

간병 받을 환자권리, ‘보호자 없는 병원’ 실현으로 !!

- 2010 환자권리 심포지움 자료집 -

일시 : 2010년 6월 9일(수) 오후 1시 30분 ~ 6시

장소 : 국가인권위원회 배움터

제3회 환자권리주간 공동주최단

(환자단체) 환자복지센터, 혈관질환자단체, 암시민연대, 한국신장암환우회, 한국백혈병환우회, 한국기스
트환우회, HIV/AIDS감염인연대KANOS, (보건의료시민단체) 건강세상네트워크, 건강과대안, 시민건강증진
연구소, 의료소비자시민연대, (빈민,장애,지역,교육) 관악사회복지, 마포희망나눔, 사람연대, 장애인배움
터너른마당, 전국장애인차별철폐연대, 참교육을위한전국학부모회, 한국빈곤문제연구소, (의료인단체) 건
강사회를위한치과의사회, 건강사회를위한약사회, 건강권실현을위한보건의료단체연합, 인도주의실천의
사협의회, 행동하는 의사회, (노동) 전국민주노동조합총연맹, 전국공공서비스노동조합, 전국공공서비스
노동조합사회보험지부, 전국보건의료산업노동조합, 병원노동자희망터, (지역연대) 대구경북의료민영화
저지연대

2010 환자권리 심포지움 안내

- 일시 : 2010년 6월 9일(수) 오후 1시 30분 ~ 6시
- 장소 : 국가인권위원회 배움터
- 주최 : 제3회 환자권리주간 공동개최단

〈1부〉 간병 받을 환자권리, 보호자 없는 병원 실현으로 (오후 1:30 ~ 3:30)

- 사 회 : 안기종 (한국백혈병환우회 대표)
- 발 표 : 보호자 없는 병원 실현을 위한 요구 사항
(조경애 건강연대 운영위원장 발표, 심포지움준비팀 작성)
- 토 론 : 최성철 (암시민연대 사무국장)
석명옥 (희망간병 대구지부장)
양봉석 (중앙가사간병교육센터장)
정영진 (인도주의실천의사협의회 사무처장)
이주호 (보건의료노조 전략기획단장)
현정희 (공공노조 수석부위원장)

〈2부〉 2010 한국 환자권리 실태 보고 (오후 3:45 ~ 6:00)

- 사 회 : 김창보 (시민건강증진연구소 연구실장)
- 발 표 : 1. 간호서비스와 환자권리 (최경숙 보건복지자원연구원 상임이사)
2. 질병으로 인한 취업 차별 개선 활동
(박진석 한국백혈병환우회 사무국장)
3. 병원의 진료비 정보 공개와 환자의 알권리
(성남희 건강세상네트워크 사무국장)
4. 환자권리 개선을 위한 노동조합의 활동
(이향춘 사무국장, 의료연대 서울지역지부)
5. 우리나라 의료사고 실태와 피해구제를 위한 법 제정의 문제
(강태언 의료소비자시민연대 사무총장)

▶ 자료집 순서 ◀

제1부. 간병 받을 환자권리, ‘보호자 없는 병원’ 실현으로 !	1
(발표) 간병 받을 환자권리, 보호자 없는 병원 실현으로 !	3
(토론) 암환자와 간병에 관하여	20
“간병인이 행복해야 환자가 행복합니다!!”	25
재가간병 제도화와 지역사회 장기요양보호체계 구축방안	30
[보호자 없는 병원 실현]에 관하여	41
‘보호자 없는 병원’ 추진 현 단계와 이후 제도화를 위한 과제	44
병원간병 제도화 대한 토론문	55
제2부. 2010 한국 환자권리 실태 보고	59
간호서비스와 환자권리	61
공무원 채용 신체검사 규정 불합격사유 합리적 개정 방안	75
진료비에 대한 환자의 알권리와 시민운동	86
환자권리 확대를 위한 노동조합 활동	106
의료사고 실태와 피해구제를 위한 법 제정 과정의 문제	120

2010 환자권리심포지움

》 제 1 부 《

**간병 받을 환자권리,
‘보호자 없는 병원’ 실현으로!!!**

간병 받을 환자권리, ‘보호자 없는 병원’ 실현으로!!!

작성 : 제3차 환자권리주간 준비팀
발표 : 조경애 (건강세상네트워크 대표)

I. ‘간병’과 환자권리

“환자간병, 부담된다”

우리나라 국민이라면 ‘간병’의 부담에 대해 모두들 한마디씩 할 말이 있을 것입니다. 가족 중에 누군가가 큰 병에 걸려 병원에 입원이라도 하면 병원비는 둘째치고 당장 간병을 누가 해야 할지에 대한 부담이 다가옵니다. 우리 국민들 모두가 경험했을 만한 일입니다. 예전의 한 조사에 따르면, 암 환자의 경우에도 11% 정도만 직업 간병인을 이용할 뿐, 나머지 89%는 가족이 간병하거나 간병인이 없다고 응답했습니다. 이중 가족이나 친지가 간병을 담당하는 경우 환자 1명에 대해 평균 2.9명이 함께 부담을 나누고 있다고 합니다(건강세상네트워크 2004년 조사 결과). 또한 지난 2006년 발표된 한국보건사회연구원의 연구 결과에 따르면 2005년 한해 동안 국민들이 간병인을 이용하여 발생한 비용은 대략 8,478 억원으로 추계되며, 환자들중 87.2%가 ‘간병비용이 가계에 부담이 된다’고 응답했다고 합니다.

간병은 더 이상 가족이 담당할 수 있는 문제가 아니다

그런데 이런 간병에 대한 부담은 앞으로 더욱 커질 것이라고 합니다. 우선 노인인구가 급격히 증가하기 때문입니다. 노인인구가 많아지면 암, 심혈관질환, 뇌혈관질환 등 중증질환자가 늘어나고 이에 따라 간병에 대한 요구도 그만큼 커지게 됩니다.

그런데 우리 사회는 출산률이 낮아지면서 가족의 수가 적어졌습니다. 2000년에는 그나마 가구당 3.1명이었던 것이 올해는 2.7명 수준으로 줄어들었으며, 계속 낮아져 2030년에는

2.4명이 될 것으로 예상되고 있습니다(통계청 2009).

결국 전체 사회적으로 보면 노인인구 증가에 따라 간병에 대한 요구는 늘어나는데 불구하고 출산력 저하에 따른 가족구성의 변화로 인해 간병을 더 이상 가족이 담당하여 해결할 수 있는 문제가 아니라는 것을 의미합니다.

간병에 대한 사회적 대책이 없다

그런데 아직 국가적으로 이와 같은 간병의 문제를 진지하게 논의하며 검토하고 있지 않습니다. 그럴싸한 대책조치 나오지 않았습니니다. 우리 사회가 전세계에서 노인인구가 가장 빠르게 증가하고 있다고 하면서도 정작 그로 인한 간병부담을 어떻게 해결할 것인가에 대한 논의는 되지 못하고 있습니다.

제도적으로도 마찬가지입니다. 우리나라의 보건의료와 건강보험에서도 ‘환자간병’은 아예 법에 나와 있지도 않습니다. 그래서 엄밀하게 따져보자면, 현재 병원에서 간병인을 통해 간병서비스를 이용하는 것은 ‘불법’적인 일입니다.

이렇게 되어 있기 때문에 건강보험에서도 ‘간병비용’은 모른척 하고 있습니다. 간병비용을 건강보험에서 부담해주지 않고 있어 전체 비용을 환자나 가족이 부담하도록 되어 있습니다. 이 때문에 건강보험료를 많이 내고 있는데도 간병비용을 담당해주지 않는다는 불만이 계속되고 있습니다.

〈사례〉 “두달치 건강보험료를 간병비로 날렸어요”

서울시 흥제동에 사는 K씨(55세, 여)의 가족은 87세 할머니와 남편, 두 아들, 이렇게 3세대에 걸쳐 6명이 함께 살고 있다. K씨의 가족이 내는 건강보험료는 막내 아들인 학생을 제외하더라도 한달에 100만원 가량이나 된다. 임대소득자인 할머니가 월 19만원 정도, 자영업을 하는 K씨 20만원, 직장에 다니는 남편과 큰 아들이 각각 20만원과 40만원을 내고 있다.

그런데 지난해 할머니가 건강상태가 나빠져 병원에 입원했다. 다행히 건강이 회복되어 한달만에 퇴원을 했으나 간병비용이 200만원이나 되었다. 가족 모두가 일을 하고 있었고 막내는 학생이어서 어쩔 수 없이 간병인을 이용했기 때문이다.

K씨는 가족이 매월 건강보험료를 100만원이나 내고 있는데도 간병비를 건강보험에서 부담해주지 않아 두달치 건강보험료를 간병비로 썼다며 분통을 터뜨렸다.

‘간병서비스’, 환자의 권리를 요구하자

이런 상황을 살펴보면 몇가지 의문이 떠오릅니다. 우선, 환자가 병원에 입원했는데 간병을 가족이 부담해야 하는 것이 올바른 것인가에 대한 문제입니다. 사실 ‘간병’은 엄연한 입원서비스의 일환입니다. 그런데 우리 현실에서는 ‘치료’는 병원에서 해주지만, ‘간병’은 병원에서 안해주니 알아서 하라는 식으로 되어 있습니다.

이런 점에서 따져 본다면 환자와 가족의 입장에서는 ‘불충분한 서비스’를 받고 있는 셈입니다. 심지어 건강보험에서 수가가 정해진 간호행위(예 : 환자의 수분섭취량, 배설량 측정, 혈압측정, 관급식, 흡인 등)조차 환자보호자가 대신하는 일이 벌어지기도 합니다. 이처럼 환자의 입장에서 가족이 간병을 담당한다는 것은 충분하고 안전한 의료서비스를 누릴 권리를 침해당하는 것입니다.

또 다른 의문도 떠오릅니다. 간병에 대한 부담이 이처럼 늘어날 것으로 예상되는데 정부가 이 문제에 대해 어떤 대책을 갖고 있는가에 대한 점입니다. 우리 사회가 매우 빠른 속도로 노인인구가 증가하고 있다는 점은 이미 널리 알려진 사실입니다. 이와 관련해 정부는 노령사회를 대비한 대책을 만들고 있다고 하는데 ‘간병’에 대한 사회적 대책은 들어보지 못하고 있습니다. 과연 정부는 이런 간병 문제에 이처럼 무관심해도 되는지 국민의 입장에서 불안할 따름입니다.

이처럼 정부는 관심을 보이지 않고 있고 병원은 환자나 가족에게 간병의 책임을 떠넘기고 있는 상황이라면, 과연 우리나라에서 ‘충분한 서비스를 받을 환자의 권리’, ‘간병서비스를 받을 환자의 권리’는 무시되고 마는 것인가요? 한국에서는 ‘보호자 없는 병원’은 꿈에 불과한 것일까요?

그럴 수 없습니다. 환자는 병원에서 충분한 서비스를 누릴 권리가 있습니다. 보호자 없는 병원을 통해 간병서비스를 받을 환자의 권리는 보장되어야 합니다.

II. 보호자 없는 병원 실현을 위한 추진 동향

불충분한 간호서비스의 이유

사실 ‘간병서비스’가 ‘간호서비스’와 구분될 수는 없습니다. 간병간호서비스는 환자에 대하여 의료기관이 책임지고 제공해야 할 서비스인 것이지, 일부 전문적 기술이 필요한 서비스는 간호사가 담당하고, 그 외의 간병서비스는 가족이나 간병인이 담당하면 되는 것은 아닙니다. 이런 점에서 지금까지 한국에서의 간호서비스는 ‘가족의존적’이고 ‘불완전’한 간호였다고 말할 수 있습니다.

문제는 왜 이런 상황이 변화하지 않는가입니다. 무엇보다 정부가 간병에 대한 관심이 없을 뿐만 아니라, 모든 국민을 위한 제도적 방안을 추진하지 않기 때문입니다.

정부가 관심이 없다는 것은 병원에 간호인력을 충분히 갖추도록 관리하지 않고 있는 것에서도 나타납니다. 사실 우리나라 [의료법]에서는 입원환자 5명당 간호사 2명을 두도록 명시하고 있습니다. 이런 정도로 간호사 인력이 확보되면 충분한 간호서비스를 제공할 수 있는지에 대한 평가는 따지지 않는다 하더라도, 최소한 법적으로 이를 정해두었다면 정부는 모든 병원들이 이를 지키도록 해야 할 의무가 있습니다. 그러나 우리나라 전체 병원에서 이런 조건을 지키고 있는 병원은 50%에도 미치지 못합니다. 그런데도 정부는 가만히 손 놓고 있습니다. 법을 지키지 않는 병원에 대해 불이익을 주지도 않고 있고, 간호사인력을 확보하라고 지원하지도 않고 있습니다.

‘보호자 없는 병원’이 제기되다

지난 2008년 7월, 우리나라에서는 노인장기요양보험제도가 시작되었습니다. 2003년부터 준비되던 제도가 여러 우여곡절을 거쳐 5년만에 시행되기에 이른 것입니다.

그런데 이런 제도를 검토하는 과정에서 장기요양보험제도를 실시하기 이전에 큰 병원에서 치료를 받고 있는 환자들의 간병을 먼저 해결해야 할 필요성이 제기되었습니다. 만성 질환이나 노인성질환에 대한 ‘돌봄’도 중요하지만, 희귀난치질환이나 암, 장기이식 수술이 필요한 환자 등과 같이 치료를 목적으로 하는 의료서비스를 이용할 때에도 간병서비스가 필요하기 때문에 이들에 대한 대책도 함께 검토되어야 한다는 것이었습니다. 이와 관련하여 2005년 이와 같은 연구를 수행했던 황나미 박사(한국보건사회연구원)는 “공공병원의

시범사업을 거쳐 노인장기요양보험제도의 실시와 동시에 간병서비스에 대한 건강보험 제도화를 실시해야 한다”고 제안했던 것입니다.

그러나 병원에서의 간병문제에 대해서 정부는 노인장기요양보장제도처럼 책임있는 자세를 보이지 않았습니다. 2007년 7월부터 2008년 6월까지 단국대병원, 한양대병원, 건국대병원, 전남대학순병원의 4개 병원에 대해서만 1년간 시범사업을 진행했을 뿐, 그 뒤에 어떠한 후속 계획도 없었습니다. 그러다보니 1년뒤 시범사업이 끝나자 아무런 기약도 없이 중단되고 말았습니다.

다시 시작된 2010년 ‘보호자 없는 병원’ 시범사업

그러다가 2009년 ‘간병제도화’, ‘보호자 없는 병원’이 다시 제기되었습니다. 2008년 하반기 미국으로부터 시작된 세계경제위기로 인해 국내 일자리가 줄어들고 실업자가 늘어나자 정부와 정치권은 이를 ‘보건의료분야’에서의 일자리 창출로 이해하고 2010년에 다시 한번 시범사업을 전개하기로 결정했습니다. 이 과정에서 국회에 제출된 예산은 100억원이었으나 우여곡절 끝에 44억원(정부 24억원, 건보공단 20억원)을 확보하는데 그치고 말았습니다. 비록 시범사업을 수행하기에 충분한 예산을 확보하지 못한 아쉬움은 있었지만, 2008년 이후 중단되었던 ‘보호자 없는 병원’ 시범사업을 재개할 수 있게 된 점은 정말 다행스러운 일이 아닐 수 없었습니다.

그러나 우리는 곧바로 또 다른 어려움에 부딪히고 말았습니다. ‘보호자 없는 병원’의 시범사업을 주관해야 하는 보건복지부가 이에 대한 의지를 보이기는커녕, 마지못해 하기 싫은 일을 억지로 하는 듯한 모습을 보여주었기 때문이었습니다. 사실 복지부는 예산을 확보했음에도 불구하고 정작 3월초까지도 시범사업계획조차 설계하지 못하고 있었습니다.

이와 관련하여 보건의료 분야의 시민단체와 환자단체, 노동단체, 간병인단체 등이 나서서 올해 시범사업에 대한 의견을 제시했지만, 복지부는 책임지지 않으려는 소극적인 태도와 특유의 ‘복지부동’ 자세를 보이며 귀를 닫아버렸습니다.

그러고는 건강보험공단을 앞장 세워 ‘보호자 없는 병원’의 본래 문제의식에서 매우 후퇴된 방안으로 시범사업을 추진하고 있습니다. 지금 이 시간에도 시범사업이 진행중인데, 이를 간략히 소개하면 다음과 같습니다.

〈2010년 보호자 없는 병원 시범사업 개요〉

- 시범사업 기간 : 2010년 5 ~ 12월
- 시범사업 병원 (10개 병원)
아주대병원, 조선대병원, 건강보험공단일산병원, 삼육서울병원, 강원대병원,
청주의료원, 김천의료원, 울산중앙병원, 부산고려병원, 여수애양병원
- 예산 : 44억원 (국비 24억원, 건강보험공단 예산 20억원)
- 시범사업 내용
 - 간병서비스 이용료는 환자본인이 100% 부담을 원칙으로 함.
 - 의료급여 수급권자, 건보가입자 중 저소득층에 대해 간병비의 50% 지원
 - 간병인력은 병원 직접고용을 원칙으로 하되, 불가피한 경우 파견 가능

2010 시범사업의 특징과 문제점

이와 같이 시행되는 2010년 시범사업은 지난 2007년에 1년 동안 진행된 1차 시범사업과 비교해 볼 때 질적으로 달라진 것이 거의 없습니다. 오히려 후퇴된 내용도 있습니다. 1차 시범사업에서는 저소득층 뿐만 아니라 모든 환자를 대상으로 시범사업이 이루어진 반면, 이번 시범사업에서는 저소득층으로 국한되었기 때문입니다. 이외에도 이번 시범사업에는 다음과 같은 특징과 문제점이 발견됩니다.

첫째, 복지부는 ‘보호자 없는 병원’을 ‘간병제도화’ 만으로 축소시켜 이해하려는 특징을 보이고 있습니다. 중장기적으로 ‘보호자 없는 병원’을 어떻게 만들 것인가에 대한 실현을 위한 중장기적 접근을 위한 기본적 틀을 갖추기 보다는 ‘간병제도화’에만 초점을 두어 추진하고 있습니다. 이러다보니 병원의 간호사 인력 확충, 지역사회 간병 등의 문제는 제외되었습니다.

둘째, 복지부는 간병제도화를 추진하더라도 국민건강보험의 서비스로 추진할 의향이 없음을 드러냈습니다. 즉, 간병서비스를 병원이 책임있게 제공해야 하는 것으로 제도화는 추진하지만, 환자간병 비용 전액을 환자가 부담하는 것을 원칙으로 내세웠습니다. 결국 환자가 알아서 내거나 민간의료보험을 이용하라고 하는 것입니다.

셋째, 간병문제를 전국민이 안고 있는 부담으로 이해하고 사회적으로 해결하려는 자세보다는 ‘저소득층’에게 지원하면 되는 문제로 이해하고 있습니다. 전국민을 위한 보편적인 해결방안이 아닌 단지 저소득층을 위한 선별적 방식으로 방안을 마련하려 하고 있습니다.

이처럼 정부는 지금 진행중인 2010년 시범사업을 ‘모든 국민’을 위한 것이 아닌 ‘저소득층’만을 위한 것으로, ‘건강보험서비스’로 제공하는 것이 아닌 ‘간병비 지원’으로, ‘보호자 없는 병원 실현’을 위한 계획하에서 진행되는 것이 아닌 일시적 ‘일자리 창출’ 사업으로 만들어 버렸습니다. 이러한 정부의 태도는 ‘간병서비스 제공 - 보호자 없는 병원’을 제도적으로 해결하려는 의지가 없으며, 단지 일시적인 ‘일자리 창출’의 관점에서 바라보고 있다는 것을 드러내는 실망스러운 것이었습니다. 이런 점에서 지금 시행중인 2010년 시범사업은 기대할 것이 없는 상황이 되어버렸습니다.

이와 관련하여 한 언론에서도 아래의 내용과 같이 실망감이 담긴 기사를 내보냈습니다.

(2010년 3월 22일자 한겨레신문 기사)

**‘간병 시범사업’ 환자에 전액 부담
복지부, 4~12월까지...4인실 중증환자 5만5천원
빈곤층 50% 지원받아도 매달 83만원 ‘그림의 떡’**

보건복지부가 오는 4월 시작하는 간병서비스 시범사업을 두고 제도의 취지를 제대로 반영하지 못했다는 지적이 나오고 있다. 비싼 서비스 비용을 환자가 모두 부담하도록 설계돼 있어, ‘간병비 부담의 사회적 해결’이라는 목적과 거리가 있다는 것이다.

복지부와 국민건강보험공단은 21일 “오는 26일까지 간병서비스 시범사업 참여 병원을 신청받을 예정”이라며 “12개 기관을 선정해 4~12월까지 8개월 동안 시범사업을 실시하겠다”고 밝혔다. 복지부는 시범사업에서 간병비용을 환자가 100% 부담하도록 하고, 의료급여 대상자와 건강보험 지원 대상자(월 건강보험료 4만3600원 이하) 등 저소득층에 한해 간병비의 50%를 지원할 계획이다.

시범사업 자료를 보면, 4인 병실의 경우 비용이 경증 환자는 하루에 4만3650원, 중증 환자는 5만5250원으로 정했다. 현재 간병비용의 시장 가격이 24시간 기준으로 6만원가량인 만큼, 시범사업의 기준가격과 별 차이가 없다.

이런 비용 부담에 대해 안기종 백혈병환우회 대표는 “일반간병의 경우 환자 1명에 간병인 1명이 6만원이지만, 시범사업은 4인실의 경우 환자 4명이 각각 5만5000원을 내고 간병인 1명한테서 도움을 받는 구조여서, 가격 면에서 더 비싸다”며 “누가 이용하려 하겠느냐”고 비판했다. 안 대표는 특히 “중증 의료급여 환자가 한 달 동안 간병서비스를 이용하면 50%를 보조받더라도 83만원을 내야 하는데, 가난한 사람은 이용하지 말라는 얘기와 똑같다”고 덧붙였다.

(기사 계속)

이에 대해 복지부 관계자는 “1일 3교대 근무를 하는 시범사업 간병인과 24시간 일하는 일반 간병인은 서비스의 질 등을 단순 비교할 수 없어 비용이 비싸다고 볼 수 없다”고 밝혔다.

이번 시범사업을 통해 제대로 된 간병서비스 모델이 개발되기는 어려울 것이라는 비판도 나온다. 병원에서 질 좋은 간병서비스가 가능하려면 적절한 간호인력이 확보되는 것은 물론, 간병인들의 노동조건도 보장돼야 한다. 하지만 복지부는 시범사업 참여 병원의 기준조차 제대로 정하지 않아, 간호사 1인당 환자 수가 20~30명이 넘는 병원도 참여할 수 있게 돼 있다. 이주호 보건의료노조 전략기획단장은 “이런 병원에서 시범사업을 하면 간호사가 해야 할 업무를 간병인에게 떠맡기는 사태가 발생할 것”이라고 말했다.

또 복지부는 ‘간병인 직접고용과 1일 3교대 근무’를 기준으로 세웠지만 ‘불가피한 경우 파견간병인을 고용할 수 있다’는 등의 예외조항을 두고 있어 간병인의 노동조건도 불투명한 상태다. 보건의료노조 등 8개 단체로 구성된 ‘보호자 없는 병원 실현을 위한 연석회의’는 “정부가 내용 수정 없이 시범사업을 강행한다면 시행을 저지하겠다”고 밝혔다.

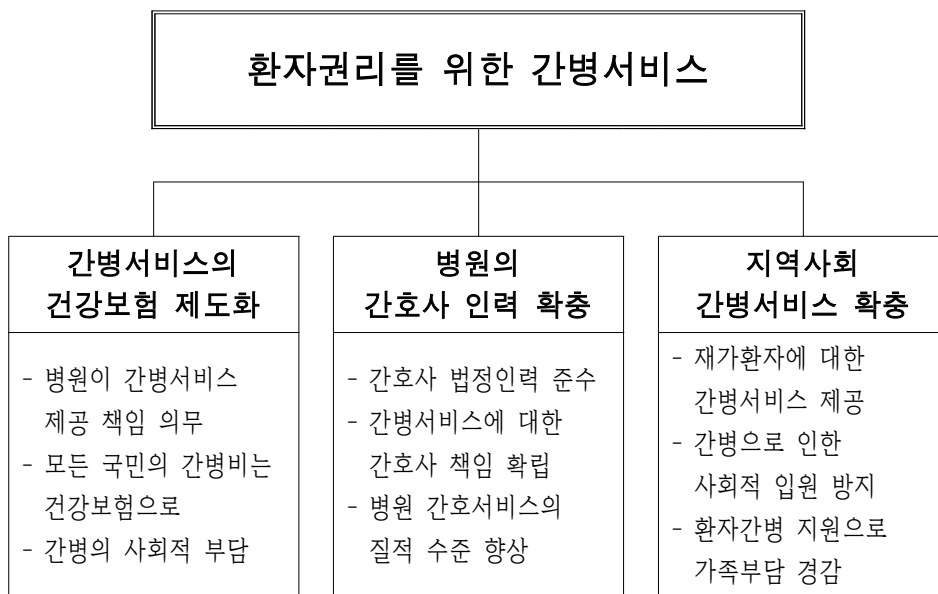
Ⅲ. 보호자 없는 병원 실현을 위한 환자·보호자의 요구

이상에서 우리는 간병서비스를 비롯한 ‘보호자 없는 병원’ 정책이 어떻게 추진되어 왔는가를 간략히 살펴보았습니다. 그리고 현재 추진중인 보호자 없는 병원 시범사업에 대해 어떤 기대도 할 수 없는 이유를 정리해 보았습니다.

그렇습니다. 지금까지 보여준 정부의 계획 만으로는 ‘간병받을 환자의 권리’는 보장될 수 없습니다. 이에 우리는 환자와 보호자의 입장에서 ‘간병받을 환자의 권리’를 정부에게 다음과 같이 요구하고자 합니다.

1. 간병에 대한 환자권리를 보장하기 위한 핵심 과제

‘보호자 없는 병원’은 지금까지 가족의존적이고 불완전했던 간호서비스를 완성하는 것을 목적으로 합니다. 이를 통해 환자들은 충분하고 안전한 의료서비스를 누릴 권리를 보장하고자 하는 것입니다. 이와 같은 ‘보호자 없는 병원’을 실현하기 위해서는 다음과 같은 세 가지 핵심 내용이 갖추어져야 합니다.



〈그림 1〉 환자권리 실현을 위한 간병서비스 제도화의 구성 요건

첫째, (간병서비스의 건강보험 제도화) 간병서비스를 국민건강보험이 제공하는 서비스로 제도를 만들어 모든 국민이 충분한 혜택을 누릴 수 있어야 합니다.

둘째, (병원의 간호사 인력 확충) 모든 병원들이 충분한 간호인력을 확보하여 환자들이 충분하고 안전한 서비스를 누릴 수 있어야 합니다.

셋째, (지역사회 간병서비스 확충) 지역사회에서 가사간병서비스를 확충하여 재가환자가 언제나 이용할 수 있도록 해야 합니다. 이를 통해 환자들은 편안한 곳을 선택할 수 있어야 합니다.

2. 간병 받을 환자권리 실현을 위한 7대 요구 사항

간병받을 환자권리 실현을 위한 7대 요구 사항

- 1) 간병을 모든 국민을 위한 보편적 복지 서비스로 !
- 2) 간병서비스를 국민건강보험 서비스로 !
- 3) 병원이 직접 고용한 인력을 활용하여 간병 서비스를 제공하라 !
- 4) 병원이 충분한 간호사 인력을 확보하도록 지원 방안을 마련하라 !
- 5) 재가 환자를 위한 지역사회 간병서비스를 확충하라 !
- 6) 정부는 '보호자 없는 병원 실현을 위한 추진단'을 구성하고 2015년 '보호자 없는 병원 실현'을 목표로 로드맵을 개발하라 !
- 7) 정부는 관련 법률 개정을 추진하고, 2015년 보호자 없는 병원 실현을 위한 정부 예산을 확보하라 !

1) '간병'을 모든 국민을 위한 보편적 복지서비스로 !

'간병'에 대한 부담은 저소득층에게만 해당되는 문제가 아닙니다. 가족 중에 누군가가 큰 병에 걸리면 나머지 가족들이 간병을 떠안아야 하는 부담은 상당히 큼니다. 이는 소득수준과 무관하게 우리 사회의 모든 사람들이 경험하고 있는 문제입니다.

특히 인구구조와 가족구성의 변화 등 사회적인 이유로 간병은 더 이상 가족이 담당할 수 없는 문제가 되어가고 있습니다. 따라서 이에 대한 사회적 대책이 필요합니다.

여기서 가장 중요한 원칙은 모든 국민을 위한 보편적 복지서비스로 설계되어야 한다는 것입니다. 일부 저소득층에게만 해당되는 문제가 아니기 때문입니다.

이런 점에서 우리는 저소득층에게 간병부담비용의 일부를 지원하는 방향에 대해 분명히 반대합니다. 우리 사회구성원 모두가 느끼고 있는 간병부담을 사회적으로 해결하기 위한 보편적 해결방안을 찾아야 하는 것입니다. 그것은 바로 환자간병을 ‘가족’이 아닌 사회가 제도로서 담당하는 방식이어야 합니다.

2) ‘간병 서비스’를 ‘국민건강보험’ 서비스로 !

간병서비스는 ‘입원서비스’의 일부입니다. ‘간병서비스’가 없는 ‘입원서비스’란 있을 수 없습니다. ‘간병’은 별개의 독립된 서비스가 아니라 입원환자에 대한 필수불가결한 서비스입니다.

환자의 치료를 목적으로 하는 모든 비용은 ‘국민건강보험 하나로’ 해결되어야 합니다. 더군다나 간병의 문제가 모든 국민에게 해당하는 문제라면, 국민건강보험 서비스로 간병서비스를 담당하도록 하는 것은 당연한 것입니다.

이와 같은 점에서 정부가 간병서비스 비용 부담을 개인이 알아서 하라는 식으로 놔두어서는 안됩니다. 이렇게 되면 결국 간병비용에 대한 민간의료보험을 활성화하는 결과를 낳게 될 것입니다. 우리는 이렇게 간병서비스를 민간의료보험으로 부담하게 하는 방식에 대해 분명하게 반대의사를 밝힙니다.

민간의료보험으로 간병서비스를 담당하게 한다면 ① 전국민의 보편적인 문제를 민간의료보험에 가입한 사람들만 해결할 수 있다는 점에서 근본적인 해결방안이 될 수 없으며, ② 같은 서비스를 받더라도 민간의료보험의 보험료가 국민건강보험에 비해 더 비싸 국민의 부담이 커질 뿐만 아니라 사회적 비효율이 초래되고, ③ 민간의료보험에 가입하기 어려운 저소득층에게 더욱 불리한 방식이 되고 말 것이기 때문입니다.

3) 병원이 직접 고용한 인력을 활용하여 간병 서비스를 제공하라 !

간병서비스는 입원환자에 대한 필수적 서비스의 일환이므로 서비스 제공책임을 병원이 가져야 합니다. 그러나 현재의 상황에서 간병은 환자와 간병인의 사적 계약형태로 이루어져 간병서비스에 대한 책임을 병원이 지지 않고 있습니다. 이는 환자치료에 대하여 병원

이 의무와 책임을 다하지 않는 모습입니다.

우리 환자들은 간병서비스를 포함하여 충분한 간호서비스를 받을 권리가 있습니다. 이를 위해 간병서비스의 질을 유지하고 개선하며 환자의 권리를 보장하는 서비스를 제공하는 책임을 병원이 지도록 해야 합니다.

이를 위해서는 무엇보다도 병원이 직접 고용한 인력으로 간병서비스를 제공하도록 해야 합니다. 그래야만 간호사의 관리에 의한 간병서비스도 가능해 집니다.

4) 병원이 충분한 간호사 인력을 확보하도록 지원 방안을 마련하라 !

간병은 환자가 입원하여 치료받는 병원내 생활을 지원하는 역할을 하는 보조인력일 뿐, 의료인은 아닙니다. 이같은 점에서 병원에서 충분한 간호사 인력이 확보되지 않는다면, 아무리 간병인의 수를 늘린다고 해서 의료서비스의 질이 개선되지 않습니다.

우리는 환자가 충분한 간호서비스를 받을 권리를 위하여 병원이 간호사 수를 확보하기 위한 정책을 요구합니다. 이와 관련해서는 ① 환자권리를 보장하기 위한 법정간호인력 기준을 재검토하고, ② 일정기간 동안에는 법정기준을 지키지 못하는 병원에 대하여 지원을 통해 간호사 인력을 확보하도록 유인하되, ③ 일정 시기가 지나도 의도적으로 법정 기준을 지키지 않는 병원에 대해서는 불이익을 주도록 해야 합니다.

한편, 조금 다른 차원이지만 간병인이나 간호조무사와 같은 간호보조인력을 통해 간호사 인력을 대체하려는 시도에 대해서는 의료서비스의 질을 저하시키고 환자권리를 침해한다는 점에서 반대한다는 단호한 입장을 밝힙니다. 이는 의료서비스의 질, 환자의 권리를 포기하고 병원이 간호사 인건비용을 줄여 이익을 챙기려는 잘못된 의도이기 때문입니다.

5) 재가 환자를 위한 지역사회 간병서비스를 확충하라 !

암과 같은 장기 투병을 하는 환자들은 병원보다 집에 머무는 기간이 훨씬 깁니다. 그런데 집에서 생활하며 투병을 하는 경우 가족들의 간병부담은 오히려 병원에 입원해 있을 때보다 더욱 큽니다. 이 때문에 환자를 돌볼 가족이 없어 거꾸로 병원에 다시 입원하는 일들도 비일비재합니다.

환자권리의 차원에서 보더라도 긴급하게 집중적인 의료서비스를 받아야 하는 환자가 아니라면 병원이나 집 또는 요양시설 등 어디든 환자가 원하는 곳에서 투병할 수 있도록

환경을 갖추어야 합니다. 이를 위해 재가간병서비스는 필수적입니다.

그런데 현재까지는 희귀난치질환자나 일부 저소득계층(차상위계층)에게만 ‘가사간병도우미 서비스’를 이용할 수 있도록 되어 있습니다. 당연하게도 그 대상이 너무 제한적이어서 많은 환자와 가족들에게는 실제로 이용할 수 없는 서비스가 되고 있습니다.

이와 같은 상황을 개선하여 지역사회 차원에서 재가간병을 제공하는 서비스를 확충하여 누구나 이용할 수 있도록 해야 합니다. 그래야만 간병을 해 줄 가족이 없어서 거꾸로 병원에 다시 입원하는 문제를 해결할 수 있습니다. 이런 사회적 입원을 막아야 건강보험 재정의 차원에서도 효율적일 수 있을 것입니다.

6) 정부는 ‘보호자 없는 병원 실현을 위한 추진단’을 구성하고 2015년 ‘보호자 없는 병원 실현’을 목표로 로드맵을 개발하라 !

‘보호자 없는 병원’은 단기간에 실현할 수 있는 계획이 아닙니다. 이는 우리나라 의료서비스의 질을 개선하는 커다란 과제인 동시에, 그동안 불충분했던 우리나라의 간호서비스를 정상화함으로써 환자권리를 증진시키는 과제입니다. 뿐만 아니라 이와 같은 과제를 통해 사회적으로 일자리도 늘어나고, 국민의 삶의 질을 개선하며, 국민건강보험을 더욱 튼실히 하는 등 여러 차원에서 긍정적인 효과가 기대됩니다.

이런 점에서 우리는 현 정부가 ‘간병서비스의 사회적 해결 - 보호자 없는 병원’ 실현을 중요한 국정과제로 설정할 것을 촉구합니다. 세부적으로는 먼저 정부와 관련 이해 당사자를 모두 모아 범사회적으로 논의하고 준비하는 추진단을 구성해야 합니다.

이와 관련해 볼 때, 정부는 과거 “노인장기요양보장추진기획단”을 구성하여 운영한 경험을 참고할 필요가 있습니다. 2003년 3월 정부는 당시 복지부 차관인 강윤구와 서울대 의대 교수인 김용익을 위원장으로 학계(5명), 대한노인회 등 노인단체대표(6명), 건강보험공단과 심평원, 여성소비자, 시민단체, 연구기관 등 위원장 포함 26명의 추진기획단을 구성했습니다. 뿐만 아니라 산하에 학계와 연구자를 중심으로 4개 전문위원회(제도 및 총괄, 평가 및 판정, 수가 및 급여, 시설 및 인력)를 구성하여 운영했습니다.

물론, 현재에 와서 볼 때 노인장기요양보장제도의 여러 가지 문제가 드러나기는 했지만, 적어도 추진단을 3년 이상 가동하며 제도에 대한 준비를 추진했고, 그 결과 2008년에 제도를 출범시킬 수 있었다는 점에 의미를 두어야 할 것입니다.

이런 점에서 우리는 보건복지부 차관을 위원장으로 하는 (가칭)『보호자 없는 병원 실현을

위한 추진기획단』을 구성하여 운영할 것을 제안하며, 그 추진단에서 중장기적으로 단계적 추진계획을 세워나갈 것을 촉구합니다.

7) 정부는 관련 법률 개정을 추진하고, 2015년 보호자 없는 병원 실현을 위한 정부 예산을 확보하라 !

한편, ‘간병서비스의 사회적 해결 - 보호자 없는 병원’의 실현을 위하여 국민건강보험법, 의료급여법, 의료법 등 관련 법률을 개정하여야 합니다. 이를 통해 간병서비스 제도화, 병원의 간호사 인력 확충, 지역사회 간병서비스 제공 등을 위한 법적 근거를 마련해야 합니다.

이와 아울러 정부는 중장기적으로 이를 추진하기 위하여 안정적인 사업예산을 확보해 국민과 사회적인 신뢰를 만들어가야 할 것입니다. 당장 2011년 보호자 없는 병원을 위한 시범사업 예산이 불투명한 지금의 상황은 정부가 이에 대한 의지가 없음을 스스로 자인하는 꼴이 된다는 점에서 정부가 보다 적극적인 자세를 보일 것을 촉구합니다.

IV. 간병 받을 환자의 권리를 위한 행동을 시작합시다

앞서 언급했던 바와 같이 현재 정부는 ‘간병문제의 사회적 해결 - 보호자 없는 병원의 실현’에 의지를 보이지 않고 있을 뿐만 아니라, 일부 저소득층에게 간병비용을 지원하고 그 외에는 민간의료보험을 활용하는 방식을 구상하는 등 오히려 퇴보하는 정책을 추진하려고 있습니다. 이런 상황에서 자칫 ‘간병의 제도화 - 보호자 없는 병원’ 제도는 방향을 잃고 우리 사회에서 실종될 가능성도 있습니다.

이런 상황을 막고 환자권리를 위한 간병서비스 제도화를 추진하기 위해서는 무엇보다 먼저 우리 환자와 가족들이 나서야 합니다. 힘을 모으고 정부를 향해 요구해야 합니다. 그리고 무엇보다 끝까지 물고 늘어져 반드시 해결하겠다는 의지를 보이는 것이 중요합니다. 이를 위해 다음을 제안합니다.

무엇보다 먼저 모여야 합니다. 환우회를 비롯한 많은 환자단체들이 간병문제에 대해 관심을 갖고 직접 요구하기 위한 행동에 참여하면서 모여야 합니다. 올해 환자권리 주간 행사가 끝난 이후 함께했던 환우회는 물론, 환자와 보호자 분들 모두 모여 간병문제 해결을 위한 힘을 결집시켜야 합니다. 이를 통해 간병문제에 대한 제도적 해결을 달성할 때까지 환자 및 보호자의 힘을 모아 운동을 하는 추진체를 만들어야 합니다. 그래야만 환자권리라는 관점에서 ‘간병문제’가 어떻게 진행되는지 평가하고, 환자권리의 관점에서 입장과 대안을 밝히는 활동을 할 수 있기 때문입니다.

