creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

의학석사 학위논문

안과 의료소송 판결문 분석을 통한 원인파악과 재발방지에 대한 연구

2017 년 2 월

서울대학교 대학원

의학과 안과학 전공

류 영 주

안과 의료소송 판결문 분석을 통한 원인파악과 재발방지에 대한 연구

지도교수 황정민

이 논문을 의학석사 학위논문으로 제출함

2016 년 12 월

서울대학교 대학원

의학과 안과학 전공

류 영 주

류영주의 석사학위논문을 인준함

2016 년 12 월

위 원 장 김재형 (인)

부 위 원 장 황정민 (인)

위 원 김태우 (인)

국 문 요 약

안과 의료소송 판결문 분석을 통한 원인파악과 재발방지에 대한 연구

목적: 안과와 관련된 의료소송의 판결문 고찰을 통해 피고의 특성, 법원의 판단결과와 손해배상금액 등을 분석하고 소송의 주요 원인을 파악하고 소송으로 이어진 사고에 대한 재발 방지 대안을 제시하고자 한다.

대상과 방법: 1989년부터 2015년까지 국내 안과 관련의료소송 중 판결이 종결된 44건의 판례를 판례 검색 웹사이트를 통해 수집하였다. 모든 판례에 대해 계량적 분석을 실시하였으며, 그 중 4건을 선정하여 심층 분석을 시행하였다.

결과: 최종 분석된 안과 관련 소송 결과는 원고 일부 승 30건, 기각 14건이었다. 피고 병원 유형은 의원 22건, 상급종합병원 16건, 병원 6건이었다. 전체 소송의 판결금액은 총액 1,722,862,327원이었으며 평균 7,128,744.2원(5,000,000원-455,869,936원)이었다. 손해배상 청구의 62%가 설명의무위반으로 인한 정신적 손해에 대한 위자료 지급이었다. 1심 판결에 불복하여 2, 3심으로 진행된 경우는 성형안과 분야가 가장 높았다(3/4). 의사가 배상한 판례 중 7건(46.7%)은 검사 및 진단행위 과실, 6건(40%)은 처치행위 과실, 1건(6.7%)이 마취 및 회복과정의 과실로 판결되었다. 심층분석을 통해 의료진의 진단 및 치료에 대한 역량부족, 설명의무 미이행, 의료진간의 소통부족, 1차 의료기관에서 가능한 검사 및 치료의 제한, 약물 처방 등 오류를 걸러낼 시스템의 부재, 1인당 할당된 진료 시간 부족이 의료분쟁을 야기한 원인임을 파악하였다.

결론: 의사의 배상 이유로 설명의무 위반과 검사 및 진단행위 과실이 가장 많아 이를 인지하는 것이 환자와 의사의 안전을 도모하고 의료 소송을 줄이는 데 도움이 되겠다. 의료진의 역량강화 및 의료진간 원활한 대화가 이루어지는 분위기 조성, 1·2·3차 의료기관의 협력적인 체계 형성, 그리고 오류를 막고 빠른 대처를 돕는 시스템 개발, 그리고 의료수가 개선을 통한 진료 질 개선 등을 위해 노력한다. 추후 계속적인 의료소송에 대한 연구를 통해서 예방이 가능한 사고는 대책을 세워서 재발을 방지해야 한다.

주요어: 안과, 의료소송, 의료사고, 설명의무

학번: 2015-22005

목차

제 1 장 서 론 1

제 1 절 연구배경 및 필요성 1

제 2 절 연구 목적 1

제 3 절 용어 정리 2

제 2 장 연구방법 10

제 1 절 연구자료 10

제 2 절 분석방법 10

가. 계량적 분석 11

나. 심층 분석 12

제 3 장 연구결과 16

제 1 절 계량적 분석 결과 16

제 2 절 심층 분석 결과 17

제 4 장 고찰 29

제 5 장 결론 31

부 록 32

Abstract 61

표 목차

[표 1] 근본원인분석과 활동계획을 위한 틀.....13

[표 2] 안과 의료소송 질환군별 사례 요약 21

[표 3] 사례 1 사건의 원인분석 26

[표 4] 안과 판결문 요약: 소송 결과, 소송 원인 및 사건 요약 32

[표 5] 안과 판결문 요약: 원고 특성, 병원 등급, 의사 과오내용 및 배상액.....38

[표 6] 심층 분석 사례 4건의 세부내용 41

[표 7] 사례 2 사건의 원인분석 44

[표 8] 사례 3 사건의 원인분석 51

[표 9] 사례 4 사건의 원인분석 58

부록 목차

[부록 1] 안과 판결문 요약.....32

[부록 2] 심층 분석.....41

I. 서론

1. 연구배경 및 필요성

의료분쟁이란 의료사고로 인한 다툼(의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률 제2조 제2호)로 정의된다.[1] 전 국민에 대한 국민건강보험 실시로 인해 국민이 의료기관을 많이 이용하고 행위별 수가제를 취하고 있는 우리 현실에서는 절대적인 의료행위 수가 증가하고 있다. 게다가 만성 질환의 증가, 미용을 위한 각종 성형수술 및 피부과 진료의 대유행으로 흔히 말하는 의료사고 또한 급속하게 증가하고 있다. 우리나라에서 발생하는 의료분쟁 건수에 대한 정확한 통계는 없으나 법원과 관련 단체에 접수되는 건수를 바탕으로 추정하면 1년에 약 15,000건 이상으로 추정된다.[2]

따라서 전체 소송에서 큰 비율을 차지하는 것은 아니지만 지속적으로 발생하는 안과환자에 대한 의료 분쟁의 원인에 대해 분석하고 그 발생을 줄이고자 하는 노력이 요구된다. 특히 의료사고 중에서 의료제도의 구조적 불합리성과 의료진의 주의의무 위반이 더해져 예방이 가능했던 사고들에 대해서는 원인 분석을 철저히 하여 예방책이나 대책을 마련해야 한다. 의료소송으로 진행된 의료사고의 경우 판결문을 분석하면 사고가 발생한 원인에 따라 분류가 가능하고 의료사고가 호발하는 질환과 경향을 알 수 있다. 그리고 어떤 의료행위 중에 과실이나 사고가 발생하는지 파악 가능하며 이를 통해 예방이 가능한 부분은 대책을 세우고 진료 시에 더 주의를 기울일 수 있다. 그러나 국내에서는 아직 안과와 관련된 의료분쟁을 살펴본 논문은 매우 드물다.

2. 연구 목적

이 연구는 의료소송 중 안과 영역에서 발생한 판례를 대상으로 계량적 분석 및 심층 분석을 수행하여 안과 관련 소송의 주요 원인을 파악하고 자주 발생하는 대표사례를 통해 이에 따른 재발 방지 대안을 제시하기 위한 목적으로 시행되었다.

---

[1] Jeong YY. An inducement problem on the principle liability without fault in a legislative bill of injury and relief in a medical accident. Korean Soc Law Med Semi 2006;7:271-310.

[2] Kim BI. Status and problems of medical disputes by ADR. Chungnam University Legal Research 2005;16:240.

3. 용어 정리

의사들은 의과대학 또는 의학전문대학원에서 의료법규에 대해 강의를 듣고 의사 국가고시에 이에 대한 시험도 치르고 있다. 그러나 강의의 전문성이 다른 임상과목에 비해서는 상대적으로 낮고 시험문제 역시 임상의로서 반드시 알아야 할 법률지식을 익히는 데 다소 적절하지 않은 편이다. 이에 대부분의 의사들이 의료사고가 무엇인지, 의료과실이 무엇인지에 대한 정확한 지식이 없어 환자나 그 보호자를 상대로 떼를 쓴다고 주장하는 경우가 많다. 이는 분쟁 해결에 도움이 되지 않을뿐더러 오히려 당사자 사이의 감정만 악화시켜 분쟁 해결을 어렵게 만드는 경우가 많다. 따라서 환자나 보호자는 물론 의사를 포함한 의료진 또한 의료사고가 무엇인지, 의료과실이 무엇인지에 대하여 정확하게 이해해야 한다. 따라서 본격적인 안과 의료소송에 대한 설명을 하기 앞서 의사들이 기본적으로 알아야 할 법률용어에 대해서 간략히 기본적인 개념을 정리하고자 한다.

가.의료사고

2011 년 4 월 7 일 제정되어 2013 년 4 월 8 일부터 시행된 '의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률' ('의료분쟁조정법')이 제정, 시행된 이후부터 의료사고를 "보건의료인이 환자에 대하여 실시하는 진단, 검사, 치료, 의약품의 처방 및 조제 등의 행위(이하 의료행위)로 인하여 사람의 생명, 신체 및 재산에 대하여 피해가 발생한 경우를 말한다."고 말하여 기존의 하급심 판결과는 다른 정의를 내리고 있다. 따라서 의료사고는 보건의료인이 환자에 대하여 의료행위를 행하는 과정에서 발생하는 신체적, 재산적 손해를 의미한다고 보는 것이 타당하다.

나.의료행위

법학자들은 대체로 의료행위를 "현대의학을 기본으로 하여 그 이론을 임상에 응용하는 행위로서 사람의 질병의 진단, 칠 혹은 예방을 목적으로 하는 행위", 또는 질병의 치료와 예방에 관한 행위뿐만 아니라 의학상의 지식과 가능을 가진 의료인이 하지 아니하면 보건 위생상 위해를 가져올 우려가 있는 일체의 행위"로 정의한다.

판례에서는 처음에는 "의료란 질병의 예방과 치료행위" 라고 정의했었다.[3] 그러나 의학이 비약적으로 발전함에 따라 기존에 정의된 의료행위가 아닌 행위들이 의료인이

[3] 대법원 1972. 3. 28. 선고 72도342판결

아닌 사람들에 의해 이루어지게 되고, 이점이 국민건강에 해를 끼칠 가능성이 증가되면서, 최근 판례는 “의료행위란 의학적 전문지식을 기초로 하는 경험과 기능으로 진찰, 검안, 처방, 투약 또는 외과적 시술을 시행하여 하는 질병의 예방 또는 치료 행위 및 그 밖에 의료인이 행하지 아니하면 보건위생상 위해가 생길 우려가 있는 행위를 의미한다”고 판시하고 있다.[4] 즉, 전문적이고 체계적으로 교육받고 국가가 주관하는 시험에 합격한 의료인들로 하여금 이와 같은 행위들을 하게 하여 공중에 대한 위험성을 없애기 위해 의료행위의 개념을 확대하고 있다. 대표적인 예가 미용성형수술이다. 이외에도 세포치료, 재생의학 등 새로운 의학기술이 나타나고, 앞으로도 과학기술은 비약적으로 발전할 것이기 때문의 의료행위 범위는 지속적으로 확대될 것이다.

다.의료과실

1)정의

의료행위를 함에 필요한 주의를 게을리하여 잘못된 행위를 하거나 필요한 행위를 하지 않는 것을 의미한다.[5] 의료과실은 가치지향적이며 법률적인 개념이므로 누군가가 “의료사고다”라고 하는 것은 의료진의 과실을 전제로 하지 않지만, “의료과실이다”라고 말하는 것은 해당 의료진에게 잘못이 있다고 말하는 것으로 이해해야 한다.

2)의료과실의 인정요건

의료과오소송에서 의료인의 과실을 인정하기 위해서는 의료인이 결과발생을 예견할 수 있고 또 회피할 수 있었음에도 불구하고 이를 하지 못하였음이 인정되어야 한다. 따라서 의료인이 환자에게 발생한 나쁜 결과에 대한 예견가능성이 없었거나, 예견을 할 수는 있었으나 이를 회피할 수 없었다면 의료과실이 인정되지 않는다. 전자의 예로는 환자의 특이체질로 인하여 의료진이 전혀 예상할 수 없었던 결과가 발생하는 경우를 들 수 있으며, 성공가능성이 매우 낮으나 환자의 요구에 의하여 수술을 시행하였으나 결국 실패한 경우를 후자의 예로 들 수 있다. 그리고 의료과실의 유무를 판단함에 있어서는 기준이 되는 주의의무는 같은 업무와 직무에 종사하는 일반적 보통인의 주의 정도를 표준으로 하여야 하되, 사고 당시의 일반적인 의학 수준과 의료환경 및 조건,

[4] 대법원 2012. 5. 10. 선고 2010도5964 판결.

[5] 정진연, 의사의 의료과오에 대한 민사법적 연구, 원광대학교 대학원 박사학위 논문, 2009. 123면

의료행위의 특수성 등이 고려되어야 한다.[6] 여기서 사고 당시의 일반적인 의학이란 통상 의학계에서 인정되는 임상의학을 의미하며 병리학적인 엄밀성이 요구되지는 않는다.[7]

3) 의료과실의 입증책임

일반적으로 민사소송에서는 소송을 제기하는 원고가 피고에게 책임이 있다는 사실을 입증해야 한다. 그러나 의료행위는 고도의 전문적 지식을 필요로 하는 분야이므로 전문가가 아닌 일반인이 의사의 의료행위의 과정에 주의의무 위반이 있는지의 여부나 그 주의의무 위반과 손해발생 사이에 인과관계가 있는지 여부를 밝혀내기가 매우 어렵다. 이에 판례는 "의료행위상의 주의의무위반으로 인한 손해배상청구에서 피해자 측에서 일련의 의료행위과정에 있어서 저질러진 일반인의 상식에 바탕을 둔 의료상의 과실 있는 행위를 입증하고 그 결과와 사이에 일련의 의료행위 외에 다른 원인이 개재될 수 없다는 점을 증명한 경우에는 의료상의 과실과 결과 사이에 인과관계를 추정하여 손해배상책임을 지울 수 있도록 입증책임을 완화하는 것이 대법원의 확립된 판례이다(대법원 1995. 2. 10. 선고 93 다 52402 판결)."고 판시하고 있다.[8]

의사를 포함한 의료인들의 경우에는 의료과실에 대한 판단이 법률적 판단이라는 점을 명심해야 한다. 즉 의학적으로 지켜야 할 가이드라인이나 매뉴얼을 위반하였다고 하여 반드시 법률적인 의미의 의료과실이 있었다고 볼 수 없기 때문이다. 법률적 의미의 과실 및 인과관계는 과학적 의미의 과실 및 인과관계와는 다를 수 있다. 대표적인 예가 법률적으로는 상당인과관계-원인과 결과 사이에 상당한 인과관계-가 있다고 판단되면 인과관계가 있는 것으로 인정되나, 과학적 의미의 인과관계는 '상당한'과 같은 모호하고 주관적인 표현을 사용할 수 없기 때문이다. 따라서 의학적인 면만 검토하여 의료과실을 판단해서는 안 되며, 의료진의 행위에 대해 법률적으로 과실이 있다고 평가를 내릴 수 있는지에 대해 법률적 시각에서 판단할 필요가 있다. 가끔 소송의 당사자가 된 의사가 법원의 판결에 대해 과학적으로 전혀 타당하지 않다고 이의를 제기하는데 그 이유를 설명할 수 있는 것 중의 하나가 법률적 시각과 과학적 시각이 다를 수 있다는 점이다.

라. 의료분쟁

---

[6] 대법원 2008. 8. 11. 선고 2008도3090 판결

[7] 김선중, 의료분쟁의 예방과 대처방법, 의료법학 제3권 제1호, 137쪽

[8] 대법원 2006. 10. 27. 선고 2004다2342 판결

의료분쟁(Medical Dispute)이란 의료사고로 인한 다툼을 말하는 것으로,[9] 의료사고가 원인이 되어 당사자들 사이에 사실적·법률적 분쟁이 발생하는 것을 의미한다. 이러한 정의에서 알 수 있는 것처럼 의료분쟁이라는 용어의 경우 의료과실이 있는지 여부가 확정되지 않은 상태를 의미하기 때문에 확정되지 의료진의 잘못이 있음이 전제되어 있지 않다는 점을 명심해야 한다. 따라서 의료분쟁은 의료진의 과실 외 다른 원인에 의해서도 늘어날 수 있다. 의료분쟁은 의료사고로 인한 다툼이어야 하기 때문에 의료기관 내에서 발생한 것이라도 의료분쟁이 되지 않을 수 있다. 환자가 자신을 간호하던 간호사에게 욕설을 하여 해당 간호사가 수사기관에 그 환자를 처벌해 달라고 고소하는 경우에도 법률적 분쟁이 발생한 것은 맞지만 의료분쟁이 발생했다고 할 수는 없게 된다. 또한 다툼이면 되기 때문에 소송은 물론 조정신청, 민원제기, 고소, 고발 등 다양한 형태의 의료분쟁이 있을 수 있다. 더하여 법률적인 다툼은 물론 1 인 시위, 진료실 점거와 같은 사실적인 형태의 다툼도 의료분쟁에 해당한다. 최근 과학기술의 급속한 발달에 따른 의료기술이 발달로 인해 환자나 그 보호자들의 진료에 대한 결과의 기대치가 높아지고 있다[10]. 즉 의료인이 당시의 의료수준과 자신의 지식과 경험에 따라 적절하다고 판단되는 진료를 하였음에도 불구하고 환자 측에서 그 결과에 만족하지 못하여 다투는 비율이 조금씩 증가하고 있다. 이러한 의료분쟁의 증가는 환자의 권리 보호 및 피해 보상 확대라는 긍정적인 측면이 있음을 부인할 수는 없으나 반대로 의료진의 방어진료, 응급의료의 기피 등과 같은 부작용이 발생할 수 있어 무조건적으로 바람직하다고만 할 수는 없다[11].

마.의사의 설명의무

1)설명의무의 의의

일반적으로 의사는 의료행위를 하는 경우에 있어서 진료계약상의 의무 내지 침습 등에 대한 승낙을 얻기 위한 전제로서 당해 환자나 그 법정대리인에게 질병의 증상, 치료방법의 내용 및 필요성, 발생이 예상되는 위험 등에 관하여 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 생각되는 사항을 설명하여 당해 환자가 그 필요성이나 위험성을

[9] 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률 제2조 제2호

[10] 김영규, 의료분쟁조정법의 특징과 그 개선방안, 법학논총 제29집, 숭실대학교 법학연구소, 2013. 1., 186쪽

[11] 대한의사협회, 의료분쟁의 이해, 법문사, 2009, 37쪽

충분히 비교해 보고 그 의료행위를 받을 것인가의 여부를 선택할 수 있도록 할 의무가 있다.[12] 이를 의사의 설명의무라 한다. 의료와 같은 전문영역에 있어 당사자간 지식, 정보나 능력의 차이를 전제로 우월한 지식, 정보나 능력을 가진 당사자가 상대방의 선택권을 포함한 계약체결의 실질적 자유를 보장하기 위해 부족한 지식, 정보나 능력을 보충해 주는 것을 법률적으로 강제하게 되었는데 그러한 경향이 의료영역에서 나타난 것이 의사의 설명의무라 할 수 있다.

