

의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션 단계모델 추출을 위한 탐색적 연구

김 은 진
(부산대학교)

이 연구는 병원 조직의 의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션 단계를 설명할 수 있는 이론적 모델을 추출하기 위한 탐색적 연구이다. 서울, 부산과 경남에 소재한 1, 2, 3차 병원의 의료분쟁 담당자 12명을 심층 인터뷰한 결과, 의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션은 여섯 단계로 나뉘는데 ‘위기준비 단계’, ‘쟁점 관리 단계’, ‘설명과 경청 단계’, ‘협상 단계’, ‘법적 대응 단계’, ‘정리 학습 단계’가 그것이다. 중요한 점은 모든 사례가 각 단계 모두를 순차적으로 거치는 것은 아니며, 사례에 따라 몇 개의 단계를 건너뛰어 진행되기도 한다는 것이다. 또 하나의 위기가 정리되면 다음 위기 준비 단계로 이어져, 전체적으로 수레바퀴 모양의 연속형 모델로 나타났다. 위기가 확대된 이후의 언론사과문을 중심으로 이루어진 기존의 위기커뮤니케이션 연구들과 달리 이 연구는 모든 위기관리 단계의 커뮤니케이션을 대상으로 분석했다. 그 결과 기존 위기관리 단계 연구들이 제시한 단일한 선형 단계와 달리, 의료분쟁 위기관리는 사례에 따라 선택적이고 연속적인 단계를 거친다는 점이 발견된 것이다. 또 실제 의료분쟁에서는 기존 위기관리 단계 모델들에서 제시된 계획 수립, 평가와 보상 등의 위기 전, 후 단계의 활동이 매우 미흡하다는 점을 발견하였다. 마지막으로 기존 위기관리 수사학 연구들에서 언급되지 않은 협상 커뮤니케이션 수사학, 즉 시간별기, 지연, 경청, 설명, 상위권한 기법, 제 3자 개입 시키기 등이 다양하게 사용되었다는 것도 이 연구의 중요한 발견점이다.

주요용어: 위기관리, 의료분쟁, 단계모델, 위기관리 PR, 커뮤니케이션

이 논문은 박사학위 논문(병원 위기관리 커뮤니케이션 모델 추출을 위한 탐색적 연구: 근거이론 방법론에 의한 분석, 2011)의 일부를 수정 및 보완한 것이다.

■ 투고일: 2012.7.31 ■ 수정일: 2012.9.8 ■ 게재확정일: 2012.9.18

I. 문제 제기

병원에서 발생하는 여러 위기 상황 중 대표적인 것으로 의료분쟁을 들 수 있다. 의료분쟁과 관련한 민사소송 건수는 2009년 한 해만도 911건에 달했고, 평균 소요기간이 무려 26개월이다. 이로 인한 당사자의 심리적 고통과 경제적 부담은 물론이고 사회적 비용도 상당하다(김상훈, 2011). 의사들의 30.4%가 의료분쟁을 경험했다는 조사 결과를 볼 때(최재천·박영호, 2001), 병원의 입장에서도 의료분쟁은 언제든지 발생할 수 있으며 상시적으로 대처해야 할 위기라고 볼 수 있다.

의료분쟁은 의료사고, 혹은 의료사고로 의심되는 상황이 분쟁으로 발전한 것이다. 즉 의료과실이 있어도 분쟁으로 확대되지 않을 수 있으며, 반대로 과실이 없어도 분쟁이 일어날 수 있다. 이현실 외(2006)의 연구를 보면 의료사고가 분쟁으로 이어지는 원인으로 의료기관 측의 책임 회피(47.1%), 사전조정제도의 미흡(26.6%), 의료기관에 대한 평소의 불신(10.2%), 환자 측의 의학지식 부족(8.3%) 등이 나타났다. 사고 자체의 특성 보다는 양 측의 태도나 이해 부족, 이로 인한 오해, 오해를 풀기 어려운 상황 등이 의료사고가 분쟁으로 악화되는 원인이라는 것이다. 따라서 사전에 적절한 대처를 하는 것이 의료분쟁의 발생에 중요한 영향을 미칠 수 있을 것이다.

적절한 대처는 의료분쟁 예방에도 도움이 되지만, 이미 발생한 의료분쟁을 해결하는 데에도 중요한 역할을 할 수 있다. 우리나라에서 평균 한 해에 의료분쟁이 약 3만 건 발생하는데 이 중 약 86%는 병원 자체에서 해결된다(이탁순, 2011). 대부분의 의료분쟁 사례는 소송이 아니라 합의, 즉 쌍방 간의 커뮤니케이션 과정에서 해결되었으며, 대처하기에 따라 수년이 걸리는 소송으로 갈 수도 있고 내부적으로 조용히 해결될 수도 있다는 것이다.

그러나 아직 커뮤니케이션이나 위기관리 관점에서 의료분쟁을 분석한 연구는 찾아보기 힘들다. 지금까지 의료분쟁에 관한 연구들은 주로 의료소송의 실태를 분석하고 개선점을 논의하거나(김민규, 2003; 식목철, 1999; 오대성 외, 1995), 분쟁에서 의사배상책임보험의 문제점을 살펴보는 등(황근수, 2007) 주로 법률적 시각에서 이루어져 왔다. 또 병원 PR에 관한 연구들은 병원 홍보가 환자 수(황성완, 2001)나 생산성(안상윤, 2003), 언론홍보 성과(정영한 외, 2000) 등에 미치는 영향을 알아보는 식으로 홍보효과 중심의 연구들이 대부분이다. 의료커뮤니케이션에 관한 연구도 주로 평상시 의사와 환

자 간 커뮤니케이션(류희선 외, 2011), 혹은 의사와 간호사 간 커뮤니케이션(김대현 외, 2011)에 연구가 주를 이루고 있다. 즉 의료분쟁 뿐 아니라 병원 조직의 커뮤니케이션이나 PR 관련 연구에서 위기관리 관점의 연구는 아직 찾아보기 힘들다.

위기 상황에서의 커뮤니케이션 수사학에 관한 연구들은 대개 위기 단계를 고려하지 않고 수사학을 제시하거나(Benoit, 1995; Burke, 1973; Ware & Linkugel, 1973) 언론 사과문을 분석 대상으로 했다(김영옥 외, 2002; 안선경·강태환, 2004; 이수범 외, 2005; 김영옥, 2006). 즉 위기 커뮤니케이션 연구지만 위기관리 단계 연구는 아니라는 것이다. 또 기존의 위기관리 단계모델을 제시한 연구들은 대개 실제 사례를 바탕으로 한 것이 아니라 이론적으로 단계를 제시하고 있으며, 아직은 커뮤니케이션 연구보다는 기능주의 관점의 연구가 주를 이루고 있어 최근 들어 수사학과 기능주의적 접근을 통합하려는 시도가 등장하고 있다(김영옥, 2002; Coombs, 2006; Sturges, 1994).

이 연구는 이렇게 관련 연구가 부족한 상황에서 의료분쟁을 커뮤니케이션과 위기관리 PR의 관점에서 살펴보고, 실제 병원 위기관리와 관련한 전(全) 단계의 커뮤니케이션을 분석하고자 한다. 관련 연구가 부족하기 때문에 특정한 가설을 검증하기 보다는 실제 병원 위기관리가 어떤 과정을 거쳐 이루어지는지 현상을 탐색적으로 알아보고, 이를 ‘단계 모델’로 제시하고자 한다. 이를 위해 병원 위기관리 담당자 12명에게 심층인터뷰를 실시하였다. 이 연구는 무엇보다 극히 접근이 어렵고 노출을 꺼리는 병원 의료분쟁 과정에 관해 국내에서 처음 시도되는 연구라는 점에서 의미가 있을 뿐 아니라, 위기관리의 개념을 의료분쟁에 적용하여 모델을 도출하려는 시도라는 점에서도 의미를 찾을 수 있을 것이다.

II. 이론적 배경

위기는 “예측하지 못한 상태에서 발생한 사건이며, 잘못 대처할 경우 조직, 산업 또는 스테이크홀더들에게 부정적인 영향을 미칠 수 있는 중대한 위협”(Coombs, 1999: 15)이며, 위기의 속성으로 급작성, 불확실성, 시간제약성을 들 수 있다(Lebinger, 1997). 이 정의와 속성에 비추어 보면 병원 조직이 겪을 수 있는 위기로는 경영의 위기, 노사문제, 의료 분쟁, 외부 요인에 의한 위기(의약분업, 의료 보험 수가 조정 등) 등

이 있을 수 있다. 이 중 의료분쟁은 병원 조직의 특수한 위기이자 가장 자주 겪을 수 있는 상황이다. 물론 모든 의료분쟁이 심각한 위기상황으로 발전하는 것은 아니지만, 대처에 따라 조직에 위협이 될 수 있다는 점에서 위기의 일종으로 볼 수 있다.

위기에는 여러 유형이 있는데 콤스(Coombs, 1999)는 위기를 귀인이론에 기초하여 ‘사건의 원인’이 내부적인지 외부적인지, ‘사건의 통제가능성’에 따라 의도적인지 비의도적인지에 따라 두 가지 차원의 네 가지 위기, 즉 ‘사고(내부적-비의도적)’, ‘위반(내부적-의도적)’, ‘책임추궁(외부적-비의도적)’, ‘테러리즘(외부적-의도적)’으로 나누어 보고 있다. 이에 따르면 ‘의료사고’는 병원 내부에 책임이 있고 비의도적이라는 점에서 ‘사고’에 해당하며, 이후 환자 측의 항의나 보상 요구 등을 통해 불거지는 ‘의료분쟁’은 ‘사고’와 ‘책임추궁’이 결합된 형태로 볼 수 있는데, 간혹 ‘사고’가 없이 ‘책임 추궁’만 존재하는 의료분쟁도 있다.

위기상황에 체계적으로 대응하는 조직 활동이 ‘위기관리’다(김영욱, 2002). 퍼찬트(Pauchant, 1988)는 위기상황이 이유 없이 갑자기 일어나거나 무작위로 일어나는 것이 아니라 어떤 원인에 의해 일어난다고 보았다. 이는 위기가 어떤 원인에 의해 일어나는 것이므로 구체적 예측은 할 수 없더라도 충분히 그 발생을 예상하여 관리할 수 있으며, 이후에도 비슷한 위기가 반복될 수 있으므로 위기상황이 지나도 그 경험을 축적하여 다음 위기에 대응하는 데 적용할 수 있다는 것이다. 또 러빈저(Lebinger, 1997)는 갑자기 일어난 위기에 대해 급박하게 대처해야 하므로 위기관리에서는 예측과 사전준비, 초기 관측과 대응이 중요하다고 한다. 즉 위기관리에서는 위기상황 전후를 포함한 모든 단계의 관리가 중요하다. 이 과정은 일반적으로 반복적인 경로를 거치게 되는데 이 단계를 모델화 한 것이 ‘위기관리 단계모델’이다.

위기관리 단계에 관한 기존 연구들에서 작게는 3단계부터 크게는 6단계까지의 단계가 제시되었다. 핑크(Fink, 1986)는 이후 위기관리 연구의 이론적 토대를 세운 사람으로 위기가 ‘징후단계’, ‘위기 발생단계’, ‘만성적 위기단계’, ‘해결단계’의 4단계로 발전한다고 보았다. 그는 위기는 위기 예측을 위한 두 차원, 즉 위기 충격과 위기 발생가능성에서 시작한다고 하며 이 두 차원에 따라 위기를 네 지역(적색지역-위기충격이 크고 위기 발생가능성 높음, 황색지역-위기 충격이 크고 발생가능성 낮음, 회색지역-충격이 크고 발생가능성 작음, 녹색지역-충격이 작고 발생가능성 작음)으로 유목화 했다. 피어슨과 미트로프(Pearson & Mitroff, 1993)는 핑크의 4단계 모델을 확장하여 위기를 ‘위

기신호 발견단계’, ‘대비와 예방단계’, ‘위기피해 억제단계’, ‘회복단계’, ‘학습단계’의 5 단계로 설명한다. 이는 핑크의 선행모델에 ‘대비와 예방’ 단계를 추가하여 위기 전 단계의 중요성을 좀 더 강조했다.

위기관리 단계를 좀 더 세분화 한 것으로 리틀존(Littlejohn, 1983)과 콥스(Coombs, 1999)의 연구를 들 수 있다. 리틀존(Littlejohn, 1983)은 조직 시스템의 위기관리 기능 강화를 기본으로 위기관리를 위한 여섯 단계, 즉 ‘조직구조의 재편성’, ‘위기 관리팀의 선정’, ‘위기 관리팀의 교육 및 개발’, ‘위기 진단(crisis audit)의 개발 및 실행’, ‘비상 계획의 개발’, ‘위기관리 실행’ 등을 창안했다. 그러나 리틀존의 6단계 모델은 위기징후 파악 이후부터 위기관리 실행까지의 단계만 다루고 있으므로 위기징후 파악 과정과 위기관리 사후 과정에 대해 설명이 부족하다.

