

의료소송 사례를 통해 본 환자 안전관리 체계의 필요성



이미진¹⁾ 연구교수 / **김소윤²⁾** 교수
연세의대 의료법윤리학과

1. 환자안전³⁾에 관한 우리나라의 실태

어떠한 문제를 해결하기 위해서는 그 문제가 발생하는 원인을 확인하고, 이를 해결하는 것이 또 다른 문제의 발생을 예방할 수 있는 근본적인 방법이다. 그러나 우리 사회에서 의료분쟁 해결과 환자안전에 있어서는 이러한 근본적인 방법이 적용되지 않고 있다. 과연 왜 그런 것일까?

전문적이고 정보 독점성이 강한 의료의 특성상 의료공급자가 의료행위로 인하여 발생하는 (환자의 기저질환에 기인하지 않은) 오류를 자발적으로 제시하지 않고 숨길 기회가 많다. 특히 우리 사회와 같이 잘못에 대한 사회적 낙인이 우려되는 문화에서는 더욱이 외부로 알려지게 하는 것을 극도로 꺼리고 있다. 이러한 환경에서 국가적 차원으로 의료행위로 인한 위해사

1) 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 박사후과정, 연세대학교 의료법윤리학연구원 전문연구원
2) 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과 부교수, 연세대학교 의료법윤리학연구원 전문연구원
3) 세계보건기구에서는 환자안전을 보건의료와 관련된 불필요한 위해의 위험을 허용 가능한 최소한의 수준으로 축소하는 것으로 정의하고 있다(출처: World Health Organization 2009, 15).

※「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제2조(정의)에서 제1호와 제2호에 의료사고와 의료분쟁을 다음과 같이 정의하고 있다.
1. “의료사고”란 보건의료인(「의료법」 제27조제1항 단서 또는 「약사법」 제23조제1항 단서에 따라 그 행위가 허용되는 자를 포함한다)이 환자에 대하여 실시하는 진단·검사·치료·의약품의 처방 및 조제 등의 행위(이하 “의료행위등”이라 한다)로 인하여 사람의 생명·신체 및 재산에 대하여 피해가 발생한 경우를 말한다.
2. “의료분쟁”이란 의료사고로 인한 다툼을 말한다.

건의 발생규모를 추정하는 환자안전실태조사는 그 시행 자체가 불가능에 가깝다고 판단되고 있다. 하지만 이러한 환자안전실태조사의 부재는 자칫 환자안전사건 또는 의료분쟁이 사회 문제가 되지 않는다고 판단되어지기 십상이며, 관련 법적·제도적 장치를 마련하는 데 있어 장애 요인으로 적용될 개연성이 크다.

OECD(2012)에 따르면 우리나라는 국가단위에서 의료과실을 모니터하고 해결하는 특정한 모니터링 체계 또는 법안이 없으며, 위해사건을 보고하는 체계 또한 없다고 제시하고 있다. OECD는 이러한 국가단위의 의료과실 모니터링 체계 및 위해사건 보고 체계가 증가하는 의료과실에 대한 증가하는 비용적 측면을 예방할 수 있을 것이라 제안한 바 있다. 그러나 우리나라는 2014년 8월 현재, 아직까지 국가단위의 의료과실 모니터링 체계 및 위해사건 보고 체계가 구축되어 있지 않고 있으며 환자안전사건의 발생 규모조차 파악하고 있지 못한 실정이다.

그러나 환자안전사건과 의료분쟁은 계속 발생하고 있다. 최근 5년 동안의 의료민사소송 제1심 접수 건수는 연평균 883건(누적 건수 4,415건)이었으며, 처리 건수는 연평균 690건(누적 건수 3,452건)이었다.⁴⁾ 또한 2010년 5월 백혈병 환자의 항암치료 중 정맥주사를 하여야 하는 빈크리스틴 항암제를 의료진의 과실로 척수강 내로 투약하여 환자가 사망하는 사건이 발생하였다. 이 사건을 계기로 시민단체 중심으로 환자안전법 청원을 위한 1만 명 서명 운동이 전개 된 바 있으나, 동일한 사건이 2012년 10월 다시 발생하였다.

과연 우리 사회는 그동안 발생하고 있는 의료소송을 포함한 의료분쟁의 해결 및 예방을 위해서 무엇을 하고 있었는지, 특히 최근 그 중요성이 더욱 부각되고 있는 안전에 있어 소홀한 부분은 없었는지, 만약 소홀한 부분이 있다면 어디에서부터 다시 기틀을 세워야 하는지 살펴봐야 하는 시점이다.

