

# 의료분쟁 발생 현황 및 진료과목별 분쟁 특성 분석

- 2006년 한국소비자원 자료를 중심으로 -

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

신 은 하

# 의료분쟁 발생 현황 및 진료과목별 분쟁 특성 분석

- 2006년 한국소비자원 자료를 중심으로 -

지도교수 김 소 윤

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2007년 12월 일

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

신 은 하

# 신은하의 보건학 석사학위논문을 인준함

심사위원 \_\_\_\_\_ ①인

심사위원 \_\_\_\_\_ ①인

심사위원 \_\_\_\_\_ ①인

연세대학교 보건대학원

2007년 12월 일

## 감사의 글

“사무엘이 돌을 취하여 미스바와 쎌 사이에 세워 가로되 여호와께서 여기까지 우리를 도우셨다 하고 그 이름을 에벤에셀이라 하니라 (삼상 7:12)”

새로운 직장생활로 분주한 가운데 시작했던 학업이었는데 어느새 한편의 논문으로 그 결실을 맺었습니다.

먼저 논문의 시작부터 완성까지 논문의 방향을 잡아주시며 많은 지도와 도움을 주신 김소윤 교수님, 제가 보지 못한 세심한 부분까지 지적해 주시며 따뜻하게 격려해 주신 손명세 교수님, 바쁘신 중에도 세심한 지도와 배려를 아끼지 않으신 이경환 교수님께 마음 깊이 감사를 드립니다.

직장생활에 잘 적응할 수 있도록 도움을 주시고, 분쟁의 한 가운데서 어찌해야 할지 몰라 힘들어 할 때마다 위로와 격려로 보듬어주신 한국소비자원 의료팀 선배님들께 감사를 드립니다.

논문이 완성되기까지 기도로 함께 해 준 샘플지체들에게 감사의 마음을 전합니다.

자주 찾아뵙지도 못하였으나 공부하는 며느리를 자랑스럽게 생각하시고 늘 격려해 주신 시부모님과 시댁식구들께도 감사드립니다.

바쁘다는 핑계로 끼니도 제대로 챙겨주지 못하는 아내에게 불평 한마디 하지 않고 늦은 시간까지 함께하며 논문이 완성될 수 있도록 지지해 준 사랑하는 남편에게 고마움을 전합니다.

무엇보다도 부모님의 눈물의 기도가 없었다면 오늘날의 저는 없었을 것입니다. 오늘의 제가 있기까지 새벽바람을 맞으며 무릎시린 기도로 저를 길러주신 부모님과 그 기도예 신실하게 응답하신 하나님께 깊이 감사를 드립니다.

2007년 12월 신은하 올림

# 차 례

국문요약 .....	i
<b>I. 서론</b> .....	1
1. 연구의 배경 및 필요성 .....	1
2. 연구 목적 .....	3
<b>II. 문헌고찰</b> .....	4
1. 의료분쟁 발생현황 .....	4
2. 기존 연구 .....	7
3. 외국의 재판외 분쟁해결 시스템 .....	10
4. 우리나라의 의료분쟁조정법 추진 현황 .....	16
5. 한국소비자원의 의료피해구제 ADR 절차 .....	20
<b>III. 연구방법</b> .....	23
1. 연구모형(틀) .....	23
2. 연구대상의 설정 .....	24
3. 분석변수 .....	25
4. 용어의 정의 .....	25
5. 분석방법 .....	26

IV. 연구결과	27
1. 환자 및 의료기관 특성	27
2. 진료과목별 특성	30
3. 분쟁 처리결과	37
V. 고찰	49
1. 연구방법에 대한 고찰	49
2. 연구결과에 대한 고찰	51
VI. 결론	66
참고문헌	69
부록	72
영문초록	97

## 표 차례

표 1. 의료분쟁 발생 현황 .....	5
표 2. 최근 8년간 의료사고 손해배상소송 1심 통계 .....	6
표 3. 진료과목별 의료분쟁 접수 현황 .....	24
표 4. 주요 5개 진료과목 현황 .....	25
표 5. 진료과목별 환자 특성 .....	27
표 6. 진료과목별 의료기관 특성 .....	28
표 7. 서울지역내 내과, 성형외과 의료기관 종류 .....	29
표 8. 진료과목별 의료분쟁 발생 이유 .....	29
표 9. 내과 의료행위 및 의료사고 내용 .....	30
표 10. 암 진단지연 귀책사유 및 처리결과 .....	31
표 11. 정형외과 의료행위 및 의료사고 내용 .....	32
표 12. 감염균 종류 .....	33
표 13. 치과 의료행위 및 의료사고 내용 .....	34
표 14. 산부인과 의료행위 및 의료사고 내용 .....	35
표 15. 성형외과 의료행위 및 의료사고 내용 .....	36
표 16. 진료과목별 의료진의 귀책사유 및 처리결과 .....	38
표 17. 환자 및 의료기관 특성별 합의율 .....	40
표 18. 합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관 변수 .....	42

표 19. 진료과목별 합의금액 분포 .....	43
표 20. 환자 및 의료기관 특성별 합의금액 .....	46
표 21. 합의금액에 영향을 미치는 환자 및 의료기관 변수 .....	48

## 그림 차례

그림 1. 한국소비자원 의료피해구제 절차도 .....	22
그림 2. 연구모형(틀) .....	23

## 국문 요약

의료분쟁이 지속적으로 증가하고 있으나 사회의 인식이나 법적 제도적 장애요인 때문에 의료 제공자들이 의료에서의 오류에 대한 문제들을 공개적으로 논의하는 것을 금기시하여 왔고, 이에 따라 우리나라는 진료제공과정에서의 오류 발생 규모, 유형, 오류 결과 및 해결 방법에 대한 실증적인 자료의 축적이 매우 미흡한 실정이다.

이에 본 연구는 의료분쟁의 현황 및 그 경향을 분석하여 향후 비슷한 유형의 의료분쟁이 발생하는 것을 예방하고, 합리적인 분쟁 해결제도를 마련하기 위한 기초자료를 제공하기 위한 목적으로 시도되었다.

연구자료로 사용한 것은 2006년 1년 동안 한국소비자원에 의료피해구제로 신청된 의료분쟁 사례들 중에서 주요 5개 진료과목 분쟁 사례들로 내과, 정형외과, 치과, 산부인과, 성형외과 분쟁 사례들이다.

연구 방법으로 먼저 주요 5개 진료과목 의료분쟁 사례의 일반적인 특성 및 진료과목별 특성을 SPSS 통계프로그램 12.0을 사용하여 빈도 및 교차분석을 하여 유형화하였다. 1단계 분석에서는 카이제곱 검정 및 Kruskal wallis test를 통해 일반적 특성간의 유의성을 검정하였고, 2단계 분석에서는 로지스틱회귀모형으로 합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 일반적 특성과 포아송회귀모형을 이용하여 합의금액에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 일반적 특성을 분석하였다.

주요 연구결과는 다음과 같다.

1. 환자 연령으로 내과와 정형외과는 50세 이상의 고연령 환자가 다른 진료과목에 비해 유의하게 많았다.

2. 의료기관의 종류는 개인의원이 43.9%로 가장 많았고, 의료기관의 지역분포는 서울이 48%로 가장 많았다.

3. 의료분쟁 발생 원인으로 부작용 발생 또는 상태악화가 88.6%로 가장 많았고, 치과와 성형외과는 치료 효과미흡으로 인한 분쟁이 다른 진료과목에 비해 유의하게 많았다.

4. 진료과목별 의료사고 내용으로 내과는 암 진단지연이 27.9%로 가장 많았고, 정형외과는 수술 후 감염 발생이 19.0%로 가장 많았으며, 치과는 치료 효과미흡이 31.9%로 가장 많았다. 산부인과는 분만 후 신생아 손상과 진단지연이 각각 11%로 가장 많았고, 성형외과는 외과적 수술 또는 시술 후 흉터 발생이 27.8%로 가장 많았다.

5. 전체 의료분쟁 중에 의료진이 주의의무 또는 설명의무를 소홀히 하여 의료사고 발생에 기여한 부분이 있다고 판단된 경우는 73.4%이고, 귀책사유로는 주의의무 소홀이 61.9%, 설명의무 소홀이 11.4%였다.

6. 치과와 성형외과는 설명의무 소홀이 귀책사유가 된 경우가 각각 21.4%로 다른 진료과목에 비해 유의하게 높았다.

7. 합의율이란 의료사고 결과에 대해 의료진에게 귀책사유가 있다고 판단된 분쟁 건에 대해 합의권고가 진행된 후 금전적인 배상을 통한 합의가 이루어진 비율을 말하는 것으로 본 연구에서 합의율은 67.5%로 분석되었다.

8. 의료진의 귀책사유에 따른 합의율은 주의의무 소홀시 70.1%로 설명 의무 소홀시 53.3.%보다 유의하게 높았다.

9. 합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 변수를 모두 통제된 결과, 치과가 내과에 비해 유의하게 합의율이 낮았고, 의료사고 결과로는 부작용이 발생되어 치료기간이 연장된 경우에 비해 치료효과 미흡시의 합의율이 유의하게 높았다.

10. 진료과목별 평균 합의금액은 산부인과가 12,474,858원으로 가장 높았고, 치과가 3,754,844원으로 가장 낮았다.

11. 의료진의 귀책사유에 따른 평균 합의금액은 주의의무 소홀시가 8,245,575원으로 설명의무 소홀시 986,344원보다 유의하게 높았으며, 환자 및 의료기관의 일반적 특성을 통제된 결과는 주의의무 소홀시의 합의금액이 설명의무 소홀시의 합의금액에 비해 약 5.9배 높았다.

12. 의료사고 결과에 따른 합의금액은 치료기간만 연장된 경우에 비해 환자 사망시 5.25배, 장애 발생시 9.11배 유의하게 높았다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 진료과목에 따라 분쟁의 양상 및 해결 양상이 서로 다르며, 진료과목별로는 유사한 의료분쟁이 반복되는 경향이 있음을 알 수 있다. 분쟁 해결의 가장 바람직한 방법은 분쟁의 소지를 원천적으로 방지하는 것이다. 그러나 그것은 불가능하므로 추후 연구들을 통하여 진료과목별 의료과오 및 분쟁의 특성을 다각도로 분석하여 예방이 가능한 의료과오는 예방하고, 분쟁의 소지가 많은 의료행위는 합리적 분쟁 해결 기준을 마련함으로써 분쟁을 효율적으로 해결하려는 노력은 계속되어야 할 것이다.

# I. 서론

## 1. 연구의 배경 및 필요성

오늘날 사회의 각 영역에서 소비자의 주권이 강조되고, 다양한 경로를 통해 시민의 권리를 실현하고 있다. 의료 영역도 이러한 사회 경향에 따라 의사와 환자 관계가 기존의 의료 부권주의 사조가 쇠퇴하고, 의료소비자와 의료공급자 사이에 대등한 계약 당사자라는 인식이 팽배하게 되었다. 의료 영역에서의 이러한 인식의 변화는 환자주권주의, 의료서비스의 질 향상이라는 긍정적 결과도 가져왔지만 의료분쟁의 급격한 증가를 초래하였다.(연세대학교 의료법윤리학연구소, 2005)

의료분쟁의 증가로 인한 부정적 영향은 여러 가지가 있을 수 있다. 첫째, 의사는 환자에 대한 과오나 오진을 예방하기 위해서 지나치게 과도한 서비스를 제공하는 방어 진료를 하게 된다. 이는 필요하지 않은 검사나 치료를 유도하여 과잉진료를 행하는 형태로 나타나게 되며, 소극적으로는 의학상 필요한 진료행위라도 나중에 제소당하는 것이 두려워 진료를 유보하거나 실시하지 않는 위축진료의 형태로도 나타나게 된다.

둘째, 의료소송 비용이 전체 의료비의 상당 부분을 차지하고 있는 미국의 경우와 같이 의료소송으로 인해 의료비가 상승하게 된다. 우리나라도 의료사고의 증가로 인한 소송 건수가 증가하는 추세에 있으므로 앞으로 소송으로 인한 손해배상뿐만 아니라 이에 수반되는 기타 사회비용의 증가도 예상되는데 2005년 연세대학교 의료법윤리학 연구소의 '진료위험도 상대가

치개발 연구보고서'에 따르면 2006년 의료분쟁해결 비용 추계 값이 무려 239,867,521,407원으로 추산되었고, 이는 결국 환자에게 전가되어 의료비 상승의 무시할 수 없는 요인이 될 것이다.

셋째, 의료분쟁의 영향으로 생겨날 수 있는 또 다른 중요한 문제는 응급의료의 기피이다. 의료사고에 대한 불안감으로 응급환자의 진료를 기피하는 현상은 직접적으로 국민의 생명을 위협하고 의료인과 의료제도를 불신하게 만든다.

넷째, 산부인과, 내과, 외과, 신경외과, 정형외과 등, 의료사고가 발생하기 쉽고, 사고 발생 시 막대한 금액의 손해배상금을 지급해야하는 위험도가 높은 진료과목은 기피하는 현상이 발생되어 의료인의 인력수급불균형과 의료전달체계의 왜곡현상이 발생할 수 있다.

그러나 이런 중요성에도 불구하고 우리나라의 경우 사회의 인식이나 법적 제도적 장애요인 때문에 의료 제공자들이 의료에서의 오류에 대한 문제들을 공개적으로 논의하는 것을 금기시하여 왔고 이에 따라 우리나라는 진료제공과정에서의 오류 발생 규모, 유형, 오류 결과 및 해결 방법에 대한 실증적인 자료의 축적이 매우 미흡한 실정이며(이진호, 2001), 상당수의 분쟁이 소송에 따른 경제적 부담으로 여전히 사적, 음성적으로 해결되고 있으나 선행 연구들은 법원을 통하여 판결된 자료를 기초로 한 판례분석에 그치고 있어 실제 의료분쟁의 실태를 반영하는데 한계점이 있다. 이에 본 연구에서는 한국소비자원에 의료피해구제로 접수되고 있는 의료분쟁 사례들을 분석함으로써 실질적인 의료분쟁을 해결하기 위한 제도를 수립하기에 앞서 이에 필요한 기초 자료를 제공하는데 그 의의를 두고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구는 전술한 필요성에 따라 의료분쟁의 현황 및 그 경향을 분석하여 향후 비슷한 유형의 의료분쟁이 발생하는 것을 예방하고, 합리적인 분쟁 해결제도를 마련하기 위한 기초 자료를 제공하는데 궁극적인 목적을 두고 있으며, 구체적인 세부목적은 다음과 같다.

첫째, 의료분쟁 발생 현황을 파악하여 분쟁 사례들의 일반적인 특성과 진료과목별 특성을 분석한다.

둘째, 진료과목별로 반복되는 의료분쟁 유형을 파악하여 의료행위 및 의료사고 내용을 분석한다.

셋째, 의료분쟁의 일반적 특성에 따른 합의율 및 합의금액을 분석하고, 합의율 및 합의금액에 영향을 미치는 변수를 찾아내어 그 의미를 분석한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 의료분쟁 발생현황

현재 우리나라에서 의료분쟁을 담당하는 기구로는 의료법 제70조에 의한 의료심사조정위원회와 사법부(민사소송), 소비자기본법 제33조에 의한 한국소비자원 등이 있으나 상당수의 분쟁이 여전히 사적, 음성적으로 해결되고 있고 의료기관에서 자료의 노출을 제한하기 때문에 전체적인 현황을 파악하는 것은 불가능하다. 현재 참고할 수 있는 자료는 한국소비자원, 보건복지부, 대한의사협회 등을 통해 이루어지는 부분적인 각종 조사 자료와 대한의사협회공제회 자료, 대법원의 통계 등을 통하여 단편적인 파악만 가능할 뿐이다.

의료심사조정위원회, 사법부(민사소송), 한국소비자원, 대한의사협회공제회가 2006년 보건복지부에 제출한 자료에 따르면, 의료심사조정위원회를 제외한 나머지 기관 모두 접수되는 의료분쟁 건이 해마다 증가하고 있음을 알 수 있고, 2000년과 2005년의 분쟁 건수를 비교할 때 사법부의 경우 1.7배, 소비자원의 경우 2.4배, 의협공제회의 경우 1.7배가 증가하여 전체적으로 약 2배 가까이 증가한 것으로 나타났다(표 1).

의료사고가 발생했다고 해서 모두 의료분쟁으로 발전되는 것은 아니다. 이는 의료사고가 의학적으로 불상사가 야기된 경우를 지칭하는데 반해 의료분쟁은 이를 둘러싸고 일어나는 의사와 환자간의 다툼을 의미하는 것으로서 사회적 관계의 문제이기 때문이다. 따라서 근래 들어 의료분쟁이

급속도로 증가하고 있는 것은 전 국민 의료보험실시와 경제성장에 따라 수진기회가 확대되고 따라서 의료사고 자체의 발생률이 증가한 것도 이유가 될 수 있겠으나 그보다도 국민의 권리의식이 향상되어 의사 - 환자관계를 대등하고 계약적인 관계로 인식하게 된 것 그리고 의료사고가 발생했을 경우 이를 공정하게 해결할 수 있는 사회 제도가 없다는 것이 큰 요인이라 할 수 있을 것이다. 즉, 의료행위의 결과가 기대와는 다르게 나타났을 경우 환자 측은 예전처럼 단념하는 것이 아니라 정당한 보상을 받아내고자 하나 이러한 요구를 만족스럽게 해결할 만한 의료분쟁해결제도가 없으므로 환자 측은 의료인을 압박하고 물리력을 행사하는 쪽으로 돌파구를 찾게 되며 이 과정에서 의료분쟁이 발생하게 되는 것이다(장정진, 2003).

표 1. 의료분쟁 발생 현황 단위 : 건

구분	년도별 접수 건수						계
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
의료심사조정위원회	22	23	8	6	18	22	99
사법부(민사소송)	508	519	671	755	802	867	4,122
한국소비자원	450	559	727	661	885	1,093	4,375
대한의사협회공제회	485	505	500	410	415	814	3,129
합계	1,465	1,606	1,906	1,832	2,120	2,796	11,725

특히, 민사소송의 경우 1심 판결에 불복하여 상급법원에 항소를 제기한 건수도 매년 증가추세에 있음을 알 수 있는데 1999년 104건에서 2006년 243건으로 133.7%나 증가하였다(표 2). 이와 같이 의료과실 소송의 항소율

이 높은 이유에 대해 박영호(2006)는 다음과 같은 점들을 지적하였다. 첫째, 국민들은 소송을 통한 보상액에 대해 높은 기대치를 갖고 있으나, 의료과실소송의 경우 법원에서는 환자 측에게 과실상계를 유추 적용하여 소액의 배상금 판결을 내리는 경향이 있고, 이에 반발하여 항소하는 비율이 높다. 둘째, 의사들은 직접적인 증거가 없음에도 불구하고 자신들에게 과실이 인정된 것에 불만을 가지고 항소하는 경우가 많기 때문에 자연스럽게 항소율이 높아지고 있다. 셋째, 의료감정 결과에서 인정되는 정도의 사소한 과실로 인하여 당해 사건의 악결과가 발생한 것이 아니라고 주장하면서 항소하는 경우가 많다. 마지막으로 의료분쟁이 발생하게 되면 우선 법적 절차에 따른 해결보다는 물리력의 행사와 같은 일탈행동을 통한 해결을 일차적으로 시도한 결과 당사자 간 감정의 골이 깊어지게 되고, 이로 인하여 1심 판결에 대하여 무조건 항소하고 보려는 경향이 의료소송에서 항소율을 높이는 이유라고 지적하였다.

표 2. 최근 8년간 의료사고 손해배상소송 1심 통계 단위 : 건

연도	금년 접수	처리											항소	미제	
		합계	판결						취하	조정	화해	인낙			기타
			각하명령	원고승	원고일부승	원고패	각하	각하							
1999	508	396	2	29	112	70	4	50	82	11	-	35	104	564	
2000	519	316	3	29	106	86	-	47	62	8	-	20	115	722	
2001	666	585	16	35	143	80	5	58	182	5	-	61	150	803	
2002	671	492	2	10	109	103	6	62	137	11	1	51	167	982	
2003	755	735	4	39	168	184	1	66	119	52	1	100	267	1,002	
2004	802	755	5	8	178	195	3	58	146	69	-	93	273	1,049	
2005	867	772	4	6	182	166	1	54	183	85	-	91	239	1,144	
2006	979	749	3	9	191	170	2	75	140	82	-	77	243	1,374	
누계	5,767	4,800	39	165	1,189	1,054	22	470	1,051	323	2	528	1,558	7,640	

(자료 : 사법연감, 1999~2006)

## 2. 기존 연구

미국의 경우에는 개인 또는 기관이 특정한 사건을 의무적으로 보고하는 National Practitioner Data Bank를 운영하여 병원 내부의 신입과정에 이 자료를 이용하도록 하고 있으며, 또한 20개 이상의 州에서 의무적 보고 체계를 운영하고 있으나(이상일, 2000), 우리나라의 경우, 사회의 인식이나 법적 제도적 장애요인 때문에 의료 제공자들이 의료에서의 오류에 대한 문제들을 공개적으로 논의하는 것을 금시기하여 왔고 이에 따라 진료제공과정에서의 오류 발생 규모, 유형, 오류 결과 및 해결 방법 등에 대한 실증적인 자료의 축적이 매우 미흡한 실정이다.

의료분쟁에 대한 기존의 연구들은 의료분쟁 발생원인 및 인식에 관한 연구, 의료분쟁 해결 비용에 관한 연구, 의료분쟁의 유형 및 판례분석에 관한 연구, 의료분쟁 해결을 위한 제도적·법적 고찰에 관한 연구로 크게 4가지 형태로 분류될 수 있다.

의료분쟁 발생원인 및 인식에 관한 연구로는 의료사고를 경험한 가족들이 의료분쟁을 제기하는 원인(이혜리, 1997), 무과실 의료사고의 피해자 구제제도를 위한 실태조사 및 인식도 조사에 관한 연구(이인영, 2005), 의료소비자의 의료분쟁 인식과 그 해결방안(장준호, 2005), 의료사고 및 의료분쟁에 대한 의료이용자들의 의식 조사 연구(최만규, 2006), 의료사고 및 의료분쟁에 대한 치위생사의 인식도 조사(오진호, 2006) 등이 있다.

