

산업보건서비스체계의 효율적 관리 방안에 관한 연구

서울대학교 보건대학원
문옥륜 · 한동운

한국산업안전공단 산업보건연구원
최 병 순

한림대학교 의과대학 사회의학교실 및 의과학센터
최 재 옥

동국대학교 의과대학 예방의학교실
하 은 희

한국의료관리연구원
이기효 · 장동민

< Abstract >

A Study on Reforming the Occupational Health Care System in Korea

Ok Ryun Moon, Dong Woon Han

Graduate School of Public Health, Seoul National University

Byung Soon Choi

Industrial Health Research Institute, Korea Industrial Safety Corporation

Jae Wook Choi

Department of Social Medicine, College of Medicine, Hallym University

Eun Hee Ha

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Dongguk University

Key Hyo Lee, Dong Min Chang

Korea Institute of Health Service and Management

The objectives of this study are (i) to review current situations and problems of the occupational health care system with emphasis on reforming the organizations and services, (ii) to find out a desirable occupational health system model based on integration of the occupational health system and the general health system, and finally, (iii) to suggest policy implications in occupational health services in the light of objectives of the newly emerging national health insurance reform in Korea.

The major policy implications of this study are as follows:

1. In the long-run, within the occupational health system, preventive occupational health services such as employees' physical check-up, working environment examination, etc should financially be integrated with industrial accident compensation insurance. Currently separately paying expenses for each different category of services by the owner of an enterprise should be disbursed once through the payment of contributions of industrial accident compensation insurance. And then, it is necessary to strengthen and expand the role and function of industrial accident compensation insurance to cover preventive occupational health services.

2. The occupational health system should be integrated with general health system for its effective management. For the short-term policy, it is necessary to eliminate fiscal and access barrier between industrial accident compensation insurance and national health insurance by means of ex post facto settlement of accounts. The duplication of employees' physical check-ups between under the health insurance program and under the industrial health services must be coordinated in a manner either through mutual authorization by the two parties concerned or through merge into the health insurance.

3. The intent of current employees' physical check-up system focused on detection of occupational diseases, should be converted to an idea of medical surveillance system or biological monitoring system. The introduction of medical surveillance or biological monitoring system is a necessary condition to build a positive, effective and inexpensive occupational health care system.

Key Words : management of occupational health system, duplicated employees' physical check up, effective occupational health policy

1. 서 론

우리나라의 기존 산업보건체계는 기능적으로 부문간의 단절이 심할 뿐만 아니라 중복되기도 해서 하나의 체계로서는 효율성이 낮다는 것이 잘 알려져 있다. 이러한 비 효율성은

역사적 기원 또는 전통적인 뿌리를 지니고 있어서 하루 아침에 개혁하기가 용이하지 않다. 국가산업보건체계의 발전이 한나라의 산업발전단계와 밀접하게 관련되어 있기 때문에 더욱 그러하다.

산업보건분야의 문제점은 한마디로 산업보건관리체계가 제대로 수립되어 있지 않다는 표현으로 요약할 수 있다. 하나의 체계가 소기의 목적을 달성하려면 체계의 구성요소들이 상호 합목적적으로 연계되고, 상호 의존적으로 기능할 것이 전제된다. 이러한 관점에서 볼 때 우리나라의 산업보건체계는 그것이 하나의 완전한 체계로 정비되어 있다기 보다는 구성요소들이 우연발생적이고 현실미봉적으로 얽혀 있으며, 때로는 비합목적적인 양상마저 보이고 있어서 전형적인 ‘비체계’의 특징을 드러내고 있다.

이상의 특징을 보이는 것으로 다음과 같은 몇가지의 예를 들 수 있겠다.

첫째, 산업보건 전문인력의 부족이 극심한 상태로서, 선진 제국은 물론 우리나라와 경제발전 수준이 유사한 중진 산업국과 비교하여 보아도 큰 대조가 되고 있다.¹⁾ 우선 산업보건 전문인력의 양성체계가 확립되어 있지 않으며(대학이나 대학원의 산업보건학과도 최근에야 인가되는 실정이다), 산업보건 전문의사의 양성 체계를 두고 1990년대에 와서야 관계당국(노동부 또는 보사부)과 의료계가 정면으로 충돌하고 있는 실정이다.

둘째, 산업보건의 자원조달 체계가 전반적인 국민보건의 자원조달 체계와 분리 운영됨으로 인하여 산업보건서비스도 일반보건서비스와 분리 운영되고 있다. 따라서 체계 상호간의 합목적성을 찾아 보기 어렵고, 상호 별도로 작동을 하든지 아니면 비효율적으로 가동됨으로써 체계의 운영효율성이 매우 낮다. 이러한 문제는 국가사회보장 정책 차원에서의 제도 개편이 수반되지 않고는 하루아침에 개혁될 성질의 것은 아니지만, 그렇다 하더라도 투자의 효율성과 근로자 건강증진의 극대화를 도모하기 위해서는 이 문제를 언제까지나 성역으로 방치할 수는 없는 일이다. 그러므로 우리나라 산업보건체계의 전개방향이 전반적인 국가보건의료체계의 목표에 부합되게 나아가도록 마스터플랜이 마련되어야 할 것이다.

1) 미국에는 산업의학전문의 제도가 시행중이며, 유럽의 경우, 산업의학 관련 의사의 수련과정 또는 전문의 제도를 채택하고 있는 나라가 22개국 중 14개국, 석사학위 제도는 2개국, 학사제도는 5개국, 짧은 기간의 수련을 통해 자격을 부여하는 경우가 2개국이다(Proceeding of The Workshop on Guidelines for Teaching Occupational Health, 1988).

셋째, 보건사업의 성패를 좌우하는 주요한 관건의 하나는 주요의사결정과정에 사업 대상자의 참여를 보장하는 일인데(WHO, 1978 ; WHO, 1985) 이러한 기본요건이 갖추어져 있지 않다. 근로자 및 사업자의 참여를 유도해내지 못했을 경우에는 사업 당사자의 참여가 없는 유명무실한 사업이 되고 만다. 그러므로 효율적인 산업보건 체계를 개발하자면 산업보건정책 결정에 근로자의 참여가 필수적일 뿐만 아니라 산업안전보건위원회, 산업안전공단, 산업보건협회 등에도 근로자의 참여방법이 모색되어야 한다(최재욱과 문옥륜, 1991).

넷째, 중소기업의 경우 제반 여건이 대기업보다 불리하여 산업보건서비스가 크게 취약한 것이 주지의 사실이다. 현재 이들을 위하여 근로자 보건관리 대행사업이 시행되고 있지만 외부기관에 의한 위탁업무이므로 형식적인 사업이 될 가능성이 많고, 접근성이 떨어지고 있다(하은희, 1992). 이러한 현실은 산업보건서비스가 일시적인 사업을 지양함과 동시에 지속적이고도 조직적인 사업으로 나아가야 하는 당위성(조규상, 1991)을 짓밟게 된다. 더구나 소규모 사업장에서의 경우를 위한 소규모 기업간의 공동출자나 정부출연의 산업보건센터 설립안(이병국, 1986)은 제안만 되어있을 뿐 아직 이렇다 할 진전이 없다.

주어진 상황이 이러함에도 불구하고 우리나라의 경우 전반적인 국가보건관리체계의 효율성 및 합리성에 대해서는 수많은 연구가 행하여지고 있는데 비하여 산업보건관리체계에 관한 본격적인 연구는 찾아보기 어려워, 효율적이고 효과적인 관리체계의 수립에 관한 시도가 적었음을 알 수 있다. 특히 선진 외국의 산업보건관리체계에 대하여 체계적인 정리가 이루어지지 않아, 우리나라의 산업보건관리체계의 효율성을 평가하고 개선방안을 마련하기 위한 준거가 마련되어 있지 않은 형편이다. 점차 산업보건에 대한 중요성이 증대되고 이에 소요되는 사회적 자원이 급증하고 있는 현 시점에서 산업보건관리체계의 효율성을 평가 분석하고, 체계의 개선방안을 마련하기 위한 종합적인 연구가 시급히 요청되고 있다.

II. 연구목적 및 연구방법

본 연구의 목적은 근로자 건강관리의 효율성을 제고하기 위하여 우리나라의 산업보건관리체계에 대한 종합적인 분석을 시도하고, 향후의 전개방향을 가늠하는데 도움이 될 기초적인 정책과제 및 개선방안을 도출하는데 있다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

첫째, 현행 산업보건관리체계를 구성하고 있는 하위체계는 부문별로 산업보건자원, 산업보건조직, 산업보건서비스, 산업보건재원 및 보수지불, 산업보건관리운영체제로 구분할 수

있다. 본 연구에서는 각 하위체계 중에서 우리나라 산업보건의 가장 대표적인 사업인 근로자 건강진단서비스체계와 산업보건조직체계에 국한하여 논의할 것이다.²⁾ 주지하다시피 우리나라의 산업보건은 근로자 건강진단, 작업환경측정 및 보건관리대행과 같은 산업보건사업을 제외하면 산업보건의 내용이라고 이야기 할 만한 것이 없는 실정이다. 산업보건사업 중에서도 근로자 건강진단체계는 우리나라 산업보건사업중에서 가장 역사가 오래되고 사업의 규모도 가장 큰 부문으로서 건강진단체계의 분석을 통해서 전반적인 국가산업보건관리체계의 현황 및 문제점을 파악 할 수 있다.

둘째, 제 산업보건체계의 모형의 효율성을 평가 분석하고 우리나라 산업보건체계를 이들에 맞추어 평가, 분석하며, 전술한 분석내용을 토대로 하여 향후 우리나라 산업보건체계의 발전방향을 모색한다.

본 연구는 세계보건기구에서 제시한 국가보건의료체계의 모형을 원용하여(Kleczkowski 등, 1984) 산업보건체계를 국가보건의료체계의 소체계로 보고, 이 소체계를 구성하는 산업보건에 관한 보건의료자원, 보건의료조직, 보건의료서비스, 자원조달 및 보수지불, 보건의료관리소체계중에서 산업보건조직, 산업보건서비스체계에 국한하여 설명하기로 한다.³⁾

Ⅲ. 현 황

1. 산업보건조직체계

국민의 건강을 보호증진하기 위한 보건의료조직체계는 일반적으로 정부보건행정조직, 의료보험조직, 공공보건기관, 민간보건의료기관, 단독 개원의 및 약국 등의 형태로 존재하게 되는데, 산업보건조직 체계는 이러한 국가보건의료조직체계의 하부체계로서 존재한다.

따라서 산업보건 조직체계를 전체적인 국가보건의료조직체계와 전혀 별개로 생각하는 것은 바람직 하지 않다. 그러나 산업보건 조직체계는 국가보건체계와 의료인력과 시설을 공유하기는 하지만 자원과 담당 조직이 구분되고 국민들의 일상생활에서의 건강문제가 아닌 산업장 노동생활에서 비롯되는 특수한 건강문제를 다룬다는 기능상의 차이점 때문에 일반 보건의료 조직체계와는 다른 차별성을 갖도록 조직되기 마련이다.

2) 본고는 위에서 언급한 여섯가지 부분에 대한 포괄적 연구의 한 부분으로서 노동부의 지원하에 이루어졌다.

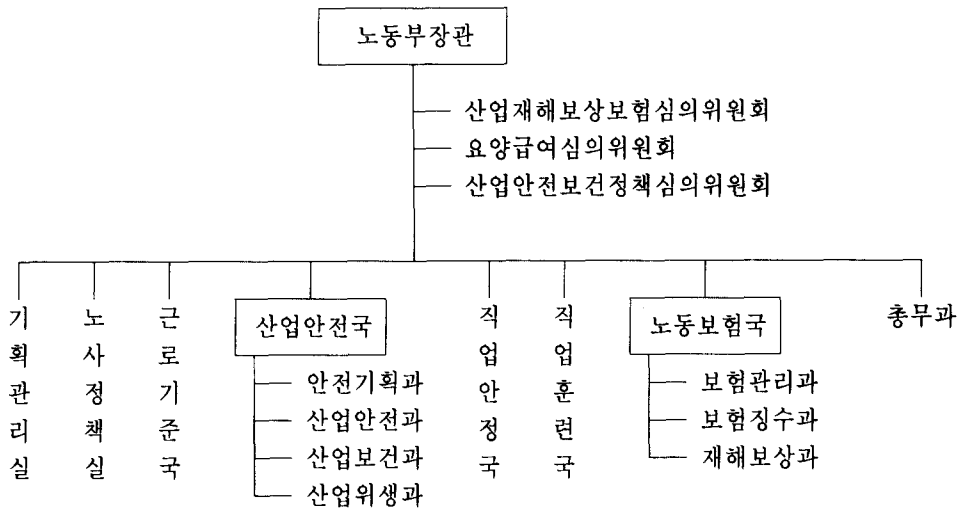
3) 자세한 모형의 내용은 참고문헌(Kleczkowski, B M 등,1984)을 참조하십시오.

