는 법원 접수 사건 수는 더 이상 증가하지 않고 있다. 1심 본안사건 중 약 58%에 대해서는 판결이 선고되며, 약 40%는 소취하, 조정, 화해, 기타 등 합의와 유사한 형태로 종결되고 있는 것으로 나타난다.

79) 재판상 화해는 분쟁 당사자가 법원에서 상호 양보를 전제로 분쟁을 종결짓는 것으로서, 소송 계속 전에 이루어지는 제소전화해(민사소송법 제385조~제389조)와 소송계속 중에 이루어지는 소송상 화해(민사소송법 제225조~제232조)가 있음. 제소전화해 및 소송상 화해의 진술이 조서에 기재된 경우, 그 조서는 확정판결과 같은 효력을 가짐(민사소송법 제220조). 다만 제소전화해의 경우 소송절차와 관계없이 이루어진다는 점에서 민사소송에 의한 분쟁해결의 범위에 포함된다고 보기 어렵고, 당사자 합의에 가까움. 실제로 재판상 화해의 경우 법원의 역할은 당사자 간에 성립된 계약에 대한 공증 역할에 그치는 것으로 평가되기도 함(이시윤(2014), p. 580)

80) 민사조정은 당사자의 신청 또는 소송 계속 중인 법원의 직권에 의해 진행되는 조정이 있으며, 조정이 성립되는 경우 재판상 화해와 동일한 효력이 있음. 민사조정법상의 조정은 한국소비자원의 조정 및 의료중재원의 조정과는 별개의 제도임

81) 한국의료분쟁조정중재원은 2012년 4월 9일 설립됨

〈표 III-1〉 의료과오 손해배상소송 1심 본안사건 현황

(단위: 건)

구분	금년 접수	처리											항소
		합계	각 하 명 령	판결				소 취하 (간주)	조정	화해	인낙	기타	
				원고 승소	원고 일부 승소	원고 패소	각하						
1989	69	42	-	11	20	2	1	4	-	2	-	2	8
1990	84	68	-	21	22	3	2	12	-	7	-	1	4
1991	128	88	2	18	40	14	-	12	-	1	-	1	12
1992	75	81	1	8	37	12	-	16	-	4	-	3	15
1993	179	137	-	27	59	12	-	28	-	8	-	3	9
1994	208	163	-	36	41	38	-	26	-	10	-	12	22
1995	179	115	2	13	35	32	2	19	6	3	-	3	25
1996	290	229	6	36	54	34	1	40	36	10	2	10	51
1997	399	303	3	36	75	67	3	57	31	13	-	18	73
1998	542	475	4	84	123	98	3	70	59	16	1	17	74
1999	508	396	2	29	112	70	4	50	82	11	-	35	104
2000	519	361	3	29	106	86	-	47	62	8	-	20	115
2001	666	585	16	35	143	80	5	58	182	5	-	61	150
2002	671	792	2	10	109	103	6	62	137	11	1	51	167
2003	755	735	4	39	168	184	1	66	119	52	1	1	267
2004	802	755	5	8	178	195	3	58	146	69	-	93	273
2005	867	772	4	6	182	166	1	54	183	85	-	91	239
2006	979	749	3	9	191	170	2	75	140	82	-	77	243
2007	766	932	2	5	223	240	2	72	160	132	-	96	280
2008	748	894	1	8	218	219	5	47	133	176	-	1	302
2009	911	780	6	6	199	195	6	58	128	103	-	79	272
2010	871	782	4	7	196	171	6	59	140	106	-	93	260
2011	876	881	4	8	244	213	3	54	115	135	-	105	314
2012	1,009	922	3	8	272	221	5	70	105	126		112	332
2013	1,101	944	6	6	282	238	2	48	123	136		103	371
2014	946	960	11	14	287	265	6	64	92	108		113	403
2015	963	951	3	13	261	279	5	58	92	147		93	406
2016	970	943	20	6	283	239	5	64	94	138		94	339
2017	955	900	7	11	259	244	7	57	89	112		114	295
2018	959	815	8	7	252	223	2	48	80	95	-	100	139

주: 음영 부분은 의료중재원 설립 이후임

자료: 1) 1989~2011년 자료: 최정필(2017), p. 25

2) 2012~2016년 자료: 한국의료분쟁조정중재원 통계연보(2017), p. 444

3) 2017년 자료: 법원행정처(2018) p. 746

4) 2018년 자료: 법원행정처(2019) pp. 762~764

2014년 이후 판결이 선고된 사건을 살펴보면, 원고 전부 승소 사건은 2% 내외, 원고 일부 승소 사건은 50% 내외, 원고 전부 패소 사건은 47% 내외인 것으로 나타났다. 전체 사건 중 원고가 전부 또는 일부 승소하거나, 화해, 조정, 인낙 등에 의해 원고 청구의 전부 또는 일부가 받아들여진 사건의 비율(이하 ‘인용률’이라 함)은 손해배상소송 전체⁸²⁾ 인용률과 큰 차이가 없는 것으로 나타난다.⁸³⁾ 따라서 ‘의료사건의 경우 입증 곤란으로 인해 인용률이 낮다’는 인식은 객관적인 수치에 의해 뒷받침되지는 않는다고 볼 수 있다. 이는 미국의 경우 의료과실사고 중 2~14% 만이 배상청구로 이어지고, 청구된 사건 중 의미 없는 사건이 75%에 이른다는 점과는 대조를 이룬다.⁸⁴⁾

〈표 Ⅲ-2〉 의료과오 손해배상소송 청구인용 현황

(단위: 건)

구분	처리 건수	인용 건수	비율(%)
1989	42	33	78.5
1990	68	50	73.5
1991	88	59	67.0
1992	81	49	60.4
1993	137	94	68.8
1994	163	87	53.3
1995	115	57	49.5
1996	229	138	60.2

82) 손해배상소송은 자동차사고, 산업재해, 의료과오, 환경, 지식재산권, 저작권침해, 건설건축, 언론, 기타로 구성됨

83) 2017년의 경우 의료과오소송의 인용률은 52.3%이고, 손해배상사건 전체의 인용률은 49.9%임(법원행정처(2018), p. 746), 2016년의 경우 의료과오소송 인용률은 55.2%이고 손해배상사건 전체 인용률은 56.2%임(법원행정처(2017), p. 754)

이와 관련하여, 민사 1심 본안청구 인용 비율이 83.9%(합의부 사건 60.6%)인데 비해 의료과오 사건의 인용률은 56.5%로 다소 낮다는 분석도 가능하나(신현호(2010), p. 11 기재 도표 참조), 불법행위에 기한 손해배상청구는 매매대금 청구나 임대차보증금 반환 청구와 같이 청구원인이나 요건이 비교적 명확한 사건에 비하여 인용률이 낮을 수밖에 없으므로, 의료과오 사건 인용률과 일반 민사사건 인용률 전체를 비교하는 것보다는 의료과오 사건 인용률과 불법행위 사건 인용률을 비교하는 것이 더 적절하다고 생각됨. 신현호(2010)도 “의료소송에서의 환자승소율이 다음 [도표 2]에서와 같이 일반적으로 알려진 것보다는 훨씬 높다는 것이다. 민사 1심 본안 합의사건 인용률이 63.6%인 데 반하여, 의료소송사건의 평균인용률은 59.4%에 이르러 별다른 차이를 보이지 않고 있다”고 분석하고 있음

84) 정홍주 외(2012), p. 46

〈표 III-2〉 계속

구분	처리 건수	인용 건수	비율(%)
1997	303	155	51.1
1998	475	283	59.5
1999	396	234	59.0
2000	361	205	56.8
2001	585	365	62.4
2002	792	268	54.5
2003	735	379	51.6
2004	755	401	53.1
2005	772	456	59.1
2006	749	422	56.3
2007	932	520	55.7
2008	894	535	59.8
2009	780	436	55.8
2010	782	449	57.4
2011	881	502	56.9
2012	922	511	55.4
2013	944	547	57.8
2014	960	501	52.1
2015	951	513	53.9
2016	943	521	55.2
2017	900	471	52.3
2018	815	434	53.3

주: 인용 건수는 원고 전부 승소, 원고 일부 승소, 조정, 화해, 인낙의 합계임

자료: 1) 1989~2015년 자료: 최정필(2017), p. 25

2) 2016~2018년 자료: 법원행정처(2017), p. 754; 법원행정처(2018), p. 746; 법원행정처(2019), p. 762

다. 한국소비자원 분쟁조정

한국소비자원 분쟁조정은 소비자기본법에 따라 이루어지는 분쟁조정으로, 분쟁 조정의 내용을 당사자가 수락하면 재판상 화해와 동일한 효력을 갖는다.⁸⁵⁾ 환자도 의료 서비스라는 관점에서는 소비자에 해당하므로, 소비자기본법에 따른 분쟁조정을 신청

85) 소비자기본법 제55조

할 수 있다. 의료중재원이 출범하여 본격적으로 업무를 수행하기 전까지는 한국소비자원이 의료배상책임 관련 소송 외 분쟁 해결 기구로서 중요한 역할을 수행하였으나, 그 이후에는 사건 수가 감소하는 경향을 보이고 있으며, 의료중재원과 기능이 중복되어 양 기관 관계 및 적절한 역할 분담이 요구되고 있다.

〈표 III-3〉 한국소비자원 의로서비스 피해구제 처리결과 현황

(단위: 건, %)

구분	합계	합의						조정 신청	취하 중지	처리 불능	정보 제공	상담 기타
		배상	환급	계약 해제	계약 이행	교환	소계					
2014	1,024 (100.0)	142 (13.9)	62 (6.1)	2 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)	208 (20.3)	677 (66.1)	68 (6.6)		71 (6.9)	
2015	863 (100.0)	75 (8.7)	48 (5.6)	1 (0.1)	2 (0.2)	-	126 (14.6)	662 (76.7)	31 (3.6)		44 (5.1)	
2016	762 (100.0)	187 (24.5)	50 (6.6)	-	1 (0.1)	-	238 (31.2)	405 (53.1)	41 (5.4)		78 (10.2)	
2017	741 (100.0)	159 (21.5)	68 (9.2)	-	-	-	227 (30.7)	412 (55.6)	40 (5.4)		62 (8.3)	
2018	812 (100.0)	203 (25.0)	94 (11.6)	-	1 (0.1)	-	298 (36.7)	377 (46.4)	59 (7.3)		78 (9.6)	-
계	4,202 (100.0)	766 (18.2)	322 (7.7)	3 (0.1)	5 (0.1)	1 (0.02)	1,097 (26.1)	2,533 (60.3)	239 (5.7)		333 (7.9)	

주: 괄호 안의 값은 각 연도별 피해구제처리 건 중 비중임

자료: 1) 2012~2016년: 한국의료분쟁조정중재원 통계연보(2017)

2) 2017년, 2018년 : 한국소비자원 소비자피해구제 연보 및 사례집(2017), (2018)

라. 한국의료분쟁조정중재원 분쟁조정

한국의료분쟁조정중재원은 의료분쟁조정법 제정에 따라 설립된 기구이다(이하 본항에서 ‘중재원’이라 함). 중재원은 의료분쟁의 조정·중재 및 상담, 의료사고의 감정, 손해배상금 대불, 의료분쟁과 관련된 제도와 정책의 연구, 통계 작성, 교육 및 홍보 등의 업무를 수행하며, 그 중 가장 핵심적인 업무는 의료분쟁의 조정·중재 및 의료사고 감정이다. 의료사고 발생 시 환자 측은 중재원에 조정을 신청할 수 있는데, 환자의 사망, 의식불명, 장애 1등급에 해당하는 사유 발생의 경우에는 피신청인(의사 및 의료기

관)의 의사에 관계없이 조정이 개시되나, 그 밖의 경우에는 피신청인이 조정에 응하고 자 하는 경우에 한하여 조정이 개시된다.⁸⁶⁾ 이를 임의적 조정전치주의라 하는데, 즉 조정을 거치지 않더라도 소송을 제기할 수 있다는 의미에서 조정을 거쳐야만 소송을 제기할 수 있도록 하는 의무적 조정전치주의와 대비되는 개념이다.

조정부는 조정절차 개시 이후 90일(최대 120일) 이내에 조정 결정을 하여야 하고,⁸⁷⁾ 보건의료인, 법조인, 소비자단체 등 공정성과 전문성을 갖춘 전문가들로 구성된 감정 위원이 사실조사, 과실, 인과관계 규명 등의 역할을 수행하며,⁸⁸⁾ 전문가들로 구성된 5인의 조정위원이 분쟁해결방안을 제시한다.⁸⁹⁾ 당사자들이 조정에 동의하면 재판상 화해와 동일한 효력을 갖는다.⁹⁰⁾ 한편, 당사자는 분쟁에 관하여 조정부의 중재적 결정에 따르기로 서면으로 합의하고 중재를 신청할 수도 있다.⁹¹⁾ 중재의 경우 중재판정이 내려지면 확정판결과 동일한 효력을 갖는다.⁹²⁾ 중재는 당사자의 합의가 아닌 중재판정부의 판정에 의해 결론이 정해지고, 당사자의 동의 여부와 관계없이 확정판결과 동일한 효력을 갖는다는 점에서 자율적 분쟁해결의 성격은 상대적으로 약하다. 실제 이용 빈도도 조정에 비해 현저히 낮은 것으로 나타난다.

86) 의료분쟁조정법 제27조 제8항 및 제9항

87) 의료분쟁조정법 제33조

88) 의료분쟁조정법 제19조~제24조

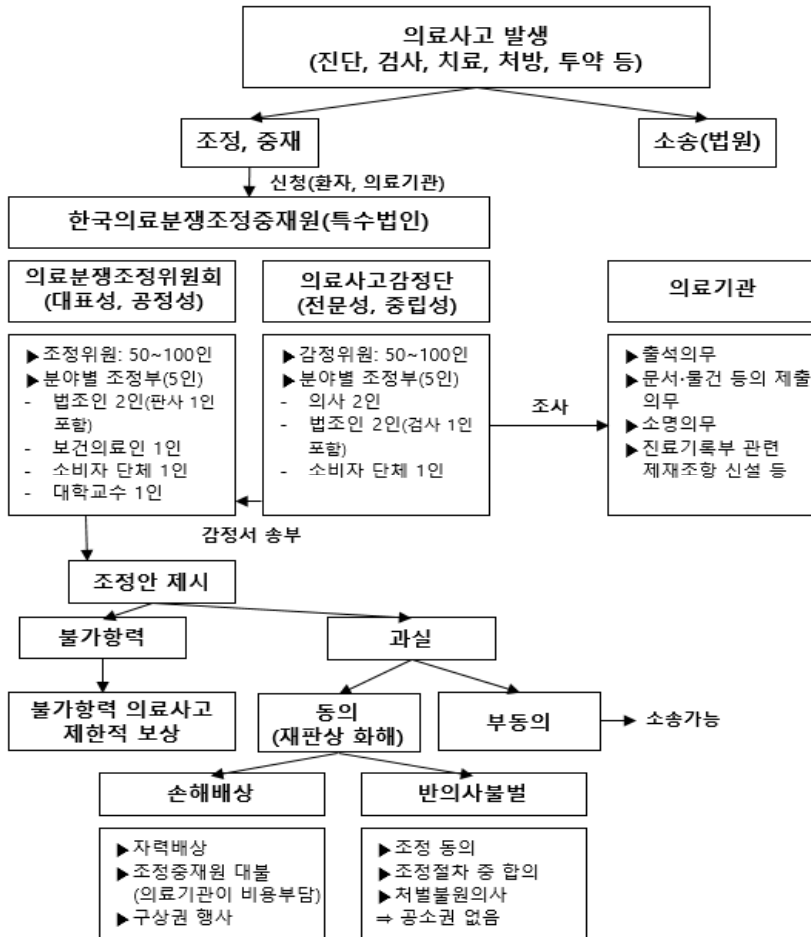
89) 의료분쟁조정법 제25조~제27조

90) 의료분쟁조정법 제36조

91) 의료분쟁조정법 제43조

92) 의료분쟁조정법 제44조

〈그림 III-2〉 한국의료분쟁조정중재원의 의료분쟁조정절차



자료: 보건복지부 보도자료(2011. 11. 7), “「의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률」 시행령·시행규칙 제정안 입법예고”

한국의료분쟁조정중재원은 2012년 설립 이래 의료분쟁 영역에서 지속적으로 역할을 확대해오고 있다. 의료사고 및 의료분쟁과 관련한 문의나 상담 건수는 2014~2018년 동안 연 평균 9.6% 증가하였으며, 의료분쟁의 조정·중재 건수도 10.6% 증가한 것으로 나타났다. 2018년 조정·중재 처리 건수는 2,769건으로 전년 대비 24% 증가하였고, 조정·중재 처리 건 중에서 합의가 이루어진 건수는 935건(합의 767건, 조정성립 166건, 중재 2건)으로 전년 대비 34% 증가하였다. 또한, 의료분쟁으로 인한 조정·중재 결

과 성립금액 또한 매년 23.4%(평균 금액 8.1%) 증가하였다. 2018년의 의료분쟁조정·중재 총 성립금액은 109억 원으로 전년(71억 원)에 비해 50% 이상 크게 증가하였는데, 특히 5천만 원 이상의 고액 성립금액 건수⁹³⁾는 38건으로 전년(20건) 대비 90%로 크게 증가하였다.

〈표 III-4〉 2018년 의료분쟁조정·중재 처리 현황(취하·각하 제외)

(단위: 건, %)

계	조정					중재			
	합의	조정결정			부조정 결정	계	화해 중재	중재 판정	종료 결정
		소계	성립	불성립					
4,372	2,780	833	451	382	746	13	5	3	3
(100)	(63.6)	(19.1)	(10.3)	(8.7)	(17.1)	(0.3)	(0.1)	(0.1)	(0.1)

자료: 한국의료분쟁조정중재원 통계연보(2018)

〈표 III-5〉 연도별 의료분쟁조정·중재 처리 현황(2014~2018년)

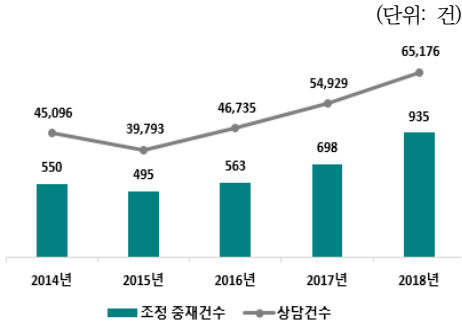
(단위: 건)

구분	계	조정·중재 개시												조정·중재 불개시			
		소계	조정								중재				소 계	취하	각 하
			합의	조정결정			부조 정 결정	취 하	각 하	계	화해 중재	중재 판정	종료 결정				
				소계	성립	불성 립											
계	10,411	5,162	2,780	833	451	382	746	717	73	13	5	5	3	5,249	30	5,219	
2014	1,851	827	441	170	107	63	81	116	16	3	2	-	1	1,024	6	1,018	
2015	1,714	753	464	61	30	31	78	135	14	1	1	-	-	961	2	959	
2016	1,852	831	497	102	65	37	127	89	13	3	-	1	2	1,021	6	1,015	
2017	2,225	1,162	611	156	83	73	215	160	16	4	2	2	-	1,063	5	1,058	
2018	2,769	1,589	767	344	166	178	245	217	14	2	-	2	-	1,180	11	1,169	

자료: 한국의료분쟁조정중재원 통계연보(2018)

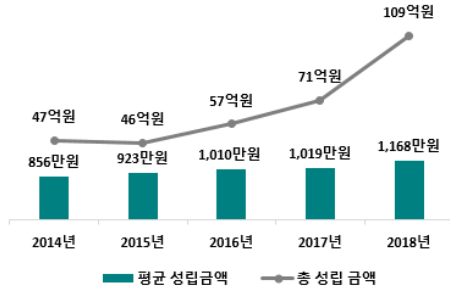
93) 고액 성립금액에 대해 보편적으로 사용되는 기준은 없으나, 한국의료분쟁조정중재원 통계연보(2018)의 조정·중재 성립금액 분포에서 적용하는 금액구간을 참고하여, 본 보고서에서는 5천만 원 이상을 고액 성립금액으로 봄

〈그림 III-3〉 의료분쟁 상담 및 조정·중재 건수 추이(2014~2018년)



자료: 한국의료분쟁조정중재원 통계연보(2018)

〈그림 III-4〉 의료분쟁조정·중재 성립금액 추이(2014~2018년)



자료: 한국의료분쟁조정중재원 통계연보(2018)

마. 의료사고 형사소송

의료사고로 인해 사망 또는 상해의 결과가 발생한 경우, 민사소송과 별도로 형사소송이 제기될 수 있고, 이 경우 주로 업무상과실치사상죄⁹⁴⁾ 성립 여부가 문제된다. 그 밖에 의료법 위반 및 보건범죄단속특별조치법 위반⁹⁵⁾ 등을 이유로 형사 고소가 이루어지기도 한다. 의료법 위반죄는 의료과오 자체를 구성요건으로 하는 것은 아니나, 의료사고에 수반하여 발생한 각종 의료법 위반행위가 밝혀질 경우 징역 또는 벌금 부과 대상이 된다.⁹⁶⁾⁹⁷⁾

의료사고 발생 시 환자가 의사를 형사고소하는 것은 (i) 실제 사고 원인에 관계없이

94) 형법 제268조(업무상과실·중과실 치사상) 업무상과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만 원 이하의 벌금에 처한다.

95) 보건범죄 단속에 관한 특별 조치법 제5조(부정의료업자의 처벌)

「의료법」 제27조를 위반하여 영리를 목적으로 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 사람은 무기 또는 2년 이상의 징역에 처한다. 이 경우 100만 원 이상 1천만 원 이하의 벌금을 병과한다.

