



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

의료분쟁에서의 조정성립 관련요인

: 소비자분쟁조정위원회 조정사례(2012-2014) 분석



연세대학교 보건대학원
보건정책관리학과
권 선 화

의료분쟁에서의 조정성립 관련요인

: 소비자분쟁조정위원회 조정사례(2012-2014)분석

지도 정우진 교수



이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2015년 12월 일

연세대학교 보건대학원

보건정책관리학과

권 선 화

권선화의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 정 우 진 인

심사위원 이 일 학 인

심사위원 용 왕 식 인



연세대학교 보건대학원

2015년 12월 일

“원컨대 주께서 내게 복에 복을 더하사 나의 지경을 넓히시고 주의 손으로 나를 도우사 나로 환난을 벗어나 근심이 없게 하옵소서 하였더니 하나님이 그 구하는 것을 허락하셨더라(역대상 4:10)”

이 논문이 나오기까지 자신의 알을 깨고 나와 독수리처럼 비상할 것을 주문 하시며 최선을 다할 수 있도록 인내를 가지고 지도해주신 정우진 교수님께 진심으로 감사의 말씀을 드립니다. 단순히 한편의 논문을 써 내는 것이 목적이 아니라 논문 진행과정을 중요하게 여기면서 작은 인생을 배우고 꿈을 꿀 수 있도록 이끌어 주신 점 다시 한 번 감사를 드립니다. 그리고 연세대학교 보건대학원에서 공부할 수 있도록 기회를 주시고 열정적 강의를 통해 지도해주신 박은철 교수님께도 감사드립니다. 기꺼이 논문심사를 맡아주시고 예심과 본심을 거치는 동안 새로운 시각에서 논문을 바라볼 수 있도록 가르침을 주셨던, 긴장하고 의기소침해 있을 때 따뜻한 미소로 용기를 주신 이일학 교수님과 바쁘신 와중에도 시간을 허락하시고 작은 부분 하나까지 꼼꼼하게 지도해 주셨던 용왕식 교수님께도 감사드립니다.

일과 학업을 병행할 수 있도록 배려해주시고 본 주제로 논문을 쓸 수 있도록 기초자료를 허락해 준 한국소비자원과 선배님들께 감사드립니다. 일터에서 긍정적 에너지를 채워주고 언제 어디서 무엇을 하든지 찾아가는 서비스로 지원과 응원을 아끼지 않는 한국소비자원 15기 동기들에게 감사의 말 전합니다.

대학원 생활에 활력을 주었던 보건정책관리학과 선생님들, 특히 논문 작성 과정에서 막힘이 있을 때마다 자신의 일처럼 고민해주고 조언해 주었던 박진현 선생님과 육아와 함께 하는 대학원 생활에 지칠 때 응원과 격려를 준 고운이 선생님 감사합니다. 논문을 쓰는 동안 함께 지도 받으면서 같이 고민하고,

좋은 의견을 주고 중간에 포기하지 않도록 의지가 되었던 양윤성 선생님, 하은진 선생님 진심으로 감사합니다.

이 배움의 자리에 있기까지 무엇을 하든지 믿어주시고 더없는 사랑을 베풀어주신 사랑하는 엄마와 공부하는 며느리를 자랑스럽게 생각하시며 물심양면으로 도움주신 시어머니께 감사의 말씀드립니다.

논문작성 과정에서 다른 사람이 쓴 논문을 읽고 비판하기는 쉬워도 나의 생각을 논리적으로 한 글자 한 글자를 쓴다는 것이 얼마나 어려운가를 깨달았습니다. 하나의 성과물을 얻기 위해 자신과의 싸움에서 이겨내는 법을 배웠습니다.

마지막으로 무사히 논문작성과 대학원 졸업을 할 수 있게 쉬는 날엔 육아와 집안일을 담당해주면서 외조를 아끼지 않았던 든든한 후원자 남편, 이승현과 뱃속에서부터 엄마와 함께 대학원 생활을 하며 힘들었지만 밝고 건강하게 자라 준 소중한 내 아들 이유찬에게 고마움을 전하며 이 논문을 바칩니다.

2015년 12월

권선화 올림

차 례

국문요약

I. 서론	1
II. 문헌고찰	5
1. 대체적 분쟁해결제도(alternative dispute resolution, ADR)의 개념 및 유형	5
가. ADR의 개념.....	5
나. ADR의 유형.....	5
2. 주요 외국의 의료분야 ADR.....	7
가. 미국	8
나. 독일	11
다. 일본	13
3. 우리나라의 의료분야 ADR.....	15
가. 사적 조정제도.....	16
나. 행정위원회에 의한 조정제도.....	17
다. 민사조정법에 의한 조정제도.....	21
III. 연구방법	22
1. 연구 설계	22
2. 연구 대상 및 자료	24
3. 연구에 사용된 변수	26

가. 종속변수	26
나. 독립변수	27
4. 분석방법	35
IV. 연구결과	36
1. 연구대상자의 일반적 특성 : 기술분석	36
2. 의료분쟁 조정성립의 차이 : 단변수 분석.....	41
가. 환자 요인	41
나. 의료기관 요인	43
다. 사건 및 조정과정 요인	45
3. 의료분쟁의 조정성립 관련 요인 : 다변수 분석	47
V. 고찰	53
1. 연구 방법에 대한 고찰.....	53
2. 연구 결과에 대한 고찰	59
VI. 결론	65
참고문헌	67
영문초록	75

List of Tables

Table 1. Classification and definition of independent variables···	33
Table 2. General characteristics of cases: patient factors·····	38
Table 3. General characteristics of cases: medical institution factor	39
Table 4. General characteristics of cases: case and mediation process factors·····	40
Table 5. Difference of completion of mediation according to characteristics : patient factors·····	42
Table 6. Difference of completion of mediation according to characteristics: medical institution factors ·····	44
Table 7. Difference of completion of mediation according to characteristics: case and mediation process factors·····	46
Table 8. Factors related to completion of mediation: logistic regression ·····	50

List of Figures

Figure 1. Research design frame ·····	23
Figure 2. Final target cases ·····	25

국 문 요 약

의료분쟁에서의 조정성립 관련 요인

전국민 건강보험의 시행 및 국민들의 생활수준 향상, 의학기술의 발전에 따른 의료서비스의 이용의 증가와 더불어, 의료소비자들의 권리의식도 함께 신장됨에 따라 이와 관련한 의료분쟁도 지속적으로 증가하는 추세이다.

의료분쟁을 해결하는 방법에는 민·형사 소송을 제기하는 것과 당사자간 화해, 제3자의 개입을 통한 조정 또는 중재의 대체적분쟁해결방식(alternative dispute resolution, ADR)이 있다.

소송을 통한 분쟁해결의 경우, 의료의 특수성으로 소송이 장기화되고 적지 않은 소송 비용이 든다. 의사는 방어진료나 위축진료를 하게 되며, 이는 의학기술의 발전을 저해하고 의료서비스 제공을 왜곡시킨다. 또한 소송의 결과는 승자와 패자로만 양분되기 때문에 어느 당사자에게도 만족을 주지 못한다.

반면 ADR을 통한 분쟁해결은 소송에 수반되는 소모적인 감정적 낭비, 시간 및 경제적 비용 등의 대립을 없앨 수 있다. 더욱이 의료분쟁은 법학적인 지식뿐만 아니라 해당분야의 전문지식까지도 요구된다는 점에서 의료분쟁의 합리적 해결방법으로 그 가능성을 인정받고 있다.

그럼에도 불구하고 의료분쟁에서의 ADR을 통한 분쟁해결의 실증적 연구는 찾아볼 수 없었으며, 이에 본 연구는 의료분쟁의 대표적인 ADR인 ‘조정성립’에 영향을 미치는 요인을 분석하여 의료분쟁의 효율적인 해결과 나아가 의료분쟁의 조정제도 정착에 이바지하고 향후 정책입안자들이 관련 제도를 개선하는 데 필요한 기초자료를 제시하고자 하였다.

본 연구에서는 문헌고찰을 통해 주요 외국 및 우리나라의 의료분야 대체적 분쟁해결제도를 개괄하였고, 소비자분쟁조정위원회에서 심의한 결과 의료기관

에게 책임이 있다고 판단하여 ‘배상’을 결정한 사례(2012-2014) 총 578건을 분석하여 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인에 따른 조정성립 관련 요인을 확인하였다. 통계분석을 위해 SAS version 9.2를 사용하였으며, 기술 분석 및 chi-square, logistic regression을 시행하였다.

본 연구의 결과 소비자분쟁조정위원회에서 조정한 총 578건의 사례 중 조정이 성립된 건수는 287건으로 전체 사례의 49.7%이었다. 각 요인을 모두 보정하여 다변수 분석을 한 결과, 의료기관의 설립주체는 개인그룹에 비해 사회복지 또는 재단법인의 교차비가 4.61, 학교법인의 교차비는 3.41이었다. 전문가 자문 건수는 3개 이상 자문을 한 그룹 대비 전문가 자문을 하지 않았던 그룹의 교차비가 6.53이었다. 조정결정금액은 ‘150만원 이하’ 그룹 대비 ‘800만원 초과’ 그룹의 교차비가 0.47이었다. 처리기간은 ‘60일 이하’ 그룹 대비 ‘61-120일’ 그룹의 교차비가 1.79이었다.

이 연구는 소비자분쟁조정위원회에서 조정한 의료분쟁 사례를 대상으로 하여 조정성립의 관련 요인을 분석한 연구로, 의료분쟁에서의 ADR에 관하여 국내에서 처음으로 시도된 실증적 연구라는 점에서 의의가 있다.

본 연구의 결과가 가지는 함의는 의료분쟁의 조정성립에 있어 당사자 요인뿐만 아니라 분쟁사건의 특성 및 조정과정에서의 요인에 따라 조정성립여부가 달라질 수 있다는 것이다.

이에 대해 정책적으로는 특히 특수법인 형태의 국공립 의료기관에서 의료분쟁 발생 시 공신력 있는 기관의 조정제도를 잘 활용할 수 있도록 하는 방안의 마련, 의료분쟁사건의 표준화된 배상지침 및 분쟁해결기준의 마련, 전문위원의 동기부여 등 관리 강화, 의료기관의 배상책임보험 의무가입 등 보험가입을 높일 수 있는 방안 마련, 의료 ADR 전문인력의 육성 및 표준화된 조정과정의 정립, 의료분쟁사건의 국가적 차원의 보고시스템 구축이 필요할 것이다.

핵심이 되는 말 : 의료분쟁, 조정성립, 대체적 분쟁해결제도

I. 서론

전국민 건강보험이 시행되고 국민들의 생활수준이 향상되면서 의료의 수요가 증가되었고, 의학기술이 발전하면서 의료서비스 이용이 크게 증가하였다. 동시에 의료서비스 품질에 대한 의료소비자들의 기대수준 상승, 의료지식 보급 확대에 따른 의료소비자의 권리의식 신장으로 이와 관련된 의료분쟁도 증가하고 있다(Shin, 2007; Choi, 2012).

우리나라의 의료분쟁 발생건수는 법원 및 관련기관에 접수되는 건수를 바탕으로 추산하면, 연간 약 15,000건~30,000건이 발생한다(Asian Institute for Bioethics and Medical LAW, 2011). 그 중에 약 6% 정도가 법적 소송을 통해 분쟁을 해결하는 것으로 알려져 있는데(Sohn and Lee, 2001), 의료분쟁으로 법원에 민사소송을 신청하는 건수는 해마다 증가하는 것을 볼 수 있다²⁾(Jurisdiction yearbook, 2011-2014).

의료분쟁의 증가에 따라 의료비 및 사회적 비용이 급증하고 있다. 국내의 '위험도 상대가치 개선을 위한 의료사고 비용조사 연구'에서는 2010년 의료분쟁으로 인한 소송 및 중재·자체합의 등에 따른 지출 비용과 변호사 비용, 기회비용 등 부대 비용을 포함하여 각종 의료분쟁을 해결하는 데 사용된 비용이 총 2,053억여 원으로 추정된다고 보고하였다(Asian Institute for Bioethics and Medical LAW, 2011).

의료분쟁은 단순히 당사자들의 개별적인 문제가 아니라 사회적 문제가 되었다. 하지만 의료분쟁을 소송을 통해 해결하고자 할 경우, 환자 측은 부담을 지게 되는데, 의료과실 입증의 어려움으로 인한 소송의 장기화 및 소송 비용 등

2) 법원의 1심 기준 통계 (연도/건수)

2011	2012	2013	2014
876	1,009	1,101	1,333

이 그것이다³⁾.

한편 의료과오나 오진을 예방하기 위한 과잉진료나 위험 부담이 있는 의료 행위는 나중에 소 제기를 당할까봐 두려워 그 행위를 시행하지 않는 등 위축 진료의 문제가 발생하게 되는데, 이는 의학기술의 발전에 저해요인이 될 뿐만 아니라 의료서비스 제공을 왜곡시킨다. 의료사고로 인한 손해배상 비용, 보험료, 기타 경제적 손실은 결국 환자가 지급하는 의료비에 전가되어 의료비를 상승시킨다(Lee, 2002; Shin, 2007). 게다가 소송의 결과는 승자와 패자로 양분되기 때문에 당사자들에게 대립과 갈등이라는 상처만 남기게 된다(Liang, 1998; Ha, 2009).

이에 반해 국내외적으로 ADR을 이용한 의료분쟁 해결에 관심이 높아지고 있는데⁴⁾(Liang, 1998; Liebman, 2011; Sohn and Bal, 2012), 이 제도는 당사자 간의 화해, 제3자를 통한 조정 및 중재 등 소송을 대체하는 접근방법으로 소송에 수반되는 소모적인 감정적 낭비, 시간 및 경제적 비용 등의 대립을 없앨 수 있는 효과적인 분쟁해결 수단이 될 수 있다. 특히 의료분쟁은 의사와 환자 간의 불신으로 발생하는 경우가 많고 시간이 흐를수록 감정적 대립이 커지기 때문에 당사자 간의 골이 더 커지기 전 신속한 해결이 요구된다. 더욱이 의료분쟁은 법학적인 지식뿐만 아니라 해당분야의 전문지식까지도 요구된다는 점에서 그 가능성을 인정할 수 있다.

현재 우리나라에서 시행되고 있는 의료분쟁 관련 ADR 기구로는 「소비자기본법」에 근거한 한국소비자원 피해구제 및 소비자분쟁조정위원회와 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 근거한 한국의료분쟁조정

3) 연세대학교 의료법윤리학연구소(2011)의 연구에서는, 사건 발생 시점부터 소송 종결 시점까지 기간을 환산하여 계산했을 때 의료소송의 경우 약 3.38년이 소요되며 1심까지 최소 500만원을 지출하는 것으로 분석하였다.

4) 미국의 'Medical malpractice reform' 연구에서는 의료소송으로 연간 760-1,220억 달러의 비용이 발생하고, 의료과오 발생 건에 대해 75~90%가 ADR을 통해 해결되었으며 결과적으로 분쟁 건당 50,000달러를 절약할 수 있었고 만족도 조사에서 당사자의 90%가 만족한다는 결과를 보였다고 보고하였다.

중재원이 있다. 한국소비자원의 경우 1999년 의료업무를 시작한 이래 2015년 3월까지 총 310,621건의 의료분쟁 관련 상담을 하였고, 이 중 12,641건(4.1%)이 피해구제 및 소비자분쟁조정위원회의 조정을 신청한 것으로 조사되었다. 소비자분쟁조정위원회는 한국의료분쟁조정중재원이 발족하기 이전까지 우리나라의 유일한 의료분쟁조정기구로 역할을 해 왔으나 의료분야의 조정성립률은 69.2%로 다른 분야에 비해 낮은 편이며 전문적이지 못하고 소액사건 중심의 조정이 이루어진다는 평가를 받았다(Kim, 2012). 이를 보완하고자 2012년 한국의료분쟁조정중재원이 발족했으나 의료계의 반발 등으로 아직은 의료기관 측의 조정참여율이 저조한 실정이다.

국내외의 선행연구들에서 의료분쟁의 합리적 해결방법으로 ADR의 도입과 활용에 대한 필요성이 대두되고 있으나, 그동안의 의료분야 ADR과 관련한 선행연구를 살펴보면, 국내연구로는 크게 의료분쟁 발생 원인에 관한 연구(Kim, 2011), 의료분쟁 해결 비용에 관한 연구(Yang, 1998; Lee, 1999; Sohn et al., 2005; Park, 2009), 의료분쟁의 유형 및 판례분석에 관한 연구(Min, 1997; Kwon et al., 2006; Cha et al., 2006; Shin, 2007; Kim, Choi and Lee, 2015), 의료분쟁 해결을 위한 제도적·법적 고찰 연구(Jeong, 2012; Choi, 2012; Park, 2013)로 분류할 수 있었고, 국외연구는 의료분쟁에서 ADR의 역할 및 효과분석(Liang, 1998; Liebman, 2011; Sohn and Bal, 2011)에 관한 것이 대부분으로 ADR을 통한 의료분쟁 해결의 성공 관련 요인을 판별하기 위한 연구는 찾아볼 수 없었다.

그 이유로 우리나라의 경우, 사회적 인식이 의료과오들에 대한 문제들을 공개적으로 논의하는 것을 꺼려하고 정부차원에서의 자료 축적이 이루어지지 않고 있어 분석이 가능할 정도의 충분한 자료 획득이 어려웠기 때문으로 보인다.

이에 본 연구에서는 먼저 주요 외국 및 우리나라의 의료분야 ADR 제도에

대해 개괄한 후, 소비자분쟁조정위원회에서 최근 3년간 처리한 의료분쟁 조정 사례(2012-2014)를 분석하여 의료분쟁에서의 조정성립과 관련된 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인을 확인하고자 하였으며, 의료분쟁에서의 ADR과 관련하여 국내에서 처음으로 시행되는 실증적 연구라는 점에서 큰 의의가 있다.

