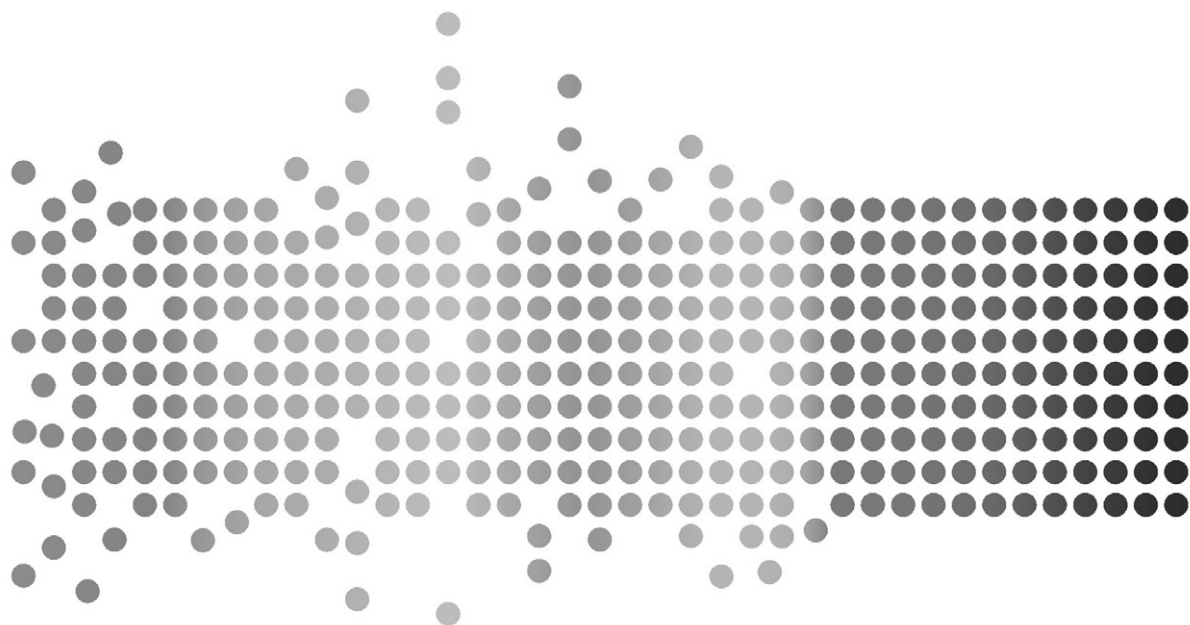




의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책

Activating the Medical Accident Damage Relief and
Medical Dispute Mediation Law

이상영 · 김어지나 · 이수형 · 신정훈



연구보고서 2012-59

의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책

발행일	2012년
저자	이상영 외
발행인	최병호
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	대명기획
가격	5,000원

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-8187-000-3 93510



머리말

국민들의 의료이용이 증가하면서 의료사고와 이로 인한 분쟁이 크게 증가하고 있다. 이에 정부는 의료분쟁에 따른 사회·경제적 비용 절감과 환자에 대한 신속하고 공정한 손해배상, 의료인에 대한 안정적 진료환경 조성 등을 목적으로 2011년 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』을 제정하여 2012월 4월 8일부터 시행에 들어갔다.

이 법이 시행된 이후 약 6개월이 경과된 현재의 시점에서 제도에 대한 국민들의 인지도 미흡, 제도 설계 및 집행 상의 이견 등으로 인해 의료분쟁조정 제도에 대한 참여율이 아직까지 낮은 실정이다.

이에 본 연구는 의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 제도의 활성화를 위해 의료분쟁 조정·중재의 질 향상, 의료분쟁 조정제도 참여율 제고, 의료사고의 예방을 위한 제도적 인프라 확충 등의 전체적인 방향 하에서 다양한 대책을 모색하고 있다.

본 연구는 본 연구원의 이상영 건강보장연구실장의 책임 하에 김어지나 전문연구원, 이수형 전문연구원, 신정훈 연구원에 의해 수행되었다. 연구진은 본 연구의 수행에 귀중한 조언을 해주신 한국의료분쟁조정중재원 관계자 여러분과 자문에 응해주신 학계 전문가 여러분께 감사의 뜻을 표하고 있다. 아울러 보고서 원고를 검독해 주신 남서울대학교의

이윤희 교수님, 상지대학교의 조형원 교수님, 그리고 우리 연구원의 정영호 실장, 김남순 박사 등께도 깊은 감사의 뜻을 표하고 있다.

2012년 12월
한국보건사회연구원장
최 병 호

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	13
제1절 연구배경 및 필요성	13
제2절 연구목적	19
제3절 연구방법	20
제2장 현행 의료사고 피해구제 및 조정·중재 제도 현황	25
제1절 의료사고 발생 현황	25
제2절 의료분쟁 발생 현황	28
제3절 의료분쟁 조정·중재 제도의 내용	40
제3장 주요 쟁점 및 각계의 의견	51
제1절 각계의 입장	51
제2절 주요 쟁점	53
제4장 의료분쟁 조정·중재 제도 활성화를 위한 대책	69
제1절 기본 방향	69
제2절 조정제도 활성화를 위한 정책과제	74
제5장 결 론	89
참고문헌	91

표 목차

〈표 1- 1〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 접수 및 처리현황	14
〈표 1- 2〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정개시건 처리 현황	15
〈표 1- 3〉	한국의료분쟁조정중재원 2013년 예산규모(안)	17
〈표 2- 1〉	의료사고의 유형	27
〈표 2- 2〉	연도별 의료분쟁 접수 현황	28
〈표 2- 3〉	연도별 의료분쟁 접수 현황	29
〈표 2- 4〉	한국소비자원 진료과목별 피해구제 현황(2011년)	30
〈표 2- 5〉	한국소비자원 진료단계별 피해구제 현황(2011년)	31
〈표 2- 6〉	사고유형별 피해구제 현황(2011년)	32
〈표 2- 7〉	법원 의료사고 손해배상소송 제1심 통계	33
〈표 2- 8〉	법원 의료사고 손해배상소송 항소심 통계	33
〈표 2- 9〉	의료사고 손해배상소송 대법원 통계	34
〈표 2-10〉	한국의료분쟁조정중재원의 상담 현황	35
〈표 2-11〉	한국의료분쟁조정중재원의 월별 조정신청 현황	36
〈표 2-12〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청자 연령분포	36
〈표 2-13〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청대상 의료기관 소재지역	..37
〈표 2-14〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청대상 의료기관 종류	..37
〈표 2-15〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 진료과목	37
〈표 2-16〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 의료행위	38
〈표 2-16〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 의료유형	38
〈표 2-18〉	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 금액	38
〈표 2-19〉	한국의료분쟁조정중재원 조직 구성 및 자격	42
〈표 2-20〉	의료분쟁 조정·중재수수료	47

그림 목차

[그림 1-1]	2013년 한국의료분쟁조정중재원의 분쟁조정·중재 신청건수 추정	16
[그림 1-2]	의료분쟁조정 및 의료분쟁에 대한 구글 트렌드 검색결과 ..	19
[그림 2-1]	한국의료분쟁조정중재원의 조정절차	43
[그림 2-2]	한국의료분쟁조정중재원의 중재절차	43
[그림 2-3]	한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 절차	45
[그림 4-1]	의료사고 및 의료분쟁 조정과정	69
[그림 4-2]	의료사고 예방 및 의료분쟁 조정의 기본방향	70



Abstract

Activating the Medical Accident Damage Relief and Medical Dispute Mediation Law

As health service utilizations increase, medical disputes caused by medical accidents are also rapidly increasing in Korea.

In order to meet an increase in medical disputes, the Korean government enacted the Medical Accidents Damage Relief and Medical Dispute Mediation Law in April, 2011 and put it into effect in April, 2012.

In spite of the enactment of the law, the parties of mediations, the victims of medical accidents and the medical service providers do not tend to utilize the mediation procedure. As of 30th of September, 2012, no more than two hundreds and fifty six cases were subscribed to the mediation procedure, and the mediation procedures for eight six case have been initiated so far.

This study tries to identify key factors involved in the low utilization of the procedure, and aims to provide effective measures to activate the medical dispute mediation and arbitration system in Korea.

This study emphasizes the importance of developing the policy

2 • 의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책

measures to prevent medical accidents, to expand social capital with which medical disputes can be conciliated without resorting to the procedure, and to enhance the quality of the mediation procedure.



요약

1. 연구의 배경 및 목적

- 2011년 4월 7일 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』이 공포되고 1년 후인 2012년 4월 8일 시행에 들어갔음.
- 의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 업무를 담당하기 위한 기관으로 2012년 4월 8일부터 한국의료분쟁조정중재원이 설립·운영되고 있음.
 - 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 따른 조정절차를 이용할 경우 22천원의 저렴한 비용(조정신청액이 5백만원 이하인 경우)과 최장 4개월의 시간만 소요됨으로써 의료분쟁조정제도는 환자와 의사 모두에게 편익이 큰 제도임.
- 그러나 현재 의료분쟁조정 제도가 정착되지 못하고 있어 의료분쟁으로 인한 사회적 비용의 절감을 위해서는 조정·중재 제도의 활성화를 위한 효과적인 정책대안 마련이 요구되고 있음.
 - 그러나 현재 제도 정착의 장애요인이 되고 있는 각종 쟁점들을 일시에 해결하는 것은 현실적으로 불가능함.
 - 따라서 현재의 상황을 주어진 제약조건으로 간주한 상태에서 가능한 한 제도의 활성화를 위한 대책을 마련해야 함.

□ 본 연구는 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 시행 이후 이 법에 따른 의료분쟁조정 제도의 운영현황과 이를 둘러싼 주요 쟁점을 살펴봄으로써 향후 의료분쟁조정 제도의 활성화를 위한 정책방향을 제시하는 데 목적을 둔.

○ 이를 위해 첫째, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 의료분쟁조정 제도를 중심으로 현행 의료조정제도의 현황과 내용을 분석함.

○ 둘째, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 따른 한국의료분쟁조정중재원 설립 이후 분쟁조정 실태를 분석함으로써 현재 단계에서의 제도 정착 상황을 살펴봄.

○ 셋째, 앞에서의 분석결과를 바탕으로 의료분쟁조정 제도의 활성화를 위한 정책방향과 주요 사안별 제도 개선방안을 제시함.

II. 주요 연구결과

1. 현행 의료사고 피해구제 및 조정·중재 제도 현황

□ 의료사고에 대해서는 정부 차원에서 정확한 통계자료를 발표하고 있지 않아 정확한 현황을 파악하기는 어려움.

○ 이와 같이 종합적인 통계자료 형성이 어려운 이유는 정부가 지정한 기관을 통하여 의료사고가 접수되는 것이 아니라, 한국소비자원, 한국의사협회 공제회 등의 다양한 경로를 통하여 접수되고 있기 때문임.

○ 아울러 의료사고 발생현황을 모니터링 할 수 있는 메커니즘이 마련되어 있지 않음.

- 이상일(2012년)은 국내 의료사고 발생 현황을 추계하고 국내 병원에서 연간 약 4만명이 사망한다는 결과를 발표하였음.
- 이 연구는 국민건강보험공단의 『건강보험통계연보』 자료를 분석한 것으로, 2010년 기준 국내 병원 입원 환자 574만4566명 가운데 평균 9.2%(4.6~12.4%)인 52만여 명이 의료사고를 경험하였으며, 이 중 7.4%(4.7~14.2%)인 3만 9109명이 의료사고로 사망한 것으로 추정하였음.
- 또한 사후 대응을 잘 했다면 생존했을 것으로 판단되는 ‘예방 가능 사망자’는 43.5%인 1만 7012명으로 추정하였음.
- 국내 공인기관의 의료분쟁 접수건수는 2000년 1,674건에서 2009년 3,409건으로 약 2.2배 증가하는 추세를 보였음.
- 2009년 기준으로 법원(민사소송)의 의료분쟁이 가장 많은 것으로 나타났고, 의사협회 공제회, 치과협회 및 한의사협회 등의 접수건수도 꾸준히 증가하고 있음.

2. 주요 쟁점 및 각계의 의견

- 『의료사고 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』이 시행된 이후에도 서로 상반된 주장들이 지속적으로 제기되고 있음.
- 의료계에서는 ① 의료기관 난동 등에 대한 처벌 조항 명시, ② 강제 출석 및 현지 조사 폐지, ③ 무과실 강제 분담금 폐지, ④ 의료기관 요양급여에서의 대불금 원천징수 폐지, ⑤ 증거수집을 위한 자료제공 의무 관련 대책 마련, ⑥ 의료사고 감정부에 의료전문가 배정 확대 등을 요구하고 있음.
- 반면, 시민단체 등에서는 『의료사고 피해 및 의료분쟁조정 등에

관한 법률』의 내용에 대해 다음과 같은 문제점을 지적하고 있음.

- 첫째, 입증책임 전환 규정을 도입하지 않았다는 것임. 환자 측에게 의료인의 과실을 입증할 책임을 부여하기보다는 당사자 의료인에게 자신의 무과실을 입증할 책임을 부여하지는 것은 시민단체 등의 일관된 주장임.
- 두 번째로는, 의료인에 대한 형사특례를 적용하였다는 점을 지적하고 있음. 형사특례를 적용할 경우 사실관계를 규명하려는 노력보다는 당사자간 합의 유도에 치중하는 경향이 발생하여 환자에 대한 실질적인 보상이 이루어지지 않을 가능성이 있다는 것임.
- 셋째, 무과실 국가배상제도를 제한적으로 도입하였다는 점을 지적하고 있음. 불가항력적 분만사고에 대한 3,000만원의 보상 금액으로는 실효성을 보장하기 어렵다는 것임.
- 넷째, 손해배상금 재원 마련과 관련하여 강제가입을 전제로 하는 책임보험과 임의가입을 전제로 하는 종합보험 형태의 보상 체계가 아니라 대불제도를 도입하였다는 것임.

□ 『의료사고 피해 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 규정된 주요 사항을 중심으로 관련단체, 학계 등에서 제기하는 쟁점은 다음과 같음.

- 감정 및 재감정, 조정 기간의 문제
- 조정·중재 인용 및 기각 결정 이유의 기판력
- 불가항력적 의료사고에 대한 개념 미설정
- 손해배상 대불제도 운영 및 의료사고보상 사업 부담금 문제
- 보건의료인에 대한 형사특례
- 조정위원회 및 조정위원 운영상의 문제
- 타 제도와의 연계성

- 의료사고 감정상의 문제
- 조정결과에 대한 이의신청 절차의 문제
- 외국인에 대한 조정기능의 중복
- 의료배상공제조합 법인 설립에 따른 문제
- 조정기준 마련 상의 어려움
- 한국의료분쟁조정중재원의 독립성
- 의료사고의 범위
- 과태료 부과
- 대불금 재원 마련
- 조정절차 개시 시점
- 조정절차 진행중의 임의탈퇴 문제

3. 의료분쟁 조정·중재 제도 활성화를 위한 대책

- 우선 의료사고가 발생하지 않도록 하기 위한 제도적 인프라가 확충되어야 하며, 의료사고가 발생하더라도 당사자 간의 원만한 합의를 통해 문제를 해결하는 사회적 분위기를 조성하기 위해 사회자본으로서의 신뢰(trust)를 증대시키는 노력이 필요함.
- 의료사고가 분쟁으로 이어진 단계에서는 의료분쟁조정 제도의 참여율을 제고하고, 분쟁조정의 결과에 당사자가 만족할 수 있도록 조정의 질을 제고하는 노력이 중요함.
- 의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 제도가 활성화되기 위해 가장 바람직한 것은 피해구제 신청자와 상대방이 모두 만족할 수 있도록 제도의 내용을 조정할 필요가 있음.

- 이와 같은 제도개선은 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정에 관한 법률』의 근간을 변경하는 것이 아니라 제도를 보완하는 것임.
- 양적인 측면에서 일시에 조정제도 이용자를 대폭 증대시키는 데는 현실적인 한계가 있기 때문에 단기적으로는 조정 건수가 적더라도 조정의 질을 높임으로써 점차 조정절차를 이용하는 사례가 증가하도록 하는 전략이 필요함.
- 단순한 사실관계의 규명과 조정을 떠나 당사자의 심리적 안정, 법률적 안내 등을 위한 프로그램을 마련할 필요가 있음.
- 의료분쟁 발생 이전 단계에서 의료사고를 예방하기 위한 제도적 기반이 강화되어야 함.

□ 조정제도 활성화를 위한 정책과제

- 조정의 질 제고를 위한 제도적 장치 개발
 - － 당사자의 심리적 안정 및 상호 이해증진 프로그램 개발·운영
 - － 조정신청 수수료 상의 인센티브 부여
 - － 조정신청금액의 합리적 결정 지원
 - － 조정 후 사후관리 강화
- 의료분쟁조정 제도의 참여율 제고
 - － 불가항력적 분만사고 보상금 및 손해배상 대불금 재원의 합리적 분담
 - － 조정결과의 대외공개 문제
 - － 조정제도에 대한 홍보활동 강화
 - － 조정 재신청시 절차 간소화
 - － 조정위원회에 대한 보상 강화
 - － 감정위원 인력 풀(pool) 확대
 - － 조정부 및 감정부 위원의 범위 확대

- 의료사고 및 조정에 대한 의료인 교육 실시
- 현장조사에 대한 규정 구체화
- 소비자분쟁조정 제도와와의 합리적 역할분담
- 의료사고 예방을 위한 제도적 인프라 확충
 - 의료사고예방위원회의 합리적 운영
 - 의료사고 보고체계 운영

III. 결론 및 시사점

- 대한의사협회의 의료정책연구소가 의사협회 회원 1,031명을 대상으로 실시한 조사에 의하면, 2010년을 기준으로 의원급 의료기관의 연간 의료분쟁경험률은 9.8%, 분쟁합의금은 평균 909만원인 것으로 나타났다.
- 이와 같이 연간 의료분쟁 경험률이 약 10%에 달한다는 것은 의료인의 입장에서 의료분쟁조정 필요성이 높다는 사실을 의미함.
- 의료분쟁조정제가 실시된 이후 의사가 먼저 한국의료분쟁조정중재원에 중재를 신청하는 경우도 있으며, 조정신청에 대해 동의하는 비율도 아직까지는 미흡하지만 약 40% 수준을 보이고 있음.
- 현재로서는 중장기적이고 미래지향적인 시각 하에서 제도의 발전방향을 모색해야 할 것임.
- 이를 위해서는 환자와 의사 간 이익이 균형을 유지할 수 있도록 해야 함.
- 분쟁조정이 새로운 사회적 비용을 발생시키지 않도록 해야 함. 조정과정에서 조정절차 등으로 인한 새로운 갈등이 조성되지 않도록

하고 조정의 절차와 결과에 대한 당사자의 만족도를 높일 수 있도록 해야 함.

