

의료오류 밝힘 프로그램에 관한  
질적 연구

A Qualitative Study on Medical Error  
Disclosure Program in Korea

연세대학교 대학원  
보건행정학과  
한혜정

의료오류 밝힘 프로그램에 관한  
질적 연구

A Qualitative Study on Medical Error  
Disclosure Program in Korea

지도 서 영 준 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2012년 12월 일

연세대학교 대학원

보건행정학과

한 혜 정

한혜정의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 서영근 

심사위원 이해종 

심사위원 이광수 

연세대학교 대학원

2012년 12월

## 감사의 글

3 학기 동안의 대학원 생활을 통해 제가 배운 점은 아직도 채워나가야 할 부족함이 참으로 많다는 것입니다. 너무나도 부족한 것이 많은 저이지만, 주위의 감사한 분들의 따뜻한 도움 덕분에 제 앞에 닥친 난관을 이겨낼 수 있었습니다.

지칠 때 마다 힘을 주신 이해종 교수님, 항상 해맑은 웃음으로 반겨주시며 지지해주신 이광수 교수님, 하이파이브로 용기를 주신 존경하는 이규식 교수님, 학과의 발전을 위해 힘써주시는 남은우 교수님, 따뜻함이 느껴지는 정형선 교수님, 앞서나가는 진기남 교수님께 감사의 말씀을 드리고 싶습니다. 그리고 논문을 지도해 주신 서영준 교수님, 스승과 제자의 연으로 학업뿐 아니라 세상을 바라보는 저만의 눈을 갖게 해주신 점 진심으로 감사드립니다.

미소천사 김성호 선생님과 김장목 선생님, 맛 집 탐방 친구이자 퇴근길을 지켜준 경준이, 뽕뽕 터지는 효중이, 희로애락을 함께한 신희언니, 소녀 같은 슬기언니, 알고 보니 매력쟁이 대봉오빠, 애교만점 은영이, 계속 예뻐지는 솔지, 이쁜 아침 인사로 연구실을 밝혀주는 은비, 좀 더 탐색해 봐야할 친구 란이, 최강 동안 정승원 선생님, 요리 짱 이노우에 선생님, 크고 작은 일을 함께 해온 6년 우정 성완이, 그리고 많은 힘이 되어준 우리 수고요까지 이 기회를 빌어 감사의 말을 전합니다.

2007년부터 부족한 저를 누나, 언니로 따라줬던 우리 07학번 귀요미들, 오갈데 없는 저를 받아주고 보듬어 준 한결같은 연세대학교 스쿼시 동아리 티즌 친구들, 저의 부족함을 일깨워주고, 전문 지식 뿐 아니라 소중한 인연까지 안겨준 연세대학교 전략동아리 YSA 여러분들 고맙습니다.

소울 메이트 토끼, 우리 귀요미 큐티, 정말정말 소중한 내 룸메이트 유선이, 해리미, 슬비, 도도한 매력쟁이들 찡찡이, 꼬꼬, 동동이, 직직이, 누구보다도 힘이 되어준 우리 경진이, 아낌없이 사랑으로 지원해주고, 아껴주신 세상에서 하나밖에 없는 엄마 윤순이 여사님, 감사하고 또 감사하고, 그리고 사랑합니다.

그리고 논문에 대한 영감을 주고, 지원해주신 University of Michigan Health System의 Kelly Saran, 저의 논문을 위해서 아낌없이 지원해 주신 권순창 선생님, 김주나 선생님, 조성만 선생님, 김상미 선생님, 김정덕 선생님, 의료사고와 분쟁이라는 민감한 부분이지만 기꺼이 인터뷰에 응해주시고 귀한 답변을 해주신 모든 의료관계자 분들께도 감사의 말씀을 전하고 싶습니다.

연구를 진행하는 동안 의료과오의 진실 밝힘이 우리 사회가 나아가야 할 방향이라는 것에는 동의하셨지만, 그 실행은 다소 어려울 것이라는 부정적인 의견이 많았습니다. 하지만 100년 전 무수한 노력을 통해 여성의 투표권이 일반화 된 것과 같이 우리 모두가 함께 만들어 나갈 수 있으리라 믿어 의심치 않습니다. 의료사고와 분쟁으로 고통 받는 환자와 의료관계자가 훨씬 적은 아름다운 미래를 꿈꾸며 글을 마칩니다.

# 차 례

표 차례 .....	iii
그림 차례 .....	iv
국문 요약 .....	v
<b>I. 서론 .....</b>	<b>1</b>
1. 문제의 제기 .....	1
2. 연구목적 .....	5
<b>II. 이론적 배경 .....</b>	<b>6</b>
1. 진실밝힘 프로그램의 개념 .....	6
1.1 진실밝힘 프로그램의 개요 .....	6
1.2 미시건 대학병원의 사례 .....	8
2. 진실밝힘 프로그램의 중요성 .....	11
2.1 윤리적 측면 .....	11
2.2 사실적 측면 .....	12
<b>III. 연구방법 .....</b>	<b>14</b>
1. 국내의 문헌고찰 .....	14
2. 심층 면접 조사 .....	14
2.1. 연구대상 .....	15
2.2. 조사내용 .....	16
2.3. 조사방법 .....	17

<b>IV. 연구결과</b>	<b>18</b>
1. 선진국의 진실밝힘 프로그램 기준	18
1.1 의료오류 밝힘 정책의 기본 원칙과 과정	19
1.2 미국	21
1.3 캐나다	22
1.4 호주	24
1.5 소결	27
2. 면담조사 결과	28
2.1. 현 의료분쟁 해결 현황	28
2.2. 의료오류 밝힘 프로그램 도입의 장애요인	32
2.3. 의료오류 밝힘 프로그램에 대한 기대 효과	42
<b>V. 고찰 및 결론</b>	<b>45</b>
1. 선진국의 기준과 국내의 상황의 비교	45
2. 의료오류 밝힘 프로그램 실행 시 단계별 조치사항	50
3. 결론	54
참고문헌	57
Abstract	63

## 표 차례

<표 1> 면담 대상자와 조사내용 .....	16
<표 2> 사건의 심각성과 대응 수준평가 도구 .....	25
<표 3> 선진국과 국내의 의료오류 밝힘 관련 사항 비교 .....	49
<표 4> 의료오류 밝힘 프로그램의 단계별 업무와 주요내용 .....	52

## 그림 차례

[그림 1] 미시건 대학교 병원의 의료오류 밝힘 프로그램 도입의 효과 .....	10
[그림 2] 의료오류 진실밝힘의 과정 .....	20
[그림 3] 국내 의료기관의 의료분쟁 해결과정 .....	30

## 국문요약

### 의료오류 밝힘 프로그램에 관한 질적 연구

본 연구는 한국에서 의료오류 밝힘 프로그램을 도입하는 데 있어 장애요인과 프로그램 도입 시 필요한 제도적·정책적 방안을 제시하는데 목적이 있다.

관련자료 수집을 위해 국·내외의 의료오류 밝힘에 대한 문헌고찰과 미국, 캐나다, 호주의 기준을 검토하고, 국내의 장애요인 파악을 위해서 4개 병원에서 근무하고 있는 의사, 간호사, QA 담당자, 고위 행정자, 법무 담당자 등 총 14명을 대상으로 의료사고 처리 과정과 의료오류 밝힘 프로그램에 대한 태도 등에 관해 심층면접을 실시하였다.

의료오류 밝힘 프로그램에 관한 선진국의 기준을 보면 공통적으로 환자과 보호자, 그리고 의료진에 대한 지원과 열린 의사소통, 그리고 진솔한 사과를 주요 구성요소로, 환자안전의 증진과 환자과의 관계 개선을 궁극적인 목표로 삼고 있었다.

심층면담 결과, 국내 의료기관들이 의료분쟁을 해결하는데 있어 그 형식이나 절차는 진실밝힘 프로그램과 유사한 형태를 가지고 있지만, 접근 방법과 내부 문화, 그리고 사과의 부분에서는 선진국과 다른 것으로 나타났다. 비난과 귀책의 문화, 의사와 병원에 부정적인 사회적 인식, 법적인 책임, 실효성 있는 책임보험의 부재, 경영진과 의사들의 관심과 지원 부재, 환자과의 관계, 비난에 대한 의사들의 두려움 등이 의료오류 밝힘 프로그램의 도입에 장애요인으로 언급되었다.

결론적으로 의료오류 프로그램 도입을 통해 환자안전을 증진하고 환자과의 관계를 개선하기 위해서는 첫째, 정부가 적극적으로 나서 의료오류 진실 밝힘에 대한 연구 활동과 표준을 제시할 필요가 있고, 둘째, 의료제공자가 표명하는 유감의 표현을 보호할 수 있는 법을 제정하여 의료기관이 자발적으로 의료과오를 공개하는데 심리적인 부담을 줄여 주어야 하며, 셋째, 환자들에게 적절한 보상을 보장할 수 있도록 의료기관과 의사들 대상의 실효성 있는 배상책임보험을 활성화하기 위한 방안이 필요하다.

더불어 의료기관의 관계자들은 과거의 비난과 귀책문화가 아닌 시스템 접근의 환자안전 문화 형성을 위해 노력해야 하며, 의료분쟁에 있어 환자 뿐 아니라 의료인들도 지원해 줄 수 있는 기관 내부의 제도적 장치가 필요하다.

---

핵심이 되는 말: 의료오류, 진실 말하기, 사과, 장애요인, 기준

# I. 서론

## 1. 문제의 제기

‘First, do no harm.’ 히포크라테스 선서의 첫 마디가 무색해질 정도로 최근 의료사고, 의료소송에 대한 소식을 접하는 횟수가 증가하고 그 빈도 역시 잦아졌다. 뉴스와 같은 보도 매체 뿐 아니라 인터넷 게시판, 동영상, 블로그, 소셜 미디어를 통해서 의료피해자들의 증언과 도움을 요청을 찾아보기는 어려운 일이 아니다. 각종 미디어의 발달로 피해자들의 목소리를 보도하는 방법과 수단이 증가했다는 점을 감안하더라도, 이의 증가는 폭발적이며, 그 심각성과 파급력으로 인해 주요 사회 이슈로 자리 잡게 되었다.

의료사고의 피해자들은 병원의 의료과실을 주장하며 병원 측의 해명과 사과를 요구하지만 돌아오는 것은 ‘불가항력적인 사고’라는 변명과 책임회피일뿐이라고 주장한다. 설사 의료소송을 진행하더라도 승소할 가능성이 희박한, 계란으로 바위를 치는 격이라며 피해자는 있지만 가해자가 없는 상황이라고 말한다(의료사고 피해자 시민연대, 2009).

위험요소를 내포하는 의료행위의 본질적인 특성과 현대 의학의 한계, 그리고 개별 환자의 특이성 등으로 인해 의료사고가 발생하지 않는 것은 불가능하다. 병원계에서는 의료사고 발생을 최소화하기 위해 환자안전증진 활동에 최선을 다하고, 의료과실이 인정되는 경우 적절하게 보상을 하고 있으며, 불가항력적인 사건에 대해 의료사고를 주장하는 환자와 의견합치가 되지 않는 경우만 의료소송까지 이어진다고 주장하고 있다.

환자와 병원 간의 의견합치가 되지 않아 두 집단 간의 사회적 갈등으로 이어지자, 사법부에서 이의 해결을 위해 1989년부터 민사소송에서 의료분쟁을 다루기 시작했다. 의료분쟁 민사소송 본안은 1989년 69건에서 2011년 876건으로 급격한 증가세를 보이고, 20여 년 간의 누적 미제 건수는 1,277건에 육

박한다(대법원, 2012). 보건복지부에서도 의료심사조정위원회를 설치하여 양측 간의 합의를 위한 제도를 운영했지만 법적 구속력 등의 문제로 활성화 되지 못해 실효성이 없는 제도로 평가받았다(최정호, 2007).

2012년 4월, 의료사고의 신속하고 공정한 피해 구제 및 보건의료인의 안정적인 진료환경 조성을 목표로 한국의료분쟁조정중재원이 출범하였다(법제처, 2012; 류여해와 박영규, 2012). 의료사고와 분쟁으로 인해고통 받는 환자들의 늘어나고, 해결을 위한 법 제정을 요구하는 목소리가 높아지면서 2011년 4월에 [의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률]이 제정되었고, 이에 따라 한국의료분쟁조정중재원이 출범하게 되었다. 1998년 대한의사협회에서 의료분쟁조정에 관한 법률 제정 건의를 시작으로, 입증책임의 전환과 형사 처벌 특례 등에 대한 의견 합치를 이루지 못해 20년간 미루어져 오던 법안이 통과된 것이지만, 아직까지 안정화 되지 못해 곳곳에서 우려의 목소리를 표명하고 있다(김명덕, 2011).

대한의사협회에서는 의사공제회를 발족하여 의료분쟁 시 중재, 조정 기능과 보상에 있어서 보험의 성격으로 운영하고 있지만, 낮은 보상한도액과 가입률 등의 문제를 안고 있다. 민간보험사에서는 전문책임보험으로 의사배상책임보험을 재보험의 형태로 운영하고 있는데 손해율의 문제로 운영을 꺼려하며, 높은 보험료로 인해 의사들의 가입이 저조한 실정이다(전영주, 2010).

선진국 소송이라고 불리는 의료사고는 현재 국내에서 많은 문제를 발생시키고 있고, 미국 등의 서방 국가에서는 이런 문제들을 앞서 겪었다. 미국에서는 1960년대에 의사와 병원의 과실에 대한 의료소송이 증가하기 시작했고, 1985년에는 의사 100명당 의료소송 건수가 17.8건에 이르는 일명 의료사고의 위기를 겪기도 했다(Mohr, 2000). 의사와 병원의 책임배상보험료와 소송관련 비용, 보상비용 등의 급격한 상승을 해결하고자 주정부와 연방정부에서는 다양한 제도적 장치를 마련하기 위해 노력하였고, 병원과 의사협회 자체적으로도 다양한 방법을 시도해왔다(김용석과 전영주, 2005).

의료오류의 진실밝힘 프로그램은 이러한 과정에서 새로운 대안으로 주목받게 되었다. 의료오류의 진실밝힘(Disclosure of medical error)은 의료행위

중 발생하는 의료사고에 대해 의료기관이 자발적으로 원인을 규명하고, 환자와 보호자의 상실에 진심으로 유감을 표현하며, 과실이 인정되는 경우 적절한 보상을 제공하는 체계화된 시스템을 말한다(Karla, 2005; Springer 2005). 환자 안전을 궁극적인 목표로 안전관리와 연계되고, 환자와의 관계를 개선하며, 더불어 의료진들이 의료행위를 하는데 있어 보다 안전한 환경을 조성하는데도 도움을 준다.

미국의 렉싱턴 재향군인 병원은 의료과오를 전혀 알아차리지 못하고 있던 환자의 가족들에게 했던 양심적 고백을 통해 솔직함과 진심어린 사과의 위력을 깨닫게 되면서, 이를 계기로 진실밝힘을 체계화 하게 되었다. 이후 소송 건수와 소송 기간, 합의 비용, 소송비용 감소의 결과를 가져왔고, 현재 재향군인병원 전체가 이 프로그램을 도입하여 운영하고 있다(Clinton & Obama, 2006).

