hpm 보건행정학회지 2015;25(2):129–139 | ISSN 1225-4266
Health Policy and Management Vol.25 No.2, 129-139
http://dx.doi.org/10.4332/KJHPA.2015.25.2.129

ORIGINAL ARTICLE

정책네트워크 이론을 이용한 간호사 확보를 위한 정책과정 분석

고유경[1] · 박보현[2]

[1]원광대학교 의과대학 간호학과, [2]창원대학교 간호학과

An Analysis on the Nurse Expansion Policies through Policy Network

Yu-Kyung Ko[1], Bo-hyun Park[2]

Department of Nursing, Wonkwang University College of Medicine, Iksan; Department of Nursing, Changwon National University College of Natural Science, Changwon, Korea

Background: Policy network theory was proved to be an appropriate analytic tool for the current social welfare policy making process. This study aimed to analyze policy making process related to the nurse expansion and policy output while focusing on the interactions and activities among various policy actors.
Methods: In this study, we used reports related to the need for expansion of nursing personnel journals, dissertations, newspaper articles, for hearings and debate policies for securing nurse data, and interviews. We examined three components of policy network, that is, policy actors, interactions, linkage of interest.
Results: For that to expand the nurse before the 2000s in expanding the supply of medical supplies have been conducted without much disagreement among policy actors under the government's initiative. However, there was lacked a close relationship between the expanding supply of nurses and inaccurate analysis of supply and demand. As the policy is applied between the various policy actors' needs and claims, conflict was intensified and many policy options had been developed. Government only took a role as a coordinator among policy actors in the 2000's. Also, it was difficult to find sufficient and clear evidence that policy-making process based on fair judgment.
Conclusion: Therefore, it is urgently required to determine the policy through a social consensus to address the appropriate policy means and the process by correct analysis of the policy issues.

Keywords: Policy network; Nursing staff; Policy making process

서 론

1. 연구의 필요성

보건의료산업은 노동집약적인 특성으로 인해 다른 산업에 비해 생산성 향상의 한계를 지니고 있고 직종 간 폐쇄성으로 인해 업무의 기능적 협조에 제약이 많다. 따라서 적정수준의 보건의료인력 수급이 무엇보다도 중요하다. 특히 간호인력은 보건의료인력 중에서 가장 큰 비중을 차지하고 있고, 보건의료 공급의 효율성 증진, 나아가 국민 건강수준의 증진에 크게 기여하고 있으므로 간호인력의 효율적인 활용이 무엇보다 중요하다. 2007년 Agency for Healthcare Research and Quality는 90개의 문헌을 바탕으로 체계적 문헌고찰을 실시한 결과, 간호사 확보수준과 환자결과 간에 유의한 연관성이 있다는 결론을 내렸다[1]. 따라서 적정수준의 간호인력 수급과 분배는 병원관리와 환자안전을 위해 매우 중요한 과제이다.

2013년 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 자료에서 제시한 기준인구 1,000명당 활동 간호사 수를 살펴보면, 우리나라는 4.7명(간호조무사를 제외하면 2.3명)으로 OECD 회원국 평균 9.1명의 절반수준에 그치고 있는 형편이다[2]. 간호사 수급 적정화는 오랜 과제로 수급 불균형의 정도를 진단하고 향후 정책의 방향을 설정하기 위해 간호사 수급추계에 관한

Correspondence to: Bo-hyun Park
Department of Nursing, Changwon National University College of Natural Science, 20 Changwondaehak-ro, Uichang-gu, Changwon 641-773, Korea
Tel: +82-55-213-3575, Fax: +82-55-213-3579, E-mail: bhpark@changwon.ac.kr
Received: November 24, 2014 / Revised: June 13, 2015 /
Accepted after revision: June 16, 2015

© Korean Academy of Health Policy and Management
It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0) whichpermit sunrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

연구가 오래전부터 지속적으로 시행되어 왔다. 과학적 분석결과에 기반하여 정책을 결정하기 위한 이러한 노력에도 불구하고 신규 간호사 공급 확대를 결정하는 과정에서 공급의 증가를 원하는 병원계와 이를 반대하는 간호계의 입장은 대립되는 양상을 보여 왔고, 또 그럼에도 불구하고 신규 간호사 공급은 주기적으로 증가해 왔다. 즉 합리적 근거에 기반한 사회적 합의에 의한 정책결정이었다기보다는 정책결정을 위한 근거의 생성과 실제 정책의 결정과정이 서로 별개로 작동되는 경향을 보이고 있다는 의구심을 가지게 한다. 또한 간호사 수급 불균형의 문제를 해결하기 위해 여러 가지 정책들이 도입되어 적용되고 있지만, 눈에 띄는 효과를 보지 못하고 있는 것에 대해서는 문제의 주요원인을 해결하지 못하는 정책대안이 채택되었기 때문에 나타난 결과라고도 볼 수 있다. 따라서 병원 간호사 확보를 위한 정책이 결정되는 과정에서 정책환경의 변화와 정책이 발전해온 과정을 검토해 봄으로써 정책과정이 합리적 결정이었는지에 대한 검토가 요구된다.

최근 정책결정 과정을 살펴보면, 관련 정책과정에 다양한 행위자들의 참여가 늘어나고 정부뿐만 아니라 다양한 비정부단체의 사회운동과 각계의 이익을 반영하기 위한 활동이 전개되어 정책결정에 영향을 미치는 요인들이 복잡해지고 있다. 정책네트워크 모형은 사회적 관계망을 설명하는 네트워크분석과 정책분석을 결합하여 정책과정분석에 적용한 것으로[3] 정책을 둘러싼 관련조직, 집단, 개인 등의 정책행위자를 규명하고 정책행위자들 간의 이해관계에 따라 다양한 연계구조를 가지고 상호작용을 하는 동태적인 관계구조[4]를 설명하는 이론적 분석틀이다. 본 연구는 간호사 확보를 위한 정책결정과정의 동태적 요소를 고려하기 위해 정책네트워크 이론을 적용하게 되었다. 아직 우리나라 보건의료 관련 정책결정과정에서 정책네트워크 이론을 적용한 사례가 많지 않고 대부분 의약분업, 노인장기요양보험 도입 등의 일부 사례에 국한되어 있다.

2. 연구목적

본 연구는 정책네트워크 모형을 이용하여 간호인력 확보와 관련한 정책결정과정을 동태적으로 분석하고자 한다. 이를 위하여 간호인력 정책을 둘러싼 환경 변화와 다양한 행위자들 간의 공식적 및 비공식적 연계구조와 상호작용을 분석함으로써 정책결정과정의 특징과 문제점을 도출하고 이를 바탕으로 개선방안을 제시하고자 한다.

정책네트워크 이론

정책결정과정을 이해하기 위해서 적용할 수 있는 모형은 다양하다. 전통적으로 사용한 모형으로 다원주의, 엘리트론, 조합주의, 관료정치모형 등이 이에 해당한다. 전통적인 방법들을 이용하여 정책과정을 이해하기 위해서는 상당한 통찰력을 요구하고 지나치게 행위자를 강조하고 있어 정태적이라는 한계를 가지고 있다. 최근 들어 경로의존(path dependency), 신제도론(new institutionalism), 수평적 자원의존(resource dependency), 정책네트워크(policy network) 모형 등을 이용하여 정책결정과정의 동태적인 측면을 분석하기 위해 사용되고 있다[5].