1) 행정 조직

가) 중앙 행정조직

현재의 노동부 조직을 산업보건 관련 부서를 중심으로 살펴보면 (그림 1)과 같다. 산업 안전보건업무를 전담하는 중앙행정기구의 주무국은 노동부의 산업안전국으로서 산하에 안전기획과, 산업안전과, 산업보건과 및 산업위생과 4과가 있으며 산재보험업무를 전담하는 주무국으로는 노동보험국이 설치, 운영되고 있다(노동부와 그 소속기관직제, 대통령령 제 13295호).

산업보건 주무 행정 부서가 노동부로서 일반 보건 의료에 대한 주무 부서인 보사부와는 분리되어 관리되고 있으며 현재까지 산업보건에 관한 노동부와 보사부간의 공식적인 행정 협의 기구가 없이 별도 관리, 운영되고 있다. 산업보건체계가 국가보건의료체계의 하나의 하위체계임을 고려 할 때 이러한 행정 조직, 운영체계는 산업보건체계가 일반보건의료체계에서 분리되어 파행적으로 운영 되는 현실을 반영할 뿐만 아니라 그러한 현상을 더욱 조장하는 현상을 초래하게 된다.



(그림 1) 노동부 산업보건 조직

나) 지방 행정조직

지방 노동행정은 노동부의 외청인 지방노동청과 지방노동사무소가 지방에서의 노동부장관의 사무를 분장하도록 되어 있다. 지방노동관서는 1987년에 개편되어 전국을 6개 지역

권으로 구분하여 지방노동청을 설립하고, 그 산하에 44개 지방노동사무소를 둬으로써 지방노동행정의 체계화 도모하고 있다. 지방노동청은 관리과, 근로감독과, 산업안전과, 보상과 및 직업안정과로 구성되어 있으며, 관리과와 보상과가 산업재해보상보험 관계 업무를 담당하고, 산업보건관련 업무는 산업안전과가 전담하고 있다.

산업안전보건 근로감독관은 현재 안전보건요원-최근 근로감독관으로 전환되었음-을 모두 포함하여 200명에 불과하여 근로감독관 1인당 담당 사업장수는 728개소, 담당 근로자 수는 39,416명으로 절대적인 과부족의 상태이다 <표 1>.

<표 1> 산업안전보건 근로감독관 1인당 담당사업장 수 및 근로자 수

구 분	인 원		비 고
	본 부	지 방	
산업안전보건근로감독관수	15명	158명	사법권 있음
안전보건요원(기술직)*	28명		사법권 없음
계	201명		1인당 담당 사업장수 : 728개소 1인당 담당근로자수 : 39,416명

주 *) 현재 안전보건 요원은 대부분 기술직 근로감독관으로 변경되었음.

자료 : 노동부 직업병 예방 종합대책 추진기획단, 한,일간 직업병 예방제도 비교 및 개선방안, '91년 5월(건 강사회를 위한 보건의료인 연대회의에서 재인용, 1992)

2) 공공 산업보건 지원기관

가) 근로복지공사

근로복지공사는 1977년 설치되어 전국 각지에 8개 병원과 1개 요양소 그리고 5개의 재활원 및 요양센터를 설립하여 운영하고 있다. 1992년 노동부 예산중 근로복지공사 출자금은 105억원의 예산이 책정되었다(노동백서, 1993).

근로복지공사는 산업보건사업의 진료 및 재활 부문에 있어서 유일한 공공의료기관일 뿐만 아니라 산업보건 전반에 걸쳐서도 유일한 공공부문의 의료기관이기 때문에 중요한 의미를 갖는다고 할 수 있다. 최근 정부투자기관의 민영화 방침에 따라 일부 복지공사 시설의 민영화가 추진되고 있어 근로복지공사의 체제 개편 및 축소가 예상되고 있는데, 이에는 산업보건부문에서 최소한의 공공성 확보가 필요하다는 차원에서 신중하게 취급 되어야 할

것이다.

나) 한국산업안전공단

한국산업안전공단은 1987년 한국산업안전공단법(법률 제3931호)에 의해 설치되어 산재 예방기금 및 노동부 출연금으로 운영되는 기관이다. 한국산업안전공단은 부설기관 및 산하기관으로 산업안전교육원, 산업안전연구원, 산업보건연구원과 전국 11개소의 산업안전기술지도원이 있다. 특히 산업보건연구원은 산업안전보건연구원, 산업위생연구실과 근로복지공사 직업병연구소가 통합되어 1992년 설립된 종합적인 산업보건연구조직으로서 직업병 예방연구 및 기준 개발, 산업위생, 산업독성, 산업의학 연구, 직업병 진단 및 역학적 연구, 작업환경개선 및 생산성과 작업능률 향상 연구를 주 목적으로 하고 있다. 현재 주요 업무로는 산업보건 연구, 작업환경측정기관 정도관리, 국제정도관리가입 시료분석, 직업병 역학조사, 이직 근로자 건강관리, 직업병 취약사업장 점검, 유해화학물질 및 생체시료 분석을 맡아서 수행하고 있다.

1993년 산업안전공단의 예산 규모는 304억원으로 총 산재예방기금 766억원의 39.7%를 산업안전공단 사업비용으로 사용하였다(노동부 내부자료, 1993년 예산자료).

3) 민간기관

대한산업보건협회는 민간 사단법인으로 산하에 서울, 부산 등 전국 각지에 14개 지역 지부 및 12개 산업보건센터를 두어 운영하고 있으며, 이들 지부 및 산업보건센터는 특수건강진단, 보건진단, 일반건강진단, 보건관리대행, 작업환경 측정 등 산업보건서비스 제공조직으로서의 역할을 하고 있다.

산업보건협회 산하 12개의 산업보건센터가 1993년에 실시한 특수건강진단의 규모는 총 590,866명의 특수건강진단 실시자중 209,755명을 산업보건협회에서 실시하여 전체의 35%에 달하고 있으며, 작업환경측정의 경우 전국 실시 사업장의 약 39%, 보건관리대행 사업의 경우 전체 대행 사업장의 약 50%를 협회에서 실시하였다(노동부, 1993 및 산업보건협회 내부자료). 따라서 우리나라에서 실시된 특수건강진단, 작업환경측정 및 보건관리대행 사업의 35%에서 50%의 규모를 산업보건협회에서 담당하고 있어 산업보건서비스 제공 기관중에서 가장 큰 단일 조직에 속한다.

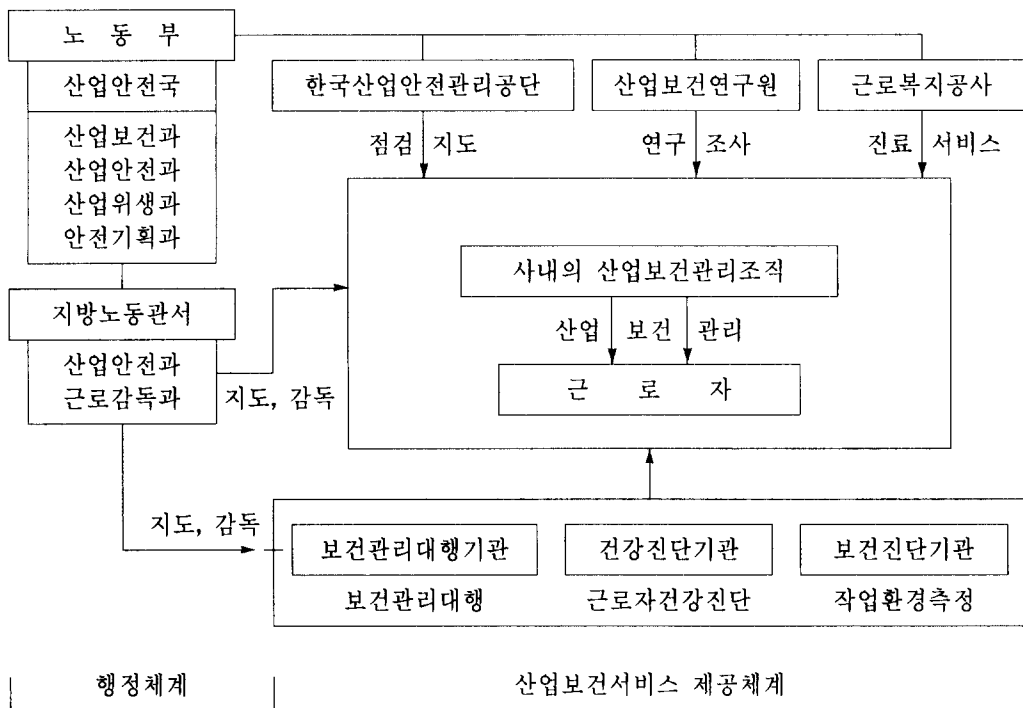
산업보건협회 중앙 지부 산하에는 특수건강진단 기술협의회와 일반건강진단 기술협의회 그리고 작업환경측정 기술협의회가 설치 운영되어 각 산업보건기관에 대하여 기술 지원

및 사업에 있어서의 기준 설정과 같은 사업을 실시하고 있다⁴⁾

전국 15개 의과대학(가톨릭, 한림대, 고려대, 경북대, 연세대, 인제대, 순천향대, 고신의료원, 연세대 원주, 경상대, 동아대, 원광대, 충북대, 전남대, 한양대)은 산업의학연구소 또는 환경의학연구소 등을 부설하여 산업보건 연구를 수행하고 있다. 연구가 주목적으로 설립되었지만 대체로 작업환경측정, 특수건강진단, 보건관리대행 등 산업보건서비스 제공조직으로서의 역할도 상당히 큰 비중을 차지하고 있다.

4) 산업보건조직 체계

산업보건관리조직은 그 성격상 여러가지 형태로 분류할 수 있다. 우선 사업장 외부에서 사업을 수행하는 사업장내 기관(in-plant facility)과 사업장의 기관(external facility)으로 구분되며, 설립의 주체가 정부 또는 공공인 공공기관과 민간 기관으로 구분할 수 있다.



(그림 2) 산업보건 조직체계

4) 1994년 3월 19일 개최된 특수건강진단 기술협의회, 일반건강진단 기술협의회 그리고 작업환경측정 기술협의회 총회에서 각 협의회가 산업보건협회에서 분리하여 독립적인 기구로서 활동 할 것을 골자로 하는 협의회 운영 개정안을 통과 시키고 노동부 장관의 승인 절차를 거치고 있다.

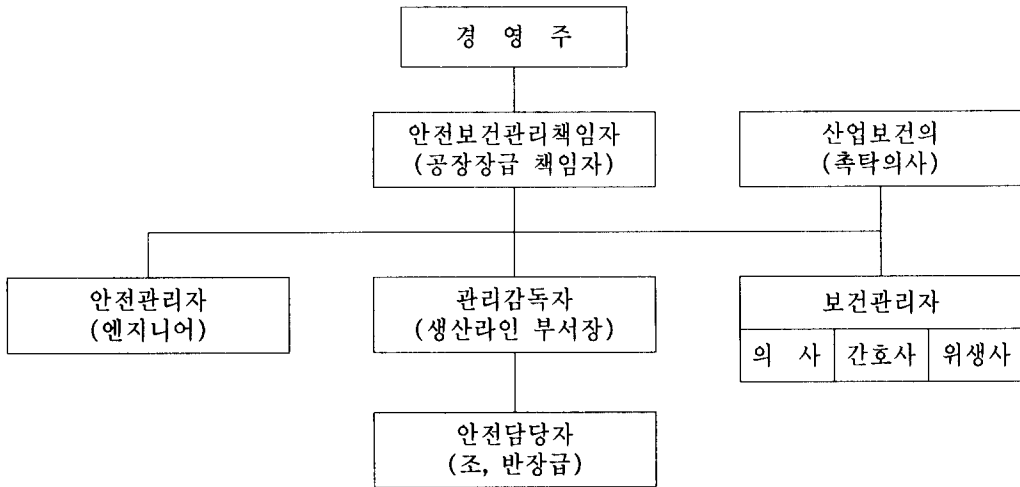
먼저 사업장의 기관인 산업보건을 위한 정부 및 관련단체의 조직과 기능을 요약하면, 산업보건 정책수립, 지도, 감독, 지원, 연구조사를 담당하는 공공 기관과, 산업장 보건관리, 근로자 건강진단, 작업환경측정 등 직접적인 산업보건활동을 수행하는 보건관리대행기관, 건강진단기관, 보건진단기관 등 외부 산업보건서비스기관과 사내의 산업보건관리조직이 포함된다. 이들을 망라한 우리나라의 산업보건 조직체계는 (그림 2)와 같이 구성할 수 있다.

