

병원간병제도화 어떻게 할 것인가?

양봉석*

I. 머리말

급격한 출산율 저하와 여성의 경제활동참가율이 1970년 39.3%에서 2002년 49.7%로 10.4%나 증가하면서(통계청, 2003) 가족의 간병 및 노인부양기능이 급격히 떨어지고 있다. 반면에 급성기(병원) 간병으로만 연간 1조원의 비용과 1,000만명 이상으로 추정되는 국민이 고통받고 있다(건강세상네트워크, 2004). 보호가 필요한 34만명의 중증장애인(보건복지부, 「2005년 장애인실태조사」)에 대한 보호수발인은 배우자나 부모자녀 등의 가족이 대부분이어서 장애인 가정이 겪어야 할 경제적·심리적 고통은 이루 헤아릴 수 없을 것이다. 보사연에 따르면 65세 이상 노인의 독거 및 노부부가구가 51.2%, 요보호 대상 노인수는 2007년 기준으로 약 72만명으로 추정되며, 이후 미처 10년도 지나지 않은 2015년에 약 23만명이 더 증가해 95만명으로 늘어날 것으로 추정하고 있다. 노인요양의 문제는 노인이나 노인을 부양해야 할 세대 모두에게 삶의 질과 인간의 존엄성을 유지하고 사회적 비용으로 인한 국가경제의 타격과 의료재정 압박문제의 해결, 부모세대 봉양이라고 하는 공동체적 가치를 지키기 위해서라도 반드시 해결해야 할 시급한 과제가 되고 있는 것이다. 그럼에도 불구하고 지금까지 이 모든 부담이 가족과 개인에게 떠넘겨져 왔다. 그뿐만 아니라 이와 같은 간병의 사회적 수요를 가족 이외에 담당해온 5만에서 20만명에 이르는 간병노동자들이 존재함에도 이들에 대한 자격규정과 서비스에 대한 공식성을 국가가 방치하므로 인하여 기본적인 노동권의 실현조차 이루어지지 못하고 있으며 간병수발을 받고 있는 환자입장에서 엄청난 경제적 부담과 의료사각지대의 문제를 발생시키고 있는 것이다. 간병의 문제는 이미 사회적 문제로 국가와 사회가 함께 책임지는 구조로 시급히 전환되어야 한다.

본 논문에서는 간병노동시장의 현실을 통하여 간병제도화의 필요성과 쟁점, 과제와 대안을 제시하여 보고자 한다.¹⁾ 다만 요양기의 간병제도화는 지면 제약상 노인수발보험

* 중앙가사간병교육센터 사무처장(dosam21@hanmail.net).

1) 공급자(간병인력을 배출하고 파견하는 기관이나 업체)의 성격에 따라 공공부문과 민간부문으로 나

제도 도입과 관련하여 제도화가 진행중이므로 다루지 못하고 병원간병제도화 문제로 한정한다.

II. 본론

1. 간병노동시장의 실태와 문제점

가. 공공부문

공공부문 간병사업의 실시목적은 저소득층의 자활자립과 사회복지서비스의 확충이다. 국민기초생활보장법상의 자활근로에 의한 복지간병사업, 노동부와 복권기금재원, 우정사업본부 등 기업사회공헌재정에 의한 사회적 일자리형 무료간병사업이 있다.²⁾

이는 자활후견기관, 실업관련 단체, 의료생협, 사회복지관련 기관에서 실시하고 있고 자활후견기관의 사업규모와 비중이 가장 높다. 병원(대도시에서 비율이 높음)과 재가(도농복합, 농어촌에서 비율이 높음)의 간병서비스가 필요한 저소득층이나 일반인에게는 무료 또는 유료로 간병인을 파견해 주고 있으며 사업참여자 및 특성은 기초생활수급권자, 차상위(복권기금은 150%까지 확대), 40~50대 중장년 여성들이다. 이론, 실기, 실습을 포함하여 120시간의 교육을 실시하고 있으며 간병인력 중에는 가장 체계적이고 안정된 교육운영체계를 가지고 있다.

