

KONYANG UNIV. HOSPITAL
KUH
KONYANG UNIV. HOSPITAL
건양대학교병원 · 2002
KONYANG UNIV. HOSPITAL
건양대학교병원 · 2002

의료분쟁과 대책

흉부외과 영역에서.....

학교법인 건양학원 법무실장 & 의대겸임교수
이정희 변호사

내 용

1

의료사고관련 용어 정의

2

의료분쟁에서 의료인의 책임내용

3

의료과실의 내용과 설명의무위반

3

의료분쟁조정중재에관한법률 개관

- **의료사고 (Medical accident)**

의료행위 전 과정에서 예기치 않게 발생한 악결과 발생

광의로는 시설물이나 의료장비 하자로 인한 것도 포함

- **의료과오**

의료사고 가운데 의료상의 과실(과오)에 기한 나쁜 결과 발생한 경우

- **의료분쟁**

의료사고를 주 원인으로 한 의료인과 환자측의 다툼

즉, 의료행위로 인하여 생기는 분쟁

- **의료사고** : 보건의료인이 환자에 대하여 실시하는 진단·검사·치료·
 의약품의 처방 및 조제 등의 행위로 인하여
 사람의 생명·신체 및 재산에 대하여 피해가 발생한 경우
- **의료분쟁** : 의료사고로 인한 다툼
- **보건의료인**: [의료법]에 따른 의료인,간호조무사,
 [의료기사등에관한법률]에 따른 의료기사,
 [응급의료에관한법률]에 따른 응급구조사 및
 [약사법]에 따른 약사,한약사로서 + 보건의료기관에 종사하는
 사람

