

# 의료기관 간병서비스 제도화 쟁점분석과 과제

*An Analysis of the Debates on Introduction of Public Caregivers' Services  
in Acute Medical Centers*

황나미 한국보건사회연구원 연구위원

입원환자 간병서비스는 최첨단화되고 있는 의과학 기술의 혁신적 발달로 대체될 수 없는 휴먼서비스이다. 초저출산 현상의 지속과 향후 고령사회의 진입으로 간병의 사회적 의존성은 더욱 커지고 있다. 간병서비스 제도화는 보험급여화를 목표로 하고 있지만 재원확보문제와 간호 및 간호보조행위와 관련된 여러 쟁점들로 인해 본격적으로 논의되지 못하고 있다. 단기적으로는 간병인력의 체계적인 관리를 통해 공동간병인제를 활성화하고, 간호팀 접근의 수가체계를 개발하여 기존 책정된 간호관리료의 초과증가비용만큼 본인부담률을 80% 초과하는 수준에서부터 시작하여 안정적 재원을 확보하고, 표준화된 간병판정도구를 적용한 형평적 서비스 공급이 이루어질 때 점차 본인부담비율을 낮추는 방안이 바람직하다.

## 1. 문제제기

전통적으로 입원환자는 그 가족이 돌보는 경우가 많았고 대부분 여성에 의해 이루어져 왔다. 그러나 1980년대 산업화, 핵가족화 및 여성의 사회진출 증가 등 사회여건의 변화와 생활양식의 변화로 가족기능이 축소됨에 따라 환자 가족에 의한 돌봄은 어렵게 되었다. 최근 저출산 현상과 인구 고령화로 환자돌봄에 대한 부담이 더욱 가중됨에 따라 가족이 아닌 타인에 의한 돌봄이 피할 수 없게 되었다. 이에 '수요가 있는 곳에 공급이 있다'는 경제논리에 비껴감이 없이 환자가족을 대신하여 보수를 받고 환자를 돌보는 '간병인'이라는 직종이 등장하게 되었다. 이들 대부분은 저소득 계층의 여성이어서 간병

수요 발생은 이들에게 자활의 일자리를 제공하는 계기를 마련하였다.

그러나 병원 입원환자에 대한 서비스는 국가의 면허를 취득했거나 자격을 인정받은 사람이 아니면 제공할 수 없도록 법적으로 제한되어 있다. 그럼에도 불구하고, 현재 사적 간병인은 비공식적인 시장을 형성하여 환자 개개인의 일시적·임시적 고용에 의해 병원직원이 아니면 서 병원내에서 자유로이 병원 입원환자를 돌보고 있다.

2007년 정부는 저소득층 간병직 여성의 안정적인 일자리 창출을 위해 의료기관 간병서비스의 제도화를 구상하였다. 구체적으로는 가족이나 유료간병인이 수행하던 간병서비스를 병원의 공식서비스로 제공하는 '보호자 없는 병동'

체계를 구축하고자 한 것이다. 근로능력이 있는 저소득 취약계층의 사회적 일자리 제공을 위해 그해 6월 「노동부」의 사회적일자리 예산을 활용하여 4개 병원(총 103병상에 75명 간병인 참여)을 대상으로 시범사업을 추진, 입원환자 돌봄서비스에 대한 사회화를 논의하기 시작하였다. 그러나 재원 등의 문제가 걸림돌로 작용하여 제도화를 위한 어떤 대책도 마련하지 못하였다. ‘보호자 없는 병원’ 실현을 위해 「보건의료산업노동조합」은 2009년부터 전국 규모의 환자단체, 여성단체, 시민단체 등과 ‘보호자 없는 병원 연석회의」를 구성하여 국회 지지를 바탕으로 입법적 기반 마련에 노력하고 있다.

2010년 현재, 정부는 간병서비스의 건강보험 급여화라는 목표아래, 「보건복지부」 예산으로 재차 시범사업을 실시하고 있다. 그렇지만 이번 역시 우선적으로 비급여 방식으로 간병서비스를 공급하는 방향으로 추진 중이다. 이에 민간단체에서는 ‘2011년 간병서비스 건강보험급여화’를 위한 국민건강보험법 개정안을 제기하고 있는 상태이다.

간병서비스의 제도화는 환자 및 환자가족의 요구이자 간병인의 요구이기도 하다. 그렇다면 건강보험 급여화에 따른 재원확보 즉, 건강보험료 인상에 대한 국민적 합의가 이루어질 경우, 입원환자 간병서비스는 보장되는 것인가.

이에 본 글은 간병서비스를 공적 책임의 한 체제(system)내로 제도화하는 데에 따른 사회적 쟁점을 분석하고 이를 바탕으로 양질의 간병서

비스 보장을 위한 합목적적인 제도 구축 방향을 제시하고자 한다.