본 연구의 결과를 통해 조정인이 조정절차 과정에서 조정결과에 영향을 미치는 요인을 인지하여 효율적인 분쟁해결의 목적을 달성할 수 있게 할 뿐만 아니라, 나아가 의료분쟁의 조정제도 정착에 이바지하고 향후 정책입안자들이 관련 제도를 개선하는 데 필요한 기초 자료로 활용되도록 하고자 하였다.



II. 문헌고찰

1. 대체적 분쟁해결제도(alternative dispute resolution, ADR)의 개념 및 유형

가. ADR의 개념

대체적 분쟁해결제도는 형식적으로는 법원에서 행해지는 소송 외 방식의 분쟁해결제도를 의미하나, 실질적으로는 법원에서 행해지는 판결이 아닌 화해, 조정, 중재 등과 같이 당사자 간의 교섭과 타협 또는 제3자가 관여해 이뤄지는 분쟁해결제도를 말한다(Ban, 1998). 이러한 소송 외 분쟁해결방법들은 소송을 ‘대체’ 하는 것은 아니지만 ‘소송을 보완하는 대안적 수단’으로 이용될 수 있다는 점에서 대안적 또는 대체적 분쟁해결이라고 부른다. ADR은 노동과 공동체 갈등분야에서 시작되었고, 최근에는 공공분쟁해결을 위해서 전통적으로 사용하던 법원의 소송방식이 아닌 ADR에 대한 관심이 고조되고 있다(Ha, 2009).

나. ADR의 유형

ADR은 각 나라의 법률문화나 환경에 따라 다양한 모습을 갖추고 있으며 추구하는 목적에 따라 다양한 유형이 있으나, 일반적으로 협상(또는 화해), 조정, 중재 등으로 분류할 수 있다(Kim and Jung, 2001).

1) 협상(negotiation)

협상이란 타결 의사를 가진 둘 또는 그 이상의 당사자 간에 양방향 의사소통을 통해 서로 양보하여 합의점을 찾아 상호 만족할 만한 수준으로 합의(agreement)에 이르는 과정(Kwak, 1999), 둘 이상의 집단이 사회적 충돌을 피하기 위해 서로의 이해상반을 해결할 목적으로 토론하는 것(Ha, 2009)으로 정의할 수 있다. 비공식적인 방법이지만 가장 일반적인 분쟁해결 방식으로 중립적인 제3자를 활용하는 과정과 비교할 때, 당사자의 주도하에 자율적으로 분쟁을 관리한다는 장점이 있다(Kim and Jung, 2001). 화해가 성립하면 민법에 따라 사법상의 화해계약으로 처리되거나, 아니면 재판상 제소전 화해나 소송 상의 화해로 처리된다.

2) 조정(mediation)

조정이란 일반적으로 중립적 위치에 있는 제3자 혹은 조정위원회와 같은 기구가 개입하여 일정한 절차에 따라 분쟁당사자들의 의견을 듣고 사실을 조사한 후 조정안을 작성하여 분쟁 당사자들에게 수용을 권고함으로써 쌍방의 양해를 통해 분쟁을 해결하려는 방식으로 이루어진다(Kim and Jung, 2001).

제3자의 권고안에는 강제력이 없다는 점에서 중재와 다르고 제3자가 개입한다는 점에서 화해와 차이가 있다. 조정은 민간의 분쟁처리기관이나 행정기관에서 이용되는 경우도 있지만, 법원이 관여하는 민사조정 또는 가사조정제도가 더 많이 이용된다. 조정이 성립하면 조정조서가 작성되고 이는 확정판결과 동일한 효력을 갖는다. 당사자가 권고안을 받아들이지 않아 조정이 결렬되어도 조정인은 조정에 갈음하는 결정을 내릴 수 있고, 이 결정에 대해 당사자가 이의를 제기하지 않으면 조정조서와 동일한 효력을 갖게 된다. ADR 기관의 경우에도 조정에 의해 화해가 성립하면 재판상 화해의 효력이 부여된다(Korea attorney white paper, 2010).

3) 중재(arbitration)

사전적 의미로 중재란 분쟁해결을 제3자에게 의뢰하여 당사자 간에 그 제3자에 의한 판정에 따르기로 미리 합의하는 것이다(Kim and Jung, 2001). 분쟁 당사자 간의 합의(중재 계약)에 따라 사법상의 권리 또는 법률 관계에 관한 분쟁의 전부 또는 일부를 법원의 판결에 따르지 않고 제3자를 중재인으로 선정하여 그 분쟁의 해결을 중재인에게 맡기는 동시에 최종적으로 그 판정에 복종함으로써 분쟁을 해결하는 것을 말한다(Korea attorney white paper, 2010). 제3자가 제시하는 조정안에 동의하여 분쟁을 해결하는 것이 아니고, 제3자의 판단에 의해 분쟁을 해결한다는 점에서 재판과 유사하고 화해(또는 협상)나 조정과 다르다(Kim and Jung, 2001). 당사자가 중재 절차, 장소, 언어, 중재기관 등을 정할 수 있어 당사자 의견이 많이 반영될 수 있으나 조정과는 달리 중재인이 구속력 있는 결정을 내리는 분쟁해결방식이다. 중재판정에 대해 취소사유가 없는 한 확정판결과 동일한 효력이 인정된다.

2. 주요 외국의 의료분야 ADR

최근 ADR에 대한 관심이 높아지고 있는데, 이는 법원을 사용하여 갈등해결을 유도하는 것보다 효과적이라고 인식되고 있기 때문이다(Bingham and Nabatchi, 2003). 미국, 독일, 일본 등 해외 주요 국가들은 갈등관리와 관련된 법과 제도를 마련함으로써 공공갈등을 미연에 예방하고, 갈등이 발생했을 때에는 보다 적극적으로 대처하고자 한다(Ha, 2009). 특히 의료분쟁과 같이 법학적인 지식뿐만 아니라 해당분야의 전문지식까지도 요구되는 과학소송의 경우, 피해자가 전문영역에 대하여 과실여부를 증명하기에 어려운 한계가 있다. 때문에 전문가 단체에서는 자율적으로 분쟁해결기구를 수립하여 운영하는

것이 최근 선진 각국의 일반적인 현상임과 동시에, 그와 같이 전문가단체가 자율적인 분쟁해결방법을 강구하는 것이 이른바 「전문가책임법」의 중요한 특징 중의 하나이기도 하다(Kim, 2003).

본 연구는 의료분쟁에서의 ADR 중 하나인 조정의 성립 요인에 관한 연구로, 오래 전부터 화해, 조정 및 중재 등으로 의료분쟁을 해결하려고 많은 노력을 기울이고 있는 미국, 독일, 일본 국가의 의료분쟁 ADR 제도에 대해, ‘우리나라 의료과오소송의 실태와 의료분쟁해결방안’ (Kim, 2003), ‘대체적분쟁해결제도에 의한 의료분쟁해결의 현황과 과제’ (Kim, 2005), ‘독일의 의료분쟁과 대체적 분쟁해결방안’ (Nam, 2009), ‘의료분쟁의 합리적 해결을 위한 연구’ (Jeong, 2010), ‘의료감정제도에 관한 비교법적 고찰’ (Park, 2015)을 참고하여 살펴보았다.

가. 미국

의료분쟁 등 소비자분쟁과 관련해 화해, 조정 및 중재와 같은 소송 외적인 해결제도가 가장 발달한 나라로 미국을 들 수 있다(Hwang, 1996). 미국에서는 1960년대 초기 의료분쟁 건수가 증가하기 시작하여 1970년대 의사에 대한 손해배상책임 소송이 폭발적으로 증가하였고, 손해배상액의 규모 또한 급격히 증가하는 ‘의료사고의 위기(medical malpractice crisis)’ 라는 심각한 사회문제가 대두함에 따라 각 주(state)를 중심으로 비사법적 해결방안을 마련하게 되었다. 여기에는 사전심사제도(screening panel), 조정제도(mediation panel), 중재제도(arbitration panel)가 있다.

1) 사전심사제도

사전심사제도는 1970년대 중반 ‘의료사고 위기’ 라는 심각한 사회문제가 발생하자 일부 주에서 실시한 분쟁해결방식이다. 소송 전 법관, 의료인, 변호사 등으로 구성된 심의위원회를 만든 후 사실관계를 판단하여 제소할 가치 여부를 검토하는 것으로 승소의 가능성이 희박한, 즉 무의미한 제소를 방지하는 것이 주된 목적이다. 미국의 법관들과 배심원들은 의료분야의 경험이 없는 경우가 대부분이기 때문에 사전심사제도는 의학적 증언을 판단하는 데 중요한 배경지식을 제공해 준다.

일반적인 절차는 신청인과 피신청인은 패널의 구성원 1인을 선임할 수 있고 그 후 선임된 자가 중립적인 패널을 선정한다. 대부분의 경우 패널이 소집된 이후 환자와 의료진은 주장 사실에 대한 준비서면을 제출한다. 패널은 사실관계를 파악하고 사고 발생의 원인에 의료진의 과실이 있는지를 검토하여 그에 관한 의견을 제시한다. 많은 주(state)에서 사전심사제도의 효율성을 높이기 위해 강제적인 사전심사제도를 시행하였기에 공정성에 대한 의문이 제기되었으나 연방의 절반 이상의 주에서 변론 전 사전심사제도를 법률에 규정하는 등 사전심사제도는 의료분쟁해결에 적합하게 발전해 왔다. 사전심사제도는 미국의 특유한 제도로서 제소가치를 조사하거나 승소가능성을 미리 검토한다는 점에서 의미가 있으나, 실제로는 당해 위원회가 의사 중심으로 구성되어 공정성에 의문을 남기고 의사회·변호사회·보험회사 등으로부터 협력이 미약하여 그 실익을 얻기 어렵다는 문제점이 지적되고 있다.

2) 조정제도

미국에서의 조정제도 본래 목적은 법원의 사건처리 정체현상, 즉 장기화를 해소하는 데 있다. 미국의 주마다 다양한 조정형태를 가지고 있어서 일일이 그 구체적인 모습을 설명하기는 어렵다.

대표적인 예로 뉴욕 주(state)의 모습을 살펴보면, 1970년대 의료사고책임보험의 과부하 문제의 심각성 외에도 인신손해배상사건(personal injury cases)에 있어 사건의 평균 심리기간이 46개월로 증가되었다는 보고가 있었다. 이와 같은 현상을 배경으로 뉴욕(state)의 최고법원 항소심 제1부에서는 의료과오소송 전담부로 의사·변호사 합동전문인위원회와 협의하여, 전문분야 1인, 소송경험이 많은 변호사 1인, 주 최고법원의 대법관 1인으로 구성된 조정인특별위원회(special panel of quasi-judicial mediator)를 설치하여 운영하였다.

미국의 조정제도는 비중 있는 전문가로 조정위원회를 구성함으로써 조정성공률을 높였다는 장점은 있지만, 변호사위원이 조정제도로 인해 수입이 감소한다고 생각하여 성의 있는 조정결과를 기대하기 어렵고 조정개시 전 충분한 정보제시가 어려우며 사법조정을 성급히 종결하려고 하여 충분한 심리가 이루어지지 않는다는 점이 지적된다.

3) 중재제도

최근 들어 의료분쟁의 ADR로 주목받고 있는 중재제도는 1925년 연방중재법(federal arbitration act)의 제정에서부터 출발하였다. 현재 13개주가 임의절차로 활용되고 12개 주는 특정사건에서 필수적으로 활용되고 있는데, 일부 주에서는 의료사고 발생 전에 미리 중재계약을 하는 것을 명시적으로 허용하고 있다. 하지만 진료계약과 동시에 중재계약을 체결하는 것이 일반화됨에 따라 중재계약 규정에 대한 합헌성 여부가 문제되고 있다(Kim, 2012). 당사자의 중재합의에 따라 법관이 아닌 제3자의 중재판단에 구속된다는 점에서 조정제도와 다르며, 중재제도를 설치, 운영하는 주(state) 사이에도 그 구성과 절차에 상당한 차이를 보이고 있다. 중재위원회의 구성은 당사자가 각각 중재인을 선임하고 선임된 중재인이 제3의 중재인을 선임하는 방법, 제3의 중재인

도 당사자가 선임하는 방법, 제3의 중재인의 신분을 변호사에 국한하는 방법 등 다양하다. 절차에 있어서도 당사자의 임의적인 중재합의에 따라 중재를 신청하는 방법, 강제적으로 중재위원회를 거치게 하는 방법, 임의적인 중재계약에 의하더라도 제소 전 합의의 효력을 인정하는 방법과 재판상 화해의 효력을 인정하는 방법 등이 있다.

미국의 중재제도는 신속한 분쟁해결을 도모하는데 목적이 있으나 실제로는 분쟁해결기간을 단축시키지 못했고, 소액사건이나 명백한 사건에 치중하거나 과실유무보다는 위자료로 타협을 권유하는 경향이 나타난다고 한다.

한편 미국의 의료분야 ADR은 특유의 배심제도, 변호사의 성공보수제도 그리고 의료행위에 대한 국민의 의식 등을 고려했을 때 우리나라와 단편적으로 비교하기는 어려운 부분이 있다.

나. 독일

독일도 미국의 영향을 받았다. 1970년 이후 의료분쟁 증가에 따른 대책으로 연방의 각 주 의사협회는 1975-1976년 사이 의료분쟁을 법정 이외의 방법으로 해결하기 위해 각 연방주를 담당하는 의료중재원 또는 조정소(Schlichtungsstelle)와 감정위원회(Gutachterkommission)를 설치하여 의료분쟁해결에 활용하였다. 최초에는 의사회와 보험자 연합의 협정에 기초한 바이에른 주(state) 의사회 「중재원 운영과 절차에 관한 규칙」과 노드라인 의사회 「감정위원회 설치를 위한 법률」이 기본이었다. 1978년 조정소와 감정위원회는 서로 그 기능을 결합하여 전국적으로 확대·실시하여 현재 각 지역 9개 조정소와 감정위원회가 설치되어 있다. 이러한 감정위원회와 조정소는 공법상 독일의사협회의 기관이지만 조직적으로는 분리되어 있으며 그 법적 성질은 민법상 조합이다. 모든 기관들은 의사뿐만 아니라 법률가도 포함하여

구성되어 있고 위원회의 위원들의 수는 2명 내지 5명으로 다양하다.

1) 의료중재원

각 주의 의사회와 보험회사가 모여 설립한 조직으로 의료분쟁의 소송 외 분쟁해결기구이다. 의사가 가입한 보험회사가 당사자로서 조정절차의 초기부터 참가하는 것이 특징으로, 보험회사가 동의를 하지 않으면 의료중재원의 절차는 진행되지 않는다. 보험회사를 의료중재원의 절차에 끌어들이므로써 의사에 대한 책임배상청구를 원활하게 진행할 수 있다는데 그 의미가 있다. 의료중재원의 목적은 가능한 신속하고 세밀하게 사실관계를 명확하게 하는 것이다. 당사자는 상호 협력할 의무가 있고, 특히 사실관계 해명에 필요한 정보를 지체 없이 제공할 의무가 있다. 중재절차는 당사자가 신청서를 중재원에 서면으로 제출함으로써 개시된다. 의료과오로 인해 손해를 입었다고 주장하는 환자가 제기하는 것이 일반적이나 의사 또는 병원이 환자를 상대로 제기하는 것도 가능하다. 감정이 필요하면 감정이 행해지고 당사자에게 그 감정의견이 보내진다. 의사, 병원 또는 보험회사의 동의가 없으면 중재원 절차는 종료된다. 다만, 중재원은 당사자의 절차 참여 및 감정인의 출석을 요구할 수 있다. 중재원은 상임위원인 의사 또는 전문의 1인, 의사회로부터 추천받은 당해 전문분야의 의사 1인 또는 전문의 1인, 당해 의사로부터 선임된 대리인 의사·전문 의 또는 법관의 자격을 가진 자 1인 그리고 당해 환자로 부터 대리권을 수여받은 의사·전문 의 또는 법관의 자격을 가진 자 1인 총 4인으로 구성된다. 중재결정은 감정에 따라 다수결로 결정하지만, 불명확한 경우에는 조정안을 제시하지 않는 것이 원칙이다. 그리고 감정을 행하였다 하더라도 법적 절차를 배제하는 것은 아니다.

2) 감정위원회

감정위원회는 의사회가 주축이 되어 설립한 기구로 객관적 감정을 통하여 피해자에게는 그 청구의 근거를 부여하고 의사에게는 무모한 비난으로부터 해방시키기 위한 것이 목적이다. 당사자가 신청서를 감정위원회에 제출함으로써 감정절차가 개시된다. 감정인은 사실 관계의 확인, 의료과오의 유무, 감정결과의 요약 등을 서면으로 작성하고 법률가가 주의의무 등 법률문제에 대해 검토한다. 감정위원회 위원은 독립하여 양심에 따라 판단하고 제시된 증거에 구속받지 않는다. 감정을 토대로 의사 1명과 법률가 1명이 제1회의 결정을 한다. 제1회의 결정이 내려질 때까지 1개월 이내에 당사자가 이의를 신청하면 감정위원회가 최종 결정을 내린다. 감정위원회의 구성은 법관의 자격이 있는 의장 1인, 외과의사·내과의사·병리학자 그리고 일반 개업의 각 1인 총 5인으로 구성되며 원칙적으로 전원일치의 최종판단을 내린다.