정책네트워크는 정책결정과정에서의 정책행위자들의 역할과 상호작용을 포함한 개념으로[6] 정책과정에 다양한 행위자들이 참여하고, 그 참여자들 간에 특정한 정책이슈를 중심으로 역동적으로 상호작용하는 연계구조를 말한다[7]. 정책네트워크 구성요소는 네트워크를 바라보는 시각에 따라서 학자마다 조금씩 다르게 접근하고 있다. 대부분의 연구에서 주요 구성요소로 보고 있는 요소는 정책행위자이다. 그 밖의 구성요소로는 이해관계, 상호작용, 자원배분, 권력관계, 정책산출 등이 구성요소로 고려되었다(Table 1). 대체로 공통적으로 적용되고 있는 구성요소는 정책행위자(policy actor), 상호작용(interaction), 연계구조(linkage)로 요약할 수 있다. 정책행위자는 개인으로 간주되기도 하지만 조직 또는 집단으로 간주된다. 그 중 이익집단은 정당과 더불어 시민과 국가 간 매개체 역할을 하는 중요한 정책행위자이다. 행위자가 소수일수록 정책결정은 합의에 이르기 쉬우며 결정속도가 빨라지는 경향을 보이나 다수일수록 설득과 강제에 의한 정책결정이 이루어지기 쉽다[8]. 대체로 정책행위자는 공식행위자로 정부, 정당, 비공식행위자로 이익집단, 시민단체 등으로 구분한다. 다음으로 정책행위자들 간의 상호작용인데, 여기서는 상호작용의 인과관계 및 성격과 빈도를 파악하게 된다. 또한 상호작용은 정책행위자가 자원을 획득한 능력과 방법 다

Table 1. The components of policy network

References	Policy actors	Interaction	Linkage of interest	Resource allocation	Power
Dohler [8] (1991)	0	0	0		
Rhodes [17] (1992)	0		0	0	
Waarden [18] (1992)	0	0	0		0
Jordan & Greenway [9] (1998)	0	0			
Shin [15] (2006)	0	0			0
Cho et al. [12] (2009)	0	0	0		
Kim et al. [16] (2010)	0	0	0		
Kim [3] (2010)	0	0	0		

시 말해서 영향력을 행사하면서 이익을 반영시키는 과정을 의미한다. 상호작용은 행위자들 간의 회의, 협의과정을 분석함으로써 유추할 수 있다. 마지막으로 연계구조는 상호작용을 통해 형성되는 관계의 패턴으로 정책행위자들이 보유하고 있는 정책자원이나 목표 및 전략에 의하여 그 유형이 결정된다[9]. 따라서 정책네트워크 이론을 이용하면 행위자들의 가치와 행태뿐만 아니라 행위자를 둘러싼 상호작용의 구조와 의사결정과정을 효과적으로 설명할 수 있다. 정책네트워크의 장점은 정책사업의 갈등과 관련하여 문헌조사 등을 통하여 갈등원인과 대안을 도출하는 정태적인 연구를 뛰어넘어 정책 관련 각 주체들 간의 갈등관계의 형성, 변화, 연계성 등 동태적인 갈등관계를 분석하고 이해당사자 간의 복잡한 갈등관계를 분석하기 위해 적합하다고 제시하였다[4]. 또한 정책네트워크 이론을 통해 정책과정에 관여하는 다양한 행위자들의 상호작용과 연계구조 등에 대한 분석함으로써 이해관계에 따라 지속적으로 이합집산을 거듭하며 가장 많은 갈등관계를 형성하고 있는 재정비사업에 대한 이해도를 높이는 데 크게 기여하고 있다고 하였다[4].

정책네트워크 이론은 미국을 중심으로 Lowi [10]로부터 시작되어 영국의 해변정책 변동과정 분석, 덴마크와 스웨덴의 농업정책네트워크 비교 등 다양한 분야가 정책결정과정 분석에 적용되고 있다[9,11]. 국내에서는 1980년대 후반에 시작되어 노인정책, 도시, 복지, 영화산업 등 다양한 분야 연구에서 적용되고 있다[4,7,12,13]. 우리나라 보건의료 분야에서 정책네트워크라는 용어가 등장한 것은 2000년대 이후이다. 2000년 7월부터 도입된 의약분업은 의사파업을 비롯하여 의료계 내의 집단 간 이해관계가 첨예하게 대립되었던 가장 대표적인 사례로 여러 편의 정책네트워크 분석이 실시되었다. Kim [14]은 정책네트워크를 이용하여 의약분업에 관련한 다양한 행위자들의 진입과 소수 집단의 응집력에 기반하여 정책패러다임의 변화를 분석하였다. Shin [15]은 행위자, 기능, 상호작용의 관습, 균형과 공생이라는 변수들을 중심으로 정책네트워크의 내부 작동과정을 분석하였다. Kim [5]은 정책네트워크 개념에 바탕하여 환경적 맥락과 결과물인 정책산출을 결합하여 분석을 실시하였다. 그 밖의 사례로 국민연금개혁과정의 정책결정과정에 대하여 Cho 등[12]은 정책결정과정을 2단계(정책교착기, 정책결정기)로 구분하여 정책행위자, 상호작용 및 연계구조를 분석하였다. Kim 등[16]은 노인장기요양보험의 정책결정과정을 정책네트워크 분석을 이용하여 분석하였는데 주요 정책행위자로 정치인, 정부관료, 시민단체의 역할과 행위자들 간의 이해관계와 상호작용을 분석하였다. Lee [7]는 한국과 일본의 노인장기요양보험제도 정책과정에 관하여 정책결정과정을 상호비교하였는데, 정책과정단계(정책의제 형성기, 정책대안 모색기, 정책결정기, 정책집행기, 정책평가기)에 따라 정책네트워크가 형성, 작동하고 정책결정에 영향을 미치는 것을 분석하였다. 정책환경, 정책네트워크(정책참여자, 정책참여자 간 상호작용), 정책산출의 정책환류모형을 분석틀로 하여 분석하였으며, 정책참여자에는 구성원, 참여자의 이해, 권력관계의 세 가지를 분석요소로 하였다. 정책참여자의 범위로는 공식적인 참여자로 행정부처(대통령 및 지차체 포함), 국회, 그리고 비공식 참여자로 사회복지계, 의료계, 학계, 전문가 집단, 시민단체, 경영자단체, 노동계, 여성계, 언론, 노인단체, 장애인단체, 정당, 국민건강보험공단으로 한정하여 분석하였다. 본 연구는 선행연구에서 사용된 방법들을 참고하여 정책결정과정에 영향을 미친 정책행위자, 이해관계 및 상호작용을 분석하되 정책내용의 큰 변화가 나타난 2000년을 기준으로 구분하여 분석하고자 한다.

방 법

1. 연구설계

본 연구는 1970년대 후반부터 최근까지 시행되어 온 간호사 확보를 위한 정책과정을 분석한 연구로 연구방법론상 사례연구이다.

2. 연구대상 및 자료

본 연구는 간호사 확보를 위한 정책을 시기별로 나누어 분석하였다. 간호인력의 공급확대를 위해 간호대학 입학정원 증가가 주요 정책이었던 2000년대 이전과 간호서비스 질 향상을 위해 다양한 정책(간호관리료 차등제, 간호대학 입학정원 증가, 유휴간호사 재취업 지원사업 등)이 적용되었던 2000년대 이후로 구분하여 정책과정을 분석하였다. 연구를 위한 자료는 주로 문헌조사방법을 사용하였다. 간호사 및 보건의료 인력 수급과 관련한 보고서, 간호인력 확충의 필요성과 관련한 학술지, 학위논문, 간호사 확보를 위한 정책에 대한 신문기사, 공청회 및 토론자료 등을 이용하였다. 문헌조사로 당시 정황을 정확하게 판단하기 어려운 경우 관련자 면담을 통해 보충하였다. 연구의 분석기간은 2012년 8월부터 2014년 8월까지이다.

3. 연구분석 틀

본 연구의 분석틀은 간호사 확보를 위한 정책과정의 단계를 중심으로 정책이 어떻게 형성되고, 작동되었는지 정책네트워크를 구성하고 있는 구성요소들을 중심으로 분석하고자 한다. 정책네트워크는 학자마다 다양하게 정의하고 있다. Kim [19]은 정책행위자의 이해관계에 따라 다양한 연계구조를 가지고 상호작용을 하는 동태적인 관계구조라고 정의하였다. 본 연구에서는 정책네트워크 구성요소인 정책행위자, 상호작용, 연계구조가 정책행위자들의 권력관계와 정책참여자 간 상호작용에 의한 정책네트워크 성격이 어떻게 정책으로 산출되었는지 살펴보기 위하여 Figure 1과 같은 분석틀을 적용하였다.

정책네트워크의 대표적인 구성요소인 정책행위자는 정책결정에 참여하는 공식적 정책행위자와 직접 참여하지는 못하지만 영향력

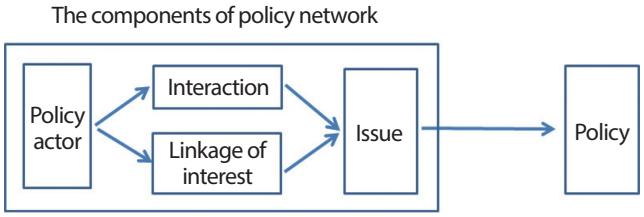

Figure 1. Conceptual Framework.