근로조건은 1일 7~8시간, 주5일 근무에 4대 보험과 책임배상보험³⁾을 적용받고 있으며, 월급여가 자활근로 사회적 일자리형이나 복권기금은 65만원, 자활근로 시장진입형

누어 실태와 문제점을 살펴보고자 한다. 공공부문은 국가(일반회계, 복권기금)나 기업의 사회공헌재원에 의해 실시되는 영역으로 저소득층(기초생활수급권자나 차상위, 차차상위)의 자활자립과 노동통합을 목적으로 실시되는 자활근로나 사회적 일자리사업이 있다. 병원간병문제로 한정함에 따라 공공부문 중 재가서비스를 담당하는 노인복지법에 의한 가정봉사원파견센터의 가정봉사원 파견사업은 제외한다.

- 2) 자활근로 복지간병사업은 시장진입형과 공익형으로 분류하는데 시장진입형과 노동부 사회적 일자리사업은 사업참여자들이 민간부문 간병시장에 일정기간 참여 후 수입금을 적립하여(자활근로임금은 국가에서 지급받는다) 자활자립을 희망하고 조건을 갖춘 참여자들의 독립적인 공동체(공동창업과 협동조합 방식의 운영) 설립을 목적으로 한다. 자활근로 공익형과 복권기금, 사회공헌에 의한 사회적 일자리형은 노동통합형으로 저소득층 대상의 무료간병서비스만 제공하고 있다.
- 3) 간병업무 중 환자에게 피해를 입힐 경우 배상해 주는 보험, 자활후견기관의 간병사업단에서 최초로 실시하고 있다.

은 80만원 선이다. 근로조건이 좋고 인력관리가 체계적이나 100% 국고로 운영되는 사회적 일자리프로그램으로서 저임금과 지속성 여부(10개월 단위로 재계약 실시)로 꽤 많은 일자리가 못된다는 비판이 있다. 무료서비스의 경우 서비스 대상이 저소득층 중심으로만 이루어지고 있어 차상위 이상의 간병서비스가 필요한 국민들에게 혜택이 미치지 못하고 있다. 유료간병의 경우 민간부문 간병노동시장의 한계(사회적 일자리보다 임금과 노동조건이 열악함)로 시장진입을 통한 공동체 만들기가 어려워 공공부문에 정체되어 있다.

나. 민간부문

‘서울대병원제자리찾기공대위’⁴⁾ 조사자료를 인용하여 유료직업소개소의 문제점과 간병노동자들의 노동실태를 중심으로 간병노동시장의 문제를 정리해본다.

병원에 간병인력을 파견하거나 알선하는 대부분의 주체는 유료직업소개소이다. 현재 간병인유료직업소개소 규모는 파악되지 않고 있다. 유료직업소개소의 협회인 한국고용서비스협회 관계자에 따르면 전국에 유료직업소개소는 대략 7,000~8,000개, 간병전문 유료알선소개소는 200~300개, 병행하는 데는 더 많을 것이라고 추정하는 정도이다.

간병유료직업소가 여러 가지로 많은 문제점을 가지고 있는데 첫째, 소개료와 각종 부대비용을 과다하게 징수하고 있다는 것이다. 직업안정법상 3만원으로 제한된 월회비를 지키는 곳은 거의 없었고 입회비, 평생회원 가입비, 교육비, 의복비, 신발값, 이런 저런 명목으로 소개소에 가입하기 위해 간병인들이 지불해야 하는 비용은 7~22만원에 달하는 것으로 나타났다. 둘째, 신체수발을 다루는 업무의 특성에도 불구하고 변변한 교육조차 거의 이루어지고 있지 못하다는 것이다. 정기적으로 교육을 하는 곳은 거의 없고 있다 하더라도 형식적이며 오히려 교육이란 명목으로 무급노동을 강제하는 경우도 있다고 한다. 셋째, 무원칙한 간병알선이다. 소개소에 뒷돈을 주고 잘 보이지 않으면 일자리를 주지 않거나 나쁜 일자리만 얻게 된다는 불만도 수집되었다. 다음으로 직업소개소가 불법근로자 공급행위를 하고 있는 문제이다. 소개업체들은 각 간병인에 대한 근무평가 결과를 병원 간호부에 보고하였으며, 간병료 가이드라인은 병원에서 정해준다. 간병인이 병원에 새로 들어가면 간호부에 이름과 담당환자 등에 대해 신고해야 한다는 점도 모든

4) 서울대병원은 일반병원처럼 유료간병소개업체와의 협약이 아니라 고용은 아니지만 간호부에서 간병인을 직접 교육, 관리, 알선하여 나름의 공공성을 유지하고 간병인들도 자부심과 소속감을 가지고 활동하였다. 2004년 병노련의 간병인 분회결성을 계기로 병원측에서 일반병원처럼 유료업체와의 계약으로 전환하려는 시도에 대하여 간병인들의 반대투쟁과정에서 이를 지원하기 위하여 결성된 시민사회단체의 연대기구이다.

