

정책연구자료 2006-2

# **의료리스크 관리의 선진화를 위한 의료배상보험에 대한 연구**

2006. 12

차일권·오승철

**보험개발원  
보험연구소**

## 머 리 말

국민소득이 증가하고 급격한 인구의 고령화 등으로 국민의 건강에 대한 관심이 증가하면서 의료이용이 증가하고, 이에 따라 의료분쟁이 증가하고 있다. 그러나 아직까지 우리나라는 의료분쟁에 대한 제도적 대책은 정비가 늦어지고 있어 불필요한 사회적 갈등과 비용을 유발하고 있다. 따라서 이러한 의료사고의 발생이 의료분쟁, 의료소송으로까지 확대되는 것을 막기 위해서는 발생한 의료사고에 대하여 환자의 피해를 신속하고 적정하게 구제할 수 있는 제도가 필요하다는 공감대가 커지고 있다. 의료분쟁에 대비한 장치로는 의료사고리스크의 관리를 위한 보고 제도의 확립, 무과실 피해에 대비한 피해구제기금의 적립, 분쟁처리기구(ADR)의 활성화, 의료배상책임보험의 활용 등이 검토될 수 있다. 그러나 의료분쟁조정법(가칭) 제정을 위한 논의는 1988년 대한의사협회의 의료사고처리특례법 제정 건의 이후 15년 이상 결실을 맺지 못하고 있어 사회각층의 법률제정에 대한 기대가 높다(2006년 12월 현재 국회에는 안명옥의원(안) 및 이기우의원(안)이 국회에 계류되어 있다).

의료분쟁조정법(가칭)이 제정될 경우 의료계와 보험업계는 의료리스크의 관리와 보험제도의 효율적 운영을 위해 새로운 책무를 지게 된다. 의료계의 경우 이제까지의 배타적인 권위주의적 업무행태, 즉 업무상의 과오에 대하여 은폐하거나 책임을 전가하는 자세에서 벗어나 의료리스크의 사전관리에 노력을 기울이고 보험업계 역시 의료사고 피해자의 보호를 위한 보험제도의 정비에 관심을 기울여야 한다. 한편, 의료배상책임보험은 미국 등의 경우에서 보는 바와 같이 보험금의 고액화로 인한 보험사의 시장철수나 의료관계자의 보험료부담으로 인한 보험가입 기피 등 문제점이 나타날 수 있다. 이를 감안, 의료배상(책임)보험제도의 활성화를 위해서는 보험가입의 의무화, 공제제도와 의 역할분담, 적절한 보상한도액과 위험률관리 등이 필수 요소이며 이를 통해 손해보험사는 보

험산업의 질적 발전을 도모하고 보험사업의 공공성을 제고하여 국민 결  
으로 다가서는 계기로 삼아야 할 것이다.

이상을 감안, 본 연구에서는 의료리스크의 특성과 의료리스크의 관  
리방안을 선진국의 사례를 통해 분석하고 현재 논의가 진행되고 있는  
의료분쟁조정법(가칭)의 보험관련 입법방향과 의료배상(책임)보험의 활  
성화 방안을 제시하는데 목적을 두고 작성되었다.

모쪼록 본 보고서가 보험회사의 성공적인 경영전략 및 정책당국의  
정책수립에 좋은 자료로 활용되기를 기대한다. 마지막으로 본 보고서에  
수록된 내용은 연구자 개인의 의견이며, 우리 원의 공식 견해가 아님을  
밝혀 둔다.

2006년 12월  
보 험 개 발 원  
원장 김창수

## <목 차>

요약 .....	9
<b>I. 서론 .....</b>	<b>21</b>
1. 연구의 목적 .....	21
2. 선행연구 .....	23
가. 보험관련 연구 .....	23
나. 의료사고 및 의료분쟁에 대한 인식 .....	25
<b>II. 의료리스크와 보험제도 .....</b>	<b>29</b>
1. 의료산업현황 .....	29
가. 의료인력/의료기관 .....	29
나. 국민의료비 .....	31
2. 의료기관의 리스크 .....	34
가. 의료리스크의 정의 .....	34
나. 유형별 리스크 분석 .....	35
3. 의료분쟁의 현황 .....	37
4. 보험 및 공제제도 운영현황 .....	44
가. 대한의사협회의 공제상품 .....	45
나. 민영보험상품 .....	46
<b>III. 의료분쟁의 법률관계 .....</b>	<b>49</b>
1. 의료행위의 법적 특성 .....	49
2. 의료행위와 법적 책임 .....	50
3. 과실 등의 입증책임 .....	51
4. 의료분쟁조정법의 입법동향 .....	52
5. 「보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률(안)」 주요내용 .....	59

가. 법안의 구성도 .....	59
나. 보건의료사고와 배상책임보험(공제) .....	60
다. 의료분쟁조정기구 및 조정절차 .....	62
라. 무과실의료사고와 보상기금 .....	65
<b>IV. 선진국의 의료리스크 관리 현황 .....</b>	<b>67</b>
1. 의료사고 보고제도 .....	68
가. 미국 .....	69
나. 일본 .....	69
다. 영국 .....	71
2. 분쟁해결제도 .....	71
가. 미국 .....	71
나. 일본 .....	73
다. 뉴질랜드 .....	74
라. 스웨덴 .....	76
3. 보상 및 보험제도 .....	78
가. 의무보험, 풀 및 기금제도 .....	78
나. 미국 .....	80
다. 일본 .....	84
라. 유럽 .....	86
<b>V. 의료리스크관리와 의료배상보험의 활성화방안 .....</b>	<b>89</b>
1. 의료사고 보고제도의 확립 .....	91
2. 제도의 정비 .....	92
가. 공제조합 및 공제(보험)가입 의무화 .....	92
나. 분쟁조정위원회와 조정제도 .....	98
다. 무과실의료사고와 의료사고보상기금 .....	105
3. 의료배상보험의 활성화 방안 .....	109

가. 공제조합과의 영역조정 .....	109
나. 보험약관의 보완 .....	111
다. 위험률의 정비 .....	114
라. 마케팅강화 .....	123
<b>VI. 결어 .....</b>	<b>126</b>
<b>[부록] 의료배상보험의 시장규모 및 리스크추정 .....</b>	<b>132</b>
1. 심평원의 상대가치평가자료 이용 .....	132
2. 진료단체별 보험가입율을 통한 규모추정 .....	135
3. 시장규모비교방식 .....	136
4. 무과실의료보상기금의 규모 반영 .....	138

## <표 차례>

<표 II- 1> 의료인력의 증가추이 .....	29
<표 II- 2> 유사 의료행위 인력의 증가추이 .....	30
<표 II- 3> 의료시설 현황 .....	31
<표 II- 4> 명목 국민의료비 증가율 .....	33
<표 II- 5> 의료분쟁 해결방법 .....	38
<표 II- 6> 의료분쟁 해결방법 의료사고 피해구제 관련 통계 .....	39
<표 II- 7> 처리금액별 피해구제현황 .....	42
<표 II- 8> 제1심 민사본안사건의 처리결과 .....	42
<표 II- 9> 진료과목별 의료사고 발생건수 .....	44
<표 II-10> 보험회사의 의사 및 병원 배상책임보험 현황 .....	46
<표 II-11> 진료과목별 보험가입율(FY'05, 추정치) .....	47
<표 III- 1> 의료분쟁조정법안 제정 추진 경과 .....	53
<표 III- 2> 역대 추진 법안 주요내용 비교 .....	55
<표 III- 3> 각 법률안 및 청원의 비교 .....	56
<표 III- 4> 법안의 구성도 .....	59
<표 IV- 1> 외국의 의료분쟁 조정제도 현황 .....	77
<표 IV- 2> 외국의 의료사고 보상제도 .....	78
<표 V- 1> 보험가입이 의무화된 전문직종 .....	94
<표 V- 2> 일본 S사의 의사배상 보험료 구성예 .....	115
<표 V- 3> 진료과목별 위험상대도 비교 .....	116
<표 V- 4> 손해보험 리스크계수(한국) .....	119
<표 V- 5> 의료배상책임보험 리스크계수 산출(미국) .....	119
<표 V- 6> 자동차보험(개인용) 가입금액별 보험금 분포(사망) .....	121
<표 V- 7> 개업의사의 의료분쟁경험율 및 보험인식도 .....	122
<표 V- 8> 의료사고의 배상액수준 .....	122

## <그림 차례>

<그림 II- 1> 의료사고 발생원인 .....	36
<그림 II- 2> 민사법원 1심에 접수된 의료과오소송의 변화 .....	40
<그림 II- 3> 민사법원에 1심에 접수된 의료분쟁 점유 추이 .....	41
<그림 IV- 1> 일반손보와 의료배상책임보험의 합산비율 비교 .....	82
<그림 IV- 2> 의료과오와 관련하여 지불된 비용추정 .....	83
<그림 IV- 3> 의료과오관련 법원의 평균 배상판결금액 .....	83
<그림 IV- 4> 백만달러 이상 소송판결액의 증가율 추이 .....	84
<그림 V- 1> 의료리스크 관리시스템의 정비 .....	90
<그림 V- 2> 의료분쟁 처리절차 .....	99
<그림 V- 3 > 의료분쟁조정절차(안) .....	101
<그림 V- 4 > 의료배상보험 운영구도(안) .....	110
<그림 V- 5> 일본 의사배상책임보험 약관 .....	124



요약
----

## I. 서론

- 전국민대상 국민건강보험의 도입(1989), 급격한 인구의 고령화 등으로 국민의 건강에 대한 관심이 증가하면서 의료이용이 증가하고, 이에 따라 의료분쟁 발생이 증가하고 있음
  - － 의료분쟁은 의사의 진료상의 주의의무위반이나 설명의무 위반에 의하여 발생할 수 있으나 의사의 과실이 없음에도 불구하고 불가항력적인 경우에도 의료분쟁이 발생할 수 있음
  - － 또한 의료기관의 대형화와 새로운 의료기술의 개발에도 불구하고 의료분쟁은 날로 증가하는 추세를 보이고 있음
- 의료배상보험이 활성화된 선진국의 경우에도 동 보험은 높은 손해율과 보험요율의 급등, 보험사의 시장철수 등 위기상황을 겪은 바 있으며 사법제도의 개혁, 정부의 시장개입 등 보험제도에 대한 정비가 주요이슈로 자리잡고 있음
  - － 의료선진국이라는 미국에서 의료과오로 인한 사망자가 매년 48,000~98,000명이며 이들 중 상당부분이 예방가능한 과오라는 보고서가 발표된 바 있으며 영국, 일본 등에서도 의료사고에 대비한 시스템 개선이 지속적으로 추진되고 있음
- 본 연구에서는 의료리스크의 특성과 의료리스크의 관리방안을 선진국의 사례를 통해 분석하고 현재 논의가 진행되고 있는 의료분쟁조정법(가칭)의 보험관련 입법방향과 의료배상보험의 활성화방안을 제시하는데 목적을 두고 있음

## II. 의료리스크와 보험제도 현황

- 전국민 의료보험의 보급, 국민소득의 향상에 따른 의료수요의 증가, 의대정원의 확대 등 여러요인으로 우리나라의 의료인력은 '90년대에 급격한 증가율을 보이다가 최근 증가폭이 둔화되고 있음

<표 1> 의료인력의 증가추이

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

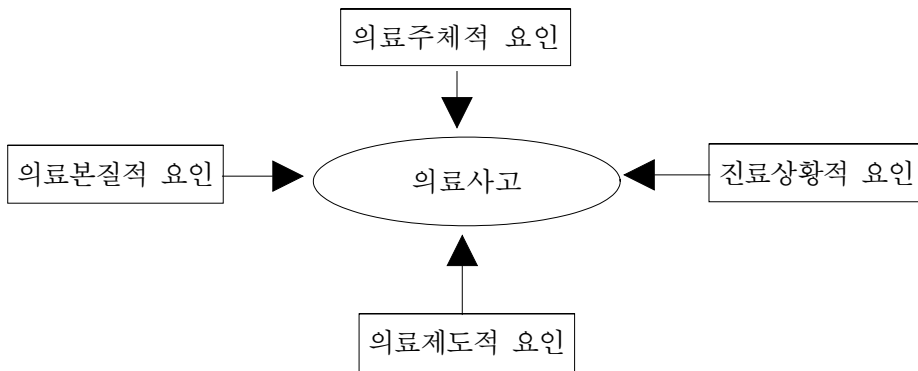
자료 : 보건복지부, 보건사회통계연보

- 2001년도 우리나라의 명목 국민의료비는 33조 5888억원으로서 2000년도의 28조 6350억원에서 17.3% 증가하였음
  - 1997년말 외환위기 이후 안정적인 경제성장으로 국내총생산은 1999년에는 8.6%가 증가하였으나 점차 낮아져 2001년에는 4.4%가 증가하였고, 국민의료비는 17.3%가 증가하여 국민의료비가 12.9%p 더 상승하였음
  - 국민의료비의 증가추세에도 불구하고 아직까지 한국의 의료비지

출은 낮은 편으로 향후에도 지속증가가 예상되고 있음

- 경제협력개발기구(OECD)가 발표한 OECD 가입국의 보건의료통계(OECD Health Data 2006)에 따르면, 한국의 국민의료비는 OECD 국가 중 가장 낮아 미국(GDP 대비 국민의료비가 2004년 15.3%)의 1/3수준인 5.6%에 불과함
- 의료사고는 원인에 따라 의료주체적 요인, 진료상황적 요인, 의료본질적 요인, 의료제도적 요인으로 유형화하여 분석할 수 있음

<그림 1> 의료사고 발생원인



자료 : 의협신문, 2002.6.20

- 의료분쟁에 관한 현황을 파악할 수 있는 종합적인 통계는 없으므로 정확한 현황은 파악하기 곤란하나, 의료분쟁으로 인한 민사소송사건을 중심으로 살펴보면 증가추세를 확인할 수 있음

<표 2> 의료분쟁 해결방법 의료사고 피해구제 관련 통계

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

자료 : 사법연감, 의협공제회, 소비자보호원

- 소비자보호원의 1999년부터 2005년까지 7년간 배상, 환급 등 금전적 보상으로 처리된 1,756건의 처리금액은 100만원 이상 500만원 미만 이 627건(35.7%)으로 가장 많았고, 10만원이상 100만원 미만 508건 (28.9%), 1,000만원이상 5,000만원 미만 261건(14.9%), 500만원 이상 1,000만원 미만 231건(13.2%)이고 5,000만원 이상 1억원 미만 26건 (1.5%), 1억원 이상의 고액 처리금액도 5건(0.3%)으로 나타났음
- 이에 비해 보험제도를 통한 의료분쟁해결은 미흡한 상태임

<표 3> 보험회사의 의사 및 병원 배상책임보험 현황

(단위: 건수, 천원, %)

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

자료 : 보험개발원, 손해보험통계연보, 2005

### Ⅲ. 의료분쟁의 법률관계

- 의료행위의 법률적특성은 법률적으로 의사와 환자간의 계약관계에 기인하는 것으로 보아야 하지만 구체적으로 어떤 계약인지는 불명확한 측면이 있음
  - 의료행위에는 보수관계가 따르므로 고용계약(민법 제655조)으로 보는 견해 및 일정한 일의 완성(질병의 예방과 치료)을 목적하는 도급계약(민법 제644조)으로 보는 견해도 있을 수 있으나 업무의 처리를 목적으로 하는 위임계약(민법 제680조)의 일종으로 보는 것이 다수설임
- 의료행위와 관련된 책임은 민사, 형사, 행정제재 등으로 나누어 살펴볼 수 있음
  - 먼저 민사상의 책임은 형법에 비해 과실의 영역 및 責任追及이 광범위하며 협의의 과실을 엄격히 구분하지 않고 사고발생의 과정보다는 결과를 중시함
  - 형사상의 책임은 형법은 가해자에 대한 응보나 사고발생의 예방을 목적으로 하므로 가해자의 악성 및 작위성이 개입되어 있거나 태만 등으로 인한 경우 등을 중시하기 때문에 사고발생의 결과보다는 과정을 중요시함. 의료과실과 관련된 형사상책임은 대부분 형법 제268조에 규정된 업무상과실치사상죄임
  - 행정상의 책임은 의료인 및 의료기관에 대한 행정처분은 의료법 제51조에 의한 개설허가의 취소, 제52조에 의한 면허의 취소 및 제53조에 의한 자격정지 등임

- 우리나라 대법원은 의료과오소송에 있어서 환자의 입증책임을 경감시키는 방향으로 판결을 하고 있으며 최근에는 입증책임을 전환하는 판례도 등장함
  - － 서울지법 민사합의 15부(재판장 김선중 부장판사)는 2000.3.14 “경찰병원의 척추수술 잘못으로 사지가 마비됐다”며 피해자와 피해자 가족들이 국가를 상대로 낸 손해배상 청구소송에서 “피해자의 사지마비 원인이 의료진이 시술과 처치상의 잘못으로 인한 것이 아니라는 것을 병원 측에서 입증하지 못하는 이상 국가에 배상책임이 있다”고 밝히며 원고승소 판결하였음
- 의료분쟁조정법은 의료분쟁의 합리적인 해결방안을 모색하고자 지난 80년대말부터 의료계를 중심으로 논의되어 왔으며 '94년 정부입법(안)으로 국회에 상정된 이후 최근까지 총 6회가 상정된 바 있으며 현재는 2006년 5월에 안명옥 의원의 발의안이 정기국회에 상정된 상태임

#### IV. 외국의 의료리스크 관리실태

- 최근 주요 선진국의 의료리스크는 점증하고 있으며 대부분의 국가에서 의료리스크 관리에 어려움을 겪고 있음
  - － 1999년 미국의학협회나 뉴질랜드 Cull report 등의 조사에 의하면 선진국에서 의료리스크가 증가하는 사유는 의료과오에 대한 인식의 범위가 넓어지는데 비해 환자와의 의사소통 미흡, 부적절한 2차진료 및 안전시스템 등은 개선되지 않는데 있음

- 무과실보상을 택하는 국가가 늘어나고 불법행위에 대한 입증과 관련하여 입법(예 : 프랑스, 아이스랜드, 터키) 또는 판례(예 : 독일, 미국, 영국)를 통해 과실책임(gross negligence)에서 엄격책임(strict liability)으로 전환시키는 경우가 늘어나고 있음
- Towers Perrin에 따르면 2003년중 미국의 의료사고비용은 US\$ 270억에 이르러 국민 1인당 연간 US\$ 91을 지출하고 있음
  - 오스트리아의 경우 2002년에서 2003년 사이에 의료배상규모가 50% 이상 증가하였으며, 이탈리아는 1994년~2002년중 의료클레임 건수는 2배로 증가하였으며 평균배상금액은 20%가 상승하였음
- 의료클레임의 증가에 대응하여 많은 OECD 국가들은 의료리스크를 평가하고 이를 개선하기 위한 위해 의료과오를 체계적으로 보고하는 조사기구를 설립하고 있음
  - 영국의 경우 보상금액의 증가(특히 산부인과 클레임에서 나타남)에 대응하여 작업반을 만들고 동 작업반에서 의료과오의 보고절차를 개선해야 한다는 의견이 제시되자 2003년 7월부터 NHS 병원과 자치단체의 NHS환자에 대한 보고서를 발간하고 있음
  - 미국의 경우 2005년 7월 의회에서 의료과오를 분석하고 보고하는 조직을 설립하는 법안이 통과된 바 있음. 병원의 의료과오에 대한 보고는 자율적이며 보고된 정보는 비밀로 처리되어 의료과오분쟁에 사용될 수 없도록 하고 있음
- 미국은 소송외적인 분쟁해결방안으로 여러 주에서 의료과오개혁법(Medical Malpractice Reform Acts)을 제정하여 강제심사제도(compulsory screening panels)와 조정제도(pre-trial mediation panel)를 도입하였음

- 일본은 의료분쟁의 해결에서 가장 큰 역할을 행하고 있는 것이 시담(示談, 합의) 및 소송상의 화해이며 1951년에 민사조정법을 제정 시행하여 민사분쟁의 비소송적 해결을 도모하여 왔으나 의료사고분쟁에 관하여 큰 기능을 발휘하지 못하고 있음
- 뉴질랜드의 경우 의료배상보험은 1972년(발효 1974년) 이후 뉴질랜드 사고보상계획(accident compensation scheme)에 의해 제공되고 정부가 운영하는 사고보상공단(Accident Compensation Corporation, ACC)에 의해 운영되고 있음
- 스웨덴은 뉴질랜드와 같이 무과실보상주의를 채택하여, 의료사고의 경우 적용되는 환자보험제도를 운영되며 의료사고배상기구로는 4-5개의 민간보험회사가 연합체(consortium)를 조직하여 일반보상업무를 담당함
- 보상 및 보험제도는 많은 국가에서 주요 클레임에 대비하여 의사나 의료기관의 배상자력을 확보하기 위하여 의료배상보험의 가입이 법이나 의료윤리 또는 실무지침을 통해 의무화되어 있음
  - － 법에 의해 강제하는 국가로는 체코공화국, 덴마크(일부 자치단체 및 코펜하겐 병원연합회 제외), 프랑스, 핀란드, 헝가리, 아이스랜드, 슬로바키아(헬스케어 의사만 해당), 스페인, 스웨덴(무과실 보상시스템을 운영), 영국(치과 의사의 경우 치과협회(the General Dental Council)를 통해 가입), 미국(일부 주 제외), 터키(법률 명시) 등을 들 수 있음
  - － 의료윤리나 실무지침을 통해 강제하는 국가로는 오스트리아, 벨기에, 일본을 들 수 있고 뉴질랜드도 유사함

## V. 의료리스크 관리와 의료배상보험 활성화방안

- 의료행위는 그 자체가 리스크를 내포하고 있으며 시술·처치의 효과가 개인의 특성에 따라 다양하게 나타나는 등 사고의 개연성이 높음
  - － 이 점은 선진각국 에서도 동일하게 나타나는 현상이며 전술한 바와 같이 대부분의 선진국은 의료분쟁의 해결책으로 배상책임 보험제도를 이용(일부 국가는 의무보험으로 운영)하거나 사회보장차원에서 해결하고 있음
  - － 스웨덴이나 뉴질랜드의 경우 국가차원의 분쟁심사위원회를 두고 동 심사회의 판정에 따라 기금에서 우선보상을 한 후 의사의 과실여부에 따라 의사의 책임을 물으며 이 부분은 배상책임보험을 통해 해결하고 있음
- 반면 아직까지 국내에는 의료사고와 관련된 리스크관리 시스템이 미흡하여 사고의 사후처리는 피해가족의 난동과 의료인의 위축진료 등 많은 사회문제를 낳고 있음
  - － 아직까지 의료사고와 관련된 보험이 활성화되지 못하여 피해자의 피해보전에 허점이 나타나고 있음. 대한의사협회 공제회는 비현실적으로 낮은 보상한도액과 저조한 가입율로 실효성이 의심받고 있음
  - － 한편 의료분쟁의 합리적 해결을 위한 법정외 분쟁처리기구 역시 미흡하여 의료사고 피해자 및 의료기관 모두에게 재산상 손실외에도 시간적·정신적 피해를 야기하고 있음
- 의료사고 피해자에 대한 최종적인 보상은 결국 금전적 보상이며 금전적 보상제도는 보험, 공제, 보증, 기금 등 여러 방식이 고려될 수

