

산업안전보건서비스 사각지대에 있는 취약노동자 그들은 누구이고 얼마나 많은가



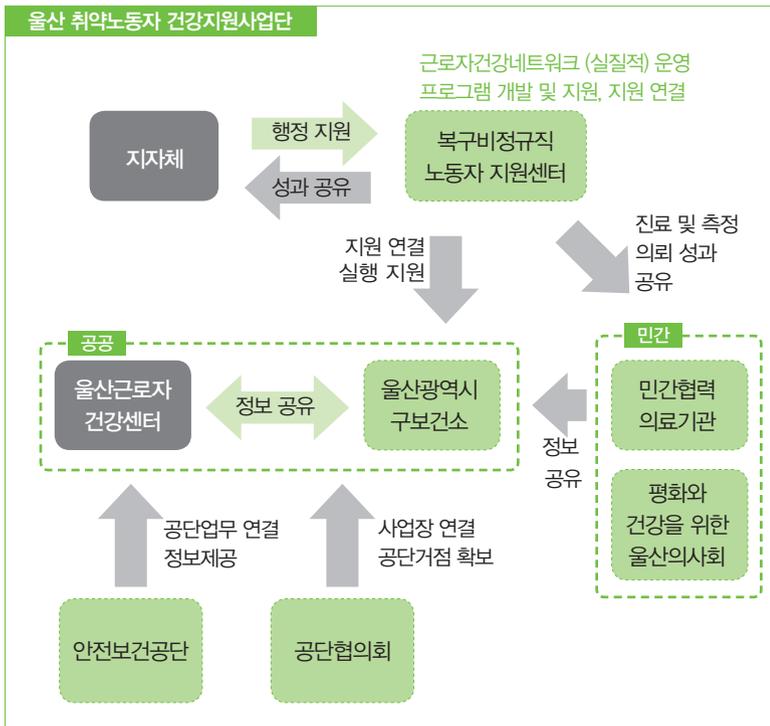
박정선

대한산업보건협회 울산산업보건센터 보건관리팀 관리의사
대구가톨릭대학교 산업보건학과 석좌교수

필자는 2018년부터 울산에서 산업안전보건의 사각지대에 있는 취약노동자 건강지원사업에 참여하고 있다. 2014년에 처음 시작된 이 사업은 2017년까지는 울산시 북구 비정규직노동자지원센터를 중심으로 북구보건소, 울산근로자건강센터, 울산지역의 의료봉사단체 소속 의료진들과 몇몇 검진기관이 참여하였다. 영세소규모사업장 노동자의 뇌심혈관질환 및 근골격계질환 예방을 주요 타겟으로 하여, 일하는 현장에 찾아가서 간이검진을 하고 (또는 노동자가 가져온 검진결과를 보고) 그 결과에 따라 추후관리에 대한 상담을 해주었으며, 평소 스스로 자신의 몸을 돌볼 수 있도록 'self-care 보건교육'과 스트레칭 훈련을 실시하였다.

2018년부터는 북구보건소 및 울산근로자건강센터 등 공공기관 및 민간 의료기관 내지 의료단체들과 협약을 맺고 ‘울산 취약노동자 건강지원사업 단<그림 1>’을 구축하였으며, 공모사업에 지원하여 울산시와 고용노동부로부터 연간 3억 원의 예산을 지원받을 수 있게 됨으로써 보다 체계적인 사업을 추진할 수 있게 되었다. 그리하여 학교급식노동자들을 대상으로 참여형 기법의 작업환경개선을 시도하였으며, 버스노동자의 근골격계질환 예방을 위해 재활의학과 의사들의 상담을 통한 맞춤형 운동처방을 해주었으며, 아파트청소노동자들을 대상으로 건강리더를 양성하여 작업현장에서 스트레칭에 앞장설 수 있도록 훈련도 하였다.¹⁾

<그림 1> 울산 취약노동자 건강지원사업 추진체계



울산시 북구 비정규직노동자 지원센터에서 이 사업을 처음 시작하게 된 계기는 대다수 비정규직 노동자들이 갖고 있는 다음과 같은 공통된 특성을 인지하게 되면서라고 한다. 그들은 매우 영세한 사업장에서, 일이 있을 때 만 간헐적으로 일하며, 사업주도 함께 노동하고 있어 사업주와 노동자의 구

고용의 단절과 건강
악화상태가 서로 물고
물리면서 악순환을
이루고 있었다.
따라서 그들이 계속
노동현장에 남아있을
수 있게 하려면
사회적으로 안정된
일자리 제공에 앞서
그들의 건강이 늘
준비되어 있어야 한다.