병원에서 공통적으로 발견되었다. 아예 간병서비스의 질 유지 차원에서 병원 지정업체를 정해서 협약을 정하는 경우도 있다. 환자로부터 항의가 들어올 경우에는 문제된 간병인을 일자리에선 빼고 다른 간병인을 보내준다. 문제된 간병인은 징계 차원에서 상당 기간 동안 일자리를 받을 수 없다. 소개소의 관리자(실장 등과 같은 관리자)가 간병인의 업무에 대해 감독하고 통제하는 경우도 확인되었다. 직업소개소는 말 그대로 소개만 하는 것이지 소개된 노동자가 일하는 과정에 대해 개입할 권한이 없다. 소개뿐 아니라 지휘감독을 행한다면 파견근로 같은 근로자공급사업과 마찬가지로지이다.

간병인의 노동조건을 살펴보면 우선 최저임금에도 못미치는 저임금을 받고 있다. 간병료는 12시간 간병시 35,000원(병원에 따라 3만원, 4만원인 곳이 있음), 24시간 간병시 50,000원이다. 이는 식대, 교통비 모두 포함된 액수로 1일 8시간으로 환산하면 16,666원으로 2005년 최저임금 24,800원에도 못미치며 이를 226시간으로 환산하면 월 50만에도 못미치는 저임금이다. 이렇게 임금이 낮은 데에는 임금체계가 전무하다는 점도 원인이 된다. 유급주휴, 추가수당 등의 문제는 보호자 개개인의 성향에 따라 좌우되고 있는게 현실이다.

둘째, 장시간 노동에 시달리고 있다. 간병노동자들은 대부분 일요일 오후 2시에 들어와 근무를 시작하면 토요일 오후 2시에 근무를 마치게 되며 주6일을 24시간씩 결국 144시간을 일하게 된다. 이는 보통 근로자들의 3배가 넘는 시간이다. 밥먹는 시간 외에 환자 곁을 떠날 수가 없다. 밤에 자는 시간도 중증환자나 내과, 신경과에서는 거의 잠을 잘 수가 없다. 간병인들이 6일 근무 후 1일 쉬지만 그마저도 집에 돌아가면 그간에 밀린 가사일과 앞으로의 6일 동안 필요한 일을 준비하고 나와야 하는 여성노동자들이다.

“냉동시킨 밥 1주일치를 싸와서 먹는다. 국물 한번 제대로 못먹고 일한다. 그것마저 환자 식사수발이 끝난 후 먹어야 하니 제때 못먹는다. 식사시간을 정기적으로 보장했으면 한다”는 한 간병인의 하소연은 간병노동자들의 열악한 노동조건을 단적으로 표현하고 있는 것이다.

셋째, 산업재해 문제이다. 조사 사례 중 산재보험이 적용되는 경우는 전혀 없었다고 한다. 휴일도 없이 아픈 사람을 지속적으로 상대하는 간병일은 정신적·육체적으로 만만치 않은 노동이다. 대부분의 간병인들이 장기적인 수면장애로 인해 안구건조증을 갖고 있으며 과체중환자나 무의식환자를 간병하면서 체위변경을 규칙적으로 해주게 되는 경우가 많아 등이나 허리 근육통이 심하고 디스크에 걸리기도 한다. 24시간 주6일을 연속 근무하면서 피로가 누적되어 감염이 될 가능성이 많음에도 아무도 간병인의 건강에는 관심이 없다. 간병일로 인한 직업병이 분명해도 산재처리를 받는다는건 상상조차 못할 일이다. 오히려 아프다는 것을 숨기며 일해야 한다.