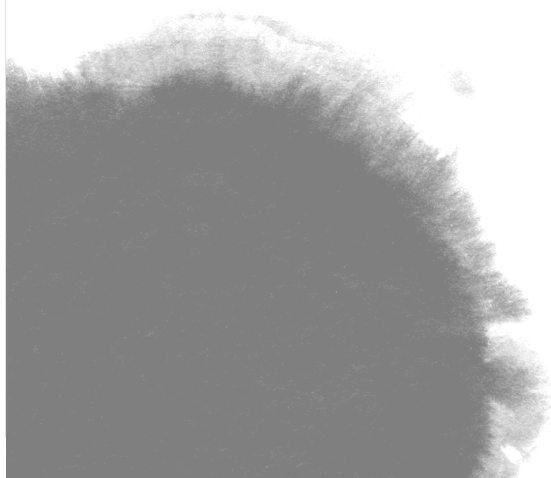
- 의료사고를 근본적으로 예방할 수 있는 제도적 장치가 강구되어야 함. 우리나라는 의료사고와 관련하여서는 의료사고의 보고 및 신고 체계, 통계자료 생산 등에 이르기까지 기본적인 인프라가 갖추어져 있지 못함.

- 최근 OECD 등도 환자안전을 보건의료성과의 주요 지표로 설정하고 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 정책적 노력의 중요성을 강조하고 있음. 우리나라도 의료분쟁의 조정 이전에 의료사고의 예방을 위한 정책적 노력을 강화할 필요가 있음.

*주요용어: 의료분쟁조정중재제도, 의료사고 피해구제

1장

서론



제1장 서론

제1 절 연구배경 및 필요성

의료분쟁조정 제도에 대한 장기간의 논의와 법안 마련 등의 과정을 거쳐 2011년 4월 7일 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』이 공포되어 1년 후인 2012년 4월 8일 시행에 들어갔다. 의료분쟁 조정 업무를 담당하기 위한 기관으로 2012년 4월 8일부터 한국의료분쟁조정중재원이 설립·운영되고 있다.

『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 제정의 가장 기본적인 목적은 피해자에 대한 신속한 배상과 의료인에 대한 안정적인 진료환경 조성으로, 이를 위한 다양한 제도적 조치가 법 내용에 규정되어 있다. 특히 의료분쟁으로 민사소송을 제기할 경우 1심까지 평균 5백만원의 비용과 26.3개월이라는 장기간이 소요되는 반면 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 따른 조정절차를 이용할 경우 22천원의 저렴한 비용(조정신청액이 5백만원 이하인 경우)¹⁾과 최장 4개월의 시간만 소요됨으로써 의료분쟁조정제도는 환자와 의사 모두에게 편익이 큰 제도라 할 수 있다.

1) 조정신청금액이 500만원 이하일 경우의 2만 2천원을 기본으로 하여 조정신청금액이 500만원을 초과할 경우 1만 원당 20원, 5,000만원을 초과할 경우 1만원 당 10원을 가산함에 따라 조정신청금액이 1억원일 경우 16만 2천원임.

그러나 의료분쟁조정 제도 마련을 위한 그간의 노력과 관심에도 불구하고 법률 시행 초창기인 현재로서는 제도 이용률이 매우 낮은 실정에 있다. 제도에 대한 홍보 부족으로 국민들의 인지도가 낮은 점도 있지만 제도설계 상의 몇 가지 쟁점사항에 대한 이견으로 의료계가 제도 참여를 거부하고 있는 등 아직까지 많은 장애요인이 놓여 있다.

의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 제도가 실시된 이후 2012년 9월 말까지 6개월 동안 한국의료분쟁조정중재원에 조정·중재신청이 이루어진 건수는 256건²⁾으로서, 이중에서 조정 절차가 개시된 경우가 86건³⁾, 의료기관의 불참으로 각하된 건수가 125건, 신청이 취하된 건수가 4건, 현재 의료기관의 참여를 확인중인 건수가 41건이다.

〈표 1-1〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 접수 및 처리현황

(단위: 건)

구분	조정(중재)신청					처리내용			
	계	방문	온라인	우편	팩스	조정 개시 (A)	불참 (각하) (B)	신청 취하	참여 확인중
누계	256(1)	111	34(1)	102	9	86(1)	125	4	41

주: ()안은 중재건수 임.
자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료

조정절차가 종료된 42건 중에서 조정절차 중 합의가 이루어진 경우는 15건, 조정이 성립된 경우는 9건으로서 조정성립률은 88.9%에 이른다. 이와 같이 일단 조정절차가 개시되고 나면 조정 중에 합의가 이루어지거나 조정이 성립하는 경우가 대부분이라는 점은 앞으로 조정참여율의

2) 중재신청 1건 포함
3) 중재절차 개시 1건 포함

증대가 제도의 성공적 운영을 위한 핵심과제 중의 하나라는 점을 시사하고 있다.

〈표 1-2〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정개시건 처리 현황

(2012.9.30일기준, 단위: 건)

조정 (중재) 개시	절차 진행중	조정절차 종료						
		소계	조정 절차중 합의 (A)	조정결정서 작성			기각	취하
				조정 성립 (B)	조정 불성립 (C)	확인중		
86(1)	44(1)	42	15	9	3	9	2	4

주: 1) ()안은 중재 건수

2) 조정성립률 : 88.9% $\{(A+B)/(A+B+C)*100\}$

자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료

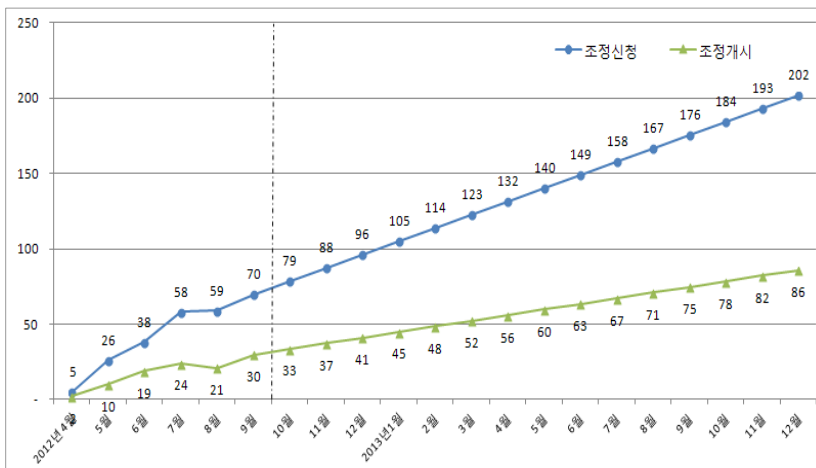
한편, 2013년 의료분쟁 조정·중재 신청건수를 2012년 조정중재 절차 개시건수를 기준으로 외삽법(extrapolation)을 적용하여 추정해 보았다. 2012년 4월 이후 월별 조정신청 및 개시 건수의 증가율을 그대로 연장 적용할 경우 조정신청 및 조정개시 건수가 지나치게 높게 추정되어 2012년 5월 이후 조정신청 및 개시 건수의 월평균 증가분 8.8건을 2013년에 적용하였다. 월평균 증가분을 계산함에 있어 2012년 4월분은 제외하였는데, 그것은 2012년 4월 조정신청건수가 5건, 5월 조정신청건수가 26건으로 그 증가폭이 매우 커서 이를 그대로 반영할 경우 평균증가분이 과도하게 추정될 가능성이 있기 때문이었다. 특히 4월은 제도시행의 초창기일 뿐 아니라, 2012년 4월 8일 이후 최초로 종료된 의료행위에만 제도가 적용되기 때문에 4월분은 1개월분을 다 충족하지 못하기 때문이었다.

조정개시 건수는 2012년 4월분을 제외한 조정신청 건수 대비 조정개

시 건수의 비율 42.5%를 조정신청 건수에 적용하여 추정하였다. 그 결과 2013년 조정신청 건수는 1,843건, 조정개시 건수는 783건으로 건으로 추정되었다.

[그림 1-1] 2013년 한국의료분쟁조정중재원의 분쟁조정·중재 신청건수 추정

(단위: 건수)



한국의료분쟁조정중재원의 2012년 예산은 손해배상금대불 예산을 제외하면 103억 6,900만원으로 이를 2012년에 조정이 성립된 24건에 적용할 경우 1건당 4억 3,204만원이 소요된 셈이다. 조정·중재가 개시된 건수를 기준으로 할 경우는 건당 1억 1,918억 원이 소요되며, 조정·중재 신청이 이루어진 건수를 기준으로 할 경우는 4,035만원이 소요된 셈이다.

한국의료분쟁조정중재원의 2013년 예산은 불가항력적 의료사고 보상금과 손해배상대불금 지원을 제외하고 180억 3,600만원이다.

〈표 1-3〉 한국의료분쟁조정중재원 2013년 예산규모(안)

(단위: 백만원, %)

구 분	2012년 (A)	2013년 (B)	증감 (A-B)	증감률
계	13,408	24,267	10,859	81.0
지출	13,408	24,267	10,859	81.0
- 인건비	3,376	7,097	3,721	110.2
- 자산취득비	3,820	4,737	917	24.0
- 사업비	1,901	3,271	1,370	72.1
- 관리운영비 등	1,272	2,931	1,659	130.4
- 불가항력의료사고 보상금 지원(국가 부담)	-	2,173	2,173	순증
- 불가항력의료사고 보상금 지원(의료기관부담)	-	931	931	순증
- 손해배상금 대불금 지원(의료기관부담)	3,039	3,127	88	2.9
수입				
- 불가항력의료사고 보상금 지원 (의료기관부담)	-	931	931	순증
- 손해배상금 대불금 지원(의료기관부담)	3,039	3,127	88	2.9
- 정부출연금	10,369	20,144	9,775	94.3

자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료

여기에 2013년 조정신청 추정건수를 적용하면 신청건당 978.6만원이 소요되는 것으로 추정된다. 조정개시 추정건수를 기준으로 할 경우는 건당 2,303.4만원이 소요되는 것으로 추정된다.

이와 같이 의료분쟁조정제도의 시행과 함께 제도시행을 위한 제도적 인프라를 구축하고 상당규모의 예산을 투입함에도 불구하고 현재로서는 분쟁 조정·중재 신청건수가 매우 적어 건당 비용도 매우 높게 나타나고 있다.

이러한 투입비용 대비 조정·중재 실적을 차치하고라도 의료분쟁으로 인한 사회적 비용의 절감을 위해서는 조정·중재 제도의 활성화를 위한 효과적인 정책대안 마련이 요구되고 있다.

그러나 지금으로서는 현재 제도 정착의 장애요인이 되고 있는 각종 쟁점들을 일시에 해결하는 것은 현실적으로 불가능하다. 특히 그러한 쟁점의 상당부분은 국민적 합의가 필요한 사항들로서 단기적으로 해결되기 어려운 사안들이다. 그렇다고 해서 이러한 사안이 해결될 때까지 제도의 활성화를 위한 노력을 미룰 수는 없다. 특히 의료기관이 먼저 조정을 신청한 경우도 있음을 볼 때 의료기관 입장에서조차 제도에 대한 수요가 존재한다고 볼 수 있다. 따라서 현재의 상황을 주어진 제약조건으로 간주하고, 제한된 범위 내에서나마 가능한 한 제도의 활성화를 위한 대책을 마련해야 한다.

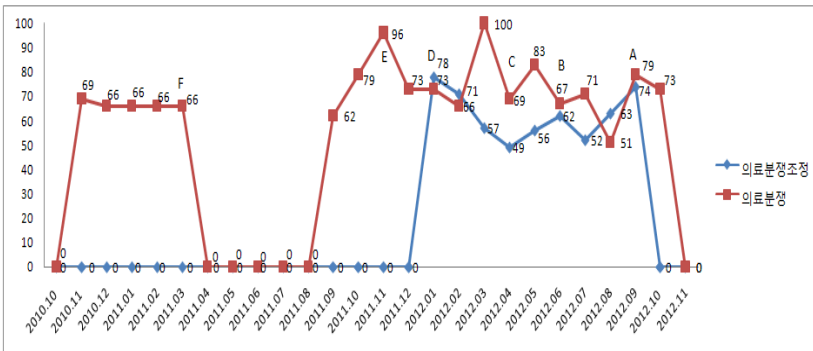
현재 주요 쟁점으로 인해 의료계가 제도에 참여하지 않겠다는 의견을 집단적으로 제시하고 있는 상황에서 이러한 쟁점에 대한 정리가 이루어지지 않고서는 제도 활성화 방안을 제시하는 것이 의미가 없다는 의견이 있을 수 있다.

그러나 현안이 되고 있는 주요 쟁점에 대해서는 중장기적으로 국민적 합의 도출과정을 거쳐 법률의 개정 등을 추진하되, 지금으로서는 현재의 기본 틀 하에서 제도 이용률을 증대시키기 위한 노력이 절실하다.

다만, 구글 트렌드(<http://www.google.com/trends/>)에 따를 경우, “의료분쟁조정” 또는 “의료분쟁”에 대한 검색량이 2011년 이후부터 증가하고 있는 것으로 나타나 의료분쟁 조정에 대한 국민들의 관심이 점차 증대되고 있음을 알 수 있다. 아래 그림에서 Y축은 의료분쟁조정 및 의료분쟁이라는 단어의 검색량이 가장 많았을 때를 100으로 하였을 때 각 시점에서의 검색량의 상대적 비율(ratio)을 나타내며, X축은 월별 시점을 나타낸다. 의료분쟁조정 또는 의료분쟁에 대한 구글 검색량이 『의료

사고 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』이 제정되던 2011년 4월경 크게 증가하였다가 법이 시행된 시점인 2012년 4월에는 최대검색량 수준을 기록하였다.

〔그림 1-2〕 의료분쟁조정 및 의료분쟁에 대한 구글 트렌드 검색결과



주: 1) 숫자 100은 최대 검색량을 나타냄.

2) 각 시점별 주요 뉴스

A: 뉴스와이어(2012.9.20). 보건복지부, 의료분쟁조정제도 하위법령 개정 착수

B: 뉴스와이어(2012.6.15). 대구시, 19일 의료분쟁 일일 상담실 운영

C: 이데일리(2012.04.04). 의료분쟁 조정중재원 '잠을' 안고 8일 출범

D: 아이뉴스(2012.01.16). 산부인과"의료분쟁조정제도 불참"

E: 한국경제(2011.11). '의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률' 시행령 시행규칙 제정안 입법예고

F: 투데이코리아(2011.03.11). '의료사고' 분쟁 최소화, 의료분쟁조정법 통과

자료: 구글 트렌드(<http://www.google.com/trends/>)

이와 같이 의료분쟁조정에 대한 국민들의 관심이 점차 증대되는 현상을 고려하면 향후 의료분쟁조정 제도에 대한 참여율이 증가할 여지가 많은 것으로 판단된다.

제2절 연구목적

본 연구는 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 시행 이후 이 법에 따른 의료분쟁조정 제도의 운영현황과 이를 둘러싼 주

요 쟁점을 살펴봄으로써 향후 의료분쟁조정 제도의 활성화를 위한 정책 방향을 제시하는 데 목적을 둔다.

이를 위해 첫째, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 의료분쟁조정 제도를 중심으로 현행 의료조정제도의 현황과 내용을 분석한다.

둘째, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 따른 한국의료분쟁조정중재원 설립 이후 분쟁조정 실태를 분석함으로써 현재 단계에서의 제도 정착 상황을 살펴본다.

셋째, 앞에서의 분석결과를 바탕으로 의료분쟁조정 제도의 활성화를 위한 정책방향과 주요 사안별 제도 개선방안을 제시하고자 한다.

본 연구에서 의료분쟁조정제도의 활성화를 위한 정책방향을 제시함에 있어서는 현재 쟁점이 되는 모든 사안에 대해 일일이 해결방안을 제시하기보다는 앞에서 언급된 바와 같이 현행 제도의 기본 틀을 유지하는 범위 내에서 제도의 근간을 크게 변화시키지 않는 범위 내에서 정책방향을 제시하고자 했다는 점을 미리 밝혀 둔다.

제3절 연구방법

본 연구의 추진을 위해 의료사고 피해 구제 및 의료분쟁에 대한 기존 문헌에 대한 분석, 그 동안 발의되었던 의료분쟁 관련 법안에 대한 검토, 한국의료분쟁조정중재원 자료수집 및 관계자 의견청취를 위한 면담, 학계·의료계 등 관련 전문가 의견수렴 등의 과정을 거쳤다.

본 연구의 시작단계에서는 의료분쟁을 경험한 의사 및 피해자 등과의 면담 등을 구상하였으나 개인정보 보호 문제 등으로 면담대상자에 대한 정보접근에 한계가 있어 면담을 실시할 수 없었기 때문에 한국의료분쟁

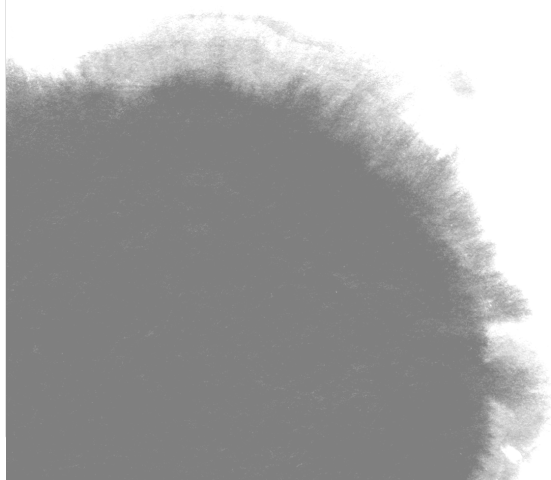
중재원 관계자 등을 통해 의료분쟁 발생 및 분쟁조정 현장에서의 전반적인 상황과 의견을 간접적으로 수렴하였다.

의료분쟁조정 제도와 관련한 쟁점을 분석함에 있어서는 의료계와 시민단체 등 각계의 입장을 정리·제시함과 아울러 조정중재 인용 및 기각 결정이유의 기판력, 불가항력적 의료사고에 대한 개념 설정, 손해배상 대불제도 운영상의 도덕적 해이, 보건의료인에 대한 형사특례, 조정위원회 및 감정위원회 운영의 문제, 불가항력적 의료사고 보상사업 분담금, 손해배상 대불금 재원 마련 등 다양한 세부 주제별로 대한 전문가들의 의견을 제시하였다. 전문가들의 의견을 제시함에 있어 제도 자체가 가지는 법리적 측면의 문제점 뿐 아니라 제도적 요인에 의해 발생할 가능성이 있는 간접적 효과나 역기능 등도 제시하였다.

아울러, 의료분쟁조정제도의 활성화를 위한 정책방향을 제시함에 있어서는 제도 자체의 활성화 뿐 아니라 의료사고의 예방, 의료분쟁 조정 이전 단계의 당사자 간 자율적 합의 증대 등을 위한 정책방향도 함께 제시하였다.

