

의료분쟁 해결제도의 개혁 —미국 및 일본의 경험을 중심으로—

연세대학교 보건과학대학
이 규 식

= Abstract =

The Proposal of Reforming for Resolving Medical Malpractice Disputes

Lee, Kyu Sik

*Professor, Dept. of Health Administration
College of Health Science, Yonsei University*

The number of disputes between physicians and patients caused by medical malpractice are showing a sharp increasing over the past several years. The disputes on medical malpractice may be resolved either in court or by direct negotiation between both sides concerned.

There are no special acts relating to the civil or penal liability of the physicians in Korea. The medical disputes are decided merely through legal technicalities and without reference to actual medical practice. The current system which does not compensate injured patients adequately or equitably leads to taking a long time consuming for dispute resolution processes. The things make worsed, the problem is due to not being of insurance system or a proper funds for compensation.

This research proposes a outline of new and comprehensive alternative for these problems and failure of conventional resolution of medical disputes. So far, we have learned lessons from the experiences of resolving medical malpractice disputes of Japan and the United States.

The proposal first calls for an administrative arbitration and pretrial screening panels as a condition precedent to trial. The proposal also includes to facilitate with the funds for compensating the injured.

Key Word : Malpractice, Medical Malpractice, Resolving Medical Malpractice Disputes.

I. 서 론

1. 연구목적

최근 수년간 우리나라 의료계는 의료과오분쟁사건으로 여러가지 어려움을 겪고 있다. 의료분쟁의 증가는 환자와 의사간의 관계가 과거의 신뢰관계에서 불신의 관계로 바뀔에 따라 일어나는 현상으로 파악될 수 있다. 환자와 의사간의 믿음이 상실되게 된 데는 환자측의 요인, 의사측의 요인, 사회환경적 요인 등이 있겠으나, 무엇보다도 의료이용기회가 넓어지고 의료서비스가 대량으로 대형기관 등에서 세분화된 전문과목에 의해 비인간화되어 제공됨에 따라 그만큼 신뢰관계가 무너진 데서 한 원인을 찾을 수 있겠다. 혹자는 의학이 과거에는 인체전체를 대상으로 다루었으나 의료기술의 진보로 오늘날은 기관을 중심으로, 더 나아가서는 기관내의 세포나 조직 중심으로 전문화됨에 따라 의술의 비인간화를 촉진시켜 이것이 신뢰관계를 무너뜨리게 한 것이라는 설명을 펴기도 한다.

이와같은 의학적인 기술수준의 향상이나 환경여건의 변화 이외에도 의료보험제도와 같은 제3자 지불제도의 등장은 의사와 환자간의 관계를 변화시키는 결정적 요인이 되었다. 즉 의료보험제도가 없었을 당시에는 저소득층은 의사들의 가격차별제도에 의해 낮은 가격으로 서비스를 이용할 수 있어 의사에 대한 고마움을 지녔다. 한편 고소득층은 높은 가격이지만 보다 질높은 서비스나 친절한 서비스를 이용할 수 있어서 의사에 대한 신뢰를 느낄 수 있었다. 그러나 의사의 가격차별제도에 의한 서비스 배분은 상당히 불완전하여 의료이용의 제한을 받는 저소득층이 생기게 되어 배분상의 형평을 위해 의료보험제도가 등장되었다.

의료보험제도라는 제3자 지불제도의 등장은 환자로서는 진료비를 걱정하지 않아도 됨에 따라 의료이용기회가 증대됨은 물론 의료이용에 평등이 보장됨에 따라 저소득층은 옛날에 지녔던 의사에 대한 고마움을 느낄 필요가 없어지게 되었고, 의료이용은 당연한 권리의식으로 받아들여지게 되었다. 그리고 고소득층도 같은 수가적용을 받게됨에 따라 과거에 누리던 친절한 서비스나 보다 높은 질의 서비스는 찾을 수 없게 되었다. 결과적으로 저소득층이나 고소득층 할 것 없이 의료보험제도의 등장으로 환자와 의사관계는 더이상의 신뢰나 존경의 관계가 아니라 대등한 관계로 바뀔에 따라 의료서비스의 결과에 대해 쉽게 의문을 갖게 되고 이것이 의료분쟁으로 발전케 되었다.

이러한 현상은 선진국에서 뿐만 아니라 우리나라도 의료보험제도 등장 이후 더욱 증가되는 추세에 있다. 선진국에서는 이러한 분쟁에 대비하기 위하여 여러가지 제도를 고안하여 대처하고 있으나, 아직까지 우리나라에서는 이에 대한 적절한 대응책이 없는 것이 현실이다.

따라서 본 연구는 우리나라에서 의료분쟁 문제를 효율적으로 해결하기 위한 제도를 고안하기 위해서 선진국에서의 경험을 교훈으로 얻고자 하는데 그 목적을 두었다.

2. 연구방법

우리나라의 의료분쟁해결제도를 고안하기 위하여 본 연구는 외국의 경험을 분석하는 방법을 택하였다. 새로운 제도의 고안을 위해서 독창적인 방법을 생각할 수 있으나 사회제도는 하루 아침에 고안되기 어려운 측면이 있기 때문에 다른 나라에서 선형적으로 실시한 예를 분석하여 그곳에서 하나의 교훈을 얻을 수 있다. 본 연구는 의료분쟁문제라는 사회문제를 다룸에 있어 우리보다 먼저

그러한 문제를 경험한 국가들의 사례를 분석함이 보다 타당하다고 여겨 선진국 중에서도 미국과 일본을 연구대상으로 하였다.

여러 선진국 가운데서 사례연구의 대상을 미국과 일본으로 국한한 것은 우리나라의 의료제도와 사회제도가 다음 몇가지 점에서 유럽국가들에 비해 이들 양국과 유사하기 때문이다. 첫째, 우리나라는 전문의제도, 전문의의 자유개업보장 등과 같은 의료제도에 있어서 미국제도를 많이 답습하고 있을 뿐 아니라 수많은 의료인들이 미국에서 직접 교육을 받았고, 또한 우리나라 의학교육이 주로 미국을 본받고 있다는 점에서 미국을 연구대상으로 하였다. 둘째, 우리나라는 병의원의 민간소유율이 일본과 유사하게 높을 뿐 아니라 의료보험제도의 유사성이나 기타 법제도와 사회제도가 일본과 유사한 점이 많다는 점에서 일본을 연구대상에 포함시켰다.

II. 의료분쟁의 증가 및 그 원인

1. 의료분쟁의 증가

지금까지 처음 보고된 의료분쟁사건은, 1374년 영국에서 일어난 것으로써 이것이 의사들에 대한 전문직 책임문제를 제기케 하는 계기가 되었으며 미국은 1794년 처음으로 의료분쟁을 경험하게 된다(Cohn 1978). 1940년대 후반까지는 환자들이 의료분쟁으로 의사를 제소한 경우는 거의 없었고, 대형손해배상도 거의 없었던 것으로 알려지고 있다(Cohn 1978). Regan은 1943년에 저술한 법의학 교과서 초판에서 『지난 20년간 정당화 되지 못한 의료분쟁이 급격히 증가되고 있다』라고 기술하였고 (Regan 1943), 1949년의 2판에서는 『의료과오소송의 지겨움』을 불평하고 있다(Regan 1949). 그러나 어느 경우에도 그러한 주장을 뒷받침할 통계적 자료는 없었으며 의료과오사건과 관련하여 1969년 이전까지 미국내에서는 전국적 차원의 조사나 검토가 이루어진 것은 없었다.

1969년 처음으로 미의회는 의료분쟁에 관한 위원회를 설치하고 이에 관한 보고서를 발간하였다. 여기서 발견한 것은 당시 의료분쟁소송이나 손해배상청구가 미국 전역에서 증가하는 것이 아니라 특정지역(California, New York, Washington D.C.)에서 급증하고 있다는 것이다(US Congress 1969). 2년 후인 1971년 미국 보건교육후생성(DHEW)은 의료분쟁에 관한 보건장관위원회를 설치하여 보고서를 발간하였다. 이 보고서가 밝힌 것은 보험료가 증가하고 있다는 사실이며 그 외의 여러가지, 일반에게 알려진 의료과오문제에 관한 통계가 그렇게 쉽게 구해질 수 없다는 점이다. 그리고 그 위원회 보고서는 의료과오 배상액의 규모가 매우 크다는 일반적 인식을 타파시켰다(US DHEW 1973). 1970년 자료에 의하면 미국 전역에 걸쳐 의료과오배상건수의 59.9%가 단지 3,000달러 이하의 배상금이었고, 단지 3%만이 100,000달러를 상회하는 배상금이였다. 그런데 California주가 의료과오문제에 있어서 현재나 과거 할 것 없이 항상 심각한 문제를 갖는 지역으로 거론되고 있다. 예컨대 1965~74년 9년간 California주에서 의료과오배상소송건수는 40%가 증가했으며 1968~70년의 2년간 보험료는 무려 400%가 증가했던 것이다(California State Assembly 1974).

의료분쟁에 있어서 미국 전역이 본격적인 위기상황을 맞이한 것은 1974~75년간이라 하겠다. 1969년에서부터 1970년대 초기의 의료분쟁에서의 문제는 California와 같은 몇 개 특정주에서 발생한 문제였는데 비해 1974~75년 사이의 문제는 미국 전역에 확대된 문제였다. 이 기간중 의료과오

보험료율의 인상은 주에 따라 차이는 있으나 100%에서 전문과목에 따라서는 747%(Ohio주)까지 이르는 인상률을 기록해 되었다(Curran 1975). 이러한 인상에도 불구하고 의료과오분야에서 보험의 가용성(availability)이나 보험금의 충분한 제공성(affordability)에 문제를 야기하여 처음으로 의료과오위기를 맞게 하였다(GAO December 1986). 이러한 위기는 1980년대 중반에 다시 나타나고 있다. 의사들의 경우 과오보험을 위해 지급하는 총 보험료를 보면 1983년에서 1985년간에 꼭 2배로 증가했음을 볼 수 있다. 특히 이 기간중에 소비자물가지수(CPI)는 8%, 의료비가격지수(MPI)는 13%밖에 증가하지 않은 것과 비교해 보면 의료과오보험료가 얼마나 급격하게 증가했는지를 알 수 있다(GAO September 1986). 이와 같은 보험료의 증가는 1975년의 의료과오위기에서처럼 보험회사가 의료과오분야에서 철수코자 하거나 아니면 보험료 지급액의 상한선을 엄격히 하려는 등의 경향을 나타내어 보험료 증가에도 불구하고 의료과오보험의 가용성(availability)이나 보험금의 충분한 제공성(affordability)을 제한하는 문제를 제기하고 있다(Johnson 1989).