독일의 의료중재원과 감정위원회는 은퇴한 의료 전문가들을 활용함으로써 객관적인 감정과 결정을 담보하고 있는 반면, 의사협회에 조직되어 있고 이를 통해 재정 지원을 받기 때문에 기구의 중립성과 객관성의 흠결에 대한 의심을 벗어날 수 없다는 점, 중재절차 및 중재결정에 당사자를 구속하는 아무런 법적 근거가 없이 권고적 효력만을 갖는다는 점, 감정기구를 통한 중재결정은 손해배상의 원인유무만을 판단하여 보험회사로 하여금 중재하도록 권유할 뿐 손해배상의 범위에 대하여는 아무런 판단도 하지 않는다는 점이 미흡한 점으로 지적되고 있다.

다. 일본

일본은 1951년 ‘민사소송법’이 제정되었으나 의료분쟁해결에 큰 실효를 거두지 못했다. 1963년 사보험 형태의 ‘의사배상책임보험’이 도입되어 많은

의사들이 참여했으나 운영에 있어 신속한 배상 위주의 해결이 주된 기준이 되고 의료사고의 과실 판정에 대해서는 소홀하다는 지적을 받았다. 이에 1973년 일본의사회의 ‘의사배상책임보험 개선안’ 이 시행됐다.

최근에는 2004년 12월 「ADR 이용의 촉진에 관한 법률」이 제정되면서 의료분쟁의 합리적 해결과 ADR의 접목을 시도하는 노력과 그 활성화를 위한 논의가 진행되고 있다.

1) 일본의사회

일본은 1963년 화재해상보험회사가 의사배상책임보험을 인가받아 시행되었는데 의사배상책임보험의 특이성으로 인해 1973년 ‘일본의사회’에서 주관하는 의사배상책임보험제도가 발족하였다. 즉, 의사배상책임보험을 운영하고 있는 일본의사회가 의료분쟁해결기구라 할 수 있다.

사고조사위원회는 일본의사회 17명, 일본의사회 변호사 3명, 보험자 3명, 보험자 변호사 3명으로 구성된다. 배상책임심사회는 의학 관련 학식 경험자 6명, 법학 관련 학식 경험자 4명으로 구성되며 통상 월 1회 위원회가 개최된다. 처리 절차는 피해자로부터 의사가 손해배상청구를 받고 일본의사회에 보험처리를 위임하면, 일본의사회와 보험회사의 협력 아래 사고조사위원회가 사건을 조사하여 배상책임심사회에 심사청구를 한다. 배상책임심사회에서는 조사보고서를 토대로 심사를 진행한다. 배상책임 심사회는 심사결과를 일본의사회 및 보험회사에 통보하고 의사회는 심사결과를 토대로 피해자와 절충한다.

의료사고분쟁 접수 사건의 상당부분이 의사분쟁처리위원회에서 종결되고 있어 의료사고분쟁처리에 도움이 되고 있는 것으로 평가되고 있다. 하지만 의사배상책임보험제도는 보험심사기구적인 성격을 지닌 점과 당사자가 참가하지 않는 심사절차이기 때문에 질적 결함이 있다는 문제점이 지적되고 있다.

2) 의료 ADR

2007년 9월에 도쿄의 3개 변호사회가 의료 ADR 부문을 설립한 것을 시작으로 현재 전국 9개의 지역(11개 변호사회)에서 활동하고 있다. 의료소송·의료분쟁 해결 경험이 풍부한 변호사가 중심이 되어 중재와 화해 알선을 실시하고 있으며 의사가 조정위원 및 전문위원으로 참여하고 있는 곳도 있다. 그러나 과실, 인과관계 등 순수하게 전문적인 부분에서 날카롭게 대립이 있는 분쟁은 애당초 ADR의 대상이 되기 어려워 현실적으로 의료 ADR에 회부되는 것은 과실, 인과관계가 명확하면서도 손해액이 적고, 재판까지 가져가는 것은 비용과의 관계에서 유익하다고는 할 수 없는 사례 등이 대부분이다. 조정이 성립한 경우 집행력을 부여할 필요가 있으나 ADR 이용촉진법은 조정이 성립하더라도 집행력을 부여하지 않고 있다. 현재로서는 ADR 결정에 대하여 집행력을 부여하기 위해서는 법원에서 제소전 화해조서를 작성하거나 공정증서를 작성할 수밖에 없다고 한다.

2. 우리나라의 의료분야 ADR

우리나라도 2007년 ‘공공기관의 갈등 예방과 해결에 관한 규정’이 제정됨으로써 갈등이 발생한 이후 사후적인 해결방식에서 사전적으로 갈등발생을 예방하고 보다 적극적인 대응을 하고자 한다(Ha, 2009). 의료분쟁의 경우에도 오래 전부터 ADR을 활용하고 있고 의료분쟁의 해결을 위해 정부, 의료계, 법조계 및 시민단체 등의 많은 기관들이 노력을 기울이고 있다(Kim, 2005).

현재 우리나라에서 시행되고 있는 의료분야의 ADR 제도로는 사적인 조정 제도로 당사자간의 화해, 대한의사협회 공제회, 민간 보험회사의 의사 및 병원 배상책임보험 등이 있다. 행정위원회에 의한 조정제도로는 「소비자 기본법」에 의한 피해구제 및 소비자분쟁조정위원회, 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁

조정 등에 관한 법률」에 의한 한국의료분쟁조정중재원이 있다. 법원에 의한 조정제도로는 「민사조정법」에 의한 법원조정센터와 수소법원의 조정제도가 있다(Jeon, 2015).

우리나라의 의료분쟁조정제도에 관하여는 본 연구와 밀접한 관련이 있는 소비자분쟁조정위원회를 중심으로 살펴보았고, 그 외 조정제도들은 기구를 소개하는 정도로 살펴보았다.

가. 사적 조정제도

1) 당사자 간의 화해

화해는 당사자 간 서로 양보하여 다툼을 자율적으로 해결하는 가장 바람직한 해결방법이다. 소송계속의 여부와는 상관없이 법관의 면전에서 당해 분쟁의 합의가 이루어진 경우를 재판상 화해라 하고, 그 외 합의를 재판외 화해라고 한다. 우리나라의 의료분쟁의 해결에 있어 법적 분쟁으로 번지기 이전에 화해에 의한 해결의 비율이 69.5%로 알려져 있으며 여기에는 당사자 사이의 원만한 화해계약에 의해 해결되는 것도 있지만 환자측의 폭행·시위·농성 등의 압박에 의한 것도 상당부분이 있는 것으로 추정된다(Kim, 2005).

2) 대한의사협회 공제회

대한의사협회는 1981년 11월 1일 공제회를 발족시켜 비제도권 사업으로 운영되었다가 1987년 의료법 개정 이후 공제사업을 시행해 오고 있다. 공제회는 의료사고와 분쟁의 증가에 따른 자구책으로 환자 측과 원만한 합의를 위한 중재, 협의, 조정 기능과 병원 점거 등의 난동을 방지하고 조정결과에 따른 보상금 지급, 사고에 대한 의학적·법률적 자문, 변호사 선임 등을 지원한다

(Jeon, 2010). 다만, 의료배상공제사업은 그 운영주체가 대한의사협회이기 때문에 환자로부터 공정성을 의심받을 수 있다.

3) 의사배상책임보험

의사배상책임보험은 피보험자인 의사가 보험기간 중 담보 조항에 해당하는 사고로 인해 손해배상청구가 제기되어 법률상 손해배상책임을 부담함으로써 입은 손해를 보상하는 것이다. 1973년 現 현대해상화재보험주식회사의 전신인 동방화재해상보험주식회사가 처음 도입하였으나, 의료과오에 대한 공정한 심판기구의 부재, 배상책임보험 수지 악화, 불충분한 배상 등의 원인으로 판매가 중단되었다. 이후 1997년 현대화재해상보험(주) 등 대형보험회사들을 중심으로 의사배상책임보험을 개발하여 종합병원을 상대로 판매하였고, 현재의 민간보험에 의한 의사배상책임보험이 부활하게 되었다(Jeon, 2010).

현재 각 보험회사에는 관련 의료인과 변호사로 구성된 의료배상심의위원회가 구성되어 있어 보험사고 여부에 대한 심사를 함으로써 나름대로 공정성을 유지하고 있다. 다만 의료배상공제회와 같은 문제점을 내포하고 있으며 보험사의 수익을 고려하여 보험금 지급여부 및 지급액이 달라진다는 한계가 있다(Jeon, 2004).

나. 행정위원회에 의한 조정제도

1) 소비자분쟁조정위원회

「소비자기본법」에 따라 한국소비자원에 설치된 소비자분쟁조정위원회에서는 심의를 통한 조정결정으로 분쟁해결업무를 하고 있으며, 1999년 (구) 「소비자 보호법」 개정 이후 의료분쟁에 대한 조정업무를 시작하였다.

가) 구성(「소비자 기본법」 제60조)

조정위원회는 공정거래위원장이 임명하는 위원장 1인, 상임위원 2인을 포함한 50인의 위원으로 구성되어 있다. 위원은 대학이나 공인된 연구기관에서 부교수 이상 또는 이에 상당하는 직에 있거나 있었던 자로서 소비자 권익과 관련된 분야의 전공자 등이다. 조정위원회의 업무를 효율적으로 수행하기 위해 분야별 전문위원회를 두고 있다. 의료분야 전문위원회의 위원은 진료과목별로 85명으로 구성되어 있고, 의료분쟁 사건의 사실조사 단계에서 진료과정의 적절성, 책임유무 등에 대한 자문을 한다.

나) 조정 절차(「소비자 기본법」 제65조)

소비자와 사업자 사이에 발생한 분쟁에 관하여 국가 및 지방자치단체에 설치된 기구에서 분쟁이 해결되지 않았거나, 소비자단체에 의한 합의권고에 따른 합의가 이루어지지 않은 경우에 당사자나 그 기구 또는 단체의 장은 조정위원회에 분쟁조정을 신청할 수 있다. 조정신청 건은 대부분 한국소비자원의 피해구제 단계에서 합의권고를 했으나 합의가 결렬된 경우, 의료기관에게 책임을 묻기 어려워 그 조사 결과에 대해 신청인에게 정보제공을 했으나 소비자가 납득하지 못하고 조정신청을 요구한 경우 등이다.

조정위원회는 분쟁조정을 신청 받은 경우 대통령령이 정하는 바에 따라 지체 없이 분쟁조정절차를 개시하여야 한다. 분쟁조정을 위해 필요한 경우 전문위원회에 자문할 수 있으며, 분쟁조정절차에 앞서 이해관계자·소비자단체 또는 관계기관의 의견을 들을 수 있다. 조정위원회에 신청된 사건은 조정위원회 심의 전 합의권고를 할 수 있으며, 조정위원회는 분쟁조정을 신청 받은 날부터 30일 이내에 그 분쟁조정을 마쳐야 한다. 다만, 시험·검사 등 부득이한 사정이 있을 경우에는 그 기간을 연장할 수 있다. 조정위원회 위원장은 분쟁조정을 마친 때에는 지체 없이 당사자에게 그 분쟁조정 내용을 통지해야 한

다. 당사자는 그 통지를 받은 날부터 15일 이내 수용여부에 대한 의사표시를 해야 한다. 양 당사자가 모두가 분쟁조정 내용을 수용한 경우 조정이 성립되며 그 분쟁조정 내용은 재판상 화해와 동일한 효력을 갖는다.

다) 평가

소비자분쟁조정위원회에 의한 조정은 1999년 (구) 소비자보호법 개정이후부터 2012년 한국의료분쟁조정중재원이 개원하기 이전까지 우리나라의 유일한 의료분쟁 ADR 기구였다. 절차의 간이성과 비용이 없다는 장점을 가지고 의료소비자들의 권익 증진과 안정적인 의료 환경 조성을 위해 노력해왔다는 내부 평가와는 달리 전문성 부족, 인력부족으로 인한 사건처리 건수의 제한, 소액사건 위주의 기능을 발휘한다는 점이 지적되고 있다(Jeon, 2011).

2) 한국의료분쟁조정중재원

1982년 의료법에 근거해 의료분쟁이 법적 문제로 확대되기 전에 객관적이고 공정하게 조사하여 분쟁을 조정하기 위해 의료심사조정위원회가 설치되었으나 15년간 조정성립 건수가 3건에 불과 하는 등 유명무실한 상태였다(Hong and Park, 1998). 소비자기본법에 따른 소비자분쟁조정위원회의 경우 전문성 부족, 소액사건 위주의 분쟁 해결이라는 평가를 받아왔다. 이에 의료사고 관련 소송기간의 장기화 및 소송비용 과다로 인한 환자의 부담을 막기 위한 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 근거해 2012년 4월 8일 특수법인 형태로 한국의료분쟁조정중재원이 출범하게 되었다.

가) 구성

의료분쟁조정위원회(또는 조정부), 의료사고감정단(또는 감정부) 및 사

무국으로 구성되며 이사회는 보건복지부 장관이 임명하는 원장이하 위원장, 단장 및 비상임이사의 총 9인이다. 조정부는 판사를 포함한 법조인 2인, 보건 의료인 1인, 소비자권익전문인 1인, 대학교수 1인의 총 5인으로 구성된다. 감정부는 의사·치과의사·한의사 2인, 검사를 포함한 법조인 2인, 소비자권익 전문인 1인으로 구성되어 있다.

나) 조정 절차(제27조)

2012년 4월 8일 이후 발생한 의료사고에 한해 환자와 의료인 양쪽이 조정·중재를 신청할 수 있으나 피신청인이 참여 의사를 밝혀야 조정·중재 절차가 개시된다. 분쟁의 조정 또는 중재 신청을 하는 자에게 조정비용 수수료를 납부하게 할 수 있다.

조정신청 된 사건이 이미 법원이나 소비자분쟁조정위원회에 신청된 경우, 조정신청 자체로서 의료사고가 아닌 것이 명백한 경우, 신청인이 조사에 응하지 아니하거나 2회 이상 출석요구에 응하지 아니한 때, 신청인이 조정신청 후 의료사고를 이유로 의료법 제12조 제2항을 위반하는 행위를 한 때 또는 형법 제314조 제1항에 해당하는 행위를 한 때 등의 경우에는 조정신청을 각하한다.

조정·중재절차가 개시되면 의료인 및 법조인 각 2인씩, 소비자권익위원 1인 등 총 5인으로 구성된 의료사고감정단이 과실유무 등을 조사해 감정서를 작성하고, 의료분쟁조정위원회는 감정결과를 바탕으로 손해배상액을 산정하여 중재 판정을 내린다. 중재는 90일 이내 이루어지는 것이 원칙이나 1회에 한해 30일 연장이 가능하다.

조정부가 조정결정을 한 때에는 그 조정결정서 정본을 7일 이내 신청인과 피신청인에게 송달해야 한다. 송달을 받은 신청인과 피신청인은 그 송달을 받은 날부터 15일 이내에 동의 여부를 조정중재원에 통보하여야 한다. 이 경

우 15일 이내에 의사표시가 없는 때에는 동의한 것으로 본다. 조정은 당사자 쌍방이 조정결정에 동의하거나 동의한 것으로 보는 때에 성립하며, 성립된 조정은 재판상 화해와 동일한 효력이 있다.

다) 평가

분만사고 등 불가항력 의료사고의 보상, 손해배상금 대불제도, 형사처벌 특례제도가 포함되어 있으나, 여러 가지 법조항 등에서 의료계와 합의가 이루어지지 않은 점이 있어 아직까지는 조정참여율이 40%대에 그치고 있다 (Korea Medical Dispute Mediation and Arbitration Agency, 2015).

다. 민사조정법에 의한 조정제도

1990년 의료분쟁과 같은 사적분쟁을 간이·신속·공정하게 해결하고 국민의 신속한 재판을 받을 권리보장이라는 측면에서 소액조정을 흡수한 민사조정법이 제정되었다. 민사조정제도는 민사에 관한 분쟁을 간이 절차에 따라 당사자 사이의 상호 양해를 통해 분쟁을 해결하도록 하는 것이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 의료분쟁의 조정성립에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 것으로 소비자분쟁조정위원회 조정결정문(2012-2014)을 이용하여 조정심의 결과 '배상'으로 결정된 그룹을 분석대상으로 하였다.

독립변수는 환자 요인(성별, 연령, 지역, 직업), 의료기관 요인(의료기관의 규모, 소재지, 설립주체, 분쟁해결담당부서, 조정경험유무)과 사건 및 조정과정 요인(진료과목, 분쟁원인, 의료이용의 결과, 소 제기 여부, 전문가 자문의 회 횟수, 조정결정금액, 진료비와 조정결정금액 간 차이, 처리기간)으로 선정하여 의료분쟁에서 조정성립에 영향을 미치는 요인에 대해 분석하였다.

조정성립의 결정요인을 파악하기 위해 선정된 모든 연구변수에 대해 기술적 통계분석을 하였다. 각각의 변수와 조정성립에 미치는 영향은 chi-square test를 이용하였으며, 독립변수 중에서 의료분쟁의 조정성립 관련요인을 파악하기 위해 logistic regression으로 다변수분석을 시행하였다. 본 분석을 위해 SAS 9.2 version 통계 프로그램을 사용하였다. 연구의 틀은 Figure 1과 같다. 본 연구는 연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회의 심사면제 심의(2-1040939-AB-N-01-2015-326)를 통과하였다.

