

치과임상영역에서 발생한
의료분쟁의 판례분석

연세대학교 대학원

치 의 학 과

권 병 기

치과임상영역에서 발생한
의료분쟁의 판례분석

지도 최 종 훈 교수

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2006년 7월 일

연세대학교 대학원

치 의 학 과

권 병 기

권병기의 박사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 대학원

2006년 7월 일

감사의 글

최고가 되기 위해 살기보다는 최선을 다하는 삶을 살자고 생각하면서도 항상 무엇인가를 마칠 때쯤이면 최선을 다하지 못했던 나의 모습이 부끄럽고 실망스러울 때가 많습니다. 하지만 이러한 부족함을 교훈삼아 앞으로 더욱 발전된 모습을 보여드리겠다는 약속을 드리며 이 논문이 나오기까지 많은 도움을 주신 고마운 분들에게 감사의 마음을 전하고자 합니다.

먼저 논문이 완성되기까지 세심한 지도로 이끌어주신 최종훈 교수님께 진심으로 감사를 드리며 항상 격려의 말씀으로 조언해 주시는 김종열 교수님과 세심하게 살펴봐주시고 자상하게 이끌어주신 윤창륙 교수님, 멀리 미국에서 꼼꼼히 챙겨주신 신경진 교수님, 항상 웃으면서 날카로운 지적을 해주신 안형준 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 또한 여러 가지 면에서 도움을 주신 김성택 교수님과 권정승 선생님께 감사를 드리며 연구를 같이 수행하며 모든 어려운 일을 도맡아 해준 구강내과학교실 모든 선생님들께 감사를 드립니다.

그리고 기쁜 일도, 어려운 일도 항상 같이 나누는 사랑하는 가족 모두에게 이 기쁜 소식을 전하고 싶습니다.

2006년 7월

권 병 기

차 례

표 차례	iii
국문요약	v
I. 서 론	1
II. 연구자료 및 방법	5
1. 연구자료	5
2. 연구방법	5
III. 연구결과	7
1. 치과영역 의료소송의 연도별 분포	7
2. 치과영역 의료소송의 유형별 분포	8
3. 치과영역 의료소송의 원인	10
4. 원고의 소송결과	11
5. 치과영역 의료소송에 관련된 병원유형	12
6. 치과영역 의료소송의 심급별 구성비율	13
7. 손해배상 청구금액 및 판결금액	14
8. 치과영역 의료소송의 관련의사 수	15
9. 판결시까지 소요기간	16
10. 의료과실 및 신체감정 유무	17

11. 의사패소 판결의 주안점	18
IV. 고 찰	19
V. 결 론	33
참고문헌	36
영문요약	39

표 차례

표 1. 치과영역 의료소송의 연도별 판례건수	7
표 2. 치과영역 의료소송의 유형별 분포	8
표 3. 발치와 관련된 의료사고 유형	9
표 4. 치과영역 의료소송의 원인	10
표 5. 원고의 소송결과	11
표 6. 치과영역 의료소송에 관련된 병원유형	12
표 7. 치과영역 의료소송의 심급별 구성비율	13
표 8. 손해배상 청구금액	14
표 9. 손해배상 판결금액	14
표 10. 치과영역 의료소송의 관련의사 수	15

표 11. 판결시까지 소요기간	16
표 12. 의료과실 유무	17
표 13. 신체감정 유무	17
표 14. 의사패소 판결의 주안점	18

국문 요약

치과임상영역에서 발생된 의료분쟁의 판례분석

과학기술의 발전과 더불어 보건의료분야는 괄목할 성장을 가져왔고 국민생활 수준의 향상과 건강에 대한 관심이 고조됨에 따라 의료서비스의 수요가 급증하고 있다. 이 과정에서 국민의 권리의식의 신장, 의료행위의 본질에 대한 이해부족, 의료기술에 대한 지나친 기대, 상업화된 의료공급체계, 의사의 윤리의식 저하 및 의료법리에 대한 무지 그리고 사회적 불신풍조의 만연, 분쟁해결을 위한 제도적 장치의 결여 등이 요인으로 작용하여 의료사고 및 분쟁이 급증하는 추세이다.

본 연구는 치과관련 단체에서 보유하고 있는 소송과 관련된 자료 및 연세대학교 치과대학병원 구강내과에서 신체감정을 시행한 재판기록을 중심으로 하여 판결전문을 확보할 수 있는 치과 의료사고 판례 중 1994년부터 2004년까지의 민사소송 30례의 판례를 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 소송의 연도별 분포에서 2000년 이후 급증하는 추세를 보였다.
2. 소송의 유형별 분포에서 발치와 관련된 소송이 전체의 36.7% 이었다.
3. 소송의 원인을 분석한 결과 불편감, 치료불만족과 관련된 것이 전체의 36.7%, 사망 및 영구손상이 각각 16.7% 이었다.
4. 원고의 소송결과 승소 및 강제조정, 화해권고결정이 60.0% 이었다.
5. 소송에 관련된 병원유형은 치과의원이 60.0%로 가장 높게 나타났다.
6. 소송의 심급별 구성비율에서 2,3심 이상 진행된 경우가 전체의 30.0% 이었다.

7. 손해배상 청구금액은 5천만원 이상 1억원 미만이 36.7%, 1억원 이상이 13.3% 이었고 손해배상 판결금액은 1천만원 이상 3천만원 미만이 40.0%, 1억원 이상이 6.7% 이었다.
8. 소송과 관련된 치과의사수는 2명 이상이 26.7%이었다.
9. 판결까지의 소요기간은 11개월에서 20개월이 46.7%, 21개월에서 30개월이 36.7% 이었다.
10. 의료과실 유무에서는 과실을 판정한 경우가 46.7% 이었고 소송과정에서 신체감정이나 사실조회가 이루어진 경우는 70.0% 이었다.
11. 의사패소 판례(18건)에서 판결의 주안점은 주의의무위반이 72.2% 이었고, 설명의무위반이 16.7% 이었다.

치과 의료분쟁의 경우 치료의 긴급성이 상대적으로 적어 의사의 설명의무 중요성이 폭넓게 요구되며, 주관적인 치료 만족도가 중요시되는 분야이기 때문에 결국 분쟁을 줄이는 방법으로 기술적인 과실도 줄여야 하지만 치과의사와 환자와의 신뢰관계를 개선하는 것과 의사집단의 자율성(autonomy)의 회복이 중요하다. 그리고 불합리하게 시행되고 있는 의료배상책임보험의 보완과 함께 치과의사단체와 학계가 주도하는 교육 및 의료분쟁시 자문을 구할 수 있는 체계의 확립으로 의료분쟁에 대한 대처가 이루어져야 할 것이다.

핵심되는 말 : 치과 의료사고, 판례, 신뢰관계, 자율성(autonomy), 교육

치과임상영역에서 발생한 의료분쟁의 판례분석

(지도교수 최 종 훈)

연세대학교 대학원 치의학과

권 병 기

I. 서 론

의료는 개념적으로 인류를 질병으로부터 보호하려는 목적을 가지고 시행되는 선의 행위로 인식되어져 왔으며 생명을 다루는 의료행위에 있어서 의사에게 주어진 책임은 실로 막중하다. 그런 연유로 의사에 대한 사회적인 존경과 신성불가침성이 대대로 인정되어 왔으나 사회구조가 복잡해지고, 의료의 계약적인 측면이 강조되면서 오늘날에 와서는 의료행위는 더 이상 성역이 아닌 단지 전문직종의 하나로 인식되기에 이르렀다. 특히 1977년 의료보험제도가 도입되었고 이후 1989년 전국민 의료보험이 확대 시행되면서 보건의료분야는 괄목할 외형적 성장을 가져왔고 또한 국민생활 수준의 향상과 건강에 대한 관심이 고조됨에 따라 의료서비스의 수요가 급증하고 있다. 이 과정에서 국민의 권리의식의 신장, 의료행위의 본질에 대한 이해부족, 의료기술에 대한 지나친 기대 등의 환자측 요인과 상업화, 전문화된 의료공급체계, 의사의 윤리의식 저하 및 의료법리에 대한 무지 등 의료공급자측 요인 그리고 사회적 불신풍조의 만연, 분쟁해결을 위한 제도적 장치의

결여 등 사회제도적 여건이 맞물려 의료사고 및 분쟁이 급증하는 추세이다(김선중, 2005).

