

의료분쟁 조정의 재원조달 방식에 관한 연구

- 전문가들의 델파이 방법을 통한 접근 -

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

박 대 진

의료분쟁조정제의 재원조달 방식에 관한 연구

- 전문가들의 델파이 방법을 통한 접근 -

지도 손명세 교수

이 논문을 보건학석사학위 논문으로 제출함

2009년 6월 12일

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

박 대 진

감사의 말씀

취재현장에서 느꼈던 무지의 소치를 조금이나마 떨쳐 보려는 의욕만으로 신촌 교정의 문을 두드렸습니다. 국내 보건학 교육의 산실로 평가받는 연세대학교 보건대학원에서의 지난 2년은 제 업무는 물론 인생에서도 너무나 값진 시간이었습니다. 교수님들의 열강은 제 머리와 가슴에 차곡차곡 쌓여 내공으로 승화됐고 동문들의 학업에 대한 열정은 현실에 안주하던 제 자신에게 분발을 촉구하는 채찍으로 작용했습니다.

지난 시간을 되돌아 보면 학교생활 중 가장 어려운 관문이 바로 ‘논문’이 아니었나 싶습니다. 선배들로부터 논문에 대한 으름장을 들으면서도 막연한 자신감으로 흘리고 말았던 자신의 아둔함에 통탄할 따름이었습니다.

‘갈팡질팡’하며 발을 동동 구르던 제게 주제선정부터 연구방향까지 세밀하게 지도편달을 아끼지 않으신 손명세 교수님께 진심어린 존경과 감사의 말씀을 전합니다. 아울러 빼곡한 일정에도 불구하고 논문을 지도해 주신 김소운 교수님과 박형욱 교수님께도 감사의 마음을 드립니다.

또한 제 학업을 위해 음양으로 도움을 준 우리 데일리메디 식구들과 본 논문이 나오는데 결정적 도움을 주신 22명의 전문가 분들께 감사의 말씀을 올립니다.

마지막으로 언제나 믿음과 사랑으로 응원해 주는 여섯 누나와 매형, 조카들, 특히 사랑하는 아내와 소중한 두 딸 예린, 소울에게 고마움을 전합니다.

2009년 6월

박대진 올림

목 차

국문요약

I. 서론	1
1.1 연구 배경	1
1.2 이론적 배경	3
1.2.1 문헌고찰	3
1.2.2 선행연구와의 차이점	5
1.3 연구개념의 틀	6
II. 의료분쟁 해결 현황 및 문제점	7
2.1 의료분쟁 해결제도	7
2.1.1 사법적 의료분쟁 해결제도	7
2.1.2 비사법적 의료분쟁 해결제도	8
2.2 의료분쟁 해결제도별 문제점	11
2.2.1 사법적 해결방법	11
2.2.2 비사법적 해결방법	11
2.3 의료분쟁 해결비용 분석	14
2.4 의료분쟁 해결 재원조달 문제	18
2.4.1 보상의 주체	18
2.4.2 외국의 보상시스템	19
III. 연구 방법	23
3.1 델파이 분석의 접근	23
3.2 연구 참여자 선정	24
3.3 자료수집	25
3.4 자료분석	26
3.5 연구의 윤리성	27

IV. 연구결과 및 고찰	28
4.1 연구결과	29
4.1.1 텔파이 1차 설문 분석결과	29
4.1.2 텔파이 2차 설문 분석결과	31
4.1.3 텔파이 3차 설문 분석결과	34
4.2 연구의 제한점	37
4.3 고찰	37
4.3.1 사보험과 의사배상책임제도	37
4.3.2 의료분쟁 해결 기금	38
4.3.3 위험도 상대가치	39
4.3.4 의료분쟁 조정법	41
V. 결론	42
참고문헌	45
부록	48
영문초록	61

국 문 초 록

의료분쟁에 대한 의료인들의 분쟁해결을 위한 노력의 회피 및 방관, 환자측의 탈법적인 실력행사 및 이에 따른 타협적 해결방식이 일반화 된 것은 의료분쟁을 합리적으로 해결할 수 있는 제도적 장치의 미비와 분쟁해결 비용에 대한 부담에 기인하는 바가 크다고 할 수 있다. 의료법상의 분쟁조정 에 관한 규정들을 두고 있으나 이들은 의료인에게 행정적 의무를 부과하는 의미만을 가질 뿐이며 적절한 의료분쟁을 조절하기에는 미흡한 실정이다. 또 의사들은 과도한 의료분쟁 해결비용의 부담을 피하기 위해 자신의 책임을 회피하는 경향으로 발전하고 있다.

때문에 의료소비자인 국민들은 합리적인 해결방식을 찾지 못해 정당한 배상을 받지 못하고 결국은 사생활을 포기하고 불법적인 실력행사에 매달리게 되는 등의 피해를 입고 있다. 의료인 또한 의료기관내에서의 실력행사를 두려워해 방어진료를 하게 되고 목숨이 경각에 달린 환자의 진료를 회피하는 등 적잖은 부작용이 야기되고 있다. 이러한 결과는 국민과 의료인에 고도의 불신상황을 빚는 한 원인이 되고 전반적인 의료풍토를 어지럽히고 궁극적으로는 국민건강을 위협하는 결과를 초래하게 되는 것이다.

나아가 이러한 의료위기 확산과 방어진료의 증가는 검사비용을 증가, 내원일수 감소, 투약건수 증가 등 의료비 상승을 초래한다. 의료분쟁의 증가 및 해결 기간이 장기화됨에 따라 분쟁 당사자인 환자와 의료인이 지출하는 직

접비용뿐만 아니라 분쟁 해결에 소요되는 간접적 사회비용이 급증하고 있다.

적정한 의료서비스의 질을 유지하면서 의료분쟁을 합리적으로 해결하기 위해서는 분쟁해결비용에 대한 의료기관의 직접적 부담을 감소시키면서 환자의 손해와 손실에 대한 적절한 보상을 위한 제도적 기제에 대한 사회적 합의가 필요하다. 이에 본 연구에서는 효율적 의료분쟁 해결을 위한 재원 조달 방식을 모색하고자 한다.

본 연구는 의료분쟁 관련 전문가들의 고견을 토대로 효율적 재원조달 방식을 전망하는 델파이 기법을 사용했다. 설문은 전문가들이 제시한 방안을 취합, 재질의 하는 방식으로 진행 됐으며 이를 토대로 최종 대안을 도출했다. 또한 연구의 배경과 목적에 대한 이해도를 높이기 위해 기존문헌을 고찰했다.

설문결과를 토대로 다수의 전문가들이 고려하는 의료분쟁해결을 위한 효율적 재원조달 방식을 취합한 결과 정부 차원의 의료분쟁 해결기구를 설립하고 이 기구의 재원은 국민건강보험에서 조달하는게 가장 효과적이라는 결론을 내리게 됐다. 특히 현재 건강보험 수가에서 위험도 상대가치를 반영하고 있는 만큼 이 재원을 의료분쟁 해결기구의 재원으로 활용하면 정부, 의료기관, 환자 모두에게 설득력을 얻을 수 있을 것이란 의견이 지배적이었다.

I. 서론

1. 연구 배경

국민건강보험 도입과 급격한 인구의 고령화 등은 국민의 의료이용을 증가시켰고 이 과정에서 의료분쟁 발생빈도 역시 비례적으로 늘고 있다. 의료분쟁은 의사의 진료상의 주의의무위반이나 설명의무 위반에 의해 발생할 수 있으나 의사의 과실이 없음에도 불구하고 불가항력적인 경우에도 발생할 수 있다. 또한 의료기관의 대형화와 새로운 의료기술의 개발에도 불구하고 의료분쟁은 날로 증가하는 추세를 보이고 있다.

실제 현재 의료법에 의한 의료심사조정위원회에 접수된 의료분쟁은 2003년의 경우 6건이고, 의료사고 소송건수는 755건, 한국소비자원에 의해 피해구제가 된 사례는 2005년 1094건으로 집계되고 있다. 하지만 실제 발생하는 의료사고의 극히 일부일 것이라는 데 대해 대부분 동의한다.

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 사고의 존재와 함께 진료거부권이 없는 의료기관 및 의료인력을 보호하기 위한 제도적 장치가 필요하다. (차일권, 오승철, 2006)

그럼에도 불구하고 지난 1990년대부터 논의된 의료분쟁 관련법률은 사회적 합의의 부족으로 현재까지 표류하고 있으며 의료법상의 분쟁조정제도, 자생적인 보험제도는 그 활용이 극히 미흡한 실정이다.

이러한 상황에서 의료인들의 의료분쟁 해결을 위한 경제적 압박이 가중되기 시작했고 최근에는 금전적 문제를 해결하기 위해 사보험 가입이 늘고 있는 추세다.

건강보험 진료위험도 상대가치연구개발 최종보고서에서 전체 의료분쟁의 규모를 파악한 결과 전체 의료분쟁 해결의 총비용은 1850억원 정도로 추계됐다.(의료법윤리학연구소, 2005) 이는 우리나라 전체 의료비용의 1% 정도에 해당되는 금액으로, 의료분쟁에 소요되는 비용을 어떻게 합리적으로 분배해 부담시킬 것인가에 문제의 초점이 있다.

이러한 의료분쟁 비용의 증가와 분배의 문제는 국가, 보험자, 의료기관, 환자 모두가 결부된 문제이다. 적절한 의료서비스의 질을 유지하면서 의료분쟁을 합리적으로 해결하기 위해서는 분쟁해결비용에 대한 의료기관의 직접적 부담을 감소시키면서 환자의 손해와 손실에 대한 적절한 보상을 위한 제도적 기제에 대한 사회적 합의가 필요하다.

그러나 의료과실을 줄이고 의료행위의 안전성을 높일 수 있는 기전을 만들기 위한 사회적, 국가적인 노력이 의료분쟁조정법의 제정과 같은 노력으로 나타나고 있으나 정부의 재정지원수준과 방법에 대한 사회의 제집단 간의 견해차이로 입법화 되지 못하고 있다. 그러나 의료분쟁을 더 이상 방치하게 된다면 우리나라의 의료산업 전체를 붕괴시킬 수 있으며, 궁극적으로 의료소비자인 국민에게 적절한 양질의 의료서비스를 받지 못하게 하는 사태에까지 이를 수 있기 때문에 제도적 해결방안을 모색해야 한다.(김효영, 2008)

이에 본 연구는 의료분쟁 관련 전문가들의 고견을 토대로 의료분쟁 해결의 제도개선안 중 재원조달 방안을 중심으로 모색하고자 한다.

2. 이론적 배경

1) 문헌고찰

의료분쟁에 대한 기존의 연구들은 의료분쟁 발생원인 및 인식에 관한 연구, 의료분쟁 해결 비용에 관한 연구, 의료분쟁의 유형 및 판례분석에 관한 연구, 의료분쟁 해결을 위한 제도적·법적 고찰에 관한 연구 등 크게 네가지 형태로 분류될 수 있다. 여기서는 본 연구에 직접적으로 연관된 의료분쟁 해결 비용에 관한 연구들을 중점적으로 살펴본다.

신동호, 차일권(1998)은 의료사고에 따른 보험금 고액화의 가능성이 높고 피보험자인 의료관계자의 보험료 증가로 보험가입이 기피될 우려가 있어 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 제시했다.

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 리스크 관리방안이 될 수 있다. 둘째, 의료보상기금으로서 이들은 각 지방자치단체에서 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 방안으로서 그 초과액을 지불하게 된다고 기술했다.

연세대학교 의료법윤리학연구소(2005)는 의료분쟁을 처리하는데 소요되는 각 병원들의 비용이 해마다 증가해 1999년 7600만원에서 2003년 1억2000만원으로 늘어났다고 집계했다. 또 총지출평균비용에서 보험회사에서 지출하는 평균비용이 차지하는 비율은 1999년 60.3%, 2000년에는 11.7%, 2001년에는 65.9%, 2002년에는 26.7%, 2003년도에는 38.2%로 꾸준히 증가하고 있다고 분석했다. 특히 연구 이듬해인 2006년 의료분쟁 해결 비용 추계값을 2398억원으로 추계하고 이 비용은 향후 지속적으로 증가할 것으로 내다봤다. 무엇보다 당시 연구를 통해 전체적인 의료분쟁의 해결에 소요되는 전반적인 규모와 그 해결의 흐름에 대해 파악된 만큼 추후 연구에서는 이런 해결과정을 합리적으로 운영하기 위한 제도와 소요 재정에 대한 배분과 그 흐름에 대한 깊이 있는 논의가 있어야 할 것이라고 지적했다.

김효영(2008)은 선진국의 의료분쟁 해결제도를 통해 우리나라의 문제점을 지적하고 다섯 개의 대안을 제시했다. 우선 현행 의료법에 기초해 분쟁조정위원회를 복지부 산하에 두고 활성화하는 것을 비용효과 측면의 최선책으로 제시했다. 그리고 국가재정의 부담을 줄이고, 의사와 의료기관의 참여를 활성화하는 방안으로서 의료기관과 그 대표기관의 역할을 활성화하는 제도를 차선책으로 제시했고, 무과실보상제도의 도입가능성 측면에서 장점을 가진 건강보험공단의 역할을 활성화한 대안도 주목할 필요가 있다고 주장했다. 특히 후자의 경우 우리나라에서 무과실보상제도를 도입할 경우 곧바로 전환이 가능한 제도로서 이용할 수 있는 장점이 있다고 강조했다.

연세대학교 의료법윤리학연구소(2008)는 미국과 영국, 일본 등 세 나라의

진료위험도 관련 수가체계에 대한 자료를 분석, 국내 상황에 맞는 개선책을 제안했다. 연구소는 가장 합리적인 의료분쟁 비용 조달 방안으로 별도의 배상기금 마련을 제시했다. 배상기금만을 별도로 운영하게 되면 모든 의료과오로 인해 피해를 입는 환자를 구제하기 위한 합리성이 더 확보될 수 있을 것이며 실제 사고를 많이 발생한 영역에 더 많은 보험료를 받는 등의 운영상의 용이성도 확보될 수 있으며, 관련 정보에 대한 활용도 역시 높을 수 있을 것으로 예상했다. 그러므로 향후 이 제도를 발전시켜감에 있어서 가장 중요한 환자에 대한 피해를 구제하고 또한, 의료사고가 발생하지 않게 최소화하며, 안정된 환경에서 의료인들이 진료할 수 있는 최선의 방안이 무엇인가를 모색하는 과정을 심도 있게 연구해야 한다고 제안했다.