분이 모호한 상황이었다. 국민건강보험공단에서 실시하는 일반검진을 상당수가 받고 있지 않았으며, 그들이 설사 일반검진을 받았다 하더라도 보내준 검진결과지를 받아 갖고만 있을 뿐 아무도 그 결과의 의미를 설명해주는 사람이 없어 고위험군의 질병예방을 위한 사후관리는 이루어질 수가 없는 상황이었다. 또한 특수건강검진도 상당수가 받고 있지 않았다.

그들은 대개 특별한 기술이나 자격이 없는 사람들로 요통이나 근육통 등 늘 건강문제를 달고 살지만 어쩌다 일이 주어지면 감지덕지할 뿐 힘든 노동으로 인해 아프다는 소리는 아무에게도 잘 하지 않았다.

즉, 고용의 단절과 건강 악화상태가 서로 물고 물리면서 악순환을 이루고 있었다. 따라서 그들이 계속 노동현장에 남아있을 수 있게 하려면 사회적으로 안정된 일자리 제공에 앞서 그들의 건강이 늘 준비되어 있어야 한다는 것, 즉 어쩌면 고용 지원보다 건강 지원이 먼저일 수 있다는 것이다.

필자가 울산대 김양호 교수와 함께 최근 세 편의 논문^{2),3),4)}을 통해 발표한 5인 미만 영세소규모사업장 노동자, 영세자영업자, 비정규직 노동자의 인구사회학적 내지 산업보건적 취약성을 요약하면 다음과 같다. 이들은 대개 고령에, 교육수준이 낮으며, 임금근로자의 경우 임시직이나 일용직이고, 임금 수준이 낮으며, 육체노동을 하는 단순노무직에 종사하고, 고용이 불안정하거나 건강문제로 직장 이동이 잦으며, 5인 미만의 영세소규모사업장 소속이 많고, 4대 보험 미가입자가 많았다.

그리고 그들 중의 일부는 현재 실직 또는 무직 상태일 수도 있다. 이들 각 그룹의 일부는 자기가 속한 그룹에서 다른 취약노동자 그룹으로 이동하기도 하였다.

그리하여 울산 취약노동자 건강지원사업단은 사업의 주 대상을 첫째, 영세소규모사업장 노동자, 둘째, 임시직, 일용직, 파트타임 등 비정규직 노동자, 셋째, 임금노동자를 쓰지 않고 혼자 일하는 영세자영업자, 넷째, 현재 실직상태이나 구직 중인 잠재적 노동자로 규정하였다.

그렇다면 울산 취약노동자 건강지원사업단의 사업 대상으로 삼고자 하는 울산시 취약노동자의 규모는 과연 얼마나 될까? <그림 2>는 필자의 추산 과정을 담은 것이다. 2018년 9월 기준으로 울산시 인구는 115만 7천 명

이고, 경제활동인구는 약 60만 명이었다. 비임금노동자 중 고용원이 없는 자영업자 숫자에서 취약노동자라고 볼 수 없는 전문직, 관리직, 사무직 합계 3천 3백 명을 뺀 숫자에 무급가족종사자를 합치고, 임금노동자 중 상용근로자에서 전문직·관리직·사무직을 제외한 5인 미만 소속 노동자 숫자와 임시 및 일용직 노동자를 합친 후, 마지막으로 실업자 숫자까지 합치면, 울산시 경제활동인구의 46%가 취약노동자로 추산된다(이 추계에는 보건관리자가 없는 5인 이상 50인 미만 사업장 노동자는 포함하지 않았다). 그러니까, 울산시 경제활동인구의 최소한 반 가까이가 산업보건 사각지대에 있는 취약노동자인 셈이다. 울산과 같이 대기업이 많은 지역에도 취약노동자 비중이 이렇게 크다는 게 놀랍지 않은가. 필자는 이러한 추계를 한국 전체 경제활동인구에도 적용해보았는데 취약노동자 비중이 역시나 1/2 가까이 차지함을 확인할 수 있었다.

울산시 경제활동인구의 46%가 취약노동자로 추산된다.
울산과 같이 대기업이 많은 지역에도 취약노동자 비중이 이렇게 크다는 게 놀랍지 않은가.

