

- 날짜: 2015년 5월 7일(목) • 전화: 02-832-4211 ~ 2 • 홈페이지: www.ppip.or.kr
• 병원 인력 확충: 환자 안전 증진을 위한 최우선 과제 (담당: 이상윤 객원연구위원)

[편집자주] 4·16 세월호 참사 1주기, 공공 안전 실태와 대안 시리즈

온 국민을 충격과 비탄에 빠트린 4·16 세월호 참사가 일어난 지 1년이 되었다. 세기의 사건으로 기록될 이 참사의 시간대 속에서 박근혜 정부는 '국가를 개조해야 한다'고 약속했지만, 진실 규명은커녕 공공 안전을 위한 후속조치도 여전히 이뤄지지 않고 있다. 이에 사회공공연구원은 공공 안전의 실태를 분석하고 대안을 모색하는 워킹페이퍼를 6회에 걸쳐 발표한다.

4·16 세월호 참사 1주기, 공공 안전 실태와 대안 시리즈3

병원 인력 확충: 환자 안전 증진을 위한 최우선 과제

〈 요약 〉

- ☐ 매년 불거지는 의료 사고 스캔들에도 불구하고 한국의 환자 안전 수준은 매우 취약한 실정
 - OECD조차 "한국 보건의료체계 안에서 가장 우려되는 문제는 환자의 안전을 보장하는 명확한 기전이 부족하다는 점일 것이다."라고 지적
 - 의료 사고는 의료인 개인이나 특정 의료기관 문제로 치부될 뿐, 그 같은 사고가 반복적으로 재발하는 근본 이유에 대한 성찰과 그에 따른 시스템 개혁 논의는 부족
 - 2015년 1월 「환자안전법」이 제정되어 시행을 앞두고 있고, 이는 의미 있는 움직임이지만, 아쉽게도 이 법이 시스템 개혁을 위한 영역 모두를 아우르고 있다고 보기는 힘들. 환자 안전과 관련하여 가장 중요한 부분이라고 할 수 있는 '병원 인력'에 대한 논의가 이 체계 내에서는 쉽지 않기 때문
- ☐ 환자 안전 영역에서 병원 인력의 수와 질이 가지는 중요성은 매우 큼
 - 병원에 충분한 수의 인력이 있어야 병원이 안전해지고, 충분히 숙련되고 훈련된 인

력이 병원에 근무해야 의료 사고의 가능성이 줄어듦

- 마취 영역에서 이루어진 오류에 대한 연구에 따르면 예방가능했던 오류의 82%가 '인적 요인'에 의한 것이었음. 일반적으로 의료 영역에서도 예방가능한 사고 원인의 60-80%가 인적 요인에 의한 것으로 추정
- 인력이 부족하거나, 미숙련 인력이 많아지거나, 비정규직이 많아지면, 의료 사고의 위험성이 커지고, 노동시간이 늘어나며 노동강도가 강화되는 등 노동조건이 악화됨. 이로 인해 병원 노동자의 피로도가 증가하고 집중력이 저하되어 의료 사고의 가능성이 증가함

□ 한국의 병원 간호사수는 OECD 평균의 3분의 1 수준으로 절대량이 부족하고, 이는 의료 사고의 위험성을 높임

- 근무시간 중 간호사 1인당 담당 환자수를 계산해 보면, 상급종합병원의 경우 간호사 1인당 환자수가 10-12명인 경우가 63.6%로 가장 많았고, 종합병원의 경우 10-16명인 경우가 63.5%, 병원의 경우 79.2%가 24명 이상이었음
- OECD 국가 평균 간호사 1인당 담당 환자수가 4-5명 수준임을 고려하면, 한국 간호사들은 OECD 국가 평균에 비해 3-5배 가량 더 많은 환자를 담당하고 있음

□ 한국 병원에서 비정규직 간호사가 점점 늘어나고 있는 것도 환자 안전 수준에 악영향을 끼침

- 2009년 병원경영연구원에서 조사한 바에 따르면, 조사 대상 병원 간호사의 11.4%가 비정규직 간호사인 것으로 나타남
- 병원에 비정규직이 많아지면, 인력 교체가 잦아지면서 업무 숙련도도 저하되고 의료 팀내 혹은 의료 팀간 의사소통 장애가 발생해 의료 사고의 가능성이 증가함

□ 한국 병원에서 간호사 이직률이 증가하여 숙련 간호사 비율이 줄어드는 것도 환자 안전 수준에 악영향을 끼침

- 병원간호사회의 조사(2014)에 따르면, 2012년 기준으로 병원 간호사의 이직률은 16.9%에 달하는 것으로 조사되었음
- 간호사의 이직률이 높아지면 늘 다수의 신규 간호사가 근무하게 되는 상황이 발생해 간호사 전체의 업무 숙련도가 저하되고 의료 사고의 가능성이 높아짐. 간호사의 높은 이직률은 현재 병원 간호사 노동조건의 열악함과 업무 만족도의 저하를 반영

□ 한국 병원의 간호사 부족 문제의 원인은 복합적임

- 한국 병원에서 간호사가 부족한 이유는 단순히 간호사 인력 공급이 부족하기 때문이 아니라, 병원간 경쟁의 격화, 병원의 수익률 압박, 간호사 노동조건 하락, 여성 고용 일반의 문제, 간호사의 전문직으로서의 정체성 위기 등이 복합적으로 작용한

결과임

- 이러한 복합적 원인을 총체적으로 해결하려 하지 않고 인력 공급 확대 정책만으로 해결하려 하면, 저임금, 고강도 노동, 위험한 일자리만 늘리는 꼴이 될 뿐, 환자 안전 수준을 높이는데 도움이 되지 않음
- 한국 병원의 간호사 인력 부족 문제를 해결하여 의료의 질을 높이고 환자 안전 수준을 높이기 위해서는, 병원의 상업성, 영리성을 규제해야 하고, 병원 간호사 수준을 높이기 위한 법제도적 장치가 마련됨과 동시에, 병원 간호사의 노동조건을 향상시키기 위한 노력이 병행되어야 함
 - 병원의 최소 간호 인력 수준을 법제화하고 이를 어기는 병원에 대한 강력한 지도, 감독, 처벌이 집행되어야 함
 - 병원이 자발적으로 간호 인력 수준 향상을 위한 동기 부여가 되도록 간호관리료 등급 제도를 개선해야 함
 - 간호사의 노동조건 개선을 위해 간호사의 근무/휴식시간에 대한 규제, 병원 특성에 맞는 노동안전보건 규제 등이 신설될 필요가 있음

4·16 세월호 참사 1주기, 공공 안전 실태와 대안 시리즈3

병원 인력 확충: 환자 안전증진을 위한 최우선과제

이상윤 (사회공공연구원 객원연구위원, 건강과대안 연구위원)

들어가며

세월호 참사 이후 '안전'에 대한 관심이 증가했다. 바람직한 일이다. 우리 사회는 그간 비약적인 경제 성장을 이룩했지만 그에 따른 내실은 기하지 못했다. 교통사고율, 산재사망율 등 국가간 비교를 위한 다양한 사회지표가 경제협력개발기구(OECD) 국가 중 최하위권을 맴도는 이유다. 세월호 참사 전과 후가 달라져야 한다면, 이제는 '닥치고 경제 성장'이라는 논리보다, 우리 사회의 시스템을 어떻게 성숙시켜 나갈 것인가에 대한 논의가 더욱 활발해져야 한다.

