



연구보고서 2025-03

PHI Research Report 2025-03

전공의 집단 이탈로 드러난 병원 생산시스템의 문제점 규명 연구

A Study on Hospitals' For-Profit Production System
Revealed by the Mass Walkout of Medical Residents

민주노총 공공운수노조
의료연대본부


시민건강연구소
PEOPLE'S HEALTH INSTITUTE

제 출 문

전국공공운수노동조합 의료연대본부 본부장 귀하

이 보고서를 “전공의 집단 이탈로 드러난 병원 생산시스템의 문제점
규명 연구”의 최종보고서로 제출합니다.

2025년 3월 31일

주관연구기관명: 시민건강연구소

주관연구책임자: 김창엽 (시민건강연구소)

연구진: 김영수 (시민건강연구소, 경상국립대학교)

김은지 (시민건강연구소)

정백근 (시민건강연구소, 경상국립대학교)

정성식 (시민건강연구소)

차례

연구 요약	1
1. 서론	1
1.1. 연구 배경과 필요성	1
1.2. 연구 목적과 구성	5
2. 이론과 정책 배경 검토	6
2.1. 선행 연구와 자료 검토	6
2.2. 정책 배경 검토	19
2.3. 자본주의 병원 생산시스템	44
(1) ‘공장’으로서의 병원	45
(2) 병원의 ‘린 경영’ 시스템	46
(3) ‘복합 적응 시스템’으로서 병원	54
3. 연구 내용과 방법	59
3.1. 연구 내용	59
3.2. 설문조사 방법	61
(1) 자료 수집	61
(2) 분석 방법	61
3.3. 면담조사 방법	63
(1) 자료 수집	63
(2) 분석 방법	67
4. 연구 결과	69
4.1. 병원별 상황과 전략	69
(1) A 병원의 상황과 전략	69

(2) B 병원의 상황과 전략	72
(3) C 병원의 상황과 전략	74
4.2. 설문조사 분석 결과	80
(1) 연구참여자의 인구사회학적 특성	80
(2) 전공의 집단 이탈이 병원 노동자에게 미친 영향	82
① 근무 조건과 노동 강도 변화	82
② 전공의 집단 이탈 이후 간호사의 의사 업무 수행 변화	84
③ 진료지원 전담 간호사	89
④ 전공의 집단 이탈과 병원 노동자의 고용안정성	92
⑤ 전공의 집단 이탈과 병원 노동자의 건강	96
(3) 전공의 집단 이탈과 병원 조직 운영	98
① 전공의 집단 이탈과 업무 조정	98
② 비상경영체제 하에서 조직 운영	100
(4) 전공의 집단 이탈이 환자에게 미친 영향	101
4.3. 면담조사 분석 결과	106
(1) 노동 부담의 증가	108
① 시기별 노동 부담의 증감	108
② 가중된 노동 부담	111
③ 인력 부족 문제	116
④ 부서 인력의 숙련도 저하	125
⑤ 건강 문제 악화	128
⑥ 환자 감소로 드러난 문제	130
(2) 경제적 불이익	132
① 강요된 무급휴가	133
② 시간외근무수당 신청 억제	137

③ 낮은 임금인상률	141
(3) 병원의 수익보전 행태	145
① 재료비 절감 조치	146
② 인건비 절감 조치	149
③ 수익 증대 조치	152
(4) 진료지원 간호사 관련 문제	153
① 지원 동기	154
② 불명확한 업무분담	156
③ 부실한 교육	159
④ 일반 간호사와의 관계	162
⑤ 직무 불안정성	167
(5) 감정노동의 피해	171
① 환자·보호자의 불만 제기	172
② 노티 부담	175
③ 교수의 고압적 태도	178
(6) 환자 피해	181
① 의료 서비스 질의 저하	181
② 투약·검사 오류와 안전사고의 증가	183
③ 입원기간 단축에 따른 피해	186
(7) 비민주적 운영 방식	189
① 일방적 결정과 통보	189
② 불투명한 정보 공개	191
③ 노동조합에 대한 적대적 태도	195
④ 의사 중심 운영구조	198
(8) 노동자의 대항 실천	203

① 개별적 실천	203
② 조직적 실천	205
5. 결론	208
5.1. 종합 논의.....	208
(1) 고통의 양상	210
① 적응(Adaptation).....	210
② 착취(Exploitation).....	211
③ 소외(Alienation)	212
④ 지배(Domination)	213
⑤ 저항(Resistance)	214
(2) 구조적 요인	215
(3) 연구 의의와 한계	217
5.2. 정책 제언.....	219
참고문헌.....	222
[부록1] 간호직 설문지 문항	227
[부록2] 비간호직 설문조사 문항	239

표 차례

〈표 1〉 국가별 의사 파업의 성격과 파업이 미친 영향에 대한 주요 연구 결과	11
〈표 2〉 거점 지역응급의료센터 선정 기관 (2024년 9월 13일).....	40
〈표 3〉 면담 대상자의 주요 정보.....	64
〈표 4〉 주요 면담 질문	66
〈표 5〉 병원별 기본 현황과 특성.....	79
〈표 6〉 연구참여자의 인구사회학적 특성(n=848).....	81
〈표 7〉 전공의 집단 이탈 이후 병원 노동자의 근무 조건 및 노동 강도 변화.....	83
〈표 8〉 전공의 집단 이탈 전후 간호사의 의사 업무 수행 변화(n=480)	86
〈표 9〉 진료지원 전담 간호사 현황(n=78)	91
〈표 10〉 전공의 집단 이탈이 병원노동자의 고용안정성과 근무 환경에 미친 영향.....	94
〈표 11〉 전공의 집단 이탈과 무급휴가, 병원별 하위분석.....	95
〈표 12〉 전공의 집단이탈사태가 초래한 심각한 근무여건: 병원별 직종별 하위분석	95
〈표 13〉 전공의집단 이탈사태와 병원 노동자 건강(n=848)	97
〈표 14〉 전공의집단 이탈 사태와 병원 노동자 건강: 병원, 직종 별 하위분석	98
〈표 15〉 업무 조정에 대한 병원 노동자의 평가(n=848).....	99
〈표 16〉 비상경영체계 하에서 조직 운영에 대한 병원 노동자의 평가(n=848)	101
〈표 17〉 전공의 집단 이탈과 환자영향(n=848)	103
〈표 18〉 환자안전사고가 증가한 주요이유(n=132).....	103
〈표 19〉 면담조사 결과 분석의 범주와 하위범주	106

그림 차례

〈그림 1〉 ‘복합 적응 시스템’으로서의 병원 개념도	58
〈그림 2〉 C병원의 ‘비상경영체제’ 돌입 안내문.....	76
〈그림 3〉 C병원의 경영 현황 안내문	77
〈그림 4〉 C병원 노동조합에 대한 사측 여론전.....	78
〈그림 5〉 병원별 전공의 집단 이탈 전후 간호사의 의사 업무 수행 변화 (1)	87
〈그림 6〉 병원별 전공의 집단 이탈 전후 간호사의 의사 업무 수행 변화 (2)	88
〈그림 7〉 전공의 집단 이탈의 환자 영향: 병원별 하위 분석.....	104
〈그림 8〉 C병원 자유게시판 글의 캡처 화면 (출처: C병원 노동조합 제공).....	196
〈그림 9〉 전공의 집단 이탈로 드러난 병원 생산시스템.....	217

연구 요약

연구 목적

이 연구는 전공의 집단 이탈에 대응하는 병원의 노동 재조정 방식과 그것이 노동자와 환자에 미치는 영향을 확인함으로써 노동자와 환자의 건강과 안전보다 영리 추구를 우선하는 병원 생산시스템의 문제점을 규명하는 것을 주된 목적으로 하였다.

연구 방법

이 연구를 수행하기 위해 문헌 검토와 양적 연구, 질적 연구방법을 활용하였다. 수도권 소재 국립대병원 1곳, 비수도권 소재 국립대병원 1곳과 사립대병원 1곳을 선정하여 이들 병원 노동자를 대상으로 설문조사와 면담조사를 진행하였다.

연구 결과

전공의 집단 이탈 사태로 인해 병원 노동자들은 여러 형태의 불편과 고통을 겪은 것으로 확인되었다. 노동자들은 인력 부족 속에서 노동 부담이 증가되었고, 무급휴가 강요와 초과근무 수당의 신청 억제 등 경제적 불이익을 감내해야 했다. 또한, 진료지원 간호사는 부실한 교육과 직무 불안정성, 불명확한 업무 분담 등으로 어려움을 겪고 있었다. 환자와 보호자의 불만 제기와 노티 부담, 교수의 고압적 태도로 인한 감정노동의 고통 역시 상당하였다. 환자 역시 의료서비스 질의 저하와 투약·검사 오류와 안전사고의 증가, 입원기간 단축에 따른 피해를 입고 있었다. 일방적 결정과 통보, 불투명한 정보 공개, 노동조합에 대한 적대적 태도 등 병원의 비민주적 운영 방식 역시 문제로 포착되었다. 한편 노동자들은 이에 맞서며 노동권 보호를 위해 개별적·조직적 차원에서 일련의 저항적 실천을 전개하였다.

연구 결론

전공의 집단 이탈 사태는 노동자를 착취하고 지배하는 영리 추구형 병원 생산시스템의 실체를 드러내 보였다. 노동자의 권리와 환자 안전이 보장되는 사람 중심 병원으로 전환하기 위한 전략과 실천을 모색할 필요가 있다.

1. 서론

1.1. 연구 배경과 필요성

2024년 2월, 정부의 의대 정원 확대계획에 반발하며 전공의들이 집단으로 사직서를 제출하며 병원의 진료 현장을 이탈하였다. 그로 인해 전공의 인력에 대한 의존도가 높았던 수련병원, 특히 상급종합병원에서 업무 공백이 크게 발생하였고, 2025년 3월 현 시점까지도 비상진료 체계가 운영되고 있는 상황이다.

한국의 병원은 의료법상 비영리 운영을 원칙으로 하나, 실상은 수익 추구를 우선하는 행태로 운영되고 있다. 노동집약적 특성을 가진 의료 산업의 경우 이익을 최대화하기 위해서는 생산에 투입되는 비용, 즉 인건비를 줄이고 노동강도를 강화하는 것이 기본원리이다. 그동안 전공의의 상대적으로 저렴한 의사 인건비는 이들 병원의 의료 서비스 생산 비용을 최소화함으로써 이윤 창출에 핵심 요소로 기능했다. 병원 경영의 관점에서 전공의 집단 이탈의 장기화는 자본 축적의 심각한 위기를 초래했다고 볼 수 있다.

전공의 집단 이탈로 병원 생산시스템을 떠받드는 주요 노동력의 공백이 발생한 상황에서, 병원은 '기업가적 주체'로서 계속 이윤 창출을 가능하게 하는 방식으로 업무 분담 구조(생산시스템)를 재조정하려는 동기를 가진다고 볼 수 있다. 이를 위해 취할 수 있는 선택 가능한 방안으로 (신규 직원 채용을 통해) 대체 인력을 확보하거나 기존 인력에 업무를 전가하는 방식 등을 생각할 수 있다. 하지만 현실에서 병원 자본은 대체 인력을 확보하기보다 기존 인력의 업무 범위를 넓히고 노동 강도를 높이는 것을 주된 대응 전략으로 취하고 있는 것으로 보인다.

병원 조직은 보건의료인력(의사, 간호사, 약사, 의료기사, 영양사, 보건의료정보관리사 등) 외에도 관리사무직, 기술직 등으로 구성된다. 전공의 인력 공백으로 기존 의료 서비스(수술, 치료, 검사 등) 생산(제공)량을 일정부분 축소하면서도, 유지해야 하는 필수 업무는 전문

인력의 특성상 전문의(의사 교수 포함)와 간호사 인력이 분담하는 방식으로 공백을 메울 수밖에 없다.

사실, 전공의 집단 이탈 사태 이전부터 병원들은 부족한 의사 인력을 메우기 위해 간호사들 중 몇몇을 선발하여 일부 의사 업무를 수행하도록 만들었다. 일명 ‘PA(Physician Assistant)’ 간호사라 불리는 진료지원 업무 전담간호사(이하 ‘진료지원 간호사’)가 그들이다. 이는 법에 정해진 간호사 업무의 범위를 벗어나는 행위이기 때문에 줄곧 불법 논란이 제기되어 왔다.

그런 와중에 의료 공백 사태로 다급해진 정부는 98개 의사 업무 중 89개 업무를 간호사가 수행하도록 허용하는 ‘간호사 업무 관련 시범사업’을 시행하였는데, 정작 시범사업에 참여한 병원은 많지 않은 것으로 알려져 있다.¹ 뒤늦게나마 지난 2024년 8월 28일, 진료지원 간호사의 업무 범위 등의 내용이 담긴 간호법 제정안이 국회를 통과하였지만, 2025년 6월 시행되기 전까지 진료지원 간호사들이 수행하는 의료 행위는 무면허 행위로 간주될 수 밖에 없는 위험에 놓여 있다.²

또한 진료지원 간호사는 기존 간호사와는 다른 위치에서 임상 과별로 환자 관리를 하며, 의사와 불명확한 업무 경계, 직무자율성 제약, 승진 기회 부족 등으로 이를 선호하지 않는 간호사가 많은 편이다. 그런데도 병원은 전공의 공백을 메우기 위해 이를 희망하지 않는 간호사들에게도 강제적으로 업무를 맡기고 있는 것으로 추정된다. 즉, 많은 간호사들이 법적 보호의 불확실성 속에서 원하지 않는 불법 진료에 내몰리는 현실인 것이다.

전공의 이탈의 장기화로 수술과 입원이 대폭 축소되면서 대부분의 상급종합병원은 비상경영에 돌입하여 병원 노동자들에게 무급휴가를 권고하거나 희망퇴직을 추진하는 등 구조조정을

¹ 김주연. 2024. 청년의사. “간호사 업무 관련 시범사업’ 참여 병원 39%에 불과”. 2024년 8월 20 일.

² 간호법은 2025년 6월 21일부터 시행되기 시작했지만, ‘간호사 진료지원 업무 수행에 관한 규칙’ 발표가 하반기로 미뤄지면서 여전히 진료지원 간호사의 법적 업무 범위는 모호한 상태다. 게다가 더 큰 문제는 지난 5월 21일, 보건복지부가 공청회에서 공개한 규칙안을 보면, 간호사들이 지속적으로 요구해 온 간호사 1인 당 환자 수 기준 마련 등의 보호 방안이 부재한 상태에서, 간호사의 업무범위를 과도하게 확대시키는 측면이 있다는 점이다.

단행하였다. 또 비상경영을 이유로 임금을 동결하기도 하였다. 노동자들의 부담은 가중시키면서 그에 따른 합당한 보상은 제공하지 않는 이러한 업무 구조 개편과 운영 방식은 생산 투입 비용을 최소화하려는 병원 자본의 이해관계에 부합하는 대응 전략으로 이해할 수 있다.

병원 내 여러 직군 가운데 특히 간호사는 그동안 고강도 노동과 열악한 처우로 고통을 겪어왔다. 병원 서비스 생산의 중추 역할을 수행하고 있음에도 의사 직군과의 불평등한 권력 관계로 인해 안전하고 만족할 만한 노동 조건을 확보하기 어려운 구조적 제약 속에 놓여 있다. 높은 이직률과 퇴사율, 낮은 직무 만족도와 보상 체계 문제로 숙련된 간호사 인력이 유출되고 있지만, 병원(경영진)은 이윤 창출 원리에 따라, 인건비가 상대적으로 낮은 신규 간호사를 대량 채용하는 방식으로 의사 인력의 빈 자리를 메우며 생산시스템을 유지해 왔다.

그런데 이번 전공의 이탈 사태가 발생하자 병원 자본은 생산비 절감을 위해 신규 인력 채용을 보류 또는 축소하였다. 대한간호협회의 조사에 따르면 2024년 상급종합병원에 채용된 신규간호사의 76%는 8월이 될 때까지도 발령이 무기한 연기된 ‘웨이팅게일(대기 간호사)’인 것으로 파악되기도 하였다.³ 병원들이 이미 채용한 간호사들의 발령을 미룸에 따라 향후 배출될 간호대학 졸업생의 취업까지 힘들어지는 ‘도미노 채용난’이 우려되는 상황이다.

이·퇴직률이 높아 결원이 자주 발생한다는 이유로 간호사를 2~3배 규모로 채용한 뒤 타당한 이유 없이 수개월에서 1년 이상 발령을 보류하는 대기 간호사 제도는 의사와 간호사의 불평등한 권력관계의 산물로 이해할 수 있다. 전공의 이탈 사태 속에서 이 대기 간호사 제도는 간호사 채용 불안을 가중시키며 이들의 노동력을 착취하는 기존 생산시스템을 더욱 공고하게 만들 것으로 보인다.

이렇듯 영리 추구형 병원 생산시스템은 자본축적 논리와 사회구조적 불평등 요인이 교차하는 가운데 간호사를 비롯하여 병원 내 권력관계의 열위에 위치한 비(非)의사 직군들의 노동력을

³ 이슬비. 2024. 데일리메디. “의정갈등 불뚱 ‘간호사’...상급종합병원 76% ‘미발령’.” 2024년 10월 16일.

착취하고 억압하는 부정의한 방식으로 작동하고 있다. 이번 전공의 집단 이탈과 같은 예외적 사건/상황에 병원 자본이 대응하는 과정과 행태에서도 이러한 전형적인 경향성이 나타날 것으로 충분히 예상할 수 있다. 하지만 이는 노동자의 안전과 권리를 침해할 뿐 아니라 환자의 생명과 건강에도 부정적 영향을 미칠 수 있다는 점에서 인권의 관점에서 결코 바람직하지 않은 중대한 사회적 문제라 할 수 있다. 따라서 이 문제를 개선하기 위한 노력의 출발점으로, 전공의 이탈 이후 병원 내 노동 관계와 생산시스템에 어떠한 변화가 일어났는지, 그리고 노동자와 환자들에게 구체적으로 어떠한 영향을 미쳤는지 살펴볼 필요가 있을 것이다.

1.2. 연구 목적과 구성

이 연구는 전공의 집단 이탈에 대응하는 병원의 노동 재조정 방식과 그것이 노동자와 환자에 미치는 영향을 확인함으로써 노동자와 환자의 건강과 안전보다 영리 추구를 우선하는 병원의 생산시스템이 지닌 문제적 속성을 규명하는 것을 주된 목적으로 한다.

전공의 이탈 이후 병원 내부 노동 부담의 전가 방식이 노동자들의 신체적, 정신적 건강과 삶의 질 등에 미친 영향을 포괄적으로 조사, 평가함으로써 노동 착취적인 병원 생산시스템의 실체적 문제점을 드러내고 이에 대한 개선을 요구하기 위한 근거를 마련하고자 한다.

아울러 전공의 업무 공백이라는 병원 운영의 위기 상황에 대응하는 과정에서 주요 의사결정 과정이 주로 어떤 이들에 의해, 어떤 관점과 목적에서 이뤄졌는지 조사, 평가함으로써 병원 운영 체계와 직종 간 위계 구조의 민주적 변화를 요구하기 위한 근거를 만들고자 한다.

또한, 전공의 이탈 사태 이후 발생한 의료 서비스 공급 감소와 질 저하, 환자 건강 피해 등의 문제를 확인함으로써 ‘저렴한’ 노동력을 활용한 대량생산 방식으로 영리 극대화를 추구하는 현대 병원 모델에 내재된 구조적 모순을 심층 규명함으로써 보다 사람(인권) 중심 관점에 부합하는 대안적 병원 체계로의 전환의 필요성과 가능성을 모색하고자 한다.

이 연구보고서는 다음과 같이 구성되었다. 이어지는 2장에서는 의사 파업이 미친 영향을 분석한 국외 선행 연구들의 주요 결과를 검토한 뒤 전공의 집단 이탈이 발생하기 전까지 윤석열 정부가 추진했던 ‘의료 개혁’의 경과와 이탈 사태 이후 어떤 정책 대응이 이루어졌는지 시간 순서대로 살펴보았다. 3장에서는 구체적 연구 내용과 연구 방법을 제시하였다. ‘4장. 연구 결과’에서는 연구 대상이 된 세 병원의 기본 정보와 현황, 그리고 전공의 이탈 사태를 맞아 어떤 변화와 대응 전략이 있었는지 등을 개괄한 뒤, 해당 병원 노동자들을 대상으로 수행한 설문조사 결과와 심층 면담조사 결과를 제시하였다. 그리고 마지막 5장에서는 이상의 연구 결과를 종합하여 논의한 다음 연구의 의의와 한계, 그리고 정책 제언을 기술하였다.

2. 이론과 정책 배경 검토

2.1. 선행 연구와 자료 검토

경영은 기본적으로 조직의 목표를 달성하기 위하여 자원을 계획, 조직, 지휘, 통제하는 일련의 활동을 의미하는 것이다.⁴ 조직은 사람들이 구성하는 것으로서 조직의 핵심 자원들 중의 하나는 인적 자원이다. 특히 자본주의 기업의 경영전략의 최종 목표는 이윤 극대화란 점에서 자본주의 사회의 기업 경영은 조직 구성원들을 전략적으로 배치하여 이윤을 지속적으로 창출하는 것이다.

한국의 보건의료체계는 민간이 주도하고 있는 상업적 보건의료체계이다. 2023년 말 현재 전체 병원급 이상 의료기관의 57.9%(1,963개소)는 개인 병원이며 요양병원과 정신병원을 제외한 병원급 이상 의료기관의 65.0%(1,127개소)가 영리를 마음대로 추구할 수 있는 개인 병원이다. 병상 수로 본다면 전체 병원급 이상 병상의 47.1%(287,083병상), 요양병원과 정신병원을 제외한 병원급 이상 병상의 45.1%(126,342병상)가 개인 병원의 병상이다.⁵ 뿐만 아니라 민간법인병원의 운영도 영리병원과 크게 다르지 않게 운영된다는 OECD의 평가⁶까지 더한다면 한국의 보건의료체계는 공급자의 경제적 자기 이해에 토대를 두고 작동하는 시스템이다. 이런 맥락에서 한국 병원들의 기본적인 경영 전략 역시 이윤 극대화로 볼 수 있다.

이윤 극대화의 기본 원칙은 수익을 증대시키고 비용을 줄이는 것이다.⁷ 병원의 수익은 크게 의료수익과 의료외수익, 특별이익으로 구분된다. 병원의 주요 목적 사업인 환자 진료를 통해

⁴ <http://www.mintzberg.org/sites/default/files/article/download/mgrsreallydo.pdf>

⁵ 보건의료빅데이터개방시스템, <https://opendata.hira.or.kr/>

⁶ OECD(2012), OECD Reviews of Health Care Quality: Korea - Raising Standards, OECD Publishing.

⁷ 김혜원. “한국의 사회적기업 지원정책의 개선 방안 연구: 일자리창출 중심의 지원에 대한 비판을

확보되는 의료수익은 입원수익, 외래수익, 기타의료수익 등이 포함된다. 의료외수익은 비진료 활동으로 인해 획득되는 수익을 말하는데, 병원 운영과 관련이 있지만 환자의 의료서비스와는 직접적인 관련이 없는 활동에서 발생한 수익을 의미한다. 임상의학연구소 수익, 의료부대수익, 임대료 수익, 이자수익, 기부금 수익, 외환차익, 외화환산이익, 유형자산처분이익, 대손충당금 환입, 고유목적사업준비금 환입, 의료발전준비금 환입, 잡이익, 기타수익 등의 계정과목이 여기에 포함된다. 이때 의료부대수익은 주차장, 매점, 장례식장과 기타 시설 등을 직영하는 경우 발생하며, 만약 이런 시설들을 임대하는 경우에는 임대료 수익으로 잡힌다. 특별이익은 병원 경영과 관계없이 비경상적으로 발생하는 수익으로 자산수중이익(gains from assets contributed), 기타특별이익 등이 해당된다.

하지만 한국 병원의 총 수익 중 90% 이상은 의료수익이 차지하고 있다.⁸ 그러므로 병원들이 이윤 극대화를 위해서 수익을 증대시킨다는 의미는 병원 총 수익의 대부분을 차지하는 의료수익을 늘린다는 의미다.

의료수익의 증대에 있어서 의사인력의 중요성은 크다. 병원 경영에 있어서 의사가 아닌 병원경영 전문가와 행정가의 역할이 이전보다 커진 것은 사실이지만 의사들은 여전히 병원 내에서 자원의 배분을 결정하는 데 중요한 역할을 하고 있다.⁹ 뿐만 아니라 처방이라는 행위를 통해서 병원의 다른 의료인력들의 행동과 생산성에 영향을 줄 수 있다.¹⁰ 또한 의사들은 입원 여부와 입원 기간을 결정할 수 있을 뿐만 아니라 제공하는 서비스의 종류와 양을 결정할 수

중심으로: 일자리창출 중심의 지원에 대한 비판을 중심으로.” 한국사회정책 18.1 (2011): 209-238.

⁸ 양종현, 이정우(2014). 대학병원의 의료외수익에 관한 연구. 보건의료산업학회지, 8(2), 1-10.

⁹ 오영호, 신호성, 이상영, 김진현(2007). 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제. 한국보건사회연구원 연구보고서.

¹⁰ Lewis, P. J., & Tully, M. P. (2009). Uncomfortable prescribing decisions in hospitals: the impact of teamwork. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(11), 481-488.

있는 권한을 가지고 있다.¹¹ 그러므로 한국적 상황에서 병원 경영진은 의사들이 수익에 도움이 되는 서비스를 더 자주, 더 많이 제공하는 것을 원할 수 밖에 없다.

특히 한국의 진료비 지불은 대부분 행위별수가제에 기반하여 이루어지기 때문에 병원 경영진과 의사들은 병원의 수익 극대화를 위해서 성과급을 비롯한 다양한 인센티브를 매개로 동업자가 될 가능성이 높다. 이 과정에서 전공의라는 특수한 집단은 병원의 수익 극대화에도 기여할 수 있고, 비용 증가를 유발하는 요인이 될 수도 있다.

수익의 측면에서 본다면 전공의 수련에 투입하는 시간과 비용이 크면 클수록 이것은 병원의 수익에 부정적인 영향을 미친다. 만약 병원의 수익 극대화가 목적이 아니라 전공의들의 수련을 목적으로 실험실 검사를 한다거나 의료장비를 활용하는 경우 이는 병원 경영에 부정적인 영향을 미친다.

하지만 전공의 기간이 미래의 전문의가 되기 위해서 반드시 거쳐야 하는 기간이라는 점에서 이들에게 낮은 인건비를 지급하면서 병원의 의료수익을 높이기 위한 의사인력으로 활용한다면 병원 경영에 도움이 될 수 있다. 이때 교수 등 전공의 수련을 담당하는 전문의 인력들은 전공의를 자신들이 전략적으로 배치할 수 있는 자원으로 활용하면서 병원 수익 증가에 기여할 수 있을 뿐만 아니라 자신들의 성과급과 인센티브도 증가시킬 수 있다. 그러므로 병원의 의료수익을 높이는 중요한 자원으로 전공의를 활용한다면 그 방향은 낮은 임금으로 병원의 의료수익을 높이는 의사인력으로서 전공의의 위상과 역할을 정립하는 것이다.

또한 한국처럼 수련병원들이 전공의들을 교육하는 데 투입되는 비용과 관련하여 정부의 지원이 거의 없는 상황에서 이윤 극대화를 목표로 하는 병원의 경영 전략은 전공의들을 낮은 임금으로 묶어둠으로써 병원의 수익을 높이는 수단으로 정립되었다. 전공의들은 비용 대비 수익의 측면에서 그 어떤 병원의 인력보다도 소위 ‘가성비’가 가장 높은 인력으로서 역할을 하였다.

¹¹ <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/acuteinpatientpps/downloads/ip-certification-and-order-01-30-14.pdf>

한편, 전공의들의 수련은 지도전문의에 의해서만 이루어지는 것이 아니라 간호직을 비롯한 병원 내의 다른 보건의료인력들에 의해서 일정 정도 이루어진다.¹² 이는 전공의들의 업무를 다른 직역들이 부분적으로 수행할 수 있다는 것인데 그 중 가장 대체 가능성이 높은 인력은 간호사이다.¹³

한국은 2024년 2월, 의대 입학 정원 확대 방침에 반발한 전공의들이 진료 현장에서 이탈하였다. 전공의들의 파업 또는 진료 거부는 한국뿐만 아니라 다른 나라에서도 여러 사례가 있다.

2023년 6월, 영국 전공의들은 정부와의 급여 협상이 실패한 후 72시간 동안 파업을 진행하였다. 이 파업은 2023년 6월 14일 수요일 오전 7시부터 6월 17일 토요일 오전 7시까지 이루어졌다. 이들은 2008년 이후 전공의 임금이 실질적으로는 26% 이상 감소하였음에도 불구하고 정부가 5% 인상을 고집함으로써 파업에 돌입하였다.¹⁴

스페인에서는 한 대학병원에서 가정의학과 전공을 제외한 모든 전공의들이 전공의 과정을 마친 의사의 감독을 받아야 한다는 새로운 지침에 대한 불만으로 1999년 5월 5일부터 6월 22일까지 9차례에 걸쳐 비연속적인 24시간 파업을 단행한 바 있다.¹⁵

미국의 경우, 2023년 뉴욕 퀸즈에 있는 엘름허스트 병원(Elmhurst Hospital Center)의 전공의들이 5월 22일부터 24일까지 3일간 파업을 하였다. 엘름허스트 병원은 시립병원이지만 전공의들은 파트너십 프로그램을 통해서 마운트 사이나이 병원 체계(Mount

¹² 이는 최근 서울대 의대 교수 4인이 발표한 ‘복귀하는 동료는 더 이상 동료가 아니라고 주장하는 분들께’라는 입장문에서 뚜렷하게 드러났다. 입장문 중에는 “응급실에서의 응급 처치, 정맥 주사 잡기 등의 술기를 응급구조사, 간호사들에게 배우지 않았나요?”란 대목이 있다.

¹³ Jensen, Gail A., and Michael A. Morrissey. “The role of physicians in hospital production.” *The Review of Economics and Statistics* (1986): 432-442.

¹⁴ [HCSA junior doctors announce fresh 72-hour walkout over ‘cavalier’ government tactics](#)

¹⁵ Salazar A, Corbella X, Onaga H, et al. Impact of a resident strike on emergency department quality indicators at an urban teaching hospital. *Acad Emerg Med* 2001; 8(8) : 804-808.

Sinai Health System)에 고용되어 있는 상태였다. 당시 이들은 다른 병원에 근무하는 비노조원 전공의들보다 급여와 혜택이 적고 마운트 사이나이에 근무하고 있는 전공의들보다도 7,000달러 적은 급여를 받고 있었다.¹⁶ 이런 문제들의 해결을 요구하며 파업을 진행한 결과, 전공의들은 3년간 18%의 임금 인상 요구를 관철시켰다.¹⁷

이외에도 나이지리아,¹⁸ 인도,¹⁹ 이스라엘²⁰ 등에서 전공의들의 파업 사례가 있었다. 전공의가 아닌 의사들의 파업까지 고려하면 그 사례와 관련 연구는 더욱 많다. 각 국가별 의사 파업의 성격과 파업이 미친 영향에 대한 주요 연구를 정리하면 다음과 같다(〈표 1〉 참고).

¹⁶ [Resident physicians go on strike at hospital once called ‘the epicenter of the epicenter’ of the country’s coronavirus pandemic](#)

¹⁷ [Resident physicians end strike at hospital that was ‘the epicenter of the epicenter’ of the country’s coronavirus outbreak](#)

¹⁸ Akinyemi, O., & Atilola, O. (2013). Nigerian resident doctors on strike: insights from and policy implications of job satisfaction among resident doctors in a Nigerian teaching hospital. *The International journal of health planning and management*, 28(1), e46-e61.

¹⁹ Iyengar, K. P., Jain, V. K., & Vaishya, R. (2022). Medical doctors in India are on strike: a moral and national conundrum. *Postgraduate Medical Journal*, 98(1158), 313-314.

²⁰ Weil, L. G., Nun, G. B., & McKee, M. (2013). Recent physician strike in Israel: a health system under stress?. *Israel journal of health policy research*, 2, 1-11.

〈표 1〉 국가별 의사 파업의 성격과 파업이 미친 영향에 대한 주요 연구 결과

연구 대상 파업의 성격 및 맥락	연구 목적	관심 변수에 대한 파업의 영향
2016-17년 케냐의 의사와 간호사가 11개월 동안 총 250일 동안 파업	케냐의 종교 기반 병원의 파업 전, 파업 중, 파업 후의 입원 및 사망 관련 경험 파악 ²¹	의료 공급량이 감소함으로써 입원해야 할 환자가 입원을 하지 못함
	2016-17년 케냐의 파업과 관련된 자료를 조사하여 파업이 의료서비스 공급에 미치는 영향과 향후 파업을 피하기 위한 잠재적 전략 마련 ²²	2017년 의사와 간호사의 파업 기간 동안 산부인과, 소아과, 외과, 성인 의학 등 4대 전공 모두에서 입원 건수 감소
2006년부터 2011년 사이 인도의 레지던트 의사협회(Resident Doctors Association)가 수 차례의 파업을 진행	2006년부터 2011년 사이 인도의 레지던트 의사협회(Resident Doctors Association)가 진행한 수 차례의 파업의 성격 탐구 ²³	외래 환자 예약 감소
1984년, 공공 부문(보건소(health center)와 대부분의 병원)에 고용된 핀란드 의사들이 파업에 들어감	1984년 핀란드 의사들의 파업 당시 한 보건소의 외래 환자 의료 이용률의 변화를 조사 ²⁴	파업 기간 동안 외래 진료 건수 70% 감소, 응급 방문 건수 55% 감소함. 파업 이후 의료이용자 수 급증함

²¹ Adam MB, Muma S, Modi JA, et al. Paediatric and obstetric outcomes at a faith-based hospital during the 100-day public sector physician strike in Kenya. *BMJ Glob Health*. 2018;3(2):e000665

²² Scanlon ML, Maldonado LY, Ikemeri JE, et al. A retrospective study of the impact of health worker strikes on maternal and child health care utilization in western Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):898.

²³ Aggarwal S, Yadav R, Singh H, Sharma A, Sharma V. Analysis of physicians' strikes and their impact. *Indian J Med Ethics*. 2012;9(3):217-218

²⁴ Aro, S., & Hosia, P. (1987). Effects of a doctors' strike on primary care utilization in Varkaus, Finland. *Scandinavian journal of primary health care*, 5(4), 245-251.

파업은 4월 5일에 시작하여 5월 19일에 끝남. 파업의 세 번째 단계인 5월 7일부터 공중 보건 부문 의사의 약 60~80%가 파업 참여. 본 연구에 포함된 보건소에서 의사들은 파업을 한 날이 13일이었음.		
캐나다 뉴펀들랜드와 래브라도 주에서 2002년 10월에 발생한 파업 때문에 대부분의 가정의는 제 기능을 하지 못했고 소아과 치료는 응급실을 통해서만 이용 가능하였음	파업 중 항생제에 대한 접근성 부족으로 인한 폐렴 유병률 변화 여부 파악²⁵	폐렴 처방 건수 감소. 폐렴 유병률 증가
2010년 남아프리카 공화국의 의사들이 20일 동안 파업을 벌이는 과정에서 병원 기능이 거의 마비되었음	2010년 남아프리카 공화국에서 발생한 파업의 영향을 조사하여 파업 기간과 파업이 없는 기간의 성과 지표를 비교²⁶	파업 기간 동안 병원 및 외과에 입원한 총 환자 수는 각각 63%, 68% 감소 병원 전체의 수술 건수는 79%, 외과 수술 건수는 49% 감소
1991년 인도에서 발생한 의사 파업은 69일 동안 진행되었고 신생아 치료실에는 의사가 아닌 인력들이 배치되어 신생아 치료 교육을 받았음	의사 파업이 신생아 치료에 미친 영향 파악²⁷	입원 건수에 큰 변화는 없었음

²⁵ Crocker K, Cramer B, Hutchinson JM. Antibiotic availability and the prevalence of pediatric pneumonia during a physicians' strike. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2007;18(3):189-192.

²⁶ Bhuiyan MMZU, Machowski A. Impact of 20-day strike in Polokwane Hospital (18 August - 6 September 2010). *S Afr Med J.* 2012;102(9):755-756.

²⁷ Daga SR, Shende SR. Neonatal care during a residents' strike. *Trop Doct.* 1999;29(2):73-75.

1995년 스페인에서 5월 8일부터 6월 26일까지 전국적인 의료 파업이 진행되었음. 이때 의사들만 파업에 나섰고 간호사와 보조 인력은 계속 근무함	연구 대상 단일 병원의 의사 파업 중 외과계 원내감염 위험 평가 ²⁸	병상이용률 및 수술건수 감소
2016년(1월 12일, 2월 10일, 3월 9-10일, 4월 26-27일)에 모든 전문 분야의 영국 전공의들이 파업에 참여함. 4월의 마지막 조치에는 응급 서비스 철수가 포함되었음	파업기간 동안의 입원 및 외래 진료량, 응급의료 이용량, 사망률 조사 ²⁹	파업 기간 동안 입원 9% 감소, 응급의료 이용 7% 감소, 외래 환자 예약 6% 감소, 외래 환자 예약 취소 52% 증가
	영국 지방종합병원의 파업 기간 중 입원 기간, 병원 내 사망률, 퇴원 후 30일 내 사망률 변화 여부 ³⁰	파업 전에 비해서 입원 및 재원 기간에 통계적으로 유의한 차이가 없었음
2005년 뉴질랜드 지역 보건 위원회 병원(District Health Board hospitals)에서 일하는 약 2,500명의 전공의들이 5일 동안 파업에 참여함. 이 때 선임 의사들이 계속해서 응급실에 근무함	전공의들의 파업이 응급실의 효율성에 미치는 영향 조사 ³¹	파업 전에 비해서 파업 기간 중 응급의료 제공 건수에 차이가 없었는데, 응급실 대기 시간과 체류 기간이 통계적으로 유의하게 낮아짐

²⁸ Dierssen T, Farinas-Alvarez C, Llorca J, Antolin FM, Delgado-Rodriguez M. Risk of nosocomial infection during a 50-day surgeon strike. *J Hosp Infect.* 1997;36(3):241-243.

²⁹ Furnivall D, Bottle A, Aylin P. Retrospective analysis of the national impact of industrial action by English junior doctors in 2016. *BMJ Open.* 2018;8(1):e019319.

³⁰ Griffiths P, O'Mahony K, Wilson P. An analysis of patient outcomes during industrial action resulting from the junior doctors' contract dispute 2016: a district general hospital perspective. *Fut Healthc J.* 2017;4(suppl 2):s1.

³¹ Harvey M, Al Shaar M, Cave G, Wallace M, Brydon P. Correlation of physician seniority with increased emergency department efficiency during a resident doctors' strike. *NZ Med J.* 2008;121(1272):59-68.

2012년 6월 24시간 동안 발생한 파업으로서 영국 전역에서 의사의 8%가 파업에 참여함. 런던 지역에서는 모든 병원의 90% 이상이 정상적으로 운영되었으나 계획된 수술의 약 10%가 연기됨	2012년 6월 24시간 의사 파업이 영국 병원의 운영에 미친 영향 조사 ³²	응급 입원, 선택적 입원, 외래 환자 수, 응급실 환자 수 감소. NHS 병원의 예약 취소 수 증가
1999년 가정의학과 전공의를 제외한 모든 전공의들이 스페인 대학 병원에서 9일 동안 비연속적인 24시간 파업에 참여함. 이 공백은 응급실의 선임의사들이 담당하였음	전공의 파업 기간 동안 응급실의 진료 실적과 질 지표를 조사 ³³	경험 많은 의사들의 투입으로 검사 및 방사선 촬영 건수가 줄어들고 응급실 자원 기간이 줄어들음

이와 같이 의사들의 파업은 대부분 입원 건수, 외래 건수, 수술 건수, 응급실 이용 건수를 감소시키는 결과로 이어졌다. 병원들의 의료서비스 제공에 큰 변화가 없었던 사례들의 경우에는 의사들이 파업을 하는 동안 간호사를 비롯한 다른 인력들이 파업에 참가하지 않고 의사들의 공백을 메꾼 경우이거나 또는 전공의들이 파업을 한 경우에는 경험 많은 선임의사들이 전공의 업무를 대신 수행한 경우들이었다.

2021년 보건의료인력 실태조사에 따르면 2020년 기준 요양기관 근무 의사 중 전공의의 비율은 12.1%였다. 그러나 종합병원의 전공의 비율은 21.2%였으며 상급종합병원에서는

³² Ruiz M, Bottle A, Aylin P. A retrospective study on the impact of the doctors' strike in England on 21 June 2012. *J R Soc Med*. 2013;106(9):362-369.

³³ Salazar A, Corbella X, Onaga H, et al. Impact of a resident strike on emergency department quality indicators at an urban teaching hospital. *Acad Emerg Med* 2001; 8(8) : 804-808.

37.8%에 달하였다.³⁴ 더욱이 소위 ‘빅 5’라 불리는 서울대병원, 세브란스병원, 삼성서울병원, 서울아산병원, 서울성모병원의 전공의 비율은 34~46%에 해당하였다.³⁵

또한 전문의의 연평균 임금은 2020년 현재 2억 3,690만원이었던데 비하여 레지던트는 7,280만원으로써 전문의의 30.7%, 인턴은 6,882만원으로써 전문의의 29.1%에 불과하였다. 대형병원일수록 전공의 의존도가 높은 상황에서 전공의들은 낮은 비용으로 높은 수익을 얻을 수 있는, 즉 대형병원 이윤 극대화의 핵심 도구로 기능하였다.

병원의 이윤 극대화를 위한 기본 전략이 수익 증가와 비용 감소라고 할 때 교육과 수련을 받아야 할 전공의들을 의료서비스 제공의 중심 자원으로 활용하는 것은 한국과 같은 상업적 보건의료체계 하에서 매우 합리적인 선택인 것으로 평가해야 한다. 이런 상황에서 전공의들의 진료현장 이탈은 대형 수련병원의 병원 수익에 치명적인 결과를 안겨 주었다. 현재 진행되고 있는 전공의들의 이탈 상황에서 실제로 전공의 의존도가 높았던 병원들의 경영 실적 저하가 현실화되고 있다.^{36, 37}

외국 사례에서도 알 수 있듯이 이런 상황을 극복하기 위해서 최대한 의료수익 감소를 줄이기 위해서는 파업에 참가하지 않은 기존 의사인력들의 진료량을 늘리거나 경험 많은 전문의들을 신규 채용하거나 의사가 아닌 다른 인력들을 진료에 투입시키는 것이다.

의사 파업이 발생한 상황에서 일정 정도의 의료공급량이 줄어들 수 밖에 없다는 점을 고려하면 한국의 병원 경영자들은 최대한 비용을 줄이면서 의료공급량을 줄이지 않는 길을 선택할

³⁴ 신영석 외(2022). “보건의료인력 실태조사.” 세종, 한국: 한국보건사회연구원.

³⁵ 김잔디 등. 연합뉴스. 2024. “[이젠 의료개혁]①‘대형병원, 전공의 의존 낮추고 중증환자 중심으로 바뀌야’”. 2024년 3월 10일.

³⁶ 박민식. 메디게이트뉴스. 2024. “의정 갈등에 국립대병원 ‘휘청’…서울대 -1627억·경북대 -612억”. 2024년 10월 15일.

³⁷ 심희진. 매일경제. 2024. “의료대란에 대형병원 수백억 적자…동네병원은 몰래 웃는 이유”. 2024년 3월 11일.

가능성이 높다. 이런 맥락에서 간호사 인력은 병원 경영자들이 이런 선택을 하는 데 있어서 중요한 자원이 될 수 밖에 없다.

한국의 간호사 인건비는 2020년 현재 의사의 24%에 불과하기 때문에 만약 제도적인 뒷받침 속에서 이전에 의사들이 수행하던 업무들을 간호사에게 위임할 수 있게 된다면 병원 경영진으로서는 가능한 많은 업무를 간호사 업무로 전환함으로써 의료공급량을 더 이상 줄이지 않고 병원의 수익성을 제고하려 할 것이다. 전공의들의 인건비와 비교하더라도 간호사 인건비는 전공의의 65%로 낮은 수준이고, 앞에서도 언급하였듯이 전공의 업무의 간호사 업무로의 전환 가능성이 매우 높다는 점을 고려하면 현재와 같은 전공의 진료 거부로 인한 공백을 간호사들의 역할 강화로 메꾸려 하는 노력은 ‘합리적’ 실천인 것으로 해석해야 할 것이다.

간호사들이 의사 업무 일부를 수행할 수 있도록 하는 ‘간호사 업무 관련 시범사업’이 시행되면서 진료지원 간호사 수는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 실제 시범사업이 실시되기 전인 2024년 2월 말 진료지원 간호사 수는 전국적으로 약 1만명이었으나 7월 말에는 6천명이 늘어서 만 6천명이 되었다. 한국 보건의료체계의 사적 성격을 감안하면 향후 이 추세는 지속될 것으로 판단된다.

진료 지원 업무로 투입되는 간호사가 늘어나는 경우 신규 인력이 채용되지 않는다면 간호사들의 전반적인 노동 강도가 증가할 가능성이 높다. 의사들의 파업이나 진료 거부 등 전반적인 의료제공량을 감소시킬 가능성이 높기 때문에 이런 조치들이 노동 강도의 강화로 항상 연결된다고 단정하기는 힘들다. 그러나 이 과정에서 진료량이 점차 증가하더라도 한국의 상황에서는 간호사들의 노동 강도를 극한까지 강화함으로써 비용을 최소화하려는 경영진의 동기가 활성화될 가능성이 높다. 이미 전공의들의 진료현장 이탈로 경영 적자가 누적되었다는 점을 감안하면 이런 가능성은 더욱 높아진다. 이 경우 전반적인 노동 강화와 함께 의료 서비스의 질 저하가 동시에 일어날 수 있다.

한편 의사들의 파업이나 진료 거부는 해당 병원에만 영향을 미치는 것이 아니라 의사가 파업에 참여하지 않은 다른 의료기관들의 진료량 증가로 이어진다. 이와 같이 의사를 포함한 보건의료인력들의 파업이 파업을 한 병원과 공간적으로 가까운 의료기관에 미치는 영향을

소위 파업의 'upstreaming effect'^{38 39 40} 라고 하며, 이 경우 파업에 참여하지 않은 의료기관 의료진들의 전반적인 노동 강도가 증가할 가능성이 높다.

하지만 한국의 전반적인 의사 부족 상황에서 의사들보다 간호사들을 비롯한 병원 노동자들의 노동 강도가 더 크게 증가할 가능성이 높은데, 그렇지 않을 경우 의사 인력들이 좀 더 나은 의료기관으로 이직할 가능성이 적지 않기 때문이다. 또한 진료량 증가에 따라서 경영 상태가 좋아지더라도 초과 이윤을 배분하는 대상은 병원 노동자들이 아니라 의사일 확률이 높다. 특히 의사들의 파업이나 진료 거부는 결국은 해결될 문제라는 점에서 일시적인 환자 증가 때문에 인력들을 충원할 가능성은 거의 없다.

이런 맥락에서 의사들의 파업이나 진료 거부는 이런 사고가 발생한 병원의 노동자뿐 아니라 전반적인 병원 노동자들의 노동 강도를 심화할 가능성이 높다. 하지만 이런 사안으로 인한 병원 노동자들의 상황은 계급 간 권력관계의 영향을 받는다. 2023년 6월, 영국의 전공의들은 정부와의 급여 협상이 실패한 후 72시간 동안 파업을 진행하였다. 이 파업은 2023년 6월 14일 수요일 오전 7시부터 6월 17일 토요일 오전 7시까지 이루어졌다.⁴¹ 당시 병원의 전문 임상 간호사(Advanced Clinical Practitioners), 간호 컨설턴트(Nurse Consultants), 그리고 전문 간호사(Nurse Specialists)를 포함한 간호직들이 파업 기간 동안 전공의들이 일반적으로 제공하던 진료를 돕도록 요청 받았다.

³⁸ Kaguthi, G. K., Nduba, V., & Adam, M. B. (2020). The impact of the nurses', doctors' and clinical officer strikes on mortality in four health facilities in Kenya. *BMC health services research*, 20, 1-10.

³⁹ Essex, R., Ahmed, S., Elliott, H., Lakika, D., Mackenzie, L., & Weldon, S. M. (2023). The impact of strike action on healthcare delivery: A scoping review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(3), 599-627.

⁴⁰ Slater PE, Ellencweig AY, Bar-Tur O, Ben-Tuvia M, Ginat T. Patterns of emergency department use during the Israel doctors' strike. *J Emerg Med*. 1984;2(2):111-116.

⁴¹ [HCSA junior doctors announce fresh 72-hour walkout over 'cavalier' government tactics](#)

그러나 영국에서 가장 큰 간호사 노동조합이자 전문가 단체인 영국 왕립간호협회(Royal College of Nursing)는 “병원 경영진들은 환자 안전을 유지하기 위해 전공의 외 다른 인력을 활용할 수 있지만, 그들에게 전공의 역할을 수행하도록 요청해서는 안된다”는 점을 분명히 하였고 간호사들에게 자신들의 전문 역량을 초과하거나 계약 범위를 벗어난 역할을 맡지 않도록 지침을 내렸다.⁴² 실제 이러한 지침이 현장에서 실행되지 않은 병원들도 있었지만 이런 조치는 간호사들이 과도한 부담을 받지 않도록 보호하고, 의료 시스템 내에서 그들의 역할을 유지하기 위한 노동자들의 의지를 보여주는 것이었다. 이와 같이 국가 내, 그리고 병원 내 고용주와 노동자 간의 권력관계는 의사들의 파업 또는 진료 거부가 노동자들의 근무환경에 미치는 영향과 직접적인 연관성을 가지고 있다.

⁴² [Nurses warned ‘not to cover Junior Doctor roles’ during strike action](#)

2.2. 정책 배경 검토

전공의 집단 이탈 사태가 발생하기 전까지 윤석열 정부에서 추진되었던 의료개혁의 경과와 의대 정원 확대로 촉발된 의정사태와 이후 대응 과정을 아래와 같이 정리하였다. 참고로, 여기서 “[의사]”는 의사단체, 전공의 단체, 의대생 등의 활동을 가리키며, 이러한 표시가 없는 경우는 정부 활동을 뜻한다.

■ 2024.2.1. 의료개혁 4대 과제 발표

(의료인력 확충) 의사 수 확충, 교육·수련 혁신, 전문의 중심 병원 전환 → 사회 전반의 의사 수요충족, 좋은 일자리 확대

(지역의료 강화) 상급병원-중소병원-의원 역할 정립 및 네트워크 강화, 수요·기능 중심 의료기관 구조 전환 등 지역완결 전달체계

- 우수 인력 확보, 투자 확대, 수도권 유출 최소화 등 지역 기반 강화

(의료사고 안전망) 충분한 피해자 소통·배상을 전제로 한 의료사고 특례법 체계 도입 → 안정적 진료환경 조성

(공정 보상) 필수의료 친화 공정 지불·보상체계 개편, 보상체계 왜곡 유발 비급여·미용의료 관리체계 확립

출처: [2.1. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.6. 의대 입학정원 2000명 증원 발표

- 19년간 묶여있던 의대 정원 과감하게 풀고, 2025년부터 2,000명 증원 -

정부는 10년 뒤인 2035년 수급전망을 토대로 의대 정원 증원 규모를 결정. 현재 의료 취약지구에서 활동하는 의사인력을 전국평균 수준으로 확보하려면 약 5천 명이 필요. 이에 더해, 급속한 고령화 등으로 늘어나는 의료수요를 감안할 경우 2035년에 1만 명 수준의 의사가 부족할 것으로 다수의 전문가들이 전망.

출처: [2.6. 보건복지부 보도자료]

- 2024.2.6. 중앙사고수습본부 내 비상진료대책상황실 설치.
- 2024.2.6. 보건복지부, 대한의사협회 집행부 등 대상 '집단행동 및 집단행동 교사 금지 명령'
- 2024.2.7. 보건복지부, 전공의 집단행동 대응 위한 수련병원 간담회 개최
- 2024.2.7. 보건의료 위기 '경계' 단계 발령

보건의료 위기 '경계' 단계 발령에 따른 17개 시·도 비상진료체계 점검

- 보건복지부, 의료계 집단행동 대비 시·도 비상진료체계 점검회의 개최 -

- 설 명절 연휴 응급실 운영점검 등 의료공백 없도록 철저히 관리 -

* 위기단계 : 관심→ 주의→ 경계→ 심각

모든 지자체 비상진료대책 수립 추진

- 관계부처 및 지자체 합동으로 불법적 집단행동 신속 엄정 대응 -

- 보건복지부, 수련병원에 집단사직서 수리 금지 명령 -

행정안전부, 법무부, 국방부, 경찰청 등 4개 관계부처와 17개 시·도가 참여

출처: [2.7. 보건복지부 보도자료]

- 2024.2.8. 의사 집단행동 중앙사고수습본부 제3차 회의 개최

설 명절에도 중앙사고수습본부, 비상진료대책상황실 운영

- 설 연휴 아픈 국민들에게 진료 공백이 발생하지 않도록 문 여는 병·의원 약국 정보를 제공하고, 대면진료 경험이 없는 환자도 문 연 동네 의원을 통해 비대면진료를 받을 수 있도록 추진

- 설 연휴 기간 응급환자를 위하여 응급실 운영기관 520여 개소는 24시간 진료하며, 설 당일(2.10)에도 보건소를 비롯한 일부 공공보건의료기관은 진료를 계속

출처: [2.8. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.13. 중앙사고수습본부 비상진료체계 점검

중앙사고수습본부, 전국 지방의료원장 등과 「비상진료체계」 점검

- 보건복지부 소관 전국 42개 지역거점공공병원에 비상진료 및 응급의료체계 협조요청 -

▲자체 비상진료대책을 마련하고, ▲24시간 응급실 운영체계 점검, ▲환자 쏠림 대비 비상근무 준비 등 ▲응급상황에 대비하여 관계기관 및 복지부와 비상연락망을 철저히 유지

출처: [2.13. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.14. 중앙사고수습본부, 국립대병원 규제 완화 신속 추진

국립대병원이 지역 거점병원으로서 필수의료의 중추 역할을 수행하고 교육·연구 역량을 강화할 수 있도록 총인건비 및 정원 규제 완화, 기부금품 모집 허용 등 규제 완화와 제도개선 추진 상황을 논의하였으며, 국립대병원 이관 법안 통과 즉시 시행되도록 할 예정

출처: [2.14. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.15. 중앙사고수습본부, 전공의 수련·근무환경 개선 및 권익 증진 방안 논의

‘중앙사고수습본부’는 전공의 수련·근무환경 개선 및 권익증진 방안에 대해 논의. ’24년 상반기 내 연속근무 36시간 축소 시범사업 모델을 마련하고 하반기부터 본격 추진할 예정. 지도전문의 배치 확대방안 등도 조속히 구체화할 계획.

또한 폭언, 갑질 등에 노출된 전공의를 보호할 수 있도록 전공의 전담 권익 보호창구를 마련하고, 3월부터 본격 가동할 예정, 아울러 대책 마련 및 이행 과정에서 전공의의 의견을 적극 수렴할 예정

출처: [2. 15. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.16. 221개 전체 수련병원 대상 집단연가 사용 불허 및 필수의료 유지명령

2월 15일 24시 기준 정부가 확인한 결과 원광대병원, 가천대길병원, 고대구로병원, 부천성모병원, 조선대병원, 경찰병원, 서울성모병원 등 7개 병원에서 154명이 사직서를 제출하였으나, 실제로 사직서가 수리된 곳은 없는 것으로 파악.

이에 정부는 상기 병원을 포함하여 전체 수련병원을 대상으로 집단연가 사용 불허 및 필수의료 유지명령을 발령하였고, 금일 중 출근을 안한 것으로 알려진 병원에 대해 현장 점검을 실시. 현장 점검 결과, 진료를 거부한 전공의들에 대해서는 개별적 업무개시명령을 발령하고, 이를 위반한 경우에는 상응하는 법적 조치를 취할 예정.

출처: [2. 16. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.19. 진료 관련 국민 피해사례 대응 위해 '의사 집단행동 피해신고·지원센터' 운영

■ 2024.2.19. [의사] 대한전공의협의회(대전협) 등 전공의들 집단 사직서 제출

■ 2024.2.19. 의사 집단행동 대응 관계장관회의 개최(기재부, 교육부, 법무부, 국방부, 행안부, 보건부, 문체부, 복지부, 고용부, 국무조정실, 경찰청, 소방청, 질병청, 방통위, 공정위)

■ 2024.2.19. 1차 집단행동 대비 비상진료대책 발표

1. 응급의료체계 유지

2. 전공의 이탈로 인한 필수의료 진료공백 최소화

3. 환자 불편 최소화

4. 비상진료 지원

5. 범정부 비상진료 관리체계 전면 가동

출처: [2. 19. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.19. 소방청 구급상황관리 비상대책본부 운영

■ 2024.2.20. [의사] 5대 대형 병원 전공의 전원 사직서 제출 및 업무 중단, 의대생 집단 휴학계 제출

5대 대형 병원 전공의 전원 등이 사직서를 제출하고 2월 20일 화요일 오전 6시부터 근무를 중단하기로 결의

■ 2024.2.20. [의사] 대한전공의협의회(대전협)는 2024년 2월 20일 대의원총회를 통해 7대 요구안을 발표

1. 필수의료 정책 패키지 및 의대 정원 2,000명 증원 계획 전면 백지화: 정부의 필수의료 강화 정책과 의대 정원 확대 계획을 철회할 것을 요구하였습니다.

2. 과학적인 의사 수급 추계를 위한 기구 설치: 의사 수급 문제를 과학적으로 분석하고 논의하기 위한 별도의 기구를 설립할 것을 제안하였습니다.

3. 수련 병원의 전문의 인력 채용 확대: 전공의들의 업무 부담을 줄이고 수련 환경을 개선하기 위해 전문의 인력 채용을 늘릴 것을 촉구하였습니다.

4. 불가항력적인 의료 사고에 대한 법적 부담 완화 대책 마련: 의료 행위 중 발생하는 불가항력적인 사고에 대해 의사들이 과도한 법적 책임을 지지 않도록 하는 방안을 마련할 것을 요구하였습니다.

5. 전공의 수련 환경 개선: 주 80시간에 달하는 열악한 근무 환경을 개선하고, 전공의들의 복지를 향상시킬 것을 요청하였습니다.
6. 전공의를 겁박하는 부당한 명령 철회 및 공식 사과: 전공의들에게 가해지는 부당한 지시나 압력을 중단하고, 이에 대한 공식적인 사과를 요구하였습니다.
7. 의료법 제59조 업무개시명령 전면 폐지: 의료인의 업무 개시를 강제하는 해당 조항이 국민의 기본권을 침해한다고 주장하며, 이를 폐지할 것을 촉구하였습니다.

■ 2024.2.20. 의료기관에서 필수진료 기능을 유지할 수 있도록 다양한 정책지원을 실시

중앙사고수습본부는 권역·전문응급의료센터 등의 응급의료 행위와 응급의료 전문의 진료에 대한 보상을 강화. ‘입원환자 비상진료 정책지원금’을 신설하여 전공의를 대신해 입원 환자를 진료하는 전문의에게 건강보험 보상을 실시.

권역외상센터 인력·시설·장비를 응급실의 비외상진료에도 활용할 수 있도록 하고, 입원전담전문의 업무 범위를 확대하여 당초 허용된 병동이 아닌 다른 병동의 입원환자까지 진료할 수 있도록 한시적으로 허용. 인턴이 필수 진료과에서 수련 중 응급실·중환자실에 투입되더라도 해당 기간을 필수 진료과 수련으로 인정하는 등 수련 이수 기준도 완화할 계획.

출처: [2.20. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.21. 의료공백 방지 위해 공공의료기관 비상진료체계 운영

공공의료기관을 통한 의료공백 방지를 위한 노력

- 공공의료기관은 비상진료대책을 수립하여 보건복지부에 제출한 바 있으며, 이를 바탕으로 ▲24시간 응급의료체계 운영, ▲중증·응급 등 필수의료 진료 기능 유지 ▲진료시간 확대 ▲복지부 및 관계기관과의 비상연락망 운영 등 공백없는 비상진료체계를 운영할 계획

- 비상진료체계 유지를 위해 정부는 건강보험 수가 인상, 각종 평가에서의 불이익 방지 등 정책적·재정적 지원을 강구할 계획

출처: [2.21. 보건복지부 보도자료]

- 2024.2.23. 보건복지부 장관 강북삼성병원 응급의료센터 방문
- 2024.2.23. 정부 보건의료 위기 ‘심각’ 단계 상향 발령 및 중앙재난안전대책본부 첫 회의

환자 불편을 최소화하기 위해 한시적으로 비대면진료를 전면 허용. 대상 의료기관은 병원급 의료기관을 포함한 모든 종별 의료기관이며, 의사가 안전하다고 판단한 경우 초·재진 모두 비대면진료를 실시할 수 있음.

교육부, 경찰청, 법무부, 공정위 등을 활용하여, 위해 발생을 방임하는 의료기관 책임자에게도 상응하는 책임을 묻고, 진료기록이나 전자의무기록 등을 변경·삭제하는 등 훼손하여 병원 업무를 방해하는 행위까지 철저히 수사할 계획

출처: [2.23. 보건복지부 보도자료]

- 2024.2.25. 보건복지부 차관 서울아산병원 응급의료센터 방문
- 2024.2.27. 정부, 업무방해 등 혐의로 의협 전현직 간부 첫 고발
- 2024.2.27. 필수의료에 종사하는 의료진들의 사법부담을 낮추기 위한 의료사고처리 특례법 제정안을 공개

법안은 환자에게 신속하고 두터운 보상을 하고 의사에게는 환자를 성실하게 치료하고도 소송에 휘말리는 상황을 방지하여 소신껏 진료할 수 있도록 하는 데에 방점.

주요 내용은 다음과 같다. 필수의료인력이 ‘책임보험·공제’에 가입한 경우, 의료과실로 환자에게 손해가 발생하여도 환자의 의사의 반하여 공소를 제기할 수 없음.

또한 종합보험·공제에 가입한 경우에는 의료과실로 손해가 발생하여도 공소를 제기할 수 없으며, 응급환자에 대한 의료행위, 중증질환, 분만 등 필수의료행위의 경우 중상해가 발생해도 공소를 제기할 수 없게 됨. 아울러 종합보험·공제에 가입시 필수의료행위 과정 환자가 사망한 경우 형이 감면될 수 있음.

이러한 특례는 한국의료분쟁조정중재원의 조정·중재절차에 참여하는 경우 적용된다. 또한 면책 제외 사유*에 해당하는 경우에는 특례 적용이 배제.

* (면책 제외 사유) 진료기록·CCTV 위·변조 의료분쟁조정 거부 환자 동의 없는 의료행위, 다른 부위 수술 등

■ 2024.2.27. 19시 기준 주요 99개 수련병원 서면점검, 40개 의과대학 점검 결과

- 사직서를 제출한 전공의는 9,937명(소속 전공의의 약 80.8%), 근무지를 이탈한 전공의는 8,992명(소속 전공의의 약 73.1%)으로 확인

- 유효한 휴학 신청은 총 4,992건으로 전체 의대 재학생 수(18,793명)의 26% 수준. 2월 27일에 정상적으로 접수된 유효한 휴학 신청은 6개교 282명. 1개교 8명이 휴학을 철회했으며, 2개교에서는 요건을 갖추지 못한 휴학 신청 170명에 대한 대학의 반려 조치가 있었음. 총 3개교에서는 9명에 대한 휴학 허가가 있었으나, '동맹휴학'에 대한 허가는 한 건도 없었음.

출처: [2.28. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.2.27. 진료지원 간호사 시범사업

■ 2024.2.28. 보건복지부 차관 경북대학교병원 응급의료센터 방문

■ 2024.2.28. 보건복지부 비상진료 보완대책 발표

- 상급종합병원의 중증·응급 진료 기능을 유지시키는 데 중점. 주요내용은 상급종합병원의 의료 인력을 보강하고 중증환자는 상급종합병원에서, 경증환자는 인근 병원에서 진료받는 이상적인 「의료 이용 및 공급체계」를 작동시키는 것

출처: [2.28. 보건복지부 보도자료]

- 2024.2.29. 보건복지부 차관 중앙대학교병원 방문
- 2024.2.29. 국립대병원 교수 정원 '2027년까지 현재보다 천 명까지 더 증원'하여
국립대병원 역량 강화 발표

국립대병원 교수정원 증원

정부는 거점 국립대병원 의대교수 정원을 2027년까지 현재보다 천 명까지 더 증원하고, 필요시 현장 수요를 고려하여 추가 보강하기로 함. 이는 지역·필수의료의 획기적 강화와 의학교육의 질 제고, 국립대병원의 임상과 교육, 연구역량 제고를 위한 위한 조치임.

정부는 지난 10월 19일 생명과 지역을 살리는 필수의료 혁신전략회의에서 국립대병원 소관을 보건복지부로 이관하고, 필수의료에 대해 충분한 투자가 이루어지도록 각종 규제를 혁신하며 연구에 대한 투자를 강화하기로 한 바 있음.

교수정원 확대까지의 일련의 조치를 통해 국립대병원의 임상·교육·연구역량이 대폭 강화될 것으로 기대. 우선 의사 증원과 교수 증원이 함께 추진되며 의대생·전공의들에게 질높은 교육과 수련을 제공할 수 있게 됨. 또한 전문의 중심으로 병원 운영이 이루어지고, 젊은 의사들에게 국립대병원 교수가 되는 기회와 좋은 일자리를 제공할 수 있게 됨. 국립대병원이 지역의 역량있는 병원으로 자리매김하며 수도권으로의 환자 쏠림도 완화될 것으로 기대함.

출처: [2.29. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.1. 보건복지부 차관 에이치플러스 양지병원 응급의료센터 방문
- 2024.3.4. 응급환자 전원 컨트롤타워인 “긴급대응 응급의료상황실” 운영 시작

긴급대응 응급의료상황실은 전국을 4개 광역(수도권·충청권·전라권·경상권)으로 구분하고 환자의 중증도, 병원의 치료 가능 여부 등을 고려하여 해당 광역 내에서 전원 수용 병원을 선정

출처: [3.4. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.3.5. 40개 대학, 교육부에 2025년 의과대학 정원 총 3,401명 증원 신청

40개 대학 2025년 의과대학 정원 증원 신청 결과

의과대학 운영 40개 대학이 2월 22일부터 3월 4일까지 교육부에 제출한 2025학년도 의대 정원 증원 신청 인원은 총 3,401명. 서울 소재 대학 8교 365명, 경기·인천 소재 대학 5교 565명, 그 외 비수도권 대학 27교 2,471명을 증원 신청했다. 이는 작년 11월에 각 대학이 2025년 증원 가능하다고 회신한 증원 최대 규모를 상회하는 수치임.

* 2023년 10월 27일부터 11월 9일까지 진행된 사전조사 결과 의과대학 운영 40개 대학은 2025년 최소 2,151명에서 최대 2,847명 증원 가능하다고 회신

출처: [3.5. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.3.6. 비상진료체계 가동 위해 예비비 1,254억 원 신속 지원

- 보건복지부(장관 조규홍)는 의사 집단행동으로 인한 의료공백을 해소하기 위해 3월 6일 국무회의에서 1,285억 원(보건복지부: 1,254억 원, 국가보훈부: 31억원) 규모의 예비비를 심의·의결

- 2월 19일 「비상진료대책」을 수립하였고, 2월 28일 상급종합병원의 중증·응급 진료기능을 강화하는 「비상진료 보완대책」을 발표한 이후 후속조치

- 첫째, 의료공백을 방지하기 위해 대체 인력의 조속한 배치 등 인력 보강에 필요한 재정을 한시적으로 지원

상급종합병원 등의 응급·중증환자 진료기능 유지를 위하여 한시적으로 교수·전임의 등 당직 근무와 비상진료인력의 인건비를 지원하고(580억 원), 상급종합병원·지역거점병원 등 인력난이 가중되는 의료기관에 공중보건 의사·군의를 파견한다(59억 원).

아울러, 지역주민들의 진료차질이 최소화되도록 국립중앙의료원, 지방의료원 등 지역 내 공공의료기관 의료진의 평일 연장진료, 주말·휴일 진료에 대하여도 적극 지원한다(393억 원).

특히, 고위험 산모·신생아 통합치료센터와 신생아 집중치료 지역센터 등 특별한 보호가 필요한 분야에 대한 진료 지원을 보다 강화한다(12억 원).

- 둘째, 상급종합병원과 종합병원 간 의료이용 및 공급체계의 개선을 위한 예산도 신규로 편성하였다.

상급종합병원은 중증환자 입원·수술에 집중하고 중등증·경증 환자는 질환 및 증상에 맞춰 일반병원을 이용할 수 있도록 진료협력센터*를 중심으로 환자 전원체계를 강화하며, 일반병원이 상급종합병원 전원 환자를 진료하면 추가 인센티브를 제공한다(40억 원).

* 상급종합병원 47개소, 종합병원 100개소 대상 우선 실시

응급실 과밀화를 해소할 수 있도록 전국 권역응급의료센터(42개소)는 중증응급환자와 고난이도 수술 중심으로 운영하고, 응급환자의 중증도를 분류하여 경증·비응급환자는 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관으로 이송해 치료받도록 지원한다(68억 원).

아울러, 병원 간 전원시 환자의 수용성을 제고하기 위하여 상급종합병원 진료협력센터를 통해 1, 2차 병원으로 전원하는 환자에게 구급차 이용료를 지원하는 예산을 반영하였다(5억 원).

출처: [3.6. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.7. 보건복지부 장관 전북대학교병원 방문
- 2024.3.7. 비상진료체계 안정적 운영 위해 3월부터 월 1,800억 규모 건강보험 추가지원 발표

보건복지부는 집단행동 장기화시에도 비상진료체계를 안정적으로 운영하기 위해 월 1,882억원 규모의 「비상진료체계 건강보험 추가 지원방안」을 마련하여 보고.

비상진료체계 운영 장기화에 대비하여 기존의 시행 중인 과제들은 지원 기간을 연장.

첫째, 비상진료 기간 중 상급종합병원 등의 중증환자 중심의 진료를 유도하기 위해 중증환자를 진료체계를 유지하고 적극 진료한 기관에 대해서는 사후 보상을 추진하고, 경증환자 회송에 대한 보상도 추가 인상.

둘째, 병원 내 중환자 및 응급상황 발생 시 신속하게 대응할 수 있도록 교수 등 전문의가 중환자 진료 시 정책지원금을 신설. 또한, 일반병동에서도 심정지 등 응급상황 발생 시 초기 개입 및 적시치료를 추진하는 신속대응팀에 대한 보상강화와 함께 참여기관도 확대.

셋째, 응급환자의 신속한 전원 및 24시간 공백없는 응급의료체계 유지를 위한 보상도 강화. 중증환자가 신속하게 배정될 수 있도록 보상을 신설하고, 심폐소생술 등 응급실에서 시행하는 의료행위 등에 대한 가산도 대폭 인상.

출처: [3.7. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.8. 보건복지부 차관 세브란스병원 방문
- 2024.3.11. 정부 업무개시명령 위반 전공의 5천명에 행정처분 사전 통지서 발송
- 2024.3.12. 현장 및 복귀 희망 전공의 보호 위해 전공의 보호·신고센터 운영

전공의 보호·신고센터는 집단행동에 동참하지 않고 의료현장을 지키고 있거나, 복귀를 희망하는 전공의를 보호하기 위한 것으로, 이들을 주변으로부터 받을 수 있는 직·간접적인 불이익으로부터 보호하여 안심하고 의료현장을 지킬 수 있도록 할 예정.

출처: [3.11. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.12. 전문의 중심 병원으로의 전환 등 의료개혁 차질없이 추진 발표

정부는 의료체계 정상화를 위해 ‘전문의 중심 병원으로의 전환’을 신속 추진할 계획이라고 밝힘. 정부는 전문의 배치기준을 강화하여 병원이 전문의를 충분하게 고용하도록 하고 보상 체계도 개선할 계획. 현재 1천 700명 규모의 국립대병원 전임교수 정원을 2027년까지 현재보다 천 명 이상 더 증원.

대학병원의 임상, 연구, 교육이 균형 있게 발전하도록 지원을 강화할 계획. 정부는 보건의료 분야 연구를 집중 지원하기 위해 올해부터 임무 중심의 연구과제인 ‘한국형 아르파(ARPA)-H’ 프로젝트를 도입했으며, 글로벌 수준의 연구 지원을 위해 ‘보스턴 코리아 프로젝트’를 추진하는 등 바이오헬스 분야의 기존 연구 투자 방식을 개편하고 있음. 또한 보건의료 분야 R&D는 전년 대비 13% 증액했으며, ‘한국형 아르파-H’와 ‘보스턴 코리아 프로젝트’는 올해 1,100억 원 규모를 투자하는 등 2028년까지 지속 지원할 계획.

그 밖에도 ‘전문의 중심 병원 전환 지원사업’ 추진, 입원전담 전문의 제도 개선 등을 통해 전문의 중심 인력 운영을 뒷받침할 계획.