의료행위는 그 자체가 침습행위의 속성이 있고, 인간 신체의 개별적 특이성 및 불예측성 등으로 인하여 진단, 예후 등의 판단이 쉽지 않으며, 개개인별로 진료나 투약 효과에 많은 차이가 있을 수 있다. 이러한 특성으로 인하여 의료행위는 약결과과의 가능성을 내재하고 있고 또한 결과에 대한 불확실성으로 인하여 우리에게 의료분쟁의 요인으로 작용하고 있다. 과거, 즉 전단적 진료가 허용되던 시대에는 이러한 약결과내지 의료사고가 발생하여도 의사의 권위로서 의사와 환자와의 관계가 유지되어 왔으나 오늘날에 이르러서는 의사들의 권위에 대한 일반인들의 부정적 시각이 의료사고를 분쟁화하는데 기여하는 요인으로 지적되고 있다(문국진, 1991).

즉, 환자의 건강한 삶을 영위하기 위하여 의사와 환자간의 신뢰에 기반한 관계로 출발하였지만 목적달성에 실패했을 때, 즉 치료에 실패하거나 치료 이전의 상태보다 악결과를 초래한 경우 그 관계는 대립과 반목의 관계로 변질되고 분쟁이 발생하게 되며 누구의 잘못과과는 상관없이 의사측이나 환자측 모두가 많은 시간적, 경제적, 그리고 정신적 고통을 받게 된다.

이러한 의료분쟁의 증가추세에서 치과영역의 경우도 예외는 아니다. 한국 소비자보호원의 통계에 따르면 소비자보호원에 접수된 치과관련 상담 건수는 1996년 926건, 2000년 1,373건, 2004년 2,388건으로 매년 늘어나고 있는 추세이며 2005년도 상반기에는 치과 관련 상담 건수가 진료과목별 상담건수 중에서 최고 많은 것으로 조사되었고 피해구제건수도 매년 25.1%씩 증가하고 있다고 지적하였다(치과 의료분쟁 실태조사, 2005).

치과 의료소송의 인용비율은 41%로서 의료소송의 인용비율 48%보다 떨어지지만 소송을 제기하는 사례가 증가하고 있는 현상에서 알 수 있듯이 치과 의료분쟁의 원인은 치과의료의 기술적인 미숙 내지 과실보다는 치과의사와 환자 사이의

불신이 더 큰 비중을 차지한다고 볼 수 있으며 실제 해소된 사건의 약 60%는 치과 의사에게 기술적인 과실이 없지만 환자측에서 치과 의사에 대한 불만을 갖게 되면서 소송으로 이어지고 있다(신현호, 2004).

이러한 상황에서 대한치과 의사 협회에서는 회원들을 의료 사고로부터 보호하기 위해서 의료배상책임보험에 가입하도록 권유하고 있다. 그러나 현재 우리나라에서 시행되고 있는 의료배상책임보험은 여러 문제점들이 드러나고 있는데 이를 살펴 보면, 약 10여년 전부터 연세대학교 치과대학 구강내과학교실과 서울시 치과 의사회는 의료분쟁에 관하여 공동으로 체계적인 조사 연구를 해왔고, 특히 회원의 의료 사고 및 분쟁의 유형과 현황을 분석하면서 이를 근간으로 의료분쟁 대책을 위한 치과 의사나 진료보조원들의 진료실내 의료 사고 예방 수칙 제정 등 많은 노력을 해왔다. 이러한 공동 연구 중 배상책임보험이 실시된 이후인 최근 2004년도 보고서에서는 여러 가지 주목할 만한 연구 결과가 나왔는데, 대부분의 회원들이 의료분쟁에 대한 보험의 필요성은 인정하였지만, 이런 기대에 반해 실제 분쟁을 경험한 의사들 중 배상책임보험사의 의료 사고 처리에 대하여 23.46%만이 만족하였고, 그 절차도 잘 모르고 있으며, 심지어 보험 약관이 만족스럽다는 치과 의사는 0.69%라는 결과를 보고하였다(윤정아, 2005).

한편 시민단체들의 의료계에 대한 요구는 날로 거세지고 있다. 최근 경실련 등 일부 5개 시민단체들이 모여 '의료사고 피해 구제법 제정을 위한 시민연대'를 결성하고 정부가 입법 추진해온 의료분쟁조정법안에 대해 반대 입장을 나타내며 시민단체가 요구하는 '의료사고 피해 구제법안'을 제정하도록 적극적인 활동을 전개하겠다고 선언했다. 의료분쟁조정법안의 쟁점 사항으로는 조정전치주의, 조정위원회 구성, 조정위원회의 상설화 및 독립성, 피해배상의 범위에 있어서 설명의무 위반의 명시적 규정, 불가항력적인 사고시 국가의 무과실보상, 형사처벌특례조항, 진료 방해 및 난동금지, 의사배상책임보험 그리고 제3자 개입 등 많은 주제를 갖고 있는데 시민연대에서는 정부가 추진해 왔던 무과실보상제도나 의료인의 형사책임특례

등에 대해 반대를 주장했다. 더욱이 5개 시민단체가 모여 의료사고를 낸 의료인은 무조건 형사적 책임을 지고 피해보상을 해야 하며 피해보상은 의료사고가 무과실로 입증되더라도 의료인이 낸 보험료로 환자에게 보상해야 한다는 주장을 하고 있다.

위에서 본 바와 같이 20년 가까이 끌어왔던 의료분쟁조정법안은 이러한 양측간의 첨예한 의견대립으로 현재까지 표류하고 있다.

바로 이런 여러 환경의 변화로 인하여 의료분쟁의 문제는 의료인 스스로가 해결할 수 없는 상황으로 빠져들고 아울러 법률적인 힘을 빌려 이 문제를 해결하고자 하기 때문에 의료분쟁은 더 증가하게 되고 일은 복잡해지고 있다. 한편 이러한 의료분쟁에 관하여 그동안 많은 연구가 진행되어 왔으며 의과영역에서는 내과, 산부인과 등의 의료사고 판례분석에 관한 연구가 있었다. 또한 치과영역에서도 의료사고와 관련한 연구가 다수 진행되어 왔으나 판례분석에 관한 연구는 없었다. 의료사고에 대한 판결은 당해 사건에 있어서의 책임유무에 관한 판단의 결론임과 동시에 유사한 의료행위 및 의료사고의 처리에 미치는 모델적 영향이 매우 크고 하나의 사건에 있어서 과오 유무에 관한 판단을 함에 있어서 당시의 의료제도라던가 인적, 물적 설비상황을 고려하여 당해 의료행위에 있어서 의사가 갖추어야 할 주의의무의 기초가 되는 의료기술의 수준을 제시하기 때문에 다른 사건에서보다도 의료사고에서 그 판례에 특히 더 유의하게 된다(김상찬, 1997). 이에 본 연구에서는 치과영역의 의료분쟁과 관련된 판례분석을 통하여 그동안의 치과 의료분쟁에 대한 연구와 실제 판례로서의 결과를 비교, 분석함에 의의를 두고, 그 내용으로는 치과관련 소송의 양상, 변화 양태, 노출된 영역 및 판결에 중요한 법적 판단기준 등을 살펴보고, 이를 통해 치과영역의 의료사고에 대한 인식을 환기시키며 치과 임상에서의 의료분쟁 예방 및 교육에 도움을 줄 수 있는 참고점을 제시하는 것을 목적으로 하였다.

II. 연구자료 및 방법

1. 연구자료

분석대상으로 쓰인 자료는 치과관련 단체에서 보유하고 있는 소송 관련된 자료 및 연세대학교 치과대학병원 구강내과에서 신체감정을 시행한 사건의 재판기록을 중심으로 하여 판결전문을 확보할 수 있는 치과 의료사고 판례 중 재판이 종료된 1994년부터 2004년까지 치과영역에서의 전국 지방법원의 민사 관련 판결문 30례이다.

2. 연구방법

가. 자료의 확보

치과영역에서의 의료소송과 관련된 전국 지방법원의 민사 관련 판결문을 해당 법원의 협조를 얻어 일부 판례를 수집하였고 아직 전국 법원에서 의료사고와 관련한 유형별 판례가 정리되어 있지 않아 치과의사협회에 사실조회 접수된 사항 및 연세대학교 치과대학병원 구강내과의 신체감정내역, 인터넷 법률 사이트 등을 이용하여 자료를 확보하였다.

나. 자료의 분석

상기 수집된 자료를 바탕으로 치과영역 의료소송의 연도별, 유형별 분포, 치과영역 의료분쟁의 원인, 원고의 소송결과, 치과 의료소송에 관련된 병원유형, 치과 의료소송의 심급별 구성비율, 손해배상 청구금액 및 판결금액, 소송과 관련된 의사 수, 판결시까지의 소요기간, 의료과실 및 신체감정 유무, 의사 패소 판결의 주안점을 분석하였다.