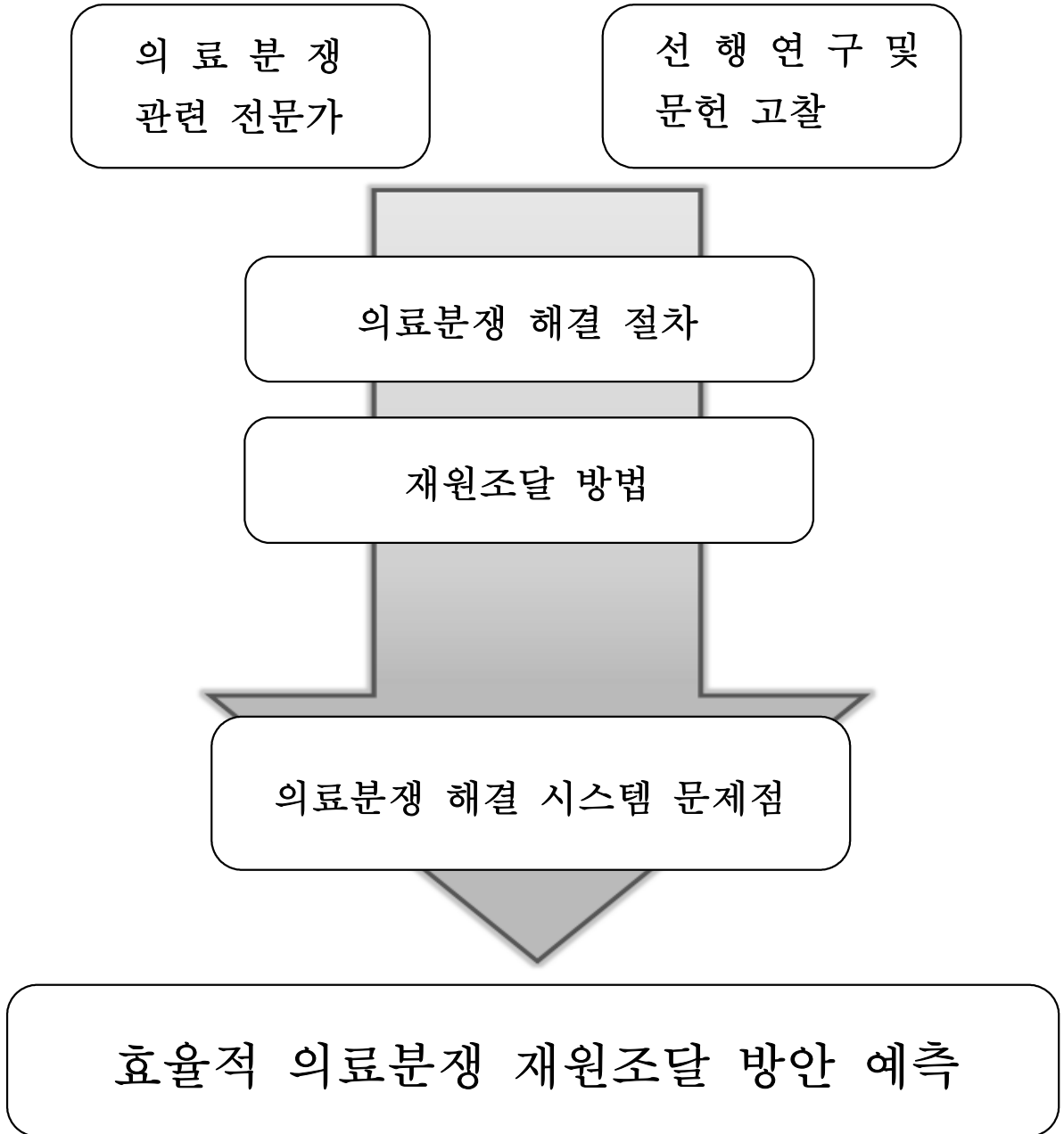
2) 선행연구와의 차이점

선행연구들은 그동안 의료분쟁 해결에 소요되는 비용 추계 연구가 없는 상황에서 상당히 객관적인 기준을 통해 관련 비용을 정리하고 예상했다는 점에서 큰 의미를 갖는다. 뿐만 아니라 보험업계에서도 의료분쟁의 시장성을 간파하고 이에 따른 대책을 모색, 사보험 시장의 활성화 노력이 엿보인다.

특히 연세대 의료법윤리학연구소에서 두 차례에 걸쳐 시행한 연구들은 국내 의료분쟁 비용 현황을 한 눈에 파악할 수 있고 현 건강보험수가 시스템 하에서 어떻게 재원조달을 해야하는지를 제시해 주고 있다.

본 연구에서는 의료분쟁 해결에 소요되는 비용에 관한 연구와 맥(脈)을 같이해 막대한 의료분쟁 해결 비용의 심각성을 짚는데 그치지 않고 궁극적으로 전문가들의 고견을 토대로 효율적인 재원조달 방식을 제시하고자 한다.

3. 연구개념의 틀



[그림 1] 연구개념의 틀

II. 의료분쟁 해결 현황 및 문제점

1. 의료분쟁 해결제도

1) 사법적 의료분쟁 해결제도

초기단계에 분쟁이 종결되는 유형으로 당사자간의 합의, 즉 민법상 화해를 통한 사적 해결방법으로 해결되는 것이 일반적인 현상이다. 그러나 합의가 이뤄지지 않을 경우에는 결국 법원을 통한 법적절차에 따른 해결로 갈 수 밖에 없다.

(1) 민사소송

비록 의료분쟁의 경우뿐만 아니라 민사 분쟁 시는 당사자간의 합의에 의한 방법이 가장 바람직한 해결 방법이라고 할 수 있으나 의견차이로 합의가 이뤄지지 않을 경우는 민사 소송으로 갈 수 밖에 없다. 그러나 현행의 의료분쟁으로 인한 재판은 양당사자에게 엄청난 정신적, 시간적, 경제적 부담을 주고 있으므로 최후의 수단이 돼야 한다. 실질적으로 소송이 진행됐을 경우는 양당사자 모두에게 손실이 크다.

(2) 민사조정법에 의한 민사조정

1990년 민사조정법이 제정, 공포되어 1990. 9. 1부터 시행되고 있다. 이 법은 민사에 관한 분쟁을 간소한 절차에 따라 당사자 사이의 상호 양해를 통해 조리를 바탕으로 실정에 맞게 해결함을 목적으로 제정된 법으로서 분쟁의 당사자는 법원에 조정 신청을 하면 된다.

소송이 분쟁을 명확히 해 주는 장점이 있으나 패소 쪽의 큰 손실이 되고, 시간도 오래 걸릴 뿐만 아니라 비용도 많이 드는 단점이 있다. 이에 비해 조정제도는 당사자간의 감정대립을 줄이고 시간과 비용도 절감 할 수 있는 장점이 있다.

2) 비사법적 의료분쟁 해결제도

의사와 환자간에 의료분쟁이 있는 경우 위에서 언급한 바와 같이 소송에 의한 사법적 해결방안을 강구할 수 있다. 그러나 분쟁의 원활한 해결이라는 관점에서 보면 사법적 해결을 통한 과거의 침해에 대한 해결만을 담당하는 소극적 기능에서 더 나아가 비사법적 해결을 통한 현재의 분쟁당사자간의 이해를 조정하고 미래의 상황에 대비하는 예비적 해결책의 강구라는 적극적 기능이 요구된다(박동식, 2005).

(1) 의료심사조정위원회

환자와 의사 사이의 의료사고로 인한 분쟁을 최소화하기 위해서는 과실판정, 손해사정 및 피해보상 등과 같은 쟁점사안을 신속하고 공정하게 조정해 이를 처리해 줄 객관적인 기구가 필수적이다. 그리하여 공인된 심사기구를 두어 의료에 관한 전문적이고 기술적인 심사를 하도록 해 효과적인 조사와 체계화를 위해 1981. 12. 31 의료법 개정으로 의료분쟁의 장을 신설, 의료행위로 인해 생기는 의료분쟁을 조정하기 위해 중앙과 지방에 각각 의료심사조정위원회를 설치토록 했다(추호경, 전게서 43명).

설립목적은 의료분쟁이 법적 문제로 확대되기 이전에 객관적이고 공정한 입장에서 분쟁을 조정한다는 것이었다. 따라서 환자측은 경제적, 시간적으

로 어려움이 많은 소송절차를 거치지 않고도 피해를 보상받을 수 있도록 한 것이다.

(2) 대한의사협회 공제회

의료인으로 구성된 대한의사협회라는 단체에 의해 가입회원의 이익과 재해구제를 목적으로 하는 자구적 성격의 공제회라는 조직이 결성돼 운영되고 있다. 공제회는 손해보험업계의 상품공급능력의 나약으로 파생해 출현(강원희, 1991)해 가입회원에게 일정한 위험내지 사고가 발생한 때에 일정한 금전적 급여를 할 뿐만 아니라 환자측과의 합의를 위한 중재, 협의, 조정은 물론 진료방해해위의 방지 및 사고에 대한 의학적, 법률적 자문과 변호사 선임 지원 등의 일을 하는 의협회원의 임의단체다.

공제회의 주요사업목표는 의료분쟁의 자체적 대처기능 확대, 의료분쟁 예방, 수습 조정중재 지원 등의 강구, 적정보상제도의 개발 및 진료권보호유지, 의료분쟁처리의 민사배상제도 정립, 의료사고의 법적처리제도의 설치 등이다. 그리하여 대한의사협회공제회는 의료분쟁이 발생했을 경우 의료분쟁사건을 심의하고 보상금을 지급해 회원 의료인들을 지원하기 위한 목적으로 1981년부터 공제사업을 시행하고 있다.

(3) 의사배상책임보험

의사배상책임보험은 일종의 책임보험인데 위험을 유발하거나 관리하는 자에게 그의 손실의 존부에 관계없이 손해배상책임을 부담시키는 입법이 증가하게 되자 이 영역에서 배상책임이 책임보험제도와 결합하는 추세를 보이게 된 것이다(이은영, 1993).

피보험자인 의사가 법률의 규정 또는 계약에 의해 환자 등의 제3자에게 일정한 급부를 해야 할 책임을 부담하는 경우 그 손해의 전보를 목적으로 하는 보험이다. 이는 장래의 불확실한 거액의 비용지출을 현재의 확정적인 소액비용 납부로 대체함으로써 피해자에 대한 보상을 원활히 하는 동시에 가해자의 과도한 경제적 부담을 완화해 주기 위한 것이다(박대순, 1988).

이러한 의사배상책임보험은 과실책임주의의 원리에 입각한 것으로, 민사책임에서의 각종 개념이나 논리가 책임보험에 그대로 원용돼 고의, 과실 등의 귀책사유, 인과관계, 손해산정 등에서 민사책임의 논리가 기준이 된다.

우리나라의 의사배상책임보험은 1973년 동방생명이 처음으로 도입해 그 후 4개 보험회사가 배상책임보험 보통약관에 의사직업 보험담보 특별약관과 의료시설 특별약관을 부가해 보험계약을 체결함으로써 실시됐다.

(4) 한국소비자원

의료심사조정위원회가 사실상 유명무실하게 되자 정부는 1998년 12월 소비자보호법을 개정해 한국소비자보호원의 소비자분쟁조정위원회에서도 의료분쟁업무를 취급 할 수 있게 해 피해자의 구제청구가 있게 되면 피해보상에 대한 합의를 권고할 수 있고, 합의가 이뤄지지 않을 때는 조정위원회에 조정을 신청할 수 있도록 하고, 당사자가 조정을 수락하면 재판상의 화해와 같은 효력을 갖게 함으로써 조정의 실효성을 어느 정도 높이고 있다.

의료인이나 의료기관으로부터 의료서비스를 제공받는 과정에서 소비자가 경험하는 불만 및 피해가 있는 경우 소비자는 소비자원에 상담할 수 있고, 환자 또는 보호자가 소비자원에 의료피해구제를 신청할 수 있으며, 국가 또는 지방자치단체, 소비자단체도 소비자로부터 피해구제청구를 받은 때에

는 소비자원에 그 처리를 의뢰할 수 있도록 하고 있다. 최근에는 공제회나 심의위원회에 비해 활발한 활동을 하고 있다.

2. 의료분쟁 해결제도별 문제점

1) 사법적 해결방법

사법적 해결방법은 환자의 입증에 어렵고, 입증이 가능하다고 할지라도 구체적인 손해의 산정에 있어 적정을 기하기가 어렵다. 또한 일반적으로 산정된 손해액을 피해배상에 미흡하고 시간의 장기화 등의 경제적, 정신적 비용이 많이 들며 소송상 결론의 적정여부와 상관없이 분쟁의 완전해소의 어려움 등이 있다.

2) 비사법적 해결방법

(1) 의료심사조정위원회

의료심사조정위원회의 운영에 관한 전담 상설기구가 없어 실질적인 기능 수행이 어려워 사실상 법조항 자체가 사문화된 상태이고, 위원회의 결정에 법적구속력이 없으며, 당사자가 법적 소송을 제기할 경우에는 위원회의 심사 및 조정기능이 유명무실하게 된다. 특히 조정이 이뤄지는 경우 배상책임을 져야하는 의료인측이 조정에 동의하지 않음으로써 결국 조정이 무산돼 국민의 신뢰성이 낮다는 점이다.

또한 의료분쟁을 효율적으로 해결하기 위해서는 의료분쟁 발생시 의료인의 과실유무, 배상액 등을 공정하고 객관적으로 판정해줄 수 있는 독립적이고 전문적인 기구와 판정에 따른 신속하고 안정적인 배상을 위한 재원의 항구적인 마련이 최대의 관건임에도 불구하고 의료심사조정위원회에는 이

러한 제도적 장치가 결여돼 있어 더더욱 국민들로부터 멀어지고 있는 실정이다. 실제 그동안 위원회에 접수되는 의뢰 건수가 100건도 되지 않는다는 점은 위원회의 기능 상실을 단적으로 보여주는 예라 하겠다.

(2) 대한의사협회 공제회

대한의사협회 공제회의 공제제도는 사망의 경우 최고 배상 한도액이 1000만원에 불과해 실제 배상액과는 상당한 거리가 있어 실효성이 미흡하고, 이에 가입하더라도 의료사고가 발생했을 경우 실제 지급되는 배상금과 비교해 봤을 때 공제회의 배상금은 너무 소액이기 때문에 상당수의 의사들이 이러한 공제회의 가입에 대해 다소 회의적인 생각을 갖고 있고, 가입률도 전체회원의 50%에 미치지 못하고 있어(표1) 공제사업 본래의 목적인 위험 분산이 되지 않아 크게 실효성을 거두지 못하고 있는 실정이다. 실제 공제회 가입률은 사업 초기 50%를 상회했지만 해마다 줄어들어 2002년에는 20%대로 하락했다. 결국 공제회 기능에 대한 회원들의 불만족이 가입률로 나타나고 있는 것으로 풀이된다. 또한 공정한 심사기관이 마련돼 있지 못할 뿐만 아니라 피해가 구제의 관점보다는 회원인 의사를 보호하려는 의사들의 자구체적 성격이 강한 만큼 공정성을 인정받지 못해 환자나 보호자들과의 분쟁해결에 큰 도움이 되지 못하고 있다.

