

【제3주제】

산재보험 요양 · 보상서비스 개선방안

- 이 현 주 (한국노동연구원 책임연구원)
- 신 수 식 (고려대 경영학부 교수)
- 정 호 열 (성균관대 법학부 교수)
- 이 경 석 (순천향대 신경외과 교수)
- 박 정 선 (한국산업안전보건연구원 팀장)
- 유 성 재 (중앙대 법학부 교수)
- 주 영 수 (한림대 산업의학과 교수)
- 권 영 준 (한림대 산업의학과 교수)
- 이 철 호 (마산삼성병원 산업의학과 교수)
- 최 경 숙 (대전을지대 신경정신과 교수)

목 차

I. 서론	135
II. 업무관련성 질환 판단의 전문성·객관성 제고	136
1. 필요성	136
2. 업무관련성 정신질환	137
3. 뇌혈관질환 및 심장질환	142
4. 업무상질병의 인과관계 판단의 대법원 판례의 경향	146
5. 업무상 질병의 업무관련성 평가체계 개선	149
III. 산재보험 요양제도의 개선	155
1. 산재보험 요양절차 실태	155
2. 지정의료기관제도	172
3. 산재보험 진료수가체계	187
4. 진료비 심사 지급체계	200
IV. 신체장해 평가체계 개선	206
1. 필요성	206
2. 현황 및 문제점	206
3. 제언	210
V. 산재보험급여 부정수급 방지대책	212
1. 필요성	212
2. 현황 및 문제점	212
3. 제언	217
VI. 결론	221

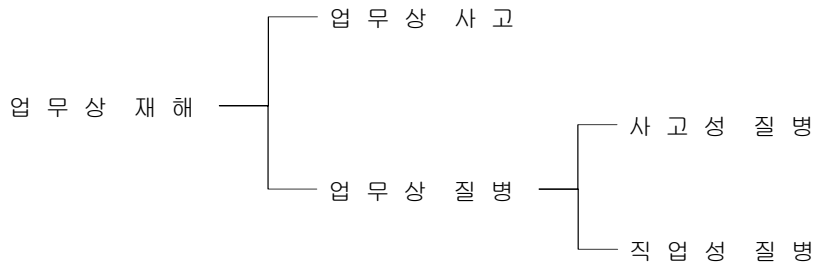
I. 서론

- 산재보험 요양제도는 양질의 의료서비스를 제공하여 산재근로자가 조기 사회복귀 할 수 있도록 운영되어야 함
- 휴업급여, 장애급여 등 현금중심의 보상서비스를 중시하여 현물중심의 의료서비스 제공에 대한 관심은 상대적으로 취약
- 특히 요양부분은 산재근로자의 원상회복을 위한 핵심적인 부분임에도 전문적인 의료지식이 필요한 분야여서 노동부(근로복지공단)의 산재보험제도 개선 부분에서 이제까지 간과되어 왔음
- 성공적인 사회복귀의 시작은 산재근로자에게 제공하는 요양서비스의 중요성이 인식되면서 산재근로자중심의 요양서비스 체계로 전환하기 위한 준비과정으로 요양제도 전반에 관한 실태 파악 및 방향제시

Ⅱ. 업무관련성 질환 판단의 전문성·객관성 제고

1. 필요성

- 최근 들어 뇌혈관질환, 심장질환 및 간질환이 업무상 질환의 다수를 점하고 있으며 특히, 과로와 스트레스를 유발하여 원인이 불분명한 질병에 이환되거나 기초질환이 악화되어 사망하는 경우가 있음
- WHO 보고에 의하면 선진국으로 갈수록 정신질환으로 인한 부담이 증가하며 라서 21세기에는 허혈성심장질환 다음으로 정신질환이 범국가적으로 가장 중요한 장애원인이 될 것이라고 보고 있으며 근로자에게 있어 업무관련성 정신질환은 장기간 지속되는 장애의 원인으로 빠르게 증가하고 있음
- 우리나라의 업무상 뇌혈관질환 및 심장질환 인정기준은 업무기인성에 대한 근거가 없으며, 업무관련성 평가가 객관적이지 못하여 판단을 작위적으로 해석될 우려가 있어 근본적인 검토와 개선 필요
- 최근 논의 대상이 되고 있는 업무상 질병에 관한 최근의 대법원 판결례를 수집하여 분석하여 업무상 질병의 빈도를 분석·유형화하고 각 유형에 나타난 업무상 질병의 인정기준에 관한 서로 모순되거나 충돌되는 판결례의 확인, 궁극적으로 업무상 질병의 인정기준에 관한 판례와 행정해석의 문제점 이에 대한 입법론적, 해석론적, 정책적 차원의 대안 제시
- 업무상 재해는 크게 업무상 사고와 업무상 질병으로 구분하며 업무상 질병은 발생의 상태나 성질에 따라 사고성 질병과 사고에 의하지 않는 직업성 질병으로 구분



- 업무상 사고는 사고가 업무수행중에 발생하였는지 확인되면 업무상 재해로 인정받을 수 있는데 비하여 업무상 질병의 경우에는 그 발병과정이 길고 원인관계의 규명이 어려운 경우가 있으므로 업무상 재해로 인정받기 위해서는 질병과 업무간의 관련성 평가가 필요
- 근로자의 질병이 업무상 질병으로 승인받는 문제는 근로자 자신의 입장에서는 생존권의 문제가 되는 것이므로 업무상 질병의 판단문제와 같이 중요한 문제를 합리화하고 객관화하는 작업(절차와 방법 측면) 필요

2. 업무관련성 정신질환

가. 현황 및 문제점¹⁾

- 정신질환은 직장에서 집중적으로 관심을 가져야만 하는 질환이라는 것을 인식하고 이에 대한 정확한 실태 파악과 대책이 필요함
- 정신질환 관리의 산재보상 체계, 근로자의 건강 및 경제적 측면에서 중요성은 아래와 같음.

1) 정신질환에 대한 업무상 질병 인정의 실태를 파악하기 위하여 3개년동안 근로복지공단에 정신질환으로 산재요양을 신청한 최초요양신청서(245례)와 2001년부터 2003년까지 질병 코드가 ICD-10의 정신과 상병 코드인 F코드로 입력된 전산자료(3451례)를 가지고 분석하였음

(1) 산재보상체계에서

- 정신질환의 증가로 인한 보상 청구 증가, 업무 과중, 민원 증가
- 일관성 없는 보상 및 형평성의 문제
- 정신과 질환의 특수성으로 인해 금전 보상(장해보상)의 관점보다 치료 및 작업복귀(재활)의 관점의 보상으로 제도 마련

(2) 근로자 건강 측면에서

- 근로자 건강 및 삶의 질 악화
- 다른 질환에의 영향(근골격계질환, 심혈관계 질환 등)

(3) 경제적 측면에서

- 결근, 조퇴, 병가, 작업능률 감퇴 등으로 인한 작업 손실 및 경제적 손실
- 재해보상관련 비용 증가

1) 정신질환의 지속적 증가

○ 3년간 정신과 상병의 산업재해 청구사례는 각각 956례, 1199례, 1296례였고, 그 중에 인정사례는 각각 897례, 1,099례, 1,179례임.

<표 1> 연도별 정신질환 승인 현황

(단위 : 명, %)

연도	승인	불승인	계	증감 (2001=100)
2001년	897	59	956	100.0
2002년	1,099	100	1,199	125.4
2003년	1,179	276	1,296	135.6
계	3,157	276	3,451	

2) 요양신청 작성의 비일관성 및 정신질환 통계관리의 미비

○ 사안에 대한 문제점을 파악하고 정책 마련의 기초가 되는 것은 그 문제와 관련된 기초 통계와 역학임에도 업무상 정신질환 관련된 통계관리가 미흡한 실정임

- 최초요양신청서에 기입된 변수들이 일관성이 없는데 진단명 뿐만 아니라 산업분류, 직업분류등이 일정한 기준에 부합하게 기입지 않고, 진단명도 코드화 되지 않아 자료화 하는데 어려움이 많음
- 정신질환으로 보기 어려운 심리적 발달장애(F80), 소아 청소년에서 발병하는 행태 및 정서장애(F90), 성인 인격 및 행태장애(F60)를 인정한 경우가 많음

<표 2> 산재로 승인 받은 사례의 ICD-10에 의한 분류

(단위 : 명)

진단명	2001	2002	2003	계
F00. 증상성을 포함한 기질성 정신장애	395	450	505	1,350
F10. 정신활성 물질 복용으로 인한 정신 및 행태장애	4	0	4	8
F20. 정신분열병, 분열형 및 망상장애	16	21	7	44
F30. 기분(정동)장애	85	85	87	257
F40. 신경증성, 스트레스관련 및 신체형장애	222	258	325	805
F50. 생리적 장애, 신체적 요인의 행태 증후군	23	38	30	91
F60. 성인 인격 및 행태장애	9	7	5	21
F80. 심리적 발달장애	8	4	4	16
F90. 소아, 청소년 발병하는 행태 및 정서장애	14	31	23	68
계	776	894	990	2,660

- 임상에서 사용하고 있는 DSM-IV 또는 ICD-10의 진단 표현에 정확하게 일치하거나 유사한 경우가 ICD-10은 47.0%, DSM-IV는 41.0%로 과반수이상인 같은 질환 표현을 다양한 진단명을 사용하고 있어 판단에 혼란을 주고 있음

<표 3> 진단명의 정확성에 따른 현황

연도	정확 및 유사		다른 표현		총
	승인	불승인	승인	불승인	
2001년	37	31	9	8	85
2002년	28	34	6	19	87
2003년	68	44	11	16	139
총	133	109	26	43	311

3) 업무관련성 정신질환의 승인과정상의 일관성 문제

- 정신질환으로 산재요양 신청을 하면 각 근로복지공단 지사에서는 사안별 처리하는 상황에서 표준화된 업무처리규정이 없기 때문에 개인에 따라 승인여부가 달라질 가능성이 있음
- 정신분열증이나 분열형 및 망상장애와 같은 심인성 전신장애의 경우 업무상 질병으로 보기 어려운 질환임에도 최근 3년간 정신분열증, 분열형 및 망상장애가 55건 승인되었으나 일본의 경우 이러한 진단명이 업무상질병으로 인정된 사례가 없어 업무상 정신질환 인정과정의 일관성에 대한 의문이 제기할 수 있음

4) 업무에 기인한 인과관계 판단의 객관성 미흡

- 현재 정신질환의 업무관련성 평가를 위해 실무담당자가 자체적으로 조사하여 판단하거나 일부의 경우 『직무스트레스평가설문지』를 사용하는 경우가 있지만 실무담당자나 자문의사 개인에 의존하는 상황임
- 일본의 경우 업무요인 및 업무외적 요인에 대한 평가를 『심리적 부하평가표』를 통해 규격화된 평가방법 사용

나. 제언

- 1) 정신질환은 직장에서 집중적으로 관심을 가져야만 하는 질환이라는 것을 인식하고 이에 대한 정확한 실태 파악과 대책이 필요함
- 2) 통계자료 관리의 체계화
 - 최근까지 업무상 정신질환관 관련한 통계분석이나 역학조사가 거의 없었으며 지난해부터 산발적으로 개괄적 통계결과가 발표되었으나 발표된 수치와 본 연구에서 분석한 자료의 수치에 차이가 있어 통계결과의 정확성이 의심됨

- 정확한 현황파악을 위하여 입력이 필요한 변수 설정 및 변수에 대한 체계적인 분류 방법을 검토해야 하며 요양신청서 서식 검토를 비롯한 자료 입력 변수 지정, 매년 정신질환 관련한 필요한 통계 내용을 규정할 필요가 있음

3) 업무상 정신질환의 인정과정 및 내용에 대한 적정성 평가

- 현재 업무관련성 정신질환의 인정은 사안별로 수행되어 왔고 승인심사 과정에서 검토되는 내용이 동질하다고 할 수 없는 상황임
- 업무상 질병으로 인정하려면 어떤 과정으로 진단되어야 하는지(관찰기간, 검사), 어떤 서류가 첨부되어야 하는지 등(예, 정신장해 인정을 위해서 일정기간 입원 후 감정평가서 제출) 검토

4) 산재 인정 vs. 법원 판례의 차이점 검토

- 산재보험에서 인정하는 요건과 법원에서 인정하는 요건이 다를 수밖에 없는 상황이지만 법원에서의 인정이 산재보험 제도에 영향을 미치고 있음
- 행정적으로 기각된 사항이 법적 절차에서 인정된 사안 및 기각된 사안을 조사하여 그 차이점을 파악하여 제도적 보완이 필요한지 검토가 필요함

5) 대상 질환의 범주에 관한 검토

- 전산자료 분석 결과 ICD-10 진단 범주에 속하는 질병중에 업무관련성과 관련성이 있어 인정지침이 필요한 질병군이 있는 반면, 그 가능성이 희박하여 사례별 특수성을 고려해야하는 질병군, 전혀 불가능한 질병군이 있을 수 있으므로 이에 대한 검토 및 안내가 필요함

6) 위험요인(업무상 정신질환 원인) 평가

- 업무상으로 인정한다는 것은 단순히 ‘직업을 가진 상태에서 질병이 발생했다’는 동시발생적인 사실을 넘어서 인과관계 증명이 필요한 부분으로 원인이 되는 요인에 대한 평가를 객관적이고도 공정하게 시행될 수 있는 방법을 고안할 필요가 있음

7) 업무상 질병 인정관련 실무지침서 마련

- 업무상질병 인정기준은 사회적 상황과 국가적 여건에 따라 변할 수 있는 정책적인 것이고, 또한 우리나라의 현실과 현재의 산재보험의 목적과 정책에 맞아야 하므로 먼저 실무지침서를 마련할 필요가 있음
- 행정적으로 당면한 문제는 급증하는 정신질환에 대한 실무적인 대책을 위하여 업무관련성 정신질환에 대한 실무지침서를 마련하기 위한 연구가 필요함
- 지침서는 실무를 위한 것일 뿐 업무상질병 인정기준으로의 전환여부는 이후(2-3년 후) 평가를 통해 보완하여 지침서로 유지할 것인지, 인정기준으로 전환할 것인지 결정되어야 할 것임

3. 뇌혈관질환 및 심장질환

가. 현황 및 문제점

1) 상위법과의 관계

- 산재보험법에서는 근로기준법시행규칙 제33조 [업무상 질병] 제1항에서 “근로자의 질병에의 이환이 다음 각호의 요건에 해당되는 경우로서 그 질병이 근로기준법시행령 제40조제1항의 규정에 의한 업무상 질병의 범위에 속하는 경우에는 업무상 요인에 의하여

이환된 질병이 아니라는 명백한 반증이 없는 한 이를 업무상 질병으로 봄.

- 산재보험법시행규칙 제33조 제1항에서 규정한 네 가지 요건에 해당되고 근로기준법 시행령 제40조 제1항의 규정에 의한 업무상질병의 범위에 해당하는 경우에는 업무상 요인에 의하여 이환된 질병이 아니라는 명백한 반증이 없는 한 이를 업무상 질병으로 보아야 함.
- <별표 3. 업무상질병과 요양의 범위>를 보면 뇌혈관질환 및 심장질환은 제1호인 “업무상의 부상에 기인하는 질병” 또는 제38호인 “기타 업무로 기인한 것이 명확한 질병”에 속할 수 있음. 따라서 뇌혈관질환 및 심장질환의 경우 업무상 특정 유해인자와 발병간의 인과관계가 과학적으로 밝혀지고 평가방법까지 확립되어 열거규정으로 등재되고 간단한 소명 절차로 입증을 대신할 수 있을 때까지는 개별사례에 대한 업무기인성의 입증에 책임이 부과됨.
- 뇌혈관질환 및 심장질환의 업무상 질병 인정에 있어 가장 큰 난제는 업무상 질병으로서 갖추어야 할 일정 요건 중 첫 번째인 <유해요인>을 <업무상과로>라고 상정하고 있으나 <업무상과로>의 개념 정립과 그에 대한 객관화 내지 계량화를 위한 과학적 시도 내지는 논의가 없었으며 <업무상과로>와 <뇌혈관질환 및 심장질환 발병>간의 인과관계에 대한 의학적 근거를 찾기 어려움

2) 과학적 근거의 문제

- 뇌심질환 발병과 상당인과관계를 갖는 업무상 유해인자의 현행 인정기준
 - 돌발적이고 예측곤란한 정도의 긴장·흥분·공포·놀람등과 급격한 작업 환경의 변화로 근로자에게 현저한 생리적인 변화를 초래한 경우
 - 업무의 양·시간·강도·책임 및 작업환경의 변화 등 업무상 부담이 증가하여 만성적으로 육체적·정신적인 과로를 유발한 경우
- <만성적인 과로>라 함은 “근로자의 업무량과 업무시간이 발병전 3일 이상 연속적으로 일상업무보다 30% 이상 증가되거나 발병전 1주일 이내에 업무의 양·시간·강도·책

임 및 작업환경 등이 일반인이 적응하기 어려운 정도로 바뀐 경우를 말한다.“고 규정하고 있음.