의사의 설명의무는 그 의료행위에 따르는 후유증이나 부작용 등의 위험발생 가능성이 희소 하다는 사정만으로 면제될 수 없으며, 그 후유증이나 부작용이 당해 치료행위에 전형적으로 발생하는 위험이거나 회복할 수 없는 중대한 것인 경우에는 그 발생가능성의 희소성에도 불구하고 설명의 대상이 된다는 것이 법원의 확립된 태도인 것이다. 그러나 앞서 살펴본 것처럼 이러한 설명의무 역시 계약자유의 원칙에 대한 보충적 성격에서 연유한 것이므로, 의사에게 당해 의료행위로 인하여 예상되는 위험이 아니거나 당시의 의료수준에 비추어 예견할 수 없는 위험까지 설명을 요구하지는 않는다는 점도 유념해야 한다. 실무적으로는 설명의무를 이행하였다는 증거로 환자 또는 법정대리인의 서명이 있는 동의서를 받고 있는데, 이것이 설명의무의 이행을 전적으로 담보하지 않는다는 점을 명심해야 한다. 구두로 설명할 경우 실무적으로 문제가 발생하는 것은 환자나 그 보호자의 지적 수준이나 이해도를 고려하지 않은 의료진의 설명이다. 이 경우 의료진은 설명의무를 이행하였다고 생각하고, 환자나 그 보호자는 제대로 된 설명을 듣지 못했다고 생각한다. 환자 측이 소송을 제기할 경우 설명의무위반을 주장하는 거의 대다수 경우에서 이러한 주장이 포함된다는 점 및 설명의무의 본질을 생각해 본다면, 환자나 그 보호자의 지적 수준이나 이해력에 부합하는 설명이 이뤄져야 할 것이다.

2) 설명의무 위반의 입증

법원에서는 설명의무를 이행했다는 점에 대한 입증 증거로 각종 설명서와 동의서를 제시하더라도 이를 설명의무이행의 증거로 완전히 받아들이지 않는 경우가 많다는 점을 유의해야 한다. 이러한 설명서나 동의서는 환자나 보호자에 대한 설명이나 동의가 있었다는 점에 대한 부수적인 자료가 될 수 있을 뿐이다. 판례도 “부동문자로 인쇄된

[12] 대법원 2013. 4. 26. 선고 2011다29666 판결

수술승인서 용지에 서명·날인한 사실만으로는, 환자에 대한 수술 및 그 준비로서의 마취를 함에 있어서 병원의 의료팀이나 마취담당 의사가 환자나 그 가족에게 수술, 특히 전신마취가 초래할 수 있는 위험성이나 부작용에 대하여 설명의무를 다하였다고 볼 수 없다."고 판시한 이후, 같은 입장을 견지하고 있다.[13] 따라서 실무적으로는 중요한 사항에 대하여 밑줄을 긋거나 설명을 위한 그림을 그리거나 일부 중요한 내용에 대해서는 수기를 함으로써 환자나 그 보호자가 서명한 설명서나 동의서가 설명의무를 이행한 것에 대한 증명력을 가지도록 하고 있다.

3) 설명의무 위반의 효과

판례는 원칙적으로 설명의무 위반은 한자의 자기결정권이라는 인격권을 침해한 것이므로 배상의 범위를 정신적 손해에만 한정해야 한다고 보지만[14], 의사의 설명의무 위반이 구체적 치료과정에서 요구되는 의사의 주의의무 위반과 동일시할 정도의 경우에는 예외적으로 정신적 손해만이 아닌 신체침해에 따른 재산적 손해도 배상하도록 하고 있다.[15] 그러나 대법원 1995. 2. 10. 선고 93 다 52402 판결 이후 설명의무 위반을 이유로 재산적 손해까지 인정한 대법원 판결과 하급심 판결은 나오지 않고 있다. 따라서 법률전문가가 아닌 이상 설명의무를 위반한 경우 정신적 손해에 대해서만 배상한다 라고 보아도 크게 문제는 되지 않는 것으로 보아도 된다.

바.의료행위의 특수성

1) 구명성

의료행위의 구명성이란 질병 및 사고로 인하여 생명, 신체에 위협을 받는 인간의 생명을 구하고 보호하며 신체의 완전성을 회복하기 위한 행위라는 의미다. 이러한 구명성에서 의료진의 선의가 추정될 수 있다. 즉 의료행위를 시행하는 의료진은 환자의 생명과 신체를 보호하려 한다는 의사를 추정할 수 있는 것이다.

2) 신체침습성과 위험내재성

의료행위는 환자의 신체에 대한 침습을 동반하기 때문에 환자에 대한 상해나 사망 등의 위험이 내재되어 있다. 의료행위는 그 속성상 필연적으로 신체에 대한 침습행위를 수반하며 그로 인하여 상해 또는 사망이라는 나쁜 결과가 발생할 위험이 늘 존재한다.

---

[13] 대법원 1994. 11. 25. 선고 95다35671 판결

[14] 대법원 1995. 4. 25. 선고 94다27151 판결

[15] 대법원 1995. 2. 10. 선고 93다52402 판결

이를 의료행위 의 ‘신체침습성과 위험내재성’이라 한다. 치료에 불가결한 약물을 투여하였다 하더라도 환자에게 동일한 결과가 확실히 발생하는 것도 아니며 예상치 못한 부작용이 발생할 수 있다. 이러한 속성에 따라 앞서 본 것과 같이 의료행위에 불가피하게 발생하는 신체의 침습행위는 처벌되지 아니하며, 의료행위에 내재된 위험이 발생한 경우에도 해당 의료진이 요구되는 주의의무를 다하였을 경우 나쁜 결과에 대하여 책임을 지지 않는 것이다. 여기서 주의할 점은 예상되는 나쁜 결과가 발생하였다고 하여 무조건적으로 해당 의료진이 면책되지는 않는다 는 것이다. 의료진이 법적 책임을 지지 않기 위해서는 당해 의료행위를 시행함에 요구되는 주의의무를 다하였음에도 내재된 위험(=의료진이 예상할 수 있는 나쁜 결과)이 발생하였어야 한다. 의료분쟁조정법에서는 이러한 경우를 ‘불가항력에 의한 의료사고’라고 하여 피해를 입은 환자에 대하여 일부 보상하는 제도를 시행하고 있다.

3) 전문성

4) 밀실성 (비공개성)

수술, 검사를 비롯한 거의 모든 의료행위는 누구나 출입할 수 없는 곳에서 이뤄지는 경우가 많다. 이는 환자의 프라이버시 보호를 위한 것으로 각종 진료과정에서 문진, 시진, 청 진, 촉진 등의 행위를 함에 있어 환자의 개인정보가 알려지거나 신체상의 특징이 현출되는 경우가 많기 때문이다. 이러한 의료행위의 밀실성은 환자의 프라이버시를 보호하기 위한 것임에도 오히려 환자 측이 소송과 같은 사법절차에서의 입증을 방해하는 요소로 작용하기도 한다.

5) 불확실성과 재량성

의사는 진료를 함에 있어 환자의 상황과 당시의 의료수준 그리고 자기의 지식경험에 따라 적절하다 고 판단되는 진료방법을 선택할 상당한 범위의 재량을 가진다고 할 것이고, 그것이 합리적 인 범위를 벗어난 것이 아닌 한 진료의 결과만을 근거로 선택 가능한 진료방법 가운데 어느 하나만이 정당하고 이와 다른 조치를 취한 것에 과실이 있다고 말할 수는 없는 것이다.

6) 집단 이기성 (폐쇄성)

의료행위는 주로 진료실, 검사실, 수술실 등과 같이 공개되지 않은 장소에서 행해지기 때문에 일반인이 그 시행된 의료행위의 구체적 내용이나 시행과정에 잘못이 있는지 여부를 알기 어려운 특성을 가지고 있다. 또한 의료행위는 고도의 전문성을 가지기

때문에 환자가 의료인으로부터 설명을 듣는다 하더라도, 의료행위의 구체적인 내용에 대하여 정확히 이해 하기 어려운 경우가 많다. 현실적으로도 일반인이 의료인들이 나누는 의학적 대화를 제대로 이해하기는 어려우며, 그들과 소통을 하는 것이 쉽지는 않다. 또한 의사를 포함한 의료인들 은 면허를 따기까지 그들만의 폐쇄된 공간에서 한정된 사람들과 비교적 오랜 기간을 생활하기 때문에 상호간의 유대감이 어느 집단보다 강하다. 이러한 성격에 의하여 비의료인에 대해 배타적인 경우가 많고 그들끼리만 의사소통을 하는 경우가 많다. 이에 따라 일반인들에게 객관적 지식에 반하는 회신을 한다는 오해를 받고 있다. 일반 국민들과의 적극적 소통 및 중립적 감정 등을 통해 '집단 이기성'이라는 불필요한 오해를 불식시키려는 노력을 지속적으로 기울여야 할 것이다.

Ⅱ. 연구방법

1. 연구자료

이 연구는 1989년부터 2015년 1월까지의 국내 의료소송 중 안과와 관련 있고, 법원에서 종결된 판례를 대상으로 하였다. 아직 대법원에서 의료소송을 과별, 유형별로 정리하여 판결문을 제공하고 있지 않아 안과 영역에서의 의료소송과 관련된 판례는 판례 검색 서비스를 제공하는 웹사이트(Ministry of legislation. Accessed online May 14, 2011. at: http://www.moleg.go.kr, Lawnb, Inc.. Accessed online May 14, 2011. at: http://www.lawnb.com)를 통해 "안과"를 검색어로 하여 수집하였다. 국내 법원은 판결문을 선별적으로 공개하기 때문에, 검색할 수 없는 미공개 판례는 이 연구의 대상에서 제외하였다.

2. 분석방법

검색된 판례를 소송의 원인에 따라 진단 단계, 치료 단계로 크게 나누어 분류하였다. 진단단계에서 의료 과실 발생 원인은, 검사결과를 보고 진단하면서 판단 착오를 일으키는 경우(대법원 89나1062 판결), 실시해야 할 검사를 하지 않아 병의 진단이 제대로 이루어지지 않은 경우(대법원 95가합21400 판결), 검사 시 사용하는 약물의 부작용으로 인한 경우(대법원 89나1062 판결) 등이 해당한다. 투약 과정에서는 부작용 유무, 금기약제의 종류, 효용이나 용법 용량 등의 과실 등이 발생할 수 있다(대법원 97다12778 판결). 수술은 수술 필요성, 수술 적응증에 해당되는 지에 대한 판단, 수술 설명 의무, 수술 기록에 관한 주의의무, 이물질 잔류, 수술 후 관리 문제가 발생할 수 있으며(대법원 99다42407 판결, 대법원 97도2625 판결, 대법원 96다37862 판결), 마취 역시 방법 선택, 사용량, 시술 후 관리상 주의의무 문제가 생길 수 있다(대법원 98다32045 판결, 대법원 96다46903 판결, 대법원 95다41079 판결, 대법원 95다56905 판결).

모든 판결문의 사례는 원인 질환이나 사건을 기준으로 요약 및 분류하였고 대표성이 있는 사례 4례를 선정하여 근본원인분석을 시행하고 원인분석을 통해 도출된 재발방지 대책을 정리하여 제시하였다. 사례의 선정은 소송으로 이어진 질환 혹은 사건의 빈도수, 질환의 중증도, 사고에서 드러난 의료 시스템이나 제도적 문제의 반영 정도를 기준으로 하였고 단순 의사과오로 인한 사례와 원고 패소하여 의료진의 과오가

법원에서 인정되지 않은 사례는 배제하였다

가. 계량적 분석

1) 사건 해결 기간

판결문에서 파악할 수 있는 사건일시를 기점으로 선정하고 최종판결문의 선고시점을 소송 종결시점으로 하여, 사건 발생시점부터 소송이 종료될 때까지의 기간을 파악하였다.

2) 원고의 성별

남자와 여자로 구분하고 판결문에서 파악할 수 없는 경우 별도로 분류하였다.

3) 질환군 분류

판결문에 나타난 증상과 진단명을 바탕으로 질환별로 분류하였다.

4) 나이

피고 병원에 방문 당시 나이를 기준으로 하였고, 나이 정보를 확인할 수 없는 경우는 별로도 분류하였다.

5) 의료기관의 종류

1 차 의료기관 (의원급), 2 차 의료기관 (준 종합병원), 3 차 의료기관 (대학병원 또는 종합병원), 기타로 분류하였다.

6) 피고 의료기관의 위치

피고의료기관의 위치를 특별시 (1 개), 광역시 (6 개), 도(8 개), 특별자치도 (1 개)의 행정구역 단위 기준으로 분류하였다.

7) 의사의 과오 분류

판결문에서 제시한 판결에 따라 주의의무 위반, 설명의무 위반, 주의의무와 설명의무 위반, 과오 없음으로 나누었고, 화해권고결정이나 조정 등은 과오여부에 대한 판단이 기록되어 있지 않아 기타로 분류하였다.

8) 의료사고의 결과

의료사고로 인한 결과는 최종 시력 혹은 사망으로 분류하였다.

9) 의료소송 결과

소송 결과에 따라 원고승, 원고일부승, 원고패(청구 기각), 결정 및 화해권고, 기타로 분류하였다.

10) 손해배상액

최종 판결심의 손해배상액을 제시하였다

11) 피고의 책임 제한 비율

원고승이나 원고 일부승 판결에서 피고의 책임제한 비율을 제시하였다.

나. 심층 분석

1) 일본 산과의료보상제도 원인분석 위원회-원인분석보고서

일본의 산과의료보상제도는 분만과 관련하여 불가피하게 발생한 뇌성마비 환아와 그 가족에게 경제적인 보상을 제공하고 의료사고가 발생한 원인을 분석함으로써, 추후 같은 의료사고의 발생을 줄이기 위한 목적으로 2009 년 1 월부터 시행되었다. 의료사고가 발생하면 원인분석위원회에서 의학적인 관점에서 검토와 분석이 이루어지는데 원인 분석은 분만 의료기관의 진료기록, 조산기록, 검사 기록 등의 진료 관련 정보와 환자 가족의 의견을 종합하여 이루어진다. 이러한 과정은 분만 시 뇌성마비와 같은 사고가 왜 발생하였는가에 초점을 두며, 분만기관의 과실 유무를 판단하는 것에 우선적인 초점을 두지 않는다. 왜냐하면 사건을 검토하는 가장 큰 목적은 산과 의료의 질을 향상하기 위한 것이고, 이를 통하여 사고의 재발을 방지하고자 하기 때문이다.[16]

2) 근본원인분석

근본원인분석은 오류가 발생할 수 있는 시스템상의 문제 요인을 규명하는 과정으로 문제의 원인을 개인에게만 초점을 맞추지 않고 그 문제를 둘러싼 개인을 포함한 환경, 시스템, 일의 방법과 과정 등을 모두 고려하여 설명하려는 분석 방법이다. 본 연구에서 사용한 원인분석의 기본 틀은 다음과 같다(표 1).

[16] 민혜영, 원서연, 선준구, 김소윤. 일본 산과 무과실 의료보상제도 고찰.한국의료법학회지 2009;17(2):197-213

[표 1] 근본원인분석과 활동계획을 위한 틀

분석의 수준		세부질문 예시
무엇이 일어났는가?	적신호 사건	그 사건의 세부사항은 무엇인가? (간결한 서술) 언제 사건이 일어났는가? (날짜, 요일, 시간) 영향 받은 영역/서비스는 무엇인가?
왜 일어났는가?	사건이 일어났을 때의 과정 또는 활동	설계된 과정에서 그 단계는 무엇인가?
가장 근접한 요인은 무엇이었는가?	인적 요인 장비 요인 제어 가능 환경요인 제어 불가능 환경요인	어떤 인적 요인이 결과에 관련 있는가? 장비는 어떻게 결과에 영향을 끼쳤는가? 결과에 직접적으로 작용한 것은 어떤 요인인가? 정말로 조직의 통제 밖인가?
왜 일어났는가? 이러한 근접요인의 기반에 있는 것은 어떤 시스템과 과정인가?	인적 자원 문제 정보 관리 문제 환경 관리 문제 지도력 문제 제어할 수 없는 요인	책임에 대한 직원의 자격과 능력은 충분한가? 이상적인 수준과 비교하여 실제 직원 배치는 어떠한가? 관련자 사이의 의사소통의 적절성은 어느 정도인가? 과정을 집행하는데 물리적 환경의 적절성은 어느 정도인가? 제어할 수 없는 영향을 막기 위해 무엇을 할 수 있는가?

출처: Joint Commission Resources. 2007. 의료는 안전한가? 근본원인분석의 도구와 기법. 김정은 등 옮김. E.PUBLIC

〈표 1〉은 환자에게 발생한 적신호사건의 원인을 규명하기 위해서 필요한 실천과정을 정리한 활동계획 틀이다.[17] '무엇이 일어났는가?'항목은 사건에 대한 사실관계를 설명하는 부분으로 판결문에 기록된 세부사항을 각 사례마다 초반부에 시간 순서대로 기술하였다. '왜 일어났는가?'에서는 의료사고에서 문제가 되는 사건이 발생한 시점이 전체과정에서 어느 단계인지 설명한다. 본 연구에서는 이 부분을 ① 발병 전 단계, ② 진단 단계, ③ 치료 전 평가, 준비 단계, ④ 치료 단계, ⑤ 치료 결과에 대한 평가 단계의 5 단계로 나누어서 평가하였다. '가장 근접한 요인은 무엇이었는가?' 항목에서는 사건의 원인을 인적 요인과 환경적 요인으로 분류하여 다각도로 분석하였다. '왜 일어 났는가? 이러한 근접요인이 기반에 있는 것은 어떤 시스템과 과정인가?' 단계는 기존 분석 항목보다 더 구체적인 분석을 하기 위한 과정으로 판결문만으로는 파악할 수 있는 내용에 한계가 있고 이전 분석단계의 내용과 다소 중복되는 부분이 많아 본 연구에서는 시행하지 않았다.

