

의료 전문직 윤리교육과 합리적인 의료오류보고 체계 마련을 통한 의료분쟁의 예방

— 일개 지역응급의료센터 의료오류보고 체계를 통한 민원 분석 —

황순영*, 배현아**

I. 서론

인체에 대한 침습을 그 특징으로 하는 의료행위는 그 자체가 위험성을 내포하고 있으며, 시술의 주체가 되는 의사를 포함하는 의료인과 환자 사이에 의학에 관한 전문지식의 편중 즉, 정보의 불균형으로 인한 폐쇄성이 그 특성으로 이해되기도 한다.¹⁾

이러한 의료 자체의 특수성과 국민들의 의료서비스 이용의 증가 및 사회 전반에 소비자로서의 알 권리 등에 대한 주장의 소리가 높아지면서 예기치 못한 의료사고와 그로 인한 의료분쟁이 늘어나고 있다.²⁾

의료사고란 의료와 관련되어 환자를 피해자로 하고 진단, 검사, 치료 등 의료의 전 과정에서 발생하는 인신 사고 일체를 포괄하는 용어이다. 즉, 의료사고라는 용어는 그 발생원인 및 책임소재를 고려하지 않은 사회현상을 의미하는 사실적 개념이고, 넓은 의미에서는 의료뿐

아니라 의료기관과 관련하여 발생하는 모든 종류의 사고를 지칭하기도 한다.³⁾ 이러한 의료사고로 인하여 발생한 다툼을 의료분쟁이라 한다. 그러나 모든 종류의 의료사고가 분쟁화되지는 않으며, 실제 소송에 이르지 않고 분쟁 상태로 나타나는 경우는 발표된 의료소송에 대하여 약 10-20배 정도를 곱하면 되는 것으로 본다.

저자들이 관심을 갖게 된 부분은 바로 의료사고가 발생하였으나 분쟁화되지 않은 부분이다. 의료사고가 분쟁화되지 않는 이유에는 사회적, 경제적, 법적 장벽에 의한 경우도 있지만⁴⁾ 최근 의료분쟁의 원인에 대한 분석에서 보면 의사-환자 관계의 변화를 그 이유로 든다. 즉, 과거의 의사-환자 관계가 시혜자와 수혜자의 입장과 같은 수직적 관계인 온정적 간섭주의에 기초하여 이루어지다가 최근에는 환자의 자기결정권이 강화된 지도자-협조자의 관계 또는 대등한 참여자의 형태로 변화하고 있으며 그에 따라 의사와 환자 간의 관계 형성에 있어서 적절한 인간적인 신뢰관계를 이루지 못할 경우 분쟁

교신저자 : 배현아. 이화여자대학교 법학과. 02-3277-6661. sincerebae@ewha.ac.kr

* 이화여자대학교 의학전문대학원 응급의학교실

** 이화여자대학교 법학과

1) 그러나 최근에는 인터넷 등을 통한 전문 의학적 지식이 일부 대중화되기도 하였으나, 그만큼 잘못된 정보를 통한 의료이용이 늘어나고 있다.

2) 대법원, 사법연감(1990-2004).

3) 조항석, 의료사고를 경험한 가족들의 의료분쟁을 제기하는 원인에 대한 연구. 1999. 9.

4) 의학교육연수원 편, 임상윤리학, 개정판, 서울대학교출판부, 2005 : 99-100.

발생의 가능성이 높아진다는 지적이 있다.⁵⁾ 실제 소송에서도 의사의 과실에 의한 주의의무 위반에 따른 의료과오소송에 비해서 의사의 설명을 포함한 환자와의 관계형성에 대한 오류에 대하여 문제제기를 하는 소송건수가 늘고 있다.⁶⁾ 즉, 의사와의 신뢰관계가 충분히 형성되지 않는다면 의료사고에 직면하였을 때 의사에 대한 노여움, 불신, 보복 등으로 이어지게 되고, 의사의 조그마한 실수에 대해서도 환자나 보호자가 엄격한 태도를 보일 수 있다.