콥스(Coombs, 1999)는 위기관리를 크게 ‘위기 전 단계’, ‘위기 단계’, ‘위기 후 단계’의 3단계로 나누고 있는데, 위기 전 단계는 징후 탐색, 위기 예방, 위기 대비를 포함하고, 위기 단계는 위기 인식, 위기 억제와 업무 회복을 포함하며 위기 후 단계는 위기 평가와 학습을 포함한다. 이 모델은 위기관리를 3단계로 다시 단순화하는 대신 각 단계별 수행들을 제시했는데, 위기 전후 단계를 위기 단계와 같은 비중으로 중요하게 다루고 있다.

이후 보다와 메키-칼라스(Borda & Mackey-Kallis, 2001)는 콥스와 마찬가지로 위기관리를 크게 세 단계로 나누었으나, 각 단계별 세부지침을 더 구체적으로 제시하였다. 각 단계 중 첫째, ‘위기 전 단계’는 위기준비, 위기관리 계획 수립, 위기관리 계획 테스트 과정으로, 둘째, ‘위기 단계’는 관련된 정보의 수집, 중요한 정보의 가공, 위기 대응 메시지 전달 과정으로, 셋째, ‘위기 후 단계’는 위기관리 캠페인 평가, 조직차원의 축하와 보상, 상황에 대한 지속적 통제 과정으로 이루어져 있다(Borda & Mackey-Kallis, 2001). 또 각각의 과정은 많게는 4~5가지 행동 지침을 포함하고 있어, 실제 위기관리 수행이나 그 평가에도 좀 더 도움이 될 수 있을 것이다.

최근의 연구에서는 쟁점관리 개념이 위기관리와 통합되기도 한다. 쟁점관리는 “위기로 발전할 수 있는 쟁점사안들을 모니터링하는 평소 탐색활동으로서 쟁점을 둘러싼 조직의 정책을 형성하고 장기적으로 관계공중과의 관계형성에 도움을 주는 정책 결정을 도모하는 것”(김영옥, 2002: 100-101)이다. 요약하면 쟁점관리는 위기 예방을 목적으로 하는 활동이다. 곤잘레즈 헤레로와 프랫(Gonzalez-Herrero & Pratt, 1995)은 위기관리

에 쟁점관리 개념을 수렴해 위기 전 쟁점단계의 중요성을 강조했다. 그는 위기관리를 ‘쟁점관리’, ‘계획·예방’, ‘위기 대응’, ‘사후 위기 복구’의 4단계로 나누고 단계별로 자세한 시행요소들을 다음과 같이 제시했다. ① 쟁점관리-환경감시, 쟁점수집, 쟁점평가, 전략개발, ② 계획·예방 - 사전예방정책 수립, 고객과의 유대 분석, 고객에 대한 계획 수립, 잠재적 위기 관리팀 계획, 위기관리센터 선정, 악성 루머통제방법 수립, 위기 과정 테스트, 커뮤니케이션 과정 결정, ③ 위기 대응단계-위기관리 팀원 구성, 대변인 선출과 훈련, 위기관리 계획 수립, 커뮤니케이션 자료 개발, 공중 관리, 정확한 매체 계획, 제 3자 지원 획득, 일상적 업무 처리, 수문 처리, ④ 사후 위기 복구 - 공중관리, 매체관리, 쟁점 모니터, 계획평가와 비판, 위기계획 피드백, 고객 연대 평가, 자료 보관과 갱신 등이 그것이다.

위의 모델들이 위기 사례의 유형이나 흐름에 상관없이 위기관리의 단계를 하나의 경로로만 제시했다면, 김영욱(2002)은 위기관리 단계가 위기에방에 성공했는지 예방에 실패하고 위기 상황이 닥쳐 그것을 봉쇄하는지에 따라 달라진다고 보았다. 그는 위기관리 단계를 ‘탐색 준비 단계’, ‘집행단계’, ‘평가 단계’ 등의 3단계로 구분하고, 각 조직은 두 가지 경로, 즉 위기 발생 전 예방에 성공한 ‘예방 경로’와 발생 후 봉쇄한 ‘봉쇄 경로’를 거치는데 이에 따라 위기관리 활동이 달라진다고 보았다. 모든 단계를 거칠 경우 여섯 가지(징후 탐지, 위기 인식, 위기 예방, 위기 준비, 위기 봉쇄 및 회복, 위기 평가 및 학습) 위기관리 활동을 수행해야 하며, 이 과정에서 두 가지 역외 변수(조직 커뮤니케이션 문화, 관련 공중과의 관계)가 작용한다고 주장했다. 이 모델은 기존의 모델들을 종합하여 단계와 시스템을 같이 보여주며, 위기단계가 상황에 따라 달라질 수 있음을 제시했다는 점에서 의의가 있다.

스터지스(Sturges, 1994)는 위기 단계 뿐 아니라 위기 단계별 커뮤니케이션까지 제시했다. 그는 위기 전 단계에는 공중에게 조직의 평판을 심어 줄 수 있는 내재화형 커뮤니케이션, 위기 발생 단계에는 사실을 전달하는 정보 전달형 커뮤니케이션, 위기의 충격이 줄어드는 단계에는 심리 조정형 커뮤니케이션, 위기 종결 후에는 다시 내재화형 커뮤니케이션으로 대처하는 것이 필요하다고 주장한다.

이와 같은 기존의 위기관리 단계 모델들을 표로 정리하면 다음의 <표 1>과 같다.

표 1. 기존의 위기관리 단계 모델

연구자	단계 모델
핑크 (1986)	징후단계 → 위기 발생 단계 → 만성적 위기단계 → 해결단계
피어슨과 미트로프 (1993)	위기신호 발견단계 → 대비와 예방단계 → 위기피해 억제단계 → 회복단계 → 학습단계
리틀존 (1983)	조직구조의 재편성 → 위기 관리팀의 선정 → 위기 관리팀의 교육 및 개발 → 위기 진단 (crisis audit)의 개발 및 실행 → 비상계획의 개발 → 위기관리 실행
쿰스 (1999)	위기 전 단계(징후 탐색, 위기 예방, 위기 대비) → 위기 단계(위기 인식, 위기 억제와 업무 회복) → 위기 후 단계(위기 평가와 학습)
보다와 메카-칼라스 (2001)	① 위기 전 단계: 위기준비, 위기관리 계획 수립, 위기관리 계획 테스트 과정 ② 위기 단계: 관련된 정보의 수집, 중요한 정보의 가공, 위기 대응 메시지 전달 과정 ③ 위기 후 단계: 위기관리 캠페인 평가, 조직차원의 축하와 보상, 상황에 대한 지속적 통제 과정
곤잘레스 헤레로와 프랫 (1995)	① 쟁점관리: 환경감시, 쟁점수집, 쟁점평가, 전략개발 ② 계획·예방: 사전예방정책 수립, 고객과의 유대 분석, 고객에 대한 계획 수립, 잠재적 위 기 관리팀 계획, 위기관리센터 선정, 악성 루머통제방법 수립, 위기 과정 테스트, 커뮤니케이션 과정 결정 ③ 위기 대응단계: 위기관리 팀원 구성, 대변인 선출과 훈련, 위기관리 계획 수립, 커뮤니케이션 자료 개발, 공중 관리, 정확한 매체 계획, 제 3자 지원 획득, 일상적 업무 처리, 수문 처리 ④ 사후 위기 복구: 공중관리, 매체관리, 쟁점 모니터, 계획평가와 비판, 위גיע획 피드백, 고객 연대 평가, 자료 보관과 갱신
김영욱 (2002)	① 봉쇄 루트: 위기 준비 → 위기 봉쇄 및 회복 → 위기 학습 ② 예방 루트: 징후 탐지 → 위기 인식 → 위기 예방 → 위기 학습 징후 탐지 → 위기 인식 → 위기 봉쇄 및 회복 → 위기 학습 *역의 변수: 조직 커뮤니케이션 문화, 관련 공중과의 관계
스터지스 (1994)	① 위기 전 단계: 내재화형 커뮤니케이션 → ② 위기 발생 단계: 정보 전달형 커뮤니케이션 → ③ 위기의 충격 감소 단계: 심리 조정형 커뮤니케이션 → ④ 위기 종결 후: 내재화형 커뮤니케이션

이와 같이 위기관리 단계모델을 제시한 연구들을 살펴보면 최근으로 올수록 위기단계를 세분화하고, 특히 위기 전후 단계의 역할을 강조하고 있다. 또한 위기의 단계를 단일한 하나의 모델로 제시하고 있어, 위기 유형별 단계가 달라질 수 있음을 간과했다. 다만 김영욱(2002)은 위기 단계가 변수에 따라 두 가지 경로로 달라진다고 제시했다.

또 단계모형을 제시한 연구들은 대개 이론적 분석으로 실제 검증되지 않았으며, 스티지스(Sturges, 1994)를 제외하면 커뮤니케이션 연구라기보다 기능주의적 연구에 가깝다고 볼 수 있다.

반면 위기 상황에서의 커뮤니케이션 수사학에 관한 연구들은 대개 위기 단계에 따른 변화를 고려하지 않고 수사학을 제시하거나(Benoit, 1995; Burke, 1973; Ware & Linkugel, 1973) 위기가 발생한 후의 언론 사과문을 분석 대상으로 했다(김영옥 외, 2002; 안선경·강태환, 2004; 이수범 외, 2005; 김영옥, 2006). 즉 위기 전후 단계가 생략된 위기 단계의 수사학만을 분석한 것이다. 이 연구에서는 기존 위기관리 수사학 연구들 중 가장 구체적인 베노이트(Benoit, 1995)의 위기커뮤니케이션 전략을 참조하여 의료분쟁의 단계별 커뮤니케이션을 분석하고자 한다. 그는 위기관리 수사학을 첫째 부정(단순 부정, 책임 전가), 둘째 책임 회피(희생양 만들기, 불가항력, 사고, 좋은 의도), 셋째 피해 축소(입지강화, 최소화, 차별, 초월, 비난자 공격, 보상), 넷째 개선 행위, 다섯째 사과로 유형화 했다.

이 외에 잉글하트와 샬럿, 스프링스톤(Englehardt et al., 2004)의 ‘연민표현’, 허스만(Huxman, 2004)의 ‘애매모호한 표현’, 헤릿(Hearit, 2000)의 ‘법적인 대응’, 맥로긴, 코디, 그리고 오헤어(McLaughlin et al., 1993)의 ‘침묵’ 전략(‘단순침묵’과 ‘숨기기’)등이 의료분쟁에서 사용될만한 수사학 전략이다. ‘연민표현’은 비난과 법적인 책임을 피하기 위해 책임은 지지 않으면서 동정 혹은 연민을 표현하는 전략(Englehardt et al., 2004)이며, ‘애매모호한 표현’은 명확한 답변을 피하면서 사건을 설명할 여지를 남겨두는 전략이다(Huxman, 2004). ‘법적인 대응’은 헤릿(Hearit, 2000)이 5가지 위기 커뮤니케이션(부정, 책임전가, 차별화, 사과, 법적인 대응) 중 하나로 제시한 것이고 ‘침묵(McLaughlin et al., 1993)’도 커뮤니케이션으로 볼 수 있어 포함했다. 이 전략들을 정리하면 다음의 <표 2>와 같다.

표 2. 위기관리 커뮤니케이션 전략과 조작적 정의

연구자	위기관리 커뮤니케이션 전략		정의
베노이트 (1995)	부인 denial	단순 부인 simple denial	사건의 존재 부인
		책임 전가 shifting the blame	책임 부인
	책임회피 (변명) evading responsibility	희생양 만들기 provocation, scapegoating	책임을 다른 사람에게 전가
		불가항력 defeasibility	불가항력이었음을 드러냄
		사고 accident	단순한 사고라고 주장
	사건의 공격성 축소(정당화) reducing offensiveness of event	좋은 의도 good intentions	의도 자체는 좋았음을 강조
		입지 강화 bolstering	예전의 선행을 들어 입지 강화
		최소화 minimization	사건이 사소한 것임을 드러냄
		차별화 differentiation	공격내용과 사건의 차별성 드러냄
		초월 transcendence	대의명분 내세움
		비난자 공격(역공) attack accuser	비난자를 오히려 공격
개선 행위 corrective action	보상 compensation	피해를 보상함	
	사과 mortification, apology	행동을 수정하거나 개선함	
맥로긴, 코디, 오헤어(1993)	침묵 simple	단순 침묵 simple salience	언급을 피함
		숨기기 hiding	일부러 숨김
잉글하트, 샬럿, 스프링스톤 (2004)	연민 표현 compassion without blame	책임 회피하며 연민을 표현	
헉스만 (2004)	모호함 equivocation	사실과 상관없이 모호하게 표현	
헤릿 (2000)	법적인 대응 legal	법적으로 대응함	

그러나 이렇게 위기 단계의 수사학만을 분석한다면 위기 전후 단계의 수사학을 알 수 없을 뿐 아니라 그에 따른 위기 예방의 성패 또한 알 수 없다. 이러한 한계점들을 보완하기 위해 이 연구에서는 위기 전 단계, 위기 단계, 위기 후 단계를 모두 위기관리 단계로 보고, 실제 이 단계들에서 어떠한 위기관리 커뮤니케이션이 이루어지는지 살펴볼 것이다. 이를 통해 실제 병원 의료분쟁에서 위기관리 과정의 특성을 반영한 새로운 모델을 도출하고자 한다. 즉 이 연구에서는 지금까지 살펴본 기존의 여러 단계모델들을 참고하여 실제 의료분쟁이 어떠한 단계를 통해 진행되는지 살펴보고 그 단계를 모델로

제시하고자 한다.