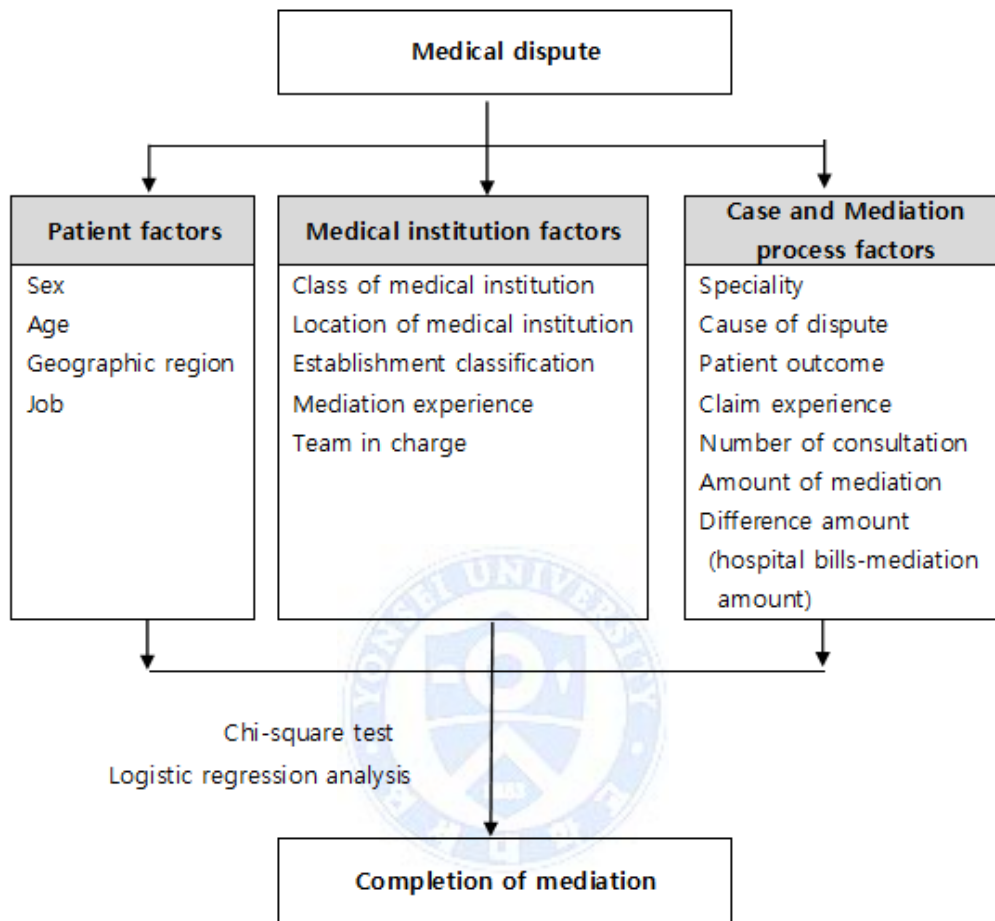


Figure 1. Research design frame

2. 연구대상 및 자료

본 연구를 위해 소비자분쟁조정위원회에서 의료분쟁에 대해 처리한 사건들의 조정결정문(2012-2014)을 자료원으로 하였다.

2012년부터 2014년까지 위원회에 의료분쟁으로 신청된 사건은 총 1831건으로 처리 결과는 배상⁵⁾ 580건, 합의이행⁶⁾ 401건, 이송⁷⁾ 288건, 취하⁸⁾ 270건, 기각⁹⁾ 185건, 처리불능·중지¹⁰⁾ 17건, 진행 중인 사건 90건이었다.

본 연구의 분석대상은 이 중에서 의료기관에게 과실 책임을 인정하여 ‘배상’ 결정을 한 사례 578¹¹⁾건으로 하였다. 분석단위는 위원회에서 처리한 개별 분쟁조정사건이고, 코딩작업을 거쳐 본 연구의 분석에 사용할 데이터베이스로 구축하였다(Fig. 2).



-
- 5) 조정심의 결과 의료분쟁의 귀책사유가 의료기관에게 있다고 판단하여 ‘배상’을 결정한 사건을 말한다.
 - 6) 조정심의 전 접수사건에 대해 담당자가 진료기록부 검토 등 사실조사 및 전문가 자문을 통해 의료기관의 과실이 있다고 판단되면 당사자에게 합의를 권고할 수 있고, 이에 대해 양측이 동의하여 합의서를 작성하고 종결한 것을 말한다.
 - 7) 소비자분쟁조정위원회는 200만원 미만의 사건을 처리하는 조정부 회의와 200만원 이상 사건을 처리하는 분쟁조정 회의로 이분화되어 있으며, 최초 조정부 회의로 신청되었다가 필요에 의해 분쟁조정 회의로 이송이 필요한 경우 이송처리를 한다.
 - 8) 조정심의 전, 신청인이 민형사 소송 제기 또는 개별적으로 사건을 해결하기를 위해 신청을 취소하였거나, 사실조사 결과 의료기관에게 책임을 묻기 어려움을 신청인이 이해하여 조정심의 받기를 포기한 경우를 말한다.
 - 9) 조정심의 결과 의료기관에게 과실 책임이 인정되지 않아 조정하지 않은 사건을 말한다.
 - 10) 당사자가 폐업하는 등 연락두절이 되었거나, 장애진단 등을 위해 사건처리를 중지해 줄 것을 요청한 경우이다.
 - 11) 배상으로 결정된 총 580건 중 ‘처리불능’인 2건을 제외하였다.

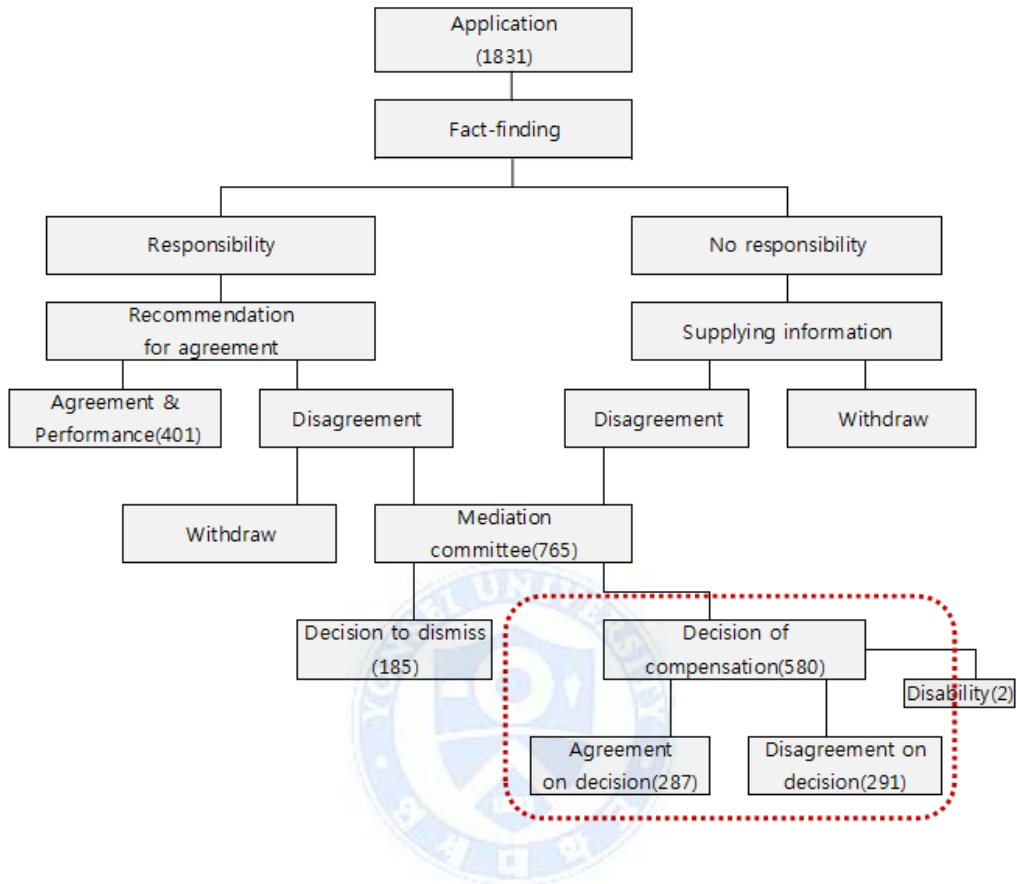


Figure 2. Final target cases

3. 연구에 사용된 변수

가. 종속변수

본 연구는 의료분쟁의 조정성립에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 것으로 조정성립 여부를 종속변수로 선정하였다. 분쟁해결이란 분쟁에서 주요한 문제에 대해 당사자가 상호 수용할 수 있는 의사결정에 이르게 되는 것을 의미한다(Lewicki et al., 2003). 의료분쟁조정 기구의 궁극적인 목표는 손해배상의 지도원리인 공평의 원칙에 따라 당사자가 원만한 합의를 형성(consensus building)하는 것을 말한다.

소비자분쟁조정위원회에서는 신청된 분쟁 사건에 대해 귀책사유가 의료기관에 있다고 판단될 경우 일정액의 금전적 ‘배상’을 하도록 하는 조정안을 제시한다. 조정안에 대해 양 당사자가 수용하면 조정이 성립되어 재판상 화해의 효력이 발생하게 되고 어느 일방이라도 조정안을 거부하면 조정이 불성립된다. 반면 신청된 분쟁 사건에 대해 의료기관에게 귀책사유가 없다고 판단되는 것과 같이 그 성질상 조정을 하는 것이 적절하지 않다고 인정되거나, 당사자가 부당한 목적으로 조정을 신청하였다고 인정되는 경우에는 ‘조정을 아니하는 결정’을 내려 사건을 종결시킬 수 있다.

본 연구에서 종속변수로 선정한 조정성립이란 제3자인 소비자분쟁조정위원회가 제시한 조정안에 대해 분쟁당사자 모두가 이를 수용하였다는 것을 말한다. 양측이 조정안을 수용하였다면 조정성립(=1), 어느 일방이라도 수용하지 않았다면 불성립(=0)으로 구분하였다.

나. 독립변수

기존의 분쟁조정과 관련한 선행연구로는 환경분쟁조정위원회를 대상으로 한 연구들이 많았다. 환경분쟁의 조정결과에 영향을 미치는 요인 연구(Ha, 2009)에서는 분쟁관리요인군(조정위원 특징, 처리기간, 조정안 수준), 분쟁특성요인군(분쟁이슈, 분쟁원인, 분쟁당사자 수, 당사자 유형), 분쟁환경요인군(분쟁역사, 국면경험, 발생지역, 발생연도)으로 설정하였고, 조정성립의 결정 요인에 관한 실증적 연구(Kim, 2001)에서는 조정합의 성립에 영향을 미치는 요인으로 당사자 특성(목표, 적대감, 협상스타일, 의사결정권한), 조정자특성(공정성 및 신뢰성, 전문성, 정보수집 및 분석능력, 숙련도), 제도적 특성(제3자의 도움, 개별면담, 자리배치)으로 보고 연구하였다.

본 연구에서는 선행연구를 참고하고 연구자가 조정절차에 조사자로 참여한 경험을 바탕으로, 조정성립의 관련 요인으로 추정되는 변수를 선정하고 분석하였다. 조정결과에 영향을 미치는 독립변수는 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인으로 분류하였다(Table 1).

1) 환자 요인

① 성별

환자의 성별은 여=0, 남=1 로 구분하였다.

② 연령

연령의 경우 '20세 미만', '20-29세', '30-39세', '40-49세', '50-59세', '60-69세', '70세 이상' 으로 7개 범주로 구분하였으며 10대 이하에서는 관찰치가 적어 20대 미만에 포함했다. 관찰치가 가장 많았

던 ‘60-69세’ 그룹을 기준집단으로 분석하였다.

③ 거주지역

거주지역 구분은 환자의 지역별 특성에 따른 조정성립률의 차이를 보고자 16개의 시도를 지리학적 위치에 따라 ‘서울 및 경기권’, ‘경상권’, ‘충청권’, 제주도를 포함한 ‘전라권’, ‘강원권’의 5개 권역으로 분류하였다.

④ 직업

직업은 한국소비자원의 ‘피해구제 신청서’ 상 분류된 범주를 기준으로 구분하여 ‘불명확’, 운송업 및 농업을 포함한 ‘자영업’, ‘직장인’, ‘주부’, 학생을 포함한 ‘무직’의 5개 군으로 분류하였다.

2) 의료기관 요인

① 의료기관 규모

의료기관 규모는 의료법상 의료기관의 등급별 분류를 말한다. 건강보험심사평가원 자료를 이용하여 ‘의원’, ‘병원’, ‘종합병원’¹²⁾, ‘상급종합병원’¹³⁾ 4개 등급으로 구분하였다.

② 의료기관 소재지

의료기관의 소재지는 등기부등본상의 소재지를 말한다. 선행연구에서는 지역별에 따른 의료사고 현황분석에서 건강보험심사평가원 의료자원통계시스템에서 분류하고 있는 13개 지역으로 구분하였는데(Kim, Choi and Lee,

12) 의료법(3조의3)은 종합병원 개설 조건으로 100개 이상의 병상을 갖추도록 규정하고 있다.

13) 20개 이상의 진료과목과 각 진료과목마다 전속하는 전문의를 두고 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원은 소정의 요건을 갖추면 상급종합병원(제3차 의료급여기관)으로 지정될 수 있다.

2015), 본 연구에서는 빈도수가 적어서 발생하는 통계적 오류를 없애면서 의료분쟁 조정성립에 있어 의료기관의 지리학적 특성을 살펴보고자 ‘서울 및 경기권’, ‘경상권’, ‘충청권’, 제주도를 포함한 ‘전라권’, ‘강원권’ 5개 권역으로 분류하였다.

③ 설립구분

의료기관을 설립한 주체에 따른 구분으로, 의료분쟁과 관련한 기존의 다양한 연구에서 의료기관을 설립주체별로 구분하여 분석한 연구는 찾아볼 수 없었다. 본 연구에서는 설립주체의 기본이념이나 운영방식에 따라 조정성립에 차이가 있을 것으로 가정하였고, ‘개인’ 소유이거나, 법인의 경우 ‘특수법인’, ‘학교법인’, ‘의료법인’, 사회복지 또는 재단법인으로 분류하였다.

④ 분쟁해결부서

분쟁해결의 담당부서별 구분은 의료분쟁 등의 처리에 있어 전담팀이 있는지에 대한 것으로, 원장이나 실장 등 개인이 처리하는 경우(=1), 원무과 소속의 업무담당자가 있는 경우(=2), 법무전담팀이 있는 경우(=3)으로 구분하였다. 의료기관 의료분쟁 처리 개선방안에 관한 연구(Yoon, 2006)에서는 병원에서 발생하는 의료분쟁에 대한 처리를 법적 지식을 가진 전문적이고 체계적으로 할 수 있는 부서의 존재가 필요하다고 하였다. 따라서 본 연구에서는 법무전담팀을 기준집단으로 하여 각 처리부서에 따라 조정성립여부에 차이가 있는지 확인하고자 하였다.

⑤ 조정경험

위원회 조정결과에 대한 만족도에 대한 변수로, 이전에 동 위원회에서의 조정경험이 만족스러울수록 조정결과를 수용할 가능성이 높을 것으로 가정하

였다. 조정신청일을 기준으로 최근 5년간 위원회 조정경험이 없는 경우(=0), 있는 경우(=1)로 구분하였다.

3) 사건 및 조정과정 요인

① 진료과목

현재 우리나라의 의료법상 진료과목은 총 21개 과로 구분되어 있으며 의료분쟁과 관련한 선행연구(Shin, 2007)에서는 의료분쟁 빈도수가 높은 내과, 정형외과, 치과, 산부인과, 성형외과의 5개 진료과목별로 분석하였다. 다른 선행연구(Lee et al., 2010)에서는 내과계, 외과계, 산부인과로 분류하여 분석하였다. 본 연구에서는 대한병원협회의 분류에 따라 ‘외과계’, ‘내과계’, ‘지원계’, ‘치과계’, ‘기타’ 총 5개의 분야로 분류하였다. 14)

② 분쟁원인

의료분쟁이 발생하게 된 원인에 대한 분류로 의료계의 연구에서는 진료단계별로 수술, 검사, 주사, 치료, 기타로 구분한다(Shin, 2007). 법조계의 연구에서는 판결문에 제시된 판단을 바탕으로 의사의 과오를 ‘주의의무 소홀’, ‘설명 의무 소홀’, ‘전원의무 소홀’로 범주화하기도 한다¹⁵⁾(Lee, 2013).

14) 외과계:일반외과, 흉부외과, 신경외과, 산부인과, 정형외과, 성형외과, 안과, 이비인후과, 비뇨기과

내과계:내과, 정신과, 신경과, 방사선종양학과, 가정의학과, 피부과, 소아청소년과
지원계:응급의학과, 재활의학과, 마취통증의학과, 영상의학과, 병리과, 진단방사선과

15) 의료인에게 업무상 주어지는 법적 의무에 대해서 판례에서는 다음과 같이 명시하고 있다. 의료행위를 하는 경우 환자의 구체적인 증상이나 상황에 따라 위험을 방지하기 위하여 요구되는 최선의 조치를 하여야 할 ‘주의의무’가 있다. 환자에게 수술 등 침습을 가하는 과정 및 그 후에 나쁜 결과 발생의 개연성이 있는 의료행위를 하는 경우 질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 설명하여 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택할 수 있도록 해야 할 ‘설명 의무’가 있다. 당해 의료기관의 설비 및 지리적 요인 기타 여러 가지 사정으로 인하여 진단에 필요한 검사를 실시할 수 없는 경우에는 환자로 하여금 그 검사를 받을 수 있도록 해당 의료기관에 ‘전원을 권고할 의무’가 있다.

본 연구에서는 조정결정문에 제시된 책임유무 및 범위의 내용을 근거로 하여 의사의 ‘주의의무 소홀’, ‘설명 의무 소홀’, ‘전원 및 안전의무 소홀’, 진료비 미환급 분쟁이나 무과실 책임 등의 ‘기타’로 구분하였다. 중복되는 원인이 있을 경우에는 가장 주된 원인을 기준으로 분류하였다.

