

의료분쟁 판례분석

Analysis of Medical Disputes Precedent

임복희

부산가톨릭대학교 병원경영학과

Bock-Hee Im(bhim@cup.ac.kr)

요약

의료사고란 의료서비스를 제공할 경우 발생하는 예기치 않은 사고'를 말하며, 의사는 환자치료에 대한 책임을 진다. 의료분쟁은 치료를 받는 과정에서 피해를 입었다고 생각하는 환자와 환자 진료에 대한 의무를 다하지 못한 의사 개인 간의 분쟁이다. 불행하게도 실제로 의료분쟁은 상호이해를 통하거나 상호 의사소통을 통한 공무상의 접근대신에 의료분쟁소송으로 나타나고 있다.

본 연구의 배경은 의료분쟁의 판례 분석을 통하여 의료분쟁의 유사한 사례를 예방하기 위한 기초자료를 제공하기 위하여 시도되었다. 본 연구의 결과는 다음과 같다.

첫째, 의료기관 설립구분에서는 병원급이 62.9%로 가장 많았다. 둘째, 의료분쟁의 발생 원인으로는 수술이 27.8%로 가장 많았고 그다음이 주의의무 위반 20.6% 그리고 진료가 11.3%를 차지하였다. 셋째, 진료과목에 따른 평균 배상금액은 산부인과가 38,384,000원으로 가장 높았다.

결론적으로 의료분쟁을 해결하기 위한 가장 좋은 방법은 의료분쟁의 원인 자체를 예방하기 위하여 진료과정에서 보다 세심한 주의를 기울여야 할 것이다.

■ 중심어 : | 의료사고 | 의료분쟁 | 의료기관 설립 | 진료과목 |

Abstract

Unexpected results caused by medical service are defined as malpractice, and the doctor must bear the responsibilities following the medical treatment. Malpractice disputes are disputes between patients, who are seen as the only victim in this way, and medical personnel who do not admit to the charges. Unfortunately, in reality, an official approach to mutual understanding and communication in the instance of such disputes does not exist.

Based on this background, this study was attempted to prevent similar forms of medical disputes from occurrence and provide fundamental data to prepare by analyzing the medical disputes precedent.

Results of the study are as follows:

First, For type of medical institution, hospitals accounted for the most part as 62.9%. Second, Among total medical disputes, the cases surgery accounted for 27.8%, violation of duty care accounted for 20.6% and that of medical treatments 11.3%. Third, For a mean agreed amount by medical department, it was the highest in obstetrics & gynecology as 38,384,000 won.

In conclusion, the most desirable method of dispute resolution is to prevent a cause of dispute to the root.

■ keyword : | Malpractice | Medical Disputes | Medical Institution | Medical Department |

1. 서론

오늘날 사회의 각 부문에 있어서 소비자의 주권과 권리의식이 강조되고 있고 다양한 경로를 통하여 소비자의 권리를 실현하고 있다. 의료에서도 예외일 수 없어 전통적인 의사와 환자의 관계인 施惠의 개념이 사라지고 의료소비자와 의료공급자라는 대등한 계약당사자라는 인식이 자리를 잡았다. 의료영역에서 이러한 인식의 변화는 환자주권주의, 의료서비스의 질 향상이라는 긍정적인 결과도 가져왔지만 의료분쟁의 급격한 증가를 초래하였다[1].

‘의료사고(malpractice)란 의료서비스를 제공할 경우 발생하는 예기치 않은 사고’를 말한다[2]. 만약 의료사고가 발생하게 되면 원칙적으로 사고의 원인이 된 의료행위의 주체인 의사가 피해에 합당한 보상을 하거나 처벌을 받게 된다. 그러나 의료행위의 특성상 의료서비스에 대한 완전한 안전성은 기대할 수 없다. 이것은 제한된 지식으로 인해 인체에서 발생하는 모든 상황을 충분히 예측하고 대비할 수 없기 때문인데 의사가 의도하지 않더라도 의료사고 또는 예기치 않은 결과가 발생할 수 있다. 혹시라도 의료사고가 발생하게 된다면 이는 의사와 환자 모두에게 예상하지 못한 상황이며 따라서 의사와 환자 모두가 피해를 입게 되는 피해자가 될 수밖에 없다. 이런 결과의 책임소재를 묻는 갈등, 즉 의료분쟁은 이처럼 일방적으로 피해자라고 생각하는 환자측과 자신이 가해자임을 인정할 수 없는 의료인 간의 다툼이다[3].

최근에는 이러한 의료사고가 의료분쟁으로 이어지는 사례가 급증하고 있는데 한국소비자원[4]은 연간 약 3,000-7,000여건으로 추산하고 있으며 이로 인한 지출비용은 약 239,867,521,407원으로 추산하였다[1]. 1990년대부터 증가하던 의료소송이 단순히 손해배상청구송의 유형을 벗어나 형사나 행정소송 나아가 헌법소송에 이르기 까지 매우 다양한 형태를 보이고 있다[5]. 이렇게 발생하는 의료분쟁을 해결하기 위하여 1991년부터 의료분쟁의 해결을 위해 정부, 의료계, 법조계 및 시민단체 등 많은 기관들이 입법안을 제출하고 그에 대한 토론회를 갖는 등 많은 노력을 기울이고 있음에도 불구하고

고 아직 이렇다 할 해결책을 마련하고 있지 못하다[6].