- <일상업무보다 30% 이상 증가> 등의 계량적 기준에 대한 과학적 근거를 찾을 수 없음.

3) 공정성의 문제

- 산재보험법 시행규칙상의 업무상질병 인정기준은 현재의 의학적 지견을 집약한 것이므로 인정기준에 해당되지 않는 요건에 의해 질병이 발생하거나 또는 인정기준에서 대상이 아닌 질병이 업무상 사유에 의하여 발병한 것이라고 판단하기 어려우므로 이 같은 경우는 청구인 측에서 의학적 자료 등의 소명 또는 입증이 필요함
- 우리나라의 업무상 뇌심질환 인정기준은 일본의 인정기준을 그대로 모방했으며 이후 두 차례 인정기준 개선을 위한 연구가 수행되었으나 그 결과가 인정기준에 반영되지 못했고, 인정기준으로 제시된 업무상과로의 계량적 수치가 과학적 근거 없이 행정적 편의로 만들어졌음.
- 뇌출혈은 사고성 손상과 달리 겉으로 드러나지 않기 때문에 ‘업무수행성’이라는 요건이 판단을 잘못하게 할 가능성도 있으므로 이는 삭제하는 것이 타당함. 즉 뇌심질환의 업무상 발병 여부를 판단하는 데는 ‘과중한 업무’에 언제부터 얼마간 노출되었는가라는 ‘업무기인성’만으로 판단해야 할 것임.

4) 신속성의 문제

- 업무상 질병중에는 발병 원인이 자기 업무에 있다는 것을 근로자 자신이 의심조차 못하는 경우도 있고 업무에 원인이 있을 것이라고 추측할 수는 있어도 그 질병과 업무와의 인과관계에 대한 입증이 곤란하거나 큰 부담을 동반하는 경우가 많음.
- 업무상 특정 유해인자와의 인과관계에 대한 의학적 평가가 확립되어 있는 질병에 대해

서는 근로기준법 시행령 제40조 제1항 관련 별표3의 제37호에 근거하여 <중양노동위원회의 동의를 얻어 노동부장관이 지정하는 질병>을 법령으로 명확히 하는 열거주의를 채택하도록 함

- 업무상 질병으로서의 일정요건을 만족하며 특별히 반증이 없는 한 업무상질병으로 인정받을 수 있도록 열거주의를 채택하는 것은 산재보상의 신속성을 담보하기 위한 장치임
- 뇌혈관질환 및 심장질환은 열거규정으로서 등재된 업무로 인해 특이적으로 발병하는 다른 업무상 질병과는 달리 태생적으로 산재 여부 판정에 있어 아직까지는 신속성을 추구하기가 어려움

나. 제언

- 업무상 뇌심혈관질환은 고혈압, 고지혈증, 당뇨등의 기초질환이 업무상 과로 내지 스트레스의 영향에 의해 질병의 자연경과를 훨씬 벗어나 악화됨으로써 발병하는 것이므로 기초질환의 자연사에 대한 역학적 특성의 이해와 풍부한 임상적 경험 등이 중요.
- 공정성과 신속성을 위하여 현재 과학적 근거가 입증된 내용만을 인정기준을 개정하여 직업병을 진단하는 의사들의 공감을 얻을 수 있어야 하며, 새로운 근거가 축적 되는대로 인정기준에 신속히 반영.
- 업무상 사고와는 달리 업무상 질병 여부 판단에 있어서는 업무기인성의 확인만으로도 충분하며 업무수행성 여부를 중시하는 경우 오히려 공정한 판단을 방해할 여지가 있음.
- 뇌심혈관질환은 근로기준법시행령 제38호인 <기타 업무로 기인한 것이 명확한 질병>의 범주로 다루어야 하기 때문에 열거규정에 명시된 다른 업무상질병의 경우와 같이 현재까지 축적된 과학적 근거를 찾아 그 인과관계가 비교적 잘 규명되어 있는 유해인자 내지 유해업무를 구체화하고 객관화할 필요.

4. 업무상질병의 인과관계 판단의 대법원 판례의 경향

가. 현황 및 문제점²⁾

1) 상당인과관계설의 한계

- 우리 판례와 통설은 민법에서는 물론 산재보험과 관련해서도 상당인과관계설의 입장을 취하고 있음.
- 산재보험의 인과관계의 확정에는 상당인과관계설이 적합하지 않고 중요조건설이 적합하다는 학설에 의하면, “상당인과관계설은 과실책임주의를 기초로 하고 있는 배상책임의 제한이론으로서는 적합하나, 무과실책임주의, 위험책임주의의 배상책임 제한이론으로서는 무력하다”고 함.
- 상당인과관계설은 ‘상당성’이 없는 결과는 행위자 마음대로 결과 발생을 피할 수 없고, 발생한 결과도 행위자 마음대로 변경시키거나 또는 영향력을 미칠 수 없다는 것을 전제로 하고 있기 때문임.

2) 원인의 경합관련

- 과로 및 스트레스성 질병의 인과관계, 즉 원인의 경합에 대하여 행정해석은 ‘상대적 유력 원인설’을 취하고 있는 데 대하여 판례는 ‘공동원인설’의 입장을 취하고 있음.

3) 산재보험법시행규칙 제3장 제3절의 효력

- 노동부와 근로복지공단은 산업재해의 인정여부를 시행규칙 제3장 제3절에 기초하여 판단하고 있으나 대법원은 이 규정에 대한 법적 구속력에 대하여는 견해를 달리하고 있음

2) 최근 5년간의 관련 분야 대법원판결을 분석대상으로 하며, 업무상 질병에 관한 사건의 분석에 한한다는 원칙에 따라 분석대상 판결례를 분석하였으며, 대상 판결례들을 질병별로 분류하면, 간질환 11건, 뇌질환 10건, 심장질환 19건, 폐질환 11건, 암 8건, 위질환 1건, 사인미상 7건, 기타 질병 23건(기타 질병 10건, 유해물질 4건, 요통 9건) 등 총 90건임.

- 1999년 12월 31일 산재보험법이 개정되기 전까지 시행규칙 제3장 제3절은 법률에 근거조항을 가지고 있지 않았음. 따라서 근거조항이 신설된 1999년 12월 31일 이전까지 시행규칙 제3장 제3절은 행정청 내부의 사무처리준칙에 불과하다고 보는 것이 학설과 판례의 입장으로 산재보험법 제4조 제1호 제2문이 신설된 1999년 개정 이후도 시행규칙 제3장 제3절의 법적 효력에 대한 의문이 제기되고 있음.

나. 제언

1) 중요조건설

- 산재보험에서는 일반적, 추상적 관점에서 인과관계를 평가하는 상당인과관계설보다, 개별적, 구체적 관점에서 인과관계를 평가하는 중요조건설이 적합하다고 봄. 그러나 중요조건설을 따른 다고 하더라도 어떠한 기준에 의하여 ‘중요성(Wesentlichkeit)’을 판단할 것인가라는 의문이 남음.

2) 산재보험법시행규칙 제3장 제3절의 효력

- 시행규칙 제3장 제3절의 법적 효력을 부정하는 학설은 “업무상 사유에 대한 판단을 법령으로 정하도록 한 것은 산재보험의 다른 규정 전체를 유기적·종합적으로 고찰하더라도 구체적인 범위나 판단기준을 함축하고 있지 않기 때문에 일반적·포괄적 위임을 규정한 것으로 볼 수밖에 없다”고 하고 있음.
- 근거규정인 산재보험법 제4조 제1호 제2문이 신설되기 전까지 판례는 시행규칙 제3장 제3절을 행정청 내부의 사무처리준칙으로 보고 있었으나, 제2문이 신설된 이후의 판례에서는 통근재해의 업무상 재해의 인정여부에 대한 판단기준으로 동 시행규칙 제35조 제5항을 언급하고 있음.³⁾

3) 반면 서울행정법원이 2001년 1월 1일 발간한 행정재판실무편람 II에서는 “업무상 재해인정기준에 관하여 산재보험법에 근거규정을 마련하였다 하더라도 그 성질과 내용이 업무상 재해인정기준 등의 행정청 내부의 사무처리준칙을 정하고 있는 것에 불과하여 이것은 노동부장관이 관계 행정기관 및 직원에 대하여 그 직무권한행사의 지침을 정하여 주기 위하여 발한 행정조직 내부에 있어서의 행정명령의 성질을 가지는 것이어서 대외적으로 일반 국민이나 법원을 기속하는 효력은 없는 것이라고 할 것이다(604면)” 또는 “산재법시행규칙 제39조 제1항 [별표 1]에서 정하고 있는 업무상 재해인정기준은 행정청 내부의 사무처리

- 헌법재판소는 포괄위임금지의 원칙과 관련하여 “규정될 내용 및 범위의 기본사항이 구체적으로 규정되어 있어서 누구라도 당해 법률로부터 대통령령에 규정될 내용의 대강을 예측할 수 있어야 함을 의미하며, 이는 행정권에 의한 자의적인 법률의 해석과 집행을 방지하고 의회입법의 원칙과 법치주의를 달성하려는 데 그 의의가 있다”고 이해하고, “예측가능성의 유무는 당해 특정조항 하나만을 가지고 판단할 것이 아니고 관련 법조항 전체를 유기적·체계적으로 종합 판단하여야 하며, 각 대상법률의 성질에 따라 구체적·개별적으로 검토하여야 할 것”이라고 하고 있음.
- 시행규칙 제3장 제3절의 법적 효력이 인정되는 경우에도 시행규칙 제3장 제3절이 인과관계의 ‘원인의 경합’에 대하여 어떠한 입장을 취하고 있는지는 이들 규정을 분석하여 판단할 사항이지, 이들 규정을 제정과정에서 참고한 학계의 의견(예: 뇌 및 심장질환의 업무상 질병 인정기준(최종보고서, 1993)은 법해석에서 고려될 수 있는 사항이 아님. 따라서 시행규칙 제3장 제3절, 특히 뇌혈관질환 및 심장질환에 관한 제39조 제1항 [별표 1] 제1호의 ‘상대적 유력원인설’을 전제로 하고 있는 것으로 판단되지 않음
- 피해의 충실한 구제를 기본이념으로 하고 있는 산재보험에서는 공동원인설이 타당하다고 봄. 그리고 이미 책임설정적 인과관계를 확인하는 단계에서 산재보험의 보호대상이 지나치게 확대되는 것을 방지하고 있기 때문에 ‘최유력원인설’이나 ‘상대적 유력원인설’이 주장하고 있는 바와 같이 ‘공동원인설’을 취한다고 하여도 산재보험의 보호범위가 지나치게 확대되지 않을 것임.

3) 후속손해에 대한 인과관계의 판단

- 후속손해에 대한 인과관계를 상당인과관계설에 의하여 판단하는 것은 바람직하지 않다고 봄. 왜냐하면, 후속손해는 행위자의 행위에 의하여 직접적으로 기도된 것이 아니라 행위자의 행위에 의하여 발생한 사고에 의하여 후속적으로 조건 지워진 것이어서 행위자의 예견가능성이 문제가 되지 않는데, 상당인과관계설은 행위자의 예견가능성을 전제로 하고 있기 때문임.

준칙에 해당하는 것으로서 여기서 규정하고 있는 각종의 기준치, 요건 등은 업무상 재해를 인정하는데 중요한 기준의 하나로 존중되어야 하겠지만 절대적인 것은 아니고, 기준치나 요건의 수정적용은 물론 당해 근로자의 건강과 신체조건 등은 종합적으로 고려하여 판단되어야 한다”고 하고 있다.

4) 업무수행성과 업무기인성

- 판례는 “산재보험법상 업무상 사유에 의한 사망으로 인정되려면, 당해 사망이 업무수행 중의 사망이어야 함은 물론이고, 업무에 기인하여 발생한 것으로서 업무와 재해 사이에 상당인과관계가 있어야” 한다고 하고 있으나(대법원 2002. 12. 27. 2002두8343 판결(194면)), 업무상 재해에 대하여 1981년 개정된 산재보험법은 업무수행성과 업무기인성을 명문으로 요구하고 있지는 않음

5) 재요양에 관한 인과관계의 판단

- 재요양의 경우 공동원인설이 아닌 상대적 유력원인설의 입장을 취하고 있음. 판례가 1차 요양의 경우에는 ‘공동원인설’을 취하면서, 재요양과 관련해서만 ‘상대적 유력원인설’을 요구하는 것은 일관성을 잃은 것으로 법적 안정성과 형평성을 위하여 시정되어야 한다고 봄.
- 산재근로자의 산재보험 급여에 대한 접근에 대한 법적, 제도적 장애요인을 제거함으로써 사회적 법치국가의 이념성취에 기여해야 할 것임

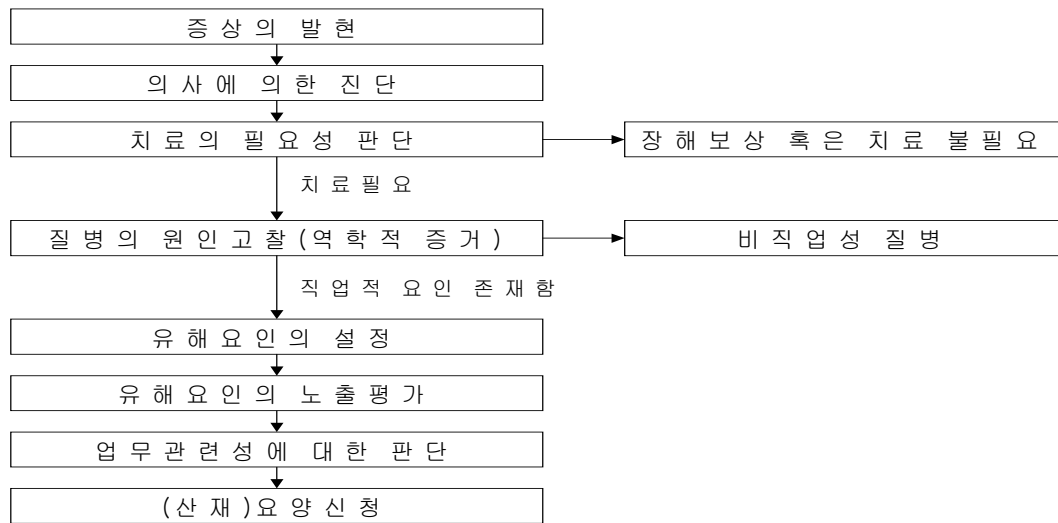
5. 업무상 질병의 업무관련성 평가체계 개선

가. 업무관련성평가의 방법

1) 직업적 유해요인과 질병간의 (상당)인과관계의 설정방법

- 근로자(혹은 진단한 의사)가 진단받은 질병의 원인에 대한 역학적 증거를 얼마만큼 많이 알고 있는가의 문제와 근로자가 그 유해요인에 얼마만큼 노출되었는가를 평가, 업무와 질병간의 인과관계를 평가하기 위해서 질병 진단과 그 질병의 원인에 대한 역학적 지식 그리고 근로자의 당해 유해요인에 대한 폭로정도를 파악하는 것이 가장 중요함

[그림 1] 업무상 질병 인정과정



2) 질병의 진단

- 진단된 질병과 업무상 유해요인과의 인과관계에 대한 역학적 증거의 신뢰성(강도)에 의해 다음과 같이 분류.
 - ① 충분한 증거(sufficient evidence)
 - ② 불충분한 증거(limited evidence)
 - ③ 증거없음(lack of evidence)

3) 유해요인에 대한 노출평가

- 당해 근로자가 진단받은 질병의 원인이 되는 유해요인에 어느 정도 노출되었는 지에 대한 평가에 따라 3가지로 분류할 수 있음.
 - ① 충분한 증거(sufficient evidence)
 - ② 불충분한 증거(limited evidence)
 - ③ 증거없음(lack of evidence)

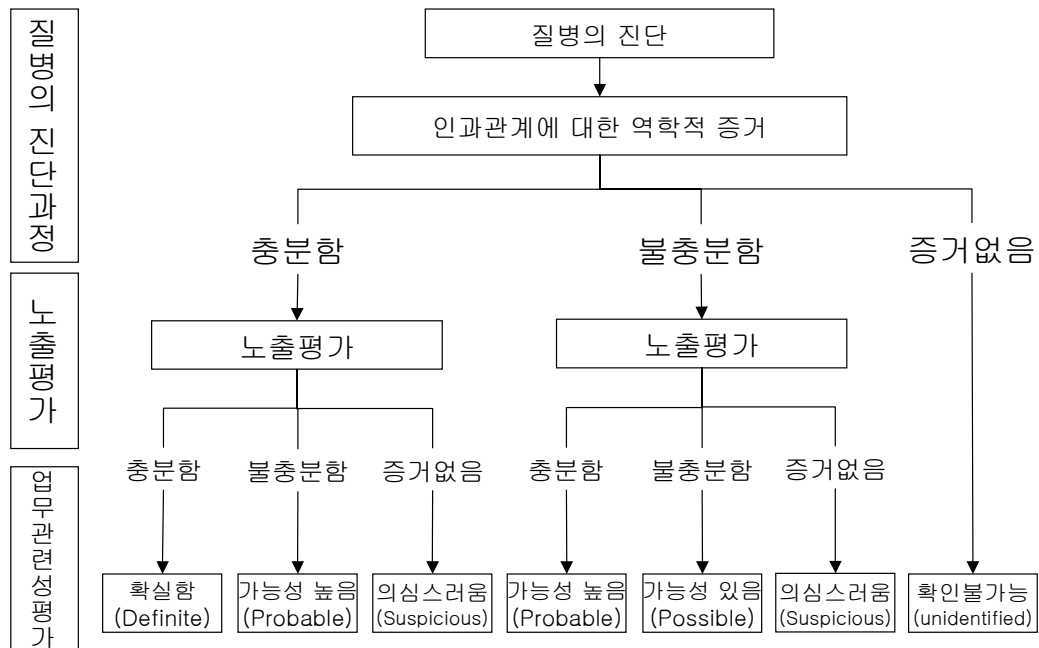
4) 업무관련성 평가

○ medical probability의 개념을 도입하여 당해 근로자의 질병과 업무간의 관련성 정도(업무관련성이 있을 확률)를 5단계로 분류하면 다음과 같음.