산업보건조직중에서 행정, 관리 조직을 제외한 산업보건서비스 조직은 산업보건 조직 체계에서 가장 중요한 핵심 체계라 할 수 있을 것이다. 각 산업보건 조직을 그 성격상 여러 형태로 분류하면, 산업보건에 대한 기준 설정 및 연구를 수행하는 기관과 산업보건 예방 서비스에 해당하는 건강진단, 작업환경측정, 보건관리대행사업 기관등이 있으며, 산업보건진료 서비스에 해당하는 의료기관 및 재활사업 기관등으로 분류할 수 있다. 위에서 열거한 산업보건 조직을 이러한 성격과 조직의 목적 및 기능에 따라 분류하면 <표 2>와 같은데, 일부 교육 및 훈련 서비스를 제외하면 산업보건사업에서 공공 부문이 차지하는 비중이 상당히 낮으며 민간 부문이 주도적인 역할을 하고 있는 것을 알 수 있다. 즉, 산업보건 서비스제공 부문에 있어서 산업안전관리공단과 근로복지공사와 같은 공공부문이 일부 기능을 수행하고 있지만 공공부문은 극히 작은 비중을 차지하고 있고, 대부분은 산업보건 협회를 비롯한 민간 의료기관이 담당하고 있는데, 이는 전체 민간형 국가의료체계에서의 구성과 유사하다.

<표 2> 산업보건서비스 조직의 종류 및 현황

구 분		공 공 부 문	민 간 부 문
연구 및 기준 설정 조직		산업안전공단, 산업보건연구원	민간 산업보건연구소
산 업	1. 특수건강진단	7(9.7%)	65(90.3%)
보 건	2. 일반건강진단	7(0.5%)	1,312(99.5%)
예 방	3. 작업환경측정	6(9.2%)	59(90.8%)
서 비 스	4. 보건관리대행	5(11.1%)	40(88.9%)
산업보건진료서비스		근로복지공사	산재지정 민간의료기관
교육 및 훈련서비스		산업안전공단	산업보건협회(일부)

사업장내의 산업보건관리체계는 비전임 산업보건의(촉탁의사) 또는 의사, 간호사, 위생사 등으로 구성된 전임산업보건관리조직에 의해 이루어지는데, (그림 3)과 같이 기업의 안전보건관리 책임자를 보좌하는 스태프조직의 성격을 갖는다.



(그림 3) 사업장 보건관리체계

자료 : 조주현, 우리나라의 산업보건체계, 직업병 유소견자 사후관리, 한국산업안전공단 산업보건연구원 세미나 자료, 1993.11.

사업장내의 산업보건관리조직은 산업안전보건법에서 일정 규모 이상의 사업장에 선임하도록 되어 있는 보건관리자, 안전관리자 및 산업보건의를 중심인력으로 하여 구성되어 있다. 보건관리자는 사업장의 보건에 관한 업무를 담당하도록 하고, 안전관리자는 안전에 관한 업무를 수행하는 직책으로 사업주가 의무적으로 선임하도록 산업안전보건법에서 규정한 법정인력이다.

사업장내 보건관리자의 선임현황을 보면 <표 3>과 같이 전임의사가 있는 사업장은 214개소로 극소수이며, 간호사가 있는 사업장도 2,213명으로 전체의 20%에 지나지 않는 실정이어서 사업장내 산업보건인력은 대단히 취약하다는 것을 알 수 있다. 더구나 보건관리자가 간호조무사 등 고졸자로 선임된 사업장이 전체의 10%에 달하고 있어 사업장내의 전문적인 산업보건관리가 제대로 수행되기 어려운 실정이다(조주현, 1993).

<표 3>

산업보건관리자 선임 현황

(’92.12.31 현재)

구분	대상사업장	선임사업장	선임율	직능별 인원(개소)
산업 보건의	10,890개소	10,181개소	93.5%	산업보건의 : 4,873 보건대행기관 : 5,308개소
보건 관리사	11,869개소 (12,828명)	10,738개소 (11,527명)	90.5% (89.9%)	전임의사 : 214명/간호사 : 2,213명 산업위생관리기사(환경기사 포함) : 2,296명 고졸자(간호조무사 포함) : 1,071 대행기관 위탁 : 5,733개소
대행 기관 위탁	300인 미만 : 전 업종 규모와 무관업종 : 육상운수 노동부장관 지정공단 등	5,733개소		보건관리대행기관에 업무 위탁시 산업보건의 및 보건관리자 선임면제

2. 산업보건서비스체계

산업보건서비스는 작업중인 근로자의 건강을 유지하고 증진시키거나, 작업중 상해를 당하고 유해요인에 폭로된 근로자를 건강한 최적의 기능상태로 회복시키는데 일차적 관심을 갖는 보건서비스의 하나이다. 따라서 일반보건의료서비스와 본질적으로 다를 것은 없으나 몇 가지 점에서 차이점이 지적될 수 있다⁵⁾ 그러나 산업보건서비스나 일반보건의료서비스는 서비스 내용면에서는 일치한다. 그 내용을 크게 나누어보면 환경 개선, 건강교육, 건강진단, 질병치료, 재활서비스 등이 된다(Newkirk 등, 1989). 서론에서 지적하였듯이 산업보건서비스의 종류에는 건강진단 이외에도 보건교육, 환경개선, 치료, 재활 등의 여러가지가 있으나 본 항에서는 가장 중요하게 취급되는 근로자 건강진단만을 살펴보고자 하는데 그

5) 산업보건과 일반보건의료의 차이점은 서비스의 이용수준, 양질의 의료에 대한 정의, 정부와 노동조합의 영향력 등에 있어서 구분이 가능하다.(Guidotti와 Cowell, 1989).

이유는 다음과 같다.

첫째, 산업안전보건법에 의하여 근로자 건강진단을 처음 시작할 때와는 달리 현재는 전 국민의료보험이 실시되고 있어서 근로자 건강진단도 이에 맞춰 개편 내지 개선이 필요하기 때문이다.

둘째, 근로자 건강진단이 나름대로의 역할을 수행하기 위해서는 단순히 건강진단의 실시로 끝나서는 안되고 그에 따르는 후속 조치 및 기타 서비스와의 연계를 지녀야 하겠기 때문이다.

셋째, 건강진단은 산업보건사업중에서 가장 오랜 역사를 갖고 있으며 현재 산업보건사업중에서 가장 규모가 큰 사업이기 때문이다.

1) 건강진단의 종류와 대상 근로자

노동법의 기본인 근로기준법과 산업안전보건법 제5장 근로자의 보건관리 제43조 및 제44조에서는 농업, 어업, 수렵업을 제외한 상시 근로자 5인 이상의 모든 사업 또는 사업장에 대하여 근로자 건강진단을 실시하도록 규정하고 있다. 1992년의 경우 5인 이상 사업장은 14만여개소, 근로자 수는 588만여명에 이른다(노동부, 1993).

산업안전보건시행규칙 제98조의 건강진단의 종류 및 정의를 살펴보면 채용시 건강진단은 근로자를 신규로 채용하는 때에 실시하고, 일반 건강진단은 상시 근로자에 대하여 정기적으로 실시하는 건강진단이다. 임시 건강진단은 직업병이 다수 발생하거나 발생할 우려가 있는 경우에 관할 지방노동관서장의 지시나 산업보건기준에 관한 규칙(보건규칙)이 정하는 바에 따라 사업주가 임시로 실시하는 건강진단이다. 특수 건강진단은 소음발생 장소에서 행하는 업무, 분진작업 또는 특정 분진작업, 연 업무 및 4알킬 연 등의 업무, 유기용제 업무, 특정 화학물질 취급업무, 고압 실내작업, 잠수작업, 기타 이상 기압하에서의 업무, 기타 유해광선, 강렬한 진동 등이 발생하는 장소에서의 업무 등에 종사하거나 종사할 근로자에 대하여 사업주가 실시하는 건강진단을 말한다.

2) 건강진단 기관 현황

산업보건기관 현황을 살펴보면 전술한 산업안전보건법 기준에 의한 시설장비를 갖춘 기관으로서 노동부에 의해 지정된 기관은 1993년 현재 특수건강진기관 72개소, 일반건강진기관

1,319개소에 이르고 있다. 특수건강진기관은 종합병원 및 병원이 54.2%, 일반건강진기관은 의원이 63.2%로 가장 많은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다<표 4>.

<표 4> 건강진단기관 현황

기관종류	특수건강진단기관	일반건강진단기관
대학연구소 및 종합병원	17(23.6)	177(13.4)
병원	22(30.6)	290(22.0)
의원	—	833(63.2)
근로복지공사	7(9.7)	7(0.5)
대한산업보건협회	12(16.7)	12(0.9)
자체	9(12.5)	—
기타	5(6.9)	—
계	72(100.0)	1,319(100.0)

3) 근로자 건강진단 실시 현황

1992년 400여만명의 근로자 건강진단 대상자 중에서 355여만명에 대하여 근로자 일반건강진단 및 특수건강진단을 실시되었다. 이중 일반건강진단은 295여만명이며 특수건강진단은 59여만명에 이른다 <표 5>. 건강진단 실시율은 특수건강진단의 경우 96%로 높은 수준을 보이고 있으나 일반건강진단은 87%로서 약 45만여명의 근로자가 건강진단에서 누락 되었음을 알 수 있다.

<표 5> 1992년도 근로자 건강진단 실시 현황

구분	사업장(개소)			근로자(명)			유소견자수#	
	대상	실적	비율(%)	대상	실적	비율(%)	대상	발견율(%)
계	126,964	105,017	82.7	4,015,465	3,550,219	88.4	137,544	3.87
일반	109,851	88,782	80.8	3,399,853	2,959,353	87.0	107,917	3.64
특수	17,113	16,235	94.9	615,612	590,866	96.0	29,627	5.01

자료 : 노동백서, 1993, 노동부

: 여기에서의 유소견자수는 일반질환과 직업병유소견자 모두를 가리킨다.

1992년 특수건강진단을 통해 발견된 직업병 유소견자⁶⁾의 수는 5,937명으로 발견율은 1.0%에 이르며 발견된 직업병 유소견자는 진폐와 난청이 각각 2,417명(40.7%), 3,345명(56.3%)으로서 거의 대부분을 차지하고 있다(노동부, 1993; 대한산업보건협회 자료).

3. 한국 산업보건체계의 구조

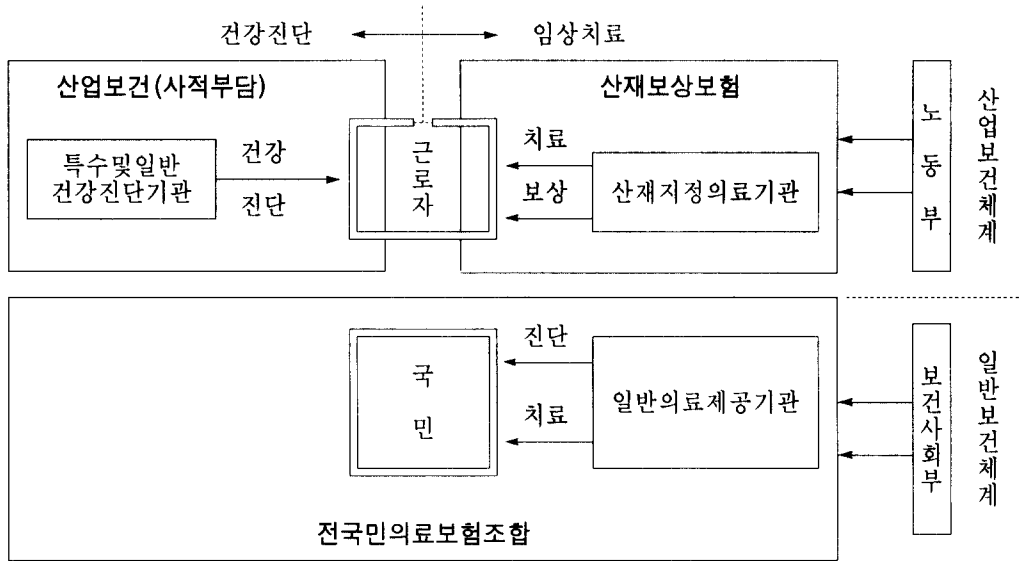
본 절에서는 산업보건제도상의 문제점을 일반보건의료체계와 산업보건체계를 포함하는 국가보건체계 내의 구조적인 결함으로 설명하려 한다. 이러한 시도가 중요한 이유는 우리나라의 산업보건제도 전반에 대한 거시적인 분석이 그간 시도된 바가 거의 없었다. 따라서 논의를 산업보건체계와 일반의료체계간의 파행적인 구조에서 산업보건의 모든 문제점이 기인한다는 가설에서 출발하기로 한다. 이러한 사실은 그동안 간과되어 왔다(최재욱a, 1993).

현재 우리나라에서 의료보험으로 대표되는 일반보건의료체계와 근로자건강진단제도 및 산업재해보상보험으로 대표되는 산업보건체계를 동시에 고려하는 모형을 구성하면 (그림 4)와 같다. 우선 재원조달의 측면에서, 산업보건체계의 근로자 건강진단 및 작업환경측정과 같은 산업보건 예방사업은 전적으로 사업주의 사적 부담에 의해 이루어지고 있는 반면 산업재해나 직업병 환자의 치료에 해당하는 산업보건의 진료 서비스는 사업주가 각출한 산재보험료를 재원으로 하는 산업재해보상보험이 제공, 관리하고 있으며, 노동부의 노동보험국이 운영을 담당하고 있다. 일반보건의료체계는 국민이 일정한 보험료를 각출한 것과 사업주의 부담 그리고 정부의 세입 보조금 등을 재원으로하여 직장의료보험, 공·교 의료보험 그리고 지역 의료보험 체계를 통하여 관리되고 있다. 행정관리체계의 측면을 살펴보면, 관리체계가 이원화되어 있어서 산업보건체계는 주무 부서가 노동부와 관할 지방노동사무소이지만, 일반보건의료체계는 보사부가 주무 부서로 되어 있다.

