



## In-depth review

## 입원전담전문의로서 의료과실 분쟁을 피하기 위한 전략

서울대학교병원 내과 및 입원의학센터

한승준

## Strategies to Reduce the Risk of Medical Malpractice Claims against Hospitalists

Seung Jun Han

Department of Internal Medicine and Hospital Medicine Center, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

The hospitalist system has recently been implemented in Korea. Claims against hospitalists may become a new medicolegal issue, as the number of medical malpractice claims is increasing. Hospitalist medical malpractice cases frequently involve more severe patient injuries than those involving claims against other physicians, and these cases frequently involve errors in clinical judgment and communication. Doctor-patient relationship issues, poor communication skills, and physicians at high risk of malpractice claims are risk factors for medical malpractice claims against hospitalists. Strategies to lower the risk of medical malpractice claims against hospitalists include empathetic communication with patients, standardized handoffs or discharge summaries, direct and close communication with outpatient physicians, and timely referral and consultation. Hospitalists will soon have a significant impact on inpatient care in Korea. (Korean J Med 2023;98:73-77)

**Keywords:** Hospitalists; Malpractice; Referral and consultation

## 서론

2021년 1월, 입원 환자 전담전문의 관리료가 신설되면서 국내에 입원전담전문의 제도의 도입이 공식화되었다. 당국은 입원전담전문의가 입원 병동에 상주하며 환자를 진료함으로써 입원 환자 진료의 안전에 도움이 될 것으로 기대하고

있고, 이미 발표된 몇 편의 연구를 통해 이 점이 증명되기도 했다[1-3]. 하지만 입원전담전문의의 진료 특성상, 입원하며 처음 만나는 환자가 대부분이라는 점은 어쩔 수 없는 위험 요소이다. 이미 병력을 알고 진료해 오던 환자가 아닌 처음 보는 환자를, 그것도 입원이 필요할 정도로 위중한 상태에서 만난다는 것은 입원전담전문의가 겪는 어려운 점 중 하나이

Received: 2022. 12. 31

Revised: 2023. 1. 16

Accepted: 2023. 1. 22

Correspondence to Seung Jun Han, M.D.

Department of Internal Medicine and Hospital Medicine Center, Seoul National University Hospital, 101 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea

Tel: +82-2-2072-7667, Fax: +82-2-6072-5293, E-mail: [hsjjam@naver.com](mailto:hsjjam@naver.com)

Copyright © 2023 The Korean Association of Internal Medicine

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

다. 입원의학 분야는 높은 중증도와 긴급성, 정보의 불균형, 취약한 진료 선택권을 특징으로 한다. 특히, 빠르고 복잡한 의사결정이 필요한 입원 환자 진료에 있어서는 의료과실이 발생할 경우 그 결과가 더 치명적일 수밖에 없다[4].

국내 판례상 의료과실은 환자의 위험을 방지하기 위한 최선의 조치를 취해야 할 의무가 있는 의사가 같은 분야에서 널리 행하여지고 있는 수준에 미치지 못하는 진료를 함으로써 환자에게 피해를 끼치는 것으로 정의된다. 의료분쟁이란 의료과실을 포함한 여러 이유로 환자와 의사 사이에 벌어지는 다툼을 말하는데, 이는 점차 증가하는 추세이다[5]. 국내에서는 아직 입원전담전문의가 연관된 의료분쟁의 사례를 경험한 바가 적겠지만, 입원전담전문의 제도의 도입과 의료분쟁의 증가 추세가 맞물려 곧 중요한 문제로 대두될 수 있다. 따라서 본 논문에서는 입원전담전문의 제도가 성공적으로 운영되고 있는 미국의 사례와 관련 문헌들을 참고하여 입원 환자에게서 발생하는 의료분쟁의 특징, 위험 요소 그리고 의료분쟁을 줄일 수 있는 전략에 대해 고찰하고자 한다.