<연구문제> 의료분쟁에서 위기관리 커뮤니케이션 전략의 사용은 단계적으로 어떻게 나타나는가?

Ⅲ. 연구방법과 절차

1. 근거이론

이 연구는 의료분쟁 위기관리 전반에 관한 근거이론 방법론으로 추출된 개념들을 자료로 하여 의료분쟁 커뮤니케이션 단계를 모델로 구성해 본 것이다. 근거이론 방법론은 기존 이론을 연역적으로 검증하기 보다는 실제 자료에 근거해 귀납적으로 새로운 이론을 도출하는 데 적합한 질적 방법론이다. 근거이론은 다른 질적 연구방법에 비해 객관적 타당성을 추구하는 연구방법으로 양적연구와 질적 연구의 중간자적 위치에 놓여있다고 볼 수 있다(이숙정·이경아, 2007). 대개 3단계 코딩(개방 코딩(Open Coding), 축 코딩(Axial Coding), 선택 코딩(Selective Coding))을 기본으로 하며, 이를 바탕으로 과정분석, 조건 매트릭스와 같은 분석을 진행하기도 한다(Creswell, 1998).

스트라우스와 코빈(Strauss & Corbin, 1990; 1998)에 따르면 개방 코딩은 ‘범주’와 그 속성을 생성하는 단계이며, 축 코딩은 ‘범주’를 체계적으로 발전시키고 이를 ‘하위범주’들과 연결하는 단계, 선택 코딩은 ‘범주’를 통합하고 정교화 하는 단계이다. 개방코딩 단계에서 연구자는 자료 내에서 의미 있다고 밝혀낸 사건, 물체, 작용/상호작용을 추상적으로 나타내는 작업, 즉 현상을 명명하여 ‘개념(이론을 만드는데 사용되는 기본단위)화’ 하고, 이 개념들이 축적되면 이것들을 비슷한 것끼리 묶어 분류하는 ‘범주화’ 작업을 한다(Strauss & Corbin, 1998). 이 연구는 의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션 단계가 어떠한지 분석하고 모델을 도출하고자 한 것이다. 이를 위해 인터뷰 자료를 그대로 이용하기 보다는 근거이론의 엄격한 세 가지 코딩 과정을 통해 도출된 개념과 범주들을 자료로 이용하는 것이 하나의 모델을 도출하기 위해 더 적합하다고 판단하였다).

1) 의료분쟁 상황은 근거이론의 세 가지 코딩을 통해 총 143개의 개념, 67개의 하위범주, 26개의 상

2. 연구 참여자

의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션 현황을 알아보기 위하여 서울과 부산, 경남에 소재한 병원의 위기관리 담당자들을 인터뷰했다. 참여자 선정은 이론적으로 적합한 대상자를 인위적으로 표집하는 의도적 표집방법(purposive sampling)을 사용했다. 이 연구의 참여자는 크게 세 가지 조건을 충족하는 사람을 대상으로 했다. 첫째, 각 병원에서 의료분쟁 과정을 가장 잘 알고 있다고 주변에서 평가하거나 스스로 인정하는 직원을 대상으로 했다. 그 결과 선정된 의료분쟁 담당자는 주로 원무과에 소속되었고 총무과나 법무팀, 혹은 법무실 직원인 경우도 있었다. 둘째, 최소한 의료분쟁 업무를 최소 1년 이상 경험한 담당자를 대상으로 했다. 참여자 중 1년 정도 담당한 사람은 1명이고 나머지는 짧게는 3년에서 길게는 약 30년 동안 의료분쟁을 경험했다. 셋째, 병원 규모, 소유구조(법인, 개인 등), 위기관리 전문성 정도, 담당자 개인 성향 등 위기관리 커뮤니케이션에 차이를 나타낼 수 있는 다양한 유형의 병원과 참여자의 사례를 수집할 수 있도록 노력했다.

다양한 병원의 유형을 포함하면서 접촉이 용이한 이를 선정하다 보니 주로 서울, 부산, 경남 지방에 소재한 병원의 의료분쟁 담당자를 대상으로 하게 되었다. 병원마다 의료분쟁 대상자의 소속 부서와 직책이 다양했는데, 이 때문에 인터뷰 대상자를 선정하기 위해서는 해당 병원을 찾아가 직접 문의하거나 해당 병원의 실제 분쟁 담당자가 누구인지 정확히 아는 사람의 소개를 받아야 했다. 각 병원 유형별로 사례를 충분히 수집하려 하였으며, 그 결과 3차 병원 6개, 2차 병원 4개, 1차 병원 2개에서 담당자를 인터뷰하였다²⁾. 서울과 부산에 소재한 병원 중 가장 규모가 크고 핵심적인 3차 병원 6곳의 담당자를 인터뷰하였으며³⁾, 2차 병원도 의료분쟁 분야에서 전문성을 가지고 있다고 내부에서 평가되는 주요 병원을 포함했다. 1차 병원(의원급)은 규모가 작아 분쟁 경험이 없거나 수가 적고, 병원의 존폐가 달렸다면 내용 공개를 매우 꺼려 접촉을 시도한 곳의

위법주로 유목화 할 수 있었다(김은진, 2011). 근거이론의 3단계 코딩은 이 연구와는 별도의 과정이며, 이 연구는 코딩을 통해 추출한 자료를 이용하여 단계 모델을 수립하고자 한 것이다.

- 2) 현행 의료법상 여러 요건을 갖춘 종합병원을 2차 병원, 2차 병원 중 여러 요건을 충족하는 병원(대개 대학병원급 이상)을 3차 병원이라 하며 2차 병원의 요건을 갖추지 못한 대다수의 병·의원을 1차 병원이라 한다.
- 3) 현재 3차 병원은 전국적으로 44개이며 이 중 수도권 17개, 경남권 5개(이 중 부산 3개)이다. 이 연구에서는 서울의 중요 3차 병원 3곳과, 부산의 3차 병원 3곳 모두를 포함하였다.

대부분이 인터뷰를 거부했다⁴⁾. 따라서 인터뷰를 진행한 1차 병원은 2, 3차 병원에 비해 인터뷰 대상자의 수가 적다.

근거이론 연구자는 범주(category: 정보의 한 단위로서 사건이나 해프닝, 사례들로 구성)들이 ‘포화’될 때까지 인터뷰를 하는데, 자료를 수집하면서 동시에 분석을 시작하게 된다. 지속적인 ‘비교하기’는 근거이론에서 분석을 위한 기본적인 방법으로 사례의 유사점과 차이점의 탐색을 통하여 현상의 의미를 정의하고 이론에 구체성을 부여할 수 있는 속성과 차원을 그려낼 수 있도록 하는 것인데(Strauss & Corbin, 1998), 비교하기를 통해 사례가 포화할 때까지 인터뷰를 진행하였으므로 1차 병원의 수는 적으나 그 내용이 부족하지는 않다고 볼 수 있다.

표 3. 연구 참여자 소속 병원 지역과 유형

구분	서울	부산	경남	계
3차	3	3	·	6
2차	1	3	·	4
1차		1	1	2
계	4	7	1	12

지역적으로는 서울 소재 병원이 4곳, 부산 소재 병원이 7곳, 경남 소재 병원이 1곳이며, 병원 규모로는 3차 병원이 6곳, 2차 병원이 4곳, 1차 병원이 2곳이다(<표 3> 참고). 성별로는 여성이 1명, 나머지는 모두 남성이었고, 연령은 모두 30-50대 사이로 40대가 가장 많았다. 인터뷰 참여자들이 노출을 꺼리고 있으므로 참여자와 소속된 병원의 구체적 정보는 더 이상 공개하지 않는다⁵⁾.

4) 1차 병원의 경우 의료분쟁에 관한 내용이 노출되면 병원을 폐업해야 한다며 공개를 극히 꺼렸다. 논문 기획을 시작한 직후부터 2년 이상 섭외를 시도하였으나 현실적으로 2곳 이상 인터뷰하기 불가능했다. 그러나 이 2곳의 인터뷰가 매우 자세하고 구체적이었으며 그 내용이 1, 2차 병원과는 많은 차이가 있어 분석에 포함시켰다.

5) 일반적으로 인터뷰 참여자 개인의 연령, 성별, 학력, 근무지 등을 표로 제시하여 내용의 이해를 돕지만 이 연구에서는 부득이하게 이러한 정보 노출을 하지 않는다. 이러한 조건으로 인터뷰가 성사되었기 때문이다.

3. 자료수집

2009년 8~10월간 총 15번의 인터뷰를 진행했다(12개 병원 중 3곳은 추가인터뷰를 포함해 각 2회씩). 각 인터뷰는 회당 1시간에서 2시간 30분 정도 소요되었으며 대개 병원의 사무실이나 회의실 등 조용한 장소에서 이루어졌다. 인터뷰 시 차후 전화나 메일로 문의할 수 있도록 허락을 구했으며 추가 정보가 필요할 때는 추가 인터뷰를 진행하거나 전화, 메일로 연락하였다. 참여자들이 신상 정보의 노출을 꺼려 비밀 보장에 대해 약속하였고, 정보 공개의 수준에 대해 알려주고 동의를 얻었다. 이에 따라 인터뷰 참여자 정보는 위에 언급한 부분 이상 공개하지 않을 것이다. 인터뷰 내용의 구분을 위해 참여자들을 (가), (나) 등으로 표기할 것이다.

IV. 결과

이 연구에서는 의료사고 분쟁 전부터 분쟁 종료 후까지, 즉 위기 전, 후까지의 모든 시기의 과정을 분석하여 연구문제에 따라 위기관리 단계모델을 도출하고자 하였다. 그 결과 의료 분쟁 위기는 모두 여섯 단계, 즉 ‘위기 준비 단계’, ‘쟁점 단계’, ‘설명과 경청 단계’, ‘협상 단계’, ‘법적 대응 단계’, ‘정리 학습’ 단계로 나뉘었다. 각 단계가 어떤 과정을 거치는지 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

1. 위기 준비 단계

의료 사고 발생 전 시기는 위기를 준비하는 단계라고 볼 수 있다. 그러나 이 단계에서 실제 위기를 준비하고 관리하는 활동은 많지 않았다. 의료진에게 분쟁에 대비해 법률적인 사항을 알려주는 특강 등이 가끔 있을 뿐이었고, 특히 이 단계에서 커뮤니케이션 전략은 거의 없다고 보아도 무방할 것이다. 위기를 대비하고 준비해야 하는 중요한 단계지만 그 필요성 인식에 비해 실제 활동은 미흡한 것으로 보였다. 다만 법적 강제에 따른 설명의무 이행, 즉 ‘충분한 설명’을 하고 있었는데 이를 이 단계의 커뮤니케이션 활동으로 볼 수 있다.

(의료분쟁 예방교육을) 안 해요. (중략) 그런 게 필요해요. 근데 안 해요(바)6).

의료분쟁 대처가 발달한 몇몇 2차 병원과 3차 병원에서 상시적 교육이 이루어지기도 했으나 교육이 있다 해도 의사들의 참석률은 좋지 않았다. 교육은 주로 보험사 소속이나 고문 변호사들이 하며 드물게 실무담당자(원무과 등)가 하는 경우도 있었다. 각 진료과에서 따로 케이스에 대한 리뷰가 있기도 하지만 이 경우는 의료진들이 의료적 관점에서 살펴보는 것이기 때문에 사전 교육은 의료기술이나 법적인 부분의 대응에 대한 내용에 치우쳐 있다. 커뮤니케이션에 관련된 부분은 의무기록에 대한 주이나 설명의무 등 의료진의 법적 책임에 관한 것이 대부분으로 실질적으로 커뮤니케이션 교육은 없다고 볼 수 있다.

(의료 분쟁 예방 교육할 때) 설명 의무에 대해서(만) 얘기를 주로 많이들 하죠(마).

(예방 교육 내용은) 우리 병원 사례 중에서나 판례 중에서 과실이 없었던 거는 불필요가 없고, 과실이 있었던 것만 몇 케이스... (아).

병원에서 치료 후에 후유증이나 장애가 남거나 사망하는 경우는 흔히 생기지만, 간단한 처치나 수술 후 환자 측이 예상치 못한 문제가 발생하면 분쟁으로 이어지기가 쉬웠다. 분쟁 담당자들은 의료진들이 미리 일어날 수 있는 부작용에 대해 환자에게 자세히 설명하도록 설명의무에 대해 주로 교육한다고 했다.

의료분쟁이 발생하게 되는 데에는 의료사고가 발생하거나 의료사고로 의심할 만한 상황이 발생하는 것이 원인으로 작용한다. 원인과 책임을 규명하기 어려운 사례도 있었고, 원인이 비교적 명확하다 해도 이는 의무기록 확인, 부검 등의 조사 절차를 거친 이후에야 규명되는 경우가 많다. 환자의 상태가 나빠진 시점에서는 원인을 명확히 규명하기가 매우 어렵기 때문에, 의료적으로 나쁜 결과가 나타나면 환자 측에서는 병원의 잘못을 의심할 수밖에 없고, 그 때문에 실제 원인에 상관없이 갈등과 분쟁으로 이어질 소지가 있다. 다만 인지되는 원인에 따라 분쟁의 정도와 기간이 달라진다. 대개 원인이

6) 인터뷰 대상자의 낱양스를 그대로 살리기 위해 직접 인용하였으나 심한 사투리나 문법에 맞지 않는 내용은 이해를 돕기 위해 일부 수정하였다.