넷째, 휴게 공간의 문제이다. 늘 환자와 함께 있는 것은 육체적으로나 정신적으로 부

담스러운 일이다. 24시간 주6일 병원에서 생활하는 간병인에게 간병인만의 휴게공간은 절실한 문제이다. 일반 휴게실에 앉아 있을 경우 수간호사의 지적이 들어오기 때문이다. 그러나 조사된 22개 병원 중 간병인을 위한 휴게공간이 있는 곳은 한 군데도 없다. 설 때는 환자 옆에서 쉬고 옷을 갈아입거나 편하게 앉아 쉴 곳도 없다. 옷 갈아입을 곳이 없어서 화장실이나 병원 침실 밑, 병실 커튼 뒤에서 갈아입는다.

마지막으로 간병인에 대한 일방적인 책임전가이다. 간병업무 중 환자에게 피해를 입히는 경우가 발생할 수 있다. 문제는 피해발생의 원인, 피해발생의 정도와 상관없이 간병인에게 책임을 전가하거나 과하게 책임을 묻는 경우가 많다는 것이다.

2. 간병노동시장 문제의 정의

간병노동시장 문제의 원인은 일차적으로 간병노동을 비공식부문으로 방치하고 있기 때문이다. 현재 간병인은 병원에서 간호인력의 부족을 메우는데, 그 수는 적게 잡아도 약 5만명 이상이 현실적으로 명백히 존재한다. 법률(국민기초생활보장법)과 국가의 재원으로 운영되는 공공기관(자활후견기관)의 공식적인 사업이며 때로는 의료영역을 넘나드는 간병업무 내용상 업무영역을 명백히 규정하고 보다 전문적이고 체계적인 교육과 자격이 요구된다는 것은 이미 주지의 사실이다. 그럼에도 간병인에 대한 법적 규정은 “직업안정법 제19조 제1항, 노동부 고시 제 97-21호 국내유료직업소개 요금 등 고시 제1항에 따르면 과출부, 간병인 등 일용근로자를 회원제로 소개, 운영하는 경우에는 그 소개 요금에 갈음하여 월 3만원의 범위 내에서 회비를 징수할 수 있다”가 전부이다. 노동부의 해석을 따르면 간병인은 환자와 근로계약을 맺은 노동자라고 한다. 일용노동자에게 국가차원의 체계적인 교육훈련이나 자격인정체계가 마련될 수 없다. 간병인에 대한 사용자책임이 개별 환자에게 전가되는 상황에서 간병인 노동조건관련 체계가 마련될리 없고 국가나 사회가 책임질 만한 근거를 찾기 힘들다.

두번째로 병원의 영리추구와 유료직업소개소가 만들어낸 불법적인 고용구조의 문제이다. 이는 다음의 세 가지로 요약할 수 있겠다.

① 자본주의 발달단계에서 소위 용역서비스업종이 일반화되고 용역서비스업종 중에서도 노동자본능력이 열악한 저소득층들이 종사하는 업종일수록 불안정고용과 최악의 임금 및 노동조건에 내몰리게 된다. 간병의 경우 많은 자본을 들이지 않아도 손쉽게 운영할 수 있는 장점으로 인하여 영세업체들이 난립하고 있고 열악한 간병노동자의 저임금에서 수익구조를 형성하고 있다.

② 병원은 이윤추구를 위하여 경영난을 이유로 간호인력을 충분히 확보하지 않고 환자에게 그 부담을 전가시키고 있다. 그럼에도 불구하고 경쟁이 치열한 간병알선업체들

에 대한 절대적인 계약권을 이용하여 간병인들에 대한 실질적인 통제권을 행사하면서 마치 직접고용인처럼 간병인을 활용하고 있는 것이다.

③ 일자리가 필요한 간병인은 임시·일용직의 자격으로 환자와 직접 계약하여 노동하고 있음에도 불구하고 고용관계에 있지 않지만 알선, 소개의 권한을 가지고 있는 간병업체와 직접 통제권을 행사하는 병원 간호인력의 관리운영체계 내에서 임금과 노동권을 제약받으며 최저임금에도 못미치는 저임의 불완전 고용상태를 지속하고 있다.