출처: [3.12. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.13. 보건복지부 장관 용인 강남병원 방문
- 2024.3.14. 지역완결적 의료체계 구축 진행사항 발표

지역의료를 강화하기 위해서는 지역 내 우수한 병원과 우수한 의료 인력을 확충하는 것이 핵심으로, 우선 지역의 의료 수준을 견인할 수 있는 우수한 지역 병원을 육성. 국립대병원 등 지역 거점병원의 역량을 수도권 주요 5대 병원 수준으로 향상시키고 지역 거점병원의 임상과 연구, 교육 역량을 균형적으로 강화. 정부는 그 일환으로 국립대병원이 필수의료에 대한 투자를 강화할 수 있도록 총액 인건비와 총 정원 규제를 혁신. 또한 R&D 투자를 확대하고 연구비 사용 관련 규제도 개선.

지역 의료기관 간 네트워크가 활성화되도록 ‘지역의료 혁신 시범사업’을 금년 하반기에 실시하며, 권역별 3년간 최대 500억원을 지원. 지역 의료기관에서 근무하는 유인을 대폭 높이고, 계약형 필수 의사제(대학과 지자체, 학생의 3자 계약 하에 장학금과 수련비용 지원, 교수 채용 할당, 정주여건 지원 등을 조건으로 지역의료기관에서 장기근무토록 하는 모형) 도입도 추진.

- 2024.3.18. 보건복지부 장관, 서울지역 주요 5개 병원장과의 간담회 개최
- 2024.3.18. 정부, 의협 비대위 간부에 3개월 면허정지 최종 통지

- 2024.3.19. 보건복지부 장관, 국립대학병원장과의 간담회 개최
- 2024.3.20. 보건복지부 장관, 의사 집단행동 대응 17개 시·도 비상진료체계 점검회의 개최
- 2024.3.21. 군의관, 공중보건 의사 추가 파견, 시니어 의사 활용 지원방안 제시

3월 11일 군의관, 공중보건 의사 166명을 20개 의료기관에 1차 파견한 데 이어 3월 21일부터는 지자체 의료기관의 수요에 따라 18개 의료기관에 공보의 47명을 추가 파견했음. 3월 25일부터 약 60개 의료기관에 군의관 100명, 공중보건의 100명 등 총 200명을 추가로 파견. 정부가 앞서 투입한 213명까지 포함시 총 413명이 의료기관에 파견됨. 파견 기간은 4주로, 3월 26일까지 의료기관 내에서 교육 후 3월 27일부터 근무를 개시.

2023년 12월 기준, 50세 이상 79세 이하 의사 중 비활동 의사는 4,166명으로, 50대는 1,368명 60대는 1,394명, 70대는 1,404명으로 파악. 또한 최근 5년 간 전국 의과대학 퇴직교수는 연평균 230명 누적 1,269명임.

정부는 의료기관이 시니어의사를 신규 채용하고, 퇴직예정 의사는 채용이 계속 유지될 수 있도록 지원을 강화해나갈 계획. 이를 위해 국립중앙의료원 내에 「시니어의사 지원센터」를 설치하고 4월부터 운영.

출처: [3.21. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.25. 개원의, 수련병원 등 파트타임 진료 허용, 수련병원 소속 의사, 타 수련병원 진료도 가능 발표

현행 의료법 제33조제1항*에 따라 의료인은 원칙적으로 의료기관 내에서만 진료해야 함. 하지만 최근 의사 집단행동으로 인한 의료현장 인력의 피로도 누적에 따라 의사가 의료기관이 아닌 곳에서도 진료를 할 수 있도록 허용해달라는 요구가 있음. 정부는 의료법 제33조제1항 제3호 예외 규정에 근거하여 이번 보건의료 재난위기 ‘심각’ 단계 기간 동안에는 소속된 의료기관이 아닌 곳에서도 의사 진료가 가능하도록 조치.

출처: [3.25. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.25. [의사] 의대 교수 집단 사직서 제출
- 2024.3.26. [의사] 의협 신임 회장에 임현택 회장 당선
- 2024.3.28. 보건복지부 장관, 소비자단체 간담회 개최(한국소비자단체협의회, 한국소비자연맹, 소비자시민모임, 녹색소비자연대, 소비자공익네트워크, 여성소비자연합 등 6개 단체)

소비자단체 대표들은 “국민은 장기화 되고 있는 의료대란의 혼란과 불안을 견디기 힘들다”라며, “현 상황의 해결을 위해 조정과 타협이 필요하며, 국민이 참여하는 의료개혁의 공론장을 마련하고 정부와 의료계가 함께 논의해야 한다”라고 한 목소리를 내었다.

출처: [3.28. 보건복지부 보도자료]

- 2024.3.29. 보건복지부 장관, 사립대학병원장과의 간담회 개최
- 2024.3.29. 6세 미만 중증소아 수술 가산 대폭 강화, 고위험신생아 진료 지역정책수가 신설 발표
- 2024.4.1. 비상진료체계 운영현황 점검 및 강화방안 논의

상급종합병원 입원환자 수는 전주 대비 증가*, 중환자실 입원환자는 7,150명대로 유지, 응급의료기관 대부분 축소 없이 운영 중. 다만, 집단행동 장기화로 주말 사이 응급의료기관 중 일부 진료과목에 대한 진료 제한 메시지 표출기관이 다소 증가하는 등 진료역량에 대한 면밀한 관리가 필요.

출처: [4.1. 보건복지부 보도자료]

- 2024.4.3. 보건복지부 장관, 대한병원협회와의 간담회 개최

■ 2024.4.3. 지역 보건소·보건지소의 비대면진료 허용, 의료취약지 진료공백 해소 도모

공중보건 의사 파견으로 인해 의료취약지역 진료 차질이 발생하지 않도록 246개소 보건소와 1,341개소 보건지소의 비대면진료를 허용.

* 단, 의사가 근무하지 않는 보건진료소는 제외

보건복지부는 비대면진료 시범사업 지침을 개정하여 금일(4월 3일) 지자체에 안내할 예정으로, 보건소와 보건지소는 금일부터 별도 공고일까지 의학적으로 안전하다고 판단되면 모든 환자 대상으로 비대면진료가 가능.

■ 2024.4.4. 보건복지부 장관, 환자단체 간담회 개최(한국환자단체연합회, 한국희귀·난치성질환연합회, 한국중증질환연합회)

한국환자단체연합회 이은영 이사는 “정부와 의료계의 환자를 앞세운 대립은 바람직하지 않다”라며, “정부는 환자가 최선의 치료를 받을 수 있는 환경을 만들고, 의사는 당연히 환자 곁에서 치료를 해야 한다”라고 말했다.

한국희귀·난치성질환연합회 김재학 회장은 “환자의 불안과 피해를 가중하는 현 상황에 유감을 표하며, 시기적절한 치료를 놓치면 평생을 고통 속에 살아갈 수밖에 없게 되는 환자들의 삶에 대한 책임감을 느끼고 최선의 조치를 해줄 것을 촉구한다”라고 말했다.

한국중증질환연합회 김성주 대표는 “의료대란으로 고통 받고 있는 환자들을 위해 정부와 의료계는 원론적인 주장보다는 조속한 합의를 하길 바라며, 필요한 경우 정부, 의료계, 중증환자단체가 참여하는 협의체를 구성해 주기를 바란다”라고 말했다.

출처: [4.4. 보건복지부 보도자료]

■ 2024.4.4. 윤석열 대통령·박단 대전협 비대위원장 비공개 회동

■ 2024.4.5. 2025년 비수도권 전공의 배정 비율 강화, 의료계 및 수련환경평가위 논의

비수도권 의대정원 비중은 66%이나 전공의 배정 비율은 45%. 정부는 '25년도 전공의 정원 배정 시 비수도권 배정 비율을 높이고, 중장기적으로 지역별 의과대학 정원 비율과 연동하는 방향을 검토.

출처: [4.5. 보건복지부 보도자료]

- 2024.4.18. 대한간호협회와 협조하여 진료지원 간호사 대상 24시간 교육과, 교육담당 간호사 대상 8시간의 교육을 시범적으로 실시
- 2024.4.22. 지방자치단체장 별도 승인절차 없이 개원의의 타 병원 진료 지원 가능
- 2024.4.25. 대통령 직속 의료개혁특위 발족 및 회의 개최

향후 의료개혁 방향으로 중증, 소아, 응급 등 꼭 필요한 필수의료 공백을 최소화하기 위한 “필수의료 강화”, 경증부터 중증에 이르는 어떤 질환도 지역에서 제 때, 최적의 치료를 받을 수 있도록 하기 위한 “지역 완결적 의료체계 확립”, 의료수요 급증과 예방부터 회복기·재활 등 의료 수요 다양화에 대비하는 “초고령사회 적극 대응”의 세 가지를 제시하고, 총 11개 과제를 선정

출처: [4.25. 보건복지부 보도자료]

- 2024.4.29. 혈관스텐트 시술 등 중증 심장질환 중재시술 건강보험 보상 2배 이상 강화
- 2024.5.2. 대입전형 시행계획 확정
- 2024.5.3. 국무총리 주재 의사 집단행동 중앙재난안전대책본부 회의 개최

5월 2일 일반입원환자는 상급종합병원 22,699명으로 평시인 2월 첫째 주의 69% 수준. 상급종합병원 포함 전체 종합병원은 평시 대비 91% 수준으로 회복. 중환자실 입원환자는 상급종합병원 2,821명으로 평시 대비 85% 수준. 상급종합병원 포함 전체 종합병원은

6,922명으로 평시인 2월 첫 주의 94% 수준. 응급실은 전체 408개소 중 393개소(96%)가 병상 축소 없이 운영.

전공의 집단행동 이후 중증 응급환자를 진료하는 권역응급의료센터의 중증 응급환자 비중은 예년보다 증가. 평시였던 2월 첫째 주 권역응급의료센터 중증·응급환자(KTAS 1·2등급) 비중은 13% 수준, 비상진료체계를 가동한 첫 주인 2월 4주 15.8%, 3월 3주차에는 17.3%로 지속 상승.

5월 2일 기준 100개 수련병원 전임의 계약률은 65.8%, 수도권 주요 5대 병원 전임의 계약률은 68.2%로 소폭 지속 증가 중.

진료지원 간호사는 10,165명이 활동하고 있으며, 이 중 신규인력에 대해서는 진료 지원에 어려움이 없도록 간호협회를 통한 교육도 실시하고 있음.

현장 의료진이 소진되지 않도록 지난 2월 20일부터 상급종합병원 의료진 당직비, 공공의료기관 연장진료 수당 등을 지급하고 있으며, 앞으로도 현장 의료진이 소진되지 않고 대체인력이 효율적으로 투입될 수 있도록 추가 지원방안을 지속 모색할 계획.

출처: [5.3. 보건복지부 보도자료]

- 2024.5.7. 보건복지부 장관 주재 의사 집단행동 중앙재난안전대책본부 회의: 파견 군의관, 공중보건 의사 관련 브리핑

지난 3월부터 의료기관별 파견수요와 지역 내 역할 등을 고려해 군의관·공중보건 의사를 두차례 파견했고, 현재 공중보건 의사 257명, 군의관 170명 등 총 427명이 중앙응급의료센터(12명) 22개 공공의료기관(131명) 42개 민간의료기관(284명)에 배치.

5월 6일 정부는 군의관 20명, 공중보건 의사 126명 등 총 146명을 파견기간 연장 또는 신규인력으로 교체하였고, 군의관 36명을 파견 수요가 높은 의료기관에 3차 파견. 파견기간 연장 및 교체된 146명과 36명의 신규 파견인력은 5월 6일부터 최대 6주간 파견 근무를 하게 됨.

출처: [5.7. 보건복지부 보도자료]

- 2024.5.13. 필수의료체계 지속 유지 위한 수련병원 건강보험 선지급 추진

- 2024.5.24. 한국대학교육협의회는 대학입학전형위원회 회의를 통해 2025학년도 대학입학전형 시행계획 변경사항을 심의, 승인

전국 의대 정원이 1,509명 증원되어 2025학년도에는 40개 의과대학에서 총 4,567명 모집

출처: [5.24. 보건복지부 보도자료]

- 2024.5.28. 비상진료체계 유지를 위해 28일 국무회의에서 총 775억원 규모의 예비비를 심의·의결
- 2024.6.4. 정부, 전공의와 소속 수련병원에 내린 진료 유지 명령, 업무 개시 명령, 사직서 수리 금지 명령 등 철회
- 2024.6.17. 공공의료기관 「비상진료체계」 운영 현황 점검
- 2024.6.17. [의사] 서울대병원 등 교수들 무기한 집단휴진 돌입
- 2024.6.18. [의사] 의협 주도 의료계 전면휴진 및 총궐기대회 개최
- 2024.6.19. [의사] 대한아동병원협회(130여곳), 대한분만병원협회(140여곳), 뇌전증지원병원협회체 등은 환자의 생명과 건강을 위해 중증환자 진료를 중단할 수 없다며 정상 진료를 할 것임을 선언
- 2024.6.19. 대법원, 의대 증원 효력 집행정지 신청 최종 기각
- 2024.6.21. [의사] 서울대의대-서울대병원 비대위가 당초 6월 27일로 예정하였던 무기한 집단 휴진을 중단하기로 결정
- 2024.6.28. [의사] 사직한 전공의가 의료계 집단행동에 참여하지 않은 의사들의 명단을 온라인 커뮤니티 '메디스태프'와 텔레그램 채널에 처음으로 게시하기 시작

- 2024.7.8. 보건복지부 전공의 복귀대책 발표; 정부, 미복귀 전공의에 대해 면허 정지 등 행정처분 철회

모든 전공의에 대한 행정처분을 철회하며, 복귀한 전공의와 사직 후 올해 9월 수련에 재응시하는 전공의에 대해서는 수련 특례를 적용할 것임을 발표. 정부는 수련 공백을 최소화하면서 전문의 자격취득 시기가 늦어지지 않도록 특례를 적용하기로 하였으며, 이번 수련 특례는 9월 이후에 복귀한 전공의들에 대해서는 적용되지 않는다고 밝힘. 2026학년도 이후의 의료인력 수급 추계방안에 대해 의견을 제시하여 준다면 보다 객관적이고 투명한 논의가 가능할 것임을 강조.

출처: [7.8. 보건복지부 보도자료]

- 2024.7.10. 정부, 의대생 유급 방지 위해 의대 학사 탄력 운영 가이드라인 발표
- 2024.7.10. [의사] 경찰이 '의사 블랙리스트'를 작성 및 유포한 혐의로 의사 5명을 검거하고 검찰에 송치
- 2024.7.17. 전국 수련병원 전공의 사직 처리 실시
- 2024.7.22. 전국 수련병원, 하반기 수련 전공의 7천707명 모집 개시. 8월까지 2차례 모집서 각각 104명, 21명 지원
- 2024.8.28. 간호법 제정
- 2024.8.30. 의료개혁 1차 실행방안 발표

1. 역량 있는 의료인력 확충

의료인력 수급 추계조정 논의기구 설치('24) 수급 정책 연계

전공의 수련 3대 혁신: 밀착지도 + 수련시간 단축 + 多기관 협력

* 수련 수당 外 수련 지원 예산: ('24) 35억 원 → ('25) 3,130억 원(90배 증가)

2. 의료전달체계 정상화 및 지역의료 재건

중증 집중, 지역병원 협력 상급종합병원 구조 전환('24~'27)

* 중증진료 집중: 50→70% 전공의 의존도: 40→20%

전문의뢰(의사 판단 + Fast-track) + 정보제공↑ + 본인부담 재설계 등 이용 혁신

지역의료 혁신전략: 거점병원 육성 + 시범사업 + 지역필수의사제

3. 필수의료에 대한 충분하고 공정한 보상

생명 직결 중증수술마취 등 1천여 개 수가 인상, '27년까지 저수가 퇴출

* (인상 로드맵) 8백 개('24.9) → 누적 1천 개('25.상) → 누적 3천 개('25~'27)

비중증 과잉 비급여 병행진료 급여 제한, 실손보험 개혁 착수

4. 환자-의료진 모두의 의료사고 안전망 구축

의료사고 소통 지원법 + 환자 대변인 등 분쟁조정제도 혁신

의료사고 배상보험공제 확충, 수사 개선 및 형사 특례 추진

출처: [8.30. 보건복지부 보도자료]

- 2024.9.6. 대통령실, 2026학년도 의대 증원 조정 가능 발표
- 2024.9.11. [의사] 경찰청은 블랙리스트와 관련하여 총 45명을 조사하였으며, 이 중 32명을 검찰에 송치
- 2024.9.13. 거점 지역응급의료센터 14개소 지정

〈표 2〉 거점 지역응급의료센터 선정 기관 (2024년 9월 13일)

지역	선정 기관
서울	이화여자대학교서울병원, 노원을지대학교병원
부산	인제대학교부산백병원
인천	가톨릭대학교인천성모병원
울산	의료법인동강의료재단동강병원
경기	한양대학교구리병원, 인제대학교일산백병원, 부천세종병원
충북	의료법인인화재단한국병원
충남	아산충무병원
전북	대자인병원
경북	동국대학교의과대학경주병원
경남	창원한마음병원
제주	제주대학교병원

- 2024.9.14. 보건복지부 장관, 추석연휴 점검 및 은평성모병원 지역응급의료센터 방문
- 2024.9.20. [의사] 서울중앙지방법원은 블랙리스트 작성 정 모 씨에 대한 구속영장을 발부. 이는 의료계 집단행동과 관련된 첫 구속 사례로, 스토킹처벌법 위반 혐의가 적용.
- 2024.9.30. 조규홍 복지부 장관, 전공의에 "안타깝고 미안" 첫 사과
- 2024.10.2. 상급종합병원 구조 전환 지원사업 발표

▶ (지정현황) 서울아산, 세브란스 등 31개 병원 지정 완료

* 수도권 16개소(국립대병원 1개소), 비수도권 15개소(국립대병원 6개소)

▶ (지원내용) '24~'27년 3년간 지원사업, 중증 수가 인상 등에 3년간 약 10조 원 지원

- ▲중환자 입원 ▲일반입원 ▲중증 진료 ▲응급진료 ▲의뢰·회송 등 중증 진료 및 정책가산, ▲구조 전환 성과에 따른 성과금 차등 지원

▶ (향후 계획) 중환자 진료 전환 상황, 전문 의뢰·회송 등 진료협력체계, 전공의 근무여건 개선등상중 구조 전환 지속 관리 및 성과 평가 실시

* 제4차 선정평가를 통해 11개 기관*이 추가로 선정되어 전체 47개 상급종합병원의 약 90% 수준인 42개 기관이 구조전환 사업에 참여

출처: [10.2. 보건복지부 보도자료]

- 2024.10.29. 정부, 의대생 휴학 대학 자율로 승인 허용
- 2024.11.10. [의사] 임현택 의협 회장 탄핵 가결
- 2024.11.11. 여야의정 협의체 첫 회의 개최. 대한의학회, 한국의과대학·의학전문대학원협회(KAMC) 참여.
- 2024.11.21. 공보의·군의원 파견제도를 개선

공보의는 비연륙도서(12개 시군, 42개 섬), 분만·응급·소아 3중 취약지역(22개 군)에서의 차출은 제외하고, 동일 도내 파견을 원칙으로 하여 보다 익숙한 환경에서 환자 진료를 지원할 수 있도록 할 계획.

군의학관의 경우 최소 1주일 전 가배정 절차와 의료기관에서 직접 군의학관 파견을 요청하는 절차를 도입. 이를 통해 군의학관들이 충분한 사전협의를 거쳐 배정되고, 의료기관은 의료기관 수련의 출신 군의학관을 파견받아 환자 진료에 기여할 수 있도록 할 예정.

출처: [11.21. 보건복지부 보도자료]

- 2024.12.1. 대한의학회 · KAMC 참여 중단에 여야의정 협의체 가동 무기한 중단
- 2024.12.3. 비상계엄 선포. '미복귀 전공의 처단' 포함 포고령 발표
- 2024.12.9. 2025년도 수련 전공의 모집 314명 지원으로 마감
- 2025.1.9. [의사] 의협 회장 보궐선거에서 김택우 전국광역시도의사회장협의회 회장 당선
- 2025.1.10. 정부, 전공의에 수련 특례·입영 연기 발표, 최상목 권한대행, 전공의·의대생에 "미안한 마음" 사과
- 2025.1.16. 상급종합병원 구조전환 추진 현장 의견수렴 및 비상진료 현장점검, 인하대병원
- 2025.1.19. 사직 전공의(레지던트) 대상 상반기 모집 마감. 2.2%인 199명 복귀 지원
- 2025.1.24. 설 연휴 의료기관 보상 대폭 강화

공휴가산 20% 추가 지원(공휴가산 30 → 50%, 병·의원 3천원, 약국 1천원) (설당일)
설연휴 가산 20%의 3배인 60% 추가 지원(30 → 90%, 병·의원 9천원, 약국 3천원)

출처: [1.24. 보건복지부 보도자료]

- 2025.1.25. 보건복지부 차관, 설연휴 점검 및 아주대학교병원 응급의료센터 방문
- 2025.1.26. 보건복지부 장관, 설연휴 점검 및 분당차병원 권역응급의료센터 방문
- 2025.3.14. 외상학 전문인력 양성을 지원 계획, 외상학 세부전문의 수련 지원사업 예산 8억 6,800만 원을 확보
- 2025.3.19. 지역·필수의료 강화를 위한 의료개혁 2차 실행방안 발표

1. 역량있고 신뢰받는 지역병원 육성 및 일차의료 강화

지역 2차 병원이 기능에 맞추어 역량 강화할 수 있도록 체질개선 본격 시작

- 포괄적 진료 + 응급 등 필수기능 수행하는 「지역 포괄 2차 종합병원」 지원(3년간 2조 원)
- 심뇌, 소아, 분만, 암, 화상, 수지접합 등 필수특화 기능 지원(연간 1천억 원)

지역의료 지도에 기반한 지역수가 본격 도입 기반 확립

전문과목 중심 의원 환자 중심 통합·지속적 관리, 일차의료 기능 강화(일차의료혁신 시범사업)

2. 비급여 적정 관리 및 실손보험 개혁

과잉 우려 큰 비급여는 의료계-수요자 참여 논의 기구 통해 선정 후 관리급여 적용,

사전 설명동의 등 별도 관리, 미용성형 목적 비급여와 불필요하게 병행되는 급여는 급여 제한

실손보험의 건강보험 급여 본인부담 보장 합리화, 의료체계 왜곡 막기 위한 비급여 적정 보장(보험료 30~50% 인하 효과), 심사 강화 및 투명성 제고 등 운영 합리화

3. 환자-의료진 모두 신뢰하는 의료사고안전망 구축

의료사고 설명, 환자 대변인, 의료사고 감정조정 신뢰도 제고 등 소송 前 분쟁 해결 지원

모든 의료기관 의료사고배상 책임보험 의무화, 공적 배상체계 강화

- ‘의료사고심의위’ 통해 불필요한 소환조사 최소화, 수사 장기화 방지

- 당사자 합의 기반 반의사 불벌 확대 중대 과실 없는 필수의료는 불기소 권고

출처: [3. 19. 보건복지부 보도자료]

■ 2025.3.21. 보건복지부 장관, 강원대학교병원 방문

2.3. 자본주의 병원 생산시스템

‘병원(病院, hospital)’⁴³은 보건의료체계를 구성하는 보건의료기관 중 하나다. WHO 정의에 따르면, 병원은 잘 조직된 의료 전문직과 기타 전문인력, 입원 시설을 갖추고 진단과 치료 등의 서비스를 제공하는 보건의료기관을 말한다. 병원은 다양한 범위의 급성기, 요양, 말기 케어를 제공하며, 진료 기능 외에도 교육과 연구, 보건의료체계 지원과 사회적 역할 등을 담당할 수 있다. 따라서 병원은 지역사회 주민들의 필요에 맞춰 잘 조직화되어야 하고, 병원 서비스를 다른 보건의료서비스나 사회서비스와도 연계할 수 있어야 한다.

하지만 자본주의 체제 속에서 병원은 동시에 서비스 생산·공급을 통한 수익 창출을 주요 목표로 가진다. 물론 이는 각 국가가 가진 보건의료체계의 공공성 수준에 따라 상당한 편차가 존재한다. 공공재로서 보건의료 가치를 중시하고 소위 ‘무상의료’ 제도를 시행하는 국가라면, 그리고 공공이 병원을 직접 소유하고 운영하며 예산 일체를 책임지는 조건이라면 병원의 경제적 동기는 크지 않을 것이다. 반면 보건의료 영역이 높은 수준으로 시장화·영리화·상업화된 국가라면, 그리고 관련 법·제도가 병원의 영리 추구 행태를 용인 내지 조장하는 구조라면, 그래서 의료시장 내 공급자 간 생존 경쟁이 격화된 상황이라면 병원 경영의 수익 중심성은 그만큼 강하게 나타날 수밖에 없다.

한국은 건강보험이라는 단일한 공적보험체계를 갖춘 덕분에 재정 측면에서 공공성이 일정 수준 담보되고 있지만, 공급 측면은 민간 병의원이 95% 이상의 비중을 차지하며 공공성이 무척 취약한 실정이다. 건강보험의 수가체계나 요양기관 당연지정제 등 몇몇 제도적 규제 장치를 통해 민간 의료기관을 통제하고 있지만, 압도적 민간 비중이 시사하듯이, 전체적으로 한국 보건의료 생산체제는 상품화, 시장경쟁, 영리추구 등과 같이 ‘시장’으로서의 성격이 강하다고 이해할 수 있다.

⁴³ 국내 의료법(제3조2)에서 병원(병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원)은 30개 이상의 병상(병원, 한방병원만 해당함) 또는 요양병상(요양병원만 해당하며, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 설치한 병상을 말함)을 갖춘 곳으로 규정하고 있다.

(1) '공장'으로서의 병원

이런 구조적 맥락 속에서 한국의 대다수 병원들은 '자본주의 병원(capitalist hospital)'으로서의 운영원리와 경영방식을 따른다. 특히, 영세한 의원급 의료기관과 달리 규모가 큰 대형 병원일수록 상당 부분 '공장(Factory)'의 생산시스템과 유사한 측면을 보인다. 실제로 한국 병원의 원형이 되는 미국의 현대적 병원 시스템의 주요 작동 원리가 공장에서 비롯된 것으로 알려져 있다.⁴⁴

20세기 초 미국에서는 '의료 효율성 운동(medical efficiency movement)'이 대두되었는데, 그 흐름 속에서 메이요 클리닉(Mayo Clinic)과 헨리 포드 병원(Henry Ford Hospital)은 공장식 조립라인(assembly-line) 구조를 도입해 서비스 생산의 효율성을 높이며 의료 체계의 표준화와 현대화에 중요한 영향을 미쳤다.⁴⁵ 참고로 이러한 '공장식 병원'의 효시가 되는 미국 미시간 대학 부속병원의 설계를 맡았던 건축가, 앨버트 칸은 여기서 불과 40마일 떨어진 디트로이트 시에 위치한 포드 자동차 회사의 공장을 일찍이 설계한 인물이었다. 그는 제조업 공장의 생산 조립라인 모델과 유사한 운영 원리를 병원 설계에 반영하였고, 이후 다른 병원들로 이러한 건축 양식과 산업 모델이 확산되었다.⁴⁶

이러한 공장식 병원의 핵심 운영원리는 '테일러리즘(Taylorism)'과 '포디즘(Fordism)'으로, 이들은 대량생산과 대량소비를 가능케 한 산업 자본주의 시대의 핵심 생산방식이다. 20세기 초, 프레더릭 테일러가 제안한 테일러리즘은 노동 과정을 세분화하고 표준화하여 효율성과 생산성의 극대화를 추구한 경영 방식을 뜻한다. 그는 전통적 노동 방식의 비효율성을 제거하기

⁴⁴ 시민건강연구소, "[서리풀논평] 의료 '공장'이 '생산'하는 방법", 2018년 3월 5일자.

⁴⁵ Gainty, C. (2025). *The Product of Medicine: How Efficiency Made American Health Care*. Duke University Press.

⁴⁶ Ahuja, N. K. (2012). Fordism in the hospital: Albert Kahn and the design of old main, 1917-25. *Journal of the history of medicine and allied sciences*, 67(3), 398-427.

위해 노동자의 작업 동작과 시간을 정밀하게 분석해 불필요한 움직임을 제거하고, 각각의 작업에 가장 ‘과학적’인 방법을 적용함으로써 생산성을 극대화하고자 했다.⁴⁷

포디즘은 이러한 테일러리즘을 자동차 조립라인에 적용하여 대량생산 체제로 확장시킨 것으로, 표준화된 제품을 컨베이어 벨트를 이용한 조립라인에서 분업화된 노동을 통해 생산함으로써 생산 시간을 크게 단축시키고 효율성을 획기적으로 높였다. 한편 테일러리즘의 지나친 분업과 기계적 통제 방식은 노동자의 자율성과 창의성을 억압하고 노동자를 기계 부속품처럼 다루며 소외시키는 문제를 낳고 있지만, 오늘날에도 여전히 ‘린 생산 방식(Lean Production)’이나 ‘성과관리 시스템(PMS)’ 등 주요 현대 경영 기법으로 그 원리가 계승되고 있다.

(2) 병원의 ‘린 경영’ 시스템

기업들이 제품 품질과 생산성 향상 등을 위해 활용하는 대표적 경영 기법으로 ‘식스 시그마(Six Sigma)’와 ‘린(Lean)’을 들 수 있는데, 이는 오늘날 기업뿐 아니라 공공기관 등 다양한 비영리 조직에서도 사용되고 있다. 식스 시그마는 생산 공정(process)에서 불량률과 변동성을 최소화하여 품질을 개선하는 것을 목표로 하는 기법으로, 제조업 분야에서 자동차나 반도체, 전자 제품 등을 만드는 공정에서 불량률을 낮추고자 할 때, 병원에서 원내 감염률을 줄이고자 할 때, IT 업계에서 소프트웨어 오류를 감소하기 위한 목적 등으로 쓰이고 있다.

린과 식스 시그마를 접목한 ‘린 식스 시그마(Lean Six Sigma)’ 방식이 자주 활용되기 때문에 서로 혼동되는 측면이 있지만, 전술한 바와 같이 식스 시그마는 의료 과정에서 오류를 제거하는데 중점을 두는 반면 린은 낭비 제거에 중점을 둔다는 점에서 서로 다르다. 린은 ‘군살 없는, 날씬한’이란 뜻으로, 불필요한 비용과 시간, 자원의 낭비를 줄여 공정을 효율화, 최적화함으로써 생산성을 높이하고자 하는 경영 기법으로, 1940년대 테일러리즘에 영감을 받은

⁴⁷ “과학적 관리(scientific management)의 아버지” 혹은 “최초의 효율성 전문가”로 불리는 테일러는 모든 업무의 구성요소를 과학적으로 측정하고 시간을 조정하고 표준화하여 효율성과 수익을 극대화할 수 있다고 믿었다. 테일러리즘의 핵심 개념은 모든 업무를 수행하는 데는 “단 하나의 최선의 방법”이 있으며, 어떤 노동자도 그 방법에서 벗어나지 않도록 하는 것이 관리자의 책임이라는 것이다.

일본 자동차 기업 도요타가 처음 선보인 ‘도요타 생산 시스템(Toyota Production System, TPS)’에서 비롯되었다.

‘린 싱킹(Lean Thinking)’으로도 알려진 린 생산의 5가지 핵심 원칙은 ‘Value(고객이 원하는 가치 파악)’, ‘Value Stream(가치 창출을 위한 흐름 맵핑)’, ‘Flow(공정의 병목 현상 제거)’, ‘Pull(고객 수요 맞춤 생산)’, ‘Perfection(완벽을 위한 지속적 개선)’으로 구성된다.⁴⁸

이러한 린 원칙의 창시자인 도요타 엔지니어, 다이이치 오노(大野耐一)는 모든 산업에서 발생하는 일곱 가지 낭비 영역으로 과잉생산(Overproduction)과 가공(Overprocessing), 불필요한 재고(Inventory)와 이동(Motion), 운송(Transportation), 대기시간(Waiting), 결함(Defects)을 제시했다. 이에 따라 린 경영에서는 이러한 낭비 요소를 줄이는 것을 목표로 하는데, 병원의 경우 환자 이동 동선의 최적화나 대기 시간 감소 등에 린 경영이 활용된다.

이처럼 제조업 분야에서 개발된 린 경영 방식은 2000년대 이후 병원으로 도입이 확산되었다. ‘린 보건의료(Lean Healthcare)’는 “고객”(환자와 보험사)의 만족도와 수익성을 높이기 위해 보건의료기관 내 모든 절차, 단계, 업무에서 다음과 같이 낭비를 최소화하여 비용을 절감하기 위해 ‘린 생산 원칙’을 적용하는 것이다.⁴⁹

1. 대기/유티 시간 단축 (Reduce Waiting / Idle Time)

린 원칙에 따르면 환자나 직원이 대기할 때마다 낭비가 발생한다. 대기실에 앉아 있는 환자, 지각으로 지연된 진료, 진료 예약 대기자 명단, 그리고 유티 침대 장비는 모두 의료 기관이 팀의 창의력과 상상력을 활용하여 낭비를 줄일 수 있는 기회를 제공한다.

2. 재고 최소화 (Minimize Inventory)

⁴⁸ Thangarajoo, Y., & Smith, A. (2015). Lean thinking: An overview. *Industrial Engineering & Management*, 4(2), 2169-0316.

⁴⁹ Catalyst, N. E. J. M. (2018). What is lean healthcare?. *NEJM Catalyst*, 4(2).

재고는 자본과 보관 비용의 낭비를 의미한다. 잉여 물품과 의약품, 불필요한 장비, 관련 없는 데이터 등은 모두 재고 낭비로 이어진다. 과잉 재고는 도난이나 노후화로 인한 손실 위험을 증가시킨다. 전체 조직 직원들은 과잉 재고를 인지하고 이를 줄일 수 있는 새로운 방법을 찾도록 교육받을 수 있다.

3. 의료 질 향상과 보상 증대를 위한 결함 제거 (Eradicate Defects to Improve Quality of Care and Increase Reimbursement)

시스템 오류와 오진, 의료 실수에 의한 감염, 투약·수술 오류, 예방가능한 재입원, 불완전하거나 잘못된 의료 기록 등은 모두 의료서비스에서 발생하는 결함 낭비의 예이다. 지불자가 결과에 따라 보상·처벌하는 성과급을 도입함에 따라 조직은 린 원칙을 활용하여 결함 낭비를 근절하고 질을 개선하여 수익에 긍정적인 영향을 미치고 실수를 방지할 수 있다.

4. 운송 - 환자, 의료용품, 장비의 이동 감소를 통한 환자 흐름 개선 (Transportation - Decrease the Movement of Patients, Supplies, and Equipment to Improve Patient Flow)

의료 분야에서 운송 낭비는 사람, 의료용품, 의료장비의 불필요한 이동을 포함한다. 환자를 여러 부서로 이동시키고 의료용품을 받으러 돌아다니는 것은 환자 또는 돌봄인의 '부상 위험(결함 낭비)'을 증가시키고 '진료 지연(대기 낭비)'을 초래한다. 린 사고방식을 활용하여 병원 시설 내 환자와 돌봄인의 이동을 분석하여 시간을 절약하고, 부상을 줄이며, 환자 흐름을 개선할 수 있다.

5. 동작 감소를 통한 부상 예방과 시간 절약 (Prevent Injuries and Save Time by Reducing Motion)

동작 낭비는 병원 직원들이 작업 공간 내에서 환자에게 가치를 더하지 않는 동작을 수행할 때 발생한다. 자주 사용하는 물품이나 장비를 잡기 위해 팔을 뻗거나 허리를 굽히는 행위,

부적절한 건물 설계로 인한 보행 증가, 또는 인체공학적이지 않은 환자 이동(병상, 휠체어, 수술대 등)이 동작 낭비의 사례다.

6. 의료의 과잉생산 최소화를 통한 자원 극대화 (Maximize Resources by Minimizing Healthcare Overproduction)

과잉생산 낭비는 인력 감축, 과도한 생산, 또는 부적절한 시기의 생산을 수반한다. 퇴원 환자를 위한 약물 준비, 중복 검사, 또는 의학적 필요 이상으로 입원 기간을 연장하는 것 등은 모두 의료 기관이 해결할 수 있는 과잉생산의 예이다.

7. 과잉 절차로 인한 낭비 제거 (Remove Waste from Over-Processing)

과잉 절차는 환자 치료에 불필요한 작업이 투입될 때 발생한다. 불필요한 검사나 동일한 정보로 여러 양식을 작성하는 것, 여러 시스템에서 데이터를 입력하는 것 등이 그 예이다. 시간, 노력, 자원이 의료서비스의 질을 향상시키거나 치료 결과를 개선하지 못할 경우, 린 분석을 통해 변경하거나 제거할 수 있다. 모든 절차를 린 관점에서 살펴봄으로써 의료진은 반복적이거나 중복되거나 가치가 낮은 절차를 파악하여 시간과 비용을 절약할 수 있다.

8. 의료 낭비가 어떻게 잠재력 저하로 이어지는지 이해하기 - 의료 낭비의 정점 (Understand how Healthcare Waste Leads to Untapped Human Potential - the Pinnacle of Waste in Healthcare)

직원들의 시간이 위 사항 중 어느 하나에 소모되면, 환자 치료와 최적화된 운영을 촉진하는 업무에 창의력과 재능을 발휘할 수 없게 된다. 의료 분야 낭비는 직원들이 교육, 환자 관계 구축, 시스템 기반 개선에 사용할 수 있는 시간을 빼앗는다. 린 문화 도입은 의료 서비스의 질을 향상시키고 비용을 절감할 뿐만 아니라, 직원들의 사기와 헌신도를 높이는 데에도 도움이 된다.

위와 같이 많은 병원들이 낭비를 줄이고 치료의 질을 높인다는 명목으로 이러한 린 경영 방식을 도입했다. 하지만 성과에 대한 평가는 서로 엇갈린 결과가 보고되고 있다. 아직 린 경영의 영향을 분석한 국내 연구가 많지 않은 가운데, 린 경영이 입원 치료에 미친 영향을 분석한

연구들을 체계적으로 고찰한 국외 연구 결과를 살펴보면, 재원 일수(Length of Stay, LOS)나 병상 회전시간(Bed Turnover Time, TOT), 재입원률은 대체로 감소한 반면 직원과 환자의 만족도는 향상된 것으로 나타났다.⁵⁰ 하지만 또 다른 리뷰 연구에서는 린 방식에 대한 믿음을 뒷받침하는 근거가 부족한 것으로 나타났다. 구체적으로 살펴보면, 린 경영은 환자 만족도와 건강 결과와 통계적으로 유의미한 연관성은 없었고, 나아가 재정 비용, 노동자 만족도와는 부정적인 상관관계가 확인되었다. 아울러 환자 흐름이나 안전에 대한 잠재적 이점 또한 일관성이 없는 것으로 나타났다.⁵¹

린은 본질적으로 노동 강도를 올리는 경향이 있다. ‘노동강도 심화(Work intensification, WI)’는 노동자의 산출량과 생산성 수준을 높이기 위해 지속적인 압력을 받는 근무 조건을 뜻하며, ‘더 오래 일하는 것’과 ‘더 집중적으로 일하는 것’, 또는 더 적은 직원으로 동일하거나 더 많은 일을 하는 것을 가리킨다. 병원 환경에서 노동강도 심화는 노동의 질과 노동자의 건강과 안전을 저해할 수 있기 때문에 문제가 될 수 있다.

실제로 그동안 린 경영이 병원 내 노동 조건을 악화시킨다는 여러 연구결과가 보고되었다. 직무 재설계나 업무 통합, 멀티태스킹 기술 팀의 등장은 업무 속도와 업무량을 증가시키면서 동시에 업무 간 휴식 시간이나 공간을 줄이며, 업무량 자체 관리와 관련된 스트레스를 증가시켰다.⁵² 한 조사에 따르면 린 관리가 도입된 이후 간호사가 치료에 할애할 수 있는 시간과 교육 시간이 줄어들었고, 직원들의 사기와 참여도도 떨어졌으며, 거의 절반의 직원들의 업무량이 늘어나고

⁵⁰ Zepeda-Lugo, C., Tlapa, D., Baez-Lopez, Y., Limon-Romero, J., Ontiveros, S., Perez-Sanchez, A., & Tortorella, G. (2020). Assessing the impact of lean healthcare on inpatient care: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5609.

⁵¹ Moraros, J., Lemstra, M., & Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *International journal for quality in health care*, 28(2), 150-165.

⁵² Willis, E. (2005). The hidden traps in multi-tasking: The experience of work intensification for personal service attendants in the healthcare sector. *Reworking*, 565

스트레스를 받는 것으로 나타났다.⁵³ 특히 반복적이고 복잡성이 낮은 업무를 주로 담당하는 숙련도가 낮은 노동자일수록 노동 강도가 악화될 위험이 더 높다.⁵⁴ 또한, 의사와 간호사 등 의료전문직도 작업 속도 증가로 인해 압박을 받을 수 있지만,⁵⁵ 상대적으로 높은 수준의 자율성과 유리한 고용 조건을 가진 의사의 경우에는 이러한 노동강도 심화로부터 비교적 자유로울 수 있다.⁵⁶

이미 과중한 업무량과 인력 부족이 만성화된 환경에서 린 시스템을 도입하는 것은 결국 노동자의 업무 강도 강화로 이어질 뿐이다. 즉, 비용 절감을 꾀하는 병원 경영진의 관점이 아닌, 노동자의 관점에서 바라 본 린 경영은 결국 착취 시스템의 강화로 이해될 수 있다. 린 방식을 도입하는 병원 경영진의 실질적인 동기는 질 향상을 통한 건강 결과 개선보다는 낭비 제거를 통한 이익 증대이기 때문이다. 특히 병원은 인건비가 보통 운영 비용의 50~60%를 차지할만큼 인력 의존도가 높은 노동집약적 산업이라는 점에서, 환자 감소 뿐 아니라 인건비 상승은 병원 경영의 큰 위험 요인으로 간주된다.⁵⁷

따라서 린 시스템 속에서 병원은 인력 감축에 대한 압력이 끊임없이 존재하기 마련이다. 아울러 노동자에게 더 많은 일을 떠넘기는 것이 병원 경영의 주된 과제가 된다. 그 일환으로 이뤄지는

⁵³ Saskatchewan Union of Nurses (2014). "Lean healthcare 2014 member survey", Praxis Analytics, Regina.

⁵⁴ Willis, E. (2005). op. cit.; O'Donnell, M. (1995). Empowerment or enslavement?: lean production, immigrant women and service work in public hospitals. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 6(3), 73-94.

⁵⁵ Stanton, P., Gough, R., Ballardie, R., Bartram, T., Bamber, G. J., & Sohal, A. (2014). Implementing lean management/Six Sigma in hospitals: beyond empowerment or work intensification? *The International Journal of Human Resource Management*, 25(21), 2926-2940.

⁵⁶ Rees, G.H. (2011). "Lean thinking in New Zealand emergency departments", master of commerce, University of Otago, Dunedin.

⁵⁷ 이용균. 의학신문. 2022. "병원의 경영분석". 2022년 7월 4일.

조치 중 하나가 노동자들에게 충분한 휴식 시간을 보장하지 않는 것이다. 린 경영이 도입된 미국 병원 사례를 소개하면 이렇다.

교대 근무 체계로 일하는 병동 간호사는 퇴근 전 다음 근무자에게 환자의 건강 상태와 치료 진행 상황, 특이사항 등을 인계하는데, 환자 안전을 위해 상세하게 인계할 경우 초과근무가 발생할 수 있다. 하지만 시간-동작 컨설턴트 눈에는 이 모습이 그냥 “책상에 둘러앉은 간호사들”처럼 보이기 때문에 일부 병원에서는 초과근무를 줄이기 위해 교대 간호사들이 병실을 함께 돌며 보고하는 형태로 인계 방식을 변경하는 조치가 이뤄지기도 하였다.⁵⁸

또 어떤 병원 응급실에서는 시간을 아끼기 위해 수동 혈압계보다 측정 결과가 더 부정확하지만 측정 속도가 빠른 자동 전자혈압계로 교체하기도 했다. 아울러 병원 내부 곳곳에 CCTV를 설치하고, 직원이 착용하는 배지에 전자 추적 칩을 부착하는 등 감시를 강화하는 조치도 이뤄졌다. 감시의 또 다른 방법으로 도입된 ‘전자의무기록(EMR)’ 또는 ‘전자건강기록(EHR)’은 병원이 보험 회사에 청구하기 위한 모든 항목을 추적하고, 문제가 생기면 간호사에게 책임을 전가하는 수단으로 이용되기도 한다.⁵⁹

물론 EHR 은 환자 정보를 쉽게 이용할 수 있도록 하고 위험 약물 간 상호작용을 식별하여 안전을 향상시킨다는 이유로 도입되었지만, (미국적 맥락에서) 환자-의사 상호작용의 지속 시간을 측정하고 내용을 표준화하는 핵심 도구로 자리 잡았다. EHR 요구에 따라 환자-의사 상호작용이 재구성되었고, 그 결과 정확한 임상 정보를 얻고 환자의 심리를 이해하는 데 필수적인 개방형 상담은 제한된 시간 탓에 거의 불가능해졌다. 대신 상호작용을 간소화하고 시간을 절약하기 위해 환자가 직접 체크리스트를 작성하도록 변경되었다.⁶⁰

⁵⁸ Alexandra Bradbury, “Don’t ‘Lean’ on Me, Hospital Workers Say”, *Labornotes*, 2013.8.15.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ Hartzband, P., & Groopman, J. (2016). Medical taylorism. *New England Journal of Medicine*, 374(2), 106-108.

또한 경영진은 린 관리의 핵심인 표준화의 일환으로, 환자 중증도는 고려하지 않은 채 필요한 간호사 인력을 병동 환자 수에 따른 소프트웨어 계산에 의존해 배치하기도 한다. 아울러 유연성을 극대화하기 위해 야간에 직원들을 다른 부서로 이동시키거나 근무 도중 퇴근시키기도 한다. 이러한 유연화 조치들은 정해진 근무 일정이나 보장된 근무 시간 없이 직원들을 대기 근무 상태로 유지하도록 만든다. 린 경영은 점점 더 많은 병원 내 직군을 임시직으로 전환하도록 유도하는 한편 린 경영을 지지하는 직원들에게는 급여 인상과 승진 등의 혜택을 제공하며 노동자들이 스스로 착취에 참여하도록 만든다.⁶¹

한편 병원은 ‘지속 성과 개선(Continuous Performance Improvement, CPI)’이라 불리는 운영관리 프로그램을 활용해 역시 입원부터 퇴원까지 환자가 병원에 머무는 전 과정을 파악하여 효율성을 개선하고 수익을 높이려고 한다. 병원 경영진은 공장 관리자가 공장을 통과하는 부품의 흐름을 연구하는 것과 같은 방식으로 의약품, 환자, 정보의 ‘흐름’을 조사하도록 직원들에게 지시한다. CPI 기술을 사용하여 병원은 영상검사 일정을 조정하여 평균 검사 대기 시간을 단축하고, 환자의 이동 거리와 수술 대기 시간을 줄이고자 한다. 하지만 컨설턴트들이 낭비를 줄이기 위해 노동자를 관찰하고 각 작업에 걸리는 시간을 파악하고자 노력하더라도, 예컨대 소아 환자의 특성에 따라 정맥 주사를 놓기 위해 진정시키는 데 더 많은 시간이 소요되기 마련이듯이, 시술 시간의 표준화는 매우 어려운 과제일 수밖에 없다.⁶²

하지만 경제적 압박 속에서 병원은 점점 더 테일러리즘이라는 효율성 원칙에 종속되고 있다. 과학적 관리의 원래 약속 중 하나는 효율성과 표준화가 향상되면 더 저렴한 비용으로 더 나은 제품을 생산할 수 있을 뿐만 아니라 노동자들에게 삶을 즐길 수 있는 더 많은 자유 시간을 제공한다는 것이었다. 하지만 실제로는 그 반대의 현상이 일어났고, 의료진은 효율성이라는 명목으로 시간 압박에 시달리며 번아웃을 경험하고 있다. 테일러리즘의 시간적 압박은 의료

⁶¹ Alexandra Bradbury, (2013). op. cit.

⁶² Weed, J. (2010). Factory efficiency comes to the hospital. *The New York Times*.

사고를 유발할 위험이 있고, 바빠진 의료진은 환자의 선호를 무시하는 조치를 취할 가능성이 높다.⁶³

테일러리즘이 강조하는 표준화는 의료의 여러 중요한 측면에 적용될 수 없다. 물론 표준화된 프로토콜 준수를 통한 원내 감염 감소와 뇌졸중이나 심근경색 환자에 대한 적시 치료 등 특정 측면은 테일러리즘의 도움을 받을 수 있지만, 이를 모든 의료 행위에 일반화할 수는 없다. 여러 질병의 진단과 치료에 대한 최선의 방법에 대해 전문가들 사이에 의견이 엇갈리기도 한다. 무엇보다 환자마다 유전적, 생리적, 심리적, 문화적 다양성을 가지고 있기 때문이다. 특히 환자의 정확한 병력을 파악하고, 다양한 임상 증상과 검사 결과를 종합하여 진단을 내리고, 개별 환자에 대한 특정 치료의 위험과 이점을 비교하며 환자가 처한 사회문화적 맥락의 영향을 고려하는 것과 같은 과제에는 더욱 그렇다.⁶⁴

(3) ‘복합 적응 시스템’으로서 병원⁶⁵

전술한 바와 같이, 병원의 생산성을 높이는 데 식스 시그마나 린과 같이 제조 분야에서 파생된 경영기법을 적용하는 것은 기본적으로 병원을 ‘공장’으로 가정하기 때문이다. 하지만 병원 조직은 단지 공장형 시스템일 뿐 아니라 ‘복합 적응 시스템(Complex Adaptive System, CAS)’으로서의 특성도 지니고 있다.

CAS는 ‘복잡계 이론(complexity theory)’에서 발전된 개념으로, 다수의 상호 연결된 요소(agents)가 비선형적으로 상호작용하면서, 외부 환경에 ‘적응(adaptation)’하고 ‘자기조직화(self-organization)’를 통해 전체 시스템의 행동을 창출하는 동적 시스템을 의미한다.

⁶³ Hartzband, P., & Groopman, J. (2016). op. cit.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ 이하 논의는 다음 논문의 내용을 참고하였음. Mahajan, A., Islam, S. D., Schwartz, M. J., & C annesson, M. (2017). A hospital is not just a factory, but a complex adaptive system-implications for perioperative care. *Anesthesia & Analgesia*, 125(1), 333-341.

병원을 CAS로 이해하는 관점에서는 병원이 공장보다는 시장이나 생태계 또는 커뮤니티에 더 가깝다고 본다. CAS로서 병원에는 많은 하위 시스템이 있으며, ‘수술전후관리(Perioperative Care)’는 병원이 CAS임을 보여주는 대표적 사례다. 이는 수술 전, 수술 중, 수술 후 단계를 포함하여 초기 진단부터 완치까지 수술 과정 전반에 걸쳐 환자에게 제공되는 의료 서비스를 말한다.

현대 공장은 일반적으로 고도로 전문화된 고정 자산(기계, 소프트웨어)과 생산하는 제품의 제조에 특화된 숙련 노동력을 사용하여 한정된 수의 완제품을 생산한다. 그리고 생산범위를 가능한 한 좁게 유지하면서 가능한 가장 큰 시장을 대상으로 ‘규모의 경제’를 노린다. 하지만 병원은 정반대에 가깝다. 중간 규모의 병원은 매우 유연하고 다목적인 자산을 사용하여 평균적으로 약 만 개의 ‘독립적 상품(수술과 기타 시술)’을 생산하며, 일정 거리 이내 시장에서만 서비스를 제공한다. 따라서 규모의 경제가 가능한 경우도 매우 제한적이다. 병원은 활동 범위가 매우 넓고, 단일 제품의 양이 조립 라인이나 일괄 처리 라인처럼 운영할 수 없을 정도로 적다는 점에서 공장과 다르다.

전통적인 생산 제조 모델에는 ‘작업장(Job shop)’, ‘배치(일괄) 공정(Batch process)’, ‘조립 라인(Assembly line)’, ‘연속 공정(Continuous flow process)’이 포함된다. 개별 제품을 만드는 공장에서는 주로 직렬 또는 병렬로 작동하는 조립 라인과 배치 공정이 포함된다. 강철을 생산하거나 석유 또는 화학 물질을 정제하는 공장은 연속 공정을 따르는 경향이 있다. 반면 병원은 작업장과 가장 유사하다. 각 작업이 개별적으로, 사례별로 수행되고, 편차가 큰 복잡한 임상 사례에서 볼 수 있듯이 표준화나 확장성이 거의 또는 전혀 달성되지 않기 때문이다.

또한, 공장은 공정의 재설계를 의도한 대로 추진할 수 있는 반면, 시장이나 생태계 또는 커뮤니티에서는 종종 재설계 시도에 대한 저항이 존재할 수 있으며, 외부에서 변화에 대한 압력이 가해지면 예측할 수 없고 비의도적인, 때론 왜곡된 반응이 나타날 수 있다. 이러한 ‘자기 조직화’라는 CAS의 고유한 특성은 제조 기반 접근 방식을 사용한 재설계가 쉽지 않을 수 있음을 의미한다.

피터 드러커는 제조업의 4가지 원칙(관행)으로, ‘통계적 질 관리(Statistical quality control)’, ‘제조원가 계산(Manufacturing cost accounting)’, ‘모듈식 조직(Modular organization)’, ‘시스템 설계(Systems design)’를 제시했다. 이러한 개념적 틀이 병원의 린 경영 등에도 적용되었지만, 이는 편차가 적은 임상 프로그램에만 적합하다. 이 틀이 적합하기 위해서는 다음 세가지 조건이 충족되어야 한다.

첫째, 관련 사례의 양이 많아서 표준화의 장점을 실현하고 프로세스 변동을 줄일 수 있어야 한다.

둘째, 관련 사례의 상위 집합에서 의학적으로 동질적인 하위 집합(적거나 경미한 합병증)을 식별할 수 있고 이를 중심으로 전문화와 확장성을 허용하는 프로세스를 설계할 수 있어야 한다.

셋째, 치료를 표준화할 수 있는 치료 프로세스(근거 기반 지침, 프로토콜 형태의 지식)가 마련되어야 한다.

그런데 병원의 규모와 운영, 환자 구성에 따라 다소 다르지만, 인공관절 전치환술, 자궁적출술, 기본적인 관상동맥 우회로 이식술(CABG) 또는 경동맥 내막절제술과 같은 표준 수술 프로그램에서 별다른 합병증이 없는 경우를 제외하면, 대부분의 병원에서는 이러한 조건을 모두 충족하는 치료 제공 사례의 수는 적다.

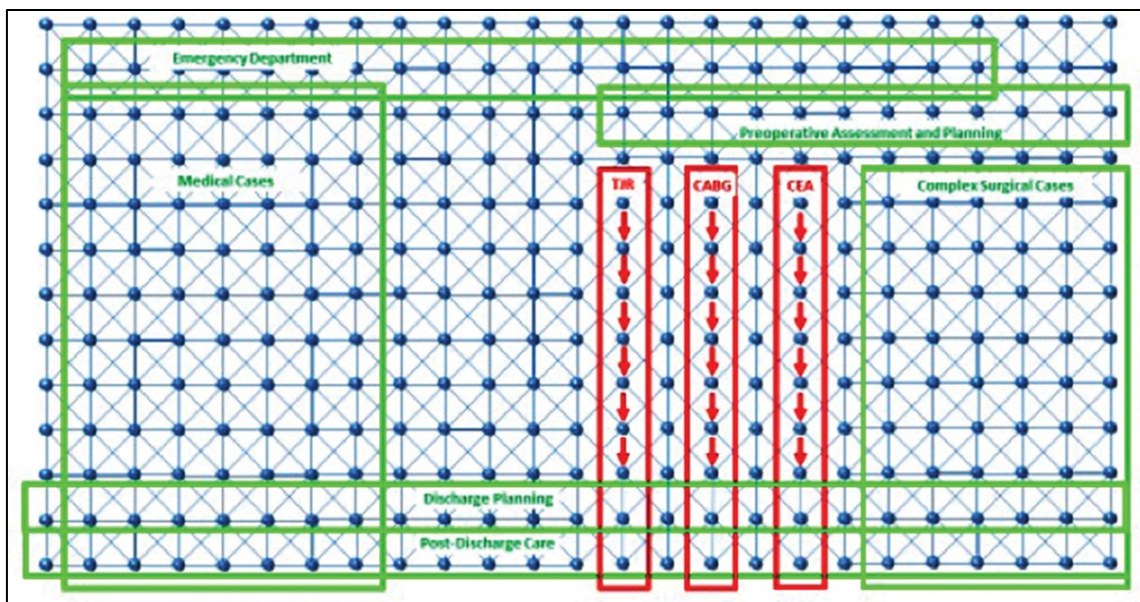
한편 CAS에서는 병원의 ‘직원(agent)’들이 복합 적응 시스템 내에서 독립적인 행위자로 존재하며, 이들의 행동은 시스템과는 독립적인 물리적, 심리적, 사회적 규칙에 따라 결정된다고 본다. 이러한 행위자들의 요구나 욕구는 동질적이지 않기 때문에 목표와 행동이 서로 충돌할 가능성이 높다. 따라서 행위자들은 충돌에 대응하여 서로의 행동에 ‘적응’하는 경향이 있다. 또한, 이들은 실험하고 경험을 쌓으면서 배우고, 시스템 운영 역시 그에 따라 변한다. 이러한 적응과 학습은 자기 조직화를 초래하는 경향이 있는데, 이는 단일한 통제 장치가 없음을 뜻한다.

공장 구조는 선형적이고, 직렬 또는 병렬이며, 원하는 성과를 달성하기 위해 위계적이며 정적이다. 반면 CAS의 구조는 비선형이고 이질적이며 동적인 네트워크다. 공장과 같은 프로세스에서 행위자는 규정된 규칙과 역할을 넘어서는 자율성을 갖기 어렵다. 반면 CAS에서 행위자는 관리자의 통제 시도에도 불구하고 높은 수준의 자율성을 가지고 있다. 또 공장과 같은 프로세스의 비용 구조는 반복적인 활동의 가변 비용이 낮아 확장성을 가능하게 하는 경향이 있다. 반면 CAS는 항상 변화하고 적응하기 때문에 가변 비용이 높고 반복 정도가 낮아 확장하기 어려운 측면이 있다.

그런데 “복잡한(complex)” 것이 항상 CAS형이고 복잡하지 않은 것이 항상 공장형임을 의미하지는 않는다. 차별점은 치료에서의 예측 가능성과 표준화 수준을 개발할 수 있는 규모이다. 주어진 치료 프로세스 또는 내부적으로 동질적인 하위 집합이 설계에서 표준화를 실질적으로 가능하게 할 만큼 충분한 양을 가지고 있다면 공장형이라고 볼 수 있다. 따라서 복잡한 시술인 (합병증이 없는) CABG는 많은 시술의 양 때문에 공장형으로 분류될 수 있다. 반면, 의학적으로 복잡한 환자의 수술전후관리는 환자 집단의 본질적인 이질성으로 인해 내부적으로 동질적인 집단에 대한 규모를 달성하는 것이 어렵기 때문에 필연적으로 CAS와 유사하다.

CAS 관점에서 설계의 기본 가정은 실제 프로세스가 매우 복잡하고 다양하며 예측할 수 없기 때문에 사전에 예상하고 설계할 수 없다는 것이다. 대신 시스템은 자기 조직화 방식으로 행위자의 ‘생성적(generative)’ 동작에 의존하여 적응하고, 즉각적으로 처리하면서, 빈틈(gap)을 메워야 한다. 특히 CAS의 속성을 가지고 있는 수술전후관리는 서로 다른 전문적 규범과 지침, 의무, 네트워크를 가진 다양한 행위자들(예: 외과의, 마취과 의사, 중환자실 전문의 등)로 구성된다. 이들이 수행하는 수술전후관리는 다양하며 행위자들의 조합 역시 절차와 환자의 특성에 따라 다르다. 환자는 인구 통계, 병력, 합병증에 따라 크게 다를 수 있고, 조직 문화 역시 다양한 행위자들 간의 상호작용에 영향을 미칠 수 있다. 그 결과 예측할 수 없게 동작하고 통제 시도에 저항하는 복잡한 시스템이 된다.

물론 CAS 이론이 주장하는 것처럼 현실에서 한국 병원들이 직원들에게 높은 수준의 자율성을 보장하며 자기 조직화를 통해 시스템을 운영하고 있다고 보기 어려운 게 사실이다. 하지만 핵심 인력인 전공의들이 집단 이탈한 이후 생산성을 유지하기 위해 대학수련병원들이 어떤 전략을 활용하고 어떤 조치들을 취했는지 파악하는 데 있어서 병원 생산체제가 가진 이러한 적응적 특성을 고려할 필요가 있다. 경영위기 상황에 적응하는 과정에서 그 대가로 병원 생산체제는 노동자들에게 장시간·고강도 노동을 강제하며 착취를 심화하기도 한다.



〈그림 1〉 ‘복합 적응 시스템’으로서의 병원 개념도 (출처: Mahajan, A, et al, 2017)⁶⁶

⁶⁶ CAS에 따르면 〈그림 1〉과 같이 일반적으로 병원의 조직 구조는 복잡한 네트워크이며, 여러 차원에 걸쳐 연결된 행위자가 있다. 도식에서 행위자는 노드로 표현되고 이를 연결하는 선은 이들 간의 관계를 나타낸다. 공장과 같이 대량의 확장가능한 수술 프로그램은 빨간색으로 표시되고 선형 관계로 표현된다. 이러한 공장형 프로세스는 여러 하위시스템으로 구성된 CAS 환경 내에 존재한다. 한편 그림의 오른쪽에는 복합 수술 사례, 왼쪽에는 의료 사례가 있다. 그림 상단은 응급실을 포함한 환자 접수 하위시스템과 수술 전 평가와 계획의 하위 시스템을, 그림 하단은 퇴원 계획과 퇴원 후 관리 하위시스템을 나타낸다.

3. 연구 내용과 방법

3.1. 연구 내용

이 연구는 전공의 집단 이탈이 발생한 대학 수련병원에서 어떠한 변화가 발생했는지 파악하는 것을 기본 목표로 한다. 이를 위해 수도권 소재 대학병원 1곳과 비수도권 소재 대학병원 2곳을 조사 대상 기관으로 선정하였다.

이들 병원을 대상으로, 크게 업무 공백에 대한 대응과 수익 보전을 위한 대응, 그리고 노동자와 환자에게 미친 영향을 파악하였다. 물론 관리자 직급의 보직을 맡고 있지 않은 교수나 전임의 등도 사측에 고용된 노동자로 볼 수 있겠지만, 병원 내 의사가 가진 위상과 권력, 그리고 의료대란을 초래한 당사자 집단이라는 점에서, 이 연구에서 다루는 노동자 범주는 비(非)의사 직군으로 제한하였다.

먼저 전공의 집단 이탈 후 발생한 업무 공백과 관련해 구체적으로 어떤 의로서비스를 축소하였는지, 전공의 업무가 간호사를 비롯한 보건의료 인력들에게 어떻게 전가되었는지, 그리고 이러한 업무 분담과 관련된 의사결정 과정이 어떻게 이루어졌는지 살펴보았다.

전공의 이탈 후 수익 보전을 위한 병원의 대응도 함께 조사하였다. 생산비용을 절감하기 위해 인건비 측면에서 무급휴가나 희망퇴직, 또는 임금 동결(삭감)이나 노동자 해고, 신규 채용 연기 등의 조치가 이루어졌는지, 생산재료(약품, 처치 재료 등)에 변경이 있었는지, 그리고 수익 증대를 위해 비급여 검사나 처방 등이 증가했는지 여부를 확인하였다.

아울러 전공의 이탈 사태가 병원 노동자의 업무 범위와 노동 강도, 노동 시간, 그리고 고용 안정성과 신체적, 정신적 건강, 삶의 질 등에 미친 영향을 조사하였다. 이와 함께 환자 안전사고 증가를 비롯해 의로서비스 질의 저하, 수술과 진료 일정의 연기 등 전공의 이탈 사태가 환자에게 미친 영향을 파악하고자 하였다.

마지막으로 병원 사측의 이러한 대응 조치에 맞서 개별 노동자와 노동조합 차원에서 어떠한 대응 활동을 전개하였는지, 그리고 그 활동의 성과와 한계가 무엇인지 살펴보았다.

이러한 내용의 연구를 수행하기 위해 문헌 검토와 양적 연구, 질적 연구 등 다양한 연구방법을 활용하였다. 먼저 문헌 검토를 위해 정부 보도자료나 계획 문건, 언론 보도, 연구보고서와 학술 논문, 각 병원의 공개된 경영 정보, 그리고 노동조합의 협조를 통해 통계 자료 등을 확보하였다.

그리고 양적 연구를 위해 세 병원 노동자를 대상으로, 연구진이 자체 개발한 문항으로 구성된 설문조사를 실시하였다. 설문조사 이후에는 보다 구체적이고 심층적인 정보를 파악하기 위한 질적 연구 일환으로 면담조사를 진행하였다. 면담조사와 설문조사의 자세한 방법은 다음 절에서 기술하였다.

3.2. 설문조사 방법

(1) 자료 수집

자료 수집은 2024년 12월1일부터 31일까지 한 달간 진행되었으며, 온라인과 오프라인 조사를 병행하여 수행되었다. 연구 대상은 병원 노동자로, 각 병원 노동조합의 협조를 받아 연구를 진행하였다.

먼저 연구의 목적과 내용을 연구참여자에게 충분히 설명한 후, 자발적 참여 의사를 밝힌 노동자들에 한하여 조사가 이뤄졌다. 오프라인 설문조사는 병원 내 노동조합의 협조를 받아 설문지를 배포하고 회수하였다. 오프라인 설문지의 경우 직종에 따라 간호직과 비간호직으로 나누어 구성하여 배포하였다. 온라인 설문조사는 노동조합을 통해 조합원들에게 설문 링크를 배포하였으며, 응답자는 해당 링크를 통해 개별적으로 설문에 참여하였다.

설문지는 크게 연구참여자의 기본정보, 노동조건, 조직운영, 환자 영향, 진료지원 간호사 파트로 구성하였으며, 설문지는 [부록1]과 [부록2]에 첨부하였다. 이 연구는 연구윤리를 준수하고 참여자의 익명성을 보장하기 위하여 모든 자료를 익명 처리한 후 분석을 수행하였다. 온라인 설문지 98부, 오프라인 설문지 780부가 회수되었으며, 이 가운데 불성실 응답 30부를 제외하고, 총 848부를 대상으로 분석을 수행하였다.

(2) 분석 방법

수집된 자료는 STATA MP 17.0 version으로 분석하였다. 참여자의 인구사회학적 특성, 근무 조건과 노동강도 변화, 간호사의 의사 업무 수행 변화, 진료지원 간호사 현황, 업무조정과 조직운영, 환자영향평가 등은 빈도와 백분율, 평균, 표준편차로 분석하였다.

전공의 집단 이탈 전후 간호사의 의사 업무 수행 변화를 분석하기 위하여 맥니마 검정 (McNemar's test)을 수행하였으며, Cell 크기 5 이하인 경우 exact 검정을 수행하였다.

병원에 따라 무급휴가 사용여부와 사용일 차이를 분석하기 위하여 카이제곱 검정과 ANOVA 분석을 실시하였다.

또한 병원과 직종에 따라 스트레스와 우울 수준을 비교분석하기 위하여 t-test와 ANOVA 분석을 수행하였다. 모든 유의수준은 0.05이하로 검정하였고, 그래프는 Python 프로그램을 사용하여 시각화하였다.

3.3. 면담조사 방법

(1) 자료 수집

이 연구에서는 병원 노동자와 노동조합 간부 등을 대상으로 면담조사를 수행하였다. 병원 노동자의 경우 병원 규모에 따라 목표 인원을 다르게 설정하였고, 일반 간호사와 진료지원 간호사와의 면담에 중점을 두면서도 비간호직 노동자들도 면담 대상으로 포함하였다.

면담 대상자는 목적표집(purposive sampling) 방식으로 선정하였다. 연구 목표에 부합하는 병원 노동자를 각 병원 노동조합 측과 협의와 조율을 통해 선정하였고, 당사자가 면담 의뢰를 수락한 경우 대면 면담 방식으로 진행하였다. 면담 대상자를 모집한 결과, 총 28명과의 면담이 이뤄졌는데, 이와 관련된 주요 정보는 다음 <표 3>에 제시하였다.

면담은 주로 개별 심층면담으로 진행하였다. 다만 동일 기관에 근무하는 면담 대상자들의 개인 일정과 여건을 고려해 두 차례 집단 면담을 진행하기도 하였다. 면담은 평균 40~60분으로 1회 실시하였다. 면담을 시작하기에 앞서 연구 목적과 내용을 상세히 설명하고 자발적 참여 의사를 밝힌 경우에만 면담조사를 실시하였다.

면담은 2025년 1~2월 기간 동안 총 28명을 대상으로 진행되었다. 2인의 연구자가 각각 주 면담자와 보조 면담자 역할을 담당하였다. 모든 면담은 참여자의 동의 하에 해당 내용을 녹음하였고, 이후 전사한 녹취록을 이용하여 분석을 시행하였다.

면담 질문은 반(半)구조화(semi-structured) 방식으로 구성하여 진행하였다. 일반적으로 병원 노동자와의 면담에서는 전공의 이탈 사태가 노동, 고용, 건강, 조직, 환자 등에 미친 영향을 조사하는 데 초점을 맞추었다(<표 4> 참고). 노동조합 간부의 경우는 노사 관계와 주요 의사결정 구조의 문제점, 그리고 사측의 움직임에 맞서 어떤 구체적 대응 활동을 펼쳤는지 파악하는 데 중점을 두었다.

〈표 3〉 면담 대상자의 주요 정보

병원	면담 번호	면담 형태	주요 정보	
			직종 (경력)	근무 부서 (2024년 말 기준)
A 병원	A-노동-1	집단(2인)	간호사 (7년차)	병동 일반 간호사
	A-노동-2	집단(2인)	간호사 (7년차)	병동 일반 간호사
	A-노동-3	개별	임상병리사 (15년차)	진담검사의학과
	A-노동-4	개별	간호사 (16년차)	수술실 진료지원 간호사 (2024.7~)
	A-노동-5	개별	간호사 (6년차)	처치전담팀 진료지원 간호사 (2024.4~)
	A-노동-6	개별	간호사 (8년차)	수술실 진료지원 간호사 (2024.10~)
	A-노동-7	개별	간호사 (6년차)	중환자실 일반 간호사
	A-노동-8	개별	이송원 (10년차)	환자 이송팀
	A-노동-9	개별	간호사 (6년차)	중환자실 처치전담팀 간호사
	A-간부-1	개별	간호사 (31년차)	A병원 분회 사무장(2020.8~)
	A-간부-2	개별	방사선사 (28년차)	A병원 분회장(2024)
	A-노동-10	집단(3인)	간호사 (26년차)	간호간병통합서비스 병동 일반 간호사
	A-노동-11	집단(3인)	간호사 (31년차)	병동 일반 간호사

	A-노동-12	집단(3인)	간호사 (23년차)	단기낮병동 일반 간호사 (2024.9~)
B 병원	B-노동-1	개별	임상병리사 (10년차)	진단검사의학과
	B-노동-2	개별	간호사 (11년차)	병동 일반 간호사 (2024.5~)
	B-노동-3	개별	간호사 (13년차)	진료지원 간호사 (2024.10~)
	B-노동-4	개별	간호사 (6년차)	중환자실 일반 간호사
	B-노동-5	개별	방사선사 (10년차)	영상의학과
	B-노동-6	개별	간호사 (5년차)	병동 일반 간호사
	B-간부-1	개별	간호사 (11년차)	B병원 분회 교육부장, 병동 일반 간호사
C 병원	C-노동-1	개별	간호조무사 (20년차)	병동관리팀
	C-노동-2	개별	간호사 (10년차)	간호간병통합서비스병동 일반 간호사
	C-노동-3	개별	간호사 (6년차)	병동 일반 간호사
	C-노동-4	개별	간호사 (6년차)	중환자실 일반 간호사
	C-노동-5	개별	간호사 (5년차)	수술실 진료지원 간호사 (2024.7~)
	C-간부-1	개별	간호사 (8년차)	C병원 분회 사무장
	C-간부-2	개별	방사선사 (21년차)	C병원 분회 부분회장

〈표 4〉 주요 면담 질문

주요 면담 질문
1. (노동자 업무 영향) 전공의 집단 이탈 사태 이후 업무 변화가 있었나요? - (추가 및 변경된) 업무에 필요한 직무 교육은 어떻게 이루어졌나요? - (진료 축소 관련) 일하는 부서의 근무 인원에는 어떤 변화가 있었나요? 근무 인원은 어떻게 조정되었나요? - (진료 축소 관련) 입원/외래/수술 환자의 수와 중증도에는 어떤 변화가 있었나요?
2. 전공의 집단 이탈 사태 이전과 비교하여 노동 강도에 대해서 말씀해 주실 수 있나요? - (초과근무, 근무 시 식사를 거른 날의 변화), 그 노동 강도의 변화는 무엇 때문에 초래되었습니까? - (근무 조별 근무 인원 감소, 업무 범위를 벗어난 업무 수행, 환자의 중증도 증가 등) - 전공의 업무를 진료지원 전담간호사가 수행하게 된 것과 관련하여 업무에 어떤 영향이 있었나요?
3. (노동자 고용 영향) 전공의 집단 이탈 이후 부서 내에서 무급휴가나 희망퇴직이 권고되었나요? 혹은 희망하지 않는 연차 사용이 권고되었나요? - 부서원들은 무급휴가를 어떻게 평가하나요? - 다른 부서원의 무급휴가 사용이 업무에 어떤 영향을 주었나요? - 상여금 지급이나 임금에 영향이 있었나요? - 병원의 재정 상황이나 경영난에 대해서 우려하시는 바가 있나요? - 시간외근무 수당 청구(+휴게불가 입력)에 제약이 있었을까요?
4. (노동자 건강 영향) 전공의 집단 이탈 이후 추가/변경된 업무(또는 부서 이동)로 인하여 경험한 스트레스나 불안에 대해서 말씀 해 주세요. - 신체적, 정신적으로 건강 상에 어떤 어려움이 발생했나요?

