

영국 NHS의 모성서비스 관련 의료과오보상제도의 경험과 그 함의

한동운*·황정혜**

I. 서론

1. 연구 배경

2. 연구목적 및 방법

II. 영국의 의료체계

III. 영국의 의료과오보상 청구 현황

IV. 영국의 의료과오보상체계

1. The NHS Litigation Authority(국가보건서비스 소송국: NHSLA)

2. NHS redress scheme(국가보건서비스 구제제도)

V. NHSLA의 모성서비스관련 의료과오 보상사례

VI. 고찰 및 결론

I. 서론

1. 연구 배경

전 세계적으로 의료기관에서의 유해사례들(Adverse Events)은 불필요하거나 피할 수 있는 유병률과 사망률의 주요 원인이며, 해당 사회, 의료체계 및 환자들에게 높은 재정적 비용 부담을 전가시키고 있는 것으로 널리 인식되고 있다.¹⁾²⁾³⁾ 이에 따라 이러한 원인들을 규명하며, 이해함으로써

* 논문접수: 2010. 8. 10. * 심사개시: 2010. 11. 10. * 게재확정: 2010. 12. 10.

* 한양대학교 의과대학 예방의학교실, 교수, 의료서비스경영학박사

** 한양대학교 의과대학 산부인과학교실, 교수, 의학박사

환자들의 안전성을 개선하고, 미래에 야기될 손상 예방, 의료의 질이 향상될 수 있는 임상영역 및 조직운영에 있어 변화를 야기하고 있다.⁴⁾⁵⁾ 이러한 제반 노력에도 불구하고 의료과오로 인한 소송과 이로 인하여 야기되는 비용 증가를 경험하고 있다.

우리나라의 경우 의료사고로 인한 분쟁은 1977년에 의료보험제도 도입 이후 1989년 전국민의료보험제도로 확대되어 가면서 증가하였고, 특히 1980년대 이후 인권 및 소비자운동이 활발해지기 시작하면서 폭발적으로 증가하였다. 그 가장 큰 이유는 전국민의료보험이 시행되면서 의료잠재수요가 유효수요화하면서 국민들의 수진율이 증대되어 의료인들의 절대 진료량의 증가도 그 원인으로 주장되고 있다.⁶⁾ 1970년대에도 관련 연구⁷⁾에 따르면 의료인 과실로 인한 소송의 증가와 소송비의 경우 1960년대에 비하여 사건당 약 200배 증가되고 있는 문제가 지적되었으며, 이에 대한 해소 방안으로 법적 측면뿐만 아니라 행정적, 정책적 측면에서도 다양한 논의가 필요하다고 주장하고 있다. 최근의 연구들도 법적 측면⁸⁾, 경제학적 측면⁹⁾, 행정적 및 정책적 측면¹⁰⁾에서도 다양한 논의의 필요성이 제기되고 있다.

국가주도의 보건의료체계(National Health Service: NHS)를 유지하고

- 1) Montgomery J. Health care law (2nd ed), Oxford University Press, Oxford (2003).
- 2) Kennedy I and Grubb A, Medical law (3rd ed), Butterworths, London (2000).
- 3) Argent V.P. Medico-legal problems in gynaecology ,Current Obstetrics & Gynaecology, 2006, 16(5):289-294.
- 4) Cooper JB, Sorenson AV, Anderson SM et al (2001). Current research on patient safety in the United States. Washington DC: National Patient Safety Foundation.
- 5) Dineen M, Walshe K (2000). The management of clinical negligence litigation by NHS Trusts and their legal advisors. Journal of Clinical Risk 6: 62-66.
- 6) 이재형, 「의료사고의 피해자구제에 관한 연구」, 한양대학교 대학원 박사논문, 2007.
- 7) 김용욱·이영환·김봉태, “진료과오에 있어서 의사의 주의의무”, 『법학연구』, 제26권 제2호, 부산대학교 법학연구소, 1983, 제67~122면.
- 8) 박종권, “의료과오에서 의사의 주의의무”, 『비교법학연구』, 제7권, 한국비교법학회, 2007, 제53~77면.
- 9) 이종인, “의료과오에 있어서의 배상책임에 관한 법경제학적 고찰”, 『법경제학연구』, 제6권 제2호, 2009, 제255~269면.
- 10) 김민규, “우리나라 의료과오소송의 실태와 의료분쟁해결방안”, 『비교사법』, 제10권 제4호, 한국비교사법학회, 2003, 제235~278면

있는 영국의 경우도 NHS 관련 의료기관에서 임상 과오로 인한 청구건수가 타 선진국과 같이 꾸준히 증가하고 있어 이로 인한 의료 기관의 재정 생존 능력에 심각한 위협을 초래할 수 있다. 특히 산부인과의 경우 '방어적인 진료' 실천, 진료과정의 투명성 제고, 위험성이 높은 환자 회피, 잠재적인 임상 과오를 피하기 위한 제도적 접근에도 불구하고 영국에서는 꾸준히 임상 과실 청구와 그 비용이 증가되고 있다.¹¹⁾¹²⁾¹³⁾ 이로 인하여 영국 정부는 NHS산하에 NHS소송당국(NHS Litigation Authority: NHSLA)을 설립·운영하는 등 다양한 수단을 강구하고 있다.

우리나라도 최근 의료과오로 인한 분쟁을 둘러싼 사회문화적 환경의 변화와 새로운 접근방향 개방에 대한 사회적 관심 증대 등은 의료과오소송에 대한 관리체계나 제도적 변화를 요구하고 있어 이에 대한 새로운 접근방안을 신중하게 논의해야 할 시기라고 볼 수 있다. 이에 이 연구를 통하여 국가중심의 보건의료 공급체계를 유지하고 있는 대표적인 국가인 영국의 의료과오소송관리 조직 및 새로운 제도 도입의 배경, 과정 및 영향을 살펴보고, 그러한 경험이 우리나라에 주는 함의에 대해 논의하고자 한다.

2. 연구목적 및 방법

이 연구의 목적은 영국 보건의료제도(the British NHS: 이하 NHS)하에서 의료과오보상제도(Clinical Negligence Scheme)하에서 모성서비스(maternity service) 영역에서의 진료과오와 그 보상제도에 대한 현황과 과제 및 그 함의를 제시하기 위함이다. 이를 위하여 NHS제도의 특징 소개에 이어, NHS제도하에 있어 진료과오에 대한 제도적인 접근방법과 특히

11) Alderman B. Litigation in obstetrics and gynaecology has increased in Merseyside (letter). British Medical Journal 314 (1997).

12) Symon A. Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem. Midwifery. 2000, 16(1):8~14.

13) Clark K. Litigation: a threat to obstetric practice? J Law Med. 2002, 9(3).

뇌성마비에 대한 논의에 대하여 기술하였다. 마지막으로 NHS제도에서의 늘어나는 진료과오관련소송에 대한 접근 방법이 우리에게 주는 시사점이 무엇인지를 논의하기 위하여 영국의 진료과오 및 관련 관리조직 및 제도 관련 선행연구나 보고서, 웹사이트의 자료 등에 대한 체계적 고찰을 수행하였다.