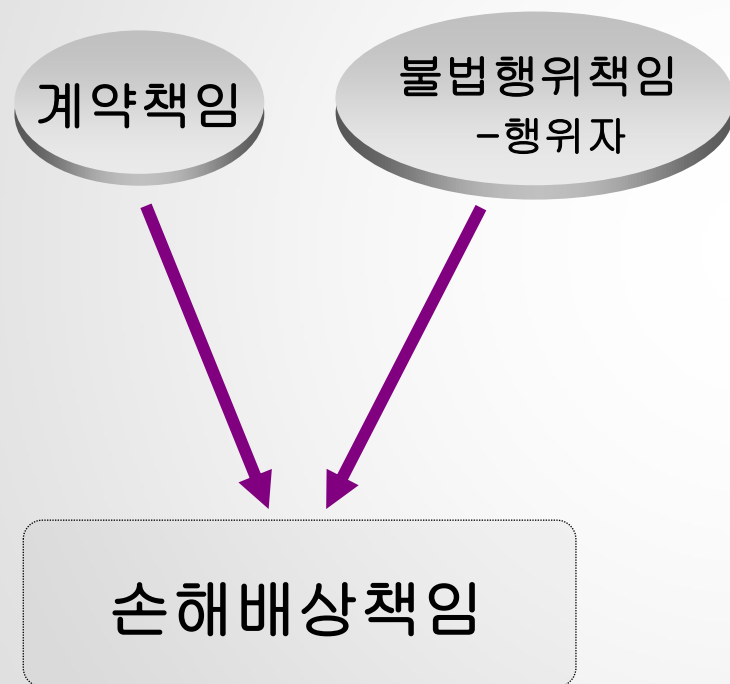
1) 의료인

- 의료행위의 특수성때문에 의료사고는 자연스러운 것임.
따라서, 의료사고는 의사들의 책임과는 무관하다는 인식

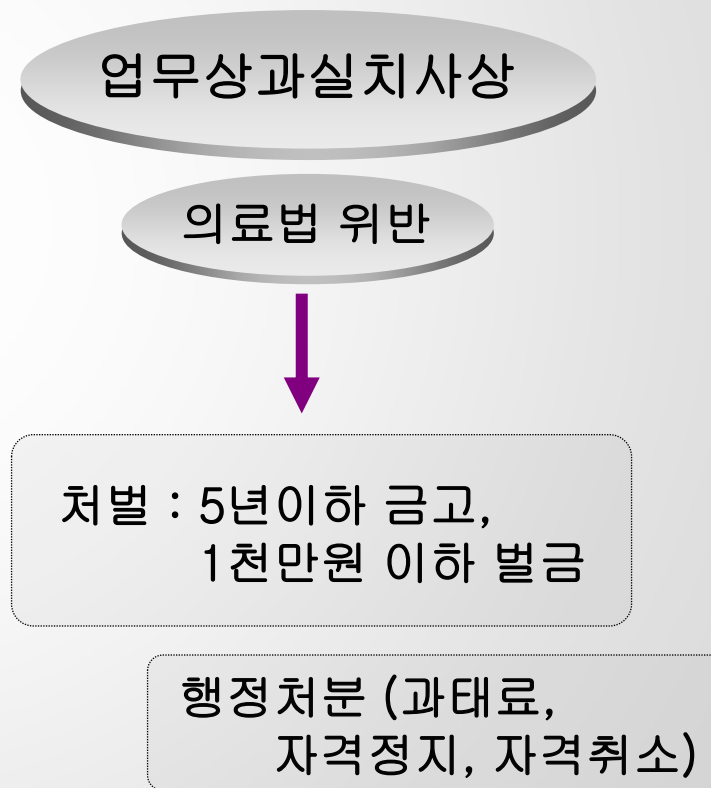
2) 환자측

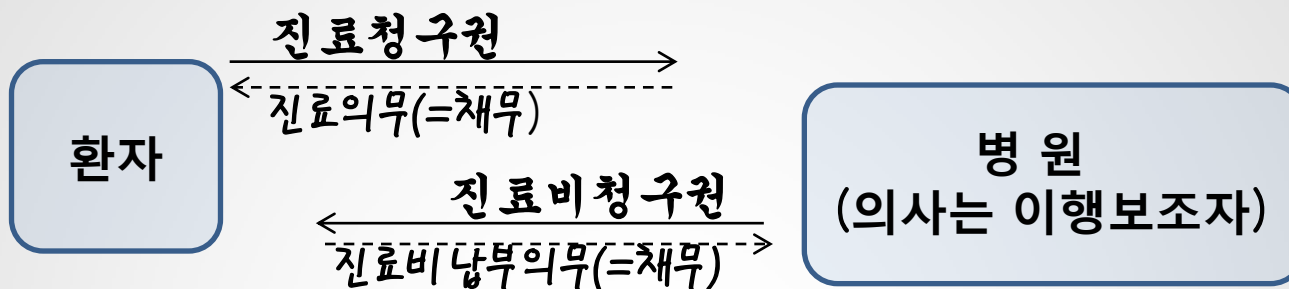
- 의사와 환자의 관계 내지 의사 소통에 대한 분노의 폭발로
의료진의 과실을 주장하면서 배상, 처벌, 사과를 요구