의료분쟁사건은 미국이나 유럽 등에만 국한되는 것이 아니라 일본에 있어서도 역시 증가하는 추세를 보이고 있다. 일본에서 의료과오에 관련된 민·형사소송은 1960년 이래 증가하기 시작하였고 특히 1970년 이래 괄목할 만한 사건의 증가율을 기록하고 있다. 일본 최고재판소의 기록에 의하면 1970~73년 동안에 연간 약 100건의 민사소송이 제기되었고, 1973년 현재 500건이 법원에 계류된 것으로 보고되었다(JMA 1975). 그 이후 의료사고소송은 계속 증가되어 1980년에는 310건의 소송이 새롭게 제기되었고 계류건수는 1,209건으로 되어 있으며, 1987년에는 335건의 소송이 새롭게 제기되어 계류건수는 1,435건으로 계속 늘고 있다(일본 최고재판소 1989). 의료분쟁건수의 증가와 함께 의료과오소송에 있어서 승소자의 배상판결액도 매년 증가하고 있는 것은 미국의 사정과 다를 바 없다. 즉 1961년에서 1987년까지 배상판결액을 보면 1976년 이전까지는 주로 2,000만엔 이하의 배상판결이 주를 이루고 있으나 1977년부터 배상판결액이 급격히 증가하고 있다. 1983년 이후에는 1억엔 이상의 판결액도 몇 건이 생기고 있는 실정으로 비록 인플레이션과 같은 요인을 고려한다해도 배상액의 규모가 커지고 있는 현상을 보여주고 있다(일본 최고재판소 1989).

우리나라에서 의료분쟁이 본격적으로 거론되기 시작한 것은 1970년대 초이다(석희태 1990). 그러나 의료사고분쟁에 대한 총계가 불비하여 의료분쟁의 증가현황을 정확히 파악할 수는 없으나 1981년 11월부터 시작한 대한의학협회 공제회에 접수된 분쟁건수를 보면 1981. 11~1982. 10까지의 공제회 제1기에는 사건접보건수가 191건이었으나, 1988. 11-1989. 10까지의 8기에는 365건이 접수되고 있어(대한의학협회) 우리나라도 의료분쟁이 매년 증가하고 있음을 알 수 있다. 의협공제회 접수건수 이외에도 법원에 제소한 것이 1988년에 264건, 보사부 민원으로 제보된 것이 322건이나 되는 점을 감안한다면 의료분쟁문제는 현재 알려진 것보다 훨씬 심각하다고 하겠다.

2. 의료분쟁의 증가원인

의료분쟁이 증가하게 된 원인은 국가에 따라, 그리고 학자들의 분석 시각에 따라 달리 설명될 수 있으나 대체적으로 인구학적 요인, 의료체계상의 요인, 그리고 기타 경제·사회적 요인으로 구분하여 설명할 수 있다.

먼저 인구학적 요인으로는 인구수의 증가를 들 수 있다. Salloway(1982)는 인구의 증가가 의료시장의 규모를 확대하여 이로 인해 의료분쟁이 일어날 소지를 제공했다는 점을 지적하고 있다.

둘째, 의료체계상의 요인으로 의사인력의 증가를 위시한 보조인력의 증가, 그리고 병상수의 증가 등으로 환자 1인당 더 많은 의료서비스가 제공됨으로써 의료과오를 발생시킬 소지를 확대시켰다는 점이다(Salloway 1982). 특히 의사인력의 증가로 인한 의료과오 증가에 대해 Danzon(1984)은 인구수당 의사수의 증가가 0.6의 탄력성으로 의료과오건수를 증가시킨다는 실증적인 분석결과를 제시하고 있다. 그러한 요인 이외에도 의료보험과 같은 제3자 지불제도의 등장에 따른 의료이용 기회의 확대, 의료서비스를 국민의 권리로 인식케 된 2차대전 이후의 의료에 대한 가치관 변화, 의료기술의 향상과 의료서비스 이용의 증가에 따른 대형의료기관의 등장 등으로 의료체계가 비인간화됨에 따라 상호간의 불신감 증대 등 다른 요인에 의해 의료과오 배상청구소송이 빈발해졌다는 점이다(Salloway 1982).

셋째, 기타 사회적 요인으로는 일반 대중들이 교육수준이 향상되고 의료정보가 풍부해져 보다 단정적이 됨과 함께 변호사 수의 증가로 법률구조의 기회가 증가됨으로 인해 의료분쟁이 증가되었다는 점이다(South Australia 1989).

넷째, 경제적 특수사정을 들 수 있다. 1975년 미국의 1차 의료과오위기 당시 미국 경제사정을 들고 있다. 당시 미국은 통화증발로 인해 화폐가치가 하락하고 유가증권에 대한 수익률이 하락함으로써 보험회사가 투자하는 유가증권으로부터의 수입이 떨어지게 되자 의사책임배상보험회사로서는 보험료인상이 불가피했다는 점이다(Salloway 1982). 이러한 현상은 1985년 제2차 의료과오위기 당시 미국에서 유사하게 재현되고 있다. 1차 의료과오위기 이후 1984년까지는 유가증권의 이자율이 증가하여 의사책임배상보험을 취급하는 보험회사는 보험료를 낮게 책정하여도 수지를 맞출 수가 있었다. 그러나 1984년 6월부터 1985년 12월에 이르는 기간 동안에 이자율은 계속해서 떨어졌다. 이자율이 상승하는 1984년 중반 이전까지는 보험회사들이 의료과오보험료를 보험수리계산에서 산출되는 적정보험료 이하 수준으로 책정하고도 그 부족액을 유가증권의 투자에서 충당할 수 있었기 때문에 수지상에 문제는 없었다. 그런데 이자율이 하락함으로써 유가증권에의 투자수익이 떨어지고 이로 인해 각 보험회사는 보험료의 책정을 보험수리모형에서 산출되는 수준까지 높여야만 했다. 이처럼 이자율의 하락도 보험료인상에 크게 기여하는 결과가 되었다(GAO September 1986). 이와 함께 재보험시장의 위축(tightening of reinsurance market)도 한 요인으로 열거할 수 있겠다. 보험료 지급액의 증가나 이자율 하락으로 재보험시장이 위축되어 고액보험금 지급이 요구될 때 가용한 재보험이 없어지게 되며, 고액지급한도를 가능케 할 경우 매우 엄격한 조건 등을 요구하게 된다(GAO September 1986).

III. 의료분쟁 해결제도의 문제점

1. 미국의 문제점

1) 소송외적 해결제도의 미비

미국의 많은 의료과오사건은 소송전치주의에 의한 행정적 조정이나 재결이 없이 민사소송에 의해 해결됨으로써 소송의 장기화, 소송비용의 과다 등의 제반 문제를 야기한다. 현재의 민사소송제도에

의한 소송의 장기화는 눈에 보이지 않는 비용을 크게 한다. 의료과오소송의 장기화는 의사들로 하여금 의료분쟁소송에 매달리게 하여 의료서비스의 접근성을 그만큼 저해시키는 문제를 안겨준다. 예컨대, 최근 의사들에 대한 한 조사에서 나타난 바는 의료분쟁소송이 해결을 보기까지 3년 이상 소요되는 것이 전체 의료사고소송의 55%가 된다고 밝히고 있다(Opinion Research Center 1988).

다음으로는 민사소송에 의해 의료분쟁을 해결함에 따라 부대비용이 배상액보다 오히려 높다는 점이다. 예컨대 의료과오배상보험료의 16~40%가 의료과오에 기인한 사고배상에 사용되고 나머지는 변호사비용과 전문가 감정을 위한 비용 등에 지불된다. 그런데 사무직 근로자의 직업재해배상보험의 경우는 55~70%가 재해배상을 위해 사용된다는 점(US DHHS 1987)을 감안한다면 의료분쟁에 있어서 민사소송이 얼마나 높은 부대비용을 지불하는가를 짐작케 한다.

그뿐만 아니라 배심원제도가 의료과오배상소송을 해결하는데 비효율적 방법이라는 것이다. 특히 의사가 과오가 있는지를 입증시키기 위해서는 제소자나 의사 양쪽으로부터 증거를 요구하는데 과오입증이 쉽지 않다. 그런데 전문지식이 거의 없는 배심원들이 과오의 인과관계라던가 치료의 적정성 등에 관해 적절히 판단할 능력이 없다는 점이다(Johnson, et al. 1989).

2) 과오방지에 기여치 못하는 배상청구제도

현재의 과오책임배상제도는 의료과오에 있어서 의사들의 부주의한 행동을 미연에 방지시키는 기능을 갖지 못하고 있다. 왜냐하면 현 제도하에서는 의료사고의 희생자에게 배상하는 빈도와 의료행위에 있어서 부주의한 행동과는 큰 상관성이 없기 때문에 과오배상제도는 의사들에게 부주의한 행동을 방지하는데 있어서 유효한 신호로써 작동할 수 없다는 것이다. 환자들은 의료서비스의 결과로 인한 상태악화(bad result)가 의료과오에 그 원인이 있는지, 의료서비스 이전의 신체조건에 그 원인이 있는지 혹은 의료서비스행위 자체가 그러한 위험을 내재시키고 있는지 알 수 없는 경우가 더욱 흔하다(O'Connell 1986).

따라서 과오배상청구는 의료서비스 공급자가 과오를 저질렀는지의 여부보다는 다른 요인에 의해 좌우된다고 하겠다. 다른 요인으로는 첫째, 환자상태의 중증도, 둘째, 의사와 환자간의 개인적 관계를 제시하고 있다(Johnson, et al. 1989). 그 외에도 메디케어 대상자 여부를 들 수 있다. 메디케어 환자는 사고배상청구를 기피하는데 그 이유는 그들이 의료사고소송을 제기할 경우 다른 곳에서 진료거부를 당할 우려성 때문으로 풀이되고 있다(Johnson, et al. 1989). 특히 높은 변호사료는 노인들로 하여금 사고배상청구소송을 주저하게 하는데 이는 그들의 짧은 평균기대여명과 현재의 낮은 소득수준으로 인해 기대되는 배상금액이 적어 과오배상청구에서 실익이 없다고 판단되기 때문이다(Johnson, et al. 1989). 그리고 배상청구를 하여 승소하는 경우에는 그 금액이 과다하여 의료과오 부주의를 과다방지(over deterrence)하는 결과를 초래한다. 이리하여 과오배상소송제도가 의사들의 의료행위의 질을 높일 수 있을 것이라는 기대효과를 불확실하게 하고, 의사들은 오히려 방어적 진료를 증가시키게 되었다. 결과 과오배상소송제도가 의료행위에서 부주의나 과오를 경감시킬 것이라는 기대를 사라지게 했다(O'Connell 1986).