빨리 규명되면 분쟁 기간도 줄어들고 분쟁의 정도도 약했다.

의료사고 중에서 백프로 의료과실이 나오는 경우는 오히려 해결하기 쉽겠죠, 그죠? 뭐 (수술 부위에서) 거즈가 나왔다고는 아니면 뭐 수술 도중에 큰 사고가 있었다든지. 그런 거 같은 경우는 오히려 되게 쉬운데 그런 의료사고들 같은 경우는 극히 드물거든요(나).

이렇게 평소 위기 예방 활동을 하다가 의료사고나 사고가 의심되는 상황이 발생하면 쟁점 관리 단계에 들어가게 된다.

2. 쟁점 관리 단계

의료사고가 발생한 즉시 분쟁이 일어나는 사례도 있으나 대개 일정 시간이 지난 후에 문제가 본격적으로 거론되면서 분쟁이 시작되었다. 처치나 수술 후 장애 등의 사고나 사건이 발생하면 우선 치료가 계속되며 차후에 분쟁이 발생하는 경우가 많기 때문으로 보였다. 치료 중, 혹은 치료가 종료되고 후유증이나 장애 등의 증상이 나타나거나 사망으로 이어진 시점에 본격적으로 갈등이 생겨나고 분쟁이 일어났다. 즉 의료 사고 발생 후 분쟁 발생 전 단계가 존재하는데, 이는 위기 상황 이전이지만 쟁점은 존재하므로 쟁점 관리 단계라고 보았다. 사례에 따라 이 단계는 명확히 존재하는 경우도 있고 존재하지 않는 경우도 있었다.

쟁점 관리 단계의 중요 커뮤니케이션 전략은 ‘침묵’과 ‘충분한 설명’이다. ‘침묵’ 전략은 보통 ‘단순 침묵’을 사용하지만 환자 측에서 조직 내외부의 관련 정보(주로 의무기록)나 의료진과의 커뮤니케이션을 요청하면 ‘숨기기’나 ‘피하기’, 혹은 ‘시간 벌기’ 전략을 사용하기도 했다. 의료사고, 혹은 의심할 만한 상황이 발생하고 바로 분쟁이 제기되는 경우도 있었고, 어느 정도 시간이 지나고 분쟁이 제기되는 경우도 있었다. 의료사고가 발생하고 분쟁 제기까지 시간이 걸리는 경우, 일단 어떤 문제가 있다 해도 의사들은 대개 먼저 이에 대해 입을 열지 않는 침묵을 선택했다.

(의사들이 내용을) 담당직원들한테도 숨기는 경우들이 있어요(마).

될 수 있으면 말을 적게 하는 게 그 당시(분쟁 초기)에는 제일 좋은 거거든요. ‘당신이 그 당시에 그렇게 말하지 않았냐’ 하고 (환자 측에) 발목 잡힐 수 있으니까 (라).

‘침묵’ 외에는 ‘충분한 설명’이 주로 이루어졌다. 이는 사고 발생 유무와 상관없이 의료적 처치 전후에 ‘설명 의무’에 의해 의례적으로, 그리고 법률에 의거해 의무적으로 이루어지는 것이다. 또 환자에 대한 의료적 처치 전후 상세하고 충분한 설명은 일상적 절차일 뿐 아니라 거의 모든 병원에서 강조되고 있으며, 특히 분쟁 대응이 전문화된 곳일수록 철저하게 시행되고 있었다.

의료사고 일어나면 초기대응이 굉장히 중요하거든요? 왜냐면 초기대응을 잘못했을 경우, 옛날에 그랬지만... 숨기고 도망가고 이랬을 경우에는 오히려 상호 불신이 생기기 마련이거든요(나).

(의료사고 직후) 담당의사가 면담을 거부하거나 그러면 보호자 측에서는 더 확실한 상황이 생겨요. 이 사람이 뭔가 잘못된 게 있으니까 만나지 않으려고 하는구나(마).

보통 소송으로 이어지면 3년 정도 시간이 소요되며 간혹 5년까지 진행된 경우도 있다고 한다. 참여자, 즉 의료분쟁 담당자들은 분쟁이 길어지는 것에는 초기 대응이 미치는 영향이 크다고 하며, 초기 대응의 중요성을 대체로 잘 인지하고 있었다. 분쟁 담당자는 사건 발생 후 분쟁 전, 혹은 분쟁 초기 단계에 의료진에게 문제가 될 소지가 있는 말, 즉 책임을 인정하는 말이나 사과를 하지 않도록 당부한다고 했다.

3. 설명과 경청 단계

분쟁이 제기 된 후부터 위기 대응에 들어가고 병원 측 보험사와 피해자 측 변호사, 분쟁 조정기관이나 경찰, 사법부 등이 개입하여 본격적으로 커뮤니케이션을 시작하게 된다. 간혹 바로 법적 대응으로 가는 사례도 있지만, 다수의 사례에서 분쟁 초기에 이 단계를 거친다. 주된 커뮤니케이션 수사학이 ‘자세한 설명’과 ‘경청’이라 ‘설명과 경청’

단계로 명명했으며, 이 외에 ‘부인’, ‘책임회피’, ‘시간벌기’ 전략들도 사용되었다.

의료분쟁이 소송으로 가면 길게는 몇 년씩 걸리기 때문에 병원 측에서는 되도록 빨리 해결하려고 하며 이 때 초기 대응이 특히 중요하다. 주로 내부적으로는 과실유무를 점검하고 외부적, 즉 환자 측에는 담당의사가 신속하게 ‘상세한 설명’을 한다. 대체로 설명 내용은 충분히 일어날 수 있는 일(당연히 나타나는 후유증 등)이며 사고가 아니라 ‘단순 부인’, 병원 측의 책임이 없는 ‘단순 사고’라거나 의학의 한계로 인한 결과라는 식의 ‘책임회피’가 많았다.

쟁점 단계의 설명은 설명의무에 의한, 혹은 위기에방을 위해 의료진이 진행하는 것이라면, 이 단계의 설명은 분쟁이 감정적으로 흐르지 않도록 방향을 잡고 설득하기 위한 것으로 초기에만 의료진이 담당하고 주로 분쟁 담당 직원이 진행하는 것이다. 의료진이 담당하는 설명은 쟁점 단계와 별 차이가 없으나, 분쟁 담당 직원이 담당하는 설명은 절차와 책임, 보상 등에 관한 설명이 포함된다.

담당의사가 설명할 시간을 드리고 그리고 기본적으로 제가 또 객관적인 상황 내에서 법률적인 상황을 또 설명을 드리고. 그렇게 해서 처음부터 오픈시켜버리고 차분 차분 설명을 하고 의료적인 부분까지 상세히 설명을 하게 된다면 생각보다 쉽게 풀려요. 침부터 (의사가) 숨겨버리고 도망간다... 이러면 좀 많이 힘이 들고(나).

이게 몇 만 분의 일 경우로 나오는 케이스데 이게 평소에 신장이 안 좋다보니까 사망했구요(라)7).

과거에는 무조건 숨기고 담당 의사가 자리를 피하는 경우도 있었으나, 문제가 악화되는 경우가 많고 병원 측에서도 초기 대응의 중요성을 깨달아 요즘은 대개 충분히 설명을 한다고 한다. 간혹 환자 측의 감정이 격한 경우 의사가 면담을 피하는 경우도 있었고, 대수롭지 않은 증상이라고 사고 발생을 강력히 ‘부인’하는 경우도 있었다.

7) 모든 치료에는 몇 만분의 일, 몇 천분의 일 확률로 이상이 나타날 수 있으며, 이 경우 환자의 체질 때문에 문제가 생긴 것인지 병원 측의 문제는 전혀 없다는 ‘단순 부인’이다. 이는 의료분쟁에서 병원 측에서 초기부터 종종 사용하는 설명 내용이다.

대부분 사소한 거나 환자 자신이 느끼는 그런 거는 의사는 부정하고 그 자리를 회피하면 그만이지. 환자 측에서는 의사가 그렇게 나가면 방법이 없어요(마).

또 객관적 설명은 충실히 하는 반면 책임의 소지가 될 수 있는 말이나 행동은 피하고 있었다. 의사들도 말을 아끼지만 이들이 실수할 것을 대비해 환자 측과 개인적 접촉은 피하고 담당자가 동석하기도 했으며, 의무기록을 환자 측에 바로 내어주지 않고 그 전에 대부분 점검을 하는 등 ‘숨기기’도 했다. 또 환자 측에 책임이 있는 것으로 밝혀지면 책임을 지겠다고 원인에 대한 조사 결과가 나오기 전까지는 흥분하지 않도록 자제시키고 그 동안 조사와 함께 대응책을 강구하는 ‘시간 벌기’ 전략을 사용하기도 했다. 간혹 원인과 책임이 다른 파트나 진료과에 있다며 ‘책임을 회피’하기도 했다.

장래하면서 이 사람(사망한 환자 보호자)이 시끄럽게 하는 걸 우리가 ‘부검결과가 나올 때까지 기다려 보자’라고 설득을 이틀 정도 했어요. 부검결과 나올 때까지 합당한 결과가 나오면 자기들도 수궁을 하겠고, 아니면 병원에서 책임을 지겠다고(라).

그 원인이라는 건 분명히 2차 병원에서 잘못된 거기 때문에 그렇게 된 건데, (중략) 우리(3차 병원)가 아니라 저 쪽(2차 병원) 책임이면 ‘아, 이게 우리가 아니라 저쪽에다 얘길 하셔야지... 우리한테 그러냐고...’ 그런 건(책임 소재) 분명히 합니다(아).

분쟁 초기에는 환자 측의 감정이 격양된 경우가 많으므로 병원 측에서는 대개 선불리 어떠한 주장을 하는 것보다는 환자 측의 말을 귀 기울여 들어주고 공감을 표시하는 ‘경청’을 중시하고 있었다. 이 과정에서 환자 측의 감정을 달래기 위해, 혹은 어쨌든 해당 병원에서 발생한 일이기에 유감과 ‘연민’의 감정을 충분히 표시하였지만, 책임을 인정하는 사과와 발언은 거의 하지 않았다.

(환자 측 말에) 반박을 주로 많이 안 해요. 이렇게 됐으니까 이렇게 하고 그건 그렇게 아니고 뭐 이런 식의 반박을 잘 안하구요. 듣는 거를 많이 해요. 초기 면담에는 듣는 걸(경청) 주로 많이 하고(마).

(환자 측과 만날 때) 처음부터 어쨌든 과실부분을 떠나서 도의적으로 심정적으로 너무나 죄송하다는 감정을 깔고 있으면... 물론 보상관계에서 직접적으로 그거(도움)는 안 돼도 많이 환자 측에 어필이 되더라구요. 처음에 무조건 아니라는 식으로 배척을 해 버리면 그게 감정적으로... 실제로 간단하게 끝날 것도... (가).

선불리 책임을 인정하는 ‘사과’를 하지 않도록 조심하고 있었으나, 간혹 책임을 인정하는 말로 문제가 악화되는 사례도 있었다. 반면에 드물지만 현장을 목격 당해 부인하기 힘들거나, 아예 다른 부위를 수술하는 등 책임을 인정할 수밖에 없는 상황에서는 재빨리 ‘사과’를 하는 사례도 있었다.

그건 분명히 더 이상 거짓말 할 수가 없는데... 분명히 차트에도 (수술할 부위) 방향이 있어요. 근데 이쪽(다른 부위)을 한 거야. 그걸 뭐라고 거짓말 하겠어요. (문제가 드러난 직후 집도한 원장이 환자 측에) 딱 무릎 꿇고 끝냈어요(타).

이렇게 보통 분쟁 초기에는 상황을 가장 잘 파악하고 전문성을 갖춘 있는 담당의사가 설명을 하는 ‘설명과 경청’ 단계를 거치고, 그 뒤의 과정은 대개 사건의 직접적 책임이 없는 실무자가 담당하는 ‘협상 단계’로 넘어간다.

4. 협상 단계

의사의 설명으로도 문제가 해결되지 않으면 실무 담당자, 즉 ‘제 3자가 협상’하는 ‘협상 단계’에 들어간다. 참여자들에 따르면 실무자는 사고의 책임이 있는 의사가 아니므로 감정을 분출할 소지를 줄일 수 있고, 비 의료인이므로 의사와는 달리 환자 입장을 이해한다는 느낌도 줄 수 있다고 했다. 또 병원장 등 최종 결정권자가 아니라 일개 직원이므로 협상진행 과정에서 보상에 대한 책임과 부담을 덜 수 있다고도 했다.

의사들은 뭐... 처음에는 만나 주다가... (나중에는) 만나지는 않죠. (의사가 면담 자리) 있으면 괜히 감정만 상하고 서로 주먹다짐하고. 그래서 원무 책임자나 이런 사건에 대한 책임자들이 나서서 협상을 하는 거죠(차).