5. (환자 영향) 전공의 집단 이탈 사태로 경험한 환자 안전사고(근접오류 포함)나 환자 안전에 영향을 줄 수 있는 (병원)구조에 대해서 말씀해주세요. - 환자들의 불편, 항의
6. (조직 영향) 전공의 집단 이탈 사태 이후 업무 조정과 관련한 의사결정은 어떻게 이루어졌나요? 이에 대해서 어떻게 평가하시나요? - 병원 또는 부서가 전공의 집단 이탈 사태를 대응/극복하는 과정을 어떻게 평가하시나요?

(2) 분석 방법

이 연구에서는 면담조사를 통해 확보한 자료를 분석하기 위해 질적 연구 방법 중 하나인 프레임워크 방법/framework approach)을 활용하였다. 대부분의 질적 연구 방법이 귀납적 방식의 접근을 취한다면, 프레임워크 방법은 연구 질문에 보다 중점을 두고 자료를 분석하는 접근법이다.

프레임워크 방법의 핵심은 일관된 설명이 도출될 때까지 자료를 비교, 대조하면서 연관된 단계들을 도출해내는 것에 있으며, 다음과 같은 단계로 진행된다.⁶⁷

1. 자료 분석(data management): 연구진 각자가 녹취록을 반복적으로 읽으며 공통적으로 나타나는 초기 주제들을 추출하여 범주화한다. 각자 1차 코딩 결과를 함께 검토하여 합의를 도출한다.
2. 기술적 설명 도출(descriptive account): 주제 간의 연관성에 주목하여 주제들을 서로 연결하는 방식으로 재구성한다. 연구 참여자의 고유한 단어를 보다 추상적인 단계로 변환하여 대범주를 생성하고 재분류한다.

⁶⁷ Spencer, L., Ritchie, J., & O'Connor, W. (2003). Analysis: Practices, principles and processes. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers (pp. 199-218). Sage.

3. 해석적 설명 도출(explanatory accounts): 자료들을 종합하여 각 주제 간 구체적인 관계성을 코드화하고, 도출된 주제의 인과관계를 설명할 수 있는 연구자의 해석을 덧붙여 최종 범주를 완성한다.

위 분석 방법과 같이 2인의 연구진이 먼저 전사된 녹취록을 각자 독립적으로 반복해서 읽고 1차 코딩을 진행하였다. 이어서 상호 검토와 다시 읽는 반복적 과정을 통해 대범주, 중간범주, 하위범주를 수정하는 2차 코딩과 최종 범주화 작업을 마무리하였다.

4. 연구 결과

4.1. 병원별 상황과 전략

연구 대상이 된 세 병원의 기본 현황과 전공의 이탈 사태 이후 대응 전략과 행보, 노사 관계 등을 살펴보면 다음과 같다(〈표 5〉 참고). 이 내용은 정부 공시 자료와 언론 보도, 병원 누리집, 그리고 관계자 면담과 노동조합이 제공한 자료 등에서 수집한 정보를 기반으로 작성되었다.

(1) A 병원의 상황과 전략

A병원은 국립대병원이며 수도권에 소재한 상급종합병원이다. 소위 ‘국내 최고 병원’ 중 하나로 알려져 있으며, 2023년 공시 자료 기준으로 약 1,800병상을 보유한 큰 규모의 병원이다. A 병원 누리집에 공개된 정보(2024년 12월 31일 기준)에 의하면, 총 병원 인력은 약 7,700명(의사직 약 1,000명, 간호직 약 3,000명, 약무직 약 150명, 보건직 약 900명, 기타 약 300명)이고,⁶⁸ 2024년 외래환자 수는 약 2백만명, 입원환자 수는 약 38만명이었고, 수술 건수는 약 2만5천건, 영상의학 검사 건수는 약 150만건, 방사선 치료 건수는 약 7만건으로 집계됐다.

정부의 의대 정원 확대 계획에 반발하며 A병원 전공의 대다수는 2024년 2월 20일부터 근무를 중단했다. A병원은 다른 두 병원보다 전공의 의존도가 높았던 병원으로 집단 이탈 당시 약 800명 규모로 전체 의사 수의 약 45%를 차지하고 있었다. 그만큼 전공의 이탈에 따른 충격과 파장이 더 클 수밖에 없었다. 2024년 말 기준으로 약 60명 정도만이 잔류·복귀한 상황이다.

⁶⁸ A병원 노동조합을 통해 확인한 인력 현황은 다음과 같다. 간호직 2,750명, 보건직 830명, 운영기능직 800명, 간호운영기능직 580명, 미화 240명, 시설부 150명.

이러자 A병원은 4월 초, 비상경영을 선포하고 당해 배정된 예산을 재검토하겠다고 밝혔다. 비용절감을 위한 자구책으로, 5월부터 병상가동을 하락을 이유로 간호직을 중심으로 무급휴가 제도를 실시했다. 노동조합이 강제 사용에 반대하자 자발적 선택을 원칙으로 밝혔지만, 각 부서 관리자들을 통해 사용을 적극 권장하였다. 또 시간외근무수당 신청을 자제하도록 종용했다는 사실이 면담 조사를 통해 확인됐다.

인건비 절감을 위해 신규 직원 채용을 유보하고 축소했는데, 특히 매년 200~300명대였던 간호사 채용 규모가 두 자릿수로 크게 줄어들었다. 이는 코로나 팬데믹 시기를 제외하면 매우 이례적인 축소 채용인 것으로 확인됐다.

아울러 전공의 의존도가 높았던 7개 병동을 폐쇄하였는데, 그 결과 약 180병상이 축소되었다. 폐쇄된 병동의 간호사 인력은 진료지원 간호사로 선발하거나 육아휴직, 병가, 사직 등으로 대체인력이 필요한 부서로 재배치하였다.

전공의 업무를 대체할 인력을 확보하기 위해 진료지원 간호사를 대폭 확충하였다. A병원은 사태 이전부터 이들을 별도의 명칭으로 부르며 내부 운영지침과 운영위원회 규정을 별도로 마련해 둔 상태였다. 국회에서 공개된 자료에 따르면 2023년 7월 기준으로 이미 160명대 진료지원 간호사가 업무를 수행하고 있었다.

병원 측이 전공의 이탈 사태 이후 구체적인 인력 충원 현황을 공개하지 않고 있어서 정확한 수치를 파악하기 어렵지만, 노동조합이 자체 확인한 결과에 따르면 2025년 초 시점에서 진료지원 간호사로 근무하는 수는 대략 400명 수준인 것으로 추정된다.

A병원은 전공의 이탈 사태 이전에는 진료지원 간호사 대부분을 해당 진료과로 소속을 변경하였는데, 사태 이후 각 과에 선발된 이들과 새로 결성된 시범사업팀에 합류한 이들은 계속 간호부 소속을 유지하도록 했다. 이는 전공의 복귀 상황에 따라 인력 배치를 탄력적으로 운용하려는 포석으로 해석될 수 있다.

2024년 경영실적은 아직 공개되지 않은 상황(2025년 3월말 기준)인데, 김선민 국회의원실이 공개한 자료에 따르면 약 천억원이 넘는 손실이 발생한 것으로 나타났다.⁶⁹ 2023년에는 순손실액이 4억원 수준이었다는 점에서 경영 상황이 크게 악화되었다고 볼 수 있다.

전공의 이탈 직후 열린 정기이사회에서 “전공의 사직에 따른 유동성 부족에 대비하기 위하여 차입금액 증액이 필요”하다는 의견이 나왔고, 비상경영으로 들어간 뒤 열린 4월 임시이사회에서도 “인건비 및 재료비의 추가적인 감축 가능 여부를 포함한 세부적인 계획 마련과 비상경영의 의미를 고려한 특단의 조치가 필요”하다는 의견이 제시되기도 하였다.

하지만 A병원의 노동조합은 다른 병원보다 상대적으로 강한 단결력을 가지고 사측의 독단적 운영을 견제하며 노동권 후퇴를 저지하는 활동을 적극적으로 전개하였다. 무급휴가 강제 사용 방침의 철회를 비롯해 진료지원 간호사로의 자발적 지원과 희망 시 원 부서 복귀 보장에 대한 원칙적 동의를 끌어내기도 하였다.

노동조합은 공식적인 정기 회의인 분기별 노사협의회와 산업안전보건위원회, ‘임단협(임금 및 단체협약 갱신 교섭)’ 자리를 활용하거나, 또는 시급한 현안이 있을 경우 비정기적인 대표자 면담을 마련하여 노동자의 고충을 알리고 문제 개선을 요구하였다.

노동조합의 힘이 만만치 않기 때문에 그만큼 사측 역시 노동조합을 견제하는 행태를 보이고 있다. 이번 전공의 집단 이탈 사태에서도 노동조합은 무급휴가 사용 일수와 진료지원 간호사 총원 규모와 구체적 업무 지침, 병상 가동률 등에 관한 정보를 요구하였지만 사측은 이에 응하지 않았다. 세 병원에 국한해 상대적으로 비교하자면 A병원의 노사 관계는 양측이 힘을 겨루고 있는 갈등적 관계로 규정될 수 있다.

2024년 임단협에서도 노동조합은 7월부터 3개월 간 약 50여차례 교섭을 진행하며, ‘공공 병상 축소 저지’와 ‘의료 공공성 강화’, ‘의정 갈등에 따른 경영 적자 책임전가 금지’, ‘필수 안전 인력 총원’, ‘실질임금 인상’ 등을 요구하였다. 10월말 파업에 들어가기 전에 ‘임금 인상(정부

⁶⁹ 강승지. 2025. 뉴스1. “[단독]의료사태 직격탄, 전국 11개 국립대병원 적자 5662억”. 2025년 2월 18일.

가이드라인 2.5%)’과 ‘근로조건 개선’, ‘인력 충원’, ‘의료공공성 유지 노력’ 등에 합의하면서 교섭이 마무리되었다.

(2) B 병원의 상황과 전략

B병원은 국립대병원(분원)이며 비수도권 특례시에 소재한 종합병원이다. 2023년 공시 자료 기준으로 약 600병상을 보유한 중형 병원이다. B병원 누리집에 공개된 정보(2022년 10월 31일 기준)에 의하면, 총 병원 인력은 약 1,700명(의사 약 200명, 간호직 약 800명, 의료기술직 약 160명, 원무직 약 220명, 원무지원직 약 170명 등) 수준이다.

B병원은 개원한 지 대략 10년 밖에 안 된 신생 병원으로, 개원 당시 전공의가 없었기 때문에 진료지원 간호사의 비중과 의존도가 높은 형태로 운영되어 왔다. B병원 역시 정부의 의대 정원 확대에 반발하며 3월 1일, 인턴을 포함한 전공의 전원이 진료 현장을 떠났지만 애초에 전공의 의존도가 매우 높은 편은 아니었기 때문에 A병원과 비교하자면 상대적으로 그 혼란과 피해가 크지 않았다고 볼 수 있다. 한편 이탈한 고연차 전공의 중 일부는 7월경 복귀한 상황이다.

B병원에서도 진료지원 간호사 인력 확충을 위해 감염 병동을 포함한 2개 병동을 폐쇄하는 조치를 취하였다. 병원 경영진의 전언에 따르면 전공의 이탈 사태 이후 약 50명 정도 충원하여 2025년 2월 시점으로 약 150명의 진료지원 간호사가 업무를 수행하고 있는 상황이다. 한편 인력 재배치를 위해 감염 병동을 닫았지만, 겨울철 인플루엔자가 유행하는 시기에 환자 격리를 위해 병동 일부를 재가동하는 등 탄력적으로 병상 운영을 하는 것으로 나타났다.

B병원은 분원이다 보니 ‘공공기관 경영정보 공개시스템(ALIO)’에 경영 실적이 본원과 통합된 형태로 공개돼 있다. 전술한 김선민 의원실 자료에서도 본원과 합산한 결과로 제시되었는데, 약 300억원 대 손실이 발생한 것으로 나타났다. 실제로 B병원은 전년(2023년)과 비교해 외래 연인원은 약 10%, 입원 연인원은 약 3% 감소하였다. 하지만 수익 측면에서 볼 때 외래는 약 1% 감소했지만 입원에서 약 10% 증가해 결과적으로 총 의료 수익은 약 6% 증가하였다.

본래 B병원은 매년 적자가 발생하는 상황이었다. 전공의 이탈에도 불구하고 의료(입원) 수익이 더 늘어나게 된 까닭은 크게 두 가지 측면에서 이해할 수 있다. 우선 정부의 한시적 수가 보상과 지원금 덕분에 일정 수준 적자폭을 메울 수 있었던 것으로 보인다. 정부는 건강보험 재정을 투입해 의료공백 기간 중증·희소질환 입원 환자 진료를 유지하도록 입원료를 추가 보상하였다. 이러한 ‘중증환자 입원 비상진료’ 지원 외에도 경증환자 회송료가 50% 인상되자 B병원은 적극적으로 전원의뢰서를 작성하도록 지침을 내리고 해당 업무를 위해 간호사 3명을 배치하기도 하였다.

두 번째는 ‘기저 효과’의 문제로, B병원은 2023년에 많은 교수들이 사직하며 운영에 큰 어려움을 겪을 수밖에 없었다. 이들은 대부분 경제적 이유로, 즉 더 많은 소득을 얻기 위해 개원을 하거나 민간의료기관으로 이직하며 병원을 떠났다. 공시된 회계 정보에서도 B병원의 순손실이 2022년 약 70억원에서 2023년 280억원으로 크게 늘어난 것으로 확인되었다.

교수 인건비는 정해진 규정에 따라 일정 수준 상한선이 있기 때문에 B병원은 교수 채용에 난항을 겪을 수밖에 없었고, 결국 빈 자리의 대부분은 계약직 의사인 촉탁의(대략 30~40명 수준)로 메우게 되었다. 전공의 이탈 후에도 추가로 교수들의 이탈이 이어졌고 2025년 2월 시점으로 전체 교수 정원 중 2/3 정도만 유지하고 있는 상황이다.

게다가 B병원은 개원 당시 발생한 수천억원의 건축비 부채를 안고 있다. 매년 이자를 포함한 원금을 일정 수준 갚아 나가고 있던 와중에 최근 교수 인력의 대거 유출과 전공의 집단 이탈 사태가 발생했다는 점에서 향후 운영난이 더 심각해질 것으로 예상된다.

한편 B병원의 본원은 애초 전공의 비중이 큰 편이었기 때문에 이탈의 충격이 작지 않았다. 4월 중순 비상경영체제 돌입을 선언하고 직원들을 대상으로 무급휴가 신청을 받기 시작하였다. 하지만 B병원은 무급휴가 사용을 강제하지 않는다는 노사합의에 따라 실제 무급휴가가 강요된 사례는 거의 찾기 어려웠고, 일부 보직자들을 중심으로 무급휴가 사용이 이뤄진 것으로 파악되었다.

노동조합과 사측은 전공의 집단 이탈 사태 이후 과정에서 표면적으로 크게 대립하는 양상은 관찰되지 않았다. 국립대병원은 ‘공공기관 운영에 관한 법률’에 따라 교육부 소속 기타

공공기관으로 지정돼 있기 때문에 인건비 총액이 기재부가 정한 인상을 상한을 넘지 못하는데, 기재부가 2024년 제시한 임금 인상률은 2.5%였다. B병원 노동조합은 비수도권에 소재한 국립대병원 가운데 가장 먼저 임금 교섭에 들어갔고, 기재부 가이드라인에 맞춰 임금을 2.5% 인상하는 것으로 합의를 마무리했다.

이런 측면에서 B병원의 노사관계는 세 병원 중에서는 비교적 협력적 관계에 해당하는 것으로 볼 수 있다. 아울러 비상경영 상황임에도 불구하고, 휴무인 근무자가 부서장 요청에 의해 해당 근무 시작 24 시간 이내에 근무 일정을 변경하여 출근하는 경우 근무변경수당(20,000 원)을 지급(25.1.1. 시행)하도록 단체협약을 개정하는 성과를 끌어냈다는 점을 보더라도 상대적으로 B 노동조합이 사측과 우호적 교섭 관계에 있다고 평가할 수 있겠다.

(3) C 병원의 상황과 전략

C병원은 사립대병원으로 비수도권 광역시에 소재한 상급종합병원이다. 2023년 공시 자료 기준으로 약 1,000병상을 보유한 대형 병원이다. 사립대병원인 관계로 다른 두 병원에 비해 병원의 구체적 인력 현황에 대한 정보 접근이 제한적일 수밖에 없었다. 심사평가원 누리집에는 의사 인력이 약 270명인 것으로 공시되어 있다.

C병원은 ‘유니온샵(Union Shop)’인 관계로 노동조합 가입률이 높은 편이다. 노동조합이 제공한 자료에 따르면, 간호사는 약 1,600명대이며, 의료기사는 약 300명, 간호조무사와 간호보조원 약 260명, 그리고 보안과 미화, 영양, 장례 등 기타 직군이 약 160명 정도 근무하고 있는 것으로 파악된다.

2024년 7월, 한 언론보도에 따르면 C병원의 전체 전공의(약 130명) 가운데 80~90%가 이탈하여 복귀하지 않은 것으로 알려졌다. 2025년 2월, 노동조합 차원에서 대략적으로 집계한 결과, 의사직(교수, 전공의 모두 포함) 400명 가운데 약 150명 정도 사직서가 수리되었고 20명 가량이 복귀한 것으로 확인됐다.

C병원은 전공의 이탈 사태 이전에도 전공의 모집에 어려운 진료과에서 진료지원 간호사를 선발하여 대체 인력으로 활용하고 있었다. A병원만큼 전공의 의존도가 높지 않지만, B병원에 비해서는 비교적 전공의 인력 규모가 컸기 때문에 세 병원 중에서는 전공의 의존도가 중간 정도에 해당한다고 볼 수 있다.

C병원 역시 전공의 업무 공백을 메우기 위해 진료지원 간호사를 확충하였다. 노동조합이 제공한 정보에 따르면, 2023년 2월 기준으로 진료지원 간호사 수는 신속대응팀 6명, 시술지원팀 21명, 진료지원부(외래/병동/검사실 등) 147명, 수술실 29명, 이렇게 총 203명인 것으로 집계되었다. 전공의 이탈 사태 이전의 약 50명 수준에서 4배 가량 인원이 증가된 것이다.

C병원은 전공의 이탈 사태 이전에도 계속 흑자 재정을 기록했다. 보건산업진흥원에 공시된 회계 정보를 보면, 2022년(3월~2023년 2월)과 2023년(3월~2024년 2월)에 각각 약 540억과 72억원의 순이익을 거둔 것으로 나타났다. 노동조합이 단체 교섭 과정에서 파악한 정보에 따르면 2024년에도 3~8월 동안 약 140억원 정도 흑자를 기록한 상태였다.

C병원도 전공의 이탈로 인해 진료량 축소가 불가피했지만, 비상경영에 따른 긴축 재정 조치들과 ‘중증진료체계 강화 시범사업’으로 받은 지원금, 외래 검사량 증대 등이 흑자 운영을 가능하게 한 요인들로 추정된다.

C병원은 전공의 이탈 이후 신속하게 비상경영체제 도입을 선언(2024년 3월 8일)하고 긴축 재정과 운영효율화 방안으로 ‘인원동결’, ‘무급휴가도입’, ‘연장근로 제한’, ‘통합병동 운영 및 인력 재배치’ 등을 시행했다(<그림 2> 참고).

비상경영에 따른 즉각적인 조치로 50병상 규모가 되는 두 병동을 곧바로 폐쇄하였고 해당 인력을 타 부서로 재배치하거나 무급휴가 사용을 강제하였다. 이 두 병동 중 한 병동은 2025년 1월에 다시 절반 규모로 가동을 시작했다.

한편 C병원에서는 무급휴가 사용의 강제성이 높았던 것으로 확인되었다. 이 밖에도 인건비 지출이 큰 고연차 노동자들을 의도적으로 업무가 힘든 부서로 발령을 내거나 장기 휴직을 적극 권고하는 한편, 비용 절감을 위해 명예퇴직 신청을 막기도 하였다.

병원 ‘비상경영체제’ 돌입

현재 병원은 전공의 부재 등으로 인한 수술 및 입원환자 감소에 따른 경영악화로 위기에 처해 있습니다.

이에 병원은 비상경영체제 전환을 통한 긴축 재정과 운영효율화 방안 실행이 불가피한 상황입니다.

직원 여러분의 많은 양해와 협조를 부탁드립니다.

1. 비상경영 운영 기준

구 분	비상경영 운영 기준
운 영	- 인원동결 - 휴가사용 촉진 (무급휴가도입 예정) - 연장근로 제한 - 통합병동 운영 및 인력 재배치 - 미수금 발생 억제 및 회수 촉진
비용절감	- 24년 확정예산 감축(-10%) 조정 - 시설투자 유보 (장비, 비품, 공사) - 자재대 지급기준 준수 - 출장 및 교육, 학회 자제 - 부서장운영비 등 경비사용 자제

2. 시행일자 : 2024 년 3 월 8 일 ~ 추후 공지시 까지

〈그림 2〉 C병원의 ‘비상경영체제’ 돌입 안내문

이렇듯 C병원은 다른 두 병원보다 훨씬 강력하고 노골적으로 비용 절감 정책을 추진하였다. 앞서 살펴봤듯이 경영 상황이 크게 악화되지 않았음에도 불구하고 사측 소식지를 통해 계속해서 직원들에게 경영 위기 상황의 심각성을 알리며 노동자를 억압하는 병원 조치들의 정당성을 강화하는 전략을 펼쳤다(〈그림 3〉 참고).

24년 3월 경영현황을 알려드립니다.

구 분	2.20 ~ 2.29		3. 1 ~ 3.31		계획대비(2.20~3.31)	
	계 획	실 적	계 획	실 적	차 이	증감율
외 래	52억	52억	143억	133억	-10억	-5.1%
입 원	96억	78억	292억	216억	-94억	-24.3%
합 계	148억	130억	435억	349억	-104억	-17.9%

※ 3월 진료수의 '-86억', 의료공백 이후 누적 손실액 확대

※ 일평균 외래환자수 3월 3주부터 2천명대로 감소

(1주 : 3,094명, 2주 : 3,116명, 3주 : 2,929명, 4주 : 2,878명)

무급휴가, 운영병상 조정 등의 비상경영체제 전환은 의료공백 장기화에 대비하여 경영 위기를 극복하기 위한 선제적 조치였습니다.

수도권 주요병원 및 대부분 상급종합병원들도 경영 부담을 이기지 못하고 비상경영체제로 전환하는 등 살아남기 위한 대책 마련을 위해 안간힘을 쓰고 있습니다.

지금처럼 병상 가동률이 회복되지 않는 상황에서 외래진료마저 정상적으로 운영되지 않는다면, 병원 경영은 더욱 심각한 어려움을 겪게될 것입니다

< 타 병원 의료공백 대응현황 >

구 분	본 원	A병원	B병원	C병원	D병원	E병원
미운영병상	98병상	132병상	110병상	126병상	210병상	224병상
무급휴가자	153명	500명	300명	400명 (주4일 근무)	207명	415명

의료공백 이후 '진료수의 162 억원 미달' 누적 손실액 지속적으로 증가

구 분	외 래		입 원		월별 합계	
	계 획	실 적	계 획	실 적	계 획	실 적
2월(20~29일)	52억	52억	96억	78억	148억	130억
3월(1~31일)	143억	133억	292억	216억	435억	349억
4월(1~21일)	99억	93억	200억	148억	299억	241억
누적 합계	294억	278억	588억	442억	882억	720억
차이(증감율)	-16억 (-5.4%)		-146억 (-24.9%)		-162억 (-18.4%)	

일평균 외래환자수 3월 3주 이후 '2천명대로 감소세 유지'

(3월 3주 2,929명, 4주 2,878명)

전신마취 수술건수 1월 대비 '-67% 감소'

구 분		1월 평균	2월 평균	3월 평균	4월		
					1주	2주	3주
환자수	외래	2,999명	3,031명	3,047명	2,880명	2,716명	2,885명
	입원	760명	642명	620명	597명	554명	611명
전신마취수술		50건	41건	28건	25건	21건	30건
병상 가동률	전체	76%	64%	57%	59%	55%	61%
	간호간병	78%	67%	58%	60%	57%	63%

<그림 3> C병원의 경영 현황 안내문

따라서 C병원은 노동자의 권리를 지키려는 노동조합의 활동에 대해 시종일관 부정적 태도로 보이며 노동조합을 불합리한 조직으로 매도하는 여론전을 펼쳤다. 2024년 임단협이 진행되는 중에는 사내 소식지를 통해 다른 병원의 임금 협상 결과를 제시하며 노동조합의 임금 인상안(2.0%)이 무리한 요구인 것처럼 호도하는 행태를 보였다(<그림 4> 참고).

환경지원(미화)직 '채용절차' 진행

지난 1년 3개월동안 병원은 환경관리 업무의 효율화를 위해 노동조합 및 해당 직원들과 수차례의 교섭과 설명회 및 간담회를 통해 직접 소통하며 협의를 지속적으로 진행하여 왔습니다.

하지만 노동조합은 '무조건적인 고용승계'와 '용역업체의 정년보장(65세)'만을 요구하며 비협조적인 태도로 일관하여 협의의 결과가 도출되지 못하고 있는 실정입니다.

노동조합의 비협조적인 태도에도 병원은 환경관리 업무의 안정적 수행과 해당 직원들의 고용안정 등을 위하여, 지난 9일 교섭과 저널을 통해 '공정한 절차에 따라 채용을 진행'하겠다는 내용을 공지하였고, 현 근무자들을 대상으로 내부 공채과정을 진행 중입니다.

채용의 공정성을 거부하며 특정 직종에 대한 무조건적인 전원 고용보장만을 요구하는 노동조합

현재 노동조합은 공문을 통하여 모든 '채용절차'를 중단하고 '무조건적인 전원 고용보장'을 전제조건으로 한 추가 교섭을 진행 하지는 입장을 전달해 왔습니다.

〈환경지원직 채용 세부일정〉

입사지원	면접일자	최종발표	주요평가항목
4월15일(월)까지	4월22일(월)	4월말 예정	- 근무평가 - 면접

이제 우리도 교섭을 마무리하고 현재와 미래에 더욱 집중해야 합니다.

올해 초부터 시작된 의정사태가 9개월째 이어지고 있는 어려운 환경 속에서도 우리를 제외한 많은 대형병원들은 노사간 양보와 타협으로 합의점을 찾아 교섭을 마무리하고 있습니다.

이제 우리도 노사간 열린 마음으로 조속히 교섭을 마무리하고 모두의 힘을 한 곳에 집중하여, 현재 우리를 둘러싼 위기극복과 더 나은 미래를 향해 함께 나아가야 합니다.

교섭의 원만한 마무리를 위해 직원 여러분의 많은 협조를 부탁드립니다.

“타 병원 교섭현황을 알려드립니다”

구 분	기본급	일시금	비 고
서울아산	1.7%	40%	○ 병원 제시 * 5년간 기본급 인상은 의료수가 인상을 적용 시 - 기본급 2.4% - 성과격려금 개선 년 50만원 이상 성과급 증가 예상 - 일시금 100만원
강릉아산	동 결	-	
경 회 대	동 결	50만원	
계 명 대	1.7%	60만원	
고 려 대	1.2%	-	
고 신 대	1.0%	20만원	
백 병 원	동 결	-	
아 주 대	동 결	110만원	
연 세 대	1.4%	60만원	
한 름 대	2.0%	-	
한 양 대	동 결	-	

〈그림 4〉 C병원 노동조합에 대한 사측 여론전

C병원 노동조합 입장에서는 오히려 사측의 이러한 태도가 불합리한 것일 수밖에 없었다. 코로나 팬데믹 시기에 해당 광역시 내 유일한 상급종합병원으로서 사실상 공공병원 역할을 수행했고 그 과정에서 노동자들이 큰 고충을 겪었지만, 사측은 정부 지원금으로 상당한 수익을 거두었음에도 노동자들에게 정당한 보상을 하지 않았다.

대신에 천억원이 넘는 수익을 병원 증축에 사용한다며 '고유 목적 보유금'으로 묶어버렸다. 게다가 대법원이 통상임금에서 고정성에 관한 법리를 폐기하고 근무일수 조건부 정기상여금을 통상임금 범주에 포함시키도록 판례를 변경함에 따라⁷⁰ 사측의 기본급 인상 억제 동기는 더욱 커지게 되었다. 기본급에 따라 시간외수당 등의 책정이 달라지기 때문이다.

⁷⁰ 정대연, 김지환, 강병한. 경향신문. 2024. “판례 변경한 대법 ‘재직·근무일수 조건 단 상여도 통상 임금’”. 2024년 12월 19일.

노동조합으로서 경영 성과에 대한 정당한 보상을 요구하였으나 사측의 비타협적 태도와 노동자와 노동조합을 갈라치기하는 여론전, 그리고 2023년 장기 파업 투쟁 여파 등으로 인해 2.0% 인상안에 합의하는 것으로 교섭을 종결 지을 수밖에 없었다.

〈표 5〉 병원별 기본 현황과 특성

	A 병원	B 병원	C 병원
분류	국립대병원	국립대병원	사립대병원
의료기관 유형	상급종합병원	종합병원	상급종합병원
소재지	수도권	비수도권 특례시 소재	비수도권 광역시 소재
병상 ⁷¹	약 1,800병상	약 600병상	약 1,000병상
전공의 이탈 규모	830명 이탈 (60명 잔류·복귀)	45명 전원 이탈 (소수 복귀)	130명 이탈 (20명 복귀)
전공의 의존도	높음	낮음	중간
진료지원 간호사 충원 규모	약 250명 충원 (현재 약 400명)	약 50명 충원 (현재 약 150명)	약 150명 충원 (현재 약 200명)
병동 폐쇄	7개 병동 (약 180병상 축소)	2개 병동	2개 병동
한시적 무급휴가	시행 (자발적 사용 권고)	시행 (자발적 사용 권고)	시행 (강제성 비교적 높음)
노사관계	갈등적 관계	협력적 관계	대립적 관계
노동조합 교섭 난이도	중	하	상

⁷¹ 보건산업진흥원 누리집에 공개된 2023년 공시정보를 참고함(2025년 3월 29일 접근)

4.2. 설문조사 분석 결과

(1) 연구참여자의 인구사회학적 특성

이 연구에 참여한 848명의 인구사회학적 특성은 <표 6>과 같다. 응답자의 83.1%가 여성이었으며, 20대와 30대가 각각 38.9%와 34.6%로 나타나 청년층이 전체 응답자의 73.5%를 차지하였다. 이는 보건의료 노동 분야의 높은 노동 강도로 인해 근무 기간이 짧고, 여성 비율이 압도적으로 높은 직업적 특성이 반영된 결과이다.

학력은 대학 졸업자가 79.8%로 가장 많았으며, 응답자의 95.3%는 정규직이었다. 직종별로는 간호사가 480명(56.6%)으로 가장 큰 비중을 차지했으며, 이어 임상병리사 86명(10.1%), 간호조무사 60명(7.1%), 방사선사 52명(6.1%) 순으로 나타났다. 근무 연수는 3년 이상 6년 미만이 29.5%로 가장 많았으며, 근무형태는 통상근무 37.9%, 3교대 근무 52.6%로 조사되었다.

〈표 6〉 연구참여자의 인구사회학적 특성(n=848)

		n	%
성별	여성	705	83.1
	남성	143	16.9
연령	20대	293	34.6
	30대	330	38.9
	40대	126	14.9
	50대	82	9.7
	60대 이상	17	2.0
교육수준	중학교 졸업 이하	4	0.5
	고등학교 졸업	92	10.9
	대학졸업	677	79.8
	대학원 재학중	31	3.7
	대학원 졸업	44	5.2
고용형태	정규직	808	95.3
	무기계약직	8	0.9
	단시간(주15시간 미만)근무, 파트타임)	1	1.0
	계약직, 임시직	31	3.7
직종	간호사	480	56.6
	간호조무사	60	7.1
	방사선사	52	6.1
	응급구조사	11	1.3
	임상병리사	86	10.1
	조리(배식)	26	3.1
	지원직(보조업무)	17	2.0
	청소·미화	37	4.4
	환자이송	23	2.7
	사무행정·원무	9	1.1
	기타	47	5.5
근속연수	1년 미만	32	3.8
	1년 이상 ~ 3년 미만	137	16.2
	3년 이상 ~ 6년 미만	250	29.5
	6년 이상 ~ 9년 미만	209	24.7
	9년 이상	220	25.9
근무형태	통상근무	321	37.9
	교대근무(2교대)	66	7.8
	교대근무(3교대)	446	52.6
	야간근무 전담	5	0.6
	기타	10	1.2

(2) 전공의 집단 이탈이 병원 노동자에게 미친 영향

① 근무 조건과 노동 강도 변화

전공의 집단 이탈 이후 병원 노동자들의 근무 조건과 노동 강도의 변화에 대하여 분석한 결과(<표 7>), 근무조건은 열악해지고 노동강도는 심화된 것으로 나타났다.

초과 근무(시간 외 근무)가 증가했다고 응답한 비율은 23.5%였으며, 근무 중 식사를 거르는 날(휴게 불가)이 늘어난 경우도 24.1%에 달했다. 또한, 환자 감소로 인한 응급 OFF 및 연차 사용이 증가했다고 응답한 비율은 27.8%였으며, 외래·입원·수술 축소로 인한 환자 응대 증가도 30.0%로 나타났다.

전공의가 수행하던 업무를 떠맡게 된 간호직군에서 노동강도의 증가는 더욱 두드러졌다. 간호사 1인당 담당하는 환자 수가 증가했다고 응답한 비율은 26.0%, 환자 중증도가 증가하였다고 응답한 비율은 37.1%였다. 근무 조별(Day/Evening/Night) 간호사 수가 줄어든 상황에서 업무 부담이 가중되었으며, 지원 인력이 줄어든 상황을 경험한 비율도 19.6%였다. 특히, 간호사들이 본래 업무 범위를 벗어난 추가 업무를 수행하고 있다고 응답한 비율은 70.0%에 달했으며, 의사 ID를 이용한 대리 처방이 증가했다고 답한 응답자도 44.4%였다. 이러한 결과는 전공의 이탈 이후 병원 노동자, 특히 간호사들의 업무 부담이 상당히 증가했음을 시사한다.

〈표 7〉 전공의 집단 이탈 이후 병원 노동자의 근무 조건 및 노동 강도 변화

		감소함	변화 없음	증가함
공통 (n=848)	초과 근무(시간 외 근무)	101(11.9%)	548(64.6%)	199(23.5%)
	근무 시 식사를 거른 날(휴게 불가)	63(7.4%)	581(68.5%)	204(24.1%)
	환자 감소 등으로 인한 응급 OFF 및 연차 사용	63(7.4%)	549(64.7%)	236(27.8%)
	외래·입원·수술의 축소와 관련한 환자 응대	78(9.2%)	516(60.8%)	254(30.0%)
간호직 (n=480)	간호사 1인당 담당하는 환자 수	76(15.8%)	279(58.1%)	125(26.0%)
	환자 중증도	34(7.1%)	268(55.8%)	178(37.1%)
	근무 조별(Day/Evening/Night) 간호사 수	149(31.0%)	310(64.6%)	21(4.4%)
	지원 인력(운영기능직, 환자 이송, 환경 유지직 등)	94(19.6%)	371(77.3%)	15(3.1%)
	간호사 업무 범위를 벗어난 추가 업무	2(0.4%)	142(29.6%)	336(70.0%)
	의사 ID를 이용한 대리 처방	3(0.6%)	264(55.0%)	213(44.4%)

전공의 집단 이탈 사태 이전과 비교하여 노동조건(업무량, 업무 범위, 근무 시간 등)의 변화에 대하여 개방형 질문을 실시한 결과 76건의 응답이 보고되었으며, 그 주된 내용은 다음과 같다.

첫째, 업무량 증가와 더불어 업무 범위가 명확하지 않고 모호하며, 충분한 교육 없이 간호사 본연의 역할을 벗어난 업무를 수행해야 한다는 호소가 많았다. 둘째, 병동 내 간호사가 진료지원 간호사로 차출됨에 따른 인력 감소가 발생하였다. 셋째, 당직 시간 동안 환자 상태에 대한 보고 체계의 문제점이 지적되었으며, 진료 교수와의 의사소통 과정에서 권위적이고 강압적인 태도로 인해 어려움을 겪는 사례가 보고되었다. 넷째, 처방과 관련하여 대리처방이나 구두처방에 대한 불안감을 호소하였다. 다섯째, 전공의 부재로 인해 환자와 보호자에게 치료 과정에 대한 충분한 설명이 제공되지 않아, 이에 따른 환자 응대 업무가 증가하는 문제가 발생하였다.

“간호사가 해야 하는 업무가 정확하게 어디까지인지 명시되어있지 않아 대부분의 일들을 간호사가 하고 있습니다... 업무량은 늘어났으나 한 듀티당 일하는 간호사는 줄어서 업무량이 상당히 증가했습니다.”

“대리처방이 당연하게 되었습니다. 너무 무서워요”

“당직시간에 고충이 많다. 당직인 교수가 시술장에 있어 아무도 노티를 못 받는거나, 당직인 교수가 학회라서 다른 펠로우에게 받거나 하는 경우가 종종 있어 불편하다.”

“교수님들이 근무하시면서 레지던트 의사들이 있을 때보다 회진이 줄다 보니 보호자들 complain이 많아졌어요. 병동에서 acting out(과격행동)하는 경우도 많아졌으나, 이걸 담당 간호사로서 ‘해결’해줄 수 있는 부분이 아니니 감정소모가 좀 있는 것 같아요.”

② 전공의 집단 이탈 이후 간호사의 의사 업무 수행 변화

간호직을 대상으로 전공의 집단 이탈 사태 전후의 의사 업무 수행 여부를 비교·분석한 결과는 <표 8>에 제시하였다. 또한, <표 9>에서 통계적으로 유의미한 변화를 보인 업무에 대해 병원별 하위 분석을 실시하고, 이를 시각적으로 나타낸 그래프가 <그림 5>이다.

전공의 집단 이탈 이후 복합 드레싱(catheter, tube, 수술 부위 드레싱) 수행 비율은 45.4%에서 51.9%로 증가($p=0.002$)했으며, 각종 Catheter 제거(CVC, PICC) 또한 13.1%에서 18.8%로 증가($p=0.001$)했다. 발사(Stitch Out) 수행 경험이 있는 간호사 비율은 7.5%에서 12.9%로 증가($p<.001$)했으며, C-line⁷² 제거 역시 10.2%에서 14.2%로 증가($p=0.007$)했다. 또한, 의무기록 작성 관련 업무 수행 비율도 증가하여, 진료기록 초안 작성(10.2% → 13.8%, $p=0.007$) 및 진단서 초안 작성(7.0% → 11.0%, $p<.001$) 모두 증가한 것으로 나타났다.

⁷² ‘C-line’은 중심 정맥에 삽입하는 카테터(Central venous catheter) 일종으로, 중심 정맥은 쇄골하 정맥, 경정맥, 대퇴정맥 등 심장으로 연결되는 큰 정맥을 말한다.

반면, A-line을 통한 동맥혈 채취(26.0% → 21.7%, $p=0.005$)와 검체 나누기(34.0% → 30.6%, $p=0.030$) 등의 업무 수행 비율은 감소하였다. 그런데 병원별 하위 분석 결과, 전공의 의존도가 높았던 A병원에서는 해당 업무의 간호사 수행 비율이 증가한 반면, 전공의 의존도가 낮았던 B병원과 C병원에서는 감소하는 경향을 보였다(<그림 6>).

이러한 변화는 전공의 집단 이탈 이후 진료지원 간호사와 별도의 인력팀이 구성되면서 기존에 전공의가 담당하던 업무가 재배분된 것과 관련되었을 가능성이 있다. 특히, 전공의 인력이 부족했던 병원에서는 이전에 비공식적으로 간호사가 수행하던 일부 의사 업무가 정부의 간호사 업무 관련 시범사업 등을 통해 조정되었을 가능성도 있다.

<그림 5>의 하위 분석 결과를 보면, 전공의 의존도가 낮았던 B병원에서는 업무 수행 비율 변화가 크지 않거나 감소하는 경향을 보였는데, 전공의 의존도가 높았던 A병원에서는 간호사의 의사 업무 수행 비율이 대부분 증가한 것으로 나타났다. C병원의 경우는 A-line을 통한 동맥혈 채취와 검체 나누기를 제외한 대부분의 업무에서 수행 비율 증가 경향을 보이며, A병원과 유사한 양상을 나타냈다.

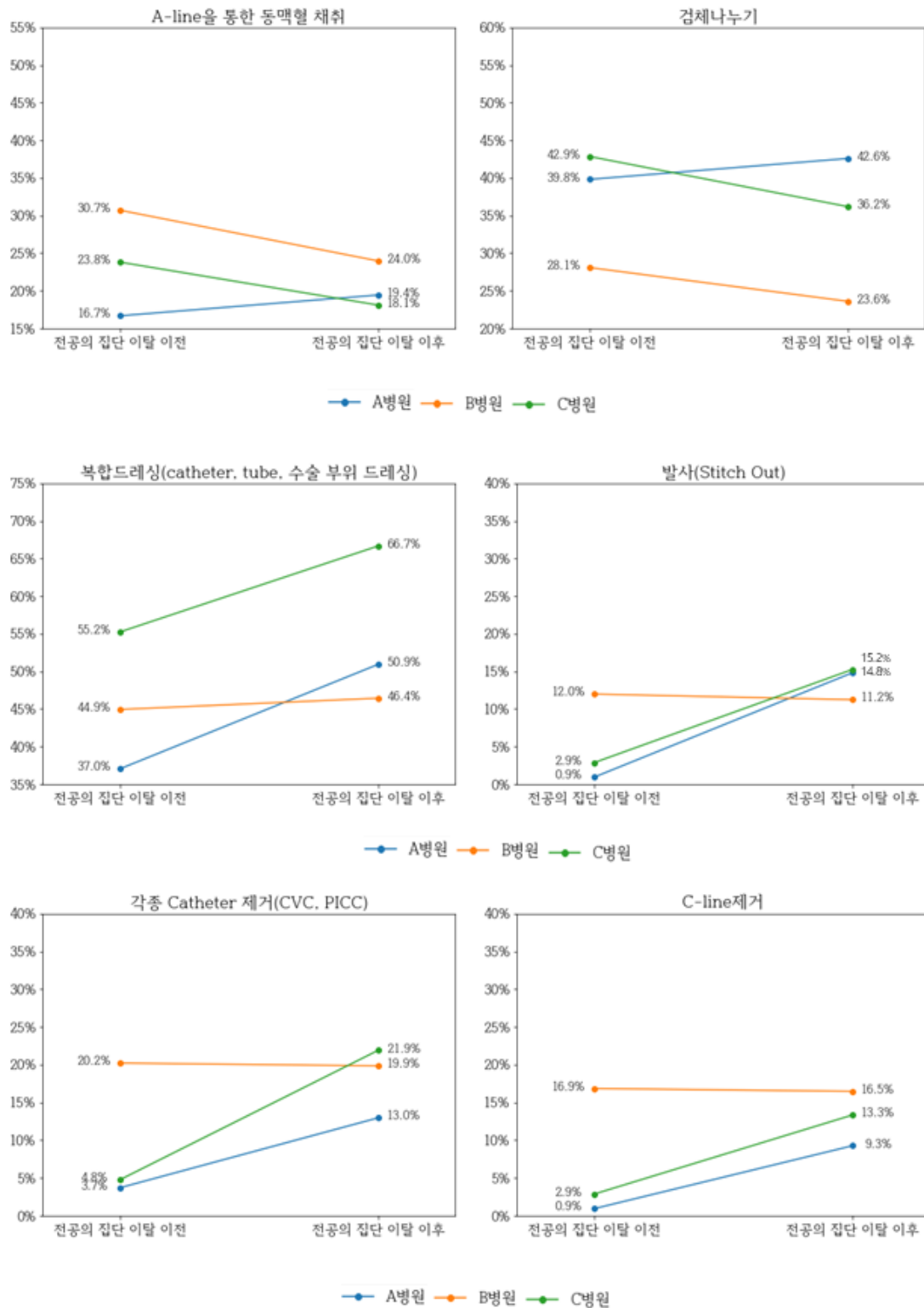
한편, 정부는 의료 현장의 진료 공백을 해소하고자 2024년 3월부터 간호사 업무 관련 시범사업을 시행하고 있다. 해당 시범사업 가이드라인에 따르면, <표 8>의 의사 업무는 전문간호사 또는 (가칭)전담간호사가 수행할 수 있는 업무로 분류되며, 일반 간호사에게는 위임할 수 없는 업무로 규정되어 있다. 그러나 조사 결과, 진료지원 전담 업무를 수행한 경험이 있는 간호사 78명(응답자의 16.3%)뿐만 아니라, 더 많은 간호사들이 해당 의사 업무를 수행한 경험이 있다고 보고하여, 실제 의료 현장에서는 전공의 집단 이탈 이전부터 해당 업무가 진료지원 간호사뿐 아니라 일반 간호사들에게도 전가되고 있었음이 확인되었다.

이러한 결과는 전공의 집단 이탈 사태가 기존에 비공식적으로 이루어지던 간호사의 진료 지원 행위를 공식적으로 드러내는 계기로 작용했으며, 병원별 특성에 따라 업무 조정 방식과 변화의 양상이 다르게 나타나고 있음을 시사한다.

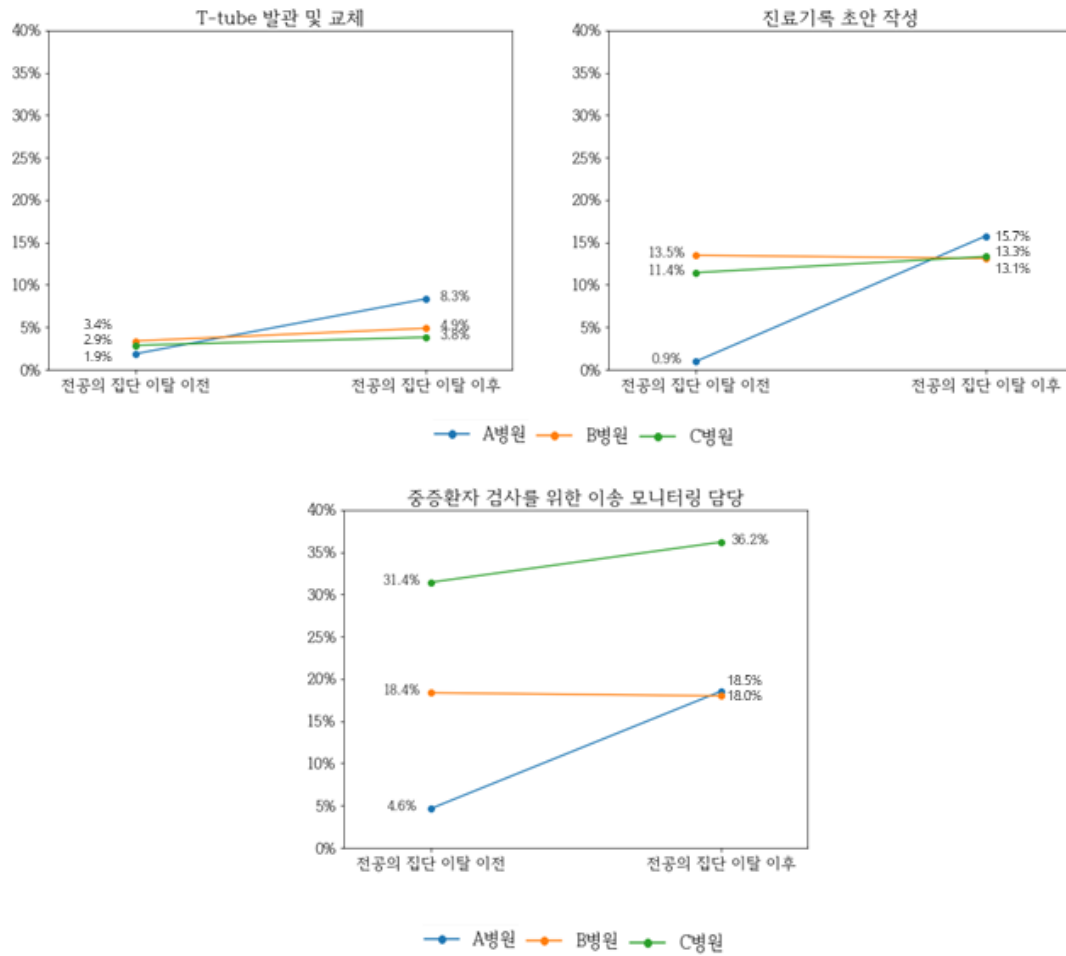
〈표 8〉 전공의 집단 이탈 전후 간호사의 의사 업무 수행 변화(n=480)

	전공의 집단 이탈 이전	전공의 집단 이탈 이후	chi ² (1)	p-value
A-line을 통한 동맥혈 채취	125(26.0%)	104(21.7%)	8.02	0.005
검체 나누기	163(34.0%)	147(30.6%)	4.74	0.030
복수천자	3(0.6%)	4(0.8%)	0.33	0.564
TTA(Trans Tracheal Aspiration)	59(12.3%)	56(11.7%)	0.53	0.467
복합드레싱(catheter, tube, 수술 부위 드레싱)	218(45.4%)	249(51.9%)	9.91	0.002
봉합(Stapler 이용한 봉합)	12(2.5%)	17(3.5%)	1.47	0.225
발사(Stitch Out)	36(7.5%)	62(12.9%)	13.00	<.001
각종 Catheter 제거(CVC, PICC)	63(13.1%)	90(18.8%)	10.88	0.001
C-line제거	49(10.2%)	68(14.2%)	7.37	0.007
PICC 삽입	3(0.6%)	2(0.4%)	0.33	0.564
중심정맥관 삽입	6(1.3%)	6(1.3%)	0.00	1.000
Tracheostomy tube 드레싱	207(43.1%)	199(41.5%)	0.94	0.332
T-tube 발관 및 교체	14(2.9%)	26(5.4%)	5.54	0.019
감염 욕창 드레싱, 흡인 드레싱(curavac)	146(30.4%)	144(30.0%)	0.06	0.800
기관 발관	28(5.8%)	24(5.0%)	1.33	0.388
전문의약품 처방	171(35.6%)	163(34.0%)	1.10	0.294
위임된 검사·약물 처방, 프로토콜 하 검사·약물 처방	126(26.3%)	136(28.3%)	1.61	0.204
진료기록 초안 작성	49(10.2%)	66(13.8%)	7.41	0.007
진단서 초안 작성	33(7.0%)	53(11.0%)	12.50	<.001
중증환자 검사를 위한 이송 모니터링 담당	87(18.1%)	106(22.1%)	6.12	0.013

***McNemar's 검정 시행함, cell 크기 5이하인 경우 exact 검정 시행함



〈그림 5〉 병원별 전공의 집단 이탈 전후 간호사의 의사 업무 수행 변화 (1)



〈그림 6〉 병원별 전공의의 집단 이탈 전후 간호사의 의사 업무 수행 변화 (2)

③ 진료지원 전담 간호사

전공의 집단 이탈 사태에 대응하여 각 병원들은 전공의 업무를 대신할 진료지원 간호사를 선발하여 배치하였다. 진료지원 전담 업무를 1개월 이상 수행한 경험이 있는 간호사 78명을 대상으로 설문조사를 수행하여 분석한 결과는 <표 9>과 같다.

전담 간호사의 임상 경력을 분석한 결과, 3년 이상 6년 미만의 경력을 가진 간호사가 43.6%로 가장 많았으며, 6년 이상 9년 미만(23.1%)과 9년 이상(23.1%)이 그 뒤를 이었다. 정부의 간호사 업무 관련 시범사업 지침에 따르면 일반 간호사를 진료지원 간호사로 전환할 경우 3년 이상의 임상 경력 보유자로 한정할 것을 권고하고 있다. 그러나 본 조사에서는 임상 경력 3년 미만의 간호사가 10.3% 포함되어 있었으며, 심층 면접에 따르면 B병원과 C병원에서는 전공의 집단 이탈 사태 이전부터 신규 간호사를 전담 간호사로 발령하는 사례가 다수 발생하고 있었다.

진료지원 업무 수행 계기를 조사한 결과, 자발적으로 진료지원 업무 수행 간호사 채용공고에 지원한 간호사가 52.6%에 불과했다. 반면 일방적 부서 배치 및 발령과 같은 비자발적 부서 이동이 42.3%로 나타나 전공의 집단 이탈로 발생한 의료 공백을 메우고자 간호사들에게 의사 업무가 강제로 전가되고 있음을 확인할 수 있었다.

진료지원 업무 배치 전 교육에 대해서는 이론 교육이 평균 18.54시간(SD:35.85), 술기 교육이 평균 15.15시간(SD:33.39)로 나타났다. 그러나 교육 시간의 편차가 크며, 이론 교육의 중앙값은 8시간, 술기 교육의 중앙값은 1시간으로 비교적 낮게 나타났다. 또한 진료지원 업무 배치 전 교육 시간을 0시간으로 기입한 간호사는 이론 교육의 경우 35.9%, 술기 교육의 경우 48.4%에 달해 상당수의 간호사가 충분한 사전 교육 없이 진료지원 업무를 수행하고 있는 것으로 나타났다.

배치 전 교육과 관련해 응답하지 않은 간호사는 14명이었으며 이들은 주로 B병원과 C병원 소속이었다. 이는 두 병원에서 진료지원 간호사 업무에 신규 간호사를 발령하는 사례가 있기 때문으로 보인다. 신규 간호사로 처음부터 해당 업무를 수행해온 경우, 배치 전환 경험이

없거나 진료지원 업무와 관련된 교육 여부를 인지하지 못했을 가능성이 있어 무응답 비율이 높았을 것으로 해석할 수 있다.

진료지원 업무 수행과 관련하여 57.7%의 간호사가 어려움을 경험했다고 응답했으며, 주요 어려움은 구분 없는 업무 전가(55.6%), 체계적인 교육·훈련 프로그램의 부재(37.8%), 부당한 업무 요구(31.1%) 등이 꼽혔다. 이는 명확한 업무 구분과 체계적인 교육프로그램의 필요성을 시사한다.

진료지원 간호사의 역할과 관련하여 어려움을 경험한 간호사는 56.4%였으며, 주요 어려움으로는 업무 책임 소재 불분명으로 인한 불안감(77.3%), 소속감 결여(45.5%), 승진 및 발전의 한계(29.5%)가 꼽혔다. 특히, 2025년 6월 간호법 시행을 앞두고 있음에도 불구하고 업무 범위가 명확하지 않고, 교육이 부족한 상황에서 간호사들이 진료지원 업무에 투입되고 있어 환자 안전사고나 의료사고 발생 시 책임 소재에 대한 불안이 증폭되고 있음을 알 수 있다.

〈표 9〉 진료지원 전담 간호사 현황(n=78)

		n	%
임상 경력(n=78)	1년 이상 ~ 3년 미만	8	10.3
	3년 이상 ~ 6년 미만	34	43.6
	6년 이상 ~ 9년 미만	18	23.1
	9년 이상	18	23.1
진료지원 업무 수행 계기(n=78)	자발적 지원	41	52.56
	비자발적 부서 이동	33	42.31
	기타	4	5.13
배치 전 교육(n=64)	mean±SD	이론	18.54±35.85
		술기	15.15±33.39
	Median	이론	8
		술기	1
	'교육받지 못함' 응답 n(%)	이론	23(35.9%)
		술기	28(48.4%)
진료지원업무와 관련된 어려움 경험 (n=78)	예	45	57.7
	아니오	33	42.3
업무와 관련된 주요 어려움 (n=45), 중복응답 가능	구분 없는 업무 전가	25	55.6
	부당한 업무 요구	14	31.1
	과도한 업무량	13	28.9
	업무 난이도 상승	10	22.2
	체계적인 교육·훈련프로그램의 부재	17	37.8
	타 직종과 갈등	8	17.8
	기타	1	2.2
진료지원전담간호사의 역할과 관련된 어려움 경험 여부(n=78)	예	44	56.4
	아니오	34	43.6
역할과 관련된 주요 어려움(n=44), 중복응답 가능	승진 및 발전에서의 한계	13	29.5
	소속감 결여	20	45.5
	업무 책임 소재 불분명으로 인한 불안감	34	77.3
	갑작스러운 부서 이동 가능성에 대한 불안	9	20.5
	업무 수행 주체에 대한 사회적 인식 부족	11	25.0
	기타	1	2.3

진료지원 전담 업무를 수행하는 것과 배치 전 교육에 대하여 개방형 질문을 수행한 결과, 15건의 응답이 보고되었으며, 그 주된 내용은 다음과 같다.

첫째, 진료지원 간호사의 법적 보호장치 부재가 지적되었다. 둘째, 업무분장이 명확하지 않고, 업무 수행 과정에서 진료과와의 의사소통에 어려움이 있다는 문제가 제기되었다. 셋째, 진료지원 간호사의 열악한 처우문제(사무실, 탈의실 공간 없음, 낮은 소속감, 임시직 분류 등)가 지적되었다. 넷째, 전담 간호사 배치 전 교육이 제대로 이루어지지 않거나 아예 없었던 경우가 빈번하였다. 다섯째, 전담 간호사 배치 및 발령이 일방적으로 이루어진 점에 대한 문제가 보고되었다.

“진료지원 업무가 명확하게 법의 테두리 안에서 보호받는 직종이었으면 좋겠다”

“어려운 업무에 대해 진료부에 요청하기가 … 소통 창구가 어렵습니다. 전임의에게 수차례 연락해도 개선이 안됩니다.”

“병원 교육이 있었지만, 병원 차원에서 필수적으로, 의무적으로 들을 수 있는 환경을 조성하지 않아 일정도 몰랐고, 알았어도 업무 때문에 교육 받을 수 없음.”

“자발적으로 원하는 사람에게 한해서 전담 간호사를 하였으면 좋겠음, 전담간호사를 하다가 원하면 언제든지 일반 간호사로 전환시켜줬으면 좋겠음.”

④ 전공의 집단 이탈과 병원 노동자의 고용안정성

전공의 집단 이탈 이후 병원 노동자들의 무급휴가 사용 여부를 조사한 결과, 전체 응답자(n=848) 중 30.4%(n=258)가 무급휴가를 사용한 경험이 있는 것으로 나타났다(<표 10>). 무급휴가 사용자의 평균 사용 일수는 7.3일(SD=7.185)이었다. 무급휴가 사용 계기는 ‘자율적 사용’이 89.9%로 대부분을 차지하였지만 비자율적 사용이 8.1%, 병가로 인한 사용이 1.9%로 나타났다. 이는 일부 노동자들이 원하지 않는 무급휴가를 강요 받았거나, 병원의 경영 악화로 인해 병가조차 개인의 무급휴가로 대체되는 사례가 있었음을 시사한다.

병원별 하위분석 결과(〈표 11〉), 무급휴가 사용 여부는 병원에 따라 큰 차이가 없었지만, 평균 사용일수에서는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(〈표 12〉). A병원의 평균 무급휴가 사용 일수는 7.84일 (SD=6.831), B병원은 5.15일 (SD=3.697), C병원은 12.4일 (SD=11.706)로 확인되었다.

본인 또는 동료의 무급휴가 사용에 따른 어려움을 경험한 여부를 조사한 결과, 응답자의 18.2%(n=154)가 어려움을 경험했다고 보고하였다. 무급휴가 사용과 관련한 주요 어려움으로는 ‘근무조별 근무 인원 감소로 인한 업무 과중’(79.2%, n=122), ‘급여 감소로 인한 경제적 어려움’(45.5%, n=70), ‘무급휴가 거절 시 인사상 불이익(파견근무 및 부서 이동 조치 등)에 대한 두려움’(18.8%, n=29), ‘무급휴가 사용과 관련한 조직 내 따돌림 및 인간적인 괴롭힘에 대한 두려움’(22.1%, n=34) 등이 보고되었다.

전공의 집단 이탈 사태가 초래한 심각한 근무 여건에 대한 조사 결과를 병원 그리고 직군에 따라 하위 분석을 수행한 결과는 〈표 13〉와 같다. 직군별로 살펴보면, 간호직은 ‘본 업무 범위를 벗어난 업무 수행’(59.0%)과 ‘업무량 증가’(35.6%)를 더 심각한 문제로 인식하는 반면, 비간호직은 ‘병원의 경영 악화로 인한 고용 불안’(51.9%)과 ‘무급휴가 및 연차 사용 제한, 임금 동결 등으로 인한 실질 임금 감소’(37.2%)를 더 크게 우려하는 것으로 나타났다.

병원별로는 A병원 응답자들이 다른 병원보다 ‘갑작스러운 부서 이동 및 배치’에 대한 두려움을 크게 호소하는 경향을 보였다. A병원의 간호직 응답자의 37.0%, 비간호직 응답자의 21.9%가 이에 대한 우려를 나타내, 병원의 권위적인 운영 방식이 영향을 미쳤을 가능성이 확인되었다. 한편, C병원의 경우 간호직 응답자의 65.7%가 ‘업무량 증가’를 호소하여, 병원별 경영 및 인력 운영 방식에 따라 근무 환경 변화의 영향이 다르게 나타남을 알 수 있었다.

〈표 10〉 전공의 집단 이탈이 병원노동자의 고용안정성과 근무 환경에 미친 영향

		n	%
무급휴가			
무급휴가사용여부(n=848)	예	258	30.4
	아니오	590	69.6
무급휴가 사용일(mean±SD)(n=258)		7.298	7.185
무급휴가 사용계기(n=258)	자율적 사용	232	89.9
	비자율적 사용	21	8.1
	기타: 병가	5	1.9
본인 및 동료의 무급휴가 사용과 관련한 어려움 경험(n=848)	예	154	18.2
	아니오	694	81.8
무급휴가 사용과 관련한 주요 어려움(중복 선택 가능)(n=154)	근무조별 근무 인원 감소로 인한 업무 과중	122	79.2
	급여 감소로 인한 경제적 어려움	70	45.5
	무급휴가 거절 시 인사상 불이익(파견근무 및 부서 이동 조치 등)에 대한 두려움	29	18.8
	무급휴가 사용과 관련하여 눈치 주기, 따돌림 등 조직 내 괴롭힘에 대한 두려움	34	22.1
	기타	16	10.4
고용불안			
전공의 집단 이탈 사태가 초래한 심각한 근무여건(중복 선택 가능)(n=848)	업무량 증가	251	29.6
	근무 시간 증가(초과근무, 휴게불가 등)	69	8.1
	본 업무 범위를 벗어난 업무 수행	357	42.1
	갑작스러운 부서 이동 및 배치에 대한 두려움	184	21.7
	병원의 경영악화로 인한 고용 불안	326	38.4
	무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등으로 인한 실질 임금 감소	258	30.4
	기타	23	2.7
	해당 없음	97	11.4

〈표 11〉 전공의 집단 이탈과 무급휴가, 병원별 하위분석

		n(%) / mean±SD	chi ² /F	p-value
무급휴가 사용여부	A병원	93(30.6%)	3.928	0.14
	B병원	123(33.0%)		
	C병원	42(24.6%)		
무급휴가 사용일	A병원	7.84±6.831	18.63	<.001
	B병원	5.15±3.697		
	C병원	12.40±11.706		

〈표 12〉 전공의 집단 이탈 사태가 초래한 심각한 근무여건: 병원·직종별 하위분석

병원	직종	1순위	2순위	3순위
전체	간호직	업무 범위를 벗어난 업무 수행(59.0%)	업무량 증가(35.6%)	병원의 경영악화로 인한 고용 불안(28.1%)
	비간호직	병원의 경영악화로 인한 고용 불안(51.9%)	무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등 실질 임금 감소(37.2%)	업무량 증가(21.7%)
A 병원	간호직	업무 범위를 벗어난 업무 수행(59.3%)	갑작스러운 부서 이동 및 배치에 대한 두려움(37.0%)	무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등 실질 임금 감소(32.4%)
	비간호직	병원의 경영악화로 인한 고용 불안(57.7%)	무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등 실질 임금 감소(43.4%)	갑작스러운 부서 이동 및 배치에 대한 두려움(21.9%)
B 병원	간호직	업무 범위를 벗어난 업무 수행(56.2%)	업무량 증가(38.2%)	병원의 경영악화로 인한 고용 불안(34.5%)
	비간호직	병원의 경영악화로 인한 고용 불안(52.8%)	무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등 실질 임금 감소(30.2%)	업무량 증가(25.5%)
C 병원	간호직	업무 범위를 벗어난 업무 수행(65.7%)	업무량 증가(39.0%)	무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등 실질 임금 감소(26.7%)
	비간호직	업무량 증가(43.9%)	병원의 경영악화로 인한 고용불안(33.3%)	무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등 실질 임금 감소(30.3%)

⑤ 전공의 집단 이탈과 병원 노동자의 건강

전공의 집단 이탈 사태 이후 병원 노동자들의 정신건강과 건강상의 문제 및 건강행동의 변화에 대하여 분석한 결과는 <표 13>과 같다.

먼저 전공의 집단 이탈 사태로 어느 정도의 스트레스를 경험하는지 묻는 질문에 46.9%가 ‘스트레스 받는다’ 또는 ‘매우 스트레스 받는다’고 응답하여 병원 노동자들이 전공의 이탈로 상당한 수준의 스트레스를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 병원과 직종에 따라 스트레스 수준을 하위분석한 결과<표 14>, C병원의 평균 스트레스 점수(3.602)가 A병원(3.322)과 B병원(3.254)보다 높았으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다($F=7.14$, $p<.001$). 직군별 비교에서는 간호직(3.448)이 비간호직(3.220)보다 높은 스트레스 수준을 보였으며, 역시 유의한 차이를 나타냈다($t=10.61$, $p=0.001$).

우울 증상의 경우, PHQ-9 척도를 활용하여 평가한 결과, 응답자의 39.4%가 우울 증상이 없다고 응답한 반면, 36.2%는 가벼운 우울 증상 정도를 보였으며, 중간 정도 이상의 우울증이 의심되는 응답자는 24.4%에 달하였다. C병원(8.339)이 A병원(5.145)과 B병원(7.230)에 비해 높은 우울 수준을 보였으며, 이러한 차이는 통계적으로 유의하였다($F=23.49$, $p<.001$). 직군별 비교에서도 간호직(7.440)이 비간호직(5.750)보다 높은 우울 점수를 기록하였으며, 이 차이 역시 통계적으로 유의하였다($t=20.89$, $p<.001$).

전공의 집단 이탈 사태 이후 새롭게 발생하거나 악화된 건강상의 문제를 조사한 결과, 응답자의 22.2%가 근골격계 질환을 경험했으며, 수면장애(21.3%), 위장관 질환(10.7%), 불안장애 및 우울증(10.1%) 등의 문제도 보고되었다. 또한, 고혈압(1.3%), 당뇨(0.4%), 심뇌혈관질환(1.1%)과 같은 만성 질환의 발생 사례도 일부 확인되었다.

건강 습관 및 행동 변화를 살펴보면, 24.8%의 응답자가 불규칙한 식사 습관을 경험하였으며, 신체 활동 감소(17.0%), 음주량 또는 음주 빈도 증가(9.1%) 등의 변화도 보고되었다.

〈표 13〉 전공의 집단 이탈 사태와 병원 노동자 건강(n=848)

		n	%
스트레스(1-5점 척도)	거의 스트레스 받지 않는다	60	7.1
	스트레스 받지 않는다	71	8.4
	보통	319	37.6
	스트레스 받는다	309	36.4
	매우 스트레스 받는다	89	10.5
우울(PHQ-9)	우울 증상 없음(0-4)	334	39.4
	가벼운 우울 증상(5-9)	307	36.2
	중간 정도 우울증 의심(10-19)	185	21.8
	심한 우울증 의심(20-27)	22	2.6
전공의 집단 이탈 사태 이후 새롭게 발생하거나 악화된 건강상의 문제 (중복응답 가능)	수면장애	181	21.3
	위장관질환	91	10.7
	불안장애, 우울증	86	10.1
	근골격계 질환	188	22.2
	고혈압	11	1.3
	당뇨	3	0.4
	심뇌혈관질환	9	1.1
	없음	537	63.3
	기타	22	2.6
전공의 집단 이탈 사태 이후건강습관 및 행동의 변화(중복응답 가능)	불규칙한 식사	210	24.8
	신체활동 감소	144	17.0
	흡연량 증가	12	1.4
	음주량 또는 음주 빈도 증가	77	9.1
	없음	530	62.5
	기타	15	1.8

〈표 14〉 전공의 집단 이탈 사태와 병원 노동자 건강: 병원·직종별 하위 분석

		mean	SD	F/t	p-value
스트레스	A병원	3.322	1.032	7.14	<.001
	B병원	3.254	1.025		
	C병원	3.602	0.923		
	간호직	3.448	0.915	10.61	0.001
	비간호직	3.220	1.121		
우울	A병원	5.145	4.947	23.49	<.001
	B병원	7.230	5.259		
	C병원	8.339	5.777		
	간호직	7.440	5.374	20.89	<.001
	비간호직	5.750	5.286		

(3) 전공의 집단 이탈과 병원 조직 운영

① 전공의 집단 이탈과 업무 조정

전공의 집단 이탈 이후 전공의가 담당했던 업무 조정에 대한 병원 노동자의 평가를 분석한 결과는 〈표 15〉에 제시되어 있다. 응답자의 39.6%는 “부서 및 직종 간 업무 구분이 체계적이다” 문항에 동의하지 않는다고 응답하였으며, “나는 내가 담당하는 업무 범위가 적절하다고 생각한다”는 문항에는 35.1%가 동의하지 않았다. 또한 “나의 권한과 책임을 벗어난 타 직종의 업무를 수행해야 한다”는 문항에서는 40.7%가 동의하여, 병원 노동자들이 본래의 업무 범위를 벗어난 업무 수행이 빈번하게 일어나고 있음을 보여주었다.

업무 조정 과정에 대한 신뢰도는 낮았다. “업무조정위원회 구성은 적절하였다”는 문항에서 6.1%, “업무조정 결정 과정은 민주적이었다”는 문항에서 6.6%, “업무조정 결과는 투명하게 공유되었다”는 문항에서 9.1%만이 동의하였다. 이는 업무 조정의 절차와 투명성에 대한 개선이 필요함을 시사한다.

〈표 15〉 업무 조정에 대한 병원 노동자의 평가(n=848)

	동의하지 않는다	보통	동의한다
부서 및 직종 간 업무 구분이 체계적이다.	336(39.6%)	323(38.1%)	189(22.3%)
나는 나의 업무 범위를 정확히 알고 있다.	135(15.9%)	292(34.4%)	421(49.6%)
나는 내가 담당하는 업무 범위가 적절하다고 생각한다.	298(35.1%)	346(40.8%)	204(24.1%)
나의 권한과 책임을 벗어난 타 직종의 업무를 수행해야 한다.	269(31.7%)	234(27.6%)	345(40.7%)
나는 나의 업무 범위가 확대되는데 긍정적이다.	631(74.4%)	168(19.8%)	49(5.8%)
업무조정위원회 구성은 적절하였다.	321(37.9%)	475(56.0%)	52(6.1%)
업무조정 결정 과정은 민주적이었다.	375(44.2%)	417(49.2%)	56(6.6%)
업무조정 결과는 투명하게 공유되었다.	349(41.2%)	422(49.8%)	77(9.1%)

전공의 집단 이탈 이후 업무 조정과 관련하여 병원노동자의 의견에 대하여 개방형 질문을 수행한 결과, 58건의 응답이 보고되었으며, 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 업무 조정 과정에서 일방적인 의사결정 구조가 문제로 지적되었다. 경영진 중심으로 논의가 이루어지며, 실무자의 의견이 반영되지 않는 폐쇄적인 구조가 유지되고 있었다. 둘째, 업무 범위에 대한 명확한 기준이 없어 직종 간 갈등을 유발하고 있었다. 또한, 업무 조정 결과가 투명하게 공유되지 않아 갈등이 더욱 심화되는 문제가 발생했다. 셋째, 간호사에게 본래 업무 범위를 넘어서는 의사 업무가 전가되면서 업무량이 증가하고, 이에 따른 법적 책임에 대한 불안감이 지속적으로 제기되었다. 넷째, 일방적인 부서 배치 및 이동으로 인해 직원들이 높은 수준의 스트레스를 경험하고 있다는 보고가 있었다.

“업무 조정을 너무 관리자급에서 결정함. 실무를 하는 직원의 의견을 들어야하지 않나요?”

“누가 의사결정을 하나요 … 수(간호사)님께 통보받는데”

“배치 이동으로 극심한 스트레스를 겪고 있습니다”

“간호사가 전공의가 수행하던 업무 수행 시 법적으로 보호받을 수 있는건지 명확한 설명을 해주지 않음. 공지나 업무 분장에서 확인할 수 없음”

“명확한 업무의 경계가 없어 병동 내 근무 인원끼리 충돌이 잦다.”