③ 의료행위의 결과

환자가 ‘사망’한 경우, ‘후유장애’가 발생한 경우, ‘진단지연’으로 치료가 지연되어 질병이 악화된 경우, ‘부작용’이 발생한 경우, ‘무과실책임 또는 진료비 미환급’, 자기결정권 상실 등 ‘정신적 손해’에 대한 것으로 구분하였다. ‘정신적 손해’ 보다는 ‘신체적 또는 물질적 손해’에서 조정성립이 잘 될 것이라는 가정에 따라 ‘정신적 손해’ 그룹을 기준집단으로 하여 분석하였다.

④ 타기관 분쟁제기 여부

위원회 신청 이전의 갈등내용이 조정성립에 부정적 영향을 미칠 것으로 가정하여 소비자분쟁조정위원회에 조정신청을 하기 이전까지의 갈등상황이 없었던 경우(=0)와 같은 분쟁내용에 대해 법원에 민·형사 소송을 제기했거나 타기관인 한국의료분쟁조정중재원에 조정을 신청했던 경우(=1)의 2개 군으로 분류하였다.

⑤ 전문가 자문 횟수

조정심의에서 의료기관의 책임유무를 판단할 때의 근거가 되는 것은 전문가 자문이다. 전문가 자문 횟수는 사건의 복잡성을 측정하기 위해서 간접적인 측정변수로 사용되었다. 자문을 하지 않은 경우(=1), 전문가 자문횟수가 1회인 경우(=2), 2회인 경우(=3), 3회 이상인 경우(=4)의 4개로 구분하였다.

사건의 복잡하거나 애매모호할 경우 결정 사안에 대해 양 당사자가 쉽게 만족하기 어려워 수용성을 낮게 할 것으로 가정하여 전문가 자문 건수가 3회 이상인 그룹을 기준집단으로 하여 분석하였다.

⑥ 조정결정 금액

대체적분쟁해결의 장점은 시간과 비용이 적게 소요된다는 점이며 이러한 측면에서 조정결정 금액의 크기는 조정성립에 중요한 요소일 것으로 사료된다. 본 연구에서의 조정결정금액의 분포가 정규분포를 따르지 않고 편차가 커서 사분위수에 따라 4개의 그룹으로 나누어 분석하였다. 단, 10만원 이하의 금액은 버림하였다.

⑦ 진료비와 조정결정금액 차이

진료비와 조정결정금액 차이는 해당 사건과 관련해 환자가 지불한 본인부담 진료비와 조정결정금액 간 차이를 말한다. 조정위원회의 분쟁해결 방법은 신체적, 경제적, 정신적 손해에 대해 금전적 손해배상을 하도록 하는 것으로 신청인이 지불한 진료비를 기준으로 당사자가 조정안을 수용할 가능성이 높을 것으로 가정하였다. 지불한 진료비가 조정결정금액보다 많거나 같을 경우(=1), 지불한 진료비가 조정결정금액보다 적을 경우(=2)로 구분하였다.

⑧ 처리기간

소비자분쟁조정위원회에 조정을 신청한 이후로부터 조정결정문이 각 당사자에게 송달된 날로부터 15일이 시간이 경과하여 조정성립여부가 확정되는 기간까지를 말한다. 본 연구에서 처리기간의 분포가 정규분포를 따르지 않아 사분위수에 따라 4개의 군으로 분류하였다. 단, 사분위수에서 가장 가까운 월 단위로 교정하여 구분하였다.

Table 1. Classification and definition of independent variables

Variable	Classification
Patient factors	
Sex	0. Women(Ref) 1. Men
Age	1. ≤19 2. 20–29 3. 30–39 4. 40–49 5. 50–59 6. 60–69(Ref) 7. ≥70
Geographic region	1. Seoul/Gyeonggi(Ref) 2. Gyeongsang 3. Chungcheong 4. Jeolla/Jeju 5. Gangwon
Job	1. Unidentified(Ref) 2. Self–employment 3. Office worker 4. Housewife 5. Student, No job
Medical institution factors	
Class of medical institution	1. Clinic(Ref) 2. Hospital 3. General hospital 4. Senior general hospital
Location of medical institution	1. Seoul/Gyeonggi(Ref) 2. Gyeongsang 3. Chungcheong 4. Jeolla/Jeju 5. Gangwon
Team in charge	1. Person 2. Department of administration 3. Legal team(Ref)
Establishment of classification	1. Person(Ref) 2. Special corporation 3. School corporation 4. Medical corporation 5. Welfare & Foundation corporation

Table 1. (Continued)

Variable	Classification
Case and Mediation process factors	
Experience of mediation	0. Yes (Ref) 1. No
Speciality	1. Surgery group (Ref) 2. Medical group 3. Supportive group 4. Dentistry 5. Extra medical service group
Cause of dispute	1. Negligent duty of care (Ref) 2. Negligent duty of explanation 3. Negligent duty of safety 4. Others*
Patient outcome	1. Death 2. Disability 3. Delayed treatment 4. Side effect 5. No reimbursed 6. Emotional distress (Ref)
Claim experience	0. No (Ref) 1. Yes
Number of consultation	1. 0 2. 1 3. 2 4. ≥ 3 (Ref)
Amount of mediation [†] (quartiles)	1. Lowest (Ref) 2. Second lowest 3. Second highest 4. Highest
Difference amount (Hospital bills – Mediation amount)	1. ≥ 0 (Ref) 2. < 0
Processing period [‡] (quartiles)	1. Lowest (Ref) 2. Second lowest 3. Second highest 4. Highest

* Others include refuse fee refund, Liability without fault

[†] Amount of mediation: The lowest is less than first quartile (1,500,000KRW), the second lowest is above the first quartile and less than the second quartile (4,000,000KRW), the second highest is above the second quartile and less than the third quartile (8,000,000KRW), the highest is above the third quartile

[‡] Processing period: The lowest is less than the first quartile (60days), the second lowest is above the first quartile and less than the second quartile (120days), the second highest is above the second quartile and less than the third quartile (180days), Highest is above the third quartile

4. 분석방법

본 연구에서는 연구변수의 측정을 위해 소비자분쟁조정위원회의 조정결정문을 분석자료로 삼았으며 양적 분석방법을 선택하였다. 통계의 분석을 위해 SAS 9.2 version 프로그램을 사용하였다.

첫째, 연구표본의 일반적 특성 및 분포를 파악하기 위해 조정에 영향을 미치는 요인으로 선정한 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인에 대해 기술분석을 실시하여 빈도와 백분율로 나타내었다.

둘째, 조정성립에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인 변수들과 조정성립 여부에 대해 단변수 분석을 하였으며, χ^2 -value 와 p-value 를 함께 제시하였다.

셋째, 조정성립 여부와 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인과의 관련성을 파악하기 위하여 다변수분석(multivariable analysis)을 실시하였다. 독립변수들 간의 독립성을 검정하기 위해 분산확대인자(variance inflation factor, VIF)를 확인한 결과, VIF 값은 1.05-3.41로 변수간 다중공선성은 없었다. 본 연구에서는 두 가지 모델로 나누어 분석하였는데, 『모델 1』은 당사자 특성인 환자 요인 및 의료기관 요인과 조정성립의 관련성을 파악하고자 하였다. 『모델 2』는 『모델 1』에 사건 및 조정과정 요인을 추가적으로 통제하여 조정성립과의 연관성을 보고자 하였다. 이때 연구모형의 통계적 타당도를 검정하기 위해 c-statistic 값을 확인하였으며, Hosmer -Lemeshow test를 통해 모형의 적합성을 검정하였다. 분석결과는 각 수준별 교차비(Odd ratio, OR)와 95% 신뢰구간(Confidence interval, CI)을 산출하여 제시하였다.

IV. 연구결과

1. 연구대상의 일반적 특성 : 기술분석

2012-2014년 소비자분쟁조정위원회에 조정을 신청하여 ‘배상’ 결정된 사건을 연구 표본으로 하였고, 현재¹⁶⁾ 조정이 진행 중인 사건 90건과 조정결정 이후 당사자의 폐문부재, 수취거부 등으로 조정심의 이후 절차를 진행할 수 없었던 ‘처리불능’ 사건 2건을 제외하여 최종 연구 표본은 총 578건이었다. 분석대상의 일반적 특성은 다음과 같았다.

종속변수로 사용된 조정성립의 경우 성립은 287건, 불성립은 291건이었다.

독립변수 중 환자 요인과 관련된 변수를 살펴보면(Table 2), 환자 성별은 남성은 288명(49.8%), 여성은 290명(50.2%)으로 성별 간 차이는 거의 없었다. 연령의 경우 만60세 이상이 195명(33.7%)으로 가장 많았고 만50세 이상이 113명(19.6%)으로 그 다음으로 많았다. 환자의 거주지는 서울 및 경기지역이 334명(57.8%)으로 가장 많았다. 직업의 경우 기록이 누락되었거나 불명확한 경우가 319명(55.2%)으로 절반이 넘었고, 직업특성이 확인된 경우에는 직장인이 81명(14.1%)으로 가장 많았다.

피신청인인 의료기관 요인은(Table 3), 의료기관의 규모로 의원급이 192개(33.2%)로 가장 많았고, 상급종합병원 154개(26.7%), 종합병원 140개(24.2%), 병원급 92개(15.9%)순이었다. 의료기관의 지역별 분포를 살펴보면 서울 및 경기 지역이 363개(62.8%)로 가장 많았는데, 우리나라 의료기관이 특히 서울에 집중된 현상이 반영된 결과로 사료된다. 의료기관의 설립 주체별 분류는 개인인 경우가 276개(47.8%)로 가장 많았고, 학교법인이 122개

16) 연구데이터를 수집한 2015년 3월 기준

(21.1%), 의료법인 82개(14.2%), 특수법인 69개(11.9%), 사회복지 또는 재단법인 등이 29개(5.0%) 순으로 나타났다. 의료기관에 의료분쟁 등 사고처리를 위해 법무전담팀이 있는 경우는 93개(16.1%)였다. 최근 5년간 소비자분쟁조정위원회에 조정을 경험했던 의료기관은 366개(63.3%)였고, 조정신청이 처음인 경우 경우는 212개(36.7%)로 나타났다.

사건 및 조정과정 요인 변수를 살펴보면(Table 4), 진료과목별로는 외과계가 388건(58.5%)로 절반 이상을 차지했다. 분쟁의 원인으로 주의의무 소홀이 394건(68.2%)으로 가장 많았고, 설명의무 소홀이 143건(24.7%)이었다. 의료행위의 결과로는 확대피해를 명확하게 알기 어렵거나, 정신적 피해를 입은 경우가 236건(40.8%)로 가장 많았고, 진단 지연으로 치료의 지연 및 상태가 악화된 경우 130건(22.5%), 환자가 사망한 경우 94건(16.3%), 후유장애가 남은 경우 84건(14.5%) 순이었다. 조정을 신청하기 전 법원이나 타 기관에 민원을 제기했던 경우는 41건(7.1%)이었고, 대부분은 소비자분쟁조정위원회에 처음 조정을 의뢰하였다. 전문가 자문건수의 경우 평균 2.2회를 하는 것으로 조사됐으며 자문을 하지 않은 경우는 20건(3.5%), 3회 이상 자문한 경우는 90건(15.6%)으로 나타났다. 조정결정금액의 경우 중위수는 400만원, 최빈값은 100만원이었다. 사분위수로 구분한 결과 '150만원 이하'의 사건은 140건(24.4%)이었고 '801만원 이상'은 147건(25.4%)으로 나타났다. 진료비와 조정결정금액 간 차이는 조정결정금액이 진료비보다 많은 경우가 390건(67.4%)이었다. 사건의 평균처리기간은 135일이었고, '60일 이하'는 146건(25.4%), '181일 이상'이 소요된 경우는 164건(28.3%)이었다.

Table 2. General characteristics of cases : patient factors

Variable	Category	All subjects
		(N=578)
Sex	Men	290(50.2)
	Women	288(49.8)
Age	≤19	36(6.2)
	20-29	37(6.4)
	30-39	66(11.4)
	40-49	63(10.9)
	50-59	113(19.6)
	60-69	195(33.7)
	≥70	68(11.8)
Geographic region	Seoul/Gyeonggi	334(57.8)
	Gyeongsang	116(20.1)
	Chungcheong	64(11.1)
	Jeolla/Jeju	49(8.5)
	Gangwon	15(2.5)
Job	Unidentified	319(55.2)
	Self-employment	43(7.4)
	Office worker	81(14.1)
	Housewife	62(10.7)
	Student, No job	73(12.6)

Values are presented as number of case(%)

Table 3. General characteristics of cases : medical institution factors

Variable	Category	All subjects
		(N=578)
Class of medical institutions	Clinic	192 (33.2)
	Hospital	92 (15.9)
	General hospital	140 (24.2)
	Senior general hospital	154 (26.7)
Location of medical institution	Seoul & Gyeonggi	363 (62.8)
	Gyeongsang	119 (20.6)
	Chungcheong	53 (9.2)
	Jeonla	43 (7.4)
	Gangwon	0 (0)
Establishment _classification	Person	276 (47.8)
	Special corporation	69 (11.9)
	School corporation	122 (21.1)
	Medical corporation	82 (14.2)
	Welfare & Foundation corporation	29 (5.0)
Team in charge	Person	186 (32.2)
	Department of administration	299 (51.7)
	Legal team	93 (16.1)
Mediation experience	No	212 (36.7)
	Yes	366 (63.3)

Values are presented as number of case(%)

Table 4. General characteristics of cases: case and mediation process factors

Variable	Category	All subjects (N=578)
Speciality	Surgical group	338(58.5)
	Internal medicine group	127(22.0)
	Supporting group	17(2.9)
	Dentistry	82(14.2)
	Extra medical service group	14(2.4)
Cause of dispute	Negligent duty of care	394(68.2)
	Negligent duty of explanation	143(24.7)
	Negligent duty of safety	17(2.9)
	Others	24(4.2)
Patient outcome	Death	94(16.3)
	Disability	84(14.5)
	Delayed treatment	130(22.5)
	Side effect	23(4.0)
	No reimbursed	11(1.9)
	Emotional distress	236(40.8)
Claim experience	No	537(92.9)
	Yes	41(7.1)
Number of consultation	0	20(3.5)
	1	215(37.2)
	2	253(43.8)
	≥3	90(15.6)
Amount of mediation	lowest	140(24.4)
	second lowest	154(26.6)
	second highest	137(23.7)
	highest	147(25.4)
Difference amount	hospital bills ≥mediation amount	188(32.6)
	hospital bills <mediation amount	390(67.4)
Processing period	lowest	146(25.4)
	second lowest	133(23.0)
	second highest	135(23.3)
	highest	164(28.3)

Values are presented as number of case(%)

2. 관련 요인 간 조정성립의 차이 : 단변수 분석

의료분쟁에서 조정성립의 차이는 chi-square test를 이용하여 비교하였으며 검정 결과, p 값이 0.05 이하인 경우를 통계적으로 유의하다고 판정하였다.

연구 대상 578건 중 조정결정에 대해 양 당사자가 수용하여 조정이 성립된 사건은 287건(49.7%)이었고, 어느 일방이 조정결정을 수용하지 않아 조정이 성립되지 않은 사건은 291건(50.3%)이었다.

가. 환자 요인

환자 요인에 따른 조정성립의 차이를 비교해 보면(Table 5), 환자의 거주지에 따른 조정성립 비율은 강원권의 경우가 62.5%로 통계적으로 유의하게 높았다.

반면, 여성, 50-59세, 직업이 주부인 군에서 조정성립률이 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

Table 5. Difference of completion of mediation according to characteristics : patient factors

Chararacteristic	Result of mediation(N=578)		
	Incompletion (N=287)	Completion (N=291)	<i>p</i> -value
Sex			
Women	145 (50.0)	145 (50.0)	0.868
Men	146 (50.7)	142 (49.3)	
Age			
≤19	21 (58.3)	15 (41.7)	0.375
20-29	22 (59.5)	15 (40.5)	
30-39	38 (57.6)	28 (42.4)	
40-49	33 (52.4)	30 (47.6)	
50-59	49 (43.4)	64 (56.6)	
60-69	93 (47.7)	102 (52.3)	
≥70	35 (51.5)	33 (48.5)	
Geographic region			
Seoul/Gyeonggi	184 (55.1)	150 (44.9)	0.023*
Gyeongsang	51 (44.0)	65 (56.0)	
Chungcheong	24 (37.5)	40 (62.5)	
Jeonla/Jeju	27 (55.1)	22 (44.9)	
Gangwon	5 (33.3)	10 (66.7)	
Job			
Unidentified	161 (50.5)	158 (49.5)	0.540
Self-employment	20 (46.5)	23 (53.5)	
Office worker	44 (54.3)	37 (45.7)	
Housewife	26 (41.9)	36 (58.1)	
Student, No job	40 (54.8)	33 (45.2)	

Values are presented as number of case(%)

**p*<0.05.

나. 의료기관 요인

의료기관 요인에 따른 조정성립의 차이를 살펴보면(Table 6), 의료기관의 설립주체가 사회복지 또는 재단법인인 경우가 72.4%로 조정성립률이 유의하게 높았다.

상급종합병원, 의료기관 소재지가 충청권인 군, 분쟁해결부서로 법무팀이 있는 군, 최근 5년간 소비자분쟁조정위원회 조정경험이 있었던 군에서 조정성립률이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.



