

더 나은 의료시스템을 함께 만들어 나가는 의료소비자-공급자 공동행동이 제안하는 의료혁신

## 의료소비자, 환자, 의료공급자 모두를 위한 의료사고안전망은 '환자 안전 강화'로부터

우리는 지난 1년 4개월 동안의 의정갈등을 겪으며 의료소비자, 환자, 의료공급자가 함께 풀어가야 할 중요한 과제들을 깨달았습니다. 그 중 우선 해결되어야 할 과제는 '의료사고에 대한 우려로 의료진이 필수의료분야를 기피하지 않도록 하는 것, 그리고 의료사고로 환자와 가족의 삶이 무너지지 않도록 하는 것'입니다.

의료사고와 관련된 민-형사 소송과 처벌은 의료인들이 소송으로 이어질 가능성이 있는 의료행위를 회피하게 하고, 의료소비자와 공급자 간의 신뢰를 무너뜨리며, 의료사고를 겪은 환자와 보호자는 제대로 된 설명도 사과도 받지 못해 끝이 보이지 않는 소송에 의존하도록 만들었습니다.

전 정부는 필수, 지역의료 강화 대책으로 소위 '환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축'을 추진하였습니다. 그러나 정부안대로 의료기관의 의료사고 배상책임보험 가입을 의무화하고 의료분쟁 조정절차를 개선하면, 필수, 지역의료는 살아날까요? 우리 의료는 더 안전하고 믿음직해질까요? 의료사고를 겪은 환자와 가족들의 고통이 덜어질까요?

의료사고를 개인과 개인간의 민-형사책임과 보상의 문제로만 바라본다면 우리 의료시스템은 점점 더 위태로워질 것입니다. 본질적으로 위험을 동반하는 의료 행위가 항상 좋은 결과를 얻기는 어렵기 때문입니다. 이런 악결과의 책임을 의료진 개인에게만 묻는다면, 누구도 고위험 의료행위를 하지 않으려 하고 문제가 생겼을 때 숨기려고만 할 것입니다.

이에 우리는 우리 의료시스템을 살리는 '의료사고 안전망 구축'은 '**환자 안전 강화**'로부터 시작되어야 한다고 제안합니다. 분쟁의 대상이 되는 의료사고는 우리가 매년 겪고 있는 2만여 건이 넘는 환자 안전사건의 일부에 불과하기 때문입니다. 대부분의 의료사고 뒤에는 사고를 일으키는 시스템의 문제가 숨겨져 있습니다. 의료사고를 민-형사 문제로만 접근하고 환자의 안전, 나아가 국민의 안전을 위협하는 근본적인 시스템의 문제를 해결하지 않는다면, 우리의 미래는 위험에 처할 것입니다. 그러므로 우리는 지금보다 더 안전한, 환자 안전이 강화된 의료시스템을 요구합니다.

우리는 의료사고를 비롯한 환자 안전 사건의 원인을 철저히 조사하여 밝히는 **‘독립적인 공적 조사 기구(가칭 ‘환자 안전 조사 기구’)**의 설치를 요구합니다. 뉴질랜드의 건강 장애 위원회, 독일의 의료사고 감정위원회, 덴마크의 환자 안전청, 스웨덴의 보건복지감독청 환자 안전부 등이 그 예가 될 것입니다. 의료사고는 의료 전문가가 조사할 때 사실관계를 제대로 확인할 수 있습니다. 상설 조사 기구 전문가의 독립적, 객관적인 조사를 통해 사실관계와 근본 원인을 확인하고, 책임 추궁 대신 시스템 개선과 재발 방지에 중점을 두어야 할 것입니다. 이 조사 결과는 투명하게 공개하고 이후의 환자안전 정책 개선에 반영해야 할 것입니다.

우리는 환자 안전 조사 기구의 공정한 조사 결과 의료인의 과실이 의료사고의 주요 원인으로 밝혀지는 경우, 지금과 같은 민형사 소송 중심의 응징 체계 대신 **과실의 재발을 막기 위한 조치**에 집중하는 체계로 전환할 것을 제안합니다. 영국, 일본, 프랑스, 독일, 캐나다 등 선진국에서는 의사의 의료 과실에 대해 경고, 재교육, 특정 의료 행위의 제한 또는 감독 하 진료, 면허 정지 또는 취소 등의 방식으로 재발을 예방합니다. 누구나 실수할 수 있다는 인간의 불완전성을 인정하되, 동일한 원인이 다시 환자의 안전을 위협하지 않도록 해야 하기 때문입니다. 지금과 같은 소송 만능주의로는 재발 방지커녕, 의료진의 필수의료분야 기피 현상을 악화시켜 미래의 환자 안전을 더욱 위협하게 될 것입니다.