- ① 확실함 (Definite, 75~100%)
- ② 가능성 높음 (Probable, 50~75%)
- ③ 가능성 있음 (Possible, 25~50%)
- ④ 의심스러움 (Suspicious, 1~25%)
- ⑤ 확인불가능 (Unidentified)

○ 진단된 질병의 역학적 증거의 수준과 당해 근로자의 유해요인에 대한 폭로의 증거의 수준에 따라 업무관련성을 판단하는 과정.

[그림 2] 유해요인 노출평가와 업무관련성 평가 과정



○ 해당 근로자의 질병의 원인에 대한 역학적 증거가 충분하거나, 당해 근로자의 노출평가에서 충분한 증거가 있으면, 나머지의 하나의 증거가 불충분하더라도 해당 유해요인이 해당 질병을 일으켰을 가능성이 50%이상인 경우 가능성 높음(Probable)으로 평가되면

업무상재해로 인정할 수 있음.

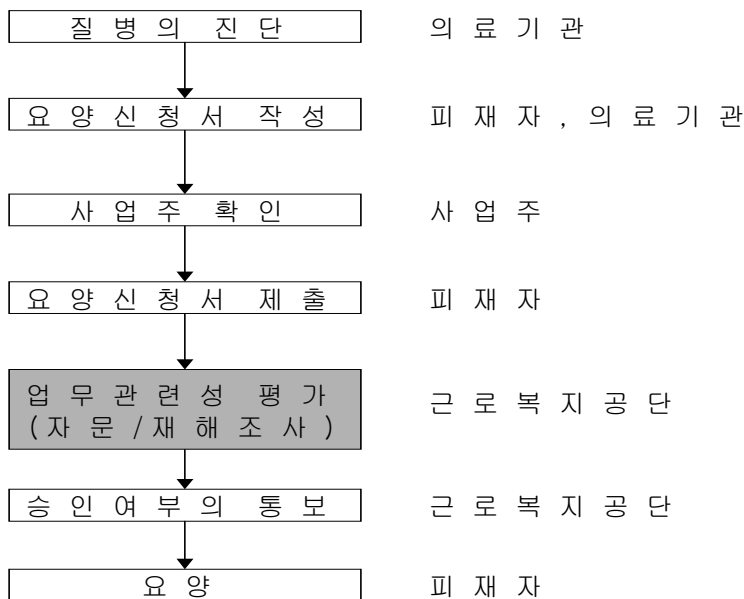
- 질병의 역학적 증거와 노출의 증거가 둘 다 불충분하거나 둘 중 하나라고 증거가 없는 경우에는 50%이하의 Possible이나 Suspicious로 평가되어 업무상 재해로 인정할 수 없음.

나. 업무관련성평가의 절차

1) 재해조사의 내용과 절차

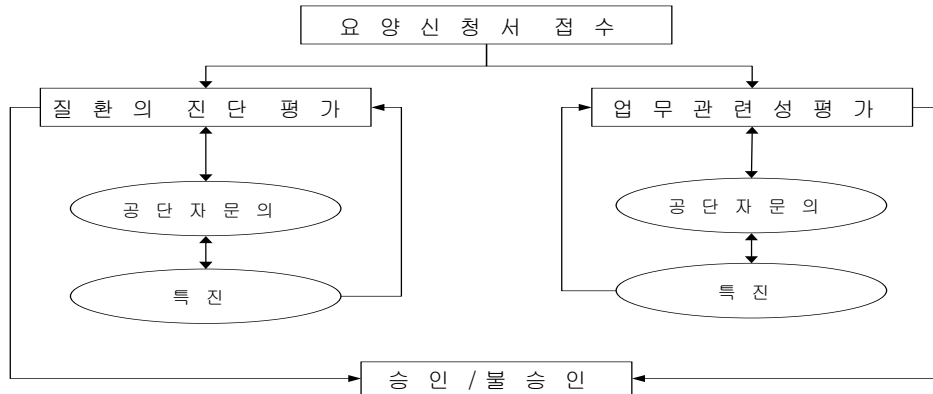
- 근로복지공단 지사의 보상과 담당자는 자신이 이견에 대한 복명서의 작성 등 증거자료를 수집하고, 근로복지공단 자문의에게 질병에 대한 내용이나 업무관련성에 대한 자문을 의뢰하게 되는데, 이러한 자문을 통해서도 해결하지 못하는 경우에는 의료기관의 특진을 보내어 특진결과를 참고하고 자문의의 의견을 들어 요양여부를 결정하는데 이러한 과정을 재해조사라고 함.
- 재해조사가 이루어지는 과정에서 결정적으로 업무상 질병임을 판단하는 단계는 자문의의 의견을 듣는 단계와 특진의 소견을 듣는 단계임.

[그림 3] 현재 업무상 질병의 요양절차



2) 재해조사의 업무관련성 평가

[그림 4] 현재 진단평가와 업무관련성 평가 과정



3) 업무관련성 평가의 외부의뢰

- 매년 업무상 질병은 증가하고 있으며 특히 근골격계질환에 대한 요양신청은 거의 폭발적이라고 할 만큼 전체 업무상 질병의 50%를 넘어서고 있는 실정.

<표 4> 업무상질병의 증가 추이

연도	진폐증	난청	근골격계	뇌심혈관계	화학·중금속	기타	합계
2000	425	251	814	1,667	66	191	3,414
2001	957	287	1,598	3,859	102	440	7,243
2002	915	219	1,827	2,816	88	312	6,177
2003	1,320	314	4,532	2,358	110	496	9,130

자료 : 노동부, 산재사업연보

- 현재 직업성 질병의 경우에는 산업안전공단 산업보건연구원에 조사를 의뢰하는 경우가 일반적이는데, 산업보건연구원이 이 많은 업무상 질병을 조사하여 업무관련성 평가를 수행하는 것은 불가능하기도 하고 산업보건연구원 자체적으로는 고유한 연구기능을 수행해야 하므로 근로복지공단에서 요청하는 업무관련성평가를 수행하도록 하는 것은 역할에 맞지 않는 면이 있음.

다. 제언

- 환자를 직접 진찰하지 않은 자문의의 경우에는 제출된 (의학적)서류상의 문제를 지적할 수 있으나 진단이나 치료유무에 대한 판단은 환자를 직접 진찰한 주치의나 특진치의 의견에 따르는 것이 바람직함.
- 산업의학전문의는 의학과 직업과의 관계를 전문으로 연구하는 의사이므로 업무관련성 평가는 산업의학전문의가 하는 것이 바람직함.
- 근로자가 신청한 질환의 정확한 진단명과 치료의 필요성에 대한 평가와 업무관련성 평가는 다른 단계를 통하여 이루어져야 함.
 - 질환의 진단은 해당 전문의(공단자문의와 특진치의)의 의학적 소견에 의해서 결정되는 것이 바람직함
 - 해당 질병의 업무관련성 평가는 유해요인에 대한 노출평가가 가능한 산업의학전문의에 의한 판단이 바람직함
- 업무관련성 평가를 효율적이고 전문적으로 할 수 있는 방법으로 근로복지공단 지부관할에 있는 대학병원이나 종합병원의 산업의학과에 해당 근로자에 대한 현장조사를 포함한 유해요인조사와 업무관련성 평가를 의뢰하는 방안 제안

Ⅲ. 산재보험 요양제도의 개선

1. 산재보험 요양절차 실태4)

가. 현황 및 문제점

1) 최초요양신청서의 재해발생 형태 분류체계의 혼돈

- 전체적인 분류체계가 발생 원인에 따라 사고성 재해와 직업병으로 나누어져 있는데 분류체계가 명확하지 않음
 - 7번 절단의 경우는 재해발생 형태 분류가 아니라 오히려 재해의 결과인 손상 형태로서 절단이 발생하므로 재해발생 형태 분류와 맞지 않음
 - 12번 무리한 동작의 경우도 사고성 재해와 직업성 질환, 특히 직업성 근골격계질환과의 분류가 모호함.

<표 5> 재해발생 형태 12번 무리한 동작으로 분류된 경우의 재해 사례

장시간 쪼그려 앉은 작업으로 인한 하지 정맥류 동료가 미끄러 지면서 미손을 놓치는 바람에 발생한 허리 손상 중량물 들다가 허리를 빼긋하는 손상(대부분 이러한 재해에 해당함) 반복적인 중량물 작업 중에 발생하는 요통
--

- 사고성 재해의 분류내에서도 재해의 발생형태에 따라 분류하기 어려움.
 - 3번 충돌의 경우 넓게 해석하면 대부분의 사고성 재해가 해당하게 되고 폭발과 파열을 구분하기 어려우며, 날카로운 물체에 찢린 경우 또는 뜨거운 물에 의한 화상의 경우 분명하게 분류하기가 현실적으로 어려움

4) 산업재해 요양자료는 전체적인 요양실태 파악을 위해 재해발생일을 기준으로 2002년, 2003년 요양급여 전산자료를 분석하였고 전산자료에서 확인이 불가능한 정보를 얻기 위해 전국의 6개 근로복지공단 지사(창원, 울산, 안산, 인천, 광주, 대전)의 최초 요양, 재요양, 추가상병, 전원 신청서를 처리일자 기준으로 분류하여 2003년 9월부터 12월까지 3개월간의 요양신청서를 입력하여 분석

<표 6> 사고성 재해로 오 분류된 일부 재해 사례

1 추락으로 분류	<ul style="list-style-type: none"> • 1M 높이에서 뛰어내리다가 다리가 접질러 발목 골절 • 차량에서 내려오다 미끄러져 바닥으로 떨어지면서 손상 • 지게차가 갑자기 정차하면서 지게차 밖으로 튕겨나가 손상 • 계단에서 굴러서 손상 • 작업 중 감전되어 떨어짐
2 전도로 분류	<ul style="list-style-type: none"> • 길이 미끄러워 차량 전복 • 주행 중 오토바이가 미끄러져 넘어져 손상 • 사다리에서 미끄러져 추락함 • 무거운 중량물이 미끄러지면서 압착 • 미끄러져 3M 높이에서 떨어짐
3 충돌로 분류	<ul style="list-style-type: none"> • 교통사고 정면 충돌 • 장갑부위가 드릴에 닿아 감기면서 손의 손상 • 엘리베이터가 추락하면서 재해자와 충돌 • 옆에 세워둔 나무가 넘어지면서 깔림 • 미끄러지면서 부딪힘
4 낙하비래로 분류	<ul style="list-style-type: none"> • 아시타를 밀어 동료에게 맞아 손상함. • 파쇄물이 튀어 얼굴에 부딪혀 손상 • 넘어지면서 헬멧이 벗겨져 쇠파이프 조각에 머리를 손상 • 원목을 옮기는 도중 원목이 튀면서 얼굴 손상 • 물건을 떨어뜨려 발등에 손상
5 붕괴도괴로 분류	<ul style="list-style-type: none"> • 에이치 빔이 넘어져 손상 • 태풍에 의해 폭우에 도로가 유실되면서 차량이 휩쓸림 • 운전실수로 차량이 전복되어 깔림 • 거푸집에 깔리면서 손상
6 협착으로 분류	<ul style="list-style-type: none"> • 철판이 넘어져 철판사이에 협착됨

○ 2002년 산재요양신청서가 개정되면서 재해 형태분류가 바뀌었음에도 불구하고 이후 재해 형태 분류에서 여전히 개정 전 요양신청서상의 재해발생 형태 분류가 그대로 입력되어 있으며 이러한 전산자료에 의해 재해통계가 집계되고 있음

2) 재해발생형태와 그에 따른 주상병의 불일치

○ 재해발생 형태 및 재해 양상으로 볼 때 외상성 재해임에도 불구하고 주 상병이 잘못 입력
 - 추락에 의한 재해를 상세불명의 세균성 감염

- 사 교상에 의해 재해인데 단독으로 분류
- 외상성 안 손상에 의한 재해를 세균 감염 및 각막장애(H 코드)로 분류
- 외상성 눈 손상 - 눈의 임균성 감염
- 못에 찔린 재해를 세균성 감염(A코드) 및 질병에 의한 골수염(M코드)으로 분류
- 외상성 발 손상 - 무좀(백선) 6건, 곰팡이 균 감염 3건

○ 잘못된 상병코드 입력으로 대부분 E 코드에서 발생하고 있으며, 아래와 같은 코드는 주 상병으로 입력되어 있는데 현재 사용되지 않는 코드 사용.

- E818, 819, 821, 822, 846 자동차 교통사고 19건 : V01 ~ V89 코드로 사용
- E837 선박내 폭발, 화재 또는 화상 61건
- E855, 864, 865, 868, 905 불의의 중독 23건 : X40 ~ X49 코드로 사용
- E884 기타 한 장소에서 다른 장소로 추락 25건 : W04 ~ W15 코드로 사용
- E887 원인불상의 골절 347건
- E910 불의의 익사 및 침수 82건 : T751 코드로 사용
- E911, 912, 913, 914, 915 호흡기폐쇄 및 질식, 이물 38건 : W75~ W80코드사용
- E916, 917 낙하물에 의한 불의의 타박 61건 : W20 코드 사용
- E920, 921, 923, 925, 929 절단 및 천공기구나 물체에 의한 사고 등 31건
- E942-987 54건

3) 재해 발생에서 요양 결정일까지 장기간 소요

- 현행 재해 발생에서 요양 결정까지 거쳐야 하는 단계는 재해일에서 사업주 날인까지의 단계에서는 의료기관의 치료 및 진단⁵⁾, 진단 후 의사의 요양 신청서 작성, 작성된 요양 신청서를 사업주 날인을 위해 사업장에 제출하여 사업주 날인을 받는 과정이 이루어짐
- 사업주 날인에서 접수까지의 단계에서는 의료기관의 산재 신청서 작성, 근로복지공단 접수 행정처리과정이 이루어지며, 접수일에서 요양 결정일까지의 단계에서는 근로복지공단 행정 처리(재해조사 포함), 환자 진료기록 조회, 주치의 소견조회, 자문의 소견, 일부 특진의 과정을 거치게 됨

5) 많은 사업장이 의사의 진단 및 요양 일수가 기재된 요양 신청서를 제출하게 하여 이후 사업주 날인을 받음.