옆에 있는 사람 중에 좀 다혈질인 사람들은 ‘야, 이 새끼야’부터 해 가지고 ‘니가 죽여 놓고 말을 그따위로 하네 뭐네’ 그렇게 서로 막 하면은 의사는 짝 빠지게 돼 있어요. 그럼 원무부장이나 이런 사람들이 와 가지고 ‘참으세요’ 하면서 이야기를 하겠죠. 서로 서로 인간적으로 해봅시다, 그러면서 이야기를 하겠죠. 그렇게 해서 진행은 되는 거죠(타).

‘우리는 그런 거 잘 모릅니다’(라고 합니다). 어떤 ‘심부름꾼’이라는 이미지를 많이 주죠. ‘우리한테 강하게 해도 사실은...(아무 소용이 없다). 우리는 그런 거에 책임이 없다기보다도 (단지) 병원 직원이니까 이야기를 듣는 거지 결정권자는 아니라. 어쨌해도 그냥 전달만 해주겠다.’ 이런 식으로 일을 하죠. (환자 측이) 평정심을 가질 수 있도록 유도를 해요(가).

의사와 담당자가 객관적이고 믿음직한 태도로 환자 측과 신뢰를 형성하면 분쟁 과정이 극단으로 치닫는 것을 막을 수 있었다. 환자 측의 이야기를 잘 들어주며 공감을 표시하는 것도 협상 분위기를 우호적으로 만드는 데 도움이 되었다.

(협상할 때) 거기서 중요한 거는 (이전부터) 담당의사가 그 사람들(환자 측)하고 얼마나 신뢰관계가 있었느냐가...(마).

(담당자가) 객관적인 설명을 해주면서, 환자 보호자들한테 신뢰를 얻도록 해야 해요(가).

금전적인 건 둘째 치고 자기의 얘기가 남한테 먹히고 있다 이걸 원하시는 분들이 있더라구요. 그런 분들한테는 ‘보호자분 얘기가 맞다’ 전제를 그렇게 시작을 해요(바).

담당자들은 협상을 하면서 사건의 ‘피해를 최소화’하고 ‘보상’ 등 ‘사건의 공격성을 축소’하려 했다. 장애나 후유증이 크지 않다고 피해를 최소화하거나, 병원의 위치(종교 병원으로서의 양심, 혹은 규모가 큰 대형병원으로서의 전문성)를 강조하면서 신뢰를 요

구하는 등 ‘입지를 강화’하기도 했다. ‘보상’은 재수술 등 ‘치료적 보상’과 ‘금전적 보상’으로 나뉘는데, 대다수의 참여자들이 병원비 감면이나 보상금 지불 등의 금전적 보상이 합의에서 가장 중요한 부분이라고 하였다. 즉 ‘금전적 보상’ 규모의 합의가 위기중기에서 가장 중심이 된다고 볼 수 있다.

*과에서 다시 수술을 했어요(바).

예를 들어서 뭐 (환자 측 요구 금액이) 한 1억 정도 같으면 한 8천(만원) 정도 줄게. 너희가 한 2천 손해 바라. 그런 식이죠(차).

뼈가 잘못되거나 인대가 잘못된 이런 게 아니고... ***이라는 게...(타).

‘과실이긴 한데 금액적으로 봤을 때는, 뭐 (환자 측의) 손해액을 봤을 때는 그렇게 크진 않다.’(고 말함)(바)

또 타 병원이 잘못해 문제가 일어났고, 해당 병원에서 원인과 책임이 전혀 없다며 자신의 책임을 부인하는 ‘부인’ 전략, 그리고 해당 병원에서 사고가 있었던 것은 맞지만 단순한 사고라거나 의학의 한계로 어쩔 수 없는 결과라는 ‘책임회피(변명)’ 전략, 책임은 인정하지 않으나 유감의 뜻을 표하는 ‘연민 전략’은 위기단계 초기에 주로 사용되지만, 합의를 도출해 내기 위한 협상 과정에서 설명의 일환으로 중기단계에서 계속 사용되기도 했다.

환자 측이 의료나 법적인 지식이 있고 경제적으로 여유가 있는 경우에는 보상금을 많이 요구하거나 바로 소송으로 가기도 해 합의가 쉽지 않다. 소송으로 가기 위해서는 환자 측에서 소송 절차를 버틸만한 금전적 여유가 있어야 한다고 한다. 이밖에 간단한 처치 후 피해가 너무 크거나 상해사건 등의 다른 법적 문제가 얽혀있는 경우, 사고 발생 즉시 환자 측에서 경찰 조사를 의뢰하여 곧바로 법적 대응으로 들어가는 경우도 있었다.

5. 법적 대응 단계

대다수의 의료분쟁은 ‘설명과 경청’ 단계 혹은 ‘협상’ 단계에서 위기단계가 마무리되고 바로 위기 후 단계로 넘어간다. 그러나 간혹 합의가 원만하게 진행되지 않고 상황이 악화되는 경우도 있다. 또 드물게는 ‘설명과 경청’, ‘협상’ 단계 없이 ‘쟁점 관리’ 단계에서 바로 ‘법적 대응’ 단계로 가는 경우도 있었다.

이 때 환자 측에서 물리적으로 대응하는 경우 병원 측에서는 같은 방식으로 대응하지 않고 ‘법적으로 대응’하였다. 폭력을 사용하거나 기물을 파손하는 경우 우선 사진을 찍고 CCTV 동영상을 보관하는 등 증거를 수집하고, 사태가 심각하면 업무방해나 3차 개입 등으로 고발하였다.

업무방해로 고소고발을 한다든가 그렇게 나중에 저희들도 할 수 밖에는 없죠. 합의가 원만하게 도출될 수 있겠다 싶으면 그렇게까지는 안하죠(라).

의료분쟁에서 합의가 원활하게 진행되지 않은 경우 경찰조사가 들어오거나 소송으로 가는 경우도 있었다. 간혹 분쟁 초기부터 소송이 진행되는 경우도 있으나 이는 대개 사건 자체가 다른 폭력이나 폭행치사 등의 형사적 사건과 연루된 경우, 혹은 환자 측에서 일방적으로 소송을 제기한 경우였다. 의료분쟁 소송은 보통 민사소송이지만 형사소송이 같이 걸리기도 한다. 환자 측이 소송을 거는 경우 병원은 필히 반소 등의 법적 대응을 한다고 한다. 간혹 환자 측에서 사고 발생 후 바로 소송을 걸고, 이에 대해 병원이 반소를 하는 사례도 있는데 이는 위기 단계의 초, 중기가 생략된 것으로 볼 수 있을 것이다.

일단은 병원에서 먼저 소송 거는 경우는 거의 없습니다. 없는데 그 쪽(환자 측)에서, 상대측에서 먼저 하면은 대응(반소)을 해야겠죠(카).

인간적으로 이거(보상금) 주기에는 너무 아깝다. 그래서 그렇게 (병원 측에서 소송) 했죠(가).

병원 측에서 소송을 감수하는 경우는 주로 병원의 무과실을 확신하거나, 환자 측의

보상금 요구가 지나쳐서 결과적으로 손익을 계산해 볼 때 소송을 해서 사건이 공개되더라도 그것을 감수하는 것이 낫다고 생각할 때였다. 병원 측에서 분쟁 초기에 소송을 유도하는 경우는 거의 없었고, 대개 합의가 원만하지 못할 때 소송을 유도하거나 감수하고, 만약 환자 측에서 소송을 걸면 반소한다고 한다. 이 때문에 병원 입장에서 위기관리 전략을 볼 때 소송은 ‘설명과 경청’, ‘협상’ 단계 이후 단계에 해당한다고 볼 수 있다.

6. 정리 학습 단계

합의 도출, 소송 판결 등으로 위기 상황이 종결된 이후를 ‘정리 학습’ 단계로 보았다. 이는 기존 이론의 ‘위기 후 단계’에 해당한다. 상시적으로 분쟁을 담당하는 팀이 있는 경우는 각 위기가 해결되고 나면 통계를 작성하는 등의 체계적인 정리를 하며 다음 위기에 대비하는 경우도 있었으나, 개인적인 경험의 축적 외에는 어떠한 정리 과정도 없는 경우가 많았다.

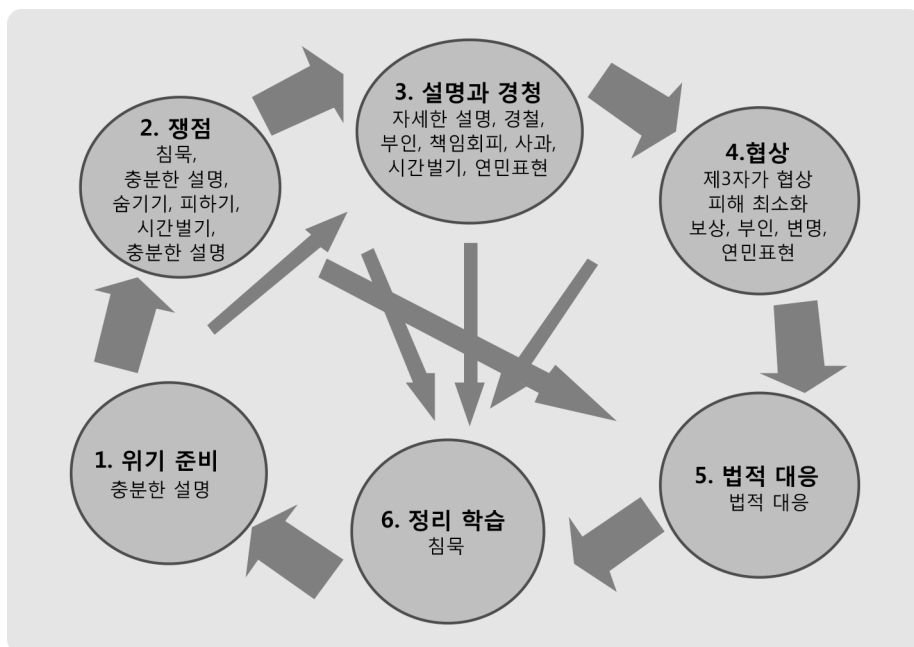
기존 이론에서는 이 단계에서 평가와 학습(Coombs, 1999; 김영옥, 2002), 조직의 이미지 관리를 위한 내재적 커뮤니케이션(Sturges, 1994) 등이 필요하다고 하고 있으나 의료분쟁에서는 이 단계의 활동이 미흡했다. (바)는 “일 할 때만 일 하는 거고 사후관리는 없어요,” “(환자 측이) 와서 난리쳐야 그때서야 얼마를 주면 될까 이 생각을 하는 거고”라고 말했다. 병원 의료분쟁은 철저히 비공개와 비밀 엄수의 원칙 하에서 관리되기 때문에 꼭 필요한 이상의 활동을 하기 어렵다. 이 때문에 구체적 노하우 축적이나 위기 전 사전 교육 등이 이루어지기 어려운 것으로 보였다.

특히 커뮤니케이션 전략은 매우 미흡했다. 조직 내적으로 사용하는 커뮤니케이션 전략으로는 ‘침묵’ 전략을 들 수 있으나, 이 단계에서의 침묵 전략은 하나의 의도적 전략이라기보다는 ‘커뮤니케이션이 없는 것’으로 보아도 무방하다. 다만 의료진 개개인은 직접 분쟁을 겪으면서 커뮤니케이션 노하우를 축적하고 경험을 통해 학습하는 것으로 보였다. (가)는 “(의사들이) 한 두어 번 (의료분쟁을) 겪고 나면 그렇게 자신감 있게 환자를 안 대하죠. 이게 의사쌤들도 막 들어가지고 교육을 받는 거보다 자기가 한 건 당하고 나면 교육이 저절로 돼요”라고 말했다. 이상의 연구결과를 그림으로 나타내면 다음의 [그림 1]와 같다.

아래 [그림 1]에 제시한 바와 같이 의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션 단계는 상황에

따라 선택적으로 단계들을 밟아나간다. 즉 ‘위기준비’ 단계에서 ‘쟁점’ 단계를 거치고 ‘설명’, ‘협상’, ‘법적 대응’, 위기 후 ‘정리 학습’ 단계까지 모든 단계를 밟는 경우도 있으나, 사안에 따라 각 단계는 하나, 혹은 두세 개까지도 생략될 수 있는 것이다. 즉 쟁점 관리 단계 없이 바로 위기로 발전해 설명 단계를 거치는 경우도 있고, 다른 단계 없이 바로 법적 대응으로 들어가기도 한다. 또 쟁점이나 설명 단계에서 조용히 마무리 되는 경우도 있고 협상이나 법적대응을 거쳐 마무리되는 경우도 있다. 또 이러한 과정은 다음 위기준비 단계로 이어지며 반복된다.

그림 1. 의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션의 단계 모델



V. 결론

분석 결과 의료 분쟁 위기 커뮤니케이션은 모두 여섯 단계, 즉 ‘위기 준비 단계’, ‘쟁점 단계’, ‘설명과 경청 단계’, ‘협상 단계’, ‘법적 대응 단계’, ‘정리 학습’ 단계로 나뉘

었다. 각 단계가 어떤 과정을 거치는지 구체적으로 살펴보면 기존 모델들과 상당한 차이가 나타났는데, 이는 다음과 같다.