환자들은 사고 자체보다는 사고 발생 후 병원의 대응에 불만을 가지고 분쟁을 일으킨다(조항석, 1998). 물론의료 사고가 발생하지 않도록 하는 것이 가장 이상적이지만 이는 현실적인 상황과 의료의 특성상 불가능하다고 할 수 있다(IOM, 2001). 의료과오가 발생하지 않는다고 해도 의료사고는 발생할 수밖에 없고, 따라서 의료분쟁 역시 발생하게 된다. 의료소송으로 이어지는 사건을 합리적으로 해결하는 것도 좋지만, 이의 전 단계에서 분쟁으로 이어지지 않도록 환자와 병원이 합의점을 찾는 것이 경제적, 사회적 비용을 감안했을 때 더욱 중요하다. 국내에서도 의료분쟁이 급격하게 증가하고 있는데 반해 이를 해결할 제도적 장치는 아직까지 미흡한 상황에서 의료오류 밝힘 프로그램이 이의 해결책으로 작용할 수 있을 것이다.

국외에서는 이에 대한 연구가 시작된 지 오래 되었고, 국가적 차원에서 이를 장려하면서, 다양한 분야에서 질적, 양적인 연구가 활발히 진행되고 있다. 국내에서는 미시건 병원의 사례를 통한 개괄적인 소개(엄영란, 2005), 의료사고 후 환자와의 대화기술 등에 관해 연구된 바 있다(류화신, 2006). 그리고 정재승과 김호는 Sorry Works Coalition의 창립자인 Wojcieszak의 경험과 실제 사례를 소개했고, 이수현 외(2012)는 의료오류의 밝힘에 대한 의

학전문 대학원생과 인턴의 의식 및 태도를 비교연구 하였다. 이들 연구를 통해서 의료오류 밝힘 프로그램을 개괄적으로 이해할 수는 있지만, 도입하는데 있어서 발생할 수 있는 문제점이나 이를 실제로 의료기관에서 적용하기에는 한계가 있다.

따라서 본 연구에서는 의료오류 밝힘 프로그램에 관한 외국 문헌을 고찰하고, 미국, 캐나다, 호주의 표준을 비교하며, 국내에 프로그램을 도입하는데 있어 장애 요인을 밝히고, 활성화를 위한 제도적·정치적 방안을 제시하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 현재 사회적 문제가 되고 있는 의료분쟁에 대한 현황을 분석하고 하나의 해결책으로 진실밝힘 프로그램의 도입 방안을 제시해 보고자 하는데 그 목적이 있다.

구체적인 연구 내용은 다음과 같다.

첫째, 선진국의 의료오류 밝힘 프로그램의 실태를 파악한다.

둘째, 국내 의료기관들의 의료분쟁 처리과정을 파악한다.

셋째, 의료오류 밝힘 프로그램 도입 시 장애요인과 제도적 개선방안을 제시한다.

넷째, 의료오류 밝힘 프로그램 도입 시 단계별 조치사항을 제시한다.

## Ⅱ. 이론적 배경

### 1. 진실밝힘 프로그램의 개념

#### 1.1. 진실밝힘 프로그램의 개요

Mohr(2000)에 따르면 1980년대 미국은 의료소송의 위기라고 비유될 만큼 의료소송이 사회적인 문제로 떠올랐다. 의료사고 소송의 급격한 증가로 인해 병원, 의사들의 책임보험을 운영하던 보험회사들이 보험금 지급률과 그 금액의 상승으로 인해 손해율이 악화되자 보험회사들은 의사배상책임보험 인수를 제한하거나 거부하기도 했다. 배상책임보험을 인수한 회사들은 손해율이 더욱 악화되자 보험료는 큰 폭으로 상승하여 의사와 병원에 부담을 가중 시켰고, 급기야는 보험회사들이 보험인수를 정지하는 사태에까지 이르게 되었다(김용석과 전영주, 2005).

켄터키 주의 렉싱턴 재향군인병원 역시 1980년 초 두개의 소송에서 크게 패소하면서 경제적인 손실로 어려움을 겪고, 지역환자들의 신뢰마저 잃으면서 병원의 존재 이유와 운영 방식에 대한 회의를 느끼고 있었다(Kraman & Hamm, 1999). 그러던 중 어느 환자의 죽음에서 병원의 과실이 있다는 점과 환자의 가족들은 노화로 인한 자연사로 생각하고 있다는 것을 알게 되었다. 병원장과 변호사는 양심적으로 의료과실을 사실대로 밝히고 사과를 했는데, 우려했던 바와는 달리 보호자 측에서 사과를 수용하고, 비슷한 수준의 사고보다 훨씬 적은 보상금으로 단기간에 양측이 만족할 수 있는 합의점을 찾을 수 있었다.

소송의 나라인 미국에서, 잘못을 인정하고 사과하며 솔직하게 다가가는

접근법을 의료분쟁 해결의 새로운 대안으로 인식한 렉싱턴 재향군인병원은 1987년 이를 본격적으로 체계화하기 위해 진실밝힘 프로그램을 개설하였다. 진실밝힘 프로그램 운영 19년 후, 타 병원들의 건당 조정 비용 98,000달러의 1/6 정도의 금액인 평균 15,000 달러에 대부분의 분쟁이 해결되었고, 과거에는 분쟁 완결까지 2~4년이 걸렸던 것이 2~4개월로 감소하였다(Clinton & Obama, 2006). 그 이후 미국 보훈처는 2005년부터 산하의 모든 재향군인병원에 진실밝힘 프로그램을 실시하고 있다(정재승과 김호, 2011).

미국 내에서 본격적으로 진실밝힘 프로그램이 전파되기 시작한 것은 Sorry Works 운동 이후이다. Doug Wojcieszak은 형이 의료과오로 사망하는 사건을 겪으면서, 사실을 감추며 책임을 회피하고, 말을 바꾸는 등 신뢰를 무너뜨리는 병원의 태도에 회의를 느끼게 되었다. 의료소송관련 전문가로 일하고 있던 그는 의료사고의 피해자가 되면서 환자들이 정말로 원하는 것은 진실된 사과와 사건에 대한 해명, 재발 방지라는 것을 깨닫게 되었다. 이에 Sorry Works Coalition을 설립하여 의사, 변호사, 보험사, 환자 대변 조직들과 함께 의료 오류에 대한 진실밝힘과 사과를 장려하는 Sorry Works 운동을 통해 전국적으로 의료 분쟁 접근에 대한 변화의 움직임을 이끌어 내고 있다(정재승과 김호, 2011; Wojcieszak et al., 2006).

## 1.2. 미시건 대학교 병원의 진실밝힘 프로그램의 사례

### 1.2.1. 도입배경

1995년 미국 미시건 주에서는 늘어나는 의료분쟁 소송을 줄이기 위해 의료사고 소송 전 6개월 전에 반드시 의료기관에 사전 고지를 하도록 법을 개정하였다(Boothman, 2006; UMHS, 2012). 법률이 제정되었지만, 이를 적절하게 활용한 의료기관은 드물었다. 미시건 대학교 병원 역시 해당 법안을 잘 활용하지 않고, 이전과 거의 동일한 방법으로 의료분쟁에 대응하고 있었다. 당시 미국 전역으로 의료 소송의 건수와 비용은 증가하고 있었고, 미시건 대학교 병원도 예외는 아니었다. 미시건 대학교 병원에 청구되는 의료소송은 매년 꾸준히 증가하고 있었고, 2001년 262건의 소송이 제기되어, 예상 비용은 7천만 달러에 육박하였다.

미시건 대학교 병원은 의료분쟁에 대해 종전의 부정과 방어의 방법을 고수하고 있었지만, 의료소송으로 진행되는 경우 필수적으로 조사과정에서 관련 내용을 모두 공개할 수밖에 없었다. 어차피 공개를 해야 한다면, 의료기관이 자발적으로 의료오류에 대해 조사하고 공개를 한다면 환자들의 신뢰도 얻을 수 있고 비용도 훨씬 적게 든다는 판단에서 2001년 JCAHO에서 제시한 의료오류 공개에 대한 기준을 바탕으로 의료오류 공개프로그램을 도입하게 되었다(Clinton & Obama, 2005; Boothman 2006).

### 1.2.2. 프로그램 내용

미시건 대학교 병원은 진실밝힘 프로그램을 싸움에서 이기기 위한 것이 아닌 문제를 고치기 위한 것이자, 환자와 의사에게 보다 안전한 시스템을 만들어 주는 과정으로 인식하고 다음을 프로그램 실행의 원칙으로 삼았다(Boothman, 2006).

첫째, 의료서비스로 인해 피해가 발생했다면, 신속하고 공정하게 사과하고 보상한다.

둘째, 의학적으로 적절한 진료에 대해서는 강력하게 방어한다.

셋째, 사건이이 반복되지 않게 하고 법적소송 감소를 위해 실수로부터 배운다.

미시건 대학교 병원은 직원이 문제를 발견하거나, 환자가 의료사고에 의문을 제기하면 사고와 관련된 직원이 환자와 환자의 대리인과 만나서 공개적, 직접적으로 논의를 하고, 사건 발생 원인을 밝히기 위해 철저하게 검토하고 조사한다. 환자가 법적 상담을 한 경우에는 병원에 의료소송 사전 고지를 하지 않았더라도, 환자와 그의 법적 상담인과 만나 사건에 대해 논의한다.

조사 결과 병원의 과실로 인정된다면, 환자와 법적 대리인을 만나 의료 오류 발생을 인정하고 사과하며, 해결 방법 및 보상에 대한 합의점을 찾는다. 조사 결과 병원의 과실이 아니고, 적절하게 진료된 것으로 판명되면, 환자와 법정대리인을 만나 조사 결과에 대해 논의한다. 만약 병원의 과오가 없음을 증명하고 의료오류의 모든 과정을 거친 후에도 환자 측에서 법적 대응을 한다면, 병원은 아주 적극적으로 방어한다.

### 1.2.3.효과

미시건 대학교 병원이 진실밝힘 프로그램을 도입하기 전인 2001년과 2005년을 비교했을 때 연간 소송비용은 3백만 달러에서 1백만 달러로 감소하였고 소송을 처리하는데 걸린 평균 소요시간은 20.7개월에서 9.5개월, 연간 보상금 청구와 소송 건수는 262건에서 114건으로 감소하였다. 건당 처리 비용은 48,000달러에서 21,000달러로 절반 이상 감소한 것으로 나타났다.

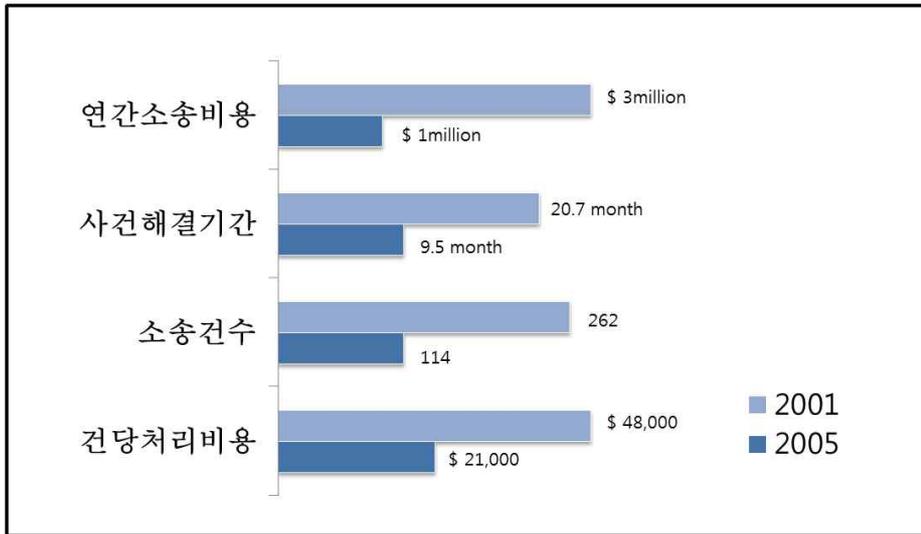


그림1. 미시건 대학교 병원의 의료오류 밝힘 프로그램 도입의 효과

출처: clinton & Obama(2006)

## 2. 진실밝힘 프로그램의 중요성

### 2.1. 윤리적 측면

미국의학협회(American Medical Association)의 윤리강령에 따르면, 의료 서비스 제공자는 환자와 의사소통을 함에 있어서 정직하고 열린 자세로 임할 윤리적 의무가 있다. 환자들은 의료제공자와 그들이 받는 의료행위와 관련된 모든 부분에 대해 적절한 정보를 가질 권리가 있고, 의료 서비스 제공자는 환자들의 요청에 대해 응답할 의무를 가진다. 환자의 치료결과에 대해 사실대로 알리고, 진심으로 다가가는 것은 환자들의 권리를 인정하고, 이들을 하나의 인격체로 존중하는 것이며, 의료기관의 의무를 다하는 것이라 할 수 있다(엄영란, 2005).

의료는 인간의 신체를 다루는 행위로, 위험을 내포하고 있다(IOM, 2001). 환자는 의사에 대한 신뢰를 가지고 그의 신체를 의사에게 맡기는 것으로, 의사는 환자의 믿음에 부응하여 환자의 신체적 건강회복을 위해 노력할 윤리적 의무를 가지고 있다. 의료행위의 결과로 환자의 몸에 이상이 생겼다면 이에 대해 밝히고, 잘못을 하거나 실수다 있었다면 사과하고 용서를 구하며, 환자의 건강을 위해 최선을 다해야 한다.

또한 의사와 환자는 의료서비스 이용에 대해 적절한 가격을 지불하고, 제공할 의무를 가지는 계약 관계로, 권리와 의무를 이행할 법적 의무를 가진다(이상교, 2009). 따라서 의료오류로 인해 발생하는 환자의 건강상태 변화에 대해 밝히고, 과실이 있을 시 사실대로 시인하고 용서를 구하며, 환자 안전을 위해 노력하는 의료오류 밝힘 정책은 의료기관의 윤리적 책임 사항에 포함된다.

## 2.2. 사실적 측면

### 1) 의료서비스 수요자 측면

치료의 과정 중에서 무엇인가 문제가 있다고 느끼면 환자들은 자신에게 일어난 일을 알고 싶어 하고 알 권리가 있다. 그리고 발생한 사건에 대해 의료기관이 어떻게 생각하는지, 유사한 사건이 재발하지 않기 위해서 어떠한 조치가 취해졌는지 알고 싶어 한다(Gallagher et al. 2003; Johns Hopkins Hospital, 2009; Joint Commission, 2005; Witman, 1996). 이러한 정보가 충분히 제공되지 않거나 숨기는 것이 있다고 느끼게 되면, 불안해하고 두려움을 느끼며 의사와 병원에 대한 신뢰를 잃게 되는데, 이는 치료에도 악영향을 미치게 된다(Lamb et al., 2003). 오히려 환자들은 환자안전 사고에 대한 정보가 공개되었을 때 상황을 더 잘 이해하고 수긍하는 것으로 나타났다(Gallagher et al. 2003).

환자들이 의료소송을 제기하는 이유는 다양하지만 그 중에서도 병원의 책임회피 태도와 원하는 정보를 얻기 위해 소송을 제기하는 의료사고 피해자들이 많은 부분을 차지한다는 점을 감안한다면 효과적인 의사소통과 의료오류의 공개는 환자 측의 법적 대응에 영향을 미친다는 연구 결과들이 있다(Springer, 2005; Taylor, 2007). Vincent 외(1994)의 연구에서는 의료소송 환자들의 37%가 사건에 대한 정확한 설명과 사과를 받는다면 법적 소송을 취하할 의도가 있다는 결과가 나왔다.

## 2) 의료서비스 공급자 측면

미국, 영국, 호주 등 선진국에서는 이미 의료오류의 정보 공개를 법적으로 의무화하거나 제도로 확립하여, 의료기관들이 자발적으로 진실밝힘을 하도록 장려하고 있다(Kalra et al., 2005; JCAHO, 2005; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2003). 이에 따라 미시건대학병원, 존스홉킨스대학병원, 재향군인병원에서는 적극적으로 진실밝힘 프로그램을 도입하여 운영하고 있다(Lamb, 2003; Johns Hopkins Hospital, 2009; Clinton & Obama, 2006).