3) 적절한 과오배상에 실패

현재의 의료과오배상제도는 의료과오에 기인한 피해자의 배상에 있어서 비교적 소액의 피해청

구를 하는 많은 환자는 제외시키는 문제가 있다. 소액 피해청구가 제외되는 것은 의료과오 배상 청구에 있어서 변호사비용이 엄청나기 때문이다. 한 조사에 따르면 대부분의 변호사들은 만약 피해배상액이 50,000달러를 상회하지 않으면 의료과오 배상사건을 수임하지 않는다는 것이다(GAO Framework 1987).

현재 배상제도는 의료과오기피에 대해 배상을 하는 경우에 있어서도 비슷한 상태의 사건간에 형평한 배상을 하지 못하는 문제점을 간직하고 있다. 의료과오의 경우에는 다른 과오피해에 비해 배상액이 200~500%가 높다는 것이다(Chin and Peterson 1985, p.55). 배상액의 큰 부분이 주관적이고 감성적인 고려에 좌우되기 때문에 어떤 사람은 공정한 배상액 이하를 받는데 비해 다른 사람은 자신의 경제적 및 경제외적 손실을 훨씬 초과하여 배상을 받는 문제가 있다(Johnson, et al. 1989).

4) 배상보험의 가용성 및 충분성에 대한 문제

미국 사회는 현재의 제도상 불합리로 인해 너무 높은 비용을 지불하고 있다. 예컨대 지난 20년간 의료과오배상 청구건수는 급격히 증가하고 있다. 1968년에는 37명의 의사중 1명 꼴이 과오배상 소송에 제소되었던데 비해 1975년에는 8명의 의사중 1명 꼴로 제소당하고 있는 실정이다(Danzon 1985). 그리고 1984년에는 California, Florida, New York과 같은 주에서는 3~4명의 의사가운데 1명 꼴로 제소당하고 있다(GAO December 1986). 배상청구소송건수의 증가와 함께 배상청구금액이 점차 커지는 문제가 있는데 1975년 배상액평균이 22만 달러 정도였으나 1985년에는 배상액의 평균이 102만 달러로 증가하였다(Dept. of Justice 1986).

이러한 배상청구건수의 증가와 건당 배상금액의 증가는 결국 의료과오배상책임보험의 보험료 증가로 귀결되는 바, 1960년도에 의료과오배상을 위한 미국 전체의 보험재정은 불과 6천만 달러에 지나지 않았으나, 1985년에는 무려 50억 달러로 증가하여(GAO September 1986) 사회전체가 의료과오배상제도의 불합리로 인해 엄청난 비용을 지불한다는 점이다.

그 결과 과오배상책임보험의 가용성과 책임보험 적용범위의 충분성을 위협하고 있다는 점이다. 미국에서 전국적으로 이름을 갖는 몇몇 보험회사가 의료과오배상책임보험을 다루기를 중단했으며, 다른 회사들의 경우는 과오배상의 적용범위에 엄격한 한계를 설정하였고 이로 인해 어떤 전문분과에서는 사고위험으로 인해 그러한 서비스제공을 꺼리는 의사들이 속출하고 있어 의료서비스 제공상에도 문제를 안겨주고 있다. 예컨대 산부인과 전문의들 경우에 사고위험이 큰 산과진료를 중단하는 경우가 많아진다는 것이다. 최근 미국 산부인과학회의 한 조사에 따르면 8명의 산부인과 의사중 1명 꼴로 분만을 위한 서비스를 중단했고, 분만서비스를 중단한 의사들의 2/3는 55세 이전에 이미 산과진료(주로 분만)를 완전히 중단했다는 사실이다.

2. 일본의 문제점

1) 소송외적 제도의 미비

일본에 있어서도 의료과오소송의 경우 소송전치주의에 의한 행정적 판결제도가 없이 모두 법원에서 민사소송으로 처리되거나 아니면 의사, 환자간 쌍방의 협상에 의해서 해결되어져 왔다.

민사소송에 의해 의료분쟁이 처리될 경우 의사의 통제범위 밖의 사고일지라도 의사의 책임이 되는 경향이 많았는데 이는 상대적으로 의사의 높은 경제력으로 환자측에 재정적 도움을 주어야겠다는 배려에서 나타난 현상이었다.

현재까지도 일본에서는 의료과오와 관련하여 의사의 민사상 혹은 형사상 책임을 규정한 법률은 없는 실정이다. 따라서 민사상 책임은 1951년에 제정된 민사조정법에 따라 일반적 민사소송에 의거하는 배상에 관한 일반적 규제에 의거하여 판결이 내려지고 있으며, 형사상 책임은 업무상의 상해를 처벌할 수 있게 규정한 업무상 치사에 관한 일반적 규제에 의거하여 판결이 내려지고 있다(석회태 1990).

이러한 상황하에서 의료사고에 관련한 민·형사소송은 1960년 이래 증가하기 시작했고, 특히 1970년 이래 괄목할만한 사건의 증가율을 기록하였다. 일본 최고재판소 기록에 의하면 1970~73년 동안에 연간 약 100건의 민사소송이 제기되었고 1973년 현재 500건이 법원에 계류된 것으로 보고되었다(JMA 1975). 그 뿐 아니라 소 제기건수의 증가와 함께 손해배상의 청구액도 증가하고 환자측의 승소율도 증가하였다.

소송건수의 증가와 함께 소송의 심리기간이 1970년 평균 28.5개월 소요되던 것이 1975년에는 39.3개월, 1985년에는 47.8개월이 되어 점차 장기화되는 현상이 있다(일본 최고재판소). 소송처리기간의 장기화는 자연적으로 범외적인 처리에 의존하는 경향으로 몰고가거나 아니면 피해자들에 의한 물리력 행사 등의 방향으로 의료분쟁이 처리되는 것이 문제가 된다.

이러한 상황하에서 중요한 문제는 의사의 과오가 있느냐를 입증시키는 것이다. 그러나 민사소송의 경우 다음과 같은 세가지 측면에서 의사의 과오를 인정하는 결론을 내리는 경우가 많았다.

첫째, 의사에 대한 더욱 큰 주의를 요구함에 따른 경우

둘째, 의사의 행위와 사고간의 인과관계로부터 과오를 추정하는 경우

셋째, 계약위반을 의료과오로 취급함으로써 과오입증의 어려움에서 벗어나는 경우이다.

법정판결이 단순히 법 전문가들에 의해서 실질적인 의료행위의 과정에 관한 참고없이 상기와 같이 재판될 경우, 법정판결도 의학적 판단에서 이탈할 뿐 아니라 의료인들에게 판단의 신뢰성을 심어주지 못하는 위험성이 발생한다. 특히 일본의사회로부터의 비판에 따라 법원에서는 의사과오의 입증에 의학적 기준과 일치시키려는 노력을 기울이게 되었다. 그러나 현재도 소송처리절차상의 문제점과 전문가 증인제도의 경직성으로 인해 의학적 판단이 법정에서 적절한 주의를 받는다는 많은 제약이 있는 것이 여전히 문제점이라 하겠다(JMA 1975).

2) 범외적 측면

의료분쟁이 법정으로 갈 경우 그 사고가 불가항력적인 것이었음에도 불구하고 의사에게 불리한 방향으로 판결이 내려지는 것이 최근의 경향이였다. 특히 의료과오분쟁이 법정밖에서 해결될 경우 의사의 과오여부와는 관계없이 의사에게 과도한 배상요구와 함께 의사에 대해 심리적·물리적 압력을 가하는 것이 문제로 대두되었다(JMA 1975). 그리고 대부분의 의료분쟁은 법정밖에서 당사자간의 합의내지는 협상을 통해 해결코자 하는 경향이 있었다. 결과 법정밖의 해결이 법원내의 해결보다 더 큰 의미가 주어졌으며 일본의사회는 여기에서 큰 역할을 담당할 수 있었다.

3) 배상보험의 가용성과 충분성의 문제

법원의 판결에 의하거나 환자와 의사간의 협상에 의하거나 배상액이 결정되면, 이 배상액을 의사 개인이 직접 지불하거나 아니면 별도의 보험제도와 같은 제도의 마련이 요구되었다. 초기에는 이를 위해 지역의사회가 공제회를 결성하여 배상액을 지불하는 업무를 수행하였다. 그러다 1963년 의사책임배상보험이 사보험의 형태로 출발하자 지방의사회가 이를 수용하게 되어 공제회를 대체하였다. 1970년까지 도·도·부·현 의사의 70%가 의사책임배상보험을 수용한 것으로 기록되고 있다. 결과 상당수 의사가 배상책임보험에의 가입을 꺼리기도 하였고, 보험을 통한 배상도 진정한 배상이 되지 못하는 문제가 야기되어 배상책임보험의 가용성과 충분성에 한계를 받게 하였다.

IV. 미·일의 의료분쟁 해결제도의 개혁

1. 미국 의사회의 제도개혁안(AMA 1988)

의료분쟁해결제도의 개혁에는 두가지의 중요한 요소를 갖고 있다.

첫째, 의료과오배상 소를 결정하는 과정에서 민사소송에 이르기 전에 행정심판이라는 소송전 치주의를 도입코자 하는 것이며,

둘째, 의료과오와 관련된 교육, 신뢰성 찾기, 그리고 중과실 의사에 대한 징계의 개혁이다.

1) 의료과오 배상소송의 결정과정

의료과오에 대한 배상청구는 더 이상 법원판결에 의해 결정되도록 하는 것이 아니라 행정적 판결과정을 통한 위원회에 의해 결정되도록 하는데 유의하고 있으며, 특히 의료과오배상소송을 무작위적으로 선출된 배심원에 의할 것이 아니라, 경험을 갖춘 자질있는 조사관(hearing examiner)에 의해 해결되도록 유의하고 있다.