2장

현행 의료사고 피해구제 및 조정·중재 제도 현황



제2장 현행 의료사고 피해구제 및 조정·중재 제도 현황

제1 절 의료사고 발생 현황

의료사고에 대해서는 정부 차원에서 정확한 통계자료를 발표하고 있지 않아 정확한 현황을 파악하기는 어렵다. 이와 같이 종합적인 통계자료 형성이 어려운 이유는 정부가 지정한 기관을 통하여 의료사고가 접수되는 것이 아니라, 한국소비자원, 한국 의사협회 공제회 등의 다양한 경로를 통하여 접수되고 있기 때문이다. 또한, 의료사고 발생 시 환자 측과 민간단체 등에 호소하는 동시에 법원에 제소를 하는 경우가 있어 하나의 의료사고가 각 기관에 중복적으로 접수되기도 한다.

따라서 각 기관에서 발표된 의료사고 통계자료를 통하여 의료사고 분쟁건수를 정확히 파악하기 어려울 뿐만 아니라 실제로 발생한 의료사고 중에서 공식적인 의료분쟁 절차 이전에 합의를 통해 종결되는 경우도 있어 현황 파악에 어려움이 있다.

1. 의료사고의 정의

의료사고란 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 제2조 제1호에 의하면 “보건 의료인이 환자에 대하여 실시하는 진단·검사·치료·의약품의 처방 및 조제 등의 행위로 인하여 사람의 생명·신체

및 재산에 대하여 피해가 발생한 경우”를 의미한다. 즉, 의료사고란 의료에 관여되는 종사자의 환자에 대한 의료행위가 시작된 순간부터 의료행위가 끝나는 전 과정에서 일어나는 예상치 못했던 사안을 의미하며, 잘못의 주체를 평가하기 이전의 용어로서 단지 예기치 못했던 원치 않는 결과라는 가치중립적 용어이다(문국진, 1989).

이러한 의료사고의 개념은 의료기관에서 일어나는 모든 사고를 포함하므로 환자를 직접 진료하는 의사 뿐만 아니라 환자의 의료행위에 관여하는 의료종사자 모두에게 적용된다. 이에 따라 의료사고의 책임 소재와 관련한 인과관계, 과실입증, 과실상계 등의 복잡한 문제가 발생한다.

2. 의료사고의 종류

의료사고의 유형은 환자에게 발생한 결과와 의료서비스의 내용에 따라 아래 표와 같이 구분될 수 있다. 환자에게 발생한 결과에 따라 사망, 후유장애, 질병의 재발, 재수술, 새로운 질병의 발생, 치료지연 등이 있으며, 의료서비스의 내용에 따라 오진, 투약 및 주사사고, 수술·처치에서의 사고, 마취사고, 수혈사고, 분만사고, 간호사고, 환자관리상의 사고, 예방접종에서의 사고 등이 있다.

〈표 2-1〉 의료사고의 유형

구분	유형
의료행위 과정	○ 진단 및 검사 단계 ○ 치료 및 처치 단계 ○ 간호 및 관리 단계
환자에게 발생한 결과	○ 사망 ○ 후유장애 ○ 질병의 재발 ○ 재수술 ○ 새로운 질병의 발생 ○ 치료지연
의료서비스 내용	○ 오진, 투약 및 주사사고 ○ 수술·처치에서의 사고 ○ 마취사고 ○ 수혈사고 ○ 분만사고 ○ 간호사고 ○ 환자관리상의 사고 ○ 예방접종에서의 사고

자료: 이백휴, 의료분쟁조정법상 주요쟁점과 개선방안, 2011 재구성

3. 의료사고 발생현황

한국소비자원 등에 접수된 의료사고 관련 분쟁건수는 축소 신고되었으며 실제 의료사고는 더 많다는 주장도 있다. 즉, 이상일(2012년)은 국내 의료사고 발생 현황을 추계하여 국내 병원에서 연간 약 4만 명이 사망한다는 결과를 발표하였다. 이 연구는 국민건강보험공단의 『건강보험통계연보』 자료를 분석한 것으로, 2010년 기준 국내 병원 입원 환자 574만4566명 가운데 평균 9.2%(4.6~12.4%)인 52만여 명이 의료사고를 경험하였으며, 이 중 7.4%(4.7~14.2%)인 3만 9109명이 의료사고로 사망한 것으로 추정하였다. 또한 사후 대응을 잘 했다면 생존했을 것으로 판단되는 ‘예방 가능 사망자’는 43.5%인 1만 7012명으로 추정하였다.

제2절 의료분쟁 발생 현황

1. 국내 주요기관 공식 접수 현황

현재 국내 주요 기관에 공식적으로 접수된 의료분쟁 통계를 정리하면 <표 2-2>와 같다. 이 표에서와 같이 국내 공인기관의 의료분쟁 접수건수는 2000년 1,674건에서 2009년 3,409건으로 약 2.2배 증가하는 추세를 보였다. 2009년 기준으로 법원(민사소송)의 의료분쟁이 가장 많은 것으로 나타났고, 의사협회 공제회, 치과협회 및 한의사협회 등의 접수건수도 꾸준히 증가하고 있다.

〈표 2-2〉 연도별 의료분쟁 접수 현황

(단위: 건)

접수 기관	연도별 접수 건수					
	2000	2005	2006	2007	2008	2009
계	1,674	2,600	2,804	2,435	2,079	3,409
의료심사조정위원회	22	42	30	16	8	17
법원(민사소송)	519	867	979	766	748	911
한국소비자원	450	1,093	1,156	940	603	711
의사협회 공제회	485	598	639	713	720	804
치과협회	198	-	-	-	-	586
한의사협회	-	-	-	-	-	380

자료: 정영수, 의료분쟁의 합리적 해결을 위한 연구, 2010
한국의료분쟁조정중재원, 내부자료, 2011

반면, 의료분쟁 발생 시 의료기관의 자체해결 비율은 <표 2-3>에서와 같이 약 85.9%인 것으로 나타나 소송비용 과다 및 소송의 장기화로 환자들이 제소를 포기하거나 소액합의를 이루는 경우가 많은 것으로 추정된다.

2009년 자체해결 비율인 85.9%를 2009년 의료분쟁 발생건수로 역산하면 2009년 의료분쟁 발생건수는 약 25,000건으로 추정된다.

〈표 2-3〉 연도별 의료분쟁 접수 현황

(단위: %)

기관종류	소송	제3중재	자체해결	기타
의원	9.1	0.7	86.9	3.3
병원	15.7	6.0	75.8	2.5
한의원	3.3	1.7	95.0	0
평균	9.3	2.8	85.9	2.0

출처: 건강보험심사평가원, 『진료위험도 상대가치 개발연구』, 2005

한국의료분쟁조정중재원은 전체 의료분쟁 발생건수를 연간 3만 건으로 계상했을 때 의료분쟁 조정신청은 약 20%인 연간 6,000여건에 이를 것으로 예상하고 있다.

2. 의료소비자 시민연대 추정 의료분쟁

의료소비자 시민연대의 의료사고 상담센터에 따르면⁴⁾ 연간 5,000여건 이상의 의료분쟁이 발생하는 것으로 추정되고 있다. 이중 약 400여건의 형사고소가 제기되고, 민사소송의 경우 1심 사건을 기준으로 약 300여건 정도 제기되는 것으로 추정되고 있다. 우리나라의 현실에서는 의료사

4) 의료소비자시민연대 의료사고상담센터(<http://www.medioseor.or.kr/Center/index.php>)

고에 대해 중간에 소송을 포기하는 경우가 많아 의료분쟁 후 사건화가 되는 것은 약 10%에 지나지 않는 것으로 시민연대에서는 추정하고 있다.

3. 한국소비자원의 의료분쟁 접수 현황

한국소비자원에 접수된 의료서비스 피해구제 접수건수를 살펴보면 2011년 총 833건으로, 2010년 761건 대비 9.5% 증가한 것으로 나타났다. 2011년 한국소비자원에 접수된 의료분쟁의 진료과목별 현황을 살펴보면 <표 2-4>와 같다. 진료과목별로는 내과가 122건인 14.7%를 차지했으며, 치과 101건(12.1%), 정형외과 91건(10.9%), 성형외과 87건(10.4%), 신경외과 79건 (9.5%), 산부인과 65건(7.8%) 등으로 나타났다(한국소비자원, 2011).

<표 2-4> 한국소비자원 진료과목별 피해구제 현황 (2011년)

진료과목	건수	비율(%)
내과	122	14.7
치과	101	12.1
정형외과	91	10.9
성형외과	87	10.4
신경외과	79	9.5
산부인과	65	7.8
외과	58	7.0
한의원	36	4.3
피부과	28	3.4
안과	25	3.0
기타*	141	16.9
계	833	100.0

주: * 비뇨기과 20건, 흉부외과 20건, 이비인후과 15건, 응급의학과 14건, 신경과 11건, 소아청소년과 9건, 건강장신 의학과, 재활의학과, 마취통증의학과 각 3건, 진단검사의학 6건, 약국 3건 등임,
자료: 한국소비자원, 『소비자 피해구제 연보 및 사례집』, 2011

진료단계별 피해구제 현황은 <표 2-5>와 같다. 2011년 기준으로 치료·처치 단계 268건(32.2%)와 일반수술 266건(31.9%)에서 가장 많은 피해가 접수된 것으로 나타났고, 진단 관련은 105건(12.6%), 시술 60건(7.2%)등으로 나타나 수술 및 치료, 처치 같은 직접적인 치료행위와 관련한 사건이 대부분을 차지하고 있었다. 그 외에는 진료비 35건(4.2%), 투약 23건(2.8%) 순으로 나타났다.

〈표 2-5〉 한국소비자원 진료단계별 피해구제 현황 (2011년)

진료단계	건수	비율(%)
치료·처치	268	32.2
일반수술	266	31.9
진단	105	12.6
시술 ¹⁾	60	7.2
진료비	35	4.2
투약	23	2.8
주사	17	2.0
검사	7	0.8
기타 ²⁾	52	6.3
계	833	100

주: 1) 시술: 혈관조영술 혹은 혈관성형술, 내시경적 용종제거술 등

2) 기타: 제왕절개 9건, 자연분만 7건, 임신중절 2건, 병원관리·안전 7건, 건강검진 6건, 마취 3건, 간호 2건, 수혈 1건 등

자료: 한국소비자원, 『소비자 피해구제 연보 및 사례집』, 2011

2011년 피해구제 신청건을 사고유형별로 보면, 부작용·악화가 446건(53.5%)으로 가장 많았고, 사망 138건(16.6%), 장애 80건(9.6%), 감염 65건(7.8%) 등으로 나타났다.

〈표 2-6〉 사고유형별 피해구제 현황 (2011년)

사고유형	건수	비율(%)
부작용악화	446	53.5
사망	138	16.6
장애	80	9.6
감염	65	7.8
효과미흡	26	3.1
장기손상	14	1.7
약해 ¹⁾	3	0.4
기타 ²⁾	61	7.3
계	833	100.0

주: 1) 약해: 약물사고

2) 기타: 계약금 등 진료비, 피해불분명(주관적 증상) 등

자료: 한국소비자원, 『소비자 피해구제 연보 및 사례집』, 2011

4. 민사소송(법원) 의료분쟁 접수 현황

법원에서는 1989년 9월 1일부터 의료사고 손해배상청구사건은 손해 배상(외)로 접수받아 이를 처리하고 있고, 서울중앙지방법원에서는 1991년 9월부터 제15민사부로 하여금 의료과실소송사건을 전담하여 처리하도록 하고 있다. 의료사고 손해배상소송 1심에 대한 자료는 <표 2-7>과 같다. 1990년 84건에 불과하던 손해배상청구사건은 2000년 519건으로 지속적인 증가추세를 보여 2006년 979건이 접수되었다. 2010년에 접수된 손해배상청구사건은 총 871건이다.

〈표 2-7〉 법원 의료사고 손해배상소송 제1심 통계

(단위: 건)

연도	접수	처리							항소
		합계	각하 명령	판결	취하	조정	화해	기타	
1990	84	68	-	48	12	-	7	1	4
1995	179	115	2	373	19	6	3	3	25
2000	519	361	3	221	47	62	8	20	115
2005	867	772	4	355	54	183	85	91	239
2006	979	749	3	372	75	140	82	77	243
2007	766	932	2	470	72	160	132	96	280
2008	748	894	1	450	47	133	176	86	302
2009	911	780	6	406	58	128	103	79	272
2010	871	782	4	380	89	140	103	93	260

자료: 대법원 『사법연감』, 1990-2010년

의료사고 손해배상소송 항소심 대한 자료는 <표 2-8>과 같다. 1990년 1건이 항소심으로 접수되었고 2000년 이후 지속적인 증가추세를 보여 2005년에는 248건이 처리되고 60건이 상고되었다. 2008년에는 299건이 처리되고 이중 126건이 판결을 받았으며, 116건은 조정, 35건은 화해, 66건은 상고 등으로 나타났다.

〈표 2-8〉 법원 의료사고 손해배상소송 항소심 통계

(단위: 건)

연도	접수	처리								상고
		합계	각하 명령	판결	소취하	항소 취하	조정	화해	기타	
1990	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-
1995	27	11	-	10	-	-	-	1	-	4
2000	190	176	-	100	6	19	49	2	-	31
2005	239	248	1	117	4	6	79	40	-	60
2006	243	245	-	149	3	8	50	32	3	74
2007	280	259	-	138	4	15	66	35	1	58
2008	302	299	1	126	6	13	116	35	2	66

자료: 대법원 『사법연감』, 1990-2008

의료사고 손해배상소송 대법원 통계는 <표 2-9>와 같다. 2005년 이후 60~70여건 정도가 접수되어 처리되었음을 알 수 있으며, 2010년의 경우 총 77건 중 60건이 기각, 15건은 파기되었다.

〈표 2-9〉 의료사고 손해배상소송 대법원 통계

(단위: 건)

연도	접수	처리								
		합계	각하 명령	판결			소취하	상고 취하	화해	기타
				기각	파기	상고 각하				
1993	6	3	-	3	-	-	-	-	-	-
1995	13	13	-	12	1	-	-	-	-	-
2000	29	28	-	26	1	-	-	1	-	-
2005	60	48	-	46	2	-	-	-	-	-
2006	74	56	-	51	5	-	-	-	-	-
2007	58	66	-	64	2	-	-	-	-	-
2008	66	69	1	61	7	-	-	-	-	-
2009	67	58	1	52	3	-	2	-	-	-
2010	60	77	1	60	15	-	1	-	-	-

자료: 대법원 사법연감 1990-2010

5. 한국의료분쟁조정중재원 의료분쟁 조정·중재 현황

본 절에서는 한국소비자원 등은 제외하고 한국의료분쟁조정중재원에서 실시한 의료분쟁 조정실적에 대해 살펴보기로 한다.

우선, 2012년 4월 의료분쟁조정 제도 시행 이후 8월 6일까지 4개월 동안 한국의료분쟁조정중재원에서 실시한 상담건수는 하루 평균 169건으로 총 13,886건에 달하였다. 이중 89.7%인 12,459건은 전화로 이루어졌으며, 나머지는 온라인(3.7%)이나 방문(2.2%), 우편·팩스(0.5%)를 통해 이루어졌다.

이와 같이 4개월 동안 비교적 상담전화 건수가 많았던 이유를 한국의료분쟁조정중재원은 몇 가지로 분석하고 있다. 즉, 그간 대불금 재원 비용 분담과 관련된 항의성 전화, 그리고 조정제도 시행 초기인 만큼 2012년 4월 8일 이전의 의료사고도 적용대상이 되는지 등 의료분쟁 조정제도 자체에 대한 문의가 많았다는 것이다.

〈표 2-10〉 한국의료분쟁조정중재원의 상담 현황

(단위: 건)

구 분	합계	전화상담 (일반상담)	전문상담			
			방문	온라인	우편·팩스	유선 2차상담
4월	1,821	1,556	64	113	4	84
5월	3,411	3,041	68	149	11	142
6월	3,028	2,710	73	110	22	113
7월	5,104	4,694	84	134	33	159
8월(8.6일)	522	458	17	18	5	24
누계 ¹⁾	13,886	12,459	306	524	75	522

주: 1) 2012.4.9~8.6까지(82일간) 누계(일평균 169건)

자료: 한국의료분쟁조정중재원, 보도자료 2012.8.10일자

한편, 조정·중재 신청이 접수된 건수는 256건이었으며, 이중에서 신청이 각하 또는 취하된 건수는 129건, 피신청인의 동의 하에 조정이 개시된 건수는 86건으로, 조정참여율이 40.0%였다.

조정을 신청한 건수 중에는 의료기관이 먼저 조정을 신청한 건수도 3건이 있으며, 이미 한국의료분쟁조정중재원의 조정 절차를 경험해 본 의료기관이 중재를 신청한 건수도 1건이 있었다. 한국의료분쟁조정중재원의 조정결과를 받아들이지 않을 수도 있는 조정과는 달리, 중재는 조정부의 중립적 결정을 따르기로 합의한 경우로서 한국의료분쟁조정중재원의 중재에 대한 신뢰를 가진 경우로 볼 수 있다.

조정신청자 중에는 중국인 3건, 베트남인 1건, 스리랑카인 1건 등 외국인이 조정을 신청한 건수도 5건이 있었다. 외국인이 조정을 신청한 진료과목은 피부과, 산부인과, 치과, 내과, 성형외과 각 1건이었다.

〈표 2-11〉 한국의료분쟁조정중재원의 월별 조정신청 현황

(단위: 건)

구분	조정(중재)신청					처리내용			
	계	방문	온라인	우편	팩스	조정 개시	불참 (각하)	신청 취하	참여 확인중
2012. 4월	5	3	1	1	-	2	3	-	-
5월	26	9	5	10	2	10	16	-	-
6월	38	17	3	16	2	19	18	1	-
7월	58	25	7	23	3	24	34	-	-
8월	59	28	7	23	1	21	36	2	-
9월	70(1)	29	11(1)	29	1	10(1)	19	1	41
누계	256(1)	111	34(1)	102	9	86(1)	125	4	41

자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

조정신청자중 남자는 149명으로 58.2%, 여자는 107명으로 41.8%였으며, 연령대별로는 40대가 26.6%인 68명으로 가장 많고 30대가 24.2%인 62명, 50대가 23.8%인 61명 등이었다.

〈표 2-12〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청자 연령분포

(단위: 건, %)

계	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대이상	기타
256 (100.0)	15 (5.9)	62 (24.2)	68 (26.6)	61 (23.8)	34 (13.3)	12 (4.7)	3 (1.2)	1 (0.4)

자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

지역별로는 서울이 30.5%인 78건, 경기도가 24.2%인 62건, 부산이 7.4%인 19건 등으로 의료기관이 많이 분포하고 있는 지역일수록 조정신청 건수가 많았다.