을 미치는 비공식적 정책행위자로 구분된다. 간호사 확보를 위한 정책결정과정에서 공식적 정책행위자로는 국회, 교육부, 보건복지부, 대한간호협회, 병원협회, 간호조무사협회 등이 중요한 정책행위자로 볼 수 있다. 본 연구에서는 관련성이 높은 공식적 정책행위자로 보건복지부, 간호협회, 병원협회, 간호조무사협회로 국한하여 보고자 한다. 비공식적 정책행위자는 보건의료노동조합이 해당된다. 상호작용 및 연계구조에서는 신규 간호사 확대를 위한 간호대학 입학정원의 증가 및 간호관리료 차등제 수가 제·개정 시 각 정책행위자들의 주장과 쟁점을 정리하고 정책 결정사항에 각 정책행위자의 입장이 어떻게 반영되었는지 분석하였다.

결 과

1. 사례개요

간호사 확보를 위한 정책은 2000년대 이전과 이후로 구분하였다. 이렇게 구분한 이유는 2000년대 이전에는 간호사 확보를 위한 정책으로 간호대학 입학 정원 증가 이외의 정책이 없었으나 2000년대 이후 간호관리료 차등제가 도입됨으로써 간호사 확보를 위한 정책이 다양화되었기 때문이다.

1) 2000년대 이전

정부차원에서 보건의료 인력의 수급계획에 대한 필요성이 당시 관련 위원회였던 '공중보건 및 의료분과 위원회'에서 거론되기 시작한 것은 1966년부터였다. 그러나 실제로 인력 수급계획이 처음 제시된 것은 1971년 제3차 경제개발 5개년 계획이었다[20]. 따라서 1970년대 이전에는 사실상 보건의료 인력관리와 관련한 정부정책은 거의 없었다고 보는 것이 옳을 것이다. 1960년대부터 1970년대는 간호사 해외유출이 집중적으로 나타난 시기였다. 물론 이들의 상당수가 파독간호사들이지만 미국, 사우디아라비아 등으로도 진출하였다. 1986년에 출간된 자료에 따르면 간호사 해외유출률(당해 연도 졸업생 대비 해외유출자 수) 추정치는 1960년부터 1964년 기간에 39.5%, 1965년부터 1969년 기간에 43.5%, 1970년부터 1974년 기간에 33.4%였다가 1975년부터 1979년 기간에 10.4%로 상당한 양이었다는 것을 알 수 있다[21]. 간호사 해외유출은 1984년 말까지 지속되었고 이것이 한국 내 간호사 부족현상을 불러일으켜 1970년을 전후한 시기에 간호사 수급 적정화를 위하여 간호대학 입학정원이 증가하여 간호사 면허 발급자 수가 1965년부터 1969년 사이에 연 4,269명에서 1970년부터 1974년 사이에는 연 11,421명으로 5년 사이에 약 2.7배 증가하였다[22]. 파독 간호인력에는 간호사뿐만 아니라 간호조무사 인력도 포함되어 있었다. 1969년 한독 간의 간호사 협정에 의하면 파독 간호인력의 간호사 대 간호조무사의 비율을 1:5로 정하고 있으나 실제로는 이 비율을 맞추지 못했고 간호사 대 간호조무사 비율이 거의 1:1 수준이었다. 간호사 해외유출이 가속화되자 의료기관에서는 간호조무사 또는 병원보조원의 기용이 증가하였다[23]. 나라 안팎으로 간호조무사에 대한 요구가 증가했던 사회적 환경의 변화가 간호조무사제도 확립의 계기가 되어 1973년 7월 28일 간호조무사협회가 창립되었으며 1974년부터 본격적으로 간호조무사 양성이 시작되었다. 1983년에는 의원급에 간호사 대신 간호조무사로 충당하는 것을 가능하도록 한 법률이 제정되어 간호조무사가 공식적으로 간호사의 관리감독 없이 관련 업무를 수행하는 것이 가능하게 되었다 [24].

1970년대 후반부터 정부가 그간의 경제성장 위주의 개발전략에서 사회복지를 병행하는 방향으로 정책을 전환하게 되었고 그 결과 1977년 건강보험이 도입되었다. 1977년 제4차 경제개발 5개년 계획에서 보건사회부문 중 의료인력 수급계획을 정책과제로 다루기 시작함에 따라 의료인력 수요 및 공급추계를 비교분석하는 등 의료인력의 적정수급을 기하기 시작하였다[25]. 그 결과 1979년 3년제 간호대학의 경우 36개 대학의 입학정원이 약 2,500명, 4년대 간호대학의 경우 14개 대학의 입학정원 620명에서 1989년 3년제 대학은 43개 대학의 입학정원 5,500명, 4년제 대학 입학정원 850명으로 총 입학정원의 수가 약 2배 이상 증가하였다[22, 26]. 간호사들은 대학에서 3, 4년간의 고등교육을 받은 것에 비해 실제 의료기관에서의 주요업무가 단순 업무에 치우쳐 있어 일부 의료기관에서는 간호사 대신 간호보조원을 채용하는 경우가 많았다. 또한 간호사들의 대부분이 여성이기 때문에 결혼으로 인한 잦은 이직 및 고연령층 여성 인력에 대해 의료기관에서 채용을 기피하여 당시 간호사들의 취업률은 34%로 매우 낮았다[27]. 그간의 의료공급의 절대부족을 해소하기 위하여 확대지향의 보건의료인력 및 시설 확충정책을 시행해 왔으나 당시 실시된 장기수급 분석결과 특별한 사유가 없는 한 제6차 경제사회발전 5개년 계획기간 동안(1987-1991년)에는 보건의료인력 양성의 증가는 필요하지 않다고 전망하였다[28]. 따라서 의과대학, 간호대학 및 전문대 간호과뿐만 아니라 치과대학, 한의과대학, 약학대학의 입학정원을 모두 동결하였고 신설도 규제하였다. 1987년부터 보건의료인력 전반의 공급확대는 동결되었다.

1989년 전국민 의료보험이 도입되었고 의료수요가 급증하였다. 1991년 제7차 경제 사회발전 5개년 계획에 의하면 현재 의료인력의 수급은 물론 2010년까지의 의료인력의 수급추계를 실시하여 동 계획기간(1992-1996년) 중 이를 신축성 있게 적용할 방침이라고 언급

하고 있다. 1993년 말 총 간호사 수는 107,833명으로 간호사 1인당 인구수는 408명으로 선진국 수준에 비하면 매우 부족한 실정이었다. 현행 공급수준을 유지할 경우 장래의 간호사 인력의 심한 부족현상이 예상되므로 간호업무에 차질이 없도록 적정수급을 유지하기 위해서는 간호사 및 간호조무사 인력의 연차별 증원이 요구되었다[29]. 1993년에 대한간호협회에서 시행한 간호사 수급분석연구에서 당시 상황에 대해서 1989년 전 국민 의료보험의 수혜로 인해 보건의료 수요가 급증하고 있어 임상분야에 전반적으로 간호사 부족을 경험하고 있는 반면 간호사 취업률이 낮고 취업인력의 민간분야, 도시 집중현상이 나타나고 있다고 기술하고 있다[30]. 실제 간호대학 증가현황을 보면 3년제 대학은 1990년 43개 대학 입학정원 5,760명에서 1998년 65개 대학 9,876명으로 4년제 대학은 1990년 18개 대학 입학정원 953명에서 1998년 41개 대학 2,149명으로 전체 입학정원의 약 2배에 가까운 증가를 보였다[23]. 1993년부터 시작된 간호대학 입학생 정원의 증가가 1995부터 매년 약 1천여 명 가량 증가를 보였고 이들의 대부분이 전문대학이었다. 1998년은 우리나라의 경제위기로 인해 International Monetary Fund (IMF) 구제금융이 도입된 시기이다. 국가 경제가 침체되면서 매년 96% 이상을 웃돌던 취업률이 79% 수준으로 떨어졌다[31]. 이후 간호대학 입학정원 증가가 중단되었다.

2) 2000년대 이후

2000년대 들어서면서 우리나라의 보건인력개발계획의 방향이 보건의료인력의 양적 및 질적 수준 제고로 전환되면서 간호인력을 대상으로 한 새로운 패러다임의 정책이 등장하였다. 1999년 11월부터 도입된 '간호인력 확보수준에 따른 입원환자 간호관리료 차등제'로 적정수준의 간호인력을 확보하지 못한 의료기관에서 간호서비스의 일부를 보호자나 간병인에게 위임하는 등 입원진료 시 간호서비스의 질이 저하되는 바람직하지 않은 현상을 해소하기 위해 이 제도가 도입되었다[32].