있으나 보험제도가 갖는 효용성은 이미 국내외의 사례를 통해 입증되고 있음

- 보증제도의 경우 피해자구제에는 효과적이나 기본적으로 보험사의 구상을 전제로 하므로 의료인력의 보호장치가 될 수 없으며 기금제도는 개별 의료인력의 의료행위로 인한 손실을 전체집단에게 전가하므로 기금의 각출대상이 동의하기 곤란함
  - 이러한 점을 감안 시 의료배상책임보험제도는 의료리스크 관리상 필수적인 제도로 인식되어야 하며 민영보험사 입장에서는 국가 전체적인 의료리스크 관리시스템의 일부로서 역할을 찾아 이를 수행해 나가야 할 것임
- 우리나라의 사법체계상 의료사고시 피해자가 의료인의 책임을 추궁하고 보상을 청구할 수 있는 방안은 의료심사조정위원회에 조정을 의뢰하거나 민사소송을 제기하는 것임
- 그러나 민사소송은 의료행위의 전문성에 대한 판단문제로 장기간이 소요되는 단점이 있으며 의료법상 전국 16개 시·도에 의료심사조정위원회가 있으나 2002년~2005년간 접수건수는 50여건, 조정건수는 4건에 불과하여 유명무실한 상태임
- 의료배상보험의 활성화방안으로 검토될 사안은 공제조합과의 역할조정, 보험약관의 보완, 위험률의 정비 등을 들 수 있음
- 공제조합과의 영역조정은 현재 추진되고 있는 의료분쟁조정법(안)은 의료사고에 대비책으로서 분쟁조정기구를 두고 보험(공제)가입의무화를 거론하고 있으나 동시에 의료배상공제조합을 설립한다는 내용을 담고 있어 민영사의 의료배상보험의 영역은 축소될 우려가 있음
  - 의료분쟁조정법(안)의 제정시에는 현재의 담보기준을 손해사고기

준증권으로 변환하여야 하며 법규제정 이전이라도 손해사고기준증권과 배상청구기준증권을 병행하여 보험계약자가 선택하도록 하는 것이 바람직 함. 또한 피보험자의 사전동의 요건 규정화를 통한 의사와 보험자의 이해를 조화시킬 수 있어야 함

- 의료배상보험의 운영과 관련하여 가장 중요한 과제는 적정위험률의 산출문제임. 의료배상의 위험률 산정시에는 효율의 안정성(stability)이나 단순성(simplicity)보다는 적응성(responsiveness) 및 손해방지촉진(promotion of loss control)에 중점을 두어야 할 것으로 판단됨

## VI. 결어

- 의료사고의 발생이 의료분쟁, 의료소송으로까지 확대되는 것을 막기 위해서는 발생한 의료사고에 대하여 환자의 피해를 신속하고 적정하게 구제할 수 있는 제도가 필요하다는 공감대가 커지고 있음
- 의료분쟁조정법 제정을 위한 논의는 1988년 대한의사협회의 의료사고처리특례법 제정 건의 이후 18년 이상 결실을 맺지 못하고 있어 사회각층의 법률제정에 대한 기대가 높음
- 의료계의 경우 이제까지의 배타적인 권위주의적 업무행태, 즉 업무상의 과오에 대하여 은폐하거나 책임을 전가하는 자세에서 벗어나 의료리스크의 사전관리에 노력을 기울이고 보험업계 역시 의료사고 피해자의 보호를 위한 보험제도의 정비에 관심을 기울여야 함
- 의료배상보험제도의 활성화를 위해서는 보험가입의 의무화, 공제제

도와의 역할분담, 적절한 보상한도액과 위험률관리 등을 통해 손해 보험의 질적발전을 도모하고 보험사업의 공공성을 제고하는 계기로 삼아야 할 것임

## [부록] 의료배상보험의 시장규모 및 리스크추정

- 보건복지부는 건강보험심사평가원(이하 「심사평가원」 이라 약칭함) 내에 설치된 「상대가치점수연구개발단」에 연구용역자료에 따르면 2003년 기준 의료사고해결비용(소송, 합의, 기타비용 합산)은 약 2,121억원으로 추정됨
  - － 연세의대 의료법윤리학연구소 손명세 교수팀에 따르면 2006년 기준 의사 1인당 연간 의료분쟁 해결비용은 전체적으로 평균 483만원으로 지난 2003년(347만원)보다 무려 39.2%나 증가할 것임. 이를 기준으로 2006년 기준 전체의료기관(병·의원, 치과, 한방, 약국)의 의료사고해결비용을 추산하면 약 2,951억으로 나타남
- 진료단체별 보험가입율을 통한 규모추정을 살펴보면 의료배상보험을 판매하는 보험회사가 보유한 가입실적을 토대로 가입율을 산출하고 보험가입의무화를 통해 100% 가입시 보험시장 규모를 추산하면 약 2,136억원(의원 1,462억원, 병원 674억원)으로 추산됨. 다음으로 심평원의 분석자료를 토대로 보험사 통계에서 누락된 한의원·병원(3.8%), 약국(1.5%)을 포함할 경우 총액규모는 2,249억원 규모로 나타남
- 시장규모비교방식으로 규모를 산출해서 보면 물가지수, 환율, 배상금액 수준 등을 동일조건으로 환산하는 어려움을 피하기 위해 국내의 의료배상보험의 비중을 미국시장의 비중과 같은 규모로 가정할 경우 의료배상보험의 시장규모는 약 2,718억원 수준으로 추산됨

# I. 서론

## 1. 연구의 목적

전국민대상 국민건강보험의 도입(1989), 급격한 인구의 고령화 등으로 국민의 건강에 대한 관심이 증가하면서 의료이용이 증가하고, 이에 따라 의료분쟁 발생이 증가하고 있다. 의료분쟁은 의사의 진료상의 주의의무위반이나 설명의무 위반에 의하여 발생할 수 있으나 의사의 과실이 없음에도 불구하고 불가항력적인 경우에도 의료분쟁이 발생할 수 있다. 또한 의료기관의 대형화와 새로운 의료기술의 개발에도 불구하고 의료분쟁은 날로 증가하는 추세를 보이고 있다<sup>1)</sup>.

그러나 의료분쟁에 대한 제도적 대책은 정비가 늦어지고 있어 불필요한 사회적 갈등과 비용을 유발하고 있다. “인체에 대한 침습(侵襲)”을 수반하는 의료행위는 본질적으로 리스크를 지니고 있으며 환자의 기대수준 상승, 의료인력의 부족에 따른 노동강도, 불가항력적 사고(특이체질, 예방접종 등)의 존재와 함께 진료거부권이 없는 의료기관 및 의료인력을 보호하기 위한 제도적 장치가 필요하다. 의료분쟁에 대비한 장치로는 피해구제기금의 적립, 분쟁처리기구(ADR)의 활성화, 의료배상책임보험의 활용 등이 검토될 수 있다. 그러나 '90년대부터 논의된 의료분쟁 관련법률은 사회적 합의의 부족으로 현재까지 표류하고 있으며 의료법상의 분쟁조정제도, 자생적인 보험제도는 그 활용이 극히 미흡하다.

한편 의료배상보험이 활성화된 선진국의 경우에도 동 보험은 높은 손해율과 보험요율의 급등, 보험사의 시장철수 등 위기상황을 겪은 바

---

1) 장기이식, 복잡한 수술 등의 첨단기술을 사용하는 시술행위가 증가할수록 새로운 진단 및 치료테크놀로지의 복잡성은 항상 부작용을 부수적으로 가지고 있으며 의료기관의 대형화에 따른 상업적 경쟁, 환자와의 관계소의 등도 의료분쟁의 증가요소로 지적할 수 있다.

있으며 사법제도의 개혁, 정부의 시장개입 등 보험제도에 대한 정비가 주요이슈로 자리잡고 있다. 의료선진국이라는 미국에서 의료과오로 인한 사망자가 매년 48,000~98,000명이며 이들 중 상당부분이 예방가능한 과오<sup>2)</sup>라는 보고서가 발표된 바 있으며 영국, 일본 등에서도 의료사고에 대비한 시스템 개선이 지속적으로 추진되고 있다.

미국, 일본, 유럽 등 국가의 의료과오 문제에 대한 대처방안은 환자 안전 문화(patient safety culture)의 형성에 중점을 두고 있다. 즉, 사고 보고제도의 확립(동 보고제도에는 의료사고가 발생한 건 이외에도 발생 우려가 있는 의료시설, 시술 등에 대한 폭 넓은 정보를 제공)을 통하여 의료리스크의 총량관리와 의료사고의 사전예방에 필요한 조치의 강구토록 하며 국립환자안전재단(National Patient Safety Foundation)과 같은 단체를 통한 민간부분의 노력이 병행되고 있다. 이는 환자안전을 강조하는 리더쉽, 조직내 협조체계, 의료과오에 대한 의사소통의 개방성 등 안전에 대한 조직문화의 개선이 결여된 채 각종 최신 과학기술, 의료장비와 컴퓨터와 소프트웨어 등 첨단 정보기술 체계의 구축만으로는 '예방가능한 의료과오(preventable medical errors)의 감소'라는 목적을 달성할 수 없기 때문이다<sup>3)</sup>.

이상을 감안, 본 연구에서는 의료리스크의 특성과 의료리스크의 관리방안을 선진국의 사례를 통해 분석하고 현재 논의가 진행되고 있는 의료분쟁조정법(가칭)의 보험관련 입법방향과 의료배상보험의 활성화방안을 제시하는데 목적을 두고 있다.

---

2) 1999년 미국 국립의학연구소(IOM : Institute of Medicine), 이 보고서에 의하면 미국내에서 의료과오로 인한 사망은 보수적인 수치를 적용한다고 하더라도 교통사고에 의한 사망(43,458명), 유방암(42,297명), 에이즈(16,518명)보다 높으며, 미국인 사망원인 중 8위에 해당한다고 한다.

3) Weeks and Bagian, 2000 ; Aron et al ; Walshe, 2002 ; Nieva, et al. 2003

## 2. 선행연구

### 가. 보험관련 연구

이경주(1995)는 대리인모형을 사용하여 역방향의 도덕적 위험의 이유로 피보험자인 의사에게 심각한 문제일 경우 담보범위가 상대적으로 넓어지는 경향을 보인다는 의견을 제시하고 있다. 선진국들의 시장실패 극복경험 및 우리나라의 실패경험 등을 고려하면 의료사고 배상책임보험의 공급에 있어서는 상대적으로 보상한도를 높이고 사고경험을 요율에 반영하는 비율을 낮추는 것이 상품으로서의 성공가능성을 크게 만들 수 있다.

김정동(1996)은 판결 전 협상에 관한 이론적 모형을 제시하고, 의료사고에 관한 데이터를 사용하여 이론적 모형에 관한 실증분석을 하였다. 이론적 모형에서는 피고는 재판결과에 대한 정확한 정보를 가지고 있고, 원고는 그에 관한 확률분포만 가지고 있으며, 협상이 진행됨에 따라 원고는 재판결과에 대한 정보를 얻어서 확률분포의 폭을 줄여나간다. 기대판결금액이 낮은 피고는 협상비용을 신호비용(signaling cost)으로 지불하는 대가로 자신이 소유하고 있는 정보를 원고에게 드러내어 낮은 합의금액을 유도하고 있다. 협상의 당사자들이 비용이 많이 드는 협상을 계속하는 이유는 협상과정에서 유용한 정보를 얻거나 주기 위해서이다.

신동호, 차일권(1998)은 의료사고에 따른 보험금 고액화의 가능성이 높고 피보험자인 의료관계자의 보험료의 증가로 보험가입이 기피될 우려가 있어서 의사배상책임보험의 도입이 필요한 시점에서 그 활성화를 위해서는 의사배상책임보험의 강제보험화나 공제제도와 병행, 보험회사간 공동운영, 원활한 손해사정을 위한 절차와 기구 설립 등의 제도화 측면에서의 보완이 필요하다는 의견을 제시하고 있다. 보험사업자 입장

에서도 과거의 의사배상상품의 부진을 거울삼아 보험사고와 담보범위의 합리적 규정, 의사의 명예와 신용을 고려한 보험회사와 피해자의 화해 시 피보험자의 사전동의 요건화, 적절한 보상한도액과 합리적 보험요율의 설정, 의료직위험의 언더라이팅과 손해사정상의 전문지식에 대한 노하우 집적 등을 통해 발전시켜 나갈 필요가 있다고 제시하였다.

김정화(1998)는 의료사회학적 관점을 통해 의료사고와 분쟁에 관한 사회과학적이고 체계적인 접근과 분석을 시도하였다. 의사들은 의료분쟁과 관련된 의료사고의 원인을 의료가 가지고 있는 불확실성에서 찾고 있는 반면, 환자들은 의사들의 태만내지는 부주의에서 의료사고의 원인을 찾고 있다.

의료분쟁은 본질적으로 의료의 질에 대한 불신이 저변에 자리잡고 있다. 의사들이 본질적으로 내재하고 있는 불확실성에 대한 부인, 자율적인 자기규제의 실패, 그리고 기존의 지배적인 의사-환자 관계 유지에 대한 집착은 의사에 대한 불만과 신뢰하락을 가져옴으로써 의료사고가 분쟁으로 연결되는 결과로 나타나고 있는 것이다. 의료사고와 의료분쟁과 관련된 어떠한 정책이든 반드시 고려해야 할 사항은 의사들이 태만이나 부주의에 의한 의료과오를 예방할 수 있어야 한다고 주장하였다.

이정호(2003)는 의료배상책임보험의 위기에 대비하기 위해 새로운 방안을 제시하고 있다. 첫째, 의사소유보험회사로서, 이들은 의사나 의료업계에 의해 설립되고 이들과 깊은 관계를 맺으며, 일반적으로 회사의 정책은 의사들로 구성된 이사회에서 결정되고 있다. 따라서 의사소유보험회사들은 의사들의 이해관계를 가장 잘 대변해줄 수 있는 리스크관리방안이 될 수 있다. 둘째, 의료보상기금으로서, 이들은 각 지방자체단체에서 의료서비스 활동율이 50%를 상회하는 의료서비스제공자들에게 의무적으로 기본적인 보상한도의 의료배상책임보험이나 공제에 가입할 것을 요구한다. 의료보상기금은 이들 의료서비스 제공자의 의료사고로 인한 의료배상책임이 기본적인 보상한도를 초과하는 경우를 대비한 리스크관리방안으로서 그 초과액을 지불하게 된다고 하였다.

## 나. 의료사고 및 의료분쟁에 대한 인식<sup>4)</sup>

### 1) 의사의 인식

의료사고에 대한 의사들의 인식을 조사한 연구로는 보스크(Bosk, 1979)의 패젯(Paget, 1988) 그리고 로젠탈(Rosenthal, 1995)과 필딩(Fielding, 1995)의 연구가 있다. 보스크(1979)의 연구에 의하면 의사들은 수련의들에 의하여 행해진 의료사고를 하나의 학습과정으로 여기고 있다. 그는 임상에서 지속적으로 직면하게 되는 불확실성에 대하여 어떻게 행동하는 것이 적절한 것인지를 학습하는 것이 수련의들이 습득해야 되는 것임을 발견하였다. 그러므로 의사들은 의료사고를 자연스러운 과정으로 인식하게 되는 것이다.<sup>5)</sup> 패젯(1988)의 연구에 의하면 의사들은 자신들의 의료행위에서 발생하는 실수를 예외적인 것으로 인식하기 보다는 일반적이고 보편적인 것으로 인식하고 있다고 한다<sup>6)</sup>.

로젠탈(1995)의 연구에 의하면 의료사고에 대하여 의사들이 보이는 반응을 7가지로 요약할 수 있다. 영구적인 불확실성, 불가피한 실수, 취약성의 공유, 이해와 용서, 무비판의 규범, 엄청난 실수, 전문가적 판단의 배타성 등으로 표현하고 있으며, 의사들은 자신이 행하는 의료행위의 많은 부분들이 불확실하고 많은 위험으로 채워져 있다고 주장하였다. 특히, 많은 의사들이 '상황', '인간적 한계', '환자와 질병이 가지고 있는 특성', '조직적 문제', '의사의 개인적 문제와 피로', '훌륭한 의사가 나쁜 치료법을 선택한 경우' 등과 같은 요소들이 의료행위에 내재하고 있는 불확실성을 증가시키는 역할을 하고 있다고 주장하였다<sup>7)</sup>. 필딩

4) 이인영, “의료분쟁조정의료분쟁조정법(안) 및 쟁점사안”, 2002년 9월, 의료제도발전특별위원회 발표자료

5) Bosk, M.1979, Forgive and Remember : Managing Medical Failure, Chicago : University of Chicago Press

6) Paget, M, 1998. The Unity of Mistakes, Philadelphia : Temple

7) Rosenthal, Marilyn, 1995. The Incompetent Doctor : Behind Closed

(1995)에 의하면 의사들은 불확실성이 존재할 수 밖에 없는 생의학을 기초로 하는 의료행위 그 자체가 예측불가능성으로 채워져 있다고 보며, 그렇기 때문에 그로 인한 의료사고는 의사들의 책임과 무관한 것이라는 주장이 가능하다고 본다<sup>8)</sup>.

이러한 연구결과들은 의료행위의 불확실성이 의사들 간에 보편적으로 받아들여지고 있고, 의료과오를 포함한 의료사고는 아주 자연스러운 것으로 인정하는 형태를 의사들이 가지고 있음을 보여주고 있다. 의사들은 의료사고를 생각할 때 의료가 가지고 있는 불확실성, 불가피한 상황, 그리고 내재하고 있었던 위험들을 강조하면서 진료행위의 불가피한 변이들을 인정한다. 전문직 구성원들이 매일매일 불확실성을 직면하고 있고, 구성원들 모두가 사고나 실수에 취약한 상황일 경우 상호 비판하지 않는다는 규범 즉, 침묵의 음모가 의료사고에 대한 의사들의 자연스러운 반응임을 이해할 수 있다.

## 2) 환자의 인식

환자의 관점에서 의료사고와 관련된 쟁점들을 다루는 논문은 거의 없다. 메이와 스텐젤(May and Stengel, 1990)의 연구에 의하면 환자들은 즉시 분쟁에 들어가지 않고 자신들이 처해있는 현실을 사회적으로 재구성하는 데 상당한 시간이 필요하며, 이 재구성의 과정 동안에 주위의 친구와 가족들이 중대한 영향을 미치게 된다.<sup>9)</sup> 이머샤인과 브렌트(Imershein and Brents, 1992)는 의료사고를 분쟁으로 가져가는 환자들의 기초적인 동기는 경제적인 보상이 아니라 의료사고를 일으킨 의사에 대한 보복이나 의료과오를 저지른 의사의 의료행위의 저지가 가장 중요

---

Doors, Philadelphia : Open University Press

8) Fielding, Stephen, L, 1995, "Changing Medical Practice and Medical Malpractice Claims", *Social Problem* 42:38-55

9) May, M and D, Stengel, 1990, "Who Sues Their Doctor? How patient Handle Medical Grievances" *Law and Society Review* 24 : 105-120

한 동기임을 밝히고 있다. 의료상해를 경험하고 있는 환자들은 의료진에 대하여 노여움과 배신감을 가지고 있으며, 다른 사람들은 자신이 겪고 있는 과정을 경험하지 않기를 바라며, 자신의 사건을 공식화하기 위한 방법으로 분쟁을 선택하고 있다고 한다<sup>10)</sup>.

특히 의사들이 치료에 대하여 가지고 있는 사회적 관심을 하찮은 것으로 치부해버릴 때 환자들은 자기 삶의 주변화(marginalization)를 경험하게 되고 이러한 경험은 의료사고에 직면하였을 때 의사에 대한 노여움, 불신, 보복 등으로 이어지는 것을 발견할 수 있다.

### 3) 사회적 인식의 조율

의료사고에 대한 관심이 어떻게 표현되느냐 하는 것은 누구의 관점에서 의료사고를 바라보느냐에 따라 달라질 수 있다. 의료사고를 불확실성이라는 의료의 특징에서 기인하는 것으로 인식하고 있는 의사의 관점에서 접근한다면 의료사고는 의료행위에 불가피한 필요조건으로 당연하게 받아들이고, 의료사고의 예방과 과오를 범한 의사에 대한 제재에는 상대적으로 관심을 보이지 않을 것이다. 그러므로 보상과 관련하여서도 과실에 대한 책임이 있는 자가 행하는 과실배상제도보다는 사회가 보상의 책임을 담당하거나 일부 담당하게 되는 무과실보상제도에 관심을 보일 수 밖에 없다. 뿐만 아니라 형사적 책임에 대하여 강하게 반발하게 된다.

그러나 일반인의 관점에서는 의사의 과오에 의한 의료사고를 예방할 수 있는지, 의료과오를 일으켰다고 믿어지는 의사들을 조사하고 규제할 수 있는 메카니즘은 존재하는지, 존재한다면 어떻게 작동되고 있는지, 그리고 만약 의료사고가 발생한다면 어떻게 보상받을 수 있는지와 이에 대한 현실적인 장치에 대한 관심을 가지지 않을 수 없다.

---

10) Imershein, A and A. Brents. 1992, "The Impact of Large Medical Malpractice Awards", The Journal of Legal Medicine 13 33-49

의료분쟁중에서 많은 부분이 의료행위의 질에 대한 불만족에서 유래하기 보다 의사와 환자의 관계 또는 의사소통에 대한 분노가 표출된 것이라고 한다. 몇몇 환자들은 질병과 그에 따른 근심 속에서 어린아이와 같은 욕구를 가지는데, 의사의 경우에는 그러한 욕구를 충족시키는 것에 대한 훈련을 전혀 받고 있지 않다. 그렇기 때문에 환자의 정서적인 욕구를 이해하고 이에 적절하게 대응한 의사의 경우에는 소송을 제기할 가능성이 훨씬 작다는 연구결과가 있다.<sup>11)</sup>

이와 같이 의료사고와 관련된 양 당사자의 인식의 정도가 현저하게 대립되고 있기 때문에, 이러한 인식의 정도의 차이를 어떻게 사회적 합의과정을 통해서 줄여나가야 할 것이냐에 중점을 두어야 할 것이다. 결국 의료분쟁의 원만한 해결을 모색하기 위해서는 의사는 환자에 대한 이해의 폭을 넓혀나가고 이를 교육 훈련하는 프로그램을 가질 필요가 있으며, 환자 역시 의료행위의 특수성 및 불가항력적인 결과발생의 가능성에 대한 이해의 폭을 가져야 한다.

---

11) Virshup BB : Oppenberg AA : Coleman MM, Strategic risk management : reducing malpractice claims through more effective patient-doctors communication, Am J Med Qual, 1999, 14:4 153-9

## II. 의료리스크와 보험제도

### 1. 의료산업현황

#### 가. 의료인력/의료기관

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

<표 II - 1> 의료인력의 증가추이

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

자료 : 보건복지부, 보건사회통계연보

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

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

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

<표 II - 2> 유사 의료행위 인력의 증가추이

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

자료 : 보건복지부, 연도별 보건사회통계연보

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

<표 II - 3> 의료시설 현황

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

자료 : 보건복지부, 보건사회통계연보

### 나. 국민의료비

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

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

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

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

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

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

<표 II - 4> 명목 국민의료비 증가율

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

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

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

## 2. 의료기관의 리스크

### 가. 의료리스크의 정의

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

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

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

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

13) 박은희, 정동영, 전계서, pp. 44 ~ 45, 1995.