첫째, ‘위기 준비 단계’를 살펴보면 다음과 같다. 콤스(Coombs, 1999)는 위기 전 단계에 징후탐색, 위기에방, 위기준비가 속하고, 보다와 메키-칼라스(Borda & Mackey-Kallis, 2001)는 위기 전 단계에 위기 준비, 위기, 위기관리 계획 수립, 위기관리 계획 테스트를 수행한다고 하였다. 그러나 의료분쟁에서 위기 전 단계, 특히 사고 발생 전인 위기 준비 단계에서는 대개 의료기술적 차원 이외의 위기에방 노력이 거의 없었고, 징후 탐색의 노력, 위기관리 계획에 대한 테스트도 찾아보기 힘들었다. 마라(Marra, 1992)의 모델에서 위기 전 단계 활동으로 제시된 ‘위험관리 커뮤니케이션 활동이나 위기커뮤니케이션 계획 설정’ 역시 의료분쟁에서 현재 거의 이루어지지 않았으며, 이에 대한 필요성도 크게 느끼지 못하는 것으로 보였다. 이는 원무과, 서무과, 법무실 등에 근무하는 의료분쟁 담당자들이 대개 배상금액이나 법적 대응 등의 관점에서 위기를 바라볼 뿐, 커뮤니케이션 관점의 시각이 부족하기 때문인 듯했다. 수사학 전략으로는 마라가 제시한 ‘관련 공중과의 위기 전 단계’에 해당하는 것으로 설명의무에 따른 처치 전 ‘충분한 설명’이 있었는데, 이는 법적 의무사항이기 때문에 시작한 것이지만 최근 이를 분쟁초기대응의 일종으로 보면서 그 중요성을 크게 느끼고 있었다.

둘째, 의료사고 발생 후 ‘쟁점단계’의 주된 커뮤니케이션 전략은 커뮤니케이션이 없는 ‘침묵’이었다. 이 ‘침묵’을 ‘커뮤니케이션을 하지 않는 것’이 아니라 ‘적극적이고 선택적인 커뮤니케이션’으로 볼 수도 있다. 즉 의료분쟁의 특성상 감정이 매우 격한 상태의 환자 측과 접촉을 꺼리며 감정을 자극하지 않고 해결하기 위해 ‘침묵’ 전략을 사용하기도 했다. 또 위기 관련 사실 정보를 충분히 수집할 시간을 벌기 위해 침묵을 활용할 수도 있다(Banks, 2005: 119-120). 침묵에는 ‘단순 침묵’ 뿐 아니라 ‘피하기’ 전략도 포함되었다. ‘피하기’에는 의사가 접촉을 회피하는 경우도 있고, 의사 개인적으로는 접촉하지 않고 대신 담당 직원 등과 함께 환자 측을 만나는 경우도 있었다. 이 중 후자가 자주 사용되는데, 이는 책임을 회피하거나 사실을 숨기는 것과는 좀 달랐다. 단지 환자 측의 감정을 누그러뜨리기 위해 결과에 책임 있는 의사나 병원장이 일반 직원과 함께 환자 측과 접촉을 담당하는 것이다.

‘시간 벌기’ 전략도 ‘침묵’ 전략에 포함할 수 있는데, 이는 협상 이론의 ‘물러서기’와 ‘지연’의 두 가지 기능을 가지고 있다. 첫째, ‘시간 벌기’는 슈미트(Schmidt, 2000)가

제시한 ‘몰러서기’ 전략과 같다고 볼 수 있다. 슈미트(Schmidt, 2000)는 고객이 분노할 때 잠시 휴식을 제안하거나 상사와 협의할 것, 혹은 협상일정을 다시 정하는 등 잠시 ‘몰러서기’ 방법을 사용하라고 충고한다. 또 그는 고객의 분풀이가 끝났을 때 건설적인 방안을 제시하되 고객의 이야기가 생산적이지 못하다는 것을 말하며 감정적이지 않고 구체적인 쟁점에 초점을 맞출 것을 제안하라고 한다. 의료분쟁에서 참여자들은 환자 측의 분노에 바로 이와 같은 대응을 진행하고 있었다. 둘째, 협상 전략 중 ‘지연’ 전략이 있는데, 이는 자신이 유리하다고 생각되는 시기까지 대화를 기피하여 상대방을 조금증에 시달리게 하여 결과를 자신에게 유리하게 만드는 것이다(우동기·박재호·이성근·정준표·장영두, 2003). 의료분쟁의 ‘시간벌기’ 전략도 환자 측의 분노의 감정 때문에 ‘몰러서기’ 의미도 있으나 동시에 의무기록 등을 점검하고 사실을 파악하여 자신이 유리한 시점까지 ‘지연’시키는 의미도 가진다. 이러한 ‘지연’ 전략은 하버드 비즈니스 프레스(Harvard Business Press, 2006)가 제시한 전술 중 ‘당신의 상황에 대한 중요한 정보를 드러내지 마라’, ‘상대편에 대해 최대한 많이 알아두라’, ‘너무 빨리 제안하지 마라’ 등과도 연결된다고 볼 수 있다. 이 ‘지연’ 전략은 ‘침묵’ 뿐 아니라 위기단계의 ‘경청’ 전략과도 연결된다고 볼 수 있다.

의료분쟁에서는 환자 측의 문제제기와 동시에 위기 단계가 시작되어 쟁점 관리 단계가 뚜렷하게 나타나지 않는 사례가 많았다. 이는 병원과 담당자들의 위기 전 단계 대응에 대한 인식 부족도 있지만, 의료분쟁에서는 모든 단계에서 되도록 분쟁이 드러나지 않게 조용히 해결하고자 하여 굳이 쟁점 관리 단계에서 대응하지 않으려는 이유도 있는 것으로 보였다. 그러나 ‘피하기’, ‘숨기기’, ‘시간 벌기’, ‘단순 침묵’ 등으로 대처하여 위기관리에서 가장 중요한 초기, 즉 쟁점 관리 단계에 제대로 대처하지 못하는 점은 심각한 문제로 볼 수 있다⁸⁾.

셋째, ‘설명과 경청 단계’에는 ‘경청’과 ‘설명’이 주요한 수사학 전략이었다. 우선 ‘경청(듣기, 공감표시)’은 분쟁 초기에 빠지지 않는 중요한 전략 중 하나이며, 기존의 위기관리 커뮤니케이션 수사학에는 언급되지 않은 전략이다. ‘경청’은 협상 전략에서 상대방의 이해관계에 대해, 그리고 상호 이익을 얻을 수 있는 기회를 더 많이 알 수 있는 방법으로 제시되었다(Harvard Business Press, 2006). 경청에 대해서는 샤피로와 안코

8) 의료분쟁 전문 손해사정인 조성동은 의료사고 발생시 의료인들의 초동대처가 중요하다고 강조한다(이철영, 2008).

프스키(Shapiro & Jankowski, 2003)도 강조했는데, 그들은 사람들은 말하기를 좋아하기 때문에 말할 기회를 주고 들어야 하고, 상대방의 말을 들을 때가 협상을 성사시키기 위해 무엇이 필요한지를 배울 수 있는 절호의 기회이며, 최고의 협상자는 말솜씨가 좋은 사람이 아니라 듣는 기술이 좋은 사람이라고 주장했다. ‘경청’은 상대방의 공격에 대한 최선의 반응으로 제시되기도 했는데, 그 이유는 첫째, 새로운 정보는 변화의 가능성과 선택권을 넓힐 수 있기 때문이며 둘째, 변호하지 않고 경청하는 것은 분노를 진정시키는 데 도움이 되며 셋째, 경청하는 동안에는 양보하지 않아도 되기 때문이라고 한다(Schmidt, 2000). 의료분쟁 상황에서는 환자 측이 분노하는 경우가 많기 때문에 경청은 분노를 진정시키는 데 도움이 되어 특히 유용하다고 할 수 있을 것이다. ‘설명’도 협상 전략의 하나인데, 상대방에게 ‘사실’을 동원하는 것은 ‘나의 제안이 특별한 경우가 아니며 모두가 수용할 수 있는 것’임을 알려주어 설득력을 높인다고 한다(우동기 등, 2003). 의료분쟁에서는 제안을 하는 동시에 상황 설명, 즉 환자 측이 받아들이기 어려워하는 피해가 특별한 경우가 아님을 알려주는 두 가지 기능을 한다고 볼 수 있다. ‘설명’은 위기 전 단계에서 수술이나 시술 전 설명, 쟁점 관리 단계에서의 상황 설명 등에서도 사용되는 전략이며 갈수록 그 중요성이 강조되고 있다.

넷째, ‘협상 단계’에서는 분쟁 담당자가 거의 모든 접촉을 담당하는 ‘제 3자가 협상’ 전략이 적극적으로 사용된다. 도슨(Dawson, 2001)은 협상을 하면서 맞닥뜨릴 수 있는 가장 곤혹스러운 때는 자신에게 최종 결정을 내릴 권한이 없다고 주장하는 사람과 협상하는 경우라고 했다. 이 협상기법을 ‘상위권한 기법’이라고 하는데, 이는 쌍방 어느 쪽에도 적대감을 유발시키지 않으면서 압박을 가할 수 있는 매우 효과적인 방법이라고 그는 주장한다. 즉 우선 승인을 받아내야 할 상위권한자를 만들어 냄으로써, 협상 과정을 검토하는 데 소요되는 시간만큼은 결정을 내려야 하는 부담을 한 쪽으로 밀어놓을 수 있다. 또한 최종 결정을 어떻게 할 것인지 드러내지 않으면서 지불할 금액을 쥐어뜯을 수 있고, 상대방에게 좋지 않은 조건을 제시할 때 자신의 의사가 아니라며 자신을 보호할 수 있는 등 여러 장점이 있다는 것이다(Dawson, 2001). 의료분쟁 담당 직원들은 ‘우리도 의료적인 부분은 잘 모른다’, ‘내가 결정할 수 있는 부분은 아니지만 일단 (환자 측의) 말은 (병원 경영진에) 전하겠다’는 식의 표현을 적극적으로 사용한다고 했는데, 이것이 바로 상위권한 기법의 적용이다.

슈미트(Schmidt, 2000)는 집단 간 갈등을 해결하기 위한 2가지 전략에 ‘대인 촉진자

방식(interpersonal facilitator approach)'과 '점점 갈등 해결 방식(interface conflict-solving approach)'이 있는데, 중립적인 인물이 교량 역할을 하는 '대인 촉진자 방식'과 분쟁 당사자들이 서로 직접 대면하는 '점점 갈등 해결방식'은 각각 장단점이 있다고 말한다. 그는 갈등이 심각하고 중요한 쟁점 사안이라면, 그리고 최종기한이 압박해 있고, 파국을 막기 위해서는 불완전하더라도 결정을 내릴 필요가 있을 때는 대인 촉진자 방식이 효과적이라고 주장하는데, 이는 의료분쟁에서 '제3자가 대리 협상' 전략이 사용되는 이유를 보여준다. 물론 분쟁 담당 직원이 진정한 3자라고 보기는 어려우나, 스스로 3자의 역할을 하는 것처럼 행동한다는 점에서 유사점이 있다고 볼 수 있다. 즉 직원이 '우리도 환자 측의 입장을 이해하고 있다', '우리는 의사 입장이 아니며 우리도 언제나 환자 입장이 될 수 있다'고 말하면 좀 더 환자 측의 감정을 누그러뜨릴 수 있다.

다섯째, 합의가 원만하게 진행되지 않고 상황이 악화되는 경우 법적 대응 단계로 들어가기도 한다. 드물게는 '쟁점 관리' 단계에서 바로 '법적 대응' 단계로 가는 경우도 있었다. 법적 대응은 아니지만 제 3자인 중재기관으로 유도하는 경우도 있다. 이는 레위키 등(Lewicki et al., 2006)이 말한 '제 3자 개입시키기'로 볼 수 있는데, 이는 협상 당사자들이 스스로 논쟁을 해결하지 못할 때, 협상 성과에 어떤 영향력을 행사할 수 있는 외부의 시민단체나 전문가 집단 등 제 3자를 개입시키는 것이다. 이는 하버드 비즈니스 프레스(Harvard Business Press, 2006)가 제시한 '배분형 협상'을 위한 전술 중 '당신의 입장에 합법성을 부여하는 외부 준거와 상식적인 기준을 이용하라'는 전술과도 연결된다고 볼 수 있을 것이다.