## 2. 급성기 병동의 간병서비스 이용 및 가치 탐구

### 1) 간병인 이용실태

현재 모든 의료기관에는 간병인이 활동하고 있다. 급성기 병원의 입원환자 중 간병인을 이용하는 비율은 2010년 1일 기준 19.0%이어서 환자 5명 중 1명이 간병인을 이용하고 있다(상급종합병원 16.1%, 종합병원 12.7%, 병원 23.8%). 가족간병까지 포함하면 간병서비스 이용환자는 53.1%이었다<sup>1)</sup>. 2005년 간병인 이용비율이 11.9%<sup>2)</sup>, 2006년 15.8%<sup>3)</sup>이어서 급성기 병동의 간병인 이용환자가 점차 증가되고 있는 양상을 보이고 있다.

입원환자의 간병인 이용방법은 병원이 일부 간병단체 정보를 안내, 게시하여 환자 또는 가족이 자율적으로 간병단체와 연락하여 간병인을 고용한 경우가 61.6%이다. 이 경우, 병원에서는 간병인을 이용할 수 있는 정보만 제공하고 간병인들의 활동에 개입하지 않는 경우가 대부분이었다. 병원이 특정 간병단체를 지정하고 간병단체에서 간병인을 직접 관리·담당하는 경우가 21.8%, 병원에서 일부간병인을 임시계약직으로 채용한 경우가 10.2%(공동간병인제), 병

1) 곽찬영, 간병서비스 제도화방안에 관한 공청회 자료집, 2010  
 2) 황나미 외, 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안, 여성가족부, 2006  
 3) 황나미 외, 의료기관 간병인 실태와 운영방안, 보건복지부, 2006

원이 직접 개별 간병인을 등록, 관리하는 경우가 3.2% 이었다<sup>4)</sup>.

## 2) 간병인 이용에 따른 순기능 및 역기능

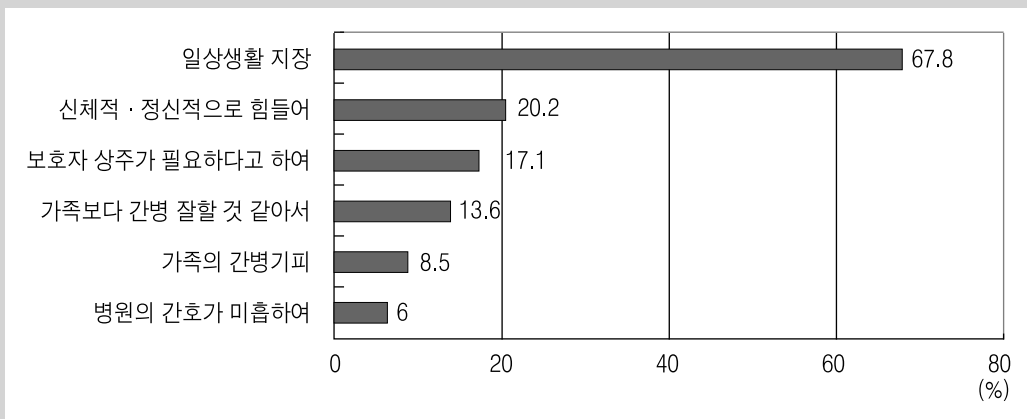
병실에 간병인이 활동하게 된 배경에는 전통적으로 입원환자에게는 간병할 가족이 환자 곁에 있어야 된다는 사회문화적 요구가 있었기 때문이다. 전술한 바와 같이 간병인이 아닌 가족에 의한 간병이 34.1%라는 수치가 이를 입증하고 있다.

간병인의 등장으로 환자가족들은 가족대신 유료간병인으로 대체함에 따라 무엇보다도 일상생활을 하는 데 지장을 덜 받게 되었고(67.8%), 간병으로 인한 신체적·정신적 부담을 덜게 되었다(20.2%). 또한 환자에게도 간병인이 곁에 있음으로써 심리적 불안감을 해소해 주고 있다는 점에

서 간병인 이용환자가족과 환자 자신 모두 간병인 이용에 대체적으로 긍정적이다. 한편, 환자 가족은 간병인 이용사유를 병원에서 보호자가 상주할 필요가 있다고 한 경우와 병원에서의 간호가 미흡하여 고용한 것으로도 나타나 병원서비스와 연관지어 그이유를 설명하고 있었다(그림 1).

그러나 또 한편으로는 간병인 개별고용에 따른 비용부담으로 장기간 간병인을 이용할 경우 과도한 간병비용 지출로 가족구성원 간 갈등을 초래하고, 이로 인해 저소득층 환자의 경우 경제적 부담가중으로 간병을 포기하게 되어 환자는 방치될 수밖에 없는 실정이었다. 간병비 지출로 환자가족의 약 90%는 경제적 부담을 가지고 있는 가운데, 요양병원 및 특수병원(산재병원 등)을 제외한 병원급 이상 의료기관 입원환자의 유료간병인 지출비용 규모는 연간 6천 억원으로 추정된다. 환자가족들에 의해서 이루어진 간병에 대

그림 1. 입원환자의 유료간병인 이용사유



자료: 황나미, 의료기관 간병인 실태와 운영방안, 보건복지부, 2006

4) 황나미, 전게서, 2006

한 사회적 비용(식사비, 교통비 등 간접비용과 가족간병시간에 따른 기회비용)까지 포함하면 실질적인 간병비용 부담은 이보다 훨씬 클 것이다.