우리나라의 의료는 의료진의 민-형사 소송에 대한 두려움으로 무너지고 있습니다. 이에, 우리는 법조계에 요구합니다. 형법의 의료사고에 대한 적용 기준을 명시한 외국의 사례를 비교 검토하여 **형법의 개정 필요성**에 대해 검토해 주십시오. 뉴질랜드의 1997년 형법 개정, 2018년 영국의 의료 분야 중과실치사에 대한 Williams 리뷰, 2024년에 발표된 미국의 의료 과실에 관한 기준 등을 참고해주시기 바랍니다. 공정하고 객관적인 원칙에 따른 판결을 기대할 수 있을 때 비로소 우리나라 의료가 살아나기 시작할 것입니다.

또한 우리는 의료사고의 피해를 입은 환자가 신속하고 충분하게 보상받을 수 있는 체계를 요구합니다. 꼭 필요한 진료를 받는 과정에서 불의의 의료사고가 발생하는 경우 환자와 가족의 빠른 회복을 돕기 위해, 개인책임을 전제로 하는 배상보험이 아닌 사회적 공유자원인 건강보험료를 바탕으로 한 **의료사고 안전망 기금**을 조성하여 책임소재와 무관하게 우선 신속하고 충분하게 보상할 것을 제안합니다. 우리 국민 모두는 이미 서로의 건강과 안전을 보장하기 위해 국민건강보험에 가입하여 보험료를 납부하고 있습니다. 어려움에 처했을 때에 도움을 주는 제도인 보험의 취지를 살려, 의료사고를 겪는 환자와 가족을 국민건강보험 재정 등으로 우선 도울 수 있습니다. 환자 안전 조사기구의 조사로

의료기관의 귀책사유가 발견된다면, 의료사고 안전망 기금은 추후 의료기관에 구상권을 행사할 수 있을 것입니다. 뉴질랜드(사고보상공사), 영국(NHS Resolution), 프랑스(국가 의료사고 보상기금, ONIAM)등이 이미 이러한 제도를 운영하고 있습니다.

의료인은 소신을 다해 치료하고 환자는 최선의 치료를 받을 수 있는 우리나라를 만들기 위해 우리는 의료소비자, 공급자, 정부가 함께 더 나은 의료시스템을 만들어가는 속의의장이 조속히 마련되기를 바랍니다.

2025.6.11. 초안 v. 1.00/2025.6.16. 수정 v. 1.01

더 나은 의료시스템을 함께 만들어 나가는 의료소비자-공급자 공동행동

[www.youtube.com/@BetterHealth\\_Kor](http://www.youtube.com/@BetterHealth_Kor)

## FAQ

Q1. 지난 정부안과의 차별점은 무엇인가요?

A: 의료사고를 환자와 의료진 간의 분쟁이 아닌, **환자안전사건**의 일부로 접근하자는 것입니다. 형사고소/고발되어 입건되는 의료사고는 연 700여 건, 한국의료분쟁조정중재원에 접수되는 의료분쟁은 연 2,000여 건이지만 환자안전사건(위해사건+근접오류)은 2025년 3월 한달 동안에만 2,864 건이 보고되었습니다(환자안전보고학습시스템 KOPS). 환자안전 사건은 대개 시스템의 문제로 발생하므로, 이를 파악하여 개선하는 것이 우리 의료를 더 안전하게 만들고 의료사고를 근본적으로 해결하는 길일 것입니다.

구체적으로, 정부안은 특정 직역(의사 등)에 대해 형사처벌을 면제하는 특례를 중심으로 했으나, 공동행동은 **면책 특례를 주장하지 않습니다**. 공동행동의 제안은 경찰조사보다 더 제대로 의료사고의 사실관계를 밝힐 수 있는 공적조사기구(환자안전조사기구)에서 의료사고를 조사하여 사고의 원인을 해결하도록 하자는 것입니다. 보상 관련 정부안은 의료기관의 배상책임보험 가입을 의무화하는 것이었으나, 공동행동은 '의료사고 안전망 기금'을 조성하여 책임소재와 무관하게 신속하고 충분하게 보상하자고 제안합니다. 환자안전 조사기구와 의료사고 안전망 기금의 합리적이고 신속한 역할이 담보된다면 의료인들은 더 이상 의료행위를 두려워하지 않게 되고, 의료사고를 겪은 환자와 보호자는 소송에 기댈 필요가 없어질 것입니다.

Q2. 이 제도가 도입되면 환자는 소송이 불가능한가요?

