



2017년 제10권 제1호 • 통권 제19호 •

근로복지포럼

Labor Welfare Forum

● 이슈&진단

- 업무상 뇌심혈관질환 인정기준의 구체적 인정요건 고찰 / 김수근
- 산재의료와 산재의료 전달체계 / 원종욱
- 4차 산업혁명과 직업병 / 김용규
- 기금형 퇴직연금의 지배구조에 관한 시론 / 손성동

● 정책연구

- 근로자지원프로그램(EAP) 효과성 분석 / 최근호
- 근로복지공단 직영병원의 보험자병원 역할 / 김노을

● 해외동향

- 영국의 자영업자 증가와 국민보험료 인상 논의 / 정경희

근로복지포럼 Labor Welfare Forum

제10권 제1호(통권 제19호)



이슈&진단

- 업무상 뇌심혈관질환 인정기준의 구체적 인정요건 고찰 ●●김수근 / 6
- 산재 의료와 산재의료 전달체계 ●●원종욱 / 19
- 4차 산업혁명과 직업병 ●●김용규 / 33
- 기금형 퇴직연금의 지배구조에 관한 시론 ●●손성동 / 45

정책연구

- 근로자지원프로그램(EAP) 효과성 분석 ●●최근호 / 64
- 근로복지공단 직영병원의 보험자병원 역할 ●●김노을 / 82

해외동향

- 영국의 자영업자 증가와 국민보험료 인상 논의 ●●정경희 / 102

편집위원

위원장 : 홍성진

위 원 : 김광수, 이승욱, 김경하, 김노을, 김장기, 박은주, 이정화, 최경진, 최근호, 한충현

간 사 : 임희정



part 01
이슈&진단

Labor Welfare Forum

- 업무상 뇌심혈관질환 인정기준의 구체적 인정요건 고찰
- 산재의료와 산재의료 전달체계
- 4차 산업혁명과 직업병
- 기금형 퇴직연금의 지배구조에 관한 시론

업무상 뇌심혈관질환 인정기준의 구체적 인정요건 고찰



김 수 근

성균관대 강북삼성병원 직업환경의학과

요약

업무상 뇌심혈관질환의 인정기준은 3가지로 구분하여 발병전 “돌발적 사건과 급격한 업무환경의 변화”, “급성과로” 및 “만성과로” 등을 살펴보도록 되어 있다. 이에 “돌발적 사건과 급격한 업무환경의 변화” 를 어떻게 해석하고 실제 사례에 적용해야 하는 지에 대한 것과 뇌심혈관질환 발병과의 연관성에 대한 의학적 근거를 살펴보았다. 이를 바탕으로 뇌심혈관 질환에 걸린 근로자의 산재요양신청 건에 대한 재해조사 및 업무관련성 평가에 활용할 수 있도록 하고자 하였다.

1 서론

우리나라 산업재해보상보험법에서는 뇌심혈관질환의 발병이 업무로 인하여 자연경과를 넘어 뚜렷하게 악화되어 발병 한 경우 업무상 질병으로 인정할 수 있는 인정기준이 있다.

산업재해보상보험법 시행령의 인정기준 중에서 뇌심혈관질환의 발병에 영향을 미치는 업무로 “업무와 관련한 돌발적이고 예측 곤란한 정도의 긴장·흥분·공포·놀람 등과 급격한 업무 환경의 변화로 뚜렷한 생리적 변화가 생긴 경우” 를 인정기준으로 하고 있다[1]. 이에

대하여 고용노동부고시에서는 “발병 전 24시간 이내에 업무와 관련된 돌발적이고 예측 곤란한 사건의 발생과 급격한 업무환경의 변화로 뇌혈관 또는 심장혈관의 병변 등이 그 자연경과를 넘어 급격하고 뚜렷하게 악화된 경우” 라고 하고 있다[2]. 여기에서 자연경과는 혈관의 병변이 노화, 식생활, 음주, 흡연 습관 등으로 일상생활에서 점차 악화되는 과정을 가리킨다.

그러나 “돌발적이고 예측 곤란한 정도의 긴장·흥분·공포·놀람 등으로 뚜렷한 생리적 변화”와 “급격한 업무환경의 변화로 뚜렷한 생리적 변화”라고 하는 것은 추상적이어서 실제 적용에 있어 어려움이 있다. 또한 이러한 상황에서는 개인의 신체적, 심리적 상태 및 성격 등에 의하여 반응의 정도가 매우 다를 수밖에 없다. 그래서 근로자들에게 발병한 뇌심혈관질환의 업무관련성을 평가할 때 객관성과 일관성에 문제가 생길 수 있다.

이에 법 규정으로 되어 있는 인정기준을 개별적 사례에 적용할 때 고려할 사항들을 살펴보고 보다 구체적인 인정요건[3]과 그 필요성을 제시하고자 한다.

2 규정의 해석

뇌심혈관질환의 인정기준은 “업무와 관련한 돌발적이고 예측 곤란한 정도의 긴장·흥분·공포·놀람 등과 급격한 업무 환경의 변화로 뚜렷한 생리적 변화가 생긴 경우”에 대해서 “발병 전 24시간 이내에 업무와 관련된 돌발적이고 예측 곤란한 사건의 발생과 급격한 업무환경의 변화로 뇌혈관 또는 심장혈관의 병변 등이 그 자연경과를 넘어 급격하고 뚜렷하게 악화된 경우를 말한다.”고 설명하고 있다.

이후로 “업무와 관련된 돌발적이고 예측 곤란한 사건[4]”을 “돌발적 사건”으로 하고자 한다. 이것은 발병 하루 전부터 발병 당시까지 업무와 관련하여 천재지변이나 화재 등과 같은 중대한 사건이 발생하여 급격한 혈압의 변화 및 혈관의 수축이 발생하여 뇌혈관 질환과 심장 질환의 발병에 이르는 경우를 말한다. 이때 발병 전 경험한 사건의 과중한 정도는 사고의 크고 작은 피해 또는 가해의 정도, 공포감 또는 비정상적인 정도 등에 대하여 합리적이고 객관적으로 판단되는 경우이다. 또한 이상이 발생했을 때의 시간과 장소를 명확하게 식별 할 수 있어야 한다.

돌발적 사건이란 업무와 관련된 전혀 예상치 못한 갑작스런 사건에 대해 극도로 놀라거나

흥분하는 등의 정신적·육체적 과중 부담을 동반하는 경우라고 할 수 있다.

일본에서는 “극도의 긴장·흥분·공포·경악 등의 강도로 정신적 부담을 일으키는 돌발적 또는 예측곤란 이상사태”, “급격하게 강도 높은 육체적 부담을 강요당하는 돌발적 또는 예측곤란 이상사태”를 접하면 급격한 혈압변동이나 혈관수축을 일으키고, 혈관병변 등을 자연경과보다 급격하고 뚜렷하게 악화시킬 수 있다는 의학적 지견을 근거로 뇌심혈관질환 발병의 인정기준으로 채택하였다[5]. 즉, 발병 전에 접한 업무가 돌발적 사건으로 인정되는지 여부는 당해 사건으로 인해 급격한 혈압변동이나 혈관수축을 일으키고, 그 결과 뇌심혈관질환을 발병하는 것이 의학적으로 보아 타당한지 여부에 의한다는 것이다. 예를 들면, ① 택시운전수의 교통사고나 안전사고를 당할 뻔 했던 경우, ② 업무와 관련하여 상사와 동료와의 말다툼 또는 고객과의 말다툼, ③ 갑작스런 공포감을 유발하는 상황이나 사건 등이 있는 경우 육체적으로는 과중부담을 받지 않았으나 심리적으로는 매우 큰 부담을 받게 되어 의학적으로 교감신경이 흥분하여 질병을 발생시킬 수 있다.

업무와 뇌심혈관질환 발병과의 연관성을 시간적으로 보면, 발병에 가까우면 가까울수록 영향이 강하고, 발병으로부터 멀면 멀수록 의학적으로 연관성이 약해지는 것으로 여기고 있다. 따라서 뇌심혈관질환의 발병에 가장 밀접한 연관성을 가지는 업무로는 통상적으로 발병 전 24시간 이내 업무와 관련해서 살펴보고 있다.

근로복지공단[6]에서는 돌발적 사건과 급격한 업무환경의 변화에 대하여 다음과 같은 판단 요령을 제시하고 있다.

- 시간적·장소적으로 돌발적인 사건의 발생상태가 명확하여야 하고, 그러한 상황과 발병과의 연관성이 있어야 한다.
- 업무와 관련하여 돌발적이고 예측 곤란한 비일상적인 사건으로서 업무환경의 급격한 변화가 있어야 한다.
- 돌발 상황 자체가 육체적·정신적인 부담을 초래한 경우로서 돌발사건 발생부터 질병 발생(객관적으로 확인되는 전구증상 포함)이 만 24시간 이내에 나타난 경우이고, 경과상 개연성이 있어야 한다.
- 대부분 즉각 발병하는 양상을 보이지만 병변의 발생과 그 악화로 인하여 자각 증상이

나타나기까지 시간이 걸리므로 돌발적이고 예측 곤란한 상황의 발생으로부터 질병 발생까지 만 24시간이 넘어가는 경우에는 객관적이고 구체적인 정황 또는 사실기록에 따라 의학적 지식에 근거하여 판단한다.

돌발적 사건과 급격한 업무환경의 변화는 뇌혈관 또는 심장혈관의 정상적 기능에 뚜렷한 영향을 줄 수 있는 정도의 긴장·흥분·공포·놀람 등으로 정신적 부담을 주거나 급격한 신체적 부담을 주는 정도이어야 한다. 그리고 돌발적 사건의 예시로 다음과 같은 경우를 제시하고 있다.

□ 업무와 관련된 중대한 인사사고나 중대 사고에 직접 관여하거나 이러한 사고를 목격한 경우, 사고의 발생에 수반되어 구조 활동이나 사고 처리에 종사한 경우

□ 교통사고 또는 사고가 일어날 수 있었던 상황의 발생으로 인해 심리적으로 극도의 긴장·흥분·공포·놀람 등으로 육체적·정신적인 부담을 초래한 경우

□ 업무와 관련하여 상사·동료 또는 고객과 과도한 말다툼 또는 폭행 등으로 육체적·정신적인 부담을 초래한 경우

□ 갑작스런 공포감을 유발하는 상황이나 사건이 발생하여 육체적·정신적인 부담을 초래한 경우 급격한 작업환경의 변화는 고온, 저온, 다습, 고소, 소음, 진동 등이 갑작스럽게 변화된 경우에 해당된다. 여름철에 고온작업을 하는 경우와 겨울철에 저온작업을 하는 경우라면 일시적으로 작업환경이 변화된 경우에 해당된다. 매우 더운 작업환경 하에서 수분의 보급이 잘 안되면 뇌경색이 발병 할 수 있으며, 급격한 온도변화가 혈압변동과 혈관수축에 관여하기 때문에 뇌혈관 또는 심장질환에 영향을 미치게 된다. 작업자체가 극도로 열악한 환경일 경우는 일시적으로 근로자에게 스트레스를 가져올 수 있고, 생리적 리듬을 정상적으로 유지하기 어려운 경우에 뇌심혈관질환이 발생할 수 있다.

3

의학적 근거

예측 곤란하고 급격하게 발생한 사건이 뇌심혈관질환 발병의 촉발요인으로 작용한다는 것은 의학적인 경험으로 일반적으로 인정되고 있다. 외형적으로 건강하던 근로자가 갑자기 예측곤란

하고 급격하게 발생한 사건이 뇌심혈관질환 발병의 촉발요인으로 작용한다는 것은 의학적인 경험으로 일반적으로 인정되고 있다. 외형적으로 건강하던 근로자가 갑자기 뇌심혈관질환이 뇌혈관질환이 발생하여 사망하거나 신체장애자가 되어 노동력을 상실하게 되면 업무관련성 평가를 위한 의학적 근거가 필요하다. 돌발적 사건과 뇌심혈관질환 발병과의 의학적 타당성이 있어야 한다. 또한 돌발적 사건과 발병사이의 시간적 경과가 의학적으로 타당하여야 한다.

돌발적 사건이나 급격한 업무환경의 변화는 급성스트레스 요인으로 작용하여 뇌심혈관질환을 일으킬 수 있지만 지금까지의 연구결과들을 정량화하기는 어렵다. 급성스트레스와 뇌심혈관질환의 연관성을 보기 위한 역학적 연구(사례교차연구[7]나 관찰연구[8])에서는 회상편견의 가능성이 있다. 그리고 발병에 영향을 주는 스트레스 요인들(stressors)에 대한 교란요인의 작용 가능성이나 개개인의 다양한 반응으로 의학적 근거를 수립하기는 어렵다. 반면에 급성스트레스를 유발하는 사건은 발생 시간이 분명하다.

급성스트레스로 인한 관상동맥혈관질환에 관한 연구들[9-12]이 있으며, 이중 한 편의 연구에서 비치명적인 심근경색증의 촉발요인을 평가하였고 인구집단에서의 기여분율(PAFs)을 산출하여, 부정적인 감정(negative emotion)은 3.9%, 분노(anger)는 3.1%라고 하였다[13].

급성스트레스가 급성심근경색을 유발하는 기전은 여러 가지로 설명되고 있다[14]. 급성스트레스는 심박수와 혈압을 크게 높여서 심근에 산소요구도를 증가시키고 플라크(plaque)를 손상시킨다. 또한 심근에 산소를 공급하는 것을 감소시킨다. 관상동맥혈관질환이 없는 사람들에게서 급성스트레스는 혈관을 확장시키는 반면 동맥경화가 진행된 관상동맥에서는 혈관이 축소된다는 것이 확인되었다[15]. 또 다른 연구에서는 급성스트레스가 혈소판 응집을 향상시키는 것을 밝혔다[16]. 연구들에서 분노 에피소드 후에 2시간 동안 분노로 인한 심근경색증 촉발의 위험도(RR)가 약 2-9로 다양하였다. 심근경색증이 발병하기 전에 분노를 경험한 경우가 인구집단에 따라서 2-17%이었다[17-19]. 급격한 분노 에피소드(Acute anger episodes)는 심실부정맥을 촉발한다는 보고가 있다[20]. 낮은 교육을 받고 사회경제적상황이 낮은 집단에서 분노는 급성심근경색증을 촉발할 가능성이 높다는 것이 보고되었다[21]. 급성불안 에피소드(Acute anxiety episodes)도 심장질환의 발병 위험을 증가시킨다. 심근경색증이 발병하기 전 두시간 내에 불안감을 경험한 것이 심장질환발병 위험도를 1.6(95% CI, 1.1 - 2.2; P = 0.01)으로 증가시켰다[22]. 그러나 이 연구는 회상편견의 경향이 있었다.

사별한 배우자 95,647명을 추적한 결과, 배우자가 사망한지 1개월 이내 사망률이 남성의 상대위험도(relative risk, RR)는 2.6, 여성은 RR이 3.5로 높아졌다. 이러한 사망률의 증가는 사건 발생 한 달 후 정상화되었다고 한다[23]. 이와 같이 가까운 사람의 사별은 심장질환으로 인한 사망률을 증가시킨다[24-25]. 이 위험도는 처음 수주 이내에 가장 높다. 사별 후 24시간 이내에 비치명적인 심근경색증의 발병 비율(incidence rate ratio)이 21.1배(95% CI, 13.1 - 4.1)로 증가하였고, 한 달 후에는 4배로 증가하였다[26].

납기일을 맞추는 등과 같은 급성 직무 스트레스(Acute work stressors)는 심근경색증의 발병 교차비(OR)를 6.0(95% CI, 1.8 - 20.3)으로 증가시켰다[27]. 실직은 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 여겨지고 있다[28-30]. 미국에서 실시한 연구에서 실직(회사의 폐업이나 정리해고)한 근로자들에게서 그렇지 않은 근로자들에 비하여 심근경색이 두 배(HR, 2.48; 95% CI, 1.49 - 4.14) 높았다[31]. 실직의 빈도가 많을수록 심근경색증 유발의 위험도도 증가하였다[32]. 한 번의 실직인 경우 위험도(HR)는 1.22(95% CI, 1.04 - 1.42)에서 4번 이상 실직을 한 경우에는 1.63(95% CI, 1.29 - 1.07)으로 증가하였다. 실직 후 첫 1년 이내에는 위험도가 1.27(95% CI, 1.01 - 1.60)로 증가하였으나 그 이후로는 증가하지 않았다. 그러나 유럽과 뉴질랜드에서 실직을 대상으로 한 연구에서는 심근경색증과는 연관성이 보이지 않았다[33-36]. 이러한 차이는 연구방법의 차이로 인한 것으로 보인다. 미국에서 이루어진 연구는 자가보고(self-reporting)에 의한 것이었고, 유럽과 뉴질랜드에서 이루어진 연구는 국가자료와 연계한 것이었다.

급성스트레스가 심혈관계 질환을 유발하는 기전은 실험적인 생리연구에서도 잘 밝혀졌으며, Rozanski 등[37], Rozanski 등[38], Dimsdale[39]의 논문에 잘 정리되어 있다[40]. 급성스트레스가 관상동맥질환을 유발하는 기전으로 4가지 경로가 제시되는데, 첫째는 스트레스는 교감신경을 흥분시켜 일시적 심근허혈을 유발한다는 것이다[41]. 급성스트레스가 심혈관계 질환을 악화시키거나 유발하는 요인은 ① 심근허혈, ② 부정맥, ③ 보다 위험한 혈전(more vulnerable plaque), ④ 혈전형성의 위험성 증가 등으로 인한다[42].

급성관상동맥증후군은 매우 힘든 육체노동 (physical exertion)이나 몹시 화나는 사건(anger) 등이 유발인자로 작용하여 죽상중의 섬유 뚜껑이 파열되면서 혈관 내에 혈전이 생성되거나 죽상중 내로 출혈이 되어서 급격히 혈관 내경이 좁아지게 되므로 임상적으로 불안정형 협심증, 심근경색증 등으로 나타나게 되는 것이며[43], 뇌경색의 경우도 급성관상동맥증후군과

마찬가지 기전으로 나타날 수 있다. 관상동맥질환에 있어 죽상경화증에 의해 관상동맥의 내경이 좁아지는 과정은 대개 연령, 성, 가족력, 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 흡연, 비만, 신체활동부족 등의 발병위험인자가 관여하는 것으로 밝혀져 있으며, 그밖에 최근 심리적 긴장(psychological strain)이 경동맥의 죽상경화증과 관련이 있는 것으로 보고한 논문[44]이 있다.

지금까지의 연구결과에 의하면 매우 힘든 육체노동(heavy physical exertion)을 특히 평소 안 해보던 사람이 갑자기 했을 경우 그것이 유인으로 작용하여 급성관상동맥증후군이 발현될 수 있다고 하며[45,46], 중량물 들어올리기와 같은 무산소 육체활동은 심근경색증의 위험을 증가시키는 것으로 보고한 논문도 있다[47].

뇌혈관질환 중 뇌경색은 심근경색증과 마찬가지로 대개 죽상경화증이 진행된 뇌혈관이 막혀 증상이 발현되는 것이지만 출혈성 뇌혈관질환의 발병기전은 그렇게 잘 알려져 있지 않다. 지주막하출혈이 있기 전 2시간 이내에 중등도에서 매우 심한 정도의 육체노동이 있었던 경우 지주막하출혈 위험이 그렇지 않았던 경우에 비해 거의 3배가량 증가된다는 연구보고가 있으며[48], 이때 극심한 육체적 활동이 일시적으로 혈압을 높임으로써 지주막하의 동맥류가 파열되는 것으로 추정하고 있다. 또 소량-중등도 음주가 보호효과를 보이는 뇌경색과는 달리 지주막하출혈이든 뇌실질내출혈이든 출혈성뇌혈관질환의 경우에는 혈압을 갑자기 상승시킴으로써 출혈성 뇌졸중을 야기한다고 한다[49].

4 업무관련성 평가

발병 전 24시간 이내의 상황을 돌발적 사건이나 급격한 업무환경의 변화로 인정하는지의 여부가 뇌심혈관질환의 업무관련성 평가의 핵심이 된다. 돌발적 사건으로 인한 과중부담이 업무상 질병으로 인정되기 위해서는 돌발적 사건과 시간적·장소적 업무 연관성, 돌발사태와 질병과의 의학적 타당성, 돌발사태로 인한 정신적·육체적 과중 부담에 대한 평가를 기초로 하여야 할 것이다. 이를 위해서 다음과 같은 상황을 조사하고 검토하는 것이 필요하다. 아울러 전반적인 근무상황과 개인적인 건강상태를 고려하여 종합적으로 판단한다.

- 시간적·장소적으로 업무와 관련 있는 돌발적이고 예측 곤란한 사건을 경험하였는지

여부를 확인한다.

해당 근로자가 발병 전에 사건을 접한 사실과 그 사건의 정도 등에 대해 사업주, 동료 또는 그 장소에 함께 있었던 사람들을 대상으로 확인한다. 돌발적이고 예측 곤란한 상황의 시간적 범위는 발병 전 24시간 이내와 1주일 이내의 간격으로 조사한다(표 1).

〈표 1〉 뇌심혈관질환 발병 당일 및 전일 업무내용

- ◆ 출근시간 이후 재해발생 시간까지의 시간대별 활동내용
- ◆ 업무상 또는 업무 외적으로 만난 사람과 만난 사유 등
- ◆ 업무환경, 담당업무 및 업무량, 근로시간의 변동과 관련 특이사항
- ◆ 업무상 · 업무 외의 특별한 사건 또는 돌발 사태

□ 돌발적이고 예측 곤란한 상황이 있는 경우 시간 경과의 의학적 타당성[50]을 확인하되, 상황 이후 24시간이 경과하여 발병한 경우에는 앞에서 제시한 돌발적 사건과 뇌심혈관질환의 의학적 근거를 참고한다.

□ 돌발적이고 예측 곤란한 상황은 사건 발생에 이르기까지의 내용, 사건 발생 후 해당 근로자의 대응 등을 시간에 따라 확인하고, 해당 사건의 크기(정도), 피해 및 가해정도, 공포감 · 돌발성의 정도, 그로 인한 업무 및 업무환경의 변화 정도 등을 조사한다.

□ 업무와 관련된 사건이나 업무 및 업무환경의 변화가 급격한 혈압변동이나 혈관수축을 일으키고, 혈관 병변 등이 현저히 악화되어 뇌심혈관질환을 유발할 정도의 것인지 여부를 확인한다.

□ 발병일에 근접해서 정신적 긴장이 증가되는 업무가 있었는지 여부를 조사하되, 발병에 근접한 시기에 정신적 긴장을 동반하는 업무와 관련된 사건을 조사한다.

5 결론

업무상 뇌심혈관질환의 인정기준으로 “돌발적 사건과 급격한 업무환경의 변화” 를 규정하고 있다. 이에 업무상 사유로서 인정기준을 좀 더 구체적인 인정요건으로 제시하는 것이 발병한

근로자에게 발병한 뇌심혈관질환의 업무관련성 평가를 보다 객관적이고 일관성 있게 할 수 있도록 하고자 하였다. 이를 위해서 의학적 근거들도 살펴보았다.

의학적으로 교감신경을 흥분시켜 혈압이 오르고, 손발에 땀이 나며, 입 안의 침이 마르고, 심장이 두근거리는 사건 등은 이러한 돌발적 사건으로 받아들여진다. 따라서 돌발적 사건이 이와 같은 교감신경의 흥분 내지 다른 인체기능의 과중 부담을 초래할 수 있었는지를 판단해야 한다. 인간의 생체는 극도의 긴장, 흥분, 공포, 경악 등의 정신적 부담을 일으키는 돌발적 또는 예측 곤란한 상황을 당하면, 급격한 혈압변동과 혈관수축을 일으키고 근로자가 가지고 있는 혈관병변 등이 자연적 경과보다 빠르고 현저하게 악화될 수 있다. 따라서 의학상 질병의 발병 또는 증상은 돌발사태 후 즉시적인 양상을 보이는 것이 일반적이고, 통상 24시간 이내에 자각증상이 나타나므로 이러한 경우에 대해서는 인과관계를 용이하게 인정할 수 있을 것이다. 그러나 반드시 24시간 이내로 한정할 것은 아니고 의학적 소견에 근거하여 판단할 수 있다.

돌발적 사건이나 급격한 작업환경의 변화로 인정할 수 있는 지에 대하여는 통상적인 업무수행과정에서는 거의 겪지 않는 사고나 재해로서 그 정도가 심하였는지 검토하여, 이러한 사건(상황)에 의한 신체적·정신적 부담이 현저하다고 인정될 수 있는가, 아닌가의 관점에서 객관적이고 종합적으로 판단한다.

6

참고문헌 및 각주

1. 산업재해보상보험법 시행령 제34조제3항 관련 별표 3의 1 뇌혈관 질병 또는 심장질병
2. 뇌혈관질환 또는 심장질환 및 근골격계 질환의 업무상 질병 인정 여부 결정에 필요한 사항 (2008. 7. 1 고용노동부고시 제2008-43호)
3. 인정요건이란 뇌심혈관질환의 발병에 대하여 업무와의 사이의 인과관계를 인정할 수 있는 구체적인 사항을 말한다.
4. 일본에서는 비통상적인 사건(또는 이상 사건)이라고 한다.
5. 근로복지공단. 일본 업무상 질병 인정자료집. 연구자료 보관 2003-라-7. 2003
6. 근로복지공단. 뇌혈관질환·심장질환 조사 및 판정 지침. 2013. 7. 하였다.

7. Maclure M. The case-crossover design: a method for studying transient effects on the risk of acute events. *Am J Epidemiol* 1991; 133: 144-153.
8. Leor J, Kloner RA. The Northridge earthquake as a trigger for acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1996; 77: 1230-1232.
9. Steptoe A, Brydon L. Emotional triggering of cardiac events. *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33: 63-70.
10. Kloner RA. Natural and unnatural triggers of myocardial infarction. *Prog Cardiovasc Dis* 2006; 48: 285-300.
11. Strike PC, Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique. *Psychosom Med* 2005; 67: 179-186.
12. Buckley T, McKinley S, Tofler G, Bartrop R. Cardiovascular risk in early bereavement: a literature review and proposed mechanisms. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 229-238.
13. Nawrot TS, Perez L, Kunzli N, et al. Public health importance of triggers of myocardial infarction: a comparative risk assessment. *Lancet* 2011; 377: 732-740.
14. Strike PC, Magid K, Whitehead DL, et al. Pathophysiological processes underlying emotional triggering of acute cardiac events. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2006; 103:4322-4327.
15. Yeung AC, Vekshtein VI, Krantz DS, et al. The effect of atherosclerosis on the vasomotor response of coronary arteries to mental stress. *N Engl J Med* 1991; 325: 1551-1556.
16. Levine SP, Towell BL, Suarez AM, et al. Platelet activation and secretion associated with emotional stress. *Circulation* 1985; 71: 1129-1134.
17. Mittleman MA, Maclure M, Sherwood JB, et al. Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *Circulation* 1995; 92: 1720-1725.
18. Moller J, Hallqvist J, Diderichsen F, et al. Do episodes of anger trigger myocardial infarction? A case-crossover analysis in the Stockholm Heart Epidemiology Program (SHEEP). *Psychosom Med* 1999; 61: 842-849.
19. Strike PC, Perkins-Porras L, Whitehead DL, et al. Triggering of acute coronary syndromes

by physical exertion and anger: clinical and sociodemographic characteristics. *Heart* 2006; 92: 1035-1040.

20. Lampert R, Joska T, Burg MM, et al. Emotional and physical precipitants of ventricular arrhythmia. *Circulation* 2002; 106: 1800-1805.

21. Mittleman MA, Maclure M, Nachnani M, et al. Educational attainment, anger, and the risk of triggering myocardial infarction onset. The Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *Arch Intern Med* 1997; 157:769-775.

22. Mittleman MA, Maclure M, Sherwood JB, et al. Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *Circulation* 1995; 92: 1720-1725.

23. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health* 1987;77:283-287.

24. Buckley T, McKinley S, Tofler G, Bartrop R. Cardiovascular risk in early bereavement: a literature review and proposed mechanisms. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 229-238.

25. Young M, Benjamin B, Wallis C. The mortality of widowers. *Lancet* 1963; 2:454-456.

26. Mostofsky E, Maclure M, Sherwood JB, et al. Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: the Determinants of Myocardial Infarction Onset Study. *Circulation* 2012; 125:491-496.

27. Moller J, Theorell T, de Faire U, et al. Work related stressful life events and the risk of myocardial infarction. Case-control and case-crossover analyses within the Stockholm heart epidemiology programme (SHEEP). *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 23-30.

28. Gallo WT, Teng HM, Falba TA, et al. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med* 2006; 63: 683-687.

29. Gallo WT, Bradley EH, Falba TA, et al. Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: findings from the Health and Retirement Survey. *Am J Ind Med* 2004; 45: 408-416.

30. Dupre ME, George LK, Liu G, Peterson ED. The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1731-1737.
31. Gallo WT, Teng HM, Falba TA, et al. The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occup Environ Med* 2006; 63: 683-687.
32. Dupre ME, George LK, Liu G, Peterson ED. The cumulative effect of unemployment on risks for acute myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2012; 172: 1731-1737.
33. Eliason M, Storrie D. Job loss is bad for your health - Swedish evidence on cause-specific hospitalization following involuntary job loss. *Soc Sci Med* 2009; 68: 1396-1406.
34. Martikainen P, Maki N, Jantti M. The effects of workplace downsizing on cause-specific mortality: a register-based follow-up study of Finnish men and women remaining in employment. *J Epidemiol Community Health* 2008;62: 1008-1013.
35. Browning M, Dano AM, Heinesen E. Job displacement and stress-related health outcomes. *Health Econ* 2006; 15: 1061-1075.
36. Keefe V, Reid P, Ormsby C, et al; Ngati Kahungunu Iwi Incorporated. Serious health events following involuntary job loss in New Zealand meat processing workers. *Int J Epidemiol* 2002; 31: 1155-1161.
37. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99:2192-2217.
38. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:637- 651.
39. Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2008;51:1237-1246.
40. 조정진. 근거중심으로 살펴본 스트레스와 질병. *대한의사협회지*, 2013 Jun;56(6):460-461.
41. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99:2192-2217.

42. Alan Rozanski MD, James A. Blumenthal, Jay Kaplan. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99:219.
43. Tofler GH. Triggering and the pathophysiology of acute coronary syndromes. *Am Heart J* 1997;134(5 Pt2):S55-61.
44. Wolff B, Grabe HJ, Volzke H, Ludemann J, Kessler C, Dahm JB, Freyberger HJ, John U, Felix SB. Relation between psychological strain and carotid atherosclerosis in a general population. *Heart* 2005;91(4):419-20.
45. Willich SN, Lewis M, Lowel H, Schubert F, Stern R, Schroder R. Physical exertion as a trigger of acute myocardial infarction. Triggers and Mechanism of Myocardial Infarction Study Group. *N Engl J Med* 1993;329:1684-90.
46. Mittleman MA, Maclure M, Tofler GH, Sherwood JB, Goldberg RJ, Muller JE. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion. *N Engl J Med* 1984;311:874-7.
47. Fransson E, De Faire U, Ahlbom A, Reuterwall C, Hallqvist J, Alfredsson L. The risk of acute myocardial infarction: interactions of types of physical activity. *Epidemiology* 2004;15(5):573-82.
48. Anderson C, Mhurchu CN, Scott D, Bennet D, Jamrozik K, Hankey G. Triggers of Subarachnoid Hemorrhage. *Stroke* 2003;34:1771-1776.
49. Daniel S and Bereczki D. Alcohol as a risk factor for hemorrhagic stroke. *Ideggyogy Sz* 2004;57(7-8):247-56.
50. 의학적으로는 교감신경을 흥분시켜 혈압이 오르고, 손발에 땀이 나며, 입에는 침이 마르고, 심장이 두근거리는 증상들이 돌발적이고 예측 곤란한 상황으로 촉발되었을 것

산재 의료와 산재 의료전달체계



원 종 옥

연세대학교 의과대학 교수

요약

산재보험 급여에서 의료(요양)가 차지하는 비중은 크지 않지만 휴업급여, 장애급여 등 여러 가지 급여에 미치는 영향이 매우 크기 때문에 매우 중요하다. 또한 의료비(요양급여)가 높다하더라도 의료의 질이 높아서 치료 결과가 좋다면 장애가 낮아져서 총 산재 급여는 낮아질 수 있다. 이런 이유로 많은 국가들에서 산재 의료의 질을 특별히 생각하고, 일반 의료와 달리 managed care는 도입하지 않거나 제한적으로 도입하고 있다.