3. 병원간병제도화의 내용과 필요성

간병의 사회적 문제를 해결하기 위하여 급성기와 장기요양분야 간병에 대하여 국가 정책으로 제도화가 실현되어야 한다. 장기요양분야는 노인수발보험제도가 도입되면서 방향이 잡혔고 급성기는 간병인을 의료인력체계에 포함하여 국가자격화하고 건강보험 재정에 간병수가를 포함하는 것을 골자로 하는 제도화가 필요하다.⁵⁾

사회보험의 적용을 골자로 하는 간병의 제도화는 사회연대의 원리에 의해 국민들에게 보편적인 간병서비스를 제공함으로써 개인으로부터 국가와 사회의 책임으로 전환하는 정책수단이다. 이를 통하여 환자와 보호자의 경제적 부담을 경감하고 병원의 책임성을 강화하여 간병사고와 같은 의료사각지대 해소가 가능해진다. 보호자 없는 병원을 실현하여 의료서비스의 향상을 기대할 수도 있다. 또한 간병의 사회보험화는 간병노동자의 자격화와 노동에 대한 지불능력을 국가차원으로 격상시켜 안정적인 일자리로 만들 수 있는 계기가 될 것이다. 국가가 관리하는 자격화와 건강보험수가 책정으로 일용노동자의 지위에서 전문직으로의 전환과 병원 직접고용의 계기가 마련될 수 있으며 외부공급의 경우라도 정규근로자에 해당하는 노동권의 보장과 8시간 기준으로 최저임금 이상의 임금 가이드라인이 책정될 수 있기 때문이다. 병원간병제도화는 간병사회적 일자리의 후속대안 마련을 가능하게 하는 계기가 될 수도 있다. 왜냐하면 병원간병제도화는 비공식부문으로 방치된 현재의 간병노동시장 구조의 개선을 가능하게 하므로 일정한 계획과 노력이 전제된다면 공공부문에만 머물러 있는 정체현상을 해소하고 간병사회적 기업과 같은 자율적이고 자립적인 간병공동체를 만들 수 있을 것이기 때문이다. 제도화 시기와 관련하여 급성기 병원간병은 2008년 시행예정인 노인수발보험제도 시행과 맞추어 제도화하여야 한다. 그래야만 급성기-아급성기-요양기라는 서비스 요구도별 상태에 따라 균형 있게 제도가 정착될 것이고 예상되는 문제점을 최소화시킬 수 있을 것이다.⁶⁾

5) 병원간병제도화의 방안에 대하여는 보건사회연구원 황나미 박사의 ‘의료기관 간병서비스 현황과 개선방안’ 중 의료기관 간병서비스 개선방안을 참조, 필자는 위 보고서의 기본 기초에 동의한다.

6) 예를 들어 병원간병이 제도화되지 않을 경우 병원이나 재가보다 요양병원으로 집중될 우려가 있으

그러나 병원간병제도화가 국민보편의 서비스와 간병노동자의 안정적 일자리 수단이 되기 위해서는 국가의 재정책임 강화, 병원과 직업소개소에 의한 왜곡된 공급 및 고용 구조의 개선, 서비스 전달체계의 공공성 확보, 사회적 기업에 의한 서비스 제공주체 주도, 시민사회의 참여보장 등 추가적인 제도적 보완이 필요하다.

4. 병원간병제도화의 쟁점

다음으로 병원간병제도화를 둘러싸고 예상되는 쟁점과 문제점에 대한 견해를 정리해 보고자 한다.

가장 먼저 제기될 수 있는 쟁점은 병원간병제도화에 따르는 국민의 호응과 재정부담의 문제이다. 대상 축소문제로 쟁점이 되고 있는 2008년도 노인수발보험 도입시의 정책 대상(수발필요대상 12.5%, 정책대상 3%)으로도 2008년 1조 2천억, 2009년에 1조 9천억이 투여되는 상황에서 급성기 제도화에 따른 추가재정이 소요될 경우 정부재정과 국민의 수용성 문제가 제기될 수 있기 때문이다.