“업무 범위를 나눈 분류가 있지만 일을 하다 보면 그 외의 일들이 항상 있기 마련이기 때문에 해당 사항이 없는 업무를 맡닥뜨렸을 때 혼란이 가중되는 것 같다. 조속히 상세한 역할 분담이 필요함.”

“간호사 본연의 업무가 아닌 일들을 하게 함. 평소에도 간호사는 의료 현장의 방패막이었는데 지금은 의사의 역할(의학적 설명, 조직검사 결과, MRI 판독 결과, 앞으로의 구체적 치료계획 등)을 하지 않으면 능력이 없는 것처럼 여김, 진료지원 업무 범위와 책임이 뚜렷하지 않아 일반 간호사에게 넘겨오는 일들이 생김”

② 비상경영체제 하에서 조직 운영

전공의 집단 이탈로 초래된 비상경영체제 하에서 조직 운영에 대하여 병원 노동자들이 어떻게 평가하는지 조사하여 분석한 결과는 <표 16>과 같다. 분석 결과, 병원의 재정 상황과 운영 계획에 대한 정보 공유 수준, 비상경영 관련 의견 수렴 및 의사결정 과정, 지원금 배분의 공정성 등에 대해 전반적으로 부정적인 평가가 높은 것으로 나타났다.

구체적으로 살펴보면, “조직 구성원 간에 병원의 재정 상황과 운영 계획에 대한 정보가 투명하게 공유되고 있다”는 항목에서 “동의한다”는 7.8%에 불과했으며, 응답자의 50.2%가 “동의하지 않는다”고 응답하였다. 또한, “병원은 비상경영과 관련하여 다양한 직역의 의견을 청취하기 위하여 노력하고 있다”는 항목에서도 54.4%가 “동의하지 않는다”고 응답했다. 특히, “비상경영과 관련한 의사결정 과정에 병원 노동자의 의견이 잘 반영되고 있다”는 문항에서 60.7%가 “동의하지 않는다”고 답해, 비상경영 체제하에서 병원이 권위적이고 폐쇄적인 의사결정 방식을 취하고 있음을 보여준다.

한편, 정부의 「간호사 업무관련 시범사업」의 지원금 배분의 공정성에 대해 53.9%가 “동의하지 않는다”고 응답한 반면 “전공의 집단 이탈로 인한 손실과 업무가 다른 보건의료 직역 노동자에게 부당하게 전가되고 있다”는 문항에서는 48.7%가 “동의한다”고 답했다. 이는 많은 병원 노동자들이 전공의 집단 이탈 인해 업무 부담이 증가하는 반면 지원금 분배 과정은 불공정하다고 인식하고 있음을 시사한다.

〈표 16〉 비상경영체제 하에서 조직 운영에 대한 병원 노동자의 평가(n=848)

	동의하지 않는다	보통	동의한다
조직 구성원 간에 병원의 재정 상황과 운영 계획에 대한 정보가 투명하게 공유되고 있다.	426(50.2%)	356(42.0%)	66(7.8%)
병원은 비상경영과 관련하여 다양한 직역의 의견을 청취하기 위하여 노력하고 있다.	461(54.4%)	318(37.5%)	69(8.1%)
비상경영과 관련한 의사결정과정에 병원 노동자의 의견이 잘 반영되고 있다.	515(60.7%)	298(35.1%)	35(4.1%)
정부의 「간호사 업무관련 시범사업」의 지원금은 공정하게 배분되고 있다.	457(53.9%)	362(42.7%)	29(3.4%)
전공의 집단 이탈로 인한 손실과 업무가 다른 보건의료 직역 노동자에게 부당하게 전가되고 있다.	115(13.6%)	320(37.7%)	413(48.7%)

(4) 전공의 집단 이탈이 환자에게 미친 영향

간접적이거나 전공의 집단 이탈 사태가 환자에게 미친 영향을 평가하고자 병원노동자들에게 관련 변화에 대해 질문하고 분석하였다(〈표 17〉 참고). 분석 결과, 전공의 집단 이탈로 외래진료, 입원치료, 수술이 축소되거나 지연되는 등 의료 공백이 발생한 것으로 나타났다. 구체적으로, “외래진료가 축소·지연되었다”는 항목에 65.8%가 동의하였으며, “입원이 필요한 시술 및 치료가 축소·지연되었다”에 동의한 비율도 64.6%로 높게 나타났다. 또한, “수술이 축소·지연되었다”는 문항에서는 69.6%가 동의하는 것으로 나타났다.

환자의 상태 변화와 안전 문제에 대한 평가에서도 유의미한 결과가 도출되었다. “환자의 중증도가 증가하였다”는 문항에 46.5%가 동의하였으며, “환자안전사고(근접오류 포함)가 증가하였다”는 응답도 31.7%로 나타나, 환자 안전에 대한 우려가 제기되었다. 특히, 환자 안전사고(근접오류 포함)가 증가하였다는 데 동의한 응답자 중 간호직을 대상으로 후속 질문을 실시한 결과, 주요 원인으로 “체계적이고 충분한 교육 없이 전공의 업무가 타 직종에게 전가됨”(59.8%), “구두처방(verbal order) 증가”(34.1%), “담당 교수에게 환자 상태에 대하여 직접 의사소통 하는 것과 관련한 어려움”(30.3%) 등이 꼽혔다. 이러한 결과는 전공의 부재로 인해 업무 부담이 가중되는 가운데, 기존의 권위적인 의사-간호사 의사소통 시스템과 체계적인 교육 프로그램의 부재가 환자 안전사고의 주요 요인으로 작용하고 있음을 시사한다.

한편, 일부 병원에서는 병원의 경영악화로 인하여 검사와 약물 처방 등 진료 행태의 변화도 관찰되었다. 전체 분석에서는 “검사가 증가하였다”, “약물 처방이 증가하였다”, “소모성 재료 청구가 증가하였다”에 동의한 응답자 비율이 “보통”이나 “동의하지 않는다”고 응답한 비율보다 낮게 나타났다. 그러나 병원별로 하위 분석을 수행한 결과(<그림 7>), 사립대병원인 C 병원의 경우 “검사가 증가하였다”(36.8%), “약물 처방이 증가하였다”(34.5%)에 동의한 응답 비율이 동의하지 않는다는 응답(각각 19.3%, 18.7%)보다 높게 나타났다.

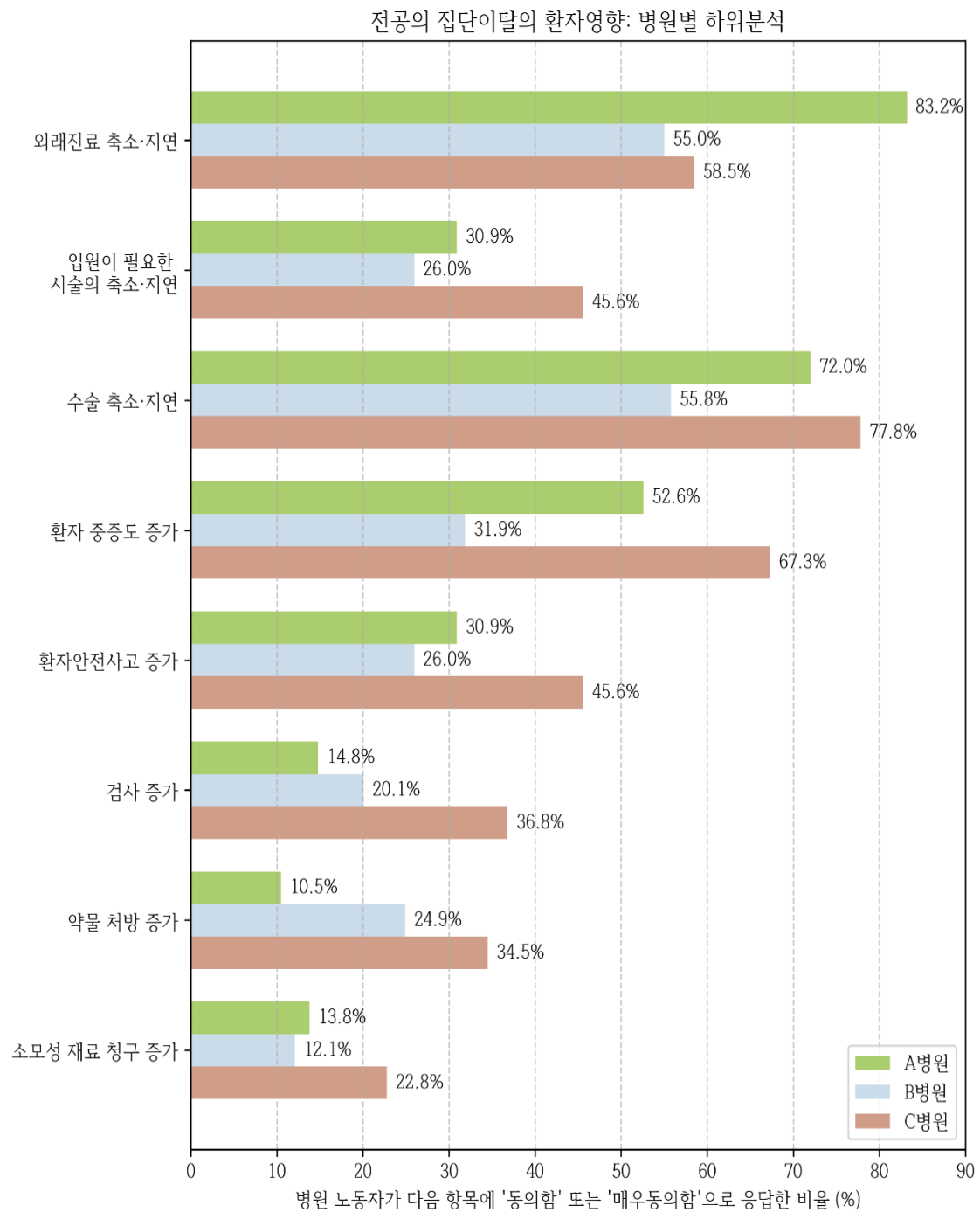
〈표 17〉 전공의 집단 이탈과 환자 영향(n=848)

	동의하지 않는다	보통	동의한다
외래진료가 축소·지연되었다.	85(10.0%)	205(24.2%)	558(65.8%)
입원이 필요한 시술 및 치료가 축소·지연되었다.	103(12.1%)	197(23.2%)	548(64.6%)
수술이 축소·지연되었다.	84(9.9%)	174(20.5%)	590(69.6%)
환자의 중증도가 증가하였다.	89(10.5%)	365(43.0%)	394(46.5%)
환자안전사고(근접오류 포함)가 증가하였다.	186(21.9%)	393(46.3%)	269(31.7%)
검사가 증가하였다.	230(27.1%)	435(51.3%)	183(21.6%)
약물 처방이 증가하였다.	194(22.9%)	470(55.4%)	184(21.7%)
소모성 재료 청구가 증가하였다.	216(25.5%)	506(59.7%)	126(14.9%)

〈표 18〉 환자안전사고가 증가한 주요 이유(n=132)

	n	%
대리 처방이 증가함	37	28.0
구두 처방(verbal order)이 증가함	45	34.1
체계적이고 충분한 교육 없이 전공의 업무가 타 직종에게 전가됨	79	59.8
부서 및 직종 간 업무 구분이 모호함	29	22.0
담당 교수에게 환자 상태에 대하여 직접 의사소통하는 것과 관련한 어려움	40	30.3
남아있는 의사의 업무량이 증가함	14	10.6
의사직 이외 보건의료인력의 업무량이 증가함	17	12.9
기타	1	0.8

간호직 가운데, “환자 안전사고 증가하였다”에 동의한 응답자를 대상으로 설문 시행(중복 응답 가능)



〈그림 7〉 전공의 집단 이탈의 환자 영향: 병원별 하위 분석

전공의 집단 이탈 사태가 환자에게 미친 영향과 관련하여 병원 노동자에게 개방형 질문을 수행한 결과 72건의 응답이 보고되었으며, 주요 내용은 다음과 같다.

첫째, 전공의 이탈로 진료 및 수술 일정이 대거 연기·취소되면서 환자들의 적절한 치료가 어려워졌다. 둘째, 응급의료 마비로 중증 환자의 이송과 치료가 지연되며 환자 안전이 위협받고 있다. 셋째, 의료 공백이 발생하면서 환자와 보호자의 불안이 커지고 있다. 넷째, 의료진의 업무 부담이 가중되고, 피로도 증가로 의료 서비스 질 저하에 대한 우려가 제기되었다. 다섯째, 병원이 전공의 파업으로 인한 손실을 보전하기 위해 소모성 재료 청구를 늘렸다는 문제가 제기되었다. 여섯째, 이번 사태를 통해 의료 시스템의 구조적 문제가 드러났으며, 전공의 복귀와 의료 정상화를 요구하는 목소리가 커지고 있다.

“즉각적인 치료 및 수술 등이 필요한 경우가 다수인데 의료진 부족(전공의 부족)으로 조속한 대처 감소로 환자의 손실 및 불안이 커지고 있음”

“지정 교수가 곧 주치의임. 환자는 교수가 회진 오지 않으면 본인 상태/plan에 대한 상담이 불가하며, 간호사가 대신 알려주기도 어려움. 교수도 지속적인 당직 시스템으로 일상생활 영위가 어려워 보이고 체력 감소로 환자를 볼 시간이 부족함”

“병원 직원이지만 환자의 입장을 경험한 적이 있습니다. 장폐색으로 응급실 내원하였지만 의사가 부족하다는 이유로 타병원에 119를 타고 가서 입원한 적 있습니다. 내가 일하는 병원에서 쓰러져도 보호와 처치를 받지 못하는 현실이 개탄스럽습니다”

“투석 환자의 소독약 비용을 청구하는 것을 경험한 적이 있을 정도로 병원이 돈에 집중한다”

“당직 서는 전공의가 없다고 extubation, drain remove 등 이루어져야 할 처치가 며칠씩 미뤄져서 환자에게 의료비 증가, 병원 재원 일수 증가가 초래됩니다”

4.3. 면담조사 분석 결과

면담 내용을 분석한 결과, 크게 다음(〈표 19〉 참고)과 같은 주제의 범주들로 나누어 살펴볼 수 있다.

〈표 19〉 면담조사 결과 분석의 범주와 하위 범주

범주	하위 범주
(1) 노동 부담의 증가	① 시기별 노동 부담의 증감
	② 가중된 노동 부담
	③ 인력 부족 문제
	④ 부서 인력의 숙련도 저하
	⑤ 건강 문제 악화
	⑥ 환자 감소로 드러난 문제
(2) 경제적 불이익	① 강요된 무급휴가
	② 시간외근무수당 신청 억제
	③ 낮은 임금인상률
(3) 병원의 수익보전 행태	① 재료비 절감 조치
	② 인건비 절감 조치
	③ 수익 증대 조치
(4) 진료지원 간호사 관련 문제	① 지원 동기

	② 불명확한 업무분담
	③ 부실한 교육
	④ 일반 간호사와의 관계
	⑤ 직무 불안정성
(5) 감정노동의 피해	① 환자·보호자의 불만 제기
	② 노티 부담
	③ 교수의 고압적 태도
(6) 환자 피해	① 의료 서비스 질의 저하
	② 투약·검사 오류와 안전사고의 증가
	③ 입원기간 단축에 따른 피해
(7) 비민주적 운영 방식	① 일방적 결정과 통보
	② 불투명한 정보 공개
	③ 노동조합에 대한 적대적 태도
	④ 의사 중심 운영구조
(8) 노동자의 대항 실천	① 개별적 실천
	② 조직적 실천

(1) 노동 부담의 증가

면담 참여자 대부분은 전공의 집단 이탈 사태 이후 노동 부담이 이전보다 증가했다고 답하였다. 병원과 부서, 직종마다, 그리고 시기별로 그 양상에 편차가 존재했지만, 전반적으로 비상경영 체제 하에서 신규 채용이 중단 내지 대폭 축소된 가운데 전공의 업무 공백의 여파로 기존 노동자들의 부담이 증대되는 양상이 나타났다. 이는 절대적인 인력 부족 문제와 더불어 진료지원 간호사로의 인력 유출에 따른 부서 인력의 숙련도 저하 문제가 겹쳐진 결과였다. 과중한 업무로 인해 건강 문제 또한 악화되었다. 이런 와중에 일부 부서에서는 교수의 업무 부담을 이유로 진료량 감축이 유지된 ‘덕분’에 업무량이 줄어들 수 있었다. 일시적이었지만 전공의 이탈로 환자 수가 감소하면서 비로소 노동자들이 제때 식사를 할 수 있게 된 점은 사태 이전부터 인력 부족 문제가 심각했음을 여실히 보여주는 대목이었다.

① 시기별 노동 부담의 증감

정부의 의대 정원 확대 계획이 발표된 지 얼마 지나지 않은 시점에서 전공의 집단 이탈 사태가 발생하였다. 이러한 갑작스러운 상황에 대비가 되어 있지 않았던 일선 현장에서는 큰 혼란이 일었는데, 특히 전공의에 대한 의존도가 높았던 병원과 부서일수록 더 큰 충격과 피해를 받을 수밖에 없었다. 전공의 의존도가 높은 A병원에서 근무하는 한 병동 간호사는 지난 2020년 공공의대 설립에 반대하며 전공의가 파업했을 때와 달리 이번에는 대응 체계가 미비한 상태에서 전공의들이 이탈했기 때문에 더 큰 혼선이 빚어졌다고 진술하였다.

“제가 입사하고 나서 얼마 안 돼서 2020년도에 파업을 겪었거든요. 근데 느끼기로는 그때는 좀 더 뭔가 체계가 있고, 준비가 된 상태에서 나갔어요. 예를 들면 그 다음 날 오더, 주말 오더를 다 낸 상태에서 갔는데, 이번에는 진짜 너무 갑작스럽게... 노티 체계 같은 것도 하나도 아직 정립이 되지 않은 상태였거든요. 다음 날 출근해서 ‘그래서 누구한테 보고해요? 누구한테 노티’⁷³하고 이 업무는 누가 해요?’ 라고 물었을 때 뭐가 된 게 하나도 없는 거예요.” (A-노동-1)

⁷³ ‘노티(Noti)’는 ‘Notification(알림, 통보)’의 줄임말로, 병원에서 의료진 간 이뤄지는 의사소통 방

전공의 이탈 사태가 길어지면서 이에 맞춘 업무 조정이 이루어졌고, 대체로 입원 환자 수와 수술 건수 등이 감소하였다. 하지만 재원 환자 수가 줄더라도 병상 회전율이나 중환자 비율이 높아져 간호사의 업무량이 더 늘어나는 경우도 있었다.

“(전공의 이탈) 초반에는 완전 진짜 중환자가 너무 몰렸던 게 이제 교수님들이 다 보내려고 해도 못 보내는 컨디션인 분들이 너무 많으니까... 저희끼리 이거 혈중(혈액중양내과)이 아니라 임중(호스피스) 병동 아니냐고. 다른 데는 진짜 다 끊잖아요? 약도 끊고, 최소한의 개입만 해 주시는데, 저희는 전부 다 해요.” (A-노동-1)

정부의 ‘간호사 업무지원 시범사업’(2024년 2월)이 시작된 이후 세 병원 모두 내부적으로 진료지원 간호사 확충에 나섰다. 각 부서의 상황에 따라 지속적으로 모집이 이뤄졌으나, 대략 7월 전후로 진료지원 간호사가 배치되고 전공의 업무 일부를 대신 수행하는 시범사업팀 등이 운영됨에 따라 간호사들의 업무 부담은 다소 경감될 수 있었다.

“작년 중반쯤에 (진료지원 간호사가) 많이 들어왔던 걸로 기억을 해요. 그전까지는 기존 PA들이 이제 일을 나눠서 했는데 작년 중반에 충원이 됐거든요... 내부 간호사 중에서 PA 할 사람을 뽑았어요. 그때 이후로는 조금 괜찮아졌고요. 원래 인턴 작업을 하는 시술지원 간호사라고 시술지원팀이 있었거든요. 이제 그분들이 하는 인턴 업무도 범위를 넓혀서 지금은 조금 낮기는 해요. 근데 초반에는 다 병동 간호사인 저희가 해야 했었으니까...” (C-노동-3)

C병원 중환자실의 경우 전공의가 이탈함에 따라 환자를 검사실로 이동하는 일에 큰 어려움을 겪었는데, 이후 해당 업무를 지원하는 ‘수술실 진료지원 간호사(Surgeon Assistant, SA)’가 추가 배치됨에 따라 이와 관련된 부담을 조금이나마 덜 수 있게 되었다.

식을 의미한다. 주로 간호사가 의사에게 환자의 상태 변화를 보고하거나, 처방, 처치를 요청할 때 사용되는 표현으로, 대면 보고, 전화, EMR, 메신저 등 여러 방식으로 이루어진다.

“저희는 인공호흡기를 달고 나가기 때문에 여기서부터 keep⁷⁴ 해서 출발할 사람이 필요한데... 오늘 아침에도 제 환자가 6시에 CT 찍어야 되는데 SA 출근이 7시 반이니까 7시 반까지 기다리는 거예요. 오늘 같은 경우에는 주말이니까 정규 수술이 없어서 다행인데, 평일에는 7시 반에 못 가는 경우가 더 많아요. 왜냐면 개네도 정규 첫 타임 수술을 오픈해야 되니까. 그래서 뭐 밀리면 못 가는 거고... 사실 ICU에서 환자 검사 이동하는 게 엄청나게 부담이고 스트레스인데 또 그걸(전공의 공백)로 인해서 로딩이 생기고 스탠바이한 상태로 포터블 인공호흡기 달아 놓고 기다리는 거예요. **그래도 작년 여름이었나 SA가 생기고 나서는 어쨌든 갈 수는 있으니까 조금 낫기는 해요.**”(C-노동-4)

하지만 전공의 업무를 대체할 인력이 충원되기 전까지 수개월의 시간 동안 병원은 명확한 지침을 제시하지 않은 채 간호사들이 어쩔 수 없이 전공의 업무를 분담하여 수행하는 것을 방임하였다.

“초반에는 PA가 증원되기 전이었잖아요? 기존에 있던 PA들이 다 커버를 못하니까 전공의가 하는 일들을 그냥 저희 병동 간호사가 맡아서 했어요. 처방도 저희가 내고 L-tube⁷⁵나 수술 부위 드레싱이나 간단한 상처 소독, 이런 것들 원래 인턴 잡(업무)이니까 PA가 해야 되는데 저희도 PA가 바쁜 걸 알잖아요. 그래서 다 저희가 했어요. **병원에서 공식적으로 너희가 하라고 한 건 아니었어요. 근데 저희가 안 하면 이제 일이 안 돌아가니까...**”(C-노동-3)

⁷⁴ 중환자가 검사를 위해 병동 밖으로 이동하는 경우 환자의 활력징후를 모니터링하고, 필요시 검사를 위한 진정제 투여를 수행하며, 환자 활력징후에 따라 응급상황에 대처할 수 있는 의료인력이 동행하는 것을 의미한다. 병동 간호사는 담당하는 다른 환자를 두고 병동을 비울 수 없어 전공의 파업 이전에는 주로 인턴과 레지던트가 이 업무를 맡아왔다.

⁷⁵ Levin tube라고도 한다. 입으로 식사를 할 수 없는 환자에게 영양공급 목적으로 삽입한다. 또한 출혈 제거, 수술 후 부종과 위 운동 감압 등과 같은 치료적인 목적으로 삽입하기도 한다. 잘못된 위치에 삽입될 경우, 기도로 들어가 흡인성 폐렴을 유발하거나 식도 천공 등의 합병증이 발생할 수 있어 주의가 필요하다.

한편 전공의 집단 이탈의 여파는 시차를 두고 다가오기도 했다. 병원이 일부 병동을 폐쇄하면서 해당 진료과 입원 환자들은 다른 병동으로 전동되었는데, 처음 조정이 이뤄진 뒤에 다시 병동 간 진료과 배치가 변경되는 과정에서 어떤 병동의 경우는 이전보다 많은 진료과를 담당하게 되었다. 진료과마다 환자 특성과 그에 따른 업무 내용이 다르기 때문에 해당 병동 간호사들은 바쁜 근무 일정 와중에 새로운 진료과 환자에 대한 업무를 숙지하고 수행해야 하는 부담까지 떠안게 되었다.

“원래 신경(과), 재활(의학과) 메인 병동인데요, 환자 수가 줄어가지고 병동 없애려고 하다가 항암(혈액종양내과)이랑 심장 시술 파트도 받고 이래가지고 어떻게든 병동을 유지하다가 지금은 그 파트 주고 1월부터 OS(정형외과) 보게 됐어요. 정형외과 포함된 것도 이 전공의 사태 때문에 환자가 적으니까 정형외과 메인 병동을 그냥 폐쇄를 해버린 거거든요. 그래서 애가 돌고 돌다가 저희 병동에 온 케이스입니다. 중환은 없는데 그래도 수술 자체는 꽤 있고요, 거의 저희 병동에 한 10명 넘게 OS 환자가 입원해 있거든요. 프리오피(pre OP), 포스트오피(post OP)⁷⁶ 다 저희 업무입니다. OS 자료를 받았고 교육을 해 주기는 했는데 그게 인계 시간 쪼개서 하루 해줬거든요. 그러니까 그날에 출근한 사람이 아니면 따로 교육을 듣지는 못했어요. 그냥 자료 보고 알아서 하는 거죠...” (C-노동-3)

위 사례와 같이 전공의 이탈 사태로 인한 노동자들의 부담은 순차적으로 경감되기만 한 것이 아니라 병원 내 방침에 따라 업무 부담이 증가되기도 한 것을 알 수 있다.

② 가중된 노동 부담

전공의 이탈로 인해 노동자들은 여러 추가적인 업무를 수행해야 했다. C병원의 경우는, 의사가 받아야 하는 일부 동의서 업무가 간호사에게 암묵적으로 전가되기도 하였다. 신체 억제대의

⁷⁶ 프리오피(Pre-op)는 수술 전 간호, 포스트오피(post-op)는 수술 후 간호를 의미한다. 수술 전 간호는 환자의 신체적·정신적 준비를 돕기 위해 금식, 투약, 수술 부위 준비, 교육 등을 수행한다. 수술 후 간호는 환자의 회복을 돕고 합병증을 예방하기 위해 활력징후 모니터링, 통증 조절, 상처 관리, 조기 움직임 촉진 등을 포함한다.

경우 환자 신체의 자유를 제한하는 민감한 행위인만큼 ‘의료법’과 ‘환자안전법’의 규정에 따라 의사가 직접 환자 상태를 평가하여 그 필요성을 확인한 후 직접 동의서를 받아야만 사용할 수 있다. 그런데 야간 시간에 당직 교수에게 보고하여도 신속한 조치가 이뤄지기 힘든 상황에서 어쩔 수 없이 간호사가 신체 억제대 동의서를 받아 시행하는 경우가 발생하기도 한다.

“...유전자 검사 동의서는 다 저희가 받고 있습니다. 지금은 전담 선생님(진료지원 간호사)께서 미리 받아 주시고 하는데 초반에는 억제대 동의서도 그냥 교수가 나중에 와서 사인만 해줄 뿐이었어요. 새벽 2~3시에 환자가 난리를 부려서 공격적으로 행동을 하는데 그거 언제 교수님이 올 때까지 기다리고 있습니까? 일단 보호자분께 전화해서 ‘상황이 이렇습니다. 저희가 먼저 억제대를 해도 될까요?’ 양해를 구하고 이렇게 해놓고 난 다음에 교수님한테 아침에 상황 설명하고 사인을 받는데, 이게 일의 순서가 맞는 건 아니거든요.”
(C-노동-2)

또한, 전술한 바와 같이 폐쇄된 병동의 진료과 환자까지 떠맡게 된 병동 간호사들은 추가된 진료과의 매뉴얼을 틈틈이 공부하면서 생소한 환자들을 상대해야 보니 그로 인한 업무 압박감이 상당하였다.

“저희는 외과, 비뇨기과 병동이었기 때문에 원래 타과를 많이 받지는 않았었습니다. 그런데 이제 타과가 많아졌는데, 타과는 제가 트레이닝을 받지 못했는데 그냥 집어 던져진 상태로... 처방이 나오면 이 처방 뭐예요? 선임에게 물어보고 다른 선생님들에게 물어보고 다른 병동에 물어보고... 일을 하다가 ‘아 나 정말 이러다 사고 치겠네’, ‘이러다 정말 사람 죽이겠다’ 라는 생각이 들 정도로 업무가 과하다고 생각이 듭니다...저희 병원에 각 병동 매뉴얼이 있기는 해요. 근데 그것도 이제 본인이 시간 내서 찾아 보지 않으면 몰라요. 저희 간호사는 진짜 그럴 여유 없이 정말 밥도 못 먹고 화장실도 못 가고 일하는 경우가 많은데... 집에 가서 누가 공부하고 싶겠습니까? 선임도 모른다 그러면 또 다른 병동에 물어 물어 물어, 주먹구구식으로 일을 하고 있습니다.” (C-노동-2)

B병원의 경우 개원 당시 전공의가 없었기 때문에 영상의학과 인터벤션실에서 시술 보조 업무를 방사선사들이 수행하였다. 이후 전공의가 들어오면서 해당 업무를 넘길 수 있었는데, 이번 전공의 이탈 사태가 발생하면서 다시 업무를 떠맡게 되었다.

“인터벤션실 같은 경우는 어시스트를 전공의 쌤들이 원래는 들어가 줘야 되는데... 어쨌든 교수님 혼자 시술할 수 없고 누군가는 옆에서 도와주고 잡아주고 해야 하잖아요. 이제 그 부분을 방사선사들이 대체하고 있습니다... 혈관조영의 경우도 저희가 보통 복부나 이런 쪽으로 하고, 원래 머리 쪽은 신경과라서 다른 부서이긴 한데 거기도 전공의가 빠져나가고 없으니까 저희가 지금 다 도와주고 있거든요.” (B-노동-5)

새로 진료지원 간호사 업무를 맡게 된 이들도 애초 예상했던 것보다 더 많은 업무 부담으로 인해 어려움을 겪었다. A병원에서 장기간 수술실 간호사로 근무했던 한 면담 참여자의 경우 상근직에 대한 선호로 진료지원 간호사에 자발적으로 지원했으나, 기존 수술 업무 외에 병동 회진 업무가 추가되면서 초과근무가 늘어나게 되었다(A-노동-4). 또 같은 병원에서 병동 간호사로 근무하다 전공의 이탈 후 욕창 드레싱을 전담하는 팀에 합류하게 된 진료지원 간호사의 경우도 지원 당시 드레싱 업무만 하게 될 줄 알았지만, 욕창의 단계를 구별하고 드레싱 방법을 교육하는 등의 업무까지 수행해야 했다(A-노동-5).

“공고에 (병동 회진이) 써 있긴 했는데 안 할 줄 알았죠... 지금은 근무 시간이 8시부터 5시까지거든요. 보통 수술이 오후에 시작하면 4시, 5시에 끝나요. 근데 어쨌든 끝나고 나서 회진도 같이 돌고 하니까 연장 근무하는 시간이 길어졌어요. 그런 시간이 대중 없지만 지난주에는 일주일에 (초과근무를) 거의 11시간 한 것 같아요.” (A-노동-4)

시술지원팀, 처치전담팀, 시범사업팀 등 병원마다 부르는 명칭이 상이하긴 하지만 전공의가 수행하던 술기를 전담하는 팀이 신설, 확충되었는데, 업무 특성상 여러 부서를 이동해야 하는 탓에 노동자들의 신체적 피로도가 높은 것으로 나타났다.

“돌아다니는 게 너무 힘들었어요... ICU들이 다 위치가 따로따로 있어서 좀 확실히 많이 걸어야 되고 특히 이렇게 평일에는 엘리베이터 타기도 힘들고, 환자도 너무 많고, 또

부서에서는 막 빨리 와 달라고 하니까 아무래도...그럴 때 보면 걸음 수가 많기는 하더라고요.” (A-노동-9)

의료 행위와 무관한 업무 부담도 늘기도 했는데, 병원은 의료폐기물 처리 비용을 절감하기 위해 의료폐기물과 일반 쓰레기의 분리 배출을 이전보다 철저히 하도록 지침을 내리기도 하였다.

“의료폐기물 같은 경우에는 처리하는 데 돈이 들잖아요. 그동안 폐기물로 버리던 거를 최대한 일반 쓰레기로 넘길 수 있는 건 다 일반 쓰레기로 넘기라고...그러니까 그 과정에서 저희는 더 일해야 되죠. 사실 저희 입장에서는 한꺼번에 버리면 편하잖아요? 환자 라벨이나 환자 개인 정보가 담긴 것들은 전부 의료폐기물로 버렸거든요. 근데 이제는 그냥 일반 쓰레기로 버리라고 해요. 그렇게 해도 괜찮나 봐요. 그래서 일하느라 바쁘는데 그거를 일일이 다 나누고 있어요.” (C-노동-3)

한편 전공의가 수행하던 업무가 아니어도, 비상경영 체제로 인해 인력 감축 조치가 이뤄지면서 간호조무사와 병동 보조인력이 더 부족해지면서 간호사들이 본인 업무가 아님에도 불구하고 이들을 도와줘야 하는 상황이 발생하기도 한다.

“한 듀티(근무) 당 조무사 선생님 한 분이 근무하거든요. 그러면 이제 좀 케어를 안 해도 되는 사람들 빼더라도 환자 30명은 봐야 해서 업무 강도가 진짜 심해요. 근데 홀렙 수술(전립선 비대부위 제거) 있잖아요? 내시경으로 전립선 굵어 내가지고 그런 다음에 계속 방광을 세척해줘야 되거든요. 교수들이 풀(full)로 틀어라 하면 3리터짜리가 1시간 안에 다 들어가요. 그러면 그 3리터짜리를 1시간마다 계속...근데 진짜 재수 없으면 하루에 수술 5개씩 하거든요. 그러면 조무사 선생님들 정말 죽어 나가요. 솔직히 인간 대 인간으로 저렇게 고생을 하고 있는데 앉아서 제 일만 하고 있을 수도 없잖아요. 그럼 제가 뛰어가서 그것까지 하고 있는 거예요.” (C-노동-2)

한 병동 간호사는 노동 부담이 과중했던 코로나 팬데믹 시기보다 의사들의 업무가 전가된 이번 전공의 이탈 사태가 더 힘들었다고 느끼고 있었다.

“코로나 때 힘들긴 했지만 간호사가 해야 되는 업무가 많아졌던 거지 제가 의사 일을 해야 되는 건 아니었으니까요. 의사들은 본인 일을 했고 간호사가 해야 되는 간호사 업무가 많아졌던 것뿐이어서 괜찮았어요. 근데 전공의가 없어지니까 그 의사 일을 제가 해야 되잖아요. 저는 의사 일을 하기 싫거든요. 부담스럽고. 그래서 그런 측면에서 전공의가 없어진 게 더 힘들었어요.” (C-노동-3)

교수들의 무책임한 업무 전가는 노동자들의 부담을 증가시키는 한편 투약 사고의 위험을 높이거나 내부 규정을 위반하게 만드는 요인으로 작동하고 있었다.

“이게 교수님들이 오더를 넣어야 된다는 걸 자주 까먹으셔가지고 제가 이브닝 근무인데 한 9시까지 오더가 안 나 있어요. 그래서 좀 기다리다가 전화를 하면 집에 가 있는 거예요. 오더가 없다고 00시부터 환자 하고 있는 치료를 다 뗄 수도 없고... 그래서 뭐 그럼 어떻게 할까요? 하니까 그냥 자기 아이디로 로그인해서 오늘 거랑 똑같이 복사 붙여넣기 좀 해달라 이렇게 말하는 사람이 진짜 많아요. 근데 그런 과정에서 이제 자기들이 스스로 오더를 넣지 않으니까 그 오더가 잘못되었을 때 이제 좀 자연차 간호사들이 들어가지 않아야 되는 약을 투여한 경우도 있고 그래요.” (B-노동-4)

“당직 시간에 환자가 산소 포화도가 한 76까지 떨어졌던 적이 있었거든요. 당장 이제 ICU 가야 되는 상황이었는데 당직 교수님은 당직 시간에 집에 가 있었거든요. 그냥 전화만 받았던 거예요. 그러니까 세추레이션(saturation, 산소포화도)이 떨어져도 본인이 직접 오지 않는 거죠. 당장 이걸 ICU를 가서 intubation(기관삽관)을 해야 되는 상황인데, 이제 교수님은 안 오는 거죠. 그러가지고 환자가 **arrest 상황이 아니었음에도 불구하고 CPR 방송을 하라고 했어요**⁷⁷. 그럼 내과 당직의가 올 거니까 그 교수님한테 환자 보게 해라.

⁷⁷ 당직 시간에 환자의 산소포화도가 76%까지 떨어져 즉시 인공호흡기 적용을 위한 기관삽관(Intubation)과 중환자실(ICU) 이송이 필요한 상태이나, 당직교수는 병원에 부재중인 상황으로 전화로 대응한 상황이다. 이에 따라 환자가 심정지 상태가 아님에도 불구하고 다른 의사를 호출하기 위해서 CPR 방송을 하라고 간호사에게 오더 하였다. 당직의는 기관삽관 후에 필요한 환자 처치 및 보호자 설명마저도 CPR 팀에 소속된 내과 당직교수에게 떠넘겼다고 볼 수 있다.

ICU 입실 동의서도 저희 보고 하라고 했어요. 요즘은 그렇게까지는 안 가는데 초반에는 좀 그랬어요. 본인이 일을 안 하려고 하니까.” (C-노동-3)

③ 인력 부족 문제

병원 노동자들은 한 목소리로 인력 부족에 따른 어려움을 호소하였다. 전공의 인력이 유출된 만큼 외부에서 새로운 인력이 유입되지 않았기 때문이다. 물론 전공의 이탈 직후 일부 병동을 닫고 재원 환자 수를 줄이는 조치가 이뤄졌지만, 이를 이유로 병동 내 간호사 인력을 진료지원 간호사로 재배치하면서 병동의 인력 부족 문제는 오히려 더 심화되는 양상을 보였다. 폐쇄된 병동의 인력이 추가 배치되었더라도, 이는 신규 간호사 발령이 거의 없는 상황에서 육아 휴직, 퇴사, 부서 로테이션 등으로 빠져나간 인력의 자리를 메우기도 모자란 상황이 펼쳐지기도 하였다. 이 문제는 간호사의 고강도 근무표를 통해 짐작할 수 있다.

“병동이 두 개가 사라지면서 초반에 그 인력이 분배가 됐거든요. 그래서 조금 인력이 플러스된 줄 알았는데 생각을 해보니, 처음에 그거 준 걸로 채워지지 않았습니다. 중간에 한 명 병가 휴직 들어가고 한 명 부서 이동하고 이렇게 해서 지금 마이너스 1명으로 돌아가고 있어요...이제 겨우 1월에 신규가 들어와서 트레이닝을 받고 있는데 이 신규가 두 달 만에 독립을 해서 짠 하고 나타나는 게 아니기 때문에 시간이 좀 많이 필요할 것 같고요...지난주 같은 경우는 월화수목금 근무가 ‘데데데나나’(3일 연속 데이 근무와 2일 연속 나이트 근무)였어요. 솔직히 말해서 말이 5일이지 거의 5.5일 근무 강도거든요. 분명히 중간에 하나 쉴 수 있어야 하는데 지금 나라에서 정해진 법적 휴일만큼 쉬지 못해가지고 업무 피로도가 너무 심합니다.” (C-노동-2)

“인력 좀 췌으면 좋겠어요. 인력을 너무 줄이고 너무 타이트하게 일을 시켜요. 간호사 한 명이 1의 일을 할 수 있다고 하면은 기본적으로 1.5를 시키면서 이걸 너네가 할 수 있는 일이라고...” (C-노동-3)

“저희 부서는 데스크(책임 간호사)⁷⁸가 환자 안 보고 세컨(부책임 간호사)도 환자를 안 보고 필드에서 애들 백 봐주는 역할이었는데, 환자가 많아지고 저희 멤버가 조금씩 빠지다 보니까 원래는 10-10-9(근무 조 인원)로 돌아가다가 9-9-9 됐다가 8-8-8까지 됐어요. 8-8-8은 도저히 힘들어서 못하겠다, 다 나가겠다고 하니까 9-9-9까지 올라왔어요.” (C-노동-4)

간호사들이 수간호사나 노동조합을 통해 인력 충원을 요구하면 병원은 정부 기준에 따른 ‘적정’ 인력 수준을 유지하고 있다며 이를 수용하지 않았다.

“저희가 수(간호사) 선생님에게 얘기를 하고, 노조에서도 계속 설문조사를 하면 항상 나오는 게 좀 인력 충원을 해달라 하는 것인데, 전혀 체감은 되지 않지만, 병원에서는 이게 적정이라고 합니다. 행정적인 업무를 하는 선생님들까지 다 포함해서 1 대 8로 카운트를 하니 그들 입장에서는 적정이라는 생각을 하는 것 같습니다. 근데 그 행정적인 업무를 하는 선생님들이 액팅(Acting)⁷⁹하는 팀 간호사들을 도와주는 거는 본인 선택이거든요.” (C-노동-2)

이와 같이 병원은 현장과 괴리된 인력 기준을 근거로 하여 재원 환자가 줄어든 부서의 근무조를 줄이거나 또는 P 간호사 근무⁸⁰를 없애는 등의 방식으로 간호사들의 업무 부담을 가중시켰다.

“초반에 간호사 수는 그대로인데 환자가 좀 많이 줄기는 해가지고 일하는 강도가 사실 조금 줄기는 했는데요. 그래서 지금은 한 팀을 줄였어요. 원래 차지(Charge, 책임간호사) 샘 한 분에 액팅(Acting) 간호사가 9명이었는데 지금은 액팅 간호사 7명으로 줄였어요.

⁷⁸ 중환자실의 책임간호사는 중증 환자의 안전과 치료환경조성을 위해 간호 업무를 총괄하는 역할을 수행한다. 의료 장비 및 물품관리, 감염 예방 및 시설운동을 점검하고, 응급상황 발생 시 신속한 대처 및 지휘하는 역할을 맡는다. 이러한 업무 특성상 직접 담당하는 환자가 없는 경우가 많지만, 이 사례에서는 근무조별 인력이 줄어들면서 책임간호사도 직접 환자 간호를 맡게 되었다.

⁷⁹ Acting 간호사: 직접 간호를 수행하는 평간호사들로 병실에서 환자의 활력징후를 측정하거나 약물을 투약하는 등 간호처치를 수행하는 간호사를 의미한다.

⁸⁰ P간호사: PM근무(늦은 오후~밤근무, Day와 Evening 근무 중간)를 수행하는 간호사를 의미한다. 병동이 바쁜 시간에 신규 환자 입원 및 퇴원 환자 관리 업무를 주로 담당한다.

근데 병상이 원래 저희가 스무 베드가 풀(full)인데 처음 파업 터졌을 때 12 베드까지 확 줄였다가 지금은 15베드로 늘렸거든요. 지금은 환자 2명씩 보는데 다시 풀 베드 되면 3명 보는 사람이 생길 거예요.” (A-노동-9)

“이제 (인력을) 더 주지 않고 육아휴직 이런 걸로 나가도 채워주지 않는 거예요. 정확하게 모르겠는데 안 채워진 인원이 한 두세 명 정도 되는 것 같아요. 그렇게 빠졌는데도 운영이 되는 거는 예전에 있던 P 간호사가 없어졌기 때문이에요.” (B-노동-2)

B병원 중환자실의 경우는 전공의 이탈 이후 가동 병상 수를 줄이면서 일부 인력도 진료지원 간호사로 차출되었는데, 그만큼 인력을 충원하지 않은 상태에서 다시 병상을 늘려 간호사들의 업무 부담을 가중시켰다. 이에 간호사들은 가동 병상을 줄여 달라고 요청했지만 사측은 행정 절차상의 이유를 들며 받아들이지 않았다.

“20베드(bed, 병상)가 풀인데 대체적으로 한 14베드에서 16베드 정도 왔다 갔다 하는 것 같아요. 에크모(ECMO)하거나 완전 중환 있으면 간호사 한 명을 줘야 돼서 경한 환자 3명을 볼 때도 있긴 있어요. 저희 멤버가 한 50명 정도 되는데, 원래 20베드였을 때 한 듀티 당 8-8-8을 쫓거든요. 근데 이것을 7로 줄이면서 베드를 16개로 줄여줬어요. 근데 다시 20개 열었는데 멤버를 안 늘려준 거죠. 20베드에 7명이면 차지(책임 간호사) 빼고 다 3명을 봐야 되는 거잖아요? 풀베드가 잘 안 되긴 하는데, 한 번씩 18개까지 환자가 찰 때도 있거든요. 그러면 이제 진짜 힘든 거죠.” (B-노동-4)⁸¹

“저희가 통합 ICU다 보니까 2중환자실에 우리가 환자 많으면 너네가 좀 많이 받아라 이렇게 조정을 하고 있긴 한데, 거기도 다 차버리면 사실 어디선가 받아야 되니까… 메인

⁸¹ B-노동-4의 진술 재구성: 저희 중환자실은 20병상 규모로 평균 14-16병상이 가동됩니다. ECMO 적용환자는 간호사 1명이 전담하며, 그로 인해 다른 간호사는 최대 3명의 환자를 맡기도 합니다. 저희 병동 간호사 인력은 약 50명으로 전공의 이탈 전에는 20병상 운영 시 근무 조당 8명이 배치되었습니다. 그러나 전공의 집단 이탈 후 16병상으로 축소되며 근무조당 간호인력을 7명으로 줄였고, 이후 20병상으로 다시 확대했음에도 근무조별 간호인력은 7명 그대로 유지되었습니다. 현재 병상이 가득 차면 책임 간호사를 제외한 모든 간호사가 3명의 환자를 담당해야 합니다. 실제로 18병상까지 차는 경우도 있어 업무 부담이 상당합니다.

EMR 들어가면 ICU 빈 병상이 나오거든요. 이게 항상 20베드(bed, 병상) 기준으로 돼 있으니까 좀 부담스러운 거죠. 그래서 다시 베드를 줄여 달라고 계속 말을 하는데 이거는 국가에 신고를 했기 때문에 줄이는 게 번거롭고 절차가 복잡하다 이렇게 말을 하면서 또 너네 플베드 안 차지 않냐, 그냥 이렇게 해라 그러죠. 근데 자리가 있는데 응급실 전원 환자를 안 받을 수 없잖아요? 계속 얘기를 해도 받아들여지지 않고, 약간 닫힌 문 두드리는 느낌이라서... 이런 식으로 한 6개월 넘게 일을 하고 있거든요. 그러니까 이제 다들 **가스라이팅 당한 건지, 적응이 된 건지, 어떻게든 일을 하고 있긴 있어요.**" (B-노동-4)

병원에는 병동 인력 감축을 위해 관리자 직급의 간호사들을 동원해 지속적으로 근무 현황을 점검하고 감시하였다. 그렇다 보니 근무조를 유지하기 바라는 수간호사들이 진료과장에게 입원 환자를 더 받을 것을 요청하는 상황이 펼쳐지기도 하였다.

"계속 간호부의 압박이 오는 게 '팀을 줄여라' 그리고 계속 막 확인을 하세요. '너네 저녁에는 어떤 일 하니?' '나이트 때는 어떠니?' 아니면 교수님들이 저녁에 입퇴원 받기 싫어하시니까 예전에는 5시, 9시 이럴 때도 있었는데 이제 무조건 3시 이전에만 받으세요. 이렇게 되니까 저 같은 중간 P번이 수(간호사) 선생님들 입장에서는 할 일이 없다고 생각하시는 거예요. '그 근무 없애는 건 언제?' 그런데 저희 입장에서는 그게 아닌 거죠. '그러면 신규는 누가 봐줘요?' '노티 이런 거 한다고 바쁘면 제가 다른 일들을 해줘야 되는 건데 그 업무는 누가 해요?' 하면서 저희가 계속 안 된다, 이 듀티 뺄 수 없다, 계속 이렇게 하고...그리고 간호과장님이 저희가 느끼기에는 라운딩을 계속 도시는 거예요. 실제로 간호사들이 어떻게 일하고 있고 지금 몇 명을 보고 중환자가 몇 명이고 이거를 계속 파악해요. 그러면서 지나가는 말로 '**너네 팀 줄여도 되겠다**' 이런 식으로..." (A-노동-1)

"스테이션에서 대놓고 (이야기)했어요. 그냥 '이 팀 필요 없는 거 아니야?' '오늘 환자 수도 별로 없는데 여기 없어도 되는 거 아니야?' 그렇게요...수간호사님도 이제 (간호)과장님 눈치가 보이는지 계속 교수님들을 닦달해요. '더 올 사람 없어요?' '입원할 사람 없어요?' '**빨리 입원시켜주세요**' 그러니까 수간호사님들도 사실 같이 일선에서 일하다 보니까 줄이고 싶지 않은데 위에 과장님들이 라운딩 돌고 하다 보니까 차라리 환자라도 받고 싶은

마음인 거죠. 환자가 한 두세 명 더 있으면 팀 하나를 더 유지할 수 있을 것 같으니까 그렇죠.” (A-노동-2)

진료지원 간호사의 경우에도 전공의 업무 공백을 메울 만큼 충분한 인원이 배치되지 않은 탓에 업무 부담이 상당한 것으로 나타났다. 그리고 이들의 인력 총원 요구 역시 제대로 반영되고 있지 않았다.

“제가 8시부터 5시까지 근무니까 이제 그 뒤에 최소한 이브닝 근무가 더 있어야 될 것 같아서 교수님한테 요청을 계속 했어요. 지금 시범사업 할 때 더 뽑아야 되지 않느냐고 몇 번이나 말씀드렸는데, 전문의 한 명이 CPN⁸² 4인분을 한다고 얘기하시는 거예요. 전문의가 있을 때는 어쨌든 뭐 좋아요. 근데 지금 있는 전문의가 곧 (3월에) 나가니까 4명 뽑아야 되는 거잖아요? 근데 그게 과 안에서 동의가 잘 안 되나 봐요.” (A-노동-4)

“(처치전담팀) 데이(근무자)는 그래도 3명이어가지고 조금 괜찮은데 이브닝은 2명이라 너무 뻥서서 다들 기피하기는 해요. 2명밖에 없는데 6개 ICU를 다 커버해야 되다 보니까 이브닝은 거의 밥 못 먹어요. 특히 이브닝에 수술 환자도 좀 나오는 편이고 그러면 랩하러 가야 돼 가지고. 나이트도 2명이긴 한데 신청이 많이 없어서 괜찮거든요. 이브닝 한 명 더 늘려 달라 많이 얘기를 했는데 아직까지 들어주지 않는 것 같아요.” (A-노동-9)

특히 진료지원 간호사가 소속된 팀은 대개 소규모로 운영되다 보니 개인 휴가를 사용하는 데에도 큰 제약이 존재하였다.

“지금 인력이 없으니까, 제가 없으면 뺄라서 조금 휴가를 안 쓰는 경향이 좀 있는 것 같긴 해요. 뭐 학회라든지 그럴 때 (휴가를) 써야 되는데 교수 일정에 맞출 수밖에 없는 것 같아요. 물론 제가 ‘꼭 가야됩니다’라고 하면 사실 갈 수는 있겠죠. 근데 그렇게 관계를 깨뜨리기가...교수가 어쨌든 외래 혼자 보고 이러면 조금 힘들 수 있거든요. 조금 짜증 날

⁸² CPN(Clinical Practice Nurse, 임상전담간호사): A병원에서 진료지원업무를 전담으로 하는 간호사를 이르는 용어

수 있는데, 제가 휴가를 안 갔으면 자기는 불편한 게 없잖아요? 경조사가 있을 때는 가야 되지만 그런 게 아니라면 좀 쓰기 어려운 것 같아요.” (A-노동-4)

“저희가 원래 시작은 욕창 3, 4단계만 드레싱하는 걸로 했는데, 그때 (인력 계산해보니) 3.3명이 나온다고 해서 3명을 주고 일을 시작했어요. 그러니까 결국에는 아무도 연차 쓰면 안 되고 병가도 가서는 안 되는 이런 구조다 보니까, 다들 휴일을 못 쓰는 게 점점 쌓여가더라고요. 그래서 (병원에서) 한 명을 더 줄 테니 다른 업무까지 더 해라 하면서 이렇게 넣어주더라고요... 학회를 참석하고 싶었는데 병원에서는 학회에 모두 다 참석하는 건 못하게 막더라고요. **다 자리 비우면 누가 드레싱하나** 이렇게 나와 가지고 저희끼리 돌아가면서 이렇게 사용하고 있어요.” (A-노동-5)

“지금처럼 저희(수술지원 간호사)가 데이 (근무)하고 바로 당직하는 게 사실 말이 안 되거든요. 지금 한 명이 근무를 하는데 수술이 생긴다 하면 데이, 이브, 나이트 상관없이 그냥 계속 출근해 있는 상태이니까... 나이트도 돌아가고 그래도 사람이 휴가도 갈 수 있게끔 인력이 늘어나야 된다고 생각을 합니다.” (C-노동-5)

한편 병동에 배치된 간호조무사나 이송원 등 보조 인력이 부족한 문제 역시 간호사들의 업무를 과중하게 만들고 있는 것으로 확인되었다. 이러한 인력 부족 문제는 전공의 이탈 사태 이전부터 지속되어 온 것이지만, 비상경영 체제 속에서 그 문제가 심화된 것으로 보인다. B병원의 한 병동 간호사는 특정 시간에 이송 건수가 집중되는 것을 고려하지 않은 채 병원이 전체 건수로만 인력 기준을 삼고 있는 문제를 지적하였다(B-노동-6).

“저희는 간호간병(병동)이 아니기 때문에 보조 인력이 없어요. 간호조무사 분이 아예 없고요. 보조원 님이 두 분 계세요. PRN 보조원이 중간중간에 오기도 하지만 일단 소속된 건 2명이라 바빠요. 또 저희는 재활(의학과 환자)을 가지고 있기 때문에 이송도 간호사가 나가요. 휠체어 앰블레이션⁸³ (ambulation)해야 되고 재활치료실까지 베드 끌고 가는

⁸³ 휠체어를 사용하는 환자가 휠체어를 이동시키며 걷기 운동을 하거나 보행훈련을 하는 것을 의미함.

경우도 많거든요. 점심 시간에 보조원 인력이 없다고 하는데 환자가 재활 치료를 가야 된다고 하면은 저희가 가야죠. 재활을 안 보낼 수는 없잖아요.” (C-노동-3)

“저희가 수술이랑 시술 많이 하는 병동인데, 이송하는 선생님들이 병동에 한 근무당 3명이라고 들었나...그러다 보니까 계속 딜레이 되고요. 수술도 바로 내려가야 되는데 좀 기다리라고...바로바로 시술이 필요할 때 못 내려가는 상황들이 많이 생기는 것 같아서 이송 선생님들이 부족한 것 같고, 조무사 선생님도 한 분 밖에 안 계시는데 반차를 쓰거나 조퇴를 하거나 연차를 쓰시게 되면...헬퍼 선생님이라고 다른 병동에 있는 조무사 선생님이 오시기도 하는데 그때그때 처리할 수 없을 때가 많기도 해서...급할 때는 수(간호사)선생님이 검체 이송을 한 번씩 하시거든요. (보조 인력이) 좀 많았으면 좋겠다고 생각은 드는데 병원 측에서는 더 뽑아주지 않을 것 같네요.” (B-노동-2)

“우리 병동은 검사도 많고 이동도 많은데, 이송 인력이 좀 모자란 것 같아요. 이제 수술장 가야 되는데 (이송원에게 연락하면) 한 25분 기다리라고 하는... 이 문제는 좀 고질적인 것 같아요. 왜 그러냐면 근거가 있어야 (이송) 인력을 충원할 거 아니예요? 건수가 근거인데, 그 건수 자체가 만약에 100건이라고 치면 9시부터 12시에 너무 몰려 있으니까...케이스는 안 늘고 시간만 집중되니까...그렇다고 인력을 4시간으로 쪼개서 쓸 수도 없는 거고요.” (B-노동-6)

특히 환자 이송 업무와 관련해서는 병원과 노동자 간에 적정 인력 배치에 대한 입장 차이가 분명하게 드러났다. A병원의 경우 이송팀 직원 모두 정규직으로 고용되어 있었지만, 예외 없이 인력 부족 문제에 시달리고 있었다. 전공의 이탈로 환자 수가 감소하자 바로 시간외근무와 주말 인력을 줄였지만, 이후 환자 수가 다시 늘어났음에도 인력을 충원하지 않고 있는 실정이다. 이밖에 환자가 특정 시간에 몰리는 문제와 부서별 환자 중증도의 차이를 고려하지 않는 인력 배치는 이송원들을 더욱 힘들게 만드는 문제였다.

“나이트 때 이송이 많아서 요청을 좀 했어요. 나이트 근무자를 늘려주면 안 되냐 그러니까 병원에서 돌아오는 답이 ‘몇 시부터 몇 시까지 일이 없지 않냐’, ‘그때 쉬지 않냐, 그럼 충분히 쉬는 거 아니냐?’ 나이트는 업무 강도가 낮다고 하는데, 야간 근무자 3명에서 전체

병원을 커버해야 하는데, 응급 상황이 생겨서 중환자실 내려가는 경우도 있고 그런데도 인력을 안 주더라고요. 모든 환자 이송 건수를 그냥 분배해서 평균치만 보니까 ‘너희는 1시간에 뭐 두세 개밖에 안 하는 거다.’ 저희는 ‘**병원이 비상 상황에 대비해서 인력을 맞춰놔야지 환자 없는 거를 생각해서 인력을 맞춰 놓으면 어떻게 하나**’ 하는데, 늘 돌아오는 답은 똑같죠. 작년, 재작년 교섭 때였나 병원장이 그렇게 말했어요. **응급 상황에서도 적은 인력으로 돌아갔으면 그게 적정 인력이라고. 적은 인력으로 직원들이 갈리고 있는데 상황이 충분히 커버가 됐으니까 된 거다고...**”(A-노동-8)

“**병원은 환자 중증도는 생각 안 하고 경증인 환자나 중증인 환자를 똑같은 한 명으로 보고 모든 부서 인력 배정을 똑같이 하거든요. 그래서 이송 대기가 많이 쌓이면 그것도 저희가 제일 걱정하는 것 중 하나고요...코로나 이후부터 환자 받는 것도 늘었고 검사도 엄청 많이 늘었어요. 근데 이 상황에서 병원은 저희 환자 이송팀 인력을 안 늘려줬습니다. 근데 의정사태 이후로 환자 이송 건수 줄어드니까 이제 시간외(근무)를 줄이고, 또 주말에 저희가 원래 4명으로 일했거든요. 근데 지금 3명으로 줄였어요. 바쁠 때는 인력 안 줬는데 이제 좀 한가해지니까 오히려 인력을 줄이는 거예요. 병원의 진짜 엄청난 이중성이죠.**”(A-노동-8)

병원이 전체 건수를 기준으로 야간 근무 시간에 충분한 인력을 배치하지 않는 문제는 다른 부서들에서도 확인되었다.

“(영상의학과) 야간에 한 명이 일하잖아요? 장비당 원래 2명씩 일해야 되는데, **건수가 안 나온다고 무조건 한 명 세우는데 그게 말이 안 되거든요. 건수 없다고 사고 안 생길 거냐, 그럼 그 피해는 결국 환자한테 가는 거고...** 실제로 다른 병원 같은 경우는 야간에 환자 사고 많이 일어나거든요. 예전에 김해 어떤 병원에서 MRI실 산소통 사고도 있었고...⁸⁴ 그것도 혼자 일했잖아요? 두 명이 있었으면 그래도 막지는 않았을까요? 그런

⁸⁴ 2021년 10월 김해 한 병원에서 자기공명영상촬영(MRI) 도중에 환자가 산소통에 머리, 가슴이 눌러 사망하는 사건이 발생했고, 경찰은 병원측 과실로 인한 의료사고로 결론을 내리고 검찰에 송치하였다.

위험은 다 도사리고 있는데 그냥 운 좋게 지금 안 일어나고 있는 거고 그리고 일어나도 그냥 조용히 넘어가는 거죠. 더 뽑아 달라고 해도 무조건 건수로 이야기하거든요. 건수로, 데이터로 이야기하면 아무것도 안 돼요. 한 상황이 동시에 발생할 수 있는 건데 그거는 생각 안 하고 그 근무시간 동안 그냥 뭐 두세 번 밖에 안 되지 않냐고...공사장은 2인 1조잖아요? 저희도 두 명만 있으면 사고 날 확률이 현저히 줄어든다고 보거든요. 혼자서 하려면 진짜 한계가 많아요. 환자 막 움직이고 있어서 잡고 있어야 되는데 누군가는 또 도움을 요청해야 되고... 혼자 다 할 수가 없는 경우가 많으니까요.” (B-노동-5)

한편 C병원에서는 간호본부 산하 병동관리팀에 소속된 간호조무사들이 병동 청소 외에도 이송전담팀과 더불어 이송 업무를 분담하여 수행하고 있는데, 전공의 이탈 후 신규 채용이 없게 되면서 기존 인력의 업무량이 크게 늘어나게 되었다.

“듀티 별로 맡게 되는 병동이 다르거든요. 데이 번으로 들어가게 되면 한 병동만 맡아서 할 수 있는데 이브닝은 두 병동을 혼자서 커버 들어가야 되고, 나이트 때는 4개에서 6개 병동을 혼자 커버를 들어가야 되니까 혼자 일을 다 못 쳐내죠. 병원에서는 비상경영이라고 처음에 선포하고 힘들다고 했는데, 외래 같은 경우는 거진 도떼기 시장처럼 환자분이 엄청 많아요. 근데 인력 채용을 안 해주니까...화장실 갈 시간도 없이, 물 먹을 시간도 없이 진짜 바쁘게 일을 하고 있거든요. 그래서 간담회 때 요청해도 병원에서는 지금 인원으로도 돌아갈 수 있다고...일이 제일 많은 월요일 전날에는 스트레스를 너무 받아서 잠을 좀 설치기도 합니다.” (C-노동-1)

이밖에 병원은 비상 경영을 명분으로 내세워 퇴직자가 있더라도 신규 직원을 채용하지 않거나(B-노동-1), 이전에 시행하던 인턴 제도를 잠정 중단하기도 하였다(A-노동-3). 이러한 조치들은 모두 인력 부족 문제를 악화하며 기존 노동자들의 업무량을 늘리는 결과를 낳았다.

“병원은 직원들을 초반에 너무 많이 뽑았기 때문에 퇴직을 하더라도 적정 인력 수라고 생각한다고...또 비상경영 체제이니까 안 뽑으면 좋은 그런 상황이고 그게 맞아떨어졌던 게 아닐까 싶습니다. 근데 처음부터 1인분이 아니었다고 하면 할 말은 없지만 근로자들 입장에서는 사실 힘들죠. 그 뽑지 않는 자리 일을 나눠서 해야 되기 때문에 점점 안 뽑게

되면 1.2인분, 1.3인분, 나중에는 1.5인분까지 되는 그런 상황까지 갈 수 있으니까요... 진단검사의학과에는 외래 채혈실이나 검사실에서 접수하고 병동 가서 검체 운반하고 분류하는 일을 하는 일반직이 두세 명 있는데요, 그 한 분이 지난해 퇴사를 했는데 뽑지 않았죠. 안 뽑고 각 파트별로 한 명씩 와서 일을 하라고 하더라고요. 실무자들 생각과 달리 보직자들은 그냥 하면 되는 거 아니냐, 빨리 빨리 가서 해라 이런 식으로...” (B-노동-1)

“저희가 인턴 제도가 있어서 인턴을 한 10명 채용해서 몇 달 동안 근무를 시키는데 작년에 인턴을 안 뽑았어요. 인턴이 있으면 일하는 데 많이 도움이 되죠. 검체 검사하는 업무는 안 시키지만 이제 접수나 딜리버리(운반) 같은 거는 인턴 선생님들이 해주거든요. 제가 듣기로는 인턴도 월급을 줘야 되기 때문에 채용을 안 한 걸로 알고 있어요.” (A-노동-3)

④ 부서 인력의 숙련도 저하

병동 내 전체 간호사 수를 줄이지 않았다고 해도 아직 숙련도가 낮은 신규 간호사와 해당 병동 업무에 익숙하지 않은 전보(轉補) 간호사의 비중이 늘어나면 그만큼 기존 간호사들의 업무 부담은 커질 수밖에 없다. 정부 시범사업에서 일반 간호사를 진료지원 간호사로 전환할 경우 3년 이상 임상경력 보유자로 한정할 것을 권고한 바 있듯이, 각 병원에서도 경력직 간호사를 진료지원 간호사로 우선 선발하였다. 진료지원 간호사도 부서에 따라 교대 근무를 하기도 하지만, 3교대 근무에서 벗어나고 싶거나 중환자실과 같이 업무가 힘든 부서에서 근무하고 있던 간호사들이 많이 진료지원 간호사로 지원하였다. 그 결과 병동에서 중추 역할을 하는 중간 연차 간호사들의 비중이 줄어들면서 병동 간호사의 평균적인 숙련도가 낮아지는 문제가 발생하였다.

“지금 제가 6년 차잖아요. 저희 부서에 간호사가 50명인데 제 위에 10명밖에 없거든요. 6년차가 지금 4명이고 위에 7년차가 한 7-8명 정도 있고 그 위에 10년차, 11년차 한 명씩 이렇게 있어요. 밑에 다 신규예요. 4년차 3명에 원래 2년차였던 애들이 올라오면서 3년차가 된 게네가 14명, 2년차가 10명 뭐 이렇게...어제 나이트 근무도 7년차 쌤이 데스크, 제가 세컨인데 프리셉터하고 있고, 밑에 다 4년차, 3년차, 2년차 애들이 수두룩...이렇게 데리고 일을 하니까 로딩이 엄청 많죠.” (C-노동-4)

“병원이 돌아가기 위해서 PA를 뽑은 건 알겠는데 이게 연차들을 다 빼어버리니까 생각보다 타격이 커요. 필드에서 막 뛰어다니는 4년차, 3년차 애들이 다 나간 거거든요. 근데 또 외상(중환자실)이라는 특성상 국고 지원으로 이루어지기 때문에 멤버를 줄일 수 없어요. 무조건 채워주는데 자꾸 신규로 채워지고 계속 트레이닝을 해야 되는 상황이고, 트레이닝을 한다 해도 신규들이 외상환자들을 보고 도망가는 경우가 많아요. 제가 지금 다섯 번째 프리셉터하고 있는데 두 명이 도망갔어요. 첫 출근했는데 갑자기 환자 CPR 나서 에크모(ECMO, 체외막산소공급장치) 끼는 거 보고 도망갔거든요.” (C-노동-4)

“타 부서에서 로테이션 돼서 온 친구들은 저희 병원 경력이 있다 보니까 순서가 올라가 있긴 한데, 아직 신규 그룹에 묶여 있어요. 신규랑 똑같이 일을 하고 신규 보는 환자들을 봐요. 중환을 못 줘요. 에크모 볼 줄 모르고 CRRT(신장대체요법)⁸⁵도 못 보니까 이제 저희가 CRRT (환자) 2명을 보는 거예요. 지금 한 근무 당 데스크 빼고 보통은 7명에서 8명 멤버인데, 막 독립한 한두 달 된 애들이 두 명 들어올 때가 8명이죠. 그래서 풀 베드(20베드)면 환자 3명 보는 사람이 꽤 많아요. 그래서 밑에 애들은 풀 베드를 또 안 줘요. 해도 ‘그냥 한 명만 보라 해. 너네가 3명 보면 되잖아. 너네는 볼 수 있잖아’ 이렇게 된 거예요. ‘밑에 애들이 힘들다고 도망가는 것보다 너네가 보는 게 낫지 않니’라고 해서 그냥 저희가 3명 다 봐요.” (C-노동-4)

“17베드가 풀 베드였는데 거의 14~15베드 왔다 갔다 하다가 지금 10베드로 줄인 거죠. 근데 줄여도 지금 신규 간호사 비율이 높으니까, 신규 간호사 백 봐주거나 감염 관리하거나 욕창 케어해 주는 역할을 하니까 사실은 그렇게 많이 편해진 것도 아닌 거죠. **저희가 중간**

⁸⁵ ECMO(Extracorporeal Membrane Oxygenation, 체외막산소공급장치): 심장과 폐의 기능이 심각하게 저하된 환자에게 체외에서 혈액을 산소화하고 이산화탄소를 제거하는 방식으로, 중환자실에서 적용된다.

CRRT(Continuous Renal Replacemet Therapy, 지속적 신장대체요법): 심한 신부전이나 다발성 장기부전 환자에게 혈액투석을 지속적으로 시행하는 방식으로 환자 상태가 혈액학적으로 불안정할 때 중환자실에서 적용된다.

ECMO와 CRRT 모두 고도의 기술적 지식과 높은 숙련도, 지속적인 활력징후 감시와 응급상황에 대한 대응이 요구되기 때문에 중환자실 간호사에게는 상당한 업무 부담으로 작용한다.

연차가 너무 없어요. 55명에서 2년 미만 입사자가 한 15명 이 정도 되는 것 같아요. 차지 그레이드(각 업무 당 책임간호사를 담당하는 간호사 그룹)는 10명 정도고요. 그러니까 듀티가 잘 안 돌아가기는 해요.” (A-노동-7)

특히 신규 또는 저연차 간호사는 혼자 의사에게 노티를 할 수 있을만큼 경험과 지식이 부족하기 때문에 노티 과정을 다른 간호사들이 확인해야 한다는 점에서 업무 부담이 늘어나게 된다.

“환자 레이트(Heart rate, 심박수)가 160 이어가지고 저희가 임의로 EKG(심전도) 찍었는데 tachycardia(빈맥100이상)예요. 그래서 전공의한테 노티하면 저희한테 ‘어떡해요?’ ‘그걸 저희한테 물으시면 어떡해요?’ ‘가야겠죠?’ ‘빨리 오세요’ 이러면 그제서야 와요. 그러다가 진짜 환자 넘어가면 어떡하려고. 그런 환자를 만약에 신규가 보거나 연차가 낮은 애들이 보면 그 상황에 어떤 약을 줄 건지, 어떤 대처를 평소에 하는지 모르니까, 전공의가 ‘어떻게 할까요?’ 하면 ‘저는 어떻게 해요?’ 그냥 이려고 서 있는 거예요. 그래서 한참 전화를 들고 서 있어요. 그러다가 전공의가 끊거든요. 옆에서 데스크(책임간호사)가 쳐다보고 ‘뭐래? 뭐 하래? 뭐 주래?’ 답을 못 들었으니까 애들이 전화를 내려놓지도 못하고. 근데 끊어진 거 보이거든요. ‘야 뭐라던데? 전화 끊은 거 안다. 그냥 내려놔라’ 이러면서 뭐라던데 뭐라던데 이러면 답도 못하고, 처방도 못 받고, 환자는 계속 그러고 있고. 그래서 노티할 때 무조건 데스크가 옆에 킵(keep)해 있어요. 그런 경우가 너무 많으니까 밑에 애들은 혼자 노티를 못해요.”⁸⁶ (C-노동-4)

⁸⁶ 재구성: 신규간호사가 환자 심박동수가 160까지 상승하여(정상범위 60~100) 12-lead EKG(심전도) 측정 후 전공의에게 환자 상태에 대하여 보고하였으나 전공의도 숙련도가 낮아 즉각적인 답을 주지 않은 상황이다. 즉각적인 처치가 이루어지지 않으면 심방세동과 같은 부정맥이 발생하거나 혈압이 저하되는 등 환자 상태가 급격히 나빠질 수 있다. 숙련된 간호사의 경우 환자 상태에 대한 보고와 함께 가능한 처치(심박동수 조절을 위해 투약 가능한 약물이나 수액에 대하여)에 대하여 제안할 수 있어 책임간호사와 함께 환자 상태를 보고하도록 하는 것이다. 신규간호사가 숙련도가 낮은 저연차 전공의에게 환자 상태에 대하여 보고할 때 혼하게 발생하는 문제이다.

본인이 근무하던 병동이 폐쇄되어 전보된 간호사나 휴직에서 복직한 간호사들이 경력 수준에 맞는 업무를 소화해내기까지 일정한 적응 기간이 필요했기 때문에 그 과정에서 기존 병동 간호사들의 업무 부담이 클 수밖에 없었다.

“(전공의 집단 이탈로 폐쇄된 병동에서 온) 이분들이 이제 저희랑 똑같이 일을 할 수가 없으니까 중증도 낮은 환자를 주거나 팀을 플러스 1팀을 만들어 가지고, 예를 들면 저희가 원래 네 팀인데 그 선생님이 있는 듀티는 플러스 1팀을 만들어서 좀 더 쪼개서 보라 이렇게 됐거든요. 원래 있던 병동 간호사들 입장에서는 와줘서 고맙기는 한데, 중증도 낮은 환자들을 다 가져가니까 그렇게 일이 줄지도 않는 거죠...도와 주시는 선생님이 있고 또 안 도와 주시는 선생님이 계시거든요. ‘도와줄게요’ 하면 너무 감사한데 그게 아니면 플러스 1팀이라고 해도 사실 전혀 도움이 안 되는 거예요. 근데 이제 그분들도 또 다른 병동에 와 가지고 일하시는 거 자체가 너무 스트레스니까...그래서 무급휴가 가시는 올드 쌤들이 좀 많다고 들었어요.” (A-노동-1)

⑤ 건강 문제 악화

전공의 이탈 사태 이후 가중된 노동 부담은 병원 노동자들의 건강을 위협하였다. 특히 혼자 환자 체위 변경이나 이송, 무거운 장비를 운반해야 하는 업무를 수행하는 경우 근골격계 질환이 발생·악화될 위험이 큰 것으로 나타났다.