의료 영역도 마찬가지다. 한국 의료는 지난 50년간 비약적 발전을 이룩했다. 전국민 건강보험이 도입되었고 병원에 대한 접근성도 향상되었다. 여러 가지 이유가 복합되어 평균수명도 급격히 늘어났다. 외자를 유치하여 병원을 짓던 시대를 지나, 이제는 대통령이 외국에 한국 병원 시스템을 '수출'하겠다는 얘기를 하는 단계에 이르렀다. 정부나 업계의 과장이 좀 심하긴 하지만 한국으로 '의료 관광'을 오는 이들도 늘고 있다. 한국 의료는 세계 일류 수준을 달성한 것일까?

아쉽게도 현실은 그렇지 않다. 물론 세계적 수준을 자랑하는 분야나 영역이 없지 않다. 하지만 한국 의료의 수준은 분야나 영역별로 천차만별이다. 어느 분야나 영역은 세계 제일을 자랑하지만 어느 영역은 말하기 창피할 정도의 수준을 보이고 있는 것도 사실이다. 안타깝게도 '환자 안전' 영역은 후자에 속한다. 이에 OECD도 보건의료 질적 수준을 검토한 보고서에서 "한국 보건의료체계 안에서 가장 우려되는 문제는 환자의 안전을 보장하는 명확한 기전이 부족하다는 점일 것이다.··· (중략) ··· 한국에서는 환자안전에 대한 국가 프로그램의 일부로

이와 유사한 체계를 구축하기 위한 노력이 수행되어야 한다.”고 지적한 바 있다.

한국 의료와 병원은 양적 팽창에 걸맞는 질적 발전 속도가 더디다. 병원은 커지고 많아지며 시설은 좋아지고 있지만, 그 안에서 ‘의료 사고’는 빈발하고 근본 문제는 해결되지 않고 있다. 잇을 만하면 불거지는 의료 사고 스캔들은 이러한 한국 의료 시스템 실패에 대한 ‘적 신호 사건’이다. 고 신해철 사망 당시 ‘그나마 유명인이었기에 이 정도나마 공론화될 수 있었다.’는 자조적 표현이 설득력 있게 받아들여질 정도로 문제는 잠복되어 있고 심각하다.

1999년 미국 의학학술원이 매년 44,000명에서 98,000명의 환자가 의료 과실로 사망하는 것으로 추정한 보고서를 발간하여 미국에서 이와 관련된 사회적 논의에 불을 붙였다. 이 규모는 미국에서 유방암이나 자동차 사고로 사망하는 사람보다 많은 것이다. 병원에 병을 고치고 생명을 구하러 왔다가 오히려 생명을 잃고 나가는 사람이 있고, 그 규모도 엄청나다. 연구 결과였으니 그 충격이 클 수밖에 없었다. 보고서가 나온 이후 미국에서는 환자 안전에 대한 사회적 토론이 이루어졌고 현실 개선을 위한 다양한 접근이 이루어졌다.

한국의 경우는 어떤가? 매년 사회를 떠들썩하게 만드는 ‘의료 사고’ 사건이 발생하고 있지만, 이를 한국 의료의 ‘시스템’ 문제로 파악하고 문제 해결을 논의하는 접근은 적다. 의료인 개인이나 특정 의료기관 문제로 치부될 뿐, 그와 같은 사고가 반복적으로 재발하는 근본 이유에 대한 성찰과 그에 따른 시스템 개혁 논의는 부족한 것이다. 올해 1월 ‘환자안전법’이 제정되어 시행을 앞두고 있고 이는 의미 있는 움직임이지만, 아쉽게도 이 법이 시스템 개혁을 위한 영역 모두를 아우르고 있다고 보기는 힘들다. 환자 안전과 관련하여 가장 중요한 부분이라고 할 수 있는 ‘병원 인력’에 대한 논의가 이 체계 내에서는 쉽지 않기 때문이다. 물론 이 법 제4조 제2항에서는 “보건의료기관의 장과 보건의료인은 환자안전사고가 발생하지 아니하도록 시설·장비 및 인력을 갖추고, 필요한 의무를 다하여야 한다.”고 규정하여, 보건의료기관장과 보건의료인에게 환자 안전을 위한 인력 확충 의무를 부과하고 있긴 하다. 하지만, 이 법 조항은 선언적 의미가 커서 과연 어떻게 이 의무가 작동되게 할 것인가에 대해 불명확한 부분이 있는 것도 사실이다.

환자 안전 영역에서 병원 인력의 수와 질이 가지는 중요성은 매우 크다. 병원에 충분한 수의 인력이 있어야 병원이 안전해지고, 충분히 숙련되고 훈련된 인력이 병원에 근무해야 의료 사고의 가능성이 줄어든다. 의료서비스는 기본적으로 사람이 행하는 것이기 때문이다. 앞서 언급했던 미국 의학학술원의 보고서에서도 일반적인 사고의 원인 중 60-80%가 ‘인적 요인’에 의한 것임을 언급하면서 의료 영역도 다르지 않을 것이라 추정했다. 마취 영역에서 이루어진 오류에 대한 연구에 따르면 예방가능했던 오류의 82%가 ‘인적 요인’에 의한 것이었다.

노동시간이 길거나 노동강도가 높거나 야간 노동 등을 행하며 신체리듬이 깨지면 노동자들의 피로가 증가하고 집중력이 감소한다. 이와 같은 이유로 장시간 교대 노동을 행하는 노동자들에게 사고가 빈발한다. 병원은 야간노동과 교대노동이 일상화되어 있는 공간이라는 점에서 사고 예방을 위해서는 직무 설계가 매우 중요하다. 그런데 환자 안전을 고려한 직무 설계를 하려면 충분한 수의 인력이 존재해야 한다. 부족한 인력 수준으로는 안전까지 고려하기 힘들다.