민사책임(민법) : 손해전보



형사책임(형법 등) : 형벌권발동
-행위자



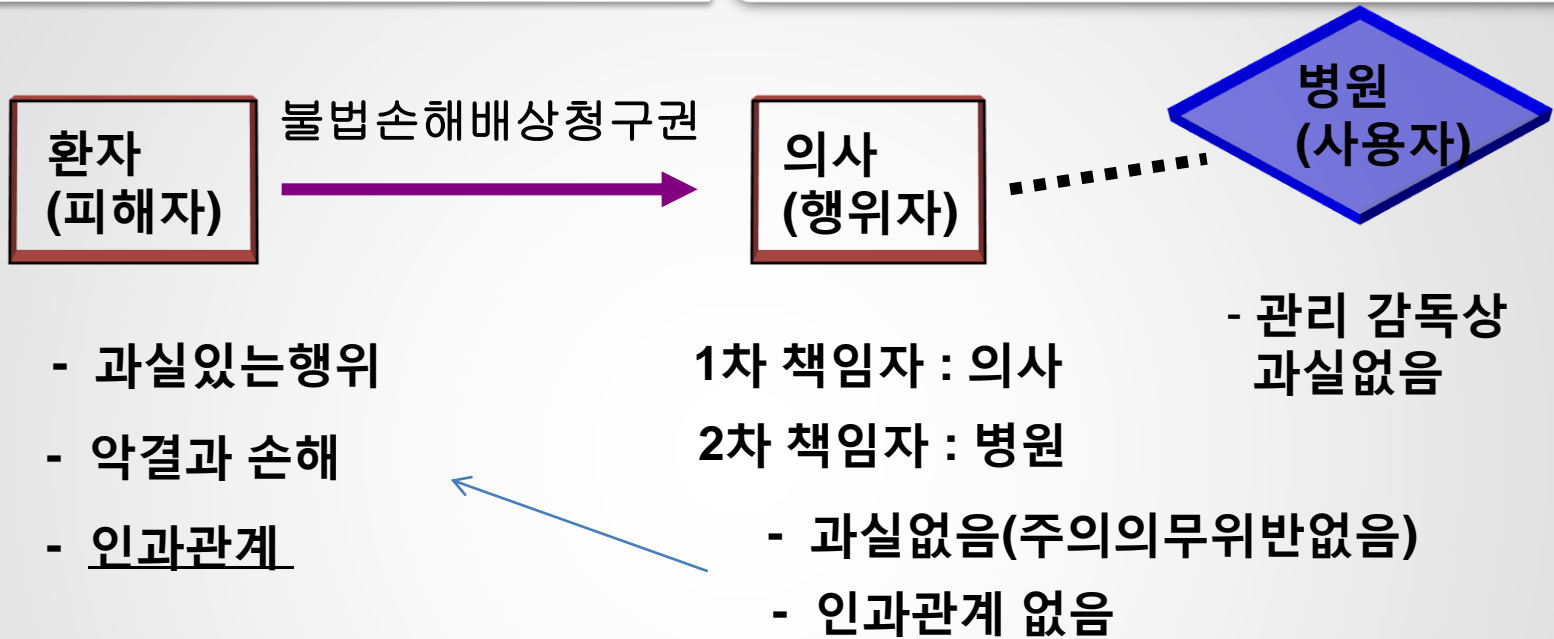


채불 손해배상청구권

-일반인의 상식에 바탕을 둔
의료상 과실행위 및
그 결과와 사이에 다른 원인
개입불가사실

-과실, 인과관계 추정

-과실없음(주의의무위반없음)
-손해없음
-인과관계없음



계약 책임의 경우

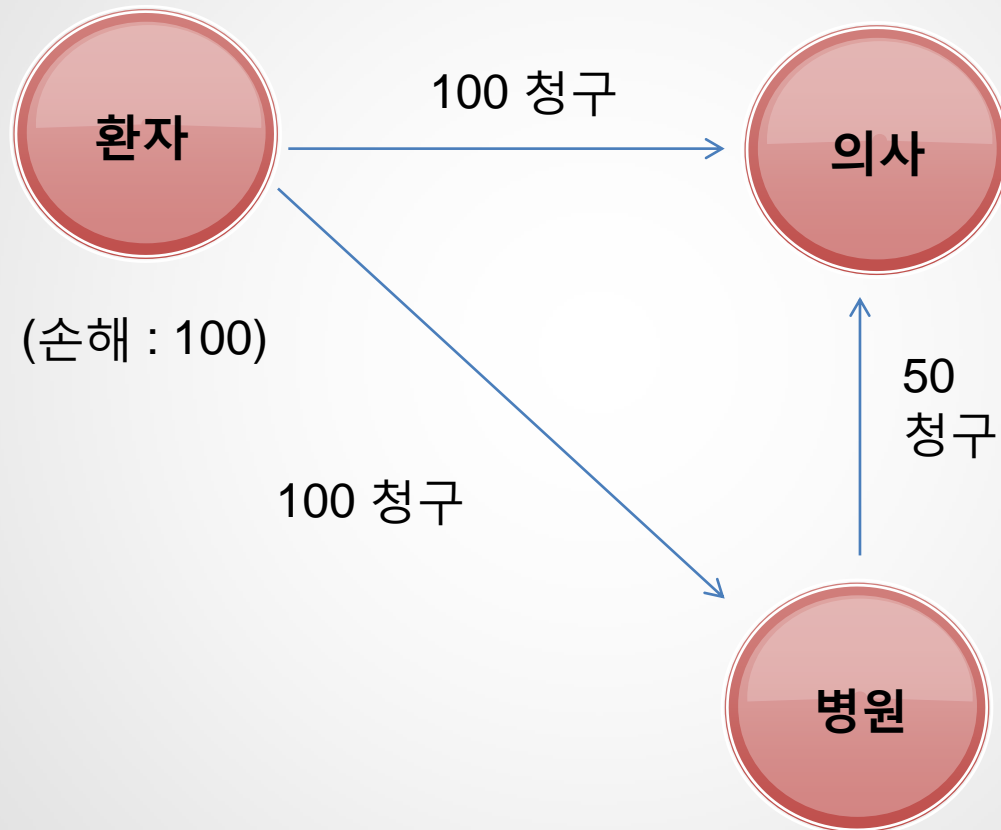
병원
(예외 : 선택진료의 경우)

불법행위 책임의 경우

1차 : 의사
2차 : 관리감독상 과실 있으면 병원

↓
1, 2차 책임 관계 : 공동불법행위

↓
부진정연대채무



치료를 위해 최선의 조치를 다해야 할 의무

단, 병의 완치라는 결과채무가 아닌 “수단채무”

(계약책임상 채무, 불법행위책임상 과실의 내용)

※ 결과예견의무, 결과회피의무

: 형사상 업무상 과실치사, 상죄의 “과실”의 내용

**“환자의 치료를 위하여 선량한 관리자의 주의의무를 가지고 현재의
의학수준에 비추어 필요하고 적절한 진료조치를 다 해야 할 채무”**

**“위와 같은 주의의무를 다하였는데도 그 진료 결과 질병이 치료되지
아니하였다면 치료비 청구가능”**

“의사가 진찰,치료 등의 의료행위를 함에 있어서는
사람의 생명,신체,건강을 관리하는 업무의 성질에 비추어
환자의 구체적인 증상이나 상황에 따라 위험을 방지하기 위하여 요구되는
최선의 조치를 행하여야 할 주의의무가 있고,

의사의 이와 같은 주의의무는
의료행위를 할 당시 의료기관 등 임상의학 분야에서 실천되고 있는
의료행위의 수준을 기준으로 규범적으로 판단하여야 할 것.”

중3 체육시간 앞·뒤구르기 실기시험 재시험 직후 가슴 통증과 답답함 느낌

A병원 : 흉부통증이 계속되자 7일 후 로컬병원 내원(피고1.)

- 수상경위, 통증부위 참작하여 흉근염좌로 진단, 수일간격으로 대증요법 실시
1개월 후(1991. 6. 25.) 흉부X선 촬영검사하였으나 특이점 찾지못함
이후 40여일간(8. 3.까지) 7회의 대증요법 실시

B종합병원 : 6. 27. 종합병원 흉부외과에서 진찰받았으나 특이병증 발견하지 못함
(흉부외과 의사-피고2, 병원장-피고3)

- 40여일(8. 5.)경과 후 컴퓨터단층촬영과 초음파검사기 검사하였으나
이상소견 발견하지 못함
2주후(8. 19.) 추가진료 후 3차의료기관으로 진료의뢰서 발급

C병원 : 8. 26.부터 9일간 입원치료(피고4)

- 제3,4번 흉추간격이 좁아졌다는 진단받음

퇴원 후 20일간 통원치료 받았으나 흉부통증 지속됨

D대학병원 : 9. 26.부터 보름정도 입원(전문의 피고5)- 1차입원

→이학적 검사상 새가슴(Pigeon Chest)

흉부외과 부문 검사상 이상소견 없음

정신과 부문 전환장애(히스테리 비슷한 연극적 성격)진단으로 항우울제투여

재활의학과 부문 심리적 위축불안과 비활동성증후군(운동부족에 의한 근육

기능저하)인한 만성통증, 하부척추전만곡선의 직선화진단하 물리치료

E방사선과(로컬) : 10. 12. D대학병원 퇴원 후 10일 경과 후인 10. 22.

- MRI검사결과 제3,4흉추 가 전방으로 눌러있고, 간격이 약간 좁아져있음 확인

D대학병원 : 10. 28.-11. 19. 정형외과 입원(전문의 피고6) -2차입원

- 제4,5흉추 외상성 척추염 및 제4,5흉추 결핵성척추염(의증)진단

→11. 1. 천자흡인술 통한 배양검사, 항결핵약물요법시행

11. 8.부터 척추보조기 착용토록 함

배양검사 결과 결핵균 검출되지 않음

1992. 고등학교 진학 후 9. 29.경까지 D대학병원 통원하면서 각종 검사(X선, 혈액등)

시행하였으나, 치료종결 후 지속적인 흉부통증 호소함

F대학병원 : 1995. 3.경 방사선검사 및 핵의학검사시행

G대학병원 : 1997. 1.경 MRI검사

→ 1991. 10.이전에 발생한 외상에 의한 제4흉추 진구성 압박골절진단
제3,4흉추 유합되어 있으며 치료종결되었으나
후유증으로 흉부동통 및 척추운동 제한의 장애가 남은 것으로 진단됨

체육실기시험 앞,뒤구르기 하고 난 직후부터 흉부 통증을 느끼기 시작하여 상당기간 흉근염좌의 치료를 받고 난 후에도 계속하여 흉부 통증을 호소하여 왔으며 치료를 종료한 상황에서 1991. 10.이전에 발생한 외상에 의한 제4흉추 진구성 압박골절이 진단되고 제3,4흉추가 유합되어 있으며 그로 인하여 흉부동통 및 척추운동 제한의 장애가 남게 된 상태라면