- 재해 발생에서 요양 결정일까지 평균 43.1일, 6개 표본 지사 요양신청서 분석시 평균 57.8일로 나타나 장기간 소요
- 재해발생 형태별로 분류하면 전산자료는 사고성 재해 37.3일, 직업병의 경우 98.0일, 6개 표본 지사의 분석 결과 116.7일로 더 길게 소요

<표 7> 재해발생 형태별 재해발생일로부터 산재요양 결정일까지의 기간(2002-2003)

재해형태	재해일 - 접수일			접수일 - 요양 결정일	
	재해자 수	평균	표준 편차	평균	표준 편차
사고성 재해	126,043	25.8	37.4	11.5	13.0
무리한 동작	11,929	48.9	60.8	22.4	20.1
직업병1)	4,793	60.4	74.8	37.6	31.1
뇌심혈관질환	2,567	57.4	65.5	31.6	29.4
기타2)	8,316	31.4	48.6	14.2	18.0
계	153,648	29.5	43.5	13.6	16.3

- 1) 뇌심혈관질환 및 진폐증을 제외한 직업병
- 2) 광산사고 및 기타 분류

<표 8> 재해 형태별 재해발생일로부터 산재요양 결정일 까지의 기간¹⁾(6개 표본지사)

	재해자 수	재해일 - 사업주날인일	재해자 수	사업주날인일- 접수일	재해자 수	접수일 - 요양결정일
사고성 재해	2,405	24.2(± 74.7)	2,115	7.3(± 9.8)	2,937	14.3(±17.7)
무리한 동작	257	68.4(±191.0)	244	8.0(±10.8)	337	33.0(±28.8)
직업병2)	161	58.3(± 92.2)	178	9.1(±13.0)	322	49.3(±24.8)
뇌심혈관질환	27	33.1(± 39.1)	26	9.2(±15.2)	40	52.0(±24.1)
기타3)	52	39.5(± 95.4)	40	10.9(±11.1)	51	25.5(±27.4)
계	2,902	30.4(± 93.2)	2,603	7.6(±10.2)	3,687	19.7(±22.8)

- 1) 6개 지사 최초 요양신청서상에 기재된 일자를 분석
- 2) 뇌심혈관질환 및 진폐증을 제외한 직업병 6
- 3) 광산사고 및 기타 분류

- 각 단계마다 모두 시간이 소요되지만 재해발생에서 사업주 날인까지의 기간이 긴 것이 요양 결정일까지 장기간 소요의 주요 원인이었으며, 사업장 규모가 증가할 수록 재해발생일에서 접수일까지 기간이 긴 것으로 나타나 사업장 요인(사업주 날인 제도)이 장기화의 주요 원인으로 파악됨

4) 전원과정의 비규칙성

- 요양과정에서 다른 의료기관으로 전원을 하는 경우는 28.4%이었으며, 2003년은 2002년 보다 증가한 것으로 나타남

<표 9> 연도별 전원 건수

전원 유무	2002년	2003년	계
전원 안함	60,474(72.6)	65,040(70.7)	125,514(71.6)
전원 함	22,821(27.4)	26,896(29.3)	49,717(28.4)
계	83,295(100)	91,936(100)	175,231(100)

- 평균 전원 횟수는 1.7(± 1.2) 회이었으며 전원 횟수별로 보면 1회 전원이 63.3%로 가장 많았고, 3회까지의 전원이 92.2%로 나타남

<표 10> 전원 횟수

전원 횟수	빈도(%)
1	31,457(63.3)
2	10,138(20.4)
3	4,212(8.5)
4	1,908(3.8)
5	988(2.0)
6	485(1.0)
7	261(0.5)
8	118(0.2)
9	82(0.2)
10회 이상	68(0.1)
Total	49,717(100)

- 1회 전원시 전원의료기관의 종별 분포를 보았을 때 3차의료기관 9.4%, 종합병원 17.2%, 병원 21.7%, 의원 51.7%로 나타났으며, 요양기관 종별에 관계없이 모두 의원급으로 전원하는 경우가 50% 이상으로 나타남.

<표 11> 전원 의료기관의 종별 분포

요양신청기관	전원 기관			
	3차 의료기관	종합병원	병원	의원
3차 의료기관	791(15.1)	881(16.8)	954(18.2)	2,625(50.0)
종합병원	1,141(9.3)	2,514(20.5)	2,223(18.1)	6,372(52.0)
병원	847(6.8)	1811(14.5)	3,539(28.3)	6,312(50.5)
의원	831(10.1)	1372(16.6)	1,583(19.2)	4,463(54.1)
계	3,610(9.4)	6,578(17.2)	8,299(21.7)	19,772(51.7)

○ 주요 상병별 전원을 및 일부 상병의 전원 의료기관의 종별 분포를 살펴보면 주요 상병 별로 전원율은 요추골절 53.2%로 가장 높았으며, 추간판전위 45.4%, 다리골절 42.7%, 뇌출혈 40.0%로 나타남.

<표 12> 주요 상병에 따른 전원유무

주요 상병	전원	전원 안함	계
뇌출혈	638(40.0, 2.1)	956(60.0)	1,594(100)
탄광부 진폐증	116(5.7, 0.4)	1,928(94.3)	2,044(100)
추간판전위	3,792(45.4, 12.8)	4,556(54.6)	8,348(100)
머리의 개방상 상처	273(17.3, 0.9)	1,305(82.7)	1,578(100)
머리 및 얼굴의 골절	1,189(26.2, 4.0)	3,354(73.8)	4,543(100)
뇌진탕	876(29.1, 2.9)	2,130(70.9)	3,006(100)
경추의 염좌 및 긴장	657(26.1, 2.2)	1,864(73.9)	2,521(100)
늑골의 골절	806(21.7, 2.7)	2,916(78.3)	3,722(100)
요추골 골절	1,755(53.2, 5.9)	1,544(46.8)	3,299(100)
요추 염좌 및 긴장	2267(24.0, 7.6)	7,189(76.0)	9,456(100)
아래팔의 골절	2,145(30.9, 7.2)	4,806(69.1)	6,951(100)
손의 손상 및 상처	761(15.4, 2.6)	4,186(84.6)	4,947(100)
손가락 골절	2,901(20.6, 9.8)	11,205(79.4)	14,106(100)
손의 압제손상	1,874(24.0, 6.3)	5,944(76.0)	7,818(100)
손의 외상성 절단	3,386(28.4, 6.3)	8,523(71.6)	11,909(100)
다리의 골절	3,222(42.7, 10.8)	4,315(57.3)	7,537(100)
발의 골절	3,065(28.8, 10.3)	7,585(71.2)	10,650(100)
계	29,723(28.6, 100)	74,306(71.4)	104,029(100)

○ 전원 유무에 따라 주요 상병별 입원 기간 및 통원기간을 보았을 때 뇌출혈로 전원 한 경우 통원기간이 짧았던 것을 제외하고는 모든 상병에서 전원을 한 경우가 입원 및 통

원기간이 모두 길게 나타났으며 동일 상병에서 중증도의 차이를 알 수가 없으므로 중증도가 높은 경우 전원을 하여 요양기간이 길어질 수 있으나 이를 확인할 수는 없음

<표 13> 주요 상병별 전원유무에 따른 입원 및 통원 기간

주요 상병	입원 기간		통원 기간	
	전원 안함	전원 함	전원 안함	전원 함
뇌출혈	138.5(±219.1)	464.7(±353.7)	428.7(±329.1)	292.7(±322.2)
탄광부 진폐증	231.2(±391.4)	789.7(±334.4)	42.2(±159.5)	162.8(±234.4)
추간판전위	64.3(± 86.1)	189.2(±208.7)	180.1(±179.5)	302.0(±227.2)
머리의 개방상 상처	11.9(± 25.1)	87.8(±159.4)	50.4(± 96.5)	168.3(±206.2)
머리 및 얼굴의 골절	29.4(± 54.8)	181.8(±221.4)	99.5(±155.8)	249.9(±237.4)
뇌진탕	35.9(± 60.5)	130.2(±191.1)	50.0(± 95.5)	205.6(±227.8)
경추의 염좌 및 긴장	34.5(± 44.1)	129.0(±193.1)	73.7(±118.6)	237.2(±243.6)
늑골의 골절	38.9(± 45.7)	111.1(±130.4)	53.4(± 68.0)	132.8(±145.0)
요추골 골절	109.8(± 93.9)	252.1(±206.3)	149.5(±151.0)	192.0(±174.4)
요추 염좌 및 긴장	34.1(± 52.3)	146.0(±193.1)	72.9(± 95.1)	205.8(±192.7)
아래팔의 골절	43.9(± 52.4)	113.9(±122.8)	119.5(±105.8)	196.9(±158.8)
손의 손상 및 상처	16.2(± 27.6)	57.4(± 79.1)	51.8(± 64.8)	139.0(±143.3)
손가락 골절	25.6(± 31.1)	55.3(± 67.2)	80.5(± 71.3)	153.0(±135.6)
손의 압제손상	36.5(± 40.8)	75.7(± 81.4)	82.7(± 93.8)	154.1(±145.1)
손의 외상성 절단	41.9(± 37.3)	68.6(± 63.5)	82.3(± 92.2)	128.6(±129.6)
다리의 골절	96.3(± 90.0)	225.7(±178.7)	121.2(±118.0)	195.5(±159.4)
발의 골절	57.0(± 67.0)	160.0(±152.3)	84.8(± 92.6)	164.7(±152.6)
계	46.2(± 80.1)	148.3(±183.1)	91.1(±115.0)	192.4(±185.3)

- 전원을 28.4%를 가지고 전원의 심각성을 논하기는 어렵지만 전원 의료기관의 종별 분포에서 볼 때 최초 요양신청기관의 종별 분포에 관계없이 전원의료기관이 3차 의료기관, 종합, 병원, 의원 등 다양하게 전원을 가는 것으로 나타나 일관성을 찾을 수 없음.
- 대부분의 질병 및 재해가 주치의에 의해 일관되게 치료를 받았을 때 치료 효과가 높다는 것을 감안하면 전원 자체가 치료 및 재활에 부정적인 영향을 준다는 것은 분명하고, 요양기간의 분석에서 보듯이 전원을 한 경우 요양기간이 긴 것으로 나타나 일부의 전원은 요양기간의 장기화의 한 원인으로 작용한다고 볼 수 있음.

5) 재요양에 관한 추후관찰 및 분석

- 주요 상병별 재요양율을 보았을 때 탄광부 진폐증이 23.4%로 재요양이 가장 많았으며, 다리 골절 18.3%, 아래팔의 골절 7.8%, 발의 골절 5.1%로 진폐증을 제외하면 주로 골절로 인한 재요양을 하는 것으로 나타남.

<표 14> 주 상병별 재요양 건수

주요 상병	재요양	최초 요양	계
뇌출혈	13(0.8)	1,581(99.2)	1,594(100)
탄광부 진폐증	479(23.4)	1,565(76.6)	2,044(100)
추간판전위	308(3.7)	8,040(96.3)	9,348(100)
머리의 개방상 상처	14(0.9)	1,564(99.1)	1,578(100)
머리 및 얼굴의 골절	126(2.8)	4,417(97.2)	4,543(100)
뇌진탕	43(1.4)	2,963(98.6)	3,006(100)
경추의 염좌 및 긴장	42(1.7)	2,479(98.3)	2,521(100)
늑골의 골절	18(0.5)	3,704(99.5)	3,722(100)
요추골 골절	86(2.6)	3,213(97.4)	3,299(100)
요추 염좌 및 긴장	299(3.8)	9,323(98.6)	9,456(100)
아래팔의 골절	543(7.8)	6,408(92.2)	6,951(100)
손의 손상 및 상처	58(1.2)	4,889(98.8)	4,947(100)
손가락 골절	306(2.2)	13,800(97.8)	14,106(100)
손의 압쇄손상	242(3.1)	7,576(96.9)	7,818(100)
손의 외상성 절단	364(3.1)	11,545(96.9)	11,909(100)
다리의 골절	1,382(18.3)	6,155(81.7)	7,537(100)
발의 골절	544(5.1)	10,106(94.9)	10,650(100)
계	4701(4.5)	99,328(95.5)	104,029(100)

- 6개 표본지사의 재요양 신청서를 이용하여 재요양 사유를 보았을 때 단순 내고정 금속물 제거 수술이 36.3%로 가장 많았고 증상 악화 및 추가상병으로 인해 수술치료가 필요한 경우 34.4%, 증상악화로 인해 적극적 치료가 필요한 경우가 29.4%로 나타남.
- 증상악화로 인해 적극적 치료가 필요한 경우를 상병으로 확인한 결과 요추 추간판탈출증 39.4%로 나타나 가장 높았으며, 수술 치료가 필요한 경우도 요추 추간판탈출증 25.5%로 높게 나타남

<표 15> 재요양 사유

재 요양 사유	빈도(%)
증상악화로 인해 적극적 치료 필요	94(29.4)
증상악화 및 추가상병으로 인해 수술치료 필요	110(34.4)
단순 내고정 금속물 제거 수술	116(36.3)
계	320(100)

- 동일한 단순 내고정 금속물 제거 수술이 필요한 경우 요양승인이 결정된 평균 입원기간은 25.6(±10.2)일로 나타났으며, 22-28일이 27.8%로 가장 많았고 14일이내와 15-21일이내가 각각 19.0%, 28-35일이 17.7%, 35일 이상 16.5%로 나타나 입원기간에 차이를 보임
- 주치의가 필요하다고 기재된 입원기간과 비교하였을 때 100% 주치의가 제시한 기간을 근로복지공단에서 그대로 인정하였으며, 이러한 주치의의 입원 치료기간이 서로 다른 상황이 차이의 원인으로 보임.

<표 16> 단순 내고정 금속물 제거 수술시 결정된 입원기간

입원 기간	14일 이내	15-21일	22-28일	28-35일	35일 이상	계
빈도(%)	15(19.0)	15(19.0)	22(27.8)	14(17.7)	13(16.5)	79(100)

6) 추가상병신청에 따른 요양의 장기화

- 6개 표본 근로복지공단 지사의 추가상병 신청서를 분석한 결과 추가 상병이 신청된 건수는 824건으로 같은 시기에 신청된 최초요양신청서 4,631건의 17.8%에 해당함.
- 추가 상병이 신청된 건수 중 승인율은 완전 승인 85.8%, 부분 승인(일부 승인 및 상병 변경) 1.9%, 불승인 12.3%로 최초요양신청의 불승인율 4.3%보다 높은 불승인율을 보임.

<표 17> 추가 상병 신청시 승인 및 불승인 건수

지역	승인	부분 승인	불승인	계
안산	39(60.0)	5(7.7)	21(32.3)	65(100, 7.9)
울산	258(94.9)	3(1.1)	11(4.0)	272(100, 33.0)
창원	185(89.4)	5(2.4)	17(8.2)	207(100, 25.1)
대전	101(88.6)	2(1.8)	11(9.6)	114(100, 13.8)
광주	116(92.1)	1(0.8)	9(7.1)	126(100, 15.3)
인천	8(20.0)	0(0.0)	32(80.0)	40(100, 4.9)
계	707(85.8)	16(1.9)	101(12.3)	824(100, 100)

- 추가 상병 신청을 하기까지 이전에 요양했던 입원일수는 평균 75.4일이며 통원일은 103.4일로 나타났으며, 총 요양일은 119.2일로 나타남.

<표 18> 추가상병 신청 시점에서 이미 요양한 입원 및 통원 기간

	재해자 수	평균 기간(±표준 편차)
기 요양승인된 입원 기간	71	75.4(±77.6)
기 요양승인된 통원 기간	75	103.4(±100.7)
기 요양승인된 총 요양일	110	119.2(±116.7)

- 추가 상병 신청 건수가 최초 요양건수의 17.8%에 해당할 정도로 높게 나타나며, 이미 상당기간 요양을 받은 상태에서 새로운 상병으로 요양이 연장되거나 또는 요양이 종결된 상태에서 추가 상병으로 인하여 요양의 장기화 문제가 발생

7) 요양연기 신청 현황

- 6개 표본 근로복지공단 지사의 요양연기신청서를 분석한 결과 요양 연기가 신청된 건수는 2,316건으로 같은 시기 신청된 최초요양신청서 4,631건의 50.0%에 해당하였음. 연기 승인율은 96.0%로 나타났으며, 승인의 내용은 입원연기 33.8%이었으며, 입원 연기된 이후에는 입원 종결결정하는 경우가 46.1%로 나타남.
(현재의 요양연기 신청서 분석만으로 요양 연기 실태를 확인하기 어렵지만 연기신청 건수의 45.2%가 입원 및 통원 종결의 조건하에 승인이 되는 상황)

<표 19> 요양연기 신청시 불승인 건수 및 연기승인에 대한 자문의 소견

요양 연기		승인 내용		자문의 소견	
연기 승인	2228(96.0)	입원 연기	752(33.8)	승인	405(53.9)
				이후 입원종결	347(46.1)
		입원 및 통원연기	226(10.1)	승인	140(62.0)
				이후 입원종결	43(19.0)
		이후 치료종결	43(19.0)		
통원연기	1250(56.1)	승인	675(54.0)		
이후 통원종결	575(46.0)				
		계	2228(100)		
불승인	88(4.0)				
계	2316(100)				

8) 요양기간 현황⁶⁾

- 최초 요양의 경우 전체 요양일수는 194.2로 나타났으며, 이중 입원일수는 평균 71.2일, 통원일수는 123.0일로 나타나며, 재요양의 경우 최초 요양보다 요양일수가 길게 나타남.