독일이나 오스트리아 등에서 산재 의료기관은 일반 의료기관에 비해 위상이 높지만 우리 나라 산재 의료의 현실은 그렇지 못하다. 직영병원은 물론이고 지정 병원도 일반 의료기관에 비해 훌륭하다는 평가를 받지 못하고 있다. 최근 근로복지공단에서는 요양관리, 의료기관평가, 재활인증기관 등 다양한 방법으로 산재 의료의 질을 향상시키려는 노력을 하고 있다. 이런 노력으로 의료 질이 낮아지지 않으면서 요양 기간이 감소하는 결과를 얻었다.

그러나 산재 의료의 질을 좀 더 발전시키기 위해서는 산재 보험과 산재 의료를 이해하는 의료진과 의료기관이 중심으로 된 의료 전달체계가 필요하다. 산재 의료전달체계를 구축하기 위해서는 환자의 접근성을 보장하기 위해서 지역별로 손상 종류 및 중증도에 따른 산재 발생 빈도를 고려하여 우수한 의료기관을 확보하여야 한다. 다음은 구축된 의료 전달체계 내에서 환자가 적절히 배분될 수 있는 제도를 만들어야 한다. 환자와 의료기관이 자발적으로 산재 의료 전달체계 내에서 움직일 수 있는 적절한 강제성과 인센티브가

필요하다. 마지막으로 국민들 모두가 산재 의료기관은 다른 일반 의료기관보다 우수하다는 인식을 가질 수 있도록 우수한 의료기관을 선택하고 관리하여야 한다. 산재 의료기관이 우수하다는 인식이 자리 잡을 때까지 무한한 노력이 필요하다.

1 서론

산재보험에서 의료가 차지하는 비중은 크지 않다. 건강보험의 경우 급여의 대부분이 진료비로 지출되지만, 산재보험의 경우 요양비는 전체 산재보험 급여 3조9천260억원의 18.8%인 7천4백억원(2014년)에 불과하다. 산재보험에서 요양이 차지하는 비중이 작다고 해서 요양의 중요성이 낮다는 것은 아니다.

산재보험에서 요양급여는 여러 가지 급여 중의 하나가 아니라 모든 다른 급여의 시작점이고, 동시에 다른 모든 급여에 영향을 주는 가장 중요한 급여이다. 모든 산재 급여는 요양이 승인되어야 비로써 시작된다. 요양의 결과가 좋으면 요양 기간이 짧아질 수 있고, 휴업급여 기간이 짧아질 수도 있다. 또한 그 결과가 좋으면 장애 등급이 낮아져서 장애 급여가 낮아질 수도 있다.

더욱 중요한 것은 요양의 질이 향상된다면 요양급여가 증가한다고 하더라도 요양 결과가 향상되기 때문에 진료 결과에 영향을 받는 휴업급여나 장애급여, 유족급여 등이 낮아져서 전체 산재보험 급여는 낮아질 수도 있다. 이와 같은 이유로 해서 산재 의료에서 의료의 질을 더욱 중요시하고 있다.

산재보험 요양급여는 건강보험과는 또 다른 특성이 있다. 건강보험은 환자가 치료비의 일부를 부담하지만, 산재보험에서는 원칙적으로 환자의 부담이 없다. 물론 일부 비급여가 존재하지만 보장성이 건강보험에 비해 훨씬 높다. 따라서 환자는 더 많은 의료서비스를 제공 받으려고 한다. 다만 산재보험의 재원이 사업주가 부담하는 공적자금이기 때문에 근로복지공단은 적정한 비용으로 최상의 의료서비스를 제공할 책임이 있다.

이런 이유 때문에 산재 의료의 질이 중요하고, 산재 의료의 질을 향상시키기 위한 여러 가지

제도가 운영되어야 한다. 이 글에서는 우리 나라 산재 의료의 현황을 알아보고 산재 의료의 질을 향상시킬 수 있는 방안에 대해 간략히 알아보고자 한다.

2

산재의료 전달체계

의료전달체계(Health Care Delivery System)는 의료서비스의 생산과 소비 또는 제공과 이용을 같이 내포하는 개념이다. 이는 사회 구성원들이 요구하고 이용하는 의료서비스와 이를 공급하는 의료기관들이 공동의 경제적 목적을 달성하기 위한 의료공급체계를 말한다.¹⁾

의료전달체계는 질병의 수준에 따라 환자의 흐름을 조정함으로써 제한된 의료자원의 효율적 사용을 통해 국민이 양적, 질적으로 충분한 의료서비스를 받도록 하는 것이 목표이다.²⁾

우리나라에서는 1989년에 의료전달체계가 도입되었는데, 당시 중진료권과 대진료권을 설정하여 2차, 3차 의료기관 이용시에 1차의료기관의 진료의뢰서가 필요했고, 타 진료권의 3차 의료기관 이용시에는 진료의뢰서와 타 진료권 진료확인서가 필요했다. 그러나 국민들의 반발로 1998년 진료권 제도를 폐지하였고, 요양 단계를 3단계에서 2단계로 축소하였다. 결과적으로 2차기관의 요양급여를 받으려면 의뢰서가 필요하지만, 응급환자, 분만, 치과, 가정의학과 진료는 직접 이용 가능하여, 실질적으로는 의료전달체계가 없어진 것이나 다름이 없다.

의료전달체계가 실패하면서 일차 의료기관의 기능 축소되고, 의원과 병원급 의료기관의 경쟁이 심화되어 의원급에서도 입원에 필요한 병상과 CT, MRI 등 고가 장비 보유하게 되었다. 이러한 의료전달체계의 문제는 산재의료에도 그대로 나타났다. 더욱이 산재의료에 있어서는 진료의뢰서가 필요 없고, 건강보험의 본인부담금이 없기 때문에 더 큰 문제가 아닐 수 없다.

그러나 우리나라 산재의료 체계 내에서 환자는 의료기관의 규모나 종별에 무관하게 의료기관을 선택할 수 있으며, 의료기관은 서로 경쟁하는 관계에 있고, 환자 의뢰/회송 체계 없다. 또한 현재 산재 의료 기관은 근로복지공단 직영병원, 지정기관, 지정기관 중 재활인증기관, 비지정기관으로 구분할 수 있지만, 이들 기관 사이에 기능적 분화는 거의 없다. 이런 문제들을

1) 조재국, 의료전달체계의 발전방향과 정책과제, 보건복지포럼, 2010,11

2) 대한예방의학회, 예방의학과 공중보건학, 2010, pp678-80

해결하기 위해서는 산재 의료의 전달체계가 필요하다.

산재의료에서 전달체계를 더 중요시하는 이유는 보다 나은 산재 의료서비스를 제공하기 위해서는 환자의 중증도나 치료 시기에 맞게 환자를 좋은 산재 의료기관에 적절히 배분하는 것이 필요하기 때문이다.

산재 의료 전달체계를 생각할 때 우선 고려해야 하는 것은 다음과 같다.

첫째, 접근성. 접근성은 산재 환자가 얼마나 쉽게 산재의료기관을 이용할 수 있는가 하는 문제이다. 이 접근성은 시간과 거리의 문제 뿐 아니라 경제적 부담, 산재 요양 신청의 불편함이나 불이익 등 경제적, 사회적, 심리적 접근성을 포함하지만 산재 의료전달체계에서는 지리적 접근성을 우선 고려해야 한다.

둘째, 의료의 질. 산재의료에 있어 의료의 질은 단순한 의료의 질적 문제가 아니라 직장복귀를 포함해야 하며, 장애와 재요양을 포함하여 포괄적으로 고려해야 한다.

셋째, 의료 기관. 의료기관의 분포는 접근성과 밀접한 관련이 있고, 산재의료의 질과도 밀접한 관련이 있다. 산재의료 전달체계를 잘 구축하기 위해서는 전달체계에 포함되는 의료기관의 질을 보장할 수 있어야 한다.

다음에 이 문제들에 대해 간략하게 다루어 보고자 한다.

3

산재 환자 현황

산재 의료 전달체계에서 우선 고려해야 할 사항은 중증도와 지역별 분포를 포함한 산재 환자의 수이다. 아래 표에서 보는 것처럼 매년 약 9만명의 산재 환자가 발생한다. 발생 시점에서 중증도를 파악해야 정확하겠지만 이를 위해서는 별도의 조사, 분석이 필요하기 때문에 장애등급으로 중증도를 추정해 보았다. 물론 산재 발생한 해에 장애 판정을 받지 않았을 가능성이 있기 때문에 산재근로자와 장애판정자가 약간 상이할 수도 있지만 전반적인 분포를 파악할 수 있다고 생각된다.

아래 표에서 보는 것처럼 매년 발생하는 산재 환자들 가운데 장애 판정을 받는 환자는 약 35% 내지 39% 정도이며, 65%의 환자는 장애가 없이 퇴원한다. 요양 종결시 장애등급이 중증도를

반영하는 것은 아니지만 최고 중증이라 할 수 있는 장해 1~3급의 장해자는 산재 환자의 약 0.5%에 해당한다.

이 표를 보면 산재 환자의 60%~70%는 장해 없이 요양을 종결할 수 있는 단순 재해 환자이며, 최고 중증 환자는 1% 미만으로 생각된다. 따라서 산재 의료전달체계를 생각한다면 환자의 중등도에 맞게 요양관리를 시행할 수 있는 의료기관을 확보하는 것이 필요하다.

〈표 1〉 연도별 산재 근로자 및 장해판정자

연도	2013	2014	2015	2016
산재 근로자 수	91,824	90,909	90,129	90,656
장해자 총계	35,915	34,947	34,583	33,763
1급	149	113	125	127
2급	142	144	111	118
3급	117	124	168	213
4급	107	74	79	61
5급	296	269	213	210
6급	455	318	301	308
7급	811	729	735	855
8급	1,505	1,263	1,160	1,164
9급	1,673	1,329	1,176	1,149
10급	4,437	3,400	3,013	2,893
11급	4,125	3,941	3,924	3,939
12급	8,993	9,296	8,719	8,095
13급	2,378	2,433	2,447	2,721
14급	10,727	11,514	12,412	11,910
무장해	55,909	55,962	55,546	56,893

※출처 : 근로복지공단.

4

산재 환자의 요양 관리

최근 10년간 요양 환자 현황을 보면 한 시점의 요양 환자 수가 지속적으로 감소하고 있음을 알 수 있다. 즉, 2006년 말 기준 요양 환자 수는 46,139명이었는데 비해 2015년 말 기준 요양

환자 수는 37,065명으로 19.7% 감소하였다. 특히 입원환자 수는 2006년 15,145명에서 2015년 9,155명으로 39.6% 감소하였다. 그러나 산재 근로자 수는 2006년에 89,910명에서 2015년 90,129명으로 연도별로 다소의 차이는 있었지만 약 9만명에서 큰 차이를 보이지 않았다.

매년 발생하는 산재 근로자의 수는 큰 차이를 보이지 않는데, 요양 환자의 수가 감소한다는 것은 무슨 의미가 있을까? 여러 가지 이유가 있겠지만 우선 요양 기간의 감소를 생각할 수 있다. <표 2>에서 볼 수 있는 것처럼 전체 요양 환자의 수 뿐 아니라 1년 이상 장기 요양을 하는 환자의 수가 감소하고 있음을 알 수 있다. 표에서 또 하나 주목할 것은 6개월 미만 환자 중에서 입원환자와 통원환자의 비율이 1:2.1에서 1:5.0으로 통원이 증가했다는 것이다.

요양기간이 감소하고, 통원 요양이 증가했기 때문에 요양급여도 감소했다. 즉, 1인당 요양급여 평균지급액이 2006년 480만원에서 2015년 423만원으로 감소하였다. 그런데 이 기간 중 의료수가가 계속 증가했다는 것을 감안할 때 1인당 평균 요양급여가 크게 감소했음을 알 수 있다.

최근 10년간 산재 환자의 요양기간이 감소하고, 통원 요양이 증가했으며 1인당 요양급여가 감소했다는 사실을 어떻게 해석할 것인가?

사실 최근 10여년간 근로복지공단에서 산재 환자의 요양관리에 관심을 갖고 노력했다는 사실은 여러 경로를 통해서 알 수 있다. 그 결과 요양기간과 요양급여의 감소로 나타났다고 생각한다. 이제까지 산재 환자의 요양 기간이 건강보험 환자나 자동차보험 환자에 비해서 길다는 지적이 많았던 것도 사실이다. 이런 점을 고려 할 때 요양관리를 통해서 요양기간이 단축되었다는 것은 반가운 일이다.

그런데 요양기간이 단축되고, 요양급여가 감소했다는 것이 긍정적인 면만 있는 것은 아니다. 요양급여의 감소는 달리 말하면 의료 서비스가 감소했다는 것을 의미한다. 또한 의료 서비스의 감소는 의료의 질이 낮아질 수 있다는 것을 의미한다.

그러나 다행한 것은 산재 의료의 질이 낮아졌다는 증거나 보고가 없다는 점이다. 요양관리를 통해서 의료의 질은 떨어뜨리지 않고, 요양급여를 감소시켰다는 점은 매우 바람직한 일이다. 그렇지만 이를 다른 관점에서 보면 이제까지 불필요한 의료서비스가 제공되고 있었다고도 생각할 수 있다.

산재 의료 서비스의 대부분은 산재 지정병원에서 이루어지고 있다. 지정 병원의 관리는 당연히 근로복지공단에 있다. 근로복지공단은 지정 의료기관에 대한 관리와 환자의 요양 관리를 통해서

의료 서비스의 질을 향상시키도록 노력해야 한다. 이런 점에서 볼 때 산재 요양의 변화는 바람직하고 긍정적인 것으로 보인다.

(표 2) 연도별 요양기간별 요양환자 현황

('15년 말 현재) (단위 : 명)

구분	합계	6월미만	6월~1년	1년~2년	2년~3년	3년~5년	5년~10년	10년 이상	
'06	계	46,139	20,254	8,718	5,619	2,546	2,745	3,396	2,861
	입원	15,145	6,483	1,833	1,737	1,010	1,359	1,635	1,088
	통원	30,994	13,771	6,885	3,882	1,536	1,386	1,761	1,773
'07	계	44,256	20,350	8,473	4,828	1,984	2,342	3,206	3,074
	입원	14,279	6,045	1,677	1,513	886	1,214	1,790	1,154
	통원	29,977	14,305	6,796	3,315	1,098	1,128	1,415	1,920
'08	계	44,486	22,289	7,905	4,264	1,747	2,035	3,126	3,120
	입원	13,724	5,833	1,405	1,393	845	1,199	1,820	1,229
	통원	30,762	16,456	6,500	2,871	902	836	1,306	1,891
'09	계	44,233	23,803	7,129	3,829	1,634	1,922	2,832	3,084
	입원	13,059	5,862	1,054	1,169	744	1,148	1,843	1,239
	통원	31,173	17,940	6,075	2,660	890	774	989	1,845
'10	계	40,259	21,554	6,386	3,056	1,363	1,820	2,861	3,219
	입원	12,430	5,394	1,072	951	659	1,078	1,908	1,368
	통원	27,829	16,160	5,314	2,105	704	742	953	1,851
'11	계	36,736	20,049	5,550	2,718	1,018	1,473	2,606	3,323
	입원	10,690	4,443	900	822	473	896	1,763	1,394
	통원	26,046	15,606	4,650	1,896	545	578	842	1,929
'12	계	34,016	17,966	5,376	2,480	1,046	1,234	2,469	3,445
	입원	9,313	3,351	858	708	455	739	1,680	1,522
	통원	24,703	14,615	4,518	1,772	591	495	789	1,923
'13	계	34,413	17,997	5,634	2,699	1,010	1,135	2,333	3,555
	입원	9,089	3,112	852	805	422	630	1,628	1,640
	통원	25,324	14,885	4,782	1,894	588	505	755	1,915
'14	계	36,455	19,279	6,080	2,940	1,118	1,163	2,200	3,675
	입원	9,271	3,332	873	788	450	570	1,509	1,749
	통원	27,184	15,947	5,207	2,152	668	593	691	1,926
'15	계	37,065	19,691	6,232	3,013	1,116	1,202	2,031	3,780
	입원	9,155	3,283	898	822	429	583	1,313	1,827
	통원	27,910	16,408	5,334	2,191	687	619	718	1,953

※ 출처 : 2015 산업재해 현황분석

5

산재 의료 기관

2015년 현재 산재보험 지정 의료기관은 5,443개이며, 이중 상급종합병원(대학병원)은 49개(0.9%), 종합병원 280개(5.1%), 병원 1,286개(23.6%), 의원 2,634개(48.4%)이다. 앞서 살펴본 중증도에 따른 환자의 분포와 유사하다.

그러나 환자의 분포는 전체 환자의 13.2%가 상급종합병원에서 요양 중이고, 종합병원 28.1%, 병원 31%, 의원 23.6%로 환자의 중증도나 의료기관의 분포와는 다르게 상급병원에 집중되어 있다. 특히 이런 양상은 1년 이상 장기 입원 환자들에게서 더욱 심해서 5년 이상 입원 환자 중 21%가 상급 종합병원에 입원해 있고, 39%는 종합병원에 입원해 있다. 장기 요양 환자가 중증 환자일 가능성이 높지만 2년 이상 요양 중인 환자들은 상급종합병원이나 종합병원에서 치료해야 할 것이 많지 않다. 효율적인 의료 서비스를 생각한다면 이런 환자들의 일반병원이나 요양병원에서 관리하는 것이 더 나을지 모른다.

산재 환자의 편중 현상은 단순히 의료경제적인 문제 뿐 아니라 다른 문제를 내포하고 있다. 장기 요양 환자들의 상당수가 근로복지공단 직영병원에서 요양하고 있다. 이 결과로 직영병원의 경영이 악화되고 있을 뿐 아니라 직영 병원이 산재병원으로서의 역할을 제대로 하지 못하고, 요양병원화 하는 문제를 낳게 되었다고 생각한다. 물론 직영 병원들이 재활 전문기관으로 자리매김하고 있지만 이는 재활 전문기관으로 발전을 의도한 것이 아니라 떠밀렸다는 생각을 지우기 어렵다.

독일의 경우 14개의 산재보험 직영병원이 있는데 이중 9개 병원은 급성기 치료 병원이고, 2개는 직업병 전문병원 그리고 3개는 통원치료 병원이다. 물론 각 병원은 산재 재활을 위한 특별 서비스를 제공하고 있지만 독일의 직영병원들이 급성기 병원으로 자리매김하는 것은 급성기 치료가 그만큼 중요하다는 것을 의미한다.³⁾

최근 수 년간 산재 환자의 재활에 대한 관심이 높아지면서 재활인증병원을 지정하여 운영하고

3) 웹사이트, <http://www.bg-kliniken.de/das-unternehmen/> 2017.5.25. 접근.

있다. 물론 재활이 중요하기는 하지만 급성기가 지난 환자들이 재활인증병원으로 전원을 가지 않는 것이 문제이다. 결국 특별한 경우가 아니라면 급성기 치료와 재활을 동시에 수행할 수 있는 산재 전문병원이 필요하다. 더불어 훌륭한 급성기 병원을 확보하는 것이 필요하다.

〈표 3〉 병원등급별 요양기간별 요양환자 현황, 2014

단위 : 수(%)

구 분		합 계	6개월 미만	6개월~1년	1년~5년	5년~10년	10년 이상
전 체	합계	36,455	19,279	6,080	5,221	2,200	3,675
	입원	9,271	3,332	873	1,808	1,509	1,749
	통원	27,183	15,947	5,206	3,413	691	1,926
상급요양원	소계	4,799(13.2)	1,063(5.5)	764(12.6)	1,233(36.1)	613(27.9)	1,126(30.6)
	입원	1,412(15.2)	264(7.9)	139(15.9)	310(9.1)	322(21.3)	377(21.6)
	통원	3,386(12.5)	799(5.0)	624(12.0)	923(27.0)	291(42.1)	749(38.9)
중급요양원	소계	10,230(28.1)	4,619(24.0)	1,529(25.1)	1,676(49.1)	884(40.2)	1,522(41.4)
	입원	3,236(34.9)	958(28.8)	250(28.6)	593(17.4)	596(39.5)	839(48.0)
	통원	6,994(25.7)	3,661(23.0)	1,279(24.6)	1,083(31.7)	288(41.7)	683(35.5)
기본요양원	소계	11,296(31.0)	7,017(36.4)	1,871(30.8)	1,165(34.1)	400(18.2)	843(22.9)
	입원	2,539(27.4)	1,087(32.6)	264(30.2)	478(14.0)	327(21.7)	383(21.9)
	통원	8,757(32.2)	5,930(37.2)	1,607(30.9)	687(20.1)	73(10.6)	460(23.9)
민간의	소계	8,601(23.6)	6,194(32.1)	1,683(27.7)	671(19.7)	22(1.0)	31(0.8)
	입원	1,142(12.3)	901(27.0)	1,32(15.1)	90(2.6)	8(0.5)	11(0.6)
	통원	7,459(27.4)	5,293(33.2)	1,551(29.8)	581(17.0)	14(2.0)	20(1.0)

6 산재 의료 관리

산재 의료에 대한 관리는 두 가지 방법으로 이루어진다고 볼 수 있다. 첫째는 의료기관에 대한 관리로 의료기관에 대한 지정과 취소 및 진료 제한을 수행할 수 있다. 둘째는 의료 행위에 관한 것으로 진료계획서에 대한 심사와 진료비 심사가 있다.

산재 의료기관 지정 요건은 시설, 장비 및 인력에 관한 것으로 의료의 구조적 측면에 치우쳐

있다. 지정 후에는 부당 청구 등 특별한 위반 사항이 없으면 의료기관 평가를 통해서 관리한다.

산재 의료기관 평가는 산재 의료의 질 향상을 위하여 2009년부터 시행하고 있는데, 지정 의료기관 중 연간 진료비 1000만원 및 산재환자 5명 이상의 진료 실적 있는 의료기관을 평가대상으로 선정하여 수행한다. 대상 의료기관은 약 1,500개로 3년마다 500개씩 평가하고 있다. 평가 항목은 시설·인력·장비 등 인프라 및 산재환자 요양 관리 관련 항목, 재활치료관련 평가 항목 등이 포함되어 있다. 평가 결과에 따라 우수 기관에는 진료비 정기 현지 조사 면제 등 행정적 우대 조치와 이하확료법료 20%를 가산 지급하는 경제적 인센티브를 제공한다. 반면 부진 의료기관에 대해서는 정기 점검, 개선 명령, 진료 제한 및 지정 취소 등 제재를 가하고 있다.⁴⁾ 개별 의료 행위에 대한 관리는 진료계획서 심사와 진료비 심사가 있다.

진료계획서는 주치의가 환자 진료의 변동 사항이 있을 때 새로운 진료계획을 작성하여 근로복지공단에 제출하여 승인 받는 제도인데, 주로는 요양기간 연장을 심사하고 있다. 진료비 심사는 부당 또는 과대 청구가 있는지 심사하여 진료비를 지급하는 것인데, 이 과정에서 부적절한 의료 행위로 인한 부당 청구나 과대 청구가 적발되기도 한다.

산재 의료기관평가나 진료계획서 심사 등이 현행 제도 아래서는 중요한 역할을 하고 있는 것은 사실이지만 궁극적으로 산재 의료의 질을 향상시키기 위해서는 부족한 면이 있다.

제도적으로는 산재 의료의 질을 관리할 수 있는 토대가 만들어져 있지만, 구체적으로는 형식적인 면이 있고, 내용 면에서도 부족한 부분이 많다. 또한 관리해야 할 의료기관 수가 너무 많아서 관리에 어려움이 있다.

먼저 의료기관평가는 평가 지표가 많이 개선되었지만 아직도 진료 과정에 대한 평가가 부족하고, 의무기록 위주의 평가이기 때문에 실제 의료 행위나 정성적인 평가가 부족하다. 의료기관평가가 더 진보하기 위해서는 일회성 평가보다 상시 평가 체계로 전환되어야 한다. 이를 위해서는 관리 대상이 되는 의료기관이 관리할 수 있는 수준 이내에 있어야 한다. 그리고 항상 평가하고 관리할 수 있는 상설 기구가 필요하고, 좀 더 나아가서 전산으로 관리할 수 있는 시스템을 갖추는 것이 좋다.

4) 근로복지공단, 2016년 산재보험 의료기관 평가계획.

진료계획서 심사는 주로 요양기간 연장이나 요양 종결에 대한 심사이기 때문에 실질적인 의료의 질에 대한 평가가 이루어질 수 없다. 환자에 대한 진단 및 진료계획, 수술 방법이나 재활 방법 등에 평가를 실시할 수 있어야 한다. 그래야 전반적인 산재 의료의 질을 향상시킬 수 있다. 이를 위해서는 심사 가이드라인이 필요한데, 이는 진료 지침으로 대신할 수 있을 것이다. 즉, 산재 환자를 위한 진료지침을 마련할 필요가 있다.

7 산재의료의 질과 주치의

일반 의료와 산재 의료의 질이 다르지 않다. 좋은 의료 기술을 갖고 있는 의료기관은 산재 환자에게도 좋다. 다만 산재 환자에게는 의료 외적인 면이 중요시 된다. 가장 중요한 점은 환자 치료 성과를 보는 관점이 질병에 대한 치료가 아니라 직장 복귀에 있다는 점이며, 치료 과정에서 환자의 직장 상사나 사업주와 관계를 유지해야 한다는 점 등이다. 특이한 것은 업무상 질병에 대한 직업관련성 평가를 할 수 있어야 한다는 점이다.

〈표 4〉 의료의 질에 있어 산재의료와 일반의료의 차이

	일반의료	산재의료
구조	의사의 전문성 중급 정도의 숙련의사가 도움이 됨 집에서의 근접도	의사의 작업에 대한 지식 케이스 매니저의 도움 직장에서의 근접도
과정	환자와의 의사소통 예방률 비정상 검사 결과 추적 관찰 시간당 방문자 수 의료 기술 투약 처방의 정확성 추적 관찰의 의학적 필요성	고용주와의 의사소통 작업관련성 판단 산재 보고 비기술적인 면에 대처하는 방법 (특히 고용주와)
결과	증상 수준 의료비용 재입원 및 다른 입원관련 문제 경제적 영향은 거의 고려되지 않음 생활습관 변화의 장려 환자 만족도	직업복귀, 실직기간 장기적 직업 유지 가능성 재손상률 생산성 및 기타 작업관련 지표 작업장변화의 장려 고용주의 만족도

그러나 이렇게 외부로 들어나는 질 지표보다 더 중요한 가치는 산재 환자를 치료하는 의료진이 산재 의료 시스템과 산재 환자 그리고 환자의 직업이나 직장에 대해서 얼마나 이해하고 있느냐는 점이라고 생각한다.

누구나 종합전문기관은 우리 나라에서 최고의 의술을 갖고 있다고 생각한다. 그러나 아래 표에서 보는 것처럼 ‘허리뼈 염좌 및 긴장’ 산재 환자에 대한 진료 특성을 보면 산재 의료에 대한 이해가 높지 않음을 알 수 있다. 즉, 이들 환자의 입원 기간은 짧는데 반해 통원기간 상대적으로 길어서 총 요양기간이 다른 의료기관에 비해 가장 길었다.

이것은 환자의 증증도의 차이이기 보다는 산재 의료의 특성을 이해하지 못하고, 일반 환자를 진료할 때와 같은 방법으로 진료하기 때문에 요양기간이 더 길어진 것으로 생각된다.

물론 요양기간은 여러 가지 요인의 영향을 받을 수 있지만 요양 기간이 길수록 직장복귀가 낮아지는 점을 고려할 때, 종합전문기관의 주치의들의 산재보험에 대한 이해가 높지 않음을 알 수 있다.

최근 산재 패널조사를 이용한 연구에서도 주치의가 산재환자의 직장복귀에 관심을 가질 때 산재 환자의 직장복귀율이 높다는 보고가 있었다.⁵⁾

즉, 주치의가 산재 의료에 대해 이해하고, 산재 환자의 직장복귀에 관심을 갖는 것만으로도 좋은 결과를 얻을 수 있다고 생각한다.

의료의 질을 결정하는 것은 시설과 장비도 중요하지만 궁극적으로는 환자를 진료하는 의료진이 중요하다. 특히 산재 의료에서는 산재보험을 이해하고 산재 환자를 이해할 수 있는 의사가 필요하다.

독일의 산재전문의(Durchgangs. Arzt;DA)를 벤치마킹하려고 하는 것도 이와 같은 맥락이라 할 수 있다. 독일의 산재 전문의를 대신할 수 있는 다른 제도를 고안할 수 있겠지만 근본적인 것은 산재환자를 치료하는 주치의를 어떻게 산재전문의처럼 생각하고 행동할 수 있도록 하느냐는 것이라 생각한다.

5) Lee W, Yoon JH, Roh J, Kim YK, Seok H, Lee JH, Won JU. Factors related to the physician and the employer influencing successful return to work in Korea: results from the first panel study of workers' compensation insurance (PSWCI). AOEM, 2015;27:27

〈표 5〉 허리뼈 염좌 및 긴장 환자의 요양 일수, 2010⁶⁾

병원유형	단일기관			
	빈도	요양일수	입원일수	통원일수
종합전문기관	98	111.3±302.4	18.0±15.9	76.3±91.1
종합병원	1,244	91.1±234.8	28.0±50.4	58.6±61.4
병원	2,812	83.2±98.0	25.1±25.9	62.3±48.8
의원	4,262	83.9±116.3	34.0±75.6	59.1±47.3

8

산재 의료와 의료전달체계에 대한 제언

우리 나라의 의료 수준은 외국에 비해 결코 낮지 않다. 따라서 산재 의료의 수준도 낮을 수 없다. 그런데 산재 지정병원, 산재 직영병원을 보는 시각은 그리 좋은 편은 아니다. 바꾸어 말하면 산재 의료의 수준이 우리 나라 전체 의료 수준에 비해 상대적으로 낮은 것으로 보인다는 뜻이다.

독일이나 오스트리아 등 산재 의료가 발전된 나라들의 산재 의료기관들은 그 나라에서 최고의 수준을 자랑하고 있고, 그 병원들의 자부심 또한 높다. 나는 우리 나라의 산재 의료기관들도 우리 나라에서는 최고 수준을 자랑하는 기관들이었으면 좋겠다. 산재 환자를 진료한다는 것에 대한 자부심을 가질 수 있었으면 좋겠다. 이를 위해서 다음 몇 가지를 신중히 검토하고 수행해야 한다고 생각한다.

첫째, 좋은 산재 진료의사를 확보해야 한다. 의료기관이 훌륭하다고 해서 의사까지 훌륭한 것은 아니다. 반대로 의료기관은 조금 떨어져도 소속 의사는 훌륭할 수도 있다. 산재보험과 산재 환자를 이해하는 실력 있는 의사가 필요하다. 이를 위해서 산재환자 진료 경험과 실력이 있는 의사가 필요할 뿐 아니라 산재 환자 주치의에 대한 교육과 진료 인센티브 제도 등도 생각해야 한다. 상급종합병원이나 종합병원에서는 의사들 가운데 우리가 원하는 그런 의사가 없다면

6) 원종욱, 김진수, 김형렬, 임성호, 김태룡. 산재요양 실태분석을 통한 산재요양제도 개선방안 연구. 2010.

병원을 대표해서 산재 환자를 관리할 수 있는 의사를 지정해서 산재진료의사를 대신할 수 있을 것이다. 이를 위해서 교육과 훈련 제도가 필요하다.

둘째, 산재 의료기관에 대한 정비가 필요하다. 산재보험에서 인정하는 의료기관은 정말 좋은 병원이라는 인식을 갖게 해야 한다. 근로자 뿐 아니라 모든 국민이 산재보험에서 인정한 병원은 마음 놓고 선택할 수 있는 그런 병원이어야 한다. 그러기 위해서 단지 몇 개가 되더라도 정말 좋은 병원을 산재보험에서 인정하는 병원으로 만들어야 한다. 의료 전달체계를 만들기 위해서 한 번에 몇 백개의 병원을 지정하는 것이 아니라 전달체계를 만드는 것이 늦어지더라도 정말 하나 하나 만들어 가야 한다.

셋째, 산재 의료 관리가 필요하다. 산재 진료의사와 산재 의료기관이 좋다고 해도 산재 의료에 대한 끊임 없는 질관리가 필요하다. 현재 의료기관 평가 제도도 개선할 필요가 있고, 진료지침 등 질관리를 위한 근거도 만들 필요가 있다.

넷째, 산재 의료만의 전달체계가 필요하다. 모든 의료기관이 모두 3차 의료기관일 필요는 없다. 앞서도 본 것처럼 산재 환자의 60%는 장애 없이 요양 종결되는 환자이다. 이런 환자들을 위한 1차 의료기관도 필요하고, 고도의 수술을 진행할 급성기 병원, 전문재활 병원이 모두 필요하다. 그러나 환자를 강제로 전원하는 것은 우리나라의 정서 상 맞지 않는다. 정말 어렵겠지만 환자와 의료인이 자발적으로 전원할 수 있도록 하는 제도를 만들어야 한다. 의료기관은 물론이고 환자에 대한 전원 인센티브 등도 생각해 봐야 한다. 뿐만 아니라 지역과 환자 분포를 고려한 계획을 만들어야 한다.