달리, 특별한 사정의 주장,입증이 없는 한

원고는 앞,뒤구르기 과정에서 제4흉추 압박골절을 당하였던 것으로 추정함이 상당하다

원고를 진료한 의사로서는 진료 당시 일단 흉추골절에 대하여도 의심을 가지고 그에 관한 정밀한 진단을 실시함과 아울러 그에 합당한 치료 방법을 시행함으로써 흉추골절로 인한 후유장애의 발생을 회피하여야 할 주의의무가 있다

만일 필요한 적절한 조치를 취하였을 경우 위와 같은 후유장애의 발생을 막을 수 있었음에도 그러한 조치를 취하지 아니한 채 치료가능한 기간이 경과하였거나 취해서는 안 될 조치를 취하는 바람에 위와 같은 결과가 발생한 것이라면,

그 진료에 관여한 피고들이

자신의 처한 의료환경, 위 원고의 특이체질 기타 구체적 상태 등으로 인하여

그러한 조치를 취하지 아니한 특별한 사정에 관하여 납득할 만한 이유를 제시하고

이를 입증하지 않는한 그 의료상의 과실과 결과 사이의 인과관계는 사실상 추정되어 피고들에게 그로 인한 손해배상책임을 지을 수 밖에 없을 것이다.

피고1(A병원).

그 작성의 진단서 기재에 의하면,

흉부에 대한 X선 촬영을 실시하고 흉근염좌로 진단하여 대증가료를 실시한 점은 인정되나,

“척추골절의 가능성을 확인하기 위하여 X선 촬영검사를 실시하였다”는 주장을 뒷받침할 X선 촬영의 흔적을 어디에서도 발견할 수 없다

피고2,3(B종합병원).

원고가 전흉부 통증을 호소한 반면 압통이나 외상 등의 소견이 없었다는 이유로
흉부의 측면 및 사위에 대한 X선 촬영과 컴퓨터 단층촬영을 실시하고
복부에 대한 초음파검사를 실시하였을 뿐
흉추에 대한 검사 자체를 실시한 흔적을 발견할 수 없음

피고4(C병원).

상당기간 입원치료 및 통원치료를 실시하였음에도
진단명이나 치료내용에 대한 아무런 주장이 없고,
스스로 작성한 진료일지에 의하더라도 흉추에 대한 X선 촬영사실만이 기록되어
있을 뿐 그 진단명에 관한 기재가 없는 점

피고5,6(D대학병원).

제1차 입원진료시 최종 진단명에 흉추부위에 관한 압박골절이 포함되지 않음

제2차 입원진료시 진료기록부상 제3,4흉추의 외상성 척추염이 결핵성 척추염(의증)과 함께 진단명으로 기재되어 있으나 그에 관한 특별한 치료를 시행한 흔적 없음

→제1차 입원치료시 흉추부에 대한 X선 촬영검사와 골핵의학 검사를 실시하였음에도 그 병명을 진단하지 못한 원인과

제2차 입원치료시 비로소 제3,4흉추 외상성 척추염을 진단하게 된 경위와 그 진단결과에 따라 취한 처치 내용과 외상성 흉추압박골절의 진행 경로 및 그에 관한 치료 방법 등을 좀더 규명하여야...

결국, 흉추부에 대한 진단과 치료에 있어 진료상 주의의무를 다하였다고 단정하기 어렵다. -> 과실인정

2010. 7. 14. 골수성 백혈병 진단 및 항암치료, 혈소판 감소증에 대한 약물치료.

폐 아스페르길루스증 진단 및 항생제, 항진균제 투여

8. 20. 퇴원

9월, 10월 입원 및 외래관찰을 통하여 항암제, 항생제 및 항진균제 투여

12. 5. 갑작스런 객혈로 내원 - 침습성 폐 아스페르길루스증에 의한 것으로
판단

6. 기관지동맥색전술시행(폐동맥조영술) - 항생제, 항진균제 투여

25. 퇴원

2011. 2. 9. 객혈로 응급실 내원

10. 기관지동맥색전술시행 - 계속적 객혈 - 수술적 치료 필요판단

14. 폐절제술 시행(12:55-18:00경, 이 사건 수술)

- 후 측방 개흉술 중 시야확보과정에서 좌측 제6번 늑골골절

14. 폐절제술 시행(12:55-18:00경, 이 사건 수술)

- 후 측방 개흉술 중 시야확보과정에서 좌측 제6번 늑골골절.
늑골골절 후 출혈발생하자 스프레이형태 지혈제로 지혈.

15. 17:03경 좌측다리 저림증상 호소

- 경막외 삽입한 자가통증조절장치에 의한 것으로 판단
보행격려함.

23:00경 신경학적 검사 결과 운동기능 장애 없음 확인.

** 간호기록지 :

-2. 15. 23:41경 ‘감각이상 있음(부위: 좌측다리, 상세내용: 감각이 둔하다 함)’
주치의에게 보고함

-2. 16. 03:42경 ‘(양쪽다리) 감각 이상 증가함 ‘

당직의에게 보고하였으나, 주치의 및 당직의는 경과관찰 지시함

2011. 2. 16. 08:00경 양하지 감각이상 심해지고 운동기능 저하

- 신경외과 협진 : 신체검진
- 흉.요추MRI촬영 : 4-6흉추간 경막외 부위 3.5×1.7cm

혈전덩어리인한 척수신경 압박

15:00경 5-6흉추 감압적 후궁절제술로 혈전제거

환자의 현재 상태 : 양쪽 하지마비, 배뇨곤란, 요실금 장애 발생

1. 이 사건 수술과정 중 늑골골절과 출혈에 대한 조치 소홀여부

1) 수술당시 흉강내 유착이 심하였고, 후측방개흉술은 광의의 골절이 동반되는 수술

-> 골절자체를 바로 수술상 과실이라고 할 수 없고, 골절로 인하여 발생한
혈관손상에 따른 출혈도 불가피

2) 출혈에 대하여 스프레이 지혈은 보조적 지혈법

-> 지혈이 완전하지 않은 경우 출혈과 지혈제가 섞여 혈전덩어리 형성가능

(이 사건 혈전덩어리 내용물이 이와 같음)