〈표 2-13〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청대상 의료기관 소재지역

(단위: 건, %)

계	서울	경기	부산	경남	대구	인천	경북	기타 ¹⁾
256 (100.0)	78 (30.5)	62 (24.2)	19 (7.4)	12 (4.7)	11 (4.3)	10 (3.9)	10 (3.9)	54 (21.1)

주: 1) 기타는 광주(10), 대전(9), 충북(9), 충남(7), 강원(7), 전북(7), 전남(4), 제주(1)
 자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

의료기관 종별로는 병원이 99건으로 가장 많고 종합병원 82건, 의원 75건 등이며, 진료과목별로는 내과가 가장 많아 59건, 정형외과 45건, 치과 25건, 외과 21건 등이었다.

〈표 2-14〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청대상 의료기관 종류

(단위: 건, %)

계	종합병원	병원	의원	약국	기타
256 (100.0)	82 (32.0)	99 (38.7)	75 (29.3)	-	-

자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

〈표 2-15〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 진료과목

(단위: 건, %)

계	내과	치과	외과	산부인과	신경외과	정형외과	응급의학	소아 청소년	기타 ¹⁾
256 (100.0)	59 (23.0)	25 (9.8)	21 (8.2)	18 (7.0)	16 (6.3)	45 (17.6)	18 (7.0)	11 (4.3)	43 (16.8)

주: 1) 기타는 한방(9), 흉부외과(8), 이비인후과(6), 성형외과(5), 안과(3), 비뇨기과(3), 마취과(3), 피부과(2), 가정
 의학과(2), 영상의학과(1), 기타(1)
 자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

의료행위별로는 수술이 61건, 처치 59건, 진단검사 47건 등이었으며, 의료유형별로는 의과가 222건으로 대부분을 차지하고, 치과 25건, 한의과 9건 등이었다.

〈표 2-16〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 의료행위

(단위: 건, %)

계	수술	처치	진단 검사	진단	주사	발치	투약	환자 관리	기타
256(100.0)	61 (23.8)	59 (23.0)	47 (18.4)	22 (8.6)	15 (5.9)	10 (3.9)	9 (3.5)	8 (3.1)	25 (9.8)

주: 1) 기타는 신경치료(8), 분만(5), 침(4), 한약(2), 보철(1), 스캐링(1), 임플란트(1), 채혈(1), 병원감염(1), 기타(1)
자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

〈표 2-17〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 의료유형

(단위: 건, %)

계	의과	치과	한 의과
256(100.0)	222(86.7)	25(9.8)	9(3.5)

자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

조정신청 금액별로는 501~1000만원이 42건으로 가장 많고, 301만원~500만원 36건, 3,001만원~5,000만원 32건 등이었으며, 1억원 이상도 23건에 달했다.

〈표 2-18〉 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 금액

(단위: 건)

구 분	건수	구 분	건수	구 분	건수
1~1백만	18	2,001~3,000만	22	2억1~3억	6
101~300만	28	3,001~5,000만	32	3억1~4억	2
301~500만	36	5,001~7,000만	5	4억1~5억	1
501~1,000만	42	7,001~1억	24	5억 이상	-
1,001~2,000만	26	1억1~2억	14		

자료: 한국의료분쟁조정중재원 내부자료, 2012

지금까지 살펴본 바와 같이 전체적으로 조정신청 건수가 적은 것에 대해 한국의료분쟁조정 중재원은 다음과 같은 몇 가지 이유를 제시하고 있다. 첫째, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률』 부

칙 제3조에 따라 2012년 4월 8일 이후 최초로 종료된 의료행위 등으로 인하여 발생한 의료사고부터 조정 대상이 되기 때문이라는 것이다. 우리나라 전체적으로 1개월간 의료사고가 어느 정도 발생하는지에 대한 정확한 통계는 없지만 6개월이라는 짧은 기간 동안의 의료사고 건수 자체가 적은 데서도 원인을 찾을 수 있을 것으로 판단된다.

둘째, 의료사고 발생 시 환자측은 조정신청 등의 절차를 이용하기 이전에 당사자 간 합의를 우선 시도하는 특성이 있기 때문에 의료사고 발생 후 조정신청에 약 2~3개월의 시간이 소요된다는 것이다. 이에 따라 2012년 10월 이후 조정신청이 크게 증가할 것으로 전망하고 있다. 특히 2012년 4월 5건, 5월 26건, 7월 58건, 8월 59건, 9월 70건 등으로 조정신청이 지속적으로 증가하고 있으며, 2012년 7월의 의료사고 상담건수 5,014건 중에서 추후 조정신청을 하겠다는 의사를 밝힌 경우가 178건에 달하고, 의료기관과 합의를 시도한 이후 결과에 따라 조정신청을 검토하겠다는 경우가 575건에 달하고 있어서 추후 조정신청이 크게 증가할 것이라는 것이다.

다른 한편으로, 조정신청 건수에 대비하여 조정이 개시되는 건수의 비율이 40.0%에 불과한 것은 법 제27조 제8항에 따라 피신청인이 조정신청서를 송달받은 날로부터 14일 이내에 조정절차에 응하고자 하는 의사를 통지하지 않을 경우 조정신청을 각하하도록 되어 있는 데서 그 원인을 찾고 있다.

이열(2012)⁵⁾은 조정개시 건수가 적은 이유에 대해 의료분쟁조정제도가 피해자의 피해구제에만 치중한 나머지 당사자 간 불평등을 초래했기 때문이라고 지적하고, 이러한 불평등에 따라 저조한 참여율이 지속될 경우 피해구제 및 안정적 진료환경 조성이라는 입법목적 달성이 불가능할

5) 2012년 8월 10일 대한의사협회 의료정책연구소 제34차 의료정책포럼(합리적인 의료분쟁 조정법 개정방향 모색) 발표 논문

것이라고 주장한다. 이와 같이 조정 당사자인 의료계가 의료분쟁조정 제도에 대해 부정적인 인식을 가지고 있다는 사실이 조정 참여의 장애요인이 되고 있지만 실제 현행 제도가 당사자 간 불평등을 초래하는지에 대해서는 보다 깊은 검토가 필요하다.

제3절 의료분쟁 조정·중재 제도의 내용

『의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률』 제2조 제2호는 의료분쟁을 “의료사고로 인한 다툼”이라고 정의하고 있다. 의료분쟁조정법은 1988년 대한의사협회가 ‘의료사고처리특례법안’을 제안한 이래 지난 20여년간 여러 차례 입법이 추진되어 오다가 2011년 3월 11일 『의료분쟁조정법』이 본회의를 통과하면서 같은 해 4월 7일 법률 제 10566호 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』로 제정·공포되었다. 이처럼 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률』이 오랜 기간에 걸친 노력의 결과로 제정되었으나 법안이 국회 본회의를 통과하자마자 관련단체 등에서 일부 법 내용에 대한 이견과 반대 입장을 내놓고 있다.

『의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률』이 제정되기 이전까지 국내에서는 의료분쟁을 소송 또는 소송 이외의 방법을 통하여 해결해 왔다. 소송에 의한 해결방법으로는 행정소송, 민사소송 및 형사소송 등이 있다. 또한 이러한 소송은 각 과별, 행위별, 사고유형별로 구분할 수 있다. 법원 이외의 해결방법으로는 소비자분쟁조정위원회, 대한의사협회 공제회, 의사 및 병원배상책임보험 등의 방법이 있다. 본 장에서는 한국의료분쟁조정중재원에서 시행하고 있는 의료분쟁조정중재제도에 대해 살펴보도록 한다.

1. 한국의료분쟁조정중재원 구성

『의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률』의 시행과 함께 한국의료분쟁조정중재원(이하 ‘조정중재원’)이 설립되면서 신속하고 공정한 의료사고 피해구제와 의료분쟁 조정이 이루어질 수 있는 법제도적 기반이 마련되었다.

조정중재원의 설립으로 국민들이 겪던 심리적 고통과 경제적 부담이 경감되고, 의료사고 유형분석 및 조사·연구·통계기능도 활성화될 것으로 기대되고 있다.

조정중재원은 특수법인 형태의 독립기구로 설치되었으며, 조직 내에 ‘의료분쟁조정위원회’와 ‘의료사고감정단’을 두어 조정과 감정을 이원화 하여 상호 견제 및 감정의 독립성을 확보하는 시스템을 가지고 있다. 또한, 위원회와 감정단에는 진료과목별 특수성과 지리적 접근가능성 등을 고려하여 조정부 및 감정부를 구성하고 있다. 의료분쟁조정위원회는 1) 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 인사, 2) 보건의료인단체에서 추천한 인사, 3) 비영리 민간단체에서 추천한 인사, 4) 대학 등의 부교수급 이상의 직에 해당하는 인사(보건의료인 제외) 등 5인의 조정위원으로 구성된다. 의료사고감정단은 1) 의사전문의 자격 취득 후 2년 이상 경과하거나 치과의사 또는 면허 취득 후 6년 이상 경과한 인사, 2) 변호사 자격 취득 후 4년 이상 경과한 인사, 3) 외국의 자격 취득 후 4년 이상 경과한 인사, 4) 비영리 민간단체에서 추천한 인사 등 5인의 감정위원으로 구성된다.

조사관은 감정위원의 업무를 보좌하기 위한 실무경력 전문가로 의사·치과의사 및 한의사, 약사, 한약사, 간호사 등의 자격을 가진 자로 임명된다. 위원회와 감정당의 자세한 구성은 <표 2-19>와 같다.

〈표 2-19〉 한국의료분쟁조정중재원 조직 구성 및 자격

구 분		의료분쟁조정위원회	의료사고감정단
구 성	위 원 수	· 50인 이상 100인 이내	· 50인 이상 100인 이내
	위 원 자 격	① 판사·검사 또는 변호사의 자격이 있는 사람[2/5] * 외국의 법제 관련 인사 2인 포함 ② 보건의료인단체(or 보건의료기관단체)에서 추천한 사람[1/5] * 외국의 보건의료 관련 인사 2인 포함 ③ 비영리민간단체에서 추천한 사람[1/5] ④ 대학등의 부교수급 이상의 직에 해당하는 사람(보건의료인 제외)[1/5]	① 의사전문의 자격 취득 후 2년 이상 경과하거나 치과의사(or 한의사) 면허 취득 후 6년 이상 경과한 사람 ② 변호사 자격 취득 후 4년 이상 경과한 사람 ③ 외국의 자격 취득 후 5년 이상 경과한 사람 ④ 비영리민간단체에서 추천한 사람
	임 기	· 3년, 연임 가능	· 3년, 연임 가능
	위 촉	· 위원장: 원장의 제청으로 복지부장관이 위촉 · 조정위원: 원장이 임명(or 위촉)	· 단장: 원장의 제청으로 복지부장관이 위촉 · 감정위원: 감정위원추천위원회(총 9명)의 추천을 거쳐 원장이 임명(or 위촉) * 감정위원추천위원회 구성 ① 대법원·법무부 또는 대한변호사협회에서 추천한 사람[3명] ② 보건의료인단체(or 보건의료기관단체)에서 추천한 사람[2명] ③ 비영리민간단체에서 추천한 사람[2명] ④ 한국대학교육협의회에서 추천한 사람(보건의료인은 제외)[2명]
부	구 성	· 5인의 조정위원으로 구성	· 5인의 감정위원으로 구성
	장	· 법조인 중에서 위원장이 지명	· 의료인 중에서 단장이 지명
	업 무	· 조정결정·중재판정 및 손해액 산정	· 사실조사 및 감정서 작성 * 감정위원은 조정부에 출석하여 감정결과를 설명하여야 함
조사관		· 조정위원의 업무 보좌를 위하여 변호사 등을 채용	· 감정위원의 업무 보좌를 위하여 의료인, 약사 또는 한약사 등을 조사관으로 채용

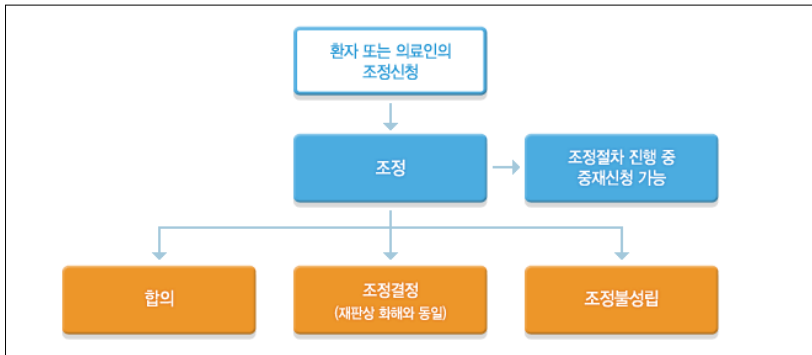
출처: 한국의료분쟁조정중재원(<http://www.k-medi.or.kr>)

2. 조정중재원 의료분쟁 조정·중재 절차

한국의료분쟁조정중재원의 의료분쟁조정 절차를 살펴보면, 보건의료인의 진단·검사·치료·의약품의 처방 및 조제 등의 행위로 사람의 생명·신체 및 재산에 피해가 발생한 경우 피해를 입은 당사자는 의료분쟁조정중재원에 방문, 전화, 우편, 팩스, 인터넷 등의 방법으로 상담할 수 있도록 되어 있다.

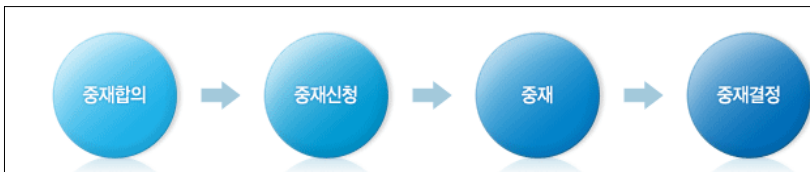
조정과 중재의 절차를 도식화하면 다음 [그림 2-1] 및 [그림 2-2]와 같다.

[그림 2-1] 한국의료분쟁조정중재원의 조정절차



출처: 한국의료분쟁조정중재원(<http://www.k-medi.or.kr>)

[그림 2-2] 한국의료분쟁조정중재원의 중재절차



출처: 한국의료분쟁조정중재원(<http://www.k-medi.or.kr>)

조정은 조정결정서의 정본이 당사자에게 송달되어 조정결정에 동의하거나 동의한 것으로 간주되어 조정조서를 작성한 때 재판상 화해와 동일한 효력을 가지며, 조정절차 중에 당사자간에 합의가 이루어져 조정조서가 작성된 경우에도 재판상 화해와 동일한 효력을 가진다. 중재에 대한 판정은 확정판결과 동일한 효력을 가진다.

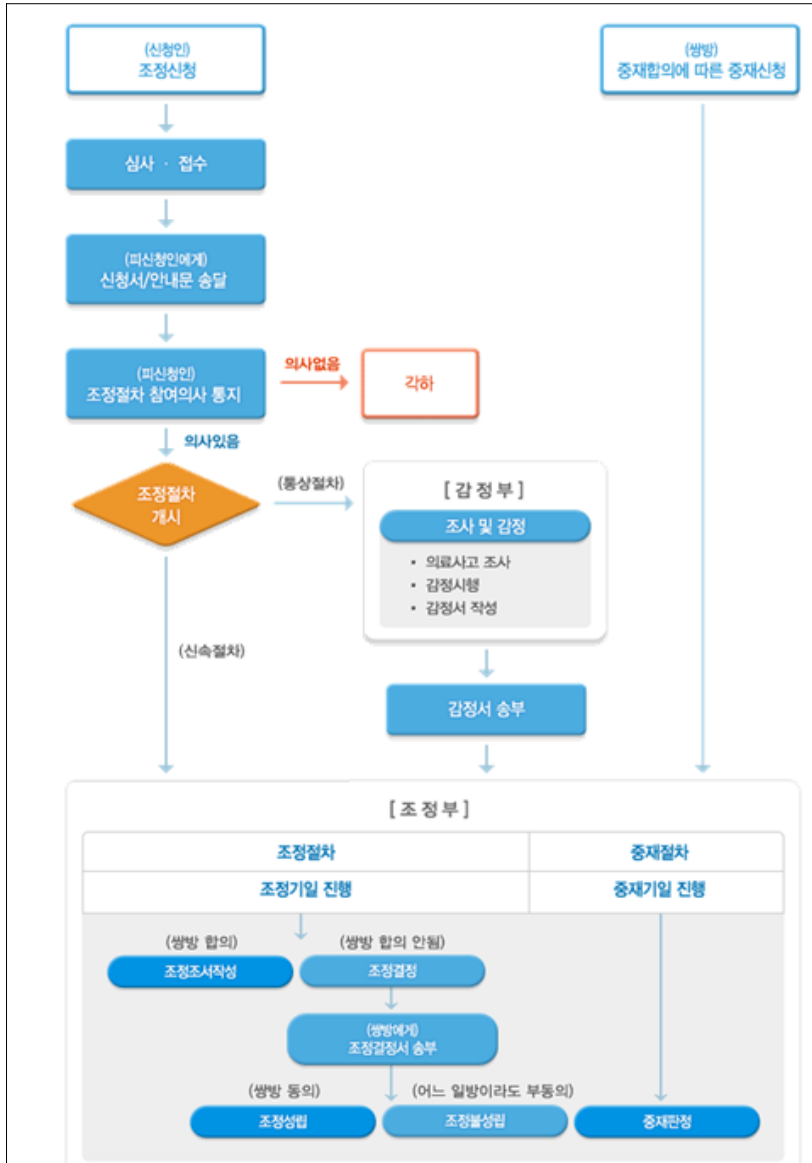
3. 조정중재원 의료분쟁 조정·중재 신청 절차

조정중재의 신청 및 접수는 신청인이 본인과 피신청인의 인적사항 및 피해사항 등을 확인하는 서면 또는 전자문서 양식의 신청서·구비서류를 제출하고, 조정중재 접수요건을 충족하는 경우, 신청인에게 접수를 통지하고 피신청인에게 조정중재 신청서를 송달하는 절차로 진행된다.

조정중재 절차는 피신청인이 절차에 응하고자 하는 의사통지 시 개시된다. 감정부는 조정신청일부터 60일 이내에 감정서를 작성하여 조정부에 송부하고, 조정부는 조정신청일부터 90일 이내에 조정결정하여 조정결정서를 원장에 제출한다. 이때 조정중재원장은 조정결정서 정본을 7일 이내에 신청인과 피신청인에게 통지하고, 신청인과 피신청인은 조정결정서를 송달받은 날부터 15일 이내에 동의여부를 통보하여야 한다.

사건의 해결은 손해배상과 조정절차 중 합의로 나누어진다. 손해배상의 경우 신청인 및 피신청인이 조정결정에 동의하여 조정이 성립하는 경우 피신청인은 신청인에게 손해배상액을 지급한다. 조정절차 중 합의와 관련하여서는 신청인은 조정신청을 한 후 조정절차 진행중이라도 피신청인과 합의할 수 있다.