다시 한번 말하지만 나는 우리 나라의 산재 의료기관들이 우리 나라에서는 최고 수준을 자랑하는 기관들이었으면 좋겠다. 산재 환자를 진료한다는 것에 대한 자부심을 가질 수 있었으면 좋겠다.

4차 산업혁명과 직업병



김 용 규

유성선병원 직업환경의학센터 소장

요약

미래사회 변화는 기술의 발전에 따른 생산성 향상 등 긍정적인 변화도 존재하는 반면, 일자리 감소나 새로운 유해인자의 출현 등과 같은 부정적인 변화도 초래할 수 있다. 제 4차 산업혁명을 야기하는 과학기술적 주요 변화 동인이 미래사회의 고용구조인 일자리 지형을 변화시킬 것으로 전망되고 있는데, 특히 자동화 기술 및 컴퓨터 연산기술의 향상 등은 단순·반복적인 사무행정직이나 저숙련 업무와 관련된 일자리에 직접적으로 영향을 미칠 것으로 예측하고 있다. 4차 산업혁명의 핵심 요소 중 로봇 기술의 발전은 위험하고, 반복적이거나 중량물 취급이 필요한 작업자를 대체하는 긍정적인 측면도 있지만, 작업자를 노동에서 소외시키는 주범으로 지목받기도 한다. 산업현장의 고도 자동화, 로봇 활용의 증가 및 인공지능을 활용한 조직관리 등 예상되는 근로환경 변화에 대비하여, 새로운 위험·유해요인의 발견, 평가, 관리 및 제어를 위한 관련 기준 및 제도를 적합하게 재조정 필요하고, 질병의 발생 양상에 대한 빅데이터의 활용 및 정보처리기술의 적극적인 도입을 통해 업무와 관련한 질병을 사전에 또는 큰 문제로 확대되기 전에 예방할 수 있어야 한다.

2016년 초 다보스포럼에서 클라우스 슈밥(Klaus Schwab) 박사가 ‘4차 산업혁명’이라는 말을 언급하며, 현재의 기술 변화가 단순히 정보화와 자동화에만 의존했던 3차 산업혁명과 구별되는 새로운 단계로 들어섰음을 역설했지만, 여전히 3차 산업혁명의 진행 단계로 주장하는 전문가들도 있다. 4차 산업혁명이라는 용어가 모든 사람들이 합의하지는 않았다고 할지라도, 현재의 산업 시대에 변화가 발생한 것은 현실로 받아들여진다. 산업시대의 성장과정에서 새로운 기술과 핵심 기술이 사회 발전단계와 맞물려 급격하게 확장하면, 이를 산업혁명으로 일컫게 된다. 4차 산업혁명을 인정한다면, 1차 산업혁명 이후 약 50년의 주기로 2차, 3차 및 4차 산업혁명이 도래한 것이다. 4차 산업혁명의 특징은 ‘초연결성(Hyper-Connected)’, ‘초지능화(Hyper-Intelligent)’의 특성을 가지고 있고, 이를 통해 “모든 것이 상호 연결되고 보다 지능화된 사회로 변화” 시키는 ‘지능혁명’의 시대로 부른다(Schwab, 2016). 1차 산업혁명이 농업에서 제조업으로 재편되는 기계혁명의 시대라면, 2차 산업혁명은 제조업이 성장 발전하는 전기혁명의 시대, 3차 산업혁명은 제조업에서 서비스업으로 발전하는 정보혁명의 시대, 4차 산업혁명은 플랫폼 기반의 지능혁명의 시대로 요약되기도 한다. 제4차 산업혁명을 야기하는 과학기술적 주요 변화 동인이 미래사회의 고용구조인 일자리 지형을 변화시킬 것으로 전망되고 있는데, 특히 자동화 기술 및 컴퓨터 연산기술의 향상 등은 단순·반복적인 사무행정직이나 저숙련(Low-skills) 업무와 관련된 일자리에 직접적으로 영향을 미쳐 고용률을 감소시킬 것으로 예측하고 있다. 옥스퍼드 대학(Oxford Univ.)의 Martin School은 컴퓨터화 및 자동화로 인해 미래에 사라질 가능성이 높은 직업에 대한 연구를 수행하였는데, 현재 직업의 47%가 20년 이내에 사라질 가능성이 높은 것으로 도출되었다. 특히 텔레마케터, 도서관 사서, 회계사 및 택시기사 등의 단순·반복적인 업무와 관련된 직업들이 자동화 기술로 인해 사라질 것으로 전망하고 있다(Oxford Univ., 2013). 호주는 노동시장의 39.6%(약 5만 명의 노동인력)가 수십 년 내 컴퓨터에 의해 대체 될 것으로 예상하고 있고, 그 중 18.4%는 업무에서의 역할이 완전히 사라질 가능성이 높을 것으로 보고 있다(CEDA, 2015). 미래사회 변화는 기술의 발전에 따른 생산성 향상 등 긍정적인 변화도 존재하는 반면, 일자리 감소나 새로운 유해인자의 출현 등과 같은 부정적인 변화도 초래할 수 있다.

4차 산업혁명의 개념이 명확하게 정립된 것은 아니지만, 다가올 미래의 세상에서 일하는 자들의 건강을 보호하기 위해 고민해야 할 안전보건 상의 요인들과 4차 산업혁명의 핵심적인 기술이 미칠 건강 영향을 검토해보고자 한다.

2

미래 산업보건의 도전

EU-OSHA(2013)에서 전문가 회의를 통해 정리한 4차 산업혁명의 기술적인 혁신과 함께 고민해 볼 안전보건 상의 고려 사항들은 아래와 같으며, 국내에서의 상황과 연결하여 정리해 보았다.

1) 인구학적 변화 - 고령화 및 여성의 노동시장 참여

60세 이상 인구 비율, 노동 인구의 고령화 및 고령 근로자의 고용에서의 점유 비율은 증가 추세에 있다. EU 회원국 27개국에서 55~64 세의 노동 인구는 2010년과 2030년 사이에 약 16% 증가할 것으로 예상하고 있으며, 국내 상황도 약 200만 명 이상의 증가를 예상한다. 고령 노동자는 만성 질환의 유병률이 높다는 점이 특징이며, 육체적인 업무 수행의 제한과 업무 난이도가 높은 정신적인 업무의 제한이 발생하기도 한다. 여성은 남성과 비교하여 육체적인 부담이 낮은 업무 수행을 요구받기도 하지만, 유해인자 노출과 노출에 의한 건강영향의 특징이 다르게 발현된다. 생식독성물질의 영향과 가정에서의 추가적인 부담에 대한 고려가 필수적인 이유이다.

2) 세계화 - 생산품, 자본 및 노동인구의 이동

기업은 가격 경쟁력을 위해 저임금 노동이 가능한 국가로의 사업장 이전 또는 생산기지의 이전을 추구하며, 이는 국내 기업 노동자의 고용 안정성을 위협하게 된다. 제조업 사업장의 국외 이전은 국내 제조업의 붕괴 및 서비스 산업(서비스 및 운수 물류 산업)으로의 재편을 초래하게 된다. 또한 국내 노동자의 회피 업종으로의 외국인 노동자의 유입은 특정 산업(어업, 건설현장의 목공 등)에 집중되고 있다. 과거 원진레이온의 직업병 발생 사례처럼 외국의 유해산업이 국내로, 국내에서 위험성이 알려진 후 다시 후진 국가로 이전하기도 한다.

3) 노동자의 비정규성

불안정 노동, 비정규 노동으로의 전환은 사업주의 작업장 개선을 위한 투자 및 욕구를 감소시키는 것 외에도, 작업조건에 의한 건강 영향 및 책임소재를 규명하는 것을 어렵게 한다. 직장, 작업장, 노출인자, 작업방법 및 작업도구 등에 대한 친숙도가 낮은 비정규 노동자는 쉽게 유해인자에 노출되고, 노출에 대한 인지도가 부족하고, 이로 인한 사고 및 질병의 위험이 증가한다.

긍정적인 측면은 다양한 형태의 프리랜서 근무와 같은 업무 수행이 가능하지만, 이는 전문적인 기술 능력을 소유한 노동자에게 집중될 가능성이 높은 것으로 알려져 있다.

4) 기후 변화

전세계적인 기후 변화, 극한의 온도 상황 및 기후 재난 상황 등이 빈발하고, 이로 인한 영향은 옥외작업자에게 집중된다. 기후 재난 상황(산불, 범람, 홍수 등)에서 감염병의 출몰과 재난 복구를 위해 투입된 작업자(구급대원, 청소 및 복구 작업)들의 감염원 노출 가능성 증가 등의 문제가 발생할 수도 있다.

최근 국내에서도 폭염 등의 노출로 인한 열사병 및 일사병 등 온열질환의 발생 가능성 및 건조한 기후로 인한 황사 및 미세먼지 발생 및 이로 인한 호흡기 질환 증가를 대비하고, 옥외 작업자들의 건강영향을 예방하기 위한 대책을 수립하고 있다. 기후 변화에 대한 선진국의 대응은, 친환경에너지, 재생 가능한 에너지의 활용 및 지속가능한 농업 생산능력 강화를 핵심적인 사업으로 추진하는 반면, 후진국은 폐기물에 의한 중대한 위협에 직면해 있다.

5) 노동조합 조직율의 감소

노동조합의 수와 조직율은 작업장 및 노동조건 개선, 규제 강화 및 노동안정성 강화에 중요한 역할을 해왔으나, 최근의 추세는 감소하는 경향을 보이고 있다.

6) 새로운 기술과 자료 처리능력

기술에서의 진보는 노동자들의 노출과 건강자료를 수집하고 분석하는 새로운 기회를 제공하며, 업무와 관련한 요인, 사업장에 특수한 노출을 측정하고, 이를 이용한 선제적인 예방대책을 수립하는 새로운 방법론을 제시하고 있다.

7) 로봇 기술

3차 산업혁명시대의 로봇은 제자리에 고정된, 사업장 내, 정해진 위치에서 반복적인 업무를 수행하기 위한 도구였다면, 4차 산업혁명 시대의 로봇기술의 발전은 이동 가능하고, 정보교류가 가능한 수준으로 도약할 것으로 예측하고 있다. 위험하고, 반복적이거나 중량물 취급이 필요한 작업자를 대체하는 긍정적인 측면도 있지만, 작업자를 노동에서 소외시키는 주범으로 지목받기도 한다.

8) 나노물질, 신규화학물질 및 살생물제

최근 나노입자, 나노튜브 등은 많은 소비재의 원료로 사용되고 있으며, 인체 및 환경에 쉽게 노출될 수 있다. 나노입자는 작은 크기와 넓은 표면적 특성으로 인해 기존물질에 비하여 반응성이 높고 인체나 환경에 독성을 나타낼 커다란 잠재성을 가지고 있으므로, 인체 및 환경 유해성에 대한 연구 등이 활발하게 진행 중이다. 최근 국내에서 사회적 문제가 되었던 가습기살균제에 의한 폐질환 등의 발생 사례처럼 화학물질에 의한 건강영향은 규명이 어렵고, 건강영향이 대증으로 확대될 수 있다는 점에서 사전 예방적이고 적극적인 감시와 대책이 요구되고 있다. 발암성, 생식독성 및 생식세포 변이원성의 특징을 갖는 화학물질(C.M.R.)의 특징을 갖는 화학물질 사용은 최소화하며, 엄격한 규제를 통해 사용해야 한다.

3

산업혁명의 역사와 직업병 발병

1) 제1차 산업 혁명

최초의 산업 혁명은 유럽과 미국에서 18세기에서 19세기에 걸쳐 일어났다. 주로 농경 사회에서 농촌 사회로의 전환이 산업과 도시로 바뀌는 시기를 보았다. 철강 산업은 증기 엔진의 개발과 함께 산업 혁명에서 핵심적인 역할을 수행했다. 직업병과 관련된 사고 그리고 질병이 산업혁명의 시대에 밀집된 공간에서 동력을 사용하는 기계와 함께 작업하는 가운데 급증하게 되었다. 산업혁명이 시작되기 전부터의 전통업종이자 산업혁명 이후에도 공장의 보급으로 계속해서 주요 업종이 되었던 굴뚝청소, 작업의 특성상 전통적인 노동집단인 성인남성 노동자 이외에

많은 수의 여성과 아동노동자가 필요했던 직물공업, 풍부한 매장량으로 영국의 산업혁명을 성공할 수 있게 했던 광업, 산업혁명 시대 인프라 건설의 귀착점이었던 철도산업을 중심으로 직업과 관련된 사고와 질병이 산업재해로 인식되었다.

2) 제2차 산업 혁명

제2차 산업 혁명은 제1차 세계 대전 직전인 1870년에서 1914년 사이에 일어났다. 기존 산업의 성장기였고 철강, 석유 및 전기 분야와 같은 신규 산업의 확장과 대량 생산을 위해 전력을 사용했다. 이 시대에는 식료품 및 음료, 의류 등의 제조 기계와 더불어 가공, 운송 수단의 혁신, 심지어 오락 분야에서도 영화, 라디오와 축음기가 개발되어 대중의 요구에 부응했을 뿐만 아니라 고용의 측면에서도 크게 기여했다. 제 2차 산업혁명의 시대는 이전의 산업 혁명 때와 마찬가지로, 상당수의 도시 노동자가 공장 노동자로 전환되었고, 실업과 저임금 노동력이 일상화되었다. 관련 직업병으로는 진폐증, 면폐증 및 납 중독 등이 보고되었다.

3) 제3차 산업 혁명

제3차 산업 혁명, 또는 디지털 혁명은 아날로그 전자 및 기계 장치에서 현재 이용 가능한 디지털 기술에 이르는 기술의 발전을 가리킨다. 1980년대에 시작된 이 시대는 계속되고 있다. 제3차 산업 혁명의 발전에는 개인용 컴퓨터, 인터넷 및 정보 통신 기술(ICT)이 포함된다. 2차 산업혁명 시대부터 보고되었던 근골격계질환 등이 중요한 직업병으로 알려지고 있으며, 정신적인 스트레스로 인한 심리적 문제 등이 대두되고 있다.

4) 제4차 산업 혁명

제 4 차 산업 혁명은 기술이 사회와 심지어 인간의 신체에도 내장되는 새로운 방식을 대표하는 디지털 혁명 위에 구축되었다. 제 4 차 산업 혁명은 로봇 공학, 인공 지능, 나노 기술, 생명 공학, 사물의 인터넷, 3D 인쇄 및 자율 차량을 포함한 여러 분야에서 새로운 기술 혁신이 나타나고 있다. 4차 산업혁명의 시기에 어떠한 직업병이 주요한 질병으로 자리매김할지는 예측하기 어렵지만, 취약계층의 유해물질 또는 위험한 작업 가능성은 높아질 것으로 예상된다. 새로운 기술을 개발해야 하는 전문직종에서의 소외감과 정신적인 스트레스가 직업병의 주요한 원인으로 작용할 가능성은 높다.

1차 산업혁명(1836년)

- 증기(기계)의 혁명
- 농업에서 제조업
- 석탄관련 질병

2차 산업혁명(1870년)

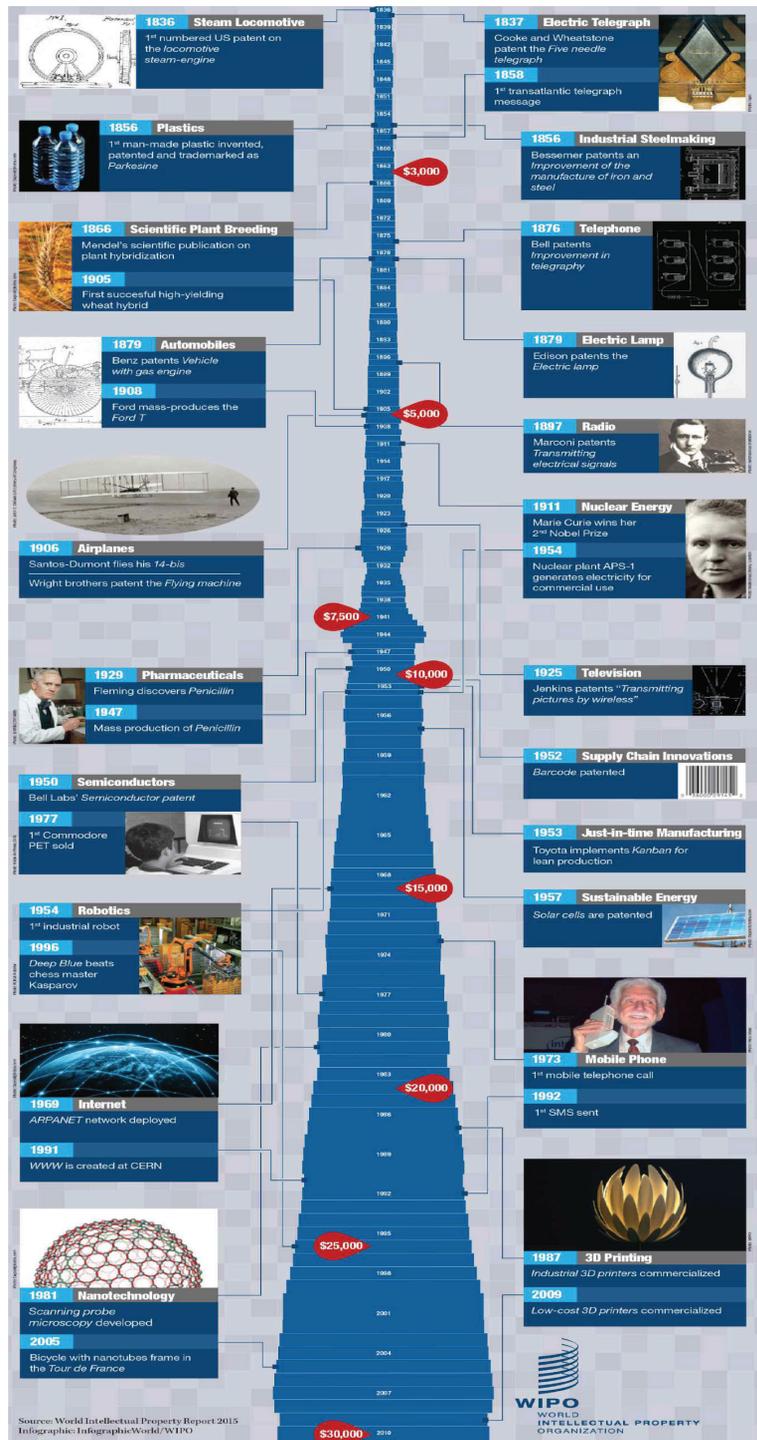
- 전기(에너지)의 혁명
- 제조업의 발전
- 석탄관련질병
- 중독성질병(납 중독)

3차 산업혁명(1960년)

- 인터넷(디지털혁명)
- 서비스업의 발전
- 근골격계질환

4차 산업혁명(?)

- 지능혁명
- 플랫폼서비스업



〈그림 1〉 산업혁명과 성장의 200년, WIPO(2015)

4

4차 산업혁명과 안전보건 상의 고려사항

유럽 안전보건청(2011)에서 신기술의 등장과 함께 나타나는 산업안전보건의 신규위험요소에 대한 예측하기 위한 보고서가 발간되었다. 앞으로의 혁명적인 산업 구조의 변화는 주요 핵심 기술 혁신을 토대로 만들어지며, 새로운 기술혁신은 사업장에 신규 위험요소로 작용하거나 반대로 근로자의 안전보건에 긍정적 영향을 미칠 수도 있다.

〈표 2〉 미래 산업의 기술과 안전보건 관련 사항

기술의 종류	향후전망	안전보건상의 문제
폐기물 및 재활용 기술	<ul style="list-style-type: none"> - 정부차원에서 폐기물 매립지의 축소를 추진 - 폐기물의 재활용을 확대하기위한 새로운 기술의 개발 	<ul style="list-style-type: none"> - 폐기물 수거 및 분리작업상의 위험성 - 화학물질 및 미생물에 노출 - 처리과정에서 화재, 폭발위험에 노출 - 재활용기술의 새로운 등장이나 폐기된 신소재를 처리하는 과정에서 알려지지 않은 위험성에 노출
친환경 건축기술 (빌딩)	<ul style="list-style-type: none"> - 탄소중립건물의 증가 - 시멘트 생산과정에서 탄소포집 및 저장 기술 활용 - 건축물 단열재에 신소재 활용 (나노물질 등) 	<ul style="list-style-type: none"> - 새로운 기기 설치시 추락 등의 위험 존재(스마트 그리드 등) - 신소재의 사용으로 인한 알려지지 않은 위험요인 - 오래된 건물의 레노베이션 등의 작업 시 석면에 노출될 위험 존재
친환경 운송기술	<ul style="list-style-type: none"> - 하이브리드 자동차를 위한 전용 충전소 건축 - 차체 중량감소를 위한 신소재 활용 - 자동화의 증가(차량, 버스, 기차 등의 자동화 운전으로 인한 충돌위험) 	<ul style="list-style-type: none"> - 연료의 화재 및 폭발위험 - 하이브리드 차량의 유지보수과정에서의 전기관련 사고 위험 - 하이브리드 차량의 배터리 충전, 교체 과정에서의 사고 위험
바이오에너지 및 바이오기술의 응용	<ul style="list-style-type: none"> - 바이오연료의 다양화 - 생물학적 인자에의 노출 - 새로운 공정 및 물질의 사용으로 인한 유해물질 노출 위험성 증가 	<ul style="list-style-type: none"> - 바이오에너지 생산 및 사용과정에서의 화재, 폭발 위험 - 생물학적 유해요인 및 발암성 물질에 노출
친환경 제조기술 및 공정/ 로봇공학 및 자동화	<ul style="list-style-type: none"> - 로봇의 사용 증가 (로봇의 수적 증가 및 로봇의 자율성 확대) 	<ul style="list-style-type: none"> - 로봇 및 자동화 기기로 인해 근로자가 상해를 입을 가능성 (특히 고장이 났을 경우)
전기송전 및 저장	<ul style="list-style-type: none"> - 효율성 및 비용절감효과 상승 - 스마트그리드 및 파워그리드 관련 기술의 고도화 	<ul style="list-style-type: none"> - 전기안전, 고소작업 - 다양한 위험요인: 배터리, 수소, 연료전지, 압축가스 등
풍력 에너지	<ul style="list-style-type: none"> - 대형 터빈의 개발 및 스마트그리드와의 결합 - 에너지생산의 효율성 제고 (구조물의 대량생산화) 	<ul style="list-style-type: none"> - 고소, 밀폐공간 작업으로 인한 위험성 - 유지보수 단계에서의 감전의 위험 - 악천후에 대한 취약성

4차 산업혁명으로 일하는 방식에 많은 변화가 일어나고 있다. 특히 자동화와 로봇, 인공지능, 3D 프린팅 기술, 무인자동차 등이 이러한 변화를 주도할 것으로 예상하고 있다. 4차 산업혁명은 삶과 일하는 방식을 근본적으로 변화시킬 것으로 예측되며, 물리적, 디지털, 생물학적 영역을 구분하는 경계를 모호하게 만들고 있다. 산업현장에서 3D 프린팅 기술발달로 소규모 제조 사업장의 증가, 협력로봇의 활용 증가, 사물인터넷 활용 등으로 많은 변화가 일어날 것으로 예상된다. 이에 대해 영국안전보건청 산하 안전보건연구원 미래센터는 ICT 기반 사업장 활동이 급속하게 확장될 것으로 전망하고, 이에 따라 안전보건전문가도 이러한 변화에 대응이 필요하다고 권고하고 있다. 미래 전문가들은 가능성, 개연성, 실현성에 기반한 과학적 또는 사회과학적 기법을 활용하여 대중에게 미래를 예측 가능하도록 투영하는 역할 수행해야 하는데, 전문가들은 산업환경의 변화에 비해 안전보건분야 대응이 뒤쳐진 것으로 진단하고 있다. 예를 들면, 상업생산에 이미 실용화된 나노 기술의 경우, 유해·위험성에 대한 연구가 매우 뒤처지고 있으며, 의약품, 화장품, 초고효율 배터리 생산 등 소비자용 또는 산업용 제품생산에 활발히 이용되고 있으나, 인체 흡입 시 질병유발 등의 영향과 예방대책에 대한 연구는 아직 부진하다고 지적하고 있다. 1~3차 산업혁명기 상황발생 후 임기응변식 대처로 근로자의 건강과 안전을 지키는데 실패했던 역사를 상기하고, 4차 산업혁명 초기에 신기술에 대한 선제적인 연구와 효과적인 제도 도입을 위한 노력이 필요하다.

1) 자동화와 로봇

로봇공학의 발달은 인간 육체노동 필요성을 낮출 것으로 기대하며, 협력 로봇은 보다 정교하고 복잡한 일을 노동자와 함께 수행하는 것이 가능하게 된다. 건설용 협력로봇(조적로봇)을 활용하여, 투입된 벽돌과 시멘트 모르타르로 하루 약 800~1,200개 벽돌 조적작업을 수행하는 것이 가능하며, 근로자는 이 로봇에 재료투입 및 미장 등 마무리 작업을 수행한다. 로봇 활용증가는 근로자를 유해위험요인 노출로부터 보호하거나 인력작업을 줄이는 등 이점이 있으나, 협력로봇과 근접작업을 수행하는 근로자는 충돌 등 다른 위험에 노출될 우려가 있다.

2) 인공지능

자동화, 인공지능 발달로 많은 종류의 직업들이 사라질 것으로 예측되며, 2016년 영국은행은

회계사, 감사, 부동산 중개업자 등을 포함한 전문 서비스직도 AI 발달로 쇠퇴할 것으로 전망하고 있다. AI 탑재 기계는 지정된 지침을 기반으로 스스로 결정을 하고 경험축적이 가능하도록 급속도로 발전중이며 점차 많은 사업장에 보급되어, 재고 및 물류관리 같은 대용량 데이터 집약적인 일을 자동화하게 된다. 인간은 로봇과 달리 피로, 감정상태 등 여러 육체적 심리적 인자에 영향을 받으므로 이를 고려한 안전보건측면의 접근이 필요하다고 지적하고 있다.

3) 3D 프린팅 활용

아직 많이 일반화되지는 않았지만 3D 프린팅 시장이 확대될 것으로 전망되는 가운데, 관련 기술발달은 제조현장에 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다. 장비 초기 구입비용이 낮아지며 저비용 3D 프린터의 보급이 확대되며 여러 가지 혁신적인 활용법이 개발되고 있다. 생체조직, 인체내부 장기를 만들어 내는 것이 가능할 것으로 기대되며, 건설현장에 3D 콘크리트 프린터 활용 가능성에 대한 연구가 진행 중으로, 제조분야에만 국한되지 않을 것으로 예상하고 있다.

신 제조기술의 발전은 제조공장과 건설현장에서 위험기계를 제거하는 효과를 가져 올 수 있으나, 3D 프린팅에 이용되는 물질이 제대로 밀폐되거나 환기되지 않는다면, 이로 인한 호흡기 질환, 화재나 폭발위험 등 새로운 위험요인이 출현할 가능성이 있다.

4) 자율주행 자동차

자율주행 기술도입이 교통사고를 감소시킬 것인지, 사망사고를 포함한 사고율이 높아질 것인가에 대한 논란이 있지만, 2020년까지 자율도로주행 기술이 더욱 발전할 것으로 기대하고 있고, 완전한 무인운전 실현까지는 상당기간이 소요될 것으로 전망하고 있다. 도로교통사고의 대부분이 휴먼에러로 인해 발생한다는 점을 감안하면 무인 자동운전기술 도입으로 사고의 상당부분을 예방할 수 있을 것으로 예측되나, 향후 20~30년간은 수동운전과 자율주행차량, 완전 무인차량 등이 도로에 공존할 것으로 예측하고 있다. 모든 운전자들이 이 새로운 주행방식에 친숙하지 않기 때문에 사고 증가로 이어질 가능성도 있다.

5) 시사점

4차 산업혁명과 메가트렌드로 정의되는 변화의 물결이 가져올 안전보건상의 도전과제들을

인식하고 이에 대해 체계적인 대응전략을 마련하기 위한 연구 등 제도적·정책적 노력이 필요하다. 노동인구의 고령화와 장시간 근로, 근로형태의 변화에 따른 근로자 지위의 불확실성 증가, 나노 기술발전 등 신기술 개발에 따른 새로운 유해위험요인 등 대두되는 새로운 도전과제에 대한 체계적인 연구 및 안전보건 네트워크를 활용한 정보수집 등을 통해 산업재해 예방사업을 선도할 수 있어야 한다.

5 결론

산업현장의 고도 자동화, 로봇 활용의 증가 및 인공지능을 활용한 조직관리 등 예상되는 근로환경 변화에 대비하여, 새로운 위험·유해요인의 발견, 평가, 관리 및 제어를 위한 관련 기준 및 제도를 적합하게 재조정 필요하고, 질병의 발생 양상에 대한 빅데이터의 활용 및 정보처리기술의 적극적인 도입을 통해 업무와 관련한 질병을 사전에 또는 큰 문제로 확대되기 전에 예방할 수 있어야 한다. 3D 프린팅 기술과 관련 소재산업의 발달은 많은 새로운 기회를 제공할 것으로 예상되나, 신규 소규모 제조사업장의 증가로 인해 예상되는 안전보건 사각지대, 사용물질의 인체 안전성에 대한 검증 등 새로운 도전과제도 시사하고 있다.

미래 산업보건의 주요 특징인 고령화, 기후변화 및 기술의 발전 등은 4차 산업혁명의 진행과정에서 고려해야 할 요소며, 미래는 짐작으로 알 수 있는 것이 아니며, 노출과 직업병의 변화 상황을 모니터링과 감시체계 등을 포함한 대책을 마련하는 것이 중요할 것이다.

6

참고문헌

- 송병진(2015). 산업재해의 탄생: 직업병과 사고에 대한 산업사회 영국의 대응, 1750-1900. 해남.
- Schwab Klaus(2016). “The Fourth Industrial Revolution: what it means, how to respond” .
《World Economic Forum》 .
- 안전보건공단(2011). 국제산업안전보건동향
- 김진하(2016). 제4차 산업혁명시대, 미래사회 변화에 대한 전략적 대응방안 모색. KISTPEP
- Oxford Martin School(2013). The Future of Employment : How susceptible are jobs to computerisation?,
- CEDA(2015). Australia’ s Future Workforce.
- KISTEP(2016). 과학기술 & ICT 정책 · 기술 동향 - 일본, 국가산업미래전망보고서.
- Trevor K(2017). Creating a Future for Occupational Health, Annals of Work Exposures and Health, Vol. 61, No. 1, 3-15.
- European Agency for Safety and Health at Work(2013). Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013-2020.
- https://ko.wikipedia.org/wiki/%EC%82%B0%EC%97%85_%ED%98%81%EB%AA%85
- http://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201603062036095&code=990100#csid_xc10690fd30833c7969f6bdcd7225471
- http://www.ohmynews.com/NWS_Web/View/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0001952749
- “Second Industrial Revolution: The Technological Revolution 《Richmond Vale Academy》 , 2016.
- “The Second Industrial Revolution, 1870-1914 - US History Scene” . 《US History Scene》 , 2016.
- “What is the Digital Revolution? - Definition from Techopedia” . 《Techopedia.com》 .
- “What is the fourth industrial revolution?” . 《World Economic Forum》 . 2016.
- http://www.wipo.int/export/sites/www/pressroom/en/documents/wipr_2015_infographic.pdf
- <https://www.healthandsafetyatwork.com/technology/shock-of-the-new>

기금형 퇴직연금의 지배구조에 관한 시론(試論)

– 비영리단체성과 독립성을 중심으로 –



손 성 동

한국연금연구소 대표

요약

내부 지배구조와 외부 지배구조가 균형을 이루고 있는 기업지배구조와 달리 연금지배구조는 외부 지배구조가 취약해 내부 지배구조에 대한 의존도가 높다. 연금지배구조의 이런 특성에 대한 깊은 검토가 부족한 가운데 2016년 8월 31일 기금형 퇴직연금 도입을 골자로 하는 근퇴법 개정안이 발표되었다. 기금형 퇴직연금이 우리나라 퇴직연금제도에 미치는 중차대한 영향을 감안할 때 그 성공을 장담할 수 없다는 걱정에 근퇴법 개정안의 내용을 토대로 우리나라 기금형 퇴직연금의 성격과 문제점을 짚어보고, 나름대로의 개선방안을 제시해보고자 했다. 이를 위해 수탁법인의 비영리단체성과 독립성에 주목했다.