의료분쟁의 해결을 위해서는 다음의 4단계의 과정을 제안하고 있다.

가. 심리 전 단계

부적절한 의료서비스로 인해 피해를 입었다고 생각하는 환자는 소송의 근거로써 의료서비스가 행해진 상황을 알릴 수 있는 간단한 서식을 작성함으로써, 행정적 소청을 시작할 수 있다. 소송은 일반적으로 원인행위로부터 2년 이내의 기간으로 한정한다. 의료과오심사위원회는 심사위원을 고용하여 소송을 검토하는데, 여기에는 의무기록의 검토, 환자면담, 의료제공자면담, 관련 사항에 대한 지식이 있는 기타 사람들의 면담등의 활동이 포함된다. 만약 의료서비스 제공자측에서 소송사건이 진행되는 도중에 해결방안을 제시하면 환자측에서는 그 제의를 평가하기 위해서 의료과오심사위원회에 의해 고용된 변호사의 도움을 요청할 수 있다. 만약 해결안 제의가 없을 경우 심사위원은 소송이 제기된 날로부터 60일 이내에 심사를 끝내어 그 소송의 계속진행 또는 기각여부를 결정해야 한다.

소송기각이 권고될 때 만약 환자가 불복할 경우에는 심사위원회의 다른 위원에게 재심을 요청할 수 있다. 만약 재심에서도 기각이 타당한 것으로 판정될 때 환자가 계속 불복한다면, 환자는 의료피해가 부적절한 의료서비스에 원인이 되었다는 것을 입증시킬 증명서를 전문의료인으로부터

발부발아야 개인변호사를 통해 민사소송을 별도로 진행할 수 있다.

심사위원이 그 소송은 계속 진행되어야 한다는 추천이 있을 경우, 의료과오심사 위원회는 의료과오가 발생한 분야의 자격있는 전문가를 선발하여 동료집단의 전문심사가(peer reviewer)로서 심사가 되도록 한다. 만약 동료전문심사가도 이 소송이 계속될 이유가 있다고 판단한다면 심사 위원회는 이 사건을 행정판사(Administration Law Judge : ALJ)에 맡기고 환자를 대신할 수 있는 위원회소속 변호사를 지명하여 사건을 협상케 하거나 아니면 소송을 계속케 한다.

두차례에 걸친 동료전문심사가에 의한 검토에서 이 소송이 계속되어야 할 이유를 발견치 못하면 이 사건은 심사위원회에서 기각이유를 간단히 첨부하여 기각시키게 된다. 이때 환자측에서 심사 위원회에 항의할 수 있는 기회는 없고 다만 개인적으로 변호사를 고용하여 민사소송으로 갈 수는 있다.

나. 청문회 단계

이 단계 이후는 행정판사(ALJ)가 사건을 주재한다. 행정판사는 의료과오심사위원회의 전임 피고용자로서 의료분쟁소송을 청문하고 해당 의사에 대해서는 벌칙을 부과한다. 본청문회가 있기 이전에 사건을 신속하고 합리적으로 해결키 위해 예비청문회를 두차례 갖게 되는데, 첫 예비청문회는 환자측과 의사측 양측에서 의료과오에 대해 요구액과 배상액을 임의로 제시토록 하여 만약 환자측의 요구액과 의사측의 배상의도액이 맞아 떨어지면 이것으로 종결되지만 환자측의 요구액이 배상의도액보다 훨씬 높으면 조사관이 해결을 위해 중재에 나서는데 중재가 되지 않으면 2차 예비청문회를 가져 양측이 다시 요구액과 배상의도액을 제시토록 하여 해결을 모색한다. 그런데 2차 예비청문회에서는 양측으로 하여금 조금씩 양보안을 제출할 것을 반드시 요구하며, 그렇지 않을 경우 제재의 대상이 된다.

두차례의 예비청문회에도 불구하고 해결이 되지 않을 경우 본청문회에 들어가는데 양측의 일방이 요구하거나 행정판사가 판단하여 문제해결에 도움이 된다고 생각될 때 구두청문회를 개최할 수 있다. 행정판사는 구두청문회의 주제를 양측이 참여한 의견대립이 되는 부분으로 제한할 권한을 갖는다.

청문회는 비공식적인 재판과 같은 기능을 갖는데, 증거의 엄격함이 법정보다는 다소 약하지만 어떤 기준하에서 제시되어야 하고 증인에 대해서 단독신문 내지는 대질신문이 이루어지고, 변호사가 양측을 대신하여 청문회에 출두할 수 있다.

행정판사는 청문회를 끝낸 90일 이내에 사실의 발견과 법적 결론을 수록(finding of fact and conclusions of law)한 서면판결문을 제출해야만 한다. 서면판결문에서 행정판사는 증거의 우월성을 토대로 의료서비스 제공자가 의료과오에 책임이 있는지 여부와 책임이 있다면 과오로 인한 손실에 대한 적절한 배상액은 얼마가 되는지를 결정해야 한다.

다. 의료과오심사위원회의 심사

청문회에서 패소한 측은 30일 이내에 항소의 기회를 갖는다. 만약 항소가 없다면 심사위원회 위원들은 행정판사의 판결을 심사하게 된다. 심사결과 행정판사의 견해가 사건의 사실발견과 법적 기술이 만족할 만한 경우에는 위원회의 의견으로 행정판사의 의견을 받아들이는 위임서를 발부하고, 이 경우 행정판사의 판결은 미래 유사사건의 판례로서 구속력을 갖는다. 만약 위원회의 심사결과

행정판사의 의견을 위원회의 의견으로 받아들일 수 없는 것으로 결정이 나면 위임서를 발부치 않으며 판례로서의 가치도 없다. 만약 패소자측에서 항소가 제기되는 경우, 행정판사의 판결도 심사위원회의 이사회에 의해 재심케 된다. 심사위원회는 통상적으로 행정판사의 결정을 3인 위원회에 있어서 하나의 항고로써 받아들이는데 3인중 1인은 반드시 의료서비스 공급자측에서 참여한다. 3인위원회는 주로 법적 문제를 새롭게 조명하는 임무가 주어지 있으나 중요한 증거에 의해 뒷받침되는 사실의 발견은 받아들인다.

라. 법정심사

심사위원회 판결에 불복하는 경우 항소는 주의 항소법원으로 바로 가게된다. 법정심사는 위원회가 기준없이 임의적으로 결정했는지, 변덕스럽게 결정했는지, 재량권을 남용했는지에 제한된다. 왜냐하면 법정은 의료서비스의 진료기준을 설정할 권한도 없고 따라서 의료과오를 결정할 권한도 없기 때문이다. 만약 법정에서 위원회가 판결과정에 착오가 있다는 결정을 내리게 되면 그 사건은 심사위원회로 환송되어 재심절차를 밟는다. 따라서 법정 심사과정은 의료과오심사위원회에서 이루어지는 의료과오 판정이나 배상액 결정이 최선의 결정이라는 점을 보증하는 것이라 하겠다. 이상의 과정을 흐름도로 나타내면 <그림 1>과 같다.

2) 의료과오 책임근거의 근본적 개혁

가. 진료기준(Standard of Care)

적절한 진료기준이란 이제 더이상 그 지역사회에서 통상적으로 이루어지는 진료행위나 혹은 유사한 의료공급자에 의해 유사한 상황에서 통상적으로 이루어지는 적절한 진료행위 등으로 설정할 수 없게 되었다. 그 대신 진료기준은 문제가 된 의료행위가 합리성의 범위내에 있는지 여부에 초점이 모아지고, 합리성은 문제가 된 의료행위와 같거나 혹은 비슷한 훈련, 경험 그리고 면허를 갖춘 다른 사람의 기술이나 진료와 상응되게 판정된다. 심사위원회는 합리성의 범위를 결정하는데 있어서 의사의 전문기술, 의학적 지식상태, 의료장비의 가용도, 환자의 증상이 진료에 가용한 선택들을 제한하는지 여부 등의 여러가지 다양한 요소를 고려토록 요구된다. 의사의 태만이나 부주의가 비전문가들에 의해 명백히 인식되지 않는 사고의 경우 진료기준을 고려하기 위해 전문가 증인이 요구된다.