하지만 이 제도는 도입되기까지 오랜 시간의 역사적인 배경을 가지고 있다. 1977년 7월 의료보험이 도입되었고 의료보험의 수가가 행위별로 적용되었으나 간호행위에 대한 수가인 간호관리료가 책정되지 않았다. 대한간호협회와 임상간호사회에서 1989년 전 국민 의료보험 실시를 대비하여 간호사의 간호행위에 대한 적정수가를 현행 의료보험수가에 포함시켜 줄 것을 촉구해 온 결과 1988년 환자관리료 3,850원 중 간호관리료 1,390원이 신설되었다[33]. 간호관리료 차등제는 간호사 1인당 허가병상 수에 따라 간호등급을 6개(상급종합병원은 1등급이 간호사 1인당 2개 병상 미만이고 기타 종합병원은 1등급이 간호사 1인당 2.5병상 미만이며 2등급부터는 0.5병상씩 증가함)로 구분하여 환자관리료 중 간호관리료를 차등지급하는 방식으로 간호사 확보수준이 높은 병원에 재정적인 인센티브를 제공하는 제도이다. 간호관리료 차등제의 산정방식은 초기에는 간호인력 1인당 환자 수에 따라 간호등급을 3개 등급(1등급은 간호사 1인당 환자 1.5명, 2등급은 간호사 1인당 환자 2-2.5명, 3등급은 간호사 1인당 환자 3.5명)으로 구분하고 있고 법정정원이 충족되면 100% 더 지급하는 방식이었다. 간호사가 아닌 간호인력이라고 표기되어 있는 이유는 간호인력 정원 안에 간호조무사를 포함하고 있었기 때문이었다. 간호관리료 차등제 도입을 앞두고 '의료보험 수가 및 약가 정상화를 위한 간담회'가 개최되었는데 여기서 보건복지부가 밝힌 간호관리료 차등제 안은 초기 안과는 다른 6등급방식으로 등급이 보다 세분화되었다. 또한 간호인력이 간호사로 바뀌어 간호조무사가 제외되었고 환자 수가 '가동병상 수'로 바뀌었다 [33].

이 제도는 간호사 수가 증가하면 간호사가 환자에게 제공하는 직접간호서비스의 양이 증가하게 되어 간호서비스의 질이 향상될 것을 기대하고 도입된 제도이다. 그러나 실제 제도 도입 초기에는 간호사 배치현황을 허위로 신고하는 등 제도를 악용하는 사례들이 보고되면서 제도 집행과 관련한 문제점이 드러나기도 하였다. 그보다 더 근본적인 문제는 상당수의 병원들이 제도 도입 후 오랜 시간이 경과하여도 간호등급을 개선시키지 않고 있다는 점이었다. 동일한 등급에 머물러 있는 병원들에서 간호등급의 개선을 통해 입원료를 더 많이 지급받는 것보다 간호사 고용증대에 대한 부담증가에 대한 우려가 더 크다고 호소하면서 간호관리료를 현실화해 달라고 요청하였다[33].

이러한 문제를 해결하기 위해 2006년 5월 건강보험정책심의위원회를 열어 적정 기준 이하 등급 의료기관에 입원료를 기준점수의 5% 감액하는 네거티브 등급(7등급)을 신설하고 입원료 가산방식을 직전등급대비 입원료 가산방식으로 변경하여 종합병원 3등급과 병원 5등급의 입원료 가산율은 10%에서 15%로 높였고 계약직 간호사를 정규직과 동일하게 간주하던 것을 계약직 간호사 3인을 정규직 간호사 2인으로 인정하도록 변경하는 내용 등을 담은 간호관리료 차등지급제 개선안을 확정하였다[32]. 이전 제도에서는 6등급 이하의 경우 간호사 수와 무관하게 동일 입원료가 산정되기 때문에 간호사 확충 동기를 느끼지 못했던 의료기관들을 독려하고 간호사 추가고용에 따른 인건비 증가분에 비해 등급 상향분에 따른 입원료 추가수입이 적어 등급상향을 위해 간호사를 추가 확충할 경우 오히려 의료기관에 적자가 유발되던 문제를 완화하며 간호사들의 고용불안을 최소화하기 위함이었다.

수정 간호관리료 차등제 도입 후 병원계는 7등급 입원료 감산에 대하여 간호조무사협회는 간호조무사 인력 대체에 대한 내용이 포함되지 않은 것에 대하여 강한 불만을 표시하였다. 보건복지부에서는 간호관리료 차등제의 폐지는 불가능하나 규제를 일부 완화하는 방향으로 개선하겠다는 의지를 표명하였고 2008년 7등급 입원료 감산수준을 의료취약지역에는 면제하고 기타지역에 한하여 2%로 줄이는 방식으로 개정되었고 간호조무사 대체는 현실화되지 못하였다[34]. 병원계에서는 근본적인 문제해결이 없는 미온적 수준이

라고 비판하면서 간호인력 수급을 위한 근본적인 대책 마련을 요구하였다. 2008년 들어서면서 유휴간호사 재교육, 재취업과 관련한 프로그램이 등장하였다. 또한 신규 간호사 공급정책이 재개되었는데 1998년 이후 동결된 신규간호사 공급확대가 2006년부터 서서히 다시 시작되었고 2008-2009년에 1,600여 명(2008년 500여 명, 2009년에 900여 명)이 대규모로 증가하였다[35]. 이번 신규간호사 공급확대는 지방 중소병원의 간호사 구인난 해소를 목표로 하고 있어 간호대학 입학정원의 신설 및 증원이 모두 비수도권에서만 이루어졌고 간호교육의 질을 담보하기 위하여 4년제 대학에서만 입학정원의 신설 및 증원이 이루어졌다.

최근 2013년 보건복지부는 2018년부터 간호보조인력을 양성하는 2년제 대학 설치를 골자로 하는 간호인력 3단계 개편안을 발표하였다. 즉 정부에서는 의료기관 내 간호인력 배치부족으로 나타나는 간병비 문제와 보호자에게 간호행위가 전가되는 문제 등을 해결한다는 목적으로 '간호인력 개편안'을 발표하였는데, 정부안에 의하면 실무간호인력은 전문대학에서 2년 동안 교육 후 자격을 취득하는 것으로 미국의 준간호인력(licensed practice nurse)과 유사한 인력이며, 부족한 간호사의 업무를 대신할 수 있다고 보고 있다[36]. 그러나 정부의 개편안에 대해서는 보건복지부, 대한간호협회, 간호조무사협회 집단 간 첨예하게 대립하고 있다.

2. 정책네트워크 특성

1) 2000년대 이전

(1) 정책행위자

2000년대 이전 간호사 확보를 위한 정책은 간호대학 입학정원을 증가하는 방식 이외에는 없었다. 우리나라가 경제발전을 추구하고 있던 시기였고 1980년대를 지나면서 양적성장에서 분배와 균형으로 관심이 옮겨가면서 보건, 복지 분야도 발전하였다. 대체로 의료기관 및 의료인력의 절대부족을 해결해야 하는 상황이었으므로 보건의료 인력공급을 늘리는 정책을 정부가 주도하였고 병원계(대한병원협회)와 간호계(대한간호협회)에서 의견을 제시하는 형태를 보였다.

(2) 상호작용 및 연계구조

1970년대 말부터 1980년대 초까지 간호사 해외유출이 발생하였는데 간호사 해외유출을 허용하는 과정에서 정부는 간호계와 병원계와의 합의과정을 거치지 않았다. 당시 간호사 확보수준은 간호사 1인당 인구수 408명으로 국내 간호사 확보수준이 충분한 상태가 아니었으므로 간호협회에서는 간호사 해외유출에 반대하는 입장을 취하였다[37]. 그럼에도 불구하고 간호사 해외유출은 강행되었다. 간호사 해외유출이 국내 간호사 부족을 심화시키게 될 것임이 명확했으므로 간호대학 입학정원 증원이라는 정부의 결정에 대해 간호협회에서 이견을 보이지 않았다. 또한 간호사뿐만 아니라 간호보조원도 같이 해외 유출되고 있었으므로 국내 간호인력 부족을 신속하게 해결하기 위해 간호보조원이 간호조무사라는 이름으로 제도권으로 진입하였다. 이는 중소병원과 의원급 의료기관의 요청에 의한 것이었다. 당시 간호협회는 간호인력 부족이 심각하였으므로 간호조무사를 제도권 내로 편입하는 것에 대해서 제시하지 않았다.