진실밝힘 프로그램은 환자들이 법적 대응을 진행할 가능성을 줄여주고(Kaldjian et al. 2006), 의료과오와 관련하여 제기 되는 소송의 건수를 줄여주며(Boothman 2006; Kachalia, 2010, Kaldjian et al. 2006), 소송과 관련된 비용을 줄여주고(Kachalia, 2010), 분쟁 관련 해결 기간을 줄여주는 효과도 있다(Kachalia, 2010). 의료사고 처리시스템의 개선 효과와 (Shannon, et al., 2009) 환자안전증진(ECRI, 2005), 의사-환자 관계 개선과 환자 만족도 증진(Kaldjian, 2006) 등의 효과가 보고되어 있어, 의료기관 측면에서도 비용 절감, 환자 만족도 향상 등 경영 성과의 향상이라는 측면에서도 의료오류의 진실밝힘 프로그램을 도입할 필요가 있다.

### Ⅲ. 연구방법

본 연구는 의료오류의 진실밝힘 프로그램의 도입방안에 대한 연구로, 다른 나라의 관련 기준에 대한 문헌고찰과 더불어, 도입 시 주 이해관계자가 되는 국내 병원에 근무하는 의료 전문가들과의 심층면담을 주 연구 자료로 활용하였다.

#### 1. 국내외 문헌 고찰

의료오류 밝힘 프로그램의 실행을 위한 전략을 제시하기 위해 선진국의 의료 오류 밝힘 프로그램에 관한 기준을 고찰했다. 고찰 대상은 진실밝힘 프로그램이 실행되고, 효과를 거두어 국가 차원에서 장려하고 있는 세 나라의 연구 기관과 정부기구로, 미국의 ECRI Institute<sup>1)</sup>, 캐나다의 Disclosure Working Group, 호주의 Australia Commission on Safety and Quality in Health Care(이하, ACSQHC)를 대상으로 관련 사이트와 문헌을 고찰하였다.

#### 2. 심층 면접 조사

의료오류 밝힘 프로그램의 국내 도입을 위해 국내 의료기관 관계자들을 대상으로 의료사고와 관련된 처리 행태, 문제점, 제도적 보완책 등에 관해 면담 조사를 실시하였다.

---

1) 전 Emergency Care Research Institute. 1997년부터 미국의 Agency for Health Care Research and Quality와 함께 Evidence-based Practice Center의 역할을 하고 있고, 2005년에 제정된 환자 안전 및 질 개선 법에 따라 미국 보건당국으로부터 연방환자안전 기관으로 지정되었다.

## 2.1. 연구 대상

연구 대상자는 질적 연구의 대표적인 표본추출 방법인 의도적 표본추출을 하였다. 신경림(2004)은 질적 연구의 대상자 선정에서 적절성을 고려하는 것이 중요하다고 하였는데, 적절성이란 연구에 맞는 적절한 정보를 제공해 줄 수 있는 대상자를 의미한다.

의료오류 밝힘에 대한 전문가 의견 수집을 위한 인터뷰는 의료사고와 의료분쟁에 직접적으로 관여하는 직군을 중심으로 실시하였다. 먼저, 의료분쟁과 의료소송 발생 시, 이를 대응하는 병원 내 법률 전문가와 전반적인 의사결정에 관여하고 그에 대한 큰 영향력을 가지고 있는 고위 행정직이나 병원장을 인터뷰 대상으로 포함시켰다. 병원 내 법무부서가 있는 경우 해당 부서의 직원을, 그렇지 않은 경우에는 행정직원 중 법무업무를 담당하는 직원을 선정했다.

다음으로 의료사고와 직접적인 관련이 있는 의사, 간호사를 포함하였다. 물리치료사, 의료기사 등의 의료행위 이행대행자도 의료사고와 관련되는 경우도 있지만, 그 영향력과 빈도가 낮기 때문에 연구대상에서 제외하였다(이종원, 2006). 환자안전 증진을 위해 의료사고나 근접오류의 발생과 재발방지를 위한 시스템 개선을 담당하는 QI 담당자도 인터뷰 대상자에 포함시켰다.

연구 대상자는 질적 연구의 대표적인 표본 추출 방법인 의도적 표본 추출 방법을 사용하여, 1개의 대형 종합병원과 1개의 대학병원, 2개의 종합병원에서 의사 2명, 간호사 2명, QI담당자 3명, 고위행정직 3명, 법무담당자 4명을 선정하였다.

## 2.2. 조사 내용

면담을 통해 현재 의료오류의 발생과 보고 체계, 그리고 의료분쟁의 실태와 대응방안, 의료오류 밝힘 프로그램을 시행하는데 있어서 장애요인 등에 대한 의견을 조사하였다.

환자안전증진의 업무를 맡고 있는 QI 담당자는 의료기관 내에서 발생하는 환자안전 사고의 보고 체계와 의료오류 및 근접오류(Near miss)의 개선 방법, 의료 분쟁 해결 과정에 있어 QI 부서의 역할과 내용에 대해 추가로 조사하였다.

의료진, 행정직, QI 담당자에 대한 세부 질문 내용은 다음 표와 같다.

표 1. 면담 대상자와 조사 내용

주요개념 면담대상	의료오류	의료분쟁	진실밝힘
의료진	의료오류 발생현황 의료오류 보고체계 의료오류 개선노력	의료분쟁 발생 현황 의료분쟁 대응 방법 의료분쟁에 대한 태도	진실밝힘에 대한 태도 도입 시 장애요인
행정직	의료오류 보고체계 의료오류 개선노력	의료분쟁 발생 현황 의료분쟁 해결과정 의료분쟁에 대한 태도	진실밝힘에 대한 태도 도입 시 장애요인
QI담당자	의료오류 발생현황 의료오류 보고체계 의료오류 개선노력	의료분쟁 해결과정에서 QI 부서의 역할	진실밝힘에 대한 태도 도입 시 장애요인

### 2.3. 조사방법

본 연구는 반 구조화된 질문지를 이용하여 심층면담을 실시하여 자료를 수집하였다. 의료사고 담당자를 대상으로 전화 및 방문을 통한 문의로 면접 허락을 얻어 대면 면접을 실시하고, 필요한 경우에는 전화 면접을 추가로 3회 까지 실시하였다.

면접 및 자료 수집은 2012년 10월 25일부터 시작하여 11월 28일까지 한 달 간 실시하였으며, 면접 소요시간은 사례별로 차이가 있었으나 1시간 30분에서 2시간 정도 소요되었다.

면접의 내용은 녹음기로 녹음하고, 노트를 사용했다. 윤리적 측면을 고려하기 위해 사전에 연구의 목적과 방법, 녹음 여부를 사전에 허락받았다. 익명성의 보장과 녹음의 내용은 타인에게 넘기거나 누설하지 않고, 연구가 끝난 후에 폐기할 것을 약속하였다.

녹음한 면담의 내용은 내용의 정확성을 높이기 위해 면접조사 시행 후 이틀 이내에 녹취 내용을 문자로 코딩 하였다. 이 후 노트의 주요 단어를 기준으로 면접의 내용 중 필요한 부분을 발췌하여 논문의 자료로 사용하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 선진국의 진실밝힘 프로그램 기준

의료 오류의 진실밝힘 프로그램의 필요성과 그 효과성 때문에 미국의 JCAHO에서는 2001년 의료오류 공개 필요조건에 대해 공표하였고(Clinton & Obama, 2006), 현재 영국, 캐나다, 호주의 일부 주에서도 유사한 형태로 표준 지침을 제시하고 있다(Kalra, 2005). 본 연구에서는 미국의 ECRI Institute, 캐나다의 Disclosure Working Group, 호주의 Australia Commission on Safety and Quality in Health Care(이하 ACSQHC)에서 제시한 의료오류 진실밝힘의 지침을 이용하여 각 기준을 고찰하고 비교 연구를 하였다.

### 1.1. 의료오류 밝힘 정책의 기본 원칙과 과정

각국에서 내린 의료오류 프로그램의 정의를 살펴보면, 미국에서는 “full disclosure of medical error”로 지칭하고, 환자 혹은 보호자에게 예상치 못한 결과를 포함한 치료의 결과에 대한 모든 정보를 제공하는 것으로 정의하고 있다(IOM, 2001). 캐나다의 기준에서는 ‘의료제공자에 의해 의료사고의 경위가 환자에게 전달되는 과정’으로, 호주의 ACSQHC에서는 ‘의료 서비스를 받는 도중 환자에게 상해를 유발하는 사고에 대해 열린 대화를 하는 것’으로 정의하고 있다. 영국의 Chief Medical Officer에서는 ‘의사와 의료서비스관리자가 환자에게 상해를 유발한 행위에 대한 정보를 주는 것’으로 정의내리고 있다. 나라와 기관마다 사용하는 용어나 정의는 조금씩 다르지만 환자와의 대화 기회가 열려있고, 정직함에 기반한 소통을 강조한다는데 공통점을 찾아 볼 수 있었다.

또한 사과(apology)의 역할에 대해서 강조하고 있다. 사과는 밝힘의 과정에 필수 요소로 환자가 듣고 싶어 하는 말이고(Wei, 2007), 화를 누그러뜨리며, 의료진과 병원에 대한 환자의 신뢰를 회복하게 하며(Cohen, 2000), 법적 소송의 위험을 감소시키기도 한다(Mazor et al., 2004). 이는 반드시 진심을 담은 사과여야 하며, 초기 진실밝힘의 단계에서는 아직 과실이 밝혀지지 않은 상황이므로 과실이나 법적 책임에 대한 인정이 아닌, 발생한 사건 자체에 대한 유감의 의사를 표현하는 것이 중요하다.

일반적으로 진실밝힘의 과정은 사건의 감지, 초기 진실밝힘, 조사, 후속 진실밝힘과 완료의 네 단계로 나누어 볼 수 있고, 호주의 Western Australian Department of Health(2009)의 보고서에서는 다음의 그림으로 의료오류 진실 밝힘의 과정을 보여주고 있다.

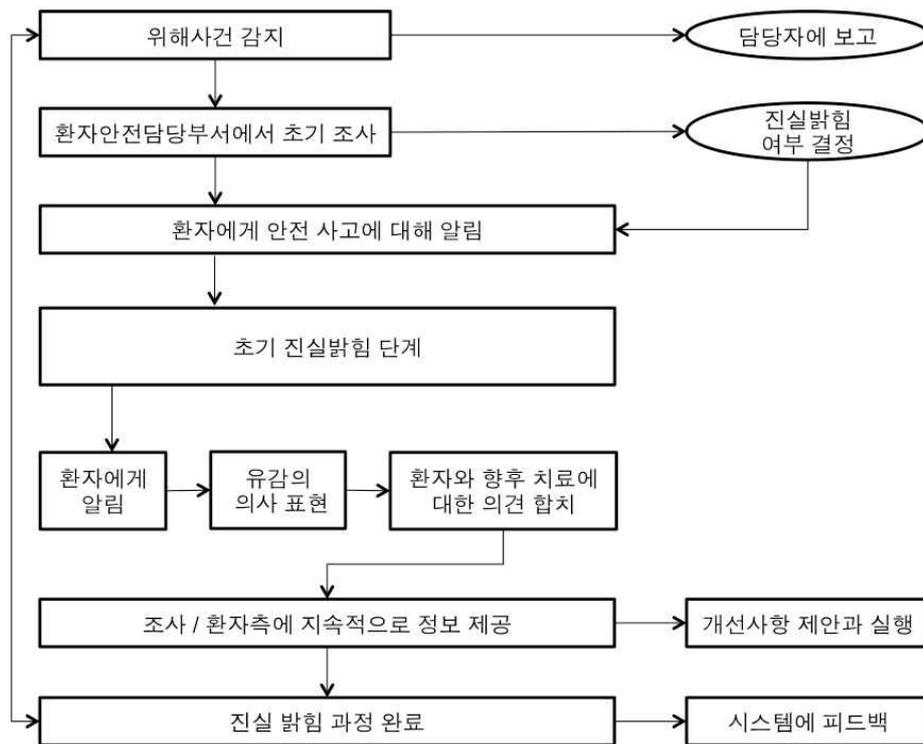


그림 2. 의료오류 진실밝힘의 과정

출처: Western Australian Department of Health, 2009

의료진이 위해사건을 감지하게 되면 해당 부서의 담당자에게 보고하고, 환자안전 담당부서에서 초기조사를 실시하며, 의료오류 밝힘 팀을 구성하여 환자측에 사건의 내용과 앞으로 사건에 대해 조사할 것임을 알리는 초기 진실밝힘의 단계를 거치게 된다. 이 과정에서 사건의 발생 자체에 대한 유감의 의사를 표현하고, 향후 치료에 대해 환자와 함께 의견을 조율한다. 이후 조사를 통해 원인을 밝히면서 지속적으로 환자측에 정보를 제공하고, 의료 과오의 여부에 따라서 보상에 대한 협의를 진행하고 해당 지역에 적합한 법의 내용에 따라 사건을 완료한다.

## 1.2. 미국

JCAHO에서는 환자들이 자신의 치료와 관련된 사항과 그 결과에 대해서 알 수 있게 해야 한다는 내용을 포함하여 2001년 의료오류의 진실밝힘을 병원인 증평가 기준에 반영하였다(Clinton & Obama, 2006). 또한 플로리다, 네바다, 뉴저지 등 일부 주에서는 환자에게 의료오류를 공개하도록 법으로 강제하고 있고, 환자안전 사고 보고시스템을 구축하여 진실밝힘 프로그램과 더불어 환자 안전을 위한 환경을 구축할 것을 권고한다.

### 1.2.1. 기본원칙

환자안전을 궁극적인 목표로, 열린 소통과 제도적 지원을 통해 의료오류 밝힘 정책을 의료기관의 ‘문화’로 정착시킬 것을 강조하고 있다. 환자와 가족을 지원하고, 열린 소통과 진솔한 사과를 통해 환자와의 관계를 개선하며, 발생한 오류로부터의 학습을 통해 보다 안전한 의료 환경을 구축한다.

### 1.2.2. 의료오류 진실밝힘의 내용

ECRI에서는 사건 발생 감지 후 24시간 내 환자에게 초기 진실밝힘을 시행하도록 권고한다. ECRI가 제시하는 진실밝힘 과정의 주요 내용은 다음과 같다(ECRI, 2008).

첫째, 주치의가 밝힘의 전체 과정을 이끌어 가야하는데, 특히 사건의 초기 진실밝힘 단계에서는 돈 보다는 사건 자체에 집중을 해야 하기 때문에 위험 관리 부서에서는 의사에 대한 지원 정도만 하도록 위기관리 부서의 역할을 제한하고 있다.

둘째, 초기 진실밝힘의 과정에서 사고 발생에 대한 기관과 직원들의 유감 의사 표시, 사고의 특징과 대략적 원인, 사건의 시기와 장소, 환자에 미치는 영향과 잠재적 결과, 부정적 결과를 막기 위해 취해질 조치, 환자의 후속 조치를 담당할 사람, 사건 검토와 분석 계획, 현재까지 밝혀진 사건을 유발한

시스템의 문제요인을 밝히고 재발 방지를 위해 취해진 조치, 환자 측과 연락을 담당하게 될 사람, 사건 관련 진행과정에 대한 불만이나 문의 사항을 논의할 사람의 이름과 연락처, 기관 내외의 (법적, 복지적) 지원이나 상담할 수 있는 방법 등을 이야기하고, 논의한 내용에 대해 재정리를 통해 환자가 정확히 인지하고 있는지, 질문사항이 있는 지를 확인해야 한다.