외국에서 이루어진 연구에 따르면, 간호사 인력 수준이 높을수록 재원일수 감소, 요로감염률 감소, 상부 위장관 출혈 감소, 수술 환자의 폐렴 이환율 감소, 수술 환자의 혈전증 감소, 수술 환자의 합병증으로 인한 사망률 감소 등이 보고되었다. 한국에서도 중환자실에서 간호사가 담당하는 환자수가 많아지면 환자 사망률이 높아지는 것으로 보고된 바 있다.

그런데 안타깝게도 현재 한국 병원의 간호사 인력 수준은 OECD 국가 평균의 3분의 1 수준이다. OECD 2013년 통계에 따르면, 병원에서 간호사 1인이 담당하는 환자수가 일본은 7명, 미국은 5명인데 견줘, 한국은 15~20명 수준이다. 특히 간호사가 매 시간 돌봐야 하는 '급성기 병상' 1개당 간호사 수는 0.28명에 불과해 OECD 평균인 1.13명의 4분의 1에도 미치지 못하는 실정이다. 이러다보니 병원에 입원한 환자가 간호사의 얼굴보기도 힘들고, 간호사는 간호사대로 높은 노동 강도에 시달리며 업무 만족도가 떨어져 이직률이 높아지고 있다.

병원 인력의 절대 수가 적은 것도 문제이지만, 병원 인력의 질이 떨어지고 있는 것도 문제다. 병원에 비정규직이 많아지고, 병원 직원의 이직률이 높아지면 미숙련 인력이 많아지면서 의료서비스 질이 떨어질 가능성이 있다. 병원에 비정규직이 많아지면, 인력 교체가 잦아지면서 업무 숙련도도 저하되고 의료 팀내 혹은 의료 팀간 의사소통 장애가 발생해 의료 사고의 가능성이 증가한다. 병원 직원의 이직률이 높아지면 늘 다수의 신규 직원이 근무하게 되는 상황이 발생해 직원 전체의 업무 숙련도가 저하되고 의료 사고의 가능성이 높아진다.

그런데 현재 한국 병원의 비정규직 규모는 국립대병원만 보더라도 25%에 육박하고 있다. 이 중 간호사, 의료기사 등 의료 부문의 직업고용 비정규직 규모도 12%에 달한다. 이 규모는 점점 더 확대되어가는 추세다. 간호사의 높은 이직률도 문제다. 앞서 언급한 바와 같이 간호사의 노동 강도가 높다보니 병원급 이상 간호사의 평균 근속년수는 8년에 불과하고, 이직률도 20%에 가까운 실정이다.

이에 이 글에서는 현재 한국 의료에서 환자 안전 수준을 향상시키기 위해서 가장 중요하고 시급한 과제는 병원 인력 충원 및 인력의 질 향상이라는 문제의식 아래, 병원 인력, 특히 간

호 인력의 문제를 중심으로 현재 한국의 문제점과 개선방안을 논한다.

간호사 인력 부족이 환자에게 미치는 영향

병원 간호사 인력이 부족하게 되면 가장 큰 피해를 입는 이들은 환자들이다. 인력 부족은 간호서비스 부족으로 나타나게 되고, 간호서비스 부족은 의료서비스 질의 저하와 환자 및 보호자의 만족도 감소로 이어지기 때문이다.

간호사 인력이 부족하게 되면 환자에게 필요한 기본 간호에 소요되는 시간이 줄어들 수밖에 없다. 단순한 간호 행위뿐 아니라, 지속적으로 환자의 상태를 모니터링하고 평가하며 환자를 교육하는 등의 행위를 포함하는 것이 총체적, 포괄적 간호 행위라고 할 수 있다. 그런데 간호사 인력이 부족할 경우 간호사들이 이와 같은 총체적, 포괄적 간호를 하지 못하게 된다. 교육 등이 충분히 이루어지지 못할 경우, 현재와 같이 재원기간이 단축되는 경향이 가속화되는 조건에서는 환자들이 퇴원해서 가정에서 취해야 할 적절한 조치를 하지 못함으로 인해 또다시 병원을 방문해야 하는 상황이 벌어질 가능성이 많다. 이는 환자 개개인 뿐 아니라 사회적인 측면에서도 손실이다.

간호사에게 과중한 업무가 부가됨에 따라 간호 오류의 가능성이 높아지는 것도 심각한 문제다. 약이 바뀌거나 투약 시간이 늦어지는 등의 투약 오류, 병원 감염의 위험 증가 등이 대표적인 간호 오류의 예이다. 부족한 간호사 인력 문제로 인해 나타나는 간호 오류의 예가 적지 않을 것으로 예측되고 있지만, 이러한 문제는 잘 드러나지 않는다. 드러나는 간호 오류의 예는 빙산의 일각일 뿐이라는 데 문제의 심각성이 있다. 간호 오류가 드러날 경우 민·형사상의 책임뿐 아니라 고용상의 문제가 있을 수 있기 때문에 대부분의 간호 오류의 문제는 드러나지 않은 채 묻히고 있는 형편이다.

간호사 인력이 부족하게 되면 간호사들의 이직률이 증가하게 되고 숙련 간호사 비율이 감소하게 된다. 이는 간호서비스 질을 저하시키는 한 요인으로 작용하게 된다. 병원간호사회의 조사(2014)에 따르면, 2012년 기준으로 병원 간호사의 이직률은 16.9%에 달하는 것으로 조사되었다. 이직 간호사들을 병상 규모별로 분석하면 규모가 작은 곳에서 간호사들 이직 비율이 높은 것으로 나타났다. 전체 이직자 중 200병상 미만인 곳에 속한 간호사가 24.6%로 가장 많았으며, 그 뒤로 200~399병상 20.3%, 400~599병상 17.9%, 600~799병상 13.3%, 800~999병상은 11.7%인 것으로 나타났다. 1,000병상 이상의 규모에서 이직률은 7.9%로 가장 낮았다.

간호사의 이직률이 높게 되면 병원은 지속적으로 신규 간호사를 채용해야 하는 부담에 노출되고, 숙련 간호사 비율의 감소는 간호팀 자체의 간호 수준을 저하시켜 간호서비스 질 저하로 이어지게 된다. 한편, 이는 신규 간호사에 대한 교육비용도 증가시키는 결과를 낳는다.

병원 간호사 인력 실태

건강보험심사평가원이 파악하고 있는 병원별 간호등급 현황을 보면 상급종합병원과 종합병원은 3등급인 병원이 각각 70.6%, 23.4%로 가장 많았고, 병원급 의료기관은 보고하지 않은 의료기관이 79.2%로 가장 많았다. 보고하지 않은 기관은 대부분 7등급도 되지 않는 기관으로 생각할 수 있다.