A: 아닙니다. 환자는 여전히 형사·민사 소송을 선택할 수 있습니다. 다만 **환자안전조사기구**를 선택하면 의료 전문가가 조사하므로 경찰조사보다 더 신속하고 명확하게 사실관계를 파악할 수 있습니다. 피해자의 입증책임의 부담 또한 해소됩니다. **의료사고 안전망** 기금으로 선보상을 받는 경우는 한국의료분쟁조정중재원을 통해 조정, 중재가 성립된 경우와 동일하게 적용할 수 있습니다(의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 제 36조, 제37조, 제44조, 제 51조)

Q3. 환자안전조사기구는 어떤 일을 하며, 그 조사 결과를 어떻게 믿을 수 있나요?

A: 환자안전조사기구의 목적은 **환자 안전 강화**를 위해 환자안전사건의 사실관계를 밝히고 원인을 규명하며 문제를 개선하여 재발을 예방하고자 하는 것입니다. 독립적인 상설 조직으로 환자안전사건에 대한 조사권을 가지며, 조사 결과에 따라 의료기관에 공식적인 사과/설명, 진료 절차 개선 등의 시스템 개선, 의료진의 특별 교육 등을 권고하고, 의료기관은 이에 대해 조치하며 그 결과를 의무적으로 보고합니다. 기구의 조사 결과 고의나 범죄가 의심되는 경우, 수사 기관에 사건을 의뢰할 수 있습니다.

환자안전조사기구는 의료 전문가, 안전 전문가, 법조인, 행정가 등으로 구성하되, 의료 전문가는 해당 전문분야의 의사를 비롯해 모두가 신뢰할 수 있는 실력을 갖춘 분들을 상근직으로 모셔, 이분들이 사실관계를 파악하도록 합니다. 조사 결과는 환자와 해당 의료기관에 통보하고, 전국적인 의료시스템 개선에 반영할 수 있도록 공개합니다(개인정보 보호必). 객관적이고 전문적인 조사와 결과의 투명한 공개로 신뢰성을 담보할 수 있습니다.

Q4. 한국의료분쟁조정중재원(이하 중재원)에서 이미 감정을 하고 있습니다. 환자안전조사기구를 따로 설치해야 하는 이유는 무엇인가요?

A: 중재원의 감정은 보상을 위한 조사이므로 환자안전사건의 **원인이 되는 시스템의 문제**를 비롯한 포괄적이고 근본적인 조사를 하는 데에는 한계가 있습니다. 사실관계를 알기 위해 경찰조사를 의뢰하는 지금과 마찬가지로, 의료 전문가에 의한 전문적인 조사로 사실관계를 보다 더 정확하게 확인하고 근본적인 원인을 파악하기 위해 환자안전조사기구가 필요합니다. 보상기구(뉴질랜드의 ACC 등)를 운영하는 다른 나라들도 보상을 위한 감정과는 별도로 안전사건 조사기구(뉴질랜드의 HDC 등)를 운영하고 있습니다. 보상기구와 조사기구를 분리할 때 보다 객관적인 조사와 기준에 따른 보상이 가능할 것입니다.

Q5. 형사 처벌보다 과실의 재발을 막기 위한 조치를 취한다는 것이 무슨 뜻인가요?

A: 형사 처벌로는 해당 의료인이 같은 과실을 반복하지 않도록 예방하기 어렵습니다. 의료진이 의료 현장을 떠나게 할 뿐입니다. 1997년 뉴질랜드, 2018년 영국도 같은 문제에 직면하여 형법 개정과 Williams 리뷰의 적용 등으로 제도를 개선하였습니다. 의료진의 과실이 수면 부족에서 비롯된 것이라면, 야간 당직 후에는 낮 근무를 하지 않도록 시스템을 개선하는 것이 재발 방지에 효과적일 것입니다. 익숙하지 않은 시술이나 잘못된 판단으로 안전사건이 발생했다면, 재교육 또는 상담을 통해 교정하거나, 해당 시술을 제한하거나 일정 기간동안 감독 하에 진료하도록 하는 방식으로 대응할 수 있습니다. 교육으로 개선될 가능성이 없거나, 환자의 안전을 위협하는 사고를 반복적으로 일으킨 경우에는 면허 정지나 취소 등의 조치가 필요할 것입니다.

이러한 면허 관리를 위해서는 의료인 면허 정지/취소의 요건에 대한 의료법의 개정과 함께 영국의 General Medical Council (GMC)에 해당하는 **의사면허윤리기구의 설치**가 필요합니다. 영국에서는 GMC 조사 결과 심각한 사안인 경우, GMC 산하의 독립 심의 기구인 의료인심의위원회에 의뢰하여 심의, 판결합니다.