2. 의료분쟁 해결 중심의 제도 구축의 한계

그동안의 우리 사회는 의료분쟁의 해결에 주로 초점을 맞추어 관련 제도 및 법률을 구성하였다. 1989년 대한의사협회의 의료사고처리특례법 제정 건의 이후 약 22년의 시간이 지나 2011년 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률(이하 의료분쟁 조정법으

4) 최근 5년 동안의 의료민사소송 제1심 접수 건수는 2012년 1,009건(사법연감. 2013), 2011년 876건(사법연감. 2012), 2010년 871건(사법연감. 2011), 2009년 911건(사법연감. 2010), 2008년 748건(사법연감. 2009)이었다. 원고승, 원고일부승, 원고패, 조정, 화해를 포함한 최근 5년 동안의 의료민사소송 제1심 처리 건수는 2012년 732건(사법연감. 2013), 2011년 715건(사법연감. 2012), 2010년 620건(사법연감. 2011), 2009년 631건(사법연감. 2010), 2008년 754건(사법연감. 2009)이었다.

로 지칭)」이 제정되었다. 의료분쟁 조정법은 법률의 명칭에서도 ‘의료사고 피해구제’, ‘의료분쟁 조정’이라고 명시하고 더불어 법률의 목적⁵⁾에도 규정된 것처럼 사후 해결에 초점이 맞춰져 있다.

하지만 지난 22년 동안 보건의료 환경뿐만 아니라 의료소비자의 의식도 많이 변화하였고, 인터넷의 보급과 함께 의료정보를 손쉽게 접하는 기회가 많아지게 되면서 의료정보의 불균형이 상당부분 해소되어 의료소비자의 권리가 신장 되었다. 그러나 이러한 환경변화를 의료분쟁조정법이 적절히 반영하지 못하고 있다. 즉 의료분쟁의 해결만으로는 환자안전 개선에 있어 의미 있는 진전을 기대하기 어렵다는 다양한 연구결과가 있음에도 불구하고 의료분쟁 조정법은 이러한 내용을 담지 못한 채 의료분쟁의 사후해결에만 초점을 맞춰 제정되었다.

물론 앞서 제시한 2010년에 발생한 빈크리스틴 항암제 투약 오류로 인한 사망사건을 계기로 2014년 1월 환자안전에 관한 법률안의 발의로 이어졌다.⁶⁾ 그러나 의료분쟁 조정법의 제정까지 약 22년이 소요된 것을 감안하였을 때, 환자안전에 관한 법률안이 바로 제정될 수 있을지는 미지수이다.

그렇다면 우리는 환자안전에 관한 법률안이 제정될 때까지, 혹은 환자안전실태조사가 진행될 때까지 기다려야만 하는가? 우리가 현재 시점에서 놓치고 있었던 부분은 없었는가? 그렇다면 우리에게는 당장 활용할 자료도 없다는 것인가?

이하에서는 이러한 문제의식을 바탕으로 지금까지 진행된 의료소송 판결문을 활용한 사고의 원인과 예방을 위한 개선방안 연구들을 살펴보고자 한다.

3. 의료소송 판결문을 활용한 사고 원인 분석 및 재발 방지책 제안에 관한 연구 고찰

가. 연구 고찰

의료소송 판결문을 활용한 그동안의 연구들은 원고 및 피고가 주장하는 바와 이에 대한

5) 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」 제1조(목적) 이 법은 의료분쟁의 조정 및 중재 등에 관한 사항을 규정함으로써 의료사고로 인한 피해를 신속·공정하게 구제하고 보건의료인의 안정적인 진료환경을 조성함을 목적으로 한다.

6) 2014년 1월 17일 「환자안전 및 의료질향상에 관한 법률안」이 오세재의원에 의하여 대표발의 되었으며, 2014년 1월 28일 「환자안전 및 의료 질 향상법안」이 신경림의원에 의하여 대표발의 되었다. 두 법률안은 공통적으로 환자안전관리체계 구축에 관하여 필요한 사항을 규정하고 있으며, 특히 환자안전과 관련된 사건(사고)의 보고·예방·재발 방지 등에 초점이 맞춰져 있다.

법원의 판단에 대해 법리적 해석을 하였거나, 진료과목별(산부인과, 치과, 응급의학과 등)로 사건 발생 시기, 소송의 원인이 된 의료행위, 사고 결과, 배상액 등에 관한 현황 분석 및 소송결과에 영향을 미치는 요인 분석 등이 주를 이루고 있었다.⁷⁾ 그러나 이러한 연구들은 사고의 재발방지책을 제안하지 못하는 한계가 존재했다. 그러던 중 진료과목별로 유사한 분쟁이 반복됨을 확인한 연구를 토대로 진료과목별 의료소송의 특성을 분석하여 사고 원인을 파악한 후 이에 대한 재발 방지책을 제안하는 연구가 진행되었거나 진행 중에 있다.