한편, 중장기적인 활동의 목표를 세우고 추진해야겠지만 무엇보다도 2010년 목표를 분명히 해두어야 합니다. ‘간병’문제를 ‘건강보험 비급여화’하겠다는 보건복지부의 입장을 막고 어떻게든 건강보험 서비스로 만들기 위한 법적 근거를 확보해야 하며, 2011년에도 안정적으로 간병문제 해결을 위한 논의와 시범사업이 추진될 수 있도록 예산을 확보하는 것입니다.

이를 위해 최근 시민사회단체의 요구를 받아 민주당의 박은수 의원의 대표발의로 국회에 [국민건강보험법]과 [의료급여법] 개정안이 제출되었습니다. 이 개정안은 보건복지부가 간병서비스를 건강보험 비급여로 만들어 비용 전액을 환자가 부담하도록 하는 것을 막기 위한 목적에서 추진하는 것입니다. 문제는 이 개정안을 올해 국회에 통과시켜야 한다는 것입니다. 그렇지 않으면 복지부는 올해 연말 또는 내년초 간병서비스를 건강보험 비급여로 규정하는 절차를 밟으려 할 것이기 때문입니다.

이런 점에서 무엇보다 이 두 개의 법률안을 통과시키기 위한 활동에 모든 힘을 모아야

합니다. 서명운동, 캠페인, 환자 및 보호자 간담회 등 할 수 있는 모든 일을 해나가야 합니다.

표 1. 간병의 건강보험 급여화를 위한 국민건강보험법 개정안 내용

현 행	개 정 안
제39조(요양급여) ① 가입자 및 피부양자의 질병, 부상, 출산 등에 대하여 다음 각호의 요양급여를 실시한다. 1. 진찰, 검사 2. 약제, 치료재료의 지급 3. 처치, 수술 기타의 치료 4. 예방, 재활 5. 입원 6. 간호 7. 이송	제39조(요양급여) ① 좌동 1. ~ 5. 좌동 6. 간호 및 간병 7. 좌동

※ 의료급여법 제7조(의료급여의 내용) 역시 동일한 내용으로 개정해야 함.

특히 ‘간병서비스’가 국민건강보험의 서비스로 된다는 것이 어떤 의미를 갖는 것인지 환자와 보호자에게 충분히 설명되어야 합니다. 간병서비스가 국민건강보험의 서비스로 되면 현재와 어떻게 달라지는지는 아래의 표를 참고해 주시기 바랍니다.

이제 마무리하겠습니다. ‘간병문제’는 우리 사회의 고령화와 함께 고민하고 대책을 세워야 하는 문제임에도 불구하고 이명박 정부의 의지 부족과 ‘저소득층에게만 지원하는 방식’으로 해결하려는 잘못된 인식으로 인해 해결의 실마리를 찾지 못하고 있습니다. 이런 상황에서 이 문제를 풀어낼 힘은 환자와 보호자들로부터 먼저 만들어져야 합니다.

비록 이런 문제를 해결해 나가면서 긍정적인 결과를 만들기 까지 상당히 오랜 시간이 걸릴 것으로 예상되지만, 이것이 환자권리를 위한 소중한 첫 발걸음이 될 것이라는 희망을 갖고 우리 모두의 뜻과 힘을 모아가야 할 것입니다.

표 2. 간병서비스가 건강보험 서비스가 되면 어떻게 달라지나

구 분	현 재	건강보험 서비스가 되면?
간병료 부담	환자 전액 부담 돈이 없는 환자는 간병서비스 이용 어려움.	건강보험에서 지급 소득수준과 관계없이 기본적인 간병서비스 이용 가능
간병인-환자 관계	간병인 1명이 환자 1명을 돌보는 관계로 환자 비용부담 큼.	간병인 1명이 여러 환자를 돌볼 수 있어 환자 비용부담 적어짐.
간병서비스 제공자	간병소개업체, 간병사, 가족	병원에서 간병서비스 제공
사고발생시 책임	간병사 개인의 책임으로 환자에게 피해 발생	간병서비스를 제공하는 병원의 책임
간병서비스의 질 책임	간병서비스의 질을 병원이 책임지지 않음.	병원이 교육 및 관리하게 되며, 간호사의 지시에 따른 간병서비스 제공으로 질 향상
간병인의 노동조건	하루 12시간, 24시간 연속근무로 살인적 근무조건 → 간병서비스 질 저하	3교대 근무 가능하고 병원이 고용하여 고용 안정 → 간병서비스 질 향상

암환자와 간병에 관하여

최성철(암시민연대 사무국장)

I. 암환자와 간병서비스

간병(看病)은 치료와 회복의 과정에서 혼자 운신이 힘들거나 도움이 필요한 사람에 대한 돌봄이고, 암은 중증질환으로서 간병이 필요한 경우가 굉장히 많습니다. 제가 만나는 대부분의 암환자와 가족들에게 간병에 대해 여쭙보면 대부분 이렇게 대답하십니다.

“힘들지만, 당연히 제가 해야죠.”

이렇게 간병 서비스를 당연히 환자의 가족, 보호자 등 개인이 부담해야 하는 서비스라고 생각하는 이유가 무엇일까요?

간병서비스는 입원서비스에 포함되는 것이고, 당연히 병원에서 제공되어야 한다는 것은 대부분의 선진국에서는 상식처럼 생각되고 있습니다. 그럼에도 불구하고 유독 우리나라의 환자들만 스스로 혹은 다른 사람을 고용해서라도 간병을 하는 것이 당연하다고 생각하는 것은 지금까지 병원을 통해 제공되는 간병 서비스가 거의 없었기 때문입니다. 좁은 보조침대에서 불편한 새우잠을 자면서도 가족이 직접 간병을 하거나, 없는 살림에도 불구하고 간병인을 고용하지라도 않으면, 환자의 원활한 치료와 회복에 필요한 간병서비스가 전혀 제공되지 않았기 때문입니다.

우리나라의 병원은 간병에 관한 부담을 환자에게 전담하면서 직무유기를 하고 있고, 이런 환경에 워낙 오래 노출되다보니 이제는 간병서비스는 당연히 환자와 가족이 부담해야 할 부분이라고 생각하게 되었고, 그것에 대해 문제를 제기하거나 개선을 요구하는 목소리도 거의 없는 상황이 된 것입니다.

II. 간병서비스의 문제점

- 간병은 더 이상 개인의 책임일 수 없습니다.

간병이 환자와 가족이 별 부담 없이 감당할 수 있는 것이라면 별 문제가 없을 수도 있습니다. 감기처럼 짧은 시일 내에 끝날 수 있는 간병은 가장 가까운 사람을 위한 희생과 봉사로 치료와 회복을 더 빠르게 하고, 그로 인해 뿌듯한 보람도 느끼고, 바람직한 관계형성에도 많은 도움을 줄 수 있습니다.

하지만 암과 같은 중증질환에 대한 간병은 심각한 부담이 됩니다. 치료비 부담은 나날이 증가하고, 출산율은 떨어지고, 노인인구는 늘어나고, 개인의 사회활동이 늘어나면서 간병을 전담할 가족 구성원이 점점 부족해지는 오늘의 환경은 개인이 간병을 전담하는 것을 점점 힘들게 합니다.

국립암센터의 조사 결과에 따르면 암환자 가족이 우울을 겪을 확률은 66.8% 이상이며 간병에 관한 문제로 인해 이 확률은 두 배에서 6배까지 증가한다고 합니다.(2003년 국립암센터 이영선, 윤영호). 실제로 환자는 점점 건강해지는데 간병인은 오히려 환자가 되거나 우울증을 비롯한 여러 가지 육체적, 정신적 어려움을 겪는 경우는 굉장히 흔하고 이것은 간병이 더 이상 개인이 온전히 감당하기 힘든 상황에 이른 것을 의미합니다.

- 간병비용이 치료비용보다 큰 상황이 발생합니다.

현재 간병에 필요한 비용은 24시간을 기준으로 평균 60,000원 정도 됩니다. 돈이 많은 사람이라면 별 문제가 없겠지만 대부분의 사람들은 부담을 느끼게 되고, 그래서 실제 간병이 필요한데도 불구하고 간병인이 없는 환자도 많습니다. 1개월 기준으로 1,800,000원 가량의 간병 비용이 필요하고 이는 치료비를 능가하여 배보다 배꼽이 더 큰 상황을 만들고 있습니다.

때문에 생업을 제쳐두고 직접 간병을 해야 하는 경우가 많고, 이로 인해 경제활동을 통한 치료비 마련의 수단이 원천적으로 차단되는 악순환을 낳고 있습니다.

- 간병서비스의 질은 너무나 열악합니다.

많은 암환자들이 친절하고 부지런한 간병인을 만나서 도움을 받길 원하지만 비용을 지불하면서도 불친절하고 게으른 간병인을 만나는 경우가 많아서 속을 썩입니다. 여러 가지 불만들로 간병인의 교체를 요구하거나 각종 피해사례를 신고하는 환자들의 수는 일일이

세기가 힘들만큼 많습니다.

또 중증환자들은 각 질환에 따라 필요한 간병서비스의 종류와 요령이 다 다르기 때문에 전문적인 교육을 통한 질 높은 간병서비스가 필요합니다. 하지만 아직 우리나라에서는 간병과 수발이 거의 구별되지 않는 것이 현실이고, 이로 인해 간병 서비스에 대한 만족도는 상당히 낮습니다.

- 간병으로 인한 사고가 발생하면 대처가 힘듭니다.

더욱이 가끔 발생하는 간병서비스로 인한 의료 사고가 발생할 경우, 환자는 어떤 보상을 받거나 적절한 대처를 하기 힘든 경우가 대부분입니다. 간병인은 병원에 속한 직원이 아니라서 병원의 책임을 물을 수도 없고, 형편이 어려운 분들이 간병서비스에 종사하는 경우가 많아 개인적으로 손해배상을 청구하기도 불가능합니다.

Ⅲ. 바람직한 간병서비스

이런 여러 가지 간병 서비스의 문제점을 해결하는 가장 좋은 방법은 간호서비스와 간병 서비스를 일원화하는 것입니다. 병원이 간호사 인력을 충분히 확보하고, 원래 제공해야 할 입원서비스로서 간병서비스를 제공하면 거의 대부분의 문제들이 해결될 수 있을 것입니다.

하지만 이를 위해서는 충분한 간호 인력의 확보는 물론, 간호사들이 간병을 간호업무로 인식해야 하는데 현실적으로 어려운 점이 많기 때문에 여러 선진국에서도 간호과 간병을 구분하여 서비스를 제공하고 있습니다.

- 간병 서비스는 보편적 복지서비스로서 제공되어야 합니다.

이미 간병 서비스가 개인이 부담하기 힘들만큼 커져가고 있고, 병원이 제공해야 할 의료서비스에 포함되기가 어렵다면, 간병서비스는 복지 서비스로 인식되고 제공되어야 합니다.

국민의 건강권과 행복추구권을 추구하기 위해 필요하며, 인간답게 살 수 있는 물질적, 문화적 조건을 충족시키는 것이 복지의 개념이기 때문이며, 간병 받을 환자의 권리이기도 하기 때문입니다.

- 병원에 의한 간병인 고용, 교육, 관리

현재의 간병서비스는 대부분 유료 직업소개소를 통해 알선되는 형태입니다. 이는 간병서비스가 희생과 봉사를 요구하는 사회적 서비스가 아닌 최대한의 이익을 추구하는 서비스 산업에 속하고 있다는 것을 의미합니다.

따라서 간병인의 고용과 교육, 관리를 모두 병원의 책임으로 해서 사회적 서비스로 제공되어야, 고용을 통해 간병 노동자의 처우를 개선하고, 교육을 통해 서비스의 질을 향상시키고, 관리를 통해 각종 사고에 대한 대처가 가능해집니다.

- 간병 노동자의 처우 개선

간병 서비스의 경우 간병 노동자의 처우가 서비스의 질에 직접적인 영향을 미칩니다. 아직 간병에 대한 인식이 부족한 환자도 많고, 열악한 근무 환경에서 혹사당하는 간병 노동자가 대부분인 상황에서 질 좋은 서비스 제공을 요구하는 것은 억지입니다.

노동자로서의 최소한의 인권이 보장될 수 있도록 하여 충분한 휴식과 재충전을 통해 최상의 서비스를 제공할 수 있도록 하는 노력이 필요합니다.

- 간병서비스의 국민건강보험 적용

간병 서비스가 보편적 복지 서비스로서 누구에게나 제공되어야 할 사회적 서비스이므로, 현재 의료법이 규정하고 있는 간호 행위에 관한 수가를 참고하여 국민건강보험을 적용하고 이를 통해 환자와 가족의 부담을 덜어주는 것이 당연합니다.

물론 시설이나 간병인의 수, 서비스의 질 등을 세밀하게 구분하고 평가하여 그에 따라 수가를 차등화하는 등의 노력도 필요합니다.

- 간병 시설의 확충과 지역별 가정 간병 서비스의 확충

병원에서는 간병에 불편함이 없도록 충분한 시설을 구비해야 하고, 병원이 아닌 가정에서 가족이 직접 환자의 간병을 할 필요가 있을 경우에는, 가족에게 간병비용을 지급하는 것도 필요합니다.

이는 병원보다는 각 환자의 집이 비교적 더 좋은 환경을 제공하여 치료와 회복에 도움이 되는 경우가 많고, 환자와 가족 간의 사랑을 존중하는 효과도 있습니다.

IV. 보호자 없는 병원

복지부는 2007년 5월부터 2008년 6월까지 보호자 없는 병원 시범 사업을 실시했습니다. 시범 사업 이후에도 보호자 없는 병실을 유지하고 있는 병원도 있을 만큼 병원과 환자 모두 만족도가 높았음에도 불구하고, 이후의 예산이 전액 삭감되어 중단의 위기를 맞았습니다.

하지만 여러분들의 노력으로 이번 달부터 2차 시범사업이 진행될 예정입니다. 지난 시범 사업과 달리 여러 가지 문제점이 있어 우려가 되지만 제도의 직접적 수혜자로서 부족한 점을 보완하고, 원래의 취지를 살릴 수 있는 제도로 만들기 위해 노력해야 할 것입니다. 더 이상 보편적 복지 서비스로서의 사회적 의무를 개인에게 떠넘기지 않고, 최소한의 사회안전망을 구축할 수 있도록 여기 계신 분들을 비롯한 전 국민들의 노력이 필요한 시점입니다.

“간병인이 행복해야 환자가 행복합니다!!”

- 좋은 간병을 받을 환자권리를 위해 필요한 것 -

석 명 옥

(사단법인 보건복지자원연구원

부설 무료소개소 희망간병 대구지부장)

간병제도화가 눈 앞에 보이는 시점에서 간병인들의 목소리를 모으고 대변하기 위해 대구 지역의 병원을 다녀보았습니다. 그러면서 지금껏 병원에서도 ‘유령’처럼 일해왔던 간병인들이 보건복지부의 <간병서비스 제도화> 방침 이후에 “간병서비스가 어떻게 제도화될지?”, “같은 병원에서만 십 수년 째 일해 왔는데 내 일자리와 근무조건은 어떻게 될지?”에 대한 많은 관심을 가지고 있다는 것을 확인했습니다. 간병인들이 목소리를 듣지 않고 진행되는 시범사업 등 제도화 과정에 대한 우려도 확인했습니다.

환자를 위한 좋은 간병을 제공해야 할 간병인의 입장에서도 본 심포지엄 1부 발표문에 담긴 간병제도화를 위한 핵심과제와 세부 요구사항에 대해 적극 동의합니다. 다만 실제 간병서비스를 제공할 간병인의 입장에서 강조하고 싶은 몇 가지만 더 말씀드리고자 합니다.

■ 환자에게 좋은 간병서비스를 제공하기 어려운 몇 가지 점

1. 발표문에 나와 있다시피 간병서비스는 수술 등 입원환자에게 제공되는 필수적인 의료서비스의 하나입니다. 또한 병원 간호인력이 부족한 조건에서 간병인이나 보호자가 간호행위의 일부(수분섭취량 및 배설량 측정, 혈압측정, 관급식, 흡인 등)까지 담당하는 것도 엄연한 현실입니다.

하지만 그동안 간병은 비공식적 영역에 머물러 있었기에 정부도 병원도 간병 받을 환자권리와 간병인의 노동권에 대한 아무런 관심과 책임을 지지 않고 있습니다. 더구나 간병 중에 발생하는 의료사고에 대해서도 병원은 간병인에게만 책임을 전가하면서 궁극적으로

환자와 가족에게 씻을 수 없는 고통을 안기기도 했습니다.

2. 간병이 비공식적 영역에 머물면서 간병인은 간병료를 받고 생활을 하는 엄연한 ‘근로자’임에도 불구하고 정부의 “근로자가 아니다”는 말 한마디로 근로기준법과 최저임금법이 적용되지 않으며, 5대 보험조차 가입할 수 없었습니다.

근로기준법이 적용되지 않으면서 가장 큰 문제점은 하루 24시간씩 주 6일 동안 연속근무하는 것입니다. 근기법상 법정 근로시간인 주 40시간의 세 배가 넘는 주 144시간의 간병일을 수술환자가 많은 종합병원의 특성상 환자의 상태에 따라 새벽에 잠 한 숨 못 붙이면서 하는 경우도 많습니다.

이러한 상황에서 24시간, 주 6일 연속근무를 하는 간병인들은 일상적인 피로와 집중력 저하, 안구건조증, 면역체계 약화, 병원내 유해환경에의 노출 등으로 환자에게 좋은 간병서비스를 제공하기가 불가능할 수 밖에 없습니다.

대구지역의 경우 이러한 장시간 간병노동이 오히려 환자에게 도움이 안 된다는 공감대가 있어서 병원 간호부의 요구로 간병을 24시간 맞교대로 하고 있으나, 여전히 근본적인 해결은 되고 있지 않습니다.

3. 대부분의 간병인들은 유료소개소를 통해 병원에서 간병을 하고 있으며, 전국적으로 등록된 유료소개소가 4,618개(자활정보센터 2005년 자료)입니다. 이들 유료소개소는 대부분 직업안정법상 규정된 법정 소개요금(현재 35,000원)을 넘는 5~7만원을 월회비로 징수하고 있습니다. 저희가 2008년 대구지역을 조사한 바 수많은 유료소개소는 월회비에 관한 법위반과 함께 입회비, 교육비 등 각종 명목으로 비용 부담을 시키고 있습니다. 그러나 정부는 유료소개소의 불법적인 중간착취에 대해서도 사실상 눈을 감고 있으며, 오히려 <고용서비스 선진화 방안>이라는 명목으로 유료 직업소개업을 활성화시키려 하고 있습니다.

4. 주 6일 연속근무를 하는 간병인들에게는 병원은 업무공간이기도 하지만 먹고 자는 생활 공간이 될 수 밖에 없습니다. 그러나 병원 내에는 탈의실, 휴게실, 샤워실 등 간병인을 위한 아무런 편의시설이 갖춰져 있지 않습니다. 매일 가운 등을 갈아 입을 때 입원실 구석이나 화장실을 이용하고, 심지어는 한여름에 밤에나마 눈치 보면서 샤워를 하려하면 물소리 때문에 시끄러워서 잠을 못 자겠다는 항의를 들어야 합니다. 환자 곁을 한 시도 떠날 수가 없어서 그나마 입원실이나 배선실 창가에서 서서 밥을 먹는 것이 다반사입니다.

또한 일주일치 짐도 입원실 구석에 환자들 눈치를 보면서 보관하곤 합니다.

제대로 쉴 수 없고, 씻기조차 어려운 조건이라서 간병인은 병원내 감염에 쉽게 노출 될 수 밖에 없으며, 이는 환자에 대한 2차 감염으로 이어질 수도 있습니다.

■ 환자에게 좋은 간병서비스를 제공하기 위해 필요한 몇 가지 점

그동안 방치되어 왔던 간병문제가 제도화가 되면 모든 게 해결될 것 처럼 여겨지기도 합니다. 살인적이라고 표현할 수 밖에 없는 24시간 주 6일 연속근무는 없어질 수 있겠지만 복지부가 추진하는 방향인 “건강보험 비급여화”로 제도화된다면 환자의 비용부담은 고스란히 남게 되고, 저렴한 간병료를 이유로 한 간병인에 대한 저임금과 장시간 노동의 문제는 여전히 남게 될 것입니다.

환자에게 좋은 간병서비스를 제공하기 위해서는 우선적으로 간병인이 안정되고 좋은 노동조건이 보장되어야 합니다. 이를 위해서는 최우선적으로 다음의 두 가지가 전제되어야 할 것입니다.

1. 병원이 직접 고용한 인력을 통한 간병서비스 제공

종합병원에 근무 중인 대부분의 간병인은 오랜 간병경력을 통해 환자에게나 병원에게나 꼭 필요한 존재로 인정받고 있습니다. 숙련된 간병인을 병원의 공식적인 의료체계 포함시키는 것이 환자권리를 위한 첫 출발일 것입니다.

현재 정부는 간병제도화를 하면서 간병인력을 파견업체를 통해서 공급하고자 하고 있습니다. 현재 진행중인 시범사업에서도 간병인 직접고용을 원칙으로 하고 파견을 예외적으로 허용한다고 하면서도 실제로는 직접고용을 유도하는 어떠한 인센티브(추가 재정지원 등)도 없고, 최소한 직영과 파견을 상호비교할 수 있도록 국공립병원에서나마 직접고용을 시행하지 않고 있습니다.

간병인이 파견업체를 통해 일하게 된다면 ‘파견근로자보호등에관한법률’에 의해 2년 마다 주기적인 대량해고 사태가 벌어질 수 밖에 없습니다. 병원은 2년 이상 근무자에 대한 직접고용 간주조항을 피하기 위해서 파견된 간병인들에 대한 교체를 요구할 것이기 때문입니다. 이 와중에서 벌어질 노사간의 갈등, 숙련된 간병인들의 퇴출, 고용불안으로 인한 간병업무의 저하, 파견업체의 중간착취로 인한 저임금 등의 피해는 고스란히 환자에게 돌아

갈 수도 있습니다.

가장 큰 문제는 병원이 직접 고용한 인력을 통해 간병을 제공하지 않으면 간호부의 업무 지시와 관리책임이 불투명해 질 수 있다는 것입니다. 물론 파견법상 병원이 사용자로서 관리권한과 책임이 있다고 하지만 구체적인 업무에 있어서 병원 간호사와 파견업체 간병인간의 간병 실무교육과 업무협조가 제대로 이뤄지지 않을 가능성도 배제할 수 없습니다. 의료사고에 대한 병원의 책임을 파견업체와 간병인에게로 떠넘길 수도 있다는 것입니다.

기존의 유료소개소들이 설립할 가능성이 높은 간병 파견업체들은 몇몇 대형파견업체 외에는 규모가 영세할 수 밖에 없어서 의료사고에 대한 책임을 질 수 없습니다. 뿐만 아니라 의료사고에 대한 궁극적 책임은 그것이 수술로 인한 것이던 간병으로 인한 것이던 병원이 질 수 밖에 없습니다. 그러나 의료사고의 책임소재를 둘러싼 분쟁에 파견업체의 잘못된 지휘·감독의 문제까지 포함된다면 소송 등으로 인한 사회적 비용과 환자 및 가족에 대한 고통은 더해질 수 밖에 없을 것입니다.

입원환자에 대한 필수적 서비스의 일환인 간병서비스가 누구의 책임하에 제공되는가 하는 문제는 환자권리의 관점에서 가장 핵심적인 것입니다.

2. 정상적인 노동력 재생산이 가능한 노동조건의 확보

환자에게 안심할 수 있는 좋은 간병서비스가 제공되는 ‘보호자 없는 병원’을 하고자 한다면 간병인에게 교대근무를 할 수 있는 기본적인 노동조건이 보장되어야 합니다. 종합병원의 간호부 직원들의 경우 일반적으로 3교대 근무와 주 40시간제가 보장되어 있습니다. 그럼에도 불구하고 간호인력 부족 등으로 노동강도가 매우 높은 것으로 알려져 있습니다. ‘보호자 없는 병원’을 통해 일대일 간병이 아닌 공동간병이 정착된다면 간병인들의 노동강도도 간호부 직원 수준으로 높아질 것이 분명합니다.

현재 시범사업을 실시하고 있는 병원 대부분은 공동간병을 하면서도 12시간 맞교대를 기본으로 하고 있습니다. 건보공단 직영의 일산병원만이 8시간 3교대를 실시하고 있습니다. 시범사업은 파견업체별로 최고로 숙련된 간병인들을 엄선하여 7개월 동안 한시적으로 진행하고 있어서 12시간 맞교대를 하더라도 의료사고 등 업무상 큰 문제점이 드러나지 않을지도 모르겠습니다. 그러나 시범사업 이후 간병업무가 실제 12시간 또는 24시간 맞교대로 제도화된다면 노동강도 강화는 물론 교대제 형태가 다른 간호부 직원들과의 업무상

소통의 어려움의 문제가 발생할 수 있습니다.

또 한 가지 문제는 8시간 3교대제로 제도화된다고 하더라도 연차휴가, 생리휴가 등 쉴 수 있는 권리와 함께 기본적인 임금 수준이 보장되어야 한다는 것입니다. 현재의 시범사업처럼 최저임금(시간급 4,110원)을 기준으로 임금을 지급한다면 월 100만원 수준을 밑돌 것이며, 12시간 맞교대나 24시간 맞교대를 강요당할 수 밖에 없습니다.

■ 마무리하며

간병서비스는 무엇보다도 환자의 부담만이 아닌 전국민 차원의 사회적인 부담이 되어야 하며, 입원 환자는 누구라도 평등하게 제공받아야 한다는데 적극 동의합니다. 21일간 입원 환자의 진료비가 비급여항목을 포함해서 1,984,130원인데 21일간의 간병료 명목으로 별도로 1,365,000원을 추가 부담해야 하는 것이 일반적인 상황입니다. 최소한 환자도 가족도 부담없이 병원을 이용하려면 간병이 건강보험으로 해결해야 하는 것이 기본전제일 것입니다.

또한 간병인이 기본적인 노동조건과 임금이 보장되는 병원의 직원으로써 간호사와의 업무지시와 협조 속에서 책임있게 환자간병을 제공하는 것도 “간병 받을 환자권리”를 위한 또 하나의 전제일 것입니다.

저희 간병인 당사자는 이후 환자단체와의 긴밀한 소통 속에서 “올바른 간병제도화”를 만들어 가는 동지이기를 희망합니다.

재가간병 제도화와 지역사회 장기요양보호체계 구축방안

양 봉 석
중앙가사간병교육센터 소장

1. ‘암’등‘중증·희귀난치성 질환자의 욕구 및 문제점¹⁾

○ 중증·희귀난치성 질환으로 장기적인 치료가 필요한 환자와 가족의 3가지 주요 욕구는 『투병지원』, 『의료지원』, 『의료비지원』인데 이 중에서 특히, 『투병지원서비스』가 취약한 실정으로 전적으로 환자와 가족의 부담이 되고 있음.

<p>투병지원 서비스</p>	<ul style="list-style-type: none"> 중증·희귀난치성 질환으로 장기적인 치료가 필요한 환자와 가족을 위한 가사도우미, 간병도우미, 이동도우미, 정서지원 프로그램 제공, 정보제공 등 <p>저소득층, 노인, 장애인 등은 이용 가능한 서비스가 많지만 ‘암’과 같은 중증 장기 환자인 경우 이용할 수 없는 경우가 많음)</p>
<p>의료 서비스</p>	<p>병원, 약국 등</p>
<p>의료비지원 서비스</p>	<p>건강보험, 의료급여, 민간보험 등</p>

〈그림 1〉 장기치료환자 및 가족 지원체계



1) 환자복지센터 자료 재인용

○ ‘암’ 등 중증 장기치료 환자는 대부분의 시간을 재가에서 가족부담으로 투병하고 있음

‘암’ 등 중증장기치료 환자는 대부분 병원에 입원해 있는 것으로 알고 있지만, 사실상 그렇지 않고, 병원에서의 최장 입원일이 90일 정도로 그 외에는 퇴원해서 통원치료 받으며 가정에서 투병



사실상 가족 부담

○ 장기 치료 환자에게「퇴원 후 자가치료 단계」에서 환자와 가족의 부담이 커짐

- 「진단 등 초기단계」와 「입원 치료단계」는 병원과 의사가 중요한 역할을 담당하지만, 기간이 짧음
- 「퇴원 후 자가 치료단계」가 기간이 가장 길며, 따라서 가족부담이 커짐
- 중산층의 경우에도 간병비 부담이 크고 이러한 간병비 부담 때문에 직장을 그만두는 경우도 많아서 장기간 투병의 경우 빈곤층으로 전락할 가능성이 높음.

<표 1> 투병시기별 구분에 따른 환자 및 가족의 요구와 서비스 제공

구 분	진단 등 초기단계	입원 치료단계	퇴원 후 자가 치료단계
환자 및 가족의 요구	<ul style="list-style-type: none"> - 질병에 대한 정보 - 의료이용 정보 - 생명보험 이용 - 동일질환자 정보 	<ul style="list-style-type: none"> - 입원 준비 정보 - 건강보험 관련 정보 - 간병이용, 가사도우미 - 의료비 지원 - 환자투병 시 주의사항 - 환자-의사관계 - 병원 생활 	<ul style="list-style-type: none"> - 외래이용 시 동행 - 환자투병 정보 - 가족의 간병교육 - 주의사항 등
목표	<p>질병 및 의료이용 등 필요한 정보를 제공하고 본격적인 투병에 돌입할 수 있도록 실질적, 심리적 준비를 갖추도록 함</p>	<p>입원을 통한 집중적 치료의시기로, 환자에게는 의사와의 관계와 치료과정에 집중할 수 있도록 도우며, 가족에게는 부담을 줄일 수 있도록 가사 및 간병, 의료비 등 정보를 제공하고 활용하도록 함</p>	<p>심리적으로 안정된 상태에서 장기적 치료에 임할 수 있도록 환자와 가족의 환경을 만들어야 함. 이를 위한 정보 및 필요 서비스가 제공되어야 함</p>
필요 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 정보제공 (질병, 의료이용) - 동일질환자 모임 안내 - 생명보험 이용 안내 - 병원 이용 안내 	<ul style="list-style-type: none"> - 입원일기 제공 - 건강보험 교육 - 간병서비스 이용 안내 - 가사도우미 이용 안내 - 의료비 지원사업 안내 - 병원이용 안내 - 환자-의사관계 교육 - 말벗 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> - 환자 동행서비스 - 심리프로그램 안내 - 치유프로그램 안내 - 기초간병교육 - 투병환자 교육

2. 대상 및 간병필요도²⁾

- 19세에서 64세사이의 연령으로 모든 질환 및 부상에 해당하면서 건강상태기준을 충족하는 대상자 규모를 산출해보면, 기초생활수급권자 64,021명, 차상위 계층까지의 누적인원 90,415명, 차차상위 계층까지의 누적인원은 151,323명으로 집계됨
- 간병인이 필요하지만 간병인 서비스를 이용하고 있다고 응답한 사람은 15.9%, 유료 간병인을 이용할 경우 일일 서비스 이용시간은 평균 10.1시간에 불과하였다. 간병인이 필요하다는 사람들 중 유료 간병인 서비스를 이용하지 않는 경우 그 이유에 대해 분석해 본 결과, 89.2%가 ‘비용이 부담이 되어서’라고 응답하였다. 당연한 결과로 간병비 지원 필요성에 대한 인식을 분석해본 결과, 10점 만점에 평균 7.5점으로 높게 나타났음. 정보제공 이외의 실질적 서비스 제공은 없음.
- 경험적 근거
 - 2004년 건강세상네트워크가 암 환자들을 대상으로 간병실태 조사를 실시한 결과

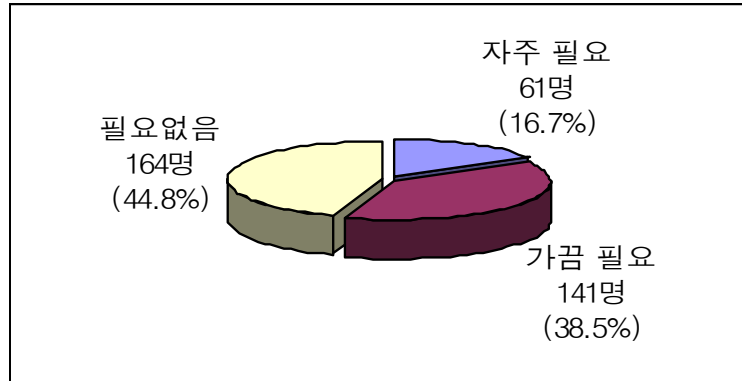
〈표 2〉 암 환자들을 대상으로 간병실태 조사

대구분	구분	응답자(명)	비율(%)
퇴원 후 집에서...	주로 혼자임	145	39.6
	가족과 함께 있음	221	60.4
퇴원 후 통증, 생활곤란 등 경험	있음	254	69.4
	없음	112	30.6
외래진료 시 동행자	없음	70	19.1
	있음	296	80.9
계		366	100.0

- ① 입원 시 암 환자의 89.3%가 간병인의 도움 없이 가족들이 간병을 담당
환자 입원 시 간병에 참여하는 가족·친지의 수는 평균 2.9명으로 약 3명꼴
- ② 퇴원 후 약 39.6%가 집에서 주로 혼자 지내며 10명중 7명(69.4%)은 통증이나 응급 상황을 비롯한 생활상 곤란함을 경험했다고 응답
- ③ 퇴원한 이후에도 외래 통원치료를 받기 위해 병원에 갈 경우 동행자가 없었다는 응답도 10명중 2명(19.1%)꼴이었으며, 아래의 그림에서 보는 바와 같이 만일 외래 동행봉사서비스가 있다면 55.2%가 ‘가끔’ 또는 ‘자주’ 필요할 것이라고 응답

2) ‘가사간병방문도우미사업의 주요대상 합리적 조정에 관한 연구’ 보고서, 중앙가사간병교육센터

〈그림 2〉 퇴원 후 외래진료 시 동행 봉사서비스 필요 정도



3. 재가 간병 제도화의 필요성과 방안

○ ‘암’ 등 중증, 희귀난치성질환자 지원제도 실태

- 노인장기요양보험은 65세 이상 노인이나 노인성질환자로 대상이 제한됨
- 사회서비스 전자바우처 사업은 노인, 1급장애인, 산모 등 특정 대상별로서비스가 제공됨
- 2010년부터 사회서비스전자바우처 사업으로 편입된 가사·간병방문서비스가 유일하게 중증질환자에게 서비스를 제공하고 있으나 장애인, 소년소녀가장 등과 함께 제공되며 그나마 차상까지만 해당되는 데다가 시간도 월 최대 36시간에 불과함
- 서울에는 사회복지관, 사회복지 서비스가 많으나 장기치료 환자의 특성을 고려한 서비스 는 없음

○ 재가 간병 제도화 방안

- 현재 노인 대상의 장기요양보험이 제도화되어있고 장애인 대상의 장애인 장기요양 제도가 시범사업 진행하고 있음
- 재가간병을 별도로 제도화 하기보다는 독일처럼 노인장기요양보험을 확대하는 방안이 유력해보임
- 제도화 이전까지는 현행 가사·간병방문서비스 대상을 확대하고 가사·간병서비스 재원과 인프라, 실시경험을 제도로 포괄하면 제도화에 접근하기가 용이할 것으로 판단됨

4. 지역사회 장기요양 보호체계 구축 방안

○ 장기요양보호의 전달체계와 공급유형

- 에스핑 안데르센(Esping-Andersen)에 의한 복지국가 유형화-자유주의, 보수(조합주의), 시민주의는 사회서비스 전달체계 모형에도 유용한 기준을 제공한다.
- 일본과 한국은 자유주의 시장 강화형 미국 모형에 해당

〈표 3〉 사회서비스공사 분담(공공/민간)유형

		미국 (시장강화형)	독일 (제3섹터주도형)	스웨덴 (국가주도형)
생 산 공 급	공사분담부문	비영리와 영리기관	(제3섹터주도	공공부문주도
	시장(영리)부문	큼	작음	제한적
	제3섹터(비영리)	큼	주도적	작음
	국가(공공)부문	작음	작음	주도적
재 정	민간재정지원방식	서비스구매	위탁계약	공공직접운영.보조
	공공부문의 비중	중간-낮음	높음	높음
민영화의 방향		영리부문공급확대 수혜자부담증가 국가재정지원축소	영리부문진입 전달체계의시장화 국가재정지원유지	비영리공급증가 공급자간경쟁도입 국가재정지원유지
전반적인 공공책임성		낮음	높음	높음

자료 : 김진욱 2008 : 198.

○ 한국 장기요양보호(돌봄 사회서비스) 제도와 시장의 특성

시장화 전략에 의해 형성된 Semi-Market

1) 시장화 전략

- 정부는 한국의 사회서비스 부문 고용비중이 세계적 수준에서 매우 낮은 것을 확인. 2006년 기준으로 사회서비스 공급인력 부족규모를 약 80만명으로 진단. 이에 2010년까지 40만 명이 민간시장에서 자생적으로 공급될 것으로 전망. '시장 활성화를 통한 민간시장

공급에 중점'을 두는 사회서비스 확충을 위한 기본 전략을 세움.

※ 공급 장애요인 해소 방안 : 구매력 보전(바우처 도입), 공급원활화를 위한 각종 규제 완화·철폐, 공급인력 양성·자격 관리체계 정비 추진, 사회적 기업 육성을 위한 법적·제도적 기반을 마련

2) Semi-Market

(1) 바우처나 장기요양 급여로 서비스 공급시장을 만들어 내는 시스템

- 서비스 이용자의 선택권을 보장하고 복수제공기관을 지정하되 영리기업까지 문호를 개방하여 경쟁체제를 만드는 것
- 비용도 일정액의 본인부담금을 지불하는 서비스 수요자가 특정한 서비스 제공기관에서 서비스를 구매할 때 정부가 서비스 이용요금을 지불하고 공급기관은 서비스료 수입으로 운영경비와 수익까지 충당하는 시스템

(2) 돌봄사회서비스 시장의 성격

- 일반 시중상품(재화나 서비스)은 수요와 공급의 법칙 하에 서비스의 내용(품질포함)이나 가격이 결정되는 완전한 자유시장을 의미
- 돌봄사회서비스 시장은 수요와 공급은 있지만 서비스의 가격이 『공정가격』이거나 서비스 이용에 대하여 『이용한도』가 정해져 있는 등, 『시장』에 의한 가격 결정이 이루어지지 않는 소위 『준시장』이라고 할 수 있음

3) 노인장기요양보험제도 시행상의 문제점

(1) 장기요양기관 설치기준 탈규제화의 심각성

재가기관 이용자수는 2009년 5월 138,811명, 그러나 전체 재가기관은 13,815개소로 단순 수치지배를 한다면 1개소 당 10.8명에 해당하는 이용자를 담당. 즉 수요의 증가를 전혀 반영하지 않은 재가기관의 난립은 공급과잉의 문제를 야기하고 있고, 이는 서비스 질의 하락에 매우 직접적인 영향을 미치고 있음

㉠ 장기요양기관 간 과다경쟁 유발

평균 10여명 내외의 이용자로는 재가시설을 운영하기 어려움. 요양기관의 경쟁이 제공되는 서비스의 수준이나 차이로부터 촉발되기 전에 절대적인 이용자, 즉 수요의 제한으로부터 발생하기 때문에 시장에서 이용자 확보를 위한 부당한 행위에 준하는 경쟁만이 유발되고 있음

㉞ 장기요양기관 부당행위 사례 현황

가장 빈번한 장기요양기관에서의 부적절한 행위는 ‘이용자 확보를 위한 다양한 편법 활용(가족 및 요양보호사까지 동원)’으로 전체 응답자 중 90%이상이 경험한 것으로 나타남. 장기요양기관의 부당행위는 예상했던 수준을 상회했고, 경쟁을 벌여 다양한 부당행위가 전반적으로 진행되고 있음.