우리나라에서의 의료분쟁 해결의 특징은 민사적 구제절차(2.7%)보다는 수사기관에 의지하려는 경향이 강하여 형사소송(25.2%)하는 비율이 민사소송을 제기하는 비율보다 약 10배정도 높다. 그 이유는 첫째, 민사소송 제기 시 변호사선임비 등의 비용지출이 수반되는데 형사고소는 당장 수반되는 비용지출이 없으며 둘째, 국민의 법 감정이 의료과실소송에서는 의사가 일방적으로 유리하다는 불신이 내재되어 있어 형사고소를 하려는 경향이 강하고 셋째, 의사와의 감정대립으로 환자가 그 유족은 경제적인 보상보다는 신체적인 처벌을 받게 함으로써 보복감정에 충실하고자 하고 넷째, 의사가 가지고 있는 진료기록부 등 환자에 관한 정보에 대하여 접근하기 곤란하기 때문에 수사기관에 호소하여 이를 용이하게 확보하고자 한다. 수사가 시작되면 경찰 등에서는 의사에게 진료기록부나 각종 검사지를 번역하여 제출하고, 아울러 치료경과에 대한 해명을 요구하기 때문에 환자 측에서는 자신이 누구로부터 어떻게 치료를 받았는지를 손쉽게 알 수 있게 되고 다섯째, 환자 측을 상담하는 변호사나 사회단체상담원들이 진상파악이 어렵다는 이유로 고소를 권유하기 때문이다[5].

이와 같이 우리국민은 의료사고가 발생하면 민사소송으로는 구제받기 힘들다는 잘못된 인식에서 벗어나지 못하여 일탈행동을 통한 제도권 밖에서 해결을 하고 있다. 이 때문에 의료분쟁 발생 시 환자 측에서는 법적 구제절차를 외면한 채 의료기관 또는 의사에 대한 폭행·협박·농성·난동 등의 위법행위로 나아가려 하고, 의료인에 대하여 업무상과실치사상죄나 살인죄 등으로 고소를 마구하는 악순환이 반복되고 있다[7]. 이 과정에서 의사와 환자의 불신은 적지 않게 쌓여 과다한 서비스를 제공하는 방어진료·과잉진료가 전반적인 현상으로 나타나고[8], 소극적으로는 의학상 필요한 진료 행위라도 나중에 제소당하는 것이 두려워 진료를 유보하거나 실시하지 않는 위축진료의 형태로도 나타나[9] 이제는 사회적 문제가 되기에 이르렀다.

이렇듯 의료분쟁으로 인한 의료분쟁을 개인 간의 문제가 아닌 사회적 문제로 이해하고 그 해결방식을 찾아야 하는 상황임에도 불구하고 우리나라의 경우 의료진

의 법률적 관심이 결여되어 금전적으로 쉽게 해결하려는 경향이 지속되어져 왔고, 사회의 인식이나 법적·제도적 장애요인 때문에 의료제공자들이 의료에서의 오류에 대한 문제들을 공개적으로 논의하는 것을 금기시하여 왔기 때문에 진료제공과정에서의 오류발생규모·유형·오류 결과 및 해결방법에 대한 실증적인 자료의 축적이 매우 미흡한 실정[10]이므로 상당수의 분쟁이 소송에 따른 경제적 부담으로 여전히 사적·음성적으로 해결되고 있어[9] 의료분쟁에 대한 정확한 실태 분석이 어려운 실정이다.

따라서 본 연구에서는 의료분쟁의 현황을 의료분쟁 관련 판례를 분석하여 의료기관 유형별, 진료과별, 소송비용, 배상금액 등에 대한 시계열 분석자료 및 향후 비슷한 유형의 의료분쟁이 발생하는 것을 방지하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 의료사고연구소홈페이지[11]에 등록된 의료분쟁 판례문을 연구대상으로 하였다. 이들 판례문은 1997년에서 2007년까지 11년간 4,774건의 의료분쟁 판례문 내용에서 원고, 피고, 승소자, 배상금액, 소송비용의 비율, 판결 날짜, 의료기관종별, 진료과목, 사고유형, 사고 후 환자상태 등의 항목에 대한 판독이 가능한 4,458건 중 의사가 진료를 하는 의원, 병원, 종합병원의 자료인 3,936건을 연구대상으로 하였다.