분석결과, 우리나라 퇴직연금기금은 공적인 기능보다는 집합적인 목표 달성을 지향하는 비영리단체라 할 수 있다. Hansmann의 비영리단체 유형에 대입했을 때 우리나라의 퇴직연금 기금은 ‘동호회형 성격을 가미한 기업가형’, ‘상업형으로 보완한 기부형’의 성격을 지닌 것으로 파악됐다. 그러나 보다 깊이 살펴보면 확정급여형 기금과 확정기여형 기금은 그 성격이 다른 것으로 밝혀졌다. 스티글러와 펠츠만의 포획이론을 토대로 퇴직연금기금의 독립성을 분석해본 결과, 확정급여형 기금은 사용자에 의한 수탁법인 이사회의 포획 가능성이 높은 것으로 나타난 반면에 확정기여형에서는 사용자의 포획 유인이 매우 약한 것으로 나타났다.

이상의 분석결과를 토대로 볼 때 우리나라 기금형 퇴직연금 지배구조는 3가지 점에서 문제가 있는 것으로 나타났다. 첫째, 이사회를 구성하는 외부전문가를 누가 선임할 것인지와 관련한 규정이 없다. 둘째, 이사회 의장의 선임과 역할 등 이사회 운영과 관련한 규정이 없다. 셋째, 확정급여형 기금과 확정기여형 기금은 그 성격이 다름에도 불구하고 동일하게 취급하고 있다는 점 등이 그것이다. 이런 문제를 극복하고 기금형 퇴직연금이 성공적으로 정착하기 위한 지배구조 측면의 개선방안을 제시해봤다.

첫 번째는 외부전문가의 독립성 확보 방안이다. 외부전문가 시장이 불완전경쟁시장적임을 감안할 때 일정 주기로 기금의 운영성과와 이사회 구성을 공시하는 방안과 함께 특정기관에서 퇴직연금기금에 적합한 인력 풀을 운영하는 방안을 제시했다. 둘째, 확정급여형 퇴직연금 지배구조 개선방안으로는 포획의 정도를 줄일 수 있도록 IPS의 적극 활용과 내부감사의 역할 강화를 제시했다. 마지막으로 확정기여형 퇴직연금 지배구조 개선방안으로는 투명성 확보에 초점을 두고 접근하기 쉬운 방법으로 기금운영에 대한 정보를 공표하고 기금운영에 가입자의 의견을 반영할 수 있는 쌍방향 커뮤니케이션 채널이 필요함을 제시했다.

1 서론

2014년 8월 정부는 기금형 퇴직연금제도 도입을 골자로 하는 ‘사적연금 활성화 대책’을 마련해 발표했다. 기금형을 도입하기로 한 이유는 가입자에게는 기존의 계약형과 함께 기금형을 제공함으로써 선택권을 확대해주고, 지나치게 원리금보장형 상품에 치우쳐 있는 적립금 운용 행태의 개선이 필요했기 때문이다. 그 이후 약 2년에 걸친 논의 끝에 2016년 8월 31일 근로자퇴직급여보장법 개정안(이하 근퇴법 개정안)을 입법예고했다.

잘 알려져 있는 바와 같이 기금형 퇴직연금제도 도입의 이론적 근거는 대리인이론이다. 퇴직연금에 대한 전반적 관리를 퇴직연금사업자에게 위탁하는 기존의 계약형 지배구조로는

산적인 문제를 해결할 수 없기 때문에, 퇴직연금 지배구조는 전면적이고 즉각적으로 개편되어야 한다는 주장(김재현, 2013; 102)이 대표적이다. 현행 계약형 지배구조로는 주인인 가입 근로자의 이익을 대변하기보다는 대리인에 해당하는 퇴직연금사업자의 이익 중심으로 운영되는 한계에 직면해 있다는 것이다.

기업지배구조이론에서는 지배구조를 크게 외부 지배구조와 내부 지배구조로 나눈 뒤 이 두 시스템이 상호작용하여 원활하게 작동할 때 지배구조의 효율성이 높아진다고 말한다(Shleifer and Vishny, 1997). 반면에 외부 및 내부 지배구조 메카니즘은 대체적이어서 외부 지배구조가 취약한 연기금의 경우 내부 지배구조가 더욱 중요하다는 지적도 있다(Gillan et al., 2006). 연기금의 경우 대리인 관계가 다중적이고 투명성이 부족하며 모든 대리인의 이해를 조정하기 어렵다는 이유로 일반기업 등 다른 유형의 조직에서 발생하는 대리인 비용보다 더 큰 비용을 지불할 수 있다는 주장도 있다(Clark and Urwin, 2008). 이상의 주장을 종합하면 퇴직연금 지배구조는 매우 복잡한 문제를 내포하고 있으며, 그 해결 역시 그리 단순하지 않음을 의미한다고 할 수 있다. 이러한에도 불구하고 깊이 있는 연구가 부족한 상황에서 기금형 도입이 결정되었고 법률 개정안까지 마련되었다. 이왕 도입하기로 했다면 이제 남은 것은 기금형 퇴직연금이 제대로 작동되어 기대한 효과가 발생할 수 있도록 최선을 다하는 일이다. 이를 위해서는 기금형에 대한 심도 있는 이론적·경험적 연구가 절실히 필요하며, 이를 토대로 우리나라 실정에 맞는 기금형이 정착될 수 있도록 해야 한다.

이에 본고에서는 퇴직연금기금의 비영리단체성에 초점을 맞춰 기금의 성격을 규명해보고, 그에 따라 예상되는 이해상충 문제를 포획이론을 통해 점검해보고자 한다. 이를 토대로 기금형 퇴직연금 지배구조에서 개선해야할 점은 무엇인지를 도출해보고자 한다. 이는 앞으로 도입될 기금형 퇴직연금제도가 도입 취지대로 운영되기 위해서는 지금부터가 더 중요함을 의미한다.

1) 고용노동부는 개정안 제출 이유를 다음과 같이 밝히고 있다. “현행 계약형 퇴직연금제도의 문제점으로 지적되는 노·사의 무관심 및 연금제도 운영 전문성의 부족, 대기업과 중소기업 간 제도 도입의 양극화 및 합리적 자산운용 미흡 등을 개선하기 위하여 노·사가 공동으로 참여하면서 운용의 전문성도 제고하는 새로운 퇴직연금 지배구조인 기금형 퇴직연금제도를 도입하려는 것이다. 한편 새롭게 기금형 퇴직연금제도를 도입하더라도 기존 계약형 퇴직연금제도를 병존시켜 가입자의 퇴직연금제도 선택권을 확대하고 두 제도 사이의 상호 발전적 경쟁체제를 유도하려는 것이다.”

2) 김재현(2013)은 계약형 퇴직연금 지배구조의 근본적인 문제점으로 ① 운영관리기관의 선량한 관리자의 주의 의무 실종, ② 특정금전신탁계약으로 신탁계약의 의의 퇴색, ③ 퇴직연금사업자의 파산 격리의 허점 등을 들고 있다.

2 근퇴법 개정안을 통해 본 기금형 퇴직연금제도

근퇴법 개정안에 따르면, 기업에서 기금형을 도입하기 위해서는 먼저 기업과는 법적으로 분리된 수탁법인을 만들어야 한다. 또한 수탁법인 내에 퇴직연금 운영과 관련한 주요사항을 결정하는 이사회를 설치해야 한다. 이사회는 노·사가 선임한 자와 연금자산 운용전문가 등으로 구성하도록 하고 있다. 또한 여러 개의 기업이 공동으로 수탁법인을 설립하는 연합형 제도의 도입도 허용하고 있다. 그리고 퇴직연금기금은 비영리법인이어야 한다. 근퇴법 개정안에서 말하고 있는 기금형 퇴직연금제도는 퇴직연금 선진국에서 일반화되어 있는 기금형 퇴직연금의 지배구조와 크게 다르지 않다.

〈도표1〉 계약형과 기금형 비교



자료 : 고용노동부, 보도자료(2016.8.31.)

〈도표1〉에서 보는 것처럼 기금형의 수탁법인은 계약형의 운용관리기관 역할을 대신하는 것이라 보면 된다. 물론 기금형의 수탁법인에서는 적립금 운용을 외부에 위탁하지 않고 직접적인 자산운용도 가능하다는 점에서는 계약형의 운용관리기관보다 업무범위가 더 넓다고 할 수 있다. 이와 관련해 고용노동부는 수탁법인이 노사의 대리인 역할을 함으로써 노사 중심의 연금제도 운영이 가능할 것이라 기대하고 있다. 노사가 선임한 자가 퇴직연금기금 이사회에서

중추적 역할을 하는 지배구조를 채택하고 있으므로 퇴직연금사업자에게 위탁하는 계약형보다 노사 중심으로 제도가 운영될 것은 거의 확실하다. 근퇴법 개정안에 담겨 있는 기금형 관련 내용을 좀 더 자세히 들여다보자.

먼저 기금형 퇴직연금 설정과 운영에 대한 내용이다. 개정안에는 수탁법인 설립 등 기금형제도 설정 절차, 이사회 구성 및 역할, 연금자산 운용방법, 퇴직연금사업자에 대한 관리·감독 등 기금형을 운영하는데 필요한 제반사항들이 규정되어 있다. 퇴직연금기금을 설립하기 위해서는 사용자가 근로자의 동의를 얻어 기금형을 도입하기로 하고, 근퇴법 및 민법상 요건과 절차에 따라 수탁법인을 설립하여 고용부에 허가신청을 해야 한다.³⁾

신탁은 위탁자인 사용자와 수탁자인 수탁법인 간 계약으로 설정되며, 신탁이 설정되면 사용자는 부담금을 납부해야 할 의무를 지고 수탁자는 수익자(근로자)를 위해 신탁자산(연금적립금)을 관리하고 운용할 의무를 지게 된다. 수익자(근로자)는 신탁계약의 체결 주체는 아니지만 신탁계약의 내용에 따라 퇴직급여에 대한 급부청구권을 갖게 된다. 수탁법인은 연금자산을 직접 운용할 수도 있고 전문기관에 위탁해 운용할 수도 있다. 다만 직접 운용하기를 원하는 수탁법인은 고용부의 심사를 받아 허가를 득해야 한다. 자산보관은 수탁법인 이사 등의 횡령 등 불법행위를 사전에 차단하기 위해 수탁법인 외부의 금융기관에 위탁해야 한다.

다음으로는 수탁법인에 대한 관리감독 체계다. 수탁법인에 대한 효과적인 관리감독을 위해 내부 및 외부 감시자를 선임하도록 하고 있다. 내부 감시자는 수탁법인 내 감사를 선임하여 법규준수 여부 및 업무의 적정성 등을 모니터링하고, 외부 감시자는 회계감사 및 연금계리 전문기관을 말한다. 내부감사 등은 감사결과를 고용노동부에 보고하고 법령 및 규약 등을 위반한 이사 및 감사에 대해서는 고용부에서 해임요구를 할 수 있다. 일종의 다층감독체계를 도입하고 있는 셈이다.

3) 고용노동부장관은 수탁법인 정관 등 관련서류 구비여부 외 경영건전성 및 가입자보호 등 사용자와 수탁법인의 제도운영 역량을 감안해 수탁법인 설립허가 여부를 결정하도록 되어 있다.

3 비영리단체성과 독립성 관점에서 본 퇴직연금기금

1) 비영리단체의 일반적 성격

일반적으로 비영리단체(non-profit organization, NPO)는 소유주나 주주를 위해 이익을 추구하는 대신 그 단체 고유의 목적을 달성하는데 초점을 맞춘 조직체를 말한다. 우리 주변에서 흔히 볼 수 있는 자선단체, 노동조합, 예술인단체 등이 여기에 해당한다고 할 수 있다. 비영리단체는 영리를 목적으로 하지 않는다는 점에서는 동일하지만, 그 추구하는 목적이 사회전체의 이익(利益)이나 아니면 단체의 공동의 이익(利益)이나에 따라 다시 두 가지로 나뉜다. 영리를 목적으로 하지 않고 사회 전체의 이익을 목적으로 하는 단체로는 학교·병원·직업훈련원 등을 들 수 있다. 이에 비해 영리를 목적으로 하지 않고 공동의 이익을 목적으로 하는 단체에는 동창회·동호회·사업자단체 등을 들 수 있다.

비영리단체는 비시장적이며 비정부적인 특성이 있는 재화나 서비스를 생산하는 역할을 담당하는데, 개별 비영리단체의 특성은 정부와의 관계, 단체 운영자금의 출처, 그리고 조직 운영상 민간부문의 자발성 여부에 따라 영향을 받게 된다(김준기, 1998). <도표2>에서 보는 것처럼 사회에 존재하는 수많은 단체는 순수 정부부문과 순수 민간부문 양 극단 사이의 어느 지점에 위치해 있다고 할 수 있다. Etzioni(1973)와 최병선(1993)은 준 정부부문과 준 민간부문을 합쳐 준 공공부문이라 명명하며, 이를 비영리단체로 정의한다. 이들은 준 공공부문을 조직형태 상으로는 민간부문의 조직이지만 정부부문에 준하는 공적인 기능을 수행하는 새로운 형태의 공공부문이라고 본다. 이에 비해 김준기(1998)는 준 민간부문을 각 주체에 대한 금전적 보조와 영향력 행사를 기준으로 정부보조형과 민간주도형으로 구분하고, 이들을 비영리단체로 정의한다.

<도표2> 각종 단체의 부문별 구분



※ 자료 : 김준기(1998), p.65

한편 Hansmann(1980)은 비영리단체들의 수입원과 활동형태에 있어 소유(기부)자의 영향력 행사 및 통제에 따라 4가지 유형으로 분류한다. 수입원에 따라 비영리단체는 환경단체나 소비자단체처럼 주로 기부금을 통해 운영자금을 조달하는 형태와 병원이나 유료박물관 등 준상업적인 활동을 통해 예산을 조달하는 형태의 비영리단체로 분류할 수 있다. 민간이나 공공기관의 기부를 통해 예산을 조달하는 비영리단체의 경우는 특히 조직운영의 투명성과 추구하는 목표가 명확해야 한다. 자체 비즈니스를 통해 운영자금을 조달하는 비영리단체는 컨트리클럽처럼 회원으로 구성되는 운영기구에 의해 조직을 경영하는 동호회형과 전문경영인이 해당 조직의 지배구조 하에서 경영권을 행사하는 기업가형으로 구분된다. 상업형이면서 기업가형 비영리단체의 대표적인 예로는 지역병원과 요양원 등을 들 수 있다.

〈도표3〉 비영리단체의 형태

수입원 통제방식	동호회형	기업가형
기부형	정치적 시민단체 야생동물보호단체 정치클럽 등	원조불자방송협회 소아마비 구제 모금운동 미술관/박물관 등
상업형	미국자동차 협회 소비자단체 컨트리클럽 등	미국 지리학협회 미국 교육평가원 지역 병원/요양원 등

※자료 : Hansmann(1980), p.842

2) 비영리단체로서 퇴직연금기금의 성격

근퇴법 개정안에서는 기금형 퇴직연금(이하 퇴직연금기금)의 조직적 성격을 비영리 수탁법인으로 규정하고 있다. 즉 기금의 고유 목적 달성에 초점을 둔 비영리단체로 정의하고 있는 것이다. 사회 전체의 이익(利益)보다는 단체의 공동의 이익(利益)을 추구한다는 점에서 우리나라의 퇴직연금기금은 공적인 기능보다는 집합적인 목표 달성을 지향하는 비영리단체라고 할 수 있다.

〈도표2〉에 비유하면 민간주도형 비영리단체라 할 수 있지만, 〈도표3〉의 Hansmann이 분류한

비영리단체의 형태에 비유하면 다소 복잡해진다. 퇴직연금기금의 주요 수입원은 사용자가 납부하는 부담금, 즉 기부형이지만 적립금 운용을 통해 수익을 창출한다는 점에서 상업형 성격 역시 무시할 수 없기 때문이다. 이런 점을 감안하면 퇴직연금기금의 수입원 통제방식은 주로 기부형 성격을 갖고 있으면서 보완적으로 상업형 성격을 갖고 있는 복합적 성격의 비영리단체라 할 수 있다. 운영방식 측면에서는 수탁법인에 최고의사결정기구인 이사회가 설치되고, 그 이사회에 사용자대표와 가입자대표, 외부전문가가 참여하는 형태로 운영하도록 하고 있어 ‘동호회형 성격을 가미한 기업가형’이라 할 수 있다. 이처럼 퇴직연금기금은 비영리단체 성격을 지니지만 일반적인 비영리단체와 달리 퇴직연금기금의 복잡한 이해관계를 반영이라도 하듯이 그 성격 역시 매우 복잡한 양상을 띠고 있다. 독특한 비영리단체인 셈이다.

지금까지는 퇴직연금기금의 조직상의 성격에 대해 개략적으로 살펴봤는데, <도표3>의 비영리단체 유형에 맞춰 좀 더 구체적으로 분석해보자. 퇴직연금기금의 조직상 성격을 어떻게 규정하느냐는 기금의 운영 및 통제 방식을 어떻게 가져갈 것인가를 결정할 때 매우 중요하기 때문에 세밀하게 다룰 필요가 있다. 먼저 수입원 통제방식이다. 앞에서는 퇴직연금기금의 성격을 ‘상업형으로 보완한 기부형’이라 정의했었다. 주는 기부형이지만 부차적으로 상업형적 요소도 가지고 있다는 의미인데, 주(主)와 부(副)의 정도가 얼마나 되느냐를 따져볼 필요가 있다. 여기서 중요한 것은 사용자가 납부하는 부담금의 성격과 전체 적립금에서 차지하는 운용수익의 비중이다.

잘 알려져 있는 바와 같이 사용자가 퇴직연금기금에 납부하는 부담금은 임금후불적 성격⁴⁾을 지닌 퇴직급여이다. 부담금이 임금후불의 성격이라면 퇴직연금기금에 납입되는 부담금은 회원으로서 가입자가 자신이 가입한 단체에 납부하는 회비의 성격에 가깝다고 볼 수 있다. 회비라 하더라도 임의로 내는 회비가 아니라 강제적으로 내는 강제납입 회비라 할 수 있다. 이렇게 보면 퇴직연금기금의 수입원 통제방식은 기부형이라 할 수 있다. 비록 형식적으로는 사용자가 납입하는 것이지만, 가입자가 내야 할 회비를 사용자가 후불임금의 형태로 대신 납입해주는 형식인 것이다. 하지만 사용자가 대신 납입해준 회비를 가지고 적립금 운용이라는

4) 퇴직급여의 성격에 대해서는 임금후불설·공로보상설·노후보장설 등 여러 학설에 존재한다. 하지만 퇴직연금이 발달해온 역사와 국제회계기준에서 규정하고 있는 바를 감안하면 임금후불설이 정설로 인정받고 있다.

틀을 통해 적극적인 수익을 창출하는 행위를 한다는 점에서 퇴직연금기금은 상업형 성격도 가지고 있다고 봐야 한다. 퇴직연금기금의 상업형 성격은 어느 정도 될까?

퇴직연금기금이 지니는 상업형 성격의 정도는 전체 적립금에서 기금운용 수익이 차지하는 비중이 얼마이냐에 따라, 기금에서 운영하는 퇴직연금의 종류가 무엇이냐에 따라 달라질 수 있을 것이다. 평균임금의 8.33% 이상을 납입하도록 되어 있는 확정기여형의 경우 사용자가 납입하는 부담금, 즉 가입자의 회비는 가입자가 회사를 그만두어 기금을 탈퇴하지 않는 한 일정한 수준을 유지한다. 이는 확정기여형 퇴직연금기금의 경우 재원조달을 주로 사용자의 부담금, 즉 가입자의 회비에 의존하는 비중이 매우 크다는 것을 뜻한다. 매달 또는 매년 일정한 현금흐름이 안정적으로 유입되기 때문이다. 반면에 확정급여형 퇴직연금기금의 경우는 사용자가 납입한 부담금을 토대로 자산운용을 펼치지만, 그 운용성과에 따라 사용자가 납입해야 할 부담금의 크기가 달라진다는 특징을 가지고 있다. 뿐만 아니라 자산운용 성과가 너무 좋아 퇴직부채에서 차지하는 적립금의 비중을 의미하는 적립비율이 일정 수준 이상에 도달하면 사용자는 부담금을 납부하지 않거나 적게 납부할 수도 있다. 이를 흔히 ‘기여금의 휴일(contribution holiday)’이라고 부른다. 나아가서는 적립금 중 일부를 되돌려 받을 수도 있다. 사용자가 이런 혜택을 받기 위해서는 적립금 운용 성과가 좋아야 한다. 확정급여형 운영의 목적을 ‘합리적 리스크 하에서 가장 저렴한 비용으로 퇴직급여 부채를 적립하는 것’ (Ryan and Fabozzi, 2002)이라고 보는 이유이기도 하다. 이런 점에서 보면 확정급여형 퇴직연금기금의 성격은 상업형 성격을 강하게 가지고 있는 비영리단체라 할 수 있다. 이는 확정급여형보다는 확정기여형의 경우 더 높은 수준의 투명성이 요구된다는 것을 의미한다고 할 수 있다. 비영리단체 운영의 재원 중 상당부분을 자체 비즈니스로 조달하는 상업형보다는 재원을 회원의 회비에 전적으로 의존하는 기부형에서 더 높은 수준의 투명성이 요구되기 때문이다.

퇴직연금기금의 운영형태는 기업가형일까, 동호회형일까? 이를 알아보기 위해서는 근퇴법 개정안에 나와 있는 기금형의 조직형태를 따져볼 필요가 있다. 개정안에 따르면 퇴직연금기금의 운영주체는 수탁법인이고, 수탁법인을 책임지고 운영하는 기관은 노·사가 선임한 자와 자산운용 관련 외부전문가로 구성되는 이사회다. 이사회는 수탁법인의 연금자산 운용관련 주요사항을 심의하거나 결정함으로써 퇴직연금기금의 총괄적 관리를 담당하는 것으로 되어 있다. 여기서 중요한 것은 이사회 구성원의 성격이다. 이사회 구성원이 단순히

이해관계자를 대표하는 성격에 그친다면 퇴직연금기금은 동호회형에 가까울 것이다. 하지만 이들이 단순한 이해관계자의 대표가 아니라 수탁법인을 실질적으로 운영하는 전문 경영인 성격이 강하다면 기업가형이라 볼 수 있다. 개정안에서는 이와 관련해 어떤 언급도 없지만 개정 취지를 감안하면 이사회 구성원들은 수탁법인 운영에 대한 전반적인 책임을 지고 있다는 점에서 전문경영인으로 보는 것이 타당해 보인다. 이런 성격은 퇴직연금기금의 종류가 확정급여형이나 확정기여형이냐에 따라 달라지지 않는다. 비영리단체로서 퇴직연금기금의 운영형태는 동호회형보다는 기업가형이라 봐야 한다는 의미다.

3) 퇴직연금기금의 독립성 ; 포획이론을 중심으로

퇴직연금기금이 비영리단체로서 자신에게 주어진 책임을 충실히 수행하기 위해서는 무엇보다도 이해관계자에게 휘둘리지 않도록 독립성을 확보하는 것이 중요하다. 기금형 도입의 이론적 근거였던 대리인 문제를 다시 반복하지 않기 위해서도 퇴직연금기금의 독립성 확보는 매우 중요한 문제다. 노사가 선임한 자와 외부 전문가로 구성되는 이사회만으로 퇴직연금기금의 독립성은 유지될 수 있을까? 이를 알아보기 위해 정책결정 과정에서 규제기관이 규제를 해야 할 피규제기관에 포획(capture)⁵⁾되어 공익(公益)보다는 오히려 피규제기관의 이익을 위해 정책을 결정하는 경향이 있음을 이론적으로 분석한 포획이론을 통해 퇴직연금기금의 독립성에 대해 살펴보고자 한다.

정책실패를 포획이론으로 증명한 사람은 스티글러(1971)와 펠츠만(1976)이다. 정부규제를 재화로 간주하는 스티글러(Stigler)는 정부규제가 재화인 이상 당연히 수요자와 공급자가 있다고 가정한다. 그러면서 특정 산업이 자신들의 이익을 보호하기 위해 영향력을 행사해 정부의 규제정책 결정과 집행에 영향을 미친다고 주장했다. 생산자와 소비자를 구분하지 않고 통합적으로 보는 펠츠만(Peltzman)은 규제정책을 이익집단으로부터 최대한 표를 늘리려는 행위로 간주한다. 한편 미트닉(Mitnick)은 포획이 발생하는 경로와 유형을 다음과 같이 설명하고

5) 포획은 '정책과 규제를 만드는 정치인과 관료가 고도의 전문지식과 로비능력을 바탕으로 조직화된 이익집단에 휘둘리는 것이다. 그리고 공익 목적을 위하여 존재하는 규제집단이 본래 의도와 다르게 소수 피규제집단의 이해에 봉사하거나 피규제집단의 선호와 일치하는 입장에서 규제정책을 펴는 행위'를 의미한다(김대순, 2010; 112).

있다(김대순, 2010; 120). ① 피규제집단이 규제나 관료를 통제하는 것, ② 규제기관의 행동과 자기행위를 조정하여 사익을 얻는 것, ③ 규제관료와 밀접한 상호작용을 하면서 그들을 흡수해 피규제자의 관점에서 문제를 보도록 할 때, ④ 규제자 또는 피규제자와 무관하게 보상체계가 피규제집단의 이익을 주도록 할 때 등. 한편 김대순(2010)은 포획이 발생하는 원인으로 첫째, 피규제기관이 정치가나 행정기관을 앞설 수 있는 충분한 정치경제적 영향력을 지니고 있을 때, 둘째, 규제기관과 관료의 조직적 특징이나 약점이 있을 때, 셋째, 정책의 결과를 중시하여 그 부작용을 없애는 과정에서 피규제집단에서 제공하는 조작된 정보에 따라 유리한 정책을 제공할 때, 넷째, 규제기관이 정책과정에 필요한 정보를 피규제집단에 의존하는 일이 반복될 때 등 4 가지를 들고 있다.

이상의 포획이론의 성과를 퇴직연금기금에 적용하면 어떻게 될까? 퇴직연금기금 역시 이익집단에 포획되어 본연의 목적에 충실하지 못한 채 휘둘리는 일은 없을까? 퇴직연금기금에 포획이론을 적용하기 위해서는 우선 규제기관과 피규제기관에 해당하는 기관이 있어야 하고, 피규제기관이 규제기관을 포획해야 하는 유인이 존재해야 한다. 퇴직연금기금의 이사회는 기금 전반에 대한 관리책임을 지고 있다는 점에서 포획이론에서 말하는 규제기관에, 사용자는 자신의 이익을 위해 규제기관인 이사회를 대상으로 포획에 나서는 피규제기관에 해당한다고 할 수 있다. 그럼 피규제기관인 사용자는 과연 규제기관인 이사회를 대상으로 포획에 나설 유인이 있는 것일까? 이사회의 기금운영 관련 의사결정이 사용자의 이익과 밀접한 관련이 있다면 포획의 유인이 존재할 개연성이 높다고 봐야 한다. 확정급여형과 확정기여형으로 나누어 그러한 유인이 존재하는지 살펴보자.

먼저 확정급여형이다. 확정급여형 퇴직연금의 경우 앞의 비영리단체성에서 살펴본 바와 같이 퇴직연금기금의 운용성고가 사용자의 부담금 납입액에 큰 영향을 미친다. 이는 확정급여형 퇴직연금기금에서는 사용자의 이사회 포획 유인이 존재함을 뜻한다. 확정급여형 퇴직연금기금 이사회가 기금운영 방향을 가입자의 수급권 보호를 최우선으로 정하게 되면, 적립금 운용은 매우 보수적으로 이뤄질 가능성이 높아진다. 즉 지금처럼 원리금보장형에 초점을 둔 적립금 운용이 그대로 유지될 가능성이 커진다. 확정급여형에서 운용성고는 사용자에게 귀속되고 퇴직급여 지급에 대한 최종 책임 역시 사용자에게 속하기 때문이다. 운용성고가 좋을 경우에는 문제가 되지 않지만, 만일 운용성고가 좋지 못해 사용자가 추가적으로 부담금을 더 납입해야 하는 상황이 전개되면 사용자는 당연히 이를 부담하기 싫어할 것이고, 나아가 그것을 감당하기

힘든 사용자도 있을 것이다. 이럴 경우 근로자의 수급권은 침해당할 수 있다. 이러한 사정을 잘 알고 수급권 보호를 최우선으로 하는 확정급여형 퇴직연금기금 이사회라면 적립금 운용방침을 보수적으로 가져가고 싶은 유인이 작동하는 것이다.

반면에 부담금 납입과 퇴직급여 지급의 최종 책임을 지는 사용자는 이사회와는 다른 유인이 생길 수 있다. 확정급여형 퇴직연금에 대한 사용자의 주된 관심사는 퇴직연금기금에 대한 부담금 납입, 즉 현금유출이 낮은 수준에서 안정적으로 유지되는데 있을 것이다. Ryan and Fabozzi(2002)가 지적한 바와 같이 가장 저렴한 비용으로 퇴직급여부채를 적립해야 할 필요가 있기 때문이다. 그런데 퇴직급여부채는 임금상승률과 할인율 등에 따라 그 크기가 좌우된다. 이는 기업의 상황과 금융시장의 변동에 따라 퇴직급여부채 역시 요동칠 수 있음을 의미한다. 따라서 사용자는 확정급여형 퇴직연금기금의 적립금 운용이 퇴직급여부채의 변동에 따라 유연하게 변하는 방향으로 이뤄지길 바라게 된다. 이는 퇴직연금기금 이사회와 사용자의 이해는 첨예하게 대립할 수 있음을 뜻한다. 기금 이사회의 의지가 확고부동하다면 사용자는 이사회를 포획할 유인이 높아지게 된다. 더욱이 사용자는 이사회 구성원 중 일부를 직접 선임할 수 있고, 기업의 인사정책에 대한 전문적 지식을 이사회보다는 더 많이 가지고 있다. 사용자 선임 이사회 구성원은 이미 사용자에게 포획되어 있는 것이나 다름없고, 가입자가 선임한 구성원과 이사회에 참여하는 외부 전문가 중 일부만 포획하면 사용자는 퇴직연금기금의 운영을 자신이 원하는 방향으로 끌고 갈 수 있게 된다.

다음으로 확정기여형 퇴직연금기금의 경우를 살펴보자. 확정기여형에서 사용자의 책임은 부담금을 납부하는 것으로 종료된다. 최종 퇴직급여금액은 가입자가 선택한 운용방법의 결과에 따라 달라진다. 가입자가 일종의 퇴직급여 지급 책임자인 셈이다. 이는 곧 사용자가 이사회를 포획할 아무런 유인이 존재하지 않음을 뜻한다. 가입자 역시 자신의 상황이나 위험선호도에 따라 기금에서 제시하는 상품을 선택하면 되므로 가입자들 사이에 이해충돌이 발생할 가능성이 매우 낮다. 이는 곧 가입자가 기금의 이사회를 포획의 대상으로 삼을 유인이 약함을 의미한다.

결국 확정기여형 퇴직연금기금의 경우는 사용자와 가입자 양측 모두 기금 이사회를 포획할 유인이 별로 없기 때문에 이사회의 독립성을 유지하기 쉽다는 것을 알 수 있다. 반면에 확정급여형 퇴직연금기금의 경우는 사용자가 기금 이사회를 포획할 유인이 크기 때문에 이 부분을 제대로 컨트롤하지 못하면 퇴직연금기금의 독립성이 크게 훼손될 우려가 있음에 유의할 필요가 있다.

4 기금형 퇴직연금 지배구조 개선방안

1) 현행 근퇴법 개정안의 문제점

앞에서 살펴본 바와 같이 퇴직연금기금의 독립성은 곧 이사회와 독립성을 의미하는 것이라 해도 과언이 아니다. 이와 관련해 근퇴법 개정안에서는 이사회를 노사가 동수로 선임한 사람과 연금운용에 전문성을 가진 외부전문가로 구성한다고만 언급하고 있다. 퇴직연금기금의 지배구조와 관련해 현행 근퇴법 개정안의 문제점 3가지를 지적하고자 한다.

첫째, 이사회를 구성하는 외부전문가를 누가 선임하는지와 관련한 규정이 없다는 점이다. 개정안의 이사회 구성을 보면 외부전문가의 역할이 매우 중요하다. 노사 모두 같은 수의 사람을 이사회 멤버로 선임할 수 있기 때문이다. 외부전문가는 노사가 선임한 이사들 사이에 분쟁이 벌어질 때 중재자 역할을 해야 하며, 적립금 운용과 관련한 전문적인 어드바이스도 해야 한다. 그런데 외부전문가를 누가 어떻게 선임하는지와 관련한 규정이 보이지 않는다. 외부전문가는 사용자가 선임하는가, 노조에서 선임하는가? 아니면 노사가 합의해 선임하는 것인가?