Table 6. Difference of completion of mediation according to characteristics : medical institution factors

Characteristic	Result of mediation(N=578)		p-value
	Incompletion (N=287)	Completion (N=291)	
Class of medical institutions			
Clinic	100(52.1)	92(47.9)	0.152
Hospital	52(56.5)	40(43.5)	
General hospital	73(52.1)	67(47.9)	
Senior general hospital	66(42.9)	88(57.1)	
Location of medical institution			
Seoul & Gyeonggi	195(53.7)	168(46.3)	0.094
Gyeongsang	52(43.7)	67(56.3)	
Chungcheong	21(39.6)	32(60.4)	
Jeonla	23(53.5)	20(46.5)	
Gangwon	0(0)	0(0)	
Establishment classification			
Person	151(54.7)	125(45.3)	0.001**
Special corporation	38(55.1)	31(44.9)	
School corporation	46(37.7)	76(62.3)	
Medical corporation	48(58.5)	34(41.5)	
Welfare & Foundation corporation	8(27.6)	21(72.4)	
Team in charge			
Person	96(51.6)	90(48.4)	0.206
Department of administration	156(52.2)	143(47.8)	
Legal team	39(41.9)	54(58.1)	
Mediation experience			
No	111(52.4)	101(47.6)	0.490
Yes	180(49.2)	186(50.8)	

Values are presented as number of case(%)

** $p < 0.001$.

다. 사건 및 조정과정 요인

의료분쟁의 사건 및 조정과정 요인에 따른 조정성립여부의 차이를 비교해보면(Table 7), 내과계열 사건이 54.3%, 진료비를 미환급한 경우 등 기타 54.2%, 의료행위 결과 환자가 사망한 경우 51.1%, 소비자분쟁조정위원회 조정신청 전 법원 등 타기관에 의뢰하지 않은 경우 49.7%, 사실조사 단계에서 전문가 자문을 하지 않은 경우 65%, 조정결정금액이 150만원 이하인 경우 54.3%, 환자가 지불한 조정결정금액이 본인부담진료비보다 크거나 같은 경우가 52.4%, 처리기간이 61-120일 소요된 그룹이 57.9%로 조정성립률이 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.



Table 7. Difference of completion of mediation according to characteristics : case and mediation process factors

Characteristic	Result of mediation(N=578)		p-value
	Incompletion (N=291)	completion (N=287)	
Speciality			
Internal medicine group	58(45.7)	69(54.3)	0.710
Surgical group	178(52.7)	160(47.3)	
Supporting group	9(52.9)	8(47.1)	
Dentistry	39(47.6)	43(52.4)	
Extra medical survice group	7(50.0)	7(50.0)	
Cause of dispute			
Negligent duty of care	195(49.5)	199(50.5)	0.788
Negligent duty of explanation	75(52.4)	68(47.6)	
Negligent duty of safety	10(58.8)	7(41.2)	
Others	11(45.8)	13(54.2)	
Patient outcome			
Death	46(48.9)	48(51.1)	0.996
Disability	44(52.4)	40(47.6)	
Delayed treatment	64(49.2)	66(50.8)	
Side effect	12(52.2)	11(47.8)	
No reimbursed	6(54.6)	5(45.4)	
Emotional distress	119(50.4)	117(49.6)	
Claim experience			
No	270(50.3)	267(49.7)	1.000
Yes	21(51.2)	20(48.8)	
Number of consultation			
0	7(35.0)	13(65.0)	0.372
1	110(51.2)	105(48.8)	
2	124(49.0)	129(51.0)	
≥3	50(55.6)	40(44.4)	
Amount of mediation			
Lowest	64(45.7)	76(54.3)	0.468
Second lowest	77(50.0)	77(50.0)	
Second highest	69(50.4)	68(49.6)	
Highest	81(55.1)	66(44.9)	
Difference amount			
≥0	90(47.6)	99(52.4)	0.376
< 0	201(51.7)	188(48.3)	
Processing period			
Lowest	81(55.5)	65(44.5)	0.129
Second lowest	56(42.1)	77(57.9)	
Second highest	72(53.3)	63(46.7)	
Highest	82(50.0)	82(50.0)	

Values are presented as number of case(%)

3. 의료분쟁의 조정성립 관련 요인 : 다변수 분석

의료분쟁에서 위원회 조정 결정에 따른 조정성립 관련 요인을 파악하기 위해 logistic regression analysis를 시행했으며, 결과는 아래 표와 같다.(Table 8) 다중공선성 여부를 확인한 결과 VIF 값은 1.05-3.41로 변수간 독립성이 확인되었다.

본 연구에서는 두 가지 모델로 나누어 분석했는데 『모델 1』은 환자와 의료기관, 즉 분쟁 당사자 특성 변수와 조정성립 여부의 관련성을 분석한 것이고, 『모델 2』는 『모델 1』에 조정의 특성인 제 3자의 개입이 반영된 사건 및 조정과정 요인을 추가적으로 통제하여 조정성립 여부와의 관련성을 분석한 것이다.

우선 모델에서 산출된 회귀분석 방정식이 실제 데이터와 잘 맞는지를 확인하기 위해 Hosmer-Lemeshow 검정을 한 결과 『모델 1』의 chi-square 값은 5.3642, p 값은 0.718, 『모델 2』의 chi-square 값은 2.7602, p 값은 0.949로 두 모형 모두 $\alpha=0.05$ 보다 크므로 귀무가설을 채택하여 회귀모형이 적합하다고 가정할 수 있었다. 각 모델의 통계적 타당도를 검정하기 위해 c-statistic를 확인하였으며 『모델 1』은 0.655, 『모델 2』는 0.690으로 모두 0.5를 넘어 통계적 타당도가 확인되었다.

『모델 1』은 환자 요인인 성별, 연령, 거주지역, 직업과 의료기관 요인인 의료기관 규모, 소재지, 설립구분, 조정경험유무, 분쟁해결부서에 따른 조정성립 관련 요인을 logistic regression analysis를 통해 확인한 것이다.(Table 8) 그 결과를 살펴보면 의료기관 요인으로 의료기관의 설립 주체가 ‘개인’인 경우를 준거집단으로 했을 때 사회복지 또는 재단법인의 교차비가 4.37(95% CI=1.47-13.02)이었고, 학교법인의 교차비는 3.32(95% CI=1.33-8.31)로 분석됐으며 이는 통계적으로 유의하였다.

반면, 의료법인의 경우 교차비가 1.28(95% CI=0.59-2.80), 특수법인의 교차비는 1.39(95% CI=0.53-3.66)로 분석됐으나 통계적으로 유의하지 않았다. 그 외 의료기관의 규모, 소재지, 조정경험유무, 분쟁해결부서는 통계적으로 유의하지 않았다. 환자 요인인 성별, 연령, 거주지역, 직업 변수는 모두 통계적으로 유의하지 않았다.

『모델 2』는 『모델 1』에 사건 및 조정과정 요인인 진료과목, 분쟁원인, 의료행위의 결과, 소송 등 제기 여부, 전문가 자문 횟수, 조정결정금액, 진료비와 조정결정금액 간 차이, 처리기간 변수를 추가하여 통제하였다. 그 결과를 살펴보면 첫째, 환자 요인 변수인 성별, 연령, 거주지역, 직업에서는 통계적으로 유의한 변수가 없었다. 둘째, 의료기관 요인으로 의료기관 설립주체가 ‘개인’인 경우를 준거집단으로 했을 때 사회복지 또는 재단법인의 교차비가 4.61(95% CI=1.47-14.50)이었고, 학교법인일 경우 교차비가 3.41(95% CI=1.31-8.91)로 조정성립이 잘되는 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의하였다. 의료법인의 경우 교차비가 1.32(95% CI=0.58-3.01), 특수법인의 경우 교차비가 1.49(95% CI=0.55-4.09)로 분석됐으나 통계적으로 유의하지 않았다. 의료기관의 규모, 소재지, 조정경험 유무, 분쟁해결부서는 통계적으로 유의하지 않았다. 셋째, 사건 및 조정과정 요인으로 전문가 자문 횟수는 3개 이상 자문을 한 경우를 준거집단으로 했을 때 전문가 자문을 하지 않은 사건의 교차비가 6.53(95% CI=1.31-32.55)로 분석됐으며 통계적으로 유의했다. 다만, 1회인 경우 교차비가 1.29(95% CI=0.72-2.32), 2회인 경우 교차비가 1.43(95% CI=0.82-2.50)으로 분석됐으나 통계적으로 유의하지 않았다. 조정결정금액은 1사분위수인 150만원 이하의 그룹을 준거집단으로 했을 때 4사분위수인 800만원을 초과하는 그룹의 교차비가 0.47(95% CI=0.24-0.93)로 통계적으로 유의한 것으로 분석되었다. 반면 ‘151-400만원’의 교차비는 0.74(95% CI=0.42-1.29), ‘401-800만원’ 그룹의 교차

비는 0.61(95% CI=0.32-1.13)으로 조정결정금액이 커질수록 교차비가 감소하는 경향을 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 처리일수는 '60일 이하' 그룹을 준거집단으로 했을 때 '61-120일' 그룹의 교차비가 1.79(95% CI=1.05-3.04)로 조정성립이 잘 되는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 다만, '121-180일', '181일 이상' 그룹에서는 교차비가 각각 1.09(95% CI=0.64-1.86), 1.26(95% CI=0.79-2.14)이었고 통계적으로 유의하지 않았다.



Table 8. Factors related to completion of mediation: logistic regression

Characteristic	Model 1		Model 2	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Patient factors				
Sex				
Women	1.00		1.00	
Men	0.96	0.66–1.40	0.93	0.62–1.39
Age				
≤19	0.67	0.31–1.45	0.50	0.22–1.13
20–29	0.66	0.31–1.41	0.58	0.26–1.29
30–39	0.66	0.36–1.20	0.61	0.32–1.16
40–49	0.88	0.48–1.61	0.74	0.39–1.43
50–59	1.26	0.77–2.07	1.37	0.81–2.29
60–69	1.00		1.00	
≥70	0.80	0.45–1.43	0.82	0.44–1.52
Geographic region				
Seoul/Gyeonggi	1.00		1.00	
Gyeongsang	1.44	0.60–3.46	1.58	0.64–3.90
Chungcheong	1.73	0.70–4.26	1.89	0.74–4.79
Jeonla/Jeju	0.84	0.28–2.51	0.73	0.23–2.28
Gwangwon	2.43	0.66–8.90	2.75	0.70–10.82
Job				
Unidentified	1.00		1.00	
Self-employment	1.08	0.55–2.12	0.99	0.49–2.04
Office worker	0.98	0.58–1.66	0.93	0.54–1.61
Housewife	1.36	0.73–2.52	1.42	0.74–2.70
Student, No job	0.95	0.55–1.64	0.89	0.50–1.58
Medical institution factors				
Class of medical institution				
Clinic	1.00		1.00	
Hospital	1.04	0.28–3.80	1.43	0.35–5.75
General hospital	0.84	0.20–3.56	1.24	0.26–5.91
Senior general hospital	0.67	0.15–2.98	1.02	0.20–5.21
Location of medical institution				
Seoul & Gyeonggi	1.00		1.00	
Gyeongsang	1.18	0.48–2.91	1.07	0.42–2.76
Chungcheong	1.17	0.44–3.12	1.03	0.37–2.86
Jeonla	1.39	0.44–4.36	1.62	0.49–5.37

Table 8.(Continued)

Characteristic	Model 1		Model 2	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Establishment classification				
Person	1.00		1.00	
Special corporation	1.39	0.53–3.66	1.49	0.55–4.09
School corporation	3.32**	1.33–8.31	3.41**	1.31–8.91
Medical corporation	1.28	0.59–2.80	1.32	0.58–3.01
Welfare & Foundation corporation	4.37**	1.47–13.02	4.61**	1.47–14.50
Mediation experience				
No	0.94	0.59–1.48	1.02	0.62–1.66
Yes	1.00		1.00	
Team in charge				
Person	1.12	0.32–3.91	1.23	0.33–4.55
Department of administration	0.65	0.35–1.20	0.63	0.33–1.19
Legal team	1.00		1.00	
Case and Mediation process factors				
Speciality				
Surgical group			1.00	
Internal medicine group	–	–	1.21	0.75–1.95
Supporting group	–	–	0.90	0.30–2.72
Dentistry	–	–	1.40	0.77–2.55
Extra medical service group	–	–	1.23	0.36–4.20
Cause of dispute				
Negligent duty of care	–	–	1.00	
Negligent duty of explanation	–	–	0.66	0.40–1.11
Negligent duty of safety	–	–	0.66	0.22–2.00
Others	–	–	0.65	0.09–4.80
Patient outcome				
Death	–	–	1.28	0.68–2.41
Disability	–	–	0.93	0.51–1.68
Delayed treatment	–	–	1.04	0.64–1.71
Side effect	–	–	0.54	0.08–3.50
No reimbursed	–	–	0.67	0.17–2.68
Emotional distress	–	–	1.00	
Claim experience				
No	–	–	1.00	
Yes	–	–	0.95	0.46–1.94

Table 8.(Continued)

Characteristic	Model 1		Model 2	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Number of consultation				
0	–	–	6.53*	1.31–32.55
1	–	–	1.29	0.72–2.32
2	–	–	1.43	0.82–2.50
≥3	–	–	1.00	
Amount of mediation				
Lowest	–	–	1.00	
Second lowest	–	–	0.74	0.42–1.29
Second highest	–	–	0.61	0.32–1.13
Highest	–	–	0.47*	0.24–0.93
Difference amount				
≥0	–	–	1.00	
< 0	–	–	0.89	0.52–1.31
Processing period				
Lowest	–	–	1.00	
Second lowest	–	–	1.79*	1.05–3.04
Second highest	–	–	1.09	0.64–1.86
Highest	–	–	1.26	0.79–2.14
C statistic		0.655		0.690
AIC		816.746		837.071

* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$

Note; OR : Odds ratio, CI : Confidence interval

Model 1: odds ratio were adjusted for patient factors, medical institution factors

Model 2: odds ratio were adjusted for patient factors, medical institution factors and case and mediation process factors

V. 고찰

의료분쟁은 꾸준히 증가하고 있으며 이로 인해 의료비의 상승 등 사회적 비용이 급증하고 있다.

하지만 의료분쟁을 소송을 통해 해결하는 것은 의료행위의 특수성으로 인해 환자 및 의사 측 당사자 모두를 만족시키지 못한다.

‘가장 나쁜 화해는 가장 좋은 판결보다 낫다’ 라는 법률 격언처럼, 의료분쟁의 해결을 위해 화해, 조정 및 중재 등 소송을 통한 분쟁해결이 아닌 ADR에 대한 국내외 관심이 커지고 있음에도 불구하고, 분석을 위한 자료의 미흡으로 그동안 의료 ADR과 관련한 실증적 연구는 진행되지 못했다.

본 연구에서는 의료분쟁의 소비자분쟁조정위원회의 조정결정 사례를 이용하여 의료분쟁에서 조정성립에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써, 향후 의료분쟁의 효율적인 해결 및 조정제도 정착에 기여하고 의료분쟁 ADR과 관련한 정책 개선에 필요한 기초자료를 제시하고자 하였으며 의료분쟁에 대해 처음으로 시행된 실증연구라는 점에서 큰 의의가 있다.

1. 연구방법에 대한 고찰

ADR을 통한 의료분쟁 해결과 관련한 연구를 시행하기에 앞서 선행연구를 살펴본 결과, 의료분야에서의 ADR을 통한 분쟁해결과 관련한 실증적 연구는 찾을 수 없었다. 다만, 노동분쟁(Kim, 2003; Kwon, 2006; Lee and Shin, 2010; Song and Yoo, 2014)과 환경분쟁(Lee, 1999; Ha, 2009)에서의 조정성립과 관련한 연구를 찾아볼 수 있었다.

우리나라에서는 국가적 차원에서 각 분야의 분쟁과 관련한 자료를 수집하고 있지 않기 때문에 이들 연구들은 각 분야별 공공성이 입증된 행정형 조정

기구의 조정사례를 대상으로 하였다. 노동분쟁의 조정성립과 관련한 실증적 연구들은 대부분 노동위원회에 접수 및 처리된 사건들을 대상으로 설문조사를 시행하여 분석하였고, 환경분쟁과 관련한 선행연구들은 환경분쟁조정위원회에 접수된 사례들을 대상으로 하여 연구를 진행하였다.

본 연구에서도 선행연구들과 마찬가지로 의료분쟁의 조정성립 관련 요인 연구를 위해 의료분쟁의 행정형 기구 중의 하나인 소비자분쟁조정위원회의 조정결정 사례를 연구대상으로 하였다. 그 이유는 현재 우리나라에서 시행되고 있는 행정형 조정기구로 한국소비자원의 피해구제국 및 소비자분쟁조정위원회, 한국의료분쟁조정중재원이 있으나, 한국의료분쟁조정중재원의 경우 2012년 4월 8일 이후 최초로 종료된 의료행위로 인해 발생한 사건에 대해서만 접수 및 조정 신청이 가능하고, 현재까지는 의료기관의 조정참여율이 40%대에 머물고 있어 3개년간의 총 조정건수가 170건¹⁷⁾으로 상대적으로 적은 것(Medical dispute mediation and arbitration statistical yearbook, 2015)에 비해 소비자분쟁조정위원회의 경우 한국의료분쟁조정중재원이 개원하기 이전까지 우리나라의 유일했던 의료분쟁 조정기구로 16년간 의료분쟁을 처리해 오고 있고, 조정성립률이 약 70%에 이르며, 조정결정문이라는 공식적인 문서가 있어 분쟁사례들의 사건 파악과 진행과정 및 결과들을 분석하기에 용이했기 때문이다.

종속변수인 ‘조정성립’ 이란 위원회의 조정결정에 대해 양 당사자가 수용을 한 것을 말한다. Song and Yoo(2014)는 ‘노사 당사자 요인이 조정불성립에 미치는 영향’에 관한 연구에서 조정의 성공이 아니라 ‘조정안 거부 혹은 조정불성립’에 관련한 요인 연구를 한 것도 있었으나 대부분의 노동분쟁 및 환경분쟁과 관련한 선행연구에서는 ‘조정성립’에 관심을 두고 연구하였다.