나. 의료사고 원인 분석 및 재발방지책 제안과 관련된 연구 고찰

이원(2013), 이동엽(2014), 연세대학교 의료법윤리학연구원(2014)의 연구 모두 의료소송 판결문을 활용하여 의료행위 중 사고가 발생한 단계별 원인을 파악하고, 이에 대한 재발 방지책을 의료인, 의료기관, 학회·직능단체, 국가·지방자치단체별로 제시하였다. 이를 위해 일본 산과의료보상제도 원인분석위원회의 원인분석보고서⁸⁾와 근본원인분석⁹⁾을 활용하여 다음 표 1과 같이 의료소송 판결문 사건별 분석을 진행하였다.

표 1. 분석 방법

항목	설명
사건의 개요	자세한 사건 과정(흐름 기준, 필요할 경우 진단명, 수술명, 사건 결과까지 포함)
사건과 관련된 의학적 소견	판결문 내용 중 사건과 관련된 의학적 소견을 제시한다.
사건에 대한 판단요지 (주장과 판단)	판결문에 제시된 주요 쟁점과 판단요지, 원고와 피고의 주장, 손해배상액수 및 사건의 종결 여부를 제시한다.
근본원인분석(RCA)	근본원인분석(RCA)과 활동계획을 위한 틀을 사용해 분석한다. 가능성과 질문을 모든 사례에 적용할 수 있는 것은 아니며, 다른 것들이 분석 과정에서 나타날 수 있다.

- 7) ①권병기. 치과임상영역에서 발생한 의료분쟁의 판례분석[박사학위논문]. 서울: 연세대학교 대학원 치의학과; 2006.
 ②박현경, 박성준, 김명천, 고영관. 응급센터에서의 의료소송 판례분석과 향후 과제. 대한응급의학회지. 2001;12(3):322-329. 서창원, 이종석, 권오영, 최한성, 홍훈표, 고영관 등. 응급의료기관에서의 의료소송: 판례 중심의 의료법학적 고찰. 대한응급의학회지. 2009;20(6):715-721. ③이미선, 황보민, 서형식. 소아안과 영역에서 발생한 의료소송의 판례 분석. 한방안아비인후피부과학회지. 2012;25(3):78-87.
- 8) 연세대학교 의료법윤리학연구원. OECD 국가의 산과진료서비스 제도 및 보험수가비교 연구. 서울: 대한산부인과학회; 2009. p. 130, 133
- 9) Joint Commission, Resources, Root Cause Analysis in Health Care: Tools and Techniques, 3rd Edition: Joint Commission Resources; 2005. 김정은, 김석화, 이선영(윤김). 의료는 안전한가? 근본원인분석의 도구와 기법. 서울: E·PUBLIC, 2007. pp. 1-2.

항목		설명
재발방지를 위한 제안	원인별 재발방지 사항 제안	<p>근본원인분석 결과를 활용하여 각 원인별 재발방지 사항을 그림으로 제시하였다.</p>
	주체별 재발 방지 사항 제안	<p>(1) 의료인의 행위에 대한 검토사항 (2) 의료기관의 운영체제에 관한 검토사항 (3) 학회·직능단체 차원의 검토사항 (4) 국가·지방자치단체 차원의 검토사항</p>

이원(2013)과 이동엽(2014)의 연구 결과 중 재발방지책에 대한 사항을 검토해보면 다음과 같다. 이원(2013)의 연구는 정형외과 의료소송 판결문을 대상으로 분석하였으며, 이동엽(2014)의 연구는 소아청소년과 의료소송 판결문을 대상으로 분석하였다. 그 결과 진료과목별 특성이 다르기 때문에 재발방지책을 일반화 하는 것은 한계가 존재하였는데, 특히 의료인의 행위에 대해서는 사례 및 진료과목의 특성이 다르기 때문에 재발방지책을 일반화하기 어려웠다. 물론 두 연구 결과 모두 모든 사례를 대상으로 재발방지책을 연구한 것이 아닌, 일부 대표 사례를 선정하여 분석하였기 때문에 모든 사례를 대표한다고 보기 어려운 측면도 있었다.