1. 의사가 아닌 사람이 의료행위를 업(業)으로 한 행위
2. 치과의사가 아닌 사람이 치과의료행위를 업으로 한 행위
3. 한의사가 아닌 사람이 한방의료행위를 업으로 한 행위

96) 하신옥(2017), p. 284

97) 의료법 제87조 내지 제90조(의료법 위반행위의 유형은 무면허 의료행위, 환자 관련 정보 처리 의무 등 그 유형이 다양하며, 사안에 따라 1년 내지 5년 이하의 징역 또는 1천만 원 내지 5천만 원 이하의 벌금 부과 대상이 됨)

의사를 가해자, 환자를 피해자로 보는 경향, (ii) 수사기관 조사를 통해 강제성과 전문성을 가지고 진상을 파악하려는 목적, (iii) 형사고소의 경우 민사소송과 달리 별도의 비용이 들지 않는다는 점, (iv) 의료인에 대한 압박 및 보복 목적 등 다양한 이유가 있다.⁹⁸⁾

의료사고와 관련된 형사사건의 정확한 현황은 파악되지 않으나, 의료사고와 관련된 죄명(과실치사상죄, 의료법위반죄, 보건범죄단속특별조치법위반죄)으로 1심 형사공판에 접수된 사건 수는 다음 <표 III-6>과 같다.

<표 III-6> 의료 관계 1심 형사공판사건 접수 현황

(단위: 건)

구분	합계	과실치사상죄 ¹⁾	의료법 ²⁾	보건범죄단속특별조치법
2012	1,994	898	805	311
2013	2,195	983	860	352
2014	2,192	1,096	875	221
2015	2,131	1,134	795	202
2016	2,388	1,115	1,074	199
2017	2,399	1,196	1,008	195
2018	2,085	1,176	788	121

주: 1) 형법 제26장 과실치사상의 죄에 해당하는 제266조(과실치상), 제267조(과실치사), 제268조(업무상과실·중과실치사상) 사건을 모두 포함한 통계로서, 의료과오에 해당하는 업무상과실치사상 사건은 그 중 일부임

2) 의료법 위반 및 보건범죄단속특별법의 경우 의료사고와 관련된 건과 그렇지 않은 건을 모두 포함함

자료: 1) 2012~2015년 자료: 하신욱(2017), p. 284

2) 2016년 자료: 법원행정처(2017), p. 936 이하

3) 2017년 자료: 법원행정처(2018), p. 932 이하

4) 2018년 자료: 법원행정처(2019), p. 946 이하

98) 최정필(2017), p. 53

2. 의료배상책임 공제 및 보험 운영 현황

국내 의료배상책임과 관련된 보험제도는 대한의사협회 의료배상공제조합⁹⁹⁾이 운영하는 상호공제 및 의료배상공제와 손해보험회사가 판매하는 의사 및 병원 배상책임보험(이하 ‘의료배상책임보험’이라 함)이 있다.

〈표 III-7〉 의료배상책임보험과 의료배상공제의 특징

항목	의료배상책임보험	의료배상공제
대상	의료인, 의료기관	대한의사협회 회원
소비자보호장치	건전성규제, 예금자보호법 보호대상	없음
규제·감독 주체	금융감독원	보건복지부

가. 의료배상책임 공제

1) 공제조합의 의의 및 특징

공제조합은 넓은 의미로는 소비, 생산, 유통, 금융 부문의 다양한 인적 결합을 의미하나,¹⁰⁰⁾ 좁은 의미로는 비영리보험조직을 의미하며, 상호회사 형태의 보험회사와 유사하다고 볼 수 있다.¹⁰¹⁾ 현재 우리나라의 버스공제, 택시공제, 화물공제, 농협공제, 어린이 안전 공제 등이 모두 상호보험, 즉 비영리보험조직에 해당하고, 국내 교원공제회나 군인공제회에서 운영하는 보험상품도 상호보험 형태이다.¹⁰²⁾

99) 2013년 11월에 사단법인으로 정식 발족됨

100) 넓은 의미의 공제조합에는 생산형(농업, 수산업, 임업, 제조업, 중소기업), 금융형(각종 신용조합과 상호금융), 소비자형(소비자생활협동조합), 노동자형(근로협동조합) 등이 있음(정홍주 외(2012), p. 15)

101) 엄밀하게 보면 공제조합과 상호회사는 규제 근거 등에 근본적인 차이가 있으나, 그 실질은 동일함(정홍주 외(2012), p. 18)

102) 정홍주 외(2012), p. 18

공제조합은 시장의 실패로 인해 야기되는 낮은 접근성(Unavailability)과 비용경제성(Unaffordability) 문제를 해소하는 역할을 수행함으로써 주식회사 형태의 보험회사와는 차별화된다.¹⁰³⁾ 따라서 위험이 과도하게 높아서 보험회사가 인수를 꺼려하거나 지나치게 높은 보험료가 책정되는 경우와 같이 시장 기능만으로는 원활한 보험상품 공급이 어려운 경우 공제조합의 필요성이 높아진다. 또한 출자자가 곧 이용자이므로 소유자-고객 간 이해충돌(Owner-consumer Conflict)은 없는 반면, 소유자-경영진 간 이해충돌(Owner-manager Conflict)은 존재할 수 있다.¹⁰⁴⁾ 또한 대부분의 공제조합은 일정 지역이나 직능을 대상으로 구성되는데, 특히 직능 대상 공제조합의 경우 전문성 및 특수성을 반영한 리스크 평가가 가능하고, 구성원 상호간에 상호 평가도 가능해진다. 미국 등에서 의사 및 병원 소유 보험회사가 확대된 것도 이러한 측면에 기인한다.¹⁰⁵⁾

한편, 이용자들로부터 공제 운영 재원을 조달하여야 하므로, 주식회사처럼 다양한 형태의 자본조달이 이루어지기는 어렵고,¹⁰⁶⁾ 보험업법에 의한 건전성 규제를 받지 않는다는 단점이 있다.

2) 의료배상책임공제조합의 의의 및 연혁

의료배상책임에 대한 공제사업은 대한의사협회의 의료배상공제조합 및 각 전문과목별 공제조합 등이 수행하고 있다.¹⁰⁷⁾ 대한의사협회 의료배상공제조합은 의료사고에 대한 보상을 목적으로 의료분쟁조정법에 근거하여 설립된 독립 법인으로,¹⁰⁸⁾ 2013년

103) 정홍주 외(2012), p. 18

104) 정홍주 외(2012), p. 20

105) 정홍주 외(2012), p. 32

106) 정홍주 외(2012), p. 19

107) 이하에서는 가장 대표적인 의료배상공제조합을 중심으로 살펴봄

108) 의료분쟁조정법 제45조 (의료배상공제조합의 설립·운영)

- ① 보건의료인단체 및 보건의료기관단체는 의료사고에 대한 배상을 목적으로 하는 의료배상공제조합(이하 '공제조합'이라 한다)을 보건복지부장관의 인가를 받아 설립·운영할 수 있다.
- ② 공제조합은 법인으로 한다.
- ③ 공제조합은 의료사고에 대한 배상금을 지급하는 공제사업을 운영하여야 한다.
- ④ 보건의료기관개설자는 자신이 소속되어 있는 보건의료인단체 및 보건의료기관단체가

11월 26일 설립등기를 마친 이래 공제사업을 수행해오고 있다. 의료배상 규모가 고액 화됨에 따라 보상한도도 최대 3억 원까지 상향조정되었고, 화재종합공제 상품을 출시 하는 등 상품을 다각화하며 사업규모를 확대해왔다. 현재 의료배상공제조합은 의료배 상공제, 상호공제, 화재종합공제 상품을 운영하고 있다.¹⁰⁹⁾

의료분쟁조정법 도입 논의 당시 의료배상공제제도와 관련하여 (i) 공제기금의 재원, (ii) 공제의 형태(책임공제 또는 종합공제), (iii) 가입 강제 여부 등의 쟁점에 대하여 논 의가 있었으나, 보건의료개설자가 납부한 공제료를 재원으로 하고, 배상책임금을 주된 담보로 하되 특약에 의해 배상책임 외에 경호비용, 합의금, 벌금 등 사항도 담보하며, 임의가입 형태로 운영하는 것으로 최종 결정되었다.¹¹⁰⁾¹¹¹⁾

의료배상공제조합 설립 이전에도 의사 단체 내의 의료배상 관련 공제는 이미 존재 하였다. 1981년 의사협회 내에 공제회가 설립되었고, 1987년에 의료법에 공제사업 관 련 규정이 도입되는 등 법적 근거도 갖추어졌다.¹¹²⁾ 1990년에는 진료에 종사하는 모 든 의사가 의무적으로 공제에 가입하도록 대한의사협회 정관을 개정하여, 공제회 가입 른은 90년대 초반 50%를 넘어섰으나, 이후 가입률이 매년 하락하여 2003년에는 25%,

운영하는 공제조합의 조합원으로 가입할 수 있고, 공제조합에 가입한 경우 공제조합 이 정하는 공제료를 납부하여야 한다.

- ⑤ 공제조합의 설립·운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- ⑥ 공제조합에 관하여 이 법에서 규정된 사항 외에는 「민법」 중 사단법인에 관한 규정을 준용한다.

109) 대한의사협회 의료배상공제조합(https://www.kmama.org/main/sub02_02_01.asp), 2019. 3. 8. 최종 검색. 의료배상공제조합 현황에 관한 자세한 사항은 2) 의료배상공제조합 현황 부분에서 살펴봄

110) 김영국(2014), p. 59

111) 참고로, 1994년 정부가 제출한 의료분쟁조정법(안)에서는 공제조합은 법인으로 하고, 공 제사업으로 책임공제와 종합공제를 운영하도록 하며, 의사 등은 공제조합에 가입해야 하 고, 공제조합이 정한 공제료를 납부해야 하며, 의사 본인의 책임 있는 사유로 책임공제 에 가입하지 아니한 때에는 1천만 원 이하의 과태료에 처하도록 정하고 있었음(김영국 (2014), pp. 59~60)

112) 1981년 1월 8일 당시 32세 여의사가 불가항력 사망 사고 이후 유족들의 잇단 행패와 고 발 등 감당하기 어려운 수모를 견디다 못해 자살하는 사건이 발생하여 당시 의료계에 큰 충격을 주었음. 이를 계기로 대한의사협회는 의료분쟁에 대한 회원 보호 및 지원을 목적 으로 1981년 11월 1일 의협공제회를 출범하였고, 이후 1987년 경부터 의료사고처리특례 법이 추진되었음(대한의사협회(2011), 『대한의사협회 공제회 30년』; 최정필(2017), p. 54 에서 재인용함)

2005년에는 18%만이 공제회에 가입하였다.¹¹³⁾

이처럼 공제가입률이 저조했던 원인으로는, 1구좌당 1천만 원, 3구좌 한도로 보상 한도액이 매우 낮아 고액 배상판결에 대한 대비 수단으로 적절치 못했던 점이 지적된다. 회원들은 자동차보험과 같은 적극적인 분쟁해결 및 보상을 원하였으나, 공제회는 재정적으로도 큰 도움이 되지 못하였고, 민·형사 책임이나 환자 측의 항의를 감소시키는 기능도 충분히 수행하지 못했던 것으로 보인다. 또한 대한의사협회 정관상 가입을 의무화하기는 하였으나 미가입 회원에 대한 제재 규정과 권한이 없다는 점에서, 실질적인 의무화가 이루어졌다고 보기는 어려웠다.¹¹⁴⁾

이후 대한의사협회 공제회는 2002년 6월 4일 삼성화재와 재공제 방식으로 협정을 체결하여 보상한도를 3천만 원에서 최대 2억 원까지 현실화하고, 소송 및 경호서비스를 제공하는 상품을 도입하였다. 이 시기에 제공되던 배상공제는 현행 의료배상공제조합의 공제와 유사하여, 진료과목에 따라 6개 그룹으로 구분하고, 진료내용 및 범위에 따라 코드를 세분화하여 보상한도를 2억 원까지 현실화하고, 실제 진료내용에 해당하는 진료계약과 코드, 원하는 보상한도액, 면책금의 조건별로 공제료를 선택하도록 하였다.¹¹⁵⁾ 2006년 3월부터는 30병상 이상~300병상 미만 의료기관에 대한 병원배상공제를 추가하는 등 사업을 확대하였다.¹¹⁶⁾ 그 후 의료분쟁조정법이 도입됨에 따라 독립된 법인 형태의 의료배상공제조합이 설립·운영되고 있다.

3) 현황

현재 대한의사협회 의료배상공제조합은 배상공제, 상호공제 및 화재종합공제를 운영하고 있다. 그 중 의료배상 기능을 담당하는 것은 배상공제로, 배상공제는 의료배상공제조합이 삼성화재와 제휴하여 병(의)원에 근무하는 의사의 의료행위로 인해 발생할 수 있

113) 차일권·오승철(2006), p. 45

114) 차일권·오승철(2006), p. 45

115) 김영국(2014), p. 68

116) 차일권·오승철(2006), p. 45; 최정필(2017), p. 55

는 법률상 손해배상책임을 보장하는 상품이다. 배상공제는 의료전문서비스 제공으로 인해 일어나는 수진자의 신체장해나 사망에 대하여 피공제자가 부담하게 되는 법률상 손해배상금 및 그와 관련하여 피공제자가 지출한 손해방지비용 등을 보상한다.¹¹⁷⁾

한편, 배상공제에서는 보건의료 관계법령을 위배한 의료행위에 기인한 손해배상책임, 면책금(자기부담금) 이하 고의로 생긴 손해에 대한 배상책임, 계약에 의해 가중된 손해배상책임, 비공인 특수의료행위로 인한 배상책임, 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 인한 배상책임, 벌과금 및 징벌적 손해배상책임(단, 벌금담보특약 가입 시 벌금은 담보함), 후천성면역결핍증(AIDS)·간염(HEPATITIS)·급성전염병(가축전염병, 질환포함)에 기인한 손해배상책임, 피공제자의 부정, 사기, 범죄행위, 음주 및 약물복용상태에서 수행한 의료행위로 인한 손해배상책임, 미용 또는 이에 준한 것을 목적으로 한 의료행위 후 그 결과의 주관적 불만족에 대한 손해배상, 기타 약관에 정한 면책사항의

117) 의료배상공제 보통약관(이하 '배상공제 보통약관') 제5조(보상하는 손해)

조합은 공제증권 상의 보장지역 내에서 이 약관과 공제증권 및 이에 첨부된 특별약관에 따라 피공제자가 공제기간 중에 담보조항에 해당하는 의료사고로 인하여 수진자 측으로부터 손해배상청구를 받아 법률상 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상합니다. 다만, 공제증권에 소급담보일이 기재되어 있을 경우에는 소급담보일 이후에 발생한 의료사고로 인하여 입은 손해를 보상합니다.

배상공제 보통약관 제8조(보상하는 손해의 범위)

조합이 보상하는 손해는 다음 각 호와 같습니다.

1. 피공제자가 수진자 측에게 지급할 의무가 있는 법률상 손해배상금. 다만, 법원 이외의 기관에서 조정, 중재 기타 결정(명칭 여하를 불문한다)을 받은 경우에는 조합 심사위원회의 심사 결과에 따라 산정된 손해배상금을 기준으로 보상합니다.
2. 피공제자가 지출한 다음 각 호의 비용
 - 가. 피공제자가 제20조 제1항 제1호의 방법을 강구하거나 노력하기 위하여 지출한 필요 또는 유익하였던 비용. 다만, 피공제자가 그 방법을 강구한 후에 배상책임이 없음이 확정된 때에는 그 비용 중 응급처치, 긴급호송 또는 그 밖의 응급조치를 위하여 지출한 비용과 그 지출에 관하여 미리 조합의 동의를 얻은 비용만 보상합니다.
 - 나. 피공제자가 제20조 제1항 제2호의 조치를 취하는데 지출한 필요 또는 유익하였던 비용
 - 다. 피공제자가 미리 조합의 동의를 얻어 지출한 소송비용(변호사비용 포함), 화해·조정·중재 비용. 다만, 법원 이외의 기관에서 이루어진 화해·조정·중재 비용은 이를 보상하지 아니합니다.
 - 라. 공제증권상 보상한도액 범위 내의 금액에 대한 공탁보증보험료. 다만, 그러한 보증을 제공할 책임은 부담하지 아니합니다.
 - 마. 피공제자가 제22조 제2항 또는 같은 조 제3항에 따른 조합의 요청을 이행하기 위하여 지출한 비용

경우에는 보상하지 아니한다.¹¹⁸⁾¹¹⁹⁾

한편, 보통약관에서 담보하는 배상책임담보 외에 특별약관에서 경호비용, 조의금·위로금·형사합의금, 벌금, 형사방어비용, 초빙의 및 마취의의 행위로 인한 배상책임, 의료사고로 인한 폭행 및 악의적 파괴행위로 인한 손해 등을 담보하고 있다.

118) 대한의사협회 의료배상공제조합(https://www.kmama.org/main/sub02_02_02.asp), 2020. 6. 11 최종 검색

119) 배상공제 보통약관 제10조(보상하지 아니하는 손해)

조합은 다음 각 호의 사유로 인한 손해는 보상하지 아니합니다.

1. 공제계약자 또는 피공제자의 고의로 인한 손해
2. 전쟁, 혁명, 내란, 사변, 폭동, 소요, 노동쟁의 기타 이들과 유사한 사태로 생긴 손해
3. 지진, 분화, 홍수, 해일 기타 천재지변으로 생긴 손해
4. 피공제자와 수진자 측 사이에 손해배상에 관한 약정이 있고, 그 약정에 따라 가증된 손해. 다만, 약정이 없더라도 법령에 의하여 피공제자가 부담하게 될 손해는 보상합니다.
5. 통상적이거나 급격한 의료사고에 의한 것인가의 여부에 관계없이 공해물질의 배출, 방출, 누출, 넘쳐흐름 또는 유출로 생긴 손해 및 오염제거비용
6. 피공제자의 피용자가 피공제자의 업무에 종사하던 중 입은 신체장애에 대한 손해
7. 벌과금 또는 징벌적 손해
8. 무면허 또는 무자격자의 의료행위로 인한 손해
9. 피공제자의 지시에도 불구하고 이를 따르지 아니한 피공제자의 피용인의 행위로 인하여 생긴 손해
10. 원자핵물질(원자핵물질에 의하여 오염된 물질과 원자핵분열 생성물을 포함합니다) 또는 공해물질에 의한 방사능 기타 유해한 물질에 의한 의료사고로 생긴 손해. 다만, 방사능을 이용한 의료행위를 직접적 원인으로 하여 발생한 의료사고로 인하여 생긴 손해는 보상합니다.
11. 미용 또는 이에 준한 것을 목적으로 한 의료행위에 관하여 그 결과에 대한 수진자 측의 주관적인 불만족에 대한 손해
12. 피공제자의 진료목적 설비·인력, 항공기, 자동차, 선박으로 인한 손해
13. 수진자 측의 명예를 훼손하거나 비밀을 누설함으로써 인한 손해
14. 의료 관련 제 학회에서 공인되지 아니한 특수의료행위를 함으로써 생긴 손해
15. 재물손해
16. 후천성면역결핍증(AIDS), 간염(HEPATITIS) 기타 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률에 따른 감염병의 감염에 의한 의료사고로 인한 손해
17. 피공제자가 범죄행위 기타 부정한 행위와 관련된 의료행위를 함으로써 발생한 손해
18. 피공제자가 음주, 질병, 약물(마약, 대마 및 향정신성의약품과 그 밖에 안전행정부령으로 정하는 것을 말합니다)의 영향하에 있는 상태에서 의료행위를 함으로써 발생한 손해

〈표 III-8〉 의료배상공제조합 배상공제 상품 구성

구분		보상하는 손해
보통약관 (기본담보)	의료과실	전문적인 의료서비스 제공으로 인해 발생할 수 있는 법률상 배상책임 담보(민사소송 대행 가능)
	경호비용	의료분쟁과 관련하여 의료기관 점거, 난동 및 부당한 보상강요에 대응하여 사건 처리 수습, 조정을 위해 소요되는 경호비용을 보상(경호원 출동 서비스)
	조의금, 위로금, 형사합의금 담보	수진자의 사망(뇌사 포함) 시 수진자 측이 의료분쟁을 제기한 경우 관습적으로 지급하는 조의금이나 위로금 또는 형사합의금을 보상
특별약관 (선택담보)	벌금	의료사고로 인하여 사법기관의 확정판결에 의하여 부담하는 벌금을 보상
	형사방어비용	의료사고로 인하여 구속영장에 의해 구속되었거나 형사소송이 제기되었을 경우 변호사 보수 등 방어비용을 보상
	초빙의 및 마취의	기명 피공제자의 초빙에 의하여 일시적으로 기명피공제자의 수진자에게 의료행위를 하거나 기명피공제자의 의료행위를 보조하는 의사(초빙의/마취의)의 의료행위로 인한 법률상 배상책임을 담보
	의료사고로 인한 폭행 및 악의적인 파괴행위 담보	수진자의 신체장해 또는 사망(뇌사 포함) 등의 사고가 발생하고 의료분쟁을 제기하거나, 제기하는 과정에서 피공제자에게 고의적이고 악의적인 행위를 가하여 기명 피공제자의 후유장애, 사망사고 발생 및 기명 피공제자가 소유, 관리하는 시설에 입힌 손해 발생의 경우 피공제자(혹은 유족)에게 보상

1 청구당 보상 한도는 3천만 원에서 5억 원까지이며, 진료영역 및 적용범위에 따라 가입체계(그룹)를 분류하여 공제료를 차등부과하고 있다.¹²⁰⁾ 가입체계상 그룹은 총 7개로 나뉘며, 각 그룹 내에서 진료영역 및 진료행위에 따라 다시 코드가 세분화된다. 예컨대, 산부인과의 경우(그룹F), F1~F5까지 5개의 코드로 분류되어 있다.¹²¹⁾ 보상한도액 3억 원, 자기부담금 1천만 원을 기준으로 할 때 각 그룹-진료영역/적용범위에 따

120) 대한의사협회 의료배상공제조합(https://www.kmama.org/main/sub02_02_03.asp), 2020. 6. 11 최종 검색

121) F1: 기본진료(외래)로서 통상적인 주사, 투약, 단순국소마취, 단순처치 (단순검사행위 포함하며, 분만 및 수술행위는 제외)

F2: F1 + 수술행위(만 13주 이하 임신중절술 포함)

F3: F1 + 수술행위(만 14주 이상 24주 이하 임신중절술 포함)

F4: F2 + 분만행위

F5: F3 + 분만행위

라 보험료는 최저 528,000원(A1 유형,¹²²⁾ 내과/소아청소년과/영상의학과/진단검사의학과/이비인후과/가정의학과 등)에서 9,588,000원(F5 유형,¹²³⁾ 산부인과)까지 차이가 발생한다.