환자는 또한 높은 간병비용 부담에 비해 간병인의 역할은 기대보다 미흡하여 또 다른 불만을 토로하고 있다. 원하는 유형의 간병인을 고용하기가 어렵고, 환자요구에 즉각 응해 주지 못하며, 위생적이지 못한 주변환경, 간호·간병지식 부재, 간병인 부주의로 인한 사고발생 등의 문제 때문이다. 병원담당자들 역시 병실에 사적 간병인이 활동함으로써 무균 개념이나 감염 예방에 대한 기초상식 부족과 안전사고 등의 문제가 상존하고 있다고 지적하고 있다. 그럼에도 불구하고 간병인을 대상으로 교육을 실시한 경우는 32.4%(상급종합병원 24.2%, 종합병원 41.1%, 병원 16.7%)에 불과하다<sup>5)</sup>. 간병인을 알선, 파견하는 민간단체는 틈새시장사업으로 저자본 운영이 가능하여 다양한 영세업체가 난립한 결과, 전국 약 1,700개소(유료직업소개소 포함)로 추정되어 체계적인 간병교육이 취약할 수밖에 없는 상태이다. 때문에 간병인의 자질이나 역량에 대해 신뢰하기가 어렵고, 간병인의 열악한 근로환경으로 인해 성실한 간병을 기대하기에도 현실적인 어려움이 있다. 이로 인해 결국 면역력이 낮은 입원환자는 간병인과 접촉하게 되고, 반대로 간병인은 감염관리에 대한 체계적 교육없이 환자와 접촉할 수밖에 없어 상호 감염 위험에 노출되어 있다.

### 3) 간병인의 근로환경 및 여건

개인간병을 하는 간병인의 대부분은 1일 24시간 근무하고 있다. 간병에 따른 간병인의 임금은 24시간 기준 55,000~65,000원으로 시간당 임금이 평균 2,700원 수준에 불과하여, 2010년 법정 최저임금인 4,110원에도 미치지 못하고 있다. 더욱이 일시적, 임시적, 비안정적 직종에 탈의실, 개인물품 관리 및 휴식공간도 없는 근로환경에서 간병인은 숙식을 개별적으로 해결하고 간병소개업소에 입회비, 환자알선비용 및 의복비 등 부가비용 지출로 인해 최저임금에도 못미치는 임금구조이다. 이들의 한 달 임금은 월 100만원 미만인 경우가 과반수 이상을 차지하는<sup>6)</sup> 열악한 근로조건이다. 이와 같이 간병인은 안전과 위생이 철저히 요구되는 환자의 곁에서 대부분 24시간 강도 높은 노동을 하는 비공식적 노동자이다.

## 3. 간병서비스 제도화에 따른 쟁점

### 1) 간병 개념: 돌봄(care)인가, 간호인가, 간호보조인가?

#### (1) 간병의 법적 근거

간병이라는 용어는 ‘볼 간(看)’과 ‘병들 병(病)’으로 사전적으로는 ‘병자나 다친 사람의

5) 황나미, 전게서, 2006

6) 병원노동자 희망터 내부자료, 2010

결에서 그를 보살피며 바라지를 하여 주는 것'을 의미한다. 국내문헌에서는 수발, 요양 등의 용어가 간병과 비슷한 돌봄의 의미로 사용되고 있다. 「통계청」 표준직업분류에는 간병인을 대신서비스 관련 종사자에 포함시켜, 병원, 요양소, 산업체 및 기타 관련기관에서 환자를 돌보는 자로 거동이 불편한 환자를 목욕시키고, 옷을 갈아입히며 제공된 음식물을 환자에게 먹여 주는 일을 수행하는 자로 명기되어 있다. 국가직업능력표준(NOS)에는 간병인을 가사도우미와 함께 '개인서비스' 인력으로 분류되어 있다.

현행 급성기 병원의 의료 및 간호 법령에는 간병이란 용어를 공식적으로 사용하고 있지 않고 있다.

## (2) 간호 및 간호보조의 법적 근거

「의료법」(제2조)에는 간호사의 업무를 상병자 또는 해산부의 영양상의 간호로 규정하고 있을 뿐 구체적인 업무를 규정하고 있지 않고 있다. 간호조무사의 업무에 대해서는 「간호조무

사 및 의료유사업자에 대한 규칙」에 간호업무의 보조에 관한 업무라고 명시되어 있을 뿐이다. 이로 인해 간호 및 간호보조 업무가 혼재되어 있어 입원환자, 병원 의료진, 그리고 간호사와 간호조무사간 갈등이 초래되고 있으며 일부 중소병원에서는 간호사 인력 부족으로 간호조무사가 간호행위를 수행하고 있는 실정이다.

이러한 현실에서 간병인의 활동이 간호사의 업무에 미치는 영향을 파악한 결과, 간병인이 병실에서 활동함으로써 간호사의 업무부담을 조금 감소시켜 주는 편이라고 응답한 병원급 이상 의료기관이 44.7%, 상당부분 간호사의 업무부담을 감소시켜준다는 의료기관이 40.0%이어서 84.7%의 의료기관에서 간병인의 활동이 간호사 업무에 도움이 되는 것으로 나타났다. 이처럼 환자의 사적 고용에 의한 간병인의 활동이 간호업무 부담을 완화시킨다는 사실은 간병서비스가 실제 병실에서는 환자간호와 매우 밀접하게 연관되어 제공되고 있다는 사실을 여실히 보여주고 있다.