조정성립이란 원래는 조정개시 전 합의권고를 통해 당사자 간 합의를 이

17) 조정전합의가 된 건수는 제외한 수치이다.

른 것도 포함한다. 하지만 당사자 간 합의나 화해의 경우 조정관의 주관적 의견의 개입과 역량에 따라 다양한 결과를 낸다. 또한 조정개시 전 당사자 간 합의가 된 사건의 경우 사건 보고서의 내용이 일관된 양식으로 기재되어 있지 않았고 누락된 부분이 있어 자료분석에 어려움이 있었기 때문에 본 연구에서는 조정심의를 통한 사례를 분석에 사용하였다.

연구의 분석방법으로는 법학 및 의료를 포함한 법적 실무분야에서 주로 사용하는 질적연구방법의 경우 소수 사례를 가지고 심층적인 분석을 하기 때문에 역동적인 갈등사례를 분석하는데 유용하지만 연구결과가 연구자의 주관적 통찰력에 의존할 수밖에 없기 때문에 외적타당도에서 한계가 있다.

본 연구는 경험적인 증거를 바탕으로 조정성립의 결정 요인들을 식별하는 것이 주요 목적으로 통계적 기법을 이용하였으며, 앞서 언급한 대부분의 선행 연구(Lee, 1999; Kim, 2003; Kwon, 2006; Ha, 2009; Lee and Shin, 2010; Song and Yoo, 2014)에서 카이제곱 검정 및 로지스틱 회귀분석을 함께 시행하였다. 이에 본 연구에서도 종속변수가 조정의 성립 혹은 불성립의 이분형이면서 변수가 배반사건으로, 카이제곱 검정 및 로지스틱 회귀분석을 사용하여 조정성립에 영향을 미치는 주요한 요인을 파악하고자 하였다. 다만 본 연구의 설계 당시 모델로 삼았던 환경분쟁의 조정성립과 관련한 요인 연구(Lee, 2000; Ha, 2009)에서는 로지스틱회귀분석과 의사결정나무(decision tree)분석을 이용하였다. 향후에는 본 연구의 로지스틱회귀분석 결과에 나아가 의사결정나무분석을 통해 각 요인들 간의 관계를 탐색할 필요가 있겠다.

연구에 사용된 변수의 선정은 노동분쟁 및 환경분쟁 분야의 조정성립과 관련한 선행 연구를 참고하였는데, Song and Yoo(2014)는 노동분쟁에서 조정불성립에 미치는 영향 요인에 관한 연구에서 조정 당사자로 노조요인과 사용자 요인, 노사공동요인으로 구분하여 분석하였는데 조정성공의 주요한 축을

담당하는 조정인 및 조정과정 요인을 고려하지 못했다. 이에 본 연구에서는 선행연구들을 참고하되 소비자분쟁조정위원회 조정결정문을 통해 획득 가능한 변수를 선정하여 이들 변수가 가지고 있는 특성에 따라 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인으로 구분하였다. 각 변수는 독립변수의 정의에서 설명한 바와 같이 범주화하여 분석하였다.

본 연구의 분석절차는 다음과 같은 과정을 거쳐 진행하였다. 연령은 최근 노인인구의 증가 및 이에 따른 의료이용의 증가를 고려해 10년 단위로 80세 이상까지 총 9개 범주로 나누어 분석을 진행했으나 10대 미만과 80세 이상의 관찰치가 각 10개 미만으로 적어 통계적 오류를 제거하고자 각 20대 미만, 70세 이상에 포함하여 분석하였다.

의료기관의 소재지의 경우 본 연구의 모델로 삼은 환경분쟁 조정성립에 관한 연구(Ha, 2009)에서는 분쟁 발생지역을 분쟁발생 빈도가 높은 수도권과 비수도권으로 나누어 분석하였다. 의료분쟁과 관련한 선행연구에서는 광역시와 시군 지역으로 나누어 분석한 연구(Lee et al., 2010)도 있었다. 본 연구에서는 독립변수의 설명에서 언급한 것과 같이 지리학적 위치에 따른 조정성립의 차이를 보고자 처음에는 16개 행정구역에 따라 분류하였으나 시군의 경우 대상 수가 10미만으로 적은 지역이 있어 6개의 권역별로 재분류하여 분석하였다.

의료기관 설립구분의 경우, 법인으로 구분하여 분석한 연구는 찾아볼 수 없었다. 다만 환경분쟁 조정 성립 연구(Ha, 2009)에서는 당사자에 정부가 포함되었는지에 따라 구분하여 분석하였다. 본 연구에서의 기술분석 결과, 국공립 의료기관에 해당하는 특수법인 의료기관의 수가 전체의 11.9%이고 민간 의료기관이 다수여서 민간 의료기관을 세분화하여 분석하고자 개인, 특수법인, 학교법인, 재단 및 사회복지 법인으로 분류하여 범주화하였다.

진료과목별 분류는 대다수의 연구에서 의료법상 구분된 진료과목을 중심

으로 세분화하거나 또는 그룹화하였다. 최근에는 미용·성형 등의 서비스 형태의 의료행위가 늘어나고 이에 따른 분쟁도 증가하고 있어 필수 의료와 비필수 의료행위로 나누어 분류하는 것도 고려하였으나 아직까지는 그 기준이 모호하여 본 연구에서는 독립변수에서 언급한 바와 같이 선행연구를 참고하여 분류 및 범주화하였다.

분쟁원인의 경우 앞서 독립변수의 설명에서 기술한 바와 같이 판결문에서 의료과오로 삼는 것을 기준으로 분류하였는데 중복되는 원인이 있을 시에는 가장 주된 원인을 기준으로 분류하였다.

의료행위의 결과 또한 의료의 특성상 연속성상에 있는 진행형으로 명확하게 구분되어질 수 없기에 손해배상의 가장 주요한 원인이 되는 결과를 기준으로 분류하였다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 분석자료에 의한 한계점으로 조정결정문에 제시된 정보에만 의존해야 했기에 분석변수에 제한이 있었다. 예를 들면 개인의 수입, 교육정도, 의료기관 이용 경험 등 환자의 특성과 의료기관의 의사배상책임보험 가입여부, 당해 위원회에 참석한 조정위원의 직업, 경력, 조정경험 등 조정위원회의 특성, 당사자의 참석여부, 면담 횟수, 합의권고의 시행여부, 합의권고의 결과 등 조정에 이르는 과정에서 발생할 수 있는 모든 변수를 포함하지는 못했다. 그리고 통계프로그램을 이용한 양적분석방법을 이용해 관련성을 검증하고자 측정이 가능한 객관적 변수를 우선적으로 선정하였기에 조정성립에 중요하게 영향을 미칠 수 있는 주관적 변수가 누락되었다.

둘째, 자료를 범주화하여 분류하는 과정에서 분석대상수가 적어 임의 분류된 부분이 있었다. 예를 들면 진료과목에 있어 21개 전문과를 내과계, 외과계, 지원계, 치과계 및 기타로 축소 분류하였다. 또한, 의료의 특성상 분쟁 원

인과 의료행위의 결과가 유기적으로 연결되어 있어 이를 명확하게 분류하여 범주화하였다고 보기 어렵다.

셋째, 보다 정확한 조정성립 요인을 분석하기 위해서는 당사자 일방이 조정결정안을 불수용하여 조정이 성립되지 못한 경우, 어느 일방이 왜 거부를 했는지를 비교하여 살펴 볼 필요가 있으나, 그러한 정보가 없고 추적이 어려워 더 이상의 연구로 진행되지 못하였다. 또한 조정절차의 성공은 조정 당사자들의 만족도에 달려 있고(Kim, 2014), 당사자가 조정결정안을 받아들여 조정이 성립되었다고 하더라도 조정결정안에 대해 일부 만족한 상태에서 소송으로의 진행이 부담스러워 어쩔 수 없이 조정결정안을 받아들여서 조정이 성립되었다면 결코 조정의 질이 높다고 할 수는 없다. 향후에는 조정성립 여부에서 나아가 조정의 질에 대한 사후분석 등 질적 연구를 추가적으로 진행하여 보다 정확한 조정성립 요인을 분석하는 것이 필요하겠다.

2. 연구결과에 대한 고찰

의료분쟁은 개별 사건별로 그 상황에 따른 구체적인 기준이 달리 적용된다. 즉, 의료분쟁이 성공하는데 영향을 미치는 요인들은 어느 하나의 단일한 요인으로 통계적 의미를 찾을 수 없고 다양하고 복합적 요인들이 상호작용하여 영향을 주므로 이러한 측면을 모두 통계 처리하기는 어렵다.

그럼에도 불구하고 본 연구에서는 의료기관의 설립주체, 전문가 자문건수, 조정결정금액,처리기간이 의료분쟁의 조정성립과 관련이 있다고 밝혀졌다.

각각의 요인들에 대해 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

의료기관의 요인들 중에서 의료기관의 설립주체는 개인사업자보다는 사회

복지 또는 재단법인, 학교법인에서 조정성립이 더 잘 되는 것으로 분석되었다. 그 이유로는 개인사업자의 경우 법인과는 달리 의료분쟁이 발생했을 때 의료분쟁 원인 제공자가 분쟁해결 담당자가 되므로 의료분쟁 발생에 대해 본인의 잘못을 인정하지 않는 경우가 많다. 한국소비자원 등 분쟁해결기구에 이르기 전 환자와의 다툼으로 자존심 등 감정적 상처가 있는 상태이므로 쉽게 조정결과를 수용하기 어려웠을 것이라 사료된다.

또한 개인사업자의 경우 갑작스러운 손해배상으로 재정이 쉽게 불안정해질 수 있어 조정결과에 소극적으로 대처하는 것이라고 사료된다. 의료기관의 설립주체가 법인인 경우 중에서도 사회복지 또는 재단법인과 학교법인에서 조정성립이 잘 되는 것으로 분석되었는데, 환경분쟁에서는 당사자로 정부가 포함된 경우에 조정성립이 잘 되는 것으로 분석되었던 것과 다른 결과이다(Ha, 2009). 하지만 한국의료분쟁조정중재원의 한국의료분쟁조정중재원에 조정이 신청된 사건 중 특수법인인 국공립병원 측이 조정에 참여한 건수가 38.5%로 저조한 것과 유사한 결과이다. 특수법인은 공공의 이익을 위해 정부가 자본금을 출자하고 재정부자금 등으로 자금을 지원하기 때문에 사업계획의 승인, 결산보고 등 재무부장관에 의한 특별한 지휘·감독관계가 유지된다는 점에서 분쟁의 발생을 축소하려는 경향이 있어 조정에 소극적인 것으로 보인다.

사건 및 조정과정 요인 중 전문가 자문횟수에서는 자문을 하지 않은 사건이 3인 이상의 전문가에게 자문의뢰를 한 사건에 비해 조정성립에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 사실조사 단계에서 전문가 자문의뢰를 하지 않는 경우는 치과 분야의 임플란트 시술, 성형외과 및 피부과 분야의 진료비 환급 관련 등 소비자분쟁해결기준에 의거하여 분쟁해결방안이 정해져 있는 사건들이다. 이와 같이 객관적인 판단기준이 확립되어 있고 비교적 단순하고 책임유무가 명료한 사건들은 가해자와 피해자 양측이 조정결정을 쉽게 받아들이는 것으로 사료된다.

한편 자문의 전문성은 신속성과 함께 조정의 핵심적인 요소임에도 불구하고 현재 전문위원들은 개인적인 책임감으로 사회적 봉사차원에서 조정에 참여하고 있다. 이 때문에 전문적이고 중립적이어야 할 자문의사가 자문회신에 소극적이거나, 혹은 개인의 성향에 따라 유보적인 태도를 취하기도 하고, 자문회신 결과에 따른 부담감 때문에 방어적인 태도를 보이기도 한다. 이러한 결과는 책임유무를 명확하게 판단하지 못하게 하고 전문가 자문 횟수를 증가시키는 요인이 된다.

조정결정금액은 의료기관이 배상을 해야 하는 금액이 많은 경우에 비해 적은 금액일수록 조정결정안을 수용하여 조정성립이 잘되는 것으로 분석되었는데, 이는 환경분쟁조정위원회 조정사례를 대상으로 한 선행연구에서 배상액의 크기와 조정성립이 음의 관계를 보여준다는 결과와 일치한다(Ha, 2009). 조정결정금액이 소액인 경우 조정에 의한 해결이 소송에 의한 해결보다 양 당사자에게 이익이 될 것이지만, 그 가액이 고액인 경우에는 또다시 소송으로 옮겨갈 가능성이 높기 때문이다(Kim, 2005). 조정결정금액이 적다는 것은 의료기관의 책임이 경미하거나 분쟁의 원인으로 인한 확대피해가 적다는 것으로 해석할 수 있다. 따라서 사건의 내용이 중대한 사건보다 경미한 사건에서 조정성립이 잘 된다고 생각할 수 있다.

또 다른 측면에서는 분쟁이 소송으로 이어질 경우 의료기관측에서도 변호사 수임료를 부담해야 하는 점, 의료기관측이 의사배상공제회 및 의사책임보험에 가입한 경우 지불하게 되는 자기부담비용 등을 고려했을 때 조정결정금액이 200만원 이하의 소액사건에서는 조정결정을 수용하여 분쟁을 조기에 종식시키는 것이 의료기관측에 유리하다고 판단했을 가능성이 있다. 환자 측에서도 조정결정을 수용하지 않고 소송으로 진행했을 때 비록 승소한다고 하더라도 변호사 수임료 등 부대비용과 장기간 소송으로 인한 정신적, 육체적 소모비용 등을 고려했을 때 이익이 크지 않다고 판단되기 때문에 고액보다는 소

액 사건에 대해 더 조정결정을 수용하는 것으로 보인다.

처리기간은 조정신청일로부터 6개월 이내에 처리되는 비율이 71.4%에 이르고 있는 것으로 나타났다. 조정의 질을 결정하는 핵심적 요소는 신속성과 전문성이다(Korea Institute for Health and Social Affairs, 2012). 빠른 시간 내에 조정을 성립시키는 것은 당사자의 정신적 고통과 경제적 비용을 줄여주고 사회적 비용도 줄일 수 있도록 해준다. 의료소송이 항소심까지 진행됐을 경우 약 3.38년이 소요되는 것에 비교해 볼 때 본 연구의 결과는 조정을 통한 의료분쟁해결의 신속성을 보여주고 있다.

처리기간별로는 61-120일이 소요된 그룹에서 조정성립률이 높은 것으로 나타났는데, 처리기간에 영향을 미치는 요소로는 사실조사를 위한 자료 제출이 늦은 경우, 장애진단, 신체감정 등의 확정을 위해 시간이 소요된 경우, 전문가 자문 회신이 늦은 경우, 조정 전 합의권고를 했으나 시간만 지체되고 당사자끼리의 합의가 이루어지지 않아 조정 심의가 진행된 경우, 조정위원회의 사건 적체 등 다양한 원인이 있어서 단편적으로 설명하기 어렵다. 다만, 분쟁이 발생하여 조정을 신청할 당시에는 당사자의 감정이 격양되어 있는 경우가 많기 때문에 조정신청을 한 즉시 심의하여 결정을 내리는 것보다 조정회의 전 당사자의 억울함을 들어주면서 공감(rapport)을 형성한 후 조정심의를 받도록 하는 것이 조정을 성공적으로 이끄는 데 도움이 되는 것으로 보여진다.

마지막으로 본 연구에서 당사자인 환자 요인과 의료기관 요인 변수를 통제하여 분석한 결과 의료기관 요인 중 의료기관의 설립주체에 따른 변수만이 조정성립에 유의한 관련이 있었으나, 의료분쟁의 사건 및 조정과정 요인 변수를 추가하여 통제하였더니 의료기관 설립주체 뿐만 아니라 전문가 자문건수, 조정결정금액, 처리기간이 조정성립에 유의한 영향을 주는 것으로 분석되었다. 이는 의료분쟁의 조정성립에 있어 환자 및 의료기관 즉, 당사자의 요인 외에도 분쟁이 되고 있는 사건 자체 및 조정과정에서의 요인에 따라 조정성립 결

과가 달라질 수 있다고 해석할 수 있다.

본 연구를 통해 다음과 같은 정책적 시사점을 확인할 수 있었다.

첫째, 의료기관의 설립 주체에 따른 조정성립률이 유의한 차이를 보였는데, 공공의 이익을 위해 출현한 특수법인 형태의 의료기관에서 오히려 조정성립에 소극적인 결과였음을 고려할 때, 국가에서는 의료사고 또는 분쟁 발생으로 인한 손해배상에 대해 패널티만 적용할 것이 아니라 의료분쟁 발생 시 당사자 간 합의 혹은 공신력 있는 기관에서의 조정제도를 활용할 수 있도록 개선책 마련이 필요해 보인다.

둘째, 소비자분쟁해결 기준이 마련되어 있어 전문가 자문이 필요없었던 사건에서 조정성립이 잘 되었다. 우리나라에 의료분쟁에 대해 아직 확고한 판단기준이 없다는 것을 고려한다면, 치과 영역에서의 임플란트 분쟁해결 기준이 마련된 것처럼 의료분쟁사건의 축적된 자료를 바탕으로 표준화된 배상지침을 개발할 필요가 있다. 이를 통한 일관된 조정결과는 양 당사자가 합리적으로 조정안을 수용할 수 있도록 할 뿐만 아니라, 나아가 환자와 의료기관 간의 분쟁이 소송 또는 분쟁해결기구까지 이르지 않고도 원만하게 화해에 이르게 할 수 있을 것으로 사료된다.