## 본 론

### 입원 환자에서 발생하는 의료분쟁의 특징

1980년대부터 미국에서는 의료과실의 빈도와 심각성을 논하는 연구들이 본격적으로 발표되기 시작하였다. 1984년 한 해 동안 뉴욕주에서 입원한 삼만 명이 넘는 환자들의 자료를 검토한 연구에 따르면 전체 입원 환자 중 3.7%에서 위해 사건이 있었고 그중 27.6%, 즉 전체 환자의 약 1%에서 의료과실이 있었던 것으로 확인되었다[6]. 입원전담전문의들이 겪은 의료분쟁을 조사한 연구들에 따르면, 분쟁을 야기한 위해 사건의 중증도가 다른 내과 전문의들의 분쟁 사례보다 더 위중한 것으로 보고되었다. 조사된 위해 사건 가운데 약 50%의 사례에서 환자의 사망과 연관되어 있었다거나[7], 영구적인 손상을 초래한 사례가 70% 이상이었던 것으로 보고되기도 하였다[8]. 이는 서론에 서술한 대로 입원 환자에서 발생하는 의료과실의 결과가 더 치명적이었음을 보여준다.

입원전담전문의가 겪은 의료분쟁의 가장 흔한 원인은 임상적 판단의 오류였다. 필요한 진단적 검사나 치료가 지연되는 경우가 흔했고, 치료 자체가 부적절하였거나, 시야가 좁아서 적절한 진단으로 이어지지 못한 사례들도 이 분류 안에 포함되었다. 그 다음으로 많은 원인을 차지한 것은 의사소통

의 문제였다. 가장 중요한 것은 의료진 간의 의사소통 문제였는데, 외래 주치의나 분과 전문의와의 의사소통 문제가 이에 포함되었다. 그 밖에 의료 술기나 의약품의 위험에 대한 불충분한 설명, 중요한 협의진료가 지연된 경우, 불충분한 의무기록, 병원의 정책이나 인력 운영의 문제도 입원전담전문의가 연관된 의료분쟁의 주요 원인으로 확인되었다[7,8].

### 의료분쟁의 위험 요소

앞서 말한 1984년 뉴욕주의 전체 입원 환자 연구에서 밝혀진 의료과실 중 약 2%에서만 손해 배상 청구가 있었다는 사실을 고려하면[9], 의료과실의 상당수는 의료분쟁으로 이어지지 않고, 심지어 어떤 경우에는 전혀 드러나지도 않는 것을 알 수 있다. 그와는 반대로 손해 배상이 청구된 위해 사건들 중 의료진의 과실이 없는 경우도 적지 않은 비중을 차지한다는 사실도 밝혀진 바 있다[10]. 이는 의료과실이 실제 의료분쟁으로 이어지는 과정에서 작용하는 요인들이 있다는 것을 의미한다.

의료분쟁의 위험 요소 중 가장 중요하게 여겨지는 것은 의사-환자 관계의 손상이다. 의료분쟁을 제기한 환자의 71%가 의료진과의 관계에서 문제를 경험하였다고 조사된 바가 있다. 환자들이 의사와의 관계가 손상되었다고 느끼는 이유들을 살펴보면 의사가 환자의 호소를 무시하는 경우, 위중한 시기에 의사를 만나지 못하여 적절한 설명을 듣지 못한 경우, 중요한 정보를 전공의나 간호사와 같은 대리인을 통해 전달받는 경우, 전달받은 정보가 불충분한 경우 등이 있었다. 또한 새로운 의사가 이전에 진료한 의사와 다른 내용의 설명을 하거나, 이전 담당 의사의 진단 및 치료 과정에 대해 의문을 제기하는 경험들도 환자로 하여금 의료분쟁을 제기하게 하는 중요한 원인이었다[11].