이러한 실상을 재확인하기 위해 반대로 간병

표 1. 간병인활동이 간호사의 업무부담에 주는 영향

(단위: %)

구분	전체	상급종합병원	종합병원	병원
상당부분의 간호사 업무부담을 줄이는 편임	40.0	36.4	42.6	35.8
간호사의 업무부담을 조금 줄이는 편임	44.7	42.4	45.7	43.4
크게 영향을 주지 않는 편임	14.9	21.2	11.6	18.9
기타	0.5	-	-	1.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(208)	(31)	(127)	(50)

자료: 향나미, 의료기관 간병인 이용실태 및 효율적 운영방안, 2006.

서비스가 미흡할 경우 환자의 치료나 회복에 지장을 주는지에 대해 조사한 결과, 전체 기관의 70.3%가 간병서비스 부족이 환자의 치료나 회복에 걸림돌이 된다고 응답하였다(종합병원 74.1%, 병원 68.8%). 구체적으로는 환자 이동이나 식사수발 등을 제대로 돌볼 수 없으며, 환자의 개인위생, 침상교환, 체위변경 및 대소변처리 등 기본적인 환자요구에 즉각 대응이 어려워 환자회복에 문제가 발생할 것이라고 응답하였다. 앞서 파악한 바와 같이 환자가족은 병원에서 간병인이 필요하다고 하여 간병인을 고용하였고 병원에서 간호가 미흡하여 간병인을 이용한 것과 같은 맥락이다.

이상과 같이 간병인 활동으로 인한 간호서비스 부담완화와 간병서비스 부족시 환자회복 지장이라는 이 두 측면은 간호와 간병간의 영역자체가 모호하다는 사실을 단적으로 보여주고 있다. 요컨대, 간병과 간호에 대한 사회적 기대와 역할규범이 혼재되어 있음을 보여주고 있다. 또한 앞서 파악한 바와 같이 법적으로는 간호와 간호보조서비스와도 모호하여 간병서비스 제도화 과정상에는 간호사와 간호조무사 직종간에도 이해관계가 첨예하게 대립될 것으로 예상된다.

간병의 실체는 가족이 환자를 수발하는 역할을 대체한 돌봄(care)인가. 간호(nursing)와 간호보조(nursing assistance)와는 어떻게 구분하여 행위화 할 것인가. 건강하지 못한 환자를 대상으로 한 서비스라는 점에서 단순한 사회적 합의가 아니라 보건의학적 지식에 근거한 명시적 합

의가 이루어져야 할 것이다.

### (3) 간병 개념에 대한 다양한 시각

#### □ 시각 I : 간호스펙트럼에 포함되는 간병

첫 번째 시각은 병원에서의 간병대상이 단순히 거동이 불편한 자가 아닌 치료를 필요로 하는 환자라는 점에서 간병 역시 단순한 일상생활의 불편함을 거들어 주는 것이 아닌 의료와 연계된 간호에 포함된 행위라고 보는 시각이다. 따라서 이러한 주장을 하는 학자들은 환자의 질병치료와 관련되어 제공하는 서비스를 ‘간병’이라 명명하는 것은 적절하지 않고 간호행위라는 스펙트럼 속에 포함되어야 한다고 강조한다. 즉, 간호지원 행위로 간주하여 병원 간호팀 내에서 제공해야 한다는 입장이다. 때문에 이러한 시각은 현 의료상황에서는 그 인력이 간호조무사 인력으로 보는 관점이 지배적이다.

기존 연구를 통해 간호인력 부족은 의료의 질 저하와 직결되어 의료사고 위험 및 환자사망의 증가가 확인되었다는 점에서 더욱 그러하다고 주장하고 있다. 간호관리료 차등제에 따른 직접 간호활동과 환자 사망률을 비교한 연구에 의하면 간호관리료 2등급 수준의 간호사 인력 배치는 환자사망률이 1.3%인 반면, 5등급은 1.7%로 파악되었다.<sup>7)</sup> Stanton(2004년)은 Hospital Nurse Staffing and Quality of Care 연구에서 간호인력이 부족할 때 폐렴, 쇼크, 심장마비, 요로감염이 증가했으며, 환자 사망확률도 4.7~5.5% 증가하였고, 폐렴환자의 치료비용이 84%나 증가하는

7) 박성희 외, 입원환자 간호관리료 차등제에 따른 직접간호활동 및 환자결과 비교, 2003

등 환자의 의료비 부담도 증가하는 것으로 발표한 바 있다.<sup>8)</sup>

따라서 간병 중 사고발생에 대한 책임을 의료인이 지지 않을 경우 의료분쟁 발생의 소지가 크다고 지적할 수 있다. 최근 서비스 행위자에 대한 법적 책임이 증가하여 간호사의 과오가 간호사 단독 업무상의 과오로 인정되는 사례가 증가하고 있다. 환자 개인위생 관리 및 사고 등에 따른 책임은 간호사에게 부과될 수밖에 없는 현실이어서 ‘간병’이라가 보다는 ‘기본간호’에 속한다는 것이다. 앞서 간호사가 간병인이 환자회복에 도움을 주고 있다고 제시한 식사수발, 환자의 개인위생, 침상교환, 체위변경 및 대소변처리 등의 행위는 기본간호에 속한다는 것이다.