의료사고에 대한 개념적 정의와 의료분쟁 증가 원인에 대한 분석 외에 이미 외국에서는 의료오류(Medical Error)⁷⁾에 대한 유형과 분석을 통해 의료오류 발생을 예방하고 더 나아가 의료오류가 의료사고로 인지되어 의료분쟁화 되는 것을 예방하기 위한 연구들이 진행되어 왔다.⁸⁾

이에 저자들은 일개 지역응급의료센터 법무팀을 통해 접수된 민원들을 분석하여 그 유형과 원인에 따라 구분하여 의료오류에 대한 윤리적 근거 및 의사-환자관계형성에 대한 윤리교육을 통해 의료분쟁 예방 및 적절한 의료오류보고 체계 마련의 필요성을 제안하고자 한다.

II. 연구방법

사례분석은 2006년 1월부터 2007년 12월까지 일개 지역응급의료센터에 내원한 환자 중 응급의학과에 민원을 제기한 환자들을 대상으로 하였으며 총 54건(2006년

30건, 2007년 24건)이었다. 이들을 모아 의료기관 내 오류보고체계인 안전보고서와 응급의학과 내 오류보고체계인 포트폴리오를 토대로 민원제기 항목과 민원 발생 원인에 대하여 조사하였다. 민원 발생 원인은 민원인의 특수한 의학적 개인적 상황이나 경제적인 목적, 해당 의료행위에 대한 이해부족이나 오해 등으로 인한 민원인 요인, 응급의료제공자의 지식부족과 그로 인한 판단오류, 진료 태도, 설명부족, 환자와의 관계형성 오류 등 응급의료종사자의 인적 요인, 우리나라 병원진과 병원을 포함하는 응급의료체계 관련 민원, 의료기관 및 기관 내 응급의료서비스 제공 체계와 관련된 시스템 요인으로 구분하여 분석하였다. 그 중 인적 요인에 관해서 구체적인 내용을 분석하였다.

III. 연구의 결과

총 54건의 민원을 제기한 항목별로 분석해 보면, 2006년은 오진주장을 포함한 오진(wrong diagnosis) 관련 8건, 무성의, 불친절(unkindness) 8건, 진료지연(delay) 4건, 진료비(fee) 4건, 절차관련(formality) 5건, 검사부작용(side effect) 1건이었고, 2007년은 오진주장을 포함한 오진 7건, 무성의, 불친절 8건, 진료지연 2건, 진료비 2건, 절차관련 3건, 검사부작용 1건, 기타 1건이었다. 2년간 발생한 민원 중 불친절이 16건으로 제일 많았고 다음으로 오진, 절차관련 민원 순이었다. <그림 1>

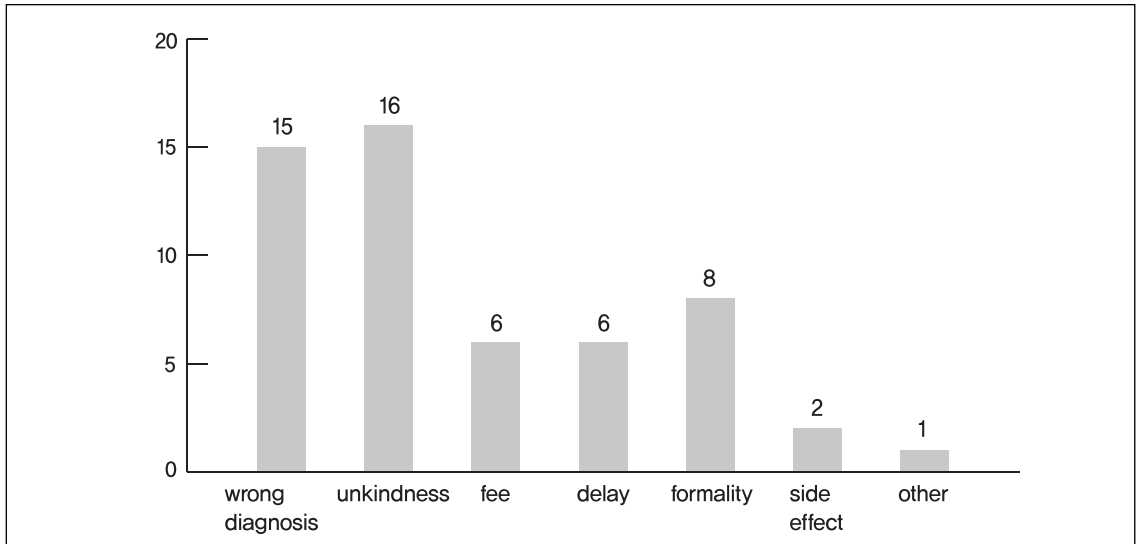
5) 의학교육연수원 편. 임상윤리학. 개정판. 서울대학교출판부, 2005 : 99-100.