이인영(2005)은 전국 개원의 1,140명을 대상으로 한 무과실 의료사고의 피해자 구제제도를 위한 실태조사 및 인식도 조사에 관한 연구에서 의료분쟁을 경험한 적이 있다고 응답한 경우가 44.4%였으며, 77.5%가 의료분

쟁의 합리적 해결을 위해 의료분쟁조정법이 시급히 제정되어야 한다고 하였다. 또한 지난 5년간 경험한 의료분쟁 중에서 무과실에 의한 의료사고에 해당한다고 생각되는 비율에 대해서 의료분쟁 발생 건 중 100%가 무과실이라고 응답한 경우가 39.1%로 가장 많았고, 50%이상 무과실의료사고로 발생한 것이라고 평가한 경우가 74.3%라고 하였다. 무과실의료사고 피해구제 제도의 도입과 관련해서도 응답자의 대다수인 96.3%가 필요하다고 하였는데 현재 무과실의료사고에 대해 배상금을 지불하는 이유로 환자 측의 진료방해와 명예훼손을 우려하기 때문이라고 하였다.

반면, 최만규(2006)가 서울시내에 소재한 대학병원, 병원, 의원을 이용하는 외래환자 총 450명을 대상으로 의료사고와 의료분쟁에 대한 의료이용자들의 의식을 조사한 연구에서는 의료진의 오진에 대해서 응답자의 과반수 이상이 우려하고 있었다. 진료 후에도 증상의 호전이 없거나 악화되는 경우를 오진이라고 많이 생각하였으며, 의료사고가 분쟁으로 이어지는 이유에 대해서는 의료기관 측의 책임 회피태도가 가장 높은 비율을 차지하였고, 그 다음으로 사전조정제도 미흡을 지적하였다. 의료인 측의 과실이 없는 불가항력적인 의료사고가 발생한 경우에도 환자 측에게 적절한 보상이 지급되어야 한다고 하였으며, 보상지급 주체는 정부와 의료기관이 공동으로 책임져야한다고 많이 생각하였다.

의료분쟁 해결 비용에 관한 연구로는 의료소송으로 진행된 사건에 대한 비용분석(이상교, 1999), 의료분쟁 해결 비용의 관련된 요인(손명세, 1998), 진료위험도 상대가치개발 연구 최종보고서(연세대학교 의료법윤리학연구소, 2005) 등이 있으며, 진료위험도 상개가치개발 연구 최종보고서에 의하면 2003년도 의료분쟁을 해결하기 위하여 사용된 비용은 총 1,965억여

원이 소요된 것으로 추산하였고, 2003년도 추산치를 근거로 소비자물가지수와 예상 의료인수를 반영한 결과, 2006년도에는 소송과 한국소비자원을 통한 3자 중재, 자체 합의에 따른 지출비용 및 변호사비용, 기회비용 등 부대비용을 모두 합해 각종 의료분쟁을 해결하는데 사용된 비용이 총 2,398억여 원에 이를 것으로 예상한 바 있다.

의료분쟁의 유형 및 판례분석에 관한 연구로는 의료분쟁소송 결과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(민혜영, 1996), 내과영역의 의료과오에 관한 판례 분석(김충렬, 2000), 의료분쟁의 경험과 대처방안에 관한 연구(김인용, 2004), 서울특별시 개원치과의사의 의료사고 및 분쟁의 유형과 대책에 관한 연구(윤정아, 2004), 소아과 영역에서의 의료분쟁(권수정, 2005), 인터넷 사이트를 통해 살펴본 의료사고 및 의료분쟁의 현황에 관한 분석(차유림, 2006), 치과임상영역에서 발생한 의료분쟁의 판례분석(권병기, 2006) 등이 있으며, 윤정아(2004)의 서울시치과의사회 소속 개원치과의사 1,882명을 대상으로 한 연구에서 응답자의 98.5%가 향후 의료사고 및 분쟁 발생에 대해 우려하고 있는 것으로 나타났고, 환자의 정확한 동의 없이 치료를 시작하는 경우가 25.9%이며, 설명 및 동의를 시행하지 않아 의료분쟁이 발생한 경우가 16.6%라고 응답하였다.

권병기(2006)는 1994년부터 2004년까지의 치과임상영역에서 발생한 민사소송 30례의 판례를 분석한 연구에서 소송의 원인으로 불편감, 치료불만족과 관련된 것이 전체의 36.7%이며, 치과 의료분쟁의 경우 치료의 긴급성이 상대적으로 적어 의사의 설명의무 중요성이 폭넓게 요구되며, 주관적인 치료 만족도가 중요시되는 분야이기 때문에 결국 분쟁을 줄이는 방법으로 기술적인 과실도 줄여야 하지만 치과의사와 환자와의 신뢰관계를 개선하는

것과 의사집단의 자율성의 회복이 중요하다고 하였다.

차유림(2006)은 2006년 3월 기준으로 인터넷 야후 포털 사이트를 통해 살펴본 의료사고 및 의료분쟁의 현황에 관한 분석에서 범람하는 정보들 속에서 제3자의 그릇된 정보로 의료분쟁 발생률이 증가될 소지가 크지만 의료인은 의료사고에 대해 가장 소극적인 것으로 나타나 상호 대화와 정보교류를 통한 올바른 이해를 바탕으로 의료분쟁을 보다 적극적이고 능동적으로 조정, 해결하려는 노력을 해야 한다고 하였다.

의료분쟁 해결을 위한 제도적·법적 고찰에 관한 연구로는 의료분쟁 해결방안의 흐름(임강윤, 2002), 의료분쟁해결제도의 문제점과 개선방안(장정진, 2003), 의료분쟁해결의 제도적 고찰에 관한 연구(신용묵, 2003) 등이 있으며, 현재 우리나라의 의료분쟁조정법에 관한 추진 현황은 2007년 8월 29일 대통합민주신당 이기우 의원 발의법안인 '의료사고 피해구제에 관한 법률안'이 국회 보건복지위원회 법안소위를 통과하여 2007년 9월 11일 제269회 국회 제1차 보건복지위원회 전체회의에서 회부된 후 입증책임의 전환, 임의적 조정전치주의, 법의 명칭 등의 문제로 재심의과정을 거치고 있는 중이다.

### 3. 외국의 재판외 분쟁해결 시스템

외국의 재판외 분쟁해결 시스템에 대한 문헌 고찰은 김민규(2003)의 우리나라 의료과오 소송의 실태와 의료분쟁 해결방안 연구를 참조하여 미국과 독일, 일본 3개 나라를 중심으로 살펴보았다.

## 가. 미국

미국에서는 1970년대 제1차 의료과오의 위기(medical malpractice crisis)라는 심각한 사회문제에 부딪혀 州 차원에서 다양한 형태의 재판외 분쟁해결방법을 강구하기에 이르렀다.

### 1) 사전심사제도

사전심사제도는 승소의 가능성이 희박한 제소를 방지하는 것이 주된 목적이고, 기본적으로는 의사협회 단독 또는 변호사협회와 공동으로 행한다. 피해자는 변호사에게 사건을 위임하고 피해자와 변호사는 공동으로 서명하여 변호사회의 의료법률위원회(Medicalegal Committee)에 제출한다. 그 이유서에는 당해 사건의 인적사항, 일자, 상황 등을 기입하여 진료기록을 검토할 수 있는 권한을 위임하고, 당해 위원회의 심의 또는 절차에 대하여 신뢰한다는 뜻을 기재함과 동시에, 위원회는 의뢰인에게 당해 위원회에 대하여 설명하고 변호사의 진술을 기록한다.

위원회의 청문회는 비공식적으로 행하고 공식적인 기록은 남지 않으며, 당해 위원회는 사안을 뒷받침할 수 있는 실질적인 증거가 있는가 어떤가를 결정하고, 종국적으로 사건을 해결하기 위한 노력은 기울지 않는 것이 특징이다. 그러나 사전심사제도에 관한 입법은 위원회를 의사 중심으로 구성하거나 많은 州에서 사전심사제도의 효율성을 높이기 위하여 강제적인 사전심사제도로 실시하였기 때문에 그 공정성에 의문이 제기되기도 하였고, 합헌성에 관한 논란이 야기되기도 하였으나 그럼에도 불구하고, 이와

같은 사전심리제도(pretrial conference)는 사실관계의 정리, 증거의 신뢰성 등 다양한 긍정적인 평가도 받아온 것이 사실이다.

## 2) 조정제도

조정제도라 함은 법원이 사건의 해결에 깊숙이 관여하여 당해 분쟁을 종국적으로 종식시키기 위하여 노력하는 제도를 말한다. 사전심사제도의 본래 목적은 무의미한 제소를 피하는데 있음에 비하여, 조정제도의 본래 목적은 법원의 사건처리의 정체현상 즉 장기화를 해소하는데 있다.

그러나 이와 같은 조정제도는 변호사들이 조정제도로 인해 자기들의 수입이 감소한다고 생각하여 적극성을 보이지 않고 무성의하게 위원회에 응하기 때문에 성의 있는 조정결과를 기대하기 어렵고, 조정개시 전에 충분한 정보를 제시하기 어려우며, 사법조정을 성급하게 종결하려 하기 때문에 충분한 심리가 이루어지지 않는 문제점이 있다.

## 3) 중재제도

중재제도라 함은 당사자의 중재합의에 따라 법관이 아닌 제 3자의 중재판단에 구속된다는 점이 조정제도와는 다르다. 중재제도를 설치, 운영하는 각 州 사이에도 그 구성과 절차에 상당한 차이를 보이고 있다. 중재위원회는 당사자가 각각 중재인을 선임하고 선임된 중재인이 제3의 중재인을 선임하는 방법, 제3의 중재인도 당사자가 선임하는 방법, 제3의 중재인의 신분을 변호사에 국한하는 방법 그리고 州 최고법원의 수석판사가 의사·변

호사·항소심법원의 판사 중에서 제3의 중재인을 선임하는 방법 등 그 구성 방법은 다양하다. 또한 그 절차에 있어서도 당사자의 임의적인 중재합의에 따라 중재를 신청하는 방법, 강제적으로 중재위원회를 거치도록 하는 방법 그리고 임의적인 중재계약에 의하더라도 제소 전 합의의 효력을 인정하는 방법과 재판상 합의의 효력을 인정하는 방법 등이 있다.

이와 같이 중재제도는 강제적 중재제도를 취하고 있는 소수의 州를 제외하고는 당사자 사이의 중재합의에 기초를 두고 있지만, 의료인 측에서 진료계약과 동시에 중재계약을 체결하여 두는 것이 일반화됨에 따라 각 州에서는 중재계약의 유효성을 인정하면서 중재계약을 취소할 수 있는 권한을 동시에 인정하고 또한 취소기한까지 규정하기에 이르렀다. 이와 같은 중재제도도 그 구성 및 부중계약으로서의 중재계약 규정에 대한 합헌성 여부가 문제되었고, 중재계약의 당사자 확정 및 효력, 그리고 취소권의 소재 등이 문제되었다.

#### 나. 독일

독일도 미국의 영향을 강하게 받아 중재소, 감정위원회 또는 감정중재소 등을 설치하여 의료분쟁해결에 활용하기 시작하였다.

최초에는 의사회와 보험자연합의 협정에 기초한 바이에른州 의사회 중재소 운영과 절차에 관한 규칙과 노드라인 의사회 감정위원회 설치를 위한법률이 기본이었으나 이어 다른 州에서도 협정에 참가하거나 법률을 제정함으로써 거의 모든 州에서 실시하게 되었고, 급기야 1978년 1월 1일 중재소와 감정위원회는 서로 그 기능을 결합하여 전국적으로 확대실시하게

되었다. 더 나아가 연방의사회에 중재 및 감정위원회의 상설회의를 설치하기에 이르렀고, 중국적으로 중재소와 감정위원회의 구성 및 기능 또는 그 활동범위에 차이를 발견하기 어렵게 되었다.

이와 같은 독일의 중재소 또는 감정위원회는 전문가의 지위에 있는 의사에게 자율적 통제와 자기책임체계의 확립을 목적으로 한 것이고, 당해 조정(감정)소의 결정은 법적 절차를 배제하지 않는다.

이에 대해 긍정적으로 평가하는 견해에 의하면, 의사와 법률가의 협력으로 전문적인 지식과 현장경험을 살려 판단할 수 있다는 점, 당사자의 입장에서는 자유의사를 존중하고 그 판단에 구속받지 않는다는 점, 환자에게 입증책임으로부터 해방시켜 준다는 점, 의사와 환자 사이의 무기평등에 공헌한다는 점 등을 들고 있으나, 기구 자체가 제도적, 인적 그리고 재정적으로 의사회에 일방적으로 편중되어 있다는 점, 대부분의 기구가 환자를 변호하기보다는 의사에게 유리하도록 구성되어 있다는 점, 법률가에게는 커다란 권한이 주어지지 않으므로 충분한 영향력을 행사할 수 없기 때문에 기구의 객관성에 문제가 있다는 점, 실제로는 환자의 불만을 무마시키는 기구로 전락하여 환자의 입장에서는 도움이 되지 않는다는 점에서는 부정적인 평가도 거론되고 있다.

#### 다. 일본

일본에서는 의료사고에 대한 재판외 분쟁처리제도로서 각 都道府縣의 사회에 의사분쟁처리위원회를, 일본의사회에 의사배상책임보험제도를 실시하기 위한 배상책임심사회를 설치, 운영하고 있다. 의사분쟁처리위원회는

각 都道府縣의사회내에 설치되어 있는 특별위원회로서 1973년 7월 1일부터 일본의사회의 의사배상책임보험제도가 발족되므로 인하여 일본의사회배상 책임심사회와 연계하여 분쟁을 해결하고 있다.

#### 1) 의사분쟁처리위원회

의사분쟁처리위원회는 소속 회원과 환자 사이에 의료사고를 둘러싸고 있는 분쟁이 발생한 경우 회원을 위하여 물심양면으로 원조하고 분쟁을 해결하기 위한 노력을 기울이는 것을 최고의 목적으로 한다. 1955년경부터 설치된 이 위원회는 1965년경 전국적으로 급속히 확대되어 1970년에는 전국 都道府縣의사회에 설치되기에 이르렀다. 1972년 일본의사회 조사에 의하면 1962년부터 1970년까지의 분쟁발생 건수 1,640건 중 당해 위원회의 지원으로 해결한 것이 1,038건으로 나타나 약 3분의 2를 해결하였다고 보고하고 있는 것으로 보아 소액의 의료사고분쟁의 해결에 상당히 기여하고 있는 것으로 평가할 수 있으나 처음부터 의사 측 일방당사자를 위한 기구이고, 미시적으로 의사의 권리옹호에 그칠 우려가 있다는 점이 문제점으로 지적되고 있다.

#### 2) 배상책임심사회

일본의사회의 의상배상책임보험에 있어서의 배상책임심사회는 사단법인 일본의사회와 보험자단체와 협정을 체결하고, 일본의사회 A회원의 경우 100만엔 이상 1억엔까지의 배상액을 지급하는 보험을 개발하면서 의료행위

로 인한 배상사고를 공정하고 타당하게 해결하기 위하여 설치한 기구이다.

배상책임심사회는 보험자가 설치하고, 의료관계 학식 및 경험자 6명과 법학관계 학식 및 경험자 4명으로 구성하여, 위원의 임기는 2년으로 한다. 또한 都道府縣의사회가 회원으로부터 사고보고를 받고 당해 의료행위로 인한 배상액이 100만엔을 넘을 때에는 사고보고서와 일본의사회배상책임보험의 분쟁처리절차에 위탁하는 위임장을 받아 일본의사회에 송부하고, 일본의사회는 이를 보험자에게 통보한다. 위 배상책임심사회는 보험자로부터 심사청구를 받아 배상책임의 유무, 배상책임액, 기타 사건의 공정, 타당한 처리를 위하여 필요한 방법을 강구하고 비공개, 다수결로 의결한다. 또한 심사에 필요한 조사 및 분쟁처리에 관한 모든 활동을 행하기 위하여 보험자는 조사위원회를 설치 운영하고 있다.

그러나 배상책임심사회가 제3자적인 독립적 기관이 아니라는 점, 보험심사기구에 지나지 않는다는 등 당사자가 참여하지 않는 심사절차는 분쟁처리기구로서 질적 결함을 지니고 있다는 비판도 지적되고 있다.

#### 4. 우리나라의 의료분쟁조정법 추진 현황

##### 가. 의료분쟁조정법 제정 추진 경과

그 동안 의료사고 또는 의료분쟁을 조정하기 위한 입법적 시도에 대하여 살펴보면, 제14대 국회(1992년~1996년)에서는 정부로부터 1994년 ‘의료분쟁조정법안’이 제출되었고 동 법안에는 조정전치주의, 형사처벌특례, 의료배상공제조합 설립 및 가입의무화 등의 내용을 반영하고 있었으나, 국회

심의과정에서 의료계가 추가적으로 '무과실보상제도' 도입을 주장함으로써 정부와 견해차를 보여 제14대 국회 임기만료와 함께 자동폐기 되었다.

제15대국회(1996년~2000년) 역시 정부로부터 1997년, 1998년 두 차례에 걸쳐 입법이 추진되었으나 1997년에는 조정전치주의와 형사처벌특례에 대하여 법무부의 반대로, 1998년에는 공정거래위원회, 법무부, 행정자치부 등의 반대로 각각 법안조차 국회에 제출하지 못하였으며, 의원입법으로 김병태의원 대표발의법률안과 정의화의원 대표발의법률안이 각각 국회에 제출되어 심사한 결과 무과실보상 및 조정전치주의 규정을 삭제하고 의료분쟁조정위원회는 특수법인으로 설치한다는 것을 주요 골자로 한 보건복지위원회 대안을 채택하였으나, 법제사법위원회의 대안 심사과정에서 형사처벌특례조항에 대한 논란으로 결국 임기만료에 폐기되었다.

제16대 국회(2000년~2004년)에서는 2002년 이원형 의원 대표발의법률안이 보건복지위원회에 제출되었으나 관련부처와의 의견 조율을 이루지 못한 채 임기만료로 폐기된 바 있다.

2007년 8월 29일, 2006년 대통합민주신당 이기우의원의 발의법안인 '의료사고 예방 및 피해구제에 관한 법률안'이 보건복지위원회 대안으로 수정되어 전체회의에 회부된 후 국회 보건복지위원회 법안소위원회까지 통과되었으나, 9월11일 개최된 제269회 국회 제1차 보건복지위원회 전체회의에서는 입증책임의 전환, 임의적 조정전치주의, 범의 명칭 등에 대해 공청회 등의 충분한 논의를 거친 후 다시 보건복지위원회 전체회의에서 논의하기로 하였다.

나. 의료사고 예방 및 피해구제에 관한 법률안 주요 내용

1) 입증책임의 전환 등(안 제4조)

안 제4조 제1항에서는 보건의료개설자가 당해 보건의료기관의 보건의료인이 의료기술을 행하는 과정에서 발생한 의료사고에 대하여 원칙적으로 민사상의 책임을 지도록 하여 입증책임을 전환하고, 동조 제2항에서는 의료법 제32조의3의 규정에 따른 시설의 공동이용으로 인한 의료사고에 대한 책임을 공동으로 지도록 하였다.

2) 의료사고피해구제위원회(안 제2장 제7조 내지 제18조)

1994년 정부안에서 중앙의료분쟁조정위원회는 보건복지부에, 지방조정위원회는 광역 자치단체에 설치하도록 한 것과는 달리 이 법률안에서는 의료사고피해구제위원회를 독립된 법인으로 설치하도록 하여 정부 산하 기구로 설치할 경우 야기될 수 있는 위원회의 독립성과 공정성에 관한 논란을 해소하고자 하였다.

3) 임의적 조정전치주의(안 제23조 및 제33조)

안 제19조에서는 의료사고로 인한 분쟁의 조정신청에 관한 사항을, 안 제

33조에서는 이 법에 의한 조정제도와 소송과의 관계를 정함에 있어 의료사고분쟁조정외의 임의전치주의를, 안 제23조에서는 분쟁조정절차에서의 당사자 또는 이해관계인의 진술을 민사소송에서 원용하지 못하도록 규정하고 있다.

#### 4) 의료배상공제조합의 설립 및 책임보험 가입의무(안 제37조 및 제38조)

안 제37조에서는 보건의료인 단체 등이 의료사고에 대한 배상을 목적으로 하는 의료배상공제조합을 설립·운영할 수 있도록 하고, 안 제38조는 보건의료기관개설자로 하여금 의료사고에 대비한 책임보험 등에 가입을 의무화하며, 안 제40조는 종합보험(종합공제)등의 가입을 임의화하여 보험체계를 책임보험(책임공제)과 종합보험(종합공제)으로 이원화하고 있다.

#### 5) 무과실의료사고의 보상(안 제45조 내지 47조)

안 제45조 내지 제47조에서는 국가로 하여금 보건의료인의 무과실에도 불구하고 환자의 특이체질 등으로 인하여 발생한 의료사고에 대하여 3천만원의 범위내에서 위원회의 결정에 따라 국가, 보건의료기관개설자 및 보험사업자등이 재원을 부담하는 무과실의료사고보상기금에서 손해를 보상하도록

록 규정하여 제한적 범위 내에서 무과실의료사고에 대한 국가의 책임을 명시하고 있다.