이러한 시각에서 볼 때, 간호조무사의 업무가 간호업무의 보조로 되어 있으나 ‘간호보조’에 대한 행위가 명확하게 명시되어 있지 않아 기본간호를 간호보조로 볼 수 있다. 특히 간호사 인력확보가 어려운 중소병원의 경우 간호조무사가 간호사의 업무를 대신하는 등, 간호조무사의 업무범위가 모호한 상태에서 간호보조와 간병에 대한 해석은 더욱 어려운 상황이다.

현재 간호업무를 보조하는 간호조무사는 ‘의료법’상 비의료인으로 분류되어 있다는 이유로 이들의 행위는 보험급여체계에서 수가가 책정되어 있지 않다. 이러한 상황에서 간병을 간호스펙트럼에 포함되어야 한다는 시각을 주장하는 학자들은 간병서비스의 보험급여화는 합리적이지 못하다는 지적이다. 다만 간호조무사의

행위규정인 ‘간호업무의 보조에 관한 업무’의 일부를 간병업무로 간주할 때는 간병과 간호보조의 업무혼선을 최소화해 주어 지불보상이 된 것으로 인정할 수 있다는 해석이 가능하다는 견해이다(그림 2의 시각 1).

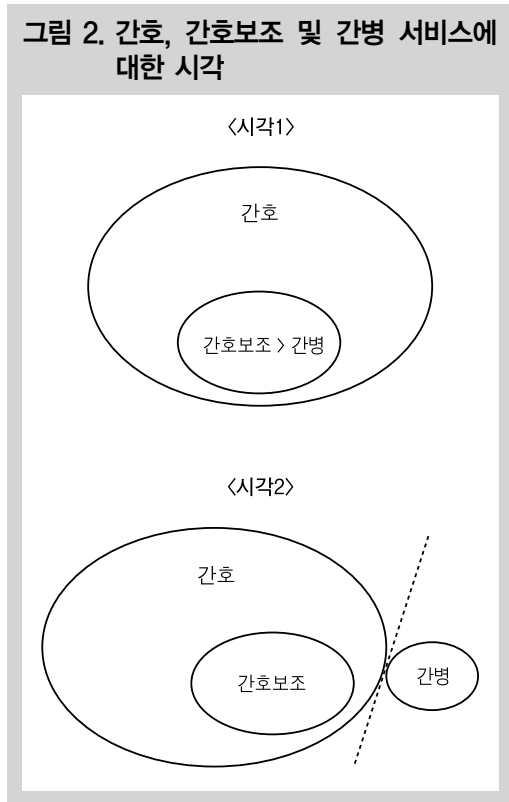
#### □ 시각Ⅱ: 의료와 연계된 간병으로 간호와는 다른 서비스

간병에 대한 또 다른 시각은 간병 이용환자가 단순히 거동이 불편한 자가 아닌 환자이지만 이들에게 제공되는 행위는 단순한 일상생활의 불편함을 거들어 주는 것이기 때문에 의료인의 행위에 속하는 간호에 포함시키는 것은 적절치 못하다는 시각이다. 환자보호자를 대신하는 행위라는 점에서 더욱 그렇다. 따라서 간호 또는 간호보조에 ‘포함’이 아닌 ‘연계’되는 행위로 인식하는 시각이 특징적이다. 즉, 간병을 간호팀 내에서 해결하도록 국한하는 것은 불필요하고, 반드시 간호팀에 속해야 할 이유도 없다는 견해이다. 다만, 간호와 간병을 따로 접근하는 것 보다는 서로 유기적으로 협력하는 것이 환자관리의 연속성이나 환자회복의 효율적 도모를 위해 더욱 효과적일 것이라고 간주할 따름이다. 간호업무보다는 훈련된 일반인의 업무로 간주한다.

또한 간호와 간병은 서로 연계되어 수행되어야 함이 적절하다고 인식하고 있지만 의료행위와 비의료행위라는 차이가 있는 바, 간병업무를 비의료 행위 즉, 간호 이외의 업무로 간주하여 간호와 다른 행위인 간병을 간호조무사의 주요

8) 보건의료노조, 의료서비스 질 향상을 위한 병원인력 총원방안 모색 국회 대토론회, 2008

업무로 보는 데에는 무리가 있다는 시각이다(그림2의 시각 2).