표 1. 대한의사협회 공제회 가입률

구분	가입대상	가입자수	가입률(%)
1기~10기	8만6349명	4만5156명	52.3
1991년(11기)	1만1390명	5643명	49.5
1992년(12기)	1만1851명	5660명	47.8
1993년(13기)	1만2383명	5576명	45.0
1994년(14기)	1만3218명	5974명	45.5
1995년(15기)	1만3715명	6169명	45.0
1996년(16기)	1만4111명	6309명	44.7
1997년(17기)	1만5186명	6441명	42.4
1998년(18기)	1만6156명	6442명	39.7
1999년(19기)	1만7462명	6648명	38.1
2000년(20기)	1만8942명	6802명	36.0
2001년(21기)	2만1140명	6643명	31.4
2002년(22기)	2만3193명	5055명	21.8

출처 : 의료사고유형의 구조적 분석을 통한 의료사고예방의 전략적 대안, 한국의학원,2003

표 2. 대한의사협회 공제회 의료분쟁 해결현황

기수	사업명	가입수	사건수	접보율
23기 (03.11.1~ 04.10.31)	기존공제	4865명	415건	8.5%
	배상공제	1736명	166건	9.6%
	합	6601명	581건	8.8%
24기 (04.11.1~ 05.10.31)	기존공제	4768명	370건	7.8%
	배상공제	2130명	228건	10.7%
	합	6898명	598건	8.7%
25기 (05.11.1~ 06.10.31)	기존공제	4654명	374건	8.0%
	배상공제	2625명	265건	10.1%
	합	7279명	639건	8.8%
26기 (06.11.1~ 07.10.31)	기존공제	4470명	372건	8.3%
	배상공제	3270명	341건	10.4%
	합	7740명	713건	9.2%
27기 (07.11.1~ 08.10.31)	기존공제	4238명	317건	7.5%
	배상공제	3577명	403건	11.3%
	합	7815명	720건	9.2%

출처 : 대한민국의학한림원 제3회 보건의료정책포럼, 손명세, 2009

(3) 의사배상책임보험

최근에 의사배상책임보험의 가입을 통한 의사들의 자구책 마련이 활발해지고 있지만 이러한 의사배상책임보험은 의료과실의 판단을 전문가가 아닌 보험사 자체에서 실시하기 때문에 환자나 보호자 입장에서는 이러한 보험회사의 심사결과에 승복하지 않고 소송을 진행시킬 가능성이 크며, 보험료는 궁극적으로 의료비로 전가돼 의료비의 상승을 불러올 가능성이 있다(이경주, 1993). 이미 미국, 일본 등 선진국에서는 의사와 환자의 입장을 모두 고려한 의사 배상책임보험가입이 보편화돼 있음에도 우리나라에서는 의사배상책임보험 가입이 아직 보편화 단계에 이르지 못해 현재까지도 대부분의 국내 의료기관에서는 의료사고 위험에 대비한 적절한 배상방안이 강구되지 않고 있다는 문제점이 있다. 따라서 아직은 이러한 의사배상책임을 통한 의료손해배상은 그 효과를 별로 기대할 수 없는 실정이다.

(4) 한국소비자원

한국소비자원의 존재와 역할에 대해 충분히 알고 있는 사람이 적어 그 기능을 제대로 발휘하지 못하고 있는 실정이고 의료인의 경우에 의료사고 발생시 외부노출을 피하기 위해 음성적으로 분쟁을 해결하려는 경향이 많다. 또한 조정위원이 의료에 관한 전문지식이 없기 때문에 합리적이고 객관적인 조정안을 제시하는데 한계가 있고, 분쟁을 심사해 조정안을 작성, 제시하더라도 당사자들이 동의하지 않으면 아무런 법적 효력이 없어 결국 소송으로 가게 된다는 것이다(박동식, 2005).

3. 의료분쟁 해결비용 분석

의료분쟁 해결에 소요되는 비용 분석은 선행연구(연세대 의료법윤리학연구소, 2005)의 자료를 토대로 현황만 짚고 간다. 연세대 의료법윤리학연구소의 연구는 전국 병원급 의료기관 1087개와 개원의 950명을 대상으로 실시한 설문조사를 토대로 한 것임을 밝힌다.

1) 의원급 의료기관

의원급에서 의료분쟁을 예방하고 관리하는데 소요되는 비용은 점점 증가하고 있는 추세를 보이고 있으며, 연간 들어가는 보험료는 2002년 이후부터 170만원 정도가 사용되고 있다(표3).

표 3. 의원급 의료기관의 의료분쟁 해결 처리비용

	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년
총지출비용	639,834원	1,395,775원	1,725,803원	1,627,982원	1,480,235원
연간보험료	645,159원	1,149,671원	1,344,565원	1,715,485원	1,719,043원

출처 : 진료위험도 상대가치개발 연구, 연세대 의료법윤리학연구소, 2005

2) 병원급 의료기관

병원급 의료기관은 1999년도의 7600만원에서 2003년 1억2000만원 가량이 의료분쟁 해결 비용으로 사용되고 있다(표4).

표 4. 병원급 의료기관의 의료분쟁 해결비용

	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년
총지출비용	7607만원	1억4202만원	1억7292만원	1억6278만원	1억1887만원
연간보험료	4589만원	1658만원	1억1400만원	43518만원	4539만원

출처 : 진료위험도 상대가치개발 연구, 연세대 의료법윤리학연구소, 2005

3) 의료분쟁 총비용 추계

의료분쟁 해결에 지출되는 금액은 합의금, 배상금 등과 관련해 1110억9001만원이며 기타 비용이 855억8376만원으로 추산됐다. 이 두 금액을 합치면 연간 의료분쟁 해결에 소요되는 총비용은 1964억4838만원으로 추정된다(2003년 기준).

4) 전문과별 의료분쟁 해결 비용

산부인과가 전체의 23.89%를 차지하며 가장 많은 비용을 들이고 있는 것으로 나타났다. 산부인과에서 의료분쟁 해결비용으로 지출하는 비용은 469억3999만원이었으며 의사 1인당으로 환산할 경우 944만원의 분쟁비용을 지출하는 것으로 조사됐다. 다음으로는 내과가 253억6606만원으로 뒤를 이었고 정형외과(232억2439만원), 신경외과(222억2232만원), 외과(214억7568만원) 순이었다.

반면 임상병리과는 의료분쟁에 소요되는 비용이 3929만원, 방사선종양학과나 영상의학과 역시 1억5000만원과 3억7000만원으로, 다른 진료과에 비해 의료분쟁에 지출하는 비용이 적은 것으로 나타났다. 이들 진료과 의사들의 1인당 의료분쟁 해결비용은 각각 임상병리과 6만원, 영상의학과 18만원, 방사선종양과 55만원이었다.

표 5. 전문과별 의료분쟁 해결비용

	평균 추계값	해결비용	의사 1인당 비용
산부인과	23.90%	469억3999만원	944만원
내과	12.91%	253억6606만원	274만원
정형외과	11.82%	232억2439만원	606만원
신경외과	11.31%	222억2232만원	1316만원
외과	10.93%	214억7568만원	460만원
소아과	7.39%	145억2015만원	332만원
흉부외과	4.43%	87억423만원	1058만원
안과	3.93%	77억216만원	382만원
성형외과	1.93%	37억9213만원	320만원
이비인후과	1.91%	37억5284만원	144만원
신경과	1.71%	33억5987만원	337만원
가정의학과	1.50%	29억4725만원	70만원
마취통증의학과	1.47%	28억8831만원	108만원
피부과	1.13%	22억2026만원	163만원
비뇨기과	0.87%	17억940만원	97만원
정신과	0.78%	15억3257만원	80만원
응급의학과	0.77%	15억1292만원	310만원
기타	0.50%	9억8241만원	84만원
재활의학과	0.30%	5억8945만원	67만원
일반과	0.23%	4억5191만원	15만원
영상의학과	0.19%	3억7331만원	18만원
방사선종양과	0.08%	1억5718만원	55만원
임상병리학과	0.02%	3929만원	6만원
계	100.00%	1964억8388만원	346만원

출처 : 진료위험도 상대가치개발 연구, 연세대 의료법윤리학연구소, 2005

4. 의료분쟁 해결 자원조달 문제

1) 보상의 주체

위에서 살펴본 바와 같이 미비한 제도 하에서 의료분쟁이 증가하면서 분쟁해결에 소요되는 사회적 비용이 급증하고 있다. 이로인해 의료인은 의료사고의 위험 때문에 방어진료, 과잉진료, 응급의료회피, 사고빈도가 높은 진료과목의 전공기피 등의 문제가 발생하고 있다.

의료행위는 사람의 신체에 대한 침습을 수반하므로 본질적으로 위험성을 띠게 마련이고 의료의 비정형성, 신체의 다양성, 의료효과의 다양성 및 결과에 대한 예측불가능성으로 인해 항상 사고의 가능성을 띠고 있다. 또한 현재 의학수준으로 치료방법이 없어 환자에게 악결과가 발생할 수 있음을 예견할 수 있음에도 불구하고 진료를 계속해야 하는 상황들도 있어 의료행위는 의료인의 과실 유무에 상관없이 필연적으로 사고를 수반하는 행위라고 할 수 있다.

그럼에도 불구하고 우리나라의 경우에는 원만한 분쟁해결을 위한 제도적 장치가 미흡하고 사회적 보상제도 또한 결여돼 있다. 특히 국민건강보험이라는 사회보험의 틀 속에서 의료수가를 통한 가격통제 및 요양급여기준에 의거한 의료행위의 자율성이 제한되고 있기 때문에 손해배상책임의 합리적 조정을 통한 요양기관의 책임을 경감시켜 줄 정책적 필요가 있다. 그럼에도 불구하고 오히려 우리나라는 여전히 의료소비자 측의 보호 논리개발에 더욱더 박차를 가하고 있는 징후들이 있어 의료계의 우려를 낳고 있다.

의료분쟁 해결비용에 부담을 느낀 의료인과 의료기관들은 예전에 자체적으로 해결하는 보상방법에서 점차 보험에 가입하는 보험회사로 하여금 보

상금의 일부 내지 전부를 지급하게 되는 추세로 가고 있다. 이는 환자 입장에서 피해에 대한 안정된 보상시스템이 마련된다는 점에서는 상당히 고무적일 수 있다. 그러나 앞서 살펴 본 바와 같이 보험료가 급증하게 되면 의료행위 자체를 할 수 없는 상황에 까지 이르는 상황이 발생할 수도 있으므로 이를 예방할 수 있는 시스템으로의 제도적인 장치가 필요하다.

그럼에도 불구하고 최근 추진되고 있는 의료분쟁조정법 대부분이 의료기관의 책임보험 의무화를 기저에 깔고 배상책임을 의료기관에 전가시키려 하고 있다. 법안이 통과될 경우 의료기관들은 의무적으로 보험에 가입해야 하고 이는 곧 보험료 부담 증가로 이어질 공산이 크다. 결국 의료기관들은 보험료 부담을 덜기 위해 환자에게 불필요한 검사나 진료를 요구하게 되고 환자들은 그에 따른 진료비 부담이 늘어나는 악순환이 계속될 것이다.

2) 외국의 보상시스템

우리나라의 보상시스템은 의사에 초점이 맞추어져 있으며 현재는 유과실 배상으로 할 것인지 무과실 배상으로 할 것인지를 논의하고 있는 단계이다. 즉, 의료인의 과실이 있느냐 없느냐를 판단해 그에 따라 보상의 주체가 결정되고 보상액이 결정되는 것이다.

하지만 결국 더 중요한 것은 피해가 이미 환자에게 발생했다는 것이다. 그러므로 문제를 풀어가는 시각 자체가 의사에게로부터 환자로 전환돼야 할 필요성이 있다는 것이다. 그렇다면 문제의 핵심은 의사의 과실여부에 앞서 환자의 피해정도를 파악, 보상의 수준이 결정돼야 한다는 것이다.

의료분쟁 해결과 관련된 각국의 제도를 비교해 봐도 다양한 형태로 운영되고 있으나 결국 초점이 맞추어 지고 있는 것은 피해를 입은 환자가 된다.

(1) 미국

미국은 의사들끼리 운영하는 상호보험회사, 의사와 병원이 소유자인 공동 보험회사, 의료사고에 대비해 병원 스스로가 기금을 적립하는 자기책임보험 등이 운영돼 왔지만 최근에는 주정부가 관리하는 환자보상기금이 의료분쟁 해결에 큰 역할을 하고 있다. 환자보상기금은 의사의 배상책임보험제도를 보완하기 위해 주정부 차원에서 신설했다. 이 기금은 의료사고배상책임보험의 연간보험료의 일정률을 의료인들에게 부가해 운영하고 있다. 환자보상기금에 의한 배상은 2차적인 것으로, 의료사고 배상책임보험이 담보하는 배상액을 넘는 배상액에 대해 주정부가 보상하고 있다.

(2) 영국

영국은 의료인 대부분이 국가가 전적으로 책임을 지는 국민보건서비스(National Health Service, 이하 NHS로 약칭함)의 형태로 제공돼 나름대로 특유한 보상체계를 지닌다. NHS는 보건당국을 통해 자신의 고용의사를 위한 법에 근거해 사용자책임을 지게되고 국가에 제기된 손해배상요구를 충족시켜야 한다. 이러한 상황에서 국가는 해당 의사에 대한 구상권을 행사할 수 있다. 때문에 NHS는 의료분쟁에서의 의사 구제를 위해 의사방어기구(Medical Defence Union, 이하 MDU라 약칭함)를 설립, 운영하고 있다. MDU는 비영리 상호부조기관이며 재정적으로 독립돼 있다. 재원조달은 매년 일정한 가입비로 충당된다. 이 기구에 가입한 의사는 주로 개인상담 서비스로 도움을 받고 환자와 의사간의 갈등을 대화로 해결하는 방법이 주로 권장된다. 실제 접수된 분쟁건수 중 95% 가량이 환자에 의해 포기되거나 법정 밖에서 해결되고 있다. 이와 같은 이유로 영국에서의 의료갈등이 법

정시비로 비화되는 비율이 낮고 MDU가 갈등해결의 큰 몫을 담당하고 있다.