셋째, 초기 밝힘 회의 장소를 선정하는 데 있어서 프라이버시와 비밀을 보장할 수 있는 장소로 안락하고 모든 인원이 착석할 수 있는 장소인지를 고려하고, 사건 담당자, 환자와 보호자, 가족이 참여할 수 있어야 하며, 미성년자의 경우 부모나 법정 대리인이 반드시 참여하도록 하고 있다.

넷째, 사건에 대한 합의가 완료된 후 문서에 포함되어야 할 내용으로 모든 참여자의 직책, 관계, 사건의 내용, 환자 측에 제공된 정보, 환자 측의 질문, 질문에 대한 응답, 그리고 장소와 시간을 반드시 포함하도록 하고 있다.

### 1.3. 캐나다

캐나다 보건당국은 의료오류 공개 기준을 개발하기 위해 2006년 Disclosure Working Group을 창립하고 2008년 처음으로 의료기관이 참고할 수 있는 지침서를 제시하고, 연구를 통해 지속적으로 그 내용을 개정하고 있다. Disclosure Working Group에서 제시한 의료오류 밝힘정책의 내용은 다음과 같다(Canadian Patient Safety Institute, 2011).

#### 1.3.1. 기본 원칙

Disclosure Working Group에서는 의료오류 밝힘 과정을 진행하는데 있어서 세 가지 원칙을 전제로 하고 있다. 첫째, 환자와 가족을 존중하고, 정보를 제공하며, 정신적, 감정적, 그리고 현실적인 지원을 하고, 둘째, 의료서비스

제공자에 대한 지원을 하며, 셋째, 진실밝힘 과정 자체를 환자안전 중심의 문화로 만든다는 것이다.

### 1.3.2. 의료오류 진실밝힘의 내용

Disclosure Working Group에서는 환자에게 상해가 발생하는 사건의 경우 반드시 공개하도록 하고, 해를 유발하지 않는 경우도 대부분은 공개하도록 하고 있다. Nearmiss의 경우에는 향후 안전 관리에 위협이 되지 않는 한 공개할 필요는 없다고 말하고 있다.

진실밝힘 팀을 구성하는데 있어서 환자의 선호, 발생 사건에 대한 이해 정도, 환자와 가족과의 관계, 밝힘에 대한 훈련 여부, 의료서비스 공급자의 선호, 향후 치료계획에 대한 이해 등의 여러 기준을 고려하여 선정해야 한다. 사건 초기에는 사건 발생 당시에 관련성이 높은 의료진이 주도하고, 사건 종결에 가까워질수록 고위책임자 혹은 경영자가 주도해야 하는데 만약 불가능하다면, 부서장, 환자안전부서, 병원 관리자, 밝힘 과정에 대한 이해가 높은 대인관계 기술이 좋은 사람으로 대체할 수도 있다. 환자에게 초기 밝힘을 담당했던 사람이 반드시 후속 밝힘도 진행해야 하는 것은 아니다. 담당자는 회의와 논의 내용을 주도하고, 가족과의 연락을 담당하며, 관련된 의료서비스 제공자들에 대한 지원과 전체 과정을 조정하는 역할을 담당한다.

초기 진실밝힘에서 현재까지 밝혀진 것 중 의료관계자 모두가 동의하는 사실, 현재까지 취해진 조치와 환자의 후속 치료의 선택과 결정, 사과, 시행될 조사의 시간과 조사를 통해 환자가 알게 될 사항, 환자가 연락을 취할 수 있는 사람에 대한 정보를 제공하고, 향후 미팅 제의, 감정적인 지원 상담, 사회복지, 환자안전 대변인 제공 등 발생한 일에 대한 사과와 환자에 대한 감정적, 임상적, 실질적 지원을 해야 한다.

초기 진실밝힘은 사건이 인지된 후 하루 이틀 내로 가능한 한 빨리, 비밀을 보장받을 수 있고 외부의 방해받지 않는 장소로서 환자의 선호에 따라 장소와 시간을 결정할 것을 권고한다. 회의에는 사건과 관계있는 사람들과

주치의, 환자 측에서 원하는 사람들, 필요한 경우에는 사회복지사 등 환자에게 실질적 도움을 주는 사람, 그리고 오류 밝힘 과정을 직접 보고 느낄 수 있도록 수련의에게도 기회를 제공하는 것이 좋다.

사건 종료 후에는 회의 시간, 장소, 날짜, 참가자의 신원, 증명된 사실, 환자에게 제공된 지원과 대응의 내용, 환자의 질문과 이에 주어진 대답의 내용, 후속 치료에 대한 계획, 연락할 사람에 대한 정보를 반드시 기록해야 한다.

#### 1.4. 호주

호주의 의료 안전과 질 관리 위원회(Australia Commission on Safety and Quality of Health Care)에서 개별 의료기관이 참고하여 각자의 환경에 맞게 발전시킬 수 있도록 진실 밝힘에 대한 기준과 관련 법령에 대한 내용을 발간하였고 그 내용은 다음과 같다.

##### 1.4.1. 기본 원칙

호주의 ACSQHC에서는 여섯 가지 원칙을 전제로 하고 있다. 솔직하고 시기 적절한 소통, 환자와 보호자의 인정받기, 유감 표현하기, 환자와 보호자의 기대사항 인지, 직원에 대한 지원, 통합적인 위기관리와 시스템의 개선, 조직의 투명하고 건전한 관리 방식이 그 내용이다.

##### 1.4.4. 의료오류 진실밝힘의 내용

의료오류 밝힘 프로그램은 위해사건의 감지에서부터 시작한다. 위해사건은 사건 발생 시점에서 관련 의료진에 의해서, 예상치 못한 결과를 감지한 의료진에 의해서, 환자의 건강상태에 대해 불만족하거나 걱정을 내보이는 환자나 보호자에 의해서, 기존의 불만처리 메커니즘을 통해, 사건 보고, 의무기록 리뷰와 같은 사고 감지 시스템을 통해, 다른 환자, 방문자, 학생, 다른

병원 스텝 등 여러 다양한 사람과 채널을 통해 감지될 수 있다. 위해사건을 인지한 사람은 가능한 빨리 임상위험관리 책임자에게 알려야 하고, 담당자는 해당사건이 병원 전체시스템 내에서 인지가 되어 있는지 우선적으로 살펴보는 것이 중요하다. 만약 인지가 되어 있다면 해당 사건의 진실밝힘 과정이 시작되었는지 확인하고, 만약 아직 진실밝힘 궤도에 오르지 않았다면 즉시 이를 시작하도록 해야 한다.

발생 사건의 공개 여부를 결정하는데 있어, 의료기관 자체의 환자안전 사고 평가 기준을 정립할 것을 권고한다. 환자의 상해의 정도에 따라 사건의 위험 정도를 설정하고, 위험의 정도와 최초 발견자 혹은 관리자의 평가에 따라서 사건에 대한 대응 수준을 결정하고, 그에 따라 진실밝힘 프로그램을 진행한다. 다음 표는 사건 심각성 측정 도구의 예시이다.

표2. 사건의 심각성과 대응 수준평가 도구

대응 수준	결과	취할 행동
높음	사망, 신체 주요 기능의 영구 상실	즉시 위험관리 책임자에 알림 진료부장이나 이에 상응하는 사람이 의료오류 밝힘의 과정 주도
	신체 기능 영구 저하	
낮음	영구적 상해가 아니거나 상태가 더 나빠지지 않는 상태	관리부서 내의 사건 보고

출처: ACSQHC (2003)

기관의 정책에 따라 사건에 대한 평가가 이루어지면, 환자의 임상적 상태, 주요 직원들의 가능한 시간, 환자와 보호자의 가능한 시간, 환자의 선호, 환자의 감정적, 심리적 상태를 감안하여 사건이 인지된 후 가능한 한 빨리 대응이 이루어져야 한다.

ACSQHC에서는 해당과의 진료부장을 포함하여 관련 있는 과들의 의료진, 사건과 관련 있는 모든 직원들로 예비팀을 구성해 기본적인 임상내용과 그 외 관련 사실들의 파악, 사건의 평가, 환자측과 논의를 책임질 담당자 결정, 해당 시점에서 환자에게 제공되는 지원의 적절성 여부, 직원들에게 필요한 지원 등의 내용에 대해 논의할 것을 권고하고 있다.

환자와의 의사소통을 담당할 사람으로는 환자 치료에 책임이 있는 진료부장이 가장 적절하지만, 특히 심각한 사건의 경우 의사소통 기술에 뛰어난 사람이 담당해야 한다. 의사소통 담당자는 환자가 잘 알고 있고, 환자의 사고와 치료에 능숙한 사람 중에서 신뢰를 줄 수 있는 직책, 진실밝힘에 대한 교육 경험이 있고, 사고성이 좋으며, 환자와 보호자를 안심시키고, 피드백을 주면서 중장기적인 관계를 유지할 의향이 있는지를 고려하여 결정해야 한다.

초기 진실밝힘에 포함되어야 할 내용으로, 회의에 참가한 모든 사람의 소개와 각 개인들의 역할, 위해가 발생한 것에 대한 동조와 유감의 표현, 다학제적 팀원 간에 의견이 합치되어 인정된 사실, 발생한 내용에 대해 환자와 보호자가 이해하고 있는지 확인, 그들의 의문사항에 대한 대답, 환자와 보호자의 입장과 관심 사항을 경청하며, 진지하게 받아들일 것이 라는것을 인지, 앞으로 진행될 사항, 단기간에 발생 할 수 있는 영향에 대한 정보, 환자와 보호자에 대한 지원 방안, 불만 처리를 비롯해 환자와 보호자가 향후에 사건 진행에 있어 이용할 수 있는 정보들, 위해사건이 발생하게 된 이유를 밝히기 위한 조사와 앞으로의 처리 계획, 예상되는 시간 등에 대한 정보가 환자와 보호자에게 제공될 것임에 대한 확인으로 끝났다. 그리고 조사에서 발견된 내용들에 대한 피드백을 어떻게 제공할 것인지, 재발방지를 위해 어떠한 조취를 취할 것인지, 만약 지연된다면 그 이유에 대한 정보를 제공할 것이라는 것 등이 초기 진실밝힘 과정에서 언급되어야 한다.

ACSQHC는 회의에 진실밝힘팀, 환자측, 법정대리인 등이 참여하게 하고, 회의 후에는 위험관리 담당자, 보험회사, 경영진, 환자의 주치의, 필요한 경우에는 검시관과 정부기관에 보고하도록 하고 있다.

진실밝힘의 시간, 장소, 날짜와 참석한 사람들의 이름과 관계, 환자와

보호자에게 차후 정보 제공의 계획, 제공되는 지원과 응답, 환자와 보호자의 질문과 이에 제공된 대답, 환자와 논의한 치료 계획, 임상적 상태에 대한 진행과정과 환자와 보호자에게 설명한 내용의 정확한 요약내용, 환자와 보호자에게 보낸 편지, 문서의 복사본 등이 의료오류 밝힘 과정의 완료 후 문서 작성 시 기록되어 있어야 한다.

## 1.5. 소결

미국, 캐나다, 호주의 의료오류 밝힘에 대한 기준을 살펴 본 결과 용어의 사용이나 세부적인 사항에 있어서는 차이가 있지만, 주요 원칙과 주 활동 내용은 유사하였다.

세 나라의 기준에서 공통적으로 의료오류 공개를 위한 팀의 구성과 즉각적인 초기 대응, 진심어린 사과, 그리고 환자와 의료진에 대한 지원을 주요 원칙으로 제시하고 있었다. 그리고 의료오류 밝힘의 궁극적인 목표는 환자안전 증진이며, 의료기관 내 모든 구성원들이 이를 인지하고, 정직과 투명함, 진실됨 자체를 기관의 문화로 만들 것을 강조하였다.

각국에서는 제시된 기준을 참고하여 의료기관에서 각자의 상황에 맞는 의료오류 밝힘 정책을 수립할 것을 제안하고 있다. 사건의 위험도 평가, 밝힘의 여부 결정의 기준은 환자의 현재 상태, 사건의 재발 가능성 등을 고려하여 정립해야한다. 위원회와 조사팀의 선정과 개별 구성원들의 역할, 밝힘의 시기와 장소, 내용에 관한 사항을 명시하여 참여 인원과 책임 사항을 명확하게 하고 참여자들이 기관의 정책에 맞게 프로그램을 진행할 수 있도록 해야한다. 또한, 환자측에 환자에게 필요한 사회복지 프로그램이나 이용 가능한 병원 내부의 지원 시설에 대한 정보를 제공하고, 의료진에게도 정서적 지원과 더불어 의료오류 밝힘에 관한 교육 등을 지원할 것을 권고하고 있다.

## 2. 면담 조사 결과

### 2.1. 현재의 의료분쟁 해결 현황

#### 2.1.1. 현재 의료분쟁 해결 과정

면담을 진행한 국내 병원들의 경우 대부분 환자 측에서 의료사고에 의문을 제기하면, QI 부서에서 사전 경위를 조사, 파악하고 있었다. 의료분쟁으로 이어지는 경우, 위원회를 구성하여 대책을 논의한 후 사건을 해결하고 있었다. 병원의 규모와 특성에 따라서 법무부서나 QI부서 이외에 Risk Management 부서가 있는 병원도 있었는데, 이러한 경우에는 사건 대응과 소송문제를 법무부서에서 전담하고 있고, 그렇지 않은 경우에는 행정 직원이 업무를 담당하고 있다.

의료 소송으로 이어질 수 있는 사건의 경우 위원회가 소집되는데, 해당 진료과의 진료부장, 간호부장, 행정원장, 법무 담당자, 담당의사 및 간호사 등으로 구성되어 있었다.

“현재 환자 측에서 의료사고에 의문을 제기하면 고객만족 센터를 통해 접수를 받고, 이는 Risk management부서로 연결되어 이곳에서 해결하고 있습니다...만약 RM에서 해결이 어렵고, 사건이 심각하다고 판단되면 법무부서로 연락이 옵니다. 심각하지 않은 경우 QI실로 보고해서 진료부서 내에서 해결하고, 안전 개선을 하고 있습니다.”

“환자가 의료사고에 의문을 제기하면 주치의와 먼저 면담을 하고, 만약에 진료과정에서 문제가 있다고 판단되면, 의료분쟁 위원회가 소집됩니다. 부원장, 진료부장, 간호부장, 행정국장, 원무과장, 사고와 관련 있는 의료진이 참여해서 회의를 진행합니다. 합의의 세부 사항이나 의료사고 재발 방지를 위해서 수정하고 보완할 부분에 대한 회의를 합니다.”

“저희 병원에서는 일단 분쟁이 일어나면 분쟁조정위원회가 있어요. 거기서 의료 과실이 우리 책임이 있는지 없는지를 자체 내에서 먼저 조사하고 법률회사에 내용을 전체적으로 다 보내서 자문을 구합니다. 그러면 그 쪽에서 관례라던지 이런 것들을 조사해서 저희들한테 다시 법률적인 문제점, 해결방법, 이런 것들을 제시해주면 저희들은 그걸 가지고 환자와 보호자 분이랑 면담을 하고, 대화로 해결이 되면 제시 안에서 조정해서 해결하고 안되면 법정 투쟁으로 가는 거예요”

면담 조사 내용을 바탕으로 국내 병원들의 일반적인 의료기관의 분쟁 해결 과정은 다음과 같은 그림 3으로 나타낼 수 있다.