병원 간호 업무가 3교대로 이루어지고 있음을 고려하여, 일반 병동에서 실제로 환자를 대상으로 간호 업무를 행하는 근무시간 중 간호사 1인당 담당 환자수를 계산해 보면, 상급종합병원의 경우 간호사 1인당 환자수가 10-12명인 경우가 63.6%로 가장 많았고, 종합병원의 경우 10-16명인 경우가 63.5%, 병원의 경우 79.2%가 24명 이상이었다.

<표 1> 전국 의료기관 간호등급 현황

종별	종합전문요양기관	종합병원	병원
기관수	44(100%)	274	1262
1등급	3(6.8%)	7(2.6%)	8(0.6%)
2등급	9(20.5%)	31(11.3%)	30(2.4%)
3등급	31(70.5%)	64(23.4%)	41(3.2%)
4등급	1(2.3%)	35(12.8%)	37(2.9%)
5등급		27(9.9%)	31(2.5%)
6등급		45(16.4%)	100(7.9%)
7등급		50(18.2%)	16(1.3%)
보고하지 않음		15(5.5%)	999(79.2%)

자료: 건강보험심사평가원(2010), 간호등급 관련 요양기관 현황 및 내원일수 현황. 김성재 · 김진현(2013)에서 재인용.

이는 2003년 기준으로 OECD 국가의 병상당 간호사수 비율의 평균이 1.04(유선주, 2005)임을 고려하면 상당히 높은 편임을 알 수 있다. 이 수치를 위와 같은 방법으로 환산하면 OECD 국가 평균 근무시간 중 간호사 1인당 담당 환자수는 4-5명 수준이다. 한국 간호

사들은 OECD 국가 평균에 비해 3-5배 가량 더 많은 환자를 담당하고 있는 것이다.

부족한 간호사 인력 문제를 해결하기 위해 임시직, 시간제, 계약직 등의 형태로 비정규직 간호사를 이용하는 병원도 적지 않은 것으로 조사되고 있다. 2009년 병원경영연구원에서 조사한 바에 따르면, 조사 대상 병원 간호사의 11.4%%가 비정규직 간호사인 것으로 나타났다.

간호사 인력 부족 현상으로 인해 간호사의 업무를 간호 보조 인력이나 환자 보호자에게 전가하는 경우도 흔한 것으로 조사되고 있다. 최경숙의 연구(2010)에 따르면 실제로 병원의 간병인들이 간호사들의 업무라고 할 수 있는 감염관리, 증상 및 징후 관찰 등의 업무 등을 간병인에게 위임하여 행하는 병원이 많은 것으로 조사되었다.

간호 인력 부족에 대한 병원협회 및 정부 정책의 문제점

최근 병협은 간호사 인력 부족 문제를 집중적으로 거론하며 정부에 이에 대한 해결책을 요구하고 있다. 병협이 간호사 인력 부족 문제의 심각성을 인식하고 이에 대한 사회적 논의를 촉발시킨 것 자체는 긍정적인 것이라고 생각된다. 그러나 간호사 인력 부족 문제에 접근하는 병협의 시각은 협소하다.

병협은 기본적으로 문제의 지점을 간호사 공급이 부족한 것으로 파악하여 전체 간호사 수를 늘리는 접근을 취하고 있다. 그리고 그렇게 풍부히 확보된 간호사 인력 풀을 활용하여 간호사의 노동유연성을 강화하고, 저임금 인력으로 간호사 인력을 대체하는 방향의 정책을 제시하고 있다. 구체적으로는 간호대학 정원 조정, 일정 기간 경력을 쌓은 간호조무사를 간호사로 승격시키는 방안, 중국·필리핀 등에서 간호사 수입, 응급구조사를 간호사 인력으로 인정하는 방안, 파트타임이나 계약직 간호사 확대 등을 요구하고 있다.

그러나 이러한 접근 방식은 문제의 근본을 찾아내어 치유하는 방식이 아니다. 이는 근문 문제는 건드리지 않고 단지 증상만을 치료하는 것과 같아 문제 해결은커녕 문제를 더욱 심각하게 만들 수도 있다.

현재 한국의 병원 간호사 인력 부족 문제를 간호사 공급 부족 문제로 파악하는 것은 복잡한 문제를 너무나 단순화하는 것이다. 현재 한국의 병원 간호사 부족 문제는 병원간 경쟁의 격화, 병원의 수익률 압박, 간호사 노동조건의 하락, 여성 고용 일반의 문제, 간호사의 전문직으로서의 정체성 위기 등이 복합적으로 작용하여 악순환의 궤도를 달리고 있다. 그러므로 이를 단순히 공급 부족 문제로 파악하여 공급 확대 정책만을 요구한다면, 저임금 노동자를

쉽게 고용하려는 의도밖에 없다는 비판으로부터 자유로울 수 없다.

간호사 공급이 많아져도 이른 바 '장롱 면허자'가 많거나 병원 이외의 기관(학교, 요양시설 등)으로 가는 간호사가 많다면 공급 확대 효과는 크지 않게 된다. 간호사 공급을 늘리는 정책만으로는 간호사가 조기에 퇴직하는 문제와 높은 이직률 문제는 해결할 수 없다. 저임금의 신규 간호사 확보 위주의 정책으로는 간호서비스 질 향상을 도모하기 힘들다. 현재와 같은 노동조건이 지속되는 이상, 간호사들은 정당한 노동의 대가를 지급받기 힘들고, 병원 간호사가 되려고 하는 이들이 늘어나지도 않을 뿐 아니라, 조기에 퇴직하는 이들이 지속적으로 늘어갈 것이다.

그러므로 병협이 주장하는 구체적 요구들은 문제를 해결하기는커녕 문제를 더욱 심각하게 만들 가능성이 있다. 간호 면허 인력을 확충한다고 해도 이 인력이 병원으로 흡수되지 않는다면 유훈 인력으로 인한 사회적 비용만 증가하게 될 수 있다. 특히 간호사 확충 방안으로 일정 기간 경력을 쌓은 간호조무사를 간호사로 승격시키는 방안, 중국·필리핀 등에서 간호사 수입, 응급구조사를 간호사 인력으로 인정하는 방안 등을 제시하고 있는데 이는 간호사 인력의 양은 확충할 수 있을지언정 오히려 간호사 인력의 질을 저하시킬 위험이 있다. 더불어 파트타임이나 계약직 간호사 확대와 같은 정책 역시 전체 간호 팀의 완결성을 저해하여 의료 서비스 질 저하로 이어질 수 있다.