## 2) 간병서비스의 속성 : 형평적 서비스인가, 보편적 서비스인가

간병서비스가 규명되어도 개인의 사적 고용에 의한 간병서비스가 이미 민간시장을 통해 제공되고 있는 상황에서 간병서비스가 제도화될 경우, 의료인의 사정에 의한 간병필요도(need)와 환자 또는 환자가족에 의한 간병수요(demand)간 발생하는 격차(gap)를 어떻게 해소하여야 할 것인가가 문제이다. 즉, 앞서 가족간

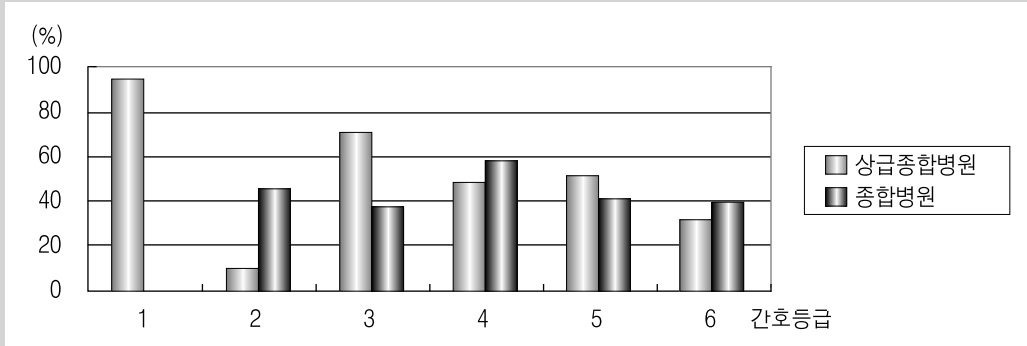
병까지 포함한 간병이용환자가 53.1%라는 점에 비추어 볼 때, 입원환자의 절반에 이르는 이들 모두의 수요를 제도권에서 충족시키기는 어렵다는 점이다. 이미 보험급여화된 입원환자 식대처럼 모든 환자에게 동일한 양(하루 3식)과 질이 제공된다면 문제는 간단하다. 그렇다면 실제로 간병이 필요한 환자는 어느 정도인가. 급성기 병동의 간병인 이용환자의 58%가 65세 이상 노인환자라는 점에 대해 어떻게 해석해야 할 것인가. 간병서비스 필요도는 환자 중증도는 물론 연령에 따라서도 차이가 발생할 수 있다는 점이다.

또한, 의료기관측 변수로 병실 간호사의 확보 수준에 따라 차이가 발생되고 있다는 점이다. 입원환자의 상태가 동일하지는 않지만 상급종합병원의 경우 간호등급 1등급에서 6등급으로 갈수록, 즉, 병상수 대비 간호사 확보수준이 낮을수록 간병 불필요 환자비율이 대체로 낮아지고 있다. 즉, 간호사 인력이 적을수록 간병 필요 환자 비율이 높아지는 경향을 보이고 있다(그림 3). 이와 같이 간병은 의료기관측의 특성에 따라 필요정도가 달라진다는 점에서 형평적 간병서비스 접근이 요구된다. 한정된 재원의 효과적 사용을 위해 객관화된 평가지표에 의한 간병사정 도구 개발이 중요하다.

초저출산 현상의 지속과 고령사회 진입을 앞두고 있는 우리 사회에서 만약 간병서비스가 수요자 욕구를 충족시키는 보편적 서비스로 제도화될 경우, 입원환자는 퇴원 후 가족에 의해 해결해야 될 식사 및 개인위생 등 제반 일상생활 부담으로 인해 퇴원을 기피하게 될 것이고 이는 곧 재원일수 증가로 이어져 결국 의료자원의 낭



그림 3. 입원환자 중 의료인 평가에 의한 간병 불필요 환자비율



주: 간병에 대한 인식이 다양하여 의료인이 입원환자에 대한 주관적 평가에 근거한 결과  
 자료: 황나미, 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안, 여성가족부, 2006

비를 초래할 것이다. 또한 의료자원의 효율적 활용과 환자의 편의를 도모하고자 입원대체서비스인 가정간호서비스 이용률이 감소되는 등 입원선호현상이 뚜렷하게 나타날 것이다. 이상의 논의를 종합하면 간병을 보편적 서비스로 접근하면 도덕적 해이가 오고 재원부담이 크며, 형평적 서비스로 접근하면 환자의 만족도를 제고하기 어려워 환자보호자나 사적간병인의 활동은 사라지지 않을 것이다.

### 3) 간병서비스 제도화 목적: 일자리 창출이 우선인가, 환자간병 보장이 우선인가

간병서비스의 사회적 요구로 인해 간병서비스 공공화의 필요성은 주지의 사실이다. 그러나 원가보전이 안되는 간호행위로 인해 간호사 인력채용률이 낮아 간호서비스가 미흡한 현실을 직시할 때, 일자리 창출이라는 명목아래, 기존 간병인을 염두해 둔 간병서비스 제도화는 간호행위가 간병인에 의해 대체되는 서비스로 전략

할 우려가 있다. <표 1>에서 파악한 바와 같이 의료기관들은 간병인의 환자간병으로 간호사들의 업무부담을 줄여준다고 응답한 사실이 이를 입증하고 있다.