'제 3자가 대리 협상'과 '제 3자 개입시키기'는 '협상', '조정', '중재' 개념으로 살펴볼 수 있는데, '협상'은 사적이며 자발적인 당사자 간 합의를 통한 문제 해결 과정, '조정'은 중립적인 제 3자가 개입하여 당사자 간의 합의를 돕되 어떤 결정권을 가지지는 못하는 것, '중재'는 조정과 유사하지만 제 3자가 결정권을 가지는 것이다(김영옥, 2008). 의료분쟁에서 담당자는 의료사고의 원인 제공자나 보상 책임자가 아니므로 당사자는 아니지만, 동시에 완전한 중립자라고도 볼 수 없으므로 '제 3자가 대리 협상'은 협상과 조정의 성격을 모두 가지고 있다. 간혹 브로커가 등장하는 경우도 있는데, 이는 조정으로 볼 수 있다. 소비자원 등 중재기관이 개입하는 것은 중재로 볼 수 있는데, 김영옥(2008)에 따르면 중재는 당사자 간의 관계 개선에 도움을 주기는 어렵지만 유교문

화권의 경우 권위를 가진 제3자의 결정에 의존하는 중재제도가 각광을 받을 수 있다. 의료분쟁에서도 소비자원의 중재를 받거나, 협상이나 대화를 중지하고 경찰과 사법기관에 문제를 넘기는 경우가 드물지 않았다. 특히 소비자원은 권위와 결정권을 가진 제3의 기관이면서도 소송과 달리 조용히 분쟁을 해결할 수 있어 일부 담당자들은 중재기관의 역할을 높이 평가했다.

여섯째, ‘정리 학습 단계’는 기존 연구의 ‘위기 후 단계’에 해당하는데, 이 연구 결과 의료분쟁 위기관리에서는 기존의 위기모델들의 ‘위기 후 단계’에 비해 각 과정과 활동이 상대적으로 부실했다. 위기 후 단계에 진행할 과정들을 보면 콤스(Coombs, 1999)는 위기 평가와 학습, 보다와 메카-칼라스(Borda & Mackey-Kallis, 2001)는 ‘위기관리 캠페인 평가’, ‘조직 차원의 축하와 보상’, ‘상황에 대한 지속적 통제’를 들었다. 이에 비해 의료분쟁에서 위기 후 단계에서 진행되는 과정은 ‘정리와 학습’ 정도에 그쳤다. 이 중 ‘정리’는 감사가 있는 병원의 경우 연간 몇 건이 발생했는지 보고하는 수준이며, 병원 대응에 따른 진행과 결과 등 종합적인 통계 정리 작업을 진행하는 사례는 없었다. 따라서 위기 대응 매뉴얼을 제작하는 데 한계가 있었으며 이러한 종합적 정리의 필요성을 느끼는 참여자들도 소수 있었다. ‘평가’의 경우 대부분 실질적으로 전무한 것으로 볼 수 있는데, (바) 병원의 경우 합의금이 좀 과도하게 지출된다 해도 병원 차원에서 그에 대한 질책이나 평가는 없다고 했다. 다만 (아) 병원의 경우 경영진이 ‘시끄러운 것’을 싫어해 물리적 상황이 생기면 질책하는 일이 간혹 있다고 했다. 이렇게 ‘평가’ 활동이 거의 이루어지지 않기 때문에 평가에 따르는 ‘조직차원의 축하와 보상’도 없었다. 또 의료분쟁이 위기로 발전하면 각각의 분쟁이 대개 합의나 판결로 명확하게 결론이 난 후 문제가 해소되기 때문에 그 후 PR이나 커뮤니케이션 차원에서 ‘위기상황에 대한 지속적 통제’ 과정도 거의 없다고 볼 수 있다. 다만 위기 담당자가 아닌 의료진 차원에서는 비슷한 의료 사고가 다시 발생하지 않도록 하는 의학적 노력, 즉 케이스 검토 등이 종종 이어진다고 했다.

또 마라(Marra, 1992)의 위기관리 커뮤니케이션 모델에서 위기 후 단계의 활동으로 제시된 ‘관련 공중과의 위기 후 관계’가 의료분쟁에서는 전혀 나타나지 않았다. 합의나 판결, 그리고 그에 따른 보상이 진행되면 관계는 단절된다. 이는 의료분쟁이 대개 광범위한 공중이 아니라 특정 환자 측을 대상으로 하며 환자 측에서 피해가 극심하게 느껴지므로 관계 유지의 의지가 없기 때문으로 보인다. 다만 피해가 미미하고, 협상 후에도

환자의 회복 치료가 마무리되지 않은 경우는 보상이 마무리 될 때까지는 관계가 이어지기도 했다.

이렇게 위기 전후 단계 관리가 부족한 것은 소송 중심의 분쟁 대응과도 관련이 있다고 볼 수 있다. 최근 3차 병원을 중심으로 법무팀이나 법무실에서 의료분쟁을 담당하는 경향이 나타나고 있지만 사실 법적인 부분은 외부 보험사나 고문 변호사가 담당할 수도 있는 부분이다. 그러므로 병원 내 의료분쟁 대응 조직에서는 환자 측과의 관계와 커뮤니케이션, 위기 전 예방교육, 매뉴얼 제작, 위기 전후 단계 관리와 초기 대응 부분에 좀 더 집중하는 것이 효율적일 수 있을 것이다. 또 1, 2차 병원의 경우 위기 전, 후 단계를 충실히 이행하기에는 규모의 경제에 맞지 않지만 3차 병원은 다르다. 몇몇 3차 병원에서 커뮤니케이션 수사학 관점에서의 의료분쟁 예방 교육과 좀 더 체계적 정리, 학습 과정이 필요하다는 참여자들의 의견이 있었던 것으로 보아 위기 전후 단계 커뮤니케이션에서 보완될 부분이 있다고 볼 수 있다.

의료분쟁 위기관리 단계모델에서 가장 큰 특징은 모든 사례가 이 모든 단계를 순차적으로 거치는 않으며 사례별로 몇 개의 단계를 건너뛰어 진행되며, 하나의 위기가 정리되면 다음 위기 준비 단계로 이어지는 비선형적인 연속형 모델로 나타났는 것이다 (<그림 1> 참고). 이는 위기단계를 일괄적으로 하나만 제시하여 모든 위기관리가 동일한 단계를 거치는 것으로 본 기존의 위기 모델(Borda & Mackey-Kallis, 2001; Coombs; 1999; Mitroff, 1988; Pauchant & Mitroff, 1922; Pearson & Mitroff, 1993)과 큰 차이를 보인다⁹⁾. 기존의 위기단계 모델에서 위기상황에서 거쳐야 할 것으로 제시한 각각의 단계들을 충실히 거치지 않았다고 해서 모든 상황에서 의료분쟁 위기 관리 단계가 보완되어야 할 것이라고 단정하기는 힘들다. 즉 병원 위기 단계에서 나타나는 이러한 특성은 기본적으로 위기 상황 자체의 특성과 조직 특성의 차이에 따른 대응으로 보인다. 그 차이는 첫째, 병원조직에서의 의료분쟁은 기업 등 타 조직의 위기상황에 비해 정확한 원인을 규명하거나 완전히 예방하기가 어렵고 둘째, 당장의 합의금 뿐 아니라 장기적인 병원의 이미지 실추에 따른 비용이나 최악의 경우 병원 폐업에 따르는 비용 등 의료 분쟁 위기의 장·단기적 비용은 병원 조직 유형이나 환자 측의 대

9) 기존 연구 중 단일한 단계 이상을 제시한 것으로 김영옥(2002)의 모델을 들 수 있는데, 그는 위기단계가 단일하지 않으며 위기에방에 성공했는지, 실패하여 위기가 발생했는지에 따라 두 가지 루트가 있다고 보았다. 그러나 이 연구에서는 상황에 따라 각 단계를 선택적으로 거쳐 다양한 루트가 가능한 것으로 나타났고, 커뮤니케이션 관점의 단계모델이라는 점에서 김영옥(2002)의 연구보다 진일보했다고 볼 수 있다.

응 등 여러 요인에 따라 달라지며 셋째, 병원 조직 규모에 따라서는 예방과 사후 정리 작업의 비용 대비 효과가 미미할 수 있다.

의료분쟁의 각 단계에서는 다양한 커뮤니케이션 수사학 전략이 사용되었는데, 이는 기존 위기관리 커뮤니케이션 연구(Bernoit, 1995; Englehardt et al., 2004; Hearit, 2000; Huxman, 2004; McLaughin et al., 1993)에서 제시된 것과는 차이가 컸다. 즉 기존 연구에서 제시된 전략들(<표 2> 참조) 중 ‘책임회피’, ‘사건의 공격성 축소’, ‘연민 표현’ 등은 의료분쟁에서도 자주 사용되었고, ‘사과’, ‘부인’, ‘침묵’, ‘법적인 대응’ 등도 간혹 사용되었으나, ‘초월(대의명분 내세우기)’, ‘비난자 공격’, ‘개선행위’ 등은 거의 사용되지 않았다. 여기에는 의료분쟁 위기 자체가 다른 형태의 기업위기와는 다른 몇 가지 특징이 원인이 되는 듯 했다. 첫째로 피해 당사자가 정해져 있고, 둘째로 환자 측 입장에서 피해 정도가 크고 감정이 개입되기 쉬우며, 셋째 조직과 해당 의료진의 폐쇄성이 매우 크고, 넷째 언론이 개입되는 경우가 적다는 등의 원인 때문인 것으로 보였다. 이 외에 ‘시간 벌기’ 전략, ‘경청’ 전략, ‘자세한 설명’ 전략, ‘제 3자가 접촉하기’ 전략 등 기존의 위기커뮤니케이션 수사학 연구에서 언급되지 않은 전략들도 나타났는데 이들은 협상전략으로 설명할 수 있었다.

이러한 현재의 의료분쟁 단계별 커뮤니케이션 전략을 실무에서 좀 더 성공적으로 수행하기 위해서는, 협상에서 ‘상대방이 비정상적인 협상행태를 보일 때의 돌파대책’을 단계적으로 제시한 유리(Ury, 1991)의 ‘5단계 돌파 이론’을 유용하게 적용할 수 있을 것으로 보인다. 현재 사용되고 있는 의료분쟁 커뮤니케이션 전략을 유리의 5단계 돌파 이론에 대입해보면 다음과 같다. ① 맞대응의 자제(침묵, 충분한 설명), ② 누그러뜨리기(침묵, 경청, 연민 표현, 연출 활용), ③ 사고의 틀 바꾸기, 동의하기 쉽도록 만들기, 현실을 직시하도록 만들기(3자가 협상, 사건의 공격성 축소 중 치료적 보상과 금전적 보상, 부인, 책임회피, 연민 표현, 법적 대응) 등이 여기에 해당한다¹⁰⁾. 이와 같이 유리

10) 유리(Ury, 1991)의 돌파이론은 ① 맞대응의 자제(감정의 자제, 협상하는 이유를 되새겨 봄), ② 누그러뜨리기(상대방의 이야기 경청, 건설적인 대화를 시도), ③ 사고의 틀 바꾸기(이익의 문제를 생각하도록 상대방을 유도, 문제해결과 질문), ④ 동의하기 쉽도록 만들기(동의하기 쉽도록 합의안 만들기, 합의내용을 만드는 데 상대방의 참여, 상대방의 개인적·조직적 요구 이해 명분의 마련) ⑤ 현실을 직시하도록 만들기(거부하기 어렵도록 만들기, 최선의 대안제시 및 이점의 부각, 상대방이 굴복했다는 느낌이 들지 않도록 함)의 5단계이다.

유리의 3단계(사고의 틀 바꾸기), 4단계(동의하기 쉽도록 만들기), 5단계(현실을 직시하도록 만들기)는 현재 의료분쟁 위기관리에서 아직 명확하게 분리되지 않고 동시에 진행되었다. 이 때문에 유리의 돌파이론을 의료분쟁 위기관리에 적용하면 5단계가 아닌 3단계로 볼 수 있다.

(Ury, 1991)의 돌파이론 5단계는 의료분쟁에서도 유사하게 나타나고 있으며, ‘감정의 자제’, ‘상대방의 이야기 경청’ 등 돌파이론에서 제시한 전략들은 의료분쟁 위기관리에서도 대부분 포함하고 있다. 이는 의료분쟁 협상이 일반적인 협상이 아니라 ‘상대방이 비정상적인 협상행태를 보이는’ 협상이기 때문으로 보인다. 이러한 협상이론은 기존의 위기관리 수사학 이론이 주로 현상을 분석하는 것에 그치는 것과 달리 단계별로 효과적인 전략을 제시해 준다. 따라서 의료분쟁 위기관리의 단계별 메뉴얼을 만들 때 도움이 될 수 있을 것이다.

이 연구의 결과가 이론 및 연구, 그리고 의료분쟁 실무부문에 주는 함의는 크게 두 가지로 볼 수 있다. 첫째, 기존 연구와 달리 커뮤니케이션 수사학 중심으로 위기관리 단계 모델을 제시했다. 둘째, 초기 대응이나 사례별 상황에 따라 위기단계가 각각 다를 수 있다는 것을 발견했다. 지금까지의 위기관리 커뮤니케이션 연구가 주로 위기가 확대되어 언론에 보도된 이후의 언론보도문 분석(안선경·강태완, 2004; 이수범 외, 2005; 김영욱, 2006; 이상경·이명천, 2006a; 2006b) 위주로 이루어졌다. 반면 이 연구는 위기의 모든 단계에 걸친 커뮤니케이션을 분석한 연구로 위기관리에서 매우 중요한 초기 대응이나 사후 정리 등이 어떻게 진행되는지, 위기관리 단계적 커뮤니케이션의 변화와 흐름이 어떠한지를 알 수 있었다. 즉 지금까지의 연구들은 단순한 선형적 위기단계모델에서 벗어나지 못했으나, 이 연구는 각 위기 단계가 상황에 따라 선택적으로 진행되는 것을 발견하였다. 셋째, 위기관리에는 일반 공중을 대상으로 한 커뮤니케이션 뿐 아니라 분쟁 상대방과의 협상 커뮤니케이션이 포함된다는 것을 발견하였다. 의료분쟁 뿐 아니라 분쟁으로 인한 위기의 경우, 분쟁 상대방과의 커뮤니케이션을 제외하고 언론에 대한 대응만 살펴본다면 한계가 있을 수밖에 없으나 기존의 위기관리 연구는 이 부분을 간과하였다. 이 연구에서 나타난 다양한 협상이론을 실제 위기관리에 적용할 수 있어 위기관리 수사학에 새로운 방향성을 제시해 줄 수 있을 것이다.