최근 정부는 간호 인력 문제에 대한 대안으로 이른바 '간호인력 3단계 개편안'을 내놓았다. 현행 '간호사-간호조무사' 체계를 '간호사-(가칭) 1급 실무간호인력-(가칭) 2급 실무간호인력' 체계로 변화시키겠다는 것이다. 더불어 일정 기간 경력을 쌓고 적절한 교육을 받으면 인력간 승급이 가능하도록 하겠다고 밝혔다. 이는 1급 실무간호인력이라는 직종을 신설함으로써 상대적으로 교육을 덜 받고도 병원급에서 간호 인력으로 일할 수 있도록 하는 안이라고 할 수 있다. 언뜻 보면 이는 부족한 간호 인력 문제를 해결할 수 있는 하나의 방안으로 생각될 수 있으나 실상은 그렇지 않다. 그 이유를 알려면 현 시기 한국의 간호사 인력 부족 논란의 배경 및 구조, 양상과 원인 등을 살펴보아야 한다.

현 시기 한국의 간호사 인력 부족 논란의 배경 및 구조

최근 환자 유치를 위한 병원 간 '경쟁'은 점점 더 심각해지고 있다. 한국 의료 제도 하에서는 일정 수준 이상의 환자수 확보가 병원의 유지, 발전을 위해서 중요한 요소이다. 그런데 90년대 중반 이전까지는 전체적으로 병상 자체가 부족했기 때문에 병원간 환자 유치 경쟁이

그리 심하지 않았다. 그러나 90년대 중반 이후 병상 증가로 인해 공급이 수요를 초과하게 되면서 환자 유치가 병원 존립의 중요한 변수로 등장하게 되었다.

본격적인 환자유치 경쟁을 촉발시킨 또 다른 계기는 '서비스 차별화 전략'을 앞세운 거대병원의 시장 진입이었다. 거대병원의 등장 이전까지는 우수한 의사 인력을 안정적으로 확보할 수 있었던 대학병원이 상대적 우위를 누리고 있었다. 그런데 우수한 의료진과 세계적 수준의 시설과 장비를 갖춘 거대병원 등장 이후 이러한 상황은 변하였다. 거대병원은 설립 초기부터 장기이식과 같은 고난이도 시술에 연이어 성공하면서 선도병원으로서의 지위를 단기간에 확보하였다. 그리고 '환자 중심' 병원을 표방하면서 기존의 권위적인 서비스 관행을 개선하는데도 앞장섰고, 그 결과 짧은 시간에 국민들의 기대 수요를 빠르게 잠식하게 되었다.

즉, 현재 나타나고 있는 거대병원으로의 환자집중 현상은 의료시설·장비·인력의 고급화를 통한 경쟁관계의 우위를 선점한 선점병원으로서의 차별적 지위를 극대화한 결과라고 할 수 있다. 이후 거대병원의 선도적 투자를 뒤따라가기 위한 대학병원들의 적극적인 투자와 서비스 개선 노력이 이어졌다.

현재 대형병원들이 벌이는 시설 확장 및 고급화 경쟁은 시설부족이나 수요예측을 토대로 진행되는 것이 아니다. 이는 치열한 경쟁에서 살아남기 위한 생존경쟁의 귀결이라는 측면이 강하다. 그러므로 적절한 규제 장치가 없는 이상 향후 의료기관 간 환자유치 경쟁은 더욱 치열해 질 가능성이 높다. 거대병원에서 시작된 이러한 경쟁은 현재 대학병원을 넘어 중간규모의 종합병원으로 확장되었다. 이에 거대병원은 막강한 자금력을 바탕으로 더 멀리 달아나고자 투자를 늘리고 있다.

병원 경쟁이 격화됨에 따라 전체 병원의 이윤율은 저하되는 양상을 보이고 있다. 이에 개별 병원 차원에서는 노동의 강도를 강화하고 유연성을 증가시키며, 비용을 절감하려는 노력이 치열하게 전개되고 있다. 피나는 비용 절감 노력과 노동 강도 강화 및 노동 유연성 증가 경향은 적극적 병상 확충과 시설 투자와 더불어 최근 병원 환경 변화의 동전의 양면을 이룬다.

특징적인 양상은 병원이 급성기 병상의 환자 재원일수 감소를 위한 노력에 사활을 걸었다는 것이다. 이윤을 재고를 위해서는 병상회전율을 증가시킬 필요가 있고, 이는 환자 재원일수 감소로 연결된다. 이에 따라 점점 더 병원의 급성기 병상에 입원해 있는 환자의 중증도는 높아지고, 이는 자연스레 간호사의 노동강도를 강화시키는 결과를 낳고 있다.

병원 간호사 업무의 변화 경향도 두드러진다. 이는 병원 전산화가 진행되면서 더욱 빠르게 변화하고 있다. 이에 따라 병원 간호사의 업무 중 전산 업무 및 행정 업무가 증가하고 있다.

병원 전산화를 이유로 인력 수준을 줄이는 경우도 많은데, 이런 경우에 실제적으로는 전산 업무 부담으로 인해 노동자 한 사람이 행해야 하는 업무가 더 많아지게 된다.

노동의 질을 고려하지 않고 양만을 고려하여 간호 업무에 비정규직을 확대하려는 움직임이 일반화되고 있다. 특정 시간대에만 활용하는 간호사 수가 늘고 있다. 병가나 육아휴직 등으로 발생하는 업무 공백을 비정규직으로 채우는 사례는 더욱 흔하다.

야간 노동의 양과 강도도 더욱 강해지는 경향이다. 최근에는 야간에 이루어지는 노동의 양을 늘려 전체 노동의 양을 늘리려고 한다. 그 결과 이전에 비해 야간에 이루어지는 검사나 처치의 양이 늘고 있다.

국민소득이 높아지고 선진국 의료서비스에 대한 접촉면이 넓어짐에 따라 의료서비스 질에 대한 국민들의 요구가 점차 높아지고 있다. 이전에는 병원 서비스에 대한 국민의 요구가 1차적인 수준에 머물렀다면, 시간에 지남에 따라 점점 더 병원에 총체적이고 포괄적인 서비스를 요구하는 경향이 증가하고 있는 것이다.

현 시기 간호사 인력 문제 제기의 이유

이상에서 살펴본 바와 같이 현 시기 간호사 인력에 대한 문제가 제기되는 것은 여러 가지 조건이 반영된 결과이다. 어떤 문제든 문제 제기의 배경에는 특정한 맥락이 있게 마련이다. 간호사 인력 문제도 마찬가지다. 한국은 지금껏 꾸준히 간호사 인력이 부족했다. 사실 이전에는 훨씬 더 부족했는데 대형병원 위주로 간호사 인력 충원이 이루어지면서 그나마 현재는 이전에 비해 나아진 것이 사실이다. 그런데 왜 지금 간호사 인력 문제가 불거지고 있는 것일까? 한국보다 훨씬 간호사 인력 수준이 높은 선진국에서도 간호사 인력 문제는 꾸준히 사회적 논란거리다. 하지만 그곳과 한국은 같은 간호사 인력 부족 문제를 논하더라도 그 배경과 구조가 다를 수밖에 없다. 그러므로 문제 제기의 배경과 구조를 사정시킨 채 현상에만 집착하는 논의는 결다리를 짚는 것이 될 수 있다.