간호행위 수가는 개별 간호행위와 입원환자 '간호관리료'로 대별된다. 간호사 행위 중 개별화된 수가로 지불되는 행위는 650여개 행위 중 51개이며, 이 외 간호행위에 대해서는 간호관리료에 포함되어 포괄수가화 되어 있다. 즉, 상급종합병원, 종합병원, 병원 등으로 구분하여 병상수 대비 간호사 확보수준에 따라 1~7등급으로 분류, 등급별로 입원료의 10%를 가감하여 차등 책정되어 있다. 그러나 개별 간호행위 수가를 포함한 간호관리료는 간호사의 인건비를 보전하는 데 미흡하여 병원급 이상 의료기관의 70%이상이 간호사 확보수준이 가장 낮은 7등급에 머물고 있다. 종합병원의 경우 2010년 4/4분기 일반병동 간호등급이 1등급인 경우가 2.7%인 반면, 6 또는 7등급은 36.6%이다. 종합병원 1등급 충족조건은 간호사 1명당 병상수가

2.5병상 미만이며, 6등급은 4.5~6.5병상 미만이며 1등급이 되려면 간호사를 2배 이상 확보해야 되나 1등급과 6등급간의 입원료 차액은 1일 20,000원 수준에 불과하다(1등급 50,520원, 6등급 30,000원). 이와 같이 간호등급 가산제를 적용하여 간호사를 확보하도록 유인하고 있지만 간호사 인력확충에 따른 지불보상은 제대로 이루어지지 않고 있다. 병원급 이상 의료기관의 간호사 1인당 담당병상수는 4.5병상으로, 미국 0.71병상, 영국 0.56병상, 일본 2.0병상에 비해 낮다(환자병실은 24시간 간호서비스가 제공됨에 따라 3교대와 휴일 등으로 인해 실 근무간호사는 등급별 기준담당병상수의 3배 이상의 병상을 담당하게 됨).<sup>9)</sup> 2010년 6월, 전국 7개 병원(578명) 입원환자 보호자의 66%가 간호사 부족으로 필요한 서비스를 받지 못하고 있다고 지적한 바 있다.

이와 같이 낮은 간호관련 수가 때문에 환자 간호도 질적으로 제공되고 있지 못한 상황에서 간병서비스 제도화의 진정한 목적이 무엇인지 분명해야 된다. 간병서비스 제도화 방향을 간병인 일자리 창출에 초점을 둘 경우, 간호행위에 대한 미흡한 지불보상체계가 문제로 제기되고, 동시에 간호사 인력 미확보로 인해 간병인력의 간호행위 대체문제가 제기된다. 또한, 간병서비스 전담인력의 일자리 창출은 간병직종의 인력을 고용하는 의료기관과 절충점을 찾기가 쉽지 않아 ‘decent job’으로 정착하기 어려울 수 있다. 병원협회 입장에서 전국 수 만명에 이를 것으로 예상되는 간병직 인력을 직접 고

용하여 지도감독하고 관리하기란 부담스러운 점이 있기 때문이다.

## 4. 간병서비스 제도화 방향

입원환자 간병서비스는 최첨단화되고 있는 의과학 기술의 혁신적 발달로도 대체될 수 없는 휴먼서비스이다. 초저출산 현상의 지속과 향후 고령사회의 진입으로 간병의 사회적 의존성은 더욱 커지고 있다. 간병서비스 제도화 구축의 관건은 재원확보이지만 앞서 살펴본 바와 같이 간병서비스에 대한 인식이 다양하여 이들의 견해 차이를 좁히기 어려운 상태라는 점이다. 이론적으로는, 간호서비스가 간병으로 대체되지 않도록 간호행위에 대한 합리적 지불보상이 우선적이다. 사회적으로 필요하지만 제공자에게 낮은 편익으로 인하여 현재 간호행위 조차 제도권내에서 적절하게 제공되지 못하고 있기 때문에 보건의학적 지식에 근거한 질적 간호서비스 제공을 위해 간호사 행위에 대한 지불보상체계가 마련되어야 하고 이후 간호보조 및 간병서비스를 논하는 것이 타당하다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 직역간 업무경계가 불분명하여 그 간 잠재되었던 갈등을 오히려 증폭시킬 소지가 크다. 따라서 전술한 여러 쟁점들을 원만하게 해결하려면 수요자 중심의 시각에서 서비스 질을 둘러싼 전체구조를 이해하면서 총체적으로 접근할 필요가 있다.

간호와 간병의 연계성을 고려한다면, 이들 서

9) OECD Health Data, 2005; 후생노동성, 2006

비스의 질적 수준 제고에 핵심을 두고 그 해법을 찾아야 할 것이다. 「세계보건기구」(WHO, 1991)는 의료서비스의 질을 평가하는 지표로 기술수준, 효율성, 위험대처관리, 그리고 환자의 만족도를 제시하였다. 이 네 요소를 충족시킬 수 있는 양질의 간호와 간병서비스는 바로 간호팀 접근체제로 접근하는 것이며, 이에 근거한 지불보상방식에서 그 해결책을 찾을 수 있다. 팀접근 지불보상방식은 병동별 특성에 적합한 간호인력 배치를 통해 각 환자에게 적절한 간호중심 또는 간병중심의 서비스를 제공할 수 있고(효율성, 만족도), 간병서비스에 대한 철저한 지도감독이 가능하도록 의료인인 간호사에게 책임을 부과할 수 있는(기술수준, 질적 위험대처관리) 강점이 있다.

