

우리 나라 보건관리대행서비스 평가 연구

한림대학교 의과대학 사회의학교실¹⁾
서울대학교 의과대학 예방의학교실²⁾, 의료관리학교실³⁾
이화여자대학교 의과대학 예방의학교실⁴⁾
인하대학교 의과대학 예방의학교실⁵⁾
단국대학교 의과대학 예방의학교실⁶⁾
길병원 산업의학연구소⁷⁾

김선민¹⁾ · 조수현²⁾ · 김창엽³⁾ · 하은희⁴⁾ · 홍운철⁵⁾ · 권호장⁶⁾ · 하미나⁶⁾ · 한상환⁷⁾ · 주영수²⁾

— Abstract —

Quality Assessment of Group Occupational Health Service for Small and Medium Scale Enterprises in Korea

Sunmean Kim¹⁾, Soo-Hun Cho²⁾, Chang-Yup Kim¹⁾,
Eun-Hee Ha²⁾, Yun-Chul Hong⁴⁾, Ho-Jang Kwon⁵⁾,
Mi-Na Ha⁶⁾, Sang-Hwan Han⁶⁾, Young-Su Ju²⁾

*Department of Social and Preventive Medicine,
College of Medicine, Hallym University¹⁾
Department of Preventive Medicine²⁾, Department of Health Policy and Management³⁾,
Seoul National University College of Medicine
Department of Preventive Medicine, Ewha Women's University College of Medicine⁴⁾
Department of Preventive Medicine, Inha University College of Medicine⁵⁾
Department of Preventive Medicine, Dankuk University College of Medicine⁶⁾
Institute of Occupational Health, Ghil Medical Center⁷⁾*

Group occupational health service programme started in 1990 is one of the measures to cope with limited human and financial resources in occupational health. The programme has expanded rapidly to include 52 institutions, private as well as public, all over the country. In spite of its potential impact on health of employees and practice of occupational health in small and medium sized industries, comprehensive evaluation in terms of quality has not been tried.

This study has aims to develop the criteria to assess the quality of newly developed group occupational health service programme, and to investigate the quality of institu-

tions, and finally to develop policies for the quality improvement.

1) Criteria development : By defining occupational health services, in particular for small and medium sized industries, as one of the primary health care, followings are included as core elements of qualitative occupational health programme; accessibility, continuity, comprehensiveness, technical quality, intersectoral collaboration, emphasis on preventive services, community participation, and adequacy. Again each element is divided into five major components of national health system infrastructure developed by the World Health Organization; development of health resources, organized arrangement of resources, delivery of health care, economic support, and management. In turn, each component is categorized into three aspects of quality assessment, structure, process and outcome. Expert panel selected several criteria for each category to evaluate the programme. Criteria were modified according to each group of interviewees, to produce two sets of questionnaire, one for chief operating officer and another for nurses in the institutions, and the chief operating officer and workers in the workplace.

2) Subject : Of all 52 institutions, 25 voluntarily participated in the survey. At individual institution, chief operating officer and practicing nurses were interviewed in depth. After intensive education for interviewees, every interview was performed with standardized guideline and questionnaire.

The quality of the 'Group occupational health service programme' was found to be lower than expected. Especially in continuity, comprehensiveness, technical quality, community participation and adequacy, lower quality in structural aspect was commonly identified throughout all the institutions. Quality in terms of accessibility and continuity highly varied among institutions.

To improve quality of the programme, more comprehensive and systematic programme such as accreditation has to be introduced. In addition, human resources, governmental fund and information systems for individual workers are to be developed. As a long range plan, integration of occupational health services into the national health systems and pooling of financial resources and planned allocation should be considered.

Key Words : Group occupational health service, Quality assessment, Occupational health, small and medium sized industries

서 론

1982년부터 법적 기반을 갖고 있다가 1990년에 이르러 내용을 갖추게 된 중소기업 근로자 보건관리대행제도는 중소기업 근로자에게 산업보건서비스를 제공하기 위한 노력으로, 대통령령이 정하는 종류 및 규모에 해당하는 사업의 사업주가 노동부장관이 지정하는 보건관리업무를 전문으로 행하는 기관(보건관리대행기관)에 보건관리자의 업무를 위탁할 수 있도록 한 것으로 요약할 수 있다(노동부, 1994). 이후 이 제도는 양적으로 점점 성장하여 1995년 현재 52개 기관이 노동부로부터 보건관리대행기관으로 지정을 받아 서비스를 제공하고 있다.

그러나 보건관리대행 제도는 그 동안 한번도 제대로 된 평가를 받은 일이 없었다. 물론 몇몇의 시도가 있었으나(하은희, 1992; 하은희, 1993), 이들 조사는 주로 서비스제공자들의 애로 사항이나 실태에 대한 다소 단편적인 조사였으며, 수행과정에 대한 제공자들의 의견이나 규정의 준수 여부에 초점이 두어져 있다.

보건관리대행제도는 일반적 정책평가의 필요성 외에도 보건관리대행제도는 다음과 같은 이유로 평가를 하여야 할 필요성이 있다.

첫째, 지불방식에서 볼 때 보건관리제도는 질적 수준이 떨어질 가능성을 안고 있다. 보건관리대행제도는 인두제 형식의 보수지불방식을 취하고 있는데, 일반적으로 인두제 지불방식에 의하여 지불되는 서

비스에 대하여서는 일정 수준의 질을 유지하기 위한 규제나 평가 기전이 필요하다. 특히 보건관리대행에서는 지불자와 서비스의 수혜자가 분리되어 있고 이들은 서로 대립적인 관계에 있기 때문에 지불자가 질적 수준의 향상에 대한 강력한 의지를 갖지 않는다.

둘째, 보건관리대행제도에서 제공하여야 할 서비스는 가시적인 내용보다는 평소 그 효과를 일반인들이 잘 인식하지 못하는 예방적인 성격이 강한 것들이다. 제대로 사업이 수행되지 않는 경우에도 소비자인 근로자나 사업주가 즉각적으로 민감하게 반응하기 어렵기 때문에 자연적인 환류과정(feedback)이 존재하지 않는다. 따라서 평가를 위한 별도의 노력이 존재하지 않을 경우 질적 수준이 하향될 가능성이 있다.