(3) 일본

일본의사회가 주도하는 전국적인 단일제도로써 일본의사회가 5개 보험회사와 계약에 의해 배상책임보험업무를 위탁하는 형태를 취하고 있다. 즉 의사단체가 보험회사와 직접 체결하는 보험계약자가 되고 보험료도 일본의사회가 회원으로부터 징수한 회비 중에서 지불하고 있다. 피보험자는 일본의사회에 자발적으로 가입한 개업의와 근무의가 된다. 이 제도는 일본의사회의 과반수를 넘는 A회원인 의사만이 그 대상이 되고 의료법인 등에는 적용되지 않으며 병원의 관리로 인한 책임이 담보되지 않는다. 배상의 최고한도액을 1억엔으로 하고, 100만엔 이하는 배상에서 제외시켜 의사가 직접 부담케 하는 본인부담정액제가 실시되고 있다. 이와 같이 의사회 보험의 한정성으로 이를 보완하는 민간보험회사들의 다양한 보험이 판매되고 있다.

(4) 스웨덴

스웨덴의 의료사고 배상제도의 운영 측면에서 살펴보면, 정부의 세금으로 재원을 조달하지만 그 운영은 민간보험회사연합기구를 활용하며, 동시에 공공 및 민간조직 간 협의체를 효율적으로 운영함으로써 환자 보험제도를 많은 경비를 들이지 않고 운영하고 있다. 구체적으로 무과실 의료사고기금은 국가보건서비스의 한 부문으로 기금의 재원은 지역위원회가 연간 1인당 일정액을 세금에서 지원하고 있다.

(5) 뉴질랜드

뉴질랜드에는 특유의 사회보험조직인 사고보상공사(Accident Compensation Corporation, 이하 ACC로 약칭함)가 운영되고 있다. ACC는 사고보상서비스 조직으로서 국민에게 최상의 서비스를 제공하는 것을 그 사명으로 하고 있으며 사회보험방식으로 소요비용을 조달하고 있다. 즉 소득이 있는 사람에 있어서는 연간급여를 기준으로 하는 사용자 부담분과 자영자의 소득을 기준으로 하는 자영자 부담을 부과하고, 무소득자의 경우에는 정부의 지원금으로 충당한다.

(6) 캐나다

캐나다는 의료공제방어협회(Canadian Medical Protective Association, CMPA)라는 의료사고 보상조직이 운영되고 있다. 이 기구는 캐나다 의사 95%에게 교육, 자문, 법적 방어와 의료배상 등의 서비스를 제공하고 있다. 보험료는 전문과목과 치료지역에 근거해 보험통계적인 위험평가에 따라 책정되지만 1980년대 이후 대부분의 의사들은 지방정부로부터 CMPA 보험료에 대해 상당한 비율로 상환을 받고 있다. 실제 의료사고 부담이 큰 산부인과의 경우 90.3%를 정부가 보조해 주고 있으며 의료분쟁 빈도가 상대적으로 낮은 비뇨기과와 소아외과 등의 경우에도 40%의 보험료를 정부가 의료기관에 상환해 준다.

Ⅲ. 연구 방법

본 연구는 효율적 의료분쟁 해결을 위한 재원조달 방안을 예측하는데 목적을 두고 있으며 이러한 연구 목적을 달성하기 위한 적절한 예측방법을 찾기 위해 전문가들의 직관을 동원, 미래를 예측해 합의를 추출하여 문제를 추정하거나 구성원의 의견을 수집·수렴하는 델파이 기법(Delphi-Technique)을 활용했다. 이 논문에서 델파이 방법은 개방적으로 수집된 1차 설문을 토대로 2, 3차 설문에서 전문가 집단의 반응을 상호작용을 통해 분석하고 생성된 이론을 토대로 최종 방안을 제시했다.

1. 델파이 분석의 접근

지식정보화 사회에서 미래에 대한 연구는 더욱 필요하게 됐으며 미래를 예측하는 다양한 방법이 개발, 이용되고 있다. 이러한 방법중 델파이 분석은 미래에 대한 종합적인 관점을 마련하기 위해 상호보완적으로 개발됐다. 델파이 방법의 가장 핵심적 장점은 일반적인 여론조사 방법과 협의회 방법을 통한 의견수렴의 효과적인 의사소통 과정을 구조화할 수 있다는 것이다. 따라서 델파이 방법은 예측하려는 문제에 관해 전문가들의 견해를 유도하고 종합해 집단적으로 판단, 정리하는 일련의 절차로 정의할 수 있으며, 추정하려는 문제에 대한 정확한 정보가 없을 때 '다수의 판단이 소수의 판단보다 정확하다'는 민주적 의사 결정의 원리에 논리적 근거를 두고 있다.(이종성, 2001)

이러한 델파이 분석의 요점은 집단 추정치가 정답의 범위를 포함할 가능

성이 높다는 가정에서 집단추정과정을 통해 정확한 추정치를 찾으려는 것으로 설명할 수 있는데, 여론조사와 협의회와 장점을 결합시킨 방법으로 다음의 세 가지 특성을 갖는다.

첫째, 절차의 반복과 통제된 피드백 과정. 둘째, 패널의 익명성. 셋째, 통계적 집단 반응으로 설명할 수 있다. 결과적으로 면대면 토의과정에서 나타날 수 있는 바람직하지 못한 심리적 효과를 제거한 일종의 패널식 조사연구로 일반적인 여론조사 방법과 협의회 방법의 장점을 결합시킨 방법이다. 그러나 델파이 분석에서는 여러 사람의 의견을 모아 예측이나 해결책을 마련하기 때문에 최선의 예측이나 해결책이 제외 될 우려가 있으며, 서면 통신과정에서는 특히 통계적 측정치만으로 이와 같은 상호작용의 단점이 나타날 수 있다(주석범, 2007).

2. 연구 참여자(전문가 집단) 선정

본 연구의 참여자는 델파이 기법 적용을 위한 전문가 및 상이한 전문성을 지닌 집단, 즉 의료분쟁과 관련한 연구실적이 있는 석사학위 이상의 학위 소지자와 일선에서 의료분쟁 관련 입법을 추진할 수 있는 국회의원 보좌관, 정책 주무부처인 복지부, 환자들 입장에서 의료분쟁 사회활동을 하는 시민단체, 의료분쟁 관련 기사를 다루는 언론인 등을 질적 연구에서 흔히 사용하고 있는 비대교적표본(Non-representative)에 의한 의도적 표집(Purposive sampling)과 눈덩이 표집(Snowballing sampling)을 통해 선정했다. 다음(표 6)은 본 연구의 참여자들에 대한 일반적인 특성으로 표집대상, 실제 응답인원은 다음과 같다.

표 6. 연구 참여자의 분류

영역	직위 및 직업	대상자 수	실제 응답 인원		
			1차 설문	2차 설문	3차 설문
학계	교수 및 연구원	3명	3명	2명	3명
병원계	중소병원장 및 병원협회 임원	3명	2명	2명	3명
시민단체	NGO 대표 및 사무국장	3명	3명	2명	3명
국회	보좌관 및 비서관	5명	5명	4명	3명
정부기관	국장 및 과장	3명	2명	2명	2명
언론계	논설위원 및 기자	5명	4명	3명	4명
계		22명	19명	15명	18명

텔레파시 기법을 활용한 연구의 성패를 좌우하는 설문 참여자, 즉 전문가 집단의 선정에 신중을 기하기 위해 연구에 참여해 공헌할 수 있는 사람을 포함해야 하는데, 연구 참여자의 선정 과정에서 개인 신상을 정확히 파악하고 있는 참여자들을 토대로 결정 과정에 착수했으며, 이 때 연구 참여자 선정에는 두 가지 기준을 적용했다.

첫째, 연구 지향적이고 텔레파시 방법에 대한 이해 및 의사소통을 유지할 수 있어야 하며, 둘째, 적극적으로 의료분쟁 해결에 대한 자기표현을 하고 있어야 하는 점에 기준을 뒀다.

3. 자료수집

1) 연구기간

먼저 예비조사(pilot test)를 통한 관련 문헌과 연구자료를 중심으로 자료를

수집했으며 본 연구에서는 핵심적으로 사용되는 개방형 및 폐쇄형 설문은 2009년 3월부터 4월 중순까지 진행됐다. 총 설문지 배포 횟수는 3차례로, 제1차 개방형 설문 작성과 배포, 분석시 소요기간은 20일이 소요됐다.

표 7. 연구기간

영역	내용	기간
계획수립	효율적 의료분쟁 해결 자원조달에 대한 의문 선행연구 보고, 문헌자료 분석 이론적 근거 확보 및 연구 방법 선택	2009.1-2
연구문제	연구문제 선정 의료분쟁 관련 전문가 선정	2009.2-3
자료수집	모니터 집단의 설문작성(개방형 질문) 1차 설문을 통한 2차 구조화된 폐쇄형 설문작성 3차 설문	2009.3-4
자료분석	텔파이 최종 내용 분석(최종 설문 결과)	2009.4-5

2) 자료수집

표본집단을 대상으로 한 파일럿 테스트 후 본 참가자들에게 전화를 통해 구체적인 연구목적과 세부적인 절차에 대해 설명했다. 본 연구의 목적을 충분히 숙지했다고 판단한 패널에 대해 전자우편(e-mail)을 통해 진행했다. 텔파이 설문지는 조사가 1차, 2차, 3차까지 반복돼 감에 따라 회수율이 점점 낮아지는 것이 공통된 현상이므로(강상조, 2001) 조사실시의 간격에 신중을 기했다.

4. 자료분석

1) 1차 개방형 설문지 작성

본 연구에서 해결하려는 연구문제에 해당하는 분야의 전문가 또는 이해집단의 패널을 선정해 이들이 서로 접촉하지 않고 미리 개발한 개방형 설문(open-ended question)에 응답하도록 하여 일련의 판단을 수집했다.

1차 설문(부록 참조)은 델파이의 기본 목표인 합의도출과 미래 예측, 즉 광범위한 전망과 종합적인 관점을 구하기 위해 중요한 출발점이다. 개방형은 특히 참여하는 전문가들이 문제에 대해 갖고 있는 각자 나름대로의 생각들을 먼저 고려한 후 이를 토대로 의견을 수렴할 때 적합하다. 1차 설문지를 지나치게 조직화하거나 세분화한 경우 응답자의 반응범위가 줄어들고 그 만큼 문제해결의 범위가 제한 될 수 있으므로 개방된 형태를 적용하는 것이 바람직하다(강상조 2001).

2) 2차 폐쇄형 문항 제작

1차 개방형 설문지로 수집한 비체계적인 개방형 응답들을 편집해 구조화된 질문을 만들어 연구 참여자로 하여금 질문의 각 항목 별 내용에 대해 동의하는 순위를 문항별로 평정토록 했다(부록 참조).

2차 설문에서는 1차 설문결과를 분석해 연구 참여자들에게 제시하면서 자신들의 반응을 재평가 하도록 요청했다. 이 때 1차 질문지 조사 결과는 각 요인별로 세분화 시켰다. 해당 전문가들이 응답한 설문을 토대로 문항별 순위를 부여하도록 했다.

3) 3차 설문

본 연구의 마지막 설문인 3차 설문은 1, 2차 설문결과를 토대로 전문가들이 개진한 의료분쟁 해결의 효율적 재원조달 방식을 최종 정리하는 방식으로 진행됐다. 설문은 기존 설문결과를 정리해 패널들에게 알리고 이에 대한 의견을 묻는 형식으로 작성됐다.

특히 3차 설문에서는 서면 통신과정에서 소수의 의견이 최선의 예측이나 해결책에서 제외될 수 있는 만큼 이러한 단점을 극복하기 위해 사건 제시 항목을 별도로 추가했다.

5. 연구의 윤리성

텔파이 연구에서는 연구자와 참여자들의 개인적인 접촉이 사생활 깊이 이뤄지기 때문에 연구과정에서 발생할 수 있는 여러 가지 윤리적인 문제에 신중할 필요가 있다(김영천, 1996). 본 연구에서 고려되어진 윤리적인 문제는 다음과 같다.

첫째, 연구 참여자를 선정하는데 있어서 먼저 연구 참여자의 동의를 구했으며 자료수집에 있어서도 연구 참여자의 일정에 맞춰 실시했다. 둘째, 연구 참여자들에게 자신들의 개인적 비밀과 익명성이 안전하게 보장된다는 점을 명확히 밝혀주었으며, 자료가 누출되지 않도록 수집된 자료와 개인정보 유지에 최선의 노력을 했다. 셋째, 연구 결과의 진실성을 유지하기 위해 자료분석 후 참여자들에게 재검토 및 수정 과정과 연구자의 방법론적인 반성과정을 유지했다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 연구 결과

본 연구의 결과 분석을 위해 의료분쟁 해결을 위한 효율적 재원조달 방안
에 따른 전문가들의 의견을 추출하고자 델파이 방법을 사용했으며 추출한
내용을 통해 재원조달에 관한 미래 예측을 제시했다.

구체적인 사항으로 1차 설문에서는 현 의료분쟁 해결 시스템의 문제점과
사보험 시장의 확대에 대한 견해를 밝히도록 했으며 2차 설문에서는 취합
된 내용을 문항으로 정리하고 문항별 순위를 요청했다. 3차 설문에서는 중
요도에 따른 설문결과에 대해 재질의 하는 한편 소수의견 누락을 방지하기
위해 별도 항목을 추가했다. 다음은 순차적 설문조사에 대한 결과를 토대
로 본 연구의 목적인 효율적 재원조달 방식을 살펴본다.

1) 델파이 1차 설문 분석 결과

(1) 現 의료분쟁 해결 방식의 문제점

본 연구의 1차 설문 분석 결과 연구 참여자들은 현재 운영되고 있는 의료
분쟁 해결 방식에 대해 다양한 시각에서 문제점을 지적했다. 전문가들은
현 시스템의 가장 큰 문제점으로 ‘합리적인 의료분쟁 중재기구의 부재’를
꼽았다. 다음으로 ‘의료분쟁조정법 부재’, ‘의료사고에 대한 사회적 보상제
도 결여’, ‘원고입증주의’, ‘의료분쟁 비용 증가’ 순이었다. 1차 설문에는 총
대상자 22명 중 86.4%인 19명이 회신했다. 1차 설문결과 취합은 개방형인
만큼 중복응답이 가능함을 밝힌다.