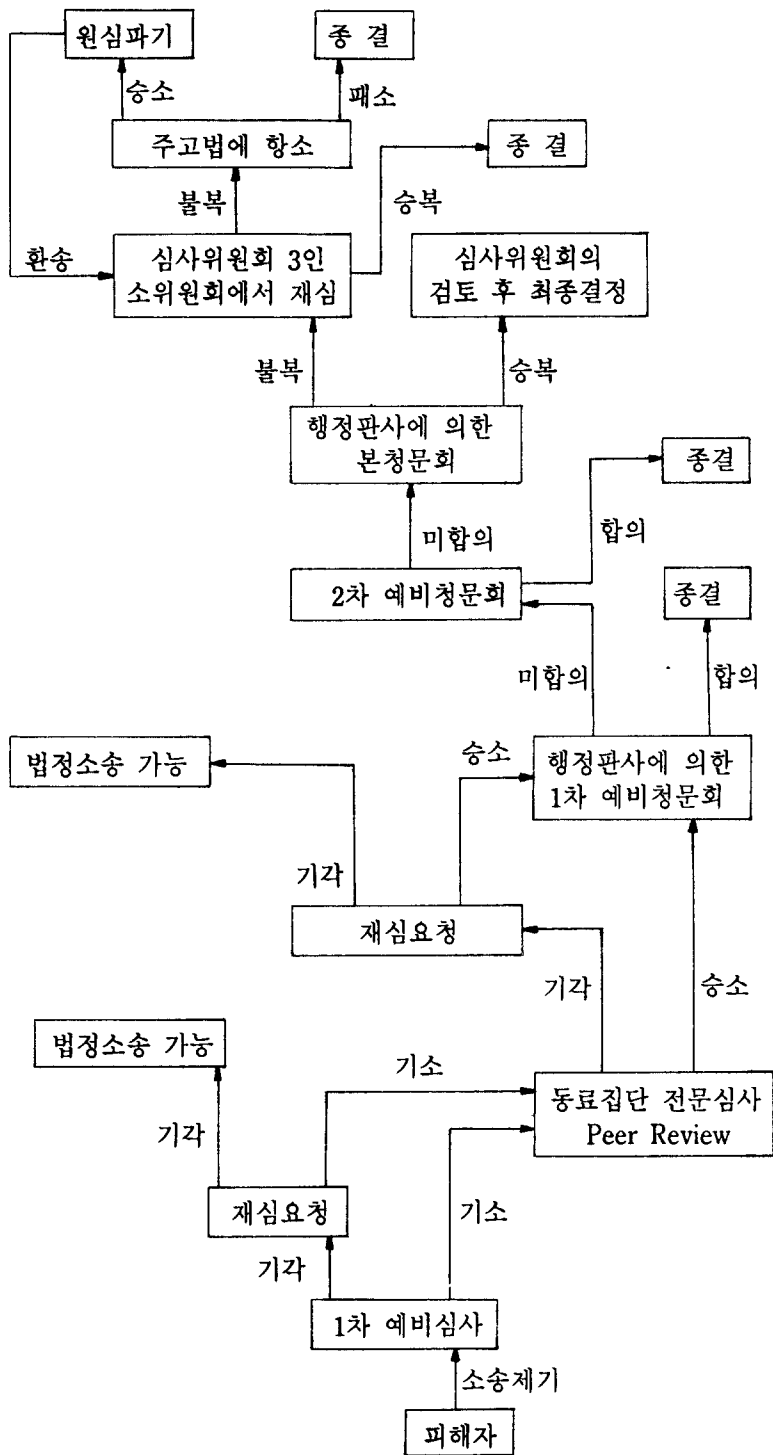
나. 의료사고 원인

전통적으로 의료사고의 원인은 한가지 이상의 복합적 요소를 갖는데 만약 의사의 과오가 의료사고 원인의 50% 이상이 되지 않을 경우 배상이 이루어지지 않도록 되어 있었다. 그러나 개혁안은 '50% 이상 원인'에서 의사의 과오가 의료사고에 '한 요인으로 기여(contributing factor)'하게 될 경우 배상이 이루어지도록 하고 있다.

이러한 기준하에서 배상도 과오기여정도에 따라 이루어지도록 하고 있다. 즉 의료행위로 인한 환자의 손실에 있어서 환자의 진료 이전 조건이 진료 후 상태악화에 60% 책임이 있고, 나머지 40%는 의사의 태만에 그 원인이 있다면 환자손실의 40%만 배상토록 한다는 것이다.

다. 주의전달과 동의획득(Informed Consent)

현행 법률은 어떠한 의료서비스를 제공하기 이전에 환자에게 의무적으로 동의를 얻도록 하고 있고 환자는 진료받기를 거부할 권리가 있음을 규정하고 있는데, 개혁안은 환자의 동의를 얻는데



〈그림 1〉 미국의사회의 의료사고처리 흐름도

있어서 진료에 따른 위험에 관한 정보노출의 기준을 정하고 있다. 정보노출의 적정성은 합리적 의사의 관점이 아니라 합리적인 환자의 관점에서 측정되고 있다.

라. 환자의 손해

의료과오로 인한 환자의 손해는 현행법의 규정에 따라 경제적 손실을 배상토록 한다. 경제적 손실은 의료과오가 없었더라면 그가 차지하게 될 사회적 위치로 환자를 환원시키는 것을 기준으로 결정된다. 경제적 손상은 그러한 위치를 잃게 되는데 따른 상실된 소득의 합계액에 추가하여 의료과오에 따른 손해의 치료와 같은 직접적으로 발생하는 비용의 합으로 계측된다. 구체적인 손해액 측정의 지침은 경제적 손실의 여러가지 요소(이자율, 노동생산기간, 기대여명, 상해치료비용, 재활비용, 보호비용, 가정부비용, 자녀양육서비스비용 등)에 대한 규칙 제정을 통해 개발된다.

3) 의사감시(Physician Monitoring)

의료분쟁을 취급하는 새로운 기구로써 의료과오심사위원회는 의사의 교육, 신용도, 징계 등에 더욱 큰 역할을 수행토록 하고 있다. 진료의 질을 높이기 위해서 개혁안은 모든 의사들로 하여금 적어도 연간 50이수 학점시간(credit hours)의 의학교육을 받을 것을 요구하고 있다. 50시간중 적어도 30시간은 직접적으로 의사의 실제 진료와 관련이 되어야 한다는 것이다. 그리고 모든 의사는 과오위험감소를 위한 질유지 프로그램(quality assurance-risk management program)에 참여할 것을 요구한다.

의사진료내용을 더욱 포괄적으로 검토하기 위해 개혁안은 의사진료와 관련하여 다음 몇가지의 필수 보고사항을 포함시키도록 하고 있다. 첫째, 병원은 근무의사들의 성과를 주기적으로 검토하도록 하고 성과가 표준 이하에 있는 것을 발견할 경우, 즉시 보고토록 한다. 둘째, 의료보험회사는 수준에 미치지 못하는 것이 이유가 되어 보험급여를 거부할 경우 이를 보고해야 한다. 셋째, 주 법원은 의사의 유죄확정범죄를 보고해야 한다. 넷째, 모든 의사들은 그들의 동료 가운데 무능하다고 의심이 가거나 약물 또는 알콜중독의 의심이 간다면, 혹은 신체적 또는 정신적 손상으로 정상적 기능이 어렵다고 의심이 갈 경우 이를 보고해야 한다는 것이다.

의료과오심사위원회는 병원, 보험회사, 법원, 그리고 의사들로부터 보고받은 사항을 관리할 정보교환소(clearing house)를 설치·운영하여야 한다. 정보교환소는 의료과오소송 해결과정에서 결정된 해결책이나 배상액의 보고를 받고 다른 주에서 내려진 의사의 벌칙에 대한 통보를 받아 보관한다. 심사위원회는 의사 개인의 화일을 만들어 놓고 상기 보고사항중 어느 한가지라도 접수가 되면 이를 기록함과 동시에 의사의 진료성과를 검토한다.

심사위원회의 정보교환소에 있는 의사 개인화일의 검토결과 진료성과가 표준 이하에 있다거나 비전문적 수준으로 평가되면, 심사위원회는 의사의 진료내용에 대한 조사를 시작토록 한다. 그 외에도 의사진료에 대한 대중들(심사위원회 위원 또는 행정판사 포함)의 불평이 있을 때도 조사가 시작된다. 조사는 심사위원회 내의 의사진료행위에 관한 위원회에서 3인으로 구성된 소위원회를 구성하여 실시하는데 3인 소위원회중 반드시 1인은 의사가 되어야 한다. 만약 조사에서 의사의 진료행위가 환자의 건강상 피해에 영향을 미친다는 혐의를 갖게되면 위원회는 의사진료에 관해 현장실사를 할 수 있다. 그리고 의사의 진료행위가 개인의 건강상 피해를 줄 절박성이 있다고

판단되면 즉각적으로 그러한 진료행위의 중단을 명할 수 있다. 심사위원회가 의사를 일단 징계하기로 결정을 보면 심사위원회는 해당 의사를 행정관사에게 기소하여 징계종류를 결정케 한다.

2. 일본의사회 의사배상책임보험

의료분쟁에 있어서 법정판결에 대한 의료인들의 불만과, 소송처리기간의 장기화에 대한 불만, 그리고 배상기구의 부재 등에 따라 일본의사회는 이미 1960년대 부터 의료분쟁사건에 개입하여 피해자와 의사간의 협상에 도움을 주거나 배상책임보험과의 연결에 있어서 역할을 하였다. 1970년까지 지역의사회의 분쟁해결위원회에 접수된 의료과오는 1,640건이며, 이 중 63%가 분쟁해결위원회의 중재에 의한 것으로 기록되고 있으며, 해결건수의 87%는 100만엔 이하의 배상액으로 알려졌다(JMA 1975).

이상의 전통을 토대로 하여 일본의사회는 1973년 7월 1일을 기하여 일본의사회 의사책임배상보험을 고안하여, 의료분쟁시 법정판결에 선행하여 과오판정을 하고 동시에 피해액을 배상하는 방법을 택하였다.

1) 주요 특징

첫째, 일본의사회가 주도하는 전국적인 단일제도로써, 일본의사회가 5개 손해보험회사(초기는 4개 보험회사)와 계약에 의해 배상책임보험업무를 위탁하는 형태를 취하고 있다. 5개 보험회사는 그 가운데 1개 회사를 간사회사로 하고 간사회사가 일본의사회와의 계약에 따라 의료분쟁의 과오판정에 참여케 한다. 그리고 일본의사회 회원중 A회원(개업의사나 병원 과장급 이상의 의사)은 5개 회사중 어느 하나의 보험회사에 가입케 되는데 보험회사간 의사가입수를 서로 분담하고 있는 바 그 분담률은 다음과 같다.

보험회사	분담율	참고
동경해상화재	49.0%	간사회사
안전화재해상	34.0%	
대정해상화재	6.5%	
일본화재해상	6.5%	
주우해상화재	4.0%	

둘째, 배상의 근거를 의사과오에 두고 의사과오를 조사하기 위해 조사위원회를 구성(일본의사회와 간사회사가 공동으로)하고, 조사위원회의 조사를 보다 정밀심사하기 위해 배상책임심사회를 구성하여 법원판결보다 신속하게 의사과오를 결정하며, 법원결정에 어떤 기준을 제공하고 있다.

셋째, 과거 일본의 지역의사회가 설립한 의료분쟁조정위원회를 활용하여 조사위원회의 활동에 협조케 하고 조사결과에 따라 환자측과 협상을 할 수 있는 역할을 부여하고 있다.

넷째, 배상의 최고한도액을 1억엔으로 하여 배상이 실질적인 효과를 갖게하며, 100만엔 이하는 배상에서 제외시켜 의사가 직접 부담케 하는 본인부담정액제(deductibles)를 도입하고 있다.

다섯째, 의사회의 의사책임배상보험에 가입할 수 없는 사람이나 보험급여대상에서 제외되는

급여에 대한 보험을 위해 개인보험회사(6개사)는 의사책임배상보험을 개설하고 있다.

여섯째, 예방접종에 기인한 사고에 대한 배상청구는 예방접종기관(정부)을 상대로 함이 원칙이나, 아주 특수한 경우(의사과오 인정시)에는 의사에 제기하며, 이때 의사의 과오가 인정되면 일본의사회 배상책임보험에서 배상토록 한다.