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

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

### 나. 유형별 리스크 분석

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

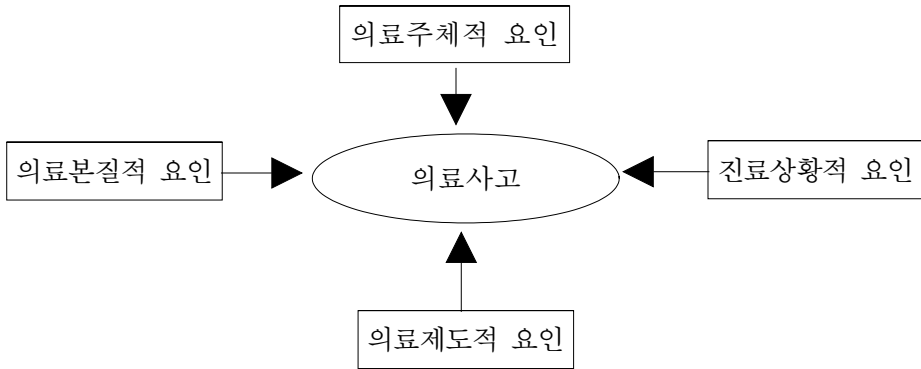
한편 의료사고는 원인에 따라 의료주체적 요인, 진료상황적 요인, 의료본질적 요인, 의료제도적 요인으로 유형화하여 분석할 수 있다. 의료주체적 요인은 의료행위의 당사자에 기인하는 부분으로 의료사고의 대다수를 차지하고 있으며, 이 요인은 의료행위자 개인적 문제(업무미숙, 실수, 나태 등)와 구조적 문제(지나친 업무강도<sup>16)</sup>, 진료시간부족, 신기술의 무분별한 사용, 인성교육의 부재 등)로 나누어 볼 수 있으나 개

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

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

별적 의료사고는 양자가 모두 작용하는 경우가 대부분이다.

<그림 II - 1> 의료사고 발생원인



자료 : 의협신문, 2002.6.20

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

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

의료행위는 본질적으로 인체에 대한 침습(侵襲)행위를 수반하기 때

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

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

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

### 3. 의료분쟁의 현황

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

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

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

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

<표 II - 5> 의료분쟁 해결방법

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

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

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

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

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

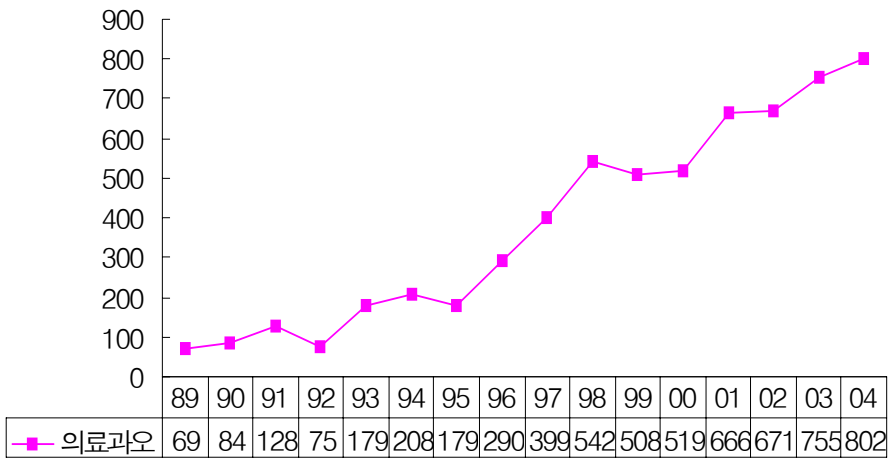
자료 : 사법연감, 의협공제회, 소비자보호원

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

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

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

<그림 II - 2> 민사법원 1심에 접수된 의료과오소송의 변화

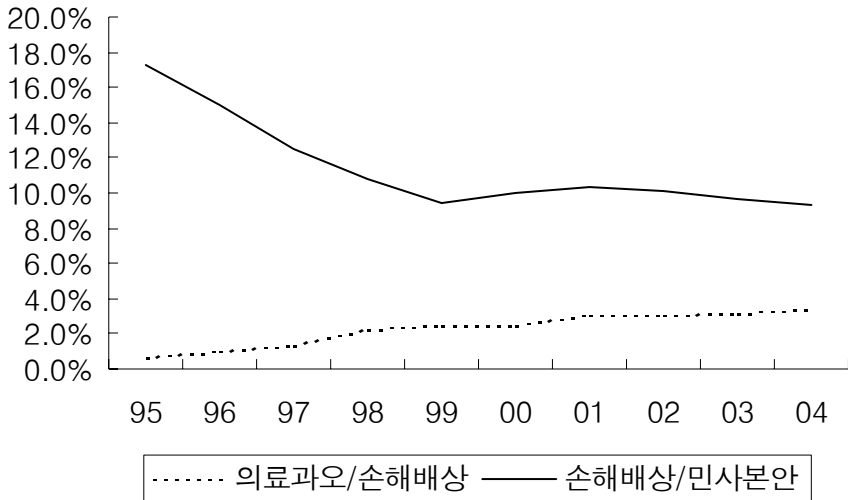


자료 : 대법원, 각년도 사법연감

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

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

<그림 II - 3> 민사법원에 1심에 접수된 의료분쟁 점유 추이



자료 : 대법원, 각년도 사법연감

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

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

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

〈표 II - 7〉 처리금액별 피해구제현황

(단위:건, %)

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

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

〈표 II - 8〉 제1심 민사본안사건의 처리결과

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

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

자료 : <http://www.clinic-clinic.com>

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

<표 II - 9> 진료과목별 의료사고 발생건수

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

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

#### 4. 보험 및 공제제도 운영현황

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

## 가. 대한의사협회의 공제상품

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

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

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

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

## 나. 민영보험상품

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

<표 II - 10> 보험회사의 의사 및 병원 배상책임보험 현황

(단위: 건수, 천원, %)

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

자료 : 보험개발원, 손해보험통계연보, 2005

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

<표 II - 11> 진료과목별 보험가입율(FY'05, 추정치)

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

자료 : 보험회사 내부자료

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

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

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

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

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

### III. 의료분쟁의 법률관계

#### 1. 의료행위의 법적 특성

의료행위는 생물체인 인간의 생체에 침습을 통하여 질병의 예방 및 치료, 건강을 유지하는 행위인만큼 이로 인한 의료사고와 의료분쟁은 사실상 숙명적인 측면이 있다. 의료행위는 그 자체에 위험성을 내포하고 있고 그 결과에 대해 이를 완전하게 예측할 수 있는 의사는 존재하지 않는다.

의료행위의 법적특성은 법률적으로 의사와 환자간의 계약관계에 기인하는 것으로 보아야 하지만 구체적으로 어떤 계약인지는 불명확한 측면이 있다. 의료행위에는 보수관계가 따르므로 고용계약(민법 제655조)으로 보는 견해 및 일정한 일의 완성(질병의 예방과 치료)을 목적하는 도급계약(민법 제644조)으로 보는 견해도 있을 수 있으나 업무의 처리를 목적으로 하는 위임계약(민법 제680조)의 일종으로 보는 것이 다수설이다.<sup>24)</sup>

한편 진료계약은 의료행위의 본질상 다른 계약행위와는 다른 특성이 존재한다. 의료법 제16조(진료의 거부금지등)에 따라 의료인은 정당한 이유없이 진료요청을 거부할 수 없으며 이는 의료인의 책임을 완화하는 요인으로 작용하고 있다.

진료계약에 의한 의사의 채무는 질병치유라는 결과로서의 채무가 아니라 질병치유라는 결과를 위하여 선량한 관리자로서 의학적지식과 기술을 구사하는 그 자체를 의미하는 수단으로서의 채무이다. 진료계약의 수단채무적 특성은 의료행위를 둘러싼 의사와 환자와의 분쟁에서 중요한 법적의미, 즉 채무불이행으로 인한 손해배상책임 등(민법 제390조)을 유발하게 된다.<sup>25)</sup>

24) 이근호, 「의사배상책임보험에 대한 법적고찰」, 고려대석사학위논문, p. 18.

의료인의 주의의무는 과실은 주의의무를 그 관념적 전제로 하여 「선량한 관리자의 주의」를 게을리한 때에 발생하며 일반인 또는 통상인을 기준으로 하는 주의의무의 위반이다. 의료직과 같은 전문직업 업무에 따른 과실은 일정한 업무상의 과실이기 때문에 일반인이 아니라 통상의 전문직업인의 정상적인 기술, 능력 등에 따르는 주의의무를 기준하여 판단(의사의 경력, 신분, 지위, 전문분야 등의 개인적 조건과 더불어 객관적 조건으로서 의료행위 당시의 의학수준, 의료관행과 의료행위의 긴급성, 진료지, 진료시각, 의료시설 등의 진료환경조건 등)이다.

## 2. 의료행위와 법적 책임

의료행위와 관련된 책임은 민사, 형사, 행정제재 등으로 나누어 살펴볼 수 있다. 먼저 민사상의 책임은 형법에 비해 과실의 영역 및 책임 추급이 광범위하며 협의의 과실을 엄격히 구분하지 않고 사고발생의 과정보다는 결과를 중시한다.<sup>25)</sup> 의료인이 의료과오에 의해 손해배상책임을 지는 경우, 이는 채무불이행책임에 해당하며, 이러한 의료과오가 불법행위 요건을 충족하는 경우 불법행위에 의한 손해배상책임을 부담한다. 청구권경합설과 법조경합설중 통설과 판례는 청구권 경합설을 인정한다.

형사상의 책임은 형법은 가해자에 대한 응보나 사고발생의 예방을 목적으로 하므로 가해자의 악성 및 작위성이 개입되어 있거나 태만 등으로 인한 경우 등을 중시하기 때문에 사고발생의 결과보다는 과정을 중요시한다. 의료과실과 관련된 형사상책임은 대부분 형법 제268조에 규정된 업무상과실치사상죄이다. 이밖에 환자와의 관계에서 의료인에게 발생할 수 있는 형사책임은 의료법 제16조의 진료거부에 대한 책임, 동법 제19조의 기밀누설에 대한 책임, 형법 제233조의 허위진단서의 작성

25) 한국생산성본부, 「의료피해구제의 적정화방안」, 1988.10., p. 27.

26) 이재훈, 「판례불법행위법」, 법조문화사, 1987, pp. 2~3.

에 대한 책임, 동법 제152조의 위증에 대한 책임 등이 있고 기타 마약법, 모자보건법 및 혈액관리법 등에도 관련조항이 있다.

행정상의 책임은 의료인 및 의료기관에 대한 행정처분은 의료법 제51조에 의한 개설허가의 취소, 제52조에 의한 면허의 취소 및 제53조에 의한 자격정지 등이다. 행정처분은 의료사고 보다는 의료불만, 과잉진료, 무자격의료 및 광고행위 등에 의한 것이 주종이며, 의료사고에 기인한 행정처분은 민·형사상의 책임과 별개로 행해질 수 있지만 실제로는 형사책임 및 중대한 민사책임이 법적으로 명백해진 경우에 부가적으로 행해진다.<sup>27)</sup>

### 3. 과실 등의 입증책임

의료과오에 기한 손해배상책임이 인정되기 위해서는 의사의 과실, 환자의 손해발생, 과실과 손해의 인과관계가 존재하여야 하며, 환자에게 대한 입증책임이 있다. 다만, 의료과오소송에서는 의사와 환자간의 형평을 도모하기 위해 환자측의 증거수집과 입증부담을 경감하는 것이 필요하며, 일정한 요건을 갖춘 경우 환자측의 입증 곤란한 문제를 고려 인과관계를 추정해주고, 의사의 과실 인정에 있어서 의사의 주의의무를 엄격화하는 것이 필요하다. 입증책임의 쟁점은 의료소송이 다른 손해배상소송과 달리 증거가 의사(의료진)측에 편중되어 있고, 의료사고에 수반되는 의료행위 또한, 고도의 전문적 지식을 필요로 하는 분야로 일반인의 입장에서 피고의 과실여부, 인과관계에 대한 입증을 한다는 것이 매우 어렵다는 점을 감안하여 그 입증책임을 전화하여 민법상의 계약행위, 불법행위로 인한 손해배상에 대한 과실책임주의, 민사소송법상의 원고입증원칙에 대한 특례를 규정하려는 논의가 진행되고 있다.

우리나라 대법원은 의료과오소송에 있어서 환자의 입증책임을 경감

27) 한국생산성본부, op. cit. pp. 183~185.

시키는 방향으로 판결을 하고 있으며<sup>28)</sup> 최근에는 입증책임을 전환하는 판례도 등장한다. 서울지법 민사합의 15부(재판장 김선중 부장판사)는 2000.3.14 “경찰병원의 척추수술 잘못으로 사지가 마비됐다”며 피해자와 피해자 가족들이 국가를 상대로 낸 손해배상 청구소송에서 “피해자의 사지마비 원인이 의료진이 시술과 처치상의 잘못으로 인한 것이 아니라는 것을 병원 측에서 입증하지 못하는 이상 국가에 배상책임이 있다”고 밝히며 원고승소 판결하였다.

의료소송에서의 입증책임에 대한 판례는 원칙적으로 일반 민사소송 원칙에 따라 원고측(환자측)에서 부담하도록 하면서, 의료소송의 특수성을 감안하여 인과관계 입증의 경우 “역사적 사실로서 증명되면 족하고 과학적으로까지 증명할 필요는 없다(‘95.12.5, 선고, 94다57701사건)”거나 “과실과 결과사이에 개연성만 있어도 인과관계를 인정(‘89.11.선고, 89다카26246사건)”하는 등 인과관계에 대하여는 입증책임을 완화하고 있는 것으로 보여진다. 피해자인 환자나 그 유족이 의사의 의료행위상 주의 의무에 대하여 의학적으로 완벽하게 입증한다는 것이 매우 어렵다는 점을 감안하면, 의료진의 과실에 대한 입증책임을 전환하는 판례는 논리적 타당성을 가진다고 보여지며 의료법의 개정이나 의료분쟁조정법의 신설을 통해 입증책임을 법률상 명확히 하는 것이 필요한 시점이라고 판단된다.

#### 4. 의료분쟁조정법의 입법동향

의료분쟁조정법은 의료분쟁의 합리적인 해결방안을 모색하고자 지난 80년대말부터 의료계를 중심으로 논의되어 왔으며 '94년 정부입법(안)으로 국회에 상정<sup>29)</sup>된 이후 최근까지 총 6회가 상정된 바 있으며

28) 大判 1993.7.27, 92다15031; 同 1990.6.26, 89다카7730; 同 1992.12.8, 92다29924

29) 동 법안이 통과되지 못한 것은 당초입법취지와 달리 국민들에게는 의료사고로 인하여 발생한 피해의 신속, 공정한 배상이나 보상을 해줄 수 없으며, 의료인

현재는 2006년 5월에 안명옥 의원의 발의안이 정기국회에 상정된 상태이다. 다만 안타깝게도 그 동안 분쟁법안은 기금조성, 형사면책, 무과실보상책임제도 도입 등에 관하여 의사단체, 피해자측, 정부간의 견해차로 10년 이상 표류하고 있는 상태이다.

<표 III - 1> 의료분쟁조정법안 제정 추진 경과

구 분	주 요 내 용
제14대('92 ~ '96) 국 회	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ '94. 11월 의료분쟁조정법안(정부제출안) 국회 제출</li> <li>○ '95. 3월 국회 보건복지위원회 주관 공청회 실시</li> <li>○ '95. 11~12월 국회 보건복지위원회 법안 심사                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료분쟁조정전치주의, 의료인에 대한 형사처벌특례 인정, 의료배상공제조합 설립 의무화 등 반영</li> <li>- 그러나 의료계의 '무과실보상제도'도입 요구로 의결되지 못함</li> </ul> </li> <li>○ '96. 2월 제14대 국회 임기만료로 자동 폐기</li> </ul>
제15대('96 ~ '00) 국 회	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1차 정부입법 추진                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- '97. 7~10월, 관계부처 협의, 입법예고, 당정협의 실시</li> <li>※ 법무부의 이견(조정전치주의 및 형사처벌 특례 인정 반대)으로 차관회의에 상정되지 못하고 보류</li> </ul> </li> <li>○ 2차 정부입법 추진                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- '98. 7~9월 관계부처 협의 및 입법예고 실시</li> <li>- '98. 10월 국무조정실에서 관계부처(보건복지부, 국무조정실, 공정거래위원회, 법무부, 행정자치부, 법제처 등) 의견조정회의 실시</li> <li>※ 법무부, 공정거래위원회, 행정자치부 등에서는 동법안의 핵심사항에 대한 반대입장 고수                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· 법무부 : 필요적 조정전치주의, 의료인에 대한 형사처벌특례 등 반대</li> <li>· 공정거래위원회 : 의료배상공제조합 설립 및 가입의무화</li> <li>· 행정자치부 : 의료분쟁조정위원회 사무기구 설치 곤란</li> <li>· 시·도(8개) : 지방의료분쟁조정위원회 설치 반대</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

에게는 공제가입에 따른 경제적 부담만 가중시킬 뿐 의료분쟁에서 해방되어 안심하고 소신있게 진료할 수 있는 진료여건 조성에 미흡하다는 문제점을 들어 의료계의 반대가 심했기 때문이다.

구 분	주 요 내 용
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 국무조정실은 의료분쟁조정법의 정부입법 어렵다고 판단</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ '97. 7월, 11월, 김병태의원 및 정의화 의원 각각 '의료분쟁조정법안' 제출</li> <li>○ 보건복지위원회 심의·의결('99.11.29)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의원입법안 중 무과실 보상 및 조정전치주의 규정 삭제</li> <li>- 의료분쟁조정위원회는 특수법인으로 설치</li> </ul> </li> <li>○ 법제사법위원회 심의('99.12.7~'99.12.8)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 형사처벌특례에 대해 결론짓지 못하고 합의도출 실패</li> </ul> </li> <li>○ '2000. 2월 제15대 국회 임기만료로 자동 폐기</li> </ul>
제16대('00~'04) 국회	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 정부내 의료발전특별위원회에서 안건으로 재입법 추진('02. 5~10월)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 토론 및 공청회 실시</li> <li>※ 주요쟁점사항에 대하여 종전의 이견을 좁히지 못함                   <ul style="list-style-type: none"> <li>· 법조계 : 필요적조정전치주의, 형사처벌특례 인정 반대</li> <li>· 예산처 : 무과실 제도도입 및 국고보상제외</li> <li>· 소비자 단체, 변호사 단체 : 필요적 조정전치주의 반대</li> </ul> </li> <li>- 의료정책전문위원회에서 마련한 안건 의료발전특별위원회 안건으로 상정·부결</li> <li>※ 의료발전특별위원회 상정안건에 대한 주요쟁점별 관련부처 및 단체 의견                   <ul style="list-style-type: none"> <li>· 필요적조정전치제도 : 복지부·법무부·기획예산처·한국소비자보호원 반대</li> <li>· 조정위원회 설치 : 법무부 설치반대</li> <li>· 무과실의료사고 보상 : 재정경제부·기획예산처 국가보상금지급 반대</li> <li>· 형사처벌특례 제도 도입 : 법무부 반대</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

자료 : 보건복지위원회, 의료사고예방 및 피해구제에 관한 법률안 검토보고서, 2006.4

<표 III - 2> 역대 추진 법안 주요내용 비교

입법안 내용	'94년 정부제출안	'97년 김병태의원안	'97년 정의화의원안	'02년 이원형의원안	'06년 이기우의원안	'06년 안명옥의원안
조정전치주의	필요적 전치	필요적 전치	필요적 전치	임의적 전치	임의적 전치	필요적 전치
무과실보상	없음	무과실사고 보상	없음	무과실사고도 보상	무과실사고 보상(3천만원 한도)	무과실사고 보상(5천만원 한도)
위원회	중앙·지방 위원회	중앙·지방 위원회	중앙·지방 위원회	중앙·지방 위원회 독립된 법인	중앙·지방위 원회 독립된 법인	분쟁위원회· 전문조정부 독립된 법인
배상제도	공제조합 (책임공제와 종합공제)	공제조합 (책임공제와 종합공제)	공제조합	공제조합 또는 의사배상책임 보험	공제조합·책 임보험 또는 종합보험 ·종합공제의 개념 도입	공제조합·책 임보험 또는 종합보험 ·종합공제의 개념 도입
기금 형성	의사, 치과의사, 한의사, 의료관계기관 개설자 또는 설치자, 보험자 또는 보험자단체	의사, 보험자의료피 해구제기금, 국가보고	의사, 치과의사, 한의사, 의료관계기관 개설자 또는 설치자, 보험자 또는 보험자단체, 국가 출연금	국민건강보험 공단과 보건의료인 중앙회 및 보건의료기관 단체	국가, 보건의료기관 개설자, 보험사업자	국가, 보건의 료기관개설자 및 보험사업 자등
반의사불벌주의	채택	채택	채택	채택	채택	
형사처벌특례	업무상치사상 불문하고 중 과실없는 한 형의 감면	업무상과실치사 상 및 중과실치 상적의 경우에 7개항 이 외에 특례인 정(중과실도 7개항 아니면 예외 인정)	업무상과실치 상죄의 경우 에만 8개항 이외에 특례 인정	업무상과실치 상죄의 경우 에만 12개항 이외에 특례 인정	업무상과실치 사상죄의 경 우 8개항 이 외에 특례인 정	보건의료인이 「형법」 제 268조의 죄중 치상죄를 범 한 경우 종합 보험등에 가 입된 경우에 는 공소제기 할 수 없음 (제49조)
환자 진료방해 및 난동규제	채택	채택	삭제	삭제	삭제	채택
제3자개입 금지	삭제	채택	삭제	삭제	삭제	

자료 : 보건복지위원회, 보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률안 검토보고서, 2006.11 및 안명옥의원 발제안

법률안(안명옥의원 대표발의)의 주요내용은 '05. 12. 8 이기우 의원이 대표발의한 「의료사고 예방 및 피해구제에 관한 법률안」과 '05. 12. 2 박재완의원의 1인이 소개하여 제출한 「의료사고피해구제법 제정을 위한 청원」에서 제시된 법률안과 상당부분 동일한 법률체계를 가지고 있으며, 이를 비교하면 <표 III-3>과 같음.