〈그림 2〉 울산시 취약노동자 규모 추계 과정

- 울산시 인구: 115만 7천 명(남 59만 4천여 명, 여 56만 2천여 명)
- 경제활동인구: 59만 8천 명(15~64세 경제활동인구: 통계청, 2018. 9)
- 비임금노동자: 9만 6천 명
 - 고용원이 있는 자영업자: 2만 3천 명
 - 고용원이 없는 자영업자(특수고용형태 포함): 5만 5천 명(이 중에서 전문직 4.3%, 관리직, 1.1%, 사무직 0.6% 미만 합계 약 3천 3백명)
- 무급가족종사자: 1만 8천 명
- 임금노동자: 47만 2천 명
 - 상용근로자: 33만 4천 명
5인 미만 15% 50,100명(이 중에서 전문직, 관리직, 사무직 등 25% 합계 약 12,600명)
5~50인 미만 43% 143,620명: 미포함
 - 임시근로자: 11만 명
 - 일용직 노동자: 2만 8천 명
- 실업자: 3만 명
- 울산시의 취약노동자 규모

$$=(55,000-3,300)+18,000+(50,100-12,600)+110,000+28,000+30,000=275,250$$
 (울산시 경제활동인구의 46%)

즉, 울산시 경제활동인구의 적어도 1/2 가까이가 산업보건 사각지대의 취약노동자임

취약노동자들은
산업보건서비스에서도
대개 제외되어 있고,
보건소를 중심으로 한
지역보건의 대상도
되지 못하고 있는
현실인 것이다.

보건서비스는 생애주기별로 특화되어 있으며, 노동활동 연령기는 '산업보건기'라 하여 산업보건서비스를 받는 시기이다. 세계보건기구에서 건강한 노동력 확보를 위해 관리가 필요하다고 한 뇌심혈관질환 내지 근골격계 질환 등 만성퇴행성질환 문제는 거의 산업보건기에 나타나서 이 시기가 끝날 무렵 최고수준에 도달하게 된다. 노동자의 만성퇴행성질환 예방관리는 산업보건기에서 다루어져야 하는 중요한 서비스인 것이다. 그런데 산업보건서비스란, 산업안전보건법이라는 매우 구체적으로 사업주의 의무가 열거 규정된 법에 의거하다 보니, 법에 일일이 규정되지 않은 부분에서 서비스의 사각지대가 발생하게 된다.

또한, 산업안전보건법에 담겨 있는 사업장의 주요 산업보건관리활동은 법적 측정대상인자에 대한 주기적인 작업환경측정, 법에 열거된 건강진단 항목에 대한 주기적인 건강진단, 근골격계부담작업이 있는 사업장에서의 주기적인 유해요인조사와 정기보건교육이라서 임시직이나 일용직은 이러한 서비스의 대상이 되기 어렵다.

산업안전보건법 상 이러한 보건서비스를 주관해야 하는 보건관리자는 50인 이상 규모 사업장부터 선임하게 되어 있어, 설사 상용임금노동자라고 하더라도 50인 미만 소규모사업장 소속 노동자라면 건강상담을 받기가 어려울 뿐 아니라 5인 미만 사업장 노동자의 경우, 산업안전보건법 적용제외조항이 많아 안전보건교육도 제대로 받지 못할 수 있다. 그리고 자영업자는 원래 산업보건서비스의 대상이 아니며, 실직자도 산업보건서비스의 고려대상이 아니다.

한편 <지역보건법>을 보면 제11조 제1항의 보건소 기능과 업무 중 모성과 영유아, 여성, 노인, 장애인을 위한 업무는 눈에 띄는데 직장인을 위한 업무는 찾을 수가 없다. 그러니까 성인 남성은 모두 건강하다고 가정하고 지역보건법 상 보건소 사업의 주요 타겟에서 제외되어 있다는 것을 알 수 있다. '직장 등과의 협력체계 구축'이라는 규정을 근거로 보건소에 따라서는 사업장 노동자를 건강증진사업 대상으로 포함시키기도 하지만 지금까지는 영세사업장보다는 대기업을 대상으로 하고 있는 것으로 알고 있다. 따라서 취약노동자들은 산업보건서비스에서도 대개 제외되어 있고, 보건소를 중심으로 한 지역보건의 대상도 되지 못하고 있는 것이 현실인 것이다.