현재 입원환자 간호서비스는 전술한 바와 같이 간호사 인력에게만 전적으로 의존하도록 간호사 활동에만 국한된 지불보상방식으로 구성되어 있다. 반면, 일본, 미국, 독일 등의 선진국에서는 입원환자에게 필요한 간호서비스를 병실 간호팀에 대한 지불보상체계를 통해 제공하도록 되어 있다. 환자 질환특성 및 중증도와 일상생활활동(ADL) 수준에 따라 환자에게 필요한 서비스(기본간호, 특수간호)가 간호팀에서 전인간호(total care)가 제공될 수 있도록 이에 합당한 지불보상체계가 마련되어 있다. 특별히 급성기 병동의 경우는 철저한 의료의 질 평가시스템이 작동되고 있어 대부분 간호사 중심의 서비스를 제공하고 있으며 간호사 위임 하에 실무간호사(LPN) 또는 준간호사가 일부 위임행위를 수

행하고 있다. 미국은 ‘주정부 간호사실무법(State Nurse Practice Act)’을 제정하여 위임가능한 업무에 대해서는 제한을 하고 있다. 또한 미국 캘리포니아주정부와 호주 빅토리아주정부에서는 최소 간호사 인력 기준을 법제화하여 실근무팀당 담당환자수를 4~5명 이상 확보하는 규정을 제정한 바 있다<sup>10)</sup>.

우리나라는 현재 간호인력 총원이 미흡한 바, 팀접근의 전제조건으로 병상수 대비 일정인원 이상의 간호사 인력확보 기준을 법적으로 규정할 필요가 있다. 일정 간호등급을 준수한 기관에 한해 추가 팀인력의 직종별 확보수준에 따라 구분하여 차등화하는 지불보상방식이 바람직할 것이다. 환자본인부담 비율은 80% 수준에서부터 시작하여 제도권으로 편입시킨 후, 형평적 서비스 공급이 제대로 이루어지고, 이에 근거한 재원을 확보할 때 단계적으로 낮추는 방안이 바람직하다. 간병이라는 단일 서비스로서는 보험급여화에 따른 자원부담이 큰 만큼, 초기에는 편의적 서비스로 인한 입원환자의 도덕적 해이를 방지하기 위해서이다.

직종별 지불보상체계가 합리적으로 개발될 경우, 의료기관은 병동 입원환자의 특성에 적합하게 간호팀을 구성하여 배치할 것이다. 간호팀의 직종별 구성방식은 일반적으로 <표 2>에서 제시한 간호사와 자격간병인으로 구성된 팀(제1안)이 가장 수용성이 높을 것이다. 다만, 간병직종의 안정적 근로여건 확보가 관건이다. 간호사 단독직종으로 이루어지는 팀(제2안)은 질적 서비스를 기대할 수 있으나 높은 인건비

10) California Nurses Association, CNA's 12 year campaign for safe RN staffing ratios. (<http://www.calnurses.org>)

가 발생되므로 중증환자나 수술 후 단기간의 간호를 필요로 하는 경우에 구성하는 것이 효과적이다. 간호사와 간호조무사로 구성된 팀(제 3안)은 간호사에 비해 인건비 부담이 다소 낮으면서 질적 서비스가 제공가능하나 기존의 간병직이 오히려 일자리를 잃게 되는 문제가 발생된다. 또한 <제 2안>과 <제 3안>은 2천 여 개소에 이르는 전국 간병단체의 간병업종이 도태될 수 있어 사회적 혼란이 야기될 수 있다.

표 2. 간호팀 접근의 인력 구성방식

	제 1안	제 2안	제 3안
간호사	●	●	●
자격간병인	●		
간호조무사			●

이에 따라 단기적으로는 시장성과 공공성을 조화시켜 기존 간병인에 의한 공동간병인제를 공식화하여 민간시장의 아웃소싱을 통해 간병

인력의 양성부터 알선 및 업무배치까지 체계적인 관리제도를 도입하고 표준화된 교육실시를 의무화하는 한편, 간병인 근로환경 등을 개선시키는 방안이 바람직하다. 그 동안 환자 1명이 간병인 1명을 간병하는 1:1 간병의 형태로 인해 환자는 간병비 부담이 크고 24시간 간병하는 것이 당연시 되어서 간병이 수 시간만 필요한 환자에게는 매우 불합리한 선택을 할 수 밖에 없거나 간병인 이용을 포기할 수밖에 없었다. 이러한 문제를 보완할 수 있도록 공동간병인제를 활성화시키는 방법이 대안이다.

어떤 형태로 간병서비스가 공급되든 경제적 능력이 없는 저소득층은 필요한 간병서비스를 제대로 받기 어렵다. 따라서 공공의료기관에는 저소득층을 위한 보호자없는 병실을 일부 운영하여 의료급여환자 등 저소득층 환자들이 무료로 간병서비스를 받을 수 있도록 바우처 방식의 지원을 확대하여야 할 것이다. 문헌