표 8. 現 의료분쟁 해결방식 문제점

영역	회신내용	응답자 수
의료분쟁 해결방식 문제점	합리적 의료분쟁 중재기구 부재	15명
	의료분쟁조정법 부재	13명
	의료사고에 대한 사회적 보상제도 결여	9명
	원고입증주의	5명
	의료분쟁비용증가	4명
	합의권고의 강제력 부재	2명

(2) 사보험 시장 확대

의료분쟁 관련 사보험 시장 확대와 관련해서는 대부분의 전문가들이 ‘조건부 찬성’이라는 의견을 보였다.(응답자 19명 중 13명, 68%) 이들은 사보험 확대에 대해서는 비전문가에 의한 배상여부 결정, 의료기관의 보험금 부담 등 적잖은 문제점이 있음에도 불구하고 공적인 해결방식이 없는 상황에서는 의사나 환자 모두 사보험에 의존할 수 밖에 없다고 지적했다. 즉 정부 차원에서 의료분쟁 해결을 위한 공보험을 운영한다면 사보험 필요성이 줄어들겠지만 현재로서는 사보험에 의존할 수 밖에 없는 상황이라고 지적했다.

(3) 효율적 재원조달 방식

의료분쟁 해결을 위한 재원조달 방식에 대해서는 전문가들의 견해가 극명하게 엇갈렸다. 핵심은 재원조달 주체를 누구로 보느냐의 문제로, 학계와 병원계는 국가기금 출연을, 시민단체는 의료기관 부담을 주장했다. 정부와 국회, 언론계는 중립적인 입장을 나타냈다.

표 9. 의료분쟁 해결 재원조달 주체

	재원조달 주체	응답자 대비 백분율
시민단체	의료기관	100%
병원계 및 학계	국가	90%
정부, 국회, 언론	국가+ 의료기관	95%

(분야별 대상자 수가 다른 만큼 응답자 대비 백분율로 환산함)

표 10. 효율적 재원조달 방식

회신 내용	응답자 수
정부, 의료기관 공동기금 조성	14명
국민건강보험에서 조달	10명
정부 전액 출연	6명
의료기관 전액 출연	3명
공제회 활성화	2명

2) 델파이 2차 설문 분석 결과

1차 설문은 개방형으로 진행된 만큼 중첩되는 의견이 있기는 했으나 상당히 다양한 의견이 개진됐다. 때문에 2차 설문에서는 1차 설문에서 빈도가 높은 항목을 무작위로 나열, 중요도에 따라 순위를 요청했다. 패널들에게 본인의 의견 외에 어떤 의견이 개진됐는지를 알리고 개인의 판단에 따라 각 항목별 순위를 정하도록 했다. 2차 설문에는 총 대상자 22명 중 15명이 회신했다.

(1) 現 의료분쟁 해결 방식의 문제점

현 의료분쟁 해결 방식의 문제점에 관한 항목에서는 개방형으로 진행된 1

차 설문결과와 큰 차이를 보이지 않았다. 이는 대부분의 전문가들이 느끼는 문제점에 상당한 공감대가 형성돼 있음을 방증한다. 패널들은 1차와 마찬가지로 ‘합리적 의료분쟁 중재기구 부재’를 가장 큰 문제점으로 지적했다. 2차 설문 응답자가 15명임을 감안할 때 모든 응답자가 같은 의견을 갖고 있음을 확인할 수 있다.

표 11. 現 의료분쟁 해결 방식의 문제점 순위 분석

항 목	순 위	응답자	백분율
합리적 의료분쟁 중재기구 부재	1위	15명	100%
의료분쟁조정법 부재	2위	12명	80%
의료분쟁 해결비용 증가	3위	10명	66%
사회적 보상체계 부재	4위	7명	46%
합의권고의 강제력 부재	5위	5명	33%

(2) 사보험 시장 확대

사보험 시장 확대에 대한 1차 설문결과를 알리고 재질의 하는 방식을 취한 이 항목에 대해서는 응답자 15명 중 14명이 ‘동의한다’, ‘공감한다’라고 답했다. 즉 전문가들은 의료분쟁 해결의 사보험 의존도가 높아지는 것은 바람직한 모습이 아니지만 제대로 된 시스템이 갖춰져 있지 않은 현 상황에서는 차선책이 될 수 밖에 없다는 것이다. 때문에 전문가들은 사보험의 과도한 양적 팽창에 따른 부작용이 발생하기 전에 별도의 조정기구를 설립, 운영해야 한다는데 의견을 같이 했다.

(3) 효율적 재원조달 방식

본 연구의 핵심인 의료분쟁 해결의 효율적 재원조달 방식과 관련 2차 설문에서는 1차 설문과 상당히 다른 결과가 도출됐다. 1차 설문에서 재원조달 주체를 놓고 팽팽한 대답을 보였던 것에 비춰봤을 때 적잖은 변화였다. 우선 패널들은 어느 한 쪽에 부담을 전가시키는 극단적 재원조달 방식보다는 현 시스템 상황에서 가장 현실적이고 이상적인 방법을 찾으려는 흔적이 엿보였다. 이 부분에 대해서는 전문가 집단의 상호작용을 위해 무작위회 항목을 나열함과 동시에 재원조달 주체에 대한 각 영역별 상반된 결과까지 함께 제공했다.

설문결과 15명의 응답자 중 13명이 '국민건강보험에서 재원조달' 방법을 1순위로 꼽았다. 이어 2위는 '정부와 의료기관의 공동기금 조성'. 3위 '공제회 활성화' 순으로 집계됐다.

표 12. 효율적 재원조달 방식

항 목	순 위	응답자	백분율
국민건강보험에서 조달	1위	13명	86%
정부와 의료기관 공동기금 조성	2위	9명	60%
공제회 활성화	3위	5명	33%
자율해결 방식	4위	3명	20%
의사책임보험 활성화	5위	1명	6%

3) 델파이 3차 설문 분석 결과

3차 설문은 1, 2차 설문에 대한 결과를 패널들에게 알리고 이에 대한 최종 입장 및 의견을 수렴하는 방식으로 진행됐다. 다만 의료분쟁 해결 시스템과 관련해서는 1, 2차 설문을 통해 패널들의 의견이 모아졌다고 판단, 3차 설문에는 항목에서 제외시켰다. 응답은 전체 대상자 22명 중 14명이었다.

(1) 독립적 의료분쟁기구 설립

1차 설문에서는 응답자의 68%가 의료분쟁 해결과 관련한 사보험 시장 확대에 우려를 나타냈고 2차 설문에서는 이를 보완할 독립적 의료분쟁기구 설립이 절실하다고 패널들을 지적했다.

시민단체나 언론에서는 사보험 시장이 활성화 될 경우 환자 입장에서는 의료분쟁 발생시 보상을 받기 위해 보험회사와 힘겨운 싸움을 진행해야 하고 의료기관들의 보험금 부담이 진료비 인상으로 이어질 수 있는 만큼 사보험 시장 활성화에 우려를 표했다. 학계나 병원계 역시 의료기관들의 보험료 부담이 갈수록 가중되고 있고 환자들과의 반목이 더 커질 것을 우려했다.

이에 따라 패널들은 전문가로 구성된 독립적 의료분쟁 조정기구를 설립, 의료분쟁의 효율적 중재 역할을 수행해야 한다고 지적했다. 이 기구는 환자나 의료기관 모두 균형감을 인정할 수 있어야 하며 운영에 대해서는 철저한 독립성이 전제돼야 한다는게 패널들의 공통된 견해다.

특히 패널들은 이 중재기구의 결정에 대해 강제성을 가질 수 있도록 향후 정부 및 유관단체 간에 심도있는 논의가 필요하다는 의견을 제시했다.

(2) 의료분쟁 해결을 위한 효율적 재원조달

앞서 언급한 대로 2차 설문에서 재원조달과 관련한 패널들의 확연한 입장 변화가 있었다. 3차 설문에서는 그 이유에 대해 확인할 수 있었다.

설문결과 패널들은 현재 건강보험 수가에 반영되고 있는 위험도 상대가치를 주목했다. 실제 지난 2007년부터 의료사고 및 소송 등의 비용 보전을 위해 건강보험에서 약 2000억원이 위험도 상대가치로 반영돼 지급되고 있다. 패널들은 이 비용을 독립적 중재기구의 의료분쟁 해결을 위한 운영기금으로 활용하는 방안을 고민해야 한다고 지적했다. 의료기관 입장에서는 위험도 상대가치에 따른 요양급여비가 줄어 들겠지만 의료분쟁 관련 보험료 부담을 덜 수 있어 효과적이다. 환자 입장에서도 확실한 보상기구와 기금이 조성돼 있는 만큼 보상 가능성을 높일 수 있음은 당연하다. 정부 입장에서도 의료사고로 인한 국가 경제적 손해를 감안할 때 어차피 지급되고 있는 재정에 대한 용도변경 만으로 의료분쟁 해결효과를 톡톡히 볼 수 있다고 패널들은 예상했다.

표 13. 효율적 재원조달 방식

항 목	빈 도	백분율
위험도 상대가치 전환	8명	57.14%
국가 배상비용 기금화	5명	35.71%
산재보험	1명	7.14%

패널들은 전반적으로 의료사고의 당사자인 의료인의 문제뿐만 아니라 전체적인 시스템상의 해법을 고려해야 한다고 지적했다. 특히 국가 차원의 배상비용 기금화에 대해서는 전체 응답자의 93%가 동의했다. 주목할 점은 이들 패널은 국가 배상비용 기금화 방안으로 현재 운용되고 있는 위험도

상대가치의 재정 전환을 지목했다는 점이다. 3차 설문에서 국가 배상비용 기금화 의견을 피력한 패널들은 위험도 상대가치가 현 상황에서 가장 효율적으로 재원을 조달할 수 있는 방법이라고 진단했다. 이는 국가가 의료분쟁 해결기금 마련을 위해 당장 별도의 예산을 확보하기 어려울뿐더러 현 위험도 상대가치가 적절하게 분배되지 못하고 있다는 분석으로 보인다. 실제 일부 패널들은 현 위험도 상대가치의 분배 문제를 지적하며 의료분쟁 해결기금으로의 전환이 필요하다는 의견을 피력했다.

위험도 상대가치 책정기준이 애매모호한 탓에 효율적 배분이 이뤄지지 않고 있다. ‘2000억원’이라는 막대한 자금을 무형적 개념에 소요할게 아니라 실제 의료분쟁 해결에 사용하는 방법을 고려해 봐야 한다.

상대가치제도가 운영되고 있는 상황에서 위험도 상대가치를 또 적용하는 것은 납득이 되질 않는다. 위험도 상대가치가 의료분쟁 보상책이라면 이 비용을 의료분쟁 배상기금으로 전환하는게 마땅하다.

의료분쟁 보전책인 위험도 상대가치를 의료분쟁 해결기금으로 사용하는 것은 타당성이 있다. 환자는 확실한 보상을 보장 받을 수 있어 좋고, 의료기관은 별도의 비용이 들지 않은 만큼 누이 좋고 매부 좋은 해결책이 아니겠는가?

반감을 최소화 하면서 막대한 기금을 확보할 수 있는 방법으로 위험도 상대가치와 응급의료기금을 주목해야 한다. 다만 이 기금의 적용 범위는 불가항력적인 의료사고에 국한시켜야 한다.

불가항력적인 의료사고에 대한 배상기금은 정부가 마련함이 마땅하지만 예산확보가 어렵다면 현재 운영되고 있는 위험도 상대가치 등의 재원을 활용하는 방안도 검토할 필요가 있다.

2. 연구의 제한점

본 연구는 전문가들의 고견을 토대로 의료분쟁 해결을 위한 효율적 재원 조달 방안을 모색하기 위해 진행됐다. 하지만 델파이 연구방식이 여러 사람의 의견을 모아 예측이나 해결책을 마련하기 때문에 최선의 예측이나 해결책이 제외 될 가능성을 배제할 수 없다. 특히 소수 의견이 다수 의견에 지배되는 경향을 나타내는 만큼 소수 패널의 의견이 충분히 개진되지 못한 한계점을 갖는다. 설문지 작성시 이러한 점을 충분히 고려했음에도 불구하고 결과도출 과정에서 부득불 일부 의견을 반영하지 못했음을 밝힌다.

3. 고찰

1) 사보험과 의사배상책임제도

위 연구결과에서 주목할 점은 대부분의 전문가가 사보험 시장의 활성화에 대해 우려감을 갖고 있으면서 부득불 현 상황을 인정할 수 밖에 없다는 태도를 보였다는 부분이다. 이는 곧 의료분쟁 발생시 적절한 보상시스템이 갖춰져 있지 않다는 점을 방증한다. 때문에 전문가들은 사회보험 체계 하에서는 사보험 보다는 공적보험 형식의 의료분쟁 보상시스템이 필요하다고 지적했다.

이러한 전문가들의 고견을 종합해 볼 때 '의사배상책임제도'를 눈여겨 볼 필요가 있다. 의사배상책임제도는 장래의 불확실한 거액의 비용지출을 현재의 확정적인 소액비용의 납부로 대체함으로써 피해자에 대한 보상을 원

활히 하는 동시에 가해자의 과도한 경제적 부담을 줄여주기 위한 보상시스템이다. 이미 미국, 일본 등 선진국에서는 의사배상책임보험제도가 일반화되어 의료피해구제에 적절하게 활용되고 있지만 우리나라의 경우에는 의사배상책임제도가 보편화되지 못해 아직도 대부분의 의료기관에서는 의료사고 위험에 대한 적절한 배상방안이 강구되지 못하는 문제점이 있다. 하지만 의사책임보험은 의사와 병원의 입장에서 볼 때 예기치 못한 불행한 의료사고로 인한 손해배상의 위험을 최소화함으로써 안정적인 진료활동에 계속 종사할 수 있도록 돕고, 환자의 입장에서 볼 때 불의의 의료사고에 대해 의사와 병원의 경제적 사정과 관계없이 보험금으로 충분히 손해배상을 받을 수 있다는 장점이 있다. 따라서 의사배상책임보험은 의료공급자 뿐만 아니라 의료소비자 모두에게 필요한 제도로서 자동차보험의 경우와 마찬가지로 일정부분 의무보험 형태로 운영할 필요가 있다.

2) 의료분쟁 해결 기금

의사배상책임제도가 성공하기 위해서는 보험회사가 아니라 객관성이 보장된 독립기구가 보험계약자가 되고 의료인의 보험가입을 법적으로 의무화시켜야 한다. 영국 등 상당수 선진국에서 의료기관들은 의무적으로 보험에 가입, 의료분쟁 발생시 정부가 나서 배상을 책임진다. 전국민 건강보험 체제인 우리나라 역시 이러한 방법을 모색할 필요가 있다.