의료배상공제조합은 배상공제 외에도 상호공제와 화재종합공제를 제공하고 있다. 상호공제는 공제조합에 가입한 조합원이 의료사고로 어려움에 처한 조합원을 도와주는 상호부조의 성격으로, 의료사고 분쟁 발생 시 최고 1천만 원까지 공제금을 지급한다. 화재종합공제는 화재담보와 시설배상책임담보를 하나로 통합한 종합공제상품이다.

나. 의료배상책임보험

1) 의의 및 연혁

의료배상책임보험은 전문직업배상책임보험의 일종으로, 피보험자인 의사 등이 의료업무 수행 중의 작위 또는 부작위에 의하여 발생하게 한 손해로 환자 등 제3자에 대하여 법률상 손해배상책임을 부담함으로써 입게 되는 손해를 보상하는 책임보험이다.¹²⁴⁾ 참고로 전문직업인에게 발생하는 배상책임의 경우 일반 손해보다 손해배상금 대비 소송 및 손해방지비용의 지출 비중이 높기 때문에, 전문직업배상책임보험에 가입하는 주요 목적은 방어비용의 보상과 함께 손해·위험관리에 필요한 외부전문가의 지원을 받기 위함으로 볼 수 있다.

의료배상책임보험은 피보험자가 수행하는 의료행위와 관련하여 과실에 의해 타인의 신체에 장해를 입혀 발생하는 의료사고¹²⁵⁾로 인하여 타인으로부터 손해배상청구가 제기되어 법률적인 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상한다.¹²⁶⁾ 약관에 명기된

122) A그룹(내과), A1: 기본진료(외래)로서 통상적인 주사, 투약, 단순처치(단순검사행위 포함)

123) (i) 기본진료(외래)로서 통상적인 주사, 투약, 단순국소마취, 단순처치, (ii) 수술행위(만 14주 이상 24주 이하 임신중절술 포함), (iii) 분만행위

124) 김영국(2014), p. 57

125) 피보험자가 의료행위를 잘못하였거나 당연히 행해야 할 의료행위를 행하지 아니함으로써 타인(환자)에게 입힌 신체상 장해를 말함(약관 제47조)

126) 약관 제10조 제1항

소급담보일자 이후 발생한 사고로서 보험기간 중 피보험자에게 처음으로 제기되는 손해배상청구에 대해 보상하는 청구기준증권(Claims-made Basis)을 적용하고 있다.¹²⁷⁾ 보상하는 손해는 피보험자의 법률상 손해배상금 및 계약자·피보험자가 지출한 비용 등이며, 징벌적 손해배상금 및 피보험자와 타인과의 사이에 손해배상에 관한 특별한 약정 등으로 가중된 손해배상금은 포함되지 않는다.

우리나라의 의사 및 병원배상책임보험은 1973년 동방해상화재보험(현재 '현대해상화재보험'의 전신)에서 최초로 도입하였고, 그 후 4개 보험회사가 배상책임보험 보통약관에 의사배상책임 특별약관 및 의료시설 특별약관을 부가하는 형태로 운영되었다.¹²⁸⁾ 그러나, 보험계약 건수가 많지 않아 수입보험료는 크지 않은 반면 손해율은 다른 보험상품에 비해 지나치게 너무 높아 1984년¹²⁹⁾ 이후 상품 판매가 중단¹³⁰⁾되었으나, 1997년부터 대형 손해보험회사 중심으로 의료배상책임보험 판매가 재개되었다.

2) 현황

의료배상책임보험 시장은 2009년에 일시적으로 감소한 것을 제외하면 2006년 이후 지속적으로 성장하고는 있으나, 전체 손해보험시장의 성장률에는 크게 못 미치는 수준이다. 의료배상책임보험의 원수보험료 규모는 2006년 223억 원에서 2016년 381억 원으로 연평균 5.5% 증가¹³¹⁾하였으나, 동기간의 전체 손해보험시장 성장률은 11.2%로 절반 수준에 머물러 있다.

127) 대부분 전문직업 배상책임의 경우 손해사고에 상응하는 업무수행 시점을 판별하기가 용이하지 않기 때문에 청구기준증권을 담보의 기준으로 적용하고 있음

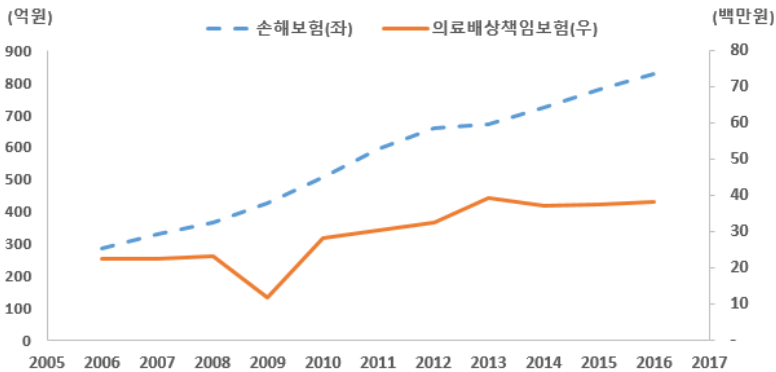
128) 김영국(2014), p. 66

129) 참고로, 대한의사협회의 의료공제회 설립시기는 1981년임

130) 그 당시 의료배상책임보험에 적용된 보험요율은 다양한 의료직종별 위험을 고려한 차별요율이 아닌 모든 의료종사자 간에 고정요율을 적용하는 상황에서 누적 손해율이 350% 이상으로까지 치솟게 되자, 의료사고가 상대적으로 많이 발생한 산부인과, 외과 등에서만 가입을 선호하고 이외 의료분야에서는 가입률이 매우 저조하게 되어 결국 손해보험회사들은 의료배상책임보험의 판매 중단을 결정하게 됨(박영호 2005)

131) 의료배상책임보험의 가입 건수 기준으로는 연평균 28.4%(2006년 572건 → 2016년 6,940건)의 성장세를 보임

〈그림 III-5〉 국내 의료배상책임보험시장 현황(원수보험료 기준)



자료: 보험개발원, 손해보험통계연보

한편, 의료종사자는 의료배상책임보험에 개별적으로 가입하거나 개원의 협의회¹³²⁾를 통해 단체로 가입을 하고 있으나, 상당수의 의사 및 의료기관들이 현실적인 비용 문제 등을 이유로 보험에 가입하기를 꺼려하고 있어 의료배상책임보험의 가입률은 높지 않은 수준이다. 전체 의료인 및 의료기관의 의료배상책임보험(공제) 가입 현황에 대한 공식 통계가 없어 정확한 가입률 파악은 어려우나, 의료배상책임보험 관련 실무 전문가의 의견에 따르면 2017년 기준 의료배상책임보험 가입률은 상급종합병원의 경우 10% 미만, 병·의원은 약 30% 수준인 것으로 추정된다. 의료배상책임보험에 가입하는 의료기관의 보험가입금액 및 보험료 수준을 보면 2016년 기준 종합병원 이상(21개 대상)의 경우 평균 4억 8천만 원(최소 2억 원) 및 1억 9천만 원으로, 병·의원급(55개 대상)은 평균 1억 6천만 원(최소 5천만 원) 및 1천 4백만 원 수준으로 파악되었다(〈표 III-10〉 참고). 한편, 2016년부터 외국인환자 유치 의료기관으로 등록하고자 할 경우 의료사고배상책임보험(의료배상공제)에 의무적으로 가입해야 하며, 이때 최소 보험가입금액은 종합병원 이상은 2억 원, 병·의원급은 1억 원이다.¹³³⁾

132) 2020년 3월 기준 대한개원의협의회 산하 개원내과의사회, 외과의사회, 산부인과 의사사회 등 총 22개 의사회가 등록되어 있음

133) 외국인환자 유치사업으로 등록된 의료기관은 2018년 기준 1,958개임

〈표 III-9〉 국내 의료기관 현황(2017년 말 기준)

(단위: 개)

상급 종합	종합 병원	병원	의원	요양 병원	한방 병원	한의원	치과 병원	치과 의원	계
43	301	1,466	30,938	1,529	312	14,111	231	17,376	66,307

자료: 건강보험심사평가원, 건강보험통계연보

〈표 III-10〉 국내 의료기관별 보험가입금액 및 보험료 현황(2016년 말 기준)

(단위: 건, 백만 원)

구분	대상계약 수	보험가입금액		보험료	
		총	평균	총	평균
상급종합병원	12	6,300	525	2,971	248
종합병원	9	3,800	422	942	105
병원	20	5,050	168	546	18
의원	25	3,900	156	204	8

자료: 손해보험협회 제공 통계

현재 손해보험회사가 판매하는 의료배상책임보험의 상품 구조를 보면, 일반적으로 의료과실배상책임을 기본 담보로 하고, 경호비용, 형사방어비용, 형사합의금, 초빙의·마취의 배상책임 등을 선택담보로 하고 있다.¹³⁴⁾ 의료배상책임보험에서 '의료행위'라 함은 보건의료 관계법령에 위배되지 않고 의학상 일반적인 수단방법에 의하여 질병과 상해에 대하여 진단하거나 예방·치료 등을 의미한다. 또한, 동 보험에서 '의료사고'라 함은 피보험자가 의료행위를 잘못 행하였거나 당연히 행하였어야 할 의료행위를 행하지 않음으로써 타인(의료행위 대상이 되는 수진자)에게 입힌 신체장해를 의미한다. 한편, 의료배상책임보험에서 '배상책임'이라 함은 보험증권상의 보장지역 내에서 보험기간 중에 발생된 보험사고로 인하여 타인(수진자)에게 입힌 손해에 대한 법률상의 책임을 의미한다. 이에 따라 보험회사가 '보상하는 손해'라 함은 보험증권상의 보장지역 내에서 피보험자

134) 보상하지 않는 손해로 무면허·무자격자 의료행위로 생긴 손해, 의료결과 보증으로 인해 가중된 배상책임, 피보험자 지시에 따르지 아니한 피용인·의료기사 행위로 생긴 손해, 미용 등의 목적으로 한 의료행위로 생긴 손해, 원자력물질의 방사성·폭발성·방사능오염으로 생긴 사고, 피보험자의 업무시설·설비·항공기·차량 등의 사용으로 생긴 손해, 후천성 면역결핍증에 기인하여 발생하는 손해, 피보험자의 사기·부정·범죄행위나 음주·약물복용상태에서 의료행위 수행으로 생긴 손해, 타인의 재물이나 명예 훼손·비밀 누설로 생긴 손해 등을 들

가 보장조항에 해당하는 사고로 인하여 보험기간 중에 피해자로부터 손해배상청구가 제기되어 법률상의 배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 약관에 따라 보상하는 것으로 정의되며, 다만 보험증권상에 소급보장일자가 기재되어 있을 경우에는 소급보장일자 이전 또는 보험기간 종료 후에 행한 행위에 대한 손해는 보상하지 않는다.

〈표 III-11〉 의료배상책임보험 상품 구성(A 손해보험회사 사례)

구분		보상하는 손해
보통약관 (기본담보)	의료과실 배상책임	의료행위 관련 과실에 의한 수진자의 신체장해 발생에 따른 배상 책임을 보상
	일반 배상책임	1. 제조·판매·공급한 생산물로 생긴 우연한 사고 2. 소유·관리 시설 및 주차시설에서 발생한 우연한 사고
특별약관 (선택담보)	경호비용	의료분쟁과 관련하여 의료기관 점거, 난동 및 부당한 보상강요에 대응하여 사건처리 수습, 조정을 위해 소요되는 경호비용을 보상 (의료과실 유무와 관계없이)
	고용주 배상책임	고용인이 업무 종사 중에 입은 신체장해 사고로 인한 배상책임을 보상
	후천성 면역결핍증	후천성 면역결핍증 또는 이와 유사한 증상·상태에 의한 모든 배 상책임 및 손해배상청구를 보장
	오염사고 ¹⁾	적출물로 인한 오염사고로 발생한 신체장해나 재물손해에 대한 배상책임을 보상
	추가피보험자 지정	기명피보험자의 지시·감독에 따라 상시적·일시적으로 기명피보 험자의 의료행위를 보조하는 자 ²⁾ 를 포함
	초빙의· 마취의	기명피보험자의 초빙에 의하여 일시적으로 의료행위를 보조하는 의사(초빙의/마취의)의 의료행위로 인한 배상책임을 보상
	형사 방어비용	의료사고로 인하여 구속영장에 의해 구속되었을 경우 변호사 보 수 등 방어비용을 보상
	관습상 비용 및 형사합의금	의료행위의 결과로 수진자가 사망(뇌사상태 포함)하고, 유족의 의 료분쟁 제기로 의료공제조합·보험회사에 의료분쟁조정이 접수되 거나 사법기관에 고소·고발이 이루어진 건에 한해 피보험자가 보 험회사의 동의를 얻어 유족에게 지급한 조의금·위로금·형사합의 금을 보상(피보험자의 배상책임 유무에 관계없이)
	의료사고로 인한 폭행 및 악의적인 파괴행위	의료사고로 인한 피해를 주장하는 자가 의료분쟁을 제기하는 과 정에서 기명피보험자에게 고의적·악의적인 행위로 폭행을 가하 여 발생한 신체장해 및 재물손해를 보상

주: 1) 손해사고를 기준으로 적용함

2) 관계법령에 의하여 의료행위에 대한 면허 또는 자격을 취득한 자의 지시·감독에 따라 상시적 또는 일시
적으로 직접적인 의료행위를 보조하는 자로 간호사, 간호조무사, 약제사, 물리치료사, 임상병리사 등이
해당됨(단, 간병사, 요양보호사, 위생사 등과 같이 직접적인 의료행위를 보조하지 않는 자는 제외)

자료: A 보험회사 '의사 및 병원 배상책임보험' 보험약관을 참고하여 작성함

3. 손해배상금 대불제도 운영 현황

가. 개요

손해배상금 대불제도는 의료사고 피해자가 의료 조정·중재가 성립되거나 확정 판결이 선고되었음에도 불구하고 손해배상의무자(의료종사자)로부터 배상금을 지급받지 못하였을 경우, 피해자는 의료중재원에 미지급금에 대한 대불을 청구하면 의료중재원이 우선 지급하고 추후 손해배상의무자에게 구상하는 제도이다. 손해배상금 대불제도는 의료사고로 인한 피해를 신속하고 공정하게 구제하고, 의료인의 안정적인 진료환경을 조성하는 것으로 「의료분쟁조정법」상의 피해구제제도의 일환으로 2012년에 도입되었다.¹³⁵⁾

나. 운영 현황

의료중재원은 손해배상금 대불제도의 운영 실적에 따라서 재원을 부담하는 보건의료개설자에게 부담액을 부과 및 징수하고 있는데, 대불제도의 재원에 대한 구체적인 부담 액수나 기준 등은 의료중재원장이 결정하도록 되어 있으며, 의료기관의 유형에 따라 부담 비율 등을 달리 정하고 있다.¹³⁶⁾ 2013년 제도 출발시점에서 전체 의료기관 개설자에게 대불비용을 징수하였으며, 이후부터는 매년 전년도에 신규 개설자에 대해 대불비용을 추가 징수하고 있다(표 III-12) 참고). 징수방식은 요양급여비용의 일부를 공제하는 방식을 취하고 있다.

135) 「의료분쟁조정법」 제정 당시 제안·검토된 제정 법률안에는 ‘공제조합 또는 책임보험 가입의무 조항’도 포함되었으나, 공제조합 가입은 선택사항으로 전환하고 책임보험 강제가 입의 대안으로 손해배상금 대불제도가 도입됨

136) 「의료분쟁조정법」 제47조제2항, 제4항

〈표 III-12〉 의료중재원의 손해배상금 대불비용 부담액 부과 및 징수 현황

구분	2018년	2019년
부과대상	2017년 보건의료기관 신규개설자 (3,979명)	병원 종별 보건의료기관 개설 운영자 (1,384명)
부과금액	120,961천 원	661,000천 원
징수방법	요양급여비용 공제 (2018. 11. 8~2018. 12. 31)	요양급여비용 공제 (2019. 7. 23~2019. 12. 31)
의료기관별 납부금액	종별 평균부담액을 정액으로 부담	병원 종별 대불재원 총당액 균분 (477,860원)

자료: 한국의료분쟁조정중재원(K-medi.or.kr)

손해배상금 대불제도의 재원, 즉 대불비용은 의료기관개설자¹³⁷⁾가 전액 부담하도록 되어 있으며, 대불비용 부담액 산정 기준은 원칙적으로는 직전년도 건강보험 위험도상대가치금액을 적용하도록 되어 있으나, 실제로는 2013년 종별 위험도상대가치 평균금액을 정액으로 부과하여 현재까지 유지하고 있다(〈표 III-13〉 참고).

〈표 III-13〉 손해배상금 대불제도 종별 부담액

(단위: 원)

종별	부담액	종별	부담액
상급종합	6,336,700	요양병원	72,170
종합병원	1,069,260	한방병원	74,020
병원	111,030	한방의원	26,430
의원	39,650	보건의료원	111,030
치과병원	111,030	약국, 조산원, 보건기관	10,000
치과의원	39,650		

자료: 한국의료분쟁조정중재원(K-medi.or.kr)

현재 손해배상금 대불제도는 별도의 상한액을 규정하지 않아, 미지급금 전액에 대해서 대불금을 지급하고 있다. 한편, 의료인 중심으로 대불금의 상한액 설정 필요성이

137) ① 「의사법」에 따른 의료기관 개설자, ② 「약사법」에 따른 약국개설자·한국회귀의약품센터의 장, ③ 「지역보건법」에 따른 보건소·보건의료원·보건지소 및 「농어촌등보건의료특별조치법」에 따른 보건진료소를 운영하는 시장·군수·구청장

제기되고 있으나, 상한액 기준 설정에 대해 의료인 또는 의료기관 종별로 제기되는 의견들이 상이하며, 무엇보다도 피해구제의 안정성이 훼손될 수 있다는 점에서 부정적인 의견도 적지 않다.

피해자가 손해배상금 대불제도를 이용하기 위해서는 갖추어야 할 조건이 있다. 먼저 의료중재원의 조정조서·조정결정서·중재판정서, 한국소비자원 소비자분쟁조정위원회의 조정조서, 법원의 의료분쟁에 관한 확정 판결 등을 받아야 한다. 다만, 의료중재원 이외에 한국소비자원의 조정조서나 법원의 판결 적용까지 대불제도를 적용하는 것이 적립금의 고갈 원인을 제공한다는 지적이 제도 도입 시부터 제기되어 왔다. 한편, 대불제도를 의료중재원의 조정으로만 국한시킬 경우 제도 적립금의 안정적인 운영에는 도움이 될 수 있다. 그러나, 현재 손해배상금 대불청구의 고액 건이나 의료기관으로부터 구상이 어려운 많은 피해 사례들이 법원의 판결에 집중되어 있어, 법원의 판결 시까지 배상금의 청구가 어려운 점 때문에 피해구제의 안정성이 크게 훼손될 우려도 있다.

손해배상금 대불제도의 적용 기준은 제도가 도입된 2012년 4월 8일 이후에 최초로 종료된 의료행위 등으로 인하여 발생한 의료사고의 손해배상금 대불 청구부터 적용이 가능하다. 청구 대상은 확정된 손해배상금 중에서 손해배상의무자로부터 지급받지 못한 금액에 한하며, 손해배상금 이외의 비용(조정·중재·소송비용, 지연손해금 등)은 대불 청구 대상에서 제외된다. 대불 청구 시기는 조정조서, 조정결정서, 중재판정서, 판결 등에 명시된 지급 기일로부터 30일이 지난 이후에 가능하며, 대불 청구 전에 청구자는 손해배상의무자에게 내용증명 등의 방식으로 배상금 지급을 청구해야 하고 이를 증명하는 문서를 청구 시 제출해야 한다. 청구인 자격으로는 관련 서류에 명시된 채권자 또는 대리인¹³⁸⁾으로 되어 있다.