셋째, 특히 이 제도의 경우 서비스의 직접 수혜자는 근로자인 반면 서비스에 대한 비용 지불은 사업주가 하고 있다. 따라서 민간 산업보건기관은 지불자와는 대립적 관계에 있는 수혜자의 질적 수준 향상에 대한 요구를 받아들이기 어렵다. 이러한 경우 정부 등 강력한 제삼자의 개입이나 평가와 환류과정이 필요하다.

이러한 배경에서 본 연구자들은 우리 나라의 중소기업 근로자 보건관리체계인 보건관리대행서비스를 보다 체계적이고 규범적으로 평가하고 그에 근거한 정책적인 대안을 제시하기 위하여 다음과 같은 연구를 수행하였다. 첫째 양질의 산업보건서비스가 갖추어야 할 요소에 근거한 평가의 개념적 틀과 그에 근거한 평가도구를 개발하고, 둘째 평가 도구에 근거하여 보건관리대행제도와 보건관리대행기관의 서비스를 평가하고, 평가 결과에 근거하여 하여 개선책을 제시하였다.

평가 도구 개발

이 연구에서는 보건관리대행제도를 중소기업 근로자를 위한 산업보건서비스라 전제하고, 보건관리대행제도나 기관이 갖추어야 할 요소는 양질의 산업보건서비스가 갖추어야 할 요소와 같다고 가정하였다. 각 요소를 평가하는 지표를 만들기 위하여 각각의 요소를 국가보건의료체계의 하부구조를 이루는 다섯 가지 구성요소와 질평가(Quality Assurance, 이하 QA로 약함)를 위한 세 가지 접근방법에 따라 분해하였다. 분해한 항목별로 해당하는 평가지표를 선정

하고, 이 평가지표를 조사방법에 따라 수정하여 완성된 조사표로 구성하였다.

1. 평가의 틀과 설문지 개발 방법

평가의 틀을 형성한 과정은 Fig. 1과 같다.

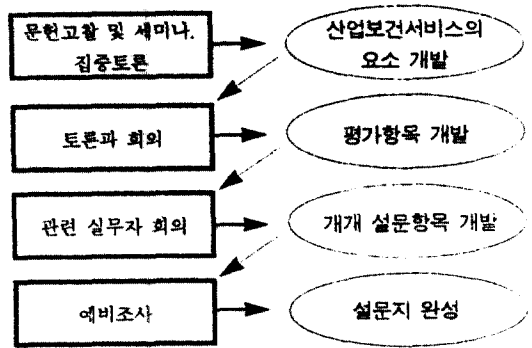


Fig. 1. 보건관리대행기관 평가의 틀 형성과정.

1) 산업보건서비스의 평가 요소

보건관리대행기관 평가의 기본 요소를 만들기 위하여 문헌고찰을 통하여 초안을 작성하고, 산업의학 을 전공하는 5인의 예방의학 전문의가 5회에 걸쳐 집중 토론을 하여 완성하였다. 다시 면담과 회의를 통하여 산업보건의, 산업간호사, 산업위생사 등 실무 관련자들의 자문을 구하였다.

2) 평가항목 개발

각 평가요소를 평가할 수 있는 평가항목을 개발하였다. 위에서와 같이 전문가 회의를 통하여 산업보건서비스의 각 요소를 국가보건의료체계의 다섯 가지 요소로, 그리고 질 평가의 세 가지 측면인 구조, 과정, 결과로 나누어서 각각에 해당하는 평가항목을 개발하였다. 현재 보건관리대행업무를 맡고 있는 간호사와 의사의 자문을 구하여 실제적으로 적용 가능한 항목으로 수정, 보완하였다.

2. 평가 요소

1) 양질의 산업보건서비스가 갖추어야 할 요소

평가를 위한 기본 틀로서 산업보건서비스가 지향하여야 할 목표를 설정하기 위하여 산업보건의 일반적인 목표와 특징, 그리고 산업보건 QA의 특수성을

고찰하였다.

1950년 세계보건기구와 국제노동기구 협력위원회가 권고한 바에 따르면 산업보건은 보건의료체계와 같은 특성을 가지면서 대상으로 하는 인구 집단이 근로자이며 대상 문제에 있어 작업관련성 질환이 주종을 이룬다는 특성을 갖고 있다. 동시에 산업보건서비스는 국가 보건의료체계의 한 부분으로 파악할 수 있으며, 이에 의하면 Meyers(1969)가 제시한 대로 접근성, 포괄성, 기술적 질, 지속성, 효율성을 갖추어야 한다.

산업보건서비스가 작업장이라는 기능적인 사회 내에서 같은 건강문제를 공유하는 근로자들을 대상으로 한다는 점과 건강문제에 있어 근로자들이 몸담고 있는 사회에 밀접한 영향을 주고받는다라는 점에서, 개인을 대상으로 하는 일반의료와 달리 필연적으로 지역사회 접근 방식을 필요로 하기 때문에 무엇보다 당사자인 근로자와 사업주의 참여가 요구되며, 해당 지역사회의 필요에 적절히 부응하여야 한다. 또한 산업보건의 가장 중요한 대상으로 하고 있는 작업관

련성 질환들은 예방이 가능한 질환이며 환경과 상호작용을 한다는 점에서 예방적 서비스가 중요하며 고도의 부문간 연계를 필요로 한다. 이 개념을 그림으로 표시하면 Fig. 2와 같다

2) 평가항목 개발

위에서 형성한 개념적 틀을 적용하여 구체적인 평가 지표를 만들기 위하여 다음의 단계를 거쳤다. 즉 보건관리대행제도를 국가보건의료체계의 하나로 보고 그를 이루는 다섯 가지 하부구조로 분해하고¹⁾, 위에서 정리한 산업보건의 요소별로 실행적 정의를 하였다. 이를 다시 질평가의 세 가지 측면인 구조, 과정, 결과에 따라 구분하고 각 구분 별로 구체적으로 측정 혹은 평가할 항목들을 개발하였다.