“현재 PRN 근무를 하면서 환자 몸무게 측정이라든 산소 교체하는 일을 하고 있습니다. 업무가 많으면 하루에 산소를 한 40~50개는 갈아야 돼요. 그 다음에 몸무게를 재는 일도 월요일이나 금요일 같은 경우는 많기 때문에 한 50명이 넘는 경우도 있는데, 그렇게 되면 아무래도 허리를 계속 숙이다 보니 업무를 하는 과정에서 허리와 고관절을 다치는 경우가 많이 있어요...저 같은 경우도 예전에 중환자실에서 근무할 때 포지션(체위 변경)을 하다가 허리가 그 자리에서 삐끗 나간 적도 있었거든요. 허리를 다치는 바람에 이제 부서 이동이 되었죠. 그런 일이 아무래도 비일비재합니다.” (C-노동-1)

“처음에 일할 때는 침상이 너무 낮는데 중환자들이니까 그거에 맞춰서 저희가 환부를 소독해야 하니까 허리가 너무 아파가지고, 그런 것 때문에 물리 치료를 좀 많이 다녔어요.”

(A-노동-5)

특히 A병원 이송원들의 경우 인력이 부족한 상황에서 여러 날 연속 야간 근무를 한 뒤 곧바로 주간 근무에 투입됨에 따라 생체 리듬이 깨져 수면 장애를 겪는 이들이 많았다.

“저희가 제일 많이 불편한 것 중에 하나가 나이트(근무)를 일주일 하고서 그 다음 데일로 넘어올 때 수면 장애가 너무 심한 것인데요. 진짜 며칠 동안 잠을 못 잘 정도로요. 아 ‘내가 다음 날 출근하면 이송하다 사고 나겠다’ 싶어요. 왜냐하면 정신을 못 차리니까...교대 근무하면 아무래도 생체 리듬이 흐트러지는 게 많이 있으니까, 나이트 할 당시에는 그렇게 피곤한 걸 잘 모르는데 그 다음 근무로 넘어갈 때 아직 그 생체 리듬이 적응이 안 돼 있으니까 거기서 수면장애가 많이 오죠. 근무 중에 충분한 수면을 못 취할 수 있으니까 이제 근무 집중도도 많이 떨어지고요.” (A-노동-8)

야간근무가 병원 노동자의 건강에 미치는 부정적 영향은 익히 잘 알려진 사실로, 전공의 이탈로 인해 늘어난 업무 부담과 인력 부족은 건강 문제를 더 악화시키고 있는 것으로 나타났다. 그리고 이 문제 때문에 간호사들은 상근직으로 부서 이동을 고민하고 있었다.

“수면 장애가 너무 심해서 좀 상근으로 가고 싶어가지고 계속 트라이하는데 잘 되진 않네요. 외래 가면 제일 좋긴 한데 외래는 뽑아간다고 하더라고요. 전기 로테이션은 정말 무작위로 데려가는 거라서, 지금은 PA라든지 아니면 특수 부서 검사실 같은 데 지원을 준비하고 있습니다. 저도 나이가 있는데 멤버가 없기 때문에 아직까지 나이트를 꽤 많이 하고 있거든요. 그거에 대해서 불만이 있기는 한데 뭐 어찌겠습니까? 멤버가 없어서 안 된다는데...수면 장애 그런 건 기본이고요. 특히 전공 이탈 이후로 잠 못 자는 게 너무 많이 심해졌어요. 나이트 들어가는 게 너무 스트레스거든요. 말씀드렸다시피 1인실 중증도가 높아지니까 내 환자 뿐만 아니라 전체 병동의 나이트 팀 차지까지 봐야 되니까 그거에 대한 스트레스가 굉장히 많이 올라갔어요...어떻게 하면 3교대에서 도망갈까 맨날 그 생각합니다.” (C-노동-2)

“나이트 끝나고 깊이 잘 못 자는 것 같아요. 확실히 이 교대근무를 너무 오래 했나 싶었던 게 그 전에는 나이트 끝나고 원래 그 사이클로 돌아오는 게 하루도 안 됐던 것 같거든요. 그냥 자고 일어나면 괜찮았는데 점점 그게 길어지고 점점 아픈 거예요. 진짜 아파 보인다는 소리 많이 들었어요. 일도 바쁜데 몸도 아프고 뭔가 회복도 이렇게 더뎌지고 이러니까... 더 화도 많아지는 거예요.” (A-노동-2)

면담 참여자 가운데 격무에 시달리던 한 간호사는 이전에 없던 생리불순 문제가 생기기도 했으며, 장시간 수술 보조 업무를 하는 진료지원 간호사의 경우에는 여러 신체적 불편함을 경험하고 있었다. 또 바쁜 업무로 식사를 잘 챙기지 못해 속쓰림 증상을 앓고 있는 간호사도 있었다.

“많이 바빠지고 스트레스를 너무 받아서 그런지 모르겠는데 생리불순 문제가 심해졌어요. 원래 주기가 규칙적이었는데 최근에 많이 늘어져 가지고...그럼 또 언제 이게 시작할지 모르는 것도 엄청 스트레스거든요.” (B-노동-4)

“수술이 많은 요일에는 하루 종일 서서 일하다 보니까 여기저기 많이 결리고 특히 목이 많이 아프고요, 압박스타킹도 답답해서 잘 못 쓰는 편이어서 다리도 많이 붓고 그래서 하지 정맥류 생길 것 같아요.” (A-노동-6)

“너무 바빠서 식사 잘 못하니까 속 쓰리고 어지럽고 그래서 과자 한두 개 먹고 일하는데, 그거 까먹을 시간도 없어 가지고...애들이 지금 다 20대니까 괜찮은 것 같은데 나중 되면 건강 문제가 있지 않을까 생각이 들기도 해요...그리고 물도 못 먹고 화장실도 한 번도 못 가고 일을 하니까 너무 화가 나는 거예요. 밤에 자주 깨는 그런 것도 있고요.” (B-노동-2)

⑥ 환자 감소로 드러난 문제

병원원 전공의들이 이탈한 뒤에 진료량을 감축할 수밖에 없다. 하지만 조직을 정비하고 인력을 재배치한 다음에 다시 진료량을 늘리기 시작했다. 따라서 앞서 살펴본 바와 같이 노동자들의 부담은 처음에 감소하였다가 이후 원상 복구되는 양상을 띄었다. 그런데 전공의 의존도가 상대적으로 높았던 일부 병동에서는 자기 업무 부담이 늘어나는 것을 원치 않는 교수들이

줄어든 재원 환자 수를 계속 유지하였고, 그 ‘덕분’에 해당 부서 간호사들은 이전보다 업무량이 경감된 상태로 근무할 수 있었다.

“17베드에서 14베드로 줄었는데 교수들이 더 벅차다고 해서 10베드로 줄었고, 병동에 중환자 생기는 경우에만 더 받거나 이렇게 하고, 그 이상일 때는 ER에서 CPR 터지거나 이래도 플베드라고 안 받는 상황이에요. 어찌 됐든 교수 본인들이 벅차서 이렇게 환자 자체를 줄인 거지, 만약에 교수들이 관찮다고 했으면 계속 볼 수 있었던 부분이고 그러면 간호사 업무 가중이 더 많았을 거라고 생각해요. 교수가 직접 PPT를 만들어서 ‘당직 1인 근무가 힘든 이유’ 하면서 막 적더라고요. 그래서 교수들이 이렇게 힘들다고 얘기하면 다 해주는구나, 근데 이게 맞나 약간 이런 생각이 들긴 했죠...어쨌든 저희들이야 전공의 파업한 뒤로 상대적으로 좀 더 편해진 것 같기는 합니다.” (A-노동-7)

“OS(정형외과)랑 ENT(이비인후과), 안과 같이 보고 있는 병동에서 일하고 있습니다. OS는 전공의 4명 있다가 다 나가고 한 명은 복귀했어요. ENT는 원래 없었고 안과는 2명 있었는데 한 명 나갔습니다. 베드는 38베드였다가 지금은 주중에 33~34베드, 주말에는 22~23명 탑니다. 전공의 파업하고 나서 수술 건수는 과마다 다른데 OS는 좀 줄었고요. ENT와 안과는 동일하거나 조금 더 는 것 같습니다. 사실 OS가 그래도 저 3개 과 중에 (환자) 중증도가 제일 높았는데, 이제 전공의가 없으니까 교수님들이 직접 봐야 돼서 그런지 몰라도 환자 수도 좀 줄었고, 또 뭔가 제가 느끼기에는 중증도가 떨어졌습니다. 그래서 업무 강도가 그전이랑 비교할 때 균형이 맞는 것 같거든요.” (B-노동-6)

한편 일시적으로 환자 수가 줄어들었을 때 병원 경영진은 심각한 위기로 인식했겠지만, 일선 간호사들은 이것이 바로 인간적인 노동이 가능하고 환자에 대한 최선의 간호 행위가 이뤄질 수 있는 조건이 되는 적정 인력 수준이라고 느꼈다.

“이게 시기마다 좀 달랐던 것 같은 게 초반에는 어쨌든 (전공의가) 나갔더라도 원래 있던 환자들이니까 사실 크게 달라질 건 없었는데 어느정도 장기화가 되면서 환자를 좀 빼고 조절을 하다 보니까 ‘이렇게 밥 먹으면서 일을 할 수 있는 거구나’ 하게 된 거죠. 그랬는데 최근에 겨울 오면서 중증도가 확 올라가서 밥을 다시 못 먹기 시작했어요.” (A-노동-2)

“저희도 초반에는 플베드여가지고 진짜 오버 타임(초과근무)이 훨씬 더 많았거든요. 엄청 많았다가 이제 교수님들도 지치시고 또 환자들도 많이 돌아가시고 전원 보내고 하니까 이제 플베드는 안 채워지거든요. 저희도 환자 수가 줄어가지고 예전에 비해서 밥은 먹을 수 있어요. 아니면 예를 들면 너무 바쁘더라도 이전에는 밥도 못 먹고 오버타임 하는 게 너무 당연했는데 요즘은 밥은 먹고 오버타임을 한다, 아니면 밥을 못 먹는 대신에 집에 제때는 갈 수 있다든지... 지금 저희가 그나마 바뀌었다고 생각하는 거는 밥을 먹을 수 있다는 정도인데 (팀을 줄이면) 다시 밥을 못 먹는 예전 상황이란 똑같아지는 거죠. **지금도 사실 저희 입장에서는 정상인 건데, 당연히 30분 쉬고 밥을 먹을 수 있는 시간이 주어지는 게 당연한 건데, 그게 없어지는 게 정상이라 생각하시는 거냐 이렇게 계속 싸우는 거죠.**” (A-노동-1)

“(환자들이) 저희한테 되게 고마워하시는 표현이 더 늘었다고 생각을 하는 게, 예전에는 그냥 저희도 너무 바빠 보이고 하니까 말을 못 걸었는데 요즘은 그런 시간이 있어 보이잖아요. 그래서 예전에 선생님이 이렇게 많이 웃는지 몰랐다, 아니면 이렇게 봐줘서 고맙고, 선생님들이 확실히 이전에 비해서 뭔가 좀 더 해주는 게 많은 것 같은데 고맙다고 하시는 거예요.” (A-노동-1)

“우리가 이런 변화에 의해서 간호사들이나 현장에 있는 사람들이 이렇게 정상적인 업무를 할 수 있다는 거는, 간호사가 1인당 맡아야 할 환자 수를 줄이는 게 맞아, 이번에 겪어보고 확실하게 느꼈거든요. 환자 수만 줄면 간호사들이 할 게 너무 많은 거예요. 환자 수가 주니까 간호사들이 가서 석션(suction, 기도흡인)을 하는 횟수도 좀 늘고, 다른 예를 들어서 CPN이 바쁠 때 도와줄 수 있었던 것도 내가 현재 환자가 적고 여유가 있으니까 그런 거예요. 근데 여기서 풀로 받으면서 일을 하면 감정 싸움이 될 거예요.” (A-노동-11)

(2) 경제적 불이익

병원 노동자들은 각 병원마다 강제성이 다소 달랐지만 여러 맥락에서 원치 않는 무급휴가를 사실상 강요 받았다. 또 일부 병원의 부서에서는 이미 출근한 상태에서 환자가 없다는 이유로

응급오프를 강제로 부여 받기도 했다. 아울러 인력이 부족한 상황에서 초과근무가 비일비재하게 발생했지만 병원은 관리자 직군을 동원해 수당 신청을 자제하게 만들었으며, 비상경영을 이유로 임금인상을 최소화하였다. 이러한 조치들로 인해 노동자들은 실질 임금이 삭감되는 피해를 겪게 되었다.

① 강요된 무급휴가

병원은 진료량 감축에 따른 수익 감소를 상쇄하기 위해 비용 절감 조치를 시행하였다. 병원은 대표적인 노동집약적 산업으로 인건비가 차지하는 비중이 크기 때문에 인건비 지출을 줄이기 위한 여러 조치를 시행하였다. 연구 대상이 된 세 병원 모두 정규직 비율이 높았던 만큼 대규모 정리해고 조치는 없었다. 그 대신 병원은 노동자들에게 무급휴가(Unpaid leave) 사용을 적극 권고 혹은 강요하였다. 노동자 입장에서는 무급휴가를 가게 되면 근무 일수가 줄어들어 소득이 감소할 수밖에 없었다.

한편 무급휴가의 강제성 여부와 정도는 병원이 가진 법적 지위의 차이에 따라 달랐다. 유일한 사립대병원인 C병원이 무급휴가 사용을 가장 적극적으로 권고 내지 강요한 것으로 확인됐다. 그리고 비자발적 조치였지만 이전부터 과중한 업무에 시달리며 긴 휴가를 가기 어려웠던 노동자들은 큰 불만 없이 이를 수용하는 양상이었다. 오히려 업무가 별로 줄어들지 않은 부서 직원들은 무급휴가를 가고 싶어도 갈 수 없는 처지이기도 했다.

“한창 그 의정사태 빠졌을 때는 저희도 무급을 들어갔었어요. 가고 싶지 않아도 강제로 들어가긴 했었는데요. 수간호사님이 ‘들어가야 된다. 근데 일반 병동처럼 여러 명이 들어가지 못한다. 외상 특성상 환자가 어레인지(arrange) 하고 들어오는 게 아니니까. 갑자기 헬기 타고 내려오고, 워드(병동)에서 내려오고, 교통사고 나면 무조건 받아야 되니까 많이는 못 들어간다. 2주씩 격주로 해서 이렇게 한 명씩 들어가라’ 해서 순서를 정해 주셨어요. 그래서 그때는 우선순위를 임산부로...있어도 액팅 다 못 뛰고 하니까 먼저 들어가라는 거예요.” (C-노동-4)

“저 같은 경우는 안 쓰긴 했는데 다른 사람들은 보통 평균적으로 2주에서 한 달 가까이 썼어요. 그래서 저희 멤버들은 해외여행 가고 그랬거든요. 연차가 낮은 친구들은 이 기회에

쉬고 싶어했거든요. 사실 병원에 근무하면서 결혼 휴가도 일주일 주는 마당에 한 달 동안 여행 갈 수 있는 게 거의 없잖아요...월급이 줄었지만 크게 불만은 없었어요.” (C-노동-3)

“저희는 멤버가 줄어서 그런지 모르겠는데, (무급휴가) 쓰라고 권고하거나 뭐 그런 건 없었던 것 같아요.” (B-노동-4)

“초반에 저희는 무급휴가 쓰고 싶어도 못 쓰는 병동이었거든요. 다 풀베드니까 너무 힘들어 가지고 다들 그냥 무급휴가 웨이팅할 정도로. 누가 갈래 하면 저 갈래요, 저 갈래요. 다 막 이렇게 되는 거예요.” (A-노동-1)

반면 국립대병원인 A병원과 B병원에서는 노동조합이 강제 사용을 반대하자 자발적 사용을 권고하는 것으로 한 발 물러났다. 진단검사의학과나 영상의학과 보건직과 같이 전공의 이탈 전후 업무량의 큰 변동이 없었던 부서의 노동자들의 경우 무급휴가 사용에 대한 별다른 압박을 받지 않은 것으로 나타났다.

“노사협의회 때 병원에서 먼저 그렇게 얘기를 했죠. 이제 주변 병원들에서 연차 강요라든지 무급휴가 이런 걸 돌아가면서 쓰게 한다고...저희는 이제 강제 사용은 안 된다, 원하는 사람들만 하게 해라, 그래서 그렇게 했던 것 같아요.” (B-간부-1)

“우리 병원에서도 무급휴가 가라는 게 얘기가 나왔는데 강제로 하진 못했어요. 무급휴가라는 게 보직자들 회의에서 비상경영 관련해서 나온 안건이기 때문에 보직자들 위주로 약간 눈치를 보면서 가는 형태였고, 밑에 있는 사람들은 노동조합에서 ‘일이 없다고 무급휴가를 강제할 수는 없다. 본인이 원하면 무급으로 갈 수 있지만 강제할 수 없는 부분이다. 자발적인 무급휴가만 우리가 인정을 하겠다. 그러니까 압박을 주지 마라’ 이렇게 되니까 결국에는 보직자들만 좀 가는 그런 상황이 됐죠...주변에 때마침 그때 부상을 당해서 질병이나 부상 휴가 쓰고 연차가 모자랐던 사람이 쓴 적은 있었지만, 자기가 무급휴가를 써야지 하고 쓴 사람은 없었던 것 같아요. 왜냐하면 결국에는 월급이 안 나오는 거니까 굳이 뭐 써야 되나 라고 생각을 많이 했던 것 같아요.” (B-노동-1)

“노조에서 이미 그걸 방어를 했거든요. 수석 선생님이라고 하는데 우리를 관리하는 선생님이 ‘강압적으로 무급휴가를 써라 이렇게 하면 노조에 신고를 해라’ 그래서 저희는 그런 건 없었어요. ‘무급휴가 쓰려면 쓰세요’ 이렇게 한 번쯤 말했는데 장려하거나 그러진 않았어요.” (A-노동-3)

“저희는 (무급휴가를 사용한 사람이) 한 명 있었나. 근데 좀 자유롭게 썼어요. 저희는 노조가 그런 거 다 막아주거든요. 강제적으로 쓰는 그런 건 없었어요.” (B-노동-5)

하지만 직접적으로 무급휴가 사용을 강제하지 않았다 하더라도, 병원은 병상을 줄여 인력이 남게 된 병동 간호사들에게 타 부서로의 파견 근무와 무급휴가 사용을 선택하도록 강요함으로써 무급휴가 사용을 사실상 강제하는 행태를 보였다.

“무급휴가 강요까지는 안 해도 유도는 하더라고요. 일하겠다고 하면 그럼 그냥 헬퍼 가라 이런 식으로요. 결국 돌아가면서 다 무급 사용하기 했었어요. 당연히 헬퍼 가기 싫으니까 그럼 나는 무급휴가 들어갈래 이런 분위기인 거죠.” (B-간부-1)

“4월부터 비상경영을 선포하고 이제 비용 절감해야 되잖아요. 그러니까 자구책으로 짜낸 게 무급휴가라는...5월달부터 입원 환자가 떨어지니까 이때부터는 무급휴가라는 거를 병원이 이제 강제하기 시작한 거죠. 근데 이 무급휴가 강제도 보건직이라고 하는 검사 파트나 사무직 이런 사람들에게 강제 안 하고요, **간호부 중심으로 하는 거예요. 병상 가동을 떨어진 거, 제일 문제가 그거거든요.** 막 노동조합에 강제하지 말라고 문제 제기했을 거 아니에요? 근데 선택이래요. 하나는 무급휴가 갈래? 무급휴가 안 가면 다른 병동 PRN 갈래? 또 하나는 진료지원 간호사로 지원할래? 근데 **간호사들은 내 병동에 아무리 환자가 많아도 다른 병동 가서 하루 이틀 매뚜기처럼 일하는 거 제일 싫어하거든요.** 근데 진료지원 간호사 이 사람들은 법적 보호도 안 된대, 어떤 업무를 하는지도 모른대, 근데 여기를 가래, 이거는 또 싫어. 그러면 이제 울며 겨자 먹기로 무급휴가를 선택할 수밖에 없는 거죠.” (A-간부-1)

“이제 계속 간호부의 압박이 오는 게, 팀을 줄여라 아니면 무급휴가를 보내라. 초반에는 바쁘니까 쓰지 마라 이런 분위기였는데, 이제 수 선생님들조차도 무급휴가를 쓰게끔.

이전에 못 쉬었으니까 지금 쉬는 거 어떠냐, 계속 이런 식으로 막 확인을 하세요.” (A-노동-4)

“초반에 원래 있던 병동에서 (무급휴가) 쓰기는 했었어요. 그때 일주일 정도. 살짝 반강제 분위기가 있긴 했죠...(급여가) 싼 만큼 많이 줄긴 했더라고요. 처음에는 받고 깜짝 놀라긴 했는데, 이제 그 뒤로 무급휴가 안 쓰는 팀으로 오긴 해가지고... 근데 거기 계속 있으면 많이 걱정했을 것 같긴 해요.” (A-노동-5)

한편 무급휴가와 더불어 C병원에서는 인건비 절감을 위해 노동자들에게 ‘응급오프(Off)’를 부여하고 있었다. 응급오프란 병원이 근무 전날이나 당일 갑자기 연락하여 휴무를 부여하는 불합리한 관행으로, 주로 환자 수 감소나 병동 운영 조정, 인력 배치 변경 등의 이유로 발생한다. 이는 노동시간 감소로 임금 손실을 초래할 수 있다는 점에서 노동자에게 경제적 불이익을 주는 조치로 이해할 수 있다. 심지어 이미 출근한 상태에서 응급오프를 부여 받는 경우도 있지만 거절할 경우 보복 조치를 받게 될까 두려워 어쩔 수 없이 오프에 들어가기도 하였다.

“오늘도 환자가 20명이어서 원래 4팀, 4명으로 근무하는 건데 한 명 잘랐어요. 수 쌤이 ‘실래?’ 라고 물어보고 안 쉬겠다고 하면 다른 사람을 찾기는 해요. 거절하는 사람도 종종 있긴 한데, 근데 사실 다들 힘드니까 쉬라고 하면 그냥 쉬어요. 그래서 모두 안 쉬다고 한 적은 없어요. 저도 이브닝 출근하기 전에 자고 있는데 계속 전화 걸어가지고 너 오늘 쉬어라 이렇게 한 적도 있거든요, 환자가 없어서.” (C-노동-3)

“응급 오프도 엄청 많이 받았어요. 그냥 출근했는데도 데스크 간호사가 카운트해서 환자가 적고 멤버가 많아요, 그러면 ‘야 너 집에 갈래? 집에 가라, 쉬어’ 아니 개는 출근하려고 1시간을 버스 타고 왔는데, 그럼 오기 전에 말해주던가, 진짜 쉬라고 할 거면...출근 다 해서 카운트하고 있는 애한테 ‘야 카운트 다 한 애한테 넘기고 퇴근해’ 하는데, ‘저 그냥 일할래요’ 라고 말하면 옆에 애한테 ‘그럼 네가 쉬어, 네가 들어가’, ‘저도 일할래요’ 다 안 들어간다 하면 ‘야 들어가라, 가위바위보 해라, 진 사람 들어가’ 이렇게 되는 거예요. 만약에 진짜로 애네가 필요한 오프가 있을 수도 있잖아요. 갑자기 뭐 일이 생기거나 그러면 ‘야 너네 나중에 오프 써도 안 준다’ 이렇게 되는 거예요. 그러니까 거절 못하고 받는 거예요.

반협박이죠. 그래서 한번 제가 노조에 말을 해서, 이제 저희 부서는 내가 이날 응급오프 받고 싶어요 를 표시하는 게 있어요. 이제 그러면 그날 거기 쓴 사람들 위주로 주기는 해요. 그래도 만약에 일하는 멤버가 데스크 빼고 7명인데 환자가 6명이면 한 명이 쉬잖아요? 쉬는 꼴은 못 보거든요. 청소를 시켜요. 베드 다 해체해서 앞면 뒷면 닦는 작업을 간호사한테 시켜요. 놓고 있으니까 뭐 펌프 뜯어서 닦거나, 사이사이 끼어 있는 거 다 닦아주고. 그래서 뭐 닦았는지 펌프 번호 체크를 하래요. 나중에 검사하시거든요. 그러니까 청소하기 싫으면 차라리 들어가야 되는 거네요.” (C-노동-4)

② 시간외근무수당 신청 억제

병원에서는 인건비 절감을 위한 수단으로 시간외근무수당 신청을 자제할 것을 적극 종용하는 행태를 보였다. 병원은 응급환자 발생, 환자 상태 악화, 수술 지연, 그리고 인력 부족 등의 이유로 인해 초과근무가 빈번히 발생할 수밖에 없다. 따라서 병원은 법적 기준에 따라 노동자들에게 ‘시간외근무수당(Overtime Pay)’을 지급해야 한다.⁸⁷ 하지만 면담조사 결과, 병원들은 병원경영 상태 악화 등을 이유로 내걸며 노동자들이 수당 신청을 자제하도록 공공연히 압박하고 있는 것으로 나타났다.

“비상 경영이니까 축소 경영해야 된대요. 그래서 직원들한테 시간외근무 하지 말라고 그러고. 시간외근무 하고 싶어서 하나요? 근데 청구를 못하게 하는 거예요. 지난주에 xx병동 간호사가 와가지고 힘들어 죽겠는데 수간호사가 시간외도 올리지 말라고 한다고. 자기 데이 (근무가) 5시에 끝났는데 못 올린다 이런 거죠.” (A-간부-1)

“요즘에는 저희가 일부러 안 하려고 하는데 전에 좀 몇 번 (초과근무가) 있어서 시간외 등록하니까 수간호사님 바로 연락이 오시더라고요. 비상경영 체제여서 하면 안 된다,

⁸⁷ 근로기준법 제56조에 따르면 법정 근로시간(주 40시간, 1일 8시간)을 초과하는 노동에 대해서는 추가수당을 지급해야 한다. 연장근무(시간외 근무)와 야간근무(오후10시~오전6시 사이 근무)는 기본 임금의 1.5배, 휴일근무(법정공휴일 포함)는 기본 임금의 1.5배~2배를 지급해야 한다.

이렇게 해서 저희끼리 조절하고...근데 최근에 다른 업무를 좀 확대를 시킬 때 그러면 우리 시간외를 쓰겠다고 얘기하니까 그때는 써도 된다고 말은 바꾸긴 했어요.” (A-노동-5)

“지금도 공지가 살아 있는지는 모르겠는데, 웬만하면 좀 초과근무를 안 할 수 있도록 근무를 빨리 끝내라 공지가 내려왔거든요. 저는 정말 집을 좋아하는 사람인데, 타가가 많이 끼어 들고, 안 해도 되는 행정적인 업무가 늘다 보면 일을 내 시간에 맞출 수가 없습니다. 그래서 저 같은 경우는 10년 차거든요. 10년 차면 진짜 소위 말하는 날고 기는 연차인데도 불구하고 그냥 30분은 안 쓰고 간 적도 몇 번 있고요. 왜냐하면 웬만하면 쓰지 말라고 하니 혹시나 나한테 해가 되면 어떡하나 30분 그거 해봤자 돈 만원도 안 되는 거 차라리 안 쓰고 해 안 받고 말지 이런 생각이 좀 많이 들었었고요.” (C-노동-2)

신규 간호사를 교육하고 지도하는 ‘프리셉터(Preceptor)’ 역할을 수행하다가 초과 근무가 발생하여 수당을 신청하는 경우에도 신청을 자제하도록 종용 받았다.

“신규 선생님을 이제 키울 때 아무래도 맨날 오버타임을 하게 되잖아요. 제가 오버타임을 최대한 안 하려고 해도 이 애가 혼자 남아서 결국 공부를 하고 가니까 그럴 바에는 그럼 같이 남아서 좀 더 알려줄게 하면서 좀 많이 했거든요. 이제 저는 당연히 ‘네가 아무리 신규라도 휴게불가나 시간외로 올리는 게 맞다고 생각한다. 우선 올리자’ 하고 다 올려줬어요. 근데 그 이후부터 이제 수 선생님이 계속 저한테 빨리 가라고. 초반에는 신규를 생각해서 그런다고 생각을 했거든요. 나중에 그 시간외랑 휴게불가가 저희 둘한테 쌓이는 게 너무 많아가지고 선생님이 그걸 되게 부담스러워 했다는 소문을 들었어요. 근데 좋으셔서 막 대놓고 얘기는 안 하셨는데, 그냥 계속 ‘빨리 가, 빨리 가라고.’ (A-노동-1)

“프리셉터를 액팅을 시켜야 되는데 그 친구는 당연히 느리니까 좀 기다려줘야 되잖아요. 그래서 기다려주다가 오늘 할 일 마무리하고 그 친구 보내고 이제 뒤 듀티한테 줘야 되는 거 좀 정리해가지고 주고 가는 거죠. 그래서 프리셉터 하면 정리하고 가는 과정에서 한 10, 20분은 더 있는 것 같아요. 근데 (시간외 신청은) 분위기가 사실 거의 못한다고 보면 돼요. 수 선생님이 인정해 주는 시간외 근무는 진짜 막 CPR 그런 거라서.” (B-노동-4)

병원이 불법적으로 수당 신청을 금지하지는 않지만, 간호사들 입장에서는 상사인 수간호사가 중간에서 곤혹스러운 입장에 처하는 것이 불편하고 눈치가 보일 수밖에 없기 때문에 지레 신청을 포기하고 있었다.

“15분 단위인가 이렇게 신청할 수 있다고 하긴 하는데 눈치가 보여 가지고 잘 못하기는 해요. 저번에도 수 선생님한테 보고하지 않고 수당을 올렸다가 한번 간호부에서 난리가 난 적 있었거든요. 그러니까 이브닝 번이 원래 12시까지인데 1시, 2시에 갔나 뭐 그렇게 돼서 이제 그거를 1시간 올리자 이렇게 해서 올렸는데, 수 선생님이 이제 모르신 상태에서 아침에 간호부에서 ‘너네 병동에 누구누구 수당 올렸더라’ 이렇게 해가지고. 수 선생님이 뭐라 하신 건 아닌데 간호부에서 뭔가 눈치를 주는 그런 게 있었나 봐요. 아예 못 올리는 건 아닌데, 저희가 말 안 하고 올렸을 때 간호부 자체에서 이제 난리가 나니까 수 선생님한테 그냥 괜히 죄송한 거죠. 보고를 하고 올려야 되고 그러다 보니까 애들이 좀 오버타임 한두 시간 해도 그냥 안 올리더라고요.” (B-노동-2)

“너무 사람들이 착해서 그런 것 같아요. 그냥 신경 안 쓰고 입력해버리면 되는데, 어차피 수 선생님 같이 일할 사람인데, 또 상사이고 한데, 하지 말라고 막 저렇게 싫은 티를 내는데 우리가 5천 원, 만 원 더 받자고 적어야 되나, 약간 이런 생각을 많이 하는 것 같아요. 싫은 소리 들을 바에 그냥 안 받는다 약간 이런...” (B-노동-4)

“(수간호사가) 휴게불가량 시간외 안 써야 되니까 ‘무조건 팀 간호사들 빨리 밥 챙겨 밥 먹으라 그래’ ‘너 밥 먹을 수 있어?’ ‘밥 먹을 수 있어?’ 그걸 아침 7시부터 다텔하는 거예요. ‘환자 수가 줄었는데 왜 밥을 못 먹어?’라는 말을 자기도 위에서 들어서 그런 것 같기는 한데 그래서 엄청 밥을...그래서 우리가 ‘밥무새’라고 했어요. 밥, 밥, 거러가지고.” (A-노동-2)

시간외근무수당은 정당한 노동자의 권리임에도 불구하고 많은 일선 현장에서는 신청하기 전에 수간호사에게 보고하도록 하는 관행이 자리잡고 있었다. 이러한 부당한 절차는 사실상 수당 신청을 가로막는 장벽으로 작동하였다. 또한 매우 제한적인 사유에 해당하는 경우에만 신청할 수 있다는 불합리한 내부 규칙의 문제도 큰 영향을 미쳤다.

“초과근무를 쓰면 비고에다가 사유를 적어야 되는데 그냥 ‘중환자 간호’ 이렇게 하면 그 위에 보고를 하는 입장에서 좀 그런가 봐요. 초과근무를 하는 사람들이 그걸 생각해 주고 해야 되는 건지는 잘 모르겠는데 아무튼 그래서 되게 좀 예민하게 받아들이는 편이에요. 저희 선생님은 그래서 초과 근무를 하면 자기한테 보고를 하고 초과를 타라고 하는데, 일단 나이트랑 데이 근무 때는 수선생님이 계시거든요. 그래서 나이트랑 데이는 일이 다 안 끝났는데도 그냥 가라고 해요. 그냥 뒷번이 넘겨 받아 가지고 해라 하면 또 그 뒷번은 처음 일할 때부터 이제 정신이 없는 거죠. 근데 뭐 그건 교대 근무니까 어쩔 수 없다고 생각을 하는데, 이브닝 같은 경우에는 저희가 24시(자정)에 이제 턴을 하거든요. 그러면 수 선생님은 상근이라서 8시에 출근하는데 24시에 뭐 때문에 이제 초과 쓰겠습니다 하고 초과를 써야 되는데 그게 사실 연락하기가 좀 애매한 거죠. 그래서 그냥 안 하는 경우가 많아요. 사실 원래도 초과를 쓰는 분위기는 아니었는데 (전공의 나간 뒤에) 초과 근무를 하는 빈도가 높아졌지만 이제 쓰지 못하는 거죠...” (B-노동-4)

“기록하느라 늦게 끝난 건 당연히 안 되는 거죠. 저희는 그런 건 아예 못 받아요. 사실 연차 낮은 샘들은 느리니까 그 액팅을 일단 먼저 하고 남아서 채팅을 하는 경우가 많잖아요. 근데 그런 거 하나하나를 다 해주지 않는 것 같아요...” (B-노동-4)

아울러 신규간호사의 경우는 초과 근무를 하더라도 자신의 숙련도 부족을 탓하며 수당을 신청하지 않는 분위기가 형성돼 있었다. 신규간호사는 시간 외 근무 수당을 신청하게 되면 일 못하는 간호사로 낙인 찍힐 것을 두려워 시간외 근무 수당을 신청하지 못하기도 했다. 특히 C병원의 경우에는 비상경영 체제라서 신청을 해도 반려된다는 소문이 돌기도 했다.

“신규들은 일이 빨리 안 끝나니까 아무것도 못 먹고 결국 아침에도 제 시간에 퇴근도 못 해요. 근데 또 애들이 눈치 본다고 연장은 신청을 안 하는 거예요. 어쨌든 일을 한 거고 뭐 로딩이 걸렸던 아니던 자기가 일을 했으면 그거를 신청해서 받았으면 좋겠는데 자기가 일을 못해서 그렇다고...또 이게 그 비상경영 선언한 것 때문에 해도 반려가 된다 라는 소문이 돌면서 애들이 신청을 안 했던 거예요. 사실 반려가 되진 않거든요. 제가 신청을 해 봤는데 다 받아 주시더라고요. 근데 애들은 어차피 반려 당할 텐데, 내가 못해서 늦은 건데,

뭐 이렇게 생각해서 그냥 안 넣는 거예요. 일이 많다고 생각을 못하는 거죠. 애들이 가스라이팅을 아주...” (C-노동-4)

면담 결과, 초과근무 수당 신청을 기피하게 만드는 조직 문화는 전공의 이탈 사태 이전부터 만연해 있었던 것으로 나타났다. 즉, 전공의 이탈 사태 이후 병원의 행태는 이러한 고질적 문제를 더욱 악화시키며 노동자에게 지급되어야 할 정당한 몫을 가로채고 있는 것으로 이해할 수 있다.

“사실 제가 한 4년차 때까지만 해도 데스크 샘(책임간호사)이 컨펌을 해준 날, 몇 분 쓰세요 라고 해야 쓰는 거였거든요. 근데 2년차였나 개가 자기가 오버타임 했던 거를 다 쓴 거예요. 사실 이것도 문제인데, 저희는 비밀번호랑 사번을 다른 사람도 다 알 수 있거든요. 제가 남의 것도 다 들어갈 수 있어요. 그래서 위에 선생님이 들어가서 애가 연장근로를 이만큼 신청한 거를 본 거예요. 그래서 개를 불러서 뭐라 하신 거예요. ‘이거 왜 쓴 거야?’ ‘이날 우리 쓰기로 한 날도 아닌데 왜 이렇게 많이 쓴 거야?’가 된 거예요. 당연히 내가 업무 로딩 걸린 걸 쓴 건데 데스크가 컨펌하지 않았다는 이유로 그걸 왜 썼냐고 혼냈다는 게 이해가 안 되는 거예요.” (C-노동-4)

③ 낮은 임금인상률

병원은 노동조합과 교섭 과정에서 비상경영을 이유로 임금인상률을 최소화하고자 하였다. 세 병원 가운데 임금협상을 둘러싼 갈등은 사립대병원인 C병원에서 상대적으로 더 클 수밖에 없었다. 반면 국립대병원인 A, B병원은 ‘공공기관 운영에 관한 법률’에 따라 교육부 소속 기타 공공기관으로 지정돼 있기 때문에 기획재정부의 ‘공공기관 임금 가이드라인’ 적용을 받게 된다. 가이드라인에 제시된 2024년 임금인상률은 2.5% 였고, 결과적으로 두 병원 모두 2.5% 인상하는 것으로 합의되었다. 비상경영 체제를 지속하는 가운데 전공의 이탈 사태로 재정난이 심각하다는 점을 계속 공지해 왔기 때문에 노동자들은 임금 인상 결과에 대체로 만족해 하는 모습이었다.

“저희 병원 임금인상률이 엄청 낮잖아요. 근데 처음에는 병원에서 가이드라인만큼도 못 올려주겠다고 했어요. 말이 안 되는 상황이었잖아요. 지금 물가상승률도 엄청 나고 그랬는데.

근데 사람들이 깎지 않으면 다행이지 뭐 이런 분위기가 좀 있었어요. 계속 힘들다, 힘들다 이야기를 하고 있고 실제로도 이제 적자 보고 있는 거는 사실이니까. 그리고 어쨌든 조금 시간을 끌다가 가이드라인만큼 병원에서 올려줬잖아요. 굉장히 만족했어요. 사실 이게 만족할 만한 퍼센테이지가 아닌데 병원이 너무 너무 어려워 안 준다고 했다가 그만큼 주겠다 하니까 사람들이 다 고마워하는 분위기였어요.” (A-노동-3)

“사실 비상경영 체제에서 동결된 병원도 많다고 하더라고요. 근데 저희 쪽에서는 어쨌든 조금이라도 이제 몇 프로, 그 공무원 수준에 맞춰 올렸으면 좋겠다는 거를 관철하려 했던 것 같고, 그 정도 수준으로 올랐던 것 같습니다. 국립대병원 중에서 아무도 협상 시작을 못하고 있었는데 우리 쪽에서 먼저 물꼬를 잘 터서 다른 데도 이렇게 풀렸다고 노조에서 얘기하더라고요.” (B-노동-1)

위 A병원 면담 참여자의 진술처럼 최근 계속 물가 상승률이 높았고, 그 이전 코로나 시기에 임금 인상률이 저조했기 때문에 노동조합으로서는 더 높은 인상률을 요구하고자 하였으나, 전공의 집단 이탈과 비상경영 체제 상황 속에서 파업에 돌입하기 쉽지 않았다.

“코로나 시기 때 임금 인상률이 공공기관이 0.9, 1.4, 1.7이었어요. 그렇기 때문에 이제 우리 이거에 대한 반대 급부로 더 임금 인상을 해라 라고 하는데, 정부 가이드라인 때문에 애네는 이걸 죽어도 못 넘는다는 거잖아요...전공의가 나간 상황에서 우리까지 나갈거냐 그런 심리적 부담감이 조합원들 사이에도 있었죠. 기본적으로 적자인 상황에서 해야 하는가, 그 다음에 상반기 때 전공의가 난리 쳤는데, 솔직히 내용은 다름에도 불구하고 우리가 나가는 게 맞겠냐, 그리고 또 한편으로는 지금 병원이 계속 적자라고 무급휴가 가라고 난리인데 도와주는 거 아니냐, 우리가 셀프로 천 명 무급휴가 가는 거 아니냐, 뭐 이런 정서가 주류라고 볼 수는 없지만 유의미하게 들을 수 있는 정도의 여론은 있었던 거죠. 솔직히 밖에서 매년 파업하는 **대병원을 포함한 노동조합을 그리 긍정적으로 보지는 않잖아요. 그럼에도 불구하고 뛰어넘어 왔는데, 작년에는 이제 그런 상황 때문에 뛰어넘기 좀 더 어려웠다고 평가가 되는 거죠.” (A-간부-2)

반면 C병원은 지난한 교섭 과정을 거쳐 가까스로 기본급2.0% 인상안이 체결될 수 있었다. C병원은 전공의 집단 이탈 사태로 2024년에 대부분 대학병원들이 큰 폭의 적자가 발생한 상황에도 불구하고 매우 이례적으로 재정 흑자를 기록했다. 따라서 노동조합은 처음 임금 교섭에 들어갈 당시 6% 인상을 요구하였지만, 병원은 타 병원과의 형평성, 미래 발전 등을 이유로 들며 오히려 국립대병원의 인상률보다 낮은 1.4%에 일시금 100만원 지급안을 제시했다. 병원은 노동조합 출신 운영부원장을 협상자로 내세우며 강경한 입장을 굽히지 않았고, 수차례 협상 끝에 교섭이 결렬되기 했으나, 뒤늦게 지방노동위원회의 쟁의 조정을 거쳐 잠정합의안을 도출하게 되었다.

“이번 교섭에서 원래 병원이 1.4%에 100만원을 냈어요. 근데 예전에 의사 파업을 한 번 했을 때는 병원에서 적자를 계속 공지를 했대요. 우리 병원 지금 적자가 100억이다, 직원들이 좀 많이 아껴 주십시오. 노력해 주십시오. 이것 계속 냈는데 올해는 한 번도 그걸 안 냈어요. 그동안 적자가 예상된다 라고만 했지 적자를 한 번도 낸 적이 없었거든요. 그래서 직원들이 좀 화가 많이 났었어요... 병원이 이번에도 이렇게 많이 안 해준 이유는 우리가 돈을 아무리 많이 벌어도 주변에서 다 동결하거나 2%대 인상해 줬는데 우리 혼자서 막 3%대를 하면 우리 병원만 이제 타격을 입는다, 대학병원들이 공생을 하고 같이 가야 되는데, 우리만 돈 잘 벌었다 해서 3%, 4%를 주면 안된다는 거예요. 미래의 발전을 위해서 잠시 스톱을 해야 된다 라고도 얘기를 해요. 지금 당장은 이렇게 좋아 보일 수 있지만 추후에는 나빠질 가능성이 너무 많다고... 사실 의정 사태 때문에 저희는 돈을 더 받을 수 있었지만 못 받았어요. 사실 순수익만 보면 충분히 3%대 받아도 남는 돈이었는데 의정사태에 딱 걸리면서 2%대에 갇혀버렸죠. 그래서 아쉽다는 분들도 좀 많았지만, 현장에서는 1.7에서 못 올릴 줄 알았는데, 그렇게 노조 전임을 했던 사람을 상대로 2%대까지 올려줘서 고맙다고 하시는 분들도 생각보다 많으셨어요. 현장에서는 절대 그 사람을 상대로 1.7 이상 더 못 올린다고, 여기서 더 싸우지 말고 끝내라 했는데, 조합에서는 1.7에서는 절대 합의 못 본다 해서 이제 하다가 결국 2%로 끝난 거긴 한데요. 그분이 예전에 노조 사무장, 지부장 했던 분이예요. 운영 본부장이었다가 이제는 운영

부원장으로 승격했어요. 노동조합을 누구보다 너무 잘 아니까, 교섭이 더 힘들어진 건 확실합니다.” (C-간부-1)

C병원 역시 많은 수의 전공의가 이탈했음에도 재정 흑자를 기록한 것은 그만큼 노동자들이 더 많은 업무를 떠맡았기 때문이다. 그렇지만 병원은 충분한 경제적 보상을 주기는커녕 노조 출신 경영자를 앞세워 임금 인상을 의료수가 인상률에 연동하는 것과 기존 호봉제를 성과급제로 변경하자는 개악안을 들이밀며 인건비 지출 최소화에만 전념하는 양상을 나타냈다.

“이번에 사측은 임금 인상률을 의료 수가에 연동시켜서 5년 치를 한꺼번에 합의하자라고 제안했습니다. 또 (지금 호봉제에서) 성과급제로 임금 체계를 바꾸자, 의사들 집단 파업 때문에 앞으로 어떻게 복잡해지고 어떻게 바뀔지 모르니 5년 동안은 그렇게 가자 이렇게 얘기를 해가지고, ‘그것은 개악안이다’ 하면서 그것 때문에 좀 많이 싸웠죠...대표 교섭으로 나오는 분이 운영 부원장인데 2023년부터 부원장이 되면서 대표 교섭을 왔습니다. 이분이 원래 저희 노동조합 분회장 출신입니다. 그래서 노동조합에 대해서 많이 알고 있죠. 보통 교섭을 가면 조합이 요구안을 심의하고 대의원들을 통해서 조합원들의 요구안을 가지고 가서 이렇게 해 주십시오 하면 그쪽에서는 이제 방어 태세고 저희는 공격하는 태세죠. 올해 이렇게 벌었으니까 직원들한테 복지나 임금 쪽에서 개선을 시켜라, 향상시켜라 라고 보통 이렇게 얘기를 하고 교섭을 임하는데요. 오히려 이번에는 역으로 자기들이 조합인 것처럼 저희들한테 요구를 하는 거죠. 역으로 개악안을 들이민거죠. 그렇게 얘기를 하니 더 교섭이 난항이 될 수밖에 없었고요. 이번에 최초로 해를 넘길 뻔했는데 이제 조정 기간 중에 극적으로 조정안을 받고 잠정 합의안까지 도출하게 된 거였죠.” (C-간부-2)

한편 전공의 집단 이탈 사태의 여파로 실질 임금이 줄어든 사례도 발생하였다. A병원의 이송직 노동자의 경우 정규직임에도 불구하고 기본급이 작고 근무 시간에 따른 성과급 비중이 큰 임금 체계였는데, 환자 수 감소로 인해 병원 측이 근무 시간을 대폭 축소함에 따라 임금이 크게 줄어들게 되었다. 때문에 생계 부양자의 경우 줄어든 소득을 메우기 위해 대리운전과 같은 부업을 뒀 수밖에 없는 상황이 되었다.

“저희는 한 달에 4주라 치면 보통 3주 나와서 일해요. 이렇게 원래는 3주 정도 나와서 일했는데, 지금 의정 사태로 시간이 축소된 이후에는 2주 정도만 나갑니다. 그래서 임금이 많이 줄었어요. 이번에 연봉 계산했을 때 700~800(만원) 정도 감소했더라고요...그래서 다들 지금 주말에 알바 하러 많이 다니세요. 아니면 퇴근하고 알바 하러 가시거나. 교대 근무까지 하면서 대리운전도 하시고. 저 같은 경우는 지금 가정이 없어서 괜찮은데, 진짜 아이 키우시는 분들은 교육비 이런 게 다 고정적으로 나가잖아요. 자기가 받는 월급에 맞춰서 세팅을 다 해놨는데 받는 월급이 줄었다고 다니던 학원을 줄일 수도 없고 학교를 옮길 수도 없고 그러다 보니깐 이제 그분들은 이제 추가로, 연세가 있으신데도 막 상하차 알바도 나가고 그런데요.” (A-노동-8)

위와 같이 전공의 집단 이탈 사태로 인해 노동자들은 여러 측면에서 경제적 불이익을 당했지만, 그럼에도 대학병원이 아닌 다른 민간 병원들의 고용 조건이 더 열악하다는 사실을 잘 알기에 부당한 처우를 감내하고 있는 것으로 나타났다.

“내가 일을 하는 만큼 보상을 받지 못한다고 생각한 게 많았거든요. 그거에 대해서 문제점이라고 생각을 하고 있는데, 사실 제가 할 수 있는 게 없으니까, 그냥 저는 병동 간호사일 뿐이고 일을 시키면 그냥 해야 되니까, 월급을 제가 일한 만큼 안 주더라도... 사실 저는 이 대학병원 말고 종합병원에서 일하는 친구들도 많거든요. 근데 그 친구들이 더 심해요. 여기는 그나마 노조가 있으니까 체계라도 잡혀 있는데 종합병원은 그런 것조차 없으니까. 저보다 듀티표도 더 심하고 일하는 것도 더 힘들고 그렇게 생각하면 그나마 대학병원에 붙어 있는 게 낫지 않을까...” (C-노동-3)

(3) 병원의 수익보전 행태

병원은 비상경영 체제 하에서 수익을 보전하기 위해 가능한 모든 수단을 동원해 재료비와 인건비를 줄이고자 하였다. 아울러 입원과 수술에서 줄어든 수익을 만회하기 위해 외래 검사량을 늘리는 조치를 시행하였다.

“병원은 단협(단체협상)을 아예 없앨 수는 없지만 비상 경영을 선포해서 인력 총원도 안 할 수 있고 뭔가에 대해서 다 변경이 가능해졌습니다. 이제 병동이나 ICU는 무급 휴가를 강제하고, 작년 한 해 동안 모든 인력(총원)을 올스톱시켰고, 장비의 업데이트도 없었죠. 병원 사업장은 기본적으로 지출에서 마이너스 되는 게 인건비가 제일 큼니다. **병원 사업장은 어쩔 수 없이 인건비하고 재료비거든요.** 주사기라든지 이런 재료비, 인건비가 거의 90%, 95% 이상을 차지합니다. 인력이 총원되지도 않으니 입원 환자 수도 줄었지만, 그 안에서 이제 또 외래는 외래대로 환자 건수, 검사 건수는 더 늘어나서 힘들어지고. 또 의사가 없어서 수술을 못 하든지 마취가 안 돼서 ICU나 응급실에서는 환자 입원을 못 받으니까 이제 휴가를 강제하게 되고. 나는 일하고 싶은데 어쩔 수 없이 쉬게 되는, 근데 결국 똑같은 고통이죠. 이쪽 파트는 바빠서 힘들고, 저쪽은 자기 생계를 위해서 일을 해야 되는데도 불구하고 휴가를 강요 당하는 거고. 그렇게 양분화가 되면서 전 직원들이 다 힘들어졌다고 생각합니다.” (C-간부-2)

① 재료비 절감 조치

병원은 인건비 외에도 여러 항목의 비용 지출을 줄이기 위한 조치를 취하였다. 가장 단순한 접근으로, 병원 내부 그룹웨어 게시판에 지속적으로 비상경영에 대한 공지를 띄우고 전기 사용 절약을 당부하는 안내 방송을 내보내기도 했다. 아울러 각 부서에서 사용하는 물품을 아낄 것과 병동에서 시행한 처치와 물품에 대한 청구를 누락하지 않도록 권고하였다.

“그런 방송은 들었어요. 안 쓰는 전기 꺼라 뭐 그런 전기 절약 방송이요. 선생님들 말로는 십 몇 년 전에도 한번 우리 병원에 비상경영이라는 게 있었대요. 그때도 이제 전기 아끼라고 하고 6시 이후에는 컴퓨터 끄고 뭐 그런 상황이 있었대요. 근데 이번에도 6시 이후에는 안 쓰는 전기 끄라는 방송이 나왔어요.” (A-노동-3)

“저희는 수 선생님을 통해서 듣는데 물품을 많이 청구하면 이제 또 윗분들이 뭐라고 하시는 것 같더라고요. 그래서 최소한으로 청구하고, 그래서 물품이 없으면 다른 병동에서 거의 많이 빌려요.” (B-노동-2)

“제가 채혈실에도 있었는데 한 달에 알코올 솜 15개, 장갑 20개 이렇게 꾸준히 나가는 게 있을 거잖아요. 근데 1월달 같이 방학 때는 또 환자들이 늘어요. 그러면 조금 청구량이 늘겠죠. 근데 예전에는 별말이 없었는데 이 비상경영 체제 되고 나서 하루는 전화가 와서 평소랑 다르게 왜 이렇게 많이 청구했냐 이런 얘기가 나온 적이 있어서 좀 당황스러웠죠. 환자가 많아서 많이 써서 많이 청구했을 뿐인데...또 물류팀에서 전화가 왔어요. 근데 알코올 솜처럼 단가가 낮은 건 아니고 저희 채혈 도구 중에 좀 비싼 물품들이 있잖아요. 아기들이나 아니면 어르신들 같이 혈관이 약한 사람들은 굵은 바늘로 찌르면 혈관이 터지니까 나비바늘이라고 되게 작은 가는 바늘로 찌르거든요. 근데 그게 좀 단가가 비싸요. 100개 단위로 신청을 하니까 몰랐는데 좀 비싸더라고요. 소모량이 늘어나면 이제 그런 단가가 좀 센 거에 대해서는 좀 민감하게 반응을 했던 것 같아요.” (B-노동-1)

“생각해 보니까 저희가 이전에 청구 안 하는 물품을 청구하기 시작했어요. 그 이전에는 사실 병동마다 다 너무 달라서 여기는 청구하고 저희는 안 하고 이런 게 많았거든요.” (A-노동-1)

“그때 비상경영이라면서 엄청 꼼꼼하게 더 수간호사님이 ‘너 이거 처치 제대로 수가 잘 넣은 거 맞아? 아닌 것 같은데’ 이렇게 아침부터 그렇게 말씀하셨던 부분이 있었어요.” (A-노동-2)

“로스(loss) 되는 수가에 대해서 입력하라는 건 있었죠. 로스 되는 게 많으니까 특히 야간이 많이 로스가 됐거든요. 풀리나 넬라톤을 하더라도 그냥 넣는 거랑 야간 클릭해서 넣는 거랑 수가가 다르니까 이제 그런 부분들, 있는지도 모르는데 선생님들도 계셨고, 원래는 깜빡하고 안 할 때가 많았었는데 이런 것들을 잘 챙겨 달라고 하더라고요.” (B-노동-6)

또 ‘노동 부담 증가’에서도 살펴본 바와 같이 의료폐기물 배출에도 적지 않은 비용이 들어가기 때문에 노동자들에게 배출량을 최대한 줄이도록 지시하기도 하였다.

“이제 의료폐기물도 좀 줄이라고 하던데요. 근데 할 말이 없는 게 뭐 사실 의료폐기물에 일반 쓰레기 버리면 안 되는 거긴 해요. 사실 바쁘니까 이렇게 공공연하게 그냥 버리고

그랬으니까요. 취지도 맞고 해야 되는 게 맞긴 하니까 뭐 따라야죠. 그런 자잘한 것들을 많이 좀 아끼더라고요.” (B-노동-6)

“재료비를 이제 더 쪼았죠. 의료폐기물 같은 경우에도 아껴 써라. 지침이 내려오고 회람도 뜨고요. 저희는 의료폐기물이라서 함부로 쓰레기처럼 못 버립니다. 의료폐기물은 종량제 봉투에 넣어서 의료폐기물 사업장에 버려야 돼요. 그래서 그게 돈이 더 배로 듭니다. 어차피 찢릴 확률이 있고 피나 이런 걸 다 섞어서 버렸는데, 폐기물 박스랑 이게 돈이 좀 많이 들어요. kg당 최대한 줄여라 그러고 이제 소독 물품이나 이런 거는 싼 걸로 교체한다든지 하는 거죠.” (C-간부-2)

병동에서 빈번하게 사용하는 알코올 솜이나 장갑 같은 물품이 좀 더 단가가 저렴한 제품으로 교체되는 상황이 벌어지기도 했다.

“작년에 알코올 솜 업체가 좀 더 싼 업체로 바뀌었거든요. 근데 한 달인가 두 달인가 쓰다가 너무 안 좋아 가지고 다시 원래 업체로 바꿨어요. 전공의 나간 뒤에 있었던 일이에요.” (B-노동-6)

“그때 뭔가 묘하게 물품이 좀 많이 바뀌었는데, 그게 원래 주기적으로 바뀌는 게 맞다고 들긴 했거든요. 근데 싼 걸로 많이 바뀌었어요. 그러니까 똑같은 폴리 글러브인데 조금 더 가격이 저렴한 걸로. 그때 헥시딘 스왑(소독제)도 바뀌었고, 글로브도 바뀌었고, DP 세트도 바뀌었고, 또 뭐 바뀌었지, 그 수액 세트도 바뀌었고, 시린지(주사기)도 바뀌었고... 아무튼 그런 기본적으로 진짜 병원에서 많이 쓰는 물품들 있잖아요. 근데 질이 낮은 것 같더라고요. 써보니까 장갑도 금방 찢어지고 그래서 ‘아니 이런 걸 왜 쓰라고 아무리 그래도 병원인데 이런 거를 바꾸네’라고... ‘비상경영이에요’라고 선포해버리고 나서 당당하게 하시더라고요. 그러고 나서 얼마 안 돼서 바로 물품이 뭐가 바뀌었는지 리스트업으로 저희 병동에 아예 공지를 했어요. 이렇게 바뀔 거야 라고 하시면서...” (A-노동-2)

② 인건비 절감 조치

병원은 인건비를 줄이기 위해 신규 채용을 중단하고, 대신에 인력 충원이 필요한 부서에는 폐쇄 병동의 남은 간호사 인력을 보내는 방식으로 대응했다. 특히 C병원의 경우에는 행정직이나 진단검사의학과와 같은 비간호직 부서에 간호사를 배치하기도 하였다.

“채용은 거의 중단된 상태예요. 채용을 하는 경우가 거의 없어요. 대부분은 다 간호사로 거기 채워 넣고 있고요. 직업 환경 보건팀, 기획팀 이런 행정 파트는 보통 외부 채용을 좀 했던 걸로 기억하는데, 진단검사의학과 이런 데도 다 간호사를 집어넣고 있어요. 진단검사의학과도 아무리 외래 채혈실 같은 데 근무를 한다 해도 보통은 임상병리사로 채용을 하거든요. 저희 병원은 이번에 갑자기 간호사로 원내 채용을 하겠다 이렇게 된 거죠. 채혈만 하면 사실 간호사가 하는 건 상관은 없어요. 원래 고유 목적은 임상병리사가 하는 게 맞지만 채혈만 한다면 그게 문제가 되지는 않으니까요. 근데 사실 여기도 로테이션 순환 근무를 하잖아요. 어떤 사람은 외래 채혈실 근무를 할 거고, 어떤 사람은 랩 검사하는 쪽에서 일하니까, 순환이 돼야 하는데 공식 세 자리가 났는데 그거를 간호사로 채워 넣으면 이 사람들은 외래 채혈실 밖에 못 있는 거죠. 나머지 임상병리사들끼리 빈 자리를 계속 이렇게 돌아야 되는 거니까... 비상경영으로 인력을 뽑지 않겠다고 핑계를 대면서 이렇게 되어 버린 거죠. 병원에서는 직원들한테 그냥 선택을 하라 했어요. ‘간호사를 받든지 싫으면 3명 마이너스 상태로 그냥 일해’ 이렇게 된 거예요.” (C-간부-1)

“(폐쇄 병동 인력을) 정말 이곳저곳 많이도 보냈어요. 외래부터 시작해서 육아휴직, 모든 병가 대체 자리로 거의 다 보냈다고 생각하시면 돼요.” (C-간부-1)

한편 연차가 높아질수록 임금 수준이 높기 때문에 병원은 고연차 노동자들을 힘든 부서로 재배치하는 방식을 활용해 사직을 종용하는 전략을 구사하였다. 특히 C병원에서는 전공의 이탈 사태 이전에는 고연차 노동자에게 명예퇴직을 권고했기도 했는데, 이번 사태가 발생하자 명예퇴직 신청도 받지 않기 시작했다.

“병원은 숙련자들을 별로 안 좋아해요. 왜냐하면 월급이 너무 많이 나가니까요. 그러다 보니까 계속 신규로 채용을 하고, 위에 사람들로부터 계속 자르고 자르고 이런 식인ده요.

대기업들이 일 안 시키게 하려고 자리를 빼는 식으로 한다고 하잖아요. 저희도 딱 그런 식이에요. 한때 대표 교섭 위원까지 했던 사람을 갑자기 인사팀장도 아니고 그냥 인사과 일반 직원으로 내린다든지. 팀장 자리에 있던 사람을 PRN 직종으로 갑자기 보내버린다든지, 한 평생 앉아서 일했던 사람을 갑자기 환자 이송 파트로 보내버린다든지, 이런 식으로 직군 변경을 정말 다양하게 시키거든요. **자존심 있으면 나가든지 아니면 버티든지 둘 중에 하나 해라, 병원이 계속 그런 식으로 하고 있어요.** 직원들이 진짜 어떻게 그렇게까지 하나 라는 말이 현장에서 지금 많이 돌거든요. 특히 고연차들 다른 데 보낼 때 약간 배려를 해서 보내줘야 되는데 그런 거 없이 힘든 데 보내버리고 또 액팅까지 시키고... 현장에서 그런 일이 너무 많다 보니까... 직원들이 있어야 병원이 잘 굴러갈 거다 라는 마음이 좀 있었으면 좋겠는데, 하지만 씨알도 먹히지 않습니다.” (C-간부-1)

“이런 일은 그전에도 있었는데 올해(2024년) 들어서 진짜 더 심해진 거는 확실해요. 병원에서 어떻게든 돈을 절약을 해야 되는데 거기(인건비)가 돈이 너무 많이 들어가다 보니까 **그냥 나가라, 너 없어도 일할 사람 너무 많으니까,** 이제 이런 전략인 거죠. 저희가 원래는 명퇴(명예퇴직)를 항상 받았어요. 근데 이제 명퇴를 안 받거든요. 명예퇴직을 막아 버렸어요. 원래는 명예퇴직을 하라고 계속 권했는데, 너무 많이 신청을 하면 그 명예퇴직금을 많이 줘야 되니까 **명퇴금을 줄 바에는 자진 퇴사를 할 수 있게 그냥 그렇게 돌려버렸거든요.**” (C-간부-1)

C병원 사례처럼 30년차 이상이 된 고연차 간호사가 병동에서 서류 업무가 아닌 다시 환자 처치 업무를 수행하는 것은 매우 어려운 일이기에 이는 사실상 퇴사를 지시하는 것과 다름 없다고 볼 수 있다. 이렇듯 병원은 ‘불필요’하거나 ‘과하다’고 여기는 인건비 지출을 최소화하기 위해 오랜 기간 성실하게 근무한 직원을 매몰차게 내쫓았다.

“그래서 저희 선생님도 그냥 자진 퇴사하겠다고 해가지고 이번에 퇴사를 1월에 하기로 결정됐어요. 제가 ‘왜 나가세요?’ 하니까 너무 자존심 상한다고... 이 병원에서 한평생 30년 일했는데 너무 자괴감도 들고 난 그냥 퇴직금이나 받으려다 이려고 그냥 명퇴 신청 안 하시고 자진 퇴사를 하시는 분이 계세요. 이분은 이번에 새로 항암 병동으로 발령 되셨는데,

보통 그쯤 되면 데스크를 보거든요. 앉아서 보는 업무. 근데 제일 아래에서 액팅 업무를 6개월 정도 먼저 해라 하니까. 업무 능력이 사실 이제 안 되는 거죠. 솔직히 말하면 이미 자기는 굳어버렸는데...그래서 건의를 해도 어쩔 수 없다 이렇게 나오니까 자존심도 상하고 해서 그럼 난 그냥 그만둘게 해가지고 이번에 그만두신다 하더라고요. **그전에 이 정도까지는 아니었는데 전공의 사태 이후로는 확실히 더 많아진 거 같아요.**" (C-간부-1)

실제로 C병원에서는 2024년에 고연차 간호사들의 무급인 장기 휴직 사용이 예년보다 크게 늘어난 것으로 나타났다.

"갑자기 병원 사정상 휴가를 강제하게 되면 유급으로 가게끔 돼 있거든요. 근데 무급을 강제했어요. 고연차들은 그만큼 연봉이 높지 않습니까? 그래서 이제 장기 휴직을 권장하는 거죠. 그러니까 처음에는 ICU나 힘든 부서를 가라고 하는 거예요. 그러면 고연차들은 이제 와서 차라리 1, 2년 쉬겠다. 그래서 저희는 이제 안식년이라고 15년차 이상은 1년이나 2년씩 쉴 수 있는 장기 휴직 제도가 있습니다. 이거는 무급이죠. 자기가 원하는 경우에 쓸 수 있는데 그게 17년도에 처음 단협을 통해 도입됐는데 보통 한 해에 5명, 6명 이렇게 가거든요. 그것도 심사나 심의를 통해서 갑니다. 갑자기 휴직을 들어가면 또 대체 인력이 들어와야 되고 병원 사정상 그것도 생각해야 되니까. 근데 작년 한 해만 장기 휴직 간 사람이 20명이 넘었어요. 근데 거의 20년차 이상, 특히 간호 직종이 좀 그랬습니다. 이렇게 고연차들은 장기 휴직을 강요를 했고 저연차는 무급휴가로..." (C-간부-2)

한편 B병원에서는, 신규 간호사 월급을 병원 자체 예산이 아니라 정부가 기존 간호사들의 근무환경 개선을 위해 지급한 간호사 처우 개선비를 투입하는 방식으로 인건비 지출을 줄이는 행태를 보였다.

"처우 개선비라는 게 있거든요. 원래 몇 등급 이상 돼서 돈을 받으면 그거를 간호사들한테 개별로 줬어요. 이게 3차 병원은 안 되고 저희는 아직 2차라서 처우 개선비를 받는데, 이거를 원래는 간호사들한테 나눠줬어요. 근데 이번에 간호사 인력이 모자라는데 계속 안

넣어줬었거든요. 그러다 이번에 15명 입사자가 있어서 이렇게 봤는데 이걸 처우 개선비로 쓴 거예요. 간호사들한테 안 주고 그냥 여기 신규 간호사들 월급에 쓴 거예요.” (B-간부-1)

③ 수익 증대 조치

병원은 재원 환자 수와 수술 건수가 감소한 부분을 만회하기 위해 외래 검사량을 늘리고자 하였다. C병원의 경우 2024년에 ‘중증진료체계 강화 시범사업’에 선정된 병원으로, 외래 초진 환자 가운데 중증 환자 비율을 높이고 이들에게 1~2일 내 ‘패스트트랙’ 방식으로 각종 검사를 신속하게 시행하며 검사료와 정부 지원금 수입을 증대하기 위한 조치를 취하였다.

“중증 강화 시범사업의 제일 첫 번째가 뭐냐 하면 중증 환자를 끌어들이는 건데 거기에서 인센티브를 받으려 하면 초진 환자를 많이 받으면 좋아요. 인센티브를 더 받거든요. 그래서 입원 환자 수나 수술이 줄어들었으니까 그 외에 의료 수익의 대부분이 뭐냐 하면 외래 파트입니다. 외래 파트를 더 권장하는 거죠. 특히 중증 환자, 이제 암 환자들의 초진 비율을 무조건 높이는 거죠. 초진 환자 비율이 높으면 인센티브도 높고, 몇 명의 환자 수를 중증 환자를 받았느냐 그걸로 시범사업에서 지원금을 더 받을 수 있는 거죠. 패스트트랙이라고 하는데 그 환자가 진료 의뢰서를 들고 오잖아요. 들고 오면 이제 하루에 모든 검사를 끝내는 거죠. X-ray, CT, MRI, 생화학 검사, 모든 초음파나 내시경까지 그걸 하루 이틀에 다 끝내는 거죠. 그리고 병원 자체적으로도 보면 암 환자는 기본 5년입니다. 5년 동안 장기적으로 환자를 유치 하는 거죠. 그 환자 한 명 유치하면 5년 동안 계속 팔로업 해야 되는 거예요. 그러니까 입원 환자 수를 줄인 대신에 외래 환자 비율을 확실히 많이 높였죠. 그래서 검사 건수가 확실히 늘었고요.” (C-간부-2)

병원에서 일정 시간 동안 수행(처리)할 수 있는 평균적인 검사량(Capacity)이 정해져 있는데, 외래 환자 수 증가와 당일 패스트트랙 검사 도입 등으로 인해 이전보다 검사 시간을 단축할 수밖에 없었고, 이로 인해 노동자들의 업무 강도는 높아지게 되었다.

“보통 CT 같은 경우는 캐파(Capa)가 정해져 있습니다. CT나 MRI 같은 거는 알다시피 예약을 하는 거죠. 하루에 보통 데이가 8시 반에서 5시 반, 뭐 이렇게 8시간, 9시간 정해져 있는데, 중간에 1시간 점심시간 빼고 8시간을 근무한다고 치면 보통 한 사람당 10분

캐파예요. CT는 처음에 접수를 하고 옷을 갈아입고 이제 조영제라는 약을 주입해서 검사를 하게 되는데 그 주사 바늘을 꽂고 인증을 하고 들어가서 검사 완료까지 보통 한 사람당 캐파를 10분 단위로 예약을 잡습니다. 그러면 하루가 보통 거의 꽉 차거든요. 저희는 상중(상급종합) 병원이기 때문에 암 환자는 미리 예약을 해놓고 가요. 1년, 6개월, 3개월 팔로우 그렇게 하기 때문에 예약이 다 꽉 차 있는 거죠. 이제 최근에는 **패스트트랙으로 와서 당일 치기로 예약을 잡고 다 검사를 해야 되니까 어쩔 수 없이 무조건 넣어야 되는 거죠.** 그러면 이제 캐파가 10분 단위인데도 불구하고 검사 건수를 늘리려면 (시간을) 줄여야 되겠죠. 검사 시간이 그러면 **6분, 7분** 그렇게 되는 거죠. 근데 이제 저희는 중증 강화 사업이잖아요. 중증 환자잖아요. 멀쩡히 걸어 들어오는 환자가 없어요. 그냥 연세도 많으시고 거동이 불편하신 환자분이 대부분인데 휠체어 환자도 많을 거고 침대 환자도 있을 거고. 그런 환자를 눕히고 설명하는 시간만 해도 5분 넘게 걸리는데 이제 직원들은 더 힘들어지는 거죠. 제가 화장실을 진짜 하루에 한두 번 정도밖에 못 갈 정도니까. 병원은 검사 건수, 처방 건수를 늘리면서 이제 수익을 더 벌어들이는거죠... 중증 강화 사업으로 지원금을 받았고 그래서 흑자가 된 거고요. 그 과정에 이제 진료지원 파트나 외래 파트 간호사 선생님들이나 모든 직종의 사람들은 더 힘들어지고 그랬죠. (C-간부-2)

(4) 진료지원 간호사 관련 문제

전공의 집단 이탈 사태는 진료지원 간호사와 관련하여 기존에 이미 존재하던 문제를 악화시키거나 새로운 문제를 촉발하기도 하였다. 각 병원과 부서마다 양상의 차이가 있었지만, 상당수 간호사들은 사실상 반강제적으로 진료지원 간호사에 차출되었다. 그리고 진료지원 간호사 팀간, 병동 간호사 간 불명확한 업무 분담과 형식적인 수준의 교육, 직무 불안정성 등으로 인해 새로운 업무를 수행하는 데 여러 어려움을 겪을 수밖에 없었다. 서로 업무 부담이 커지는 상황에서 일반 간호사들과 진료지원 간호사 간의 갈등과 반목이 증폭되는 양상도 나타났다.

① 지원 동기

병원들은 각 부서 별로 필요한 진료지원 간호사 인력을 취합한 뒤 내부 게시판에 지원자 모집 공고를 냈다. 주로 해당 부서에서 근무하고 있으면서 관련 업무 내용에 익숙한 3년차 이상 일반 간호사(Registered Nurse, RN)가 선발되었다. 이들은 상근직에 대한 선호나 업무 부담 경감을 목적으로, 또는 수간호사나 교수의 권유로 진료지원 간호사에 지원한 것으로 나타났다.

“10월 달부터 xx과 PA 간호사로 일하고 있어요. 제가 **자발적으로 지원했죠. 육아 때문에. 여기 지원하지 않으면 병동 3교대를 해야 되니까요.** 원래 병동에 있다가 육아휴직을 한 2년 정도 하고 작년 7월달에 복직을 했는데 그때는 이제 야간 전담 간호사라고 나이트 근무만 했었죠. 근데 3개월째 되니까 집중이 안 되더라고요. 일상생활에도 집중이 안 되고 체력적으로 힘들고 좀 많이 피곤해서...” (B-노동-3)

“지원할 때는 그냥 소아 수술장에 있는 비뇨의학과 수술만 들어갈 줄 알았어요. 지금처럼 외래, 병동 일 안 보고. 보통 수술장 간호사라고 하면 뭐 흉부외과, 이비인후과, 정형외과 다 이제 들어가야 되거든요. 그래서 이거 하나만 **하면 조금 안정되지 않을까** 라는 생각을 그때 좀 했고요. 왜냐하면 저도 나이가 이제 마흔이 넘어가니까, 사실 이제는 외국 갈 생각도 없고, 그래서 안정적으로 하는 것도 나쁘지 않을까 하는. 왜냐하면 그 전에 PA하던 분들이 있어요. 제 나이 또래 친구들인데 오랫동안 쪽 하고 있고 또 인정도 받더라고요.” (A-노동-4)

“이제 SA가 총 4명이 있는데 이 4명 다 외상중환자실 출신이거든요. 이게 메리트가 있어서 라기보다 **여기가 너무 힘들어서 다 도망간 거예요.**” (C-노동-4)

“지원 계기는 사실 원래 암묵적으로 5년 정도 일하면 전보를 가는 분위기가 있었거든요. 저도 6년 정도 일해서 이제 슬슬 갈 때가 돼가지고 ‘어디 가지, 어디 가지’ 생각을 하고 있었는데, 수술실 SA 공모가 3차까지 연장될 만큼 별로 이렇게 인기가 없었어요. 그래서 교수님들도 안 되겠다 싶었는지 그때 병동 회식 자리에서 이런 자리가 있으니까 한번 써봐라 그래가지고 지원하게 됐죠.” (A-노동-6)

한편 병원은 일정한 자격 조건을 갖춘 간호사를 선발하고자 하였으나, 그러한 지원자가 부족한 경우 해당 조건을 충족하는 간호사에게 접근해 적극적으로 포섭하거나, 나중에는 경력 조건에 미달하는 지원자를 선발하기도 하였다.