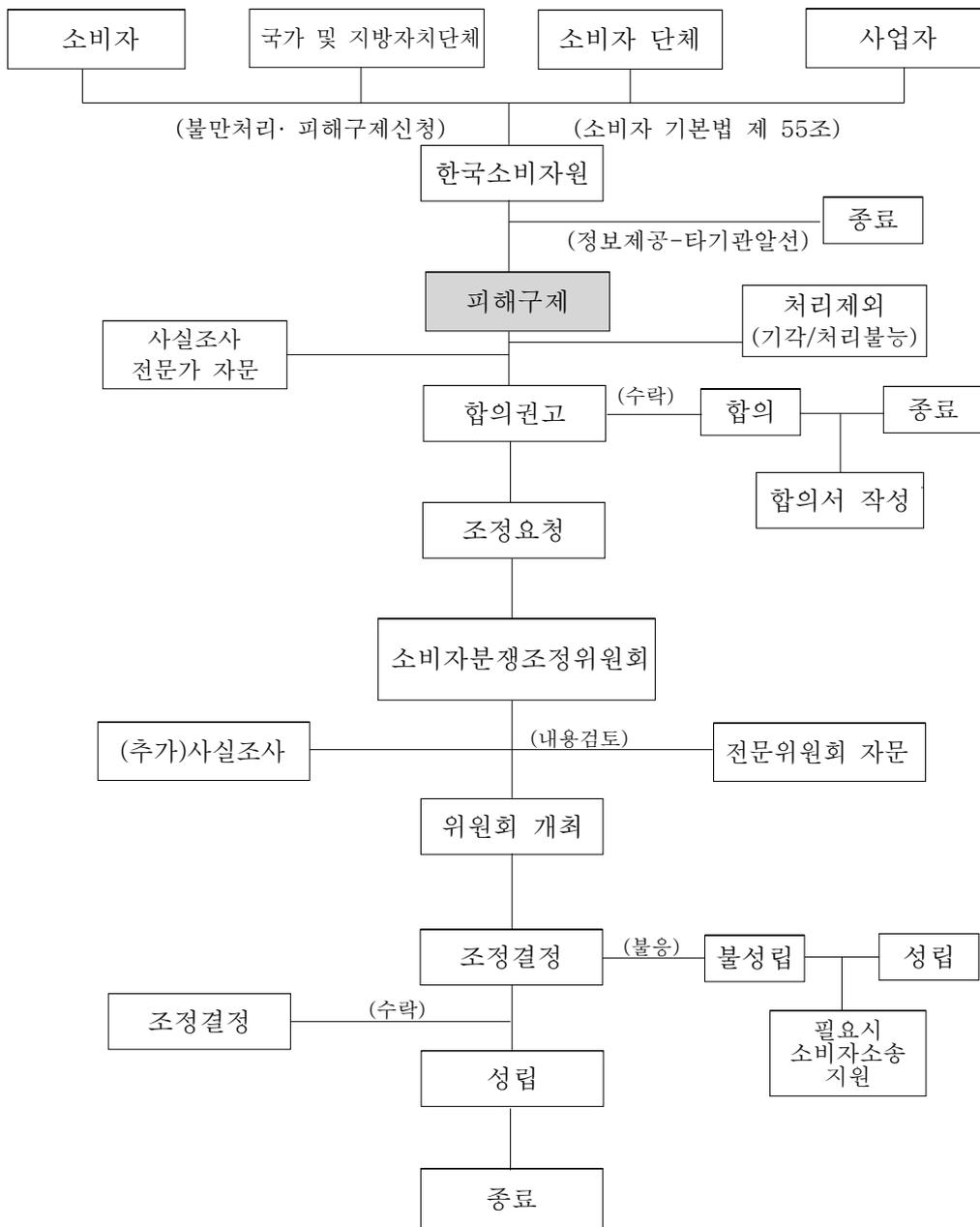
#### 6) 형사처벌 특례(안 제52조)

안 제52조에서는 보건의료인이 형법 제268조의 업무상과실치사상죄를 범하였다고 하더라도 종합보험 또는 종합공제에 가입된 경우에는 각 호의 8가지 사유에 해당하는 행위로 인하여 죄를 범한 경우가 아니면 피해자의 명시한 의사에 반하여 공소를 제기할 수 없도록 하여 보건의료인의 업무로 인한 범죄에 대하여 형사처벌 특례를 규정하고 있다.

## 5. 한국소비자원의 의료피해구제 ADR 절차

소비자기본법에서 의료분쟁 ADR(Alternative Dispute Resolution) 절차는 분쟁의 해결을 위한 합의권고 절차와 소비자분쟁조정위원회의 심의를 통한 분쟁조정 절차 두 개의 절차로 구성되어 있다(그림 1). 한국소비자원은 소비자로부터 피해구제의 청구를 받거나 국가·지방자치단체·소비자단체 또는 사업자로부터 피해구제의 처리를 의뢰 받은 때에 소비자기본법에 명시된 피해구제 절차에 의거(소비자기본법 제55조 제2항)하여 소비자원장에 의한 합의권고와 소비자분쟁조정위원회에 의한 분쟁 조정 업무를 수행하고

있다. 분쟁조정 업무를 담당하고 있는 소비자분쟁조정위원회는 분쟁조정 신청을 받은 경우, 대통령령이 정하는 바에 따라 지체 없이 분쟁조정절차를 개시하여 한다(소비자기본법 제65조 제2항). 분쟁당사자는 조정위원회에 출석하여 의견을 진술 할 수 있으며, 동 위원회는 법에 정한 절차에 따라 분쟁조정이 있는 때에는 지체 없이 그 결과를 양당사자에게 통보하여야 한다. 위원회로부터 분쟁조정 결과를 통보 받은 당사자는 그 통지를 받은 날로부터 15일 이내에 분쟁조정 내용에 대한 수락 여부를 조정위원회에 통보하여야 하며, 15일 이내에 의사표시가 없는 때에는 수락한 것으로 본다. 분쟁조정을 수락한 것으로는 보는 경우에 위원회는 조정조서를 작성하여 원본을 보관하고 그 정본을 분쟁 당사자에게 송달하여야 하며 위원회가 작성한 조정조서는 재판상 화해와 동일한 효력을 갖는다(소비자기본법 제67조).

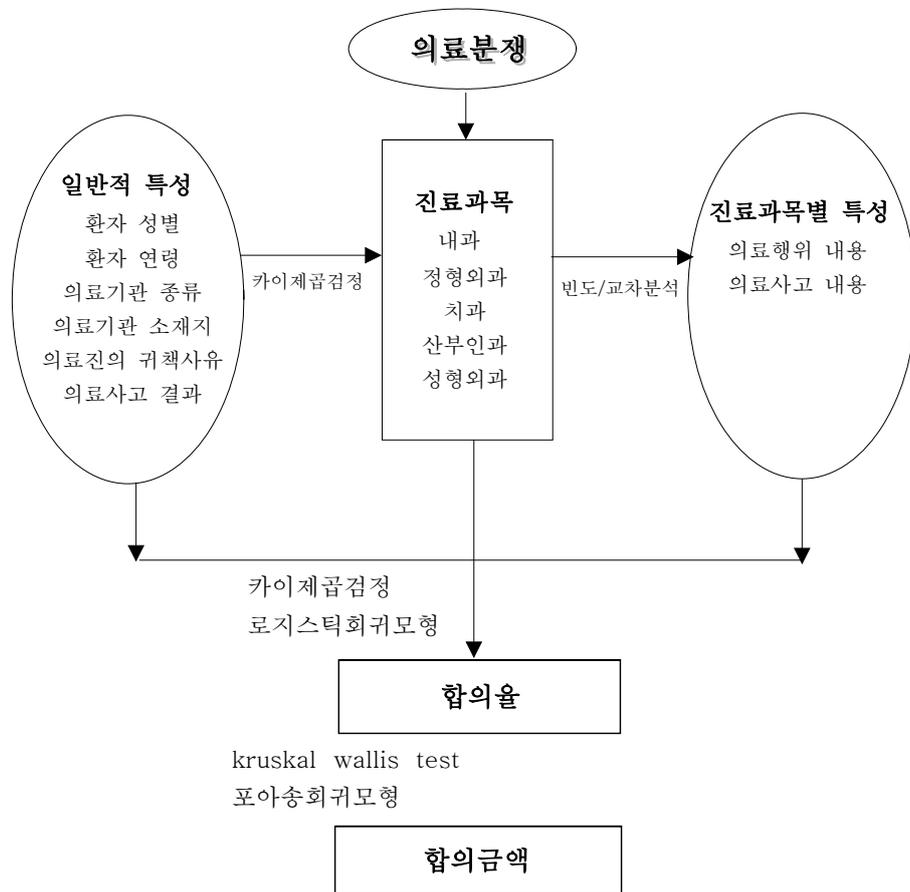


[그림 1] 한국소비자원의 의료피해구제 절차도

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구모형(틀)

한국소비자원에 신청된 주요 5개 진료과목의 의료분쟁 사례를 환자 및 의료기관의 일반적 특성과 진료과목별 특성으로 분석하였다.



[그림 2] 연구모형

## 2. 연구대상의 설정

본 연구에서 일차 자료로 사용한 것은 2006년 1월1일부터 12월31일까지 1년 동안 한국소비자원에 의료피해구제로 신청된 의료분쟁 사례들로 전체 사례 1,149건 중에서 증거자료 미비나 해당병원의 의견회신 지연 등으로 처리가 확정되지 않은 460건을 제외한 총 689건 중에서 주요 5개 진료과목의 분쟁 특성을 분석하였다(표 3).

5개 주요 과목은 내과 116건, 정형외과 103건, 치과 74건, 산부인과 62건, 성형외과 59건으로 총 414건이나, 이중에서 사실조사가 진행되고 있는 과정에서 양당사자끼리 합의가 이루어졌거나, 소비자가 취하여 사실조사가 중단된 20건을 제외한 총 394건을 사건보고서 내용을 토대로 분석하였다(표 4).

표 3. 진료과목별 의료분쟁 접수 현황 단위 : 건

진료과목	건수	비율(%)	진료과목	건수	비율(%)
내과	116	16.8	피부과	17	2.5
정형외과	103	14.9	흉부외과	17	2.5
치과	74	10.7	소아과	16	2.3
산부인과	62	9.0	기타의료서비스	10	1.5
성형외과	59	8.7	신경과	6	0.9
신경외과	54	7.8	방사선과	3	0.4
일반외과	51	7.4	마취과	3	0.4
안과	31	4.5	정신과	2	0.3
이비인후과	23	3.3	가정의학과	2	0.3
비뇨기과	20	2.9	약국	1	0.1
한방서비스	19	2.8	총 합계	689	100.0

표 4. 주요 5개 진료과목 현황

단위 : 건

진료과목	내과	정형외과	치과	산부인과	성형외과	합계
건수	111	100	70	57	56	394

### 3. 분석변수

본 연구에서는 상기 수집된 주요 5개 진료과목의 사건보고서 내용을 토대로 하여 의료분쟁 사례를 일반적 특성과 진료과목별 특성으로 유형화하였다.

일반적 특성은 독립변수와 종속변수로 다시 분류하였고, 독립변수는 진료과목 종류, 환자 성별, 환자 연령, 의료기관 종류, 의료기관 소재지, 의료진의 귀책사유, 의료사고 결과로 범주화 하였고, 종속변수는 합의율과 합의금액으로 범주화하였다.

진료과목별 분쟁 특성은 진료과목에 따른 의료행위 및 의료사고 내용으로 유형화하였다.

### 4. 용어의 정의

처리결과 변수 중 '배상'은 합의권고 진행 후 금전적 보상을 통해 환자 측과 병원 측 양당사자 간 합의가 이루어진 경우를 말하며, '정보제공'은 발생한 의료사고에 대해 병원 측에 책임을 묻기 어려워 환자 측에게 사

실조사 결과를 설명한 후 종결처리된 경우를 말하며, '취하·중지'는 환자 측에서 민·형사 소송 또는 개별적으로 해결하기를 원하여 취하를 하였거나, 일시 또는 영구장애 여부와 장애율을 판정 받기 위해 일정기간이 필요하여 일시 중지된 경우를 말한다. '조정요청'은 합의권고 진행단계에서 환자 측과 병원 측 간의 합의가 결렬되어 소비자분쟁조정위원회에 조정요청된 경우를 말한다.

## 5. 분석방법

본 연구에서는 먼저 주요 5개 진료과목 의료분쟁 사례의 일반적인 특성 및 진료과목별 특성을 SPSS 통계프로그램 12.0을 사용하여 빈도 및 교차 분석을 하여 유형화하였다.

1단계 분석에서는 카이제곱 검정 및 Kruskal wallis test를 통해 일반적인 특성간의 유의성을 검정하였고, 2단계 분석에서는 로지스틱회귀모형으로 합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 일반적 특성과 포아송회귀모형을 이용하여 합의금액에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 일반적 특성을 분석하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 환자 및 의료기관 특성

#### 가. 환자 특성

환자의 성별, 연령별 특성은 진료과목별로 유의한 차이를 보였는데 성별 특성으로 내과와 정형외과는 남성이 각각 59.5%, 62.0%로 여성 보다 많았으나, 치과와 성형외과는 여성이 각각 62.9%, 76.8%로 많았다. 환자의 연령별 분포는 내과는 60대가 27.9%로 가장 많고, 정형외과는 50대가 22.0%로 가장 많아 각각 50세 이상이 전체의 62.0%를 차지한 반면, 치과는 40대가 34.3%로 가장 많았고, 성형외과는 30대가 41.1%로 가장 많았다(표 5).

표 5. 진료과목별 환자 특성

단위 : 건, (%)

		내과	정형외과	치과	산부인과	성형외과	합계	$\chi^2$
성	남	66(59.5)	62(62.0)	26(37.1)	-	13(23.2)	167(42.4)	30.41*
	여	45(40.5)	38(38.0)	44(62.9)	57(100.0)	43(76.8)	227(57.6)	
연령	29세이하	9(8.1)	14(14.0)	13(18.6)	14(24.6)	16(28.6)	66(16.8)	126.39*
	30~39세	12(10.8)	10(10.0)	12(17.1)	25(43.9)	23(41.1)	82(20.8)	
	40~49세	21(18.9)	14(14.0)	24(34.3)	13(22.8)	14(25.0)	86(21.8)	
	50~59세	26(23.4)	22(22.0)	9(12.9)	4(7.0)	2(3.6)	63(16.0)	
	60~69세	31(27.9)	19(19.0)	9(12.9)	1(1.8)	1(1.8)	61(15.5)	
	70세이상	12(10.8)	21(21.0)	3(4.3)	-	-	36(9.2)	
합계		111(100.0)	100(100.0)	70(100.0)	57(100.0)	56(100.0)	394(100.0)	

\*  $p < 0.0001$ , 성별은 산부인과를 제외하고 관련성을 검정 하였다.

나. 의료기관 특성

의료기관의 특성으로 의료기관의 종류 및 의료기관의 지역별 분포는 진료과목별로 유의한 차이를 보였다.

의료기관의 종류로 내과는 대학병원이 44.1%(49건)로 가장 많았고, 정형외과는 병원이 46.0%(46건)로 가장 많았으며, 치과와 산부인과, 성형외과는 개인의원이 각각 81.4%(57건), 49.1%(28건), 80.4%(45건)로 가장 많았다.

의료기관의 지역별 분포는 전체적으로 서울에 위치한 의료기관이 48.0%(189건)로 유의하게 많았으며, 특히 내과와 성형외과는 각각 54.1%(60건), 69.6%(39건)가 서울지역에 위치하고 있는 의료기관으로 서울지역에서도 내과는 대학병원이 53.3%(32건), 성형외과는 개인의원이 74.3%(29건)로 가장 많았다(표 7).

표 6. 진료과목별 의료기관 특성

단위 : 건, (%)

	내과	정형외과	치과	산부인과	성형외과	합계	$\chi^2$
개인의원	24(21.6)	19(19.0)	57(81.4)	28(49.1)	45(80.4)	173(43.9)	144.64*
의료기관 종류	26(23.4)	46(46.0)	2(2.9)	7(12.3)	2(3.6)	83(21.2)	
종합병원	12(10.8)	8(8.0)	1(1.4)	3(5.3)	2(3.6)	26(6.6)	
대학병원	49(44.1)	27(27.0)	10(14.3)	19(33.3)	7(12.5)	112(28.4)	
지역 분포	60(54.1)	34(34.0)	31(44.3)	25(43.9)	39(69.6)	189(48.0)	27.88*
경기,인천,강원	18(16.2)	28(28.0)	21(30.0)	19(33.4)	8(14.3)	94(23.9)	
경상도 <sup>1)</sup>	20(18.0)	21(21.0)	11(15.7)	6(10.5)	6(10.7)	64(16.2)	
전라 <sup>2)</sup> ,충청,제주	13(11.7)	17(17.0)	7(10.0)	7(12.3)	3(5.4)	47(11.9)	
합계	111(100.0)	100(100.0)	70(100.0)	57(100.0)	56(100.0)	394(100.0)	

\* p= <0.0001, 1) 대구, 부산광역시 포함, 2) 광주광역시 포함

표 7. 서울지역내 내과, 성형외과 의료기관 종류 단위 : 건, (%)

	개인의원	병원	종합병원	대학병원	합계
내과	10(16.7)	9(15.0)	9(15.0)	32(53.3)	60(100.0)
성형외과	29(74.3)	1(2.6)	2(5.1)	7(17.9)	39(100.0)

#### 다. 의료분쟁 발생원인

의료분쟁이 발생한 원인은 치료 중에 부작용 발생 하였거나 치료 후에 환자의 상태가 악화되어 분쟁이 발생한 경우가 88.6%(349건)로 치료효과가 미흡하여 분쟁이 발생한 경우 10.7%(42건) 보다 통계적으로 유의하게 많았으며, 특히 치료효과 미흡에 따른 분쟁은 치과와 성형외과가 각각 31.4%(22건), 12.5%(7건)로 다른 진료과목보다 유의하게 많았다(표 8).

표 8. 진료과목별 의료분쟁 발생 이유 단위 : 건, (%)

	내과	정형외과	치과	산부인과	성형외과	합계	$\chi^2$
부작용 발생	111(100.0)	92(92.0)	47(67.1)	52(91.2)	47(83.9)	349(88.6)	15.10*
치료효과 미흡	-	8(8.0)	22(31.4)	5(8.8)	7(12.5)	42(10.7)	
계약 위반	-	-	1(1.4)	-	2(3.6)	3(0.8)	
합계	111(100.0)	100(100.0)	70(100.0)	57(100.0)	56(100.0)	394(100.0)	

\* p= <0.001

## 2. 진료과목별 특성

### 가. 내과

내과의 경우, 분쟁이 발생된 의료행위 내용은 검진이 49건(44.1%)으로 가장 많았고, 검사와 일반적인 치료가 각각 18건(16.2%), 투약 11건(9.9%), 주사 9건(8.1%)의 순이었다.

의료사고 내용은 암 진단지연이 31건(27.9%)으로 가장 많았고, 암을 제외한 다른 질환의 진단지연 또는 오진이 22건(19.8%), 오투약 또는 약해가 11건(9.9%), 출혈(혈종) 9건(8.1%)이었으며, 감염(염증), 장기천공, 신경손상, 조영제 부작용이 각각 3건(2.7%)이었다(표 9).

표 9. 내과 의료행위 및 의료사고 내용 단위 : 건, (%)

의료행위 사고내용	검진	검사	치료	투약	주사	간호	기타	합계
암진단지연	31	-	-	-	-	-	-	31(27.9)
오진	16	-	5	-	1	-	-	22(19.8)
약해	-	-	-	11	-	-	-	11(9.9)
출혈	-	5	1	-	2	-	1	9(8.1)
감염	-	-	1	-	2	-	-	3(2.7)
천공	-	3	-	-	-	-	-	3(2.7)
신경손상	-	-	1	-	-	-	2	3(2.7)
조영제부작용	-	3	-	-	-	-	-	3(2.7)
기타	2	7	10	-	4	3	-	26(23.4)
합계	49(44.1)	18(16.2)	18(16.2)	11(9.9)	9(8.1)	3(2.7)	3(2.7)	111(100.0)

암 진단지연에 대한 의료진의 귀책여부와 관련하여 의료진에게 주의의

무 소홀에 대한 책임이 있다고 판단된 경우가 21건(67.7%)이었고, 의료진에게 진단지연에 대한 책임을 묻기 어렵다고 판단된 경우가 10건(32.3%)이었다. 처리결과는 배상 18건(58.1%), 정보제공 10건(32.3%), 조정요청 3건(9.7%)이었고, 처리금액은 1,000만원 미만으로 합의가 이루어진 경우가 83.3%(15건)이었으며, 배상된 18건의 총 처리금액은 8천3백만원이었다(표 10).

표 10. 암 진단지연 귀책사유 및 처리결과 단위 : 건, (%)

귀책사유	주의의무 소홀	21(67.7)
	과실 없음	10(32.3)
처리결과	배상	18(58.1)
	정보제공	10(32.3)
	조정요청	3(9.7)
처리금액 (83,000,000원)	500만원미만	7(38.9)
	1,000만원미만	8(44.4)
	3,000만원미만	3(16.7)

#### 나. 정형외과

정형외과의 경우, 분쟁이 발생한 의료행위 내용은 수술이 76건(76.0%)으로 가장 많았고, 검사 13건(13.0%), 주사 4건(4%), 치료·처치 3건(3%) 등의 순이었다.

수술내용은 골절 수술 19건(19.0%), 인공관절 수술 18건(18.0%), 인대 수술 11건(11.0%), 추간관탈출증 수술 10건(10.0%) 등의 순이었고, 의료사고

내용은 감염(염증)발생 19건(19.0%), 진단지연 16건(16.0%), 신경손상 12건(12.0%), 부정(불)유합 9건(9.0%), 운동범위 제한 5건(5.0%), 감각이상 3건(3.0%), 심장질환 합병증 발생 1건(1.0%) 등이었다.

의료사고 내용은 수술 후 감염 발생이 19건(19.0%)으로 가장 많았고, 특히 인공관절 수술 후 감염이 발생한 경우가 9건으로 가장 많았다(표 11).

표 11. 정형외과 의료행위 및 의료사고 내용 단위 : 건, (%)

의료행위 사고내용	수술							검사	주사	치료	기타	합계
	골절	인공관절	인대	추간판탈출증	척추	단순열상	기타					
감염	3	9	1	3	1	-	2	-	-	-	-	19(19.0)
진단지연	1	-	-	-	-	1	1	13	-	-	-	16(16.0)
신경손상	1	5	-	1	1	-	1	-	2	-	1	12(12.0)
부정(불)유합	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9(9.0)
운동제한	-	-	3	-	-	-	2	-	-	-	-	5(5.0)
감각이상	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	3(3.0)
심장질환	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(1.0)
기타	5	3	7	6	4	1	2	-	2	3	2	35(35.0)
합계	19 (19.0)	18 (18.0)	11 (11.0)	10 (10.0)	7 (7.0)	2 (2.0)	9 (9.0)	13 (13.0)	4 (4.0)	3 (3.0)	4 (4.0)	100 (100.0)

수술 후 감염을 발생시킨 균의 종류는 MRSA 감염이 8건(42.1%)으로 가장 많았으며, 녹농균 2건(10.5%), Staphylococcus aureus, VRE가 각각 1건(5.3%), 균 검사를 실시하지 않은 경우가 2건(10.5%) 등이었다(표 12).