표 14. 각국 의료분쟁 해결비용 조달 현황

국가	보상제도	비용부담
미국	의사상호보험 공동계약조합 환자보상기금	의사보험료 (수입의 20% 수준)
영국	NHS(국가보상서비스)의 사용자 책임 과실소송은 MDU(의사방어기구)에 의한 책임	정부예산 의사가입비 (수입의 1~2%)
일본	의사회의 단체배상 책임보험 민간인사책임보험	의사회 회비에서 보험료 지출 의사보험료
스웨덴	보건의료책임위원회 의료사고보험	의사보험료+ 세금보조
호주	전문직 손해배상보험	의사보험료
뉴질랜드	재해보상협력기구	고용주, 정부보조
캐나다	의료공제방어협회	의사보험료+ 정부보조

출처 : 의료분쟁조정제도의 문제점 및 개선방향, 김효영, 2008

각국의 사례를 비춰볼 때 의사배상책임제도의 운영기금 조달 주체에 대한 문제를 고려해야 한다. 전국민 보험제도 하에서는 의료분쟁의 해결을 단순히 의료기관과 환자 개인의 몫에 맡겨야 하는 것이 아니라 의료서비스를 통제하는 역할을 하고 있는 국가도 적극적으로 개입해야 한다. 특히 의료분쟁에 소요되는 비용은 국가, 보험자, 의료인, 의료기관, 환자 모두가 결부된 문제인 만큼 합리적 비용부담 분배를 고민해야 한다. (표 14)에서 보듯 선진국들은 이미 이러한 부분에서 상당한 진척을 보이고 있다.

이러한 측면에서 이번 연구에 참여한 전문가들은 지난 2008년부터 시행되고 있는 위험도 상대가치 수가를 주목했다.

3) 위험도 상대가치

정부는 해마다 늘어나는 의료분쟁에 따른 의료기관의 재정적 부담을 고려해 지난 2008년 의료사고 위험에 따른 진료위험도 상대가치 수가를 적용했다. 이는 기존의 상대가치와 다른 개념으로, 순수 의료분쟁이 발생한 경우 이를 해결하기 위해 소요된 총비용을 추계, 계산하는 만큼 의료분쟁 해결 기금 성격이 짙다.

실제 환자가 입은 피해나 의료과정에서의 사고가 원인이 돼 합의 또는 소송으로 진행돼 금전적인 손실이 발생하면 이는 금전적인 위험이 발생한 경우로 '진료위험도 상대가치'에 적용된다.

하지만 치료과정 중 의료인 본인의 건강이나 신체에 위협을 받게 되면 '위험도'가 있다고 표현하지만 이러한 위해도 개념은 '진료 위험도 상대가치 산출'에 포함되지 않는다.

다시 말해 이미 건강보험 재정에서 의료분쟁 해결과 관련한 기금이 의료기관에 지급되고 있는 것이다. 이는 미국의 메디케어의 보험수가를 산정함에 있어서 고려된 제도로, 의료행위별로 상대가치 위험비용을 산출해 피보험자에게 부담시킴으로써 의료기관으로 하여금 안정적인 진료환경을 보장해주는 한편, 피보험자도 사회적 비용에 대해 일정부분 부담하게 한다는 사회 정책적 고려에서 나온 것이다.

그러나 이 비용의 효율적 배분에 대해서는 논란의 여지가 많다. 위험도 상대가치는 순수 의료분쟁이 발생한 경우 이를 해결하기 위해 소요된 총비용을 추계, 계산해야 하지만 자료취합의 한계로 인해 합리적 배분이 이뤄지지 않고 있다는 지적이 적잖다.

때문에 이 비용이 의료분쟁을 합리적으로 해결하기 위한 방안으로 활용되

기 위해서는 현행 수가 적용방식 보다는 별도 운영기금으로 활용하는 방안이 바람직하다.

이 비용이 보험자가 부담한 보험료라는 점에서는 논란의 여지가 있을 수 있지만 만약 별도의 배상기금으로 운용될 경우 피보험자인 의료기관도 사회적 비용 차원에서 일정부분을 분담케 하면 된다.

4) 의료분쟁 조정법

최근 한나라당 심재철 의원과 민주당 최영희 의원이 발의한 의료분쟁 조정법도 본 연구의 전문가들이 제시한 의료분쟁 조정방안과 맥을 같이하고 있다. 두 법안은 의료분쟁 발생시 과실에 대한 입증책임을 누가 지도록 할 것이냐를 놓고 시각차를 보이고 있지만 배상과 관련해서는 동일한 입장을 보였다.

심재철 의원은 환자와 의사간 책임분배를 골자로, 의사가 의료사고 발생에 관해 주의의무를 다했음을 입증할 경우 환자가 의료과실 행위 및 행위와 피해사이에 인과관계를 증명하도록 했다. 반면 최영희 의원은 입증책임의 완전전환을 표방해, 의료사고 발생시 의료기관개설자 또는 의료인이 자신의 의료행위에 과실이 없다는 점을 입증하게 했다.

또 심재철 의원안은 필요적 조정전치주의로 분쟁조정위원회의 조정절차를 반드시 거쳐야 소송을 낼 수 있도록 했으나, 최영희 의원은 헌법상 재판청구권과 신속히 재판을 받을 권리를 보장한다는 취지로 조정절차 없이 소제기가 가능한 임의적 조종전치주의를 택했다.

하지만 형사처벌특례와 조정위원회 설치, 불가항력 의료사고 보상 등은 양 법안 모두 인정하기로 했다. 특히 불가항력 의료사고에 대해서는 두 법안

모두 국가가 보상토록 규정했으며 보상기금은 정부의 출연금, 의료기관개설자, 건강보험재정, 응급의료기금 등으로 재원을 분담시켰다.

즉 무과실 의료사고에 대한 사회적 보상체제 마련의 필요성은 이미 공감대를 형성한 것으로 보인다. 두 법안의 상이한 부분을 놓고 국회에서 여야간 논쟁이 예상되지만 다행히 절충점을 찾아 의료분쟁 조정법이 마련되어 무과실 의료사고의 사회적 보상체제 구축에 탄력을 받길 기대한다. 만약 또 입법에 실패하더라도 필요부분에서 공감대가 형성된 무과실 의료사고에 대한 해결방식은 최대한 그 취지를 살려야 할 것이다.

표 15. 의료분쟁 조정법안 비교

주요 항목	심재철 의원안	최영희 의원안
법안명	의료분쟁조정 및 피해구제에 관한 법률	의료사고 피해구제에 관한 법률
입증책임	환자-의사 분배	의사
조정위원회 설치	의료분쟁조정위원회	의료사고피해구제위원회
소송의 제기	필요적 조정전치주의 (위원회 절차 필수)	임의적 조정전치주의 (위원회 절차와 무관)
형사처벌특례	반의사불벌	제한적 반의사불벌
불가항력 의료사고 보상	국가보상 의료사고 보상기금 마련	국가보상 의료사고 보상기금 마련
보상기금 재원	△정부출연금 △의료기관 개설자 △건강보험재정 △응급의료기금	△정부출연금 △의료기관 개설자 △응급의료기금
보상한도	5천만원	5천만원

V. 결 론

의료행위는 환자 각자의 개인차에 따라 치료방법의 선택과 치료의 효과 또는 부작용의 방지 등을 위해 환자를 진단·검사하거나 관찰할 주의의무를 준수해야 하지만, 의사의 의료행위에 따른 치료효과가 개인의 건강상태, 신체적 특성에 따라 정형적으로 나타나지 않기 때문에 기본 특성으로 의료행위는 예측곤란성을 갖고 있다. 의료행위는 당연히 환자의 신체에 대한 침습을 수반하기에 본질적으로 의료사고의 위험을 내포하고 있고, 개인별 증상의 비정형성과 개인차로 인해 정상적인 진단 또는 처치에서도 악결과가 발생하는 환자가 생길 수 있으며, 의료사고로 인한 피해로 인해 환자는 정상적인 생활을 유지하기 어렵게 되는 사례도 많은 실정이다. 이와 같이 의료행위 자체에 내포된 위험이 발현해 의료사고가 발생한 경우 의사의 과실도 아니고 환자의 질병 정도 및 상태로 보아 의료사고가 전혀 예견되지 않았던 경우 손해배상의 책임을 누구에게도 전가할 수 없다. 이러한 경우 환자의 손해에 대해 국가가 사회보장의 측면에서 이를 정확히 평가해 최소한의 보상을 해 주는 제도가 필요한데 우리나라의 경우 이러한 사회보장제도가 없기 때문에 환자로서는 의사에게 책임을 전가하고, 의사로서는 과실이 없다고 무조건 책임을 부인해 심각한 분쟁을 야기하는 실정이며, 특히 의료사고의 피해자 또는 그 가족은 의료인 또는 의료기관에 대한 폭력·집단농성 등의 방법을 수반할 경우 의료분쟁의 악순환이 계속될 수 밖에 없는 것이다.

의료분쟁은 의료인의 과실에 의한 것인지, 불가항력적인 것인지 판단하기

어려운 과실과 무과실의 경계에서 일어나는 것이므로 이에 대한 구제가 없이는 분쟁은 해결될 수 없다. 따라서 과실과 불가항력적인 사고에 의한 경우에 각각 피해를 구제할 수 있는 방안을 갖지 않는 한 분쟁해결방안으로서 제기능을 하지 못한다. 그러므로 기존의 의료과실에 대한 배상의 방법으로는 궁극적인 해결방안이 되지 못하기 때문에 사회보험 내지 사회보장적 장치로서 의료사고에 대한 피해구제를 모색하지 않고는 의료분쟁의 궁극적인 예방 내지 방지 대책을 수립할 수 없다고 본다.

특히 의료사고 피해구제의 실효성을 확보하기 위해서는 이를 해결하기 위한 재원조달이 필수적인 만큼 본 연구는 바로 전문가들의 고견을 토대로 그 해결방안을 찾을 수 있었다.

연구는 델파이 방식으로 의료분쟁 전문가 22명에게 총 3회에 걸쳐 설문지를 실시했다. 그 결과 연구에 참여한 패널들은 완전한 독립성이 전제된 의료분쟁 조정기구 설립과 함께 이 기구의 운영기금은 현재 의료기관들에게 제공되고 있는 위험도 상대가치 수가를 활용하는 방안을 제시했다. 이 재원이 물론 의료분쟁 해결 비용으로 사용될 경우 재원조달 주체가 건강보험료를 내는 환자들이라는 문제제기가 있을 수 있지만 이미 의료기관에게 연간 2000억원을 상회하는 금액이 제공되고 있는 만큼 재원조달 주체의 논란은 의미가 없다.

주목해야 할 사실은 이론적 배경에서 살펴본 외국의 사례처럼 국내에서도 의료분쟁 해결 및 보상에 보험자인 국가의 역할에 대한 분위기가 무르익기 시작했다는 점이다. 이 같은 맥락에서 본 연구의 전문가들은 건강보험의 위험도 상대가치를 주목했고, 최근 발의된 심재철, 최영희 의원의 의료분쟁 조정법에서는 불가항력적 의료사고에 대한 국가 책임을 명시하고 있다.

특히 의료사고 보상기금을 정부와 의료기관, 건강보험 재정에서 조달하려는 움직임은 향후 의료분쟁 해결의 패러다임 변화를 예고하고 있다. 물론 의료분쟁의 복잡다양성을 감안하면 전체 영역을 의료사고 보상기금으로 아우를 수는 없겠지만 불가항력적인 부분부터 확대해 나가야 한다.

이러한 측면에서 의사의 무과실 의료사고에 대해서는 위험도 상대가치 수가를 활용하되 과실과 관련한 의료분쟁의 경우 의사나 의료기관이 일정부분 책임을 지는 방법을 고려해 볼 필요가 있다. 즉 의료분쟁 해결기금을 무과실과 과실로 나눠 전자에 대해서는 위험도 상대가치 수가에 의한 기금을 활용하고 후자에 대해서는 의사와 의료기관으로부터 일정액의 보험료를 부담토록 하는 방식을 취하는게 합리적일 것으로 판단된다. 무과실 부분이 위험도 상대가치 수가로 충당할 수 있는 범위를 넘어설 경우에 대비해 국가는 별도의 예산을 마련해야 할 것이다.

이와 함께 위험도 상대가치 수가를 의료분쟁 해결기금으로 전환하기 위한 법적 뒷받침도 필요하다. 이를 위해 현재 위험도 상대가치 수가에 대해 규정하고 있는 국민건강보험요양급여의기준에관한규칙 등 관련 법 개정 추진을 고려해야 한다. 이를 위해서는 무엇보다 무과실 의료사고 해결방식에 대한 사회적 공감대 형성이 우선돼야 할 것이다.

환자나 보호자에게는 의료사고에 대한 확실하고 조속한 보상이 보장되고 의료인들은 의료사고에 대한 부담감을 떨치고 최선의 진료를 할 수 있는 의료문화 정착이 하루빨리 현실화 되길 바란다.

참고문헌

o 국내 논문 및 단행본

- 김무성. 의료분쟁조정제도에 관한 소고. 경희대학교 법학석사학위논문, 2002
- 김선중. 의료과오소송법. 박영사, 2005
- 김정동. 순차적 협상모형에 의한 법적 분쟁의 이론과 실증분석. 춘계학술대 연구발표회, 1996
- 김효영. 의료분쟁조정제도의 문제점 및 개선방향. 연세대 보건대학원 석사학위논문, 2008
- 민혜영. 의료분쟁소송결과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 연세대 박사학위논문, 1997
- 민혜영·손명세. 의료사고시 환자로부터 배상요구경험과 지불한 배상액에 영향을 미치는 요인에 대한 분석. 보건행정학회지 제9권 제2호, 1999
- 박동식. 의료분쟁의 효과적 해결방안에 대한 법적접근에 관한 연구. 인제대학교 보건학석사학위논문, 2005
- 범경철. 의료분쟁소송. 법률정보센터, 2003
- 신용묵. 의료분쟁해결의 제도적 개선에 관한 연구. 건국대 대학원 박사학위논문, 2003
- 여종현. 민사상 의료분쟁 해결방안에 관한 연구. 중부대 대학원 석사학위 논문. 2007

연세대학교 의료법윤리학연구소. 진료 위험도 상대가치개발 연구. 2005.8

연세대학교 의료법윤리학연구소. '적정 위험도 상대가치모델 연구', 2008.6

이정호. 의료배상책임시장과 리스크관리방안. 보험학회지 통권 제66집

이재형. 의료사고 피해구제제도의 입법방안에 관한 연구. 공주문화대학
논문집 27집, 2000

주석범. 델파이 분석을 통한 엘리트 스포츠 미래전망. 국민대 체육학박사
학위논문, 2007

차승민. 의료분쟁과 그 소송외적 해결제도에 관한 연구. 전북대대학원
석사학위논문, 2003

차일권·오승철. 의료리스크 관리의 선진화를 위한 의료배상보험에 대한
연구. 보험개발원, 2006

한국소비자보호원. 의료피해구제 업무분석. 2003. 3

한국소비자보호원. 의료피해구제의 효율적 처리방안 모색을 위한 세미나
자료, 2006. 4

한정희. 의료분쟁조정제도에 관한 연구. 이화여대 석사학위논문, 1999

o 외국논문 및 단행본

Albert WW, et al. Do house officers learn from their mistakes. JAMA
1991;265(16):2089-94

A. Ho. Estimating with confidence the risk of rare adverse events, rates
including those with observed rate of zero. Regional
Anesthesia and Pain Medicine, Volume 27, Issue 2, Page 207-210

AMA. Strategies for leadership, 2000

- Boyle, R, Medical Malpractice Screening Panels : A Judicial Evaluation of their Practical Effect. 42 Univ. of Pittsburgh L. Rev. 939, 1981
- Brennan TA et al. Identification of adverse events occurring during hospitalization. Ann Intern Med 1990;112:221-6
- Hugh T.B. Postoperative serious adverse events in a teaching hospital Med J Aust. 2002 Mar 4;176(5):216-8
- Jain A. General practitioners experiences of patients complaints: qualitative study. BMJ 1999 March;318:1596-9
- Lawrence G. A public health approach to reducing error. JAMA 2000;283(13):1742-3
- National Practitioner Data Bank. Data Banks at a Glance 2008
- National patient safety foundation. Lesson in patient safety 2001
- Sage. B., Forgotten Things; Liability Insurance And The Medical Malpractice Crisis, Health affairs 2004. 7/8
- Salmond, J. & R. F. V. Heuston, The Law of Torts 19th, London, 1987
- Vincent C. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. BMJ 1998;316:1154-7

부 록

의료분쟁 해결을 위한 자원 조달 설문조사

- 1 단계 설문 -

안녕하십니까?