그러나 이원(2013)과 이동엽(2014)의 연구 결과 중 공통적으로 제시된 재발방지책이 있었으며, 이는 우리 사회의 또 다른 사고의 위험을 대변해준다고 볼 수 있다(표 2). 두 연구에서 공통적으로 제시된 재발방지책은 ① 투약오류 방지책, ② 응급처치 미숙 방지책, ③ 위험환자 및 위험요소 관리 시스템 개발, ④ 의료사고 호발 질환 등에 대한 표준진료지침 개발 및 보급, ⑤ 전공의 수련환경 개선이었다. 이러한 재발방지책은 의료기관·관련 학회 및 직능단체·국가 및 지방자치단체가 시스템적으로 접근해야 한다는 중요한 특징을 도출할 수 있다. 바로 이러한 부분이 환자안전에 관한 국가적 접근이 필요하다는 것이다. 특히 의료사고 호발 질환 등에 대한 표준진료지침 개발 및 보급에 관한 사항은 의료수가와 연결되는 부분으로 건강보험심사평가원의 역할이 기대되는 부분이다. 이동엽(2013)의 연구에서도 제시된 바와 같이 각 환자의 특성(예를 들어, 신생아 등)을 반영할 수 있는 수가체계 개발이 필요하며 이와는 별개로 검사와 치료 위주의 수가체계에서 벗어나 질환의 예방이나 교육에 관한 부분이 인정받을 수 있는 수가체계를 개발해야 한다.

표 2. 재발방지책 비교

구분	이원(2013)	이동업(2014)
<p>의료인의 행위에 대한 검토사항</p>	<ol style="list-style-type: none"> 수술 부위 오인 방지를 위한 의료서비스 제공 직후 진료기록 작성 척추 관련 기왕증, 합병증 발생 가능성 높은 수술의 경우 수술 결정 및 시행 시 의료진의 각별한 주의 필요 투약 과정에서 확인작업 결여로 인한 오류 방지를 위해 투약 시행 시 약물의 적절성 다시 한 번 확인 후 투약 수술 후 흔히 발생하는 합병증 대처 미흡 방지를 위한 대책 <ol style="list-style-type: none"> 환자가 이상증상 보일시 즉각적인 대처 호전되었을 경우라도 이상증상의 원인규명 위한 최소한의 검사 시행 감염 예방을 위한 대책 <ol style="list-style-type: none"> 수술 부위 삼출물이나 발적, 부종 등 관찰하고 그와 같은 이상증상 있을 시 즉각 보고++ 감염 의심시 즉각 세균배양검사 실시와 적절한 항생제 사용 	<ol style="list-style-type: none"> 환자에 대한 정확한 문진과 세심한 신체검진 <ol style="list-style-type: none"> 소아의 특성을 파악, 표정과 행동을 함께 살펴야 함. 보호자 도움 필요 표현하는 증상을 무시하지 않도록 함 환자와 보호자에 대한 교육 강화 <ol style="list-style-type: none"> 보호자에 대한 질병의 이해도 증가, 치료에 협조 요청 이상 증상에 대한 대처 능력 향상 적극적인 검사와 처치, 필요시 상급 의료기관으로의 전원 <ol style="list-style-type: none"> 필요한 검사는 지체됨 없이 즉각적으로 시행하도록 함 1·2차 의료기관에서 검사의 한계 발생 시 즉각 상급 진료기관으로 전원 병원 내 의료진간 협력 강화 <ol style="list-style-type: none"> 다양한 진료과목 의료진간 협력체계 구축 정기적인 원내 학술회의 및 의료진간 자유로운 의사소통 분위기 조성 의료진 역량 강화 <ol style="list-style-type: none"> 전공의는 필요시 상급 전공의와 지도교수에게 자문 요청 정기적으로 학술대회 및 연수강좌 참여
<p>의료 기관의 운영 체제에 관한 검토사항</p>	<ol style="list-style-type: none"> 수술 부위 오인 방지책 <ol style="list-style-type: none"> 병동확인작업, 수술실 도착시 확인작업, 입실 전 확인작업, 마취유도전 확인작업, 수술 직전 확인작업 등 여러 단계의 환자 확인 작업 진행 환자 차트나 영상 확인 가능한 설비 구축 (환자의 의견, 증상호소가 중요한 수술인 경우 환자가 직접 통증 부위 표시한 그림 비치) 의료진간 의사소통 경직화 해결위해 문화 개선 필요 진료기록 미비 여부 확인 기전 필요 척추 관련 기왕증, 합병증 발생 가능성 높은 수술을 위한 수술 후 환자관리 지침 마련과 체제 점검, 개선 작업 필요 응급처치 미숙 방지책 <ol style="list-style-type: none"> 시뮬레이션 이용한 응급처치 교육 필요 주기적인 평가의 시행과 재교육 실시 응급조치 매뉴얼 개발하여 공유: 응급상황시 투약, 의료진의 역할 등 회복실 최소관찰시간 규정 등 병동 이송 기준 설정과 병동에서 응급환자 발생시 중환자실 이송 시스템 마련 투약 과정에서 확인작업 결여로 인한 오류 방지책 <ol style="list-style-type: none"> 투약 업무 흐름 정비 응급상황에서의 투약 지침 개발 이상증상 호소시 원인 파악 지연과 대처 미숙 방지책 <ol style="list-style-type: none"> 진료과별 고위험군 기준 설정 고위험군으로 선정된 환자는 수술 전후 필수적으로 협의진료 절차 거치도록 하고 협진 내용대로 실시하였는지 모니터링 의료기관 내 진료과 간 협진 규정 설정 역제대 사용 지침 마련 수술 후 흔히 발생하는 합병증 대처 미흡 방지책 <ol style="list-style-type: none"> 표준진료지침 개발: 표준진료지침 이미 존재하는 경우, 지침대로 시행이 되고 있는지 평가, 수정 고위험군은 수술 전 후 협진 통해 체계적인 관리 필요 인수인계 과정에서 오류 방지책 <ol style="list-style-type: none"> 진료과마다 필수적인 사항을 포함한 인수인계 서식 개발하여 공유 정확한 인수인계 위한 전산시스템 구축 증상 호전되지 않은 환자 퇴원시킴에 있어서의 유의사항 <ol style="list-style-type: none"> 퇴원 전 환자 상태 사정 퇴원 교육 시행: 투약관련 내용, 주의사항, 병원에 문의를 요하는 사항, 내원하여 진료를 봐야 하는 사항, 추후 관리 등, 교육과 동시에 설명문 배부 필요한 경우 가정간호 연결 	<ol style="list-style-type: none"> 전문 의료인력 확보 <ol style="list-style-type: none"> 병원 크기에 맞는 적정 의료인력 확보(특히 전공의) 필요시 전문 간호사 활용 진료 공백 최소화 <ol style="list-style-type: none"> 주말과 야간 근무 의료인력 확보 비상 연락망 구축, 응급 상황에서 전문 인력 진료 가능하도록 함 지역 내 의료기관 협력체계 구축 <ol style="list-style-type: none"> 지역 내 진단검사의학과 영상의학과를 통한 검사 의뢰 상급 의료기관으로 전원시 중복검사 방지 위한 시스템 공유 투약오류 방지를 위한 처방전달시스템 및 처방검토 시스템 개선 <ol style="list-style-type: none"> 의사, 간호사, 약사에 의한 각 단계에서의 처방 검토 시스템 처방전달시스템에서 이상유량 처방 시 경고 메시지 발생 응급상황 대처 연습 <ol style="list-style-type: none"> 평상시 응급 상황에 대비한 시뮬레이션 연습 병동 내 응급상황에 대한 준비 위험환자 및 위험요소 관리 시스템 개발 <ol style="list-style-type: none"> 사고 발생 위험군에 대한 모니터링 시스템 개발 모바일 기기를 통한 진료시스템 접근 및 처방 허용 <ol style="list-style-type: none"> 모바일 기기를 활용하여 전자처방시스템과 전자 의무기록 이용 문자 메시지를 활용한 수치 이상 경고 및 협진원료 등의 공지사항 전송