II. 영국의 의료체계

영국의 국가보건서비스(NHS) 제도는 1948년에 도입되었고, 무상 의료 서비스 제공, 서비스의 보편성 및 포괄성과 같은 세 가지 주요 특징을 보이고 있다. 이 제도 하에서 보건의료서비스는 그 재원과 서비스공급에 있어서 일부 민간부문을 제외하고는 대부분 공공부문에 의존하고 있어 보건의료제공에 대한 정부의 개입 정도가 다른 나라에 비하여 상당히 높다.¹⁴⁾¹⁵⁾ 영국 NHS의 보건의료공급체계에 의하여 제공되는 보건의료서비스는 우선 병원서비스, 둘째, 일반의, 치과, 약사 및 안경사 서비스, 셋째, 지역보건당국에 의한 보건의료서비스로 구성되어 있다.¹⁶⁾

영국의 일차보건의료의 경우 주민들의 건강문제 대부분에 대한 최초의 접촉과 지속적인 일반의(general practitioner: GP)¹⁷⁾ 서비스를 제공하고 있으며, 이는 1948년 NHS제도 도입 후 GP제도는 의료전달체계에 있어 가장 중요한 역할을 하고 있으며, 병원 중심의 전문의 서비스에 대한 문지기(gate-keeper) 역할을 하고 있다. GP들은 정부와 계약에 의하여 자신에게

14) Ham C. Managed markets in health care: the UK experiment. *Health Policy* 1996;35:279-292.

15) Le Grand J, Mays N, Mulligan J-Aeds. *Learning from the NHS internal market: a review of the evidence*. London: King's Fund, 1998.

16) Wall A, Owen B, *Health policy* 2nd ed., Routledge, London and New York, 2002.

17) 의대만 졸업한 의사가 아니라 우리나라의 가정의학 전문의 과정과 같은 임상훈련 과정을 수료한 의사임.

등록된 주민에 의료서비스를 제공한다. 이들에 대한 진료보수 지불방식은 봉급제, 인두제 및 일부 행위당 수가제 등의 혼합적인 형태를 취하고 있다.¹⁸⁾

그러나 NHS제도 도입 이후 지속적으로 논의되어온 제도의 비효율성에 대한 대응 방안으로 영국은 1948년 이후 여러 차례의 제도개혁을 단행하였다. 1990년 초반 이전의 NHS체계에서는 지역 보건당국(health authority)이 중앙정부에서 할당된 보건의료 예산으로 해당 지역의 주민들에 대한 보건의료서비스 계획과 제공에 대한 책무가 있어 직접 해당지역의 보건 의료기관 운영을 관장하고, 지역주민에 대한 제공에 대한 책임을 지고 있었다.¹⁹⁾ 1990년 NHS의 내부시장 개혁²⁰⁾은 보건의료시장 참여자들의 인센티브 변화를 유도하였다. 특히 일차의료부문의 개혁은 세금을 통한 조달된 예산을 받은 “구매자”(purchaser)와 병원서비스를 제공하는 “제공자”(provider)를 새롭게 만들었으며, 이러한 두 가지 역할의 분리를 통하여 NHS의 생산적 및 배분적 효율성을 증진시키고자 하였다.²¹⁾

이후 1997년에 선출된 영국의 노동당 정부는 일차 진료 그룹(primary care group: PCG)과 일차 진료 트러스트(primary care trust: PCT) 제도 도입을 NHS 개혁의 일환으로 시도했다. 1999년의 보건법(Health Act 1999)은 PCG와 PCT 제도 시행²²⁾을 통하여 해당 지역 주민들의 건강 증진, 건강불평등 감소, 등록된 인구의 의료를 위한 예산 통합관리, 서비스 현대화, 의료의 질 향상, 그리고 보다 근접한 제휴를 통한 지역서비스의 통

18) Ham C (2004) Health Policy in Britain, fifth edition, Palgrave.

19) Robinson R, Le Grand J, eds. Evaluating the NHS reforms. London: King's Fund, 1994.

20) 내부시장(Internal Market) 제도의 시행은 보건의료서비스 시장 운영에 있어 소요되는 예산과 그 재원은 기존 방식인 조세에 주로 의존하지만, NHS운영 조직 내에서 구매자와 공급자의 구분을 통한 공급자들 간의 경쟁을 유도한 것임.

21) Higgins J. Health Policy: A new look at NHS commissioning BMJ. 2007 January 6; 334(7583): 22-24.

22) Department of Health. The new NHS. London: Stationery Office, 1997.

합에 영향을 주고 있다. 이 조직은 처음에는 지역보건당국(health authority)의 하부위원회로 운영되었고, 일반 진료의, 간호사, 기타 의료 전문가, 관리자, 기타 서비스 제공자의 대표로서 구성되며 지역 서비스를 관리하였다. 이 조직은 자체 예산과 서비스를 관리하는 능력을 보였고, 이후 일차 진료 트러스트(primary care trust)로 변환되면서 책무가 증가되었다. 1999년 4월에, 481개 일차 진료 그룹(primary care group)이 잉글랜드에 설립되었고²³⁾, 이 중 17개는 2000년 4월 PCT로 되어 이후 영국 잉글랜드 지역의 151개 일차 진료 트러스트(primary care trust)가 설치 운영되었다. 이러한 조직은 2011년 6월에 더 큰 조직(cluster)으로 개편될 예정으로 되고, 이후 폐지되어 2013년에는 일반의 컨소시엄(general practice consortiums) 조직에 의해 대체될 계획이다.²⁴⁾

이러한 변화는 우선, 기존의 NHS제도와 일차보건의료부문이 단순히 일차보건의료제공자가 아닌 지역보건의료 수요를 파악하고, 이들에 적합한 서비스의 계획수립과 구매를 하는 역할 변화를 시도하고 있고, 둘째, 직접적인 예산 관리를 통한 일차의료부문 및 이차의료부문에서 제공되는 서비스의 형태와 질 관리를 시도하고 있다.²⁵⁾ 즉, 일차 및 이차보건의료부문에서의 제공자에게 적용될 수 있는 인센티브와 규칙의 변화를 통하여 소요되는 비용에 관심을 갖게 하고, 부적절하고, 비효과적 의료를 감소시키며, 양질의 의료 제공을 권장하고 있다.

잉글랜드 지역에 NHS병원 Trusts는 400개가 있으며, 이 조직은 개개의 운영에 있어 관련 업무를 조직하고 구매자와 계약을 통해 수입을 얻을 수 있는 자유가 있다. 1990년도에는 이들 병원에서 제공하는 병원서비스의 구매자는 지역보건당국과 기금보유일반의(GP fundholders)²⁶⁾였으나, 이후 일

23) Bojke C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trusts? *BMJ* 2001;322:599-602.

24) Cole A. Clusters of primary care trusts will oversee transition to new NHS. *BMJ* 2010; 341.

25) Secretary of State for Health. *The new NHS*. London: Stationery Office, 1997(Cm 3807).

차 진료조직(primary care group, primary care trust)으로 대체되었으며, NHS 트러스트로부터 대부분의 의료 서비스를 구매하며, NHS 트러스트는 대부분의 재정적인 실적에 근거하여 계정이 설정된다.²⁷⁾ 이후 NHS에 대한 재원 투입 및 새로운 프로그램 도입의 시도를 통한 NHS 운영의 효율성 증대를 시도하고 있다. 또한 2005년 발간된 “Creating a Patient-led NHS Delivering: the NHS Improvement Plan”에서 영국 정부는 NHS에 2008년까지 추가 재원의 배정을 약속하였으며, 이는 그 동안 년 2~4% 정도의 인상을 적용하였으나, 이 시기에는 년 평균 7.5% 예산을 증액하고 있다. 이후 NHS는 2008년부터는 조직의 재정 안정과 개선에 최선을 다하고 있다.²⁸⁾ 2005년 후반기에 보건부는 2006~2010년을 위한 재정지원 전략을 제시하였으며, 이는 지역에서의 자원이용에 있어 보다 더 융통성 있게, 이용의 범주도 보다 확대시키기 위한 실질적인 재정 지원전략을 수립하기 위함이다.