산업보건사업의 경우, 건강진단 및 작업환경측정과 같은 예방 서비스가 제도적으로 이루어지고는 있지만, 몇가지 중요한 구조적인 문제점을 발견할 수 있다. 즉, 예방보건서비스와 직업병 혹은 산재환자의 치료 및 재활과 관련된 부문이 재정적으로 그리고 행정적으로

6) 다른 건강진단 결과 직업병의 소견이 있는 자로서 의사의 소견에 따라 요양신청, 작업전환, 취업장소의 변경, 휴직, 근무중 치료, 기타 의학적 조치가 필요한 자로 규정하고 있다(근로자건강진단 실시기준 별표 4). 직업병유소견자의 정의에 대하여는 상당한 논란이 있을 수 있는데 예를 들어 질병자의 개념으로서의 좁은 의미와 적절한 사후관리가 필요한 사람으로서의 넓은 의미의 정의가 있을 수 있다.

분리 운영되고 있어서 양질의 보건서비스의 가장 중요한 요소인 서비스의 연속성(continuity)을 확보하지 못하고 있다. 연속성을 유지하지 못하여 발생하는 진료의 단절(break-down)은 심각한 문제로 나타나고 있다. 즉, 건강진단을 통해 직업병으로 진단받은 근로자라 하더라도 산재보험에서 제공하는 요양 및 치료를 받기 위해서는 요양 신청서를 제출하여 각 지방노동사무소의 산재보상과에서 승인을 받아야 하는데 이러한 과정에서 발생하는 여러 문제점, 예를 들어 승인의 시간적 지연, 행정적인 복잡성 등이 커다란 장애요소로 지적되고 있으며, 일부에서는 치료 지연으로 상태가 악화되기도 하여 근로자의 주요 불만 요인으로 되고 있다.



(그림 4) 한국의 의료체계 구조

이러한 문제점들은 근본적으로는 (그림 4)에서 보는 바와 같이 근로자가 산업보건의 대상자일 뿐만 아니라 직장을 벗어난 사회나 가정에서는 일반보건의료 체계의 대상자인 일반국민이 된다는 사실에서 출발하고 있다. 즉, 산업보건서비스와 일반보건의료서비스라는 구분은 불건강의 책임 소재가 직업과 관련하여 기인하는가 혹은 일반병에 기인하는가에 따르는 관리상의 구분 일 뿐이지 서비스의 대상자인 근로자의 입장에서 볼 때 명확하게 구분해 낼 수 없는 성질의 것이다. 현실적으로 이러한 문제는 근로자가 어떤 질병에 걸렸을 때 그 질병의 원인중 직업에 기인하는 것이 50%이고 개인적인 원인에 의한 것이 50%

라고 할때 엄밀히 따져 직업에 기인한 부분은 산업보건 체계(산재보험)에서 관리를 해야 되고 개인적인 원인에 의한 부분은 일반보건의료 체계(의료보험)에서 관리를 해야만 하는데 과연 그러한 구분이 현실적으로 가능한 것인지? 의문스럽다. 더구나 그러한 결정을 내리는 사람이 의료전문가가 아니라 비의료인인 근로자 자신이라고 할 때 그러한 구분은 무모한 것이라 할 수 있을 것이다. 그러나 우리나라의 현실은 불행히도 이러한 구분을 명시적으로 적용하고 있으며 그러한 결정을 내리는 사람이 근로자 자신이거나 노동조합이라는 비현실적인 상황에 놓여 있다.

IV. 산업보건체계의 제 모형

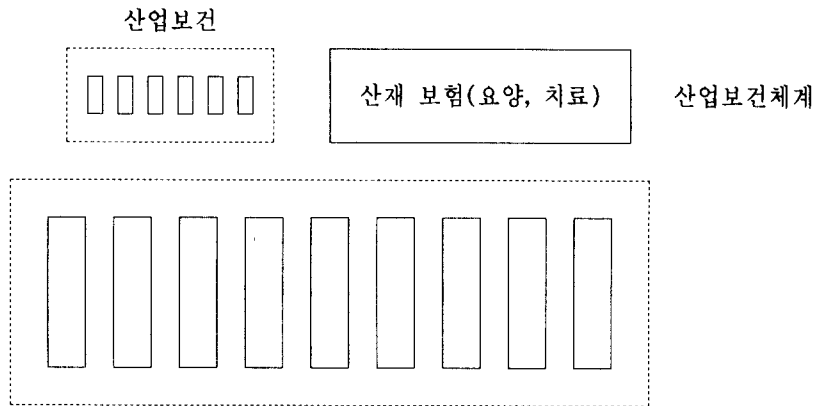
산업보건체계는 각 나라별로 산업보건체계와 일반보건의료체계의 형성 과정의 특수성과 정치, 문화적인 특수성에 따라 각기 다른 형태의 모형을 갖고 있다. 따라서 여러 형태의 산업보건과 일반보건의료간의 체계 모형에 대한 고찰은 우리나라 산업보건체계의 향후 전개에 있어서 유용한 자료가 될 것이다. 구체적인 분석에 들어가기에 앞서 어떠한 모형이 상대적 우월성이 있는가에 대한 논의는 피하기로 한다. 왜냐하면 그러한 분석은 그 제도가 갖는 조직화의 수준, 자원조달 방법 및 모형의 안정성과 같은 일반적 특성 이외에도 제도에 대한 국민의 수용성, 지지도 그리고 제도 운영에 따른 실질적인 그 나라의 건강지표 등을 비교하지 않고는 해답을 얻을 수 없는 방대한 작업이기 때문이다. 따라서 여기에서는 보건의료체계의 조직화 수준의 관점에서만 분석하기로 한다. 여기에서 논의하는 조직화의 개념은 보건의료체계내에서의 각 부문(sector)간의 유기적인 연결, 부문간 원활한 정보의 소통 체계, 효율적인 행정관리체계 그리고 여타 보건체계와의 연계성 등으로 설명될 수 있다. 따라서 구체적인 지표로는 보건체계내 각 부문내의 조직화와 부문간의 연계성, 그리고 부문간 관리체계의 상이성 등에 초점을 맞추기로 한다.

1. 자유방임형 의료체계

이 모형은 일반보건의료체계 조차 전혀 체계화되지 못하고 사적인 개인 부담에 주로 의존하는 모형이다(그림 5). 이러한 산업보건서비스는 특정한 체계나 조직이 형성되어 있지 않으며 관련 법이나 규정등에 의한 강제적인 산업보건관리가 아니라 개별 사업장의 자율적인 산업보건관리를 강조하고 있다. 현재 미국의 경우가 이에 해당하는 유형으로 생각할

수 있다.

자유 방임형 의료체계 모형하에서는 일반보건의료 조차도 국민 각자의 부담능력에 따라 의료서비스가 배분되므로 산업보건 서비스 역시 최소한의 법적 보장 이외에는 사업주 혹은 기업의 부담 능력과 의사에 따라 배분된다. 따라서 산업보건서비스가 불평등하게 배분되는 경향이 있다(RH Elling, 1986; TL Guidotti et al, 1989; JS Felton, 1989; JS Felton, 1990). (그림 5)에서 산업보건체계 및 일반보건의료체계가 작은 사각형으로 이루어진 것은 제도적인 수준이 아니라 조직화되지 못한 채 개별적인 의료제공의 형태로 이루어지고 있음을 표시한다.

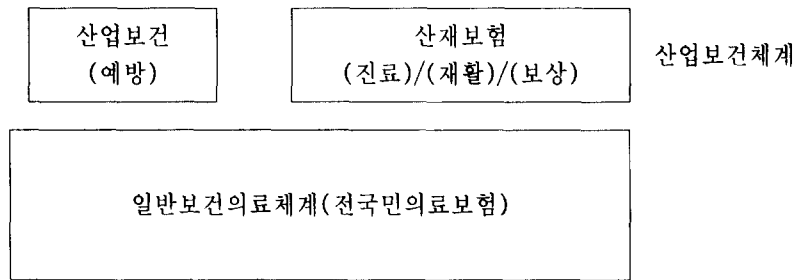


(그림 5) 자유방임형 의료체계의 모형

2. 3분형 의료체계

(그림 6)은 일반 보건의료체계와 산업보건체계가 각 체계내에서는 어느 정도 조직화된 체계를 이루고 있는 형태이다. 즉, 일반보건의료서비스는 전국민의료보험과 같은 사회보험의 형태로 조직화 되어있으며 산업보건서비스는 별도의 독립된 행정 체계나 법의 적용하에 조직되어 운영되는 모형이다. 이 모형은 산업보건과 일반보건의료체계와 산재보험이 상호 분립적으로 존재하기 때문에 3분형 의료체계로 부를 수 있다. 산업보건의 경우 독립된 산업안전보건법 체계를 갖고 있는 경우가 대부분이며 산업보건서비스 조직은 법이나 규정에 의해 특정한 요건을 갖춘 의료기관만이 서비스를 제공할 수 있도록 하고 있다. 이러한 모형에 해당하는 국가로는 한국이 분류될 수 있다.

산업보건서비스는건강진단이나 작업환경측정과 같은 예방 사업에 국한하여 실시되고 있고 직업병의 치료와 같은 진료서비스는 산업보건부문과 분리되어 산재보험 체계내에서 운용되고 있다. 더욱 특기할 것은 우리나라의 경우 산업보건 진료서비스가 일반 보건의료체계와는 전혀 다른 별도의 법 규정, 행정체계 및 수가체계하에서 독립적으로 운용되는 것이다. 이러한 상호분립형 모형은 각 체계간 그리고 산업보건 체계내 각 부문이 서로 분리됨으로 인하여 이러한 부문간에 유기적인 연계체계가 전제되지 않고서는 모형이 효율적으로 작동되기 어렵다.



(그림 6) 3분형 의료체계의 모형

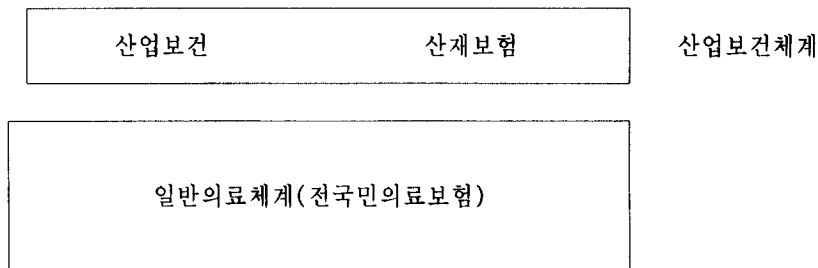
3. 2분형 의료체계

(그림 7)은 산재보험과 산업보건 예방 및 진료서비스 등이 통합되어 있는 경우이다. 전체 보건의료체계에서 볼 때 일반보건의료체계와 산업보건체계가 각 체계내에서는 단일한 관리체계 및 재정체계를 갖고 있게 되어 2분형 의료체계로 구분 할 수 있다. 산업보건 체계내에서의 산업보건서비스와 산업재해보험과의 통합은 사업주의 공동 부담으로 운영되는 산업재해보상보험 기구가 통합의 연결 고리 역할을 함으로써 이루어 질 수 있다. 독일의 경우 산업장, 농업 그리고 공공기관을 대상으로 하는 세가지 산업재해보상보험 기구의 연합체인 상호재해보험연합회(Berufsgenossenschaften)가 국가와 함께 산업보건에 관한 규제 및 관리를 실시하는 이중적 관리체계이다.

상호재해보험연합회는 보상업무 뿐만 아니라 산업안전 규정 및 규칙을 제정하여 사업장을 감시하고 조사할 수 있으며 공장에서의 작업이 유해하거나 위험하다고 인정될 때에는 직접 작업을 중지하거나 작업장 환경 개선을 지시하고 벌금을 부과 할 수도 있다. 또한 직접 사업장에 서비스를 제공하는 산업보건센터(Ueberbetriebliche)를 운영하고 있는데 주요 업

무로는 정기신체검사, 채용시 신검, 응급 의료와 교육, 직업병 진단, 보건교육 및 작업장 순회등으로 주로 예방에 치중하고 있고 일차진료에 관한 부문은 일반보건의료체계에서 담당하도록 되어있어 산업보건서비스에서는 제외되어 있다(RH Elling, 1986 ; 최재욱과 이원진, 1990). 따라서 이러한 2분형 의료체계 모형에서는 산업보건의 예방, 조기진단 및 보상과 재활서비스 등이 단일한 체계내에서 통합적으로 유지되어 운영되므로 완전분리형 혹은 자유방임형에서 나타나는 예방, 조기진단, 치료 각 부문간의 단절과 같은 단점은 나타나지 않는다. 또한 보험 운영자가 직접 보험 예방사업에 관여 함으로써 산업보건 예방사업을 효율적으로 운영할 수 있다는 제도상의 잇점이 있다. 예방사업의 내용 중 근로자 건강진단은 생물학적 모니터링이 주요한 내용이고 전체적으로는 상호재해보험연합과 같은 공공부문이 주도적으로 산업보건사업을 이끌어 가고 있는 것이 특징적이라 할 수 있다.