6) 최재천, 박영호. 의료과실과 의료소송. 제3판. 서울 : 육법사, 2004 : 127.

7) 의료오류란 의도했던 대로 과정을 완수하지 못하거나 특정 목적을 달성하기 위해 잘못된 계획을 사용하는 것으로 정의된다. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human building a safer health system (1st ed). Washington D.C.: National academy press, 2000 : 28.

8) Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Emergency medicine : A comprehensive study guide (6th ed). United State of America : McGraw-Hill companies, 2004 : 1912-1918.

〈그림 1〉 Item of Complaint

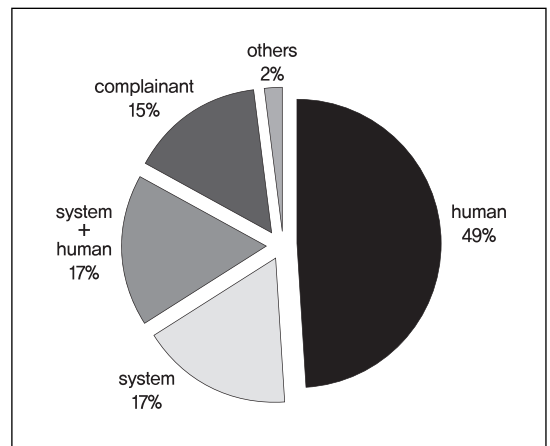


이를 원인 별로 분석한 결과 인적 요인이 17건으로 가장 많았고 이어 시스템 요인, 시스템과 인적의 복합요인이 같았고 민원인 요인, 기타요인 순이었다.〈표 1〉, 〈그림 2〉

〈표 1〉 Cause of Complaint

Type	Case
human	27(49%)
system	9(17%)
system and human	9(17%)
complainant	8(15%)
others	1(2%)
sum	54

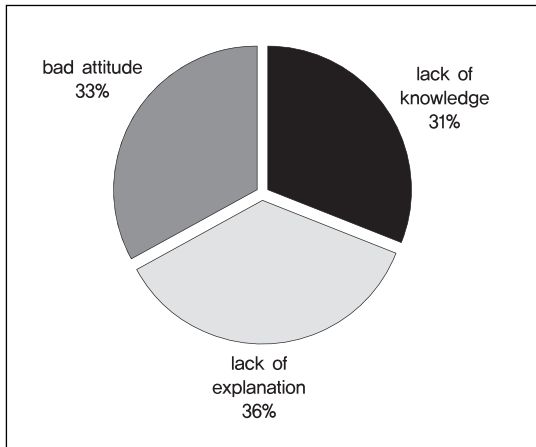
〈그림 2〉 Cause of Complaint



이 중 인적 요인과 시스템과 인적의 복합요인 중 인적 요인에 대한 세부 분석을 했을 때 설명부족, 태도불량, 지식부족 순으로 13건(36%), 12건(33%), 11건(31%)으로 각 항목별로 크게 차이는 없었으나 설명부족과 태도불량

을 합한 경우가 69%에 해당하여〈그림 3〉 지식부족으로 인해 민원이 발생한 경우보다 의사의 설명부족이나 환자를 대하는 태도의 문제로 발생한 경우가 많은 것을 알 수 있다. 이들 민원은 각기 설명, 사과, 진료비 감면, 해당 부서 협조요청의 방법으로 해결되었으며 감면총액은 2006년은 1,449,490원, 2007년은 449,520원이었으며, 감면 없이 설명을 통한 이해 등으로 해결된 경우가 45건, 최대 감면액은 1,027,870원이었다.

〈그림 3〉 Analysis of Human Type



IV. 고찰

전술한 대로 의료의 내재된 위험성으로 인해 의료오류를 포함한 의료사고는 발생할 수밖에 없다.⁹⁾ 오류보고 및 의료분쟁에 대한 연구들의 일차적인 목적은 수정할 수 있는 요인이 있다면 수정 보완하여 오류의 재발을 막고 의료분쟁을 예방하고자 하는 것이다.