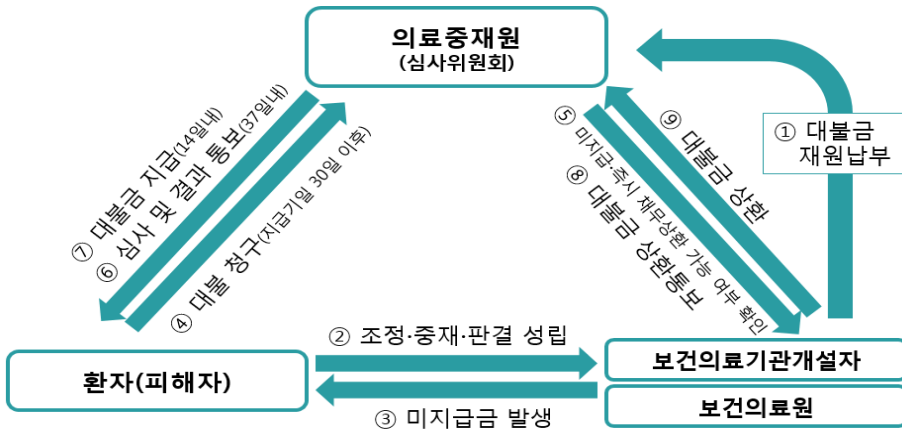
의료중재원 산하 심사위원회는 청구인의 대불 청구서 접수 후 30일 이내에 심사¹³⁹⁾를 완료하고, 이후 7일 이내에 그 결과를 청구인에게 통보해줘야 하는데, 이 때 심사

138) 청구인의 법정대리인, 배우자, 직계존비속, 형제자매, 청구인으로부터 서면으로 대리권을 수여받은 자

139) 심사 기준으로는 청구인의 부정 청구(이중 수령, 거짓 청구 등) 여부, 손해배상 의무자로부터 손해배상금을 받을 가능성 여부 등이 있음

전에 손해배상의무자로부터 손해배상금 미지급 여부 및 즉시 채무상환 가능 여부를 반드시 확인하도록 하고 있다. 그리고 심사위원회의 지급결정이 있는 날로부터 14일 이내¹⁴⁰⁾에 청구인의 계좌로 대불금을 지급하고, 의료중재원은 해당 손해배상의무자에게 대불금 전액을 상환¹⁴¹⁾하도록 구상권을 행사하게 된다.

〈그림 III-6〉 의료중재원의 손해배상금 대불제도 업무 절차



140) 다만, 청구인이 심사결정에 이의를 제기하거나 해당 보건의료기관의 종별 대불비용이 부족하여 대불재원의 충당이 필요한 경우에는 대불금 지급이 14일을 초과할 수 있음

141) 대불금 상환은 일시납을 원칙으로 하나, 손해배상의무자의 경제적 사정을 고려하여 최대 12월의 범위에서 분할납부가 가능함

IV. 의료배상책임 쟁점과 해외 사례

1. 의료사고 보상제도 개선 경과

본 절에서는 의료배상책임 제도를 포함하여 국내 의료사고 보상체제와 관련하여 제도 개선에 대한 주요 논의와 경과 사항을 살펴보고자 한다.

1988년 대한의사협회(당시 대한의학협회)가 ‘의료사고처리 특례법’ 제정을 건의한 이후 23년만인 2011년에 국회 본회의를 통과함에 따라 2011년 4월 7일 의료사고로 인한 피해를 구제하기 위해 의료분쟁조정법을 제정하였다.¹⁴³⁾

2010년 들어 의료사고 피해자에 대한 손해배상금 지급 확보를 위한 방안으로 ‘보건 의료기관개설자의 의료배상책임보험·공제제도 가입 의무화’가 논의되기 시작하였다. 그러나 보건복지부는 손해배상목적의 책임보험가입을 강제하는 것에 대한 부정적인 견해와 함께 보건의료인의 경제적 사정을 고려해 볼 때 책임보험제도에 의존하지 않더라도 피해자 구제에 대한 충분한 여력이 있다고 보고, 대안으로 손해배상금 대불제도 도입을 주장하였으며, 의료사고로 인한 피해자를 조정 등의 절차에 적극적으로 유도하기 위해서라도 손해배상금 대불제도의 도입 필요성이 제기됨에 따라 보험가입 의무화의 대안으로 도입되었다.

또한 2013년에 의료인이 충분한 주의의무를 다하였음에도 불구하고 불가항력적으로 발생하는 의료사고에 대한 피해를 보상하기 위한 ‘불가항력적 의료사고 보장제도’를 도입하였다(의료분쟁조정법 제46조). 불가항력 의료사고 보상의 범위는 분만과정에서 생긴 뇌성마비, 산모 또는 신생아의 사망을 대상으로 하고, 보상금은 3천만 원 범위 내에서 보상심의위원회에서 결정하도록 하고 있으며, 보상재원의 분담은 국가가

143) 박현수(2013)

70%, 의료기관개설자 중 분만실적이 있는 자가 30%를 분담하고 있다. 도입 당시 의료 분쟁조정법 중 유일하게 특정 과에만 관련한 조항으로 산부인과 의사들의 강력한 반발이 있었음에도 공포 후 1년 유예기간을 거쳐 시행되었다.

한편 해외 환자에 대해서는 유치 의료기관이 의무적으로 배상책임보험에 가입하도록 제도를 도입하였다. 2016년 6월부터 시행된 ‘의료 해외진출 및 외국인환자 유치 지원에 관한 법’에 따라 외국인환자 유치 의료기관은 의료사고배상책임보험에 가입해야만 유치 의료기관으로 등록이 가능하다.

〈표 IV-1〉 의료사고 보상제도 관련 역대 추진 법안 내용 비교

구분	무과실보상	배상제도	기금형성
정부제출안 (1994년)	없음	공제조합 (책임공제와 종합공제)	의사, 치과의사, 한의사, 의료관 계기관 개설자 또는 설치자, 보험자 또는 보험자단체
김병태의원안 (1997년)	무과실 사고 보상	공제조합 (책임공제와 종합공제)	의사, 보험자의료피해구제기금, 국가보고
정의화의원안 (1997년)	없음	공제조합	의사, 치과의사, 한의사, 의료관 계기관 개설자 또는 설치자, 보험 자 또는 보험자단체, 국가출연금
이원형의원안 (2002년)	무과실 사고 보상	책임보험·공제 및 종합보험·공제 개념 도입	국민건강보험공단과 보건의료인 중앙회 및 보건의료기관단체
이기우의원안 (2006년)	무과실 사고 보상	공제조합·책임보험 또는 종합보험·종합공제 개념 도입	국가, 보건의료기관개설자, 보험사업자
안명옥의원안 (2006년)	무과실 사고 보상	공제조합·책임보험 또는 종합보험·종합공제 개념 도입	국가, 보건의료기관개설자, 보험사업자
최영희의원안 (2009년)	불가항력 사고 보상	책임보험 또는 책임공제 의무가입, 종합보험 또는 종합공제 임의가입	국가, 보건의료기관개설자, 응급의료기금
심재철의원안 (2009년)	불가항력 사고 보상	책임보험 또는 책임공제 의무가입, 종합보험 또는 종합공제 임의가입	국가, 보건의료기관개설자, 건강보험재정, 응급의료기금
이혜훈의원안 (2018년)	없음	책임보험	의료기관개설자 또는 설치자
송영길의원안 (2018년)	없음	책임보험·공제	의료기관개설자
윤일규의원안 (2019년)	없음	책임보험·공제	언급 없음 의료기관 인증의 전제조건

자료: 박경섭(2013) 참고하여 재작성함

2. 쟁점

가. 의료배상책임보험(공제) 가입 의무화

국내의 다른 전문직업 배상책임 의무보험 및 해외 사례를 참조하여, 의료인에 대해 의료사고에 따른 환자의 생명·신체 손해 등을 보장하는 배상책임에 대한 의무보험제도 도입의 필요성이 주장되었다. 또는 자동차손해배상보험과 유사하게 책임보험과 종합보험으로 구분하여 책임보험의 경우 강제보험으로 하고, 종합보험은 임의보험으로 하는 방안도 제기되었다. 자동차손해배상보장법의 경우 책임보험에 가입하지 않았을 때 운행제한 규정을 두고 위반 시에는 과태료 등 처벌규정이 있음을 참고하여, 의료인이 손해배상보험이나 공제 등에 미가입 시 의료 행위를 제한하는 규정을 두고, 위반 시에는 제재가 필요하다는 주장도 있다.¹⁴⁴⁾

한편, 의료기관 종별 및 진료과목별로 의료사고에 노출 정도가 다르기 때문에 배상책임보험의 필요성 및 필요 정도에 차이가 있으므로, 이에 따른 차등 의무보험 도입을 검토할 필요성이 제기되었다. 주로 경증 질환을 담당하는 일차의료기관보다는 상대적으로 고난이도·고위험도를 가진 중증질환을 담당하는 병원급 이상에 대해 배상책임보험 가입을 의무화하는 것이 필요할 수도 있고, 의료사고 발생빈도가 높은 진료과목을 선별하여 우선적으로 배상책임보험 가입을 강제화하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 참고로 의료사고 발생에 따른 비용은 산부인과, 정형외과, 내과, 신경외과, 성형외과, 의과, 응급의학과 순으로 높은 것으로 조사되었다.¹⁴⁵⁾

그러나 의료계는 의료행위는 다른 직업행위에 비해 상대적으로 높은 상시 위험성을 내포하고 있어 사고 발생률과 배상금액이 높고, 이러한 이유로 의료배상책임보험 보험료가 다른 전문직업배상책임보험에 비해 높게 설정될 수밖에 없다고 주장하고 있다. 의료배상책임보험이 많은 의료종사자들에게 높은 보험료 부담으로 외면을 받고 있는 것이 현실인 점을 강조하고, 이러한 상황에서 책임보험의 가입의무화가 이루어질 경

144) 경실련(2009. 5. 15), “공동성명: 의료분쟁조정 및 피해구제법 제정에 대한 우리의 입장”

145) 김소운(2012)

우 급격한 보험료 인상과 보상기준 상향 또는 보상항목 축소 등으로 그 실효성이 더욱 떨어질 것이라고 판단하고 있다. 일부에서는 의료배상책임보험 가입을 의무화하려면 현행 손해배상금 대불제도의 폐지 및 불가항력 의료사고 보상의 국가 전적의 재정부담제도 마련이 선행되어야 한다는 의견을 제기하였다. 또한, 요양기관 강제지정제에 따라 의료서비스가 공급되는 만큼 우리나라에서 의료서비스는 사실상 공공재적 성격을 띠고 있다고 볼 수 있으므로, 철저히 수익자 부담의 원칙에 따라 의료기관이 부담하게 될 보험료에 상응하는 수준의 위험도상대가치수가(이하 ‘위험수가’라 함)가 반영되어야 한다는 주장이 피력되었다.

한편 현재 의료분쟁조정법은 피해 환자가 의료인 사이에 조정 및 중재가 이루어진 경우 의료인의 형사책임은 반의사불벌죄로서 면책¹⁴⁶⁾되도록 하고 있으므로, 이러한 관점에서 의료배상책임보험에 가입한 경우 사망사고 등 특별한 경우를 제외하고 형사책임을 면책시키는 방안의 검토가 필요하다는 주장이 제기되었다.¹⁴⁷⁾ 의료기관의 의무부담에 따른 정책적 혜택을 고려하여, 일정 수준 이상의 보험을 가입한 의료기관에 대해서는 일정 범위를 초과하지 않는 선에서 형사책임을 면제해 줄 필요가 있다는 의견이다.

나. 손해배상금 대불금 제도를 통한 의료사고 피해자 구제 강화

손해배상금 대불제도는 배상의무자인 의료종사자를 대신하여 의료중재원이 먼저 피해자를 구제하고 추후 구상하기 때문에 제도의 안정적인 운영을 위해서는 의료종사자로부터 대불금의 구상(회수)이 확실히 이루어져야 하는데, 최근 손해배상금 대불 이후 구상률은 매우 저조한 것으로 나타났다. 2013~2017년 동안 의료중재원이 지급한

146) 의료분쟁조정법 제51조(조정성립 등에 따른 피해자의 의사)

① 의료사고로 인하여 「형법」 제268조의 죄 중 업무상과실치상죄를 범한 보건 의료인에 대하여는 제36조제3항에 따른 조정이 성립하거나 제37조제2항에 따라 조정절차 중 합의로 조정조서가 작성된 경우 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없다. 다만, 피해자가 신체의 상해로 인하여 생명에 대한 위험이 발생하거나 장애 또는 불치나 난치의 질병에 이르게 된 경우에는 그러하지 아니하다.
② 제3장제2절에 따른 중재절차에서 「중재법」 제31조에 따른 화해중재판정서가 작성된 경우에도 제1항과 같다.

147) 김영국(2014)

손해배상금 대불은 총 74건으로 26억 4300만 원을 지급하였으나, 의료기관으로부터의 회수율은 8.1%에 불과하여 24억 3천만 원이 미회수된 것으로 조사되었다. 또한 회수율은 대불제도 도입 초기에는 90% 이상이었으나, 2017년에는 1.8%에 그치는 등 계속 감소하는 추세로 대불제도의 재원 현황은 지속적으로 열악해지고 있는 것으로 보인다.

〈표 IV-2〉 의료중재원의 손해배상금 대불금 지급 현황(2013~2017년)

(단위: 건, 백만 원, %)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	계
건수	3	12	4	27	28	74
대불지급액	19	78	704	343	1,499	2,643
구상액	19	36	106	25	27	213
회수율	97.5	46.6	15.0	7.3	1.8	8.1

자료: 최도자 의원실 보도자료(2018. 10. 24)

이에 대해 최도자 의원(2018년)은 국정감사를 통해 “손해배상금 대불제도는 의료사고로 인한 피해자를 위해 국가가 먼저 배상금을 지급해 주고 추후 구상하는 제도이며, 손해배상의무자를 위해 국가가 대신 채무를 부담해 주는 제도는 아니다”라고 강조하고, “대불금에 대한 회수율을 높이기 위해 「응급의료에 관한 법률」과 같이 대불 청구 전후에 손해배상의무자의 재산 현황을 파악할 수 있도록 하고 대불금 회수를 국제 채납처분의 예에 따라 징수하는 등의 제도 정비가 필요하다”라고 주장하였다.

한편, 의료기관 개설자나 의료인이 의료중재원의 대불금 구상을 피하기 위해 일부러 폐업한 후 다시 개설하는 등의 비도덕적인 일이 반복되고 있고, 손해배상금이 큰 의료분쟁의 경우 그만큼 대불금 지급 부담이 커지기 때문에 대불제도의 재정 악화뿐만 아니라 대불제도 이용자 간의 형평성에도 문제가 발생하게 된다. 이에 따라 윤호중 의원은 의료중재원의 손해배상금 대불금 구상에 따르지 않고 폐업한 보건의료기관 개설자 또는 보건의료인이 손해배상금 대불금을 완납하지 않으면 보건의료기관을 개설할 수 없도록 하고, 대불금의 상한액을 대통령령으로 정하도록 하는 개정안을 발의하였다(2019. 4. 18).

손해배상금 대불제도 도입 단계부터 의료종사자와의 입장 간극이 존재하고 있다. 의료종사자들은 의료분쟁조정법상 대불제도는 개인책임의 원칙에 반하는 등 위헌성을 내포하고 있다고 주장¹⁴⁸⁾하면서, 이에 대해 헌법 소원 및 행정소송을 제기해왔다 (〈표 IV-3〉 참조). 더욱이 무과실 의료사고 보상에 대불금 지급까지 강제하는 것은 의료사고 피해자 권익보호라는 미명 아래 의료기관 혹은 의료인에게 막중한 책임을 부여하는 것으로 안정적 진료환경을 저해하는 과도한 규제라고 주장하고 있다.

〈표 IV-3〉 손해배상금 대불제도 관련 소송 현황

번호	사건구분(사건번호)	접수일자	신청취지 등	결과
1	행정소송 (2012구합17513)	2012. 5. 31 (서울행정법원)	손해배상금 대불시행 및 운영방안 공고처분 취소	원고패소 (‘14. 7. 3)
2	행정소송 (2012구합20304)	2012. 6. 26 (서울행정법원)	손해배상금 대불시행 및 운영방안 공고처분 취소	원고패소 (‘14. 6. 27)
3	위헌법률심판 (2013헌가4) ※12구합20304 관련	2013. 1. 21 (헌법재판소)	심판대상조항: 의료분쟁조정법 제47조제2항 후단 위헌여부 심판제청(손해배상금 대불)	합헌결정 (재판관 전원일치의견) (‘14. 4. 24)
4	행정소송 (2018구합3271)	2018. 4. 18	손해배상금 대불비용 부담액 부과징수 공고처분 취소	원고패소 (‘18. 11. 8)
5	행정소송 (2018구합62287)	2018. 4. 20	심판대상조항: 의료분쟁조정법 제47조제2항, 제4항 위헌여부 심판제청(손해배상금 대불)	원고패소 (‘18. 10. 26)
6	위헌소원 (2018헌바504) ※2018구합3271 관련	2018. 12. 13 (헌법재판소)	손해배상금 대불비용 부담액 부과징수 공고처분 취소	진행 중
7	행정소송 (2018누77304) ※2018구합3271 관련	2018. 12. 19	손해배상금 대불비용 부담액 부과징수 공고처분 취소	진행 중

148) 의료계의 반대 의견은 첫째, 의료인의 안정적 진료환경 조성은 도외시된 채 피해자의 신속한 구제에만 편향된 제도라는 점, 둘째, 환자는 대불제도의 이익을 향유함에도 재원 확보 대상에서 배제되어 평등원칙에 위배된다는 점, 셋째, 의료기관 개설자라는 이유만으로 귀책사유를 불문하고 강제 납부하게 함으로써 자기책임원리에 위배된다는 점임

다. 분쟁 해결 방법 및 절차

의료분쟁은 피해자와 의료기관 간에 원만한 타협이 이루어지지 않거나, 또는 의료기관이 손해배상을 회피하는 데서 비롯되고 있어, 의료기관은 여전히 분쟁 해결에 소극적이라는 평가다. 윤소하 의원은 2018년 국정감사에서 연간 5회 이상 의료분쟁의 조정이나 중재를 신청받은 병원이 2015년 49개에서 2017년 82개로 1.7배 증가하였으나, 의료중재원 조정과정에 연 3회 이상 불참한 의료기관 또한 2015년 57개에서 2017년 72개로 1.3배 증가하고 있음을 지적하였다. 하지만 의료기관이 의료중재원의 중재에 응하지 않더라도 중과실 의료사고(사망, 1개월 이상 의식불명 등) 이외에는 제재를 받지 않기 때문에, 이러한 경우에 피해자는 결국 법원의 소송에 의지할 수 밖에 없다.

한편, 현재 건강보험의 의료행위수가 책정 시 반영하는 위험수가(위험도 상대가치점수)를 확대하여 이를 피해보상금액을 포함한 의료분쟁 해결비용의 재원으로 활용하는 방안이 제기되었다. 현행 건강보험수가는 2001년 도입된 상대가치점수제¹⁴⁹⁾를 근간으로 결정되고 있는데, 여기에는 의료사고 빈도나 관련 비용을 통해 진료과별 위험도를 추정하고 행위별로 결정되는 위험도를 고려한 ‘행위별 위험도 상대가치’가 포함되어 있다. 현재 전체 비용에서 위험도상대가치점수는 약 1.5% 정도로, 진료분야별 난이도 및 위험도에 따라 추가 가산을 적용하고 있다.¹⁵⁰⁾

라. 환자의 알 권리 및 의료사고 예방

국내에서 의료인의 의료사고 정보 및 징계 이력 공개에 대한 논의는 2016년 환자안전법¹⁵¹⁾ 도입 이후 꾸준히 제기되어 왔다. 2016년 10월 보건복지위원회 건강보험평가심사

149) RBRVS: Resource Based Relative Value Scale

150) ① 건강보험수가 = 상대가치점수 × 점수당 단가(환산지수)

② 상대가치점수 = 업무량(의료서비스) + 진료비용(임상인력, 의료장비, 치료재료) + 위험도 (의료분쟁해결비용)

③ 신생아의 마취로 및 한방 침술에 대해 기본수가의 60% 가산, 고령(만 35세 이상) 산모의 자연분만에 대해 기본수가의 50% 가산 등

151) 환자안전사고에 대한 의료인 등의 자율적인 보고를 분석하여 의료기관 전체를 학습시키

원 국정감사에서 송석준 의원은 의료인의 사고경력을 조회할 수 있는 시스템이 없다고 지적하였다. 대한변호사협회의 경우 징계정보공개시스템을 통해 변호사들의 징계정보를 공개하고 있으나, 의료인의 경우 소비자가 과거의 사고경력에 대한 정보를 알 수 있는 방법이 없다는 것이다. 송석준 의원은 환자들의 진료 선택권과 알 권리를 보장하고 의료서비스의 질을 높이기 위하여 의료진의 징계정보공개시스템 도입 필요성을 주장하였다. 또한, 건강보험심사평가원이 의료의 질을 평가하고 운영하는 기관으로 진료내역과 의료공급자 정보 등 평가에 필요한 자료를 수집하는 만큼, 의료인의 징계정보를 수집하고 관리하고 공개하는 데 책임자일 것으로 판단하였다. 2017년 10월 국정감사에서도 동일한 문제가 제기되었으나 관계당사자들의 반발로 제대로 추진되지 못하였다.