표 12. 감염균 종류

단위 : 건

균 종류	건수	비율(%)	균 종류	건수	비율(%)
MRSA	8	42.1	균검출되지 않음	1	5.3
녹농균	2	10.5	기타	4	21.1
Staphylococcus aureus	1	5.3	균 검사 미실시	2	10.5
VER	1	5.3	합계	19	100.0

#### 다. 치과

치과의 경우, 의료행위 내용은 보철치료가 18건(26.1%)으로 가장 많았고, 발치와 임플란트 식립이 각각 9건(13.0%), 교정 7건(10.1%), 신경치료와 의치제작이 각각 6건(8.7%)등의 순이었다.

의료사고 내용은 효과미흡이 22건(31.9%)으로 가장 많았고, 감염 9건(13.0%), 통증 등의 이상감각 발생 6건(8.7%), 신경손상과 발치를 하게 된 경우가 각각 5건(7.2%), 악관절 장애와 치아 파절이 각각 4건(5.8%), 부정교합 2건(2.9%), 충치치료 후 충전물 탈락 1건(1.4%) 등이었다.

의료행위별 의료사고 내용을 보면, 보철치료의 경우는 총 18건 중 11건(61.1%)이 치료 후 부작용이 발생한 경우이고 7건(38.9%)은 효과미흡이었으며, 발생한 부작용 내용은 보철치료 후 발치를 하게 된 경우가 3건, 악관절 장애 2건 등이었다.

발치치료는 9건 모두 치료 후 부작용이 발생한 경우로 감염이 4건으로 가장 많았고 신경손상, 악관절 장애, 치아파절이 각각 1건이었다.

임플란트 시술의 경우는 총 9건 중 6건(66.7%)은 부작용 발생, 3건

(33.3%)은 효과미흡이었으며, 발생한 부작용은 감염과 신경손상이 각각 2건, 인접 치아의 파절이 1건 등이었다.

교정치료의 경우는 효과미흡 4건과 부정교합 발생 2건, 악관절 장애 1건 등이었고, 의치제작의 경우는 의치가 자주 빠져서 음식물을 씹기 어려운 효과미흡의 경우가 총 6건 중 5건이었다(표 13).

표 13. 치과 의료행위 및 의료사고 내용 단위 : 건, (%)

의료행위 사고내용	보철	발치	임플란트	교정	신경치료	의치	안면수술	레진충전	기타	합계
효과미흡	7	-	3	4	-	5	1	1	1	22(31.9)
감염	-	4	2	-	1	-	-	-	2	9(13.0)
이상감각	1	-	-	-	3	-	-	1	1	6(8.7)
신경손상	1	1	2	-	-	-	1	-	-	5(7.2)
발치	3	-	-	-	1	1	-	-	-	5(7.2)
악관절장애	2	1	-	1	-	-	-	-	-	4(5.8)
치아파절	-	1	1	-	-	-	-	-	2	4(5.8)
부정교합	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2(2.9)
충전물탈락	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1(1.4)
기타	4	2	1	-	1	-	2	1	-	11(15.9)
합계	18 (26.1)	9 (13.0)	9 (13.0)	7 (10.1)	6 (8.7)	6 (8.7)	4 (5.8)	3 (4.3)	7 (10.1)	69 <sup>3)</sup> (100.0)

#### 라. 산부인과

분쟁이 발생한 의료행위 내용은 수술이 27건(47.5%)으로 가장 많았고, 검사 13건(22.8%), 치료·처치 8건(14.0%), 자연분만 7건(12.3%), 유도분만 2

3) 계약 관련 1건은 제외함.

건(3.5%)이었다.

수술내용은 자궁적출술 7건, 제왕절개술 5건, 자궁근종제거술과 요실금 수술, 난소 수술이 각각 3건, 소파술 2건이었다.

발생된 의료사고 내용은 신생아 손상과 진단지연이 각각 11건(19.3%)로 가장 많았고, 출혈과 장기 손상이 각각 5건(8.8%), 신경손상 2건(3.5%) 등이었다(표 14).

표 14. 산부인과 의료행위 및 의료사고 내용 단위 : 건, (%)

의료행위 사고내용	수술							검사	치료 처치	자연 분만	유도 분만	합계
	자궁 적출 술	제왕 절개 술	자궁 근종 제거 술	요실 금 수술	난소 낭종 수술	소파 술	기타					
신생아손상	-	3	-	-	-	-	-	-	-	6	2	11(19.3)
진단지연	-	-	-	-	-	-	-	11	-	-	-	11(19.3)
출혈	-	1	2	-	-	1	1	-	-	-	-	5(8.8)
장기손상	2	-	1	-	1	-	1	-	-	-	-	5(8.8)
신경손상	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2(3.5)
감염(염증)	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1(1.8)
기타	3	-	-	1	2	-	1	2	7	1	-	17(29.8)
효과미흡	-	-	-	2	-	1	1	-	1	-	-	5(8.8)
합계	7 (12.3)	5 (8.8)	3 (5.3)	3 (5.3)	3 (5.3)	2 (3.5)	4 (7.0)	13 (22.8)	8 (14.0)	7 (12.3)	2 (3.5)	57 (100.0)

#### 마. 성형외과

의료행위 내용은 수술 46건(85.0%), 치료·처치 8건(14.8%)이었고, 수술 종류로는 중검술이 12건(22.2%)으로 가장 많았고, 지방흡입(주입)술 5건(9.3%), 용비술 5건(9.3%), 유방성형술 5건(9.3%), 안면윤곽성형술 2건(3.7%)

등의 순이었다.

분쟁이 발생한 의료사고 내용은 성형수술 후 흉터가 발생한 경우가 15건(27.8%)으로 가장 많았고, 효과미흡 10건(18.5%), 염증과 비대칭 발생이 각각 8건(14.8%), 신경손상 2건(3.7%), 유방성형술 후 구형구축, 용비술 후 보형물 이상으로 부작용이 발생한 경우가 각각 1건(1.9%) 등의 순이었다 (표 15).

표 15. 성형외과 의료행위 및 사고내용 단위 : 건, (%)

의료행위 사고내용	수술							치료 처치	합계
	중검술	지방 흡입술	용비술	유방 성형술	안면 윤곽술	모발 이식술	기타		
흉터	2	2	-	-	-	1	7	3	15(27.8)
효과미흡	5	-	1	1	-	-	2	1	10(18.5)
염증	-	-	2	1	-	-	4	1	8(14.8)
비대칭	3	2	1	1	1	-	-	-	8(14.8)
신경손상	-	-	-	1	1	-	-	-	2(3.7)
구형구축	-	-	-	1	-	-	-	-	1(1.9)
보형물이상	-	-	1	-	-	-	-	-	1(1.9)
주관적불만	-	-	-	-	-	-	-	1	1(1.9)
기타	2	1	-	-	-	-	3	2	8(14.8)
합계	12(22.2)	5(9.3)	5(9.3)	5(9.3)	2(3.7)	1(1.6)	16(29.6)	8(14.8)	54 <sup>4)</sup> (100.0)

4) 계약관련 2건은 제외함

### 3. 분쟁 처리결과

#### 가. 진료과목별 의료진의 귀책사유 및 처리결과

총 의료분쟁 394건 중에서 의료진이 주의의무 또는 설명의무를 소홀히 하여 의료사고 발생에 기여한 부분이 있다고 판단된 경우는 289건으로 73.4%였으며, 귀책사유로는 주의의무 소홀이 61.9%, 설명의무 소홀이 11.4%로 분석되었고, 진료과목별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p=0.007$ ). 설명의무 소홀이 귀책사유로 판단된 경우는 치과와 성형외과가 각각 21.4%(15건), 21.4%(12건)로 다른 진료과목에 비해 유의하게 높았고, 의료사고 발생에 대해 병원에 귀책사유가 없다고 판단된 경우도 총 98건으로 전체 의료분쟁 건의 24.9%로 분석되었는데 진료과목 중 내과가 29.7%(33건)로 가장 많았다.

의료분쟁 처리결과는 배상으로 처리된 경우가 51.7%(204건)이고, 정보제공이 20%(79건), 소비자분쟁조정위원회로 조정요청 된 경우가 16.0%(63건), 취하 또는 중지로 종결된 경우가 12.2%(48건)이었고, 진료과목별로 유의한 차이가 있었다( $p=0.001$ ). 정보제공은 의료사고 결과에 대해 의료진에게 귀책사유가 있다고 보기 어려워서 환자 측에게 조사결과를 설명하고 종결 처리된 경우로, 귀책사유에서 과실이 없다고 판단된 건은 98건이나 정보제공으로 처리된 건은 79건(80.6%)임을 고려할 때, 19건(19.4%)은 소비자가 사실조사 결과를 납득하지 못하여 소비자분쟁조정위원회로 조정요청된 경우로 볼 수 있으며, 특히 치과의 경우 의료진에게 과실이 없다고 판단된 경우는 16건이나 정보제공으로 처리된 건은 7건에 불과하여 다른 진

료과목에 비해 조정요청 되는 경우가 많은 것으로 분석되었다(표 16).

표 16. 진료과목별 귀책사유 및 처리결과 단위 : 건, (%)

	내과	정형외과	치과	산부인과	성형외과	합계	$\chi^2$	
귀책 사유	주의의무 소홀	70(63.1)	67(67.0)	37(52.9)	35(61.4)	35(62.5)	244(61.9)	27.33*
	설명 의무 소홀	8(7.2)	4(4.0)	15(21.4)	6(10.5)	12(21.4)	45(11.4)	
	과실 없음	33(29.7)	27(27.0)	16(22.9)	15(26.3)	7(12.5)	98(24.9)	
	기타		2(2.0)	2(2.9)	1(1.8)	2(3.6)	7(1.8)	
처리 결과	배상	54(48.6)	48(48.0)	36(51.4)	34(59.7)	32(57.2)	204(51.7)	32.52**
	정보제공	32(28.8)	21(21.0)	7(10.1)	15(26.3)	4(7.1)	79(20.0)	
	조정요청	17(15.3)	21(21.0)	14(20.0)	4(7.0)	7(12.5)	63(16.0)	
	취하·중지	8(7.2)	10(10.0)	13(18.6)	4(7.0)	13(23.2)	48(12.2)	
합계	111(100.0)	100(100.0)	58(100.0)	57(100.0)	56(100.0)	394(100.0)		

\* p=0.007, \*\* p=0.001

#### 나. 환자 및 의료기관 특성별 합의율

합의율이란 의료사고 결과에 대해 의료진에게 귀책사유가 있다고 판단된 의료분쟁 건에 대해 합의권고가 진행된 후 금전적인 배상을 통한 합의가 이루어진 비율을 말하는 것으로, 본 연구에서 주의의무 또는 설명의무 소홀에 대한 귀책사유가 있다고 판단된 건은 289건으로 전체 의료분쟁 건의 73.4%였고, 이중에서 배상을 통한 금전적 합의가 이루어진 경우는 195건으로 나타나 전체 합의율은 67.5%로 분석되었다(표 19).

환자 및 의료기관의 일반적인 특성에 따른 합의율의 통계적인 차이를 분석하기 위해 카이제곱 검정을 실시하였다.

진료과목별 합의율은 내과 69.2%, 정형외과 64.8%, 치과 61.5%, 산부인

과 80.5%, 성형외과 63.8%로 산부인과가 가장 높고, 치과가 가장 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.328$ ).

환자의 성별에 따른 합의율은 여성이 72.0%로 남성 61.2% 보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.069$ ).

환자의 연령에 따른 합의율은 30세 미만 66.0%, 30대 62.9%, 40대 66.7%, 50대 75.6%, 60대 71.4%, 70세 이상 62.5%로 50대가 합의율이 가장 높고, 30대가 가장 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.766$ ).

의료기관의 종류에 따른 합의율은 개인의원 70.9%, 병원 59.3%, 종합병원 63.6%, 대학병원 68.6%로 개인의원이 가장 높고, 일반병원이 가장 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.471$ ).

병원의 지역별 분포에 따른 합의율은 서울 71%, 경기·인천·강원도 68.9%, 경상도 65.9%, 전라·충청·제주도 51.5%로 서울에 위치한 의료기관의 합의율이 가장 높고, 전라·충청·제주도가 가장 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.192$ ).

의료진의 귀책사유에 따른 합의율은 주의의무 소홀이 70.1%로 설명의무 소홀시 53.3%보다 통계적으로 유의하게 높았다( $p=0.042$ ).

의료사고 결과에 따른 합의율은 치료기간만 연장된 경우가 64.5%, 환자 사망시 69.4%, 장애 발생시 76.7%, 치료 효과미흡시 78.1%, 수술 또는 재수술시 70.0%, 기타의 경우 20.0%로 치료 효과 미흡에 대한 의료분쟁시에 합의율이 가장 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.119$ ).

표 17. 환자 및 의료기관 특성별 합의율

단위 : 건

		전체 건수	주의(설명) 의무 소홀	배상	합의율(%)	$\chi^2$	p-value
		n=394	n=289	n=195	67.5		
진료과목	내과	111	78	54	69.2	4.63	0.328
	정형외과	100	71	46	64.8		
	치과	70	52	32	61.5		
	산부인과	57	41	33	80.5		
	성형외과	56	47	30	63.8		
성	남	167	121	74	61.2	3.31	0.069
	여	227	168	121	72.0		
연령	30세미만	66	50	33	66.0	2.57	0.766
	30~39세	82	62	39	62.9		
	40~49세	86	66	44	66.7		
	50~59세	63	45	34	75.6		
	60~69세	61	42	30	71.4		
	70세이상	36	24	15	62.5		
의료기관 종류	개인의원	173	127	90	70.9	2.52	0.471
	병원	83	54	32	59.3		
	종합병원 대학병원	26 112	22 86	14 59	63.6 68.6		
지역	서울	189	138	98	71.0	4.74	0.192
	경기,인천,강원	94	74	51	68.9		
	경상	64	44	29	65.9		
	전라,충청,제주	47	33	17	51.5		
귀책사유	주의의무 소홀	-	244	171	70.1	4.12	0.042*
	설명의무 소홀	-	45	24	53.3		
사고결과	치료기간 연장	213	166	107	64.5	8.75	0.119
	사망	51	36	25	69.4		
	장애	36	30	23	76.7		
	효과미흡	40	32	25	78.1		
	(재)수술	30	20	14	70.0		
	기타	24	5	1	20.0		

\* p < 0.05

#### 다. 합의에 영향을 미치는 변수

합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 변수를 파악하기 위해 각각의 특성을 모두 통제한 후 로지스틱 회귀모형으로 분석하였다.

진료과목은 내과에 비해 치과의 합의율이 0.36배(95% CI 0.14-0.97,  $p=0.043$ )로 통계적으로 유의하게 낮았다.

환자의 성별과 연령, 의료기관의 종류에서는 합의율에 영향을 미치는 변수가 없었으며, 의료기관의 지역별 분포는 전라·충청·제주도가 서울의 0.35배(95% CI 0.14-0.84,  $p=0.020$ )로 서울에 분포한 의료기관에 비해 유의하게 합의율이 낮았다.

의료진의 귀책사유에 따른 합의율은 설명의무 소홀이 주의의무 소홀의 0.41배(95% CI 0.19-0.89,  $p=0.023$ )로 설명의무 소홀시의 합의율이 주의의무 소홀시의 합의율 보다 유의하게 낮았다.

의료사고 결과별로는 치료효과 미흡시의 합의율이 치료기간이 연장된 경우의 3.89배(95% CI 1.35-11.18,  $p=0.012$ )로 효과미흡시의 합의율이 유의하게 높았다.

표 18. 합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관 변수

		Odds Ratio	95% 신뢰구간 하한값, 상한값	p-value
진료과목	내과	1.00		
	정형외과	0.68	(0.28 , 1.65)	0.391
	치과	0.36	(0.14 , 0.97)	0.043*
	산부인과	1.12	(0.36 , 3.51)	0.848
	성형외과	0.50	(0.18 , 1.36)	0.171
성	남	1.00		
	여	0.58	(0.30 , 1.11)	0.100
연령	30세미만	1.00		
	30~39세	0.90	(0.38 , 2.17)	0.815
	40~49세	0.82	(0.35 , 1.91)	0.640
	50~59세	1.77	(0.65 , 4.78)	0.262
	60~69세	1.02	(0.36 , 2.91)	0.973
	70세이상	0.79	(0.24 , 2.62)	0.695
의료기관	개인의원	1.00		
종류	병원	0.47	(0.19 , 1.15)	0.097
	종합병원	0.45	(0.14 , 1.44)	0.180
	대학병원	0.65	(0.30 , 1.39)	0.265
지역	서울	1.00		
	경기,인천,강원	1.10	(0.54 , 2.22)	0.791
	경상	0.98	(0.43 , 2.23)	0.956
	전라,충청,제주	0.35	(0.14 , 0.84)	0.020*
귀책사유	주의의무 소홀	1.00		
	설명의무 소홀	0.41	(0.19 , 0.89)	0.023*
	과실 없음	-	--	-
	기타	-	--	-
사고결과	치료기간 연장	1.00		
	사망	1.44	(0.54 , 3.84)	0.462
	장애	2.25	(0.75 , 6.78)	0.150
	효과미흡	3.89	(1.35 , 11.18)	0.012*
	(재)수술	2.00	(0.57 , 7.02)	0.279
	기타	0.10	(0.01 , 1.01)	0.051
Area under ROC(c statistics)			0.706	

\* p <0.05

라. 진료과목별 합의금액 분포

진료과목별 합의금액의 분포는 100만원이상 500만원미만이 39.5%(77건)로 가장 많았고, 500만원이상 1000만원미만 17.9%(35건), 50만원미만 12.8%(25건), 50만원이상 100만원미만 11.8%(23건), 1000만원이상 3000만원미만 10.3%(20건) 등으로 분석되어 정규분포를 나타내지 않았다.

합의금액이 5,000만원 이상인 경우는 내과의 경우, 기관내튜브 제거 후 저산소성 뇌손상 발생 1건, 정형외과의 경우, 척추수술 후 혈중으로 하지마비 발생 1건, 산부인과는 분만 후 신생아 손상 2건과 근긴장성이영양증 환자 난소수술 후 사망 1건, 성형외과는 전신 지방흡입술 후 흉터 발생 2건으로 총 7건이었다.

표 19. 진료과목별 합의금액 분포 단위 : 건, (%)

합의금액	내과	정형외과	치과	산부인과	성형외과	합계
50만원미만	3(5.6)	4(8.7)	5(15.6)	7(21.2)	6(20.0)	25(12.8)
100만원미만	4(7.4)	5(10.9)	7(21.9)	2(6.1)	5(16.7)	23(11.8)
500만원미만	21(38.9)	20(43.5)	15(46.9)	9(27.2)	12(40.0)	77(39.5)
1,000만원미만	15(27.8)	11(23.9)	2(6.3)	7(21.2)	-	35(17.9)
3,000만원미만	7(13.0)	3(6.5)	2(6.3)	3(9.1)	5(16.7)	20(10.3)
5,000만원미만	3(5.6)	2(4.3)	1(3.1)	2(6.1)	-	8(4.1)
1억미만	1(1.9)	1(2.8)	-	2(6.1)	2(6.7)	6(3.1)
1억이상	-	-	-	1(3.0)	-	1(0.5)
합계	54(100.0)	46(100.0)	32(100.0)	33(100.0)	30(100.0)	195(100.0)

마. 환자 및 의료기관의 일반적 특성에 따른 합의금액

합의된 195건의 총 합의금액은 1,433,665,545원으로 분석되었고, 합의금액의 분포가 정규분포를 하지 않아 환자 및 의료기관의 일반적 특성에 따른 합의금액의 차이를 분석하기 위해 비모수검정(Kruskal wallis test)을 실시하였다.

진료과목별 평균 합의금액은 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 내과 7,386,904원, 정형외과 6,099,945원, 치과 3,754,844원, 산부인과 12,474,858원, 성형외과 7,411,667원으로 산부인과의가 가장 높고, 치과의가 가장 낮았으며, 합의금액 분포에 따른 중위수는 정형외과의가 3,100,000원으로 가장 높고, 치과의가 1,350,000원으로 가장 낮았다( $p=0.010$ ).

환자의 성별에 따른 평균 합의금액은 여성이 7,880,037원으로 남성 6,488,934원 보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.075$ ).

환자의 연령에 따른 평균 합의금액은 30세미만 5,117,273원, 30대 13,594,424원, 40대 5,671,364원, 50대 4,017,076원, 60대 8,540,249원, 70세이상 6,152,333원으로 30대가 가장 높고, 30세미만이 가장 낮으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.083$ ).

의료기관의 종류에 따른 평균 합의금액은 개인의원이 6,049,389원, 병원 5,077,328원, 종합병원 10,067,490원, 대학병원 9,928,834원으로 종합병원이 통계적으로 유의하게 가장 높고, 병원이 가장 낮았으며, 중위수는 종합병원이 4,500,000원으로 가장 높고, 개인의원이 1,350,000원으로 가장 낮았다( $p < .0001$ ).

의료기관의 지역별 분포에 따른 평균 합의금액은 서울 8,809,414원, 경

기·인천·강원도 5,571,837원, 경상도 6,668,125원, 전라·충청·제주 5,459,040원으로 서울이 가장 높고, 경기·인천·강원도가 가장 낮았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다( $p=0.524$ ).

의료진의 귀책사유에 따른 합의금액은 주의의무 소홀시 8,245,575원으로 설명의무 소홀시 986,344원보다 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .0001$ ).

의료사고 결과에 따른 합의금액은 치료기간 연장시 4,804,699원, 환자사망시 13,345,805원, 장애 발생시 20,476,290원, 치료 효과미흡시 1,064,600원, 수술 또는 재수술시 2,881,999원으로 기타를 제외하고 장애가 발생된 경우의 합의금액이 가장 높았고, 효과 미흡시 가장 낮았다( $p < .0001$ ).