3) 설문문항과 설문지 개발

위의 평가항목을 구체적으로 측정할 수 있는 설문 문항을 개발한 후 이를 다시 조사형식으로 변형하고

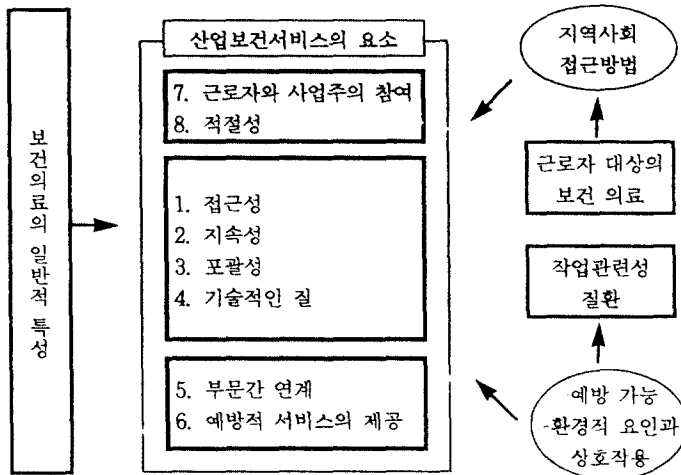


Fig. 2. 양질의 산업보건서비스가 갖추어야 할 요소.

1) WHO에서는 모든 사람의 건강을 위하여 국가보건의료체계가 갖추어야 할 하부구조의 요소를 다음과 같은 다섯 가지로 분류한 바 있다(클렉츠코프스키 등, 1994).

- ① 의료자원의 개발(Development of health resources)
- ② 자원의 조직적인 배치 (Organization of resources)
- ③ 보건의료의 제공(Delivery of health care)
- ④ 경제적 지원(Economic support)
- ⑤ 관리(Management)

조사대상자에 따라 분류하였다.

4) 조사

위에서 만들 평가조사서중(김선민 등, 1995) 다음의 두 가지 조사서를 이용하여 조사를 실시하였다.

첫째는 기관 단위 설문과 실사용으로서, 보건관리대행기관에서 업무의 실무 책임을 맡고 있는 인력과의 협조를 통하여 조사하도록 하였다(A 형).

둘째는 보건관리대행간호사 개인용으로서 보건관리대행업무를 맡고 있는 간호사 개개인이 기관이나 자신이 담당하는 사업장을 평가한 조사서(B 형)이다.

연구대상 및 방법

1. 조사단위

조사 단위는 보건관리대행기관 전체와 기관에 근무하는 간호사 개인으로 하였다.

2. 조사대상

1995년 현재 우리 나라 전체 52개 보건관리대행기관중 25개 기관을 선정하여 조사하였다. 보건관리대행기관을 의료기관 형태별로 분류하여 산업보건협회, 근로복지공사 소속 병원, 대학병원 혹은 대학부설 산업의학연구소, 종합병원, 의원 등의 의료기관이 고루 포함되도록 하였다. 기관장의 사인 동의를 구한 후 실무책임자와 연락하여 자발적으로 조사연구에 참여하도록 유도하였다.

각 기관의 실무 책임자 한 명과 면담을 실시하여 기관 단위의 보건관리대행기관 평가를 수행하였고, 보건관리대행을 담당하는 간호사 개개인에게 설문 조사를 실시하였다.

조사 대상이 된 25개 기관과 간호사를 의료기관 설립형태별로 분류하면 Table 1과 같다.

3. 조사 방법

만들어진 조사서를 기초로 하여 1995년 7월부터 10월에 걸쳐 조사대상기관을 직접 방문하여 면접 조사를 실시하였다. 조사원은 모두 6인으로 산업의학을 전공하는 의사로 구성되었다. 조사자는 사전에 충분한 협의를 거쳤으며, 설문지마다 지침서를 첨부하여 조사자간 편견을 줄였다. 사전에 기관의 책임자 중 산업의학회에 소속된 의사를 통하여 기관장의

Table 1. 조사대상기관의 의료기관 설립형태 및 설문 대상 간호사 수

기관별 분류	기관 수	간호사 수
산업보건협회	12	61
대학, 대학병원	7	17
근로복지공사 소속병원	2	6
종합병원	2	6
의원	2	7
계	25	97

동의를 구한 후 실무 책임자와 연락을 취하여 방문 일을 결정하였다. 조사 수행일 이전에는 설문의 구체적인 항목을 기관에 알리지 않았다.

조사에 걸린 시간은 기관 실무 책임자와의 면담에 평균 40분이 소요되었고 기관실사에는 60분 정도가 소요되었다. 응답의 자율성을 최대한 보장하는 의미에서 간호사의 면접조사는 외부나 실무책임자와는 차단된 회의실에서 수행하였다. 조사원과 간호사가 함께 면접조사표를 읽어가면서 표시하게 한 후 그 자리에서 수거하여 응답의 자율권을 최대한 보장하였다. 간호사 면접에는 평균 90분 정도 소요되었다. 조사 당일 휴가나 외근 등의 사정이 있는 간호사는 후에 우편으로 반송 받았다.

연구 결과

보건관리대행기관의 실무책임자와 간호사를 대상으로 한 조사결과를 제시하면 다음과 같다.

1. 접근성

접근성을 평가하기 위한 항목으로 시간적, 지리적 접근성과 인력과 관리적 측면의 접근성을 평가하였다. 구체적으로는 방문 교통 수단, 기관으로부터의 거리, 작업장 보건관리담당자와 지방노동관서의 보조 등에 관하여 질문하였다. 접근성을 높이기 위한 노력의 결과로서 한달 동안 작업장을 방문한 횟수, 근로자와의 상담에 소요된 시간에 대하여 질문하였다.