3) 심층 분석 방법

소송에서 자주 다루어진 사건을 중심으로 의료진의 주의의무 위반만이 문제가 되는 사례보다는 악결과를 발생시키는 환경적 요인이 판결문에서 잘 드러나는 사례를 선택하여 4 건을 선정하였다. 4 개의 심층 분석 결과 중 첫번째 사례만 본문에서 다루었으며 나머지 모든 사례의 심층 분석 결과는 부록에 수록하였다. 이 연구에서 사용한 심층 분석 방법은 일본 산과의료보상제도 원인분석위원회 원인분석보고서와 근본원인분석의 분석방법으로 사건의 개요, 사건에 대한 판단요지(원고 및 피고의 주장과 법원의 판단), 손해배상 범위 및 책임제한, 사건의 원인 분석, 원인 별 재발방지 대책으로 구성하였다. 각 사례마다 관련된 사안에 대한 이해를 돕기 위한 참고 자료로써 판결문에서 제시하고 있는 사건과 관련된 의학적 소견을 요약하여 기술하였다. 사건의 개요는 사건의 과정을 시간의 흐름에 따라 기술하였고 사건의 판단요지는 법원에서 피고의 과실 유무에 대해 판단한 내용으로 당시 판결의 근거로 삼은 자료와 과실 여부를 제시하였다. 사건에 대한 분석에서는 근본원인분석을 통해 인적요인과 시스템적 요인을 파악하였고 이를 바탕으로 판결 내용을 종합적으로 검토하여 각

[17] 김정은, 김석화, 이선영(옮긴이). 의료는 안전한가? 근본원인분석의 도구와 기법; E-PUBLIC, 2007

사례에 대한 개인적인 의견을 기술하였다. 심층 분석을 통해 밝혀진 의료사고의 원인과 그에 따른 재발방지 대책에 대해서는 각각 의료인의 행위에 대한 검토사항, 의료기관의 운영체제에 대한 검토사항, 학회 차원에서의 검토사항, 국가·지방자치체 차원의 검토사항으로 나누어 분석하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 계량적 분석 결과

검색된 안과 의료소송 중 중복된 판례를 제외하고 총 44 건의 의료소송을 분석하였다. 총 44 건의 안과 의료소송 평균 해결기간은 원인이 된 시술이 시행된 날짜로부터 1991 일(표준편차 1027 일), 최소값 572 일, 최대값 4459 일로 약 5.45 년 가량 소요되었고, 피해가 진단되거나 확인된 날짜로부터 1421.6 일(표준편차 669 일), 최소값 432 일, 최대값 3021 일로 약 3.9 년 가량 소요되었다.

원고의 성별은 남자가 24 명(54.5%), 여자가 14 명(31.8%), 알 수 없는 경우가 6 명(13.6%) 였다. 총 44 건 중 29 건에서 원고의 사건 당시 연령을 알 수 있었고, 평균 38 세(표준편차 22 세), 최소 생후 5 일 최대 93 세였다. 주 진단명에 따라 세부전문과목별로 분류하면, 시력교정술 16 건, 망막 8 건, 백내장 7 건, 녹내장 6 건(4 건은 시력교정술과 중복), 성형안과 4 건, 전안부 2 건, 사시 및 소아안과 4 건, 세부전문과목으로 분류될 수 없는 의료법 위반 1 건이었다.

의료사고의 결과로 사망 5 명(11.4%), 시력저하 없음 8 명(18.2%), 최대교정시력이 명시된 25 명(56.8%) 환자의 시력(LogMAR)은 평균 1.80(표준편차 1.02)이고 최소값 0.1, 최대값 3.0(빛감지 못함, No light perception)이었다. 시력저하가 없는 8 명 중 1 명은 무안구증으로 사건 후 안와위축이 생겼고, 1 명은 양안복시가 생겼다. 1 명은 저산소뇌병증으로 신경마비가 발생하여 시력은 평가 불가하였다. 의사의 과오를 분류하면 설명의무 위반만으로 손해배상액이 발생한 것이 15 건(34.1%)으로 가장 많은 비율을 차지하였고 주의의무와 설명의무를 모두 위반한 사례는 13 건(29.5%), 주의의무만 위반한 사례는 1 건(2.3%), 의료법 위반 1 건(2.3%)이었다.

심급별로 분석하면 1 심으로 종결된 경우가 17 건(38.6%), 항소심으로 진행된 건수는 19 건(43.2%), 상고심으로 진행된 경우는 8 건(18.2%)이었다. 2 심 소송 중 3 건은 강제조정되었고, 3 건은 조정, 6 건은 항소 기각되었고, 3 건은 화해 권고되었다. 소송결과는 26 건은 원고가 일부 승소하였으나 피고의 책임을 제한하여 배상액이 조절되었고, 16 건은 원고의 청구가 기각되었다. 원고일부승 판결 15 건 중 책임제한에 대한 언급을 찾을 수 없었던 4 건을 제외한 11 건에 대한 피고의 책임 비율은 48.2%이었고 30-70%로 분포되어 있었다.

전체 소송의 판결금액은 총액 1,722,862,327 원이었으며 평균 57,128,744.2 원(5,000,000 원-455,869,936 원)이었다. 책임제한을 적용하기 전 청구 인정액은 총 2,017,929,137 원이며 평균 144,137,796 원(2,738,626 원-478,744,374 원)이고, 위자료의 경우 총 388,500,000 원으로 평균 13,875,000 원(2,500,000 원-35,000,000 원)이었다.

병원유형은 의원 22(50%)건, 상급종합병원 16(36.4%)건, 병원 6(13.6%)건으로 의원이 가장 많았다. 피고 의료기관의 위치는 서울 31 건(70.5%)로 가장 많았고, 경기도 3 건(6.8%, 성남 1 건, 수원 1 건, 파주 1 건)로 2 번째였다. 이외 대구광역시 2 건, 부산광역시 2 건, 인천광역시 2 건, 경상북도 1 건, 강원도 1 건, 대전광역시 1 건이었다.

2. 심층 분석 결과

판결문 44 건을 질환과 사건의 원인에 따라 분류하여 제시하였다(표 2). 판결문 4 례를 심층 분석하여 확인한 의료사고의 원인을 환자와 의료인으로 나눈 인적요인과 시스템적 요인으로 나누어 보면 다음과 같다. 환자 요인은 환자의 증상이 전형적이지 않아 다른 질환과 명확하게 구별되지 않을 가능성, 질병이 일반적인 경우에 비해 급격한 경과를 나타내는 점, 환자의 기저 질환이나 면역상태가 일반인에 비해 질환에 취약할 가능성, 소아 환자여서 수면마취 없이는 검사 협조도가 떨어질 가능성, 의사의 지시에 협조적이지 않은 점이다. 의료인 요인은 의사 개인의 지식 부족과 이로 인한 감별 진단과정 결여, 혈액 검사를 시행한 후 이에 대한 평가를 소홀히 하거나, 혈액검사를 평가할 내과적 지식이 부족함에도 불구하고 내과전문의에게 협진 요청을 적절한 시기에 하지 않은 점, 그리고 가능성이 매우 낮더라도 이에 대해 환자가 충분히 이해할 수 있도록 설명의무를 이행해야 하는데 그러지 못한 점 등이 있다. 마지막으로 시스템적인 요소로는 1 차 진료기관에서 시행 가능한 검사가 제한된다는 점과, 소아의 경우 수면마취가 필요한데 이를 시행할 여건이 안되어 면밀한 검사가 이루어지기 어렵다는 점, 1 명의 의료진에게 할당된 환자 수가 많거나 1 인당 할당된 진료시간이 짧아서 환자에게 충분한 문진과 신체검진을 토대로 진단과 치료를 시행할 시간이 부족한 점, 의료진간 의사소통이 경직되어 타과와의 협진이 원활하지 않고, 타과와의 협진이 빠르게 이루어질 시스템이 형성되지 못했을 가능성, 약물 처방오류를 걸러낼 시스템의 부재 등이다.

원인 분석을 통한 해결방안은 다음과 같다. 의료인은 우선 환자에 대한 정확한 문진과 세심한 신체검진을 해야 한다. 환자가 호소하는 증상에 대해 직접 면밀하게 평가하고, 소아의 경우 스스로 정확한 표현이 불가능하기 때문에 이런 특성을 감안하면서 진료한다. 오랜 시간 환아 옆에서 함께 했던 보호자의 진술을 듣는 것이 진료실에서 짧은 시간동안 관찰한 것보다 정확할 수 있다. 환자의 상태에 대한 정확한 검진을 시행하고 이에 합당한 검사를 하여 진단을 올바르게 도출하기 위해서는 의료진의 역량 강화가 또한 필요하다. 의학은 꾸준히 발전하고 있기 때문에, 새로운 질병의 발견과 더불어 그에 대한 진단법과 치료법도 계속 개발되면서 지속적으로 최신 지견을 접하려는 노력이 없이는 상대적으로 뒤처질 수 밖에 없게 되었다. 수련의사로 아직 배우는 과정에 있는 전공의는 진료 중 확실하지 않은 것에 대해서는 관련 서적을 찾아보거나 상급전공의 혹은 지도 교수에게 자문을 구하도록 해야 한다. 약물 처방할 때 처방하는 약물의 금기 및 이상반응을 숙지하여 처방오류를 예방한다. 모든 의료진은 정기적으로 학술대회나 연수강좌에 참석하여 최신 지견을 꾸준히 접하도록 해야 하고 그를 통해 기본적인 의사의 능력부적으로 인한 의료사고가 발생하지 않도록 해야 한다. 이런 지식을 토대로 진료를 보더라도, 본인이 속한 의료기관의 특성상 검사와 치료에 한계가 발생할 수 있다. 이때, 의료기관의 능력을 벗어나는 처치가 필요한 경우 즉시 상급 의료기관으로 전원을 해야 한다. 특히 초기 처치에 따라 예후에 중요한 영향을 미치는 질환이나 진단이나 증상이 불확실한 환자를 진료하였을 때에도 전원을 고려해야 한다. 마지막으로 동의서 작성시 모든 가능한 부작용에 대해 가능성이 낮더라도 설명해주고, 환자의 충분한 이해를 구해야 한다.

의료기관의 운영체제에 대해서는 첫번째로 지역 내 의료기관 협력체계 구축 검사나 치료에 제한이 있는 1차 의료기관은 주변의 진단검사의학과나 영상 의학과, 2·3차 의료기관과의 연계를 통해 검사를 의뢰하고 전원 할 수 있도록 해야 한다. 입원이나 특별한 치료가 필요하여 전원 되었을 경우 지역 내 의료기관끼리 검사 결과와 영상을 공유할 수 있도록 시스템을 개선하여 중복 검사를 피하고 전원 과정 중 치료가 지연됨으로 인해 의료 사고가 발생하지 않도록 노력해야 한다. 두번째, 투약오류 방지를 위한 처방전달시스템 및 처방검토 시스템 개선한다. 투약오류를 예방하기 위해서는 다각적인 노력이 필요한데 처방을 내리는 의사, 처방을 확인하고 수행하는 간호사, 처방된 약을 조제하는 약사로 이어지는 처방 검토 시스템을 통해 적절 용량의 약물이 처방되었는지 각

부문에서 확인과정이 필요하다. 의료기관은 이 같은 확인과정이 잘 이루어지는지를 정기적으로 점검해야 한다. 또한 처방전달시스템에서 이상 용량이나 고 위험약물을 처방할 때 경고 메시지를 통해 의사가 처방을 다시 확인할 수 있도록 처방환경을 개선하는 것도 처방 시스템을 이용한 투약 오류를 줄일 수 있는 방법이 될 수 있다. 세번째, 의료진간의 협력체계를 구축한다. 2,3차 의료기관에서 진료할 경우, 환자가 호소하는 증상이나 부위에 따라 협진이 이루어지기도 한다. 환자의 상태나 질병 종류에 따라 야간이나 주말 등의 공휴일에도 응급하게 검사나 처치가 필요할 때 타 진료과목의 도움을 받아야 할 때도 있고, 환자의 검사 결과에 대한 타 전문의의 의견이 필요한 경우도 있다. 따라서 이런 상황에 대비하여 의료진간 협력체계를 구축하여 빠르고 정확한 처치가 이루어지도록 노력해야 한다. 이와 더불어 모바일 기기를 통해 원격에서 진료시스템에 접속하여 검사결과를 확인하고 처방을 할 수 있도록 하면 의료진의 치료 접근성을 향상시킬 수 있다. 협진이 완료되었을 때나 환자의 혈액검사에서 극단적인 이상 수치를 나타낼 때 문자메시지를 통해 알려준다면 협진 답변이나 검사 결과를 확인하는 시간을 단축시키고 더 신속하게 다음 조치를 취할 수 있게 되므로 결과적으로 환자에게 이득이 된다.

학회 차원에서는 의료사고 호발 질환에 대한 표준 진료지침을 개발하고 보급해야 한다. 대한민국은 급여항목의 제약이 많고 저수가 정책으로 인한 '박리다매' 식의 진료가 이루어져 실제 환자에게 할애할 수 있는 시간이 짧다. 따라서 외국 교과서의 치료방침을 실제로 대한민국 의료 환경에서는 적용하지 못하는 것들이 많기 때문에 우리나라의 환경에 맞는 진료지침이 요구된다. 진료지침을 따르면 환자 진료 시 꼭 확인해야 하는 사항을 놓치지 않을 수 있고 설사 의료사고가 발생하더라도 진료지침을 모두 이행했다는 것이 확인되면 의료인은 최선을 조치를 다했다는 것을 입증할 수 있는 기준이 되므로 의료진과 환자 모두를 위해 표준 진료지침 개발은 필요하다. 이와 함께 증상에 따라 의심해봐야 하는 안과적 감염 질환, 많이 사용하지만 부작용이 많은 약물, 소아가 호소하거나 보호자가 관찰한 증상에 따라 의심해봐야 하는 안과 질환을 교육 자료로 만들어 병원이나 약국 등에 배포한다. 또한 정기적인 학술세미나를 통한 의료사고 사례 공유 및 예방대책을 논의한다. 의료사고와 관련된 정기적인 학술세미나를 통해 다양한 사례를 공유하고 근본적인 원인을 분석하여 예방과 대책에 대해 논의해야 한다. 이러한 모임은 학회회원들의 1·2·3차 의료기관에서 발생하는 의료사고의 특성에 대한 이해도를 높이는 역할을 한다. 이를 통해 궁극적으로는 제도 개선이 필요한 부분에 대한 학회차

원의 통일된 의견이 도출되어야 한다.

국가 차원으로는 의료수가 개선이 필요하다. 우리나라 건강보험제도는 '저부담·저보장·저수가'의 원칙 아래 운영되고 있다. 2006년 건강보험심사평가원에서 발표한 '상대가치 개정연구 보고서'에 의하면 의료수가의 원가보존율은 73.9%였다. 이는 원가가 1,000원인 의료서비스에 대해 739원만 받고 판매를 하는 것이다. 이렇게 낮게 측정된 수가는 의사들로 하여금 수입을 위해서 적정진료를 포기하고 짧은 시간 동안 많은 환자를 보며 과잉진료 및 방어 진료를 유발시킨다. 의료수가를 개선하면 박리다매식 진료를 벗어나 환자 1명을 충분한 시간을 두고 진료할 수 있어 의료사고의 가능성을 낮출 수 있고 환자들의 만족도 또한 올라갈 수 있다. 또한 검사와 치료 위주의 수가 체계에서 벗어나 예방이나 교육에 대한 부분도 인정받을 수 있는 보상체계를 개발하여 예방에 힘쓰도록 노력하면 국민 전체적으로는 의료비가 감소되는 효과를 기대할 수 있다.

[표 2] 안과 의료소송 질환군별 사례 요약

분류	세부분류	건수	총 건수
시력교정술	시력교정술 후 각막 확장증	6	16
	시력교정술 후 감염각막염	2	
	시력교정술 후 안구 건조증	1	
	시력교정술 후 중심부 이탈	2	
	안내삽입술 시행 후 발생한 황반열공	1	
시력교정술/녹내장	시력교정술 후 녹내장	4	
녹내장	다이아막스 6 알 복용 후 저칼륨혈증으로 사망	1	2
녹내장	수술 과정의 과실, 특진계약위반	1	
망막	당뇨망막병증	3	8
망막	약물 과민반응 (스티븐존슨증후군, 망막혈관염)	2	
망막	수술 후 합병증: 망막박리 수술 후 지연성 맥락막상강출혈	1	
망막	진단상 과실: 외상성 망막박리	2	
백내장	백내장 수술 후 합병증 (망막박리, 안내염, 동공산대, 황반부종, 망막중심동맥폐쇄, 눈꺼풀염)	6	7
백내장	약물 과민반응 (스티븐 존슨 증후군)	1	
사시/소아	진단 지연 (색소실조증 환자의 망막 합병증, 일차유리체증식증)	2	4
사시/소아	2 차 수술 후 마취시 문제로 저산소증으로 뇌손상	1	
사시/소아	수술 후 합병증: 사시수술 후 속발내사시	1	
성형안과	수술 후 합병증: (안검하수수술 후 구후시신경염, 무안구증 안와삽입물 수술 후 안와위축, 상안검수술 후 토안)	3	4
성형안과	진단 지연 (안와봉소직염에 동반된 패혈증)	1	
전안부	대상포진	1	2
전안부	익상편 수술 후 각막염으로 인한 각막혼탁	1	

처방전	타인 명의의 원외처방전으로 부당하게 부담금 유발	1	1

〈사례1 사건의 심층 분석〉

1. 사건번호: 2005가합29820 판결

2. 소송 결과: 원고 일부 승

3. 원고와 피고

가. 원고: 라식수술 이후 우안이 실명된 환자

나. 피고: 개인안과 의사1, 의료법인 A병원

4. 사건 요약

가. 원고의 라식수술 및 전원 경위

1) 원고는 2004. 11. 5. 검사 후 11. 19. 의사1에게 라식수술을 받았다.

2) 2004. 11. 21. 눈이 시리며 눈물이 나 11. 23. 내원하였고, 의사1은 검진 후 당일 피고 A병원으로 전원시켰다.

나. A병원에서의 진료 경과

1) A병원에서 우안 시력은 0.04, 우안 경미한 결막충혈과 각막편의 혼탁과 부종, 침윤 등이 보여 미만성 층판각막염 의증으로 잠정 진단 후 각막편을 들어올리고 그람염색, 항산성균염색, 세균배양검사를 한 후 항생제 세척을 하고, 항생제와 스테로이드를 점안하도록 하였다.

2) 11. 24.부터 상태가 호전되어 11. 26. 퇴원하였고, 퇴원 시 우안 각막에 링 모양의 침윤이 남기는 하였으나 시력은 0.5-0.63을 유지하고, 그람염색과 항산성균검사 결과는 음성, 균 배양검사에서 배양된 세균 및 진균은 없었다.

3) 11. 30. A병원에서 우안 시력은 1.0을 유지하고 각막에 남아 있던 링 모양 침윤은 점점 맑아지고 있었다.

4) 2004. 12. 3.부터 동일 증상이 재발해 동네 의원에서 치료받다가, 12. 6. 증상이 갑자기 심해졌다. A병원에서 시력 0.02로 저하, 우안 부종과 결막충혈, 각막 혼탁 및 상피결손이 보여 마이코박테리움으로 인한 각막염을 의심하고 입원하였다. 이후 12. 10. 위성 병소가 생기면서 악화되어 진균성 각막염을 의심하였다.