병원 의료진이 환자의 장애가 이 사건 수술과정에서의 기술상 과실이 아닌 다른 원인으로 발생한 것이라는 사실을 입증하지 못하고 있는 이상, 병원 의료진은 이 사건 수술과정에서 환자에게 출혈을 일으킨 경우 지혈조치 후 출혈이 완전히 멈추었는지 꼼꼼히 확인하였어야 함에도 이를 제대로 하지 아니하고 수술을 종료한 과실이 있고, 이로 인하여 환자에게 이 사건 장애가 발생하였다고 봄이 상당하며, 피고 병원 의료진의 위와 같은 과실과 환자의 악결과 사이의 인과관계는 추정된다 할 것이다.

2. 하지마비 증상 발생 후 사후조치 지연 과실여부

1) 2. 15. 17:03경 최초 감각이상 증상 호소에 대하여

-> 직접 증상을 확인하지 않고, 자가통증조절장치에 의한 통증으로 판단하여
걸기독려만 지시함

2) 2. 15. 23:00경 회진시 최초 감각둔화평가 및 운동기능상실 후 협진요청

-> 발가락 구분할 수 있을 정도로 감각있자 상태가 악화되지 않았다고 판단하여
경과관찰만 지시하고, 감각 둔화의 원인을 찾기위한 검사 등 조치 미시행

-> 다음 날 다리 감각과 운동기능이 모두 없어지자 그제야 신경외과 및 신경과
협진요청

2. 하지마비 증상 발생 후 사후조치 지연 과실여부

3)혈전, 혈종 또는 수핵 등이 척수를 강하게 압박하는 경우 급성으로 척수마비가 올 수 있으며, 이러한 경우 증상의 발현 후 그 원인을 제거하는 수술이 빠르면 빠를수록 그 후유증이 남지 않는데,,,,

환자가 최초 증상을 호소한지 20시간 38분 경과시점에 비로소 감압적후궁절제술시행함

-> 사후조치 지연 인정

책임의 제한 사유

- 1) 수술과정에서 시야 확보 위한 골절 상황 발생 가능성 및 그 과정에서 출혈을 회피하기 어려운 점
- 2) 기왕증인 백혈병 치료위한 항암치료과정에서 생긴 진균성 폐질환으로 이미 출혈이 있었던 점
- 3) 혈소판 감소증까지 있어 수술 중 지연출혈이나 혈종발생 가능성이 상당히 높았던 점
- 4) 폐절제술 비롯한 개흉술의 경우 척추부위의 혈종 형성 가능성이 매우 희박한 점

→ 40% 책임 인정

(3억6백여만원)

2002. 4. 11. 12:40경 OO맨션 앞 길 위에서 넘어져 머리부위 다치는 사고당함.

A병원

- 두부전산화단층촬영(뇌CT)

B대학병원 내원

- 내원당시 좌측두정부 두피 부종과 좌측 귀에 이루(耳漏)관찰,
의식은 기면상태, 언어반응은 혼돈상태
- **피고1(신경외과 전문의)**은

A병원 CT촬영 결과 판독하여 지주막하출혈 및 소량의 뇌경막하혈종진단
응급수술을 요하는 경우는 아니라고 판단 중환자실에 입원시키고
기도유지 및 산소공급, 심전도감시, 동맥혈가스분석 지시하는 한편,
뇌CT촬영 결과 우측전두엽 외상성 경막하출혈 확인함

- 익일(4. 12.)

재차 뇌CT촬영 : 우측전두엽 변화없고, 우측두정엽에 새로 경막외출혈관찰

- 4. 15.

뇌손상 정도 확인위해 두부자기공명촬영(두부MRI) 시도하였으나,

신경안정제 투여로 전반적 반응능력이 저하되어 촬영포기함

→그 동안의 뇌CT 판독결과 약물(솔루메드롤)치료하면서 경과관찰기로 결정함

- 4. 16.

뇌CT촬영하였으나 새로운 병변 확인하지 못함.

- 4. 19.

0:00경 산소포화도 90%측정되어 산소공급량 올림(2L/min-5L/min)

- 4. 22.

0:00경 산소포화도 다시 90%로 측정되고 계속적으로 그 이상 올라가지 않음

02:45 기관내삽관 및 산소공급량 늘림(15L/min)

15:00 피고A가 위 삽관제거하고 새로 삽관시행함

- 4. 30.

16:00경 산소포화도 75%, 기침계속됨

17:30 기관개구술 시행

- 5. 5.

21:00경 우측다리가 파랗게 변하면서 냉감관찰, 발가락 모세혈관 관류검사로

혈류유지 확인 후 램프이용하여 하지 체온유지토록 함

심전도이상징후 없었고 혈류유지되는 점으로 보아 장기침상환자에게 발생할 수

있는 하지정맥류 혈전으로 판단

- 5. 6.