이후 2018년 7월 9일 개최된 소비자 정책위원회에서 의료진 징계정보 공개 이슈가 다시 수면 위로 떠올랐다. 소비자 정책위원회에서는 의료인 징계정보가 공개되지 않아 소비자의 알 권리와 선택권을 충분히 보장하지 못하고 소비자 피해 예방 또한 충분하지 못하다는 점을 지적하면서 자율규제를 활성화하고 의료법 개정을 통해 성범죄 등 중대한 법 위반 사실에 대한 정보공개를 추진할 것을 권고하였다. 대한의사협회는 정책위원회가 권고한 징계정보 공개는 개인정보 침해, 다른 직업군과의 형평성 위반, 이중처벌이라며 강력하게 반발하였다. 2018년 10월 국회 보건복지위원회 보건복지부 국정감사에서 남인순 의원과 최도자 의원은 의료인의 의료행위 관련 범죄경력을 공개할 것을 촉구하였다. 이와 더불어 한국환자단체연합회는 2019년 3월 ‘진료실과 수술실의 안전한 치료환경을 위한 환자단체 공동 기자간담회’를 개최하고 무자격자 대리수술에 관여한 의료인의 면허 취소 및 행정처분 정보를 공개할 것을 요구하였다. 2020년 1월에 ‘환자안전법 개정안’¹⁵²⁾이 국회 본회의를 통과함으로써, 그동안 병원에 자율적으로 맡겨졌던 환자안전사고 보고가 앞으로는 의료기관의 장이 사전에 설명하고 동의를 받은 내용과 다른 내용의 수술, 수혈, 전신마취로 환자가 사망하는 등 중대한 환

는 보고학습시스템 구축을 핵심으로 하는 환자안전법이 2016년 7월 29일 시행됨(보건복지부(2016. 7. 28)

152) 2019년 3월 28일 보건복지위원회는 더불어민주당 김상희·남인순 의원, 자유한국당 박인숙·김승희 의원, 민주평화당 김광수 의원이 각각 대표 발의한 5건의 법률안을 반영해 ‘환자안전법 개정안(대안)’을 의결함

자안전사고가 발생한 경우 의무적으로 보고해야만 한다.¹⁵³⁾ 법안은 의무적인 보고가 필요한 중대한 환자안전사고에 대해 ① '의료법'에 따라 설명하고 동의를 받은 내용과 다른 내용의 수술, 수혈, 전신마취로 환자가 사망하거나 심각한 신체적·정신적 손상을 입은 환자안전사고 등이 발생한 경우, ② 진료기록과 다른 의약품이 투여되거나 용량 또는 경로가 진료기록과 다르게 투여돼 환자가 사망하거나 심각한 신체적·정신적 손상을 입은 환자안전사고가 발생한 경우, ③ 다른 환자나 부위의 수술로 환자안전사고가 발생한 경우, ④ 의료기관 내에서 신체적 폭력으로 인해 환자가 사망하거나 심각한 손상을 입은 경우 등으로 규정하고 있다.

3. 해외 사례

의료배상책임의 보상체계는 국가별 보건의료시스템의 보장 및 재원 구조에 따라 밀접한 영향을 받는데, 일반적으로 의료기관이 국가로부터 조달받는 의료재원 비중이 높을수록 의료기관의 의료배상책임보험에 대한 의존도는 낮은 경향이 있다. 즉 의료시스템이 공공부분 중심인 국가¹⁵⁴⁾의 경우 의료배상책임은 주로 정부 또는 정부가 운영하는 전용기금을 통해 배상되는 반면에, 민영의료시스템 국가¹⁵⁵⁾에서는 의료배상책임에서 민영보험시장이 보다 중요한 역할을 수행하고 있다. 또한, 의료배상책임 운영 사례는 의료배상책임의 법체계, 보상제도(보험, 공제, 기금 등), 의료배상책임 보험시장의 공급자 특성 등에 따라 구분된다.

본 절에서는 우리나라와 마찬가지로 의료배상책임 보상체계로 과실기준(Fault Based)을 적용하는 국가 중에서 의료배상책임 보험제도의 의무 적용 여부 및 운영 현황을 고려하여 독일, 일본, 미국, 영국을 살펴보고자 한다. 독일과 일본은 민영 재원 중

153) 보건복지부령으로 정하는 일정 규모 이상의 병원급 의료기관에 대해 중대한 환자안전사고가 발생한 경우 그 의료기관의 장이 보건복지부장관에게 그 사실을 지체 없이 보고하도록 의무화함(개정 환자안전법(2021. 1. 30. 시행 예정) 제14조 제2항)

154) 영국, 호주, 뉴질랜드, 스페인 등

155) 독일, 일본, 미국 등

심의 보건의료체계이면서 전 국민 건강보험제도(National Health Insurance, 이하 'NHI'라 함)를 운영하고 있어, 4개 국가 중에서 우리나라와 가장 유사한 보건의료시스템을 운영하고 있다. 한편, 미국은 민영 재원 중심의 보건의료체계하에서 민영건강보험(Private Health Insurance, 이하 'PHI'라 함)이 공보험의 대체형으로 운영되고 있고, 영국의 보건의료체계는 의료의 대부분을 국가가 전적으로 책임을 지는 국가보건의료서비스(National Health Service, 이하 "NHS")¹⁵⁶⁾ 형태로 운영되고 있다.

한편, 영국과 미국 일부 주의 경우 의료배상책임 보험제도를 법령에 기반하여 의무 적용하고 있으며, 독일과 일본은 의사단체의 규정으로 운영하거나 회원 가입 시 자동적으로 보험에 가입하도록 하고 있다.

따라서 이들 국가들의 의료배상책임 운영 사례를 ① 보험 의무 가입, ② 피해보상기금, ③ 의사공제조합의 역할, ④ 정보 공유 등 4개 부분으로 나눠 살펴보고자 한다. 참고로 우리나라의 손해배상금 대불제도는 세계 최초로 2012년에 입법화¹⁵⁷⁾된 만큼, 이와 관련하여 국가들의 운영 사례는 파악할 수 없었다. 다만, 유사한 사례로는 주요국에서 운영되고 있는 피해보상기금을 참고하였다.

156) NHS는 1946년 국가보건의료서비스법(National Health Service Act 1946)에 따라 보건의료서비스를 국가 예산을 통해 전 국민에게 무료로 제공하는 것을 원칙으로 1948년에 발족됨. NHS에 따라 영국에서는 질병예방, 재활 등을 포함한 의료서비스 대부분이 공공부문에 의해서 공급됨

157) 김영국(2014)

〈표 IV-4〉 과실기준 적용 국가의 의료배상책임보험(공제) 운영 사례

국가	보건의료시스템	의료배상책임보험(공제)	
		의무가입 여부	주 운영 주체
독일	민영재원 중심 (NHI)	△ ¹⁾	민영보험회사
일본	민영재원 중심 (NHI)	△ ²⁾	일본의사회(JMA)
미국	민영재원 중심 (PHI)	○ ³⁾	비영리 상호조직 (의료공급자소유보험회사)
영국	공공재원 중심 (NHS)	○ ⁴⁾	국가보건서비스소송국(NHSLA), 의사방어조직(MDO)
한국	민영재원 중심 (NHI)	×	대한의사공제, 민영보험회사

주 : 1) 연방의사법 및 의사협회가 채택한 연방의사직무규정에 근거하여 의사에 대한 배상책임보험 가입을 의무화 함

2) 일본의사회의 회원으로 가입한 의사의 경우 의사회가 제공하는 배상책임보험에 자동 가입됨

3) 일부 주(뉴욕, 펜실베이니아, 인디애나, 루이지애나, 네브래스카, 뉴멕시코, 와이오밍 등)에서 의사 및 의료기관의 배상책임보험 가입을 주 법령으로 규정함

4) NHS 소속 의료종사자 및 의료기관의 경우 NHS가 의료배상책임을 부담함

가. 보험 의무 가입

1) 독일

독일은 2013년 환자권리법 개정안 마련 시 독일 연방의사법(BÄO §6 (1) 5)에서 의사의 배상책임보험 가입을 의무화하는 규정을 도입하였다. 독일은 연방법 이외 16개 주별로 의사법이 별도로 제정되어 있는데, 주별 의료법상에 포함된 규정 내용은 조금씩 다르지만, 공통적으로 의료배상책임보험 가입 의무 내용을 포함하고 있다. 또한, 독일 의사협회(German Medical Association)에서 채택한 연방의사직무규정¹⁵⁸⁾에 의해 의사의 배상책임보험 가입이 의무화되어 있다.¹⁵⁹⁾ 다만, 독일에서 의료배상책임보험 의

158) MBO-Ä 1997(Professional Code for Physicians in Germany) §.21(Liability Insurance)

159) “의사는 본인의 의료행위 과정에서 발생하는 손해배상청구에 대비하여 스스로 충분히 보험에 가입할 의무가 있다(Physicians are obliged to sufficiently insure themselves

무가입 대상은 의원급으로 한정하고 있으며, 병원은 선택적으로 가입하도록 하고 있다. 이는 병원의 경우 의료사고 시에 대비하여 내부적으로 재원 마련 등 자체적인 배상자력이 있다고 보기 때문인 것으로 판단된다. 또한, 병원 소속 의사의 경우 병원이 일괄적으로 의료배상책임보험을 가입해 주고, 의사한테 보험가입증서를 교부해 줌으로써 의사가 의사협회에게 의료배상책임보험에 가입되어 있음을 입증할 수 있게 하고 있다.

2) 미국

미국의 경우 일부 주¹⁶⁰⁾에서 의료배상보험 가입을 법령으로 의무화하고 있다. 적용 주별로 의료기관이 정부지원 사업을 수주하기 위해서는 담당 의료인으로 하여금 의료배상책임보험(Minimum Level)을 가입하도록 규정하는 등 주 법령상의 의무 가입 내용이 상이하다. 미국은 의료배상금액 규모 자체가 매우 크기 때문에 의료사고 한 번으로 병원이 파산할 가능성도 적지 않아, 의무화되어 있지 않은 주에서도 많은 병원들이 의료배상보험에 가입하고 있는 것으로 파악되고 있다.

3) 영국

영국은 보건의료체계를 국가 책임하에 두는 NHS 체계로, NHS 소속 의료기관 및 의료종사자의 의료사고에 따른 배상책임 또한 NHS에서 전적으로 책임을 진다. 영국 정부는 NHS에 대한 의료과오 소송 및 보상을 위해 1995년 NHS 산하 특별 보건 위원회 형태로 NHS 소송국(NHS Litigation Authority: 이하 'NHS LA'라 함)¹⁶¹⁾을 설립하여 운영하고 있다. NHS LA는 NHS 산하 의료기관의 의료과오에 의해 발생하는 비용을 최소화하고, 환자의 의료과오에 대한 명확한 근거없는 배상청구 난발에 적극 대처함으로써

against liability claims arising in the context of their professional activity)"

160) 뉴욕, 펜실베이니아, 인디애나, 루이지애나, 네브라스카, 뉴멕시코, 와이오밍 등

161) NHS LA의 주요 업무는 NHS와 환자 사이의 배상청구 관리(Managing Claims) 및 분쟁 해결(Resolving Disputes), 위험관리 및 배상청구감소를 위한 NHS 보조업무(Helping the NHS to Manage Risk and Reduce Claims), 전문 자문(Professional Advice) 등임

써 NHS 재원을 보호하는 데에 주된 목적이 있다.¹⁶²⁾ NHS의 의료배상청구권 중 90% 이상을 소송 외에서 해결¹⁶³⁾하고 있으며, 2013년 4월부터 NHS 산하 의료기관에게 직접 배상금을 지급하고 있다.

4) 일본

일본 의료배상책임보험 시장은 일본 의사회(Japan Medical Association: 이하 'JMA'라 함)가 주도적으로 보험을 공급하고 있다. JMA 회원은 보험 가입 여부 및 회원 대상에 따라, A1(병원 및 개원의), A2(JMA 의료배상책임보험에 가입한 봉직의), B(JMA 의료배상책임보험에 가입하지 않은 봉직의), C(무급 근무 의사) 등으로 구분된다. JMA는 A 회원을 대상(피보험자)으로 통상 4~5개의 손해보험회사와 직접 단체계약 체결을 통해 의료배상책임보험을 제공하고 있다. JMA는 보험회사와 계약 체결 시 배상책임보험 보통약관 이외에 JMA 의료배상책임 분쟁처리규정 및 배상책임 심사회 규약을 계약 내용에 포함시키고 있다. JMA 의료배상책임보험은 손해배상액이 100만 엔을 초과하는 경우에만 보험사고로 인정하고 있기 때문에, JMA 의료배상책임보험에 가입한 의사 중에서, 그리고 JMA 의료배상책임보험을 가입하지 않은 의사의 경우 도도부현 의사회나 각종 학회가 체결하는 단체보험에 가입하거나 개별적으로 손해보험회사의 의료배상보험에 가입하고 있다.

나. 피해보상 기금 운영

1) 영국

영국은 NHS에 의한 의료손해배상 청구에 대해 소송 전 화해를 통한 피해구제를 도모하는 목적으로 1995년부터 의료과오기금(Clinical Negligence Scheme for Trusts,

162) NHSLA 업무는 「National Health Service Act 2006」 제4장 제28조~제29조에 규정되어 있음

163) NHSLA(<http://www.nhs.uk/Claims/Pages/Handling.aspx>)

이하 'CNST'라 함)을 운영하고 있다. 영국의 의료과실 소송은 일반 민사소송 절차에 의해 이루어지고 있는데, 입증 책임을 환자에게 부과하여 소송이 장기화되는 등의 어려움이 지적되어 옴에 따라, CNST가 NHS에 대한 의료배상청구권의 화해를 통한 배상을 지원하기 위해 도입되었다. CNST는 NHSLA에 의해 관리되고, NHS 회원 의료기관의 자발적인 참여로 이루어진다. 또한, 참여 의료기관의 매년 공제회비 납부를 통해 운영되고, 민간의료기관은 원칙적으로 참여할 수 없으나 NHS와 협약에 의해 NHS 환자를 치료한 경우에는 참여가 가능하다.

2) 미국

미국의 경우 1970년대부터 환자보상기금(Patient Compensation Fund, 이하 'PCF'라 함)을 도입하고 주 정부에 따라 의료종사자에게 강제 또는 임의 가입하도록 하고 있다. PCF는 의료종사자의 손해배상금액이 의료배상책임보험의 보험가입금액 혹은 자가보험을 초과할 경우 그 초과분을 주 정부가 PCF를 통해 부담해 주는 제도로, 민간 재보험 기능이 완벽하지 않은 현실을 반영한 제도로 평가된다.

다. 의사공제조합의 역할

1) 일본

일본의 경우 1970년 이전까지 의료사고에 대한 손해배상금 및 보험료 급증, 이에 따른 보험회사와 JMA와의 마찰 등이 사회 문제로 확대되자, 1973년 JMA 주도로 의료배상책임보험제도가 시행되었다. JMA는 사단법인으로 일본 전국의 도도부현 의사회의 회원으로 조직되어 운영되고 있는데, 일본 전체 의사 중 60%(2011년 기준) 정도가 JMA 회원으로 가입되어 있다. JMA를 통한 의료배상책임보험은 단체보험, 의사회 회비¹⁶⁴⁾로 보험료납부, JMA의 모집(브로커 역할) 및 손해사정, 보험회사의 보험금 지급

164) 동일 등급 내 회원은 지역과 진료계열을 불문하고 동일한 회비와 보험료를 납부함

으로 설명된다. JMA는 보험회사와 계약¹⁶⁵⁾을 통해 회원들 대상으로 의료배상책임보험¹⁶⁶⁾을 제공하고, 환자와 의사 간 분쟁을 해결해 주는 등 역할을 확대해 왔으며, 의료과실유무를 제3자적 입장에서 공정하게 판정하기 위해 보험회사와 합동으로 '조사위원회' 및 '배상책임위원회'를 두어 의료사고 조사 및 배상금 산정을 담당하고 있다.¹⁶⁷⁾

2) 영국

영국은 NHS 산하 공적 의료영역의 의료분쟁의 경우 정부(NHSLA)가 관할하며, 사적 의료영역의 경우 의사공제조합에서 맡는 등 공·사 의료영역에 따라 정부와 의사공제조합의 역할이 나뉘져 있다. 영국의 의사단체인 의사방어조직(Medical Defence Organisation, 이하 'MDO'라 함)¹⁶⁸⁾은 NHS 체계에 속하지 않는 의료행위와 관련한 의료배상책임에 대해서 보험회사와 서로 보완 혹은 경쟁적으로 보험(공제)을 판매하고 있으며, 회원 대상으로 보험을 판매하면서도 자체적으로 소송 이외에 의료분쟁을 해결하기 위해 주도적으로 노력하고 있다.

MDO 중 대표적인 의사방어연합(Medical Defence Union, 이하 'MDU'라 함)¹⁶⁹⁾의 경우 MDU 규정(Memorandum and Articles of Association)하에 회원들에 대한 혜택은 모두 자유재량으로 두고 있으며, 매년 의사수입의 평균 1~2% 정도의 가입비로 재원을 충당하고 있다. 피해자(환자) 기준으로 배상금을 지급하며, 보험증권 범위를 벗어나는

165) 계약을 체결한 보험회사들이 공동으로 운영하는 형태임

166) 보상한도는 의료사고 1건당 1억 엔(공제금액 100만 엔), 연간 총 보상한도는 3억 엔 정도임

167) 환자(피해자)로부터 손해배상청구를 받은 의사는 해당 지역 의사회에 사고처리를 위임함. 해당 지역 의사회는 손해배상청구액이 100만 엔을 초과하거나 초과할 것으로 예상되는 경우 JMA에 보고해야 하며, JMA는 보험회사와 협력하여 조사위원회와 배상책임위원회를 통해 손해배상청구 심사를 실시함. JMA는 심사결과를 토대로 피해자와 화해 등 손해배상금액에 대해 절충을 하고, 합의가 성립되면 보험회사는 조사위원회를 통해 손해배상금액을 확정하고, 배상금액에서 100만 엔을 제외한 보험금을 지급함

168) 대표적인 MDO로는 의사방어연합(Medical Defence Union, MDU), 의사보호협회(Medical Protection Society, MPS), 의사보호공제(Premium Medical Protection, PMP), 스코틀랜드 의사·치과 의사 방어연합(Medical and Dental Defence Union of Scotland, MDDUS) 등이 있음

169) 의사, 치과 의사, 보건 의료 전문가 등 회원에 의해 소유된 비영리 상호공제회사로, MDO 중 최초로 1885년에 설립됨

청구권이나 기타 의료·법적 문제를 위해 MDU 내에 기금을 적립·운영하고 있다. 또한, 의사와 환자 사이에 발생하는 분쟁을 상담하여 해결하며, 법의학영역에서 훈련된 의사들이 고용되어 있다. MDU 회원(의사)은 진료의무기록을 공개한 후 의료분쟁에 대한 상담을 받게 되며, MDU는 회원이 제출한 자료를 토대로 관련 전문가들에게 청구 권을 통지하고 해결방안을 검토하고 있는데, 통상 3개월 정도 소요되는 것으로 알려져 있다. 또한, MDU 회원이 의료법적 문제에 직면하게 된 경우, 의료법 관련 조언 및 지원을 한다.

3) 독일

독일의 경우 의료배상책임보험 시장의 운영은 보험회사가 담당하고, 의사단체인 연방주 의사협회는 보험 중개 기능, 의료분쟁 감정 및 조정, 의료사고 예방·상담·자문 등에 주력하는 등 서로 역할이 나뉘져 있다.

라. 정보 공유

1) 독일

독일은 의료기관 내에 중대사고보고시스템(Critical Incident Reporting System, 이하 'CIRS'라 함)을 2014년부터 도입 및 운영하고 있다. 의사, 간호사, 구급대원 등 보고 책임자는 의료과오 중 중대사건을 온라인 양식에 따라 익명으로 보고하도록 하고 있다. 주요 보고 내용으로는 환자의 불만이나 민원, 동료 평가, 의료사고 손해내역 등이며, 배상손해의 귀속이나 제재 등을 우려하여 보고를 하지 않는 경우에 대비하여 보고 책임자에게 자율성, 익명성, 과실보고에 대해 제재가 없음 등을 보장하고 있다.

또한, 독일은 2006년부터 의료과오보고시스템(Medical Error Reporting System, 이하 'MERS'라 함)을 운영하고 있다. 독일 주별 의사협회에서 수집된 의료과오 관련 통계 및 개별 의료중재원 및 의료감정위원회에서 작성된 자료는 MERS를 통해 통일된 기준으로 전자 수집되어 연방통계로 통합되고 있다. MERS를 통해 집계되는 정보로는 환자 정보(나이, 성별 등), 의사 정보(전문 과목, 의료기관 위치 등), 치료 정보(질병코드,

진단코드, 시행된 진료 조치), 의료과오(감정에서 확정된 진료과실, 발생한 손해 정도·범위, 인과관계 등) 등이다.

독일은 2013년 환자권리법(Patient Right Law, 이하 'PatRG'라 함) 시행¹⁷⁰⁾을 통해 계약 당사자인 의사·의료기관과 환자 간의 구체적인 권리와 의무가 민법(BGB) 내에 규범화된 계약(BGB §630a~630h)으로 정착되고, 의료인의 정보제공의무(BGB §630c)가 도입되었다. 의료종사자의 정보제공의무로서 계약상의 주된 의무(진료의 한 부분으로 안전설명 혹은 치료 설명)와 부수적 의무(공개의무¹⁷¹⁾) 및 진료비용 설명의무를 규정화 하였다. 또한, 의료기관의 위험관리 및 의료과오보고시스템(MERS)에 대한 최소한의 기준을 설정하고, 독일의 건강보험공단에게 환자가 의료과오에 대한 손해배상 청구권을 제기할 경우, 이전의 '지원할 수 있다'를 '지원해야 한다'로 개정하여 지원의무를 강화하였다.