의사소통 기술도 중요하다. 의사가 환자와 눈맞춤을 하고, 환자가 한 말을 반복하며 다시 확인하고, 환자를 만나는 시간 자체를 늘리는 것이 의료분쟁을 줄일 수 있는 의사의 행동 습관들이다[12]. 환자들이 의사소통에 문제가 있었다고 지적한 의사들이 의료분쟁을 경험할 확률이 유의하게 높았다는 연구 결과가 있었으며[13], 다른 보고에서는 645명 중 9%에 해당하는 의사들이 전체의 50%에 달하는 의료분쟁을 경험한 것으로 조사되어 의료분쟁의 위험 요소 중 의사 특성과 관련된 인자도 있다고 받아들여지고 있다[14]. 환자 만족도 설문 점수가 의료분쟁 사례 건수와 유의한 상관관계가 있

음을 보여주는 연구도 있었는데, 만족도가 5점 만점에서 1점씩 내려갈수록 의료분쟁 위험도가 5%씩 증가한다는 것이다. 이 연구에서 각 항목의 만족도 점수별로 의료분쟁 사례와의 연관성을 분석하였는데 의사가 환자에게 할애하는 시간이나 환자의 걱정 등에 대해 관심을 가져주는 정도에 대한 만족도 점수가 높을수록 의료분쟁 사례 건수가 유의하게 적은 것으로 나타난 반면, 의사의 의학적 기술에 대한 만족도 점수는 의료분쟁 사례 건수와 관련이 없는 것으로 확인되었다[15].

### 의료분쟁을 줄이기 위한 전략들

의료분쟁을 줄이기 위해 가장 중요한 것은 의사소통 기술이다. 환자 및 보호자들과 공감 어린 의사소통을 하는 것은 예기치 못한 결과가 발생하였을 때에도 환자가 의료과실 분쟁을 제기할 위험성을 낮추는 것으로 알려져 있다. 또한 중요한 정보는 환자를 담당하고 있는 입원전담전문의가 직접 설명하는 것이 좋다. 전공의나 간호사와 같은 대리인을 통한 정보 전달은 정보의 질 자체도 낮거나 의무기록에 충분하게 기술되지 않을 가능성이 높다. 또한 환자나 보호자로 하여금 입원전담전문의가 자신들을 충분히 신경 쓰지 않는 것처럼 느끼게 하여, 좋지 않은 결과가 발생했을 때 문제의 소지로 인식될 가능성이 있다[16].

의무기록 작성과 관련해서는 핸드오프 기록이나 퇴원기록을 표준화하는 것이 좋은 방법이다. 주말이나 야간 당직 근무를 포함하는 입원전담전문의 모델에서는 일정한 주기로 담당 입원전담전문의가 변경되는데 그럴 때마다 환자의 병력을 요약하고 필요한 검사나 치료 계획을 누락 없이 기록할 수 있는 표준화된 핸드오프 기록 서식이 있다면 도움이 될 것이다. 특히, 입원전담전문의 모델에서는 환자의 퇴원도 핸드오프에 해당한다. 한 연구에 따르면 입원 환자의 41%가 일부 혈액이나 영상 검사의 결과가 보고되지 않은 시점에서 퇴원을 하고, 그중 9.4%는 해당 검사 결과의 보고 이후에 추가적인 진료나 기존 진료의 수정이 필요했던 것으로 확인되었다[17]. 입원전담전문의가 진료한 환자들은 퇴원 후에 다른 의사가 외래에서 진료를 이어가는 경우가 대부분이므로 이러한 미보고 검사 항목에 대한 의사소통이나 확인 과정이 꼭 필요하다. 전자차트를 통해 이상 검사 결과를 자동으로 알려주는 시스템도 도움이 되겠지만, 표준화된 퇴원기록 양식을 이용하는 것이 좋으며, 의사들 사이의 직접적인 의사소통도 좋은 방법이다[14]. 퇴원 전 보고되지 않은 검사 결과들을 확

인하고 적절한 진료 연계를 위해서 입원전담전문의가 직접 퇴원 후 클리닉을 운영하는 것도 비슷한 유형의 의료과실과 분쟁을 줄이는 데에 도움이 된다[18].