둘째, 이사회 운영과 관련한 규정이 없다는 점이다. 이사회를 주도하는 의장은 누구인가? 사용자가 선임한 사람인가, 아니면 노조에서 선임한 이사인가? 외부전문가가 이사회 의장을 맡는 것인가? 아니면 1년씩 돌아가며 호선식으로 할 것인가? 그리고 의장의 역할은 무엇인지에 대한 규정도 없다. 노사가 선임한 이사 사이에 팽팽한 의견대립이 있을 때 의장에게 캐스팅보트를 주는 영국과 호주처럼 할 것인지, 아니면 미국처럼 사용자 측에 의장을 맡기는 식으로 할 것인지 등을 결정해줘야 실무에서 이를 두고 다툼이 없을 것이다. 물론 현장에서 자율적으로 결정하도록 내버려 두는 것도 하나의 방법이겠지만 노사협동 문화가 미흡한 우리나라 실정을 감안할 때 그렇게 하는 것은 오히려 갈등을 부추길 소지가 있다는 점에 유의할 필요가 있다.

셋째, 확정급여형 기금과 확정기여형 기금을 동일하게 취급하고 있다는 점이다. 앞에서 살펴본 바와 같이 확정급여형 기금과 확정기여형 기금은 똑같은 비영리단체라 해도 그 성격이 다르다. 사용자에 의한 이사회 포획 가능성도 다르다. 확정급여형 기금과 확정기여형 기금이 지니는 특성이 다름을 무시하고 무차별적으로 정책을 추진할 경우 예상치 못한 문제에 직면할

가능성이 있다.

이상에서 지적한 문제점을 감안해 이하에서는 외부전문가의 독립성과 함께 확정급여형 및 확정기여형으로 구분해 퇴직연금기금 지배구조 개선방안을 제시해보고자 한다.

2) 외부전문가의 독립성 확보를 위한 방안

근퇴법 개정안의 퇴직연금기금 지배구조에서 외부전문가의 역할은 생각보다 클 수 있다. 연금운용 외부전문가 외에 노사가 선임하는 이사 중에서도 외부전문가가 포함될 수 있기 때문이다. 결국 퇴직연금기금이 본연의 역할에 충실하기 위해서는 외부전문가의 독립성 확보가 무엇보다도 중요한 요소라 하지 않을 수 없다.

우리나라처럼 연금관련 전문가 시장이 취약한 경우에는 유능한 전문가를 찾는 것도 만만찮은 일이다. “대리인의 서비스에 대한 노동시장이 잘 발달되어 완전경쟁적인 경우 ... (주인과 대리인의 관계가) 장기적인 관계에서는 명시적 성과급 계약이 없어도 노동시장에서의 암묵적 계약에 의해서 대리인문제가 완화” 될 수 있다(전성훈, 2000; 42). 외부전문가도 자신이 연금의 주인이 아닌 이상 누군가의 대리인이다. 이 대리인이 대리인문제를 야기한다면 큰 문제가 아닐 수 없다. 그런데 문제는 우리나라의 경우 외부전문가 시장이 과연 완전경쟁시장이라 할 수 있는가이다. 많은 사람들이 여기에 동의하지 않을 것이다. 운용에 전문성이 있다 하더라도 퇴직연금 운용에 전문성이 있는 전문가라 하기엔 다소 부족하다. 퇴직연금 운용에서는 퇴직급여부채를 고려해야 하기 때문이다.

외부전문가 시장이 불완전경쟁시장이라면 해당 기금에 적합한 외부전문가를 찾는 것부터 난제다. 이런 기본적인 문제를 해소하고, 외부전문가의 독립성을 근본적으로 확보하기 위해서는 특정 기관에서 퇴직연금기금에 적합한 인력 풀을 구성하여 현장의 문의에 조언을 하거나 아예 전문가를 파견하는 방식을 생각해볼 수 있다. 이 방식의 가장 큰 장점은 외부전문가가 사용자와 근로자 양측으로부터 분리되어 있어 독립적인 의사결정을 내릴 수 있다는 점이라 할 수 있다. 이렇게 할 경우 외부전문가에 대한 급여 역시 특정 기관에서 지급한다면 외부전문가의 독립성은 더욱 더 제고될 것이다.

불완전경쟁시장 성격이 강한 외부전문가 시장의 약점을 보완하기 위해서는 공시제도를 적극

활용하는 것도 한 방법이다. 즉 일정한 주기로 퇴직연금기금의 성과와 이사회 구성을 공시하는 것이다. 그렇게 하면 앞서 전성훈(2000)이 주장한 암묵적 계약의 효과를 누릴 수 있지 않을까! 외부 지배구조가 탄탄한 기업지배구조와 달리 외부 지배구조가 취약한 연금지배구조에서는 내부 지배구조의 중요성이 더욱 커진다(Gillan et. al., 2006). 내부 지배구조의 큰 축의 하나인 외부 전문가 시장이 불완전경쟁시장의 특성을 띠고 있다면 이를 보완하는 장치가 필수적으로 요청된다. 공시제도가 그 보완장치의 하나임에는 틀림없어 보인다.

3) 확정급여형 퇴직연금기금 지배구조 개선방안

앞에서 살펴본 것처럼 확정급여형 퇴직연금기금에서는 사용자에게 의한 이사회 멤버에 대한 포획의 유인이 강하게 존재한다. 확정급여형 퇴직연금기금의 성패는 바로 이 포획을 줄이는데 있다고 해도 과언이 아니다. 엄밀하고도 비밀리에 추진되는 포획의 성격상 그것을 원천적으로 차단하는 어렵다. 그렇다하더라도 손 놓고 있기에는 그 리스크가 너무 크다. 포획의 정도를 줄일 수 있는 제도적 장치를 모색해봐야 하는 이유다.

확정급여형 퇴직연금기금에서 포획의 정도를 줄일 수 있는 제도적 장치의 하나는 퇴직연금기금 운용지침서, 즉 IPS(Investment Policy Statements)를 적극 활용하는 것이다. 적립금 운용을 IPS에 근거해 하도록 의무화하고, 거기에서 크게 벗어날 경우 벌칙을 부과하면 포획의 유혹을 어느 정도는 제어할 수 있을 것이다. 이와 관련해 중요한 역할을 할 수 있는 자는 내부 감사이다. 근퇴법 개정안에서는 감사의 역할로 법규준수 여부 및 업무 적정성에 대한 모니터링으로 규정하고 있는데, IPS는 업무 적정성을 판단하는 중요한 기준점이 된다. 내부 감사가 이런 역할을 잘 수행하도록 하기 위해서는 내부감사의 업무와 관련한 매뉴얼이 마련되어 있으면 더욱 유용할 것이다.

4) 확정기여형 퇴직연금기금 지배구조 개선방안

앞에서 우리는 확정기여형 퇴직연금기금의 경우 그 수입원을 전적으로 사용자가 납부하는 부담금에 의존한다는 점에서 기부형 비영리단체 성격이 강하다고 했다. 따라서 확정기여형

퇴직연금기금은 확정급여형 퇴직연금기금보다 기금운영의 투명성을 강화하는 방향으로 제도적 장치를 모색할 필요가 있다.

확정급여형 퇴직연금기금 투명성 확보의 관건은 가입자가 기금의 운영에 대한 정보를 제때 확인할 수 있도록 하는 것에 있다고 할 수 있다. 가입자는 퇴직연금기금의 주인이며, 기금을 운영하는 자는 대리인이기 때문이다. 주인이 대리인이 제대로 역할을 수행하는지 저렴한 비용으로 감시하는 가장 좋은 방법은 바로 기금운영을 투명하게 공표하는 것이다. 상장사들이 분기별로 재무정보를 투자자에게 공표하는 것처럼 확정급여형 퇴직연금기금도 일정 주기별로 기금운영과 관련한 정보를 가입자가 접근하기 쉬운 방법으로 공표하도록 해야 한다. 그리고 가입자의 의견이 기금운영에 반영될 수 있는 채널을 확보하는 것도 기금의 투명성을 제고하는 방법의 하나이다. 가입자와 기금 사이에 일종의 쌍방향식 커뮤니케이션 채널을 확보하는 것이다.

5 결론

지금까지 근퇴법 개정안의 내용을 중심으로 향후 우리나라에 도입될 것으로 보이는 기금형 퇴직연금제도의 지배구조를 비영리단체성과 독립성을 축으로 퇴직연금기금의 성격을 규명했다. 여기에 대리인문제와 포획이라는 이론적 틀을 가미해 퇴직연금기금 지배구조의 예상되는 문제점을 조망해보고 나름대로의 개선방안을 제시했다. 그러나 이는 어디까지나 오랫동안 퇴직연금 연구를 해온 필자의 직관에 의존한 바가 크다고 아니 할 수 없다. 대리인문제를 해결하기 위한 수단 중 하나로 도입된 기금형 퇴직연금제도가 또 다른 대리인문제를 양산하는 악순환을 되풀이하지 않기 위해서는 보다 정교하고 경험적인 연구가 더 필요하다. 이는 본 논문의 한계이기도 하다.

6

참고문헌

- 김대순(2010), “이익집단이 복지정책결정에 미치는 영향에 관한 연구 - 포획이론을 중심으로 -”, 정책과학연구 19(2)
- 김재현(2013), “퇴직연금 지배구조 진단과 부분적 대안으로서 신탁형 지배구조의 도입”, 보험학회지 95
- 김준기(1998), “비영리단체(NPOs)의 생성과 일반적 행태: 주인-대리인이론 관점에서”, 행정논총 36(1)
- 전성훈(2000), “대리인문제와 최적계약이론”, 西江經濟論集 29(2)
- 최병선(1993), “준공공부문 조직 연구의 방향모색”, 행정논총 31(1)
- Clark, Gordon and Roger Urwin(2008), “Best-practice pension fund governance”, Journal of Asset Management, 9(1)
- Etzioni, Amitai(1973), “The Third Sector and Domestic Missions”, Public Administration Review, 33(4)
- Feltzman, Sam(1976), “TOWARD A MORE GENERAL THEORY OF REGULATION”, NBER Working Paper, No.133
- Gillan et al.(2006), “Tradeoffs in corporate governance: Evidence from board structures and charter provisions”, Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=917544>.
- Hansmann, Henry(1980), “The Role of Nonprofit Enterprise”, The Yale Law Journal, 89(5)
- Ryan, Ronald and Frank Fabozzi(2002), “Rethinking Pension Liabilities and Asset Allocation”, The Journal of Portfolio Management, pp.7~15.
- Shleifer, Andrei and Robert Vishny(1997), “A Survey of Corporate Governance”, The Journal of Finance, 52(2)
- Stigler, George(1971), “The theory of economic regulation”, Bell Journal of Economic and Management Science



part 02
정책연구

Labor Welfare Forum

- 근로자지원프로그램(EAP) 효과성 분석
- 근로복지공단 직영병원의 보험자병원 역할

근로자지원프로그램(EAP) 효과성 분석



최 근 호

근로복지연구원 책임연구원

요약

최근 경제 불황, 구조조정, 그리고 성과주의의 확산으로 인하여 직장인의 스트레스, 불안, 우울 등이 증가하여, 정신과나 상담센터를 찾는 직장인이 이전에 비하여 크게 증가하고 있다. 근로자지원프로그램(Employee Assistance Program: EAP)은 근로자의 업무수행에 영향을 주는 문제들을 완화하기 위하여 조직 차원에서 제공하는 상담 프로그램이다. 중소기업 근로자에게 무상으로 지원하는 근로복지넷 EAP 사업은 2009년 이후 예산 및 대상을 지속적으로 확대한 결과, 2016년도 사업예산이 7억여 원에 이를 정도로 확대되었으며, 이에 따라 사업 수행의 성과 관리가 요구되고 있다. 본 보고서에서는 2016년도에 근로복지넷 EAP 서비스를 제공받은 이용자 중에서 효과성 분석이 가능한 오프라인 심리상담 이용자를 대상으로 근로복지넷 EAP의 효과성을 분석하고자 하였다. 분석 결과, 근로복지공단에서 제공하는 근로복지넷 EAP는 근로자들의 심리적 위험도를 낮추는 데 상당한 효과가 있는 것으로 나타났다. 본 분석 결과는 근로복지넷 EAP의 지속적 인 사업 확대 및 내실화를 위한 정책 수립에 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

1 서론

최근 경제 불황, 구조조정, 그리고 성과주의의 확산으로 인하여 직장인의 스트레스, 불안, 우울 등이 증가하여, 정신과나 상담센터를 찾는 직장인이 이전에 비하여 크게 증가하고 있다(문화일보 2016.6.28.). 근로자의 스트레스와 우울 등 정신건강에 주목을 하는 이유는 개인적 측면에서는 근로자의 신체적 질환 등의 문제가 발생할 수 있으며 더 나아가 조직적 측면에서는 이직 증가와 생산성 감소 등의 문제를 야기할 수 있기 때문이다(오승원 외, 2007; 정문희 외, 2007; 김태우 외, 2009; 장세진 외, 2009; 유상곤 외, 2011; 유인실 외, 2012; 이동영, 노희연, 2014; 이정언, 주천천, 2014; 조윤식 외, 2014; 이지현 외, 2016).

근로자지원프로그램(Employee Assistance Program: EAP)은 근로자의 업무수행에 영향을 주는 문제들을 완화하기 위하여 조직 차원에서 제공하는 프로그램이다. 사업주가 비용을 지불하고 근로자가 프로그램을 제공받는데, 사업주 측면에서는 기업의 생산성 향상, 우수한 노동력 확보 및 유지, 기업 경쟁력 강화, 산업재해 예방 등의 효과를 거둘 수 있는 것으로 알려져 있다. 그러나 이러한 효과에도 불구하고 EAP는 주로 대규모 사업장을 중심으로 확대되어 왔으며, 중소기업은 대기업에 비해 도입율이 현저히 낮게 나타났고 있다. 이러한 수혜의 격차를 감소하고 중소기업의 EAP 도입을 촉진하기 위해 근로복지공단은 근로복지넷 EAP 사업을 통해 기업복지가 취약한 중소기업 근로자에게 EAP를 제공하고 있다.

중소기업 근로자에게 무상으로 지원하는 근로복지넷 EAP 사업은 2009년 이후 예산 및 대상을 지속적으로 확대한 결과, 2016년도 사업예산이 7억여 원에 이를 정도로 확대되었으며, 이에 따라 사업 수행의 성과 관리가 요구되고 있다. 이러한 EAP 사업의 성과 관리를 위하여 지난 2013년부터 위탁수행기관에서 자체적으로 효과성 분석을 실시하고는 있으나 사업수행기관에서 효과성 분석을 실시함에 따라 분석결과에 대한 대외 신뢰도(객관성) 부족 문제가 제기되었다.

본 보고서에서는 2016년도에 근로복지넷 EAP 서비스를 제공받은 이용자 중에서 효과성 분석이 가능한 오프라인 심리상담 이용자를 대상으로 근로복지넷 EAP의 효과성을 분석하고자 하였다. 효과성에 대한 분석 결과는 근로복지넷 EAP의 지속적인 사업 확대 및 내실화를 위한 정책 수립에 기초자료로 활용될 수 있을 것으로 기대된다.

본 보고서는 2016년 근로복지넷 EAP 오프라인 심리상담 이용에 대한 현황 분석과 근로복지넷 EAP의 효과를 근로자의 심리적 측면에서 살펴본 효과성 분석의 2가지 부분으로 구성하였다.

2 2016년 근로복지넷 EAP 오프라인 심리 상담 이용 현황

1) 이용자 특성별 현황

(1) 인구사회학적 특성

2016년도공단 근로자지원프로그램(EAP)의 오프라인 심리상담 이용자는 전체 1,122명으로 나타났는데 이들을 성별로 살펴보면, 이용자의 61.9%이 여성으로 남성(38.1%)에 비해 월등히 많이 EAP를 이용하는 것으로 나타났으며, 연령별로는 30, 40대가 많이 이용하는 것으로 나타났다. 결혼 상태별로 살펴보면, 기혼이 66.3%로 높게 나타났고, 학력별로는 대졸이 69.2%, 고졸이 20.7%로 나타났다.

〈표 1〉 2016년 오프라인 심리상담 이용자의 인구사회학적 특성

(단위: 명, %)

구분		빈도	백분율
성별	남성	435	38.8
	여성	687	61.2
연령	20대	182	16.2
	30대	363	32.4
	40대	315	28.1
	50대	201	17.9
	60대 이상	61	5.4
	결혼 상태	미혼	330
	기혼	743	66.3
	기타(별거/이혼/사별)	48	4.3
학력	중졸이하	35	3.1
	고졸	232	20.7
	대졸	775	69.2
	대학원이상	78	7.0

(2) 고용 특성

직종별로는 서비스직(31.7%), 사무/관리직(31.5%), 전문직(19.6%) 순으로 많이 나타났으며, 직급별로는 사원(59.6%), 주임(10.4%), 과장(10.4%) 순으로 많았다. 근로형태별로는 전체적으로 정규직 근로자가 많았고, 현 직장 근속년수별로는 '2년~5년 미만' (31.0%), '5년~10년 미만' (17.7%), '1년~2년 미만' (16.1%) 순으로 많이 나타났다.

〈표 2〉 2016년 오프라인 심리상담 이용자의 고용 특성

(단위: 명, %)

구분		빈도	백분율
직종	사무/관리직	353	31.5
	생산/노무직	128	11.4
	서비스직	356	31.7
	IT/전산직	65	5.8
	전문직(교육, 연구직 포함)	220	19.6
직급	사원	668	59.6
	주임	117	10.4
	대리	58	5.2
	과장	117	10.4
	차장	100	8.9
	부장이상	60	5.4
근로형태	정규직	895	79.8
	비정규직	227	20.2
현 직장 근속년수	6개월 미만	189	16.9
	6개월~1년 미만	93	8.3
	1년~2년 미만	180	16.1
	2년~5년 미만	346	31.0
	5년~10년 미만	198	17.7
	10년 이상	111	9.9

(3) 사업장 특성

사업장 직원 수별로 살펴보면, '5~29인' 인 사업장에서 근무하는 이용자가 54.8%로 가장 많았고, '100~299인' 인 사업장에서 근무하는 이용자가 24.4%로 그 뒤를 이었다. 업종별로는 '개인서비스업(보건/복지/숙박/음식/여가 등)' 이 46.6%로 월등히 많았으며, 판매업(도/소매) 이 4.7%로 가장 적게 나타났다.

〈표 3〉 2016년 오프라인 심리상담 이용자의 사업장 특성

(단위: 명, %)

구분		빈도	백분율
규모	4인 이하	47	4.3
	5~29인	596	54.8
	30~49인	66	6.1
	50~99인	114	10.5
	100~299인	265	24.4
업종	제조	181	16.9
	건설/운수	53	5.0
	판매(도/소매)	50	4.7
	정보/통신/금융/교육/서비스	208	19.5
	개인서비스(보건/복지/숙박/음식/여가 등)	498	46.6
	기타	78	7.3

(4) 상담횟수 및 상담내용 현황

상담횟수별로 살펴보면, 49.7%가 제공 가능한 최대 횟수의 상담(7회)을 받았으며, 10.1%는 8회 이상 추가 상담을 받은 것으로 나타났다. 상담내용별로는 직무스트레스가 26.8%로 가장 많았고, 정서성격(20.4%)과 자녀양육/부부관계(15.5%)가 그 뒤를 이어 많이 나타났다.

〈표 4〉 2016년 오프라인 심리상담 이용자의 상담 횟수 및 상담 내용

(단위: 명, %)

구분		빈도	백분율
상담 횟수	1회	80	7.1
	2회	75	6.7
	3회	117	10.4
	4회	109	9.7
	5회	143	12.7
	6회	40	3.6
	7회	444	39.6
	8회	40	3.6
	9회	29	2.6
	10회	15	1.3
	11회	6	.5
	12회	24	2.1
상담 내용	직무스트레스	482	26.8
	조직내 관계갈등	208	11.6
	업무과다	135	7.5
	건강관리	245	13.6
	정서성격	366	20.4
	자녀양육/부부관계	279	15.5
	재무관리	32	1.8
	법률관계	0	0.0
	학업정보	12	0.7
	이직 및 전직지원	33	1.8
	성희롱/성폭력	5	0.3

2) 상담 제공 현황

(1) 심리상담사 특성

상담사 성별로 살펴보면, 여성 상담사의 상담 서비스 제공 비율이 88.1%로 남성 상담사의 상담 서비스 제공 비율인 11.9%에 비해 월등히 높게 나타났다. 상담사 연령별로는 50대가 57.4%로 가장 많은 상담 서비스를 제공하였고, 40대가 28.9%로 그 뒤를 이었다. 상담사 최종학위별로 살펴보면, 석사(46.8%), 박사(41.9%) 순으로 많은 상담 서비스를 제공하는 것으로 나타났으며, '5년~10년 이하' (38.1%), '10년~15년 이하' (36.8%)의 경력을 가진 상담사 순으로 많은 상담 서비스를 제공하는 것으로 나타났다.

〈표 5〉 2016년 심리상담사의 상담 제공 현황

(단위: 명, %)

구분		빈도	백분율
상담사의 성별	남성	126	11.9
	여성	931	88.1
상담사의 연령	30대	9	0.9
	40대	306	28.9
	50대	607	57.4
	60대	135	12.8
상담사의 최종학위	박사	443	41.9
	박사재학	119	11.3
	석사	495	46.8
상담사의 상담 경력	5년 이하	197	18.6
	5년~10년 이하	403	38.1
	10년~15년 이하	389	36.8
	15년 초과	68	6.4

3 2016년 공단 근로자지원프로그램(EAP) 효과성 분석 결과

1) 효과성 분석을 위한 측정지표

본 보고서에서는 심리적 위험도를 측정하기 위해 CORE-OM을 이용하였다. 영국에서 가장 널리 사용되는 상담 성과측정 도구로서 유럽을 중심으로 번역되어 사용되고 있으며 현재까지 발전해 오고 있음(왕은자, 김계현, 2009).

CORE-OM은 0~4점 척도로 이루어진 34개의 항목으로 구성되어 있으며, 총점이 높을수록 심리적으로 문제가 심각하고 기능이 떨어짐을 의미한다. 점수별 심리적 위험도는 아래 <표 6>과 같다. 본 장에서는 심리상담이 심리적 위험도에 미치는 효과를 분석하기 위해 심리상담 이용자 1,122명 중 사전·사후 검사를 모두 마친 869명을 분석대상으로 선정하였다.

<표 6> CORE-OM 점수별 심리적 위험도

수준		점수
Green	건강함	0~20점
	별로 심각하지 않음	21~33점
Pink	약간 심각함	34~50점
	어느정도 심각함	51~67점
Red	상당히 심각함	68~84점
	매우 심각함	85~136점

2) 전체 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

심리상담 참여 전과 후의 심리적 위험도 변화를 살펴보면, 전체 이용자의 평균 CORE-OM 점수는 사전 36.57점에서 사후 28.21점으로 22.8% 감소한 것으로 나타났다. 또한, 심리적 위험도 범주의 분포를 살펴보면, Red군(‘매우 심각함’ 과 ‘상당히 심각함’ 포함)의 비율은 사전

4.1%에서 사후 1.0%로, Pink군('어느 정도 심각함' 과 '약간 심각함' 포함)의 비율은 사전 49.6%에서 사후 27.4%로 감소한 반면, Green군('별로 심각하지 않음' 과 '건강함' 포함)의 비율은 사전 46.3%에서 사후 71.6%로 월등히 증가한 것으로 나타났다.

심리적 위험도 범주별 변화 양상을 살펴보면, 사전 Green군('별로 심각하지 않음' 과 '건강함' 포함)에 속한 응답자의 94.0%는 사후에도 Green군에 속하는 것으로 나타났으며, 6.0%는 Pink군으로 이동한 것으로 나타났다. 사전 Pink군('어느 정도 심각함' 과 '약간 심각함' 포함)에 속한 응답자의 44.1%는 사후에도 Pink군에 속하는 것으로 나타났으며, 55.2%는 Green군, 0.7%는 Red군으로 이동한 것으로 나타났다. 사전 Red군('매우 심각함' 과 '상당히 심각함' 포함)에 속한 응답자의 16.7%는 사후에도 Red군에 속하는 것으로 나타났으며, 16.7%는 Green군, 66.7%는 Pink군으로 이동한 것으로 나타났다.

〈표 7〉 심리적 위험도 범주별 사전·사후 비율

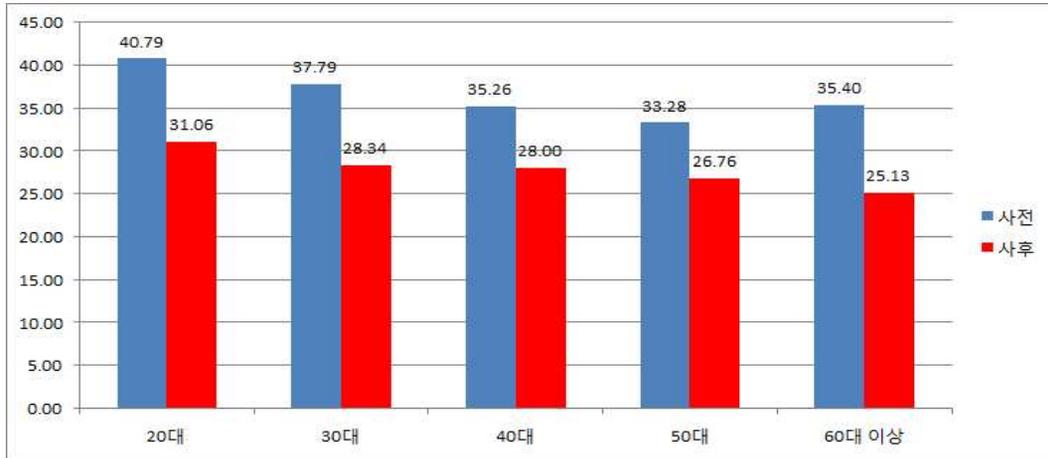
(단위: %)

사전	사후		
	Green	Pink	Red
Green	94.0	6.0	0.0
Pink	55.2	44.1	0.7
Red	16.7	66.7	16.7

3) 연령별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 20대가 40.79점으로 가장 높고, 50대가 33.28점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 60대 이상이 29.0%(사전: 35.40점, 사후: 25.13점)로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, 50대가 19.6%(사전: 33.28점, 사후: 26.76점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

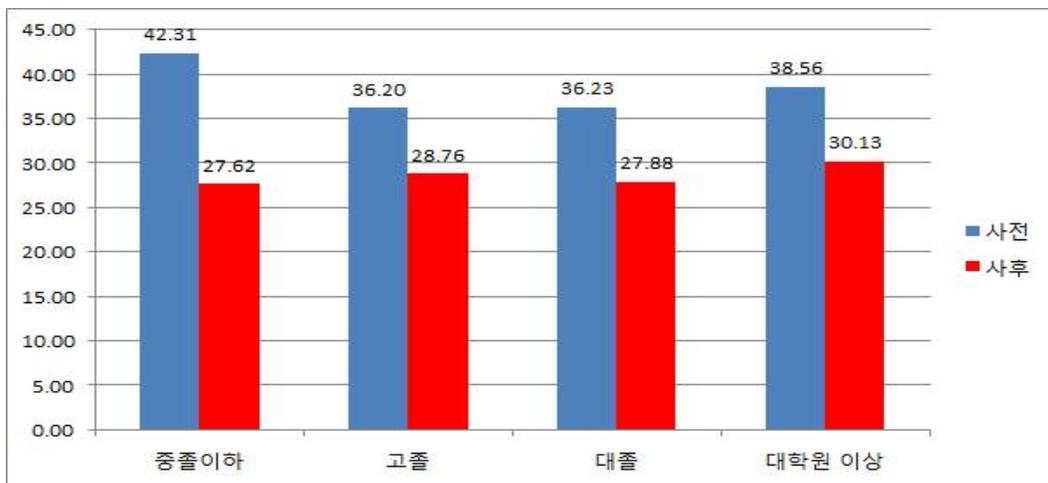
〈그림 1〉 연령별 CORE-OM 사전·사후 점수



4) 학력별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 중졸이하가 42.31점으로 가장 높고, 고졸과 대졸이 각각 36.20점과 36.23점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 중졸이하가 34.7%(사전: 42.31점, 사후: 27.62점)로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, 고졸과 대학원 이상은 각각 20.5%(사전: 36.20점, 사후: 28.76점), 21.9%(사전: 38.56점, 사후: 30.13점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

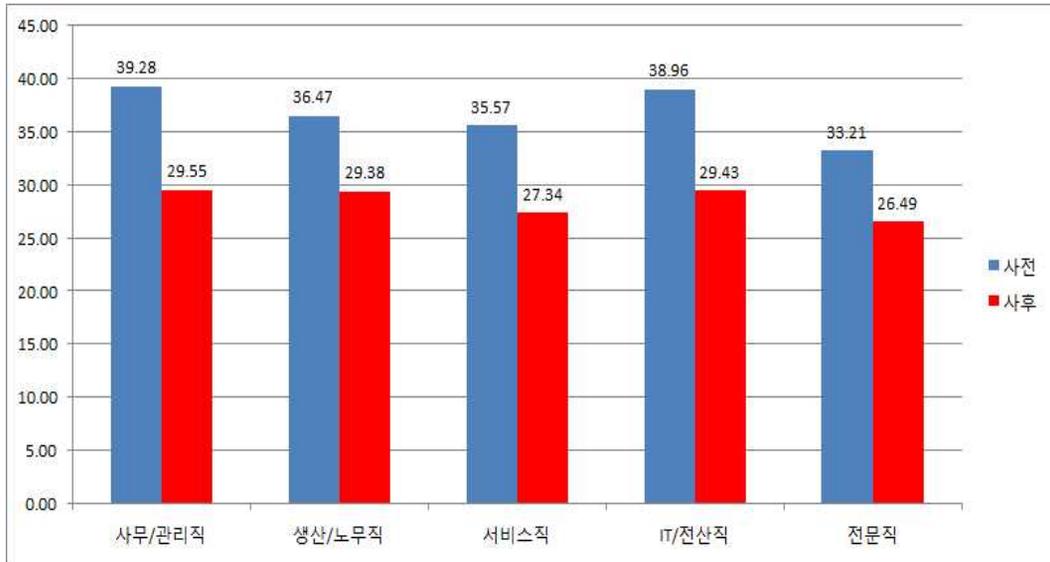
〈그림 2〉 학력별 CORE-OM 사전·사후 점수



5) 직종별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 사무/관리직이 39.28점으로 가장 높고, 전문직이 33.21점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 사무/관리직이 24.8%(사전: 39.28점, 사후: 29.55점)로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, 생산/노무직이 19.5%(사전: 36.47점, 사후: 29.38점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

〈그림 3〉 직종별 CORE-OM 사전·사후 점수



6) 직급별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 대리가 41.29점으로 가장 높고, 사원이 35.30점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 주임과 부장이상이 26.1%로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, 대리가 12.5%(사전: 41.29점, 사후: 36.11점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

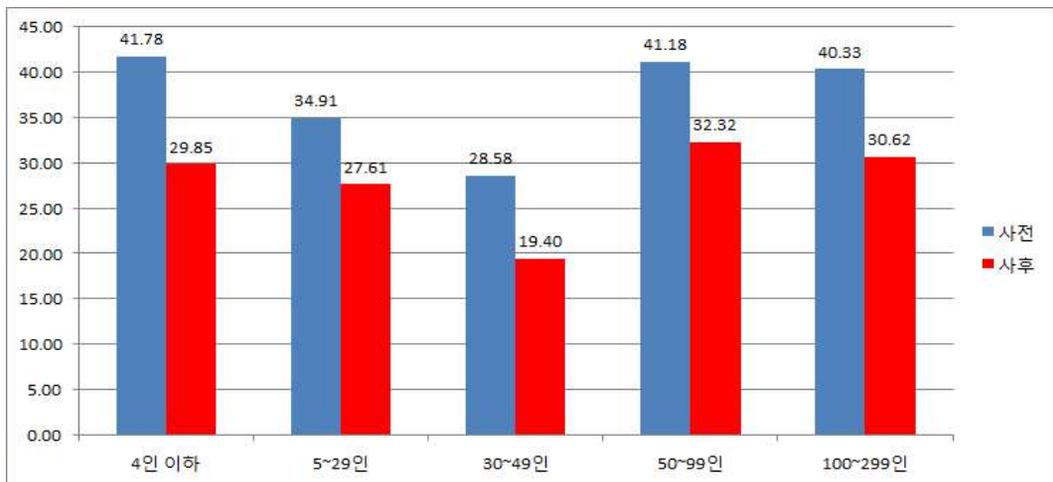
〈그림 4〉 직급별 CORE-OM 사전·사후 점수



7) 직원수별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 '4인 이하'가 41.78점으로 가장 높고, '30~49인'이 28.58점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 '30~49인'이 32.1%(사전: 28.58점, 사후: 19.40점)로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, '5~29인'은 20.9%(사전: 34.91점, 사후: 27.61점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

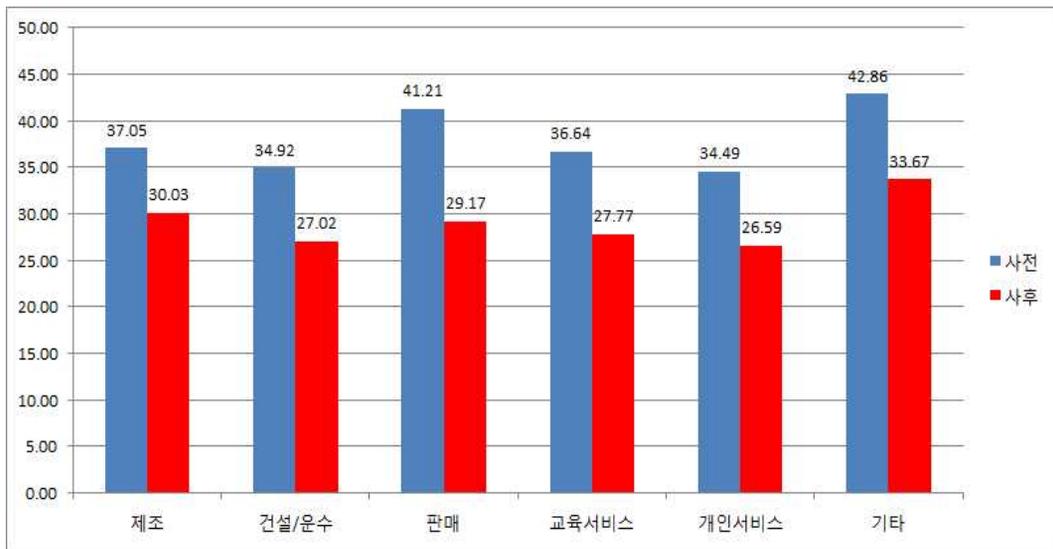
〈그림 5〉 직원수별 CORE-OM 사전·사후 점수



8) 업종별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 기타가 42.86점으로 가장 높고, 개인서비스업이 34.49점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 판매업이 29.2%(사전: 41.21점, 사후: 29.17 점)로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, 제조업은 19.0%(사전: 37.05점, 사후: 30.03점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

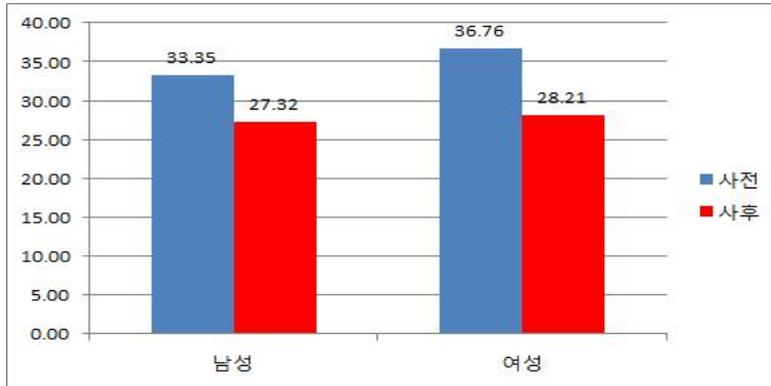
〈그림 6〉 업종별 CORE-OM 사전·사후 점수



9) 상담사 성별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 여성 상담사의 경우 36.76점으로 남성 상담사 33.35점에 비해 다소 높게 나타났고, 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 여성 상담사가 23.3%(사전: 36.76점, 사후: 28.21점)로 남성 상담사 18.1%(사전: 33.35점, 사후: 27.32점)에 비해 5.2%p 높게 나타났다.