III. 영국의 의료과오보상 현황

영국의 의료과오보상은 13세기의 첫 기록²⁹⁾에 이어 그 동안 지속적 사회 문제로 인식되고 있다. 1990년도 이후의 의료과오보상 현황을 중심으로 살

26) 이 제도 도입 전에는 영국의 일반의(GP)들은 주로 해당 지역의 일차의료기관 (health center)에서 NHS의 근간을 유지하는 일차의료 제공자로 NHS와 계약에 의해 진료하는 의사였고, 전문의(consultant) 치료에 대한 gate-keeper 역할을 하고 있었다. 당시 보수당 정부는 GP fundholding 제도를 통하여 비 응급수술을 포함한 일정한 병원 서비스 및 지역사회 의료 서비스를 구매할 수 있는 예산을 지급하였고, 남은 예산에 대하여 자신들의 서비스 개선 등에 사용할 수 있는 권한을 부여한 제도임.

27) Goddard M, Mannion R, Smith PC. Assessing the performance of NHS Hospital Trusts: the role of 'hard' and 'soft' information. *Health Policy* 48 (1999) 119-134.

28) Fitzpatrick M. A patient-led NHS? *Br J Gen Pract.* 2005, 55(521): 973.

29) Annas GJ, Katz BF and Trakimas RG. Medical Malpractice Litigation under National Health Insurance: Essential or Expendable? *Duke Law Journal*, 1976, 1975(6): 1335-1373.

펴보면 다음과 같다. 1996/1997 회계년도에 임상과오소송은 2억3,500만 파운드³⁰⁾로 연 17.5~25%의 증가율이 추산³¹⁾되었다.

NHSLA의 발간 자료에 의하면 1999/2000 회계년도부터 의료과오로 인한 소송건수의 수준은 지속되고 있는 반면, 의료과오로 인해 NHSLA가 지불하는 비용은 매년 증가하고 있다.³²⁾ 2001/2 회계년도의 과실 청구 비용은 4억 4,600만 파운드로 NHS 총예산의 1% 미만이었으며, 2003년에 출간된 자료에 따르면, 잉글랜드 지역에 매년 7,500건의 임상과실청구가 있다.³³⁾ 최근의 자료³⁴⁾에 의하면 NHS관련 의료기관으로부터 2007/08 회계년도에는 5,470건의 임상 과실 청구와 3,380건의 비 임상 과실 청구 건수가 접수되었고, 2008/09 회계년도에 6,080건의 임상 과실 청구와 3,743건의 비 임상 과실 청구 건수가 접수되어, 전 회계년도 비교 약 11%의 증가율을 보이고 있다. 또한 이로 인한 배상금의 경우 2007/08 회계년도에는 6억 3,300만 파운드가 지급되었으며, 2008/09 회계년도에 임상 부주의에 대한 청구에 대하여 7억 6,900만 파운드가 지불되어 이 또한 약 11%의 증가율을 보였다. 이후 2008/09 회계년도의 의료과실의 청구 전체 건수는 6,080건으로 향후 4년에 걸쳐 약 5,000~6,000건의 범위 내에 있다. 최근 2009/10 회계년도에는 임상 과실의 소송건이 6,652건이었고, NHS기관에 대한 비 임상 과실에 대한 소송건은 4,074건(전년 3,743건)으로 전년에 비해 증가되었고, 지출한 비용은 7억 8,700만 파운드로 전년(7억 6,900만 파운드) 대비 2.3% 증가하고 있다.³⁵⁾ 이러한 결과는 환자의 피해규모를 반영하며,

30) Dobson, F. Dobson to tackle rising levels of litigation in the health service. DH Press release, 29 April 1998.

31) Comptroller and Auditor General. Report of the Comptroller and Auditor General in NHS (England). Summarised Accounts 1995-96. London: The Stationery Office, 18 July 1997.

32) NHSLA factsheet 2./<http://www.nhsla.com/NR/rdonlyres/465D7ABD-239F-4273-A01E-C0CED557453 D/0/NHSLAFactsheet20607.docS>.

33) NHS Litigation Authority. Fact sheet 3: information on claims. London: NHSLA, 2003.

34) National Health Service Litigation Authority (NHSLA). (2010). Official website. <http://www.nhsla.com/home.htm> visited 28-5-2010.

35) <http://www.nhsla.com/home.htm>

의료서비스제공에 직접적인 재원활용의 제한 정도를 반영하고 있다.

이러한 현황은 NHS 산하의료기관에서 매일 100만 명 이상의 사람들이 치료받고 있는 상황에서 의료기관에서의 임상과오를 방지하기 위한 환자진료상의 안전성의 보장이 중요하다고 할 수 있다. 그 동안의 관련 자료들³⁶⁾에 의하면 의료기관에서의 환자안전에 관한 데이터는 의료부문의 환자안전 사고에 대한 몇몇의 광범위한 연구 이외에는 없고, 주로 병원부문의 자료만 제시되고 있다. 일반적으로 병원 입원의 약 10%가 환자 안전사고로 이어진다고 알려지고 있다. 대부분의 연구는 환자 안전사고로 인한 사망이 실제보다 적게 보고되고 있으며, 영국의 경우 840~34,000건이 사망 건수로 추산되고 있다. 또한 이러한 사고는 상당한 경제적 의미를 가지고 있다. 즉, 추가적인 병상일로 인한 추가 비용이 20억 파운드(약 3조 원)이 소요되며, 병원감염으로 추가적으로 약 10억 파운드가 필요하다.³⁷⁾ 2002년에 발간된 보고서³⁸⁾에서도 영국 국민들의 의료손상(medical injury) 경험 실태 분석을 위한 인터뷰 결과 분석을 통하여 일반인들의 5%에서 의료에 의한 것으로 믿고 있는 질병, 부상 또는 손상 경험을 보고하고 있다. 이들 중 30%는 해당 의료사고가 자신의 건강에 영구적인 영향을 끼쳤다 주장하고 있으며, 이러한 부작용의 55%는 NHS병원에서, 25%는 일차의료기관에서 일어났다고 보고되고 있다. 이러한 결과는 호주, 뉴질랜드, 미국, 캐나다에 비하여 약간 낮은 수준이나 의료사고는 심각한 결과를 초래하였다고 보고하고 있다.

이와 같이 영국 의료부문에서의 의료과오보상현황과 의료기관의 환자안전성 확보문제를 고려하면 의료과오소송 관련 시스템이 복잡하고, 불공평하며, 시간과 법적 비용 측면에서 비싸다는 비판을 받을 수 있음을 알 수

36) Department of Health.(DoH). Building a safer NHS for patients - implementing An organisation with a memory, DoH. 2001.

37) National Audit Office (NAO). A safer place for patients: Learning to improve patient safety. London: NAO. 2005.

38) MORI Survey commissioned for this report, 2002.

있다.³⁹⁾ 특히 2003년의 Making Amends⁴⁰⁾는 이에 대한 개선방안의 일환으로 NHS 보상제도(NHS redress scheme)를 새롭게 제안한 바 있다. 이러한 의료과오보상체계는 법적 진행이 필요 없는 특정 임상과오청구에 대한 심사를 제공하기 위함이며, 미국, 뉴질랜드, 프랑스, 스칸디나비아와 같은 비슷한 문제가 있는 국가들로 경험을 고려한 것⁴¹⁾이다. 다음으로 영국의 의료과오보상체계를 소개하면 다음과 같다.