<표 III - 3> 각 법률안 및 청원의 비교

구분	이기우 의원안	시민단체 청원안	안명옥 의원안
명칭	의료사고 예방 및 피해구제에 관한 법률안	의료사고 피해 구제법안	보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률안
목적	○국민의 생명·신체 및 재산상의 <b>피해를 예방하고</b> , 그 피해에 대한 신속·공정한 구제와 보건의료인 등의 안정적인 진료환경 조성을 목적으로 함(제1조)	○의료사고 예방을 제외하고 동일	○의료사고 예방을 제외하고 동일
정의	○용어정의는 다음과 같음(제2조) -의료사고 ·보건의료인 등이 <b>보건 의료기관에서</b> 환자관리 및 환자에 대하여 진단·검사·치료·의약품의 처방 및 조제 등의 행위를 실시하는 과정에서 발생하는 생명·신체 및 재산상의 손해가 발생한 경우를 말함(제1호)	○용어정의는 다음과 같음(제2조) -의료사고 · <b>의료행위, 혈액관리, 의료용 구나 약물로 인하여 발생된 의도되지 않은 피해를 말함(제1호)</b>	○용어정의는 다음과 같음(제2조) -보건의료사고 ·보건의료인 등이 환자관리 및 환자에 대하여 진단·검사·치료·의약품의 처방 및 조제 등의 행위를 실시하는 과정에서 발생하는 생명·신체 및 재산상의 손해가 발생한 경우를 말함(제1호)
입증책임	○개설자 및 보건의료인이 주 의무를 태만히 하지 아니 하는 점 등을 입증하도록 함(입증책임의 전환)(제4조 제1항제1호)	○이기우의원안과 동일함(제5조제1항1호)	○규정 없음(따라서, 일반적 입증 책임원칙에 따름)
다른	○이 법에 규정된 경우를 제외하고는 「민법」의	○동일	○동일

구분	이기우 의원안	시민단체 청원안	안명옥 의원안
법률과의 관계	규정에 따름(제6조)		
의료	○보건복지부장관의 허가를 받아 설치하는 <b>별인</b> 으로 함(제7조)	○ <b>특수법인</b> 으로 함(제8조)	○ <b>특수법인</b> 으로 함(제7조)
사고	○(제9조) -위원 수 : 위원장 포함 <b>15인 이내</b> -위원 자격 ·공익을 대표하는 자, <b>보건의료계를 대표하는 자</b> 및 소비자를 대표하는 자 중에서 임명 또는 위촉	○(제10조) -위원 수 : 위원장 포함 <b>9인 이내</b> -위원 자격 · <b>보건의료계를 대표하는 자</b> 제외	○(제8조) -위원 수 : <b>위원장 1인, 2인 이내의 부위원장 포함 40인 이상 90인 이내</b> -위원 자격 · 공익을 대표하는 자, <b>보건의료계를 대표하는 자, 법조인 및</b> 소비자를 대표하는 자 중에서 임명 또는 위촉
피해 구제	○(제11조) -의료사고로 인한 분쟁의 조정 및 피해의 구제 등	○(제12조) -대부분 동일	○(제10조) -대부분 동일
위원회 업무	○의료법상의 진료과목을 중심으로 분야별 <b>전문 위원회</b> 를 둠(제12조) -구성 · 각 전문위원회별로 위원장 포함 <b>15인 이하</b> (공익을 대표하는 위원과 소비자를 대표하는 위원 포함)	○ 동일 · 각 전문위원회별로 위원장 포함 <b>3인 이상 5인 이하 보건의료인의 비율은 1/3을 넘지 않음</b>	○의료법상의 진료과목을 중심으로 분야별 <b>전문조정부</b> 를 둠(제11조) -구성 · 각 전문조정부별로 위원장 포함 <b>7인 이하</b> (보건의료계를 대표하는 위원, 법조인, 소비자를 대표하는 위원 1인 이상 포함)
전문 위원회	○위원 및 전문위원은 독립하여 직무를 수행함(제14조)	○ 동일	○ 동일(제13조)
위원 신분	○사무국장 1인을 위원장 제청으로 보건복지부장관이 임명(제16조)	○사무국의 조직, 운영에 관하여는 대통령령으로 정함(제17조)	○사무기구의 조직, 운영에 관하여는 대통령령으로 정함(제15조)
사무국	○사무국에 전문위원회 위원의 <b>조사업무를 보좌</b> 하는 조사관을 둘 수 있음(제17조)	○ 동일	○사무기구에 전문조정부 위원의 <b>조정업무를 보좌하고 조사업무를 담당</b> 하는 조사관을 둘 수
분쟁			

구분	이기우 의원안	시민단체 청원안	안명옥 의원안
조 정			있음(제15조)
	출연금 ○국가는 예산의 범위 안에서 위원회에 출연금을 부담(제18조)	○ 동일	○ 동일(제17조)
위 원 회	위원 및 전문위원이 제적사유의 경우 그 직무의 집행에서 제척	○ 동일	○ 동일(제14조)
조정전 합의의 효력	○민법상 화해와 동일한 효력(제29조제2항)	○조정결정에 신청인과 피신청인이 동의한 때 - 민법에 의한 화해	○민법 또는 재판상 화해와 동일한 효력(제24조제2항)
임의(필 요)적 조정전치 주의	○의료분쟁에 관한 소는 이 법에 따른 조정절차를 거치지 아니하고도 제기할 수 있음(제33조)	○ 동일(제35조)	○보건의료분쟁에 관하여 <u>소송은 이 법에 따른 조정절차를 종료한 후 제기함</u> (제30조)
의료배상 공제조합 가입	○임의 설립 및 임의 가입(제37조)	○ 동일(제36조)	○ 동일(제37조)
책임보험 등에의 가입의무	○보건의료기관 <u>개설자</u> 는 의료사고로 인하여 환자의 손해를 배상하기 위하여 책임보험등에 가입하여야 함(안 제38조)	○동일 <u>단, 보건의료기관 개설자가 의료배상책임보험이나 의료배상공제조합에 가입하지 아니하면 의료행위를 할 수 없음(제37조)</u>	○보건의료기관을 <u>개설하고자 하는 자</u> 는 책임공제 또는 책임보험에 가입하여야 함(안 제38조)
종합보험 의 가입	○보건의료기관 <u>개설자</u> 는 종합보험등에 가입할 수 있음(제40조)	○동일	○보건의료기관을 <u>개설하고자 하는 자 또는 보건의료인</u> 은 종합보험등에 가입할 수 있음(제40조)
무과실의 료사고 보상	○국가에 보상책임 있음(제45조) <u>보상한도 3천만원</u>	○ <u>없음(과실책임주의)</u>	○국가에 보상책임 있음(제42조) <u>보상한도 5천만원</u>

구분	이기우 의원안	시민단체 청원안	안명옥 의원안
무과실의 료사고 보상기금	○국가, 보건의료기관개설자 및 보험사업자등이 재원을 부담함(제47조)	○ <u>없음(과실책임주의)</u>	○국가, 보건의료기관개설자 및 보험사업자등이 재원을 부담함(제44조)
형사처벌 특례	○보건의료인이 「 <u>형법</u> 」 제268조의 죄를 범한 경우 종합보험등에 가입된 경우에는 <u>피해자의 의사에 반하여</u> 공소제기 할 수 없음(제52조)	○ <u>형법 제268조의 최종 업무상과실치상죄</u> 를 범한 보건의료인이 종합보험등에 가입된 경우에는 <u>피해자의 의사에 반하여</u> 공소제기 할 수 없음(제56조)	○보건의료인이 「 <u>형법</u> 」 제268조의 <u>최종 치상죄</u> 를 범한 경우 종합보험등에 가입된 경우에는 공소제기 할 수 없음(제49조)

자료 : 보건복지위원회, 보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률안 검토보고서, 2006.11

## 5. 「보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률(안)」 주요 내용

전술한 바와 같이 의료행위가 숙명적으로 수반하는 각종 의료사고에 효율적으로 대처하기 위해서는 의료분쟁에 대비한 법률의 정비와 공식 법정이외의 분쟁처리기구가 필요하다. 이하에서는 2006년 5월 발의된 「보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률(안명옥의원 대표발의)」에서 제시된 보험관련 주요내용을 살펴보고자 한다.

### 가. 법안의 구성도

법안은 ‘의료’라는 용어 대신 ‘보건의료’를 사용하여 의료기관에 보건소 등을 포함하고 있다. 법안은 총 7장으로 구성되어 있으며 의료분쟁의 처리절차를 자세히 규정하여 의료분쟁에 따른 피해자 및 의료기관을 보호하는데 주안점을 두고 있다.

<표 III - 4> 법안의 구성도

구성	항목	내용
제1장	총칙	목적, 정의, 의료사고배상책임, 민법의 적용
제2장	보건의료분쟁조정위	보건의료분쟁조정위원회의 설립, 소관사무,

구성	항목	내용
	원회	조정위원회의 구성, 위원장의 직무, 조정부, 결격사유 등
제3장	보건의료분쟁의 조정	조정의 신청, 조사절차, 배상금의 결정기준, 조정결정서의 작성, 조정결과의 처리, 조정의 효력, 조정전의 합의, 소송과의 관계, 국가배상과의 관계 등
제4장	보건의료배상공제조합, 의료배상책임보험 등	보건의료배상공제조합의 설립, 공제조합등에의 가입의무, 고제조합 등의 계약체결의무, 보건의료배상종합보험 등에의 가입
제5장	무과실보건의료사고보상	무과실보건의료사고보상의 대상 등, 다른 법률에 의한 배상 등, 무과실보건의료사고보상기금
제6장	보칙	벌칙적용에 있어서의 공무원의제, 손해배상에 대한 구상권의 행사, 종합보험 등에 가입된 경우의 형사처벌특례 등
제7장	벌칙	벌칙, 과태료(보험미가입시 1천만원이하)
부칙		시행일, 보건의료분쟁에 관한 적용례, 책임보험 등에의 가입에 관한 경과조치, 의료법의 개정 등

## 나. 보건의료사고와 배상책임보험(공제)

### 1) 보건의료사고와 배상책임

법안은 보건의료기관개설자는 당해 보건의료기관의 보건의료인이 보건의료기술을 행하는 과정에서 업무상 과실 또는 중대한 과실로 발생한 보건의료사고로 인하여 환자가 입은 생명·신체 및 재산상 피해를 배상할 책임을 진다(안 제4조)고 규정하고 있으며 타법과 마찬가지로 동 법에 규정된 것을 제외하고는 손해배상책임에 관하여 민법을 준용하도록 하고 있다. 한편 보건의료인이 다른 보건의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 보건의료기술을 행하는 과정에서 발생한 보건의

료사고에 대하여는 보건의료기술을 행한 보건의료인이 소속된 보건의료기관개설자와 시설·장비 및 인력 등을 제공한 보건의료기관개설자에게 공동의 책임이 있다고 규정하고 있다(어느 일방의 과실이 명확한 경우에는 예외).

## 2) 의료배상공제(보험) 가입의무화

법안은 보건의료인단체 및 보건의료기관단체는 보건의료사고에 대한 배상을 목적으로 하는 보건의료배상공제조합을 보건복지부장관의 인가를 받아 설립하도록 하고, 보건의료기관을 개설하고자 하는 자에게 보건의료배상공제조합의 책임공제 또는 보건의료배상책임보험 가입의 의무화 함으로써 의료사고로 인한 피해보상을 제도적으로 보장하고, 피해보상의 한도액 등에 관해서는 대통령령으로 정하도록 하고 있다(보험 가입의무를 의료기관개설자에게 지움). 한편 공제조합(보험사업자)에게 책임공제(보험)의 인수거절 및 계약해지를 금하는 조항을 두어 공제(보험)가입을 보장하고 있다. 다음으로 책임보험 초과손해에 대한 종합공제(보험)에 대한 조항을 두어 전체적으로 보험제도는 자동차보험의 형태를 제시하고 있다.

## 3) 종합보험가입시 형사처벌 특례

법안은 보건의료인이 의료행위로 인하여 형법 제268조<sup>30)</sup>의 업무상 과실차사상죄 또는 중과실치상죄를 범한 경우 종합보험(공제)에 가입한 때에는 사망의 경우를 제외하고는 피해자의 명시한 의사에 관계없이 공소를 제기할 수 없도록 하고 있다(안 제49조). 다만 아래의 경우에는 동조항의 적용을 배제하되 전술한 사망의 경우와 함께 형의 감면이 가능하도록 하고 있다.

---

30) 제268조 (업무상과실·중과실 치사상) 업무상 과실 또는 중대한 과실로 인하여 사람을 사상에 이르게 한 자는 5년 이하의 금고 또는 2천만원 이하의 벌금에 처한다.

1. 의학적으로 인정되지 아니하거나 사회상규에 위배되는 보건의료 행위 등을 한 경우
2. 무자격자로 하여금 보건의료행위 등을 하게 하거나 면허범위를 벗어난 보건의료행위를 하게 한 경우
3. 약제에 필수적인 과민반응조사를 하지 아니하고 약제를 투여한 경우
4. 처방과 다른 약제를 사용하거나 처방전이 없이 의약품을 조제한 경우
5. 혈액형이 적합하지 아니하는 혈액을 수혈한 경우
6. 수술 또는 치료, 조제, 투약, 수혈과정에서 환자를 혼동한 경우
7. 유효기관이 경과하거나 변질된 의약품을 사용한 경우
8. 「의료법」 제21조 및 제21조의2의 규정에 따른 진료기록부등(전자 의무기록을 포함한다)의 위·변조가 확인된 경우

#### 다. 의료분쟁조정기구 및 조정절차

보건의료사고의 신속·공정한 구제와 보건의료분쟁의 효율적 조정을 위하여 신설되는 의료분쟁조정기구는 의료분쟁조정법의 핵심사안으로 그 동안 수차례의 입법논의에서 검토된 바 있다.

##### 1) 보건의료분쟁조정위원회

보건의료분쟁조정위원회(이하 「위원회」라 함)는 위원장 1인, 부위원장 2인, 40인~90인의 위원으로 구성하도록 하고 있다. 위원회의 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하며, 보건의료계를 대표하는 자, 법조인, 소비자를 대표하는 자를 7인 이상 포함하도록 하고 있다.

1. 공익을 대표하는 자
2. 보건의료계를 대표하는 자
3. 법조인(변호사 자격이 있는 자로 판사·검사·변호사로 5년 이상 재직한 자)
4. 소비자를 대표하는 자(관련 소비자단체에서 7년 이상 재직한 자)
5. 그 밖에 대통령령이 정하는 자

한편 위원회는 보건의료분쟁의 조정업무를 수행하기 위하여 「의료법」상의 전문과목을 중심으로 분야별 전문조정부를 두며 전문조정부는 위원장을 포함하여 7인 이하의 조정위원으로 구성하되, 보건의료계, 법조인, 소비자를 대표하는 자를 1인 이상 포함하도록 하고 있다. 위원회는 정부출연으로 운영되며 소관사무는 아래와 같다.

1. 전문조정부의 구성과 운영에 관한 사항
2. 위원의 임명 및 위촉 등에 관한 사항
3. 보건의료분쟁의 예방 및 해결을 위한 제도와 정책의 연구 및 건의
4. 보건의료사고로 인한 피해의 예방과 구제와 관련된 교육 및 홍보
5. 무과실보건의료사고의 보상금 지급에 관한 사항
6. 조정위원의 제척·기피신청에 관하여 결정
7. 그 밖에 법령에 따라 위원회의 소관으로 규정된 사항

## 2) 분쟁조정절차

의료분쟁의 당사자 또는 그 대리인은 위원회에 분쟁의 조정을 서면 또는 전자우편으로 신청하고 위원회는 지체 없이 피신청인에게 신청서를 송달하고 피신청인(의료기관)은 이를 보험사 또는 공제조합에 통지하여야 한다. 한편 위원회의 위원장은 지체 없이 당해 사건을 담당할 전문조정부를 지정하여 조정절차를 개시한다. 조정절차로서 조정사건을 배당받은 조정부는 필요하다고 인정할 때에는 신청인, 피해자, 피신청인

또는 분쟁관련 이해관계인, 참고인 등으로 하여금 출석하게 하여 진술을 하게 하거나 문서 또는 물건 등의 제출을 요구할 수 있으며, 조사관으로 조사를 행하게 하거나 관련전문가인 감정위원을 위촉하여 당해 사건에 대한 조사와 자문을 구할 수 있다. 위원회 및 전문조정부의 조정절차는 비공개를 원칙으로 하되 위원 과반수의 찬성이 있는 경우에는 이를 공개할 수 있다. 전문조정부는 사건의 조정결정을 신청한 날로부터 90일 이내에 하여야 하며, 필요하다고 인정되는 때에는 그 기간을 1회에 한하여 30일까지 연장할 수 있다.

조정절차에서의 당사자 또는 이해관계인, 참고인의 진술은 당해 사건을 내용으로 하는 관련 소송에서 이를 원용하지 못한다. 한편 위원회는 아래 사유에 해당하는 경우에는 결정으로 조정의 신청을 각하하거나 조정을 하지 아니하는 결정을 할 수 있다. 이 경우 위원장은 그 사실을 신청인과 피신청인 및 당해 보건의료기관이 책임보험등 또는 종합보험등의 계약을 체결한 보험사업자 또는 보건의료배상공제조합에 통지하여야 한다.

1. 이미 법원에 제소된 사건인 경우
2. 신청된 사건의 내용이 분쟁조정의 대상으로서 적합하지 아니하다고 인정되는 경우
3. 신청인이 부정한 목적으로 신청한 것으로 인정되는 경우
4. 신청인이 조사에 불응하거나 2회 이상 출석요구에 불응한 경우

### 3) 조정의 효과

조정결정 전에 당사자사이에 합의가 존재하는 경우에는 조서를 작성하여 이를 종결시키며, 그 경우 재판상의 화해가 성립한 것으로 본다. 당사자 사이에 합의가 존재하지 않는 경우에는 전문조정부는 사건에 대하여 조정위원 과반수 이상의 찬성으로 조정결정을 해야 하며, 위원장

은 제25조의 규정에 따라 위원회가 조정결정을 의결한 때에는 그 조정 결정서 정본을 7일 이내에 신청인과 피신청인 및 보험사업자 또는 보건 의료배상공제조합에 송달하여야 한다. 이에 따라 조정결정서를 작성한 때에는 의사의 과실로 인한 의료분쟁의 경우 당해 의료사고로 인하여 발생한 환자 측의 손해의 정도, 보건의료인의 과실정도, 환자 측의 귀책 사유 등을 참작하여 적정한 금액으로 손해배상액을 결정하여야 한다. 조정이 결정된 경우 조정위원회의 위원장은 일정한 기간을 정하여 그 기간 내에 당사자에게 그 수락을 권고할 수 있다. 조정결정서가 당사자에 의하여 수락된 때에는 조정조서를 작성하고, 조정조서가 작성된 때에는 재판상의 화해가 성립한 것으로 본다.

#### 4) 조정전치주의

법안은 원칙적으로 의료분쟁조정법에 의한 조정절차를 거치지 아니하면 의료분쟁에 관한 소송을 제기할 수 없도록 함으로써 피해자의 권리를 신속히 구제하고 안정적인 진료환경을 조성하도록 하고 있다(안 제30조). 다만, 조정신청에 대한 각하결정 또는 조정을 아니하는 결정이 있는 경우, 국가배상법에 의한 배상심의위원회의 배상금의 지급 또는 기각의 결정을 거친 경우, 이 법에 의하여 조정을 신청한 날로부터 90일이 경과된 경우에는 예외로 한다.

### 라. 무과실의료사고와 보상기금

법안은 보건의료인이 충분한 주의의무를 다하였음에도 불구하고 환자의 특이체질 또는 과민반응으로 인하여 불가항력적으로 발생하거나 현대의학 수준으로는 보건의료의 한계로 인해 불가피하게 발생하였다고 위원회가 결정한 보건의료사고에 대하여는 환자 등의 생명·신체 및 재산상의 피해에 대하여 국가가 보상하도록 하고 있다. 다만, 그 피해가 질병의 자연적인 진행과정에서 발생하였거나 환자의 고의에 의한 행위로 발생한 경우에는 국가의 보상책임이 면제되며 타 법률에 따른 보상

이 이루어지는 경우에도 책임이 일부 또는 전부 면제된다.

- 「산업재해보상보험법」·「자동차손해배상 보장법」·「제조물 책임법」 등 다른 법률에 따라 손해에 대하여 배상 또는 보상을 받은 경우 : 배상 또는 보상받은 금액의 범위 안에서 보상책임을 면함

- 「전염병예방법」 제10조의2 내지 12조의 규정에 따른 예방접종으로 인하여 예방접종을 받은 자에게 발생한 피해 : 「전염병예방법」 제54조의2의 규정에 따라 국가가 이를 보상할 책임을 짐

- 「약사법」 제26조의 규정에 따른 의약품 및 의료용구 등의 제조업자 또는 「약사법」 제34조의 규정에 따른 의약품 및 의료용구 등의 수입업자 : 의약품 및 의료용구의 결함으로 인하여 환자의 생명·신체 및 재산상의 손해를 발생시킨 때에는 「약사법」 제72조의7의 규정에 따라 그 피해를 배상할 책임을 짐

이러한 무과실보건의료사고보상금의 한도액은 5천만원으로 국가는 보상금을 지급하기 위하여 위원회에 무과실보건의료사고보상기금을 조성하도록 하고 있다. 보상기금은 국가, 보건의료기관개설자 및 보험사업자 등이 그 재원을 부담하며 보건의료기관개설자의 분담금은 책임보험 등 또는 종합보험등의 계약을 체결하는 보험사업자 등이 계약체결시 징수하여 기금에 납부하는 방안을 채택하고 있다.

## IV. 선진국의 의료리스크 관리 현황

최근 주요 선진국의 의료리스크는 점증하고 있으며 대부분의 국가에서 의료리스크 관리에 어려움을 겪고 있다. 1999년 미국의학협회나 뉴질랜드 Cull report 등의 조사에 의하면 선진국에서 의료리스크가 증가하는 사유는 의료과오에 대한 인식의 범위가 넓어지는데 비해 환자와 의 의사소통 미흡, 부적절한 2차진료 및 안전시스템 등은 개선되지 않는데 있다고 한다<sup>31)</sup>. 또한 의료사고 피해자에 우호적으로 변하는 사법 환경이 의료클레임 증가에 일조하고 있다. 무과실보상을 택하는 국가가 늘어나고 불법행위에 대한 입증과 관련하여 입법(예 : 프랑스, 아이스랜드, 터키) 또는 판례(예 : 독일, 미국, 영국)을 통해 과실책임(gross negligence)에서 엄격책임(strict liability)으로 전환시키는 경우가 늘어나고 있다<sup>32)</sup>.

Towers Perrin에 따르면 2003년중 미국의 의료사고비용은 US\$ 270억에 이르러 국민 1인당 연간 US\$ 91을 지출하는 셈이다<sup>33)</sup>. 오스트리아의 경우 2002년에서 2003년 사이에 의료배상규모가 50% 이상 증가하였다고 하며 이탈리아의 경우 이탈리아보험자협회에 따르면 1994년~2002년중 의료클레임 건수는 2배로 증가하였으며 평균배상금액은 20%가 상승하였다고 한다.

---

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

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

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

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

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

## 1. 의료사고 보고제도

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

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

### 가. 미국

미국에서는, 거의 모든 병원은, 메디케어, 메디케이드<sup>34)</sup>의 적용 대상이 되기 위해서 3년마다 의료기관평가 합동위원회(JCAHO: The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations)의 인정을 받아야 한다. 2001년 중반 JCAHO는 병원에 대해서, 사고로부터 교훈을 얻어 재발을 막을 대책을 마련할 것을 요구했다. 병원은 사고 및 사고 우려사례, 특히 방지 가능사례에 대해 원인 분석을 실시하여야 하고 이를 소홀히 할 경우 인정 자격을 잃게 된다. 한편 미국의사회는 1997년에 미국환자안전재단(NPSF : National Patient Safety Foundation)을 설립했다. 동 재단은 의료관계자와 피해자로 구성되어 있으며 의료사고사례를 수집함과 동시에, 병원에서의 안전대책에 대한 논의를 하고 있다. 동 재단에서는 그 내용을 공표해, 의료관계자 등이 정보를 공유하여 환자의 안전에 필요한 환경을 만들기 위해 노력하고 있다.

### 나. 일본

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

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

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

를, 국립병원·요양소의 특정기능병원으로부터 수집하고 있다. 내복약을 투여하는 것을 잊거나 투여량을 잘못하는 등의 투약미스, 기관튜브가 빠지는 등의 관리미스 등, 2001년 6월까지의 1년동안 약 2만 2700건의 정보가 모였다. 또한 후생성은 2003년에 후생노동과학연구를 위해 「의료사고의 전국적 발생빈도에 관한 연구」반을 발족시켰다. 연구반은, 2003년 가을부터 전국의 병원에서 진료기록카드를 분석해 사고의 발생율을 산출하고 의료사고 피해자나 변호사를 포함한 20명 정도의 운영위원회를 발족시켰다<sup>36)</sup>. 조사는 3년 계획으로, 2003년도는 10~20 개소의 병원에서 시험적으로 조사를 실시한 바 있다. 발생건수에 대한 조사에 조사결과로부터 사고나 미스가 일어나기 쉬운 시스템이나 의료용도구등이 나타나면 그 부분에 목표를 좁혀 안전대책을 진행시킬 수 있다.