2) 미국

미국 국립의사데이터뱅크(National Practitioner Data Bank, 이하 'NPDB'라 함)는 보건사회복지부(US Department of Health and Human Services, 이하 'HHS'라 함)에 의해 운영되는 모든 미국 내 면허소지 의사들에 대한 전자데이터베이스로 의사 면허 갱신 제도와 연계하여 운영되고 있다. ¹⁷²⁾ NPDB는 보건의료의 질 향상, 환자 보호, 의

170) 의료종사자의 책임감 강화를 목적으로 2003년 환자헌장(Patientencharta)을 마련하였으나 그 효과가 미미하다는 평가가 계속되자, 선언적인 수준이 아닌 입법적인 차원에서 환자의 권리를 입법화하여야 한다는 문제가 제기됨. 독일 정부는 의료계약의 입법화 및 환자 안전 강화를 위해 2013년 PatRG을 제정함. 주요 제정 목적은 ① 민법에서 의료계약과 의료배상책임에 대한 입법화, ② 과실회피문화 촉진, ③ 의료과오 시 환자 소송권리 강화, ④ 의료기관에 대한 권리 강화, ⑤ 환자 참여 및 정보의 강화 등임

171) §630c (2) 담당 의사는 치료 시작 시 또는 필요한 경우 치료와 관련된 모든 상황, 특히 진단, 건강상태에 대한 예상되는 변화, 치료과정 처리 등에 대해 환자가 이해 가능하도록 설명 할 의무가 있음. 의료 환경이 의료 과오의 인정을 정당화하는 경우, 의료인은 환자 요청 시 이를 알려줘야 하거나 건강 위험을 피할 수 있어야 함. 형사 소송법(Criminal Procedure Code) §52 (1)에 언급된 의료인 또는 관련인이 의료과오(Treatment Error)를 한 경우, (2)에 의한 정보는 의료인의 동의 없이 의료인 또는 관련인에 대한 형사 소송 또는 벌금부과의 증거로 사용할 수 있음

172) 구축 초기에는 의사단체 등의 반대가 있었으나, 환자의 알 권리 및 환자 안전을 증진시

료 사기 및 남용 방지 등을 목적으로 보건의료데이터를 관리하고 실시간으로 정보가 업데이트되고 있다.¹⁷³⁾ 특히 의사의 이력과 범죄 내용, 의료관련 사고 내역 등을 주범에 기초하여 공개하고, 특히 범죄 정보 및 의료사고 정보는 소멸되지 않는다. NPDB에 등록된 기관만이 데이터베이스에 접근할 수 있으며, 참여기관은 반드시 의료과실과 위반행위에 대한 정보를 제출한 후 면허 발급, 인력 채용, 의사결정 시 NPDB 자료 활용 등이 가능하다.¹⁷⁴⁾

한편, 미국 의회는 2005년 7월 환자 안전 법안(Patient Safety and Quality Improvement Act)을 통과시키고, HHS 장관에게 의료과오의 보고 및 분석에 대한 네트워크 안전 데이터베이스를 구축하고 관리하는 권한을 부여하였다. 또한, 의료기관은 자발적으로 과오 보고를 하되, 정보에 대한 보안은 유지되고 의료과오 사례로 사용될 수 없도록 함으로써, 보건의료 공급자가 제공된 정보가 소송 목적으로 사용될 수 있다는 우려 없이 환자 안전 기관에 의료과오를 보고할 수 있도록 하고 있다.

키는 것이 중요하다는 사회 여론을 수렴하여 운영하게 됨

173) 미국은 주법에 의해 주 의료위원회(Medical Boards)가 의료종사자 정보를 HHS에 매주마다 송부하도록 함. 또한, 정기적(2년)으로 이루어지는 의료종사자 면허갱신제도(Retaining Program)를 통해 다음과 같은 정보가 수집됨: ① 의료과오에 대한 손해배상지급액, ② 불법 면허 조치 및 면허 소실, ③ 불법 임상특권 조치, ④ 주 면허기관·인증기관에 의해 적발된 불법 조치, ⑤ 의료행위 관련한 민사 판결 및 유죄 판결 등

174) 한국보건사회연구원(2018)

V. 제안

1. 의료배상책임보험 가입 강제화 방안

의료배상책임보험은 장래 불확실한 거액의 비용지출(손해배상금)을 현재 확정적인 비용(보험료)의 납부로 대체함으로써 피해자에 대한 보상을 원활히 하는 동시에 의료인의 과대한 경제적 부담을 완화시켜주는 기능을 수행하게 된다. 더욱이 의료종사자가 고의적으로 환자를 해하지 않는다는 상식선에서 생각해 볼 때, 의료사고 피해자의 피해구제제도는 의료종사자를 보호하는 장치로서의 역할도 수행할 수 있도록 실효성을 마련해야 한다는 점에서는 사회적 합의가 형성되어 있다고 볼 수 있다. 국내 타 전문직업 배상책임의 의무보험제도와 주요국의 의료배상책임보험제도 사례를 참조해 볼 때, 의료종사자가 경제적 사정과 관계없이 배상자력을 확보함으로써 안정적으로 의료행위를 할 수 있도록 의료배상책임보험(공제)을 법령으로 의무화하거나 시스템적으로 강제화할 필요성은 충분히 인정된다.

다만, 제도 도입을 검토할 경우 처음부터 의무가입 대상을 모든 의료종사자 및 의료기관으로 확대 적용하는 것은 제도 정착 등에 있어 무리한 면이 있으므로 단계적 및 차등적 적용을 검토할 필요가 있다. 독일 사례를 참고하여 상대적으로 피해구제 자력이 미흡한 의원급은 의료배상책임보험을 의무적으로 가입하도록 하고, 종합병원 이상의 의료기관에 대해서는 선택적으로 가입하도록 한다면, 의료기관의 경제적 여력에 따라 보험(공제)을 효율적으로 활용함으로써 의료배상책임보험제도의 사회적 효익이 증진될 것으로 예상된다.

또한, 의료기관 내 진료과목에 따라 의료사고에 노출되는 정도나 배상책임액 간에 편차가 크다는 현실을 감안하여, 산부인과, 정형외과 등 의료사고 발생이 잦은 진료과

목을 우선적으로 의무화하거나, 의료사고 발생 편차를 고려하여 의무 가입해야 하는 최소배상책임금액을 차별적으로 정할 필요도 있다.

한편, 보험회사는 의료종사자의 경제적 여력에 상당한 편차가 있다는 점, 그리고 의료배상책임 보험료가 상당히 비싸기 때문에 가입 여력을 확대하는 방안을 검토할 필요가 있다. 예를 들어, 보험회사는 의료종사자의 배상자력에 비례하여 자기부담금을 설정하거나, 보험료 납입 여력을 고려하여 배상책임금액을 설정할 수 있도록 보험가입을 제시할 필요가 있다.

가. 책임-임의보험 이원화 방안

의료사고 발생 시 손해배상을 보장하는 제도를 확립하여 피해자를 보호하고 의료인의 합리적인 진료행위를 보호할 필요가 있으므로, 의료사고에 대해서도 자동차손해배상보장법과 유사한 구조의 법률 제정을 검토할 필요가 있다. 이에 대한 대안으로 건강보험수가에 포함된 의료사고 대비 비용인 위험수가를 정상화하고, 이를 재원으로 건강보험공단 등에서 기초 의료배상책임보험을 제공하고 보험회사가 운영하는 방안도 현실을 감안하여 검토해 볼 필요가 있다. 의료인은 건강보험공단이 제공하는 기초 의료배상책임보험에 자동 가입되며, 이를 초과하는 보장에 대해서는 자율적으로 종합배상책임보험에 가입하도록 하는 방안도 고려해 볼 수 있다. 이는 영국에서 NHS 산하 배상책임이 발생할 경우 NHS가 배상책임을 부담하고, NHS에서 벗어나는 의료행위에 따른 배상책임에 대해서는 의료인이 자발적으로 공제나 보험 가입을 통해 대처하도록 하는 사례에서 그 유사점을 찾아볼 수 있다. 다만, 위험수가의 재원 활용에 대해서는 현재 의료계에서는 위험수가를 의료서비스 제공에 대한 대가의 일부로 인식하고 있고, 위험수가의 인상은 전체 의료수가 인상으로 이어진다는 점, 또한 위험수가는 급여 의료행위에만 적용되기 때문에 비급여 의료행위에 대해서는 재원을 공제할 방법이 없다는 점 등을 고려하여 세심한 대책 마련이 필요해 보인다.

나. 의료종사자 보호 강화 방안

의료종사자 및 의료기관의 의료배상책임 의무보험 제도를 도입하면서, 이에 대한 반대급부로서 의료계에 일정 범위(최소배상책임금액)를 초과하지 않는 형사책임 면제 가능성을 함께 검토해 볼 필요가 있다. 의료계 입장에서는 실질적인 배상이 가능한 재원을 미리 확보함과 동시에 형사처벌의 특례가 인정됨으로써 안정적인 진료와 함께 의학발전을 위한 새로운 진료를 시도할 수 있을 것이다. 또한, 보험제도와 분쟁제도를 연계하는 차원에서 의료종사자가 의료배상책임보험에 의무적으로 가입한 경우 한국 의료분쟁조정중재원의 중재절차에 따라 1회적으로 분쟁을 해결하는 방안도 함께 검토할 필요가 있다.¹⁷⁵⁾

2. 손해배상금 대불제도와 의료배상책임보험 연계 방안

의료배상책임보험 가입을 강제화할 경우 손해배상금 대불제도의 필요성과 중복성 논의가 불가피할 것으로 보인다. 하지만 손해배상금 대불제도는 중재원이 피해자(환자)의 미지급금을 우선 지급해 주고 추후 배상 의무자(의료인)에게 구상을 통해 환수하는 제도인 만큼, 의료종사자의 피해구제 자력을 확보해 주는 제도가 아니므로 의료배상책임보험의 대체재가 아님을 분명히 인식할 필요가 있다. 더욱이, 경제적 사정이 열악한 의료인일수록 의료사고 발생 시 피해자의 대불제도 이용 가능성은 높으나, 의료인에 대한 대불금 회수율(구상률)은 낮아 보험가입의 확대가 되지 않는다면, 대불제도의 효율적인 운영이 어려울 수 있다. 한편, 보험금 지급을 위한 의료인의 과실 입증 과정이 쉽지 않고, 불가항력적 상황이나 비고의적 과실 등 보상이 필요한 의료사고도 적지 않다는 점을 고려할 때, 손해배상금 대불제도의 전면적인 폐지보다는 의료배상책임보험과 상호 보완하는 기능을 하도록 방안을 강구할 필요가 있다.

의료종사자의 배상책임은 생명과 관련된 분야로 피해자는 사회의 보호가 필요한 환

175) 이 경우 환자로부터 중재에 대해 사전에 동의하는 절차가 필요할 것임

자이기 때문에, 의료종사자의 자구적 구제가 작동하지 않는 영역에 대해서는 공적인 구제 역할이 필요하다.¹⁷⁶⁾ 일례로 미국의 환자보상기금과 같이 배상금액이 의료배상 책임보험의 가입금액을 초과하는 경우 배상금액에 대해서는 주 정부가 부담해 주는 제도가 있는 것처럼, 대불제도가 그 역할을 할 수 있도록 보험과 연계방안을 검토해 볼 필요가 있다. 따라서 의료종사자의 의료배상책임보험 가입을 강제화하되, 현행 손해배상금 대불제도는 의료배상책임보험의 배상자력을 초과하는 부분에 대해 사회적 안전망으로서 그 기능을 하도록 연계할 필요가 있다.

한편, 대불제도 활용이 증가하고 있고, 배상비용이 고액화되는 반면 대불제도의 구상률은 매우 저조한 상황으로 대불제도의 재원 소진 위험성이 증가하고 있다. 대불제도의 안정적인 운영 측면에서 보면 징수 정례화¹⁷⁷⁾를 입법화하는 것이 가장 이상적이라고 할 수 있으나, 의료종사자의 반발 등을 고려할 때 현실가능성은 낮다고 본다. 대안으로 건강보험의 의료행위수가 책정 시 반영하는 위험수가의 일정금액을 손해배상금 대불금의 재원으로 활용하는 방안도 함께 검토해 볼 필요가 있다.

3. 의료배상공제조합 역할 강화 방안

보험과 공제는 피해자의 구제와 의료종사자의 안정적인 의료행위 보장이라는 점에서 유사하면서도, 그 기능 면에서 장단점이 있기 때문에 상호 보완하여 발전시킬 필요가 있다. 해외 사례를 참고해 볼 때, 독일은 보험회사가 보험 공급 및 운영을 담당하고, 의사단체인 연방주 의사협회는 보험 중개 기능, 의료분쟁 감정 및 조정, 의료사고 예방·상담·자문 등에 주력하는 등으로 서로의 역할이 나뉘어 있다. 일본의 경우 일본의사협회인 JMA가 보험회사와 협업하여 의료배상책임보험을 공급하고 의료분쟁을 해결하는 데 중요한 역할을 하고 있다. 영국 의사단체인 MDU는 회원 대상으로 보험을 판매하면서 자

176) 윤강재 외(2019)

177) 「손해배상금 대불제도 운영규정」은 종별 대불재원의 잔액이 해당 종별 누적 적립목표액의 10분의 1 이하가 될 경우 추가 징수가 가능하다고 규정되어 있으나, 이는 내부 규정으로서 포괄위임입법금지 원칙에 위배될 소지가 다분하다는 주장이 제기됨

체적으로 소송 이외에 의료분쟁을 해결하기 위해 주도적으로 노력하고 있다.

상기 사례를 참고해 볼 때, 현재 우리나라 의료배상공제조합은 영국 MDU와 유사한 역할을 하고 있다고 판단된다. 다만, 주요국 사례를 참고해 볼 때, 의료배상공제조합이 보험인수자로서 그리고 의료전문가집단으로서 역할을 강화할 필요가 있다.

의료배상공제조합이 보험인수자로서의 전문성 및 공제상품의 적정성 제고를 위해 서 보험회사와의 협업체계를 마련할 필요가 있다. 또한 의료공제조합이 보유하고 있는 의료전문성을 활용하여 의료배상책임 관련한 전문 심사기구 설치 등을 통해 역할 확대를 도모할 수 있다.

4. 의료사고 예방 및 환자 알 권리 강화 방안

의료분야는 당사자 간의 전문성과 정보의 비대칭성이 매우 큰 영역이다. 우리나라 보건의료 환경은 크게 개선되었으며, 인터넷의 보급 등으로 의료정보를 손쉽게 접하는 기회가 많아지면서 의료정보의 불균형이 상당부분 해소되어 의료소비자의 권리 또한 신장되었다. 그러나 지난 몇십 년 동안 관련 법령이나 제도는 의료분쟁의 사후해결에만 초점을 맞춰 제정되어 왔다.

환자들의 알 권리를 보장하고 의로서비스의 질을 높임으로서 의료사고를 미연에 방지할 수 있기 위해서 ‘의료종사자의 사고경력(징계정보) 보고 및 공개시스템(가칭)’ 도입 등의 제도 도입을 적극 검토할 필요가 있다. 시스템 도입에 있어 독일, 미국 등의 사례에서와 같이 보고책임자에 대해서는 자율성과 익명성이 보장되고 관련 보고와 관련하여 불이익을 받지 않도록 보고책임자의 보호체계가 마련되어야 할 것이다. 또한 미국 사례에서처럼 국가가 운영하는 의사면허 갱신제도와 연계하여 ‘의료종사자데이터뱅크’를 구축하고, 이를 ‘의료종사자의 사고경력(징계정보) 보고 및 공개시스템(가칭)’과 연계하는 방안도 검토할 필요가 있다. 이를 통해 의료종사자의 사고경력 및 징계정보 등을 공개함으로써 환자의 알 권리를 강화하고, 또한 의사면허 갱신에도 반영함으로써 의료종사자의 의료사고 예방도 도모할 수 있을 것으로 기대된다.

5. 결론

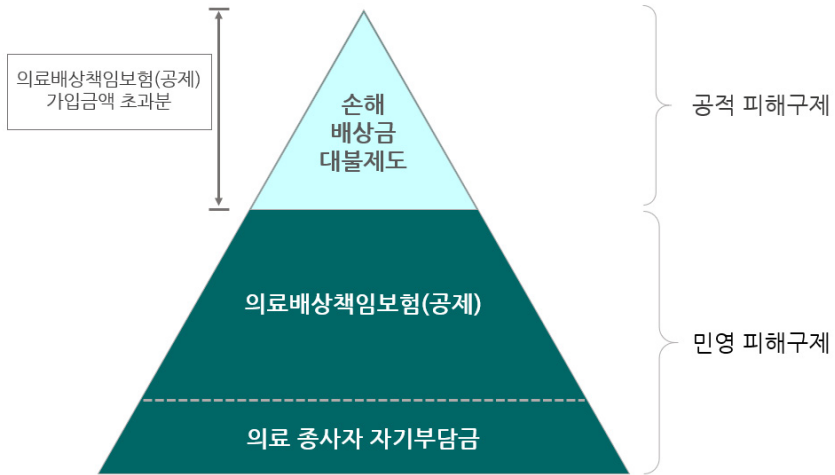
우리나라 국민의 의료이용량은 고령인구 및 질환자 증가, 건강보험 확대 등으로 빠르게 증가하고 있으며, 환자의 권리의식도 향상되는 추세임을 감안해 볼 때, 향후 의료사고 및 의료분쟁은 지금보다 빠르게 증가할 것으로 충분히 예상해 볼 수 있다. 일반적으로 의료사고와 관련한 분쟁에 소요되는 비용은 의료비지출 규모와 비례할 것으로 추정해 볼 수 있다. 손명세(2005)¹⁷⁸⁾에 의하면 의료사고 관련 사회적 비용은 경상의료비의 약 1%를 상회하는 것으로 추정되었는데, 이에 따르면 2018년 기준 약 1조 4천억 원(경상의료비 144.4조 원) 수준으로 추계해 볼 수 있다.

의료사고는 예방이 최선이겠지만 본 연구는 의료사고가 발생한 이후 피해자인 환자에게 손해배상이 적절하고도 신속하게 이루어질 수 있도록 피해자 구제 측면의 보상 체계에 초점을 맞추고 있다. 「의료분쟁조정법」 제정 당시 의료배상책임보험의 강제 의무 조항 포함에 대한 논의가 있었으나, 이에 대한 대안으로 손해배상금 대불제도가 도입되어 지금까지 운영되고 있다. 하지만 손해배상금 대불제도가 효율적으로 운영되어 왔는가에 대한 논의는 차치하고라도, 대불제도는 의료종사자의 피해구제 자력을 확보해 주는 제도가 아니기 때문에 의료배상책임보험의 대체제가 될 수 없음은 분명하다.

다만, 의료배상책임보험의 의무가입제도를 도입하더라도 배상책임보험만으로 의료사고의 피해를 완벽하게 구제할 수는 없기 때문에, 배상책임보험의 배상자력을 초과하는 부분에 대해서는 손해배상금 대불제도가 안전망으로서 기능하도록 할 필요가 있다. 또한, 의료배상책임보험의 의무가입제도를 도입하더라도 의료종사자의 보험료 부담을 경감하고 공급자 스스로 의료사고를 예방하도록 하는 차원에서, 의료배상책임보험에 대한 적절한 수준의 자기부담금을 설정할 필요가 있어 보인다.

178) 손명세(2005)

〈그림 V-1〉 의료종사자 손해배상책임의 공·사 피해 구제방안



참고문헌

건강보험심사평가원, 건강보험통계연보

곽윤직·김재형(2013), 『민법총칙』, 제9판, 박영사

권영준(2015), 「불법행위의 과실판단과 사회 평균인」, 『비교사법』, 제22권 제1호

_____(2009), 「불법행위법의 사상적 기초와 그 시사점」, 『저스티스』, 통권 제109호,
한국법학원

김소윤(2012), 『위험도 상대가치 개선을 위한 의료사고 비용조사 연구』, 연세대학교
의료법윤리학연구원

김영국(2014), 「의료배상책임보험 등에 관한 소고」, 『법률실무연구』, 제2권 제2호

김용빈(2008), 「의료과오소송에 있어 입증책임 완화에 따른 의료과실의 의미와 판단기준」,
『의료법학』, 제9권 제1호, 대한의료법학회

박경섭(2013), 『의료사고의 피해자구제에 관한 연구-의사 및 병원배상책임보험을 중심으로』

박영호(2005), 『의료분쟁과 법』, 법률정보센터

박현수(2013), 「의료분쟁조정법 상 불가항력 의료사고 보상제도의 문제점과 개선방향」,
『대한주산회지』, 제24권 제2호

백경희(2016), 「의료민사책임에서의 인과관계에 관한 소고」, 『의료법학』, 제17권 제2호

백경희·장연화(2018), 「의료판례의 동향과 문제」, 『한국의료법학회지』, 제26권 제1호
법원행정처(2019), 『사법연감』

_____(2018), 『사법연감』

_____(2017), 『사법연감』

보건복지가족위원회 검토보고(2009), 『심재철의원 대표발의 의료분쟁조정 및 피해구
제에 관한 법률안 검토보고』

보험개발원, 손해보험통계연보

사법연수원(2008), 『특수불법행위』

손명세(2009), 『의료분쟁조정제도 실행방안 연구』, 연세대학교 의료법윤리학연구소

_____(2005), 『의료사고 분쟁에 소요되는 총비용 추계』

손해보험협회 제공통계

신현호(2010), 「최근 의료민사소송의 현황과 절차적 제문제」, 『한국의료법학회지』, 제18권 제2호

양창수·권영준(2017), 『민법II- 권리의 변동과 구제』 제3판, 박영사

윤강재·강희정·이재은·백혜연·정성희(2019), 『손해배상금 대불사업의 효율적 운영방안에 관한 연구』, 한국보건사회연구원

이시윤(2014), 『신민사소송법』 제8판, 박영사

정홍주(2012), 『의료배상공제조합 추진 관련 연구』, 의료정책연구소

정홍주·김도연·성수남·이찬미·최유미(2012), 『“의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률” 공포 따른 의료배상공제조합 추진 관련 연구』, 대한의사협회 의료정책연구소

차일권(2006), 『의료리스크 관리의 선진화를 위한 의료배상보험에 대한 연구』, 보험개발원

차일권·오승철(2006), 『의료리스크와 보험제도』, 보험개발원 보험연구소

최정필(2017), “의료분쟁의 실태와 해결에 관한 연구”, 충남대학교 특허법무대학원 석사학위논문

하신욱(2017), 「의료사고 피해구제제도에서의 입증책임 연구-의료형사사건 사례를 중심으로」, 『형사법의 신동향』, 통권 제56호

한국보건사회연구원(2018), 「보건의료인력 실태조사 미국 출장 보고서」

한국소비자원(2018), 『소비자피해구제연보 및 사례집』

_____ (2017), 『소비자피해구제연보 및 사례집』

한국의료분쟁조정중재원 통계연보

Bizwit(2019), “Medical Malpractice Insurance: Global Market Size Study, Estimates & Forecasts: 2016~2026”