IV. 영국의 의료과오보상체계

1. The NHS Litigation Authority (국가보건서비스 소송국: NHSLA)

NHSLA는 영국 보건부에 의하여 1995년에 설립된 특별 보건당국(Special Health Authority)의 하나로, NHS의 의료과오청구나 소송에 대한 업무를 처리하는 비영리기관이다. 재원은 비영리 기준으로 “이용한 만큼 지불 방식 (pay as you go)”으로 운영되고 있다. 영국 의회에 의한 NHSLA의 설립 목적은 NHS산하 의료기관의 임상 과실에 의해 발생하는 전반적인 비용을 최소화함으로써 근거가 없는 환자 측의 소송에 대하여 변호하여 NHS 환자 치료에 사용할 재원을 극대화할 수 있게 하기 위함이다. 이를 통하여 환자 치료의 가장 높은 수준의 증진, 어떤 불리한 사건으로 인한 고통을 최소화하기 위해서며, 특정 지역 사회에서 지역 NHS 조직에서 소송으로 인해 지출되는 감당하기 어려운 비용으로 인하여 해당 기관의 재정적인 부담으로 환자 진료에 위협에 빠지는 일을 최소화하기 위하여 설립 운영하고 있다.⁴²⁾ 즉, 이 기구는 NHS 산하조직의 임상 과실의 채무를 공동부담하기 위한 제도 관리와 보다

39) NHS Litigation Authority. Fact sheet 3: information on claims. London: NHSLA, 2003.

40) Department of Health. Making Amends: a consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS. London: DoH, 2003.

41) Capstick B. The future of clinical negligence litigation? BMJ 2004; 328:457.

42) 관련 자료는 <http://www.nhsla.com/Clinicians/> 등에 있음.

높은 의료기관의 위기관리능력을 향상하기 위한 것이다. 이외에도 NHSLA는 비임상적 부채에 대한 제도 및 위험관리기준설정 등으로 그 역할의 확대를 도모하고 있다. 또한 인권 판례법(Human rights case-law)에 대하여 NHS를 위한 정보서비스 제공, 지역의 일차의료제공자와 지역 PCT 간의 분쟁 해결, 연령차별 소송, 동일 임금 지불에 대한 문제 해결을 위한 조인과 지원도 포함하고 있다.⁴³⁾

이 조직의 모든 의료과실소송은 1995년 4월 Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST)이 처음 시행된 이후부터 CNST에서 처리되고 있다. 이 CNST는 자동차 보험 또는 가족 보험과 비슷한 보험제도로 NHSLA에 의하여 관리되며 그 목적은 NHS가 임상과실보상의 비용을 위한 자금 조성을 위한 수단 제공과 관련 청구와 위험에 대한 효율적 대처를 촉진하고 지원하기 위함이다.⁴⁴⁾ CNST는 1995년 4월 1일 이후에 일어난 NHS산하의 회원조직의 모든 임상 과실 소송을 처리한다. 이 제도에 대한 가입은 회원들이 자발적으로 참여하며 모든 NHS 트러스트(트러스트 재단 포함) 및 일차의료트러스트(PCTs)들이 이 제도에 참여하고 있다. 민간부문의 의료기관은 자체의 권리로 이 제도에 참여할 수는 없지만, PCT의 의뢰기관으로 협약에 의한 NHS환자 치료 시에는 혜택을 누릴 수 있다.⁴⁵⁾⁴⁶⁾ 해당 기관들은 NHSLA에 매년 보험료(CNST Premium)를 지불하여야 하며, 그 총액은 분만 건수, 임상 케이스, 체계 및 과정의 복잡도에 따라 다르다. 이는 환자의 안전과 NHSLA에 의하여 설정된 기준과 적용된 표준을 달성할 수 있는 능력을 증진시키기 위함이다.⁴⁷⁾ NHSLA 위험 관리 프로그램의 핵심은

43) The National Health Service Litigation Authority. THE NATIONAL HEALTH SERVICE LITIGATION AUTHORITY, Report and Accounts 2010, 2010.

44) Naira V & Chandrararana. Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST), 2010, Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 20(4):125-128.

45) <http://www.nhsla.com/Claims/Schemes/CNST/>.

46) Bush L. and Arulkumaran S. Clinical Negligence Scheme for Trusts for maternity services (CNST). Current Obstetrics & Gynaecology (2003) 13, 373-376.

47) Nair V, Chandrarahan E. Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST) Obstetrics,

NHS기관들이 평가받는 기준과 표준의 범위에 의하여 제공된다. 의료기관에 대하여 설정된 CNST의 표준은 NHSLA에 보고되는 임상과오소송을 통해 제기되는 제반 문제를 반영하여 개발된다. 이러한 관리프로그램 개발의 전반적인 목표는 NHS에 대한 소송비용을 줄이고, 동시에 환자안전, 좋은 임상진료를 증진하기 위함이며, CNST 기준은 다양한 범위의 임상 진료영역을 포함한다.

또한 NHSLA는 전문변호사로 구성된 패널을 활용하여 해당 기관별로 업무를 배정한다. 일단 보상청구권이 접수되면, 이 패널이 구성되어 NHSLA, 회원(NHS 관련 기구)과 해당 기관의 스텝의 이익을 대변한다. 이 조직의 목적을 달성하기 위하여 해당 패널은 소송당국과 같이 협동하여 소송관련 재판에서 성공여부를 판단하고, 사전에 보상금액을 산정하며, 해당 소송에 대하여 변호할지, 합의할지를 조언한다. 이에 대한 비용에 대한 계산은 다음과 같다. 보상수준에는 두 가지 요소가 있다. 첫 번째 보상은 부상으로 인한 통증, 고통과 쾌적함의 손실이다. 이에 대한 보상금은 다양하다. 즉, 불필요한 개복술의 흉터에 대해서는 4천 파운드, 실명에 대해서 14만 파운드, 사지마비 약 20만 파운드로 정해지나 사례에 따라 다르다. 나머지 부분의 보상은 신체손상으로 인한 완전한 재정 손실 및 추가 비용이 이에 해당한다. 또한 NHSLA에 의하여 임명된 보험회계사는 트러스트로부터 이용 가능한 데이터를 분석하여 회계 연도에 발생한 손해, 비용 및 기타 비용의 측면에서 지불해야 하는 금액을 예측한다. 개별 트러스트는 업무량, 예산, 의사, 간호사 및 기타 전문가의 수와 같은 기준의 범위를 기반으로 하며 분담금을 내며, 해당 트러스트가 설정된 위기관리 기준에 부합한다면 해당 분담금은 줄일 수 있다.⁴⁸⁾

2. NHS redress scheme (국가보건서비스 구제제도)

2003년도에 개정된 The NHS Redress Scheme을 보면 의료과오소송의 변화를 볼 수 있다. 즉, 소송관련 청구 비용이 30,000파운드 이하인 의료과오의 경우 소송보다는 행정적인 절차로 구제해주는 방향으로 소송변상의 제도 개선을 하였다. 이에 속하는 대상은 다음과 같다. 우선, 병원치료 중 발생한 임상적 손상 시의 검사 및 재 치료 제공과 일부 경우에는 재정적인 보상, 둘째, 환자의 소송액이 30,000파운드 이하이며, 그 원인이 NHS 진료상의 심각한 문제로 의한 신체적인 손상/장애, 셋째, 뇌성마비 등 심각하고, 출산 관련된, 신경학적인 장애가 수반되거나, 분만 후 탄생 8년 이내, 잘못을 증명 없이도 가능하다는 것 등이 주요 내용이다.