“이제 저희는 CPN들이 진짜 너무 안 뽑혀가지고. 이게 조금 ‘주먹구구식’이다라고 느꼈던 게, 초반에 뽑는 그 자격 조건이 대학원을 갔고 xx(병동에서) 5년 이상 일을 해야 한 거였는데 그렇게 했을 때 안 뽑히는 거예요. 그래서 이제 대학원 가시는 선생님들을 다 그냥 수샘들이 약간 포섭을 해가지고, ‘**사람이 없다, 좀 해줬으면 좋겠다**’ 해서. 그분들은 대학원에 가니까 전문 간호사라는 타이틀을 달았고, 대학원을 안 갔는데 올드 선생님(경력간호사)이어가지고 이미 임상 경험이 되게 풍부해서 할 수 있겠다 하시는 분들은 뽑혀서 전담 간호사가 됐어요. 그리고 이제 나중에는 5년도 안 채워졌는데 2, 3년차인데도 그냥 하고 싶은 사람이 있으면 그 사람도 뽑는 거예요. 저분이 잘하실 수도 있지만 어쨌든 **임상 경험이 너무 낮는데 믿고 맡길 수 있나** 뭐 이렇게 됐어요.” (A-노동-1)

A병원의 경우는 전공의 이탈 사태 이전부터 중환자실에서 인턴들의 업무를 경감하기 위해 간호사 중 일부를 선발하여 심전도 검사나 일부 술기 업무를 수행하도록 하는 처치전담팀을 운영하고 있는데, 6개월 근무 후 복귀하는 파견 근무 형태이지만 의사 업무를 대신한다는 점에서 진료지원 간호사와 유사하다고 볼 수 있다. 면담에 참여한 한 중환자실 간호사는 정맥주사 라인을 잡는 능력을 기르고 싶어서 자발적으로 지원하기도 했지만, 지원자가 없는 경우에는 수간호사가 차출하는 방식으로 운영되고 있었다.

“저는 지원을 하기는 했는데요. 저희는 보통 지원을 받고 만약에 지원자 없으면 그냥 수간호사가 순서대로 해서. 원래는 인기가 많았었는데 이제 좀 많이 줄었어요. 너무 많이 돌아다니고 좀 업무가 많이 늘어가지고 지금은 지원자가 많이 없기는 해요. 저는 뭐 IV(정맥주사)를 일단 너무 못 잡아가지고 그거 **실력 기르고 싶어서 지원한** 거기는 하고요, 또 사실 (입사) 동기가 같이 일하자고 해가지고 한 게 좀 크기는 했어요.” (A-노동-9)

그런데 이러한 지원자 모집 절차 이면에는, 환자 수 감소에 따른 병원의 인력 재배치 조치의 일환으로 사실상 반강제적으로 진료지원 간호사에 지원하게 된 경우도 적지 않았을 것으로 추정된다.

“외과계 병동에서 업무를 하다가 24년 4월부터 진료지원팀으로 이동해서 지금까지 계속 일하고 있어요. 사실 지원보다는 갑자기 연락을 받아서. **좀 가야 될 것 같다는 식으로 얘기를 들어서 갑자기 가게 됐고요.** 당시에 저희 병동 환자들이 엄청 대폭 축소되면서 간호사 인력이 많이 남아서 그렇게 보내진 것 같기도 해요. 반강제이긴 한데 한편으로는 또 새로운 업무를 배우는 것도 괜찮겠다 싶기는 해서 어느 정도 동의는 하고 옮긴 것도 있어요.” (A-노동-5)

“이제 처음에는 전담 간호사 하고 싶은 사람을 받기는 했는데요, 근데 나중에는 의사를 물어보기는 하는데 뭐 **없으면 그냥 강제 발령 내기도 했거든요.** 저희과는 자원한 사람을 위주로 받았는데 이제 **좀 인기가 없거나 힘든 과 같은 경우에는 그냥 발령 내기도 했다고 하더라고요.**” (B-노동-2)

② 불명확한 업무분담

진료지원 간호사는 크게 주로 외래와 병동 업무를 수행하는 간호사와 수술실 보조를 전담하는 간호사로 나눌 수 있다. 진료과마다 업무 특성이 달라 진료지원 간호사가 수행하는 업무 범위와 근무 형태에 차이가 있기 마련이다. 또 병원마다 부르는 호칭과 편제 방식이 상이하긴 하지만, 드레싱, 카테터 삽입 등 여러 업무를 도맡아 하는 시술지원팀 혹은 처치전담팀에 소속된 진료지원 간호사도 있다. A병원의 경우 ‘간호사 업무지원 시범사업’이 시작된 이후 기존 지원팀 외에 추가로 시범사업팀을 편성하여 운영하기도 있기도 하다. 따라서 전공의 이탈 이전에 진료지원 간호사가 수행하던 업무가 어떻게 확대되고 조정되었는지 일괄적으로 파악하기 힘든 측면이 있다.

“원래 인턴들이 하던 업무가 이제 진료지원 간호사 업무로 넘어가게 됐는데, 업무 범위가 이제 불분명하다 보니까, 어떤 환자에 대한 처치에 있어서 어느 사람한테 연락을 해야 될지 굉장히 좀 힘들고 애매하긴 해요. 좀 다양하기는 한데 인턴 선생님들이 하던 업무를

시범사업팀이라는 이름으로, 몇 팀까지 지금 생겼는지는 모르겠는데 한 3팀까지는 있거든요. 그래서 남자 유치도뇨관 삽입 그러니까 소변줄을 삽입하는 부분에 있어서는 CPN이고 아니면 이거는 시범사업 2팀이고, 1팀은 또 아니고... 약간 이렇게 애매하게 나뉘지는 부분이 있어요. 또 xx과만 담당하는 그런 CPN 선생님이 계시거든요. 이제 그런 애매한 부분에 있어서는 과 담당 CPN 선생님한테 도움을 요청하는 부분이 있어서 아직 완전히 메워졌다고 보기 어려울 것 같아요.” (A-노동-2)

“전공의 업무에도 액팅(환자 처치에 관한 업무)을 하는 게 있고 이제 오더 넣고 매니지하는 게 있잖아요. 그래서 전문 전담 간호사 선생님들은 오더를 넣고 처방하는 일이 많고 시범사업팀은 액팅하는 걸 많이 해주세요. 근데 아직도 저희끼리는 약간 ‘핑퐁 친다’ 이렇게 말하는데, 예를 들면 시범사업 1팀에 전화하면 1팀은 ‘저희 업무 아니에요’ 그래서 2팀에 전화하면 또 2팀도 아니라는 거예요. 그럼 저희끼리 핑퐁 또 시작됐다고. 이런 걸 다 모아가지고 한번 수 선생님한테 이런 업무가 아직 불명확한 것 같다, 좀더 얘기해 주셨으면 좋겠다 말씀드려요. 그 사람들이 못하겠다고 하면 공모를 띄워 가지고 또 인력을 채워주고, 아직까지도 계속 맞춰가는 상황인 거죠.” (A-노동-1)

불명확한 업무 분장은 응급 상황에서 신속한 처치를 어렵게 만드는 요인으로 작동하며 환자에게 부정적 영향을 끼칠 수 있다.

“제일 멘붕이었던 거는 갑자기 환자가 가슴이 아프대요. 빨리 EKG(심전도) 찍어야 되잖아요. 그런데 그 순간에 무슨 생각이 들었냐면, EKG 포타블 어디로 연락해야 되지? 어딘지를 모르겠는거예요. 처치전담 1팀이었나 2팀이었나, 아닌데 누구지? 의사인가? 그러니까 그 순간에 이제 누구를 콜을 해야 되는지 그 걱정이 먼저 되는 거예요. 옛날 같으면 인턴 콜(call)하면 되는데 지금은 너무 다양하게 있으니까. 연락했는데 자기네 아니라고 그러고 그래가지고 그때 한 번 식겁했었어요.” (A-노동-10)

병동 간호사뿐 아니라 진료지원 간호사들 역시 업무 범위가 불명확한 문제로 인해 여러 불편을 겪고 있는 상황이다.

“저희도 약간 업무 분담이 모호하게 좀 돼가지고. 특히 그 동의서가요, (본인 업무가 아닌) 전원 동의서 이런 거 받아 달라고 하는 사람도 있고, C-line 넣었다고 그 중심정맥관 삽입 동의서 이런 것도 받아 달라고 전화 오는 사람도 있고 좀 모호하기는 해요. 그리고 그때 파업하고 조금 지나서 이제 저 처치전담 시작한 지 얼마 안 됐을 때 원래 L-tube 넣는 거랑 EKG 찍는 거 그리고 남자 foley (유치도뇨관, 소변줄) 넣는 게 원래 인턴 잡(업무)이었는데 그 3개가 처치전담한테 넘어올 거라고 하기는 했거든요. 근데 다행히 지금까지 안 넘어오기는 했는데, 그것도 이제 언제부터 하는 거냐고 신청하는 분들도 계시기는 했어요. 분담이 정확하게 병원 공지로 되거나 그러지가 않으니까 그냥 일하는 간호사들도 이제 헛갈려서. 좀 확실히 모호하기는 해요. 좀 공지를 정확하게 해줬으면 좋겠는데 잘 안 되더라고요. (A-노동-9)

C병원에서는 진료지원 간호사가 퇴근한 시간대에는 당직 근무를 서는 수술지원 간호사가 해당 업무를 대신하는 방식으로 운영하고 있기도 했다.

“PA랑 SA 업무 분담이 조금 모호한데요. 일단은 기본적인 룰(rule)은 이제 PA가 병동 회진이라든가 환자 보는 거 주로 이렇게 하고 교수님 대신에 처방을 넣거나 도움을 주는 역할이고, 저희는 수술실 어시스트 이렇게 구분이 되어 있는데, 이제 PA가 상근직이어서 지금 같이 주말인 경우나 아니면 오후 6시 이후로는 없는데 그러면 저희가 또 (PA 업무를) 하거든요. 그래서 모호해요. 업무에 대해서 저희 과 교수님이랑 PA나 SA가 알아서 그냥 나눴거든요. 저희는 또 전공의가 좀 있어가지고 레지던트 샘들과도 의논을 해서 업무 분담을 한 거라 뭐 정확한 기준이 있지 않습니다.” (C-노동-5)

업무 분장이 불명확하다보니 사적 친분에 따라 병동 간호사의 업무가 아닌데 도와주는 경우가 종종 발생하곤 하는데, 이는 이후 진료지원 간호사와 일반 간호사 간의 갈등의 불씨가 될 수 있다.

“지금 되게 조심스러운 게 업무 분담이 정확하게 안 되어 있어요. 지금은 이 병동에서 일하다가 갔으니까 서로 언니 동생처럼 이렇게 되는데 이게 이제 고착화되고 이렇게 쪽 가게 되면 분위기는 달라지겠죠. 지금 이게 제일 골치 아픈 일이에요. 우리 입장에서는

이제 CPN과 간호사의 일이 분담이 돼야 되는데 이게 어정쩡하게 걸쳐져 있고 인간관계가 또 걸쳐져 있어 가지고, 이게 분명히 CPN 잡인데 예를 들면 A라는 간호사가 이 CPN하고 이전에 프리셉티 관계였다면, 내 프리셉터가 너무 바빠 보여, 나는 오늘 좀 한가해, 그러면 내가 하는 거예요. 그런데 이 사람은 이전에 A라는 간호사가 이렇게 해주는 거에 익숙해진 거예요. 그러면 다른 간호사가 할 때도 ‘네가 하면 안 돼?’ 이런 식이 되면 이제 연차가 있는 간호사들은 이렇게 딱딱 얘기를 하겠지만 또 어린 연차 간호사들은 말을 못하고 자기가 다 하는... 이런 지금 약간 미묘한 관계예요.” (A-노동-11)

병원이 의도적인지 모르겠으나 업무 분장에 관한 명확한 지침을 제시하지 않은 탓에 일선 현장의 혼란과 어려움은 가중될 수밖에 없었다. A병원의 경우 내부적으로 진료지원 간호사 업무 규정을 만들었으면서도 이를 공개하지 않고 있었다.

“집단 이탈 전에는 인턴 콜 하면 됐는데 인턴이 없으니까. 근데 이 인턴 잡을 누가 해라 이렇게 명확하게 병원에서 지정을 해 주지 않았어요. 업무조정을 방관하고 있는 게 좀 어쩔 수 없는 건가 싶기도 한데, 그래도 한 번씩 이제 일하다가 너무 막 짜증 나고 화나잖아요. 그러면 ‘진짜 미친 거 아닌가’ 약간 이런 느낌이 들기도 하는 것 같아요.” (B-노동-4)

“이 사람들이 무슨 일을 하는지, 진료과마다 업무 범위가 어디까지인지 공개하지 않아요. 근무 시간 어떻게 되는지 공개하지 않아요. 근데 병원의 규정에는 CPN 업무 규정이라는 거는 따로 만들긴 했어요. 근데 우리가 알고 싶어하는 업무 범위에 대해서는 공개되어 있지 않아요.” (A-간부-1)

③ 부실한 교육

전공의 집단 이탈 사태 이후 진료지원 간호사로 선발된 면담 참여자는 모두 새로 수행하게 업무에 대해 충분한 교육을 받지 못한 것으로 나타났다. 교육 체계가 갖춰지기 전에 배치되어 아예 교육을 받지 못한 경우도 있었고, 그 이후에도 형식적인 이론 위주의 교육만 받고 투입된 경우가 많았다. 그렇다보니 현장에서 그때그때 필요한 내용을 찾아서 공부하거나 시행착오를 겪으며 업무를 익힐 수밖에 없었다.

“사실 이제 그런 교육이 전혀 없었고요. 근데 지금은 병원 간호부 자체적으로 이제 CPN 교육을 좀 만들었더라고요. 저는 그거 하기 전에 들어가서 그런 교육을 못 받아서 좀 안타깝고, 뭔가 좀 어깨 너머로 전문의 선생님 하는 거 보면서 하거나, 따로 제가 그냥 찾아가면서 하거나, 그런 게 조금 어려웠긴 했어요...회진이라든지 그런 것들은, 사실 제가 의사가 아니잖아요? 한데 따로 그런 교육을 해주는 것도 아니어서 환자 물음에 대해서 정확하게 얘기해 줄 수가 없기도 해요.” (A-노동-4)

“사실 배치 후에 신생으로 생긴 드레싱 팀이어서 기존에 드레싱 관련 업무를 보셨던 전문 선생님한테 이론 배우고 환자한테 직접 드레싱 적용하면서 실무 배우고 그리고 이 팀의 체계도 같이 좀 만들어 나가고 이렇게 했어요. 그리고 그 뒤로는 교수님들이 관련 교육을 좀 하시기 시작하면서 그런 것들을 이수하고 있어요...새로 오신 분 중에서는 생각보다는 교육을 좀 못 받은 편이라고 느끼시는 분도 있기는 하거든요. 처음에 교육을 다 받고 시작한 게 아니라 바로 업무에 투입되면서 그때그때 알려주는 식이긴 했어가지고...”(A-노동-5)

“교육은 9시에서 6시 하루 그렇게 받아요. 각 ICU 교육 전담 선생님들이 그 파트 나눠 가지고 해 주시고 한 한두 시간 정도 지금 처치전담을 하고 있는 샘들 좀 따라다니고 그러면서 보고 배우는 식이에요. 투입되기 한 2~3주 전에 그렇게 한 번 받았어요. 교육이 사실 되게 부족하기는 하죠. 저는 그 IV(정맥주사) 잡는 거랑 컬처(culture, 혈액배양)하는 게 처음엔 진짜 어렵기는 했어요. 뭐 하다 보면 늘기는 하는데 그 초반 1, 2주 정도가 많이 힘들기는 하더라고요.” (A-노동-9)

“전담 간호사를 교육하는 교육 간호사가 생겼어요.그래서 처음에 발령을 받을 때 온라인 교육을 하루 8시간 정도 받았어요. 그 사람들이 이제 간호협회 동영상을 틀어주고 저희는 그 동영상을 시청하는 식으로...교육 간호사가 두 명인데, 그것도 정부에서 이 두 명 분에 대한 지원금을 주는 것 같더라고요. 근데 교육이 실효성이 좀 떨어지죠. 약간 보여주기식인 거죠.” (B-노동-3)

특히 비교적 고난이도의 침습적 술기에 대한 실습 교육이 부실한 점이 진료지원 간호사들을 어렵게 만드는 요인이었다.

“일은 바로 7월 1일부터 시작했는데, 한 달 정도 교육받았는데, 이게 교육이라기보다는 인수인계를 받는 거였어요. 저희는 거의 던져지다시피 했고 이렇게 지금까지 흘러왔어요. PA들끼리 한 번 모임을 가졌던 적이 있거든요. 이제 거기서 교육이 필요하다는 얘기가 나왔어요. A-line이나 엘튜브(L-tube)라든가 폴리(Foley)라든가 다들 안 해본 것들이 있는데, 이렇게 내던져지면 안 될 것 같아서 이제 교육을 요청했어요. 그러니까 병원이 교육을 한 주에 하나씩 그냥 스케줄을 올려요. 교육이 있다 그러면 시간이 되는 사람들은 들을 수 있고 시간이 안 되면 또 못 듣는 식이에요. 교수님이 해 주시는데, 저도 한 두 번 갔었나 그랬는데, 실질적으로 실습하기가 어려웠던 것 같아요. 저희는 공부를 하려고 한 게 아니라 이제 실습을 해봐야 되는데...그래서 이번에 한번 A-line 인설트(삽입) 교육을 한다고 병원에서 기계를 하나 샀나 봐요. 교수님이 이제 직접 모형 가지고 아테리 평처(artery puncture, 동맥천자) 하면서 진행을 했는데 그것도 이제 사람한테 하는 거랑 다르니까 하여튼 뭔가 아쉬운 면이 있었죠...저 같은 ICU 출신은 그나마 좀 걱정이 덜한데 지금 같이 있는 SA 중에 병동에서 오신 분이 있었는데 좀 많이 힘들어했어요. 응급 상황을 많이 겪어보지 않아서 바이탈을 어떻게 보고 해야 하는지 잘 모르더라구요. 근데 저도 기관절개관 교체(Tracheostomy Tube Change) 같은 거 하기 어렵거든요. 그래서 뭐 일단 교육받을 때 ENT 교수님이 한마디 던지신 게 있어요. ‘못하겠으면 불러라’ 저는 잘 모르겠어요. 저희가 책임질 행위인지도 모르겠고, 지켜줄 건지도 모르겠고, 잘 모르겠어요.” (C-노동-5)

또한, 술기 교육을 받았더라도 배치된 부서에서 수행해야 하는 업무에 대한 맞춤형 교육이 이뤄지지 않는 측면도 있었다. 현장에 투입된 이후에 미처 생각하지 못했던 술기까지 알게 된 사실을 알고 당황하는 일이 발생하기도 하였다.

“SA로 가기 전에 시범사업팀에서 술기 교육 같은 거 해줬었거든요. 근데 와서 트로카 꿰는 거나 suture하는 거는 좀 충격이었어요. 처음 들어갔는데 매스 지워주고 저 보고 한번

그어보래요. 좀 느낌이 이상하더라고요. 피부에다 칼 댄 게 처음이어가지고 손이 좀 벌벌 떨렸는데 근데 또 하다 보니까 손에 익기는 익더라고요...(복강경 수술 시작할 때) 배에 이렇게 매스 그어가지고, 카메라 넣을 때 주사바늘 큰 거 이렇게 집어넣어 가지고 트로카로 뚫고 이런 거 하거든요. **이런 거 우리가 원래 하는 건지 몰랐어가지고. 그런 거랑 suture(봉합)도 원래 저는 안 하는 줄 알았는데 다 시키더라고요. 따로 배우지 않아서 그냥 저도 이렇게 눈대중으로...**교수님이 ‘마무리해 주세요’ 하고 나가시니까 안 할 수가 없죠. 원래 그런 게 전공의 잡이었는데 그냥 넘어왔다고 하더라고요.” (A-노동-6)

④ 일반 간호사와의 관계

일반 간호사와 진료지원 간호사의 관계는 각 부서의 업무 조건과 맥락 등에 따라 우호적이기도 하고 대립적이기도 하였다. 우선 면담에 참여한 여러 간호사들은 환자 상태를 보고에 대한 업무 부담이 경감된 점과 신속한 처방 입력, 그리고 병동 간호사 업무에 대한 이해도가 높은 점 등을 긍정적으로 평가하였다.

“지금은 저희 1차 노티, 응급 상황 연락 이런 거 다 무조건 그 CPN 선생님한테 해요. 그러면 그 선생님들이 교수님한테 노티하시거든요. 그래서 이제 저희 일반 평간호사들은 아예 교수님하고 거의 연락을 안 하는 체계가 돼버렸어요. 저희 입장에서는 사실 편하죠. 근데 이제 저희가 그동안 겪었던 어려움들이 다 CPN 선생님들 몫이 돼버리긴 했어요.” (A-노동-1)

“이미 간호사의 업무도 잘 이해하고 있고 의사 업무를 이제 배우는 입장이지만 어쨌든 두 가지 일을 다 이해하고 계시니까, 조금 더 환자한테 발 빠른 대처가 가능해진 건 사실인 것 같아요...저희 입장에서는 편한 게 전문전담 선생님을 우리 과 출신 위주로 뽑았으니까요. 전공의는 한 달마다 바뀌는 시스템이잖아요? 물론 초반부터 잘하시는 분들이 계시기는 한데 그래도 익숙지 않은 업무들이 많고 약이나 뭐 이런 경우는 사실 저희가 은근히 관여를 많이 했거든요. 근데 이제 전혀 그런 게 없고, 오히려 옛날 같았으면 특히 이브닝 업무할 때, 저희가 쪽지 붙인다고 하잖아요? ‘이 오더 잘못됐어요’, ‘이 오더 맞나요?’ 하는 오더 거르는 일이 진짜 줄었어요. 그리고 간호사 쌤들이 일을 하시니까 저희 평간호사들이

어떻게 일하는지, 팀 간호사 업무에 대해서 좀더 많이 알고 계셔가지고 저희가 업무하는 걸 잘 도와주세요.” (A-노동-1)

“일단 오더 같은 거는 빠릿빠릿하게 다 넣어주니까 업무하는 게 훨씬 더 괜찮아졌고 노티 같은 것도 바로바로 피드백이 와서 좋았던 것 같습니다. 그런 건 오히려 전공의보다 훨씬 나은 것 같아요. 그리고 지금 병동 PA 두 분도 원래 병동 간호사였다가 그쪽으로 간 거여서 확실히 병동 분위기도 잘 알고 하니까 그게 더 메리트가 있었던 것 같아요.” (A-노동-6)

“PA 선생님들은 바로바로 답을 해주는 경향이 있어요. 특히나 이제 외과 같은 경우는 전공의가 수술장 들어가니까 수술장 들어가면 연락할 수 있는 방법이 없습니다. 전화하면 ‘수술방입니다’ 끊어버려요. 근데 PA 선생님들은 수술방에 안 들어가니 이제 콜을 하기가 좀 쉽고, 둘째는 우리 과 특성이긴 한데 이제 레지던트가 다 빠지면서 나이트까지 전부 다 PA 선생님들이 돌아가면서 서 주시거든요. PA 선생님들이 모든 당직을 서고 있어요. 그래서 저희 과에 한해서는 조금 더 야간에 노티하기가 수월한 편입니다. 왜냐하면 레지던트들 같은 경우는 (노티 안 받으면) ‘자고 있나, 한 시간만 기다려보자’ 이랬는데 PA 쌤들은 바로바로 연락을 해 주니까 좀 고마운 부분이에요.” (C-노동-2)

하지만 진료지원 간호사들 가운데 역량의 편차가 존재한다는 점이 문제로 제기되기도 하였다. 해당 업무에 대한 지식과 경험이 부족한 이가 진료지원 간호사로 배치된 경우 전공의 업무 공백을 메우기 위한 병동 간호사의 부담이 더 커질 수밖에 없기 때문이다.

“단점 중에 하나라면 PA 선생님들도 업무가 완전히 능숙한 선생님들은 아닙니다. 지금 새로 오신 선생님들 중에서 저보다 연차가 낮은 선생님들이 있거든요. 근데 그 선생님들이 밤에 혼자서 모든 의사결정을 다 해야 됩니다. 정말 고민이 되면 교수님께 직접 연락을 하겠지만 그렇지 않았을 때는 그 의사결정을 병동 간호사하고 같이 하고 있는 거예요. ‘선생님 이거 어떻게 해야 돼요?’ ‘선생님 이랬던 경험 있으세요?’ 그리고 정말 응급한 상황일 때 간호사가 일을 하면서 가장 스트레스 많이 받는 것 중에 하나가 저는 IV(정맥주사) 라인 잡는 업무라고 생각을 하거든요. 응급실에 오는 사람들 중에서 IV가 안 되는 사람들 진짜 많아요. 이제 그러면 옛날에는 내과 선생님들을 불러서 C-

line(중심정맥관) 이라도 조금 트라이를 해볼 수 있었는데 지금은 해줄 수 있는 사람이 없으니까. 아니면 중환자실에 상주하고 있는 교수님을 올릴 수밖에 없는데 아무래도 그건 좀 그렇잖아요. 그래서 그냥 손 놓거나 아니면 진짜 다 달라붙어 가지고 아침까지 라인 안 되는 사람 어떻게든 꼬집어내는 경우도 있고 뭐 그런 일이 있습니다.” (C-노동-2)

“내과 PA들은 보통 그 과 병동에 많이 있거든요. 자기 환자들이 있을 때만 잠깐 내려오는데 그래서 내과 PA들은 사실 중환자에 대해서 잘 몰라요. 근데 중환자실은 도지표 같은 걸 쓰잖아요. 중환자들은 중요 약물 믹스하는 그 용량 같은 거를 저희가 딱딱 정해놓고 약속을 해가지고 다 통일해서 쓰는데, 이제 진료지원직이 얼마 안 된 선생님인 것 같은데, 그래도 한 3년 차는 넘었을 거 아니에요? 지금 진료지원 하고 있으니까. 근데 병동에서는 사실 중요 약물을 잘 안 쓰잖아요. 그래서 그걸 아직 잘 몰랐나 봐요. 그래서 환자가 CPR 치고 있을 때 이제 승압제 달아야 돼서 오더 좀 넣어주세요 하면, 이제 저희가 쓰는 용량대로 이제 넣어야 되는데, 그 용량을 모르니까 어떻게 오더를 넣어야 되는지 몰라 가지고 엄청 막 더듬거리고 있는 거예요. 지금 CPR 치고 있는 상황인데, 그건 이렇게 해야 된다 말을 해 주는 사람이 한 명 옆에 있어야 되니까 이게 너무 답답한 거예요. 차라리 내가 오더 넣는 게 빠르겠다 나와라 약간 이런 느낌이니까, 별로 사이가 좋을 수만 없는 거죠. 그 선생님도 한 지 얼마 안 됐고 여기 너무 힘들고 또 병동 환자도 봐야 되는 그 입장이 이해가 안 되는 건 아닌데 또 우리 입장에서 보면 좀 공부를 열심히 했으면 어떨까 하는...또 저희가 힘들다 힘들다 계속 민원을 적으니까 엘튜브 같은 거는 이제 병동 PA들이 하라고 간호부에서 권고를 하거든요. 근데 엘튜브 inser션(insertion)을 제대로 한 번도 안 해 본거죠. 하는데 이제 잘 안 되니까 막 환자는 코피 나 있고 이러니까. 그래서 **사실 같은 간호사인데 관계가 좀 뭔가 좋지만은 않은 것 같아요.** (B-노동-3)

“저는 마냥 좋지는 않았던 게, 지금 저희 과 전문 전담 선생님은 사실 교육 간호사도 했었고, 혹시나 CPR 날 것 같은 환자들 미리 와서 봐주고, 또 이제 ICU 경력도 있고 그래서 사실 경험과 지식이 저희는 진짜 의사 못지 않다 라고 생각하는데, 이 선생님만 계속 CPN으로 계속 건 아니잖아요. 다른 선생님으로도 또 바뀔 건데, 이게 저는 이 선생님이니까 사실 믿고 저희가 노티도 하고 맡길 수 있는 부분인데, 다른 사람으로 대체됐을 때 **이 사람이**

넌은 처방에 내가 확신을 가질 수 있을까? 그 신뢰성에 문제가 조금 생길 수 있을 것 같다고 생각이 들더라고요.” (A-노동-2)

특히 C병원의 경우 전공의 집단 이탈 사태 이후 진료지원 간호사가 처방을 입력하는 경우가 크게 늘어나게 되었는데, 이 문제에 대한 우려 섞인 시각도 존재하고 있었다.

“처방도 보통 PA가 내잖아요. 저희 같은 경우는 특히 응급으로 만약에 입원을 하게 되면 당직인 PA가 루틴 처방을 내요. 근데 저희들 생각에는 간호사는 의사가 낸 처방이 옳은지 아닌지 판단하는 건 되지만 처방을 내는 사람은 솔직히 아니라고 생각을 한단 말이에요. 이제는 그 PA들이 처방까지 다 내고 하다 보니까 나중에 교수님이 다음 날 출근하셔서 ‘이 항생제 왜 냈어?’ 이렇게 물어보면 다시 또 처방 바꿔버리는 거고. 이제 이런 경우가 현장에서 많이 생기고 있어요. 저희는 PA가 되기 전에 동의서를 하나 받아요. 그런 처방 같은 걸 내도 된다는 동의요. 그래서 어떨 때는 의사 이름으로 낼 때도 있고 그냥 본인이 자기 이름으로 낼 때도 있어요. 제가 PA면 처방 누가 냈는지 들어가서 보면 이제 제가 냈다고 돼 있는 경우도 있거든요. 그 전산에 올라가 있는 거는 다 의사 선생님 이름이지만 ‘상세보기’로 들어가면 그 옆에 실제 처방자 이름이 따로 뜨거든요. 실제 처방을 PA가 내는 경우가 이제 엄청 많죠. 예전에는 이 정도까지는 아니었는데 이제 거의 다 PA이름으로 올라오고요. PA 없는 교수들만 자기가 내는 시스템으로 이제 그렇게 돌아가고 있습니다.” (C-간부-1)

진료지원 간호사의 업무 능력에 대한 불만과 불신의 문제 외에도 업무 분담과 관련된 갈등이 상당히 큰 것으로 나타났다. 진료지원 간호사의 업무도 가중됨에 따라 자신들이 맡은 일부 업무를 병동 간호사에게 전가하는 일이 발생하였다. 병동 간호사들로서는 예컨대 검사결과 보고와 같이 이전에 전공의도 시키지 않았던 업무를 요구하는 행태에 대해 부당함을 느끼기도 하였다.

“전담 간호사들과의 관계가 일적인 측면에서 엄청 좋다고 할 수는 없죠. 이제 우리도 일이 많은데 본인들도 일이 많다 보니까 서로 약간 더 해줬으면 좋겠다는 그런 부분들에서 한 번씩 부딪히기는 해요. 왜냐하면 그 전담 간호사들도 공식적으로 교육을 받지는 않았고

또 업무 분장이 명확하게 되어 있지 않다 보니까, 그 일이 누구 거냐 했을 때 뭐 공식적으로 정해진 게 몇몇 있긴 하지만 또 없는 것도 있는데 그 부분은 그냥 일반 간호사 쪽으로 넘어오거든요. 그럼 또 ‘사실 이걸 원래 전담이 해야 되는데’ 이렇게 얘기가 나오면서 불만이 생기게 되고, 그러니 엄청 사이가 좋지는 않아요.” (B-노동-2)

B병원은 이전부터 진료지원 간호사의 비중이 작지 않은 편이었지만, 병원이 명확하게 업무를 분장하지 않은 탓에 전공의 이탈 사태 이후 기존 전공의들이 수행하던 업무를 어떻게 분담할 것인지를 둘러싼 이견과 갈등이 증폭되는 양상이 펼쳐졌다.

“전공의 나간 뒤로, 인턴이 하던 업무니까 너네가 해야 되는 거 아니냐 약간 이런 것 때문에 PA 간호사랑 사이가 좀 안 좋아지긴 했어요. 그전에도 업무 분장 갈등이 좀 있었던 것 같은데 레지던트들이 없어지면서 이걸 너희가 해야 되니 마니... 지금도 PA들이랑 **드레싱 업무 분담**에 대해서 갈등이 또 있더라고요. 특히 내과는 좀 심한 것 같아요. PA들이 PCD나 C-line 이런 거에 대해서 (드레싱을) 평일에는 하는데 주말에는 못 해주겠다는 식으로 나와서. 사실 외과는 어차피 수술하기 때문에 돌아가면서 드레싱해주는 당직이 있었어요. 그래서 외과는 그런 영향이 없는데 내과가 이제 좀 그렇게 됐죠. 왜냐하면 내과 레지던트나 인턴들이 하던 일이었으니까.” (B-간부-1)

C병원 역시 이전부터 진료지원 간호사의 비중이 높은 편이었는데, 동의서를 받는 업무만큼은 전공의들의 몫이었다. 그런데 전공의들이 이탈한 후 해당 업무가 진료지원 간호사가 아닌 병동 간호사에게 전가되면서 이에 대한 불만이 커지게 되었다.

“원래 전공의가 다 동의서 사인을 다 받았어요. 근데 이제 동의서 사인 받는 거 어려운 거 아니니까 그냥 현장 간호사들한테 받아라 이런 경우가 되게 많아서 현장 불만이 사실 좀 있어요. 저희 병원은 원래도 의사가 많이 없었는데, 유일하게 전공의들이랑 인턴이 할 수밖에 없는 일이 동의서 받는 업무였어요. 결국에는 그 의사 사인이 들어가야 되는 거잖아요. 그러다 보니까 **그것만큼 간호사들이 무슨 일이 있어도 안 했었는데, 전공의 이탈로 그 일을 저희가 전부 다 하다 보니까, 당장 사인을 받아야 시술로 들어갈 수 있다** 보니까 현장에서 그걸 받을 수밖에 없었어요. 교수를 기다리다 사인을 못 받는 게 너무

많아서...그래서 현장에서 그냥 담당 간호사가 의사 사인 대충 막 해가지고, 이제 교수님 오면 '사인 제가 대신 받았습니다' 하면 '예' 하고 넘어가다가, 이제 PA들이 사인 받는 형식으로 넘어갔는데, 그럼 이제 PA가 그 업무 자체를 가져가야 되는데 그냥 병동에서 몇 달 했으니까 계속 선생님들이 하세요, 이렇게 돼버린 거예요." (C-간부-1)

이러한 업무 전가와 관련된 긴장과 갈등은 서로에 대한 부정적 인식과 감정적 대립이 심화되는 결과를 초래할 위험이 크다.

"PA랑 일반 간호사, 같은 간호사끼리 갈등이 생길 수밖에 없어요. 왜냐하면 의사가 뭔가 예의 없고 기분 나쁘게 할 때는 그래도 내심 한 켠에 '네가 의사니까 그 정도 해도 되지' 하는 게 좀 있는데, 같은 간호사끼리 무시하는 사건 발생이 지금 계속 되고 있거든요. 이제 PA이지만, 거의 의사만큼 일을 하니까 거의 의사라고 생각하는 분들이 많으세요. 현장에서는 거기에서 오는 갈등도 꽤나 많아요. 간호사 입장에서 착한 PA간호사들은 오히려 의사보다 노티하기 편하니까 좋지만, 진짜 못 돼 먹은 PA들도 많으니까 이제 그런 경우에는 '진짜 의사도 아닌 게 지금 의사 일한다고 이렇게 하대하는 거야' 지금 현장에서 꽤 많이 생기고 있는 불만이에요. 그런 고충이 진짜 좀 많이 들어왔어요." (C-간부-1)

⑤ 직무 불안정성

진료지원 간호사들은 자신들의 직무 안정성에 대해 상당한 불안과 우려를 가지고 있는 것으로 나타났다. 진료지원직으로의 전환은 자신의 직업 전문성과 경로에 있어서 큰 변화이므로 추후 병원 지침에 따라 본인 의사와 무관하게 재배치되는 상황을 원치 않기 때문이다. 특히 A병원의 경우 전공의 이탈 사태 이후 '한시적'이라는 조건을 내걸고 진료지원 간호사를 모집해 왔기 때문에 그러한 불안감은 더 클 수밖에 없었다.

"예전에는 사실 아예 소속이 간호부에서 그 진료과로 바뀌었어요. 간호부에서 아예 빠져버렸는데, 지금은 사실 거의 다 간호부로 (모집공고가) 나가고 있어요. 그리고 거의 모든 공고가 다 '한시적'으로 나가요. 사실 저 같은 경우는 xx과로 공고가 나서 뽑혔기 때문에 다시 돌아갈 일은 없을 것 같은데, 지금은 모든 과의 모든 CPN들이 다 간호부로

모집되고 있고 또 한시적이라는 말이 붙어 있어 가지고, 나중에 병원이 뭐 상황이 바뀌었을 때 사실 언제든지 돌아가야 하는, 그런 위험이 상존하고 있는 것 같습니다.” (A-노동-4)

“사실 저희 팀이 지금은 조금 안정기로 접어들기는 했는데 문제가 전공의가 돌아오고 파업이 끝나면 없어질 팀이라는 식으로 계속 얘기를 하니까. 이 팀 자체가 전공의 파업으로 생겼으니 파업이 끝나면 없어질 수도 있다, 그거 알고 오지 않았냐 이런 식으로. 저도 임시 부서라는 말을 듣고 오긴 했지만, 이게 끝났을 때 저는 이제 병동에서의 경험이 기억이 이미 나지 않는데 다시 돌아가야 된다는 점이나 어디로 돌아갈지 모른다는 그런 불안감이 좀 많이 크기는 해요. 부서 이동에 대한 스트레스가 상당히 있는 것 같아요. 근데 또 다른 선생님은 그래서 원하는 부서에 공모가 나서 지원을 하려고 하니까 그건 또 안 된다고 막으시더라고요. 지금 필요하니까. 그래서 나가는 거는 안 되는데 근데 없어질 수 있다 이렇게 또 말을 하니까 되게 혼선은 심해요. 필요할 때 쓰고 이제 필요 없을 때는 언제든지 내쳐질 수 있지 않냐, 약간 이런 분위기가...” (A-노동-5)

이 문제가 A병원에서 가장 두드러진 까닭은 세 병원 가운데 전공의 의존도가 가장 높은 병원이었기 때문이다. 따라서 A병원은 집단 이탈 이후 진료지원 간호사를 대폭 확충할 수밖에 없었지만, 여러 정황을 미루어 볼 때 경영진은 추후 전공의 복귀에 걸림돌이 되지 않도록 의도적으로 진료지원 간호사의 ‘한시적’ 성격을 강조하고 있다고 추정할 수 있다.

“애네들(병원)이 맨날 얘기하는 게 뭐냐 하면 우리가 굳이 묻지도 않았는데, ‘PA 이거 임시입니다. 임시직입니다’ 이렇게 얘기를 하는 거예요. 왜냐하면 전공의들이 자기들 결정으로 나간 건 아닐 거잖아요. 결국 교수들 용인 하에 나갔다고 저는 그렇게 보거든요. 그렇게 나갔는데 자기 자리를 교수들이 다 이제 없애버리는 거잖아요. 어쨌든 이 사람들이 들어오는 자리를 마련해 줘야 되는데 PA가 임시 자리가 아니라면 전공의들이 볼 때 이렇게 다 채워 놓고서 우리 어디 들어가라는 거냐고 할 수 있잖아요. 이런 비슷한 얘기를 병원장이랑 했는데 ‘맞습니다’ 이렇게 하지는 않는데 부정은 또 하지 않더라고요. 그리고 올해 예산안 보면 전공의가 어느정도 들어올 거라고 보고 짰어요.” (A-간부-2)

이밖에 의사 업무를 수행하는 것에 대한 법적 보호가 불확실한 부분에 대해서도 불안감을 느끼고 있었다. 특히 의사 아이디로 ‘OCS(처방전달시스템)’나 ‘EMR(전자의무기록시스템)’에 들어가서 대리 처방과 대리 기록을 하는 문제에 대한 우려가 적지 않았다.

“그전까지는 사실 그냥 교수님들이 의사니까 무조건 다 (교수가) 했었거든요. 그래서 간호사한테 넘어오는 업무가 처음엔 없었어요. 2020년도 전공의 파업 그때도 사실 없었거든요. 무조건 교수가 했었는데, 이번에 나라에서 (간호사가 업무 대체하는 것을) 인정을 한다고 하면서, 이제 ‘시작이구나, 길어지겠구나’는 생각이 들더라고요. 간호사 업무가 자꾸 불분명해지고 이걸 보호받을 수 있는 법이 바뀌지 않았는데 허가를 했다는 것 자체가 말이 안 되잖아요.” (A-노동-2)

“사실 이런 상처가 환자 상태에 굉장히 영향을 미칠 수 있는 건데, 이 (드레싱) 팀이 생기고 나서 진료과 의사들이 이제 잘 확인을 안 하니까, 나중에 법적인 책임을 물게 되는 순간이 올 수도 있을 것 같다는 생각이 들어서 그게 좀 걱정되고 불안한 것 같아요.” (A-노동-5)

“동의서 받을 때 서명을 제 아이디로 들어가서 하니까 더 부담스러워요. 무언가 잘못되었을 때 책임 소재가 만약에 넘어올 수도 있잖아요. 다들 동의서는 되게 좀 민감하게 받아들이는 것 같기는 해요. 조영제(동의서)는 저희가 다 하는데, 이제 주치의나 담당 교수를 코사인(cosign, 동반서명) 의료진으로 선택을 하라고 해서 선택하면 그분이 밑에 코사인으로 같이 뜨는 것 같기는 해요. 그러니까 저랑 그 담당 교수 이렇게 두 명 사인이 들어가요.” (A-노동-9)

“외래에서 교수님 아이디로 처방 넣습니다. 근데 교수님이 직접적으로 저한테 그렇게 얘기는 안 하세요. 그러니까 내 아이디로 오더를 넣으라고 얘기는 안 하시죠. 얘기 듣기로는, 그렇게 해 주면 사실 자기는 편한데 저한테 차마 그렇게 얘기할 수는 없으니까, 한데 아마 자기 아이디로 넣어주면 더 좋아하긴 할 거다 하더라고요. 잘못된 생각일 수 있는데, 저도 차라리 그냥 교수님 아이디로 나가는 게 어떻게 보면 나를 보호하는 데 낫지 않나 생각이 들어요. 어쨌든 이름이 쓰여 있는 사람으로 법적 소송이 걸리니까요.” (A-노동-4)

이러한 여러 문제점이 존재하는 가운데 특히 업무가 과중한 부서의 경우에는 지원자가 없어 상시 모집으로 공고가 올라와 있기도 했는데, 그럴수록 더욱 지원을 기피하는 경향이 심해졌다.

“PA 뽑는 거는 계속 필요 시에 공고가 나는데, 결국 역지로 시킬 순 없으니까 안 뽑히면 계속 상시로 떠요. 그러면 이제 사람들이 오히려 더 인식이 강해지는 거예요. ‘얼마나 별로면 계속 상시냐, 절대 안 간다’ 그래서 안 되는 곳은 계속 안 돼요.” (A-노동-1)

조건을 충족하는 진료지원 간호사 모집에 어려움을 겪은 병원은 아예 신규 간호사를 처음부터 진료지원직으로 발령을 내기도 하였다. 이렇게 일을 시작하게 된 신규 간호사들은 자신의 직업적 정체성에 대한 혼란과 함께 향후 진로에 대한 불안감을 가질 수밖에 없었다.

“완전 신규 때부터 전담 간호사 일만 하는 친구들은 자기가 간호사인지 의사인지 뭐 이런 정체성의 혼란도 있고, 또 이제 여기에서 계속 전담 간호사만 할 수 있는 건 아니니까 나중에 혹시나 일반 간호사로 병동에 가거나 했을 때 자기가 잘 해낼 수 있을까 이런 걱정과 불안은 항상 있어서 저희들한테 상담도 했었는데, 로테이션 해야 되나 말아야 되나 또 막상 로테이션 할 자신은 없고 뭐 이런 고민들이 엄청 많긴 했었어요.” (B-노동-2)

A병원의 처치전담팀에 소속한 한 진료지원 간호사는, 병원이 자신들의 고충에 대해 귀 기울이지 않은 채, 전공의와 달리 최소한의 인력 투입을 위해 업무량을 면밀히 파악하는 일에만 골몰하는 ‘비인간적’ 행태에 대해 아쉬움을 토로하기도 하였다.

“병원이 너무 싸게만 간호사를 굴려 먹으려고 한다는 게 보이는 게 조금 마음에 안 드는 부분이긴 해요. 그거랑 더불어서 아마 제가 알기로는 모든 진료지원팀이 일일 보고서를 쓰는 걸로 알고 있어요. 전공의나 인턴은 분명히 일을 할 때 자기가 하루 종일 뭐 했는지 증명하지 않았을 텐데, 우리는 모든 걸 증명을 해야 되고, 근데 이 증명을 하는 이유가 이제 시간을 계산을 하더라고요. 그래서 너희 팀 계산해 보니까 3.3명이 필요해서 한 명 더 못 취 약간 이런 식으로 계산을 하는 거 보니까 조금...드레싱 준비 시간 5분 이런 식으로 알려달라고 하시더라고요. 그런 데에서 되게 인간적이지 않다고, 내가 ‘기계 부품’ 같다고 느껴졌어요. 뭐 환자랑 한마디라도 더 할 수도 있는 건데 그런 건 생각하지 않고 ‘3단계 드레싱은 15분 걸려’ 약간 이렇게 계산을 하시더라고요. (드레싱 부위 크기가 다르고 환자

컨디션도 다르고 변이 묻었냐 안 묻었냐도 다른데) 저희가 기저귀를 갈고 오기도 하는데 그런 건 상관없이 건수로만 이렇게 계속 보고를 하니깐 조금 존중해 주지 않는 것 같다는 느낌이 들어요.” (A-노동-5)

전공의에게 하지 않았는데 진료지원 간호사에게만 술기 시간을 측정해서 할당량을 부여하는 방식은 명백히 차별적인 행태로 볼 수 있다.

“지금 우리 병원 진료전담 간호사들은요, 드레싱하는 데 10분, 15분 이렇게 카운트 (초치기) 해요. 하다못해 한 번도 아기 L-tube 안 넣어봤는데 이것을 15분 책정해 놓고 이거 안 된다 했더니 사정하는 시간 2분 더 주는 식으로. 어른은 ‘잠깐 계세요’ 하고 하더라도 아기는 울고불고 난리 치니까 시간 안에 못 하잖아요? 이 카운트를 도대체 누가 시켰는지... 병원이 인턴한테 ‘너 가서 풀리 체인지 몇 분 만에 해라’, 이렇게 안 하잖아요. 근데 간호사들한테 그렇게 해놨어요.” (A-간부-1)

한편 이러한 직무 불안정성은 진료지원 간호사들이 자신들의 업무 여건 개선을 위해 목소리를 내는 것을 어렵게 만드는 구조적 요인으로 작동하기도 하였다.

“3월 달까지 전공의 지금 모집 기간이어서 전공의가 몇 명 들어오느냐에 따라서 이 간호 인력은 또 탄력적으로 빼고 할 거거든요. 원래 있던 CPN은 진료과 소속이라 다시 가라고 할 수 없는데, 시범사업팀 전담 간호사는 안 그렇죠. 그래서 협박이 그거예요. 힘들어서 못하겠다고 하면 ‘너 그럼 다시 가’예요. 어머니. 7월부터 일 안 돌아가고 환자 어떻게 할 거냐고 해서 간호사들 급할 때 끌어다 써놓고 이제는 팽시키려고...그러니까 여기 간 애들이 딴 데 안 가려고 (노조) 탈퇴하고 문제 생겨도 조용히 있는 거예요.” (A-간부-1)

(5) 감정노동의 피해

병원 노동자들은 본래 그 업무 특성상 감정노동의 강도가 높고, 그로 인한 직무 스트레스와 소진의 위험이 큰 것으로 알려져 있다. 이번 전공의 집단 이탈 사태는 크게 두 가지 측면에서 노동자들의 감정노동을 심화시켰다. 하나는 비상경영으로 인해 여러 불편과 피해를 입은

환자와 보호자들로부터 받는 불평이 증가했다는 점이고, 다른 하나는 교수들이 격무에 시달리면서 그 권위적이고 고압적인 행태가 더욱 심해졌다는 점이다. 특히 병동 간호사들은 교수들의 이런 태도 때문에 야간 노티 업무와 관련해 매우 소모적인 감정노동에 시달리고 있는 것으로 나타났다.

① 환자·보호자의 불만 제기

병원에서 흔히 말하는 ‘환자 컴플레인(Patient Complaints)’이란 환자나 보호자가 의료 서비스의 질, 대기 시간, 의료진 태도, 시설 환경, 치료 결과 등에 대해 불평, 불만을 제기하는 것을 의미한다. 전공의 집단 이탈 사태에 따른 비상경영 조치로 환자들은 조기 퇴원이나 예정된 수술 연기와 이송 지연 등 여러 어려움을 겪게 되었는데, 이에 대한 항의는 주로 일선 현장의 노동자들이 받아야 했다. 이러한 응대 과정에서 노동자들의 정신적 스트레스와 감정 소진이 심할 수밖에 없었다.

“환자나 보호자분들이 되게 불안을 저희한테 많이 호소를 했어요. 물론 간호사가 해야 되는 일 중에 하나가 정서적인 지지도 있긴 하지만 굳이 안 해도 될 정서적 지지까지 들어서 저도 좀 많이 스트레스 받았죠. ‘괜찮아요, 교수님께서 잘해 주실 거예요’라는 말도 솔직히 한두 번이지, 수술이 많이 취소되면서 그냥 퇴원하신 분들도 계셨거든요. 그랬을 때는 그거에 대한 비난을 교수님들께 하는 게 아니라 일단 1번은 간호사에게 먼저 퍼붓습니다. ‘왜 취소가 됐느냐’ 그러면 상황을 말씀을 드리죠. ‘아시다시피 병원 지금 상황이 그렇습니다. 전공의가 없어서 수술을 못합니다’라고 하면 왜 하필 그게 본인이냐고. 근데 그 순서는 저희 간호사가 정하는 게 아니거든요. 그런 거에 대해서 감정 노동이 많이 심했던 것 같습니다.” (C-노동-2)

“저희는 전화를 진짜 많이 받았어요. ‘나 외래인데 (입원) 못 들어가는 거 아니냐’ 아니면 ‘너네 베드 적은데 왜 나 안 들여 보내주냐’ 이런 얘기 진짜 많았어요. 몇 번은 이제 막 완전 난동 부리시고 했던 분들이 있었는데, 예전에 저희 병동에 입원하셨던 분들 중에 응급실에 왔는데 입원할 컨디션이 아니라고 하면서 돌려보내니까 그 가족들이 ‘이게 말이 안 된다. 우리가 그럼 집에서 이 환자를 어떻게 보냐’ 그래서 ‘너네 여기 베드 비어 있는데 왜 못 받는

거냐' 계속 난리 쳐가지고 여기 보안팀 선생님들 불러서 데리고 가고 이런 경우도 한 두 세번 있었어요.” (A-노동-1)

“실질적인 인력이 감축된 상황에서 또 이송 건수는 많이 늘어나 있어요. 한번은 환자가 수술 끝나고 엑스레이 찍고 1시간 대기한 경우도 있어요. 검사실 앞에서 그냥 1시간 정도 기다리니까 환자가 마취가 깨서 수액을 뽑고 자기가 병동을 걸어 올라갔거든요. 환자분들이 기다리는 시간이 길어지니까, 진짜 저희한테 욕하고 그러는 경우가 많아졌어요.” (A-노동-8)

“수술실 가야 돼서 이송 쿨을 해놓는데 계속 안 오셔서 한 번 더 전화하면 조금 기다리라 해가지고 조금 딜레이(delay) 돼서 내려가는 경우도 있거든요. 그러면 이제 보호자분들이 언제 내려가냐 컴플레인 하시는 거죠...또 수술하시는 분들 중에 금식이 길어지는 분들이 있잖아요. 그러면 이제 못 먹으니까 환자분들이 더 예민해져서 ‘언제 먹을 수 있냐’ ‘교수는 언제 오냐’ 뭐 그런 컴플레인들을 (전공의가 없으니) 저희가 다 받아야 되는 그런 어려움이 있습니다.” (B-노동-2)

환자와 보호자에게 수술 일정이 연기된 사실을 통보하고 재일정을 잡는 업무 역시 상당한 감정노동을 수반하는 일이었다.

“환자 컴플레인은 제가 좀 받고 있을 수밖에 없거든요. 왜냐하면 수술이 전에 하던 것보다 절반밖에 못하다 보니까 그거를 계속 연기할 수밖에 없어요. 근데 그런 것들(통보)을 교수가 안 하세요. 그래서 환자한테 제가 ‘이런 사태로 인해서 연기를 할 수밖에 없는 상황입니다’라고 얘기하고 있습니다. 아직까지는 환자들이 크게 화는 안 내고 있는데, 이 사태를 알고 있긴 하니까요. 그래서 최장 1년 이상까지도 계속 순차적으로 연기를 시키고 있긴 하거든요. 그것까지 안 잡아드리면 좀 많이 폭발하실 수 있을 것 같아서. 근데 어떤 한 분 교수님은 환자가 독촉하면 ‘잡아드리겠습니다’고 이렇게 하시는데, 그러니까 자기는 이제 좋은 사람이 되는 거예요. 근데 저는 그 희망을 갖고 간 사람한테 다시 또 희망을 뺏는 그런 역할을 해야 되잖아요?” (A-노동-4)

재원 환자가 의사와 직접 만나고 소통할 수 있는 기회가 줄어든 부분도 병동 간호사가 많이 접하는 환자 불만 중 하나였다.

“환자들이 컴플레인 하는 거는, 전공의는 사실 아침 일찍 출근해 가지고 환자를 직접 보고 대화도 좀 많이 나누고 하는데, 교수님들은 이제 회진 때만 좀 오시고 아니면 뭐 외래 업무도 계시고 수술 집도도 하시고 막 이러니까 교수님은 잘 안 오세요. 그것 때문에 컴플레인이 좀 많은데, ‘교수님 도대체 언제 오냐’ 이걸 이제 다 간호사들이 다 들어야 되잖아요.” (B-노동-4)

한편 교수들은 전공의가 부재한 상황에서 꼭 의사가 수행해야 하는 최소한의 기본 업무들, 이를테면 당직 시간에 노티가 온 환자 상태를 확인하고 처방하는 일이나 수술 관련 동의서를 받는 업무에 불성실한 태도를 보이는 경향이 있었고, 그에 대한 환자와 보호자의 불만은 일차적으로 간호사에게 돌아갔다.

“환자 상태가 나빠져도 보러 오지 않고 그냥 전화만으로 하는 당직 교수님도 있으니까, 그러면 ‘환자 안 좋아지는데 왜 의사가 코빼기도 안 비치냐’ 그런 이야기를 듣기도 했었고, 애초에 당직 때 협조를 잘 안 하니까 제대로 처방이 안 돼서 그러니까 퇴원 절차나 이런 것도 많은데 ‘왜 이게 아직까지 해결이 안 되고 있냐’ 그런 컴플레인을 다 저희가 받으니까요. 그리고 저 같은 경우는 심장 시술 파트도 한번 해봤었는데 원래 동의서를 받고 설명하고 하는 건 의사잖아요? 근데 전공의가 없잖아요. 그래서 교수님이 설명을 해야 되는데 교수님이 설명을 안 하시거든요. 본인은 시술만 하니까 환자한테 그냥 동의서를 읽어보라고. ‘읽고 그냥 알아서 사인해라, 난 나중에 사인만 하겠다’ 그거에 대한 컴플레인은 다 저희가 받죠.” (C-노동-3)

“이제 환자 컴플레인이 들어왔을 때 뭔가 수술 부위가 아프다거나 붓는다거나 이러면 전공의한테 노티 하면 바로 와서 보고 이게 해결이 됐는데, 이제 저희가 전담(간호사)한테 쿨을 하면 전담 선생님이 보고 교수님한테 노티를 해야 되는 상황이잖아요. 그러면 한 다리가 더 생기니까 로딩이 생기고 그러면 환자들 불만이 쌓이는 거죠. 그리고 교수님들이

사실 잘 안 오니까. 수술 부위 조금 부었다고 바로 오시지는 않잖아요? 근데 전공의 쌤들은 상주했으니까. 그런 컴플레인 좀 늘었죠.” (B-노동-6)

환자들은 상대적으로 의사, 교수를 더 어려워하기 때문에 정작 의사 앞에서는 침묵한 채 간호사에게만 불만을 쏟아내는 이중적 태도를 보이기도 하였다. 이러한 차별적 인식과 태도가 비의사 노동자들의 감정노동을 심화시키는 중요한 요인이라는 사실이 이번 전공의 집단 이탈 사태를 계기로 더 확연하게 드러났다.

“환자들이 불만이 엄청 많을 것 같은데 이 집단 이탈이라는 게 사회적 이슈잖아요. 그래서 (전공의가) 없는 걸 알기 때문에 환자들이 오히려 교수 앞에서는 한마디도 안 해요. 환자들이 이제 옛날 같으면 전공의들한테 큰 소리 내고 했던 것들을 지금은 교수님들이니까 우리 앞에서 하는 거예요. 막상 교수님 오면 심지어 페인 컨트롤(pain control)하는 환자도 있어요. 너무 황당했던 게, 막 불과 1분 전에 몰핀 안 놔준다고 난리를 쳤는데, 교수님이 라운딩을 딱 온 거예요. 그러니까 방긋 웃으면서 ‘교수님’ 이러는 거예요. 몰핀을 30분 간격으로 놔달라고 난리 쳐놓고는 그러더라고요. 그리고 교수님 딱 가고 나니까 다시 소리 지르면서 몰핀 갖다 달라고... 이게 현실이에요.” (A-노동-11)

② 노티 부담

전공의 이탈 이후 병동 간호사들을 가장 힘들게 한 문제 중 하나가 바로 야간 시간에 교수에게 노티하는 일이었다. 교수마다 요구하는 노티 방식이 달라 이를 숙지하고 매번 노티하기 전에 확인해야 하는 어려움도 있었고, 여러 차례 연락을 해도 받지 않아 크게 애를 먹기도 하였다.

“어떤 선생님은 자기 전화번호 카톡으로 해도 된다, 아니면 어떤 선생님들은 업무폰으로만 해달라 하는데 그 업무폰이 문제가 저희가 보냈을 때 답장을 못하세요. 그러니까 저희가 노티를 했는데 이거를 읽으셨는지, 알고 그냥 치료를 안 하겠다는 건지, 아니면 처방을 넣고 있으니 좀 기다리라는 건지, 그걸 모르는 거예요. 그래서 사실상 연락을 여러 번 해야 되는 거죠. ‘교수님 저 업무폰으로 노티했는데 혹시 보셨을까요?’ 이런 업무가 중복되는 게 진짜 많았어요. 교수님한테 어떻게 노티를 해야 되는지 병동끼리 지침 같은 게 따로 생겼거든요. ‘이 교수님한테는 이런 거 노티하지 마세요’ 아니면, 이런 상황에는 이렇게

해달라, 이 상황에는 이렇게 해달라, 그냥 교수님이 아예 정해주시는 거예요. 그래서 그 업무 지침 보면서 최대한 노티를 안 하게끔... 그거 맨날 같이 보고, 이제 또 신규 쌤들은 그런 결정을 잘 못하니까 이렇게 하는 게 맞냐고 물어보면 컨펌 해 줘야 되니까 제가 그 듀티에 차지나 헤드가 되면 그게 부담스러운 거예요.” (A-노동-1)

“어려운 부분이, 교수님마다 이게 좀 다르잖아요. 이 교수님은 이렇게 노티해달라, 저 교수님 저렇게 노티해달라고 하시는데, 예를 들면 한 분은 급한 거 아니면 하지 말라고. 갑자기 그 팀 PC마다 메모지가 하나씩 다 붙여져 있는 거예요. 이게 뭐지 봤더니 ‘땡땡땡 교수님은 급한 건 아니면 그냥 메신저로 보내달라고 하십니다’ 어쨌든 우리는 증상에 대해서 노티를 할 뿐이고 판단은 의사 몫인데, 우리가 급한 건지 아닌지 그렇게까지 생각을 해서 노티를 해야 되는지. 그럼 이 사람이 또 로그아웃이면 우리는 어떻게 하나, 약간 이런 걸로 문제가 많은 거죠.” (A-노동-2)

“xx과 이야기인데, 한번은 어떤 교수가 자기가 당직 턴이었던 걸 몰랐던 거예요. xx과는 당직이 2명 있거든요. 1, 2로 있는데 1번 환자여서 1번에 전화를 했는데 두 번을 안 받아서 2번에 전화하니까 자기는 2번인데 왜 1번 노티를 하나 1번에 다시 전화해라 해서 1번에 전화해도 안 받아서. 노티체계가 인증평가를 보면 두 번 안 받을 시에는 담당 교수님한테 직접 노티하고 또 안 되면 과장, 진료처장, 다음에 병원장까지 이렇게 쪽 있거든요. 어떻게 어떻게 해가지고 결국 그 과 과장님한테 노티가 간 경우도 있었어요.” (B-노동-4)

간호사들은 교수들의 업무가 과중하다는 점을 알고 있기 때문에 가급적 노티를 삼가거나 노티 횟수를 줄이고자 노력하였다. 하지만 환자 상태가 악화될 시 책임이 뒤따르기 때문에 노티 여부를 둘러싼 내적 고민과 갈등이 상당한 편이었다.

“저희가 초반에 노티하는 걸로 너무 마음고생을 많이 이 했어요. 예를 들면 ‘몇 시부터 몇 시까지는 노티 하지 말아라’ 이런 건데 이제 저희 입장에서는 환자가 그 시간 피해 넘어가는 게 아닌데 그게 말이 되냐 이렇게 해도, 근데 교수님들이 너무 예민하시고 그분들도 너무 업무가 많으니까 이거는 이해해 줘야 된다 해서, 나이트할 때는 노티를 하지 말래요. 다

그냥 모으고 있다가 아침 5시에 한꺼번에 하고, 진짜 뭐 CPR 상황 아니면 CPR에 준하는 상황이 아니면 노티 하지 말아라, 이런 말도 있었어요.” (A-노동-1)

“밤에 노티 할 때 일단 안 받는 경우도 좀 있고요. 간호사들끼리 ‘너 이거 할 거 있어? 나도 있어’ 이렇게 해서 한번에 전하려고 노력을 하고, 그냥 뭐 별거 아닌 거는 정규 시간에 하자, 약간 이렇게 하고 거의 전화를 안 하려고 많이 노력을 하긴 하는데 어쩔 수 없을 때는 전화를 하긴 해요.” (B-노동-4)

“교수님이 퇴근 전에 오셔서 한 바퀴 쪽 도신 다음에 ‘전화하지 마라, 잘 거다’라고 하시면서 가세요. 당직제가 있기는 한데, 정말 병원에 keep해 있는 사람을 불러야 될 정도로 CPR 혹은 에크모가 빠졌다거나 멘탈이 아예 갔거나 하면 그 당직 의사한테 노티를 할 수 있는데. 그냥 뭐 바이탈이 흔들린다거나 pupils(pupil, 동공)이 늘어났거나 뭐 열이 난다거나 이런 것들은 무조건 담당 교수 노티거든요. 근데 교수님 주무시고 계시잖아요. 노티하면 ‘전화 나한테 하지 마’ 그냥 끊어버리는 거예요. 근데 이게 열이 나고 바이탈 흔들리면서 pupils 늘기 시작하면 저희는 헤모리지(hemorrhage, 출혈)가 있으니까 CT 찍어야 될 것 같은데, CT 오더 없으면 못 가는데, ‘이 오더 내가 넣어 말아? 내가 넣어 말아?’ 이러다가 결국에는 동공 반사 변한 다음에 교수님한테 전화하면 ‘찍어’ ‘어떻게 찍어요?’ ‘내 아이디 알잖아. 들어가서 넣어’ 그럼 또 결국 들어가서 넣는 거예요.” (C-노동-4)

무엇보다 야간 노티 시 보이는 교수들의 신경질적인 반응과 무성의하고 무책임한 태도가 간호사들의 감정노동의 부담을 가중시켰다.

“우선 교수님은 수술하시고 또 외래 보시기도 하다 보니까 저희가 새벽에 한 번씩 전화를 하면 너무 피곤하시니까 전화를 안 받으실 때도 있고, 또 전화를 받으셔도 비몽사몽 이렇게 받으시니까 정확하게 한 번에 전달이 안 될 때도 있고, 그래서 노티할 때 좀 어려움이 많은 것 같아요...되게 좀 화내실 때도 있고 뭐 그냥 ‘지켜봐’ 이렇게 말하면서 좀 짜증 내실 때도 있고, 아예 전화 안 받으실 때도 있어요.” (B-노동-2)

“교수님들이 다들 그런 분들은 아니겠지만 일단 조금 덜 응급한 상황이나 그럴 때는 연락하기가 되게 많이 껄끄럽습니다. 무슨 일이 있어도 ‘이건 어떻게 해야 되지’ 서로

고민을 하다가 노티를 하는 경우가 많아서. 딜레이(delay)된다고 해야 되나, 그것도 저는 **일의 연장이라고** 생각을 하거든요. 그리고 PRN 처방 같은 경우도 ‘노티 후 사용’이 있어서 노티를 했더니 ‘왜 이런 걸 노티를 하느냐, 그런 거는 충분히 간호사가 걸러야 되지 않느냐’ 얘기를 하는데. **코에 걸면 코걸이, 귀에 걸면 귀고리입니다.**” (C-노동-2)

“6시 이후에는 PA가 이제 근무를 하지 않고 교수가 당직을 서는데, 페인 컨트롤(pain control)이나 이런 거에 대해서 PRN 오더(필요시 처방)를 주지만 이제 그거 이상으로 써야 될 때 노티하면 보통 화내죠. 환자 상태가 급격하게 나빠졌다가 아예 바이탈이 흔들린다거나 그런 경우에는 전화해도 뭐라 하지는 않거든요. 그거 외에 다른 문제 때문에 연락을 하면 **화내요**. 자잘하게 처방을 수정해야 된다가나 그런 경우에는 본인 환자라도 화를 내더라고요. **왜 그렇게 일을 하냐고**. ‘PA 퇴근 전에 그거 확인했으면 되는 거 아니었냐’, ‘왜 그거를 나한테 얘기하냐’ 본인 환자여도 그러니까 그것 때문에 받는 스트레스도 많아요.” (C-노동-3)

“노티 하나 할 때마다 진짜 눈치 보여서 너무 힘들어요. 그러니까 아니 **내가 죄인도 아닌데 내가 도대체 왜 구걸해야 되고 부탁해야 되는지 모르겠어요.**” (A-노동-10)

③ 교수의 고압적 태도

전공의 이탈 사태 이전에도 교수들의 권위적인 태도로 인해 노동자들은 어려움을 겪었지만, 그 사이에서 중간 역할을 하던 전공의들이 사라지게 되자 교수들과 부딪힘이 빈번해지면서 그에 따른 고충이 더 커질 수밖에 없게 되었다.

“교수님들과 같이 일하지만 되게 어렵거든요. 질문을 하고 같이 말을 이렇게 하는 게 어렵다고 느껴지니까요. 저는 사실 상하 관계는 아니라고 생각을 하지만 어쩔 수 없이 그들이 너무 권위적으로 이렇게 대하니까 어렵죠. 제가 다른 병원에서는 일을 안 해봐서 모르겠지만 개인적으로는 그렇게 느끼고 있어요. **교수님들 너무 권위적이라고.**” (B-노동-3)

“저희가 느끼기로는 교수님들은 좀 권위적하시고 저희가 쉽게 이렇게 다가갈 수가 없다 보니까. 이게 너무 일방적으로 위에서 시키면 저희는 그냥 다 따라해야 되는. 저희가 불편한 거나 그런 거를 얘기를 해도 이게 전혀 반영이 안 되는 거예요.” (A-노동-1)

교수들이 간호사나 다른 직원들에게 하대하거나 때론 폭언을 하는 경우에도 병원이 교수들의 편에 서서 징계를 무마하는 일이 벌어지기도 하였다.

“제가 며칠 전에 xx 교수님한테 나이트 때 A-line 드레싱을 하다가 이게 사이트(site, 위치)가 너무 안 좋아서 새로 잡아야 될 것 같다, 이렇게 노티를 했는데 교수님이 나보고 잡으라는 거예요. 그래서 내가 ‘교수님이 하셔야 되지 않을까요?’ 이렇게 하니깐 와서 보더니 거즈 드레싱이 돼 있으니까 떼보기도 싫었는지 ‘그냥 놔둬’ 이렇게 하고 갔어요. **원래 반말하시거든요.** 뭐 나이가 많기도 하고, 근데 다른 반말하는 교수님이 있는데 그 사람은 이 병원에 온 지 한 1년밖에 안 됐는데 그냥 오자마자 다 반말을 했대요. 그래서 간호사들이 이제 기분 나쁘다고 민원을 넣은 거죠. 근데 그 교수님이 수술 엄청 많이 하고 돈 많이 버나 봐요. 병원 입장에서는 뭐 어쩔 수 없다 그런 식으로.” (B-노동-4)

“레지던트 선생님들에게도 옛날에 직장 내 괴롭힘이 많이 발생했는데 그때 같은 의사 집단이기 때문에 그럴 수 있는데, 지금은 간호사 선생님이지 않습니까? PA 간호사가 그거를 대체하니깐 더 직장 내 괴롭힘이 심합니다. 특히 좀 유명한 파트들이 있는데, 응급을 요하는 파트 같은 경우에는 교수들이 막 욕하고, **거의 사람 대접도 못 받아요.**” (B-노동-4)

전공의 이탈 사태 이후 수술지원 간호사로 일을 시작하게 된 이들은 수술실에서 보이는 교수들의 고압적 태도에 당혹감을 느끼기도 하였다.

“일단 좀 깐깐한 분들이 생각보다 많더라고요. 폭언, 욕설 이런 건 아닌데 짜증을 내는 그런 게 좀 있더라고요. 사실 수술 끝나면 되게 괜찮은 분들인데 수술 중에는 갑자기 확 바뀌시더라고요. 그래서 그런 부분이 처음에는 좀 힘들었어요. ‘이 교수님 원래 안 이랬는데 수술실에서 이렇게 바뀌네’ 라는 게 있었어요. 그래서 괜히 움츠려 들고 계속 긴장을 하게 됩니다.” (A-노동-6)

“수술실에서랑 밖에서 모습이 다르더라고요. 자기 수술에서 자기가 제일 편해야지 수술이 잘 된다고 생각을 하는 것 같긴 한데, 일단 그로 인해서 이제 조금 얼굴 붉힐 일들이 한 번씩 있죠. 제가 본 거는 옆방 수술실에서 큰 소리가 나더라고요. 가서 보니까 이제 다 던지시고 욕을 하시더라고요. ‘x발 x같네’ 한 번 그랬던 적도 있고, 저희 과도 한 번씩 이제 지혈제라든가 이런 물건들이 제대로 안 나오면 되게 화를 내시는 교수님도 있으세요. 막 집어 던지거나 아니면 수술하실 때 절개 같은 게 조금 살짝 난폭해지는 듯한 느낌을 받은 적이 없지 않아 있고요. 수술하는 도중에 제가 컨타(contamination, 오염)를 한 번 시킨 적이 있어요. 사실 오염이 아니었는데, 조금 예민하신 교수님이어서 그걸 컨타라고 생각하셨나 봐요. 그거에 대해서 많이 격분하시더라고요. 그때 이제 수술이 뇌동맥류 클립이었거든요. 그거를 이제 마이크로 들어가기 전까지 계속 퍽퍽퍽, 피도 계속 나오는데도 불구하고 진정을 안 하시길래 ‘아 좀 심하네’ 그런 경험이 있어요.” (C-노동-5)

일부 교수들은 신규간호사의 미숙한 업무에 필요이상으로 ‘감정풀이’를 하는 모습을 보였다. 또 B 병원에서는 교수가 휴무인 간호사를 불러내어 폭언을 하는 등의 직장 내 갑질 사건이 발생했지만 병원에서는 전공의 집단 이탈로 의사 인력 구하기가 어려워져 별다른 징계 없이 사건이 무마되기도 하였다.