구분	이원(2013)	이동엽(2014)
<p>의료 기관의 운영 체제에 관한 검토사항</p>	<p>9) 감염 예방 소홀 ① 수술 부위에 대한 기록 작성 ② 의료처치 상의 위생관리 시스템 정비 ③ 감염 보고 시스템(감염 발생, 감염 발생 시점, 원인, 감염균, 이후 대처 등) 구축 ④ 손위생 관련 규정 보완 ⑤ 수술 부위 감염 감시</p> <p>10) 검사결과 처리 지연 ① 응급검사의 시행 빈도가 높은 곳 조사한 뒤 응급검사 처리에 대한 기준 마련 ② 검사 운영 규정 설정 ③ 검사결과 보고 소요시간 점검 ④ 응급검사 관련 규정</p>	
<p>학회 · 직능단체 차원의 검토사항</p>	<p>1) 척추 관련 기형증, 합병증 발생 가능성 높은 수술에 대해 수술 후 발생 가능한 합병증과 증상, 최소한의 기본 검사 등의 진료지침 마련 2) 이상증상 호소시 원인 파악 지연과 대처 미숙 방지를 위하여 고위험군 지정 기준을 마련 및 검토하고 실제 이용할 수 있도록 제시 3) 수술 후 흔히 발생하는 합병증 대처 미흡 방지를 위해 수술마다 발생빈도가 높은 합병증의 진단을 위한 최소한의 기본 검사 매뉴얼 개발 4) 감염 예방 소홀 방지를 위해 항생제 사용지침 개발</p>	<p>1) 의료사고 호발 질환에 대한 표준 진료지침 개발 및 보급 ① 교과서적 치료를 적용할 수 없는 진료 환경적 한계를 극복하기 위한 ② 환자와 의사에게 모두 도움 2) 정기적인 학술세미나를 통한 의료사고 사례 공유 및 예방대책 논의 ① 학회차원의 의료사고 예방 대책 논의와 대책 마련 ② 통일된 의견을 바탕으로 한 정책적 제언 가능 3) 보호자에 대한 교육자료 제작·배포 ① 대중 매체나 인터넷 등을 통한 교육 제공 ② 약국이나 병·의원을 통한 교육 자료 배부 4) 소아의 검사와 시술 중 안전한 마취를 위한 학회 간 연계 ① 소아 수면 중 위험에 대한 의사들의 보호 장치 부재 ② 학회 간 협력을 통한 소아 수면실 사용 확대 및 국가 지원 요청</p>
<p>국가 · 지방 자치체 차원의 검토사항</p>	<p>1) 보고체계 구축 ① 수술 부위 오인 관련 ② 응급상황 관련(응급처치 미숙 등) ③ 투약 오류 관련 ④ 인수인계 과정 오류 관련 ⑤ 퇴원과정 오류 관련 ⑥ 감염예방, 감염발생, 감염 대처 관련 오류 등과 관련 ⑦ 검사결과 처리 및 보고 오류 관련</p> <p>2) 전공의 주당 근무시간 제한 등 수련환경 개선 3) 응급처치교육 필수 이수율 향상을 위한 국가적 지원 4) 감염 예방을 위한 의료법 개정: 예를 들어, 현재 일정 규모 이상의 병원급 의료기관으로 규정되어 있는 대상을 확대하여 연평균 몇 건 이상의 수술을 시행하는 병원에는 감염관리위원회와 감염관리실을 설치, 운영하도록 개정</p>	<p>1) 의료수가 개선 ① 원가보존을 통한 적정진료 시행의 기본 틀 마련 ② 위험성과 난이도를 고려하여 소아 술기에 대한 수가 향상</p> <p>2) 전공의 수련환경 개선 ① 현재 개선안은 수련시간 감소로 인한 병원 근무인력 부족에 대한 대비책 미흡 ② 환자들의 안전을 위협하지 않도록 인력확보대책 마련 등의 개선 필요</p> <p>3) 의료인 인력 부족에 대한 의료자원 공급 대책 마련 ① 비인기 진료과목에 대한 지원 증가 ② 전문 간호사 제도 인정 ③ 출산과 육아에 대한 지원 강화를 통해 출산 후 병원 복귀 환경 마련</p> <p>4) 신생아실 시설 운영 지원 및 신생아 전문 인력 필수 근무 의무화 ① 중소 지역병원 신생아실에 대한 재정적 운영 지원 ② 신생아실 질 향상 위한 전문 간호사 근무 의무화</p> <p>5) 지역의료전달체계 확립 ① 지역 내 1·2·3차 의료기관 연계 의무화 ② 시스템 연계로 중복 검사를 통한 비용 낭비 방지 ③ 잘 운영되는 지역 간 연계시스템에 대한 보상</p>