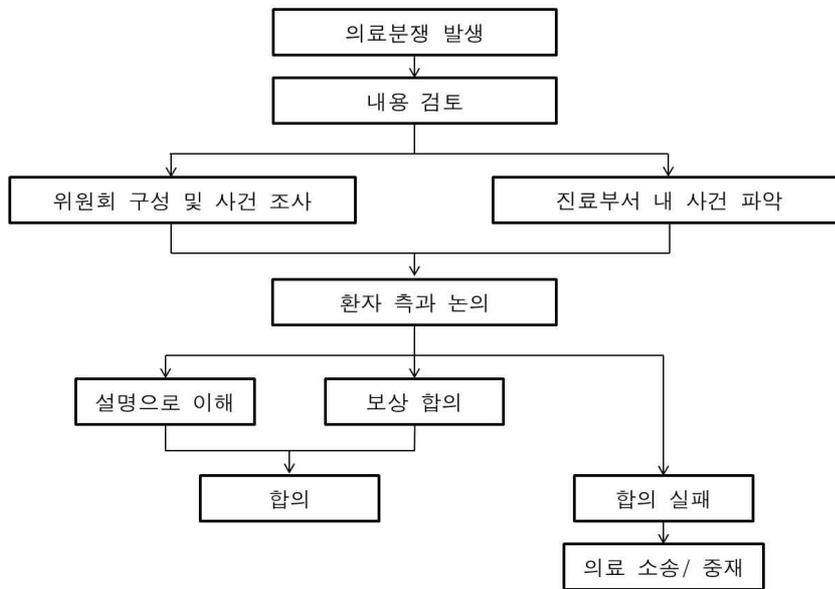


그림 3. 국내 의료기관의 의료분쟁 해결과정

### 2.1.2. 의료사고 보고 및 처리

의료오류로 발생하는 환자안전문제에 대해서는 모두 전산화된 시스템을 갖추고 병원 개별 실정에 맞는 보고체계를 구축해 지속적인 환자안전 개선활동을 하고 있었다.

“환자 안전보고 절차에 따라서, 첫째 단위 부서장 다음에 주치의가 먼저 알아야 되요. 그 다음에 해당 부서장이 어떤 사건인지 분류를 해요 적신호(red flag) 사건이나 어떤 법적인 문제를 해결해야 할 때는 총무부로 의뢰가 되고… (중략)… 전산보고서 작성을 저희 QI부서에서 하고, 개선활동을 하고, 결과에 대해서 병원장님에게 보고를 하고 보고체계 절차에 따라서 이루어지고 있죠.”

니어미스(Nearmiss)의 보고는 병원마다 보고 방법이나 보고 여부에서 다른 양상을 보이고 있었다. 어떤 병원에서는 정기적인 교육과 목표 설정 등을 통해 니어미스 보고를 장려하기도 하는 반면, 일부 병원에서는, 환자에게 직접 해가 발생한 사건에 대해서만 보고와 개선활동을 하는 병원도 있었다.

“니어미스, 근접오류 같으면 우리가 익명으로 다 하도록 해놨거든요 그래서 보고자는 누군지 모르고 그 대신에 발생장소는 알 수가 있어요 그리고 그것을 아무나 열어서 확인하지 못 하도록 해놨고 몇 명만 그 권한을 부여해서 확인 할수 있게 해놨어요.”

“니어 미스에 대해서는 우리 병원에서는 내용이나 건수 사례 이런 부분은 다 공지하고 교육으로 공유를 하고 있어요. 환자 안전사고 재발방지나 사고 예방을 위해서 원내에 인트라넷 게시판에 공지를 하고 있어요. 그리고 직원대상으로 년1회 이상 환자 안전에 대해서 교육을 실시하고”

“근접오류를 보고하라고 특별히 장려하고 있지는 않아요. 대신 의료진

이나 다른 직원들이 개선점을 제안하면 거기에 포상을 하는 정도로 운영하고 있습니다.”

### 2.1.3. 사고 이후 개선 대책

발생한 사건의 분석과 해결방안의 제시는 QI실이 중심이 되고 있다. QI실에서 원인을 분석하고 담당 부서의 책임자와 함께 개선책을 모색하여 이에 대한 지원을 하고 있다.

“사건이 발생하면 QI실에서 원인이랑 현황을 파악하고, 제안 사항을 해당 부서에 전달하면 환자안전 개선 활동을 하게 됩니다. 해당 과에서는 필요한 예산이나 자원을 지원해 달라고 요청하고, 만약 그 제안책을 시행하기 힘들다 하면 다시 QI실에 보고하고, 몇 번 왔다 갔다 하고 하는 거죠.”

“분석을 해서 프로세스에 문제가 있다든지 아니면 어떤 인력적인 문제 아니면 시설적인 문제 그 문제의 분석이 나오면 그에 대해서 관련 부서장이랑 만나서 합의를 하고 개선책을 도출해서 필요한 부분에 대해서는 그 부서에다가 의뢰를 해요 ... 각 부서에서 해야 될 일을 다한 후 다시 저희들한테 피드백으로 개선책을 찾아서 마무리가 돼요”

## 2.2. 의료오류 밝힘 프로그램 도입의 장애요인

### 2.2.1. 사회 문화/ 구조적 측면

#### 1) 비난과 처벌적 문화

2000년 발표된 IOM의 보고서 ‘To Err is Human’ 에서 의료오류는 개인의 잘못에 대한 비난과 귀책보다는 시스템의 문제로 인식하고 접근해야한다는 주장이 제기되었고, 이는 의료기관 내에서 발생하는 위해사건에 대한 경각심을 불러 일으켰다. 이후 시스템적 접근으로 환자안전 문제에 접근하는 것이 체계화되고 있지만, 아직까지 의료사고가 발생하면 개인의 과오로 인한 것이라는 인식이 의료기관 내에서 많이 남아있다.

“사고를 발생시킨 의사한테 직접적인 처벌을 하는 경우는 별로 없기는 하지만, 사건의 심각성이나, 재발여부에 따라서 임금 삭감을 하거나 인사에 영향을 주거나, 어떤 경우에는 배상금을 직접 물리는 경우도 있어요.”

“사고 예방을 위한 경각심을 일으키는 차원에서 어느 정도 피드백이 있어야 하긴 하는데, 이게 범위나 수준 같은 것을 정하는 게 쉽지가 않아요. 징벌을 하는 게 장단점이 있는데요, 이걸 많이 하면 방어 진료를 하거나, 소극적으로 진료를 하거나 해서 수입이 줄어드는 부분이 있어요.”

많은 병원들이 이와 같은 접근을 위해 노력을 하고 있지만, 현장에서는 여전히 개인을 비난하고 그의 책임으로 돌리는 문화가 남아있다. 또한, 의료오류 문제를 다루는데 있어 비처벌적인 문화가 중요한데(ECRI, 2008), 의료소송에 연루된 의사에 처벌적인 대응을 하는 경우도 있었다.

“저희 병원은 의료오류에 대해서 시스템적으로 접근을 하고 개선을 하려고 노력하는데도, 그게 쉽지가 않아요.”

“그렇게 교육을 받는데도, 실제로 사고가 나면 개인의 책임으로 돌아가는 경우가 많이 있어요.”

## 2) 병원과 의사에 대한 불신

사회적으로 팽배해 있는 의사와 병원에 대한 불신으로 인해, 표준에 맞는 의료서비스를 제공했음에도 불구하고 환자들이 의료사고에 의문을 제기하고, 의료분쟁이 발생할 경우 사실여부와 관계없이 환자를 피해자로 인식하고 있었다.

“간호사들이 정말 정석대로 해주는데도 환자보호자들이 항의하면 사과를 드리고 하는데 보호자들이 경찰 쪽으로 신고를 들어가요”

“군중 심리를 이용하는 편이 많아요. 환자들이 큰소리를 치면 사회에서는 환자측이 약자니까 시위하는 것을 옆에서 보면 병원에서 잘못했다 이렇게 되어버리는 거예요. 그렇게 되면 다른 환자들이 진료를 받으러 왔다가 멈칫하게 되니까 사실 저희가 잘못 안했다 하더라도, 법적으로 문제가 없더라도 사실 그 일을 더 이상 크게 안 만들기 위해서 그냥 합의를 보는 경우도 있어요”

“명백한 의료과실인지 아닌지를 법원에서 잘 판단해줘야 하는데 지금 법원의 판결을 한번 쪽 지켜보면 의료인은 일단 가진 자고 환자는 무조건 피해자다 이런 인식에서부터 보고 시작하기 때문에 의료 과실이 입증되지는 않았지만 책임은 있다 모든 판결이 다 그래요.”

의사와 환자의 관계는 치료의 효과 뿐 아니라, 의료분쟁의 해결에 있어서도 중요한 역할을 하는데, 현재 우리나라에서는 의사와 환자 집단 간 대립의 양상으로 나타나면서 신뢰관계 형성을 방해하고 있다. 이러한 갈등의 양상은 의료 종사자들이 의료오류를 공개하는 데 있어 장애요인으로 작용한다.

“지금은 의료사고가 발생해서 혹시 미디어를 타게 되면, 병원이랑 환자가 해결할 문제가 아니라 전 국민 대 병원의 대립이 되버려요. 병원에 대한 신뢰가 없고, 이게 집단적인 대립으로 나타나고 개별 환자들의 태도에도 어느 정도 영향을 주는 거죠.”

### 3) 소송을 유도하는 변호사

병원 관계자들은 의료소송이 증가하는 원인으로 변호사의 영향도 큰 것으로 인식하고 있다. 변호사 수 증가로 인한 법률 구조의 변화와 기회의 증가는 의료분쟁 소송 증가의 원인 중 하나로, 환자들로 하여금 의료소송을 부추기기 때문에 의료소송이 증가하고 있는 것으로 인식하고 있었다(Sappideen, 1991).

“법원의 문제뿐만 아니고 변호사들도 책임이 있습니다. 분쟁을 일으키도록 소송을 걸도록 유도를 하고.. 수임비가 보통 500(만원)정도 인데, 그러면 내가 여기서 얼마를 받아줄 테니까 그 비용의 몇 프로를 자기한테 달라는 식으로 이렇게 해서 분쟁을 조장하는 것도 변호사들이 역할을 하고 있는데 그런 분들이 정말 자기 전문 지식을 가지고 사건내용을 쭉 보고 의료 사고의 과실이 정말 어느 정도 있는지를 잘 판단하고 난 후에 진행을 해야 하지만 그렇지 않다는 거죠”

## 2.2.2. 제도/시스템 측면

### 1) 법적 책임 문제

미국과 다른 선진국에서 제정한 사과법에 관련된 내용을 우리나라에서는 찾아보기가 힘들다. 사과법은 정책적으로 의료오류 밝힘 프로그램을 통한 환자와 의료인 간의 진실된 의사소통을 장려하기 위한 법으로, 의료사고 발생

후 의료서비스 제공자의 사과나 유감의 표시를 법적 증거로 채택하지 못하도록 보호하는 법이다(Walling & Ackerman, 2006; McDonnell & Guenther, 2008). 우리나라에서는 과거 언급의 내용이 법적 효력을 갖기 때문에, 사과의 표현을 할 경우, 법적 책임을 인정하는 것이 되어 버릴 수도 있다는 것이다.

“우리나라법과 미국법이 다른 것이, 우리나라에서는 의료사고가 발생했을 때, 사과하고 미안하다고 말하면 나중에 법정에서 ‘잘못을 인정했다’ 라고 해서 법적인 증거로 채택이 되게 됩니다. 나중에 불리하게 작용할 수도 있다는 거죠.”

## 2) 사건해결을 진행하는 전담 부서의 부재

의료분쟁이 진행될 경우, 이를 해결 하는 전담 부서가 설치된 병원은 대상 병원 중 한 곳에 지나지 않았다. 물론, 인력이나 병원의 구조적 문제로 인해 전담부서 설치가 현실적으로 불가능한 경우도 있었지만, 환자들이 의료사고에 의문을 가질 때, 문의할 수 있는 부서나 적당한 통로를 찾기가 힘들었다. 환자 뿐 아니라 의사의 경우에도 환자들이 의료사고에 의문을 제기할 때, 업무처리 절차에 대해서 잘 알지 못하는 경우도 있었다.

“저희 병원에서는 원무과 직원 중의 한명이 법무업무를 같이 하고 있습니다. 법에 대한 전문교육을 받은 적은 없지만, 업무를 하면서 경험이 쌓이고 하다 보니 나름대로 전문가가 된 거죠.”

“환자들이 병원 측의 태도에 불만을 가지는 이유 중의 하나가 이야기를 들어주는 사람이 없다는 거예요. 책임을 회피하는 문화적인 영향도 있지만, 의료사고에 의문제기를 할 경우 이를 전담하고, 해결하는 부서가 없기 때문에 자꾸 여기로 가라, 저기로 가라라는 이야기만 듣게 되고, 결국 환자는 병원이 책임을 지지 않고, 회피하려고만 하면서 뭔가를 숨

기고 있다고 생각하게 되는 겁니다.”

“의사들이 의료사고가 발생했을 때, 어디다가 이야기를 해야 할지를 몰라요. 보통은 QI실이나 총무쪽으로 연락을 해요. 부서 내에서 자체적으로 해결을 하려다 분쟁으로 커지는 수도 있어요. 체계적으로 이걸 다루는 부서가 없으니, 의사들도 이럴 때 난감합니다.”

### 3) 공신력있는 조정 기구의 활동 부진

현재 의료사고로 인해 고통 받고, 병원과의 의견 합의를 이루지 못해 의료분쟁을 겪고 있는 환자가 해결을 위해 강구할 수 있는 방안은 형사법, 민사법에 따라 법정 소송을 진행하거나, 소비자보호원이나 의료소비자 단체에 도움을 요청하거나, 한국의료분쟁조정중재원에 조정을 요청하는 방법이 있다(김명덕, 2011). 소송의 경우, 환자의 입증 책임과 소송의 장기화, 소송비용의 증가 등의 문제를 가지고 있고, 조정은 강제성이 없어 보상의 실행이 어렵다.

특히 한국의료분쟁조정중재원의 경우 설립 초기부터 의료계의 반발이 심했고, 출범 후 오히려 시민단체가 운영하는 의료사고 상담 센터의 상담 건수가 늘어나는 현상을 보이고 있으며, 2012년 9월 기준으로 중재원에 접수된 상담 건수는 총 16,536건이지만 양측 협의로 진행 중인 조정 절차는 195건으로 저조한 실적을 보이고 있다. 손해배상의무자로부터 배상금을 지급받지 못하는 경우 중재원에서 먼저 지급을 하는 손해배상금대불 제도는 공단으로부터 급여비용 일부를 원천 징수함에 따라 의료기관의 반발을 샀고, 비급여 중심의 병원은 달리 징수할 방법이 없는데다, 미납에 대한 처벌 규정이 없어 납부한 병원과의 형평성 문제도 논란이 되고 있다(메디컬 타임즈, 2012).

“이번에 의료분쟁조정법이 만들어졌잖아요. 그래서 기금을 마련해서 그 속에서 의료진의 피해보상을 조금이라도 줄여 보려고 하는데.. 지금 어떻게 보면 저희들한테 좋은 것처럼 보이지만 실제로는 저희들한테 더 안 좋은 법이라고 생각하는데 일단은.. 치료 결과라던지 치료과정

모든 것이 환자나 보호자가 마음에 안 들면 일단은 신청을 할 수 있고, 또 거기 내용에 보면 의료사고가 아니더라도 도의적인 책임에 대해서 일부분은 기본적인 보상을 하는 걸로 되어있거든요 그러면 무조건 이의만 제기하면 돈이 들어온다고 생각하는 거죠.”