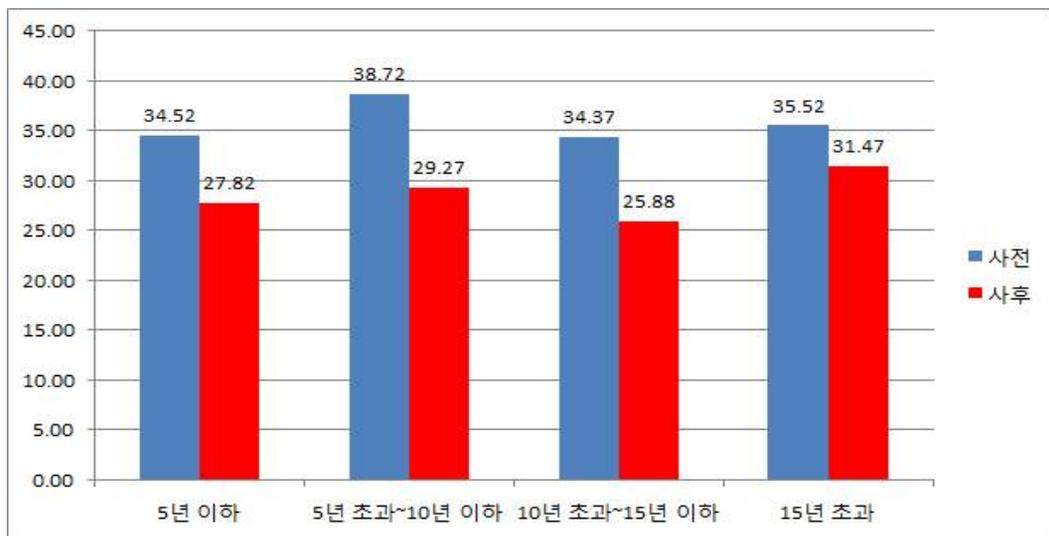
〈그림 7〉 상담사 성별 CORE-OM 사전·사후 점수



10) 상담사 경력별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 상담사의 경력이 '5년 초과~10년 이하' 인 경우 38.72점으로 가장 높고, '10년 초과~15년 이하' 인 경우 34.37점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 상담사의 경력이 '10년~15년 이하' 인 경우 24.7%(사전: 34.37점, 사후: 25.88점)로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, '15년 초과' 인 경우 11.4%(사전: 35.52점, 사후: 31.47점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

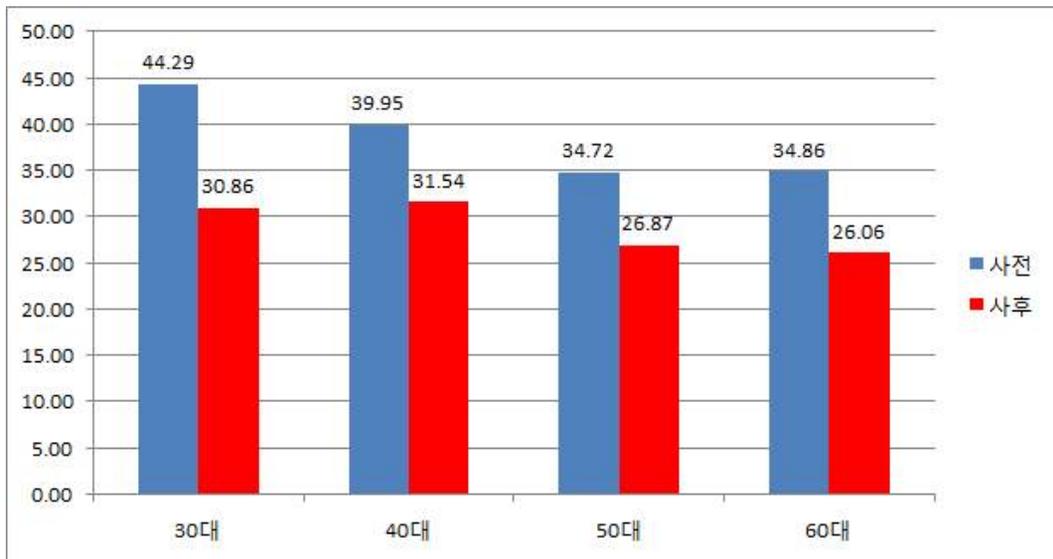
〈그림 8〉 상담사 경력별 CORE-OM 사전·사후 점수



11) 상담사 연령별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 상담사의 연령이 30대인 경우 44.29점으로 가장 높고, 50대인 경우가 34.72점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 30대인 경우가 30.3%(사전: 44.29점, 사후: 30.86점)로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, 40대인 경우가 21.1%(사전: 39.95점, 사후: 31.54점)로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다. 그러나 30대인 상담사의 상담 건수가 7건으로 작아 결과의 신뢰도 제고 측면에서 제외하면, 상담사의 연령이 높을수록 상담의 효과가 큰 것으로 나타났다.

(그림 9) 상담사 연령별 CORE-OM 사전·사후 점수

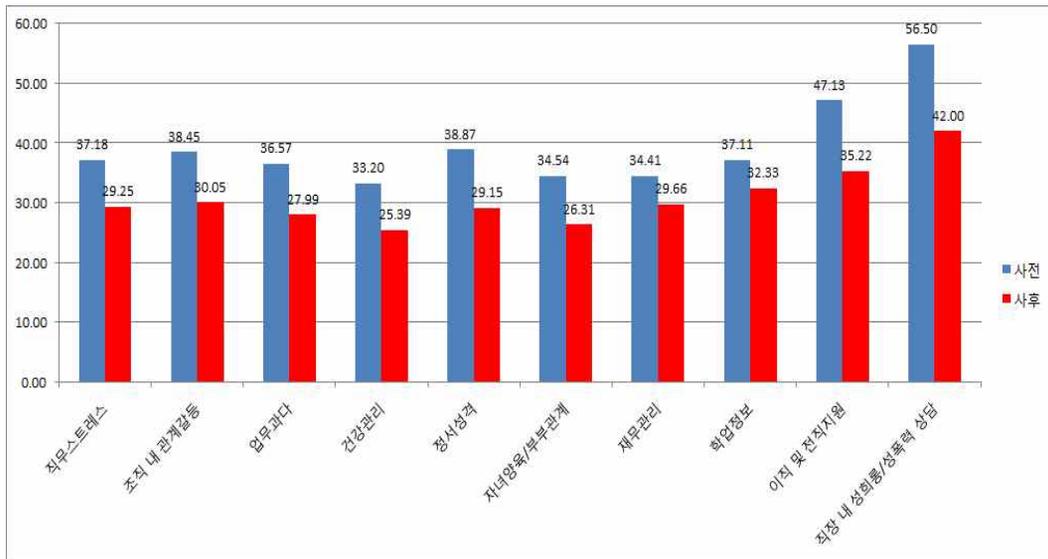


12) 상담 내용별 CORE-OM 사전·사후 분석 결과

사전 심리적 위험도는 ‘직장 내 성희롱/성폭력’ 인 경우 56.50점으로 가장 높고, ‘건강관리’ 인 경우 33.20점으로 가장 낮게 나타났다. 사전·사후 심리적 위험도의 변화율은 ‘직장 내 성희롱/성폭력’, ‘이직 및 전직지원’, ‘정서성격’ 이 각각 25.7%, 25.3%, 25.0%

로 가장 큰 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 큰 것으로 나타났으며, ‘학업정보’와 ‘재무관리’가 각각 12.9%, 13.8%로 가장 작은 감소율을 보여 심리상담의 효과가 가장 작은 것으로 나타났다.

〈그림 10〉 상담 내용별 CORE-OM 사전·사후 점수



4

결론

본 보고서에서는 근로복지공단에서 기업 복지가 취약한 중소기업 근로자를 대상으로 정신 건강을 증진시키고 이를 통한 이직 감소와 생산성 증대를 위해 수행하고 있는 근로복지넷 EAP 사업의 이용 현황과 효과성을 분석하였다.

효과성 분석을 위해 2016년도에 근로복지넷 EAP 서비스를 제공받은 이용자 중에서 효과성 분석이 가능한 오프라인 심리상담 이용자를 대상으로 심리상담 참여 전과 후의 심리적 위험도(CORE-OM으로 측정) 점수를 비교 분석하였다.

분석 결과, 전체 이용자의 평균 CORE-OM 점수는 사전 36.57점에서 사후 28.21점으로 22.8%

감소한 것으로 나타났고 심리적 위험도의 범주 분포는 Red군(‘매우 심각함’ 과 ‘상당히 심각함’ 포함)의 비율은 사전 4.1%에서 사후 1.0%로, Pink군(‘어느 정도 심각함’ 과 ‘약간 심각함’ 포함)의 비율은 사전 49.6%에서 사후 27.4%로 감소한 반면, Green군(‘별로 심각하지 않음’ 과 ‘건강함’ 포함)의 비율은 사전 46.3%에서 사후 71.6%로 월등히 증가한 것으로 나타났다. 또한, 심리적 위험도 범주별 변화 양상을 살펴보면, 사전 Green군(‘별로 심각하지 않음’ 과 ‘건강함’ 포함)에 속한 응답자의 94.0%는 사후에도 Green군에 속하는 것으로 나타났으며, 6.0%는 Pink군으로 이동한 것으로 나타났다. 사전 Pink군(‘어느 정도 심각함’ 과 ‘약간 심각함’ 포함)에 속한 응답자의 44.1%는 사후에도 Pink군에 속하는 것으로 나타났으며, 55.2%는 Green군, 0.7%는 Red군으로 이동한 것으로 나타났다. 사전 Red군(‘매우 심각함’ 과 ‘상당히 심각함’ 포함)에 속한 응답자의 16.7%는 사후에도 Red군에 속하는 것으로 나타났으며, 16.7%는 Green군, 66.7%는 Pink군으로 이동한 것으로 나타났다. 이상의 분석 결과들에 비추어 볼 때, 근로복지공단에서 제공하는 근로복지넷 EAP는 근로자들의 심리적 위험도를 낮추는 데 상당한 효과가 있는 것으로 판단된다.

향후에는 이러한 심리적 위험도의 감소가 조직의 생산성 향상과 이직률 감소 등에도 긍정적인 영향을 미치는 지에 대한 추가 분석이 고려되어야 할 것이다.

5

참고문헌

김태우, 김규상, 이해은, 고동희, 유승원(2009). “건설업 근로자의 직무스트레스와 산업재해의 관련성” . 대한직업환경의학학회 학술대회 논문집. pp. 561-562.

왕은자, 김계현(2009). “기업상담 효과에 대한 세 관련 주체(내담자, 관리자, 상담자)의 인식” . 상담학 연구 10(4). pp. 2115-2135.

오승원, 정기택, 박지령(2007). “근로자의 건강위험요인과 결근율, 프리젠티즘의 관련성” . 대한직업환경의학회지 19(4). pp. 304-314.

유상곤, 최창기, 송한수, 이철갑(2011). “일부 공공서비스 종사자의 직무스트레스 · 감정노동과 근골격계 증상 및 결근 · 조퇴와 관련성” . 대한직업환경의학회지 23(2). pp. 192-202.

유인실, 정대순, 김인아, 노재훈, 원중욱(2012). “직무스트레스, 사회심리적 건강수준과 프리젠티즘 및 결근의 관련성” . 대한직업환경의학회지 24(3). pp. 263-273.

이동영, 노희연(2014). “직무스트레스와 직무성과 간 관계에 관한 연구: 근로자지원프로그램(EAP)의 조절효과에 관한 탐색적 분석” . 사회보장연구 30(2). pp. 295-315.

이정연, 주천천(2014). “직무스트레스가 이직의도에 미치는 영향” . 한국콘텐츠학회논문지 14(7). pp. 449-456.

이지현, 최은경, 오향옥, 문혜경, 이상민(2016). “항만하역 근로자의 직무 스트레스와 직무 착근도가 프리젠티즘에 미치는 영향” . 지역사회간호학회지 27(1). pp. 31-42.

장세진, 고상백, 강동묵, 우종민, 박정선, 조정진, 정진주, 박신구, 윤숙희, 김숙영, 박재범, 김정원, 김정일, 이강숙, 김형렬, 김인아, 이철갑, 채정호, 탁진국, 최수찬, 박주언, 이해은, 현숙정, 이강명(2009). “직무 스트레스와 의료이용, 질병 및 재해, 질병결근 간의 관련성” . 대한직업환경의학학회 학술대회 논문집. pp. 572-573.

정문희, 이영미, 미카코아라키다(2007). “중소규모사업장 근로자의 스트레스와 프리젠티즘의 관계” . 대한직업환경의학회지 19(1). pp. 47-55.

조운식, 김민수, 권기민, 백철인(2014). “근로환경조사를 이용한 직장내 사회심리적 요인과 프리젠티즘의 관계” . 대한직업환경의학학회 학술대회 논문집. pp. 223-224.

근로복지공단 직영병원의 보험자 병원 역할¹⁾



김 노 을

근로복지연구원 책임연구원

요약

본 연구는 근로복지공단 직영병원 및 산재지정병원의 산재환자 특성 분석과 타 보험자병원 사례 조사를 통한 직영병원의 보험자병원으로서 역할 강화 방안을 제시하고자 하였다. 산재환자 및 공단 직영병원 요양환자 특성 분석 결과, 인구사회학적 특성에서 50세 이상 환자는 증가 추세이며 민간지정병원에는 50대 환자(32.5%)가, 직영병원에서는 60세 이상 환자(55.5%)가 다수 분포하였다. 고용관련 특성에서, 산재환자와 직영병원 요양환자 모두 50인 이하 소규모 사업장 분포가 높고, 직영병원 요양환자는 광업 종사자(31.8%)가 가장 많았다. 재해 관련 특성에서 산재환자 중 업무상질병으로 인한 요양환자 비율은 8.8%, 공단 직영병원 요양환자의 경우 42.9%가 업무상질병으로 인한 요양환자였다. 요양 관련 특성은 산재환자의 53.1%는 6개월 미만 요양하지만 직영병원은 2년 이상 장기요양환자 비율이 64.0%이고, 전원환자 비율(88.7%)이 높았다. 본 연구결과를 통해 도출된 공단 직영병원의 보험자병원 역할 강화 방안 및 시사점을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 50세 이상 산재환자의 증가 추세에 따른 고령 환자 특화

1) 본 글은 '산재환자 특성분석을 통한 보험자병원 강화 방안(김노을, 이은혜, 2016)' 중 일부를 발췌 수정한 것임.

서비스를 제공이 필요하다. 둘째, 증가하는 외국인 환자 유치를 위한 협력체계 구축 및 편의 서비스를 마련할 필요가 있다. 셋째, 지속적인 산재 발생 상병 변화 추이를 파악하여 산재의료 사각지대를 해소해나갈 필요가 있다. 넷째, 다빈도 상병 및 내부역량 분석을 통한 병원별 특화 분야 선정과 급성기 진료 역량을 강화해야 한다. 다섯째, 장기요양환자 특성을 고려한 관리체계를 구축해야 한다. 여섯째, 공단의 정책과 유기적으로 연계될 수 있는 정책 및 연구 기능을 강화해야 한다. 일곱째, 재해근로자의 직업 및 사회복귀를 위한 집중재활치료 역량 강화와 산재의료재활 표준화 노력이 필요하다.

1 머리말

근로복지공단 직영병원은 민간병원과의 불필요한 경쟁을 피하고 산재병원 본연의 역할과 기능을 수행하고자 산재환자 중심의 진료 제공 및 산재의료의 질 향상에 기여하고자 노력하였다. 그러나 공단 직영병원은 다양한 이해와 가치를 가진 이해당사자들 사이에서 병원의 성과와 병원이 창출하는 가치에 대해 부정적 평가가 존재하며, 보험자병원으로서 공단 직영병원을 어떻게 활용해야 하는지에 대한 구체적인 방안이 부족하다.

또한 산재환자의 진료 및 요양에 있어 산재직영병원이 보험자 병원으로서 중추적 기능을 수행해야 함에도 불구하고 진료전문화, 특성화가 이루어지지 못하여 본연의 역할을 담당하지 못하고 있다는 지적이 있다(임배만, 2013). 이에 본 연구에서는 보험자병원인 공단 직영병원이 담당해야 하는 역할에 대해 기존의 관념적이고 추상적인 차원에서 보다 구체적으로 산재보험제도 발전을 위해 공단 직영병원이 해야 할 업무가 무엇인지 제시하고자 한다. 또한 공단 직영병원에서 현재 수행되고 있는 보험자병원으로서의 역할 및 특성을 살펴보고 타 보험자병원 및 민간병원과의 비교를 통하여 보험자병원으로서 공단 직영병원의 역할에 대한 시사점을 도출하고자 한다.

2

공단 직영병원의 설립취지와 경영환경

사전적으로 보험자는 보험을 제공하는 주체를 의미하고 있으며, 이러한 보험자가 직접 운영하는 병원을 보험자병원으로 칭할 수 있다. 우리나라의 경우 국민건강보험공단에서 운영하는 일산병원, 보훈공단에서 운영하는 보훈병원 외에도 경찰병원, 군병원 등을 보험자병원이라고 할 수 있으며, 근로복지공단 병원 역시 산재보험의 보험자인 근로복지공단에서 운영하는 보험자병원으로 분류할 수 있다.

공단 직영병원의 설립목적은 산업재해보상보험법에서 찾을 수 있다. 산재보험법은 제1조(목적)에서 근로자의 업무상 재해를 신속하고 공정하게 보상하며, 재해근로자의 사회 복귀를 촉진하기 위하여 보험시설을 설치·운영하도록 규정하고 있으며, 동법 제11조(공단의 사업)에서 산재보험 시설의 설치·운영을 통하여 업무상 재해를 입은 근로자 등의 진료·요양 및 재활, 재활보고기구의 연구개발·검정 및 보급, 보험급여 결정 및 지급을 위한 업무상 질병 관련 연구, 근로자 등의 건강을 유지·증진하기 위하여 필요한 건강진단 등 예방 사업을 수행하도록 하고 있다. 또한 업무상 재해를 입은 근로자의 원활한 사회 복귀를 촉진하기 위한 보험시설로서 요양이나 외과 후 처치에 관한 시설과 의료재활이나 직업재활에 관한 시설을 규정하고 있다(동법 제92조).

근로복지공단은 근로자의 질병예방, 치료, 재활을 통해 산재근로자의 조속한 직업·사회복귀를 지원하기 위해 전국의 10개 직영병원을 운영하고 있다. 이들 직영병원은 산재환자 요양서비스, 재활서비스를 비롯하여, 건강진단, 보건대행, 환경측정 등 산업보건사업 등의 활동들을 수행하고 있다. 직영병원은 2012년까지 총 8개 재활전문센터를 설치하여 운영 중에 있으며, 재활전문센터는 각 센터별로 차이가 있으나 물리치료실, 운동치료실, 작업치료실, 임상심리치료실 등의 시설을 운영 중이다. 직영병원의 최근 3년간 진료실적은 <표 1>와 같다. 일평균 입원환자 수 및 외래환자 수는 꾸준한 증가추세를 보이고 있으나 입원환자의 산재환자 점유율은 점차 감소하고 있는 추세이다. 2015년 기준 전체 산재 환자 수 37,059명 중 3,756명이 직영병원을 이용(입원 22.1%, 외래 6.1%)하였다. 2015년 기준 전체 입원환자 중 산재환자 점유율 50.8%(입원환자 65.6%, 외래환자 35.7%)였으며, 최근 5년간 전체 환자 중 산재환자의 점유율은

50% 수준에서 큰 변화가 없었다. 2015년 기준 전국 진폐환자 대비 직영병원의 진폐환자 점유율은 44.2%였다. 전체 병원의 2년 이상 요양환자 비율은 2015년 기준 21.9%였고, 직영병원의 2년 이상 장기요양환자 비율은 67.6%였다.

〈표 1〉 최근 3년간공단 직영병원 진료 실적

(단위: 명, 연명, %)

	구분	2015년			2014년			2013년		
		환자수	산재환자	점유율	환자수	산재환자	점유율	환자수	산재환자	점유율
일평균	입원	2,924	1,917	65.6	2,902	1,948	67.1	2,711	1,876	69.2
	외래	4,180	1,493	35.7	4,014	1,397	34.8	3,765	1,256	33.4
연간	입원	1,067,124	699,682	65.6	1,059,152	710,990	67.1	989,768	684,562	69.2
	외래	1,040,822	371,829	35.7	991,449	345,096	34.8	937,632	313,102	33.4

※ 주: 한방진료실적은 제외 ※ 출처: 근로복지공단 내부자료

또한 직영병원은 응급의료에 관한 법률에 따라 직영병원 중 재활전문병원인 대구병원, 요양기관인 경기요양병원을 제외한 8개소에서 응급의료기관을 운영하고 있다. 공단 직영병원의 응급실 진료인원은 2015년 51,074명, 입원을 20%, 전원을 2.9%로 전원 사유는 상급의료기관 전문응급의료 필요(69.2%), 환자 또는 보호자 사정(9.6%), 응급수술 또는 처치 불가(9.1%) 등이었고, 산재환자 비율은 3.5%였다. 강원권의 경우 응급의료 취약지역으로, 태백병원이 위치하고 있는 강원도 태백시에는 태백병원이 유일하게 응급의료기관으로 지정되어 있었고, 동해병원이 위치하고 있는 동해시와 정선병원이 위치하고 있는 정선군 역시 공단 직영병원이 유일하게 운영되고 있는 응급의료기관이다. 보건복지부는 매년 응급의료기관을 대상으로 평가를 실시하고, 결과에 따라 응급의료기금을 차등지급하고 있다. 최근 실시된 평가에서 순천, 정선병원, 태백병원의 경우 평가지표에 미달하여 미충족 의료기관으로 평가되었으나, 정선병원과 태백병원은 취약지역 응급의료기관으로 분류되어 별도의 지원금을 수령할 수 있게 되었다. 미충족 요인은 주로 인력에 대한 것으로, 순천병원과 정선병원은 외래 진료과장 응급실 겸직이었고, 태백의 경우 인턴의 병동, 응급실 등 순환근무로, 대부분 지리적 여건 등 근무환경 때문에 의사 수급에 어려움을 겪고 있다.

3 국외 보험자병원 운영 사례

해외의 경우 보험자병원은 소유·운영의 주체와 의료공급자의 위상에 따라 각 국가별로 보험자병원의 유형이 구분되며 이 유형에 따라 보험자병원의 기능 및 역할 수행 정도에 차이가 있다. 보험자병원의 유형은 아래 <표 2>과 같이 정리해볼 수 있다.

A유형에는 미국과 호주가 해당된다. 미국의 HMO (Health Maintenance Organization)는 가입자, 보험자(주로 민간)간 자발적 계약 관계에 의한 건강보험 제도(상품)를 제공한다. HMO는 의료제공 시 공급자(병원과 의사)의 연결체 역할을 하며 정해진 기간 동안 사전지불제도를 활용한다. HMO의 유형은 Staff model, Group model, Net-work model이 있다. Staff model은 의사가 봉직의로 HMO 시설에서 HMO 환자만 진료하는 것인데 초기에는 보편적이었으나 현재는 이 유형이 없다. Group model은 HMO가 다양한 전문의로 구성된 집단개업의(group practice)와 계약, 개별 의사는 group practice에 고용된다. Net-work model은 HMO가 개별 의사 그룹 또는 개별 의사와 계약하는 것인데 현재 보편적인 추세이다. HMO는 Net-work model을 활용하여 보험재정 절감, 의료접근성 향상을 위한 자료 축적과 managed care 등 관련 제도를 개발하고 운영한다.

B 유형은 공공병원, 일반병원으로서의 기능과 역할은 강하나 보험자병원으로서의 기능 및 역할은 약하다. B 유형인 이스라엘은 4개의 HMO (Health Maintenance Organization)가 보험자 역할을 담당하고 1차 의료기관을 직접 운영한다. 국민에게 보험자 선택권이 있어 4개의 공보험자는 경쟁하는 체제이며, 보험자를 바꿀 권리는 1년에 한번 주어진다(이규식 외, 2010). 가정의 등 1차 의료기관은 HMO가 직접 운영하고 2, 3차 병원급은 대부분 정부가 소유·운영하여, 보험자가 소유하고 있는 1차 의료기관은 의료공급에서 보완적인 위치에 있다. 병원 중 일부는 HMO가 소유·운영하며, 전반적으로 1차 의료는 HMO가, 병원 의료는 정부가 주축이 되어 운영한다.

근로복지공단 직영병원의 경우 보험자가 10개의 병원을 소유하고 운영하며 이 병원들은 산재의료공급의 보완적 위치를 담당하고 있다. 이는 외국의 보험자병원 유형 B(보험자병원 기능: 약, 공공병원 기능: 강, 일반병원 기능: 강)에 해당하며, 이런 유형의 보험자병원은 3가지

기능에 대하여 보완적 역할을 수행한다.

C 유형은 공공병원, 일반병원으로서 기능과 역할은 강하지만 보험자병원으로서의 기능과 역할은 약하다. C 유형에는 독일, 일본, 대만이 해당한다. 독일은 산재보험조합이 소유하고 운영하는 보험자병원이 13개 있으며, 이들은 작업장 사고로 인한 외상치료 전문병원이다. 산재보험조합은 업종별 및 지역별로 조직된 동업조합인 산재보험조합에 의하여 자치적으로 운영되며, 국가는 주요 업무사항에 대해 감독권만 갖고 있다(김진수 외, 2010).

〈표 2〉 보험자병원의 유형

유형	소유 및 운영자	의료공급자 위상	기능 및 역할 수행정도			사례
			보험자병원	공공병원	일반병원	
A	보험자 소유·운영 (NHI 및 PHI)	의료공급 주축	강	강 약(HMO)	강 약(HMO)	호주 미국
B	보험자 소유·운영 (NHI)	의료공급 보완	약	강	강	이스라엘
C	보험자 소유·운영 (SHI)	의료공급 보완	약	강	강	독일 일본 대만
D	정부 위탁·운영 (SHI)	의료공급 보완	약	강	강	일본

※주: NHI (National Health Insurance), SHI (Social Health Insurance), HMO (Health Maintenance Organization)

※출처: 이신호 등, 2013

또한 보험자병원의 역할은 보험재정 조달 방식과 의료공급 주체에 따라 보험자병원의 기능과 역할에 차이가 있다. 보험재정 조달과 의료공급 주체가 공공인 경우, 보험자병원은 3가지 주요 역할을 수행하며, 보험재정 조달은 공공인 반면 의료공급 주체가 민간인 경우에는 보험자병원은 3가지 역할에 대해 보완적 역할을 수행한다. 그리고 보험재정 조달과 의료공급 주체가 민간인 경우, 보험자병원은 민간보험자 조직의 일부로서 기능한다. 이를 종합해보면, 보험자병원은 소유와 운영의 주체, 의료공급자로서의 위상 그리고 보험재정 조달 및 의료공급 주체에 따라 수행하는 기능과 역할에 차이가 있다.

〈표 3〉 보험자병원의 기능

보험재정 조달	의료공급 주체	보험자병원
공공	공공	3가지 기능 주축적
공공	민간	3가지 기능 보완적
민간	민간	민간보험자 조직의 일부

※주: 3가지 기능이라 함은 보험자병원의 기능, 공공병원의 기능, 일반병원의 기능
 ※출처: 이신호 등, 2013

4 공단 직영병원 및 지정병원 환자 특성 분석

1) 산재발생 현황 및 산재환자 특성

최근 5년간 산재보험 적용근로자수는 계속적으로 증가하나 재해자수 및 재해율은 감소하는 추세이며, 재해자수의 감소에도 불구하고 4일 이상의 요양을 필요로 하는 요양환자 수는 최근 증가하는 추세이다. 진폐환자의 경우 약 3천여명 정도로 소폭 감소하고 있다. 업종별로는 기타의 사업(33.0%), 제조업(30.0%), 건설업(27.9%)에서의 발생비율이 총 93.8%로 산재발생의 대부분을 차지하고 있었고, 사업장 규모별로는 5~49인 사업장의 산재발생률은 48.5%로 가장 높았으며, 2013년 이후 60세 이상 근로자의 산업재해 발생률이 점차 증가하는 추세이다. 요양기간이 2년 이상인 산재환자의 비율은 21.9%였다(2015년 기준).