일곱째, 약화사고의 경우 의사의 처방에 있어서 과오이면 일본의사회 배상책임보험에서 배상토록 하지만, 약 자체의 결함이나 부작용에 의한 경우는 의약품부작용 피해구제기금에서 보상토록 규정하고 있다.

2) 의료과오배상의 결정

일본에서 의료분쟁시 분쟁처리는 크게 3단계를 거쳐 처리된다고 하겠다.

가. 당사자간의 합의절차

먼저 의료과오 발생시 피해자측은 해당 의사에게 손해배상을 청구하게 되며, 손해배상을 청구받은 의사는 도·도·부·현 의사회에 사고 보고를 한다. 사고 보고를 받은 도·도·부·현 의사회는 피해자측과 협상을 시작하는데 이때 도·부·현 의사회에 고용되거나 계약을 맺은 변호사로 하여금 협상에 나서도록 한다. 협상 결과 100만엔 이하로 절충이 될 경우, 과오의사로 하여금 전액 지불케 한다.

피해자측에서 100만엔 이상의 배상을 요구하여 협상이 실패할 경우 도·도·부·현 의사회는 일본의사회에 사건해결을 부탁한다.

나. 조사위원회 및 배상책임심사회 심사

사건해결을 부탁받은 일본의사회는 배상책임보험회사(간사회사)에 속한 조사위원회에 사건조사를 부탁한다. 조사위원회는 도·도·부·현 의사회와 연락하여 사건을 조사하여, 조사결과를 토대로 배상책임심사위원회에 심사를 청구한다. 배상책임심사회는 사건을 심사하여 심사결과(배상액 등)를 조사위원회에 통보하면 조사위원회는 그 결과를 일본의사회에 통보한다. 일본의사회는 도·도·부·현 의사회에 그 결과를 통보하여 피해자측과 다시 배상액을 절충토록 한다. 절충에 실패하여 피해자측에서 배상액에 불만을 표시할 경우 법정소송을 제기하게 된다.

다. 배상액 지급

도·도·부·현 의사회와 피해자측이 절충에 성공할 경우, 사고의사는 절충액을 의사책임배상보험회사에 청구하여 이를 지급받아 피해자에게 피해배상을 한다. 이때 피해배상액의 100만엔까지는 의사가 직접 부담하고 나머지 금액만 지급된다. 그리고 결정액이 1억엔을 넘을 경우에는 역시 의사가 상한액 이상을 부담토록 한다. 배상액에는 피해자측의 법정소송비용도 포함된다.

배상보험금 지급계산방법은 다음의 몇가지 예와 같다.

① 배상결정액 150만엔(청구액 300만엔)과 법정비용 30만엔 경우, 50만엔 + 30만엔 = 80만엔 지불

② 배상결정액 100만엔(청구액 300만엔)과 법정비용 30만엔의 경우, 지불 30만엔

③ 배상결정액 90만엔(배상청구액 101만엔)과 법정비용 10만엔,

지불 : 배상액은 100만엔 이하이므로 없고 다만 법정비용 10만엔만 지불

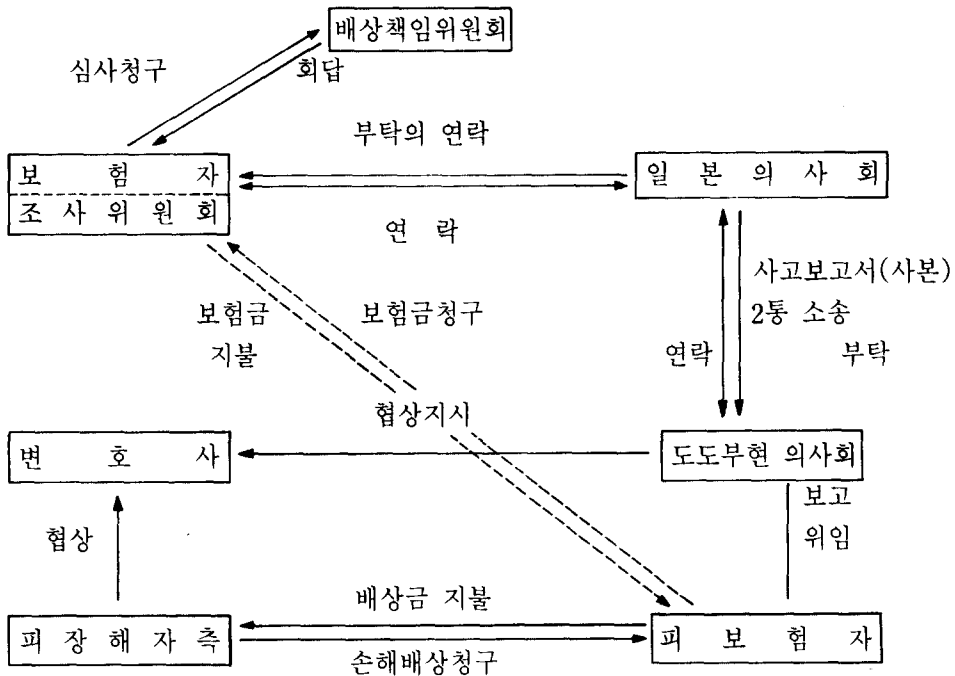
④ 배상청구액 100만엔, 법정비용 10만엔 경우,

지불 : 당초 배상청구가 100만엔 이하이기 때문에 이 경우는 법정비용도 보험에서 지불치 않음

⑤ 배상청구액 1억 1천만엔, 결정액 1억 1천만엔, 법정비용 1천만엔인 경우

지불 : 1억엔(배상)+1천만엔(법정비용)=1억 1천만엔

참고로 일본의사회 의료책임배상보험에서 의사분쟁처리의 흐름도를 보면 다음 <그림 2>와 같다.



<그림 2> 일본 의사회의 의료분쟁처리 흐름도

V. 외국제도의 교훈을 통해 본 우리나라 제도의 개혁방향

1. 의료분쟁 해결제도의 문제점

일반적으로 의료인이 제공한 의료서비스로 인해 환자측에서 신체적 상해(사망까지 포함)를 입었을 경우, 그 피해구제는 다음과 같이 해오고 있다.

첫째, 양측의 화해조정에 따라 상해에 해당하는 경제적 손실을 산정하여 의료제공자가 피해자에게 배상하는 것이며, 둘째, 양측이 화해조정이 되지 않아서 민사 또는 형사소송에 의해 의료제공자의 과오를 입증한 연후에 이를 토대로 피해자에게 과오에 해당하는 만큼의 손실을 배상케 하는 것이다.

합의에 의하던 민·형사소송에 의해 결정이 되던 일단 배상액이 결정이 나면 이를 지불하는

방법으로 세가지 경우를 생각할 수 있다. 첫째는 의료제공자 본인이 직접 부담하여 이를 지불하는 방법이며, 둘째는 배상보험에 가입하여 보험에서 지불하는 방법이며, 셋째는 의사회와 같은 단체에서 공제회를 조직하여 배상보험과 유사한 기능을 하는 방법이다.

1) 과오심판상의 문제점

우리나라의 경우 먼저 의료분쟁사건이 발생하였을 경우, 행정적으로 공정하게 심사하여 화해 조정을 시키기 위해 의료심사조정위원회를 1981년에 개정된 의료법에 근거하여 설치하여 운영하고 있으나 큰 실효를 얻지 못하고, 대부분의 의료분쟁은 민·형사소송으로 가거나 아니면 환자측의 물리적 힘에 의해 일방적인 타협을 짓는 형식을 취하고 있다.

의료법 제54조 2에 의하면 중앙인 보건사회부에는 중앙의료심사조정위원회를, 지방인 각 시·도에는 지방의료심사조정위원회를 설치토록 규정하였다. 각 위원회의 위원장은 동 위원회를 두는 기관의 부기관장이 맡도록 하고 위원은 7인 이상 15인 이하로 하되 그 자격은 의료인, 법조인, 언론인 및 의료행정에 관한 학식과 경험이 풍부한 사람 가운데서 해당기관의 장이 위촉토록 하되, 의료인과 비의료인의 위원은 동수로 하도록 시행령 제22조에서 규정하고 있다.

의료심사조정위원회가 구성되어 활동을 개시한 이래 1990년 말까지 의료심사조정위원회에 접수된 분쟁건수는 기껏 12건에 불과하고 그것도 1건은 취하, 5건은 반려, 6건은 조정불성립으로 끝나 (보건사회부 내부자료) 의료심사조정위원회는 그야말로 유명무실화되고 있다.

의료분쟁시 분쟁의 신속한 해결을 위한 행정심판기능이 유명무실해짐에 따라 의료분쟁사건은 민·형사소송으로 가지만 소송기간의 장기화, 환자 승소율의 저조 등으로 그 실효가 제약됨에 따라 대부분의 의료사건은 피해자와 의사간의 직접적 협상으로 타결되는 경우가 많은데, 이 경우 피해자측이 협상에서 유리함을 차지하기 위해 의사측에 대해 심리적·물리적 압력을 가하는 것이 문제로 지적되고 있다.

한편 의료심사조정위원회의 활동이 유명무실화된 데에는 다음과 같은 몇가지 이유를 찾을 수 있겠다(석회태 1990, 한국생산성본부 1988).

첫째, 많은 사람들이 위원회의 존재와 역할을 충분히 숙지하지 못하고, 의료인들은 의료과오의 외부노출을 꺼려 사고발생시 음성적으로 해결하는 경향이 많기 때문이다.

둘째, 소송법상에 소송전치주의가 명시되어 있지 않아 환자측이 법원에 직접 소송을 제기할 경우에는 위원회의 심의 및 조정기능이 유명무실하게 되기 때문이다.

셋째, 위원회의 조정능력에 법적 구속력이 없기 때문에 의료분쟁에 대한 과실판정이나 손해배상의 결정에 있어서 위원회에 회부되어 있으면서도 검찰 또는 법원 등에 계류중일 경우 위원회는 분쟁조정신청서를 반려해야 되는 무력감을 갖기 때문이다.

넷째, 조정위원회의 전문성이나 중립성에 의문을 가지므로 조정절차를 회피하기 때문이다.

2) 의료과오 피해배상의 문제점

의료과오 피해배상에 있어서 문제점은 적절한 배상보험이나 배상기구가 부재하여 의료제공자 입장에서 본다면 배상기능의 가용성(availability)이나 배상액의 충분한 제공성(affordability)에 문제가 있다는 점이다. 이를 보다 구체적으로 기술토록 한다.