후생노동성의 「의료와 관련되는 사고사례 정보취급에 관한 검토부회」는, 2003년 4월 15일의 최종보고서에서 중대사고에 대한 보고를 의무화 하여 이를 재발방지에 활용할 것을 제언했다. 이 보고서에서는 ① 사고의 보고처로서 중립적인 입장의 「제삼자기관」의 설치 ② 동기관은 집적한 사고정보를 분석하고 예방을 위한 개선책을 정리하여 의료관계자에게 제공 ③ 사고보고는 병원외에도 환자나 유족으로부터도 받을 것 등을 제안하였다. 보고가 의무화되는 것은 국립병원·요양소, 대학병원의 본원 등 약 250개 의료기관에 한정되어 민간병원은 포함되지 않으며<sup>37)</sup> 사고보고자의 불이익을 방지하기 위해 보고내용을 기초로 한

---

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

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

행정처분등의 징계는 금지하고 있다.

## 다. 영국

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

## 2. 분쟁해결제도<sup>38)</sup>

### 가. 미국

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

#### 1) 강제심사제도

강제심사제도는 의료과오의 합리적인 추정이 보장되지 않은 상태에

---

38) 의료제도발전특별위원회, 「의료제도발전을 위한 정책과제」, 2003.2

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

## 2) 조정제도

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

## 3) 중재제도

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

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

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

## 나. 일본

### 1) 시담 및 소송상의 화해

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

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

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

## 2) 민사조정제도

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

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

## 다. 뉴질랜드

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

정부가 운영하는 사고보상공단(Accident Compensation Corporation, ACC)에 의해 운영되고 있다. 과거 의료분쟁은 민사소송을 통해 해결되었으나 산업재해·자동차사고와의 형평성이 문제<sup>39)</sup>되어 무과실보상책임의 원칙<sup>40)</sup>으로 모든 인적사고를 포괄하여 비영리국가기관인 사고보상공단에서 인적사고의 장애에 대하여 일정한 한도내에서 수입의 80%를 보상하고 있다. 사고보상공단은 사고의 과실여부나 사고장소에 불문하고 전국민이 당한 사고에 대하여 연중 24시간 보상해 주고 있다. 이 제도하에서 의료사고는 전체사고의 한 부분에 지나지 않으며, 의료사고를 여타사고와 분리할 필요가 없고 동일한 원칙하에 보상 하는데, 사고와 관련된 상해에 대하여 치료비를 지급한다. 다만, 무과실 사고보상주의를 채택하면서도 의료인의 중과실에 의한 사고에 대해서는 의료계 스스로 자율징계를 위하여 의사징계위원회를 구성하도록 되어있다. 지급액은 물가상승율을 반영하여 결정되고 65세까지 수입의 보상뿐만 아니라 의료서비스, 재활치료에 대해서도 합리적인 비용이 지급된다. 비급여 부분 등 추가비용에 대비하여 모든 의료인은 MDU(medical defence union) 또는 MPS(medical protection society)에 가입한다.

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

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

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

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

#### 라. 스웨덴<sup>41)</sup>

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

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

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

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

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

<표 IV - 1> 외국의 의료분쟁 조정제도 현황

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

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

### 3. 보상 및 보험제도

#### 가. 의무보험, 풀 및 기금제도

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

<표 IV - 2> 외국의 의료사고 보상제도

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

주 1) 일부 자치단체 및 코펜하겐 병원연합회 제외

2) 헬스케어 의사만 해당함

3) 무과실 보상시스템을 운영

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

5) 의사협회를 통한 보험가입(의무사항은 아님)

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

대개 이러한 요구는 개인의사나 의료기관에서 근무하는 의사에게 해당하고 전체 의료기관에 해당하지는 않는다(실질적으로 의료기관의 보험가입을 법률에 의해 요구하는 국가는 프랑스, 헝가리, 아이스랜드 및 미국(대부분의 주)을 들 수 있다). 이러한 조치는 의료사고의 피해자에게는 만족스러우나 보험시장에서 걱정하게 보험가입이 곤란한 의료기관에게는 상당한 부담으로 작용한다. 한편 이러한 규제는 보험회사에게 특별한 보상한도나 제한조건 없이 의료배상보험의 담보를 제공하도록 법률적으로 제한하고 있다. 프랑스의 경우 2002년 3월 4일 Kouchner Act 이후 특정의료기관이 보험가입을 2회 이상 거부당하면 보험회사를 위해 위험을 평가하고 요율을 산정하기 위해 신설된 기관인 "Bureau Central de Tarification"에 중재를 위탁할 수 있다. 보험회사가 담보를 의무적으로 제공하는 케이스는 드물지만 무과실 보상제도를 운영하는 경우에는 대부분 한 회사가 인수하기 곤란한 경우(담보력부족, 언더라이팅 곤란 등)에 대비해 보험회사 풀이 구성되어 있다 (덴마크<sup>42)</sup>, 핀란드, 아이스랜드, 스웨덴). 프랑스의 경우 2002년 법률이후 많은 보험회사가 시장에서 철수하고 보험료가 600%까지 급증하는 사례가 나타나자 700여개의 의료기관은 임시적인 보험회사풀을 만들도록 촉구하여 19개 원보험사와 3개 재보험사가 참여하는 "Groupment Temporaire des Assureurs Médicaux : GTAM)이 만들어졌고 2003년 6월에는 상호재보험풀인 "Groupment Temporaire de Réassurance Médicale : GTREM)이 만들어져 GTAM을 대체하여 임시적인 역할을 하고 있다. 이러한 경험은 유사한 상황에 처한 OECD 국가들에게 보험 의무화에 따른 상시보험기구의 필요성을 일깨우고 있다. 이는 의료기관에게 적절한 보험담보를 제공하도록 정부의 개입강도를 늘리거나 공동인수기구를 만들어 전체 보험사의 담보력에 맞는 리스크의 보험인수가능성(the

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

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

불법행위법 시스템과는 별도로 의료과오를 재정적으로 해결하고 의료 리스크의 장기성과 고위험을 평가하여 보험부보가능성을 높이는 다른 방안은 기금(Guarantee funds)을 운영하는 것이다<sup>43)</sup>. 핀란드의 경우 무과실보상 체계내에서 1987년에 의료보험센터(the Patient insurance center)를 설립하여 민영보험사의 담보력부족에 대비하고 의료배상책임 보험을 인수하는 풀을 운영하고 있다.

의료과오 리스크를 담보하기 위해 무과실보상 시스템으로 변경한 경우도 나타나고 있다. 프랑스, 벨기에 및 미국의 일부 주는 불법행위 시스템에서 나타나는 의료클레임의 빈도와 심도 증가에 대응하여 의료 리스크를 경감하고 공정하고 적절한 보상을 제공하기 위하여 의료사고 배상체계의 중대한 개편과 무과실보상체계로의 전환을 검토하고 있다. 전술한 바와 같이 일부 OECD국가(노르딕 유럽 국가 및 뉴질랜드)는 무과실 또는 무비난 보상체계를 20여년 이상 성공적으로 운영하고 있다. 이런 시스템의 장점은 의료사고의 피해자에게 불법행위 시스템의 경우보다 상대적으로 저렴한 사무·법률 비용으로 보상할 수 있다는 점이다<sup>44)</sup>.

## 나. 미국

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

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

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

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

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

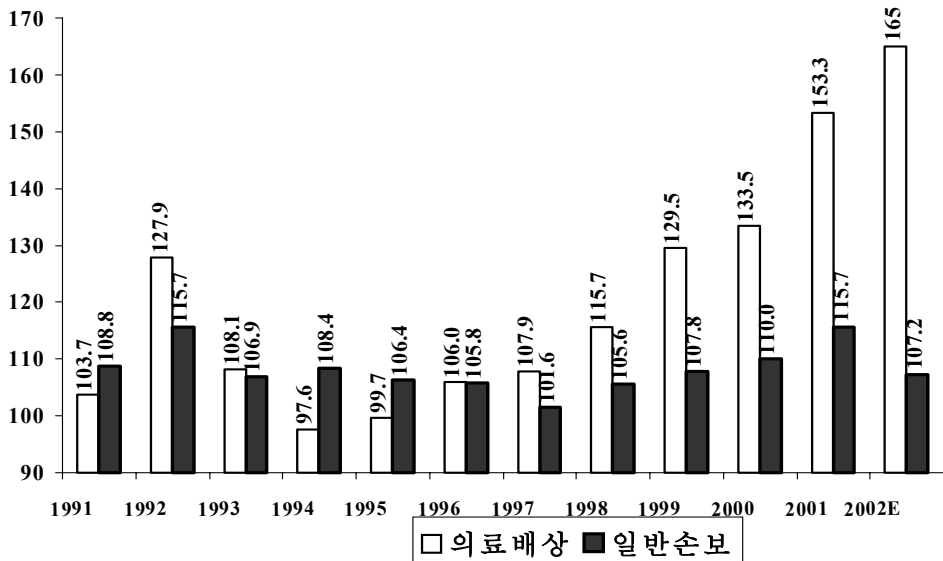
의료행위의 전문성으로 인하여 일반인들은 의료지식과 같은 사전적인 정보 및 특정 의료행위 시행과정에서 사후적으로 발생하는 모든 정보에 관하여 의사들에 비해 훨씬 열등한 정보불균형(information asymmetry) 현상때문에 의사 소유의 상호회사들이 의료사고배상책임보험 시장의 점유율을 확대할 수 있게 되었다.

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

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

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

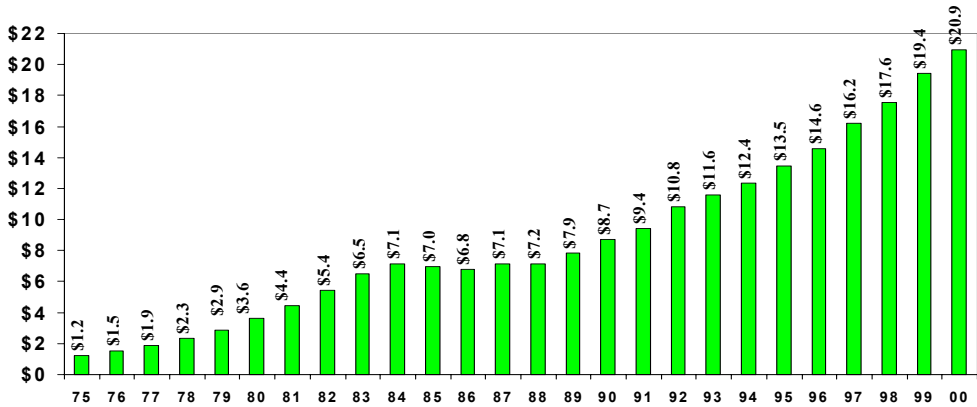
<그림 IV - 1> 일반손보와 의료배상책임보험의 합산비율 비교



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

<그림 IV - 2> 의료과오와 관련하여 지불된 비용추정

(기준 : 십억불)



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

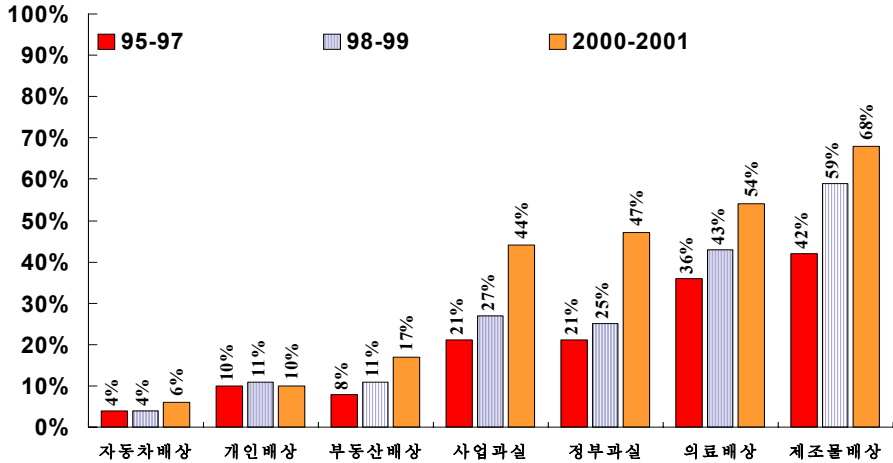
<그림 IV - 3> 의료과오관련 법원의 평균 배상판결금액

(기준 : 백만불)



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

<그림 IV - 4> 백만달러 이상 소송판결액의 증가율 추이



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

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

#### 다. 일본

일본은 경제개발기인 1960년대부터 의료분쟁이 사회문제가 되기 시작했다. 의료분쟁의 급증과 의사책임의 엄격화에 대처하기 위해 의사회의 의료분쟁처리특별위원회가 설치되고 1961년 이른바 동경대수혈매독 사건<sup>45)</sup>을 계기로 1963.6.5 야스타(安田)화재해상(주)는 대장성으로부터 의사배상책임보험을 인가받아 판매하였다. 한편 1960년대 중반이후부터 법원에서는 환자의 권리구제를 위하여 실체법상으로는 의료과오론의 구

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

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

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

일본의 의사배상책임보험의 특징은 의료과실유무를 제3자적 입장에서 공정하게 판정하기 위한 기관으로 의사배상책임심사회가 설치되어 있다. 의사배상책임심사회는 중립적 입장에서 엄밀한 의학적 관점에서 감정과 적정한 법적 판단을 구하여 보험제도의 목적인 손실전보 기능과 분쟁해결기능을 수행하기 위해 만든 기구이다. 일본의 의사배상책임보험의 보험계약자는 개인이 아니라 일본의사회이며 보험료도 개인이 보험회사에 납부하는 것이 아니라 회비로 지급하고 있다<sup>47)</sup>.

---

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

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

## 라. 유럽

미국, 캐나다와 마찬가지로 유럽의 국가(프랑스, 이탈리아, 스페인, 스위스 등) 들도 의료배상보험의 보험료 점증과 담보범위의 축소문제에 고심하고 있다<sup>48)</sup>. 보험요율의 급격한 변동과 함께 극단적인 경우 보험사와 재보험사가 시장에서 철수하는 사례가 늘고 있으며 특정 병원이나 진료과목에 대해서는 감당하기 힘든 보험료를 요구하여 보험인수를 사실상 거절하는 사례도 늘어나고 있다. 유럽의 보상제도는 전통적인 과실책임 원칙으로 민영 의료배상보험제도를 운영하는 경우와 무과실 보상제도(no-fault compensation system)를 운영하는 국가로 나누어지며 비영리 보험기구를 통한 무과실보상제도는 덴마크, 핀란드, 스웨덴 등에서 운영되고 있다.

### 1) 영국

영국은 의료의 대부분이 국가가 전적으로 책임을 지는 국민보건서비스(National Health Service)의 형태로 제공된다. 의사와 환자의 관계에 관한 규정은 법원에서 일반 민사법의 적용을 받지 않도록 직업법과 사회법에 위임되고 있으며<sup>49)</sup>. 모든 의사들은 MDU(Medical Defence Union)에 가입하여 도움을 받을 수가 있다. MDU는 비영리 상호부조기관으로 재정적으로 독립되어 있고, 재원은 매년 의사수입의 평균 1~2%정도의 가입비로 충당된다. MDU는 의사와 환자사이에 발생하는 분쟁을 상담하여 해결하며, 법의학영역에서 훈련된 의사들이 고용되어 일하고 있다. 미국과 비교하여 환자의 의사에 대한 소송액이나 소송건수가 모두 적으며 영국의 의료체계상 의료실수로 입은 손상도 환자의 부담이 아닌 무상치료로 처리되므로 소송에의 동기부여가 작다. 이처럼

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

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

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

## 2) 독일

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

## 3) 스웨덴

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

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

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

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

## V. 의료리스크관리와 의료배상보험의 활성화방안

의료행위는 그 자체가 리스크를 내포하고 있으며 기술·처치의 효과와 개인의 특성에 따라 다양하게 나타나는 등 사고의 개연성이 높다. 이 점은 선진각국 에서도 동일하게 나타나는 현상이며 전술한 바와 같이 대부분의 선진국은 의료분쟁의 해결책으로 배상책임보험제도를 이용(일부 국가는 의무보험으로 운영)하거나 사회보장차원에서 해결하고 있다. 스웨덴이나 뉴질랜드의 경우 국가차원의 분쟁심사위원회를 두고 동심사회의 판정에 따라 기금에서 우선보상을 한 후 의사의 과실여부에 따라 의사의 책임을 물으며 이 부분은 배상책임보험을 통해 해결하고 있다<sup>50)</sup>.

반면 아직까지 국내에는 의료사고와 관련된 리스크관리 시스템이 미흡하여 사고의 사후처리는 피해가족의 난동과 의료인의 위축진료 등 많은 사회문제를 낳고 있다. 또한 아직까지 의료사고와 관련된 보험이 활성화되지 못하여 피해자의 피해보전에 허점이 나타나고 있다. 대한의사협회 공제회는 비현실적으로 낮은 보상한도액과 저조한 가입율로 실효성이 의심받고 있고 일부 대형병원의 경우만이 민영보험사의 배상책임보험에 가입하고 있을 뿐 대부분의 병·의원이 의료사고의 위협에 무방비로 노출되어 있다<sup>51)</sup>. 한편 의료분쟁의 합리적 해결을 위한 법정외 분쟁처리기구 역시 미흡하여 의료사고 피해자 및 의료기관 모두에게 재산상 손실외에도 시간적·정신적 피해를 야기하고 있다.

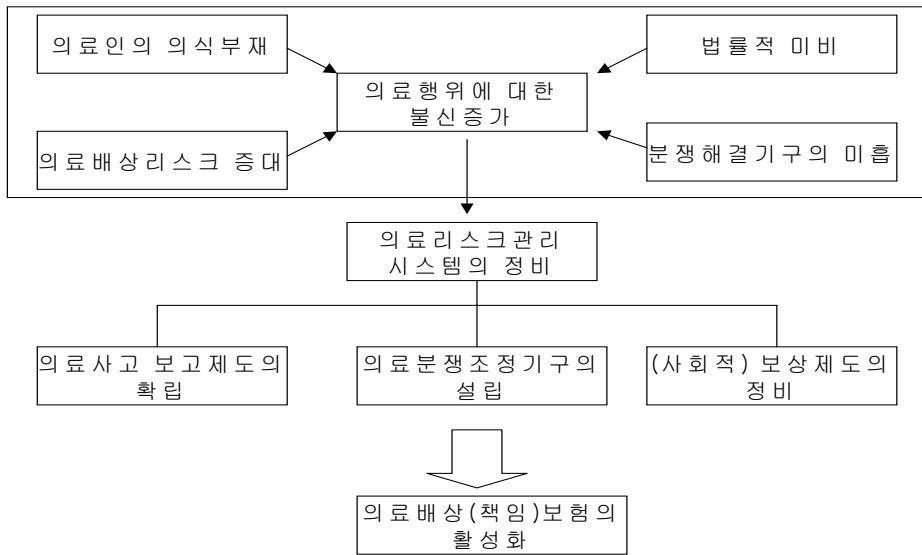
의료사고 피해자에 대한 최종적인 보상은 결국 금전적 보상이며 금전적 보상제도는 보험, 공제, 보증, 기금 등 여러 방식이 고려될 수 있으나 통상적으로 보험제도가 이용되고 있다. 보증제도의 경우 피해자구

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

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

제에는 효과적이나 기본적으로 보험사의 구상을 전제로 하므로 의료인력의 보호장치가 될 수 없으며 기금제도는 개별 의료인력의 의료행위로 인한 손실을 전체집단에게 전가하므로 기금의 각출대상이 동의하기 곤란하다. 또한 의료사고에 책임이 있는 것으로 판정을 받은 의사나 의료기관이 그 사후적 부담에 심각한 어려움을 가지게 된다면 법시스템의 운용자체에 장애요인으로 작용할 가능성이 크다는 점도 고려되어야 한다<sup>52)</sup>. 이러한 점을 감안 시 의료배상보험제도<sup>53)</sup>는 의료리스크 관리상 필수적인 제도로 인식되어야 하며 민영보험사 입장에서는 국가 전체적인 의료리스크 관리시스템의 일부로서 역할을 찾아 이를 수행해 나가야 할 것이다.

<그림 V - 1> 의료리스크 관리시스템의 정비



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

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

## 1. 의료사고 보고제도의 확립

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

이러한 보고제도는 물론 의료사고 피해예방과 리스크관리가 제1차

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

## 2. 제도의 정비

### 가. 공제조합 및 공제(보험)가입 의무화

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

#### 1) 보험가입의무화

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

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

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

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

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

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

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

<표 V - 1> 보험가입이 의무화된 전문직종

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

## 2) 의료배상공제조합의 운영

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

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

## 3) 무한보상의 문제

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

### 가) 피해자의 균형있는 보호에 역행

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

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

#### 나) 보험(공제)경영의 악화요인으로 작용

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

#### 다) 재보험처리 등 리스크관리의 어려움

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

#### 4) 종합보험가입시 형사처벌특례

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

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

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

이에 비해 의료계에서는 다음과 같은 점에서 의료인에 대한 형사처벌특례를 인정하여야 한다는 입장이다<sup>55)</sup>.

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

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

---

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

55) 의료분쟁조정법제정방향 토론회 자료(2001), 보건복지부 의료정책과

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

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

넷째, 의료법(제16조)상 의료인은 정당한 사유 없이 진료를 거부할 수 없도록 규정하고 있다<sup>56)</sup>. 이처럼 의료인에 대해 진료를 강제하고 있으면서 이로 인해 발생하는 모든 결과에 대해서도 책임을 묻는 것은 형평성에 의문이 제기된다.

