

발 간 등 록 번 호  
12-B551921-000082-01

# 보건의료산업 종사자 인력정책 및 근로조건 개선방안

2015. 11.

연구기관 : 워크인조직혁신연구소

경제사회발전노사정위원회



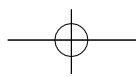
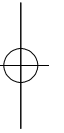
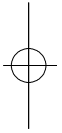
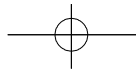
# 제 출 문

경제사회발전노사정위원회 위원장 귀하

본 보고서를 경제사회발전노사정위원회의 수탁연구과제 『보건의료산업 종사자 인력정책 및 근로조건 개선방안』의 최종보고서로 제출합니다.

2015년 11월

워크인조직혁신연구소  
소장 이 문 호



## 연구진

연구책임자 : 박용철 (한양대학교 경영학 박사)

공동연구자 : 곽상신 (워크인조직혁신연구소 연구실장)

<차례>

|                            |    |
|----------------------------|----|
| I. 서론                      | 1  |
| 1. 연구목적 및 필요성              | 1  |
| 2. 연구방법 및 범위               | 3  |
| II. 보건의료산업 인력 현황 및 근로조건 실태 | 4  |
| 1. 보건의료산업 인력 현황            | 4  |
| 가. 보건의료산업의 특성 및 산업분류       | 4  |
| 나. 보건의료산업 인력 현황            | 11 |
| 다. 인력부족으로 인한 보건의료노동자의 현실   | 22 |
| 2. 보건의료산업 근로조건 실태          | 23 |
| 가. 보건의료산업 노동자 고용현황         | 23 |
| 나. 근로시간 실태                 | 44 |
| 다. 임금 실태                   | 52 |
| III. 보건의료인력의 체계적 양성방안      | 69 |
| 1. 보건의료인력지원특별법 제정          | 70 |
| 가. 추진 배경                   | 70 |
| 나. 주요 내용                   | 73 |
| 다. 추진 방향 및 과제              | 74 |
| 2. 포괄간호서비스 제도화             | 78 |
| 가. 추진 배경                   | 78 |
| 나. 주요 내용                   | 79 |
| 다. 추진 방향 및 과제              | 80 |
| 3. 비정규직 인력 문제 해결           | 86 |
| 가. 비정규직 인력 실태              | 86 |
| 나. 비정규직 문제 해결 방향           | 90 |
| 4. 시간제 일자리 문제 해결           | 92 |
| 가. 추진 현황                   | 92 |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| 나. 시간제 일자리의 문제점 .....                | 93  |
| 다. 개선 방향 .....                       | 94  |
| 5. 유휴간호사 활용 및 재교육 .....              | 95  |
| 가. 현황 및 문제점 .....                    | 95  |
| 나. 개선 방안 .....                       | 100 |
| 6. 건강보험 수가 문제 .....                  | 102 |
| <br>                                 |     |
| IV. 보건의료산업의 근로조건 개선방안 .....          | 105 |
| 1. 근무형태(교대제) 개선안 .....               | 105 |
| 가. 야간 고정근무제 .....                    | 106 |
| 2. 근로시간 개선방안 .....                   | 122 |
| 가. 고정 야간조 및 시차근무제를 통한 장시간근로 개선 ..... | 122 |
| 나. 근로기준법 59조 개정: 근로시간 특례 업종 개정 ..... | 123 |
| 다. 노사정위원회의 사회적 대화를 통한 인원 충원 .....    | 123 |
| 3. 임금제도 개선방안 .....                   | 124 |
| 가. 산업별 단일 임금체계 .....                 | 124 |
| <br>                                 |     |
| V. 결론 .....                          | 128 |
| <br>                                 |     |
| 참고문헌 .....                           | 128 |

# 제 I 장 서론

## 1. 연구목적 및 필요성

최근 일어난 메르스 사태는 한국의 의료체계를 다시 돌아보는 계기가 되었고, 환자의 안전과 국민건강을 위해 새로운 혁신적 대책을 세우지 않으면 안 된다는 사회적 공감대가 형성되었다. 사실 한국의 보건의료산업은 급변하는 보건의료 환경과 고령화 등으로 인해 오래전부터 근본적인 변화가 요구되고 있었다. 그럼에도 병원 측과 정부는 ‘비용적’ 관점으로 접근하여 오히려 문제를 악화시키는 결과를 낳았으며, 이번 메르스 사태에서 그 결과가 어떤 것인지 분명하게 나타났다. 이제 보건의료산업의 개혁은 더는 미룰 일이 아니다. 국가의 미래를 위해 가장 중요한 국민건강을 위협하는 현 의료체제는 반드시 개혁되어야만 한다. 본 연구는 이러한 보건의료산업이 직면하고 있는 변화의 필요성을 살펴보면서 이를 위해 어떤 방안이 강구되어야 할지 제언하는 데 목적이 있다.

최근의 메르스 사태는 그동안 국내의 대형병원 또는 고급화가 한국의 의료체계의 문제점을 해결하는 데 전혀 도움이 되지 않는다는 것을 입증했다. ‘좋은 병원’의 대명사였던 삼성병원이 메르스 사태를 해결하기는 커녕 오히려 악화시켰음은 주지의 사실이다. 여기에 한국 의료체계의 근본적인 문제점이 숨어있다. 모든 병원에서 도입하고 있는 경쟁적 성과주의가 그것이다. 인간의 건강을 다루는 병원은 일반적인 민간기업의 경영 전략과는 달라야 한다. 그럼에도 수익성과 비용절감에 초점을 맞추는 성과주의에 매달리면서 환자의 안전과 국민건강을 위협하고 있다.

성과주의가 가져온 가장 결정적인 문제는 병원의 인력 부족현상을 야기해 의료서비스의 질을 떨어뜨리고 있다는 것이다. 환자가 증가함에도 비용절감을 위해 간호 인력을 보충하지 않은 채 적은 인력으로 많은 환자를 돌보는 비정상적인 운영을 하고 있다. 인력을 보충한다고 해도 비정

규직으로 채용하고 있어 책임감이나 일에 대한 동기가 떨어지고 있는 것이 사실이다. 현재 한국은 OECD 국가와 비교하여 환자 당 간호 인력 수가 절반에도 못 미치고 있는 실정이다. 이러한 조건에서 좋은 서비스를 기대한다는 것 자체가 무리한 일일 것이다.

실제로 2015년 보건의료노동자 실태조사를 보면 80.5%가 인력이 부족하다고 대답하고 있으며, 81.1%가 이로 인해 의료서비스의 질이 떨어진다고 대답했다. 인력부족은 근무자들의 노동조건도 악화시킨다. 적은 인력으로 만든 환자를 돌보게 되면 노동강도가 높아지고 근무시간도 늘어나 장시간 노동에 시달리게 된다. 이러한 열악한 노동조건은 이직률을 높여 가뜩이나 부족한 인력상태를 더욱 악화시키고 있다. 2015년 보건의료노동자 실태조사를 보면 62%가 이직 의향을 가진 것으로 나타났다. 성과주의적 경영전략으로 인해 병원의 인력부족 현상이 나타나고, 이는 다시 노동조건을 악화시켜 이직률을 높이는 만성적인 악순환이 계속되고 있는 것이다.

병원의 간호 인력 부족이 국민건강을 얼마나 위협하고 있는지는 이번 메르스 사태가 잘 보여주었다. 많은 가족·친지 또는 간병인이 환자를 돌보는 한국의 간병문화는 간호 인력 부족에서 오는 현상이며, 이로 인해 외부인들의 전염병 감염과 사회적 확산을 더욱 키웠다는 것이다. 실제로 메르스 확진자 가운데 간병을 담당한 환자가족이나 간병인이 감염된 비율이 34.4%나 되는 것으로 조사되었다(이명옥, 2015). 또한, 전문적 역량을 갖춘 인력으로부터 간호를 받아야 할 환자들이 비전문인력에 맡겨져 환자의 안전에도 위협적인 요소가 되고 있다.

때문에 보건의료노조는 오래전부터 인력충원과 보호자 없는 병동, 즉 환자에게 제공되는 모든 서비스는 의료기관에서 책임지는 ‘포괄간호서비스’ 제도의 도입을 주장해 왔다. 그리고 이를 제도화하여 지속가능하도록 만들기 위해 ‘보건의료인력지원특별법’을 추진하고 있다. 이 법은 보건의료기관의 적정 인원 확보와 근로조건 개선 등을 통해 환자의 안전과 국민건강을 지키는 데 목적이 있다.

보건의료산업은 국민의 건강을 지킨다는 중요성 외에도 노동시장 측면에서도 중요한 산업이다. 즉, 일자리 창출의 잠재력이 가장 많은 산업 중의 하나라는 것이다. 고령화와 함께 돌봄 노동과 간호 인력의 수요가 높아지고 있으며, 제조업 분야와는 달리 보건의료산업의 노동과정은 기술화 또는 자동화하기가 어렵다. 병원의 인건비 비중이 40~50% 이상을 차지할 만큼(이주호, 2015), 인력을 절약하기에는 한계가 있다. ‘고용 없는 성장’이란 보건의료산업에는 맞지 않는 말이며, 이 분야의 일자리 창출 가능성은 어느 산업부문보다 높다.

이렇게 볼 때 보건의료기관 종사자들의 인력 운영 실태와 근로조건 개선에 대한 연구는 매우 시급한 실정이다. 또 다른 메르스 사태를 방지하고 환자의 안전과 국민건강을 지키는 물론, 급격히 진행되고 있는 고령화 사회에 대한 대응 및 일자리 창출을 위해서도 보건의료산업의 인력정책에 대한 대안이 빨리 마련되어야 할 것이다.

## 2. 연구방법 및 범위

본 연구는 선행연구를 포함하여 문헌연구와 관련 통계자료 분석, 그리고 인터뷰 조사 등의 연구방법을 활용하였다. 선행연구를 분석하여 보건의료산업 종사자의 인력정책과 근로조건에 대한 흐름을 진단하고 노사의 쟁점을 도출하였다. 도출된 쟁점을 기초로 노동조합 측과 인터뷰 조사를 통해 우선순위를 정하여 분석대상으로 삼았다. 인력정책의 연구범위는 보건의료인력을 체계적으로 양성하는 방안으로 정했다. 양성방안의 하위 범주로는 보건의료인력지원특별법, 포괄간호서비스, 비정규직 문제, 시간제 일자리, 유휴간호사 활용 및 재교육, 그리고 건강보험 수가를 연구 대상으로 삼았다. 근로조건과 관련해서는 연구범위를 근무형태, 근로시간, 그리고 임금에 집중했다. 근로조건은 매우 포괄적인 영역이라 연구의 집중성을 높일 필요가 있었다. 그래서 근로조건을 대표하는 3가지 영역을 연구범위로 정했다.

## 제 II 장 보건의료산업 인력 현황 및 근로조건 실태

### 1. 보건의료산업 인력 현황

#### 가. 보건의료산업의 특성 및 산업분류

보건의료산업은 제조업이나 여타 서비스 산업과는 달리 생명을 다루며 공공성, 소비자 지식 결여, 독점성, 예측이 불가능한 수요 발생, 수요와 공급이 시간적 불일치하는 특성을 가지고 있어 국가의 규제가 적지 않게 있으며, 또한 의료보험이나 약국과 같은 제3자가 시장에 개입하는 독특함을 갖고 있다(신성균, 2001).

아래의 <표 2-1>에서 보는 바와 같이 보건의료산업은 첫 번째 특성으로 공공성을 들 수 있다. 최근 건강은 권리로 인식되고 있으며, 높은 외부효과로 인해 공공성이 매우 큰 재화라고 할 수 있다. 두 번째는 소비자 특성으로 소비자는 의사결정에 필요한 정보를 제공자에게 전적으로 의존하는 비대칭적인 관계가 형성된다는 특성을 갖고 있다. 세 번째는 제공자 특성으로 면허를 가진 자에게만 시장에 참여할 수 있는 자격이 부여되기 때문에 의료제공에 있어 독점적 성격을 갖고 있다. 네 번째는 수요-공급 특성으로 질병의 발생 시기에 대하여 각 개인이 예측할 수 없기 때문에 수요에 대한 예측이 불가능하며, 의료 인력의 양성과 시설의 건립에 오랜 시간이 소요되기 때문에 수요와 공급 사이에도 시간적 불일치가 발생한다는 특성을 가지고 있다. 아울러 보건의료산업은 국민의 건강과 삶의 질 향상에 직결되는 분야라는 특성 때문에 정부로부터의 각종 규제가 따른다는 특징이 있다.

<표 2-1> 보건의료산업의 특성

| 구분         | 특성              | 관련 내용  |
|------------|-----------------|--|
| 일반적 특성     | 공공성             | 건강이 권리로 인식됨.<br>높은 외부 효과로 인해 공공성이 매우 큰 재화임.    |
| 소비자 특성     | 소비자의 지식 결여      | 소비자가 의사결정에 필요한 정보를 제공자에게 전적으로 의존하는 비대칭적인 관계 형성 |
| 제공자 특성     | 의료제공의 독점        | 면허를 가진 자에게만 시장에 참여할 수 있는 자격이 부여                |
| 수요 - 공급 특성 | 예측 불가능한 수요 발생   | 질병의 발생 시기에 대하여 각 개인이 예측할 수 없음.                 |
|            | 수요와 공급의 시간적 불일치 | 의료인력의 양성과 시설의 건립에는 오랜 시간이 소요됨.                 |

자료: 신성균(2001), “보건의료서비스 시장개방 논의와 대응”, 산업연구원.

보건의료산업의 특성 중 가장 중요한 것은 공공성이라고 할 수 있는데, 우리나라에서 의료의 공공성은 주로 민간의료의 사익(추구)에 대칭되는 개념으로, 공공의료는 공익을 담보한다는 의미로 사용된다. 하지만 이러한 논리는 민간의료를 사익의 함정에 가둘 수 있는 위험을 갖고 있다. 반면, WHO를 비롯한 외국에서 의료의 공공성은 국민의 건강권 향유 또는 국민보건의 향상을 의미한다. 의료 제공의 궁극적 목적은 의료의 공공성·공익성(public interest)의 향상 즉, 국민보건의 향상인 것이다. 이러한 관점에서 접근한다면 “의료체계의 공공성·공익성”은 의료체계의 목적을 효율적으로 성취하기 위하여 의료이용의 형평성 실현을 통한 건강 격차의 해소 및 국민보건 향상이라 정의할 수 있으며, 이에 따라 국가의 의료정책은 의료이용에 장애가 되는 재정적 및 지리적 장애를 제거 및 완화하여 형평적인 의료이용을 실현할 수 있는 정책수단이 제시되어야 함을 의미한다.

의료체계가 국민보건 향상에 기여 못하면 공공실패·시장실패가 일어나는데, 시장실패의 주요 원인의 하나는 가격이 실제가격을 반영하지 못하는 것으로 보험재정의 제약으로 보험수가가 실제가격을 반영하지 못하면, 정부재정의 역할이 커져야 한다. 수가에 반영되지 않은 비용(자본비,

전공의수련비, 의료사고, 질병예방 및 건강상담 등), 특정지역(농어촌, 벽지), 특정계층(저소득, 영유아, 모성, 노인, 장애인 등), 특정대상(고액 및 자선적 진료, 응급의료, 저체중아 집중치료, 선천기형 및 손상 등) 등에 대한 정부재정을 확대함으로써 공공재정(건강보험 및 정부재정)은 의료의 질 및 안전성 향상, 의료이용의 재정적 장애의 제거 및 완화에 기여함으로써 의료이용과 건강상태의 형평성 실현에 기여할 수 있어야 한다.

따라서 민간부문을 포함한 의료부문 전체는 공공성을 강화하는 방향으로 재정투자를 해야 할 것이다. 우리나라는 OECD 나라들에 비해 공공의료 부문이 차지하는 비중이 양적으로 매우 취약하여 국민의 건강권을 실현하기에는 부족하므로 이들 수준으로 점진적·양적으로 비중의 확대와 재정투자의 증가가 필요하다고 할 것이다.

보건의료산업은 업종 분류로 볼 때 보건의료 관련 서비스 제공을 주된 사업 영역으로 하는 분야를 말한다. 아래의 <그림 2-1>에서 보는 바와 같이 보건산업은 크게 보건제조산업과 의료서비스산업으로 분류할 수 있다. 보건제조산업은 다시 의약품산업, 의료기기산업, 화장품산업, 식품산업이 포함된다. 아래의 <표 2-2>는 의료서비스산업을 한국표준산업분류(KSIC-9)에 의해 정리한 것이다.

<그림 2-1> 보건산업 분류



<표 2-2> 보건산업 분류체계(의료서비스산업)

| 산업코드 | 한국표준산업분류(KSIC-9) | 상위산업코드 |
|------|------------------|--------|
| 86   | 보건업              | Q      |
| 861  | 병원               | 86     |

|       |                     |      |
|-------|---------------------|------|
| 8610  | 병원                  | 861  |
| 86101 | 종합 병원               | 8610 |
| 86102 | 일반 병원               | 8610 |
| 86103 | 치과 병원               | 8610 |
| 86104 | 한방 병원               | 8610 |
| 862   | 의원                  | 86   |
| 8620  | 의원                  | 862  |
| 86201 | 일반 의원               | 8620 |
| 86202 | 치과 의원               | 8620 |
| 86203 | 한의원                 | 8620 |
| 86204 | 방사선진단 및 병리검사 의원     | 8620 |
| 863   | 공중 보건 의료업           | 86   |
| 8630  | 공중 보건 의료업           | 863  |
| 86300 | 공중 보건 의료업           | 8630 |
| 869   | 기타 보건업              | 86   |
| 8690  | 기타 보건업              | 869  |
| 86901 | 앰블런스 서비스업           | 8690 |
| 86902 | 유사 의료업              | 8690 |
| 86909 | 그외 기타 보건업           | 8690 |
| 87    | 사회복지 서비스업           | C    |
| 871   | 거주 복지시설 운영업         | 87   |
| 8711  | 노인 거주 복지시설 운영업      | 871  |
| 87111 | 노인 요양 복지시설 운영업      | 8711 |
| 87112 | 노인 양로 복지시설 운영업      | 8711 |
| 8712  | 심신장애인 거주 복지시설 운영업   | 871  |
| 87121 | 신체 부자유자 거주 복지시설 운영업 | 8712 |

자료: 보건복지부 보건산업통계(<http://www.khiss.go.kr>).

병원산업은 표준산업분류 대분류 기준으로 보건업 및 사회복지서비스업에 포함되며, 중분류 기준 보건업, 소분류 기준 병원으로 분류되며, 중분류 기준 보건업에는 병원, 의원, 공중보건의료업, 기타 보건업 등이 포함된다. 중분류 기준 사회복지서비스업에는 거주복지시설운영업과 비거주복지시설운영업이 포함된다.

의료서비스산업의 영향력과 산업의 위치를 알 수 있는 경제적 파급효과를 보면, 아래의 <표 2-3>에서 보는 바와 같이 다른 산업에 비해 생산유발계수와 전후방 연쇄효과는 낮은 편이지만, 부가가치유발계수는 가장 높으며, 수입유발계수는 가장 낮아 경제에 미치는 긍정적인 요인이 상당히 크다는 사실을 알 수 있다.

<표 2-3> 의료서비스산업의 경제적 파급효과(2009년 기준)

| 구분             | 생산<br>유발계수 | 부가가치<br>유발계수 | 수입<br>유발계수 | 영향력계수<br>(후방연쇄효과) | 감응도계수<br>(전방연쇄효과) |
|----------------|------------|--------------|------------|-------------------|-------------------|
| 의약품            | 1.821      | 0.667        | 0.333      | 0.920             | 1.133             |
| 의료기기           | 2.017      | 0.608        | 0.392      | 1.019             | 0.581             |
| 화장품            | 2.089      | 0.714        | 0.286      | 1.056             | 0.645             |
| 식품             | 2.099      | 0.703        | 0.297      | 1.061             | 0.626             |
| 의료서비스          | 1.770      | 0.830        | 0.170      | 0.894             | 0.750             |
| 전기 및 전자<br>기기  | 1.923      | 0.501        | 0.499      | 0.984             | 1.009             |
| 수송장비           | 2.294      | 0.603        | 0.397      | 1.174             | 0.868             |
| 전력, 가스 및<br>수도 | 1.483      | 0.452        | 0.548      | 0.758             | 1.106             |
| 제조업            | 2.081      | 0.589        | 0.411      | 1.065             | 1.045             |
| 서비스업           | 1.728      | 0.829        | 0.171      | 0.884             | 1.017             |
| 전산업            | 1.955      | 0.687        | 0.313      | 1.000             | 1.000             |

자료: 한국보건산업진흥원(2013), 2013 KHIDI 보건산업통계집.

한편, 아래의 <표 2-4>에서 의료서비스산업의 고용 관련 지표를 살펴 보면, 2010년 기준으로 취업계수는 9.2, 고용계수는 8.3, 취업유발계수는 13.7, 그리고 고용유발계수는 11.4를 나타내고 있는데, 전체산업의 취업계수가 6.5, 고용계수는 4.7, 취업유발계수는 12.9, 그리고 고용유발계수는 8.3이라는 사실과 비교해 볼 때 월등히 높은 수준이며, 전체 산업 중에서 가장 높다는 사실을 알 수 있다. 이는 앞에서 제시한 의료산업의 특성 과도 연결되는 사실이며, 경제에 미치는 긍정적인 파급효과 역시 타

산업에 비해 크다는 것을 시사하는 것이라 할 수 있다. 실제로 고용정보원이 300만개 일자리 창출을 위한 획기적 고용전략 관련 연구에 따르면, 보건의료산업은 2012년 최대 132만개의 일자리 창출이 가능할 것으로 전망한 바가 있다.

<표 2-4> 의료서비스산업의 고용 관련 지표(2010년 기준)(단위: 명/10억원)

| 구분          | 취업계수 | 고용계수 | 취업유발계수 | 고용유발계수 |
|-------------|------|------|--------|--------|
| 의약품         | 1.9  | 1.9  | 8.0    | 5.8    |
| 의료기기        | 5.4  | 5.0  | 11.6   | 9.6    |
| 화장품         | 2.1  | 2.0  | 9.1    | 6.9    |
| 식품          | 3.0  | 2.2  | 17.8   | 6.6    |
| 의료서비스       | 9.2  | 8.3  | 13.7   | 11.4   |
| 전기 및 전자기기   | 1.9  | 1.8  | 6.2    | 5.1    |
| 수송장비        | 2.1  | 2.1  | 7.2    | 6.0    |
| 전력, 가스 및 수도 | 0.9  | 0.9  | 2.5    | 2.2    |
| 전산업         | 6.5  | 4.7  | 12.9   | 8.3    |

자료: 한국보건산업진흥원(2013), 2013 KHIDI 보건산업통계집.

보건의료산업은 이와 같이 국가경제와 고용에 미치는 긍정적인 효과로 인하여 수많은 학자와 연구자들은 보건의료, 교육, 보육 등 사회서비스 분야야말로 양질의 일자리를 대량으로 창출할 수 있는 최적지임을 강조하고 있다. 고용유발 효과 및 부가가치가 높은 보건의료산업의 집중육성과 인력확충정책은 국민건강 증진과 함께 사회경제적으로 일자리 창출 효과를 가장 극대화할 수 있으며, 일자리 확충을 최우선 과제로 삼고 있는 정부는 보건의료산업에서 지속가능한 양질의 일자리를 창출할 수 있도록 해야 할 것이다.

보건의료산업의 핵심적인 특성인면서 또 다른 강점은 여성일자리 창출이 어느 산업보다도 수월하다는 점을 들 수 있다. 의료기관에 종사하는 의료인력의 직종별 비중은 간호사 26%, 간호조무사 26%로 간호인력이 50% 이상을 차지하고 있으며, 다음으로 임상병리사, 방사선사, 물리치료

사 등과 같은 의료기사가 약 20% 정도 차지하고 있다. 이러한 인적 구성은 다른 업종에 비해 여성인력의 비중이 크다는 특성을 가지며, 특히 아래의 <표 2-5>에서 보듯이 의사인력을 제외한 노동조합의 인적 구성에 있어서 여성인력이 65% 이상을 차지하고 있음을 알 수 있다. 통상적으로도 보건의료산업은 여성이 80% 이상을 차지하는 대표적인 여성사업장으로 산전후휴가, 육아휴직 등으로 일자리 공백이 빈번하게 발생하며, 이로 인해 인력부족, 노동강도 강화, 의료서비스 질 저하 현상이 발생하고 있는 현실이다. 또한, 경력단절 의료인력 및 유휴인력에 대한 재취업 문제 역시 해결해야 할 과제인데, 제도 마련을 통해 효과적인 인력 활용과 노동조건 보장, 그리고 일자리 창출 문제 역시 해결해야 함을 시사한다 할 것이다.

<표 2-5> 보건의료산업 조합원 남녀 비율 추이(단위: 명, %)

| 구분    | 보건의료산업*          |                  |        | 전체                  |                   |           |
|-------|------------------|------------------|--------|---------------------|-------------------|-----------|
|       | 남성               | 여성(비율)           | 합계     | 남성                  | 여성(비율)            | 합계        |
| 2005년 | 12,005<br>(27.8) | 31,247<br>(72.2) | 43,252 | 1,182,535<br>(78.5) | 323,637<br>(21.5) | 1,506,172 |
| 2006년 | 12,169<br>(27.0) | 32,977<br>(73.0) | 45,146 | 1,215,253<br>(77.9) | 343,926<br>(22.1) | 1,559,179 |
| 2007년 | 12,559<br>(28.0) | 32,308<br>(72.0) | 44,867 | 1,317,467<br>(78.1) | 370,315<br>(21.9) | 1,687,782 |
| 2008년 | 12,017<br>(27.8) | 31,183<br>(72.2) | 43,200 | 1,290,682<br>(77.5) | 375,116<br>(22.5) | 1,665,798 |
| 2009년 | 10,752<br>(23.3) | 35,480<br>(76.7) | 46,232 | 1,285,965<br>(78.4) | 354,369<br>(21.6) | 1,640,334 |
| 2010년 | 11,197<br>(24.0) | 35,460<br>(76.0) | 46,657 | 1,272,274<br>(77.4) | 370,839<br>(22.6) | 1,643,113 |
| 2011년 | 11,965<br>(25.1) | 35,783<br>(74.9) | 47,748 | 1,328,055<br>(77.2) | 391,867<br>(22.8) | 1,719,922 |
| 2012년 | 16,618<br>(33.4) | 33,086<br>(66.6) | 49,704 | 1,358,699<br>(76.3) | 422,638<br>(23.7) | 1,781,337 |
| 2013년 | 17,242<br>(34.1) | 33,349<br>(65.9) | 50,591 | 1,404,821<br>(76.0) | 442,765<br>(24.0) | 1,847,586 |

자료: 고용노동부, 전국노동조합 조직현황, 각 년도; 한국노동연구원, KLI 노동통계, 각 년도.

\* 보건의료산업 인원: 민주노총 보건의료노조와 한국노총 의료산업노련의 합계인원임.

## 나. 보건의료산업 인력 현황

아래의 <표 2-6>에서 보는 바와 같이 2013년 말 기준으로 우리나라의 의료기관수는 총 60,899개소로 종합병원 및 병원이 3,047개소, 의원 및 조산원이 29,054개소, 치과병원이 15,779개소, 한방병원이 13,019개소로 나타났으며, 1990년 이후 장기추세를 보면 연평균 4.6%의 증가율을 보이고 있다.

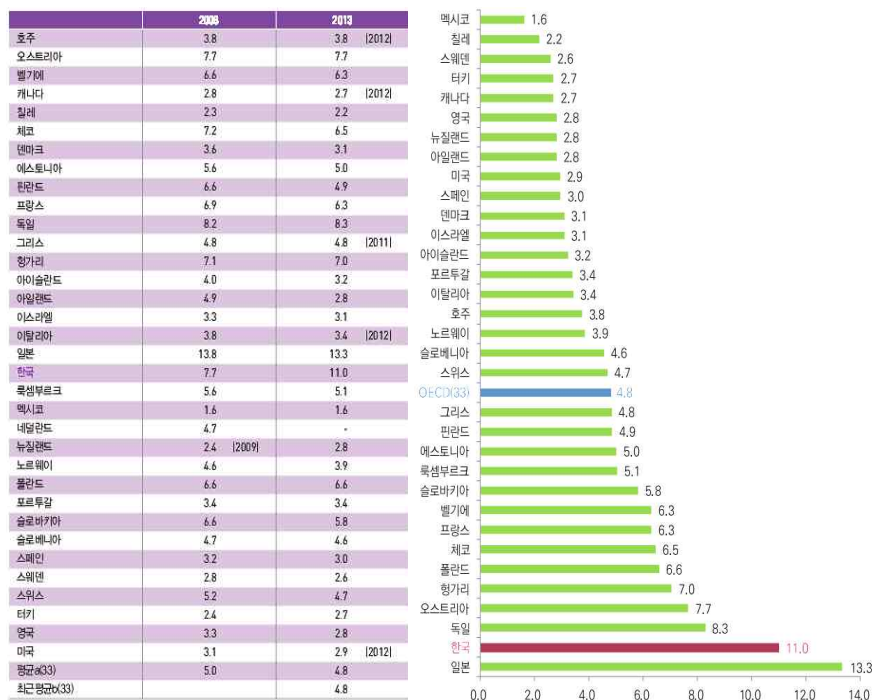
<표 2-6> 의료기관수 현황(단위: 개소)

| 년도   | 합계     | 종합병원·병원 | 의원·조산원 | 치과병원   | 한방병원   |
|------|--------|---------|--------|--------|--------|
| 1990 | 21,701 | 588     | 11,527 | 5,292  | 4,294  |
| 1995 | 29,773 | 706     | 14,766 | 8,304  | 5,997  |
| 2000 | 38,665 | 949     | 19,777 | 10,527 | 7,412  |
| 2005 | 49,566 | 1,367   | 25,645 | 12,643 | 9,911  |
| 2010 | 56,244 | 2,462   | 27,557 | 14,262 | 11,963 |
| 2011 | 58,496 | 2,687   | 28,125 | 15,201 | 12,483 |
| 2012 | 59,519 | 2,897   | 28,981 | 15,002 | 12,639 |
| 2013 | 60,899 | 3,047   | 29,054 | 15,779 | 13,019 |

자료: 보건복지부(2014), 보건복지통계연보.

아래의 <표 2-7>에서 보는 바와 같이 우리나라의 총 병원병상수는 2013년 기준으로 인구 1,000명당 11.0병상으로 OECD 평균인 4.8병상보다 2.3배 많은 상황이다. 대부분의 OECD 국가에서 지난 5년간 총 병원병상수가 줄어든 반면, 우리나라는 1.4배 증가한 수치다. OECD 회원국 중 인구 1,000명당 총 병원병상수가 가장 많은 국가는 일본으로 13.3병상이며, 한국은 일본에 이어 두 번째로 총 병원병상수가 많음을 알 수 있다.

<표 2-7> 병원 총병상수 비교(단위: 병상수/인구 1천명)



자료: OECD(2015), OECD Health Data.

아래의 <표 2-8>과 <표 2-9>는 2013년 기준으로 면허가 발급된 의사수와 조산사, 간호사수 추이를 나타낸 것이다. 해마다 조금씩 증가하고 있었는데, 현재 약 1.1만여명의 의사와 8,400여명의 조산사, 그리고 31만여명의 간호사가 자격을 소지하고 있음을 알 수 있다.

<표 2-8> 면허 의사수(단위: 명)

| 연도   | 총계     |        |        | 의사     |        |        | 한지의사 |    |   |
|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|----|---|
|      | 계      | 남      | 여      | 계      | 남      | 여      | 계    | 남  | 여 |
| 2003 | 81,328 | 66,373 | 14,955 | 81,248 | 66,299 | 14,949 | 80   | 74 | 6 |
| 2004 | 81,998 | 66,223 | 15,775 | 81,918 | 66,150 | 15,768 | 80   | 73 | 7 |
| 2005 | 85,369 | 68,518 | 16,851 | 85,289 | 68,445 | 16,844 | 80   | 73 | 7 |
| 2006 | 88,214 | 70,143 | 18,071 | 88,139 | 70,074 | 18,065 | 75   | 69 | 6 |

|      |         |        |        |         |        |        |    |    |   |
|------|---------|--------|--------|---------|--------|--------|----|----|---|
| 2007 | 91,475  | 72,216 | 19,259 | 91,400  | 72,147 | 19,253 | 75 | 69 | 6 |
| 2008 | 95,088  | 74,559 | 20,529 | 95,014  | 74,491 | 20,523 | 74 | 68 | 6 |
| 2009 | 98,434  | 76,618 | 21,816 | 98,360  | 76,550 | 21,810 | 74 | 68 | 6 |
| 2010 | 101,443 | 78,499 | 22,944 | 101,371 | 78,433 | 22,938 | 72 | 66 | 6 |
| 2011 | 104,397 | 80,411 | 23,986 | 104,332 | 80,348 | 23,984 | 65 | 63 | 2 |
| 2012 | 107,295 | 82,284 | 25,011 | 107,221 | 82,216 | 25,005 | 74 | 68 | 6 |
| 2013 | 109,563 | 83,409 | 26,154 | 109,500 | 83,352 | 26,148 | 63 | 57 | 6 |

자료: 보건복지부(2014), 보건복지통계연보.

<표 2-9> 면허 조산사, 간호사수(단위: 명)

| 연도    | 조산사   | 간호사     |
|-------|-------|---------|
| 2003년 | 8,996 | 192,480 |
| 2004년 | 8,628 | 202,012 |
| 2005년 | 8,657 | 213,644 |
| 2006년 | 8,572 | 223,781 |
| 2007년 | 8,587 | 235,687 |
| 2008년 | 8,565 | 246,840 |
| 2009년 | 8,603 | 258,568 |
| 2010년 | 8,578 | 270,274 |
| 2011년 | 8,562 | 282,656 |
| 2012년 | 8,528 | 295,254 |
| 2013년 | 8,422 | 307,797 |

자료: 보건복지부(2014), 보건복지통계연보.

하지만 아래의 <표 2-10>과 <표 2-11>에서 보는 바와 같이 의료인력 규모는 OECD국가의 인구 1천명당 의료인력과 비교해 볼 때 의사는 2.2명으로 최하위권을 나타내고 있다. 이러한 수치는 OECD 평균인 3.2명보다 1.0명 적으며, OECD 회원국 중 가장 낮은 수준임을 알 수 있다. OECD 회원국 중 임상 의사수가 가장 많은 국가는 오스트리아로 인구 1,000명당 5.0명을 기록하였으며, 우리나라는 멕시코(2.2명), 폴란드(2.2명), 일본(2.3명, 2012년)과 함께 임상 의사수가 2.5명 미만으로 낮은 수

준임을 알 수 있다. 최근 추이를 보면, 2008년 우리나라의 임상 의사수는 인구 1,000명당 1.9명이었으며, 5년간 0.3명이 증가하였는데, 같은 시기 OECD 회원국의 임상 의사수는 평균 0.2명 증가하였으며, 독일은 0.5명 (3.6명 → 4.1명)이 증가하여 가장 큰 폭으로 증가하였음을 알 수 있다.

한편, 우리나라의 임상 간호사수는 인구 1,000명당 5.2명으로 OECD 평균 (9.8명)의 절반 수준임을 알 수 있는데, 가장 높은 스위스의 17.4명에 비해 30% 수준에 불과한 것으로 나타나는 등 다른 OECD 국가에 비해 상당히 낮은 수준임을 알 수 있다. OECD 회원국 중 스위스(17.4명), 노르웨이(16.7명), 덴마크(16.3명, 2012년), 아이슬란드(15.5명)는 인구 1,000명당 15명 이상의 많은 간호 인력을 확보하고 있음을 알 수 있다. 최근 추이를 보면, 2008년 임상 간호사 수는 4.3명으로 5년 사이 20.9% 증가하여 OECD 회원국 중 가장 높은 증가율을 기록하고 있지만, 여전히 절대 인력에서는 많은 차이가 있음을 알 수 있다.

<표 2-10> 인구 1천명당 활동 의사(단위: 명)

| 국가    | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 오스트리아 | 4.1  | 4.2  | 4.3  | 4.5  | 4.5  | 4.6  | 4.7  | 4.8  | 4.8  | 4.9  | 5.0  |
| 노르웨이  | 3.3  | 3.4  | 3.6  | 3.8  | 3.9  | 4.0  | 4.0  | 4.1  | 3.7  | 4.2  | 4.3  |
| 독일    | 3.4  | 3.4  | 3.4  | 3.5  | 3.5  | 3.6  | 3.6  | 3.7  | 3.8  | 4.0  | 4.1  |
| 스위스   | -    | -    | -    | -    | -    | 3.8  | 3.8  | 3.8  | 3.8  | 3.9  | 4.0  |
| 스웨덴   | 3.4  | 3.4  | 3.5  | 3.6  | 3.7  | 3.7  | 3.8  | 3.9  | -    | 3.9  | 4.0  |
| 이탈리아  | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 3.7  | -    | 4.1  | 3.9  | 3.9  |
| 스페인   | 3.3  | 3.4  | 3.8  | 3.6  | 3.7  | 3.5  | 3.5  | 3.8  | 4.1  | 3.8  | 3.8  |
| 체코    | 3.5  | 3.5  | 3.6  | 3.6  | 3.6  | 3.5  | 3.6  | 3.6  | 3.6  | 3.7  | 3.7  |
| 덴마크   | 3.1  | 3.2  | 3.3  | 3.4  | 3.4  | 3.4  | 3.5  | -    | -    | 3.5  | 3.6  |
| 아이슬란드 | 3.6  | 3.6  | 3.6  | 3.6  | 3.6  | 3.6  | 3.7  | 3.6  | 3.5  | 3.6  | 3.6  |
| 이스라엘  | 3.4  | 3.3  | 3.2  | 3.2  | 3.3  | 3.4  | 3.5  | 3.3  | 3.3  | 3.3  | 3.4  |
| 호주    | 2.6  | 2.7  | 2.8  | 2.8  | 3.0  | 3.0  | 3.1  | -    | 3.3  | 3.3  | 3.4  |
| 에스토니아 | 3.2  | 3.2  | 3.2  | 3.2  | 3.3  | 3.3  | 3.3  | 3.2  | 3.3  | 3.3  | 3.3  |
| 프랑스   | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | -    | 3.1  | 3.1  | 3.1  |
| 헝가리   | 3.3  | 3.3  | 2.8  | 3.0  | 2.8  | 3.1  | 3.0  | 2.9  | 3.0  | 3.1  | 3.2  |
| 벨기에   | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 2.9  | 3.0  |

|       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 핀란드   | 2.6 | 2.6 | 2.6 | 2.7 | 2.7 | 2.7 | -   | -   | -   | -   | 3.0 |
| 룩셈부르크 | 2.4 | 2.4 | 2.6 | 2.6 | 2.7 | 2.7 | 2.7 | 2.8 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| 뉴질랜드  | 2.2 | 2.2 | 2.1 | 2.3 | 2.3 | 2.5 | 2.6 | 2.6 | 2.6 | 2.7 | 2.8 |
| 영국    | 2.2 | 2.4 | 2.4 | 2.5 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 2.8 | 2.8 | 2.8 |
| 아일랜드  | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | -   | 2.7 | 2.7 | 2.7 |
| 미국    | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.5 | 2.5 | 2.6 |
| 슬로베니아 | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.4 | 2.5 | 2.5 | 2.6 |
| 일본    | -   | 2.0 | -   | 2.1 | -   | 2.2 | -   | 2.2 | -   | 2.3 | 2.3 |
| 폴란드   | 2.4 | 2.3 | 2.1 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.2 | 2.2 |
| 멕시코   | 1.6 | 1.7 | 1.8 | 1.9 | 2.0 | 2.0 | 2.1 | 2.1 | 2.2 | 2.2 | 2.2 |
| 한국    | 1.6 | 1.6 | 1.6 | 1.7 | 1.7 | 1.9 | 1.9 | 2.0 | 2.0 | 2.1 | 2.2 |
| 슬로바키아 | 3.2 | 3.2 | -   | -   | 3.0 | -   | -   | -   | -   | -   |     |
| OECD  | -   | 2.9 | 2.9 | 2.9 | 3.0 | 3.1 | 3.1 | 3.1 | 3.1 | 3.2 | 3.2 |

자료: OECD(2011~2015), OECD Health Data.

<표 2-11> 인구 1천명당 활동 간호사(단위: 명)

| 국가    | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 스위스   | 14.3 | 14.1 | 14.1 | 14.5 | 14.7 | 14.9 | 15.2 | 16.0 | 16.6 | 16.6 | 17.4 |
| 노르웨이  | 12.8 | 13.2 | 13.6 | 13.9 | 13.9 | 14.0 | 14.2 | 14.4 | 12.9 | 16.5 | 16.7 |
| 덴마크   | 13.6 | 14.0 | 14.4 | 14.5 | 14.3 | 14.7 | 15.4 | -    | -    | 15.4 | 16.3 |
| 아이슬랜드 | 13.7 | 13.7 | 14.0 | 13.7 | 14.0 | 14.8 | 15.3 | 14.5 | 14.8 | 15.2 | 15.5 |
| 핀란드   | -    | 9.0  | 9.1  | 9.3  | 9.4  | 9.6  | 9.6  | 10.3 | -    | 10.5 | 14.1 |
| 독일    | 10.0 | 10.1 | 10.2 | 10.4 | 10.5 | 10.7 | 11.0 | 11.2 | 11.4 | 11.3 | 13.0 |
| 룩셈부르크 | 8.9  | 9.1  | 11.0 | 10.9 | -    | -    | 11.1 | 11.1 | 11.3 | 11.9 | 11.9 |
| 호주    | 9.9  | 10.1 | 9.7  | -    | 10.1 | 10.2 | 10.1 | -    | 10.1 | 10.2 | 11.5 |
| 뉴질랜드  | -    | -    | 9.0  | 8.8  | 9.2  | 9.7  | 9.7  | 10.0 | 10.0 | 10.1 | 10.0 |
| 캐나다   | 8.5  | 8.5  | 8.7  | 8.8  | 9.0  | 9.1  | 9.3  | 9.3  | 9.3  | 9.4  | 9.5  |
| 영국    | -    | -    | -    | -    | 9.8  | 9.8  | 10.0 | 9.7  | 8.6  | 8.2  | 8.2  |
| 슬로베니아 | 7.4  | 7.4  | 7.5  | 7.6  | 7.7  | 7.9  | 8.0  | 8.2  | 8.3  | 8.2  | 8.3  |
| 체코    | 8.0  | 8.1  | 8.1  | 8.1  | 8.0  | 7.9  | 8.1  | 8.1  | 8.0  | 8.1  | 8.0  |
| 오스트리아 | 7.2  | 7.1  | 7.2  | 7.3  | 7.4  | 7.5  | 7.6  | 7.7  | 7.8  | 7.8  | 7.9  |
| 헝가리   | 5.8  | 5.8  | 6.0  | 6.1  | 6.1  | 6.2  | 6.2  | 6.2  | 6.2  | 6.3  | 6.4  |
| 에스토니아 | 6.2  | 6.3  | 6.3  | 6.3  | 6.4  | 6.4  | 6.1  | 6.1  | 6.2  | 6.2  | 6.2  |

|      |     |     |     |     |     |     |     |      |     |      |      |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|------|------|
| 스페인  | 4.0 | 4.2 | 4.2 | 4.1 | 4.4 | 4.6 | 4.9 | 4.9  | 5.5 | 5.2  | 5.1  |
| 폴란드  | 4.8 | 4.9 | 5.1 | 5.1 | 5.2 | 5.2 | 5.3 | 5.2  | 5.2 | 5.5  | 5.3  |
| 이스라엘 | 5.3 | 5.2 | 5.2 | 5.2 | 5.1 | 4.9 | 4.7 | 4.7  | 4.8 | 4.8  | 4.9  |
| 한국   | 3.5 | 3.8 | 3.9 | 4.0 | 4.2 | 4.3 | 4.5 | 4.6  | 4.7 | 4.8  | 5.2  |
| 멕시코  | 2.2 | 2.1 | 2.3 | 2.3 | 2.4 | 2.4 | 2.5 | 2.5  | 2.7 | 2.6  | 2.6  |
| 일본   | -   | 8.7 | -   | 9.1 | -   | 9.5 | -   | 10.0 | -   | 10.5 | 10.5 |
| 네덜란드 | 8.0 | 8.1 | 8.2 | 8.2 | 8.3 | 8.4 | -   | -    | -   | -    | -    |
| OECD | -   | 8.5 | 8.5 | 8.6 | 8.7 | 9.2 | 9.1 | 9.3  | 9.1 | 9.3  | 9.8  |

자료: OECD(2011~2015), OECD Health Data.

병원종류별로 종사 의료인력수 추이를 살펴보면, 아래의 <표 2-12>와 <표 2-13>과 같다. 세부 항목을 보면 전체적으로 의료 인력은 증가하고 있음을 알 수 있다.