저자들의 분석 대상이 되었던 응급의료센터 관련 의료오류에 대한 민원 발생의 원인에 대한 배경에는 응급실에는 급성기에 해당하는 다양한 중증도를 가진 여러 환자가 동시에 진료를 받고 있으며, 환자로부터 얻을 수 있는 병력이나 진단정보가 크게 제한되어 있는 상황에서 여러 가지 결정을 해야 하는 것과 같은 응급의료가 내재한 많은 위험요인들과 관련이 있다. 또한 응급실 근무자

들은 수면주기가 지켜지지 않는 피곤한 상황에서 일하는 등 근무환경도 열악하다.¹⁰⁾ 응급실의 의료진은 의료오류에 취약하며 예방 가능한 의료오류의 80% 이상이 응급실에서 발생하고 있다는 보고도 있다.¹¹⁾ 하지만 모든 의료오류에 의료과실(malpractice)이 동반되는 것은 아니며 결과적으로 환자에게 위해를 가할 수도, 가하지 않을 수도 있다. 의료오류 중 환자에게 위해가 가해진 경우를 악결과(adverse event)라 한다. 미국의학원(Institute of Medicine)은 의료오류로 인해 연간 44,000명에서 98,000명이 사망한다고 보고했다.¹²⁾ Fordyce 등의 연구에 따르면 응급실에 내원한 환자 전체의 18%에서 의료오류가 일어나고 이중 악결과를 일으킨 경우는 2%라고 보고하고 있다.¹⁰⁾ 우리나라의 경우 의료오류에 대한 보고가 없어 그 규모를 아직 알기 어렵다. 김은 한 해 평균 의료사고로 인한 사망자가 적게는 4천명에서 많게는 2만 7천명에 달할 것으로 추정된다고 하였으며¹³⁾ 안 등은 응급의학과 의사의 오류보고 운영경험에서 약 4달 동안 160명(9.7건/1,000명)의 환자에서 177건(1.5건/일)의 의료오류가 발생하였으나 숫자가 적게 보고된 것으로 생각되었다.¹⁴⁾

의료오류 발생시 환자의 자기결정권과 알 권리라는 윤리적 근거하에 의료진은 환자 자신 또는 보호자에게 오류의 발생을 알려야 한다는 대전제에는 이견이 없을 것이다. 그러나 전술한 바와 같이 의료오류보고가 적게 되거나 또는 보고되지 않는 이유는 의료분쟁의 발생에 대한 두려움이 가장 크며, 환자에게 악결과를 발생시키지 않은 경우 환자의 심리적 안정 등을 이유로 보고되지

9) 범경철, 의료분쟁소송, 서울 : 법률정보센터, 2003 : 15-18.

10) Fordyce J, Blank FS, Pekow P, et al. Errors in a busy emergency department. Ann Emerg Med 2003 ; 42(3) : 324-33.

11) Wilson RM, Harrison BT, Gibberd RW et al. An analysis of the causes of adverse events from the Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust 1999 ; 170 : 411-5

12) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 앞의 책 : 28.

13) Citizens' Coalition for Economic Justice et al. NGOs call government to legislate the Act for Relief of medical accidental injuries after medical accident in Kunyang University hospital. Declaration Jan 16, 2006.

14) 안기욱, 정진희, 어은경 등. 응급실내 의료오류 보고체계의 시범적 운영. 대한응급의학회지 2007 ; 18(3) : 218-226.

않고 있다.

적지만 보고된 응급의료와 관련하여 발생하는 의료오류에 대한 연구에 의하면 의료오류는 발생 과정에 따라 술기적(procedural), 인지적(cognitive), 감정적(affective) 의료오류로 분류할 수 있는데,¹⁵⁾ 이러한 의료오류에 대한 유형적 구분의 이유 역시 그 오류의 성격에 따라 재발 방지를 위한 대책을 마련하는 형태가 달라지기 때문이다. 즉, 술기적 오류는 기술적인 것이며 응급실에서 시행하는 다양한 술기 중 어떤 술기를 시행하는 과정에서도 일어날 수 있으므로, 술기를 수행하는 능력은 술기의 과정을 이해하고 이후 수많은 반복을 통해 습득하게 되므로 이들 중 미숙한 부분이 있으면 술기적 의료오류가 발생하게 된다. 인지적 오류는 사고과정의 오류로 대부분 진단과 치료과정, 환자의 입퇴원 등을 결정하는 것과 같은 의사결정과정에서 일어난다. 감정적 오류는 의료진의 감정이나 기분상태를 반영하는 것으로 보통 의사결정 과정에 영향을 줌으로써 발생한다.⁸⁾