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

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

## 나. 분쟁조정위원회와 조정제도

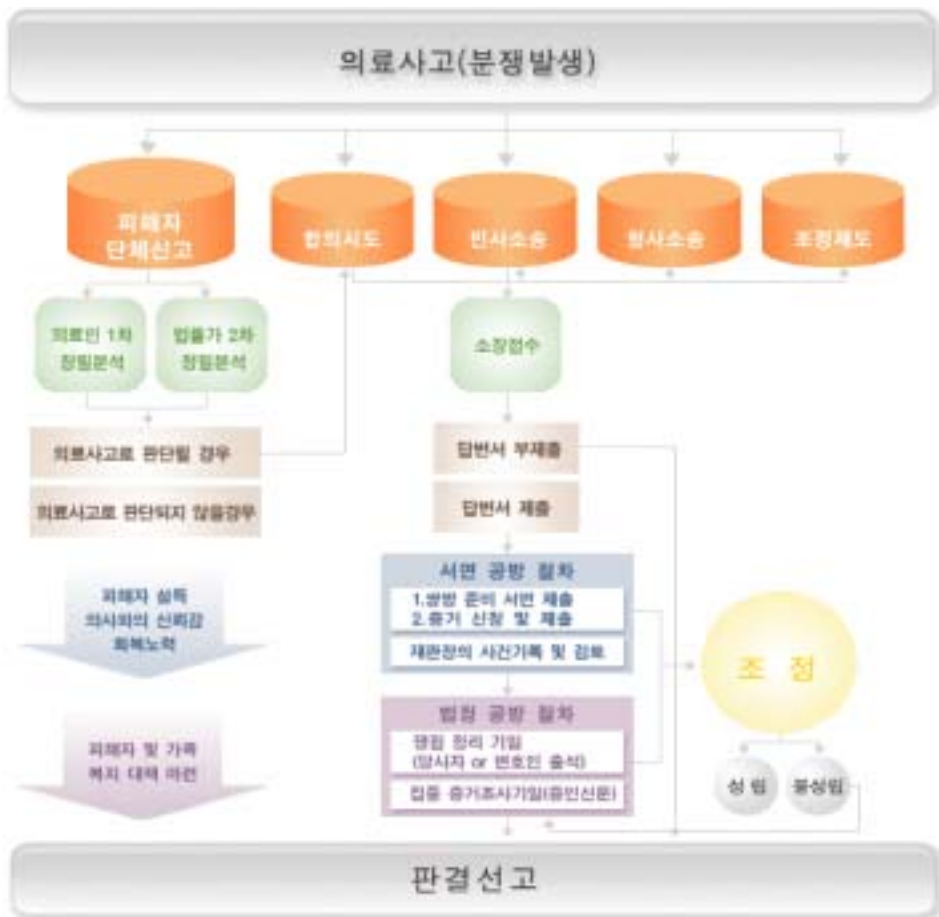
전술한 바와 같이 현재 우리나라의 사법체계상 의료사고시 피해자가 의료인의 책임을 추급(追及)하고 보상을 청구할 수 있는 방안은 의

---

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

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

<그림 V - 2> 의료분쟁 처리절차



자료 : www.medioseor.kr

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

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

### 1) 분쟁조정위원회 구성

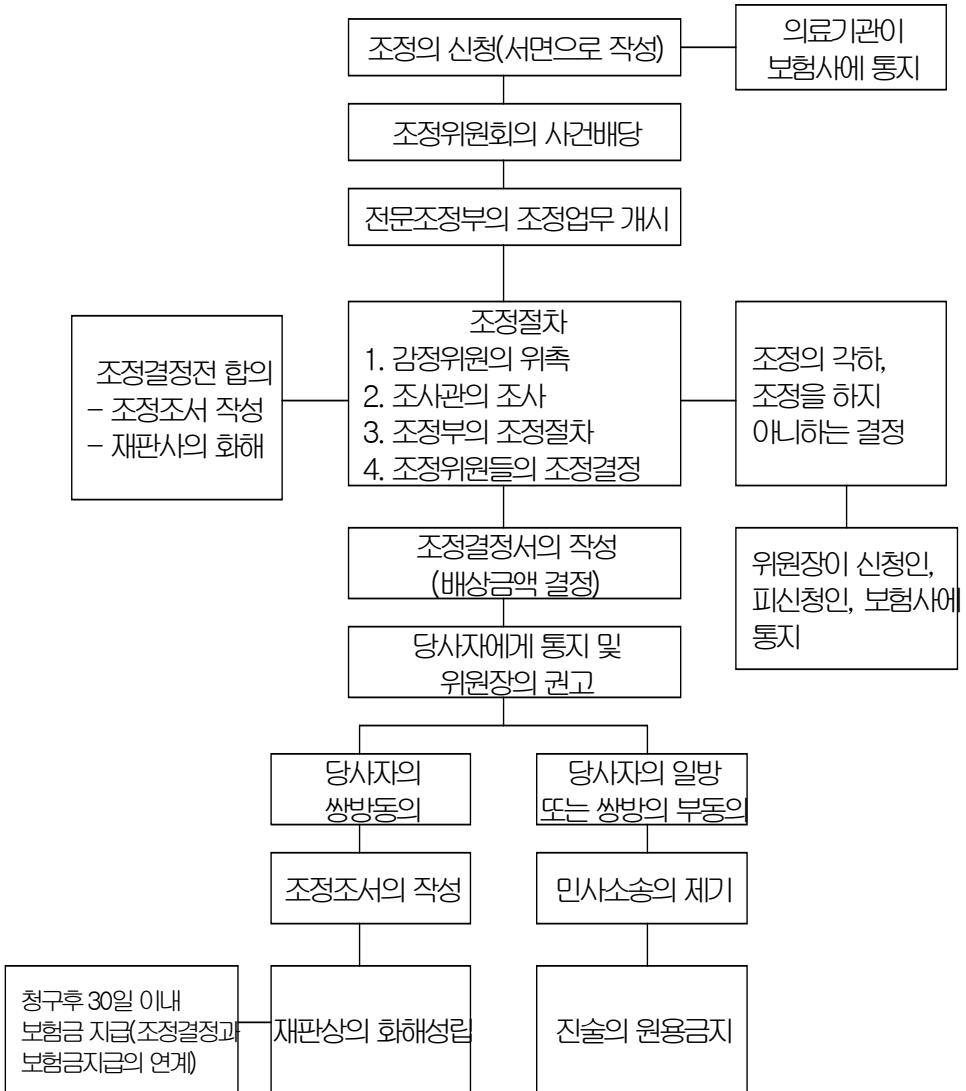
의료사고의 신속한 구제와 의료분쟁의 효율적조정을 위해 분쟁조정 위원회를 두는 방안은 1994년의 입법안에서부터 제시되고 있으며 이에 대한 반대의견은 나타나지 않으나 분쟁조정위원회의 조직성격과 위원회 구성원에 대해서는 이견이 나타나고 있다. 안명옥의원(안)은 조정위원회를 정부기구가 아닌 특수법인으로 하고 위원회 위원을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉하도록 하고 있다.

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

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

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

<그림 V - 3 > 의료분쟁조정절차(안)



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

## 2) 조정전치주의

의료분쟁조정법(안)에서 의료분쟁에 대한 조정전치주의를 채택하는 방향은 사실 많은 논란이 있다. 찬성론자는 만약 조정전치제도를 선택적 규정으로 두는 경우 환자 측이 조정신청과 소송을 동시에 제기할 가능성이 있어서 사회적 낭비만을 초래할 수 있을 뿐 아니라 이중쟁송의 부담을 지우는 결과를 초래하게 되므로 의료분쟁조정법안 자체의 실효성을 확보할 수 없다는 문제점을 제기한다. 또한 조정당사자가 조정결정을 받아들이지 않는 경우 재판청구권은 보장되어 있어 국민의 재판을 받을 권리를 본질적으로 침해하는 것은 아니라고 한다. 나아가 의료분쟁과 관련된 소송비용<sup>57)</sup> 등과 같은 불필요한 사회적 비용을 감소시키기 위해서 조정전치제도가 필요하다는 의견을 나타내고 있다. 이에 비해 법조계에서는 사적분쟁에 대해 헌법이 보장하고 있는 재판을 받을 권리(헌법 제27조)를 사실상 제한하는 것<sup>58)</sup>으로 타당성에 의문을 제기하고 있다.

생각컨대 조정전치는 당사자간의 분쟁을 해결하는데 얼마만큼 실효

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

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

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

### 3) 조정결정과 보험금지급제도

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

**<자동차보험 표준약관(개인용)>**

3. 사고발생시의 의무

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

①, ② : 생략

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

④,⑤,⑥ : 생략

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

**<의사 및 병원배상책임보험, 영업배상책임보험>**

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

1. , 2. : 생략

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

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

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

1. : 생략

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

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

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

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

## 다. 무과실의료사고와 의료사고보상기금

### 1) 의료행위의 특성과 무과실의료사고

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

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

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

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

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

## 2) 보상기금의 조성

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

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

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

료에 기금부담을 지우는 것은 현재 국민건강보험의 재정상태가 열악한 점을 고려시 사회적공감대를 얻기 어려우므로 두 번째 방식이 무난하다고 보여진다. 이와 유사한 사례로는 자동차손해배상보장법 제29조<sup>59)</sup>에 의한 보장기금을 들 수 있다. 동 기금은 자동차책임보험료의 4.4%<sup>60)</sup>를 보험회사가 징수하여 조성하며 현재 조성된 금액은 1,900억원 규모로 연간 1만명 정도의 피해자가 보상을 받고 있다. 보장기금의 구체적인 내용은 아래와 같다.

---

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

60) 자동차손해배상보장법 시행규칙 제8조 (분담금액)

### 자동차손해배상보장사업

정부보장사업의 의의

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

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

피해자가 정부에 손해배상청구를 할 수 있는 경우

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

자동차사고 유가족지원제도

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

### 3) 보상기금운영상의 문제

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

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

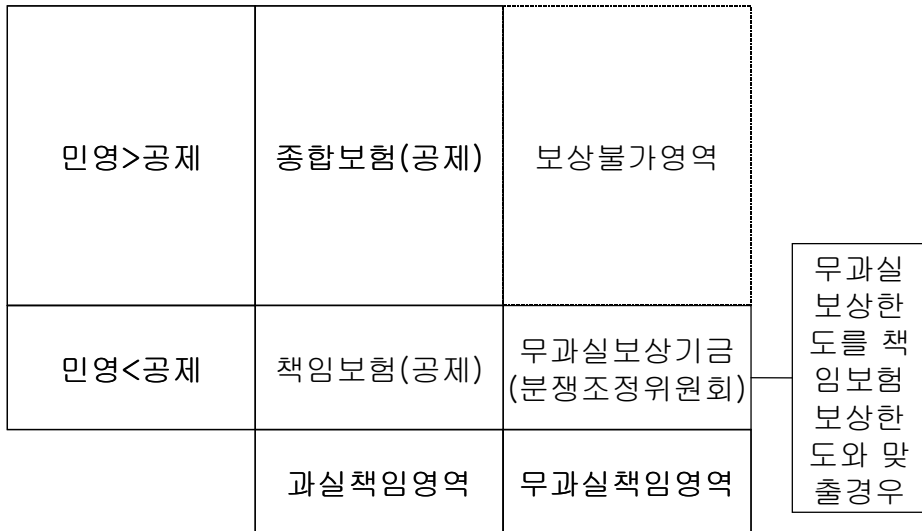
### 3. 의료배상보험의 활성화 방안

#### 가. 공제조합과의 영역조정

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

한편 공제제도는 특정 경제집단의 구성원에 대한 이익과 피해구제를 목적으로 하는 만큼 가해자인 의사의 편익에 치우칠 가능성이 있으며 의료사고의 공정한 심사가 어렵고 자금력문제로 보상액의 고액화 추세에 대응하기 어렵다. 뿐만 아니라 재보험 장치의 부재로 인한 위험분산의 미흡, 분쟁의 중재 및 조정능력의 취약으로 인한 의료분쟁의 신속한 처리가 곤란하다는 점 등 여러 가지 문제점이 지적되고 있다. 따라서 공제제도로서 의료사고를 무한보상하는 것은 실질적으로 이루어지기 어려우므로 결국 민영상품과의 연계가 불가피할 것으로 판단된다<sup>61)</sup>. 공제설립이 가능한 단체로는 의료법 제26조의 규정에 의한 의료인단체, 의료기사등에관한법률 제16조의 규정에 의한 의료기사단체 및 약사법 제11조에 의한 약사회를 생각할 수 있으나 내과협의회 등 진료과목별 협회로 세분화 될 가능성도 있다.

<그림 V - 4 > 의료배상보험 운영구도(안)



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

## 나. 보험약관의 보완

### 1) 보험담보기준의 정비

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

#### 의사 및 병원배상 보통약관

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

② 회사는 보험기간중에 최초로 제기된 손해배상 청구에 대하여 보상합니다.

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

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

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

그러나 현재 논의되고 있는 바와 같이 의료기관의 의료배상책임보험(공제)을 의무화 할 경우 배상청구기준증권은 담보의 겹 문제 때문에 사용하기 곤란한 것으로 판단된다<sup>62)</sup>. 이 점은 보험가입이 의무화되는 책임보험(공제) 부분에만 해당하지 않으며 종합보험(공제)에서도 동일하다. 법안들은 종합보험의 보상기준을 “의료사고로 인한 배상금 전액을 지급”하는데 두고 있으며 형사처벌의 특례가 도입될 경우 적용기준은 종합보험의 가입여부 이기 때문이다. 배상청구기준증권이 제일 먼저 개발되어 사용되고 있는 미국의 경우 법률상 의무보험이 아닌 상품에서도 일부 주에서는 담보범위의 부적합을 이유로 배상청구기준증권의 사용을 규제하고 있다.

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

## 2) 피보험자의 사전동의 요건 규정화

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

---

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

### 3) 의사 이외의 의료직종에 대한 위험담보

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

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

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

骨士(1973), 獸醫師(1974), 理學療法士(1991), 救急救命士(1992), 老人訪問看護事業者(1992)등 의료관련직 보험상품이 계속하여 개발되고 있다<sup>63)</sup>. 이점은 일본과 의료문화 환경이 유사한 우리나라의 경우도 비슷한 유형의 보험상품이 점차 개발되어 나갈 것이라는 점을 시사하고 있다.

#### 다. 위험률의 정비

의료배상책임보험의 운영과 관련하여 가장 중요한 과제는 적정위험률의 산출문제이다. 여기서 적정위험률이란 보험산업의 수지상등만을 가리키는 것이 아니라 리스크단위별/리스크주체별 위험률수준의 적정성 및 위험집단간의 연계성을 동시에 고려한 개념이다. 이 점을 고려하면 의료배상의 위험률 산정시에는 요율의 안정성(stability)이나 단순성(simplicity)보다는 적응성(responsiveness) 및 손해방지촉진(promotion of loss control)에 중점을 두어야 할 것으로 판단된다<sup>64)</sup>. 왜냐하면 외국의 사례에서 보듯 의료사고의 위험은 사법환경에 따라 급격히 변동할 소지가 많으며, 현재와 같이 의료사고에 대한 사고통계자료가 미비한 상태에서는 충분한 경험통계가 집적될때까지 요율수준을 보수적으로 책정할 필요가 있기 때문이다. 한편 병·의원에 따라 의료사고의 편차가 높을 것에 대비하여 피보험자의 손해방지노력을 유도하기 위한 할인·할증시스템이 필요할 것으로 판단된다.

##### 1) 의료배상책임보험의 위험률 운영형태

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

다른 전문직배상책임보험과 마찬가지로 의사배상의 위험률은 참조

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

64) 신동호, 차일권, 전계서 p.104

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

<표 V - 2 > 일본 S사의 의사배상 보험료 구성예

②病危契約

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

保険金額の型		保険料							
医師等	因効償済率	〔ベッド1年間につき〕							
		一般病床 (99床以下)	一般病床 (100床~199床)	一般病床 (200床~299床以下)	一般病床 (300床~499床以下)	一般病床 (500床以上)	産婦人科	精神科	結核科
10	10	7720円	9960円	10080円	10460円	10840円	6460円	454円	281円
30	30	12200円	15170円	18210円	18860円	19560円	9820円	759円	482円
50	50	13500円	16770円	22260円	23080円	23940円	10870円	901円	597円
70	70	14460円	17960円	24230円	25130円	26060円	11650円	1,001円	648円
100	100	15890円	19740円	26740円	27730円	28770円	12810円	1,110円	721円
100	100A	16000円	19850円	26850円	27840円	28880円	12920円	1,270円	751円
100	100B	16070円	19920円	26920円	27910円	28950円	12990円	1,360円	771円

## 2) 진료과목별 기초통계의 집적을 통한 효율합리화

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

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

<표 V - 3> 진료과목별 위험상대도 비교

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

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

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

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

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

### 3) 잠재위험의 현실화에 대한 대비책마련

우리나라의 경우 아직까지 대부분의 의료사고가 은폐되거나 사적인 거래에 의해 드러나지 않고 있다. 그러나 경제발전과 케를 같이하여 일반시민의 권리의식이 고양되고 이미 대중화된 자동차보험의 사고처리를 통해 사고시 배상책임을 묻는 풍토가 당연시되어 가고 있다. 여기에 보험제도가 배상자력을 뒷받침할 경우 과거에는 유야무야 되었던 분쟁이 현실화되고, 배상금액 역시 점차 고액화 될 가능성이 높다<sup>65)</sup>. 따라서 현재 드러난 의료사고 발생율을 기준으로 할 경우 심각한 수지악화가 초래될 가능성이 높다는 점을 고려하여 보상한도액, 공제금액등의 책정시 이를 반영하여야 할 것이다.

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

---

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

<표 V - 4> 손해보험 리스크계수(한국)<sup>66)</sup>

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

<표 V - 5> 의료배상책임보험 리스크계수 산출(미국)<sup>67)</sup>

노출지표	의료배상	일반손보
보험료(95%)	62.3%	20.1%

#### 4) 요율을 통한 도덕적 위험의 방지

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

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

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

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

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

한편 미국시장의 경우 의료배상책임보험은 높은 보상한도액으로 거의 전부보상(full insurance)에 가까운 형태이며 할인·할증을 적용이 거의 없으며 Danzon에 따르면 그 주 이유는 피보험자인 의사입장에서 볼 때 보험자가 쉽게 사고를 용인하는 소위 “逆方向의 도덕적위험(a reverse moral hazard)”을 방지하기 위해 보험자에게 많은 책임을 지우려 하기 때문이라고 한다<sup>69)</sup>. 그러나 우리나라의 경우 보험판매초기에 손해액에 대한 완전보상형태의 담보는 보험사입장에서 제공하기 어렵고, 예상되는 손해율악화에 대비하기 위하여 적어도 단체가입 보험계약자에 대한 할인·할증을 적용은 필요한 것으로 판단된다.

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

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

5) 적절한 보상한도액의 설정

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

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

<표 V - 6> 자동차보험(개인용) 가입금액별 보험금 분포(사망)

(단위 : 명, 백만원)

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

자료 : FY'05 자동차보험 통계, 보험개발원

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

참고로 국내의 보험사가 1998년 8월 의사협회공제회와 공동으로 서울지역 개업의를 대상으로 설문조사한 내용을 요약하면 다음과 같다<sup>70)</sup>.

<표 V - 7> 개업의사의 의료분쟁경험을 및 보험인식도

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

<표 V - 8> 의료사고의 배상액수준

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

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

70) 신동호, 차일권, 전게서, p.107

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

## 라. 마케팅강화

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

### 1) 의료관련 리스크의 패키지와

병원이나 의원이 당면하고 있는 리스크는 의료행위라는 전문적리스크 이외에도 여러 가지가 있다. 이러한 위험으로는 의사·병원이 소유·관리하는 각종시설(주차장 및 각종부대시설위험)의 하자 또는 관리상 부주의로 인한 사고위험, 병원에서 제공하는 음식물이나 판매제품의 결함으로 발생가능한 생산물위험, 병원직원의 업무상 재해사고등을 들 수 있다<sup>71)</sup>. 물론 이러한 위험은 현재 판매되고 있는 각종 배상책임보험

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

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

<그림 V - 5> 일본 의사배상책임보험 약관

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

## 2) 의료산업종사자에 대한 신규수요 창출

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

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

고려할 필요가 있다. 의료산업의 글로벌화는 선·후진국간 의료비 차이<sup>72)</sup>에서 비롯되며 인도, 태국, 필리핀 등에서는 국가적 차원에서 의료관광사업을 추진하고 있는 실정이다. 우리나라의 경우에도 풍부한 의료자원을 보유하고 있는 점에 착안하여 의료관광사업을 활성화 할 필요성이 높아지고 있으며 미국 등의 선진국 근로자가 해외치료시 우려하는 의료사고에 대한 보장책을 의료배상책임보험을 통해 해결해 줄 필요가 있다.

---

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

## VI 결어

의료분쟁이 증가하고 기간이 장기화됨에 따라 분쟁당사자인 환자와 의료인이 지출하는 직접비용뿐 아니라 분쟁해결에 소요되는 시간 비용 등의 사회적 비용이 급증하고 있다. 한편 의료분쟁의 급증으로 인하여 의료사고의 위험 때문에 방어진료·과잉진료·응급의료회피·사고빈도가 높은 진료과목의 전공기피 등 부작용이 점차 커지고 있는 것이 현실이다. 따라서 이러한 의료사고의 발생이 의료분쟁, 의료소송으로까지 확대되는 것을 막기 위해서는 발생한 의료사고에 대하여 환자의 피해를 신속하고 적절하게 구제할 수 있는 제도가 필요하다는 공감대가 커지고 있다. 그러나 의료분쟁조정법 제정을 위한 논의는 1988년 대한의사협회의 의료사고처리특례법 제정 건의 이후 18년 이상 결실을 맺지 못하고 있어 사회각층의 법률제정에 대한 기대가 높다<sup>73)</sup>(2006년 12월 현재 국회에는 이기우의원(안) 및 안명옥의원(안)이 계류되어 있다).

한편 2006년 안명옥 의원(안)의 형태로 의료배상책임보험이 의무화되고 분쟁조정기구가 설립된다 하더라도 의료계와 보험업계는 의료리스크의 관리와 보험제도의 효율적 운영을 위해 새로운 책무를 지게 된다. 의료계의 경우 이제까지의 배타적인 권위주의적 업무행태, 즉 업무상의 과오에 대하여 은폐하거나 책임을 전가하는 자세에서 벗어나 의료리스크의 사전관리에 노력을 기울이고 보험업계 역시 의료사고 피해자의 보호를 위한 보험제도의 정비에 관심을 기울여야 한다. 한편, 의료배상책임보험은 미국 등의 경우에서 보는 바와 같이 보험금의 고액화로 인한 보험사의 시장철수나 의료관계자의 보험료부담으로 인한 보험가입 기피

---

73) 경제정의실천시민연합과 건강세상네트워크, 서울YMCA 등 시민단체들은 환자의 알 권리와 선택권을 보장하고 의료사고를 예방할 수 있도록 하기 위하여 의료인의 설명을 의무화하고, 의료사고에 대해 의료인의 과실이 없다는 점을 의료인이 스스로 밝히지 않으면 의료인이 책임을 지도록 하는 내용 등을 골자로 하는 의료사고피해구제법 제정을 위한 국민서명운동과 국회입법 청원에 들어가기로 했다. 문화일보('06. 2.15)

등 문제점이 나타날 수 있다. 이를 감안, 의료배상(책임)보험제도의 활성화를 위해서는 보험가입의 의무화, 공제제도와 역할분담, 적절한 보상한도액과 위험률관리 등이 필수 요소이며 이를 통해 손해보험사는 보험산업의 질적 발전을 도모하고 보험사업의 공공성을 제고하는 계기로 삼아야 할 것이다.