<표 2-12> 병원 종사 의료인력수 - 병원종류별(단위: 명)

| 구분   | 총계      | 종합<br>병원 | 병원      | 치과<br>병원 | 한방<br>병원 | 정신<br>병원 | 결핵<br>병원 | 한센<br>병원 |
|------|---------|----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 2003 | 145,117 | 100,350  | 34,016  | 2,768    | 3,201    | 4,292    | 357      | 133      |
| 2004 | 148,324 | 101,607  | 36,242  | 2,829    | 3,279    | 3,899    | 346      | 122      |
| 2005 | 154,535 | 104,680  | 37,938  | 3,228    | 3,281    | 4,947    | 338      | 123      |
| 2006 | 163,943 | 107,787  | 45,142  | 3,503    | 3,403    | 3,807    | 159      | 142      |
| 2007 | 175,963 | 110,369  | 53,436  | 3,899    | 3,335    | 4,452    | 353      | 119      |
| 2008 | 192,887 | 117,378  | 62,884  | 4,381    | 3,375    | 4,403    | 347      | 119      |
| 2009 | 204,429 | 121,469  | 69,801  | 4,796    | 3,491    | 4,403    | 349      | 120      |
| 2010 | 218,065 | 127,515  | 56,672  | 4,858    | 3,880    | -        | -        | -        |
| 2011 | 227,818 | 130,284  | 88,253  | 5,024    | 4,257    | -        | -        | -        |
| 2012 | 236,028 | 134,181  | 92,195  | 5,250    | 4,402    | -        | -        | -        |
| 2013 | 262,500 | 147,753  | 104,751 | 5,373    | 4,623    | -        | -        | -        |
| 의사   | 52,907  | 38,842   | 13,955  | 19       | 91       | -        | -        | -        |
| 치과의사 | 3,443   | 1,285    | 124     | 2,034    | -        | -        | -        | -        |
| 한 의사 | 2,852   | 23       | 1,337   | 1        | 1,491    | -        | -        | -        |
| 조산사  | 704     | 490      | 214     | -        | -        | -        | -        | -        |

|       |         |        |        |       |       |   |   |   |
|-------|---------|--------|--------|-------|-------|---|---|---|
| 간호사   | 114,088 | 74,982 | 37,497 | 118   | 1,491 | - | - | - |
| 간호조무사 | 38,800  | 9,512  | 27,864 | 313   | 1,111 | - | - | - |
| 의료기사  | 42,444  | 18,532 | 20,768 | 2,849 | 295   | - | - | - |
| 의무기록사 | 2,873   | 1,350  | 1,416  | 30    | 77    | - | - | - |
| 약사    | 4,389   | 2,737  | 1,576  | 9     | 67    | - | - | - |

자료: 보건복지부(2014), 보건복지통계연보.

<표 2-13> 의원 및 조산원 종사 의료인력수 - 기관별(단위: 명)

| 구분    | 총계      | 의원      | 치과의원   | 한의원    | 부속의원  | 조산원 |
|-------|---------|---------|--------|--------|-------|-----|
| 2003  | 155,624 | 99,714  | 36,344 | 18,574 | 885   | 107 |
| 2004  | 176,679 | 112,584 | 44,707 | 18,314 | 992   | 82  |
| 2005  | 180,741 | 117,107 | 42,537 | 19,838 | 1,191 | 68  |
| 2006  | 187,629 | 120,277 | 44,695 | 21,272 | 1,314 | 71  |
| 2007  | 192,694 | 123,045 | 46,510 | 22,505 | 562   | 72  |
| 2008  | 197,913 | 125,197 | 48,657 | 23,430 | 557   | 72  |
| 2009  | 202,536 | 127,237 | 50,379 | 24,262 | 590   | 68  |
| 2010  | 206,244 | 129,196 | 51,887 | 24,610 | 488   | 63  |
| 2011  | 210,952 | 131,151 | 53,987 | 25,259 | 501   | 54  |
| 2012  | 217,259 | 132,664 | 55,729 | 28,256 | 560   | 50  |
| 2013  | 221,443 | 135,430 | 58,033 | 27,341 | 586   | 53  |
| 의사    | 35,556  | 35,399  | -      | -      | 157   | -   |
| 치과의사  | 18,596  | 1       | 18,595 | -      | -     | -   |
| 한 의사  | 14,393  | -       | -      | 14,393 | -     | -   |
| 조산사   | 236     | 193     | -      | -      | -     | 43  |
| 간호사   | 15,358  | 13,522  | 472    | 1,134  | 227   | 3   |
| 간호조무사 | 85,557  | 58,911  | 14,826 | 11,762 | 51    | 7   |
| 의료기사  | 51,114  | 26,938  | 24,025 | 5      | 146   | -   |
| 의무기록사 | 587     | 434     | 115    | 38     | -     | -   |
| 약사    | 46      | 32      | -      | 9      | 5     | -   |

자료: 보건복지부(2014), 보건복지통계연보.

아래의 <표 2-14>에서 보는 바와 같이 보건복지 관련 산업 일자리 통계조사<sup>1)</sup>에 의하면 2014년 6월말 기준으로 보건업 및 사회복지서비스

업에 종사하는 상용근로자는 1,469,173명이며, 근로계약기간이 1년 미만인 임시 및 일용근로자는 84,705명, 파견종사자<sup>2)</sup>는 18,029명으로 조사되었다.

<표 2-14> 보건업 및 사회복지서비스업 종사상 지위별 종사자수 추이(단위: 명, %)

| 구분       | 2011.12   |       | 2012.12   |       | 2013.12   |       | 2014.6    |       |
|----------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|-------|
|          | 인원        | %     | 인원        | %     | 인원        | %     | 인원        | %     |
| 상용근로자    | 1,035,748 | 82.7  | 1,128,129 | 84.1  | 1,215,884 | 85.5  | 1,254,131 | 85.4  |
| 자영업자     | 85,735    | 6.8   | 96,390    | 7.2   | 92,441    | 6.5   | 101,260   | 6.9   |
| 무급가족 종사자 | 2,359     | 0.2   | 4,077     | 0.3   | 1,024     | 0.1   | 1,032     | 0.1   |
| 임시 일용근로자 | 87,528    | 7.0   | 76,972    | 5.7   | 84,936    | 6.0   | 84,705    | 5.8   |
| 기타종사자    | 12,441    | 1.0   | 14,523    | 1.1   | 10,129    | 0.7   | 10,016    | 0.7   |
| 파견종사자    | 28,017    | 2.2   | 20,980    | 1.6   | 17,975    | 1.3   | 18,029    | 1.2   |
| 계        | 1,251,828 | 100.0 | 1,341,071 | 100.0 | 1,422,389 | 100.0 | 1,469,173 | 100.0 |

자료: 국가통계포털(KOSIS), 보건복지 관련 산업 일자리. 재구성.

아래의 <표 2-15>에서 보듯이, 보건업 및 사회복지서비스업의 소분류 업종 중 외부노동력비율이 가장 높은 비중을 차지하는 업종은 병원이며, 병원은 병원 전체 근로자 450,151명중 외부노동력 종사자수가 11,317명으로 2.5%를 차지하고 있다.

- 1) 보건복지부가 보건복지분야 366,245개 사업체를 대상으로 표본 조사를 실시한 통계결과이며, '전국사업체조사', '경제활동인구조사'와는 조사방법, 조사범위 및 대상 등이 상이하어 수치를 직접 비교할 수 없으나, 2012년 말 기준 보건업 및 사회복지서비스업의 세부 업종별 구체적 통계결과를 인용하기 위해 자료를 활용함.
- 2) 보건복지관련산업 일자리 통계조사에서는, 조사대상 업체인 병원에서 직접 급여를 지급하지 않으나, 병원에서 일하고 있는 다른 사업체 소속 근로자(예시: 청소·경비, 간병인 등 다른 업체로부터 지원서비스를 위해 받은 종사자 등 포함)를 "파견"으로 구분하여 조사하였으나, 파견법상 파견인지 도급인지 여부를 알 수 없으므로 이하에서는 다른 사업체 소속을 통칭하는 "외부노동력"으로 정리함.

<표 2-15> 보건업 및 사회복지서비스업 분야 종사상 지위별 현황(2014년 6월말 기준)  
(단위: 명, %)

| 업종별     | 종사상지위별     | 정규직     | 비정규직   | 합계      | 비율    |
|---------|------------|---------|--------|---------|-------|
| 병원      | 전체         | 408,793 | 41,358 | 450,151 | 100.0 |
|         | 상용근로자      | 407,621 | 19,376 | 426,997 | 94.9  |
|         | 임시 및 일용근로자 | 0       | 11,374 | 11,374  | 2.5   |
|         | 기타종사자      | 29      | 432    | 461     | 0.1   |
|         | 파견종사자      | 1,142   | 10,175 | 11,317  | 2.5   |
| 의원      | 전체         | 266,653 | 18,074 | 284,727 | 100.0 |
|         | 상용근로자      | 266,572 | 7,313  | 273,885 | 96.2  |
|         | 임시 및 일용근로자 | 0       | 10,452 | 10,452  | 3.7   |
|         | 기타종사자      | 8       | 72     | 80      | 0.0   |
|         | 파견종사자      | 74      | 237    | 311     | 0.1   |
| 공중보건의료업 | 전체         | 20,029  | 8,066  | 28,095  | 100.0 |
|         | 상용근로자      | 19,995  | 2,837  | 22,832  | 81.3  |
|         | 임시 및 일용근로자 | 0       | 4,993  | 4,993   | 17.8  |
|         | 기타종사자      | 0       | 29     | 29      | 0.1   |
|         | 파견종사자      | 34      | 207    | 241     | 0.9   |
| 기타 보건업  | 전체         | 8,175   | 4,701  | 12,876  | 100.0 |
|         | 상용근로자      | 8,061   | 1,227  | 9,288   | 72.1  |
|         | 임시 및 일용근로자 | 0       | 2,711  | 2,711   | 21.1  |
|         | 기타종사자      | 81      | 669    | 750     | 5.8   |
|         | 파견종사자      | 33      | 95     | 128     | 1.0   |
| 보건업 합계  | 전체         | 703,650 | 72,199 | 775,849 | 100.0 |
|         | 상용근로자      | 702,249 | 30,753 | 733,002 | 94.5  |
|         | 임시 및 일용근로자 | 0       | 29,530 | 29,530  | 3.8   |
|         | 기타종사자      | 118     | 1,202  | 1,320   | 0.2   |
|         | 파견종사자      | 1,283   | 10,714 | 11,997  | 1.5   |

자료: 국가통계포털(KOSIS), 보건복지 관련 산업 일자리. 계구성.

하지만, 정부의 정규직 통계에 무기계약직 등이 포함되는 현실을 감안할 때 위에서 살펴본 것과는 달리 실제 비정규직 인원은 그 이상이 될 것으로 예상되는데, 아래의 <표 2-16>을 보면 국공립대병원의 고용형태별 인력구성비율을 알 수 있다. 국공립대병원의 정규직 비율은 전체평균

이 70.9%를 나타내고 있는데, 병원별로 격차가 커 경상대 병원과 충북대 병원은 80%가 넘는 반면, 건보공단 일산병원은 54.9%, 분당서울대병원은 60.4%에 불과함을 알 수 있다.

<표 2-16> 국공립대병원 직원 채용 현황(2014년) (단위: 명, %)

| 구분       | 정규직    | 무기계<br>약직 | 비정규<br>직 | 소속외<br>인력 | 총인원    | 정규직<br>비율 |
|----------|--------|-----------|----------|-----------|--------|-----------|
| 강원대병원    | 784    | 68        | 111      | 78        | 1,041  | 75.3      |
| 경북대병원    | 2,570  | 73        | 289      | 389       | 3,321  | 77.4      |
| 경상대병원    | 1,395  | 0         | 169      | 161       | 1,725  | 80.9      |
| 부산대병원    | 3,381  | 141       | 712      | 632       | 4,866  | 69.5      |
| 분당서울대병원  | 2,569  | 2         | 391      | 1,289     | 4,251  | 60.4      |
| 서울대병원    | 5,064  | 423       | 695      | 608       | 6,790  | 74.6      |
| 전남대병원    | 3,002  | 196       | 295      | 507       | 4,000  | 75.1      |
| 전북대병원    | 1,854  | 296       | 266      | 279       | 2,695  | 68.8      |
| 제주대병원    | 874    | 183       | 34       | 96        | 1,187  | 73.6      |
| 충남대병원    | 1,737  | 170       | 491      | 240       | 2,638  | 65.8      |
| 충북대병원    | 1,089  | 117       | 45       | 98        | 1,349  | 80.7      |
| 국립중앙의료원  | 863    | 10        | 146      | 247       | 1,266  | 68.2      |
| 건보공단일산병원 | 915    | 84        | 149      | 518       | 1,666  | 54.9      |
| 합계·평균    | 26,097 | 1,763     | 3,793    | 5,142     | 36,795 | 70.9      |

자료: 보건의료노조 내부자료. 재정리.

아래의 <표 2-17>에서 보건업 종사자의 이직률 추이를 살펴보면, 보건업에서의 전체이직률은 2011년 3.9%, 2012년 3.3%, 2013년에는 2.9%, 그리고 2014년 6월에는 3.2%를 나타냈다. 이에 반해 전산업의 평균이직률은 2011년 5.0%, 2012년과 2013년은 각각 4.5%, 그리고 2014년 6월에는 4.7%로 보건업의 이직률이 약 1.5%p 낮은 수준임을 알 수 있다. 하지만 이를 구체적으로 살펴보면, 보건업에서 임시직의 이직률은 등락폭이 전산업에 비해 매우 크며, 특히 2014년의 이직률 증가율 역시 전산업에 비해 증가했음을 알 수 있다.

<표 2-17> 보건업 종사자 이직률 추이(단위: %)

| 구분  | 규모         | 2011년       |             |             | 2012년       |             |             | 2013년       |             |             | 2014년       |             |             |
|-----|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|     |            | 이직률<br>(전체) | 이직률<br>(상용) | 이직률<br>(임시) | 이직률<br>(전체) | 이직률<br>(상용) | 이직률<br>(임시) | 이직률<br>(전체) | 이직률<br>(상용) | 이직률<br>(임시) | 이직률<br>(전체) | 이직률<br>(상용) | 이직률<br>(임시) |
| 전산업 | 전체         | 5.0         | 2.4         | 20.6        | 4.5         | 2.2         | 19.0        | 4.5         | 2.4         | 18.2        | 4.7         | 2.5         | 19.1        |
|     | 300인<br>미만 | 5.2         | 2.5         | 18.9        | 4.8         | 2.3         | 19.0        | 4.8         | 2.5         | 17.9        | 5.0         | 2.6         | 19.1        |
|     | 300인<br>이상 | 4.4         | 1.8         | 43.9        | 2.9         | 1.8         | 19.4        | 3.1         | 1.9         | 21.4        | 3.1         | 1.9         | 19.7        |
| 보건업 | 전체         | 3.9         | 2.3         | 32.5        | 3.3         | 2.1         | 25.5        | 2.9         | 2.4         | 7.1         | 3.2         | 2.5         | 9.7         |
|     | 300인<br>미만 | 4.3         | 2.7         | 29.5        | 3.8         | 2.4         | 28.7        | 3.2         | 2.6         | 6.9         | 3.4         | 2.6         | 9.6         |
|     | 300인<br>이상 | 3.0         | 1.4         | 44.3        | 1.8         | 1.3         | 15.1        | 1.7         | 1.4         | 8.8         | 1.9         | 1.6         | 10.4        |

자료: 고용노동통계 (<http://laborstat.moel.go.kr>). 정리.

실제로 2014년 병원간호사회에서 조사한 간호사 이직률 조사를 보면, 간호사 이직률이 16.9%에 달하며 병원 규모가 작고 병상수가 적을수록 이직률이 높은 것으로 나타났다. 또한, 지난 2012년 취업한 신규 간호사들의 이직률을 조사한 결과, 이들은 전체보다 2배가량 높은 31.2%였다. 그리고 이직 간호사들을 병상 규모별로 분석하면 규모가 작은 곳에서 간호사들 이직 비율이 높은 것으로 나타났다.

전체 이직자 중 200병상 미만인 곳에 속한 간호사가 24.6%로 가장 많았으며, 그 뒤로 200~399병상 20.3%, 400~599병상 17.9%, 600~799병상 13.3%, 800~999병상은 11.7%인 것으로 나타났다. 1,000병상 이상의 규모에서 이직률은 7.9%로 가장 낮았다. 이 같은 흐름대로 의료기관별 이직률 역시 병원 규모가 작을수록 높게 나타났다. 조사결과 상급종합병원의 이직률은 전체 9.4%에 불과하지만, 종합병원은 19.1%, 병원 18.9%, 요양병원 19.9%로 10% 이상 높게 나타났다.

간호사들이 이직하는 가장 큰 이유는 더 좋은 근무조건을 찾기 위해 '타 병원 이직' 이 19.4%로 가장 많았으며 다음으로 '결혼·출산 및 육아' 가 15.9% '업무 부적응' 이 13% 순이었다. 이직자 대부분은 일반간호사(95.1%)였으며, 책임(주임)간호사는 2.8%, 수간호사는 1.3%, 간호관리자 0.8%로 높은 직책을 맡을수록 이직이 적었다고 한다.

## 다. 인력부족으로 인한 보건의료노동자의 현실

2015년도에 실시한 보건의료노동자 실태조사에서 인력 문제와 가장 관련이 높은 근로시간을 살펴보면, 보건의료 노동자의 1일 평균 근로시간은 10.6시간으로 2008년 이후 지속적으로 증가하였으며(야간 근무자 13.1시간, 2014년 9.8시간, 2013년 9.3시간, 2012년 9.3시간, 2011년 8.6시간, 2010년 8.9시간, 2009년 9.0시간, 2008년 9.2), 1주 근로시간 역시 49.8시간으로 증가하였다(2014년 48.9시간, 2013년 46.9시간, 2012년 46.6시간, 2011년 46.6시간, 2010년 46.4시간, 2009년 46.2시간, 2008년 45.8시간). 52시간 이상 장시간노동 비율 역시 21.6%로 2011년 18.7%에서 3%p 가량 증가하였음을 알 수 있다.

직장생활 만족도에 있어서도 노동시간 및 노동강도 항목에서 가장 낮은 37.5점(100점 만점)을 나타냈다. 이러한 상황은 대부분 인력부족에서 기인하는 것으로 보이는데, 노동조건 전반적인 하락을 확인할 수 있었으며, 그중에서도 업무량 증가가 67.9%(2014년 65.2%)로 가장 심각한 것으로 나타났다. 그리고 이로 인해 현재 이직을 고민하는 인원의 비율이 62%에 달했으며(62%, 2014년 54.1%), 주된 이유로는 직무불만과 노동강도 등 일이 힘들어서(49.3%), 낮은 임금 수준(14%), 결혼출산육아, 가족연고 이전(14.7%) 등인데 노동강도로 인한 것임을 알 수 있다.

이러한 상황은 사업장의 인력문제에 대한 설문에서도 나타났는데, 현재 각 부서 및 근무지에서 약 11.3%(공공 14.1%, 민간 10.6%)의 인력이 부족(현 근무 인원 17.4명 → 적정 인원 19.9명 → 총원 필요인력 2.5명)한 것으로 나타났다. 병원 인력부족은 고용형태별 차이가 있었는데, 비정규직(15.9%)이 정규직(11.2%)에 비해 4.7%p가 높았다. 그리고 현재 병원 사업장에 인력이 부족하다는 의견이 80.5%에 달했으며, 병원 인력부족은 건강 및 의료서비스 질 등에 부정적인 결과를 초래하고 있다고 응답했다. 특히 인력부족은 의료공공성(의료서비스 질 하락 81.1%, 친절 서비스 미흡 80.6%, 의료서비스 미제공 74.1%, 의료사고 노출 경험 47.4%)은 물론 노동조건 악화(건강악화 65.7%, 재해 질병 노출 67.6%, 휴가 미사용/인력 감축 상태 67.5%, 스트레스 치료 상담 필요 상황 54.

2%)에 부정적인 것으로 나타났다. 이와 같은 인력 부족 상황에서 휴가를 제대로 사용하지 못하는 비율이 증가하였으며(2014년 연차사용률 66.2%, 연차 17.6일 중 11.6일 사용↔ 2013년 사용률 69%, 연차 17.7일 중 12.3일 사용), 이는 업무 피로도를 높이는 부정적인 결과로 이어지고 있다. 이런 이유로 이직을 고려하고 있다는 응답이 지난해보다 8%p 증가(62%, 2014년 54%)했음을 알 수 있다.

비정규직 고용 상황과 차별을 파악하기 위한 결과를 보면, 현재 정규직 업무와 같은 업무를 수행하고 있는 비정규직에게 적은 임금(동일노동 동일임금 미지급)을 지급하고 있다는 의견이 63.1%나 되었고, 기존 정규직 업무를 비정규직이 대체하여 일을 수행하고 있다는 의견도 55.7%나 되었다. 물론 현재 최근 3년 사이 병원 현장 내 부서에서 비정규직이 증가했다는 의견도 30% 정도 되는 것으로 나타났다.

이상의 결과를 바탕으로 볼 때, 보건의료산업은 다양한 방식으로 양질의 일자리를 창출할 수 있는 최적의 분야임에도 불구하고, 보건의료사업장의 인력부족 현상은 심화되어 이로 인하여 개별 노동자의 노동조건은 오히려 악화되었으며, 국민들에 대한 양질의 의료서비스 제공에도 실패하고 있음을 알 수 있다. 2015년 노동조합의 주요 목표 중에서 가장 핵심적으로 생각하는 안으로 임금인상(52%)과 함께 인력확충(22.9%)을 꼽은 것은 보건의료 노동자들에 있어 인력문제의 심각함을 반영하는 것이라 할 것이다. 아울러 비정규직 고용문제와 노동조건 문제 역시 조속히 해결해야 할 관련 문제라 할 것이다.

## 2. 보건의료산업 근로조건 실태

### 가. 보건의료산업 노동자 고용현황

보건의료산업 종사자수는 매년 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다. 2013년 현재 보건의료산업 종사자수는 741,719명으로 나타났다. 병원형

태별로 종사자 비중을 살펴보면, 2013년 기준으로 종합병원 종사자 비중이 30.1%로 가장 높았는데, 이 비중은 2006년의 35.5%보다 5.4% 포인트가 낮아졌다. 대신 일반병원 종사자수 비중이 2006년 66,760명에서 2013년에는 190,141명으로 급격히 증가한 것으로 나타났다.

<표 2-18> 보건의료산업 종사자수 현황(단위: 명)

|                 | 2006    | 2007    | 2008    | 2009    | 2010    | 2011    | 2012    | 2013    |
|-----------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 종합 병원           | 178,837 | 184,861 | 198,712 | 203,127 | 196,765 | 206,534 | 215,734 | 223,586 |
| 일반 병원           | 66,760  | 84,932  | 97,737  | 111,561 | 145,346 | 155,907 | 174,031 | 190,141 |
| 치과 병원           | 1,503   | 1,883   | 1,756   | 2,318   | 12,553  | 5,180   | 4,927   | 5,043   |
| 한방 병원           | 5,479   | 5,138   | 5,454   | 5,982   | 6,015   | 6,724   | 7,482   | 8,018   |
| 일반 의원           | 146,712 | 151,339 | 154,984 | 160,886 | 164,067 | 167,162 | 171,716 | 177,567 |
| 치과 의원           | 59,963  | 63,424  | 65,748  | 68,670  | 70,162  | 72,216  | 74,895  | 77,983  |
| 한의원             | 37,917  | 39,294  | 40,614  | 42,719  | 43,896  | 44,671  | 46,203  | 48,241  |
| 방사선진단 및 병리검사 의원 | 5,969   | 7,719   | 8,252   | 8,607   | 9,912   | 10,684  | 10,823  | 11,140  |
| 계               | 503,140 | 538,590 | 573,257 | 603,870 | 648,716 | 669,078 | 705,811 | 741,719 |

자료: 고용노동부, 전국사업체조사, 각 연도

직종별 인원수를 살펴보면, 간호사수가 214천명으로 가장 많고, 치료사 및 의료기사가 176천명, 의사가 125천명 순으로 나타났다. 직종별 취업자 수의 현황에서 특징적인 것은 간호사 수가 다른 직종에 비해 연도별로 변화가 없다는 점이다. 다른 직종은 연도별로 취업자수가 증가하고 있는 것으로 나타났다. 의사는 2010년 4분기 92천명이었는데 2014년 2분기에는 125명으로 늘었다. 35.9% 증가했다. 다른 직종의 취업자수도 두자릿수 이상으로 증가한 것으로 나타났는데, 간호사 취업자수는 1.8% 증가하는 데 그쳤다. 특히, 간호사 취업자수는 2010년 이후 계속 감소하는 추세를 보이다가 2012년 4분기를 기점으로 조금씩 증가하고 있다는 것이 특징으로 나타나고 있다.

<표 2-19> 보건의료 관련 직종별 취업자수 현황(단위: 천명)

|                | 2010<br>4/4 | 2011<br>1/4 | 2011<br>2/4 | 2011<br>3/4 | 2011<br>4/4 | 2012<br>1/4 | 2012<br>2/4 | 2012<br>3/4 | 2012<br>4/4 | 2013<br>1/2 | 2013<br>2/2 | 2014<br>1/2 | 2014<br>2/2 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 의료진료<br>전문가    | 92          | 85          | 86          | 84          | 86          | 90          | 97          | 95          | 93          | 119         | 120         | 121         | 125         |
| 약사 및<br>한약사    | 33          | 36          | 33          | 31          | 34          | 38          | 37          | 37          | 35          | 37          | 38          | 36          | 39          |
| 간호사            | 211         | 207         | 212         | 204         | 197         | 192         | 194         | 186         | 194         | 210         | 218         | 215         | 214         |
| 영양사            | 27          | 26          | 25          | 26          | 28          | 27          | 26          | 29          | 28          | 31          | 34          | 31          | 31          |
| 치료사 및<br>의료기사  | 138         | 154         | 154         | 160         | 156         | 147         | 156         | 156         | 145         | 148         | 151         | 160         | 176         |
| 보건의료<br>관련 종사자 | 153         | 157         | 161         | 169         | 170         | 159         | 165         | 161         | 169         | 184         | 187         | 198         | 199         |
| 계              | 654         | 665         | 671         | 674         | 671         | 653         | 675         | 664         | 664         | 729         | 748         | 761         | 784         |

자료: 고용노동부, 지역별고용조사, 각 연도

그렇다면, 보건의료종사자 중에서 간호사의 취업자 수만 제자리걸음을 하는 것일까? 이는 간호사가 일하는 병원 수와 관련이 있는 것으로 확인되고 있다. 일반 병원 수는 매년 증가하는 것으로 나타났지만, 간호사의 취업 비중이 큰 종합병원 수는 감소한 것으로 나타났다. 2013년 현재 의료기관 수는 59,414개로 확인되고 있다. 여기서 특징적인 것은 의료기관 중에서 종합병원 수만 감소하고 있다는 점이다. 종합병원은 의료종사자 수 비중이 가장 높다는 점에서 그 수가 감소함에 따라 간호사 수도 줄었다고 이해할 수 있다. 그러나 같은 기간 동안 의사 수는 줄지 않았다는 점이 주목할 만하다. 바로 이 점에 본 연구의 배경이다. 본 연구에서는 의사 수는 증가하고 있는 데 반해 간호사 수는 왜 감소하는지 그 원인을 근로조건이 열악하기 때문이라는 가설에서 출발한다. 간호사의 의료산업에 종사하는 인원 중에서 왜 간호사만 취업자 수가 증가하지 않는지 그 원인을 살펴보고, 대안을 모색해 보고자 한다.

<표 2-20> 보건의료산업체 수 현황(단위:개)

|       | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 종합 병원 | 389   | 370   | 404   | 399   | 320   | 320   | 323   | 325   |
| 일반 병원 | 1,064 | 1,351 | 1,552 | 1,686 | 2,058 | 2,182 | 2,366 | 2,500 |

|                    |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 치과 병원              | 16     | 17     | 18     | 24     | 178    | 133    | 113    | 110    |
| 한방 병원              | 114    | 119    | 116    | 124    | 139    | 154    | 178    | 200    |
| 일반 의원              | 24,849 | 25,249 | 25,652 | 25,964 | 26,133 | 26,857 | 27,106 | 27,484 |
| 치과 의원              | 12,831 | 13,136 | 13,491 | 13,883 | 14,262 | 14,795 | 15,177 | 15,561 |
| 한의원                | 10,267 | 10,713 | 11,054 | 11,389 | 11,701 | 12,092 | 12,446 | 12,811 |
| 방사선진단 및<br>병리검사 의원 | 409    | 430    | 403    | 409    | 413    | 424    | 423    | 423    |
| 계                  | 49,939 | 51,385 | 52,690 | 53,878 | 55,204 | 56,957 | 58,132 | 59,414 |

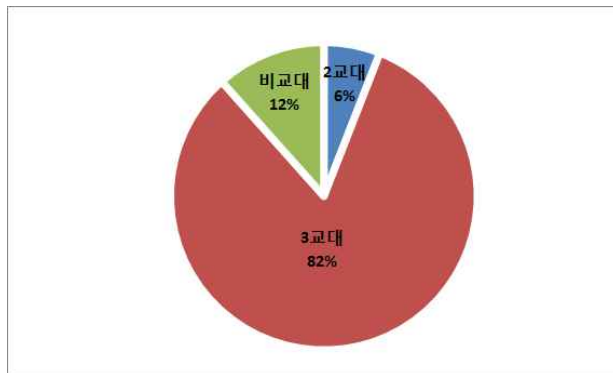
자료: 고용노동부, 전국사업체조사, 각 연도

## 나. 근무형태

### 1) 3교대 근무형태와 근로시간

간호사의 근무형태는 기본적으로 3교대 형태를 띠고 있다. 근무시간이 오전조, 오후조, 야간조로 편성되어 3교대로 돌아가면서 근무한다. 간호사 중에서 3교대로 근무하는 비중은 전체 간호사 중에서 82%를 차지할 정도로 매우 높다. 2교대로 근무하는 비중도 6%를 기록하고 있어 전체 간호사 중에서 교대근무를 하는 간호사는 88% 정도이고 교대 근무를 하지 않는 간호사의 비중은 12%에 불과하다.

<그림 2-2> 간호사 근무형태 비중



출처: 보건의료노조(2011), 보건의료산업 근로시간 특례 관련 의견서, 6페이지 재구성

그런데 간호사의 3교대 근무형태는 제조업의 3조 3교대 근무와는 다른 형태로 운영되고 있다. 이른바 변형된 3교대이다. 일반적으로 제조업의 경우 3개의 근무조가 3교대로 운영된다. 근무시간은 하루 8시간이다. 이런 근무형태가 3조 3교대이다. 3조 3교대는 고정 휴일 여부에 따라서 연속형 3조 3교대와 단속형(또는 불연속형) 3조 3교대가 있다. 연속형 3조 3교대는 24시간 연중무휴로 운영되는 형태이고, 단속형 3조 3교대는 1주일의 특정일(보통 일요일)은 휴일로 운영된다.

간호사의 3교대와 제조업의 3조 3교대의 차이점은 크게 2가지다. 첫째는 근무조 인원 편성이 다르다는 점이다. 제조업은 각 조의 근무 인원이 같은 수로 구성된다. 그러나 간호사는 근무조 개념이 희미하다. 예를 들면, 오후조와 야간조의 근무 인원 수가 다르다. 야간에는 주간보다 업무량이 적기 때문에 근무자도 적게 편성된다. 주말도 마찬가지다. 주말에는 환자 수가 줄기 때문에 간호사 수도 평일보다 적게 배치된다. 이런 사정 때문에 각 조의 편성인원이 다르고 간호사의 근무시간도 개인별로 짜지게 된다. 두 번째 차이점은 근무조의 규칙적인 순환성 여부다. 간호사는 근무조가 규칙적으로 순환하지 않는다. 제조업 3조 3교대의 근무형태를 예로 들면, 오전조, 오후조, 야간조 근무를 1주일씩 순환하면서 근무한다. 각 근무조는 근무일과 근무시간이 균등하게 분배되는 방식이다. 그러나 간호사의 3교대 근무는 각 근무조의 근무일이 균등하게 분배되지 않는다. 그리고 근무시간도 근무조별로 차이가 있다. 이런 차이는 근무조별로 근무인원 수가 달라서 그렇다. 야간조 근무인원은 오전조나 오후조보다 적게 필요하니까 오후조에 배치됐던 인원 중에서 일부만 야간조로 배치된다. 야간조에 배치되지 않는 인원은 다른 근무조에 배치된다. 그래서 야간조 근무일수는 다른 근무조 근무일수보다 적게 된다. 제조업 3조 3교대와 간호사의 3교대 근무형태를 표로 나타내면 다음과 같다.

제조업의 3조3교대 근무형태를 살펴보면, 3조3교대라고 하더라도 공장의 가동시간에 따라 다양한 유형이 존재하는 것을 알 수 있다. 공장을 멈추지 않고 연중 계속 가동하는 경우를 연속형 3조3교대라고 하고, 특정일(예를 들면 토요일과 일요일)을 정기적으로 휴일로 지정한 경우는 단

속형<sup>3)</sup> 3조3교대라고 한다. 연속형은 3개조 중에서 1개 조가 휴일일 때 나머지 2개조가 12시간씩 맞교대를 하면서 24시간 가동체제를 유지한다. 3개조가 이런 식으로 돌아가면서 1주일에 하루를 쉬게 된다. 이런 방식의 연속형 3조3교대는 주당 근로시간이 월 2,920시간이고 월 근로시간은 243시간이며 주 근로시간은 56시간으로 계산된다<sup>4)</sup>. 단속형 3조3교대는 매주 토요일과 일요일 2일을 쉬는 경우와 일요일 하루만 쉬는 경우로 세분화할 수 있다. 우리나라 제조업의 경우 일요일 하루만 쉬고 토요일은 특근<sup>5)</sup>을 하는 것이 일반적이다. 이 경우는 연간 근로시간이 2,502시간이며 월 근로시간은 209시간, 주 근로시간은 48시간이 된다.

이처럼 연속형이든 단속형이든 제조업의 3조3교대 근무형태는 각 조의 근무시간과 인원이 동일하게 편성되어 있고, 일정한 주기로 순환하는 것을 알 수 있다.

<그림 2-3> 제조업 3조 3교대 근무형태



간호사의 3조3교대 근무형태는 제조업과는 확연히 구분된다. 아래 표

- 3) 단속형이라는 개념은 필자가 사용하는 개념인데, 이는 연속형과 구분하기 위해 사용한 개념이다. 일반적으로 단속형을 불연속형이라고도 한다. 필자는 연속형과 대비되는 표현이 불연속보다는 단속형이 더 타당하다고 판단하여 단속형이라는 표현을 사용했다.
- 4) 21일 주기에 168시간 근무하므로 365일 근무하면 2,920시간으로 계산되고 (168시간 × 365일 ÷ 21일), 이를 다시 12월로 나누면 월 근로시간이 되고 52주로 나누면 주 근로시간이 계산된다(소수점 무시).
- 5) 휴일 근무를 통상 특근이라고 부른다.

를 보는 E병원에 근무하는 간호사의 근무표 사례이다.

<표 2-21> E병원 간호사의 근무표

| 일<br>월 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 7      | N | N | P | N | N | N | Q | G | E | E  | E  | E  | S  | P  | Q  | D  | D  | D  | D  | P  | Q  | D  | D  | D  | D  | D  | P  | Q  | D  | D  |    |
| 8      | D | D | E | P | Q | D | E | E | E | E  | P  | F  | N  | N  | Q  | N  | N  | N  | P  | Q  | G  | P  | S  | F  | Q  | D  | D  | D  | P  | D  | D  |
| 9      | D | P | P | P | E | E | E | Q | E | E  | N  | Q  | E  | N  | N  | N  | G  | Q  | E  | E  | P  | N  | Q  | E  | N  | S  | Q  | N  | N  | F  |    |

자료: 보건의료노조·한국비정규노동센터(2008), 병원 사업장의 교대근무 개선 방향

주: D=오전조, E=오후조, N=야간조 P=휴무일 Q=주휴일 S=휴일(N 5개마다 1개)

G=생리휴가 F=휴가

E병원 간호사의 근무표를 살펴보면, 이 간호사는 7월 근무일수는 21일(D=12일, E=5일, N=4일)이었다. 휴일은 총 10일이었다. 8월의 근무일수는 18일(D=8일, E=5일, N=5일)이었고 휴일수는 13일이었다. 9월의 근무일수는 18일(D=1일, E=9일, N=8일)이었고 휴일수는 12일이었다. 이 사례에서도 알 수 있듯이 각 달의 근무패턴이 일정하지 않다는 것을 확인할 수 있다. 7월에는 오전 근무를 12일 했고 야간 근무는 4일만 했다. 하지만 9월에는 오전 근무는 1일만 했고 야간 근무를 9일 했다.

근무순환 순서는 '오전 -> 오후 -> 야간' 으로 순환되는 전진방식과 '오전 -> 야간 -> 오후' 로 순환하는 역진방식이 혼재되어 운영하고 있다. 7월의 경우 4일부터 6일까지 3일 동안 야간근무를 하고 이틀을 쉰 다음 오후 근무조에 편성됐다. 전진방식이라면 야간조 근무 다음에는 오전조에 배치된다. 역진방식은 휴일시간을 늘리는 장점이 있다. 야간근무 후 휴일을 배치하고 오후조에 배치되면 오전조에 배치되는 것보다 8시간만큼 휴식시간을 연장하게 하는 효과가 있는 것이다. 이런 역진방식은 매번 순환주기마다 적용되는 것은 아닌 것으로 나타났다. 한 번은 역진, 한 번은 전진 방식으로 순환근무가 이루어지고 있었다.

휴일근무에 대해 설명하면, P(휴무일)은 주5일 근무하면서 신설된 휴무일이다. Q(주휴일)은 근로기준법에 명시된 주휴일 개념이다. 간호사는 직무의 특성에 따라 휴일 수가 비교적 많다는 점이 특징이다. 특징적인

휴일은 생리휴가(G)와 약정휴일(S)이다. 특히 약정휴일은 야간근무 5일  
마다 1일이 주어지고 있다.

<표 2-22> E병원 단체협약 중 근무형태 관련 조항

**단협 관련 조항 제37조 (3)**  
사. 3교대 근무자는 근무종료 후 16시간 이상의 휴식보장을 위하여  
E/D, N/E, N/OFF/D 근무를 없앤다.  
아. 3교대 근무자의 근무는 연속해서 5일을 초과할 수 없다.

3조3교대 근무의 근무시간은 보통 조별로 8시간씩 근무하는 것이 보  
통이다. 그러나 간호사의 경우는 다르다. 간호사의 조별 근무시간은 병원  
마다 차이가 있다. <표 00번>을 보면, 간호사의 조별 근무시간을 확인할  
수 있다. 조별 근무시간은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 첫째는 조별  
근무시간이 같은 경우이고, 다른 하나는 조별 근무시간이 다른 경우이다.  
또 조별 근무시간이 다른 경우에도 병원마다 조별 근무시간은 차이를 보  
였다. 근무조별 근무시간의 유형을 살펴보면, 오전조는 8시간, 8.5시간이  
대부분이었고, 오후조는 7시간, 7.5시간, 8시간, 8.5시간 등으로 다양했  
다. 야간조 근무시간도 8시간, 8.5시간, 9시간, 9.5시간, 10시간 등으로  
나타났다. 근무조별 근무시간의 특징을 보면, 오전조는 근무시간이 1곳만  
빼고 8시간이므로 같은 패턴을 보였다. 그러나 오후조와 야간조의 경우  
병원마다 조별 근무시간이 차이를 보였다. 특히 오후조보다 야간조의 근  
무시간이 더 긴 것으로 나타났다. 야간조의 근무시간이 오전조나 오후조  
보다 많은 이유는 야간조의 노동강도가 다른 조에 비해 낮기 때문이다.  
조별 근무시간이 다른 경우 조별로 출근 시간과 퇴근 시간이 겹치는 경  
우가 많았다. 예를 들면 오전조의 퇴근 시간이 15시 30분이라면, 오후조  
의 출근 시간은 30분 빠른 15시이다. 이처럼 조별로 출퇴근 시간이 겹치  
는 경우는 업무의 인수인계가 필요하기 때문이다. 병원은 환자의 치료에  
대한 정보가 매우 중요한 요소이다. 정보는 다음 근무자에게 정확하게 전  
달되는 것이 필수다. 이런 이유로 근무조별로 출퇴근 시간의 차이를 두어  
서 인수인계 시간을 갖도록 하고 있다.

<표 23> 교대근무제 기준과 규정

| 병상규모       | 구분         | 교대근무형식    | 교대근무방식    | 교대근무시간  | 비고  |
|------------|------------|-----------|-----------|---|---|
| 199 병상 이하  | A병원        | 고정된 근무    | D - E- N  | D 07:30~15:30(8H)<br>E 15:00~22:30(7.5H)<br>N 22:00~08:00(10H)  | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
|            | B병원        | 수시 변경된 근무 | 부서별 상이함   | D 07:00~15:00(8H)<br>E 14:30~22:30(8H)<br>N 22:00~07:30(9.5H)   | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
| 200~399 병상 | C병원        | 고정된 근무    | D - E- N  | D 07:00~15:00(8H)<br>E 14:30~23:00(8.5H)<br>N 23:00~07:00(8H)   | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
|            | D병원        | 고정된 근무    | D - E- N  | D 07:30~15:30(8H)<br>E 15:00~22:30(7.5H)<br>N 22:00~08:00(10H)  | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
|            | E병원        | 고정된 근무    | 부서별 상이함   | D 06:30~14:30(8H)<br>E 14:30~20:30(8H)<br>N 20:30~06:30(8H)   | overlap 없음  |
|            | F병원        | 수시 변경된 근무 | 부서별 상이함   | D 07:00~15:00(8H)<br>E 15:00~22:00(8H)<br>N 22:00~07:00(8H)   | overlap 없음  |
|            | G병원        | 수시 변경된 근무 | 부서별 상이함.  | D 06:30~14:30(8H)<br>E 14:30~22:30(8H)<br>N 22:30~06:30(8H)   | overlap 없음  |
|            | 400~599 병상 | H병원       | 고정된 근무    | D - E - N   | D 7:00~15:30(8.5H)<br>E 15:00~22:30(7.5H)<br>N 22:00~7:30(9.5H) |
| I병원        |            | 고정된 근무    | 부서별 상이함   | D 7:30~15:30(8H)<br>E 15:00~22:30(7.5H)<br>N 22:00~08:00(10H)   | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
| J병원        |            | 수시 변경된 근무 | 불규칙교대근무   | D 07:00~15:00(8H)<br>E 15:00~22:00(7H)<br>N 22:00~07:00(9H)   | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
| 600~799 병상 | K병원        | 고정된 근무    | D - E - N | D 07:30~15:30(8H)<br>E 15:30~23:30(8H)<br>N 23:30~07:30(8H)   | overlap 없음  |
|            | L병원        | 수시 변경된 근무 | 부서별 상이함   | D 07:00~15:00(8H)<br>E 14:30~23:00(7.5H)<br>N 22:30~07:00(8.5H)   | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
|            | Q병원        | 수시 변경된 근무 | 부서별 상이함   | D 07:30~15:30(8H)<br>E 15:30~22:30(8H)<br>N 22:00~07:30(9.5H)   | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
|            | M병원        | 수시 변경된 근무 | D - E - N | D 07:00~15:00(8H)<br>E 15:00~23:00(8H)<br>N 23:00~07:00(8H)   | overlap 없음  |
| 800~999 병상 | N병원        | 수시 변경된 근무 | D - E - N | D 07:30~15:30(8H)<br>E 15:30~22:30(7H)<br>N 22:00~07:30(9.5H)   | 조별 출퇴근 시간 overlap   |
|            | O병원        | 수시 변경된 근무 | D - E - N | D 07:30~15:30(8H)<br>E 15:30~23:30(8H)<br>N 23:30~07:30(8H)   | overlap 없음  |
|            | P병원        | 고정된 근무    | D - E - N | 2교대<br>D 05:30~13:30(8H)<br>E 11:30~19:30(8H)<br>3교대<br>D 07:00~15:00(8H)<br>E 15:00~23:00(8H)<br>N 23:00~07:00(8H) | overlap 없음  |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

<그림 2-4> 근무조별 근로시간 유형

| 오전조  | 오후조  | 야간조  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8시간</li> <li>▪ 8.5시간</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7시간</li> <li>▪ 7.5시간</li> <li>▪ 8시간</li> <li>▪ 8.5시간</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8시간</li> <li>▪ 8.5시간</li> <li>▪ 9시간</li> <li>▪ 9.5시간</li> <li>▪ 10시간</li> </ul> |

하루 근로시간을 이용하여 월 평균 근로시간을 산출하면, 7월에는 174시간(21일×8시간) 근무했고 8월에는 152시간, 9월에는 158시간 근무했다. 연장근로는 야간조 근무마다 1.5시간이 계산된다. 7월, 8월, 9월의 연장근로를 계산하면 27시간이 되고 이를 월 평균으로 계산하면 9시간이다. 따라서 실제 연장근로가 많다고 볼 수 없다. 하지만 연장근로는 단순한 근무표에서 확인할 수 있는 것은 아니다. 실제 각 근무조에서 연장근로가 발생하지만, 연장근로수당으로 인정되는 시간은 야간조 1.5시간뿐이다.