“의료사고 피해 구제법안에서도 의사를 ‘가해자’ 로 전제로 깔고 시작하잖아요.”

#### 4) 배상책임보험의 낮은 보상 수준

의사 배상책임보험은 ‘피보험자로서 의사가 의료사고 발생 시 피해자인 환자에 대해 일정한 경제적 배상을 할 법률상 손해배상 책임을 부담하는 경우에 대처하는 방안’ 으로 의사의 안전한 진료환경 보장과 피해 환자의 보상에 있어 중요한 요소이다(전영주, 2010). 현재 우리나라는 대한의사협회 공제회와 민간보험사에서 운영하는 보험으로 이원화 되어있다.

의사공제회는 가입 대상을 300명상 이하의 의료기관에 종사하고 있는 의사로 한정하여 가입조건 제한이 있고, 한 구좌 당 최대 1,000만원으로 보상금액이 현실적 수준에 못 미친다. 민간보험회사의 배상책임보험 역시 높은 보험료와, 선별적 가입으로 인해 가입률이 36.4%로 낮은 실정이다(보험뉴스, 2012).

“제가 예전에 있던 병원에서는 의사공제회에서 의료분쟁 조정하는데 도움을 많이 주고 했거든요. 그런데 여기에는 그게 안돼요.”

“의사공제회에 가입을 해도, 사실 그 보상을 해주는 금액이 많지가 않아요. 웬만한 소송에서는 거기서(의사공제회) 나오는 보상금으로는 해결할 수가 없어요.”

“저희 병원은 보험이 지금 없는 실정입니다. 의사공제회에서는 가입할 수 있는 의사의 자격을 제한하고 있는데, 우리 병원에 근무하는 의사들은 기준에 해당하지 않아서 가입할 수 없어요. 그리고 민간보험사에서 하는 책임보험은 몇 개 되지도 않는데다가, 보험사의 셀렉션도 있어요. 보험료도

부담입니다. 비싼 보험금을 내는 것 보다 차라리 그냥.. 자체적으로 해결하는 게 나올 수도 있어요.”

실효성 있는 배상책임보험의 부재는 의료오류 밝힘 프로그램 실행과 협상을 진행하는데 있어서 장애요인으로 작용할 수 있다. 의료기관과 의사가 현실적으로 도움이 되는 배상책임보험을 가지고 있지 않으면, 법적 책임에 대한 부담을 더 크게 느끼게 되고, 의료오류에 대해 공개하고 사과하기 보다는 방어하고 회피하기 쉽다.

“외국에는 병원이나 의사가 보험을 가입하는 게 의무화 되어있는데, 우리나라는 그게 아니잖아요. 지금 보험이 있다고 해도 실효성도 낮고,,”

### 2.2.3. 구성원 측면

#### 1) 경영진의 소극적 태도

실제로 프로그램을 운영하는데 있어서도 경영진의 참여가 중요한데 (Disclosure Working Group, 2011), 프로그램의 도입을 진행하는 데 있어 경영진의 참여 의사를 이끌어 내는 것이 쉽지 않을 것이라는 의견이다. 이러한 변화들은 Top-down의 방법이 효과적이라고 생각하고 있다.

“이런 변화를 하려면, 위에서 주도적으로 이끄는 게 중요한데, 오너가 없는 병원의 경우에는 이렇게 쉽지가 않아요. 본인 것이 아니니까 굳이 위험을 감수하면서까지 바꿀 이유가 없는데다가, 다른 사람들도 그렇게 잘 따르지를 않아요.”

“경영진의 생각을 바꾸는 게 가장 중요하거든요 우리가 아무리 그래도 경영진에서 사실 그 생각이 안 바뀌면 얻을 수 있는 결론을 못 얻는데 이

기회로 해서 많이 바뀌는 게 목적이라고 할까..? 오너들의 생각이 더 많이 선진화되어야 할 것 같습니다.”

## 2) 의사들의 태도

의료소비자의 권리의식과 기대 수준 향상, 의료공급자 간의 경쟁 증가의 영향으로, 환자를 대하는 의사들의 태도가 과거와는 많이 달라졌지만, 아직 일부에서는 의료분쟁 문제 대처에 있어서는 환자와의 관계를 원활하게 이끌어가지 못하거나, 기관에서 제공하는 교육 등의 프로그램 참여에는 다소 소극적인 것으로 보인다.

“분쟁을 줄이기 위해서는 의사와 환자 간에 래포(rapport)를 형성하는 것이 중요하다고 생각하는데요. 물론 지금은 옛날이랑은 많이 달라져서 환자에게 친절하게 대하고 설명도 잘 해주는 분위기에요.”

“(의료분쟁관련) 교육도 하고 있긴 하지만, 항상 참여하는 사람이나 의료소송을 겪어본 의료진들만 참여하고, 스케줄 같은 문제로 안 오는 의사들도 많아요.”

“의료분쟁은 우리병원에서는 의료진과 격리를 시켜서 합의를 하거든요. 의사랑 대면을 하면 감정싸움으로 바뀌어버리니까 의료진이 어려움에 처한다던지... 의사 쪽에 문제가 있다고 와도 저희는 의사와 격리를 시켜요. 그런 부분에서는 어려움이 없는 것 같아요. 의사 쪽에서는 부담을 느끼지 않는 거죠 “

“수술이나 치료 전에 설명을 하고, 동의를 구해야 하는데, 가끔 이런 부분을 지키지 않는 경우가 있습니다. 물론, 업무량이 많고 하다보니까 한, 두 번씩 깜박 할 수도 있긴 하지만, 환자 입장에서는 그게 아니니까요.”

따라서 의사의 참여를 유도하는 것도 중요하다. 실제로 의료사고에 대해서 가장 잘 알 수 있는 사람이 의사이고, 사건의 조사 과정이나 의료오류를 공개하는 환자와의 만남에 있어서도 의사의 역할은 중요하다.

“의료사고가 발생했는지 안했는지 실제로 가장 잘 아는 사람이 의사잖아요. 환자 측에서 먼저 의료사고다 해서 문제를 제기하는 경우 말고, 의사가 먼저 공개를 하려면, 의사들이 바뀌어야 하는데,,, 보통 의사들이 전문 지식이나 자기 직업에 대한 프라이드가 썩어서, 잘못을 인정하는 걸로 바꾸는게 쉽지는 않을 것 같아요.”

의사들은 업무의 과중(Holden & Karsh, 2007; Suresh et al., 2004), 법적 책임과 동료의 비난(Leape, 2002; Lawton & Parker, 2002), 환자들의 반응에 대한 염려, 방법에 대한 지식 부족(Holden & Karsh, 2007; Jeffe et al., 2004)을 의료오류를 환자에게 공개하는데 있어 장애요인으로 생각하였다.

“굳이 환자들이 모르는 사건까지 알게 하면, 분쟁이나 소송이 더 많이 생길텐데..”

“(내가 의료 과오를 저지른 것이 공개된다면) 사실 동료의사들이나, 같이 일하는 스태프들 반응도 걱정되요.”

“의료사고가 있었다는 것 자체가 좋은 얘기가 아니니까 환자들한테 말하는 것도 쉽지 않아요. 화내고, 울고, 대화를 진행하기가 어렵죠.”

“지금도 일이 너무 많아서 다들 힘들어하는데, 이 프로그램을 하게되면 일이 더 많아질 것 같네요”

### 3) 환자들의 태도

소비자들의 전반적인 지식수준이 향상되고, 전문 의료정보에 대한 접근이 향상되고, 의료서비스를 계약관계로 인식하면서, 과거보다 소비자들의 의료사고에 대한 인식은 향상되었지만, 의료의 본질적 특성을 이해하지 못해 기대한 결과가 나오지 않으면 일단 의료사고로 규정하고 대처하는 경우가 증가하면서 의료분쟁으로 이어지는 사건이 많아지고 있다(박준수, 2010; 임복희

2010; 이규식, 1991; 추호경, 1992). 병원에서 발생하는 사고에 대해 병원의 과오로 단정짓고 격하게 대응하거나 자신의 의무를 이행하지 않는 환자들의 태도도 의료과오 밝힘을 실행하는데 있어 장애요인으로 인지되었다.

“환자들이 치료에 대해 기대하는 예상치가 있거든요, 그런데 의료라는 게 똑같은 치료에 대해서도 개인별로 반응이 다 다르고, 아직 의료기술이 못 따라줘서 완치를 못하는 부분이 있는데, 환자들은 완치를 기대하고 해요. 분명 수술 전에 수술내용이나 발생할 수 있는 부작용에 대한 설명을 했는데도, 자기가 기대했던 결과랑 다르게 나오면 의료사고라고 주장합니다. 설명을 하고 해명을 해도 들으려고 하지 않으니 까 저희도 방법이 없어요. 그런 경우에는 차라리 의료소송으로 가는 게 더 나아요.”

“의료과오가 없어서 환자에게 설명을 해도, 믿지를 않고 의료사고라고 하는 경우도 있습니다. (의료과오가) 아닌 부분에 대해서도 다 보상을 할 수 없기 때문에, 이걸 해주지 않으면 소송으로 이어집니다. 법원에서 병원 측의 잘못이 없다고 판결이 나왔는데도 인정을 못하고 병원 앞에서 시위하고 막 그래요.”

“병원 측 잘못이 없는데도 보상을 해주는 경우도 있습니다. 자꾸 시위하고 영업방해하면 다른 환자들처럼 진료하는데도 방해가 되니까 어쩔 수 없는 경우죠. 시위 못하게 하고 하면, 폭행으로 고소를 하는 경우도 있습니다.”

“환자들이 기대했던 것 만큼의 결과가 안 나오면, 의료 행위 그 자체 보다 과정에서 마음에 들지 않았던 부분들에 대해서 꼬투리를 잡는 경향이 있습니다. 처치를 완벽하게 하지 않았다, 다음 조치가 제 시간에 안 이루어지고 훨씬 늦어졌다, 문제가 있는 것 같으니 확인을 해달라고 했는데 즉각적으로 해주지 않아서 장애가 생겼다.. 이렇게요.”

“환자의 경우는 사고가 아니더라도 그냥 이런 부분에서 좀 섭섭하다 이런 것들인 것 같아요 그래서 어떻게 해서라도 입원비 감면 하려고 하

는 그런 부분이 좀 많아요.”

“정말로 환자나 보호자가 내가 예측하는 기대치에 올라가지 않으면 전부 다 사건사고로 되어 버리는 거예요. 그 부분이 우리는 주사도 적절하게 놓아 줬지만 왜 설명을 안 했나 이러면 사고가 되는 거고요. 그래서 뭐 환자가 주사를 맞고 무슨 증상이 발생한 것 같다 이러면서.. 사실은 의학적으로는 별 의미가 없는데 어떤 요건이 충족되지 않을 때 사건사고로 이어질 때가 많아요.”

### 2.3. 의료오류 진실밝힘 프로그램에 대한 기대 효과

의료오류 밝힘 프로그램의 도입에 대해 병원 관계자들의 의견을 물은 결과 대체로 긍정적인 반응을 보였다.

#### 1) 윤리적 측면

의료오류 밝힘 프로그램이 의료기관의 본연의 존재 이유와 윤리적, 도의적으로 올바른 행동에 부합한다는 부분에 동의하였다.

“병원이 아픈 사람들을 치료하고 도와주려고 있는 곳인데, 사실 의료분쟁이다 뭐다해서 오히려 환자들처럼 대립하고, 과오가 발생하면 사실, 더 병을 주는 것이잖아요. 의료과오가 발생한 경우에 공개를 하고, 잘못된 걸 바로 잡고, 사과도 하면, 병원의 원래 그 목적에 맞죠..”

“제가 다른 의사들에게도 의견을 물어 봤는데요, 다들 장기적으로 나아가야 할 방향이라는 데에는 동의를 하더라고요.”

## 2) 환자안전증진

의료오류 밝힘 프로그램을 통해 환자안전사고에 대해서 공개적으로 이야기 하고, 재발 방지를 위해 노력하는 문화를 형성한다면 환자안전 증진 측면에서 지속적인 피드백을 통해 긍정적인 결과를 가져 올 것으로 예상했다.

“의료사고가 발생하면, 사실 그렇게 드러내지는 않거든요. 근데 그러면, 나중에 예방할 수도 있었던 사건을 숨기고 지나갔다가 크게 터질 수도 있잖아요. 이것(진실밝힘 프로그램)을 하면, 공개를 해야 되니까, 공개한 사건은 개선하고, 더 조심하고 신경을 많이 쓰게 될 것 같아요.”

## 3) 의료분쟁의 감소

앞의 결과에서 보았던 효과성이 미흡한 분쟁해결기관에 대한 불신과 불이익 때문에, 의료기관은 제 3의 기관으로 사건이 넘어가는 것을 선호하지 않는다. 또한 의료기관에서 발생한 분쟁 자체가 외부의 주목을 끄는 것을 바라지 않는다. 따라서 분쟁의 발생 자체를 줄이는 것이 중요한데, 프로그램의 정착 성공여부에 따라, 의료분쟁의 감소 효과를 기대해 볼 수 있다는 의견이 제시되었다.

“지금 보면, 의료분쟁을 해결할 수 있는 제도적 장치가 잘 안되어 있어요. 병원에서도 이렇다 할 빠른 대책이 없고 정부에서도 확실한 방법을 제시하고 있지를 못하죠. 그러니까 여기서 잘만 정착 되면, 소송이나 조정신청으로 가는 건수 자체를 줄일 수도 있을 것 같네요.”

## 4) 병원, 의사와 환자 간의 관계 개선

방어와 책임 회피의 문화, 특히 의사소통의 회피는 의사와 병원에 대한 환자들의 불신과 관계 악화를 초래한다(Rohrich, 2006; 박희연, 2006). 하지만, 환자가 의문을 가지는 부분에 대해서 전체적으로 투명하게 공개를 하고, 열린 소통을 하는 의료오류 밝힘정책은 장기적으로 의사와 환자의 관계를 개

선택할 수도 있다는 의견이다.

“래포(Rapport)를 형성하는 게 중요한데요, 설명 의무 같은 것을 잘 지키고, 친절하게 대하고 하는 것이 도움이 됩니다. 개별적인 관계에서는 래포 형성이 잘 되는데, 사회적으로.. 전체적으로 봤을 때는 환자들이 병원을 믿지 못하고, ‘의사들은 나쁘다, 잇속 챙기기만 한다’ 라는 인식이 팽배한거죠. 병원과 의사가 투명하게 공개하고 환자 안전을 위해서 노력한다는 사실을 환자들이 인식하게 되면 병원에 대한 불신이 조금은 사그러들지 않을까 싶네요.”

## V. 고찰 및 결론

본 연구는 문헌고찰을 통해 선진국에서 실행중인 의료오류 밝힘 프로그램에 대해서 연구하고, 국내 의료기관 관계자들과의 면담을 통해 현재 국내 의료사고 처리에 대한 현황을 분석한 다음, 이를 바탕으로 국내 의료기관에서 의료오류 밝힘 프로그램 도입하고자 할 때 고려해야할 사항을 제시하고자 진행되었다.

### 1. 선진국의 기준과 국내 상황의 비교

의료오류 진실밝힘 프로그램은 발생한 사건의 내용을 정확하고 정직하게 환자에 공개하여 환자의 의문을 해결하고, 진실된 사과를 통해 환자의 분노와 상실감을 완화시켜 환자와의 관계를 개선하고, 더불어 환자의 안전을 증진시키기 위한 것이다. 환자의 건강증진이라는 본연의 존재 이유에 부합할 뿐 아니라, 의료소송과 관련된 비용 등의 감소라는 현실적인 장점으로 인해 선진국에서는 정부와 의료기관, 그리고 환자의 권익을 대변하는 여러 단체들을 중심으로 의료오류 밝힘 프로그램 실행을 위한 활발한 움직임을 보이고 있다.