Ⅲ. 연구결과

1994년부터 2004년까지 치과영역에서의 의료소송과 관련된 전국 지방법원의 민사 관련 판결문 30례를 분석하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 치과영역 의료소송의 연도별 분포

치과영역 의료소송의 판례건수를 연도별로 분석한 결과 1994년부터 1999년까지 8건(16.6%), 2000년 7건(23.3%), 2001년 7건(23.3%), 2002년 4건(13.4%), 2003년 2건(6.7%), 2004년 2건(6.7%)이 있었다(표 1).

표 1. 치과영역 의료소송의 연도별 판례건수

연도	판례건수	비율(%)
1994	1	3.3
1995	2	6.7
1996	1	3.3
1997	1	3.3
1999	3	10.0
2000	7	23.3
2001	7	23.3
2002	4	13.4
2003	2	6.7
2004	2	6.7
계	30	100.0

2. 치과영역 의료소송의 유형별 분포

치과영역 의료소송을 유형별로 분석한 결과 발치와 관련된 소송건수가 11건 (36.7%)으로 가장 많았고, 보철 5건(16.7%), 악관절 동통 4건(13.3%), 교정 4건 (13.3%), 임플란트 1건(3.3%) 등으로 나타났다(표 2). 발치와 관련한 의료사고는 사망 3건(27.3%), 감염 3건(27.3%), 감각이상 2건(18.2%), 영구손상 2건(18.2%), 과잉 발치 1건(9.0%)으로 나타났다(표 3).

표 2. 치과영역 의료소송의 유형별 분포

유형	판례건수	비율(%)
발치	11	36.7
보철	5	16.7
악관절 동통	4	13.3
교정	4	13.3
교정 및 악교정술	3	10.0
근관치료	1	3.3
임플란트	1	3.3
기타	1	3.3
계	30	100.0

표 3. 발치와 관련된 의료사고 유형

유형	판례건수	비율(%)
사망	3	27.3
감염	3	27.3
감각이상	2	18.2
영구손상	2	18.2
과잉발치	1	9.0
계	11	100.0

3. 치과영역 의료소송의 원인

치과영역 의료소송의 원인을 분석한 결과 불편감, 치료불만족이 11건(36.7%)으로 가장 많았고, 사망, 영구손상이 각각 5건(16.7%), 감각이상 4건(13.3%), 감염, 합병증이 4건 (13.3%)등으로 나타났다(표 4).

표 4. 치과영역 의료소송의 원인

소송원인	판례건수	비율(%)
불편감, 치료불만족	11	36.7
사망	5	16.7
영구손상	5	16.7
감각이상	4	13.3
감염, 합병증	4	13.3
기타	1	3.3
계	30	100.0

4. 원고의 소송결과

원고의 소송결과 원고의 일부승이 9건(30.0%), 강제조정 8건(26.7%), 화해권고결정 1건(3.3%), 패소는 12건(40.0%)의 비율을 차지하였다(표 5).

표 5. 원고의 소송결과

소송결과	판례건수	비율(%)
전부승	0	0.0
일부승	9	30.0
강제조정	8	26.7
화해권고결정	1	3.3
원고(환자)패소	12	40.0
계	30	100.0

5. 치과영역 의료소송에 관련된 병원유형

치과영역 의료소송에 관련된 병원유형을 분석한 결과 치과의원이 18건(60.0%)으로 가장 많았고, 치과대학 부속병원 8건(26.7%), 종합병원 치과가 2건(6.7%), 치과의원 및 치과대학 부속병원이 1건(3.3%), 기타 1건(3.3%)을 차지하였다(표 6).

표 6. 치과영역 의료소송에 관련된 병원유형

병원유형	판례건수	비율(%)
치과의원	18	60.0
치과대학 부속병원	8	26.7
치과의원, 치과대학 부속병원	1	3.3
종합병원 치과	2	6.7
기타	1	3.3
계	30	100.0

6. 치과영역 의료소송의 심급별 구성비율

치과영역 의료소송의 심급별 구성비율을 분석한 결과 1심으로 종결된 경우가 21건 이었고 이에 불복하여 2, 3심으로 진행된 건수는 9건으로 전체의 30.0%를 차지하였으며 내용으로는 발치 3건, 교정 및 악교정술 2건, 보철, 교정, 근관치료, 임플란트가 각각 1건 이었다(표 7). 그리고 판결에 불복하여 재심을 청구한 상소인을 구분하면 원고(환자)측에서 6건, 피고(의사)측에서 3건이 있었으며 판결결과에는 변동 사항이 없었다.

표 7. 치과영역 의료소송의 심급별 구성비율

유형	1심	2, 3심 이상
발치	8	3
보철	4	1
악관절 동통	4	0
교정	3	1
교정 및 악교정술	1	2
근관치료	0	1
임플란트	0	1
기타	1	0
계	21	9

7. 손해배상 청구금액 및 판결금액

손해배상 청구금액 및 판결금액을 분석한 결과 청구금액은 1천만원 미만 1건(3.3%), 1천만원 이상 3천만원 미만 6건(20.0%), 3천만원 이상 5천만원 미만 8건(26.7%), 5천만원 이상 1억원 미만 11건(36.7%), 1억원 이상이 4건(13.3%)을 차지하였다. 판결금액은 1천만원 미만 3건(10.0%), 1천만원 이상 3천만원 미만 12건(40.0%), 3천만원 이상 5천만원 미만 1건(3.3%), 1억원 이상이 2건(6.7%)를 차지하였다(표 8, 9).

표 8. 손해배상 청구금액

청구금액(단위: 만원)	판례건수	비율(%)
1,000 미만	1	3.3
1,000-3,000	6	20.0
3,000-5,000	8	26.7
5,000-10,000	11	36.7
10,000 이상	4	13.3
계	30	100.0

표 9. 손해배상 판결금액

판결금액	판례건수	비율(%)
1,000 미만	3	10.0
1,000-3,000	12	40.0
3,000-5,000	1	3.3
5,000-10,000	0	0.0
10,000 이상	2	6.7
판결금액 없음	12	40.0
계	30	100.0

8. 치과영역 의료소송의 관련의사 수

치과 의료소송 관련의사 수를 분석한 결과 1명이 22건(73.3%), 2명이 4건(13.3%), 3명이 2건(6.7%), 4명이 2건(6.7%)을 차지하였다(표 10).

표 10. 치과영역 의료소송의 관련의사 수

관련의사 수(명)	판례건수	비율(%)
1	22	73.3
2	4	13.3
3	2	6.7
4	2	6.7
계	30	100.0

9. 판결시까지 소요기간

판결시까지 소요기간을 분석한 결과 10개월 이하가 2건(6.7%), 11개월에서 20개월까지가 14건(46.7%), 21개월에서 30개월까지가 11건(36.7%), 31개월 이상이 3건(10.0%)을 차지하였고 대부분의 사건에서 재판이 1년 이상 진행되는 것을 나타내었다(표 11).

표 11. 판결시까지 소요기간

소요기간	판례건수	비율(%)
10개월 이하	2	6.7
11 - 20개월	14	46.7
21 - 30개월	11	36.7
31개월 이상	3	10.0
계	30	100.0

10. 의료과실 및 신체감정 유무

의료과실 유무를 분석한 결과 과실 있음을 인정한 경우가 14건(46.7%), 과실없음이 16건(53.3%)의 비율을 나타내었고(표 12), 신체감정 시행의 유무를 분석한 결과 감정이 시행된 경우가 21건(70.0%), 시행하지 않은 경우가 9건(30.0%)의 비율을 나타내었다(표 13).

표 12. 의료과실 유무

의료과실 유무	판례건수	비율(%)
유	14	46.7
무	16	53.3
계	30	100.0

표 13. 신체감정 유무

신체감정 유무	판례건수	비율(%)
유	21	70.0
무	9	30.0
계	30	100.0

11. 의사패소 판결의 주안점

의사패소 판결의 주안점을 살펴본 결과 주의의무 위반이 13건(72.2%), 설명의무 위반이 3건(16.7%), 주의, 설명의무 동시 위반이 1건(5.6%)을 나타내었다(표 14).