03:20경 사지청색증과 갑작스런 호흡정지 발생

기관절개튜브 폐색으로 판단하여 기관절개튜브 교체

16:00경 호흡정지에 따른 두개강내 변화확인위해 뇌CT촬영하고,

우측하지 색조변화 관련하여 흉부외과에 협진요청

17:00경 우측하지 초음파체크하여 하지부분 혈류흐름 확인

- 5. 7. 흉부외과

09:00경 우측하지 관찰 후 양측 대퇴의 의증 급성 혈전으로

14:30경 혈관조영술시행

17:00, 19:00, 21:00경 혈전용해제(유로키나제 48만단위, 24만단위, 12만단위순)

각 대퇴동맥에 투여함

- 5. 8. **피고A** 및 흉부외과 의료진

좌측 상완동맥 천자하여 장골분지부분 혈관조영술 시행

→우측 외장골동맥 및 총대퇴동맥 전체적인 혈전성 폐색,

좌측 대퇴동맥, 외장골동맥 및 내장골동맥의 혈전성 협착 관찰됨

13:30경 혈전용해제(유로키나제 48만단위 2시간)투여

15:30경 유로키나제 24만단위 2시간투여

→우측하지 허혈성 변화 호전 없어 혈전제거술결정

5. 9. 피고2(흉부외과 전문의)는

우측대퇴동맥 혈전제거 후 각각의 대퇴동맥에 포개티 도관으로 색전제거
기존 도관이용한 혈관조영술 및 혈전용해술시행

→외장골동맥 폐색은 정상개방 회복함,

표재성 대퇴동맥 및 슬와동맥 혈전은 제거를 위한 재수술 시행함

한편, **피고1.은**

입원시부터 거의 매일 흉부 X-선 촬영으로 두부손상으로 인한 폐병변확인함

4. 12. 양측 하부 폐에 기관지염 소견관찰됨

이후 5. 8.까지 폐염증 의심할 만한 소인 발견되지 않음

5. 9. 우측 늑막 및 소열의 삼출, 우상엽의 수동적 무기폐 관찰

5. 10. 우측 늑막 및 소열의 삼출 증가

4. 22.과 4. 26. 객담배양검사, 동맥혈 가스분석 통한 산소포화도 주시

5. 9. 심전도상 T파 반전소견 보이자 순환기내과 협진요청함

5. 10. 피고2는

우측 표재성대퇴동맥 폐색 및 우측 총대퇴동맥 협착 치료를 위하여
재차 혈전 및 색전제거술, 패취 동맥성형술 시행

→대퇴동맥 개방상태 호전

5. 11.

환자의 발끝 변색이 여전하자 좌 서혜부 통해 좌측 총대퇴동맥 천자 후
재차 혈관조영술 및 혈전용해술 시행

→표재성 대퇴동맥 개방이 회복되지 않고 우측 대퇴동맥의 국소적 협착관찰되어
유로키나제로 혈전용해 시도함

→총 대퇴동맥의 협착과 현전성 표재성 대퇴동맥 양호하게 교정되고
슬와와 후경골 가지까지의 원위 흐름도 양호하게 교정됨

- 5. 10.부터 우측 하지가 차고 보랏빛으로 군데군데 관찰되고
- 5. 12. 03:00경 38.3도, 우측 무릎 앞쪽부종이 심해지면서 괴사성 병소 관찰됨
- 5. 13. 발열증세 지속, 수술 창상에 고름 분비되자 패혈증 의심하에 세균배양검사
- 5. 15. 발가락괴사도 호전 없고 혈소판 수치가 5만이하로 떨어짐
→ 우측하지 감염과 괴사로 인한 패혈증 발병 의심
- 5. 16. 09:00 우측 대퇴부 수술부위 염증으로 인한 괴사조직 제거, 항생제 투여
- 5. 18. 패혈증의 위험 및 하지 절단 가능성 설명
→환자측 OO대학병원 전원 희망하자 진료소견서(피고2) 발부함
- 5. 19. 21:30경 수술창상부위인 우측대퇴동맥이 천공되어 급성출혈(600cc) 및
심정지 발생→심폐소생술 후 23:30경 OO대학병원으로 이송

5. 20.부터 6. 15.까지 OO대학병원에서 패혈증치료 후
환자측 요구로 타 대학병원으로 이송 중 사망함.

환자에 대한 부검결과

외상성 두부손상으로 인한 합병증으로 발병한 급성 폐렴 및 기질성 폐렴으로
인한 패혈증으로 사망한 것이라고 함.

환자측 주장 과실점

1. 정밀진단 노력 해태(MRI 촬영포기)
2. 조기진단에 의한 적극치료 소홀(중증두부손상환자에 대한 관찰치료)
3. 협의진료 미수행(흉부외과 협진 시기 늦어 치료시기 놓침)
4. 기관내 삽관 및 기관개구술 시기 놓치는 등 호흡관리 소홀로 폐렴병발
5. 폐렴발병 간과하여 신속하고 적극적 치료시기 놓침
6. 우측하지 괴사관련
 - 1)부적절한 약제 사용(다량, 장기)
 - 2)혈류재개통 지연 및 치료방법 선택의 부적절
7. 패혈증 예방 및 치료미비-항생제 투약문제
8. 괴사된 하지 절단지연 및 위생관리소홀
9. 전원조치 지연

법원 판단

1심 - 의사의 주의의무 위반 없음(과실 없음)

의사들의 병원책임 부정

2심 - 과실인정

단, 기왕증 등 고려 하여 30%책임 인정

2심 판단 내용

- 세균 배양검사를 한지 3일이나 지나 검사결과 나온점
- 검사결과 광범위 항생제에 내성을 가진 엔테로박터클로아케로 확인되자 감수성 가능성 있는 항생제로 변경하기는 하였으나,
5. 17. 감수성 검사를 의뢰하여 감수성을 가진 것으로 판명된 이미페남을 투여하지 않은 점

→과실(의사의 주의의무 위반)로 인정됨

- 사망원인이 폐혈증인 이상 그러한 결과가 의료상의 과실로 말미암은 것이 아니라는 입증이 없는 한,
피고 1, 2의 과실과 사망간 인과관계가 추정된다.

법원 판단

3심(대법원)

“의사가 패혈증의 원인균인 엔테로박테리아에 대한 항생제 감수성 검사 결과 감수성이 있다고 나타난 항생제 대신에 동일 계열의 다른 항생제를 투약한 것만을 가지고 의료상 과실이 있다고 단정할 수 없다.