미국의 힐러리는 2005년 의료오류의 투명한 공개와 사과를 장려하기 위해 메딕(MEDiC, The National Medical Error Disclosure and Compensation) 법안을 제출한 바 있다. 비록 통과되지는 못했지만, 이후 전국의 주에서 유사한 법안을 제정하는 데 영향을 미쳐 현재 미국에서는 35개의 주<sup>2)</sup>에서 사과

2) 애리조나, 캘리포니아, 콜로라도, 코네티컷, 델라웨어, 플로리다, 조지아, 아이다호, 일리노이, 인디애나, 아이오와, 루이지애나, 메인, 메릴랜드, 메사추세츠, 미시간, 미주리, 몬태나, 네브래스카, 뉴햄프셔, 노스캐롤라이나, 노스다코타, 오하이오, 오클라호마, 오레곤, 사우스캐롤라이나, 사우스다코타, 테네시, 텍사스, 유타, 버몬트, 버지니아, 워싱턴, 웨스트버지니아, 와이오밍

법 관련법을 제정한 상태이다(Clinton & Obama. 2006; Hodge & Saitta, 2012). 이는 사건 발생에 대한 의료기관과 의료진의 유감과 사과의 표현이 추후에 의료소송으로 진행될 경우, 법정에서 불리한 증거로 사용될 수 없도록 이에 대한 보호를 법적으로 제정한 것이다. 사건 발생 자체에 대한 사과와 책임의 인정에 대한 보호 범위는 나라와 주 별로 다르지만, 기본적으로 추후 법적 증거 채택의 불안감을 줄여주어 의료진이 환자에게 유감의 의사를 표명하는데 있어 보다 편안한 환경을 조성하여 분쟁 자체를 줄이는 데 그 의의가 있다.

하지만 우리나라에서는 이와 관련된 법이 없기 때문에 의료사고가 발생한 상황에서 책임의 인정이 아닌 사건 발생에 대한 유감의 의사를 전달하더라도, 추후에 책임의 인정으로 해석될 수 있다. 때문에 의료진과 의료기관에게 윤리적 책임감으로서의 ‘사과’는 향후 비수가 되어 자신에게 돌아올지도 모르는 것으로 절대 입 밖으로 내어서는 안 되는 말이 되어버리는 것이다. 이로 인해 의사와 병원은 환자에게 비인간적이고 비윤리적인 대상으로 인식되고, 평화적으로 문제를 해결할 수 있는 가능성은 낮아질 수밖에 없다.

선진국에서 의료오류 밝힘이 도입될 수 있었던 이유 중의 하나로 의료기관과 의사의 전문배상책임보험 의무가입을 꼽을 수 있다. 급증하는 의료소송으로 인한 경제적 손실은 의료기관 뿐 아니라, 의료기관의 보험사에도 큰 압박 요인으로 작용했다. 보험사들은 이해관계자로서 의료기관의 의료소송 관련 비용 감소를 위해 진실밝힘 프로그램의 도입을 적극적으로 지원했고, 덴버에 위치한 COPIC 보험사는 의료기관이 의료오류를 공개하도록 장려하는 3Rs<sup>3)</sup> 프로그램을 통해 비용감소와 소통개선에서 큰 성과를 이루었다(Gallagher et al., 2007). 의료기관의 입장에서도 배상책임보험의 존재는 오류를 공개하는데 있어 부담을 덜어 주는 역할을 한다.

국내에서는 의료전문인을 위한 배상책임보험이 미비한 실정이다. 현재 의사협회의 의사공제회와 민간보험사로 이분화 되어있고, 각 조직에서는 의료

---

3) Recognize, Respond, and Resolve

분쟁의 해결을 위해 법률자문 등의 서비스를 제공하고 있다. 하지만 저조한 가입률과 제한된 가입대상, 비현실적인 배상액과 지원, 그리고 보험사의 높은 손해율 등의 문제로 보험의 실효성에 대한 의문이 지속적으로 제기되고 있다(전영주, 2010). 보험에 가입하지 않거나, 낮은 보장률의 보험을 가진 의료진은 환자에 대한 보상금액이 큰 부담으로 작용하게 되고, 이는 의료오류를 공개하는 데 있어 장애요인이 된다. 따라서 의료진을 위한 실효성 있는 배상책임 보험의 도입이 필요하며, 동시에 의료분쟁조정위원회의 역할을 확대, 강화할 필요가 있다.

앞의 문헌고찰에서 살펴보았던 것처럼 미국, 캐나다, 호주와 같은 선진국에서는 정부 혹은 정부와 관련된 기관에서 적극적으로 의료오류 밝힘에 관한 연구를 진행하고, 각 나라의 정책과 문화를 고려한 의료오류 밝힘의 기준을 제시하고 있다.

2001년 미국의 권위 있는 인증기관인 JCAHO에서 의료오류의 밝힘을 의료기관 인증 요건에 포함시켰고, 이의 영향으로 의료기관의 의료분쟁 해결과정에 있어서는 진실밝힘 프로그램의 도입이 촉진되고 있다(Levinson, 2009). 국제 인증을 획득한 국내 의료기관들도 형식에 있어서는 유사한 형태를 띠고 있지만, 근본적인 문화나 제도적 차이로 인해 의료오류 밝힘 프로그램의 효과는 찾아보기 힘들다. 따라서 의료제공자와 소비자 모두에게 긍정적인 결과를 얻을 수 있도록 정부와 관련 기관들이 주도적으로 프로그램에 대한 연구와 지원을 하고, 이를 활성화하기 위한 노력이 필요하다.

앞서 언급된 선진국에서는 표준을 바탕으로 의료기관의 개별 상황을 고려하여 적절한 의료오류 밝힘 정책을 수립하고, 그에 따라 오류 밝힘 팀을 구성하고, 사건의 원인과 결과에 대해 사실대로 밝히며, 환자와 의료진 모두에 대한 지원을 적극적으로 할 것을 권고하고 있다. 또한 사건의 원인분석과 시스템 개선을 통해 향후 오류의 위험을 줄이고, 비난과 책임의 문화에서 벗어나 조직 전체적으로 투명하고 건전한 소통의 문화를 증진하기 위한 구성원 모두의 노력을 강조하고 있다.

의료오류 보고시스템은 모두 전산화 되어있는데 반해 의료오류 밝힘을 의

료기관 내에서 정책적, 제도적으로 정착시키고 시행하고 있는 국내 의료기관은 찾아보기 힘들었다. 국제 인증을 획득한 일부 병원에서는 의료분쟁 해결 과정에서 유사한 형태를 보였지만, 기본 가치와 목표가 비용절감과 법적 책임 감소에 집중되는 경향을 보이고 있었다. 또한 분쟁의 해결 과정에서 환자나 의료진에 대한 지원은 거의 찾아보기 힘들었다.

사회제도와 의료기관의 측면에서 선진국과 우리나라의 의료오류 밝힘 관련 현황을 다음의 표로 정리해 볼 수 있다.

표 3. 선진국과 국내의 의료오류 밝힘 관련 사항 비교

구분	선진국	우리나라
사회제도	사과법을 통해 의료제공자의 유감의 표현에 대한 법적보호	관련 법규 부재
	의사배상책임보험 의무가입	의료제공자 배상책임보험의 이원구조, 낮은 가입률 등으로 보험의 실효성이 낮음
	정부와 관련기관의 표준 제시	보건복지부에서 환자안전 증진을 위한 연구와 활동은 진행되고 있지만 의료오류 밝힘에 대한 내용은 찾아보기 힘들
의료기관	표준을 참고한 개별 의료기관의 상황에 적합한 정책 수립	의료기관인증제도의 영향으로 유사한 시스템을 가지고는 있지만 정책이나 제도적으로 체계화 되지는 못함
	환자에게 해가 발생하는 모든 사건을 밝힘	환자가 의문을 제기하는 사건을 해결 대상으로 인식
	사건 관련 의료진, 고위 책임자, 위기관리 책임자, QI담당자 등으로 팀 구성	사건 관련 의료진, 고위책임자, QI 담당자, 법무 담당자 등으로 구성
	사건 감지 후 최대 이틀 이내 최초 밝힘 진행	환자가 문제를 제기한 후 가능한 빠른 시일 내에 면담을 진행하지만, 의료진의 스케줄 조정 등의 문제로 조속히 이루어지지 못함
	밝힘 과정 도중과 이후에 환자에 대한 감정적, 정서적, 현실적 지원	개별 의료진이 보다 더 많은 주의를 기울이고 배려하는 것 이외의 체계화된 지원 부재
	밝힘 과정 도중과 이후에 의료진에 대한 감정적, 정서적, 현실적 지원	배상 및 보상 금액 지원 이외 체계화된 지원 부재
	의료오류보고 시스템과의 통합과 오류에 시스템의 측면으로 접근	의료오류보고 시스템은 체계화, 전산화 되어 있지만 오류에 대한 접근에 있어서는 개인에 대한 책임과 비난의 문화가 존재 하지만 변화를 위해 노력 중

## 2. 의료오류 밝힘 프로그램 실행 시 단계별 조치사항

각 국가나 연구기관마다 의료오류 공개에 대한 명칭은 달랐지만, 환자, 보호자, 의료종사자에게도 심리적, 정서적 지원을 제공하며 환자와의 열린 대화와 사건에 대한 투명한 정보 공개를 통해 환자안전의 증진과 환자와의 관계를 개선하는 것, 그리고 사건에 대한 유감의 의사를 표현하는 것에서 그 공통점을 찾을 수 있었다. 각 나라의 기준의 비교연구 결과 의료기관에서 의료오류 밝힘 프로그램 도입 및 실행 시 고려할 사항은 다음과 같다(표4 참조).

### 2.1. 오류밝힘 계획의 수립

의료오류가 발견면 각 기관의 환자안전 정책 및 기준에 따라 사건의 심각성 정도와 사건에 대한 대응 수준을 가장 우선적으로 결정해야 한다. 결정된 사건의 심각성과 대응 수준에 따라 의료 오류의 공개 여부를 결정하게 된다. 의료오류를 공개하기로 결정했다면, 담당팀을 구성하고, 초기 진실밝힘에 대한 계획을 수립해야한다.

의료오류 밝힘 팀의 구성에서는 환자와 회의 진행, 환자와의 연락, 치료, 사전 조사, 관련 의료진 지원, 전체 진실밝힘 과정 조정 등의 임무를 담당할 사람을 선정하게 된다. 초기 진실 밝힘에 대한 계획을 수립함에 있어서는 현재까지 의견이 합치된 사실에 대한 정보를 수집하고, 환자에게 최초로 사건을 공개할 시점, 내용 전달의 효과성을 높일 수 있는 대화법과 흐름, 방해받지 않는 장소 섭외 등의 업무가 이루어져야 한다.

### 2.2. 초기 진실밝힘의 실행

회의 내내 환자가 이해할 수 있는 적합한 언어와 용어를 사용하도록 주의할 기울이고 환자들에게 회의 참가자와 각 개인의 역할, 면담의 이유에 대해 소개한다. 환자안전 사고 발생 이후 현재 시점까지 확인된 사실과 사고의 결

과, 그리고 예측되는 장·단기 결과에 대해서도 설명을 한다. 현재까지 취해지거나 향후 취해진 조치와 환자가 연락 할 수 있는 담당자의 연락처, 다음 회의에 대한 정보, 환자가 이용 할 수 있는 상담 프로그램이나 복지, 재정적으로 도움을 줄 수 있는 병원 내, 외부의 자료에 대한 정보를 제공해야 한다.

이 단계에서 추측성 발언과 개인을 비난하는 것은 금물이며, 잘못의 인정이 아닌 사건 발생에 대한 유감과 사과의 의사를 전달해야 한다. 환자의 시각에서 사건을 보면서, 환자의 교육수준과 성별 등 개인적 특성을 고려하여 대화를 진행하고, 반드시 사건의 내용을 정확하게 이해했는지 확인해야 한다.

#### 4.3. 조사결과 공개 후의 대처

조사가 완료된 후에도 환자에 대한 지원은 지속되어야 하며, 후기 회의를 통해 사전에 제공된 정보를 확인하거나 수정하고, 추가로 확보된 사실적인 정보를 제공해야 한다. 만약, 의료기관 측의 과실로 판명이 난다면 책임에 대해 인정하고 사과의 단계를 거쳐야 한다.

진실밝힘의 과정에서 원인 분석과 시스템에 관한 연구를 통해 획득한 결과물을 기반으로 시스템 개선 등의 재발 방지를 위한 제안 또는 행동이 반드시 있어야 하는데, 이는 의료기관의 종사자들이 프로그램의 효과성을 인지하고 지속하는데 중요한 역할을 한다(Holden & Karsh, 2007, Kaplan & Fastman, 2003).

#### 4.4. 문서화

의료오류 공개 과정을 거친 사건은 반드시 문서로 작성하여 저장되어야 한다. 문서에는 공개의 시간과 장소, 참가자들의 이름과 관계, 확인된 사실에 관한 내용, 협의와 추가 지원에 대한 정보, 질문과 이에 대한 응답이 포함되어야 하고, 참가자 모두가 내용을 확인하는 절차가 필요하다.

표4. 의료오류 밝힘 프로그램의 단계별 업무와 주요내용

단계	업무	내용
오류 밝힘 계획 수립	진실밝힘 팀 구성	리더, 전체공개과정을 조정할 사람, 조사팀, 사건 관련 인물, 연루된 의료진 지원을 담당할 사람, 연락담당
	밝힘 내용 구성	조사팀에서 현재까지 확인된 사실 조사
	대화의 방법	진실밝힘 팀의 모든 구성원들의 의견이 합치 되는 방향
	환자와의 만남 계획	장소, 시간, 참석자 확인
초기 진실 밝힘	회의 참여자에 대한 정보	환자들에게 참가자, 역할, 미팅의 이유에 대해 소개
	사고 관련 정보제공	당시 안전사고에서 확실한 사실과 결과에 대해 알림
	병원의 대처에 대한 정보 제공	현재까지와 앞으로의 진행 단계
	계획에 대한 정보제공	타임라인과 함께 사건 분석의 진행 이로부터 환자가 기대 할 수 있는 것에 대한 정보 제공
	환자측 이해여부 확인	의무기록, 논의내용과 서류를 살필 시간, 질문을 위한 시간을 제공하고, 제대로 이해하고 있는지 확인
	연락에 대한 안내	연락처와 함께 다음 미팅에 대한 정보 제공
	환자 지원에 대한 정보 제공	영적 서비스, 상담, 사회 사업 등 감성적, 실질적 지원제공
	유감의 의사 표현하기	과실의 인정이 아닌, 사건발생에 대한 유감의사 표현

조사 결과 공개 후의 대처	지속적인 지원	환자와 보호자, 의료진에 대한 감정적, 실제적 지원
	환자에게 정보제공	사전에 제공된 정보에 대한 확인하거나 수정 추가 확보된 사실적 정보
	시스템 개선에 반영	재발방지를 위한 내부분석의 결과로 취해진 행동, 조치
	사과	과오가 밝혀진 경우, 과오와 법적 책임의 인정과 함께 사과
문 서 화	법적기준이나 병원의 정책에 맞게 문서로 작성	공개的时间和 장소, 날짜
		참가자들의 이름과 관계
		사건과 관련해 확인된 사실과 합의 내용
		의료기관에서 제공한 도움에 대한 정보제공
		제기된 질문과 제시된 응답

### 3. 결론

위험성을 내포하는 의료행위의 본질적인 특성과 의료에 대한 소비자의 인식과 지식의 변화와 기대수준 향상, 의사와 환자의 사회적 갈등 등의 다양한 원인으로 인해 의료분쟁은 매년 급속도로 증가하고 있다. 그러나 사회적 관심은 어떻게 의료사고의 책임소재를 합리적으로 판단하고 환자의 피해를 줄여줄 것인지, 그리고 분쟁으로 진행되고 난 후의 조정이나 구제를 위한 제도적 장치에 대해서만 집중하고 있다. 의료사고에서 이어지는 의료분쟁의 엄청난 사회적 비용을 줄이기 위해서 가장 좋은 방법은 의료사고의 발생을 막는 것이지만, 불가항력적인 사고와 불신으로 인한 환자의 의료사고 문제제기 등의 이유로 쉽지 않다. 그렇다면, 의료사고에 의문이 제기되는 사건들을 사전에 해결하여 의료분쟁으로 이어지는 비율을 줄이는 것이 중요하다.