2. 자료수집 및 분석 방법

자료의 수집은 의료사고연구소홈페이지에 등록된 의료분쟁 판례문 중에서 1997년에서 2007년까지의 판례문들 중 4,458건을 게시판번호를 중심으로 원고, 피고, 승소자, 배상금액, 최종판결일, 의료기관 종별, 진료과목, 사고유형, 사고 후 환자상태 등의 항목을 선택하여 엑셀파일로 자료를 정리한 후 SPSS 18.0으로 의료기관 종별에 따른 종료 소송심, 분쟁원인, 환자상태, 진료과목별 환자상태 및 승소비율은 빈도분석과 교차분석을

의료기관 종별, 진료과별 배상금액은 ANOVA분석을 실시하였다.

3. 용어의 정의

3.1 의료사고

의료서비스를 제공할 경우 발생하는 예기치 않은 사고, 즉 환자의 진단, 검사, 치료 등 의료의 모든 과정에서 발생하는 사고를 포함하는 개념으로 사고의 발생 원인이나 책임소재와 상관없이 다만 결과로 의료시설을 이용하는 환자 등이 동 시설 내에서 다친 사고를 통상 의료사고라 한다[12].

3.2 의료과오

의료과오란 의료행위 중에 의사 기타 의료인이 과실에 기인하여 발생한 사고, 즉 의사가 진단 및 치료행위를 함에 있어서 업무상 필요로 하는 주의를 게을리 하여 그 결과 환자가 사상함으로써 환자에게 손해의 결과를 준 경우를 말한다[13].

3.3 의료소송

의료소송이란 의사의 의료 상 처치나 병원의 인적, 불적 관리 또는 의료 전달 체계 등 모든 과정에 있어서 과실이 있느냐의 여부를 다투며 제기되는 소송을 말하며 대부분은 손해배상을 전제로 하는 민사소송을 의미하지만 의사의 업무상 과실치상이나 과실치사를 다루는 형사소송이나 의료법 위반을 다루는 행정소송도 이에 포함될 수도 있다. 하지만, 의료소송에서 의사 혹은 병원 측이 민·형사상 책임을 저야하는 경우는 의사의 과실이 있어야 하며, 단지 나쁜 결과가 발생한 의료사고라 해서 모든 책임을 지는 것은 아니다[12].

3.4 의료분쟁

의료분쟁은 환자 측에서 원치 않은 결과에 대해 의료인의 책임을 주장하고, 의료인은 잘못이 없음을 주장함으로써 상호 다툼이 발생하는데 이를 의료분쟁이라 한다[13].

3.5 의사의 주의의무

의사의 진료 의무는 환자와 의사간에 체결된 주된 의무이다. 따라서 의사는 환자를 진료함에 있어서 필요로 하는 최선의 주의를 기울여야 할 의무를 가지게 된다. 의사가 이러한 주의의무에 위반하여 환자에게 손해가 발생한다면 이는 곧 의료과오가 된다[14].

3.6 전원의무전주의무

의사가 환자에 대하여 적절한 진료를 스스로 할 수 있는 설비나 능력이 없는 경우 환자에게 다른 적절한 의료기관이나 다른 의사에게 치료를 받을 수 있도록 전원 내지 전의할 의무가 있다. 의사가 이러한 전원의무 내지 전의의무를 이행하지 않아 환자가 적기에 치료를 받을 기회를 놓쳐 상태가 나빠진 경우에 의사는 이에 대한 손해배상책임을 부담하게 된다[12].

3.7 설명의무

의사가 의료행위를 함에 있어, 환자에게 질병의 증상, 진료의 필요성, 진료방법, 진료에 따르는 위험, 예후 등을 설명하여야 할 의무를 말한다[12].

III. 결과

2007년 사법연감에 의하면 1997년부터 2007년까지

11년간 의료분쟁소송 건수는 9,322건이었다. 동일기간의 판례자료가 ‘의료사고연구소 홈페이지’에 수록되어 조사된 건수는 총 4,774건이었으나 이중 연구대상으로 선정된 것은 3,936건이었다. 연구대상은 의원급이 576건(14.6%), 병원급이 2,475건(62.9%) 그리고 종합병원급이 885건(22.5%)이었다[표 1].

의료기관 중별에 따른 소송심의 종료 시점은 73.9%가 원심에서 소송이 종료되었고 항소심 23.0%, 그리고 상고심이 3.1%이었다. 의원급의 경우 원심에서 소송이 종료된 경우는 81.4%로 가장 높았고 병원급 73.3% 그리고 종합병원급 70.4%로 의료기관의 규모가 클수록 원심에서 소송이 종료되기 보다는 항소심과 상고심으로 소송기간이 길어지는 경향이 통계적으로 유의하게($p<.000$) 높았다[표 2].

분쟁의 원인은 수술이 27.8%로 가장 많았고 다음으로 주의의무 위반(20.6%), 진료의 부적합(11.3%), 분만(8.8%), 오진(7.3%)순이었다. 의료기관 중별에서는 의원급은 수술(24.7%), 주의의무 위반(18.3%), 분만(14.6%)로 높았다. 병원급은 수술(27.2%), 주의의무 위반(20.4%), 진료의 부적합(11.6%)순이었다. 종합병원급은 수술(31.5%), 주의의무 위반(22.7%), 진료(11.9%)순이었다. 의료기관의 규모가 클수록 수술과, 주의의무 위반이 높게 나타났으며 의료분쟁의 원인은 통계적으로 유의하게($p<.000$) 높았다[표 3].