## 2) 근무형태 문제점

### 가) 불규칙한 근무형태

앞에서도 살펴본 바와 같이 간호사의 3교대 근무형태의 문제점은 불규칙한 근무형태로 요약할 수 있다. 불규칙한 근무형태의 문제점은 다음과 같다. 첫째, 간호사의 근무형태는 3교대 근무로 운영되지만, 근무조가 고정되어 있지 않은 교번제로 운영되고 있다. 교번제는 고정근무조가 편성되어 규칙적으로 교대하는 방식이 아니라 개인별로 근무표가 다르게 짜여져 운영하는 교대제를 말한다. 근무표는 통상 수간호사가 짜게 되며, 근무표를 짜는 과정에서 간호사 간에 갈등이 발생하기도 한다. 그래서 수간호사의 역할 중에서 근무표를 짜는 일이 가장 중요하다고 말하기도 한다. 둘째, 근무주기마다 근무일수가 다르고 휴일수도 근무 주기마다 달라서 근무순환이 매우 불규칙하게 운영된다는 점이다. 이 때문에 간호사의 생체리듬이 파괴되고 사회생활에도 지장을 초래한다는 지적이 나오고 있

다. E병원의 사례에서도 확인했듯이 7월에는 오전조 근무를 12일이나 했지만, 9월에는 1일만 했다. 연속근무의 형태를 보면, 2일 야간근무하다가 하루 쉬고 다시 2일을 야간으로 들어가는 경우도 있고, 오전조 근무에는 5일을 연속으로 근무하는 경우도 있다. 이처럼 일정한 간격으로 근무일 일 정해지는 것이 아니라 매우 불규칙하게 근무일이 잡히는 것이 특징이다. 이런 방식은 생체리듬이 나쁜 영향을 초래할 수 있고, 불규칙한 근무 패턴은 규칙적인 운동, 취미활동, 사회활동, 자기계발 등과 같은 계획적인 활동을 하기가 어렵다. 간호사는 근무형태가 불규칙할 수밖에 없는 특성이 있다. 간호업무는 병상 가동률과 내부의 인력 변동이 심하고 응급상황 등이 많아 장기적 근무계획을 세우기가 힘들고, 세웠다 하더라도 수정하는 경우가 많다. 따라서 제조업과는 달리 근무조가 확정되어 장기적으로 운영되는 것이 아니라 근무표가 월 단위로 짜지게 되는 것이다. 이처럼 근무계획이 단기적이면서 불규칙하게 됨으로써 발생하는 가장 큰 문제는 일상생활의 리듬이나 계획도 자주 바뀌게 된다. 이러한 불규칙한 근무형태는 현장 간호사의 가장 큰 고충사항이다.

“생활이 다 깨져요” (C병원 간호사1)

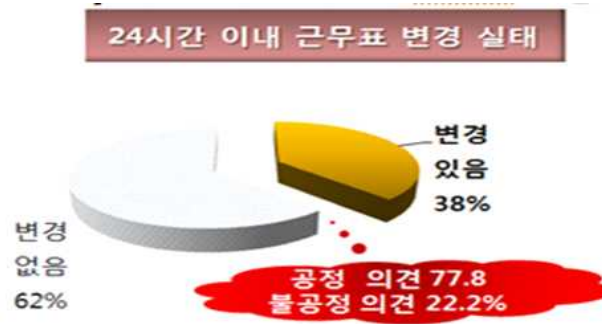
이 간호사의 말은 불규칙한 간호사의 근무형태로 발생하는 문제를 가장 잘 표현하고 있다. 즉, 불규칙한 교대근무는 가정생활과 사회생활의 패턴을 흐트리는 원인으로 인식하고 있다.

“근무표가 3, 4일에 한 번씩 자주 바뀌게 되는 데요. 한 달 전에 짜서 나오는 데 그대로 나오기는 힘들고 필요한 사람끼리 바꾸고 맞추고 변화가 있게 돼요. 예견되지 않는 경조사가 있을 때는 다른 사람이 투입이 되는 것 등등요. 그 경우, 근무표가 모두 바뀌게 되는 거구 대체 인력은 없어요. 그 부서 자체 내에서 해결해야 되고요.” (C병원 간호사1)

근무표가 한 번 정해지더라도 다시 바뀌는 일은 수시로 발생하고 있다. 보건의료노조가 매년 실시하는 노동조건 실태조사에 따르면, 최근 1개월 동안 24시간 이내 근무표가 변경된 경험이 있느냐는 질문에 응답자의 38%가 그렇다고 대답했다(보건노조산업노동조합, 2013). 그리고 이러한

근무표 변경이 공정하지 않다는 의견이 77.8%로 매우 높게 나타났다.

<그림 2-5> 24시간 내 근무표 변경 실태



출처: 보건의료노조(2013), 보건의료노동자 실태조사

이러한 불규칙한 교대근무가 간호사의 일상생활에 어떤 영향을 미치는지 살펴보았다. 간호사의 다수는 불규칙한 교대근무로 친구가 없다거나 학원에 다니는 일조차 힘들다고 대답했다. 즉, 일상적으로 필요한 욕구를 대부분 실현하지 못하고 있는 것으로 나타났다. 인터뷰 내용을 자세히 소개하면 다음과 같다.

- 약속의 파행: “친구가 없어져요.” (D병원 간호사1)
- 보육의 어려움: “근무가 불규칙해 아이 보는 사람 구하기도 힘들어요.” (A병원 간호사1)
- 계획을 실천하기 어려움: “학원 다니기도 힘들어요.” (C병원 간호사2)
- 언제나 대기상태: “퇴근, 오프 때도 나와요.” (B병원 간호사1)

불규칙한 교대근무가 발생하는 원인은 무엇일까? 간호사의 인터뷰에서 그 원인에 대해 예기치 않은 사직이 많기 때문이라는 응답이 많았다. 야간근무의 어려움이나 자녀 양육 등의 문제는 현직 간호사도 내면적으로는 이미 사표를 써 놓은 상태라는 것이며, 퇴직할 만한 사건이나 어떤 변수가 발생하면 바로 그만두는 간호사가 많다는 것이다. 그런데 문제는 간호사가 사직하면 그 빈자리가 빨리 채워지지 않는다는 점이다. 새로 간호

사가 충원되지 않기 때문에 그 빈자를 다른 간호사들이 돌아가면서 메워야 하는 상황이 발생하는 것이다. 이런 요인이 간호사의 근무를 더욱 불규칙하게 만들고 있었다. 간호사의 불규칙한 근무가 발생하는 이유는 병원의 특수한 근무조건에 있었다. 응급환자가 발생하거나 다른 간호사가 갑자기 휴가나 병가를 가게 되면 근무표를 또 바꿔야 하는 문제가 발생한다.

“(근무가 불규칙해지는 원인은)사직이죠. 예기치 않은 사직이 많고요. 사직이 저희가 간호부만 거의 40%라고 들었어요. 이직률이. 그리고 들어오질 않으니깐.” (C병원 간호사3)

간호사의 근무가 불규칙할 수밖에 없는 이유에는 간호사의 숙련문제도 있었다. 간호사 중에서도 숙련도의 차이가 있는데, 만약 고숙련 간호사가 빠지면 근무표를 다시 짤다고 한다. 그 이유는 간호사의 근무표는 환자의 안전을 위해 숙련된 간호사(현장에서는 ‘올드’라고 표현함)를 중심으로 해서 신규인력을 배치하는 방식으로 짤다. 그런데 숙련된 간호사가 없는 경우가 발생하면 근무표를 다시 짜야 한다는 것이다.

“간호사 일이라는 게 누구나 똑같은 퀄리티로 일하는 게 아니거든요. 만약 9명이 있어도 그중에서 환자를 정확하게 볼 수 있는 간호사가 몇명이나 따라서 듀티가 결정되는 거거든요. 9명이 모두 신규면 아무 듀티도 짤 수가 없어요. 아무것도 모르는 사람한테 환자를 다 맡기는 꼴이니까. 적어도 만약 그 듀티에 데이면 데이 이브면 이브 3명이 근무하면 적어도 올드가 하나 있어야 하고 아니면 올드 두 사람에게 신규 하나 있어야 하거든요. 여기서 올드가 빠져나가면 전체로 바뀔 수밖에 없죠.” (C병원 간호부장)

불규칙한 근무형태의 가장 큰 원인을 종합하면, 결국은 인원부족에서 발생한다고 볼 수 있다. 간호사의 사직이나 병가, 휴가, 응급상황 또는 숙련인력이 부족한 상태가 발생하더라도 적절한 인원이 있으면 근무표를 바꾸지 않고서도 대응할 수 있는 문제다. 그러나 지금처럼 어떤 이유에서

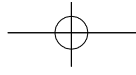
라도 인원이 빠지게 되면 근무표가 수정되는 상황이 발생하는 것은 결국 적정 인원이 부족한 데서 발생하는 문제로 귀결된다고 볼 수 있다.

“중간에 병과나 휴직도 생길 수 있고, 동료들이 중간에 그만둘 수 있지만. 여유 여력이 있으면 덜 형클어지는데 인원이 없어 빠듯하게 짜냈는데 한 명만 어그러지면, 그럼 다 바뀌야 되요.” (D병원 간호부장)

인터뷰에서 확인할 수 있듯이 간호사의 근로조건 중에서 불규칙한 근무형태에 따른 불만이 가장 큰 것으로 나타나고 있다. 이런 불만은 간호사의 직업을 좋은 일자리로 만들어내지 못하고 있는 것이며, 결국 간호사의 퇴직을 유도하고 재취업을 방해하는 원인이 되고 있다. 이는 나아가 여성 노동자의 고용률을 떨어뜨리는 요인이 되고 있다는 것을 확인할 수 있다. 따라서 간호사의 근무형태를 개선함으로써 고용률을 늘리면서 근로조건을 개선하는 효과를 기대할 수 있다.

#### 나) 야간근무의 딜레마

불규칙한 교대근무에 이어서 간호사의 근무형태의 문제점은 야간근무이다. 간호사의 업무는 사람의 생명을 다루고 있기 때문에 24시간 근무할 수밖에 없는 특수한 조건이다. 그러나 야간근무가 필요한 점을 고려하더라도 야간근무가 다른 근무보다 길거나 야간근무가 매우 불규칙하게 배치되는 문제가 간호사의 근로조건을 떨어뜨리는 요인이 되고 있다. 앞에서도 살펴보았듯이 야간조의 근무시간이 다른 근무조보다 길었다. 야간조 근무는 환자를 직접 상대하는 일이 상대적으로 적다. 그래서 야간 노동은 노동강도 측면에서는 다른 근무조보다 약하다고 평가할 수 있다. 병원에서도 이런 점 때문에 야간조 근무시간을 다른 조보다 많이 배치하고 있다. 그러나 야간조 근무는 간호사들이 가장 꺼리는 근무조이다. 가장 큰 이유는 야간조가 육아문제 때문이다. 결혼해서 아이가 있는 간호사의 경우는 야간 근무가 가장 힘들다는 의견이 지배적이다. 특히, 맞벌이를 하고 단독 가정을 꾸린 경우라면 육아 문제는 가정생활의 상당한 걸림돌이 된다. 이런 문제 때문에 간호사는 결혼하고 아이가 생기면 대부분 직



장을 그만두게 된다. 또한, 아이가 초등학교 이상으로 성장하더라도 재취직을 하지 않는 경우가 많은데, 그 이유도 야간조 근무가 가장 원인으로 지적되고 있다.

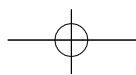
간호사와의 인터뷰에서 야간근무의 문제를 뽑으라고 하면, “나이트 때문에 그만두고 싶어요” 이다. 그만큼 야간근무는 간호사의 근무의욕을 떨어뜨리는 요인이 되고 있다는 것을 방증하고 있다. 병원은 24시간-365일 근무를 할 수밖에 없는 조건이라고 하더라도 생활과 신체리듬을 고려한 근무가 되어야 한다.

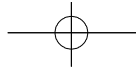
“저희는 여자들이 많은 과라서 여자들이 밤 근무를 힘들어 하니까. 야간근무 서는 게 가장 큰 문제가 있다고 생각해요.” (B병원 간호사)

야간근무는 병원 근무의 가장 큰 딜레마다. 병원은 24시간 365일을 근무해야 하는 곳이다. 싫어도 야간근무를 해야 한다. 누군가는 야간근무를 해야 하는 곳이 병원이기도 하다. 그런데 문제는 야간근무를 하는 간호사가 여성이라는 점이다. 우리나라의 현실에서 여성이 육아를 책임지는 문화에서 여성의 야간근무는 힘들 수밖에 없다. 그래서 대부분 간호사는 돈을 적게 받더라도 주간근무를 원한다. 그만큼 야간근무를 하고 싶지 않은 것이다. 실제로 한 설문조사에 따르면 응답자의 70%가 임금이 줄더라도 주간근무를 하고 싶다고 대답했다(한국노동안전보건연구소 2009). 이러한 성향은 현장 인터뷰에서도 그대로 나타난다.

“(임금 수준이 낮더라도 야간이나 교대 근무를 안 할 수 있는 조건이 있다면?) 그럼 다들 거의 100 프로 야간 근무를 안 하는 상황으로 가죠.” (D병원 간호사1)

병원의 야간근무는 이직률을 높이고 육아 휴직 후 다시 돌아오지 않는 원인이 되고 있다. 아이가 생기면 3교대와 야간근무가 부담이 된다는 것이다.





“육아휴직자들이 들어가면 우리는 그 사람 을 때를 학수고대 하는데 그 사람들은 상근직이면 하는데 안 하겠다 그래요. 왜 그러냐하면 3교대 라 야기 맡길 데가 없대요.” (D병원 간호부장)

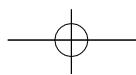
같은 직장 내에서도 이직률은 현저히 차이가 난다. 주간근무만 하는 부서는 거의 이직을 하지 않는다. 이렇게 보면 간호사의 높은 이직률은 3교대 근무자들이 야간근무를 기피하는 것이 결정적인 원인으로 작용하고 있다고 할 수 있다.

“저희도 정규 근무하는 상근직 근무하는 사람들은 거의 사직이 없어요. 진짜 특별한 경우 아니면 사직이 없어요. 인공신장실 같이 3교대 근무하지 않는 데, 외래나 그런 데는 거의 몇 년째 사람이 결혼하거나 임신하고 이런 거 말고는 그만두는 사람이 없어요. 상대적으로 월급이 적은데도.” (C병원 간호부장)

이렇게 볼 때 간호업무의 좋은 일자리는 먼저 야간근무의 개선에서 출발해야 할 것으로 보인다. 한 간호사는 “야간근무만 개선되어도 분위기 확 바뀔 거예요” (A병원 간호사1)라고 말한다. 이처럼 간호사의 야간 근무는 고질적인 문제인 만큼, 노사는 이 문제를 개선하기 위한 노력을 기울여 왔다. 대표적인 방안이 야간 고정근무제이다. 이는 야간조 근무자는 교대하지 않고 고정으로 야간에만 근무하는 제도를 말한다. 이미 2000년대 중반부터 일부 대형 병원을 중심으로 이 제도를 시행하고 있다. 그러나 이 제도는 아직 확산하지 못하고 있다. 왜 이 제도가 확산하지 못하고 있는지 살펴보고, 새로운 대안이 없는지를 검토해 보기로 한다.

#### 다) 기존 야간 고정근무제의 문제점

야간 고정근무제는 야간에 고정으로 근무하기 때문에 교대 근무에서 스트레스를 상당히 줄일 수 있는 장점이 있다. 개인생활이나 사회생활도 제한적이기는 하지만, 안정적이면서도 예측 가능하게 계획할 수 있게 된다. 이런 장점 때문에 독일에서는 일찍부터 야간 고정근무제를 시행하고



있다. 우리나라 대형병원도 이런 장점을 보고 노사가 합의하여 야간 고정 근무제를 시행하고 있다. 그러나 과거 H병원, O병원, J병원, K병원 등에서 야간 고정근무를 시행한 바 있었지만, 실패로 돌아간 사례가 있다. 실패 원인은 야간노동의 문제가 아니라 노동강도 때문으로 분석되고 있다.

<표 2-24> H병원 고정 야간제 관련 단체협약 내용

|   |
|---|
| <p><b>제48조 (야간전담 간호사제도) (2004. 7 신설)</b></p> <p>① 의료원은 야간전담 간호사제도를 다음과 같이 실시한다.<br/> 가. 월3일의 유급휴일부여<br/> 나. 근무형태 : 3일 근무, 3일 휴가<br/> 다. 신청방법 : 매분기마다 실시(3, 6, 9, 12월)하며 매분기 2주 전에 신청한다.<br/> 라. 신청대상 : 동일 부서에서 1년 이상 근무한 자</p> <p>② 의료원은 야간전담 간호사제도를 실시함에 있어 야간전담 간호사에게 야간근무시 하루당 1.5시간의 시간외수당을 지급한다.</p> |
|---|

자료: 보건의료노조·한국비정규노동센터(2008), 병원 사업장의 교대근무 개선 방향

H병원의 사례를 살펴보면, 야간 고정근무제는 기존 간호사 중에서 신청자로 구성하여 운영했는데 시행초기는 신청자가 많았으나 시간이 지날수록 신청자 수가 줄어 현재는 유명무실한 제도가 되었다(한국비정규노동센터, 2008). 그 이유에 대해 H병원 노조에서는 고정 야간근무자의 업무하중이 심했기 때문이라고 분석했다. 오전조와 오후조 근무자들이 야간 근무자에게 각종 행정업무와 다음날의 스케줄 관리 등을 미루었기 때문이다. 그래서 야간근무자가 주간근무자보다 노동강도가 높다고 분석되고 있다. 야간 고정근무제가 성공하지 못하는 또 다른 이유로는 야간 고정근무에 대한 보상이 충분하지 않기 때문이라는 분석도 있다(전경숙, 2000), 전경숙(2000)은 3교대제를 고정 근무제로 전환할 경우 선호하는 근무조를 선택하게 하는 설문조사를 했다. 설문조사 결과 오전조 66.8%, 오후조 16.1%, 야간조 1.4%로 오전조 근무를 희망하는 응답률이 가장 높게 나타났다. 이 설문문항에 이어 야간 고정조에 40%의 추가수당을

지급한다는 조건을 제시할 경우 선호하는 근무조를 선택하게 했다. 그랬더니 이번에는 고정 야간조를 선택한 응답률이 11.8%로 높아졌다. 이전 질문에서보다 10%가 높은 응답률이 나온 것이다. 물론 11.8%라는 비중은 오전조나 오후조를 선호하는 비중보다 낮다. 하지만 보상수준을 높였을 때 그만큼 선호하는 간호사가 있다는 점은 의미있는 결과라고 볼 수 있다.

### 3) 간호사 교대근무 개선 내용 검토

간호사의 교대근무 개선 문제는 노조의 핵심 사업 중의 하나였다. 조합원의 요구가 계속되기 때문이다. 이와 관련하여 노조는 단체교섭마다 교대근무자의 근로조건 개선을 요구안건으로 상정했다. 그 결과 교대 근무자를 보호하는 내용의 단체협약이 체결되는 성과로 이어졌다. 그 내용을 요약하면 <표 2-25>와 같다. 주요 병원의 단체협약 내용을 살펴보면, 교대 근무자는 다음 근무까지 최소 16시간을 확보할 것과 야간근무는 최소화하고, 야간근무시 충분한 휴식과 연속 4일 이상을 금지하는 내용을 주요 골자로 하고 있다.

<표 2-25> 교대근무자 보호를 위한 병원 지침 또는 단체협약 내용

| 병상규모        | 구분  | 교대근무자 보호를 위한 병원지침 또는 단체협약 내용   |
|-------------|-----|--|
| 199병상<br>이하 | A병원 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 교대근무자는 최소한 16시간 이상이 지나야 다음 근무에 투입될 수 있음</li> <li>2. 밤근무 순번이 끝난 뒤 최소한 24시간 이상의 휴식시간을 제공, 월 6회 이상의 야간 근무자에 한하여 월 1회의 sleeping day를 제공. 미사용시 sleeping day에 대하여는 통상임금의 100%를 지급.</li> <li>3. 밤근무는 연속해서 4일을 초과 금지.</li> </ol>       |
|             | B병원 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 야간 근무는 월 8일 이내, 연속 3일 이내로 제한. 단, 돌연퇴사, 휴직, 병가, 산재, 조기출산 등 돌발상황 발생시에는 예외로 함.</li> <li>2. mid-day, special 근무자에게 인수인계 방안을 마련한다.</li> <li>3. N-OFF-D, E-D 근무를 금지. 단, 돌연퇴사, 휴직, 병가, 산재, 조기출산 등 돌발상황 발생 및 부서원의 요구 시에는 예외</li> </ol> |

|           |     |   |
|-----------|-----|---|
|           |     | 로 함.  |
| 200~399명상 | C병원 | 1. 교대근무자들의 근무와 근무사이 최소한 16시간 이상의 휴식을 보장하며, E-D, N-E, N-Off-D 형태의 근무편성 금지.<br>2. 근무표 최소 7일전에 통보하여야 하고 변경은 최소한 3일 이전에 알려주어야 하며 반드시 본인의 동의를 얻어야 함.<br>3. 병원은 교대근무자가 건강상 이유로 부서이동 또는 통상근무로의 전환을 요구할 경우 이에 응해야 함 |
|           | D병원 | 1. 교대근무자는 근무와 근무사이 최소한 16시간 이상의 휴식시간을 보장<br>2. 야간근무 순번이 끝난 뒤 최소한 24시간 이상의 휴식시간을 제공<br>3. 야간근무는 연속 3일을 넘지 않아야 함<br>4. 교대근무자는 5일 이상 연속근무를 금지.   |
|           | E병원 | 1. 교대근무자의 근무는 연속 4일 초과할 수 없고, 밤 근무는 연속 3일 이내, 월 7일 이내를 원칙으로 함<br>2. (슬리핑 오프) 간호과 3교대 근무자중 나이트 근무가 월 8회 이상일 경우 슬리핑 오프로 1회당 월1일의 유급휴가를 줌.   |
|           | F병원 | 1. 교대 및 격일제 근무자의 근무시간도 1주 40시간으로 함.<br>2. 교대근무자의 근무표는 최소 7일 전에 통보 및 3일간의 조정기간을 가짐.<br>3. 일반병동 교대근무자들의 야간 근무에는 최소 2인 이상의 간호사를 배치.  |
|           | G병원 | 임산부의 야간근무 제한  |
| 400~599명상 | H병원 | 1. 야간근로는 3일 이상 연속하여 근무할 수 없음.<br>2. 교대근무자는 최소한 16시간이 지나야 다음 근무에 투입.<br>3. 교대근무자는 근무와 근무사이 최소한 16시간 이상의 휴식 보장.   |
|           | I병원 | 1. 교대근무자의 근무가 바뀔 때, 원칙적으로 16시간 이상의 휴식시간 간격이 주어져야 함.<br>2. 간호부서의 밤번 근무는 3일을 초과하여 연속으로 하지 아니하며, 특별한 경우를 제외하고는 E-D, N-E, N-Off-D 형태의 근무편성을 하지 아니함.   |
| 600~799명상 | J병원 | 1. 연속된 밤번 근무는 3일 이하, 연속근무는 5일 이하로 함.<br>2. 교대근무자가 건강상의 이유로 의사 진단서(밤 근무를 할 수 없다는 내용)를 첨부하여 출할 경우 경미한 업무로 배치해야 함.<br>3. 밤번 근무는 월 8일 이내로 제한하되, 불가피한 경우 10일을 초과할 수 없음. 단, 10일 이상 시는 1일의 수면휴가를 유급으로 부여함.         |

|           |     |  |
|-----------|-----|--|
|           | K병원 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 인력부족으로 인한 파행적인 근무(N-OFF-D, N-D, N-E, splint 근무)를 금지하며, 근무표간 16시간 이상의 휴식을 보장</li> <li>2. 밤 근무는 연속해서 3일을 초과 할 수 없다.</li> <li>3. 병원은 야간근무 후 퇴근자에게 교육 및 병원행사에 참여시키지 아니함.</li> <li>4. 병원은 교대 근무자에 한해서 24시간 이내에 근무를 변경할 수 없음.</li> </ol>   |
|           | L병원 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 교대근무자는 최소한 16시간 이상 휴게시간이 확보되어야 하며, E/D, N/E, N/OFF/D 근무는 하지 않는 것을 원칙으로 한다.</li> <li>2. 병동간호사의 교대근무시간은 낮번(D) 06:30 ~ 15:00, 초번(E) 14:30 ~ 23:00, 밤번(N) 22:30 ~ 07:00, M번 시작은 12:00 이전으로 하고, 각 근무당 근무시간을 8시간, 휴게시간을 30분으로 인정하며, 8시간 미만의 근무표는 편성을 하지 않는 것을 원칙으로 함</li> <li>3. 교대근무자의 건강을 위해 야간근무일수는 월 8일 이상을 초과하지 않는 것을 원칙으로 한다.</li> </ol> |
|           | Q병원 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 연속된 야간근무는 3일 이하, 연속근무는 5일 이하</li> <li>2. 교대근무자는 교대간의 시간이 최소한 16시간 이상 확보되도록 함.</li> <li>3. 교대근무자의 휴식보장과 건강을 위해 야간근무 회수를 월 8일을 초과할 수 없음.</li> <li>4. 교대근무자의 근무표 작성·변경은 최소 7일전 통보를 원칙으로 하며, 근무표 변경 시 본인의 동의가 있어야 함</li> </ol>   |
| 800~999병상 | M병원 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 6일 이상의 연속 근무 금지</li> <li>2. 근로 시간 바뀔때 16시간 이상의 시차를 둠</li> <li>3. 야간근무 마지막 날은 최소 30시간 이상의 휴식시간을 보장한다. (N OFF D 금지)</li> <li>4. 월 8일 이상 야간근무시 유급 1일의 수면 OFF를 줌.</li> <li>5. 야간 근무는 연속 4일을 넘기지 않아야 함.</li> <li>6. 교대근무자의 근무변표는 해당부서 변표위원이 작성함.</li> <li>7. 교대근무자의 체력회복 및 직무능력저하 방지를 위해 교육 및 회의, 각종행사의 야간근무자를 참여시키지 않음</li> </ol>            |
|           | N병원 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 병실 교대근무자의 Night→Day 인계시간은 간호사는 1시간, 통상 임금의 100%를 지급함.</li> <li>2. 부득이한 사정을 제외하고는 파행근무표 금지</li> <li>3. Evening 7.5 시간을 8시간으로 계산한다.</li> <li>4. 간호부 교대근무자들은 근무와 근무사이 최소한 14시간 이상의 휴식 보장.</li> <li>5. 간호부 교대근무자의 야간근무는 월 8일 이내로 제한하고 교</li> </ol>   |

|  |     |   |
|--|-----|---|
|  |     | 대근무자는 6일 이상 연속 근무를 금지하며 밤근무는 연속하여 3일을 초과 근무할 수 없으며 부득이한 경우 본인의 동의 하에서만 가능함. 단 불가피하게 월 9일 이상일 경우 1일의 SLEEPING OFF를 유급으로 부여함.   |
|  | O병원 | 1. 3교대근무자의 근무는 연속해서 5일을 초과하지 않는다<br>2. 근무표간 16시간 이상의 시차를 둬.<br>3. 밤근무는 연속해서 3일 초과금지.<br>4. 밤번근무는 월7일 이내로 제한하되, 9일 이상시는 1일의 수면 유급휴가 부여.<br>5. 응급실,중환자실 필요인력 총원하여 N번 근무인원수를 D,E번 근무인원수와 동일하게 운영 |
|  | P병원 | 1. N - off - D / E - D / N - E / 근무표 운영금지<br>2. 근무간 16시간의 휴게시간 보장<br>3. 연속 5일 근무 초과금지<br>4. 월7일 이상 밤근무시 별도의 휴일 1일 부여<br>5. 임산부 야간근무 제외  |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

이처럼 단체협상으로 교대 근무자에 대한 처우를 우대하는 내용이 있음에도 불구하고 간호사의 교대근무는 여전히 기피대상이다. 앞서서도 지적했듯이 교대 근무제는 간호사의 이직률에 가장 큰 영향을 미치는 변수이다. 보건의료노조가 2013년에 조사한 내용을 보면, 교대근무 중 가장 어려운 점을 묻는 질문에 조사대상 사업장 17곳 중 2곳을 제외한 15곳이 ‘신체적·육체적 피로’를 1순위로 꼽았다. 3곳은 ‘육아문제’를 1순위로 지목했다. 이어 육아문제와 수면장애, 일·가정 양립의 어려움, 취미 및 여가생활의 어려움 등이 뒤를 이었다.

이처럼 불규칙한 교대근무, 야간근로에 신체리듬 파괴와 육아문제 등이 간호사의 근로조건을 핵심 원인으로 지적할 수 있다. 따라서 간호사 직업이 좋은 일자리가 되기 위해서는 간호사를 다시 병원으로 유인할 수 있는 개선책이 마련되어야 할 것이다.

<표 2-26> 교대근무와 관련하여 가장 어려운 점

| 병상규모 | 구분 | 교대근무 중 가장 어려운 점 |      |      |
|------|----|-----------------|------|------|
|      |    | 1 순위            | 2 순위 | 3 순위 |
|      |    |                 |      |      |

|               |     |            |             |                |
|---------------|-----|------------|-------------|----------------|
| 199 병상<br>이하  | A병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 육아문제           |
|               | B병원 | 육아문제       | 신체적·정신적 피로  | 일·가정 양립의 어려움   |
| 200~399<br>병상 | C병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 취미 및 여가생활의 어려움 |
|               | D병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 육아문제           |
|               | E병원 | 신체적·정신적 피로 | 육아문제        | 일·가정 양립의 어려움   |
|               | F병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 육아문제           |
|               | G병원 | 신체적·정신적 피로 | 일·가정양립의 어려움 | 수면장애           |
| 400~599<br>병상 | H병원 | 신체적·정신적 피로 | 육아문제        | 수면장애           |
|               | I병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 취미 및 여가생활의 어려움 |
| 600~799<br>병상 | J병원 | 육아문제       | 신체적·정신적 피로  | 일·가정 양립의 어려움   |
|               | K병원 | 신체적·정신적 피로 | 육아문제        | 수면장애           |
|               | L병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 육아문제           |
|               | Q병원 | 신체적·정신적 피로 | 육아문제        | 일·가정 양립의 어려움   |
| 800~999<br>병상 | M병원 | 신체적·정신적 피로 | 육아문제        | 수면장애           |
|               | N병원 | 신체적·정신적 피로 | 육아문제        | 취미 및 여가생활의 어려움 |
|               | O병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 취미 및 여가생활의 어려움 |
|               | P병원 | 신체적·정신적 피로 | 수면장애        | 육아문제           |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

지금 우리나라는 급격한 고령화시대를 맞고 있다. 사회가 고령화될수록 증가하는 업종이 바로 보건의료산업이다. 이미 병원 수가 증가하고 의료 종사자 수가 증가하고 있는 통계치가 이를 뒷받침하고 있다. 그러나 의료 종사자 중에서 간호사만 유일하게 감소하는 추세를 보이고 있다. 지금까지 본 연구에서 간호사가 감소하는 원인을 근로조건에서 찾아보았다. 그 핵심 원인으로 근무형태 문제가 있다는 것을 확인할 수 있었다.

## 다. 근로시간 실태

### 1) 교대 근무자의 근로시간

간호사들의 근로시간은 각 병원의 규정이나 노동조합과 체결한 단체협약에 규정되어 있다. 간호사의 경우 3교대 근무가 기본 근무형태이기 때문에 3교대 근무시간을 구체적으로 명시해놓고 있다. 그러나 규정상의

근로시간과 실제 근로시간은 차이를 보이고 있다. 보건의료노조의 조사 결과(2013)를 살펴보면, 교대근무자의 근로시간은 취업규칙에 정해진 시간과 실제 근로시간은 차이가 있는 것으로 나타났다. P병원 3교대 근무자의 오전조 규정 근무시간은 아침 7시부터 오후 5시까지이다. 그런데 실제 오전조는 6시에 출근해서 오후 4시반에 퇴근하는 것으로 나타났다. 1시간 먼저 출근해서 1시간 늦게 퇴근하는 것이다. 이 병원의 오후조 근무도 규정상으로는 오후 3시에 출근해서 저녁 11시에 퇴근하도록 되어 있지만, 실제 근무시간은 오후 2시에 출근해서 저녁 12시에 퇴근하고 있었다. 오후조 역시 1시간 먼저 출근하고 1시간 늦게 퇴근하고 있다. 야간조의 실제 출근 시간은 규정시간보다 30분 늦은 것으로 나타났다. 규정상은 저녁 11시에 출근하는 것으로 규정돼 있으나 실제로는 11시 30분에 출근하고 있었다. 그런데 퇴근 시간은 규정시보다 1시간 늦은 8시에 하고 있었다. 결과적으로 야간조 근무시간도 규정상 근무시간보다 30분 더 일하고 있었다.

P병원처럼 다른 병원도 간호사의 실근로시간이 많은 것은 마찬가지로 현상이었다. 다른 병원을 보면, 간호사의 실근로시간은 규정시간보다 적게는 30분 많게는 2시간 정도 더 많은 것을 확인할 수 있다. 이렇게 실근로시간이 많은 이유는 관행으로 굳어졌기 때문이다. 오전조 시업시간이 7시이면 7시에 맞춰서 오는 것이 아니라 최소한 30분 전에 출근해서 간호사 근무복으로 갈아입고 전 근무자와 인수인계를 받아야 한다. 퇴근 시간도 마찬가지다. 퇴근 시간이 오후 3시라고 해서 바로 퇴근할 수 있는 것이 아니다. 기본적으로 다음 조 근무자에게 인수인계를 하는 시간이 필요하다. 그리고 환자의 상태에 따라서 퇴근 시간이 늦어지는 경우도 발생한다. 이런 이유로 출근 시간과 퇴근 시간은 규정된 시간대로 할 수 없게 되는 것이다.

<표 27> 교대근무자의 규정상 근무시간과 실제 근무시간 비교

| 병상규모    | 구분  | 병원규정상<br>근로시간   | 실제 근무한 근로시간   |                                   |
|---------|-----|---|---|-----------------------------------|
|         |     | 교대근무  | 교대근무  | 근무시간                              |
| 199병상이하 | A병원 | D : 07:30 ~ 15:30<br>E : 15:00 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 07:30 ~ 15:30<br>E : 15:00 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 8시간<br>E : 7시간30분<br>N : 10시간 |

|             |     |   |   |   |
|-------------|-----|---|---|---|
|             | B병원 | D : 07:30 ~ 15:00<br>E : 14:30 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 07:30 | D : 07:30 ~ 15:00<br>E : 14:30 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 07:30 | D : 7시간30분<br>E : 8시간<br>N : 9시간30분     |
| 200 ~ 399병상 | C병원 | D : 07:00 ~ 15:00<br>E : 15:00 ~ 22:00<br>N : 22:00 ~ 07:00 | D : 07:00 ~ 16:10<br>E : 15:00 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 9시간10분<br>E : 7시간30분<br>N : 10시간    |
|             | D병원 | D : 07:00 ~ 15:00<br>E : 15:00 ~ 22:00<br>N : 22:00 ~ 07:00 | D : 07:00 ~ 16:00<br>E : 15:00 ~ 23:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 9시간<br>E : 8시간30분<br>N : 10시간       |
|             | E병원 | D : 7:30 ~ 15:30<br>E : 14:00 ~ 20:00<br>N : 20:00 ~ 06:00  | D : 07:00 ~ 15:30<br>E : 14:00 ~ 20:30<br>N : 20:00 ~ 08:30 | D : 8시간30분<br>E : 6시간30분<br>N : 12시간30분 |
|             | F병원 | D : 07:00 ~ 15:00<br>E : 15:00 ~ 22:00<br>N : 22:00 ~ 07:00 | D : 06:30 ~ 15:30<br>E : 14:30 ~ 22:30<br>N : 21:30 ~ 08:00 | D : 9시간<br>E : 8시간<br>N : 11시간          |
|             | G병원 | D : 06:30 ~ 14:30<br>E : 14:30 ~ 22:30<br>N : 22:30 ~ 06:30 | D : 06:00 ~ 15:00<br>E : 14:00 ~ 23:00<br>N : 22:00 ~ 07:00 | D : 9시간<br>E : 9시간<br>N : 9시간           |
| 400 ~ 599병상 | H병원 | D : 07:00 ~ 15:30<br>E : 15:00 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 07:30 | D : 06:30 ~ 16:00<br>E : 14:30 ~ 23:30<br>N : 21:30 ~ 08:00 | D : 9시간30분<br>E : 9시간<br>N : 11시간       |
|             | I병원 | D : 07:00 ~ 15:30<br>E : 15:00 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 06:50 ~ 16:00<br>E : 14:00 ~ 23:00<br>N : 21:00 ~ 09:00 | D : 9시간10분<br>E : 9시간<br>N : 12시간       |
| 600 ~ 799병상 | J병원 | D : 07:00 ~ 15:00<br>E : 15:00 ~ 22:00<br>N : 22:00 ~ 07:00 | D : 06:30 ~ 16:00<br>E : 14:30 ~ 23:30<br>N : 21:30 ~ 08:00 | D : 9시간30분<br>E : 9시간<br>N : 10시간30분    |
|             | K병원 | D : 07:30 ~ 15:30<br>E : 15:30 ~ 23:30<br>N : 23:00 ~ 07:30 | D : 07:00 ~ 16:30<br>E : 15:00 ~ 24:00<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 9시간30분<br>E : 9시간<br>N : 10시간       |
|             | L병원 | D : 06:30 ~ 14:30<br>E : 14:30 ~ 23:00<br>N : 22:30 ~ 07:00 | D : 06:00 ~ 15:30<br>E : 14:00 ~ 24:00<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 9시간30분<br>E : 10시간<br>N : 10시간      |
|             | Q병원 | D : 07:30 ~ 15:30<br>E : 15:00 ~ 23:00<br>N : 23:00 ~ 07:30 | D : 07:00 ~ 16:30<br>E : 15:00 ~ 23:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 9시간30분<br>E : 8시간30분<br>N : 10시간    |
| 800 ~ 999병상 | M병원 | D : 06:00 ~ 14:00<br>E : 14:00 ~ 22:00<br>N : 22:00 ~ 06:00 | D : 06:00 ~ 15:00<br>E : 14:00 ~ 23:00<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 9시간<br>E : 9시간<br>N : 10시간          |
|             | N병원 | D : 07:00 ~ 15:30<br>E : 15:00 ~ 22:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 06:30 ~ 16:30<br>E : 14:30 ~ 23:30<br>N : 21:30 ~ 08:30 | D : 10시간<br>E : 9시간<br>N : 11시간         |
|             | O병원 | D : 07:00 ~ 15:00<br>E : 15:00 ~ 23:00<br>N : 23:00 ~ 07:00 | D : 06:00 ~ 16:00<br>E : 14:30 ~ 23:30<br>N : 22:00 ~ 08:00 | D : 10시간<br>E : 9시간<br>N : 10시간         |
|             | P병원 | D : 07:00 ~ 15:00<br>E : 15:00 ~ 23:00<br>N : 23:00 ~ 07:00 | D : 06:30 ~ 16:30<br>E : 14:30 ~ 23:30<br>N : 22:30 ~ 08:00 | D : 10시간<br>E : 9시간<br>N : 10시간30분      |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

간호사처럼 3교대로 근무하지 않고 주간만 근무하는 노동자의 근로시간은 교대근무자 보다 규정된 근로시간을 비교적 잘 지키고 있는 것으로 나타났다. 보건의료노조의 같은 자료를 보면, 외래근무자의 출근 시간은 보

통 8시에서 8시 30분이고 퇴근 시간은 오후 5시나 5시 30분으로 규정되어 있었다. 이들 병원의 실제 근로시간은 규정 근로시간과 차이를 보이고 있다.

간호사 중에서 외래근무자의 경우는 거의 모든 병원이 08:30~17:30으로 점심시간 1시간을 제외한 8시간으로 규정되어 있고, 실제 규정대로 잘 지켜지고 있었다. 대부분 규정된 근무시간에 맞춰서 실제 업무를 시작하는 것으로 나타났고, 퇴근 시간도 규정시간과 차이가 없거나 많아야 30분 더 일하는 것으로 나타났다. 이처럼 외래 근무자의 실근로시간이 규정된 시간과 차이가 없는 이유는 근무의 특성에서 찾을 수 있다. 외래 근무자는 병원비 수납업무와 같은 행정업무를 맡고 있는 노동자다. 이들은 병원 근무시간이 종료되면서 업무도 마무리된다. 또 이들은 교대근무를 하지 않기 때문에 업무를 인수인계할 필요도 없다. 자신이 하던 일을 다음날 출근해서 계속하는 것이다. 따라서 인수인계 때문에 일찍 출근하거나 늦게 퇴근할 필요가 없게 된다.

이처럼 교대 근무자와 비교대 근무자의 실근로시간이 적게는 30분에서 많게는 2시간 이상 차이가 나는 것을 확인할 수 있다. 차이가 나는 주요 원인은 교대 근무자의 특성 때문이다. 교대 근무는 다음조 근무자와 이전 근무자 사이에 환자에 대한 정보가 충분하게 전달되어야 한다. 환자에 대한 정보가 충분히 전달되기 위해서는 그만큼 시간이 필요하기 때문에 실근로시간은 규정된 근로시간보다 많을 수밖에 없게 되는 것이다. 이런 문제는 병원 간호사의 구조적인 문제이기도 하다. 일반 제조업의 경우에도 업종의 특성에 따라서 다르겠지만, 자동차 공장의 경우에는 인수인계하는 시간이 10분 정도에 불과하다. 이 10분도 형식적인 시간에 불과하다. 인수인계하는 시간이 짧은 이유는 이전 근무조의 작업정보가 다음 근무조가 작업하는데 미치는 영향이 거의 없기 때문이다. 기껏해야 이전 근무조의 정보는 작업 과정에서 불량 발생했거나 설비가 고장 났다든지 하는 정보 정도다. 10분의 인수인계 시간은 그런 정보를 전달하기 위해서 운영하고 있다. 자동차와 달리 간호사는 환자 상태에 대한 정보가 필수적이다. 환자가 어떤 약을 먹었고, 어떤 처치를 받았는지에 대한 정보가 정확

하게 전달되어야 한다. 물론 이런 정보는 차트에 기록이 되지만, 기록된 정보보다 직접 말로 전달된 정보의 신뢰도가 높다. 이런 이유가 교대 근무하는 간호사의 실근로시간은 규정된 근로시간보다 많은 것이다.

<표 2-28> 외래근무 현황

| 구분  | 규정상 근무시간                     | 실제 근무시간                           |
|-----|------------------------------|-----------------------------------|
| I병원 | 08:30~17:30 (8시간, 1시간 점심시간)  | 08:20 ~ 17:30 (8시간 10분, 점심시간 1시간) |
| Q병원 | 08:30~17:30 (8시간, 1시간 점심시간)  | 08:00 ~ 18:00 (9시간, 점심시간 1시간)     |
| H병원 | 08:00 ~ 17:00 (8시간, 점심시간 제외) | 07:30 ~ 17:30 (9시간, 점심시간 제외)      |
| K병원 | 08:30 ~ 17:30 (8시간, 점심시간 제외) | 08:30 ~ 18:00 (8시간 30분, 점심시간 제외)  |
| L병원 | 08:30 ~ 17:30 (8시간, 점심시간 제외) | 08:10 ~ 17:30 (8시간 20분, 점심시간 제외)  |
| Q병원 | 08:30 ~ 17:30 (8시간, 점심시간 제외) | 08:30 ~ 18:00 (8시간 30분, 점심시간 제외)  |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

## 2) 연도별 근로시간 추이

보건의료노조가 조사한 2015년 보건의료노동자 실태조사에 따르면, 1주 평균 근로시간은 49.8시간이었고 1일 근로시간은 10.6시간으로 조사됐다. 1일 근로시간을 기준으로 보면 작년 조사결과보다 0.8시간(48분)이 증가한 것이다. 2014년 조사에서는 1일 9.8시간, 1주 48.9시간이었다. 아래 <표2-29>를 보면, 1주 근로시간은 2008년부터 매년 조금씩 늘어나는 추세를 보이고 있다. 이처럼 간호사의 근로시간은 우리나라 평균 근로시간의 추이와 반대 현상을 보이고 있다. 우리나라 노동자의 근로시간은 2004년 주 40시간이 도입되면서 근로시간은 약간 줄었다. 2004년 49.4에서 2014년에는 44.5시간으로 10년 사이 4.9시간이 줄었다<sup>6)</sup>. 참고로 같은 기간 OECD 국가의 평균 근로시간은 우리나라보다 감소 폭이 적었다. 2004년 OECD 국가의 평균 근로시간은 39.0시간이었는데 2014년 년은 38.5시간이었다<sup>7)</sup> 지난 10년간 겨우 0.5시간 단축되는 데

6) 출처: OECD. Stat 기준

그쳤다.

<표 2-29> 간호사 주당 근로시간 변화 추이

| 연도      | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 주당 노동시간 | 45.8 | 46.2 | 46.4 | 46.6 | 46.6 | 46.9 | 48.9 | 49.8 |

자료: 보건의료노조, 근로실태조사 각 연도

### 3) 간호사의 장시간 근로 실태

앞에서도 살펴보았듯이 간호사의 근로시간은 최근 들어 증가하고 있는 것을 살펴보았다. 이렇게 근로시간이 증가하면서 간호사의 근로시간이 주당 법정 근로시간인 52시간을 초과하는 간호사의 비중이 21.6%를 차지하고 있는 것으로 나타났다(보건의료노조 실태조사, 2015). 간호사의 근로시간을 근무조별로 살펴보면, 오전조(D번)의 근무시간은 평균 9.7시간, 오후조(E번) 근무시간은 평균 9.1시간, 야간조(N번)의 근무시간은 13.1시간이었다. 출퇴근에 걸리는 소요시간은 총 66.1분으로 출근 시간이 32.5분, 퇴근 시간이 33.6분 소요되었다. 1일 식사시간은 평균 21.5분밖에 되지 않았고, 1일 평균 휴게시간은 15.9분이었다. ‘밥조차 먹지 못하고 일하는 횟수’를 파악할 수 있는 결식 횟수는 1주에 2.3일이나 되었다(보건의료노조 실태조사, 2014).