[그림 2-3] 한국의료분쟁조정중재원의 조정신청 절차

출처: 한국의료분쟁조정중재원(<http://www.k-medi.or.kr>)

4. 의료분쟁의 적용시기 및 손해배상 요구 기간

조정중재원에서는 법 시행일인 2012년 4월 8일 이후 발생한 의료사고를 대상으로 조정중재를 진행한다. 법 시행 이후 최초로 종료된 의료행위 등으로 인하여 발생한 의료사고부터 적용하도록 규정되어 있기 때문에 법 시행 이전에 시행된 의료행위로 인해 발생한 의료사고는 조정중재가 불가하나 한국소비자원과 대한법률구조공단 등에서 관련 사항에 대한 피해구제 상담이 가능하다.

의료사고의 손해배상을 요구할 수 있는 기간은 법의 손해배상 소멸시효기간을 기준으로 의료사고의 원인이 된 행위가 종료된 날부터 10년, 손해 및 가해자를 안 날로부터 3년 이내로 규정하고 있으며, 이 기간을 경과하면 손해배상 인정이 불가능하다.

5. 의료분쟁 조정·중재 수수료

신청인이 조정·중재 신청을 하는 경우 신청인으로부터 조정비용 등으로 관련 수수료를 징수하고 있다. 감정·조정회의, 송달 등 기초적인 비용부담 차원에서 기본 22,000원부터 손해배상 청구액에 비례한 수수료 제도를 운영하고 있으며, 민사소송과 비교하면 저렴한 비용으로 의료분쟁 조정 신청을 할 수 있다.

조정·중재 수수료는 조정·중재신청금액이 5백만 원 이하인 경우 기본 수수료인 22,000원을 출발점으로 하여 5백만원 초과 5천만 원 이하의 경우 기본료 22,000원에 5백만원을 초과한 1만원당 20원의 가산금액이 부과된다.

5천만원을 초과하는 신청금액의 경우 기본료 22,000원에 5백만원을 초과 1만원마다 20원의 가산 금액과 5천만원을 초과한 1만원마다 10원

의 가산 금액이 부과된다.

장애인의 경우 급수에 따라 수수료 감면을 받을 수 있으며, 기초생활수급자의 경우 수수료가 면제된다. 중재신청의 경우에는 당사자가 각각 1/2씩을 부담한다. 신청이 각하될 경우에는 납부수수료의 전액을 환급한다. 다만, 법 제27조 제7항에서와 같이 ① 신청인이 조사 불응, 2회 이상 출석 불응 한때, ② 신청인이 『의료법』 제12조 제2항 또는 『형법』 제314조 제1항에 해당하는 행위를 한 때, ③ 조정신청 후 소가 제기된 때 등의 경우에는 환급하지 않는다. 신청 취하 건에 대해서는 납부수수료의 1/2를 환급하고 있다.

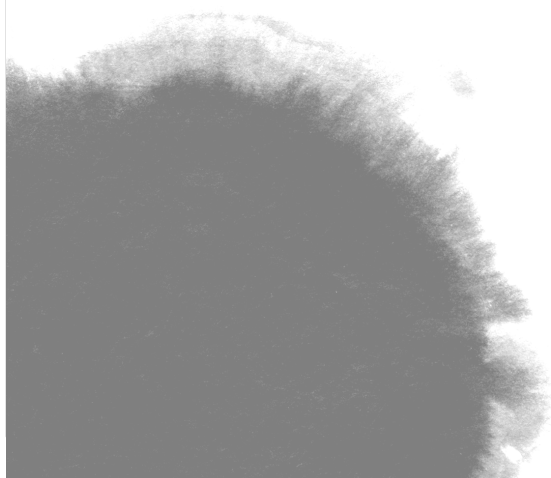
〈표 2-20〉 의료분쟁 조정·중재수수료

중재신청금액	수수료	수수료 감면
5백만원 이하	22,000원 <기본수수료>	※ 장애인 1급~3급: 50% 4급~6급: 30%
5백만원 초과 5천만원 이하	22,000원 + (5백만원을 초과한 1만원마다 20원 가산 금액)	
5천만원 초과	22,000원 + (5백만원을 초과한 1만원마다 20원 가산 금액) + (5천만원을 초과한 1만원마다 10원 가산 금액)	※ 기초생활수급자 : 면제

출처: 한국의료분쟁조정중재원(<http://www.k-medi.or.kr>)

3장

주요 쟁점 및 각계의 의견



제3장 주요 쟁점 및 각계의 의견

제1 절 각계의 입장

『의료사고 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』이 시행된 이후에도 서로 상반된 주장들이 지속적으로 제기되고 있다. 의료계에서는 ① 의료기관 난동 등에 대한 처벌 조항 명시, ② 강제 출석 및 현지 조사 폐지, ③ 무과실 강제 분담금 폐지, ④ 의료기관 요양급여에서의 대불금 원천징수 폐지, ⑤ 증거수집을 위한 자료제공 의무 관련 대책 마련, ⑥ 의료사고 감정부에 의료전문가 배정 확대 등을 요구하고 있다. 특히 손해배상 대불제도는 위헌의 소지가 있다는 입장으로, 의료기관이 대불금 조성비용을 부담하고 추후 구상책임까지 지는 것은 헌법 상 경제적 기본권을 침해한다고 주장하고 있다. 대한의사협회는 2012년 6월에 이루어진 한국 의료분쟁조정중재원의 대불비용 부담액 및 산정 기준 고지에 대해 공고 처분의 취소를 구하는 행정소송을 제기하고, 경우에 따라 위헌법률심판 제청신청 및 헌법소원을 추진할 예정인 것으로 알려지고 있다.

아울러, 충분한 주의의무를 다 했음에도 발생한 불가항력적 분만의료 사고에 대해 의료인에게 보상금 재원마련을 위한 비용을 부담시키는 것은 민법 상의 과실 책임원칙에 위배되며 전적으로 국가가 부담해야 한다는 입장이다.

또한 분쟁조정 신청 전의 난동행위에 대해서는 조정신청 각하사유로

규정하고, 분쟁조정 중의 난동행위에 대해서는 처벌규정을 마련하여야 한다고 주장한다.

나아가 현지조사와 관련하여 조사거부와 방해행위를 구분하여 조사거부에 대해서는 조정 각하사유로 규정함과 동시에 강제적 처벌규정을 적용하지 않아야 한다고 주장한다.

반면, 시민단체 등에서는 『의료사고 피해 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』의 내용에 대해 다음과 같은 문제점을 지적하고 있다. 첫째, 입증책임 전환 규정을 도입하지 않았다는 것이다. 환자 측에게 의료인의 과실을 입증할 책임을 부여하기보다는 당사자 의료인에게 자신의 무과실을 입증할 책임을 부여하자는 것은 시민단체 등의 일관된 주장이었다. 이와 관련하여 법 제25조(의료사고감정단의 설치)에 따라 의료사고감정단은 사실조사, 의료행위 등을 둘러싼 과실 유무 및 인과관계의 규명, 후유장애 발생 여부 등 확인을 실시하며, 법 제28조(의료사고의 조사)에 따라 감정부는 의료사고가 발생한 보건의료기관의 보건의료인 또는 보건의료기관개설자에게 사고의 원인이 된 행위 당시 환자의 상태 및 그 행위를 선택하게 된 이유 등을 서면 또는 구두로 소명하도록 요구할 수 있도록 되어 있다.

이에 따라 입증책임 전환이 법 제정에 일부 반영되었다고 보는 시각도 있으며, 신은주(2011)는 누가 입증할 것인지에 대한 명확한 기준이 마련되었다고 평가하고 있다. 그러나 시민단체 등은 이러한 절차가 의료인이 자신의 과실을 변명하는 절차로 변질되어 버릴 가능성을 지적하고 있다.

두 번째로는, 법 제51조(조정성립 등에 따른 피해자의 의사)에 따라 의료인이라는 특정 직역에 대해 예외적인 형사특례를 적용하였다는 것이다. 이로 인해 사실관계의 규명보다는 조정 자체에만 중점을 두게 되어 환자 측에 대한 실질적인 배상이 이루어지지 못할 가능성을 지적하고

있다.

셋째, 무과실 국가배상제도를 제한적으로 도입하였다는 점을 지적하고 있다. 불가항력적 분만사고에 대한 3,000만원의 보상금액으로는 실효성을 보장하기 어렵다는 것이다.

넷째, 손해배상금 재원 마련과 관련하여 강제가입을 전제로 하는 책임보험과 임의가입을 전제로 하는 종합보험 형태의 보상체계가 아니라 대불제도를 도입하였다는 것이다.

이와 같은 쟁점들은 법이 제정되는 과정에서도 지속적으로 제기되어 왔던 사안들로서 법 제정 이후에도 여전히 논의의 대상이 되고 있다.

제2절 주요 쟁점

본 절에서는 『의료사고 피해 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 규정된 주요 사항을 중심으로 관련단체, 학계 등에서 제기하는 쟁점들을 살펴보고자 한다.

1. 감정 및 재감정, 조정 기간의 문제

『의료사고 피해 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 규정된 의료사고 감정 기간이 짧아 정확한 감정이 이루어지지 못할 가능성이 제기되고 있다. 법 제30조에 따라 조정부는 조정위원 과반수의 찬성이 있는 경우 그 사유와 기한을 명시하여 재감정을 요구할 수 있는데, 이에 대해 신현호(2011)는 법에 재감정의 기간이 명시되지 않았다는 점을 지적하고 있다. 아울러 법 제29조에 의해 감정부는 조정신청이 있는 날부터 60일 이내에 감정서를 작성하여 조정부에 송부하여야 하며, 1회에 한하여 그

기간을 30일까지 연장할 수 있도록 되어 있는 등 감정기간이 짧아 정확한 감정이 이루어지지 못할 가능성이 있다는 것이다.

아울러, 신현호(2011)는 조정부가 재감정을 요구할 때도 제30조의 감정기간이 그대로 적용되는지가 명시적으로 규정되지 않았다는 점을 지적하고 있다. 법 제33조에 의해 조 정부는 조정신청이 있는 날부터 90일 이내에 조정결정을 하여야 하며, 1회에 한하여 그 기간을 30일까지 연장할 수 있도록 되어 있다. 즉, 최장 120일 이내에 조정결정을 하여야 한다. 따라서 감정서 작성에 최장 90일이 소요된 상태에서 조정부의 재감정요구가 있을 경우 재감정 기간은 30일 이내에 이루어져야 한다고 볼 수 있다. 이백휴(2011)도 이러한 지적에 동의하고 있다. 향후 법 개정을 통해 재감정시 연장기간을 명시하거나 하위법령에 위임규정을 마련할 필요가 있다는 입장이다.

감정 및 재감정 기간의 문제와 관련하여 감정기간을 비교적 짧게 설정한 것은 가능한 한 조정이 신속하게 이루어지도록 하기 위한 것이다. 현재까지 한국의료분쟁조정중재원에서 조정절차를 진행하는 과정에서 감정기간이 짧아서 문제가 된 적은 없는 것으로 알려지고 있다. 따라서 앞으로 조정제도를 운영하는 과정에서 감정기간이 부족한 사건들이 발생하는 추세 등을 고려하여 필요할 경우 법 개정을 통해 감정기간을 연장하는 조치를 강구하면 될 것으로 판단된다.

이와 함께, 법 제33조에 의한 조정기간 내에 조정이 이루어지지 않을 경우 조정이 성립되지 않은 것으로 볼 것인지에 대한 명확한 규정이 없다는 점이 지적되고 있다. 그러나 여기에 대해 이백휴(2011)는 『의료분쟁조정법』에 규정되지 않은 사항은 『민사조정법』을 준용한다는 제39조의 규정에 따라 조정이 성립되지 않은 것으로 보는 것이 타당하다고 주장한다.

2. 조정·중재 인용 및 기각 결정 이유의 기판력

신현호(2011)는 조정·중재의 인용 및 기각 결정이유가 기판력을 가지는지, 또는 소송시 원용할 수 있는지 여부에 대한 명시적인 규정이 없다는 점을 지적한다. 신은주(2011)도 이러한 문제점을 지적하고 있는데, 이에 따라 한국의료분쟁조정중재원이 사고평가단으로 전락할 우려가 있다고 주장한다. 감정서가 작성된 이후 신청자가 감정부의 감정결과를 소송에서 증거자료로 활용하는 경우가 발생할 수 있다는 것이다. 특히 환자가 증거수집을 위해 해당사건을 형사사건화 하는 경향이 있다는 점을 들어 이러한 가능성을 우려하고 있다. 의료소송소의 경우 지금까지 대한의학협회를 통해 감정을 하였으나 앞으로는 한국의료분쟁조정중재원의 감정단에 감정을 의뢰할 가능성이 있으며, 이에 따라 한국의료분쟁조정중재원의 조정기능은 약화되고 감정기능만 남을 가능성도 있다는 것이다. 이와 관련하여, 당사자의 의견진술은 『민사조정법』 제23조에 의해 소송에서 원용될 수 없으나 물적 자료는 증거능력을 갖기 때문에 여기에 대한 규정이 필요하다는 것이다.

이와 관련하여 김재춘(2011)은 의료감정서에 의료사고임을 명시하지 않도록 하는 방안을 제시하고 있는데, 이백휴(2011)는 물적 자료의 원용에 대한 제한장치가 필요하다는 점에 인식을 같이 하면서 의료감정서에 의료사고임을 명시하지 않는 것은 현실적으로 불가능하며 하위법령을 통해 해결하기 어렵다는 견해를 보이고 있다.

3. 불가항력적 의료사고에 대한 개념 미설정

신현호(2011)는 불가항력적 의료사고에 대한 보상과 관련하여, 우선 불가항력적 의료사고에 대한 개념이 명확하게 설정되어 있지 않다는 점

을 제기하고 있다. 아울러, 과실책임주의를 전제로 한 현행 법률체계와 상치된다는 점, 그리고 불가항력적 의료사고와 이에 따른 보상이 산부인과에만 적용된다는 점에서 형평성의 문제를 제기하고 있다. 나아가 불가항력적 의료사고의 입증책임의 소재 문제와 불가항력적 의료사고로의 도피 문제 등에 대한 우려도 제기하고 있다. 신은주(2011)도 불가항력적 의료사고 판정이 증가할 가능성을 지적하고 있다.

이와 관련하여 이백휴(2011)는 불가항력적 의료사고의 개념이 설정되어 있지 않다는 점에 동의하면서, 무과실 의료사고와 불가항력적 의료사고를 구분해야 한다고 주장하고 있다. 무과실 의료사고는 내적요인으로 의료인의 의료행위로 인해 발생한 의료사고에 대해 의료인의 과실을 인정할 수 없는 사고를 말하며, 불가항력적 의료사고는 외적 요인에 의한 사고로서 의료인의 과실유무가 의료사고 판단의 결정적 요소가 되는 것이 아니라고 주장한다. 이러한 사고유형을 구분해야 하는 이유로서 무과실 의료사고와 불가항력적 의료사고가 혼재하는 사고가 있을 수 있다는 점을 들고 있다. 이와 함께 불필요한 의료분쟁의 소지를 제거하고 환자 측의 두터운 보호를 위해서는 산부인과 이외에 불가항력적 의료사고의 범위를 확대해야 한다고 주장한다.

의료사고에만 불가항력적 의료사고를 적용하는데 따르는 형평성 문제와 관련하여 이백휴(2011)는 의료의 특수성을 고려할 때 의료사고 피해자에 대한 예외적 보상은 입법형성의 자유의 범위 내에 있다고 주장한다. 또한 불가항력적 의료사고로의 도피 현상에 대해서는 양측 당사자는 물론 한국의료분쟁조정중재원도 의견을 같이 해야만 불가항력적 의료사고가 인정된다는 점을 고려하면 한국의료분쟁조정중재원이 여기에 동의할지 의문이라는 입장이다.

백경희(2011)는 불가항력적 의료사고 보상범위에 의료인의 과실이 존재하나 인과관계가 부재하여 현행 법체계 내에서 현실적으로 손해배상의

범주로 편입하기가 어려운 경우, 그리고 의료감정의 내용이 서로 엇갈리는 경우를 불가항력적 의료사고 보상범위에 포함하여야 한다고 주장한다. 이에 대해 이백휴(2011)는 의료감정이 서로 엇갈리는 경우는 충분한 주의의무를 다하였는지 불명확한 경우에 해당한다고 해석하면서, 이를 불가항력적 의료사고에 포함시키기 위해서는 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 제46조 제1항은 무과실과 불가항력 두 가지 모두를 요구하고 있기 때문에 충분한 주의의무를 다하였는지 여부를 규정에서 삭제해야 한다고 주장한다.

이일학(2011)은 입증의 곤란한 문제를 불가항력적 사고의 논의에서 다루어야 한다는 점에 대해서는 동의하지만 이를 새로운 범주로 만들어 포함시키는 것에 대해서는 반대하고 있다.

한편, 불가항력적 의료사고의 판단 주체와 관련하여 이백휴(2011)는 감정단의 역할과 의료사고보상심의위원회의 역할 구분이 불명확하다는 점을 지적하고 있다. 충분한 주의의무를 다하였는지 여부를 감정단에서 하는지 아니면 의료사고 보상심의위원회에서 하는지 분명하게 할 필요가 있다는 것이다.

4. 손해배상 대불제도 운영 및 의료사고보상 사업 분담금 문제

신현호(2011)는 의료기관의 도덕적 해이에 대한 제재수단이 없으며, 의료기관 개설자 파산시 대불 후 불법행위자에 대한 구상문제, 그리고 봉직의에 대한 손배결정 이후 봉직의 파산에 따른 개설자에 대한 구상문제 등이 고려되어야 한다고 주장한다. 이백휴(2011)는 손해배상 대불의 재원을 보건의료기관 개설자로 한정하는 것은 타당하지 않다는 입장이다. 이와 맥락을 같이 하여 현재 일각에서는 손해배상 대불 비용을 의료기관이 부담하는 것이 부당하다는 주장을 제기하고 있다.

한편, 이백휴(2011)는 불가항력적 의료사고에 대한 보상사업의 분담금 재원을 일차적으로 국가가 부담하여야 하며, 당사자 일방에 책임을 지우는 것은 문제가 있다는 입장이다. 분담금 재원을 정부출연금, 건강보험 재정, 응급의료기금, 약화사고피해구제기금, 과징금 등으로 다변화해야 한다고 주장한다. 이열(2012)은 무과실에도 불구하고 비용을 부담하는 것은 과실책임 원칙에 위배된다고 주장하고 있다.

5. 보건의료인에 대한 형사특례

신현호(2011)는 산재사고 등에 대해서는 형사특례가 적용되지 않으나 의료사고의 경우에만 특례가 적용된다는 점에서 형평성이 보장되지 않고, 사실상 형사처벌 사례가 거의 없기 때문에 특례의 실효가 적으며, 합의 유도를 위해 고소납용 또는 보복심리상 죄명 인플레이션 등이 우려된다는 점을 제기하고 있다.