표 1. 연도별 의료분쟁 소송발생건수 및 연구대상

단위 : 건, %

구분	사법연감 ¹⁾ (A)	연구대상				조사율 {(B/A)×100}
		의원급	병원급	종합병원급	소계(B)	
연도						
1997-1999	1,553	15	151	23	189	12.2
2000	643	30	132	57	219	34.1
2001	819	26	163	62	251	30.7
2002	836	28	231	64	323	38.6
2003	1,022	102	469	180	751	73.5
2004	1,075	103	486	194	783	72.8
2005	1,106	145	396	166	707	63.9
2006	1,222	85	319	102	506	41.4
2007	1,046	42	128	37	207	19.8
계	9,322	576(14.6)	2,475(62.9)	885(22.5)	3,936(100.0)	42.2

주 1) : 사법연감(1997 - 2007년)의 자료임.

표 2. 의료기관 종별에 따른 소송심의 종료

단위 : 건(%)

구분	의원급	병원급	종합병원급	계	X ² (p)
원 심	469(81.4)	1,815(73.3)	623(70.4)	2,907(73.9)	397.47(.000)
항소심	95(16.5)	580(23.4)	232(26.2)	907(23.0)	
상고심	12(2.1)	80(3.2)	30(3.4)	122(3.1)	
계	576(100.0)	2,475(100.0)	885(100.0)	3,936(100.0)	

표 3. 의료기관 종별에 따른 분쟁원인

구분	진료	수술	오진	분만	투약	주사	검사	마취	수혈	주의 의무	설명 의무	전원전환 의무	기타	계	
의원급	n	54	142	42	84	31	15	24	5	-	105	19	12	11	544
	%	10.1	26.1	7.7	15.4	5.7	2.8	4.4	0.9	-	19.3	3.5	2.2	2.0	100.0
병원급	n	286	672	182	232	107	54	130	28	4	506	78	32	50	2,361
	%	12.1	28.5	7.7	9.8	4.5	2.3	5.5	1.2	0.2	21.4	3.3	1.4	2.1	100.0
종합병원급	n	105	279	63	31	36	6	48	3	2	201	18	8	6	806
	%	13.0	34.6	7.8	3.9	4.5	0.7	6.0	0.3	0.3	24.9	2.2	1.0	0.7	100.0
X ² (p)=2506.76(.000)															
계	n	445	1,093	287	347	174	75	202	36	6	812	115	52	67	3,936
	%	11.3	27.8	7.3	8.8	4.4	1.9	5.1	0.9	0.1	20.6	2.9	1.3	1.7	100.0

주 1) 결측치 225건(의원: 32, 병원: 114, 종합병원: 79)를 제외한 결과임.

의료기관 종별에 따른 사고 후 환자의 상태는 상해·장애가 47.2%로 가장 높았고 사망이 45.2%로 그 다음을 차지하여 상해·장애와 사망이 62.4%를 차지하였다. 의원급은 상해·장애가 52.1%로 가장 높았고 다음으로는 사망(39.2%)이었다. 병원급은 상해·장애가 46.7%로 가장 높았고 다음으로는 사망(45.8%)이었다. 종합병원급은 사망이 47.2%로 가장 높았고 다음으로는 상해·장애(45.5%)이었다. 의원급과 병원급은 상해·장애가 가장 높은 반면 종합병원급은 사망이 가장 높게 나타났으며 의료기관의 규모가 클수록 사망이 차지하는 비율이 통계적으로 유의하게(p<.000) 높았다[표 4].

의원급 의료기관의 진료과별 사고는 외과계열이 40.4%로 가장 높았으며 다음으로는 산부인과(34.4%), 내과계열(14.9%)순이었다. 진료과별 사고 후 환자상태는 다음과 같다. 사망은 산부인과(47.6%), 내과계열(24.3%), 외과계열(15.5%)순으로 높았다. 의식불명은 외과계와 산부인과가 각각 42.9%로 높았으며, 상해·장애는 외과계(54.3%), 산부인과(25.3%), 안과(9.8%)순이었다. 감염은 외과계(69.2%)가 기타는 외과계(68.2%), 산부인과(18.2%), 내과계(13.6%)순이었다. 사망 및 상해·장애의 의료사고를 주로 발생시키는 진료과는 산부인과, 외과계, 내과계 순으로 높았다[표 5].