주: 두 연구에서의 공통적인 사항은 밑줄로 표시 하였다.

다. 연구의 한계

의료민사소송 판결문은 원고인 환자가 주장하는 바에 따라 과실여부를 판단한다. 따라서 원고인 환자가 사고의 원인을 잘못 짚어 진행할 경우 그에 대한 인과관계 및 과실 여부만을 법원에서는 판단하기 때문에, 사고의 다른 원인이나 해당 사고의 재발 방지를 위해서 해야 할 사항 등을 확인하기 어렵다는 한계가 존재한다. 더불어 판결문에는 의무기록이 첨부되어 있지 않기 때문에 사건에 관한 정보가 판결문에 기재된 내용으로 사건의 원인 및 재발방지 사항을 제안하기가 제한적이며, 추정을 해야 하는 부분이 많다는 한계도 존재한다. 또한 의료형사소송 판결문의 경우, 피고인의 유죄판결에 초점이 맞춰져 있기 때문에 사고를 총체적인 시각에서 바라보기 힘들며, 이로 인해 의료민사소송 판결문과 마찬가지로 사고의 다른 원인이나 해당 사고의 재발 방지를 위해서 해야 할 사항 등을 확인하기 어렵다는 한계가 존재한다.

이러한 한계점에도 불구하고, 의료소송 판결문은 의료분쟁 자료 중 공개된 자료로 사고 원인 분석 및 재발 방지 제안 등을 연구함에 있어 의료제공자의 사회적 낙인에 대한 부담이 가장 적다고 판단된다. 즉, 의료소비자와 의료제공자 사이에 자체적인 합의로 종결되는 사건에 대하여 연구를 진행하고자 할지라도 의료제공자의 자료 제공 및 공개에 관한 거부감이 크게 작용하여 자료 자체의 접근이 불가능할 수 있다. 따라서 환자안전에 관한 인식과 문화가 어느 정도 사회에 뿌리내릴 때까지는 의료소송 판결문을 활용한 사고 원인 분석 및 재발 방지 제안 등에 관한 연구가 활용되어야 한다.