1) 인력

조사 결과 보건관리대행기관의 간호사들이 담당하고 있는 사업체 수는 전체 평균 34.9 개였다. 특히 의원에 근무하는 간호사들의 담당 업체수가 많아서 50

개를 넘었다. 여기에 국고 보조로 보건관리대행기관마다 할당된 영세 사업장 관리 수는 평균 22.7개였다³⁾.

소수 기관에서는 영세사업장관리는 보건관리대행 업무와 분리되어 있었으나, 많은 기관에서 보건관리대행 업무를 맡고 있는 간호사가 추가로 맡고 있었다. 한 간호사가 담당하고 있는 근로자 수는 평균 2,794 명이었으며, 의원에 소속한 간호사보다 산업보건협회 소속의 간호사가 더 많은 근로자를 담당하고 있었다. 한 달간 작업장 방문회수를 조사한 결과 전체적으로 한 간호사가 최소 4회에서 최대 160회에 이르는 방문을 한 것으로 나타났다. 평균 56.7회, 특히 의원의 경우 96회의 방문회수를 보였다.

2) 지리적 접근성

(1) 방문시 교통수단

방문시 교통수단으로는 개인별로 승용차를 이용하는 간호사가 28명이었고 단체로 기관의 차를 이용하는 간호사가 42명이었다. 대중교통수단을 이용하는 간호사도 다섯 명 있었다. 산업보건협회의 경우 단체로 기관의 차를 이용하는 경우가 많았다. 간호사들의 의견에 따르면 개인별로 승용차를 이용하고 승용차와 그 운영비를 기관에서 보조하는 것을 가장 이상적인 수단으로 생각하고 있었으나, 그러한 기관은 한 개에 불과하였다.

(2) 기관에서 작업장까지의 이동에 걸리는 시간

각자 사용하고 있는 교통 수단을 이용하여 방문에 드는 시간을 개인별로 중간치를 구한 결과 그 평균은 52분이었다. 전체적으로 볼 때 최소 5분에서 360분에 이르는 큰 변이를 보이고 있었다.

3) 시간적 접근성

(1) 교대 근무자에 대한 접근

시간적인 측면의 접근성에서 문제가 되는 요인으로 교대 근무가 있다. 교대 근무자를 고르게 만날 수 있었는가 하는 조사를 한 결과, 일부사업장에서만 만날 수 있었거나 대부분의 사업장에서 만날 수 없었다고 응답한 간호사가 전체의 2/3 이상 되었다. 이것으로 볼 때 교대근무자에 대한 접근성은 현행

보건관리대행제도에서 크게 떨어짐을 알 수 있었다.

(2) 방문 인력의 근무시간

간호사들이 방문시간을 조정하기 위하여 어떠한 노력을 하고 있는가를 보는 한 예로 지난 한 달간 점심 시간에 사업장을 방문한 회수가 어느 정도 되는가를 조사한 결과 간호사 평균 6.8회로서 간호사들은 스스로 할 수 있는 범위 안에서 근로자들에 대한 접근도를 높이고자 큰 노력을 하고 있음을 알 수 있었다.

4) 지방 노동관서의 협조

근로자를 만나는데 지방노동관서가 협조를 하고 있는가를 물었을 때 아니라고 응답한 간호사가 56명으로 전체의 58 %였다.

2. 지속성

지속성의 여러 측면 중 한 인력이 사업장을 계속 관리하는가 하는 사항과 과거 자료의 지속적인 이용, 그리고 문제 발생시 의뢰체계에 대하여 조사하였다.

1) 인력 측면의 지속성

19개 기관의 간호사들은 사업장을 바꾸지 않고 관리하고 있었으며 바꾸게 되는 경우 정식 인수인계를 하게 되어 있어 서비스 제공인력의 지속성은 잘 유지되고 있음을 알 수 있었다.

2) 자료 보관

자료 측면의 지속성을 평가하기 위하여 자료의 보관이 이뤄지는지 조사한 결과 특수건강진단 자료의 보관은 1개 기관을 제외하고는 잘 되어 있었다. 그러나 보건관리대행을 의뢰한 기관과 다른 의료기관에서 건강진단을 하고 있는 경우가 많아 이러한 경우는 일반 건강진단결과를 이용하고 참고하기가 어려운 것으로 나타났다. 보관된 자료를 이용하는가 하는 측면의 지속성을 보기 위한 질문에서 자료를 손쉽게 찾아볼 수 있도록 정리되어 있다고 응답한 기관이 21개 기관이었다. 그러나 전산화에 관하여 질문하였을 때 어느 정도라도 전산화되어 있어 앞으로라도 지속적으로 열람을

3) 1993년부터 보건관리대행사업에서 제외되고 있는 상용근로자 50인 미만의 영세사업장 근로자의 보건관리를 위하여 산재예방기금에서 재원을 대고 기존의 보건관리대행기관이 사업을 제공하는 '국고지원 영세사업장 근로자 보건관리사업'이 수행되고 있다.

할 수 있는 가능성이 있는 기관은 14개에 불과하였다.

3) 문제 발생시 의뢰 체계

문제 발생시 의뢰를 하는가 하는 측면의 지속성을 평가하기 위하여, 일반건강진단이나 특수건강진단에서 이상 소견을 보인 근로자들을 다른 의료기관으로 이송하는가 여부를 물었을 때 그렇다고 응답한 기관은 전체 25개 기관 중 18개 기관이었다. 그러나 구체적으로 업무를 담당하는 간호사에게 질문한 결과 방문시 스스로 해결할 수 없는 문제에 봉착한 경우 해결방안은 동료보건관리자에게 질문하는 경우가 가장 많았고 의사에게 질의한다고 응답한 경우가 그 다음이었다. 다른 의료기관을 방문하게 하는 경우가, 연계한 전문의료기관이나 보건관리대행기관을 방문하게 하는 경우보다 많아서 실제로 정연한 의뢰 체계를 갖추지 못하고 있음을 간접적으로 드러내고 있다.

3. 포괄성

일반 질환과 업무 관련성 질환, 그리고 일반 의료기관에서 시행하지 않는 평소 근로자 건강상태 점검에 대한 사항 등에 대한 서비스를 모두 제공하고 있는가 하는 점을 포괄성 평가의 초점으로 하였다.