재정소요에 대하여는 현재의 입원환자 상태를 고려하여 간병수가를 차등 적용하는 방식을 고려해 볼 수 있겠다. 2005년 기준 입원환자가 약 450만명 정도인데 80% 정도의 재원일수가 2주 이내이다. 2주 이내 급성기는 집중적인 의료적 처치가 필요한 시기이고 정확한 욕구조사는 안해 보았지만 2주 이내의 단기 입원환자의 경우 가족의 간병부담이나 경제적 부담이 적을 수 있으므로 2주 이내는 간병료의 10% 정도만 부담해 주고, 2주 이상 1개월, 1개월 이상 장기로 구분하여 차등 적용하고 6개월 이상의 장기환자는 수발보험에서 커버하도록 하는 방안을 강구하면 실제 제도화에 따른 부담은 크지 않을 수 있다. 단기 입원환자의 경우도 간병료 부담은 공동간병인제⁷⁾를 적용하면 부담이 경감될 수 있을 것이다. 그리고 노인수발보험제도 도입으로 노인환자가 분리되고 의원급 병실을 배제하면 건강보험재정의 절감효과가 상당할 것이고 실 간병인력 운영에 따른 비용 부담도 적을 수 있다. 간병사회보험화에 대한 국민의 수용성 측면에서는 황나미박사의 보고서에도 보호자 없는 병동 이용에 대한 견해조사에서 72.9%의 높은 응답률을 보였고 장기요양보장제도 도입에 대한 여론조사에서도 85.2%(2004년 공적노인요양제도실행위)의 압도적 지지율을 보인 것으로 충분한 답변이 될 수 있을 것이다.

두번째로 급성기 간병업무는 간병인력이 아니라 간호사나 간호조무사인력을 늘려서 간호인력이 담당해야 한다는 입장에 대한 견해이다. 2005년 OECD Health Data에 의하면

므로 간병제도화는 이러한 편중해소의 안전장치가 될 것이다.

7) 환자 1명당 간병인 1명이 감당하는 1대1 간병이 아니라 간병인이 필요한 여러 환자가 간병인 1인을 고용하는 방식이다.

종합병원급 이상 의료기관의 간호사 1인당 평균 담당병상수는 2.7로 미국 0.71, 영국 0.56 등 선진국에 비해 턱없이 많은 현실을 감안할 때 적정수의 간호사 확보는 필수적이다. 또한 급성기의 간병은 간호사가 담당하는 것이 가장 이상적일 것이다. 그러나 간호인력에 대한 지불보상체계를 현실화하여 간호인력을 늘리고 급성기간병의 업무는 간호조무사에게, 요양병원 등은 간병인에게 맡기면 된다는 식의 단순논리로 정리될 수 있는 문제가 아니라고 판단된다.

첫째, 간호인력은 병원업무에 관련된 직접인력으로서 이해되어야 하는데 왜 반드시 간호수가, 간호관리료라는 명목의 보전이 전제되어야만 적정수의 간호인력이 확보될 수 있는가 하는 문제의식이다. 병원 경영의 문제로 이야기하는데 물론 적자로 폐업하는 곳도 있지만 잘나가는 병원들은 하루가 다르게 규모를 확장하고 있다는 것은 눈으로도 확인되는 일이다. 병원 경영에 대한 투명한 공개와 이해가 전제되어야 설득력을 지닐 수 있다.

둘째, 간호사, 간호조무사, 간병사간의 업무규정과 역할분담조정의 문제가 선행되어야 한다. 현재 병원은 자격증을 기준으로 하는 것이 아니라 이해관계에 따라 간호인력을 사용하고 있다. 8)간호조무사는 의료인력은 아니지만 의료인력에 준하는 역할로 규정되고 있는데 최근 간호사법 제정을 둘러싸고도 의사, 간호사, 간호조무사간에 첨예한 견해 차이를 나타낸바 상호간에 업무와 역할에 대하여 의료계 내에서도 정리가 안되어 있고 이해관계가 대립되어 있는 실정이다. 이런 상황에서 간호조무사를 간병인력으로 규정한다면 수가체계상 임금의 하락이 예측되고 병동에 투입되어 대소변처리 등 신체수발과 관련된 업무를 수행하여야 하는데 과연 간호조무사 당사자들의 동의가 될 것이며 가능하겠는가 하는 의문이 제기된다. 신체수발업무는 3D업종으로서 인성과 경험을 겸비한 경력 있는 중장년에게 적합한 업무라는 것이 현장에서 경험한 필자의 견해이다. 이러한 업무가 자격증 소지여부만으로 될까? 일본의 개호인력처럼 전문자격증은 소지하였는데 임금은 낮고 업무는 힘들고 전문직업인으로서 자긍심을 갖을 수 없다면 잦은 이직률(현재도 간호조무사의 평균 근속연수가 3년임)로 국민의 입장에서는 돈은 돈대로 내고 제대로 된 서비스는 못받는 심각한 결과를 가져올 수 있다는 우려를 지울 수가 없다.