이백휴(2011)는 불가항력적 의료사고에 대해서도 검사가 재량으로 기소할 가능성이 있기 때문에 형사처벌 특례제도를 적용해야 한다고 주장한다. 특히 중상해의 경우에도 형사처벌 특례제도를 적용해야 한다고 주장한다. “교통법 제4조 제1항 본문 중 중상해 발생의 경우에도 자동차 종합보험 가입 등을 이유로 공소를 제기할 수 없도록 규정한 부분이 헌법에 위배된다”는 2009년 2월 26일 헌법재판소의 결정에도 불구하고, “조정·중재·합의 등을 요건으로 반의사 불벌죄로 구성하는 경우와 종합보험 가입을 근거로 공소제기 금지로 구성하는 것과는 다르다”는 입장을 보이고 있다.

6. 조정위원회 및 조정위원 운영상의 문제

조정부 구성에 대해 신은주(2011)는 직역에 따라 산술적으로 배분한 것의 타당성에 대해 의문을 제기하고 있다. 직역에 따른 인원수를 채우는데 집착하다 보면 부적합한 위원을 위촉하는 부작용이 발생할 수 있다는 것이다.

이와 함께, 당사자가 조정부를 선택할 수 없도록 되어 있다는 문제점을 제기하고 있다. 즉, 법 제27조 제5항에 의하면, 조정위원장은 조정신청의 통지를 받은 때에는 지체 없이 관할 조정부를 지정하고 해당 사건을 배당하여야 한다고 되어 있으며, 당사자의 조정부 선택에 대한 내용은 규정되어 있지 않다.

그러나 중재의 경우는 법 제43조 제3항에 따라 당사자는 합의에 따라 대통령령으로 정하는 바에 따라 조정부를 선택할 수 있도록 되어 있다. 신은주(2011)는 조정의 장점을 최대한 보장하기 위해서는 당사자가 합의에 의해 조정부를 선택할 수 있도록 하고, 당사자가 조정부를 선택하지 않을 경우에 한해 조정위원장이 조정부를 배정하도록 해야 한다고 주장하고 있다. 이 경우 판사 1명은 반드시 포함하도록 해야 한다고 주장한다.

또한 법 32조에 따라 조정부의 조정위원의 과반수의 찬성이 있을 경우 조정절차를 공개할 수 있도록 되어 있다. 이와 관련하여 신은주(2011)는 당사자의 동의 없이는 조정절차를 공개하지 않도록 해야 한다고 주장하고 있으며, 이에 대해 이백휴(2011)도 의견을 같이 하고 있다.

또한 신은주(2011)는 감정부는 인과관계를 파악하는 데 필요한 자료를 수집하여 그에 대한 감정의견을 제출하도록 하고, 이를 토대로 과실 및 인과관계의 준부에 대한 판단은 조정부에서 하는 것이 바람직하다고 주장한다.

김항미(2011)는 의료행위에 대한 감정은 종합적·통합적으로 이루어져야 함을 강조하면서 의료사고감정단 구성에 이를 반영하여야 한다고 주장한다. 이백휴(2011)는 감정부의 구성의 타당성에 대해 의문을 제기한다. 감정부는 사실조사, 후유장애 발생여부 등을 판단해야 하기 때문에 직역 안배나 공정성보다는 의료인으로서의 전문성이 강조되어야 하며, 이를 위해서는 감정부 구성을 재검토해야 한다는 입장이다.

한편 조정위원의 전문성과 관련하여 신은주(2011)는 의료나 법률 뿐 아니라 조정 자체에 대한 전문성의 중요성을 강조하면서 조정위원의 전문성 확보를 위한 제도적 장치가 미비함을 지적하고 있다. 이와 함께 조정위원의 처우에 대한 규정을 두지 않고 있기 때문에 여기에 대해서는 『민사조정법』에 따라야 하는데, 『민사조정법』 제12조에 의하면 수당, 여비, 일당, 숙박료 등을 지급할 수 있으나 현실적으로 조정위원들이 사회봉사 차원에서 업무를 담당하고 있다고 주장한다. 이러한 문제점에 대해서는 이백휴(2011)도 의견을 같이 하고 있다.

7. 타 제도와 연계성

법 제27조 제3항에 의해 법원에 이미 소가 제기되었거나 소비자분쟁조정위원회에 조정이 신청된 경우는 조정신청을 각하하도록 되어 있다. 이와 관련하여 신은주(2011)는 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 조정이 더 바람직하기 때문에 오히려 법원을 소송을 각하하고 소비자분쟁조정 절차를 종료하도록 해야 한다고 주장하고 있다. 이에 대해 이백휴(2011)는 반대하는 입장을 가지고 있다. 재판청구권은 헌법(제27조 제1항)에 보장된 권리이고, 조정신청은 법률에 인정하는 권리일 뿐 아니라 임의적 전치주의를 취하는 한 현실적으로 어렵다는 것이다.

한편, 이백휴(2011)는 조정신청이 있는 후 법원에 소가 제기된 경우 조정신청을 각하하도록 되어 있는데, 이때 소가 형사소송을 포함하는지에 대한 분명한 규정이 필요하다고 주장한다. 형사 소송이 포함될 경우는 조정신청자의 의사와 관계없이 형사소송이 제기될 경우 신청자는 조정신청을 할 수 없게 되고, 형사소송이 포함되지 않을 경우는 신청자가 조정절차와 형사소송을 동시에 진행할 수 있게 된다.

또한 소비자분쟁조정위원회에 분쟁조정이 신청된 경우 조정신청을 각하하도록 되어 있는데, 이 때 소비자분쟁조정위원회에 분쟁조정이 신청된 경우를 보다 구체적으로 규정하여야 한다고 주장한다. 즉, 한국소비자원에 대한 피해구제 신청과 분쟁조정을 구분하여야 한다는 것이다. 한국소비자원에 피해구제 신청이 있는 후 분쟁조정신청이 있기까지 30일(의료분쟁의 경우 60일)의 기간이 있기 때문에 이 기간 동안은 한국의료분쟁조정중재원과 한국소비자원의 조정절차가 동시에 진행될 수 있다는 것이다. 한국소비자원의 피해구제 신청의 약 40%(이백휴, 2011)가 분쟁조정 신청 이전에 이루어진다는 점에서 피해구제 신청과 분쟁조정 신청을 구분하여야 한다는 것이다.

아울러 신은주(2011)는 조정절차가 또 하나 더 만들어지는 결과만을 낳을 가능성을 배제하기 위해 한국의료분쟁조정중재원의 조정기구는 한국소비자원과 차별화된 역할을 해야 한다고 주장한다. 또한 무분별한 조정신청이 이루어지는 것을 방지하기 위한 제도적 장치가 필요하며, 감정부가 악용되는 사례를 방지하도록 해야 한다고 주장한다.

8. 의료사고 감정상의 문제

의료사고 감정과 관련하여 김재춘(2011)은 감정신청에 대한 회신 지연, 감정회신의 불명확성과 부정확성, 감정회신의 공정성 등의 문제점은

의료분쟁조정제도의 시행과 함께 상당부분 해소될 것으로 기대하고 있다. 그러나 감정회신의 지연과 관련하여, 진료기록감정 이외에 신체감정의 경우 의료장비 등을 이용하여야 하기 때문에 외부기관에 의뢰할 가능성이 높으며 이때 회신이 지연될 수 있다는 것이다. 아울러 감정위원간의 의견이 일치하지 않을 경우에 대해 명확한 규정이 없다는 점도 지적하고 있다. 이백휴(2011)는 이와 관련하여 감정위원간의 의견이 대립될 경우 이를 어떻게 조정할 것인가에 대한 규정이 없으며, 『민사조정법』에는 감정에 관한 규정이 없기 때문에 모법이나 하위법령에서 이를 규정하여야 한다고 주장한다.

한편, 김재춘(2011)은 과실 및 인과관계가 있다는 감정결과가 나올 경우 조정보다는 소송으로 갈 가능성이 높다는 점도 문제점으로 지적하고 있다.

감정제도의 정착과 관련하여서도 초기에 의료사고임을 지나치게 제한하면 소비자들이 제도 이용을 기피할 것이고 반대로 폭넓게 의료인의 과실을 인정하면 무분별한 조정신청이 이루어질 가능성이 있다.

이백휴(2011)는 법 제25조 제3항 제4호에 따라 의료사고감정단이 다른 기관에서 의뢰한 의료사고에 대한 감정을 담당하는 것에 대한 문제점을 제기하고 있다. 즉, 소송이나 소비자분쟁조정위원회의 조정절차에도 법 제28조 등에 정한 진술, 자료 및 물건 제출, 소명, 보건의료기관 출입 조사·열람·복사 등의 감정절차 관련 규정이 적용되는지 검토해 보아야 한다는 것이다. 만약 적용된다고 할 경우, 법원의 문서제출명령 불응시 『민사소송법』 제349조 및 제351조에 의한 처분 이외에 『의료분쟁조정법』에 의한 벌칙과 과태료 등을 받아야 한다. 이에 따라 이백휴(2011)는 해당기관에 제출된 자료에 한하여 감정을 하도록 하는 방안을 제안하고 있다.

9. 기타 문제

가. 조정결과에 대한 이의신청 절차의 문제

신현호(2011)는 조정결과에 대해 15일 이내에 이의 신청이 가능하지만 이의신청 방법과 이의신청의 효과에 대한 입법이 미비하다는 점을 지적하고 있다.

나. 외국인에 대한 조정기능의 중복

신현호(2011)는 『의료분쟁조정법』은 외국인에게도 적용되는데, 대한상사중재원의 중재와 기능이 중복되어 기관 간에 경쟁이 초래될 가능성이 있다고 주장한다.

다. 의료배상공제조합 법인 설립에 따른 문제

신현호(2011)는 의료배상공제조합은 보건의료인단체 및 보건의료기관 단체가 설립할 수 있는데, 공제조합이 단일 보험자의 형태를 가짐으로써 이에 따른 기금 조성 및 운영 능력상의 문제가 있다고 주장한다.

라. 조정기준 마련 상의 어려움

신현호(2011)는 의료사고에 대한 판례가 충분히 형성되지 못한 상태이며 규범적 기준이 모호하여 조정기준 마련이 쉽지 않을 것으로 판단하고 있다.

마. 한국의료분쟁조정중재원의 독립성

신은주(2011)는 한국의료분쟁조정원의 원장을 보건복지부 장관이 임명하고, 이사와 감사는 보건복지부장관이 위촉하도록 되어 있다는 점을 지적하고 있다. 또한 한국의료분쟁조정중재원이 보건복지부의 지도·감독을 받는다는 점에서 중재원 운영의 독립성이 저해될 수 있다고 주장한다. 이백휴(2011)도 이러한 지적에 동의하고 있다.

바. 의료사고의 범위

법 제2조에서 의료사고의 범위가 규정되어 있는데, 이백휴(2011)는 여기에 의료인의 설명의무에 대한 사항이 구체적으로 명시되어 있지 않다는 문제점을 지적하고 있다.

사. 과태료 부과

이백휴(2011)는 임의적 조정전치주의를 취하는 상태에서 조정절차에 협조하지 않았다고 해서 과태료를 부과하는 것에 대해 재검토가 필요하다는 입장이다. 이열(2012)은 당사자가 사고조사에 필요한 출석 진술, 자료 제출 등에 정당한 사유 없이 협조하지 않을 경우 벌금 또는 과태료를 부과하는 것에 대해 당사자의 협조는 자발성을 전제로 하는 것이며, 비협조는 조정결과에 불이익을 받거나 조정불성립의 사유가 될 뿐이라고 주장한다.

아. 대불금 재원 마련

『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에서는 의료기관 간의 연대에 의해 대불금 재원을 마련하도록 되어 있으나 앞에서 소개한 바와 같이 의료계는 국가가 부담해야 한다는 입장을 견지하고 있다.

자. 조정절차 개시 시점

이얼(2012)은 의료분쟁 조정 절차가 개시되는 시점은 조정신청 시점이 아니라 피신청인이 조정에 응하는 시점으로 변경해야 한다고 주장한다.

차. 조정절차 진행중의 임의탈퇴 문제

이얼(2012)은 조정절차 개시 후에 양 당사자의 임의탈퇴가 불가하다는 점을 지적하고 있다. 이는 자율적 분쟁해결이라는 조정의 의의를 퇴색시키고 당사자가 조정에 응하지 못하도록 하는 요인이 된다는 주장이다.

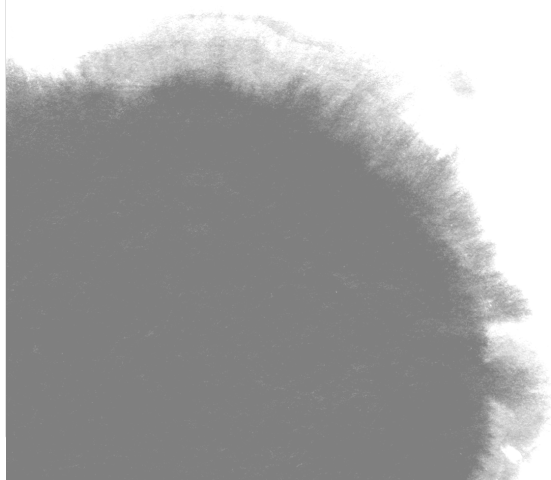
지금까지 의료분쟁조정제도에 대한 다양한 쟁점에 대해 살펴보았다. 이러한 쟁점 중에는 의료분쟁조정 제도를 보완하는 사항도 있으며, 현행 제도를 변경해야 하는 사항도 있다. 아울러 전문가들의 의견이 대체로 일치하는 사항도 있으며 의견이 상충하는 사항도 있다. 나아가 지금까지는 문제가 되는 사건이 발생하지 않으나 앞으로 문제가 되는 사건이 발생할 개연성에 대비해야 하는 사항도 있다.

이러한 수많은 쟁점들에 대해 현재의 시점에서 국민적 합의도출과 이를 토대로 한 법 개정을 서두르는 것은 바람직하지 않은 것으로 판단된다. 이는 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 제정이 라는 입법 성과의 가치를 훼손시키는 한편 법률 제정이 이루어지기까지

오랜 기간 동안 이어져 왔던 논란이 재연될 가능성이 높다. 현행 제도의 큰 틀을 유지한 상태에서 제도를 운영하면서 그 과정에서 제도의 보완이나 법 개정이 필요한 사건들이 발생할 경우 이를 반영하기 위한 노력을 기울이는 것이 바람직할 것이다.

4장

의료분쟁 조정·중재 제도
활성화를 위한 대책

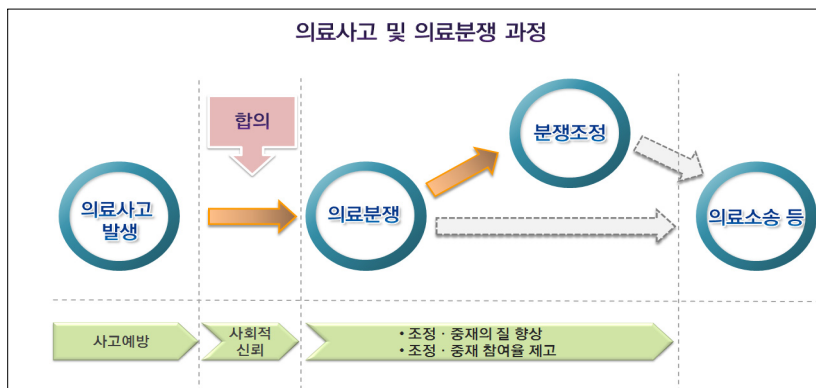


제4장 의료분쟁 조정·중재 제도 활성화를 위한 대책

제1절 기본 방향

한국의료분쟁조정중재원의 추정에 따르면 의료사고 발생건수 중 약 86.0%가 당사자 간 합의에 의해 문제가 해결되고 나머지가 의료분쟁으로 이어지게 된다. 이 단계에서는 우선 의료사고가 발생하지 않도록 하기 위한 제도적 인프라가 확충되어야 하며, 의료사고가 발생하더라도 당사자 간의 원만한 합의를 통해 문제를 해결하는 사회적 분위기를 조성하기 위해 사회자본으로서의 신뢰(trust)를 증대시키는 노력이 필요하다.

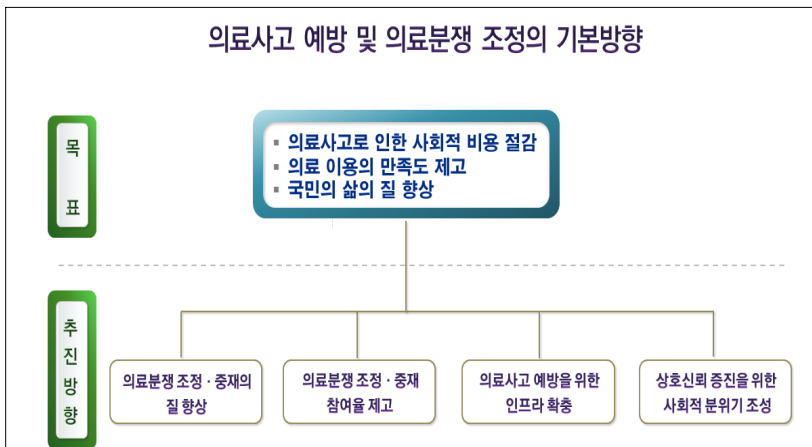
[그림 4-1] 의료사고 및 의료분쟁 조정과정



의료사고가 분쟁으로 이어진 단계에서는 의료분쟁조정 제도의 참여율을 제고하고, 분쟁조정의 결과에 당사자가 만족할 수 있도록 조정의 질을 제고하는 노력이 중요하다. 그렇지 않을 경우 의료분쟁이 의료소송 등으로 이어지게 되어 당사자의 경제적 부담과 정신적 고통 등 사회적 비용이 증가하게 된다.

이에 따라 의료사고 및 의료분쟁 조정과 관련한 정책의 기본방향은 의료분쟁 조정·중재의 질 향상, 의료분쟁 조정·중재 참여율 제고, 의료사고 예방을 위한 인프라 확충, 상호 신뢰증진을 위한 사회적 분위기 조성 등으로 설정되어야 할 것이다. 이를 통해 의료사고로 인한 사회적 비용 발생을 근본적으로 차단하거나 또는 감소시키고, 의료이용에 대한 만족도를 제고함으로써 궁극적으로 국민들의 삶의 질 향상을 도모할 수 있을 것이다.

[그림 4-2] 의료사고 예방 및 의료분쟁 조정의 기본방향



한편, 의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 제도가 활성화되기 위해 가장 바람직한 것은 피해구제 신청자와 상대방이 모두 만족할 수 있도록

제도의 내용을 조정하는 것이다. 현재 의료계에서는 일부 핵심사항과 관련하여 의료계의 요구가 반영되지 않을 경우 제도참여를 거부하겠다는 입장을 보이고 있다. 그러나 제도 시행 후 불과 약 6개월밖에 지나지 않은 시점에서 주요 핵심사항에 대한 논의를 처음부터 다시 시작하는 것은 법 제정의 의의를 퇴색시키는 결과만을 초래하게 될 가능성이 높다. 현재 논쟁의 대상이 되고 있는 주요 사안들에 대해서는 중장기적으로 대안이 마련되어야 할 것이나 단기적으로는 이러한 사안을 현실적인 제약조건으로 놓고 제도의 활성화를 위한 우회적인 전략을 마련해야 한다. 물론 이 과정에서 일부 내용에 대해서는 제한된 범위 내에서 법 개정이 필요할 수도 있을 것이다.