1) 작업관련성 질환 관리를 위한 시설, 장비

각각을 시설과 과정으로 나누어 보았을 때 시설 측면은 법정 기관허가 사항에 포함되어 있어 전반적으로 잘 갖추어져 있었다. 화학물질의 유해성 조사를 위한 실험실, 진료실 등은 전 기관에서 갖추고 있었으나 근로자 교육을 위한 시설은 여섯 개 기관에서만 갖추고 있었다.

2) 일반, 응급질환 관리를 위한 시설, 장비

근로자들에게 안전사고나 응급 질환이 발생 발생 하였을 경우 일차 응급의료기관으로서의 역할을 할 수 있도록 기초 약물을 구비하고 있는가 하는 조사 항목에서, 응급처치를 위한 장비는 10개 기관에서, 그리고 기초약물은 11개 기관에서만 갖추고 있었다.

3) 작업관련성 질환과 일반질환 관리분야의 간호사 업무

기관 단위 뿐 아니라 개개 간호사의 업무에서도 이러한 점은 마찬가지로인데 근로자 수의 변동은 거의

모든 간호사들이 파악하는데 반하여, 작업관련성 질환이나 일반 질환에 대한 동향을 파악하는 간호사는 전체중 60명에 불과하였다.

4. 기술적인 질

1) 인력의 업무 경력

기술적인 질을 구조 측면에서 평가하는 한 방안으로 의사와 위생사들의 자격과 간호사들의 산업보건 관련 업무경력에 대하여 조사하였다. 의사와 위생사들의 자격 요건에서는 기관간의 큰 변이를 발견할 수 없었다. 간호사의 경우 조사 당시의 산업보건 관련 업무경력은 전체 평균 약 30개월이었고 대학과 대학병원 소속 간호사들의 업무경력이 가장 높았다.

2) 인력 재교육

과정 중심의 평가로서 간호사들의 기관 내 교육, 학회참석 여부에 대하여 조사하였다. 보건관리대행기관에서 신규채용을 하였을 때 교육기간은 평균 15.1 일이었고, 경우에 따라서 전혀 교육을 받지 않고 막 바로 근무에 들어간 경우도 있어 질적인 수준에 문제가 있음을 알 수 있다. 간호사의 재교육을 위하여 시간과 비용을 투자하는 기관은 극히 적어서 지난해 기관 내에서 직무교육을 한 번도 실시하지 않은 기관이 13개 기관으로 반수 이상이었고 최소 사분기에 한 번 이상씩 교육을 하는 기관은 7개 기관에 불과하였다. 산업보건에 종사하는 간호사들의 학술모임인 산업간호학회가 매년 1회씩 열리고 있는데 이에 참여한 적이 있는 간호사는 97명중 9명에 불과하였다.

3) 결과 측면의 기술적인 질

기술적인 질을 결과의 측면에서 평가하기 위하여 작업장에서 흔히 부딪히는 문제인 고혈압과 유기용제 사용 근로자를 대하였을 때 어떠한 처치를 하는가를 상세히 적도록 주관식의 질문을 주고 답을 쓰게 하였다. 간호업무에서 담당하여야 하는 교육에 대하여 여러 이론이 있을 수 있겠으나 현재 산업안전공단에서 발행하고 있는 신규보건관리자 교육교재와 학부과정에서 교과서로 쓰고 있는 내용을 참고로 하였다(한국산업안전공단, 1989; Brunner and Suddarth, 1986). 그 결과 고혈압에 대하여 간호사가 하여야 할 규범적인 교육을 실천하고 있는 간호사는 한 명도 없었고 대부분 병원 방문 권유나 식

이요법 등 일반인이 흔히 알고 있는 지식을 넘지 못하고 있었다. 유기용제를 쓰는 근로자의 보호구에 대하여서도 우리 나라에서 판매되고 있는 정확한 보호구의 상품명을 적는 간호사는 한 명도 없었다.

5. 부문간 연계

1) 자문과 의뢰체계

부문간 연계를 측정하기 위하여 기술적인 자문과 의뢰체계가 미리 마련되어 있는가 하는 질문을 기관 단위로 한 결과 그렇다고 응답한 기관이 25개 기관 중 14개 기관을 차지하였다.

2) 사업장 공동방문

또 사업장 방문시 어떤 인력이 함께 가는지 질문하였을 때 간호사나 위생사 단독으로 가는 기관이 10개 기관이었고 모두 함께 방문하는 기관은 1개에 불과하였다. 첫 방문 이외에 지난 해 여러 인력이 함께 사업장을 3회 이상 방문한 일이 있는 기관은 10개 기관에 불과하였다.

3) 기관내 부문간 협력 회의

기관 내에서 부문간 연계를 반영하는 기본적인 문항으로 기관 내의 가장 중요한 전문적인 의사, 간호사, 위생사가 모두 모여 정기적인 회의를 하는가 질문을 하였을 때 그렇다고 응답한 기관은 15개 기관이었다. 이 중 13개 기관은 한 달에 한번 이상 회의를 한다고 응답하였다.

4) 자료의 공유

개별사업장 단위로 자료가 한 문서로 정리되어 있는가하고 질문하였을 때 그렇다고 응답한 기관은 22개 기관이었다.

5) 기관 내 다른 사업 수행시 원칙

보건관리대행기관은 대개 다른 산업보건업무를 함께 하고 있기 때문에 간접적인 사항이긴 하나 특수건강진단대상자를 선정할 때 다른 부문의 인력과 어떤 협력 과정을 거치는가 조사하였을 때, 회의를 통하여 결정하는 기관은 8개 기관에 불과하였다.

6) 기 타

기관 내에서 다른 인력(의사나 위생사)이 하는 일

의 내용을 알고 있는지 간호사에게 물었을 때 대부분 잘 알고 있거나, 대부분 알고 있다고 응답하였다. 반면 부문 별로 적절한 인력 배치가 되어 있다고 생각하는 간호사는 전체중 18명에 불과하였다.