셋째, 매우 현실적인 이유인데 ‘병동 간호사 1인당 담당병상수, 병원급 이상 의료기관의 간호등급 현황을 살펴보면 1등급 기관은 종합전문요양기관 중 2.4%에 불과(서울의 삼성병원만 해당)한 현실에서 적정인력 이상을 일시에 간호인력으로 충당하라는 것은 재정적으로 매우 큰 무리일 뿐 아니라 5만명 이상의 간병인이 일시에 일자리를 잃는 사회적 문제가 뒤따를 것이다.9)

8) 의원급은 간호사 대신 간호조무사를, 병원급은 경력있는 간호조무사보다 신입 간호사를 그리고 병동은 간병인력이 담당한다.

마지막으로 기존 간병업무의 내용상 간호인력과 업무구분은 명확하며 업무내용의 특성상 굳이 고임금의 간호인력이 수행할 필요가 있겠는가 하는 것이다. 이는 건강세상 네트워크의 현장실사자료에서도 나타나고 있고 “대학병원의 3개월 이상 장기입원환자에게 매일 제공된 의료행위를 분석한 결과, 입원 후 3~4일에 필수서비스는 거의 공급되었으며 7~10일 이후에는 정기관찰과 동통관리, 입원실 및 식사 공급 등 보존적 케어로 서비스 범주가 극히 국한되어졌다”는 연구결과¹⁰⁾가 시사점이 될 것이다.

간병인의 서비스 내용별 응답자 순위는 다음과 같다(건강세상네트워크, 2004).

침대시트 정리 및 청결업무/가능한 운동을 돕는 행위/침상 밖에서 환자이동 보조/식사 및 음료 보조/침상에서 자세바꿔주기/심호흡, 기침 필요시 보조/정상체온유지 보조(담요 덮어주기, 부채질 등)/각종 검사실 이동시 보조/휴식이나 수면에 도움/옷 갈아 입히기/용변보조... 이하 생략

5. 제도화에서 필수적으로 고려할 점

간병의 제도화는 간병으로 인한 사회적 문제를 해소할 수 있는 최선의 정책이지만 제도화가 된다고 했을 때 가장 우려스러운 상황은 또 다른 형태로 임시일용직을 양산하는 것이다. 그러므로 산재보험법처럼 우선적으로 건강보험법과 시행령, 시행규칙에 간병인의 자격조건, 양성, 근로조건 등을 명시하여 고용과 자격에 관한 근거와 제도적 안전장치를 마련하여야 한다. 간병제도화로 직접고용의 경우와 외부공급의 경우가 발생할 것이므로 각 경우의 문제와 해결과제를 살펴본다.

간병업무의 특성(도급제처럼 특정업무 전체를 아웃소싱할 수 있는 것이 아니라 병동 내에서 간호인력의 지휘·통제하에 제한된 업무를 수행하는 인력)과 간병인들의 노동권 확보 및 안정적 일자리 창출의 측면에서 의료기관에서 직접 고용하는 것이 가장 바람직하다. 그러나 비정규직 고용의 형태가 많을 것이므로 의료법은 아니라도 ‘간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙’에 명시하고 의료관리체계 내에서의 업무를 분담하도록 하여야 한다. 그래야 최소한의 신분보장과 처우가 보장될 수 있을 것이다. 제도화를 전제로 외부에서 고용할 경우 간병노동시장의 실태에서 밝힌 불법의 소지를 해소하기 위하여 간병인 공급조직은 파견근로사업을 할 수 있는 사업자로서의 자격조건을 갖추도록 하고 병원도 간병공급업체와 파견근로에 관한 계약을 체결하는 것이 필요하다.

9) 2006년 4월 18일 보사연에서 개최된 ‘의료기관 간병서비스 개선을 위한 토론회’에서도 병원과 간호계의 입장은 적정인력의 간호사 확보를 전제로 병원간병제도화에 찬성하는 입장을 보였다.

10) 조소영, 「적정보건의료서비스 선택을 위한 의사결정에 관한 연구-장기치료의 질과 비용에 대한 기대충족을 중심으로」, 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문, 1992.