## 참고문헌

### <국내 논문 및 단행본>

- 권오승, “의료분쟁조정법안의 문제점과 개선방안,” 『법학』 제36권 1호 (서울대학교 법학연구소, 1995.3), 159면.
- 김광우, “진료의 입장에서 본 병원의료분쟁의 예방과 대책”, 대한병원협회지, 통권 제111호, p.37
- 김정동, “순차적 협상모형에 의한 법적 분쟁의 이론과 실증분석 -의료사고를 중심으로-”, 재무관리, 춘계학술연구발표회, pp621~642, 1996
- 문국진, 「의료의 법이론」, 고려대학교 출판부, p.5, 1990.
- 민혜영, “의료분쟁소송결과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 연세대학교 석사학위논문, 1997
- 민혜영, 손명세, “의료사고시 환자로부터 배상요구경험과 지불한 배상액에 영향을 미치는 요인에 대한 분석”, 『보건행정학회지』 제9권 제2호, 1999, 109면.
- 보험개발원, 손해보험통계연보, 2005
- 사법연구회, 「불법행위법의 제문제 : 사법연구2」, 삼성사 '85, pp.29~30.
- 상대가치점수 개정 연구결과 발표 및 공청회, 건강보험심사평가원, 2006.9.
- 신동호, 차일권, “전문직위험과 배상책임보험 II(의료배상책임보험을 중심으로)”, 보험개발원, 1997.
- 이기형, 나우승, 김해식, 손해보험 RBC모형의 설계, 보험개발원, 2005.5
- 이근호, 「의사배상책임보험에 대한 법적고찰」, 고려대석사학위논문, 의료제도발전특별위원회, 「의료제도발전을 위한 정책과제」, 2003.2
- 이인영, “의료분쟁조정의료분쟁조정법(안) 및 쟁점사안”, 2002년 9월,

의료제도발전특별위원회 발표자료

- 이경주, “의료사고배상책임보험의 필요성 및 도입방향”, pp.11~12. 보험조사월보, 1993.5.
- 이경주, “과실책임주의하에서의 의료사고 배상책임보험 최적공급형태에 관한 연구”, 리스크관리연구, pp167~190, 1995
- 이정호, “의료배상책임시장과 리스크관리방안”, 보험학회지, 통권 제66집, p.147~178
- 이재훈, 「관례불법행위법」, 법조문화사, 1987
- 한국소비자보호원, 「의료피해구제의 효율적 처리방안 모색을 위한 세미나」 자료, 2006.4
- 한국생산성본부, 「의료피해구제의 적정화방안」, 1988.10.,
- 한국소비자보호원, 「의료피해구제의 효율적 처리방안」 모색을 위한 세미나, 2006.4, p.22
- 국회 보건복지위원회, 의료사고예방 및 피해구제에 관한 법률안 검토보고서, 2006.4
- 국회 보건복지위원회, 보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률안 검토보고서, 2006.11

<외국논문 및 단행본>

- A.r.Loccalio, A.G.Lawthers, et al., "Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III", New England Journal of Medicine, Vol. 325 : pp. 245-251, 1991.7
- Bosk, M.1979, "Forgive and Remember : Managing Medical Failure", Chicago : University of Chicago Press
- Directorate For Financial And Enterprise Affairs Insurance And Private Pensions Committe, "Insurance Coverage Of Medical Malpractice In Oecd Countries, pp.11-12, 2005.12
- Emmett J. Vaugan, 「Fundamental of Risk and Insurance」, 5th ed.(N.Y.,john Wiley and Sons,1989), p.4
- Fielding, Stephen, L, 1995, "Changing Medical Praticce and Medical Malpratice Claims", Social Problem 42:38-55
- Imershein, A and A. Brents. 1992, "The Impact of Large Medical Malpratice Awards", The Journal of Legal Medicine 13 33-49
- Insurance Information Institute, 「The III FACT BOOK」, 2006
- Insurance Information Institute, "Trends in Medical Malpractice Insurance", 2003.4
- May, M and D, Stengel, 1990, "Who Sues Their Doctor? How patient Handle Medical Grievances" Law and Society Review 24 : 105-120
- Paget, M, 1998. "The Unity of Mistakes", Philadelphia : Temple
- Rosenthal, Marilyn, 1995. The Incompetent Doctor : Behind Closed Doors, Philadelphia : Open University Press
- Virshup BB : Oppenberg AA : Coleman MM, "Strategic risk management : reducing malpratice claims through more

effective patient-doctors communication”, Am J Med Qual, 1999, 14:4 153-9

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

長谷川敏彦外 「事故實態把握」, 「病院」 62권8호. 2003.8.



## [부록] 의료배상보험의 시장규모 및 리스크추정

의료배상의 시장규모는 병·의원 수, 의료인력 수, 의료사고추이, 소송 비율 및 소송금액 등 여러 변수가 작용하므로 정확하게 추정하는 것은 불가능하다. 또한 의료분쟁조정법이 시행되어 보험가입이 의무화될 경우에도 무과실보상기금의 운영내용에 따라 의료배상보험의 시장규모는 유동적이 될 수 밖에 없다. 다만, 이러한 한계를 인정하더라도 의료배상책임보험의 시장규모를 추산하는 것은 정책당국의 판단, 보험회사의 시장분석 등을 위해 필요하므로 이하에서는 간략한 기준을 통해 의료배상보험의 시장규모를 추산해보고자 한다.

### 1. 심평원의 상대가치평가자료 이용

의료보험 도입시 사용한 수가체계는 객관적인 근거가 부족하고 행위항목간 수가불균형이 있다는 문제점이 지적되어 1994년 의료보장개혁위원회의 건의에 따라 항목간 수가불균형을 시정하기 위한 방법으로 미국식 상대가치점수체계(Resource Based Relative Value Scale ; RBRVS)의 도입을 추진한 바 있다. 1997년의 상대가치 1차 연구에서는 의사업무량 상대가치와 진료비용 상대가치가 제시된 바 있고 보건복지부는 건강보험심사평가원(이하 「심사평가원」이라 약칭함)<sup>74)</sup> 내에 설치된 「상대가치점수연구개발단」에 연구용역을 의뢰하여 현행 상대가치체계의 전면개편을 검토하고 있다. 동 용역결과에 따라 2006년 9월의 공청회시 발표된 상대가치점수는 의사업무량 상대가치, 진료비용 상대가치, 위험도 상대가치의 3가지 구성 요소로 구분되어 진료위험도에 대한 연구가 추가되어 있다. 이 중 위험도 상대가치는 의료사고 빈도나 관련 비용 조사를 기초로 진료과별 위험도를 추정(1단계로 연세대학교 의료법윤리

74) 의료기관(병원, 약국 등)에서 환자를 진료하고 그 진료비를 건강보험법에서 인정하는 기준으로 올바르게 청구하였는지를 확인(심사)하는 기관임

학연구소에서 진료과별 의료사고 해결 비용을 조사, 2단계로 행위별로 진료과목별 위험도를 빈도 가중 평균하여 행위별 위험도를 결정, 3단계로 위험도 상대가치 총점을 위험도에 따라 행위별로 배분)하여 최종적인 '행위별 위험도 상대가치'를 결정하였다. 동 자료에 따르면 2003년 기준 의료사고해결비용(소송, 합의, 기타비용 합산)은 약 2,121억원으로 추정된다.

한편 심사평가원의 용역작업에 참여한 바 있는 연세의대 의료법윤리학연구소 손명세 교수팀에 따르면 2006년 기준 의사 1인당 연간 의료분쟁 해결비용은 전체적으로 평균 483만원으로 지난 2003년(347만원)보다 무려 39.2%나 증가할 것이라고 한다<sup>75)</sup>. 이를 기준으로 2006년 기준 전체의료기관(병·의원, 치과, 한방, 약국)의 의료사고해결비용을 추산하면 약 2,951억으로 나타났다.

이러한 의료사고 상대가치 조사결과는 의료리스크 부담분을 의료수가에 반영하여야 한다는 측면에서 접근한 것이므로 과소추정이라는 의료계의 주장과 과대추정이라는 시민단체의 의견이 엇갈리게 나타나고 있다<sup>76)</sup>. 그러나 심사평가원의 발표자료는 의료사고의 해결비용에 대한 공식적인 연구조사 결과라는 점에서 그 동안의 막연한 추정보다 신뢰성이 높다고 볼 수 있다.

75) 국민일보, "의료분쟁 해결비 올 2400억 달할듯..", 2006.3.5

76) 이헬스통신, "보험수가에 의료분쟁비용 별도 반영하라?", 2005.5.19

<표 1> 2003년도 전문과목별 의료분쟁해결 비용추산

진료과목	진료과별 의료사고 해결비용	의사 1인당 의료사고 해결비용
신경외과	22,222,326,893	13,164,886
흉부외과	8,704,235,910	10,589,095
산부인과	46,939,999,070	9,440,869
정형외과	23,224,394,684	6,066,979
외과	21,475,688,147	4,602,591
안과	7,702,168,119	3,826,214
신경과	3,359,874,358	3,376,758
소아과	14,520,158,775	3,325,735
성형외과	3,792,138,895	3,200,117
응급의학과	1,512,925,880	3,106,624
내과	25,366,068,982	2,740,796
피부과	2,220,267,851	1,630,153
이비인후과	3,752,842,119	1,448,415
마취과	2,888,313,044	1,087,467
비뇨기과	1,709,409,761	972,361
기타	982,419,403	843,278
정신과	1,532,574,268	808,746
가정의학과	2,947,258,209	700,561
재활의학과	589,451,642	672,123
방사선종양과	157,187,104	551,534
진단방사선과	373,319,373	182,820
일반과	451,912,925	152,983
진단검사의학	39,296,776	68,342
의과 전체	196,483,880,576	3,468,750
치과	4,327,744,683	313,289
한방	8,035,643,684	851,053
약국	3,212,332,326	119,364
전체 합계	212,059,601,269	

자료 : 상대가치점수 개정 연구결과 발표 및 공청회, 건강보험심사평가원 2006.9.

## 2. 진료단체별 보험가입율을 통한 규모추정

현재 의료배상보험은 입원환자의 수용규모(침상수 30베드)에 따라 의원시장과 병원시장으로 나뉘어 운영되고 있다. 이를 의료배상을 판매하는 보험회사가 보유한 가입실적을 토대로 가입율을 산출하고 보험가입의무화를 통해 100% 가입시 보험시장 규모를 추산하면 약 2,136억원(의원 1,462억원, 병원 674억원)으로 추산된다. 다음으로 심평원의 분석자료를 토대로 보험사 통계에서 누락된 한의원·병원(3.8%), 약국(1.5%)을 포함할 경우 총액규모는 2,249억원 규모로 나타난다. 한편 현재 의료배상가입시 보험계약자가 선택한 보상한도액은 1인당 5천만원~1억원이 대부분이며 1사고당 또는 연간보상한도액(per accident/per annual aggregate)조건을 추가하고 있어 보험가입 의무화시 전부보상조건(fully insurance)으로 환산<sup>77)</sup>하면 시장규모는 2,975~3,387억원 수준으로 증가된다.

<표 2> 의원보험가입 현황

(단위 : 백만원)

과목	회원수	가입건수	가입비율	비중	원수보험료	100%기준
가정의학과	900	164	18.2%	2%	409	2,245
내과	3,400	1,400	41.2%	13%	6,545	15,895
만취통증의학과	800	100	12.5%	1%	515	4,120
영상의학과	300	83	27.7%	1%	252	911
비뇨기과	1,000	15	1.5%	0%	14	933
성형외과	860	155	18.0%	1%	2,261	12,545
안과	1,400	232	16.6%	2%	1,576	9,510
소아과	2,200	280	12.7%	3%	643	5,052

77) 리스크가 상이하나 동일한 배상책임보험 계통인 점을 감안하여 보험회사가 사용중인 영업배상책임보험의 대인보상한도액 인상계수표를 토대로 한 보험료증가율은 약 30%~50%(1인당/1사고당 5,000만원→3억원시 50.6%, 1인당/1사고당 1억원→3억원시 32.3%)로 추정된다.

과목	회원수	가입건수	가입비율	비중	원수보험료	100%기준
일반과	320	50	15.6%	0%	122	781
정형외과	1,800	402	22.3%	4%	4,797	21,479
산부인과	2,855	482	16.9%	4%	13,924	82,475
이비인후과	3,000	59	2.0%	1%	253	12,864
신경외과	1,000	40	4.0%	0%	570	14,250
피부과	500	26	5.2%	0%	26	500
치과	20,000	7,300	36.5%	68%	7,208	19,748
계	40,335	10,788	26.7%	100%	39,115	146,246

자료 : 보험회사 내부자료(FY '05)

### <표 3> 병원보험가입 현황

(단위 : 억원)

구분	가입대상	가입실적	가입병원	가입율	100%가입시
중소	907	18	78	8.6%	209
대형	286	52	32	11.2%	465
계	1,193	70	110	9.2%	674

자료 : 보험회사 내부자료(2005 연도중)

이 방식은 현재 보험가입중인 병·의원을 기준으로 한 것이나 병·의원의 규모에 따른 가중치를 반영하지 않았으며 전부보상에 필요한 보상한도액 조정계수 역시 임의적이라는 한계를 가지고 있다.

## 3. 시장규모비교방식

의료분쟁조정법이 시행되어 보험가입이 의무화될 경우 국내 의료배상 시장규모는 배상보험시장이 활성화된 미국의 경우를 기초로 추론해 볼 수 있다. 미국의 경우 우리와는 달리 산재보험(Workers' Compensation)을 민영보험사에서 판매했으므로 이를 제외하고 의사배상이 손보시장에서 차지하는 비중을 살펴보면 '04년 기준 2.33%로 나타나고 있다.

&lt;표 4&gt; 미국의 의사배상보험비중

(단위 : US\$1,000)

구분	'99	'00	'01	'02	'03	'04
전체	93,108,867	305,075,974	327,822,472	375,140,403	409,466,982	429,026,363
근재	23,090,325	26,211,300	27,121,749	30,850,184	33,197,583	36,760,327
근재제외	270,018,542	278,864,674	300,700,723	344,290,219	376,269,399	392,266,036
의사배상	5,181,729	5,730,606	6,280,285	7,532,903	8,761,390	9,129,530
점유율 (전체대비)	1.92%	2.05%	2.09%	2.19%	2.33%	<b>2.33%</b>

자료 : The III FACT BOOK, 2006

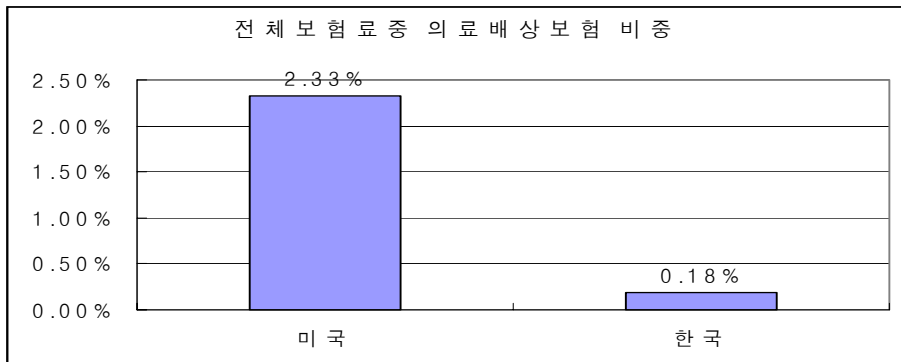
이에 비해 FY'04 기준 우리나라의 의료배상보험 규모는 전체(장기, 연금, 근재보험 제외) 보험료 대비 0.18%로 나타나고 있다.

&lt;표 5&gt; 한국의 의사배상책임보험비중

(단위 : 백만원)

구분	FY'01	FY'02	FY'03	FY'04
전체	17,853,697	19,967,223	20,697,447	22,557,026
장기근재제외	9,799,618	10,735,905	10,827,733	11,573,335
의사배상	15,752	16,149	17,499	21,320
점유율	0.16%	0.15%	0.16%	<b>0.18%</b>

&lt;그림 1&gt; 의사배상책임보험비중(한국,미국)



물가지수, 환율, 배상금액 수준 등을 동일조건으로 환산하는 어려움을 피하기 위해 국내의 의료배상보험의 비중을 미국시장의 비중과 같은 규모로 가정할 경우 의료배상보험의 시장규모는 약 2,718억원 (22,557,026백만원 × 2.33% = 271,825 백만원) 수준으로 추산된다. 미국 시장을 모델로 점유율을 비교한 것은 미국의 경우 의료배상보험의 가입이 일반화되어 있으며 사고 시 보상수준을 충분히 담보할 보상한도액을 설정하여 보험가입이 이루어지므로 국내에서 의료배상보험이 의무화 될 경우 미국시장과 유사한 수준의 시장비중에 이를 것이란 추론이 가능하기 때문이다. 물론 이러한 추론은 미국시장과 국내시장의 차이점(소송에 대한 인식도, 배상금 수준, 소송제도, 보험요율수준 등)을 충분히 고려하지 않은 것이므로 일정한계를 지니고 있다.

#### 4. 무과실의료보상기금의 규모 반영

한편 최종적인 의료배상시장의 규모는 무과실보상기금을 통한 보상의 규모에 영향을 받을 것으로 보인다. 현재 의료사고시 의료인측의 무과실 비중을 추론할 수 있는 공식자료는 존재하지 않으며 향후 무과실 보상기금의 운영기준에 따라 무과실비율은 가변적이다. 다만, 현재 의료분쟁시 피해구제를 접수하는 한국소비자보호원의 통계에 따르면 무과실<sup>78)</sup>비율은 약 16.4%로 나타나고 있다.

---

78) 무과실은 의료인에게 책임문기가 곤란한 경우를 말함

〈표 6〉 과실책임별 피해구제현황

(단위 : 건)

구분	부주의	설명소홀	전원협 진위반	과잉부 당진료	채무 불이행	무과실 <sup>1)</sup>	계	기타
1999	117	41	1	46	37	25	267	4
	43.8%	15.4%	0.4%	17.2%	13.9%	9.4%	100.0%	
2000	253	55	5	28	17	72	430	20
	58.8%	12.8%	1.2%	6.5%	4.0%	16.7%	100.0%	
2001	365	49	0	5	16	80	515	44
	70.9%	9.5%	0.0%	1.0%	3.1%	15.5%	100.0%	
2002	347	90	3	1	1	69	511	216
	67.9%	17.6%	0.6%	0.2%	0.2%	13.5%	100.0%	
2003	323	70	2	3	1	56	455	206
	71.0%	15.4%	0.4%	0.7%	0.2%	12.3%	100.0%	
2004	327	110	1	1	4	84	527	358
	62.0%	20.9%	0.2%	0.2%	0.8%	15.9%	100.0%	
2005	386	130	3	2	2	172	695	398
	55.5%	18.7%	0.4%	0.3%	0.3%	24.7%	100.0%	
계	2,118	545	15	86	78	558	3400	1,246
	62.3%	16.0%	0.4%	2.5%	2.3%	<b>16.4%</b>	100.0%	

주) ‘무과실’ 은 2003년부터 통계가 산출되었으므로 1999년부터 2002년까지는 ‘정보제공’ 건으로 대체함

자료 : 한국소비자보호원, 「의료피해구제의 효율적 처리방안」 모색을 위한 세미나, 2006.4, p.22

다음으로 2005년 12월 발의된 「의료사고 예방 및 피해구제에 관한 법률(안)」(발의자 이기우 의원)의 부속자료에는 무과실의료사고의 비중을 5%로 추산한 바 있으나 동 수치는 구체적인 근거가 없는 가정치라는 단점이 있다.

이상을 감안하여 무과실비율을 15%로 추정한다면 무과실보상기금 해당분을 제외한 보험시장 규모는 최종적으로 아래와 같이 추론된다.

<표 7> 의료배상보험 시장규모추정

(단위 : 억원)

구분	심평원자료환산 (‘06년기준)	보험가입율조정 (‘05년기준)	미국시장비교 (‘05년기준)
전체시장규모(A)	2,951	2,975~3,387	2,718
기금규모(B) ( $B=A \times 15\%$ )	443	446~508	408
보험시장규모(C) ( $C=A-B$ )	2,508	2,529~2,879	2,310

## 보험개발원(KIDI) 발간물 안내

### ■ 연구보고서

- 96-1 손해보험 가격자유화 이후의 보험시장 전망과 대응방안 / 최용석, 1996.4
- 96-2 보험회사 종합금융기관화 전략 / 오영수, 1997.2
- 96-3 자동차사고 피해자의 사회적 보호제도에 관한 연구 : 자동차보험 무보험 운전자 문제를 중심으로 / 서영길, 박중영, 1997.3
- 96-4 자동차보험 요율체계의 적정성 분석에 관한 연구 / 서영길, 박중영, 장동식, 1997.3
- 96-5 보험회계제도에 관한 연구 / 김규승, 양성문, 장강봉, 1997.3
- 96-6 분리계정제도의 도입타당성과 세부도입방안 / 이근영, 박태준, 장강봉, 1997.3
- 96-7 사회환경변화와 민영보험의 역할 (I) : 총론 / 오영수, 이경희, 김란, 1997.3
- 96-8 생명보험 가격자유화 방안 : 예정이율 및 계약자배당을 중심으로 / 정봉은, 노병윤, 목진영, 1997.3
- 96-9 생명보험 모집조직의 효율화 방안 / 김규승, 박홍민, 장재일, 1997.3.
- 97-1 보증보험의 발전방안 연구 / 이희춘, 신동호, 이기형, 이준섭, 1997.5.
- 97-2 남북 경험 증대 및 통일에 대비한 보험산업 대응방안 연구 : 독일 모델을 중심으로 / 신동호, 안철경, 조혜원, 1997.11
- 98-1 보험산업의 M&A에 관한 연구 : 주요국의 M&A 추세 및 유인을 중심으로 / 김호경, 박태준, 1998.1
- 98-2 생명보험회사의 적정성장에 관한 연구 / 이원돈, 이승철, 장재일, 1998.2
- 98-3 생명보험 예정사업비의 합리적 결정에 관한 연구 / 이원돈, 노병윤, 장강봉, 1998.2
- 98-4 사회환경변화와 민영보험의 역할(II) : 연금개혁과 보험회사의 역할 / 오영수, 이경희, 1998.3
- 98-5 주요국의 새로운 보험판매채널 활용사례분석 및 국내사의 운용전략 / 정재욱, 정영철, 한성진, 1998.3
- 98-6 보험기업 경영진단시스템 : 생명보험회사를 중심으로 / 김호경, 김혜성, 1998.3
- 98-7 퇴직연금 계리 및 재정 / 성주호, 김진억, 1998.6

98-8	생명보험 예정이율의 안전성 분석 및 운용방안 / 이원돈, 이승철, 장강봉, 1998.10
99-1	사회환경변화와 민영보험의 역할(Ⅲ) : 의료보험개혁과 보험회사의 역할 / 오영수, 이경희, 1999.2
99-2	자동차보험 자기부담금제도에 관한 연구 / 이득주, 서영길, 장동식, 1999.3
99-3	국민연금 민영화방안에 관한 연구 : 국민연금의 효율성 제고를 위한 접근방안 / 성주호, 김진억, 1999.3
99-4	손해보험 상품개발시스템 및 전략에 대한 연구 / 신동호, 이희춘, 차일권, 조혜원, 1999.3
99-5	생존분석기법(Survival Analysis)을 이용한 생명보험 실효·해약 분석 / 강중철, 장강봉, 1999.3
99-6	보험사기 성향 및 규모추정 : 손해보험을 중심으로 / 박일용, 안철경, 1999.7
99-7	사업비차배당제도의 도입 및 대응방안 / 노병윤, 장강봉, 1999.12
99-8	보험사기 적발 및 방지방안 / 안철경, 박일용, 1999.12
2000-1	손해보험의 부가보험요율 산출 및 운영방안 연구 / 이희춘, 조혜원, 2000.3
2000-2	ART를 활용한 손보사의 위험관리 방안 연구 / 신동호, 2000.3
2000-3	생명보험회사 투자포트폴리오 결정요인과 투자행동 / 목진영, 2000.3
2000-4	생명보험상품의 손익기여도 분석 / 노병윤, 장강봉. 2000.3
2000-5	보험산업의 전자상거래 구축 및 효율적 운영방안 / 안철경, 박일용, 오승철, 2000.3
2000-6	금융겸업화에 대비한 보험회사의 경영전략 / 김현수, 2000.6
2000-7	보험회사 지식자산의 가치측정모형 연구 / 이도수, 김해식. 2000.8
2000-8	환경변화에 대응한 생보사의 상품개발전략 / 류건식, 이경희. 2000.9