1987년은 6월 민주화 항쟁에 이어 노동자 대투쟁이 일어나면서 많은 병원에서 노동조합이 생겨나게 되었다. 사회적 혼란으로 인하여 간호사 취업률이 낮아졌고 이는 간호대학 입학정원 증가의 중단으로 이어졌다. 그러나 병상 수는 지속적으로 증가하고 있었으므로 곧이어 간호사 부족이 심화되었고 1993년부터 다시 간호대학 입학정원 증가가 재개되었다. 매년 1천 명 가량 증가하게 되자 간호협회에서는 간호교육 여건이 열악한 전문대학의 정원을 동결해 줄 것을 요구하였고[38] 1997년부터 간호대학 입학정원이 줄면서 2000년대 초반에는 전체적으로 입학정원 증가가 동결되었다. 게다가 1997년 경제위기로 인해 IMF 구제금융이 도입되었고 매년 96% 이상을 웃돌던 간호사 취업률이 79% 수준으로 떨어졌다[20]. 당시 간호사 입학정원 증가의 동결은 간호협회의 주장도 있었지만 경제위기의 영향이 오히려 더 컸을 것으로 사료된다. 이 시기 병원이 간호사 고용을 줄이자 환자들의 사설간병인 이용이 늘어 환자들의 의료비 부담이 가중된다는 주장들이 제기되었다[39].

요컨대 1980년대는 건강보험이 도입됨에 따라 의료기관이 지속적으로 확대되고 있던 시기였으므로 간호대학 입학정원 증가를 통한 간호사 공급확대에 대하여 이해집단들 간에 이견을 보이지 않았다. 그러나 간호사 정원의 증가가 지속되자 간호협회에서는 증가에 대한 반대 입장을 표명하였다. 1980년대 후반과 1990년대 후반에 간호대학 입학정원 증가가 중단되었는데, 이는 당시의 정치적, 경제적 환경변화(예, 노동자 대투쟁, 경제위기 등)에 따른 사회적 요구와 간호협회의 요구가 일치하면서 간호협회의 요구가 수월하게 정책결정에 반영되었다(Figure 2).

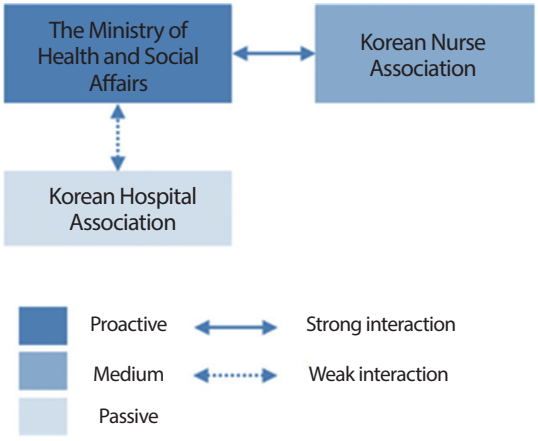

Figure 2. Policy network and linkage of interest before 2000.

2) 2000년대 이후

(1) 정책행위자

2000년대 이후 간호인력 정책 중 대표적인 것으로 간호관리료 차등제를 들 수 있다. 간호관리료 차등제는 간호등급에 따라 입원료를 차등지급하는 방식으로 일종의 재정적 인센티브 제도이다. 간호사 확보수준이 병원의 재정적 인센티브로 연계되면서 다양한 정책행위자들이 간호관리료 차등제에 영향을 미치게 되었다. 우선 간호협회, 병원협회는 간호관리료 인상 및 차등지급방식 개선에 대하여 보건복지부에 지속적으로 요구하였다. 2007년 차등지급방식의 하나로 감산방식이 적용되면서 감산의 대상이 되는 중소병원의 입장을 대변하기 위하여 중소병원협의회가 영향력을 행사하기 시작하였다. 뿐만 아니라 간호관리료 차등제에 간호보조인력에 대한 인력확보안을 반영시키기 위하여 간호조무사협회가 영향력을 행사하였다. 간호관리료 차등제 초기 모형설정을 비롯하여 비정규직 간호사 인정기준 개선 등의 구체적인 요구사항을 제시한 보건의료노동조합도 정책에 영향을 미치면서 복잡한 정책네트워크가 형성되었다.

(2) 상호작용 및 연계구조

2000년대에 들어서면서 의료서비스의 양뿐만 아니라 질에 대한 관심이 증가하면서 병원에서 간호서비스의 일부를 간병인에게 위임하는 것을 줄여 간호서비스의 질을 높이고 국민들이 부담하는 간병비 부담을 줄이기 위하여 간호관리료 차등제가 도입되었다. 간호관리료 차등제 도입 안으로 간호협회에서는 3등급 방식의 안을 제안하였다. 한편 보건의료노동조합에서는 병원인력 확보를 위한 요구안을 마련하기 위해 실무자와 대학교수들로 구성된 연구팀을 구성하였고 이 팀에서 개발된 6등급 안을 보건복지부에 제안하였다. 보건복지부 수가간담회를 통과한 것은 보건의료노동조합에서 제시한 6등급 안이었고 이것을 기반으로 간호관리료 차등제가 1999년 11월부터 도입되었다.[1] 그러나 간호등급 개선을 통한 입원료 수익증가가 간호사 고용증대에 대한 비용부담보다 낮은 수준이었으므로 간호협회와 병원협회에서는 지속적으로 간호관리료를 현실화해 줄 것을 요구하였다. 그 결과 2007년부터 3등급과 5등급에서 상위등급으로 올라갈 경우 가산율의 5%를 추가 인상(10%에서 15%)하였고 6등급 기준에 못 미치는 경우 7등급으로 구분하여 네거티브 방식(5% 감산)을 적용하는 것으로 제도가 수정되었다. 중소병원협의회에서는 네거티브 방식이 적용되면 6등급 기준에 못 미치는 중소병원의 경영난이 악화된다며 간호관리료 차등제 폐지를 주장하는 등 거세게 반발하였다.

2006년 말 간호조무사협회는 김춘진 의원의 소개로 '간호조무사 차별법령에 대한 시정에 관한 청원안'을 국회에 제출하였다. 이 청원안에는 의료법에서 간호조무사를 의료인에서 제외하고 있고 간호관리료 등급가산제 산정에서도 간호인력으로 인정하고 있지 않다며 이는 국가자격고시를 통해 자격을 취득한 간호조무사에 대한 차별조항이라고 주장하면서 간호조무사를 병원과 종합병원에 근무할 수 있는 인력에 포함시키고, 건강보험요양급여 비용 중 간호관리료의 산정대상이 될 수 있도록 관련법 개정을 요구하는 내용이 담겨있다[40]. 보건복지부에서는 중소병원협의회와 간호조무협회 측의 의견을 받아들여 간호조무사 대체를 허용하는 방향으로 개선안을 검토하여 일정기간 별도 교육을 받은 간호조무사에 대해 간호인력으로 허용하고 간호조무사 교육에 필요한 경비는 해당 병원이 부담하는 등의 상당히 구체적인 내용에 대한 논의가 있었다. 이에 간호협회에서 '절대불가' 입장을 전하였고 간호계의 반발에 보건복지부는 미온적인 태도로 바뀌었다[41].

결국 보건복지부에서는 간호관리료 차등제 폐지는 불가하나 규정의 일부를 완화하는 방향으로 개선하겠다는 의지를 표명하였다. 2008년 7등급 입원료 감산수준을 의료취약지역에는 면제하고 기타지역에 한하여 2%로 줄이는 방식으로 개정하였으나 간호조무사 대체는 현실화되지 못하였다[31]. 중소병원협의회를 비롯한 병원계에서는 근본적인 문제해결이 없는 미온적 수준이라고 비판하면서 간호인력 수급을 위한 근본적인 대책 마련을 요구하였다. 간호협회에서 요구하던 방식이었던 유휴간호사 활용방안도 적극적으로 검토되어 2008년 유휴간호사 재교육, 재취업 프로그램이 시행되었다.