이렇듯 세 가지 범주의 의료오류는 각기 다른 특성을 가지고 있고 이에 따라 다른 방식의 해결 및 예방법이 적용되어야 한다. 술기적 오류는 세 가지 중에 비교적 쉽게 예방이 가능한 부분으로 술기에 대한 교육으로 해결될 수 있다. 또한 이것은 환자에게 행해지는 행위이므로 기록이 가능하고 오류가 발생했을 때도 다른 의료오류들에 비해 발견하기가 쉽고 반복 교육을 통한 술기습득능력의 향상 등으로 비교적 예방이 쉽다. 인지적 오류는 경험과 관련이 된다. Young 등에 따르면 인지와 의사결정과정에서 경험이 없는 군보다 중등도의 경험을 가진 군과 전문가 군이 유의하게 오류가 적었다고 한다.¹⁶⁾ 이러한 인지적 오류는 경험을 토대로 사고결정과정에서 이루어지

는 것인 만큼 술기적 오류보다 발견이 어렵고 기록도 적으며 예방하기도 힘들지만 경험이 많은 사람이 최종 의사결정을 하는 등의 개선이나 사례교육 등을 통한 경험의 증대를 통해 예방이 가능하다고 보여진다. 마지막으로 감정적 오류는 기록되지 않는 의료오류로써, 의료분쟁이나 민원 발생시 해결이 어려운 경우가 많아 예방이 필요한 대상이 많으나 가장 예방이 어려운 것으로써, 의사집단에 대한 조기에 지속적인 전문가 윤리교육이 하나의 해결책이 될 수 있다.

이러한 전문가 집단을 대상으로 한 윤리교육의 중요성은 비단 응급의학 영역에만 적용되는 것은 아니다. 외과 영역에 대한 의료오류 분석을 통해 Charles L.은 의료오류의 종류를 기술적(technical), 판단적(judgemental), 규범적(normative)으로 구분하면서 그 중 규범적 오류의 영역이 그 영향력이 가장 크고, 이를 개선하기 위한 교육 등의 노력의 어려움과 심각성에 대하여 기술하였다.¹⁷⁾

이 연구에서도 응급실에서 발생한 민원의 가장 많은 부분을 인적 요인이 차지하고 있고 그 중에서도 감정적 오류의 범주에 속하는 태도불량과 설명부족이 대다수를 차지하고 있다. 이를 통해 응급실에서 오류 예방을 위해 지식교육이나 환경개선, 시스템 변화뿐 아니라 의료진에 대한 감정적 오류 예방에 대한 교육이 중요함을 알 수 있다.

오류의 예방 및 오류에 대한 올바른 대처를 위해서 중요한 것이 오류의 보고이다. 의료오류가 일어났을 때 법적, 윤리적으로 환자 및 보호자에게 환자에게 행해진 의료행위에 관해 진실을 말하는 것이 의료진의 일반적인 의무로 여겨지고 있다.¹⁸⁾ 법적으로도 의사의 주의의무뿐만 아니라 설명의무 역시 의사의 과실판단에 있어서

15) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. 앞의 책 : 28.

16) JS, Smith RL, Guerlain S, et al. How residents think and make medical decisions: implications for education and patient safety. Am Surg 2007 Jun ; 73(6) : 548-53.

17) Charles L Bosk, Forgive and remember: Managing medical failure. Chicago : University of Chicago press, 1979.

18) Vogel J, Delgado R. To tell the truth : physicians' duty to disclose medical mistakes. UCLA Law Rev 1980 Oct ; 28(1) : 52-94.