그러나 일반보건의료체계와는 여전히 분리되어 독립적으로 운영되고 있어 일반보건의료와 산업보건의료의 연계성 확보는 이루어지지 않는 체계이다.



(그림 7) 2분형 의료체계의 모형

4. 부분적 통합형 의료체계

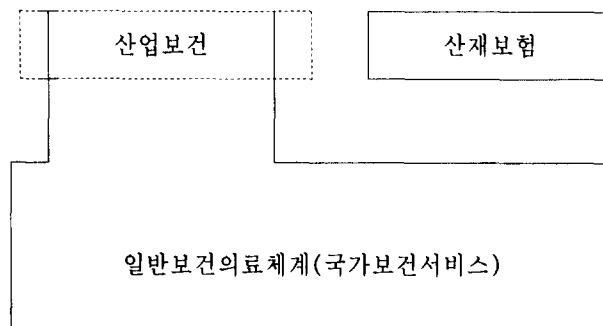
의료보장과 전반적인 사회 복지서비스가 사회보장의 형태로 운영되고 있는 영국이나 스웨덴과 같은 복지국가에서의 의료체계 모형은 (그림 8)과 같다. 이러한 부분 통합형 의료체계 모형에서 일반의료체계는 조세를 근간으로 하는 국가보건서비스(National Health Service)체계를 운영하고 있으며 이러한 국가보건서비스가 산업보건에 일정부분 관여하고 있다. 통합의 정도는 국가별로 상이한데 영국의 경우 산업보건의 예방서비스에 해당하는 작업환경 측정, 유해작업 근로자의 monitoring과 건강진단은 일부 대기업의 경우 사업장 부설의 자체 산업보건기관에서 제공하고 있으며 정부기관인 보건안전이사회(Health and

Safety Executive) 산하의 고용의료자문서비스 분과(HSE's Employment Medical Advisory Service(EMAS))에서도 산업보건서비스를 직접 제공하거나 혹은 국가보건서비스의 지역의 사 중에서 보건안전이사회가 지명하여 제공하도록 하고 있다.

반면 일차진료의 경우 직업병과 일반 질환의 구분을 하지 않고 국가보건서비스를 이용하도록 하고 있다. 즉, 산업재해나 직업병에 대한 요양 서비스는 국가보건서비스 체계하에서 운영되고 보상급여는 국가 사회보장체계에서 지급되고 있다(Health and Safety Commission, 1992; JM Harrington et al, 1992).

스웨덴의 경우 산업보건에서 소요되는 총 재정의 50%는 사업주 부담으로 충당하고 나머지 50%는 국가보건서비스에서 부담하고 있는데, 사업주 부담금은 주로 산업보건 예방 사업에 지출되고 국가보건서비스에서 지출되는 비용은 산업보건의 일차진료 비용으로 사용되고 있다(RH Elling, 1986).

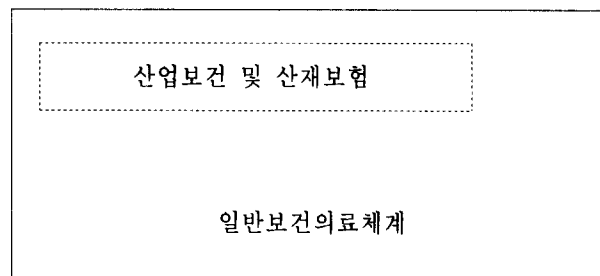
이러한 부분적 통합형 의료체계 모형에서는 일반보건의료 체계가 산업보건체계에서 발견된 환자의 치료는 물론이거니와 예방적인 서비스의 일부를 담당하고 있고, 이 양 체계간의 완전 통합은 되어있지 않다고 하더라도 일반의료체계와 밀접한 연계 체제를 갖추고 있다. 따라서 일반의료체계와 철저히 분리된 우리나라와 같은 완전분리형이나 2분형 의료체계에서 발생하는 고질적인 문제 즉, 병의 원인이 작업에 기인하는 직업병 혹은 개인적인 원인에 기인하는 일반병의 구분에 따라 치료 기관도 다르고 행정, 관리체계가 완전 분리되어 나타나는 행정적인 복잡성과 혼란스러움은 피할 수 있다. 특히 산재 혹은 직업병자의 치료가 별도의 산재보상보험기관의 요양 승인 과정을 거치지 않고 즉시 이루어질 수 있어서 직업병 혹은 산재 환자의 요양승인의 지연과 불승인에 따른 근로자의 불편은 나타나지 않게 된다(최재욱a, 1993).



(그림 8) 부분통합형 의료체계 모형

5. 완전 통합형 의료체계

조직화 수준에서 가장 극대화되어 있는 것은 사회주의 국가에서 운영하는 완전 통합형 의료체계 모형일 것이다(그림 9). 사회주의 국가에서의 완전통합형 의료체계 모형은 치료나 예방이 모두 통합되어 국가가 관리하며 산업보건과 일반보건의료 체계간의 구분도 없다. 따라서 개인적인 원인 혹은 작업에 기인하는 질병에 관계없이 국가가 제공하는 무상의료를 제공받는다. 의료조직 역시 일반 보건의료 제공조직과 산업보건의료제공 조직이 통합되어 공공 보건의료 센터에서 통합 운영된다. 사회주의 국가내에서도 제도 운영상에 있어서 국가간의 차이는 있는데 구 소련의 경우 산업보건 예방 사업과 진료 사업을 별도의 공공 조직에서 관리, 운영하고 있다(HA Waldron, 1989).



(그림 9) 완전통합형 의료 체계 모형

V. 우리나라 산업보건조직과 서비스의 문제점 및 개선방안

1. 산업보건조직

1) 노동부와 보건사회부의 연계

산업보건에 관한 정책수립 및 기획, 집행사무를 관장하는 중앙관청인 노동부와 일반 보건정책을 관장하는 보건사회부와의 연계 및 협력이 부족한 것은 국민보건차원에서 볼 때 문제점이 될 수 있다. 산업보건의 근로자를 대상으로 한다는 특수성으로 인하여 전통적으로 노동부가 관장하여 왔지만 의료기관 및 의료인력 등 의료자원을 공유하고, 전반적인 보건의료체계의 일부로서 산업보건체계가 기능할 수 밖에 없다는 점을 고려하면 보건사회부와의 연계 및 협력체계의 미비는 우리나라 산업보건체계의 큰 결함이 아닐 수 없다.

산업보건체계는 국가보건체계의 하위 체계이기 때문에 궁극적으로는 상호 통합되는 것이 바람직하다. 이러한 이유로 서구 선진제국의 경우 산업보건을 포함한 국민보건체계의 관리가 통합되어 하나의 행정조직에 의해 이루어 지는 것이 보통이다.⁹⁾

보건사회부와 노동부로 사회복지행정이 나뉘어져 있는 상황에서 관리체계의 일원화는 현실적으로 불가능하지만, 전반적인 보건행정기능과의 연계가 강화되어야 한다는 것은 필연적인 당위이므로 점진적으로 협력, 연계 방안을 마련해 나가야 할 것이다. 현재 노동부에 설치되어 있는 산업안전보건정책심의위원회는 산업안전, 보건업무에 관한 기본 계획 및 중앙행정기관과 관련되는 주요 정책을 종합적으로 심의, 조정하기 위한 기구로서 정부 각부처의 1급공무원과 학자, 근로자 대표, 사업주 대표, 한국산업안전공단 이사장 등 위원장 포함 25인 이내의 위원으로 구성되어 있다. 이 기구를 활성화하고, 보건사회부의 정책 담당자들을 현재보다 많이 포함시키는 것이 단기적으로 취할 수 있는 방안이 될 수 있다.

중·장기적으로는 산업보건의 사회복지의 일환으로 종합적인 보건복지차원에서 통합되는 모형을 상정할 수 있는데, 이 경우에는 행정관리조직이 외국의 예에서 보는 바와 같이 보건사회부와 노동부의 보건사회복지서비스 부문을 통합하여 사회보장부나 사회보장청을 발족시키는 방안을 강구해야 할 것이다.

2) 지방 산업보건 행정조직의 개선

1991년 자료에 의하면 근로감독관 173명과 기술직 안전보건 요원 28명이 각각 1인당 728개소의 사업장과 이에 종사하는 노동자 39,416명의 안전보건을 지도, 감독하고 있는 상황이다. 이렇게 관할 사업장과 대상 노동자가 많은 상태에서 효율적 관리, 감독업무를 수행하기는 매우 어려울 것이다. 더구나 이들은 산업보건 관련 업무외에 일반적인 근로감독 업무의 비중이 더욱 크다는 점을 감안하면 더욱 그러하다.

단기적으로는 근로감독관의 양적 확대를 피할 필요가 있으며, 산업보건 전문가를 지방 행정조직에 배치할 수 있는 방안을 마련해서 일선 산업보건행정을 강화해 나가야 한다. 중·장기적으로는 중앙 행정조직의 변화에 맞추어 일반 보건서비스와 통합된 산업보건서비스 행정체계의 일선 기관으로서 전문적인 행정관리를 지향해 나가야 할 것이다.

9) 대부분의 국가에서 산업보건은 일반보건의료와 함께 사회보장부, 노동사회부 등과 같이 단일 관리 체계를 갖고 있으며, 사회보장과 노동보험으로 분리된 경우라 하더라도 밀접한 연계 체계를 갖추고 있다. 참고문헌 U.S. Department of Health and Human services, 1992을 참조할 것.

3) 산업보건서비스 조직의 공공성 확보

현재 산업보건 서비스 조직은 대부분 민간기관의 성격을 갖고 있다. 이처럼 공공 산업보건서비스 조직의 취약성은 전체 국가의료체계에 있어서 산업보건의료서비스의 공공성 보장에 대한 취약성으로 이어진다는 점에서 큰 문제가 된다. 공공성 보장의 취약성은 산업보건서비스의 근로자 계층(직종)간 지역간의 형평성, 접근성의 필연적인 차별을 초래한다.

또한 대부분의 산업보건서비스 제공 기관이 민간부문이기 때문에 민간조직이 갖는 영리성의 추구라는 속성을 배제할 수 없으며 따라서 산업보건사업의 영리추구는 원천적인 작업장의 건강위해 요인을 개선하는 일 보다는 보다 수익성이 높은 2차적 예방사업인 집단 검진이나 또는 치료에 더욱 비중을 두는 결과를 낳게 된다. 물론 영리 추구의 속성 자체가 나쁘다고는 할 수 없으나 현재 우리나라와 같이 각 산업보건 사업의 계약 및 비용 지불이 산업보건 서비스기관과 사업주간의 직접 거래로 이루어지는 체제하에서는 영리추구가 자칫하면 사업주와의 결탁으로 나타나기 쉬운 것이 상례이다. 이러한 위험성에 대해서는 세계노동기구에서도 산업보건기관 혹은 산업보건전문가와 사업주가 재정적으로 분리될 것을 권고한 바가 있다(ILO, 1982).

그리고 과도한 민간주도형 체제는 장기적인 관점에서 산업보건서비스의 체계화를 가로막는 걸림돌이 되기도 한다는 점에서 지양되어야 할 과제가 된다. 산업보건서비스가 국민복지의 증진을 위한 공공복지서비스가 되기 위해서는 산업보건서비스의 공공성 유지가 필수적으로 요청된다고 할 것이다.

공공 산업보건서비스 제공 조직의 확충을 위해서는 재원조달 문제의 해결이 가장 큰 관건이 된다. 공공 산업보건서비스 조직의 확충을 위한 재원으로는 산재예방기금이나 의료보험적립금을 활용하는 방안을 강구할 수 있을 것이다. 산재예방기금은 그 목적상 공공 산업보건서비스 조직의 확충을 위한 자금으로 활용되는 것이 바람직 하며, 의료보험적립금도 직장보험의 경우 근로자의 건강을 보장하기 위한 것이므로 그 목적에 부합될 수 있다. 현재 상당한 규모의 산재예방기금이 조성되어있고 1993년의 경우 760여억원의 산재예방기금이 사용되고 있어 재원 조달 능력은 충분하다고 사료된다(노동부, 1993).

그러나 최근 정부출연기관에 대한 민영화 정책과 관련하여 근로복지공사를 매각하려는 계획이 추진되고 있는데 근로복지공사는 산업보건 진료서비스 제공 기관 중에서 유일한 공공보건의료기관이며 민영화가 공공 산업보건서비스 제공 조직의 확충이라는 전제와는 배치되므로 이에 대하여는 신중히 대처해야 할 것이다.