대한의사협회 의료배상공제조합(https://www.kmama.org/main/sub02_02_01.asp)

한국의료분쟁조정중재원(K-medi.or.kr)

NHSLA(<http://www.nhsla.com/Claims/Pages/Handling.aspx>)

부록 I. 우리나라 주요 의료사고 사례

- 2019. 8, 산부인과, 영양제 처방받은 환자 신원을 오인하여 낙태 수술 집도
- 2018. 4, 차병원, 배우 한예슬 지방종 제거 수술을 받다 화상 피해 발생
- 2018. 3, 인천 길병원, 난소 혹 제거 수술 중 정상적인 신장 제거
- 2018. 3, 한의원, 어깨통증으로 내원한 환자에게 12cm 긴 침을 시술하다 왼쪽 폐를 찔러 호흡곤란으로 사망
- 2018. 1, 분만 중 과도한 흡입분만으로 산모의 늑골이 부러지고 태아의 두개골이 골절 등으로 저산소성 허혈성뇌병증 발생
- 2017. 12, 이대목동병원, 신생아 중환자실 '주사제 분할투여' 등 부적절한 감염관리로 인해 세균감염 패혈증으로 신생아 집단 사망
- 2016. 9, 어깨와 등 통증으로 한의원에서 침 시술을 받았는데, 시술 직후 심한 호흡 곤란이 발생, 전원하여 기흉 진단하에 입원치료를 받음
- 2016. 5, 한의원에서 뜸 시술을 받던 중 하복부 화상(3도) 발생
- 2015. 10, 뇌경색이 없는 환자에게 정맥주사로 혈전용해제를 투여하여 부작용으로

다발성 뇌출혈이 발생하여 식물인간이 됨

- 2015. 9, 넘어진 후 발생한 다발성 늑골 골절로 입원 치료받던 중 요로감염 진단 지연으로 적절한 처치를 받지 못한 결과 패혈증 진단하에 치료 중 사망
- 2015. 8, 척추 수술과정 중 감염 발생, 수술 후 감염 진단 및 처치 미흡으로 패혈증으로 악화되어 사망
- 2014. 12, 수면 내시경 검사 후 낙상사고가 발생하여 양측하지 부전마비 및 배뇨배변 장애 발생
- 2014. 10, 가수 신해철 장협착과 위 축소 수술을 받다 소장에 천공이 발생하고 패혈증으로 사망
- 2014. 7, 경부 통증, 양측 상하지 저림감 등으로 응급실 내원하여 고칼륨혈증에 의한 마비로 보존적 치료를 받았으나, 경추 경막하 출혈 진단 지연에 따라 척수손상이 발생하여 사지마비 진단
- 2014. 7, 치루절제술 후 세균성 폐렴이 발생하여 사망
- 2014. 6, 건강검진을 위한 대장내시경 검사 중 복통을 호소하여 검사를 중단하고 장천공 의심으로 다른 병원에서 지혈술을 받던 중 심정지가 발생하였고, 이후 저산소성 뇌손상으로 노동력 상실률 100%의 장애 진단
- 2014. 4, 호흡곤란, 식은땀, 구토, 가슴이 답답한 증상으로 내원하여 뇌경색 진단하에 입원치료하였으나, 심장질환이 의심되는 증상이 있었음에도 이에 대한 부적절한 치료로 사망

- 2014. 4, 환아에 대한 의식변화, 지속적 수면, 실어증 등 이상증상에 대해 적절한 검사 및 조치를 취하지 않아 뇌염 진단 및 치료 시기를 놓쳐 상태가 악화
- 2014. 3, 인공수정체 부분이탈로 안과수술 중 안구 내 출혈이 발생하여 실명
- 2013. 9, 직장암 3기로 수술을 받았는데, 추적검사상 직장암의 간전이 소견이 확인되어 2015. 4 간 우측엽 전제술 및 간 3번 구역 절제술을 받았으나 수술 후 조직검사상 간암이 아닌 호산구성 간농양으로 확인됨

부록 II. 전 세계 의료배상책임보험 시장¹⁷⁹⁾

전 세계 의료배상책임보험 시장은 2017년 기준 약 172억 달러 규모이며, 북아메리카가 가장 큰 시장으로 전체의 36%를 차지하고 있다. 의료배상책임보험 시장은 향후 (2019~2026년) 2.9% 정도의 견조한 성장을 이어갈 것으로 보이며, 지역별로 보면 아시아태평양이 4.0%로 가장 높은 성장세가 예상된다. 의료배상책임보험은 의료기관, 의사, 간호사, 치료사, 상담사 등 의료행위를 제공하는 모든 주체들에 대해 환자의 부상 또는 사망을 초래하는 과실행위로부터 보호해 주기 위한 목적을 가지고 있기 때문에, 전 세계적으로 의료과실 발생이 증가¹⁸⁰⁾하고 있고, 의료배상책임보험에 대한 정부의 정책적 지원도 확대되는 추세이며, 의료 인프라와 의료비 지출 또한 지속적으로 증가하고 있다. 이러한 요인들이 향후 의료배상책임보험 시장의 성장을 견인하는 요인으로 작용할 것으로 예상된다. 한편, 의료배상책임보험의 높은 보험료는 시장 성장을 저해하는 주요 요인이 될 것으로 예상된다. 실제로 의료배상책임보험의 의사 1인당 연간 보험료는 전 세계 평균 7,500달러 수준으로 전문직업배상책임보험 중에서도 가장 비싼 편이다.

179) 본 내용은 Bizwit(2019)를 참고하여 작성함

180) National Health Care Anti-Fraud Association에 따르면 2008년 6.9%였던 전세계 의료과실 및 사기는 2015년 25% 증가하였으며, 2018년에는 52% 증가할 것으로 예상됨

〈부록 표 II-1〉 전 세계 의료배상책임보험 시장 현황과 전망(2017~2026년)

(단위: 백만 달러, %)

지역	2017년	2019년(E)	2022년(E)	2026년(E)	연평균 성장률 (2019~2026)
북아메리카	6,196 (36)	6,378	6,759	7,958 (37)	3.2
유럽	4,505 (26)	4,553	4,687	5,285 (24)	2.2
아시아태평양	3,843 (22)	4,033	4,398	5,322 (25)	4.0
라틴아메리카	1,110 (7)	1,092	1,091	1,233 (6)	1.8
기타	1,567 (9)	1,563	1,580	1,792 (8)	2.0
합계	17,221	17,619	18,515	21,590	2.9

주: ()은 전체에서 차지하는 비중임
 자료: Bizwit(2019)

보험연구원(KIRI) 발간물 안내

※ 2017년부터 기존의 연구보고서, 정책보고서, 경영보고서가 연구보고서로 통합되었습니다.

■ 연구보고서

- 2017-1 보험산업 미래 / 김석영·윤성훈·이선주 2017.2
- 2017-2 자동차보험 과실상계제도 개선방안 / 전용식·채원영 2017.2
- 2017-3 상호협정 관련 입법정책 연구 / 정호열 2017.2
- 2017-4 저소득층 노후소득 보장을 위한 공사연계연금 연구 / 정원석·강성호·마지혜 2017.3
- 2017-5 자영업자를 위한 사적소득보상체계 개선방안 / 류건식·강성호·김동겸 2017.3
- 2017-6 우리나라 사회안전망 개선을 위한 현안 과제 / 이태열·최장훈·김유미 2017.4
- 2017-7 일본의 보험회사 도산처리제도 및 사례 / 정봉은 2017.5
- 2017-8 보험회사 업무위탁 관련 제도 개선방안 / 이승준·정인영 2017.5
- 2017-9 부채시가평가제도와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·이혜은 2017.8
- 2017-10 효율적 의료비 지출을 통한 국민건강보험의 보장성 강화 방안 / 김대환 2017.8
- 2017-11 인슈어테크 혁명: 현황 점검 및 과제 고찰 / 박소정·박지윤 2017.8
- 2017-12 생산물 배상책임보험 역할 제고 방안 / 이기형·이규성 2017.9
- 2017-13 보험금청구권과 소멸시효 / 권영준 2017.9
- 2017-14 2017년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2017.10
- 2017-15 2018년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2017.11
- 2017-16 퇴직연금 환경변화와 연금세제 개편 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2017.12
- 2017-17 자동차보험 한방진료 현황과 개선방안 / 송윤아·이소양 2017.12
- 2017-18 베이비부머 세대의 노후소득 / 최장훈·이태열·김미화 2017.12
- 2017-19 연금세제 효과연구 / 정원석·이선주 2017.12
- 2017-20 주요국의 지진보험 운영 현황 및 시사점 / 최창희·한성원 2017.12
- 2017-21 사적연금의 장기연금수령 유도방안 / 김세중·김유미 2017.12
- 2017-22 누적전망이론을 이용한 생명보험과 연금의 유보가격 측정 연구 / 지홍민 2017.12
- 2018-1 보증연장 서비스 규제 방안 / 백영화·박정희 2018.1
- 2018-2 건강생활서비스 공·사 협력 방안 / 조용운·오승연·김동겸 2018.2
- 2018-3 퇴직연금 가입자교육 개선 방안 / 류건식·강성호·이상우 2018.2
- 2018-4 IFRS 9과 보험회사의 ALM 및 자산배분 / 조영현·이혜은 2018.2

- 2018-5 보험상품 변천과 개발 방향 / 김석영·김세영·이선주 2018.2
- 2018-6 계리적 관점에서 본 실손의료보험 개선 방안 / 조재린·정성희 2018.3
- 2018-7 국내 보험회사의 금융겸업 현황과 시사점 / 전용식·이혜은 2018.3
- 2018-8 장애인의 위험보장 강화 방안 / 오승연·김석영·이선주 2018.4
- 2018-9 주요국 공·사 건강보험 연계 체계 분석 / 정성희·이태열·김유미 2018.4
- 2018-10 정신질환 위험보장 강화 방안 / 이정택·임태준·김동겸 2018.4
- 2018-11 기초서류 준수 의무 위반 시 과징금 부과기준 개선방안 / 황현아·백영화·권오경 2018.8
- 2018-12 2018년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2018.9
- 2018-13 상속법의 관점에서 본 생명보험 / 최준규 2018.9
- 2018-14 호주 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이경희 2018.9
- 2018-15 빅데이터 기반의 사이버위험 측정 방법 및 사이버사고 예측모형 연구 / 이진무 2018.9
- 2018-16 빅데이터 분석에 의한 요율산정 방법 비교: 실손의료보험 적용 사례 / 이항석 2018.9
- 2018-17 보험 모집 행위의 의미 및 범위에 대한 검토 / 백영화·손민숙 2018.10
- 2018-18 보험회사 해외채권투자와 환해지 / 황인창·임준환·채원영 2018.10
- 2018-19 베트남 생명보험산업의 현황 및 시사점 / 조용운·김동겸 2018.10
- 2018-20 여성 관련 연금정책 평가와 개선 방향 / 강성호·류건식·김동겸 2018.10
- 2018-21 디지털 경제 활성화를 위한 사이버보험 역할제고 방안 / 임준·이상우·이소양 2018.11
- 2018-22 인구 고령화와 일본 보험산업 변화 / 윤성훈·김석영·한성원·손민숙 2018.11
- 2018-23 퇴직연기금 디폴트 옵션 도입 방안 및 부채연계투자전략에 관한 연구 / 성주호 2018.11
- 2018-24 보험 산업의 블록체인 활용: 점검 및 대응 / 김현수·권혁준 2018.11
- 2018-25 생명보험산업의 금리위험 평가: 보험부채 중심으로 / 임준환·최장훈·한성원 2018.11
- 2018-26 보험회사의 장수위험에 관한 연구 / 김세중·김유미 2018.11
- 2018-27 보험산업 전망과 과제: 2019년 및 중장기 / 동향분석실 2018.11
- 2018-28 보험산업 중장기 전망 / 전용식·김유미·최예린 2018.12
- 2018-29 빅데이터 활용 현황과 개선 방안 / 최창희·홍민지 2018.12
- 2018-30 판매채널 변화가 보험산업에 미치는 영향 / 정원석·김석영·박정희 2018.12
- 2018-31 Solvency II 시행 전후 유럽보험시장과 시사점 / 김해식 2018.12

- 2018-32 보험회사 대출채권 운용의 특징과 시사점 / 조영현·황인창·이혜은 2018.12
- 2019-1 보험회사의 시스템리스크에 대한 고찰 / 김범 2019.1
- 2019-2 인도 보험시장 현황 및 진출 전략 / 이승준·정인영 2019.8
- 2019-3 2019년 보험소비자 설문조사 / 금융소비자연구실 2019.10
- 2019-4 암보험 관련 주요 분쟁사례 연구 / 백영화·박정희 2019.10
- 2019-5 계약자 신뢰 제고를 위한 보험마케팅 - 상품과 수수료 중심으로 - / 정세창 2019.10
- 2019-6 생명보험 전매거래에 관한 연구 / 홍지민 2019.10
- 2019-7 재보험 출재전략 연구 / 김석영·이규성 2019.11
- 2019-8 확정급여형 퇴직연금 수급권보호 방안 / 류건식·강성호·이상우 2019.11
- 2019-9 금융소비자보호법의 도입과 정책과제 / 양승현·손민숙 2019.11
- 2019-10 2020년 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2019.12
- 2019-11 노인장기요양서비스 현황과 보험회사의 역할 제고 방향 / 강성호·김혜란 2019.12
- 2019-12 보험회사의 이익조정에 관한 시사점 / 송인정 2019.12
- 2019-13 비대면채널 활용을 위한 규제 개선방안 / 정원석·김석영·정인영 2019.12
- 2020-1 기업의 보험수요에 대한 연구 / 송윤아·한성원 2020.1
- 2020-2 원리금보장형 퇴직연금 요구자본 강화와 퇴직연금 관리 / 김세중·김혜란 2020.4

■ 연구보고서(구)

- 2008-1 보험회사의 리스크 중심 경영전략에 관한 연구 / 최영목·장동식·김동겸 2008.1
- 2008-2 한국 보험시장과 공정거래법 / 정호열 2008.6
- 2008-3 확정급여형 퇴직연금의 자산운용 / 류건식·이경희·김동겸 2008.3
- 2009-1 보험설계사의 특성분석과 고능률화 방안 / 안철경·권오경 2009.1
- 2009-2 자동차사고의 사회적 비용 최소화 방안 / 기승도 2009.2
- 2009-3 우리나라 가계부채 문제의 진단과 평가 / 유경원·이혜은 2009.3
- 2009-4 사적연금의 노후소득보장 기능제고 방안 / 류건식·이창우·김동겸 2009.3
- 2009-5 일반화선형모형(GLM)을 이용한 자동차보험 요율상대도 산출 방법 연구 / 기승도·김대환 2009.8
- 2009-6 주행거리에 연동한 자동차보험제도 연구 / 기승도·김대환·김혜란 2010.1
- 2010-1 우리나라 가계 금융자산 축적 부진의 원인과 시사점 / 유경원·이혜은 2010.4

2010-2 생명보험 상품별 해지율 추정 및 예측 모형 / 황진태·이경희 2010.5

2010-3 보험회사 자산관리서비스 사업모형 검토 / 진 익·김동겸 2010.7

■ 정책보고서(구)

2008-2 환경오염리스크관리를 위한 보험제도 활용방안 / 이기형 2008.3

2008-3 금융상품의 정의 및 분류에 관한 연구 / 유지호·최 원 2008.3

2008-4 2009년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·이태열·신종협·황진태·유진아·김세환·이정환·박정희·김세중·최이섭 2008.11

2009-1 현 금융위기 진단과 위기극복을 위한 정책제언 / 진 익·이민환·유경원·최영목·최형선·최 원·이경아·이혜은 2009.2

2009-2 퇴직연금의 급여 지급 방식 다양화 방안 / 이경희 2009.3

2009-3 보험분쟁의 재판외적 해결 활성화 방안 / 오영수·김경환·이종욱 2009.3

2009-4 2010년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·황진태·변혜원·이경희·이정환·박정희·김세중·최이섭 2009.12

2009-5 금융상품판매전문회사의 도입이 보험회사에 미치는 영향 / 안철경·변혜원·권오경 2010.1

2010-1 보험사기 영향요인과 방지방안 / 송윤아 2010.3

2010-2 2011년도 보험산업 전망과 과제 / 이진면·김대환·이경희·이정환·최 원·김세중·최이섭 2010.12

2011-1 금융소비자보호 체계 개선방안 / 오영수·안철경·변혜원·최영목·최형선·김경환·이상우·박정희·김미화 2010.4

2011-2 일반공제사업 규제의 합리화 방안 / 오영수·김경환·박정희 2011.7

2011-3 퇴직연금 적립금의 연금전환 유도방안 / 이경희 2011.5

2011-4 저출산·고령화와 금융의 역할 / 윤성훈·류건식·오영수·조용운·진 익·유진아·변혜원 2011.7

2011-5 소비자보호를 위한 보험유통채널 개선방안 / 안철경·이경희 2011.11

2011-6 2012년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·황진태·이정환·최 원·김세중·오병국 2011.12

2012-1 인적사고 보험금의 지급방식 다양화 방안 / 조재린·이기형·정인영 2012.8

2012-2 보험산업 진입 및 퇴출에 관한 연구 / 이기형·변혜원·정인영 2012.10

2012-3 금융위기 이후 보험규제 변화 및 시사점 / 임준환·유진아·이경아 2012.11

2012-4 소비자증심의 변액연금보험 개선방안 연구: 공시 및 상품설계 개선을 중심으로 / 이기형·임준환·김해식·이경희·조영현·정인영 2012.12

2013-1 생명보험의 자살면책기간이 자살에 미치는 영향 / 이창우·윤상호 2013.1

- 2013-2 퇴직연금 지배구조체계 개선방안 / 류건식·김대환·이상우 2013.1
- 2013-3 2013년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·이정환·최 원·김세중·채원영 2013.2
- 2013-4 사회안전망 체제 개편과 보험산업 역할 / 진 익·오병국·이성은 2013.3
- 2013-5 보험지주회사 감독체계 개선방안 연구 / 이승준·김해식·조재린 2013.5
- 2013-6 2014년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·전용식·최 원·김세중·채원영 2013.12
- 2014-1 보험시장 경쟁정책 투명성 제고방안 / 이승준·강민규·이해랑 2014.3
- 2014-2 국내 보험회사 지급여력규제 평가 및 개선방안 / 조재린·김해식·김석영 2014.3
- 2014-3 공·사 사회안전망의 효율적인 역할 제고 방안 / 이태열·강성호·김유미 2014.4
- 2014-4 2015년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·이아름·이해랑 2014.11
- 2014-5 의료보장체계 합리화를 위한 공·사건강보험 협력방안 / 조용운·김경환·김미화 2014.12
- 2015-1 보험회사 재무건전성 규제-IFRS와 RBC 연계방안 / 김해식·조재린·이경아 2015.2
- 2015-2 2016년도 보험산업 전망과 과제 / 윤성훈·김석영·김진익·최 원·채원영·이아름·이해랑 2015.11
- 2016-1 정년연장의 노후소득 개선 효과와 개인연금의 정책방향 / 강성호·정봉은·김유미 2016.2
- 2016-2 국민건강보험 보장률 인상 정책 평가: DSGE 접근법 / 임태준·이정택·김혜란 2016.11
- 2016-3 2017년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석실 2016.12

■ 경영보고서(구)

- 2009-1 기업후지보험 활성화 방안 연구 / 이기형·한상용 2009.3
- 2009-2 자산관리서비스 활성화 방안 / 진 익 2009.3
- 2009-3 탄소시장 및 녹색보험 활성화 방안 / 진 익·유시용·이경아 2009.3
- 2009-4 생명보험회사의 지속가능성장에 관한 연구 / 최영목·최 원 2009.6
- 2010-1 독립판매채널의 성장과 생명보험회사의 대응 / 안철경·권오경 2010.2
- 2010-2 보험회사의 윤리경영 운영실태 및 개선방안 / 오영수·김경환 2010.2
- 2010-3 보험회사의 퇴직연금사업 운영전략 / 류건식·이창우·이상우 2010.3

- 2010-4(1) 보험환경변화에 따른 보험산업 성장방안 / 산업연구실·정책연구실·
동향분석실 2010.6
- 2010-4(2) 종합금융서비스를 활용한 보험산업 성장방안 / 금융제도실·재무연구실 2010.6
- 2010-5 변액보험 보증리스크관리연구 / 권용재·장동식·서성민 2010.4
- 2010-6 RBC 내부모형 도입 방안 / 김해식·최영목·김소연·장동식·서성민 2010.10
- 2010-7 금융보증보험 가격결정모형 / 최영수 2010.7
- 2011-1 보험회사의 비대면채널 활용방안 / 안철경·변혜원·서성민 2011.1
- 2011-2 보증보험의 특성과 리스크 평가 / 최영목·김소연·김동겸 2011.2
- 2011-3 충성도를 고려한 자동차보험 마케팅전략 연구 / 기승도·황진태 2011.3
- 2011-4 보험회사의 상조서비스 기여방안 / 황진태·기승도·권오경 2011.5
- 2011-5 사기성클레임에 대한 최적조사방안 / 송윤아·정인영 2011.6
- 2011-6 민영의료보험의 보험리스크관리방안 / 조용운·황진태·김미화 2011.8
- 2011-7 보험회사의 개인형 퇴직연금 운영방안 / 류건식·김대환·이상우 2011.9
- 2011-8 퇴직연금시장의 환경변화에 따른 확정기여형 퇴직연금 운영방안 /
김대환·류건식·이상우 2011.10
- 2012-1 국내 생명보험회사의 기업공개 평가와 시사점 / 조영현·전용식·
이혜은 2012.7
- 2012-2 보험산업 비전 2020 : @ sure 4.0 / 진 익·김동겸·김혜란 2012.7
- 2012-3 현금흐름방식 보험료 산출의 시행과 과제 / 김해식·김석영·김세영·
이혜은 2012.9
- 2012-4 보험회사의 장수리스크 발생원인과 관리방안 / 김대환·류건식·
김동겸 2012.9
- 2012-5 은퇴가구의 경제형태 분석 / 유경원 2012.9
- 2012-6 보험회사의 날씨리스크 인수 활성화 방안: 지수형 날씨보험을 중심으로 /
조재린·황진태·권용재·채원영 2012.10
- 2013-1 자동차보험시장의 가격경쟁이 손해율에 미치는 영향과 시사점 /
전용식·채원영 2013.3
- 2013-2 중국 자동차보험 시장점유율 확대방안 연구 / 기승도·조용운·이소양 2013.5
- 2016-1 뉴 노멀 시대의 보험회사 경영전략 / 임준환·정봉은·황인창·이혜은·김혜란·
정승연 2016.4
- 2016-2 금융보증보험 잠재 시장 연구: 지방자치단체 자금조달 시장을 중심으로
/ 최창희·황인창·이경아 2016.5
- 2016-3 퇴직연금시장 환경변화와 보험회사 대응방안 / 류건식·강성호·
김동겸 2016.5