“한 병동에서 있었던 일인데, 이제 환자들 올라오면 약품 식별 내리는 거 있잖아요? 환자 입원이 그날 많으면 사람인지라 완벽하게 약품 식별을 내린다든지 하는 게 조금 어렵죠. 근데 환자가 뒤바뀌었나 봐요. 근데 다행이 그거를 걸러서 환자에게 주지 않았고, 그냥 노트를 그 다음 날 해야 되겠다 그렇게 됐는데, 이제 그 다음날 교수님이 바로 노트를 안 했다고 오프인 간호사를 불러내서 뭐라 했다는 거예요. 아무리 그래도 오프자를 불러내는 건 아니죠. 그 교수님이 옛날에도 그런 폭언이라든지 그런 게 좀 있어서 경고를 줬는데 한동안 조용하게 있다가 갑자기 또 이렇게 갑질을 하시네요. 교수님들도 피곤하고 사태가 장기적으로 가다 보니까 더 예민해지는 것 같은데, 이번에도 아마 전화했으면 했다고 뭐라고 하고, 아니면 지금처럼 안 했다고 뭐라고 했을 거예요.” (B-간부-1)

“한번은 승압제를 올려야 되는 상황이라서 신규 간호사가 문자로 ‘얼마까지 올릴까요?’ 물었는데 맥스로 얼마까지 올려라 했는데, 진짜 환자 BP drop이 너무 심했어가지고 개가 바로바로 더블링을, 그 맥스까지 5분만에 그걸 올리니까 갑자기 벌떡 치고 나와서 왜 이런 식으로 올렸냐 했는데, 환자 BP가 진짜 많이 떨어졌었거든요. 그 신규 간호사와 원래도 갈등이 좀 있었던 상황이라서 내가 그렇게 얘기를 했냐 뭐 이런 식으로 폭언이 좀 있었고, 신규 간호사도 막 울고 그랬다고 들었어요.” (A-노동-7)

(6) 환자 피해

전공의 집단 사태와 그에 따른 병원의 대응 조치는 여러 형태의 환자 피해를 발생시켰다. 입원이 거부되거나 조기 퇴원하는 환자가 많아졌고, 재원 환자들에게 제공되는 의료 서비스도 여러 측면에서 질적 저하가 이뤄졌을 것으로 보이는 정황들이 포착됐다. 아울러 병동의 구조 조정과 인력 부족 등에 따른 투약 오류와 안전사고의 위험성이 증가하였다. 한편 수익 증대를 위해 항암치료 환자의 입원 기간을 무리하게 단축한 결과, 충분한 교육을 받지 못한 채, 또 완전히 지혈이 되지 않은 상태에서 서둘러 퇴원해야 하는 상황이 발생하고 있기도 했다.

① 의료 서비스 질의 저하

전공의 집단 이탈로 인해 양적, 질적으로 병원이 생산하는 의료 서비스에 차질이 발생하였고, 이는 곧 환자들의 의료이용의 접근성의 제한과 더불어 의료 서비스의 질적 저하로 나타났다. 중환자실 환자들이 다른 병원으로 전원을 가는 비율이 늘어났고, 재원 환자들이 교수를 대면할 수 있는 기회는 줄어들었다.

“(중환자실 환자들이) 병동도 많이 달아 가지고 전동은 거의 못 가고 요양병원이나 요양원 그런 데로 전원을 제일 많이 가요. 파업 후에 전동이 확실히 줄긴 했어요. 저희는 사실 좀 단기 병동으로 많이 보냈었거든요. 근데 거기가 없어지니까 좀 보낼 때가 확실히 줄었고 그냥 병동 자체들도 그때 당시에 진짜 많이 없어져가지고. 그래서 전원을 더 많이 보내기는 했어요. 원래도 전원을 많이 가기는 했는데 확실히 파업하고 나서는 진짜 전동 가는 건

거의 못 봤던 것 같아요. 뉴스에서도 응급실에 진짜 중환만 받는다 뭐 이런 게 많이 나와서 그랬는지 지금은 엄청 그렇게 컴플레인 걸거나 그러지는 않는데 초반에는 조금 있었어요. 왜 같은 병원인데 안 받아주냐 그런 말도 조금 많았고 리젝(거절)하는 보호자들도 좀 많았고.” (A-노동-9)

“(교수님들이) 회진을 더 안 도세요. 예전에는 회진표가 있어서 예를 들어 수요일 몇 시에 오신다, 그러면 저희도 그게 안내가 가능했는데 요즘은 그냥 아예 회진표라는 것 자체가 없어서 물어 보셔도 저희도 모른다, 저희도 교수님이랑 연락 안 된다, 그냥 오시면 오시는 거고 안 오시면 오늘은 어쩔 수 없어요, 이렇게 말씀드리는데, 예전에는 막 길길이 날뛰고 이랬을 텐데 이제 그냥 환자들도 다 받아들이세요.” (A-노동-1)

부족한 인력 탓에, 예컨대 욕창 환자들은 충분한 욕창 예방 교육을 받기 어려울 뿐만 아니라 필요한 수술을 받지 못하는 처지에 놓이기도 하였다.

“(병원에서 평가하는 지표에 교육은 해당되지 않아서) 바쁘면 교육은 치중 못하는 경우도 많아요. 원래 다 끝나고 이제 욕창 예방 자세도 좀 잡아주고 나오기도 하는데 그런 걸 그냥 안 해주고 부탁해요, 이러고 나오기도 해요. 그렇게 따지면 뭔가 간호 제공하는 양이 좀 줄어들 때도 있어요.” (A-노동-5)

“원래 4단계 욕창이나 그런 욕창에서는 수술을 하고 음압기라는 기계를 사실 달아야 되기는 해요. 근데 지금 전공의가 없어서 그거를 거의 못 해 주더라고요. 그래서 저희가 이제 매일매일 드레싱하는 방법밖에 없어요. 전에는 하루에 두 번도 하고 이제 밤에는 보호자한테 말해서 갈기라도 해라 이런 식으로 해서 그냥 겨우 막고 있는 정도예요. 이런 상처에는 진짜 수술이 필요할 것 같아서 성형외과 의뢰를 요청했는데 성형외과에서는 아직 수술 못 해주겠다는 답변이 오니까, 그럴 때는 보호자 분들이 사정 잘 모르시니까 저희가 그냥 좋게 좋게 포장을 하고 넘어가긴 해요.” (A-노동-5)

② 투약·검사 오류와 안전사고의 증가

일부 병동이 폐쇄되면서 새로운 진료과 환자를 보게 된 병동에서는 생소한 처방으로 인해 투약 과정에서 오류가 발생하기도 하였다.

“저희는 초반에 그런 게 많았어요. 당연히 이제 교수님이 시킨 거니까 맞겠지 했는데 아니었어요. 예를 들어 리카드펜 CIV(Continuous Intravenous Infusion, 연속정맥주입) 걸어야 하는데 저희는 이제 줘본 적이 없으니까. 그때 약국에도 전화했는데 이미 나이트 시간이라 거기서도 확인해 줄 수 없다는 거예요. 그래서 저희가 막 논문도 찾고 했는데 없어요. 저희끼리 이렇게 주는 건 아닌 것 같다 하는데 환자가 그때 혈압이 좀 떨어져서 ‘저희가 다행이다, 혈압 떨어져서 이 약 어차피 못 준다’ 이런 식으로 된 적도 많았고. 예전에는 ‘이 약 이렇게 했어요’ 하면 조금 문제가 됐던 건데, 이제 교수님들도 지치고 저희도 지치니까 그냥 뭐 들어갔으니 어쩔 수 없다 이렇게 되는 것도 많고. (A-노동-1)

“항암제 같은 경우가 환자 전체 체표 면적으로 해가지고 내잖아요. 근데 PA 선생님께서 처방을 주시는데 그 항암 프로토콜이 잘못 나와 가지고. 근데 메인 병동에서는 그 프로토콜에 대해 잘 알아서 거를 수도 있었겠지만 저희는 그 프로토콜을 아예 모르잖아요. 저도 그렇고 다른 선생님들도 대부분 항암제 같은 경우는 잘 모르니 그냥 처방에 정말 의존해서 합니다. 근데 이제 그 항암 프로토콜이 잘못 나왔는데 저희가 항암을 받아 버린거죠. 항암제는 그 처방을 받고 조제를 하는 순간 되돌리지 못한다고 얘기를 들었거든요. 근데 이제 다행히도 같이 근무하는 선생님들 중에서 한 분이 항암 병동에서 오셨던 분이었는데 그 선생님이 어떻게 알게 돼 가지고 중간에 조제를 중단하고 다시 처방을 받아서 항암을 시작한 적이 있었거든요. 어떻게 보면 그것도 이제 ‘니얼 미스(near miss, 근접오류사건)’긴 하죠. 환자에게 해는 가하지 않았고 저희가 보고서를 쓰거나 그렇지는 않았지만 정말 그것도 그냥 저희가 하라는 대로 했으면 니얼 미스에서 끝날 일이 아니었으니까...” (C-노동-2)

바쁜 업무로 인해 검체가 바뀌는 오류와 원내 이송 과정에서 환자와 충돌하는 안전 사고 등이 발생하는 문제도 존재하였다. 이밖에 일례로 인턴 업무를 신규간호사가 대신 수행하다가 소변줄을 교체한 후 마개를 열지 않는 위험한 실수를 저지르기도 하였다.

“바쁘면 이제 다른 환자 피로 검사가 나가거나 막 그랬던 적도 있기는 해가지고. 그러면 이제 그때는 보고서 같은 거 써가지고 그 취소요청서 뭐 그런 거 내리기는 하거든요. 좀 많이 바쁘면 그럴 일들이 한두 번씩은 있는 것 같아요.” (A-노동-9)

“환자를 이송하게 되면 아무래도 핸드폰으로 저희 같은 경우는 콜을 받기 때문에 가는 도중에도 콜이 수시로 오기 때문에 그걸 확인하다 보면 환자와 물리적으로 부딪히는 경우도 있고 그러거든요. 일이 딜레이가 되면 아무래도 급한 마음에 빨리 가다가 그렇게 되는 경우도 간혹 있습니다. 제 눈으로 한 번 본 적이 있었죠. 이제 갓 들어온 후배가 하는 거 지켜보는데, 바로바로 콜이 오고 빨리 와달라 하니까 본인은 이제 너무 초조해졌는지 급하게 하려다가 한번 휠체어 몰고 가다가 환자와 부딪힌 경우가 있었죠. 그렇게 크게 다치지는 않았는데 환자분이 많이 놀랐죠. 인력을 좀 충원만 해주면 이렇게까지 막 뛰어다니고 할 이유가 없는데 아무래도 인력적으로 너무 부족하다 보니까...” (C-노동-1)

“f/c exchange(소변줄 교체)를 해야 되는 환자였는데요. 간호사가 당연히 알아야 되는 핵심 술기이긴 한데, 익스체인지는 했어요. 했는데, 3way는 마개가 있잖아요. 그 마개를 열지 않고 그 위에다가 폴리 백을 꽂은 거예요. 그럼 유린(urine)이 안 나오잖아요. 근데 그거를 2시간 뒤에 발견한 거예요. 포지션(체위변경) 하다가 데스크(책임간호사)가 발견했거든요. 신규 간호사가 핵심 술기에 미숙했던 것도 있지만, 근데 원래는 이 익스체인지 자체가 인턴 잡이거든요. 신규 간호사가 이제 그 잡을 하다가 그렇게 된 거죠.” (C-노동-4)

한편 실제 환자 안전 사고가 발생하지 않았더라도 의사 부족으로 인해 처치와 시술 과정이 연기되면서 환자에게 최선의 치료가 제공되지 못하고, 환자 위험이 증가하는 문제도 나타났다.

“네오블레더(Neobladder)라고 인조방광 수술했으면 그 방광 세척을 주기적으로 해줘야 되거든요. 그냥 하루 두 번은 기본으로 하고 이제 새벽에도 막힐 수도 있어가지고 막히면

또 PRN으로 그냥 해 주는데요. 원래는 전공의 잡(업무)인데 지금은 병동 PA가 하고 PA도 퇴근하면 당직 교수가 와서 확인해야죠. 새벽에 막히면 저희가 해보고 하다하다 안 되면 이제 쿨을 하긴 하거든요. 그럴 때 교수님이 약간 좀 늦게 오실 때도 많아요.” (A-노동-6)

“마취과 닥터가 없어서 이제 주사 마취로, 정맥 마취로 바뀌서 하고 있어요. 일단 전공의가 있었으면 정맥 마취를 안 합니다. 전공의 비율이 높았던 병원들에서 수술을 안 해주니까 xx지역 환자들까지 여기서 떠안고 있어요. 외과 교수님은 수술을 하고 싶어 하고 마취과에서는 닥터가 없어서 열어주지 않는다 하니 그거를 이제 맞추려고 하다 보니까 수술하는 교수님께서 정맥 마취로 본인이 책임을 지고 수술을 하겠다 해서 이제 인튜베이션 안 하고 수술을 하는 거죠. 환자를 그냥 재운 상태로, 소위 말하는 수면 마취를 하고 하는 겁니다.” (C-노동-2)

관장과 같은 간단한 술기의 경우에도 진료지원 간호사를 거쳐 교수에게 보고가 이뤄진 뒤 시행할 수 있는 탓에 환자 입장에서는 신속한 치료를 받기 어려운 측면이 있었다. 아울러 전공의 부재는 위루관 재삽입과 같이 시간을 다투는 처치에 대한 대응을 힘들게 만들었다.

“전담 선생님한테 노티를 할 때 간단한 부분들 있잖아요. 대변이 안 나와서 관장을 해야 된다 이런 거. 전공의 쌤한테 얘기를 했을 때는 그 의사결정을 바로 하세요. 근데 이제 전담 선생님한테 얘기를 했을 때는 교수님한테 한번 여쭙보고 해야 되는데, 사실 노티할 만한 내용은 아니잖아요? 근데 또 노티를 안 할 수는 없으니까. 환자들은 지금 당장 불편한데, 지금 당장 해결해줘야 될 문제인데 바로 해결이 안 되고 한 30분, 1시간 딜레이 되는 거죠.” (B-노동-6)

“한 환자가 PEG(위루관)를 셀프 리무브 했거든요. 멘탈 confusion 환자여서 억제대를 묶어 놔음에도 그걸 풀고 본인이 PEG를 뽑았어요. 꽃은 지 얼마 안 된 환자였거든요. 그때 교수님한테 노티를 했더니 그 PEG 뽑힌 자리에 폴리를 꽃아서 고정을 좀 해라고 한 거예요 저보고. 그래서 그게 말이 되는 소리가, 왜 내가 해야 되나 싶었는데 어쨌든 그 교수가 오긴 했거든요. 근데 그 교수도 제대로 못했는지 결국 그 환자는 PEG를 새로 못 뽑고 그냥 갔어요. 원래 요양병원이나 이런 데서 전원 의뢰해서 PEG 꽃으러 저희 병원에 입원한

거였었는데 그걸 다시 꽂지 못하고 그냥 요양병원을 갔어요. 제 생각에는 그 트랙이 남아 있었을 테니까 그때 조금 더 대처를 빨리 했으면 바로 PEG를 다시 꽂을 수 있었을 것 같아요. 최소한 PEG라도 꽂고 퇴원을 할 수 있었을 텐데 처치가 제대로 안 돼서 환자는 돈만 날린 거죠. 사실 전공의가 있었으면 보러 왔을 테니까 그 정도까지는 아니었을 것 같아요. 교수님들은 보통 바로 보러 안 오거든요.” (C-노동-3)

③ 입원기간 단축에 따른 피해

A병원에서는 축소된 병상에서도 수익을 최대한 늘리기 위해 병상 회전율을 높이고자 특정항암치료를 ‘Home pump chemotherapy(자가주입화학요법)’⁸⁸ 방식으로 변경하여, 항암 치료 환자의 입원 기간을 단축하였다. 그로 인해 항암 환자들은 충분한 교육을 받지 못해 시간에 쫓겨 퇴원하는 상황이 펼쳐졌다.

“저희는 이제 거의 항암을 이렇게 치고 가는 데인데 예전에는 이제 플피리독스라고 해가지고 3박 4일 항암이에요. 그러니까 전날 입원해 가지고 있다가 다음 날 검사 결과 확인하고 그날부터 2박 3일간 항암을 치고 가는 건데 그걸 1박 2일로 다 바꿔버렸어요. 전공의들 나갈 쫘 해가지고 홈펌프가 들어와서 그 사람들은 이제 잠깐 겪고 간 거죠. 예전에는 케모(Chemotherapy, 항암치료)를 하려면 어차피 케모포트(Chemoport)를 꽂아야 되잖아요. 그거 하루 잡아먹고 아니면 2박 3일이니까 이거 오전에 하고 오후부터 항암 시작해가지고 2박 3일 하면 설명할 시간이 굉장히 충분했거든요. 근데 이제는 오늘 저녁에 입원하면 내일 아침에 이걸 해야 되는 거예요. 케모포트를 꽂고 11시부터 항암을 치고 그리고 3시 반에 보내야 되는 거예요. 그 시간까지 이거 케모포트 소독 어떤 건지 안내해야 되고 환급 서류 챙겨야 되고 회송서 이런 거 챙겨야 되죠. 그러니까 할 일이 너무

⁸⁸ Home pump chemotherapy(자가 주입 화학요법), 환자가 집에서 화학요법 약물을 지속적으로 주입받을 수 있도록 도와주는 치료방법으로 환자들 사이에서는 일명 ‘가방 항암’이라고도 불리운다. 환자가 병원에 입원하지 않고도 지속적이고 효과적인 항암요법을 받을 수 있지만 자가 관리와 부작용 모니터링을 위한 교육이 중요하다. 펌프의 작동 상태나 약물 주입 과정에서 문제가 생길 경우 즉시 대응할 수 있도록 환자와 보호자에게 충분한 교육이 필요하지만 1박2일은 환자와 보호자에게 충분한 교육을 제공하기에 턱없이 부족하다.

많은 거예요. 근데 항암이 늦어지면 또 그 다음 환자가 이걸 못하잖아요. 그러니까 교수님들이 빨리빨리 쪼는 거예요... 항암 환자들이 다 2박 3일로 하니까 밀리니까 1박 2일로 줄여보자 이렇게 된 거죠. 홈펌프를 나중에 병원 가서 빼야 돼요. 그러니까 진료협력팀 컨설트를 내서 그 병원까지 알아봐야 해요. 환자가 빠르면 3시 반에 가거든요. 그럼 이 다음 환자는 거의 5시나 돼야 입원을 해요. 그럼 그 다음날 아침부터 시작인 거예요. 진료 협력팀 컨설팅 내고 그 다음에 케모포트 해야 되니까 케모포트 컨설팅 내고 그리고 케모 처음 하니까 영양과랑 간호사 교육도 받아야 되고 되게 바빠요. 되게 바쁜데 그 환자들이 몇 시간 내에 이걸(교육을) 다 집어넣어야 되는 거예요. 설명을 이제 못 알아들으면 저희도 이제 힘들고 답답한 거죠. 이거 설명을 하려고 그러니까 챙길 게 너무 많거든요. 보호자가 와가지고 이제 같이 듣기는 하는데, 젊은 보호자도 듣기 힘들어요. 교수 가족이어도 저렇게 해가지고 보낼까 싶기도 해요. 진짜 의사 파업하고 얼마 안 됐을 때는 그것도 있었어요. ERCP⁸⁹ 하고 나면 원래 하이드레이션⁹⁰ 하면서 그 다음에 췌장염 생기는지 안 생기는지 보잖아요. 거기다 홈 펌프를 연결해가지고 집에 보내버려요. 그러니까 NPO(금식)를 쫓 해야 되잖아요. NPO 상태에서 케모포트에 수액을 꽂고 그리고 퇴원을 시키는. 그러니까 이게 우리가 할 짓인가 이 생각이 들긴 했었어요.” (A-노동-10)

또한, 당일 입·퇴원하는 항암 치료 환자의 경우는 시술을 마치고 안정을 취할 병상이 부족한 탓에 복도에 사실상 방치된 상태로 몇 시간 머물다 퇴원해야 했다. 또 이전에는 시술 후 완전히 지혈이 되는 것을 확인한 다음에 퇴원시켰지만 이제는 시간적·공간적 여유가 없다는 이유로 출혈이 남아 있는 상태에서라도 퇴원시키는 것으로 내부 규정이 변경되었고, 그만큼 환자 위험성이 높아졌다고 볼 수 있다.

⁸⁹ ERCP(Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, 내시경 역행성 담췌관 조영술)

⁹⁰ Hydration, 정맥을 통한 수액 공급, ERCP 시행 환자는 일반적으로 시술동안 금식을 수행하기 때문에 탈수 방지 및 시술 중 사용된 조영제로 인한 신장 손상을 방지하고자 충분한 수분보충이 필요하다. 이 사례에서는 환자를 조기 퇴원시키기 위해서 항암제가 아닌 수분 공급용 수액을 home pump에 연결하여 환자를 퇴원시킨 사례라 할 수 있다.

“어쨌든 병상 수 줄이는 병동이 있고 우리는 아예 문을 닫아서 못 받으니까, 그 TAC(유방암 항암치료)를 혈관 조영실에서 하잖아요. 그러니까 시술 끝나고 혈관 조영실 그 앞에 바에 3시간 누웠다가 가는 거예요. 그래서 그 혈조 간호사들이 완전 미치는 줄 알아요. 우리가 원래는 테이스(TAC) 자리가 없었는데 오픈 직전에 한 자리만 달라 다 그런 식으로 널브러져 있다...보통은 시술 전날 입원해서 랩(Lab)하고 그 다음날 들어갔다가 이제 문제없는지 보거든요. 출혈도 있을 수 있고, 열 날 수도 있고, 엄청 아픈 사람들도 있잖아요. 보통 그러니까 2박 3일 스케줄이란 말이죠. 근데 그렇게 한 거예요. **당일 입원해서 혈조 복도에 널브러트려 놓고 퇴원을 시키는 거예요.** 그러니까 사이즈 적은 사람만 받는 거예요. 그래야 포스트 신드롬이 안 생기니까. 웬만하면 당퇴(당일 퇴원)가 가능할 만한 사람을 선별해서 낮 병동에 입원시키는 거예요.” (A-노동-12)

“그게 원래 메인 병동에서는 지혈 다 되는 걸 보고 갔어요. 특히 근데 라디얼(radial), 요골이 되게 지혈이 안 돼가지고 일단은 어쨌든 초반에는 지혈이 안 되면 메인 병동에 보냈어요. 거기도 근데 딱딱 이제 채우고 있거든요. 자리가 없는 거예요. 이게 계속 자리는 없고 갈 데는 없고 지혈만 단순히 안 되는 건데 하다가 지금 어떻게 됐냐면, 어차피 그 지혈 붕대를 감고 오거든요. 그래서 **‘다소의 출혈’은 보내는 걸로 바뀌었어요.** 타 병원에서는 그냥 출혈이 있어도 어차피 24시간 지혈 패드를 감고 있으니까 다른 병원에서 그 라디알로 CAG 했던 사람이 그냥 갔대요. 그래서 교수들 뭐 본인들도 알아봤겠죠. 보통 입원시킨다 해도 보통 늦은 밤에는 다 지혈이 되고 어차피 그 다음날까지 24시간을 감고 있으니 다소의 출혈이 있더라도 퇴원시키는 걸로 이제 그렇게 해보자 하면서 일단은 바뀌었어요. 최근에. **환자 입장에서 위험은 하죠.** 그리고 지혈이 되더라도 가서 풀었는데 또 피 나는 경우도 있긴 한데. 그거는 그냥 누르고 있다가 또 풀어보고 영 안 되면 응급실 오는 수밖에 없긴 한데. 가서 피나면 일단 더 누르는 수밖에 없긴 하죠. 근데 **점 출혈 같은 것도 처음엔 허용 안 했어요.** 약간의 출혈도 이렇게 확 나올 수가 있으니까. 그것도 퇴원을 안 시키거나 아니면 조금 더 있다가 그거마저 지혈되는 거 초반에는 지혈되는 거 보고 갔거든요. 그래서 오버 타임이 계속 생기고 했는데 그게 그렇게 또 바뀌었어요. 그런 식으로 굴러가고 있습니다.” (A-노동-12)

(7) 비민주적 운영 방식

전공의 집단 이탈 사태는 기존부터 존재했던 병원의 일방적 의사결정 체계와 불투명한 정보 공개, 노동조합에 대한 사측의 적대적 태도, 그리고 의사 중심의 폐쇄적 운영구조와 같은 조직 내 비민주성 문제를 노정하고 심화시키는 계기가 되었다.

① 일방적 결정과 통보

병원은 업무 조정과 부서 배치에 있어서 당사자인 노동자들의 의사를 중요하게 고려하지 않은 채 일방적으로 결정하여 통보하였다. 노동자들은 이러한 과정에서 무력감과 소외감을 경험할 수밖에 없었다.

“업무는 관리자들이 일방적으로 저희한테 통보를 해 주는 식이죠. 저희가 이야기를 해도 먹히는 일은 거의 없고요. 이야기만 들어주지 그냥 일방적으로 이렇게 된다고 통보를 하면 저희는 수긍을 하고 그냥 일을 하는 격이죠. 저희가 의견을 낸다 해서 그 의견을 취합해 가지고 (반영)해 주는 경우는 거의 없습니다.” (C-노동-1)

이러한 문제는 전공의 이탈 사태 이후 비상경영 상황에서 병원이 인력을 재배치하고 업무를 재조정하는 과정에서 더 노골적으로 드러났다.

“지방 사립대 중에서는 제일 첫 번째로 비상경영을 선포했습니다. 발빠르게 대응한 거죠. 근데 직원들에 한해서는 너무 쥐어짜기식 이었습니다. 어쩔 수 없이 병원은 피라미드 구조라고 생각하는데, 제일 위에 의사 집단이기 때문에, 의사들이 처방권이나 수술과 이런 거를 가지고 하기 때문에 의사 없이는 안 돌아가는 구조이기는 합니다. 저희도 힘든 건 아는데 충분히 공감을 안 했다고 생각하는 거죠. 통폐합하는 과정이 있을 수도 있지만, 갑작스럽기는 해도 충분히 디스커션(discussion)을 하면서, 너는 어디 갈래 어디 갈래 할 수 있는데 갑자기 비상경영을 선언함과 동시에 한 1, 2주 사이에 다 뿔뿔이 흩어 버리고, 저연차들은 무급휴직 휴가를 강요하고 그랬죠.” (C-간부-2)

“초반에 이제 막 (병동이) 폐쇄되고 이러면서 이제 그 사람들에게 어쨌든 자리는 줘야 되잖아요. 그러다 보니까 완전 신규인 선생님들이 갑자기 외래를 간다든가 그냥 뭔가

기준이 없이 배치를 막 해버린 거죠. 그래서 이제 원래 외래를 가고 싶었던 선생님들은 되게 그게 답답한 거예요. 나는 계속 노력했는데 안 된다 안 된다 했는데 또 그 애들은 쉽게 가버리고 이 배치 기준이 뭐냐 하면서 초반에는 다 화가 났었죠.” (A-노동-1)

“제가 봤을 때는 통보식이 많아가지고... 뭐 이런 걸 저희가 업무조정을 할 겁니다 이렇게 대놓고 하는 게 아니라 비밀리에 회의한 다음에 짝 이렇게 공지하는 느낌이에요. 그래서 어느 순간 보면 공지 날아왔는데 이거 또 바뀌었네 이런 식으로... 업무 (변경) 내용이 이렇게 전달되고 있는 부분이 있거든요. 저희가 관여할 수 있는 장이 있나? 그런 회의가 있을 때 우리가 그걸 전혀 알 수 없는 부분인 것 같아요.” (A-노동-2)

전공의 업무를 맡게 된 진료지원 간호사들은 업무 범위 등과 관련된 논의에 참여할 기회가 일부 주어졌지만, 그마저 상급자와의 위계 관계 속에서 실질적인 결정 권한을 행사하기 어려웠을 것으로 보인다.

“CPN 선생님들 입장에서는 이게 이제 막 생긴 거고 너무 그 수가 적다 보니까 약간 익명성이 없잖아요. 그래서 이렇게 대놓고 말하는 걸 되게 꺼려하고, 말해도 여기(노조)서 해줄 수 있는 게 별로 없다 생각해서, 오히려 말을 하더라도 그 진료과에 직접 얘기를 하시는 거죠. 저희 병동을 보니까 교수님들이랑 CPN선생님들이 초반에는 주기적으로 만나서 맞춰가는 그게 있기는 했는데, 듣기로는 그것도 결국 일방적인 수준밖에 안 된다고 하더라고요.” (A-노동-1)

그리고 병원은 진료지원 간호사의 업무 조정과 관련된 논의의 자리에 노동조합의 참여를 막았다. 물론 A병원의 경우는 이탈 사태 초기에 병원 측에 명분을 주지 않기 위해 참여하지 않았고 그 대신 회의록을 요구하였으나 병원은 공유하고 있지 않는 상황이다.

“저희가 그 PA 구성원 협의체에 참석하고 싶다고 하니까 노동조합이 그 업무 조정에까지 켜 권한이 없다고 그래서 아무도 못 들어가고 있어요.” (C-간부-1)

“이 사태 초기 때 업무조정위원회에 노조가 참여하지 않았어요. 왜냐하면 그게 엉뚱한 결과가 나올 수 있으니까요. 근데 업무조정 결과 회의록은 노조에 공유해라 라고 나와

있는데 이것도 공유를 안 하고 있는 상황인 거고... 이제 철저히 모르쇠 하고 있는 거죠.”

(A-간부-2)

A병원에는 업무조정위원회가 존재하지만, 일선 노동자들의 의견이 제대로 반영되기보다 병원 내 권력관계에 따라 의사에게 더 유리한 방식으로 업무 조정이 자의적으로 결정되어 온 측면이 있었다.

“업무조정위원회가 있긴 하지만 한 번도 일선에 있는 직원들 의견을 제대로 반영한 적이 없었어요. 호르몬 주사 같은 경우는 저 신규 때 안 했거든요. 한 15년차인가 지나고 나서 어느 날부터 간호사가 해요. 그걸 누가 정했냐고 했더니 간호부에서 그렇게 하랬대요. 원래 인턴 잡이었는데 인턴이 기다려도 기다려도 안 오고 검사는 빨리 나가야 되니까 일부 간호사들이 못 기다리고 한 거예요. 그런 일들이 생겼으면 그것을 조정해줘야 되잖아요. 그렇게 하는 사람이 있다 하더라도 이거는 의사 일이다 정해줘야 하는데, 어느 날 되니까 간호부에서 이걸 그냥 간호사가 한다 이렇게 되는 거예요. 잘못된 걸 잡아주는 게 아니고 그런 식으로 일이 넘어오거든요. 지금도 마찬가지예요.” (A-노동-11)

사립대병원인 C병원의 노동조합 간부는, 인사와 관련된 이러한 병원의 독단적 결정 행태가 법의 경계를 넘지 않는 선에서 할 수 있는 최대한의 수준으로 이뤄지고 있다고 밝혔다.

“저희 병원은 승진 제도부터 시작해서 인사 제도, 그런 모든 것을 다 일방적 통보로 하고 있기는 하거든요. 근데 정말 대단하게도 진짜 법에 위반되지 않을 정도로만 합니다. 저희가 법 (조항) 이런 걸 가지고 와서 질문하면 ‘전혀 법에 위반되지 않습니다’ 아슬아슬 잘 넘어가더라고요. 항상 이런 식이었습시다” (C-간부-1)

② 불투명한 정보 공개

앞서 설문조사 결과에서 살펴본 것처럼, 대다수 노동자들은 병원의 재정 상황에 대한 투명한 정보 공유 체계가 필요하다고 인식하고 있었다. 병원들은 비상경영을 선포하고 직원들에게 고통 분담을 요구하고 있으면서도 이를 판단할 수 있는 정보에 접근할 수 있는 권리는 제약하고 있었다.

“이 병원의 본질적인 문제 같은데, 일단 정보 공개를 안 하고 있는 거죠. 독점하고 있는 거예요. 병원이 정보를 완전히 독점하고 있으면서 노조한테 그냥 우리가 진짜 어렵다고 얘기하고 끝이에요. 그러니까 뭐가 진짜 얼마나 어려운 건지 알 수 없죠. 그냥 자기네들이 주장한 것만 하고 있으니까 그거에 대한 동의가 안 되는 거죠. 물론 우리가 보기에도 양적으로 환자 수는 줄은 것 같긴 하는데 그런 거에 대한 정보 공유가 안 되는 그게 가장 큰 문제라고 생각하고, 지금도 **경영상황이나 대처에 대한 어떤 공유도 안 하고 논의도 안 하고 있는 거예요.**” (A-간부-2)

전공의 이탈 사태 이후에도 여전히 많은 업무량에 시달리는 병원 노동자들은 인력 충원을 요구해 왔지만, 늘 병원은 지금이 ‘적정’ 인력 수준이라며 이를 수용하지 않았다. 그러면서 정작 적정 인력 여부를 판단할 수 있는 구체적인 자료는 공개하지 않았다. 예컨대, 병상 가동률에 대한 정보를 제공하지 않거나, 또는 폐쇄된 병동을 다 포함시키는 방식으로 계산하여 실제보다 가동률을 더 낮추어 인력 투입을 최소화하고자 하였다.

“병상 가동률도 작년까지도 병원이 얘기하는 게 50%에서 60% 사이라는 거예요. 근데 이게 폐쇄한 병동들을 다 포함한 걸 거예요. 순회하면서 보더라도 빈자리가 얼마 안 되는 거예요. 그래서 실제 가동률, 환자 입퇴원율(정보)을 달라는 데 안 주죠. 그래서 작년 임단협 때 1월부터 9월까지 우리가 샘플로 몇 개 병동을 확인해봤어요. 간호단위 업무 계획지에 보면 매일매일 입원 퇴원 환자 전입 전출 다 나오잖아요? 이걸 우리가 다 계산했어요. 그랬더니 70%, 높으면 80%까지도 나와요. 또 월요일부터 금요일까지는 죽어라 죽어라 하다가 (재원 환자가) 토요일 짹 빠졌다가 휴일날 짹 빠졌다가 하는데, 이걸 통으로 계산하는 것도 문제고요. **이 병상 가동률 가지고 작년에 인력 1도 못 준다 이래서 하나하나 다 따졌더니 반박을 못하죠.**” (A-간부-1)

“(병상 가동률 정보를) 안 보여줍니다. 공개를 굳이 하진 않죠. 그리고 사측의 자료와 우리 거랑 애초에 좀 달라요. 카운팅을 할 때 당연히 폐쇄된 병동은 빼고 해야 되는 거잖아요? 거기서 문을 닫은 병동이니깐. 근데 회사에서는 그것도 다 카운팅을 넣어서 수(가동률)를 낮춰버리더라고요. 병상 2개를 문 닫았었거든요. 저희는 당연히 그 문 닫은 2개를 싹 다

빼고 새로 집계를 했어요. 근데 병원은 그걸 다 카운팅해서 집계를 했더라고요. 그러니까 실질적으로 돌아가고 있는 병상만 보면 한 80~90% 대인데 병원 측 자료는 한 70%밖에 안 나와요. 이거 왜 이렇게 하나 하나씩 병동 폐쇄를 했어도 그 병동도 당연히 카운트를 해야 되는 거다 이렇게 얘기해버리더라고요.” (C-간부-1)

앞서 ‘인력 부족 문제’에서 드러난 바와 같이, 병원은 병동에서 진료지원 간호사로 인력을 차출한 만큼 인력을 보충하지 않고 있었는데, 낮은 병상 가동률 수치를 그 근거로 들고 있었다. 그렇기 때문에 정확한 병상 가동률 정보와 진료지원 간호사 인력 현황에 대한 정보 역시 공개를 기피하고 있는 것으로 볼 수 있다.

“저희가 파악하기에 진료 전담 간호사로 대략 200여 명이 빠져나갔거든요. 근데 이 의사 업무를 하는 간호사들은 실제 병동에서 환자를 보는 간호사 숫자에 포함되면 안 되거든요. 간호관리로 차등제에 의한 간호 인력 기준이 있어요. 우리 병원은 병상 가동률을 80에서 90 사이로 하고 환자 입원료, 진료료 이런 걸로 해서 예산을 짜거든요. 거기에 맞게 인력도 배치한단 말이지요. 거기에 맞게 지금 S등급 받아서 간호관리로나 이런 것들을 받고 있어요. 근데 전담 간호사 인력이 여기(병동 간호사)로 포함돼서 신고됐을 거란 말이에요. (A-간부-1)

병원은 인력 현황이 유동적이라는 이유로 정보를 공개하지 않았다. 이에 노동조합이 병동 근무표를 확보해 병동 인력에 차출된 진료지원 간호사를 포함시키고 있는지 확인하려고 하자 병원은 이 자료마저도 공유하지 않는 행태를 보였다.

“PA 간호사가 몇 명 있는지를 알려달라고 했는데 그 명수를 공개를 안 하는 거예요. 그래서 공개를 왜 안 하나 그랬더니 바뀐다는 거예요. 유동적이라는 거예요. 오늘은 10명일 수 있지만 내일은 15명일 수 있고 모레는 5명일 수 있다. 그래서 알았다 그러면 오늘이 2월이면 1월 달에 몇 명이었는지 달라고 그랬더니 그것도 못 준다는 거예요. 과거도 변할 수 있다 라는 말도 안 되는 얘기를 하면서 그것도 못 주겠다고.” (A-간부-2)

“우리가 여기 병동 근무표를 보면서 간호사 숫자를 세고 이 간호사가 나이트를 몇 개 하는지, 단협에 위반되게 안 하는지, 무급휴가를 갔는지 이런 거를 작년에 근무표 보고 다

했다고 했잖아요. 그랬더니 간호부에서 (간호사) 이름을 쌍둥 잘라서 준 거예요. 어이없죠. 분명히 지금 여기 xx병동 같은 경우에는 CPN으로 이제 몇 명 빠졌거든요. 여기 병동 소속이 이쪽 진료과로 빠졌으면 여기에는 이 간호 인력으로 계산되면 안 되잖아요? 여기에 버젓이 있으면 안 되거든요. 그거를 확인하려고 했더니 12월 달부터 여기를 쌍둥 잘라서 주는 거예요. 그래서 노사협의회에서 이 문제를 얘기했거든요. 너네 같으면 이거 뭐 쓸 게 있겠냐 이면지로도 못 쓰는데, 그랬더니 이제 아예 안 주는 거예요. 병원이 비호하지 않고서는 이렇게 간호부가 끝까지 버티지 않거든요. CPN으로 얼마나 빠졌는지 간호 인력 숫자 내놔, 병원장도 이 얘기만 하면 기겁을 해요.” (A-간부-2)

C병원은 전공의 이탈 사태에도 불구하고 큰 폭의 흑자를 기록했지만, 이를 노동조합에 알리지 않은 채 계속 비상경영으로 인한 고통분담을 강조하며 기본급 인상률을 낮추고자 하였다.

“병원 자체가 (경영실적) 정보 공유를 그렇게 잘 하지 않아요. 병원 직책자들 회의를 하는데 거기 참석한 사람들에게 연락이 와요. ‘3월부터 8월까지 해가지고 142억 흑자 봤다던데 알고 있어요? 병원이 자료 주던가요?’ 해서 이제 교섭 때 흑자 그렇게 많이 봤던데 교섭 기간 중인데 왜 얘기 안 했냐? 하면 맞다고, 이제 그런 식으로 된 거죠. 저희가 교섭을 시작하게 되면 딱 그 시점에 맞춰서 경영 실적이 얼마인지 보고하는 게 원래 의무라서 그때 쫓아요. 그래서 교섭을 할 당시에는 72억 흑자 본 상태였거든요. 왜냐하면 그거는 작년 걸로 이렇게 한 거니까. 근데 저희가 교섭을 진행하면서 한 4개월 정도 지났을 거잖아요? 그 기간 동안 사실 흑자가 엄청 많은 것도 보고를 해야 되는데 그걸 말 안 했다가 들키게 된 거였죠.” (C-간부-1)

이번 전공의 이탈 사태와 무관하게, 사립대병원의 경우 국립대병원보다 정보 공유의 투명성이 낮은 것으로 나타났고, 이를 통해 그만큼 병원의 비민주적 운영의 문제가 더 심각할 것으로 짐작할 수 있다.

“(구체적인) 인력 통계를 병원에서 주지 않아요. 국립대 같은 데는 인력을 공개할 수밖에 없지만 특히 저희는 사립대라서 그렇게 안 하거든요. 그래서 병원에서 약간 쫓던

자료에다가, 저희는 대부분이 다 조합원이다 보니까 조합원 명단으로 직군 분포가 이 정도 되는구나 알 수 있는 거죠.” (C-간부-1)

③ 노동조합에 대한 적대적 태도

면담 결과, 병원의 영리 추구 성향이 강할수록, 그리고 노동조합이 노동권 보장을 위한 원칙적 태도로 사측에 맞설수록 그만큼 노동조합에 대해 적대적이고 억압적인 태도를 취하는 것으로 나타났다. A병원이 노동조합에 병원 운영에 관한 기본 정보를 최소화하려는 데에는 이러한 적대적 태도가 자리하고 있었다.

“노사협의회 때 자료는 줘요. 단기별, 분기별 환자 수, 수입 적자 이런 걸 주긴 하거든요. 그거를 이제 우리가 안 믿을 수는 없지만 진짜 실질적인 내용과 관련해서 우리가 요청한 자료들이 있어요. 예를 들어서 환자 분류 같은 이런 자료를 요청하면 전혀 안 줘요. **다른 국립대병원은 주는 자료조차도 안 주고 있어요.** 지금은 심지어 간호사 스케줄표도 안 주고 있거든요. 그러니까 점점 더 독점을 하고 있는, 아니 독점이 아니라 숨기는 거죠... 다른 병원(노조)들은 협조적이지 않냐고 병원이 주장을 해요. 그러니까 너네한테는 (정보를) 못 준다. 재네들은 협조적이니까 주는 건데 너네는 원칙적으로 하지 않냐 뭐 그런. 하여튼 병원이 이렇게 하는 노조는 이 병원 밖에 없다고 얘기해요. **노조한테는 진짜 최소한의 것 외에는 절대 아무것도 주지 마라** 라고 하는 기조인 것 같아요. 지금 이 집행부가 그런 판단인 것 같아요. 점점 더 심해지고 있어요.” (A-간부-2)

C병원의 경우 노동조합에 불리한 여론을 조성하기 위한 별도 대응팀을 운영하고 있었는데, 교섭을 둘러싼 대립이 첨예하던 시기에 사내 온라인 게시판에는, 대응팀이 작성한 것으로 추정되는, 노동조합의 주장을 반박하는 조롱 섞인 글이 올라오기도 하였다(〈그림 8〉 참고).

“저희 병원에 열린 원장실, 자유 게시판이 익명으로 있는데요. 교섭 기간에 대립하는 와중에, 항상 거기에는 이제 대응팀이라고 있어요. 사측 대응팀이 따로 있기 때문에 너무 악랄하게 글을 쓰거나 폄하하거나 그렇게 많이 하는데요. 최근에 거기에 올라온 글에, 간호사 선생님들 화장실 못 갈 정도로 일한다고 얘기하는데 진짜 화장실 못 가면서 일하는 사람이 요즘에 누가 있냐고, 기저귀 차라 라는 그런 얘기까지. 이게 할 말인가요? **근데**

기저귀 찬 사람은 본 적이 없음. 혹시 일하다가 싸신 분은 현수막에도 실어드리죠' 어떻게 그런 식으로 표현할 수 있는지..." (C-간부-2)

쟁의를 하기 전에 [11]

2024-12-27(금) 12:49 · 조회 1056

Tt

병원이 [redacted]에 있어서 그런가 노조 활동 참 빠세긴 한데...

현실을 보고 투쟁을 하든가 말든가...

투쟁의 대표주자 현대랑 비교를 좀 해보자

우리가 저기 따라서 쟁의할 정돈가

	현대	[redacted]대병원
기업이 수입이 나면 누가 가지고 가나	주식 소유주에게 배당을 통해 배분할 회사 이익을 높이기 위해 인건비 후려치면 노조 입장에서 뻥칠수야 있음.	강 재단내 귀속 됨 = 병원 자체 발전을 위해서 쓰임.
기업은 탄탄한가	국내에선 사실상 독점. 세계적으로도 어느정도 자리 잡음	중증도 높은 환자: 빅5, 부산 대구 대학병원과 경쟁해야 함 중증도 낮은 환자: [redacted] 시내에 위치한 병원들과 경쟁해야 함 재투자를 안하면 금새 도태됨.
작업환경	사망사고 자주 발생함	화장실 못간다고 함. 근데 기저귀 찬 사람 본적은 없음. 혹시 일하다가 싸신분은 현수막이라도 실어드리죠? 싸측 vs 사측 되겠네요.
평소 노조활동	임금인상, 작업환경 개선 차팔지 말라는 말은 안함	돈보다 생명을 위하자고 함 병원은 수입을 위해 존재하는 곳이 아니라고 함
임금협상때 노조활동	임금인상, 작업환경 개선	월급올려달라고 함? 원돈으로? 돈벌지 말라매?

〈그림 8〉 C병원 자유게시판 글의 캡처 화면 (출처: C병원 노동조합 제공)

C병원은 2023년에 이어 2024년에도 큰 폭의 재정 흑자를 기록했다. 하지만 단체협상에서 노동자들에 대한 경제적 보상을 강화하는 것이 아니라, 임금 체계를 성과급제로 개편하자는 요구안을 들이밀며 노동조합을 거세게 압박하였다.

“이번에 사측은 임금인상률을 의료수가에 연동시켜서 5년 치를 한꺼번에 합의하자 라고 제안했습니다. 또 성과급제로 임금 체계를 바꾸자, 의사들 집단 파업 때문에 앞으로 어떻게 복잡해지고 어떻게 바뀔지 모르니 5년 동안은 그렇게 가자, 이렇게 얘기를 해가지고, 그것은 개악안이다 하면서 그것 때문에 좀 많이 싸웠죠. 그 성과급제로 가자는 개악안을

196

철회시키려다 보니, 원래는 2.4% 인상을 요구를 할 수 있었는데, 결국 이걸 철회시키는 대신에 2% 인상에 100만원을 받은 것으로 합의가 됐죠.” (C-간부-2)

병원은 노동조합과의 교섭에서 우위를 점하기 위해 노동조합 간부 출신을 대표 교섭으로 내세워 노동조합의 약점을 파고들었다. 그 결과, 노동조합은 특히 전공의 집단 이탈 사태 직전에 있었던 파업 투쟁에서 큰 어려움을 겪을 수밖에 없었다. 그리고 병원은 그 결과를 두고 노동조합 책임론을 유포하며 노동자들과 노동조합 사이를 이간질하고 분열을 조장했다.

“대표 교섭으로 나오는 분이 운영 부원장인데 작년 2023년부터 부원장이 되면서 대표 교섭으로 나왔습니다. 원래 병원장이 나오셔야 되는데 위임을 받아서요. 이분이 원래 저희 노동조합 분회장 출신입니다. 그래서 노동조합에 대해서 더 많이 알고 있죠. 보통 교섭을 가면 조합이 요구안을 가지고 가서 이렇게 해 주십시오 하면 그쪽에서는 이제 방어 태세고 저희는 공격하는 태세죠. 올해 이만큼 벌었으니까 직원들 복지나 임금 쪽에서 개선해라 보통 이렇게 얘기를 하면서 교섭에 임하는데요. 오히려 역으로 이제 자기들이 조합처럼 저희들한테 요구를 하는 거죠. 역으로 개악안을 들이민거죠. 그렇게 하니 더 교섭에 난항이 펼쳐질 수밖에 없는 거였죠. 올해도 최초로 해를 넘길 뻔했는데 이제 조정 기간 중에 극적으로 조정안을 받고 잠정 합의안까지 도출하게 된 거였죠.” (C-간부-2)

“(이 사람이) 노동조합의 생리를 너무 잘 알고 있는 거예요. 2023년에도 최장기 파업했는데 결국에는 졌다고 표현한 게 뭐냐 하면 그 사람이 조합 예산이 얼마나 되는지 아는 거죠. 투쟁기금이라고 있습니다. 조합비로 해서 만든 기금이 있는데 그게 고갈될 때까지 기다리는 거죠. 조합원들이나 직원들은 내 돈 써가며 (투쟁)하기 싫은 거죠. 그게 떨어지면 너희들은 어쩔 수 없다. 어쩔 수 없이 저희도 파업을 접어야 됐죠. 저쪽은 또 이제 ‘봐라 너희들 파업해봐야 얻은 거 뭐 있냐’ 이렇게 되는 거죠. 조합원들은 ‘그럼 우리 왜 파업했어? 그냥 처음부터 파업 안 했으면 됐잖아’ 그런 식으로 생각하기도 하죠. 그래서 올해도 너무 고민도 많고 생각도 많았습니다.” (C-간부-2)

④ 의사 중심 운영구조

병원은 다양한 직종 간 협업 체계로 운영되고 있지만, 병원 내 주요 의사결정 권한은 대부분 의사들이 독점하고 있다. 이는 곧 의사(교수)의 관점에서, 의사에게 유리한 방식으로 병원이 운영될 수 밖에 없음을 의미한다.

“보직자가 일부 들어가기는 하지만 들러리인 거죠. 행정직은 옛날에는 그나마 좀 의견 냈는데 지금은 임원으로 한 명 들어가 있어요. 옛날에는 낙하산이었는데 저희가 이제 싸워서 내부 승진자로 한 명 해서 들어가고, 그리고 간호본부장이 들어가고 있는데요. 둘은 사실상 자기 목줄이 날아가기 때문에 아무 말 못하는 거고, 의사들이 모든 걸 다 결정한다 라고 해도 과언이 아니죠. (A-간부-2)

전공의 집단 이탈 사태에 대응하는 과정에서도 병원은 여러 형태의 친의사 정책을 펼쳤다. 전공의를 대신해 당직을 서는 등 업무 부담이 늘어난 교수와 전임의들에 대한 경제적 보상을 늘리는 조치를 시행했다.

“그러니 의사들이 우선적인 거고, 병원장도 그런다니까요. 임금 인상 교섭을 하면, 임금 인상이 적다 막 얘기를 하면 동의해요. 맞다, 근데 의사들도 임금이 적다, 이렇게 얘기를 하고 있으니 다른 세상에 있는 거예요. 의사들은 우리 근로 조건 교섭 대상이 아니거든요. 그럼에도 불구하고 머릿속에 의사 밖에 없는 거예요.” (A-간부-2)

“(교수 당직비를) 더 많이 주는 걸로 들었어요. 원래는 하루 40만 원이라고 들었는데 그게 정부 지원이 들어와서 50%가 더 늘어났다고 했나, 그래서 80에서 100까지 늘었다고 하더라고요.” (A-노동-7)

“교수님 한 분은 그 얘기하더라고요. 자기는 지금 사태가 나쁘지 않다, 왜냐면 그전에 하던 수술을 절반 밖에 안 하고, 당직비도 많이 오르고. 근데 전문의가 사실 다 노티 받고 하잖아요. 그런 돈들은 사실 전문의가 받아야 될 것 같은데...그래서 본인은 어쨌든 만족하다고 얘기하더라고요.” (A-노동-4)

의사 인력 유출을 방지하기 위한 목적이라고 하면서 의사들에게 여러 형태의 수당을 신설해 지급하면서도 정작 다른 노동자들을 위한 수당 신설에 대해서는 부정적 입장을 드러내기도 하였다.

“작년에 돈이 없으면서 9월에 무슨 과장단 회의에서 (외래) 진료수당 4만 5천 원씩 받는 거를 7만 원씩 올리자 해가지고 10월 달 바로 적용하는 걸로. 우리 임금은 내년에 시행하자 뭐 이렇게 하는데, 그게 100억인데 돈 없대놓고 바로 그렇게...우리 분원 장례지도사가 있는데, 다른 병원들은 다 뭐 장례 수당인가 받는대요. 그래서 장례 수당을 요구를 했거든요. 그랬더니, 하는 일이 그건데 왜 수당을 주냐는 거예요. 그럼 너네 진료 보는 게, 교육하는 게, 연구하는 게 너네 일이야. 너네 진료 봤다고 진료 수당 받지, 토요일 진료하면 토요 진료 수당 받지, 연구한다고 연구 보조비 받지, 교육한다고 교육 훈련비 받지, 뭔데? 올해 예산 관련해서 의사들이 도대체 뭘 돈을 받아가는지 아무도 몰라가지고 이것저것 따져보니깐요. 이름 모를 수당이 엄청 많고요. 거기다가 **진료 기여 수당**이라고 진료하는 데 기여했다고 수당을 또 줘요. 이런 거 문제 제기하면 병원에서는 야 의사들이 나가려고 하니까 붙잡으려고 그런다고... (A-간부-1)

어떤 의사들은 많은 당직비를 받으면서도 당직 시간에 입원한 환자의 처방 입력을 소홀히 하여 병동 간호사와 진료지원 간호사들의 업무 부담을 가중시키는 행태를 보였지만, 병원에서는 별다른 조치를 취하지 않았다.

“**금요일, 토요일에는 CPN이 없어요. 근데 저희는 금요일, 토요일도 평소랑 똑같이 이제 항암 환자가 입원을 하거든요. 그나마 이제 저희 과 교수가 당직을 하는 날에는 항암 오더라도 내주고 하는데, 그 저기 xx과 교수가 당직을 하는 경우에는 정말 네 줄 오더. 딱 네 줄이에요. 그 다음 날 케모 오더 없어요. 그럼 퇴원 오더도 빨리 안 나요. 퇴원 기록을 써야 퇴원 오더를 낼 수가 있는 거거든요. 그러니까 퇴원이 12명, 15명 이렇게 되는데 이 교수가 당직을 한 그 다음 날 CPN들이 죽어나는 거예요. 기록하고 퇴원 오더 넣는 것도 너무 벅찬 거예요...저희가 끊임없이 얘기하고 있기는 한데 그게 사실 **병원장도 본인이 의사고, 병원장이 의사를 너무나도 감싸요.** 그리고 당직비도 사실 제가 알기로는 처음엔**

60만 원인가 그렇게 알고 있었는데 그 다음에 교수들이 너무 하기 싫어한다고 그래가지고 80만 원 올리고 지금 100만 원으로 알고 있거든요. 진짜 오더 달랑 네 줄 내는데 그 다음 날 오더도 없어. 근데 100만 원 받는데요. 아무리 국영수 잘해 가지고 그 자리까지 갔다고 그래도 이거 너무 과한 거 아니예요?” (A-노동-10)

교수들은 의사로서의 권위를 유지하기 위해서인지 특정 업무 수행의 권한에 대해 배타적인 태도를 취해 왔다. 자신들의 업무 경감을 위해 진료지원 간호사들이 미리 처방을 입력하는 것에 대해 못마땅하게 여기는 일부 교수들은 일부러 처방을 취소하기도 하였다.

“CPN들이 이제 랩 보고 오늘 혈소판 수치 보고 다 (오더를) 넣어주는 거예요. 그럼 이제 교수님은 코사인 하는 거죠. 근데 이제 우리 교수님들 중에 두 분은 그걸 싫어하는 거예요. 그래서 CPN들이 오더를 싹 다 넣어주면 본인들이 또 DC(처방취소)하고 자기가 다시 넣는 거예요. 싫으면 넣지 말라고 하든가. 그러면서 무시하는 거죠. 하여튼 왠지 좀 그래요. 그리고 CPN들하고 우리랑 이제 얘기해서 오더를 넣었는데 이쪽에서 컨펌을 안 해줘요. 그러더니 진행을 하고 있는데 나중에 그걸 DC를 해버려요. 아주 그냥 골 때리는 일들이 생기는 거죠.” (A-노동-11)

반대로 검사 일정 예약과 같은 업무는, 이전에는 간호사들이 권한을 요청해도 수용하지 않다가, 해당 업무를 수행하던 전공의들이 이탈하자 교수들의 업무 경감을 위해 별다른 설명 없이 권한을 변경하는 모순적 행태를 보이기도 하였다.

“원래 CT 예약 같은 거 저희가 못 했거든요. 그러니까 다 전공의가 해줬거든요. 근데 환자가 검사 시간 바꿔 달라고 계속하니까요. 지방에서 올라온 보호자나 환자들이 와서 그렇게 물어보면, 저는 검사실에 전화하는 것 밖에 방법은 없고, 진짜 너무 제가 시달려서 바꿔 달라고 하면 주치의는 안 된다고 그러고. 제발 좀 바꿔 달라고 거의 사정했거든요. 이럴 거면 나한테 이 권한을 줬으면 좋겠다 속으로 맨날 생각했거든요. 근데 3월 초였나 우리가 이제 예약할 수 있게 다 오픈을 시켜 놓은 거예요. 옛날에 맨날 주치의한테 제발 바꿔 달라고 그렇게 빌면서 했는데, 이제 전공의들 다 빠지고 할 사람 없고, 교수는 내가 왜 이걸 해야 되냐, CT를 내가 왜 잡아, 내가 왜 이런 행정적인 업무를 해야 되냐. 그러니까

간호사한테 다 시키는 거잖아요. 이거 너네 간호사도 할 수 있잖아. 이런 사단이 발생하니 이거를 해주는구나.” (A-노동-12)

교수가 아무리 불합리한 행태를 보여도, 때로는 직장 내 괴롭힘에 해당하는 폭언을 하여도 권력 관계의 열위에 있는 노동자들로서는 이를 묵인할 수밖에 없었다.

“(환자 퇴원시키려고) 지금 뭐 회송서 이런 거 막 써놔도 교수들이 사인을 안 해요. 이 사람은 1시 반, 2시에 가야 되는데 사인을 12시 넘게까지 안 하고 있어요. 그래가지고 몇 번을 이제 CPN한테 얘기했는데, CPN은 또 (교수) **눈치를 봐야 되잖아요.** 이 사람이랑 같이 일을 해야 되기 때문에 그냥 받아줄 수밖에 없는 거예요.” (A-노동-10)

“PA 간호사를 의사들이 괴롭히는 문제가 지금 많이 심해지고 있는 실정입니다. 근데 (징계가) 거의 없다고 해도 무방하죠. (괴롭힘이) 있는데 말 못하고 있는 거죠. 교대 근무를 하기 힘들어서 어쩔 수 없이 PA 간호사로 오는 경우가 거의 대부분입니다. 그래서 이제 ‘어떻게든 참아야죠, 참아야죠, 어떡하겠어요’ 이런 식으로 얘기를 해버리니까. 바로 직속이다 보니까 뭔가 대놓고 얘기도 못하고, 또 당연히 **의사는 병원 안에서 영향력이 너무 막강하기 때문에 ‘내가 얘기해 봐야 달라질 수 있나’** 라는 생각도 많이 든다고 하는데 좀 안타깝기도 하고 그런 게 있습니다. 한 번씩 (노동조합에) 오기는 하는데, 신고가 접수 되고 저희에게 얘기하는 순간 알려질 수밖에 없는데, 그게 또 두렵다고 하더라고요. 2차가해가 이루어질 수 있으니...” (C-간부-2)

병원 내에서 교수들은 사실상 사소한 것 하나도 다른 노동자들의 보좌를 받는 권력 집단으로 자리매김하고 있었다. OCS나 EMR의 자기 아이디와 비밀번호가 공유되는 것에 대해 별다른 불안감을 느끼지 않는 것도 권력자의 자신감 내지 여유로 볼 수 있을 것이다. C병원에서 노동조합 간부 출신 비의사 노동자를 대표 교섭에 내세운 것도 노동자와의 동등한 협상 관계를 못마땅하게 여기는 권위 의식의 발로로도 이해할 수 있다.

“**자기들은 귀족이에요. 노동자라고 생각 안하죠.**” (A-간부-1)

“이 병원 교수들은 그러니까 외래진료 볼 때도 본인 아이디로 로그인을 안 해요. 본인이 하는 게 아니라 보조원들이 미리 와 가지고 다 세팅해 놓으면 자기는 진짜 환자만 보고 딸각딸각(마우스 클릭 소리) 거리는 거예요.” (A-노동-10)

“(이 사람을) 의사들이 제일 좋아하잖아요. 의사들은 최고 엘리트 집단인데 특히 병원장이 되면 제일 힘든 점이 교섭하는 거예요. 한 번도 누구한테 굽신거리고 죄송하다는 말을 해본 적이 없는 사람들이거든요. 근데 나를 대신해 가지고 누군가 해주네요. 자기는 도장만 찍으면 돼요. 허허실실 하고 조인식만 하면 되니, 얼마나 좋겠습니까” (C-간부-2)

사실 병원에서 가장 인력 비중이 큰 직종은 간호사이지만, 그만큼 영향력을 행사하지 못하고 있는 현실이다. 이들의 권리와 이해관계를 대변해야 하는 간호부는 오히려 의사 교수들의 지침을 적극적으로 하달하는 역할을 수행하고 있었다.

“이 간호부가 이 CPN에는 손도 못 대요. 근데 모집 공고는 간호본부 이름으로 나가요. 그럼 너네 뭐냐 그랬더니 요청이 오면 자기네는 자기네 이름으로만 올려준다는 거예요. 너네 인력사무소야? 이 사람들이 무슨 사람이야 간호사들이야, 간호본부면 간호사가 가서 어떤 업무를 하고 어떻게 일하는지에 대해서 책임져야 될 거 아니야. 그래서 작년에 간호본부하고 엄청 많이 싸웠거든요. 제일 화가 났던 게 그거예요. 이 간호본부가 제일 많은 직원들의 숫자를 가지고 있으면서도 제일 홀대하고 그러는 조직인 것 같아요.” (A-간부-1)

이는 간호부 관리자들이 자신들을 평가하는 권한과 인사권을 쥐고 있는 교수들의 영향력에 철저히 종속되어 있기 때문이다. 의사들은 간호사의 입장을 적극적으로 대변하려는 관리자를 좌천시키는 징벌적 조치를 통해 의사 중심의 지배체계를 공고하게 만들고 있었다.

“이 병원은 보직 임기제라는 게 있어요. 2년에 한 번씩 평가를 받기는 해요. 근데 그 보직을 임명하는 사람들이 모두가 의사잖아요. 이 병원이 어떤 못된 짓을 하나면 간호과장에게 보직을 안 줬어요. 대부분 보직을 안 주면 그만두거나 하잖아요. 근데 안 그만두니까 평간호사로 외래로 로테이션을 시켰어요. 이 과장 밑에 있던 수많은 수간호사들이 이걸 봤잖아요. 의사들한테 잘 보여야 되잖아요. 진료 과장이 인사권, 평가권이 있어요.

병동장도 의사예요. 병동 수간호사가 장이지 무슨 의사가 병동장이예요? 아무튼 이 사람들에게 보직 평가 받아야 돼요. 그리고 간호과장이 이렇게 한 번 날아가는 걸 봤거든요. 그때까지도 어떻게 저럴 수가 있어 이랬는데 그 다음에는 간호부장을 날렸어요. 그나마도 간호사들 얘기를 조금 들으려고 하는 그런 분이였거든요. 근데 갑자기 간호부가 아닌 통합물류팀으로 보내는 거예요. 이렇게 해놓고 간호본부장이랑 동기인 사람을 그 자리에 올렸어요. 그때 당시에 수간호사들이 저는 항명할 줄 알았거든요. 그랬더니 여기를 따르는 사람들이 이렇게 다 갔어요.” (A-간부-1)

(8) 노동자의 대항 실천

노동자들은 개인적 차원과 조직적 차원에서 노동자의 기본권을 침해하는 병원의 비상 경영 조치에 맞서며 여러 형태로 저항하였다. 노동조합을 통한 집단적 실천은 무급휴가 강제 사용 금지와 같이 유의미한 변화를 도출하기도 하였다. 개별 병원의 경영 상황과 노사 관계의 고유한 특성, 노동조합의 단결력과 교섭 능력 등에 따라 상이한 양상이 펼쳐지기도 했지만, 이번 전공의 이탈 사태는 노동자의 안전망으로서 노동조합의 역할을 환기시키는 계기가 되었다.

① 개별적 실천

노동자들은 개별적 차원에서 자신이 경험하는 고통의 문제를 해결하기 위해 여러 형태의 대항 실천을 전개하였다. 상급자에게 지속적으로 인력 충원을 건의하거나, 의사로부터 폭언을 듣거나 괴롭힘을 당한 경우 민원을 넣어 사과를 요구하기도 하였다.

또 노동자 개인은 자신에게 부과되는 부당한 업무에 저항했다. 의사가 받아야 하는 동의서 업무를 하게 됐을 때 자신의 서명을 남기지 않거나, 혹은 동의서 업무를 거부하는 것, 인력 충원의 필요성을 알리기 위해 시간외 근무 수당을 놓치지 않고 신청하는 것, 그리고 자신의 정식 업무가 아닌 병동 회진이 고착화되지 않도록 노력하는 실천 등을 그러한 예로 볼 수 있다.

“솔직히 좀 별로죠. 사실 제가 동의서 받아본 적도 많거든요. 난 이거에 대해서 책임을 지고 싶지 않은데 그래서 저는 제 이름 안 적었거든요. 나중에 동의서에 의사 사인만 받았어요.” (C-노동-1)

“아이패드로 동의서를 받는데 나보고 그걸 해달라는 거예요. 교수님 이거 저희 업무 아니예요, 저 잘 몰라요. 저 이거 안 해봤는데요. 그렇게 약간 기싸움 같은 게 있었죠.” (A-노동-10)

“제 생각에는 어쨌든 그 로딩을 교수들이 감당하게끔 맞닥뜨려야지 본인들이 힘들어서라도 (인력 충원 요청을) 올릴 것 같긴 한데요. 그래서 저도 시간외(근무 수당 신청)를 열심히 올리고 있어요. 그렇게 해서 전문의를 더 뽑을 근거를 쌓고 있긴 합니다.” (A-노동-4)

“사실 전공의가 예전에 병원에서 살면서 메꿔왔던 그 시간을 누군가는 메꿔야 되는 건데, 그래서 저는 이제 회진 돌 때 더 안 남아 있으려고 하긴 해요. 새로 들어온 사람도 있는데, 이게 아예 굳어져 버리면 교수 입장에서는 어차피 당연히 있을 거라고 생각할 수 있어서.” (A-노동-4)

일례로, 관장이 의사 업무인데도 불구하고 교수 눈치를 보는 수간호사가 본인이 대신 하려는 굴종적 태도를 보이자 이 문제의 부당함에 맞서기도 하였다.

“교수님한테 이제 연락해서 관장시키려고 했더니 내 환자였는데 수간호사님이 자기가 하겠다고 장갑을 끼는 거예요. 교수님한테 시키기가 너무 멋쩍은 거죠. 다른 팀 간호사들은 또 수간호사님이 글로브를 끼니까 그냥 막. 그냥 너무 짜증이 나서 내가 담당 간호사니까 너네 가만히 있으라고 했죠. 교수가 에네마(enema)하는 걸 좀 보고 싶은데. 그래서 결국 내가 했어요. 수간호사 자기도 이게 아닌 거 아니까 옆에 와서 어시스트하는 거예요. 이 꼴도 보기 싫고 저 꼴도 보기 싫고.” (A-노동-11)

② 조직적 실천

위와 같이 개별적 차원의 저항은 상대적으로 소극적인 방식으로 이뤄질 수밖에 없었다. 하지만 때로 노동자들은 단결하여 강제 무급휴가라는 부당한 지침에 맞서기도 했고, 노동조합을 통해 인력 수급 문제를 해결하기도 하였다.

“그게 처음에 (무급휴가) 좀 강요가 있었는데 저희 16 사번 밑에부터 다 노조라서 그거를 좀 애초에 가지 말자고, 무급휴가를 가고 싶어 하는 사람들도 많았었는데 좀 설득해서, 그런 걸 강요하지 말라라고 간호부에 주장을 했어요.” (A-노동-7)

“저희 부서 한 명이 육아휴직에 들어갔는데 대체자를 안 뽑아줬거든요. 그래가지고 이거는 아니다 싶어서 노조에 말해가지고, 노조에서 이제 병원 측에 말해서 대체인력을 지금 뽑아줬어요.” (B-노동-5)

전술한 바와 같이 노동조합은 병원이 비상 경영을 이유로 노동자들에게 무급휴가를 강제하지 않도록 요구하여 원칙적 동의를 끌어내는 성과를 거두었다. 또 기대치에 미치지 못했지만 2.0~2.5% 임금 인상률 인상안도 관철시켰으며, 사측이 시간외근무수당의 신청을 부당하게 막는 일이 없는지 감시하는 활동을 전개하였다. 노동자들은 임금협상 결과를 비롯해 진료지원 간호사의 업무 처우에 관심을 갖고 병원의 무리한 요구를 견제하는 역할에 대해 긍정적으로 평가하였다.

“이 팀 간호사들이 어떻게 업무를 진행하고 있는지 확인하려고 하는 모습이나 병원에 당사자가 원 부서로 돌아가길 원하면 돌려 보내줘야 된다 이런 거를 요구했다고 들었어서 그런 부분에서 조금 안심이 좀 됐어요. 또 이번 협상도 사실 엄청 어렵지 않을까 싶었는데 그래도 어느 정도는 인상한 걸 보고 상당히 열심히 하셨구나 긍정적으로 평가하고 있어요.” (A-노동-5)

A병원 노동조합은 병원이 신규 간호사를 진료지원 간호사로 배치하는 문제에 적극적으로 이의제기를 하여 이를 무산시켰고, 병원이 무급휴가 사용 현황을 공개하지 않자 간부들이

일일이 근무표를 확인하여 그 대략적인 현황을 파악하기도 했다. 이러한 적극적인 현장 조사를 통해 병원의 비민주적 운영의 문제점을 지적하며 개선안을 요구할 수 있었다.

“처음에 이 시범사업 전담 간호사 뽑을 때 다 안 간다고 하니까 xxx(분원)에서 한 번 문제가 생겼잖아요. 발령받은 지 1년도 안 된 신규한테 강제로 진료 지원 업무를 시키는 거예요. 그래서 그건 노조에서 터트려 가지고 중단시켰죠.” (A-간부-1)

“7-8월 달 임단협 시작할 때 이 무급휴가를 도대체 몇 명이나 썼냐? 너네 얼마나 비용 절감했냐? 뭐 얼마나 한다고 이렇게 하냐? 근데 자료를 안 줘요. 나중에 우리가 근무표 가지고 얼마나 썼는지 확인해 보니 간호부 중심으로만 몇 만 일이 된 거죠. 근무표에 무급휴가라고 적혀 있으니깐, 그걸 하나하나 다 셀 수밖에 없었어요.” (A-간부-1)

“현장 조사가 안 되면 요구안도 안 만들어져요. 병원이 가동률 뺄려고 주는 것처럼 병원 자료도 100% 신뢰할 수 없는 거고, 그리고 인력 기준에 맞게 운영한다고 해도 현장이랑은 또 다른 문제가 생기는 거고 근데 이걸 간호부가 묵인하고 가는 거죠. 그걸 태클을 걸려면 노동조합밖에는 없어요.” (A-간부-1)

A병원 노동조합은 병원 노동자들의 고충을 처리하는 역할에 그치지 않고, 노사협의회나 교섭, 비공식 면담 자리 등에서 병원 경영진에게 공공병원으로서의 A병원이 가지는 사회적 역할과 중요성을 일깨우는 실천적 노력을 기울이기도 하였다.

“교섭 때 병원장한테, 국립대병원은 여기서 줄어들면 한 번 늘리는 거 어렵다, 그리고 그 병상 축소(하지 않는)만큼 공공병원 역할을 하겠다고 정부한테 가서 얘기하라고 말했죠. 교섭이 우리가 요구를 전달하고 그걸 만들어내는 것도 있지만 사측한테 우리는 **교육의 장**이라고도 평가를 하거든요. 병원의 행정 라인이 모르는 거에 대해서, 현장에 대한 부분들, 이것도 교육해야 된다고 생각해요. 그래서 우리 노동조합 입장은 공공병원 특히 이 병원은 국가 종합병원으로서 모범이 돼야 하니 국립대 협의체 가서 너네는 (병상) 얼마나 줄일래 너네 얼마나 비상이니 하는 식의 이야기하지 말라고 했죠. 그래서 결국 병원장이 국정감사 가서 xx병원은 공공병원 역할을 하기 위해 병상을 줄이는 게 맞지 않다 이 발언을 했어요.

3, 4개월이 걸렸어요. 처음에는 뭐 말도 안 되는 소리를 하고 있다, 지금 국가 지침이다
이런 소리 했는데, 엄청 오래 걸렸어요. 근데 결국은 축소됐죠.” (A-간부-1)

5. 결론

5.1. 종합 논의

이 연구는 2024년 한국에서 발생한 전공의 집단 이탈 사태에 대응하는 병원의 노동 재조정 방식과 그것이 노동자와 환자에 미치는 영향을 확인함으로써 노동자, 환자의 안전과 건강보다 영리 추구를 우선하는 병원 생산시스템의 문제점을 규명하는 것을 목적으로 하였다.

굳이 ‘운영 방식’이라는 말 대신에 ‘생산시스템(Production System)’이라는 표현을 사용한 까닭은 자본주의 사회경제 체제 속에서 하나의 거대한 산업으로 작동하고 있는 병원의 특성과 이 산업의 핵심 투입 요소인 인적 자원, 즉 노동력을 제공하는 사람들의 ‘노동자성’에 초점을 맞추고자 했기 때문이다.

이를 위해 우리는 2024년 12월~2025년 2월 동안 3개 대학병원 노동자 대상으로 설문조사와 면담조사를 수행하여 전공의 업무 공백에 대한 병원의 대응 방식과 이것이 병원 노동자의 노동조건·고용형태·건강상태 등에 미친 영향, 환자 안전과 건강에 미친 영향 등을 파악하고자 하였다.