6. 예방적 서비스의 제공

근로자 보건교육에 소요되는 시간과 작업장 환경 개선에 대한 방안의 하나로 국소배기장치에 대한 권고를 어떻게 하는가를 조사하였는데 전반적으로 간호사 개인당 근로자 보건 교육에 소비하고 있는 시간은 전달 평균 15시간이었다. 전체 방문횟수는 56.7회였고 건강상담에 총 63시간을 소요한 것 등과 비교할 때 양적으로 부족하다고는 할 수 없다. 작업장 방문시 국소배기장치가 제대로 되어 있지 않을 때의 처리 방안도 문제점을 지적하고 같은 보건관리대행기관의 위생사에게 의뢰하는 등 일반 질환에 비하여 비교적 적극적인 대응을 하고 있었다.

그러나 위의 기술적인 질에서 보았듯이 사업내용과 별도로 수행되는 업무내용의 질적 수준은 기대에 미치지 못하고 있었다.

7. 근로자와 사업주의 참여

1) 사업주와 기관의 협력회의

근로자와 사업주의 참여를 평가하기 위하여 기관과 사업주와의 정기적인 협력회의 여부를 조사한 결과 정기적인 회의를 하고 있는 기관은 7개 기관에 불과하였다. 이 7개 기관도 실제로는 형식적인 절차였고 실질적으로 1년에 한번 이상 회의를 하여온 기관은 전무하였다.

2) 방문에 대한 사전 인식

근로자와 사업주의 참여를 결과 측면에서 평가하는 한 방법으로 보건관리대행인력이 사업장을 방문하였을 때 방문일정을 근로자들이 미리 알고 있는 사업장이 얼마나 되는가를 간호사 별로 조사한 결과 '어느 정도 있다' 혹은 '거의 대부분이다' 라고 응답한 간호사가 47 %에 불과하였고 나머지는 약간 있거나 거의 없다고 응답하였다.

3) 만족도 조사

근로자와 사업주의 참여를 확대시키는 방안 중의 기초적인 방법으로서 근로자의 만족도를 조사한 적

이 있는가를 물었다. 조사한 일이 한번이라도 있는 기관은 15개 기관이었다.

8. 적절성

이 연구에서는 보건관리대행기관이 근로자나 사업주의 의료에 대한 요구(felt need)나 필요(need), 제공되는 서비스에 대한 만족도 등을 평가하기 위한 노력을 하고 있는가를 평가하는 것으로 적절성 평가를 대신하였다.

1) 사업장 단위 건강 관련 이차자료 수집

사업장별로 근로자 수와 결근자수의 변동을 정기적으로 파악하고 있는가 하는 질문을 기관별로 하였을 때 두 항목에 큰 차이가 있었다. 한 개 기관을 제외한 전 대상 기관에서 근로자수의 변동을 파악하고 있었으나 결근자수를 파악하도록 되어 있는 기관은 16개 기관이었다.

2) 사업장 별 계획 수립

적절성이 보장되는 보건관리를 하려면 계약당시 사업장별로 보건관리대행기관에 대한 요구를 평가한 후 개별적인 요구에 맞는 서비스를 하도록 하는 것이 바람직할 것으로 가정하고 이에 관하여 조사하였다. 그러나 모든 기관이 담당하고 있는 사업장에 대하여 동일한 계약서로 계약을 하고 있어 개개 사업장의 요구는 파악되거나 반영되지 않고 있음을 알 수 있었다.

3) 근로자 요구와 만족도 조사

보건관리대행기관에 대한 요구나 만족도를 소비자인 근로자와 사업주에게 묻거나 조사를 하는가 하는 질문을 하였을 때, 64명의 간호사들이 개인적으로는 묻거나 조사하고 있었고, 기관 단위로 체계적인 조사를 수행한 적이 있는 기관은 15개였다.

고 찰

1. 연구결과 요약

보건관리대행의 문제점과 그에 대한 개선책을 마련하기 위하여 이 조사에서 드러난 문제점을 요약하면 다음과 같다.

1) 접근성

접근성을 시간적, 지리적 접근성, 그리고 인력과 관리적 측면으로 나누어 평가한 결과, 인력은 전반적으로 부족한 가운데 기관마다 큰 차이를 보였는데 특히 의원이나 교육병원이 아닌 종합병원에서 문제가 되었다. 지리적 접근성에 영향을 미치는 요인으로 방문시 교통 수단은 기관에 따라 달랐다. 기관에서 작업장까지의 거리도 기관마다 큰 차이를 보이고 있다. 시간적 접근성의 한 측면으로 교대 근무자에 대한 접근은 전반적으로 저조한 반면 간호사의 근무 시간 조정 노력은 별 문제가 없었다. 관리적 측면에서 지방노동관서의 지도 감독이나 사업주의 협조가 전반적으로 부족하였다.

2) 지속성

지속성에서 자료보관이나 관리 인력의 지속성은 크게 문제가 되지 않았다. 그러나 자료보관의 구체적인 과정과 내용은 기관마다 큰 차이를 보였다. 문제 발생시 의뢰체계는 전반적으로 갖추어져 있지 못한 가운데 기관마다 차이를 보여 기존의 의료기관이 아닌 기관에서 특히 문제가 되었다. 대학이나 종합병원 소속의 기관은 상황이 다소 양호하였다.

3) 포괄성

작업관련성 질환과 일반질환을 모두 관리한다는 측면에서 본 포괄성에서는 일반 질환에 대한 관리 체계가 갖추어져 있지 않다는 점이 가장 큰 문제점이다. 특히 다른 부분과 달리 일반질환의 부분은 시설이나 장비 등의 기본적인 투입요소도 갖추어져 있지 않으며 이는 여러 기관에서 동일한 문제로 보인다. 단 종합병원에 속해 있는 기관에서는 투입요소의 활용 여지는 충분하다.