이런 측면에서 최근 드러나고 있는 간호사 인력 부족에 대한 논란은 임계점에 다다른 기존 한국의료 체계 모순의 한 현상으로 봐야한다. 상대적으로 낮은 비용, 낮은 서비스 질로도 높은 효과와 만족도를 보였던 한국 의료 체계는 최근 근본적으로 벽에 부딪혔다. 이제는 국민의 만족을 높이고 서비스 질을 높이기 위해 돈이 필요하고 서비스 질이 높아져야 한다는 요구가 생성되고 있다. 대형병원은 정부 규제가 느슨한 틈을 타 이러한 요구를 적극적으로 수용하여 병상 확충, 설비 투자, 인력 충원에 나섰다. 그리고 이러한 양상은 모든 병원으로 퍼

져 가야하므로 의료서비스 영역은 무한 경쟁 체제로 돌입하고 있다. 문제는 여기에 있다. 병원 의료서비스 질 향상을 병원 자본의 이윤 동기에 의한 무한 경쟁에 기대고 있는 것, 이것이 현 시기 한국 병원의 근본적 문제이다. 간호사 인력 문제는 이 문제로 인해 파생된 부작용의 하나다.

이런 논리가 병원에 도입되면, 의료전달체계나 병원의 지역적 균형 분포와 같은 논의는 설 자리가 없어진다. 그러면 지방의 중소병원은 존립의 근거가 사라지게 된다. 상대적으로 열악한 자본력 때문에 서비스 질 향상을 위한 투자를 감당하기 힘든 지방의 중소병원들은 서비스 질 향상의 기회를 잃게 되는 것이다. 이는 비단 중소병원만의 문제가 아니다. 대형병원 간호사의 노동의 질 저하도 함께 동반된다. 이윤만 추구하는 대형병원 입장에서는 숙련 노동자를 양산할 이유가 없다. 임금 부담이 높아지기 때문이다. 그러므로 간호사 이직이나 퇴직에 대해서는 관심이 없다.

현 시기 간호사 인력 문제의 양상 및 원인

현 시기 간호사 인력 문제는 간호사 공급 부족의 문제이기보다는 지역별, 병원의 병상규모별 간호사 인력 수준의 편차가 크다는 것이다. 이것이 병원간의 과당 경쟁으로 인한 것임은 이미 언급한 바 있다.

실제로 2007년에 병원간호사회가 조사한 바에 따르면, 조사 대상 병원 전체의 간호사 이직률은 15.8%였던 데 비해, 채용률은 21.5%에 달했다(병원간호사회, 2008). 이는 아직까지 간호사 채용의 풀이 광범위하게 존재한다는 것을 반증한다. 물론 규모가 작은 병원일수록 신규 간호사 채용률에 비해 경력 간호사 채용률이 높아지는 양상을 보이고 있어, 규모가 작은 병원들은 상대적으로 신규 간호사 채용에 어려움을 겪고 있다. 하지만 아직까지는 간호사의 공급이 절대적으로 부족한 양상으로 나타나지 않고 있다.

물론 향후 간호사 공급 부족 문제가 나타나지 않을 것이라는 얘기는 아니다. 향후 한국 병원의 환경이 북구 유럽 수준으로 개선될 경우 엄청난 수의 간호사가 추가로 필요하게 될 것임을 고려하면 미래에는 간호사 부족 문제가 발생할 수도 있다. 단지 현재 문제의 원인을 간호사 공급 부족 문제로 환원할 수 없다는 것이다. 그러므로 공급 부족 여부에 대한 평가와 대책 마련은 현재 제기되고 있는 더 시급한 문제를 해결한 이후 고려해도 늦지 않다.

현 시기 병원 간호사 인력 문제는 지역별, 병원별 불균형 문제와 더불어 숙련 간호사 부족의 문제이다. 병원에 숙련 간호사가 점점 사라져가고, 그 자리를 신규 간호사나 비정규직 간

호사가 채우고 있다는 것이 문제인 것이다. 신규 간호사의 근무 기간도 점점 짧아져 이직 혹은 퇴직 '회전문'의 속도가 점차 더 빨라지고 있다는 것 또한 심각하다.

이와 같은 현상이 나타나는 이유는 명백하다. 병원의 노동조건이 날이 갈수록 나빠지고 있기 때문이다. 이 역시 날로 격화되어 가는 병원 경쟁으로 인한 것이다. 병원은 경쟁에서 살아남기 위해 비용을 절감하고 노동강도와 노동유연성을 강화하려는데 혈안이 되어 있다. 그리고 그것을 가능하게 하기 위해 간호사들을 강력히 통제하는 시스템을 구축하고 있다. 이러한 상황에서 오랜 시간 버텨낼 간호사들이 적을 수밖에 없다. 많은 간호사들이 늘어나는 업무량, 줄어드는 재량권, 팍팍한 감시와 통제, 늘어나는 노동시간과 야간노동시간 등을 견디다 못해 이직을 하거나 퇴직하게 된다. 그리고 이러한 상황은 악순환의 고리를 형성한다.

최근 여성 노동이 증가하고 있지만 그것이 대부분 저임금 장시간 노동 등 노동의 질에 있어서는 문제가 있다는 지적이 많다. 더불어 임신, 출산, 육아 문제가 사회적으로 해결되지 않아 여성 노동 인력의 연령 구조가 전형적으로 '좌우가 바뀐 J자' 구조를 가지는 것도 문제로 지적되고 있다. 이는 대부분의 여성들이 미혼일 때 직장을 가졌다가, 임신, 출산, 육아 등의 이유로 퇴직하게 되고, 아이가 큰 이후 젊었을 때 받았던 임금보다 낮은 임금을 받는 일자리로 편입되는 구조이다. 간호사의 경우도 이와 크게 다르지 않다. 교대노동, 장시간 노동, 높은 노동 강도 등으로 인해 많은 간호사들이 결혼 혹은 출산과 더불어 직장을 그만두거나 병원 이외의 일자리를 찾게 된다.