<표 2-30> 2015년 근로시간 실태(단위: 만원, 시간)

|                    | 평균   | 최소   | 최대   | 편차  |
|--------------------|------|------|------|-----|
| 2015년 1주일 근무시간(단순) | 49.8 | 30.0 | 90.2 | 6.8 |
| 2015년 1일 근무시간(출퇴근) | 10.6 | 9.2  | 12.1 | 0.4 |
| ↳ 주간근무자 1일 근로시간    | 9.7  | 5.6  | 13.3 | 0.7 |
| ↳ 저녁근무자 1일 근로시간    | 9.1  | 6.7  | 11.0 | 3.2 |
| ↳ 밤 근무자 1일 근로시간    | 13.1 | 9.7  | 13.3 | 1.6 |

자료: 보건의료노조(2015), 근로실태조사

7) 출처: OECD. Stat

2015년 실태조사를 기초로 간호사의 연간 근로시간을 계산하면 2,544 시간이다<sup>8)</sup>. OECD 평균 연간근로시간은 1,750이다. OECD에 보고된 우리나라 평균 근로시간은 연간 2,124시간이다. 간호사는 연간 기준으로 우리나라 평균 노동자보다 420시간을 더 일하며 OECD 국가의 노동자보다는 794일을 더 일한다. 이 시간을 일로 환산하면 52일과 99일이다. 즉, 간호사는 우리나라 평균 노동자보다는 52일을 더 일하고 OECD 국가 노동자보다는 99일을 더 일하는 셈이다.

이번에는 장시간 근로의 비중 추이를 살펴보자. 보건의료노조에서 매년 조사하는 근로실태조사를 종합했더니, 주 52시간 장시간 근로자의 비중이 낮아지지 않고 있는 것으로 나타났다. <표 2-31>을 보면, 2011년의 52시간 초과하는 근로자의 비중이 18.7%였는데, 2015년 조사에서는 21.8%로 2.9% 포인트 증가했다. 2012년과 2014년 조사에 다소 떨어진 것으로 나타났으나, 2015년 조사에서는 다시 증가했다.

<표 2-31> 보건의료 노동자 52시간 이상 장시간 노동 변화 추이 : 2011-2015

| 2015년   |         | 2014년   |         | 2013년   |         | 2012년   |         | 2011년   |         |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 52시간 미만 | 52시간 이상 | 52시간 미만 | 52시간 이상 | 52시간 미만 | 52시간 이상 | 52시간 미만 | 52시간 이상 | 52시간 미만 | 52시간 이상 |
| 78.4%   | 21.6%   | 83.1%   | 16.9%   | 80.9%   | 19.1%   | 82.8%   | 17.2%   | 81.3%   | 18.7%   |

자료: 보건의료노조(2015), 근로실태조사

#### 4) 장시간 근로 원인

간호사의 근로시간이 증가하는 이유는 크게 두 가지 요인으로 분석되고 있다. 첫째는 간호사의 인력부족이다. 보건의료노조에서 조사한 자료를 보면, 병원 경영 및 운영(인력부족 및 연장근로, 토요일 근무제 등)으로

8) 1일 근로시간 10.6시간 × 1월 평균 20일 근무 × 12월을 기준으로 계산하면 약 2,544시간이 계산되며, 이 계산에서 월의 근무일수의 변동에 따라서 연간 근로시간도 변동된다.

인한 잔업(근무시간 이외 회의, 교육, 모임 등 : 월 평균 4.6시간) 등이 증가하고 있기 때문이다. 또한, 최근 의료기관평가인증제 준비(준비 기간 6개월 이상 35.7%, 1일 2~4시간 37.7%)도 병원 노동자의 근로시간을 늘리는 대표적인 원인으로 지적됐다(보건의료노조 근로실태조사, 2015).

두 번째 원인은 근로시간 특례대상 업종 때문이다. 의료산업은 현행 근로기준법에서 근로시간 특례 규정을 적용할 수 있다. 병원에 종사하는 노동자는 이 규정에 따라 주 12시간을 초과하여 연장근로를 할 수 있다. 다만, 이 규정을 적용받기 위해서는 노사 대표의 서면 합의가 있어야 한다.

<표 2-32> 근로기준법 59조의 근로시간 특례규정

다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사업에 대하여 사용자가 근로자대표와 서면 합의를 한 경우에는 제53조제1항에 따른 주(週) 12시간을 초과하여 연장근로를 하게 하거나 제54조에 따른 휴게시간을 변경할 수 있다.

1. 운수업, 물품 판매 및 보관업, 금융보험업
2. 영화 제작 및 흥행업, 통신업, 교육연구 및 조사 사업, 광고업
3. 의료 및 위생 사업,接客업, 소각 및 청소업, 이용업
4. 그 밖에 공중의 편의 또는 업무의 특성상 필요한 경우로서 대통령령으로 정하는 사업(시행령 제32조에서 사회복지사업이라고 규정하고 있음)

병원이 이 조항을 적용하는 이유는 의료산업의 특성 때문이다. 의료산업은 환자의 생명을 다루는 산업이기 때문에 24시간 운영될 수밖에 없는 산업적 특성이 있다. 응급환자나 국가의 재난<sup>9)</sup>이 발생했을 경우에 퇴근 시간이라고 해서 돌보던 환자를 두고 퇴근할 수 없는 노릇이다. 이런 특수성 때문에 근로시간 특례제도에 의료산업이 포함된 것이다. 그런데 문제는 이런 근로시간 특례제도의 원래 취지와 맞지 않게 운영되는 것이다. 즉, 응급환자나 국가의 재난 사건이 아닌, 일상적인 근무일에도 이런 조항이 적용된다는 점이다. 보건의료노조(2011)는 응급수술이나 장시간이

9) 대표적인 사례가 올해 5월에 발생한 메르스사태를 예로 들 수 있다.

소요되는 수술 등 응급상황의 발생으로 인해 연장근로가 발생하는 경우가 있지만, 실제로는 극히 드물게 발생한다. 일반 수술은 대개 통상근무 시간 내에 수술시간을 예약해놓기 때문에 연장근로가 발생하는 경우는 거의 없다. 응급수술의 경우에도 응급수술에 대비한 수술실 당직근무자와 저녁번 근무자가 있고, 주말이나 휴일의 경우 콜당직제까지 가동하기 때문에 응급수술로 인한 연장근로 발생하는 경우는 실제로는 극히 드물다. 이런 이유로 노조에서는 근로시간 특례제도를 폐지하거나, 긴급재난의 경우에 대해서는 ‘긴급재난시 근로시간특례’와 같은 별도의 규정을 제정할 것을 요구하고 있는 상태다.

## 라. 임금 실태

### 1) 임금구성

간호사의 임금 구성 항목은 다양하고 복잡한 것이 특징이다. 임금 항목이 복잡한 것은 간호사뿐만 아니라 우리나라 노동자의 일반적인 문제이기도 하지만, 간호사의 경우는 그 정도가 결코 낮다고 볼 수 없다. 임금 항목은 크게 구분하면 기본급, 상여금, 수당, 복리후생비로 구분할 수 있다. 기본급은 호봉표를 가지고 있고 호봉표는 매년 일정한 금액이 인상되는 연공급 요소를 가지고 있다. 상여금은 정기상여금 항목으로 지급되는 경우가 가장 많고, 병원마다 명절상여금, 연말상여금, 특별상여금 등으로 지급되고 있다. 수당은 법정수당과 일반수당으로 나눌 수 있는데 법정수당은 시간외근로수당, 야간근로수당, 휴일수당 등을 말하고, 일반수당은 면허수당, 자격수당, 직책수당, 직무수당, 특수근무수당, 위험수당, 근속수당, 조정수당 등 각종 수당을 말한다. 간호사의 법정수당은 연장근무수당과 야간근무수당을 받고 있었고, 특징적인 수당은 인계수당, 대기수당, 특수부서수당이 있다. 복리후생비로는 교통비, 학자금, 하계휴가비, 복리후생비, 복지수당, 급식보조비, 자기계발비, 김장보너스, 복지포인트 등을 꼽을 수 있다. 복지후생비는 병원의 규모에 따라 차이를 보이고 있는데, 대표적인 항목이 학자금이었다. 199병상 이하 병원은 학자금이 없었고 2

200병상 이상 399병상 규모의 병원에서는 있는 곳과 없는 곳이 혼재하고 있었다. 400병상 이상 규모의 병원에서는 학자금 항목이 모두 있는 것으로 나타났다. 간호사의 임금구성항목은 아래 표와 같다.

<표 2-33> 병원별 임금구성 항목

| 병상규모      | 병원  | 기본급     | 상여금            | 수당   | 복리후생                                  |
|-----------|-----|---------|----------------|--|---------------------------------------|
| 199병상이하   | A병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무 직책수당/조정수당  | 급식비                                   |
|           | B병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금<br>명절상여금 | 연장근무/야간근무수당<br>직책, 직급수당<br>위험수당/면허수당<br>장기근속수당<br>대기수당/업무수당        | 자기개발비<br>가족수당<br>하계휴가비                |
| 200~399병상 | C병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금<br>명절상여금 | 연장근무/야간근무수당<br>근속수당/정근수당<br>위험수당/면허수당<br>직책수당/ 특수부서수당<br>대기수당/인계수당 | 급식비/교통비<br>보건수당/휴가비<br>학자금/보육비<br>경조비 |
|           | D병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/ 야간근무수당<br>위험수당/특수부서수당<br>보전수당 /심야근무추가                        | 가족수당<br>교통비/복지수당<br>김장보너스             |
|           | E병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>직급보조비/위험근무수당<br>의료업무수당                              | 가족수당/결혼축하금<br>경조지원금 /학자금              |
|           | F병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>정근수당/의료업무수당<br>위험수당/봉급조정수당                          | 보육비/급식비<br>경조사비                       |
|           | G병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/ 야간근무수당<br>직책수당/위험수당<br>장기근속/면허수당                             | 가족수당<br>급식보조비<br>교통비보조                |
| 400~599병상 | H병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무 직무수당/근속수당<br>특수직무수당                                      | 가족수당/ 경조사<br>학자금/급식비                  |
|           | I병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>대기수당/장기근속수당   | 학자금/경조지원금                             |
| 600~799병상 | J병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>위험수당/특별구역수당   | 보육수당<br>경조사지원금                        |
|           | K병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>위험수당/업무수당   | 학자금지원<br>보육수당/경조사                     |
|           | L병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>토요근무/휴일근무수당<br>대우수당/장기근속수당<br>보직수당                  | 가족수당/학자금<br>경조사지원금<br>보육수당            |
| 800~999병상 | M병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>직무수당/근속수당   | 학자금지원/급식비<br>경조지원금/가족수당<br>특수업무수당     |
|           | N병원 | 간호사 기본급 | 정기상여금          | 연장근무/야간근무수당<br>근속수당/직급보조수당<br>위험수당                                 | 급식비/자녀학비 보조<br>보육수당/체력단련비<br>경조사비     |
|           | O병원 | 간호사 기본급 | 명절휴가비<br>특별상여금 | 연장근무/야간근무수당<br>위험수당/직급보조수당   | 급식비 /가족수당<br>자녀학비보조                   |

|     |            |                                   |                                     |                                    |        |
|-----|------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------|
|     |            |                                   | 정근수당<br>(정기상여금)                     | 장기근속수당                             | 특수업무수당 |
| P병원 | 간호사<br>기본급 | 명절휴가비<br>특별상여금<br>정근수당<br>(정기상여금) | 연장근무/야간근무수당<br>위험수당/직급보조비<br>장기근속수당 | 체력단련비/급식비<br>자녀학비보조/보육수당<br>특수업무수당 |        |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

병원의 수당의 수가 복잡하고 다양한 이유는 통상임금을 낮추기 위한 편법적인 임금인상 관행에서 비롯됐다고 분석할 수 있다. 이는 비단 간호사 뿐만의 문제가 아니라 우리나라 임금제도 전반에서 나타나는 문제이기도 하다. 그동안 우리나라의 임금인상 방식은 인건비 부담을 최소화하기 위해 기본급 비중을 낮추고 제한된 지급대상자에게만 적용하는 수당을 신설하는 등의 임금항목을 늘려왔다. 또한, 임금은 기업별 교섭체계 속에서 노사관계의 힘의 관계 등에 의해서도 결정되기 때문에 병원마다 차이가 있다. 이런 차이든 병원마다 간호사의 임금격차를 발생시키는 요인이 되고 있다. 예를 들면, 임금항목 중 기본급을 올리지 않고 상여금을 올리다 보니 상여금 수준 또한 매우 다르다. 상여금이 낮은 곳은 통상임금의 150%, 기본급의 600% 등이고 높은 곳은 통상임금의 1000%, 1200%에 이르는 곳도 있다. 상여금 지급기준도 기본급을 기준으로 하는 곳이 있는 반면, 통상임금을 기준으로 하는 곳도 있다. 상여금의 차이는 병원의 지급여력과 노사관계의 힘관계 등이 복합적으로 작용한 결과라고 볼 수 있겠다.

## 2) 임금 구성 비율

임금구성 비율은 살펴볼 때 주요하게 보는 것이 고정급의 비율이다. 통상 기본급과 상여금을 고정급으로 보는데, 이 고정급 비율이 높을수록 임금의 안정성이 높다고 평가한다. 간호사의 경우를 살펴보면(2011), 29개 조사대상 병원의 평균 기본급 비중은 46.2%로 나타났다. 기본급 비중을 병원 특성별로 보면, 민간중소병원이 54.4%로 기본급 비중이 가장 높았고, 지방의료원 47.1%, 국립대병원 46.8%, 사립대병원 43.1%, 특수목적공공병원 40.8% 순으로 나타났다. 상여금 비중은 특성별로 큰 격차를

보였는데 이는 사립병원과 국공립의 차이로 나타났다. 민간병원으로 분류되는 사립대병원이 39.9%로 가장 높았고, 민간중소병원이 31.30%이 다음으로 높았다. 중앙정부나 지방정부가 운영하는 병원은 사립병원보다 상대적으로 낮았다. 특수목적공공병원이 28.1%로 가장 높았고, 지방의료원이 12.3%였으며, 국립대병원은 5.5%에 불과한 것으로 나타났다. 국립대병원은 상여금 비중이 낮은 대신 수당의 비중이 높은 것이 특징이었다. 공통수당과 기타수당 등 수당항목의 임금비중이 47.6%로 병원 중에서 가장 높았다. 임금항목의 비중을 고정급과 변동급으로 구분했을 때 간호사의 임금은 고정급 비율이 평균 83%로 나타났다<sup>10)</sup>. 이는 일반 제조업체의 고정급 비율보다 높다. 고정급 비율이 높다는 것은 임금의 불확실성이 낮다고 평가할 수 있지만, 간호사의 임금수준을 보면 월 평균 임금이 264만원에 불과하여 임금수준이 낮기 때문에 고정급 비율이 높다하여 임금의 안정성이 높다고 평가할 수는 없다.

---

10) 기본급+공통수당+상여금을 합해서 계산한 것이다. 기타수당 항목에도 고정급과 변동급을 구분할 수 있겠지만, 이와 관련한 자세한 정보가 없어서 자세한 분석은 하지 못했다. 예상컨대 기타수당 항목에 포함된 고정급까지 계산하면 간호사의 고정급 비율은 83%보다 높은 수준을 보일 것이다.

<표 2-34> 병원별 월평균 임금구성 항목(단위: 천원)

| 구분      | 국립대<br>병원 | 사립대<br>병원 | 민간<br>중소병원 | 지방<br>의료원 | 특수목적<br>공공병원        | 합계    |     |
|---------|-----------|-----------|------------|-----------|---------------------|-------|-----|
| 월평균임금   | 2,528     | 2,931     | 2,154      | 2,626     | 2,849               | 2,644 |     |
|         | 100%      | 100%      | 100%       | 100%      | 104% <sup>주1)</sup> | 100%  |     |
| 기본급     | 1,184     | 1,263     | 1,172      | 1,236     | 1,161               | 1,222 |     |
|         | 46.8%     | 43.1%     | 54.4%      | 47.1%     | 40.8%               | 46.2% |     |
| 수당      | 공통수당      | 402       | 225        | 165       | 296                 | 354   | 258 |
|         | 기타수당      | 802       | 272        | 162       | 770                 | 655   | 457 |
|         | 계         | 1,204     | 497        | 327       | 1,066               | 1,009 | 715 |
| 상여금(월할) | 139       | 1,170     | 674        | 323       | 802                 | 719   |     |
|         | 5.5%      | 39.9%     | 31.3%      | 12.3%     | 28.1%               | 27.2% |     |

자료: 전국보건의료노조(2011), 임금현황 실태조사 연구보고서 재정리

주1: 특수목적공공병원의 임금구성비가 전체 104%로 나타났는데, 이는 원재료 값에 오류가 있는 것을 그대로 사용했기 때문에 나타나는 현상임.

주2: 공통수당은 '교통비', '식대', '위험수당', '근속수당', '면허자격수당'의 합

### 3) 임금체계

간호사의 임금체계는 연공급이며, 호봉체계를 갖추고 있다. 호봉표는 단일호봉제가 아니라 직급별 호봉제를 시행하는 병원이 많았다. 아래 표에서 A대학병원과 B중소병원의 사례를 살펴보자.

<표 2-35> A대학병원 호봉표 사례 (단위, 원)

|    | 2급(3A)    | 3급(3B)    | 4급(3C)    | 5급(3D)    | 6급(3E)    | 7급(3F)    | 8급(3G)    |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 01 | 2,301,780 | 2,140,230 | 1,976,420 | 1,814,850 | 1,651,000 | 1,461,330 | 1,169,740 |
| 02 | 2,331,380 | 2,169,830 | 2,006,020 | 1,844,450 | 1,680,600 | 1,491,170 | 1,197,330 |
| 03 | 2,360,980 | 2,199,430 | 2,035,620 | 1,874,050 | 1,710,200 | 1,521,010 | 1,224,920 |
| 04 | 2,390,580 | 2,229,030 | 2,065,220 | 1,903,650 | 1,739,800 | 1,550,850 | 1,252,510 |
| 05 | 2,420,180 | 2,258,630 | 2,094,820 | 1,933,250 | 1,769,400 | 1,580,690 | 1,280,100 |
| 06 | 2,449,780 | 2,288,230 | 2,124,420 | 1,962,850 | 1,799,000 | 1,610,530 | 1,307,690 |
| 07 | 2,479,380 | 2,317,830 | 2,154,020 | 1,992,450 | 1,828,600 | 1,640,370 | 1,335,280 |
| 08 | 2,508,980 | 2,347,430 | 2,183,620 | 2,022,050 | 1,858,200 | 1,670,210 | 1,362,870 |

|    |           |           |           |           |           |           |           |
|----|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 09 | 2,538,580 | 2,377,030 | 2,213,220 | 2,051,650 | 1,887,800 | 1,700,050 | 1,390,460 |
| 10 | 2,568,180 | 2,406,630 | 2,242,820 | 2,081,250 | 1,917,400 | 1,729,890 | 1,418,050 |
| 11 | 2,597,780 | 2,436,230 | 2,272,420 | 2,110,850 | 1,947,000 | 1,759,730 | 1,445,640 |
| 12 | 2,627,380 | 2,465,830 | 2,302,020 | 2,140,450 | 1,976,600 | 1,789,570 | 1,473,230 |
| 13 | 2,656,980 | 2,495,430 | 2,331,620 | 2,170,050 | 2,006,200 | 1,819,410 | 1,500,820 |
| 14 | 2,686,580 | 2,525,030 | 2,361,220 | 2,199,650 | 2,035,800 | 1,849,250 | 1,528,410 |
| 15 | 2,716,180 | 2,554,630 | 2,390,820 | 2,229,250 | 2,065,400 | 1,879,090 | 1,556,000 |
| 16 | 2,745,780 | 2,584,230 | 2,420,420 | 2,258,850 | 2,095,000 | 1,908,930 | 1,583,590 |
| 17 | 2,775,380 | 2,613,830 | 2,450,020 | 2,288,450 | 2,124,600 | 1,938,770 | 1,611,180 |
| 18 | 2,804,980 | 2,643,430 | 2,479,620 | 2,318,050 | 2,154,200 | 1,968,610 | 1,638,770 |
| 19 | 2,834,580 | 2,673,030 | 2,509,220 | 2,347,650 | 2,183,800 | 1,998,450 | 1,666,360 |
| 20 | 2,864,180 | 2,702,630 | 2,538,820 | 2,377,250 | 2,213,400 | 2,028,290 | 1,693,950 |
| 21 | 2,893,780 | 2,732,230 | 2,568,420 | 2,406,850 | 2,243,000 | 2,058,130 | 1,721,540 |
| 22 | 2,923,380 | 2,761,830 | 2,598,020 | 2,436,450 | 2,272,600 | 2,087,970 | 1,749,130 |
| 23 | 2,952,980 | 2,791,430 | 2,627,620 | 2,466,050 | 2,302,200 | 2,117,810 | 1,776,720 |
| 24 | 2,982,580 | 2,821,030 | 2,657,220 | 2,495,650 | 2,331,800 | 2,147,650 | 1,804,310 |
| 25 | 3,012,180 | 2,850,630 | 2,686,820 | 2,525,250 | 2,361,400 | 2,177,490 | 1,831,900 |
| 호차 | 29,600    | 29,600    | 29,600    | 29,600    | 29,600    | 29,840    | 27,590    |

자료: 보건의료노조(2011), 임금현황실태조사보고서

<표 2-36> B중소병원 호봉표 사례(단위: 천원)

| 구분 | 1급    | 2급    | 3급    | 4급    | 5급    | 6급    | 7급    | 8급    | 9급    |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1  | 3,025 | 2,724 | 2,399 | 2,139 | 1,805 | 1,557 | 1,296 | 1,218 | 1,019 |
| 2  | 3,070 | 2,767 | 2,440 | 2,178 | 1,841 | 1,591 | 1,327 | 1,249 | 1,047 |
| 3  | 3,115 | 2,810 | 2,481 | 2,217 | 1,877 | 1,625 | 1,358 | 1,296 | 1,075 |
| 4  | 3,160 | 2,853 | 2,522 | 2,256 | 1,913 | 1,659 | 1,389 | 1,327 | 1,103 |
| 5  | 3,205 | 2,896 | 2,563 | 2,295 | 1,949 | 1,693 | 1,420 | 1,358 | 1,131 |
| 6  | 3,250 | 2,939 | 2,604 | 2,334 | 1,982 | 1,727 | 1,451 | 1,389 | 1,158 |
| 7  | 3,295 | 2,982 | 2,645 | 2,373 | 2,015 | 1,756 | 1,482 | 1,420 | 1,185 |
| 8  | 3,340 | 3,025 | 2,686 | 2,412 | 2,048 | 1,785 | 1,513 | 1,451 | 1,212 |
| 9  | 3,385 | 3,068 | 2,727 | 2,451 | 2,081 | 1,814 | 1,538 | 1,482 | 1,239 |
| 10 | 3,430 | 3,111 | 2,768 | 2,490 | 2,114 | 1,843 | 1,563 | 1,513 | 1,266 |
| 11 | 3,468 | 3,147 | 2,803 | 2,523 | 2,147 | 1,872 | 1,588 | 1,538 | 1,288 |
| 12 | 3,506 | 3,183 | 2,838 | 2,556 | 2,180 | 1,898 | 1,613 | 1,563 | 1,310 |
| 13 | 3,544 | 3,219 | 2,873 | 2,589 | 2,213 | 1,924 | 1,638 | 1,588 | 1,332 |
| 14 | 3,582 | 3,255 | 2,908 | 2,622 | 2,242 | 1,950 | 1,663 | 1,613 | 1,354 |
| 15 | 3,620 | 3,291 | 2,943 | 2,655 | 2,271 | 1,976 | 1,688 | 1,638 | 1,376 |
| 16 | 3,658 | 3,327 | 2,978 | 2,688 | 2,300 | 2,002 | 1,713 | 1,663 | 1,398 |
| 17 | 3,696 | 3,363 | 3,013 | 2,721 | 2,329 | 2,028 | 1,738 | 1,688 | 1,420 |
| 18 | 3,734 | 3,399 | 3,048 | 2,754 | 2,358 | 2,054 | 1,763 | 1,713 | 1,442 |

|    |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 19 | 3,772 | 3,453 | 3,083 | 2,787 | 2,387 | 2,080 | 1,788 | 1,738 | 1,464 |
| 20 | 3,810 | 3,471 | 3,118 | 2,820 | 2,416 | 2,106 | 1,813 | 1,763 | 1,486 |

자료: 보건의료노조(2011), 임금현황실태조사보고서

위의 두 사례 표에서 대학병원은 8개 직급별로 25호봉으로 구성되어 있고 중소병원은 9개 직급별로 20개 호봉으로 구성돼 있다. 대학병원은 호봉간 격차를 직급별로 차이를 두고 있는데, 직급이 올라갈수록 호봉간 격차도 큰 것으로 나타났다. 8급은 2만 7590원이고 2급(3A)은 2만 9600원이다. 즉, 상위직급으로 올라갈수록 호봉간 격차가 커서 임금상승폭이 증가하는 구조이다. B민간중소병원의 호봉체계는 대학병원보다 복잡하다. B병원은 직급간 호봉간 금액이 다른 것으로 나타났다. 예를 들면 9급 1호봉과 2호봉의 차이는 28천원인데 1급 1호봉과 2호봉의 차이는 45천이었다. 직급이 올라갈수록 호봉간 격차도 큰 것으로 나타났다. B병원 호봉표의 또 다른 특징으로는 ‘하후상박’ 현상을 보이고 있다는 점이다. 호봉이 상승할수록 호봉간 격차는 줄어드는 것으로 나타났다. 9급 10호봉에서 11호봉으로 올라갈 때 22천원으로 1호봉에서 2호봉으로 올라갈 때보다 호봉간 격차가 6천원 낮았다. 1급도 10호봉에서 11호봉으로 올라갈 때 38천원으로 1호봉에서 2호봉 올라갈 때 45천원보다 5천원 낮은 것으로 나타났다.

호봉간의 임금격차는 중소병원이 대학병원보다 높은 것으로 나타났다. 중소병원 9급 1호봉의 임금이 1,019천원이고 1급 20호봉 임금은 3,810천원으로 3.73배의 차이를 보였다. 그런데 대학병원 8급 1호봉은 1,169천원이고 2급 25호봉은 3,012천원으로 2.57배의 차이를 보였다.

#### 4) 수당

간호사들에게만 특별히 지급되는 임금항목과 관련하여 조사해본 결과 인수인계수당, 나이트수당, 콜대기수당, 중환자실수당, 간호업무수당, 나이트수당, 특수부서업무수당 등이 있었다. 간호사에게 지급되는 수당의 특성을 보면, 직무 관련 수당이라는 점을 확인할 수 있다. 그런데 간호사의 직무는 병원마다 유사함에도 불구하고 병원별로 다양하게 존재하는

것으로 나타났다. 이러한 차이는 우리나라 임금체계가 직무급이 아니기 때문에 발생한다. 즉, 간호사 직무와 관련된 임금을 병원의 지급여력이나 노사관계의 힘의 관계에 의해서 수당형태로 지급되고 있기 때문에 병원마다 직무 관련 수당의 종류와 금액이 차이가 발생하고 있는 것이다.

<표 2-37> 간호사에게만 특별히 지급되는 임금항목

| 병원      | 임금항목                                     | 지급대상과 기준, 액수 등   |
|---------|--|--|
| P병원     | 인수인계수당                                   | 근무1일당 30분의 시간의 수당  |
| F병원     | 중환자실수당                                   | 월 30,000원  |
| I병원     | 교대근무수당                                   | 1. 밤번근무시 : 15,000원/회(단 밤번전담간호사 근무시 22,500원/회)<br>2. 밤번 근무 월 6회 초과시 : 초과 1회당 20,000원(밤번전담간호사 제외)<br>3. 주휴일 제외 법정공휴일 근무시(법정공휴일이 주휴일과 겹치는 경우 포함) : 30,000원 /회   |
|         | 콜대기수당                                    | 1. 간호부(수술실) : 300,000원 /월<br>2. 간호부(내시경실) : 40,000원/월 (교통비 실비지급)<br>3. 특수병동 근무환경 개선의 일환으로 동관 3층 신생분만실의 경우 콜에 따른 근무 변경 횟수 1회당 2만원 지급<br>4. 환자 수의 감소를 이유로 짜여진 근무표상의 인원을 줄이거나 임의대로 근무를 조정할 수 없다. 단 부득이하게 변경할 경우 보상책으로 1만원(상품권)을 지급한다. |
|         | 프리젠티교육 훈련비                               | 의학원은 프리젠티 간호사에게 교육훈련비(120,000원/신규1인당)를 지급하고 교육 종료 시 1일의 공가를 부여한다.  |
| E병원     | 간호업무수당                                   | D : 병동근무자에 한해 5,000원/일 추가지급<br>E : 병동 근무자에 한해 10,000원/일 추가지급<br>N : 병동 근무자에 한해 10,000원/일 추가지급  |
| D병원     | 인수인계수당                                   | 간호사 5만원, 조무사 4만원 지급  |
| A병원     | 조정수당                                     | 간호사 전체(1년차 20만원부터 20년차 1만원) 매년 연차 올라가면 1만원씩 삭감됨  |
|         | 인계수당                                     | 3교대근무자에게 한달에 13시간 시간외 수당으로 지급  |
|         | 나이트수당                                    | 나이트 근무자 1회당 3만원  |
| H병원     | 인수인계수당                                   | 3교대 근무 간호사/30분 시간외 수당  |
| N병원     | 특별부서수당                                   | 수술실, 회복실 30,000원   |
| J병원     | 인수인계수당                                   | 월 25,000원  |
| C병원     | 인계수당                                     | 간호부 교대근무자/1년차 ~ 5년차 이상 차등지급/9,000원~14,000원   |
|         | 나이트수당                                    | 간호부 교대근무자/1년차 ~ 5년차 이상 차등지급/50,000원~70,000원  |
|         | 간호부 직책수당                                 | 간호부 병동 및 특수병동 책임자/팀장 : 100,000원,<br>부팀장 : 50,000원  |
|         | 특수부서수당                                   | 중환자실, 응급실, 내시경실, 신장실, 심장센터   |
|         | 연차교육수당                                   | 수술실, 신장실, 내시경실, 심장센터, 1년차 ~ 5년차 이상 차등 지급   |
|         | 대기수당                                     | 수술실, 내시경실(1일당 지급), 심장센터, 신장실(월 고정액 지급)   |
|         | 나이트오프데이수당                                | 간호부 교대근무자/시급 × 8(1건당 4시간, 누진사용)  |
| 프리젠티 수당 | 간호부 해당직원/신규간호사 교육, 해당사안 발생 시 지급/200,000원 |  |
| B병원     | 3교대수당                                    | 3교대 근무부서 간호사/월 70,000원   |
|         | 면허수당                                     | 간호사/24,000원  |
|         | 중환자실업무수당                                 | 중환자실 간호사/55,000원   |
|         | 슬리핑오프                                    | 나이트 7개당 1개를 지급   |
|         | 나이트수당                                    | 4시간 법정 수당 + 1.5시간 OT + 나이트 개당 만원씩  |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

## 5) 간호사 임금 수준

간호사의 임금수준을 살펴보자. 보건의료노조가 조사한 자료(2015)를 보면, 정규직 간호사의 전체 평균임금은 월 346만원(연봉 4,161만원)인 것으로 나타났다. 비정규직의 임금은 월 221만원(연봉 2,652만원)으로 정규직과는 월 평균 125만원(연 1,508만원)의 차이를 보였다.

<표 2-38> 간호사의 고용형태별 임금수준(단위: 만원)

| 고용형태 | 연임금총액   | 월임금총액 |
|------|---------|-------|
| 정규직  | 4,161.1 | 346.8 |
| 비정규직 | 2,652.4 | 221.0 |
| 차이   | 1,508.7 | 125.8 |

자료: 보건의료노조(2015), 근로실태조사  
 주: 간호사 근속연수 7.4년, 월 노동시간 48.9

### 가) 병원 규모별 임금수준

노조의 다른 자료를 이용하여 간호사의 임금수준을 병원 규모별로 살펴보면, 199병상 규모 병원의 1년차 간호사 연봉은 2,800만원~3,000만원 수준이었다. 800병상 이상 규모 병원의 1년차 연봉은 2,300만원~3,800만원으로 나타났다. 이 자료를 보면, 중소병원과 대형병원의 임금격차는 연간 1,000만원 정도로 나타났다. 임금수준은 대형 병원 내에서도 차이를 보였는데, 800병상 이상 규모의 M병원과 P병원을 비교하면, M병원은 1년차 연봉이 P병원보다 높지만 30년차 연봉은 낮은 것으로 나타났다. M병원은 초임은 높지만, 고근속자의 연봉은 낮았고, 반대로 P병원은 초임 연봉은 낮지만, 고근속자의 임금은 높은 것으로 나타났다.

<표 2-39> 병상규모별 정규직 간호사 연봉 (2012년 기준 연말정산액) (단위: 원)

| 병상규모 | 병원구분 | 정규간호사 연봉 |
|------|------|----------|
|------|------|----------|

|           |     | 1년차        | 10년차       | 20년차       | 30년차       |
|-----------|-----|------------|------------|------------|------------|
| 199병상이하   | A병원 | 28,000,000 | 30,000,000 | 34,000,000 | 없음         |
|           | B병원 | 30,000,000 | 36,000,000 | 46,000,000 | 55,000,000 |
| 200~399병상 | C병원 | 26,000,000 | 35,000,000 | 40,000,000 | 없음         |
|           | D병원 | 26,235,660 | 35,567,080 | 43,206,860 | 49,915,700 |
|           | E병원 | 24,294,170 | 43,636,180 | 43,938,760 | 51,094,850 |
|           | F병원 | 28,028,000 | 36,115,310 | 45,483,000 | 57,444,280 |
|           | G병원 | 31,000,000 | 45,000,000 | 50,000,000 | 없음         |
| 400~599병상 | H병원 | 30,800,000 | 42,000,000 | 55,780,000 | 61,852,000 |
|           | I병원 | 34,000,000 | 46,000,000 | 58,000,000 | 70,000,000 |
| 600~799병상 | J병원 | 28,000,000 | 33,000,000 | 40,000,000 | 50,000,000 |
|           | K병원 | 33,651,460 | 49,239,590 | 66,759,530 | 77,285,100 |
|           | L병원 | 35,507,000 | 45,146,000 | 50,983,000 | 56,224,000 |
| 800~999병상 | M병원 | 38,000,000 | 49,300,000 | 55,000,000 | 71,300,000 |
|           | N병원 | 33,388,000 | 45,321,000 | 58,544,000 | 66,000,000 |
|           | O병원 | 29,120,510 | 45,148,560 | 64,000,000 | 74,000,000 |
|           | P병원 | 23,582,880 | 43,737,842 | 65,000,000 | 74,186,600 |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

#### 나) 병원 특성별 임금수준

병원의 특성별로 임금수준을 살펴보자. 병원 특성은 4가지로 분류한다. 국립대병원, 사립대병원, 공공병원, 민간중소병원이다. 국립대병원은 국립대학교 부설 병원이며, 사립대병원은 사립대학교 부설로 설립된 병원이다. 공공병원은 국립중앙의료원, 지방의료원, 원자력병원, 보훈병원 등과 같은 중앙정부나 지방정부가 출연한 병원이다. 민간중소병원은 민간에서 운영하는 병원이다. 특성별로 임금수준을 살펴보면, 특성 간에는 임금수준의 차이가 크지 않았고, 오히려 특성 내부의 병원 간에 임금수준의 차이가 큰 것으로 나타났다. 국립대 병원의 경우 O병원의 1년차 연봉은 2,900만원이었는데, N병원의 1년차 연봉은 2,358만원으로 550만원의 차이를 보였다. 사립대병원도 I병원과 M병원의 1년차 연봉은 440만원의 차이를 보였다. 공공병원의 경우도 L병원과 E병원 간에는 1,100만원 정도의 차이를 보여 집단 내에서는 가장 큰 격차를 기록했다. 집단 내 임금

격차는 민간중소병원에서 가장 적게 나타났다.

<표 2-40> 특성별 정규직 간호사 연봉 (2012년 기준 연말정산액) (단위: 원)

| 특성         | 병원구분 | 정규 간호사 연봉  |            |            |            |
|------------|------|------------|------------|------------|------------|
|            |      | 1년차        | 10년차       | 20년차       | 30년차       |
| 국립대병원      | O병원  | 29,120,510 | 45,148,560 | 64,000,000 | 74,000,000 |
|            | N병원  | 23,582,880 | 43,737,842 | 65,000,000 | 74,186,600 |
| 사립대병원      | I 병원 | 33,651,460 | 49,239,590 | 66,759,530 | 77,285,100 |
|            | K병원  | 30,800,000 | 42,000,000 | 55,780,000 | 61,852,000 |
|            | M병원  | 38,000,000 | 49,300,000 | 55,000,000 | 71,300,000 |
|            | N병원  | 33,388,000 | 45,321,000 | 58,544,000 | 66,000,000 |
| 공공병원       | G병원  | 31,000,000 | 45,000,000 | 50,000,000 | 없음         |
|            | L병원  | 35,507,000 | 45,146,000 | 50,983,000 | 56,224,000 |
|            | I병원  | 34,000,000 | 46,000,000 | 58,000,000 | 70,000,000 |
|            | F병원  | 28,028,000 | 36,115,310 | 45,483,000 | 57,444,280 |
|            | E병원  | 24,294,170 | 43,636,180 | 43,938,760 | 51,094,850 |
| 민간중소<br>병원 | J병원  | 28,000,000 | 33,000,000 | 40,000,000 | 50,000,000 |
|            | B병원  | 30,000,000 | 36,000,000 | 46,000,000 | 55,000,000 |
|            | A병원  | 28,000,000 | 30,000,000 | 34,000,000 | 없음         |
|            | C병원  | 26,000,000 | 35,000,000 | 40,000,000 | 없음         |
|            | D병원  | 26,235,660 | 35,567,080 | 43,206,860 | 49,915,700 |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

#### 다) 학력별 임금수준

우리나라의 대학교육에서 간호학과는 3년제와 4년제가 있다. 학력별로 임금 수준의 차이를 살펴보니 같은 병원 내에서는 학력별 임금차이가 크지 않았다. 같은 병원 내에서 3년제 대학교 졸업자와 4년제 대학교 졸업자 사이의 임금수준을 1년차 연봉과 10년차 연봉을 비교해본 결과 1년차는 연간 60만원 정도의 차이를 보였고, 10년차도 비슷한 수준을 보였다. 이처럼 학력별 차이가 없는 것은 아니지만, 그 차이가 매우 적은 것을 확인할 수 있다. 임금차이는 오히려 병원별 차이가 컸다. 같은 4년제 대학교 졸업자라고 하더라도 병원마다 임금 차이가 컸다. 아래 표에서도

S병원 초임이 3,511만원이었는데 P병원 초임은 2,612만원으로 900만원의 차이를 보였다. 따라서 임금차이는 학력변수가 영향을 미치는 것이 아니라 병원의 규모에 따른 변수가 더 큰 영향을 미치고 있는 것을 알 수 있다.

<표 2-41> 국립대병원 간호사 임금 비교(단위: 원)

| 구분              | 기본급호 | S병원        | O병원        | P병원        | T병원        | R병원        |
|-----------------|------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 간호사<br>(3년제전문졸) | 초임   | 34,496,600 | 29,120,510 | 26,120,840 | 28,476,840 | 26,986,000 |
|                 | 3년차  | 37,169,800 | 31,375,725 | 28,264,960 | 30,620,960 | -          |
|                 | 6년차  | 39,360,100 | 36,527,405 | 32,854,450 | 35,591,930 | 36,530,730 |
|                 | 11년차 | 46,063,600 | 45,148,560 | 41,293,440 | 43,673,440 | 45,295,200 |
|                 | 16년차 | 49,406,300 | 51,731,820 | 46,391,360 | 49,985,040 | 51,862,480 |
| 간호사<br>(4년제대졸)  | 초임   | 35,112,200 | 29,120,510 | 26,120,840 | 29,379,960 | 26,986,000 |
|                 | 3년차  | 37,755,000 | 31,375,725 | 28,264,960 | 31,604,480 | -          |
|                 | 6년차  | 39,876,900 | 36,527,405 | 32,854,450 | 36,707,030 | 36,530,730 |
|                 | 11년차 | 46,779,900 | 45,148,560 | 41,293,440 | 44,716,160 | 45,295,200 |
|                 | 16년차 | 49,959,200 | 51,731,820 | 46,391,360 | 50,855,880 | 51,862,480 |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

간호사의 임금차이가 학력 변수보다는 병원규모 변수가 영향을 크게 미치고 있는 자료는 대한간호협회 조사에서도 잘 드러나고 있다. 대한간호협회 병원간호사회가 2013년 195개 병원을 대상으로 조사한 ‘병원간호사 근로조건 실태조사’ 결과를 보면, 3년제 신규간호사 초임 평균은 2,750만원, 4년제 신규간호사 평균 초임은 2,826만원으로 연간 76만원 정도의 차이를 보였다. 월로 환산하면 63천원에 불과한 수준이다. 하지만 병원 규모별로는 같은 학력이라도 임금차이는 매우 컸다. 3년제 간호사의 경우 199병상 이하 병원에서는 2,752만원이었으나 2,000병상 이상 대형 병원의 초임은 3,500만원으로 750만원이 더 많았다. 4년제 간호사의 경우도 199병상 이하 병원의 초임 간호사 임금은 2,808만원이었는데, 2,000병상 이상 대형 병원의 초임 간호사 연봉은 3,600만원으로 800만원 더 받는 것으로 나타났다. 이처럼 간호사의 임금차이는 병원 규모의 차이에서 발생하고 있는 것을 확인할 수 있다.

<표 2-42> 병상수별 신규간호사 초임 현황(단위 : 만원)

| 운영 병상       | 3년제 |       | 4년제 |       |
|-------------|-----|-------|-----|-------|
|             | 병원수 | 평균 초임 | 병원수 | 평균 초임 |
| 199병상 이하    | 15  | 2752  | 18  | 2808  |
| 200~399병상   | 67  | 2583  | 59  | 2641  |
| 400~599병상   | 41  | 2690  | 39  | 2735  |
| 600~799병상   | 33  | 2851  | 32  | 2961  |
| 800~999병상   | 26  | 2978  | 26  | 3067  |
| 1000~1499병상 | 9   | 2952  | 9   | 3003  |
| 1500~1999병상 | 2   | 3592  | 2   | 3751  |
| 2000병상 이상   | 1   | 3500  | 1   | 3600  |

자료: 대한간호협회 병원간호사회(2013), 병원간호사 근로조건 실태조사

#### 라) 근속연수별 임금수준

앞에서도 살펴보았듯이 간호사의 임금체계는 연공급체계로 설계되어 있다. 그렇다면 연공에 따른 임금차이는 어느 정도로 나는지 살펴보자. 앞에서 잠깐 분석했듯이 기본급을 기초로 최저 연공자와 최고 연공자의 임금비율은 2.57배로 나타났다. 이번에는 임금총액을 기준으로 최저 연공자와 최고 연공자의 임금비율을 살펴보자. 아래 표를 보면, 3년 미만 간호사의 임금수준과 16년 이상 간호사의 임금차이를 정리했다. 그리고 그 차이를 이용하여 비율을 계산했다. 계산결과, 연공성이 가장 강하게 나타난 병원은 국립대병원으로 2.2배를 나타냈고 연공성이 가장 낮은 병원은 민간중소병원으로 1.5배를 나타냈다. 이런 결과는 공무원과 민간 기업 노동자의 차이에서도 같은 현상으로 나타난다. 공무원의 경우 9급 1호봉과 1급 1호봉 간의 임금차이는 2.46배이다<sup>11)</sup>. 하지만 민간기업은 공무원보다 연공성이 비율이 약하게 나타난다. D기업의 경우 종사자 5,000명 이상 대규모 사업장인데, 이 사업장의 생산직 직원의 연공비율은 1.87배로 나타났다<sup>12)</sup>. 이처럼 병원도 민간보다는 공공부문에 속한 노동

11) 인사혁신처에서 발행한 국가공무원 통계연보 자료를 참고하였다. 9급 1호봉은 128만원이고 1급 1호봉은 315만원이다.

자의 연공성이 더 강하게 나타나고 있음을 확인할 수 있다.

<표 2-43> 연차별-특성별 간호사 임금실태(단위 : 만원)

| 근속기간       | 특수목적<br>공공병원 | 사립대병원  | 국립대병원  | 민간중소병원 | 지방의료원  |
|------------|--------------|--------|--------|--------|--------|
| 3년 미만(A)   | 3441.8       | 3217.3 | 2839.8 | 2747.9 | 2844.3 |
| 3~6년 미만    | 3943.8       | 3865.8 | 3717.5 | 3072.3 | 3486.7 |
| 6~9년 미만    | 4197.8       | 4187.8 | 4244.9 | 3238.6 | 3781.8 |
| 9~12년 미만   | 4386.9       | 4451.4 | 4826.2 | 3397.2 | 4285.8 |
| 12~15년 미만  | 4771.9       | 4822.4 | 5363.2 | 3529.2 | 4354.9 |
| 15년 이상(B)  | 5480.1       | 5544.7 | 6175.2 | 4113.4 | 5030.1 |
| 연공 비율(B/A) | 1.6          | 1.7    | 2.2    | 1.5    | 1.8    |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 표준근로지침 연구보고서

주: 보건의료노조의 위 자료를 이용하여 연공 비율은 필자가 계산하였음.