외래 주치의나 분과 전문의와의 협의진료도 중요하다[19]. 앞서 말한 바와 같이 입원전담전문의가 만나는 대부분의 환자는 처음 보는 환자들이다. 입원전담전문의는 외래 주치의와 의사소통을 통해 환자의 병력을 자세히 파악하고, 세부적인 문제에 대해서는 해당 분야의 전문의와 시의적절하게 협의진료를 하는 것이 필요하다. 협의진료가 지연됨으로써 진단과 치료가 늦어지는 것은 환자들이 입원전담전문의에게 의료분쟁을 제기하는 중요한 이유가 될 수 있다[16]. 또한, 협의진료를 의뢰한 시점 이후 환자의 상태가 변했거나, 컨설팅트의 치료 계획이 최선의 치료라고 판단되지 않는 경우에는 입원전담전문의는 그들과 적극적으로 다시 대화할 필요가 있으며, 컨설팅트의 판단에 의하여 수행된 의료 행위와 연관된 의료과실에서도 입원전담전문의가 함께 의료분쟁을 겪게 될 가능성이 높다는 것을 염두에 두어야 한다[16]. 간혹 다른 의사들에게 협의진료를 의뢰하는 과정에서 담당 의사로서의 자신의 정체성에 의문을 갖는 입원전담전문의들을 보게 된다. 하지만 다른 의사에게 의견을 묻고 환자의 진료에 반영하는 것을 입원전담전문의의 역할이 부족해서라고 받아들여서는 안 된다. 의료의 범위는 빠르게 넓어지고 있고, 각 분야의 전문 지식의 깊이도 더욱 깊어지고 있다. 시각적으로 표현하자면 시간이 지날수록 나무의 뿌리가 더 넓고 깊게 땅속으로 파고 들어가는 모습을 연상하면 될 것이다. 새로운 환자를 볼 때마다 나무의 모든 뿌리의 끝까지 파고 들어가는 것은 불가능하며, 그것이 입원전담전문의에게 요구되는 역할도 아니다. 입원전담전

**Table 1. Strategies to reduce the risk of medical malpractice claims against hospitalists [8,16]**

Strategy
Maintain open and empathetic communication with patients and their families
Be careful about delegating communication
Standardize handoffs and discharge summaries
Directly communicate with out-patient physicians
Stay engaged after the other specialists have joined the case
Use checklists
Collect and provide feedback to physicians
Be accessible and responsive to nurses
Document patient noncompliance or refusal to follow the treatment plan

문의의 역할은 각 뿌리에서 얻은 영양소를 더 많은 잎과 꽃을 피워내도록 적절하게 전달하는 것이다. 즉 질병 중심의 의학 적 지식과 의료 기술이 환자 중심의 이득(patient-centered benefit)으로 구현되도록 돕는 것이 입원전담전문의의 역할이다.

그 밖에 환자 진료에 있어 기본적인 요소들에 대한 체크 리스트를 시행하는 것과 환자 만족도 조사 결과를 의사에게 피드백하는 것도 의료과실과 분쟁을 줄이는 데에 도움이 된다. 의사-간호사 관계도 중요한데, 간호사가 환자에 대한 보고를 의사에게 즉각적으로 할 수 있어야 한다. 의사의 반응에 대한 두려움으로 간호사가 의사에게 보고를 주저하게 되는 것은 의료과실 발생의 위험 요인이다[8]. Table 1에 의료 분쟁을 줄이기 위한 전략들을 정리하여 제시하였다.