5) 12. 11. 각막편을 들어올리고 항산성균염색, 진균 도말검사 및 배양검사를 하고 항생제로 경계면을 세척하였다. 상태가 호전되지 않자 12. 14. B대학병원으로

전원하였다. 당시 우안 시력은 안전수동이었다.

다. 전원 후 치료

1) 12. 14. B대학병원에서 우안 전방천자 후 세균과 진균에 대한 도말검사와 배양검사를 하였고 도말검사는 음성, 배양검사에서는 12. 22. 진균의 일종인 푸사륨(fusarium)이 배양되어 원인균으로 판명되었다.

2) B대학병원에서 항진균제 점안약과 전신약물인 플루코나졸(fluconazole)을 투여하였으나 호전되지 않고 각막 간질부위 융해와 전방 축농이 심해지면서 2005. 1. 4. 각막천공이 생겨 1. 6. 치료 목적의 전층각막이식술, 유리체절제술 및 백내장제거술을 하였다.

5. 원고와 피고의 주장

가. 원고의 주장

1) 피고는 라식수술을 하면서 감염방지를 위한 진료상의 주의의무를 다하지 않아 원고의 진균각막염과 우안 시력 상실을 유발하였다.

2) 피고는 원고가 라식수술 전 안구건조증이 있다고 알고 있었으나, 안구건조증으로 인하여 라식수술 후 각막염이 잘 생길 수 있으며, 특히 진균각막염의 경우 치명적인 시력손상이 올 수 있다는 점을 설명하지 않아, 원고의 자기결정권을 침해하였다.

3) A병원은 시력상실의 위험성이 높은 진균감염증을 조기 발견하여 적절한 치료를 시행할 진료 상의 주의의무를 소홀히하여 비감염성인 미만성 층판각막염으로 오진하고, 진균 감염을 악화시킬 우려가 있는 스테로이드를 투여하는 등 발병 초기 정확한 진단을 하지 못하여 진균각막염을 악화시킨 과실이 있다.

6. 사건의 쟁점

가. 진균각막염이 라식수술 상의 주의의무 위반에 의한 것인가?

1) 진균각막염은 보통 공기 중 먼지, 수건, 손 등 신체부위 접촉, 점안약 사용 등 여러 원인으로 발생할 수 있는데, 원고는 평소 안구건조증으로 점안약을 수시로 사용하던 점, 양안을 같은 날 같은 기계로 동시 시술하였는데 좌안은 감염이 생기지 않은 점, 초기 증상은 미만성 층판각막염의 증상을 보이고 2004. 11. 23. 진균검사에서 세균이나 진균이 발견되지 않았으며, 전원 이후 각막절편을 들어올리는 등 다수의 외과적 시술이 행하여진 점 등에 비추어 수술 부위 및 점안약의 관리를 소홀히 하여 진균에 감염이 되었거나 전원 이후 진균에 감염되었을 가능성을 배제할 수 없는 이상, 수술 후

진균각막염이 발생하였다고 그것이 수술로 인한 것이라고 추정할 수는 없다.

2) 수술과 진균감염 사이 인과관계가 추정되더라도, 진균각막염이라는 악결과가 수술 과정에서 주의의무를 위반하여 발생한 것이라고 추정하려면, 진균각막염의 발병에 관해 원고가 피고의 주의의무 위반행위를 제외하고는 다른 원인이 개재되어 있다고 보기 어려운 여러 간접사실을 주장·입증하여야 하는데, 진균감염이 생겼다는 사정만으로는 시술상 주의 의무 위반을 추정할 수 없고, 원고가 주장하는 피고의 과실을 추정할 증거가 없다.

나. 피고 의사1에게 설명의무를 위반한 과실이 있는가?

1) 피고가 수술 전 원고에게 문자와 직접 기재한 메모를 통하여 수술 방법 및 필요성, 예후 및 안구건조증과 야간근시 등 수술로 발생할 수 있는 부작용에 관한 설명한 사실은 인정된다. 그러나 미만성 층판각막염 및 세균 또는 진균감염에 의한 각막염에 대하여는 구체적인 설명을 하지 않은 것으로 보이는 바, 각막절편을 연마하는 라식수술의 특성상 라식수술 후 발생하는 각막염은 라식수술에 전형적으로 수반되는 위험이라고 보아야 할 것이고, 특히 진균에 의한 각막염의 경우는 발견도 어렵고 치료도 매우 곤란할 뿐만 아니라, 예후 또한 매우 불량하여, 라식수술 여부를 결정하여야 하는 환자로서는 이러한 위험에 관한 충분한 설명 후 치료 여부를 결정할 권리가 있다. 따라서 의사로서는 라식수술을 받고자하는 환자가 충분한 설명하에 수술에 관한 자기결정권을 행사할 수 있도록 감염성 혹은 비감염성 각막염의 발생 위험, 특히 진균각막염의 위험에 대해 설명할 의무가 있다고 할 것이고, 위험성과 불량한 예후에 비추어 볼 때 라식수술 후 진균각막염이 발생할 빈도가 매우 희소하다고 설명의무의 대상에서 제외되는 것은 아니다.

2) 그렇다면 피고가 이러한 설명을 하지 않고 수술한 행위는 원고의 자기결정권을 침해하는 위법한 행위로서 원고에 대한 불법행위를 구성한다고 할 것이고, 이로 인하여 자기결정권을 상실한 상태에서 진균각막염에 의한 실명이라는 예기치 못한 치명적 결과를 맞게 된 원고가 큰 정신적 고통을 당했을 것임은 쉽게 짐작할 수 있으므로, 피고는 정신적 손해를 배상할 의무가 있다고 할 것이다.

다. 피고 A병원에 대한 청구에 관한 판단 피고 A병원에 전원 직후 우안 각막편을 들어올려 세척하고 균배양검사를 시행하는 등 각막염 원인균을 검출하기 위한 필수적인 검사를 시행하였던 사실, 그러나 검사에서 세균이나 진균이 발견되지 않았고, 호소하는

증상이 눈물나고 눈이 시리다는 것으로 비감염성인 미만성층판각막염의 증상과 유사하였던 사실, 이에 따라 미만성 층판각막염으로 잠정 진단하고 스테로이드를 투여하면서 혹시 있을지도 모르는 감염 가능성을 고려하여 광범위항생제를 함께 점안하도록 한 사실, 피고 병원의 조치로 증상이 호전되어 퇴원까지 하였으나 10일 후 다시 증상이 악화되며 피고 병원에 재입원한 사실, 피고 병원 의료진은 다시 스테로이드 제제와 항생제를 투여하였으나 호전되지 아니하자 진균각막염의 가능성을 염두에 두고 항진균제를 점안하고 복용하도록 지시한 사실, 그러나 각막편까지 들어올리고 심부에서 얻은 절편에서도 원인균이 발견되지 아니하자 통상적인 각막염 치료방법대로 스테로이드와 항생제를 계속 점안하면서 B병원으로 전원시킨 사실이 인정되는 바, 내원 당시 원인균이 검출되지 않았고 초기 증세가 비감염성인 미만성 층판각막염의 증세와 유사했던 점 등에 비추어 진균각막염을 조기에 발견하지 못한 것에 과실이 있다고 보기 어렵고, 그럼에도 피고 병원 의료진이 여러 가능성을 열어 놓고 진균이 검출되지 않은 상황에서도 항진균제를 점안하고 복용시키는 등 진균각막염을 의심하고 그에 대한 대처를 하였고, 감염에 의한 각막염이 아닌 미만성 층판각막염의 경우는 스테로이드의 투여가 적절한 치료방법일 뿐 아니라 그러한 스테로이드의 투여가 늦을 경우 염증으로 인하여 심각한 시력손상을 유발할 수도 있는 점 등에 비추어 볼 때, 계속되는 검사에서도 진균이 발견되지 않아 비감염성인 미만성 층판 각막염으로 잠정 진단할 수밖에 없었던 이상, 그에 대한 필수적인 치료제인 스테로이드 제제를 점안하는 치료행위는 당시 피고 병원의 의료진이 취할 수 있는 최선의 선택인 것으로 보이고, 그러한 스테로이드 투여가 결과적으로 진균각막염의 증상을 악화시키는 부작용을 초래했어도 피고 병원 의료진이 진료상의 주의의무를 다하지 못하였다고 할 수는 없다.

7. 손해배상의 범위

수술은 시력교정을 위한 것이기는 하나 미용 목적을 일부 포함하는 점, 원고가 스스로 수술을 원하여 안과에 왔고 피고가 신속하게 전원하는 등 할 수 있는 최선의 조치를 다한 것으로 보이는 점, 각막염은 빈도가 매우 낮고 보고된 예가 많지 않아 피고로서는 진균각막염의 발생 가능성을 미처 예측하지 못하고 설명에서 제외한 점, 한편 원고는 20대 후반의 여성으로서 한눈 실명이라는 치명적인 결과를 당하게 된 점 등 여러 사정을 참작하여 볼 때 피고가 원고의 정신적 고통에 대한 위자료로 700만원을

지급함이 상당하다.

8. 사건의 해석

이 사건은 라식수술 후 진균각막염으로 실명하였고 이에 수술한 의사에게 라식수술 중 과실과 설명의무 위반, 전원 된 병원에 진단 및 치료 과실을 이유로 소송을 제기하여, 수술한 의사는 설명의무 위반으로 위자료를 지급하고, 전원된 병원은 과실 없음으로 판결된 경우이다. 법원은 라식수술과 진균감염 사이의 인과 관계를 밝힐 수 없다고 판단하여 수술 중 과실은 없다고 판결하였다. 그러나 발생빈도가 매우 낮지만 생길 수 있는 합병증이고 발생하면 예후가 매우 나쁘므로 진균각막염에 대한 설명을 하지 않은 것은 환자의 자기 결정권을 침해하는 행위라 판단하여 위자료를 지급하도록 하였다.

9. 같은 일이 다시 일어나지 않으려면

[표 3] 사례 1 사건의 원인분석

분석의 수준		조사결과
왜 일어났는가?	전체 과정에서 그 단계는 무엇인가?	진단 단계
가장 근접한 요인은 무엇이었는가?	어떤 인적 요인이 결과에 관련이 있는가	● 환자 측 -증상이 다른 각막염과 명확히 구별되지 않아 진균각막염을 의심할만한 전형적인 증상이 나타나지 않았을 가능성 ● 의료인 측 -라식 수술 후 진균각막염의 가능성을 술전 설명하지 않아 설명의무를 다하지 않음 -수술도구 관리의 소홀 가능성
	시스템은 어떻게 결과에 영향을 끼쳤는가?	-1 차 진료기관에서 뇌수막염 검사가 이루어지기 어려움 -빠른 전원이 환자에게는 적절한 검사를 받는데 도움이 됨

(1) 의료인의 행위에 대한 검토사항

진료시간에 제약이 따르더라도 진단이 애매한 환자에 대해서는 정확하게 검진하고 그

결과를 진료기록에 잘 작성해두어야 한다. 1차 의료기관 의료인은 환자에 대해 추가적인 평가가 필요하다고 생각될 때는 상급 의료기관으로의 전원을 주저하지 말아야 한다. 또한 수술 전 동의서를 작성할 때는 시간이 부족하더라도 가능한 부작용을 모두 설명해주고 충분한 환자의 이해를 얻어야 한다.

(2) 의료기관의 운영체제에 관한 검토사항

라식수술 후 진균각막염은 매우 드물고, 배양검사로 균이 검출되는 확률이 낮아 진단이 어렵다. 각막상태, 항생제나 스테로이드 점안약에 대한 반응 등을 종합하여 의사의 판단에 따라 항진균제를 사용하는 경우가 많다. 드문 경우이긴 하지만 이를 막기 위해서는 수술실과 수술 도구의 소독을 철저히 하고 의료진의 위생관리도 철저히 해야겠다. 병원에서의 감염 외에도 환자의 점안약, 의류, 침구 등 다양한 감염경로가 있으므로 환자에게도 감염에 각별히 신경을 쓰도록 교육하는 것이 진균을 비롯하여 세균이나 바이러스 등의 감염을 최소화할 수 있는 길이다. 또한 1차 의료기관은 지역 내의 2차, 3차 의료기관과의 협력관계를 구축하여 진단검사나 영상검사 등 1차 의료기관의 한계를 보완하도록 한다.

(3) 학회 차원의 검토사항

학회 차원에서 증상에 따라 의심해봐야 하는 안과적 감염 질환을 교육 자료로 만들어 병원이나 약국 등에 배포한다. 가능성이 매우 낮다고 알려져 있거나 그 동안 보고되지 않은 합병증이 발생하였을 경우 의사들에게 알려 주의하도록 도와준다.

〈참고자료〉 사건과 관련된 의학적 소견

미만성 층판각막염(diffuse lamellar keratitis)

라식수술 후 가장 빈번히 발생하는 비감염성 각막염으로 약 0.5-1.0% 의 빈도로 나타난다. 원인이 확실하지는 않으나 항원이나 독소에 의한 면역반응 내지는 특이체질 반응이 원인으로 추정된다. 라식수술 후 대부분 초기 1주일 내 발생하며 모래가 뿌려진 것처럼 뿌옇게 시야가 가려지는 증상을 보여 '사하라모래증후군'이라고 불리기도 한다. 치료는 염증 반응을 억제시키기 위하여 스테로이드를 점안하는데 이런 치료가 지연되어 염증이 심해지는 경우 심각한 시력손실을 초래할 수 있다. 치료 개시 후 대개 1-2주 내 염증이 소실되나, 심한 경우에는 각막편을 들어올리고 세척과 함께 스테로이드를 투여하기도 한다.

진균각막염

진균각막염은 주로 공기 중 먼지, 수건 등의 직물, 공기 중 노출되어 감염된 점안약 사용, 부주의한 위생관리, 손 접촉 등을 통한 진균감염으로 발생한다고 알려져 있으며, 각막에 빵 껍질 모양의 병변이 나타나고, 안통, 시력저하 등의 증상을 유발한다. 보통 식물에 의한 수상 2-3주 후부터 발생하는 것이 많으나 임상 소견과 증상이 매우 다양하다. 일반적인 진균각막염은 표층부에서 감염되어 심층부로 전이되는 것이 일반적이나, 라식수술을 통한 진균감염은 시술 특성상 절편과 각막 후반부 경계부위에서 생길 수도 있다. 진균각막염은 확진을 위해 진균을 배양하는 경우에도 정확도가 50%에 불과하고, 증상이 다른 각막염과 명확히 구별되지 않아 진단하기 가장 어려운 질환 중 하나이다.

라식수술을 통한 진균각막염은 2001년 진균각막염 의증이 1례 보고되었고, 해외에서도 2000년에 최초 사례가 보고된 이후 현재까지 5건에 불과하다. 라식수술에 의한 진균 각막염은 미세각막 절삭기에 묻어 있던 진균에 의한 감염, 공기 중 진균 유입으로 인한 감염, 환자 각막 표면에 묻어 있던 진균에 의한 심부 감염 등이 원인이 될 수 있다.

세균각막염과 진균각막염, 그리고 감염이 원인이 아닌 미만성 층판각막염은 원인이 다르고 치료 방법도 다르므로 감별진단이 무엇보다 중요하다. 심층부로 진행한 각막염에서는 각막편을 들어올려 각막물질을 채취하거나 각막생검을 하기도 하며, 각막 찰과표본의 도말검사에서 그람염색(gram staining)과 김자염색(giemsa staining)으로 병원균을 찾고 동시에 표본을 배양하여 동정하는 방식으로 원인균을 찾는다. 배양 성공률이 높지않아 원인균이 밝혀지기 전까지는 보통 광범위 항생제를 사용하고, 감염의 경우 스테로이드를 투여하면 면역력 저하 등의 기전으로 인하여 병원체 증식과 활성화를 초래할 수 있기는 하나 각막이식술을 한 경우 또는 면역학적 질환이 동반될 수 있는 경우, 혹은 미만성 층판각막염이 의심되는 경우에는 의사의 판단에 따라 스테로이드를 사용하기도 한다.

Ⅳ. 고찰

소송의 주된 원인은 대부분 진료상 과실로, 약물 투약으로 인한 부작용, 진단 검사 미시행으로 인한 오진, 합병증의 조기 발견 및 적절한 치료 실패, 경과관찰상 과실 등으로 구분되었다. 또한 진료상 과실은 없으나 설명의무위반을 이유로 위자료가 지급된 경우가 손해배상의 많은 부분을 차지하였다.

의료진의 주의의무는 현재 의학 수준에 비추어 필요하고 적절한 진료조치를 다해야 할 채무로, 악결과가 발생하였다고 하더라도 그 의료행위가 잘못되었거나 적절하지 못하다는 점이 입증되지 않는 이상 그 의료행위에 과실이 있다고 곧바로 추정할 수 없다. 원고에게 나타난 부작용이 피고의 주의의무 위반 행위에 의한 것이라 추정하려면, 원고가 부작용 발생에 관해 다른 원인이 있다고 보기 어려운 간접사실들을 입증해야 하며, 의사의 과실로 인한 결과 발생을 추정할 수 있을 정도의 개연성이 담보되지 않는 사정을 가지고 막연하게 의사의 과실을 추정함으로써 결과적으로 무과실의 입증 책임을 지우는 것까지 허용되는 것은 아니다.[18]

의료행위에 있어 설명의무는 수술 후 요양방법, 약의 복용 요령 등의 일반적인 설명의무와 신체에 대한 침습의 승낙을 얻기 위해 환자에게 질병의 종류, 내용, 치료방법 및 그에 따른 위험 등 환자의 진료에 관계되는 중요 사항을 설명하는 설명의무의 두 가지로 나눠진다.[19] 설명의무위반에 따른 손해배상의 범위를 정할 때는 그 중대한 결과와 의사의 설명의무 위반 내지 승낙취득 과정에서의 잘못 사이에 상당인과 관계가 존재하고, 그 때의 의사의 설명의무 위반은 환자의 자기 결정권 내지 치료행위에 대한 선택의 기회를 보호하기 위한 점에 비추어 환자의 생명, 신체에 대한 구체적 치료과정에서 요구되는 의사의 주의의무 위반과 동일시할 정도여야 하는데[20] 안과 관련 의료소송에서는 의사의 설명의무 위반이 의사의 주의의무 위반과 동일시할 정도로 인정된 판례는 없었다. 2006 가단 406335 에 따르면 의사에게 위자료 등의 지급의무를 부담시키는 의사의 설명은 모든 의료과정 전반을 대상으로 하는 것이 아니라 수술 등 침습을 과하는 과정 및 그 후에 나쁜 결과 발생의 개연성이 있는

---

[18] 대법원 2004. 10. 28. 선고 2002다45185 판결.

[19] Lee JK. A study on negligence and comparative negligence in medical malpractice. Inha University Graduate School of Law 2005; 8:85-9.