표 14. 의사패소 판결의 주안점

판결의 주안점	판례건수	비율(%)
주의의무 위반	13	72.2
설명 의무 위반	3	16.7
주의, 설명의무 위반	1	5.6
기타	1	5.6
계	18	100.0

IV. 고 찰

예로부터 의술은 인술이라고 하여 의사와 환자의 관계는 깊은 신뢰와 존경을 바탕으로 유지되어 왔다. 그러나 사회가치관의 급격한 변화와 국민 개개인의 권리 의식 향상, 최근 의약분업으로 인한 갈등의 여파 등으로 의료계에 대한 불신이 증폭되어 의사와 환자사이의 신뢰관계는 무너져가고, 이에 따라 의료를 둘러싼 분쟁은 꾸준히 증가하며 그 내용도 점점 복잡해져가는 경향을 보이고 있다. 또한, 의료분쟁에 대한 해결방법에 있어서도 당사자 사이의 대화보다는 소송이나 물리력으로 분쟁을 해결하려는 경향이 늘어가고 있는 추세이다. 의료분쟁의 양상이 과격화, 대형화, 장기화 되면서 의사에게 피해가 발생되고, 진료에 대한 소신이나 사명감이 현저하게 저하되기에 이르렀다. 그러다 보니 의료는 책임을 두려워한 방어진료, 과잉진료의 경향을 나타내게 되고, 의료비용의 상승, 응급의료의 기피, 의료인의 인력수급불균형과 의료진달체계의 왜곡현상 등 갖가지 부작용이 나타내게 되었으며, 이러한 역작용의 위험성으로 인해 이제 의료분쟁은 당사자인 의사와 환자의 개인적 차원을 넘어 사회적인 문제로 부각되고 있다(김선중, 2005).

의료분쟁은 신속하고 공정한 해결이 생명이라고 할 수 있는데 오늘날 의료는 매우 복잡, 다양하고 전문화되어 있으므로, 법률전문가라 할지라도 의료에 대한 지식이나 경험이 없다면 의료분쟁의 실체를 정확히 파악하여 이를 명쾌하게 해결하는 것이 그리 쉬운 일이 아니다. 의료과오소송은 일반적으로 환자가 진료를 받는 과정에서 의료상의 과실로 인하여 손해를 입었다고 주장하면서 그에 대한 손해배상을 청구하는 소송을 말한다. 의료과오소송은 증거가 의사 쪽에 편재되어 있고, 의료행위 또한 공익적 성격을 가지며, 침습성과 구명성, 전문성, 불확실성과 재량성 등의 특질이 있으므로, 일반적인 손해배상소송과는 다른 특별한 접근이 요구된다.

이에 본 연구에서는 치과관련 의료사고 및 분쟁에 관한 여러 가지 사항을 조사, 분석하고자 치과임상영역에서 발생한 의료분쟁의 판례분석을 하였고 다음과 같이 고찰하였다.

먼저 치과영역 의료소송의 연도별 분포에서는 최근 소비자 보호원의 피해 상담 건수가 증가하는 것과 동일하게 증가하는 경향을 보이고 있으며 이는 민원이 증가하면 소송도 증가하는 것을 뒷받침 한다고 볼 수 있다. 또한 2000년 이후 치과영역에서 의료소송이 급증하는 것을 볼 수 있으며 2003년 이후로는 현재까지도 진행중인 재판이 상당수로 조사되어 실제 판례건수는 증가할 것이라 추정된다(표 1). 한편, 의료 전영역의 의료사고 손해배상 청구사건을 보면 1989년에는 전체 민사본안사건 중에서 의료사고로 인한 손해배상소송의 건수가 76건에 불과하였는데, 1998년도에는 717건으로 10년만에 9.4배로 증가하였다. 이것은 전체 손해배상사건의 수가 1989년과 1998년 사이에 큰 변화를 나타내고 있지 않는 결과와 상당한 대조를 이룬다(사법연감, 1990-1998). 그리고 치과의사들을 대상으로 한 설문조사에서도 47.9%의 치과의사가 의료분쟁을 경험했다고 답하고 있고(김재홍, 1998), 대한의사협회가 1987년 개원의를 대상으로 하여 설문조사를 실시한 바 응답자중 53.9%가 1회 이상 의료사고를 경험한 일이 있다고 응답하고 있어 실제 재판까지는 진행되지 않더라도 많은 의료분쟁이 임상에서 존재한다는 것을 알 수 있다.

그리고 과거에는 사망이나 심각한 후유장애가 남는 경우에 재판으로 이어지는 경우가 대다수 이었으나 최근에는 심미적 불만족, 보철후 불편감 등 사소하게 생각될 수 있는 부분들도 재판으로까지 진행되는 상황이며 이는 치과의료의 준위임계약의 성격외에 도급계약의 성격이 강한 측면을 반영하는 것을 볼 수 있다. 한편, 이러한 의료분쟁의 증가배경으로는 다음과 같은 원인들을 생각해 볼 수 있다. 첫째, 전국민의료보험시대로 접어들어 의료수혜자가 확대되었기 때문이다. 미국 역시 지난 40년간 의료소송이 급격히 증가했는데, 그 원인 중에 하나로서 의료서

비스의 지불이 제삼자를 통해서 가능해지게 되어 보다 많은 사람들이 의료를 이용할 수 있게 된 점을 꼽고 있다. 둘째, 국민의 권리의식 향상으로 의료행위를 일정한 의사와 환자간의 계약관계에 의한 행위로 보아 그에 따른 법적용을 받아야 한다는 의식구조가 형성되었다는 점, 셋째로는 의료가 전문화, 세분화되어 팀의료에 의한 의료행위와 의료기관의 대형화로 인해 의료의 비인간화에 따른 환자의 소외감을 조장하고, 상업적 경쟁으로 인해 윤리의식의 저하를 동반하여 의사-환자간의 신뢰관계를 무너뜨렸다는 점 등을 대표적인 의료분쟁의 증가원인으로 살펴볼 수 있다. 그 외에도 환자의 비현실적인 기대에서 비롯된 의료본질에 대한 이해부족과 의료인의 의료법리에 대한 이해부족, 지나치게 경직된 의료관행 내지 시스템의 문제, 의료인력 수급과 병원경영상의 문제점, 불가항력적이고 예측 불가능한 사고에 대한 사회적인 보상제도의 준비부족 등이 의료분쟁의 증가원인으로 분석되고 있다(이덕환, 1998).

치과영역 의료소송의 유형별 분포를 보면 한국 소비자 보호원의 2005년 보고서에서는 피해구제 건수가 보철(치주) 항목이 47.5%, 발치가 18.2% 이었는데 본 연구에서는 발치가 36.7%로 1위를 차지하였다. 발치와 관련해서는 사망, 발치 후 감염과 관련한 건수가 각 27.3%, 감각이상, 영구손상이 각 18.2% 이었다. 보철, 교정과 관련해서는 기능, 심미적 이유가 분쟁의 주된 요인이었다. 악관절 동통과 관련한 분쟁은 증가하는 양상을 보이고 있으며 이는 최근 악관절 환자수의 절대증가, 언론매체를 통해 치과치료 후에도 악관절 동통이 발생가능하다는 것을 알게 된 것이 주된 원인으로 생각된다. 임플란트와 관련된 소송은 생각한 것보다 많지는 않으나 최근 수년간 기술이 급증하고 있어서 앞으로 임플란트와 관련된 소송이 증가하리라 사료된다.

치과영역 의료소송의 원인을 보면 내과, 산부인과 영역에서는 사망, 신체장애

등이 위주이나 치과영역은 치료에 대한 불만족이 가장 높은 비중을 차지하고 있다(김충열, 2000; 조윤영, 2000). 소비자보호원의 보고서에도 부작용, 효과미흡이 전체 구제건수의 약 절반을 차지하고 있다.

원고의 소송결과를 보면 원고 일부승의 경우 의사과실이나 설명의무위반이 승소의 대부분의 원인이었고 원고패소의 경우 불가항력적인 사유나 의사의 과실을 입증하기 어려운 경우가 대부분 이었다. 치과영역의 경우 원고의 패소율이 40%이었고 내과의 경우 패소율이 50%이었다(김충열, 2000). 치과의 경우 내과와는 달리 강제조정과 화해결정이 30%를 차지하고 있는데 이는 재판과정의 소모적인 성격을 감안하고 분쟁 내용의 심각성이 떨어지거나 명백한 과실로 입증되는 경우 법관의 직권으로 빠른 결정을 내리고 있음으로 사료된다.