최근 5년간 사고로 인한 산재환자 수는 감소하나, 업무상질병으로 인한 산재발생은 꾸준히 증가하고 있으며, 2015년 기준 근골격계 질환으로 인한 업무상질병 산재환자 수는 5,213명으로 전체 업무상질병 산재환자수의 65.8%를 차지하고 있었다. 재해유형은 넘어짐(15,632명), 떨어짐(14,126명), 끼임(13,467명) 등으로 인한 산재발생 비율이 높았다. 업무상질병의 재해 발생현황을 사업장 규모별로 구분하면, 제조업에서 발생한 업무상질병의 발생비율이 42.2%로 가장 높았다. 성별로는 남성이 81.7%(5,570명), 여성이 18.3%(1,250명)이었고, 연령별로는 60세 이상이

20.9%(1,427명), 55세~59세가 16.0%(1,091명), 50세~54세 14.4%(979명)순으로 연령이 높을수록 업무상질병 비율이 높았다. 업무상질병 중 발생비율이 가장 높은 근골격계질환 환자의 경우 전체 5,174명의 근골격계질환 산재환자 중 사고성 요통 환자가 39.9%(2,065명), 신체부담작업 환자가 35.8%(1,853명)으로 대부분을 차지하고 있었다.

2) 직영병원과 지정병원의 요양환자 특성 비교 분석

2015년도 요양중이거나 요양 종결된 44,413건 중 데이터클리닝 작업을 거친 최종 38,386건(지정병원 요양환자 35,194명, 직영병원 요양환자 3,192명)을 분석에 활용하였다. 일반적 특성을 살펴보면, 산재지정병원 환자군에서는 50~60세 미만의 비율이 가장 높았고, 직영병원 환자군에서는 70세 이상의 비율이 가장 높았다. 재해당시 연령의 경우 두 군 모두 50~60세 미만의 비율이 가장 높게 나타났다. 직종별로는 지정병원 및 직영병원 요양환자 모두 기능원 등 또는 단순노무종사자의 비율이 높았다. 사업장 규모별로는 30인 미만 사업장에 근무하는 근로자의 비율이 과반수이상이었다. 평균임금대별로는 지정병원 요양환자의 경우 평균임금이 44,640원에서 10만원 미만인 근로자의 비율이 높았고, 직영병원 요양환자의 경우 평균임금이 10만원에서 20만원 미만인 근로자의 비율이 높았다.

요양 관련 특성을 보면, 지정병원과 직영병원 요양환자 모두 요양상태가 미종결인 비율이 높았고, 지정병원 요양환자의 경우 재해발생 형태가 사고성인 비율이 높았으나 직영병원 요양환자의 경우 질병으로 인한 요양의 비율이 높았다. 상해부위 별로는 지정병원 요양환자는 손, 손가락, 발, 발가락의 비율이 30.06%로 가장 높았고, 직영병원 요양환자의 경우 호흡기관(2.54%)의 비율이 높았다.

진폐환자 2,374명을 제외하면 직영병원 요양환자 중 질병성 환자 비율은 42.89%에서 15.59%로 감소하고, 상해부위는 목, 가슴, 등, 허리, 엉덩이(36.4%), 두부(26.87%), 팔, 다리(20.51%) 순으로 많았다. 상병개수가 1개인 비율이 32.33%에서 12.44%로 감소한 것으로 보아 진폐환자의 경우 승인상병수가 1개인 경우가 많았다. 수술환자 930명의 수술 의료기관은 지정병원 요양환자의 경우 지정병원 중 상급종합병원(33.12%), 지정병원 중 종합병원급(30.65%)의 비율이 높았고, 직영병원에서 수술을 실시한 비율은 0.22%(2명)였다. 직영병원 요양환자의 경우에도 지정병원

중 상급종합병원급 또는 종합병원급에서 수술을 받은 비율이 높았고, 직영병원에서 수술을 실시한 경우는 1.4%(13명)였다.

현재 입원중인 근로자의 비율은 26.35%로 지정병원 요양환자의 현재 입원환자 비율은 23.83%였고, 직영병원 요양환자는 54.23%였다. 현재 요양 중인 의료기관이 최초요양기관인 비율은 지정병원의 경우 56.04%였으나, 직영병원의 경우에는 11.31%로, 직영병원의 경우에는 전체 대상자의 88.69%가 전원환자로 전원환자 비율이 매우 높았다. 지정병원 요양환자의 65.4%는 요양기간이 6개월 미만이었으며, 2년 이상인 비율이 11.5%였다. 직영병원의 경우에는 요양기간이 10년 이상인 산재환자의 비율이 32.1%로 가장 많았고, 5년에서 10년 미만인 환자도 18.8%였다. 요양기간이 6개월 미만인 환자의 비율은 13.1%였다.

현재 연령대별 요양기간은 지정병원 요양환자의 평균 요양기간은 485일로, 70세 이상 산재환자의 평균 요양기간이 1,756일로 가장 길었고, 연령군 중 가장 비율이 높은 50세에서 60세 미만 환자의 평균 요양기간은 363일이었다. 직영병원 요양환자의 가장 많은 비율을 차지하고 있는 연령군이 70세 이상이었으며, 이들의 평균 요양기간은 3,642일이었다.

상해부위별 요양기간은 지정병원의 경우 호흡기관 환자들의 요양기간이 3,340일로 가장 길었고, 순환기관(1,882일), 신경계통(1,838일), 비뇨생식기관(1,376일) 순으로 요양기간이 길었다. 직영병원은 비뇨생식기관 및 소화기관 환자의 요양기간이 가장 길었지만 이에 해당하는 산재환자가 각각 1명으로, 이를 제외하면 신경계통(4,941일), 호흡기관(3,644일), 가슴, 등(3,092일), 두부(두개골, 뇌, 두부)(3,053일) 환자들의 요양기간이 길었다.

3) 전체 산재환자와 직영병원 환자 특성 비교분석

(1) 인구사회학적 특성

전체 산재환자 특성과 본 연구에서 분석한공단 직영병원 환자 특성을 비교하여 직영병원 환자를 위한 특화된 의료서비스 제공에 시사점을 제공하고자 하였다. 최근 5년간 산재 환자 수는 감소 추세이지만, 요양 환자 수는 증가하고 있으며, 2015년 기준 입원 환자 수는 9,155명, 통원 환자 수는 27,910명이었다. 진폐 환자의 경우 소폭의 감소 추세를 보이고 있으며, 2015년

기준 37,065명의 요양환자 중 7.90%인 2,928명의 진폐 환자가 요양 중에 있었다.

전체 산업재해 환자들의 연령 분포를 보면, 산재환자 중 50세 미만의 환자가 2011년 53.6%에서 2015년 45.1%로 지속적으로 감소하는 경향을 보이고 있으나, 50세 이상의 산재환자 비율은 2011년 46.4%에서 2015년 54.9%로 증가하였다. 특히, 60세 이상 산재환자의 비율은 2011년 16.0%에서 2015년 22.2% 약 6.2%p 증가하였다. 직영병원에서 2015년 요양 중이거나 요양 종결된 환자 중 산재환자 3,192명의 특성을 살펴본 결과, 전체 산재환자 연령분포와 유사한 분포를 보였으나 50세 이상 연령군이 80.7%로 연령이 많은 환자가 직영병원에 더 많았다. 전체 산재환자 분포에서 50대는 32.7%였고 직영병원 산재환자 50대는 25.06%로, 직영병원에는 50대 환자보다 60세 이상인 환자가 더 많이 분포했다.

(2) 고용관련 특성

전체 산재환자의 사업장 규모별 산업재해 발생현황을 보면, 5~49인 사업장의 산재발생률은 48.5%로 가장 높았고, 5인 미만 사업장이 33.1%로 50인 미만 사업장의 전체 산업재해 발생률의 81.6%를 차지하고 있었다. 직영병원 산재환자의 사업장 규모별 분포 또한 유사하게 5~30인 미만이 25.1%로 가장 높았고, 5인 미만은 18.6%였다. 반면, 전체 산재환자 중 1,000인 이상 사업장에 속한 경우는 2.9%였으나 직영병원은 8.3%였으며, 300~1,000인 미만 사업장도 전체 산재환자는 2.8%였으나 직영병원은 19.0%로, 직영병원은 규모가 큰 사업장에서 일했던 근로자의 비중이 더 높았다.

전체 산재환자의 업종별 산업재해 발생 분포를 보면, 2015년 기준 기타의 사업(33.0%), 제조업(30.0%), 건설업(27.9%)에서의 발생비율이 총 93.8%로 산재발생의 대부분을 차지하고 있었다. 2013년도부터 기타의 사업으로 분류된 통상 서비스업으로 지칭되는 도·소매업, 보건 및 사업복지사업, 음식·숙박업 등이 포함되는 기타의 사업은 최근 3년간 가장 높은 산업재해 발생률을 보이고 있다. 직영병원의 경우 광업 종사자가 31.8%로 가장 많았으며 건설업 25.2%, 제조업 24.8%순이었고 기타 사업의 경우 13.3%였다. 직영병원에는 제조업과 건설업의 경우 전체 산재환자 분포와 유사하였으나 광업의 경우 매우 많았고, 기타 사업의 경우에는 전체 산재환자 분포보다 낮았다.

(3) 재해 관련 특성

전체 산재환자의 경우 산업재해 발생 원인이 사고로 기인한 비율은 소폭 감소하고 있지만 (2011년 92.2%에서 2015년 91.2%), 업무상질병으로 인한 산재발생 비율은 2015년 8.8%로 2011년 7.8%에 비해 1%p증가하였다. 2015년 재해발생의 91.2%는 사고, 8.8%는 업무상 질병으로 인한 것이었다. 직영병원 환자의 경우, 재해발생의 57.1%는 사고, 42.9%는 질병으로, 산재환자들의 재해발생 원인이 2015년 91.2%였던 것에 비해 질병으로 인한 산재환자의 요양비율이 높았으나, 이 중 진폐 환자를 제외하면 질병으로 인한 산재환자 비율이 15.6%였다. '15년 기준 전체 산재환자 중 진폐 환자는 14.2%였으므로, 직영병원에서 진폐 환자가 많이 요양 중인 것으로 나타났다. 또한 진폐를 제외하고도 전체 산재환자의 업무상 질병 분포는 8.8%, 직영병원 산재환자는 15.6%로, 직영병원이 업무상 질병으로 내원하는 환자가 더 많았다.

2015년 전체 산재환자의 질병 종류는 요통 36.5%, 신체부담작업 27.5%, 진폐 14.2%, 뇌심혈관 질환 8.0% 순으로 많이 발생했다. 업무상질병 환자를 제외한 재해유형은 넘어짐 17.3%, 떨어짐 15.7%, 끼임 14.9% 순으로 많이 발생하였다. 상병코드로는 S82(발목을 포함한 아래다리의 골절) 7.6%(2,932명), S92(발목을 제외한 발의 골절) 7.3%(2,793명), S62(손목 및 손부위에서의 골절) 6.9%(2,657명), S52(아래팔의 골절) 6.0%(2,294명)등이 많았으며, 상위 4개 상병코드가 모두 손상으로 인한 상병이었다. 최초요양 시 승인된 주상병을 기준으로 한 상해부위는 손, 손가락(21.1%, 8,098명), 다리(15.7%, 6,038명), 팔(12.3%, 4,704명), 발, 발가락(9.5%, 3,646명), 허리(9.4%, 3,590명), 두부(두개골, 뇌, 두부)(9.4%, 3,599명) 순이었으며, 상위 6개 상해부위가 전체 산재발생의 77.4%를 차지하고 있었다. 직영병원의 상해부위 또한 진폐를 제외하면 두부(18.3%), 등, 허리 등(26.7%)이 많았다. 직영병원의 상병코드별로는 J60(탄광부 진폐증) 32.0%, S06(머리내 손상) 7.5%, S32(허리뼈 및 골반의 골절) 6.9%, S22(갈비뼈, 복장뼈 및 등뼈의 골절) 5.6% 순으로 많았다.

전체 산재환자와 직영병원 환자의 상해부위를 비교해보면, 전체 산재 환자의 손, 손가락, 발, 발가락 상해 분포는 30.6%였으나 직영병원은 6.48%로 낮았다. 팔, 다리의 경우에도 전체 산재환자 분포는 28%인 반면 직영병원은 13.9%로 더 낮았다. 두부(두개골, 뇌, 두부)의 경우에는 전체 산재환자 분포(9.4%)보다 직영병원(18.3%)이 더 많았다.

(4) 요양 관련 특성

2015년 기준 전체 산재환자의 요양기간은 6개월 미만 요양환자의 비율이 전체의 53.1%로 절반 정도이며, 요양기간이 6개월에서 1년 사이인 요양환자의 비율도 16.8%였다. 2년 이상의 요양환자는 21.9%였다. 한편, 수술을 받은 산재환자는 2.4%(930명)이었고, 이 중 직영병원에 수술을 받은 환자는 19.0%(177명)였다. 전체 산재환자 중 10년 이상 요양한 사람은 10.2%인 반면 직영병원 환자는 10년 이상인 산재환자의 비율이 32.1%였다. 5년 이상 10년 미만 요양한 경우도 전체 환자는 5.5%인 반면 직영병원 환자는 18.8%였다. 전체 산재환자의 53.1%가 6개월 미만 요양 환자였으나 직영병원 산재환자의 경우는 6개월 미만 요양 환자가 13.1%로, 직영병원의 경우 장기 환자가 차지하는 비중이 상당히 높음을 알 수 있다.

직영병원이 최초요양기관인 산재환자는 11.3%(361명)로 88.7%(2,831명)의 산재환자들은 전원을 통해공단 직영병원에서 요양 중이거나 요양종결된 것으로 나타났다. 재요양 경험이 있는 산재환자의 비율도 26.1%로, 전체 산재환자의 재요양 경험비율이 2.1%인 것에 비해 높은 비율을 보였다. 평균 요양기간은 2,681일이었으며, 진폐 환자를 제외하면 평균 요양기간이 2,247일로, 전체 산재환자의 평균 요양기간인 478일에 비해 약 5배 정도 길었다. 상해부위별로는 호흡기관(3,645일), 두부(두개골, 뇌, 두부)(3,053일), 가슴, 등(3,092일), 허리(2,840일), 목(2,829일) 등의 요양기간이 긴 것으로 나타났다.

최초요양기관 종별 분포를 보면, 현재공단 직영병원에서 요양 중인 환자의 33.1%(1,052명)가 지정병원 중 종합병원급에서 최초 요양을 받았고, 20.3%(646명)는 지정병원 중 상급종합병원급에서 요양을 받은 것으로 나타났다. 2015년 기준공단 직영병원에서 요양 중이나 요양종결 산재환자 중공단 직영병원에서 최초요양을 받은 산재환자의 비율은 31.1%(987명)로 이 중 653명의 환자가 직영병원 중 종합병원급(창원, 안산, 순천, 태백, 대전, 인천)에서 최초 요양을 받은 것으로 나타났다.

이와 같은 결과는공단 직영병원의 경우 상급종합병원이 없어서 급성기 치료가 어려운 경우가 발생할 수 있으며, 종합병원급에서도 급성기 치료보다는 아급성기 또는 재활치료를 중심으로 운영되고 있기 때문이다. 무엇보다 지리적 여건 상 강원도를 제외하면 인천, 안산, 대전, 순천, 창원 지역의 산재환자들만공단 직영병원으로 최초 이송이 가능하다.

공단 직영병원의 조직 운영 목표와 선행연구를 통하여 정리한 공단 직영병원이 보험자병원으로서 수행해야 할 역할과 기능은 주로 네 가지 영역이다. 이것은 첫째, 재해근로자의 재활 및 사회복귀를 위한 산재 의료 제공, 둘째, 산재보험 발전을 위한 모델병원 기능, 셋째, 지역주민의 진료를 담당하는 일반 병원으로의 기능, 넷째, 민간병원과 차별화된 공공성을 갖춘 공공병원으로의 기능이다.

직영병원의 첫 번째 보험자병원 역할은 ‘재해근로자의 재활 및 사회 복귀 촉진’이라는 설립목적에 맞게 산재환자를 치료하고 완치 후 원활한 사회 복귀를 목적으로 포괄적인 서비스를 제공하는 것이다. 이를 위하여 직영병원에서는 산재환자 치료와 더불어 재활 분야에 많은 투자를 하고 있다. 산재환자에게 의료재활 및 직업재활서비스 연계를 강화하여 최근 5년간 전문재활치료는 연평균 18.9% 증가하였다. 하지만 직영병원의 산재환자 점유율은 2015년 48.0%로 전년대비 0.4%p 감소하였다.

직영병원의 두 번째 보험자병원 역할은 산재보험 발전을 위한 모델병원으로서 표준화된 양질의 산재의료서비스를 개발하고 보험자에게 유용한 정보제공을 위한 연구를 수행하는 것이다. 보험자들은 병원을 직접 운영함으로써 병원 정보를 획득하고 민간병원 파업 등 유사시에도 의료서비스를 제공할 수 있는 안전망을 구축하게 된다. 또한 질병예방, 건강관리 활동을 적극적으로 수행한다면 요양급여 지출과 보험료를 경감시킬 수 있다. 일산병원 연구소의 경우 병원의 진료결과를 활용한 통합적인 보건의료정책을 연구하고자 직영 연구소를 설립하여, 건강보험 정책연구, 건강보험 수가 및 요양급여 등의 연구를 수행하고 있다. 그러나 직영병원은 지금까지 진료기능만을 충실하게 수행하였다. 재활공학 및 직업성 폐질환 연구 등 일부 연구 기능을 수행하였지만 특정 분야의 임상연구만을 수행하였기 때문에 보험자병원으로서의 정책의료연구 기능은 미흡하였다(윤상철 등, 2011).

직영병원의 세 번째 보험자병원 역할은 지역주민을 위한 일반병원으로서의 기능이다. 직영병원은 10개 병원이 위치하고 있는 지역주민에게 일반병원으로서의 기능을 하고 있으며 응급의료가 취약한 강원권의 경우 응급의료기관으로서 역할을 하고 있다. 태백병원의 경우

지역에 유일한 종합병원으로 지역주민에게 응급의료, 중증환자 진료 등 거점병원으로서 역할을 수행하고 있다. 정선병원의 경우에도 정선지역의 유일한 병원급 의료기관이며 외래 응급기능이 확충되어 있어 지역 주민들이 내원하고 있다. 그러나 직영병원은 산재의료기관 특성상 지역주민에게 선호도가 떨어지는 측면이 있어, 지역주민을 대상으로 한 마케팅, 홍보활동 강화가 필요하다는 의견이 있었다(임배만 등, 2014).

직영병원의 네 번째 보험자병원 역할은 공공병원으로서의 기능이다. 직영병원은 공공보건 의료에 관한 법률에 따라 공공보건의료계획을 수립하고, 2016년 심의 결과에서 직영병원 10개소 모두 '적합' 판정을 받았다. 또한 각 병원별로 취약계층 의료서비스 지원, 지역주민 보건교육, 공공보건의료 인력에 대한 교육 훈련 강화 등의 노력을 하고 있었다. 하지만 보건복지부에서 매년 평가하는 응급의료기관의 역할 수행에서 공단 직영병원 중 3개소가 평가에 미달하였는데, 지리적 여건 등으로 인한 의료인력 수급에 어려움이 있었다.

본 연구에서는 공단 직영병원과 산재지정병원의 요양환자 특성을 비교 분석하고, 전체 산재환자 특성과 본 연구에서 분석한 공단 직영병원 환자 특성을 비교 분석하였다. 이 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 전체 산재환자 중 50세 미만 환자는 감소하고 있으며 50세 이상 환자는 증가 추세이고, 직영병원에는 50대 환자보다 60세 이상인 환자가 더 많이 분포했다. 산재지정병원에는 50대 환자가 32.5%로 가장 많았으며 직영병원은 60세 이상 환자가 절반이상(55.6%)이었다.

둘째, 재해당시 연령은 직영병원과 지정병원 모두 50대가 가장 많았으며, 외국인 산재환자의 경우 직영병원보다 지정병원에서 요양하는 경우가 더 많았다. 외국인 환자의 비율은 지정병원의 경우 6.6%, 직영병원은 2.5%였다.

셋째, 사업장 규모의 경우 전체 산재환자와 직영병원 모두 50인 이하의 소규모 사업장 분포가 높았고, 직영병원은 지정병원보다 규모가 큰 사업장에서 일했던 근로자의 비중이 더 높았다.

넷째, 평균임금의 경우 지정병원에 비해 직영병원 요양환자가 평균임금이 더 높은 근로자의 비율이 높았다. 지정병원은 44,640원²⁾~10만원 미만인 근로자의 비율이 46.0%로 가장 높았고, 직영병원은 10만원~20만원 미만인 근로자의 비율이 56.5%로 가장 높았다.

2) 2015년도 고용노동부에서 고시된 최저임금 5,580원을 기준으로 함

다섯째, 산재환자의 업종별 산업재해 발생 분포를 보면, 직영병원에는 제조업과 건설업의 경우 전체 산재환자 분포와 유사하였으나 광업 종사자가 많았고, 기타 사업의 경우에는 전체 산재환자 분포보다 낮았다. ‘기타 사업’은 통상 서비스업으로 지칭되는 도·소매업, 보건 및 사업복지사업, 음식·숙박업 등이 포함되며 최근 3년간 전체 산재환자에서 가장 높은 산업재해 발생률(33.0%)을 보이고 있다.

여섯째, 직영병원에는 진폐 환자가 많이 요양하며, 전체 산재환자 분포와 비교하여 불 때 직영병원이 업무상 질병으로 내원하는 환자가 더 많았다. 진폐를 제외한 전체 산재환자의 업무상 질병 분포는 8.8%, 직영병원 산재환자는 15.6%였다.

일곱째, 직영병원의 경우 장기 요양환자가 차지하는 비율이 높았으며, 직영병원이 최초요양인 경우보다 전원된 경우가 훨씬 많았다. 2년 이상 장기요양 환자 비율은 2015년 기준 전체 산재환자의 21.9%였으나 직영병원의 경우 64.0%였다. 최초요양기관 중별 분포를 보면, 현재 공단 직영병원에서 요양 중인 환자의 20.3%는 지정병원 중 상급종합병원급에서, 33.1%는 지정병원 중 종합병원급에서 최초 요양한 것으로 나타났다. 2015년 기준 직영병원에서 요양 중이나 요양 종결한 산재환자 중 직영병원에서 최초 요양한 산재환자는 31.1%로 이 중 66.2%의 환자가 직영병원 중 종합병원급(창원, 안산, 순천, 태백, 대전, 인천)을 이용하였다.

이와 같은 연구 결과를 통하여 도출된 근로복지공단 직영병원의 보험자병원 역할 강화 방안은 다음과 같다.

직영병원 본연의 역할인 재해근로자의 조속한 직업·사회복귀를 위해 집중재활치료 역량을 강화해야 할 것이다. 미국, 일본, 호주 등은 아급성기 재활의료기관을 통해 재활의학과 전문의를 중심으로 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 사례관리자 등 전문가가 협력하는 팀접근을 바탕으로 1일 3시간 이상의 집중재활치료를 제공한다(신형익 등, 2014). 직영병원의 경우에도 재활전문센터 활성화를 위해 노력하고 있으나 산재의료재활 표준화 미비, 집중재활치료를 위한 수가체계 부족, 통합의료재활서비스 적용대상 부족 등의 문제가 제기되었다(윤조덕 등, 2009; 윤상철 등, 2011; 임배만 등, 2014).

때문에 직영병원의 연구역량을 강화하여 임상데이터에 근거한 산재의료재활 표준화 노력이 필요하며, 다발성 질환과 중복장애가 많고 치료 목표가 사회복귀인 산재의 특성을 고려하여 신규 재활수가 개발 및 확대가 필요하다. 박중현 등(2013)의 연구에서도 시범 재활수가 효과성

분석 연구결과 집중재활치료를 받은 환자가 일반 재활치료를 받은 환자에 비해 직업복귀율, 평균요양일수 등에서 좋은 성과를 보이는 것으로 나타났다. 따라서 재활수가 개발 및 효과성 분석 연구를 활성화하여 산재환자에게 중증도에 따른 재활프로그램을 제공해야 할 것이다.

한편 의료재활 프로그램은 직업재활 및 사회재활 서비스와 연계되어야 한다. 현재 직영병원에서 산재환자에게 의료, 사회심리, 직업재활을 통합 제공하고 있으나 적용 대상이 한정적이므로 향후 통합의료재활서비스의 적용범위를 확대해야 한다. 또한 병원 내에서 일상생활 동작 훈련을 수행할 수 있는 ADL(activities of daily living) 훈련시설 및 장비를 확보하고 일상생활 동작훈련 프로그램을 개발해야 한다.

직영병원은 산재의료 제공에 있어 의료의 사각지대가 발생하지 않도록 산재 관련 상병의 변화 추이를 파악하여 산재의료의 선도적 역할을 수행하여야 한다. 진폐 환자의 경우 기존 환자 고령화에 따른 사망자 증가와 산업구조의 변화로 신규 환자의 규모는 지속적으로 감소하고 있다. 그러나 재무구조가 취약한 소규모 진폐 의료기관 폐업과 만성 폐쇄성 폐질환³⁾(chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 진단 활성화로 인해 전국 진폐 환자 감소 추세에 비해 직영병원 감소 추세는 다소 둔화될 것으로 예상된다. 직영병원의 COPD 진단 실적은 '14년 445명에서 '15년 763명으로 71.5% 증가하였다. 때문에 직영병원의 진폐 환자 진료노하우를 활용하여 전원환자, 진폐 후유 환자, 만성 폐쇄성 폐질환 환자 유입에 대비하여야 한다. 또한 진폐 환자 수요에 대한 지속적인 모니터링이 이루어져야 할 것이다.

또한 전체 산재환자 분포에 비해 직영병원 내원이 적은 환자군을 대상으로 한 면밀한 분석을 통해 산재의료 사각지대가 발생하지 않도록 대응책을 마련할 필요가 있다. 업종별 산재 분포에서 전체 산재환자의 가장 높은 비중(33.0%)을 차지하는 '기타 사업'⁴⁾의 경우 직영병원 분포는 13.3%에 불과했다. 또한 사업장 규모가 5인 미만, 5~30인 미만인 경우에도 직영병원보다 산재지정병원을 이용하는 경우가 더 많았다. 이는 직영병원의 급성기 치료역량 부족 및 진료권 문제일 가능성이 있으나 면밀한 원인 분석이 필요하며, 소규모 사업장 대상 홍보 등의 노력을 기울일 필요가 있다.

3) 2014년 5월부터 만성 폐쇄성 폐질환을 산재보험법에서 산재로 승인하기 시작하였다. 2013. 7. 1. 산재법 시행규칙 개정 시 장기간·고농도의 석탄·암석 분진, 카드뮴흡 등 노출되어 발생한 만성 폐쇄성 폐질환을 업무상 질병으로 인정하여 산재 치료와 보상을 받을 수 있게 되었다.

4) '기타 사업'은 통상 서비스업으로 지칭되는 도·소매업, 보건 및 사업복지사업, 음식·숙박업 등이 포함된다.

직영병원과 지정병원 산재환자 특성 분석 결과, 수술환자의 경우 대부분의 환자들이 민간 산재지정병원 중 상급종합병원 또는 종합병원에서 수술하였고, 수술 경험이 없는 환자에 비해 수술한 환자가 직영병원을 선택할 교차비는 2.09로 지정병원에서 수술한 후 직영병원에서 요양하는 것으로 나타났다. 현재공단 직영병원은 급성기 진료기능 약화로 산재발생 초기단계인 중증, 급성기 환자 유입이 적고 장기요양 등 저수익 구조 진료에 편중되어 있다.

또한 산재환자의 직영병원 선택 결정요인 분석결과, 기타 상해부위에 비해 손, 손가락, 발, 발가락이 상해부위인 경우 교차비 0.32로 직영병원 선호도가 낮아서 미세접합 등 급성기 수술치료 역량이 부족함을 알 수 있었다. 중증, 고난이도, 복합 상병 특성을 가진 산재환자에게 적절한 의료서비스를 제공하기 위해서는 전문적이고 다양한 수술이 가능해야 한다(윤상철 등, 2011). 때문에 산재 다빈도 상병을 중심으로 급성기 치료 역량을 강화해나갈 필요가 있다. 각 직영병원별로 내부역량 분석을 통해 진료과 특화 영역을 선정하여 특화센터를 운영하는 것이 효율적이다.

전체 산재환자 분포를 보면 50세 이상 산재환자가 증가 추세이며 직영병원에는 산재지정병원보다 60세 이상 환자가 많았고 연령이 증가할수록 직영병원 선호도가 높게 나타났다. 이러한 산재환자 고령화 추세를 반영하여 고령 환자를 위한 노인 진료과 강화, 가정간호서비스 활성화, 노인진료 관련 교육 강화 등의 특화된 서비스를 제공할 필요가 있다.

외국인 산재환자가 직영병원보다 산재지정병원에서 요양하는 경우가 더 많았는데, 외국인 환자 유치를 위해 통역서비스, 외국인 근로자 대상 교육 및 홍보 등의 노력을 기울일 필요가 있다. 외국인 근로자수는 꾸준히 증가 추세로 2016년 5월 142만 5,000명이었으며 이는 2015년 5월에 비해 1.7% 증가한 것이다(통계청, 2016). 이와 같이 외국인 산재 환자의 의료서비스 수요가 증가하고 있으며, 외국인 근로자에 대한 산재 의료서비스 제공은 직영병원의 보험자병원으로서의 역할이므로 이를 대비하기 위한 준비가 필요하다.

외국인 근로자 지원센터와의 협력 구축, 산재신청 편의를 위한 서비스 제공 등이 필요하며, 외국인 근로자가 진료를 받을 때 뿐 아니라 산재보상 담당자와 원활한 의사소통을 할 수 있도록 외국인근로자 전용 상담창구 운영 등 제도적 기반을 마련할 필요가 있다. 모든 외국인 근로자가 의무적으로 받는 취업교육 시에 산재보험제도 소개 및 산재신청 방법 등의 내용을 교육하는 것도 좋은 방법이다(박은주, 2012).

직영병원은 보험자병원으로서 정책 및 연구 기능에 대한 강화가 필요하다. 보험자병원의 연구기능이 중요한 이유는 병원의 임상데이터 축적과 분석이 한 기관에서 이뤄질 수 있다는 점인데, 직영병원은 오랜 역사에도 불구하고 임상데이터 관리가 이뤄지지 못하였다. 직영병원 연구기능 강화를 위해 2016년 9월 대구병원 재활의학연구센터가 개소하였는데, 향후 산재의료 관련 학술 데이터베이스 구축, 표준재활 진료지침 개발, 최신재활기법 등 활발한 연구를 통하여 공단의 정책과 유기적으로 연계될 수 있도록 해야 할 것이다. 또한 산재 다빈도 상병 적정 요양기간 분석, 수가 적정성 분석, 정책 시범적용 연구 등 보험자에게 유용한 정보 제공을 하기 위한 의료정책 연구를 수행할 수 있도록 인프라를 확대할 필요가 있다.

직영병원에는 장기요양환자가 전체 산재환자 비율보다 훨씬 높았고, 직영병원에서 최초 요양한 산재환자는 31.1%에 불과하였기 때문에 적정 요양관리를 통해 장기 환자 관리체계를 갖추어 나가야 한다. 이를 위해 산재 다빈도 상병에 대해 상병별, 재해발생형태별 적정 요양기간에 대한 연구를 통하여 산재 특성을 고려한 평균 요양기간을 제시하여 장기 환자 관리체계의 기준을 마련할 수 있다.

향후에는 직영병원의 요양병원을 확대하여, 평균재원일수 초과 환자, 전원/연기/추가상병 신청 환자, 1차 종결 후 재요양 환자 등 특정 조건 환자를 요양병원으로 전원시켜 관리하고 직영병원은 아급성기 환자 중심으로 운영하는 방안을 고려할 수 있다. 보훈병원의 경우에도 국가유공자 고령화에 따라서 서울에 보훈요양병원 1개, 수원, 광주, 김해, 대구, 대전, 남양주에 6개의 보훈요양원을 확대 운영하고 있다.

공공병원으로서 직영병원의 공익적 역할을 강화하기 위하여 응급의료서비스 강화, 취약계층 대상 의료서비스 확대, 산재근로자 정신보건 서비스 제공 등의 방안을 마련해나가야 한다. 보건복지부의 응급의료기관 평가에서 직영병원 중 3개소가 '미충족 의료기관'으로 평가되었는데 이를 개선하기 위하여 응급의학과 전담 전문의 충원 등 시설, 인력, 장비 면에서 응급실 기능개선이 필요하다.

고용노동부(2015). 2014 산업재해현황분석.

김재선 외, 산재모병원 건립 경제적 타당성 확보 및 효율적 운영방안 연구, 미래병원경영컨설팅, 2014

김진수, 원종욱, 남현주 (2010). 외국사례를 통한 산재보험 요양급여운영체계 합리화 방안 연구. 고용노동부.

박은주 (2012), 외국인 근로자 산재보상실태 분석. 근로복지공단연구원.

박중현, 이호준, 최정화, 정대희, 홍지성, 박수민 (2015). 산재보험 재활치료 시범수가 운영실태 및 효과성 분석 연구. 근로복지공단.

서남규, 문성웅 (2008). 의료공공성 강화를 위한 보험자병원 역할. 건강보험포럼.