[20] 대법원 2004. 10. 28 선고 2002다45185 판결.

의료행위를 하는 경우 또는 사망 등의 중대한 결과 발생이 예측되는 의료행위를 하는 경우 등과 같이 환자에게 자기 결정에 의한 선택이 요구되는 경우만을 대상으로 해야 한다고 하여 설명의무 위반이 인정되지 않았다. 2004 가합 96731 에서는 본인의 질문에 수술을 담당할 의사가 만족할만한 충분한 답변을 해주었다고 인쇄된 '시력교정수술 청약서'에 원고가 서명한 사실이 인정되더라도 위 사실만으로는 충분히 이해한 후 수술 청약을 하였다고 보기에 미흡하다는 이유로 설명의무 위반이 인정되었다. 반면 2009 가단 22020 에서는 주체가 간호 조무사였음에도, 합병증이 기재된 수술 후 후유증 및 합병증이라는 제목의 서류를 직접 원고에게 확인 서명을 받은 경우 설명의 의무를 다하였다고 인정되었다.

진료의무 또는 진료적 설명의무는 환자의 자기 결정권과 관계된 일반적인 설명의무와 다른 것으로서, 진료의무의 내용 중 하나인 '의사가 진료 과정 중 또는 진료종료 후 진료 목적의 최대실현을 위해 환자가 실천해야 하는 사항, 주의사항 등을 지시, 권고할 의무'이다. 2008 가합 107110 판결에서는 라식 합병증인 각막확장증의 치료 중 적절한 치료 방법인 특수렌즈 처방을 하였음에도, 진단명을 알리지 않고, 상기 치료방법을 따르지 않을 경우 발생할 결과 및 심각성에 대해 정확히 알리지 않은 사실만으로 각막확장증 악화에 기여한 과실을 인정하였다.

이 연구의 심층 분석에서는 사건의 원인을 파악하고 검토사항을 제시하였다. 의료인의 행위에 대해서는 먼저 수련의의 경우 부족한 지식을 얻기 위해 공부하며 최신 지견을 꾸준히 접하고, 상급 전공의 혹은 지도교수에게 자문을 구해야 한다. 약물 처방할 때 처방하는 약물의 금기 및 이상반응을 숙지하여 처방오류를 예방한다. 소아환자 검진시에는 가능한 자세한 검사를 시행하고 수면마취가 필요하지만 여건이 되지 않는 경우 가능한 병원으로 전원을 권유한다. 또한 수면마취 외 필요한 검사가 있으나 근무기관에서 시행할 수 없을 경우 상급 의료기관으로의 전원을 권유한다. 이런 사항에 대해 자세히 설명하고 의무기록에도 내용을 상세히 남겨둔다. 마지막으로 동의서 작성시 모든 가능한 부작용에 대해 가능성이 낮더라도 설명해주고, 환자의 충분한 이해를 구해야 한다. 두 번째, 의료기관의 경우, 1 차 의료기관과 2,3 차 의료기관과의 협력관계를 구축하고, 약물 처방오류를 검토하는 운영 시스템을 갖추고, 타과 협진이 빠른 시간 내에 처리될 수 있는 시스템을 구축하며 병원 내 의료진간 협력을 강화한다. 세 번째로, 학회차원에서는 증상에 따라 의심해봐야 하는 안과적 감염

질환, 많이 사용하지만 부작용이 많은 약물, 소아가 호소하거나 보호자가 관찰한 증상에 따라 의심해봐야 하는 안과 질환을 교육 자료로 만들어 병원이나 약국 등에 배포한다. 또한 안전한 소아수면을 위해 소아청소년과, 마취과, 영상의학과에서 소아 수면마취와 관련된 가이드라인을 제시하고 지원받도록 하고 환자와 관련된 진료과목의 의사들이 의견을 교환할 수 있도록 정기적인 학술회의를 마련한다. 마지막으로 국가 차원에서는 충분한 진료시간을 확보하고 정상적인 진료를 할 수 있는 여건을 마련해야 하고 의료진들의 역량이 유지되도록 연간 일정 점수 이상의 연수평점 획득을 의무화한다.

V. 결론

추후 계속적인 의료소송에 대한 연구를 통해서 예방이 가능한 사고는 대책을 세워서 재발을 방지해야 한다. 안과 의료사고에 대한 많은 연구들과 제언들이 이루어져 인식변화를 일으켜야 하며 당장은 현실적으로 재정적인 한계가 있겠지만 안전한 의료시스템과 환경 개선을 위한 노력을 멈추지 말아야 할 것이다.

부 록

[부록 1] 안과 판결문 요약

[표 4] 안과 판결문 요약: 소송 결과, 소송 원인 및 사건 요약

판례	분과	사건번호	소송 결과	소송 원인	사건요약
1	시력교정술	2004 가합 20013	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	라식수술 2 회 후 잔여각막두께가 우안 420 ㎛, 좌안 450 ㎛. 이후 좌안 근시 퇴행 및 각막확장증으로 각막이식술 외 시력호전 가능성 없음
2	시력교정술	2004 가합 96731	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	라식시술 후 중심부이탈, 중심부융기로 시력 저하
3	시력교정술	2005 가합 29820	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	라식수술 1 회 후 진균각막염으로 우안 실명, 전층각막 이식술, 유리체절제술 및 백내장 제거술 시행
4	시력교정술	2006 가합 22260	원고 일부 승 (책임제한 40%)	처치행위(수술)	라식수술 3 회 후 잔여각막두께가 우안 204 ㎛, 좌안 227 ㎛. 이후 근시 퇴행 및 각막확장증으로 각막이식술 외 시력호전 가능성 없음
5	시력교정술	2006 가합 23070	청구기각 (원고 패)	처치행위(수술)	라식 2 차 수술 후 단안 각막 궤양으로 인해 각막 혼탁이 생겨 각막 이식 시행
6	시력교정술	2008 가단 240577	청구기각 (원고 패)	처치행위(수술)	라식시술 후 안구 건조증
7	시력교정술	2008 가단 288814	청구기각 (원고 패)	처치행위(수술)	라식시술 후 잔여각막두께 265 ㎛ / 343 ㎛ 였고, 이후 각막 확장증 발생
8	시력교정술	2008 가합 107110	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	라식수술 1 회 시력 저하 발생. 양안 원추각막과 혼합난시 진단
9	시력교정술	2009 가합 14475	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	라식 3 차 수술 후 잔여각막두께 385 ㎛ / 390 ㎛ 였고, 이후 양안 각막확장증으로 양안 각막 이식술 시행함
10	시력교정술	2009 가합 57021	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	라식시술 후 잔여각막두께 265 ㎛ / 343 ㎛ 였고, 이후 각막 확장증

					발생
11	시력교정술	2009 나 9332. 9349 2010 다 96010	원고 일부 승 (책임제한 70%)	처치행위(수술)	안내렌즈삽입술 시행 후 발생한 변형시, 3 일 뒤 황반원공 발견하여 유리체 절제술을 시행함
12	시력교정술	2011 가합 63180	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	라식수술 후 우안 근시퇴행으로 우안 2 차 수술, 이후 발생한 상피내생 제거술과 각막봉합술 시행 후 발생한 우안 교정시력 저하, 중심시야 20 도 이내 복시
13	시력교정술/녹내장	2000 가단 48392	청구기각 (원고 패)	처치행위(처방)	엑시머레이저 후 근시퇴행으로 라식 수술 추가시행 후 스테로이드 점안함. 처방을 중단할때 까지 안압 정상임을 확인함. 5 년 후 타병원에서 양안 일차개방각녹내장으로 진단됨
14	시력교정술/녹내장	2005 가합 11619	청구기각 (원고 패)	처치행위(처방)	엑시머레이저 수술 후 스테로이드 안약을 점안하고 녹내장 발생
15	시력교정술/녹내장	2005 가합 90617	원고 일부 승 (책임제한 70%)	검사 및 진단행위(진단)	눈꺼풀 아토피피부염으로 스테로이드 안약을 처방, 처방 1.5 년 후에야 처음 측정한 안압 양안 60
16	녹내장	1995 가합 6410	원고 일부 승	검사 및 진단행위(진단)	엑시머레이저 후 발생한 스테로이드녹내장에 대하여 검사나 녹내장에 대한 레이저나 수술은 하지 않았고, 치료하는 1 년간 상태에 대한 설명하지 않음. 장해율 우안 100%, 좌안 74%
17	녹내장	2003 가합 11917	원고 일부 승 (책임제한 30%)	처치행위(처방)	다이아막스 6 알 복용 후 저칼륨혈증으로 사망
18	녹내장	2009 가단 22020	청구기각 (원고 패)	검사 및 진단행위(진단) 처치행위(수술 및 진료)	백내장 및 녹내장 수술 후 유리체혼탁과 출혈, 안내염, 맥락막 박리로 진단 받고 실명. 수술 3 달 후 자살함

19	녹내장	2009 가합 21490	위자료 (정신적 손해 배상) 원고 일부 승 (책임제한 30%)	처치행위(수술)	만성폐쇄각 녹내장으로 섬유주절제술 시행 시 특진의가 아닌 전임의가 수술 하였고, 수술상 과실로 안압조절에 실패하여 시력 저하 및 악성녹내장을 유발하였다고 주장함
20	망막	1998 가합 1629 99 나 68494 2001 다 2068	지방법원: 원고 일부 승 (책임제한 80%) 고등법원: 원고 일부 승 (책임제한 30%) 대법원: 원고 일부 승 (책임제한 30%)	검사 및 진단행위(진단)	각막열상, 외상성 백내장, 안내 이물 의증으로 X-ray 및 초음파 검사, 1 차 수술과 이후 열공성 망막박리로 2 차 수술에서 모두 안구내 이물 발견 못함. 타 병원 CT 에서 안구내 이물 발견되어 금속이물 제거하였으나 시력은 안전수지
21	망막	2005 가단 295707	청구기각 (원고 패)	처치행위(시술)	양안 당뇨망막병증으로 레이저범망막광응고술 시행 10 일 후 각막 상피결손 진단, 이후 우안 각막혼탁, 신생혈관 녹내장 및 유리체 출혈로 시력 안전수지
22	망막	2005 가합 15679	원고 일부 승 (책임제한 50%)	검사 및 진단행위(진단)	각막열상과 외상성 전방출혈 수술 9 일째 초음파검사상 유리체출혈 의심. 23 일째 초음파검사로 망막박리 발견하여 2 차 수술했으나 망막이 뭉쳐진 상태로 영구 실명
23	망막	2006 가합 42684	청구기각 (원고 패)	검사 및 진단행위(진단)	비증식당뇨망막병증 및 황반부종으로 진단되어 국소레이저 치료, 이후 부분망막정맥폐쇄와 동반된 시력 저하 발생. 환자는 치료 지연으로 실명에 이르렀다고 주장
24	망막	2007 가합 83989	원고 일부 승 (책임제한 50%)	검사 및 진단행위(진단)	형광안저혈관조영술에서 고위험증식당뇨망막병증이었는데 2 개월 후 범안저광응고술

25	망막	2009 가합 27950	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(처방)	망막 수술 후 안압상승을 조절하기 위해 메타졸아마이드 복용하고 스티븐존슨증후군을 겪은 후 자살
26	망막	2011 가합 14016	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	심한 고도근시로 라식 , 수정체제거술을 시행받은 과거력이 있는 환자가 열공망막박리로 2 회 수술 시행. 황반전막 발생으로 3 번째 수술 후 맥락막상강출혈 발생하였고 최종 시력은 빛인지 못함, 최종적으로 안구위축 진행
27	망막	2013 가합 50775	원고 일부 승 (책임제한 70%)	처치행위(처방)	7 회의 경정맥 세프트리악손 투여 동안은 부작용이 없었으나 이후 시행한 정맥주사 후 폐쇄망막혈관염이 부작용으로 발생하여 시력상실함
28	백내장	1994 가합 4924 95 나 5433 95 다 49608	지방법원: 청구기각 (원고패) 고등법원: 위자료 (정신적 손해 배상) 대법원: 위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	후낭파열이 생긴 백내장 수술 후 망막박리로 시력 저하 발생
29	백내장	2003 가합 25510, 2004 가합 64864	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(처방)	백내장 수술 후 사용한 약물로 스티븐존슨증후군이 생겨 사망
30	백내장	2005 가단 237747	원고 일부 승 (책임제한 40%)	처치행위(마취)	구후마취로 백내장 수술 후 망막중심동맥폐쇄로 시력을 잃음
31	백내장	2005 가단 4169	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	망막색소변성 환자에서 양안 백내장 수술 3 년 후 발생한 황반부종 및 황반변성으로 시력저하가 발생
32	백내장	2006 가단 406335	청구기각 (원고 패)	처치행위(수술)	백내장 수술 후 시력 손상 및 동공산대 호소 (수술 중 홍채조임금절개술 시행)
33	백내장	2009 가단 486677	청구기각 (원고 패)	처치행위(진료)	백내장 수술 후 눈물관폐쇄, 눈꺼풀염을 호소함. 이후 환자보호자와 분쟁으로 감정이 좋지 않다는 이유로 탈법적 진료거부행위, 진료기록

					사본 발급을 거부
34	사시/소아	1989 가합 64731 91 나 58002 93 다 41075	원고 일부 승	처치행위(마취)	망막박리유착수술을 위한 전신마취 회복 중 나타난 저산소뇌후유증으로 인한 신경마비가 의사 과실로 인한 것으로 추정
35	사시/소아	2004 가합 11300 2007 나 5303	원고일부승 (책임제한 40%) 지방법원: 원고 일부 승 고등법원: 원고 일부승 (책임제한 40%)	검사 및 진단행위(진단)	손전등 (pen light)로 검진 후 충혈과 눈부심을 호소하는 2 세 환아를 급성결막염으로 진단. 타병원에서 동공크기 작음, 항상외사시, 동공후유착, 선천 혹은 이차백내장, 포도막염 진단 후 망막박리와 말기 증식성 유리체망막병증으로 실명
36	사시/소아	2006 가단 464539	위자료 (정신적 손해 배상)	처치행위(수술)	외사시 수술 후 속발내사시가 생겨 복시를 호소
37	사시/소아	2009 가합 97807	청구기각 (원고 패)	검사 및 진단행위(진단)	색소실조증 경과 관찰 중 망막출혈 생김, 이후 경과 관찰 중 망막 섬유혈관증식 및 견인망막박리 소견으로 안구가 위축됨
38	성형안과	1995 가합 13907 98 나 15691	원고 일부 승 (책임제한 40%)	검사 및 진단행위(진단)	안와봉와직염에 동반된 패혈증 진단이 늦어져, 적절한 치료시기를 놓쳐 패혈성 쇼크, 다발성 장기부전으로 사망. 세균 배양검사 미시행
39	성형안과	1995 가합 25836 97 나 40164 99 다 10479	지방법원: 청구기각 (원고 패) 고등법원: 청구기각 (원고 패) 대법원: 청구기각 (원고 패)	처치행위(수술)	기왕병력으로 시신경섬유종이 있고, 우측 안와첨종양 제거술을 받은 과거력이 있는 환자가 선천안검하수 수술 후 발생한 구후시신경염으로 시력이 저하됨. 환자는 안검하수 수술을 합병증으로 시신경염이 발생했다고 주장
40	성형안과	2005 가단 112015	위자료 (정신적 손해 배상)	검사 및 진단행위(진단) 처치행위(수술)	안와삽입물 노출로 메드포어 임플란트 삽입술을 3 회 시행한 후 안구함몰 및 주변조직구축이 발생. 이후 2 차 수술에 걸쳐 메드포어 임플란트를 완전제거
41	성형안과	2005 가합 14385 2006 나 87158	지방법원: 원고 일부 승 (책임제한 30%)	처치행위(수술)	양안 쌍꺼풀 수술, 양안 진피이식 수술 후 발생한 양안 안검하수 교정술 후 토안 및 노출각막병증이 발생한 환자

		2007 다 41904	고등법원: 원고 일부 승 (책임제한 60%) 대법원: 청구기각 (원고 패)		
42	전안부	2007 가단 7609	원고 일부 승 (책임제한 없음)	처치행위(진료)	군날개 제거수술 9 일부터 좌안 통증 및 시력 저하로 각막염 치료받았으나, 좌안 각막혼탁
43	전안부	2009 가단 465311	청구기각 (원고 패)	검사 및 진단행위(진단)	결막염 의증으로 치료받다가 초진 6 일 후 대상포진으로 진단받음
44	처방전	2011 나 29214	원고 일부 승	허위 처방전	타인이 외래 진료하고, 피고 명의의 원외처방전 발행

[표 5] 안과 판결문 요약: 원고 특성, 병원 등급, 의사 과오내용 및 배상액

판례	분과	사건번호	최종 심급 몇심까지 소송하였는지	원고 연령	성별	병원등급	의사과오	배상액(원)
1	각막(시력교정술)	2004 가합 20013	2 심(강제조정)	29	2	1 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	13,000,000
2	각막(시력교정술)	2004 가합 96731	2 심(항소기각)	35	2	1 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	15,000,000
3	각막(시력교정술)	2005 가합 29820	2 심(조정)	27	2	1 차, 3 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	7,000,000
4	각막(시력교정술)	2006 가합 22260	1 심	33	1	3 차	주의의무 위반(잔여각막두께가 얇아 각막확장증과 인과관계 인정) 설명의무 위반	105,648,668
5	각막(시력교정술)	2006 가합 23070	1 심	없음	없음	1 차	없음 (인정되지 않음)	
6	각막(시력교정술)	2008 가단 240577	1 심	없음	2	1 차	없음 (인정되지 않음)	
7	각막(시력교정술)	2008 가단 288814	2 심(원고 일부 승소)	38	1	3 차	없음 (인정되지 않음)	
8	각막(시력교정술)	2008 가합 107110	1 심	32	2	1 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	20,000,000
9	각막(시력교정술)	2009 가합 14475	2 심	없음	1	1 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	7,000,000
10	각막(시력교정술)	2009 가합 57021	2 심(화해권고)	없음	없음	1 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	20,000,000
11	각막(시력교정술)	2009 나 9332. 9349 2010 다 96010	3 심(대법원)	18	1	1 차	주의의무 위반[치료행위상 과실(유리체파동에 의한 황반원공발생)] 설명의무 위반 (수술 후 합병증)	76,634,029
12	각막(시력교정술)	2011 가합 63180	1 심	없음	1	1 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	5,000,000
13	각막(시력교정술)/녹내장	2000 가단 48392	1 심	없음	없음	1 차	없음 (인정되지 않음)	
14	각막(시력교정술)/녹내장	2005 가합 11619	1 심	21	1	3 차	없음 (인정되지 않음)	
15	각막(시력교정술)/녹내장	2005 가합 90617	2 심(조정)	16	1	1 차	주의의무 위반(안압검사 미시행) 설명의무 위반	201,602,064
16	녹내장	1995 가합 6410	3 심(대법원)	33	2	1 차	설명의무 위반 주의의무 위반 [경과 관찰 상의 과실]	455,869,936