이 연구의 한계는 실제 의료분쟁 커뮤니케이션이 어떤 단계를 통해 이루어지는지를 정리한 것일 뿐, 의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션이 어떻게 이루어지는 것이 효과적이고 바람직한지에 대해서는 제시해주지 못하고 있다는 것이다. 후속연구로는 좀 더 많은 위기관리, 분쟁, 협상 커뮤니케이션 전략에 대한 분석을 바탕으로 하여 바람직한 의료분쟁 단계별 커뮤니케이션 전략을 제시해 줄 수 있는 연구들이 이어지기 바란다.

참고문헌

- 김대현, 김현진, 임지향(2011). 병원 내 의사 간호사 간 의사소통 관계. 의료커뮤니케이션, 6(1), pp.13-22.
- 김민규(2003). 우리나라 의료과오소송의 실태와 의료분쟁해결방안. 비교사법, 10(4), pp.235-278.
- 김상훈(2011. 3.10). ‘입증책임 전환’ 빠진 의료분쟁조정법 ‘글썸’. 『연합뉴스』. [Online] Available: <http://www.yonhapnews.co.kr/bulletin/2011/03/10/0200000000AKR201103166900017.HTML?did=1179m>
- 김영욱(2002). 위기 관리의 이해 - 공중 관계와 위기 관리 커뮤니케이션. 서울: 책과 길.
- _____(2006). 우리나라 조직의 사과 수사학: 신문에 난 사과광고문의 내용과 수용여부 분석. 광고학연구, 17(1), 179-207.
- _____(2008). 위험, 위기 그리고 커뮤니케이션: 현대사회의 위험, 위기, 갈등에 대한 해석과 대응. 서울: 이화여자대학교 출판부.
- 김영욱, 박송희, 오현정(2002). 행정기관 이미지 회복 전략의 수사학적 분석. 홍보학연구, 6(2), pp.5-42.
- 김은진(2011). 병원 의료분쟁 위기관리 커뮤니케이션 모델 추출을 위한 탐색적 연구: 근거이론 방법론에 의한 분석. 박사학위논문, 신문방송학과, 부산대학교, 부산.
- 류희선, 조선아, 양천효, 유홍식(2011). 드라마에 나타난 의사 이미지와 의사와 환자 간 커뮤니케이션 유형에 대한 연구. 의료커뮤니케이션, 6(1), pp.54-72.
- 식목철(1999). 의료분쟁의 실태와 해결방법: 일본, 미국, 독일. 한일법학, 18, pp.231-306.
- 안상윤(2003). 병원의 홍보 활성화가 생산성에 미치는 영향. 생산성논집, 17(3), pp.121-143.
- 안선경, 강태완(2004). 위기에 대처하는 정당의 이미지 회복 전략 분석. 홍보학연구, 1(8-2), pp.162-197.
- 오대성, 박도영, 안진(1995). 의료분쟁의 실태와 그 소송상 문제점의 개선방안에 관한 법사회학적 연구: 호남지역을 중심으로. 민사법연구, 4, pp.141-174.
- 우동기, 박재호, 이성근, 정준표, 장영두(2004). 성공전략 협상. 경북: 영남대학교 출판부.

- 이두원(2001). 위기관리 PR 수행과정에 대한 사례분석: 월성 원전 중수 누출 사고를 중심으로. *사회과학논총*, 23(1), pp.261-288.
- 이상경, 이명천(2006a). 기업 위기 대응 수단으로 선택한 사과가 공중에 수용되는 과정에서 CEO 이미지의 역할에 관한 연구: 삼성과 현대자동차 사회헌납 발표와 수용을 중심으로. *홍보학 연구*, 10(1), pp.125-161.
- 이상경, 이명천(2006b). 기업위기에서 기업 이미지가 사과의 수용, 책임 귀인, 반복성 판단에 미치는 영향: 삼성, 현대 자동차 CEO 위기를 중심으로. *홍보학 연구*, 10(2), pp.197-231.
- 이수범, 김수정, 김유훈, 정수아(2005). 정당의 위기관리를 위한 이미지 회복 전략. 노무현 대통령 탄핵 사건을 중심으로. *한국언론정보학보*, 29, pp.189-232.
- 이숙정 · 이경아 (2007). 특수교육 질적 연구방법으로서 근거이론의 이론과 실제. *정신지체연구*, 9(1), 123-147.
- 이철영(2008. 12. 12) 의료분쟁 증가, ‘대형화·전문화’가 원인. 『국민일보』. [Online] Available: <http://news.kukinews.com/article/view.asp?page=1&gCode=all&arcid=0921126716&cp=du>.
- 이탁순(2011). 의료분쟁 소송 부담 경감… 내년 3월 중재원 출범: 연 3만건 분쟁 중 절반 해결 기대… 설립추진 본격화. *데일리팜*. [Online] Available: <http://www.dreamdrug.com/News/145561>.
- 이현실, 이준협, 임국환, 최만규(2006). 의료사고와 의료분쟁에 대한 의료이용자들의 의식 조사. *병원경영학회지*, 11(1), pp.1-30.
- 정영환, 박은철, 박종연, 손명세, 이지전(2000). 병원 조직의 특성이 언론홍보실적에 미치는 영향. *병원경영학회지*, 5(1), pp.176-199.
- 진송민(2006. 1. 17). ‘의료사고 피해구제법’ 18년째 표류. SBS. [Online] Available: <http://media.daum.net/politics/others/view.html?cateid=1020&newsid=20060117214517337&p=sbsi>
- 최재천, 박영호(2001). *의료과실과 의료소송*. 서울: 육법사.
- 황근수(2007). 의료분쟁과 의사배상책임보험에 관한 고찰: 한국의 의사배상책임보험의 문제점과 개선방안. *상사법연구*, 26(3), pp.143-186.

- 황성완(2001). 병원홍보가 병원경영에 미치는 영향. 논문집, 21, pp.79-87.
- Banks, K. F.(2005). *Crisis communications: A casebook approach*. 최양호·이명천 역(2005). 『위기관리 PR 커뮤니케이션』. 서울: 커뮤니케이션북스.
- Benoit, W. L.(1995). *Accounts, excuses, & apologies: A theory of image restoration*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Borda, J. K., Mackey-Kallis, S.(2001). A model for crisis management. In D. P. Millar & R. L. Heath(Eds.), *Responding to crisis* (pp.117-138). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Burke, K.(1973). The rhetorical situation. In L., Thayer (Ed). *Communication: Ethical and moral Issues*(pp.263-275). New York: Gordon & Breach.
- Coombs, W. T.(1999). *On-going crisis communication: Panning, managing, & responding*. 위기관리 커뮤니케이션. 커뮤니케이션북스.
- _____ (2006). Crisis management: Acommunicative approach. In C. H. Botan & V. Hazleton (Eds.), *Public relation theory II*(pp.171-197). Mahwah, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Creswell, J. W.(1998). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. 조홍식 외 역 (2005). 질적연구방법론: 다섯 가지 전통. 학지사.
- Dawson, R.(2001). *Secrets of power negotiating: Inside secrets from a master negotiator (2nd)*. 박상기 역(2004). 사람과 비즈니스를 움직이는 협상의 심리학. 위즈덤 아카데미.
- Englehardt, K. J., Sallot, L. M., Springston, J. K.(2004). Compassion without blame: Testing the accident decision flow chart with the crash of ValuJet Flight 592. *Journal of Public Relations Research*, 16(2), pp.127-156.
- Fink, S.(1986). *Crisis management: Planning for the inevitable*. New York: AMACOM.
- Gonzalez-Herrero, A., Pratt, C. B.(1995). How to manage a crisis before-or whenever-it hits. *Public Relations Quarterly*, 40(1), pp.25-29.
- Harvard Business Press(2006). *Negotiating outcome*. New York: Harvard Business School Publishing Corporation.

- Hearit, K. M.(2000). Corporate apologia: When an organization speaks in defense of itself. In R. L. Heath(Ed.), *Handbook of public relations* (pp. 501-512). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Huxman, S. S.(2004). Exigencies, explanations, & execution: Toward a dynamic theory of the crisis communication genre. In D. P. Millar & R. L. Heath (Eds.), *Responding to a crisis: A rhetorical approach to crisis communication* (pp.281-297). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lerbinger, O.(1997). *The crisis manager: Facing risk and responsibility*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewicki, R., Barry, B., Saunders, D., Minton, J.(2006). *Essential of negotiation (4th ed)*. 전략적 과학으로 승부하는 협상의 즐거움. 서울: 스마트비즈니스.
- Littlejohn, R. F.(1983). *Crisis Management: A team approach*. New York: AMA Publications.
- Marra, F. J.(1992). *Crisis public relations: A Theoretical model*. Doctoral dissertation unpublished. University of Maryland, College Park, MA.
- McLaughlin, M. L. Cody, M. J., O'Hair, H. D.(1983). The management of failure events: Some contextual determinants of accounting behavior. *Human Communication Research*, 9(3), pp.208-224.
- Mitroff, I. I.(1988). *Break-away thinking: How to challenge your business assumptions (and why you should)*. New York: John Wiley & Sons.
- Mitroff, I. I., Pearson, C. M.(1993). *Crisis management: A diagnostic guide for improving your organization and crisis-preparedness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Pauchant, T. C.(1988). *Crisis management and narcissism: A Kohutian perspective*. Unpublished doctoral dissertation, Graduate School of Business Administration, University of Southern California, Los Angeles.
- Pauchant, T. C., Mitroff, I. I.(1992). *Transforming the crisis-prone organization: Preventing individual organizational, & environmental tragedies*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Pearson, C. M, Mitroff, I. I.(1993). From crisis prone to crisis prepared: A framework for crisis management. *The Executive*, 7(1), pp.48-59.
- Schmidt, W. H.(Eds.)(2000). *Harvard business review on negotiating and conflict resolution*. New York: Harvard Business School Press.
- Shapiro, R. M., Jankowski, M. A.(2001). *The power of nice*. 이진원 역(2003). 협상의 심리학. 미래의 창.
- Strauss, A. L., & Corbin, J.(1998). Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed). 신경림 역 (2001). 근거이론의 단계. 서울: 현문사.
- Sturges, D. L.(1994). Communicating through crisis: A strategy for organizational survival. *Management Communication Quarterly*, 7(3), pp.297-316.
- Ury, W. L., Brett, J. M., Goldberg, S. B.(1993). *Getting disputes resolved*, Cambridge: Pon Books.
- Ware, B. L., Linkugel, W. A.(1973). They spoke in defense of themselves: On the generic criticism of apologia. *Quarterly Journal of Speech*, 59, pp.273-283.

김은진은 부산대학교에서 언론학 석·박사학위를 받았으며 현재 부산대학교에서 시간강사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 PR, 광고, 의료커뮤니케이션이며, 의료 PR, 대중문화 등을 연구하고 있다.
(E-mail: green717@nate.com)

Developing A Process Model For Crisis Management Communication About Medical Dispute

Kim, Eun Jin

(Busan National University)

This research aims to understand the process of crisis management communication in hospital medical disputes and explore a reasonable and theoretical model for that. The data were collected from in-depth interviews with twelve medical dispute professionals at all levels of hospitals in Seoul, Busan and Kyung-nam Province. ‘The Process Model of Crisis Management Communication About Medical Dispute’ is divided into six steps, ‘Preparation for Crisis Step’, ‘Issue Management Step’, ‘Explanation Step’, ‘Negotiation Step’, ‘Legal Action Step’ and ‘Controlling and Learning Step.’ The most important point is that not every case goes through all of these steps, and some cases even skip some of them. Also, preparation for a new crisis phase tends to follow the resolution of a crisis. Most existing studies have focused on a limited number of steps centering around press reports after the crisis has been known, but this study looks at all steps in crisis management. This study finds that the crisis of medical dispute goes through selective and sequential steps that are unlike the linear process as presented in previous studies. Also, the activities in before and after crisis steps were not enough for crisis management such as planning, evaluation, and compensation. Moreover, some strategies that not mentioned in existing crisis communication rhetoric theory including ‘listening’, ‘Explanation’, ‘Contact by the Third Party’, ‘delaying action’, ‘higher authority’ have been used. That strategies can be explained as a kind of ‘Negotiation Communication Strategy’. This is one of the most significant findings of the present study.

Keywords: Crisis Management, Process Model, Medical Dispute