■ 조사보고서

- 2008-1 보험회사 글로벌화를 위한 해외보험시장 조사 / 양성문·김진억·지재원·박정희·김세중 2008.2
- 2008-2 노인장기요양보험 제도 도입에 대응한 장기간병보험 운영 방안 / 오영수 2008.3
- 2008-3 2008년 보험소비자 설문조사 / 안철경·기승도·이상우 2008.4
- 2008-4 주요국의 보험상품 판매권유 규제 / 이상우 2008.3
- 2009-1 2009년 보험소비자 설문조사 / 안철경·이상우·권오경 2009.3
- 2009-2 Solvency II의 리스크 평가모형 및 측정 방법 연구 / 장동식 2009.3
- 2009-3 이슬람 보험시장 진출방안 / 이진면·이정환·최이섭·정중영·최태영 2009.3
- 2009-4 미국 생명보험 정산거래의 현황과 시사점 / 김해식 2009.3
- 2009-5 헤지펀드 운용전략 활용방안 / 진 익·김상수·김종훈·변귀영·유시용 2009.3
- 2009-6 복합금융 그룹의 리스크와 감독 / 이민환·전선애·최 원 2009.4
- 2009-7 보험산업 글로벌화를 위한 정책적 지원방안 / 서대교·오영수·김영진 2009.4
- 2009-8 구조화금융 관점에서 본 금융위기 분석 및 시사점 / 임준환·이민환·윤건용·최 원 2009.7
- 2009-9 보험리스크 측정 및 평가 방법에 관한 연구 / 조용운·김세환·김세중 2009.7
- 2009-10 생명보험계약의 효력상실·해약분석 / 류건식·장동식 2009.8
- 2010-1 과거 금융위기 사례분석을 통한 최근 글로벌 금융위기 전망 / 신종협·최형선·최 원 2010.3
- 2010-2 금융산업의 영업행위 규제 개선방안 / 서대교·김미화 2010.3
- 2010-3 주요국의 민영건강보험의 운영체계와 시사점 / 이창우·이상우 2010.4
- 2010-4 2010년 보험소비자 설문조사 / 변혜원·박정희 2010.4
- 2010-5 산재보험의 운영체계에 대한 연구 / 송운아 2010.5
- 2010-6 보험산업 내 공정거래규제 조화방안 / 이승준·이종욱 2010.5
- 2010-7 보험종류별 진료수가 차등적용 개선방안 / 조용운·서대교·김미화 2010.4
- 2010-8 보험회사의 금리위험 대응전략 / 진 익·김해식·유진아·김동겸 2011.1
- 2010-9 퇴직연금 규제체계 및 정책방향 / 류건식·이창우·이상우 2010.7
- 2011-1 생명보험설계사 활동실태 및 만족도 분석 / 안철경·황진태·서성민 2011.6
- 2011-2 2011년 보험소비자 설문조사 / 김대환·최 원 2011.5
- 2011-3 보험회사 녹색금융 참여방안 / 진 익·김해식·김혜란 2011.7
- 2011-4 의료시장 변화에 따른 민영실손의료보험의 대응 / 이창우·이기형 2011.8
- 2011-5 아세안 주요국의 보험시장 규제제도 연구 / 조용운·변혜원·이승준·김경환·오병국 2011.11
- 2012-1 2012년 보험소비자 설문조사 / 황진태·전용식·윤상호·기승도·

- 이상우·최 원 2012.6
- 2012-2 일본의 퇴직연금제도 운영체계 특징과 시사점 / 이상우·오병국 2012.12
- 2012-3 솔벤시 II의 보고 및 공시 체계와 시사점 / 장동식·김경환 2012.12
- 2013-1 2013년 보험소비자 설문조사 / 전용식·황진태·변혜원·정원석·박선영·이상우·최 원 2013.8
- 2013-2 건강보험 진료비 전망 및 활용방안 / 조용운·황진태·조재린 2013.9
- 2013-3 소비자 신뢰 제고와 보험상품 정보공시 개선방안 / 김해식·변혜원·황진태 2013.12
- 2013-4 보험회사의 사회적 책임 이행에 관한 연구 / 변혜원·조영현 2013.12
- 2014-1 주택연금 연계 간병보험제도 도입 방안 / 박선영·권오경 2014.3
- 2014-2 소득수준을 고려한 개인연금 세제 효율화방안: 보험료 납입단계의 세제방식 중심으로 / 정원석·강성호·이상우 2014.4
- 2014-3 보험규제에 관한 주요국의 법제연구: 모집채널, 행위 규제 등을 중심으로 / 한기정·최준규 2014.4
- 2014-4 보험산업 환경변화와 판매채널 전략 연구 / 황진태·박선영·권오경 2014.4
- 2014-5 거시경제 환경변화의 보험산업 파급효과 분석 / 전성주·전용식 2014.5
- 2014-6 국내경제의 일본식 장기부진 가능성 검토 / 전용식·윤성훈·채원영 2014.5
- 2014-7 건강생활관리서비스 사업모형 연구 / 조용운·오승연·김미화 2014.7
- 2014-8 보험개인정보 보호법제 개선방안 / 김경환·강민규·이해람 2014.8
- 2014-9 2014년 보험소비자 설문조사 / 전용식·변혜원·정원석·박선영·오승연·이상우·최 원 2014.8
- 2014-10 보험회사 수익구조 진단 및 개선방안 / 김석영·김세중·김혜란 2014.11
- 2014-11 국내 보험회사의 해외사업 평가와 제언 / 전용식·조영현·채원영 2014.12
- 2015-1 보험민원 해결 프로세스 선진화 방안 / 박선영·권오경 2015.1
- 2015-2 재무건전성 규제 강화와 생명보험회사의 자본관리 / 조영현·조재린·김혜란 2015.2
- 2015-3 국내 배상책임보험 시장 성장 저해 요인 분석 - 대인사고 손해배상액 산정 기준을 중심으로 - / 최창희·정인영 2015.3
- 2015-4 보험산업 신뢰도 제고 방안 / 이태열·황진태·이선주 2015.3
- 2015-5 2015년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2015.8
- 2015-6 인구 및 가구구조 변화가 보험 수요에 미치는 영향 / 오승연·김유미 2015.8
- 2016-1 경영환경 변화와 주요 해외 보험회사의 대응 전략 / 전용식·조영현 2016.2
- 2016-2 시스템리스크를 고려한 복합금융그룹 감독방안 / 이승준·민세진 2016.3
- 2016-3 저성장 시대 보험회사의 비용관리 / 김해식·김세중·김현경 2016.4
- 2016-4 자동차보험 해외사업 경영성과 분석과 시사점 / 전용식·송윤아·채원영 2016.4

- 2016-5 금융·보험세제연구: 집합투자기구, 보험 그리고 연금세제를 중심으로 / 정원석·임 준·김유미 2016.5
- 2016-6 가용자본 산출 방식에 따른국내 보험회사 지급여력 비교 / 조재린·황인창·이경아 2016.5
- 2016-7 해외 사례를 통해 본 중·소형 보험회사의 생존전략 / 이태열·김해식·김현경 2016.5
- 2016-8 생명보험회사의 연금상품 다양화 방안: 종신소득 보장기능을 중심으로 / 김세중·김혜란 2016.6
- 2016-9 2016년 보험소비자 설문조사 / 동향분석실 2016.8
- 2016-10 자율주행자동차 보험제도 연구 / 이기형·김혜란 2016.9
- 2019-1 자동차보험 잔여시장제도 개선 방향 연구 / 기승도·홍민지 2019.5

■ 이슈보고서

- 2019-1 실손의료보험 현황과 개선 방안 / 정성희·문혜정 2019.10
- 2020-1 서울 지역별 아파트 가격 거품 가능성 검토 / 윤성훈 2020.1
- 2020-2 보험회사 자회사형 GA의 성과와 시사점 / 김동겸 2020.3
- 2020-3 미국 의료자문제도 현황 및 시사점 / 조용운·정성희·이아름 2020.6
- 2020-4 일본 생명보험회사의 해외진출과 시사점 / 이상우 2020.6

■ 조사자료집

- 2014-1 보험시장 자유화에 따른 보험산업 환경변화 / 최 원·김세중 2014.6
- 2014-2 주요국 내부자본적정성 평가 및 관리 제도 연구 - Own Risk and Solvency Assessment - / 장동식·이정환 2014.8
- 2015-1 고령층 대상 보험시장 현황과 해외사례 / 강성호·정원석·김동겸 2015.1
- 2015-2 경증치매자 보호를 위한 보험사의 치매실태 도입방안 / 정봉은·이선주 2015.2
- 2015-3 소비자 금융이해력 강화 방안: 보험 및 연금 / 변혜원·이해랑 2015.4
- 2015-4 글로벌 금융위기 이후 세계경제의 구조적 변화 / 박대근·박춘원·이항용 2015.5
- 2015-5 노후소득보장을 위한 주택연금 활성화 방안 / 전성주·박선영·김유미 2015.5
- 2015-6 고령화에 대응한 생애자산관리 서비스 활성화 방안 / 정원석·김미화 2015.5
- 2015-7 일반 손해보험 요율제도 개선방안 연구 / 김석영·김혜란 2015.12
- 2018-1 변액연금 최저보증 및 사업비 부과 현황 조사 / 김세환 2018.2
- 2018-2 리콜 리스크관리와 보험의 역할 / 김세환 2018.12
- 2018-3 주요국 혼합형 퇴직연금제도 현황과 시사점 / 이상우 2018.12

2020-1 공제보험 현황 조사 / 최창희·홍민지 2020.4

■ 연차보고서

- 제 1 호 2008년 연차보고서 / 보험연구원 2009.4
- 제 2 호 2009년 연차보고서 / 보험연구원 2010.3
- 제 3 호 2010년 연차보고서 / 보험연구원 2011.3
- 제 4 호 2011년 연차보고서 / 보험연구원 2012.3
- 제 5 호 2012년 연차보고서 / 보험연구원 2013.3
- 제 6 호 2013년 연차보고서 / 보험연구원 2013.12
- 제 7 호 2014년 연차보고서 / 보험연구원 2014.12
- 제 8 호 2015년 연차보고서 / 보험연구원 2015.12
- 제 9 호 2016년 연차보고서 / 보험연구원 2017.1
- 제 10 호 2017년 연차보고서 / 보험연구원 2018.1
- 제 11호 2018년 연차보고서 / 보험연구원 2019.1
- 제 12호 2019년 연차보고서 / 보험연구원 2020.1

■ 영문발간물

- 제 7 호 Korean Insurance Industry 2008 / KIRI, 2008.9
- 제 8 호 Korean Insurance Industry 2009 / KIRI, 2009.9
- 제 9 호 Korean Insurance Industry 2010 / KIRI, 2010.8
- 제10호 Korean Insurance Industry 2011 / KIRI, 2011.10
- 제11호 Korean Insurance Industry 2012 / KIRI, 2012.11
- 제12호 Korean Insurance Industry 2013 / KIRI, 2013.12
- 제13호 Korean Insurance Industry 2014 / KIRI, 2014.8
- 제14호 Korean Insurance Industry 2015 / KIRI, 2015.8
- 제15호 Korean Insurance Industry 2016 / KIRI, 2016.8
- 제16호 Korean Insurance Industry 2017 / KIRI, 2017.8
- 제17호 Korean Insurance Industry 2018 / KIRI, 2018.8
- 제18호 Korean Insurance Industry 2019 / KIRI, 2019.8
- 제 7 호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2013 / KIRI, 2014.2
- 제 8 호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2013 / KIRI, 2014.5
- 제 9 호 Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2014 / KIRI, 2014.8
- 제10호 Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2014 / KIRI, 2014.10
- 제11호 Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2014 / KIRI, 2015.2

제12호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2014 / KIRI, 2015.4
제13호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2015 / KIRI, 2015.8
제14호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2015 / KIRI, 2015.11
제15호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2015 / KIRI, 2016.2
제16호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2015/ KIRI, 2016.6
제17호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2016/ KIRI, 2016.9
제18호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2016/ KIRI, 2016.12
제19호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2016/ KIRI, 2017.2
제20호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2016/ KIRI, 2017.5
제21호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2017/ KIRI, 2017.9
제22호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2017/ KIRI, 2017.11
제23호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2017/ KIRI, 2018.2
제24호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2017/ KIRI, 2018.5
제25호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2018/ KIRI, 2018.8
제26호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2018/ KIRI, 2018.12
제27호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2018/ KIRI, 2019.2
제28호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2018/ KIRI, 2019.4
제29호	Korean Insurance Industry Trend 1Q FY2019/ KIRI, 2019.10
제30호	Korean Insurance Industry Trend 2Q FY2019/ KIRI, 2019.12
제31호	Korean Insurance Industry Trend 3Q FY2019/ KIRI, 2020.2
제32호	Korean Insurance Industry Trend 4Q FY2019/ KIRI, 2020.5

■ CEO Report

2008-1	자동차보험 물적담보 손해를 관리 방안 / 기승도 2008.6
2008-2	보험산업 소액지급결제시스템 참여 관련 주요 이슈 / 이태열 2008.6
2008-3	FY2008 수입보험료 전망 / 동향분석실 2008.8
2008-4	퇴직급여보장법 개정안의 영향과 보험회사 대응과제 / 류건식·서성민 2008.12
2009-1	FY2009 보험산업 수정전망과 대응과제 / 동향분석실 2009.2
2009-2	퇴직연금 예금보험요율 적용의 타당성 검토 / 류건식·김동겸 2009.3
2009-3	퇴직연금 사업자 관련규제의 적정성 검토 / 류건식·이상우 2009.6
2009-4	퇴직연금 가입 및 인식실태 조사 / 류건식·이상우 2009.10
2010-1	복수사용자 퇴직연금제도의 도입 및 보험회사의 대응과제 / 김대환·이상우·김혜란 2010.4
2010-2	FY2010 수입보험료 전망 / 동향분석실 2010.6

- 2010-3 보험소비자보호의 경영전략적 접근 / 오영수 2010.7
- 2010-4 장기손해보험 보험사기 방지를 위한 보험금 지급심사제도 개선 / 김대환·이기형 2010.9
- 2010-5 퇴직금 중간정산의 문제점과 개선과제 / 류건식·이상우 2010.9
- 2010-6 우리나라 신용카드시장의 특징 및 개선논의 / 최형선 2010.11
- 2011-1 G20 정상회의의 금융규제 논의 내용 및 보험산업에 대한 시사점 / 김동겸 2011.2
- 2011-2 영국의 공동계정 운영체계 / 최형선·김동겸 2011.3
- 2011-3 FY2011 수입보험료 전망 / 동향분석실 2011.7
- 2011-4 근퇴법 개정에 따른 퇴직연금 운영방안과 과제 / 김대환·류건식 2011.8
- 2012-1 FY2012 수입보험료 전망 / 동향분석실 2012.8
- 2012-2 건강생활서비스법 제정(안)에 대한 검토 / 조용운·이상우 2012.11
- 2012-3 보험연구원 명사초청 보험발전 간담회 토론 내용 / 윤성훈·전용식·전성주·채원영 2012.12
- 2012-4 새정부의 보험산업 정책(I): 정책공약집을 중심으로 / 이기형·정인영 2012.12
- 2013-1 새정부의 보험산업 정책(II): 국민건강보험 본인부담경감제 정책에 대한 평가 / 김대환·이상우 2013.1
- 2013-2 새정부의 보험산업 정책(III): 제18대 대통령직인수위원회 제안 국정과제를 중심으로 / 이승준 2013.3
- 2013-3 FY2013 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2013.7
- 2013-4 유럽 복합금융그룹의 보험사업 매각 원인과 시사점 / 전용식·윤성훈 2013.7
- 2014-1 2014년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2014.6
- 2014-2 인구구조 변화가 보험계약규모에 미치는 영향 분석 / 김석영·김세중 2014.6
- 2014-3 『보험 혁신 및 건전화 방안』의 주요 내용과 시사점 / 이태열·조재린·황진태·송윤아 2014.7
- 2014-4 아베노믹스 평가와 시사점 / 임준환·황인창·이혜은 2014.10
- 2015-1 연말정산 논란을 통해 본 소득세제 개선 방향 / 강성호·류건식·정원석 2015.2
- 2015-2 2015년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2015.6
- 2015-3 보험산업 경쟁력 제고 방안 및 이의 영향 / 김석영 2015.10
- 2016-1 금융규제 운영규정 제정 의미와 시사점 / 김석영 2016.1
- 2016-3 2016년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2016.7
- 2016-4 EU Solvency II 경과조치의 의미와 시사점 / 황인창·조재린 2016.7
- 2016-5 비급여 진료비 관련 최근 논의 동향과 시사점 / 정성희·이태열 2016.9
- 2017-1 보험부채 시가평가와 보험산업의 과제 / 김해식 2017.2

- 2017-2 2017년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2017.7
 2017-3 1인 1 퇴직연금시대의 보험회사 IRP 전략 / 류건식·이태열 2017.7
 2018-1 2018년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2018.7
 2018-2 북한 보험산업의 이해와 대응 / 안철경·정인영 2018.7
 2019-1 기후변화 위험과 보험회사의 대응 방안 / 이승준 2019.4
 2019-2 2019년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2019.7
 2019-3 보험생태계 강화를 위한 과제 / 김동겸·정인영 2019.8
 2019-4 저(무)해지 환급형 보험 현황 및 분석 / 김규동 2019.12
 2020-1 코로나 19(Covid-19) 영향 및 보험산업 대응과제 / 김해식·조영현·김석영·
 노건엽·황인창·김동겸·손민숙 2020.4
 2020-2 2020년 수입보험료 수정 전망 / 동향분석실 2020.6

■ Insurance Business Report

- 26호 퇴직연금 중심의 근로자 노후소득보장 과제 / 류건식·김동겸 2008.2
 27호 보험부채의 리스크마진 측정 및 적용 사례 / 이경희 2008.6
 28호 일본 금융상품판매법의 주요내용과 보험산업에 대한 영향 / 이기형 2008.6
 29호 보험회사의 노인장기요양 사업 진출 방안 / 오영수 2008.6
 30호 교차모집제도의 활용의향 분석 / 안철경·권오경 2008.7
 31호 퇴직연금 국제회계기준의 도입영향과 대응과제 / 류건식·김동겸 2008.7
 32호 보험회사의 헤지펀드 활용방안 / 진 익 2008.7
 33호 연금보험의 확대와 보험회사의 대응과제 / 이경희·서성민 2008.9

■ 간행물

- 보험동향 / 연 4회
- 해외 보험동향 / 연 4회
- 보험금융연구 / 연 4회

※ 2008년 이전 발간물은 보험연구원 홈페이지(<http://www.kiri.or.kr>)에서 확인하시기 바랍니다.

『 도서 회원 가입 안내 』

회원 및 제공자료

	법인회원	특별회원	개인회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원
제공자료	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY	- 연구보고서 - 기타보고서 - 연속간행물 · 보험금융연구 · 보험동향 · KIRI 포커스 모음집 · KIRI 이슈 모음집 · KOREA INSURANCE INDUSTRY
	- 영문연차보고서	-	-

※ 특별회원 가입대상 : 도서관 및 독서진흥법에 의하여 설립된 공공도서관 및 대학도서관

가입문의

보험연구원 도서회원 담당

전화 : (02) 3775 - 9113 팩스 : (02) 3775 - 9102

회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (400401 - 01 - 125198)

예금주 : 보험연구원

가입절차

보험연구원 홈페이지(www.kiri.or.kr)에 접속 후 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

자료구입처

서울 : 보험연구원 자료실 (02-3775-9113 / lsy@kiri.or.kr)

저 자 약 력

정 성 희

서울대학교 통계학 박사
보험연구원 연구위원
(E-mail : shchung71@kiri.or.kr)

황 현 아

고려대학교 법학과 박사수료
사법연수원 36기 수료
보험연구원 연구위원
(E-mail : hahwang@kiri.or.kr)

홍 민 지

고려대학교 경제학 석사
보험연구원 연구원
(E-mail : mjh@kiri.or.kr)

연구보고서 2020-3

의료배상책임의 현황과 과제 : 보상체계 중심으로

발행일 2020년 6월

발행인 안 철 경

발행처 **보 험 연 구 원**

서울특별시 영등포구 국제금융로 6길 38
화재보험협회빌딩
대표전화 : (02) 3775-9000

조판및
인 쇄 고려씨엔피

ISBN 979-11-89741-26-6 94320

979-11-85691-50-3 (세트)

정가 10,000원