치과 의료소송에 관련된 병원유형을 살펴보면 본 연구에서는 치과의원이 60%를 차지하였고 소비자 보호원의 보고서에서는 83.5%를 차지하였는데 두 결과로 보아 1차적인 진료를 담당하는 치과의원이 얼마나 의료분쟁에 노출되어 있는가를 여실히 보여주고 있다. 이에 비해 내과의 경우 3차병원 61.1%, 2차병원 19.4%로 종합병원이 대부분을 차지하였다(김충열, 2000). 이는 내과에서는 중환의 경우 2,3차 기관으로 의뢰, 전원하기 때문이다. 치과의 경우 1차병원인 치과의원이 많은 이유로는 환자가 1차 기관인 치과의원을 많이 찾고 의료분쟁 발생시 대처 능력이 약하고 의료분쟁에 대한 교육이 부족해서 생길 수 있음을 유추하게 한다. 한편, 김재홍(1998)의 설문조사에 의하면 의료분쟁 발생시 종합병원에 의뢰하지 않는 치과의사는 30.4%로 이에 대한 가장 큰 이유로 종합병원에 의뢰하는 경우 오히려 분쟁을 더 확대시킨다(19.4%)는 응답을 하여 치과의사에 의한 분쟁 확대를 예방하기 위한 대책이 절실히 필요함을 알 수 있었다.

치과 의료소송의 심급별 구성비율과 판결시까지의 소요기간을 보면 다른 재판과 달리 의료소송의 경우 오랜시간이 소요되는데 이는 과실 입증의 어려움, 의료분쟁 전문가의 부재, 객관적 기구 부족 등을 이유로 생각할 수 있고 재판에 따른 소요비용과 기간은 환자, 의사 모두에게 부담되는 현실이다. 의료과오소송은 일반적으로 의료행위라고 하는 극히 전문적 분야에 관한 분쟁인 관계로 환자는 의학에 대한 비전문가로서 증거방법을 수중에 가지고 있지 못하며, 의사의 과실 여부를 감정하는 감정인이 동료의사인 관계로 '초록은 동색', 혹은 '팔은 안으로 굽는다'는 속담과 같이 동료의사인 감정인에 의한 동료의식에 의하여 유리한 감정결과를 기대하기 어려운 입장에 있으므로 입증이 극도로 곤란한 상태에 있다. 민사소송법상 인정되는 입증책임분배의 일반원칙에 의하면 의료과오소송에서는 원고인 환자가 의사의 진료상의 과실과 손해, 그 과실과 손해 사이의 인과관계의 존재를 입증하여야 하기 때문에 피해자인 환자의 구제는 극히 어렵게 된다. 그러므로 의료과오 소송에서는 소송당사자 사이의 무기평등의 원칙에 입각하여 입증책임의 문제를 다시 조정하기 위하여 의사에게 부당한 피해를 입히지 아니하는 범위에서 환자의 입증부담을 경감하거나 완화하는 제도를 마련하여야 할 필요가 있다고 할 수 있다(김종열, 2005).

손해배상 청구금액 및 판결금액을 살펴보면 5천만원 이상의 고액을 청구한 건수가 전체의 50%를 차지하였는데 주로 발치후의 사망이나 감각이상, 후유장애가 대부분을 차지하였고 교정이나 보철후의 불만족, 악관절 장애 등도 상당수가 있었다. 이렇게 고액을 청구하는 상황을 보면 한번 소송으로 의사는 타격을 크게 받을 수 있으므로 이는 환자, 의사에게만 주어지는 의무나 부담이 되어서는 안되고 의사배상책임보험과 의료조정위원회 등이 제 역할을 할 수 있어야 하며 정부도 외국의 경우처럼 어느 정도 책임을 분담할 수 있어야 한다. 미국의 경우 1970년대 중반 의료과오 배상청구의 폭주와 손해배상제정액의 폭등으로 인하여 보험업계가

심각한 경영위기를 맞아 보험료를 인상하거나 보상범위를 축소하는 등 대응조치를 강구했으며, 의료계 역시 과중한 보험료 부담에 항의, 보험가입을 기피하는 등 반작용을 일으켜 보험의 존립이 어렵게 되었다(Pollack, 1980). 따라서 대부분의 주에서 전치주의를 채택, 법원에 제소하기 전에 조정위원회의 중재를 받거나 심사되도록 입법화 하고 있다(치과임상, 1990). 1990년 치과임상지에 보고된 선진국의 의료분쟁 대처방안에 따르면 일본에서는 1973년 일본 의사회 자신이 보험회사와 계약을 체결하는 일본 의사회 의사배상책임보험이 만들어졌다. 이 보험은 분쟁의 발생시 의학, 법률분야의 전문가로 구성된 배상책임심사위원회에서 의사와 환자, 그 누구에게도 치우치지 않는 중립적인 판정을 하여 양측 의료분쟁 당사자 모두에게 신뢰를 받고 있다.

치과 의료소송과 관련된 의사 수에서는 관련의사가 2명 이상인 경우가 26.7% 이었고 내과영역에서는 50% 이었는데 이 역시 의뢰, 전원과 관계된 것이라 생각된다. 이와는 반대로 치과의사간 치료에 대한 개념이나 설명이 달라서 상호 문제를 유발하는 경우도 종종 발생하고 있는데 윤정아(2005)의 연구에 의하면 다른 치과의사에 의해서 본인의 치료가 의료분쟁으로 발전된 경우는 13.59%로, 적지 않은 치과의사가 다른 치과의사의 부주의로 의료분쟁을 경험하고 있는 것으로 나타나 문제의 소지가 있는 환자에 대해서는 치과의사 상호간에 생길 수 있는 의료분쟁의 예방을 염두에 두어야 할 것으로 나타났다.

의료과실의 유무에서는 재판에서 의료과실로 인정한 경우가 46.7% 이었는데 이중 예를 들면 보철치료 중 금관이 기관지로 넘어간 경우, 영구치 결손 확인 없이 유치를 발치한 경우와 같이 의학적 지식이 없어도 의사의 과실을 인정할 수 있는 경우도 있었지만 과학적인 판단으로는 한계가 있을 수밖에 없는 의료행위를 법적으로 판결을 내리는 경우 원고, 피고 모두 불만을 가질 수 있는 상황을 알 수 있

었다. 한편 신체감정은 법관의 판단능력을 보충하기 위하여 특별한 학식, 경험을 가진 제 3자로부터 그 전문지식, 또는 그 지식을 구체적 사실에 적용하여 얻은 판단을 소송상 보고하게 하는 증거방법이다. 의료과오소송의 경우에 현재의 신체장애의 부위 및 정도, 기왕증, 노동능력 상실정도, 간호인의 필요 여부 및 정도, 향후치료비, 여명 등의 감정을 위하여 신체감정을 하여야 할 경우가 있다. 일부에서는 어느 정도 진료상 과실의 존재가 입증된 후에야 신체감정을 실시하는 것이 바람직하다는 의견도 있지만 그러나 신체감정을 통하여 신체의 상태, 기왕증의 유무, 치료방법의 적정성, 그 경과, 후유증 등 의사의 의료과오 판단을 위한 전제사실을 확정할 수 있을 뿐 아니라 직접적인 과실을 밝힐 수 있는 경우도 많이 있으며, 환자의 현재 상태를 객관적으로 확인한 후에야 환자에 대한 진료기록을 중심으로 정확한 진료기록감정을 실시할 수 있으므로, 대체로 재판의 초기에 신체감정을 실시하도록 권유하는 것이 바람직할 것이다. 또한 재판과정에서 신체감정의 결과는 중요한 지침이 된다. 치열 교정과정 중 견치피사가 되어 변색이 된 사건의 판결문을 예를 들면 “살피건대, 감정중인 000의 증언과 이 법원의 00대학교 병원장에 대한 신체감정촉탁결과에 변론의 진취지를 종합하면, 소구치를 발치한 후 교정장치로 치아를 과도하게 견인하면 신경부분에 손상을 주어 치아가 피사하게 될 가능성이 있는데, 보통의 교정치료 과정에서 견치가 피사하는 경우는 거의 드물고 상악 좌우측에 동일한 T형 스프링을 장착하였다 하더라도 그 장치가 잘못 설치되었다면 한쪽 치아에만 이상이 있을 수도 있으며, 저작장애로 인하여 견치가 피사되는 경우는 거의 생각하기 어렵다는 사실을 인정할 수 있고 이에 반하는 피고 000 본인신문결과는 이를 믿지 아니하고 달리 반증 없으므로 원고의 상악 좌측 견치가 피사된 것은 위 피고가 위 장치를 잘못 설치하거나 너무 강하게 조인 과실로 인하여 발생한 것으로 추인함이 상당하다고 할 것이니 피고들은 이로 인하여 원고가 입은 손해를 배상할 책임이 있다.”에서 처럼 신체감정의 역할 및 중요성을 인지할 수 있다.