이번에는 임금구성 항목별로 연공성이 어떻게 나타나는지 살펴보자. 임금구성 항목별로 연공성을 살펴보는 이유는 임금항목 중에서 연공성 정도를 살펴봄으로써 임금의 공정성 여부를 판단하기 위해서다. 임금구성 항목 중에서 연공성 위주로만 구성되어 있다면, 임금의 공정성이 낮다고 볼 수 있다. 왜냐하면, 임금이 직무의 차이와 숙련의 차이에 대한 보상이 이루어질 때 임금의 공정성이 높다고 볼 수 있기 때문이다. 그런 관점에서 임금구성 항목별로 근속연수에 따른 금액차이를 살펴보면, 아래 표와 같은 결과를 얻을 수 있다. 1년차와 16년차의 평균 임금 차이는 1.83배 차이를 보였다. 임금구성 항목별로 보면 기본급 차이는 1.97배, 공통수당은 1.13배, 기타수당은 2.22배, 상여금은 1.51배의 차이를 보였다. 임금구성 항목 중에서 공통수당만 근속연수별로 큰 차이를 보이지 않은 것으로 나타났다. 공통수당이 교통비, 식대, 위험수당, 근속수당, 면허자격수당으로 구성되어 있다는 점을 고려할 때 기타수당은 간호사에게만 적용할 수 있는 직무와 숙련에 대한 보상이 근속연수별로 강하게 실현되고

12) 이 기업은 조선회사이며, 생산직 사원의 기본급을 기준으로 최고 연공자와 최저 연공자의 기본급을 비율로 계산한 것이다.

있음을 알 수 있다. 이는 간호사 직무가 근속연수에 따라 직무등급과 숙련수준이 높다고 해석할 수 있다. 따라서 간호사의 임

<표 2-44> 간호사 연차별 임금 현황(단위: 천 원)

| 구 분     | 1년차(A) | 3년차    | 6년차    | 11년차   | 16년차(B) | 비율(B/A) |
|---------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|
| 연평균임금   | 24,072 | 26,371 | 29,831 | 36,795 | 43,961  | 1.83    |
| 기본급(월)  | 893    | 992    | 1,121  | 1,429  | 1,758   | 1.97    |
| 공통수당(월) | 279    | 287    | 302    | 308    | 316     | 1.13    |
| 기타수당(월) | 471    | 528    | 658    | 852    | 1,044   | 2.22    |
| 상여금합(연) | 4,353  | 4,689  | 4,865  | 5,725  | 6,558   | 1.51    |

자료: 보건의료노조(2011), 임금현황실태조사보고서

#### 마) 간호사 임금수준 국제비교

우리나라 간호사의 임금수준을 다른 나라와 비교하면 어느 수준일까. 우리나라 간호사 임금은 월 346만원 수준인데, 일본 간호사 전체 평균은 338,790엔(3,194,789원)으로 우리보다 낮은 것으로 나타났다. 영국과 미국은 시급으로 계산되는데 영국은 시급이 우리 돈으로 환산할 때 51,988원이고, 미국은 1년차 시급이 46,658원으로 나타났다. 미국은 간호사의 연평균 근로시간을 월 173시간<sup>13)</sup>으로 계산하면 월 평균 임금은 우리 돈으로 약 800만원 수준으로 매우 높다. 실제 미국은 간호사의 임금이 공무원이나 교사보다 훨씬 높다. 공무원은 27.4달러이고 교사는 29.6달러 수준이다. 영국은 간호사 연봉이 29,793파운드 우리 돈으로 환산하면 5,1988만원이고 월로 계산하면 433만원 정도이다. 영국 간호사는 우리보다 월 86만원 정도 많은 것으로 나타났다.

우리나라 간호사의 임금수준을 3국과 비교하면, 일본보다는 많고, 영국과 미국보다는 적은 것으로 나타났으며, 3국 중에서 간호사 임금이 가장

13) 2012년 기준 미국 보건업 종사자의 시간당 평균 임금은 23.17달러이고, 연봉은 4만8,188달러여서 이를 나누면 연간 근로시간이 계산되고 이를 12월로 나누면 월 근로시간은 약 173시간이 된다.

높은 곳은 미국이었다.

<표 2-45> 간호사 임금 국제비교

| 우리나라         | 일본(2013) <sup>14)</sup>            | 영국(2014)   | 미국(2012,3)   |
|--------------|------------------------------------|--|--|
| 월 3,468,000원 | 월 338,790엔<br>(3,194,789원)<br>전체평균 | 연봉 £29,793<br>(연 51,988,785원/<br>월 4,332,398원)<br>전체평균 | 시급 1년차 \$41.0<br>(46,658원)<br>10년차 \$49.1(55,876원)<br>20년차 \$59.7(67,939원) |

자료: 보건의료노조, 간호사 표준근로지침 연구보고서(2014), 근로실태조사(2015)

## 6) 간호사 임금제도의 특징

이상으로 우리나라 간호사의 임금제도를 임금구성항목과 임금체계, 그리고 임금수준을 대상으로 살펴보았다. 이를 통해 나타난 특징을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 병원별 임금격차가 크다는 점이다. 이번 조사에서 임금수준이 최고인 병원과 최저인 병원간 격차를 비교해본 결과, 초임의 경우 1,442만원, 10년차 임금은 1,924만원, 20년차 임금은 3,276만원의 격차를 보였다. 병원간 간호사회의 조사 결과에 따르면, 3년제 간호사 초임은 최고병원과 최저병원간 2,587만원, 4년제 간호사 초임은 최고병원과 최저병원간 2,510만원으로 더 큰 격차를 보였다. 임금격차는 병원규모의 영향을 가장 크게 받는 것으로 나타났다. 2000병상 이상 대형병원과 199병상 이하 소형 병원에 종사하는 간호사의 임금 차이는 1년 차를 기준으로 했을 때 1.35배(1,000만원)의 차이를 보였다.

둘째, 임금의 연공성이 강하다는 점이다. 간호사 1년차와 10년차의 임금격차가 가장 큰 곳은 1,934만원으로 나타났다. 그리고 임금구성 항목 중에서도 연공성 위주로 구성돼 있다는 점이 특징이다. 기본급을 비롯하여 기타수당, 상여금 등에서 연공성이 강하게 나타났다. 반면에 공통수당 항목인 교통비나 식대와 같은 복리후생 성격의 임금만 연공성이 없이 전

14) 환율적용 시점은 2015년 10월 30일자를 기준으로 하였음.

직원이 공통 금액으로 받고 있었다. 이런 경우 직무성격이나 숙련수준에 따른 보상에 대한 차이가 적어서 임금의 공정성 문제가 불거질 수 있다. 그리고 연공성은 민간보다 공공부문 병원에서 강하게 나타나고 있는 점도 특징으로 볼 수 있다.

셋째, 같은 특성의 병원 내부에에서도 병원의 규모에 따라 임금격차가 컸다. 특히 민간부문보다 공공부문 내에서 병원간 임금격차가 오히려 더 큰 것으로 나타났다. 공공병원 최고 1,100만원의 격차를 보였고, 국립대병원 899만원의 차이를 보였다. 반면에 사립대병원은 460여만원, 민간중소병원 400만원의 차이를 보였다. 이처럼 공공부문이 민간보다 임금차이 큰 이유는 앞으로 추가 조사가 필요해 보인다.

넷째, 간호사의 임금은 근로시간에 비해 임금수준이 낮았다. 간호사의 근로시간은 1일 평균 10.6시간이었고 임금총액은 월 기준 346만원이었다. 이는 결과적으로 시간외수당을 제대로 보상받지 못하고 있다는 반증이다. 보건의료노조의 근로실태조사(2015)에서 확인할 수 있듯이 연장근로에 대한 보상은 18.1%(공공 20.1%, 민간 17.2%, 일부 시간 인정 22.6%, 정해진 시간만 지급 9.3% 제외)에 불과했다.

다섯째, 간호사 수당이 간호사의 숙련에 대한 보상이 비교적 적다는 점이다. 간호사에게만 지급되는 수당을 보면, 대부분 직무환경에 관련된 수당으로만 구성되어 있다. 인계수당, 중환자실근무수당, 나이트수당, 대기수당, 교대수당 등이 간호사에게만 적용되는 수당인데, 이들 수당의 성격을 보면, 노동강도에 따른 보상 성격이라는 점을 확인할 수 있다. 숙련에 따른 수당은 직책수당 정도만 있다. 따라서 임금의 공정성과 동기부여 측면에서도 고숙련에 대한 보상이 필요해 보인다.

### 제 III 장 보건의료인력의 체계적 양성방안

앞에서 살펴본 대로 보건의료 분야의 인력문제는 개별 노동자의 노동강도와 건강 문제는 물론이거니와 이직률 심화, 환자의 안전 위협, 의료사고의 위험, 비정규직 확대 등의 문제로까지 확대되고 있으며, 국민의 건강권을 보장하기 위해서라도 이에 대한 대안이 필요하다고 할 것이다. 병원의 인력문제를 해결하기 위해서는 사회적으로 양질의 일자리를 창출하고, 환자들에게는 질 높은 의료서비스를 제공하며, 국민들에게는 병원비 부담을 줄이고, 병원노동자들에게는 최상의 의료서비스를 제공할 수 있는 노동조건을 만들어야 할 것이다. 하지만 단기간에 성취할 수 없는 만큼 노사가 협력하고, 정부는 의지를 가지고 지원해야 가능하다고 판단된다.

2015년 보건의료노조 실태조사 결과에 따르면, 인력부족으로 인한 의료서비스의 질 하락과 의료공공성 후퇴 문제가 심각한 것으로 나타나고 있는데, 이에 대한 응답으로 의료서비스 질 하락 81.1%, 친절 서비스 미흡 80.6%, 의료서비스 미제공 74.1%, 의료사고 노출 경험 47.4% 등 심각한 수준임을 확인할 수 있었다. 또한 노동조건과 관련하여 건강악화 65.7%, 재해 질병 노출 67.6%, 휴가 미사용/인력 감축 상태 67.5%, 스트레스 치료 상담 필요 54.2%, 이직 고려 62% 등 이 역시 더 이상 방치할 수 없는 수준임을 알 수 있다.

이러한 인력문제를 해결하기 위한 방안으로 우선적으로 보건의료인력 지원특별법의 제정과 포괄간호서비스(보호자 없는 병원)의 전면 제도화를 추진하고, 아울러 지속적으로 비정규직 근로조건 개선과 정규직 전환 모색, 시간제 일자리의 개선이 필요할 것으로 보인다. 그밖에도 유희간호사 활용, 현장적응능력 향상을 위한 재교육 프로그램 개발 등의 노력이 필요할 것으로 보인다. 이러한 노력을 통해 최근 가장 중요한 사회적 이슈인 일자리창출 문제를 해결할 수 있는데, 보건의료 인력의 지속적인 근로조건 개선과 함께 OECD 수준의 인력을 확보해 나가는 것이 중요하며,

이것은 핵심적인 방안에 대한 지속적인 추진을 통해 가능할 것으로 판단된다.

## 1. 보건의료인력지원특별법 제정

### 가. 추진 배경

보건의료산업은 성장산업이고, 고용유발효과가 높아 일자리창출에 있어 최적의 분야라고 할 수 있다. 우리나라 보건의료 인력은 OECD국가의 1/2~1/3 수준에 불과하며, OECD 평균 수준으로 인력을 확보하려면 50만~60만개의 일자리가 필요한 상황이다. OECD의 최근 통계에 따르면, 한국 병원은 한 병상당 종사자 수가 0.5명에 불과한 데 반해, 다른 국가들의 평균은 3.7명으로 한국의 7.6배에 달하는 것으로 나타났다. 미국과 영국은 6.4명, 7.6명이나 된다. 만약, 한국 병원이 경제협력개발기구의 평균을 따라간다면, 산술적으로 185만개의 새로운 일자리가 만들어질 수 있다. 선진국에서 의료분야가 일자리 동력 산업이 된 이유는 이처럼 병·의원이 많은 인력을 고용하고 있기 때문이다.

그러나 우리나라 병원의 현실은 치열한 수익창출 경쟁체계 속에서 건물과 시설, 장비의 대형화, 고급화를 위한 투자는 확대하면서도 정작 환자안전을 위한 병원인력 확충 투자에는 인색한 상황이다. 연평균 1일 입원 환자당 2.5로 나눈 수만큼 정식 간호사를 고용해야 한다는 의료법 규정이 있지만 의료 현장에서는 거의 무용지물이다. 병원 중 86.2%가 이렇게 의료법에서 정하고 있는 간호인력 기준을 제대로 채우지 않고 있는 것이 현실이다. 한국에서 간호사 1명이 돌봐야 하는 환자수는 낮 근무기준으로 평균 17.7명이다. 미국의 5.7명에 비하면 3배 이상의 수준이다. 앞에서 살펴본 대로 2013년 기준으로 인구 1000명당 활동 간호사 수는 OECD 평균이 9.8명인데 반해 한국은 간호조무사까지 포함한 간호인력 수가 5.2명에 불과하다. 스위스, 노르웨이, 덴마크 등은 16명이 넘는 것을 보면, OECD 국가에 비해 우리나라 병원인력은 1/2~1/3 수준밖에 되지 않는 것이다.

최근 의료기술의 발달로 인구의 고령화와 기대수명이 증가하고 있다. OECD(2015)의 자료에 따르면, 2013년 기준으로 우리나라의 기대수명은 81.8년으로 OECD 평균 기대수명인 80.5년보다 1.3년이 긴 것으로 나타났다. 지난 5년간 우리나라의 기대수명은 1.9년이 증가하여, OECD 평균 증가 수준인 1.2년보다 큰 폭으로 증가하였다. 또한 한국의 65세 이상 인구 비율은 2000년 전체인구의 7.2%, 2012년 11.8%이던 것이 2020년 15.7%, 2030년 24.3%로 높아질 것으로 예상하고 있다(통계청, 2012).

이같이 가속화되고 있는 고령화 사회에 대비하면서 환자의 안전과 국민에 대한 의료서비스의 질 향상을 위하여 보건의료인력의 안정적 공급과 처우개선이 무엇보다 중요한 문제라고 할 수 있다. 이를 위해 지난 2012년에 발의되었던 “보건의료인력지원특별법”의 제정이 필요하다고 판단된다. 이 법의 목적은 보건의료인력문제를 해결하기 위해 특별법을 만들고, 이에 따라 인력 실태조사와 인력기준을 마련하고, 수가제도 개선과 정부의 예산 지원을 통해 보건의료인력 문제 해결과 양질의 일자리 창출을 도모하고자 하는 것이다. 미국의 경우에는 캘리포니아주를 비롯한 여러 주에서 근무부서와 환자상태별로 근무인원당 담당환자수를 정해놓은 인력기준법이 시행되고 있으며, 호주에서도 인력기준법이 시행되고 있다. 우리나라에서도 이같이 근무인원당 담당환자수를 정하는 인력기준법(인력비율법)을 마련하여 언제 어디서나 환자의 안전과 의료서비스의 질이 담보될 수 있는 제도를 마련할 필요가 있다. 그리고 이를 통해 일자리 창출 문제도 획기적으로 해결할 수 있을 것으로 판단된다.

지난 2012년 6월 27일 김용익, 정진후, 박원석 의원 등이 공동으로 보건의료인력지원특별법(환자안전과 의료 서비스 질 향상, 고령사회 대비를 위한 보건의료인력 지원특별법안)을 발의하였지만, 국회에 계류중에 있다. 환자안전법 제정(2014년 12월 29일 국회 통과, 2015년 1월 29일 제정, 2016년 7월 29일 시행)과 전공의특별법 발의(2015년 7월 31일), 그리고 메르스사태를 계기로 새정치민주연합에서 보건의료인력지원특별법을 수정·보완하여 정기국회에서 통과시키겠다는 의지를 밝히고 있지만, 통과여부는 불투명한 상황이다.

한편, 우리나라 의료인력 문제에 있어 해결해야 할 중요한 문제 중 하나는 대형병원으로의 인력쏠림현상이라고 할 수 있다. 앞의 <표 2-12>와 <표 2-13>에서 보는 바와 같이 2003년 종합병원과 병원의 종사인력이 134,366명이던 것이 2013년 252,504명으로 1.9배 증가한 반면, 같은 기간 의원은 99,714명에서 135,430명으로 1.4배 증가한 것에 그쳤음을 알 수 있다. 또한 2013년 기준으로 서울, 인천, 경기 등 수도권에 전체 병원의 52%, 치과병원의 57%, 한방병원의 51%가 집중되어 있는데, 이러한 비중이 점차 증가하는 추세를 보이고 있다(보건복지부, 2014). 이러한 현상은 대규모 병원으로의 편중현상과 함께 일부 지역과 일부 병원으로의 집중을 가속화하고 있다는 사실을 보여주고 있다.

이러한 사실은 국내 Big 5병원<sup>15)</sup>에도 나타나는데 전국 43개 상급종합병원(대형병원)의 2014년도 진료비 청구실적을 분석한 결과, 전체 청구액 8조 6549억원 중 34.8%인 2조9798억원이 Big 5병원의 진료비 청구액이었다고 한다. 청구실적이 가장 많은 곳은 서울아산병원으로 8,156억원을 청구해 2013년보다 5.2% 증가했으며, 이어 삼성서울병원이 13% 증가한 6,343억원, 세브란스병원이 7.5% 늘어난 5,940억원, 서울대병원이 8.3% 증가한 5,538억원, 서울성모병원이 4.3% 증가한 3,820억원의 순이었다. 발표기관(팜스코어)의 한 관계자는 "지금처럼 수도권 대형병원으로의 환자쏠림 현상이 지속된다면 장기적으로 동네의원은 사라지고 빅5병원을 비롯한 대형병원만 살아남는 기형적 의료 환경이 될 수 있다"며, "우리나라 의료시장의 균형발전과 원정 진료에 따른 사회적 손실 등을 막기 위해서는 지방 응급의료시설과 인력 확보 등 정부차원의 대책마련이 필요한 시점"이라고 말하기도 하였다.

이러한 일련의 사실은 서두에서 제기한 의료의 공공성 측면에서 볼 때, 심각한 문제가 아닐 수 없다. 수도권과 소수 대형병원으로의 편중현상은 지방 중소병원의 경영난을 부추기고, 아울러 해당 보건 의료인력의 열악한 근로조건을 초래할 수밖에 없다. 특히 공공의료에 차지하는 비중이 10% 미만인 우리나라 의료 현실에서 이러한 현상은 보건의료분야의 공공성을

15) 서울아산병원, 삼성서울병원, 세브란스병원, 서울대병원, 서울성모병원을 말한다.

심각하게 훼손할 것이기 때문이다. 실제로 간호인력 수급 차질의 구조적 요인은 간호직의 근무형태와 열악한 근무여건에서 비롯되는데, 점점 더 어려워질 수밖에 없는 구조인 것이다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 한두 가지 정책으로 해결하기는 어려울 것이다. 특별법의 제정뿐만 아니라 지방 중소병원 의료 인력에 대한 지원, 건강보험 수가제도의 개선, 국가재정의 전향적 투입 등을 바탕으로 보건의료 분야에서 공공성을 구현할 수 있는 각종 정책이 복합적으로 필요할 것으로 판단된다.

## 나. 주요 내용

보건의료인력지원특별법(병원인력법)이 제정되면, 인력확충이 병원사용 자측의 비용부담 문제가 아니라 국가 차원의 과제로 제기되고, 법적 인력 기준 마련과 인력확충을 위한 각종 지원의 법적 근거가 마련된다. 병원인력법의 핵심은 병원인력 지원을 국가와 지방자치단체의 임무로 명시, 보건의료인력 지원 종합계획 수립, 보건의료기관 등의 인력지원 및 개선에 필요한 종합적 실태조사, 보건의료인력 기준 준수, 보건의료인력지원 심의위원회 설치, 그리고 보건의료 인력지원 업무를 전담하는 가칭 ‘보건의료인력원’ 설치 등이다. 2012년 당시 발의된 법안의 주요 내용을 살펴보면 아래의 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 보건의료인력지원특별법(2012년 7월 24일 발의)의 주요 내용

- |  |
|--|
| <p>① 의료기관의 보건의료인력 수급 원활화와 인력 관리 및 지원, 노동조건 개선, 복지향상 등에 필요한 사항을 규정함으로써 보건의료산업에 종사하는 근로자의 고용안정, 보건의료서비스의 질 향상 및 환자의 건강증진, 국민의 보건 및 복지 증진에 이바지하는 것을 목적으로 함 (안 제1조).</p> <p>② 최근 보건의료 현장의 변화를 반영하기 위해 보건의료기관과 보건의료인력에 대한 정의를 최대한 확대 해석해서 법 적용의 사각지대를 없애려고 노력함. (안 제2조)</p> <p>③ 보건의료인력 지원에 대한 국가와 지방자치단체의 책무를 분명히 함. (안 제3조)</p> <p>④ 보건복지부장관은 보건의료기관의 원활한 인력확보를 지원하기 위하여 3년마다 보건의료 인력지원 종합계획의 수립 및 연도별 시행계획을 수립·시행하도록 함. (안 제5조·제6조).</p> <p>⑤ 보건의료기관 등의 인력지원 및 개선에 필요한 종합적 실태조사를 실시할 수 있도록</p> |
|--|

하고, 여기에 구체적 임금, 노동조건과 여성, 외국인, 비정규직 직원의 현황이 반영되도록 함. (안 제7조)

⑥ 보건의료인력지원 종합계획 수립·시행과 인력 확보, 유지, 관리, 노동조건 개선, 복지향상 등을 위한 기본사업을 위해 ‘보건의료인력지원 심의위원회’를 설치·운영할 수 있도록 하고 정부와 공급자 주도가 아닌 소비자와 현장 중심으로 위원회를 구성하도록 함. (안 제8조)

⑦ 의료기관, 보건소 및 보건진료소 등은 보건복지부장관이 정하는 보건의료 인력기준에 관한 사항을 지키도록 함. (안 제9조).

⑧ 국가와 지방자치단체는 보건의료기관이 어린이집, 연수복지시설 등 공동복지시설을 설치 및 운영하는데 필요한 경비를 지원할 수 있도록 함. (안 제10조).

⑨ 국가가 청년 실업자의 보건의료기관 취업, 보건의료기관의 고용확대, 근로시간 단축사업을 지원하도록 함. (안 제12조, 제13조).

⑩ 보건복지부장관이 우수 보건의료기관 사례를 보급·확산하고 우수 보건의료인력에 대한 지원을 할 수 있도록 함. (안 제15조·제16조).

⑪ 보건복지부장관이 보건의료인력지원에 관한 국제적 동향을 파악하고 민간부문의 국제협력과 교류를 지원할 수 있도록 함. (안 제17조)

⑫ 국가가 환자안전과 의료서비스 질 향상을 위해 보건의료인력의 장기채직을 유도 지원하고, 보건의료인력 지원을 위하여 재정지원, 신용보증지원, 의료수가개선 등 필요한 금융 및 세제 지원을 할 수 있도록 함. (안 제18조·제19조).

⑬ 보건의료 인력지원을 효과적으로 수행하기 위하여 보건의료 인력지원 업무를 전담하는 가칭 ‘보건의료인력원’을 설치할 수 있도록 함 (안 제21조).

## 다. 추진 방향 및 과제

보건의료인력지원특별법의 제정을 추진하는데 있어서 몇 가지 과제가 있는데, 그것은 다음과 같다.

첫째, 보건의료인력지원을 위해서는 관련법을 명확하게 개정하고 강화해야 한다. 「의료법 시행규칙」 제38조 제2항 제3호 내지 제5호에서 ‘보건복지부 장관이 정하는 바에 따라’라고 하위 위임규정을 두고 있지만, 별도로 정한 것이 노인복지법 등에 일부 규정된 것을 제외하고는 명확하게 세부규정을 마련하고 있지 않다. 특히, 의료기사, 의무기록사 등의 정원기준은 입법 불비 또는 입법 부작위 또는 포괄적 위임으로 보아 보다 명확하게 규정될 필요가 있다. 병원인력의 법정 정원을 규제함에 있

어 일정한 외래 및 입원 환자수를 의료인 산정기준으로 설정함은 우리 의료법 제정시 일본의 의료법을 인용한 결과이다. 하지만 일본은 법 제정 이후 의료 환경의 변화에 따라 이 산정기준을 개선해 왔으나, 우리 의료법은 몇 십 년째 이 기준을 고수해 오고 있다. 따라서 시대의 변화에 따른 관련 법 개정이 우리나라도 시급히 진행되어야 한다.

두 번째, 보건의료인력지원 대상에 모든 직종과 의료기관이 포함되어야 한다. 다가오는 고령화 사회에 대비하고, 환자안전과 의료서비스 질 향상을 위해서는 대상과 범위가 기존의 일부 의료기관과 일부 전문직 의료직에 국한된 채, 법적 인력 기준도 불명확하고 어길 시 강제처벌조항도 없는 기존 법을 시급히 개정할 필요가 있다. 병원 직종별 분류의 특징은 매우 전문적이고 60여개 이상 다양한 직종으로 구성되어 있어 그 전체를 파악하는 것이 쉽지 않다. 그럼에도 불구하고 저마다 고유한 역할을 가지고 환자의 생명과 건강에 직결되는 업무에 종사하고 있는 만큼 모든 직종이 보건의료인력에 포함되어야 한다. 가령, 간호직만 해도 간호사, 간호조무사, 간호보조원, 간호서무원이 있으며, 전문간호사의 경우는 산업간호사, 가정간호사, 보험간호사, 마취간호사, 임상간호사 등으로 그 전문성과 업무성질에 따라 세분화되어 있다. 또한, 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과위생사, 치과기공사 등 의료기사와 안경사, 의무기록사, 의료기사 등이라 규정되어 있으나, 현실적으로는 보건직이라 통칭하고 있는 등 현행 인력 직종 등의 규정이 명확하지 않고 규정하고 있는 법령과 관련 규정이 다양하고 체계적이지 못하다. 또한, 그 용어도 불분명하여 의료현실을 제대로 반영하고 있지 못함으로 인해 혼란을 초래하고 있다. 따라서 보건의료인력을 언급할 시 기존의 법조항을 협소하게 해석하지 말고 가능한 보건의료산업에 종사하는 모든 직종을 포괄하는 개념으로 사용되어야 한다.

보건의료인력이라는 개념의 대상은 의사, 약사, 간호사, 간호조무사, 의료기사는 물론 안경사, 안마사, 영양보호사, 사회복지사, 사무직(법무, 노무, 원무, 보험, 회계, 총무, 인사, 기획), 전기기사, 보일러기사 등 현장기술직 포함 의료기관에 종사하는 모든 인력을 포함하는 것으로 해야 한다. 특히 노동조합및 노동관계조정법 제71조 2항 필수공익사업 3호 병원사업및 혈액공급사업의 범위, 제 42조의 2 필수유지업무에 대한 정의행

위의 제한, 시행령 제 22조 2 필수유지업무의 범위 별표 1에서 언급하고 있는 7. 병원사업의 필수유지업무 가. 「응급의료에 관한 법률」 제2조 제2호에 따른 응급의료 업무 나. 중환자 치료·분만(신생아 간호를 포함한다)·수술·투석 업무 다. 가목과 나목의 업무수행을 지원하기 위한 마취, 진단검사(영상검사를 포함한다), 응급약제, 치료식 환자급식, 산소 공급, 비상발전 및 냉난방 업무 그리고 8. 혈액공급사업의 필수유지업무 에서 가. 채혈 및 채혈된 혈액의 검사 업무, 나. 「혈액관리법」 제2조제6호에 따른 혈액제제(수혈용에 한정한다. 이하 이 호에서 같다) 제조 업무, 다. 혈액 및 혈액제제의 수송 업무 등도 대상에 포함되어야 한다. 그리고 의료법 제58조 의료기관 인증 관련된 의료기관평가인증원에서 시행하고 있는 평가인증 대상 의료기관과 직종도 반드시 보건의료인력지원특별법 대상에 포함되어야 한다. 대상 의료기관은 병의원 의료기관은 물론 노인복지법, 장기요양보험 관련 장기요양시설 등도 모두 포함하는 것으로 해서 예외 기관이나 사각지대가 없도록 해야 한다.

세 번째, 보건의료인력 지원을 위해 보다 현실적인 절차와 방안이 필요하다. 현재의 정부 구조와 조건에서는 곧바로 인력법 개정안과 직종별 인력 기준을 제기하여 해결하기에는 몇 가지 한계와 어려움이 존재한다. 정부 주무부서인 보건복지부는 보건의료정책실 의료기관정책과에서 인력문제를 담당하고 있으나, 보건의료인력문제가 직종간 이해관계가 상충되기도 하고, 기준마련도 쉽지 않으며, 갈등소지도 많고, 소요 재원도 상당히 많이 필요하기 때문에 인력문제해결에 주도성을 보이지 않고 있다. 그리고 국회 또한 많은 현안 문제에 밀려 인력 관련법 개정 문제가 우선 과제로 선정되지 못하고 있다. 즉 의료현장에서의 인력부족 문제가 심각하고, 사회적으로 새로운 일자리 창출이 핵심의제로 부상하고 있음에도 불구하고 이 문제의 해결 주체인 정부와 국회는 그것을 담아낼 주체와 공간이 준비되어 있지 않다. 따라서 현재의 인력 문제를 제대로 해결하기 위해서는 범 정부차원에서 제도적 구심과 조직적 주체를 세워내는 것이 우선과제가 되어야 한다. 이런 것이 먼저 갖추어 질 때, 그동안 연구하고 준비한 인력법 개정안과 인력기준안이 효과적으로 빠르게 논의되면서 법 개정으로 연결될 수 있을 것이다.

이런 문제의식으로 인해 미국의 Ratios 처럼 곧바로 인력 기준과 인력

관련 법 개정을 요구하기보다 환자안전과 의료서비스의 질 향상, 고령사회 대비를 위한 보건의료인력의 원활한 양성과 공급, 근로환경 개선 및 복지향상에 관한 종합적인 내용을 담고 있는 ‘보건의료인력지원특별법’을 먼저 발의하여 제정할 필요가 있다. 법안의 세부 내용에는 보건의료인력에 대한 정부의 책임을 분명히 하기위해 보건복지부에 정부와 노조, 직종협회, 환자단체, 전문가 등이 참여하는 ‘보건의료인력지원심의위원회’를 구성하고, 여기서 정기적으로 전국 차원의 보건의료인력 실태조사를 진행하면서 보건의료인력에 대한 정원기준, 수급대책, 노동조건 개선과 복지향상에 관한 종합계획을 수립하고, 정부 차원에서 보건의료인력에 대한 지원책으로 우수 보건의료인력 해외연수지원, 공동복지시설, 영유아보육시설 확충, 보건인력복지연수원 건립 등을 실현할 필요가 있다. 그리고 보건의료인력의 장기채직을 유도하기 위한 각종 제도개선과 인력확보를 위해 필요한 수가제도개선, 세제혜택 등을 함께 포괄할 필요가 있다.

또한, 별도 인력전담기관인 ‘보건의료인력원’을 설립하여 일상적으로 보건의료인력에 대한 실태조사와 수급대책, 직종별 업무분장과 인력기준 마련 등 보건의료인력에 대한 종합관리를 할 필요가 있다. 기존의 보건의료인력 관련 기관은 한국보건의료인국가시험원(국시원)과 한국보건복지인력개발원 2개가 존재하고 있다. 하지만 2개의 기관은 그 설립목적에서 보는 것처럼 보건의료인력 확보, 유지, 관리, 노동조건 개선, 복지 향상을 위해 종합적인 업무 수행이 불가능하며, 면허시험 관리(국시원)와 교육훈련(한국보건복지인력개발원) 등 극히 제한된 범위에서 보건의료 인력업무를 수행하고 있다. 따라서 전체 의료기관 등에서의 보건의료산업 인력 확보, 유지, 관리, 노동조건 개선, 복지 향상을 위해 종합적인 업무 수행이 가능한 ‘보건의료인력원’ 설치가 시급히 요구된다고 할 것이다.

보건의료인력지원특별법에서 제안하고 있는 ‘보건의료인력지원심의위원회’와 ‘보건의료인력원’ 구도는 의료기관평가인증제 관련한 현행 의료법 제58조(의료기관인증) ②인증전담기관 과 제58조의 2(의료기관인증위원회)를 참고하였다. 보건의료인력문제 해결을 위해 ‘보건의료인력지원심의위원회’와 ‘보건의료인력원’이 가동되고 관련 사업들이 총체적으로 추진될 때 보건의료인력 부족문제를 근본적으로 해결하면서 궁극적으로는 환자안전과 의료서비스의 질 향상, 고령사회 대비를 위한 보건의

료인력정책이 큰 실효성을 거둘 수 있을 것이다. 이것은 우리 사회에서 고용창출효과가 큰 보건의료산업에서 실질적인 일자리 증가로 이어져 거시경제학 측면에서도 좋은 결과를 가져올 것으로 판단된다.

## 2. 포괄간호서비스 제도화

### 가. 추진 배경

포괄간호서비스란 입원한 환자에게 간병인이나 보호자 대신 간호 인력이 종합적인 간호 서비스를 제공하는 것이다. 포괄간호서비스는 간호사가 24시간 간호 서비스를 전담하고 간호조무사가 보조 임무를 수행한다. 원칙적으로 보호자의 간병은 금지되며, 의료진의 판단에 따라 일시적으로 상주할 수 있다. 이 제도는 입원한 환자의 간병 부담으로 인해 포괄간호서비스가 등장했다. 가족이 간병할 경우 전문적인 서비스를 받기 어렵고 전문 간병인을 고용할 경우 비용 부담이 크기 때문이다. 포괄간호서비스는 환자의 간병 비용 부담을 줄이고 간호사와 간호조무사를 통한 전문적인 서비스를 제공한다.

현재 2015년 기준으로 공공병원을 중심으로 포괄간호서비스 시범사업이 운영중인데, 현재 31개 병원에서 수가시범사업 형태로 시행되고 있다. 2015년 포괄간호서비스제도를 시행하는 병원에 대해서는 간호사와 보조인력을 채용하는 만큼 건강보험공단에서 인력기준에 따른 수가가 제공되고 있다. 병원의 비용부담 없이 건강보험 수가로 인력을 확충할 수 있는 획기적인 방안이 마련되고 있는 것이다. 국민건강보험공단은 2016년부터 포괄간호서비스를 본격적으로 시행하며 2017년에는 지방 공공병원, 2018년에는 수도권과 대형병원까지 단계별로 확대할 방침이라 밝혔다.

최근 메르스사태를 계기로 병원인력 확충의 필요성이 사회적으로 제기되었고, 포괄간호서비스 제도화를 조기에 시행해야 한다는 쪽으로 정부정책이 바뀌고 있다. 인력 부족이 환자안전을 위협하고 있고, 인력 부족으로 인해 환자를 치료하는 병원이 오히려 감염병의 진원지가 되고 있는

현실에서 병원내 모든 업무가 환자안전과 직결되어 있다는 사실이 확인되었고, 환자안전과 직원안전을 지킬 수 있는 숙련된 적정인력이 필요하다는 것이 확인되었다. 이에 따라 간호인력, 보조인력이 대거 투입될 예정인데, 보건의료인력 양성과 수급, 인력충원을 위한 구체적 방안 마련이 시급하다 할 것이다.

## 나. 주요 내용

포괄간호서비스제도 전면 제도화는 2018년이다. 하지만, 일반인의 생각과는 달리 정부가 생각하는 제도화는 모든 의료기관에 1개 병동만이라도 포괄간호서비스를 시행하는 것으로 전면 제도화라기보다는 매우 제한적인 범위내에서 시행되는 것이다. 2015년부터 포괄간호서비스제도를 시행하는 병원에 대해서는 간호사와 보조인력을 채용하는 만큼 건강보험공단에서 인력기준에 따른 수가를 제공하는 수가 시범사업이 실시되고 있지만, 시범사업이 진행되는 곳은 31곳밖에 되지 않는다. 그리고 상급종합병원의 경우는 제외되어 있어 상급종합병원에 맞는 인력기준 모델이 개발되지 못하고 있다.

무엇보다 중요한 것은 아래의 <표 3-2>에서 보는 바와 같이 현재 포괄간호서비스의 인력기준은 상급종합병원이 1:7, 종합병원이 1:10, 병원이 1:12인데, 이 기준은 미국 1:5, 캘리포니아 1:4, 일본 1:7 등에 비해 너무 낮은 수준이라는 것이다.

<표 3-2> 포괄간호서비스 간호인력 배치기준

| 종별     | 간호인력        |                            |
|--------|-------------|----------------------------|
|        | 간호사당 환자수    | 간호조무사당 환자수                 |
| 상급종합병원 | 1 : 7 이하    | 1 : 30 이하 / 1 : 40 이하      |
| 종합병원   | 1 : 8 (상향)  | 1 : 25<br>1 : 30<br>1 : 40 |
|        | 1 : 10 (표준) |                            |
|        | 1 : 12 (하향) |                            |
| 병원     | 1 : 10 (상향) | 1 : 25<br>1 : 30<br>1 : 40 |
|        | 1 : 12 (표준) |                            |
|        | 1 : 14 (하향) |                            |

아래의 <표 3-3>은 우리나라 간호사 1명이 담당하는 환자수는 상급 종합병원 8.1명, 종합병원 14.7명, 일반병원 35.4명으로 미국 5명, 일본 7명에 비해 월등히 높은 수준이다. 병상수 기준으로도 우리나라 간호사 1인당 병상수는 4.5병상으로 미국(0.71병상), 영국(0.56병상), 일본(2.0병상)에 비해 월등히 높음을 알 수 있다.

<표 3-3> 국가별 간호인력 비율 현황

| 구분           | 일본  | 미국    | 대만      | 한국      |
|--------------|-----|-------|---------|---------|
| 입원환자 대비 간호사수 | 1:7 | 1:4~5 | 1:12~15 | 1:15~20 |

자료: 안형식(2012), 한국형간호간병서비스 제도적 수용방안.

#### 다. 추진 방향 및 과제

포괄간호서비스제도는 부족한 의료인력을 충원하는 가장 확실한 수단이며, 이에 따라 의료서비스의 질을 향상시키고, 종사자의 처우를 개선할 수 있는 만큼 의료 선진국 수준이나 OECD 수준으로 하여 전면적인 시행이 필요하다.

아래의 <표 3-4>는 포괄간호서비스의 제도화에 따라 간호사 1인당 담당 환자수별 추가 고용 가능 인원(간호사 인력 확충)의 예상치를 정리한 것이다. 현 의료법 기준(종합병원)인 간호사 1인당 환자수가 10명인 경우에는 4만5000명 ~ 5만3000명의 추가 고용이 가능할 것으로 보이며, 일본 인력 기준인 간호사 1인당 환자수가 7명인 경우에는 8만7000여명, 미국 기준인 간호사 1인당 환자수가 5명인 경우에는 14만 2000여명, 미국 캘리포니아주 기준인 간호사 1인당 환자수가 4명인 경우에는 19만 1000여명의 추가 고용이 가능할 것으로 예상된다.

<표 3-4> 포괄간호서비스 제도화에 따른 간호사 추가 고용인원 예상치

| 간호사 1인당 환자수 | 추가 고용인원 | 기준 |
|-------------|---------|----|
|-------------|---------|----|

|      |                   |              |
|------|-------------------|--------------|
| 1:10 | 4만5000명 ~ 5만3000명 | 의료법 기준(종합병원) |
| 1:7  | 8만 7000여명         | 일본 인력 기준     |
| 1:5  | 14만 2000여명        | 미국 기준        |
| 1:4  | 19만 1000여명        | 캘리포니아주 기준    |

자료: 전국보건의료산업노동조합 내부자료, 재정리.

실제로 아래의 <표 3-5>에서 서울대병원의 간호사 배치현황을 보면, 현재 인력 수준보다 간호인력 비율을 높여야 환자 안전을 확보할 수 있을 것으로 판단된다.

<표 3-5> 서울대병원 간호사 담당 환자수 비율 예시

| 구분                  | 병상수  | 근무 간호사 수 / 1인당 담당 환자수 |             |             |
|---------------------|------|-----------------------|-------------|-------------|
|                     |      | Day                   | Evening     | Night       |
| A병동(내과 및 SubICU 포함) | 33병상 | 4명 / 8~9명             | 4명 / 8~9명   | 3명 / 11명    |
| B병동(혈액종양)           | 28병상 | 6명 / 4~5명             | 6명 / 4~5명   | 4명 / 7명     |
| C병동(외과)             | 35병상 | 4명 / 8~9명             | 3명 / 12~13명 | 2명 / 17~18명 |

자료: 서울대학교(2015), 2015 춘계 병원의료정책 심포지엄.

이상의 여러 사실을 근거로 판단해 볼 때, 중증도가 높은 상급종합병원과 종합병원의 간호인력 비율을 현행보다 높여야 환자의 안전을 확보할 수 있으며 전인간호를 할 수 있을 것으로 보이며, 이에 따라 아래의 <표 3-6>에서 보는 바와 같이 현행 1:7 기준인 상급종합병원은 1:4~5 수준으로, 1:10 기준인 종합병원은 1:7~8 수준으로 설정하는 것이 의료서비스의 질 개선이나 종사자의 노동조건 개선, 그리고 신규 일자리 창출에 중요한 영향을 미칠 것으로 보인다.

<표 3-6> 포괄간호서비스 간호인력 배치기준 개편안

| 현행기준   |        | ⇒    | 개편안     |         |
|--------|--------|------|---------|---------|
| 상급종합병원 | 1 : 7  |      | 상급종합병원  | 1 : 4~5 |
| 종합병원   | 1 : 10 | 종합병원 | 1 : 7~8 |         |

자료: 보건의료노조 내부자료.

한편, 2017년으로 포괄간호서비스 제도의 전면 시행을 앞당기기 위해서는 현재 중소병원과 지방병원을 중심으로 실시하고 있는 시범사업을 중증도가 높은 수도권 상급종합병원까지 확대하여 실시해야 하고, 일부 병동에서만 시행하고 있는 시범사업을 병원 전체로 확대하여 시행하는 등 시범사업 확대방안을 구체적으로 마련해야 할 것으로 보인다. 그리고 포괄간호서비스 수가시범사업이 성공적으로 추진되기 위해서는 해당 병원 노사와 보건복지부가 간담회, 토론회 등을 통해 현장의 의견을 수렴해야 하고, 지속가능하고 사회적 합의가 가능한 포괄간호서비스제도 마련을 위한 협의체를 구성하는 것이 필요할 것으로 판단된다.

물론 포괄간호서비스 제도를 전면 시행하는데 있어서는 많은 비용이 소요될 것으로 예상된다. 하지만, 보건의료산업의 중장기적인 발전을 위해서는 현재 여러모로 부족한 의료 관련 재정과 지원을 대폭적으로 개선할 필요가 있을 것으로 판단된다. 이에 대한 참고 자료로 우리나라의 GDP 대비 경상의료비 지출 현황을 살펴보기로 하겠다.

OECD(2015)의 자료에 따르면, 2013년 기준으로 우리나라의 경상의료비 지출 규모는 GDP대비 6.9%로 OECD 회원국 평균(8.9%)보다 낮은 수준을 보이고 있다. 물론 2008년에 비해 2013년 우리나라의 GDP 대비 경상의료비는 1.1%p 증가하여, 같은 기간 OECD 평균 증가(0.6%p)보다 높은 증가폭을 기록하고 있기는 하지만, 아래의 <표 3-7>에서 보는 바와 같이 여전히 우리나라의 GDP대비 경상의료비 지출은 OECD 회원국 중 매우 낮은 국가에 속하고 있으며, 최근 증가속도 역시 저성장 기조를 유지하고 있다. 국가별로 비교를 해 보면, OECD 회원국 가운데 미국은 GDP대비 경상의료비가 16.4%로 가장 높은 지출 비율을 기록하였으며, OECD 회원국 중 터키(5.1%), 에스토니아(6.0%), 멕시코(6.2%) 폴란드(6.4%), 룩셈부르크(6.6%, 2012년), 한국(6.9%)은 GDP대

비 경상의료비가 7% 미만으로 상당히 낮은 수준임을 알 수 있다.

여기서 경상의료비란 보건의료재화와 서비스의 최종 소비에 대한 지출로 ‘개인의료비’와 ‘집합보건의료비’로 구성되는 것으로 이에 대한 국가간 현황은 아래의 <표 3-8~10>에서 확인할 수 있는데, 두 개 영역에서 우리나라의 구성 비율은 서로 상반되어 있음을 알 수 있다. 즉, ‘개인의료비’ 영역에서 우리나라 국민의 개인별 의료비 지출수준은 OECD 국가 중 최상위권을 나타내고 있는 반면, ‘집합보건의료비(공공재원)’ 영역에서는 최하위권 수준의 부담을 하고 있는 것으로 나타났다.

<표 3-7> GDP대비 경상의료비 현황(단위: %)



자료: OECD(2015), OECD Health Data.

아래의 <표 3-8~9>에서 보는 바와 같이 우리나라의 경상의료비 중 공공재원의 비율은 55.9%로 OECD 회원국 평균인 72.7%에 비해 낮은 수준이다. 우리나라는 2000년대 중반 이후 보장성 강화 등의 영향으로 경상공공재원의 지출비중이 증가하여 2010년에는 58.0%까지 늘어났지만, 여전히 OECD 수준에는 미치지 못하고 있다. OECD 회원국 중에서 경상

의료비 중 공공재원 비중이 높은 나라는 네덜란드(87.6%), 영국(86.6%), 노르웨이(85.0%)로 85% 이상을 공공재원으로 부담하고 있으며, 칠레(46.1%), 미국(48.2%)은 경상의료비 중 공공재원의 비중이 50% 미만으로 낮은 국가이다.

<표 3-8> 경상의료비 중 공공부문 지출 비율 추이(단위: %)

| 구분   | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 한국   | 54.9 | 56.4 | 56.7 | 56.5 | 57.6 | 58.0 | 57.2 | 56.3 | 55.9 |
| OECD | 71.3 | 71.7 | 71.8 | 72.5 | 73.2 | 73.0 | 73.1 | 72.7 | 72.7 |

자료: OECD(2015), OECD Health Data.