저는 연세대학교 보건대학원 의료법윤리학과에 재학중인 박대진입니다. 본 연구자는 이번에 ‘의료분쟁 해결을 위한 자원 조달에 관한 연구’를 진행하고 있습니다.

1990년도 후반부터 의료분쟁(사고)이 증가하는 추세를 보이기 시작했고 법원에서도 의사의 설명의무 등의 책임원칙을 제기하고 있습니다. 이런 분위기 속에서 의료분쟁은 더 이상 방치할 수 없는 사안이 되고 있습니다.

실제 의료분쟁을 한 번이라도 경험한 의사가 33%에 달하고, 분쟁소요비용을 자체적으로 해결한다고 응답한 의사는 무려 80%가 넘는다는 연구도 나온 바 있습니다. 이렇게 최근 의료인들은 의료분쟁으로 인해 경제적인 압박을 느끼고 있는 상황에 처해 있습니다.

때문에 의료기관과 의료인들이 의료분쟁의 경제적이고 금전적인 문제를 해결하기 위해 2000년대 이후부터는 개인적으로 또는 협회가 단체가입자가 되어 사보험에 들기 시작했습니다.

의료계 각 직역의 협회에서 의료분쟁에 대비한 ‘공제회’를 운영하고는 있지만 보상한도가 적어 회원들의 가입률이 갈수록 감소하는 추세입니다. 결국 의료기관과 의료인들이 의료분쟁에 대비한 사보험 의존도가 높아지면서 보험료 부담도 늘고 있습니다.

이에 본 연구에서는 전문가들의 고견을 토대로 의료분쟁 해결을 위한 효율적 자원조달 방법과 운영방식을 제시하고자 합니다.

연구는 델파이 방식으로, 총 3회에 걸쳐 설문이 실시될 예정입니다. 바쁘신 와중에도 설문 내용에 성심껏 답변해 주신다면 의료분쟁의 효율적 해결을 위한 연구 수행에 많은 도움이 될 것으로 사료됩니다.

아울러 본 설문지는 단지 연구를 위한 기초자료의 수집만을 목적으로 하고 있으며 연구목적 이외에 어떠한 형태로도 사용되지 않을 것임을 약속 드립니다. 다시 한번 귀중한 시간을 할애 해 주신데 대해 깊은 감사를 드리며 귀하의 건승과 행복을 기원합니다.

2009년 3월

연세대학교 보건대학원 의료법윤리학과

연구자 : 박 대 진

설문내용

※. 현재 운영되고 있는 의료분쟁 해결 방식들의 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

※. 의료분쟁 해결을 위한 사보험 시장이 커지고 있습니다. 이에 대한 귀하의 견해는?

※. 귀하께서 생각하시는 의료분쟁 해결의 효율적 자원조달 방식은 무엇입니까?

2차 설문조사

지난 1차 설문에는 관련 분야 전문가 22명 중 19명이 응답을 보내주셨습니다. 2차 설문은 1차 설문결과를 토대로, 전문가들이 개진한 의견을 취합, 정리하는 형식으로 진행됩니다.

※. 현재 운영되고 있는 의료분쟁 해결 방식들의 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

==> 現 의료분쟁 해결방식의 문제점을 묻는 설문에는 전문가들이 다양한 시각에서 문제점을 지적해 주셨습니다. 다음은 중복되는 회신내용을 정리해 무작위로 나열한 것입니다. 중요도에 따라 순위를 정해 주세요.

영역	회신내용	순위
現 의료분쟁 해결방식의 문제점	의료분쟁을 의사와 환자 개인의 문제로 치부	
	합리적 의료분쟁 중재 시스템 부재	
	브로커, 전문변호사 등장에 따른 비용 증가	
	국가차원의 의료분쟁조정기구 부재	
	원고입증주의(입증책임->환자)	
	의료심사조정위원회 기능 상실	
	물리적 해결방식 의존도	
	의료분쟁조정법 부재	
	합의권고의 강제력 부재	
	의료사고에 대한 사회적 보상제도 결여	

※. 의료분쟁 해결을 위한 사보험 시장이 커지고 있습니다. 이에 대한 귀하의 견해는?

◎ 설문결과

대상자 : 22명

응답자 : 19명

조건부 찬성 : 13명

찬 성 : 2명

반 대 : 3명

기 타 : 1명

이 설문에 대해 응답자의 68%(13명)가 ‘조건부 찬성’이라는 의견을 보였습니다. 공적인 해결방식이 없는 상황에서는 사보험에 의존할 수 밖에 없다는 지적이 지배적이었습니다. 즉 정부 차원에서 의료분쟁 해결을 위한 공보험을 운영한다면 사보험 필요성이 줄어들겠지만 현재로서는 어쩔 수 없다는 의견이 주를 이뤘습니다.

이 같은 설문결과에 대한 귀하의 견해는?

※. 귀하께서 생각하시는 의료분쟁 해결의 효율적 자원조달 방식은 무엇입니까?

=> 의료분쟁 해결을 위한 효율적 자원조달 방식을 묻는 설문에는 전문가들이 다양한 방법을 제시해 주셨습니다. 다음은 중복되는 회신내용을 정리해 무작위로 나열한 것입니다. 중요도에 따라 순위를 정해 주세요.

영역	회신내용	순위
효율적 자원조달 방식	의료기관에 대한 책임보험 강제 가입	
	정부나 의료기관의 공동기금 조성	
	의료기관에서 전액 출연	
	공제회 활성화	
	국민건강보험에서 조달	
	산재보험 방식	
	자율해결 방식	
	건강보험 수가에 반영	
	의료기관의 사보험 가입 활성화	
	정부 전액 출연	

※. 기타 의료분쟁 해결과 관련한 추가의견이 있으시면 자유로운 조언 부탁드립니다.

3차 설문조사

지난 2차 설문에는 관련 분야 전문가 22명 중 15명이 응답을 보내주셨습니다. 본 연구의 마지막 설문인 3차 조사는 1, 2차 설문결과를 토대로 전문가들이 개진한 의료분쟁 해결의 효율적 자원조달 방식을 최종 정리하는 방식으로 진행됩니다.

※. 지난 1차 설문에서는 응답자의 68%가 의료분쟁 해결과 관련한 사보험 시장 확대에 우려를 나타냈습니다. 즉 환자나 의료기관 입장에서 사보험 시장 활성화에 따른 부작용을 우려하지 않을 수 없는 만큼 정부 차원의 의료분쟁 해결기구 설립이 절실하다는 의견을 주셨습니다. 이 결과에 대한 귀하의 견해는?

※. 본 연구의 핵심인 의료분쟁 해결의 효율적 자원조달 방식과 관련, 1, 2차에 걸쳐 조사를 실시했습니다. 개방형 설문으로 실시된 1차 조사에서는 전문가들이 다양한 방법을 제시했으며 2차 설문에서는 전문가들의 의견 중 중첩되는 방법을 골라 중요도에 따른 순위를 책정토록 했습니다. 그 결과 15명의 응답자 중 13명이 ‘국민건강보험에서 조달’ 방법을 1순위로 꼽았습니다. 이어 2위는 ‘정부나 의료기관의 공동기금 조성’, 3위 ‘건강보험 수가에 반영’ 등의 순으로 집계되었습니다. 2차 설문결과에 대한 귀하의 견해는?

※. 본 연구자가 1, 2차 설문결과를 토대로 다수의 전문가들이 고려하는 의료분쟁해결을 위한 효율적 자원조달 방식을 취합한 결과 정부 차원의 의료분쟁 해결기구를 설립하고 이 기구의 재원은 국민건강보험에서 조달하는게 가장 효과적이라는 결론을 내리게 되었습니다. 특히 현재 건강보험 수가에서 위험도 상대가치를 반영하고 있는 만큼 이 재원을 의료분쟁 해결기구의 재원으로 활용하면 정부, 의료기관, 환자 모두에게 설득력을 얻을 수 있을 것이란 의견이 지배적이었습니다. 이에 대한 귀하의 견해는?

설문 항목별 전문가들의 견해

1. 現 의료분쟁 해결 방식의 문제점

▶ 통상 산재, 교통, 의료사고를 일컬어 3대 사고로 칭하고 있으나 산재와 교통사고의 경우 관련 제도나 이를 통해 운영되는 공, 사 보험이 비교적 잘 운영되고 있어 판정 결과에 불복할 경우 등에 한해 소송 등을 하게 되지만 의료사고의 경우 3대 사고 중 그 규모가 가장 크고 위와 같은 보험제도나 조정위원회, 공제회 등이 운영되고 있음에도 불구하고 현재 제도가 없다는 말로 대변되는 이유는 결국 의료사고의 특징을 충분히 고려한 제도로서 환자나 피해자들에게 만족할만한 보상이나 그러한 믿음을 줄 수 있는 제도가 되고 있지 못하기 때문이다. 이런 상황에서 정부는 의료사고 또는 의료분쟁을 철저히 의사와 환자 개인 간의 문제로 치부함으로써 그 책임을 다하지 못하고 있다.

▶ 우리나라 의료분쟁의 해결방식에서 가장 큰 문제점은 의료분쟁을 해결하기 위한 큰 틀이 없다는 것이다. 의료분쟁은 단순히 사고자체의 문제는 아니다. 의료사고와 관련된 문제는 사고가 발생하는 근본 원인을 파악하고 그 원인을 제거해 질 높은 의료를 제공하는 시스템을 구축해 환자안전을 도모하는 것이 더 큰 목적이 돼야 한다. 그러므로 이런 과정상의 노력이 수반돼야 하고 이런 과정에서도 발생하는 의료사고를 해결하기 위한 의료계와 국가와의 긴밀한 공조가 반드시 이뤄져야 해결될 수 있는 문제이다.

▶ 소송 전 의료분쟁 해결기관 등에서 합의권고나 조정을 해도 병원측이 결과에 승복하지 않을 경우 결국 소송 외에 방법이 없다. 그러나 소송금액이 소액이거나 경제적 실익이 없는 경우 소송을 통한 해결도 쉽지 않다는 데 문제가 있다. 따라서 이러한 소비자를 구제하기 위한 소비자들의 조정 결정을 최대한 수용할 수 있도록 하는 법안이 마련돼야 한다.

- ▶ 우리나라 의학은 선진국이지만 의료분쟁 해결은 후진국 수준이다. 물론 현재 의료분쟁 조정을 위한 여러 기구가 운영중이지만 이들 기구의 비중이 높지 않아 소송으로 치닫는 경우가 다반사다.
- ▶ 의료사고의 잘잘못을 따지기 위해서는 고도의 전문지식을 필요로 함에도 불구하고 현재 입증책임이 환자에게 전가돼 있는 부분은 납득할 수 없다. 최근 판례에서 입증책임이 분배되고 있기는 하지만 법률로 확실히 해둘 필요가 있다.
- ▶ 객관적인 입장에서 공정한 중재를 해줄 별도의 기구가 없어 소송이 일반화 돼 있는 상황이다. 소송을 진행할 경우 많은 시간과 비용을 필요로 하는 만큼 독립적 중재기구에 의한 조정전치가 반드시 필요하다.
- ▶ 20년째 표류하고 있는 의료분쟁 해결에 관한 법률 부재.
- ▶ 의료분쟁의 조정을 위해 설치된 의료심사조정위원회의 기능은 유명무실한 실정이고 의료분쟁의 해결을 위해 소송절차로 인한 비용이 부가되는 등 막대한 경제적, 시간적 비용이 소모되고 있다.
- ▶ 의료분쟁이 발생하면 환자들은 고독한 투쟁을 벌여야 한다. 의사와 병원은 잘못을 부인하기에만 급급하고 제도의 문을 두드려 보지만 실효성을 기대하기는 어렵다. 결국 환자들은 막대한 비용을 들여 소송을 제기하고 수 년을 법정에 매달려야 한다.
- ▶ 분쟁의 실체를 정확히 파악해 이를 원만하게 해결해 줄 수 있는 중재기구가 없다. 의료분쟁의 신속하고 공정한 해결이 이뤄지지 않다보니 의사와 환자의 불신이 커질 수 밖에 없다.
- ▶ 급증하는 의료분쟁에 대비해 의료기관들이 앞다퉀 보험에 가입하고 있는 상황이다. 의료진, 특히 의료분쟁 발생률이 높을 수 밖에 없는 진료과의 경우 의료분쟁에 대한 심적 부담으로 소극적 진료를 할 수 밖에 없다. 이

러한 상황으로 인해 해당 진료과의 전공의 확보가 어려움을 겪으면서 대한
민국 의료시스템의 문제점으로 지적되고 있다.

▶ 확실한 가이드라인을 제시해 주는 법이 없다는 점이 가장 큰 문제다.
진작 법이 제정됐어야 한다.

▶ 의료사고에 대한 사회적 보상제도가 없다. 전국민 의료보험 체제 하에
서 의료사고를 환자와 의사와의 문제라고 치부하는 정부의 태도에 문제가
있다. 실례로 여러 선진국의 경우 의료분쟁 발생시 정부가 다양한 각도로
개입하거나 중재할 수 있는 제도적 장치를 마련해 놓고 있다.