셋째, 조정의 성공에 있어 핵심적인 요소로 볼 수 있는 전문가 자문과 관련하여, 전문위원들이 사회적 봉사 수준에서 단순한 의료적 지식을 제공하는 데 그칠 것이 아니라, 조정성립에 대한 의지와 사명감을 가지고 적극적으로 조정에 참여할 수 있도록 하고, 전문위원이 분쟁 사건의 과실유무에 대한 의견을 제시함에 있어 당사자와 전문가가 속한 분야에서 자유로울 수 있도록 익명성 보장을 강화하는 등 전문위원 관리의 개선이 필요하다. 이와 같은 개선을 통해 불필요한 자문횟수를 줄이고 조정성립에 이르는 과정에서 전문가 자문 의견이 당사자 및 조정인들에게 혼돈을 주지 않도록 해야 할 것이다.

넷째, 고액 사건에 대해 조정성립률이 낮은 것과 관련해서는 의료사고 배상책임보험의 의무가입과 같은 방안을 고려해야 할 것으로 사료된다. 의료사고를 해결하는 가장 효과적인 핵심은 빠른 보상기전이며(Min, Kim and Sohn, 2004), 배상보험 의무가입문제는 의료분쟁을 조정제도에 의해 해결하는 데 있어 그 실효성을 담보할 수 있기 때문이다(Kim, 2005).

문헌고찰에서 살펴본 바와 같이 미국, 독일, 일본의 경우 대체적 분쟁해결제도에 보험회사가 개입되어 있고 이는 곧 손해배상의 지급을 원활하게 하는 장점이 된다. 하지만 우리나라의 경우 의사배상책임보험 가입이 약 33%에 그치고 있어(Jeon, 2010), 의료사고 배상책임보험 가입을 높일 수 있는 방안의 마련과 조정기구의 독립성을 전제한 상태에서 의사배상책임보험과의 연계를 고려한다면 고액의 사건의 조정성립률을 높일 수 있을 것이라 사료된다.

다섯째, 연구모델에서 사건 및 조정과정 요인을 추가적으로 통제했을 때 조정 성립에 영향을 미치는 유의한 변수들이 많았다. 의료분쟁에 있어 당사자 요인뿐만 아니라 사건 및 조정위원회의 특성이 조정성립에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다. 조정이란 가이드라인이나 매뉴얼에 따라 진행되는 기술이 아니기 때문에 양 당사자가 수용 가능한 조정안을 도출해 내는 것은 ADR을 수행하는 조정위원들의 경험에 의존할 수밖에 없는 부분이 있다. 하지만 조정제도가 효과적인 대체적 분쟁해결제도로 활용되기 위해서는 조정기구의 중립성과 전문성이 뒷받침되어야 한다. 이에 제도적으로 ADR 교육과 훈련과정을 통한 전문 조정 인력의 육성이 필요하겠고, 아울러 조정기구들의 공정하고 일관된 시스템 유지 및 정착, 표준화된 조정과정의 정립을 통해 조정위원회의 특성에 따라 조정결과가 달라지지 않도록 하는 것이 필요할 것으로 보인다.

마지막으로 의료분쟁사건에 대한 국가적 차원의 보고시스템 구축 및 관리가 필요하다. 본 연구의 서두에서 기술한 것과 같이 의료 ADR의 중요성이 증대되고 있으나 우리나라는 각 기관단위로 자료를 수집하기 때문에 국가 차원

의 현황을 알 수 없다. 미국의 경우에는 개인 또는 기관이 특정한 사건을 의무적으로 보고하는 National Practitioner Data Bank를 운영하고 있고 20여 개 이상의 주에서는 의무적으로 보고체계를 운영하고 있다(Lee, 2000). 독일의 경우 모든 감정위원회와 조정소들이 전자 통계 설문지를 이용해 전국적으로 표준화된 지표에 따라 의료과오보고시스템(MERS)을 통해 통일적으로 관련 데이터들을 파악하고 있고, 오랜 시간 동안 축적된 통계 데이터를 바탕으로 의료과오 예방 정보 등을 제공하고 있다. 우리나라에서도 국가 정책적으로 의료분쟁보고시스템을 마련하여 체계화된 자료가 구축된다면 의료분쟁과 관련한 활발한 연구가 시행될 수 있을 것으로 기대된다. 이를 통해 의료분쟁의 합리적 해결뿐만 아니라 의료과오의 발생 예방에도 도움이 될 것으로 사료된다.



VI. 결론

본 연구는 의료분야에 있어 대체적 분쟁해결방식 중 하나인 조정성립에 관련된 요인을 파악하기 위해 시행하였다. 소비자분쟁조정위원회의 심의한 578건의 조정결정문(2012-2014)을 이용하여 조정성립에 관련된 요인을 환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인으로 구분하여 분석하였으며 분석결과는 다음과 같다.

환자 요인, 의료기관 요인, 사건 및 조정과정 요인을 모두 통제된 상태에서 사회복지 및 재단법인, 학교법인 형태의 의료기관, 분쟁해결기준이 있어 전문가 자문이 필요 없었던 사건, 조정결정금액이 1,500,000원 이하인 그룹, 처리기간이 '61-120일' 그룹에서 통계적으로 유의미하게 조정성립이 잘 되는 것으로 나타났다.

이러한 연구결과는 의료분쟁의 조정성립에 있어 당사자 요인뿐만 아니라 분쟁이 되고 있는 사건의 특성과 조정과정의 요인에 따라 조정성립여부가 달라질 수 있다는 것을 의미한다. 이에 대해 정책적으로는 의료기관에서 의료분쟁 발생 시 공신력 있는 기관에서의 조정제도를 잘 활용할 수 있도록 하고, 의료분쟁사건의 표준화된 배상지침 및 분쟁해결기준의 마련, 전문위원의 동기 부여 등의 관리 강화, 배상책임보험 의무가입 혹은 가입률을 높일 수 있는 방안 마련, 의료 ADR 전문인력의 육성 및 표준화된 조정과정의 정립, 의료분쟁 사건의 국가적 차원의 보고시스템 구축이 필요할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 일개 기관의 조정결정문을 통한 자료의 추출 및 통계적 분석방법을 시행하였기에 조정성립의 과정에 이르는 다양한 변수들을 모두 포함하지는 못했다는 것이다. 또한 질적 연구를 포함하여 조정이후 만족도 조사 등 사후분석이 이루어지지 못한 한계가 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 여러 분야의 대체적분쟁해결 중 하나인 조정의 성립과 관련하여 의료분야에 대해 처음으로 실증적 연구를 시행했다는 점에서 큰 의의가 있다. 향후 본 연구결과를 바탕으로 다양한 방법으로 접근하여 추후에는 더 발전된 연구가 이루어질 수 있기를 기대하며 이러한 결과가 의료소비자의 권익을 증진시키고 의료 환경을 안정시킬 수 있는 정책 마련의 근거가 되기를 기대한다.



Reference

1. Article

Bingham LB, Nabatchi T. Dispute system design in organizations. *Public administration and public policy* 2003; 104: 105–128

Cha YL, Kwon JS, Choi JH, Kim JY. Analysis of the current status of medical accidents and disputes researched in the Korean web sites. *Journal of oral medicine and pain* 2006; 31(4):297–316

David H. Sohn JD, MD, B. sonny Bal MD, JD. Medical malpractice reform: The role of alternative dispute resolution. *Clinical orthopedics and related research* 2012; 470: 1370–1378

Ha HY. An empirical analysis of the factors that contribute to the successful mediation of environmental disputes in Korea. *Korean public administration review* 2009; 43(4): 335–357

Hwang JI. (A) Study on Alternative Dispute Resolution for Costomer Protection. *The Korean–German society of Law* 1996; 12: 477–478

Hong DP, Park YT. Study on the legislative direction for a medical malpractice remedies. *Legislation study* 1998; 2: 9

Jeon BN. Medical dispute resolution and civil conciliation system.
Korean society of law and medicine 2004; 5(2): 392

Jeon BN. Improvement in the medical dispute mediation system of
Korea consumer agency. The Korean society of law and
medicine 2015; 16(1): 255-284

Jeon YJ. The activation scheme of Korean medical association on
medical malpractice insurance, Korea Business Law Association
2010; 24(4)

Jeong YS. The alternative dispute resolution(ADR) for a rational
solution of the medical dispute. The Korean association for
judicial administration 2010; 14(2): 622-661

Kim BI. A present status and problem of the solution of medical
disputes by ADR. Chungnam Law Review 2005; 16(1):239-260

Kim SC, Kwon SJ. Medical dispute resolution and ADR. Institute of
law & policy Cheju 2011; 17(1): 119-142

Kim KB, Jung HJ. An empirical analysis on critical factors in
researching mediation agreement. Journal of Arbitration
Studies 2001; 11:37-73

Kim KY. Alternative dispute resolution in medical malpractice cases in Germany. *Human rights and justice* 2014; 444: 6–21

Kim KR. On alternative dispute resolution of medical disputes: with a focus on the analysis of practical cases of medical injury relief by Korea Consumer Agency. *The Korean society of law and medicine* 2012; 13(1): 71–89

Kim KH, Choi JW, Lee ES. The state of medical malpractice caused by private practice physicians (2010–2012): Analysis through incident reports at Korean medical association medical indemnities mutual. *Korea Med Association* 2015; 58(4): 336–348

Kim MK. Current status of medical malpractice suits and dispute settlement mechanisms in Korea. *Korea Association of Comparative Law* 2003; 10(4): 235–278

Korea Institute for Health and Social Affairs. *Activating the medical accident damage relief and medical dispute mediation Law*, 2012.

Kwon BK, Kang JK, Kim JY, Choi JH. (The) jurisdictional precedent analysis of medical dispute in dental field. *Journal of oral medicine and pain* 2006; 31(4): 283–296

Lee IY. Character of lawsuit related with obstetrician and factors associated with the judgement. The Korean society of law and medicine 2002; 3(2): 378-416

Lee JC, Min HY, Kim KH, Kim HN. Factors associated with the malpractice settlement cost between doctors and patients in Korea. Health and social science 2010; 28: 171-196

Lee SK. A study on the factors affecting the settlement amount of the medical malpractice claims in Y medical center. Korean journal of medicine and law 2000; 7(1): 109-130

Lewicki RJ., Grey B. and Elliot M., Making sense of intractable environmental conflict. Washington, DC; Island press 2003.

Liang BA. Understanding and applying alternative dispute resolution methods in modern medical conflicts. The journal of legal medicine 1998; 19: 397-430

Liebman CB. Medical malpractice mediation: Benefit gained, opportunities lost. Law and contemporary problems 2011; 74: 135-149

- Min HY. (A) study on the significantly influential factors of malpractice suit. Korean journal of medicine and law 1997; 4: 42-28
- Min HY, Kim KY, Shon MS. Rational Scheme for Medical Malpractice Compensation in OBGYN: Focusing on a Structural Analysis by Types. Korea association of medical law 2004; 12(2): 66-100
- Nam JH. Medical dispute and ADR in Germany. The Korean society of law and medicine 2009; 10(2): 407-426
- Park YH. (A) Comparative Study on Medical Assessment law and regulation : Based on Korea, U.S.A., Japan and Germany's system from Seminar material. Paper presented at a seminar on the role of appraisal to resolve medical dispute 2015; 23-61
- Sohn MS, Min HY, Lee IH, Lee MJ. Total cost estimation of malpractice disputes in Korea. Korean journal of medicine and law 2005; 13(2): 57-76
- Song MS, Yoo BH. The impact of disputant characteristics on unsuccessful mediation outcomes in labor disputes. Dispute Resolution Studies Review 2014; 12(1); 5-32

Yang SH. Factors affecting the settlement amount of medical malpractice claims therapy. Korean journal of family medicine 1998; 19(8): 604-620

Yoon JT. Medical dispute resolution and development plan of medical institution. Journal of the Korean Hospital Association 2006; 94-109

Yu JE. The goodness-of-fit of logistic regression models with continuous covariates through Hosmer-Lemeshow statistics. Educational evaluation and research 2013; 26(3): 579-596

2. Government publication

Jeon BN. Development of Medical consumer's right and benefit. Relief from medical malpractice and role of Korea Consumer Agency. Paper presented at a seminar on the direction of development to promote rights of medical consumers 2011; 27-49

Korea Attorney White paper, Korea Bar Association, 2010

Asian Institute for Bioethics and Medical LAW. (A)Study on the relative risk value for the location to the medical malpractice costs, 2011.

Fair Trade Commission. Guideline for the consumer' s dispute resolution; 2014

Korea medical dispute mediation and arbitration Agency. Medical dispute mediation and arbitration statistical yearbook, 2015

3. Thesis

Ban HS. (A) study on the system of ADR. Chongbuk National University; 1998.

Choi YE. (A) Study on the medical dispute resolution system: compared with Korean medical dispute and arbitration Agency and Korea Consumer Agency. Seoul: Korea University; 2012.

Jeong YH. (A) Study of major issue in the law on remedy for damage from medical accident and medical dispute mediation on the civil law perspective. Seoul: Konkuk University; 2012.

Kim MD. Analysis on cause of medical dispute occurrence and solution. Seoul: Korea University; 2011.

Lee KH. Analysis of current environmental dispute resolution exploring alternative systems. Seoul: Yonsei University; 2000.

Lee W. A study on the causes of the medical accidents from analyses of rulings on medical malpractice lawsuits in orthopedics. Seoul: Yonsei University; 2013.

Park DJ. (A) research on fund raising method in mediating medical dispute : an approach through Delphi method of expert. Seoul: Yonsei University; 2009.

Shin EH. Study for analysis of the current status of medical disputes and the characteristics by medical department: centered on the data of 2006 Korea Consumer Agency. Yonsei University; 2007.

4. Website

Framework Act on Consumers, available from [http:// www. law. go. kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/](http://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99/)

Hospital grade classification. Available from [http:// www. hira. or. kr/re/diag/getDiagEvIList.do?pgmid=HIRAA030004000000](http://www.hira.or.kr/re/diag/getDiagEvIList.do?pgmid=HIRAA030004000000)

Jurisdiction yearbook. available from [http://www. scourt. go .kr/justicesta / Justicesta ListAction.work?gubun=10](http://www.scourt.go.kr/justicesta / Justicesta ListAction.work?gubun=10)

The judicial precedent search from [http:// glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch/sjo022.do](http://glaw.scourt.go.kr/wsjo/intesrch/sjo022.do)

Abstract

Factors related to completion of mediation in medical dispute

Kwon, Seon-Hwa
Graduate School of
Public Health
Yonsei University

(Direct by Professor Woo-Jin Chung, Ph.D)

The implementation of a national health insurance, improvement of quality of life, increased uses of medical service owing to advances of medical technology, and increased awareness of medical consumers' rights have led to a continuous rise of medical disputes.

There are several methods to resolve medical disputes, including civil or criminal lawsuits, parties reaching an agreement, and mediation or arbitration by a third party called alternative dispute resolution (ADR).

Civil or criminal lawsuits for medical disputes result in a considerable amount of litigation costs, and medical lawsuits tend to last a long term. Risks for lawsuits push physicians to practice

defensive medicine or undertreatment, undermining advances of medical technology and distorting the provision of healthcare services. Lawsuits result in a clear distinction between the winner and loser, which is unsatisfactory for both parties.

On the other hand, resolution of medical disputes through ADR is beneficial in that it eliminates the consumptive waste of emotions that accompany lawsuits and overwhelming time and financial expenses. Furthermore, the fact that medical disputes require expertise in the field in addition to legal knowledge, further increasing the acceptance of ADR as a reasonable method of resolving medical disputes.

Nevertheless, there are virtually no empirical studies on resolution of medical disputes through ADR. Hence, the present study sought to assist the efficient resolution of medical disputes and implementation of measures regarding medical disputes as well as providing basic data for policymakers by analyzing the factors that affect “mediation,” the most popular type of ADR for medical disputes.

This study summarized ADR for medical disputes in key foreign countries and Korea through a thorough review of existing literature and examined a total of 578 cases (2012–2014) in which the Consumers Dispute Settlement Commission ordered “compensation” with the fault on the part of the healthcare institution to verify factors related to patients, healthcare institutions, and mediation depending on the case and mediation process. SAS version 9.2 was used for statistical analysis and descriptive analyses, chi-square, and logistic regression was performed.

Of the total 578 cases, 49.7% of cases had succeeded in mediation. The results of logistic regression, the odds ratio of a social welfare or an incorporated foundation founding a healthcare institution compared to an individual group founding a healthcare institution was 4.61, and that of an educational foundation founding a healthcare institution was 3.41. In addition, the odds ratio of the group not consulting experts for advice compared to the group with at least three expert consultations was 6.53. The odds ratio of mediation amount at the highest group compared to the lowest group was 0.47. The odds ratio of processing period at 61–120days compared to less than 60days was 1.79.

The present study analyzed the factors related to mediation in medical dispute cases that were mediated by the Consumers Dispute Settlement Commission. This study is meaningful in that it is the first empirical study conducted in Korea with regards to ADR for medical disputes.

The results of this study implies that the results of mediation may be differed depending on the factors related to the parties, characteristics of the dispute case, and factors in the mediation process in settling mediation in medical disputes.

Against this backdrop, there is a need to implement measures to utilize the mediation system by an institution with public confidence when medical disputes arise in national public healthcare institutions in the form of special corporations, develop standardized compensation policies and resolution standards for medical dispute cases, reinforce

management, develop measures to increase insurance enrollment such as mandating health institutions to enroll in liability insurances, foster medical ADR professionals and establish a standardized mediation process, and establish a national reporting system for medical dispute cases.



Keyword : Medical dispute, Completion of mediation, Alternative dispute resolution(ADR)