Q6. 중과실, 사망은 어떻게 처리되나요?

A: 의료 현장에서 환자가 사망에 이르는 경우는 소위 필수의료, 기피과, 환자의 중증도가 높은 경우가 대부분으로, 과실이 없더라도 환자를 잃는 경우가 드물지 않습니다. 따라서, 환자가 사망하였다는 이유만으로 의사가 형사고발 당한다면 우리나라에서 중증, 필수 의료를 담당하는 의사는 점점 줄어들 것입니다. 중증도, 난이도가 높은 의료행위일수록 실수가 발생할 여지가 더 많은데, 의사가 형사고발을 두려워하면 의료행위를 제대로 할 수 있을까요? 실수와 환자안전사건은 시스템 보완과 충분한 교육, 즉 면허 관리로 접근할 때에 감소시킬 수 있습니다.

과실이 단순한 실수인가, 무심한 규정 무시(위반)인가, 고의적인 위험한 행동인가의 판단은 사망이나 중상해 등의 '결과'가 아니라 '행위'를 기준으로 합니다. 일반적인 진료 과정에서 있을 수 있는 일이었는가, 아니면 있어서는 안 될 '중과실'이 직접적으로 악결과로 이어졌는가에 대한 판단은 의료 전문가가 아니라면 제대로 하기 어렵습니다. 그러므로 중과실 여부의 판단은 환자안전조사기구의 의료 전문가에게 맡길 때, 더 명백하게 할 수 있습니다. 한편, 어떠한 경우를 '중과실'로 규정할 것인지에 대한 사회적인 합의와 기준 설정이 먼저 필요합니다. 여전히, 민형사 소송을 선택할지, 환자안전조사기구와 안전망기금의 보상을 선택할지의 결정권은 환자와 가족에게 있습니다.

Q7. 환자안전사건이 연 2만 건이 넘는데, 조사기구의 운영이 현실적으로 가능한가요?

A: 안전사건의 경위가 명확한 경우 의료기관에서 자체 해결이 가능하므로 환자안전조사 기구에서 다루어야 하는 경우는 현재 중재원에서 처리하는 범위와 크게 다르지 않을 것으로 예상됩니다. 중재원에서는 연간 5만건의 상담(인구 천명 당 1건)을 통해 2천여건 정도의 사건을 담당합니다. 참고로 유사 기관인 뉴질랜드(인구 530만 명)의 건강장애위원회(HDC)에도 연 3-5천여 건(인구 천명 당 1건으로 우리나라 중재원과 유사한 규모)의 환자 불만이 접수되며 1994년에 설립된 이래 지금까지 성공적으로 운영되고 있습니다.

Q8. 의료사고 안전망 기금의 보상 범위와 기준은 무엇인가요?

A: 필요한 진료행위와 관련한 의료사고, 즉 건강보험 급여 대상인 진료(관련된 비급여 행위 포함)에 의한 **의료사고가 보상 범위**입니다. 따라서 질병의 자연경과에 해당하거나 치료행위의 결과로 당연히 예상되는 합병증, 치료하였으나 충분히 만족스러운 결과를 얻지 못한 경우는 해당하지 않습니다. 보상액은 손해사정을 통해 미리 정해진 범위에서 결정되며, 중재원의 자료와 기존의 민사소송판결이 참고가 될 것입니다.

Q9. 의료사고 안전망 기금은 어떻게 마련하나요?

A: 건강보험 의료수가 내 위험도 상대수가(연 3천억 원 가량)를 정상화(인상)하여 전환/활용할 수 있습니다. 사회 안전망의 개념으로 국가 일반예산이 투입될 수 있습니다.

Q10. 이 제도가 도입되면 의료기관의 배상책임보험 가입이 불필요해지나요?

A: 환자가 민사소송을 선택하는 경우나 의료사고 안전망 기금의 구상권 행사의 대상이 되는 경우를 고려하면 배상책임보험이 도움이 될 수 있습니다. 그러나 지난 정부안과 달리 배상보험 가입은 의무가 아니며 의료기관이 자유롭게 결정합니다.

Q11. 의사의 연간 기소 건수는 50건 내외이며 선고받는 사례는 연간 3~4건에 불과하다는 것이 밝혀졌습니다. 의료계에서 주장하는 연 700건이 넘는 "과도한 사법 리스크"는 과장이 아닌가요?

A: 우리나라 의사의 업무상과실치사상 **형사입건 건수**가 연 700건 이상입니다. 의사들이 느끼는 형사처벌의 두려움은 경찰, 검찰의 수사 과정에서 시작됩니다. '과도한 사법 리스크'는 기피과 발생의 가장 중요 원인입니다.