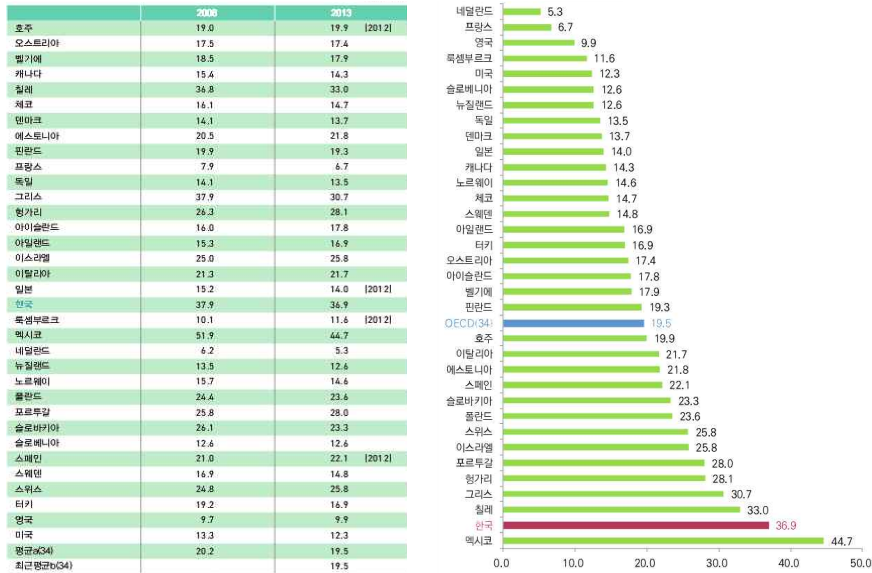
\*OECD 평균: 해당 연도 수치가 없는 경우 해당 연도 기준시점의 최근접 연도 수치 반영.

<표 3-9> 경상의료비 중 공공재원 비율(단위: %)



자료: OECD(2015), OECD Health Data.

<표 3-10> 경상의료비 중 가계직접부담 비율(단위: %)



자료: OECD(2015), OECD Health Data.

위의 <표 3-10>에서 보는 바와 같이 우리나라의 경상의료비 중 가계 직접부담 비율은 36.9%로 OECD 평균인 19.5%에 1.9배가량이나 높은 수준임을 알 수 있다. 2008년 우리나라 경상의료비 중 가계지출비율은 37.9%로 5년 사이 1.0%p 줄었고, 같은 기간 OECD 회원국 평균은 0.7%p 줄었지만, 여전히 우리나라의 가계직접부담 비율은 OECD 회원국 중 최상위권을 유지하고 있다. OECD 회원국 중에서 가계직접부담 비율이 가장 높은 국가는 멕시코로 44.7%이며, 한국은 멕시코에 이어 두 번째로 높은 부담 비율을 기록하고 있다. OECD 회원국 중 네덜란드(5.3%), 프랑스(6.7%), 영국(9.9%)은 경상의료비 중 가계직접부담 비율이 10% 미만 수준임을 알 수 있다.

이와 같이 한국의 보건의료 현실은 공공성을 확보하는데 있어 아직 부족한 측면이 많다. 특히, 공공재원 측면에서 정부의 전향적인 투입이 필요할 것으로 보인다. 그래야 포괄간호서비스제도가 전면적으로 시행될 수 있을 것이다. 물론 현실적으로 포괄간호서비스가 시행될 수 있을지 여부에 대해 일부에선 우려하고 있지만, 제반 여건과 지원이 이루어지고 당사자간 준비가 충분히 이루어진다면, 충분히 자리를 잡을 수 있을 것으로

판단된다. 현재로서 보다 중요한 것은 거시적인 정책결정과 지원이 제도 시행에 있어 대전제가 될 것이라는 사실이다.

### 3. 비정규직 인력 문제 해결

#### 가. 비정규직 인력 실태

의료서비스의 질을 향상시키고 노동자의 처우를 개선하기 위해서는 보건의료인력 확충을 위한 정책과 함께 비정규직을 정규직화하기 위한 조치도 필수적이다. 병원은 환자의 건강과 생명을 돌보는 업무의 특성상 전문성, 책임성, 업무연속성, 협업성이 필요하다. 비정규직 고용은 이러한 업무의 특성에 따른 요구에 역행하는 것이다. 인건비 절감을 위해 전문성과 숙련이 필요한 병원업무에 비정규직을 채용하는 것은 메르스사태에서 드러난 것처럼 환자안전을 외면하는 것으로서 병원내 감염을 무방비로 확산시킬 뿐이다. 메르스사태를 계기로 병원은 비정규직의 정규직화를 위한 선도기관이 되어야 할 것이다.

아래의 <표 3-11>에서 보는 바와 같이 고용노동부가 2008년과 2010년 실시한 사내하도급 실태조사에 의하면, 병원사업의 300인 이상 사업장의 하도급 근로자비율은 11.7% (2008년 기준), 1,000인 이상 사업장은 12.4%(2008년 기준) 정도의 비중을 차지하고 있다.

<표 3-11> 300인 이상 병원 사내하도급 실태 현황(2008년, 2010년)

| 연도   | 규모        | 원하청 사업체 수 |        |        | 원하청 노동자 수 |         |        | 평균 원하청사업체 및 노동자 수 |        |        |          |
|------|-----------|-----------|--------|--------|-----------|---------|--------|-------------------|--------|--------|----------|
|      |           | 소계        | 원청 사업장 | 하청 사업체 | 소계        | 원청 노동자  | 하청 노동자 | 하청업체              | 하청 노동자 | 원청 노동자 | 하청노동자 비율 |
| 2008 | 300인 이상   | 389       | 95     | 294    | 109,985   | 97,079  | 12,906 | 3                 | 136    | 1,022  | 11.70%   |
|      | 1,000인 이상 | 193       | 32     | 161    | 71,864    | 62,893  | 8,971  | 32                | 280    | 1,965  | 12.40%   |
| 2010 | 300인 이상   | 505       | 132    | 373    | 135,565   | 123,502 | 12,154 | 3                 | 94     | 943    | 8.70%    |
|      | 1,000인 이상 | 235       | 37     | 198    | 80,689    | 72,564  | 8,125  | 5                 | 220    | 1,961  | 10.00%   |

자료 : 고용노동부(2008-2010), 사내하도급 현황 조사, 재인용.

아래의 <표 3-12>에서 보듯이 2009년 보건의료노조가 실시한 실태 조사에서도 하도급 근로자비율이 13.9%(직접고용 28,988명, 간접고용 4,688명) 정도로 나타나 고용노동부 실태조사와 유사한 수준임을 알 수 있다. 그러나 앞에서 본 살펴본 것처럼 고용노동부, 보건의료노조 실태조사에서는 하도급 근로자비율이 10% 내외를 보이고 있는 반면, 2014년 보건복지관련산업 일자리 통계자료에서는 용역, 파견을 포함한 외부노동력 비율이 3% 수준으로 나타나 조사기관별로 큰 차이가 있음을 알 수 있다.

<표 3-12> 보건의료노조 산하 병원 외주화 실태(2009년) (단위: 명, %)

| 전체              | 직접 고용  |       |                  | 간접고용 비정규직 |     |                  |
|-----------------|--------|-------|------------------|-----------|-----|------------------|
|                 | 정규직    | 비정규직  | 계                | 용역/도급     | 파견  | 계                |
| 33,677<br>(100) | 26,430 | 2,558 | 28,988<br>(86.1) | 4,068     | 621 | 4,688명<br>(13.9) |

자료 : 보건의료노조 내부자료(2009), 보건의료노조 50개 지부 실태조사. 재인용.

한편, 일반적으로 병원산업내 주요 업무형태는 의사를 제외하고 크게 간호직(간호사, 간호조무사), 의료기사(물리치료,임사병리, 방사선, 작업치료 등), 약무직(약사 등), 지원서비스직(사무행정, 영양-조리배식, 시설전기, 환경미화, 주차도우미, 간병 등)으로 구분할 수 있는 데(김중진 외, 2011), 이들 직종별 간접고용 규모에 대한 병원산업 전체의 구체적 통계자료는 없는 실정이다.

최근 자료는 아래의 <표 3-13>에서 보는 바와 같이 2008년 대한병원협회에서 협회 산하 병원을 대상으로 실시한 직종별 고용인력 현황 조사가 있으며, 동 현황조사에 의하면 정규직 83.6%(217,430명), 직접고용비정규직 7.4%(19,200명), 외부노동력이 9%(23,463명)의 비중을 차지하고 있다. 직접고용자 중 비정규직 비중이 가장 높은 직종은 간호사(33.1%)이며, 다음으로 비정규직 비중이 높은 직종은 보건직 기타 보조인력(12.7%)이며, 외부노동력 중 파견근로자의 비중이 큰 직종은 보건직 기타 보조인력이 39.7%로 가장 큰 비중을 차지한다. 용역근로자는 청소직이 37.7%로 가장 비중이 크게 차지하고 있으며, 다음으로 급식관련 고

용직 14.7%, 보건직 기타 보조인력 14.3% 순으로 높은 비중을 차지하고 있다. 결국, 청소(7,991명), 보건직 기타 인력(3,891명), 급식(3,152명) 등 3개 직종이 병원 전체 외부노동력 23,463명의 64%(15,034명) 이상을 차지하고 있음을 알 수 있다.

<표 3-13> 대한병원협회 산하 병원 직종별 고용인력 현황(2007년) (단위: 명)

| 직종구분 | 정규직     | 직접고용 비정규직 |       |        |       | 외부노동력 |     |        |       |      |        |       |
|------|---------|-----------|-------|--------|-------|-------|-----|--------|-------|------|--------|-------|
|      |         | 기간제       | 시간제   | 합계     | 비중    | 과건제   | 비중  | 용역제    | 비중    | 기타   | 합계     |       |
| 행정직  | 25,322  | 1,091     | 258   | 1,349  | 7.0   | 164   | 7.5 | 289    | 1.4   | 7    | 460    |       |
| 기술직  | 3,695   | 357       | 4     | 361    | 1.9   | 5     | 0.2 | 631    | 3.0   | 0    | 636    |       |
| 보건직  | 의료기사    | 21,694    | 1,804 | 349    | 2,153 | 11.2  | 0   | 0.0    | 46    | 0.2  | 2      | 48    |
|      | 영양사     | 2,544     | 191   | 9      | 200   | 1.0   | 5   | 0.2    | 78    | 0.4  | 0      | 83    |
|      | 의무기록사   | 2,281     | 190   | 14     | 204   | 1.1   | 0   | -      | 64    | 0.3  | 2      | 66    |
|      | 간호사     | 73,703    | 5,937 | 427    | 6,364 | 33.1  | 0   | -      | 451   | 2.1  | 0      | 451   |
|      | 간호조무사   | 19,962    | 577   | 165    | 742   | 3.9   | 0   | -      | 160   | 0.8  | 2      | 162   |
|      | 기타      | 9,157     | 2031  | 411    | 2,442 | 12.7  | 867 | 39.7   | 3,009 | 14.3 | 15     | 3,891 |
| 약무직  | 3,290   | 298       | 94    | 392    | 2.0   | 3     | 0.1 | 28     | 0.1   | 2    | 33     |       |
| 기능직  | 운전원     | 2,124     | 157   | 10     | 167   | 0.9   | 21  | 1.0    | 132   | 0.6  | 0      | 153   |
|      | 교환원     | 675       | 46    | 5      | 51    | 0.3   | 10  | 0.5    | 161   | 0.8  | 7      | 178   |
|      | 조리사     | 3,667     | 547   | 81     | 628   | 3.3   | 70  | 3.2    | 185   | 0.9  | 5      | 260   |
|      | 기타      | 4,736     | 821   | 430    | 1,251 | 6.5   | 438 | 20.0   | 1,023 | 4.8  | 7      | 1,468 |
| 고용직  | 청소      | 1,779     | 243   | 55     | 298   | 1.6   | 25  | 1.1    | 7,966 | 37.7 | 0      | 7,991 |
|      | 세탁      | 683       | 149   | 30     | 179   | 0.9   | 11  | 0.5    | 486   | 2.3  | 0      | 497   |
|      | 급식      | 3,625     | 700   | 181    | 881   | 4.6   | 43  | 2.0    | 3,109 | 14.7 | 0      | 3,152 |
|      | 기타      | 2,380     | 728   | 123    | 851   | 4.4   | 275 | 12.6   | 3,291 | 15.6 | 120    | 3,686 |
| 의사직  | 인턴      | 3,170     | 0     | 0      | 0     | -     | 109 | 5.0    | 0     | -    | 0      | 109   |
|      | 레지던트    | 11,819    | 0     | 0      | 0     | -     | 111 | 5.1    | 0     | -    | 0      | 111   |
|      | 전문의     | 19,471    | 544   | 4      | 548   | 2.9   | 28  | 1.3    | 0     | -    | 0      | 28    |
|      | 일반의     | 1,663     | 129   | 10     | 139   | 0.7   | 0   | -      | 0     | -    | 0      | 0     |
| 합계   | 217,430 | 16,540    | 2,660 | 19,200 | 100   | 2,185 | 100 | 21,109 | 100   | 169  | 23,463 |       |

자료: 문승원(2008), 병원 비정규 운영실태와 개선방안, 다산경영정보연구원, 재구성.

아래의 <표 3-14>에서 보는 바와 같이 2009년 전국보건의료노조가 산하 50개 지부를 대상으로 조사한 자료에 의하면, 정규직 78.5%(26,430명), 직접고용비정규직 7.6%(2,558명), 외부노동력이13.9%(4,688명)의 비중을 차지하여, 앞서 살펴본 병원협회 조사와 고용형태별 비중이 유사하게 나타남을 알 수 있다. 직접고용자 중 비정규직 비중이 가장

높은 직종은 간호직 39.9%이며, 용역/도급근로자는 청소직(38.6%), 조리배식 등 식당근무자(16.2%) 순으로 높은 비중을 차지하며, 파견근로자는 간호보조인력이 65.2%로 비중이 가장 크며, 다음으로 조리배식 등 식당근무자가 10.5%로 높은 비중을 차지하고 있다.

병원협회 조사와 같이 보건의료노조 실태조사에서도 용역/도급 근로자와 파견근로자를 포함하여 외부노동력의 비율을 살펴보면, 청소(1,583명), 조리배식 등 식당근무자(722명), 간호보조(553명) 직종의 외부노동력 비율이 높은 것을 알 수 있다.

<표 3-14> 보건의료노조 산하 병원 직종별 외주화 실태(2009년) (단위: 명, %)

| 구분            | 직접고용<br>비정규직 |       | 외부노동력 |       |     |       | 주요 직종과 업무                    |
|---------------|--------------|-------|-------|-------|-----|-------|------------------------------|
|               |              |       | 용역/도급 |       | 파견  |       |                              |
| 간호 업무         | 1,020        | 39.9% | 148   | 3.6%  | 405 | 65.2% | 간호사/간호조무/파트타임 등              |
| 의료기술 업무       | 241          | 9.4%  | 0     |       | 26  | 4.2%  | 영상의학/임상병리/방사선치료              |
| 물리·재활 치료업무    | 39           | 1.5%  | 2     | 0.1%  | 0   |       | 물리/재활치료                      |
| 치위생업무         | 15           | 0.6%  | 0     |       | 0   |       |                              |
| 의무기록/<br>의료정보 | 83           | 3.2%  | 0     |       | 29  | 4.7%  |                              |
| 약무직           | 108          | 4.2%  | 10    | 0.2%  | 7   | 1.1%  | 야간/ 파트타임 등                   |
| 시설기술직         | 52           | 2.0%  | 426   | 10.5% | 0   |       | 전기/기계, 시설유지관리                |
| 사무행정직         | 314          | 12.3% | 151   | 3.7%  | 5   | 0.8%  | 사무보조/사회복지/사업팀/<br>원무/홍보/대체인력 |
| 전산/전산유지보수     | 3            | 0.1%  | 0     |       | 11  | 1.8%  |                              |
| - 청소          | 10           | 0.4%  | 1,569 | 38.6% | 14  | 2.3%  |                              |
| - 식당 (조리배식)   | 183          | 7.6%  | 657   | 16.2% | 65  | 10.5% | 영양사/조리/배식                    |
| - 세탁          | 10           | 0.4%  | 32    | 0.8%  | 1   | 0.2%  | 세탁수거/배달/교체                   |
| - 재봉실         |              |       | 1     | 0.1%  | 0   |       |                              |
| - 운전          | 2            | 0.1%  | 18    | 0.4%  | 0   |       |                              |
| - 주차 관리       | 1            | 0.1%  | 356   | 8.9%  | 2   | 0.3%  |                              |
| - 보안 경비       | 9            | 0.4%  | 393   | 9.7%  | 37  | 6.0%  | 경비/안내/주차안내                   |
| - 승강기 운행      | 22           | 0.9%  | 14    | 0.3%  | 0   |       |                              |
| - 전화 예약/교환    | 0            |       | 72    | 1.8%  | 0   |       |                              |
| - 이송          | 0            |       | 10    | 0.2%  | 0   |       | 수술실/병동이송                     |
| - 간병 업무       | 6            |       | 0     |       | 8   | 1.3%  |                              |
| - 장례식장        | 41           | 1.6%  | 29    | 0.7%  | 11  | 1.8%  |                              |
| - 기타          | 399          | 15.6% | 180   | 4.4%  | 0   |       | 시설/청소/경비 총괄                  |
| 합계            | 2558         | 100%  | 4068  | 100%  | 621 | 100%  |                              |

자료: 보건의료노조 내부자료(2009), 보건의료노조 50개 지부 실태조사. 재인용.

또한, 아래의 <표 3-15>에서 보듯이 2011년 보건복지부의 병원 100병상 당 월평균 외주인력 현황을 보더라도 급식(월 평균 191명), 청소(월평균 174명)순으로 외부노동력의 비중이 높은 것을 알 수 있다. 결론적으로 병원협회, 보건의료노조, 보건복지부 등 기관별 조사의 표본규모의 차이는 있으나, 세 기관 조사 모두 병원청소와 급식(조리배식 등)직종이 병원업의 여러 직종 중 외부노동력 비중이 가장 크게 차지하고 있음을 알 수 있다.

<표 3-15> 병원 100병상당 월평균 외주인력 현황(2009~2011년) (단위: 명)

| 외주용역구분     | 2009년 | 2010년 | 2011년 |
|------------|-------|-------|-------|
| 시설유지       | 155   | 108   | 94    |
| 청소         | 322   | 174   | 174   |
| 세탁         | 203   | 169   | 41    |
| 전산시스템관리    | 43    | 154   | 46    |
| 경비         | 30    | 56    | 58    |
| 급식         | 59    | 160   | 191   |
| 오물, 척출물 처리 | 0     | 212   | 37    |
| 주차관리       | 30    | 70    | 82    |
| 기타         | 89    | 812   | 267   |
| 계          | 449   | 512   | 399   |

자료: 국가통계포털(KOSIS), 병원경영실태, 각 년도. 재구성.

## 나. 비정규직 문제 해결 방향

그동안 보건의료노조를 비롯한 산하 지부 등에서는 비정규 인력에 대한 고용안정과 근로조건 개선 등을 단체교섭의 주요 의제로 상정하고, 지속적으로 요구하고 개선을 위해 노력해 왔다. 보건의료산업의 비정규직 문제를 해결하기 위한 방안으로 다음과 같은 사항을 제시할 수 있다.

첫째, 보건의료산업은 업무특성상 직접부서, 간접부서로 구분해서는 안 된다. 병원은 환자의 건강과 생명을 돌보는 업무의 특성상 전문성, 책임성, 업무연속성, 협업성이 필요하다. 비정규직 고용은 이러한 업무의 특성에 따른 요구에 역행하는 것이다. 인건비 절감을 위해 전문성과 숙련이

필요한 병원업무에 비정규직을 채용하는 것은 메르스사태에서 드러난 것처럼 환자안전을 외면하는 것으로서 병원내 감염을 무방비로 확산시킬 뿐이다. 메르스사태를 계기로 병원은 비정규직의 정규직화 선도기관이 되어야 한다.

두 번째, 국민의 건강과 생명, 환자의 안전을 위해 상시업무에 정규직 고용을 원칙으로 해야 한다. 보건의료산업은 국민의 건강과 생명을 책임지고 있는 사업장임에도 불구하고, 상시업무에 비정규직 고용이 확대되고 있다. 환자생명과 직결된 업무에서의 비정규직 고용은 전문성, 연속성, 책임성 문제와 직결되어 의료서비스 질 저하, 의료사고 위험성 증가로 나타난다. 그러므로 직접 환자를 대면하는 업무, 환자진료에 필요한 기계를 다루는 업무, 환자치료에 필요한 약과 음식물을 담당하는 업무, 병원시설과 의료장비를 가동하거나 담당하는 업무, 환자를 직접 이송하는 업무, 감염을 예방하는 업무 등 환자의 건강 및 생명과 직결된 병원업무에 대해서는 정규직 고용을 확고한 원칙으로 해야 한다.

세 번째, 비정규직법을 악용해서는 안되며 근거없는 차별은 금지되어야 한다. 비정규직 남용을 억제하기 위해 비정규직법이 제정되었으나, 사용자들의 편법과 간접고용 확대로 비정규직 문제는 더욱 악화되고 있다. 비정규직법은 기간제 사용기간을 2년으로 제한하고 2년을 초과하면 ‘기간의 정함이 없는 근로계약을 체결한 노동자로 간주’ 하고 있다. 그러나 사용자들의 편법으로 인해 계약해지, 계약기간 단축, 기간제의 파견 및 용역전환 등의 문제가 발생하고 있다. 이것은 명백한 비정규직법 악용이다. 또한, 비정규직이 담당하고 있는 업무를 보면 정규직이 담당하고 있는 업무를 그대로 맡고 있는 경우가 많은데, 이것은 명백한 차별이며, 법 위반에 해당된다.

네 번째, 비정규직 고용과 그 효과에 대한 신중한 고려가 필요하다. 사용자측은 비정규직 고용을 단지 비용측면에서 접근하고 있다. 사용자측은 비용측면만의 접근이 아니라 1) 비정규직 고용으로 인한 숙련도 저하, 업무 차질, 의료서비스 질 저하, 2) 비정규직 고용기간, 잦은 교체, 신규 채용 등으로 인한 추가 비용 발생, 3) 직접고용으로 인한 업무 몰입도, 사기 진작, 의료서비스의 질 등으로 얻을 수 있는 효과 등 여러 가지 요소를 종합적으로 고려해야 할 것이다.

다섯 번째, 보다 현실적인 대안으로 다른 산업에 비해 비교적 직무의 구분과 가치평가가 용이한 보건의료분야에서 직무급적 구분을 통해 각 직무별로 비정규직을 축소하고, 정규직을 정착해 나갈 필요가 있다. 보건의료분야의 각 직종과 직무는 현재도 직무의 난이도와 가치 경력 등에 따라 어느 정도 구분이 되어 있고, 그것에 따라 보상이 주어지기 때문에 향후, 전체 직종과 직무에 대한 보다 정교한 작업과 협의를 통해 직무급의 도입을 통해 비정규직의 정규직화를 구축할 수 있을 것으로 판단된다.

#### 4. 시간제 일자리 문제 해결

##### 가. 추진 현황

박근혜정부는 경제가 어려워지고, 실업문제와 비정규직문제 등 고용문제가 심각한 사회적 문제로 등장하고 있는 상황에서 2013년 6월 “고용률 70% 달성 로드맵”을 발표하고, 그것의 일환으로 시간제일자리 확대를 추진하였다.

이에 따라 고용노동부에서는 시간제 일자리 수기 공모(시간선택제 경험담과 우수사례 취합), 시간제 일자리 찾기 간담회 등을 추진하고, 기획재정부에서는 2017년까지 공공기관에 7만여명을 신규로 채용한다는 계획을 세워 각 기관별로 중장기 인력운영계획 작성 지침을 내렸으며(신규인력 중 순수 증원은 2만6천명, 나머지 인력인 인력재배치, 임금피크제, 대체인력 채용, 선택형일자리 등으로 채우기로 함), 이러한 계획 아래 기획재정부는 2014년부터 공공기관 신규입사자 채용시 시간제 근로 채용비율을 강제로 할당하였다(2014년에는 5% → 2015년에는 7% → 2016년에는 10% → 2017년에는 13%). 안전행정부에서도 9월 17일 <시간제 일자리 확대 공무원 임용령> 개정안을 입법 예고하였다. 이것은 시간선택제 공무원제도를 도입하는 것으로서 대상은 7급 이하 채용, 승진소요 최저연수는 근무시간 비례 인정 근무시간은 원칙적으로 주20시간, 근무시간에 비례하여 보수 지급, 국민연금 적용, 전일제 전환의 경우 경쟁에 따른 신규채용 절차를 거치도록 한다는 것이었다. 보건복지부에서도

9월 2일 <시간선택제 일자리 활성화 관련 자문회의>를 개최하여 시간제 간호사에 대한 평가, 간호인력 현장 유입 활성화 방안, 시간제 정규직 외 국사례 검토 등을 진행하기도 하였다. 그리고 삼성그룹을 필두로 민간대 기업에서도 시간제 일자리를 앞 다퉈 도입하기에 이르렀다.

## 나. 시간제 일자리의 문제점

시간제일자리는 여러가지 문제점과 함께 특히 보건의료산업의 특성으로 볼 때 불합리한 것들이 존재하는데, 그것을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 보건의료산업은 사람의 건강과 생명을 다루는 특수한 업무이므로, 전문성, 숙련성, 책임성, 연속성, 협력성 등이 매우 중요하다. 따라서 사전사후 준비, 인수인계, 숙련도 배치 등을 종합적으로 고려해볼 때 양질의 일자리가 필요하며, 이 같은 보건의료산업 특성을 고려하지 않을 경우 여러 부작용이 나타날 수밖에 없다.

두 번째, 보건의료산업에 시간제 일자리를 도입할 경우 각 부서별, 직종별로 의료서비스의 질이 떨어지거나 의료사고 발생의 위험이 높고, 업무차질이 발생하거나 풀타임 노동자와 시간제 노동자간의 갈등이 발생할 우려가 높다고 할 것이다.

세 번째, 시간제 일자리가 “양질의 정규직 시간제 일자리”가 되도록 하기 위해서는 개인의 선택권(시간제→풀타임, 풀타임→시간제 전환청구권 보장, 개인의 자발적 선택을 보장하고 일정한 기간이 지나면 개인의 선택에 따라 다시 풀타임 근무로 전환할 수 있는 제도적 장치), 차별 방지(임금, 근속, 승진, 후생복지 등에서의 차별 금지), 근로조건 보장(4대 보험, 교육훈련, 휴가 등 정규직과 동일하게 보장), 무상의료, 무상교육, 공공주택 공급, 물가안정, 고용보험, 사회부조 등 사회보장제도 발달 등의 요건이 필요한데, 이러한 요건이 제대로 보장되지 않는 시간제 일자리는 나쁜 일자리가 될 수밖에 없다.

네 번째, 개인의 자발적 수요(출산·육아, 학업, 자기개발 등)가 아니라 사용자측의 필요에 의해 정규직 풀타임을 시간제로 쪼개는 방식이나, 업무량이 많은 시간대에 시간제 일자리를 확충하는 방식이 될 가능성이 높다. 이렇게 될 경우 사용자는 인건비 부담을 줄일 수 있겠지만, 노동자

의 노동강도는 훨씬 높아지게 된다.

다섯 번째, 신규 채용부터 시간제 일자리 채용을 목표 할당하는 것은 개인의 자발적 청구에 의한 것이 아니라 아예 시간제 일자리 숫자를 만들어놓고 고착화하는 것이다. 우리나라의 경우 비정규직 차별금지법이 있음에도 불구하고 제대로 지켜지지 않는 현재의 조건에서 신규입사자에 대한 시간제 일자리 도입은 필연적으로 임금에서부터 노동조건에 이르기까지 낮은 질의 일자리가 될 것이다.

이상의 문제점들이 상존하는데도 불구하고 시간제 일자리를 강요하는 것은 단순히 박근혜정부의 국정목표인 고용률 70% 목표를 달성하기 위한 수단이라고 생각할 수밖에 없다. 박근혜정부가 2017년까지 고용률 70% 달성을 국정과제로 제시한 것은 고용률 달성의 구체적 수치와 구체적 시기를 제시했다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있지만, 고용률 달성을 이행하기 위한 핵심 정책수단이 시간제 일자리 확대라는 점에서 본다면 고용률 70% 달성이라는 숫자 채우기에 불과하다고 할 것이다. 참고로, 노무현정부와 이명박정부 때에도 취업자 증가는 연평균 25만명이었는데, 박근혜정부는 이보다 두 배 많은 연 47만 6천개의 일자리를 만들겠다는 계획을 세웠으며, 단순히 이 목표를 달성하기 위해 시간제 일자리라는 손쉬운 방법을 선택한 것으로 판단된다.

#### 다. 개선 방향

시간제 일자리 문제를 개선하기 위한 방안을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 보건의료산업은 시간제 일자리 확충이 아니라 현재 인력보다 2배의 인력이 확충되어야 한다. 보건의료산업의 심각한 인력문제를 해결하기 위해 특단의 조치가 필요하다. 보건의료산업이야말로 양질의 일자리를 대량으로 창출할 수 있는 최적지로서 환자안전, 의료서비스 질 향상, 일·가정 양립, 고령사회 대비를 위해 보건의료산업에 50만개의 좋은 일자리를 만들어야 할 것이다. 보건의료산업 일자리 창출은 앞서서도 제시한 보건의료인력법 제정, 포괄간호서비스, 비정규직의 정규직화 등을 통해 부족한 보건의료인력을 확보하는 것이 우선적으로 필요하다.

두 번째, 일-가정 양립과 경력단절 해소를 위한 노동조건 개선이 우선적으로 필요하다. 육아기 여성노동자의 일-가정 양립을 실현하고, 우수한 보건의료인력의 경력단절 문제를 해결하는 것은 매우 중요한 과제이다. 그러나 이 문제를 해결하기 위해 나쁜 일자리가 될 가능성이 높은 시간제 일자리를 확충하는 방식은 바람직하지 않다. 육아기 여성노동자의 일-가정 양립 실현을 위해서는 시간제 일자리를 확충하기보다 육아기 근로시간단축제도(시간제근로와 달리 고용의 질 저하를 가져오지 않고, 휴직으로 인한 경력단절을 예방하고, 임금소득을 유지할 수 있는 제도)를 적극적으로 개선·활용하고, 육아휴직제도 개선, 직장보육시설 확충 등 법·제도를 개선하는 것이 필요하다. 또한, 경력단절 인력을 보건의료산업에 흡수하기 위해서는 나쁜 시간제 일자리로 흡수하려 하기보다 양질의 노동조건(교대근무제 개선, 밤근무제도 개선, 근무표 작성의 자율성 보장, 인력 확충 등)을 보장함으로써 경력단절을 억제하려는 노력이 필요하다.

세 번째, 이상의 문제를 해결하기 위해 노사정 TFT 구성 등 인력확충을 위한 노사합의 이행이 필요하다. 보건의료노조는 심각한 병원인력 현실을 개선하기 위해 2013년 산별중앙교섭에서 보건의료인력 문제 해결을 위해 노사 동수의 특별위원회를 구성하기로 합의하였고, 보건의료산업에 50만개의 양질의 일자리를 창출하기 위해 노사정 TFT를 구성하고 구체적인 일자리 창출 방안 마련을 위한 노사정협의를 개최하자는 대정부 노사공동 청원서를 채택하였다. 이에 따라 보건의료산업 일자리 관련 종합적인 실태조사와 보건의료인력지원특별법의 조속한 통과와 포괄간호서비스의 전면적 시행 등을 통한 인력 확보와 양질의 의료서비스 제공이라 할 것이다.

## 5. 유휴간호사 활용 및 재교육

### 가. 현황 및 문제점

현재 우리나라의 간호사 면허등록자는 총 32만여명으로 그 중 의료기

관에서 활동하는 인력은 18만명으로 60% 수준에 불과하며, 유휴간호사 중 20~40대는 총 6만 2천명에 이르는 것으로 추정된다. 간호사 이직률은 병원 규모가 작을수록 높게 나타나는데, 1,000병상 이상에서는 10%인 반면, 200병상 미만에서는 28.8%로 나타나고 있다. 중소병원 간호인력 부족의 주원인은 대형병원 병상증설로 인한 인력 이동, 낮은 급여, 열악한 근무환경 등을 들 수 있다. 중소병원은 경비절감으로 인해 적정한 간호인력 확보가 어려워 상대적으로 보다 많은 수의 환자를 담당해야 하고, 이로 인해 중소병원 간호사는 환자의 다양한 욕구 해소보다는 주사, 투약 등 필수적 업무처리에 편중될 수밖에 없는데, 이는 결과적으로 중소병원 간호사의 직무만족도를 떨어뜨려 이직률을 증가시키고 있는 상황이다(보건복지부, 2015).

이러한 중소병원의 간호사 부족은 우리나라 전체 간호사 부족과도 연결되는데, 앞서서도 본 바와 같이 인구 1천명당 간호사가 5.2명으로 OECD 평균인 9.8명의 절반수준에 불과한 실정이다(OECD, 2015). 간호사 부족 문제를 해결하기 위해 정부는 2008년부터 대학의 간호학과 입학정원을 충원하여 2012년 졸업생은 16,959명으로 5년간 45.5% 증가하였고, 2015년부터는 연간 21,625명의 신규간호사가 배출될 것으로 예상하고 있다(보건복지부, 2015). 하지만, 2015년 현재 40% 이상의 인력이 간호사 면허를 활용하지 않는 것으로 볼 때, 단순히 공급확대 정책만으로 수급 불균형 문제를 해결하는 데에는 한계가 있음을 알 수 있다. 실제로 간호사 경력단절 실태조사 결과를 보면, 연령과 무관하게 미취업 상태의 응답자 다수가 재취업을 원하고 있으나, 자녀양육(52.3%), 현장적응의 두려움(24.9%) 등이 재취업을 가로막는 주원인이었으며, 3교대근무, 야간근무 등 간호직의 근무형태는 일-가족 양립에 어려움이 있음을 시사하였다(이건정 외, 2014). 이러한 현실은 외형적으로는 임신과 출산, 육아의 부담으로 이직을 결정하는 것으로 보이지만, 근본적으로는 근무형태, 임금, 근무환경 등의 문제로 인해 재취업에 어려움이 있다는 사실을 알 수 있다.

2007년부터 대한간호협회 산하에서 유휴간호사 재교육프로그램을 실

시하였으며, 2011년부터는 고용노동부 주관으로 대한간호협회 산하 지부가 유휴간호사 재취업센터를 설립하여 사업을 시행하고 있다. 하지만 2011년 대한간호협회 산하 8개 지부에 개설된 유휴간호사 재취업센터에 등록된 구인자수는 2,299명이었으나, 재취업훈련을 받고 취업을 한 유휴간호사는 246명에 불과했으며, 장기 강력단절 대상자로 재취업 훈련에 참여한 유휴 간호 인력의 취업률은 56%에 그쳤다. 간호사를 구인하고자 하는 의료기관은 많았지만, 연령, 급여, 경력 등 구인기관의 조건을 충족하는 간호사를 확보하지 못해 어려움이 있었다. 2012년 대구광역시와 경기도 간호사회를 제외한 대한간호협회 산하 6개 지부에서 지속적으로 재취업 지원 사업을 진행하였으나, 재취업 훈련 집행율이 낮아 2012년 총 사업예산은 15억에서 8억으로 감액되었다. 2013년 인천광역시 간호사회 대신 경기도 간호사회가 사업에 참여하고 호남지역 재취업지원센터가 개설되지 않아 지역적 편중을 해결하기 위해 2013년에는 대전광역시 간호사회 대신 광주광역시 간호사회가 새로이 사업에 참여하고 있다.

대한중소병원협회는 “정부가 간호인력난 해소책으로 유휴 간호인력을 적극 발굴하여 부족한 간호인력을 확보하겠다고 하였지만 이미 유휴 간호인력은 병동교대 근무를 기피하고, 출산 및 육아의 부담으로 더 이상 활동 간호사로 남기에는 여력이 없는 실정” 이라고 지적한 바 있다. 이와 같이 유휴간호사 재취업센터는 별다른 성과를 거두지 못했고 최근 도입된 야간전담간호사 시간제 일자리 역시 병원계에서는 지속적으로 근무할 수 있는 유휴간호사를 찾기는 어렵다는 평가가 나오고 있다.

정부는 2009년부터 여성 새로일하기센터(새일센터)를 설립하여 경력 단절여성의 재취업을 확대하고자 하였는데, 새일센터는 「경력단절여성등의 경제활동 촉진법」 제13조에 근거하여 육아·가사 등으로 경력이 단절된 여성을 대상으로 직업상담, 구인·구직관리, 직업교육훈련, 인턴십, 취업연계, 취업 후 사후관리 등 종합적인 취업지원서비스를 One-stop으로 제공하여 여성의 경제활동 참여율을 제고하는데 정책목표를 두고 있다. 2009년 2월부터 고용노동부와 여성부 공동으로 새일센터가 지정·운영되고 있으며, 육아·가사 등에 의해 취업이 단절되었던 여성(실업, 비경제활동여성 포함)들을 대상으로 하고 있어 빈곤층의 미취업 여성들

이 적절한 취업지원을 받는데 기여하고 있다. 새일센터는 경력단절여성이 재취업을 원할 경우 집단상담, 구직상담 및 직업훈련에 이르기까지 취업과 관련한 종합적인 창구역할을 담당하고 있으며, 이를 수행하기 위해 센터 1개소 당 5명의 취업설계사와 2명의 집단상담사를 지원하고 있다. 2013년에 약 20만9천명의 여성들이 새일센터를 통해 취업지원서비스를 제공받았으며, 이 중 10만8000명의 경력단절여성이 재취업에 성공하였다.

그러나 직업교육훈련을 중심으로 하는 새일센터는 경력단절여성이 양질의 일자리에 재취업하는데 직접적인 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 구체적으로 취업한 여성들의 일자리를 분석하면, 2013년 기준 4대보험 가입률은 건강보험과 고용보험이 각각 69.1%, 산재보험 68.0%, 국민연금 67.3%로 새일센터 취업자 가운데 약 30%는 4대보험 미가입자로 사회안전망인 사회보험에 가입되지 않은 매우 낮은 일자리에 종사하고 있음을 확인할 수 있다. 공무원, 교사 등 상대적으로 안정된 일자리 종사자가 가입할 수 있는 특수직역연금 가입률은 2012년 0.3%에 불과하다. 2013년 새일센터를 이용해 취업한 여성들은 취업이후 3개월 시점에 87.2%, 6개월 시점에 81.2%, 9개월 시점에 73.4%, 1년 시점에 56.3%의 고용유지율을 보여 시간이 경과할수록 고용유지율이 감소하는 것으로 나타났다. 이러한 사실은 재취업한 여성들 가운데 약 40%가량은 고용기간이 1년 미만인 고용안정성이 낮은 직업에 종사하였음과 더불어 재취업한 여성들이 장기간 안정적으로 근무하기 어려운 노동환경에 노출되어 있음을 보여주는 것이다. 임금측면을 보면, 2013년 기준 재취업여성의 월평균임금은 119만원으로 이는 전체 취업여성의 월평균임금인 171만원의 70%에 불과한 것으로 나타났다.

현재 우리나라 40대 이후 여성의 경제활동참가율은 비약적으로 증가했지만 이들이 일할 수 있는 환경의 일자리는 많지 않으며, 여전히 이들은 비공식부문 혹은 저임금 일자리로 재취업하는 경향이 강하다. 따라서 이들에게 보다 나은 일자리를 찾아주고 노동시장에서 지속적인 경력개발을 독려하기 위해서는 재취업 초기에 상담과 직업훈련의 연계서비스를 보다 구체적이고 전문적으로 수행할 필요가 있다. 또한 각종 센터의 실효성을

제고하기 위해서는 고용의 안정성 측면뿐만 아니라 월평균임금과 같은 재취업 일자리의 질적 측면 또한 함께 고려하는 방안이 마련되어야 한다. 구체적으로 직업교육훈련의 효과성을 재검토하고, 지역별 노동시장 상황, 경력단절여성의 재취업 확률 등을 고려하여 프로그램을 개발·운영할 필요가 있다. 예컨대, 미용·숙박·음식·사무·회계 등 일반적으로 경력단절여성의 재취업이 집중되는 업종을 중심으로 직업교육훈련을 운영하기 보다는 고용안정성과 임금수준이 상대적으로 높고 경력단절여성의 재취업 확률이 높은 업종의 직업교육훈련 프로그램이 마련되어야 할 것이다.

한편, 보건복지부는 2015년 8월 20일 간호인력 확충을 통한 포괄간호서비스 조기 확대를 지원하기 위해 ‘취업지원사업’을 실시한다고 밝혔고, 이에 대한간호협회는 포괄간호서비스 사업 선별과제인 적정 간호인력 확보를 위해 보건복지부로부터 간호취업지원센터를 위탁받아 대한중소병원협의회와 컨소시엄 형태로 운영하고 있다. 간호취업지원센터는 경력단절 유휴간호사, 이직간호사, 신규간호사, 수간호사급 이상 간호관리자, 간호대학 졸업예정자 등을 대상으로 취업상담과 실무중심의 맞춤형 취업교육지원서비스를 제공한다. 유휴간호사들을 대상으로 한 재취업교육과 이직 및 신규간호사를 대상으로 한 교육은 이론 및 현장실습 등으로 진행하게 되고, 수간호사급 이상 간호관리자를 대상으로는 중간 관리자의 역량을 강화하고 조직 및 간호 영역 전체의 발전에 기여할 수 있도록 특별하게 구성한 프로그램으로 1박 2일간의 교육을 실시한다. 대학 졸업 예정자는 병원이 원하는 간호사, 간호현장 커뮤니케이션 기법, 간호사의 진로 및 미래상 등 진로와 관련된 프로그램을 1박 2일로 진행한다. 많은 대상자가 참여할 수 있도록 유도하기 위해 교육 프로그램에 참여할 경우 보수교육으로 인정해 주고 있으며 교육비 역시 무료로 진행한다.

간호취업지원센터는 중앙센터, 서울센터, 부산센터, 대구센터, 인천센터, 광주센터, 대전센터 등 전국에 총 7곳이 있다. 중앙센터를 비롯한 이들 지역센터에서는 장기간 휴직으로 현장근무가 어려운 간호사의 경우 실무중심 재취업교육을 통하여 업무 전문성과 현장근무에 대한 자신감을 고취시킨 후 취업상담과 적합한 취업알선을 통하여 원하는 곳에 근무하도록 하고 있으며, 이직간호사처럼 현장근무를 바로 할 수 있는 간호사의

경우 취업상담을 통하여 본인이 희망하는 임금수준, 근무형태, 지역 등을 참고해 취업이 이루어지도록 돕는다.

## 나. 개선 방안

이상 유휴간호인력 활용에 관한 시행 현황을 살펴보았는데, 향후 개선 방안 등을 교육기관, 병원, 대한간호협회, 그리고 정부 및 지자체별로 제시하고자 한다.

첫째, 교육기관(간호대학)에서는 예비 간호인력에 대한 지속적인 진로 상담과 취업자에 대한 관리가 필요하다. 그리고 병원(지방 중소병원)과 협약을 통해 인턴십프로그램을 시행할 필요가 있다. 이를 통해 취업희망지에 대한 이해를 높일 수 있는 기회를 제공할 필요가 있다.

두 번째, 병원에서는 간호사에 대한 근로조건 개선과 일-가정의 양립, 근로형태 개선을 통한 재취업 확대가 필요하다. 구체적으로는 간호사의 소진(Burn out)을 방지하기 위한 리프레쉬 휴가 등을 시행할 필요가 있다. 또한, 육아휴직제도를 실질적으로 활용할 수 있도록 보장하고 직장어린이집을 운영하여 안심하고 업무에 종사할 수 있도록 할 필요가 있다. 그리고 무엇보다도 일률적인 3교대 근무가 아닌 유연한 근무형태를 도입하여 재취업 가능성을 제고할 필요가 있다. 아울러 간호사에 대한 경력개발프로그램을 활성화하고, 학업에 대한 욕구와 일에 대한 욕구를 동시에 충족시킬 수 있도록 보장할 필요가 있다.

세 번째, 대한간호협회는 중소병원 간호인력에 대한 운영 현황을 조사하고 정보를 공개하여 인력난에 대한 해결방법을 공유할 필요가 있다. 무엇보다도 현재 유휴간호사 재취업 기관으로 운영되고 있는 Nurse Center를 점차 모든 간호사의 취업경로로 활용하도록 하고 이를 위한 전문화와 각종 경력개발프로그램의 제공, 일-가정 양립을 위한 노력 등을 지속적으로 추진해 나갈 필요가 있다.

네 번째, 유휴 간호인력을 포함해 보건의료인력에 대한 포괄적이고 원활한 인력 활용을 위해서 정부 및 지자체는 앞에서 제시한 것처럼 보건의료인력지원특별법을 제정하고, 포괄간호서비스의 실질적인 시행, 근로조건 및 근무형태의 개선이 필수적이라고 할 것이다. 일본의 경우 ‘의료

법' 과 '보건사 조산사 간호사법', 간호사 등의 인재확보 촉진에 관한 법률 ' 등을 제정한 후 20여년 이상 간호사 지위와 근무여건 개선을 위해 꾸준히 노력하고 있으며, 최근 그 효과가 나타나고 있다. 우리나라는 의료법 내에 간호사의 업무에 대한 명확한 규정이 없어 현실적으로 문제가 발생하고 있다. 특히 중소병원 간호사의 급여 및 근로조건 개선을 위한 대책이 필요하다. 이를 위해 수가제도의 보완, 인력배치 기준 강화 등이 필요하다. 또한, 육아휴직을 의무화하고, 직장내 보육시설 또한 확대할 필요가 있다. 그밖에도 다양한 일-가정 양립을 위한 지원프로그램의 시행이 절실하다고 할 것이다.