<표 20> 최초 및 재요양에 따른 요양기간

	재해자 수	전체 요양일수***		입원 일수***		통원 일수***	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
최초요양	75,968	194.2	226.6	71.2	128.9	123.0	164.7
재요양	4,076	343.5	232.7	147.0	148.2	196.5	172.9
계	80,044	201.8	229.3	75.1	131.0	126.8	165.9

*** p < 0.001 by ANOVA

- 재해발생형태를 최초 요양기간을 보았을 때 사고성 재해가 평균 180.1일로 가장 작았고 진폐 423.9일, 뇌심혈관 질환 716.6일 순으로 나타났으며, 재해발생 형태별로 차이를 보임. 입원일수는 뇌심혈관질환 250.3일, 진폐 354.6일로 전체 요양일수와 순위의 차이를 보임. 통원일수는 상대적으로 입원이 주가 되는 진폐는 69.3일로 짧게 나타났으며, 직업병 313.2일, 뇌심혈관 질환 466.2일로 차이를 보임. 뇌심혈관 질환은 입원 및 통원일수가 모두 길어 전체 요양일수가 긴 것으로 나타남.

6) 요양기간에 대한 분석은 2003년의 경우 요양종결이 되지 않은 경우가 있어 2002년의 재해만을 이용하여 분석하였으며, 요양기간이 짧은 사망재해(2100명)는 제외하고 분석함.

<표 21> 재해발생 형태에 따른 요양기간 (최초 요양만 분석)

재해형태	재해자 수	전체 요양일수***		입원 일수***		통원 일수***	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
사고성 재해	62,455	180.1	201.7	68.9	116.1	111.3	140.4
무리한 동작	6,421	231.8	248.9	73.4	130.5	158.5	180.8
직업병	1,670	382.7	362.2	69.5	148.3	313.2	321.4
뇌심혈관질환	989	716.6	349.2	250.3	329.1	466.2	376.1
진폐	332	423.9	509.4	354.6	459.4	69.3	200.3
기타	4,101	128.3	191.8	37.6	91.5	90.7	152.2
계	75,968	194.2	226.6	71.2	128.9	123.0	164.7

*** p < 0.001 by ANOVA

- 전원 유무에 따른 요양기간을 보았을 때 전원을 한 경우의 전체 요양일수는 354.5일로 전원을 안한 경우에 비해 2배 이상 요양일수가 길었으며, 특히 전원을 한 경우 입원 일수가 152.0일로 전원을 안한 경우 40.8일과 비교하여 3.7배 높게 나타나 차이를 보임.

<표 22> 전원 유무에 따른 요양기간

	재해자 수	전체 요양일수***		입원 일수***		통원 일수***	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
전원 함	20,761	354.5	284.9	152.0	194.7	202.5	206.5
전원 안함	55,207	133.9	163.9	40.8	72.4	93.1	134.2
계	75,968	194.2	226.6	71.2	128.9	123.0	164.7

*** p < 0.001 by ANOVA

- 장해 등급이 높은 경우 전체 요양일수와 입원 일수, 통원 일수가 모두 길게 나타났으며, 장해가 없는 경우 요양일수가 짧게 나타남.

<표 23> 장해등급에 따른 요양기간

장해 등급	재해자 수	전체 요양일수***		입원 일수***		통원 일수***	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
1-3등급	297	536.6	239.6	307.9	223.4	228.7	254.4
4-7등급	2,481	401.8	229.9	195.5	155.6	206.3	193.7
8-14등급	21,812	262.8	185.7	89.8	95.2	173.0	153.3
무 장해	51,378	153.1	227.9	55.9	133.5	97.2	160.6
계	75,968	194.2	226.6	71.2	128.9	123.0	164.7

*** p < 0.001 by ANOVA

- 요양기간의 장기화와 관련된 요인을 보면 최초요양과 비교해서 재요양, 업무관련성 질병(뇌심혈관 포함), 전원 한 경우, 장애 발생 및 장애정도가 심한 경우, 추가상병 신청을 한 경우로 요약할 수 있음.

9) 요양급여 현황⁷⁾

- 재해자 1인 당 총 보험급여액은 평균 1,691.4만원이었으며, 이중 요양급여액(2종 요양비 포함)은 538.6만원으로 나타나 총보험급여의 31.8%를 차지함. 재해발생형태별로 총 보험급여액은 뇌심혈관 질환이 6,376.3만원으로 제일 많았으며, 진폐가 4,791.3만원으로 나타남. 요양급여액은 진폐가 3,188.1만원, 뇌심혈관 질환 2788.7만원 순으로 나타남.

<표 24> 재해형태에 따른 요양급여비

(단위 : 1,000원)

재해형태	재해자 수	요양 급여 ^{***}		총 보험급여 ^{***}	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차
사고성 재해	61,717	5129.2	9659.6	16,002.2	22906.4
무리한 동작	6,301	4924.8	7347.6	18,417.4	24737.8
직업병	1,728	5681.9	9156.9	28,953.4	29899.2
뇌심혈관질환	988	27886.0	36600.7	63,762.7	53352.3
진폐	274	31880.5	24872.6	47,912.9	36599.3
기타	3,988	3013.7	8216.6	9,702.9	19206.9
계	74,996	5386.0	10741.6	16,914.3	24599.5

*** p < 0.001 by ANOVA

- 요양일수와 요양급여의 상관관계를 보았을 때 요양급여 비용은 입원일수와 상관계수가 0.853으로 가장 높게 나타났으며, 총 보험급여액은 전체 요양일수와 상관계수가 가장 높게 나타남.

7) 요양기간에 대한 분석은 2003년의 경우 요양종결이 되지 않은 경우가 있어 2002년에 발생한 재해만을 이용하여 분석하였으며, 요양기간이 짧은 사망재해(2100명)와 재요양을 제외한 최초 요양만을 이용하여 분석

<표 25> 요양일수와 요양급여의 상관계수

	입원일수	통원일수	전체 요양일수	요양급여	총 보험급여
입원일 수	1				
통원일 수	0.179*	1			
전체 요양일 수	0.699*	0.829*	1		
요양 급여	0.853*	0.253*	0.672*	1	
총 보험급여	0.747*	0.498*	0.788*	0.806*	1

* p < 0.001 by Pearson correlation analysis

나. 제언

- 1) 국가의 산업재해 통계결과의 신뢰성을 확보하기 위해 사고성 재해와 직업병을 분리하여 재분류
 - 사고성 재해의 사례 분석을 통해 실제 분류가 가능한 형태로 구성
 - 발생 빈도가 높은 재해인 협착, 전도, 추락, 충돌의 경우 세분하여 분류하는 것이 필요하며 발생빈도가 낮은 사고성 재해의 경우 통합 및 조정 필요
 - 재해 분류는 국제 재해통계와 비교가 가능하도록 분류
 - 재해발생형태 분류는 재해예방에 기여할 수 있도록 분류
 - 재해발생형태 재분류를 위해 재해전문가의 연구 용역에 의뢰가 필요

 - 2) 재해발생형태의 기입은 재해자가 직접 표시하는 것이 아니라 요양승인이 결정되는 시점에서 근로복지공단에서 직접 전산입력하는 것이 필요함. 또한 재해발생형태 재분류가 이루어지기 전까지 현재의 요양신청서 상의 재해형태 입력은 2002년 이후 개정된 신청서를 사용하도록 의료기관에 홍보가 필요

 - 3) 상병코드외 중증도를 알 수 있는 분류 방법 마련하여 적용하고 체계적인 상해도 구분을 통한 관리
- 표준간이상해도(AIS-Code) 등을 이용한 중증도 정도에 따른 환자관리.
- 치료가 장기화되고, 치료비가 고액화되며, 후유장애의 발생이 예상되고, 법적인 소송 제기 등의 가능성이 예상되는 환자들의 경우엔, 환자의 발생 시점부터 향후 치료비,

상실수익액, 개호, 여명 등에 대하여 비교적 신속하고 객관적인 적정여부를 예측하고 평가하는 것이 매우 중요

- 자동차보험의 경우 1992.4월부터 표준간이상해도(AIS-Code) 평가방법 도입하였는데 산업 재해에 의한 손상시 이러한 간이 상해도 코드를 적용하는 것이 가능할 것으로 보임
 - 상해정도를 5단계(경미,경도,중등도,고도,극도)로 구분하여 두안부, 경부, 배요부, 흉부, 복부, 상지, 하지, 전신 기타 등의 9단계 상해부위와 좌상, 염좌, 창상, 인대파열, 골절 등 상해형태에 따라 구분
 - 표준간이상해도를 이용하면 상해정도를 비교적 쉽고 정확하게 구분함으로써 진료비 심사와 장해판정 등 환자관리의 객관성 확보, 사전예측을 통한 사후관리대책 수립 등에 도움
 - * AIS : 1969년 미국자동차의학협회가 미국의학협회(AMA) 등과 공동으로 제작한 상해분류법으로 각 신체부위별로 생명에 대한 위협의 정도에 따라 6등급의 상해도로 표시, 세계 주요국에서 상해의 조사연구, 사고안전대책의 효과 측정, 구급의료 체계 개선을 위해 활용
- 상해 중증도 확인을 위한 분류체계 마련을 위한 연구용역 필요

4) 요양처리절차의 단축

- 요양 결정일까지 시간 단축의 가장 주요한 해결 방향은 요양신청시 의사의 진단과 사업주 날인을 포함한 사업장 확인 과정을 분리하는 것이 효과적인 방법으로 판단됨
- 현행 요양신청서는 사업주 날인을 포함한 사업장 확인과 주치의의 진단서가 앞뒤 한장으로 붙어 있어 재해자가 병원과 사업장을 계속 다니도록 되어 있기 때문에 사업장 확인과 주치의 진단서를 분리하기 위해서는 요양 신청서를 개정하는 것이 필요(독일 예)
- 요양신청서의 개정 방향은 주치의 판단 및 재해자의 요구를 고려하여 주치의가 요양신청서를 작성하고 사업주 및 사업장과 관계없이 제출. 주치의가 제출하는 신청서는 추후 주치의의 소견조회가 필요없을 정도의 자세한 내용을 기록하도록 서식을 개정하는

것이 필요하며, 이러한 서식 작성이 원활하게 이루어지기 위해서 소견서 내용에 합당한 수가를 지불하는 방안도 마련되어야 함

- 의사의 진단 및 소견이 기재된 요양신청서가 접수되면 사업장 확인과정은 근로자의 주장에 합당한 재해가 발생하였는지, 그 외 요양 결정에 필요한 정보를 획득하는 내용으로 바뀔 수 있음
- 업무상 질병(직업병)의 경우 사고성 재해와 비교하여 2배 이상 시간이 소요되는 문제를 해결하기 위해 사고성 재해와 업무상 질병을 따로 분리하여 관리하는 방안을 마련할 필요가 있으며 사고성 재해의 경우 업무상 재해 인정을 위한 행정처리 지침을 간소화하는 방안과 업무상 질병만을 처리하기 위한 별도의 관리팀을 구성하는 방안이 요구됨

5) 최초 요양신청서 서식 개정

- 재해자, 주치의(의료기관), 사업주가 제출하는 요양 서식을 각각 분리
- 재해자가 작성하여 제출하는 신청서는 재해 상황을 설명하는 정도로 간략하게 구성하여 의료기관에 의해 제출
- 주치의가 제출하는 신청서는 추후 주치의의 소견조회가 필요 없을 정도의 자세한 내용을 기록하도록 서식 개정
(이러한 서식 작성이 원활하게 이루어지기 위해 소견서 내용에 합당한 수가를 지불하는 방안 모색)
- 사업주가 제출하는 서식은 산재보험이 요구하는 정보와 재해 상황을 사업주가 확인하는 내용으로 구성

6) 정확한 상병기호 입력을 위한 장치 마련

- 산재 신청서 제출시 상병기호를 주치의가 기재하도록 조치

- 재해형태 및 중증도에 따라 주 상병 및 부상병을 분류하여 입력
 - 의무기록상의 상병코드 지침에 의거하여 입력
 - 특진의, 자문의의 소견에 의해 진단명이 수정된 경우 수정된 상병 입력
 - 필요하다면 상병입력을 전담하는 의무기록사를 두거나 상병을 주로 입력하는 근로복지공단 직원에 대해 교육 실시
- 7) 상병코드와 별도로 재해의 중증도를 확인할 수 있는 분류체계 마련
- 8) 추가 상병에 대한 지침 마련
- 재해의 중증도에 따라 개별 환자 면담 실시 및 사례관리제도 도입
 - 요양 초기에 환자 상태에 대한 정확한 진단과 치료 유도
- 9) 요양 장기화와 관련된 요인에 대한 지속적 연구 조사 필요
- 10) 현재의 분석 수준에서 전원에 대한 해결방향을 제시하기는 어려우며, 이후 전원의 이
유에 대한 실태 분석과 전원에 영향을 미치는 요인에 대한 분석이 실시된 후에 전원에
대한 지침을 마련하는 것이 필요
- 11) 현재 재요양율 4.5%는 재해 및 질병이 반복된다는 특성으로 볼 때 높은 비율은 아니
며, 재요양에 대한 불승인율이 7.1%인 점을 감안하면 오히려 재요양의 인정조건이 엄격
해서 재요양이 어려워져 낮아졌을 가능성이 있으며 재요양에 대해서는 지속적인 관찰
및 분석 필요.

2. 지정의료기관제도

가. 현황 및 문제점

1) 민간의료기관 중심의 산재의료체계

- 2003년도 현재 산재보험 지정의료기관은 총 5,566개이며, 그 중 공공의료기관이 1.2%, 민간의료기관이 98.8%를 차지하고 있어 민간의료기관 중심의 자유경쟁 방식으로 운영되고 있음

<표 26> 산재보험 지정의료기관 현황

(단위 : 개소, %)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
지정의료기관	2,808	2,907	2,962	3,208	3,931	4,358	5,066	5,382	5,566
	(100.0)	(103.5)	(105.5)	(114.2)	(140.0)	(155.2)	(180.4)	(191.7)	(198.2)

<표 27> 산재보험 지정의료기관 현황(2003년)

지역본부별	산재보험 지정의료기관									
	계		전문종합요양기관		종합병원		병원		의원	
	국공립	민간	국공립	민간	국공립	민간	국공립	민간	국공립	민간
계	68	5,498	14	27	39	208	15	761	0	4,502
서울지역본부	17	1,098	2	15	15	39	0	150	0	894
부산지역본부	10	884	3	3	4	40	3	149	0	692
대구지역본부	9	582	1	2	4	22	4	104	0	454
경인지역본부	10	1,578	2	3	5	46	3	163	0	1,366
광주지역본부	13	736	3	2	5	41	5	119	0	574
대전지역본부	9	620	3	2	6	20	0	76	0	522

2) 의료기관간 기능의 중복

- 지정의료기관 수의 증가는 산재근로자들에게 의료기관을 선택할 수 있는 기회가 늘어난다는 긍정적인 측면이 있으나, 양적 증가에도 불구하고 급성기 치료중심의 의료기관이 주종을 이루고 있어 상대적으로 장기간의 요양이 필요한 산재근로자들에게는 적절

치 못한 상황임

- 민간중심의 자유경쟁 방식이 급성기 치료중심의 체계에 과도하게 적용됨으로써 급성기 1차 2차 3차 의료기관에서의 장기요양으로 인하여 산재보험 요양체계의 비용증가와 비효율성 문제가 발생하고 동시에 장기요양병상은 부족하여 심각한 병상 불균형 현상을 보임

[그림 5] 1, 2, 3차 의료기관간 기능 중복 실태

구분	급 성 병 상							
	의원		병원		종합병원		종합전문요양기관	
	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수	기관수	병상수
병상없음	15,359	0	-	-	-	-	-	-
1~9	5,528	14,583	-	-	-	-	-	-
10~19	3,342	19,111	-	-	-	-	-	-
20~29	2,060	55,871	-	-	-	-	-	-
30~49	82	2,933	89	3,379	-	-	-	-
50~99	15	31	304	22,729	-	-	-	-
100~199	-	-	185	25,831	5	6,226	-	-
200~299	-	-	51	11,862	66	16,151	-	-
300~399	-	-	10	3,379	47	15,591	-	-
400~499	-	-	6	2,794	30	13,328	2	884
500~599	-	-	540	540	21	11,533	2	1,148
600~699	-	-	1	659	16	10,574	4	2,861
700~799	-	-	1	736	5	3,722	4	2,358
800~899	-	-	1	827	6	5,116	6	5,551
900~999	-	-	1	915	3	2,577	8	7,336
1000~	-	-	-	-	1	1,094	16	2,577
계	22,386	93,253	650	104,151	24	86,440	42	10,951

1, 2, 3차 기관간 기능중복
무한경쟁 → 도덕적해이
(과잉진료, 부당청구 등)

3) 지정의료기관의 관리미흡

- 산재보험 지정의료기관은 2003년 기준으로 5,556개소가 지정되어 있으나 실제 3992개소⁸⁾인 71.7%만이 진료비가 지급되고 있어 1,574개소는 산재보험 의료기관으로 지정되어 있으나 실제 진료비가 지급된 사실이 없어 지정의료기관의 29.3%는 산재근로자가 이용하고 있지 않다고 보임

8) 2003년12월31일 기준으로 근로복지공단이 지정의료기관에 지급한 진료비

<표 28> 산재보험 지정의료기관 분포(2003년도)

지역	의료기관수(개)	%	지역	의료기관수(개)	%
서울특별시	675	16.91	강원도	168	4.21
부산광역시	267	6.69	충청남도	169	4.23
대구광역시	206	5.16	충청북도	126	3.16
울산광역시	82	2.05	전라남도	137	3.43
광주광역시	112	2.81	전라북도	229	5.74
대전광역시	176	4.41	경상남도	241	6.04
인천광역시	308	7.71	경상북도	184	4.61
경기도	879	22.01	제주도	33	0.83

주 . 전체 3,992 개소 (100.00%)

4) 지정의료기관 숫자의 지역별 차이

- 산재보험 지정의료기관의 분포를 보면, 의료기관이 매우 적은 제주도를 제외하고는, 울산광역시가 82개소(2.05%)만 지정되어 있어 사실상 가장 적은 숫자의 의료기관 보유
- 의료기관 1개소당 평균 입원환자수는 울산광역시가 62.1명, 강원도 52.2명, 경상남도 50.2명으로 전국 산재지정 의료기관 1개소당 평균 입원환자수인 31.6명에 비해 월등히 많음
- 의료기관 1개소당 평균 통원환자수는 울산광역시가 94.3명, 경상남도 54.9명, 부산광역시 54.9명으로 전국 지정기관 1개소당 평균 통원환자수인 33.0명에 비해 많음.