표 20. 환자 및 의료기관 특성별 합의금액

단위 : 원

		빈도(건) n=195	평균 7,352,131	중위수 2,500,000	$\chi^2$	p-value
진료과목	내과	54	7,386,904	3,000,000	13.27	0.010*
	정형외과	46	6,099,945	3,100,000		
	치과	32	3,754,844	1,350,000		
	산부인과	33	12,474,858	2,240,000		
	성형외과	30	7,411,667	1,600,000		
성	남	74	6,488,934	3,000,000	3.17	0.075
	여	121	7,880,037	2,000,000		
연령	30세미만	33	5,117,273	1,900,000	9.75	0.083
	30~39세	39	13,594,424	2,000,000		
	40~49세	44	5,671,364	2,000,000		
	50~59세	34	4,017,076	2,620,000		
	60~69세	30	8,540,249	3,250,000		
	70세이상	15	6,152,333	5,000,000		
의료기관 종류	개인의원	90	6,049,389	1,350,000	23.28	<.0001*
	병원	32	5,077,328	3,100,000		
	종합병원	14	10,067,490	4,500,000		
	대학병원	59	9,928,834	4,000,000		
지역	서울	98	8,809,414	2,600,000	2.26	0.524
	경기,인천,강원	51	5,571,837	1,500,000		
	경상	29	6,668,125	3,000,000		
	전라,충청,제주	17	5,459,040	3,000,000		
귀책사유	주의의무 소홀	171	8,245,575	3,000,000	21.75	<.0001*
	설명 의무 소홀	24	986,344	750,000		
사고결과	치료기간 연장	107	4,804,699	1,700,000	60.17	<.0001*
	사망	25	13,345,805	5,000,000		
	장애	23	20,476,290	7,500,000		
	효과미흡	25	1,064,600	600,000		
	(재)수술	14	2,881,999	2,500,000		
	기타**	1	48,000,000	48,000,000		
총 처리금액			1,433,665,545			

\* P <0.05, \*\* 는 중심정맥삽관술 후 철사가 몸속에 남은 경우로 통계 검정에서 제외함.

바. 합의금액에 영향을 미치는 변수

합의금액에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 일반적 특성을 파악하기 위해 합의금액이 포아송 분포를 따를 것으로 가정하고, 분포의 과분산에 따른 p-value를 보정하여 각각의 특성을 모두 통제된 후 포아송 회귀모형으로 분석하였다.

진료과목에서 성형외과의 합의금액이 내과의 2.99배(95% CI 1.55-5.75,  $P=0.001$ )로 성형외과가 내과에 비해 합의금액이 유의하게 높았다.

환자의 연령에서 30대의 합의금액이 30세미만의 2.21배(95% CI 1.35-3.61,  $p=0.002$ )로 30대가 30세미만에 비해 합의금액이 유의하게 높았다.

환자의 성별과 의료기관의 종류에서는 합의금액에 유의한 영향을 미치는 변수가 없었다.

의료기관의 지역별 분포에서 경기·인천·강원도에 위치한 의료기관의 합의금액이 서울의 0.5배(95% CI 0.32-0.76,  $p=0.001$ )로 서울에 비해 유의하게 낮았다.

의료사고 발생에 대한 의료진의 귀책사유로 설명의무 소홀시의 합의금액이 주의의무 소홀시의 0.17배(95% CI 0.05-0.53,  $p=0.002$ )로 설명의무 소홀을 귀책사유로 한 경우가 합의금액이 유의하게 낮았다.

의료사고 결과로는 환자가 사망한 경우의 합의금액이 치료기간만 연장된 경우에 비해 5.25배(95% CI 3.04-9.06,  $p < 0.0001$ ), 장애가 발생한 경우는 9.11배(95% CI 5.37-15.46,  $p < 0.0001$ ) 높았고, 치료 효과미흡시의 합의금액은 치료기간만 연장된 경우의 0.3배(95% CI 0.10-0.89,  $p=0.031$ )로 치료기간

이 연장된 경우에 비해 효과미흡의 경우가 합의금액이 낮았다.

표 21. 합의금액에 영향을 미치는 환자 및 의료기관 변수

		Odds Ratio	95% 신뢰구간 하한값, 상한값	p-value
진료과목	내과	1.00		
	정형외과	0.77	(0.45 , 1.33)	0.351
	치과	1.96	(0.95 , 4.05)	0.068
	산부인과	1.41	(0.78 , 2.56)	0.260
	성형외과	2.99	(1.55 , 5.75)	0.001*
성	남	1.00		
	여	0.67	(0.44 , 1.02)	0.061
연령	29세 이하	1.00		
	30~39세	2.21	(1.35 , 3.61)	0.002*
	40~49세	1.47	(0.85 , 2.56)	0.170
	50~59세	0.84	(0.43 , 1.63)	0.602
	60~69세	1.31	(0.69 , 2.51)	0.407
	70세 이상	1.05	(0.46 , 2.38)	0.915
의료기관 종류	개인의원	1.00		
	병원	1.77	(0.98 , 3.19)	0.060
	종합병원	0.68	(0.38 , 1.22)	0.195
	대학병원	0.97	(0.66 , 1.43)	0.869
지역	서울	1.00		
	경기,인천,강원	0.50	(0.32 , 0.76)	0.001*
	경상	0.98	(0.59 , 1.65)	0.949
	전라,충청,제주	0.57	(0.30 , 1.06)	0.078
귀책사유	주의의무 소홀	1.00		
	설명 의무 소홀	0.17	(0.05 , 0.53)	0.002*
	과실 없음	-		
	기타	-		
사고결과	치료기간 연장	1.00		
	사망	5.25	(3.04 , 9.06)	<.0001*
	장애	9.11	(5.37 , 15.46)	<.0001*
	효과미흡	0.30	(0.10 , 0.89)	0.031*
	(재)수술	1.02	(0.39 , 2.70)	0.968
	기타	-		

\* P <0.05

## V. 고찰

### 1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 의료분쟁의 현황 및 그 경향을 분석하여 향후 유사한 의료분쟁이 발생하는 것을 예방하고 합리적인 의료분쟁 해결 제도를 마련하기 위한 기초 자료를 제공하고자 하여 2006년 한국소비자원에 신청된 의료분쟁 건 중에서 주요 5개 진료과목에 대한 분쟁의 특성을 분석하였다.

한국소비자원에 의료피해구제로 신청된 의료분쟁 사례들은 의료사고 발생 후 환자 측이 병원 측에 피해보상을 요구하였으나 거절당한 경우, 또는 양당사자 간 원만한 합의가 이루어지지 않아 대부분 환자 측이 피해구제를 요청한 경우이며, 본 연구에서 분석 대상이 된 진료과목들은 2006년 1년 동안 한국소비자원에 신청된 의료분쟁 1,149건 중에서 증거자료 미비나 해당병원의 의견회신 지연으로 처리가 확정되지 않은 460건을 제외한 총 689건 중에서 주요 5개 진료과목의 분쟁 사례들이다. 가장 많이 신청된 진료과목은 내과로 총 116건(16.8%)이었고, 정형외과 103건(14.9%), 치과 74건(10.7%), 산부인과 62건(9.0%), 성형외과 59건(8.7%)의 순이었다(표 4). 이는 1987년 대한의사협회공제회에서 실시한 의료분쟁 실태조사보고서의 전문 과목 및 진료과목별 분쟁 현황과 비교해 볼 때 사회 변화에 따라 의료분쟁의 흐름도 변화하고 있음을 볼 수 있는데 당시 분쟁 현황을 보면 연평균 발생률 6.5%를 상회하는 과는 산부인과(15.8%)를 비롯하여 흉부외과(12.9%), 외과(11.4%), 정형외과(11%), 신경외과(9.9%) 등으로 나타나서 특히

의료분쟁이 주로 산부인과에 집중되고 있음을 볼 수 있고, 의료사고가 소송으로 이어진 경우의 진료과목별 의료사고 발생빈도도 2001년 8월말 기준으로 서울지방법원에 계속 중인 사건 238건 가운데 산부인과가 51건(21%)로 단연 많았으나 본 연구에서는 산부인과가 내과 및 정형외과, 치과 다음으로 나타나 최근 급격한 출생률 감소라는 사회적 변화와 의료분쟁 발생 경향이 무관하지 않음을 보여주고 있다.

보건복지부가 의료심사조정위원회, 사법연감, 대한의사협회공제회, 소비자원의 자료를 기초로 의료분쟁 접수현황을 분석한 결과에 의하면 2000년 1,465건이던 의료분쟁 접수 건수가 2001년 1,606건, 2002년 1,906건, 2003년 1,832건, 2004년 2,120건, 2005년 2,796건 등으로 증가하였고, 2005년 의료분쟁 접수기관별 현황은 소비자원 1,093건, 사법부 867건, 대한의사협회공제회 814건, 의료심사조정위원회 22건 등으로 나타나 소비자원을 통한 분쟁 해결이 가장 많은 것으로 나타났다(표 1). 따라서 소비자원에 신청된 의료분쟁 사례의 특성을 분석하는 것은 의료사고 및 의료분쟁의 보고체계가 없는 우리나라의 현실에서 유사하게 반복되는 형태의 의료분쟁 현황 및 그 경향을 볼 수 있다는데 그 의의가 있으나 본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다.

첫째, 연구대상을 2006년 1년간 한국소비자원에 신청된 의료분쟁 사례 중에서 증거자료 미비나 해당병원의 의견회신 지연 등으로 처리가 확정되지 않은 460건을 제외한 총 689건 중에서 주요 5개 진료과목의 분쟁사례만 분석대상으로 하여 다른 진료과목과 이전 분쟁사례를 포함한 분쟁의 전체적인 흐름의 특성은 제시하지 못하였다.

둘째, 분석대상이 된 진료과목을 일반적 특성과 진료과목별 특성으로 나누어 일반적 특성에 대해서는 통계분석을, 진료과목별 특성에 대해서는 빈도 및 교차분석을 시도하였으나 진료과목별 분쟁 사례가 적어서 진료과목별 분쟁의 특성 및 의료과오 경향 등을 실증적으로 제시하는 데는 한계점이 있다.

셋째, 본 연구의 대상은 한국소비자원에 신청된 의료분쟁 사례 중에서도 합의권고 단계만을 거친 사례를 분석대상으로 하였으므로 분쟁 현황 및 의료사고의 유형 등을 좀 더 정확히 파악하기 위해서는 합의권고 단계에서만 합의가 이루어지지 않아 동일 사건이 소비자분쟁조정위원회에 조정요청된 후의 조정결과 및 소송으로 진행된 후의 처리결과까지 포함해야 할 것으로 사료된다.

## 2. 연구결과에 대한 고찰

### 가. 환자 및 의료기관 특성에 대한 고찰

본 연구에서 분석 대상이 된 진료과목들은 2006년 1년 동안 한국소비자원에 의료피해구제로 신청된 1,149건 중에서 증거자료 미비나 해당병원의 의견회신 지연으로 처리가 확정되지 않은 460건을 제외한 총 689건 중에서 주요 5개 진료과목들이며, 가장 많이 신청된 진료과목은 내과로 총 116건(16.8%)이었고, 정형외과 103건(14.9%), 치과 74건(10.7%), 산부인과 62건(9.0%), 성형외과 59건(8.7%)이었다(표 4).

내과 및 정형외과 관련 의료분쟁이 두드러진 것은 내과의 경우, 삶의 질이 향상되면서 질환들이 다양화 될 뿐만 아니라 만성질환 증가와 더불어 복잡한 검사 및 다양한 처치, 수술 등이 많아지고 있기 때문이며(김충렬, 2000), 정형외과의 경우는 인공관절 수술과 추간판탈출증 수술이 전체 수술의 36.9%로 나타난 점을 고려할 때(표 11), 평균수명 연장과 국민소득 증가, 의료기술의 발전 등으로 예전에는 그냥 참고 지냈을만한 만성퇴행성 질환과 관련된 수술을 받은 사례가 늘고 있기 때문으로 분석된다.

이는 환자의 연령이 50세 이상인 경우가 치과, 산부인과, 성형외과는 각각 30.1%, 8.8%, 5.4%로 낮은 반면, 내과와 정형외과는 각각 62.1%와 62%로 나타나고 있는 점을 보면 잘 알 수 있고(표 5), 특히 정형외과의 경우는 환자의 연령이 80세 이상인 경우가 4건이나 되고, 이중 3건이 인공관절 수술 후 감염이 발생한 경우이며, 1건은 고관절 골절 수술 후에 감염이 발생하여 패혈증으로 사망한 경우로 나타나 이러한 사실을 잘 뒷받침하고 있다.

본 연구에서는 성형외과 관련 분쟁 건이 59건(8.6%)으로 총 21개 진료과목 중에서 5번째로 나타나서 성형외과가 주요 분쟁 발생 진료과목으로 등장하고 있음을 알 수 있는데 피부미용을 목적으로 박피술 또는 레이저 시술을 받은 후 발생한 피부과 관련 의료분쟁 사례까지 포함하면 성형시술 관련 의료분쟁 건은 더 많을 것으로 추정된다. 이는 최근 외모에 대한 인식의 변화와 더불어 대중매체를 통한 성형시술 광고 등으로 성형시술을 받는 사례 자체가 크게 늘고 있기 때문으로 생각되며 이러한 사회적 추세를 감안한다면 향후 성형시술 관련 의료분쟁은 더 늘어날 것으로 예상된다.

의료기관의 종류는 내과의 경우, 대학병원이 44.1%로 가장 많았는데 김충렬(2000)의 내과영역의 의료과오 판례분석에서 의료사고 피고의 경우 학교법인 및 3차병원이 60% 정도를 차지하였던 것과는 일치한다. 이는 내과영역의 만성질환들이 많아지고 있고, 고위험 환자들이 주로 3차 의료기관에 집중되어 있기 때문이다(표 6).

반면, 치과와 성형외과는 개인의원이 각각 81.4%, 80.4%로 나타나 대부분의 의료분쟁이 개인의원에서 발생하고 있는 것으로 나타났는데 1994년부터 2004년까지 치과영역에서의 의료소송과 관련된 전국 지방법원의 민사 관련 판결문 30례를 분석한 권병기(2006)의 연구에서도 치과의원이 60%로 가장 많았던 것과 일치하며, 치과의원이 많은 이유로 환자가 1차 기관인 의원을 많이 찾고, 의원의 경우 의료분쟁 발생 시 대처 능력이 약하며, 의료분쟁에 대한 교육이 부족해서 생길 수 있음을 유추하였다.

의료기관의 지역별 분포는 전체 병원의 48%가 서울지역에 위치하고 있는 의료기관으로 나타났으며, 특히 내과와 성형외과의 경우는 서울에 위치한 의료기관이 각각 54.1%와 69.6%로 다른 진료과목보다 더 높은 것으로 나타났다(표 6).

특히, 서울에 위치한 의료기관의 종류로 내과는 대학병원이 53.3%, 성형외과는 개인의원이 74.3%로 나타나서 내과 의료분쟁 건의 경우 총 28.9%가 서울지역내 대학병원이고, 성형외과 의료분쟁 건은 총 51.8%가 서울지역내 개인의원인 것으로 나타났는데 이는 대학병원과 성형외과의원이 서울에 밀집해 있고, 서울 지역의 의료소비자들이 지방에 비해 소비자원을 이용할 수 있는 거리적 근접성이 더 높기 때문으로 생각된다(표 7).

의료분쟁이 발생된 원인으로는 전체의 88.6%가 치료 중에 부작용이 발생하였거나 치료 후 상태악화가 악화되어 분쟁이 발생한 경우이며, 치료 효과가 미흡하여 분쟁이 발생된 경우도 10.7%로 나타났다(표 8). 이는 최만규(2006)의 의료사고와 의료분쟁에 대한 의료이용자들의 의식 조사 연구에서 의료진의 오진에 대해서 응답자의 과반수이상인 52%가 우려하고 있었고, 오진이라고 생각할 때는 진료 후에도 증상의 호전이 없거나 오히려 악화되었다고 느낄 때가 43.7%를 차지하여 의료과실을 환자 본인의 증상 호전 여부에 두는 경우가 많기 때문으로 생각된다.

진료과목별 분쟁 발생 원인으로 내과의 경우 100%가 부작용 발생 또는 상태악화가 원인이 된 반면, 치과와 성형외과는 각각 34.4%, 12.5%가 치료효과 미흡으로 분쟁이 발생되어 진료과목별로 유의한 차이가 있었다. 의사가 환자에게 부담하는 진료채무의 성질은 질병의 치유와 같은 결과를 반드시 달성해야 하는 '결과채무'가 아니라, 환자의 치유를 위해 선량한 관리자로서 주의의무를 가지고 치료당시의 의료수준에 비추어 필요하고도 적절한 진료조치를 다해야 할 채무, 이른 '수단채무'라고 보아야 하며, 따라서 진료의 결과가 나쁘다는 사실만을 가지고 곧바로 의료상의 과실이 있다고 추정할 수는 없으나(김선중, 2005), 치과치료와 성형시술은 준위임계약의 성격 이외에도 도급계약적인 측면이 강할 뿐 아니라 비급여 항목이 많아 치료결과가 기대치에 미치지 못하면 분쟁화 되기 쉬운 특성이 있기 때문으로 판단된다.

#### 나. 진료과목별 특성에 대한 고찰

진료과목별 의료분쟁의 특성은 진료과목별로 의료분쟁이 발생한 의료행위와 의료사고내용으로 분류하였다.

내과의 경우, 의료행위 내용으로는 검진(44.1%)과 검사(16.2%)등 진단단계가 60.3%로 가장 많았고, 의료사고 내용 역시 암 진단지연(27.9%)과 암을 제외한 다른 질환의 진단지연(19.8%)이 총 47.7%로 나타나서 진단지연 관련 분쟁이 많았다(표 9). 이는 내과 질환의 경우, 그 특성상 질환의 경과가 외적으로 쉽게 드러나지 않을 뿐만 아니라 전형적인 증상을 띄게 되는 경우는 질환이 이미 상당히 진행된 후이기 때문에 감별진단이 쉽지 않은 특성이 있기 때문이다.

특히 암 진단지연 관련 분쟁 건이 27.9%(31건)로 가장 많은 것은 내과 질환 중 악성종양 질환이 많고 우리나라의 경우, 2001년 이후부터 40세 이상 지역 보험자 및 직장피부양자에 대해 위암, 간암, 직장암, 유방암, 자궁암 검사 등 국가 암 조기검진사업이 시행되고 있어 암으로 진단되면 이전에 건강검진을 받은 적이 있다는 사실 만으로 해당병원의 검사 상 과오를 추정하여 문체 제기를 하는 경우가 많기 때문으로 판단되며, 이는 본 연구결과에서 전체 암 진단지연 관련 분쟁 건 중에서 의료진에게 귀책사유가 없다고 판단된 경우도 32.3%(10건)로 나타나 이러한 사실을 뒷받침 한다. 귀책사유가 있다고 판단된 67.7%(21건)의 경우, 배상이 이루어진 경우는 85.7%(18건)로 총 처리금액은 8천3백만원이고, 1000만원 미만이 전체의 83.3%로 나타났다(표 10).

보건복지부가 국립암센터를 통해 실시한 국민의 5대 암 수검률은

2004년에는 38.9%였으나 2007년에는 47.5%로 증가하였고 매년 증가하고 있는 추세에 있어 향후 암 진단 관련 분쟁 건은 더욱 늘어날 것으로 예상된다. 암으로 진단을 받은 환자들은 암 진단에 대한 정신적 충격과 함께 의사의 진단지연으로 치료기회가 상실되어 자신의 생존여명이 단축되었다고 생각하여 강한 분노감을 표현하면서 많은 손해배상을 요구하나 법원 판례는 암의 특성상 병원 측에 귀책사유가 있다고 하더라도 위자료 밖에 인정하지 않고 있어 소송에 따른 실익이 없기 때문에 환자들이 쉽게 소송을 진행할 수 없는 특성이 있어 암 오진과 관련하여 적절한 분쟁 해결기준이 마련되지 않는다면 분쟁 발생시 물리적 충돌과 첨예한 감정 대립으로 환자와 의사는 모두 심한 정신적인 스트레스를 받을 수밖에 없다.

본 연구결과에서 나타난 정형외과 의료분쟁의 특성은 의료행위로 수술이 76%로 가장 많았고, 검사 13%, 주사 4%, 치료 및 처치 3%로 나타났다 (표 11).

수술종류는 골절수술이 19%로 가장 많았고, 인공관절과 척추수술 등 만성퇴행성 질환 관련 수술이 35%로 나타났다. 특히 추간판탈출증 등의 척추수술이 전체 분쟁 발생 건의 17%로 나타났는데, 이는 1999년 4월부터 2003년 12월까지 한국소비자보호원에 신청된 척추질환 관련 의료분쟁 총 187건 중 요추와 요천추 부위에 발생한 추간판탈출증과 척추관협착증 수술 관련 건이 총 164건(87.7%)로 척추질환 관련 건의 대부분을 차지하였던 것과 일치한다.

인구의 7~10%가 만성 척추 질환을 가지고 살아가고 있고, 의사마다 척추 질환의 치료방향에 대한 견해가 다른 상태에서 척추전문병원이 늘어

나고 있으며, 척추수술 방법이 다양해짐에 따라 척추수술을 받는 환자가 증가하고 있어 척추수술 관련 분쟁 건은 더욱 늘어날 것으로 생각된다.

의료사고 내용으로는 수술 후 감염이 발생한 경우가 19%로 가장 많았고, 진단지연 16%, 신경손상 12%, 골절 수술 후 부정유합 또는 불유합이 발생한 경우가 9% 등으로 나타났으며, 특히 전체 감염 발생 건 중에서는 인공관절 수술 후 감염이 발생한 경우가 47.4%로 가장 많았다.