17	녹내장	2003 가합 11917	1 심	33	1	1 차	주의의무 위반[진료상의 과실] 응급처치 소홀 설명의무 위반	91,521,485
18	녹내장	2009 가단 22020	2 심(항소기각)	93	1	1 차	없음 (인정되지 않음)	
19	녹내장	2009 가합 21490	2 심(진행중)	없음	2	3 차	설명의무 위반	20,000,000
20	망막	1998 가합 1629 99 나 68494 2001 다 2068	3 심(대법원)	31	1	2 차	주의의무 위반 [진료상의 과실(안구내이물 오진)] 주의의무 위반[치료행위상 과실(이물 제거 필요성 판단 누락)] 설명의무 위반	38,281,217
21	망막	2005 가단 295707	1 심	48	1	3 차	없음 (인정되지 않음)	
22	망막	2005 가합 15679	1 심	2	1	3 차	주의의무 위반[경과 관찰 상 과실 (진단 시기 늦어 치료가 늦어짐)]	42,781,828
23	망막	2006 가합 42684	1 심	55	1	1 차	없음 (인정되지 않음)	
24	망막	2007 가합 83989	2 심(조정)	52	1	2 차	주의의무 위반(처치시기 지연) 설명의무 위반	105051235
25	망막	2009 가합 27950	1 심	42	2	3 차	설명의무 위반	16,000,000
26	망막	2011 가합 14016	1 심	없음	1	3 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	12,000,000
27	망막	2013 가합 50775	1 심	없음	2	2 차	주의의무 위반[치료행위상 과실(대체항생제를 투여하지 않음)] 설명의무 위반	51,879,751
28	백내장	1994 가합 4924 95 나 5433 95 다 49608	3 심(대법원)	없음	1	3 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	16,000,000
29	백내장	2003 가합 25510, 2004 가합 64864	1 심	55	1	1 차 2 차	설명의무 위반 (처방 후 합병증)	11,500,000
30	백내장	2005 가단 237747	2 심(화해권고)	66	2	1 차	주의의무 위반[치료행위상 과실(구후마취로 인한 망막중심동맥폐쇄)] 주의의무 위반 [경과 관찰 상의 과실] 설명의무 위반 (수술 후 합병증)	22,095,450

31	백내장	2005 가단 4169	2 심(항소기각)	57	1	3 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	10,000,000
32	백내장	2006 가단 406335	3 심(대법원)	52	2	2 차	없음 (인정되지 않음)	
33	백내장	2009 가단 486677	2 심(강제조정)	81	2	1 차	없음 (인정되지 않음)	
34	사시/소아	1989 가합 64731 91 나 58002 93 다 41075	3 심(대법원)	12	1	3 차	주의의무 위반 (마취 및 회복과정에서의 책임) 설명의무 위반	257,548,331
35	사시/소아	2004 가합 11300 2007 나 5303	2 심	2	1	2 차	주의의무 위반 [진료상의 과실(단순 결막염으로 오진)]	7,000,000
36	사시/소아	2006 가단 464539	2 심(판결,항소기각)	없음	1	3 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	10,000,000
37	사시/소아	2009 가합 97807	1 심	0.014	없음	3 차	없음 (인정되지 않음)	
38	성형안과	1995 가합 13907 98 나 15691	2 심(항소기각)	54	1	2 차	설명의무 위반 주의의무 위반 [경과 관찰 상의 과실]	27,172,742
39	성형안과	1995 가합 25836 97 나 40164 99 다 10479	3 심(대법원)	없음	없음	3 차	없음 (인정되지 않음)	
40	성형안과	2005 가단 112015 2005 가합 14385	2 심(강제조정)	35	2	3 차	설명의무 위반 (수술 후 합병증)	6,000,000
41	성형안과	2006 나 87158 2007 다 41904	3 심(대법원)	없음	2	1 차	없음 (인정되지 않음)	
42	전안부	2007 가단 7609	1 심	50	1	1 차	주의의무 위반[치료행위상 과실(결막염 호전 전 수술하여 각막혼탁 발생)] 설명의무 위반 (수술 후 합병증)	23,131,711
43	전안부	2009 가단 465311	2 심(화해권고)	없음	1	3 차	없음 (인정되지 않음)	
44	처방전	2011 나 29214	2 심(항소기각)	없음	없음	1 차	의료법 위반	28,143,880

[부록 2] 심층 분석

[표 6] 심층 분석 사례 4 건의 세부내용

구분	질환 분류	세부 내용
사례 1	시력교정술	라식수술 후 진균각막염으로 우안 실명된 27세 여자
사례 2	녹내장	다이아막스 6알 복용 후 저칼륨혈증으로 사망한 33세 남자
사례 3	성형안과	안와봉와직염에 동반된 패혈증으로 사망한 50대 남자
사례 4	사시	결막염으로 진단되었다가 3달 후 증식유리체망막병증이 발견된
	소아안과	2세 남아

가. 사례 2 (녹내장)

1. 사건번호: 2003 가합 11917

2. 소송 결과: 원고 일부 승(책임제한 30%)

3. 원고와 피고

가. 원고: 사망한 망인의 부모

나. 피고: 개인의원 안과 전문의, A 의료재단, A 의료재단 병원 응급실 수련의

4. 사건 요약

33 세 남자가 지속적으로 두통이 있고 눈이 뻑뻑하여 개인안과를 방문하여 백내장 및 녹내장으로 진단받고 다이아막스(Diamox, 성분명: Acetazolamide)와 리스몬티지(Rysmon TG Eye Drops, 성분명: timolol)를 처방받았다. 4 일 후 2 일 전부터 근육이 아프고 힘이 없다고 호소하여 안과 전문의는 다이아막스 복용을 중단시키고, 안과 직원을 동행시켜 내과에 혈액검사를 의뢰하였다. 내과에서 감기로 진단하고, 하트만용액(Hartman solution)을 주사하고 감기약을 처방하였으며, 혈청 내 전해질검사를 실시하였다. 다음 날 안과의사는 혈청 내 칼륨 농도가 2.9mmol/L 라고 듣고 환자에게 2 번 전화해 혈액검사 결과를 알려주며 종합병원에서 수액을 맞아 칼륨을 보충하도록 권했으나, 망인은 혼자 병원에 가기 어려워 가족이 귀가하면 가겠다고 하였다. 응급차를 타고 A 대학병원에 도착 당시 망인은 손발 마비증상이 있으나 의식은 명료하여 비응급으로 분류되었다. 안과의사는 A 대학병원 응급실에 전화 하여 혈청 칼륨 수치가 낮은 환자가 가고 있으니 잘 부탁한다고 전하였다. 응급실 수련의가 대퇴동맥에서 채혈을 하였는데, 채혈 도중 갑자기 안구편위와 안면창백을 동반한

전신성 강직간대발작을 보였다. 즉시 앰부짜기(ambu bagging)로 산소를 공급하며 심장마사지와 심전도 모니터링을 시작하였고, 기관내삽관 및 심실제세동을 이용한 심장소생술을 시행하였다. 소생술 중 혈청 내 칼륨 농도가 2.06 ㎜ ol/L 으로 떨어진 결과가 보고되었고 이후 응급조치에도 불구하고 사망하였다.

5. 원고의 주장과 사건의 쟁점

가. 안과 의사

1) 망인의 기저질환을 고려하지 않고 다이아막스를 1 일 8 정으로 과용량 처방한 과실이 있는가? 안과 의사는 다이아막스 8 알을 처방하면서 처방 당일 2 알을 복용하고 다음날부터 1 회 1 알씩 1 일 4 회 복용할 것을 지시하였고, 망인은 근육통 및 속쓰림이 나타나자 복용을 중단하였으므로 과량을 처방한 과실은 인정되지 않는다.

2) 다이아막스를 처방하면서 망인의 건강상태를 살피지 않고 다이아막스의 부작용과 그에 대한 대처방안에 대하여 설명해주지 않았는가? 다이아막스는 전해질 불균형에 기인한 대사성산증과 저칼륨혈증의 위험이 있어 간이나 신장질환, 관상동맥경화증이 있는 경우 사용이 금지되거나 주의하여 사용해야 하는 약제이며, 다이아막스를 처방할 때는 칼륨제제를 같이 처방하거나 칼륨이 많이 함유된 식품을 섭취하도록 복약지도하고, 저칼륨혈증은 정도가 경증이더라도 심장질환이 있으면 부정맥의 위험이 있고, 중증의 저칼륨혈증에서는 심장마비나 호흡근마비 등 치명적 결과를 초래할 수 있으며, 망인은 비만한 체격으로 부검 결과 고도의 관상동맥경화가 있어, 최소한 건강 상태에 대한 문진을 시행하고 저칼륨혈증이 일어나지 않도록 칼륨제제를 처방하고, 증상 발생 시 대처방법을 설명하여야 할 진료의무를 다하지 않은 과실이 인정된다.

3) 망인에 대한 응급조치를 하지 않았는지? 혈액검사 결과 중등도 저칼륨혈증을 알았으며, 결과를 알려주기 위하여 망인에게 전화를 걸었다가 혼자 병원 가기 어려운 상태임을 알았다면 단순히 권고하는데 그치지 않고, 저칼륨혈증이 급격히 진행하는 것을 고려해 망인을 방문하거나 구급차를 부르는 등의 방법으로 즉시 칼륨을 보충할 수 있는 조치를 취하지 않은 과실이 인정된다.

4) 책임제한

고도의 관상동맥경화로 인한 심장질환이 있는 것을 망인 자신도 알지 못하였고, 다이아막스 복용을 중단하였음에도 혈청 칼륨이 2.9 이고, 다음 날 2.06 로 측정되는 등 저칼륨혈증이 급격하게 진행되었고, 다이아막스를 과량 처방하지 않았고, 병원 직원을 대동하여 혈액검사와 내과 진료를 받게 조치하였으며, 전화를 걸어 칼륨 보충 필요성을 재차 알렸던 점 등을 종합하여 책임을 30%로 제한 한다.

나. 응급실 의료진

저칼륨혈증에 의한 심장마비 등의 위험성을 충분히 예견할 수 있었음에도 불구하고 그에 대비한 심전도검사를 하지 않고 혈액검사를 위하여 과량의 혈액을 채취한 과실, 전신성 간대발작을 동반한 쇼크 증상을 보인 후에도 손으로 심장마사지만을 시행하고 심실제세동기는 전원이 켜지지 않아 즉각 사용하지 못하고, 기관삽관 역시 뒤늦게 시행한 과실이 있는지? 안과 의사는 구두로만 응급실 내원 전날의 혈액검사 결과를 알린 것에 불과하고 저칼륨혈증 진단과 치료에서 혈청 칼륨농도 확인이 매우 중요하며 염화칼륨 정주는 반동성 고칼륨혈증 위험이 있기 때문에 심장에 부담을 주지 않도록 주의하며 시행해야 하므로 채혈을 시작한 것에 과실은 인정되지 않으며 그 양이 과량이라는 증거는 없다. 또한 병원에 도착 2 분 만에 전신성 강직-간대발작을 일으켰고, 즉시 심전도모니터링을 시작하였고, 전신성 강직-간대발작 직후 지속적으로 응급조치를 하였고, 심실제세동기 전원이 들어오지 않았다거나 기관내삽관이 형식적이었다고 인정할 증거가 없다.

6. 판결

가. 안과 의사

1) 망인의 일실수입 33 세 남자로서 기대여명(38.71 년) 월 175 만원 소득, 월 평균 25 일 가동, 생계비: 수입 의 1/3. 1,750,000 원×2/3×204.3471=238,404,950 원의 30%

2) 장례비: 500 만원

3) 위자료: 망인 1,000 만원, 부모 각 250 만원 총 91,521,485 원

나. 응급실 의료진: 청구기각

7. 사건의 해석

이 사건은 관상동맥경화가 있던 30 대 남자가 다이아막스 6 알 복용 후 저칼륨으로 인한 심정지로 사망한 경우로 추정된다. 다이아막스의 부작용 중 심정지는 1% 미만으로 매우

드물다. 이 소송을 당한 안과 의사가 한 일은 아래와 같고 실제 임상에서 이보다 잘하기는 어렵다. 근육이 아프고 힘이 없다고 호소하자 다이아막스 복용을 중단시켰고, 병원 직원을 대동하여 내과 진료와 혈액검사를 받도록 조치하였으며, 혈액검사 결과를 확인하였고, 2 회 전화하여 혈청 칼륨수치 저하와 칼륨 보충 필요성을 알렸고, 응급실로 전화해서 저칼륨혈증 환자가 간다는 것을 고지하였다. 판결에서는 위 조치로 불충분하고, 직접 망인을 방문하거나 구급차를 부르는 방법으로 즉시 칼륨을 보충할 수 있는 조치를 취할 의무가 있다고 하였다.

8. 같은 일이 다시 일어나지 않으려면

[표 7] 사례 2 사건의 원인분석

분석의 수준		조사결과
왜 일어났는가?	전체 과정에서 그 단계는 무엇인가?	치료 단계
가장 근접한 요인은 무엇이었는가?	어떤 인적 요인이 결과에 관련이 있는가	● 환자 측 - 저칼륨혈증에 취약한 기저질환 (관상동맥질환) - 의사의 응급실 방문 권고에 협조적이지 않음 ● 의료인 측 - 적극적인 응급조치를 충분히 취하지 않음
	시스템은 어떻게 결과에 영향을 끼쳤는가?	- 진료시간이 짧고 충분한 문진과 신체검진을 시행할 시간이 부족함

재발 방지를 위한 사항

(1) 의료인의 행위에 대한 검토사항

기저질환이 있는 환자에서 약물을 처방할 때는 과용량이 투여되거나 약물 처방이 금기가 아닌지 항상 주의를 기울여야 한다. 처방하는 약물에서 발생할 수 있는 부작용에 대해 숙지한다.

(2) 의료기관의 운영체제에 관한 검토사항

약물 처방과정에서 부작용 위험성이 높은 약물의 처방오류를 검토하는 운영 시스템을 마련한다. 판례에서는 없었지만 이미 처방받아 사용하는 약물과 새로 처방한 약물간에 상호반응 가능성이 있는 경우 팝업창으로 처방완료 전 확인할 수 있도록하는 것도 방법이다.

(3) 학회·직능단체 차원의 검토사항

학회 차원에서 안과에서 많이 사용하지만 부작용의 위험성이 높은 약물에 대한 안내문을 배포한다. 약물 처방시 꼭 필요한 문진 목록에 대해 교육한다.

(4) 국가·지방자치체 차원의 검토사항

충분한 진료시간을 확보하고 정상적인 진료를 할 수 있는 여건을 마련해야 한다. 또한 응급한 환자에 대해 1 차 의료기관에서 전원이 필요할 경우 현실적으로 도움이 될 수 있는 방법을 국가차원에서 마련하여 1 차 의료기관에서 근무하는 의사들이 본인 진료에 차질이 적으면서도 적극적인 응급조치를 취할 수 있도록 도와준다.

〈참고자료〉 사건과 관련된 의학적 소견

다이아막스(아세타졸아마이드)를 처방할 때 다음을 알고 조심한다.[21]

1) non-bacteriostatic sulfonamide 로서 탄산탈수소억제제로 작용하여 방수 생성을 억제하여 안압을 낮춘다. 녹내장에서는 통상 250 ㎎을 1 일 4 회 복용하도록 하고 급성녹내장에서는 500 ㎎을 일시에 투여하기도 한다. 녹내장 외에도 간질 발작, 양성 두개내뇌압증가(benign intracranial hypertension), 고산병 등에서 쓰인다.

2) 약물로 체내 중탄산염이 감소되어 대사성산증, 저칼륨혈증, 저나트륨혈증 등 전해질 이상이 나타날 수 있어 혈청 전해질에 대한 정기검사가 권장된다.

3) 칼륨은 세포의 전기적 활성화, 세포의 용적 변화, 산염기 평형 조절에 중요한 역할을 하고, 심장근육 등의 수축에 필요하다. 정상치는 3.7-5.3 ㎜ ol/L 이다. 저칼륨혈증의 증상은 골격근의 근력 저하(주로 하지)이고, 심한 경우 경련, 근육 과민도 드물게 생긴다. 횡문근융해증이 병발할 수 있으며, 다뇨와 야간뇨가 있기도 한다. 가장 위험한 증상은 부정맥이다.

---

[21] Peralta J, Abelairas J, Fernández-Guardiola J. Anaphylactic shock and death after oral intake of acetazolamide. Am J Ophthalmol 1992;114:367. 2. Fraunfelder FT, Meyer SM, Bagby GC Jr, Dreis MW. Hematologic reactions to carbonic anhydrase inhibitors. Am J Ophthalmol 1985;100:79-81.

4) 약물 부작용으로 혈액장애, 쇽, 아나필락시스반응, 간부전, 졸음, 사지 및 안면 무감각, 운동실조, 혼돈, 경련, 이완성마비, 이명, 난청, 홍조, 두드러기, 스티븐스존슨증후군, 중독성표피괴사증(리엘증후군), 대사산증, 전해질평형실조, 고혈당, 저혈당, 식욕부진, 구토, 설사, 어지러움, 두통, 감각이상, 흥분, 초조, 우울, 신/요로결석, 권태감, 소아에서 성장지연과 피로 등이 있다. 드물게 고뇨산혈증, 복통, 변비, 미각이상, 구갈, 정신착란, 근시, 신부전, 광과민증, 발열 등이 있을 수 있다. 다이아막스 1 알 복용 후 아나필락시스반응으로 사망한 예도 있고, 탄산탈수효소억제제 복용 후 재생불량성빈혈(aplastic anemia), 혈소판감소증(thrombocytopenia), 과립구감소증(agranulocytosis)으로인한 사망이 의심되는 26 명이 보고된 바 있다. 임산부에서는 FDA C 등급(사람에 대한 연구결과가 없으며 동물실험이 위험성을 보이거나 보이지 않은 경우. 그러나 잠재적 위험성에도 불구하고, 약물사용의 유익성이 약물사용을 정당화할 수도 있는 경우, 즉 위험성을 완전히 배제할 수 없는 경우)이다.