<표 4> 장기요양기관에서 발생하는 부당행위 사례에 대한 경험 현황

	빈도	유효 %	사례별 %
본인부담금 면제 또는 요양보호사에게 전가	642	20.1%	88.7%
제공되지 않은 서비스 또는 제공시간 조작을 통한 급여청구	629	19.7%	86.9%
기관, 요양보호사, 이용자의 합의하에 가상으로 급여청구	434	13.6%	59.9%
이용자 확보를 위한 불법 마케팅	527	16.4%	72.8%
시설의 경우, 적정수준의 종사자 배치하지 않아 이용자방치	308	9.6%	42.4%
이용자 확보를 위한 다양한 편법 활용	659	20.6%	91.0%
전체	3199	100.0%	441.7

자료 : 장기요양기관 부당청구 6,662건. 15억 8,300만원 적발. 건강보험공단.2009

(2) 노인장기요양보험 이용자 관련 문제

㉞ 서비스 통제기능 상실

- 지자체와 공단은 인력 및 제도 설계의 한계로 인해 서비스에 대해 매우 형식적으로 감시·감독을 수행. 등급판정위원회는 비상설 기구이고 한 번 위원회가 모이게 되면 평균 120케이스 정도를 결정해야 하므로 매우 형식적이라는 비판과 더불어 실효성을 강화해야한다는 지적.

㉞ 불법마케팅에 의한 왜곡된 선택

- 대부분 사전에 기관으로부터 인정조사와 관련된 도움을 받았거나 비공시적 관계를 통해 선택권을 활용. 그중에는 금품을 받기도 하고 본인부담금을 면제받기도 한다. 그러므로 이러한 소비자의 선택권은 향후 해당 소비자의 서비스 향상과의 연관성이 낮다고 평가됨.

㉔ 공급기관 이해중심의 편중된 서비스와 자원낭비

- 이용자의 욕구보다는 요양기관의 욕구가 우선, 요양기관에서는 이용자에 대한 각각의 서비스 계획을 세우고 전체 서비스 질 향상을 위해 노력하기보다는 최대 급여 발생을 위해 서비스를 제공. 그러므로 이용자의 욕구에 필요한 서비스가 제공되지 않고 급여비용 중심으로 제공되기 때문에 복지용구의 낭비문제가 심각하게 지적.

㉕ 지역사회 관련주체간 네트워크 단절로 케어매니지먼트 시스템 불능

- 또한 지역사회 내에서 기관 간에 서로 필요한 부분을 공유하고 협력해야 함에도 이용자를 뺏길까봐 철저하게 단절하고 폐쇄적으로 서비스를 운용. 그러므로 방문간호가 필요한 이용자가 발생해도 다른 기관에 이용자를 뺏길까봐 적시에 서비스가 제공되고 있지 못하다. 이러한 현상은 기관의 생존이 이용자의 욕구보다 우선시되는 경향이 그대로 반영된 것

㉖ 왜곡된 공급구조로 인한 서비스 질 저하와 인간소외

- 돌봄서비스는 휴먼서비스로서 사람과 사람간에 장기간에 걸쳐 관계형성이 이루어지면서 제공되는 감정노동. 따라서 돌봄노동자의 소양과 태도가 서비스의 질을 결정하는 가장 중요한 요인임. 부당한 대우는 물론 특히 성희롱은 돌봄노동자들에게 엄청난 스트레스를 발생시키며 자존감을 극도로 저하시키는 원인이 됨. 이러한 문제는 그 영향이 확산되는데 이용자 모두에 대한 부정적 인식과 적대감으로까지 이어질 수 있고 정상적인 서비스를 제공할 수 없게 되어 서비스 질이 나빠질 수 밖에 없음. 돌봄노동자 대한 왜곡된 인식과 성희롱은 이용자 본인의 서비스 질과 인간소외 문제로 이어져 이 또한 삶의 질을 떨어뜨림.

(3) 노인장기요양보험제도 케어매니지먼트 체계 개혁방향

① 시장화 전략에 의한 탈규제화의 문제 총괄

- 기관의 생존이 이용자의 욕구보다 우선시되는 경향이 그대로 반영된 것이며 수익을 목적으로 하는 기관이 시장의 절반이상을 차지하는 이상 민간 요양기관의 수익지향성이 바뀌기는 쉽지 않을 것임.

② 총괄적 서비스 관리와 최적의 서비스 달성을 위한 개혁 방향³⁾

- 보건, 의료, 복지, 영양의 기능이 통합된 노인장기요양보험 제도로서의 전망과 제도화
- 지자체별 공적 사례관리 전담 기구 창설 및 수익을 목적으로 하지 않는 공적공급기관의 확충
- 「지역장기요양센터」: 지역의 장기요양 서비스 수요 및 공급 계획 및 조정, 실질적인 이용자 중심 서비스 계획 설계, 기관연계, 사례관리, 영양보호사 교육 및 재교육 담당, 예방사업 및 노인복지사업연계

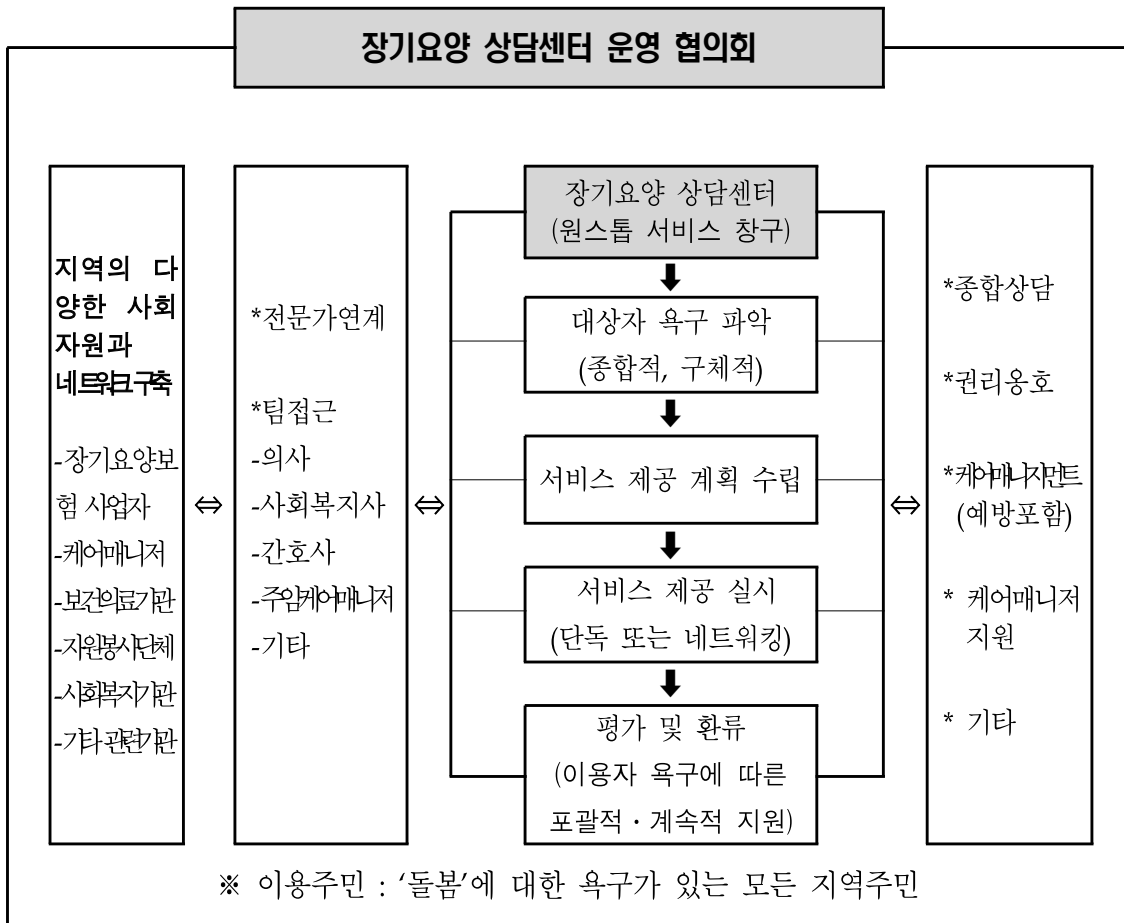
- 각 시군구에 ‘지역장기요양센터’를 설립하여 시군구에 필요한 영양의 수요를 파악하고 공급수준을 결정하여 과잉 공급된 기관이나 영양보호사의 문제를 해소해야 한다.
- 또한, 기관의 욕구가 아니라 이용자의 욕구 중심으로 서비스를 수립하고 기관에 연계한 후 사후적인 사례관리까지 총체적인 연계구조망으로써의 기능을 수행할 수 있다. 독일의 경우도 사례관리에 대한 필요성이 제기되면서 올해부터 각 지역단위로 ‘장기요양지원센터’를 설립해서 운영하고 있다. 한국의 제도에서도 민간기구에 대한 의존도가 높아 서비스에 대한 종합적인 사례관리가 불가능한 상황에서 이와 같은 기구의 설치는 반드시 실현되어야 한다.
- 또한, ‘지역장기요양센터’의 주요 기능인 통합사례관리에서는 예방적 접근을 전담해서 등급외 판정자에 대한 노인복지사업으로 연계를 활성화함으로써 등급외자에 대한 집중적 관리도 실현되어야 한다. 등급외자에 대한 관리는 장기적으로 영양등급 판정자의 수를 감소시킬 수 있고 노인들의 건강한 노년을 달성시킬 수 있는 매우 중요한 지역사회 기능을 수행하게 될 것이다.
- 또한 이 기구는 장기적으로 지역사회 사회서비스 통합센터로의 전망을 가지면서 돌봄서비스에 대한 종합적인 설계와 지원이 가능할 수 있도록 하는데 선구자적 역할을 수행하게 될 것이다.

3) 공공연구소 제갈현숙박사의 제안, 노동시민사회에서 원론적이고 지속적으로 제기되고 있는 개혁방안임

(4) 대안 모델로서 돌봄 서비스 조직의 지역사회 장기요양 보호체계 구축

『장기요양상담센터』를 중심으로한 통합적·지속적 케어매니지먼트 모델4)

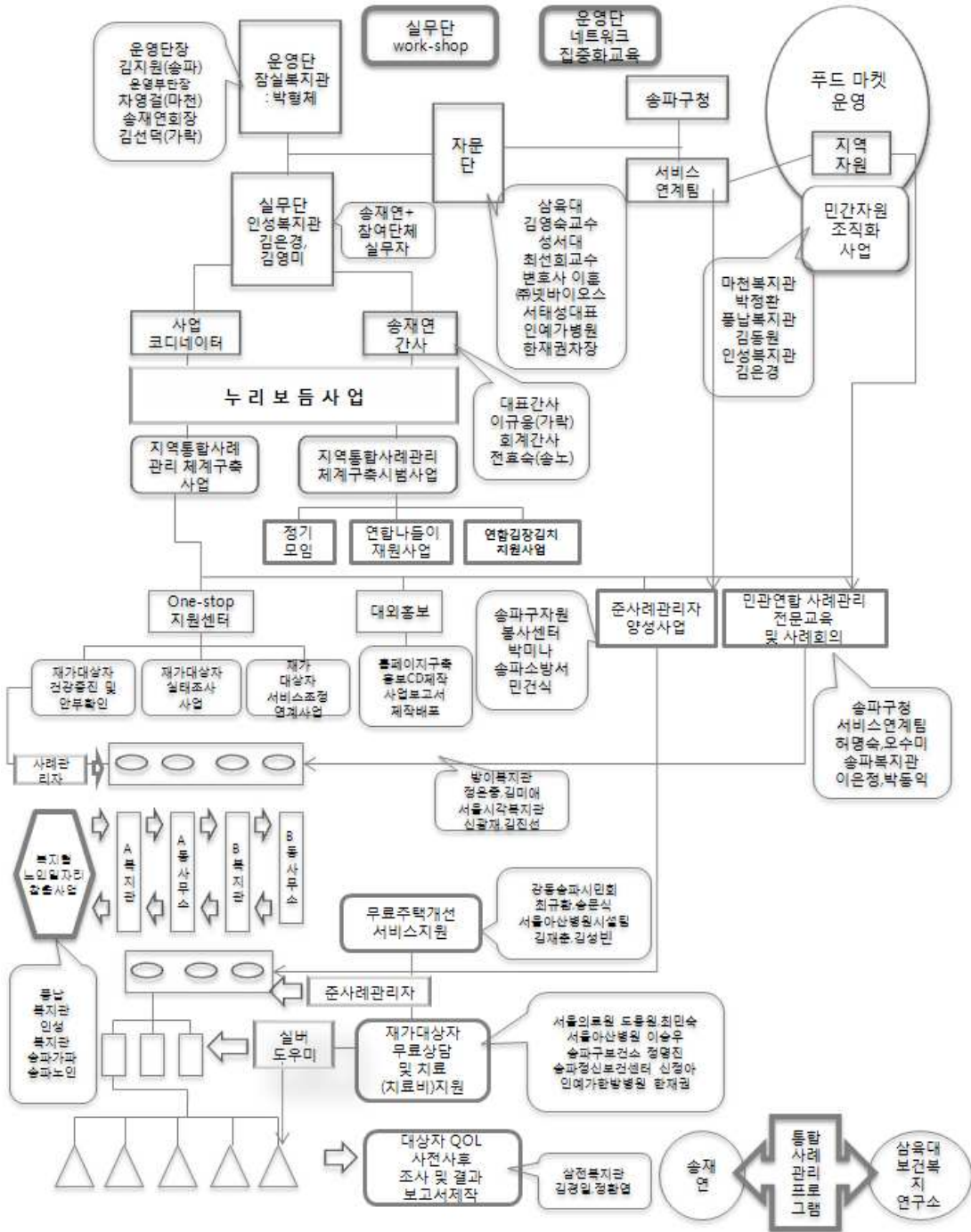
- 생활권역에서 지역포괄케어를 유효하게 작용하도록 하기 위해, 의료관련전문가, 케어매니저, 사회복지사 등의 전문 직종을 배치하여, 다 직종이 힘을 합쳐 전문지식과 기능을 살려가면서 지역에서의 각종 서비스와 주민활동을 연결시켜 지역의 네트워크를 구축하거나 재생하는 것을 최우선으로 하면서 개별 서비스의 코디네이터를 진행하는 지역의 중심기관
- 어떠한 서비스를 이용하면 좋을지 모르는 주민에 대해 한곳에서 상담에서 서비스의 조정에 이르기까지 전 기능을 발휘하는 이른바 원스톱(One-Stop) 서비스의 거점으로서 기능, 지역에서의 문제해결 시스템



4) 구체적인 운영매뉴얼은 케어매니저 양성교육 방안 연구보고서(2008, 중앙가사간병교육센터) 참조

5. 서울시 송파구의 통합 사례관리 네트워크 구축 사례

【서울시 송파구 통합사례관리 네트워크 조직과 기능도】



[보호자 없는 병원 실현]에 관하여

정 영 진
인도주의실천의사협의회 사무처장

제3회 환자권리주간행사에서 [간병받을 환자권리, 보호자 없는 병원 실현으로]라는 주제로 환자권리심포지움을 개최하게 된 것을 축하합니다. 현재 진료를 담당하고 있는 의사로서 병원내에 드물지 않게 만나게 되는 간병인들을 보면서 이러한 부분에 대해 깊이 있는 고민을 하지 못한 것에 대해 한편으로 부끄럽기도 합니다. 하지만, 이렇게 초대해 주셔서 나름 공부하고 의견을 나눌 수 있게 된 것에 대해 감사합니다.

주제발표를 듣고 가지게 된 몇 가지 의문점을 전해드리고 싶습니다. 보건의료노조 홍보물에서 보기는 했으나 이 분야에 처음 관심을 가지다 보니 의사로서 환자권리를 아직 충분히 이해하지 못해서라고 너그럽게 생각해 주시길 바랍니다.

1. 입원 환자에 대한 간병서비스를 어떻게 볼 것인가.

입원환자에 대한 간병은 대개 가족이 담당하거나 혹은 가족의 경제적 부담에 의해 직업 간병인들이 담당하고 있습니다. 이러한 직업 간병인들을 통한 간병업무를 간병서비스로 볼 수 있을 것입니다.

이들 간병인들의 역할은 병원에서의 일상 생활(용변보기, 옷갈아입기, 씻기 등) 보조 및 입원환자에 대한 정서적 지지여야만 합니다. 물론, 간호 인력의 부족으로 대부분의 병원에서 터무니없이 입원환자에 대한 흡인, 관급식, 배설량 및 수분섭취량 기록 등을 수행하고는 있습니다. 의사의 입장에서 이는 잘못된 관행이라고 생각합니다. 하지만, 한편으로는 입원환자가 아니라 재가서비스를 받는 뇌졸중 환자 경우에는 간병인들에게 이러한 것을 할 수 있도록 교육시킨다는 점에서 논란의 여지가 있습니다.

여하튼 개인적으로 정서적 지지라는 측면에서 보면 환자와 친밀한 가족이 담당하는 것이

가장 바람직할 것입니다. 물론 이런 경우에 간병을 담당하는 가족들에 대한 심리적 지지가 필요하겠지만 말입니다. 하지만, 핵가족화하면서 이러한 가족의 역할이 점점 축소되어 가고 있고 향후 이러한 추세가 지속될 것이라는 점에서 간병서비스의 필요성이 높아지고 있습니다.

따라서, 간병인-가족이든 직업 간병인이든-들의 역할을 생각해보면 가족의 간병을 받을 수 없는 입원환자에게 간병서비스는 필수적인 서비스이며, 특히 일상생활을 수행할 수 없을 정도의 환자에게는 더더욱 그러합니다. 하지만, 이러한 간병서비스와 별도로 환자를 간병하는 가족들에 대한 사회적 관심과 지지가 필요할 것으로 생각합니다.

물론, 제도적으로 간병서비스가 정착되어 모든 국민들이 보편적 서비스로 이용하게 된다면 자연스럽게 해결될 문제이기도 합니다.

2. [보호자 없는 병원의 실현]이 과연 타당한가.

‘보호자 없는 병원’은 가족의존적이고 불완전했던 간호서비스를 완성하는 것을 목적으로 한다고 합니다. 원칙적으로 타당한 듯 보이지만, 보호자가 없다는 표현은 병원에 대한 과다한 기대와 함께, 환자를 단순히 질병을 치료받는 존재로만 다루고 있다고 생각합니다.

간병인의 일상생활 보조 역할은 간병서비스를 통해서 가능하겠지만 가족이 아닌 간병인을 통한 심리적 지지는 상당한 한계가 있습니다. 또한, 병원의 간호사를 비롯한 의료진들이 그러한 역할을 할 수 있지만, 이 역시 가족과는 비교하기 힘든 측면이 있습니다.

심리적으로 불안정할 수 밖에 없는 환자가 병원이라는 처음으로 접하는 새로운 환경에 노출되었을 때, 병원이라는 차갑고 사무적이고 조직화된 체계 속에서 보호자 없이 지내야 한다는 것은 무척 힘든 일입니다. 그런 점에서 가족의 존재를 우리나라의 정서상 분리하기가 매우 어렵습니다.

보호자 없는 병원이라는 것이 집중적인 치료를 필요로 하는 매우 극단적인 상황, 예를 들면 중환자실 같은 경우나 장기간의 입원치료로 병원환경에 익숙해진 경우는 가능하겠지만, 일반적인 상황에서는 반드시 필요하다고 하기 어렵다고 생각합니다. 모두라고는 할 수 없지만, 일부의 경우에 가족의 존재가 환자에게 큰 힘이 되는 경우도 있습니다. 비록 일부일 수 있지만, 보호자를 나가라고 하기 보다는 보호자가 좀더 편안하게 환자와 접촉할 수 있게 해주는 것이 필요할 수 있습니다. 따라서, 이런 표현보다는 차라리 [가족이 편안한 병원]이 어떨지 모르겠습니다.

3. 간병 받을 환자 권리가 현재의 보건의료 제도 하에서 우선시 되어야 하는가.

2006년 [의료기관 간병서비스 사회제도와 방안]에서는 간병서비스 소요비용 및 재원마련을 위한 가입자 1인당 추가보험료를 아래와 같이 추산하고 있습니다.

〈표 3〉 적용대상 병원의 범위에 따른 간병서비스 소요비용

대상병원 ¹⁾	간병인력수	총소요비용	간병서비스 비용 ²⁾
일반병원+요양병원	13만 4341명	1조 5691억원	1조 1768억원
일반병원	10만 4703명	1조 2229억원	9172억원

주: 1) 간병인력 1인 연인건비 1168만원 기준

2) 간병서비스 비용은 총 소요비용 중 75%이며 25%는 병원 자체 흡수로 간주할 때의 비용임

〈표 4〉 건강보험환자 본인부담률에 따른 건강보험 가입자 1인당 월평균 추가보험료

대상병원	건강보험환자 본인부담률	직장 가입자(단위: 원)		지역가입 세대(단위: 원)	
		근로자 보험료	고용주 보험료	세대 보험료	국고부담
일반병원	50%	1,148	1,252	1,016	638
요양병원	20%	1,836	2,003	1,625	1,020
일반병원	50%	894	976	792	497
	20%	1,431	1,561	1,267	795

주: 본인부담률은 건강보험진료비 대비 환자의 법정 본인부담임.

보편적 복지라는 측면에서 4대강 사업에 들고 있는 재원과 비교해 보면 답이 나올 것입니다. 다만, 추가보험료 인상이라는 점이 무척 가슴 아픈 일이라고 여겨지지만, 병원을 이용하는 환자들의 실질적인 본인부담금의 감소를 가져올 수 있다는 점에서 나름의 설득력이 있다고 여겨집니다. 우리의 의료 현실이 너무나 복잡해서 이것 하나로 환자의 권리를 되찾을 수 없겠지만, 현실적으로 중요한 부분임에는 틀림없을 것 같습니다. 또한 건강보험의 보장성 강화를 통한 의료의 공공성을 확대한다는 점에서 더더욱 그러할 것입니다. [간병받을 환자권리, 보호자 없는 병원 실현으로]라는 운동이 시작된 지 제법 오래된 것으로 알고 있습니다. 지속적으로 운동해 오신 분들의 노력에 감사드리며, 잘 알지 못하는 입장에서 이런 저런 궁금한 것을 혼자 던져 보고 제 나름대로 답도 찾아보았습니다. 역지사지가 정말 힘들다는 생각을 하며 준비하신 분들에게 노고에 감사드립니다.

‘보호자 없는 병원’ 추진 현 단계와 이후 제도화를 위한 과제⁵⁾

- 적정 간호인력확보와 간병서비스 건강보험급여화를 통한 보호자없는 병원 실현
- 보건복지부 시범사업과 연구사업 적극 대응, 정책협의체 구성, 2011 예산 확보
- 6/2 지자체 선거 공약 협약식 이후 공동지방정부사업으로 전국화, 지역화 추진

이 주 호

보건의료노조 전략기획단장,

보호자없는병원 실현을 위한 연석회의 정책위원장

1. 왜 보호자없는 병원 인가?

이런 것을 두고 민생의제, 국민의제라고 하는 걸까?

병원내 간호인력 부족으로 인해 환자 보호자가 병원에 상주하면서 환자를 돌봐야하는 한국적 특수한 현실에 대해 모두가 한마디씩 한다.

‘긴 병에 효자없다.’ ‘환자 간병문제로 가정이 파탄났다’ ‘환자 자식과 며느리간에 간병을 서로 꺼리면서 눈치보기와 갈등이 심각하다’는 등등...

우리 주변에서 한번쯤은 들어봤음직한 이야기들이다. 그래서 많은 사람들이 보호자 없는 병원을 만들자는 주장에 대해 무릎을 치고 동의한다.

이런 국민들의 관심과 호응, 그리고 보건의료노조를 포함하여 환자, 여성, 시민단체 등이 함께 하고 있는 ‘보호자없는병원 실현을 위한 연석회의’, 민주노동당과 민주당 등 야당들의 적극적인 노력 끝에 2010년 보호자없는병원 시범사업예산 44억이 우여곡절 끝에 국회를 통과했다. 사실 44억은 애초 요구에 비해서는 턱없이 부족한 액수 이지만 향후 1조원 이상의 가치를 만들어 갈 것이다. 왜냐하면 이 44억으로 어떻게 시범사업을 하고 대안을 만드느냐에 따라 지금 개인간병비용으로 매년 1조원이상 소요되는 문제를 사회적으로 해결할 수 있기 때문이다.

5) 이 원고는 참여연대 사회복지위원회에서 발행하는 복지동향 2010년 3월호(통권 137호) 에 실린 필자의 글을 토대로 2010년 4월 6일, 6월 8일 보호자없는 병원실현을 위한 국회 전문가 정책 간담회에서 발제한 내용을 추가 보완한 것입니다.

모든 일이 그러하듯 시작이 반이다. 그동안 오래동안 제도권밖에 머물러있던 개인간병문제 해결을 제도권 안으로 가지고 들어왔다는 점에서 일단 중요한 첫 단추를 끼웠다. 어느 간병단체는 10년 동안 못 이룬 꿈이 2009년 단 1년만에 이루어졌다고 흥분을 감추지 못했다.

하지만 그것은 시작에 불과하다. 보호자없는병원이 완전히 정착되기까지에는 우리 앞에 수많은 암초와 난제가 산적해있다. 누구는 보호자없는 병원을 ‘판도라의 상자’ 라고하고 누구는 ‘핵폭탄’ 이라면서 가까이 하기에 부담스런 의제로 치부한다. 그래서 정부는 보호자없는 병원 사업 추진을 국민의 높은 요구에도 불구하고 그동안 주저하고 미루어 왔던 것으로 보여진다. 왜냐하면 국민의 지지와 호응을 넘어 속내를 들여다보면 보호자없는 병원이 실현되기위해서는 인력확보 기준과 방안, 직종별 업무분장, 수가개발과 재정대책 등 해결해야 될 과제가 산 넘어 산이기 때문이다. 보건복지부는 막대한 재정이 부담스러워 올해 초에는 민간보험을 언급하다가 최근에는 5월 27일 대통령 주재 국가고용전략회의에서 간병서비스를 5대 유망 사회서비스 산업으로 지정하고 2011년부터 간병 서비스를 병원이 제공하는 공식적인 서비스로 제도화하되 비급여항목에 포함시키는 방안을 검토하고 있다고 밝혔다.

그러나 보호자없는 병원은 몇 가지 측면에서 더 이상 늦출 수 없는 시급한 과제이기 때문에 민간보험이나 비급여 방식이 아니라 모든 국민들이 보편적으로 받을 수있는 서비스가 되어야하며 이를 위해서는 건강보험 급여화를 통한 제도화가 유일한 해답이다.

보호자 없는 병원은 ▷환자에게는 더 나은 양질의 의료서비스 제공으로 ‘환자 만족’ ▷환자 가족에게는 개인간병부담을 사회적으로 해결하면서 비용부담을 경감시켜 ‘국민 만족’ ▷간호사등 병원노동자에게는 현장의 심각한 인력부족 문제해결의 숨통을 틔우면서 인력확충과 노동조건 개선으로 ‘노동자 만족’ ▷간병인에게는 병원에서 일을 하고 있음에도 불구하고 투명인간, 그림자처럼 취급당하면서 저임금 장시간 노동에 시달려왔던 문제를 해결하면서 간병인 노동기본권 확보와 권익증진으로 ‘간병노동자 만족’ ▷마지막으로 국가 차원에서도 지속가능한 양질의 사회복지 일자리 창출및 간호사 등 고학력 청년실업문제와 간병인등 저소득층 일자리문제를 동시에 해결함으로써 최근 화두가 되고있는 고용창출에 크게 기여할 수 있다.

무엇보다 우리가 주목해야하는 것은 건강보험 보장성 확대 운동 차원에서 보호자없는 병원 사업의 보험적용 여부이다. 70년대 우리나라에 의료보험이 처음 도입될 당시만 하더라도 가족 구성상 딸, 며느리가 많았고 여성 취업인구가 적어서 환자에 대한 가족 돌봄이

가능했다. 따라서 의료보험 비용 절감 차원에서 가족의 환자 돌봄을 기정사실화하면서 병원 인력 수준과 보험 급여가 정해졌다. 하지만 지금은 그 당시 상황과 전혀 다르다. 노령화 핵가족화 사회가 급진전하면서 노령인구는 증가하는 반면 집안에서 가족 숫자는 줄고 미혼이 많아지면서 가족 돌봄을 하기 어려운 환경이 형성되고 있다. 따라서 중증질환자, MRI 등 고가검사 등에 대한 건강보험 적용확대가 우선이지만 입원환자 간병서비스에 대한 건강보험 적용도 더 이상 늦출 수 없는 시급한 과제로 대두되고 있다.

논란 끝에 정부 차원의 시범사업이 3월 30일 공단 선정위원회를 거쳐 5월부터 상급종합병원 2개, 종합병원 5개, 병원 3개 기관 등 총 10개 병원에서 시작되었다. 5월 24일 서울 삼육병원, 5월 28일 공단일산병원에 이어 6월 8일 아주대병원 개소식을 마지막으로 시범사업이 본격적으로 진행될 예정이다. 아주대병원 개소식에는 전재희 장관이 직접 참가한다.

이번 시범사업을 계기로 '적정 간호인력확충과 간병서비스 건강보험 급여화'를 통해 조속히 보호자없는 병원이 전면 실시되기를 기대하면서 보호자없는 병원의 올바른 개념 정립, 한국형 보호자없는 병원 모델 제시와 추진 방안, 시범사업 성공을 위한 2010년 과제 등을 구체적으로 제안하고자 한다.

그리고 최근 6/2 지자체 선거 전후로 보호자없는병원 연석회의와 야 4당과 정책협약식 체결, 9개 지역 야당 단일 광역단체장 후보들과 공약협약식 체결, 야 4당간 공동지방정부 구성이라는 초유의 실험을 앞둔 새로운 정세를 계기로 보호자없는병원 사업의 전국화, 지역화, 대중화를 위한 과제도 함께 제시하고자한다.

2. 먼저 보호자없는 병원에 대한 개념 규정부터 분명히 하고 시작하자!

정부와 언론은 물론 많은 사람들이 보호자없는 병원에 대한 개념을 혼동스럽게 사용하고 있다. 보호자없는 병원과 공동간병인제도는 엄연히 다르다. “보호자 없는 병원 (Family - Less Hospital)은 병원내 간호와 간병 인력을 충분히 확보하여 입원 환자에 대해 양질의 입원 서비스를 제공함으로써 환자 가족이 별도로 병실에 상주하면서 환자 간병과 돌봄을 할 필요가 없는 병원을 의미한다. 하지만 공동간병인제도는 이런 종합적인 대책없이 단순히 간병인 투입을 통해 개인간병문제를 공동으로 해결하려고 한다. 이것은 보호자없는 병원 논의가 왜 시작되었는지 그 근본원인에 대한 해법을 포기하고 눈앞에 보이는 손쉬운 외형적 해결만 추구한다. 정부는 이런 차이점을 너무나 잘 알고 있기에 가능한 보호자없

는 병원이라는 용어보다는 간병서비스 제도화라는 용어를 선호하게 된다. 이것을 그림으로 그려보면 아래에서 보는 것처럼 공동간병제도 >보호자없는 병원 >환자만족 직원만족 좋은병원 순으로 개념을 확장해서 사용할 수 있다. 따라서 여기서는 보다 정확한 개념으로 보호자없는 병원이라는 용어를 주로 사용할 것이다.

< 보호자없는병원 개념도 >



3. 한국형 보호자없는 병원 모델과 현실적 추진경로를 제안한다!

애초 보호자없는 병원 논의의 출발은 간호인력, 병원인력 부족에서 비롯된 것이므로 간호사 등 병원 인력충원을 기본목표로 하지만 현실에서는 그리 녹록하지 않다. 간호사 숫자는 부족하고, 이미 간병인은 대거 병원에 유입되어 있다. 이것은 무시할 수 없는 현실이다. 그래서 간호사 중심의 선진국형 보호자없는 병원을 넘어 현실여건을 고려한 단계적 한국형 보호자없는 병원 확대 시행 모델을 제안하려고 한다.

1) 모델 1 (선진국형 보호자 없는 병원 모델) ; 먼저, 간호사에 의해 입원간호서비스가 제공되는 선진국형 보호자없는 병원 모델은 가장 바람직하고 이상적인 모델이다.

미국, 호주 등 선진국의 경우 근무조당 간호사 담당 환자수가 4~6명에 불과하다. 우리나라는 간호 인력이 가장 많다는 간호 1등급 병원이라 하더라도 간호사 1명이 10명이상 환

자를 돌보고 있고 가장 등급이 낮은 병원의 경우 30-40명까지 환자를 돌보고 있는 실정이다. 호주와 미국 병원에서 근무하다 돌아온 간호사의 말을 빌리면 한국병원과는 상상도 할수 없을 정도로 근무시간에 환자와 대면하고 대화할 수 있는 시간이 많았다고 증언한다. 하지만 선진국형 보호자없는 병원 모델을 실시하기 위해서는 최소 15만명의 간호사 충원이 필요하고, 소요재원도 연간 3조 9,705억원으로 추정된다. 따라서 간호사 충원의 현실적인 어려움과 급격한 재정부담을 고려할 때 단기 실현은 현실적으로 불가능하며 중장기 과제로 검토될 수밖에 없다.

2) 모델 2 (한국형 보호자 없는 병원 모델) ; 이 모델의 특징은 충분한 간호사 인력 확보 + 간병인력 통한 간병서비스 제공으로 보호자없는 병원을 실시하자는 것이다. 이것은 선진국 모델에 비해서는 간호서비스 질이 상대적으로 낮은 측면이 있지만, 간호사 부족 문제를 비롯하여 재정부담 등 현실 여건 고려할 때 보호자없는 병원 실현을 앞당길 수 있는 현실적 방안이다. 이를 위해 ▷간호인력, 간호관리료 1등급 준수 ▷간병인 자격기준 강화와 근로조건 보장, 업무분담 및 책임 명확화 ▷보편적 서비스 이용의 원칙을 적용하되, 환자의 선택권 보장하고, 환자 중증도 고려한 다양한 서비스 제공 ▷간병서비스 이용에 따른 비용부담, 건강보험 급여화 방안이 적용되어야한다. 하지만 복지부 일각에서는 소요예산 추계가 1조원부터 6조원에 이르기까지 예상되는 높은 부담때문에 간병 서비스를 민간의료보험에서 보상하게 하자는 주장이 제기되고있다. 이것은 개인간병 부담의 사회적 해결이라는 제도화 취지에 어긋날 뿐 아니라 민간보험사에게만 이익을 보장하고, 환자에게는 오히려 손해만 초래할 것이명확하기 때문에 즉각 철회되어야한다. 한국형 보호자없는 병원 전면 실시할 경우 간호사 6만 9,824명, 간병인 13만 8,720명 충원 필요하고, 소요재원은 간병인 임금 '전 산업노동자 평균 50% 기준' 적용할 경우, 4조 9,671억원, 간병인 임금 '사회적일자리 인건비지원금' 적용할 경우, 4조 1,084억원이 필요하다.

3) 모델 3 (현실여건 고려한 단계적 한국형 보호자 없는 병원 확대시행모델) ; 한국형 보호자없는 병원 모델을 시행하더라도 7만여명에 이르는 간호사를 단기간에 충원하기 어렵기 때문에 한국형 보호자없는 병원 모델도 '단계적'으로 확대 시행할 수밖에 없다. 현실적인 단계적 보호자없는 병원 확대 시행 방안은 ▷간호인력 확보 기준을 병원 전체가 아닌 보호자없는 병실 운영병동으로 제한하여 적용 ▷간호인력 확보기준 적용 병동의 경우 해당 간호등급 수가를 인정(해당 병동에 입원한 환자에만 적용)하되, 사용자가 악용하지 않도록 하기 위해 기존 전체 병원 간호사수 대비 등급 향상에 필요한 인력이 증가한 경우 (해당 인원만큼 신규 충원한 경우)에 대해서만 인정 ▷간호사 충원에 따른 인건비 등 비

용 보전 가능 ▷병원의 보호자없는 병실 운영 규모는 환자선택권 및 간병서비스 이용률 고려하여 보호자없는 병실을 전체 법정기준병실이 아닌 그 중 일부만 운영하는 것으로 추진할 수 있다. 이런 고려요소를 감안하여 5개년 추진 계획을 아래와 같이 설계할 수 있다.

즉, 2010년 사회적 대화기구를 통한 논의와 2차 시범사업 결과를 바탕으로 보호자없는 병원 제도화 방안을 확정하고 2011년~2015년까지 보호자없는 병원을 단계적으로 확대 시행하고 2016년 이후에 한국형 보호자없는 병원을 전면 시행한다. 이렇게 되면 ◆충분한 간호 인력 확보 실현 ◆국민 누구나 양질의 간호 간병 서비스를 제공받게 될 것이다.

보호자없는병원 전면 실현 5개년 계획 (2011-2015)

구분	병실비율	병실•병상수	충원필요인력	소요재원	보험료인상	혜택인원
1차년도 (2011년)	전문30% 종합20% 병원10%	5,282병실 41,777병상	간호사7,736명 간병인21,127명	1안:6,795억9,242만원 - 간병인임금 전산업노동자 평균임금 50% 2안:5,488억1,460만원 - 간병인임금 1차시범사업 정부인건비지원	1안:2.62%(2,097원) 2안:2.12%(1,697원)	연원:1,054만32명 실원:70만2,669명 - 재원15일적용
2차년도 (2012년)	전문50% 종합30% 병원20%	9,143병실 71,820병상	간호사9,684명 간병인15,446명	1안:6,037억892만원 2안:5,080억9,942만원	1안:2.33%(1,865원) 2안:1.96%(1,570원)	연:1,823만6,240명 실:121만5,749명
3차년도 (2013년)	전문70% 종합50% 병원30%	14,031병실 110,072병상	간호사9,194명 간병인19,553명	1안:6,829억3,288만원 2안:5,619억72만원	1안:2.64%(2,110원) 2안:2.17%(1,736원)	연:2,795만7,431명 실:186만3,829명
4차년도 (2014년)	전문80% 종합60% 병원50%	19,547병실 151,373병상	간호사11,752명 간병인22,036명	1안:8,071억6,840만원 2안:6,705억9,790만원	1안:3.12%(2,494원) 2안:2.59%(2,072원)	연:3,887만1,953명 실:259만1,464명
5차년도 (2015년)	전문80% 종합75% 병원70%	25,183병실 193,254병상	간호사11,927명 간병인22,543명	1안:3조5,959억9,937만원 2안:2조9,724억6,394만원	1안:3.18%(2,541원) 2안:2.64%(2,110원)	연:4,998만16명 실:333만2,001명

4. 보호자없는 병원 제도화를 위한 2010년 과제!

1) 사회적 대화기구 구성과 사회적 합의의 도출

2010년 예산 44억은 ‘국민예산’이다. 기재부가 예산을 삭감하고 복지부도 미온적으로 대처하면서 포기했던 예산을 국민들의 힘으로 되살렸다. 따라서 44억은 복지부가 일방적으로 사용할 것이 아니라 보호자없는 병원 만들기에 힘을 쏟았던 단체와 조직을 중심으로 사회적 대화기구를 구성해서 논의를 진행해야한다.

특히 보호자없는 병원 제도화 과정에서 간호사 인력기준과 충원 문제, 간병인 자격기준과 근로조건 문제, 간병서비스 제공과 비용부담 문제, 제도화방안(건강보험 급여화 방안),

간호사와 간병인의 업무분담과 관리운영문제 등 다양한 문제들이 제기될 것이다. 그리고 이 과정에서 정부, 국민, 여성, 환자, 병원사용자, 병원노동자, 간병인, 관련 직종단체 등 이해관계 당사자들 사이에 이해관계의 갈등이 발생할 수도 있다. 따라서 이해당사자들 사이의 충분한 대화와 논의를 거쳐 다양한 현실을 고려하여 현실적 방안을 합의하여 추진할 수 있도록 해야한다. 이를 위하여 보건복지부, 건강보험공단, 공급자단체, 간호사, 간호조무사, 간병인 등 관련 직종단체, 보건의료노조, 보호자없는 병원 연석회의, 연구전문가 등이 참여하는 '보호자없는 병원 올바른 제도화를 위한 사회적 대화기구'를 보건복지부 산하에 조속히 구성해야 한다.