병원 내에서 전문직으로서 간호사의 정체성이 위협받는 것도 문제의 한 원인이 된다. 여성이 많은 직종 일반의 문제이기도 하지만 간호사 역시 병원 내에서 자기계발이나 승진의 기회를 가지기가 어렵다. 그리고 병원의 특성상 갖가지 직종의 노동자들이 협력하여 일하게 되는데, 그 속에서 전문직으로서 자기 위상에 위기를 겪는 경우가 흔하다. 이는 직종간 혹은 직종내 갈등으로 외화되는 경우가 많은데, 아직도 전근대적인 문화가 일상화된 한국의 병원에서는 이러한 갈등이 증폭되어 간호사들의 이직이나 퇴직을 촉진하기도 한다.

간호사 인력 문제 해결을 위한 대안의 방향

앞서 언급한 바와 같이 현재 간호사 인력 문제의 배경에는 이윤 중심의 병원간 무한 경쟁 체제가 놓여 있다. 이 문제를 우회하여서는 근본적 문제 해결의 실마리를 찾을 수 없다. 그러므로 하루 빨리 자유방임 상태로 경쟁하고 있는 한국 병원의 경영 행태에 족쇄를 채워야 한다. 돈이 되는 서비스만을 추구하고, 이윤 창출 극대화만을 목표로 하는 병원 경영 환경을

바뀌어야 한다.

이 문제의 심각성에 공감한다면, 이 문제를 해결하기 위해 보다 과학적이고 총체적인 접근을 할 필요가 있다. 전국적 규모의 실태조사와 과학적 원인 분석이 선행되어야 한다. 현실에 근접한 실태를 파악할 수 있는 방법을 강구하여 주기적으로 간호사 인력 실태 및 문제점을 파악하고 그 해결 방안을 모색하는 구조를 마련해야 하는 것이다. 그런데 이때 간호사 인력 문제를 간호사의 문제만으로 접근해서는 안 된다. 간호사 인력 문제는 간호사뿐 아니라 각종 간호 보조 인력과 간병 인력을 포함하는 문제이므로 이러한 인력에 대한 총체적 고려하에 실태에 대한 조사와 분석이 진행되어야 한다.

간호사 인력 문제 해결을 위한 모든 과정에 노동조합의 참여를 보장할 필요가 있다. 이는 단지 어떤 해결책을 선택할 것인가 하는 순간에만 의견을 묻는 것을 넘어서는 것이다. 실태 및 문제점 조사시부터 정부는 노동조합과 함께 실태와 문제점을 파악해야 한다. 그렇지 않으면 현실을 제대로 파악하기 힘들어진다. 그러므로 실태 및 문제점 파악, 원인 분석, 대안 모색의 모든 과정에 노동조합의 참여를 보장하고 노동조합의 의견을 청취해야 한다.

이윤 중심의 병원 경쟁이 격화되면서 의료서비스 질 향상을 위한 방향이 거꾸로 가고 있다. 현재와 같이 병상 확충과 설비 투자 중심으로 자본이 투자되는 것은 바람직하지 않다. 병원 서비스의 핵심은 사람의 노동이다. 양질의 인력을 양성하고 숙련 노동자가 지속적으로 병원에 남아 있을 수 있는 구조를 만드는 것이 중요하다. 결국 핵심적인 문제는 노동조건 개선이다. 공급을 늘리는 것보다 숙련 간호사의 이직률을 낮추는 것이 우선해야 한다. 이를 위해서는 노동조건을 개선하여 간호사의 직업만족도를 높이는 것이 필수적이다.

구체적 개선 방안

현행 의료법상 병원은 입원환자 2.5인당 1인의 간호사를 두도록 되어 있다. 그러나 이 기준은 현실에서 유명무실해진 지 오래이다. 이 기준을 어겨도 처벌이 되지 않기 때문이다. 법도 있고 처벌조항도 있으나, 사문화된 지 오래이다. 현실에서는 이러한 기준이 있는지조차 모르는 이들도 많다. 그러므로, 최소 간호사 인력 기준을 법제화하고, 이의 준수 여부를 엄격히 감독하며, 법 위반시 강력히 처벌할 수 있도록 해야 한다. 이러한 기준의 예로는 1999년에 미국 캘리포니아에 도입된 간호사 인력 기준에 대한 법률을 참고할 만하다. 이 법률은 병상 종류별로 간호사대 환자수 최소 기준을 정하고 있다.

<표 2> 미국 캘리포니아주 법률로 명시된 간호사 인력수준(급성기병상, '08. 1월 기준)

병상 종류	간호사 : 환자수 ¹⁾
중환자실	1 : 2
수술실	1 ; 1 : 2 ²⁾
분만실	1 : 2
분만후 회복실	1 : 4
분만실 + 분만후 회복실	1 : 3
소아 병동	1 ; 4
마취후 회복실	1 : 2
응급실	1 : 4
중환자 병동 ³⁾	1 : 3
심혈관계질환자 관리 병동 ⁴⁾	1 ; 4
내과계/외과계 병동	1 : 5
정신과 병동	1 : 6

주 1) 캘리포니아주 법률상의 간호사:환자수의 비율은 우리나라 간호관리료 차등제시 계산되는 것과 방식이 다르다. 여기서 간호사:환자 비율은 근무시간에 실제 직접간호에 종사는 간호사 1명이 책임지는 환자수의 개념이다. 근무조(초번, 낮번, 밤번 각각) 간호사 1인당 환자수라고 할 수 있다. 그러므로 수간호사, 책임간호사 등이 직접 간호에 종사하지 않는 경우 간호사 수에서 제외된다. 그리고 이 비율을 계산하여 적용할 때, 평균을 적용하지 않고 어떠한 경우여라도 이 수준에 미달해서는 안 되는 개념으로 적용하고 있다.

- 2) 수술 환자 1인당 수술장 순환 간호사 1인, 정간호사1인, 보조 간호사 1인.
- 3) 중환자실에 들어갈 정도는 아니지만 일반 병동보다는 중한 환자들이 입원하게 되는 병상을 'step-down unit'이라고 정의하여 별도의 기준을 두고 있다.
- 4) 심혈관계질환자로서 중환자실에 들어갈 정도는 아니지만 지속적인 모니터링이 필요한 환자들이 입원하는 병상을 'telemetry unit'이라고 하여 별도 기준을 두고 있다.

한편 병원이 최소 기준만을 지키는 것이 아니라 더 나은 서비스 질을 확보하기 위한 간호사 인력 확충에 나서도록 하는 제도 보완이 필요하다. 이 부분에서 현재 시행하고 있는 간호관리료 차등제가 제대로 된 인센티브 제도가 될 수 있도록 해야 한다. 현재는 이 제도의 효과가 미진하다는 평가가 많다. 제도 적용시 간호사 수를 평가함에 있어 실제 병동에서 간호행위를 하는 간호사 수가 반영되도록 해야 한다. 전체 간호사당 병상수가 아니라 3교대와 비번까지 고려한 근무조 간호사당 병상수를 기준으로 평가를 해야 한다. 특히 PA와 같이 실제로는 간호사 업무를 하지 않는 간호사들이 간호사 인력 수준 계산 때는 포함되는 일이 없도록 해야 할 것이다.