그러나 예상한 것만큼 효과를 기대하기 어렵게 되자 간호대학 입학정원 확대가 다시 재개되었다. 보건복지부 자료에 의하면 간호대학은 2007년 대비 63% 가량(7천4백 명 순증, 1만 8천 명) 증원하였으나 지방, 중소병원에서는 여전히 간호사 채용의 어려움을 호소하였다. 간호사 양성의 질적 향상을 위하여 2011년 5월 고등교육법 개정을 통해 전문대학에 4년제 간호학과 운영이 가능해졌다[42]. 그러나 간호조무사의 경우 1973년 단기 양성과정으로 도입된 이래 제도권 내에서 적정하게 질 관리가 이루어지지 못하였다. 이에 보건복지부는 다양한 간호인력으로 구성된 '팀 단위'의 간호서비스를 제공하고, 간호사-간호조무사로 나누어진 간호인력을 하나의 체계 내에서 3단계로 개편(간호사, 1급 실무간호인력, 2급 실무간호인력)하여 일정 경력 이상의 1급 실무 간호인력은 일정 기간 교육을 거쳐 간호사 시험 응시자격을 부여하는 경력상승체계를 2018년도부터 실시한다고 발표하였다[43]. 대한간호협회는 '장기 간호인력 개편 방안 마련을 위한 TF'의 논의 결과에 대해 동의하지 않았고 강력히 반발하였다. 간호인력을 장기적으로 개편해야 한다는 점은 공감하지만 간호교육 4년 일원화를 이뤄낸 상황에서 2년제 간호인력 교육과정을 또 다시 받아들일 수는 없다는 입장이라고 주장하였다. 또한 이 제도가 실행되어 2년제 1급 실무간호인력이 배출되더라도 의원급에서는 여전히 2급 실무간호인력을 고용하여 수익창출을 꾀할 것이고, 지방의 중소병원에서는 간호사가 1급 간호실무인력으로 대체되어 전반적인 간호서비스와 의료서비스의 질 저하를 초래하

1) 당시 보건의료노동조합 관계자 인터뷰 결과임

게 될 것이며 간호실무인력을 양성하는 2년제 학과의 신설은 재정이 부실한 대학의 등록금 수익 보전수단으로 변질될 가능성도 있다고 주장하였다. 반면 간호조무사협회는 "간협과 미국, 일본전문가, 의학회 등이 간호인력개편 tasks force (TF)에 참여해 의료선진국의 간호인력 현황을 파악하여 결과가 도출된 것"이라고 언급하며 찬성하는 입장을 보이고 있다[44].

요컨대 2000년대 이후 간호사 확보를 위해 다양한 정책대안들이 적용되었고 새로운 정책이 검토되고 있다. 간호관리료 차등제는 간호사 공급확대뿐만 아니라 간호사 고용확대를 유도하기 위해 재정적 인센티브를 제공하는 제도로 이 제도의 효과적인 운영을 위해 일부등급의 인센티브를 늘리거나 감산제를 적용하는 등의 변화를 시도하였다. 이 과정에서 일부 정책행위자들의 반발이 있었고 정부는 중재자 역할을 하는 모습을 보였다. 기존의 여러 가지 정책들을 시행했음에도 불구하고 간호사 부족이 해결되지 않자 간호협회, 간호조무사협회, 의학회 등과 연구, 토론을 통해 간호사 대체인력 활용 방식을 발표하였지만 간호협회와 간호조무사협회 간의 이해관계가 대립되고 있어 이에 대한 효과적인 조정이 요구되고 있다. (Figure 3). 정책네트워크 모형을 이용하여 간호사확보 정책과정을 2000년대 이전과 이후로 구분하여 비교, 분석한 결과를 요약하였다(Table 2).

3. 정책적 함의

1) 사회적 합의를 통한 정책방안 선정의 개선

1980년대부터 2000년 이전까지 간호인력 확보를 위한 정책은 주로 간호대학 입학정원을 늘리거나 중단하는 방식으로 시행되어 왔

Table 2. Comparative analysis of policy network for nurse expansion policies

Category	Before 2000	Since 2000
Policy goal	Expansion of nurse supply to solve nurse shortage due to rapid increase of health care demand	In order to improve the quality of nursing service, increase of nurse supply and expansion of nurse employment through incentive to hospitals.
Policy environment	Deepening nurse shortages existed due to increasing demand. Major changes in the political and economic situation occurred (The Great Workers Struggle in 1987, and the 1997 Economic Crisis).	Growing social demand for quality medical services existed. Continuous increases in the demand for health care occurred.
Policy initiative	The Ministry of Health and Welfare and interest groups lead the initiative, however their needs were not strong.	The initiative was launched by the Ministry of Health and Welfare. However, interest groups are stronger and the initiative has weakened.
Policy-making process		
Formative period	A study was conducted on supply and demand as well as future demand; it lacked accuracy and there was a lack of linkage between policy decisions.	At the request of the interest groups, policy options were reviewed through discussion sessions.
Decision-making stage	A political and economic crisis occurred due to lower employment rates for nurses; policies meant to increase the supply of nurses were halted.	Interest groups lobbied. Policy proposals were disseminated by interest groups that sharply opposed the policy. The agenda was changed by this issue. In addition, there is lengthy debate on this policy.
Since policy decisions	Nurse shortages are still dire, and the policy of increasing supply has not solved the problem.	Policy conflicts and lack of a proper evaluation of state policies occurred as new policy development continued.
Policy actors		
Formal	The Ministry of Health and Welfare, the Korean Hospital Association, and the Korean Nurses Association were involved.	The Ministry of Health and Welfare, the Korean Hospital Association, the Korean Nurses Association, the Small and Medium-Sized Hospital Association, and the Nurse's Aid Association were involved.
Informal	None	The Health and Medical Workers Union was involved.
Relationship interactions between policy actors	Weak	Strong
Linkage structure between policy actors	The Ministry of Health and Welfare of the growing supply policy is involved as the political and economic situation created a freeze. In the process, it was hard to determine the impact on other policy actors.	Stronger incentives at the medical institutions increased the supply of nurses, policy change occurred at the request of the policy actors including the Ministry of Health and Welfare. The Small and Medium-Sized Hospital Association proposed a system of incentives to increase nurse output and increase nurse supply. The Department of the Ministry of Health and Welfare, the Small and Medium-Sized Hospital Association, and the Korean Nurses Association were involved.
Policy decisions and changes	Over the decades, nurses' wages were increased to double supply, but it was not enough to increase the number of clinical nurses.	Due to strong interest group demand, incentives were modified. Interest groups were consulted and the new policy was developed; its effects were not up to expectation with regard to increasing the supply of nurses. Recently, the nursing workforce reorganized, which relates to the new policy that was under consideration.

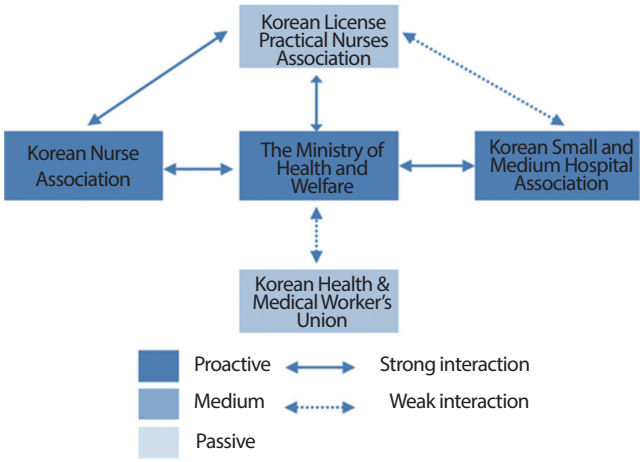

Figure 3. Policy network and linkage of interest after 2000.

다. 1980년대 후반과 1990년대 후반에 간호대학 입학정원 증가가 중단되었는데 1987년에는 전국적으로 노동자 대투쟁이 있었고 1997년에는 경제위기로 인하여 IMF 구제금융이 도입되었다. 간호사 취업률 저하가 나타났고 보건복지부는 곧 간호대학 입학정원 동결을 결정하였다. 간호협회의 경우 간호대학 입학정원 증가 또는 동결에 대한 의견을 표명하였지만 정책결정과정에 반영되지 못하였으므로 이 시기 정책의 주도성은 보건복지부에 있었다고 볼 수 있다. 즉 2000년대 이전에는 간호인력 정책결정과정에서 이해집단들의 영향력보다는 정부 주도의 정책결정이 이루어졌고 정책결정의 주요한 요인은 정치, 경제적 환경의 변화였다. 그러나 간호서비스에 대한 수요는 지속적으로 증가하고 있는 상황이므로 정치, 경제적 위기상황이 개선되면 곧이어 간호사 공급 증가가 재개되는 경향을 보였다. 따라서 정치, 경제적 환경의 변화에 민감하지 않은 보다 안정적이며 장기적인 간호사 공급정책을 마련하는 것이 필요하다. 다시 말해서 장기적인 안목으로 정책의제를 추진하기보다는 해당 시기에 단기적 안목으로 관련 이슈만을 급급하게 해결하는 과정에서 나온 근시안적 정책으로 보인다. 따라서 지속적 모니터링과 사회적 합의를 통한 인력정책방안을 선정하고, 정책대안의 경제성, 실현가능성과 연계성 등을 공개적으로 점검하여 정책을 사전에 공개하는 기전을 확보할 필요가 있다.