'사회적 대화기구'에서는 보호자없는 병원의 올바른 제도화를 위해서 기본적으로 두 축으로 논의를 진행해야한다. 하나는 보건복지부 보험정책과가 주관하는 '간병서비스 건강보험 제도화 분과위원회' 이고 또 다른 하나는 의료자원과가 주관하는 '병원 간호사등 인력확충대책 분과위원회' 이다. 그리고 이것을 보건복지가족부 차관이나 보건의료정책실장이 총괄하면서 운영해야한다.

2) 2차 시범사업의 성과적 시행

2007년에 4개 병원에 이어 진행되는 이번 2차 시범 사업은 1차 시범사업과 차별화된 목표를 선정하여 ▷보호자없는 병원 제도화를 위한 다양한 모델 연구 ▷건강보험급여 간병수가 개발 및 비용부담 방안을 위한 연구 ▷간호사와 간병인 등 간호돌봄 노동의 업무구분 및 간병인 근로조건과 관리방안을 위한 연구가 집중적으로 진행되어야한다. 이를 위해 ▷다양한 대상병원 선정▷다양한 보호자없는 병실 운영▷간병인 근로조건 보장 ▷성과적 시범사업 수행을 위한 적절한 예산지원이 뒤따라야 할 것이다. 하지만 복지부는 이런 요구를 뒤로하고 일방적으로 시범사업을 추진하고있다. 따라서 당면한 시범사업 추진 관련해서 연석회의는 다음과 같이 요구한다.

첫째, 보호자 없는 병원 시범사업의 목적을 '적정 간호인력 확보'와 '간병서비스 건강보험 급여화'로 분명하게 제시하고 공식사업명칭도 '간병서비스 제도화 시범사업'이 아니라 '보호자 없는 병원 시범사업'으로 분명하게 정정해야한다!

둘째, 시범사업에 있어 환자의 간병비 본인 부담 금액을 축소하고 의료급여수급권자의 본인부담금은 전액 면제해야한다. 그리고 병원마다 차이가 예상되는 간병료 표준화 대책을 세우고 환자들의 외면으로 높은 병실 공실율이 발생할 시 별도의 지원 대책을 세워야한다

다!

셋째, 시범사업 병원은 적절한 간호 인력을 확보한 병원을 기준으로 선정하고, 간병인의 직접고용과 고용안정, 임금, 근로조건을 확실하게 보장해야한다. 특히 직접 고용 간병인의 경우 시범사업 종료 후 고용대책을 마련하고, 불가피하게 파견업체와 계약시 파견업체 계약 기준을 비영리기관 등으로 제한해야한다!

넷째, 시범사업 참여기관을 추가 모집해서라도 시범사업 불참여 예상되는 상급종합병원(대학 대형병원) 과 기존 시범사업 병원의 참여대책을 수립해야한다!

다섯째, 시범사업 재원을 추가로 확대하거나 재정 확보가 어려우면 시범사업 기간을 8개월에서 6개월로 단축해서라도 제대로 된 시범사업이 되도록 예산을 지원해야한다!

3) 2011년 예산 편성

2010년 시범사업과 연구사업에 이어 2011년에도 보호자없는 병원 사업 예산은 지속적으로 확대 편성되어야한다. 우선적으로는 지방의료원 등 공공병원부터 보호자없는 병원 전면 시행을 위한 예산부터 확보해나가야 한다,

5. 6/2 지자체 선거투쟁의 성과를 바탕으로 전국화, 지역화, 대중화로 나아가자!

6/2 지자체 선거를 계기로 보다 유리한 정세가 조성되고 있다. 지난 5월 10일 국회 정론관에서 보호자없는 병원 연석회의와 야 4당간의 정책협약식 체결, 이후 5월 17일~5월 29일까지 보호자없는 병원 연석회의와 9개 야당 단일 광역단체장 후보들과 공약협약식 체결(4개 지역 당선) 을 통해 지자체 선거공간에서 보호자없는 병원 사업을 선거 의제로 띄웠고, 향후 보호자없는 병원 사업의 전국화, 지역화, 대중화에 중요한 계기를 확보하였다. 따라서 이런 성과를 바탕으로 6/2 선거이후 보호자없는 병원 사업을 더욱 공세적으로 진행하기위한 사업을 적극 검토해야한다.

구체적으로는 먼저 민주노동당 - 민주당 등 야 4당 지방공동정부 구성 논의과정에서 보호자없는병원사업을 주요 의제로 제기하면서 정책협약체 구성과 함께 노조와 관련단체 참여를 요구한다.

둘째는 가능한 지역부터 새로운 시도지사, 기초단체장들과 함께 보호자없는 병실 사업을 구체적으로 추진한다. 1차 대상(광역)은 협약을 체결한 후보중 당선자 지역(경남, 충남, 인천, 강원)으로 당선자 측과 협의하여 협약 추진을 위한 T/F 구성하고 여기에 연석회의 지

역대표 3인 이상이 참여하도록한다.(노조, 간병기관, 여성 환자 시민단체 등) 그리고 2차 대상(광역)으로는 민주당 당선자 지역 및 의회 과반수 확보 지역(전남북, 광주, 서울, 경기)으로 민주당 정책위원회와 협의하여 보호자없는 병실 운영을 추진한다. 3차 대상(기초)은 민주노동당 당선 지역 (인천 2, 울산북구), 4차 대상(기초)은 지방공동정부 구성을 약속한 야권단일후보가 당선된 기초 자치단체 (인천 전 지역, 서울 노원 등) 등이다.

셋째는 보호자없는 병원 연석회의 조직을 확대하기 위해 지역별 조직 건설을 준비한다, 보호자없는 병원 사업의 전국화, 지역화를 위해 기존의 중앙 조직 중심을 넘어 지역별 연석회의 조직 결성을 적극 추진한다. 이를 위하여 6월 15일 국회에서 지자체선거이후 공동 활동방향 모색을 위해 ‘보호자없는 병원 연석회의 소속 단체 전국 워크숍’을 개최할 예정이다.

넷째는 보건복지부와 건강보험공단을 대상으로 정부 차원에서 올바른 보호자없는 병원 사업 추진을 적극 요구한다. 보호자없는병원 사업을 건강보험 급여화를 통해 전면 실시할 것을 요구하는 것과 함께 지방자치단체에서 추진하고있는 보호자없는 병원 사업에 대한 지원 방안도 마련할것을 요구한다. 그리고 국회를 통해서는 관련 법 개정을 적극 추진한다.

6. 나가는 말 - 재정대책은? 모든 병원비를 국민건강보험 하나로!

복지제도 관련해서 늘 뒤따르는 마지막 문제가 재정대책, 예산 문제이다.

이제 진보개혁진영은 더 이상 이 문제에 소극적으로 임하지 말고 적극적으로 발언해야한다. 정말 필요한 복지제도라면 이명박 정부의 부자감세에 맞서 우리가 세금을 더 내고 보험료를 더 내서라도 제대로 하자고 주장해야한다. 우리가 가야할 길을 명확히 하고 그것이 가능한 정책수단을 제시하고 그것을 국민들에게 물어야한다.

보호자없는 병원 사업이 전면화되기 위해서는 5년동안 매년 평균 2,000원 가량의 보험료 인상이 필요하다. 하지만 이것은 본인부담금 비율에 따라 더 줄어들 것으로 보인다.

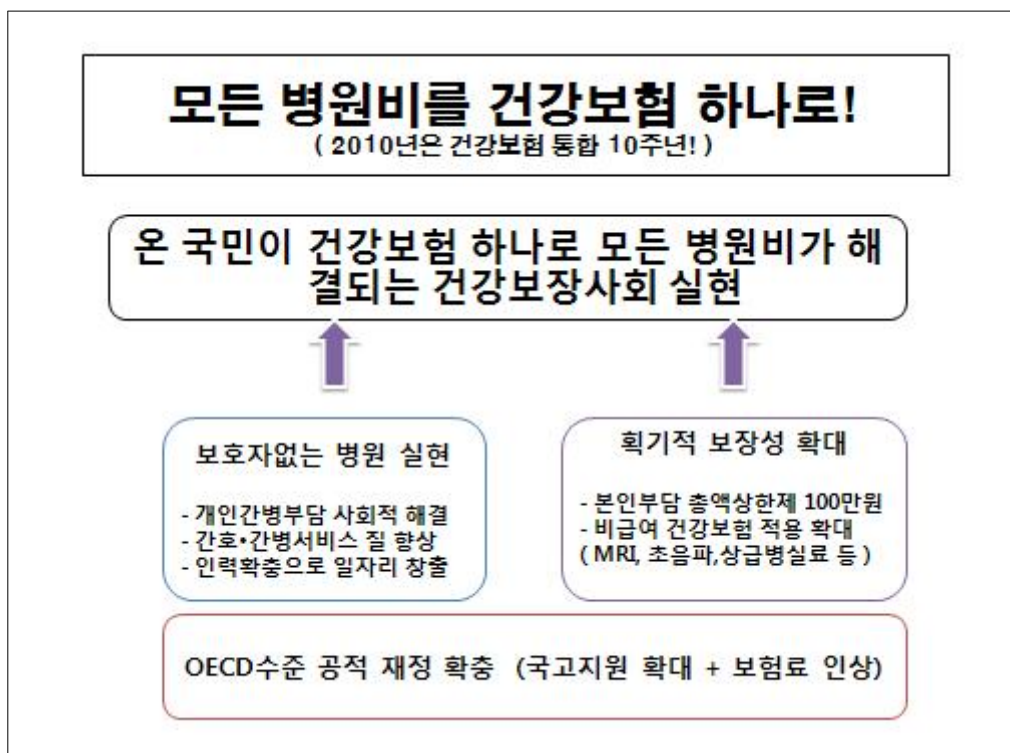
보다 근본적으로는 공적재정확충(보험료 인상)을 통해 모든 병원비를 국민건강보험 하나로 해결하자는 운동 속에서 이 문제를 풀어나가야 한다. 이런 문제의식을 가지고 ‘모든 병원비를 국민건강보험 하나로 시민회의’준비위원회가 6월 9일 발족하고 7월 14일에는 본 조직이 정식 출범한다,

국민 1인당 국민건강보험료를 지금보다 월평균 1만 1천 원 더 내면(가구당 2만 8천 원),

국민건강보험의 보장성을 OECD 국가 평균 수준으로 끌어올릴 수 있다. 만약 정부 지원금 비율은 현행 20%에서 30%로 올리면, 추가 보험료 부담은 1인당 월평균 8천 원(가구당 1만 9천 원)으로 더 줄어든다.

국민 1인당 월평균 1만 1천원의 국민건강보험료를 더 내서 6.2조원을 조성하면, 여기에 기업주가 3.6조원을 보태고, 국고지원금이 2.7조원 추가되면서 12조원이 만들어진다. 이 돈이면 선택진료비, 상급 병실료, MRI, 초음파, 노인 틀니, 각종 의약품과 검사 등 환자 부담을 늘리는 비보험 진료를 모두 국민건강보험으로 지원할 수 있다. 그리고 아무리 중병에 걸려도 환자의 연간 병원비가 100만원을 넘지 않게 된다. 특히 간병서비스의 급여화를 통해 보호자없는병원 전면 시행이 가능해져서 간병을 전적으로 병원이 맡게 되므로 개인 간병 부담에서 완전히 벗어날 수 있다.

마지막으로 보호자없는 병원 사업은 좋은 취지에도 불구하고 자칫 잘못하면 암초에 부딪쳐서 블랙홀로 빨려 들어갈 가능성이 높다. 따라서 보호자없는 병원 사업이 엉뚱한 길로 가거나 미아가 되지 않도록 그동안 예산 확보 투쟁 이상으로 시범사업, 연구사업에서부터 제도화되기까지 적극적인 감시와 모니터링 작업이 진행되어야한다. 그리고 아래로부터 대중운동을 통해 국민의 힘으로 건강보험 급여화를 통한 제도화를 쟁취해야한다. <끝>



< 참고문헌 >

- 1 보호자없는병원 시범사업과 제도화 어떻게 할 것인가?- 사회복지 일자리 창출, 개인간 병부담 사회적해결, 의료서비스 질향상 국회토론회 자료집(2010년 2월 5일)
- 2 보호자없는 병원 어떻게 추진 할 것인가? 국회 토론회 자료집 (2009년 11월 5일)
3. 보건의료산업에 있어 사회적 일자리 창출과 병원 인력 확보를 위한 국회 대토론회 자료집 (2009년 3월 10일)
- 4 이주호, 전국민 효자 만들기 프로젝트 - 보호자없는 병원 꿈이 아니다 (프레시안 2009년 11월 17일)
5. 보호자없는병원 실현을 위한 제 2차 국회 전문가 간담회 발제문 (이주호 2010년 4월 6일)
6. 보호자없는병원 실현을 위한 제 3차 국회 전문가 간담회 발제문 (이주호 2010년 6월 8일)

병원간병 제도화 대한 토론문

현 정 희

전국공공서비스노동조합 부위원장

■ 누구를 위한 ‘간병제도화’ 여야 하는가?

몇 일 전 한 지인으로부터 들은 얘기가 남의 일 같지 않다. 바로 부모님 간병문제다.

애기인즉슨, 어머님이 병원에 입원하셨는데 간병을 누가 할 것이냐를 가지고 형제간에 불화가 생겨 심각한 상황이라는 것이었다. 핵가족 시대에 아픈 사람과 어린아이를 돌보는 일은 이미 개인이나 한 가정의 문제가 아니라 사회적 문제가 된지 오래다. 그러나 현실에서는 여전히 개인과 가족이 책임져야 할 문제로 남아 있어 그 고통을 당사자와 가족 모두가 고스란히 받고 있다. 우리 모두가 더 이상 이런 문제로 서로 고통 받지 않도록 하기 위한 좋은 간병제도가 필요하다.

우리 사회는 조만간 초고령화 사회로 진입하게 될 것이다. 사회구성원 비율의 큰 변화로 인해 발생될 문제는 경제, 사회, 문화뿐 아니라 일상생활에서 발생하는 문제까지 그 대비를 미리 해야 한다. 예컨대, 에스컬레이터 속도나 신호등의 신호가 바뀌는 시간까지 그 변화를 고민해야 한다. 그러나 국가차원에서 이러한 문제에 대해 총체적인 대안을 내지 못하고 있다. 뿐만 아니라 보건의료분야는 건강보험의 보장성이 축소되고 의료민영화법안을 통한 의료시장화 정책을 추진함으로써 국민건강에 대한 국가책임을 외면하는 등 퇴행 현상을 보이고 있어 매우 걱정스럽다. 보건의료 제도가 전국민의 건강권을 지키는 방패로서 기능하지 못하고 자본의 돈벌이 수단이 되거나 일부를 위한 정책은 위험한 결과를 초래할 것이다. 이런 시기에 2010년 ‘환자권리주간’ 토론회에서 이문제가 핵심적으로 다루어지고 있다는 것은 매우 중요하다고 의미있는 일이다.

■ 2010년 시범사업은 그 목적을 분명히 해야 한다.

이러한 상황에서 정부와 야5당에서 병원간병문제에 대한 제도화 방안을 마련하겠다고 해서 다행한 일이라고 생각했다. 그러나 정부는 2009년 말에 이러한 입장을 내놓았지만 그 이후에 보이는 모습과 태도는 그 의도를 의심케 하고 있다. 그 예로 이 제도를 철저히 준비해야 할 주무부서인 보건복지부는 2007년 시범사업의 평가조차 반영하지 않은 채 졸속으로 추진하고 있다. 뿐만 아니라 지난 5월 27일 발표된 ‘사회서비스 육성, 선진화 방안’에 의하면 내년부터 병원간병을 비급여 항목으로 포함하는 것으로 되어있다. 우려했던 대로다!!

현재 진행되는 시범사업은 전국민의 간병부담을 해결하기 위한 방안에 대한 연구와 시범사업이 아니었던 것이다. 일부 저소득층에 대해 약간의 간병비 지원을 하면서 사실은 비급여화를 추진하고 있었던 것이다. 이는 이후 간병제도화의 방향과 연관시켜 보면 건강보험 적용을 통한 보편적 해결방식이 아닌 민간보험으로 넘기려는 의도까지 연결되어 있을 수 있다. 이렇게 된다면 간병문제 해결은 국가적 차원에서 사회적으로 해결하는 것이 아닌 것이다. 결국 말로는 간병제도화지만 지금과 별반 다르지 않거나 오히려 간병비 부담이 더 늘어날 수도 있다. 간병제도화를 비급여화하는 제도화라면 특진비나 상급병실료처럼 공식적으로 간병비부담을 환자와 그 가족에게 전담시키는 것으로써 이는 용납할 수 없는 일이다. 결국 정부는 병원간병제도화라는 미명하에 병원자본에게는 간병비 수익을 합법적으로 보장해주며 민간보험시장을 키워주고, 간병파견회사의 이윤까지 창출하게 할 뿐 국민적으로는 그 피해가 막대할 것이다. 병원간병제도화와 보호자 필요 없는 병원은 이런 방향으로 가서는 안 된다. 이명박정부가 들어서면서 건강보험 보장율이 더 낮아진 것을 기억한다면 간병비까지 비급여로 만들어서 보장율이 더 떨어지게 만들지 말아야 한다. 시범사업 또한 건강보험 적용을 전제로 진행하여야 한다.

■ 의료서비스의 질을 높이는 간병제도화여야 한다.

보호자 없는 병원은 때때로 ‘일자리 창출’이라는 이름으로 둔갑하여 그 취지와 의도조차 왜곡되기도 한다. 물론 하나의 제도가 만들어지면서 좋은 일자리가 많이 생기면 더욱 좋은 일이다. 그러나 간병제도화는 일자리 문제로만 얘기하더라도 엄밀히 말하면 새로 생기는 일자리가 아니다. 이미 병원에서 간병을 필요로 하는 경우 대부분 환자 1명당 간병노

동자 1명이 일을 하고 있어 실제로는 특별히 일자리가 새로 만들어지는 것이 아니라는 사실을 직시할 필요가 있다. 오히려 제도화로 인해 어떤 일자리가 될 것인지가 더 중요하다.

병원간병제도화의 가장 중요한 목적은 환자의 보편적인 권리로서 의료서비스 질 향상이 되어야 한다. 그런 방향에서 본다면 지금 진행되고 있는 2010년 시범사업은 당연히 재고 되어야 한다. 시범사업이 준비되는 과정에서부터 많은 문제제기가 있었고, 시범사업장으로 선정된 사업장조차 시범사업의 방향과 내용, 예산 등에 대한 이견이 있었다. 그러나 보건복지부는 이사업의 책임을 건강보험공단으로 떠넘기며 노동시민단체들의 의견도 묵살하고 있는 것은 간병제도화의 목적을 잃어버리고 있는 것이다.

이러한 문제제기를 우선하면서 발제문에서 제안되고 있는 세부요구와 핵심과제에 동의한다.

■ 간병서비스에 대한 책임은 의료기관이 져야 한다.

우리나라 의료기관의 의료서비스 질은 대부분 해당 의료기관에 그냥 내맡겨져 있다. 환자와 국민들은 제한된 정보속에서 병원에 대한 판단기준이 제대로 없다. 2004년 도입된 의료기관평가제도는 갈팡질팡하고 있고 JCI 등에 밀려서 졸속 법안이 추진되는 등의 혼란을 겪고 있다. 이런 실정속에서 환자의 생명은 어느 병원을 가느냐에 따라 결정된다는 말이 농담이 아닌지가 오래되었다.

병원실정이 이러하기 때문에 24시간 병원에 있어야 하는 입원환자에게는 누구의 책임하에 어떤 간병이 제공되느냐의 문제는 곧 생명을 담보하는 문제가 될 수 있다. 간병서비스를 제공하는 인력의 교육, 훈련을 포함한 노동조건과 간병서비스의 질은 매우 밀접한 상관관계가 있고 중요한 문제이다. 서울대병원의 경우 이미 1980년대부터 병원간병 문제의 중요성을 인식하고 병원장이 직접 무료간병소개소 소장을 맡아서 간병인력 수급이 진행되었던 적이 있었다. 그만큼 병원에서 일하는 간병노동자들의 교육 등의 관리가 환자에게 미치는 영향을 잘 알고 있다는 반증일 것이다.

보건복지부도 이러한 부분을 의식해서인지 이번 시범사업 지침서에 간병노동자의 근로조건에 대한 지침을 내 보냈지만 현실에서는 전혀 반영되지 않고 있다. 시범사업에서 일하게 될 간병노동자에 대한 지침내용으로 직접고용과 1일 3교대 근무기준을 세웠지만 불가피할 경우 파견간병노동자를 쓸 수 있도록 하는 단서를 붙이면서 이는 무용지물이 되어

버렸다. 시범사업장인 12개 의료기관 모두 현재 간병인력을 파견으로 결정하고 직접 고용하는 경우는 거의 없는 것으로 드러나고 있다. 뿐만 아니라 1일 3교대 8시간 근무도 지켜지지 않고 12시간 맞교대로 근로기준법조차 지켜지지 않는 시범사업이 진행중이다.

시범사업과 이러한 제도에서 발생하는 의료사고는 그 책임을 누가 질 것인가? 병원이 질 것인지? 파견회사가 질 것인지? 아니면 복지부가 질 것인가? 복지부는 시범사업부터 명확하게 정리하고 형식적인 지침만 내릴 것이 아니라, 현실에서 그렇게 될 수 있도록 방법을 찾아야 한다. 보건복지부는 지금이라도 관련 단체들의 의견수렴을 통해 수정, 보완하고 총체적인 시범사업 관장을 통해 병원간병에 대해서는 병원이 책임지도록 해야 한다.

환자곁에서 돌봄노동을 하면서 환자의 치료 및 간호를 함께 수행하는 간병노동자에 대해서 우리는 그들의 노동조건을 어떻게 볼 것인가? 에 대해 다시 한번 생각해 보자. 환자, 보호자 입장에서 24시간을 믿고 모든 걸 맡길 수 있는 병원이 되기 위해서는 병원이 직접 고용하여 교육과 관리를 책임질 수 있는 간병이 되어야 한다는 것은 너무나 명확한 사실이다.

외국의 연구사례에 의하면 의료기관에 종사하는 보건의료인의 노동환경과 환자의 사망률 사이에는 밀접한 상관관계가 있다고 밝혀졌다. 그동안 병원노조들이 간호사 등의 병원인력 충원을 요구했던 것도 이는 단순히 노동자들의 노동강도를 낮추는 문제뿐 아니라 의료사고를 예방하고 의료서비스질을 높이는 중요한 문제라는 인식이 있었기 때문이다. 진정한 보호자 없는 병원이 되기 위해서는 간호 및 간병 인력에 대한 문제가 의료서비스의 질을 평가하는 중요한 기준이 된다는 사실을 함께 인식하는 것이 필요하다.

■ 우리가 힘을 합쳐 좋은 간병제도를 만들자!

지난 5월 31일, 10여명의 의원을 대표하여 박은수의원 명의로 병원간병에 대한 보험적용을 위해 건강보험법 및 의료법 개정안이 발의되었다. 이는 뜻있는 국회의원뿐 아니라 많은 노동, 시민, 여성단체가 그동안 함께 힘과 지혜를 모아서 만들어 낸 결과이기도 하다. 때문에 이 법안이 하루빨리 통과되어 많은 환자, 보호자들의 근심과 고통을 덜어줄 수 있도록 우리는 최선을 다할 것이다. 현재 진행되고 있는 100만 국민 서명운동과 각종 캠페인 사업을 포함하여 이후 다양한 선전 및 홍보사업에 총력을 기울일 것이다.

열악한 병원현장에서 24시간 환자를 돌보고 있는 간병노동자들과 질병으로 고통받는 환자와 그 가족들이 함께 힘을 모아서 좋은 간병제도를 만들어 가자.

2010 환자권리심포지움

》 제 2 부 《

2010 한국 환자권리 실태 보고

간호서비스와 환자권리

최 경 숙

(사)보건복지자원연구원 상임이사

1. 들어가는 말

환자권리는 국민의 건강할 권리를 위해 기본적으로 보장되어야 할 권리이다. 그러나 우리나라 의료현실은 기본적인 환자권리조차 지켜지지 않을뿐더러 환자권리침해가 심각한 수준이다. 이러한 환자권리문제는 환자나 가족의 입장에서 뿐만 아니라 의료서비스를 제공하는 보건의료노동자에 있어서도 매우 중요한 문제로 인식되고 다루어져야 한다. 특히 현재 의료기관에서 의료서비스가 전문적이고 비공개적인 부분이 많다는 특성을 감안해 볼 때 더욱 그러하다. 또한 이러한 환자권리는 의료인력정책 등 제도정책과도 매우 밀접하게 연관되어 있다는 점에서 보다 총체적인 인식과 접근방법이 요구된다 할 수 있다. 여기서는 의료기관에서 환자에게 직접 서비스를 제공하고 있는 ‘간호서비스’를 중심으로 환자권리의 실태와 환자권리보장을 위한 방안을 살펴보고자 한다. 6)

2. 환자권리의 개념과 내용

환자 권리에 대해서는 여러 국제 문서들이 구체적으로 정의하고 있다. 대표적인 것은 세계보건기구가 1994년에 채택한 유럽연합의 환자 권리 증진 선언이다. 이 문서에 따르면 구체적인 환자의 권리로 정보권, 동의권, 비밀보장권, 진료받을 권리 등이 명시되어 있고, 이러한 권리의 적용과 실행을 위해 적절한 수단이 마련되어야 함을 강조하고 있다. 정보

6) 이 글은 대한간호협회의 연구용역 의뢰를 받아 사)보건복지자원연구원이 작성한 ‘환자권리보장을 위한 간호서비스구성방안’(최경숙 이상윤 김창보, 2010년) 연구보고서의 내용을 발췌한 것임.

권은 의료서비스 각 과정에서 환자가 구체적 정보에 대한 알 권리이다. 동의권은 환자의 동의하에서만 의학적 중재가 이루어지도록 하는 권리이다. 비밀보장권은 환자의 건강상태, 의학적 상태, 진단, 예후, 치료와 개인에 대한 정보 모두를 비밀로 보장받을 권리이다. 진료 받을 권리는 건강증진을 위한 예방적 치료나 예방적 활동을 포함하여 자신의 건강을 위한 적합한 의료를 받을 권리를 말한다.

우리나라 헌법은 국민의 건강권 보장을 국가의 의무로 규정하고 있다. 이에 따라 환자 권리와 관련된 내용도 각종 보건의료 관련 법률에 규정되어 있다. 보건의료체계와 관련된 기본법이라고 할 수 있는 보건의료기본법에서는 모든 환자가 건강을 보호받을 권리, 알 권리, 자기결정권, 비밀을 침해받지 않을 권리 등이 있다고 명시하고 있다.

한편, 의료인과 의료기관에 관한 법률인 의료법에도 다음과 같은 환자의 권리가 명시되어 있다 : 최선의 의료서비스를 받을 권리, 진료를 받을 권리(진료를 거부당하지 않을 권리), 비밀을 보장받을 권리, 알권리 : 기록열람권 및 처방전교부 청구권, 영양방법을 지도받을 권리, 무면허의료행위를 받지 않을 권리, 병원감염으로부터 보호받을 권리, 신의료기술의 적용으로부터 보호받을 권리 등.

한편, 우리나라 정부는 위에서 언급한 법률상의 권리가 지켜지도록 지도, 감독하는 것과 더불어, 의료기관 서비스 질 평가라는 틀을 통해 환자 권리를 증진시키려 노력하고 있다. 보건복지가족부는 의료법 58조에 근거하여, 의료기관 서비스 수준의 향상을 도모한다는 목적에서 매년 의료기관 평가를 실시하고 있고, 평가 항목에 환자 권리와 관련된 항목을 반영하고 있다. 한편, 사회적으로 환자의 권리가 중시됨에 따라 의료기관에서도 자체적으로 환자권리장전 등을 제정하여 환자 권리를 보장하려 노력하고 있다.

3. 우리나라 법체계상의 환자 권리

1) 헌법과 의료기관 이용자의 권리 보장

우리나라 헌법 제10조, 제34조 등에 모든 국민은 인간으로서 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구하면서 인간답게 살 수 있는 권리가 있다고 규정되어 있고, 국가는 이러한 국민의 기본적 인권을 보장할 의무를 지고 있음을 선언하고 있다.

2) 보건의료기본법과 의료기관 이용자의 권리 보장

우리나라 보건의료 법체계의 기본법인 보건의료기본법에는 환자의 권리와 의료인의 의무가 명시되어 있다.

① 건강권

모든 국민은 자신과 가족의 건강에 관하여 국가의 보호를 받을 권리를 가지며, 성별·연령·종교·사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 자신과 가족의 건강에 관한 권리를 침해받지 아니한다(보건의료기본법 제10조).

② 알 권리

모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 국가 및 지방자치단체의 보건의료정책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가지며, 보건의료인 또는 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다. 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자·직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병 기타 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다(보건의료기본법 제11조).

③ 자기결정권

모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료방법, 의학적 연구대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다(보건의료기본법 제12조).

④ 비밀 보장

모든 국민은 보건의료와 관련하여 자신의 신체·건강 및 사생활의 비밀을 침해받지 아니한다(보건의료기본법 제 13조).

3) 의료법과 의료기관 이용자의 권리 보장

의료법에는 의료인과 의료기관의 의무라는 형태로 의료기관 이용자의 권리가 보장되어 있다.

① 최선의 의료서비스를 받을 권리

의료인과 의료기관의 장은 의료의 질을 높이고 병원감염을 예방하며 의료기술을 발전시키는 등 환자에게 최선의 의료서비스를 제공하기 위하여 노력하여야 한다(의료법 제 4조).

② 진료를 받을 권리

의료인은 진료 또는 조산의 요구를 받은 때에는 정당한 이유 없이 이를 거부하지 못

하고, 응급환자에게 최선의 처치를 하여야 한다(의료법 제15조).

③ 비밀을 보장받을 권리

의료인은 의료법 또는 다른 법령에서 특히 규정된 경우를 제외하고는 그 의료·조산 또는 간호에 있어서 지득한 타인의 비밀을 누설하거나 발표하지 못한다(의료법 제19조). 의료인이나 의료기관 종사자는 환자가 아닌 다른 사람에게 환자에 관한 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 내주는 등 내용을 확인할 수 있게 하여서는 아니 된다. (의료법 제21조 ①항).

④ 알권리 - 기록열람권 및 처방전교부 청구권

환자의 배우자, 직계 존속·비속 또는 배우자의 직계 존속이 환자 본인의 동의서와 친족관계임을 나타내는 증명서 등을 첨부하는 등 보건복지가족부령으로 정하는 요건을 갖추어 요청한 경우, 그 기록을 열람하게 하거나 그 사본을 교부하는 등 그 내용을 확인할 수 있게 하여야 한다(의료법 제21조 단서). 의사 또는 치과의사는 환자에게 의약품 투여할 필요가 있다고 인정하는 때에는 약사법에 의하여 자신이 직접 의약품을 조제할 수 있는 경우를 제외하고는 보건복지부령이 정하는 바에 의하여 처방전을 작성하여 환자에게 교부하여야 한다(의료법 제18조).

⑤요양방법을 지도받을 권리

의료인은 환자 또는 그 보호자에 대하여 요양의 방법 기타 건강관리에 필요한 사항을 지도하여야 한다(의료법 제24조).

⑥ 병원감염으로부터 보호받을 권리

보건복지가족부령으로 정하는 일정 규모 이상의 종합병원의 장은 병원감염 예방을 위하여 감염대책위원회를 설치·운영하는 등 필요한 조치를 하여야 한다(의료법 제47조).

4. 간호서비스 관련 환자권리 실태 조사 결과

병원에서 간호서비스와 환자권리의 실태를 조사하기 위하여 2010년 2월 300병상이상 종합병원 6개 와 300병상미만 종합병원 13개, 모두 19개 병원에서 일반병동에 입원한 환자 680명과 일반병동에서 근무하는 간호사 511명 대상으로 설문조사를 실시했다.

1) 병원현장 간호사의 노동조건과 환자권리

병원 현장에서 간호사의 노동조건은 간호서비스의 질과 직결된다. 이 과정에서 환자들은 양적으로나 질적으로 적절한 간호서비스를 받지 못하는 문제가 발생한다. 특히 적절한 인력의 수, 간호사의 업무별 근무시간은 핵심적인 요인이다. 이에 대한 조사를 하였다.

(1) 간호사 1명이 실제 담당하는 환자수

평일 낮 근무를 기준으로 할 때 간호사 1명이 실제 담당하는 환자의 수가 15명 이하인 경우는 300병상이상 종합병원 간호사의 경우 49.8%였던 반면, 300병상미만 종합병원 간호사의 응답에서는 300병상이상 종합병원의 절반에도 미치지 못하는 23.3% 수준이었다.

(2) 간호사 업무별 근무시간

간호사들은 평일 낮 8.35시간 (300병상이상 종합병원 8.36시간, 300병상미만 종합병원 8.33시간) 근무한다고 응답했다. 이 시간 안에서 간호사들이 각 업무에 실제 사용하는 시간은 ‘환자관리 및 치료보조’에 2.31시간을 사용하여 가장 많은 시간이었으며, 그 다음으로는 행정업무(1.50시간), 치료관련 설명 및 상담(1.1시간)의 순이었다.

한편 간호사 설문조사를 통해 각 업무별로 실제 시간과 적정 시간과의 차이를 계산해보면 ‘치료관련 설명 및 상담’ 시간이 실제 많이 부족한 것으로 나타났다. 300병상이상 종합병원의 경우 0.27시간, 300병상미만 종합병원의 경우 0.21시간이 부족하였다. 그 외에도 ‘병원 이용 상담 및 설명’ 시간이 부족한 것으로 나타났다.

이와 관련하여 간호사들은 행정업무 시간을 줄이고 환자와 가족에게 치료 관련한 상담이나 설명을 하는 시간이 늘어나야 한다고 생각하는 것으로 나타났다.

결국 종합하면 현재 병원에서 간호사 인력의 부족과 함께 업무가 다양하고 특히 행정업무에 대한 부담이 커서 실제 환자에게 치료 또는 질병에 관한 설명이나 상담을 제공하며 환자의 알권리를 충족시키기에는 한계가 있다는 특징이 나타났다.

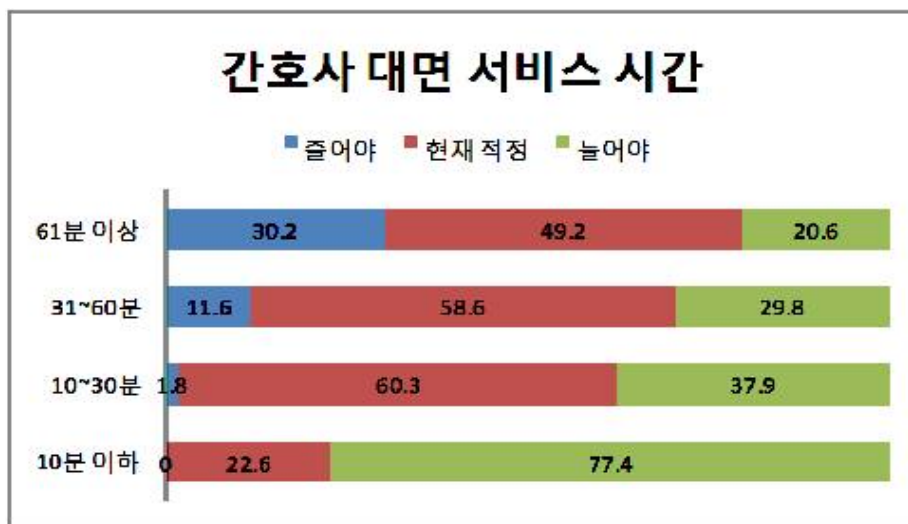
(3) 환자의 입장에서 대면 간호서비스 시간

입원환자에게 하루 동안 실제 간호사와 대면하며 서비스를 받는 시간이 어느 정도 되는지 조사한 결과, 환자의 42.1%는 10~30분 사이라고 응답했다. 10분 이하도 29.8%나 되어 입원 환자의 약 70% 정도는 하루 24시간 중에서 간호사 서비스를 30분 이하로 받는 것으로 나타났다.

이와 연관되어 환자들은 간호사 서비스를 더 많이 받기를 원하고 있었다. 하루에 ‘10분

이하'의 간호사 서비스를 받는 환자 중에서는 77.4%가, '10~30분' 간호사 서비스를 받는 환자 중에서는 37.9%가, '31~60분' 간호사 서비스를 받는 환자 중에서는 29.8%가 현재보다 더 많은 시간으로 간호사 서비스를 받아야 하는 것으로 생각하고 있었다.

이와 같은 결과는 환자들은 병원에서 환자권리를 증진시키기 위하여 간호사 인력의 확충이 가장 우선적인 과제로 인식하고 있는 조사 결과와 일관성을 갖고 있다. 간호사들을 대상으로 한 조사뿐만 아니라 환자들 역시 환자권리와 더 나은 서비스를 받기 위하여 병원에 간호사 수가 늘어나야 한다고 응답했다.



〈그림 15〉 1일 실제 간호사서비스 시간대별 개선방향 (단위 : %)

5. 간호서비스와 환자권리

환자는 자신에게 간호서비스를 제공하는 인력이 어떤 자격과 권한을 가진 사람인지 정확히 알 권리가 있다. 이와 관련하여 '간호사'와 '간호조무사'의 차이를 인지하고 있는지, 자신에게 간호서비스를 제공하는 사람이 어떤 자격을 가진 사람인지 구분할 수 있는지, 어떻게 알게 되었으며, 개선방향은 무엇인지 알 필요가 있다. 또한 각 병원들이 간호사의 수, 간호서비스의 질, 간호서비스에 대한 만족도 등 간호서비스의 수준을 알 수 있는 정보를 공개하여 환자의 알권리와 선택권을 보장한다는 취지에서 이를 의무화하는 방안을 어떻게 평가하는지도 중요한 요인이라고 할 수 있다. 이와 같은 환자권리를 보장하기 위하여 어떤 간호정책이 우선적으로 요구되는가에 대한 의견도 조사하였다.

1) 간호서비스 관련 환자의 알권리

간호사와 간호조무사의 차이에 대하여 환자의 인지도를 조사한 결과 입원환자의 75.8%가 ‘알고 있다’고, 24.2%는 ‘몰랐다’고 응답했다.

그러나 환자들에게 현재 간호서비스를 제공하는 인력이 어떤 자격의 사람인지 구분하고 있는가에 대한 조사 결과에서는 ‘알고 있다’고 응답한 비율은 56.6%에 불과했다. 환자 응답자의 86.7%가 명찰이나 복장, 벽 또는 문에 부착된 사진과 이름을 보고 알았다고 응답했다. 간호사가 간호서비스를 제공하는 모든 사람들을 소개하여 알게 된 경우는 2.6%에 불과했다. 한편, 입원환자 4명중 3명은 간호사와 간호조무사의 차이에 대해 인지하고 있는 것으로 조사되었다. 특히 남성보다는 여성이, 저학력자 보다는 고학력자가, 노인층보다는 젊은층의 인지하는 비율이 높았다.

그러나 정작 자신에게 서비스를 제공하는 사람이 어떤 자격을 가진 인력인지에 대해서는 인지하는 비율은 절반을 약간 넘는 56.6%에 지나지 않았다. 입원환자 중 절반에 가까운 사람들이 자신에게 간호서비스를 제공하는 인력이 간호사인지, 간호조무사인지, 아니면 간호보조인력인지 정확히 알지 못하고 있다는 것이었다.

자신에게 서비스를 제공하는 인력의 자격에 대해 인지하는 환자들의 경우에서도 86.7%는 명찰이나 벽에 부착된 사진과 명단을 보고 알게 되었다고 응답했다. 환자가 입원할 때 간호사가 직접 인사하고 설명하여 알게 되었다는 환자는 2.6%에 불과했다.

이는 입원환자가 어떤 자격을 가진 사람들에게 간호서비스를 받고 있는지에 대한 기본적인 정보의 제공이 병원측과 의료인들에 의하여 적극적으로 정보제공받는 형태가 아니라는 점에서 특징적이다. 명찰과 벽면에 붙어있는 사진과 이름을 보고서야 알게 되는, 즉 환자의 노력이 없이는 이에 대한 정보를 취할 수 없었다는 것이다. 이러한 점이 절반에 가까운 환자들이 어떤 자격을 가진 인력에 의해 간호서비스를 받는지 모르게 되는 결과의 주요한 원인이 된다고 볼 수 있다.