4) 기술적인 질

기술적인 질을 이루는 요소중 인력의 훈련과 교육에 관계되는 요소로 업무 경력 등, 기본적인 자질이 다른 일차의료분야에 비하여 뒤진다고는 할 수 없다. 그러나 이러한 인력에 대한 재교육 기회는 적었다. 결과 측면에서 본 이들의 지식은 기본적인 부분에서도 부족하였다. 기술적인 질을 이루는 다른 요소로 구체적인 프로그램은 전무한 상태였다.

5) 부문간 연계

보건관리대행기관으로 노동부의 지정을 받으려면 의사, 간호사, 위생사를 고용하고 있어야 하므로 부문간 연계를 위한 기본적인 요건은 갖추고 있었으나, 과정상의 원활한 연계는 부족하였다. 의사인력의 참여 부족은 전 기관에서 공통적으로 나타난 문제였다.

6) 예방적 서비스의 제공

다른 부분에 비하여 예방적인 서비스를 제공하는 데 대한 노력은 충분하다 할 수 있었으나 질적인 수준에 있어서는 문제를 보이고 있다.

7) 근로자와 사업주의 참여

근로자와 사업주의 참여는 전반적으로 부족하였다. 기관별 차이보다는 전반적인 문제로 나타났다.

8) 적절성

전반적으로 적절성을 확보하기 위한 노력 자체가 부족하며 기관간 변이가 크지 않았다. 수요 파악을 위한 기초적인 노력이 부족하였다.

2. 앞으로의 정책대안

이 평가 연구에서 파악된 문제점에 근거하여 정책적인 해결책을 요약하면 다음과 같다.

단기적으로는 질향상을 위하여 대행 수수료를 현실화하고 보건관리대행기관 질향상을 위한 제도적 장치를 마련하는 것이 선행되어야 한다. 또한 보건관리의 지속성을 위하여 근로자 개인기록을 내실화하고 기관간, 주무부서간 연계가 이뤄져야 할 것이다. 적절한 서비스를 제공하기 위하여 사업장 단위로 산업보건계획을 수립하여 하며, 접근성을 고취하기 위하여서는 기관 지정요건을 완화하고 인력의 배치를 유도하되 질적 수준이 유지되도록 신임 등이 도입되어야 한다.

장기적으로는 제삼자지불방식으로의 보수제불체계의 변화와 산업보건사업의 일원화, 국가 단위 산업보건 계획 수립, 그리고 장기적인 인력 양성 체계의 수립이 있으며 궁극적으로는 국가 차원의 산업보건 옹호, 특히 중소기업 사업장의 산업보건 옹호의 분위기가 성숙되어야 할 것이다.

3. 연구의 제한점

그러나 우리 나라 보건관리대행기관에서 제공하는 서비스를 포괄적으로 평가한 이 연구는 다음과 같은 몇 가지 제한점을 갖고 있다.

1) 조사 도구

첫째, 조사 도구의 문제로 양질의 산업보건의 갖추어야 할 요소를 만든 후 그에 적절한 평가항목을 선정하는 부분에서 규범적으로 충분히 다양한 항목을 만들지 못하였다. 예를 들면 접근성을 평가하기 위하여 개발한 항목은 작업장에서 기관의 거리, 교통수단에 따른 지리적 접근성과 근로자들이 이용할 수 있는 시간에 방문하는가 하는 시간적 접근성, 사업주가 근로자들을 만나게 해주는가 하는 상황적 접근성을 위주로 평가하였다. 이 항목들은 주로 보건관리대행기관의 인력들의 측면에서 문제가 되는 것들로서 경제적인 접근성에 대하여는 조사하지 못하였다. 다른 항목들의 예에서도 마찬가지로 각 요소들의 전반적인 측면을 평가하였다기보다는 현재 보건관리대행인력이 느끼는 문제점을 위주로 평가하였다. 또 다른 예로 부문간 연계를 본 항목에서 의사, 간호사, 위생사의 회의나 의뢰 체계에 대하여만 조사하였는데 실제로 문제가 되는 것은 의사 인력의 서비스에 대한 참여 자체가 부족하거나 없다는 점이였다.

이러한 점들에 대하여 연구 설계당시 인지하고 있었으나 많은 항목에 대하여서는 조사가 불가능하였다. 또 이미 다른 연구에서 전반적으로 부족함이 드러나 있어 새로운 조사가 무의미하다고 판단한 것은 조사에서 제외하였다.

2) 조사 대상

(1) 전수 조사

조사 대상에서 문제가 되는 것은 전국 52개 기관 중 25개 기관만이 참여하였다는 점이다. 조사대상 선정시 전수 조사를 목표로 하였으나 전수에 대하여 조사를 요청할 수 없었다. 이는 학술적인 목적으로 수행한 평가의 한계일 것이다. 노동부 등의 협조를 구하여 강제적으로 조사를 수행하는 것도 고려하였으나 평가에 대한 자발적인 참여 의지가 없으면 응답의 내용이 정확하지 못할 것이라고 판단하여 더 이상의 조치는 하지 않았다.

특히 조사를 거부하거나 참여하지 않은 기관들은 아마도 질적 수준에 더 문제가 있을 것이라 판단되거나 이를 증명할 방법은 없었다. 그러나 연구 결과 전반에 걸쳐 질적 수준이 높지 않은 것으로 드러나 전수 조사를 하지 못한 것이 연구 결과의 방향에 영향을 미치지 않는 것 같다. 기관들의 참여를 확대한 후속의 평가 연구가 필요한 것이다.

(2) 근로자와 사업주에 대한 조사

연구의 큰 문제점 중의 하나가 근로자와 사업주의 측에서 본 기관평가가 이뤄지지 못하였다는 점이다. 연구 설계당시 사업주와 근로자를 대상으로 한 설문지를 개발하고 몇 개의 사업장에서 이를 적용하였다. 연구 설계당시 각 간호사에 대하여 설문조사를 수행한 직후, 간호사들의 사업장 방문 일정을 보고 조사자가 무작위로 사업장을 한 개 이상씩 추출하도록 하였다. 그러나 추출된 사업장과 기관의 관계가 원만하지 못한 경우 접근이 불가능하였기 때문에, 결국은 기관과의 관계가 원만한 일부 사업장만 조사를 할 수 있었다. 또 접근이 가능하였던 사업장에서도 보건관리대행기관의 인력을 통하여 접근하는 수밖에 없어 기관의 실제적인 문제점은 드러나지 않았다. 따라서 조사가 무의미하다고 판단되어 더 이상의 조사를 진행하지 않았다.