가. 의사책임배상보험제도

우리나라의 의사책임배상보험은 동방생명보험이 1973년에 처음 도입함으로써 그 출발을 보게 된다. 그 이후 4개 보험회사가 배상책임보험 보통약관에 의사 직업보험담보특별약관과 의료시설 특별약관을 부가하여 보험계약을 체결함으로써 의사책임보험이 실시되어 왔다(김룡담 1985, 한국생산성본부 1988). 이 보험은 피보험자인 의사가 피해자인 환자에 대하여 일정한 경제적 배상을 해야 할 법률상의 손해배상책임을 부담하는 경우에 대처하기 위한 것으로서, 상법 제719조 및 726조의 책임보험에 관한 규정에 따르게 되며, 법적인 배상책임의 발생은 불법행위나 계약위반시에 발생한다. 보험에서 지급하는 배상액은 법원에서 확정되는 금액이나, 당사자들간 상호합의로 결정한 배상금에 소송이나 합의과정에 수반되는 갖가지 부대비용을 포함하고 있다.

의사책임배상보험이 1973년 도입 이래 계약 및 배상현황을 살펴보면, 동방생명(현 삼성생명), 동양화재해상, 제일화재해상이 1978년까지 총 280건의 보험계약실적을 보였으며, 1980년대에는 범문화재해상이 2건의 계약실적을 보였고 배상건수는 총 11건에 불과하였다(김룡담 1985, 한국생산성본부 1988). 1984년 이후는 모든 보험회사가 재정수지적자를 이유로 의사책임배상보험의 판매를 중단하고 있는 실정이다.

의사책임배상보험이 우리나라에서 성과를 얻지 못하고 없어지게 된 것은,

첫째, 배상책임보험가입이 임의가입으로 되어 있어 가입율이 저조하고, 이로 인해 보험회사들로서는 그만큼 위험의 분산이 제약되어, 재정적자가 불가피하여 의사책임배상보험이 사라지게 되었다.

둘째, 의료분쟁에 관한 공정한 심판기구의 부재를 들 수 있다. 의료과오사건에 관한 객관적이고도 공정한 심판기구가 없이 배상책임보험만 존재할 경우, 배상이 과오에 기인하는 배상인지 아니면 무과실보상인지 불분명해지고 이러한 경우 의료분쟁이 있을때 손쉬운 손해배상지급은 그만큼 보험자의 재정악화를 초래시킬 가능성을 보여 의사책임배상보험이 존립하기 어려워진다.

셋째, 보험사고를 보험계약기간중에 발생한 사고에 국한시키는, 소위 발생주의 입장을 취함에 따라 비록 배상책임보험에 가입했다라도 장기간 가입치 않으면 제외되는 사고가 많아, 의료인들이 의사책임배상보험에 가입을 꺼렸다고 하겠다. 실제 의료과오의 발생시점은 불분명한 경우가 많고, 원인행위시점과 사고발견시점과는 장시간의 시차가 있는 경우가 많은데 발생주의를 택한다면 장기간 가입자가 아니면 제외되는 의료과오가 많아 실질적 혜택이 제한된다는 점이다.

나. 대한의학협회 공제사업

대한의학협회에서는 1981년 11월 1일부터 공제회를 발족시켜 공제사업을 실시하여 오늘에 이르고 있다. 공제회를 실시한 목적은 의사책임배상보험이 제대로 뿌리를 내리지 못하게 됨에 따라 이에 대처하기 위한 것이다. 즉 공제회는 가입회원에게 의료분쟁으로 인해 일정한 위험 내지 사고가 발생했을 때 배상을 주 목적으로 하고 의료분쟁사건의 심의, 제정, 보상금의 사정·지급, 의료분쟁의 조정 등의 업무도 동시에 행함으로써 가입회원들에 대한 사고대책지원을 목적으로 출발하였다.

공제사업의 종류는 진료내용을 기준으로 하여 5가지로 분류하고, 각 종류별로 사고발생빈도를 감안하여 각출액을 달리하고 있다. 그러나 종류별로 공제회에서 지급하는 보상액은 동일액으로 하고 있다.

각출액은 1990년 10월 이전까지는 보험종류별로 1개 구좌당 3만원에서 최고 30만원이었으나

1990년 11월 이후에는 이를 인상하여 6만원에서 최고 112만 3천원까지로하였다. 배상액은 보험 종류에 관계없이 동일하게 하여 1990년 10월 이전까지는 일구좌당 최고배상액을 300만원으로 하였고, 1990년 11월부터는 1구좌당 최고배상액을 1,000만원으로 인상하였다(대한의학협회).

공제회는 1981년 발족된 이래 오늘에 이르기까지 제11기에 이르고 있는 바, 공제회가 발족된 첫해와 그 다음해는 가입률이 35% 내외로 저조했으나 3년째부터는 가입률이 대체로 대사회원의 50%를 상회하고 있는 실정이다. 그리고 전문과목별로 가입현황을 살펴보면 대체로 산부인과, 외과, 소아과, 내과 순위로 가입회원이 많으며 특수과목에는 가입회원의 비중이 낮다(대한의학협회).

공제사업은 대한의학협회라는 기존 조직을 활용하기 때문에 별도의 조직이 필요치 않아 관리 운영비를 줄일 수 있기 때문에 제대로 운영이 된다면 의상책임배상보험에 비해 각출액을 낮출 수 있는 이점이 있다. 그럼에도 불구하고 공제사업이 50% 수준의 가입률에 그치고 실질적 보상이 어려운 데에는 다음과 같은 문제점을 지적할 수 있다.

첫째, 대한의학협회가 회원을 대상으로 임의가입형태로 실시하고 있어 가입에 한계가 있다는 점이다. 대한의학협회로서는 모든 회원을 강제가입시킬 법적 구속력이 없기 때문에 전원가입이 안되고, 그로 인해서 위험분산기능이 제약될 수 밖에 없다.

둘째, 의료분쟁이 발생하였을 때, 분쟁의 심사·판정에 있어 의료인의 과오를 토대로 하지 않고 공제회의 심사위원회 참여하에 쌍방향의를 존중하여 피해를 보상하는 방식으로 해결됨에 따라 보상률은 높으나 이로 인해 건당보상액은 낮아 실질적인 의료과오를 토대로 하는 피해배상과는 거리가 있다는 점이다.

셋째, 보상액이 낮으니 각출액을 높일 수 없으며, 낮은 각출액과 낮은 보상액이라는 순환고리로 돌아가니 의사입장에서는 공제회가 큰 도움이 되지 않는다고 여겨져 외면하게 된다는 점이다.

넷째, 실제 의료분쟁이 발생되었을 경우 환자측에서는 의료기관에 대해 물리력을 행사하게 되는데, 이 경우 공제회의 가입이 아무런 도움을 얻지 못하게 됨에 따라 의료기관으로써는 공제회 가입을 형식적으로 생각하는 경향이 있다는 점을 들 수 있겠다.

2. 외국제도의 교훈과 개혁방향

현재 우리나라의 의료분쟁해결제도가 갖는 문제점을 개혁하여 새로운 제도를 고안하기 위해서 미국과 일본의 제도 개혁에서 몇가지 교훈을 얻을 수 있는 바 이를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 의료분쟁에서 구제대상은 의사들의 유과실사고가 대상이 되어야 한다. 다만 예외적으로 약자체의 결함이나 예방접종에 따른 부작용은 피해구제대상이 될 수 있다. 물론 의료분쟁에 있어서 현재의 의료지식으로 사고원인 규명이 어려운 사항도 있겠으나 여기에는 의사의 주의태만여부, 환자동의 여부 등을 기초하여 과오판정이 이루어져야 한다. 일각에서는 의료과오판정의 어려움을 이유로 무과실보상주의의 도입을 주장하고 있으나, 무과실주의를 도입할 경우 의료사고 뿐 아니라 일상생활에서의 사고를 위시한 여타사고도 피해보상의 범주에 포함시켜야 하는 점, 사고보상을 위한 기금에 대한 각출은 모든 국민이 부담해야 하는 점, 그리고 무과실보상일 경우 피해구제액이 소액으로 되어 피해구제액에 불만이 생길 우려 등으로 인해 무과실보상주의의 도입은 어렵다고 하겠다. 뉴질랜드의 경우 무과실보상주의에 입각하여 의료사고를 보상하고 있는 바, 의료사고는 여러 사고 가운데서 한가지에 불과할 뿐이다. 특히 무과실보상원칙을 유지할 경우 '사고'라는 포괄적

위험을 사회보험의 대상으로 하고자 하는 국민적 합의가 있어야만 가능하다는데 유의하여야 한다. 따라서 의료사고라는 단일위험을 별도의 사회보험으로 하는 무과실보상원칙은 현재의 우리나라 사회와는 거리가 있다. 1989년부터 전국민을 적용시킨 의료보험에 있어서도 자영자의료보험에서는 적자를 발생시키는 등, 제도의 정착이 어려운 사정에 있는데 의료사고를 대상으로 하는 사회보험을 새로 시작하는데는 문제가 있다.

둘째, 유과실배상을 원칙으로 하는 한, 의료과오 심사기능과 피해배상기능은 분리 운영함이 타당하다고 하겠다. 과오심판과 배상기능을 동일기관에서 맡을 경우, 자연적으로 배상금액을 줄이려는 노력을 하게 될 것이며, 그렇게 될 때 과오심판의 공정성에 이의를 제기케되는 문제로 인해 심판기능이 유명무실해질 위험성이 생긴다.

셋째, 현재 의료분쟁이 주로 법정소송으로 연결되고 법정소송의 판결이 수년씩 걸리는 시간적 지진함으로 인해 피해자들이 물리적 힘의 행사를 하고 있다는 점에 유의하여 의료분쟁이 발생했을 때 과오의 판결을 신속하게 할 수 있도록 유의해야 한다. 신속한 판결은 법원판결에서 기대할 수 없는 바, 주로 행정적인 판결절차를 밟도록 하고 법정판결은 행정적 판결에 불복하는 경우에 하되, 행정적 판결은 전문적 판결로써 의료공급자의 의료행위가 어디에 문제가 있고 의료행위의 수준은 정상적인 수준이었는지 등을 조사하여 이를 토대로 의료인의 과오여부를 판결하고 배상액을 결정토록 해야한다. 최근 민사소송에 있어서 분쟁조정전치주의의 도입을 대법원에서 검토하고 있는 점을 감안한다면 행정심판에 의거한 전치절차를 의료과오심판에 도입하는 방안도 검토되어야 하겠다.