본 연구에서 80세 이상의 고령 환자 관련 분쟁 사례는 총 5건으로 이중 4건이 정형외과 관련 분쟁이고, 이중 3건이 인공관절 수술 후 감염이 발생한 사례였다. 인공관절 수술은 주로 만성퇴행성 관절 질환이 있는 환자에게 시행되는 수술로 환자의 나이가 대부분 고령이어서 면역력이 저하되어 있고, 당뇨 등 만성질환 합병증을 가지고 있을 가능성이 많아 감염에 취약하므로 수술에 따른 기대효과 뿐만 아니라 수술 후 합병증 발생가능성을 면밀히 검토하여 사전에 이에 대해 충분히 설명함으로써 수술여부를 신중히 결정할 수 있도록 해야 향후 이와 관련된 분쟁을 예방 할 수 있을 것이다. 특히 전체 감염 발생 분쟁 건의 42.1%가 MRSA(Methicillin-resistant Staphylococcus aureus)균 감염으로 나타났는데(표 12), 의학기술의 발달 및 무분별한 항생제 남용에 따른 항생제 내성균의 출현으로 병원감염이 심각한 사회문제로 대두되고 있어 이와 관련한 의료분쟁의 발생도 늘어날 것으로 예상되며, 따라서 병원감염 예방과 분쟁 발생 시의 합리적인 해결기준 마련 등 이에 대한 대책마련도 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에서 나타난 치과의료 분쟁의 경우는 분쟁이 발생한 의료행위로 보철치료가 26.1%(18건)로 가장 많았고, 발치와 임플란트 식립이 각각

13%(9건), 교정치료가 10.1%(7건), 신경치료와 의치제작이 각각 8.7%(6건), 안면수술 5.8%(4건), 레진충진 4.3%(3건)의 순이었다(표 13). 이는 권병기(2006)의 치과영역의 의료소송 유형별 분석에서도 발치 관련 소송건수가 37.7%, 보철 16.7%, 악관절 동통 13.3%, 교정 13.3%, 임플란트 3.3%로 나타나 비슷한 양상을 보이고 있으며, 앞으로는 의학기술의 발달 및 경제성장과 더불어 인공 영구치아 개념의 임플란트 시술을 받는 환자들이 더 늘어날 것으로 예상되어 이와 관련된 분쟁 역시 늘어날 것으로 보인다.

특히, 치료 효과미흡으로 분쟁이 발생한 진료과목은 치과가 31.4%로 다른 진료과목에 비해 유의하게 높았고, 교정치료와 의치제작 등 미용목적의 치료 시에 많았는데 치과 분쟁의 경우, 과거에는 사망이나 심각한 후유장애가 남는 경우에 분쟁으로 이어지는 경우가 대다수이었으나, 최근에는 심미적 불만족, 보철 후 불편감 등 사소하게 생각될 수 있는 부분들도 분쟁화 되는 상황이며, 이는 치과 의료가 준위임 계약의 성격 외에 도급계약의 성격이 강한 측면을 반영하는 것으로 볼 수 있다.

또한 치과 관련 의료분쟁이 증가할 수밖에 없는 이유는 치과 의료행위의 특성 때문일 것이다. 치과진료는 의료인의 진료재량권이 일반 의료보다는 크다는 점에서 표준화와 질적 관리가 어려워 분쟁의 소지가 많으며, 심미성과도 밀접한 관련이 있어 치과진료 결과에 따라 개인이 느끼는 만족도에 차이가 크고 환자의 호소를 객관화하기도 어렵다. 또한 치과진료는 대부분 비가역적인 조직 제거와 인공물질을 이용한 기능 재생을 목적으로 한 치료로 진료 직후 적응과정 전에 느끼는 불편감이 크므로 항상 분쟁의 소지가 있을 수 있다. 예로 의치나 보철물 수복이 완성된 후 저작이 어렵거나 통증이 있어 사용하는데 불편을 느끼면 즉각적으로 호소하는 경우가 많

은데 본 연구에서도 부작용 발생 중에서 이상감각(통증)이 12.8%로 감염에 이어 두 번째로 많은 점은 이러한 사실을 잘 뒷받침 하며, 이와 같은 문제점의 해소를 위해서는 진료과정과 결과에 대하여 의사와 환자간의 신뢰와 협조가 필수적이다.

본 연구결과에서 산부인과의 경우, 분쟁이 발생된 의료행위 내용은 수술이 40.5%로 가장 많았으며, 이중 분만과 관련된 제왕절개술은 8.8%로 나타나 전체 57건 중 자연분만과 유도분만, 제왕절개술 등 분만과 관련된 경우는 건으로 24.6%에 불과했다(표 14). 이는 출산률 감소라는 사회적 현상 때문에 분만과 관련된 분쟁 건수도 줄어들은 것으로 판단된다.

의료사고 내용은 신생아 손상과 진단지연이 각각 19.3%(11건)로 가장 많았다. 신생아 손상은 전체 11건 중 자연분만 후 6건, 제왕절개술 후 3건, 유도분만 후 2건이었고, 진단지연은 유방암 진단지연 3건, 자궁암 진단지연 1건, 자궁외 임신 진단지연 2건, 충수염 진단지연 1건 등이 포함되어 있다.

성형외과에서 발생된 의료분쟁의 경우, 의료행위 내용으로는 수술이 85.2%(46건), 치료 및 처치가 14.8%(8건)이었다(표 15).

수술 종류는 중검술이 22.2%(12건)로 가장 많았고, 지방흡입(주입)술과 용비술, 유방성형술이 각각 9.3%(5건), 안면윤곽술 3.7%(2건) 모발이식술 1.6%(1건)등 이었다.

의료사고내용은 부작용이 발생한 경우가 81.5%였고, 효과미흡이 18.5%였는데 수술종류별 부작용은 중검술의 경우 비대칭이 42.9%(3건)로 가장 많았고 흉터 발생이 28.6%(2건)이었다. 지방흡입(주입)술의 경우 흉터와 비

대칭이 각각 40%(2건)이었고, 용비술의 경우는 염증이 40%(2건), 유방성형술의 경우 염증, 비대칭, 신경손상, 구형구축이 각각 25%(1건)로 나타났다.

성형수술과 관련된 현행 대법원 판례는 성형수술의 경우도 질병의 치료행위의 범주에 속하는 의료행위임이 분명함으로 의사가 환자에게 부담하는 진료채무는 질병의 치료와 같은 결과를 반드시 달성해야 할 결과 채무가 아니라 환자의 치유를 위하여 선량한 관리자의 주의의무를 가지고 현재의 의학수준에 비추어 필요하고 적절한 진료조치를 다해야 할 채무 즉, 수단채무라고 보아야 할 것이므로, 이와 같은 주의의무를 다하였으면 수술 후 부작용 발생이 의사의 과실에 의한 것이라는 것을 입증하지 못하는 한, 발생한 것 자체만으로 의사에게 주의의무 소홀에 대한 책임이 있다고 보기는 어렵다고 판시하고 있다.

다만, 성형수술의 경우는 그 성질상 긴급을 요하지 않고, 성형수술을 한다 하더라도 외관상 다소 간의 호전이 기대될 뿐이며, 수술 후의 상태가 환자의 주관적인 기대치와 다른 경우가 있을 수 있으므로, 의사는 환자에게 치료의 방법 및 필요성, 치료 후의 개선 상태 및 부작용 등에 관하여 구체적인 설명을 하여 환자가 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택할 수 있도록 하여야 할 의무가 있다고 하여 성형수술 후 부작용이 발생하였으나 수술의 적응증 및 수술과정상의 과실을 찾기 어려운 경우, 부작용이 발생할 수도 있음을 사전에 구체적으로 설명하였는지를 판단하게 되고, 만약 사전에 충분한 설명이 되지 않았다면 설명의무를 위반하여 의료소비자가 수술을 할 것인지 여부를 결정할 수 있는 권리를 침해하였다 할 것이고 이로 인하여 의료소비자에게 가한 정신적 손해를 배상할 책임이 있다고 판단하여 이에 따른 위자료 배상 책임을 인정하고 있다(대법원 2002. 10.25.

선고 2002다48443).

성형수술은 그 의료적 특성상 수술 술기상의 과실을 밝히기가 쉽지 않고, 치과치료와 같이 도급계약의 성격이 강할 뿐만 아니라 대부분이 비급여 항목이 많아 사전 설명과는 다른 수술 결과가 발생하였거나, 부작용이 발생하여 재수술등이 필요하게 되면 분쟁이 발생할 가능성이 크므로 분쟁을 예방하기 위해서는 합리적인 해결 기준 마련이 필요할 것으로 생각된다. 특히 대부분의 성형수술 관련 분쟁이 개인의원에서 발생하고 있으나, 개인의원의 경우 대형병원과 달리 분쟁 해결 시스템을 갖추고 있지 않아 분쟁해결에 어려움을 겪을 수밖에 없으며, 사회인식의 변화로 성형수술을 받은 사례가 과거에 비해 현저히 증가하고 있는 현실을 고려할 때 성형수술 관련 분쟁 사례는 더 늘어날 것으로 예상되므로 구체적인 예방책 및 합리적 해결을 위한 기준 마련이 필요할 것으로 생각된다.

#### 다. 처리결과에 대한 고찰

전체 의료분쟁 394건 중에 의료사고 발생에 대해 의료진에게 귀책사유가 있다고 판단된 건은 73.4%(289건)였고, 의료진에게 귀책사유가 없다고 판단된 경우는 24.9%(98건)였으며, 귀책사유가 있다고 판단된 건 중에서 합의권고가 진행되어 환자 측과 병원 측의 합의가 이루어짐으로 분쟁이 종결된 경우는 67.5%로 분석되었다(표 16).

이는 이인영(2005)이 전국 개원의 1,140명을 대상으로 설문 조사를 실시한 무과실 의료사고의 피해자 구제제도를 위한 실태조사 및 인식도 조사에서 지난 5년간 의료분쟁을 경험한 의사 중, 100%가 무과실 의료사고였

다고 대답한 경우가 39.1%이고, 50% 이상이 무과실 의료사고였다고 대답한 경우가 74.3%로 조사된 것과 비교가 되는 연구결과로 소비자들은 소송 전의 의료분쟁 조정기관으로 강제성이 없으나 귀책사유에 대한 전체 합의율이 67.5%에 달하고 있는 점을 고려할 때, 의료사고 발생에 대해 해당 의사는 불가항력적인 결과로 보는 경향이 높기 때문으로 생각된다.

환자 및 의료기관의 일반적 특성에 따른 합의율은 의료진의 귀책사유 중에서 주의의무 소홀시의 합의율이 설명의무 소홀의 경우보다 유의하게 높았고(표 17), 합의에 관련된 요인을 파악하기 위해 환자 및 의료기관 각각의 특성을 통제하여 로지스틱 모형으로 분석한 결과는 진료과목별로 내과에 비해 치과가, 의료진의 귀책사유로 주의의무 소홀시 보다 설명의무 소홀 시에 통계적으로 유의하게 합의율이 낮았다(표 18). 이는 치료 후 악결과가 발생되면 의료행위 과정상의 의료과오가 명확하지 않더라도 시행된 의료행위가 사전에 충분한 설명 후 환자의 동의하에 진행 되었는가로 판단을 하게 되나 설명이행 여부뿐만 아니라 설명내용의 범위, 방법, 시기 등의 적절성의 여부가 논란이 되어 합의율이 낮은 것으로 생각된다.

또한 합의율에 영향을 미치는 요인 중 의료사고 결과로 효과미흡시의 합의율이 부작용 발생 등으로 치료기간이 연장된 경우에 비해 유의하게 높았는데 이는 치료효과 미흡시의 평균 합의금액이 1,064,600원으로 다른 의료사고 결과에 비해 유의하게 합의금액이 낮음으로 미루어 의료 소비자들의 입장에서는 치료 효과미흡을 이유로 민사소송으로 진행하기 어려운 점이 있고 의료 제공자들은 치료 효과미흡에 대한 치료비의 일부를 환불하여 분쟁을 조기에 해결하려는 경향이 있어 합의율이 높은 것으로 보인다.

환자 및 의료기관의 일반적 특성에 따른 평균 합의금액은 진료과목별로는 산부인과가, 의료기관 종류별로는 종합병원이, 의료진의 귀책사유로는 주의의무 소홀시에, 의료사고 결과로는 장애가 남은 경우에 유의하게 합의금액이 높았는데 진료과목별 평균 합의금액이 산부인과가 다른 진료과목에 비해 유의하게 높은 이유는 분만사고로 신생아 사망 또는 장애가 발생되면 손해배상액이 커지기 때문으로 생각된다(표 20).

합의금액에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 환자 및 의료기관의 일반적 특성을 각각 통제한 결과, 진료과목에서 성형외과가 내과에 비해 유의하게 합의금액이 높았는데 이는 성형외과 합의 건 30건 중에서 지방흡입술 후 흉터가 발생되어 6천만원에 합의가 이루어진 건이 2건 있기 때문으로 생각된다.

의료진의 귀책사유별로는 주의의무 소홀시의 합의금액이 설명의무 소홀시의 합의금액보다 유의하게 높았고 다른 변수를 모두 통제한 결과, 주의의무 소홀이 귀책사유가 된 경우에 비해 설명의무 소홀이 귀책사유가 된 경우에는 평균 합의금액이 87% 낮았다. 이는 현행 대법원 판례 경향이 일반적으로 주의의무 소홀 시에는 치료비등의 적극적 손해뿐만 아니라 휴업 손해, 일실수입 등의 소극적 손해까지 배상 책임을 인정하고 있으나, 설명의무 소홀을 귀책사유로 한 경우에는 의료진의 설명의무 위반으로 환자의 자기결정권이 침해당한 것에 대한 정신적 손해 즉 위자료만 일반적으로 인정하고 있기 때문으로 생각된다(대법원 2002다45185).

의료사고 결과에 따른 합의금액은 장애가 발생한 경우가 유의하게 높았고, 환자 및 의료기관 각각의 요인을 통제한 경우 의료사고로 치료기간

만 연장된 경우에 비해 환자가 사망한 경우는 평균 합의금액이 5.25배, 장애가 남은 경우는 9.11배 높았다(표 21). 장애는 주로 수술 후에 발생하는 경우가 많기 때문에 환자 측의 소인이 적고 사망한 경우와는 달리 장애가 남은 경우에는 장애의 정도에 따라 손해배상액에게 개호비까지 추가되기 때문으로 생각된다.

또한 치료효과 미흡시의 평균 합의금액은 치료기간이 연장된 경우에 비해 70%가 낮았는데 효과미흡은 치료과정 중에 의료진의 주의의무 소홀로 확대피해가 발생한 경우가 아니므로 설명의무를 귀책사유로 할 수 밖에 없기 때문에 치료비 일부 환불 수준에서 합의되고 있기 때문으로 생각된다.

의료분쟁 현황을 다각도로 분석하기 위해 분쟁의 일반적 특성과 진료과목별 특성으로 분류하여 위의 연구 결과를 도출하였으나, 본 연구결과는 다음과 같은 제한점이 있다.

첫째, 진료과목별 의료행위 및 의료사고 내용은 의료진의 귀책사유와 관련 없이 전체 의료분쟁 사례를 분석한 것이므로 반복되는 유형의 의료과오에 대한 연구는 귀책사유가 있다고 판단된 사례들을 중심으로 추가 연구가 필요하리라 생각된다.

둘째, 본 연구에서는 합의 및 합의금액에 영향을 미치는 변수로 진료과목, 환자의 성별·연령별 특성과 의료기관의 종류, 지역분포, 의료진의 귀책사유, 의료사고결과로 범주화 하였으나, 환자 측 의사결정권자의 성향이나 지식수준, 의사의 성향 등도 합의에 영향을 미칠 수 있으므로 추가 연구는 의료분쟁에 대한 현상의 파악뿐만 아니라 환자와 의료진의 특성 중

분쟁해결에 영향을 미치는 요인이 무엇인지에 대한 연구도 필요하리라 생각된다.

## VI. 결론

본 연구의 목적은 의료분쟁의 현황 및 그 경향을 분석하여 향후 비슷한 유형의 의료분쟁이 발생하는 것을 예방하고, 합리적인 분쟁 해결제도를 마련하기 위한 기초자료를 제공하고자 함이며, 연구 자료로 사용한 것은 2006년 1년 동안 한국소비자원에 의료 피해구제로 신청된 의료분쟁 사례들 중 주요 5개 진료과목 분쟁 사례들로 내과, 정형외과, 치과, 산부인과, 성형외과 분쟁 사례들이다.

연구 방법으로는 먼저 주요 5개 진료과목 의료분쟁 사례의 일반적인 특성 및 진료과목별 특성을 SPSS 통계프로그램 12.0을 사용하여 빈도 및 교차 분석을 하여 유형화하였다. 1단계 분석에서는 카이제곱 검정 및 Kruskal wallis test를 통해 일반적 특성간의 유의성을 검정하였고, 2단계 분석에서는 로지스틱회귀모형으로 합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 일반적 특성과 포아송회귀모형을 이용하여 합의금액에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 일반적 특성을 분석하였으며, 주요 연구결과는 다음과 같다.

1. 환자 연령으로 내과와 정형외과는 50세 이상의 고연령 환자가 다른 진료과목에 비해 유의하게 많았다.
2. 의료기관의 종류는 개인의원이 43.9%로 가장 많았고, 의료기관의 지역분포는 서울이 48%로 가장 많았다.
3. 의료분쟁 발생 원인으로 부작용 발생 또는 상태악화가 88.6%로 가

장 많았고, 치과와 성형외과는 치료 효과미흡으로 인한 분쟁이 다른 진료 과목에 비해 유의하게 많았다.

4. 진료과목별 의료사고 내용으로 내과는 암 진단지연이 27.9%로 가장 많았고, 정형외과는 수술 후 감염 발생이 19.0%로 가장 많았으며, 치과는 치료 효과미흡이 31.9%로 가장 많았다. 산부인과는 분만 후 신생아 손상과 진단지연이 각각 11%로 가장 많았고, 성형외과는 외과적 수술 또는 시술 후 흉터 발생이 27.8%로 가장 많았다.

5. 전체 의료분쟁 중에 의료진이 주의의무 또는 설명의무를 소홀히 하여 의료사고 발생에 기여한 부분이 있다고 판단된 경우는 73.4%이고, 귀책 사유로는 주의의무 소홀이 61.9%, 설명의무 소홀이 11.4%였다.

6. 치과와 성형외과는 설명의무 소홀이 귀책사유가 된 경우가 각각 21.4%로 다른 진료과목에 비해 유의하게 높았다.

7. 합의율이란 의료사고 결과에 대해 의료진에게 귀책사유가 있다고 판단된 분쟁 건에 대해 합의권고가 진행된 후 금전적인 배상을 통한 합의가 이루어진 비율을 말하는 것으로 본 연구에서 합의율은 67.5%로 분석되었다.

8. 의료진의 귀책사유에 따른 합의율은 주의의무 소홀시 70.1%로 설명의무 소홀시 53.3%보다 유의하게 높았다.

9. 합의에 영향을 미치는 환자 및 의료기관의 변수를 모두 통제한 결과, 치과가 내과에 비해 유의하게 합의율이 낮았고, 의료사고 결과로는 부작용이 발생되어 치료기간이 연장된 경우에 비해 치료 효과미흡시의 합의율이 유의하게 높았다.

10. 진료과목별 평균 합의금액은 산부인과가 12,474,858원으로 가장 높

았고, 치과가 3,754,844원으로 가장 낮았으며, 중위수는 정형외과가 3,100,000원으로 가장 높고, 치과가 1,350,000원으로 가장 낮았다.

11. 의료진의 귀책사유에 따른 평균 합의금액은 주의의무 소홀시가 8,245,575원으로 설명의무 소홀시 986,344원보다 유의하게 높았으며, 환자 및 의료기관의 일반적 특성을 통제한 결과는 주의의무 소홀시의 합의금액이 설명의무 소홀시의 합의금액에 비해 약 5.9배 높았다.

12. 의료사고 결과에 따른 합의금액은 치료기간만 연장된 경우에 비해 환자 사망시 5.25배, 장애 발생시 9.11배 유의하게 높았다.

인간의 생명과 신체는 법이 보호해야 할 가장 중요한 법익이기 때문에 의사가 환자를 치료할 때에는 고도의 주의의무가 요청되며, 사전에 충분한 예방책이 필요하다. 본 연구 결과로 미루어 볼 때 진료과목별에 따라 분쟁의 양상 및 해결 양상이 서로 다르며, 진료과목별로는 유사한 의료분쟁이 반복되는 경향이 있음을 알 수 있다. 분쟁 해결의 가장 바람직한 방법은 분쟁의 소지를 원천적으로 방지하는 것이다. 그러나 그것은 불가능하므로 추후 연구들을 통하여 진료과목별 의료과오 및 분쟁의 특성을 다각도로 분석하여 예방이 가능한 의료과오는 예방하고, 분쟁의 소지가 많은 의료행위는 합리적 분쟁 해결 기준을 마련함으로써 분쟁을 효율적으로 해결하려는 노력은 계속되어야 할 것이다.