2000-9 향후 10년간 국내보험산업 시장규모 및 트렌드 분석 / 동향분석팀. 2000.11

2000-10 보험회사의 판매채널믹스 개선방안 연구 / 정홍주. 2000.12

2001-1 사이버시장 분석 및 향후 과제 / 안철경, 장동식, 2001.1

2001-2 OECD 국가의 생명보험산업 현황 및 효율성에 관한 연구 / 정세창, 권순일, 김재봉, 2001.1

2001-3 손해보험 중목별 투자수익 산출 및 효율 적용 방안 / 이희춘, 조혜원, 2001.1

2001-4 생명보험회사의 리스크관리 실태분석 / 류건식, 이경희, 2001.3

2001-5 보험회사의 북한 진출에 관한연구 / 신동호, 안철경, 박홍민, 김경환, 2001.3

2001-6 생명보험회사의 예정이율 리스크에 관한 연구 / 류건식, 이도수, 2001.4

2001-7 보험회사 CRM에 관한 연구 : CRM 성공요인 및 성과분석을 중심으로 / 안철경, 조혜원 2001.8

2001-8 생명보험산업의 자산운용규제 개선 방향에 관한 연구 / 김재현, 이경희, 2001.10

2001-9 건강보험에서의 보험회사 역할 확대방안 / 박홍민, 김경환, 2001.10

2001-10 노령화사회의 진전에 따른 민영장기간병보험 발전방안 / 김기홍, 2001.12

2001-11 국제보험회계기준 연구 / 김해식, 2001.12

2002-1 국내외 보험사기 관리 실태 분석 / 안철경, 김경환, 조혜원, 2002. 3

2002-2 기업연금시장 활성화와 보험회사 대응전략 / 박홍민, 이경희, 2002. 3

2002-3 보험회사 리스크 감독 및 관리방안 연구 / 류건식, 정석영, 이정환, 2002. 5

2002-4 생명보험회사의 시장지위별 마케팅 경쟁/신문식, 김경환, 2002. 5

2002-5 생명보험사 RBC제도에 관한 연구 / 류건식, 천일영, 신동현, 2002. 10

2002-6 생명보험회사의 고객유지전략 / 신문식, 장동식, 2002. 10

2002-7 방키슈랑스 환경에서의 보험회사 대응전략 / 정세창, 박홍민, 이정환, 2002. 12

2002-8 생명보험사 보험리스크 평가에 관한 연구 / 류건식, 신동현, 배윤희, 2002. 12

- 2003-1 민영건강보험의 언더라이팅 선진화 방안 / 오영수, 이경희, 2003. 3
- 2003-2 보험회사의 실버산업 진출방안 / 박홍민, 권순일, 이한덕, 2003. 3
- 2003-3 보험회사 사이버마케팅의 활용전망 / 신문식, 장동식, 2003. 3
- 2003-4 생명보험사 RAS체제에 관한 연구 / 류건식, 김해식, 정석영, 2003. 7
- 2003-5 보험소비자를 위한 보험교육방안 / 이기형, 조재현, 2003. 11
- 2003-6 보험설계사 조직의 개편방안 / 신문식, 이경희, 이정환, 2003. 12
- 2004-1 부유층 시장에 대한 보험회사의 자산관리사업 운영방안 / 신문식, 이경희, 2004. 3
- 2004-2 퇴직연금 규제감독체계에 관한 연구 / 류건식, 이태열 2004.7
- 2004-3 보험회사의 퇴직연금 리스크 관리전략 / 류건식, 김세환 2004.7
- 2004-4 퇴직연금 활성화를 위한 세제체계 연구 / 임병인, 김세환 2004.9
- 2004-5 신용리스크 전가시장과 보험회사 참여에 대한 연구 / 주민정, 조재현 2004.10
- 2004-6 보험회사의 퇴직연금 마케팅 전략 / 류건식, 신문식, 정석영 2004.12
- 2004-7 예금보험제도의 개선방안 / 이순재 2005.1
- 2005-1 보험산업의 비전과 대응전략 / 신문식, 임병인, 조재현 2005.
- 2005-2 전환기의 손해보험회사 발전방안 / 정중영 2005.
- 2005-3 손해보험사 RBC제도에 관한 연구 / 이기형, 나우승, 김해식 2005.5
- 2005-4 저금리 추이에 따른 이차역마진 현상과 대응방안 / 김석영, 나우승 2005.9
- 2005-5 예금보험제도의 국제적 정합성 평가와 개선방안 / 류건식, 김해식 2005.10
- 2005-6 모집조직 다변화에 따른 보험모집제도 개선방안 / 신문식, 조재현, 박정희 2005.11

- 2005-7 퇴직연금제도 재정평가체계에 관한 연구 / 류건식, 이상우 2005.11
- 2005-8 민영건강보험의 의료비 지급·심사제도 개선방안 / 조용운,  
김세환 2005.11
- 2005-9 보험산업 주요지표의 중장기 전망 / 동향분석팀 2005.12
- 2006-1 보험회사의 은행업 진출 방안 / 류근옥 2006.1
- 2006-2 보험시장 퇴출에 관한 연구 / 김현수 2006.3
- 2006-3 보험지주회사제도 도입 및 활용방안 / 안철경, 이상우 2006.8
- 2006-4 보험회사의 리스크공시체계에 관한 연구 / 류건식, 이경희 2006.12

■ 연구조사자료

- 96-1 주요국의 보험브로커제도 및 관련법규 현황 / 김기홍, 김평원, 정봉은, 유지호, 1996.2
- 96-2 독일 보험감독법, 1996.2
- 96-3 주요국의 생산물 배상책임보험제도 운영현황 / 이기형, 김란, 조혜원, 1996.10
- 96-4 캡티브 보험사 설립에 관한 연구 / 김평원, 오평석, 안철경, 조혜원, 1996.12
- 96-5 미국 보험회사의 파산과 지불능력규제 / 이재복, 1997.3
- 97-1 국제보험세미나 (IIS) 발표 논문집 (제 33차), 1997.7
- 97-2 태평양보험회의 (PIC) 발표 논문집 (제 18차), 1997.9
- 98-1 전문직 위험과 배상책임보험 ( I ) / 김영욱, 차일권, 1998.2
- 98-2 손해보험 가격평가방법에 관한 연구 / 서영길, 박중영, 장동식, 1998.3
- 98-3 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부, 1998.3
- 98-4 보험회사의 적대적 M&A와 대응수단에 관한 연구 / 김호경, 박상호, 장재일, 1998.8
- 98-5 MAI협상의 진전과 국내보험산업에의 시사점 / 정영철, 한성진, 1998.8
- 98-6 보험회사의 리스크 증대와 대응 / 이기형, 박중영, 장기중, 1998.10
- 98-7 전문직 위험과 배상책임보험(II) : 의료사고위험을 중심으로 / 신동호, 차일권, 1998.11
- 99-1 전문직 위험과 배상책임보험(III) : 임원배상책임보험 / 엄창희, 1999.1
- 99-2 최근 우리나라 보험산업의 현황 및 제도 변화 / 김호경, 박상호, 1999.3
- 99-3 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부, 1999.3
- 99-4 미국의 퇴직연금 회계제도 연구 / 김해식, 1999.6
- 99-5 우리나라 보험산업의 구조조정 : 외국사례 및 생명보험산업을 중심으로 / 정봉은, 이승철, 1999.7
- 99-6 주요국의 보험법제 비교 / 이원돈, 정봉은, 신동호, 안철경, 1999.7
- 99-7 지진재해와 지진보험 : 일본의 지진보험을 중심으로 / 이상우, 1999.7

- 99-8 주요국의 보험계리인제도 / 최용석, 노병윤, 1999.8
- 99-9 생명보험 계약심사제도 / 장강봉, 1999.11
- 99-10 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 자동차보험본부, 2000.2
- 2000-1 세계 재보험시장의 발전과 규제환경 / 엄창희, 2000.3
- 2000-2 보험사의 지식경영 도입방안 / 김해식, 2000.3
- 2001-1 보험회사 겸업화 추세와 국내 보험회사의 대응전략 / 이경희, 2001.1
- 2001-2 자동차보험 의료비통계를 이용한 자동차사고 상해에 관한 분석 / 보험2본부, 2001.1
- 2001-3 지방재보험 제도 도입방안 / 안철경, 엄창희, 2001.3
- 2001-4 금융·보험 니드에 관한 소비자 설문 조사 / 동향분석팀, 2001.3
- 2001-5 종업원복지 재구축을 위한 보험회사의 역할 / 오영수, 박홍민, 이한덕, 2001.6
- 2001-6 보험환경 변화와 보험제도 변화(I) / 보험1본부, 2001.11
- 2001-7 보험환경 변화와 보험제도 변화(II) / 보험연구소, 2001.11
- 2002-1 보험니드에 관한 소비자 설문조사 / 보험연구소, 2002.3
- 2002-2 국내 유사보험 감독 및 사업현황/ 김진선, 안철경, 권순일, 2002.9
- 2003-1 2003년 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀, 2003.3
- 2003-2 보험회사의 경영리스크 관리방안/ 천일영, 주민정, 신동현, 2003.3
- 2004-1 2004년도 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀 2004.3
- 2004-2 보험회계의 국가별 비교 / 김해식 2004.
- 2005-1 금리 시나리오 생명모델 연구 / 김석영 2005.3
- 2005-2 2005년도 보험소비자 설문조사 / 신문식, 김세환, 조재현 2005.3
- 2006-1 2006년도 보험소비자 설문조사 / 김세환, 조재현, 박정희 2006.3
- 2006-2 주요국 방카슈랑스의 운용사례 및 시사점 / 류건식, 김석영, 이상우, 박정희, 김동겸 2006.7

■ 정책연구자료

- 97-1 금리변동에 따른 보험회사의 금리리스크 분석 / 이원돈, 노병윤, 장강봉, 1997.10
- 97-2 '98년도 보험산업 전망과 과제, 1997.11
- 98-1 '99년도 보험산업 전망과 과제, 1998.11
- 99-1 2000년도 보험산업 전망과 과제, 1999.11
- 99-2 예금보험제도 개선방안에 관한 연구 : 보험산업 중심으로- / 이승철, 1999.12
- 2000-1 2001년도 보험산업 전망과 과제, 2000.10
- 2001-1 신용보험의 활성화 방안 연구 / 신동호, 김경환, 2001.1
- 2001-2 2002년도 보험산업 전망과 과제, 2001.11
- 2001-3 세계금융서비스 산업의 겸업화와 감독기구의 통합 및 시사점 / 정세창, 권순일, 2001.12
- 2002-1 2003년도 보험산업 전망과 과제, 2002.11
- 2003-1 주요국의 방카슈랑스 규제 / 안철경, 신문식, 이상우, 조혜원, 2003.7
- 2003-2 2004년도 보험산업 전망과 과제, 2003.12
- 2004-1 2005년도 보험산업 전망과 과제/동향분석팀 2004.11
- 2005-1 영국 통합금융업법상 보험업의 일반성과 특수성 /한기정 2005.2
- 2005-2 2006년도 보험산업 전망과 과제/동향분석팀 2005.12
- 2006-1 2007년도 보험산업 전망과 과제 / 동향분석팀 2006.12
- 2006-2 의료리스크 관리의 선진화를 위한 의료배상보험에 대한 연구 / 차일권, 오승철 2006.12

■ 연구논문집

- 1호 보험산업의 규제와 감독제도의 미래 / Harold D. Skipper,  
Robert W. Klein, Martin F. Grace, 1997.6
- 2호 세계보험시장의 변화와 대응방안 / D. Farny, 전천관, J. E.  
Johnson, 조해균, 1998.3
- 3호 제1회 전국대학생 보험현상논문집, 1998.11
- 4호 제2회 전국대학생 보험현상논문집, 1999.12

■ 영문발간물

- Environment Changes in the Korean Insurance Industry in Recent Years  
1호 : Institutional Improvement, Deregulation and Liberalization / Hokyung  
Kim, Sango Park, 1995.5
- 2호 Korean Insurance Industry 2000 / Insurance Research Center, 2001.4
- 3호 Korean Insurance Industry 2001 / Insurance Research Center, 2002.2
- 4호 Korean Insurance Industry 2002 / Insurance Research Center, 2003.2
- 5호 Korean Insurance Industry 2003 / Insurance Research Center, 2004.2
- 6호 Korean Insurance Industry 2004 / Insurance Research Center, 2005.2
- 7호 Korean Insurance Industry 2005 / Insurance Research Center, 2005.8
- 8호 Korean Insurance Industry 2006 / Insurance Research Center, 2006.10

## ■ Insurance Business Report

- 1호 일산생명 파산과 시사점 / 이기형, 1997.5
- 2호 OECD 회원국의 기업연금제도 / 정재욱, 정영철, 1997.10
- 3호 손해보험의 금융재보험 동향 / 이기형, 김평원, 1997.11
- 4호 금융위기에 대한 대책과 보험산업 / 김호경, 1997.12
- 5호 멕시코 보험산업의 IMF 대응사례와 시사점 / 정재욱, 1998.3
- 6호 주요국 기업연금보험 개요 및 세계 / 양성문, 1998.3
- 7호 일본의 보험개혁과 보험회사의 대응 / 이기형, 장기중, 1998.5
- 8호 구조조정에 따른 보험산업의 대응전략 : 상품, 마케팅, 자산운용,  
재무건정성을 중심으로 / 노병윤, 안철경, 이승철, 1999.2
- 9호 보험산업에서의 정보기술(IT)의 활용 : 손해보험 중심으로 / 최용석,  
1999.3
- 10호 자동차보험 가격자유화의 영향과 대책 / 박중영, 1999.3
- 11호 IMF체제 이후 보험산업의 환경변화와 전망 / 양성문, 김해식, 1999.3
- 12호 최근의 환경변화와 생명보험회사의 대응 / 강중철, 목진영, 1999.10
- 13호 21세기 보험산업 환경변화와 보험회사의 전략적 대응방안 / 오영  
수, 최용석, 이승철, 1999.12
- 14호 중국의 WTO 가입과 보험시장 개방 / 정희남, 2002.4
- 15호 주 5일 근무제 도입에 따른 보험산업의 영향과 대응 / 동향분석팀, 2002. 9
- 16호 2010년 보험산업 트렌드 분석 및 시사점 / 조혜원, 2003.5
- 17호 유럽보험회사 파산사례의 리스크 분석 및 감독방안 / 신동현, 2003.5
- 18호 미국 배상책임보험의 최근 현황과 시사점 / 이기형, 조재현, 2003.8
- 19호 공정가치회계가 보험사 경영에 미치는 영향 -보험사 CEO 대상 설문조사  
결과 / 이기형, 김해식 2004.10
- 20호 선진 보험사 재무공시 특징 및 트렌드(유럽 및 캐나다를 중심으로) / 장  
이규 2006.11

■ Insurance Business Report

21호 지급여력 평가모형 트렌드 및 국제비교 / 류건식, 장이규 2006.11

22호 선진보험그룹 글로벌화 추세와 시사점 / 안철경, 오승철 2006.12

■ CEO Report

- 2000-1 일본 제일화재의 파산에 따른 국내 손보산업에의 시사점 / 양성문, 김혜성, 2000. 5
- 2000-2 일본 제백생명의 파산에 따른 국내 생보산업에의 시사점 / 보험연구소, 2000. 6
- 2000-3 최근 금융시장 불안과 보험회사 자산운용 개선방안/김재현, 2000. 10
- 2000-4 보험회사의 보험사기 적발 및 방지활동과 기대효과 / 안철경, 2000. 11
- 2001-1 부동산권리보험 도입현황과 시사점 / 신문식, 권순일, 2001. 8
- 2001-2 자동차보험 가격경쟁 동향과 향후과제 / 서영길, 가승도, 2001. 8
- 2001-3 일반 손해보험 가격자유화 추진 경과와 향후 과제 / 이희춘, 문성연, 2001. 10
- 2002-1 금융재보험의 도입과 향후과제 / 보험연구소, 2002. 4
- 2002-2 PL법 시행에 따른 PL보험 시장전망과 선진사례 시사점 / 손해보험본부, 2002. 6
- 2002-3 종신보험상품의 예상 리스크 및 시사점 / 생명보험본부, 2002. 6
- 2002-4 주 5일 근무제와 자동차보험 / 자동차보험본부, 2002. 9
- 2002-5 CI(Critical Illness)보험의 개발과 향후 운영방안 / 생명보험본부, 2002. 10
- 2002-6 자동차보험시장 동향 및 전망 / 자동차보험본부, 2002. 10
- 2003-1 장기손해보험 상품운용전략 / 장기손해보험팀, 2003. 2
- 2003-2 2003년 보험소비자 설문조사 / 동향분석팀, 2003. 3
- 2003-3 인구의 노령화와 민영보험의 대응 / 오영수, 2003. 6
- 2003-4 국가재해관리시스템 개편에 따른 보험제도 운영방향 / 손해보험본부, 2003. 7
- 2003-5 생명보험산업에서의 경험통계 활용방안 / 생명보험본부, 2003. 7
- 2003-6 OECD의 기업연금 재정안정화 논의와 시사점 / 동향분석팀, 2003. 8
- 2003-7 퇴직연금시장 전망과 보험회사의 대응과제 / 류건식, 남효성, 박홍민, 2003. 12
- 2004-1 자동차보험 예정기초율 연구 및 전략적 시사점 / 자동차보험본부, 2004. 2
- 2004-2 보험회사의 방기슈랑스 제휴 성공전략 / 연구조정실, 2004. 2
- 2004-3 보험부채의 공정가치 평가와 향후과제 / 생명보험본부, 2004. 2

- 2004-4 자동차보험 손해율 악화원인 분석 및 전략적 시사점 / 자동차보험본부, 2004. 2
- 2004-5 생명보험가입자의 사망원인 분석 및 시사점 / 생명보험본부, 2004. 3
- 2004-6 역모기지 ( Reverse Mortgage) 시장전망 및 대응방안 /생명보험본부, 2004. 3
- 2004-7 자동차 보험 관련 법령 개정 동향 및 시사점 /자동차보험본부, 2004. 4
- 2004-8 EU 지급여력제도 개선추세 및 시사점 / 생명보험본부, 2004. 6
- 2004-9 퇴직연금시대 도래와 보험회사의 진입전략 / 보험연구소,2004. 7
- 2004-10 자동차보험 관련 법령 개정 동향 및 시사점 / 자동차보험본부 2004. 4
- 2004-11 손보사의 자연재해보험시장의 참여전략 /손해보험본부, 2004. 9
- 2004-12 국제보험회계기준에 대한 해외보험사 CEO들의 인식과 시사점 / 보험연구소 2004. 10
- 2004-13 자동차보험시장 동향 및 전망 /자동차보험본부, 2004. 11
- 2004-14 적재물배상책임보험 도입과 향후과제 /손해보험본부, 2004. 12
- 2005-1 생명보험 계약자 속성분석 및 시사점 / 생명보험본부, 2005. 3
- 2005-2 민영건강보험의 리스크관리 방안 / 보험연구소, 2005. 4
- 2005-3 차명모델별 자동차보험료 차등화 도입방안 / 자동차보험본부, 2005. 3
- 2005-4 FY2005 수입보험료 전망 / 보험연구소, 2005. 6
- 2005-5 최근 환경변화에 대응한 합리적인 차량수리비 관리방안 / 자동차기술연구소, 2005. 7
- 2005-6 자연재해 리스크 관리와 CAT 모델 / 손해보험본부, 2005. 7
- 2005-7 교통사고 발생추이 및 감소방안 / 자동차보험본부, 2005. 7
- 2005-8 국가 암조기검진 사업 및 국민건강보험 확대에 따른 암보험 대응방안 / 보험연구소, 2005. 10
- 2006-1 생보사 개인연금보험 생존리스크 분석 및 시사점 / 생명보험본부, 2006. 1
- 2006-2 보험회사의 퇴직연금 운용전략 / 보험연구소, 2006.1
- 2006-3 생보사 FY2006 손익 전망 및 분석 / 생명보험본부, 2006.2
- 2006-4 의무보험제도의 현황과 과제 / 손해보험본부, 2006.2
- 2006-5 자동차보험 지급준비금 분석 및 과제 / 자동차보험본부, 2006.3

- 2006-6 보험사기 관리실태와 대응전략 / 정보통계본부, 2006.3
- 2006-7 자동차보험 의료비 지급 적정화 방안 / 자동차보험본부, 2006.3
- 2006-8 자동차보험시장 동향 및 전망 / 자동차보험본부, 2006.4
- 2006-9 날씨위험에 대한 손해보험회사의 역할 강화 방안 / 손해보험본부, 2006.4
- 2006-10 장기손해보험 상품운용전략 -손익관리를 중심으로- / 손해보험본부, 2006.5
- 2006-11 자동차 중고부품 활성화 방안 / 자동차기술연구소, 2006.5
- 2006-12 장기간병보험시장의 활성화를 위한 상품개발 방향 / 보험연구소, 2006.6
- 2006-13 보험산업 소액지급결제시스템 참여방안 / 보험연구소, 2006.7
- 2006-14 생명보험 가입형태별 위험수준 분석 / 리스크·통계관리실, 2006.8
- 2006-15 「민영의료보험법」 제정(안)에 대한 검토 / 보험연구소, 2006.9
- 2006-16 모기지보험의 시장규모 및 운영방안 / 손해보험본부, 2006.9
- 2006-17 생명보험 상품별 가입 현황 분석 / 생명보험본부, 2006.10
- 2006-18 자동차보험 온라인시장의 성장 및 시사점 / 자동차보험본부, 2006.10

정기간행물

■ 월간 \_\_\_\_\_

○ 보험통계월보

■ 계간 \_\_\_\_\_

○ 보험동향

○ 보험개발연구

■ 연간 \_\_\_\_\_

○ 보험통계연감

# 도서회원 가입안내

## 회원 및 제공자료

구 내	법인회원	특별회원	개인회원	연속간행물 구독회원
연회비	₩ 300,000원	₩ 150,000원	₩ 150,000원	간행물별로 다름
제공자료	-연구조사보고서 · 연구보고서(10~15회/년) · 조사연구자료(5~10회/년) · 정책연구자료(3~5회/년) · 기타 보고서	-연구조사보고서 · 연구보고서(10~15회/년) · 조사연구자료(5~10회/년) · 정책연구자료(3~5회/년) · 기타 보고서	-연구조사보고서 · 연구보고서(10~15회/년) · 조사연구자료(5~10회/년) · 정책연구자료(3~5회/년) · 기타 보고서	-보험개발연구 (연간3회~4회 ₩ 30,000)  -보험통계월보 (월간 ₩ 50,000)  -보험동향 (계간 ₩ 20,000)
	-연속간행물 · 보험개발연구(3-4회) · 보험동향(계간)	-연속간행물 · 보험개발연구(3-4회) · 보험동향(계간)	-	
	-본원 주최 각종 세미나 및 공청회 자료 -보험통계월보 -영문발간자료			

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

## 가입문의

보험개발원 도서회원 담당  
 전화 : 368-4230,4407    팩스 : 368-4099

## 회비납입방법

- 무통장입금 : 국민은행 (067-25-0014-382) / 한미은행 (110-55016-257)
- 예금주 : 보험개발원
- 지로번호 : 6937009

## 가입절차

보험개발원 홈페이지(www.kidi.or.kr)의 Knowledge Center에서 도서회원가입신청서를 작성·등록 후 회비입금을 하시면 확인 후 1년간 회원자격이 주어집니다.

## 자료구입처

서울: 보험개발원 자료실, 교보문고, 종로서적, 영풍문고, 을지서적, 서울문고, 세종문고  
 부산: 영광서적

## 저자약력

### 차 일 권

성균관대학교 경영학석사

현 보험개발원 보험연구소 산업연구팀장

(E-mail : ikcha@kidi.or.kr)

### 오 승 철

한양대학교 경영학석사

현 보험개발원 보험연구소 선임연구원

(E-mail : scoh@kidi.or.kr)

정책연구자료 2006-2

### 의료리스크 관리의 선진화를 위한 의료배상보험에 대한 연구

---

발행일	2006년	12월	일
발행인	김	창	수
편집인	오	영	수
발행처	보험개발원		

서울특별시 영등포구 여의도동 35-4

대표전화 (02) 368-4000

---

ISBN 978-89-5710-041-7

정가 10,000원