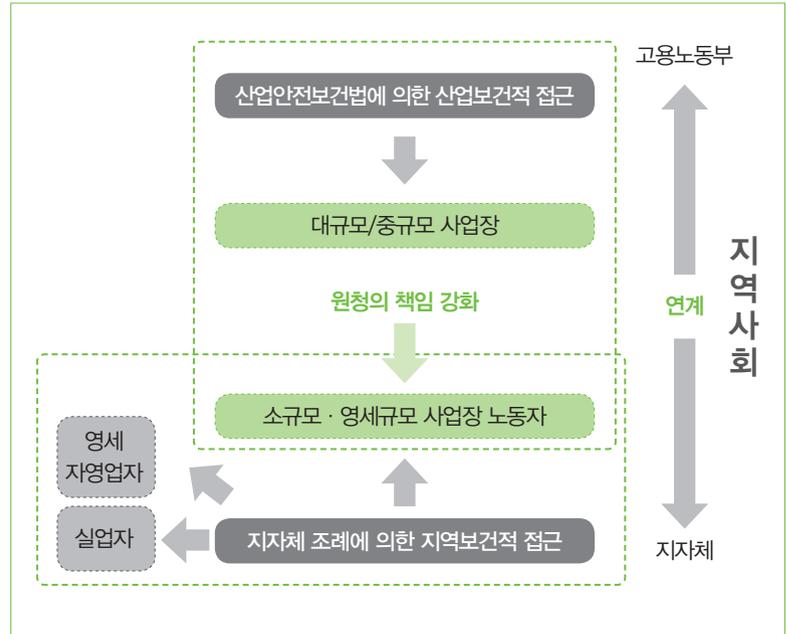
지역사회 경제가 건강한 상태로 유지되려면 일자리라는 수요와 노동력이라는 공급이 서로 균형을 이루어야 하며, 여기서 노동력이란 모든 노동자가 아니라 육체적 정신적으로 건강한 노동자를 의미한다. 세계보건기구에서는 건강한 노동력 확보를 위해서는 노동능력 및 기대노동수명 개념이 중요하다고 하면서, 암·심혈관질환·근골격계질환 등 만성퇴행성질환이 노동자의 삶의 질과 노동생산성에 직접적인 영향을 준다는 발표를 한 적이 있다.

지금까지 노동자들의 건강보호와 증진은 산업보건의 영역이고 산업안전보건법에서 사업주 의무로 부과해 오고 있지만, 고용노동부가 산업안전보건법에 의한 산업보건적 접근만을 통해 모든 사업장을 직접 지도·감독하는 데는 한계가 있으며, 앞에서 살펴본 바와 같이 경제활동인구의 약 반을 차지하는 취약노동자는 산업보건서비스 대상에서 아예 제외되고 있다. 이에 지역사회에서는 울산 취약노동자 건강지원사업처럼 지역보건적 접근도 함께 함으로써, 지역사회 내의 공공보건서비스자원을 동원하여 산업안전보건법 사각지대에 있는 소규모영세사업장 노동자를 비롯하여 비정규직 노동자, 영세 자영업자, 실업자 등 사회의 모든 안전보건 취약노동자를 주 대상으로 하는 전체 노동연령인구(working age population) 중심의 건강지원사업을 펼쳐나갈 필요가 있다.

이렇게 보다 적극적인 접근방식을 통해서야 각 지자체는 건강한 노동력을 양적으로 지속 공급할 수 있고, 궁극적으로는 지역 전체 경제효과에 플러스적 영향을 미치게 될 것이다. 즉, 향후 국가산업보건관리는 오늘날 산업형태와 고용형태의 빠른 변화 및 노동력의 고령화에 발맞추어, 안정된 고용상태에 있는 노동자의 건강을 중심으로 할 것이 아니라 사회의 실직자까지 포함한 전체 노동연령인구의 건강을 타겟으로 하는 새로운 패러다임을 제안한다(그림 3). 📌

지역사회의
모든 안전보건
취약노동자를 주
대상으로 하는
전체 노동연령인구
중심의
건강지원사업을
펼쳐나갈 필요가
있다.

〈그림 3〉 지역사회 전체 노동연령인구 중심의 새로운 산업보건관리 패러다임⁹⁾



참고문헌

1. 북구비정규직노동자지원센터. 울산광역시 북구의 소규모사업장노동자 건강지원사업 백서. 2018.
2. Jungsun Park, Jong-shik Park, Boyoung Han, Yangho Kim. Vulnerability of employees in businesses with fewer than five workers (micro-enterprises) to occupational safety and health problems. AJIM 2017 ; 60(12):1056-1065
3. Jungsun Park, Boyoung Han, Yangho Kim. Comparison of occupational health problems of employees and self-employed individuals who work in different fields Archives of Environmental and Occupational Health 2019 (in press)
4. Jungsun Park, Jong-shik Park, Boyoung Han, Yangho Kim. Nonstandard workers performing different types of work have different occupational safety and health vulnerabilities. AJIM. 2019 (in press)
5. Jungsun Park, Dongseok Yang, Minsu Ock, Gi Ok Park, Deog Jong Kim, Yangho Kim. Coordination of occupational and community health services benefits precarious workers. Wulfenia. 2019;26(3):31-38.