의사패소 판결의 주안점은 주의의무 위반이 72.2%, 설명의무 위반이 16.7%로 조사되었다. 주의의무란 사람의 생명과 건강을 담당하는 의료인으로서 환자의 상태에 충분히 주의하고 진료당시의 의학적 지식에 입각해서 그 치료방법의 효과와 부작용 등 모든 사정을 고려하여 최선의 주의를 기울여 진료를 해야 할 의무를 말한다. 한편 의사가 환자에게 부담하는 진료채무의 성질은 질병의 치유와 같은 결과를 반드시 달성해야 할 '결과채무'가 아니라, 환자의 치유를 위해 선량한 관리자로서 주의의무를 가지고 진료당시의 의료수준에 비추어 필요하고도 적절한 진료조치를 다해야 할 채무, 이른바 '수단채무'라고 보아야 한다. 따라서 진료의 결과가 나쁘다는 사실만을 가지고 곧바로 의료상의 과실이 있다고 추정할 수는 없고, 마찬가지로 진료의 결과가 불가항력적이라는 사실만으로 의료상의 과실이 없다고 추정해서도 곤란할 것이다(김선중, 2005). 본 연구의 판례중에서도 악관절 농양이 뇌농양으로 발전하는 것을 막지 못하여 주의의무 위반으로 판결된 예가 있었는데 판례요지는 다음과 같았다. “위 인정사실에 의하면 피고 병원 의사인 위 000은 원고의 개구장애 및 동통 증세가 악관절농양에 기인한 것으로 진단하고 원고에 대하여 좌측 악관절 부위의 절개 및 배농술과 화농성조직, 괴사조직의 소파술을 시행함에 있어서는 악관절 부위의 농양을 완전하게 제거하고 적절한 항생제를 투여함으로써 원고의 병증을 발본색원하였어야 함에도 이에 이르지 못하여 측두하와의 염증이 여전히 악관절농양에 잔존하게 되어 이 염증이 두개저로 확산, 뇌농양으로 번지게 한 잘못이 있고, 또한 피고 병원 의사들로서는 원고가 피고 병원에 재내원하여 지속적인 진단과 치료를 받았음에도 불구하고 별다른 증세의 호전 없이 계속하여 두통과 고열, 발한, 불규칙적인 체온 상승, 동통 등을 호소하고 있는 경우에는 이와 같은 원고의 증세가 뇌농양의 전형적인 증세의 발현일 뿐만 아니라 원고가 기왕에 치료받은 악관절농양의 경우 그 부위가 뇌와 근접한 거리에 있어 뇌농양의 한 원인이 될 수 있음에 유의하여 좀더 자주 컴퓨터단층촬영검사 또는 MRI 촬영 등 정밀검사를 실시하였더라면 원고의 위와 같은 증세의 원인

이었던 뇌농양을 조기에 발견할 수 있었을 것임에도 이를 간과하고 원고가 재내원한 뒤 1992. 5. 12. 단 한번 CT 및 MRI 촬영을 시행하였을 뿐 원고의 좌측 전이개부 부위에서 다량의 농이 자연 배출되고 원고가 갑작스러운 발작 증세를 보일 때까지 원고에게 항생제 및 진통제의 투여 등 기본적인 약물치료만을 하는데 그쳐 원고로 하여금 적기에 뇌농양의 치료를 받지 못하게 함으로써 그로 인한 뇌실질손상에 이르게 한 잘못이 있다 할 것인바, 그렇다면 피고는 원고의 뇌농양이라는 결과가 악관절 부위의 절개, 배농술 및 소파술을 시행함에 있어서 또는 위수술 후 원고의 용태를 관찰하고 예후를 진단함에 있어서의 잘못으로 인한 것이 아니라 전혀 다른 원인으로 말미암은 것이라는 입증을 다하지 못하는 이상 위 의사들의 사용자로서 그들의 위와 같은 불법행위로 인하여 원고가 입게 된 모든 손해를 배상할 책임이 있다.”

설명의무란 의사가 의료행위를 함에 있어, 환자에게 질병의 증상, 진료의 필요성, 진료방법, 진료에 따르는 위험, 예후 등을 설명하여야 할 의무를 말한다. 대법원 1995.1.20 선고 94다3421 판결은 의사의 설명의무에 관하여 “일반적으로 의사는 응급환자의 경우나 그 밖에 특단의 사정이 없는 한, 진료계약상의 의무 내지 침습 등에 대한 승낙을 얻기 위한 전제로서, 당해 환자나 그 법정대리인에게 질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명하여, 당해 환자가 그 필요성이나 위험성을 충분히 비교해 보고 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택할 수 있도록 할 의무가 있다”고 판시하였다. 본 연구의 판례 중에서도 이비인후과 수술을 위해 기도삽관이 요구되는 환자에서 치아동요도로 인해 1개치아의 발치가 결정된 상태에서 발치를 담당한 치과의사가 의뢰된 내용을 정확히 확인하지 않고 만성치주염으로 인해 향후 발치가능성이 높은 치아를 환자의 동의 없이 임의로 다수 치아를 발거하여 분쟁으로 발전하였고 재판에서 설명의무 위반이 인정된 예

가 있었다.

의료분쟁에 대한 대안 제시

앞선 판례 분석을 통해 현재 치과의료 영역 의료분쟁의 현황과 주요 쟁점들을 살펴보았다. 의료과오사건에 대한 법원의 판결은 비전문가인 판사에 의해 판결이 내려진다는 맹점도 있으나 당해 의료행위에 있어서 의사가 갖추어야 할 의학 내지 의료의 수준을 제시하고, 그 이후 발생한 의료분쟁에 대하여 선례로서 중요한 역할을 담당하며, 의료환경과 국민의 의식에 직접적인 변화를 일으키기도 한다. 한편 의료인 단체에서는 의료분쟁을 예방하기 위해, 환자나 가족 등은 의료분쟁시 적극적인 대응을 위해 각각의 대처방안, 예방수칙 등을 강조하여 왔으나 의료분쟁의 성격상 모든 것이 원만히 해결되기는 어려운 현실이다.

의료분쟁이라는 것은 그 정의에서도 알 수 있듯이 의료행위로 인하여 생기는 분쟁인데 그 나타난 결과가 환자 측이 바라는 효과에 반하여 다름이 있는 것으로 의료행위상에 아무런 과실이 없어도 환자 측의 이의제기로 발생하는 것을 뜻한다. 또한 상황에 따라 누구는 이의제기를 하고 누구는 이의제기를 하지 않는데 이는 의사와 환자사이에 신뢰라는 변수가 개입이 되면서 중요한 요소로 작용하고 있기 때문에 막연하지만 대부분의 사람들이 신뢰를 거론하게 된다.

신뢰란 어떤 개인과 제도들이 적합하게 움직이고 일들을 숙련되고 책임감 있고 그리고 우리의 이익을 우선 고려하는 방향으로 수행할 것이라고 믿는 것을 의미한다(Barber, 1983). 그러나 미래에 대해 확신한다는 것은 불가능한 것이기 때문에 신뢰는 항상 위험을 동반하게 된다(Luhmann, 1988). 누구를 신뢰한다는 것은 개인의 속성이기도 하지만 신뢰를 받아야 하는 개인과 집단이 그 동안 보여준 행동

의 결과이기도 하며 그리고 상호작용의 내용이기도 하다(Earle 등, 1995).

그러므로 신뢰는 변화하는 사회적 상황으로 신뢰를 의심케 하는 행위에 의하여 쉽게 도전을 받게 되는 가변적인 것이라 할 수 있다. 신뢰는 다양한 요인에 의하여 영향을 받으며 신뢰를 얻는 데는 상당한 시간을 필요로 한다. 그러나 단 한번의 실수가 그 동안 헌신적인 노력을 통하여 쌓아 놓은 신뢰를 쉽게 무너뜨리기도 한다. 신뢰가 부정적인 사건들과 경험에 의하여 보다 쉽게 붕괴될 수 있다는 경험적인 연구 결과에 따르면 부정적인 사건들은 보다 눈에 띄기 쉽고 심리적으로 보다 부담스러우며 보다 믿을 만한 것으로 간주되는 경향이 있기 때문이다. 뿐만 아니라 부정적인 사건이나 경험은 신뢰회복에 필요한 긍정적인 경험을 방해하기 때문이다(Kasperson 등, 1992 ; Slovac P, 1993).