이와 관련하여, 2012년 8월 1일 문정림 의원 외 10인의 발의로 의료분쟁 당사자가 선임할 수 있는 대리인의 범위를 비법인 보건의료기관의 임직원까지 확대하도록 하고, 당사자가 선임할 수 있는 대리인의 범위에 해당 보건의료기관 개설자 또는 보건의료인이 가입한 보험회사 및 공제조합의 임직원을 추가하도록 하는 내용의 『의료분쟁조정법 일부개정법률안』(의안번호 1003, 2012.8.1일)이 발의되기도 하였다.

또한 2012년 9월 5일 이상민 의원 외 9인의 발의로 의료분쟁 조정이 성립되지 아니한 경우 그 불성립이 확정된 날부터 1개월 이내에 소를 제기하지 아니하면 시효중단의 효력이 없다고 규정하는 내용의 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 일부개정법률안』(의안번호 1570, 2012.9.5)이 발의되었다.

아울러, 보건복지부 보도자료(2012.9.21일자)에 따르면, 의료분쟁조정제도와 관련한 시행령 및 시행규칙 등 하위법령을 개정할 계획인 것으로 알려지고 있다. 개정안 내용은 우선, 신생아 뇌성마비는 소아청소년과의 전문진료 분야임을 감안하여 불가항력 의료사고 보상심의위원회의 심의위원에 현행 산부인과 전문의 2명에 추가하여 소아청소년과 전문의

도 2명을 위촉할 수 있도록 한다는 것이다. 또한 불가항력 분만사고의 보상대상을 한국의료분쟁조정중재원의 조정·중재신청 사건에 국한하지 않고 법원의 확정판결을 받은 사건으로까지 확대한다는 것이다. 아울러, 손해배상금 대불비용 납부자가 폐업 등 보건의료업을 지속할 수 없는 사유가 발생한 경우 이미 납부한 손해배상 대불비용을 반환할 수 있도록 한다는 것이다. 이는 그간 보건의료단체가 주장해 온 바와 같이 손해배상 대불비용이 부담금이 아닌 예치금의 성격을 가짐을 의미한다.

이와 같은 제도개선은 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정에 관한 법률』의 근간을 변경하다기보다는 제도를 보완하는 내용이다. 보건의료기관 개설자가 납부한 손해배상 대불비용을 반환할 수 있도록 하는 조치, 그리고 불가항력적 분만의료사고에 대한 보상범위를 확대하는 조치도 하위법령 상의 규정사항으로 모법의 근본취지를 변경하는 것은 아니다.

한편, 양적인 측면에서 일시에 조정제도 이용자를 대폭 증대시키는 데는 현실적인 한계가 있기 때문에 단기적으로는 조정 건수가 적더라도 조정의 질을 높임으로써 점차 조정절차를 이용하는 사례가 증가하도록 하는 전략이 필요하다. 조정의 질이 높다는 것은 피해구제의 신속성이나 공정성 등에 더하여 당사자가 서로 만족할 수 있는 조정이 이루어진다는 의미이다. 즉, 조정건수는 적더라도 당사자가 서로 만족할 수 있는 조정결과를 끌어 낼 수 있도록 하는 것이 가장 핵심적인 전략이 되어야 한다.

또한, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』을 시행함에 있어서 법리적 원칙도 중요하지만 균형적 시각이 중요하다. 특히, 의료분쟁조정 제도는 세부사항이 법리적인 해석상으로 ‘옳다’, ‘그르다’를 떠나 환자와 의사들이 이를 어떻게 인식하느냐에 따라 제도 참여율이 달라지게 된다는 특성이 있다. 그러나 그렇다고 해서 법리적인 측면을

도외시하고 환자와 의사 양측의 이익의 균형만을 고려할 수도 없기 때문에 법리적 원칙이 훼손되지 않는 범위 내에서 환자 측과 의료인측 간의 이해관계의 균형을 맞추는 것이 중요하다. 현실적으로는 환자측과 의료인 간 이해관계가 상충되는 경우가 많을 것이나 상호이해와 양보 등을 통한 균형점 도출 노력이 필요하다.

나아가, 단순한 사실관계의 규명과 조정을 떠나 당사자의 심리적 안정, 법률적 안내 등을 위한 프로그램을 마련할 필요가 있다. 상담활동도 단순한 조정절차 이용안내 등의 차원을 떠나 당사자 간 이해증진과 화해 등을 위한 전문적인 상담활동이 필요하다.

또한, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』은 의료분쟁의 조정중재 뿐 아니라 의료사고의 예방에 관한 사항도 포함하고 있다. 즉, 법 제5조는 국가·보건의료기관개설자 및 보건의료인의 책무로서, 의료사고 예방을 위한 법적·제도적 기반 마련, 의료사고 예방을 위한 시설·인력·장비 확보 및 관리상의 주의의무 준수, “의료사고예방위원회” 설치·운영 등의 의무를 부과하고 있다.

※ 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 제5조(국가·보건의료기관개설자 및 보건의료인의 책무 등)

- ① 국가는 의료사고를 예방하기 위하여 조사·연구, 통계 작성 및 공표, 교육 및 지침 개발 등 법적·제도적 기반을 마련하여야 한다.
- ② 보건의료기관개설자 및 보건의료인은 의료사고 예방을 위하여 시설·장비 및 인력에 흠이 없도록 하고, 필요한 관리상의 주의의무를 다하여야 한다.
- ③ 보건복지부장관이 정하는 보건의료기관개설자는 의료사고의 예방을 위하여 의료사고예방위원회를 설치·운영하는 등 필요한 조치를 하여야 한다.
- ④ 제3항에 따른 의료사고예방위원회의 구성 및 운영, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

OECD에서도 의료의 질을 주요 보건의료지표의 하나로 지목하고 하고 있을 뿐 아니라 우리나라에서도 포괄수가제의 확대 실시 등과 함께 이를 보완하기 위한 제도적 축으로서 의료의 질에 대한 정책적 관심이 증대되고 있다. 이를 고려해 볼 때 의료분쟁 조정제도의 틀 하에서 분쟁 조정 뿐 아니라 의료사고의 예방을 위한 노력도 경주되어야 한다.

제2절 조정제도 활성화를 위한 정책과제

1. 조정의 질 제고를 위한 제도적 장치 개발

분쟁조정 질은 조정성립 또는 조정절차 중의 합의 도달기간, 당사자의 심리적 안정과 상호이해 및 신뢰, 조정 결과에 대한 만족도 등을 의미하는 것으로 정의할 수 있다. 즉, 가능한 한 빠른 시간 내에 조정이 성립되거나 당사자 간 합의가 이루어지는 것이 사회적 비용을 절감하고 당사자의 정신적 고통이나 경제적 비용을 줄여 준다는 점에서 조정성립 및 합의도달 기간은 조정의 질을 결정하는 핵심적 요인이라 할 수 있다.

아울러, 분쟁조정이 성립하였더라도 이후 당사자들이 심리적 안정과 상호 이해 및 신뢰를 회복하지 못한다면 조정의 질이 높다고 할 수 없다. 조정을 통해 당사자의 심리적 상태나 상호신뢰 수준이 최소한 분쟁 발생 이전 수준을 회복하거나 또는 그 이상으로 증진될 수 있어야 조정의 질이 높다고 할 수 있다. 특히 당사자 간의 상호 이해와 신뢰 회복은 조정 그 자체의 성립에도 결정적인 영향을 미치게 된다.

또한 조정결과에 대해 당사자들이 어느 정도 만족하는지도 조정의 질을 결정하는 직접적인 요인이다. 당사자가 조정결과를 받아들였더라도

조정결과에 대해 부분적으로 불만족한 상태에서 조정이 성립되었다면 조정의 질이 높다고 할 수 없다.

가. 당사자의 심리적 안정 및 상호 이해증진 프로그램 개발·운영

위에서와 같은 측면을 고려할 경우, 당사자의 심리적 안정과 상호 이해증진을 위한 프로그램을 도입할 필요가 있다. 한국의료분쟁조정중재원 관계자에 의하면, 조정신청자들이 제3자 앞에서 자신의 사정을 설명할 수 있다는 자체가 감정적인 치유효과를 가지는 경우가 많다는 것이다. 즉, 분쟁조정을 신청한 경우 의료사고 발생 초기에 의료기관과 자체적인 합의를 시도해 본 경우가 대부분인데, 이 과정에서 감정이 악화되는 경우가 많고 이 상태에서 분쟁조정을 신청하게 된다. 이 때문에 조정을 시작할 단계에서는 감정이 격앙된 상태에서 상대방의 설명을 들으려 하지 않다가 조정절차가 진행되면서 악화된 감정이 부분적으로 치유되는 경우가 많다는 것이다.

이는 당사자 심리상담 및 이해증진을 위한 프로그램 개발·실시의 필요성을 반증해주는 것으로, 조정신청이 이루어지는 초기 단계에서 심리상담 전문가 등이 개입하여 당사자에 대한 상담 등의 서비스를 제공하는 프로그램을 운영할 필요가 있다.

이 프로그램의 실시대상에는 조정신청을 하지 않은 경우도 포함하며, 조정신청을 한 경우는 조정절차가 진행되는 과정에 프로그램을 병행해서 운영하는 것이 바람직하다. 프로그램 운영에 따른 비용은 대상자에게 별도로 징수하지 않고 정부출연금 예산으로 충당하도록 한다.

이러한 프로그램 운영을 위해 한국의료분쟁조정중재원에 전담팀을 구성·운영하는 방안을 검토할 필요가 있다.

나. 조정신청 수수료 상의 인센티브 부여

한국의료분쟁조정중재원에 조정신청을 할 경우 일정한 수수료를 납부하여야 하는데, 조정 절차 도중에 조기 합의하는 경우에는 이러한 수수료를 일부 또는 전액 환급하는 방안을 고려할 필요가 있다. 수수료를 사후 정산할 경우 행정력이 과도하게 소모될 가능성이 있다는 것이 한국의료분쟁조정중재원 관계자의 의견이지만 합의의 조기도출을 위한 일종의 인센티브로서 도입방안을 검토할 필요가 있다. 특히 『소비자기본법』에 의한 소비자분쟁조정위원회의 분쟁조정의 경우는 비용을 부과하지 않는다는 점을 참고로 할 때 이 제도를 도입하는 데 있어서 큰 무리는 없을 것으로 판단된다. 다만, 수수료의 규모가 조정신청 금액에 비해 상대적으로 적은 금액이기 때문에 이러한 인센티브가 어느 정도 동기를 부여할 수 있을지에 대해서는 의문이 있을 수 있지만 최소한 당사자 간의 조기합의를 유도한다는 상징적 의미는 가질 수 있을 것으로 판단된다.

이와 관련하여 참고로, 조정절차가 개시되기 이전에 당사자에게 합의를 권고하는 제도를 도입하지는 제안도 있다. 이는 합의도출을 위한 보다 강력한 수단이기기는 하지만, 조정신청자의 자율적 판단에 직접적으로 개입한다는 점에서 바람직하지 않은 것으로 판단된다.

다. 조정신청금액의 합리적 결정 지원

조정신청자들은 절차에 따라 조정신청 단계에서 조정신청액을 결정하여야 한다. 이 때 신청자들이 어느 정도의 금액을 신청해야 할지 결정을 내리지 못하거나 신청금액을 지나치게 과소 또는 과다하게 결정하는 사례들이 있다.

이 조정신청액의 규모는 조정 성립의 가능성에도 직접적인 영향을 미

칠 뿐 아니라 의료기관의 조정참여 결정에도 영향을 미치기 때문에 매우 중요한 의미를 가진다. 그러나 한국의료분쟁조정중재원은 조정신청금액 결정에 어떤 형태로든 개입할 수 없으며, 순수하게 신청자 본인의 판단에 따라 결정해야 한다.

따라서 조정신청자의 조정신청금액 결정을 간접적으로 지원하기 위해 개인정보 보호 관련 법규를 위반하지 않는 범위 내에서 과거의 선례에서의 조정성립 금액에 대한 정보를 제공하는 방안을 고려할 필요가 있다.

라. 조정 후 사후관리 강화

분쟁조정이 성립되든 아니든 당사자들에 대해 사후관리 서비스를 제공하는 방안을 검토할 필요가 있다. 특히 조정이 성립되지 않은 경우에도 당사자 간의 상호 이해증진을 위해 필요한 경우라면 서로에게 자신의 입장을 설명할 수 있는 기회를 마련해주는 등의 서비스를 제공할 필요가 있다. 이는 앞에서 언급한 한국의료분쟁조정중재원의 상호이해 증진 프로그램 차원에서 수행하는 것이 바람직하다. 다만, 소송을 제기하는 데 필요한 상담 등의 서비스는 제공하지 않도록 하여야 한다. 의료기관의 반대로 조정이 각하된 경우에 신청인의 소송을 지원하는 제도를 도입해야 한다는 주장도 있다. 즉, 조정신청 접수단계에서 피신청인이 동의해주지 않으면 신청인에게 안내, 상담, 컨설팅 서비스를 제공할 필요가 있다는 것이다. 그러나 한국의료분쟁조정중재원은 분쟁과 관련하여 객관적이고 중립적인 입장을 견지해야 한다는 점에서 어느 일방에 대한 직접적인 개입은 피해야 한다.

한편, 조정성립률이 매우 높은 수준이지만 여기에는 조정결과가 불만족스럽더라도 조정성립 금액이 적고 사건이 더 이상 확대되는 것을 원

하지 않는 경우도 포함되어 있다. 이 경우 조정이 성립된 경우에도 당사자에 대한 심리 및 감정 치유 서비스 등의 사후관리서비스가 필요하다.

2. 의료분쟁조정 제도의 참여율 제고

가. 불가항력적 분만사고 보상금 및 손해배상 대불금 재원의 합리적 분담

『의료사고 피해구제 의료분쟁조정 등에 관한 법률』의 제정은 당사자 간 분쟁에 대한 공적 개입을 의미한다. 이에 따라 분쟁의 구도가 『환자-의사』의 양자구도에서 『환자-의사-국가』의 3자 구도로 변화되었다. 이에 따라 국가는 분쟁 당사자는 아니지만, 과거 당사자 간에 이루어지던 금전적 이전(transfer)의 일부를 책임지게 되었고, 분쟁조정절차 운영에 소요되는 비용을 부담하게 되었다. 즉, 『의료사고 피해구제 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 시행령 제21조(보상재원의 분담비율 등)에 따라 의료사고 보상사업에 드는 비용을 국가와 보건의료기관개설자 중 분만 실적이 있는 자가 70:30의 비율로 분담하도록 되어 있다.

이와 관련하여, 불가항력적 의료사고에 대한 보상재원을 마련함에 있어서 의료계는 무과실 무책임의 원칙 하에서 보상재원 마련에 참여할 수 없다는 입장을 견지하고 있다. 즉, 불가항력적 의료사고의 발생가능성을 우리 사회가 공동으로 책임져야 할 사회적 위험으로 간주하여 국가가 재원을 부담해야 한다는 것이다.

그런데, 국가가 재원을 부담한다는 것은 결국 전체국민이 비용을 부담한다는 것을 의미하며, 이를 고려하면 『환자-의사-국가』의 3자 구도는 결국 『환자-의사-국민』의 3자 구도를 의미하게 된다.

이때 국민이 보상사업 재원을 부담해야 할 당위성이 있는지에 대한 검토가 필요하다. 그러나 이와 관련하여서는 분만서비스를 공공재로 볼

것인지에 대한 가치판단 문제 등 다양한 요인이 복합적으로 관여되어 있어서 하나의 분명한 결론이 존재할 수 없으며, 종국적으로는 사회적 합의를 바탕으로 문제 해결을 시도할 수밖에 없다.

그러나 한편으로는, 불가항력적 분만사고의 가능성을 사회적 위험으로 간주하여 일반국민들이 비용을 분담한다고 가정하더라도, 그 분담의 비율을 설정함에 있어서 분만에 직접적으로 관여하는 의료기관 개설자가 일반국민에 비해 좀 더 많은 비용을 분담하는 것은 통상적인 윤리적 기준에 어긋나는 것은 아닌 것으로 판단된다.

만약, 무과실-무책임의 원칙을 엄밀하게 적용한다면 일반국민도 특정 분만사고에 대해 과실이 없으므로 비용을 분담할 이유가 없으며, 국고에서 재원을 마련해야 할 이유도 없다.

결론적으로 불가항력적 분만사고 보상 재원마련을 위한 의료계의 비용분담은 ‘과실’과 ‘책임’의 기준이 아니라 국가 전체적인 입장에서 사회적 위험에 대비하기 위한 비용 분담으로 이해되어야 할 것이다.

한편, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 제47조에 따라 손해배상금 대불에 필요한 비용을 보건의료기관개설자에게 부과하고 있다. 이에 대해서도 일각에서는 보건의료기관개설자에 대한 손해배상금 대불 비용 부과가 책임성의 원칙을 위배하며, 보건의료기관개설자에 대한 부담금을 예치금으로 하여야 한다는 입장을 보이고 있다.

이와 관련하여서는 손해배상금 대불비용 납부자가 폐업 등 보건의료업을 지속할 수 없는 사유가 발생한 경우 이미 납부한 손해배상 대불비용을 반환할 수 있도록 하위법령 개정이 시도되고 있다.

나. 조정결과외 대외공개 제한

의료기관입장에서는 진료 내용이 대외적으로 공개되는 것에 대한 부

담감을 가지고 있다. 앞에서 언급된 바와 같이 법 32조에 따라 조정부의 조정위원 과반수의 찬성이 있을 경우 조정절차를 공개할 수 있도록 되어 있지만 신은주(2011)나 이백휴(2011)의 의견과 같이 당사자의 동의 하에 공개할 수 있도록 하는 것이 바람직하다. 이는 의료인이 조정이 개시되는 단계에서 조정신청에 응하는데 커다란 영향을 미칠 것으로 판단된다.

다. 조정제도에 대한 홍보활동 강화

대중매체나 온라인, SNS 등을 이용한 홍보활동의 강화가 필요하다. 본인이 직접 의료사고를 경험하지 않은 상태에서는 의료사고와 관련한 홍보에 무관심한 것이 일반적이기는 하지만 한국의료분쟁조정중재원의 존재여부, 활동내용, 의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 대한 국민들의 인지도 제고를 위한 다양한 홍보활동이 필요하다.