다섯 번째, 유희간호인력을 활용할 수 있는 방안으로는 남자간호사의 활용, 업무공백시간 시간제 인력 활용, 학교 보건교사 100% 배치 등의 방안이 있다. 먼저, 남자간호사의 활용 문제를 보면, 최근 남자간호사는 최근 15년 사이에 비약적으로 증가한 것으로 나타났다. 2001년 간호사 시험 합격자 중 남자 비율은 0.4%에 불과했으나 2015년에는 8.7%로 8.3%p 증가했다. 2001년 46명에 불과했던 남자간호사 합격자 수가 2015년에는 1,366명으로 늘어나 무려 30배 가까운 급증세를 보였다. 이에 따라 현업에서 활동하는 남자간호사 역시 2001년 484명에서 2015년 8,809명으로 18배 이상 증가했다. 물론 전체 간호인력 중 남자간호사 비중은 여전히 적은 비중이지만, 점차 증가 추세에 있으므로 현재 일반병실이 아닌 특수파트에 한정되어 있는 남자간호사 활용을 점차 확대할 필요가 있을 것으로 보인다.

시간제일자리 문제와 관련해서는 앞서 시간제일자리의 문제점을 기술했지만, 그럼에도 불구하고 보다 현실적인 방안으로 병원의 바쁜 시간대나 요일, 의료공백이 생기는 시간대나 요일에 발생하는 한시적·간헐적 노동 수요에 부합하는 시간제 인력을 활용하는 방식은 당사자 모두의 이해를 충족시킬 수 있다고 판단된다. 하지만 이것은 어디까지나 필요한 범위내에서 제한적으로 사용해야 할 것이다. 기본적으로 한시적인 업무공백을 부담하는 선에서 그 범위와 요구를 제한할 필요가 있을 것으로 보인다.

학교보건교사 문제에 있어서도, 현재 전국 초·중·고·특수학교 11,612개교 중 보건교사가 없는 학교는 4,073개교(35.1%)로 나타났다. 이는 단순한 인력의 문제뿐만이 아니라 학생들의 안전과도 직결되는 것으

로 2014년 학교안전사고는 116,527건으로 2012년 100,365에 비해 16,162건(16.1%) 늘어났는데, 보건교사 채용은 제자리 걸음인 것이다. 실제로 중학교의 경우, 2014년 학교안전사고 발생 건수가 전체의 33.56%인 39,101건으로 가장 많이 발생하고 있는데, 보건교사는 전체 3,186개 중학교 중 절반에 가까운 48.6%(1,549개교)가 없었다는 사실로 그 심각성을 알 수 있다. 지역적 편차도 심해 시도별 보건교사 배치 현황을 보면, 세종시가 배치율 46.8%로 가장 낮았으며, 제주(48.4%), 강원(49.5%), 전남(50.1%), 충남(50.6%), 경남(53.9%), 전북(54.8%), 경북(57.0%), 충북(57.1%), 울산(59.6%)은 전국 평균보다 낮았다. 학생의 안전이나 보건의료인력의 적극적 활용 측면을 고려해서라도 기본적으로 보건교사의 배치는 필수적이라 생각한다.

## 6. 건강보험 수가 문제

건강보험 수가는 앞에서 제기한 여러 정책과 대안을 실현하는데 있어 필연적으로 연계되어 있기 때문에 보건의료의 공공성 확보와 의료격차 해소를 위해 가장 중요한 재정적 기반이라 할 수 있다.

수가제도와 수준은 의료서비스 시장에서 수요자인 국민들에게는 서비스의 구입가격이기 때문에 일반 국민의 지불능력을 감안해야 하며, 동시에 의료서비스의 공급자인 병원 입장에서는 수입으로 연결되는 중요한 문제이다. 현재 건강보험 수가(환산지수) 결정은 가입자단체로 구성된 '재정운영위원회'의 법적 권한으로 되어 있다(국민건강보험법 제33조, 제34조 등). 건강보험 재정운영위원회의 구성은 첫째, 노동조합과 사용자단체에서 추천하는 각 5명씩으로 구성되는 직장가입자 대표위원 10명, 두 번째, 농어업인 단체·도시자영업자단체 각 3명 및 시민단체 4명 등으로 구성되는 지역가입자 대표위원 10명, 세 번째, 기획재정부 및 보건복지부 각 1명 및 공단, 심평원, 전문가 등 8명으로 구성되는 공익대표위원 10명 등 30명으로 구성되어 있다.

건강보험 수가는 크게 행위별 수가제도와 포괄수가제도로 구분할 수 있는데, 행위별 수가제도는 실제로 제공된 의료 서비스의 항목 단가 및

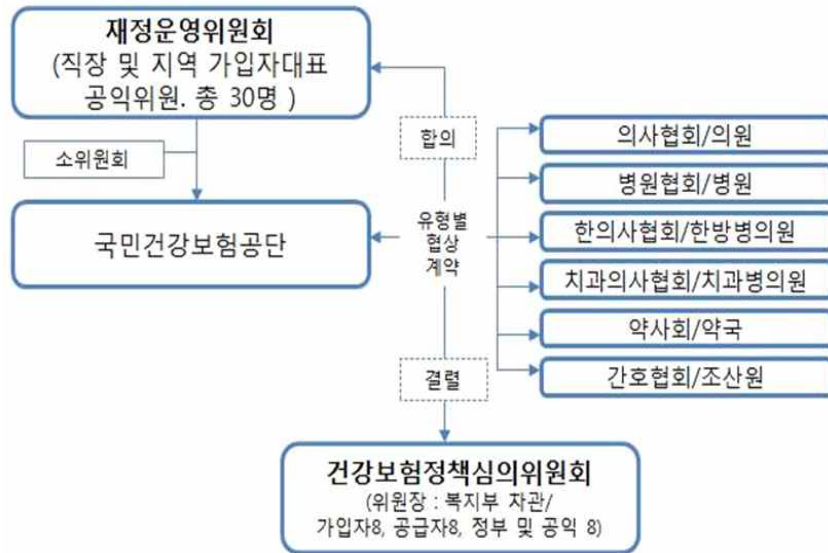
제공 횟수만큼 진료비가 계산되는 지불제도이다. 이에 반해 포괄수가제도는 입원기간동안 환자에게 제공된 검사, 수술, 투약 등 의료서비스의 종류나 양에 관계없이 어떤 질병의 진료를 위해 입원 했었는가에 따라 미리 책정된 일정액의 진료비를 보상하는 제도로 같은 질병이라도 환자의 중증도에 따라 정해진 가격은 서로 다르다. 우리나라는 2002년부터 병원들이 행위별 수가제와 포괄수가제 중에서 편한 것을 선택하여 적용해오고 있으며, 백내장수술, 편도수술, 맹장수술, 탈장수술, 치질수술, 제왕절개분만, 자궁수술 등 7개 질병군에 대한 포괄수가제가 2012년 7월 1일부터 전국 모든 병원과 의원으로 확대 적용되고 있다. 7가지 질병군은 발생빈도가 높고 비교적 합병증이 적은 간단한 수술이며, 의사들 간에 진료방식에 대한 논란이 적을 뿐 아니라 병원에 따라 진료방법, 수준 등에 큰 차이가 없다는 것이 수년간의 운영 경험을 통해 증명되었기 때문이다. 그리고 2009년부터 시범사업을 벌이고 있는 신포괄수가제는 질병군별로 사전에 정해진 건당 기준수가에 사전에 정해진 진료일당수가와 행위별수가(의사 행위료, 고가의 약제, 치료재료의 합)로 진료비가 계산되는 제도이다. 이 제도는 전체 입원환자에 적용 가능한 새로운 포괄수가 모형을 개발·적용하기 위해 2009년부터 일산병원 시범사업을 시작으로 현재 40개 공공병원으로 확대해 553개 질병군에 대해 시범사업을 실시하고 있다.

이상의 제도들이 있지만, 여전히 수가제도의 근간은 행위별 수가제라고 할 수 있다. 행위별 수가는 상대가치점수에 환산지수라는 단가를 곱하여 결정되는데, 상대가치는 의료행위에 소요되는 업무량이나 자원의 양(인력, 시설, 장비 등), 의료행위의 위험도를 고려하여 각 항목 간 상대적 점수로 나타내며, 환산지수는 의료행위에 소요되는 비용으로 상대가치 1점당 가격을 의미하는 것으로, 상대가치는 재정중립이 원칙이므로, 매년 환산지수만 협상을 통해 결정하고 있다.

수가협상 결정구조를 도식화하면 위의 <그림 3-1>과 같다. 건강보험의 수가결정 과정은 보험자인 국민건강보험공단은 건강보험가입자를 대표해 의약계를 대표하는 사람들과 유형별로 협상을 진행하며, 계약은 그 직전 계약기간 만료일이 속하는 연도의 5월 31일까지 체결해야한다(법 제45조 ①항, ③항). 계약을 체결할 때 공단(이사장)은 재정운영위원회의 심의·의결을 거쳐야 한다(법 45조 ⑤항). 그리고 만약 협상실패 등으로

계약이 체결되지 않는다면, 건강보험정책심의위원회에서 6월 30일까지 결정하도록 되어 있다(법 제45조 ③항).

<그림 3-1> 건강보험 수가 결정 구조



자료: 민주노총(2014), “건강보험 수가결정구조 개편 합의 비판”, 이슈페이퍼 2014-01.

건강보험정책심의위원회는 국민건강보험법 제4조1항에서 정한 건강보험정책의 주요사항을 심의·의결하는 사회적 논의 및 합의기구의 성격을 지니고 있다. 그러나 2002년 ‘건강보험재정건전화특별법’에 따른 위원회의 구성 이후, 대다수의 의결사항은 실제로 표결이 아닌 협의를 통해 처리되어 왔으며, 당사자간 입장이 대립되어 온 사안에 대해서도 사회적 합의를 도출하기 위한 노력 보다는 다수결 방식의 표결을 통해 문제를 해결해 왔다. 이에 따라 정부 및 공익위원, 공급자단체가 가입자단체를 배제하고 일방적으로 결정하거나, 심지어 기존 합의사항을 번복하거나 미이행해 불필요한 갈등을 초래한 사례가 상당수 존재해 왔다. 무조건적인 다수결 표결방식보다 사회적 합의를 도출하기 위한 과정과 노력 자체의 중요성이 부정되어서는 안 될 것이며, 이를 위해 공공성과 중립성을 강화할 수 있는 방향으로의 위원회 구성을 재고할 필요가 있다고 판단된다.

현재 ‘적정수가’에 대한 기준은 입장이나 연구방법 등에 따라 큰 차이를 보이고 있으나, 그동안 공급자단체가 제시한 자료는 객관성과 타당성을 확보하지 못하고 있는 실정이다. 아울러, 현행 유형별 수가체계를 병원간(상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원 등), 의원 및 약국 내 전문과목별이나 규모별 특성을 더욱 세분화해 반영함으로써, 의원급이나 중소지역병원 등에 대한 형평성 문제를 해소하는 방안을 고려해야 할 것이다. 이를 통해 중소병원의 재정상황을 개선하고 종사자의 근로조건을 상향 조정할 수 있는 기반이 마련되어야 할 것이다. 이와 함께 앞서도 살펴 보았지만, 우리나라의 경상의료비 중 공공재원의 비율은 55.9%로 OECD 회원국 평균인 72.7%에 비해 상당히 낮은 수준이며, 경상의료비 중 가계 직접부담 비율은 36.9%로 OECD 평균인 19.5%에 1.9배가량이나 높은 수준으로 여전히 우리나라의 가계직접부담 비율은 OECD 회원국 중 최상위권을 유지하고 있음을 확인하였다. 이상의 사실로 볼 때, 보건의료분야의 공공성을 제대로 확보하기 위해 건강보험 수가제도의 개선과 정부의 전향적 재정지출이 필요하다고 할 것이다.

## 제 IV 장 보건의료산업의 근로조건 개선방안

### 1. 근무형태(교대제) 개선

간호사의 근로조건을 개선하는 첫 번째 작업은 근무형태를 개선하는 것이다. 앞서도 살펴봤듯이 간호사가 가장 꺼리는 작업이 야간작업이다. 그러나 야간작업은 병원의 특성상 피할 수 없는 길이다. 따라서 야간근로를 최소화하는 방안으로 근무형태를 개선하는 방향으로 잡아야 할 것이다. 지금까지 간호사의 3교대 근무형태에 대한 개선방안 연구는 고정 야간조 근무제이다. 한국비정규노동센터(2008)는 주간연속3교대제와 야간 고정근무제<sup>16)</sup>를 제안했다. 이 방안의 핵심은 야간조 근무는 2개조

16) 연구보고에서는 밤번 고정근무제로 표현되어 있으나, 전체적인 용어의 통일을

가 순환하면서 고정으로 야간만 근무하는 방식이다. 나머지 시간은 3개조가 오전조와 오후조로 나누어서 2교대로 순환하는 근무방식이다. 또 다른 개선안은 워크인연구소(2013)가 제안한 기존의 야간 고정근무제의 방식을 개선하는 내용이다. 지금부터 두 개선방안을 검토해 보고 시사점을 도출해보고자 한다.

## 가. 야간 고정근무제

### 1) 야간 고정근무제와 주간연속 3조2교대제

주간연속 3조 2교대제는 기존의 4조 3교대제의 모델을 개선한 형태로써 기존에는 4개조가 3교대로 순환하는 방식이었다면, 주간연속 3조2교대제는 야간조 근무를 전담하는 고정 근무조 2개를 배치하고 주간 근무는 3개조가 2교대로 순환하는 방식이다. 여기서 주간연속이라는 표현은 야간근무를 하지 않는다는 의미에서 사용된 개념으로 보이며, 이 개념은 국내 자동차 공장에서 도입되어 시행되고 있는 근무형태이다. 이 교대제의 장점은 야간조 근무를 모두가 하는 것이 아니라 야간근무를 희망하는 사람에 한해서 근무하기 때문에 노동자들의 스트레스를 줄일 수 있다는 점이다. 이는 간호사들이 가장 고충을 호소하는 것이 야간근무라는 점에서 고안된 개선책이다. 근무형태는 아래 표와 같다.

<표 4-1> 밤근무 고정, 주간3조2교대제

| 구분 | 1일 | 2일 | 3일 | 4일 | 5일 | 6일 | 7일 | 8일 | 9일 | 10일 | 11일 | 12일 | 13일 | 14일 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1조 | D  | D  | D  | D  | D  | 휴  | 휴  | E  | E  | E   | E   | E   | 휴   | 휴   |
| 2조 | 휴  | 휴  | E  | E  | E  | E  | E  | 휴  | 휴  | D   | D   | D   | D   | D   |
| 3조 | E  | E  | 휴  | 휴  | D  | D  | D  | D  | D  | 휴   | 휴   | E   | E   | E   |
| 4조 | N  | N  | N  | 야휴 | 휴  | 휴  | N  | N  | N  | 야휴  | 휴   | 휴   |     |     |
| 5조 | 야휴 | 휴  | 휴  | N  | N  | N  | 야휴 | 휴  | 휴  | N   | N   | N   |     |     |

자료: 보건의료노조·한국비정규노동센터(2008), 병원 사업장의 교대근무 개선 방향

주: 야휴란 야간근무에 대한 약정휴일의 의미다(필자 주).

위하여 야간 고정근무제로 표현하기로 한다.

<표 4-2> 주간3조2교대 근무특성

| - 주간3조 2교대(14일 주기)                                   | - 야간 고정근무제(12일 주기)  |
|--|---|
| 주당 근무시간 : 40시간<br>한달 근무일수 : 21.7일<br>연간휴무일수 : 104.3일 | 주당 근무시간 : 35시간(야간근무 10시간인 경우)<br>한달 근무일수 : 15일(밤번고정근무)<br>연간휴무일수 : 182.5일<br>야휴를 제외한 순수 휴무일수 : 121.7일 |

자료: 보건의료노조·한국비정규노동센터(2008), 병원 사업장의 교대근무 개선 방향

주1: 주당 근무시간은 14일주기 : 80시간(10일×8H) = 365일 : ×시간 식에서 52.1주를 나눈 시간이다.

주2: 한달 근무일수는 14일주기 : 10일 근무일 = 365일 : ×일 식을 계산한 일수이다(원본에는 21.4일로 되어 있는데 21.7일의 잘못된 표현으로 보인다.)

주3: 연간 휴무일수는 14일주기 : 4일 휴무일 = 365일 : ×시간 식을 계산한 시간이다.

주4: 야간 고정근무제의 주당 근무시간은 12일주기 : 60시간(6일×10H) = 365일 : ×시간 식에서 52.1주를 나눈 시간이다.

주5: 나머지 야간 고정근무제 시간은 주2와 주3의 방식과 같다.

주간3조2교대제는 고정 야간조와 패키지(package)로 작동하는 듀얼근무체제(dual work type)이다. 기존처럼 3교대 형태를 유지하되, 오전조와 오후조 근무와 야간근무조를 분리하는 방식이다. 오전조와 오후조는 3개조가 2교대로 근무하고, 야간조는 2개조가 교대로 근무하는 방식이다. 이런 근무방식에서 근로시간을 계산해보자. 먼저, 주간연속 2교대제부터 살펴보자. 주간연속 2교대제는 14일을 주기로 3개조가 2교대로 교대하는 방식이다. 각 조의 근무시간은 8시간이다. 근무자의 근로시간을 계산하면, 1주 근무시간은 40시간으로 계산되고, 고정 야간조의 1주 근무시간은 35시간이다(야간조 근무시간을 10시간으로 가정). 따라서 이 근무제도는 1주 근로시간을 법정 근로시간 이내로 단축할 수 있게 됨으로써 근로시간을 획기적으로 줄이는 방안이다. 물론, 2개 근무교대 간에 인수인계시간에 대한 연장근로가 없다는 전제가 필요하다. 현재처럼 교대 근무조 간에 인수인계하는 과정에서 연장근로가 발생한다면 근로시간은 증가할 것이다. 그러나 매월 연차휴가와 생리휴가를 사용할 수 있기 때문에 인수인계에 따른 연장근로가 발생하더라도 그 시간은 많지 않을 것이다. 그 차이 시간을 계산해보자. 인수인계 시간을 하루 30분으로 잡고 한

달 평균 근무일수가 21.7일이라고 했을 때 한 달에 10.85시간의 연장근로가 발생한다. 여기서 연차휴가와 생리휴가로 빠지는 2일치 16시간을 빼면 오히려 5.15시간이 더 줄어든다는 계산이 나온다. 물론 이 계산에서도 연차휴가와 생리휴가를 반드시 사용한다는 전제가 필요하다.

고정 야간조는 2조로 구성하여 3일씩 교대로 근무하는 방식이다. 근무 주기는 12일이다. 한국비정규노동센터는 야간조 근무시간을 10시간으로 전제했다. 10시간으로 전제한 이유는 설명이 없다. 하지만 보고서 내용 중에서 “밤 근무 중 2시간 이상의 수면시간을 확보하는 것도 적극 검토되어야 한다.”<sup>17)</sup>고 기술된 부분이 있는 점으로 봐서 10시간은 수면시간까지 포함해서 계산한 것으로 보인다. 어쨌든 하루 근무시간을 10시간으로 하면 1월 근무시간은 35시간으로 계산된다(위 표 주석4 참조). 하루 10시간을 근무하더라도 3일 일하고 3일 쉬는 방식으로 근무하는 방식으로 설계했기 때문에 1주 근무시간이 짧은 것으로 계산된 것이다. 결과적으로 하루 10시간을 근무하더라도 고정 야간조의 근무시간은 1주 35시간으로 짧아서 노동강도 문제는 크지 않다고 볼 수 있다.

한국비정규노동센터가 제안한 개선책은 기존 야간 고정근무제의 문제점을 개선하기 위한 대안으로 설계된 것으로 보인다. 앞서도 설명했듯이 고정 야간조 근무는 2004년에 한양대병원을 비롯하여 아주대병원, 원자력병원, 아산병원 등에서 시행한 바 있는 제도였다. 그런데 이들 병원에서 고정 야간조 제도가 정착하지 못하자 그 원인을 분석했다. 그 결과 고정 야간조의 업무부담이 가중됐기 때문이라고 결론지었다. 그래서 고정 야간조가 제대로 정착하기 위해서는 업무부담을 줄일 수 있는 개선이 필요했으며, 그 방안으로 3일 근무에 3일 휴식하는 방안이 제시된 것이다. 이 방식으로 근무하게 되면 한 달에 15일만 근무하게 되고 연간 182.5일을 쉬게 된다.

이 방식을 약간 변형한 근무행태를 살펴보자. 2가지 변형된 근무형태를 고려할 수 있는데 첫 번째는 고정 야간조의 근무시간을 하루 10시간에서 8시간 줄이고, 3일 휴일을 2일로 줄이는 방식이다. 이렇게 하면, 12일 주기로 근무가 순환되고 1주당 근무시간은 37.3시간으로 2.3시간 늘어나게

17) 자료: 보건의료노조·한국비정규노동센터(2008), 병원 사업장의 교대근무 개선 방향 연구보고서 69페이지

된다. 두 번째 변형된 방식은 하루 8시간 근무하고 3일 쉬는 방식이다. 이렇게 하면, 1주당 근무시간은 28시간으로 대폭 감소하게 된다.

## 2) 야간 고정근무제가 활성화 안 되는 이유

야간 고정근무제는 2004년부터 일부 병원에서 시행하고 있다. 하지만 이 제도는 여전히 노사 양측으로부터 호응을 받지 못하고 있다. 앞서서도 살펴봤듯이 야간 고정근무제를 도입했다가 지금은 유명무실해졌다는 조사결과가 있었다. 최근의 노조 자료에서도 고정 야간전담자는 확산되지 못하고 있는 것으로 나타났다. 보건의료노조가 조사한 2015년 근로실태 조사를 보면 야간 고정근무자라고 응답한 비율은 0.9%였다. 이 결과는 2013년 조사에서보다 낮게 나온 것이다. 노조가 2013년 조사한 자료에서는 야간 고정근무자 비율이 1%였다. 비록, 결과치가 오차범위 안이기는 하지만 2년이라는 시간이 지났음에도 불구하고 야간 고정근무제가 확산하지 못하고 있는 것만은 분명해 보인다.

고정 야간근무자라고 응답한 사람도 간호사일 확률은 더 낮아 보인다. 노조가 조사한 결과는 병원에서 근무하는 전 직종을 대상으로 집계한 결과이기 때문이다. 노조가 2014년에 병원을 상대로 고정 야간근무자 현황을 조사했는데, 이 자료를 보면, 고정 야간조는 간호사가 적고 방사선사나 임상병리사가 대부분을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 이 자료를 보면, 간호사가 야간 고정근무제를 하고 있는 병원은 원진녹색병원, 천안의료원, 경희의료원, 고대의료원, 한국원자력의학원, 울산병원으로 나타났다. 2004년에 노사합의로 고정 야간제를 도입했던 한양대병원, 아주대병원, 아산의료원 등은 야간근무제를 하지 않는 것으로 나타났다. 보건의료노조 소속 병원 중에서 6곳만 실시하고 있다는 것은 그만큼 이 제도가 정착하지 못하고 있다는 것을 방증한다.

<표 4-3> 간호사 2교대 근무 및 야간 고정근무제 실시 병원 현황

| 병원      | 2교대 근무직종                      | 야간근무전담 직종   |
|---------|-------------------------------|-------------|
| 원주연세대병원 | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 사무행정, 시설 관리 | 방사선사, 임상병리사 |

|              |   |                               |
|--------------|---|-------------------------------|
| 영월의료원        | 간호사, 간호조무사  |                               |
| 경기도의료원 파주 병원 | 조리배식  | 방사선사                          |
| 아주대의료원       | 간호사, 방사선사, 시설관리, 임상병리사, 조리                          | 방사선사, 임상병리사                   |
| 원광대산본병원      | 간호사, 방사선사, 임상병리사                                    |                               |
| 원진녹색병원       | 간호사, 간호조무사, 임상병리사                                   | <u>간호사</u> , 사무행정, 임상병리사      |
| 의정부성모병원      | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 보조원, 임상병리사                        | 방사선사, 임상병리사                   |
| 광주기독병원       | 간호사, 영양사, 조리  | 방사선사                          |
| 전남대병원        | 간호사, 간호조무사, 보조원, 사무행정, 약사, 영양사, 조리, 청소              | 임상병리사                         |
| 조선대병원        | 간호사, 간호조무사, 보조원, 영양사, 운전, 임상병리사, 조리, 환자이송           | 사무행정                          |
| 천안의료원        |   | <u>간호사</u>                    |
| 충남대병원        | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 보조원, 임상병리사                        | 방사선사, 청소                      |
| 고신대복음병원      | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 약사, 조리                            | 방사선사, 임상병리사                   |
| 부산백병원        | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 사무행정, 의무기록사, 임상별이사, 조리            | 방사선사, 임상병리사                   |
| 경희의료원        | 간호사, 간호조무사, 경비/안내, 방사선사, 보조원, 조리, 임상병리사             | <u>간호사</u> , 방사선사             |
| 고대의료원        | 간호사, 경비/안내, 방사선사, 보조원, 시설관리, 임상병리사                  | <u>간호사</u> , 보조원, 임상병리사, 환자이송 |
| 서울보훈병원       | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 임상병리사, 조리, 환자이송                   | 임상병리사                         |
| 국립중앙의료원      | 간호사, 임상병리사  | 임상병리사                         |
| 상계백병원        | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 사무행정, 임상병리사                       | 방사선사, 임상병리사                   |
| 서울백병원        | 간호사, 조무사, 경비/안내, 교환, 방사선사, 시설관리, 임상병리사              | 방사선사, 사무행정, 시설관리              |
| 서울성모병원       | 간호조무사, 방사선사, 보조원, 임상병리사                             | 방사선사                          |
| 서울시동부병원      | 방사선사  | 방사선사                          |
| 성바오로병원       | 간호사, 간호조무사, 경비/안내, 방사선사, 보조원, 사무행정, 임상병리사           | 방사선사, 사무행정, 임상병리사             |
| 소화이동병원       | 간호사, 시설관리, 조리                                       | 사무행정                          |
| 여의도성모병원      | 간호사, 방사선사, 보조원, 임상병리사                               | 방사선사, 임상병리사                   |
| 이화의료원        | 간호사, 간호조무사  | 방사선사                          |
| 중앙대의료원       | 간호사, 간호조무사, 방사선사, 보조원, 사무행정, 약사, 의공직, 임상병리사, 조리, 청소 | 방사선사, 임상병리사                   |
| 한국원자력의학원     | 간호사, 보조원, 사무행정, 임상병리사, 조리                           | <u>간호사</u> , 방사선사, 보조원, 사무행정  |
| 한양대의료원       | 간호사, 간호조무사, 교환, 방사선사, 보조원                           | 방사선사, 보조원, 임상병리사              |

|           |                          |            |
|-----------|--------------------------|------------|
|           | 사무행정, 약사, 의공직, 임상병리사, 조리 |            |
| 울산병원      | 간호사                      | <u>간호사</u> |
| 동남권원자력의학원 | 간호사, 방사선사, 임상병리사         | 임상병리사      |

자료: 보건의료노조(2014), 간호사 2교대 근무 및 야간근무 전담제 실시 병원 현황

그렇다면, 왜 의욕적으로 도입한 야간 고정근무제가 제대로 정착하지 못하고 있을까? 현장 간호사의 이야기를 들어보자.

“나이트 전담이 필요하지 않을까 생각해요. 워낙 나이트 하면 사람들이 없어지고 싫어하고. 일단은 전담으로 가야 하지 않나 이야기 하는데...” (A병원 간호사2)

이처럼 간호사는 야간 고정근무제의 필요성은 느끼고 있다는 것을 확인할 수 있다. 그럼에도 왜 이 제도는 확산되지 못할까? 여기서 사례조사를 통해 야간전담의 문제점과 야간전담의 확산을 통해 야간근무의 개선 가능성을 찾아보기로 한다.

○ 사례1: C병원 내과/외과 병동

B병원에는 야간전담 간호사가 내과 병동에 2명, 외과 병동에 2명 근무하고 있다. 물론 이들의 야간전담은 자발적이다. 3교대 간호사의 근무일수는 월 20~22일, 야간전담의 근무일수는 15일 정도다. 이 두 병동은 각기 2명의 야간전담 간호사의 투입으로 교대근무자들의 야간근무가 월 1~2개가 줄어들어 8~9회에서 7~8회로 감소했다. “그것만 해도 어디예요.” (B병원 간호사3)라고 말할 정도로 야간근무가 조금이라도 줄어든 것에 만족한다. 그리고 야간전담제 도입이 확산되었으면 하는 기대를 갖고 있다. 그런데 왜 그렇게 되지 않는 것일까? 이에 대해 B병원 간호부장은 다음과 같이 말한다.

“(혹시 야간 전담을 확산시킬 생각은 안 해보셨어요?) 전담자가 그렇게 쉽게 구해지지도 않고요. 병원에서는 야간 전담자가 부담스러운 거예요. 15일밖에 일을 안 하기 때문에.” (C병원 간호부장)

크게 두 개의 이유를 말한다. 하나는 공급자 측면이고 다른 하나는 수요자 측면이다. 즉, 야간전담을 원하는 사람을 구하기가 힘들기뿐만 아니라, 야간전담이 비용과 관리적 측면에서 부담이 간다는 것이다. 먼저 후자의 수요자 측면에서의 문제는 15일 일하고 동일한 급여를 받아가는 것이 사용자의 비용적 시각에서 문제가 되고, 야간전담이라는 교대조가 하나 더 생김으로써 관리비용 더 많이 들어간다는 것이다. 그러나 이것은 큰 문제는 아니다. 만약 야간전담조가 있어 야간근로가 개선되면 교대근무자들의 직무만족도가 높아지고 이직률이 떨어지게 돼 훨씬 더 많은 비용절감 효과가 나타나기 때문이다. 이는 병원 측에서도 수긍하고 있는 사실이다(D병원 간호부장).

따라서 문제는 이러한 수요자 측면보다는 공급자 측면, 즉 야간전담을 하려는 사람이 적다는 것이다. 왜 그럴까? 그것은 무엇보다 야간근무 일수가 너무 많다는 것이다. 현재의 15일은 야간전담을 지원하는데 문제가 된다는 것이다. 근무일수를 줄이면 충분히 야간전담 근무자를 모집할 수 있다고 말한다.

“한 달에 한 열흘씩만 밤번 시키면 야간전담 하겠다는 사람 오죠. 열흘이 아니라 12일 그것도 생각을.... 일주일에 3일 밤번 하는 거잖아요. 12일이면 4주니까. 일주일에 3일씩만 밤번 하는 사람, 이렇게 하면 와요.” (C병원 간호부장)

한 달에 15일이 아니라 10일이나 12일 정도만 돼도 지원자는 충분할 것이라고 예상한다. 그러나 문제는 임금일 것이다. 병원에서 야간전담자가 10일이나 12일을 근무해도 다른 교대 근무자들과 같은 수준의 월 급여를 지급할 수 있을지 고민이 될 것이라는 얘기다. 어쩌면 독일과 같이 야간전담 근무자의 근무일수가 더 적고, 더 다양하게 만들 수도 있다. 다음 독일의 사례에서 좀 더 자세히 살펴보겠지만, 독일은 5일, 7일, 10일 등 야간전담 근무일이 한국보다 훨씬 더 적고 다양하다. 그래서 야간전담 모집에 큰 문제가 없다. 물론 야간전담 근무일수가 현격히 작은 경우 임금은 그에 상응하여 조정되어야 할 것이다. 이는 노사의 교섭을 통해 임

금의 수준을 정하면 될 일이다. 그런데 한 야간전담 간호사는 야간전담 근무자들은 임금보다도 휴일이 더 많다는 것을 장점으로 생각하고 선택하는 것이기 때문에 임금이 적더라도 근무일이 적은 것을 더 선호할 것이라고 말한다.

“만일 금액적으로 적어도 월 10일 근무면 그걸 택해서 쉴 것 같아요. 지금은 그 제도가 없으니까 못 하는 거죠. 그런 제도가 되면 지원자가 많을 것 같아요.” (A병원 야간전담 간호사)

이렇게 볼 때 야간전담제가 제대로 작동하기 위해서는 무엇보다 근무시간을 줄여야 한다는 결론을 얻게 된다. C병원과 같이 월 15일은 너무 많다. 지원자들의 욕구와 병원의 상황 등을 고려하여 근무일수를 줄여 줄 필요가 있을 것이다.

○ 사례2: B병원 중환자실/소화기내과

B병원은 오래전부터 야간전담제가 도입되고 국내에서는 이 제도가 비교적 활성화된 병원으로 알려져 있다. 그러나 이 병원 역시 다음과 같은 두 가지 이유로 야간전담제가 제약되어 있다. 그 하나는 C병원과 같은 이유에서다, 야간전담 근무일수가 너무 많아 지원자가 부족하기 때문이다. 이 병원 중환자실의 경우 1명의 야간전담 근무자가 있는데, 근무시간은 22시~08시이며 월 15~17일 정도다. 이로부터 교대근무자의 야간근무는 월 6회 정도에서 5회로 줄어들었다. 소화기 내과는 2명의 야간전담자가 같은 시간대에 월 16~18일 정도로 중환자실보다 더 근무일이 많다. 이로부터 이 병동 교대근무자의 야간근무는 월 7~8회에서 5~6회로 이를 정도 감소됐다. 이 병동의 주말근무는 거의 야간전담 간호사가 맡고 있다. 이렇게 야간전담 간호사들의 근무일이 너무 많아 지원자가 부족해 야간전담제를 활성화시키는 데 한계가 있다는 것이다.

“(야간전담을) 더 늘여주면 저희는 좋죠. 그런데 나이트 근무는 실제 힘들니까 실제 그분들을 늘리기는 힘들어요, 대부분 정규직이구요.” (B

병원 간호사2)

이 병원에서 야간전담제가 제약을 받는 또 다른 이유는 각 병동마다 야간전담 인원수가 2명 이하로 정해져 있기 때문이다. 이렇게 2명 이하로 규정을 둔 것은 지원자가 많아 3~4명이 되면 그만큼 교대조 간호사들의 인원이 적어져 오프가 줄어들기 때문이다. 이는 다시 인원의 문제와 연결된다. 즉, 현재의 부족한 인원 상태에서 야간전담을 운영하려다 보니 야간전담 지원자가 많아도 교대조 인원이 줄어들기 때문에 못한다는 것이다.

“야간전담 실행이 된 게 5년 정도, 꽤 오래 됐어요. 중환자실은 6~7개월 전. 병동마다 인원 수가 정해져 있어서 야간 전담이 2명으로 되는데 3명만 돼도 나머지 오프가 줄어드는 거예요. 3명이 나이트 전담이니까 나이트 오프를 주려고 해도 나머지 인원이 오프가 줄어드니까 이게 불가능해 저요.” (B병원 야간전담 간호사)

이렇게 야간근무 횟수가 너무 많고, 전체적으로 인원이 부족하여 야간전담 지원자가 많다고 해도 2명으로 제한을 두고 있어 야간전담의 필요성이 커지고 있음에도 불구하고 활성화되지 못하고 있다.

### 3) 야간 고정근무제를 어떻게 활성화할 것인가?

#### 가) 근무일수를 15일 미만으로 단축

인터뷰조사와 기존 연구자료를 종합하면, 간호사의 근무형태를 개선할 방안은 야간 고정근무제라는 부분에 대해서는 공감대가 형성되어 있는 것을 알 수 있다. 다만, 이 제도가 일선 병원에서 활성화하기 위해서는 추가적인 개선 방안이 필요해 보인다. 개선방안의 핵심 고리는 야간 근무일수를 줄이는 데 있다. 현재 시행되고 있는 야간 고정근무제에서는 월 15일에서 17일 정도 야간 근무를 하게 된다. 일선 병원에서는 지금의 야간 근무일수가 너무 많다는 지적이 있다. 그래서 야간 전담 간호사를 구

하기가 쉽지 않아서 이 제도가 활성화되지 않고 있다는 것이다. 따라서 이 제도를 활성화할 수 있는 핵심 고리는 야간 근무일수를 줄이는 데 있으며, 그 방안을 찾는 것이 필요하다.

그렇다면 근무일수를 얼마로 줄이는 것이 좋을까? 인터뷰조사에서는 월 10일에서 12일 정도로만 줄여도 고정 야간근무를 희망하는 간호사가 많을 것이라고 했다. 월 근무일수를 12일로 줄이려면 3일 근무하고 3일 휴식하는 근무패턴에 연차휴가와 생리휴가를 보장하면 가능하다. 앞서서도 살펴봤듯이 3일 근무 3일 휴식 체제는 월 평균 15일을 근무하게 된다. 여기서 월차휴가와 연차휴가 1일을 더하면 월 평균 13일을 근무하게 되므로 현재보다 근무일수를 줄일 수 있다.

#### 나) 시간제 일자리 도입

야간 고정근무자의 근무형태를 정형화된 근무형태만 고집하지 말고 다양한 형태로 고민하는 방안도 필요하다. 예를 들면, 시간제 일자리도 고민할 수 있다. 예를 들면, 주 2일 근무, 주 3일 근무제 등을 구상할 필요가 있다. 주 2일 근무제의 경우 주말 전담 야간근무제로 활용할 수 있다. 고정 야간 근무자로 경력 단절된 간호사를 고용하는 것도 검토할 수 있다. 자녀 양육 문제로 퇴사한 간호사를 재고용함으로써 고용창출 효과와 야간 고정근무제 문제를 동시에 해결할 수 있을 것으로 보인다.

야간 고정근무제를 선택제로 하게 될 경우 근로시간이 준 만큼 임금 감소문제가 발생하게 된다. 하지만 근로시간이 줄어든 만큼 임금이 감소하는 문제는 간호사가 수용할 수 있을 것으로 보인다. 인터뷰 조사에서도 야간근로의 문제는 임금의 문제가 아니라 휴가일수 문제가 더 컸다. 야간전담을 지원하는 간호사들에게 임금은 결정적인 문제는 아니었다. 야간전담 간호사의 지원 배경은 무엇보다 휴일이 많다는 것이 간호사에게는 더 매력적이었다. 다음이 학업, 자기계발 등 낮에 자신의 일을 하고 싶을 때, 그리고 교대근무의 불규칙성이 싫고 의사나 팀장(또는 수간호사) 및 동료들과의 복잡한 인간관계로 인한 스트레스를 피하고 싶다는 이유가 많다. 따라서 고정 야간근무일 수를 간호사가 선택할 수 있게 한다면, 야간 고정근무제를 선호하는 간호사가 증가할 수 있을 것으로 기대된다. 그리

고 경력 단절 간호사에게도 재취업을 기회를 제공할 수 있게 되어 좋은 일자리 창출에도 도움이 될 수 있을 것이다.

#### 다) 휴게시간 확대를 통한 실노동시간 단축

현재 3교대 체제에서 야간근무조의 근무시간이 10시간인 곳이 제법 된다. 노조의 2015년 근로실태조사를 보면, 야간조의 평균 출근시간은 9시 49분이었고, 퇴근시간은 다음날 오전 8시 30분이었다. 이처럼 야간 근무자는 평균 10시간 40분을 근무하고 있는 것이다. 그리고 휴게시간은 평균 30분에 불과한 것으로 나타났다. 이처럼 실노동시간이 길고 휴게시간이 짧으면서 야간 근무의 피로가 증가하고 있는 것을 알 수 있다.

야간 근무자의 피로도를 줄이기 위해서는 휴게시간을 충분히 보장하고, 퇴근 시간도 7시 이전으로 당기는 것을 검토할 수 있다. 최소 1시간 이상 휴게시간을 의무적으로 보장하고 이 시간에는 업무 공간을 벗어나서 휴게실에서 충분한 휴식을 취할 수 있도록 할 필요가 있다. 출근시간은 6시 30분에서 7시 30분이 가장 많았다. 그런데도 퇴근시간이 평균 8시 30분으로 나타나는 것은 인수인계로 연장근로가 발생하고 있기 때문이다.

야간 고정근무제가 도입되더라도 하루 10시간 이하로 근무하는 체제가 바람직할 것으로 판단된다. 독일 야간 간호사의 근무시간은 9시간 30분으로 설계되어 있는 것을 참고할 만하다.

#### 라) 노동강도 증가 방지

간호사가 고정 야간근무를 기피하는 이유는 업무량이 많다는 점이다. 기존 연구에서도 나타났듯이 주간에 처리해야 할 각종 행정업무, 스케줄 관리업무, 청소업무가 야간으로 넘어왔다. 주간조 근무자가 처리하지 못한 일이 야간조 근무자에게 넘어오면서 업무량이 증가한 것이 주요 원인으로 지적되고 있다. 따라서 업무분장을 통해 야간 전담 간호사의 업무량을 줄여주면 지원자는 지금보다는 훨씬 많을 것으로 예상된다.

“지금 저희 병원의 야간 전담이 잘 버티는 이유 중의 하나가, 야간 전담은 차트를 안 봐요. 그냥 액팅만 해요. 페이퍼 작업은 본인이 한 바이 탈한 이런 것만 하고 액팅한 차트 이런 것만 해요. 전체적으로 오더 받고 그거 안 해요.” (C병원 간호부장)

이 간호부장의 말처럼 야간전담 간호사의 업무량을 줄여 줄 때 야간 고정근무제를 선호하는 간호사가 늘어날 것으로 기대된다.

#### 마) 주간조 주기적인 순환체제

고정 야간조 근무자에게도 주간 근무의 기회를 부여할 수 있도록 하는 방안도 검토할 수 있다. 이는 고정 야간근무자의 동기부여와 숙련, 그리고 건강 문제를 고려하지 않을 수 없기 때문이다. 야간에 근무하는 간호사는 주간 근무자보다 간호업무가 비교적 단순하고 저숙련일 가능성이 높다. 대부분의 간호업무가 주간에 이루어지고 야간에는 응급에 대한 대응이나 정기적인 점검과 같은 업무이기 때문이다. 그래서 야간 근무를 장기간 하다 보면 간호사의 숙련이 떨어질 수 있다. 따라서 이런 문제를 방지하기 위해서는 주간조와 정기적으로 순환하는 체제를 만들 필요가 있다. 이 문제는 간호사에게 동기부여 차원으로도 필요할 것으로 보인다. 고정 야간조를 지원한 간호사가 시험대비와 같은 일시적인 이유로 지원했는데 사정에 변경이 생겼을 때는 다시 주간조로 이동할 수 있는 기회를 줌으로써 해당 간호사의 근무의욕을 높일 수 있다. 고정 야간근무자라고 하더라도 고정 야간 근무 기간을 일정하게 제한할 필요가 있다.

#### 바) 인원충원은 장기적으로 이익

야간 고정근무제를 도입할 경우 추가 인원을 충원하는 것은 불가피하다. 그런데 이렇게 되면 경영진으로서의 인건비 증가에 대한 부담을 고민하지 않을 수 없게 된다. 단기적으로는 분명 회사의 비용이 증가하는 것은 피할 수 없다. 그러나 중장기적으로 보면 야간 고정근무제가 오히려 이익이 될 수 있다. 현재 간호사들이 가장 큰 부담 중의 하나로 생각하는

야간근무가 획기적으로 개선되면 이직률이 감소되어 인력부족 현상이 줄어들고, 숙련인력을 장기적으로 확보할 수 있을 것이다. 또한 직무만족도도 높아져 서비스 질이 개선된다. 간호사, 병원, 환자 등 모두에게 이득이 되는 일이다. 이러한 효과를 생각하면 초기의 인건비 비용은 미래를 위한 투자이며 시간이 지날수록 이득이 되는 결과를 낳는다. 야간전담 간호사를 시간제로 충원할 때 간호등급에 포함하는 조치가 병행되면 야간전담제는 더욱 활성화될 것으로 보인다.

#### 4) 참고: 독일의 야간전담제

독일은 교대근무와 야간근무의 개선을 위해 노동과학적 인식을 바탕으로 근무자들과 환자 및 병원의 이해관계의 접점을 찾는다. 다음은 이와 같은 관점에서 본 독일의 두 사례다. 하나는 시간제 상시야간조를 도입한 사례이고, 다른 하나는 기존의 풀타임 상시야간조를 야간근무에 치중하면서도 낮 근무에 투입하는 개선책을 마련한 사례다. 이것은 2000년대 초 독일의 노동재해방지 및 노동의학 연방연구소(Bundesanstalt fuer Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)에서 추진했던 ‘병원산업에서의 근로시간 개선’이란 프로젝트에 참가했던 알프리트 크롭(Alfried Krupp) 병원의 두 병실 사례다(Sczesny, 2007).

##### 가) 배경

독일 병원의 간호업무는 보통 두 개의 교대체제로 분리되어 운영되어 왔다. 하나는 낮 전담 근무이며, 다른 하나는 야간 전담근무다. 낮 전담근무는 2개의 교대조(오전/오후 또는 Day/Evening)로 운영되며(순환 2교대제), 야간 전담 근무자는 원하는 사람들로 구성되며 오로지 야간 근무만 책임진다(상시야간제). 낮 근무와 밤 근무의 근무자가 분명하게 구분되는 교대시스템이다. 야간근무가 필수적이나 많은 사람들이 이를 싫어하기 때문에 생긴 ‘변칙적’ 제도라 할 수 있다.