2) 네트워크를 통한 연계성 확보와 갈등관리시스템 마련

2000년대 간호관리료 차등제 도입을 계기로 간호인력 확보정책을 둘러싸고 정책네트워크가 형성되기 시작하였다. 간호관리료 차등제 시행 초기에는 정책행위자로 간호협회, 병원협회와 보건의료노동조합이 영향력을 행사하였는데, 정책행위자들의 요구는 주로 간호등급 산정방식 개선제안, 입원료 가산수준이 간호사 인건비에 비해 매우 낮은 수준이므로 입원료 가산수준을 높여줄 것 등을 요구하였다. 2007년 수정 간호관리료 차등제를 도입하면서 입원료 가산수준이 일부 구간에서 상향조정되었고 최저등급에는 감산방식이 적용되었다. 병원계에서는 수정 간호관리료 차등제 도입이 간호사들의 수도권 대형병원 집중화 현상을 야기하였다고 주장하면서 정부의 행정예측력 부재를 비난하였고 2008년 병원계의 요구를 받아들여 감산율을 완화하는 방식으로 재조정되었다. 수정 간호관리료 차등제에서 감산방식 적용은 중소병원협의회와 간호조무사협회를 정책행위자로 끌어들이는 계기가 되었고 이후 간호인력 확보정책을 둘러싼 정책네트워크가 복잡한 형태를 이루었다. 여러 정책행위자들 간의 이해관계 대립이 심화되었지만 간호사 확보를 위한 근본적인 해결책이 제시되지 않자 결국 간호대학 입학정원을 늘리는 방식의 정책이 2008년부터 다시 시행되었다. 즉 2000년대 이후 간호인력 정책결정과정에서는 정책행위자들이 증가하면서 각 행위자들 간에 복잡한 연계구조와 서로 다른 상호작용의 강도가 만들어졌고 이 과정에서 정부의 역할은 과거 주도적 역할에서 조정자의 역할로 바뀌는 양상을 보였다. 정부는 제기된 문제점과 해결방안에 대하여 수용적인 자세를 취하였고 그 결과 중소병원협의회에서 주장한 정책(간호대학 입학정원 확대), 간호협회에서 주장하는 정책(유휴간호사 재취업 지원사업)들이 모두 채택되는 결과를 낳았다.

간호인력정책 결정과정에서 행위자의 목표와 선호, 이익 등에 따른 입장 차이는 지속적인 갈등을 유발하는 원인으로 작용하고 있다. 그러나 이를 조정할 제도화된 갈등관리시스템은 거의 없었다. 따라서 간호정책과 관련하여 갈등이 발생할 때 관련 정책 당사자가 상호 협상하거나, 조정·중재할 수 있는 복지부가 아닌 제3기구나 위원회를 통해 갈등을 실질적으로 중재할 수 있는 제도를 갖추는 것이 필요하다. 정책 중재자 역할을 하는 복지부에서 갈등조정 역할을 담당하여야 하지만 각 이해당사자 간의 조정역할에는 한계를 보이고 있다. 복지부는 조정역할뿐만 아니라 각 행위자 간의 의견이나 정보를 공유하는 역할도 수행해야 실질적인 갈등관계를 개선할 수 있으며, 이러한 역할을 통해 각 행위자 간의 의견개진과 협의가 가능한 개방적이고 수평적인 연계구조로 개선될 수 있다[4]. 또한 상대적으로 영향력이 적으나 시민의 입장에서 의견개진하고 정책의 수혜자이며 납세자인 시민사회단체의 다양한 목소리가 반영될 수 있는 제도적 장치를 마련하는 것이 필요하다.

3) 탄력성 있는 보건의료시스템 마련

최근 보건복지부에서 '장기 간호인력 개편방안 마련을 위한 TF'를 주관하여 간호인력 3단계 개편안이라는 새로운 간호인력 확보정책을 발표하였다. 이 정책과 관련하여 간호협회와 간호조무사협회를 비롯한 정책행위자들 간의 이해관계가 대립되고 있다. 뿐만 아니라 2년제 간호학제 신설과 관련하여 간호계 내에서도 간호협회와 간호대학(과)장 협의회, 간호교육학회 등이 서로 입장을 달리하고 있다. 이러한 갈등을 조정하면서 간호사 부족을 해결할 수 있는 방안을 도출하기 위해서는 정책대안들에 대한 정책분석에 근거

하며 무엇보다도 정책대안들에 대한 사회적 합의를 바탕으로 한 정책결정이 이루어져야 한다.

간호인력 정책의 근본 원인은 간호사 근무환경과 관련된 정책이 매우 중요한데, 일과 가정을 조화롭게 유지할 수 있는 간호근무환경이 만들어져야 하고 직장 내에서 간호사들의 근무환경을 평가하고 개선할 수 있는 기준과 제도가 만들어져야 한다[33]. 간호사가 한 직장에 오랫동안 이직하지 않고 남아있을 수 있는 보다 안정적이고 복리후생이 잘 갖춰진 근무환경의 창출과 경력이 올라갈수록 그에 상응하는 다양한 경력개발제도를 통한 유능한 간호사를 보유할 수 있는 보상제도의 제도화 등의 현실적인 정책을 개발해야 한다.

결 론

1. 연구결과 요약

본 연구는 간호사 확보를 위한 정책결정과정을 정책네트워크(policy network) 모형을 이용하여 분석하였다. 우선 정책결정에 영향력을 행사한 다양한 정책행위자들을 규명하고 정책행위자들 간의 상호작용 및 연계구조를 분석하였다. 정책네트워크 모형은 다양한 주체들의 네트워크를 통해 의사결정이 이루어지는 과정을 분석하는 데 활용될 수 있기 때문에, 간호인력 정책에 정책네트워크 이론을 적용한 국내 첫 시도로 그 의의를 찾을 수 있다. 본 연구는 1970년대 후반부터 최근까지 시행되어 온 간호인력 확보정책과 관련된 문헌을 검토하고 정책관련 기사, 공청회 및 토론자료, 정책관련자 면담자료 등을 통해 정책행위자, 상호작용, 연계구조를 확인하고 정책행위자들의 영향력을 분석하여 간호인력 정책의 합리적 의사결정과 간호인력 정책에 바람직한 방향을 제안하고자 본 연구를 수행하였다.

우리나라의 간호사 수급정책과 관련하여 지속적인 정책변화에도 불구하고 간호사 수급 불균형이 지속되어 왔다. 2000년대 이전부터 오랜 시간 간호사 공급증가 정책을 시행하여 왔으나 여전히 간호사 부족문제는 해결되지 못하였다. 2000년대 이후에도 결정된 정책에 대한 적절한 평가가 이루어지지 못한 상태에서 정책에 대한 이해관계 대립으로 정책수정 및 정책개발이 이어지고 있는 모습을 보이고 보였다. 간호사의 공급은 증가하는 양상을 보였으나 실제 임상에서 근무하는 간호사의 수 증가는 크지 않았다. 이해집단들의 요구가 강해지면서 의료기관 인센티브를 통한 간호사 고용유도정책이 일부 완화되었다. 간호사 부족을 해결하기 위한 다양한 정책에도 불구하고 간호사 부족이 계속되고 있어 최근 간호인력 개편안과 관련된 새로운 정책을 검토 중에 있다.

정책네트워크 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 2000년대 이전에는 간호인력 정책은 보건복지부 주도로 결정되었고 정책행위자들의 연계구조 및 상호작용이 나타나지 않았다. 간호인력 정책결정에서 주요한 요인은 정치, 경제적 요인이었다. 둘째, 2000년대 이후 간호관리료 차등제를 계기로 간호인력 정책네트워크가 형성되었다. 2007년부터 간호관리료 차등제에 감산제가 도입되면서 중소병원협의회, 간호조무사협회가 정책행위자로 등장하여 정책행위자들 간의 연계구조가 복잡해지는 양상을 보였고 상호작용의 강도의 차이를 보이게 되었다. 2000년 이전 정부는 정책을 주도하는 경향을 보였으나 2000년대 이후 정책행위자들이 많아지면서 조정자의 역할을 수행하는 경향을 보였다. 다양한 정책대안들이 제안되었고 정부는 이를 수용적으로 받아들여 여러 가지 정책이 시행되고 있다.