표 4. 의료기관 종별에 따른 사고 후 환자 상태

단위 : 건(%)

구분	사망 ¹⁾	의식불명	상해·장애	감염 등	기타	계
의원급	211(39.2)	8(1.5)	281(52.1)	18(3.3)	24(4.5)	539
병원급	1,057(45.8)	86(3.7)	1,077(46.7)	41(1.8)	46(2.0)	2,307
종합병원급	386(47.2)	34(4.2)	372(45.5)	12(1.5)	13(1.6)	817
X ² (p)=2084.03(.000)						
계	1,654(45.2)	128(3.5)	1,730(47.2)	71(1.9)	83(2.3)	3,663

주1) 유산 및 태아사망 포함.

주2) 결측치 273건(의원: 37, 병원: 168, 종합병원: 68)를 제외한 결과임.

표 5. 의원급 의료기관의 진료과별 사고 후 환자상태

단위 : 건(%)

구분	사망 ¹⁾	의식불명	상해·장애	감염	기타	계
내과계	50(24.3)	-	21(7.9)	1(7.7)	3(13.6)	75(14.9)
외과계	32(15.5)	3(42.9)	144(54.3)	9(69.2)	15(68.2)	203(40.4)
산부인과	98(47.6)	3(42.9)	67(25.3)	1(7.7)	4(18.2)	173(34.4)
신경(마취통증)과	5(2.4)	-	2(0.8)	-	-	7(1.4)
소아청소년과	7(3.4)	1(14.2)	3(1.3)	1(7.7)	-	12(2.4)
안과	3(1.5)	-	26(9.8)	1(7.7)	-	30(6.0)
기타 진료과	11(5.3)	-	2(0.8)	-	-	13(2.6)
계	206(41.0)	7(1.4)	265(52.7)	13(2.6)	22(4.4)	503(100.0)

주1) 유산 및 태아사망 포함
 주2) 결측치 36건을 제외한 결과임.

병원급 의료기관의 진료과별 사고는 외과계열이 43.0%로 가장 높았으며, 산부인과(22.9%), 내과계열(14.7%)순이었다. 진료과별 사고 후 환자상태 중 사망은 외과계열(33.9%), 산부인과(24.5%), 내과계열(19.2%)순으로 높았다. 의식불명은 산부인과(38.8%), 외과계(25.9%), 내과계열(11.8%)순으로 높았다. 상해·

장애는 외과계(52.3%), 산부인과(20.3%), 내과계(10.6%)순이었다. 감염은 외과계(63.4%), 산부인과(17.1%)순이었고 기타는 외과계(46.5%), 내과계(23.3%), 산부인과(20.9%)순이었다. 사망 및 상해·장애의 의료사고를 주로 발생시키는 진료과는 외과계, 산부인과, 내과계 순으로 높았다[표 6].

표 6. 병원급 의료기관의 진료과별 사고 후 환자상태

단위 : 건(%)

구분	사망 ¹⁾	의식불명	상해·장애	감염	기타	계
내과계	200(19.2)	10(11.8)	112(10.6)	2(4.9)	10(23.3)	334(14.7)
외과계	353(33.9)	22(25.9)	554(52.3)	26(63.4)	20(46.5)	975(43.0)
산부인과	255(24.5)	33(38.8)	215(20.3)	7(17.1)	9(20.9)	519(22.9)
신경(마취통증)과	23(2.2)	4(4.7)	18(1.7)	2(4.9)	-	47(2.1)
소아청소년과	44(4.2)	5(5.9)	46(4.3)	-	-	95(4.2)
안과	1(0.1)	-	35(3.3)	-	-	36(1.6)
기타 진료과	161(15.5)	11(12.9)	66(6.2)	3(7.3)	4(9.3)	245(10.8)
치과	4(0.4)	-	14(1.3)	1(2.4)	-	19(0.8)
계	1,041(45.9)	85(3.7)	1,060(46.7)	41(1.8)	43(1.9)	2,270(100.0)

주1) 유산 및 태아사망 포함
 주2) 결측치 37건을 제외한 결과임.

종합병원급 의료기관의 진료과별 사고는 외과계열이 40.9%로 가장 높았으며, 내과계열(20.5%), 산부인과(14.4%)순이었다. 진료과별 사고 후 환자상태 중 사망은 내과계열(29.6%), 외과계열(28.0%), 산부인과(17.2%)순으로 높았다. 의식불명은 외과계열(51.5%), 내과계열(27.3%) 산부인과(9.1%)순으로 높았다. 상

해·장애는 외과계(51.2%), 산부인과(12.8%), 안과(10.4%)순이었다. 감염은 외과계(83.3%)와 내과계(16.7%)에서만 발생하였다. 사망 및 상해·장애의 의료사고를 주로 발생시키는 진료과는 외과계, 내과계, 산부인과 순으로 높았다[표 7].