이를 개선하기 위하여 간호서비스 제공 인력이 명찰패용을 의무화하는 방안에 대해서는 간호사의 98%가 찬성하는 의견을 보였으나 간호사의 수 등 병원의 간호서비스 수준을 알 수 있는 정보를 공개하는 것에는 84%만이 찬성해 자기 자신보다 병원의 정보공개에 더 소극적 태도를 보이는 모습을 보였다. 반면, 환자는 간호사 명찰패용과 간호서비스 정보 공개에 대해 90% 안팎의 비슷한 비율로 찬성하는 입장을 보였다.

2) 간호서비스 인력의 역할과 환자권리

어떤 서비스를 어떤 간호 인력이 제공하는가는 간호서비스의 질과 깊은 관련이 있다. 특히 간호관련 여러 인력들 간의 역할이 어떻게 구분되어야 서비스의 질과 환자의 권리를 보장할 수 있는가에 대한 문제는 중요하다. 이와 관련해 환자와 간호사들을 대상으로 간호서비스 구분에 따라 어떤 인력이 담당하는 것이 적절하다고 판단하고 있는지 조사하였다.

우선 간호서비스를 ① 환자상태의 관찰과 측정(검사물 체취, 체온 및 호흡 측정 등), ② 병실관리(침상흡이불 교환, 실내온도 점검 등), ③ 환자이동보조, 운동보조, 식사보조, ④ 병원 이용 상담(입퇴원 및 병원 이용 상담), ⑤ 치료관련 설명 및 상담(질병, 수술, 치료, 약 등), ⑥ 치료보조, 복약관리, 주사제 관리 등 6개로 구분하였다.

간호서비스의 업무를 구분하여 어떤 인력이 담당하는 것이 적절하다고 생각하는지에 대해 간호사와 환자를 대상으로 조사했다. 두 조사 모두에서 '치료 관련 설명 및 상담', '치료보조, 복약관리, 주사제 관리', '환자상태의 관찰과 측정'의 경우 간호사가 직접 담당해야 한다는 응답이 높게 나왔다. 또한 '병실관리'와 '식사, 이동, 운동 등 환자보조'의 업무는 간호사가 직접 담당해야 한다는 내용에는 간호사 조사와 환자조사 결과 모두에서 10%대에서만 '간호사가 직접' 담당해야 한다고 응답했다.

이는 '치료관련 설명 및 상담'에 대해서는 간호사 조사에서는 100%, 환자 조사에서도 95%가 간호사가 해야 한다고 응답하는 등 환자의 관리와 치료에 해당하는 서비스와 환자상태의 관찰 등 의료인으로서의 업무에 해당하는 것에 대하여 지지하는 비율이 높았다.

그러나 실제 병원 현장에서는 인력부족으로 대소변량 측정, 맥박, 혈압 측정, 흡인, 위관급식 등 간호사가 직접 담당해야 하는 행위를 환자보호자나 간호보조인력에게 위임하는 경우가 많은 모순된 양상이 나타났다. 이번 조사는 이러한 상호 위반되는 결과가 나타나는 원인을 밝히기 위한 추가적인 설문 내용을 포함하지 못한 한계가 있다. 그러나 이는 병원에서 간호사인력이 부족하고 행정업무 등 다양한 업무를 수행하는 과정에서 관습화된 과정을 겪어 이에 대한 문제의식을 느끼지 못하는 것으로 추측할 수 있다. 그러나 이 과정에서 잘못된 기록을 남기거나 예기치 못한 사고가 발생할 위험을 갖고 있다는 점에서 환자권리를 심각하게 침해하는 요인이라고 지적되어야 한다.

또한 간호사와 간호조무사를 포함한 간호보조인력이 담당해야 할 업무의 성격과 범위를 분명히 하여 서비스를 제공하는 것도 환자권리를 보장하고 증진하는데 매우 중요한 의미를 갖는다. 특히 본 조사 결과 간호사와 환자의 인식 차이가 크지 않다는 점에서 이를 정

리할 수 있는 가능성을 엿볼 수 있었다.

3) 환자 간병 실태와 환자권리

입원환자가 ‘간병’ 문제와 관련하여 고통을 느끼고 있다는 점은 이번 조사에서도 그대로 드러났다. 입원환자 4명중 3명의 경우 가족이 간병을 담당하고 있었으며, 입원환자의 8.9% 정도만 간병인을 사용하고 있어 환자간병이 여전히 가족의 부담으로 남겨져 있음을 알 수 있다.

특히 간병인을 사용하지 않는 이유에 대해서도 ‘간병할 가족이 있어서’가 36.3%였으며, 간병인을 사용하는 환자의 경우 ‘간병할 가족이 없어서’에 52.7%가 되어 가장 많은 응답률을 보였다. 이는 ‘간병’이 사회적으로 제도화되는 서비스가 아닌 여전히 사적인 영역에 남아있는 서비스라는 점에서 대부분의 환자와 가족은 1차적으로 가족에 의존하고 있음을 보여준다.

4) 환자권리 보장을 위한 간호정책 과제

환자와 간호사에게 환자권리 증진을 위한 간호서비스의 개선 과제를 묻는 설문에 대하여 두 조사 결과 모두에서 간호사 인력의 확충과 간호인력 직무교육을 우선으로 꼽았다. 간호사 조사 결과 1순위로 간호사의 경우 응답자 504명중 479명(95.0%)가 ‘간호인력 확충’이 다른 항목에 비해 압도적으로 많았다. 이는 환자 조사 결과에서도 나타난다. 전체 응답자 622명 중 306명(49.2%)이 ‘간호인력의 확충’이 시급하다고 응답했다. 이는 환자나 간호사 모두 환자권리를 위해 간호인력 부족이 가장 큰 문제로 보고 있다는 것을 의미한다.

또한 간호사의 경우 환자에 비해 ‘간호인력 확충’과 ‘간호인력 직무 교육’에서 더 높은 응답 비율이 나온 반면, ‘간호서비스 수준에 관한 정보 공개’와 ‘간호사에 대한 환자권리 교육’, ‘간호불만신고센터 운영’ 등은 환자의 선택비율이 간호사보다 더 높았다.

환자들이 간호인력의 질적 수준을 평가할 때 학력이나 경력 보다는 ‘환자 간호에 대한 의식’을 더 높게 꼽았다.

이러한 결과를 종합해 볼 때 환자권리를 위하여 간호사와 환자 모두 ‘간호인력 확충’을 꼽았다. 그러나 이와 같은 양적 조건을 충족하더라도 환자들은 질적 차원에서는 간호인력에게 환자권리와 관련한 교육을 중요하게 보고 있음을 알 수 있다.

5) 간호사 사례조사 - 환자권리침해 사례

설문조사를 보완하기 위하여 병원에 근무하는 5명의 간호사에게 문서의 형태로 사례를 조사하였다. 이들의 조사 결과에서는 우선 병원에서 제공하는 환자권리 교육은 병원 평가를 대비하기 위해 형식적으로 진행되는 것이 대부분이어서 실효성이 없다고 평가하면서, 업무가 많고 교육도 형식적이어서 근무를 하면서 ‘환자권리’에 대해 특별한 의식을 갖기 어렵다고 보고했다. 환자권리에 대한 간호사 교육은 의료기관평가와 관련하여 이루어지는 것이 거의 대부분이인데 ‘환자권리장전’과 ‘개인정보 보호와 보안’에 대해 일방적으로 암기하거나 주로 사이버 교육 등으로 진행되고, 환자권리측면보다는 질 관리나 비용손실 절감 측면에서 다루어지고 있다는 의견이 많았다.

그러나 간호사들은 병원에서 근무하면서 ‘환자권리를 침해하는 사례’를 수시로 경험하고 있다고 했다. 충분한 설명이나 정보를 제공하지 않아 환자와 의료진 간에 서로 신뢰하지 못하는 문제가 발생하거나 환자에게 선택권을 부여하지 않고 비용만 부과시키는 것, 환자의 진료보조와 안전을 위협하는 상황, 환자의 사생활과 비밀이 보장되어야 하는 것 등 환자권리의 기본적인 것조차 잘 지켜지지 않는 문제를 경험하고 있다고 했다. 이 과정에서 겪는 간호사들의 고민과 갈등을 호소하였다.

환자의 알권리 측면에서는 의사를 만나는 것 자체가 어려워서 환자나 가족이 질병이나 수술, 치료 등에 대해 최소한의 설명을 들을 수 없다는 점이 가장 많이 제기되었다. 의사가 설명을 하는 경우에도 수술 동의서 작성이나 매우 형식적인 설명으로 환자나 가족이 이해를 제대로 하지 못해서 생기는 문제가 발생한다. 환자의 알권리에서 일차적으로는 의사의 역할이 중요하나, 가능한 범위에서 간호사를 비롯하여 누구라도 의료진이 충분한 설명을 해주는 것이 환자와 가족의 입장에서는 필요하다는 점을 제기하고 있다. 구체적인 알권리 침해사례로 수술하기 전에 설명 부족과 선택진료제 등을 들고 있다. 또한 이들은 의료진과 가족에 의해 환자의 알권리가 침해되는 것에 대한 간호사로서의 고민과 갈등도 나타나고 있다.

환자의 비밀을 보장받을 권리 침해 사례는 몇 가지로 구분해 보면, 첫째는 병실이나 복도, 면회대기실 등에 동의 없이 이루어지는 CCTV 녹화와 녹음, 둘째 환자의 동의 없이 환자 질병 및 상태를 가족에 공개하는 것, 셋째 EMR, OCS를 통한 정보유출 등이다. 그러나 이러한 환자권리에 대한 인식이 상대적으로 미흡해서 무의식적 혹은 일상적으로 환자 권리

침해가 나타날 수 있다는 우려를 제기하였다. 아울러 CCTV나 개인정보유출 등이 본인 동의없이 병원에서 활용하는 것에 대한 개선이 시급하다고 밝혔다. .

이들 간호사들은 이런 문제가 결국 간호사 인력의 부족과 이에 따른 과중한 업무, 환자권리를 중심으로 한 시스템의 부족으로 인한 것에 근본적인 원인이 있는 것으로 보고 있었다.

환자권리보장을 위해 병원에서 개선할 사항으로, 가장 우선적으로 간호사 등 의료진의 인력 확충을 들었다. 직접 간호인력 확충, 간호사 1인당 담당 환자 수 감소, 경력간호사 확보를 위한 정책, 레지던트의 24시간 근무개선 등을 들고 있다.

또한 의료진에 대한 환자권리교육을 추상적인 선언을 넘어 기본적인 인권교육, 각종 환자권리침해 사례와 개선책, 일상적인 업무개선을 통해 구체적으로 실천할 수 있는 방안이 마련하여야 한다고 하였다. 간호사들은 그 외에도 실무 표준, 업무과정 개선, 진료비 상세내역 의무화, 면회시간과 회진시간대를 동일하게 조정하는 것 등 구체적인 실무 표준지침이나 업무과정을 개선하여 환자권리를 보장하는 세부 방안 등도 제시하였다.

5. 결론 : 환자권리보장 방안

이상에서 살펴본 결과 환자는 충분한 간호서비스를 원하고 있으나 수익을 추구하는 병원의 현실에서는 기본적인 환자권리조차 보장되지 못하고 오히려 수시로 환자권리를 침해하는 경험을 하고 있는 것으로 결론을 내릴 수 있다. 그런데 이러한 문제를 해결하기 위해서는 충분한 간호인력의 확보나 정보제공과 같은 제도적인 차원에서의 문제와 함께 형식적 친절이 아닌 환자중심의 진료와 환자권리를 존중하는 시스템을 구축해야 할 병원의 책임과 문제, 그리고 간호사들에게 환자권리 의식을 심어주고 의료현장에서 간호사가 환자권리를 보호, 증진하기 위한 구체적 실천방안을 만들고 갈등을 해결하려는 적극적인 노력이 필요하다. 이와 같은 다차원적 접근이 동시에 이루어질 수 있도록 여러 방면의 협력을 구축해야 할 것이다.

1) 간호사 인력 확보방안

병원내 환자권리보장에서 볼 때 무엇보다도 적정한 간호인력확보가 절실하다. 한편 간호인력 문제가 최근 몇 년간 사회적 논의가 부분적으로 이루어져 온 것도 사실이다. 그러나

병원협회 등 일부에서는 간호인력 문제를 공급부족문제로 보고 비정규직 확대 등 양적 증가로 접근하면서 문제를 더욱 심화시킨 측면이 있다. 그러나 현 시기 간호사 인력문제는 간호사 공급부족의 문제라기 보다는 지역별, 병원규모별 간호사 인력 수준의 편차가 크다는 것이며, 이는 이윤추구의 병원간 과당경쟁으로 인한 것이다. 병원간 과당경쟁과 비용절감으로 인한 간호사의 노동강도 강화와 감시와 통제, 늘어나는 노동시간은 간호사의 이직률을 높이고 있다. 병원서비스의 핵심은 사람의 노동이며, 양질의 인력을 양성하고 숙련노동자가 지속적으로 병원에 남을 수 있는 구조를 만드는 것이 중요하다. 따라서 간호인력 문제해결의 방향은 노동조건을 개선하여 간호사의 만족도를 높이고 숙련간호사의 이직률을 낮추는 것이 우선이다.

간호인력확보를 위한 구체적인 정책 대안은 △ ‘최소 간호사 인력기준’을 법제화하고 △ 병원간호사 노동조건 개선을 위한 정책 마련하여야 한다. ‘최소 간호사 인력기준’은 1999년 미국캘리포니아에서 도입한 근무시간에 실제 직접 간호하는 간호사 1명이 책임지는 간호사수 개념의 간호인력기준을 참고로 할 만하다. 한편 최소 인력기준만을 지키는 것이 아니라 더 나은 서비스 질을 확보하기 위한 간호관리료 차등제 등의 제도 보완도 필요하다.

이를 위한 구체적인 법 제도 개선 사항으로 △ 최소 간호사 수준 법제화, △ 간호관리료 차등 제도 개선, △ 의료기관 평가시 간호서비스 평가 기준 강화, △ 의료서비스 제공 인력에 대한 국민의 알권리 충족- 의료법 시행규칙 개정, △ 의료인과 의료기관에게 환자권리 고지의 의무 신설 - 의료법 개정 등을 들 수 있다. 또한 정부 정책 개선 사항으로 △ 간호서비스 수준 향상을 위한 중장기인력계획 수립과 기구 운영- 의료인 단체, 의료기관 단체 등과 더불어 시민단체, 노동조합의 참여 보장 등도 필요하다.⁷⁾

‘병원 간호사 노동조건 개선’을 위한 정책으로는 인력확충이외에도 교대근무의 특성상 근무휴식시간에 대한 규제나 육아 및 탁아 환경 개선, EMR 업무 등 포함한 다양한 행정 업무 완화 등 가이드라인이 필요하다. 또한 인력부족문제는 곧바로 간호사 건강문제로 나타날 수 있으므로 병원 특성에 맞는 노동안전보건 규제 등이 필요하다.⁸⁾

2) 간호서비스의 질적 측면에서 환자권리보장방안

7) 미국은 강제로 부과되는 간호사의 연장근로를 제한하는 법률과 제도가 15개주에 있다.

8) 미국의 경우 주사침사고방지를 위한 법률은 연방정부차원에서 제정되어 있고, 근골격계질환 예방 법률은 8개주에, 병원 폭력으로부터 간호사 보호 법률은 14개주에 제정되어 있으며, 이러한 법제도는 모두 병원의 특수성을 반영한 것이다.

우리나라 보건의료기본법에서는 알권리를 보건의료기록에 대한 권리로 좁게 해석하고 있으나, 넓게 보면 '정보에 대한 접근권 보장'과 관련되어 있다. 의료기관에서 정보접근권에서 문제가 되고 있는 어려운 용어 사용을 시정할 필요가 있다. 또한 병원서비스의 질 평가 지표에서 환자에게 적절한 정보가 제공되는지 포함하는 것도 바람직하다.

환자의 비밀보장권과 관련하여, 원칙적으로 개인의 건강상태, 치료 기록에 대한 모든 자료와 정보는 개인적인 것으로 간주되어야 하고 그에 따라 적절히 보호되어야 한다. 최근 의무기록 전산화로 인한 개인정보 누출이 심각한 상황에서 병원차원의 개인정보 보호 방침과 더불어 병원에서 주된 서비스를 담당하고 있는 간호사의 각별한 주의가 필요하다.

질 좋고 안전한 서비스를 받을 권리 관련하여, 양질의 서비스는 환자의 시간을 고려한 서비스를 포함하여야 하며 모든 사람은 보건의료서비스가 부적절함으로서 발생하는 의료사고나 오류로부터 자유로울 권리가 있다. 한자, 병원 감염, 환자 낙상문제, 환자 욕창문제 등의 병원에 의한 안전문제에 대한 병원차원의 예방과 대책이 필요하다.

문제를 제기하고 보상받을 권리 관련하여, 모든 사람은 보건의료서비스로 인해 신체적, 도덕적, 정신적 피해를 입었을 때 적절히 빠른 시일 내에 충분한 보상을 받을 권리가 있다.

그 외 간호서비스 질향상 방안으로, 의료기관내 간호서비스 질관리 체계개선으로 환자권리보호체계 개선, 의료기관내 환자 편의 관련 정보 제공체계 개선, 의료기관의 간호서비스 수준 공개 의무화 등이 요구된다. 간호서비스 개선에 대한 시민 참여 구조 마련하여 노동조합, 지역사회 주민 등의 참여를 보장하는 것도 필요하다.

3) 환자권리 실천운동

무엇보다도 중요한 것은 환자권리보장을 위한 실천운동이다. 환자권리보장 실천운동은 △ 환자권리확보를 위한 대국민 캠페인 △ 간호사 및 간호학생, 보건의료노동자를 대상으로 한 환자 인권교육 강화 △ 환자권리보장을 위한 의료기관내 업무시스템 개선 등 다각적인 접근과 노력이 필요하다.

권리라는 것은 아는 만큼 요구할 수 있고 얻을 수 있다. 다양한 매체와 방식을 통해 의료기관 이용에 대한 권리를 홍보하고 교육할 필요가 있다. 매뉴얼 배포, 초중 고등학교에서의 인권교육에 환자권리관련 시간을 포함하는 것 등 다양하게 환자권리보장 캠페인운동을 모색할 수 있다. 또한 의료기관에서 일하고 있는 간호사를 포함하여 보건의료노동자들

과 보건의료학생들에 대한 환자인권교육은 매우 시급하고 절실하다.

마지막으로 환자권리는 가장 일차적인 환자와 가족뿐만 아니라 의료 현장에서 일하고 있는 보건의료노동자의 공동실천과제라는 점을 다시 한 번 강조하고 싶다. 가능한 곳부터, 구체적인 실천운동부터, 환자와 가족-보건의료노동자, 지역주민의 연대를 통해 환자권리 보장운동을 한걸음씩 진전시켜 나갈 것을 기대한다.

공무원 채용 신체검사 규정 불합격사유 합리적 개정방안

박진석
한국백혈병환우회 사무국장

1. 직업선호도 1위 직종인 공무원

프리미엄 취업포털 커리어와 자격증·고시 전문 교육기업 에듀월이 2009년 6월13일부터 15일까지 구직자 1,153명을 대상으로 설문 조사한 바에 따르면 가장 선호하는 직업으로 ‘공무원(20.1%)’이 1위를 차지했다. ‘일반사무직’은 17.6%로 뒤를 이었고, ‘기술직’ 10.8%, ‘금융직’ 8.9%, ‘교육직(교사·교직원 등)’은 7.5%, ‘마케팅·홍보직’은 7.3%, ‘창업을 포함한 영업직’은 5.4%로 선호되고 있었다.

[표1. 직업선호도 조사결과. 커리어&에듀월. 2009]

직종	공무원	일반 사무직	기술직	금융직	교육직	마케팅· 홍보직	영업직 (창업포함)
직업 선호도(%)	20.1	17.6	10.8	8.9	7.5	7.3	5.4

직업을 선택할 때 가장 크게 고려하는 것은 직업 안정성이 36.7%로 가장 많았고, 이어 연봉수준이 20.6%, 흥미나 적성 17.1%, 직업전망도 13.8%로 나타났다. 평생 직장을 보장받지 못하는 현 고용현실을 고려할 때 직업선호도에 있어서 정년까지 안정적인 일자리가 보장되는 공무원이 1위를 차지하는 것은 당연한 결과이다.

2. 공무원 채용 신체검사 규정의 체계

(1) 목적

공무원 채용 신체검사 규정(이하, ‘동 규정’이라 한다) 제1조에서는 신체검사의 목적을 “국가공무원을 신규로 채용함에 있어 직무를 담당할 수 있는 신체상의 능력을 판정하기 위하여”라고 규정하고 있다.

(2) 내용

동 규정 제4조에서는 공무원 채용 신체검사 불합격사유를 별표와 같이 총 14개 항목 60개 질병을 중심으로 열거방식으로 규정하고 있고 이에 해당하는 경우 동 규정 제5조에 의해 국가유공자, 의사상자, 장애인을 제외한 모든 사람의 공무원 채용을 금지하고 있다.

(3) 적용범위

동 규정 제1조의2에 의해 국가공무원의 채용을 위한 신체검사에 관하여는 다른 법령에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 모두 이 공무원 채용 신체검사 규정을 준용하고 있다. 즉, 동규정이 직접 적용되는 공무원은 국가직 공무원 중 일반직·기능직·별정직·계약직·고용직 공무원, 외무공무원, 검사 등이고 동 규정을 준용되는 경우로는 법관 및 사법부 소속 일반직공무원, 입법부공무원, 교원공무원 및 사립학교교원, 군무원, 지방공무원 중 일반직·기능직·별정직·계약직·고용직 공무원 등이다.

3. 동 규정의 인권침해성

동 규정은 공무원 채용에 있어서 질병을 이유로 차별하는 것으로서 이는 헌법상 기본권인 공무담임권, 직업의 자유, 평등권, 행복추구권, 인간다운 생활을 할 권리 등을 침해하는 것이다.

일반적으로 서구 여러 나라에서는 채용 전에 시행하는 신체검사에서 발견되는 건강상의 이유로 채용을 거부하는 것은 차별에 해당된다고 판단하고 있다. 이로 인해 채용 시에 신체검사를 수행하지 않는 것이 세계적 추세이고, 채용 시 신체검사를 행하더라도 그 결과가 채용에 대한 합격, 불합격의 기준으로 이용되는 것을 엄격히 금지하고 있다. 우리나라도 이러한 추세를 반영하여 노동부는 2006년 1월부터 민간 기업에서 행하고 있던 채용 시 건강진단 의무화 제도를 폐지한 바 있다.

따라서 현행과 같이 공무원 채용 시 신체검사를 의무화하고 그 결과에 따라 공무원 채용 여부를 최종적으로 결정하도록 한 공무원 채용 신체검사 규정은 헌법상 보장된 국민의 기본권을 침해하는 위헌적인 법령이라 할 수 있다.

4. 동 규정 제4조 별표에 규정된 불합격사유의 타당성

동 규정 제4조 별표에서 공무원 채용 신체검사 불합격사유를 규정할 때 대부분의 질병 앞에 ‘예후가 불량한’ ‘난치의’ ‘업무수행에 현저한 지장이 있는’ ‘심한’ ‘중증’ 등의 수식어를 붙여서 해당 질병에 해당하더라도 곧바로 불합격되는 것이 아니라 의료진의 정밀검사 등에 의해 공무원으로서의 신체상 직무수행 능력을 판단하고 그 결과를 기초로 공무원 채용여부를 최종 결정하도록 규정하고 있다.

그러나 혈소판 감소성 자반병, 진성적혈구 과다증, 백혈병, 뇌 및 척수종양 등의 질병에는 ‘예후가 불량한’ ‘난치의’ ‘업무수행에 현저한 지장이 있는’ ‘심한’ ‘중증’ 등의 수식어가 붙어 있지 않다. 즉, 이러한 질병에 해당하기만 하면 의료진에 의한 공무원으로서의 신체상 직무수행능력 유무의 판단도 없이 공무원으로 채용되지 못하는 불이익을 입게 된다.

별표 9호-바의 백혈병을 예로 들면 급성백혈병은 조혈모세포이식 또는 항암치료를 받으면 완치율(= 5년 생존율)이 50% 이상이고 글리벡을 복용하는 만성골수성백혈병 환자의 경우 완치율이 90% 이상이다. 따라서 조혈모세포이식 또는 항암치료를 마치고 일정기간이 경과하거나 글리벡을 복용하는 백혈병 환자 대부분은 직장생활을 원하고 있고 이 중에서 상당수는 현재 직장생활을 하고 있다.

따라서, 공무원으로서의 신체상 직무수행능력 판단기준을 개별 질병명을 중심으로 규정하는 방식보다는 ‘업무수행에 현저한 지장이 있는’ 등과 같이 의료인에 의한 전문적 판단여지를 두도록 규정하는 것이 타당하다.

5. 동 규정 제4조 별표의 불합격사유의 열거방식 규정의 타당성

동 규정 제4조 별표에서는 공무원 채용 신체검사 불합격사유를 질병 중심으로 14개

항목, 총 60개 유형으로 분류하여 열거하는 방식으로 규정하고 있다. 현대의학 및 치료기술의 발전으로 기존에는 공무수행이 불가능한 질병으로 간주 되었으나 현재에는 상당수가 완치가 가능하게 되었고 이와 반대로 기존에는 알려지지 않았지만 의학기술의 발전으로 공무수행에 치명적인 장애를 수반할 수 있는 새로운 질병들도 발견되고 있다.

이와 같이 하루가 다르게 급속히 발전하는 현대 의학기술을 고려할 때 공무원 채용 신체검사 불합격사유를 질병 중심으로 14개 항목, 총 60개 유형으로 열거하는 규정방식은 공무원의 신체상 직무수행능력의 판단기준으로는 적합하지 않다.

예를 들면, 혈액 또는 조혈계통의 질환 중에는 ‘백혈병’ 이외에도 ‘골수형성이상증후군’이 있다. 이 질병도 백혈병과 같이 조혈모세포이식을 해야만 완치가 가능하다. 그러나 이 질병은 동 규정 제4조 별표의 불합격 사유에는 포함되어 있지 않기 때문에 공무원 채용 상 불이익을 받지 않는다.

이렇듯 동 규정 제4조 별표와 같이 공무원 채용 신체검사 불합격사유를 질병 중심의 열거방식으로 규정하는 것은 타당하지 못하다.

6. 동 규정의 합리적 개정방안에 대한 제언

노동부는 2005년 10월 7일 산업안전보건법 시행규칙을 개정하여 제98조 제1호 "채용 시 건강진단"이라는 정의규정을 삭제하고 제98조의3 제2항 사업주의 건강진단 실시의무에서 "채용 시 건강진단"을 삭제하였다. 이로 인해 회사 채용시험에 합격하고 나서 부서배치를 받기 전 반드시 받도록 되어 있는 채용 시 건강진단 실시의무는 2006년 1월1일부터 폐지되었다. "채용 시 건강진단"이 애초 회사가 사람을 채용하고 나서 인력배치를 하기 전에 질병이 있는지를 확인하고, 질병이 있으면 그를 감안해서 부서배치를 하라는 취지였지만 이것이 오히려 질병이 있는 사람을 채용하지 않는 결과로 이어져 폐지한 것이다.

고용정책기본법 제7조 1항에서도 '사업주는 근로자를 모집·채용함에 있어서 합리적인 이유 없이 성별, 신앙, 연령, 사회적 신분, 출신지역, 출신학교, 혼인·임신 또는 병력 등을 이유로 차별을 하여서는 아니 되며, 균등한 취업기회를 보장하여야 한다.'고 규정하여 취업에 있어서 질병을 이유로 한 차별을 금지하고 있다.

동 규정의 “공무원채용신체검사서”를 제출하는 시기는 ‘공무원 채용시험 최종 합격자 발표가 난 후 해당 부처별로 배정되어 임용되기 전’이다. 따라서 공무원 채용시험에 최종 합격했다 하더라도 신체검사에서 불합격되면 임용을 받지 못하고 결국 공직 생활을 할 수 없게 된다.

공무원 채용 신체검사를 ‘최종합격 후 해당 부처별로 임용하기 전’에 실시하는 이유는 산업안전보건법시행규칙에서 규정하고 있는 ‘채용 시 건강진단’과 동일하게 공무원 채용시험에서 최종 합격한 후 부처별로 임용하기 전에 질병이 있는지를 확인하고, 질병이 있으면 그를 감안해서 부서 배치를 하겠다는 취지이다. 그럼에도 불구하고 동 규정 제4조는 별표의 불합격 사유에 해당하는 질병을 가진 사람의 공무원 임용 자체를 금지시키고 있다.

민간 기업에 대해서는 관련 법령을 통해 채용 시 건강진단 의무화 제도를 폐지하고 질병을 이유로 하는 고용상의 차별을 금지시키면서 공무원 채용에 있어서는 동 규정을 통해 60개의 질병을 가진 환자들을 차별하는 것은 부당하다.

공무원 채용시험은 직업 선호도에서 1위를 차지할 정도로 인기가 높아 적게는 수십대 일에서 많게는 수백대 일의 경쟁률을 보인다. 준비기간만 하더라도 최소 1년 이상이 걸리고 필기와 면접을 모두 통과해야 합격할 수 있다. 공무원 시험이 이렇게 좁고 힘든 과정을 거쳐야 최종 합격할 수 있다면 공무수행에 필요한 신체적 조건이 갖춰지지 않는 사람이라면 처음부터 공무원 시험에 도전하기도 힘들고 도전했다 하더라도 대부분 중도에 포기할 것이다.

만일 동 규정 제4조 별표의 불합격사유에 해당하는 질병을 갖고 있는 사람이 이렇게 좁고 힘든 공무원 채용시험에 최종 합격했다면 신체검사 결과는 오히려 임용 시 인센티브를 주는 도구로 사용되어야지 합격, 불합격을 판단하는 기준으로 사용되어서는 안 된다.

동 규정 제4조 별표에서 질병을 중심으로 14개 항목, 총 60개 유형으로 열거하는 규정 방식과 질병 앞에 ‘예후가 불량한’ ‘난치의’ ‘업무수행에 현저한 지장이 있는’ ‘심한’ ‘중증’ 등의 수식어를 붙이는 방식으로는 동 규정이 안고 있는 공무원 채용에 있어서의 문제점을 해결할 수 없기 때문에 동 규정을 폐지하는 것이 타당하다.

질병으로 인한 장기간의 치료로 경제적, 정서적으로 큰 어려움을 겪은 환자에게 안정된 직장을 통한 사회복귀는 최우선 관심사이다. 이들에게 가장 안정된 일자리로 평가되는 공무원으로의 진출을 적극 권장하기 위해서라도 동 규정을 신속히 폐지해야 할 것이다.

<참고>

공무원 채용신체검사 규정[일부개정 2008.2.29 대통령령 제20741호]

제1조(목적) 이 영은 국가공무원을 신규로 채용함에 있어 직무를 담당할 수 있는 신체상의 능력을 판정하기 위하여 실시하는 채용신체검사(이하 "신체검사"라 한다)에 관한 사항을 규정함을 목적으로 한다.

제1조의2(적용범위) 국가공무원의 채용을 위한 신체검사에 관하여는 다른 법령에 특별한 규정이 있는 경우를 제외하고는 이 영에 의한다.

제2조(신체검사의 주관기관) ①국가공무원의 채용을 위한 신체검사는 임용권자 또는 임용제청권자의 주관하에 제3조제1항 각호의 의료기관에서 이를 행한다. 다만, 효율적인 신체검사를 위하여 필요한 경우에는 채용시험 실시기관의 장의 주관하에 제3조제1항 각 호의 의료기관에서 신체검사를 행할 수 있다.

②삭제 <2006.12.29>

제3조(신체검사실시의료기관) ①신체검사를 실시하는 의료기관은 다음 각호와 같다.

1. 「의료법」 제3조제3항의 규정에 의한 종합병원
2. 「의료법」 제3조제4항의 규정에 의한 병원
3. 「의료법」 제3조제6항의 규정에 의한 의원
4. 삭제 <1998·12·31>

②제1항 제2호 및 제3호의 규정에 의한 병원 및 의원이 신체검사를 실시하는 경우 별표 제3호 치아계통의 검사는 치과의사의 협조를 얻어 실시하여야 한다.

③신체검사를 주관하는 기관의 장은 임용 예정직의 특수성 기타 신체검사의 시행을 위하여 특히 필요하다고 인정되는 경우에는 제1항 각호의 의료기관중에서 당해 신체검사를 실시할 의료기관을 따로 지정할 수 있다.

제3조의2(신체검사의 실시) 신체검사를 실시하는 의료기관은 응시자의 응시하는 직종등을 참작하여 별지서식의 채용신체검사서에 의하여 신체검사를 행하여야 한다. 이 경우 특히 필요하다고 인정되는 때에는 정밀검사를 실시할 수 있다.

제4조(불합격 판정기준) 신체검사의 불합격판정기준은 별표와 같다. 다만, 직무의 특수성이 있는 공무원의 신체검사에 대한 불합격판정기준은 소속장관이 행정안전부장관과 협의

하여 따로 정할 수 있다.

<개정 1984.6.30, 1998.12.31, 2004.6.11, 2008.2.29>

제5조(채용금지) 임용권자는 신체검사에 불합격판정을 받은 자를 채용할 수 없다. 다만, 다음 각 호에 해당하는 자로서 당해 직무수행에 지장이 없다고 인정되는 자에 대하여는 그러하지 아니하다.

<개정 1987·10·10, 1990·12·1, 1991·6·28, 1995·12·22, 1997·9·30, 1998·12·31, 2005.12.30, 2008.1.31>

1. 「국가유공자등 예우 및 지원에 관한 법률」 제4조제4호·제6호·제10호·제12호 및 제14호의 규정에 의한 전상군경·공상군경·4.19혁명부상자·공상공무원·국가사회발전특별공로상이자
2. 삭제 <1998·12·31>
3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제2조제3호에 따른 의사상자
4. 「장애인복지법」 제2조의 규정에 의한 장애인

제6조(수수료) 신체검사를 받는 자는 신체검사에 필요한 실비를 수수료로서 납부하여야 한다.

제7조 삭제 <1998·12·31>

[별표] 신체검사불합격판정기준<개정 2006.12.29>

1. 일반결합

- 가. 예후가 불량한 악성종양
- 나. 난치의 사상균성 장기질환
- 다. 난치의 사상충병(회다리아병·트리빠노썸마병·일본주혈흡충병)
- 라. 중증인 고혈압증(확장기혈압 115mmHg 이상인 자)
- 마. 유효적절한 치료를 받지 아니한 법정전염병으로서 전염성이 없어지지 아니한 자

2. 비·구강·인후기관계통

- 가. 업무수행에 지장이 있을 정도로 회화 및 호흡에 장애를 주는 비·구강·인후·식도의 변형 및 기능장애
- 나. 정상적인 식사섭취가 곤란한 식도협착

3. 치아계통

- 가. 진구성인 아래턱관절장식, 음식물을 씹는 근육(저작근)의 질환 및 손상으로 30mm 이상 입을 벌릴 수 없게 된 자
- 나. 아래턱 관절이 탈골되어 다시 맞추기가 곤란하게 된 자 다. 진구성 복잡악골절 상태가 회복될 가능성이 없는 자
- 라. 발음기능 및 음식물을 씹는 기능을 잃은 자

4. 흉부

- 가. 전염성 또는 중증 결핵증
- 나. 업무수행에 지장이 있는 급성 및 만성 늑막질환
- 다. 비결핵성 질환인 중증만성천식증·중증만성기관지염·중증기관지확장증·폐기종·활동성 폐진균질환

5. 심장·혈관 및 순환기계통

- 가. 심부전증
- 나. 업무수행에 지장이 있는 발작성 빈맥(150회/분 이상) 또는 기질성 부정맥
- 다. 심한 방실전도장애
- 라. 심한 동맥류
- 마. 유착성 심낭염
- 바. 확진된 관상동맥질환(협심증 및 심근경색증)
- 사. 폐성심

6. 복부장기 및 내장계통

- 가. 빈혈증 등의 질환과 관계있는 비장증대
- 나. 업무수행에 현저한 지장이 있는 만성활동성간염 또는 간경변증
- 다. 거대결장·계실염·회장염·궤양성 대장염으로서 난치인 경우

7. 생식비뇨기계통

- 가. 중증 요실금
- 나. 진행성 신기능(腎機能) 장애를 동반하여 업무수행에 현저한 지장이 있는 신질환 (腎疾患)
- 다. 업무수행에 현저한 지장이 있는 활동성 신결핵(腎結核) 또는 생식기결핵 라. 약물 등으로 조절되지 않는 신증후군(腎症候群)

8. 내분비계통

- 가. 중증의 갑상선 기능이상으로 업무수행에 현저히 지장을 주는 비가역적인 합병증 나. 업무수행에 현저히 지장을 주는 진행성 거인증 또는 말단비대증

- 다. 현재 치료를 받고 있지 않거나 업무수행에 지장을 주는 동반질환이 합병되어 있는 애
디슨씨병
- 라. 현재 뇌하수체 기능장애에 대한 약물(호르몬)치료를 받고 있지 않거나 뇌하수체 선종의
기계적 압박에 의한 비가역적인 뇌신경장애 또는 뇌기능 장애등의 합병증
- 마. 업무수행에 현저한 지장을 주는 당뇨병성 또는 대사질환성 합병증

9. 혈액 또는 조혈계통

- 가. 업무수행에 현저한 지장이 있는 치료하기 곤란한 혈우병
- 나. 혈소판 감소성 자반병
- 다. 중증 재생불능성 빈혈
- 라. 중증 용혈성 빈혈(용혈성 황달)
- 마. 진성적혈구 과다증

바. 백혈병

10. 신경계통

- 가. 뇌졸중등 뇌혈관장애에 의한 업무수행에 현저한 지장이 있는 후유증
- 나. 중추신경계 염증성질환에 의한 업무수행에 현저한 지장이 있는 후유증
- 다. 만성 진행성·퇴행성 질환 및 탈수조성 질환 (유전성 무도병, 근위축성 측색경화증, 보행실
조증, 다발성경화증)
- 라. 뇌 및 척수종양
- 마. 업무수행에 현저한 지장이 있는 외상성 신경질환
- 바. 업무수행에 현저한 지장이 있는 말초신경질환
- 사. 전신성·중증 근무력증 및 신경근 접합부 질환
- 아. 유전성 및 후천성 만성근육질환

11. 사지

- 가. 보조장구를 사용하여도 필기능력이 없는 자
- 나. 업무수행에 현저한 지장이 있는 골·관절 질환자

12. 귀

- 두 귀의 교정청력이 모두 40dB 이상인 자

13. 눈

- 가. 두 눈의 교정시력이 모두 0.3 이하인 경우
- 나. 두 눈의 시야협착이 모두 1/3 이상인 경우
- 다. 안구 및 그 부속기의 기질성·활동성·진행성 질환으로 인하여 시력유지에 위협이 되고 시
기능에 장애가 되는 질환

- 라. 중심시야 20 이내의 복시를 가져오는 안구운동장애 및 안구진탕
- 마. 업무수행에 현저한 지장이 있는 색각이상

14. 정신계통

- 가. 업무에 적응할 수 없을 정도의 정신지체
- 나. 업무에 적응할 수 없을 정도의 성격 및 행동장애
- 다. 업무에 적응할 수 없을 정도의 정신병
- 라. 마약중독 및 기타 약물의 만성 중독자
- 마. 업무에 적응할 수 없을 정도의 간질

진료비에 대한 환자의 알권리와 시민운동

성 남 희
건강세상네트워크 사무국장

1. 진료비 정보공개와 환자의 알권리

요즘은 마트에서 장을 보더라도 구입한 각 물품에 대해 물품명, 단가, 물품량이 모두 전산으로 처리된 영수증을 발급한다. 이를 통해 소비자들은 자신이 구입한 물품의 정보를 한 눈에 알 수 있다. 이런 영수증은 가게운영의 정보인 동시에 불량품을 포함하여 반품이나 교환을 요구할 때 중요한 근거자료가 된다.