중요한 기준이 되고 있으며, 응급상황에 따라 사전설명 의무가 면책되는 경우도 있지만 응급상황이 해결되면 다시 이전에 행했던 의료행위에 관한 사후 설명의무가 발생하므로 응급실의 의료진도 이런 설명 및 주의의무에서 자유로울 수 없다.¹⁹⁾ 물론 환자에게 위해가 가해지지 않은 오류의 고백(disclosure)에 관해서는 법적으로는 논란의 여지가 있겠지만 윤리적으로 볼 때 오류와 관련된 모든 과정을 환자 및 보호자에게 정직하게 고백하는 것이 전문가 윤리적 측면에서 합당하고 여겨진다. 그러나 의료오류를 고백하는 것은 당연하지만 어려운 일이며 실제로 미국의사협회(American college of physicians)의 윤리지침²⁰⁾은 “의사는 환자에게 진료가 이루어지는 동안 환자의 진료과정에서 발생한 기술적인 또는 판단의 오류에 관해 고백해야 한다. 의료오류는 모든 경우에 부적절함, 태만한, 비윤리적 행동에 의해서 발생하는 것이 아니지만 이런 경우에도 오류를 고백하는 것에는 실패할 수 있다.”고 기술하고 있다. 이런 의료오류보고와 관련하여 Garbutt 등의 연구에서는 대부분의 조사대상자들이 의료오류를 보고하지만(심각한 의료오류; 97%, 경도의 의료오류; 90%, 실수에 가까운 오류; 82%) 오류보고 체계가 적절하다고 생각하는 경우는 39%에 불과하고 이에 대한 개선이 필요하다고 응답했다.²¹⁾ Kaldjian 등은 오류보고를 저해하는 요인에 관해 고백을 저해하는 태도의 범위에 중점을 둔 태도적 장벽(attitudinal barriers), 오류를 고백하는 방법, 사람, 오류 발생에 대한 의료진간의 의견 불일치 등으로 분류된 불확실성(uncertainties), 오류 고백의 과정, 환경, 결과 등에 대한 불만족에 중점

을 둔 무기력(helplessness), 오류 고백의 부정적 결과의 가능성에 대한 두려움(fears and anxieties)의 네 가지 범주로 분류했고 이의 해결을 위해 제도와 교육의 변화가 필요하며 윤리와 자율적 규제를 위한 의사의 전문가 직업정신(medical professionalism)의 교육이 필수적이라고 주장했다.²²⁾

이에 의료기관 또는 의학교육의 측면에서 환자 당사자가 아닌 절차적 정당성을 확보한 위원회, 단체 또는 상부에 대한 의료오류보고 체계를 마련하여 적절한 의료오류보고 체계를 통해 절차적 정당성을 확보하고자 하는 노력과 함께 의료오류의 재발 방지를 위한 대책을 마련하고자 하는 노력을 하게 된다. 여기서 논의되어야 하는 부분이 전술한 전문가 직업정신이다. 전문가 직업정신은 전문가 집단 내의 자율적 규제를 핵심으로 하는 개념으로 의료영역에 있어서 의사의 전문가 직업정신의 개념은 의료윤리학 전공자들에 의해 1990년대부터 일반적으로 사용되기 시작했고 윤리에 바탕을 둔 바람직한 의사의 성품과 행동에 그 초점을 두고 있다. 이후 미국의과대학협회, 미국내과학회, 유럽내과학연맹 등의 기관에서 공동으로 연구한 의사의 전문가 직업정신 프로젝트(medical professionalism project)에서는 의사의 전문가 직업정신이란 “의학이 사회에 대한 계약의 기반이 되는 것으로 의사는 자신의 사익 보다 환자의 이익을 추구하고 경쟁력과 정직함을 유지하면서 사회에게 보건과 관련한 전문적 조언을 해주는 것이다.”라고 정의하고 있고 세 개의 기본 원리와 열 개의 책무로 구성된 의사의 전문가 직업정신 현장을 발표했다.²³⁾ 이 현장의 내용을 살

19) 대법원. 1994.4.15 선고 92다 25885.

20) Snyder L, Leffler C. Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians. Ethics manual (fifth edition). Ann Intern Med 2005 ; 142(7) : 560-82.

21) Garbutt J, Brownstein DR, Klein EJ, et al. Reporting and disclosing medical errors : pediatricians' attitudes and behaviors. Arch Pediatr Adolesc Med 2007 ; 161(2) : 179-85.

22) Kaldjian LC, Jones EW, Rosenthal GE, et al. An empirically derived taxonomy of factors affecting physicians' willingness to disclose medical errors. J Gen Intern Med 2006 ; 21(9) : 942-8.

23) ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium : a physician charter. Ann Intern Med 2002 ; 136 : 243-246.

해보면 의학의 지식적인 측면보다는 그동안 소홀하게 다루어 왔던 의사가 갖추어야 할 태도와 가치관 등에 초점이 맞추어져 있음을 알 수 있다. 이러한 의사의 전문가 직업정신에서 요구되는 특성들은 지금 일반적으로 행해지는 지식 전달식의 의료교육의 형태로는 부적합하다는 것을 알 수 있었다.

따라서 저자들은 지금까지 의학교육이 의료사고 등을 예방하기 위한 술기교육과 전문적인 의학지식의 전달에 초점을 맞추어 진행되어 오던 방향을 이제는 의료오류보고를 통한 그 원인과 재발방지에 대한 적절한 방안을 마련하고 술기나 지식으로 해결할 수 없는 적절한 의사-환자 관계 형성에 대한 교육의 필요성이 강조되어야 하는 시기이고 더 나아가 의료 전문가 책임이 그 자율적 규제를 통해 이루어질 수 있음을 주장하는 바이다.

V. 결론

의료오류로 인한 부작용이 일어난 경우에 환자들은 환자-의사 관계에 신뢰를 잃게 되며 이후에 문제를 해결하기가 힘들게 되는 경우가 많아진다. 최근 사회적으

로 국민의 권리의식이 신장되며 의료서비스를 보는 관점의 변화, 정보의 확산으로 인한 의료에 관한 인지수준의 향상, 소송의 일상화에 따른 경제 보상 심리 증가 등에 따라 의료소송을 포함한 의료분쟁, 의료와 관련한 민원이 지속적으로 늘고 있다. 환자나 보호자는 의사의 진료사 기대에 미치지 못할 때 불만이 생기게 되는데 이런 상황에서 의료의 결과나 과정 중에 도리어 악화, 사고 등의 불의의 결과로 이어졌을 때 의료과실을 의심하게 되고 이에 대한 문제제기를 하게 된다. 이러한 불만은 악결과가 일어났을 때뿐 아니라 일어나지 않은 의료오류에 의해서도 일어날 수 있으며 이에 대한 분쟁이나 민원도 발생할 수 있는 것이다. 따라서 이러한 분쟁이나 민원을 줄이기 위해서는 일어난 의료오류에 대해 적절한 대응을 하는 것이 중요하고 보다 근본적으로는 의료오류를 줄여나가는 것이 필요하다. 이와 관련하여 이 보고에서는 의료오류의 예방 및 해결에 있어서 오류보고에 대한 적절한 절차 마련과 의사의 전문가 직업정신과 윤리교육의 중요성을 강조하고자 한다. ^{ME}

색인어 : 의료오류, 윤리교육, 의사의 전문가 직업정신, 오류보고 체계

The Necessity of Ethical Education and a System for Reporting Medical Errors: A Study of Disputes Arising from Medical Errors

HWANG Soon-Young *, BAE Hyun A **

Purpose: Claims of malpractice and medical error are on the rise in South Korea. In this paper we argue that, in order to prevent or reduce such medical disputes, ethical education must be strengthened and an effective system for reporting medical errors must be established.

Method: The research subjects for this study were patients who complained of inadequate treatment at the emergency center of one Korean hospital between January 2006 and December 2007. The complaints of these subjects were examined in order to determine the nature and cause of the complaints, including any human factors that led to the complaints.

Result: A total 54 complaints were reported. Among these, “unkindness” was the most frequently reported complaint. In 27 (49%) of the cases, the cause of the complaint was traced to a human factor, with “lack of explanation” and “bad attitude” totally 69% of the cases. Such complaints were resolved by a variety of methods, including further explanations, apologies, reduction or exemption from the cost of treatment or asking for assistance from related departments.

Conclusion: Patients that experience medical errors tend to lose trust in the doctor-patient relationship, which hinders the resolution of such medical errors. This study emphasizes the need to strengthen ethical education and establish a proper procedure for reporting medical errors in order to prevent and resolve medical error and the disputes to which they give rise.

◉ **Keywords :** Medical error, Ethics education, Medical professionalism, System for reporting medical errors

* Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Ewha Womans University

** College of Law, Ewha Womans University: *Corresponding Author*