보상이 목적이라는 의료기관의 편견과는 달리 환자들이 의료소송을 제기하는 이유는 병원으로부터 사건에 대한 정확한 대답을 얻지 못하고, 부당한 대우를 받고 있다고 느낌을 받아 분노를 느끼거나, 다른 사람이 같은 고통을 겪지 않도록 개선을 요구하기 위해서이다. 이들의 화를 누그러뜨리고, 이들이 원하는 것을 제공하는 것이 바로 의료오류 진실밝힘 프로그램이다.

진실 밝힘의 당위성과 유용성이 인정되면서 선진국에서는 이와 관련된 연구가 활발히 진행되고, 제도적인 지원과 의료기관의 자발적인 참여를 통해 프로그램의 활성화를 기하고 있는데 반해 국내에서는 아직 변화의 움직임이 적다. 이는 국내에서 의사와 환자 집단 간의 사회적 갈등의 골이 깊고, 법적 책임의 문제와 책임보험이 미비하며, 정부와 의료기관의 관심이 적은 것에 그 원인이 있다고 할 수 있다.

따라서, 다음과 같은 정책적 제언을 하고자 한다. 첫째, 정부에서는 의료오류 밝힘 프로그램 활성화를 위해 적극적으로 나서야한다. 보건복지부와 산하의 연구기관에서는 의료오류 밝힘 프로그램에 대한 연구를 지속적으로 실시하고, 그 중요성과 효과에 대해 지속적으로 홍보하여 의료기관의 참여와

사회적 관심을 고조시키고, 국내 의료기관들이 개별 조직에서 진실 밝힘에 대한 정책을 수립하고자 할 때 참고할 수 있는 표준을 제시해 주어야 한다. 또한 의학 교육과정에 진실밝힘 프로그램의 필요성과 환자와의 효과적인 대화방법 기술 등을 포함시켜야 한다.

둘째, 의료오류 밝힘 프로그램의 주요 요소 중의 하나인 사과와 솔직한 대화를 장려하기 위해서는 사과법과 같이 의사의 사과를 보호해 줄 수 있는 법적인 장치가 필요하다.

셋째, 현재 의료기관과 의사들의 배상책임보험의 문제를 개선해야 한다. 단계적인 확대로 의사들의 보험가입을 의무화 하되 일정 금액 이상의 배상에 대해서는 공제회 기금 또는 중재원의 대불제도를 활용하는 등의 방안을 모색할 필요가 있다. 이는 밝힘 프로그램의 실행 뿐 아니라, 환자들에게 적절한 보상이나 배상을 제공하는데 있어서도 중요한 문제이다.

제도적인 지원 못지않게 의료기관의 자발적인 노력도 중요하다. 개별 의료기관에 적합한 의료오류 밝힘에 관한 정책을 수립하고, 환자안전사고 보고 시스템과의 통합을 통해 환자안전 증진을 위해 노력해야하며, 환자와 의료진에 대한 감정적, 현실적 지원을 강화해야 한다. 의료오류 발생을 개인의 탓으로 돌리고 처벌하는 문화를 변화시키는 것은 가장 중요하고 힘든 과제 중의 하나이다. 의료오류 밝힘 프로그램을 하나의 이벤트 보다는 환자안전과 환자와의 관계를 개선하는 과정으로 인지하는 것이 옳고, 지속적인 환경 개선과 더불어 환자 안전문제 발생에 대해 시스템적으로 접근하는 문화를 형성하기 위해 의료 관계자 모두가 함께 노력해야 한다.

우리 사회에서 의료사고와 의료분쟁은 병원의 잘못 혹은 병원과 환자와의 대립으로 인식되어 있다. 의료기관 내에서 이에 대한 언급은 금기사항으로 여겨지고 있고, 고통 받는 환자들의 수는 늘어나고 있으며, 사회적 비용은 점점 증가하고 있다. 현 상황에서 의료오류 밝힘 프로그램을 통한 접근은 병원의 이익증가와 환자의 고통 경감과 같이 현실적인 이익을 가져다 줄뿐만 아니라 우리 사회의 가치가 정직과 소통, 화합으로 옮겨 간다는 데서 그 의미를 찾을 수 있다.

이 연구는 선진국의 의료오류 밝힘 프로그램의 표준을 고찰하고 심층면담을 통해 현재 의료분쟁 해결의 양상과 의료오류 밝힘 프로그램 도입에 대한 국내 의료기관 종사자들의 태도를 분석하였다. 이를 통해 의료오류 밝힘 프로그램의 필요성에 대해 알아보고, 도입에 있어 장애요인과 그 극복방안에 대한 이해를 증진시키는데 기여하고자 하였다. 문헌 고찰과 심층면담의 질적 연구 방법을 통해 수행한 것으로 어느 정도 연구자의 주관의 개입될 수밖에 없는 한계가 있다. 또한, 인터뷰 대상자를 의료기관 종사자로 한정하였기 때문에, 환자 측의 의견이나 정부 기관의 태도도 추후에 연구해 볼 필요가 있다.

## 참고문헌

### 1. 국내문헌

- 김명덕. 의료분쟁의 발생원인과 해결방안에 관한 연구. 고려대학교 석사학위 논문. 2011.
- 김용석, 전영주. 미국의 의료분쟁과 의사배상책임보험. 한국법학회 2005; 20:209-327.
- 류여해, 박영규. 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정제도 연구. 경찰학논총 2012;7(1):243-273.
- 류화신. 의료분쟁과 화해-체계적인 의사소통과정을 통한 자율적 분쟁처리 , 한국의료윤리교육학회지 2006;9(2):113-124.
- 박준수. 의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률(안)의 주요 쟁점에 관한 고찰. 보건의료산업학회지 2010;4(2):107-117.
- 박희연. 의료기관의 의료분쟁과 관련된 위험관리 활동 현황조사 연구, 석사학위 논문, 연세대학교, 2005.
- 신경림. 질적간호연구방법. 이화여대출판부. 2003.
- 엄영란, 환자안전 증진전략으로서 사실대로 밝힘 정책, 생명윤리학회지 2005;6(2):11-29.
- 의료사고 피해자 시민연대, 의료사고 피해자 증언대회 자료집, 2009.
- 이규식. 의료분쟁 해결제도의 개혁: 미국 및 일본의 경험을 중심으로. 보건행정학회지 1991;1(1):72-94.
- 이상교. 의료소송과 병원법률실무. 황금연필. 2009.
- 이수현, 신영혜, 김성수, 의료오류 공개에 대한 의학전문대학원생과 인턴의 인식 및 태도 비교, Korean Journal of Medical Education 2012;24(3):247-258.
- 이종원. 의료행위에 있어서 이행대행자에 관한연구: 물리치료사와 간호사를 중심으로, 경성대학교, 박사학위논문, 2006.

- 임복희. 의료분쟁 판례분석. 한국콘텐츠학회논문지 2010;10(11):294-304.
- 전영주. 대한의사협회의 의사배상 책임 보험 활성화 방안. 한국기업법학회. 2010;24(4):161-192.
- 정재승, 김호. 쿨하게사과하라. 어크로스, 2011.
- 조항석, 이해리, 이선희, 손명세, 양성희. 의료사고를 경험한 가족들이 의료 분쟁을 제기하는 원인. 가정의학회지. 1998: 203;274-291.
- 최정호, “의료배상 책임보험의 시장의 문제점과 활성화 방안” . 명지대 금융지식연구소. 지식연구. 2007:182.
- 추호경, 의료과오에 대한 연구, 서울대학교, 박사학위논문, 1992

## 2. 국외문헌

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Open Disclosure Standard, 2003.
- Boothman RC. Apologies and a strong defense at the University of Michigan Health System. Physician Executive 2006;32(2):7-10.
- Canadian Patient Safety Institute, Canadian Disclosure Guidelines, Edmonton, 2011.
- Clinton HR, Obama B, Making Patient Safety: the centerpiece of Medical Liability Reform, New England Journal of Medicine 2006; 354:2205-08.
- Cohen JR. Apology and organizations: exploring an example from medical practice. Fordham Urban Law 2000;27:1447-82.
- ECRI Institute. Disclosure of Unanticipated Outcomes. 2008.
- ECRI Institute. Risk and Quality Management Strategies 21: Culture of safety. 2005.
- Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG., FraserVJ, Levinson W. Patients'

- and Physicians' Attitudes Regarding the Disclosure of Medical Errors. *JAMA* 2003; 289: 1001-1007.
- Gallagher TH, Studdert LL, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *New England Journal of medicine* 2007; 356: 2713-2719.
- Hodge SD and Saitta N. Efficacy of a physician's words of empathy: An overview of state apology laws. *Journal of the American Osteopathic Association* 2012; 112(5): 302-306.
- Holden RJ, Karsh B. A review of medical error reporting system design considerations and a proposed cross-level systems research framework. *Human Factors* 2007;49(2): 257-276.
- Institute of Medicine, *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, 2001.
- Jeffe DB, Dunagan WC, Guarbutt J, Burroughs TE, Gallagher TH, Hill PR, et al. Using focus groups to understand physicians' and nurses' perspectives on error reporting in hospitals. *Joint commission Journal on Quality and Safety* 2004; 30: 471-479.
- Johns Hopkins Hospital, *Medical Error Disclosure, Interdisciplinary Clinical Practice Manual Patient Care*, 2009.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Health Care at the Crossroads: Strategies for Improving the Medical Liability System and Preventing Patient Injury*, 2005.
- Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, Anderson S, Welch K, Saint S, Rogers MA. Liability Claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Annals of Internal Medicine* 2010;153(4):213-221.
- Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, et al. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to

- disclose medical errors. *Journal of General Internal Medicine* 2006;21:942-8.
- Kalra, J, Massey, KL, Mulla, A, Disclosure of Medical Error: Policies and Practice, *Journal of Royal Society Medicine* 2005; 98: 307-309.
- Kaplan HS and Fastman BR. Organization of event reporting data for sense making and system improvement. *Quality and safety in Health Care* 2003; 12(Suppl. 2): 68-72.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine. National Academies Press; 2000.
- Kraman SS, Hamm G. Risk management: Extreme honesty may be the best policy, *Annals of Internal Medicine* 1999;131(12):936-967.
- Lamb R, Open Disclosure: the only approach to medical error, *Quality and Safety in Health Care*, 2004;13:3, pp. 3-5.
- Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *Quality and Safety in Health Care* 2002; 11: 15-18.
- Leape LL. Reporting of adverse events. *New England Journal of Medicine* 2002; 347: 1633-1638.
- Levinson W. Disclosing medical errors to patients: A challenges for health care professionals and institutions. *Patient Education and Counseling* 2009; 76: 296-299.
- Mazor KM, Simon SR, Yood RA, et al. Health plan members' views about disclosure of medical errors. *Annals of Internal Medicine* 2004;140:409-18
- McDonnell WM, Guenther E. Narrative Review: Do State Laws Make It Easier to Say "I'm Sorry?" . *Annals of Internal Medicine* 2008;149:811-815.

- Mohr, JC, American Medical malpractice litigation in historical Perspective, *Journal of the American Medical Association* 2000; 283(13):69.
- Rohrich RJ. Full disclosure: conflict of interest in scientific publications. *Plastic and Constructive Surgery* 2006; 118(7): 1649-2652.
- Sappideen C, No-Fault Compensation for Medical Misadventure, *Journal of contemporary health law and policy*. 1993;9:311-22.
- Shannon SE, Folia MB, Hardy M, Gallagher TH. Disclosing errors to patients: perspectives of registered nurses. *Joint Commission journal on quality and patient safety* 2009; 35(1): 5-12.
- Springer, R., Disclosing unanticipated events. *Plastic Surgical Nursing* 2005; 25(4): 199-201.
- Suresh G, Horbar JD, plsek P, Gray J, Edwards WH, Shiono PH, et al. Voluntary anonymous reporting of medical errors for neonatal intensive care. *Pediatrics* 2004; 113: 1609-1618.
- Taylor, J. The impact of disclosure of adverse events on litigation and settlement: a review for the Canadian Patient Safety Institute. Edmonton, Canadian Patient Safety Institute 2007.
- Vincent C, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet* 1994; 343(8913): 1609-1613.
- Wei M. Doctors, apologies, and the law: an analysis and critique of apology laws. *Journal of Health Law* 2007 Winter; 40(1):107-59.
- Western Australian Department of Health, WA Open Disclosure Program: communication and disclosure requirements for health professionals working in Western Australia, 2009.
- Witman AB, Park DM, Hardin SB, How do patients want physicians to

handle mistake? A survey of interval medicine patients in an academic setting, Arch Intern Med, 1996;156, pp. 2565-2569.

Wojcieszak D, Benjamine J, Houk C, the Sorry Works! Coalition: Making the Case for Full Disclosure, Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2006 32(6):344-350.

### 3. 참고 사이트

대법원 <http://www.scourt.go.kr/main/Main.work/>

법제처 <http://www.moleg.go.kr/main.html/>

의료소비자시민연대 <http://www.medioseor.kr/>

한국의료분쟁조정중재원 <http://www.k-medi.or.kr/>

ECRI Institute <https://www.ecri.org/>

Sorry Works! <http://www.sorryworks.net/>

University of Michigan Health system <http://www.med.umich.edu/>

## Abstract

# A Qualitative Study on Medical Error Disclosure Program in Korea

Han, Hyejung

Dept. of Health Administration

Yonsei University

The purpose of this study is to figure out the perceived barriers of hospital staffs on medical error disclosure program and to provide the guideline for implementation of medical error program.

Standards of the disclosure program were analyzed by reviewing existing literature, including the standards of USA, Canada, and Australia. Indepth interview was conducted to determine the factors that discourage medical error disclosure. Interviewees were 4 medical professionals and 10 administrative staffs; 2 physicians, 2 nurses, 3 staff of quality improvement, 3 managers, and 4 staffs of legal department.

As a conclusion, the perceived barriers on medical error were blame and fault culture on medical error in health care organizations, negative attitude of patients on doctors and hospitals, juridical issues on apology, absence of effective liability insurance, the interest and commitment of top management and doctors, and fear of

doctors on legal issues, patient relationship, and blame. The guideline for utilization of disclosure program was suggested in terms of the process and tasks of each stage.

Based on the study result, I suggest following recommendations for reducing the barriers on medical error disclosure program.

First, in order to reduce medical dispute and to build settings for patient safety through disclosure of medical error, tort reform to protect apology of hospital from litigation, second, practical and effective liability insurance for doctors and hospitals should be developed under the government initiative. Third, hospital culture for medical error disclosure should be changed from blame and fault to system improvement.

---

Keywords: qualitative study, medical error disclosure program, barrier