결론적으로 한국산업안전공단의 역할 및 기능에 대하여 재검토가 요구되며, 이에는 기존의 예방서비스를 제공하고 있는 민간 기관과의 역할 분담 및 기능 조정이 필요하다. 이에 대한 단기적인 대책으로는 민간 부문의 산업보건예방서비스 기관이 영리 추구에 치우치지 않도록 적절한 규제 조치와 함께 전술한 바와 같이 산업보건서비스 보수지불 체계를 사업주와 산업보건기관간의 직접 계약형태가 아닌 제3자 지불의 형태로 전환하는 것이 필요하다. 장기적으로는 한국산업안전공단의 역할을 예방 및 진료등까지도 제공 할 수 있도록 그 역할을 확충하고 민간 부문은 축소하되 전문화시키는 것이 바람직하다.

4) 사업장내 산업보건조직의 강화

사업장내 산업보건조직이 양적, 질적으로 취약하게 됨에 따라 사업장내에서의 작업환경 감시 및 개선, 직업병 예방에 대한 보건교육, 근로자 건강상담 등이 일상적으로 근로자에 근접하여 제대로 이루어지기 어려운 것은 큰 결함이 아닐 수 없다.

가장 이상적인 산업보건관리는 근로자들과 작업장에 근접하여 일상적이고 항상적인 관리가 이루어 지는 것이다. 즉 지속적이고 조직적인 사업이 되어야 그 효과를 극대화 할 수 있고 원칙적으로 사업장내에서 보건관리자의 책임하에 이루어져야 하는 것이다. 그러나 이러한 조치는 기업의 경제적 부담을 수반하고, 반드시 효율적이지만은 않으므로 무조건 사업장내 산업보건조직을 갖추도록 하는 것은 바람직스럽지도 가능하지도 않다. 특히 중소기업은 산업보건사업을 위한 자원이 부족하고, 훈련된 요원들을 고용하기에는 아직까지도 능력이 부족하기 때문에 사업장내 조직의 보유가 어려운 것이 사실이며 따라서 보건관리대행사업의 필요성이 강조되어왔다(하은희, 1992 ; 이경용과 이관형, 1992 ; 조동란과 고봉련, 1993).

그럼에도 불구하고 경제 발전에 따라 점진적으로나마 사업장내 산업보건 조직이 육성되어야 한다는 점에는 이론이 없다. 이를 위해서는 법적, 제도적 장치가 구비되어야 하는데, 단기적으로는 현재 사업장에 배치되어있는 산업보건조직에 대한 지속적인 행정 관리를 실시하고 산업보건인력에 대한 직무교육의 강화가 필요하다. 특히 이들 산업보건조직이 사업장내에서 효율적으로 산업보건사업을 실시 할 수 있도록 다양한 프로그램 및 관리 기법, 자료등의 개발과 보급이 중요하다. 장기적으로는 대학 및 전문대학에서 산업보건인력의 교육을 확충하고 전문화하는 것이 바람직하다.

5) 근로자 참여의 보장

보건사업에서 사업의 성패를 좌우하는 가장 중요한 요소는 보건사업 대상자의 참여에 있음은 누누이 강조되어 온 사실이다(WHO, 1978). 이에 따라 서구 제국은 근로자대표에게 정보의 제공과 전문가의 자문, 그리고 작업환경과 관련된 사항의 의사결정시 근로자 참여 등을 법적으로 제도화 하고 있다(Elling, 1986).

우리나라의 경우에도 산업보건조직에 대한 근로자 참여를 활성화하고자 상시 100인 이상의 근로자가 근무하는 사업장에 산업안전보건위원회를 설치하고, 위원회의 구성은 노동수로 하여 사내의 산업안전보건에 관한 사항을 노사가 공동으로 심의하도록 하고 있다. 그러나 실제 사업장내에 이러한 산업안전보건위원회가 근로자 참여 기구로서 그 기능 및 역할을 다하지 못하고 유명 무실화되고 있는데 실제 조사 결과에서도 산업안전보건위원회가 아예 설치되지 않은 사업장이 다수에 이르고 설치되어 있다하더라도 거의 활동하지 않는 경우도 대다수 인것으로 조사되었다(최재욱과 문옥륜, 1991 ; 이경용등, 1992). 또한 산업안전보건위원회의 기능도 성격상 심의기구로서 의결기구가 아니기 때문에 실질적인 권한과 기능행사가 제대로 이루어지지 않고 있다.

그외 정책적인 수준에서의 근로자 참여 기제가 없으며 작업환경 측정에서의 근로자 대표 입회와 같은 산업보건사업에 대한 근로자 참여 역시 제한적으로 운영되고 있다(노동부, 1993). 기타 산업보건기관이나 지방노동사무소에 대한 근로자 참여 형태에 대한 고려는 아직 논의조차되지 않고 있는 실정이다.

개선방안으로는 산업안전보건위원회의 권한을 강화하여 실질적인 의사결정기구화 함으로써 근로자 참여를 적극적으로 증진시켜 나가는 것이 바람직하다. 즉 산업안전보건 위원회의 권한, 임무 등을 명확히 규정하고, 의결 기능을 부여하며 그 내용으로 산업보건 정보의 제공권, 유해작업의 거부와 조사 등에 관한 권리와 같은 구체적인 근로자 참여의 권리를 제공하는 방향으로 제도화 되는 것이 필요하다(최재욱과 문옥륜, 1991 ; 이경용 등, 1992). 이 밖에도 근로자 참여의 강화를 위해서는 산업보건정책심의위원회 및 정책조정위원회에 근로자가 보다 더 적극적으로 참여할 수 있도록 개선하여야 하며, 산업보건 관련기관인 한국산업안전공단, 산업보건협회 등에 근로자 대표가 참여할 수 있는 방법이 모색되어야 할 것이다.

2. 근로자 건강진단서비스

1) 건강진단서비스의 문제점

건강진단 제도는 집단검색(mass screening)의 일종인데, 이에 몇 가지 고려해야 할 사항이 있다. 우선 일반 건강진단의 경우 여러가지 질병을 검색할 목적으로 실시되므로, 건강진단으로서 찾아내고자 하는 질병의 속성과 건강진단을 받는 대상자의 특성을 고려해서 실시해야만 한다. 즉, 대상질병의 유병률, 발생률, 위험도 등과 건강진단 대상자의 성, 연령, 거주지역, 위험요인 등이 고려되어야 한다. 이러한 연후에 검사항목과 검사주기, 그리고 검사대상자가 결정될 수 있다. 그러나 우리나라에서의 일반 건강진단은 위의 여러가지 사항을 고려하지 않고 연령이나 성별의 구분 없이 누구나 1년(생산직 근로자) 또는 2년(사무직 근로자)마다 일률적으로 받아야 하는 것으로 되어 있다. 이러한 사실은 건강진단 사업의 질적 수준이 낮을 뿐만 아니라 효율성을 저하시키는 원인이 되고 있다.

특정 사업장에서 특정 업무를 수행함으로써 유해요인에 폭로되는 근로자를 대상으로 실시하는 특수 건강진단인 경우에도 다음과 같은 여러가지를 고려하여야 한다. 즉, 유해요인의 폭로 정도, 호흡기, 소화기, 피부 등 유해요인의 흡수경로, 복합 유해요인에 동시에 폭로되는 경우를 고려하여 이상상태를 가장 적절하게, 그리고 가장 조기에 발견할 수 있는 검사항목을 선정하여야 한다. 또한, 검사항목을 선정할 때에는 각각의 검사항목 결과에 따른 조치를 검토하여야 한다(Matte 등, 1990).

따라서 특수 건강진단의 원래 의미는 유해요인에 폭로되어 건강상 영향을 받고 있는 근로자를 조기에 발견하여 적절한 사후관리를 통해 건강장해를 예방하는데 있다. 즉, 직업병 또는 직업관련성 질환을 갖고 있는 근로자를 찾아내는 것이 건강진단의 목적이 아니다. 특수 건강진단의 의의는 유해요인에의 폭로수준을 가능한 한 조기에 파악하는 것으로 충분하고 직업병의 발견 및 진단은 그 다음 단계에서 이루어져야 하는 것이다. 그러나 현행 특수건강진단은 목적 및 성격이 불분명하여 직업병 진단을 전제로 하는 직업병 확진체계의 일환으로 운영되는 경향이 있다(최재욱b, 1993). 이상의 관점에서 볼 때 우리나라의 근로자 건강진단사업은 그 실시 목적과 정상적 접근에 비추어 현재 적절하게 추구되거나 또는 대응하고 있지 못하다는 결론을 내릴 수 있겠다.

이러한 문제점 이외에도 지적 될 수 있는 문제는 건강진단의 결과를 근로자의 건강을 보

호하는데 활용하지 못하고 있다는 것이다. 특히 특수 건강진단을 통하여 이상 소견이 발견 되었을 때 그 이상 소견에 따라 등급을 매겨 적절한 조치를 취하도록 되어 있으나 이러한 조치가 제대로 이루어지고 있지 못하고 지속적인 추구 관리가 되지 못하여 건강진단에서 이상 소견을 찾아 낸 것이 극히 단편적으로 밖에 활용되지 못하고 있다(이원진,1993).

2) 개선방안

근로자 건강진단의 개념 및 방향에 대한 근본적인 전환이 필요하다. 왜냐하면 현행 근로자 건강진단의 정의, 목적 및 역할이 명확하지 않은 상태로 사용되어 왔으며, 그로 인해 많은 혼란과 건강진단의 비효율성이 발생하였기 때문이다. 의학적 모니터링이란 유해요인에 폭로된 근로자의 생물학적 기능을 측정함으로써, 유해요인에 의해 초기에 나타날 수 있는 건강상의 영향을 평가하는 것으로 우리나라에서 실시되고 있는 근로자 건강진단이 이에 해당된다(Rosenberg와 Rempel, 1990). 의학적 모니터링보다 더 넓은 의미의 개념으로 의학적 감시(surveillance)가 있다. 이것은 사업장에서 발생한 질환들 각각이 유해요인에 의한 건강상의 영향때문인지를 확인하기 위하여, 근로자에 대한 의학적 모니터링으로부터 체계적으로 자료를 수집, 분석, 평가하는 것으로 사업장내에서 질환을 예방하고자 하는 활동의 효과를 파악하는데도 이용될 수 있다. 더우기 최초의 질환자를 발견함으로써 다른 근로자들에게 같은 질환이 발생하지 않도록 미연에 방지하는 역할도 한다(Rempel,1990). 이와 유사한 개념인 생물학적 모니터링은 사업장내에서 사용되는 유해물질에 근로자가 폭로되는 정도와, 인체 모든 경로로부터 흡수되는 유해물질을 평가하기 위하여 생체시료에서 유해물질 또는 유해물질의 대사산물을 측정하고 평가하는 것이다(Matte 등, 1990). 따라서 생물학적 모니터링은 유해물질이 건강에 미치는 영향을 평가하는 것이 아니며, 더우기 참고치를 초과한다 하더라도 질환이 발생하였다는 것을 의미하는 것이 아니다. 즉, 그 유해물질에의 폭로 정도와 폭로로 인한 건강상의 위험만을 의미한다. 생물학적 모니터링은 의심되는 직업성 질환을 진단하는데 있어서 임상검사의 일부분으로 기능할 수는 있으나, 기본적으로는 폭로 정도를 측정하는데 사용되어야만 한다.

이상의 여러 개념을 종합해 볼 때 현재의 건강진단사업에 광범위한 사업장 감시(surveillance)의 개념을 도입, 적용하여 근로자의 건강보호에 적극적으로 대처할 필요가 있으며, 산업보건서비스 사업체계를 그러한 방향으로 전환하는 개념의 재구성이 필요하다. 이를

위하여 현재 근로자 건강진단의 기능 중에서 유해요인 폭로정도의 평가와 건강장애의 조기 발견이라는 기능과 직업병의 진단이나 직업병 보상과 관련되는 기능을 서로 분리하는 것이 바람직하다. 사업장 건강진단의 역할을 유해요인에의 폭로정도를 평가하는데 한정하고 직업병을 진단하거나 보상을 위해서는 사업장 건강진단 이외의 전문적인 임상진료체계를 이용할 필요가 있다. 즉, 근로자건강진단체계가 유해작업 근로자의 건강을 감시(surveillance)하는 모니터링(monitoring) 체계로의 전환을 의미한다.

대부분의 선진 서구개국에서도 유해부서의 근로자에게 최소한 근로자 건강진단을 실시하도록 하고 있으나 엄밀한 의미로는 근로자 건강진단이 아니라 생물학적 모니터링을 근간으로 하고 있는 것이다. 일본의 경우에도 건강진단의 목적이 직업병 진단이 목적이 아니라 건강관리의 사후조치에 있다는 것을 관련 법에 명시하고 있고(勞動基準調査會, 1992), 미국의 경우에도 생물학적 모니터링과 직업병 진단을 전제로 하는 건강진단을 구분하여 제시하고 있다(TL Guidotti et al, 1989; WL Newkirk and LD Jones, 1989).