이론적으로 신뢰는 개인간의 신뢰와 사회적 신뢰로 나누어 접근할 수 있다. 개인간의 신뢰는 사적인 형태로 가족처럼 어렸을 때부터의 경험에 의하여 형성되는 것으로 상당히 심리적인 의미를 함축하고 있다. 반면 사회적 신뢰는 추상적이며 인지적인 특징을 가지고 있다. 그리고 공유하고 있는 가치와 규범 그리고 이해에 의한 추론에 많은 부분 근거하고 있다. 그러므로 의료계 자체는 믿을 수 없는 집단이지만 동시에 의사 개인에 대하여서는 신뢰를 하는 현상이 가능한 것이다 (Blendon 등, 1989 ; Parker 등, 1993 ; Kasperson 등, 1992 ; Mechanic, 1996).

개인간의 신뢰는 오랜 기간 동안 경험되어지는 상호작용에 의하여 형성이 되는 반면 사회적 신뢰는 대중매체에 의하여 그리고 시사적인 사건들에 의하여 상당부분 형성된다. 의사의 숙련성, 책임감, 그리고 염려하는 태도 등에 대한 환자의 경험들을 바탕으로 하여 의사와 환자간의 개인적 신뢰는 형성되는 것이다. 그리고 높은 수준의 개인간의 신뢰는 당연히 사회적 신뢰에도 긍정적인 영향을 준다. 기

관에 대한 높은 신뢰는 그 기관에 종사하는 사람들에 대한 높은 신뢰로 연결된다. 명성을 가진 의료기관은 그 곳에 종사하는 구성원들을 엄선하고 적절하게 감독하고 관리할 것으로 가정하기 때문이다. 비슷하게 개인 의사와 간호사들에 대한 개인적인 경험과 신뢰는 그들이 속한 기관에 대한 신뢰로 일반화되어지고 고객을 그 의료기관에 소개하는데 영향을 미치게 된다(Schlackman, 1989).

신뢰는 복잡성을 감소시킨다. 즉 불확실성 속에서 질서를 가능하게 한다. 다시 말해서 공식적인 계약, 법, 다른 규제들이 신뢰를 대신하기 위한 방편들이지만 아무리 정교한 공식적인 체제도 불확실성 속에서 가능한 모든 우발적 상황을 예측하고 계획할 수는 없다. 불확실성이 높으면 높을수록 신뢰에 의존하여야만 하는 정도는 높아진다. 높은 불확실성하에서는 높은 신뢰가 유지되어야만 효율적이 되고 개인적, 사회적 비용절감이 가능해진다.

그러나 신뢰의 다른 측면은 위험성이다. 업무수행에 있어 기존의 의료기관들과 의사들 사이에 존재하는 다양한 변이들은 맹목적인 신뢰로 인해 환자 자신의 생명을 위태롭게 할 수 있다는 것을 의미한다. 그러므로 불확실성하에서 신뢰와 불신사이의 적절한 균형을 발견하는 것과 의료기관들과 의사들을 항상 믿을 만하게 유지할 수 있는 수단을 마련해야 하는 것은 중요한 문제라고 할 수 있다.

환자 개인들은 이 균형점을 오랜 기간 걸쳐서 반복적으로 경험하게 되는 의사와의 관계를 통하여 찾아내게 된다. 믿을 만한 관계가 확립되어 있는 경우 의료기관과 의사는 불확실성하에서 발생한 문제들에 대하여 환자의 이해를 쉽게 얻을 수가 있게 되는 것이다(Cassell, 1995).

환자를 만나거나 치료를 하는 일 그 자체가 신뢰에 대한 가치를 가지고 있다. 그러므로 환자와의 사이에 신뢰에 반하는 사소한 언행과 태도는 그 가치를 조금

씩 떨어뜨린다고 볼 수 있다. 우리들이 의료분쟁에 관하여 예방을 하는 일은 환자를 처음 대면할 때부터 시작된다. 일이 발생되고 나서 신뢰를 쌓겠다고 한다면 그것은 돌아올 수 없는 다리를 건널 때와 비슷한 상황이 된다. 의료분쟁 사례를 이러한 신뢰에 대한 기본 개념을 두고 본다면 많은 도움이 되리라 생각되며 의료분쟁은 쉽게 다가오지 못할 것이다.

전문적이 가지고 있는 자율성과 자기규제

전문직은 외부의 통제로부터 자유로울 수 있는 특권을 가지게 되는데 이를 자율성의 핵이라고 하고 다음과 같은 주장에 의하여 정당화되어야 한다(Freidson, 1970). 먼저 자율성은 전문적이 가지고 있는 사회적 지위에 대한 핵심으로 일반인은 지식과 기술을 독점하고 있는 전문가의 업무나 그 결과를 정확히 평가할 수 없으므로 함부로 규제해서도 안된다. 그러나 이들이 가능한 것은 전문가들이 누구의 감독을 받지 않고도 양심적으로 자신들에게 부여된 일들을 책임 있게 수행하고 만약 윤리적 혹은 능력적 측면에 문제가 있을 때에는 전문가 집단 자체가 적절한 규제를 함으로써 유지할 수 있기 때문이라는 주장이다.

즉, 전문직의 자율성은 자기 규제에 의하여 시험될 수 있다. 불확실성하에서 전문가인 의사들의 의료행위에 대하여 신뢰를 부여하는 것은 전문가의 자율적인 자기규제를 믿었기 때문이다(김정화, 1998).

의료 현실은 변화하고 있다. 과거에는 의사의 권위로 의사와 환자 관계가 유지되는 것이 가능하였을 수도 있다. 그러나 사회는 빠르게 변하고 있으며 언제까지나 히포크라테스를 내세워 의사를 믿어만 달라고 할 수가 없다. 이제는 우리에게 새로운 개념이 필요하며 그 대안으로 자율성(Autonomy)을 권하고 싶다.

자율성(Autonomy)의 회복

자율성(Autonomy)은 단체뿐만 아니라 개인에게도 적용되는데 의사는 환자가 불편감을 호소하는 순간 당혹스럽고 피하고 싶게 된다. 더 이상 치료를 받으려고 온 처음의 환자가 아닌 다른 환자가 된 것으로 느껴져 만나기도 싫을지 모른다. 결국 환자는 이곳저곳으로부터 많은 정보를 수집하게 되며 많은 의료정보로 중무장하여 다시 의사 앞에 나타나게 된다. 상황은 반전되어 환자는 계속적으로 항의하고 민원을 제기하며 심지어 고소까지 하게 되어 의사의 고통은 극에 달하게 된다. 사실, 의사는 이런 상황이 되지 않도록 자신의 손으로 할 수 있는데 까지 최선을 다해야 한다. 환자의 불편을 함께 고민하고 해결하려는 노력들, 즉 환자를 위해 최선을 다하는 모습을 보여야 한다.

이런 것이 자율성의 회복이요, 의사의 참모습이고 환자가 원하는 모습이다.

요즈음 일반인들은 많은 의사들이 영리만을 지나치게 추구하고 있다며 따가운 시선으로 지켜보고 있다. 이러한 상황에서 원치 않는 의료사고나 의료분쟁의 해결마저 우리가 외면한다면 더욱 고립될 것이다. 의사나 환자의 잘잘못을 떠나 예기치 않은 합병증으로 고통 받고 있는 환자에게 상황을 잘 설명하고 최선의 치료를 받을 수 있도록 도와주는 일은 의사들의 몫이며 우리의 자율성을 회복할 수 있는 기회다. 최소한 처음 치료를 받으러 왔을 때의 그 느낌만이라도 가지면서 환자의 호소에 귀 기울이고 환자를 돌본다면 환자는 최소한 다른 곳에 가서 올바르게 못한 정보로 인해 갈등을 일으키지는 않을 것이다. 물론 이러한 일을 도모하고 체계를 갖추려면 특별한 교육과 체계가 필요하다. 이를 위해 치의학과 학부교육 때부터 의사윤리 및 법률부분에 대한 교육, 의료분쟁과 관련된 교육이 필요하며 치과 의사가 된 이후에도 지속적인 재교육이 요구되기에 본 연구와 같은 판례가 좋은 지침이 되리라 사료된다.