2. 연구의 시사점

정책네트워크 분석결과 다음과 같은 정책적 시사점을 얻을 수 있다. 본 연구는 다음과 같은 한계를 가진다. 첫째, 정책을 결정하는 보건복지부 등의 정부기관은 임상 현장조사와 학계와 시민단체 등 다양한 의견 수렴을 통해 네트워크 경계를 개방적으로 하고 보다 수평적인 영향력 관계로 개선하여 행위자 간 갈등을 줄여나가야 할 것이다. 또한 시민사회단체 의견도 논의 틀에 참여하여 이들의 의견이 함께 고려되어져야 할 것이다. 이렇게 정책결정에 있어서 다양한 목소리를 반영함으로써 궁극적으로 보건의료서비스 질의 향상을 이룰 수 있을 것이다. 둘째, 간호사 확보정책과정에서의 절차적 투명성을 확보하기 위해 노력해야 할 것이다. 셋째, 효과적인 간호사 확보정책을 입안하기 위해서는 객관적인 데이터에 근거하여 이루어진 합리적인 의사결정이 절실히 필요하며, 간호사들이 임상현장에서 보다 안정적으로 근무할 수 있는 구체적인 정책과 이에 따른 경제적인 보상, 안전한 근무환경을 꾀할 수 있는 정책개발에 초점을 두어야 할 것이다. 연구의 한계점으로 이동.

3. 연구의 한계점

간호사 및 보건의료 인력 수급과 관련한 보고서, 간호인력 확충의 필요성과 관련한 학술지, 학위논문, 간호사 확보를 위한 정책에 대한 신문기사, 공청회 및 토론자료 등의 제한된 문헌을 이용하여 분석하여 정책집행과 정책평가과정 등의 정책과정의 전 과정을 통합하는 분석은 이루어지지 못하였다. 정책네트워크 각 속성들에 대한 분석이 대체로 연구자의 통찰력에 기반한 기술적 연구방식을 이용하고 있어 계량적 방법인 사회연결망 분석과 같은 방식이 병행된다면 보다 과학적 타당성을 높일 수 있을 것이라 생각된다.

감사의 글

본 연구는 2014학년도 창원대학교 신임교원 연구비를 지원받아 수행되었다.

REFERENCES

1. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The association of

registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. Med Care 2007;45(12):1195-1204. DOI: http://dx.doi.org/10.1097/mlr.0b013e3181468ca3
2. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2013 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2013 [cited 2013 Nov 11]. Available from: http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata.htm.
3. Kim S. The policy network perspective in the analysis of the policy process: suggestions for the improvement of its theoretical and practical relevances. J Policy Stud 2010;19(4):243-270.
4. Bhang SH, Byeon CH. A study on change process of conflict relationship between the stakeholders in the housing re-development project using policy network analysis. J Korean Urban Manag Assoc 2012;25(1):201-239.
5. Kim SY. A study on the change of the system of interest representation in Korean social policy process [Dissertation]. Seoul: Seoul National University; 1993.
6. Jordan G, Schubert K. A preliminary ordering of policy network labels. Eur J Polit Res 1992;21(1-2):7-27. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6765.1992.tb00286.x
7. Lee KJ. A comparative study on the policy process of long-term care insurance for the elderly between Korea and Japan: focused on the policy network theory. Korean J Soc Welf 2010;62(2):279-306.
8. Dohler M. Policy networks opportunity structure and neo-conservative reform strategies in health policy. In: Marin B, Mayntz R, editors. Policy networks: empirical evidence and theoretical considerations. Boulder: Westview Press; 1991. p. 235-296.
9. Jordan A, Greenway J. Shifting agendas, changing regulatory structures and the 'new' politics of environmental pollution: British coastal water policy, 1955-1995. Public Admin 1998;76(4):669-694. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/1467-9299.00131
10. Lowi TJ. Four systems of policy, politics, and choice. Public Admin Rev 1972;32(4):298-310. DOI: http://dx.doi.org/10.2307/974990
11. Daugbjerg C. Linking policy networks and environmental policies: nitrate policy making in Denmark and Sweden 1970-1995. Public Admin 1998;76(2):275-294. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/1467-9299.00101
12. Cho GW, Koo SG, Nah JK. The analysis of national pension reform initiative (2003-2007) through policy networks. Korean Soc Sec Stud 2009;25(4):217-244.
13. Yang SI. An analysis on the policy change using MSICF: focused on the screen quota policy. Korean Assoc Policy Stud 2014;23(1):67-97.
14. Kim JH. A policy network & policy output in the policy separating the prescribing from the dispensing of drugs: on the focus of policy paradigm shift. Korean J Public Admin 2004;42(1):133-163.
15. Shin YK. A study on the characteristics of policy network in the policy making process for the separation of prescribing and dispensing. Korean J Polit Sci 2006;13(3):185-207.
16. Kim H, Mo J, Oh S. A study on the decision-making process of long-term care insurance: based on political network theory. Korean J Soc Issues 2010;11(1):69-104.
17. Rhode RA. Beyond westerminster and whitehall: The sub-central governments of Britain. Taylor & Francis cited from Yoon K, Jang H. A Structural Analysis of Policy Network in Health Medical Legislation. The Korean Journal of Local Government Studies, 2014; 18(2):259-283
18. Waarden F. Dimensions and types of policy networks. European journal of political research. 1992; 21(1-2): 29-52. cited from Yoon K, Jang H. A Structural Analysis of Policy Network in Health Medical Legislation. The Korean Journal of Local Government Studies, 2014; 18(2):259-283
19. Kim YJ. An analysis on the dynamics of policy making process for employment policy. Korean Policy Sci Rev 2009;13(2):119-144.
20. Kim CY. An analysis of decision-making process in health manpower policy [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 1993.
21. Song KY. Long term estimation of supply and demand of health manpower. Seoul: Korean Institute for Population and Health Affairs; 1986.
22. Ministry of Health and Social Affair. Ministry of Health and Social Affair year book. Seoul: Ministry of Health and Social Affair; 1979.
23. Lee AJ, Kwon SI, Jung KS, Eun Y, Kim DO. Evaluation of project for dispatching Korean nurses to German. Seoul: Congressman; 2011.
24. Notification No. 83-3 of Ministry of Health and Social Welfare. 1983.
25. Ministry of Health and Social Affair. The white paper on health and social affairs. Seoul: Ministry of Health and Social Affair; 1994.
26. Ministry of Health and Welfare. Ministry of Health and Welfare year book. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 1999.
27. Ministry of Health and Social Affair. The white paper on health and social affairs. Seoul: Ministry of Health and Social Affair; 1983.
28. Ministry of Health and Social Affairs. The 6th five-year plan on economic and social development: health and social sector (1987-1991). Seoul: Ministry of Health and Social Affairs; 1987.
29. Ministry of Health and Social Affair. The white paper on health and social affairs. Seoul: Ministry of Health and Social Affair; 1993.
30. Park HA, Choi YH, Lee SJ. The supply and demand projection of nurses in Korea. J Korea Soc Health Policy Admin 1993;3(1):146-168.
31. Korean Nurse Association. A survey of nursing education. Seoul: Korean Nurse Association; 1998.
32. Ministry of Health and Welfare. Notification no. 2006-105 of Ministry of Health and Welfare. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2006.
33. Park KO. The system and policy related to nursing personnel. J Nurs Query 2006;15(2):5-17.
34. Ministry of Health and Welfare. Notification No. 2008-9 of Ministry of Health and Welfare. 2008.
35. The white paper on health and welfare. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2009.
36. Lee TW, Kang KW, Ko YK, Cho SH, Kim EY. Issues and challenges of nurse workforce policy: a critical review and implication. J Korean Acad Nurs Adm 2014;20(1):106-116. DOI: http://dx.doi.org/10.11111/jkana.2014.20.1.106
37. The Korean Nurse Association News. The number of demand for nurse in 2000s is 120,000. The Korean Nurse Association News. 1985 Oct 24.
38. The Korean Nurse Association News. Conditions of college education fall behind. The Korean Nurse Association News. 1995 Oct 26.
39. Hwang NM. Survey on utilization of care-givers in general hospital and an alternative plan. Seoul: Korean Institute for Health and Social Affairs; 1998.
40. Lee SY. Promoting this proposal "nurse aids should be subjected to differentiated nursing fee system." [Internet]. Doctors News. 2007 Apr 16 [cited 2011 Nov 10]. Available from: http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=38923.
41. Park DJ. Korean Hospital Association and Korean Nurse Association have an assembly [Internet]. Dailymedi. 2007 Nov 30 [cited 2011 Nov 10]. Available from http://www.dailymedi.com/news/view.html?section=1&category=4&no=686775.
42. Higher Education Act, Article 50-3. 2013.
43. Ministry of Health and Welfare. Reorganization of nursing staffing system. Health Functions and Development Council, review reference no. 1, agenda, 2013 February. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2013.
44. Lee MY. New medical truth 'Big Bang' nursing workforce restructuring [Internet]. Joongang Ilbo Healthmedia. 2013 Feb 25. Available from: http://article.joins.com/news/article/article.asp?total_id=10774574&ctg=1205.