이후 2005년 10월 영국 정부는 NHS Redress Bill⁴⁹⁾(구제법안)을 제출하였다. 이 법안은 임상과오체계 개혁을 시도하기 위한 것으로 그 목적은 배상청구 비용수준을 낮추는 것이다. 특히 영국정부는 분만 시에 동반된 뇌손상으로 고통 받고 있는 아기들을 위한 보상체계에 대한 제도적 개혁은 진행되지 않았으나, 장애 아이들을 위한 진료 표준을 향상시키기 위한 수단들을 강구하기를 결정하고 있다. 이는 잉글랜드에서 어떠한 보건의료서비스와 관련되어 야기된 배상청구 중인 환자들이 법적인 체계에 의존하지 않고도 보상을 받게 함이다. 이러한 절차는 단기간에 보상에 소요되는 비용 증가가 예상되고 있다. 왜냐하면 이는 관련 체계에 새로운 배상청구를 야기하기 때문이다. 그러나 장기적으로는 법적 진행에 따른 지출비용이 감소될 것으로 보여, 그 비용에 있어 700만~4,800만 파운드에 이를 것으로 추계되고 있다. 이러한 비용은 일차적으로 NHS TRUST의 회원들의 기여금에 의하여 충당되며, 일부는 보건부(DoH)에 의하여 보조된다. 이 NHS구제제도는 30,000파운드까지의 청구나 출산에 관련된 심각한 신경 손상으로 인한 청구에 대해서는 사법 절차보다는 행정적 절차를 제공하기 위함이다.

49) <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200506/ldbills/022/2006022.pdf>.

다. 의료과오관련 소송에 대하여 사법적 경로보다는 행정적 서비스를 제공하기 위함이다. 처음에 이 제도는 병원 부문에만 적용될 예정이었으나 결국엔 일차의료부문까지 확장되었다.⁵⁰⁾ The NHS Redress Bill에 의하면 NHS에 의한 과실이 확인된 경우 사과, 조사 및 적절한 경우 20,000파운드까지는 보상을 받을 수 있는 체계를 만들었다.⁵¹⁾ 결국 이 법안은 소액 소송에서 보상비용을 감소시키기 위해 소송되는 많은 법적 비용을 피하며, 환자들은 원하지만 법정에서 명령할 수 없는 뭐가 잘못 되었는지의 설명과 추후의 재발을 방지하기 위한 비 금전적 해결책을 제공함이 그 핵심이라고 할 수 있다.

V. NHSLA의 모성서비스관련 의료과오 보상사례

영국의 성공적인 출산 건수는 매년 70만 건으로 추정되고 있다. 1995년 이래 모든 NHSLA에 의하여 지불된 과실지불의 61%는 분만으로 인해 발생한 청구와 관련이 있다. 또한 1,000명의 아기 중 7명이 분만손상을 입고 있으며, 분만과정에 참여한 의사는 출산과 분만에 대한 의학적인 의견들과 일치하지 않은 경우 의료 과실과 책임 문제는 업무상 과실 범주에 든다.

2000년도의 CNST에 보고되는 모든 임상과오사례의 소요비용의 약 50%가 출산에 관련되는 소송비이며, 이러한 소송은 수년 동안의 불안정적인 비용 증가의 원인이었다.⁵²⁾ 가장 흔한 유형의 분만관련 신경손상인 뇌성마비의 발생률은 주산기(perinatal) 치료 개선 기준에도 불구하고 1,000건의 출생건수 중 2~3건이 일정하게 유지하고 있으며 출생 시 질식으로 인한 뇌성마비는 3,600명당 1명이다. 이로 인하여 만삭의 아기에 있어 뇌성마비의 비

50) Capstic B. The future of clinical negligence litigation? BMJ 2004; 328.

51) Dyer C. NHS to settle small compensation claims without litigation. BMJ 2005;331:855.

52) Department of Health. An organisation with a memory. London: DoH, 2000:86.

율은 10~36%로 변이가 크다. 스웨덴의 연구에서는 1,200명당 1명⁵³⁾⁵⁴⁾⁵⁵⁾으로 낮은 수준이다. 2002/2003 회계연도의 자료에 의하면 아동 6,000명 중 1명은 출생 시 뇌 손상을 갖고 있으며, NHSLA는 350건의 출산 관련 소송을 접수한바 있으며, 의료과오로 인한 소송 건수의 5%에 불과하지만 지불 비용의 60%에 해당한다. 2007/8 회계년도에 CNST(Clinical Negligence Scheme for Trusts)의 모성관련 소송으로 인한 비용은 총 1억 6,300백만 파운드였고, 이중 뇌성마비 청구는 66%(사산 2%)를 차지하고 있다.

이와 같은 NHS관련 의료기관에서의 모성서비스 관련 소송에 대한 개선 방안의 일환으로 소액소송 제도와 더불어 앞서 소개한 2003년의 Making Amends⁵⁶⁾는 뇌성마비를 포함한 중증의 출산 관련 신경 장애로 고통 받는 자에 대한 보상에 대해 별도의 제도 도입을 제안하였다. 이로 인하여 소송한 자가 과실을 입증하고, 보상금을 받기 위한 자격을 입증하기 위한 과실 정도를 입증할 필요가 없다. 해당 손상이 출산관련 손상이라는 입증의 필요는 산과적 과오로 발생하는 인과관계에 대한 논의의 대부분이 지속됨을 의미한다. 승소한 자는 아픔과 고통에 대한 초기 일시금으로 50,000파운드까지 받을 수 있으며, 가정으로의 복귀 시 적응에 대한 일시금으로 50,000파운드, NHS가 제공할 수 없는 추가적인 치료에 대해 1년에 100,000파운드까지 받을 수 있다.

이러한 보상체계 이외에도 뇌성마비관련 접근 방안에 있어 관련 사례⁵⁷⁾

53) Hagberg B, Hagberg G, Beckung E, Uvebrant P. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-94. *Acta Paediatr* 2001;90:271-7.

54) Pharoah POD, Platt MJ, Cooke T. The changing epidemiology of cerebral palsy. *Arch Dis Child* 1996;75:F169-73.

55) Gaffney G, Flavell V, Johnson A, Squier M, Sellers S. Cerebral palsy and neonatal encephalopathy. *Arch Dis Childhood* 1994;70(suppl):F101-200.

56) 2003년 6월에 Chief Medical Officer가 NHS의 임상과오에 대한 개혁을 위한 제안을 위한 자문보고서를 발간하여 이 리포트는 현 의료 소송체계의 기원, 강점과 약점에 대해 설명하고, 현 제도로 인해 야기되고 있는 우려와 문제를 분석하여 개혁을 제안을 제시함.

57) Catherine Greenwood, Sally Newman, Lawrence Impey, Ann Johnson (2003) *Cerebral*

를 보면 1999년 10월, International Cerebral Palsy Task Force에서 급성 분만사고와 뇌성마비와의 인과 관계를 정의하는 합의문(consensus statement)을 발표하였다. 그 목적은 “뇌성마비가 신경병리학 상 분만과 출생 시에 발생하는 사례를 더 잘 확인하기 위한 객관적 증거를 정의”하기 위한 시도였다. 이들은 세 가지 ‘필수기준’을 정의하였고, 이는 분만 시 발생한 저산소증으로 유발되는 뇌성마비 이전에 나타나야 하며, 또한 ‘분만 동안에 나타나지만 비특이적인 여러 가지 기준’을 정의하였다. 필수 기준은 태아 심박동수 변화와 출생 시 낮은 Apgar점수⁵⁸⁾와 같은 ‘출산 질식(birth asphyxia)’의 전통적인 임상 증상에 의존하지 않고, 심각한 태아 또는 신생아 산증의 존재, 신생아의 신경학적 상태와 뇌성마비의 유형에 초점을 맞추고 있다.