분석 대상이 된 병원들은 저마다 다른 조건과 맥락 속에 위치해 있기 때문에 전공의 이탈에 대응하는 전략과 행태 역시 서로 다른 측면이 적지 않았다. 다만 이들 병원 모두, 정도의 차이가 있을 뿐, 우리가 연구 전제로 삼았던 바와 같이, 병원 시장에서의 지속적 생존과 확장을 위한 수익 증대라는 그 ‘본질적’ 과업을 달성하기 위해 여러 노력을 기울이고 있다는 점에서 별반 차이가 없었다.

이번 전공의 집단 이탈의 장기화라는 이례적 위기 상황 속에서 이들 병원은 다음과 같이 유사한 대응 전략을 구사한 것으로 이해할 수 있다.

먼저 비상경영 체제를 선언하고 직원들에게 의료 수익 감소로 경영 손실이 크게 발생하고 있음을 알리며 위기 극복을 위한 고통 분담을 요구하였다. 그리고 전공의 업무 공백을 메우기 위한 대체 인력으로 진료지원 간호사를 대폭 확충하였다.

이를 위해 전공의 의존도가 높았던 병동들 중 일부를 폐쇄하고 해당 인력 중 일부를 진료지원 간호사로 선발하거나 아니면 진료지원 간호사 전출자, 휴직·사직자 등으로 인력 결손이 발생한 부서로 파견 또는 편입시켰다.

비용 지출을 절감하기 위해 우선 병원 지출에서 큰 부분을 차지하는 인건비 지출을 줄이기 위한 여러 조치들이 이루어졌다. 무급휴가 사용 권고와 신규 직원 채용 유보, 초과근무 수당 신청 자제 유도, 임금인상 억제 등이 그러한 예였다.

특히 C병원과 같이 영리성이 강한 병원에서는 인건비 부담이 큰 장기 근속자들을 타 부서로 발령을 내는 방식으로 퇴사를 종용하기도 하였다. 이밖에 병동의 간호 팀 인력을 축소하거나 소모품 사용을 줄이고 의료폐기물 발생량을 감축하도록 지침을 내리기도 하였다.

진료지원 간호사는 3년 이상 경력 조건을 기준으로 모집하였으나, 지원자가 없으면 저연차 간호사를 선발하거나 때로 반강제적으로 배치하기도 하였다. A병원에서는 노동조합의 반대로 무산됐지만 분원 신규 간호사의 진료지원 간호사 배치를 시도하기도 하였다.

수익 보전과 증대를 위해 전공의 이탈에 상대적으로 여파가 적은 외래 진료에서, 특히 수익성이 높은 영상의학 검사의 건수를 늘리기 위해 노력했다. 또 정부가 비상진료체계를 유지하기 위해 중증 환자 입원료 추가 보상이나 경증환자 회송료 인상 등의 정책을 시행하자 환자 구성과 진료 행태를 이에 맞게 재조정하기도 하였다.

한편 전공의 이탈로 교수와 전임의의 업무 부담이 과중해지면서 의사 인력 유출의 위험성이 높아지자 이를 억제하기 위해 의사 당직비와 수당 등을 대폭 인상했다. 또 교수들이 직원에게 폭언하고 직장 내 갑질을 저지르더라도 징계하지 않고 유야무야 넘어가기도 했다.

(1) 고통의 양상

병원 노동자의 관점에서 전공의 이탈 사태 이후 드러난 문제적 양상을 바라본다면 크게 다음과 같이 다섯 가지 개념으로 설명할 수 있을 것이다.

① 적응(Adaptation)

전공의 이탈로 인해 의료서비스 생산에 큰 차질이 발생했지만 병원들은 비상경영 체제 속에서 ‘그럭저럭’ 상황에 적응하며 위기를 넘겨 왔다. 물론 A병원의 경우 대규모 적자가 발생하며 경영에 큰 타격을 입었지만, 애초 워낙 전공의 비중과 의존도가 높았던 것을 고려할 때 업무 공백의 파괴적 영향을 비교적 잘 방어했다고 볼 수 있다.

이러한 적응이 가능한 이유는 병원이 단순히 ‘공장(Factory)’일 뿐 아니라 ‘복합 적응 시스템(Complex Adaptive System)’이기도 하기 때문이다.⁹¹ 법적으로 각 직역의 업무 범위가 명확히 구분되어 있지만, 실제 병원 현장에서 의료 서비스는 여러 복잡한 상황에서 서로 다른 직역의 업무를 대신 수행하는 방식으로 이뤄지고 있음을 의미한다.

예컨대, 자원 투입(input)이 10 단위에서 5 단위로 줄 때 산출(output)도 그만큼 일정 비율로 예측 가능하게 감소하는 것이 공장형 생산시스템이라면, 복합 적응 시스템에서는 이러한 특성으로 인해 감소량이 예상보다 크지 않거나 아니면 경우에 따라서는 전혀 감소하지 않을 수도 있는 것이다.

정부에서 진료지원 간호사 시범사업을 통해 일종의 인력 대체 방안을 마련해 준 측면도 있지만, 그 이전부터 의사 인력난에 시달렸던 병원들은 이미 간호사가 전공의 업무의 상당 부분을 분담해 왔고, 병원 내 그러한 역량과 경험을 가진 전문 인력이 존재했기에 신속한 적응이 가능했다고 이해할 수 있다.

⁹¹ Mahajan, A., Islam, S. D., Schwartz, M. J., & Cannesson, M. (2017). op. cit.

병원 노동자들은 변화된 업무 환경에 적응하는 과정에서, 앞서 살펴본 바와 같이 여러 형태의 고통과 불편을 감내하지 않으면 안 되었다. 전공의 부재 상황이 하나의 구조로 고착화되면서 이러한 부정적 경험 역시 지속되고 있다.

즉, 적응의 대가는 병원의 재정 손실과 의사들의 업무 과중 만이 아니었다. 수많은 비의사 노동자들을 착취하고 억압하고 소외시킨 결과이기도 한 것이다.

② 착취(Exploitation)

착취란 “계급 사회에서 생산수단의 소유자가 생산수단을 갖지 않은 직접생산자로부터 그 노동의 성과를 무상으로 취득하는 일”을 뜻한다. 병원은 노동자들이 생산하는 잉여가치를 정당하게 보상하지 않음으로써 노동자들을 착취하고 있었다.

연구 결과에서 드러났듯이, 무급휴가를 강요하는 것과 시간외근무수당 신청을 억제하는 것, 임금 인상률을 최소화하는 조치들은, 모두 노동자들에게 경제적 불이익을 안겨주는 일종의 착취에 해당한다고 볼 수 있다.

또한, 병원은 전공의 이탈 사태에 대응한다면서 노동 강도를 강화하고, 노동 시간을 연장하고, 노동자의 안전 관련 투자 등을 줄이는 조치를 취하였는데, 이는 사실상 노동자의 실질적인 임금을 삭감하는 결과를 낳았다.

경력자를 진료지원 간호사로 차출하면서 그에 맞는 보상을 제공하지 않는 것이나 인력 총원 요구를 외면한 채 점차 재원 환자 수를 늘려 고강도 노동을 강제한 점, 경력직 간호사가 빠져나가 부서 인력의 숙련도가 낮아진 문제를 외면한 채 현장과 동떨어진 기준에 근거로 최소한의 인력만을 할당하는 점 등이 모두 노동자에 대한 착취였다.

한편 병원 노동자들은 감정 노동의 심화와 같은 일종의 ‘정서적 착취’도 당하고 있었다. 전공의 이탈로 발생한 진료 공백으로 불만을 제기하는 환자와 보호자를 응대하는 과정에서 노동자들은 상당한 정신적 스트레스와 감정 소진을 겪을 수밖에 없었다.

또 전공의를 대신해 교수에게 노티하는 과정에서 큰 심적 부담감을 느껴야 했고, 고압적이고 권위적인 태도를 가진 교수와 함께 일해야 하는 진료지원 간호사들의 정신적 고충 역시 상당한 것으로 나타났다.

전공의 집단 이탈 사태에 대한 병원의 대응 방식은 노동자들의 경제적·정서적 착취를 심화하는 결과를 낳았다.

한편 제조 공장과 달리 병원에서는 생산과 소비가 동시에 이뤄진다. 즉, 시간적 지연과 공간적 이동을 허용하지 않으므로 병원 생산체제의 특성은 산출물(보건의료서비스)에 즉각적이고 직접적으로 영향을 미친다.⁹² 연구 결과, 노동자에 대한 착취는 이들이 생산하는 산출물에 부정적 영향을 미침으로써 환자들에게도 큰 고통과 불편을 초래하는 것으로 확인되었다.

③ 소외(Alienation)

소외는 노동자가 자신의 노동과 그 결과로부터 멀어지고, 노동 과정에서 자기 주체성을 잃어버리는 현상을 의미한다. 이는 근대 산업사회에서 노동이 점점 기계적이고 비인격적인 방식으로 조직되면서 발생하는 문제로, 칼 마르크스는 이 개념을 다음과 같이 네 가지 차원에서 설명했다. ‘노동 생산물로부터의 소외’, ‘노동 과정으로부터의 소외’, ‘동료 노동자로부터의 소외’, ‘자기 존재로부터의 소외’가 바로 그것이다.

설문조사와 면담조사 결과에서 확인되었듯이, 병원 노동자들은 ‘일방적 결정과 통보’, ‘불투명한 정보 공개’ 등과 같은 병원의 폐쇄적이고 독단적인 운영 방식으로 인해 노동 과정에서 소외되고 있었다. 전공의 이탈에 따른 업무 재조정을 둘러싼 논의와 의사결정이 이뤄지는 과정에서 노동자들은 철저히 배제되었고 그저 상부의 지시에 따라 변경된 업무를 수행해야 했다.

병원은 의사 직군에게 더 큰 권한과 편의를 제공함으로써 의사와 비의사 노동자 간의 위계적 관계를 강화하였다. 동시에 진료지원 간호사와 병동 간호사 간 업무 분담 지침을 명확하게

⁹² 시민건강연구소. (2018). 전게서.

제시하지 않음으로써 양측이 서로 협력하기보다 대립하고 갈등하는 관계로 나아가도록 조장하고 있었다.

전공의 이탈 사태로 일시적이거나 병상가동률이 감소하자 비로소 제때 밥을 챙겨 먹으며 일할 수 있었고 환자에게 더 좋은 의료서비스를 제공할 수 있는 시간적·정신적 여유를 갖게 되었다는 면담 참여자들의 진술에서 엿볼 수 있듯이, 과중한 업무와 비인격적인 조직 문화에 시달리는 노동자들은 자신의 삶과 건강을 돌볼 여유를 상실한 채 결국 자기 자신으로부터 소외되는 경험을 하고 있었다.

④ 지배(Domination)

병원이 노동자들을 이렇게 여러 측면에서 착취하고 소외시킬 수 있는 것은, 다르게 말하면 지배 관계를 형성하고 있기 때문에 가능하다고 설명할 수 있겠다. 이는 단지 경제적 차원에서 이윤 창출을 극대화하기 위한 의도로 ‘병원 자본’이라는 추상적 실체가 노동자를 통제하고 지배하는 것만으로 설명이 부족하다.

면담 결과에서 드러났듯이 병원은 “귀족”에 가까운 특수한 위상과 권력을 가진 최상위 계급인 의사 집단이 다른 모든 노동자들을 지배하는 위계적 구조로 돌아가고 있다. 아무리 의사가 다른 직원에게 폭언, 하대 등 직장 내 갑질을 자행하더라도 제대로 된 징계를 받지 않을 수 있는 것은, 단지 병원 수입에 큰 기여를 하기 때문만이 아니다.

바로 이들이 병원을 지배하는 세력으로, 때로 병원 내 지침과 규범을 뛰어넘을 수도 있는, 즉 노동자들 위에 군림하는 존재들이기 때문이다. 이러한 구조와 질서는 전공의 집단 이탈 사태 훨씬 이전부터 오랜 기간 지속되고 강화되어 왔다. 일반 간호사들이 진료지원 간호사가 과도한 요구를 할 때 전공의의 경우보다 좀더 불쾌감을 느끼는 이면에는 의사 권력의 지배 논리가 일정 수준 내면화되어 있기 때문으로도 볼 수 있다.

물론 의사 인력이 병원 의료서비스 생산에서 필수불가결한 핵심 역할을 맡고 있으므로 그에 합당한 수준의 권한과 책무가 부여되는 것이 옳다. 다만 이번 연구 결과를 살펴 보더라도 알 수

있듯이, 현재 한국 대학병원에서 특히 의사 교수들은 필요 이상으로 과도하게 집중된 권력을 보유하고 있다고 이해할 수 있다.

예컨대, 오랜 기간 병원에서 일하며 많은 경험과 전문성을 쌓고, 또 조직에 대한 높은 충성심과 헌신도를 가진 간호직 관리자들도 차 단지 의사라는 이유만으로 자신에 대한 임면 권한을 가진 이들의 눈치를 봐야 하는 상황은 공정하다고 보기 어렵다.

즉, 사회문화적 차원에서 볼 때 병원 내 비의사 노동자들은 소위 ‘의사 봉건주의(medical feudalism)’라고 부를 수 있을 만한 케케묵은 지배 구조 속에서 고통을 겪고 있는 현실이다.⁹³

⑤ 저항(Resistance)

노동자의 저항은 자본주의 생산 체제 안에서 자신의 권리를 지키기 위한 필연적 행동이다. 연구 결과, 노동자들은 나름대로 이러한 병원의 이러한 억압적 구조에 맞서는 저항적 실천을 하는 것으로 나타났다.

병원을 퇴사하는 것 역시 원론적 차원에서 볼 때 한 개인이 선택할 수 있는 저항적 실천이지만, 전공의 이탈로 비상경영을 선포하고 인력 감축에 들어간 상황에서는 오히려 병원 자본을 이롭게 만드는 결과를 낳을 수밖에 없다.

병원 노동자들은 자신의 노동권을 보호하기 위한 개인적 실천들로, 예컨대 무급휴가 사용 권고를 따르지 않거나, 의사의 부당한 동의서 업무 지시를 거부하고, 인력 부족 상황을 알리기 위해 적극적으로 시간외근무 수당을 신청하기도 하였다.

또한, 조직적 차원의 실천으로 노동조합은 병원이 무급휴가 사용을 강제하는 것을 막고 진료지원 간호사에게 부당한 업무를 지시하지 않는지 감시하고 견제하는 활동을 펼쳤다.

⁹³ 의사 집단 내에도 전공의와 전문의, 교수, 진료 과장과 진료 처장, 병원장 등으로 이어지는 일련의 위계 질서가 존재하는 것이 사실이다. 이는 간호사 등 다른 직군에도 동일하게 적용되는 문제로서 큰 틀에서 병원 내 민주주의 강화를 위해 함께 해결돼야 할 과제이다.

나아가 병원이 과도한 수익 추구 행태에 함몰되지 않도록 촉구하는 가운데 조직의 비민주적 운영방식 개선과 비정규직과 저임금 노동자의 권리 향상을 주장하는 실천을 전개하였다.

(2) 구조적 요인

자본주의적 병원의 본질적 속성을 고려한다면 병원들은 이 연구에서 확인한 결과보다 더 광범위하고 강력하게 구조조정 조치를 추진할 수도 있었을 것이다. 하지만 앞서 살펴본 바와 같이 노동자들의 조직적 저항이 존재했기 때문에 영리 추구의 경향성이 일정 부분 굴절되고 상쇄되었던 것으로 이해할 수 있다.

또 의사 권력의 영향력도 예상과 빗나간 현상을 만들어내는 구조적 힘으로 작동했다고 볼 수 있다. 면담 결과에서 확인됐듯, 의사 교수들이 도저히 감당할 수 없는 만큼 소진되자 병원은 이윤 극대화를 위해서는 병상 가동률을 더 높여야 함에도 불구하고 교수들의 요구를 수용해 병상 수를 줄이는 결정을 내리기도 하였다.

아울러 함께 주목해야 할 점은, 국립대병원에 비해 사립대병원에서 사측의 영리 추구 행태가 더 노골적으로 나타났다는 사실이다. 동시에 노동조합에 대한 적대적 태도 역시 강했다. 세 병원 중 유일하게 재정 흑자를 기록했음에도 말이다.

국립대병원은 공공기관이지만 독립 법인으로서 자체 수익을 통해 운영되고 있다. 정부의 지원금도 있지만 미미한 수준이라는 점에서, 병원 경영이 악화되면 대출을 받아 직원 인건비를 지급해야 할 처지에 놓일 수도 있다. 따라서 명색이 국립대병원일 뿐 사립 병원들과의 치열한 시장 경쟁 속에서 수익 창출에 주력하려는 동기를 가진다고 이해하는 것이 타당하다.

하지만 그럼에도 불구하고 이번 연구 결과는 병원 소유와 운영 주체가 ‘민간’이 아니라는 점 하나만으로도 전공의 집단 이탈에 대응하는 전략과 행태에 있어서 유의미한 차이가 존재할 수 있다는 사실을 보여주었다. 교육부와 복지부의 감독을 받으며 공공병원으로서 일정한 역할 수행을 요구 받는 국립대병원이 이러한 위기 상황에서 사립대병원보다 더 노동자 권리와 환자 안전을 지키는 데 유리하다는 것을 시사하는 결과인 것이다.

또 이번 사태에서 병원의 이윤 추구 경향성을 굴절시키는 구조적 요인으로 지역의료불평등 문제가 자리하고 있었다. 비수도권 소재 병원일수록 전공의와 교수 등 의사 인력 수급이 어려운 상황이다.

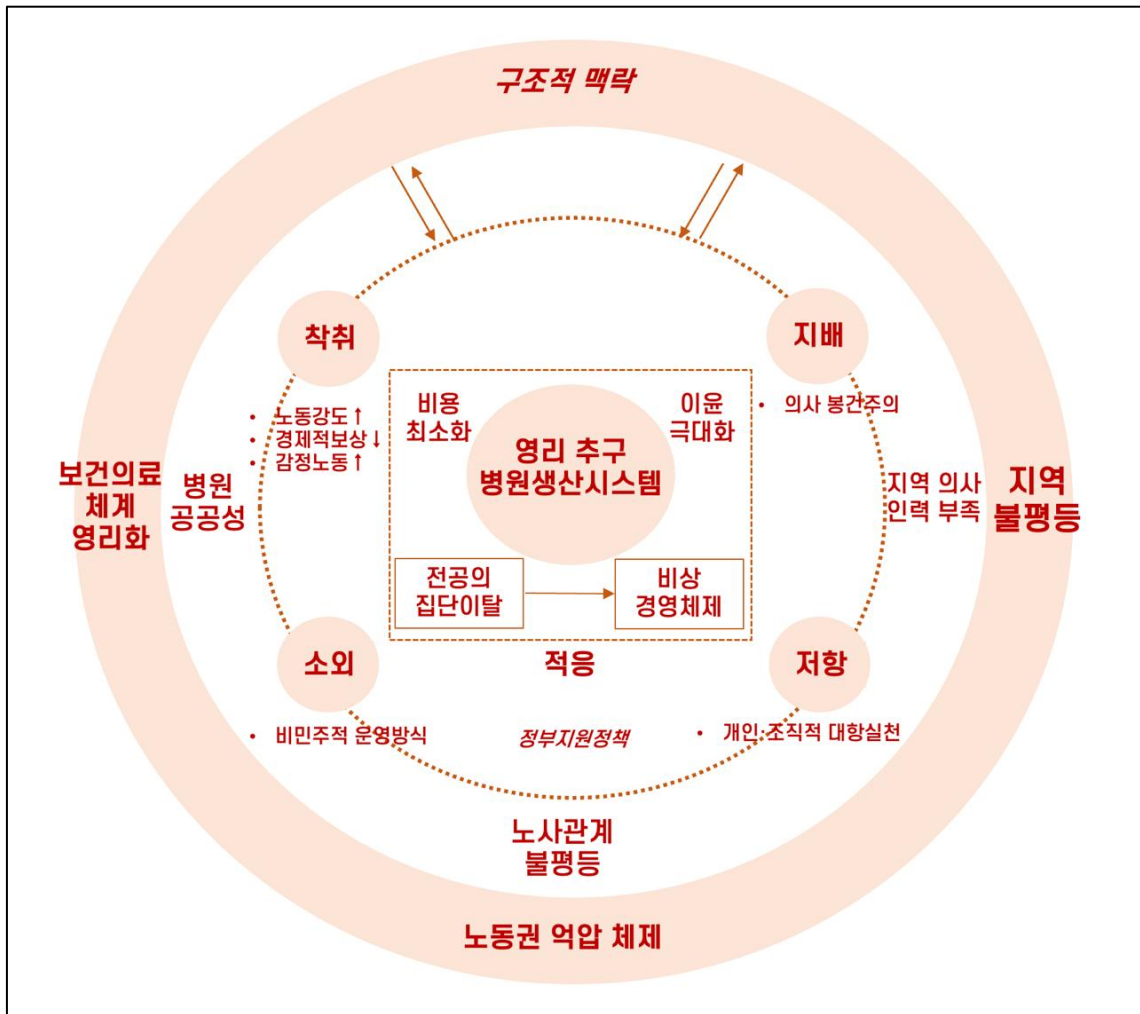
하지만 이 역시 병원의 소유권 주체에 따라 상이한 결과로 나타났는데, C병원은 흑자 재정을 기록하고 있음에도 수도권 병원들로 환자가 유출되는 문제를 거론하며 위기감을 강조하고 비상경영 조치들을 정당화하고자 하였다.

B병원은 이탈 사태 이전부터 간호사들이 이미 전공의 업무의 많은 부분을 대신 수행하고 있었다. 이는 이탈 사태에 따른 비상경영 조치가 상대적으로 강력하지 않았던 이유 중 하나다. B병원의 경영진은 연구진과의 면담에서 이를 두고 “우리는 매를 먼저 맞았다”고 표현하기도 하였다.

하지만 B병원은 현재 갈수록 벌어지는 민간 의료기관과의 인건비 격차로 의사 인력 유출이 심각한 상황에 봉착해 있다. 이러한 비수도권에 소재한 국립대병원이 가진 구조적 한계는 결국 병원 노동자들에게 더 큰 부담을 전가하는 결과로 이어질 우려가 크다.

끝으로, 정부의 재정 지원 측면도 고려되어야 한다. C병원 역시 진료 실적 자체만 놓고 보면 손실이 발생했다. 하지만 ‘중증진료체계 강화 시범사업’을 통한 지원금 덕분에 흑자로 전환할 수 있었다. 다른 두 병원 역시 정부의 비상진료지원 대책에 따른 경제적 지원이 없었다면 더 큰 경영 위기를 겪으면서 어쩌면 노동자에게 더 가혹한 조치들을 단행했을 수 있다.

물론 정부는 이러한 재정 지원에 있어서 국비가 아닌 건강보험 재정을 투입하였다. 경영난이 심화된 병원으로서는 이전보다 더 정부 방침에 민감하게 반응하며 이를 좇아 운영을 전환할 공산이 크다. ‘상급종합병원 구조전환 지원사업’의 일환으로 국립대병원들 역시 민간 병원과 똑같이 일반 병상을 줄이고 있는 상황이다. 이것이 전체 보건의료의 공공성 측면에서 어떤 파장을 낳을지에 대한 세밀한 검토가 미흡한 채로 말이다.



〈그림 9〉 전공의 집단 이탈로 드러난 병원 생산시스템

(3) 연구 의의와 한계

이 연구는 전공의 집단 이탈 사태가 진행 중인 상황에서 이뤄졌다는 점에서 시의성 측면에서 장점을 가진다. 아울러 그동안 간호사를 비롯해 병원 현장 노동자들의 업무 실태에 관한 조사 연구가 수행된 바 있지만, 이 연구와 같이 보다 구조적 차원에서 위기 상황에 드러난 병원 생산시스템의 영리추구적 속성에 초점을 맞추고 이를 규명하고자 수행된 연구는 전무했다는 점에서 학술적, 실천적 측면에서 의의가 작지 않다고 평가할 수 있을 것이다.

다만 전공의 업무 공백의 대체 인력으로 간호사가 투입됐다는 점에서 병원 내 다양한 직군들의 경험을 균형 있게 조사하고 검토하지 못한 점은 아쉬운 대목이다. 전술한 바와 같이 의사를 정점에 둔 위계적 구조의 하단에 자리하고 있는 더 열악한 직종의 노동자일수록 간호사와는 다른 양상으로 고통을 경험했을 것으로 보인다. 이 문제와 관련하여 향후 추가적 연구가 수행될 수 있기를 기대한다.

또한, 면담참여자의 진술을 뒷받침할 수 있는 정보 수집이 미흡한 점도 이 연구의 또 다른 한계로 볼 수 있다. 국회의원실을 통해 국립대병원의 재정 손실 상황에 관한 정보가 공개된 바 있지만, 아직 2024년 손익계산서와 재무상태표가 공시되기 전 상황으로 전공의 이탈 사태의 여파로 병원 재정 상황이 구체적으로 어떻게 변화되었는지 객관적으로 파악하기 어려운 측면이 있었다. 병상가동률 정보나 진료지원 간호사 총원 현황 등에 관한 정보도 접근하는 데 한계가 있었지만, 노동조합의 협조를 통해 대략적인 현황을 파악할 수 있었다.

아울러 여전히 (2025년 3월 말 기준으로) 의정대립 국면이 계속되는 가운데 이 연구를 위한 조사가 수행된 시점 이후로도 병원 현장 상황이 계속 변동하고 있다. 따라서 이 연구에서 다룬 일부 문제들의 양상도 유의미하게 바뀌었을 수 있다. 하지만 이 연구는 단순한 실태 조사가 아니라 병원이 위기 상황에서 노동자들을 착취하고 억압하는 메커니즘을 밝히는 데 중점을 두었다는 점에서 이것이 이 연구의 주된 한계는 아닐 것이다.

다만, 연구 결과의 일반화 가능성 측면에서 A병원에 견줄 수 있는 수도권 소재 대형 사립대병원을 대상으로도 조사와 연구가 이뤄졌다면, 지역과 공적 성격의 차이에 따른 병원 생산시스템의 차이에 대한 비교 분석이 한층 더 정교해질 수 있었을 것이다. 또한, 이 연구는 전공의 이탈이 촉발한 변화를 살피기 위해 대학수련병원으로 연구 범위를 국한했지만, 한국 병원생산시스템을 총체적으로 균형 있게 파악하고 이해하기 위해서는 비수련병원들에 대한 조사와 연구도 포함될 필요가 있다. 이 문제 역시 향후 연구 과제로 남겨둔다.

5.2. 정책 제언

이 연구는 병원의 생산시스템이 노동자와 환자의 건강과 안전보다 영리 추구를 우선한다는 사실을 전공의 집단 이탈 사태에 대응하는 병원의 전략과 행태, 그리고 그것이 노동자와 환자에게 미치는 부정적 영향을 조사함으로써 밝히고자 하였다. 아울러 연구를 통해 확인된 사실은 병원 내 민주주의를 강화하는 것이 단지 노동권 보호뿐만 아니라 환자의 안전과 의료의 질 제고에 있어서도 매우 중요한 과제라는 사실이다.

즉, 이 연구 결과는 병원 조직의 민주주의 강화가 단지 노동자의 이해관계에 그치지 않고 이 병원을 찾는 모든 이들에게 유익하다는 점을 시사하고 있다. 따라서 공적 개입과 통제의 가능성이 있는 국립대병원 차원에서부터 먼저 기존의 의사 중심의 폐쇄적·위계적 의사결정 구조와 운영체계를 바꾸기 위한 법·제도적 노력이 이뤄질 필요가 있다. 이를 위해 사측의 일방 통행을 견제할 수 있는 수준의 실효성 있는 ‘노동이사제’ 도입을 의무화하는 방안이나 혹은 병원장을 내부 구성원이 직접 투표로 뽑는 ‘병원장 선출 직선제’를 도입하는 방안을 검토할 수 있을 것이다.

한편 이 연구 결과는 병원 노동자의 관점에서 볼 때 왜 국립대병원이 사립대병원보다 나은지 보여주고 있다. 즉, 이 연구를 통해 다시금 드러난 국립대병원과 사립대병원의 공공성의 차이를 근거로 삼아 국립대병원에 대한 지원 확대와 공적 역할 강화, 나아가 공공병원 확충의 필요성을 주장할 수 있을 것이다. 노동자를 쥐어짜는 구조 속에서 인간다운 의료가 실현될 수 없다는 점을 환기시키며, 지역 주민의 건강권 보장 차원과 더불어 노동자 권리가 보장되는 지역 병원은 공공 병원을 통해 실현 가능하다는 점을 강조하는 전략을 활용해 볼 수 있을 것이다.

사립대병원의 경우 사적 영역에 포함돼 있기 때문에 이러한 급진적 정책 도입이 현실적으로 쉽지 않다. 다만 정부가 활용할 수 있는 재정적 정책 수단을 통해 이들 병원의 과도한 영리 추구 행태를 억누르고 보다 의료 공공성 측면에 초점을 맞춘 운영을 하도록 유인하는 방안을 강구하고 시도해 볼 수 있을 것이다. 물론 이때에도 관건은 정부가 공공성 강화를 위해 얼마만큼 재원을 투입하는지에 달려 있을 것이다.

끝으로, 이 연구 수행 과정에서 이뤄진 면담 내용을 참고하여 노동조합의 운동 방향성과 전략과 관련하여 다음 몇 가지 제언이 가능할 것 같다.

현재 병원 지배 구조 속에서는 노동조합의 영향력을 제한적일 수밖에 없다. 하지만 이번 전공의 이탈 사태에서 보여주었듯이 각 병원의 노동조합은 이에 굴하지 않고 현실에서 할 수 있는 모든 수단과 자원을 동원해 사측의 부조리를 밝히고 독주를 견제하는 역할을 수행하였고 나름 일정한 성과를 거두기도 하였다.

노동조합이 이러한 ‘힘’을 어떻게 키울 수 있을 것인지와 관련하여 A병원 사례를 참고할 수 있을 것 같다. 노동조합 간부 수는 법적 기준에 따라 결정되는데, 현재 A병원의 경우 조합원 수에 따라 병원이 임금을 지급하는 근로시간 면제자 6명과, 조합비로 인건비를 충당하는 전임자는 4명, 이렇게 총 10명이 간부로 활동하고 있다. A병원 노동조합이 소속된 상부 노동조합은 통상임금 1%의 조합비로 공제하고 있다. 그런데 지난 이명박 정부 시기에 노조법 개정으로 전임자 수가 줄어들게 되자 A병원 노동조합은 활동의 위축을 방지하기 위해 조합비를 더 걷기로 대의원 선거를 통해 결의하였다. 그래서 조합원에게 무급 전임자 임금 기금으로 0.6% 추가하여 총 1.6% 공제하고 있다.

노동조합 간부가 많을수록 그만큼 조직의 활동력도 강화될 여지가 크다. 이 간부들은 적으면 3~4명, 많으면 10명으로 소규모 조합원 간담회를 자투리 시간을 활용해 진행하고 있다. 아무래도 100명 단위로 묶어서 진행하는 간담회에 비해 많은 시간과 에너지가 투입될 수밖에 없지만, 이런 밀접한 접촉과 소통을 통해 조합원 사이에 눈높이가 맞춰지고 동일한 생각이 공유되는 효과를 거두고 있었다. 저녁과 야간 근무자를 위해 새벽 시간에도 간담회를 진행하기도 하는데, 이렇게 간부 6~7명이 4~6주 동안 대략 천명과 만나고 있다.

또한, 현재 80~100명 규모인 대의원들의 활동력 역시 높은 수준을 보이고 있었다. 이를 위해 노동조합은 대의원 대회를 연 최소 12회 진행하고 있는데, 이 자리에서 조직 사업(소모임)의 성과 공유와 친목, 교육, 토론이 이뤄진다. 이렇게 대의원들은 정기적으로 노동조합의 활동 원칙을 배우고 현장으로 돌아가 곳곳에서 주요한 역할을 수행하고 있다. 이 때문에 사측의

잘못된 정책에 맞서는 노동조합의 원칙적 대응이 조합원들 사이에서 쉽게 동의와 지지를 얻는 것으로 볼 수 있다. 아울러 조합원들의 교섭 참관율도 높은 편이다.

병원마다 상황과 여건이 천차만별이기 때문에 이러한 수준의 활동이 모든 병원에서 적용될 수 있으리라고 낙관하기 어렵다. 다만 내부로부터 이러한 단결력과 조직력이 뒷받침되지 않으면 노동조합은 사측을 상대로 한 싸움에서 번번이 밀릴 수밖에 없다. 하지만 이는 곧 병원 운영이 더 반노동적이고 이윤추구적으로 바뀔 수밖에 없음을 뜻한다는 점에서 피해 갈 수 없는 시급한 과제가 분명하다.

한편 이러한 풀뿌리 조직화 실천이 중요한 까닭은 직종 간에 엇갈리는 이해관계를 조율할 수 있는 노동조합의 역량을 강화하는 토대가 되기 때문이다. 이번 연구를 수행하는 과정에서 확인된 사실은, 의사와 비의사 노동자뿐 아니라 보건직과 간호직, 면허를 가진 의료인과 비의료인 간의 이해관계가 상충될 위험이 낮지 않다는 사실이다. 실제로 이와 관련된 노동조합의 태도와 요구안에 실망한 특정 직군의 조합원이 대거 이탈하는 일이 발생하기도 하였다. C병원과 같이 반노동적 성향이 강한 사측일수록 이러한 허점을 파고들어 노동자들 간 갈라치기 전략을 구사할 것이라는 점에서 이 문제에 대한 보다 깊은 고민과 논의가 필요할 것이다.

마지막으로, 비록 이 연구에서는 포착되지 않았지만, 오늘날 병원 자본은 어떻게든 인간 노동을 기계로 대체하거나 디지털화하기 위해 많은 투자와 과감한 실험을 시도하고 있다. 병원의 특성인 노동집약적 시스템의 근간을 흔들 수 있는 변화가 진행 중인 가운데 이 문제와 관련해 노동조합이 어떤 입장과 전략을 택할 것인지에 대해 치열한 논의와 모색이 필요할 것으로 보인다. 병동 간호사 인력을 줄이고 인공지능 모니터링 시스템이 대체하는 것이 환자들에 대한 돌봄과 의료 서비스 질에 구체적으로 어떤 영향을 미치는지 면밀히 살펴보고 이에 대응하는 논리와 근거를 쌓는 노력이 필요하다. 이를 통해 병원 노동자와 환자의 관점에서 가장 최선의 의료 행위가 가능한 적정 인력 기준이 무엇인지 선제적으로 제시할 필요가 있다.

참고문헌

- 김혜원. (2011). 한국의 사회적기업 지원정책의 개선 방안 연구: 일자리창출 중심의 지원에 대한 비판을 중심으로. 한국사회정책, 18(1), 209-238.
- 시민건강연구소, (2018). “[서리풀논평] 의료 ‘공장’이 ‘생산’하는 방법”, 2018년 3월 5일자.
- 신영석 외. (2022). 보건의료인력 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 양종현 & 이정우. (2014). 대학병원의 의료외수익에 관한 연구. 보건의료산업학회지, 8(2), 1-10.
- 오영호, 신호성, 이상영, & 김진현. (2007). 보건의료 인력자원의 지역별 분포의 적정성과 정책과제. 한국보건사회연구원 연구보고서.
- 이용균. 의학신문. (2022). “병원의 경영분석”. 2022년 7월 4일.
- Adam, M. B., Muma, S., Modi, J. A., et al. (2018). Paediatric and obstetric outcomes at a faith-based hospital during the 100-day public sector physician strike in Kenya. BMJ Global Health, 3(2), e000665.
- Aggarwal, S., Yadav, R., Singh, H., Sharma, A., & Sharma, V. (2012). Analysis of physicians' strikes and their impact. Indian Journal of Medical Ethics, 9(3), 217-218.
- Ahuja, N. K. (2012). Fordism in the hospital: Albert Kahn and the design of old main, 1917-25. Journal of the history of medicine and allied sciences, 67(3), 398-427.
- Akinyemi, O., & Atilola, O. (2013). Nigerian resident doctors on strike: Insights from and policy implications of job satisfaction among resident doctors in a Nigerian teaching hospital. The International Journal of Health Planning and Management, 28(1), e46-e61.

Alexandra Bradbury, "Don't 'Lean' on Me, Hospital Workers Say", Labornotes, 2013.8.15.

Aro, S., & Hosia, P. (1987). Effects of a doctors' strike on primary care utilization in Varkaus, Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 5(4), 245-251.

Bhuiyan, M. M. Z. U., & Machowski, A. (2012). Impact of 20-day strike in Polokwane Hospital (18 August - 6 September 2010). *South African Medical Journal*, 102(9), 755-756.

Catalyst, N. E. J. M. (2018). What is lean healthcare?. *NEJM Catalyst*, 4(2).

Crocker, K., Cramer, B., & Hutchinson, J. M. (2007). Antibiotic availability and the prevalence of pediatric pneumonia during a physicians' strike. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*, 18(3), 189-192.

Daga, S. R., & Shende, S. R. (1999). Neonatal care during a residents' strike. *Tropical Doctor*, 29(2), 73-75.

Dierssen, T., Farinas-Alvarez, C., Llorca, J., Antolin, F. M., & Delgado-Rodriguez, M. (1997). Risk of nosocomial infection during a 50-day surgeon strike. *Journal of Hospital Infection*, 36(3), 241-243.

Essex, R., Ahmed, S., Elliott, H., Lakika, D., Mackenzie, L., & Weldon, S. M. (2023). The impact of strike action on healthcare delivery: A scoping review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 38(3), 599-627.

Furnivall, D., Bottle, A., & Aylin, P. (2018). Retrospective analysis of the national impact of industrial action by English junior doctors in 2016. *BMJ Open*, 8(1), e019319.

Gainty, C. (2025). *The Product of Medicine: How Efficiency Made American Health Care*. Duke University Press.

Griffiths, P., O'Mahony, K., & Wilson, P. (2017). An analysis of patient outcomes during industrial action resulting from the junior doctors' contract dispute 2016: A district general hospital perspective. *Future Healthcare Journal*, 4(Suppl 2), s1.

Hartzband, P., & Groopman, J. (2016). Medical taylorism. *New England Journal of Medicine*, 374(2), 106-108.

Harvey, M., Al Shaar, M., Cave, G., Wallace, M., & Brydon, P. (2008). Correlation of physician seniority with increased emergency department efficiency during a resident doctors' strike. *New Zealand Medical Journal*, 121(1272), 59-68.

Iyengar, K. P., Jain, V. K., & Vaishya, R. (2022). Medical doctors in India are on strike: A moral and national conundrum. *Postgraduate Medical Journal*, 98(1158), 313-314.

Jensen, G. A., & Morrissey, M. A. (1986). The role of physicians in hospital production. *The Review of Economics and Statistics*, 68(3), 432-442.

Kaguthi, G. K., Nduba, V., & Adam, M. B. (2020). The impact of the nurses', doctors' and clinical officer strikes on mortality in four health facilities in Kenya. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-10.

Lewis, P. J., & Tully, M. P. (2009). Uncomfortable prescribing decisions in hospitals: The impact of teamwork. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(11), 481-488.

Mahajan, A., Islam, S. D., Schwartz, M. J., & Cannesson, M. (2017). A hospital is not just a factory, but a complex adaptive system—implications for perioperative care. *Anesthesia & Analgesia*, 125(1), 333-341.

Moraros, J., Lemstra, M., & Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: do they actually work? A systematic literature review. *International journal for quality in health care*, 28(2), 150-165.

O'Donnell, M. (1995). Empowerment or enslavement?: lean production, immigrant women and service work in public hospitals. *Labour & Industry: a journal of the social and economic relations of work*, 6(3), 73-94.

OECD. (2012). *OECD reviews of health care quality: Korea - Raising standards*. OECD Publishing.

Rees, G.H. (2011). "Lean thinking in New Zealand emergency departments", master of commerce, University of Otago, Dunedin.

Ruiz, M., Bottle, A., & Aylin, P. (2013). A retrospective study on the impact of the doctors' strike in England on 21 June 2012. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(9), 362-369.

Salazar, A., Corbella, X., & Onaga, H., et al. (2001). Impact of a resident strike on emergency department quality indicators at an urban teaching hospital. *Academic Emergency Medicine*, 8(8), 804-808.

Saskatchewan Union of Nurses (2014). "Lean healthcare 2014 member survey", Praxis Analytics, Regina.

Scanlon, M. L., Maldonado, L. Y., Ikemeri, J. E., et al. (2021). A retrospective study of the impact of health worker strikes on maternal and child health care utilization in western Kenya. *BMC Health Services Research*, 21(1), 898.

Slater, P. E., Ellencweig, A. Y., Bar-Tur, O., Ben-Tuvia, M., & Ginat, T. (1984). Patterns of emergency department use during the Israel doctors' strike. *Journal of Emergency Medicine*, 2(2), 111-116.

Spencer, L., Ritchie, J., & O'Connor, W. (2003). Analysis: Practices, principles and processes. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (pp. 199-218). Sage.

Stanton, P., Gough, R., Ballardie, R., Bartram, T., Bamber, G. J., & Sohal, A. (2014). Implementing lean management/Six Sigma in hospitals: beyond empowerment or work intensification? *The International Journal of Human Resource Management*, 25(21), 2926-2940.

Thangarajoo, Y., & Smith, A. (2015). Lean thinking: An overview. *Industrial Engineering & Management*, 4(2), 2169-0316.

Weed, J. (2010). Factory efficiency comes to the hospital. *The New York Times*.

Weil, L. G., Nun, G. B., & McKee, M. (2013). Recent physician strike in Israel: A health system under stress? *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(1), 1-11.

Willis, E. (2005). The hidden traps in multi-tasking: The experience of work intensification for personal service attendants in the healthcare sector. *Reworking*, 565.

Zepeda-Lugo, C., Tlapa, D., Baez-Lopez, Y., Limon-Romero, J., Ontiveros, S., Perez-Sanchez, A., & Tortorella, G. (2020). Assessing the impact of lean healthcare on inpatient care: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(15), 5609.

[부록1] 간호직 설문지 문항

간호직

전공의 집단 이탈로 드러난 병원 생산시스템 문제점 규명을 위한 실태조사

2024년 2월 정부의 의대 정원 확대 계획에 반발하며 전공의들이 집단적으로 사직서를 제출하며 진료 현장을 이탈하였습니다. 전공의 집단 이탈 사태가 장기화되면서 수술 및 입원이 대폭 축소되어 환자의 건강은 위협받고 있으며, 병원은 경영난을 이유로 보건의료인력에게 무급휴가를 권고하는 등의 구조조정을 시도하고 있습니다.

이에 의료연대본부에서는 전공의 집단 이탈 사태가 초래한 보건의료노동자들의 노동 환경 변화의 실태를 파악하기 위한 설문조사를 실시하고자 합니다.

응답해 주신 모든 내용은 개인정보보호법 제 3조 및 제 15조에 따라 비공개 원칙이 준수되어 활용될 것입니다.

바쁘시더라도 잠시 시간을 내주셔서 답변하여 주시면 감사하겠습니다.

연구조사 수행기관: 시민건강연구소
(전화: 02-535-1848 이메일: seongsik@health.re.kr)



I. 기본정보

문1) 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 여성 ② 남성 ③ 기타: _____

문2) 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?

- ① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60대 이상

문3) 귀하의 최종학력은 어떻게 되십니까?

- ① 중학교 졸업 이하 ② 고등학교 졸업 ③ 대학 졸업
④ 대학원 재학 중 ⑤ 대학원 졸업

문4) 귀하의 고용유형은 어떻게 되십니까?

- ① 정규직 ② 무기계약직 ③ 계약직, 임시직
④ 단시간(주15시간 미만)근무, 파트타임 ⑤ 파견, 용역, 하청

간호직

문5) 귀하가 재직하고 있는 병원의 지역은 어디입니까?

- | | | | |
|------|------|------|------|
| ① 서울 | ② 부산 | ③ 대구 | ④ 인천 |
| ⑤ 광주 | ⑥ 대전 | ⑦ 울산 | ⑧ 경기 |
| ⑨ 강원 | ⑩ 충북 | ⑪ 충남 | ⑫ 전북 |
| ⑬ 전남 | ⑭ 경북 | ⑮ 경남 | ⑯ 제주 |
| ⑰ 세종 | | | |

문6) 귀하가 재직하고 있는 병원에서 근무한 기간은 어떻게 되십니까?

- ① 1년 미만 ② 1년 이상 ~ 3년 미만 ③ 3년 이상 ~ 6년 미만
④ 6년 이상 ~ 9년 미만 ⑤ 9년 이상

문7) 현재 귀하의 직책은 무엇입니까? (중복 응답 가능)

- ① 전문간호사 ② 진료지원업무를 전담으로 수행하는 간호사
③ 일반간호사 ④ 기타: _____

[간호사 구분(기준) 설명]

- 전문간호사: 의료법 제78조에 따른 전문간호자격 소지 간호사
- 진료지원업무를 전담하여 수행하는 간호사: 의료공백 관련 「간호사 업무 관련 시범사업」 시행 전/후 진료지원업무를 전담으로 수행하는 간호사(단, 간호사 면허범위 내 업무를 전담하여 수행하는 간호사 (예: 교육전담간호사, IV전담간호사, NST전담간호사, 당뇨교육전담간호사 등)는 제외)
- 일반간호사: 전문간호사와 진료지원업무를 전담하여 수행하는 간호사에 포함되지 않고 환자 간호업무를 담당하는 간호사

문8) 현재 귀하의 근무부서는 어떻게 되십니까? (중복 응답 가능)

- ① 병동 ② 외래 ③ 응급실 ④ 중환자실
⑤ 검사실 ⑥ 수술실 ⑦ 기타: _____

문9) 귀하의 관리부서(소속 부서)는 어디입니까?

- ① 간호부 ② 진료부 ③ 기타: _____

문10) 귀하의 현재 근무형태는 어떻게 되십니까?

- ① 통상근무 ② 교대근무(3교대) ③ 교대근무(2교대)
④ 야간근무 전담 ⑤ 기타: _____

II. 노동조건

문11) 귀하는 다음에 해당하는 업무를 수행한 적이 있는지 √표 해 주십시오. 전공의 집단 이탈 사태 이전과 이후 각각 해당 사항에 √표 해 주십시오.

		전공의 집단 이탈 이전	전공의 집단 이탈 이후
검사	A-line을 통한 동맥혈 채취		
	검체 나누기		
	골수천자		
	복수천자		
	TTA(Trans Tracheal Aspiration)		
치료 및 처치	복합드레싱(catheter, tube, 수술 부위 드레싱)		
	봉합(Stapler 이용한 봉합)		
	발사(Stitch Out)		
	각종 Catheter 제거(CVC, PICC)		
	C-line제거		
	PICC 삽입		
	중심정맥관 삽입		
	Tracheostomy tube 드레싱		
	T-tube 발관 및 교체		
	감염 욕창 드레싱, 흡인 드레싱(curavac)		
중환자 관리	기관 발관		
처방 및 기록	전문의약품 처방		
	위임된 검사·약물 처방, 프로토콜 하 검사·약물 처방		
	진료기록 초안 작성		
	진단서 초안 작성		
환자 평가/교육	중증환자 검사를 위한 이송 모니터링 담당		

간호직

문12) 전공의 집단 이탈 사태(2024년 2월) 이후 귀하가 수행하던 업무와 관련하여 다음 각각은 얼마나 변화가 있었습니까?

	매우 감소함	감소함	변화 없음	증가함	매우 증가함
	1	2	3	4	5
① 간호사 1인당 담당하는 환자 수					
② 환자 중증도					
③ 초과 근무(시간 외 근무)					
④ 근무 시 식사를 거른 날(휴게 불가)					
⑤ 근무 조별(Day/Evening/Night) 간호사 수					
⑥ 지원 인력(운영기능직, 환자 이송, 환경 유지직 등)					
⑦ 간호사 업무 범위를 벗어난 추가 업무					
⑧ 환자 감소 등으로 인한 응급 OFF 및 연차 사용					
⑨ 외래·입원·수술의 축소와 관련한 환자 응대					
⑩ 의사 ID를 이용한 대리 처방					

☞ 문12) ③ 초과 근무(시간 외 근무)와 ④ 근무 시 식사를 거른 날(휴게 불가)이 '증가함' 또는 '매우 증가함'이라고 응답한 경우만 응답해 주십시오.

문13) 전공의 집단 이탈 사태(2024년 2월) 이후 초과 근무(시간 외 근무) 또는 근무 시 식사를 거른 날(휴게 불가)이 증가한 이유는 무엇입니까? 주요한 순서대로 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 간호사 1인당 담당하는 환자 수
- ② 환자 중증도의 증가
- ③ 간호사 업무 범위를 벗어난 추가 업무 수행
- ④ 근무 조별 간호사 수 감소
- ⑤ 지원 인력(운영기능직, 환자 이송직, 환경 유지직 등)의 감소
- ⑥ 기타: _____

간호직

문14) 귀하는 전공의 집단 이탈 사태(2024년 2월) 이후 무급휴가를 사용하였습니까?

1. 예 → 문15) 이동 2. 아니오 → 문18) 이동

☞ 문14)에 ① 예라고 응답한 경우만 응답해 주십시오.

문15) 무급휴가 기간은 며칠이었습니까?

()일

문16) 무급휴가를 사용하게 된 계기는 무엇이었습니까?

- ① 자율적 사용 → 문17) 이동
② 비자발적 사용 → 문18) 이동
③ 기타: _____

☞ 문16)에 ① 자율적 사용이라고 응답한 경우만 응답해 주십시오.

문17) 자율적으로 무급휴가를 사용하게 된 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 전공의 이탈로 과중된 업무 부담에서 벗어나고 싶어서
② 무급휴가를 근속기간으로 산정해 주어서
③ 재충전의 시간으로 활용할 수 있어서
④ 가족 돌봄을 위한 시간이 필요해서
⑤ 기타: _____

문18) 귀하는 본인의 무급휴가뿐만 아니라 동료의 무급휴가 사용을 포함하여 무급휴가와 관련하여 어려움을 겪고 있습니까?

- ① 예 → 문19)이동 ② 아니오 → 문20)이동

간호직

☞ 문18)에 ① 예라고 응답한 경우만 응답해 주십시오.

문19) 무급휴가와 관련하여 가장 큰 어려움은 무엇입니까? 어려운 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 근무조별 근무 인원 감소로 인한 업무 과중
- ② 급여 감소로 인한 경제적 어려움
- ③ 무급휴가 거절 시 인사상 불이익(파견근무 및 부서 이동 조치 등)에 대한 두려움
- ④ 무급휴가 사용과 관련하여 눈치 주기, 따돌림 등 조직/부서 내에서 인간적인 괴롭힘에 대한 두려움
- ⑤ 기타 : _____

문20) 전공의 집단 이탈 사태가 초래한 근무 여건 중 어떤 것이 귀하에게 가장 심각합니까? 심각한 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 업무량 증가
- ② 근무 시간 증가(초과근무, 휴게불가 등)
- ③ 간호사 업무 범위를 벗어난 업무 수행
- ④ 갑작스러운 부서 이동 및 배치에 대한 두려움
- ⑤ 병원의 경영악화로 인한 고용 불안
- ⑥ 무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등으로 인한 실질 임금 감소
- ⑦ 기타: _____
- ⑧ 해당 없음

문21) 전공의 집단 이탈 사태 이전과 비교하여 노동조건(업무량, 업무 범위, 근무 시간 등)의 변화에 대하여 기타 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

간호직

문22) 귀하는 전공의 집단 이탈 사태로 어느 정도의 스트레스를 경험하고 있습니까? 귀하 상태와 가장 가까운 지점에 표시하여 주십시오. [척도]

거의 스트레스 받지 않는다	보통			매우 스트레스 받는다
1	2	3	4	5

문23) 아래 문항을 잘 읽으신 후, 지난 2주일간 귀하께서 느끼시고 행동하신 것을 가장 잘 나타낸다고 생각되는 곳에 표시하십시오.

	전혀 그런 적 없음	며칠 동안	일주일 이상	거의 매일
	0	1	2	3
일을 할 때 흥미나 즐거움을 느끼지 못함				
가라앉고, 울적하고, 무기력한 느낌				
잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남 혹은 너무 많이 잠				
피곤감, 기력이 저하됨				
식욕 저하 혹은 과식				
내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌				
신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움				
남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림				
나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 자신을 해칠 것이라 생각함				

문24) 전공의 집단 이탈 사태 이후 새롭게 발생했거나 악화된 건강 상의 문제가 있다면 선택해 주십시오. (중복응답 가능)

- | | | |
|-----------|----------|--------------|
| ① 수면 장애 | ② 위장관 질환 | ③ 불안 장애, 우울증 |
| ④ 근골격계 질환 | ⑤ 고혈압 | ⑥ 당뇨 |
| ⑦ 심뇌혈관질환 | ⑧ 없음 | ⑨ 기타: _____ |

간호직

문25) 전공의 집단 이탈 사태 이후 귀하에게 해당하는 건강 습관 및 행동의 변화를 골라주십시오. (중복응답 가능)

- ① 불규칙한 식사
- ② 신체활동 감소
- ③ 흡연량 증가
- ④ 음주량 또는 음주 빈도 증가
- ⑤ 없음
- ⑥ 기타: _____

Ⅲ. 조직 운영

문26) 전공의 집단 이탈 사태 이후 전공의가 수행하던 업무조정과 관련하여 질문드리겠습니다. 해당 사항에 √표 해 주십시오.

	전혀 아니다	아니다	보통	그렇다	매우 그렇다
	1	2	3	4	5
① 부서 및 직종 간 업무 구분이 체계적이다.					
② 나는 나의 업무 범위를 정확히 알고 있다.					
③ 나는 내가 담당하는 업무 범위가 적절하다고 생각한다.					
④ 나의 권한과 책임을 벗어난 타 직종의 업무를 수행해야 한다.					
⑤ 나는 나의 업무 범위가 확대되는데 긍정적이다.					
⑥ 업무조정위원회 구성은 적절하였다.					
⑦ 업무조정 결정 과정은 민주적이었다.					
⑧ 업무조정 결과는 투명하게 공유되었다.					

문27) 전공의 집단 이탈 사태 이후 업무조정과 관련하여 기타 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

간호직

문28) 귀하는 전공의 집단 이탈 사태 이후 조직 운영과 관련하여 다음 각각에 대하여 어떻게 평가 하십니까? 귀하께서는 아래에 얼마나 동의하거나 동의하지 않으십니까? 해당 사항에 √표 해 주십시오.

	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의 한다	매우 동의한다
	1	2	3	4	5
① 조직 구성원 간에 병원의 재정 상황과 운영 계획에 대한 정보가 투명하게 공유되고 있다.					
② 병원은 비상경영과 관련하여 다양한 직역의 의견을 청취하기 위하여 노력하고 있다.					
③ 비상경영과 관련한 의사결정과정에 병원 노동자의 의견이 잘 반영되고 있다.					
④ 정부의 「간호사 업무관련 시범사업」의 지원금은 공정하게 배분되고 있다.					
⑤ 전공의 집단 이탈로 인한 손실과 업무가 다른 보건의료 직역 노동자에게 부당하게 전가되고 있다.					

문29) 귀하는 평등한 노사관계 확립과 병원 조직의 민주적 운영을 위하여 어떤 점이 개선되어야 한다고 생각하십니까? 주요한 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위:_____ 2순위:_____

- ① 병원 주요 의사결정기구(이사회, 운영위원회 등)에 대한 노동자 대표의 참여 확대
- ② 병원 재정 상황과 운영 계획과 관련된 투명한 정보 공유 시스템 구축
- ③ 노사 공동 의사결정위원회 도입
- ④ 노동자의 문제 제기에 대한 피드백 시스템 도입
- ⑤ 기타:_____

IV. 환자

문30) 전공의 집단 이탈 사태 이후 다음 각각은 얼마나 변화가 있었습니까? 귀하께서는 아래에 얼마나 동의하거나 동의하지 않으십니까? 해당 사항에 √표 해 주십시오.

	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의 한다	매우 동의한다
	1	2	3	4	5
① 외래진료가 축소·지연되었다.					
② 입원이 필요한 시술 및 치료가 축소·지연되었다.					
③ 수술이 축소·지연되었다.					
④ 환자의 중증도가 증가하였다.					
⑤ 환자안전사고(근접오류 포함)가 증가하였다.					
⑥ 검사가 증가하였다.					
⑦ 약물 처방이 증가하였다.					
⑧ 소모성 재료 청구가 증가하였다.					

☞ 문30) '⑤환자안전사고(근접오류 포함)가 증가하였다.'에 '동의한다' 또는 '매우 동의한다'고 동의하신 경우만 응답해 주십시오.

문31) 전공의 집단 이탈 사태로 환자안전사고가 증가한 주요한 이유는 무엇입니까? 주요한 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 대리 처방이 증가함
- ② 구두 처방(verbal order)이 증가함
- ③ 체계적이고 충분한 교육 없이 전공의 업무가 타 직종에게 전가 됨
- ④ 부서 및 직종 간 업무 구분이 모호함
- ⑤ 담당 교수에게 환자 상태에 대하여 직접 의사소통하는 것과 관련하여 어려움이 있음.
- ⑥ 남아있는 의사의 업무량이 증가함
- ⑦ 의사직 이외 보건의료인력의 업무량이 증가함
- ⑧ 기타 : _____

간호직

문32) 전공의 집단 이탈 사태가 환자에게 미친 영향과 관련하여 기타 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

V. 진료지원업무

※ 본 섹션은 진료지원업무를 수행하는 간호사를 대상으로 합니다. 2024년 2월 전공의 집단 이탈 사태 이후 진료지원업무를 1개월 이상 수행한 경험이 있는 경우만 응답해 주시길 바랍니다.

문33) 귀하가 진료지원업무를 수행하게 된 계기는 무엇입니까?

- ① 자발적 지원(진료지원업무 수행 간호사 채용 공고에 지원)
- ② 비자발적 부서 이동(일방적 부서 배치 및 발령)
- ③ 기타: _____

문34) 귀하는 진료지원업무 전담 시 업무와 관련된 어려움을 겪고 있습니까?

- ① 예 → 문35) 이동 ② 아니오 → 문36) 이동

☞ 문34)에서 ①예로 응답한 경우만 응답해 주시길 바랍니다.

문35) 진료지원업무 전담 시 귀하가 느끼는 업무와 관련된 가장 큰 어려움은 무엇입니까? 어려운 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 구분 없는 업무 전가(직무기술서 부재로 인턴, 전공의, 간호사 업무가 무분별하게 부과됨)
- ② 부당한 업무 요구(임상 연구 보조, 누락 된 진료기록 작성 등 잡무 수행 요구)
- ③ 과도한 업무량
- ④ 업무 난이도 상승(「간호사 업무 관련 시범사업」 이후 난이도가 높은 업무가 부과됨)
- ⑤ 체계적인 교육·훈련프로그램의 부재(표준화된 교육과정 및 매뉴얼 부재)
- ⑥ 타 직종과 갈등(의사, 전공의, 일반 간호사, 의료기사, 원무팀 직원 등과 갈등)
- ⑦ 기타: _____

간호직

문36) 귀하는 진료지원업무 전담 시 역할과 관련된 어려움을 겪고 있습니까?

- ① 예 ② 아니오 → 문38)로 이동

☞ 문36)에서 ① 예라고 응답한 경우만 응답해 주시길 바랍니다.

문37) 진료지원업무 전담 시, 귀하가 느끼는 역할과 관련된 가장 큰 어려움은 무엇입니까? 어려운 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 승진 및 발전에서의 한계(진료지원업무 전담 경험을 가진 간호 관리자가 드물, 간호부 승진 체계에서의 배제 등)
- ② 소속감 결여(행정적 소속은 간호부이지만 업무지시는 진료부에서 받는 등 이중적인 관리구조로 인한 혼란 등)
- ③ 업무 책임 소재 불분명으로 인한 불안감(모호한 업무 범위 및 교육체계 부재로 환자안전사고 및 의료사고 시 책임에 대한 불안)
- ④ 갑작스러운 부서 이동 가능성으로 인한 불안(전공의 복귀, 업무 범위 변경 등으로 언제든 부서 이동이 될 수 있다는 불안감)
- ⑤ 업무 수행 주체에 대한 사회적 인식 부족(기존 전공의 업무 중 허용된 범위의 업무를 간호사가 수행 시 환자·보호자, 일반간호사의 불신임, 부정적 반응 등)
- ⑥ 기타: _____

문38) 귀하는 진료지원업무 배치 전 바뀐 업무에 대한 교육을 몇 시간 받으셨습니까?

이론 : () 시간

술기 : () 시간

문39) 귀하가 진료지원업무 배치 전 받은 교육과 관련하여 기타 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

문40) 진료지원업무를 전담하여 수행하는 것과 관련하여 기타 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

<설문에 응답해 주셔서 감사합니다>

[부록2] 비간호직 설문조사 문항

전공의 집단 이탈로 드러난 병원 생산시스템 문제점 규명을 위한 실태조사

2024년 2월 정부의 의대 정원 확대 계획에 반발하며 전공의들이 집단적으로 사직서를 제출하며 진료 현장을 이탈하였습니다. 전공의 집단 이탈 사태가 장기화되면서 수술 및 입원 이 대폭 축소되어 환자의 건강은 위협받고 있으며, 병원은 경영난을 이유로 보건의료인력에게 무급휴가를 권고하는 등의 구조조정을 시도하고 있습니다.

이에 의료연대본부에서는 전공의 집단 이탈 사태가 초래한 보건의료노동자들의 노동 환경 변화의 실태를 파악하기 위한 설문조사를 실시하고자 합니다.

응답해 주신 모든 내용은 개인정보보호법 제 3조 및 제 15조에 따라 비공개 원칙이 준수되어 활용될 것입니다.

바쁘시더라도 잠시 시간을 내주셔서 답변하여 주시면 감사하겠습니다.

연구조사 수행기관: 시민건강연구소
(전화: 02-535-1848 이메일: seongsik@health.re.kr)



I. 기본정보

문1) 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 여성 ② 남성 ③ 기타: _____

문2) 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?

- ① 20대 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60대 이상

문3) 귀하의 최종학력은 어떻게 되십니까?

- ① 중학교 졸업 이하 ② 고등학교 졸업 ③ 대학 졸업
④ 대학원 재학 중 ⑤ 대학원 졸업

문4) 귀하의 고용유형은 어떻게 되십니까?

- ① 정규직 ② 무기계약직 ③ 계약직, 임시직
④ 단시간(주15시간 미만)근무, 파트타임 ⑤ 파견, 용역, 하청

문5) 귀하가 재직하고 있는 병원의 지역은 어디입니까?

- | | | | |
|------|------|------|------|
| ① 서울 | ② 부산 | ③ 대구 | ④ 인천 |
| ⑤ 광주 | ⑥ 대전 | ⑦ 울산 | ⑧ 경기 |
| ⑨ 강원 | ⑩ 충북 | ⑪ 충남 | ⑫ 전북 |
| ⑬ 전남 | ⑭ 경북 | ⑮ 경남 | ⑯ 제주 |
| ⑰ 세종 | | | |

문6) 귀하가 재직하고 있는 병원에서 근무한 기간은 어떻게 되십니까?

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| ① 1년 미만 | ② 1년 이상 ~ 3년 미만 | ③ 3년 이상 ~ 6년 미만 |
| ④ 6년 이상 ~ 9년 미만 | ⑤ 9년 이상 | |

문7) 귀하의 직종은 다음 중 무엇에 해당합니까?

- | | | | |
|---------|-------------|-----------------|-----------|
| ① 간호사 | ② 간호조무사 | ③ 검안사 | ④ 물리치료사 |
| ⑤ 방사선사 | ⑥ 보건의료정보관리사 | ⑦ 보안(경비)·안내 | ⑧ 사무행정·원무 |
| ⑨ 사회복지사 | ⑩ 세탁 | ⑪ 시설관리(기계, 전기등) | ⑫ 심리치료사 |
| ⑬ 안경사 | ⑭ 약사·한약사 | ⑮ 언어치료사 | ⑯ 연구직 |
| ⑰ 영양사 | ⑱ 요양보호사 | ⑲ 운전 | ⑳ 응급구조사 |
| ㉑ 의공직 | ㉒ 임상병리사 | ㉓ 직업치료사 | ㉔ 장례지도사 |
| ㉕ 전산 | ㉖ 전화상담센터 | ㉗ 정신보호사 | ㉘ 조리(배식) |
| ㉙ 주차관리 | ㉚ 지원직(보조업무) | ㉛ 청소·미화 | ㉜ 치과기공사 |
| ㉝ 치위생사 | ㉞ 환자이송 | ㉟ 기타: _____ | |

문8) 귀하의 현재 근무형태는 어떻게 되십니까?

- | | | |
|-----------|-------------|-------------|
| ① 통상근무 | ② 교대근무(3교대) | ③ 교대근무(2교대) |
| ④ 야간근무 전담 | ⑤ 기타: _____ | |

Ⅱ. 노동조건

문9) 전공의 집단 이탈 사태(2024년 2월) 이후 귀하가 수행하던 업무와 관련하여 다음 각각은 얼마나 변화가 있었습니까?

	매우 감소함	감소함	변화 없음	증가함	매우 증가함
	1	2	3	4	5
① 초과 근무(시간 외 근무)					
② 근무 시 식사를 거른 날(휴게 불가)					
③ 응급 OFF 및 연차 사용					
④ 외래·입원·수술의 축소와 관련한 환자 응대					

※ 응급OFF: 근무표가 확정된 상태에서 환자 및 각종 검사·입원의 감소로 갑자기 부여받는 휴가

문10) 귀하는 전공의 집단 이탈 사태(2024년 2월) 이후 무급휴가를 사용하였습니까?

1. 예 → 문11) 이동 2. 아니오 → 문14) 이동

☞ 문10)에 ① 예라고 응답한 경우만 응답해 주십시오.

문11) 무급휴가 기간은 며칠이었습니까?

()일

문12) 무급휴가를 사용하게 된 계기는 무엇이었습니까?

- ① 자율적 사용 → 문12) 이동
 ② 비자발적 사용 → 문13) 이동
 ③ 기타: _____

☞ 문12)에 ① 예라고 응답한 경우만 응답해 주십시오.

문13) 자율적으로 무급휴가를 사용하게 된 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ① 전공의 이탈로 과중한 업무 부담에서 벗어나고 싶어서
- ② 무급휴가를 근속기간으로 산정해 주어서
- ③ 재충전의 시간으로 활용할 수 있어서
- ④ 가족 돌봄을 위한 시간이 필요해서
- ⑤ 기타: _____

문14) 귀하는 본인의 무급휴가뿐만 아니라 동료의 무급휴가 사용을 포함하여 무급휴가와 관련하여 어려움을 겪고 있습니까?

- ① 예 → 문15)이동 ② 아니오 → 문16)이동

☞ 문14)에 ① 예라고 응답한 경우만 응답해 주십시오.

문15) 무급휴가와 관련하여 가장 큰 어려움은 무엇입니까? 어려운 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 근무조별 근무 인원 감소로 인한 업무 과중
- ② 급여 감소로 인한 경제적 어려움
- ③ 무급휴가 거절 시 인사상 불이익(파견근무 및 부서 이동 조치 등)에 대한 두려움
- ④ 무급휴가 사용과 관련하여 눈치 주기, 따돌림 등 조직/부서 내에서 인간적인 괴롭힘에 대한 두려움
- ⑤ 기타 : _____

문16) 전공의 집단 이탈 사태가 초래한 근무 여건 중 어떤 것이 귀하에게 가장 심각합니까? 심각한 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위: _____ 2순위: _____

- ① 업무량 증가
- ② 근무 시간 증가(초과근무, 휴게불가 등)
- ③ 본 업무 범위를 벗어난 업무 수행
- ④ 갑작스러운 부서 이동 및 배치에 대한 두려움
- ⑤ 병원의 경영악화로 인한 고용 불안
- ⑥ 무급휴가 및 연차 사용·임금 동결 등으로 인한 실질 임금 감소
- ⑦ 해당 없음
- ⑧ 기타: _____

문17) 귀하는 전공의 집단 이탈 사태로 어느 정도의 스트레스를 경험하고 있습니까? 귀하 상태와 가장 가까운 지점에 표시하여 주십시오. [척도]

거의 스트레스 받지 않는다		보통		매우 스트레스 받는다
1	2	3	4	5

문18) 아래 문항을 잘 읽으신 후, 지난 2주일간 귀하께서 느끼시고 행동하신 것을 가장 잘 나타낸다고 생각되는 곳에 표시하십시오.

	전혀 그런 적 없음	며칠 동안	일주일 이상	거의 매일
	0	1	2	3
일을 할 때 흥미나 즐거움을 느끼지 못함				
가라앉고, 울적하고, 무기력한 느낌				
잠들기 어렵거나 자꾸 깨어남 혹은 너무 많이 잠				
피곤감, 기력이 저하됨				
식욕 저하 혹은 과식				
내 자신이 나쁜 사람이라는 느낌 혹은 내 자신을 실패자라고 느끼거나 나 때문에 나 자신이나 내 가족이 불행하게 되었다는 느낌				
신문을 읽거나 TV를 볼 때 집중하기 어려움				
남들이 알아챌 정도로 거동이나 말이 느림 또는 반대로 너무 초조하고 안절부절 못해서 평소보다 많이 돌아다니고 서성거림				
나는 차라리 죽는 것이 낫겠다는 등의 생각 혹은 어떤 식으로든 자신을 해칠 것이라 생각함				

문19) 전공의 집단 이탈 사태 이후 새롭게 발생했거나 악화된 건강 상의 문제가 있다면 선택해 주십시오. (중복응답 가능)

- | | | |
|-----------|----------|--------------|
| ① 수면 장애 | ② 위장관 질환 | ③ 불안 장애, 우울증 |
| ④ 근골격계 질환 | ⑤ 고혈압 | ⑥ 당뇨 |
| ⑦ 심뇌혈관질환 | ⑧ 없음 | ⑨ 기타: _____ |

문20) 전공의 집단 이탈 사태 이후 귀하에게 해당하는 건강 습관 및 행동의 변화를 골라주십시오. (중복 응답 가능)

- ① 불규칙한 식사
- ② 신체활동 감소
- ③ 흡연량 증가
- ④ 음주량 또는 음주 빈도 증가
- ⑤ 없음
- ⑥ 기타: _____

Ⅲ. 조직 운영

문21) 전공의 집단 이탈 사태 이후 전공의가 수행하던 업무조정과 관련하여 질문드리겠습니다. 해당 사항에 √표 해 주십시오.

	전혀 아니다	아니다	보통	그렇다	매우 그렇다
	1	2	3	4	5
① 부서 및 직종 간 업무 구분이 체계적이다.					
② 나는 나의 업무 범위를 정확히 알고 있다.					
③ 나는 내가 담당하는 업무 범위가 적절하다고 생각한다.					
④ 나의 권한과 책임을 벗어난 타 직종의 업무를 수행해야 한다.					
⑤ 나는 나의 업무 범위가 확대되는데 긍정적이다.					
⑥ 업무조정위원회 구성은 적절하였다.					
⑦ 업무조정 결정 과정은 민주적이었다.					
⑧ 업무조정 결과는 투명하게 공유되었다.					

문22) 전공의 집단 이탈 사태 이후 업무조정과 관련하여 기타 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

문23) 귀하는 전공의 집단 이탈 사태 이후 조직 운영과 관련하여 다음 각각에 대하여 어떻게 평가 하십니까? 귀하께서는 아래에 얼마나 동의하거나 동의하지 않으십니까? 해당 사항에 √표 해 주십시오.

	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의 한다	매우 동의한다
	1	2	3	4	5
① 조직 구성원 간에 병원의 재정 상황과 운영 계획에 대한 정보가 투명하게 공유되고 있다.					
② 병원은 비상경영과 관련하여 다양한 직역의 의견을 청취하기 위하여 노력하고 있다.					
③ 비상경영과 관련한 의사결정과정에 병원 노동자의 의견이 잘 반영되고 있다.					
④ 정부의 「간호사 업무관련 시범사업」의 지원금은 공정하게 배분되고 있다.					
⑤ 전공의 집단 이탈로 인한 손실과 업무가 다른 보건의료 직역 노동자에게 부담하게 전가되고 있다.					

문24) 귀하는 평등한 노사관계 확립과 병원 조직의 민주적 운영을 위하여 어떤 점이 개선되어야 한다고 생각하십니까? 주요한 순서대로 2가지를 골라주십시오.

1순위:_____ 2순위:_____

- ① 병원 주요 의사결정기구(이사회, 운영위원회 등)에 대한 노동자 대표의 참여 확대
- ② 병원 재정 상황과 운영 계획과 관련된 투명한 정보 공유 시스템 구축
- ③ 노사 공동 의사결정위원회 도입
- ④ 노동자의 문제 제기에 대한 피드백 시스템 도입
- ⑤ 기타:_____

IV. 환자

문25) 전공의 집단 이탈 사태 이후 다음 각각은 얼마나 변화가 있었습니까? 귀하께서는 아래에 얼마나 동의하거나 동의하지 않으십니까? 해당 사항에 √표 해 주십시오.

	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	보통	동의 한다	매우 동의한다
	1	2	3	4	5
① 외래진료가 축소·지연되었다.					
② 입원이 필요한 시술 및 치료가 축소·지연되었다.					
③ 수술이 축소·지연되었다.					
④ 환자의 중증도가 증가하였다.					
⑤ 환자안전사고(근접오류 포함)가 증가하였다.					
⑥ 검사가 증가하였다.					
⑦ 약물 처방이 증가하였다.					
⑧ 소모성 재료 청구가 증가하였다.					

문26) 전공의 집단 이탈 사태가 환자에게 미친 영향과 관련하여 기타 의견이 있으시면 작성해 주십시오.

<설문에 응답해 주셔서 감사합니다>