의사들 패소부분 파기하고 원심법원에 환송함.

병원 시설이나 의료진 기술, 지리적요인 등의 이유로 특정환자를 치료하기에 “부적합하다고 판단”한 경우 그러한 인력과 시설을 갖춘 병원으로 환자를 이송하는 것

특히, 응급환자나 중증환자의 경우

적정한 응급의료가 가능한 다른 의료기관으로 이송할 경우
응급환자의 안전한 이송에 필요한 의료기구 및 인력을 제공하여야 하고,
진료에 필요한 의무기록도 제공하여야

단, 전원시 환자에 대한 적절한 치료와 검사 등의 조치 필요

이러한 조치없이 다른 의료기관에 전원시킨 경우 진료거부로 평가될 수
있으며 적시의 치료를 받지 못하여 환자의 상태가 악화된 경우 책임인정

의사는 환자에게 진단결과, 치료방법, 후유증 등의 위험 등에 관하여 충분히 설명해 주어야 함

☞ 환자의 자기결정권 보장

의료행위의 “침습성”

형사상 업무상 과실치사상죄의 구성요건

⇒ 의사는 환자에게 치료의 내용, 효과, 위험, 부작용 등에 대한

“충분한” 설명을 해 주어야 하고 이에 기초한 환자의 동의만이

의료행위의 정당화 요건

- (1) 설명 의무의 주체 : 원칙적으로 당해 처치의사
단, 특별한 사정이 없는 한 주치의 또는 다른 의사를 통한 설명도 가능
- (2) 설명의 상대방(동의, 승낙의 주체) : **원칙적으로 환자 자신**
- 1) 환자가 미성년자인 경우 : 친권자인 부모의 동의
미성년자에게 충분한 판단능력이 있는 정도이면 미성년자 본인에게
단, 미성년자의 신체상태에 지속적이고 중대한 변화를 유발할 수 있거나
장기입원의 경우 친권자의 동의도 함께 받아야
- 2) 환자가 의식이 없는 경우 : 법정대리인 등 대락권자
동행한 법정대리인이 없는 응급환자의 경우 설명 의무 면제

수술동의서, 승낙서 등 인쇄된 양식에 의한 설명시 반드시 구두상 설명추가
환자의 연령, 교육정도에 맞추어 쌍방간 대화의 방법으로
설명 내용 구체적 내용은 서면으로 기재해 두는 것이 바람직

“부동문자에 의한 수술동의서만으로는
전신마취로 초래될 위험성과 부작용에 대한 설명을 다 하셨다고 볼 수 없다”

- 환자의 자기결정권을 충분히 보장할 수 있도록

1) 질병의 증상

2) 치료방법의 내용 및 필요성

3) 예후

4) 발생이 예상되는 위험, 부작용 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어
상당하다고 생각되는 사항

5) 수술, 투약 등의 처치를 하진 않을 경우 증상의 정도

6) 다른 치료방법 및 효과

甲은 회사 단합대회 중 축구골대에 매달렸다가 골대가 넘어져 복강내 출혈 등의 상해를 입고 A병원 응급실로 후송됨

흉부, 복부 X선 검사결과

→장파열로 인하여 유리가스가 복강내에 있는 소견

복부CT촬영 결과

→복강내 공기와 복수가 있고, 비장손상, 복강내출혈, 소장파열, 장간막내출혈 가능성 소견

甲에게 의식이 있는 상태에서 의료진의 요청으로 회사동료들이 甲의 처에게 전화하여 복강내출혈로 수술을 해야 한다고 전함

甲의 처는 집에서 가까운 병원에서 수술을 받고 싶다고 함

甲은 의료진의 허락하에 전원도중 사망함

법원의 판단

- 甲은 장파열, 복강내출혈, 비장손상 등이 의심되는 응급환자로 허혈성쇼크 및 심폐기능장애 등의 발생을 예상할 수 있으므로 즉시 수술을 시행하였어야 한다.
- 甲은 응급실 도착시부터 전원시까지 의사소통이 가능 할 정도로 의식이 있었다.
- 의료진은 甲의 처에게도 甲의 상태가 조기에 수술을 하지 아니하면 생명이 위험한 상황이 될 수도 있는 상태임을 충분히 설명하여 그 동의를 얻어 즉시 응급개복술을 시행하였어야 한다.

∴ 의료진이

甲에게는 설명하거나 전원의향을 묻지 않았고,

그의 처에게는 甲의 상태에 관하여 충분히 설명하지 아니하여

이러한 사정을 알지 못한 甲의 처가 집 근처 병원에서 수술을 받기를
원하였다는 이유만으로 전원을 하도록 한 것은 의료진의 과실이다.

→ “전손해” 배상인정

- 의료소송 증가 (1심사건 기준)

사건 수 : 2000년 508건, 2005년 772건, 2007년 932건

배상금 지급율 : 76%

항소율 : 71%

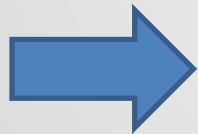
조정이나 화해종결 사건 : 49.5%

- 사회적 비용의 증가

소송비용

방어진료 경향과 의료비 부담 증가

- 1) 의료법상 의료심사 조정위원회 - 사실상 사문화
- 2) 한국소비자원의 의료분쟁조정제도 - 1,000만원 이하 소액실익
- 절차개시자 제한
- 3) 민사사법절차 - 절차개시문제 (의료분쟁의 특수성)
- 시간적 · 비용적 문제 (의료행위의 특수성)