또 다른 연구 한계로는 사고원인 및 재발방지책 분석에 있어 분석자의 경험에 따라 제안하는 사항이 달라질 수 있다는 것이다. 이러한 한계를 극복하기 위해서 다양한 시각을 보유한 인력을 활용하여 다양한 각도에서 사고의 원인을 분석하고 재발방지책을 제안하는 것이 무엇보다도 중요하다고 판단된다.

4. 재발방지를 위한 제도개선 제안

가. 시스템 구축 제안

의료소송 판결문을 활용한 사고 원인 분석 및 재발 방지책 제안과 제안된 재발방지책의 활용을 위해서 담보되어야 하는 부분은 의료소송 판결문의 수집, 분석, 환류 시스템의 체계적 구축이다. 더불어 이러한 시스템을 지속적으로 유지 및 발전시켜나갈 수 있는 주체가 확

정되어야 한다.

의료소송 판결문의 수집은 현재 인터넷 홈페이지 대한민국 법원 전자민원센터에서 판결문사본 제공신청을 통해서 수집할 수 있으나 이 경우 해당 사건번호를 확인해야 신청이 가능하다. 따라서 신청을 위해서는 판결문사본 제공신청을 이용하기 전에 판결문 방문열람 제도를 통하여 사건번호를 확인해야 한다. 해당 신청을 통하여 제공되는 판결문은 비실명처리되어있다. 이로 인해 의료기관의 규모 등의 특성에 관한 정보를 분석하기 불가능하여 사건 원인 분석과 재발방지책 제안에 있어 제한적이다.

이렇게 수집된 판결문은 1차 진료과목별 분류 작업을 수행하고, 제1심, 항소심, 상고심, 환송심의 진행 여부를 확인하여 하나의 사건인 경우 각각의 판결문을 하나로 정리하는 작업을 수행해야 한다. 이렇게 분류 및 정리된 판결문을 대상으로 사건의 원인을 분석하고 재발방지책을 제안하는 다음 단계를 수행한다. 사건의 원인 분석 및 재발방지책을 제안하는 인력은 보건의료계를 경험한 의사 또는 간호사 인력이 가장 적합하며, 그 다음으로는 보건학을 전공한 인력 역시 가능하다. 이렇게 분석된 자료를 토대로 다양한 시각을 보유한 인력풀을 구성하여 해당 사건에 대한 주기적인 검토를 함께 수행해야 한다. 인력풀을 구성할 때에는 가급적 다양한 시각을 보유한 인력을 활용하여 다각도에서 사고의 원인을 분석하고 재발방지책을 제안하는 것이 무엇보다도 중요하기에 의료소비자 대표, 의료제공자 대표(가급적 사건과 관련된 진료과목을 전공하거나 경력이 유사한 인력이 적합하다), 보건의료 정책 전문가 등으로 구성할 필요도 있다. 이렇게 산출된 의료사고 원인 분석 및 재발방지책을 실제 보건의료현장에 적용시키는 것이 무엇보다도 필수적이다. 이를 담보하기 위해서는 예산 지원 및 의사결정체 운영과 수행주체 운영이 반드시 필요하다.


나. 건강보험심사평가원의 역할 제안

국민건강보험법 시행령 제21조제1항에 의하면 동법 제45조제1항에 따라 요양급여비용의 산정은 요양급여의 각 항목에 대한 상대가치점수의 점수당 단가를 정하도록 되어 있으며, 동법 시행령 제21조제2항에 따르면 요양급여 각 항목에 대한 상대가치점수는 요양급여에 드는 시간·노력 등 업무량, 인력·시설·장비 등 자원의 양 및 요양급여의 위험도를 고려하여 산정한 요양급여의 가치를 각 항목 사이에 상대적인 점수로 나타낸 것이라 규정하고 있다. 요양급여의 위험도의 경우, 의료행위의 높은 난이도 등으로 인한 스트레스 또는 업무강도와는 별개로 환자가 입은 피해나 의료 과정에서의 사고로 인한 금전적 손실을 기준으로 산정하고 있다(연세대학교 의료법윤리학연구원 2012, 5). 이 경우 의료분쟁의 해결비용이

요양급여의 위험도와 직접적인 연관이 있기에 수가 개발 측면에서 건강보험심사평가원이 의료분쟁 분석에 관한 일부 역할을 담당하는 것도 고려해볼 수 있다.