V. 결 론

본 연구에서는 1994년부터 2004년까지 치과영역에서의 전국 지방법원의 민사 관련 판결문을 연도 및 유형별 분포, 치과영역 의료분쟁의 원인, 원고의 소송결과, 치과 의료소송에 관련된 병원유형, 치과 의료소송의 심급별 구성비율, 손해배상 청구금액 및 판결금액, 소송과 관련된 의사 수, 판결시까지의 소요기간, 의료과실 및 신체감정 유무, 의사 패소 판결의 주안점의 항목으로 나누어 분석하였고 다음과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

1. 최근 10년간의 의료소송을 보면 1994년부터 1999년 사이의 조사된 소송 건수는 8건(26.6%)이고 2000년 이후 2004년 까지의 소송 건수는 22건(73.4%)으로 2000년 이후 급증하는 추세를 보였다.
2. 치과영역 의료소송의 유형별 분포에서 발치와 관련된 소송이 11건(36.7%)으로 가장 높게 조사되었다.
3. 치과영역 의료소송의 원인을 분석한 결과 불편감, 치료 불만족과 관련된 소송이 11건(36.7%)으로 가장 높게 나타났고 사망과 관련된 경우도 5건으로 나타났다.
4. 원고의 소송결과 승소 및 강제조정, 화해권고결정이 18건(60%)이었고 원고패소가 12건(40%)로 나타났다.
5. 소송에 관련된 병원유형은 치과의원이 18건(60%)으로 가장 높게 나타났다.

6. 소송의 심급별 구성 비율에서 2,3심까지 진행된 경우도 9건(30%)를 차지하였다.
7. 손해배상 판결금액은 1천만원 이상 3천만원 미만인 12건(40%)으로 높은 비율을 보였고 1억원 이상도 2건(6.7%)으로 조사되었다.
8. 소송과 관련하여 치과의사가 2명 이상 관련된 경우도 8건(26.7%)으로 나타났다.
9. 소송에서 판결까지의 소요기간은 11개월에서 20개월이 14건(47.7%), 21개월에서 30개월이 11건(37.7%)이었고 31개월 이상 진행된 경우도 3건(10.0%)을 차지하였다.
10. 판결 결과 의료과실 유무에서는 과실을 판정한 경우가 14건(47.7%)으로 조사되었다.
11. 소송과정에서 판결에 중요한 역할을 하는 신체감정이나 사실조회가 이루어진 경우는 21건(70%)으로 높은 비율을 보였다.
12. 의사패소 판례(18건)에서 판결의 주안점은 주의의무위반이 13건(72.2%)으로 나타났고, 설명의무위반이 3건(16.7%)을 보였다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 치과영역에서의 의료관련 소송은 계속 증가하는 추세로 치과진료 전영역에서 발생되고 있으며, 배상금액 또한 고액이며, 재판과정이 1년 이상 장시간 진행됨에 따라 치과의사에게 커다란 심적, 물적 부담을 주고

있다. 특히 판결 결과, 의료인의 의무와 관련된 부분이 의료과실의 중요한 요소로 작용하기에 이들에 대한 인식의 제고가 필요하며, 아울러 치과의사들의 의료사고 예방 및 대책에 대한 교육을 더욱 강화시켜야 할 것이다.

참 고 문 헌

김상찬 : 의료사고분쟁에 대한 판례의 경향과 그 해결방안. 법과 정책 3: 225-267, 1997.

김선중 : 의료과오소송법, 박영사, 2005.

김정화 : 의료사고와 분쟁의 현황과 쟁점: 의료사회학적 접근, 한국사회학 32: 395-426, 1998.

김종열 : 법치의학, 지성출판사, 2005.

김재홍 : 서울시 개원치과의사의 의료사고 유형 및 대책에 관한 조사연구, 석사학위 논문, 연세대학교 대학원, 서울, 1998.

김충열 : 내과 영역의 의료과오에 관한 판례분석, 석사학위 논문, 연세대학교 보건대학원, 서울, 2000

문국진 : 의료법학, 청림, 1991.

사법연감 : 법원행정처, 1990-1998.

선진국의 의료분쟁 대처방법 : 치과임상 8: 68-71, 1990.

신현호 : 치과의료기관의 의료사고에 관련된 법률문제, 제45회 대한치과의사협회 종합학술대회 발표논문, 2004.

윤정아 : 서울특별시 개원 치과의사의 의료사고 및 분쟁의 유형과 대책에 관한 연구, 박사학위 논문, 연세대학교 대학원, 서울, 2005.

이덕환 : 의료행위와 법, 문영사, 1998.

조운영 : 산부인과 영역의 의료분쟁에 관한 판례분석. 연세학술논집 32: 271-310 2000.

치과 의료분쟁 실태조사 : 한국 소비자보호원 분쟁조정 2국 의료팀, 2005.

Barber B : The logic and limits of trust. 1983, Rutgers University Press, New Brunswick, N.J.

Blendon RJ, Taylor H : Views on health care: Public opinion in three nations. Health affairs 8: 149-57, 1989.

Cassell EJ : Teaching the fundamentals of primary care. Milbank quarterly, 73: 373-405, 1995.

Earle TC, Cvetkovich GT : Social trust: Toward a cosmopolitan society. Westport, Conn: Praeger, 1995.

Freidson E: Profession of medicine : A study of sociology applied knowledge.

New york : Dodd, Mead, 1970.

Kasperson RE, Golding D, Tuler S : Social distrust as a factor in siting hazardous facilities and community risks, Journal of social issues 48: 161-87, 1992.

Luhmann N : Trust and power. 1989, John wiley, New york.

Mechanic : Changing medical organization and the erosion of trust. Milbank Quarterly 74: 171-189, 1996.

Parker SL, Parker GR : Why do we trust our congressman?. Journal of politics 55: 442-53, 1993.

Pollack BR : Handbook of Dental Jurisprudence and Risk Management, PSG Publishing Co. Inc., 1980.

Schlackman N : Intergrating quality assessment and physician incentive payment Quality Review Bulletin 15 ; 234-37, 1989.

Slovak P : Perceived risk, trust, and democracy. Risk Analysis 13: 675-82, 1993.

Abstract

The jurisdictional precedent analysis of medical dispute in dental field

Byung-Ki Kwon, D.D.S., M.S.D.

Department of Oral medicine/Dental science

The Graduate school, Yonsei University

(Directed by professor Jong-Hoon Choi, D.D.S., M.S.D., Ph.D.)

Along with the development of scientific technologies, health care has been growing remarkably, and as the social life quality improves with increasing interest in health, the demand for medical service is rapidly increasing. However, medical accident and medical dispute also are rapidly increasing due to various factors such as, increasing sense of people's right, lack of understanding in the nature of medical practice, over expectation on medical technique, commercialize medical supply system, moral degeneracy and unawareness of medical jurisprudence by doctors, widespread trend of mutual distrust, and lack of systematized device for solution of medical dispute.

This study analysed 30 cases of civil suit in the year between 1994 to 2004, which were selected among the medical dispute cases in dental field with the judgement collected from organizations related to dentistry and department of

oral medicine, Yonsei university dental hospital. The following results were drawn from the analyses:

1. The distribution of year showed rapid increase of medical dispute after the year **2000**.
2. In the types of medical dispute, suit associated with tooth extraction took **36.7%** of all.
3. As for the cause of medical dispute, uncomfortable feeling and dissatisfaction with the treatment showed **36.7%**, death and permanent damage showed **16.7%** each.
4. Winning the suit, compulsory mediation and recommendation for settlement took **60.0%** of judgement result for the plaintiff.
5. For the type of medical organization in relation to medical dispute, **60.0%** was found to be the private dental clinics, and **30.0%** was university dental hospitals.
6. For the level of trial, dispute that progressed above **2** or **3** trials was of **30.0%**.
7. For the amount of claim for damage, the claim amounting between **50** million to **100** million won was of **36.7%**, and that of more than **100** million won was **13.3%**, and in case of the judgement amount, the amount ranging from **10** million to **30** million won was of **40.0%**, and that of more than **100** million won was of **6.7%**.
8. For the number of dentist involved in the suit, **26.7%** was of **2** or more dentists.

9. For the amount of time spent until the judgement, 46.7% took 11 to 20 months, and 36.7% took 21 to 30 months.
10. For medical malpractice, 46.7% was judged to be guilty, and 70% of the cases had undergone medical judgement or verification of the case by specialists during the process of the suit.
11. In the lost cases of doctors(18 cases), 72.2% was due to violence of carefulness in practice and 16.7% was due to missing of explanation to patient.

Medical disputes occurring in the field of dentistry are usually of relatively less risky cases. Hence, the importance of explanation to patient is emphasized, and since the levels of patient satisfaction are subjective, improvement of the relationship between the patient and the dentist and recovery of autonomy within the group dentist are essential in addition to the reduction of technical malpractice. Moreover, management measure against the medical dispute should be set up through complement of the current doctors and hospitals medical malpractice insurance which is being conducted irrationally, and establishment of system in which education as well as consultation for medical disputes lead by the group of dental clinicians and academic scholars are accessible.

Key Words : medical dispute, civil suit, relationship, autonomy, education