최소 인력 기준 법제화 및 간호관리료 차등제에 실행에 있어 중요한 것은 법이나 제도 자체의 도입보다 행정기관의 법 집행 노력 및 의지라는 것이 지적되어야 한다. 최소 인력 기준을 충족시키지 못한 의료기관에 대하여 개설허가를 취소시키거나 폐쇄를 명하겠다는 의지를 가지고 법 집행을 할 필요가 있다. 그게 어렵다면 최소한 보험 수가 지급을 하지 않는 것 정도의 제제가 가해져야 한다. 간호관리료 차등제의 경우도 인센티브와 더불어 벌칙이 체감될 수 있을 정도로 가해져야지만 제도가 현실에서 작동될 수 있다.

한편, 최근 시범적으로 도입되고 있는 '성과에 따른 수가 차등 지급제도' 역시 긍정적으로 고려해 볼만한 제도이다. 하지만 이 때 성과 측정 지표 선정시 객관적인 지표 선정이 되도록 하는 것이 중요하다. 실제로는 환자에게 돌아가는 이득 없이 간호사 인력 등 병원 인력의 노동 강도만 늘어나게 만드는 성과 지표는 부적절한 것이다.

병원의 인력 수준만 개선된다고 하여 간호사의 직무 만족도와 의료 서비스의 질이 곧바로 높아지는 것은 아니다. 물론 그것에 많은 영향을 받겠지만 그것만으로는 문제 해결이 어렵다. 여러 조사에 의하면 같은 인력 수준이더라도 어떠한 간호사의 노동조건을 만드느냐에 따라 간호사의 직무 만족도, 업무 성과, 의료서비스의 질 등에 차이가 나는 것으로 알려져 있다. 그러므로 인력 수준 확충과 더불어 중요한 것은 노동조건 개선이다.

교대근무의 특성상 근무/휴식 시간에 대한 규제¹⁾를 만드는 것을 검토해 볼 만하다. 실제로 미국에서는 강제로 부과되는 간호사의 연장 근로를 제한하는 법률과 제도가 15개 주에 존재한다. 더불어 육아 및 탁아 환경 개선, 간호 업무 이외의 업무 부여 금지, EMR 업무를 포함한 다양한 행정 업무 완화, 적정 임금 보장 등이 가이드라인 형태로 제시될 필요가 있다.

그리고 병원 간호 업무의 특성상 인력 부족 문제는 곧바로 간호사 건강 문제의 발생으로 나타나는 경우가 많으므로, 병원 특성에 맞는 노동안전보건 규제를 신설해야 한다.²⁾ 미국의 경우만 보더라도 주사침 사고 방지를 위한 법률은 연방 정부 차원에서 제정되어 있고, 근골격계질환 예방을 위한 법률은 8개 주에, 병원 폭력으로부터 간호사를 보호하는 법률은 14개 주에 제정되어 있다. 이러한 법제도는 모두 병원의 특수성을 반영한 것이다.

-
- 1) 이는 1일 노동시간 한계, 1주일 노동시간 한계, 야간근무 후 최소 휴식시간, 월 야간근무 한계 등이 포함될 수 있으리라 보인다. 노동시간에 대한 규제를 제도화할 수 있겠는가 하는 논란이 있을 수 있지만, 간호사의 노동은 환자의 건강에 직접적 영향을 끼칠 수 있다는 측면에서, 항공기 조종사, 철도 승무원 등과 같이 근무/휴식시간에 대한 규제를 만들자는 논의가 설득력을 가질 수 있으리라 생각된다.
 - 2) 현재도 병원은 산업안전보건법 적용 대상 사업장이긴 하지만, 현행 산업안전보건법은 제조업 중심으로 구성되어 있어 병원 노동자 안전과 건강을 지키는 데 한계가 있다는 주장이 제기되고 있다. 실제로 병원 노동자에게 잘 발생하는 근골격계 질환, 감염성 질환, 피부 질환 등에 대해서는 제대로 된 실태조사와 더불어 적절한 규제가 없는 실정이다.

병원의 상업성을 견제하고 공공성을 강화해야

환자 안전은 병원의 상업성, 영리성과 불가분의 관계가 있다. 병원이 더 상업적이 되고, 영리를 추구하는 경향이 심해질수록 환자 안전은 위협받는다. 그도 그럴 것이 병원이 수익을 내려면 수입을 증가시키기 위해 과잉진료를 일삼거나, 비용절감을 위해 인건비, 재료비 등을 줄여야 하는데, 이 모든 것이 환자에게 해롭다. 실제로 미국에서 이루어진 연구에 따르면, 영리병원은 비영리병원에 비해 환자 사망률이 2%나 더 높았다. 이는 똑같은 병명으로 영리병원과 비영리병원에 각각 100명의 환자가 입원하면, 비영리병원에서는 모두 완쾌되어 퇴원하지만, 영리병원에서는 2명이 죽어나온다는 얘기다. 실로 무서운 이야기가 아닐 수 없다.

그러므로 한국사회의 환자 안전과 관련된 시스템 개혁을 위해서는, 한국 의료의 상업화, 영리화 문제와 의료 인력 문제를 예들려 갈 수 없다. 이 문제에 대한 진지하고 치열한 고민과 토론이 필요하다.

〈참고문헌〉

건강보험심사평가원 (2010). 간호등급 관련 요양기관 현황 및 내원일수 현황.

김성재·김진현 (2013). 적정 간호인력 등급별 입원료 추정 모델을 이용한 간호관리료차등 제 정책개선 재정부담 추계. 「간호행정학회지」, 19(5).

병원간호사회 (2014). 병원간호인력 배치현황.

병원경영연구원 (2009). 병원의 비정규직 사용실태와 개선 방안.

울산대학교 산학협력단 (2013). 환자안전 증진을 위한 제도적 개선 방안 개발. 질병관리본부.

유선주·최윤경·김후정·박보현·장현숙·박종애 (2006). 보건의료서비스 일자리 창출을 위한 입원서비스 제공 모형 개발. 한국보건산업진흥원.

최경숙 (2010). 환자권리보장을 위한 간호서비스 구성방안. 환자권리보장을 위한 간호서비스 구성방안 공청회 자료집. 대한간호협회.

Devereaux, P. J., et al. (2002). A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private

not-for-profit hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 166(11): 1399-1406.

Kohn, L. T. et al. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press.

OECD (2012). *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea - Raising Standards*. OECD Publishing.