<표 29> 산재보험 지정의료기관의 입원·통원 환자수 (2003년도)

지역	입원				통원			
	의료기관수	총 환자수	평균 환자수	표준편차	의료기관수	총 환자수	평균 환자수	표준편차
전체	3,376	106,570	31.57	64.73	3,847	126,818	32.97	81.37
서울특별시	607	16,394	27.01	53.68	652	18,514	28.40	61.64
부산광역시	210	9,902	47.15	84.51	261	14,338	54.93	133.29
대구광역시	158	5,151	32.60	79.82	201	6,990	34.78	85.49
울산광역시	66	4,099	62.11	70.32	82	7,735	94.33	141.50
광주광역시	90	3,134	34.82	49.63	106	3,770	35.57	73.79
대전광역시	144	3,172	22.03	52.92	171	4,090	23.92	65.81
인천광역시	279	9,482	33.99	73.82	292	10,916	37.38	117.22
경기도	773	20,286	26.24	56.41	841	23,015	27.37	64.32
강원도	145	7,574	52.23	129.02	162	5,314	32.80	80.70
충청남도	149	3,124	20.97	44.46	159	3,503	22.03	60.10
충청북도	105	2,355	22.43	33.83	124	2,787	22.48	39.42
전라남도	110	3,163	28.75	43.54	134	2,875	21.46	32.33
전라북도	188	3,828	20.36	28.63	216	4,026	18.64	27.72
경상남도	192	9,646	50.24	70.64	233	12,802	54.94	116.51
경상북도	143	4,810	33.64	59.71	180	5,419	30.11	51.73
제주도	17	450	26.47	35.64	33	724	21.94	41.15

○ 요양연기건수는 의료기관 1개소당 울산광역시가 266.7건, 경상남도 202.3건, 부산광역시 153.7건으로 전국 지정기관 1개소당 평균요양연기건수는 106.5건보다 많음.

<표 30> 산재보험 지정의료기관의 요양연기 건수(2003년도)

지역	의료기관수	총 건수	평균 건수	표준편차
전체	3,794	404,159	106.53	221.33
서울특별시	658	56,727	86.21	167.88
부산광역시	245	37,646	153.66	287.96
대구광역시	193	20,639	106.94	244.68
울산광역시	78	20,804	266.72	301.34
광주광역시	106	12,490	117.83	165.12
대전광역시	169	10,981	64.98	175.12
인천광역시	293	32,299	110.24	309.21
경기도	833	71,308	85.60	180.53
강원도	159	24,109	151.63	249.49
충청남도	165	8,580	52.00	86.06
충청북도	116	10,112	87.17	126.89
전라남도	133	14,621	109.93	209.38
전라북도	211	15,109	71.61	108.25
경상남도	232	46,922	202.25	363.22
경상북도	173	20,265	117.14	199.19
제주도	30	1,547	51.57	87.58

- 전원건수는 의료기관 1개소당 울산광역시가 28.7건, 경상남도 22.3건, 부산광역시 19.9건으로 전국 지정기관 1개소당 평균인 14.2건보다 많음.

<표 31> 산재보험 지정의료기관의 전원 건수(2003년도)

지역	의료기관수	총 건수	평균 건수	표준편차
전체	3,534	50,229	14.21	23.06
서울특별시	617	8,294	13.44	20.15
부산광역시	232	4,610	19.87	32.93
대구광역시	171	2,069	12.10	19.87
울산광역시	75	2,152	28.69	32.68
광주광역시	104	1,594	15.33	23.35
대전광역시	152	1,632	10.74	19.90
인천광역시	280	4,814	17.19	35.42
경기도	774	8,988	11.61	18.29
강원도	149	2,911	19.54	25.65
충청남도	154	1,609	10.45	13.02
충청북도	110	1,223	11.12	13.40
전라남도	121	1,452	12.00	13.84
전라북도	186	1,809	9.73	13.81
경상남도	218	4,857	22.28	30.60
경상북도	166	2,069	12.46	15.61
제주도	25	146	5.84	5.38

- 재요양건수는, 의료기관 1개소당 강원도 25.3건, 경상북도 8.7건, 충청남도 6.8건으로 전국 지정기관 1개소당 5.7건보다 높음.

<표 32> 산재보험 지정의료기관의 재요양 건수(2003년도)

지역	의료기관수	총 건수	평균 건수	표준편차
전체	1,433	8,094	5.65	21.65
서울특별시	229	1,027	4.48	6.61
부산광역시	120	625	5.21	7.54
대구광역시	80	345	4.31	8.52
울산광역시	49	287	5.86	7.42
광주광역시	52	217	4.17	5.00
대전광역시	49	208	4.24	5.51
인천광역시	95	410	4.32	7.13
경기도	306	1,439	4.70	17.73
강원도	52	1,314	25.27	88.25
충청남도	58	392	6.76	21.98
충청북도	42	163	3.88	4.13
전라남도	41	219	5.34	6.92
전라북도	87	274	3.15	4.18
경상남도	108	650	6.02	18.69
경상북도	56	486	8.68	31.27
제주도	9	38	4.22	3.38

- 의료기관 1개소당 평균 입원일수는 강원도 6,667.3일, 경상남도 5,114.9일, 울산광역시 3,836.8일이며, 이는 전국평균입원일수인 2,396.7일 보다 김
- 의료기관 1개소당 평균 통원일수는 울산광역시로서 10,474.3일이었고, 경상남도 4,924.2일, 부산광역시 3,407.3일로 전국평균통원일수인 2,231.2일 보다 김

<표 33> 산재보험 지정의료기관의 입원·통원 요양일수 (2003년도)

지역	입원				통원			
	의료기관수	총 요양일수	평균 요양일수	표준편차	의료기관수	총 요양일수	평균 요양일수	표준편차
전체	3,376	8,091,196	2,396.68	7,409.33	3,847	8,583,487	2,231.22	6289.08
서울특별시	607	1,019,714	1,679.92	2,994.64	652	1,104,012	1,693.27	4294.50
부산광역시	210	560,864	2,670.78	3,738.25	261	889,305	3,407.30	6878.41
대구광역시	158	321,107	2,032.32	3,432.96	201	420,615	2,092.61	3774.09
울산광역시	66	253,227	3,836.77	3,877.17	82	858,895	10,474.33	13430.98
광주광역시	90	245,391	2,726.57	2,830.86	106	190,765	1,799.67	2544.48
대전광역시	144	252,216	1,751.50	7,303.07	171	234,491	1,371.29	3653.62
인천광역시	279	745,818	2,673.18	9,583.15	292	774,269	2,651.61	13322.76
경기도	773	1,308,960	1,693.35	4,649.43	841	1,417,333	1,685.29	4943.66
강원도	145	966,763	6,667.33	19,583.59	162	321,343	1,983.60	2715.86
충청남도	149	220,530	1,480.07	4,551.75	159	165,722	1,042.28	1305.22
충청북도	105	175,272	1,669.26	3,318.01	124	167,272	1,348.97	2061.68
전라남도	110	276,592	2,514.47	5,860.82	134	200,238	1,494.31	2312.27
전라북도	188	253,447	1,348.12	1,929.86	216	268,206	1,241.69	1690.77
경상남도	192	982,062	5,114.91	14,541.98	233	1,147,339	4,924.20	9513.49
경상북도	143	490,970	3,433.36	9,802.97	180	394,527	2,191.82	3264.32
제주도	17	18,263	1,074.29	1,379.96	33	29,155	883.48	1499.77

○ 전체 의료기관의 평균 입원진료비는 148,271,797원이며, 강원도가 407,025,349원으로 가장 높고, 경상남도 250,393,334원, 울산광역시 232,797,417원 순임

<표 34> 산재보험 지정의료기관의 입원·통원진료비 지급액(2003년도)

지역	입원			통원		
	의료기관수	총액	평균	의료기관수	총액	평균
전체	3,376	500,565,586,970	148,271,797	3,847	72,039,855,670	18,726,243
서울특별시	607	74,444,308,810	122,643,013	652	7,661,384,490	11,750,590
부산광역시	210	38,596,104,470	183,790,974	261	8,025,450,610	30,748,853
대구광역시	158	21,621,337,320	136,843,907	201	3,405,927,490	16,944,913
울산광역시	66	15,364,629,530	232,797,417	82	7,199,188,380	87,794,980
광주광역시	90	14,556,038,290	161,733,759	106	1,611,271,510	15,200,675
대전광역시	144	18,004,554,600	125,031,629	171	2,247,146,740	13,141,209
인천광역시	279	45,003,288,270	161,302,108	292	9,398,143,260	32,185,422
경기도	773	82,687,052,460	106,969,020	841	10,825,410,630	12,872,070
강원도	145	59,018,675,650	407,025,349	162	2,579,377,880	15,922,086
충청남도	149	13,293,094,170	89,215,397	159	1,347,242,480	8,473,223
충청북도	105	10,387,064,760	98,924,426	124	1,399,296,790	11,284,652
전라남도	110	15,691,222,900	142,647,481	134	1,536,202,650	11,464,199
전라북도	188	15,047,336,360	80,039,023	216	2,009,849,080	9,304,857
경상남도	192	48,075,520,070	250,393,334	233	9,376,707,070	40,243,378
경상북도	143	27,399,187,210	191,602,708	180	3,158,981,640	17,549,898
제주도	17	1,376,172,100	80,951,300	33	258,274,970	7,826,514

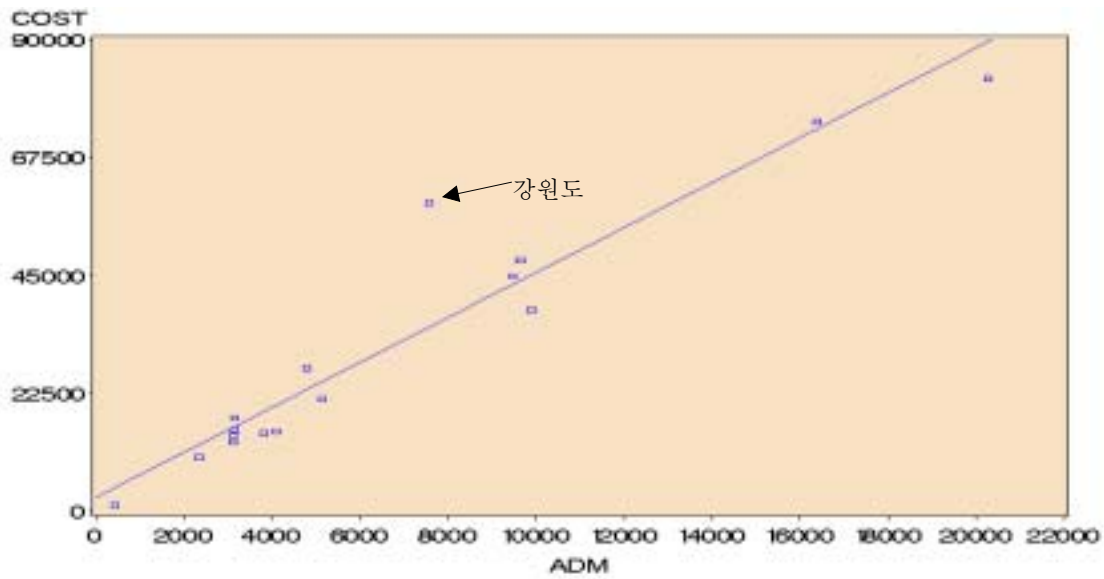
5) 입원진료비 총액과 지역별 입원환자수와의 관계

- 입원진료비 총액과 지역별 입원환자수를 이용한 회귀분석결과, 강원도가 전체적인 경향과 달리 환자 수에 비하여 과다하게 진료비를 받고 있는 것으로 보임.

(강원도에서 가장 많은 입원진료비가 지급되고 있는 의료기관을 조사해 보았더니, 태백 중앙병원, 동해병원, 정선병원, 사북연세병원, 영월의료원 등이 확인되었는데, 이러한 경향은 진폐전문요양과 관련된 영향이 큰 것으로 추정)

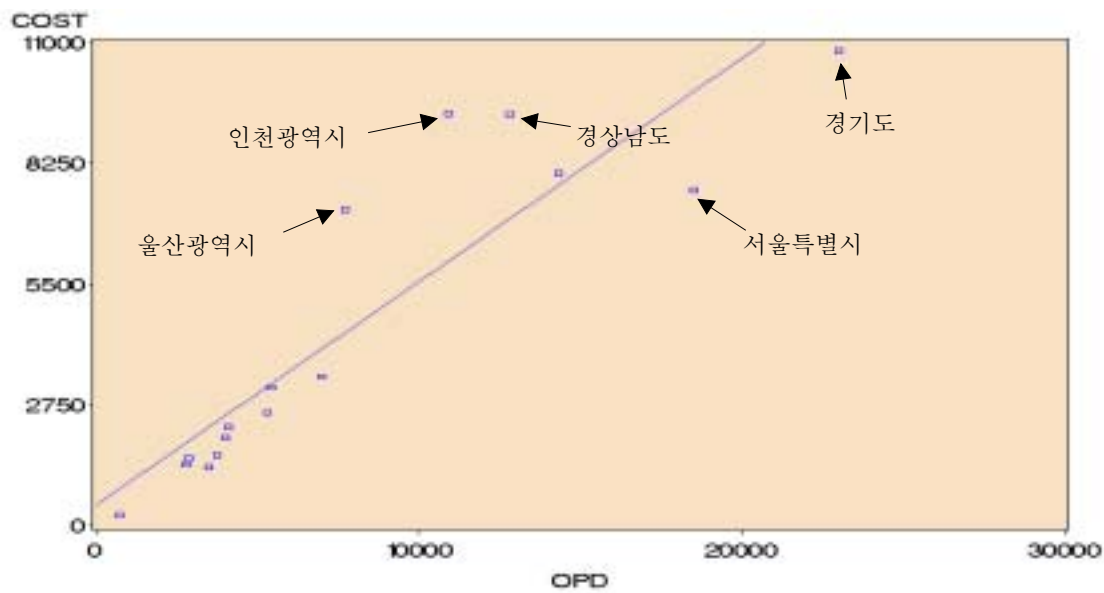
- 통원진료비를 보면, 경상남도, 울산광역시, 인천광역시가 전체적인 경향보다 과다하게 통원진료비를 받고 있는 것으로 나타남.