**비 법률적 해결 선호 및 그로 인한 의료인에 대한 불신과
의료인측의 진료활동 위축현상**

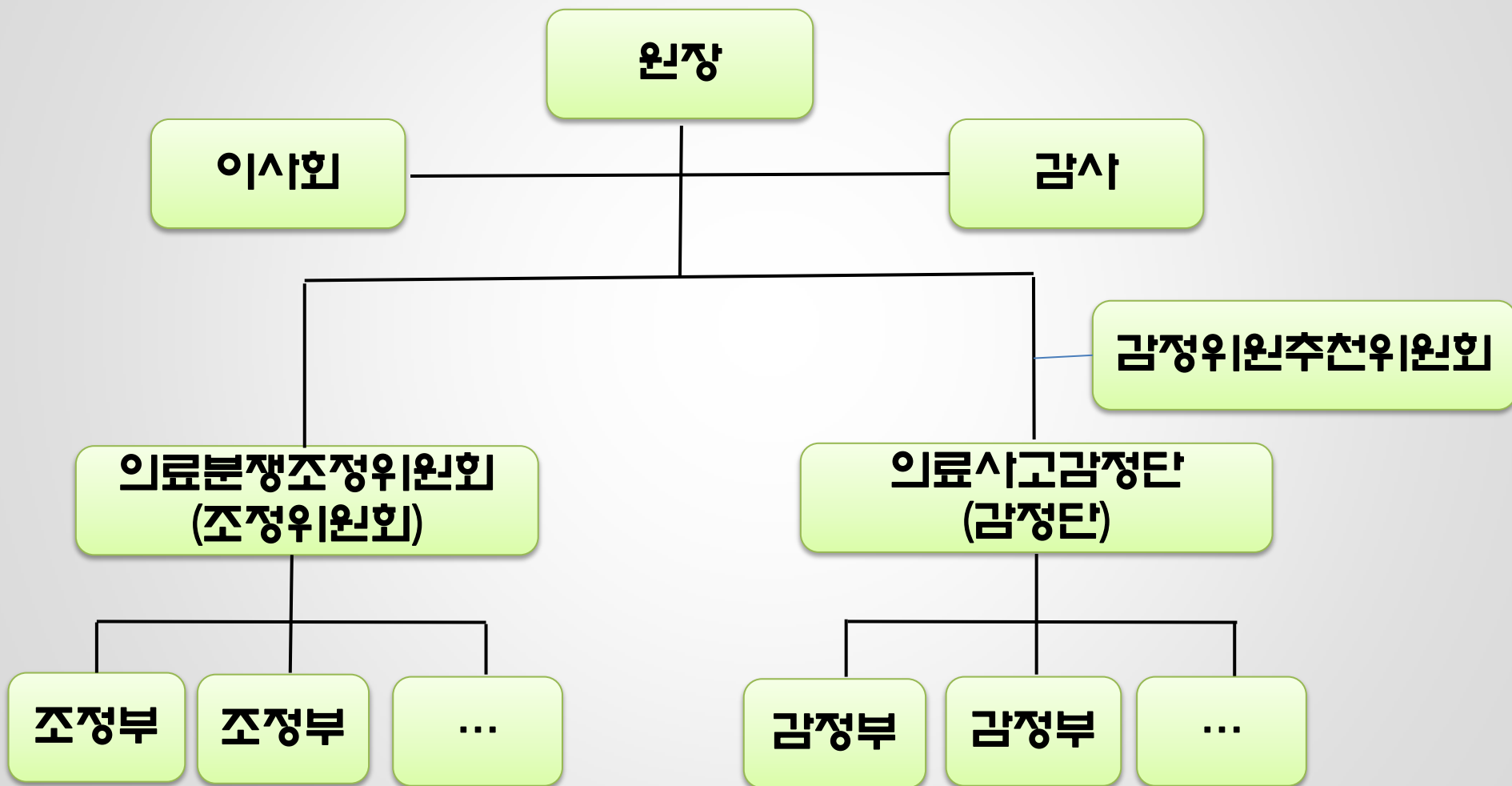
- 1988년 대한의사협회에서 “의료사고처리특례법 ” 제정발의
- 1994년 최초 의료분쟁조정법안 국회에 제출

이후 제안, 폐기 반복

- 2011. 3. 11. “의료사고피해구제및의료분쟁조정등에관법률” 국회통과
- 2011. 4. 11. 공포
- 2012. 4. 8. 시행

- 1장 총칙
- 2장 한국의료분쟁조정중재원
- 3장 의료분쟁의 조정 및 중재
- 4장 의료배상공제조합 및 불가항력 의료사고 보상
- 5장 손해배상금 대拂(代拂)
- 6장 보칙
- 7장 벌칙

- 신속하고 저렴한 분쟁해결제도 마련
- 외국인에 대하여도 적용
- 조정과 감정업무의 이원화
- 임의적조정전치주의
- 손해배상금대불제도
- 형사처벌특례조항 : 업무상과실치상죄만
- 무과실 보상제도 도입 : 산부인과 분만관련영역에서만



조정원에 조정신청

분쟁당사자

통지

통지

조정위원회

감정단

사건배당

사건배당

관할조정부(長:법조)

관할감정부(長:의료)

조정

감정

- 당사자 등 의견진술기회
- 감정위원 출석의무

- 문서등조사(500만원이하 과태료)
- 현장조사(3,000만원이하 벌금)

재감정요구

송부

감정서송부

타
감정부

조정결정서 작성

신청일~90일
(+30일)

감정서 작성

신청일~60일
(+30일)

통지 및 권고

15일내 이의신청가능

If not

조정성립

신청권자 :

- 분쟁'당사자': 환자 및 보건의료기관 (c.f 한국소비자원)
- 대리인 (법정대리인, 배우자, 직계존·비속 또는 형제자매,
변호사 또는 법인의 임직원, 서면으로 대리권 수여받은 자)

감정부의 의료사고 조사 : (위반시 500만원 이하의 과태료)

- 신청인, 피신청인 분쟁 관련 이해관계인 또는 참고인의 진술요구
- 조사에 필요한 자료 및 물건 등 제출요구 및 열람복사 가능
- 소명의무 부과
: 의료인에게 사고원인된 행위 당시 환자의 상태 및 의료행위 선택이유
등을 서면 또는 구두로 소명요구