그런데 이 시스템에 속에는 커다란 모순이 존재한다. 상시야간조에 대한 객관적 평가와 주관적 선호 사이에 발생하는 갭이 그것인데, 지금까지

노동과학적 연구결과를 상시야간조는 건강과 사회적 관계 및 일상생활을 영위하는데 많은 문제점을 야기한다. 그럼에도 상시야간조 지원자를 모집하면 공급이 수요를 넘칠 정도로 적지 않은 근무자들이 상시야간조를 선호하고 있다. 왜 이러한 현상이 일어날까? 상시야간조를 선호하는 데에는 다음과 같은 개인적 이유가 있었다.

- 낮에는 아이를 돌보기 위해서
- 낮에 (재)교육을 받고 싶을 때
- 변동이 심한 낮 근무의 근무시간 및 갑작스런 연장근로가 싫어서: 야간근무는 비교적 계획대로 운영되며 또한 휴일이 길게 연속적이라는 장점
- 야간근무가 훨씬 더 독립적이고 자율적으로 일할 수 있어서: 낮 근무는 동료와의 관계, 수간호사/의사 등과의 위계질서 속에서 일해야 하는 스트레스 존재
- 야간 할증으로 더 많은 임금을 받을 수 있어서
- 오랫동안 상시 야간근무로 몸에 익어서

그러나 이러한 개인적 이유로 상시야간조를 선호한다 해도 이를 그대로 방치해 둘 수는 없다. 이미 노동과학적 조사 결과는 상시야간조 근무자들의 건강(특히 수면의 질 저하와 그로 인한 질병)과 생활상(특히 사회적 관계의 단절과 그로 인한 소외감)의 문제점을 지적하고 있으며, 더구나 1990년대 말 노르트라인-베스트팔렌 주 조사를 보면 병원산업에서의 상시야간조의 근무가 매우 열악한 것으로 나타났다.

- 조사 병원(295개)의 4/5 정도는 상시야간조의 야간 연속근무 수가 지나치게 길었다. 보통 7회 정도였는데, 부분적으로 15회가 되는 경우도 있었다. 노동과학에서는 최대 연속 4회를 추천한다.
- 병원의 2/5는 1회 당 근무시간이 지나치게 길었다. 보통 10시간 정도였으며, 그 이상 되는 경우도 적지 않았다.
- 또한, 휴계시간을 유급으로 하여 근무시간으로 변화되었다. 실제로 많은 간호인력에게는 야간에 병실을 잠시 떠날 수 있는 휴계시간이

주어지지 않았다.

이러한 근무환경의 문제와 함께 상시야간 근무자들은 보이지 않는 또 다른 문제점을 안고 있었다. 병원 업무는 낮 근무 중심으로 움직이게 되는데, 상시 야간 근무자들은 여기에 통합되지 못한다. 때문에 병실의 ‘팀원’이라는 자부심도 갖지 못하고, 현장에서 업무를 배워 자신의 역량을 키워 나갈 기회도 적다. 이는 나중에 상시야간조를 마치고 다시 낮 근무로 편입되기를 원할 때 결정적인 방해요소가 될 수 있다. 실제로 상시야간 근무자들의 역량은 낮 근무자들에 비해 떨어졌다. 이렇게 상시야간조는 근무환경 뿐만 아니라 팀원으로서의 사회적 통합과 역량의 결여라는 문제점을 안고 있었다.

이러한 상시야간조의 상황을 개선한다는 것은 근로자들의 이해관계를 대변하는 노조와 사업장평의회 의무일 뿐만 아니라 좀 더 좋은 일자리를 제공하여 질 좋은 서비스를 제공해야 하는 병원 측의 공공적 의무이기도 했다. 그리하여 노사정 및 전문가들이 공동으로 참여하는 <병원산업에서의 근로시간 개선> 프로젝트가 추진되었고, 주요 관심사는 무엇보다 야간노동의 개선이었다.

이때 물론 상시야간조를 금지하려는 의도를 갖고 출발하지는 않았다. 합당한 개인적 이유로 상시야간조를 선호하고 있는 경우가 많기 때문이다. 이를 존중해 주지 않으면 당사자들은 근로시간 개선이 자신들이 바라는 것과는 반대로 간다고 느껴 거부하기 싫다. 따라서 상시야간조의 금지보다는 야간노동을 개선하여 가능한 한 당사자들의 건강을 해치지 않고, 일과 생활 사이에 균형이 잡힐 수 있도록 하여 야간근무를 좀 더 좋은 일자리로 만드는 데 목적이 있었다. 앞에서 언급한 상시야간조의 열악한 현 상황을 직시하면서 다음과 같은 사항에 중점을 두었다.

- 야간 연속근무의 축소
- 야간 근로시간의 축소
- 휴게시간의 연장
- 주간근무와 야간근무의 구분 완화

여기서 염두에 두어야 할 사항은 병원의 간호업무는 대부분 여성에 의해 이루어지고 있다는 사실이다. 이를 두고 그동안 야간노동의 성별적 적응성에 대한 논란도 많았다. 혹자는 여성에게는 특유의 인내심과 희생정신이 있어 야간노동이 - 따라서 상시야간조가 - 남성보다 여성에게 더 적합하다고 주장한 반면, 혹자는 반대로 오히려 남성이 특유한 강인한 신체조건을 갖고 있어 여성보다 야간노동에 더 적합하다고 주장했다. 그러나 이 두 주장 중 그 어느 것도 노동과학적으로 입증된 바는 없다(Sczesny, 2007). 그러나 한 가지 분명한 것은 병원 간호업무의 대부분은 여성이 맡고 있으며, 이들은 남성들보다 아이들과 노인을 돌보는 일과 가사일을 훨씬 더 많이 담당하고 있다는 것이다. 따라서 병원의 간호업무는 이와 같은 여성들의 이중고를 반드시 고려하여 건강을 지키고 일과 생활이 조화를 이룰 수 있는 좋은 일자리로 만들어 나가야 한다. 그래야 결혼 후에도 직장을 계속 나날 수 있어 간호인력의 손실을 막을 수 있을 것이다.

이제 앞서 말한 프로젝트에 참가했던 알프리트 크롭(Alfried Krupp) 병원에서 상시야간근무를 개선한 두 병실의 사례를 소개한다. 이 사례는 노동과학적 관점에서 근무자와 환자의 요구 및 병원의 경제적 이해관계를 접합시킨 야간근무의 개선 모델이다.

이 병원은 에센(Essen) 대학 병원으로 2000년대 초 프로젝트 참여 당시 총 560개의 병상을 갖고 있었다. 병실 간호인력은 총 503명, 이 중 상시야간 근무자는 72명이고 풀타임과 시간제가 섞여 있었다. 시간제는 근무자들의 요청에 따라 월 10일 이상에서 4일까지 다양한 형태가 존재했다. 풀타임은 월 15일 근무인데, 대부분의 근무자는 한 번은 '7일 근무-7일 휴일', 다른 한 번은 '8일 근무-8일 휴일'의 두 차례로 나누어 근무하고 있으나, 일부는 한꺼번에 <15일 근무-15일 휴일>의 방식을 택하고 있었다. 이는 근무자들이 스스로 선택한다. 후자의 '15일 근무-15일 휴일' 방식은 1990년대 이전 지배적인 상시야간의 근무형태였다. 이와 함께 낮 근무도 1992년부터 점차로 주 6일제 근무에서 5일제 근무로 바뀌었다.

## 2. 근로시간 개선방안

### 가. 고정 야간조 및 시차근무제를 통한 장시간 근로 개선

간호사의 근로시간은 1주 평균 49.8시간였고, 1일 평균 근로시간은 10.6시간이었다. 그런데 야간조 근무시간을 제외하면 사정은 달라진다. 오전조의 1일 평균시간은 9.7시간이었고, 오후조 근로시간은 9.1시간이었다. 이는 야간조 근무시간이 길고 주간조 근무시간이 상대적으로 짧기 때문이다. 만약 야간조 근무를 고정 근무제로 개선한다면 주간조의 근로시간을 단축할 수 있을 것으로 기대된다.

또한, 시차근무제를 통한 근로시간 단축도 검토할 수 있다. 시차근무제는 독일에서 2000년대 후반부터 도입하기 시작한 새로운 근무형태이다. 독일도 우리처럼 3교대로 운영하고 있고, 야간에는 고정 야간조가 전담하고 주간조는 1조와 2조로 나누어서 교대로 근무하는 체제이다. 이렇게 고정된 근무형태에서는 근로시간을 줄일 수 없게 되자, 출근시간을 유연하게 설계했다. 즉, 시차근무제를 도입한 것이다. 시차근무제는 환자가 바쁜 시간에 근무인원의 수를 늘리고, 환자 수가 적은 시간대에 근무자의 수도 줄이는 방식으로 환자 수에 따라 근무자 수를 탄력적으로 배치하는 방식이다. 이렇게 함으로써 노동강도를 분담할 수 있게 되어 피로도를 줄일 수 있고 업무의 인수인계에 따른 연장근로도 줄이는 장점이 있다.

<그림 4-1> 독일의 근무시간 개선 사례

| 개선전  |    |                        | 개선후  |   |                        |
|------|----|------------------------|------|---|------------------------|
| 근무조  |    | 근무시간 및 인원              | 근무조  |   | 근무시간 및 인원              |
| 주간근무 | 1조 | 6시 ~ 14시 15분 (6명)      | 주간근무 | 1 | 6시 ~ 14시 15분 (2명)      |
|      | 2조 | 11시 35분 ~ 19시 50분 (4명) |      | 2 | 7시 ~ 15시 15분 (2명)      |
| 야간근무 |    | 19시 30분 ~ 6시 15분 (1명)  | 주간근무 | 1 | 11시 40분 ~ 19시 50분 (2명) |
|      |    |                        |      | 2 | 12시 50분 ~ 21시 (2명)     |
|      |    |                        | 야간근무 |   | 20시 40분 ~ 6시 10분 (1명)  |

위크인연구소(2013), 간호업무의 좋을 일자리 만들기 독일 벤치마킹

## 나. 근로기준법 59조 개정: 근로시간 특례 업종 개정

의료업은 근로기준법 59조 4항에 따라 12시간 연장근로 제한이 적용되지 않는 특례 업종에 해당한다. 의료업은 환자의 생명을 다루고 응급환자나 국가의 재난 등이 발생할 경우 근로시간을 인위적으로 통제할 수 없기 때문이다. 그런데 이 조항이 의료업에 종사하는 노동자의 장시간 근로를 용인하는데 적용되어서는 안 된다. 불가피한 상황이 발생할 경우는 당연히 이 조항을 적용하는 것이 맞지만, 간호사의 업무 중에서 외래업무나 병상업무까지 이 조항을 적용하게 되면 자칫 장시간 근로를 초래할 수 있다. 이런 이유 때문에 노조에서도 의료업에 대한 특례업종을 제외할 것을 요구하고 있다. 따라서 의료업 중에서도 전체를 59조로 적용할 것이 아니라 적용대상 업무를 제한할 필요가 있다. 예를 들면, 응급실이나 수술실 근무자 등 일부 특수한 조건에 있는 업무만 대상으로 하거나 국가의 재난사태나 긴급한 사고 발생 등의 사건, 사고가 발생했을 때로 제한하는 것이다.

이와 관련하여 마침 노사정위원회에서 지난 9월 13일에 타결한 노사정합의서에도 근로시간특례 업종에 대한 논의를 하기로 한만큼 의료 종사자에 대한 근로시간 특례 조항에 대한 개선책을 논의할 수 있을 것으로 본다.

## 다. 노사정위원회의 사회적 대화를 통한 인원 충원

노동자의 근로시간을 줄이기 위해서는 공급량을 조절하는 것이다. 즉, 노동력 공급을 늘리거나 업무량을 줄이면 된다. 간호사의 경우 업무량을 인위적으로 줄이기는 힘들다. 병원으로 찾아오는 환자를 돌려보낼 수는 없는 노릇이다. 그래서 간호사의 노동시간을 줄이려면 노동력 공급을 늘릴 수밖에 없다.

간호사의 근로시간이 늘어나는 이유는 업무량의 증가와 관련이 깊다. 특히 평가인증제가 시행되면서 간호사의 업무가 늘었다고 조사되고 있다. 노조의 근로실태조사(2015)를 보면, 인증평가를 위해 준비하는 기간이 4

개월이며, 하루 근로시간 중에서 4시간 정도를 투여하고 있다는 응답이 37.7%로 나타났다. 또한, 토요일 근무제 시행이나 각종 회의와 교육 등으로 장시간 근로가 늘어나고 있다. 이처럼 업무량이 증가하면 인원을 충원할 수밖에 없다. 신규 인원이 확충되어야 한다.

그런데 병원의 인원 충원은 시장의 논리에만 맡겨둘 수 없다. 그건 공공성 때문이다. 때문에 의료인 충원 문제는 국가의 지원이 필요하다. 독일의 경우, 2013년에 노조가 정부에 필요성에 맞는 재정지원을 요구했다. 적정 인원을 맞추려면 재원이 필요했으나 거의 모든 곳에서 돈이 부족했다. 독일은 이 문제와 관련하여 보건부 장관이 11억 유로 상당의 재정지원 수단을 강구할 것이라고 약속했다. 여기서 우리에게 주는 시사점은 노사정의 사회적 대화가 중요한 정책적 수단이라는 점이다. 노사정의 사회적 대화를 통해 보건의료산업의 공공적 의미와 필요성이 심도 있게 논의되고, 이로부터 합리적인 정부의 규제 또는 지원정책이 개발될 수 있기 때문이다. 이를 통해 합의된 정책이 효과를 발휘하게 되면 노사정 사회적 대화는 더욱 활성화될 것이다. 사회적 대화를 통해 합의된 정책들은 당사자들 간 충분히 공감대를 이룰 수 있어 긍정적 효과가 나타나기 쉬우며, 이럴 경우 지금까지 사회적 대화에 참여하지 않는 대병원에 대한 위협도 될 수 있을 것이다. 즉, 이들을 노사정 사회적 대화에 참여케 하여 한국의 병원산업의 미래를 위해 공동으로 노력하도록 하는 압박수단으로 작용할 수도 있을 것으로 보인다.

### 3. 임금제도 개선방안

#### 가. 산업별 단일 임금체계

간호사의 임금은 규모별 특성별로 매우 큰 차이를 보이고 있다. 자료조사에서도 살펴보았듯이 간호사는 병원 규모에 따라 임금차이가 매우 크게 발생하고 있는 것을 확인했다. 중소민간병원과 대학병원의 임금을 1년차 기준으로 비교했을 때 연간 1,000만원의 차이가 발생했다. 임금차이는 학력과는 무관했다. 간호사 직종을 대상으로 병원간 임금차이를 비

교했을 때, 임금차이는 근속연수와 병상수에 따라 발생하고 있는 것을 확인할 수 있었다. 특히 같은 정부출연금으로 운영되는 병원이라고 하더라도 지역에 따라 임금차이가 크게 발생하는 것은 임금의 형평성 원칙을 훼손한다고 볼 수 있다.

병원 규모에 따른 임금격차를 줄이기 위해서는 산별 단위에서 단체교섭이 가능한 형태로 임금체계를 개선하는 방안이 필요하다. 그러기 위해서는 산별 단위의 단일한 임금체계가 필요하다. 지금처럼 개별 병원마다 다른 임금체계로는 산별 단위의 임금교섭은 불가능하고 임금격차를 해소할 수 없다. 그렇다면 산별 단위의 단일한 임금체계는 어떻게 만들 수 있을까.

현장에서는 직무 차이에 따른 공정성에 대한 요구가 발생하고 있다. 인터뷰 조사에 의하면, 간호사의 경우 야간근무수당, 면허수당, 위험수당, 특수부서 간호사수당 등을 요구하고 있다. 이는 직무의 차이에 따른 공정한 보상을 요구하는 목소리로 볼 수 있다. 공정성은 노동력을 발휘할 수 있는 능력에 대한 보상과 노동력이 발휘되는 과정의 근무환경에 따라 임금이 지급되어야 한다는 논리다. 즉, 직무의 가치가 높고 숙련이 뛰어나고 위험한 환경에서 노동하는 사람에게 더 많은 임금이 지급돼야 한다는 것이다. 임금의 공정성이 높은 조직이 조직에 대한 몰입이 높은 것은 이러한 이유이다.

임금의 공정성을 높이기 위해서는 직무의 가치에 따른 임금체계로의 개편이 필요하다. 그런데 현재 간호사 임금체계는 연공급체제로 설계되어 있으며, 특히 국립대병원이나 의료원 등 공공부문의 병원일수록 연공성이 매우 강하게 나타나는 것이 특징이다. 이렇게 연공성이 강한 임금체계는 새로운 일자리를 만드는 데 방해요인이 될 수 있다. 즉, 시간제 일자리나 경력단절 간호사를 재고용할 경우 현행 임금체계를 적용하게 되면 해당 직원은 낮은 임금을 받을 수 있게 되어 신규 채용이 어려운 문제가 발생할 수 있다. 그러나 현행 임금체계에서는 당장 직무급으로 개선하기는 쉽지 않다. 병원마다 호봉제를 운용한 관행이 길어서 직원들의 저항이 클 수 있고, 복지제도마저 부족한 현실에서 연공급은 여전히 장점을 가지고 있기 때문이다. 따라서 연공급제의 기능을 유지하면서 직무급제를 도입하

는 방식을 고려할 수 있다. 그 방안을 살펴보자.

현재 임금체계에서 산별 단위의 단일 임금체계로 개선하는 것이 불가능한 일은 아니다. 병원마다 공통된 임금항목끼리 묶으면 단일 임금체계로 만들 수 있다. 단일 임금체계는 다음과 같은 방안을 고려할 수 있다. 첫째, 기본급을 단일화하는 방안이다. 기본급은 병원마다 금액의 차이가 있을 뿐이지 공통으로 가지고 있는 임금항목이다. 그리고 병원마다 기본급의 차이도 크지 않다. 기본급 차이가 작다는 것은 전체 병원의 기본급을 동일한 수준으로 표준화할 수 있다는 장점이 있다. 그래서 기본급이 가장 낮은 병원을 기준으로 기본급을 단일화시킬 수 있다. 단일 기본급은 연공급을 그대로 유지하는 방안을 고려할 수 있다. 연공급을 유지하는 이유는 임금의 안정성 측면을 고려할 필요가 있기 때문이며, 조합원의 저항을 줄일 수 있다는 점 때문이다. 기본급을 연공급으로 하더라도 기본급 수준이 낮기 때문에 총액에 미치는 영향은 크지 않을 것이다. 현재 기본급이 표준화된 기본급보다 높은 병원은 그 차액을 수당 등으로 임금항목을 변경하여 임금이 보전되도록 하면 된다.

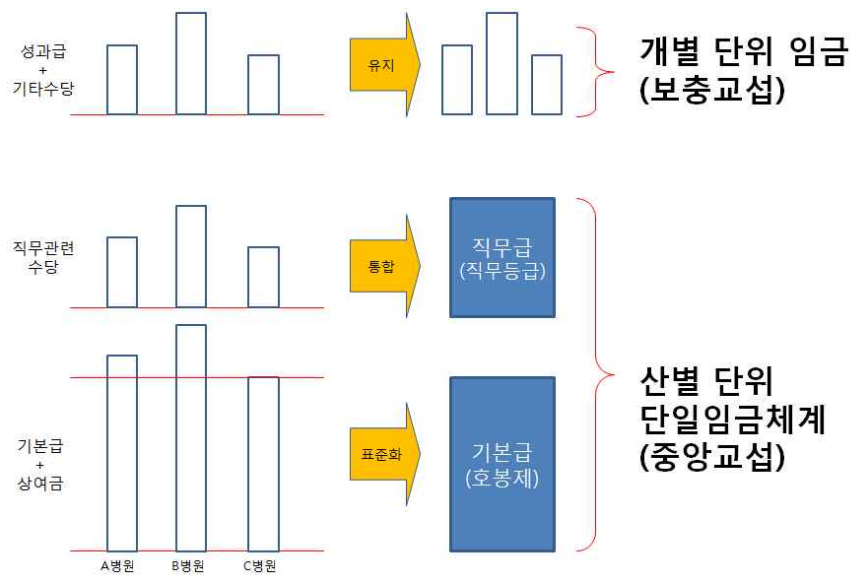
둘째, 병원마다 존재하는 직무수당을 통합하여 직무급으로 단일화하는 방안을 고려할 수 있다. 먼저 직무 관련 수당은 병원마다 명칭이 다르지만, 그 성격을 보면 대동소이한 수당이 많다. 인수인계수당, 중환자실수당, 특수부서근무수당, 나이트수당 등은 간호사의 직무에 해당하는 수당이다. 이들 직무와 관련된 수당을 통합하면 금액의 차이에 따라 직무등급이 나누어진다. 여기에다 직무분석을 통해 새로운 직무등급을 만들어야 한다. 직무분석은 보유기술, 책임성, 노동강도, 직무환경의 요소로 평가하여 등급을 나눈다. 직무등급을 나눌 때는 노사가 공동으로 직무등급위원회를 구성하여 공정성과 전문성을 높이는 방안도 생각할 수 있다. 이렇게 새로운 직무등급을 나누고 등급별 금액은 기존 직무 관련 수당을 통합했을 때 발생한 금액을 적용하면 직무등급별 금액이 정해질 수 있다.

셋째, 상여금을 단일화하는 방안이다. 우리나라에서 상여금은 매우 보편적인 임금이다. 회사마다 상여금이 없는 회사는 찾기 어려운 정도다. 단지 회사마다 지급률은 차이가 있다. 상여금은 보통 기본급에 노사가 합의한 지급률을 곱하는 방식으로 계산된다. 상여금 지급률은 병원마다 차

이가 있지만, 그 차이는 크지 않다. 그래서 상여금도 기본급을 표준화하는 방식을 적용할 수 있다. 상여금이 가장 낮은 병원을 기준으로 상여금을 표준화하는 것이다. 기본급과 마찬가지로 현재 받고 있는 상여금이 표준화된 상여금보다 많은 병원은 그 차액을 다른 임금항목으로 변경하여 보전받을 수 있도록 하면 된다. 예를 들면, 보전수당을 신설하여 그 차액을 개별적으로 보전할 수 있을 것이다.

마지막으로 병원마다 차이가 날 수밖에 없는 임금은 그 특성을 그대로 유지하도록 하는 방안이다. 병원의 수익에 따라 결정되는 성과급이나 개별 병원의 필요한 특수한 수당은 그 특성이 그대로 유지될 필요가 있다.

<그림 4-2> 임금체계 개선 방향



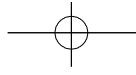
이처럼 연공급과 직무급을 혼합하여 단일한 임금체계를 만든다면, 임금의 안정성과 공정성, 그리고 형평성을 높일 수 있을 것으로 기대한다. 의료보건의료산업 분야는 연공급의 필요성이 다른 산업에 비해 높다고 평가할 수 있다. 여성 간호사의 이직률이 높아져 장기근속을 유인할 수단이 필요하기 때문이다. 그렇다고 연공급의 비중이 너무 높으면 인건비 부담이 커

지게 된다. 따라서 적절한 수준에서 연공급을 통제할 필요는 있다. 직무급의 장점은 개인이 보유한 숙련이나 노동강도의 차이를 공정하게 보상함으로써 조직몰입도가 커진다는 것이다. 무엇보다 단일 임금체계의 가장 큰 장점은 병원간 임금격차를 줄임으로써 형평성을 확보하는 데 있을 것이다. 그런데 임금격차는 임금체계의 개선만으로는 한계가 있다. 병원간 임금격차를 줄이기 위해서는 중소 영세병원에 대한 정부의 지원도 뒷받침되어야 한다. 환자 수가 적을 수밖에 없는 중소도시 지역의 경우 병원의 수익성이 낮을 수밖에 없다. 이런 병원에서 근무한다는 이유로 저임금을 용인하는 것은 의료의 공공성을 포기하는 것과 마찬가지다. 중소지역의 영세 병원에 대한 정부의 지원에 관해서는 노사정위원회와 같은 사회적 기구를 통해 해결하는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

## 제 V 장 결론

최근 일어난 메르스사태는 한국의 의료체계를 다시 돌아보는 계기가 되었고, 환자의 안전과 국민건강을 위해 새로운 혁신적 대책을 세우지 않으면 안 된다는 사회적 공감대가 형성되었다. 그동안 국내의 대형병원 또는 고급화가 한국의 의료체계의 문제점을 해결하는 데 전혀 도움이 되지 않는다는 것을 입증했다. 병원의 간호인력 부족이 국민건강을 얼마나 위협하고 있는지는 이번 메르스사태가 잘 보여주었다. 많은 가족·친지 또는 간병인이 환자를 돌보는 한국의 간병문화는 간호 인력 부족에서 오는 현상이며, 이로 인해 외부인들의 전염병 감염과 사회적 확산을 더욱 키웠다는 것이다. 사실 한국의 보건의료산업은 급변하는 보건의료 환경과 고령화 등으로 인해 오래전부터 근본적인 변화가 요구되고 있었다.

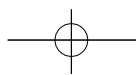
보건의료산업은 제조업이나 여타 서비스 산업과는 달리 생명을 다루며 공공성, 소비자 지식 결여, 독점성, 예측이 불가능한 수요 발생, 수요와 공급이 시간적 불일치하는 특성을 가지고 있어 국가의 규제가 적지 않게 있으며, 또한 의료보험이나 약국과 같은 제3자가 시장에 개입하는 독특



함을 갖고 있다. 보건의료 분야의 인력문제는 개별 노동자의 노동강도와 건강문제는 물론이거니와 이직률 심화, 환자의 안전 위협, 의료사고의 위협, 비정규직 확대 등의 문제로까지 확대되고 있으며, 국민의 건강권을 보장하기 위해서라도 이에 대한 대안이 필요하다고 할 것이다.

인력문제를 해결하기 위한 방안으로 우선적으로 보건의료인력지원특별법의 제정과 포괄간호서비스(보호자 없는 병원)의 전면 제도화를 추진하고, 아울러 지속적으로 비정규직 근로조건 개선과 정규직 전환 모색, 시간제 일자리의 개선이 필요할 것으로 보인다. 그밖에도 유희간호사 활용 및 구인구직연계시스템 구축, 현장적응능력 향상을 위한 재교육 프로그램 개발 등의 노력이 필요할 것으로 보인다. 보건의료노조는 오래전부터 인력충원과 보호자 없는 병동, 즉 환자에게 제공되는 모든 서비스는 의료기관에서 책임지는 ‘포괄간호서비스’ 제도의 도입을 주장해 왔다. 그리고 이를 제도화하여 지속가능하도록 만들기 위해 ‘보건의료인력지원특별법’을 추진하고 있다.

보건의료인력지원특별법(병원인력법)이 제정되면, 인력확충이 단지 병원사용자측의 비용부담 문제가 아니라 국가 차원의 과제로 제기되고, 법적 인력기준 마련과 인력확충을 위한 각종 지원의 법적 근거가 마련된다. 병원인력법의 핵심은 병원인력 지원을 국가와 지방자치단체의 임무로 명시, 보건의료인력 지원 종합계획 수립, 보건의료기관 등의 인력지원 및 개선에 필요한 종합적 실태조사, 보건의료인력 기준 준수, 보건의료인력 지원 심의위원회 설치, 그리고 보건의료 인력지원 업무를 전담하는 가칭 ‘보건의료인력원’ 설치 등이다. 보건의료인력지원특별법의 제정을 추진하는데 있어서 몇 가지 과제가 있는데, 그것은 첫째, 보건의료인력지원을 위해서는 관련법을 명확하게 개정하고 강화해야 한다. 두 번째, 보건의료인력지원 대상에 모든 직종과 의료기관이 포함되어야 한다. 세 번째, 보건의료인력 지원을 위해 보다 현실적인 절차와 방안이 필요하다. 인력문제를 제대로 해결하기 위해서는 범 정부차원에서 제도적 구심과 조직적 주체를 세워내는 것이 우선과제가 되어야 한다.



포괄간호서비스란 입원한 환자에게 간병인이나 보호자 대신 간호 인력이 종합적인 간호 서비스를 제공하는 것이다. 현재 2015년 기준으로 공공병원을 중심으로 포괄간호서비스 시범사업이 운영중인데, 전면 제도화는 2018년이다. 하지만, 일반인의 생각과는 달리 정부가 생각하는 제도화는 모든 의료기관에 1개 병동만이라도 포괄간호서비스를 시행하는 것으로 전면 제도화라기보다는 매우 제한적인 범위내에서 시행되는 것이다. 포괄간호서비스제도는 부족한 의료인력을 충원하는 가장 확실한 수단이며, 이에 따라 의료서비스의 질을 향상시키고, 종사자의 처우를 개선할 수 있는 만큼 의료 선진국 수준이나 OECD 수준으로 하여 전면적인 시행이 필요하다.

의료서비스의 질을 향상시키고 노동자의 처우를 개선하기 위해서는 보건의료인력 확충을 위한 정책과 함께 비정규직을 정규직화하기 위한 조치도 필수적이다. 병원은 환자의 건강과 생명을 돌보는 업무의 특성상 전문성, 책임성, 업무연속성, 협업성이 필요하다. 비정규직 고용은 이러한 업무의 특성에 따른 요구에 역행하는 것이다. 보건의료산업의 비정규직 문제를 해결하기 위한 방안으로 첫째, 보건의료산업은 업무특성상 직접부서, 간접부서로 구분해서는 안된다. 인건비 절감을 위해 전문성과 숙련이 필요한 병원업무에 비정규직을 채용하는 것은 메르스사태에서 드러난 것처럼 환자안전을 외면하는 것으로서 병원내 감염을 무방비로 확산시킬 뿐이다. 메르스사태를 계기로 병원은 비정규직의 정규직화 선도기관이 되어야 한다. 두 번째, 국민의 건강과 생명, 환자의 안전을 위해 상시업무에 정규직 고용을 원칙으로 해야 한다. 보건의료산업은 국민의 건강과 생명을 책임지고 있는 사업장임에도 불구하고, 상시업무에 비정규직 고용이 확대되고 있다. 직접 환자를 대면하는 업무, 환자진료에 필요한 기계를 다루는 업무, 환자치료에 필요한 약과 음식을 담당하는 업무, 병원시설과 의료장비를 가동하거나 담당하는 업무, 환자를 직접 이송하는 업무, 감염을 예방하는 업무 등 환자의 건강 및 생명과 직결된 병원업무에 대해서는 정규직 고용을 확고한 원칙으로 해야 한다. 세 번째, 비정규직법을 악용해서는 안되며, 근거없는 차별은 금지되어야 한다. 비정규직이 담당하고 있는 업무를 보면 정규직이 담당하고 있는 업무를 그대로 맡고

있는 경우가 많은데, 이것은 명백한 차별이며, 법 위반에 해당한다. 네 번째, 비정규직 고용과 그 효과에 대한 신중한 고려가 필요하다. 사용자 측은 비정규직 고용을 단지 비용 측면에서만 접근이 아니라 비정규직 고용으로 인한 의료서비스 질 저하, 직접고용으로 인한 업무 몰입도, 사기 진작, 의료서비스의 질 등으로 얻을 수 있는 효과 등 여러 가지 요소를 종합적으로 고려해야 할 것이다.

박근혜 정부는 경제가 어려워지고, 실업문제와 비정규직문제 등 고용문제가 심각한 사회적 문제로 등장하고 있는 상황에서 2013년 6월 “고용률 70% 달성 로드맵”을 발표하고, 그것의 일환으로 시간제일자리를 확대를 추진하였다. 보건의료산업에 시간제 일자리를 도입할 경우 각 부서별, 직종별로 의료서비스의 질이 떨어지거나 의료사고 발생의 위험이 높고, 업무차질이 발생하거나 풀타임 노동자와 시간제 노동자 간의 갈등이 발생할 우려가 높다. 여러 가지 문제가 우려되는데도 불구하고 시간제 일자리를 강요하는 것은 단순히 박근혜정부의 국정목표인 고용률 70% 목표를 달성하기 위한 수단이라고 생각할 수밖에 없다. 시간제 일자리 문제를 개선하기 위해서는 첫째, 보건의료산업은 시간제 일자리 확충이 아니라 현재 인력보다 2배의 인력이 확충되어야 한다. 보건의료산업의 심각한 인력문제를 해결하기 위해 특단의 조치가 필요하다. 두 번째, 일-가정 양립과 경력단절 해소를 위한 노동조건 개선이 우선적으로 필요하다. 육아기 여성노동자의 일-가정 양립을 실현하고, 우수한 보건의료인력의 경력단절 문제를 해결하는 것은 매우 중요한 과제라 할 수 있다.

2007년부터 대한간호협회 산하에서 유휴간호사 재교육프로그램을 실시하였으며, 2011년부터는 고용노동부 주관으로 대한간호협회 산하 지부가 유휴간호사 재취업센터를 설립하여 사업을 시행하고 있다. 2009년 2월부터는 고용노동부와 여성부 공동으로 여성 새로일하기센터(새일센터)가 지정·운영되고 있다. 한편, 2015년 하반기에는 대한간호협회와 대한중소병원협회의회는 컨소시엄 형태로 포괄간호서비스 확대를 지원하고 중소병원 간호사 부족문제 해결을 위해 간호취업지원센터를 설립하였다. 이러한 여러 노력에도 불구하고 근본적으로 간호인력에 대한 근로조건 개

선이나 근무형태 등에서 중소병원의 경우에는 많은 어려움을 겪고 있는데, 향후 개선방안 등을 각 주체별로 살펴보면, 첫째, 교육기관(간호대학)에서는 예비 간호인력에 대한 지속적인 진로상담과 취업자에 대한 관리가 필요하다. 두 번째, 병원에서는 간호사에 대한 근로조건 개선과 일-가정의 양립, 근로형태 개선을 통한 재취업 확대가 필요하다. 세 번째, 대한간호협회는 중소병원 간호인력에 대한 운영 현황을 조사하고 정보를 공개하여 인력난에 대한 해결방법을 공유할 필요가 있다. 네 번째, 유휴간호인력을 포함해 보건의료인력에 대한 포괄적이고 원활한 인력 활용을 위해서 정부 및 지자체는 앞에서 제시한 것처럼 보건의료인력지원특별법을 제정하고, 포괄간호서비스의 실질적인 시행, 근로조건 및 근무형태의 개선이 필수적이라고 할 것이다.

본 연구는 산업 종사자 중에서 간호사의 근로조건을 근무형태와 근로시간 그리고 임금체계를 중심으로 살펴보았다. 간호사는 우리 사회가 고령화함에 따라 그 수요가 점차 확대될 수 있는 직업 중에 하나다. 그럼에도 간호사의 일자리는 오히려 줄고 있는 것으로 나타나고 있다. 왜 그런가에 대한 물음으로 이 연구는 시작되었다. 연구결과, 간호사의 근로조건을 획기적으로 개선할 부분은 근무형태인 것을 알 수 있다. “나이트 때문에 그만두고 싶어요.” 라는 한 간호사의 호소는 울림이 컸다. 이는 야간 근무제가 기혼 간호사를 직장으로부터 단절시키고, 간호사의 장시간 근로를 유발하는 원인으로 작용하고 있었다. 미혼이었던 간호사가 결혼해서 아이를 가지게 되면, 직장생활 자체를 포기해야 하는 상황에 부닥치게 된다. 야간 근무는 일과 가정의 양립을 불가능하게 만드는 원인이었다. 이런 이유로 노조와 경영진은 야간근무를 개선하기 위한 노력을 하고 있으나, 그 효과는 크지 나타나지 않았다. 특히, 2000년 중반부터 노사 합의로 야간 고정근무제를 시행했지만, 대부분 병원에서 효과를 거두지 못하고 있다. 야간 고정근무제는 독일에서 일찍부터 시행하고 있는 제도로 간호사의 근로조건을 개선하는데 효과적인 수단이라는 점은 노사가 공감하고 있었다. 그리고 야간 고정근무제가 아예 쓸모없는 제도로 전략한 것은 아니라 일부 병원에서는 나름대로 정착하고 있는 경우도 있었다. 이런 사례를 기초로 현재 근무형태를 개선할 방안에 대해 다음과 같은 결론을

얻었다. 먼저, 야간 고정근무제가 활성화되기 위해서는 현재 야간근무일수를 줄여야 한다는 점이다. 현재 시행되고 있는 야간 고정근무제는 월 평균 15일에서 17일을 야간 근무를 한다. 이렇게 긴 근무일수는 야간 전담 간호사에게 메리트가 되지 못한다. 그래서 야간조 근무일수를 15일 이하로 줄일 수 있는 방안이 필요하다. 그 방안으로 3일 근무하고 3일 휴일하는 방안을 유력하게 검토할 수 있다. 게다가 연차휴가와 생리휴가 1일씩을 보장하게 되면 월 평균 근무일수는 13일이 된다. 이 정도 근무일수면 야간 고정근무제를 선호하는 간호사가 늘어날 것으로 기대된다. 또한, 야간 근로자의 선발을 선택적 일자리로 해서 경력단절자를 고용하는 방안을 검토할 수 있다. 결혼하면서 퇴사한 간호사를 다시 직장으로 유인할 수 있는 방안으로, 야간 고정근무제 일자리를 제안할 수 있을 것이다. 선택적 일자리는 주 2일 근무나 주 3일 근무로 시간제 일자리 형태로 운영하는 것이다. 이렇게 하면, 40대 중반 정도 나이의 기혼 간호사도 일과 가정을 양립할 수 있는 조건을 갖추게 되는 것이다.

다음으로 간호사의 장시간근로를 해소하는 문제이다. 간호사의 1일 평균 근로시간은 10.6시간으로 조사되고 있다. 그런데 간호사의 근무시간은 조마다 큰 차이를 보이고 있다. 즉, 3교대 중에서 야간조 근무시간이 가장 길었다. 오전조는 9.7시간이었고 오후조는 9.1시간인데 반해서 야간조 근무시간은 13.1시간이었다. 따라서 야간조의 근로시간을 개선한다면 주간조 간호사의 평균 근로시간을 줄일 수 있을 것으로 기대된다. 즉, 야간 고정근무제를 시행하고 주간만 근무하는 체도를 도입하면 간호사의 근무시간은 줄일 수 있다는 것이다. 그렇다고 주간조 근무시간도 짧다는 것은 아니다. 9.7시간과 9.1시간도 하루 평균 1시간 이상 연장근로를 하고 있다는 것이다. 따라서 주간조 근무시간을 줄이는 방안도 필요하다. 근로시간을 줄이는 방안으로 먼저 시차근무제를 고려할 필요가 있다. 시차근무제란 근무시간을 다르게 해서 서로 겹치게 만드는 것이다. 간호사의 업무는 시간에 따라서 업무량의 차이가 있다. 오전 이른 시간과 저녁 늦은 시간에는 업무량이 적기 때문에 인원도 적게 필요하다. 그러나 낮 시간대는 환자가 많기 때문에 업무량도 같이 늘어난다. 따라서 아침과 저녁 시간에는 적은 인원이 근무하게 하고 낮 시간대는 많은 인원이 근무하

게 하면, 전체적으로 업무 스트레스를 줄이는 효과를 기대할 수 것으로 보인다. 그리고 의료산업이 현행 근로기준법 59조의 근로시간 특례 산업에 해당하는 것도 간호사의 장시간근로의 원인으로 지적할 수 있다. 환자의 생명과 자연재해 등과 같은 재난이 발생할 경우를 위하여 규정된 이 조항은 불가피한 측면이 있지만, 그렇다고 이 규정 때문에 간호사의 근로시간을 규제하지 않을 수 없다. 따라서 이 조항은 응급실 근무자나 수술실 근무자 등 간호사 중에서도 일부 근무자에 한해서 제한적으로 적용할 필요가 있다. 일반적으로 외래근무나 병상근무자까지 포괄적으로 적용하는 것은 장시간 근로를 용인하는 결과를 하여 근로조건을 저하시킬 수 있기 때문이다. 이와 관련하여 지난 9월 15일 합의한 노사정 대타협안 내용 중에 노동시간 특례 업종에 대해 논의하기로 합의한 만큼 의료산업에 대한 적용여부를 노사정위원회를 통해 논의할 수 있기를 기대한다.

마지막으로 임금과 관련한 내용이다. 간호사의 평균임금은 346만원 수준이었는데 이는 영국보다는 월 80만원 정도 적고 미국의 절반 수준이었다. 그러나 일본의 간호사보다는 40만원 정도 많은 수준이었다. 간호사의 임금의 가장 큰 문제는 임금수준 보다는 병원규모에 따라 임금격차가 심하게 발생하고 있다는 점이다. 대학병원과 민간중소병원 간의 임금차이는 1년차 신입사원 기준으로 연간 1,000만원의 차이를 보였다. 따라서 이런 임금격차를 줄이는 방안이 필요한데, 직무급체제로 단일임금체를 구축할 필요가 있다. 하지만 직무급체제로 단일 임금체계를 적용하는 것은 장기적인 과제일 수밖에 없다. 따라서 현실적으로 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 등 비슷한 특성을 가진 병원 단위로 임금수준을 유형화하고 이 유형에 따른 간호사 표준임금을 정하는 것이다. 또는 병원별로 기본급을 단일하게 표준화한 다음 직무등급이나 직무환경, 그리고 숙련등급 등을 표준화하여 단계적으로 표준화를 확대하는 방안이다. 이렇게 임금체계를 단일화하면 임금격차를 줄일 수 있고, 산별노조의 교섭체계를 강화할 수 있는 장점이 있다. 그리고 무엇보다 임금격차를 줄이기 위해서는 정부의 지원이 필요하다. 의료산업은 지역에 따라 규모가 다를 수밖에 없고 환자 수 차이에 따라 병원의 수익도 결정되게 된다. 농어촌이나 중소도시에 위치한 병원이라고 해서 대도시 병원과 임금격차가 크다면 의료 양극화는

심화될 수밖에 없게 될 것이다. 의료 양극화 문제를 해소하기 위해서라도 정부가 개입해서 의료인에 대한 지원이 있어야 한다. 노사정위원회에서 이런 방안도 같이 논의될 수 있기를 기대한다.

아래의 <그림 5-1>은 이상에서 설명한 보건의료인력의 체계적 양성과 안정적 확보, 그리고 근로조건 개선을 통해 국민에게 양질의 의료서비스를 제공할 수 있다는 것을 제시한 것이다. 보건의료인력의 안정적 확보를 위해서는 앞에서 제시한 보건의료인력특별법의 제정과 시행, 포괄간호서비스제도의 전면 실시, 비정규직의 정규직화, 유휴간호인력 활용을 위한 재교육프로그램 등의 시행이 필요하다. 하지만 이러한 제도들은 근본적으로 보건의료인력에 대한 근로조건 개선 없이는 불가능하다. 즉, 임금 및 처우 개선, 각종 휴가제도 보장, 근로시간 및 교대제 근무 개선, 각종 일-가정 양립제도 등의 시행이 필수적이라고 할 것이다. 또한, 이를 이루기 위해서는 당사자 일방의 이해만을 주장해서는 실현하기 어려우며, 현 상황의 중대성을 고려하여 양보와 협조를 통해 현안을 해결해야 할 것이다. 그러한 측면에서 본다면, 노사정위원회의 역할 역시 필수적이라고 할 것이며, 궁극적으로 이를 통해 국민들에게는 양질의 의료서비스를 제공하고, 보건의료인력 역시 인간다운 삶을 영위할 수 있을 것이다.

<그림 5-2> 향후 개선 방향



## <참고문헌>

- 고용노동부(2012), 고용형태별 근로실태조사.  
국가통계포털(KOSIS), 병원경영실태, 각 년도.  
국가통계포털(KOSIS), 보건복지 관련 산업 일자리.  
국가통계포털(KOSIS), 전국사업체조사  
국가통계포털(KOSIS), 지역고용조사  
국민건강보험공단·건강보험심사평가원(2012), 건강보험통계연보(2013)  
고용노동부, 전국노동조합 조직현황, 각 년도  
고용노동부(2008-2010), 사내하도급 현황 조사  
문승원(2008), 병원 비정규 운영실태와 개선방안, 다산경영정보연구원  
민주노총(2014), “건강보험 수가결정구조 개편 합의 비판”, 이슈페이퍼  
2014-01  
보건복지부(2014), 보건복지통계연보  
보건복지부(2015), 간호사 경력단절 방지 및 재취업 활성화 방안  
전국보건의료산업노조(2009), 보건의료노조 50개 지부 실태조사  
전국보건의료산업노조(2012), 간호사 표준근로지침 연구보고서  
전국보건의료산업노조(2012), 간호사 2교대 및 야간근무전담 실시병원 현황  
전국보건의료산업노조(2008), 교대제보건의료노조보고서  
전국보건의료산업노조(2011), 보건임금실태조사보고서  
전국보건의료산업노조(2015), 2015년 보건의료 노동실태 최종보고서  
전국의료산업노동조합연맹(2015), 2015년 보건의료노동자 실태조사  
서울대학교(2015), 2015 춘계 병원의료정책 심포지엄  
신성균(2001), “보건의료서비스 시장개방 논의와 대응”, WTO 협상과  
국내 서비스산업 대응책 세미나, 산업연구원  
안형식(2012), 한국형간호간병서비스 제도적 수용방안  
위크인연구소(2013), 간호업무의 좋을 일자리 만들기 독일 벤치마킹  
이건정·유은주·황성우(2014), 경력단절 간호사 실태조사 및 재취업 지원  
사업 성과평가연구, 대한간호협회·이화여자대학교  
통계청(2012), 장래인구추계  
한국노동연구원, KLI 노동통계, 각 년도  
한국보건산업진흥원(2013), 2013 KHIDI 보건산업통계집  
OECD(2011~2015), OECD Health Data  
고용노동통계(<http://laborstat.moel.go.kr>)