[그림 6] 지역별 입원환자수와 입원진료비총액 회귀분석결과(비용 단위 : 백만원)



주. 회귀식 $Y = 4.28643 X + 2734.99426$

[그림 7] 지역별 입원환자수와 통원진료비총액 회귀분석결과(비용 단위 : 백만원)

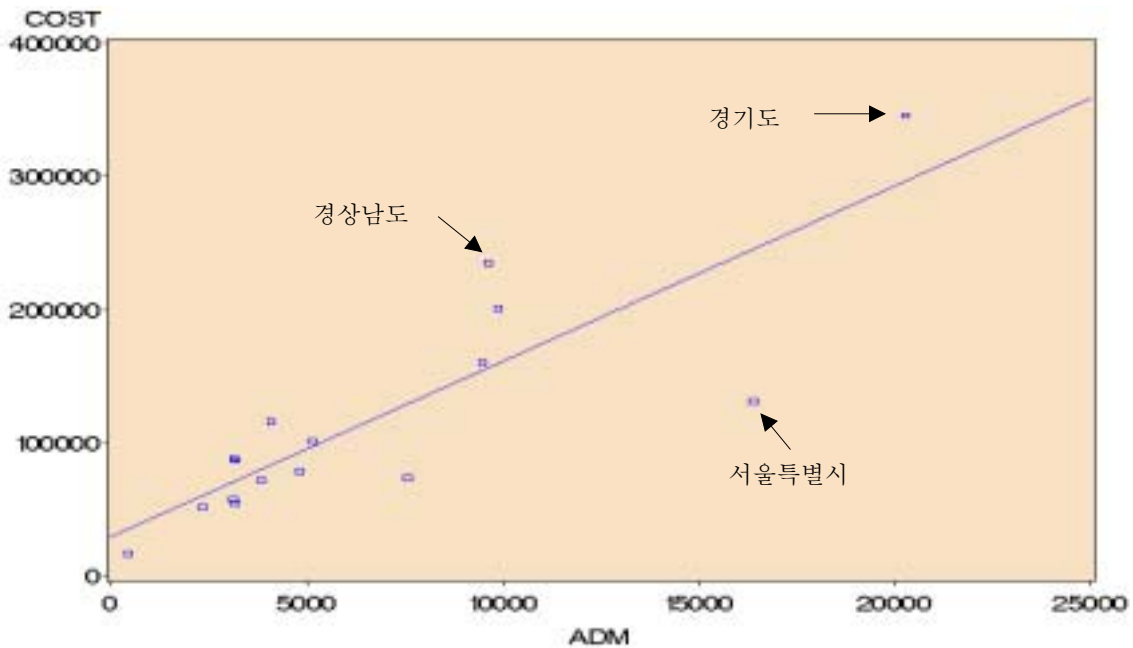


주. 회귀식 $Y = 0.50918 X + 466.45011$

6) 환자수에 따른 검사비(CT, MRI, 초음파)의 지역적 차이

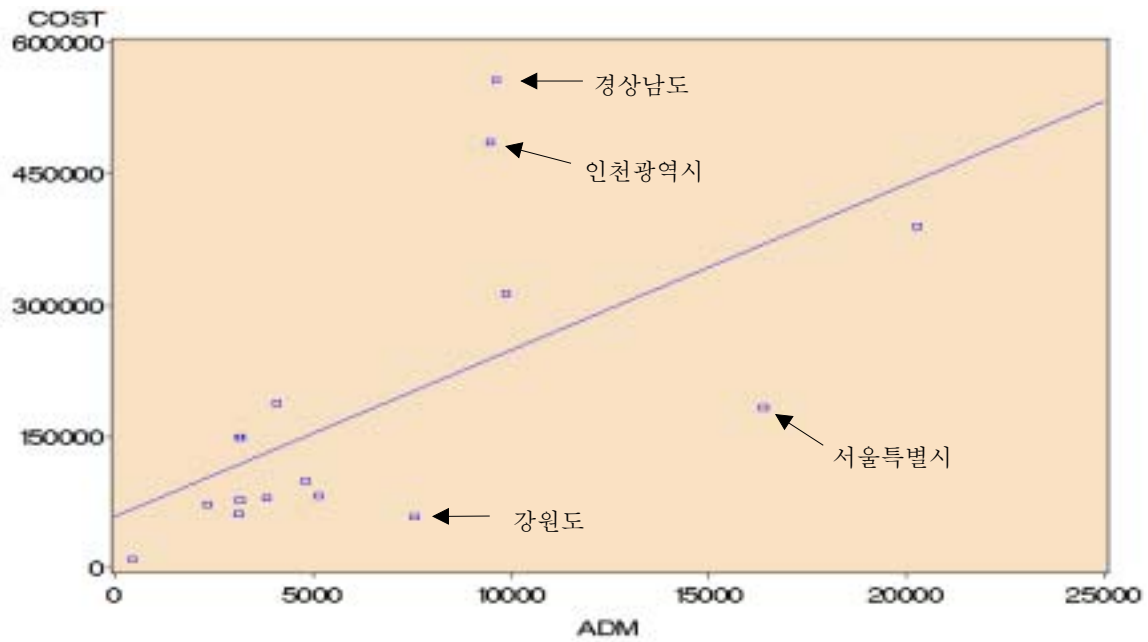
- CT검사비는 경기도와 경상남도가 평균적인 수준보다 많은 비용이 소요된 것으로 파악되었고, MRI검사비는 경상남도와 인천광역시가 평균적인 수준보다 많은 비용을 소요한 것으로 파악되었으며, 초음파검사비의 경우는 경기도가 평균적인 수준보다 많은 비용을 소요한 것으로 파악.
- 환자들의 질병구성이 크게 다르지 않다고 가정했을 때, 이들 지역의 경우는 과도하게 CT, MRI, 초음파 검사 등을 시행하고 있다고 추정할 수 있으며, 이 부분에 대한 '적정 진료'를 위한 심사평가 도구를 보다 적극적으로 개발·적용해야 할 것으로 판단

[그림 8] 지역별 입원환자수와 CT검사비 총액 회귀분석결과 (비용 단위 : 천원)



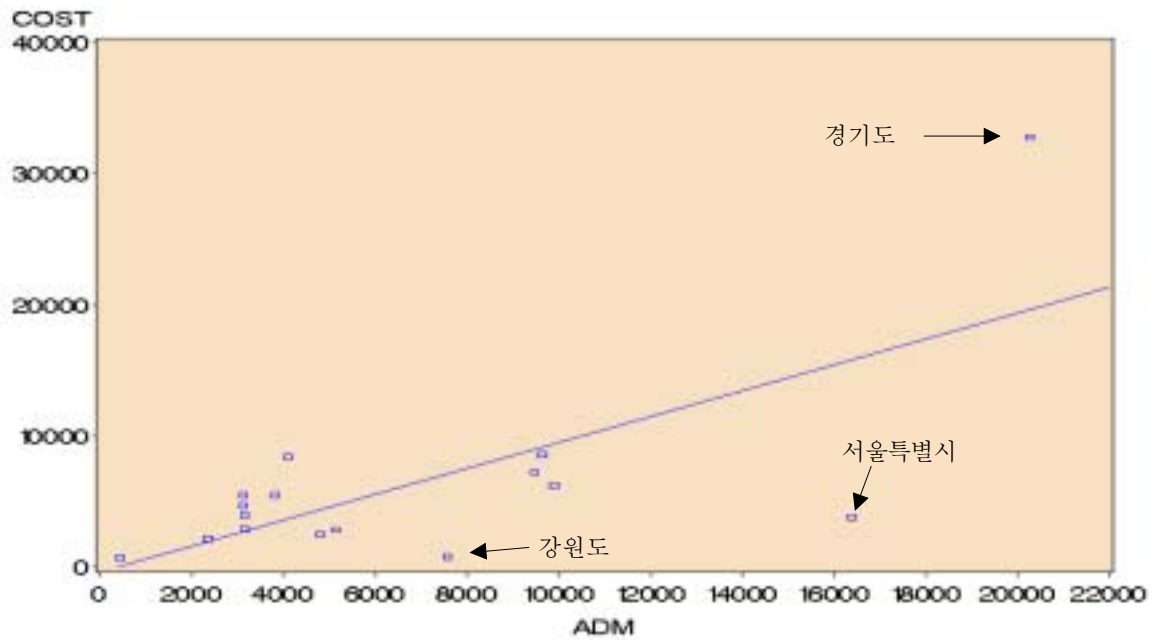
주 . 회귀식 $Y = 13.16287 X + 29544$

[그림 9] 지역별 입원환자수와 MRI검사비 총액 회귀분석결과 (비용 단위 : 천원)



주 . 회귀식 $Y = 18.99531 X + 58961$

[그림 10] 지역별 입원환자수와 초음파 검사비 총액 회귀분석결과 (비용 단위 : 천원)



주 . 회귀식 $Y = 0.98964 X - 396.62255$

7) 산재보험 요양급여액 추이분석

- 대체적으로 입원환자수와 외래환자수가 2002년도보다 2003년도에 많이 증가하였으나 지급된 보험급여 총액은 약간만 상승한 수준임.
- 이러한 현상은 요양장기화의 결과라기보다 환자수의 증가(입원환자수 34.1% 증가, 통원환자수 35.1% 증가)로 인하여 발생한 결과로 판단
- 2003년도의 산재보험 지출내역 중 83.8%가 보험급여액(이 중에서 19.3%는 진료비 지급액이고, 64.5%는 휴업급여와 장해급여 등)인 것으로 파악되는데, 전체의 20% 정도를 차지하는 진료비의 효율적 관리가 중요하지만, 전체 산재보험 지출의 2/3를 차지하는 휴업급여, 장해급여 등의 항목들에 대한 보다 철저한 관리 및 제도보완이 반드시 병행되어야만 산재보험 전체가 효율적으로 운영될 수 있을 것으로 판단

<표 35> 진료비 지급변화 현황 (2002년, 2003년)

구분	수급자수	지급건수	요양일수	지급총액	1인 평균요양일	1인 평균진료비	1일 평균진료비	
2002년	입원	79,478	215,182	6,941,477	427,247,936,060	87.34	5,375,675	61,550
	통원	93,859	317,252	5,609,784	67,205,210,590	59.77	716,023	11,980
2003년	입원	106,570	246,111	8,091,196	500,565,586,970	75.92	4,697,059	61,865
	통원	126,818	377,272	8,583,487	72,039,855,670	67.68	568,057	8,393

나. 제언

1) 타 보험과 외국 의료기관지정제도의 시사점

- 일본 노재보험의 지정의료기관제도
 - 요양급부를 대행할 수 있는 주체에 의료기관(노재병원, 지정의료기관)뿐만 아니라 약국과 방문간호사업자와 같이 일선에서 도움을 주는 주체들도 요양급부 대상에 포함
 - 피재노동자가 양질의 의료서비스를 받을 수 있도록 의료기관을 확충하기 위한 법·제도적 장치가 마련되어 있음.

○ 독일 산재보험의 의료기관 지정제도

- 피보험자의 손상 종류와 중증도에 따라 요양치료에 대한 과정을 규정하고 이에 대하여 보험자와 의료기관간에 공법적인 계약 체결
 - * 산재보험 직영의료기관 : 직영병원 11개소, 외료진료소 2개소, 특수시설 8개소, 기타 시설 14개소
- 산재보험계약의사제도, 부상종류제도와 같은 제도를 도입하여 의료서비스 제공
 - * 산재보험계약의사 : 외과·정형외과 의사로서 개업의 또는 봉직, 보고서·소견서 작성과 재활 경험이 있어야 하며, 주기적으로 직무교육, 5년동안 연평균 150인 이상의 산재부상자를 초기진료 하여야 함
 - * 부상종류제도 : 특정한 중증부상을 수반하며, 긴급한 입원치료가 필요한 산재부상자는 부상종류별로 이미 선정되어 있는 보험자로부터 허가된 병원에 할당

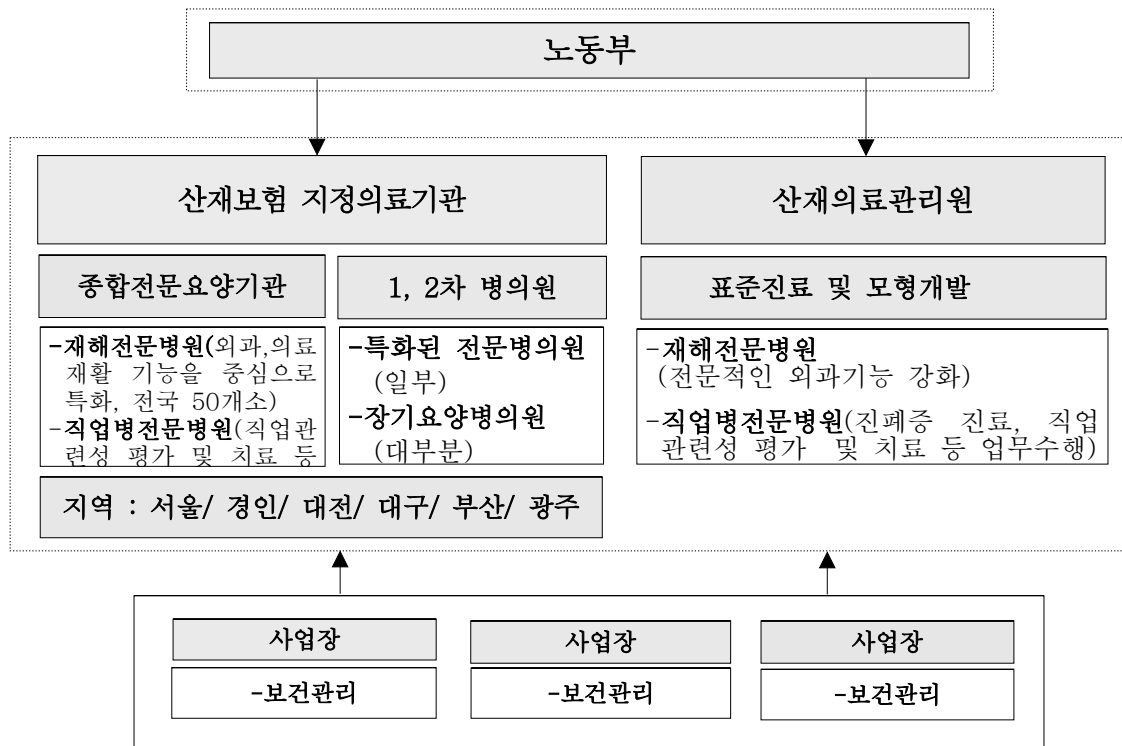
2) 현행 산재보험 지정의료기관의 진료행태 질관리 (Quality Assurance)

- 지정된 의료기관의 71.7%만이 산재보험 지정의료기관으로 운영되고 있는데 나머지 진료비 지급이 전무한 의료기관에 대한 실태파악 및 지정해지 등 실제 산재근로자가 요양 받을 수 있는 의료기관이 지정될 수 있도록 의료기관에 대한 정기적 관리 필요
- 지역별 산업재해 발생률 및 의료기관별 평균요양환자수와 요양일수 등을 고려하여 지정의료기관수의 적정 관리
- 지역, 소유주체, 규모 등에 따라서 산재보험 지정의료기관들의 의료서비스 공급행태에 상당한 편차가 있음. 대부분 합법적인 틀 안에서 이루어지고 있기는 하나, 의학적 측면에서의 도덕적 해이 부분이 적지 않게 추정.
- 각 지정의료기관들의 진료비 청구내역에 대한 ‘의료서비스 적정성 심사평가’ 기제가 개발되어야 하고, 지역별, 종별, 질환별 의료서비스 제공 양상을 모니터링하고 이를 각 지정의료기관에 피드백함으로써 산재의료서비스의 ‘표준화’를 유도(medical audit 제도의 도입).

3) 산재보험 지정의료기관 제도의 개정

- 전국에 있는 42개(2004.10월 현재)의 종합전문요양기관을 재해전문병원과, 직업병 전문병원으로 구분하여 지정의료기관으로 신청할 수 있도록 유인하고, 이와 관련된 산재보험수가 개선을 통해서 적극적인 참여를 유도하는 것이 필요
- 전국에 5,500개 이상 있는 나머지 1, 2차 병원의 경우, 일부 특화된 기능이 있을 경우 전문병원으로 전환하고, 나머지 대부분의 경우는 재활기능이 강화된 장기요양병원으로 구분하여 차별화된 운영이 필요하며 포괄수가제 형태의 일당 진료비 제도 도입.