그런데 병원에서 치료를 받은 환자의 진료비 영수증은 이에 비하면 매우 불친절하다. 진찰료, 입원료, 치료 및 처치, 수술료, 마취료 등 일정한 분류에 의하여 건강보험 급여 / 비급여로 구분되어 비용이 제시되지만, 사실 그 비용이 어떻게 구성된 것인지 알 수 없다.

물론 '진료비 세부명세서'라는 것이 있어서 환자가 발급을 요청하여 받으면 세부 내용을 알 수 있지만, 이를 발급받기 위해 신청을 하면 병원측은 '용도가 무엇이나'는 질문을 의심어린 눈초리와 함께 던진다. 게다가 당장 발급이 어렵다며 몇일 뒤에 다시 오라는 말을 듣기 일쑤다.

한 집안의 먹거리를 사기 위해 장을 보는 것보다 몇배에서 크게는 수십배, 수백배의 비용을 들여 병원에서 치료를 받는데 정작 그 비용의 구성을 안내하는 정보를 제공하는 것은 병원이 매우 불친절하다. 의료비를 부담하는 환자와 가족들에게 의료비 구성에 대한 알권리가 무시되고 있는 현실이다.

환자가 한달 넘게 병원에 입원했다가 퇴원할 때면, 그동안 어떤 치료를 어떻게 받았으며, 그 과정에서 의료비가 어떻게 계산되었는지 의료비를 부담하는 환자와 가족은 알아야 할 권리가 있다. 적어도 현재 우리나라 의료제도에서 비용과 관련한 것이 '행위별수가제' 중

심이고, 게다가 건강보험 보장수준이 60% 내외의 정도로 낮으며, 비급여가 많아 환자의 부담이 크다면, 환자에게 어떠한 서비스가 제공되었으며, 진료비가 어떻게 계산되었는지를 알려주는 것은 환자의 입장에서는 기본적 권리이며, 의료공급자에게는 기본적인 의무로 보아야 한다.

그런데 이와 같은 치료를 받은 이후 진료비에 대한 정보를 제공하여 환자의 알권리를 보장하는 것과는 다른 차원에서 병원이 사전에 진료비에 대한 정보를 공개하도록 하는 것도 매우 중요한 의미가 있다.

우선, 진료비에 대한 정보의 공개는 환자의 입장에서 의료이용을 선택하고 결정하는데 활용할 수 있는 기본적인 환경을 제공해준다. 예를 들어 장기입원이 필요한 경우 병실료에 대한 정보는 의료기관 선택에서 중요한 기준이 될 수 있다.

둘째, 진료비에 대한 정보 공개는 의료공급자들의 행태에 영향을 미칠 수 있다. 진료비에 대한 정보를 공개함으로써 의료이용자와 공급자 모두의 행태에 영향을 미칠 것을 기대할 수 있다. 그러나 지금까지 여러 연구와 조사결과를 통해 알려진 바로는 진료비 공개가 환자 보다는 의료공급자에게 더 큰 영향을 미친다고 한다. 환자의 입장에서는 의료기관을 선택할 때 무엇보다 결과를 중요하게 고려할 수 밖에 없는 의료서비스 고유의 특징과 정보를 획득하더라도 제한적이며 종합적인 해석과 선택이 어려운 반면, 의료공급자의 입장에서는 다른 병원과의 가격 비교에 민감할 수밖에 없기 때문이다. 이와 같은 영향은 결국 의료공급자들이 진료비에 대한 합리적 판단과 결정을 내릴 수 있도록 유도할 것으로 기대할 수 있다.

셋째, 진료비와 관련한 투명성, 신뢰성 개선에 있어서 시민사회의 참여가 가능하다. 진료비에 대한 모니터링을 수행하여 의료이용자와 공급자의 행태변화를 유도하고, 환자에게 정보를 제공하며 환자권리를 증진시키고자 하는 활동을 수행할 정보로 활용될 수 있기 때문이다.

넷째, 환자의 입장에서 진료비에 대한 공적보장(건강보험, 의료급여, 산재보험 등)의 정책을 제안할 수 있는 경험과 사례를 축적할 수 있다. 우리나라 전체 의료비에 대한 공적보장 수준이 아직 55% 수준인 점을 감안할 때 국가와 사회적 책임비율을 더욱 늘려 의료비로 인한 경제적 위험에서 벗어날 수 있도록 하는 것은 우리나라 의료개혁의 중요한 과제 중 하나이다. 이런 점에서 진료비 공개는 환자의 입장과 의견을 정리하는 매개로 활용될 수 있으며, 이를 통해 환자가 의료보장정책에 참여할 수 있는 기회를 제공할 수 있다.

이처럼 진료비에 대한 정보의 공개는 치료받은 환자에 대해 진료비 구성 내역에 대한 정

보제공을 통해 환자의 알권리를 보장하는 것과 조금은 다른 차원에서 환자의 권리를 증진시키는 영향을 가져온다.

여기에 환자권리를 위해 한가지 덧붙이자면, 진료비에 대하여 환자가 이의를 제기할 수 있고 문제가 있다면 구제받을 수 있는 경로가 있어야 한다는 것이다. 아무리 정보제공이 이루어진다고 하더라도 진료비에 대하여 환자가 이의를 제기할 수 없거나 구제받을 방법이 없다면 환자권리는 반쪽짜리에 불과한 것이기 때문이다. 그런데 이와 관련하여 다행히도 우리나라 건강보험심사평가원에서 ‘진료비 확인요청제도’를 운영하고 있다. 건강보험급여 이외에도 비급여 서비스에 대한 평가도 어느 정도 포함하고 있다.

이런 점에서 볼 때 우리나라에서는 의료비에 대한 이의를 신청하고 구제받는 제도에 비해 진료비 정보 제공이 매우 취약한 상황이라고 볼 수 있다.

※ 여기서 잠깐 - 진료비 확인요청제도란?
진료비 확인요청제도란 의료이용자의 권리를 보호하기 위한 권리구제제도로 국민건강보험법에 ‘요양급여대상여부확인’이라는 어려운 말로 명시된 서비스를 말한다. 병원이나 의원에서 받은 의료서비스와 관련된 진료비가 법으로 정해둔 기준에 부합하는지 확인하여 환자에게 과다하게 부과된 진료비를 되돌려주는 제도이다. ‘진료비 확인요청’은 ‘진료비 영수증’을 준비하면 건강보험심사평가원 홈페이지(www.hira.or.kr)를 이용하여 신청할 수 있다.

2. 진료비 정보 공개를 위한 시민운동

그렇다고 진료비 정보 제공에 대한 시민사회운동의 노력이 부족했다고 할 수는 없다. 1990년대에는 병원 노동조합에서 ‘의료민주화 추진’이라는 이름으로 환자권리 개선을 위한 활동이 이루어졌다. 특진비 폐지, 진료비 정보 공개 등은 주요하게 거론된 사안이었다. 당시 이처럼 노동조합이 진료비 정보 공개에 관심을 가졌던 이유는 병원의 경영투명성과 관련이 깊었다. 병원측과 노동조합이 임금을 포함한 근로조건을 결정하는 단체교섭을 추진하는 과정에서 병원의 경영투명성 확보와 경영민주화는 주요한 노동조합의 과제였다. 이는 지금으로부터 약 10년전인 2000년 5월 17일, 보건의료노동조합과 경실련을 비롯한 여러 시민사회단체들이 공동으로 조사한 결과를 밝힌 보도자료를 통해 확인할 수 있다. 당시 보건의료노조는 전국적으로 30여개 병원에서 2027명의 환자를 대상으로 설문조사를

실시하고 그 결과를 발표했다. 그 결과 중에서는 환자의 56%가 진료비 내역을 충분히 이해하지 못하고 있으며, 이중 15%는 진료비 문제로 병원과 말싸움을 한 적이 있다고 응답했다는 내용도 포함되어 있다.

이처럼 당시 노동조합은 병원경영 투명성 확보의 차원에서 '환자권리'를 내세웠다. 그러나 이를 부정적으로 평가할 필요는 없다. 실제 '병원경영 투명성'과 '환자권리'는 분리될 수 있는 것이 아니었으며, 당시 노동조합의 이런 관점으로 인해 당시 환자권리를 위한 큰 기여를 했다고 볼 수 있기 때문이다.

진료비에 대한 정보공개는 그 이후에도 계속해서 시민단체의 주요한 관심의 대상이 되어왔다. 2002년 11월 참여연대 사회복지위원회는 2001, 2002년 두 해 동안에 지방자치단체에 접수된 '의료보수 신고 현황'에 대한 정보공개를 요청하여 자료를 분석하고 그 결과를 발표했다. 당시 참여연대는 의료법 제37조에 의해 병원급 이상의 의료기관은 그 지역을 관할하는 시도지사에게 의료보수를 신고하도록 되어 있었는데 이를 얼마나 준수하고 있으며, 비급여 가격의 차이가 어느 정도 나타나는지 비교하고자 하는 목적에서 수행했다고 밝혔다.

조사 결과 2001년에 의료보수를 신고한 의료기관은 33개로 전체 정보공개지역 병원 662개의 4.9%에 불과했으며, 2002년에는 176개로 전체의 26% 수준이었다고 밝혔다. 이를 통해 의료법의 규정이 사문화되고 있다고 비판하며 정부에게 보다 강력히 관리할 것을 주문하였다.

그러면서 의료보수를 신고한 의료기관의 정보를 식대(일반식과 당뇨식), 복부초음파, 머리 MRI 등 당시 주요 비급여 서비스에 대한 가격을 비교하여 제시하면서, 이런 정보가 인터넷에 공개되어야 함을 강조한 바 있다.

그 후 2년뒤인 2004년부터는 '선택진료(특진)'를 둘러싼 논란으로 주요한 쟁점이 옮겨졌다. 이는 2003년 출범한 건강세상네트워크가 진원지가 되었는데 선택진료에 대한 환자의 민원을 검토하면서 본격적인 논란이 시작되었다. 당시 선택진료가 진료비와 관련한 환자의 알권리 운동에 핵심 의제로 떠오른 이유는 다음과 같은 네가지로 정리할 수 있다.

우선, 큰 병으로 대학병원에서 치료받은 환자들이 직접 부담해야 하는 의료비 중에서 규모가 커서 환자들의 불만의 대상이 되고 있었기 때문이었다. 2000년대 중반까지 우리나라에서 입원한 환자들의 경우 '선택진료료'는 '식대', '상급병실료'와 함께 환자부담액의 'Big 3'를 구성하고 있었다. 이 3개 비급여 비용은 전체 환자부담액의 절반이나 되었고, 그중 선택진료료가 가장 큰 비중을 차지하고 있었다.

둘째, 환자의 선택권이 제대로 행사될 수 없는 환경에서 추가적인 비용을 환자가 전액 부담하고 있다는 점이 부당하다는 문제의식이 있었다. 이 과정에서 “과연 환자는 의사를 선택할 수 있는가”라는 근본적인 물음까지 이어졌지만 이에 대한 논의보다는 ‘환자에게 선택권이 부여되지 않는 환경에서 환자가 실질적인 선택을 할 수 없다’는 점이 사회적으로 설득력을 가졌다.

셋째, 선택진료의 경우 정부가 정해둔 법적 규정(「선택진료에 관한 규칙」)이 있었다는 점이다. 이 규정에는 병원은 환자의 선택권을 보장하기 위하여 선택진료의사와 일반진료의사의 명단을 공개해야 하고, 선택진료를 할 경우 추가비용이 어느 정도 발생하는지 환자에게 공개해야 할 의무가 있었다. 또한 병리검사나 방사선검사, 물리치료 등과 같이 진료지원부서의 경우 환자가 직접 선택을 한 경우가 아니라면 선택진료료를 받을 수 없다는 규정도 포함되어 있었다. 따라서 시민단체 입장에서는 이와 같은 규정이 잘 지켜지고 있는지, 부당한 사례는 없는지를 모니터하고 이와 관련하여 문제가 있는 사례의 경우 책임을 물을 근거가 되었다는 점에서 활용할 수 있는 수단이었다.

넷째, 선택진료로 인한 환자의 피해를 건강보험심사평가원의 ‘진료비확인신청’ 제도를 활용하여 구제받을 수 있다는 점이었는데, 이는 환자의 직접적인 행동과 참여를 만들 수 있는 매우 중요한 조건이었다.

이처럼 선택진료와 관련한 활동은 환자당사자들의 불만이 있었고, 이에 대한 사회적 설득을 확보했으며, 법적인 근거규정이 있어 활용 가능했고, 게다가 피해구제의 방법이 있었기 때문에 시민운동의 입장에서 선택진료를 매개로 한 활동에 적합한 구조를 가지고 있었다. 특히 선택진료 피해사례를 중심으로 문제제기를 하면서 동시에 선택진료의 규정에 의거하여 병원에 문제를 제기하며 환자의 알권리와 결정권을 보장하기 위한 활동을 전개했다. 이런 활동의 경험은 2007년 ‘진료비바로알기운동본부’ 활동으로 이어졌다. 이를 통해 진료비 확인 캠페인을 전개함은 물론, 선택진료료에 대한 집단적인 피해구제 신청을 추진하여 전국적 차원으로 진료비와 관련한 환자권리를 확산시키는 계기가 되었다.

이와 같은 활동은 건강보험심사평가원의 진료비 확인요청 건수에 그대로 반영되었다. 2007년 들어서면서 ‘진료비 확인요청’ 건수는 급격히 증가했다. 2006년 이전까지 보다 2007년 이후 매우 가파르게 늘어났다.

2007년과 함께 2009년에도 진료비 확인요청이 급격히 늘어났는데, 이것도 2007년 ‘진료비 바로알기운동본부’의 활동과 무관하지 않다. 2007년 7월 19일, 진료비바로알기운동본부는 선택진료와 관련하여 환자들에게 부당하게 비용을 징수하고 있다는 점을 이유로 공정거

래위원회에 신고하고 조사를 의뢰했다. 그 결과 2009년 9월 30일, 공정거래위원회는 8개 대형병원에 대한 조사 결과를 발표했다. 2005년부터 3년 6개월 동안 이들 병원이 환자에게 선택진료비용으로 부당하게 징수한 금액은 3,310억원으로 추정된다고 밝히면서 30억원의 과징을 부과하고, 환자들의 피해를 구제하기 위하여 ‘소비자집단분쟁조정신청’을 하도록 통로를 열어두었다.

이런 결과가 알려지면서 건강세상네트워크, 한국백혈병환우회, 암시민연대, 환자복지센터 등 시민단체와 환자단체들은 ‘집단분쟁조정신청’을 독려하였고 이 과정에서 진료비확인신청제도가 더욱 널리 알려지는 계기가 되었다. 그 결과 그림에서 보듯 2009년에는 1년전에 비해 진료비 확인신청 접수건이 두배 이상 늘어나게 되었다.

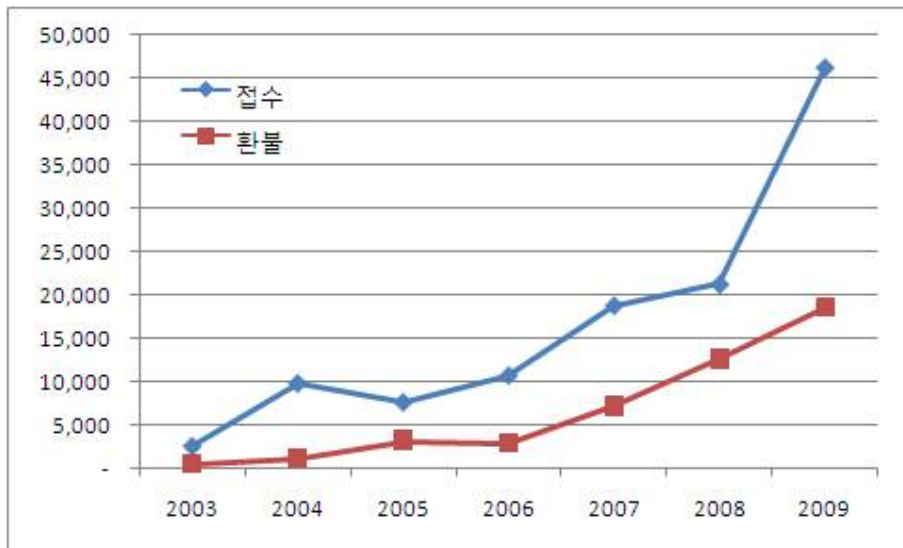


그림 17. 연도별 진료비 확인신청 접수 및 환불건수 (단위 : 건)

※ 자료 : 건강보험심사평가원 보도자료 (2010년 3월 4일자)

이와 같은 호응에도 불구하고 ‘선택진료’를 매개로 한 환자 알권리 운동은 커다란 걸림돌을 만나게 되었다. 선택진료 문제의 해결을 위해서는 환자의 집단적인 문제제기를 넘어 법률적, 정책적으로 해결해야만 했기 때문이다. 특히 선택진료료 수입에 대한 이해관계가 직접적으로 걸려있는 대형병원들은 혹시나 자신들의 수입이 줄어들 것을 우려하여 선택진료제의 개선에 극렬히 저항했다. 뿐만 아니라 검사실(병리, 방사선) 등 진료지원부서에서 환자가 직접 선택하지 않은 의사가 진료한 것에 대해 선택진료비를 받지 못하도록 한

규정에 대해 대형병원들은 환자들이 이를 포괄적으로 위임하도록 하는 것으로 변경하여 환자의 민원을 법적으로 문제가 없는 것으로 덮어버리기 위한 시도도 자행했다.

이런 상황에서 시민단체와 환자단체는 쉽게 돌파하지 못하고 있다. 이 제도의 문제점과 환자피해를 사회적으로 고발하고, 문제를 제기하여 복지부와 국민고충처리위원회, 국민권익위원회 등에서 개선방안을 논의하고 연구하였으나 이런 방안도 병원들은 수용하지 않겠다는 태도를 보였다. 심지어 시민단체가 병원의 수입을 보전하는 것을 전제로 선택진료제의 폐지 또는 대체하자는 제안을 내놓았음에도 불구하고 대형병원들은 반응을 보이지 않았다. 이런 상황에서 시민단체와 환자단체가 진료비를 매개로 한 환자권리운동은 제도적 해결 방안을 위해 꿈쩍도 하지 않으려는 커다란 바위 앞에 직면해 있는 셈이다.

3. 건강보험 비급여 진료비 공개

이처럼 ‘선택진료’ 개선의 문제가 제도적 해결 방안이라는 과제 앞에 걸려 한발짝도 앞으로 나아가지 못하는 답답한 상황에서 진료비와 관련한 환자의 알권리를 위한 또 다른 조치가 시행되었다. ‘비급여 진료비용’을 병원이 공개하도록 하는 법률안이 국회를 통과한 것이다.

※ 여기서 잠깐! - 건강보험 비급여가 뭔가요?

우리나라의 경우 의료비는 크게 건강보험에서 제공하는 서비스 비용(급여비용)과 건강보험에서 제공하지 않는 서비스 비용(비급여 비용)으로 구분된다. 건강보험 비급여 서비스는 의학적으로 타당한지, 효과가 있는지, 환자에게 안전한지 등의 문제가 입증되지 않았거나, 설사 입증되었다고 하더라도 다른 대체할 수 있는 방법에 비해 비용이 너무 비싼 경우로 한다. 또한 간혹 건강보험 재정의 차원에서 재정지출이 급격히 늘어나는 충격을 완화하기 위하여 일시적으로 유보하는 경우에도 건강보험 비급여 서비스가 만들어지기도 한다.

건강보험 급여 서비스의 경우 해당되는 서비스의 비용(이를 ‘건강보험수가’라 한다)을 정부에서 정해두며, 이 비용의 일부만을 환자가 부담하고(예 : 의원 외래 30%, 입원 20%) 나머지 비용은 건강보험에서 제공한다. 반면, 건강보험 비급여 서비스의 가격은 정부가 정해두지 않고 병원이 임의로 정할 수 있으며, 비용의 전액을 환자가 부담해야 한다.

2010년 1월 18일 개정된 「의료법」에서는 모든 의료기관에 대하여 ‘비급여 진료비용’과 여러 증명서의 수수료 비용을 환자 또는 환자보호자가 쉽게 알 수 있도록 공개할 것을 의무화했다(개정 「의료법」 제45조). 과거에는 병원급 이상의 의료기관은 시도지사에게, 의원급은 시장, 군수, 구청장에게 ‘의료보수’를 신고하도록 되어 있었던 것을 보다 명확하게 한 것이다. 또한 비급여 진료비를 안내하는 책자, 인쇄물, 벽보, 비용 검색 전용 컴퓨터 등을 접수창구 등에 비치하도록 하고, 병원급 의료기관에 대해서는 인터넷에 공개하도록 의무화했다(「의료법 시행규칙」 제42조). 그리고 이렇게 공개된 가격을 초과하여 징수하게 될 경우 시정명령처분을 받도록(「의료법」 제45조 3항, 제63조) 했다.

이런 법률이 통과되자 보건복지부는 이를 3월부터 시행하려 했다. 그러나 여러 병원들이 준비부족을 이유로 연기를 요청하자 복지부는 이를 받아들여 5월에 시행하기로 하고, 2010년 4월 [비급여 진료비용 고지 방법 지침]을 각 의료기관에 배포하여 이에 따라 각 병원들이 진료비 정보 공개를 준비하도록 했다.

이 지침에 따르면, 비급여 진료비용은 ① 단일 가격으로 고지하는 것을 원칙으로 하되, 행위의 난이도가 발생할 수 있는 경우 가격의 범위를 설정하여 표기를 할 수 있고, ② 최대한 분류를 세분화하여 가격범위의 폭을 줄여야 하며, ③ 환자가 사전에 가격범위가 설정된 이유를 알 수 있도록 비교란에 표기해야 한다. 또한 환자들이 쉽게 알 수 있도록 항목을 분류하여 표기해야 하며, ‘가능한 국민들이 알기 쉽도록 포괄수가 형태의 표기를 권장’한다고 되어 있다.

이와 같이 모든 병의원이 건강보험 비급여 진료비용에 대해 공개하도록 한 것은 환자의 입장에서는 진료비와 관련한 환자의 알권리를 확장시켜주는 조치라고 볼 수 있다. 그러나 이와 같은 정보의 공개가 환자에게 의료기관 선택 또는 의료서비스 이용 행태에 어떻게 영향을 미칠 것인지는 아직 평가하기 이르다. 정보의 차원에서만 보더라도 공개의 형태가 통일되어 있지 않아 비교조차 쉽지 않고 또한 공개된 내용이 너무 세분화되어 환자의 입장에서는 자신에게 어떤 서비스가 필요한지 구분해 내기가 쉽지 않은 점이 있기 때문이다.

바로 이 지점에서 시민단체의 개입이 요구된다. 여러 병원에서 공개되는 비급여 가격 정보를 비교가능하게 재정리하고 환자들에게 그 의미를 해석해주는 일이 필요하다. 특히 환자들에게 활용가능한 정보로 재가공하여 제공함으로써 의료비에 대한 이해를 높이고 의료이용에 적용하거나 평가할 수 있도록 도울 수 있을 것이다.

한편, 진료가 끝난후 사후적으로 환자가 자신이 받았던 처치나 수술, 검사가 어떤 것이었는지 알 수 있다면(이는 병원으로부터 ‘진료비 세부명세서’를 발급받으면 알 수 있다) 공개된 비급여 가격 정보를 활용하여 자신이 부담하는 의료비가 어떻게 산정되었는지 알 수 있다. 여기에 위에서 언급한 ‘진료비 확인요청’ 제도를 연계한다면 과다하게 병원에 지불한 비용을 되돌려 받을 수도 있게 된다.

여기에서도 시민단체의 역할이 필요하다. 무엇보다 먼저 ‘진료비 세부명세서’와 공개된 비급여 진료비 정보를 활용하는 방법을 안내할 수 있다. 뿐만 아니라 여러 환자들의 사례에서 나타나는 공통적인 문제점을 추출하여 정부나 의료기관에 개선을 요구할 수도 있을 것이다.

이처럼 건강보험 비급여 진료비용을 공개하는 것은 환자의 의료이용 행태에 직접적인 영향을 미치지 보다는 환자의 알권리를 확장하고, 진료비에 대한 관심과 이해를 높이는 쪽으로 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다.

반면, 의료서비스 제공자에게 비급여 진료비 공개는 의료이용자에 비해 더 큰 영향을 미쳐 간접적으로 환자권리의 증진에 기여할 것으로 예상할 수 있다. 무엇보다도 그동안 서로 비교불가능했던 의료기관 간의 가격이 공개됨으로써 병원과 의사들이 동일한 서비스에 대한 가격을 다른 병원과 비교할 수 있게 된 것이다. 이렇게 되면 다른 병원에 비해 자신의 병원에서 제공하는 의료서비스의 질과 수준에 따른 적절한 비용을 상대적으로 평가할 수 있게 되며, 그 결과 합리적인 가격 산정을 위한 노력이 이루어질 것으로 예상할 수 있다.

물론 의료공급자들 간에 비급여 가격에 대한 담합이 이루어진다면, 이와 같은 긍정적인 기대는 물거품이 되고 만다. 따라서 병원간 담합이 발생하지 않도록 시민단체와 환자단체들이 감시하고 견제할 수 있는 역할을 해야 할 것이다.

모든 병원들이 비급여 진료비용을 공개하도록 한 것은 제도적 차원에서도 환자권리를 증진시키는 방향으로 직간접적인 영향을 미칠 것으로 기대할 수 있다. 우선 비급여 진료비를 각 병원들이 정해두게 함으로써 공개한 가격 이상으로 병원이 환자에게 의료비를 받을 수 없도록 했다.

또 다른 측면에서 보면 동일한 비급여 서비스 항목에 대하여 가격의 변이가 줄어들어 일정한 가격 수준으로 수렴이 된다면 필요에 따라 건강보험 급여화를 추진할 수 있다. 이를 통해 건강보험 비급여 서비스가 감소하고 건강보험 서비스 항목이 확대된다면 이것 역시 환자권리를 보호하는 효과를 발생시킬 수 있을 것이다.

※ 여기서 잠깐! - 건강보험 급여서비스에 대한 환자의 알권리는???
 건강보험 급여서비스 항목이 되면 정부에서 '건강보험 수가'로 정해두기 때문에 전국의 모든 병원이 이를 동일하게 적용한다. 이 '건강보험수가'는 국민건강보험공단 홈페이지(<http://nhic.or.kr>) 또는 건강보험심사평가원 홈페이지(<http://hira.or.kr>)를 통해 확인할 수 있다.
 또한 전국의 모든 병원에서 시행한 건강보험 급여서비스에 대해서는 건강보험심사평가원에서 급여적용기준과 심사기준을 활용하여 서비스 적정성을 심사, 평가하기 때문에 이에 대한 환자의 권리는 제도적으로 보호되고 있다. 그밖에도 건강보험공단과 심사평가원은 인터넷 홈페이지와 통계연보, 보도자료 등 여러 방식을 통해 진료비 통계를 공개하고 있다.
 이에 비하면 건강보험 비급여 서비스 가격에 대한 정보가 전혀 공개되지 않고 있는 것이 문제의 핵심이라고 할 수 있다.

4. 비급여 진료비 공개 내용을 들여다 봤더니...

지난 5월부터 모든 의료기관에 대해 건강보험 비급여 진료비가 공개되었다. 이와 관련하여 건강세상네트워크는 5월 중순부터 전국의 44개 상급종합병원을 대상으로 비교분석하는 작업을 시작했다.

그런데 보건복지부에서 공개지침을 전달했으나 이런 지침을 충실히 따르는 병원은 단 한 곳도 없었다. 각 병원 나름대로 정해지지 않은 형태로 공개하고 있었고 더욱이 분류하는 방법마저도 통일되어 있지 않아 이런 자료를 일정한 기준에 입각하여 비교 가능하게 되기까지는 상당한 시간이 소요될 것으로 예상된다.

따라서 각 비급여 진료비 실태를 비교 가능한 결과로 내놓는 것은 불가피하게 다음으로 미루고, 여기에서는 각 병원들이 비급여 진료비를 공개하는 방식을 살펴보고 복부초음파, 전신PET, 후유장애진단서, 상해진단서, 상급병실(1인실)에 대한 가격을 비교해 보고자 한다.

1) 비급여 진료비 정보 접근성

전국의 44개 상급종합병원을 대상으로 조사한 결과 모든 병원에서 ‘비급여 진료비’에 대한 정보를 인터넷 홈페이지에 게시하고 있었다. 그러나 병원 홈페이지 안에서 이를 찾아내는 과정은 ‘숨은그림찾기’ 만큼이나 어려운 과정이었다. 비급여 진료비가 어떤 분류에 속해있는지도 각자 달랐기 때문이다. 그래서 몇가지 기준을 가지고 살펴봤다.

① 병원 홈페이지 메인 화면에서 확인할 수 있는가?

병원 홈페이지 메인화면에서 바로 확인할 수 있었던 병원은 44개 병원중 다음과 같은 6개 병원 뿐이었다. 13.6%에 불과했다.

■ 홈페이지 메인 화면에 ‘비급여 진료비’를 안내한 병원 (6개)
인제대부속서울백병원, 인제대일산백병원, 인제대부산백병원
서울아산병원, 대전을지대학병원, 영남대병원

그러나 이들 병원 마저도 찾아내기가 쉽지 않았다. 서울아산병원, 대전을지대학병원, 영남대병원의 경우 홈페이지 화면 맨 아랫줄에 작은 글씨로, 그것도 다른 내용과 섞여 있어서 눈에 띄지 않았다. 인제대 서울백병원, 일산백병원, 부산백병원의 경우 화면의 상단에 위치해 있어서 비교적 눈에 잘 띄게 표시되어 한번에 찾아볼 수 있었다.

② 병원 홈페이지에서 주로 어디에서 찾을 수 있나?

모든 병원 홈페이지는 병원 소개, 진료과 소개, 병원 이용 안내, 진료안내, 병원소식 등 수많은 내용으로 구성되어 있다. 이 중 ‘비급여 진료비’는 어디에서 확인할 수 있을까?

44개 상급종합병원을 조사한 결과 28개 병원(63.7%)은 ‘진료안내’ 내부에 포함되어 있었다. 그런데 홈페이지 메인화면에서 직접 확인할 수 있는 6개 병원중 3개, 그리고 ‘병원이용안내’에서 확인할 수 있는 3개 병원중 2개는 ‘진료안내’를 중간단계로 거치도록 되어 있다. 이런 점에서 병원 홈페이지에서 ‘비급여 진료비’ 정보를 찾을 때는 우선 ‘진료안내’를 찾아들어가는 것이 좋을 것 같다.

그러나 만일 ‘진료안내’에서 확인할 수 없었다면, ‘진료정보’(2개병원), ‘고객지원 또는 고객서비스’(2개 병원), ‘병원소식’(2개 병원), ‘의료원안내’(1개 병원), 등 여러 페이지를 찾아

돌아다녀야 한다.

표 24. 병원 홈페이지에서 비급여 진료비 안내를 찾을 수 있는 곳

위치 구분	병원수(%)	해당병원	참고
진료안내	28 (63.7)	아래 제외 병원 모두	
진료정보	2 (4.5)	동산병원, 부산대병원	
메인화면 하단	6 (13.7)	서울백, 일산백, 부산백, 서울아산, 대전을지, 영남대	서울백, 일산백, 부산백은 메인화면 '진료안내' 내부로 위치
고객서비스, 고객지원	2 (4.5)	삼성서울, 경북대병원	
병원소식	2 (4.5)	한림대평촌성심, 춘천성심	
병원이용 안내	3 (6.8)	충남대병원, 신촌세브란스, 영동세브란스	두 세브란스병원은 '병원이용-진료안내'
의료원 안내	1 (2.3)	동아대병원	
전 체	44 (100.0)		

이중 비급여 진료비 정보를 찾아내기 가장 어려웠던 병원은 경희대병원이었다. 경희대병원 홈페이지의 경우 다른 병원과 같이 '비급여 진료비'라는 독립적인 공간을 마련하여 홈페이지 방문자들이 쉽게 찾을 수 있도록 안내하지 않았다. '진료안내 → 건강보험/선택진료'에 들어가야만 확인할 수 있었는데, 그것도 '건강보험 환자 본인부담부담액 기준 → 산정특례 → 건강보험사항 변경시 → 산재환자 진료안내 → 교통사고환자 진료안내 → 의료급여환자 진료안내'를 모두 거쳐 확인한 후 맨 마지막으로 '비급여항목 진료비용 고지'라는 화면으로 나타났다.

이 정도라면 '작심'하고 찾지 않는다면 도저히 찾아볼 수 없는 상황이라고 할 수 있을 것 같다.

③ 몇 번 클릭해야 기본적인 정보검색을 시작할 수 있나?

병원의 메인 홈페이지에서 몇 번 클릭을 해야 기본적인 정보검색을 할 수 있는 화면에 도달할 수 있을까? 이것 역시 정보접근성에 중요한 기준이 될 것이라는 점에서 조사했다.

44개 상급종합병원을 조사한 결과 2회가 25개 병원(56.8%)로 가장 많았으나 3회 11개 병원(25%), 4회 2개 병원(4.5%)였다. 4회를 클릭해야만 기본적인 검색화면에 도달하는 병원은 강북삼성병원, 인하대학병원이었다.

〈표 25〉 메인화면에서 비급여 진료비 기본 검색 화면에 도달할 때까지 클릭 횟수

클릭수	1회	2회	3회	4회	전체
병원수	6	25	11	2	44
(%)	(13.7)	(56.8)	(25.0)	(4.5)	(100.0)

2) 정보 공개 형태

정보공개 형태에 대해서는 우선 ‘검색식 / 정보 나열식 / 분류선택 나열식’의 구분으로 살펴보고 또한 유사한 항목에 대해 어느 정도 세분류로 정보를 제공하고 있는지 살펴보았다.

① 공개 형태 분류

우선 비급여 정보 공개 형태를 다음과 같이 정의하였다.

‘검색식’은 비급여 진료비용을 나열하지 않고 검색창을 두어 환자가 필요한 정보를 찾아볼 수 있도록 하는 방식이다. 이는 너무 많은 정보가 나열되어 모든 내용을 확인하며 자신에게 필요한 정보를 찾아야 하는 불편함을 경험하지 않아도 되지만, 필요한 정보의 명칭을 정확히 알아야 한다는 단점이 있다.

‘정보 나열식’은 비급여 진료비 정보를 나열해두어 필요한 정보를 찾기 위해서는 모든 내용을 확인해야 하는 불편함이 있다. 그러나 다른 비급여 서비스 항목의 구분을 참고할 수 있고 가격비교를 할 수 있다는 점에서 정보를 보다 폭넓게 획득할 수 있는 장점이 있다.

‘분류선택 나열식’은 비급여 진료비 정보를 대분류, 중분류로 나누어 우선 선택하게 하면 그에 따르는 정보를 나열식으로 보여주는 방식이다. 이 방식은 앞의 두가지 방식에서 서로 장점을 취한 것으로 환자의 입장에서는 가장 손쉽게 필요한 정보를 폭넓게 얻을 수

있는 방식이라고 할 수 있다.

표 26. 비급여 진료비 공개 형태

구 분	병원수 (%)	해당 병원
검색식	16 (36.4)	세브란스병원, 서울성모병원, 서울아산병원, 삼성서울병원, 서울백병원 등
정보 나열식	19 (43.2)	고려대병원, 아주대병원, 춘천성심병원, 충북대병원, 경북대병원, 부산대병원 등
분류선택 나열식	9 (20.4)	서울대병원, 길병원, 순천향대천안병원, 대전을지대병원, 전남대병원, 여의도성모병원, 강북삼성병원, 분당서울대병원, 경희대병원
전 체	44 (100.0)	

② 제공정보의 세분류 정도

비급여에 대한 진료비는 건강보험 수가로 정해두지 않고 각 병원에서 자율적으로 정하여 받도록 했기 때문에 가격 뿐만 아니라 병원간 세분류의 정도가 매우 다르다. 그런데 비급여 진료비 가격의 정보가 어느 정도 세분류되어 제공되는 것이 좋은지 정확한 기준을 제시하기 어렵다. 병원의 입장에서는 비급여 진료비용을 다르게 받을 경우 필요한만큼 세분화하는 것이 필요하겠지만, 환자의 입장에서는 가능한 한 세분류되지 않고 식별이 가능할 만큼 단순화하는 것이 이롭다. 이런 점에서 보자면, 지나치게 세분화된 정보는 환자의 입장에서는 자신이 받은 서비스가 어떤 것인지 구분하기 어렵기 때문에 별로 도움이 되지 못할 수도 있다.

이와 관련하여 세분류의 차이가 얼마나 나타나는지 확인하기 위하여 서울지역에 소재한 5개 대형병원(서울대병원, 연세대세브란스병원, 서울아산병원, 서울삼성병원, 카톨릭서울성모병원)을 대상으로 초음파, MRI, PET의 세분류의 개수를 살펴보았다. 그 결과는 다음의 표와 같다.

이 결과에서 보는 바와 같이 의료적 수준과 환자의 증증도가 유사한 병원들이라고 하더라도 각 항목별로 세분화의 정도에 변이가 상당히 크다는 점을 알 수 있다. 초음파는 최소 17개에서 최대 218개까지, MRI는 12~176개, PET는 2~18개 정도로 분류되어 있다.

표 27. 초음파, MRI, PET 비급여 세분류 항목의 개수

(단위 : 개)

병원 구분	초음파	MRI	PET
서울대병원	17	12	10
연세대세브란스병원	169	176	18
서울삼성병원	72	18	7
서울아산병원	61	47	2
카톨릭서울성모병원	218	33	8

이렇게 세분화된 정도가 서로 다르면 환자의 입장에서는 이를 서로 비교하는 것 자체가 어려워진다. 분류명을 서로 판별할 수 있어야 하는데 그에 관한 지식과 정보를 환자가 가질 수 없기 때문이다.

이런 점에서 비급여 진료비 정보의 세분화 정도를 어떻게 유사한 형태가 되도록 병원들을 유인할 것인가는 향후 정보공개가 환자권리의 증진에 기여할 수 있는 가능성을 가늠하는 중요한 문제가 될 것으로 예상된다.

2) 비급여서비스 항목 가격 비교

이와 같이 정보의 접근성, 정보공개형태의 차이 등과 같은 어려움에도 불구하고 몇가지 가격 비교를 할 수 있었다. 여기에서는 ‘행위’에 대해서는 복부초음파, 전신PET, 1인실 가격과 ‘진단 및 증명서’ 가격에 대해서는 후유장애진단서(일반)과 상해진단서(3주 이상) 이상 5개 분야에 대한 가격 비교를 해보았다. 병원이 각 행위마다 최저가격과 최고가격을 나누어 표시한 경우 ‘최고가격’을 기준으로 살펴보았다.

우선 ‘행위’의 경우 각 병원간의 가격을 비교해 보면 1인실 병실료는 497,000원에서 55,000원으로 9배 차이가 났으며, 복부초음파의 경우 269,000원에서 35,000원으로 7.7배 차이가 있었다. 또한 전신PET의 경우 1,560,000원에서 700,000원으로 2.2배의 차이가 있었다.

이를 상위 7개 병원 평균과 하위 7개 병원의 평균 차이로 보면 그 폭은 조금 줄어든다. 그러나 1인실의 경우 상위 7개 평균 388,429원으로 하위 7개 평균 94,286원의 4.1배, 복부

초음파는 상위 평균 237,143원으로 하위 평균 902,159원의 1.6배로 순서는 같았다.