▶ 현재 운영되고 있는 중재기구들이 조정안을 내더라도 강제력이 없어 실
효성을 갖지 못한다. 이들 기구의 효율적 운영을 제고할 필요가 있다. 개선
가능성이 없다면 새로운 중재기구 설립도 고려해 봐야 한다.

2. 사보험 시장 확대

▶ 의료분쟁 해결을 위한 사보험 시장의 규모가 커지고 있는 것은 사실이
다. 여기서 살펴보면 질적 부분과 양적인 부분으로 나누어 생각할 수 있는
데 양적으로 시장 규모가 커지고 있는 반면 질적 부분에서는 이를 받아들
이기 곤란하다. 의사들의 보험 가입률이 늘고 있지 않을 뿐만 아니라 보험
사간 상호경쟁을 통한 서비스 개선은 물론 기본적인 정보조차 접근할 수
없는 것이 현실이다.

▶ 의료분쟁의 보상기전을 사보험 시장에 맡기게 된다면 비용의 상승문제
를 제어하거나 조정할 수 있는 기전이 부재하게 되어 결국 보험재정에 문
제가 발생하고 이런 문제는 환자와 의료공급자에게 직접적인 피해를 주게
될 것이다. 더 큰 문제는 의료사고를 억제하고 질을 향상시키기 위한 기전
마련이 어렵게 되어 결국은 환자에게 더 큰 피해가 초래될 수 있으므로 현
재 이런 사보험 시장의 해결기전은 바람직하지 않은 방향이라고 생각된다.

▶ 의료분쟁 해결을 위해 보험을 드는 것은 의료인 입장에서는 중요한 문제이지만 환자 입장에서는 중요한 문제가 아니다. ‘의료분쟁 해결’을 피해 보상을 위한 재원 마련 차원에서만 사고한다면 사보험의 문제점 등을 검토해 볼 필요가 있지만 의료분쟁 해결은 돈을 어디서 마련해 얼마를 보상해 주어야 하는가의 문제보다는 누구에게 책임이 있는가의 문제를 해결하는 것이 1차적인 문제다.

▶ 사보험에 대한 의존도가 높아지는 것은 결코 바람직하지 않다. 의료기관 입장에서는 보험료 부담이 가중될 수 밖에 없고 무엇보다 환자들은 까다로운 보상절차로 인해 또 한 번의 심적 상처를 받을 가능성이 높다.

▶ 의료사고에 대비한 보험을 민영보험과 연계시키는 것에 반대하지만 이마저도 없다면 환자들은 보상 받기가 더욱 어렵지 않겠나.

▶ 만약 법률로 책임보험 의무화가 정해질 경우 민영보험의 영역이 더욱 확대될 것이다. 하지만 현재 운영중인 공제조합 등을 활성화 시키는 방향이 바람직 하겠다. 실제 이웃나라인 일본의 경우 의사회가 주도적으로 공제회 개념의 보험을 운영하면서 실효성을 높임과 동시에 보험회사의 횡포로부터 회원들을 보호해 주는 형태다.

▶ 의사 공제회가 운영되고 있지만 가입률 20% 미만으로, 유명무실한 상황이다. 반면 의료기관들의 사보험 가입은 확연한 증가세를 나타내고 있다. 최근에는 일부 병원 관련 단체에서 보험회사와 단체가입 협약을 체결하는 등 적극적인 모습까지 보이고 있다. 의료기관들 입장에서는 ‘만약의 사태’에 대비하기 위함이라고 하지만 환자들에게 얼마만큼의 보상을 보장해 줄지는 꼼꼼이 생각해 봐야 한다.

▶ 의료사고 배상에 관한 확실한 구심점이 없기 때문에 이 같은 현상이 빚어지고 있는 것이다. 민간 보험사가 아닌 의사회나 정부가 운영하는 보험이 필요하지만 아직 요원한 얘기다. 의료기관들로서는 어쩔 수 없는 선택

이 아니겠나.

▶ 의료배상공제조합을 설립, 운영하고 민영보험은 보완적 개념에서 접근해야 한다. 의료사고 배상 문제가 민영보험에 치우칠 경우 적잖은 폐단이 예상되는 만큼 보다 공정하고 신속한 보상이 이뤄질 수 있는 제도 도입이 시급하다.

▶ 사보험 시장이 활성화 될 수 밖에 없는 원인에 주목해야 한다. 불가항력적인 의료사고까지 의료기관에서 책임져야 하는 작금의 상황에서 병원들은 보험에 관심을 가질 수 밖에 없다. 공제회가 있다고는 하나 배상한도가 적고 환자들의 수용률이 떨어져 의사들이 가입을 꺼리고 있다. 이러한 상황을 해결하기 위한 제도적 노력이 필요하다.

▶ 환자입장에서는 병원들의 의료사고 보험 가입여부에 따라 보상 가능성을 따질 수 있겠지만 이는 위험한 발상이다. 더욱이 보험회사가 전문적인 의료사고의 시시비비를 명확히 가려낼지도 의문이다.

▶ 의료의 공공성을 감안할 때 민영보험보다는 공적부조 형태의 보상체계가 바람직하다. 물론 아무런 보호장치가 마련되지 않은 상태에서 의료기관들은 민영보험을 택할 수 밖에 없겠지만 궁극적으로는 건강보험과 같은 개념으로 정부가 보험자가 돼야 한다.

▶ 어쩔 수 없는 일이다. 사보험에 가입해서라도 의사의 진료권을 보호받고 환자의 보상권을 보장받을 수 있다면 가야하지 않겠나.

▶ 해당 의사가 아닌 보험회사 직원과 배상액을 놓고 말씨름을 해야 하는 환자는 무슨 생각을 할까? 환자나 보호자가 소송까지 불사하는 것은 보상 문제 외에도 의료진의 진술된 사과가 없기 때문이다. 사보험 활성화는 이러한 의료진과 환자 사이의 불신을 더욱 키울 수 있다는 점에서 바람직한 방향은 아니라고 생각한다.

3. 의료분쟁 비용의 효율적 재원조달 방식

▶ 가장 우선되어야 할 것은 우리나라에서 발생하는 의료사고의 규모를 제대로 파악하는 것이고 이를 위해서는 제도로써 신고 체계를 갖춰야 한다. 이를 통해 리스크를 보존하기 위한 재원규모를 파악하고 이와 같은 재원마련을 위해서는 의료계는 물론 정부의 분담규모를 알리고 더불어 국민에게 알리고 참여를 설득해 의료기관 이용시 일정부분 필요한 재원을 의보수가에 반영할 수 있도록 하므로써 의료계의 과중한 부담을 덜어 줘야 한다. 다만 국민 누구라도 사고가 날 경우 적절한 보상을 받을 수 있다는 믿음을 줄 수 있는 제도 마련이나 운영이 담보되어야 한다.

▶ 현재 많은 국가들은 의료사고에 대한 문제를 접근하는데 있어서 개인적인 과실의 문제보다는 전체적인 시스템의 문제로 파악하고 있으며 의료분쟁의 해결기전에서 가장 중요한 것은 고통받고 있는 환자에게 가능한 빠른 보상이 이뤄질 수 있는 해법을 찾아내는 것이다. 그러므로 현재와 같이 과실책임주의원칙하에서 개인의 과실과 책임을 강조하는데서의 모순을 해결하기 위한 방법이 모색되고 있고, 이것은 의료사고의 당사자인 의료인의 문제뿐 아니라 전체적인 시스템상의 해법을 같이 고려해야 하므로 국가적인 책임 역시 배제될 수 없는 부분이라고 생각된다. 그러므로 재원 역시 의료인과 국가가 배상비용을 기금화해 운영할 수 있는 방안의 모색이 합당하다. 더구나 의료사고 시장은 큰 시장이 아니기 때문에 기금이 분산화되면 그 효과가 떨어질 것이므로 기금은 풀링 운영해야 한다.

▶ 의료분쟁을 사적으로 해결해야 한다면 재원조달을 논할 필요가 없지만 공급자들의 배상보험 방식을 어떻게 할지에 대한 논의는 필요하다. 공급자들이 가입하는 배상보험은 '산재보험' 방식이 좋다고 본다. 그러나 공적 관료화와 비효율이 나타날 수 있다는 점과 기관부담이 커진다는 문제는 고민해야 한다.

▶ 의료분쟁 비용의 영역 설정이 필요하다. 의사의 실수에 의한 의료사고의 경우 해당 의사에게 책임을 물어야 하는게 마땅하지만 어쩔 수 없는 사

고는 별도의 배상기금을 조성, 의료기관의 부담을 덜어줘야 한다. 배상기금은 정부가 마련함이 마땅하며 예산확보가 어렵다면 현재 운영되고 있는 응급의료기금이나 위험도 상대가치 등의 재원을 활용하는 방안도 검토할 필요가 있다.

▶ 현재 전 세계적으로 의료분쟁 해결에 정부의 역할 비중이 늘고 있는 추세다. 전국민 의료보험 체제인 우리나라의 경우 이런 필요성이 더 하지만 아직까지 정부는 방관자를 자청해 왔다. 정부 주도의 의료분쟁 해결기구를 만들고 그 기금은 정부 출연금과 의료기관에서 부담해야 한다.

▶ 지난 2008년부터 정부는 의료분쟁에 따른 위험도를 책정, 별도의 예산을 건강보험 재정에서 의료기관들에게 지급하고 있다. 하지만 위험도 상대가치 책정기준이 애매모호한 탓에 효율적 배분이 이뤄지고 있지 않다는 지적이 많다. 2000억원 이라는 막대한 자금을 무형적 개념에 소요할게 아니라 실제 의료분쟁 해결에 사용하는 방법을 고려해 봐야 한다.

▶ 불가항력적인 의료사고에 대해서는 국가가 책임져야 하지 않을까. 더욱이 전국민 건강보험 제도로 운영되고 있는 우리나라에서는 불가항력의 의료사고에 대해서는 국가 재정에서 보상의 틀을 마련해 줘야 한다.

▶ 이번 연구에 참여하면서 의료분쟁 비용에 대한 보전책으로 위험도 상대가치제도가 운영되고 있다는 사실을 알았다. 현재 사용되고 있는 만큼 이 비용을 의료분쟁 해결기금으로 사용하는 것은 타당성이 있다는 생각이다. 환자는 확실한 보상을 보장 받을 수 있어 좋고, 의료기관은 별도의 비용이 들지 않는 만큼 누이 좋고 매부 좋은 해결책인 것 같다.

▶ 정부와 의료기관이 공동으로 기금을 조성, 운영하는 방법이 가장 효율적인 방법이 아닐까. 다만 이 기금의 지출내역을 분석, 의료기관에 대한 인센티브와 패널티 적용 여부도 논의돼야 한다.

▶ 패널들의 취합된 의견을 보면서 의료분쟁 해결에 관한 관점이 바뀌었

다. 의료사고는 당연히 의료기관이 책임져야 한다고 생각했고 지금도 많은 국민들이 같은 생각을 하고 있을 것이다. 하지만 불가항력적인 의료사고에 대해서는 국가가 나서야 한다는 점에 공감한다. 물론 불가항력의 범위를 어떻게 설정하느냐가 또 다른 문제가 될 수 있겠지만 큰 틀에서는 국가의 역할이 절대적으로 중요하다는 지적에 동의한다.

▶ 국가와 의료기관의 공동기금 마련은 그동안 발의됐던 의료분쟁 조정법에도 수 차례 제기돼 왔다. 당연히 가야할 방향이다.

▶ 상대가치제도가 운영되고 있는 상황에서 위험도 상대가치를 또 적용하는 것은 납득이 되질 않는다. 위험도 상대가치가 의료분쟁 보상책이라면 이 비용을 의료분쟁 배상기금으로 전환하는게 마땅하다.

▶ 반감을 최소화 하면서 막대한 기금을 확보할 수 있는 방법으로 위험도 상대가치와 응급의료기금을 주목해야 한다. 다만 이 기금의 적용 범위는 불가항력적인 의료사고로 국한시켜야 한다.

▶ 환자가 신속하고 적절한 배상을 받도록 하기 위해서는 정부 주도의 기구가 마련돼야 하고 이 기구를 운영하는 비용은 국가가 부담하되 배상기금은 정부와 의료기관이 공동으로 마련해야 한다.

= ABSTRACT =

A Research on Fund Raising Method in Mediating Medical Dispute

- An approach through Delphi Method of experts

Dae Jin Park

Dept. of public Health Law and Ethics

Graduate School of

Public Health Yonsei University

(Directed by Professor Myoung Sae Son M.D, Ph D)

Medical practitioners usually have evaded or neglected their efforts to resolve medical disputes. Patients then find illegal means, and the dispute is settled in a compromise between the two parties. All these have become normal steps, due to the lack of institutional methods for solving medical disputes rationally and to the excessive financial burdens of dispute settlement. There are regulations concerning dispute settlement that are enumerated in Korean medical laws. However, they only give administrative responsibilities to the practitioners, and do not provide means of mediating medical disputes substantially. Moreover, doctors are more inclined to shirk their responsibility in order not to bear excessive expenses for dispute settlement.

Therefore, normal people, who are the customers of medical service, cannot find rational means of settling and cannot receive proper compensation. As a result, they end up facing the dilemma of choosing between giving up their private lives and resorting to illegal means.

Medical practitioners are also afraid of customers' outbursts of rage in the medical center, so they choose defensive treatment or evade taking charge of patients who are facing death. In the end, this brings about a high level of distrust between medical practitioners and normal people, disturbs general medical service, and menaces the national health.

Moreover, the proliferation of these medical crisis and defensive treatments causes an increase in the price of medical service, as it decreases the number of hospitalization days and increases both inspection costs and the number of medication. It takes more time to resolve medical disputes, which augments not only the direct cost born by medical practitioners and patients, but also the indirect social cost.

In order to settle medical disputes rationally, while maintaining the quality of medical service, social agreements are required to establish institutional methods to compensate for the damage and loss of the patients, while decreasing the direct financial burden on medical institutions. Hence, the purpose of this study is to seek ways to raise funds for efficient medical dispute settlement.

Based on experts' opinions about settling medical disputes, this study used the Delphi method, which forecasts an efficient fundraising process. It conducted the survey with experts (asking them for solutions and giving follow-up questions), and it suggested a final solution. . It also investigated into existing studies to enhance the understanding of the study's background and purpose.

According to the result of the survey, the most efficient fundraising method for the settlement of medical disputes is the establishment of a dispute-settlement body at the government level, to be funded by the National Health Insurance (NHI). It was dominantly believed that the government, medical centers, and patients would all consent to the idea of using the fund of NHI for medical disputes settlement, as long as the relative value of the risk is reflected in calculating health insurance costs.

Key word ; Mediating Medical Dispute