표 7. 종합병원급 의료기관의 진료과별 사고 후 환자상태 단위 : 건(%)

구분	사망 ¹⁾	의식불명	상해·장애	감염	기타	계
내과계	112(29.6)	9(27.3)	37(10.1)	2(16.7)	5(38.5)	165(20.5)
외과계	106(28.0)	17(51.5)	188(51.2)	10(83.3)	5(38.5)	326(40.9)
산부인과	65(17.2)	3(9.1)	47(12.8)	-	1(7.7)	116(14.4)
신경(마취통증)과	20(5.3)	1(3.0)	11(3.0)	-	-	32(4.0)
소아청소년과	24(6.3)	-	19(5.2)	-	-	43(5.4)
안과	6(1.6)	1(3.0)	38(10.4)	-	1(7.7)	46(5.7)
기타 진료과	42(11.1)	2(6.0)	19(5.2)	-	1(7.7)	64(8.0)
치과	4(1.0)	-	8(2.2)	-	-	12(1.5)
계	379(47.1)	33(4.1)	367(45.7)	12(1.5)	13(1.6)	804(100.0)

주1) 유산 및 태아사망 포함
 주2) 결측치 13건을 제외한 결과임.

의료기관 종별에 따른 승소비율은 원고가 피고보다 높았으며 승소율은 매년 높아졌다. 의원급의 평균 원고 승소율은 64.8%로 가장 높았고 그 다음으로는 병원급이 55.5%, 종합병원급 51.3%로 의료기관의 규모가 클수록 원고의 승소율은 낮았다. 의원급의 원고 승소율은 1990년대에 33.3%에서 2001년도에는 특이하게 80.8%로 가장 높았으나, 전반적으로 매년 원고의 승소율이 높게 나타났으며 2007년에는 73.8%로 매우 높게 나타났다. 원고의 승소율은 피고보다 통계적으로 유의하게 ($p<.000$) 높았다. 병원급의 원고 승소율은 1990년대에

37.1%로 가장 높았다. 병원급도 전반적으로 매년 원고의 승소율이 높았으며 2007년에는 69.5%로 2006년에 비하여 12.1% 포인트 상승하였다. 원고의 승소율은 피고보다 통계적으로 유의($p<.000$)하게 높았다. 종합병원급의 원고 승소율은 1990년대에 36.4%에서 2000년도에는 특이하게 50.9%로 14.5% 포인트 상승하였다. 전반적으로 원고의 승소율이 40%대를 나타내었으나 2007년에는 70.3%로 매우 높게 나타났다. 원고의 승소율은 피고보다 통계적으로 유의하게($p<.002$) 높았다[표 8].

표 8. 의료기관 종별에 따른 승소 비율 단위 : 건(%)

구분	의원급		병원급		종합병원급	
	원고	피고	원고	피고	원고	피고
연도						
1997-1999	5(33.3)	4(26.7)	56(37.1)	38(25.2)	8(36.4)	7(31.8)
2000	20(66.7)	9(30.0)	73(55.3)	46(34.8)	29(50.9)	23(40.4)
2001	21(80.8)	5(19.2)	89(54.6)	51(31.3)	27(43.5)	26(41.9)
2002	13(46.4)	12(42.9)	123(53.2)	69(29.9)	31(48.4)	23(35.9)
2003	63(61.8)	29(28.4)	255(54.4)	175(37.3)	84(46.7)	77(42.8)
2004	64(62.1)	32(31.1)	268(55.1)	193(22.7)	108(55.7)	75(38.7)
2005	98(67.6)	42(29.0)	238(60.1)	126(31.8)	80(48.2)	71(42.8)
2006	58(68.2)	26(30.6)	183(57.4)	118(37.0)	61(59.8)	36(35.3)
2007	31(73.8)	11(26.2)	89(69.5)	36(28.1)	26(70.3)	7(18.9)
X ² (p)	61.29(.000)		196.46(.000)		42.93(.002)	
계	373(64.8)	170(29.5)	1,374(55.5)	852(34.4)	454(51.3)	345(39.0)

주1) 결측치(의원급: 33건, 병원급: 249건, 종합병원급: 86건)를 제외한 결과임

표 9. 의료기관 종별 및 진료과별 평균 배상금액

단위 : 만원

구분	의원급		병원급		종합병원급		F(p)
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
내과계	3743.37	5481.32	2422.79	4969.33	3411.90	6833.41	6.590 (.000)
외과계	2035.50	3068.58	3175.09	7417.08	3510.28	6792.08	
산부인과	3740.78	6553.70	3606.39	9936.46	4168.03	12601.02	
신경(마취통증)과	758.86	651.93	7367.67	27588.11	4571.06	9145.57	
소아청소년과	1676.58	1651.74	5115.64	13824.24	6548.88	12863.80	
안과	1919.70	3338.20	1066.65	3470.73	8529.21	29228.04	
기타 진료과	1634.23	5394.13	3644.77	11491.46	5022.25	9571.28	
치과	-	-	1596.71	2556.07	2579.75	5904.86	
계	2705.63	4881.39	3274.25	9241.73	3907.49	10653.06	

주1) 결측치(의원급: 33건, 병원급: 249건, 종합병원급: 86건)를 제외한 결과임.