신형익, 이정은 (2014). 초기 집중 재활치료의 표준 및 인증기준안 개발, 정책적 활성화 방안. 보건복지부.

윤조덕, 종한영, 원종욱, 유승돈, 한지영 등 (2009). 산재보험 재활서비스수가 개발방안 연구. 고용노동부.

윤상철, 신덕순, 김준모, 김현수, 한정욱, 허정우, 이창희, 이윤경 (2011). 근로복지공단 산재병원의 역할, 기능 재정립 및 의료사업 중장기 전략개발 연구. 근로복지공단.

이신호 (2013). 보건의료서비스에서의 보험자병원 역할 강화. 건강보장정책.

이신호, 이운태, 박재산, 송태균, 박수경, 등 (2013). 보험자병원으로서의 역할 강화를 위한 미래 발전전략 개발. 한국보건산업진흥원.

일산병원 10년사 편찬위원회 (2010). 도전과 비상 : 국민건강보험공단 일산병원 10년사. 국민건강보험공단.

임배만, 김희창, 원종욱, 임상훈, 강현수 등 (2014). 산재병원 경영정상화를 위한 의료전달체계 제도화 등 개선방안 연구. 고용노동부.

정형진, 서남규, 문성웅 (2009), 일산병원의 보험자병원 역할과 기능 강화 방안. 국민건강보험공단. 건강보험정책연구원.



part 03
해외동향

Labor Welfare Forum

- 영국의 자영업자 증가와 국민보험료 인상 논의

영국의 자영업자 증가와 국민보험료 인상 논의



정 경 희

근로복지공단 과장

요약

지난 3월 8일 필립 하몬드 영국 재무부장관의 예산안 발표가 되자마자 영국 내의 자영업자와 여론의 거센 반발이 일어났다. 이 발표 안에는 자영업자의 국민보험료(National Insurance)를 현재 납입하는 9%에서 2018년 10%, 2019년 11%로 인상하겠다는 것이었다(Gov.uk, 2017). 이는 2015년 보수당 선거에서 부가가치세, 국민보험료, 소득세를 인상하지 않겠다는 공약을 거스르는 정책으로 더욱더 거센 반대여론을 불러 일으켰다. 그러나 한달도 안돼 재무부장관은 이 정책을 철회하게 된다. 메이 총리가 들어선지 불과 2년이 채 되지 않았음에도 영국 정부의 예산 정책에서 이런 큰 변화를 일으키게 된 원인은 브렉시트의 영향이라기보다 영국의 고용형태 변화에 따른 사회보장 지출의 변화가 큰 영향을 미친 것으로 보인다.

여기서는 최근 영국의 국민보험료 부분 중 자영업자 보험료 인상과 관련하여 영국의 실업률 추이와, 고용형태 변화, 연금 부채 비중의 변화를 통해서 영국 정부가 왜 자영업자의 국민보험료 인상을 시도하였는지 알아보려고 한다.

1 국민보험법이란?

영국의 국민보험법은 1946년 영국의 모든 국민에게 보편적 사회보장을 명문화한 법이다. 국민보험은 건강과 실업을 대비하기 위해 기여형 보험으로 시작되었으나 시간이 흐름에 따라 산재보험, 연금, NHS 등으로 점차 확대되었다. 국민보험료는 고용 형태와 급여에 따라서 크게 4가지 등급으로 나뉘어진다.

Class 1은 일반 근로자에 해당되는 것으로 근로자의 급여에서 매월 자동적으로 12%가 공제된다. Class 2는 연간 5,965 파운드 이상의 수익이 나는 자영업자로 주당 2.8파운드에 해당되는 정액 보험료를 납부하는 경우다. 이 Class 2는 2018년 4월에 폐지될 예정으로 자영업자의 경우 폐지 이후 연금 자격을 유지하기 위해서는 임의 가입을 통해 보험료를 납입해야 한다. Class 3은 모든 경제 인구에 대한 일반적 보험 적용을 목표로 두고 있던 베버리지의 계획을 반영하여 경제활동 인구 연령대에 있으면서도 실질적 소득이 없거나 매우 적은 학생, 미혼여성, 조기 퇴직자들을 대상으로 하는 보험을 설계하면서 만들어진 것이다(전형배, 2012). 단 현재는 Class 1에 해당하는 근로자와 class 2에 해당하는 자영업자들이 납입하는 보험료로는 연금 수령 나이가 도달했을 시 수령액이 낮기에 class 3에 해당하는 임의 가입을 통해 추가 보험료를 납부하여 연금액을 추가로 받을 수 있도록 하였다. Class 4의 경우 연간 8,060 파운드 이상의 수익이 나는 자영업자에 해당되는 것으로 수익에 비례하여 보험료를 납부해야 한다. 일반 근로자와 자영업자의 보험료 납입률은 각각 12%와 9%로 차이가 있는데, 이는 급여 혜택에 있어 자영업자는 근로자와 달리 연금과 질병 수당 등의 혜택에 차이가 있기 때문이다.

2 왜 자영업자만 보험료를 인상하려고 하는가?

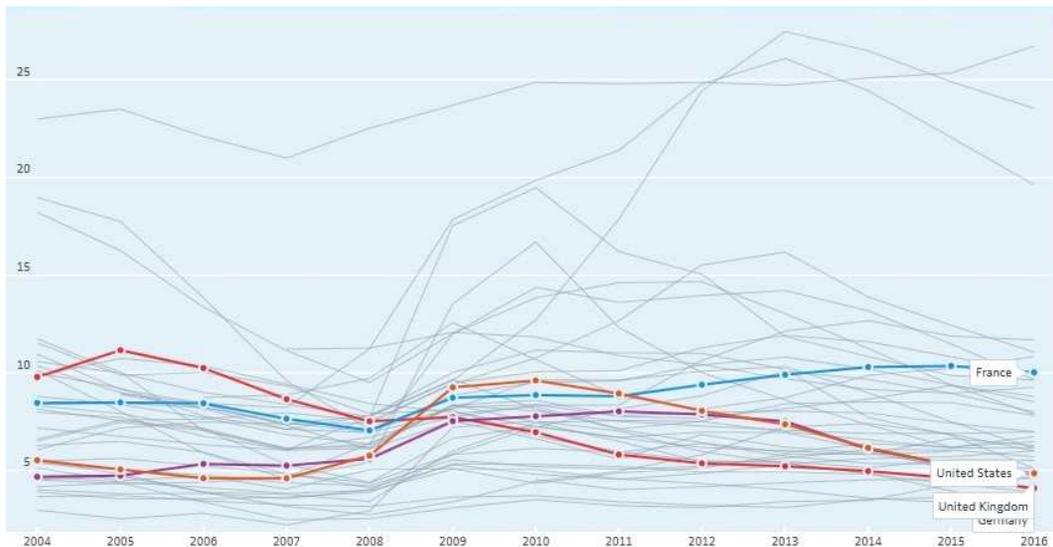
영국은 사회보장 영역에서 자영업자에 대한 정의 규정을 별도로 두고 있다. 자영업자란 근로소득자의 고용형태가 아닌자로서 영국 내에서 고용을 바탕으로 보수를 지급받는 자이다. 근로소득자(employed earner)를 먼저 규정하고 그 이외의 자로서 사용자(employer)자가 아닌 자를 자영업자로 규정하는 네거티브 방식을 취하고 있다(김근주, 2016).

영국은 자영업자의 보험료 납부방식을 이원화하여 국민보험에 자영업자가 보다 많이 편입되어 사회안전망에 편입될 수 있도록 제도적 장치를 두었다. 그러나 2008년 경제위기 이후 급격히 증가하고 있는 자영업자가 영국정부의 국민보험료 재정을 악화시키는 원인이 됨에 따라 자영업자 국민보험료 인상을 발표하게 된 것이다. 현재의 국민보험료 시스템에서는 연간 32,000 파운드 소득을 가진 근로자는 연 6,170 파운드 보험료를 납부하는 반면, 그와 비슷한 소득을 가지는 자영업자의 경우 연 2,300파운드를 지불함에 따라 보험료의 격차가 현저히 나타나고 있다. 이 정책이 시행되었을 경우, 2017년 기준 영국 480만명의 자영업자 중 250만명은 Class 2 등급에 해당되어 2018년 4월에는 국민보험료를 납입하지 않아도 되는 것으로 조사되었으나 160만명은 추후에 보험료를 더 납입해야 했던 것이다(BBC, 2017).

비록 이 정책은 철회되었으나 근로자나 사업주의 보험료 인상안은 거론되지 않으면서 왜 자영업자의 국민보험료만 인상하려고 했는지 그 이유와 관련하여 영국의 실업률 및 고용형태 변화 등을 살펴보고자 한다.

3 영국의 실업률 변화

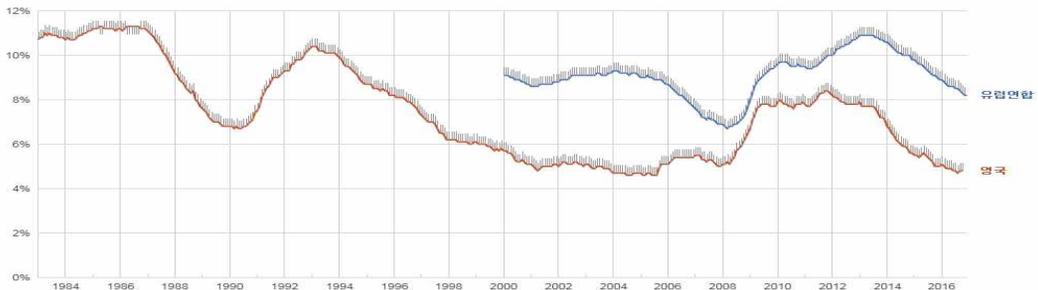
〈그림 1〉 주요국가의 실업률 추이



※출처: OECD, 2017

글로벌 금융위기를 겪었음에도 영국은 2013년 3분기에 금융위기 이전 수준으로 경기를 회복했다. 영국의 실업률은 미국, 독일과 비슷하게 5% 내외의 매우 낮은 실업률을 보이고 있다. 유럽연합의 전체적인 실업률 변화와 비교했을 때도 2016년 기준 영국의 실업률은 유럽연합 실업률 8%보다 훨씬 낮은 5%로 낮은 실업률을 유지하고 있다.

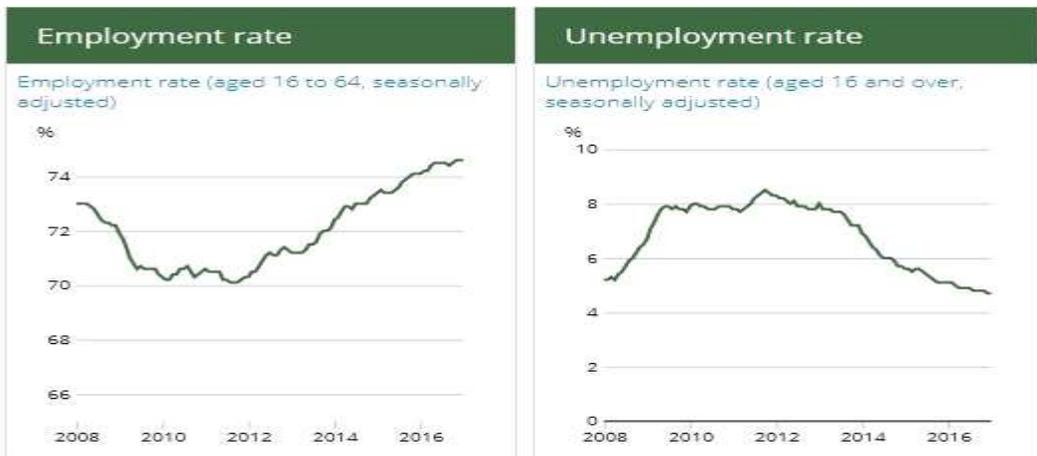
〈그림 2〉 영국과 유럽연합의 실업률 변화



※출처: Eurostat, 2017

영국의 실업률은 유럽연합의 평균 8%보다 낮은 5%로 안정적으로 유지하고 있으며, 아래의 표에서 보는 것과 같이 영국의 고용률과 실업률의 변화는 글로벌 금융위기 이후에 안정적으로 변화하는 모습을 보이고 있다.

〈그림 3〉 영국의 고용률과 실업률 변화



※출처: ONS, 2016

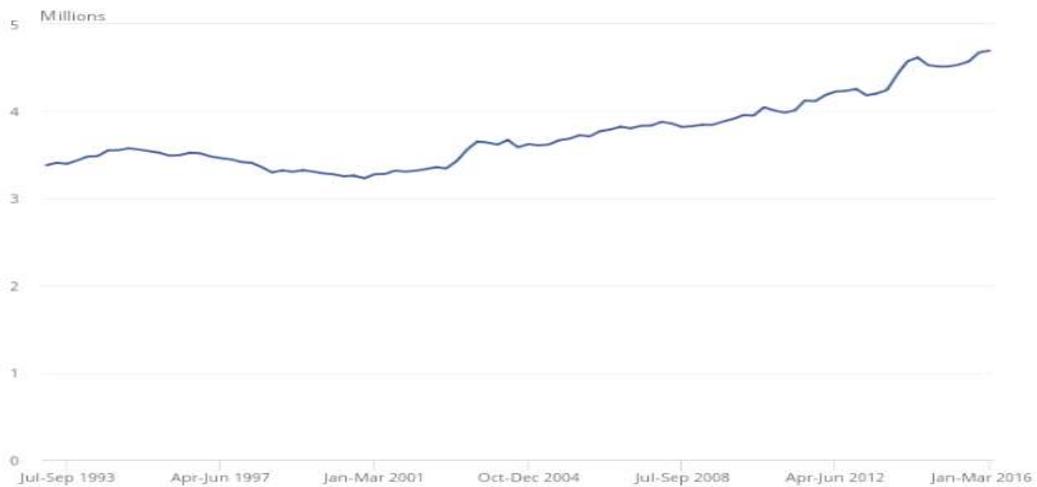
2008년 경제위기 이후 고용률은 74%를 넘어섰고 실업률은 5%로 낮아져 영국의 경제는 성공적인 회복세를 이룬 것으로 보인다. 그러나 실제로 그 내용을 자세히 들여다보면 영국의 고용 형태 중 자영업 비중이 급증했음을 통계를 통해 확인할 수 있다(Anon, 2016).

4 영국 고용 형태의 변화 추이: 늘어나는 자영업

〈그림 4〉 영국 자영업자 수

Figure 1: Number of self-employed workers

Quarter 1 (Jan to Mar) 1993 to Quarter 1 (Jan to Mar) 2016.



※ 출처: ONS, 2017

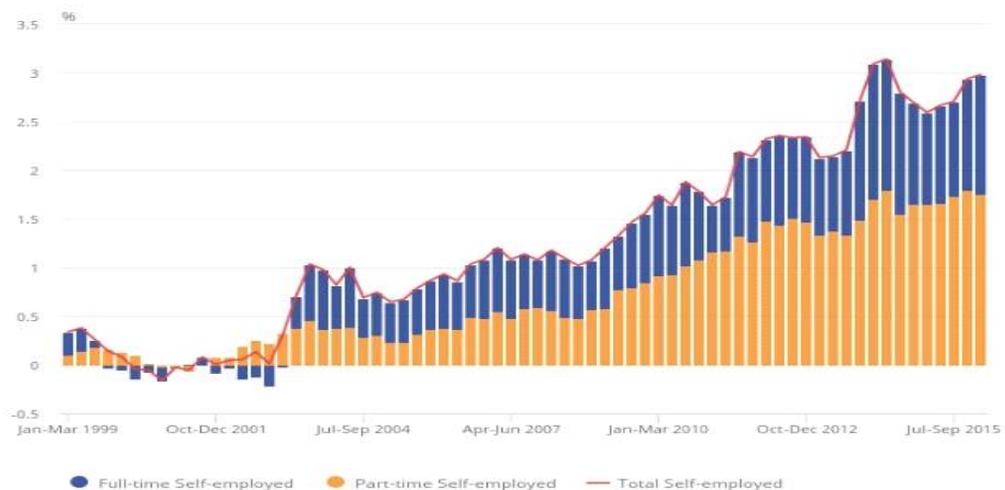
2008년 기준으로 380만개에 불과했던 자영업 일자리가 2016년 1분기 469만개에 이르는 것을 보면 영국이 글로벌 금융위기를 극복할 수 있었던 요인 중의 하나로 자영업의 증가를 들 수 있을 것이다. 유럽연합 28개국 중에서 글로벌 금융위기 이후 슬로베니아, 에스토니아 다음으로 자영업자가 가장 많이 늘어난 곳이 영국으로 나타난다(Eurostat, 2014).

〈그림 5〉 자영업 신규 유입 및 퇴출 비중 추이



자영업의 신규 유입과 퇴출의 변화를 보면 금융위기 시기인 2008년도에서 2009년도까지 자영업 퇴출 비중이 급격히 증가하였으나 그 이후를 지나면서 자영업 신규 유입이 퇴출을 앞서고 있다(ONS, 2016). 특히 자영업 일자리에 있어 파트타임 자영업과 풀타임 자영업으로 비교를 할 경우 2001년에서 2015년도 기간동안 파트타임이 88% 증가하였으나 풀타임의 경우 25% 증가하는데 그쳤다. 이는 영국 경제회복을 견인하는데 파트타임 자영업자 증가가 큰 역할을 한 것으로 보인다.

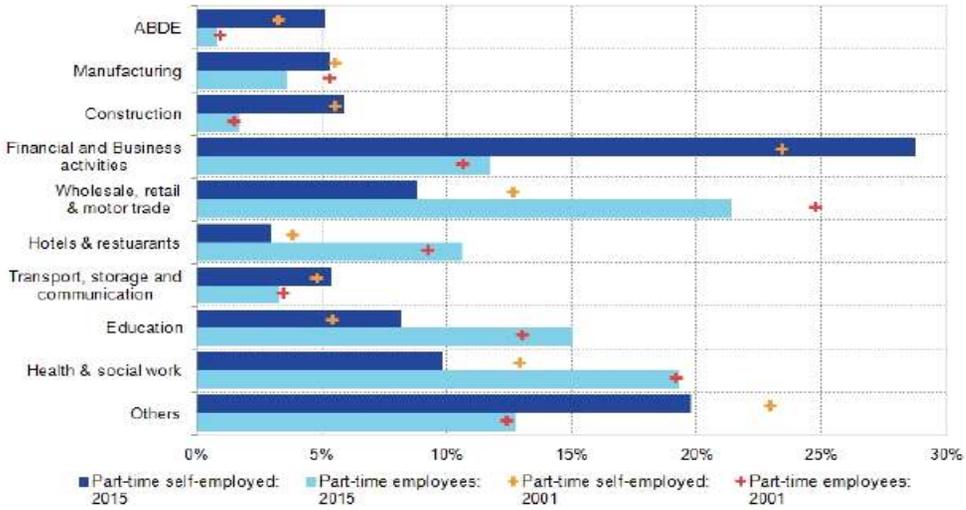
〈그림 6〉 파트타임 자영업 및 풀타임 자영업 일자리 증감 추이



2001년과 2015년도를 비교해 보면 파트타임 자영업 일자리가 크게 증가한 업종은 금융 비즈니스 직종인 반면 도소매 업종에서 자영업 일자리가 적은 것이 특징이다.

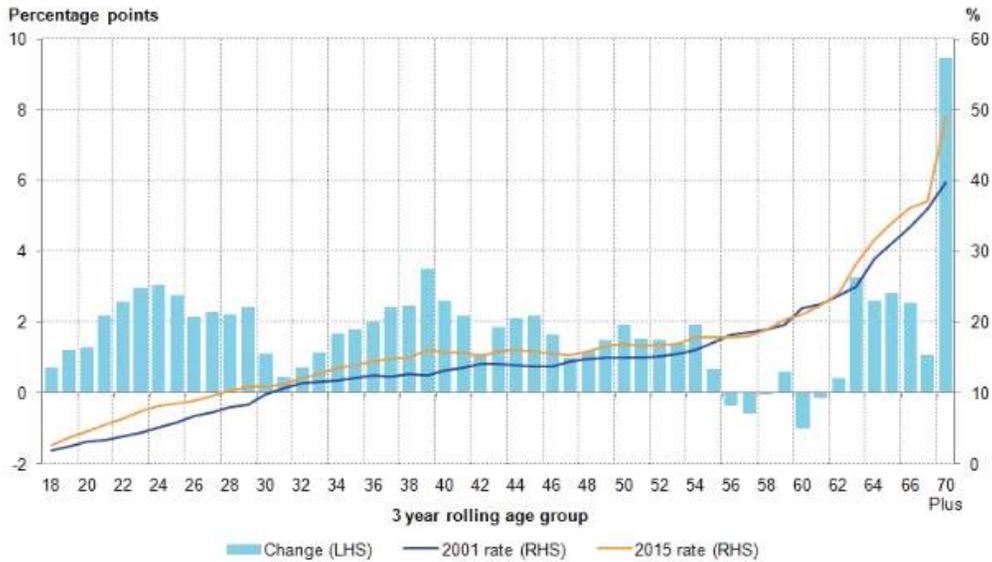
〈그림 7〉 파트타임 자영업 일자리의 2001년과 2015년도 업종별 변화 비교

Percentage, 2001 and 2015



※출처: ONS, 2017

〈그림 8〉 고령 자영업자의 급격한 증가

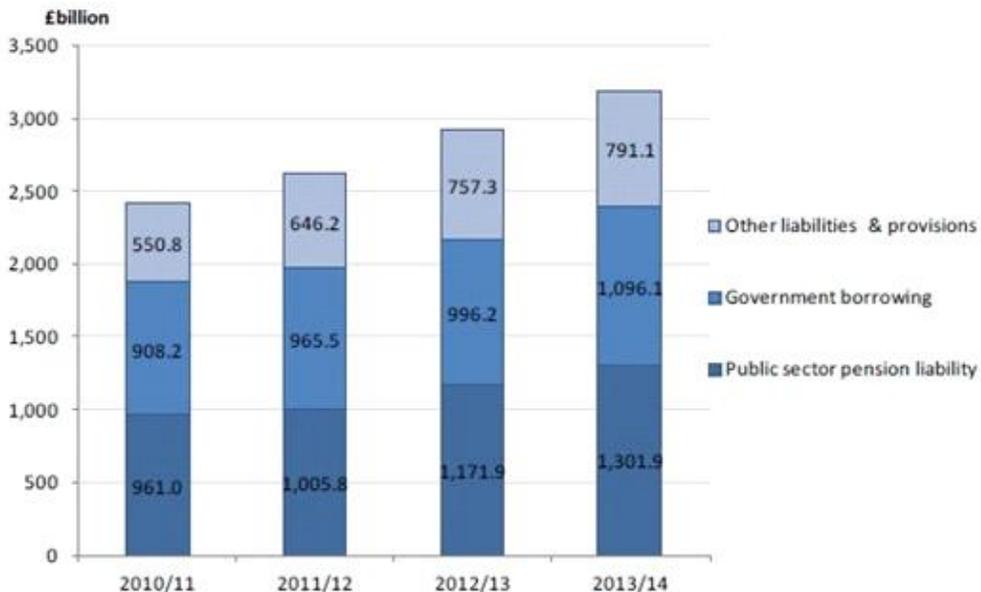


※출처: ONS, 2017

영국 자영업에서 눈에 띄는 변화는 70세 이상 고령의 자영업 규모가 2001년 기준으로 40% 였으나 2015년도에 50% 이상 증가했다는 것이다. 영국의 고령화는 지난 15년간 큰변화가 있었다. 근로자의 평균 연령이 2001년도 39세에서 2015년도에는 41세로 증가되었고 60세 이상 근로자 수는 150만명에서 300만명으로 늘어났다. 고령자들의 자영업 참여 증가는 퇴직 이후 수입원을 충당하기 위해 경제활동을 계속하려는 이유도 있으나 연금에 대한 불확실성이 더 큰 이유로 보인다.

5 영국의 공공지출 중 연금 부채 비중 비교

〈그림 9〉 영국의 연금 부채 구성



※출처: ONS, Wider Measures of Public Sector Debt, 2015

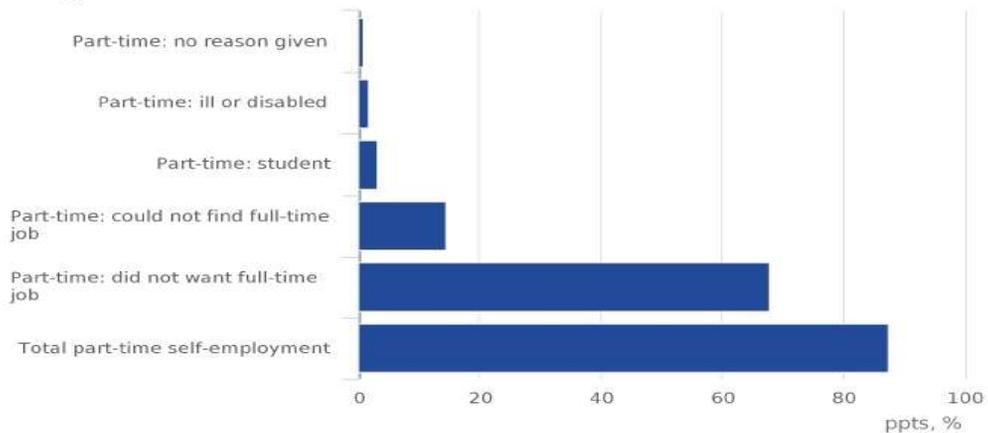
2013년 영국 정부는 연금 수급자 수의 증가와 저출산으로 인한 근로자수의 감소에 따른 늘어난 연금 적자로 인하여 연금 개혁을 실시한다. 그 당시 조지오스번 재무장관은 연금 수령

나이를 2018년 65세, 2028년 67세, 2046년 68세로 변경하였다. 이 개혁을 통해 50년 간 약 5천억 파운드를 절감할 것으로 전망하였다. 연금은 사회 보장 지출의 가장 큰 부분이었으며, 지난 5년 동안 연금지출이 가장 크게 증가했다. 연금 지출총액이 1,080억 파운드였던 2010/11년의 경우 사회보장 지출 부분에서 37.9%, 2014/15년의 경우 41.9%를 차지하였다. 특히 연금 지출 증가는 영국의 고령화를 반영하고 있으며, 연금 지출은 인플레이션보다 빠르게 상승하고 있다. 국가 연금 지출은 2014/15년 GDP의 5.5%에서 2054/55년 GDP의 7.0%까지 증가할 것으로 예측되고 있다(ONS, 2016). 급격한 자영업자 수의 증가로 근로자와 자영업자 간 급여 수급액의 차이가 점점 늘어남에 따라 자영업자와 근로자 간 보험료 차이를 조정할 필요성이 생긴 것이었다. 영국 재무부에 따르면, 2017년도에 공공 지출 분야에서 자영업자에만 지출되는 국민보험료는 약 50억 파운드로 추정하고 있다. 2017년 1월 기준 공공부분 순수 차입 금액이 490억 파운드인 것을 비교한다면 적은 금액이 아닌 것이다(2017, ONS). 이에 재정 건전성에 있어 위험한 수준으로 판단되어 자영업자의 보험료를 인상함으로써 문제를 해결하고자 하였다(BBC, 2017).

6 파트타임 자영업자 증가 원인

〈그림 10〉 파트타임 자영업자 유입 원인(2001-2015)

Figure 16: Contribution to growth in part-time self-employment between 2001 and 2015, by reason for working part-time



Source: Office for National Statistics, Labour Force Survey, cross sectional datasets, author's calculations

Labour Force 조사에 따르면, 2008년 글로벌 금융위기 이후 실직한 근로자들은 정규직 일자리를 찾기 어려웠고 정규직 일자리가 파트타임으로 대체되었으며, 또한 실직한 근로자들이 파트타임 자영업 일자리로 옮김에 따라 파트타임 자영업자가 증가하게 되었다.

7 영국 자영업자 보험료 인상만이 해결책인가?

영국정부 입장에서는 지속적인 정책개선을 통해 자영업자와 근로자 간 보험급여나 연금수급의 차이를 없앴음에도 불구하고 국민보험요율에 차이가 있는 것은 형평성에 어긋나는 것으로 판단하고 국민보험료를 인상하려고 하였다. 그러나 자영업자의 관점에서는 유급휴가나 상병 휴가금을 받지 못하는 차이가 있음에도 보험료 인상을 하려는 정부를 비판하고 있다. 근로자와 동일한 혜택이 아님에도 매년 국민보험료 상승 부담을 가지고 가야하는 것은 메이 정부가 주장하는 ‘형평성’ 과 ‘정의’ 와는 거리가 멀다는 비판이 크다. 사회보장 부분 지출에 있어서 보험료 상승만으로 단시안적인 해결을 이루기에는, 변화하는 고용시장과 경제상황에 대한 장기적 관점의 대책 없는 상황에서 근본적인 문제의 해결은 어려울 것으로 보인다.

8 한국의 시사점

영국은 현재 인구학적 변화에 따른 고령화와 저출산으로 인한 고령 근로자, 단시간 근로자, 유연 근로자 등 고용형태의 변화가 다양해지고 있다. 또한 산업현장에서 필요에 따라 임시로 계약을 맺고 일을 맡기는 ‘긱 경제(gig economy)’ 의 증가와 식당이나 소매점에 손님이 몰리는 시간에만 고용하는 ‘제로아워 컨트랙트(Zero hour contract)’ 등의 고용환경 변화는 전통적인 노동시장 개념과는 큰 차이를 보이고 있다. 2008년 금융위기 이후 안정적인 직장을 구하기 어려워짐에 따라 자영업이 비약적으로 늘어났으나 그들의 실질적 경제소득은 하락하고 있는 것이 현실이다(ONS, 2016). 그와 반대로 퇴직연금과 NHS 의료 비용 증가에 따른 재정 지속성과 관련하여 복지개혁을 주장하는 메이 정부의 정책은 피할 수 없는 현실이 된 것이다.

한국의 고용시장도 점점 다변화되는 고용형태에 따라 자영업자 일자리 수는 2012년 조사에 따르면 OECD 국가 내에서 4번째로 높은 국가가 되었다. 우리의 경우 영국과 달리 국민연금 이전 국민 의무가입이지만 2012년 기준 가입률은 46.3%에 불과하다(전형배, 2012). 이들의 사회보장이나 노후는 결국 개인에 의해서 해결해야 하는 상황인 것이다. 이에 고용 형태의 다변화에 따른 근로자나 자영업자 사회보장을 확대·강화하기 위해 지속적인 연구와 정책 개선, 그리고 사회적 합의가 필요할 것이다.

9 참고문헌

- 김근주. (2016). 영국 산업재해보상제도의 보호범위. *한양법학*, 27(2), 41-66.
- 전형배. (2012). 영국의 자영업자의 노후소득보장법제와 시사점. *노동법학*, (43), 213-248.
- Anon, (2016). [online] Available at: `iframe width="100%" height="5500px" src="https://www.ons.gov.uk/visualisations/dvc368/dashboard/index.html" scrolling="no" frameborder="0" /` [Accessed 1 May 2017].
- BBC News. (2017). In full: Hammond NI U-turn letter to MPs – BBC News. [online] Available at: <http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-39281754> [Accessed 16 Apr. 2017].
- Eurostat. (2017). Eurostat – Tables, Graphs and Maps Interface (TGM) table. [online] Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdec450&plugin=1> [Accessed 2 May 2017].
- Gov.uk. (2017). Spring Budget 2017: Philip Hammond’s speech – GOV.UK. [online] Available at: <https://www.gov.uk/government/speeches/spring-budget-2017-philip-hammonds-speech> [Accessed 22 Apr. 2017].
- OECD (2017), Unemployment rate (indicator). doi: 10.1787/997c8750-en (Accessed on 26 April 2017)
- ONS. (2015). [ARCHIVED CONTENT] UK Government Web Archive – The National Archives. [online] Available at: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160105160709/http://www.>

ons.gov.uk/ons/publications/re-reference-tables.html?edition=tcm%3A77-425778 [Accessed 2 May 2017].

ONS. (2017). Trends in self-employment in the UK- Office for National Statistics. [online] Available at: <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/employmentandemployeetypes/articles/trendsinselfemploymentintheuk/2001to2015> [Accessed 26 Apr. 2017].

Visual.ons.gov.uk. (2016). UK Perspectives 2016: Spending on public services in the UK | Visual.ONS. [online] Available at: <http://visual.ons.gov.uk/uk-perspectives-2016-spending-on-public-services-in-the-uk/> [Accessed 25 Apr. 2017].

<https://www.ons.gov.uk/economy/governmentpublicsectorandtaxes/publicsectorfinance/bulletins/publicsectorfinances/jan2017>[Accessed 25 Apr. 2017].