라. 조정 재신청시 절차 간소화

당사자가 조정결과를 받아들이지 않았거나, 불참 등으로 조정이 각하된 경우 추후에도 언제든지 다시 조정을 신청할 수 있다. 일정한 시간이 경과한 후 당사자의 태도가 변화할 수 있으며, 이에 따라 조정에 임하는 당사자의 입장도 달라질 수 있기 때문에 조정절차가 완료된 이후에도 다시 조정절차를 이용할 수 있도록 지원하기 위한 서비스가 필요하다. 이와 관련하여 당사자들이 원할 경우 일부 절차는 생략할 수 있도록 할 필요가 있다. 감정 및 조정절차의 일부 또는 전부를 생략할 수 있도록 하거나 조정신청 비용을 할인하는 등의 제도적 개선이 필요하다.

마. 조정위원회에 대한 보상 강화

분쟁조정제도에 대한 참여와 관련하여, 당사자의 참여 뿐 아니라 조정 업무를 담당하는 조정위원의 적극적인 참여도 제도의 성공적 운영을 위해 매우 중요하다. 특히 신청인의 조정신청과 피신청인의 동의 하에 일단 조정이 개시된 사건에 대해서는 조정의 성공률을 높이고 조정의 질을 높이는 것이 무엇보다 중요하다는 점을 앞에서 언급하였다. 이를 위해서는 조정위원들이 단순한 의료적, 법률적 지식만을 사용하여 조정에 임하는 것이 아니라 조정성립에 대한 의지와 사명감을 가지고 업무에 임할 수 있도록 해야 한다. 자원봉사 차원에서 조정업무를 담당하도록 하기보다는 이에 상응하는 충분한 보상이 이루어지도록 해야 한다. 현재는 조정위원들이 명예나 의무감 때문에 제도운영에 참여하는 경향이 강하지만 근본적으로 이러한 개인적인 책임감에만 의존할 수는 없다.

이러한 조정위원의 처우 개선과 관련하여 대한법률구조공단 등에서 도입하고 있는 조정성공 수당을 도입하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이에 대해 일부에서는 조정성공 수당을 제공할 경우 사실관계 규명보다 조정성립에만 관심을 가질 수 있다는 우려를 제기하기도 한다. 그러나 조정수당의 금액을 적절한 수준으로 결정하면 큰 문제는 없을 것으로 판단된다.

3. 소비자분쟁조정 제도와 의 합리적 역할분담

『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 조정중재 제도와 『소비자기본법』 제60조에 의한 소비자분쟁조정위원회 간의 관계에 대한 검토가 필요하다. 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 조정중재 제도를 또 하나의 대안이 추가된 것으

로 보는 것은 그간 법 제정을 위한 장기간의 국가적 노력과 성과의 가치를 지나치게 과소평가하는 것이다. 그간 『소비자기본법』에 의한 소비자분쟁조정위원회의 조정은 소액사건 중심으로 운영되어 온 것이 사실이다. 이러한 상황에서 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 시행은 기존 제도의 문제점을 해결함과 아울러 의료분쟁을 신속·공정하고 효율적으로 처리하기 위한 구체적인 절차를 마련하였다는 점에서 의의가 크다.

그러나 그렇다고 해서 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 조정중재 제도가 기존 제도들보다 반드시 더 나은 제도라는 것은 아니다. 양측 당사자들이 처한 여건과 사정에 따라 각 제도들이 가지는 가치가 달라질 수 있기 때문이다. 다만, 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 조정중재 제도의 활성화는 해당 제도만이 아니라 사회 전반적으로 조정중재 제도에 대한 국민들의 인식을 개선시키고, 조정중재를 통해 분쟁을 해결하려는 경향을 증대시킬 것이라는 점에서 의의가 있다. 아울러, 비록 이 제도가 활성화되면서 기존 제도의 이용이 위축된다고 하더라도 사회적 전체적인 편익이 감소하는 것은 아니다.

이와 같은 측면에서 『소비자기본법』에 의한 분쟁조정과 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』에 의한 분쟁조정 간 합리적인 역할분담이 분담이 필요한데 가장 기본적으로는 소비자의 선택권을 최대한 보장하여야 한다는 원칙은 준수할 필요가 있다. 이와 관련하여 소비자 분쟁조정제도를 통해 해결되지 않는 사건을 한국의료분쟁조정중재원에서 다루도록 하는 축차적 형태의 관계를 설정하는 데는 한계가 있다. 인위적으로 그러한 구도를 설정한다고 하더라도 소비자들의 선택이 그러한 구도에 맞게 이루어진다는 보장도 없을 뿐 아니라, 소비자분쟁조정절차에서 해결되지 않은 분쟁이 한국의료분쟁조정중재원의 절차에서는 해

결된다는 보장도 없기 때문이다.

따라서 한국의료분쟁조정중재원의 조정제도는 의료서비스의 특성을 반영한 당사자의 심리안정 프로그램 운영, 사후관리, 의료사고 예방 등에 이르는 포괄적 서비스를 제공하는 제도로 발전시키고, 소비자분쟁조정은 이러한 포괄적인 서비스의 제공이 필요하지 않고 당사자 간 조정만으로도 충분한 소액사건을 주로 담당하는 것이 바람직하다.

이러한 역할 분담 구도를 소비자들이 사전에 충분히 인지할 수 있도록 사전에 홍보를 강화하고 소비자들이 필요에 따라 자율적으로 선택할 수 있도록 하여야 할 것이다.

4. 의료사고 예방을 위한 제도적 인프라 확충

가. 의료사고예방위원회의 합리적 운영

『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 제5조는 보건 의료기관개설자의 의무로서 “의료사고의 예방을 위하여 의료사고예방위원회를 설치·운영하는 등 필요한 조치를 하여야 한다”고 규정하고 있다.

동법 시행규칙 제2조는 종합병원에 의료사고예방위원회를 설치·운영하도록 하고 있다. 이 예방위원회는 의료사고 예방에 관한 보건의료기관의 시책에 관한 사항, 의료사고 실태 분석 및 평가에 관한 사항, 보건의료기관 소속 직원에 대한 의료사고 예방교육에 관한 사항, 의료사고에 관한 통계작성 및 연구에 관한 사항 등을 심의하여 그 결과를 보건의료기관 개설자에게 통보하도록 되어 있다.

한편 『의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률』 시행령 제3조는 한국의료분쟁조정중재원의 업무로서 “의료사고 예방에 관한 업무”를 포함시키고 있다.

종합병원의 의료사고예방위원회 운영과 한국의료분쟁조정중재원의 의료사고 예방업무 간에 연계와 관련하여서는 현행 법령에는 아무런 규정이 없다.

따라서 종합병원의 의료사고예방위원회 운영 및 의료사고 예방활동과 한국의료분쟁조정중재원의 의료사고 예방 업무를 연계시킬 수 있는 제도적 장치의 개발이 필요하다. 한국의료분쟁조정중재원이 의료사고예방위원회 설치 및 운영 실태 모니터링, 의료사고 예방교육 프로그램 개발, 의료사고 관련 의료기관 관계자 교육, 장비 관리 점검, 병원 내 감염 관리 등의 업무를 담당할 수 있도록 하는 방안을 검토하여야 한다.

아울러, 의료사고를 의료기관 평가인증제와 연결시키는 방안에도 대해서도 검토할 필요가 있다.

나. 의료사고 보고체계 운영

현재 우리나라는 의료사고에 대한 기초적인 통계자료도 생산되지 않고 있다. 의료사고에 대한 보고 및 신고체계 도입의 필요성에 대해 다양한 논의가 진행되어 왔지만 의료분쟁조정 제도의 시행과 함께 의료사고 예방 정책 수립 등을 위한 기초자료 확보 등을 위해 의료사고 보고체계를 마련할 필요가 있다.

한국의료분쟁조정중재원이 의료사고 예방업무를 담당하도록 되어 있을 뿐 아니라, 조정제도와 연계성을 고려할 때 한국의료분쟁조정중재원에 의료사고 보고 및 신고체계를 마련하는 것이 바람직하다. 의료기관이 의료사고 보고를 의무화 할 것이냐 또는 자율화할 것인가에 대해서도 상반된 의견이 존재하지만, 초기단계에서는 자율적인 보고체계를 구축하여 운영하고 의무화 여부는 추후 여건을 고려하여 결정하여야 할 것이다.

5. 기타 개선사항

가. 감정위원 인력 풀(pool) 확대

현재 전체 감정위원은 100명(상임 15명, 비상임 85명)으로 되어 있으나 전문과목을 충분히 대변하지 못하는 문제점이 있다. 전문과목별로 감정위원 풀(pool)의 확대가 필요가 있다.

나. 조정부 및 감정부위원의 범위 확대

조정부 및 감정부에는 각각 판사 1명, 검사 1명이 반드시 참석해야 하는데, 감정부에 검사가 참석하는 것에 대해 의료인들이 거부감을 가지고 있으며 검사가 직권으로 형사적인 조치를 취할 것을 두려워하는 경향이 있다. 이는 의료인들이 조정절차에 응하지 않도록 하는 요인의 하나로서, 판사출신, 검사출신 등 판사와 검사로서 일정 이상의 경력을 가진 경우도 조정부와 감정부에 참여가 가능하도록 하는 것이 바람직하다.

다. 의료사고 및 조정에 대한 의료인 교육 실시

현재로서는 의료계가 의료분쟁조정 제도에 대한 집단적 거부의를 밝히고 있어서 지금 당장으로는 실현가능성이 거의 없다고 보아야 하겠지만 향후 제도의 발전과정에서 의료인의 보수교육 등에 의료사고 및 조정과 관련된 내용, 예방과 관련된 내용을 포함할 필요가 있다.

라. 현장조사에 대한 규정 구체화

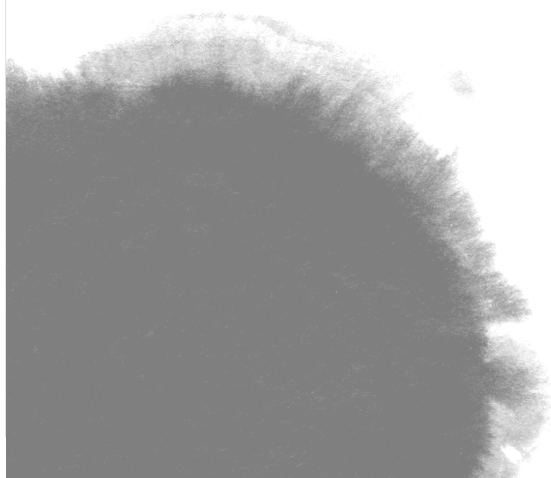
조정절차 과정에 현장조사를 받을 수도 있다는 점은 조정제도에 대한 의료인들의 거부감을 조성하는 요인 중의 하나이다. 그러나 실질적으로

는 현장조사를 해야 할 경우는 거의 없으며, 현장조사가 필요한 경우는 전반적인 상황에 대한 조사가 필요한 경우에 불과하다는 것이 한국의료분쟁조정중재원의 의견이다. 아울러 현장조사를 통해 조사할만한 자료는 차트, 영상기록물 CD, CCTV 기록물 등으로 지금까지 현장 조사가 필요한 적은 없는 것으로 알려지고 있다.

그럼에도 불구하고 의료인들이 이에 대해 아무 때나 마음대로 현장조사를 할 수 있는 것으로 인식하고 있어서 현장조사를 할 경우에 대한 사유와 범위 등을 보다 구체적으로 관련법규에 명시할 필요가 있다.

5장

결론



제5장 결 론

대한의사협회의 의료정책연구소가 의사협회 회원 1,031명을 대상으로 실시한 조사에 의하면, 2010년을 기준으로 의원급 의료기관의 연간 의료분쟁경험률은 9.8%, 분쟁합의금은 평균 909만원인 것으로 나타났다. 연간 경험률이 약 10%에 달한다는 것은 의료인의 입장에서도 의료분쟁 조정 필요성이 높다는 사실을 의미하고 있다.

이에 따라 의료분쟁조정제도가 실시된 이후 의사가 먼저 한국의료분쟁조정중재원에 중재를 신청하는 경우도 있으며, 조정신청에 대해 동의하는 비율도 아직까지는 미흡하지만 약 40% 수준을 보이고 있다.

환자의 경우도 조정신청 후 의료기관에서 난동을 부리면 조정신청이 각하될 수 있다는 인식으로 인해 난동 등을 자제하는 경향이 나타나고 있다는 것이 조정현장 실무자들의 판단이다.

앞으로 의료분쟁조정제도가 정착하기 위해서는 많은 난제를 안고 있으며 쟁점이 되고 있는 사안들 하나하나가 많은 시간을 소모하면서 합의를 이끌어내야 하는 과제이다.

현재로서는 이러한 사안에 얽매이기보다는 보다 중장기적이고 미래지향적인 시각 하에서 제도의 발전방향을 모색해야 할 것이다. 이를 위해서는 환자와 의사 간 이익이 균형을 유지할 수 있도록 해야 한다. 이와 함께 조정의 양적 측면을 강조하기 보다는 제도운영 초기에는 조정의 질에 관심을 가져야 한다. 조정의 질이 높을 경우 이것이 중력(gravity)

을 형성함으로써 보다 많은 조정 참여자를 이끌어 낼 수 있을 것이다.

아울러, 분쟁조정이 새로운 사회적 비용을 발생시키지 않도록 해야 한다. 조정과정에서 조정절차 등으로 인한 새로운 갈등이 조성되지 않도록 하고 조정의 절차와 결과에 대한 당사자의 만족도를 높일 수 있도록 해야 한다.

이를 위해서는 단순한 분쟁의 조정을 떠나 당사자의 심리적·정서적 안정과 상호이해를 도모할 수 있도록 함으로써 전체적인 사회적 비용을 절감할 수 있도록 해야 한다.

아울러, 의료사고를 근본적으로 예방할 수 있는 제도적 장치가 강구되어야 한다. 우리나라는 의료사고와 관련하여서는 의료사고의 보고 및 신고 체계, 통계자료 생산 등에 이르기까지 기본적인 인프라가 갖추어져 있지 못하다. 최근 OECD 등도 환자안전을 보건의료성과의 주요 지표로 설정하고 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 정책적 노력의 중요성을 강조하고 있다. 우리나라도 의료분쟁의 조정 이전에 의료사고의 예방을 위한 정책적 노력을 강화할 필요가 있다.

참고문헌

- 건강보험심사평가원(2005). 진료위험도 상대가치 개발연구.
- 김기영(2011). “의료분쟁조정법에 대한 토론헌료: 독일의 의료분쟁조정 제도의 실태와 비교법적 시각”. 한국의료법학회 2011년 한국의료법학회 춘계 학술대회 토론헌료. 2011.5.
- 김재춘(2011). “의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률의 제정과 향후전망 - 감정(법률가측)을 중심으로”. 한국의료법학회 2011년 한국의료법학회 춘계학술대회 발표자료. 2011.5.
- 김향미(2011). “의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률의 제정과 향후전망 - 감정(의뢰인측)을 중심으로”. 한국의료법학회 2011년 한국의료법학회 춘계학술대회 발표자료. 2011.5.
- 대법원. 사법연감. 1990-2010.
- 대한의사협회 의료정책연구소(2010). 의료경영실태조사.
- 문국진(1989), “의료법학”, 청림출판, p40.
- 민사조정법. (개정 2012년 4월 18일, 법률 제11157호).
- 백경희(2011). “의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률과 의료사고 보상사업이 적용되는 불가항력적 사고에 대한 논의”. 한국의료법학회 2011년 한국의료법학회 춘계학술대회 발표자료. 2011.5 .
- 소비자기본법. (개정 2011년 8월 20일, 법률 제10678호).
- 신은주(2011). “의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률의 제정과 향후 전망- 조정·중재 및 입증책임을 중심으로”. 한국의료법학회지,

19(1).

신현호(2011). “의료분쟁해결 절차 및 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률의 제정과 향후 전망”. 한국의료법학회 2011년 한국의료법학회 춘계학술대회 발표자료. 2011.5.

의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률. (개정 2011년 4월 7일, 법률 제10566호).

이백휴(2011). “의료분쟁조정법상 주요 쟁점과 개선방안”. 한국의료법학회 2011년 한국의료법학회 춘계학술대회 토론자료. 2011.5.

이상일(2012). “환자안전관리를 통한 의료의 질 향상”. 2012 병원의료정책 춘계 심포지엄.

이열(2012). “합리적인 의료분쟁조정법 개정방향 모색”. 대한의사협회 의료정책연구소 제34차 의료정책포럼.

이일학(2011). “의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률의 제정과 향후전망 발제에 대한 토론”. 한국의료법학회 2011년 한국의료법학회 춘계학술대회 토론자료. 2011.5.

정영수(2010). “의료분쟁의 합리적 해결을 위한 연구”. 민사소송, 14(2).

한국소비자원(2011). 소비자 피해규제 연보 및 사례집.

한국의료분쟁조정중재원(2012.8.10). 보도자료.

구글 트렌드(<http://www.google.com/trends/>)

의료소비자시민연대 의료사고상담센터(<http://www.medioseor.or.kr/Center/index.php>)

한국의료분쟁조정중재원(<http://www.k-medi.or.kr>)

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

Kihasa 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

2 · 간행물위원회 안내 및 발간목록



연구보고서 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소바자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기농식품 표시제 중심으로-	곽노성
연구 2011-07	저소득층 아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분석	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장재정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘
연구 2011-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로-	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 아동사래관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지제정의 정책과제	유근춘
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 천서민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지체감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	강혜규
연구 2011-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손창균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 민간의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산·양육 행태 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	자방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변천과 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기반(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 판	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 사각지대 분석-	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006-2010년 결과 보고서-	오영호
연구 2011-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	건강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

4 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약 위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	친사민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 이동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지패널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신욱
연구 2011-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박설비아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구	이상영
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 지원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진욱
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	건강보장체계의 New Paradigm 전환에 따른 기반 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험자 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지재정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종욱
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중앙과 지방의 사회복지 재원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 욕구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르딕 모델을 중심으로	윤석명·신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종욱
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신욱
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태완
연구 2012-30	중고령자의 소득 자산 분포와 노후빈곤 가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현세대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구범주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교: 아시아 국가를 중심으로 I (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 바우처사업의 정책효과 분석 연구	강혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통계생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 조사통계 선진화 방안 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와지방정부의저출산정책연계방안	이상립
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김현식
연구 2012-47-5	친가족기업 지표개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼·출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 안락수정 사술비 지불보상 현황과 정책방향	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생체중아 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	둘째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김현식
연구 2012-47-12	고령화·저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이현창)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구이동 전망과 대응과제	이상립
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양욕구필요도측정방식개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업시장규모추계와활성화방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산현상의동태적분석을위한지역사례조사	박종서
연구 2012-47-21	백세시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국·영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책 유럽각국의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

6 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정경희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우·이삼식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지공적 전달체계 개편 방안: 공적전달체계의 수직적편제와 수평적배열의 재구조화	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육·교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박종서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2006년 및 2011년 결과 보고서 -	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 건강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 건강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품접객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 알자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초등 방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년한국복지패널기초분석:한국의복지실태	최현수
연구 2012-55-2	2012년한국복지패널심층분석:인구집단별생활실태와복지육구의동태분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정주계 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 조세·재정정책 정립 방향 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 지표·지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호