이와 같은 전문가 그룹의 활동에서 알 수 있듯이 의료 과실 분쟁에서 대부분의 뇌성마비는 분만 중 저산소증의 결과가 아니라는 것이 널리 알려져 있지만, 의료과실분쟁에서의 뇌성마비의 혐의는 일반적으로 산전 또는 분만 진통 중 관리에 두고 있다. 이는 분만 시의 이상반응은 잠재적으로 예방 가능한 반면, 출산전기(antenatal period: 전체 임신 기간 중 분만 전까지의 기간)에 증가하는 뇌성마비는 대개 예방이 가능하지 않은 것으로 널리 인식되고 있기 때문이다. 그러므로 재판에서는, 많은 논쟁이 급성 분만 저산소증의 증거가 있는지 없는지, 또한 있다면 치료가 시간에 맞게, 적절하게 제공되었는지 여부에 집중한다. 비록 보편적으로 수용되지는 못하지만, 합의문은 이러한 이슈들의 가장 중요한 것에 대해 다루는 유형을 제공하려고 시도하고 있다. 이 유형의 가치는 의료기록에서 얼마나 유용한 자료가 있는지에 따라 영향을 받고 있으며, 관련 자료의 근거들을 비체계적으로

palsy and clinical negligence litigation: a cohort study. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 110(1):6-11.

58) Apgar 점수는 신생아가 완전히娩출된 후 1분, 5분에 5가지 항목에 대한 평가를 실시하여 신생아의 상태를 결정하는 데 사용되는 점수이다.

분석하였다는 비판에 직면하고 있다. 또한 분만기 저산소증의 측정에 대한 'gold standard'의 부재로 인해, 합의된 기준이 얼마나 구별 가능한지는 불명확하다는 지속적인 문제가 있다. 게다가, 이 유형은 care 의무의 불이행 (the breach of duty of care)이라는, 의료소송이 있을 때 평가에서 두 번째로 중요한 이슈는 다루지 않고 있다. 그러나 이러한 제한점에도 원고와 피고의 법적 조언자뿐 아니라 '전문가 증인, 감정인(법정 심리 때 전문가의 입장에서 감정·증언을 하는 사람)'이 법정 책임을 평가할 때에 이러한 가이드라인을 도입하는 것이 가능하다고 인식되고 있다.

그러나 그동안의 뇌성마비관련 사례에 있어 비과실적 의료로 인한 예방 가능한 비율은 매우 낮은 것으로 보고 있다. 사실 출생과 관련된 뇌성마비가 드문 사실은 많은 경우에 있어 산모관리 중 합리적이고 지속적 수준의 어떠한 감시에 의해서도 예방하기가 어렵다. 이로 인하여 출산 중인 여성을 위한 임상의사에게 화재나 경찰서비스에서의 구조자와 같이 과오로부터 보호를 받게 하는 것이 이 제도이다. 질병과정으로 야기되거나 신경학적 손상을 예방하지 못하는 법적인 책무로부터 임상의사를 면제시키고 그들이 야기하는 새로운 위험에 대한 과실에 있어 자신의 책임을 제한할 수 있다.⁵⁹⁾ 이러한 의료과오보상제도에 있어 무과실제도 제안과 함께 그러한 입장을 재검토하는 과정에 있다고 볼 수 있다. 의료전문가들은 자신의 환자에 대한 치료를 해야 하는 의무가 있다. 이것은 그들이 주의의무를 다하여 적절한 방식과 절차에 따라 수행해야 할 책임을 의미한다. 그들이 그러한 업무수행에 실패하여 그 결과로 인하여 자신의 환자가 고통을 받게 되면 의료 과오에 대한 환자에 의한 보상청구가 들어오게 된다. 이로 인하여 출산, 및 선전-산후 관리 서비스 등 모성서비스를 제공하는 NHS 기관은 NHSLA의 급성병원 또는 PCT, 민간의료기관의 표준과 CNST의 모성 표준 (Maternity Standards)에 대한 평가 대상이 된다.

59) Capital and Counties plc v Hampshire CC and others [1997] QB 1004.

이러한 문제에 대한 대응 방안의 일환으로 제도적 개선을 위하여 일련의 심의 및 자문을 통하여 NHSLA는 2005년부터 모성서비스를 제공하고 있는 기관에 대하여 독립적인 임상표준설정과 평가를 하기로 결정하였다. 이후 2007/2008 회계연도에 환자진료 표준의 개선과 이로 인한 소송 비용 절감 목표를 개정하였다. 개정된 CNST의 모성서비스관련 소송자료를 분석한 결과를 바탕으로 2008년에 개정되어, 최종안은 2009년에 발간되었다. 그 목적은 조직의 거버넌스, 환자 진료 및 환자의 안전에 있어 질적 개선을 위하여 효율적 위험 관리 활동을 위한 구조화된 틀을 제공하기 위함이며, NHS를 위한 국가적 의제에 대한 인식을 고양하고, 실행을 촉진하며, 능동적인 모성서비스 향상을 격려하고 지원하며, 위기관리 문화 조성과의 의료사고나 소송 관리를 지원하고, 환자를 포함한 이해 당사자나 관련 조직을 통하여 모성서비스에 대한 질적 보증을 제공하기 위함이다.⁶⁰⁾

VI. 고찰 및 결론

우리나라의 의료과오보상제도의 개선에 대한 오랜 기간의 요구가 있어 왔으나, 일부 의료제공자측면에서의 일부 보험성격의 제도는 있으나,⁶¹⁾ 우리나라처럼 전 국민의료보험제도에 모든 기관들이 국민의료보험제도에 가입되어 의료기관을 운영하는 형태임에도 불구하고 공적인 의료과오보상을 위한 조직은 없음을 알 수 있다. 의료배상책임보험의 보완과 함께 자문 의료인 단체와 학계가 주도하는 교육 및 의료분쟁 시 자문을 구할 수 있는 체계의 확립으로 의료분쟁에 대처하자는 주장 수준에 이르고 있다.⁶²⁾ 이

60) CNST maternity standards, www.nhsla.com/publications.

61) 의료배상책임보험의 보완과 함께 치과 의사단체와 학계가 주도하는 교육 및 의료분쟁 시 자문을 구할 수 있는 체계의 확립으로 의료분쟁에 대한 대처가 이루어져야 할 것이다.

62) 권병기·안형준·강진규·김종열·최종훈, “치과임상영역에서 발생한 의료분쟁의 판례분

연구에서는 국가의료체계하에서 관련 기구를 설립 운영하고 있는 영국 NHS제도하의 의료과오제도의 현황 및 그 경험을 파악하여, 우리나라에 주는 함의를 도출하고자 하였다. 이를 위하여 영국 NHS제도의 특징과 의료과오보상제도의 논의 배경을 소개하였으며, 특히 모성서비스(maternity service) 영역에서의 진료과오와 그 보상제도 운영 경험을 소개하였다.

우선 영국 NHS제도의 특징으로 영국의료체계 효율성 제고를 위한 제도 개혁의 일환으로 1990년대에 Primary Care Group과 Primary Care Trust제도를 도입하였고, 이러한 개혁을 통하여 NHS제도하에서 지역중심의 일차의료제공자의 조직화를 통하여 일차보건의료부문이 일차보건의료 제공뿐만 아니라 지역보건의료 수요를 파악과 수요 중심의 서비스 제공계획과 실질적 구매 역할을 할 수 있게 하고 있고, 둘째, 지역보건의료예산 관리를 통해 지역 주민을 위한 포괄적 의료 서비스 제공 및 실질적인 성과 및 의료 질 관리를 통한 제도의 효율성 증대를 도모하고 있다.⁶³⁾

특히 산부인과분야의 모성서비스(Maternity services) 제공과 이용에 관련하여 임상과오소송 건수나 비용이 꾸준히 증가되고 있다. 이로 인하여 영국정부는 NHS산하에 소송 기관인 NHSLA를 설치 운영하는 등 다양한 수단을 강구하고 있어 국가주도의 의료과오소송 관리체계의 운영 경험이 중요하다고 할 수 있다. 앞서 논의한 바와 같이 영국은 2003년 Making Amends라는 자문 보고서나 2005년 NHS Redress Bill을 통해 소송과정의 개혁을 통한 관련 비용 절감을 시도하였지만, 종래의 법률 시스템을 통해 처리된 소송 숫자가 줄어들지는 않고, 소액 소송과 출산 관련 소송하기를 쉽게 하였기 때문에 오히려 임상 의사와 병원행정측면에서 보면 이를 담당하기 위한 추가적인 업무 부담으로 작용할 것으로 볼 수 있다. 이러한 영향으로 영국이 경험하고 있는 제도적 접근이 임상과오소송의 감소에 영향을 주고 있는지는 분명하지 않다. 왜냐하면, NHS제도하의 유방암관련 소송에

석”, 『대한구강내과학회지』, 제31권 제4호, 2006, 제275~378면.