5) 처방 전에 고염소혈증성 산증, 저나트륨혈증 또는 저칼륨혈증, 부신기능부전, 에디슨병, 간/신장 기능장애, 무뇨, 급성신부전에서는 금기이므로 이런 이상을 확인하고, 중증 관상동맥경화증, 뇌동맥경화증, 중증 고탄산가스혈증, 염제한요법 환자, 고령자, 영아, digitalis/당질코르티코이드/부신피질자극호르몬 투여 중, 간장애, 통풍에서는 주의하여 신중히 처방하고, 저칼륨혈증을 유발하는 인자인 설사, 구토, 이뇨제, 대사산증(세뇨관성 산증), 당뇨병성 케톤산증, 대사알칼리증 등의 병력을 확인하고, 약물 복용력을 확인하고, 약물 상호작용도 고려해야 하는 것이 안전하다. Amphotericin, digoxin 과 병용하면 저칼륨혈증이 더욱 문제될 수 있다. 복지부고시에서 다이아막스의 병용금기약제는 topiramate(항간질제), tramadol(진통제)이다.

6) 처방할 때 현기증, 졸음을 유발할 수 있으므로 운전이나 기계조작을 피하며, 손발에 감각이 없거나 저릴 때에는 의사에게 알리고, 과도한 감초 섭취에서도 저칼륨혈증이 생길 수 있으므로 한약재를 같이 먹지 않도록 하고, K-contin 같은 칼륨제를 같이 처방하거나 오렌지, 바나나, 감자, 고구마, 옥수수, 흰콩, 생선, 조개, 우유, 치즈 등 칼륨이 많은 음식을 먹도록 권하는 것이 좋겠다. 그러나 고칼륨혈증 역시 저혈압, 부정맥, 심장정지 등을 일으킬 수 있는 위험한 상태이다. 헤파린, 혈압약 중 일부(베타 아드레날린 차단제 등)는 칼륨을 올릴 수 있다.

7) 처방한 후에는 스티븐스존슨증후군, 리엘증후군, 극발성 간괴사, 무과립세포증, 재생불량성빈혈, 다른 혈액이혼화증(blood dyscrasia, 호중구감소증, 범혈구감소증, 백혈구감소증), 아나필락시스와 같은 치명적 사례가 발생하지 않도록 살피고 그 경우 중지하며, 혈청 전해질, 총 혈구 및 혈소판 수에 대한 정기적인 검사가 권장된다. 또한 약물 부작용에 대해 충분히 알고 조심스럽게 처방한다. 약물 부작용 빈도는 입원환자의 0.3-7%에 달하며, 특히 입원기간 중 1 회 이상 약물 부작용을 경험하는 빈도는 약 15-20%에 이른다. 빈도는 항생제, 항암제, 항응고제, 심혈관 치료제 순이고, 그 결과 골수기능 억제, 출혈, 중추신경계 기능손상 등이 생기며 고령자, 영아, 신장 또는 간 환자 및 복합수술을 받은 경우 빈발한다. 유아에서 1 알만 먹어도 사망할 수 있어 유아살인제라고 알려진 약으로는 calcium channel blocker, ß - blocker, 장뇌, 삼환계 항우울제(tricyclic antidepressant), chloropromazine, 경구 당뇨약, chloroquine, quinidine 류, 항부정맥제, theophylline, 경피흡수 패치(nitroglycerin, 니코틴) 등이 있다. 이런 약은 어린이가 먹지 않도록 매우 조심한다.

나. 사례 3 (성형안과)

1. 사건번호: 95 가합 13907 판결 / 98 나 15691 판결

2. 소송 결과: 고등법원: 원고 일부 승(책임제한 40%)

3. 원고와 피고

가. 원고: 피고병원에서 치료받은 50 대 환자(망인), 처, 자녀 4 명, 아버지

나. 피고: A 병원 재단법인

4. 사건 요약

가. 50 대 남자가 1995. 1. 2.부터 우안이 부어 오르고 통증이 생겨 2 곳의 개인안과를 거쳐 1. 4.에 피고 A 병원에 입원하였다. 의사 1 은 체온이 39.5° 이고, 백혈구 수치가 1,100/㎕였으나 패혈증이라고 의심하지 못하고 안와봉와직염에 1 차 선택약인 1 세대 cephalosporin 계 항생제인 세파졸린(cefazoline)을 정맥주사하고, 안통과 두통을 조절하기 위해 소페낙을 환자가 안통을 호소할 때 근육주사하였다.

나. 1. 7. 백혈구 수치가 400/㎕로 떨어져 B 대학병원으로 전원되어 각종 검사와 치료를 받았으나, 1. 9. 패혈성 쇼크, 다발장기부전으로 사망하였다. 중간선행사인은 패혈증, 해면정맥동 혈전정맥염, 선행사인은 안와봉와직염으로 진단되었고, 망인에게 패혈증을 일으킨 원인균은 그람음성균인 녹농균으로 밝혀졌다.

5. 원고와 피고의 주장

가. 원고의 주장: 의사 1 은 패혈증을 의심하지 못하고 치료를 지연하여 환자 사망을 유발한 과실이 있다.

6. 사건의 쟁점

가. 패혈증을 의심하지 못하고 치료한 것이 의료과실인가?

망인은 이미 안와봉와직염 증세로 두 의원을 거쳐 피고 병원으로 왔으므로 증세가 가볍지 않았고, 의사 1 은 1995. 1. 4. 백혈구 수치가 정상보다 현저하게 적은 1,100/㎕에 불과하였다면 추정 원인균 이외 패혈증을 함께 고려하여 광범위한 항생제의 투여용량을 증가시키거나 중성구 투여를 고려하여야 하며, 세균에 대한 저항력이 낮을 가능성이 높으므로 패혈증에 대해 의심하고 원인균을 찾기 위해 혈액 또는 결막에서 검체를 채취하여 세균배양 검사와 적합한 항생제를 찾기 위한 항생제 감수성검사 등을 실시하여 감염된 세균을 찾고 적합한 항생제를 사용하여야 함에도 불구하고, B 대학병원으로 후송할 때까지 패혈증이

발병한 것을 알지 못한 과실로 녹농균에 의 해 발병된 패혈증 치료를 적기에, 적절하게 하지 못함으로써 망인이 사망하게 하였으므로, 위와 같은 의료 상 과실과 망인의 사망 사이에는 상당인과관계가 있다고 추정된다. 피고병원은 의사 1 의 직무집행 상 과실로 인한 원고의 손해를 배상할 책임이 있다.

나. 책임제한

망인이 피고 병원 내원 당시 이미 패혈증 증세를 보였고, 이후 백혈구가 계속 감소했다. 망인은 1994. 9. 8.부터 피고 병원에 내원하기 전까지 항생제 내성이 생겼던 것으로 추정되고, 피고 병원 의사 1 로서는 병력을 정확하게 모르는 상태에서 일단 안와봉와직염의 흔한 발병균인 황색 포도상구균이나 연쇄상구균에 적합한 항생제인 세파졸린을 처방했는데 의외로 발병균이 녹농균이어서 세파졸린이 듣지 않아 패혈증이 입원 3 일 만에 갑자기 심해져 전원시켜 치료받게 하였으나 결국 패혈증으로 사망하였다. 망인의 안와봉와직염은 피고 병원에 내원시 이미 그 증세가 심하여 패혈증으로 진행되기 시작하였으므로 적절하게 치료했더라도 안와봉와직염이나 패혈증 악화로 사망 가능성이 높았던 사실을 인정할 수 있어, 피고 병원이 망인과 원고에게 배상할 책임을 40% 로 제한함이 적정하다.

7. 손해배상의 범위

가. 일실수입: 당시 54 세 1 개월로 기대여명은 19.78 년, 일정한 직업 없음. 22 일 동안 도시보통인부의 수입 (하루 노임 금 27,218 원)

나. 가동기간: 안와봉와직염을 치유하는데 소요되는 기간 이후부터 만 60 세가 되는 2000. 11. 28.까지 5 년 8 개월

7,218 원×22 일×2/3×(61.3112 - 1.9875) = 23,681,862 원

다. 재산상 손해 1) 수입상실 손해: 9,472,744 원 (= 23,681,862 원 × 40%(책임제한)) 2) 장례비: 120 만원 (= 300 만원 × 40%(책임제한)) 3) 위자료: 망인 120 만원, 망인 처 120 만원, 망인 자녀 4 명 및 아버지 50 만원

라. 상속관계 상속분: 원고 처 3/11, 자녀 4 명의 상속분은 각 2/11, 원고들에게 상속될 망인의 상속 재산은 21,472,744 원(= 재산상 손해 9,472,744 원 + 위자료 1,200 만원)이다. 피고는 망인의 처에게 9,056,202 원(상속분 5,856,202 원 + 장례비 120 만원 + 위자료 200 만원), 망인이 자녀 4 명에게 각 4,404,135 원(상속분 3,904,135 원 + 위자료 50 만원), 원고인 망인의 아버지에게 위자료 50 만원을 지급할 의무가 있다.

총 27,172,742 원

8. 사건의 해석

가. 안와봉와직염의 합병증으로 해면정맥동혈전증이 발생하였고, 이에 동반된 패혈증이 조절되지 않아 사망한 경우이다. 일반 안과 전문의는 경험하기 힘든 증례이며, 안와봉와직염에서 혈전으로 인한 패혈증의 진행 가능성에 대해서는 의심하고 접근하지 않으면 예측하기 힘들다.

나. 안와봉와직염

1) 안와봉와직염은 안와조직의 염증으로 여러 종류의 세균, 바이러스, 진균 등에 의해 생기며, 부비동염에서 퍼져 오는 경우가 제일 많고, 피부에 생긴 염증, 외상, 충치 등에서 세균이 전파되어 발생할 수 있다. 임상증상은 안검이 붓고 빨갛게 되며, 시력상실, 발열, 안 구돌출, 눈운동장애, 동통, 결막부종 등이 있고, 해면동으로 퍼져 해면동혈전증이 되면 두 통, 구토, 의식상실 등이 나타나며 사망할 수도 있는 중증 질병이다. 2) 정상 백혈구 수치는 4,400-11,300/㎕(평균 7,800/㎕)이며, 백혈구 중 주로 세균감 염에 대한 방어를 담당하는 중성구가 1,000/㎕ 미만으로 감소되면 감염 위험이 현저히 높 아지고, 특히 중성구가 200/㎕ 미만으로 감소되면 염증반응 자체가 소실될 수 있다. 백혈구 수치가 정상보다 현저하게 적은 1,100/㎕라면 치료 방법은 추정 원인균 외에 패혈증을 함 께 고려하여 그람음성균을 방어할 수 있는 광범위한 항생제의 투여용량을 증가시키고, 중성 구를 투여하기도 하며, 그 후 감염 원인균을 찾기 위해 혈액 또는 결막에서 검체를 채취하여 세균배양검사, 적합한 항생제를 찾기 위해 항생제 감수성검사 등을 하여 감염된 세균을 찾고 적합한 항생제를 써야 한다.

다. 책임제한

1) 환자의 기왕증과 이미 피고 병원에 내원하였을 때 상태가 좋지 않았다는 점을 들어, 의사의 과실 책임비율을 40%로 제한하였다.

2) 의료행위의 경우, 치료방법과 선택에 대한 담당의사의 재량이 어느 정도 인정되고, 의사가 모든 결과를 예측하고 치료를 시행할 수는 없는 점 등을 고려했을 때 발생한 모든 손 해를 의사에게만 부담시키는 것은 의료행위의 특성, 위험성의 정도 등에 비추어 형평의 원 칙에 어긋나기 때문에 이와 같은 사정을 의사가 배상하여야 할 손해액을 산정함에 있어 참 작하는 것이 손해의 공평, 타당한 부담을 그 지도원리로 하는 손해배상제도의 이념에 부합 한다는 취지로 만들어진 개념이 책임제한이다.

3) 현재의 책임제한은 단순히 책임제한 사유만을 나열한 후 책임제한 비율을 '선고'하 는 형식으로 당사자들로 9-*/는 그 비율을 정하는 객관적 잣대를 알 수 없거나 추측이 불가능하여 그 설득력이 부족하다는 본질적인 문제점이 있다. 또한 판례상 책임제한 기준이 모호하여 환자의 체질적 소인이나 기왕증에도 불구하고 책임제한이 전혀 고려되지 않는 경우도 있고, 그 비율도 같은 수술에서도 사건마다 차이가 있다. 따라서 책임제한에 대한 객관적 기준 설정이 필요하다.

4) 의료소송은 '의학'이라는 전문분야의 특수성이 있으므로 법원이 심리함에 의학적 사실을 고려함은 물론이나, 책임제한을 정할 때 객관적·수학적으로 엄연한 의학적 사실을 참작하는 것이 필요하다. 의사는 다수의 환자에서 치료법을 적용하여 결과를 평가하고 그 누적된 증거에 따라 가장 효용성이 높은 치료법을 적용하므로(evidence-based medicine), 적절한 방법으로 연구했다고 인정되는, 평균적으로 기대되는 치료 효과나 합병증에 관한 확률적 정보가 존재한다. 이 비율을 근거로 책임제한을 정하는 것이 도움이 되겠다.

9. 같은 일이 다시 일어나지 않으려면

[표 8] 사례 3 사건의 원인분석

분석의 수준		조사결과
왜 일어났는가?	전체 과정에서 그 단계는 무엇인가?	진단 및 치료 단계
가장 근접한 요인은 무엇이었는가?	어떤 인적 요인이 결과에 관련이 있는가	● 환자 측 - 질병이 급격한 경과를 나타냄 - 면역상태가 저하되어 있을 가능성 존재 ● 의료인 측 - 안과의사의 내과적 지식 부족, 자문 구하지 않음 - 드문 원인균에 대한 감별 진단 과정 결여 - 혈액검사 결과에 대한 평가를 소홀히 함
	시스템은 어떻게 결과에 영향을 끼쳤는가?	- 1 명의 의료진에게 할당된 환자의 수가 많았을 가능성 존재 - 의료진간 의사소통의 경직 가능성 (내과 등

타과와의 협진이 원할하지 않았을 가능성)

재발 방지를 위한 사항

(1) 의료인의 행위에 대한 검토사항

2·3 차 의료기관에서 근무하는 전공의는 공식적으로 수련의사로서 아직 배우는 과정 중에 있는 의사이다. 경험이나 술기에서 전문의에 비해 부족할 여지가 많기 때문에 진료 중 확실하지 않은 것에 대해서는 관련 서적을 찾아보거나 상급 전공의 혹은 지도교수에게 자문을 구하도록 해야 한다. 또한 정기적으로 학술대회나 연수강좌에 참석하여 최신 지견을 꾸준히 접하도록 해야 하고 그를 통해 기본적인 의사의 능력 부족으로 진단과 치료가 지연되어 의료사고가 발생하지 않도록 해야 한다.[22]

(2) 의료기관의 운영체제에 관한 검토사항

병원 내 의료진 간 협력 강화

1) 판례에 제공된 제한적인 정보로 살펴보면 안과에서 내과에 자문을 구하지 않은 것으로 판단된다. 여러 진료과목이 함께 있는 2·3 차 의료기관에서는 환자가 호소하는 증상이나 부위에 따라 협의진료가 이루어지기도 한다. 환자 상태와 질병 종류에 따라 야간이나 주말 등의 공휴일에도 응급으로 검사나 처치가 필요하기도 하고 이런 행위가 타 진료과목의 도움을 요하는 경우도 있다. 위 판례처럼 안과 의사가 다루는 범위를 넘어서는 전신 상태에 대한 검사 해석은 내과 전문의에게 자문을 구하는 것이 환자와 의사 모두에게 도움이 된다.

2) 대학병원의 경우, 당직 시간에 타과 환자에서 내과 문제가 발생하면 상의할 수 있는 당직의가 지정되어 있다. 전신기저질환이 있는 환자나, 갑자기 발생하는 문제에 전문적인 치료 및 환자에게 필요한 검사 및 처치를 누락 없이 시행할 수 있는 병원 내 협력체계를 구축하는 것으로 의료과오를 막는 예방책이 된다.

[22] 류동훈. 산부인과 의료소송 판결상 책임제한 비율에 관한 연구: 한 의료소송 전문 법률 사무소의 최근 20 년여간의 분만사고 사례를 중심으로. 고려대학교 2014 2. 유현정 외 3. 2011 년 주요 의료 판결 분석. 의료법학 제 13 권 제 1 호, 2012

3) 타과와 협진 시 지체됨 없이 협진을 의뢰한다. 진료과에서 협진 응답을 빨리 확인할 수 있도록 협진 완료시 담당 주치의에게 협진 완료 문자 메시지를 전송하고 모바일 기기를 통한 처방전달시스템 및 전자의무기록 접속을 용이하게 하는 등의 지원이 필요하다.

(3) 학회 차원의 검토사항

환자와 관련된 진료과목의 의사들이 의견을 교환할 수 있도록 정기적인 학술회의를 마련하고 의사와 간호사처럼 환자 치료에 직접 동참하는 의료진 간 원활한 의사소통이 가능한 분위기 조성이 필요하다.

(4) 국가·지방자치체 차원의 검토사항

의료진들의 역량이 유지되도록 연간 일정 점수 이상의 연수평점 획득을 의무화 한다.

다. 사례 4 (사시 소아안과)

1. 사건번호

2004 가합 11300 판결

2007 나 5303 판결

2. 소송 결과

가. 1 심: 원고 일부 승

나. 2 심: 원고 일부 승(책임제한 40%)

3. 원고와 피고

가. 원고: 2 세 환아, 아버지, 어머니, 누나

나. 피고: A 개인의원 의사 1, 2 와 경영자(의사 3), B 대학병원

4. 사건 요약

가. 2 세 남아가 좌안이 충혈되고 햇빛에 나가면 눈을 찡그려서 A 안과의원에 갔다. 의사 1 이 손전등(pen light)으로 검사하고 급성결막염으로 진단하고 안약을 처방하였다.

나. 지시대로 안약을 넣고 다시 가 의사 2 가 손전등으로 보고 결막염이 완치되었다고 하였다.

다. 동일 증상이 계속되어 3 달 후 C 종합병원에서 좌안 포도막염, 각막부종, 안구위축으로 전원을 권유하여,

라. 같은 날 B 대학병원에서 좌안 동공이 작고, 항상외사시, 동공후유착, 선천 혹은 이차 백내장, 포도막염이 의심된다고 들었다. 수정체가 혼탁하여 망막이 보이지 않아 진정제를 2 회 투여 후 안구 초음파검사를 시도했으나, 환아가 깨서 검사를 못했다. 7 일 후 안구 초음파검사를 하여 좌안 전체 망막박리가 의심되며, 망막박리의 정확한 상태와 다른 질환 여부를 확인하기 위하여 백내장 수술 후 다시 망막을 검사하기로 하였다.

마. 8 일 후 B 대학병원에서 백내장제거술, 망막유착 분리와 막제거술, 후낭절제술, 앞유리체절제술을 하였고, 전체 망막박리, 말기 증식유리체망막병증으로 시력회복이 불가능하다고 판단하였고,

바. 3 달 후 D 대학병원에서 유리체절제술, 망막절제술 및 안구 내 레이저, 실리콘기름충전술을 받았고, 이후 좌안 최대교정시력은 광각 무(빛도 보지 못함)이다.