표 28. 상급종합병원의 일부 비급여 검사 및 병실료 가격 비교

(단위 : 원)

구분	복부초음파		전신 PET		1인실 병실료	
	병원명	가격	병원명	가격	병원명	가격
최상위 7개 병원	서울대병원	269,000	충남대병원	1,560,000	이대목동병원	497,000
	순천향병원	250,000	서울성모병원	1,510,000	서울삼성병원	475,000
	서울성모병원	218,000	가천길병원	1,500,000	여의도성모병원	367,000
	고대안암병원	215,000	여의도성모병원	1,430,000	연세대세브란스	360,000
	고대구로병원	210,000	강북삼성병원	1,400,000	서울성모병원	350,000
	삼성서울병원	210,000	영남대병원	1,391,650	서울아산병원	340,000
	영동세브란스	188,000	동산병원	1,350,000	서울대병원	330,000
	상위 7개 평균	237,143	상위 7개 평균	1,448,807	상위 7개 평균	388,429
최하위 7개 병원	고신대병원	35,000	전북대병원	700,000	조선대병원	55,000
	상계백병원	50,000	인하대병원	726,000	원광대병원	90,000
	일산백병원	50,000	고대구로병원	955,000	대구카톨릭	90,000
	가천길병원	63,000	고대안암병원	965,000	영남대병원	90,000
	충남대병원	80,000	한양대병원	969,110	부산백병원	105,000
	대전을지병원		서울백병원 대구카톨릭 경상대학교	1,000,000	전북대병원	110,000
	대구카톨릭				단국대병원 고신대병원 동아대병원	120,000
	하위 7개 평균	62,571	하위 7개 평균	902,159	하위 7개 평균	94,286
검색되지 않은 병원	여의도성모, 이대목동, 인하대병원, 평촌성심, 충북대, 부산대		경희대병원, 순천향병원, 서울백병원, 평촌성심, 충북대, 대전을지대병원		고대안암병원, 서울백병원, 평촌성심, 충북대	

※ 모든 병원에 대하여 '최고'가격을 기준으로 비교함. '1인실'은 '특실' 제외

이와 같은 결과가 나온 것을 살펴보면, '1인실'의 경우 시설이나 병원이 소재한 지역에 따라 가격 차이가 발생할 가능성이 크기 때문에 추측된다. 특히 상위 7개 병원이 모두 서울에 소재한 반면, 하위 7개 병원은 모두 영호남과 충청지역에 소재한 병원이라는 점이 이와 같은 추측을 뒷받침한다.

한편, 전신PET 가격의 경우 고가에 해당하는 만큼 병원간 차이가 크지 않게 표현된 것이

다. 전신 PET의 가격 차이만 보자면 가장 비싼 병원과 가장 싼 병원의 가격 차이가 86만원이나 되며, 상위 7개 평균과 하위 7개 평균값의 차이로 보더라도 54만 6천원 가량의 차이가 있다. 즉, 전신PET 가격의 경우 비용의 규모가 커서 차이가 크지 않게 보이는 것일 뿐, 절대적 액수의 차이는 가장 크다고 할 수 있다.

반면, 복부초음파는 전신PET에 비해 상대적으로 낮은 가격대를 형성하고 있으나 상위 7개 병원 평균과 하위 7개 병원 평균은 3.8배로 1인실과 비슷한 수준이었다. 이것 역시 초음파 기기의 성능과 상당한 연관이 있을 것으로 추측된다. 그러나 절대액의 차이는 7개 병원 평균으로 보자면 17만 5천원 정도로 1인실 평균 차이인 29만 4천원에 비해 적은 편이었다.

한편, 진단 및 증명서 가격은 ‘행위’의 가격에 비해 가격이 다양하게 형성되어 있지 않았다. 10만원, 15만원, 20만원 중 하나로 결정되어 있었다. 후유장애진단서(일반)와 상해진단서(3주 이상)는 모두 10만원으로 한 병원이 각각 19개, 27개 병원으로 다수를 점했다. 그러나 일부 병원에서는 20만원을 받고 있어 차이가 있다.

표 29. 상급종합병원의 주요 진단 및 증명서 가격 비교

(단위 : 원)

가 격	후유장애진단서(일반)	상해진단서(3주 이상)
100,000원	19개 병원	27개 병원
150,000원	8개 병원	6개 병원
200,000원	7개 병원 (경희대병원, 고대구로병원, 일산백병원, 고대안암병원, 상계백병원, 중앙대병원, 순천향대천안병원)	5개 병원 (경희대병원, 이대목동병원, 상계백병원, 일산백병원, 순천향대천안병원)
검색되지 않은 병원	10개 병원	6개 병원

3) 문제점과 개선 방향

이상에서 살펴본 바를 통해 보면 다음과 같은 특징과 문제점이 발견된다. 이를 정리하며 환자권리 증진을 위한 개선방향을 함께 제시해 보면 다음과 같다.

첫째, 병원 홈페이지에서 비급여 진료비가 게시된 내용을 찾기가 매우 어렵게 되어 있다. 우리와 같은 시민단체가 찾기도 쉽지 않았다면, 일반 환자들의 경우 거의 찾을 수 없다고 보아야 한다. 더군다나 경희대학병원의 경우 모든 화면을 일일이 꺼내 확인하지 않으면 도저히 찾을 수 없었다.

이는 병원들이 의료법 개정으로 비급여 진료비 공개는 어쩔 수 없이 하지만, 비급여 진료비에 대한 환자의 접근을 의도적으로 방해하고 있는 것이 아닌가 하는 느낌을 받게 하는 주요한 원인이 되고 있다. 고의적으로 환자의 접근을 어렵게 하고 있는 것이 아닌가 하는 인상을 주고 있다.

이와 같은 문제를 해결하기 위해서는 비급여 진료비 공개를 각 병원 홈페이지 메인화면에 배너를 설치하도록 의무화해야 한다. 그래서 한번에 알아볼 수 있도록 하는 동시에 내용에 대한 접근이 쉽게 할 수 있도록 배려해야 한다.

둘째, 정보의 공개형태 역시 환자의 접근성을 의도적으로 어렵게 하려는 인상이 느껴진다. 수백, 수천개의 서비스 항목을 나열하여 정보를 찾아보려면 상당한 시간을 소요해야 하는 어려움을 만들거나 아니면 아예 검색을 하도록 만들어 다른 비급여 항목의 가격과 비교할 수 없도록 해놓은 점도 의도적으로 환자의 접근성을 방해하는 요인으로 보인다.

이런 문제를 해결하는 방안으로는 ‘분류선택에 따른 비급여 항목별 가격 정보’를 공개하도록 하는 방안과 ‘검색기능’을 함께 갖추도록 하는 것이다. 그런데 현재 상급종합병원의 실태를 살펴보면 44개 병원중 9개 병원만이 ‘분류선택에 의한 나열식 정보’를 제공받을 수 있도록 되어 있다. 그런데 이중 대부분은 검색기능을 갖추고 있지 않다. 그 한 예로 서울대병원의 경우 분류선택에 따라 비급여 항목의 가격 정보를 제공하고 있지만, 검색기능이 없어 불편함을 주고 있다.

사실 인터넷을 통해 정보를 제공하는 기능에 이처럼 분류선택과 검색기능을 동시에 갖추도록 하여 정보를 찾는 자의 편의성을 높이는 것은 일반상식처럼 되어 있다. 이런 점에서 비추어 본다면 병원들의 이러한 행태는 의도적이라고 느껴질 수밖에 없다.

셋째, 비급여 가격 공개의 세분류가 각 병원마다 지나치게 상이하여 가격 비교가 힘들다. 이는 정보접근성과 조금 다른 차원에서 병원간 비급여 가격의 비교를 하지 못하는 문제라는 점에서 환자가 충분한 정보를 제공받을 권리를 침해당하고 있다.

구체적인 예로 보자면 초음파, MRI, 상급병실, 일부 검사 등 법으로 정해진 ‘법정비급여’ 서비스 항목에 대해서조차 세분류가 각 병원마다 각기 상이하다. 그런데 ‘법정비급여’는 ‘비급여’로 정해두더라도 법적으로 보건복지부가 관리해야 할 책임을 갖고 있는 것이라면,

최소한 병원간 가격 정보가 비교가능하도록 분류형태를 정해두어야 한다. 물론, 충분한 정보를 갖고 있는 정부와 전문가들의 경우 이해할 수 있을지라도 환자의 입장에서 비교가 어렵다는 문제를 해결해야 할 의무는 정부가 분명히 가지고 있다고 봐야 한다.

5. 마무리 - 시민단체는 비급여 가격 공개를 어떻게 활용할 것인가?

이상에서 살펴본 내용과 같이 시민단체는 진료비와 관련하여 환자권리를 보호하고 증진하기 위한 활동을 해왔으며 앞으로도 지속될 것으로 예상된다. 특히 건강보험 비급여 서비스 항목이 아직 상당히 많고 이에 따라 환자가 부담하는 의료비가 큰 상황일수록 이에 대한 시민단체의 활동은 계속 요구될 수밖에 없다.

이런 점에서 최근 모든 의료기관에 대해 건강보험 비급여 가격 정보를 공개하도록 한 점은 획기적인 계기가 될 수 있다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있다. 그러나 병원들이 이와 같은 정보에 환자들이 접근하는 것을 방해하고 또 그 내용을 확인하더라도 다른 병원과 비교가 어렵게 만들어 그 활용의 의미를 퇴색시키고 있다. 이는 환자권리를 명백히 침해하는 것이라고 볼 수밖에 없다.

이런 점에서 시민단체는 우선 정부와 병원에 대하여 환자의 정보접근성을 높이기 위한 방안, 공개된 정보의 비교 가능성을 높이기 위한 방안을 중심으로 하는 개선책을 요구해야 할 것으로 생각된다. 이는 공개된 비급여 진료비 정보가 환자권리를 위해 기여할 수 있는 기본적 요건이라는 점에서 매우 중요한 일이다.

또한 시민단체는 이와 같은 비급여 진료비에 대한 정보를 행위, 약제, 치료재료, 검사, 진단서 등 분류별로 살펴보며 특징을 밝혀 정책적 건의를 할 수 있을 것이며, 또한 진료과별, 주요 환자별, 시기별로 가격의 동향을 살펴 환자에게 필요한 정보를 제공할 수 있도록 준비해야 할 것이다. 이는 환자의 알권리를 보장하는 동시에 의료서비스에 대한 이해를 넓히고 의료공급자와 환자의 신뢰를 높이는 방향에 기여할 것이다.

마지막으로 시민단체는 이러한 진료비 정보를 의료서비스 질에 대한 평가와 모니터링으로 이어가기 위한 방안을 찾아야 하는 과제가 있다는 점을 밝혀두어야 한다. 우리나라는 모든 의료기관에 대해 의료서비스 평가를 시행하고 있다. 비록 방법과 절차, 대상 등에서 개선해야 할 많은 문제들을 안고 있지만, 환자의 입장에서 접할 수 있는 의료서비스 질 평가 정보와 비급여 진료비 가격 정보를 연계하여 새로운 정보를 가공해 낼 수 있어야

한다. 이는 환자들에게는 고급의 정보를 제공하게 되는 일일 뿐만 아니라, 의료서비스에 대한 모니터 활동을 활성화하고 나아가 우리나라 의료서비스의 질적 향상을 위해 긍정적인 기여를 할 수 있을 것으로 기대되기 때문이다.

이러한 과정은 결국 환자들이 주인이 되고, 환자들이 중심이 되는 의료서비스를 만들어 가는데 주요한 역할과 기여를 하게 될 것이다. 이런 점에서 더 많은 시민단체, 환자단체 등이 이러한 정보를 다루는 것에 대한 경험을 쌓아가면서 의료개혁을 위한 시민과 환자의 힘을 모아가기로 기대해 본다.

환자권리 확대를 위한 노동조합 활동

이 향 춘

(공공노조 의료연대 서울지부 사무국장)

공공노조 의료연대는 1987년 병원노동조합이 설립된 이후 보건의료노동자의 권리확보와 더불어 국민건강권 확보를 위한 의료공공성투쟁을 지속적으로 해왔습니다.

서울대병원분회의 경우, 1988년 약품 성분명화투쟁 이후 중환자대기실 보호자 간이침대 등 환자보호자편의 확보운동, 리베이트비 영안실 비리 입퇴원비리 등 병원비리척결운동, 다인병실 확대 및 상급병실료 인하, 선택진료제 폐지, 공개진료 금지, 진료비 세부 명세서 제공, 간병문제 해결 및 공공병원으로서 서울대병원제자리찾기운동, 민간보험 삼성생명창구 폐지 등 환자권리와 의료공공성운동을 줄기차게 해 왔습니다. 병원비리척결 의료민주화투쟁과정에서 김유미 노조위원장이 구속되는 등 병원측의 탄압도 많이 있었지만, 의료공공성투쟁은 노동조합 조합원들에게 임금, 단협 못지않은 일상활동으로 자리잡아 왔습니다. ‘공공노조 의료연대 서울지역지부’는 2007년 4월 산별노조 지역지부를 건설한 이후 지역주민과 함께 건강권운동을 하는 한편 의료민영화 및 민간보험 도입 저지, 건강보험 공공성 투쟁을 함께 하고 있습니다. 앞으로 병원 현장에서 환자보호자와 함께, 지역에서 지역주민과 함께 환자권리확대를 위한 노동조합활동으로 더욱 발전시켜 나가고자 합니다.

1. 기업의 담을 넘어 지역운동으로 발돋움하려는 의료연대

○ 의료연대⁹⁾는 공공노조 소속으로 조합원은 6천 5백정도이다.

서울대병원을 포함한 등 5개 국립대병원과 사립대병원, 지방공사의료원, 중소병원 및 시설, 청소, 간병 노동자들로 구성되어 있다.

9) 의료연대 소속단위

▷의료연대 서울지역지부 : 서울대병원분회, 청구성심병원분회, 간병분회, 한국음주문화연구센터분회, 성원개발분회, 식당분회, 민들레(청소미화)분회

▷의료연대 대구지역지부 : 경북대병원분회, 경상병원분회, 동산의료원분회, 간병분회, 동산영양실분회

▷의료연대 충북지역지부 : 충북대병원분회, 간병분회, 민들레분회(가칭)

▷의료연대 제주지역지부 : 제주대병원분회, 제주의료원분회, 서귀포의료원분회, 한아름병원분회

▷의료연대지부(지역지부 미전환) : 강원대병원분회, 동국대병원분회, 선린병원분회, 울산대병원분회, 울산민들레분회, 동아대병원분회, 포항의료원분회, 부산간병인분회

○ 기업내 노사관계의 울타리를 넘어 노동권으로부터 소외되어 있는 병의원노동자들, 비정규노동자들을 조직하고, 지역운동과 함께 하고자 하는 지향점을 갖고서 통합재정을 원칙으로 하여 지역지부로 전환하여 활동을 전개해 나가고 있다.

○ 환자들의 건강권 확보 및 좋은 병원 만들기 같은 운동은 지역사회와 결합해야만 실질적인 힘을 발휘할 수 있다. 지역주민의 필요에 기초하고 지역주민의 역량과 참여에 기초했을 때 병원이 지역사회 보건의료의 중심적 역할을 수행할 수 있다.

공공노조와 의료연대 서울지부는 지역사회와 함께 호흡하고자 서울 은평지역을 전략조직화 사업으로 선정하여 건강보험료 1만원이하 저소득층 대납운동을 비롯하여 지역주민의 건강권 확대를 위한 캠페인(누구나 건강한 은평구 만들기 캠페인)과 서명운동을 전개하고 있다. 지역에서 의료라는 자신의 전문역량을 발휘하여 주민들의 건강증진을 위한 활동을 하고 있다는 점에서 지역지부의 새로운 활동의 상을 제시하고 있다는 평가를 받고 있다. 특히 은평지역에서 지역운동을 하고 있는 활동가들과의 네트워크를 통해 다양한 사업을 함께 하며 지역운동을 4년째 진행하고 있다.

2. 환자권리확보와 공공의료 확대를 위한 의료연대투쟁

○ 의료서비스 질을 높여 내고 환자들의 불만을 해소시켜 내는 방법은 의료기관의 공공적 기능을 강화하는 길밖에 없는 것 같다.

의료연대는 매년 임단협 진행시 의료공공성 강화를 위한 공동요구안을 마련하여 요구를 하고 있다.

서울대병원노조는 87년 설립초기부터 약품 성분명화 투쟁과 영안실 비치 척결 등 의료민주화노조의 주요 활동방향으로 설정하여 지금 의료공공성확대 운동에 이르기까지 활동을 전개해 나가고 있다.

의료민주화운동, 의료공공성 투쟁은 조합원들에게 노동조합에 대한 자긍심을 심어줌과 동시에 병원내 환자보호자들의 권익 향상에 기여해 왔다.

■공공병원이 삼성재벌 홍보까지? 건강보험 망치는 삼성생명 청구 철회

○ 서울대병원이 2005년 환자서비스라는 미명 아래 민간보험사인 삼성생명에는 상담창구를 무상으로 개설한 반면 국민 건강보험공단의 상담창구 개설 요청은 공간 부족을 이유로 거부하여 논란이 됐다. 당시 삼성생명은 국립암센터 등 10개 주요병원에 상담창구를 개설했으며 모두 무상으로 공간을 받았다. 삼성은 특히 2002년 이후 서울대병원에 28억을 발전기금으로 내놓아 특혜 시비까지 휘말렸다. 거액의 기부금을 받고 건강보험민원서비스와 진료비 문의, 보험급여 적용여부, 치료 및 재활과정에서 필요한 보장구 무료 대여 등의 업무를 위한 건보공단의 상담센터 요청은 거부한 것이다.

○ 이에 노동조합은 돈벌이가 목적이 아니라 목적이 없는 삼성생명을 공공병원인 서울대병원에 들인 것은 국민건강보험을 죽이는 행위이며, 영리병원과 민간의료보험 도입의 전초전이라고 판단했다. 또한 의료상업화를 위한 자본의 침투가 일상적으로 이뤄지고 있는 것을 절감하며 창구 철수를 요구했다. 특히 국공립병원들이 삼성생명 상담 창구는 용인하면서, 건보공단 상담 창구는 거부해 국정감사 당시 여러 의원들의 질타를 받기도 했다. 노동조합의 끈질긴 투쟁은 병원으로 하여금 창구를 철거하겠다는 합의를 이끌어냈고 결국 2006년 5월에 삼성생명 창구는 1년만에 퇴출되었다. 서울대병원에서 삼성생명 보험 창구가 퇴출되면서 타병원에 설치된 민간보험 창구도 철수할 것을 각 노조들이 요구하게 되었고, 이후 서울대병원을 비롯하여 주요 병원에 건강보험 상담센터가 개설되는 계기가 되었다.

■ 시촉과 논란 끝에 유해 음식 패스트푸드점 서울대병원에서 철거

노동조합은 비만과 성인병을 일으키는 패스트푸드점을 환자의 건강을 위해 철거할 것을 수년동안 요구했다. 특히 소아암 병동이 있는 어린이병원에 설치되어 논란이 되어 왔다. 서울대병원은 ‘패스트푸드는 기호식품이다’ 며 불량 먹거리에 대한 문제의식조차 없었다. 이에 노동조합은 환자보호자, 언론, 국정감사등 다각적인 여론전을 통해 패스트푸드의 해악성을 알렸고 해마다 패스트푸드점(버거킹)철거를 의료공공성 요구안으로 올리며 지속적이고 집중된 투쟁을 했다. 결국 병원은 패스트푸드의 유해성을 인정하고 환자와 조합원의 건강을 위해 10년만에 버거킹을 철거했다. 또한 그 자리에는 수유실과 건강관리실을 설치하겠다는 합의를 이루어냈다.

■ 상급병실료 건강보험 적용요구, 다인병상 확대(서울대 등)

○ 선택진료와 상급병실료가 환자들에게 주는 부담은 매우 크다. 선택진료비와 상급병실료가 건강보험 적용대상에 포함된다면 건강보험 보장수준을 대폭 끌어올리게 되는 효과가 있다.

서울대병원분회, 경북대병원분회를 비롯한 의료연대는 상급병실료 건강보험 적용 및 다인병상 확대 요구를 지속적으로 했다. 그 결과 사회적으로 쟁점화를 시켜내 경북대병원, 서울대병원, 보라매 병원 등에서는 다인실이 확대되는 결과를 낳기도 했다.

○ 좀 더 나아가 환자가 생활하고 진료가 이루어지는 병상을 적정공간 이상 확보해 나가는 요구도 필요하다.

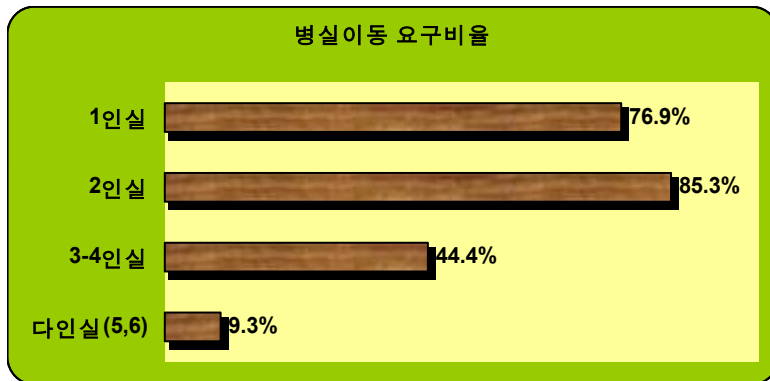
현재 한국의 병상 당 점유 면적은 6㎡ 정도인데, 영국은 병상 당 점유 면적이 10.6㎡인 것으로 추정된다. 최소한 병상 당 9㎡가 확보될 수 있도록 기준을 변경하는 것도 요구해야 한다. 이렇게 기준이 변경되면 현재 6인실 병실공간이 4인실로 바뀌게 될 것으로 예상된다.

<서울대병원환자보호자 273명 대상으로 설문조사결과(2009.3)>

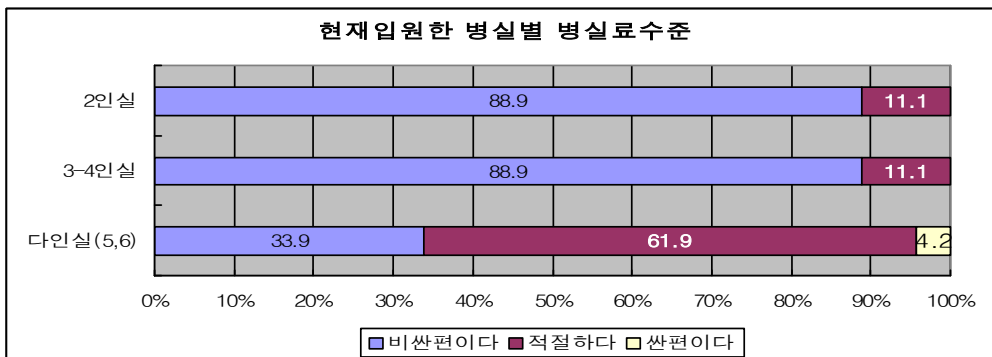
○ 호텔료 보다 비싼 병실료로 두 번 울어야 하는 환자들
2인실 한달 입원시 병실료만 400만원

[서울대병원의 (2009)년 2인실 병실료는 하루에만 (136,930원)으로 한 달 입원할 경우 병실료만 400만원이 넘는다. 다인병상이 51%로 국립대병원 및 종합전문 병원중에서 가장 다인병실이 적은 서울대병원은 09년 조사결과 따르면 입원하는 환자의 2명중 1명은 상급병실로 입원하는(58.5%) 현실속에서 2인실을 포함한 상급병실료 인상은 돈벌이에 혈안이 된 서울대병원의 단면을 보여준다.]

- 상급병실 입원환자 5명중 4명이 다인병실로 이동요구(81.7%)
 처음 병실입원시 2명중 1명 2인실로 입원(48.2%)



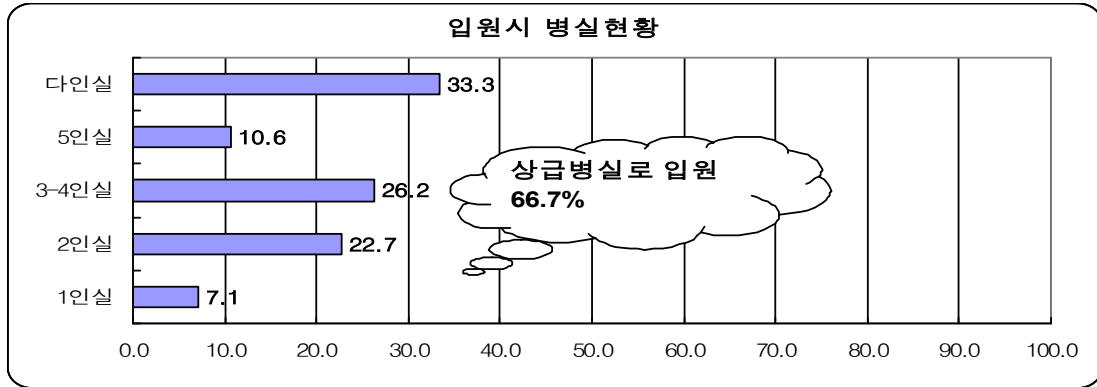
- 2인실에 입원한 환자 88.9%가 병실료 『비싸다』 응답



<경북대병원, 동산의료원 환자보호자 166명 대상 설문조사 결과 (2009. 6. 8~10)>

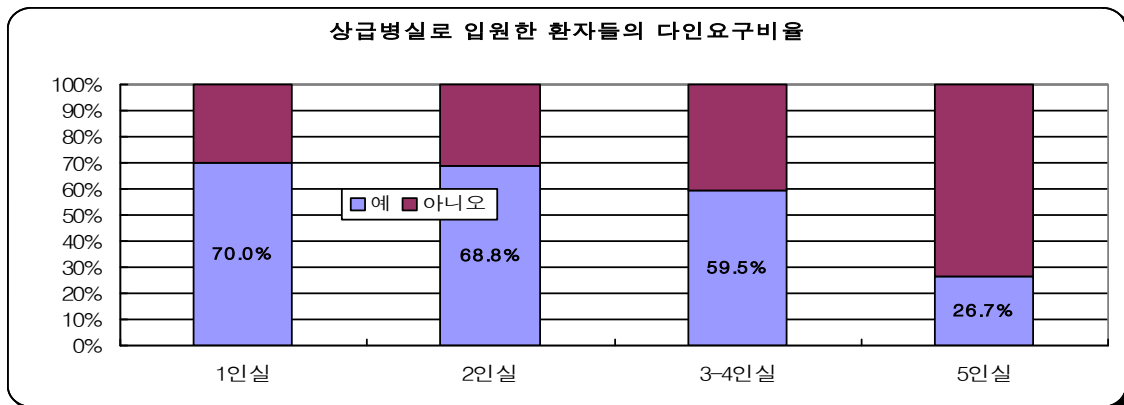
- 처음 병실 입원시, 3명중 2명 상급병실로 입원(66.7%)
 - 입원환자 4명중 3명 상급병실로 입원을 원하지 않아(76.5%)

표3] 응답자의 처음 입원시 병실배치 현황



- 1~2인실(상급병실) 입원환자 69.0%가 다인병실로 이동요구

표4] 상급병실로 입원한 환자들의 다인요구비율

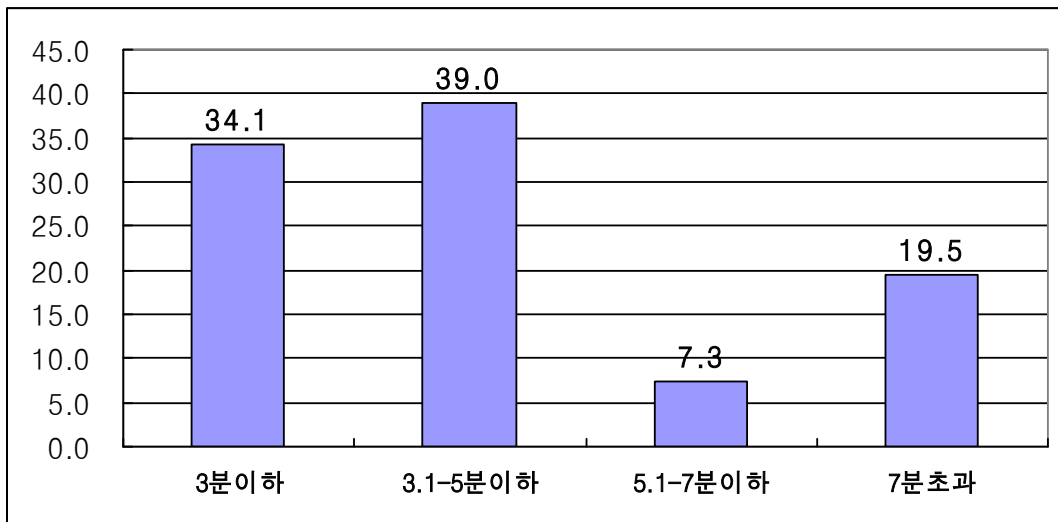


■환자들의 적정진료시간확보 및 공개진료금지(서울대병원)

○ 지난 2006년 노동조합은 서울대병원이 외래 진료시 짧은 시간에 좀 더 많은 환자를 보기위해 한 진료실에서 한명 이상의 환자(심하게는 3-4명까지)가 진료 또는 대기상태로 운영되던 편법적인 진료행위에 대해 문제제기 하였다. 보건복지부는 서울대병원의 편법적 진료행위는 환자의 인권침해와 제대로 된 진료시간을 보장할 수 없다고 판단하여 권고조치했다. 또한 노동조합과는 겹치기 진료행위를 단계적으로 축소하기로 합의했다. 그러나 돈벌이에 눈 먼 서울대병원은 06년 합의사항을 무시하며 겹치기 진료행위를 또다시 확대해 나가려고 했고 결국 노동조합의 거센 문제제기로 겹치기 진료는 막아낼 수 있었다.

○ 09년 서울대병원 외래환자·보호자 대상으로 진료대기시간과 실제 진료시간을 조사했다.
 조사결과에 의하면 진료를 보기위해 대기하는 시간은 평균 41분으로 조사되었으며 실 진료시간이 『5분이하』 이 경우가 전체 응답자의 73.1% 로 나타났다. 이중 『3분이하』 로 진료한 경우가 전체의 1/3정도이다. 응답자들은 적정진료시간 관련하여 평균 10.5분을 요구했다.

[표] 실 진료시간(외래 / 09년 5월 4일)



■ 장기입원환자 신종플루 사망에 대한 병원, 복지부 은폐에 대한 대응(경북대병원)

○ 작년 경북대병원에서 장기입원한 환자가 신종플루로 사망했다. 명백한 병원감염임에도 병원은 숨기기 급급했고 조사 나온 질병관리본부도 결과를 사실관계와 다르게 발표하는 등 사실관계를 은폐 또는 소극적 대응으로 일관했다.

○ 노동조합은 의료활동을 했던 신종플루 확진자에 대한 병동회진 조사 및 병원감염이 의심되는 환자의 병동 이송과정 조사를 통해 사망한 환자와 병원감염이 의심되는 다른 환자라도 같은 공간에 있었음을 밝혀냈다. 또한 추가 감염에 대한 대응과 의료진뿐만 아니라 병원근무자 전원에게 대한 신종플루 예방접종을 요구하여 관철시켰다.

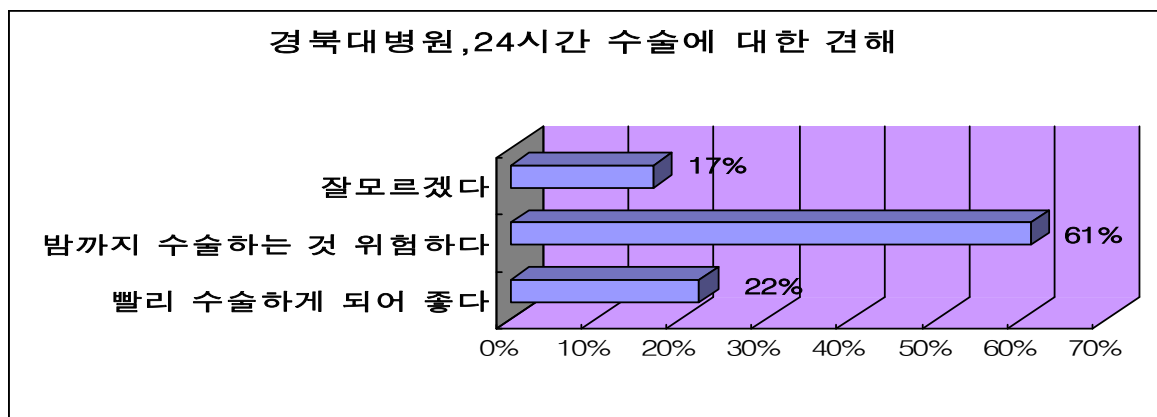
■ 응급 아닌 환자 야간진료 금지 (경북대병원)

○ 수술은 위험성이 매우 높은 의료행위이다. 수술을 하기 전 최상의 안전한 조건을 만드는 것이 무엇보다 중요하다. 야간 수술은 최악의 조건이다. 밤 시간은 기본 생체리듬이 저하되어 수술하는 의료진의 집중도가 떨어지고, 피로누적은 최고로 올라가며, 반대로 체력은 최대로 떨어

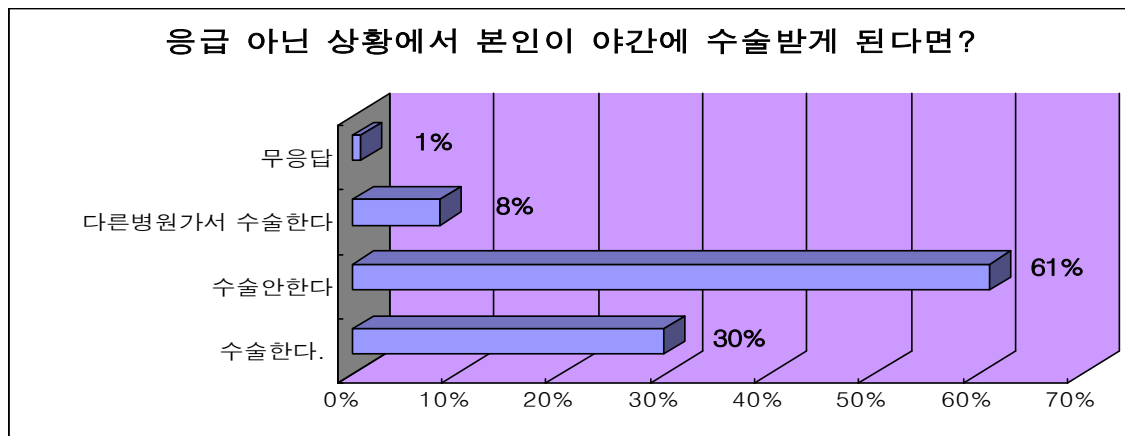
지기 때문이다. 불가피한 응급수술을 제외하고는 야간수술은 하지 않아야 한다.
 그러나 경북대병원은 돈벌이에 눈이 멀어 응급환자가 아님에도 대기환자가 많다는 이유로 24시간 야간수술을 늘여가는데 몰두했으며 급기야 병원은 주야간 개념이 없어질 정도가 되었다. 급기야 조합원들은 파업투쟁을 통해 응급이 아닌 환자에 대한 야간수술을 중단시키기도 했다.

<09년 경북대병원 입원환자 131명을 대상으로 '24시간 야간수술' 설문조사결과>

○ 환자 · 보호자 61%가 야간수술이 위험하다



○ 3명중 2명, 응급 아닌 상황에서는 야간 수술 안 받겠다...



3. 병원노동자들의 고용안정과 환자들의 의료서비스 질 관계는 밀접

▣ 영리적 운영을 위한 병원업무 외주화 갈수록 심각

: 식당, 전산에 이어 의료재료까지 외주화... 의료서비스의 질 담보 점점 어려워져

: 『비용절감이 목적이므로 의료재료의 질을 보장할 수 없다』 83.0%가 『그렇다』에 응답.

○ 병원은 식당외주화를 시작으로 영리적 운영을 본격화 하여 전산외주 등에 이어 급기야 서울대 병원은 의료재료(물류)까지 외주화시키고 있다. 이로 인해 의료서비스 질은 저하되고 급기야 응급상황에 대한 대처가 어려운 상황이 발생할 수도 있다.

2010년도 서울대병원의 조합원 설문결과에 의하면 통합물류시스템의 외주화에 대해 『비용절감이 목적이므로 의료재료의 질을 보장할 수 없다』 83.0%가 『그렇다』고 응답했고 『병원내 물류창고가 없어지므로 응급상황 대처가 어렵다』에 84.2%가 『그렇다』고 응답했다.

표4] 통합물류시스템관련 의견 <2010년 서울대병원 임단협 설문결과>

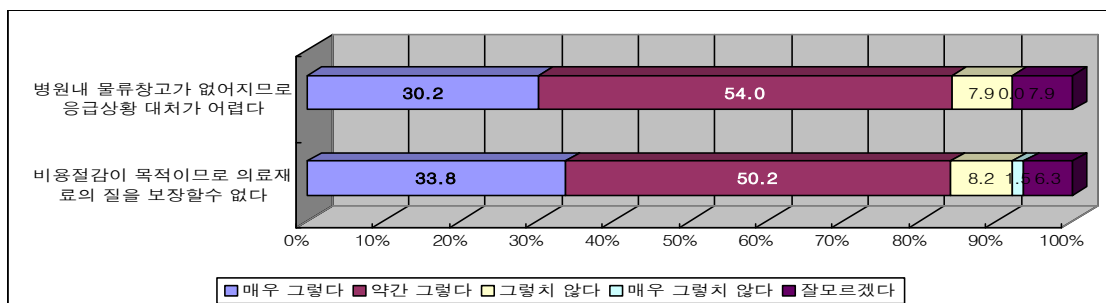


표5] 물류통합시스템도입으로 인한 의료서비스의 질 저하에 대한 조합원들의 견해

- 응급상황 대처 부적절/고용불안으로 인한 서비스 질 저하
- 각분야에 필요한 전문성이 부족하게 될 것은 필연적이므로 적절한 공급이 이루어지기 힘들어질 것이다.
- 통합물류의 시도는 좋았으나 물품의 입고차질 및 잘 못 입고되는 등 여러가지 개선사항 많음
- 환자가 사람, 생명이 아닌 소모품과 같은 기준으로 수량화될 것이다.
- 병원이라는 곳에는 맞지 않는 시스템이다.
- 이전에 비해 환자에게 필요한 물품이 제대로 공급이 안 될 때가 있다.
- 응급시 대처 어려워 질 수 있음 / 환자에게 양질의 처지 불가능
- 응급상황이 많은 병원 구조상 부적절한 시스템
- 비용절감이 목적이므로 환자서비스의 질이 떨어진다.
- 비수가 물품의 사용량을 줄이면서 환자의 감염은 더 심각해 질 것이다.
- 의료재료의 질 전반적 하락 예상
- 환자 위협에 처해지면 대처 불가능
- 응급상황이나 검사실에서 loss가 나서 응급 신청하는 경우 제대로 되지 않으면 결국환자에게 영향이 갈 수 있음
- 의료비 인상

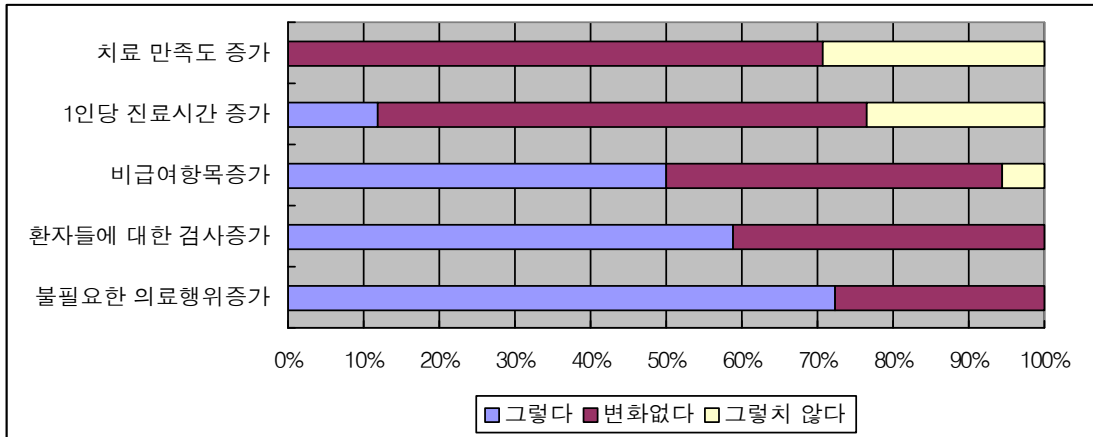
▣ 병원노동자에게 차등성과급 도입은 환자 의료서비스에 역행하는 것

: 차등성과급이 실시된 이후 『불필요한 의료행위가 증가했다』에 72.2%가 응답.