더불어 앞서 제시한 시스템 구축에 있어 산출된 의료사고의 원인 및 재발방지책을 실제 보건의료현장에 적용시키는 데 가장 직접적인 영향을 미칠 수 있는 부분은 표준진료지침 개발 및 보급, 수가체계 개발 등이다. 이 부분은 건강보험심사평가원의 고유 역할과 직접적으로 연관되어 있기 때문에 향후 의료소송 판결문을 활용한 사고 원인 분석 및 재발 방지책 제안을 위한 제도뿐만 아니라 환자안전에 위한 사건 원인 분석 및 재발 방지책 제안을 위한 제도마련에 있어서도 역할을 해야 하는 부분이다.

5. 나가며

본고에서 우리는 환자안전실태조사의 부재와 의료과실 모니터링 체계 및 위해사건 보고 체계가 구축되어 있지 않은 환자안전에 관한 우리나라의 실태를 살펴보았으며, 의료분쟁 해결 중심의 제도를 구축하고 있는 우리나라 제도상의 한계도 살펴보았다. 현재 활용 가능한 자료를 토대로 이러한 한계를 극복하기 위한 대안을 모색하기 위하여 의료소송 판결문을 활용한 연구를 살펴보았으며, 그 중에서 의료소송 판결문을 활용한 의료사고 원인 분석 및 재발방지책 제안과 관련된 연구를 살펴보았다. 판결문을 활용한 의료사고 원인 분석 및 재발 방지책에 관한 연구는 판결문이 지닌 제한적 정보의 특징과 분석자의 경험에 따른 분석 정보의 한계 등이 존재하나 환자안전에 관한 문화가 어느 정도 우리 사회에 어느 정도 자리 잡을 때까지 중요한 역할을 할 수 있다는 것을 확인하였다. 이를 위하여 향후 의료소송 판결문을 활용한 사고 원인 분석 및 재발 방지책 제안을 위하여 해당 연구 또는 제도가 운영될 수 있도록 판결문의 수집·분석·환류에 관한 시스템 구축을 제안하였으며, 그 중에서의 해당 시스템의 실질적인 운영과 맞닿아 있는 표준진료지침 개발 및 보급, 수가체계 개발 등에 관한 건강보험심사평가원의 역할을 제안하였다. 이러한 시작이 우리나라의 환자안전에 향상시키는 데 큰 주춧돌이 되기를 기원하는 바이다. 

참고문헌

- 권병기. 치과임상영역에서 발생된 의료분쟁의 판례분석[석사학위논문]. 서울:연세대학교 대학원 치의학과;2006.
- 김동오. 산부인과 영역에서의 의료분쟁 양상-일부지역 근무 산부인과 의사들을 중심으로-[석사학위논문]. 대구:경산대학교 보건대학원 보건학과;2001.
- 김충열. 내과영역의 의료과오에 관한 판례분석-서울민사합의부 판례중심으로-[석사학위논문]. 서울:연세대학교 보건대학원 보건의료법윤리학과;2000.
- 박현경, 박성준, 김명천, 고영관. 응급센터에서의 의료소송 판례분석과 향후 과제. 대한응급의학회지. 2001;12(3):322-329.
- 서창원, 이종석, 권오영, 최한성, 홍훈표, 고영관 등. 응급의료기관에서의 의료소송: 판례 중심의 의료법학적 고찰. 대한응급의학회지. 2009;20(6):715-721.
- 법원행정처. 2013년 사법연감. 서울:법원행정처. 2013.
- 법원행정처. 2012년 사법연감. 서울:법원행정처. 2012.
- 법원행정처. 2011년 사법연감. 서울:법원행정처. 2011.
- 법원행정처. 2010년 사법연감. 서울:법원행정처. 2010.
- 법원행정처. 2009년 사법연감. 서울:법원행정처. 2009.
- 신은하. 의료분쟁 발생 현황 및 진료과목별 분쟁 특성 분석[석사학위논문]. 서울:연세대학교 보건대학원 보건의료법윤리학과;2007.
- 연세대학교 의료법윤리학연구원, 건강보험심사평가원. 위험도 상대가치 개선을 위한 의료사고 비용조사 연구 결과설명회 자료. 서울:연세대학교 의료법윤리학연구원, 건강보험심사평가원;2012.
- 이동엽. 소아청소년과 의료소송 판결문 분석을 통한 의료사고 원인파악과 자발방지 대책[석사학위논문]. 서울:연세대학교 보건대학원 국제보건전공;2014.
- 이미선, 황보민, 서형식. 소아안과 영역에서 발생한 의료소송의 판례 분석. 한방안비인후피부과학회지. 2012;25(3):78-87.
- 이원. 정형외과 의료소송 판결문 분석을 통한 경향 파악과 원인 분석[석사학위논문]. 서울:연세대학교 보건대학원 국제보건전공;2013.
- OECD/Korea Policy Centre. OECD 보건의료의 질 평가: 한국편. 서울:OECD/Korea Policy Centre: 건강보험심사평가원. 2012.