## 결 론

입원전담전문의는 입원 환자의 안전을 위해 도입되었다. 전공의 부족, 상급종합병원 평가와 같은 제도적인 요인으로 인해 가까운 미래에는 입원전담전문의 제도가 더욱 확산될 것으로 예상된다. 경험 많은 전문의가 병실에 상주하며 환자를 진료하는 것이 환자 안전에 도움이 되리라는 것은 당연해 보이지만, 매번 새로운 환자를 입원한 상태에서 진료해야 한다는 점은 입원전담전문의 제도의 효과를 증명하기 위해 넘어야 할 장애물이다. 적극적이고 공감 어린 환자와의 의사소통, 표준화된 의무기록을 통한 핸드오프와 퇴원 연계, 외래 주치의나 분과 전문의와의 적극적인 의사소통이 의료과실과 분쟁을 줄일 수 있는 대표적인 방법들이다. 입원전담전문의가 입원 환자 진료 영역에서 양적으로 뿐만 아니라 질적으로도 중요한 역할을 하는 날이 오기를 고대한다.

**중심 단어:** 입원전담전문의; 의료과실; 협의진료

## CONFLICTS OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## FUNDING

None.

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

SJ Han wrote the manuscript of the whole contents.

## ACKNOWLEDGMENTS

None.

## REFERENCES

1. Han SJ, Jung HW, Oh DY, et al. Comparisons of clinical outcomes between weekday-only and full-time, 24-hour/7-day coverage hospitalist systems. *J Korean Med Sci* 2020;35:e117.
2. Jung YB, Jung EJ, Lee KY. A surgical hospitalist system in Korea: a preliminary study of the effects on hospital costs and postoperative outcomes. *Ann Surg Treat Res* 2021;100:298-304.
3. Chae W, Choi DW, Park EC, Jang SI. Improved inpatient care through greater patient-doctor contact under the hospitalist management approach: a real-time assessment. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:5718.
4. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press, 2000.
5. Lee DP. Current status of medical disputes, prospects and cautions. *Korean J Med* 2019;94:231-236.
6. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370-376.
7. Schaffer AC, Jena AB, Seabury SA, Singh H, Chalasani V, Kachalia A. Rates and characteristics of paid malpractice claims among US physicians by specialty, 1992-2014. *JAMA Intern Med* 2017;177:710-718.
8. Ranum D, Troxel DB, Diamond R. Hospitalist closed claims study: an expert analysis of medical malpractice allegations [Internet]. Napa (CA): The Doctors Company, c2016 [cited 2022 Dec 13]. Available from: [https://www.thedoctors.com/siteassets/pdfs/risk-management/closed-claims-studies/10392\\_ccs-hospitalist\\_academic\\_single-page\\_version\\_ftr.pdf](https://www.thedoctors.com/siteassets/pdfs/risk-management/closed-claims-studies/10392_ccs-hospitalist_academic_single-page_version_ftr.pdf).
9. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III. *N Engl J Med* 1991;325:245-251.
10. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med* 2006;354:2024-2033.

11. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. Arch Intern Med 1994;154:1365-1370.
12. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. Health Aff (Millwood) 2010;29:1310-1318.
13. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. JAMA 1994;272:1583-1587.
14. Hickson GB, Federspiel CF, Pichert JW, Miller CS, Gauld-Jaeger J, Bost P. Patient complaints and malpractice risk. JAMA 2002;287:2951-2957.
15. Stelfox HT, Gandhi TK, Orav EJ, Gustafson ML. The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits. Am J Med 2005;118:1126-1133.
16. McKean S, Dressler DD, Ross JJ, Scheurer D. Principles and Practice of Hospital Medicine. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Medical, 2017
17. Roy CL, Poon EG, Karson AS, et al. Patient safety concerns arising from test results that return after hospital discharge. Ann Intern Med 2005;143:121-128.
18. Shin DH. The vision of hospitalist system in Korea. Korean J Med 2021;96:1-6.
19. Adams TN, Bonsall J, Hunt D, et al. Hospitalist perspective of interactions with medicine subspecialty consult services. J Hosp Med 2018;13:318-323.