3. 국가산업보건체계의 발전 모형 구축

이상의 분석을 참고하면서 한국의 국가 산업보건체계가 전개에 대한 장기적인 대안을 고려해 보도록 한다. 위에서 지적된 문제점은 몇 가지 행정적인 개혁만으로도 보완할 수 있는 부분도 있고, 보건의료체계상의 구조적인 개혁을 도모해야 할 것도 있다. 개선에 관한 접근은 두가지 방향에서 고려 될 수 있다. 첫째, 산업보건체계내에서의 각 부문간 연계 및 통합에 관한 것이다. 이러한 접근은 산업보건체계에서 공공 부문의 역할 증대와 밀접하게 관련되는 부문으로 산업보건 예방사업부문과 요양 및 보상급여를 운영하는 산재보험간의 효율적인 연계 체제 및 통합에 대한 고려가 우선적으로 고려되어야 한다. 현재 근로자 건강진단 사업 및 작업환경측정과 같은 예방사업은 전적으로 사업주의 부담으로 이루어지고 있고, 산재 보험 역시 사업주의 각출에 의해 적립된 산재보험기금으로 운영되고 있다. 재원 조달의 측면에서 볼 때 전체 산업보건체계가 산재보험사업에서 관리운영비의 일부를 국가에서 부담하는 것을 제외하고는 전적으로 사업주의 부담에 의해 운영되고 있는 것이다. 따라서 동일한 재원에 의하여 이루어지는 산업보건사업들을 별도로 관리, 운영하는 것은 비효율적인 것으로 생각된다. 특히 산재보험사업의 비용 지출이 산업재해나 직업병의 예방과 밀접한 관계가 있으므로 산업재해보상보험과 산업보건 예방사업을 재정적으로 통합하고 관리하는 것이 효율적이다.

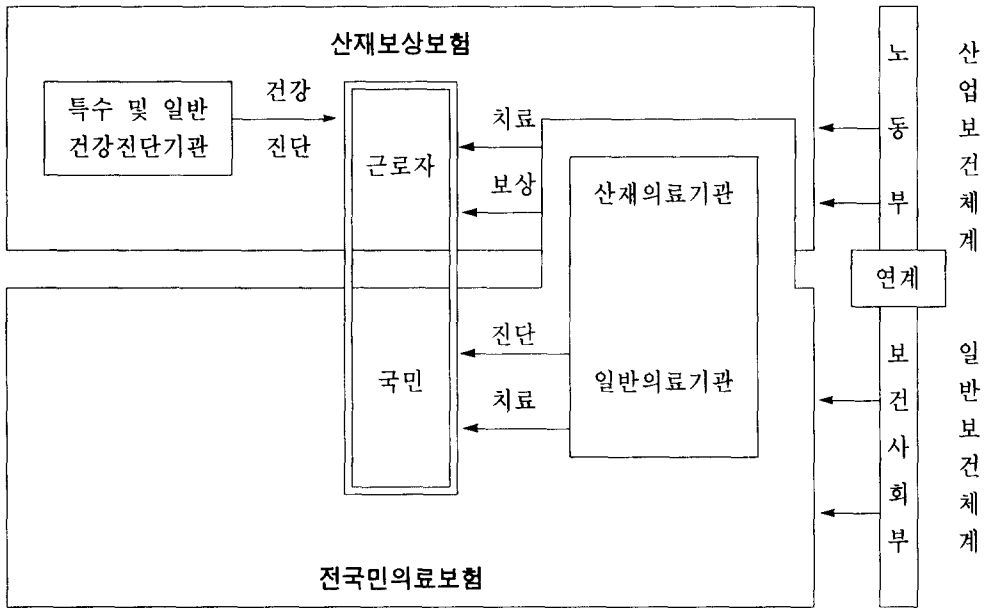
한국의 의료체계 구조 모형(그림 4)에서 나타나고 있는 산재보상보험의 역할은 산업재해나 직업병 환자의 요양 및 보상과 관련된 업무만을 수행하고 예방이나 재활서비스에 관련된 역할은 나타나 있지 않다. 이에 대한 대안으로 제시될 수 있는 모형이 전술한(그림 7)에서 언급한 2분형 의료체계 모형이다. 2분형 의료체계 모형하에서 독일에서와 같이 산재보험기구가 적극적으로 산업보건 예방 사업을 수행하고 정부 행정 기구와 같이 강력한 산업보건 예방정책을 집행 한다면 산업보건사업의 효율적인 사후 관리를 기대할 수 있으며 예방서비스를 보다 강조할 수 있을 것이다. 구체적으로는 현재 건강진단 및 작업환경측정과 같은 산업보건서비스에 소요되는 비용을 산재보험료에 포함하여 사업주에게 일괄적으로 각출하게 하여 산재보험기구에서 관리하고 이를 재원으로 하여 산재보험 기구가 예방사업과 재활사업등을 직접 실시하거나 산업보건서비스 제공기관에 서비스 비용을 지불하는 형태가 될 것이다.

산재보험기구가 사업을 직접 관장 하는 경우에는 현재 별도의 출연기관으로 되어 있는 근로복지공사와 산업안전공단을 산하기관으로 운영하고 이 양 기관의 기능 및 역할을 대폭 확충하는 방안도 가능하다. 이것이 가능한 이유로는 현재 이 두 기관의 운영 경비의 대부분이 산재보험기금에서 충당되고 있기 때문이다. 이러한 두 기관을 산재보험기구가 관장하지 않더라도 산업안전공단과 근로복지공사의 기능을 강화하고 산재보험과 밀접한 연계를 갖도록 하는 것도 가능하다. 결론적으로 산재보험기구나 산업안전공단 및 근로복지공사와 같은 공공 부문의 기능을 강화하고 산업보건 예방사업에 적극 참여하는 것이 필요하다.

그러한 2분형 의료 체계를 지향할 때 얻을 수 있는 이점으로는 사업주가 개별적으로 산업보건 기관과 계약을 해야하는 번거로움을 피할 수 있으며 현행 건강진단사업의 고질적인 문제점인 건강진단의 덩핑과 같은 문제점을 근본적으로 피할 수 있다는 것과 산업재해 예방사업을 강화할 수 있다는 것이다. 또한 3분형 의료체계 즉, 우리나라에서 나타나는 주로 건강진단에 해당하는 산업보건부문과 산재보험부문간의 단절로 인해 나타나는 산재 및 직업병 인정과정의 행정적 복잡성이나 처리 지연과 같은 문제점도 해결이 가능하다.

두번째는 산업보건체계와 일반 보건의료체계간의 연계 및 통합에 관한 것이다. 전술한 바와 같이 산업보건과 일반보건의료를 구분한다는 것 자체가 무리인 경우가 많다. 직업병과 일반병의 구분 자체가 어렵기 때문에 최소한의 관리적인 차원에서 구분하는 것 이외에는 행정적인 구분을 두지 않는 것이 바람직하다. 즉 장애자에 대한 장애보상과 예방사업은

일반 보건의료체계와 구분을 두어 산업보건체계에서 관리하는 것이 큰 문제는 없으나 산재환자 및 직업병 환자의 치료와 같은 진료 서비스는 서비스의 대상자인 근로자의 입장에서 불편이 없게 해 주어야 할 것이다.



(그림 10) 바람직한 국가 산업보건체계의 발전 모형

바람직한 국가보건체계는 산업보건체계내에서의 연계 및 통합을 전제하고 산업보건체계와 일반보건의료체계간의 연계를 고려해야 할 것이다. 이러한 모형은 앞에서 제시한 여러 모형중 (그림 8)의 부분통합형 산업보건체계를 기본 골격으로 한 것이 된다. 장기적으로 우리나라 전국민의료보험이 영국식의 국가보건서비스 형태로 변화된다면 진료 서비스에 관한 부문은 자연스럽게 통합이 될 것이나 현 체제에서도 제도적인 보완을 도모한다면 이러한 모형과 같은 부분적인 통합은 이루어 질 수 있다. 즉, 산재보험 요양과 의료보험 요양을 구분하지 않고 발생한 산재 환자나 직업병으로 진단된 환자는 산재요양 승인 이전에 모든 의료기관을 이용할 수 있도록 하고 지출된 의료비 부담에 관한 사항은 산재보험과 의료보험 기관이 담당 의사의 진료 기록을 참고하여 요양이 종결 된 후에 심사를 하여 정산하는 것이다. 현재 산재보험과 의료보험과의 수가체계는 거의 동일하여 현실적으로 통합하여 운영하는데 따르는 어려움이 없으나, 의료보험의 경우 산재와는 달리 환자가 부담해야 하

는 본인일부부담금이 해결해야 될 과제로 남는다. 그러한 본인 부담금의 경우는 사안이 명백한 사고로 인한 산업재해 보상은 초진 기관에서 판단하여 본인일부부담을 적용치 아니해야 할 것이다. 그러나 사안이 명백한 사고인지 아닌지 판단하기 어려운 직업병에 관하여는 의료보험의 본인 부담금을 우선 적용하고 질병의 진단 여부에 따라 직업병으로 판정되는 경우에는 본인 부담금을 환불해주면 된다. 요양에 관하여 산재보험과 의료보험이 근로자의 입장에서 이용이 보다 편리해질 수 있는 이러한 통합은 산재보험, 의료보험의 양자가 모두 사회보험의 성격을 갖는 사회보장 체계의 한부분이기 때문에 국민 편의의 입장에서 이루어져야만 한다. 그렇게 함으로써 현재 사회적으로 문제가 되고 있는 산재 및 직업병 환자의 산재 인정에 관한 많은 논란중 보상과 관련된 문제는 어쩔 수 없다 하더라도 요양 승인을 받지 못해 치료를 못 받고 병세가 악화되거나 하는 인도적인 차원에서의 문제는 해결할 수 있을 것이다.

근로자 일반건강진단과 직장의료보험조합 건강진단의 중복 실시 문제는 각 제도가 건강진단을 상호 인정하면 상당 부분을 해결할 수 있다. 현재 산업안전보건법 시행규칙 제99조 5항에서는 공무원 및 사립학교교직원 의료보험법, 항공법, 공중위생법 및 식품위생법에 의한 건강진단을 실시한 경우 당해 실시 항목에 한하여 근로자 건강진단을 실시한 것으로 상호 인정하고 있다. 이 규정에다 직장의료보험조합에 의한 건강진단도 상호 인정하는 것으로 법을 개정하면 소기의 목적을 달성할 수 있을 것이다.

따라서 그러한 비효율성의 대표적인 사례로 지적되고 있는 현행 근로자 일반건강진단과 해당 근로자가 소속한 직장의료보험조합에서 실시하고 있는 건강진단사업의 중복 실시는 일반 보건의료체계의 의료보험에서 통합하여 실시하여 건강진단에서 진료에 이르는 일관된 체계를 수립하는 것이 바람직 하다. 실제로 1992년에 직장의료보험은 보건예방사업을 위해서 116개 조합에서 208억원을 성인병검진사업과 간염예방사업 및 보건교육사업으로 지출하였으며, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험에서도 동년에 건강진단사업으로 136억원을 지출하여 도합 344억원이 지출되어왔다.⁷⁾ 현행 일반건강진단이 사업주의 전적인

7) 직장의료보험의 경우 총 154개 조합중 75.3%에 해당하는 116개 조합이 보건예방사업을 실시하였으며 (1992년), 공교의료보험의 경우 1992년 전체 보험재정지출중 3.8%에 해당하는 135억원이 건강진단비로 지출되었다. 이 두사업을 통해 건강진단을 받은 수검자는 약 43여만명에 이른다(의료보험통계연보, 1992).

부담⁸⁾에서 이루어지는 것과는 달리 의료보험조합의 건강진단은 사업주와 근로자 부담에 의해 운영되므로 일반건강진단이 의료보험으로 이관되어 발생하는 사업주의 경비 절감액은 산업재해 예방기금으로 각출하여 여타 산업보건사업에 활용하는 것이 좋을 것이다.

근로자 건강진단의 상호 인정과 관련하여 일부 논란이 있을 수 있다. 즉, 상호 인정은 사업주 부담의 절감과 함께 근로자 부담의 증가를 초래할 수 있다는 것이다. 그러나 이상과 같은 상호 인정은 다음과 같은 측면에서 정당화 될 수 있다.

첫째, 그러한 시각은 특수건강진단과는 달리 일반건강진단이 비직업성 질병의 관리를 위해 존재한 것이므로 사업주의 전액 부담으로 실시하기에는 사업의 취지에 부합되지 않는 측면이 있다.

둘째, 뿐만 아니라 과거 의료보험이 없었던 시기와는 달리 현재의 전국민의료보험하에 서는 그러한 부담을 의료보험이 담당하는 것이 자연스러운 측면이 있다.

셋째, 현실적으로 건강진단의 중복 실시에 따른 투자의 낭비는 국가적으로 막대한 손실 이므로 국가적인 차원에서 시급히 해결되어야 할 문제이다.