: 협진을 필요로 하는 의료서비스에 역행하는 제도이다. 79.8%가 『그렇다』고 응답.

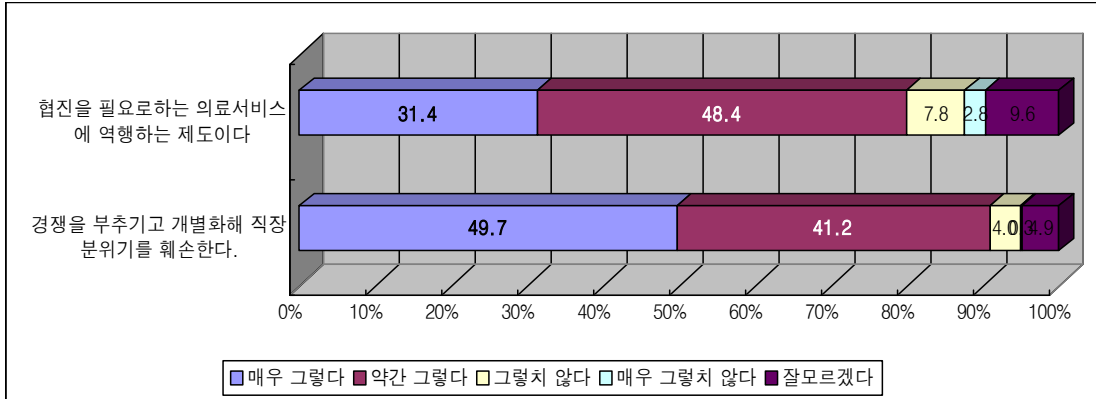
○ 경주 동국대병원은 09년 노동조합의 반대에도 불구하고 일방적으로 차등성과급제를 도입했다. 차등성과급실시이후 환자들의 의료서비스에 어떤 영향이 왔는지 조합원 설문조사를 실시하였다. 설문결과 『불필요한 의료행위 증가』에 72.2%, 『환자들에 대한 검사건수 증가』에 58.8% 응답했다. 이에 비해 환자 『1인당 환자 진료시간 증가』 88.2%, 『치료 만족도 증가』에 대해서는 100%가 『변화없다』 『그렇지 않다』고 응답해 이 제도는 의료서비스에 역행하는 제도임이 드러났다.

표6] 차등성과급 실시 이후 의료현장의 변화 <2010년 동국대병원의 조합원 설문결과>



○ 서울대병원도 환자들에게 부당하게 거둬들인 선택진료비로 직원들에게 차등성과급을 지급한 바 있으며 조합원들의 79.8%가 차등성과급의 도입은 『협진을 필요로 하는 의료서비스에 역행하는 제도이다』라고 응답했으며, 차등성과급은 『경쟁을 부추기고 개별화해 직장분위기를 훼손한다』에 90.9%가 그렇다고 응답했다. 의사성과급을 비롯한 차등성과급으로 발생하는 의료비 부담은 고스란히 환자 몫으로 돌아가게 된다.

표7] 서울대병원의 차등성과급과 의료서비스와 관계



○ 의료정보는 의료진에 독점되어 있기 때문에 환자입장에선 의사의 말을 따를 수 밖에 없다. 그렇기 때문에 의사는 우리사회에서 선한 대리인 역할을 해야 한다. 의사를 포함한 병원직원들에게 차등성과급을 도입한다는 것은 환자들에게 불필요한 진료를 하여 병원수익을 늘리라는 것이다. 때문에 병원노동자들의 성과급 반대투쟁은 의료서비스 질 저하를 막는 투쟁으로 의료의 질을 보장받기 위해서는 노동조합뿐만 아니라 국민모두가 함께 해야 하는 투쟁이다.

4. 마치며

○ 병원은 영리병원도입이 되지 않았음에도 돈벌이에 혈안이 되어 있다. 병원인지 쇼핑몰인지 구별이 안 될 정도로 부대사업을 확대하고 있다. 환자들의 부족한 휴식공간마저 부대사업으로 밀어내고 있는 실정이다. 뿐 만 아니라 의료진 성과급을 도입하여 불필요한 과잉진료를 유발하고 있다.

공공노조 의료연대는 환자들을 돈벌이 대상으로 내모는 돈벌이 의료에 맞서 감시자 역할과 내부 고발자 역할을 끊임없이 전개해 나갈 것이다.

○ 서울대병원은 의료민영화 반대 환자보호자 선전전과 서명전을 작년부터 매주 진행해 나가고 있다. 환자 보호자들의 반응은 폭발적이다. 의료민영화 반대 선전물중 틀린 내용도 지적해 주기도 한다. (ex : 미국에서 출산시 드는 비용이 1천만원이 아니라 2천만원이다, 더 올랐다는 등) 노동조합이 노동조합으로서 제대로 된 역할을 할 때, 병원을 이용하는 환자들의 권리 확보도 함께 진전시켜 나갈 수 있다.

○ 상급병실료 건강보험적용, 선택진료비 폐지, 간병비 건강보험적용 등을 주요 의제로 하여 투쟁을 전개하고 있다. 병원인력충원 또한 주요 요구이다. 차등성과급, 병원 외주 문제가 병원노동자만의 문제가 아니라 환자보호자의 의료서비스 질과 긴밀히 연관된 문제이듯 병원인력도 마찬가지로

이다. 현재 병원노동자들은 마른 수건에 물짜내듯 고강도 노동에 시달리고 있다. 병원 근무조건이 바뀌고 병원인력이 충원될 때 환자들을 위한 직접간호시간도 함께 늘어나게 되며 의료사고도 예방할 수 있다.

공공노조 의료연대는 공공의료 확대와 환자들의 권리 신장을 위해 더욱 노력하는 노동조합이 될 것이다. 아픈 것도 서러운데 돈이 없어 치료를 받을 수 없는 사회가 되지 않도록 환자들과 함께 투쟁해 나갈 것이다.

※ 참고1. 지금까지 노동조합이 확보한 주요 의료공공성 합의 내용 (서울대병원)

□ **다인병상 확대, 병실료 인하**

- 6인용 병실 20개(120병상) 추가 확대
- 4인용 병상 100개를 다인병실료로 적용
- 보라매병원 4인용 병실료 현행 상급병실료 차액 20% 이상 인하(의료급여환자는 50% 감면)
- 보라매 리모델링 완료시 다인병상 70%유지
- 2인실 병실료 인하

□ **의료민주화, 공공의료 확대**

- 영안실 비리 척결
- 입퇴원수속비리 척결
- 진료비 지불시 카드사용
- 진료비 세부 내역서 제공
- 간호사 1인당 환자수를 줄이기 위한 연구 프로젝트를 시행, 이사회 승인 후 인력 충원
- 민간보험사인 삼성생명 보험 창구 철거
- 공개진료금지
- 보라매 병원 선택진료비 일부 인하
- 표준진료지침 개발에 지속적 노력하고 현행 의료기관평가가 질적 평가가 될 수 있도록 지원
- 삼성생명 보험 창구 철거 후 건보공단 상담센터 개설

□ **환자 복지확대**

- TV시청 무료화
- 병원내 담배판매금지 및 금연구역 선포
- 병실 보호자용 장의자 설치
- 야간(22:00~익일 07:00) 주차시 주차비는 1일당 1,000원으로 인하
- 환자식사에 유전자변형농산물을 사용금지, 우리 농축산물 사용 원칙
- 보호자 간이침대 확보
- 환자 개인 사물함 잠금장치 마련
- 업무 관련 환자 통화 녹음 시 사전 동의
- 중환자보호자 대기실의 환경, 시설, 집기비품 및 운영방식 등 환경 개선

※ 참고2. 의료연대소분과 2010 의료공공성 요구

1. 의료민영화 폐지

- (1) 영리병원도입 반대, 당연지정제 폐지 반대
- (2) 의료채권법 및 병원경영지원회사 관련 법 제정 반대
- (3) 환자의 개인질병 정보를 민간보험회사에게 제공하는 보험업법 개정 중단.
- (4) 민간보험 활성화 중단
- (5) 의료기관 평가 민영화 반대

2. 건강보험 보장성 강화

- (1) 모든 병원비의 건강보험 급여화 - 2인실까지 병실료 급여화 확대, 선택진료제도 우선 폐지
- (2) 진료비 지불제도 개선
- (3) 2012년부터 병원간병서비스 건강보험급여화하고 의료서비스향상을 위해 간병인력 직접고용
- (4) 실업자와 지역건강보험 장기체납세대에 대해 무제한 건강보험 적용, 실직자와 소득하위 50% 본인부담금 면제

3. 의료기관 국유화, 공공병원확대, 의료에 대한 국가책임강화

- (1) 지역병상총량제
- (2) 지역거점 병원 확대, 공공 의료전달체계 구축
- (3) 국민주치의제 실시
- (4) 국공립병원 공공성강화를 위한 국가지원확대
- (5) 신종플루 등 국가전염병에 대한 공공병원의 시설 및 인력 지원

4. OECD 수준으로 병원인력 확보, 의료서비스 질 개선

- (1) 근무당 간호인력 기준 법제화 - 간호사 및 간호보조인력에 대한 기준은 근무당 간호인력과 환자 비율로 정한다. 또한 간호사, 간호조무사, 간호보조원, 영양보호사의 업무영역과 내용에 대해서는 구체적 법률로 정한다.
- (2) OECD 국가 평균 간호인력에 준한 병원간호인력 확보를 위한 간호등급제 강화
- (3) 의료기관 평가시 인력 비중 상향 및 상시평가를 통한 인력 확충
- (4) 병원 등 의료기관에 종사하는 모든 인력에 대해 파견 금지

○ 2010 서울대병원 의료공공성 강화 요구안

- ▶ 임대형 민간자본사업(BTL)을 금지한다.
- ▶ 선택 진료비를 폐지한다.
- ▶ 외부에 위탁한 어린이병원의 환자급식을 직영으로 전환한다.
- ▶ 보라매병원 다인실을 80%이상 확보한다.
- ▶ 환자 보호자 문화공간인 아프리움과 직원휴게실의 부대시설을 철거한다.
병원은 부대시설을 확대하지 않는다.
- ▶ 제약회사나 업무 관련한 업체, 개인으로부터 리베이트(촌지, 접대, 향응 등)를 받지 않는다.
- ▶ 의료의 질을 떨어뜨리는 중앙bed를 철거하고, 병동파괴를 금지한다.
- ▶ 표준진료지침을 준수하고 환자의 적정 진료시간을 확보하기위해 의사 1인당 환자수를 제한한다.
- ▶ 환자 보호자에게 침구를 제공한다.

○ 2010 경북대병원 의료공공성 강화 요구안

- (1) 병원은 제약회사나 업무와 관련된 업체나 개인으로부터 리베이트(촌지, 접대, 향응 등)를 받지 않는다.
- (2) 병원은 진료관련 이외의 부대시설을 확대하지 않는다.
- (3) 환자에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 환자 1인당 충분한 진료시간을 확보하고 의사 1인당 환자수를 제한한다.
- (4) 환자 및 직원에게 양질의 식사 제공 위해 기존 식당을 외주 용역으로 전환하지 않는다.
- (5) 근무시간 내에 환자들에게 양질의 의료서비스를 제공을 위해 기존 업무이외의 또 다른 업무를 증가시키지 않는다.(ex 안내 업무 및 설명 간호사 업무)

의료사고 실태와 피해구제를 위한 법 제정 과정과 문제

강 태 언
의료소비자시민연대 사무총장

I. 서론

우리 단체는 의료사고 관련 업무와 예방을 위한 활동을 하고 있는 단체로서 부설로 상담 센터를 운영하고 있다. 지난 월요일엔 남편이 안과 치료 중 실명하고, 아버지가 전립선 수술 중 과다출혈로 사망하고, 지방 흡입 수술을 했던 젊은 여성이 사망하는가하면, 맹장 수술이 늦어져 사망한 사례 등 치료나 수술도중 졸지에 가족을 잃거나 장애가 남는 사례가 접수되는 등 하루에도 많은 안타까운 사례들을 접한다.

이러한 의료사고는 의료인들에 의해 병·의원이라는 제한된 공간이나 수술실, 응급실, 중환자실 등에서 치료나 수술행위 중에 발생하는 악결과를 총칭하는 말로 이와 같은 의료사고가 발생하게 되면 이를 입증하기 위한 유일한 증거는 진료기록이 된다. 진료기록은 사고 당사자인 의료인들에 의해서 작성되고 보관되는 한계로 인해 의료사고 피해자나 가족들이 병원이나 의료인의 과실여부를 입증하기란 현실적으로 거의 불가능하다.

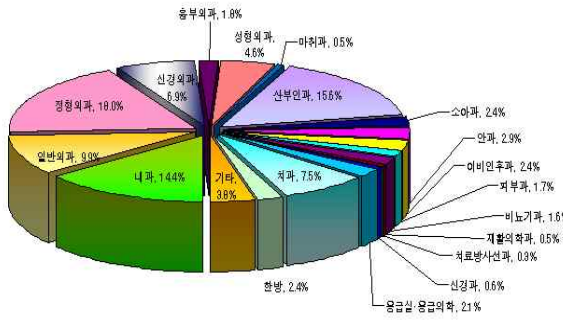
그럼 이러한 의료사고는 어떤 진료과목이나 어떤 유형의 사고가 많을까? 의료사고의 실태와 피해구제를 위한 법 제정 과정, 그리고 현재 마련 중인 제도의 문제점을 살펴보자

II. 의료사고의 실태(진료과목별 유형별 의시연 통계¹⁰⁾)

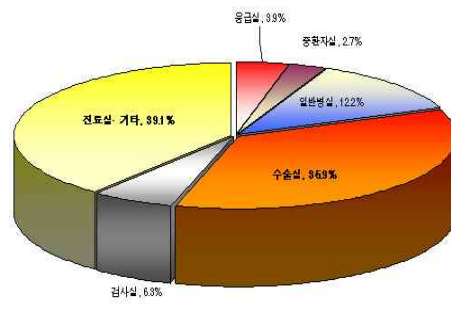
의료소비자시민연대에서는 지난 2007년 하반기에 2003~2007년까지 전화 상담으로 접수된 7977건의 의료사고 사례를 통한 통계와 2007년5월~12월까지 진료기록을 확보한 224명을 대상으로 기록에 대한 조사와 설문을 실시하였다.

10) 07년 하반기 행정안전부지원으로 통계 및 실태조사 시 2600건의 전화 상담과 224건의 설문조사가 이루어졌으며 이와는 별도로 단체에서 접수되는 상담건수 중 03년도 1,383건/ 04년도 1,017건/05년 2,401건/ 06 1,361건 07 1,815건에 대한 통계를 실시하였다.

통계 실태조사 결과 진료과목의 경우 정형외과가 1,435건(18.0%)으로 가장 많은 발생 빈도를 보였으며, 다음으로는 내과 1,152건(14.4%), 산부인과 1,248건(15.6%), 일반외과 787건 (9.9%) 순으로 나타났고, 사고 장소로는 진료실이 2,576건(39.1%),으로 수술실이 2,367건 (35.9%)로 나타났다.

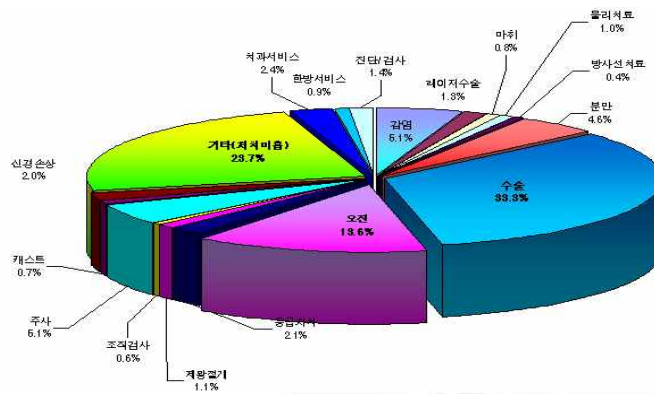


[그림 1] 진료과목별 통계



[그림 2] 사고 장소별 통계

사고 유형으로 보면 수술 2,658건 33.3% 로 가장 높게 나타났고, 처치미흡이 1,888건 23.7%, 오진 1,086건 13.6%, 감염 406건 5.1%, 주사 404건 5.1% 순이었으며, 또한 사고 후 상태로는 부작용 및 악화가 5,088건으로 63.8%, 사망이 972건 12.2%, 장애 및 추정장애의 경우도 141건 1.8%로 나타났다.

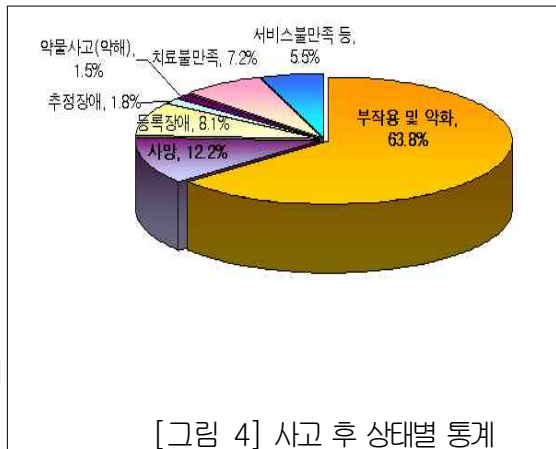


[그림 3] 사고유형별 통계

이와 같은 통계 결과는 고령화로 인한 퇴행성질환의 인구 증가로 척추 및 인공관절 수술이 증가하고, 이로 인해 병원 내 감염의 증가로 진료과목에서는 정형외과가 다소 높은 빈도를 차지하고 있으며, 의료인과 일대일 대면이 잦은 진료실 등 의료인과 의료소비자만 있는 밀폐된 장소에서의 발생빈도가 높다는 것을 알 수 있고, 의료사고 유형으로 볼 때 처치미흡

과 수술사고가 많은 비중을 차지하고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

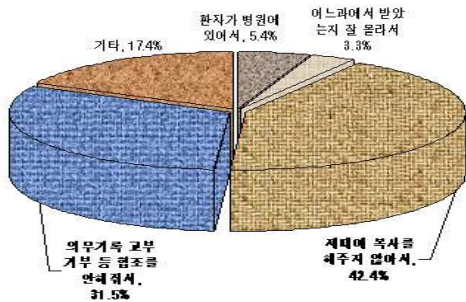
또한 사고 후 많은 환자가 부작용 및 악화로 인해 고통을 당하고 있으나 사고 후 사망972건(12.2%)이나 등록 및 추정장애785건(9.9%)을 입은 환자도 상당히 많은 것으로 조사되었다.



[그림 4] 사고 후 상태별 통계

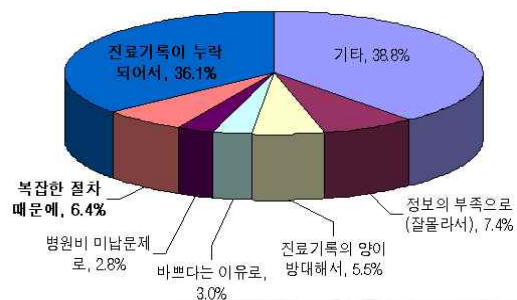
설문조사를 통해서서는 Ⅰ. 의무기록 열람동기 및 과정에 대한 조사, Ⅱ. 의무기록 분석 및 번역 결과 및 관련내용에 대한 조사, Ⅲ. 사고 후 경제적·사회적·심리적 변화를 조사하였다. 11)

실태조사 결과를 살펴보면 환자나 가족들은 의무기록에 대한 열람 및 교부권이 있다는 것을 모르는 경우가 44.2%에 이르고, 의료기관에서 제때에 복사를 해주지 않거나 교부 거부 등 협조를 안 해주는 경우가 많아 의무기록 교부 시 대체적으로 어려움을 겪고 있으며, 이중 36.1%가 중요한 진료기록의 누락으로 여러 차례에 걸쳐 받게 되는 것으로 조사되었다.



[그림 5] 통계 및 실태조사-

의무기록 사본 교부 시 어려움의 여부 및 이유



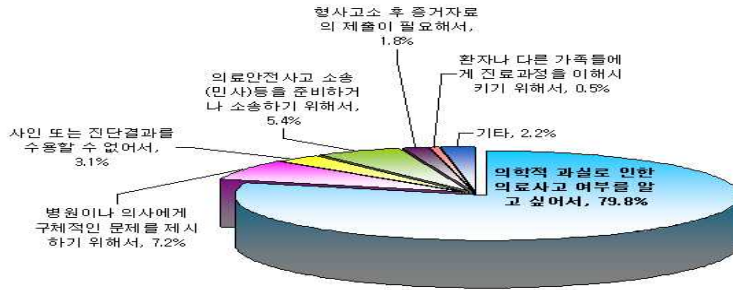
[그림 6] 통계 및 실태조사-

의무기록사본을 여러 차례 교부받은 이유

또한 진료기록 분석을 의뢰한 이유에 대해서는 “환자나 가족들이 의료사고 여부를 알고 싶어서”와 “소송을 준비하기 위해서”가 많았으며 의료사고로 추정되어 질 경우 의료인과

11) 의무기록에 대한 상황과 의료안전사고로 인한 경제적·사회적·심리적 변화, 법·제도의 필요성에 대해 25문항으로 구성하여 설문조사하였다. 설문조사내용에 있어 타당도를 보장하기 위하여 전문가 5명으로 구성된 전문가 집단의 논의가 이루어졌다. 실태통계분석을 위해 spss 12.0을 사용하여 서술통계 및 상관성 분석을 실시하였다.

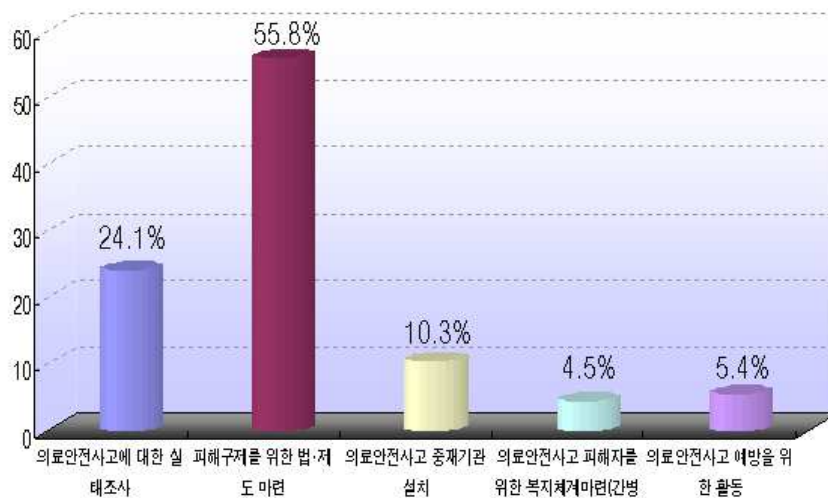
의료기관에 바라는 것에 대해서는 잘못에 대한 사과를 원하는 것으로 나타났다.



[그림 7] 통계 및 실태조사-진료기록 분석을 의뢰한 이유

의료안전사고로 인한 경제적, 사회적, 심리적인 변화 조사 결과는 응답자 중 55.4%가 충격과 상실감으로 인한 정신적인 어려움이 있다고 답하였으며, 그 다음으로는 치료비로 인한 경제적 어려움을 겪고 있는 것으로 조사되었다.

마지막으로 의료사고에 있어 국가가 꼭 해야 하는 것이 무엇인지에 대한 설문에 응답자 중 55.8%가 피해구제를 위한 법과 제도의 마련이 시급하다고 답하였다. 그리고 의료사고를 줄이기 위해 우선되어야 할 것으로는 57.1%가 의료사고 예방을 위한 관련 법·제도의 정비가 필요하다고 응답하였다.



[그림 8] 의료사고에 있어 국가가 꼭 해야 하는 것이 무엇인지

Ⅲ. 우리나라 의료분쟁 관련 제도의 운영 현황과 입증책임 전환

의료사고 관련 운영되고 있는 제도로는 민영 손해보험사의 의사 및 병원배상책임보험과 대한의사협회에서 운영하고 있는 의사공제제도가 있고 의료법 상 의료분쟁조정 제도로서 의료분쟁심사 조정위원회가 있다. 이와 같은 보험이나 분쟁심사조정제도가 있음에도 불구하고 유명무실하거나 의료소비자로부터 철저히 외면(중앙의료심사조정 위원회의 경우 조정신청 건수가 전무하고 각 시도에 있는 지방의료심사조정위원회의 경우도 07년 한 해 동안 16건이 접수되어 2건 만이 합의되고, 10건이 조정취하·거부) 당하여 유명무실한 위원회가 되고 말았다.

한국소비자의 경우 조정된 금액을 기준으로 100만 원 이하가 42.2%, 500만 원 이하가 33.5% 등 1,000만 원 이하의 소액조정이 85.9%에 이르는 등 소액분쟁에서의 역할로 한정되어 있다.

의료소송의 경우 평균 소송기간이 일반소송과 비교했을 때 3~4배 이상 긴 시간이 걸리지만 1심에서 끝나는 경우를 거의 찾아보기 힘들고 항소율이 71%가 넘는 등 대부분의 사건이 대법원 판결까지 가고 있어 소송에 승소하더라도 실익이 거의 없다. 당사자 간의 합의 역시 의료인과 환자가 사고발생에 대한 문제제기와 해결시도를 동등하게 할 수 없는 정보와 힘의 불균형으로 의료사고를 합리적으로 해결하는 것은 현 의료 환경에서는 현실적으로 불가능하다.

이처럼 관련 제도들이 제기능을 못하고 유명무실해지거나 의료소비자로부터 철저히 외면 당하는 이유는 뭘까? 새로운 대안 법을 만들어야 하는 이유는 뭘까? 그것은 의료행위의 특성을 극복하지 못하였기 때문이다.

현실적으로 진료나 치료 과정 중에 예측이 불가능한 사고는 불가피하게 발생할 수밖에 없는 것도 사실이며, 결국, 평생 병원을 가지 않을 수 없는 국민이라면 언제든 닥칠 수 있는 문제가 바로 '의료사고'이다.

자동차사고의 경우, 사고 발생 시 종합보험에만 가입되어 있으면, 가해자는 보험회사에 연락만하면 되고, 피해자는 보험회사로부터 협의와 보상금 지급 시스템이 사회적 제도로 정착되어 있어 가해자 측에 직접 배상을 요구하며 난동을 부리거나 하는 일은 거의 없다. 이와 같은 시스템을 의료사고에서도 빨리 도입해야 한다. 즉, 모든 의사는 어떤 형태든지 의사배상책임보험 등에 가입하여 만약의 사고에 대비한 피해자 보상대책을 마련해 주고, 환자들은 비록 사고가 발생하더라도 직접 손해배상을 요구하며 진료방해를 하는 등의 물리력이 동원되는 일은 없어야 한다.

물론 이는 결코 의사, 보험사 또는 환자 측 일방의 노력으로 해결되는 문제는 아니지만 의료사고의 특수성을 이해하고 또한 피할 수 없는 것임을 서로 이해한다면, 이를 원만하게 해결하는 방향을 모색하는데 지혜를 모아야 하며 이를 위해 마련하고자 하는 법이 의

료사고피해구제법 또는 의료계에서 주장하는 의료분쟁조정법이다.

의료사고의 특성을 감안하여 피해구제를 담보할 수 있는 유일한 방법은 입증책임 전환 규정이다. 이 법안은 처음 의사들이 교통사고처리특례법을 기본모델로 하여 제안된 법이고 교통사고처리특례법은 자동차손해배상보장법과 한 궤를 이루고 있고 자보법은 자동차사고에 대한 입증책임이 운전자에게 전환되어 있는 특수한 법이다.

IV. 의료사고 피해구제 및 분쟁 조정 제도 마련을 위한 경과 과정

이 법은 1988년 이후 의료단체의 입법요구를 시작으로 의료사고피해구제 및 분쟁조정 제도 마련을 위한 많은 시도와 의견이 있었지만 그동안 환자의 입장에서 피해를 구제받을 수 있는 법 제정에 대한 논의는 거의 이뤄지지 않았다.

지난 제17대 국회에 와서 의료사고 피해구제를 목적으로 한 입증책임전환 규정을 도입한 법안이 제안되어 이를 중심으로 법안이 논의되었고 당시 보건복지위원회 법안 소위원회에서 만장일치로 의결되었으나 의료계의 반발로 전체회의에서 재심의 결정된 후 회기 만료로 폐기된 바 있는 법안으로 법안소위원회에서 만장일치로 의결될 당시 의료행위나 의료사고의 특수성을 반영하여 입증책임전환을 근간으로 하는 법안으로 의결된 바 있다. 그러나 결국 우여곡절의 상황을 반복하다 17대 국회 임기만료로 폐기되는 불운을 겪었다.

18대 국회에 들어와서는 최영희 의원 안과 심재철 의원 안 그리고 박은수 의원이 대표 발의한 국민청원안 등 세 개의 법률안이 제출되었고 해당 법률안들은 모두 입증책임전환을 전제로 하여 제출되어 논의 되고 있는 가운데 보건복지가족부(이하 보복부)에서 검토한 법안이 국회와 시민 단체에 비공개로 제안되었으나 제안된 내용은 사실상 외국인 환자 유치를 목적으로 외국인 환자의 의료사고를 대비한 급조된 법안으로서 가장 중요하게 논의 되어온 입증책임을 전환하는 규정을 무용화 시키는 내용으로 국회와 시민 단체에 충분한 논의와 합의가 이루어 지지 않은 상태였다.

그러나 이렇게 제시된 법안이 12. 28 국회 보복위 법안심사소위원장 대안법안으로 법안심사소위를 갑작스럽게 통과하였고 다음날인 12. 29 상임위를 열어 해당법안을 통과시키고 12. 30 법사위에 이어 12. 31일 본회의의 통과를 계획하였으나 법사위를 통과하지 못하였다. 그러나 해당 법안은 예산이 이미 반영된 법안으로 2월, 4월 임시 국회를 통과하지 못하였으나 지방 선거 후 임시국회에서 본회의를 통과할 경우 법안이 정한 2010년 7월 1일부터 시행될 것으로 보인다.

그동안 법안 마련을 위한 경과 과정을 보면 아래 표와 같다.

시 기	주 요 내 용
1981.12	- 의료법을 개정하여 '의료분쟁심사제도' 도입
1989	- 의료분쟁의 합리적 해결을 위한 사회제도의 필요성에 관한 주장이 공론화되기 시작함
1991.6~8	- 가칭 '의료피해구제법'에 대한 공청회 개최(2회)
1991.11~1993.5	- 입법예고안 마련 및 관계부처 의견조회
1994.11	- 정부의 '의료분쟁조정법안' 국회 제출 - 의료분쟁조정법 제정에 관한 공개토론회 (참여연대 주최)
1995.3~1996.5	- 국회 '보건복지위원회' 주관으로 공청회 개최('95. 3), 95. 11 ~ 12월 국회 보건복지위원회 법안 심사 - 의료분쟁 조정전치주의, 의료인에 대한 형사처벌특례 인정, 의료배상공제조합 설립 의무화 등 반영 - 그러나 의료계의 「무과실보상제도」 도입 요구로 성안되지 못함
1996.2	- 제14대 국회 임기만료로 자동폐기
1997.7	- 김병태 의원(새정치국민회의) 외 30인 의료분쟁조정법(안) 발의 - 정의화 의원(한나라당) 외 37인 의료분쟁조정법(안) 발의(97.11)
1997.7~1998.10	1차 입법추진 - '97. 7~10월 관계부처 협의, 입법예고, 당정협의 실시 - 법무부의 이견(조정전치주의 및 형사처벌 특례 반대)으로 차관 회의에 상정되지 못하고 보류 2차 입법추진 - '98. 7~9월 관계부처 협의 및 입법예고 실시 - '98. 10월 국무조정실에서 관계부처 의견조정회의 실시 - 다음과 같은 각 부처의 반대로 정부입법은 불가하다고 결론 ⇒ 법무부: 필요적 조정전치주의, 형사처벌 특례 등 반대 ⇒ 공정거래위원회: 의료배상공제조합 설립 및 가입의무화 반대 ⇒ 행정자치부: 의료분쟁조정위원회 사무기구 설치 곤란 ⇒ 시·도 (8개): 지방 의료분쟁조정위원회 설치 반대 ⇒ 의료분쟁조정위원회 또는 사무기구를 법인으로 설치하는 방안 검토(법무부, 행정자치부등)
1998.4	- 정부 '의료분쟁조정법' 제정에 관한 입법계획 확정
1999.11.29~1999.12	보건복지위원회 의결(1999. 11. 29) - 의원입법안 중 무과실 보상 및 조정전치주의 규정 삭제 - 의료분쟁조정위원회는 특수법인으로 설치 - 형사처벌 특례 조항에 대해 결론짓지 못하고 관계 부처 간 합

	의 실패 법사위 심의(1999. 12. 7) - 형사처벌특례 등에 대한 심도 있는 검토를 위해 법사위 제2소위에 회부 - 형사처벌 특례에 대해 결론짓지 못하고, 법사위 전문위원과 법무부·복지부간 협의토록 하였으나 합의도출 실패(12.8)
2002.10	- 이원형 의원 외 43인 발의
2005.12.2	- 시민단체 「의료사고피해구제법안」 청원안(박재완 의원 소개) 국회 제출 ⇨ 입증책임전환 규정, 임의적 조정전치주의, 설명의 의무 법정화 등
2005.12.8	- 이기우 의원 ‘의료사고예방 및 피해구제에 관한 법률안’ 발의 ⇨ 과실추정법리, 무과실보상 규정, 형사책임특례 등
2006.5.23	- 안명옥 의원 ‘보건의료분쟁의 조정 등에 관한 법률안’ 발의 ⇨ 필요적 조정전치주의, 진료방해 금지규정, 형사처벌특례 등
2007.3	- ‘의료분쟁 조정 관련 법안’ 공청회 ⇨ 의료소비자시민연대 진술인으로 참여 진술
2007.9	- 여러 위원이 제기한 사항을 중심으로 법안심사소위원회로 재 회부 의결
2008.3	- 상임위에서 소위에 재심의 결정을 내린 후 17대 국회임기만료로 폐기됨.
2009.5~7	- 최영희 의원안, 심재철 의원안, 박은수 의원 국민청원안 소개
2009.12	- 28일 법안소위 소위원장 안으로 통과, 29일 상임위 통과, 법사위 회부
2010.2~4	- 법사위 소위배정 논의 중

V. 국민을 기만한 현재 법안 내용

의료사고의 입증은 의료인이나 의료 기관에서 작성하고 보관되어지는 진료기록에 의존해야 하고, 전문지식이 없는 환자나 가족이 사고의 원인을 규명하는 것은 현실적으로 불가능하다. 결국 진단 및 치료의 적절성에 대한 판단과 입증은 의료행위의 주체이자 전문가인 의료인만이 할 수 있는 것이다.

대법원에서도 의료소송에서 환자 측이 의료과실을 증명하기 어렵다는 것을 고려하여 입증을 완화하거나 전환시키는 추세이고 자동차손해배상보장법이나 장애인 차별금지법 등에 관련 규정이 존재하고 있다. 따라서 의료가 특수한 영역임을 고려해 전문가인 의료인

이 자신이 무과실을 입증하도록 하는 것은 현재 의료인과 환자의 불균형적인 상황을 해소 할 수 있는 유일한 방법일 것이다.

이것이 입증책임전환 규정이다. 이 규정은 다른 영역과 달리 의료의 전문성과 특수성으로 인해 그 필요성이 충분히 공감되었던 것이다.

국회 및 보복부는 이번 법안에 ‘감정부가 의료사고가 발생한 보건의료기관의 보건의료인 또는 보건의료기관개설자에게 사고의 원인이 된 행위 당시 환자의 상태 및 그 행위를 선택하게 된 이유 등을 서면 또는 구두로 소명하도록 요구할 수 있다’는 조항을 넣어 조정 내에서 부분적으로나마 입증책임전환이 반영되었다고 주장하고 있으나, 이는 의료소송에서 증인신문이 의료사고 주체인 의료인이 자신의 무과실을 변명하는 자리로 변질되어 버려 현재 사고 주체인 의료인을 법정에 세우지 않는 불문율을 깨뜨리는 것에 지나지 않는 것으로 결국 그동안 시민·사회단체와 논의되어 왔던 입증책임전환에 대한 규정은 무용화 되고 말았다.

더욱이 의료인을 적극적으로 조정에 참여시키기 위하여 형사처벌 특례 조항을 두어 의료인과 환자 측의 정보와 힘의 불균형을 더욱 심화 시킬 것으로 우려된다, 형사처벌 특례 규정은 특정 직업군에 대해 특혜를 주는 것으로 그 뒷 배경에 의구심만이 생길 뿐이다. 과거 시민·사회단체에서 의사의 형사처벌 특례를 언급한 것은 의료사고가 고의적 사고가 아닐 뿐만 아니라 의료소비자 입장에서 입증책임이 전환된다는 전제하에 의료인 측의 입장을 고려하기 위함이었다.

교통사고처리특례법에서 운전자의 형사처벌 특례를 허용하는 것은 적용대상이 전 국민이기 때문이다. 그러나 이 법안에서의 형사처벌 특례의 적용대상은 5천만 국민이 아니라 10~20만 여명의 의료인에 국한된다. 비록 형사처벌 특례조항에 대해서 1년간 유예기간을 두고 위원회를 구성하여 검토를 한다고 밝히고 있지만, 이는 의료계의 기득권을 보호하기 위한 법이라는 비난을 피하고, 법안이 제정되기도 전 이미 정부에서 책정한 26억이라는 예산을 배정하기 위한 미끼에 불과하다.

VI. 결론

분만실이나 수술실, 중환자실 등에서 뜻하지 않은 의료사고로 사랑하는 가족이 사망하거나 장애인이 되는 것도 이해하기 어려운 현실인데 진실을 말해주지 않은 진료기록, 변명으로 일관하는 병원과 의료인, 이를 외면하는 정부...

치료 중 심장이 멎은 소아에게 응급처치가 늦어 이로 인해 뇌손상을 받았으나 진료기록상 확인할 수 없었던 응급처치 지연상황이 응급실에 설치된 CCTV로 확인되어 10억이 넘는 배상 판결을 받았던 사건(기록에는 3분 이내 완벽하게 응급처치를 한 것으로 기록되어

있었으나 cctv를 통하여 응급처치가 많이 지연된 것이 확인되었으나 cctv는 설치 의무화가 법제화 되어있지 않음)....

이것이 그동안 실효성 없는 유명무실한 법과 제도로 의료사고 이후 제2 제3의 피해와 고통 속에 방치되어 온 우리 의료사고 피해자와 가족들이 겪게 되는 고통의 현주소이다. 이렇게 사고 이후의 감당 할 수 없는 피해와 고통 속에 방치되어온 피해자들을 구제하는 법제정에 대한 필요성은 그동안 충분한 공감대가 형성되었었다.

지금은 의료소비자와 의료인간 불신의 골이 너무 깊어진 위기의 시기라 할 수 있고 의료사고가 그 원인 중 큰 비중을 차지하고 있다는 것은 부인할 수 없는 현실이다.

궁극적으로 이 법이 목적하고 있는 신속한 피해구제와 안전한 진료환경 조성을 위해서는 입증책임전환 도입을 전제로 할 때라야 기존 제도의 전철을 밟지 않을 것이며 이것이 결국 의료소비자는 물론 의료인을 위하는 것이다.

그러나 이 법을 처리하는 과정을 지켜보자니 정작 국민을 위한 정부나 국회인지 아니면 의료계를 대변하는 정부나 국회인지 참으로 개탄스럽기 짝이 없다.

이제라도 정부와 국회는 그동안 시민·사회단체에서 제안한 의견을 수렴하여 의료사고로 인해 고통받고 있는 국민들이 신속하고 안전하게 피해구제를 받을 수 있는 합리적이고 실효적인 법제정에 나서주길 바란다.