5. 원고와 피고의 주장

가. 원고의 주장

1) 의사 1, 2 는 좌안이 충혈되고, 빛에 민감하며, 우안에 비하여 작은 등, 포도막염의 전형적인 증상이 있으므로 정확한 진단을 위해 검사했어야 하나 손전등으로 비춰보고, 급성 결막염으로 오진하였고, 진료 종료 후 요양방법에 대한 설명을 안 해 실명에 이르게 하였으므로 의사 1, 2 와 사용자인 의사 3 은 손해를 배상해야 한다.

2) B 대학병원은 백내장이 심각하다고 진단하고도 응급수술을 하지 않고 15 일 후 백내 장 수술을 하여 상태를 더 악화시켰고, 포도막염이 방치되어 생긴 백내장을 선천백내장으로 오진하였으며, 수술 이후 좌안이 빛을 보는데도 실명하였다고 잘못 진단하여 백내장 수술 3 개월 후에야 시력회복을 위한 수술을 받게 되어 조기에 적절한 수술을 받아 시력을 회복할 수 있는 기회를 놓치게 하였고, 추가적인 망막 수술이 필요하다는 설명을 하지 아니한 잘못이 있으므로 B 대학병원은 손해를 배상하여야 한다.

나. 피고의 주장

1) 의사 1-3 의 주장 실명 원인은 포도막염으로 인한 망막박리가 아니라 선천질환인 일차유리체증식증으로 인한 망막박리이므로 진료 상 과실이나 설명의무 위반이 없고, 설사 포도막염으로 인한 망막박리가 실명 원인이더라도 진료 당시 포도막염이 없었으며, 진료 후 발생한 것이다.

2) B 대학병원의 주장 수면유도약물의 부작용을 우려하여 필요한 검사를 하지 못해 백내장수술이 늦어졌고, 유아 백내장을 흔히 선천백내장이라고 하므로 그리 적었을 뿐 선천으로 진단한 바 없다. 내원 당시 이미 증식유리체망막병증 말기로 시력회복 가능성이 없었고, 보호자에게 안구위축을 막기 위해 추가 수술이 필요하다고 설명한 바 있다.

6. 사건의 쟁점

가. 실명에 이르게 된 원인이 포도막염인지 일차유리체증식증인가? 일차유리체증식증의 증상으로 동공후유착이 발생할 수 있으며, 2 세 아동에서 내인성 포도막염이 발생한 사례가 거의 없고, 포도막염이 장기간 지속되면 저안압으로 0 ㎜ Hg 에 가깝게 측정되는데, 당시 좌안 안압이 16 ㎜ Hg 이므로 질병으로 인한 안구위축이 아닌 선천 소안구증으로 보이며, 포도막염이 있었다면 망막박리가 완치되더라도 포도막염 염증치료를 받는데 B, D 대학병원에서 염증치료를 받은 바 없는 것으로 보아 실명원인은 포도막염이기보다 일차유리체증식증으로 인한 증식망막박리가 진행되었기 때문인 것으로 봄이 상당하다.

나. 의사 1, 2 가 진료하면서 오진한 잘못이 있는가? 의사 1, 2 의 진료 당시 사시, 백내장, 소안구증이 있었을 것이므로 면밀히 살펴 발견 했어야 하고, 그런 증상을 보이는 질병을 의심하여, 힘들더라도 수면제 투입 후 세극등검사 등으로 검사하거나 다른 병원에 전원하는 등의 조치를 취하였어야 할 것임에도 관찰을 소홀 히 하여 이상을 발견하지 못하고 단순 결막염으로 진단한 잘못이 있다. 또한 일차유리체증식증 치료는 초기에 받을수록 예후가 좋으며 당시 일차유리체증식증으로 인한 증식망막박리가 진행되고 있었을 것임에도 발견하지 못한 점에 비춰볼 때, 증식망막 박리가 향후 치료가 불가능할 정도로 심한 상태까지 진행된 정도는 아니었다고 봄이 상당하므로 진단 상 잘못으로 일차유리체증식증을 조기에 치료받을 기회를 놓치게 되었다고 할 것이다. 그러나 일차유리체증식증은 선천 요인으로 발생하는 질병이고, 초기 치료했더라도 항상 시력을 회복하는 것은 아니며, 진료 당시 만 2 세이던 원고가 진료행위에 협조하지 아니하여 정확한 진단을 내리기 어려웠을 점 등의 사정이 인정되는바 책임을 40%로 제한한다.

다. B 대학병원에서 백내장 수술을 지연하였고, 선천백내장으로 오진하였으며, 시신경이 남아 있는데도 오진하였고, 안구위축을 막기 위한 수술이 필요하다는 설명을 하지 않은 잘못이 있는가? 백내장 수술을 지연한 과실 수면유도약물을 반복 복용하면 호흡부전이 생길 수 있어 검사를 미뤘고, 이에 따라 전 원 당일에 수술이 실시되지 못한 것이라는 경위에 비추어 볼 때, 전원 당일에 수술을 실시하지 아니한 것을 피고 병원의 의료진의 잘못이라고 할 수 없다. 또한 피고 병원에서 백내장 수술을 받은 후 시신경이 살아 있어 수술로 시력회복이 가능하였다는 원고 주장을 인정할 증거가 없을 뿐 아니라, 안구 초음파검사에서 증식유리체망막병증 말기에 해당하여 시력회복이 거의 불가능하였던 점, D 대학병원에서도 초진시 시력이 상실되었다고 보았고, 좌안 시신경이 거의 죽어 시력 회복은 기대하기 힘들고, 안구 보존이 더 큰 목적임을 설명한 것으로 보이는 점, 수술 후 시력이 회복되지 아니한 점, 수술 시기가 백내장 수술 3 개월 후로서 B 대학병원에서 동일한 수술을 받았더라도 결과가 달라졌다고 단정하기 어려운 점 등으로, 진료 당시 좌안 시력을 회복하는 것이 불가능하였을 것이다.

7. 손해배상의 범위

가. 일실수입: 당시 2 세 7 일의 남아로 기대여명은 71.31 년, 군복무 종료 시점부터 60 세까지 매월 22 일씩 도시일용노동에 종사하는 보통인부 임금 55,252 원을 적용하고, 좌안 실명으로

32%의 노동능력을 영구히 상실하여 총 55,252 원 × 22 일 × 32% × 456 개월 = 62,391,792 원

나. 재산상 손해 1) 기왕 치료비: 3,521,735 원 2) 보조구 구입비: 1.5 년마다 50 만원의 의안 구입비 9,278,550 원

다. 위자료: 환아 1,000 만원, 부모 각 300 만원, 누나 100 만원

라. 의사 1-3 의 책임비율은 40%로서 각자 환아 34,956,716 원, 아버지 8,120,114 원, 어머니 300 만원, 누나에게 100 만원과 지연손해금을 지급하며, B 대학병원에 대한 항소는 기각한다.

8. 사건의 해석

가. 이 사건은 일차유리체증식증(persistent hyperplastic primary vitreous)이 있던 2 세 남아가 충혈과 눈부심을 주소로 개인안과에 갔으나 발견되지 못하였고 3 달 후 대학병원에서 검진 15 일 후 수술을 받았으나 시력을 회복하지 못하여 개인안과는 진단 오류와 설명의무 위반, 대학병원은 수술 오류와 설명의무 위반으로 소송을 당한 경우이다. 결론으로 개인안과에서 예상 일실수입, 치료비, 위자료를 물어주었다.

나. 일차유리체증식증이란 매우 드문 선천질환으로서 눈이 만들어질 때 일차유리체가 생기고 출생 시 퇴화되어 유리체가 되어야 하는데, 태아 시절 일차유리체 퇴화가 불완전하여 계속 증식해 생긴다. 대개 정상 임신 주수와 정상 출생 체중의, 산소요법을 받지 않고 포도막염 병력이나 가족력이 없는 정상 어린이의 한 눈에서 나타난다. 증상으로는 백색동공, 눈못맞춤, 사시, 소안구 등이 있고, 안과소견으로는 백내장, 수정체뒤혈관섬유막, 소안구증, 사시, 유리체출혈, 얕은 전방, 연장된 섬모체 돌기, 수정체 후방의 조직, 녹내장, 망막 주름, 견인망막박리, 시신경저형성, 황반부저형성 등이 있다. 드물게 포도막염이 동반될 수 있다. 위치에 따라 전부형(anterior type), 후부형(posterior type), 전부형과 후부형이 혼합된 혼합형(combined type)으로 나누는데 환아는 초음파소견과 수술소견으로 혼합형으로 분류될 수 있다. 혼합형은 망막과 수정체가 모두 침범되는 가장 심한 경우로서 시력 예후가 매우 불량하다. 치료하지 않고 두면 반복적으로 유리체출혈이나 이차 녹내장이 생길 수 있다.

다. 실명에 이르게 된 원인은 포도막염이 아니고 일차유리체증식증이다. 만일 포도막염으로 이렇게 수정체부터 망막까지 모두 붙어버리는 전체망막박리가 생긴다면 매우 심한 충혈과 더불어 통증이 있었을 것이며, 반대편 눈을 깨끗하고 한 눈에서만 이렇게 심한 포도막염이

발생하는 경우는 없고, 이 나이에서 전신 질환이 없는데 이렇게 포도막염이 있는 경우는 보고된 바가 없으며, 모든 소견이 일차유리체증식증에 합당하다.

9. 같은 일이 다시 일어나지 않으려면

[표 9] 사례 4 사건의 원인분석

분석의 수준		조사결과
왜 일어났는가?	전체 과정에서 그 단계는 무엇인가?	진단 단계
가장 근접한 요인은 무엇이었는가?	어떤 인적 요인이 결과에 관련이 있는가	● 환자 측 - 소아의 검사 협조도 저하 ● 의료인 측 - 다른 질환에 대한 감별 진단 과정 결여
	시스템은 어떻게 결과에 영향을 끼쳤는가?	- 1 차 진료 기관에서 수면마취를 통한 면밀한 검사가 이루어지기 어려움 - 진료 시간이 짧고 충분한 문진과 안과검진을 시행할 시간이 부족함

재발 방지를 위한 사항

(1) 의료인의 행위에 대한 검토사항

진단 과오를 막으려면, 어린이는 이상이 있어도 이를 표현하지 못하며, 의사가 물어봐도 제대로 대답할 수 없고, 검사에 협조도 안 되어 진단의 3 중고를 가졌다고 할 수 있다. 그러므로 오진 가능성이 어른에 비해 훨씬 높다. 이상적으로는, 첫째, 처음 온 모든 어린이에서 시력검사를 비롯한 모든 검사를 기본적으로 하고, 둘째, 이런 검사를 할 수 없는 상황이라면 어린이의 경우 기본검사가 어려움을 설명하고 검사가 가능한 병원에서 진료를 받도록 권유하고, 설명하고 권유한 사실을 의무기록에 기재한다. 셋째, 이상이 없더라도 어린이는 이상이 생겨도 이야기하지 못하고, 굴절상태 등이 계속 바뀌므로 정기검진을 권유하는 것이 안전하겠다. 또한 어린이는 본인 상태에 대한 정확한 표현이 불가능하기 때문에 오랜 시간 환아와 함께 하는 보호자 말을 경청해야 한다.

개인안과에서 짧은 시간에 비교적 용이하게 어린이를 검사할 수 있는 현실적인 방법으로는,

가) 항상 시력을 확인한다. 숫자나 그림을 알고 이야기하는 모든 어린이는 시력을 재고 그것이 안 된다면 보호자의 무릎에 어린이를 앉히고, 보호자가 아이의 한 눈씩 확실히 가리게 하고, 가까이에서 장난감을 보여주면서 주시를 하는지 확인하고, 주시를 한다면 장난감을 움직이면서 따라보는지 확 인한다. 이 어린이는 좌안 시력이 매우 나쁘므로 우안을 가리고 좌안으로 보도록 하면 안 보이므로 고개를 흔들거나 짜증을 냈을 것이다. 이렇게 “주시와 따라보기”로 확인하는 방법은 짧은 시간에 장난감만 있다면 가능하다. 단 근시가 심해도 근거리 물체를 어느 정도 주시하고 따라 보므로, 양안근시 정도가 많이 다른 부등근시로 인한 약시를 간과할 수 있고, 보호 자가 제대로 가리지 못하는 경우가 있어 주의해야 한다.

나) 망막의 적색반사(red reflex)를 확인한다. 적색반사는 불을 끄고 1 미터 정도 떨어진 곳에서 직상검안경의 숫자를 0 으로 맞추고 불을 가장 크게 해서 두 눈을 비춰서 두 눈의 적색반사가 전체적으로 모두 밝은지 양안 이 대칭적인지 본다. 또 다른 방법으로는 망막검영기(retinoscope)로 각각의 눈을 비춰보 면 심한 굴절이상, 백내장 같은 매체혼탁을 확인할 수 있다. 어린이 백내장은 층판(lamellar cataract)인 경우가 많아 백내장이 전체적으로 균일하여 세극등보다 망막검영기에서 더 뚜렷할 수 있다.

(2) 의료기관의 운영체제에 관한 검토사항

기본검사 중 조절마비굴절검사나 안저검사는 밝은 불빛과 렌즈를 눈 앞에 대는 동안 눈을 움직이지 않아야 하는데 협조하는 어린이는 매우 적고, 나머지는 수면제를 먹여서 보거나, 억지로 붙잡고 볼 수밖에 없다. 1 차 의료기관에서 오는 모든 어린이에서 수면제를 먹여서 기본검사를 한다는 것은 불가능하고, 부모도 수면제까지 먹이는 상황에 동의하지 않을 것이다. 또한 수면제를 먹여도 잘 자지 않는 경우도 많고, 매우 드물기는 하지만 호흡이 어려워지는 등의 합병증이 생기면 생명의 안전을 위협받을 수 있으므로, 현실적으로 1 차 의료기관에서는 어렵다. 1 차 의료기관에서 검진에 제한이 있는 경우 보호자에게 추가 검진의 필요성을 설명하고 수면제를 먹고 잠을 깰 때까지 안전하게 환자를 모니터링할 수 있는 시스템을 갖춘 의료기관을 방문하도록 권유하는 것이 안전할 것이다.

(3) 학회 차원의 검토사항

학회 차원에서 소아가 호소하거나 보호자가 관찰한 증상에 따라 의심해봐야 하는 안과 질환을 교육 자료로 만들어 병원이나 약국 등에 배포한다.

어린이 검사와 시술 중 안전한 마취를 위한 노력 협조가 되지 않는 소아에서 시간이 소요되는 검사나 특정 시술이 필요한 경우 정확하고 안전한 검사 및 시술을 위해 수면마취가 필요하다. 대부분 수면제를 적정량 복용하면 잠이 들어 검사할 수 있지만 간혹 예상치 못한 이상반응이 있기도 하고 일반적 용량에 잠들지 않아 여러 약물이나 적정 용량 이상의 수면제를 써야 될 수 있다. 이 때 수면마취와 관련된 이상반응이 발생하면 그에 대한 책임은 약물을 처방한 의사에게 있다. 안전한 소아수면을 위해 소아청소년과, 마취과, 영상의학과에서 소아 수면마취와 관련된 가이드라인을 제시하고 지원받도록 노력하는 것이 필요하다.

(4) 국가·지방자치체 차원의 검토사항

충분한 진료시간을 확보하고 정상적인 진료를 할 수 있는 여건을 마련해야 한다. 현재와 같은 진료 환경은 오진이 발생할 수 밖에 없고 이를 위해서는 수가 개선 등을 통해 의사들이 다수의 환자를 보지 않더라도 생계에 지장이 없도록 해야 한다.

Abstract

Identifying Causes of Ophthalmologic Malpractice and Developing Measures to Prevent Recurrence through an Analysis of Court Decisions on Medical Disputes in Ophthalmology

Yung Ju Yoo
Department of Ophthalmology
College of Medicine
The Graduate School
Seoul National University

Purpose: The purpose of this study is to analyze the characteristics of defendants, the judgment of the court, and the actual amount of compensation to identify leading causes of medical disputes through an analysis of court decisions on such disputes and to suggest a solution to prevent the recurrence of malpractice which led to disputes.

Methods: Retrospective analyses of ophthalmic claims obtained from websites between 1989 and 2014 were performed. A quantitative analysis was conducted in all 44 cases in the field of ophthalmogly. Among 44 cases, 4 cases were selected for qualitative analysis.

Results: Among 44 cases, 30 cases had partially in favor of plaintiffs and 14 cases had farewell and revocation by the plaintiffs dismissed. Regarding a type of hospital, the private clinics accounted for 22 claims, the tertiary referral hospitals took 16 claims, and the secondary hospitals took 6 claims. The judgment amount of overall lawsuit was ₩1,722,862,327 and average amount was ₩7,128,744.2 (₩5,000,000–₩455,869,936). The consolation money for emotional distress due to violation of liability for explanation took large proportion of compensation, accounting for 62% of total payment. The subspecialty most likely to be appealed to a higher court was oculoplasty (75%). The mismanagement of

tests and diagnosis had 7 cases (46.7%), mismanagement of treatment had 6 cases (40%), mismanagement of anesthesia and recovery had 1 case (6.7%).

The following are considerations based on the qualitative analysis results and measures to prevent recurrence. For medical practitioners, they should strengthen education for patients' guardians about diseases and collaborative relationships should be strengthened among medical staff in each hospital. For primary health care, they should consider transferring patients to higher-level facilities when patient's status exceeds their capacity. Considering the operating systems of medical facilities, doctors and specialized nurses should be hired to improve the quality of care and ensure the safety of patients. In addition, medical facilities within the same region should develop a collaborative system to ensure smooth transfer between facilities for testing and treatment purpose. To prevent injection errors, prescription examination systems should be improved and emergency training in wards should be regularly provided. Standard guidelines for medical examinations for diseases with the high occurrence of medical malpractice should be developed and distributed by the medical societies and functional groups. Examples of medical malpractice should be shared through periodic academic seminars and preventive measures should be discussed and educational materials for patients' guardians should be produced and distributed. Finally, medical fees should be improved to provide appropriate care.

Conclusions: Among all claims, the violation of liability for explanation and negligence in act of diagnosis and treatment took large part of the reason of payment. Recognizing these results will help to promote the patient safety and reduce the repeated medical disputes. The ultimate aim of the analysis of decisions on ophthalmologic dispute is to prevent medical malpractice by correcting the causes of malpractice. Further research should be conducted in connection with medical disputes in ophthalmology, and further efforts need to be made to build an organized and safe care system from the level of individual medical staff to the national level.

Key words: ophthalmology, medical litigation, medical malpractice, liability for explanation

Student number: 2015-22005