그러나 위와 같은 문제로 보아 간병노동시장을 영리화하는 것이 맞는가 하는 근본적인 의문이 제기된다. 국공립병원부터 직접 고용하고 외부파견의 경우라도 간병인이 소속된 공공부문 비영리조직이 주도하도록 하는 것이 바람직하다고 판단되므로 막대한 정부재정과 민간의 역량이 투입된 자활간병사업조직 등을 최근 논의가 활성화되고 있는 사회적 기업¹¹⁾의 형태로 규모 있게 육성하는 등의 정책적 대안이 필요하다. 자활후견기관에서 독립한 간병공동체가 정상적인 사업자등록을 하고 고용관계가 성립될 경우 간병인 소득을 100만원으로 가정하면 4대 보험으로만 15만원 가량이 소요되고, 고용인원이 10명만 되어도 모두 인건비인데 매출액이 많이 잡히게 되어 부가세(면세대상이 아님)와 사업소득세 문제가 발생한다. 그러므로 비영리 간병조직의 경우 4대 보험과 부가세 등을 면제해 주는 방안을 고려하여 볼 필요가 있다. 그리고 비영리 간병조직이 현행법에서 규정한 대로 파견근로사업이 가능한 조건을 갖추기가 어려우므로 일정한 요건을 갖추면 파견근로사업자의 자격을 부여하는 것이 필요하다. 노동부에서 추진중인 ‘사회적 기업지원법률’¹²⁾의 제정이 참조가 될 수 있을 것이다.

일예로 일본의 고령자고용안정법 개정안에 따르면 ‘실버인재센터’가 파견근로가 가능토록 특례조치로 만들어준 사례가 있다.

III. 맺음말

결론적으로 병원간병으로 인한 경제적·심리적 부담이 보편적이고 심각한 사회문제이며, 이 문제를 해결하지 않고서는 저출산 고령화시대의 사회문제는 증폭될 수밖에 없으며, 이로 인한 사회적 비용은 천문학적으로 높아질 것이다. 이러한 현실을 방치한다는 것은 국가의 직무유기라 할 수 있다. 간병노동자의 입장에서 제도화를 통한 괜찮은 일자리 만들기는 너무도 절박하고 간절한 문제이다. 그러나 얼마 전 모 워크숍 자리에서 “일본의 개호보험은 개호인력의 희생 위에서 존립한다”는 노동건강연대 스키치 아키

11) 자본주의적 기업처럼 이윤추구를 위하여 수단으로서 노동력을 고용하는 것이 아니라 지역사회주민들의 생활과 밀접한 관련을 갖는 환경, 복지, 교육, 문화 영역에서 고용창출과 수익의 사회환원을 목적으로 한다. 사회적 기업은 수익 때문에 서비스의 질을 희생하지 않으며 효율성을 이유로 고용의 질을 파괴하지 않는 대안적 기업모델이다. 노동과 경영의 일치를 통한 자율성과 창의성, 노동의 자기결정권을 존중하면서도 경영의 효율성을 추구한다. 그러므로 사회적 기업의 정착을 위하여는 국가사회적인 지원과 시민사회의 주체적 참여가 필요하다.

12) 일정한 요건을 갖춘 조직을 사회적 기업으로 인증하고 면세 및 4대보험을 면제하는 등 지원조치를 행하는 것이 주요 내용이다.

라씨의 전언은 가히 충격적이었다. 일본 개호보험 개호서비스제공기관의 42.5%가 민간 기업이고 시장논리가 접목된 결과이다. 정부는 간병을 포함한 돌봄노동의 문제를 고용친화산업육성차원에서 접근하고 있고 노인수발보험제도도 일본의 개호보험을 벤치마킹하고 있는 상황에서 결코 남의 일이라고 할 수 없으며 바로 우리의 현실로 예견되는 바이다. 간병수발의 업무가 철저히 사람의 노동력과 정성에 의존할 수밖에 없고 따라서 간병노동자의 근로조건은 간병서비스의 질을 좌우할 수밖에 없다. 그러나 지금의 간병노동현실은 서비스의 질을 논하기 이전에 인간의 기본권조차 실현되고 있지 않으며 제도화를 통하여 오히려 악화될 수 있다는데 문제의 심각성이 있다. 현실의 문제를 해결하고자 도입한 제도가 현실의 문제를 오히려 악화시켜서는 안될 것이다. 다시 한번 제대로 된 간병제도화를 간절히 소망하고 촉구한다. **KL**