## 참고문헌

- 권병기. 치과임상영역에서 발생된 의료분쟁의 판례분석. 연세대학교 석사학위논문 2006
- 권수정. 소아과 영역에서 의료분쟁. 한양대학교 석사학위논문 2005
- 김경례. 의료분쟁과 소비자보호. 고려대학교 법무대학원 석사학위논문 2003
- 김민규. 우리나라 의료과오소송의 실태와 의료분쟁 해결방안. 비교사법 2003;10(4):235-278
- 김선중. 의료과오소송법. 박영사, 2005
- 김인용. 의료분쟁 경험과 대처방안에 관한 연구. 건양대학교 경영행정대학원 석사학위논문 2004.
- 김재윤. 의료분쟁과 법. 을곡출판사, 2006
- 김충렬. 내과영역의 의료과오에 관한 판례분석. 연세대학교 석사학위논문 2000
- 민혜영. 의료분쟁소송 결과에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문 1996
- 박영호. 의료분쟁과 법. 법률정보센터, 2005
- 박희연. 의료기관의 의료분쟁과 관련된 위험관리 활동 현황 조사연구. 연세대학교 석사학위논문 2005
- 신용묵. 의료분쟁해결의 제도적 고찰에 관한 연구. 건국대학교 박사학위논문 2003
- 신은주. 의료과오사건의 손해배상액 산정실무. 형법사, 1996

- 신현호. 의료소송총론. 육법사, 1997
- 양성희, 조항석, 이선희, 손명세. 의료 분쟁 해결 비용의 관련된 요인. 가정  
의학회지 1998;19(8):604-619
- 연세대학교 의료법윤리학연구소. 진료위험도 상대가치개발 연구 최종보고  
서, 2005
- 오진호. 의료사고 및 의료분쟁에 대한 치과위생사의 인식도 조사. 연세대학  
교 석사학위논문 2006
- 윤정아. 서울특별시 개원치과의사의 의료사고 및 분쟁의 유형과 대책에 관  
한 연구. 연세대학교 석사학위논문 2004
- 이상교. 병원의 의료분쟁 비용에 영향을 미치는 요인. 연세대학교 석사학위  
논문 1999
- 이상일. 의료의 질과 위험관리. 한국의료QA학회 2000년 가을정기학술대회  
및 연수교육
- 이시윤. 신민사소송법. 박영사, 2003
- 이인영. 무과실 의료사고의 피해구제제도를 위한 실태조사 및 인식도 조사  
연구, 의료정책포럼 2005;10:69-76
- 이진호. 의료의 질과 위험관리. 인제의학 2001;22(1)
- 이현실, 이준협, 임국환, 최만규. 의료사고 및 의료분쟁에 대한 의료이용자  
들의 의식 조사 연구. 병원경영학회지 2006;11(1):1-30
- 장정진. 의료분쟁해결제도의 문제점과 개선방안. 서울대학교 석사학위논문  
2003
- 장준호. 의료소비자의 의료분쟁 인식과 그 해결방안. 순천향대학교 석사학  
위논문 2005

조항석, 이선희, 손명세, 양성희, 이혜리. 의료사고를 경험한 가족들이 의료 분쟁을 제기하는 원인. 가정의학회지 1998;19(3):274-289

차유림. 인터넷 사이트를 통해 본 의료사고 및 의료분쟁의 현황에 관한 분석. 연세대학교 석사학위논문 2006

한국소비자원. 의료 피해구제의 효율적 처리방안, 2006

한국소비자원. 한국소비자원 20년 실적집, 2007

Adamson TE, Tschann JM, Gullion DS, et al. Physician communication skill and malpractice claims. A complex relationship Western J of Medicine 1989;150:356-60

Charles SC. The doctor-patient relationship and medical malpractice litigation. Bulletin of the Minninger clinic 1993;57(2);195-207

DHEW(Department of Health, Education, and Welfare Washington, D. C.). Report of Secretary's Commission on Medical Malpractices, 1973

Fielding SL. Changing medical practice and medical malpractice claims. Social Problem 1995;42:38-55

[http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetail.jsp?bill\\_id=033038](http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetail.jsp?bill_id=033038)

<http://www.kca.go.kr>

## 【부록】 진료과목별 의료분쟁 사례

### 1. 내과

□ 사건명 : 급성 심근경색증 치료지연으로 사망

#### 가. 사건개요

환자(남, 41세)는 2006.3.22. 흉통과 호흡곤란을 주된 증상으로 병원을 방문하였으며, 협심증으로 진단되어 진통제를 투여 받으면서 경과를 관찰하던 중 증상이 악화되어 다음날인 3.23. 타병원으로 전원하였다.

타병원에서 관상동맥조영술 검사를 받은 결과, proximal LAD total acclusion, proximal Lt Circumflex discrete concentric up to 60~70%, Mid RCA discrete concentric up to 95%, proximal-distal RCA diffuse up to 40~70%로 확인되어 응급으로 관상동맥 스텐트삽입술을 받았으나 상태가 악화되어 시술 당일 사망하였다.

#### 나. 양당사자 주장

##### 1) 환자 측 주장

병원이 심근경색에 대해 적극적 처치를 시행하지 않고 진통제 투여 등의 대증치료만 시행하여 심근경색의 정도를 악화시켰으며, 결국 타병원에

서 응급으로 스텐트삽입술을 받았으나 사망하게 되었으므로 환자 사망에 대한 명확한 해명 및 상응하는 피해보상을 원함.

## 2) 병원 측 주장

응급실 내원 당시 심전도 및 심근효소 검사 상 뚜렷한 심근경색증 소견이 없어서 협심증 및 이에 준한 치료를 시행하였으며, 계속되는 흉통 호소로 3.23. 오전에 심전도 및 심근효소검사를 다시 시행한 결과, 심근경색이 의심되어 후송하였음. 따라서 환자는 23일 오전에 심근경색증이 발생한 것으로 추정되며 입원치료 중 갑자기 심한 급성 심근경색증이 발생한 것을 미리 예측하기는 매우 어렵고, 예측할 수 있는 검사방법도 없었다고 사료되며 심근경색증의 징후가 있을 때 바로 타병원으로 전원하여 의학적으로 최선의 조치를 취하였다고 생각되므로 환자 사망에 대해 손해배상 책임이 없음.

### 다. 사실조사 결과

환자는 3.22. 오전부터 시작된 흉통으로 13:48 응급실을 방문하였고, 심전도, 혈액검사 및 심근효소 검사를 실시한 결과, 협심증 의심소견을 보여 산소흡입 및 NTG(nitroglycerin) 1정 설하 투여, Atenolol 50mg 1정, Aspirin 500mg 1정을 경구투여, Morphine 1/2@, valium 1@을 정맥투여 받았다.

17:00경 흉통이 다시 발생되어 심전도 검사를 실시한 결과, V2,3,4,5의

현저한 ST상승이 관찰되었고 이와 동시에 수축기압이 80~90mmHg으로 저하되는 소견이 확인되었으나 병원에서는 특별한 조치 없이 통증 완화를 위해 Morphine 1/2@만 정맥투여 하였고, 3.23. 01:10경에도 흉통을 호소하자 Morphine1@ 정맥투여 하였다. 환자가 계속 흉통을 호소하여 06:00경에도 Morphine 1@이 투여되었고, 06:30경에 NTG 1정 설하 투여되었다. 흉통을 지속적으로 호소하여 3.23. 09:00 심전도 검사를 다시 실시한 결과, 급성 심근경색으로 진단되어 타병원으로 전원하여 응급으로 스텐트삽입술을 받았으나 시술 후 부정맥이 발생하여 당일 사망하였다.

#### 라. 사건 판단 및 처리결과

심근은 비가역적인 손상을 받기 전에만 구제할 수 있기 때문에 재관류 치료를 적절한 시기에 시행하는 것이 절대적으로 중요하고 시간제한의 상한선은 개개환자의 특이적인 요인에 달려 있지만 분(minute)을 다룰 만큼 치료시기가 중요하다. 일반적으로 증상 시작 1~3시간 이내에 치료한 경우에 가장 좋은 효과를 거둘 수가 있는 것으로 보고되고 있고, 특히 흉통이 지속되고 심전도상 새로운 Q파 없이 ST 분절의 상승이 지속되는 경우에 더욱 효과가 있다. 즉, 환자를 선별하여 치료를 결정하는 일차적인 수단인 초기의 12유도 심전도검사에서 ST분절 상승이 V1-V3에서 연속적인 두개의 유도에서 최소 2mm이상, 그리고 다른 유도에서 1mm이상 관찰되는 환자는 반드시 재관류 치료를 시행하여야 하므로 환자의 경우 응급실 내원 직후의 심전도와는 달리 17:00경 심전도에서는 V2,3,4,5의 현저한 ST elevation이 관찰되었고 이와 동시에 혈압도 수축기압이 80~90mmHg으로

저하 되었던 점(응급실 내원 당시, 130/80mmHg), 또한 좀처럼 호전되지 않는 안정시의 흉통이 지속되었던 점 등을 고려하였을 때, 심근 허혈로 인한 심근 손상이 진행되고 있음을 추정할 수 있는 상황이었다고 판단되므로, 병원에서는 관상동맥조영술등의 정밀검진 후에 즉각적으로 약물(혈전 용해술) 또는 기계적 재관류 치료(혈관확장성형술 또는 스텐트삽입술)를 시행하거나 이러한 검사 및 시술이 여의치 않는 상황이었다면 다른 병원으로 전원을 하여 적절한 치료를 받을 수 있도록 해야 했던 경우였으나 환자에게 진통제 투여를 하면서 경과 관찰만 한 점에서 병원이 주의의무를 다한 것으로 보기는 어렵다고 판단하였다.

결론적으로 3.22. 응급실 내원 당시 환자상태로 볼 때 적절한 처치가 조기에 이루어졌다면 환자가 사망에까지 이르게 되지는 않았을 여지가 판단되어 병원이 환자 사망에 대해 일부 책임이 있다고 판단되었고, 병원이 이에 대해 손해배상을 함으로 종결처리 되었다.

□ 사건명 : 기관내 튜브 제거 후 저산소성 뇌손상 발생

가. 사건개요

환자(남, 64세)는 2001. 폐결핵으로 치료 받은 과거력이 있으며, 2006.5. 호흡곤란으로 병원을 방문한 결과 만성폐쇄성폐질환으로 진단되어 치료를 받은 후 기관절개술을 시행 받은 상태로 6.9. 퇴원하였다.

2006.8.2. 기관절개술 부위의 튜브를 제거한 후에 호흡곤란이 발생하였고, 튜브삽관을 다시 시행하였으나 시술이 원활히 진행되지 않으면서 심정

지가 발생하여 저산소성 뇌손상이 발생하였다.

#### 나. 양당사자 주장

##### 1) 환자 측 주장

간단한 시술이었다고 하더라도 합병증에 대한 설명이 전혀 없었음.

기관내흡인 후에 출혈소견이 확인되었고 동시에 상태가 급격히 악화되었으며, 튜브를 다시 넣는 과정에서도 기술미흡으로 처치가 지연되어 결국은 저산소성 뇌손상 상태에 이르게 된 바, 이에 대한 명확한 해명 및 상응하는 피해보상을 원함.

##### 2) 병원 측 주장

환자가 5.11.부터 6.9.까지 입원 치료로 호전되어 퇴원하기는 하였으나 2006.3.5. 시행한 폐기능 검사상 1초 강제 호기량은 0.85L(29%)로 만성폐쇄성폐질환의 분류상 '매우 중증'에 해당되는 제한된 폐활량 및 폐기능을 가졌고, 심박출량이 38~43%로 감소되어 심부전이 동반되어 있는 등 기본적인 심폐기능이 약한 상태에서, 일반적으로 기관절개튜브 제거 후 일시적으로 발생할 수 있는 기류 흡입 제한 등의 스트레스를 견디지 못하여 갑작스런 상태악화가 초래된 것으로 사료됨.

예기치 않게 발생된 불가항력인 경과에 대해 환자 처치에 필요한 처방을 내는 등 치료에 필요한 처치를 모두 취하였는 바, 본원은 환자의 상태

악화에 대해 책임이 없음.

#### 다. 사건의 판단 및 처리결과

병원 측은 환자의 전신 상태 및 객담량 등을 객관적으로 평가하였을 때 기관절개튜브가 더 이상 필요하지 않을 정도로 환자의 상태가 호전되었기 때문에 취한 적절한 처치였다고 주장하고 있으나, 기관절개튜브를 제거하기 전에는 기관절개술로 인해 새로운 문제가 발생하지 않았는지에 대해 내시경으로 확인해야 하고 성대의 움직임이나 육아 조직 형성 유무, 성문하 협착 유무 등을 확인해야 하며, 유창튜브를 삽입하고 튜브의 입구를 막개로 막아 기관으로 자유로운 호흡이 가능한지 등에 대해서도 확인해야 하나, 진료기록지상 상기 사전 검사내용이 전혀 확인되지 않아 기관절개튜브 제거와 관련하여 의학적 전문가로서 최선의 주의의무를 다하였다고 보기는 어렵다고 판단되었다.

기관절개튜브를 제거한 후 기관 내 흡인 등을 통해 기관이나 기관지가 자극되면 기관지의 수축과 기관구의 수축이 동시에 발생하게 되고, 이로 인해 산소포화도가 떨어지고 호흡곤란이 발생할 수 있으므로 기관 내 흡인을 시행할 때에는 기도 점막이 자극되지 않도록 주의하고 너무 깊이 시행하지 않도록 해야 하나, 본 건의 경우 기관절개 튜브 제거 후 안정적으로 유지되던 호흡이 기관 내 흡인을 시행한 후에 점막출혈을 동반한 호흡곤란이 발생되었으며, 기존에 사용하였던 크기의 기관절개튜브로 재삽관을 시도하였으나 기관절개구가 좁아져 있어 삽입이 잘 되지 않았던 점 등 당시 상황을 종합적으로 고려하였을 때, 기관 내 흡인시 기관이나 기관지가 자

극됨으로 호흡곤란이 발생하였을 가능성을 완전히 배제하기는 힘들다고 사료되어 호흡곤란 발생에 대해 병원 측의 책임이 일부 있다고 판단되었다.

또한 이미 좁아져 있는 기관구에 좁아지기 이전에 사용하던 크기의 튜브를 삽입하게 되면 크기가 커서 실패하게 되므로 이러한 경우에는 이전보다 작은 크기의 튜브를 사용해야 하며, 호흡곤란과 생명징후의 불안정이 발생하였을 때는 기관 내 삽관을 하거나, 큰 주사바늘을 윤상갑상막에 꼽든지, 윤상갑상막절개술을 시행하는 등의 여러 응급조치를 시행하여 신속한 기도확보를 해야 하나, 병원 측은 환자가 호흡곤란을 호소할 때 재삽관을 시도하면서 수차례 동일 크기의 튜브(#8.0) 삽관만 시도함으로 기도확보 실패 및 상태악화를 초래하였고, 결국은 심정지까지 발생되어 심폐소생술을 시행하였으며, 심폐소생술 중 기관 내 삽관 튜브(Endo tube)를 기관절개부위에 삽입함으로 기도를 확보하긴 하였으나 저산소성 뇌손상이 초래된 바, 병원 측의 처치 미흡으로 환자 상태가 악화된 부분이 있다고 판단되었다.

결론적으로 기관 내 흡인 후 발생한 상태악화와 관련하여 튜브제거 전 충분한 사전검사가 이루어졌다고 보기 어렵고, 기관내 흡인 기술상의 문제로 호흡곤란이 초래되었을 가능성을 완전히 배제하기 어려우며, 호흡곤란 발생시 적절하고 신속한 처치가 이루어지지 못한 부분이 있다고 판단되어 병원 측은 환자의 저산소성 뇌손상 발생과 관련 하여 손해배상의 책임이 있다고 판단되었고, 이에 병원이 손해배상을 함으로 종결처리 되었다.

□ 사건명 : 갑상선 양성 종양을 암으로 오진

가. 사건개요

신청인(여, 35세)은 2005.11. 갑상선의 결절로 병원을 방문하여 제반검사를 받은 결과, 갑상선암(유두상세포암)으로 진단을 되어 12.7. 갑상선근전절제술을 받고 12.12. 퇴원하였으나 수술 후 암이 아닌 갑상선 양성 신생물로 진단을 받았다.

나. 양당사자 주장

1) 환자 측 주장

양성신생물을 악성으로 오진하여 갑상선을 다 제거함으로 갑상선 기능저하증이 발생되어 평생 약물복용이 필요하게 되었으므로 상응하는 피해보상을 원함.

2) 병원 측 주장

수술 전 갑상선 세침흡인술 시행 결과, 환자의 갑상선 결절 내에 여포상피세포들과 함께 핵내 봉입체와 핵고랑을 가진 비정형 세포들이 관찰되어 갑상선 유두암종을 완전히 배제하기 어렵다는 소견이 나왔으며, 결절의 크기가 3cm이 넘는 것은 양성이든 악성이든 수술이 불가피함.

수술의 방법에 있어 양성이라고 하더라도 크기가 큰 경우에는 재발 가능성과 사망률을 고려하여 갑상선엽절제술 보다는 갑상선전절제술을 권고하고 있으며, 실제로 환자의 수술 후 조직 검사 결과에도 결절 내부에 국소적으로 비정형성 핵의 변화가 있어 이는 향후에 악성으로 발전될 가능성을 배제 할 수 없는 점 등을 전반적으로 고려했을 때 양성 신생물을 암으로 오진했다고 볼 수 없으며, 환자에 대한 치료가 표준 진료에서 벗어났다고 볼 수는 없으므로 손해배상의 책임이 없음.

#### 다. 사건 판단 및 처리결과

수술 전 조직 슬라이드 판독 결과, 일부 세포에서 세포의 핵 내에 붕입체 유사 소견이 관찰되나 세포핵의 groove나 nuclear clearing, 혹은 nuclear overlapping 등의 추가소견이 관찰되지 않기 때문에 갑상선 유두암으로 진단하기에는 소견이 부족하며, 핵 내에 붕입체 유사한 소견이 관찰되므로 일부 비정형세포로 판독하되, 양성의 가능성이 높은 것으로 보고함이 적절할 것으로 판단되었다.

3cm 이상의 명백한 종괴에 대해서 수술을 시행하는 것이 일반적인 양성종양의 치료방법이고, 더욱이 비정형세포로 확인되어 암을 완전히 배제하기는 어려운 소견이었다고 할지라도 수술 전 갑상선 유두상세포암(악성종양)이라고 단정하여 설명함으로 좌측의 갑상선까지 다 절제를 받도록 한 것은 정확하지 않은 정보 제공 및 이에 따른 수술 방법 선택에 있어서 환자의 자기결정권을 명백히 침해한 사안이라고 판단되어 본 건에 대해 병원 측에 일부 손해배상의 책임이 있다고 판단되었고, 병원이 이에 대해 손해배상을 함으로 종결처리 되었다.

## 2. 정형외과

□ 사건명 : 상완골 골절 수술 후 감염 발생

### 가. 사건개요

환자(남, 10세)는 넘어진 후 상완골 과상부 골절이 발생되어 2005.6.17. 수술(관혈적 정복술 및 핀 고정술)을 받고 6.25. 퇴원하였다.

7.29. 외래에서 고정 핀을 제거한 후 8.12.부터 상처부위에 감염이 나타났고, 8.26. 핀 부위 감염증에 대한 수술(관혈적정복술 및 핀 고정술, 절개 배농술 및 변연절제술)을 받았으며, 9.6. 다시 감염이 확인되어 재수술(절개 배농술 및 변연절제술)을 받았다.

이후 우측 주관절의 운동범위 제한으로 21%의 장애가 남은 상태이고, 성장판 손상으로 인한 외반변형이 발생되어 경과관찰 후 수술적 치료가 필요한 상태이다.

### 나. 양당사자주장

#### 1) 환자 측 주장

핀 고정술 후 감염관리를 소홀히 하여 핀 삽입 부위에 감염이 발생하였고, 이로 인해 주관절 운동범위 제한에 따른 장애 및 성장판 손상으로 인한 외반변형이 발생되었으므로 이에 대한 피해보상을 원함.

## 2) 병원 측 주장

환아는 퇴원까지 다른 골절환자에 비해 특이사항이 없었으므로 감염은 수술 2개월이 되어 발생한 특발성 감염으로 생각되며, 감염의 증거가 나타났을 때 바로 항생제를 투여하고 증상이 심해지자 바로 수술을 시행하였으므로 처치과정은 적절하였음.

소아의 주관절 골절에 있어 성장판 손상으로 인한 성장 장애나 운동 장애 등은 골절 자체가 지닌 합병증 중에 하나이며, 수술 후에도 발생할 수 있음을 미리 보호자에게 설명하였으므로 손해배상의 책임이 없음.

### 다. 사건 판단 및 처리결과

병원감염이란 입원 당시에 없었던 혹은 잠복하고 있지 않던 감염이 입원기간 중, 혹은 외과수술 환자의 경우 퇴원 후 30일 이내에 발생하는 것을 말하는 것으로 본 건의 경우, 병원에서 연속되는 일련의 처치 후에 상 처부위 삼출물을 동반한 감염의 증상이 나타났고, 그 후 편 부위 감염증으로 수술을 받은 점, 세균 배양 검사상 녹농균이 확인된 점을 고려할 때, 특단의 사정이 없는 한 수술 및 기타의 처치와 관련하여 감염이 발생한 것으로 추정되었다.

8.26. 수술을 시행할 당시에 보였던 환부의 증상으로는 봉와직염과 화농성 관절염을 반드시 감별하여야 하는데, 이는 진단방법이나 처치 등에서 차이가 많기 때문이며, 당시 환자는 발적과 통증, 압통의 증상 등 일반적 염증의 소견을 나타내고 있는 상태였던 점, 진료기록상 관절운동에 대한

사정이 되어 있지 않은 점, 보호자가 관찰한 바로는 관절의 가동이 가능하였던 점을 종합해 볼 때 화농성 관절염의 상태보다는 봉와직염의 가능성이 높다고 판단되며, 이러한 경우에는 환부에 절개를 가하는 등의 처치는 오히려 염증을 관절내로 파급시키는 악결과를 가져올 수 있으므로 진단에 보다 신중을 기했어야 하는 상태로 판단되었다.

일반적으로 골절에 대한 수술 후 고정에 사용하였던 핀을 제거할 시에는 골유합이 확인되거나 혹은 가골이 형성된 것을 확인하고 제거하는 것이 통상적인 절차이나 환자의 경우, 1차 수술 후 핀 제거 당시의 일반 방사선 사진 검토결과 골절부에 가골이 형성되어 있어 골유합이 된 것으로 추정할 수 있고, 또한 병원에서도 유합의 소견으로 판정하여 7.29. 핀 제거술을 시행하였으나 이후 아무런 소견의 피력이 없다가 갑자기 8.26.에 염증에 대한 수술을 시행하면서 불유합으로 판정을 하여 염증이 있는 부위에 관혈적 정복술과 핀고정술을 시행하고, 수술 9일 만에 다시 특별한 설명 없이 핀 제거술을 시행한 점은 일반적인 처치의 과정이라 볼 수 없으며 이는 불유합 오진 등으로 인한 부적절한 처치로 판단되었다.

한편, 현재의 장애상태와 관련하여 골절에 대한 만족할만한 정복이 이루어졌다면 관절운동제한이나 성장판 불유합 등의 합병증이 발생할 확률은 10% 미만인 점, 수술 후 추적관찰 기간 동안 상기 증상이 없다가 감염에 대한 수술을 시행한 후 현재의 관절장애 상태에 이르게 된 점을 종합해 볼 때 병원 측의 처치상 과실과 현재의 장애상태는 상당한 인과관계가 있다고 추정할 수 있고, 성장판 손상의 경우에도 초기 방사선에서 손상의 정도를 판단할 수는 없지만 직접적인 손상은 없는 소견으로 볼 수 있어, 감염에 의해 그 정도가 더 악화된 것을 배제할 수 없으므로 병원 측은 환자의 장

에 발생에 대해 손해배상책임이 있다고 판단되어 상기 수술결과에 대해 병원이 손해배상을 함으로 종결처리 되었다.

### 3. 치과

□ 사건명 : 상악 좌측 대구치 임플란트 식립 후 후유증 발생

#### 가. 사건개요

환자(여, 50세)는 2003.12.3. 상악 좌측 대구치 2곳에 임플란트를 식립한 후 목안으로 이물질이 넘어오고 잇몸부종, 어지러움 등의 증상이 발생되어 2004.5.14. 타병원(A)을 방문한 결과, 임플란트 주위에 염증이 있다고 하여 제거수술을 받았고, 좌측의 안면부 통증이 지속되어 2004.5.22. 타병원(B)으로 전원하여 6.9. 상악동 염증에 대해 상악동근치술을 받았다.