63) Secretary of State for Health. The new NHS. London: Stationery Office, 1997(Cm 3807).

대한 연구⁶⁴⁾에서 2000년 전후에 있어 NHSLA의 다양한 소송관련 대응방안으로 승소율이나 소송 후 환자 측에 지불된 보상비용도 감소하고 있지 않음을 보고하고 있어, 이러한 문제에 대한 그 동안의 접근 방법에 있어 그 영향을 알 수 있다.

사실 윤리적인 측면에서 보면 한 사회의 측면에서 보면 의료과오로 인한 피해로 인한 소액 소송한 사람이나 신경 장애 관련 출산에 대하여 보상하기 위해 가용한 자원을 더 많이 효율적으로 활용하지 않아야 할 이유는 없다고 할 수 있다. 그러나 영국의 의료피해보상제도의 변화와 그 경험을 보면 비정상적으로 증가된 소송을 처리하는 비용을 제한하고, 출산 관련 손상을 예방하지 못하였다는 주장으로 인한 소송에서 임상의사들에게 몇 가지 보호 기능을 제공할지 여부를 고려할 추가적인 제안이 필요하다는 비판의 여지를 내포하고 있다. 그러나 영국은 CNST(Clinical Negligence Scheme for Trusts) 제도를 통하여 오히려 의료기관의 서비스제공과정에서의 질적 측면이나 해당 기관의 총체적인 거버넌스의 개선에 중점을 두고 있는 것을 알 수 있어 우리 사회도 보다 사려 깊은 종합적인 평가는 법률적인 측면 이외의 접근도 필요함을 시사한다.

이러한 영국의 경험을 고찰해보면 의료기관의 의료과오보상체계의 변화와 재구성에 대한 요구는 우리나라에만 한정된 것이 아님을 알 수 있다. 1990년도 이후의 영국의 지속적 제도의 변모는 다양한 유형으로 진행되고 있으며, 이러한 시작은 다양한 이유에서 기인하고 있으나, 그러한 변화들에 대한 사회적 배경과 환경은 우리나라와 유사한 양상을 보이고 있음을 알 수 있다. 최근의 우리나라의 보건의료부문도 의료제공기관이나 의료인들에 의한 의료과오소송 및 지불 비용 증가로 인한 다음과 같은 중대한 과제에 직면하고 하고 있다고 볼 수 있다. 즉, 해당 의료과오로 인한 환자들의 보상수준과 관련 수요를 어떻게 적절하게 충족시킬 수 있을까? 의료기관의

64) Vijn R, Anand V. Malpractice litigation in patients in relation to delivery of breast care in the NHS. *The Breast*, 2008, 17:148-151.

의료서비스제공 및 이용에 있어 비 의료적인 원인으로 인한 의료과오피해 보상으로 인한 의료제공자들과 국가적인 비용증가를 어떻게 효율적으로 관리할 수 있는가? 의료기관간 의료과오소송 관련 의료의 질 및 의료기관의 거버넌스 수준의 격차를 어떻게 감소시킬 수 있는가? 이러한 의료과오보상 체계를 관리하기 위해 국가적으로 요구되는 자원과 국가가 부담할 수 있는 부담 능력 간의 차이를 어떻게 해소할 수 있을까?

이에 대한 접근에 있어 앞서 논의한 영국의 NHS의 의료과오보상제도 운영의 경험은 이러한 근본적인 질문에 대하여 어떠한 답해야 하는 지에 대한 방향을 제시하고 있다고 볼 수 있다. 그 동안의 영국이 경험한 개혁은 의료과오보상에 있어 국가전체적인 비용과 불필요한 과정 등의 쇄신을 통한 임상과오보상 체계의 재구성을 통한 방안이 있을 수 있음을 시사하며, 이를 위하여 미래지향적인 전략적 접근이 요구되고 있음을 알 수 있다. 특히 국가보건의료제도에 있어 자원의 분배와 윤리적인 판단에 관한 논의에서 보건의료서비스제공과 그 체계 구성에 많은 영향을 미치고 바와 같이 의료과오보상제도도 국가의료체계 내에서 관련 수요에 따라 의료서비스가 공공재의 성격을 띠고 있는 한 의료서비스 제공에 수반되는 의료사고⁶⁵⁾도 공공적으로 처리되어야 할 논리적 타당성이 있다.⁶⁶⁾

이와 같은 영국의 의료과오보상제도 경험과 의료체계 및 정책적 측면에서의 경험을 고려하면 우리나라의 의료과오관련 사회적 문제의 해결에 있어 그들의 경험이 주는 함의로 국가적인 임상과오보상전담기구를 설립 및 운영과 지역의 의료기관과 지역의료보험관련 기구간의 연계를 통한 임상과오보상제도 변화가 필요하며, 그러한 노력과 더불어 모성서비스관련 기관

65) 의료사고란 본래의 의료행위가 개시되어 종료되기까지의 과정이나 그 종료 후 당해 의료행위로 인하여 뜻밖에 일어난 원치 않았던 불상사이다. 이러한 의료사고에는 의료인의 과오로 인한 진료과실, 설명의무위반뿐만 아니라 의료기기 등의 결함에 의한 피해, 국가나 지방자치단체 등의 공공의료행위에 의한 피해를 모두 포함하고 있다(이재형, 2007).

66) 이재형, 「의료사고의 피해자구제에 관한 연구」, 한양대학교 대학원 박사논문, 2007.

에 대한 임상진료의 질적 수준 향상 뿐 만 아니라 의료기관의 총체적 거버넌스가 개선될 수 있는 방향으로의 정책개발과 제도적 발전을 도모해야 할 것이다.

주제어 : 소송, 임상과오, NHS 구제제도, 국가의료서비스, 모성서비스, 임신

[참고 문헌]

I. 국내문헌

- 권병기·안형준·강진규·김종열·최종훈, “치과임상영역에서 발생된 의료분쟁의 판례분석”, 『대한구강내과학회지』, 제31권 제4호, 2006.
- 김민규, “우리나라 의료과오소송의 실태와 의료분쟁해결방안”, 『비교사법』, 제10권 제4호, 2003.
- 김용욱·이영환·김봉태, “진료과오에 있어서 의사의 주의의무”, 『법학연구』, 제26권 제2호, 1983.
- 박종권, “의료과오에서 의사의 주의의무”, 『비교법학연구』, 제7권, 2007.
- 이재형, 「의료사고의 피해자구제에 관한 연구」, 박사학위논문, 한양대학교 대학원, 2007.
- 이종인, “의료과오에 있어서의 배상책임에 관한 법경제학적 고찰”, 『법경제학연구』, 제6권 제2호, 2009.