넷째, 피해구제에 있어서는 모든 의료관련 피해구제를 한 기구에서 하도록 유의해야 한다. 즉 의사과오, 약화, 예방접종사고 등의 모든 의료관련 피해구제가 동일기구에서 이루어져야 한다. 일본의 경우 의사과오는 일본의사회 의사책임배상보험에서, 약화사고는 의약품피해구제기금에서, 예방접종사고는 정부예산에서 각기 피해액을 배상(또는 보상)하는 형식을 밟고 있으나 우리나라에서는 관리의 효율성 및 제도의 포괄성을 위하여 피해배상 및 보상이 동일한 기구에서 이루어지도록 제도의 단순화를 기하는 것이 바람직하다.

다섯째, 의료과오심판기능은 의료분쟁이 발생했을 때 의사의 과오판결이나 배상액의 결정에만 그 활동을 한정하는 것이 아니라, 이러한 과오가 발생하는 원인에 대한 규명도 동시에 수행할 수 있게 유의하여야 한다. 의료사고의 원인은 여러가지가 있겠으나 그 가운데 하나는 의사의 진료행위가 수준미달이거나 아니면 의사의 진료윤리상의 문제에 기인할 수도 있다. 이러한 경우에는 의료서비스의 질관리가 사고예방의 한 방법이 된다. 따라서 의료과오심판시에 의료서비스의 질관리와 함께 의료윤리상의 문제가 있는 의사에게는 적절한 벌칙을 부과함으로써, 의료인이 일반 국민들로부터 신뢰를 유지할 수 있는 방안이 동시에 모색되어야 한다.

여섯째, 의료피해구제를 강조하다 보면 진료행위는 첨단 의과학의 발전과 결부하여 첨단의료장비의 사용을 부채질할 가능성이 있다. 이렇게 될 경우 국민의료비의 증가가 예상되고 의료비증가는 그만큼 일반 국민들의 비용부담 증가로 연결될 가능성이 있다. 의료피해구제제도의 개혁에서 염두에 두어야 할 것은 무분별한 고가의료장비의 사용에 따른 국민의료비증가의 역제이다. 이를 위해서는 적정진료의 표준범위설정과 같은 작업들이 이루어져야 하며, 이러한 작업이 의료과오의 판정과 연결되어 비록 고가장비나 검사가 이루어지지 않더라도 표준진료의 범위속에 들어가는 진료라면 의료과오와 무관할 수 있다는 등의 규정이나 결과가 도출될 수 있게 유의해야 한다.

VI. 결 론

현재의 우리나라 제도로써는 의료분쟁을 효율적으로 해결하기는 어렵다. 먼저 분쟁심판을 민사소송에만 의존시킬 때, 의료문제의 비전문가들인 법관에 의해서 의료과오입증이 어려우며 소송에 소요되는 기간도 장기화되는 문제가 있다. 이 문제를 해결하기 위해 현재는 의료심사조정위원회를 두고 있으나 소송전치주의가 확립되어 있지 않아 실효성을 거두지 못하고 있다.

뿐만 아니라 의료과오가 입증되었을 경우에도 배상기금이나 배상보험제도가 미비되어 배상의 충분성이나 가용성에 한계를 지니고 있다. 이를 해결키 위해 의협에서 공제회를 운영하고 있으나 이 제도로는 불충분하다.

따라서 우리나라에서 발생하는 의료분쟁문제를 원만하게 해결하기 위해서는 분쟁심판을 소송 외적으로 처리할 수 있는 행정심판제도가 도입되어야 한다. 행정심판을 조정제도에만 국한시키고 과오심판은 법원판결에 맡겨야만 한다는 주장도 있으나 미국의사회(AMA)가 법조계의 자문을 얻어 제출한 개혁안에서 과오심판기능까지 행정심판에 부여하고 있는 점을 유의할 필요가 있겠다. 만약 행정심판을 조정단계에만 국한시키고 과오심판을 법원으로 넘긴다면 현재와 전혀 달라지는 것이 없음을 유의하여 의료분쟁을 신속·공정하게 해결하기 위해서는 소송외적 행정심판제도의 도입이 바람직스럽다고 하겠다.

그리고 행정심판기구는 과오판정과 함께 의료인의 윤리성 결여에 기인하는 과오나 고의성 과오 등에 대해서는 해당 의료인을 처벌할 수 있는 권한과 의료의 질관리기능도 아울러 부여되어야 할 것이다.

과오심판이 행정적으로 가능하여 신속·공정한 판결이 이루어지면 그 결과에 따라 배상액을 피해자에게 신속하게 지급할 수 있는 구제기금이 또한 설립되어야 한다. 이 기금은 해당 의료인이면 모두 강제가입토록 하여 의료인간의 위험분산이 가능토록 하는 사회보험방식의 원리가 지배되어야 한다. 각출료는 일정률로 모든 의료인에게 적용할 수 있으나 과오방지를 위해 사고 다발자에게는 누적률로 가산하고 사고를 내지 않는 의료인에게는 누적률로 공제하는 등의 각출 방식이 고려될 수 있다.

상기 분쟁심판과 구제기금의 적용대상은 의료과오만을 할 수도 있고 의약품부작용과 같은 사고도 포함시킬 수 있으나 관리의 효율성과 제도의 포괄성을 위해 의·약과 관련되어 발생하는 모든 사고 내지 분쟁을 대상으로 하는 심판과 구제기능을 갖추는 것이 바람직스럽다고 하겠다.

참 고 문 헌

김용담, “의료배상책임보험제도,” 의료사고에 관한 문제점, 법원행정처, 1985. 8.

대한의학협회, 공제회 업무처리분석, 제 1-5기, 제 6-7기.

석희태, “의료사고분쟁의 소송외적 해결제도,” 제6회 형사정책 세미나, 1990. 6. 15, 125-154.

일본최고재판소 사무총국, 의료과오관계 의사소송사건 집무자료, 법조회, 1989. 6.

한국생산성본부, 의료피해구제의 적정화 방안에 관한 연구보고서, 1988. 10.

Academic Task Force For the Review of the Insurance and Tort System, Preliminary Fact Finding Report on Medical Malpractice, 1987.

- American Medical Association, Specialty Society Medical Liability Project, A Proposed Alternative to the Civil Justice System for Resolving Medical Liability Disputes : A Fault-Based, Administrative System, January 1988.
- California State Assembly, Assembly Select Committee on Medical Malpractice, Preliminary Report, Sacramento : California State Assembly, June 1974, p. 3.
- Chin, A. and M. Peterson, Deep Pockets, Empty Pockets : Who Wins in Cook County Jury Trails, 1985.
- Cohn, B.P., "Comparative Systems for Patient Compensation," Unexpected Complications in Medical Care, SKANDIA International Symposia, Stockholm : SKANDIA, 1978, pp. 272-284.
- Curran, W.J., "Malpractice Insurance : A Genuine National Crisis," The New England Journal of Medicine, Vol. 292, No. 23, June 1975, pp. 1223-24.
- Curran, W.J., "Medical Malpractice Claims Since the Crisis of 1975 : Some Good News and Some Bad," The New England Journal of Medicine, Vol. 309, No. 18, November 1983, pp. 1107-1108.
- Danzon, P., "The Frequency and Severity of Medical Malpractice Claims." Journal of Law and Economics, Vol. 27, April 1984, pp. 115-148.
- Danzon, P., Medical Malpractice : Theory, Evidence, and Public Policy, Harvard Univ. Press 1985.
- Easterbrook, "The Supreme Court 1983 Term, Forward : The Court and the Economic System, Harvard Law Review, Vol. 98, No. 4, 1984.
- Japan Medical Association, "The Physician's Liability in Japan," Asian Medical Journal Vol. 18, No. 9, September 1975, pp. 701-733.
- Johnson, K.B. et al., "A Fault-Based Administrative Alternative For Resolving Medical Malpractice Claims," Vanderbilt Law Review, Vol. 42, No. 5, October 1989, pp. 1365-1406.
- O'Connell, "Neo-No-Fault Remedies for Medical Injuries : Coordinated Statutory and Contractual Alternatives," Law and Contemporary Problems, Vol. 49, No. 125, Spring 1986.
- Opinion Research Center, Professional Liability and Its Effects : Report of A 1987 Survey of American College of Obstetricians and Gynecologists Membership, 1988.
- Regan, L.J., Doctor and Patient and the Law, St. Louis : CV Mosby Company, 1943, p. 6.
- Regan, L.J., Doctor and Patient and the Law(2nd ed.), St. Louis : CV Mosby Company, 1949, p. 7.
- Salloway, Health Care Delivery System, Westview Press Inc., 1982.
- South Australia Ministry of Health, No-Fault Compensation for Medical Misadventure, Report of the Task Force on Patients' Rights, March 1989, p. 15.
- U.S. Congress, Senate Committee on Government Operations, Subcommittee on Executive Reorganization, Medical Malpractice : The Patient versus the Physicians : A Study by the Subcommittee on Executive Reorganization, Washington D.C. : Government Printing Office, November 20, 1969.
- U.S. Dept. of Health and Human Services, Report of the Task Force on Medical Liability and Malpractice, 1987.
- U.S. Dept. of Justice, Report of the Tort Policy Working Group on the Cases, Extent and Policy Implications of the Current Crisis in Insurance Availability and Affordability, 1986.
- U.S. DHEW, Report of Secretary's Commission on Medical Malpractice, DHEW Publication No.[OS] 73-88, Washington D.C., Government Printing Office, January 16, 1973.
- U.S. General Accounting Office, Medical Malpractice : Six State Case Studies Show Claims and Insurance Costs Still Rise Despite Reforms, GAO/HRD-87-21, December 1986, pp. 8-9.

- U.S. General Accounting Office, Medical Malpractice : Insurance Costs Increased But Varied Among Physicians and Hospitals, GAO/HRD-86-112, September 1986, p. 25.
- U.S. General Accounting Office, Medical Malpractice : A Framework for Action 23, 1987.
- U.S. General Accounting Office, Characteristics of Claims Closed in 1984, GAO/HRD-87-55, April 1987.