염증 제거 후에도 통증이 지속되고 맑은 액체가 목안으로 넘어와서 여러 병원을 거쳐 진료를 받았으나, 증상 호전이 없고 좌측의 만성 상악동염, 만성 치주염 증상이 지속되고 있는 상태이다.

#### 나. 양당사자 주장

##### 1) 환자 측 주장

임플란트 식립 시술시, 시술 전에 설명한 방법이 아닌 다른 방법으로

시술을 하였고, 시술 후 계속 부작용이 나타나서 임플란트를 제거하게 되었음.

잘못된 임플란트 시술로 인하여 상악동 염증이 발생되어 수술을 받게 되었고, 목 뒤로 이물질이 흐르고 만성 상악동염으로 지속적인 치료를 받고 있으므로 상응하는 피해보상을 원함.

## 2) 병원 측 주장

초진 시 상악동 내부에 충분한 골 조직이 없어서 상악동거상술을 시행할 예정이었으나, 임플란트를 고정할 수 있는 5-6mm의 골 양이 관찰되어 socket elevation 이라는 간단한 술 식을 설명하고 환자의 동의하에 수술을 시행함.

임플란트 시술 2개월 후 상악동염이 의심되어, 문제해결을 시도하였으나 본원을 불신하고 대학병원으로 의뢰를 위하여 의뢰하였으므로 본원은 손해배상의 책임이 없음.

## 다. 사건 판단 및 처리결과

병원 측은 임플란트 시술시 잔존 골이 5-6mm정도 있다고 판단되어 상악동막거상과 동시에 임플란트를 식립하는 socket elevation 술 식을 하였다고 하나, 제1대구치 부위는 어느 정도 치조골이 있으나 후방부위는 잔존골이 부족하여 socket elevation 술 식이 어려운 경우로 이 경우에는 뼈 이식을 동반한 상악동저 거상술이 필요한 경우였다고 판단되어 임플란트 치료계획이 적절하지 않았던 것으로 조사되었다.

환자는 2003.12.3. 임플란트 시술을 받았으나 2004.5.14.까지 임플란트의 장착이 잘 이루어지지 못하고 임플란트 주위에 염증이 발생하여 임플란트를 제거 받게 되었으며, 2004.5.22. PNS CT상 좌측 상악동 아래쪽으로 절반 정도 염증이 차있어 상악동 근치술까지 받은 상태로, 이는 임플란트 식립시의 부주의로 상악동막이 찢어져 상악동막 주위에 염증성 삼출물이 축적되어 상악동염이 발생한 것으로 사료되어 임플란트 시술 후 합병증이 발생한 것과 관련하여 병원 측에 일부 책임이 있다고 판단되었고, 병원이 이에 대해 손해배상을 함으로 종결처리 되었다.

#### 4. 산부인과

□ 사건명 : 제왕절개술 후 출혈로 자궁적출술 시행

가. 사건개요

환자(여,32세)는 2005.6월부터 정기적인 산전 검진을 받아 오던 중 2006.1.15. 임신 40주5일에 이슬이 비쳐 오후에 입원하였다.

촉진제를 맞던 중 1.17. 오전1시경 거의 자궁이 개대되었으나 3시까지 의사가 오지 않았고, 오전3시경 의사가 산모를 진찰하러 와서 산모의 배위를 밀며 분만을 시도했으나 잘 진행되지 않아 오전4시10분경에 제왕절개술을 받았다.

수술로 분만된 3.05kg 여아는 건강한 상태이나 산모는 자궁내 혈관손상으로 심한 출혈 발생 되어 응급조치를 받은 후 1.17. 오전 6시경 상급병

원으로 전원하였으나 출혈이 멈추지 않아 자궁적출술을 받게 되었다.

#### 나. 양당사자 주장

##### 1) 환자 측 주장

제왕절개술시나 아기를 꺼낼 때 의사가 주의를 소홀히 하여 자궁 주변 우측의 큰 혈관이 손상시켰으며, 이로 인해 자궁무력증이 진행된 것이므로 자궁적출술을 받게 된 것은 병원에게 그 책임이 있음.

자궁적출술로 딸 한명을 분만한 후 더 이상 임신이 불가능한 상태가 되었고, 이로 인해 가족이 큰 고통을 받고 있으므로 상응하는 피해보상을 원함.

##### 2) 병원 측 주장

출혈은 분만 후 자궁수축이 되지 않아 이완성 자궁출혈이 된 것이므로 본원에서 책임질 사항이 아님.

더구나 출혈에 대해 응급조치 후 상급병원으로 전원시켜 신속한 조치를 하였고, 환자의 자궁출혈로 인한 자궁적출술은 불가항력적인 상황이었다는 것으로 생각되므로 손해배상의 책임이 없음.

#### 다. 사건판단 및 처리결과

환자의 자궁 출혈은 자궁개대 후 의사가 신속히 산모를 보지 않아 분만이 지연되어 자궁하부(uterus low segment)가 매우 얇아지고 자궁혈관이 울혈(충혈)되어 분만 시 1차 자궁내 혈관손상이 일어났을 가능성이 있다고 판단되었다.

타병원의 의무기록지상에도 전원된 날인 2006.1.17. 오전 6시 5분경 자궁 밖으로 누출되는 출혈이 없었으나 초음파상 혈종이 확인되었고, 수술 진행 중인 오전8시30분경 보호자를 불러 메모지에 그림을 그리며 자궁 우측 혈관의 출혈이 멈추지 않고 있다고 설명한 것을 미루어 볼 때, 환자의 자궁출혈은 1차적으로 이완성출혈이 아닌 혈관손상에 따른 출혈이 잘 조절되지 않아 2차적으로 이완성자궁출혈이 진행되었을 가능성이 높다고 판단되어 분만 후 자궁적출술을 받는데 대해 병원에서 위자료를 배상한 후 종결처리 되었다.

□ 사건명 : 유방암 진단 지연

#### 가. 사건개요

환자(여, 49세)는 2003.2.17. 유방초음파와 유방촬영 검사를 받고 이상 소견이 없다는 설명을 들었으며, 2004.6.29. 국민건강보험공단에서 시행한 건강검진상 치밀 유방으로 추가 검사가 요구된다는 통보를 받고, 같은 해 7.14. 병원을 방문하여 초음파 검사를 받은 결과, 특이소견 없다는 설명을 들었으나, 2005.7.11. 타병원에서 조직검사를 받은 결과, 유방암 3기로 진단되었다.

## 나. 양당사자 주장

### 1) 환자 측 주장

2004.6월 국민건강보험공단에서 시행한 건강검진 결과를 통보받고, 병원에서 유방초음파 검사를 받은 결과 이상 없다며 1년 뒤에 방문하라는 설명을 들음.

당시 병원 측의 권고에 따라 2005.7월 타병원을 방문한 결과, 유방암 3기로 진단받게 되어 병원 측에 문의하고 진료기록을 발급받아 확인한 결과, 진료기록이 위조 되어 있음.

병원에서 2001.12월 이후 유방의 이상 유무에 대한 검사를 받아왔지만 암이 상당히 진행된 상태에서 진단 및 수술을 받게 되었으며, 진료기록도 위조 된 것으로 추정되는 바, 상응하는 피해보상을 원함.

### 2) 병원 측 주장

초음파검사에서 유방암을 시사하는 소견은 없었으며, 치밀유방으로 나타나 3개월 뒤 추적관찰을 하기로 하였으나, 환자가 내원하지 않아 추적관찰이 이루어지지 않았음.

## 다. 영상의학과 전문위원 소견

2003.2.17.과 2004.6.29. 유방촬영 결과, 양측유방이 치밀유방 소견을 보

이고 있으며, 특히, 6.29. 검사에서는 우측 후상방에 비대칭증가 음영이 관찰되고 있는 바, 치밀유방에 가려서 나타나지 않을 종괴의 가능성을 고려하여 유방초음파를 통한 조직검사 등 추가적 검사 시행을 권고해야 함.

#### 라. 사건판단 및 처리결과

병원 측은 2003.2월 초음파에서 유방암을 의심할 만한 소견이 없었고, 2004.7월 초음파에서도 치밀유방 소견 외에 특이소견이 없어 3개월 후에 추적검사토록 설명을 하였다고 하나, 환자가 주장한 추가 기재는 논외로 하더라도 유방초음파 검사는 다른 초음파 검사와 마찬가지로 시술자의 경험과 기술, 지식에 따라 결과에 차이가 있을 수 있는 주관적인 검사이므로 유방초음파 검사에서 종물이 확인되었다면(2004.7.14.) 암의 발병 여부를 확인할 수 있는 조직검사를 시행하는 것이 임상의학 분야에서 실천되고 있는 보편적인 의료행위이고 관련 판례(인천지법 1999.3.26. 가합12955 판시내용과 최근 서울고법 민사9부 판결 참조)에서도 이를 인정하고 있는 바, 조직검사를 권유하거나 필요성에 대한 설명이 이루어지지 않았고, 조직검사를 할 수 없었다면 검사 가능한 병원으로 전원하여 조직검사를 받아보도록 권유했어야 하나 이를 소홀히 한 책임이 있다고 사료되었다.

따라서 환자가 조기에 유방암 여부를 확인받고 결과에 따라 적기에 치료받을 수 있는 기회를 갖지 못한 것에 대하여 병원 측에게 일부 책임이 있다고 사료되나, 지연진단으로 인한 증상악화 내지 치료시기 지연, 상실 등의 생명 신체상 손해에 대한 계량화가 불가능하여 병원 측이 위자료를 지급함으로써 종결처리 되었다.

## 5. 성형외과

□ 사건명 : 쌍꺼풀 수술 후 재수술 시행

### 가. 사건개요

환자(여, 32세)는 1997년 쌍꺼풀 수술을 받은 적이 있으며, 2005.8.27. 양안의 쌍꺼풀 재수술 및 바깥 트임 수술을 받았다.

수술 후 우측 눈의 속눈썹이 들리고, 좌측 눈은 쌍꺼풀 라인이 흐리면 서 하나의 라인이 더 생겨 8.30. 좌측 눈 교정술을 다시 받았으나 증상이 지속되었고, 이에 9.2. 다시 양측 눈의 교정술을 받았으나 이후에도 호전되지 않아 9.10. 타병원을 방문하여 우측 상안검 과다교정과 좌측 상안검 이중겹 쌍꺼풀에 대해 교정수술을 받았다.

### 나. 양당사자 주장

#### 1) 환자 측 주장

8.27. 수술시 부주의로 수술 직후부터 합병증이 발생하였고, 이를 교정하기 위해 며칠 간격으로 여러 차례의 재수술을 받았으나 교정되지 않았으며, 바깥 트임 부분도 모두 유착되었음.

만약 수술 전 상기 합병증 발생가능성에 대해서 충분히 설명을 들었다면 수술여부를 신중히 결정하였을 것이므로 수술 부작용에 대한 피해보상

을 원함.

## 2) 병원 측 주장

환자는 경미한 안검하수가 동반되어 있어서 쌍꺼풀과 동시에 교정 수술을 시행하였고, 이런 경우 2-3회의 추가 수술은 용인될 수 있으며, 바깥 트임 수술은 유착이 발생할 수 없는 수술임.

수술 전 합병증에 대해 구체적으로 설명하였고, 안검하수가 있는 눈은 마취제 영향으로 좋은 결과가 늦게 나올 수 있다고 설명하였으며, 환자가 경한 재수술을 1-2회 받은 것에 대해 미안하게 생각하며 일부 수술 목적이 이루어지지 않았으므로 쌍꺼풀 수술비 30만원의 일부를 돌려줄 수는 있음.

## 다. 사건 판단 및 처리결과

병원이 관련 자료를 제출할 때 진료기록지를 모두 재작성하여 제출하였고, 수술에 대한 계획과 합병증 등에 대한 내용은 추가로 기재한 것으로 조사되었다.

안검하수의 경우는 주관적 불편감을 야기하기 때문에 교정술도 통상적으로 환자의 요구에 의해서 이루어지므로 당시 병원이 환자가 안검하수 상태가 동반되어 있다는 것과 교정술의 필요성에 대해서 진료기록지에 추가 기재한 점으로 보아 수술 전 안검하수의 교정술과 관련하여 충분한 설명과 동의가 이루어졌다고 보기는 어려울 것으로 판단되었다. 또한 쌍꺼풀 수술과 안검하수 교정술을 동시에 시행하는 경우에는 시기에 따라 눈의 형

태가 변할 수 있어 완전한 결과를 판단하기까지 일정 시간이 요구되는데 재수술을 2-3일 간격으로 여러 차례 시행한 것은 성급했다고 판단되었다.

또한 수술과 관련한 합병증 및 안검하수 교정술을 동시에 시행하는 경우에는 여러 차례 재교정술을 시행할 수 있으므로 수술 전 충분한 설명이 이루어져야 했으나 환자는 수술 전 상기 내용에 대해서 들은 적이 없다고 주장하고 있고, 병원에서도 상기 내용을 모두 추가로 기재한 점으로 보아 수술 전에 충분한 설명이 이루어졌다고 보기는 어렵다고 판단되어 병원이 재수술비를 지급함으로써 종결처리 되었다.

□ 사건명 : 돌출입 교정술 후 부정교합 발생

가. 사건개요

환자(여, 37세)는 돌출입으로 2005.10.22. 상하악 전방부 분절골 절단술을 시행 받은 후 골격성 2급 부정교합 및 하순부 함몰이 발생하여 교정치료가 필요한 상태이다.

나. 양당사자 주장

1) 환자 측 주장

수술전후에 교정할 확률은 50%이고, 치아에 음식이 끼이는 등의 불편이 있으면 치아 교정을 할 수도 있다는 설명을 들었으나 수술 후 단순히

음식이 끼이는 등의 불편함이 아닌, 음식자체를 씹을 수 없는 정도의 부정교합 상태가 되었음.

수술을 위해 발치한 치아는 상하 모두 4개이며 치과 소견상 발치한 하악의 치아는 약 7~8mm 사이즈였는데 피청구인이 상악의 덧니를 고려하지 않고 하악의 발치 공간을 완전히 집어넣어 하순부 함몰상태가 되었고, 음식을 씹을 수 없을 정도의 부정교합이 발생한 것으로 사료됨.

또한 뼈와 뼈 사이를 너무 붙여서 교정치료에도 어려움을 겪고 있는바, 부정교합 및 하순부 함몰과 관련하여 상응하는 피해보상을 원함.

## 2) 병원 측 주장

환자는 수술이 잘못되어 부정교합이 발생하였다고 주장하나 수술 상 그 어떠한 오류나 실수도 없었으며, 수술 전 수술로 인하여 치열의 재배열이 필요한 상황이 발생하는 경우, 수술 후 교정 가능성이 있음을 수차례 주지시켰음.

하순부의 함몰은 구강이 돌출되어 이에 따라 입술이 바깥쪽으로 회전하여 다소 두꺼워 보였던 수술 전에 비교하면, 당연히 구강이 뒤로 후퇴되는 돌출입 수술의 원리상 대부분의 경우에서 나타나고, 보통의 경우 3~6개월 정도에 걸쳐 서서히 구륵근의 기능이 회복되면서 증상이 완화되나 개인적인 차이와 성별에 따라 회복의 차이는 있을 수 있으며, 이 또한 환자에게 수차례 설명되었던 사항임.

따라서 현재 환자가 주장하는 문제들은 수술 전에 환자에게 인지시키고 동의를 받은 사항이고, 수술상의 오류는 없었으므로 부정교합에 대한

손해배상의 책임도 없음.

#### 다. 전문가 자문결과

##### 1) 성형외과 전문가 소견

돌출입 수술을 위해 상하악 4번 치아 발치 후 절골의 앞부분을 뒤로 후퇴시키는 수술방법의 선택은 적절하였다고 사료됨.

하순부 함몰과 관련하여 상구순은 2mm, 하구순은 0-1mm정도 떨어져 있는 것이 이상적인 돌출정도(최신 성형외과학, 강진성저, 1995, Vol 1~14)이며, 상기기준에 의하여 가상의 선을 그리면 수술 후 더 이상적인 상, 하구순의 위치에 놓인 것으로 사료됨.

만약 상악만 절제를 하여 교정을 하였다면 충분한 교정이 이루어지지 않았을 것으로 사료됨.

##### 2) 치과 전문가 소견

수술 전 돌출입의 정도 및 치아 상태로 볼 때 치과적 교정치료만으로 돌출입을 교정하는 것은 불가능한 상황이었다고 판단되며, 상하악 4번치아의 발치가 예정된 상황이라면 부정교합 발생도 술 전에 이미 예측 가능한 사안이었던 것으로 사료됨.

#### 라. 사건판단 및 처리결과

돌출입 성형수술의 목적이 보다 자연스러운 옆선을 가지기 위함임을 고려하였을 때, 상기 수술은 그 목적을 달성하였다고 판단되었다.

수술 후 부정교합이 발생한 것과 관련하여 수술 방법상의 문제는 없는 것으로 사료된다는 성형외과 자문결과와 상기 수술방법으로 수술을 할 경우 부정교합 발생으로 인한 교정치료는 필연적으로 보여 진다는 치과자문 결과를 종합하여 볼 때 수술상의 잘못으로 부정교합이 발생한 것으로 보기는 어렵다고 판단되었다.

또한 수술 전 병원 측이 수술 후 교정치료가 필요함을 환자에게 설명하고, 환자의 동의하에 수술이 진행된 것으로 확인되어 병원 측에게 부정교합 발생에 대한 손해배상의 책임을 묻기는 힘들 것으로 판단되었고, 하순부 함몰에 대한 환자의 주장도 통상적인 기준으로는 이에 해당되지 않는다는 성형외과 자문 결과에 따라 이에 대한 손해배상의 책임을 묻기도 어렵다고 판단되어 환자에게 상기 사실조사 결과를 설명함으로 종결처리 되었다.

## =ABSTRACT=

A 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)

Eun-ha Shin

Department of Public Health Law and Ethics

Graduate School of Public Health Yonsei University

(Directed by Professor Soh Yoon Kim M.D., Ph.D)

Despite continuous increase in medical disputes, open discussion by medical providers about problems of medical malpractices has been put under a taboo due to social recognition or legal and institutional obstacles, thus practical data of the scale, type, result, and solution of such medical malpractices during medical service are being accumulated to a very insufficient degree in Korea.

Based on this background, this study was attempted to prevent similar forms of medical dispute from occurrence and provide fundamental data to prepare reasonable dispute resolution system by analyzing the current status of medical disputes and the trend.

As study material, the dispute cases from major 5 medical departments of internal medicine, orthopedics, dentistry, obstetrics and

gynecology, and plastic surgery were selected among the medical dispute cases which had been raised to KCA for relief of medical malpractices in a year of 2006.

As study method, frequency analysis and crosstabulation analysis on the general characteristics of medical dispute cases from major 5 medical departments and the characteristics by medical department were conducted with a statistics program SPSS 12.0, and those characteristics were categorized. In Step-1 analysis, significance among the general characteristics was identified through  $\chi^2$ -test and Kruskal wallis test. In Step-2 analysis, the general characteristics of patients and medical institutions which might influence mutual agreement were analyzed with logistic regression model and those which might influence an agreed amount were analyzed with Poisson regression model.

Major findings of this study are as follows:

1. For age, aged patients of 50 years or more were significantly more in internal medicine and orthopedics compared to the other medical departments.

2. For type of medical institution, clinics accounted for the most part as 43.9% and for regional distribution of medical institutions, they were most distributed in Seoul as 48%.

3. For cause of medical dispute, occurrence of adverse event or

aggravation of the disease accounted for the most part as 88.6%; in dentistry and plastic surgery, low treatment effect accounted for significantly more part compared to the other medical departments.

4. For content of medical accident by department, delayed diagnosis of cancer accounted for the most part as 27.9% in internal medicine, infection after surgery as 19.0% in orthopedics, low treatment effect as 31.9% in dentistry, damage to a neonate after delivery and delayed diagnosis as each 11% in obstetrics and gynecology, and a scar after surgical procedure as 27.8% in plastic surgery.

5. Among total medical disputes, the cases judged to result in medical accident due to medical staff's negligence of duty care or explanation care accounted for 73.4%; negligence of duty care accounted for 61.9% and that of explanation care 11.4%.

6. In dentistry and plastic surgery, the cases judged to result in medical accident due to medical staff's negligence of explanation duty accounted for each 21.4%, which was significantly higher compared to the other medical departments.

7. An agreement rate means a rate of agreement made through monetary compensation after agreed recommendation is made for a dispute judged to be attributable to medical staff for the medical accident. In this study, it was analyzed to be 67.5%.

8. An agreement rate by the reason attributable to medical staff was significantly higher upon negligence of care duty as 70.1% than

upon negligence of explanation duty as 53.3%.

9. As a result of controlling all the variables of patients and medical institutions likely to influence mutual agreement, an agreement rate was significantly lower in dentistry than internal medicine. After medical accident, adverse events occurred, where an agreement rate upon low treatment effect was significantly higher compared to extension of a treatment period.

10. For a mean agreed amount by medical department, it was the highest in obstetrics and gynecology as 12,474,858 won and the lowest in dentistry as 3,754,844 won.

11. For a mean agreed amount by the reason attributable to medical staff, it was significantly higher upon negligence of care duty as 8,245,575 won compared to upon negligence of explanation duty as 986,344 won. As a result of controlling the general characteristics of patients and medical institutions, an agreed amount upon negligence of care duty was about 5.9 times higher than upon negligence of explanation duty.

12. For an agreed amount as a result of medical accident, it was each 5.25 times and 9.11 times higher significantly upon patient's death and disorder, compared to just extension of a treatment period.

Putting the above-mentioned results together, it could be found that the aspects of medical disputes and the solution are different by

medical department, and similar medical disputes are repeated by medical department. The most desirable method of dispute resolution is to prevent a cause of dispute to the root. However, it is actually impossible thus continuous efforts should be made to efficiently solve medical disputes through further studies by analyzing the characteristics of medical malpractices and disputes by medical department from various angles to prevent medical malpractices as many as possible and establishing reasonable criteria for resolution against disputable medical practices.