넷째, 직장의료보험조합의 누적적립금이 2조원을 초과하고 있기 때문에 이러한 적립금을 근로자건강진단등의 사업에 활용해야 할 시점에 도래했다는 점을 들 수 있겠다. 결론적으로 상기의 관점에서 볼 때 근로자 건강진단과 직장의료보험조합의 상호 인정에 따른 논란은 큰 문제는 아니라고 판단된다.

8) 연간 근로자건강진단, 작업환경측정, 보건관리대행사업등 산업보건예방사업에 사업주가 부담한 비용의 추계는 아래와 같다. 1992년의 경우 총 629억여원의 비용이 지출 된 것으로 추계되었는데 이중 일반 건강진단 부문에 해당하는 지출은 403억여원에 이른다.

<주 표 1> 산업보건예방사업 추계비용(민간부문), 1992
(단위: 천원, %)

항 목		지출비용	구성비
특 수 건 강 진 단		9,641,562	15.3
일 반 건 강 진 단		40,311,878	64.0
작 업 환 경 측 정		5,395,966	8.6
보 건 관 리 대 행	일반관리 사 업 장	3,169,764	5.0
	작업환경 측정포함	4,440,493	7.1
계		62,959,663	100.0

Ⅵ. 요약 및 결론

본 연구는 우리나라의 기존 산업보건체계가 부문간의 기능적 단절과 중복으로 효율성이 낮은 체계로서 효과적인 산업보건사업의 수행이 어렵다는 현실 인식하에서 근로자 건강관리 효율성을 제고하기 위하여 산업보건체계의 현황에 대한 종합적인 분석을 시도하고, 향후의 전개방향을 가능하는데 도움이 될 기초적인 개선방안 및 정책과제를 도출하고자 하였다. 이에 따라 현행 산업보건관리체계를 구성하고 있는 하위 체계중 부문별로 나누어 산업보건조직, 산업보건서비스 전달체계의 현황과 문제점을 분석하였으며, 이를 토대로 제반 개선방안을 고안하였다. 그리고 현행 체계의 분석과 외국 산업보건체계의 비교, 분석을 토대로 전반적인 산업보건체계의 모형을 설정하고, 향후 우리나라 산업보건체계의 발전방향을 모색하였다.

본 연구에서 도출한 우리나라의 산업보건체계가 앞으로 지향해야 할 대안은 다음과 같은 세가지 방향이다.

첫째, 산업보건 체계의 각 부문은 유기적으로 연계되어야 한다, 또한 장기적으로는 하나의 체계로서 통합되는 것에 대한 정책적 검토가 필요하다. 이를 위해서는 우선 산업보건체계 중 공공 부문의 역할 증대와 밀접하게 관련되는 산업보건 예방사업 부문과 요양 및 보상급여를 운영하는 산재보험간의 효율적인 연계체제 및 통합에 대한 고려가 선행되어야 할 것이다. 특히 산재보험사업의 비용 지출이 산업재해나 직업병의 예방과 밀접한 관계가 있으므로 산재재해보상보험과 산업보건 예방사업을 재정적으로 통합하고, 이를 통합관리하는 방안이 강구되어야 한다. 구체적으로는 산재보험기구가 적극적으로 산업보건예방사업을 수행하고, 강력한 행정규제기능을 갖도록 하여 산업보건예방정책을 효과적으로 집행할 수 있도록 한다. 그리고 현재 건강진단 및 작업환경측정과 같은 산업보건서비스에 소요되는 비용을 산재보험료에 포함시켜 각출하여 산재보험기구에서 통합관리하는 것이 효율적이다.

둘째, 산업보건 체계와 일반 보건의료체계간의 연계가 이루어져야 한다. 즉 장애자에 대한 장애보상과 예방사업은 산업보건체계에서 관리하도록 하되, 산재 환자 및 직업병 환자의 치료와 같은 진료 서비스는 산재보험 요양과 의료보험 요양을 구분하지 않고 산재 환자나 직업병으로 진단된 환자를 모두 산재요양 승인 이전에 일반 의료기관을 이용할 수

있도록 하고, 지출된 의료비 부담에 관한 사항은 산재보험과 의료보험 기관이 담당 의사의 진료 기록을 참고하여 요양이 종결 된 후에 심사를 하여 정산하는 것이다.

산업보건과 일반보건의료 체계의 연계와 관련하여 근로자 일반건강진단과 직장의료보험 조합 건강진단의 중복 실시 문제는 각 체도가 건강진단을 상호 인정하여 두 체계 중 어느 한 군데서 건강진단을 받으면 한 체계에서는 이를 생략하도록 하면, 상당 부분을 해결할 수 있을 것이며, 궁극적으로는 의료보험으로 단일화 시켜야 한다.

셋째, 기존의 건강진단 서비스 중심의 산업보건서비스를 환경적, 생물학적 모니터링(environmental and biological monitoring) 중심의 체계로 전환하여야 한다. 이러한 전환은 장기적으로 기존 산업보건체계하의 일반 건강진단을 철폐하고 이에 소요되는 재원은 환경적, 생물학적 모니터링 서비스의 일상화, 체계화에 투입하게 되는 것을 의미한다. 환경적, 생물학적 모니터링 서비스체계의 전환은 보다 적극적이며, 효과적이고, 비용절감적인 산업보건서비스 체계 구축의 기본전제가 될 것이다.

결론적으로 향후 우리나라 산업보건체계의 성패는 산업보건체계내에서의 연계 및 통합과 일반 보건체계와의 연계 및 통합을 여하히 효과적으로 이루어 낼 수 있는가와 환경적, 생물학적 모니터링 서비스 중심체계의 효과적인 전환에 달려 있다고 볼 수 있다.

참 고 문 헌

- 고려대학교 환경의학연구소. 산업보건관리역사의 활동과 지침. 1993
- 김두희, 정경동, 박정환, 강복수. 소규모사업장의건강관리증진에관한연구, 대한산업의학회지 1989 ; 2(1) : 84~92
- 노동과 건강연구회. 각국의 산업안전보건제도 및 정책. 1990
- 노동과 건강연구회. 노동자 건강의 사회적 보장 : 그 현실과 과제. 한울, 1990
- 노동부. 노동통계연보, 각연도
- 노동부. 산업안전보건관리 실태조사 결과. 1992
- 노동부. 안전보건관리대행기관에 대한 지도·감독. 1992
- 대한산업보건협회. 보건관리대행사업 운영에 따른 워십. 1993.2
- 대한산업보건협회. 특수건강진단 방법 및 직업병 관리기준. 1992
- 대한산업보건협회. 근로자 일반건강진단 종합연보. 각 연도

- 대한산업보건협회. 보건진단 연차보고서. 각 연도
- 대한산업보건협회. 중소기업 근로자 건강증진. 1993.7
- 대한산업보건협회. 중소기업 사업장의 보건관리. 1991.7
- 대한산업보건협회. 특수건강진단 종합연보. 각 연도
- 대한산업의학회. 전문과목 신설제안 서류. 1992
- 문옥륜, 이규식 외. 보험자 직영 의료기관 설립 및 운영방안연구. 의료보험관리공단, 1991.12
- 신용애. 산업보건인력의 배치근거와 분포양상. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1985.
- 심운택, 이동배 외. 일반 건강진단의 개선방안에 관한 조사연구. 산업보건연구논문집. 대한산업보건협회, 1989
- 양봉민 외. 산업보건사업의 경제성 분석. 노동부, 1992.11.
- 염용태. 우리나라 산업장 작업환경 및 작업 현황의 분석 연구. 대한산업의학회지 1989 ; 1 (1) : 39~45
- 유승미. 산업장 근무 간호원의 기능 및 활동분석에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1985
- 이경용, 이관형, 정규철. 산업보건관리체계의 활성화 방안연구. 산업보건연구원, 1992
- 이석연. 한국산업재해보상보험제도 운영개선에 관한 연구. 서울대 보건대학원 석사학위논문, 1992
- 이은주, 장성훈, 송동빈. 산업장 보건관리자 운영실태에 대한 조사. 대한산업의학회지 1989 ; 1(1):32~38
- 이원진, 김대성, 백도명. 직업병 유소견자들의 사후관리 실태에 관한 조사 연구. 대한산업의학회지 1993;(5) : 283~294
- 정동철 등. 산업안전보건법, 1992.
- 조규상. 중소기업의 산업안전보건을 위한 조직. 한국의 산업의학 1975 ; 14(4) : 29~32
- 조동란, 고봉련. 보건관리대행기관 산업간호사의 업무수행과 직무만족도에 관한 연구. 한국산업간호학회지. 제2권 : 26~39
- 조주현. 우리나라의 산업보건체계. 직업병 유소견자 사후관리, 한국산업안전공단 산업보건연구원 세미나 자료, 1993.11
- 최재욱, 문옥륜. 일부사업장의 산업보건 사업에 있어서의 근로자 참여에 관한 조사연구. 예방의학회지 1991 ; 24(3) : 339~355

- 최재욱, 이원진. 서구의 산업보건체계. 산업보건, 1991년 7월호~92년 1월호 연재.
- 최재욱. 보건관리대행사업의 운영방안에 관한연구. 제8차 대한산업의학학술대회 초록집, 1992
- 최재욱. 한국의 산업보건제도 및 직업병 현황. 고려대학교 의과대학 예방의학교실(미발표), 1993
- 최재욱a. 한국의 산업보건 제도 및 직업병 현황. '93 고대대학원 학술제자료집, 1993.
- 최재욱b. 직업병 유소견자의 관리 기준과 업무상 질병 인정 기준-산업보건연구원 세미나 의학 자료. 산업보건연구원, 1993
- 하은희. 중소기업 보건관리 모형에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1992
- 하은희. 중소기업근로자 건강증진을 위한 보건관리자의 역할. 1993
- 한국과학기술단체총연합회. 남북한 보건의료체계의 비교연구. 1992.12
- 한국산업간호학회 외. 산업장 보건관리를 위한 산업간호 전국대회. 1992
- 한국산업안전공단. 선진주요각국의 산업재해예방조직 및 활동. 1993
- A Satellite Meeting of The International Conference on Industrial Health and The VIIIth UOEH International Symposium, Proceeding of The Workshop on Guidelines for Teaching Occupational Health, 1988 : 113~220
- Department of Health. Public Health in Taiwan Area. Republic of China, March 1993
- Department of Statistics, Singapore. Community, Social & Personal Services 1990, Economic Surveys Series, 1992
- Department of Statistics, Singapore. Yearbook of Statistics Singapore 1992, 1993
- Domyung Paek. Developing Primary Health Programs for Industrial Workers. School of Public Health. Seoul National University, 1993
- Elling R H. The Struggle for Worker's Health : A Study of Six Industrialized Countries. New York, Baywood Publishing Company, Inc., 1986
- Glaser W. Paying the Hospital. 1987
- Guidotti T.L., Cowell J.W.F. The Occupational Health Care System : An Overview. Occup Med State Art Rev 1989 ; 4 : 153~169
- HA Waldron. Occupational Health Practice. 3rd Edit. butterworths, London, 1989 : 1~21

- Health and Safety Commission. the Health and Safety System in Great Britain. HMSO, London, 1992 : 7~25.
- J.S. Felton. Occupational Medical Management. Little Brown Company, Boston, 1990 : 379~402
- JM Harrington et al. Occupational Health. Blackwell Sci Pub, London, 1992 : 15~25
- Japan Industrial Safety And Health Association. General Guidebook on Industrial Safety. 1986
- Kleczkowski B M, Roemer M I, Der Werff A V. National Health Systems and Their Reorientation towards Health For All, WHO, 1984
- L. Fleming Fallon et al. Occupational Medicine. Hanley & Belfus, Inc., The 1989 School of Public Health. Seoul National University, International Symposium on Primary Health Care Program for Workes of Small and Medium-sized Industrial Plants in Asia Pacific Region, 13~14 May, 1993
- LF Fallon et al. Occupational Medicine-Management Perspective. State of the Art Review, vol. 4., Hanley and Belfus, Philadelphia, 1989 : 153~170.
- Linda Low and Toh Mun Heng(ed.). Public Policies in Singapore-Changes in the 1980s and Future Signposts. Times Academic Press, 1992
- Matte T.D., Fine L., Meinhardt T.J., Baker E.L. Guidelines for Medical Screening in the Workplace. Occup Med State Art Rev. 1990 ; 5 : 439~456
- Milton I. Roemer. The National Health Systems of the World. Oxford University Press, 1991.
- National Trades Union Congress. A Guide to Labour Legislation in Singapore. 1992
- Newkirk W.L., Jones L.D. ed. Occupational Health Services. American Hospital Publishing Inc., 1989.
- Rempel D. Medical Surveillance in the Workplace : Overview. Occup Med State Art Rev. 1990 ; 5 : 435~438
- Research and Statitics Department, Ministry of Labour. 1992 Singapore Yearbook of Labour Statistics. 1993
- Rosenberg J., Rempel D. Biological Monitoring. Occup Med State Art Rev.1990 ; 5 : 491~498