의료기관 종별 평균 배상금액은 의원급이 2705.63만원으로 가장 작았고 그 다음으로는 병원급이 3274.25만원이었고 종합병원급이 3907.49만원으로 가장 높아 통계적으로 유의한 차이(p<.000)가 있었다. 의원급에 있어서는 내과계의 배상금액이 3743.37만원으로 가장 높았고 그 다음이 산부인과로 3740.78만원이었으며, 신경(마취통증)과가 758.86만원으로 가장 낮았다. 병원급에서는 7367.67만원으로 가장 높았고 그 다음으로는 소아청소년과가 5115.64만원이었으며, 안과가 1066.65만원으로 가장 낮았다. 종합병원급에서는 안과가 8529.21만원으로 가장 높았고 그 다음으로는 소아청소년과가 6548.88만원이었으며, 치과가 2579.75만원으로 가장 낮았다[표 9].

IV. 결론

미국의 경우에는 개인 또는 기관이 특정한 사건을 의무적으로 보고하는 National Practitioner Data Bank를 운영하여 병원내부의 신임과정에서 이 자료를 이용하도록 하고 있고, 20여개 이상의 주에서는 의무적 보고 체계를 운영하고 있다[15]. 우리나라의 경우 사회의 인식이나 법적·제도적 장애요인 때문에 의료제공자들이 의료에서의 오류에 대한 문제들을 공개적으로 논의하는 것을 금기시하여 왔고 이에 따라 진료제공과정에서

의 오류발생규모, 유형, 오류결과 및 해결방법 등에 대한 실증적인 자료의 축적이 매우 미흡한 실정이다[9].

현재 우리나라에서 의료분쟁을 담당하는 기구로는 의료심사조정위원회(의료법), 한국소비자원(소비자기본법), 사법부(민사소송 및 형사소송) 그리고 대한의사협회공제회 등으로 다원화 되어있고, 의료기관 또한 자료의 노출을 제한하고 있기 때문에 전체적인 의료분쟁 현황을 파악하기는 매우 어려우므로 대부분의 연구들이 단편적인 자료를 가지고 연구하고 있는 실정이며 본 연구도 이러한 현상에서 예외일 수 없다. 이러한 이유로 상당수의 분쟁이 사적·음성적으로 해결되고 있다[9].

의료분쟁의 사적·음성적해결은 의료분쟁의 합의금 및 배상금에 소요되는 총비용에도 영향을 미치게 된다. 손명세 등[16]의 연구에 의하면 소송으로 인한 의료분쟁의 합의금 및 배상금에 소요되는 총비용은 병원이 805십만원, 의원은 475십만원으로 추산하였다. 또한 의료분쟁 해결방법에 따른 총비용의 발생은 병원이 소송(805십만원), 자체해결(257십만원), 3자중재(108십만원) 순으로 높았으며, 의원은 소송(475십만원), 공제회(129십만원), 자체해결(64십만원), 3자중재(39십만원)순이었다. 배상율에서는 병원이 3자중재(91.4%), 자체해결(74.1%), 소송(48.1%) 순이었으며, 의원은 자체해결(85%), 3자중재(77%), 공제회(72%), 소송(57.2%)순이었다.

의료분쟁에 대한 연구는 그 자료를 쉽게 구할 수없는

제한점 때문에 다양하고 폭 넓은 연구를 수행하기에는 많은 제한점이 있다. 따라서 대부분의 연구는 소비자원에 접수된 자료를 바탕으로 분석이 이루어져 왔기 때문에 소비자원의 자료 모두가 의료분쟁의 원인이라고 가정하기에는 비약이 뒤따를 수 밖에 없는 한계가 있었다. 본 연구는 의료분쟁의 최종결과인 의료분쟁 판례집을 바탕으로 분석하였기 때문에 기존의 연구에 비하여 의료분쟁의 당사자는 물론 의료분쟁의 원인까지 심층적 분석이 이루어 졌다는 점에서 기존의 연구보다 한 걸음 진보한 연구라고 사료된다.

본 연구의 결과 의료분쟁은 계속적으로 증가하는 추세이며 원고의 승소율도 나날이 높아져 의원급은 65%, 병원급은 56%, 종합병원급은 51%를 상회하고 있다. 의료기관의 규모가 대형화된 종합병원급이 병원급이나 의원급보다 원심에서 분쟁이 해결되지 않고 항소심과 상고심으로 소송기간이 길어지고 있었다. 분쟁발생의 주 진료과목은 단일과목으로는 산부인과가 가장 높았고(383십만원) 외과계, 내과계열 순으로 나타났다. 의료분쟁에 대한 평균배상금 판정액은 의원급이 270십만원, 병원급이 327십만원, 종합병원이 390십만원 이었다.