앞으로 보건관리대행기관의 문제점을 파악하고 개선방안을 제시하는데 근로자와 사업주의 의견과 만족도를 평가하는 일은 필수적으로 이뤄져야 할 연구 과제이다.

(3) 대상 분야

이 평가연구는 보건관리대행기관을 대상으로 하였으나 우리 나라 보건관리대행기관들은 작업환경측정과 특수건강진단서비스를 함께 제공하고 있다. 따라서 정확하게 그 기관의 보건관리대행 업무만을 평가하기는 어려웠다. 일부 평가 항목은 보건관리대행 업무 이외의 항목에 대한 것들이었다. 따라서 일부는 대상 분야가 보건관리대행서비스를 넘어서는 것들로서 산업보건 전체의 문제에 관한 조사도 있었다.

이러한 점은 보건관리대행에 초점을 둔 이 연구에서는 현실적으로 극복하기 어려운 제한점이기도 하지만 보건관리대행서비스가 중소기업 근로자의 포괄적인 건강관리를 지향한다는 점에서 앞으로의 연구 방향이기도 하다. 앞으로 보건관리대행을 포괄하여 산업보건서비스 전체에 걸친 평가가 이뤄져야 할 것이다.

우리 나라 보건관리대행제도를 평가하고 평가 결과에 따른 제도 개선책을 마련하는 것을 목적으로 수행한 이 연구에서 다음과 같은 결론을 얻었다.

접근성과 일부 측면에서의 지속성, 포괄성, 기술적인 질, 근로자와 사업주의 참여, 적절성은 우리나라 보건관리대행기관 전체에 걸쳐 문제가 있는 것으로 나타났다. 이중 접근성의 일부측면과 지속성은 서비스 수행 과정상의 문제로 나타났으나 나머지는 구조적인 문제인 것으로 드러났다. 지리적 접근성, 지속성의 일부 항목은 기관별로 심한 차이를 보여주었다. 기관 별로 차이를 보이는 항목들은 특히 의료기관을 개설하지 않은 기관과 의원에 소속되어 있는 기관에서 문제가 되었다.

이 연구 결과에 근거하여 우리 나라의 보건관리대행기관에서 제공하는 서비스의 질적 수준을 향상시키기 위한 방안을 제시하면 다음과 같다.

1. 단기 방안

- ① 신입과 같은 보건관리대행기관의 질 향상 기전을 마련한다.
- ② 보건관리대행기관에 대한 재정적 지원을 강화한다.
- ③ 보건관리대행기관 지정요건을 변경하여 질적 수준 향상을 도모한다.
- ④ 대체 인력을 확보하고 인력 교육 지침을 개발한다.
- ⑤ 중소기업 근로자 보건관리 서비스 내용을 개발한다.
- ⑥ 근로자 개인정보관리의 확립과 연계방안을 수립한다.
- ⑦ 보건관리대행기관 단위 산업보건사업계획을 수립하게 한다.

2. 장기방안

- ① 산업보건 인력 양성 체계를 확립한다.
- ② 산업보건서비스를 통합, 일원화하여 포괄성을 확보한다.
- ③ 산업보건에 대한 보수지불체계를 재정비하여 사업주와 보건관리기관의 동기를 부여한다.

- ④ 국가 및 지역 단위 산업보건 수요 공급 계획을 수립한다.
- ⑤ 국가차원에서 산업보건을 옹호하고 우선 순위를 높인다.

감사의 글

어려운 여건에서도 산업보건 일선에서 근로자의 건강을 지키는 한편 이 논문이 있기까지 적극적으로 도와주신 보건관리대행기관의 간호사 여러분께 진심으로 감사드립니다. 여러분들의 격려는 연구진을 위함이 아니라 중소기업 근로자들의 건강을 위한 것임을 명심하겠습니다.

인용문헌

노동부. 산업보건정책방향. 서울 : 노동부, 1994
 노동부. 산업안전보건법, 시행령 및 규칙. 서울 : 노동부, 1994
 노동부. 산업안전보건법. 서울 : 노동부, 1994.
 노만드, 웨버. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 옮김. 의료보장의 기초이론. 서울 : 한울, 1996
 대한병원협회. 병원명부. 서울 : 대한병원협회, 1995
 보건복지부. 지역보건법. 서울 : 보건복지부, 1995

서울대학교 지역의료체계 시범사업단. 농촌지역 방문보건 사업체계개발. 서울 : 서울대학교 지역의료체계 시범사업단, 1994
 이명숙. 보건관리대행사업운영 현황. 보건관리대행사업 운영에 관한 워킹 자료집. 서울 : 대한산업보건협회, 1993
 조수현, 김선민, 김창엽, 홍윤철, 하은희. 중소기업근로자 보건관리대행기관 QA 평가지표의 개발과정. 한국의료QA학회지 1996;2(2):72-88
 최재욱, 문옥륜. 일부사업장의 산업보건사업에 있어서의 근로자의 참여에 관한 조사연구. 예방의학회지. 1991;24(3):339-355
 클레츠코프스키 등. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 옮김. 인류 모두의 건강을 위한 국가보건의료체계의 방향 재설정. 서울 : 한울, 1993
 하은희. 중소기업 보건관리 모형에 관한 연구. 서울 : 서울대학교보건대학원 보건학석사논문, 1992
 Hall TL, Mejia A. Health Manpower Planning : Principles, Methods, Issues. Geneva : World Health Organization, 1978
 Last JM. Public Health and Preventive Medicine. 3(ed). Norwalk : Appleton-Century-Crofts, 1993
 Myers BA. A guide to medical care administration. concepts and principles. American Public Health Association, 1969
 WHO. Global strategy on occupational health for all. Geneva : WHO, 1995