II. 외국문헌

1. 단행본

- Comptroller and Auditor General. Report of the Comptroller and Auditor General in NHS (England) Summarised Accounts 1995 -96. London: The Stationery Office, 18 July 1997.
- Cooper JB, Sorenson AV, Anderson SM et al, Current research on patient safety in the United States. Washington DC: National Patient Safety Foundation, 2001.
- Department of Health. An organisation with a memory. London: DoH, 2000:86.
- Department of Health. Making Amends: a consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS. London: DoH, 2003.
- Department of Health.(DoH). Building a safer NHS for patients - implementing An organisation with a memory, DoH. 2001.

- Department of Health. The new NHS. London: Stationery Office, 1997.
- Dobson, F. Dobson to tackle rising levels of litigation in the health service. DH Press release, 29 April 1998.
- Ham C, Health Policy in Britain, fifth edition, Palgrave, 2004.
- Kennedy I and Grubb A, Medical law (3rd ed), Butterworths, London, 2000.
- Le Grand J, Mays N, Mulligan J-Aeds. Learning from the NHS internal market: a review of the evidence. London: King's Fund, 1998.
- Montgomery J. Health care law (2nd ed), Oxford University Press, Oxford, 2003.
- National Audit Office (NAO). A safer place for patients: Learning to improve patient safety. London: NAO. 2005.
- NHS Litigation Authority. Fact sheet 3: information on claims. London: NHSLA, 2003.
- Robinson R, Le Grand J, eds. Evaluating the NHS reforms. London: King's Fund, 1994.
- Secretary of State for Health. The new NHS. London: Stationery Office , 1997(Cm 3807.)
- The National Health Service Litigation Authority. THE NATIONAL HEALTH SERVICE LITIGATION AUTHORITY, Report and Accounts 2010. 2010.
- Wall A, Owen B, Health policy 2nd ed., Routledge, London and New York, 2002.

2. 논문

- Vijh R, Anand V. Malpractice litigation in patients in relation to delivery of breast care in the NHS, 2008. The Breast. 17:148-151.
- Alderman B. Litigation in obstetrics and gynaecology has increased in Merseyside (letter), 1997. British Medical Journal 314.
- Annas GJ, Katz BF and Trakimas RG. Medical Malpractice Litigation under National Health Insurance: Essential or Expendable? 1976. Duke Law

- Journal, 1975(6): 1335-1373.
- Argent V.P. Medico-legal problems in gynaecology, 2006. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 16(5):289-294.
- Bojke C, Gravelle H, Wilkin D. Is bigger better for primary care groups and trusts? 2001. *BMJ*. 322:599-602.
- Bush L, Arulkumaran S. Clinical Negligence Scheme for Trusts for maternity services (CNST), 2003. *Current Obstetrics & Gynaecology*. 13(6):373-376.
- Capstick B. The future of clinical negligence litigation? 2004. *BMJ*, 328(7437): 457-459.
- Catherine Greenwood, Sally Newman, Lawrence Impey, Ann Johnson. Cerebral palsy and clinical negligence litigation: a cohort study, 2003. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 110(1): 6-11.
- Clark K. Litigation: a threat to obstetric practice? 2002. *Journal of Law Medicine*. 9(3):303-22.
- Clements RV. Review Litigation in gynaecology, 2003. *Reviews in Gynaecological Practice*. 3:70-74.
- Dineen M, Walshe K. The management of clinical negligence litigation by NHS Trusts and their legal advisors, 2000. *Journal of Clinical Risk*. 6: 62-66.
- Gaffney G, Flavell V, Johnson A, Squier M, Sellers S. Cerebral palsy and neonatal encephalopathy, 1994. *Arch Dis Childhood*. 70(suppl):F101-200.
- Goddard M, Mannion R, Smith PC. Assessing the performance of NHS Hospital Trusts: the role of 'hard' and 'soft' information, 1999. *Health Policy*. 48:119-134.
- Hagberg B, Hagberg G, Beckung E, Uvebrant P. Changing panorama of cerebral palsy in Sweden. VIII. Prevalence and origin in the birth year period 1991-94, 2001. *Acta Paediatr*. 90:271-7.

- Ham C. Managed markets in health care: the UK experiment, 1996. *Health Policy*. 35: 279-292.
- Higgins J. Health Policy: A new look at NHS commissioning, 2007. *BMJ*. January 6; 334(7583): 22-24.
- Nair V, Chandrachan E. Clinical Negligence Scheme for Trusts (CNST) Obstetrics, 2010. *Gynaecology & Reproductive Medicine*. 20(4):125-128.
- Pharoah POD, Platt MJ, Cooke T. The changing epidemiology of cerebral palsy, 1996. *Arch Dis Child*. 75:F169-73.
- Symon A. Litigation and defensive clinical practice: quantifying the problem, 2000. *Midwifery*. 16(1):8-14.

3. 기타

- Capital and Counties plc v Hampshire CC and others. 1997. QB 1004.
CNST maternity standards, www.nhsla.com/publications.
- Cole A. Clusters of primary care trusts will oversee transition to new NHS, 2010. *BMJ*, 341:c7286.
- Dyer C. NHS to settle small compensation claims without litigation, 2005. *BMJ*. October 22; 331(7522): 923.
- National Health Service Litigation Authority (NHSLA). 2010. Official website. <http://www.nhsla.com/home.htm> visited 28-5-2010.
- The National Health Service Litigation Authority. Factsheet 2: financial information. Available online at: <http://www.nhsla.com/NR/rdon-lyres/465D7ABD-239F-4273-A01E-C0CED557453D/0/NHSLAFactsheet2financialinformation200910.doc>.

III. 인터넷 사이트

- <http://www.nhsla.com/Claims/Schemes/CNST/>
- <http://www.nhsla.com/home.htm>.
- <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200506/ldbills/022/2006022.pdf>.

The NHS litigation scheme related to Maternity Services in UK: its experiences and implications

Dongwoon Han^{1,2,3} · Jung Hye Hwang^{2,3}

*Department of Preventive Medicine, Hanyang University College of Medicine¹,
Department of Obstetric & Gynecology, Hanyang University College of Medicine²,
The Institute of Healthcare Management, Hanyang University³*

=ABSTRACT=

Maternity services is often perceived as a troublesome business and obstetric litigation is on the increase in Western countries. Overall, the number of claim and cost of litigation to the NHS Litigation Authority (NHS LA) from maternity services in the UK is increasing every year. Maternity services account for 60-70% of the total sum paid. This has widespread implications for both the individual practitioners and the institutions where they work, due to increasing malpractice insurance premiums. Fear of litigation is also attracting fewer medical graduates into the specialty, leading to a recruitment crisis in obstetrics and gynaecology. The litigation process can cause pain, suffering and distress to clinicians as well as to the patients and their families.

Litigation in maternity services is the result of a complex of events when malpractice (presumed or real) impacts on the attitude of pregnant women and their environment. In such complexity, information is mandatory but may often be misinterpreted. If messages are not tailored to the receiver's capacity, communicating well with the pregnant patient becomes crucial. Therefore, to reduce medicallegal issues in obstetrics, increasing attention and an applicable standard of obstetric care to avoid negligence and medical errors should go along with other measures. Considering UK's experiences, NHS redress scheme make it easier to pursue small claims and birth related claims, without necessarily reducing the number of claims processed through the conventional legal system

and perhaps encouraging even more of them. The task of dealing with the greater number of inquiries into their practice would inevitably create an added burden for clinicians and hospital managers. Thus further proposals are required to limit the cost of processing inflated claims and to consider whether clinicians should be given some protection from litigation alleging a failure to prevent birth related impairment.

Keyword : Litigation, Clinical negligence, NHS redress scheme, National Health Service, Maternity services, Pregnancy