분쟁의 원인이 분쟁의 원인은 수술이 27.8%로 가장 많았고 다음으로는 주의의무 위반(20.6%)이었다. 수술로 인한 의료분쟁은 의료가 가지고 있는 침습적특성으로 인하여 피할 수 없다 하더라도 주의의무위반은 얼마든지 예방할 수 있는 사고라는 점에서 의료기관은 교육 등의 과정을 통하여 의료기관의 당면한 정책으로 관리를 해 나가야 할 것이다. 의료인 또한 의료인으로서의 사명감과 자긍심을 잃지 않도록 환자의 치료에 최선을 다하는 자세를 견지할 때에 주의의무 위반으로 인한 의료분쟁은 더 이상 발생하지 않을 것이라는 점에 주목하여야 할 것이다.

의료기관 중별에 따른 진료과별 의료분쟁 및 사고 후 환자상태에서는 의원급과 병원급에서는 동일한 현상이 발견되었다. 즉 의료분쟁의 다발 진료과는 외과, 산부인과, 내과 순이었으며 사고 후 환자 상태는 상해·장해 및 사망의 순이었다. 그러나 종합병원에서는 의료분쟁 다발 진료과는 외과, 내과, 산부인과로 내과에서 의료분쟁이 많이 발행하였고, 사고 후 환자의 상태는 사망 및 상해·

장해 순이었다. 의료기관 중별에 따른 진료특성과 환자 구성의 특성을 감안했을 때 의료분쟁으로 인한 환자의 상태는 충분한 설명력을 지니고 있다고 사료된다.

결론적으로 의료분쟁의 원인이 의료의 본질적인요인, 즉 의료행위자체가 환자의 신체에 대한 침습을 전제로 하는 행위이기 때문에 항상 의료사고의 개연성을 가지고 있으며 또한 의학자체가 가지는 한계성과 인간의 신체가 가지는 불가예측성 등으로 인하여 불가항력적으로 발생하는 경우는 어쩔 수 없다하더라도 의료인이 가지는 주의의무위반(20.6%)과 설명의무위반(2.9%)으로 인하여 발생하는 분쟁은 충분히 예방이 가능한 경우로서 환자에 대한 보다 세심한 배려로 극복할 수 있는 문제이다. 또한 의료사고가 법적소송이 되어 의료분쟁으로 확대되기 전에 해결할 수 방법을 적극 모색하여 할 것이며 환자측과 의료진과의 신뢰관계 회복과 의료사고 당사자간의 공평하고 신속한 해결을 도모하여 법원의 재판부담도 덜어줄 수 있는 법적제도의 마련이 필요 하다 하겠다.

참 고 문 헌

- [1] 연세대학교 의료법윤리학연구소, *진료위험도 상대가치개발연구 최종보고서*, 2005.
- [2] 보건의료법학회 보건의료법학편찬위원회, *보건의료법학*, 동림사, p.113, 2004.
- [3] 민혜영, *의료분쟁소송 결과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*, 연세대학교 보건학과 박사학위논문, 1996.
- [4] 한국소비자원, *의료피해구제의 효율적 처리방안 모색을 위한 세미나*, 2006.
- [5] 신현호, “최근 의료소송 판례동향”, 인권과정의, 제355호, pp.106-125, 2006.
- [6] 김병일, “ADR에 의한 의료분쟁 해결의 현황과 과제-조정과 화해를 중심으로-”, 충남대학교법학연구, 제16권, 제1호, pp.239-260, 2005.
- [7] 여중현, *민사상 분쟁해결방안에 관한 연구*, 중부대학교 법학대학원 석사학위논문, 2007.

- [8] 신현호, 의료소송총론, 육법사, p.77, 2000.
- [9] 신은하, 의료분쟁 발생 현황 및 진료과목별 분쟁 특성 분석-2006년 한국소비자원 자료를 중심으로-, 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 2007.
- [10] 이진호, “의료의 질과 위험관리”, 인제의학, Vol.22, No.1, pp.29-42, 2001.
- [11] 의료사고연구소(<http://www.clinic-clinic.com>).
- [12] 의료사고법률연구소(<http://www.medilaw.net>).
- [13] 김용성, 우리나라와 미국의 의료과오 비교연구, 단국대학교 대학원 석사학위논문, 2005.
- [13] 임태근, 대법원 판례에서 의료과실 판단기준 분석, 전남대학교 대학원 박사학위논문, 2004.
- [14] 이인영, 무과실의료사고의 피해자 구제제도를 위한 실태조사 및 인식도 조사에 관한 연구, 대한 의사협회 의료정책연구소, 2003.
- [15] 이상일, “의료의 질과 위험관리”, 한국의료QA학회 2000년 가을정기학술대회 및 연수교육, 2000.
- [16] 손명세, 민혜영, 이일학, 이미진, “의료사고분쟁에 소요되는 비용추계”, 한국의료법학회지, Vol.13, No.2, pp.56-76, 2005.

저 자 소 개

임 복 희(Bock-Hee Im)

정희원



- 2001년 2월 : 경북대학교 보건학과(보건학박사)
- 1990년 8월 ~ 현재 : 부산가톨릭대학교 병원경영학과 교수

<관심분야> : 의무기록, 의료정보관리, 보건학