[그림 11] 산재보험 지정의료기관 제도 개정의 모형



4) 지정의료기관내 의료전달체계 확립

- 현재 산재환자의 의료전달체계는 전무한 상황으로 현행과 같은 ‘자유방임주의’로부터, ‘급성기 치료 후 장기요양 체계로의 전원’과 같은 관리체계의 제도적 도입 필요

- 포괄적인 사례관리(comprehensive case management)와 가정간호제도의 확대 적용이 필요하며, 이를 위해 전문인력의 양성과 수가체계 개발 필요

3. 산재보험 진료수가체계

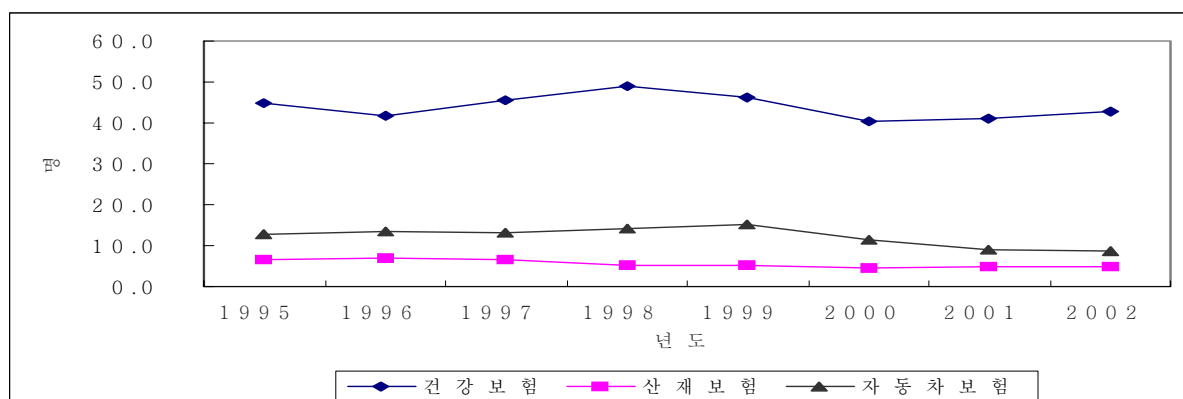
가. 현황 및 문제점

1) 산재보험과 유사보험 진료비 관련 비교

(1) 재원환자의 수

- 100병상 당 일평균 입원환자 수는 산재보험의 경우 1995년 6.7명에서 조금씩 감소하여 2002년에는 4.8명이 되었으나 변화의 폭은 크지 않음. 건강보험은 1995년 44.7명에서 1998년 48.9명까지 증가하였으나 이후 감소하여 2002년 일평균 입원환자 수는 42.6명이며, 자동차보험은 1995년 12.6명에서 1998년 15.2명까지 증가하였다가 이후 감소하여 2002년에는 8.7명으로 의료기관에서 입원하는 환자의 대다수는 건강보험 환자임

[그림 12] 보험유형별 100병상 당 일평균 입원환자 수 추이



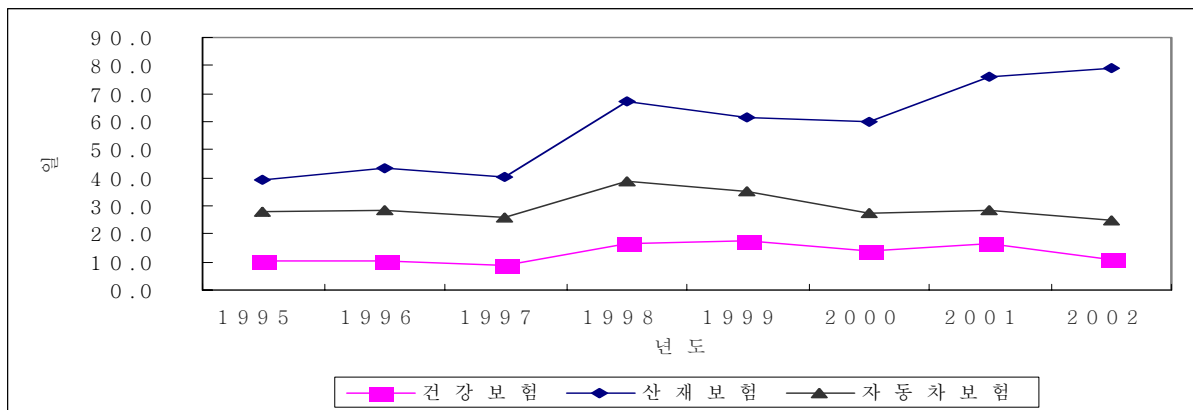
출처: 병원경영연구, 각년도

김진현 등(2001). 자동차보험 진료수가체계의 문제점과 개선방안

(2) 평균입원일수

- 평균 입원일수는 건강보험과 자동차보험의 경우에는 지속적으로 증가하다가 1999년 이후 감소하여 2002년에는 건강보험의 경우 11.1일, 자동차보험은 24.8일로 감소하였으나 산재보험은 2000년에 예외적으로 약간 감소한 외에는 연차적으로 재원일 수가 증가하고 있으며 그 증가 폭도 커서 1995년에는 평균 입원일수가 39.4일이었던 것에서 2002년에는 79.1일까지 증가하여 산재보험 환자의 평균입원일수는 건강보험과 자동차보험과 비교하여 현격하게 높은 상태임

[그림 13] 보험유형별 100병상 당 입원환자 평균 재원일 수 추이



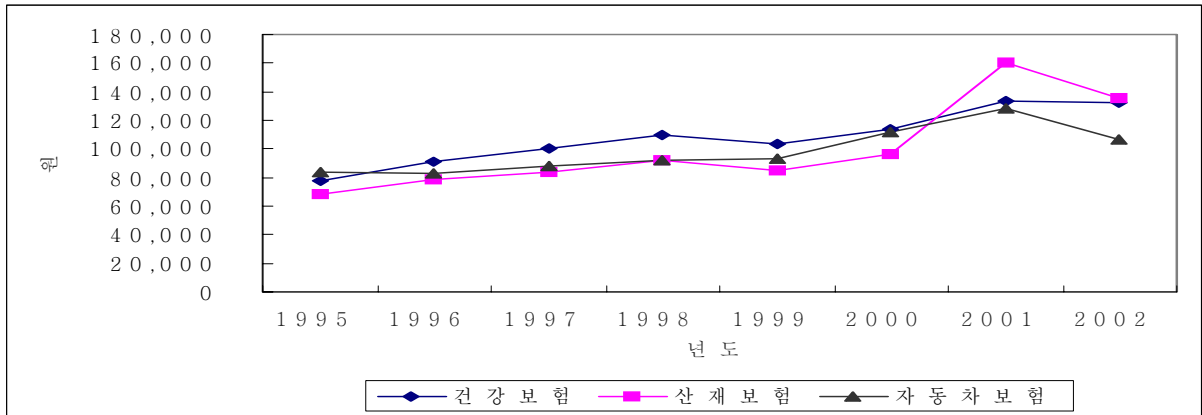
출처: 병원경영연구, 각년도

김진현 등(2001). 자동차보험 진료수가체계의 문제점과 개선방안

(3) 입원환자의 일당 평균진료비

- 급여 종류별 입원환자 1인 일당 평균 진료비의 연차적 추이를 보면 산재보험의 경우 1995년 이후 약간씩 증가하다가 1999년 95,838원에서 2000년 160,602원으로 급격히 증가한 후 2002년에는 135,668원으로 소폭 감소하였음. 건강보험은 1995년 77,487원에서 2002년 132,241원까지 연차적으로 증가하는 추세에 있고, 자동차보험은 1995년 83,584원에서 2001년 127,866원까지 지속적으로 증가하다가 2002년에는 106,981원으로 감소하는 추세로서 산재보험 입원환자의 일당 평균진료비가 가장 많이 지급되고 있음

[그림 14] 보험유형별 입원환자 1인 1일당 평균진료비 추이



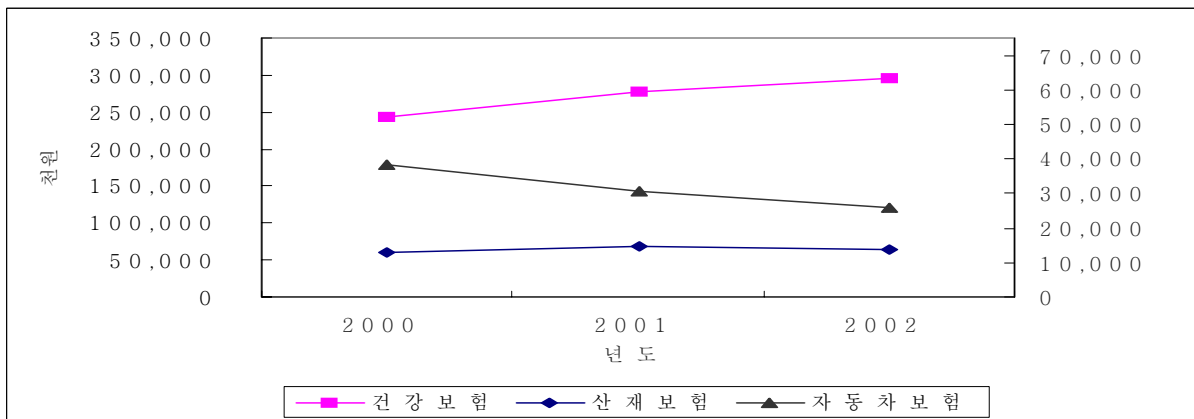
출처: 병원경영연구, 각년도

김진현 등(2001). 자동차보험 진료수가체계의 문제점과 개선방안

(4) 의료수익

- 2000년에서 2002년 사이 100병상 당 총 의료수익은 산재보험은 큰 변화 없이 일정하였고, 건강보험은 2000년 243,400천원에서 2002년 296,515천원까지 지속적으로 증가한 반면 자동차보험에 의한 의료수익은 점차 감소하고 있는 상황임

[그림 15] 보험유형별 100병상 당 월평균 총 의료수익 추이

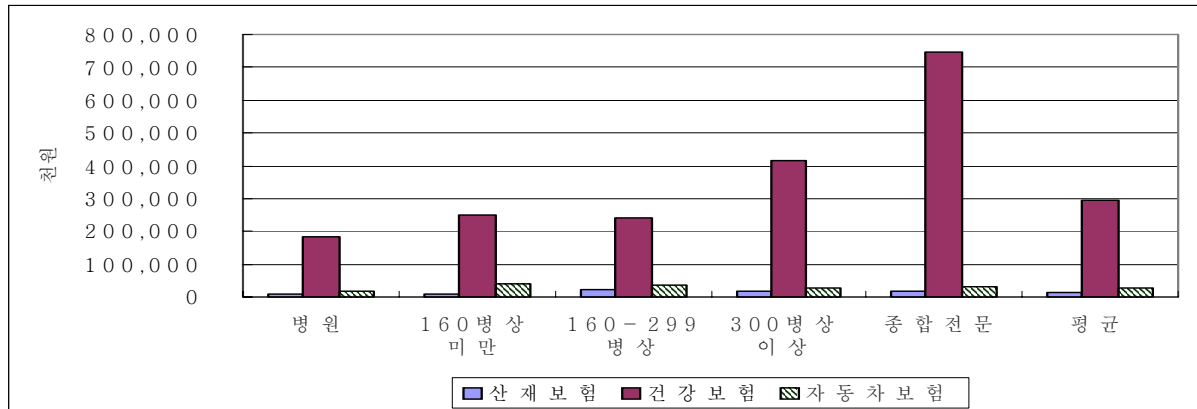


주: 건강보험은 축의 왼쪽 축, 나머지는 오른쪽 축

출처: 병원경영분석, 각년도

- 특히 종합전문기관일수록 건강보험에 비해 산재보험의 의료수익이 적으므로 종합전문요양기관의 산재환자들을 기피하고, 산재지정 의료기관 지정을 기피하는 것으로 나타남.

[그림 16] 보험유형별·의료기관 종별 100병상 당 월평균 총 의료수익(2002)

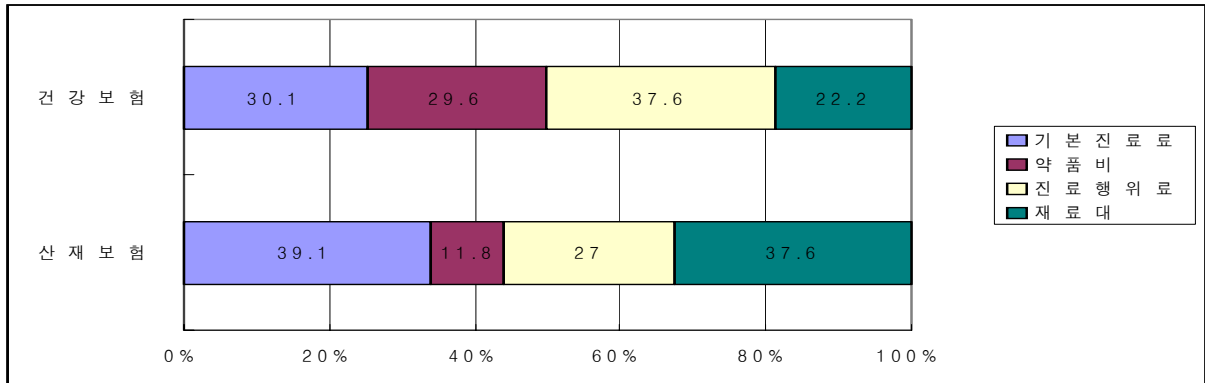


출처: 병원경영분석, 각년도

(5) 진료내역 비교

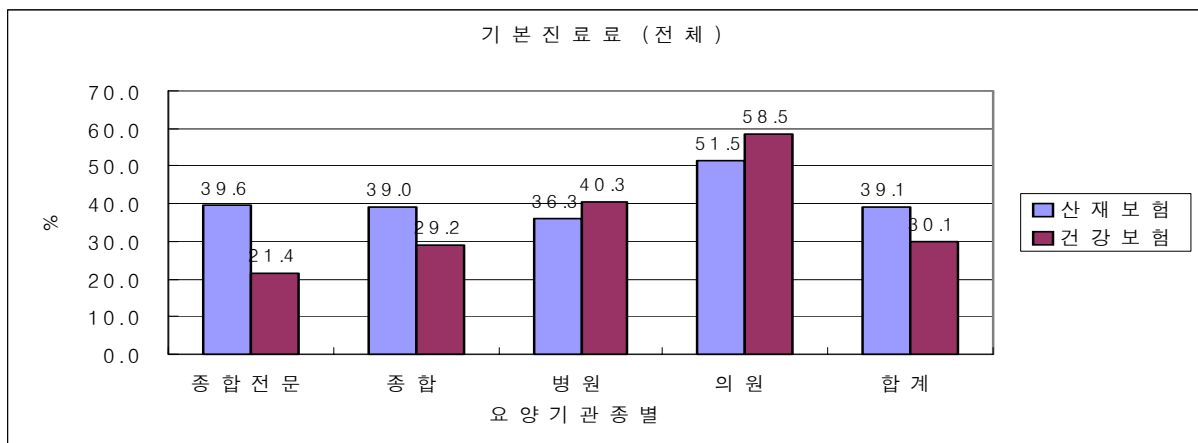
- 요양급여비용의 진료내역은 크게 4가지 즉 ① 기본진료료, ② 진료행위료, ③약품비, ④ 치료재료대로 분류할 수 있는데 이를 요양급여비용의 4대 분류라 함.
- 건강보험에서 약품비가 29.6%, 진료행위료가 37.6% 차지한 데 반해, 산재보험에서는 입원료와 진찰료가 포함된 기본진료료가 39.1%로 가장 높은 비율을 차지하고 있어 산재보험은 건강보험과 비교하여 입원기간이 길기 때문일 수도 있겠으나 종국적으로 직접적인 치료행위와 약제를 사용하는 의료행위서비스가 건강보험보다 상대적으로 적게 이루어지고 있음을 시사하고 있음

[그림 17] 산재보험과 건강보험의 요양급여비용의 4대 분류



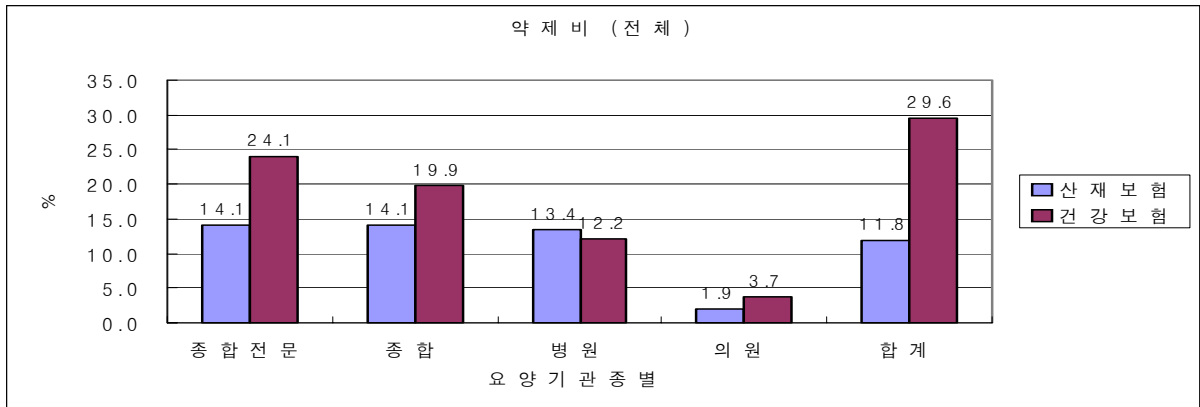
○ 입원비와 진찰료로 구성되어 있는 기본진료료의 구성비를 비교하면 의원을 제외한 다른 요양기관에서는 거의 산재보험이 높으나 총계를 비교하면 산재보험의 기본진료료가 39.1%로 건강보험보다 약 10% 정도 높음. 이는 건강보험에서는 종합전문요양기관이나 종합병원의 경우 전문적인 의료행위가 이루어지기 때문에 요양중심의 병의원급 보다 기본진료의 구성비가 상대적으로 낮을 수 밖에 없으나 산재보험의 경우에는 전문진료를 담당하는 종합병원급이상에서 기본진료료의 구성비가 상대적으로 높은 기한 현상이 나타나고 있음

[그림 18] 건강보험과 산재보험의 요양기관 종별 기본진료료



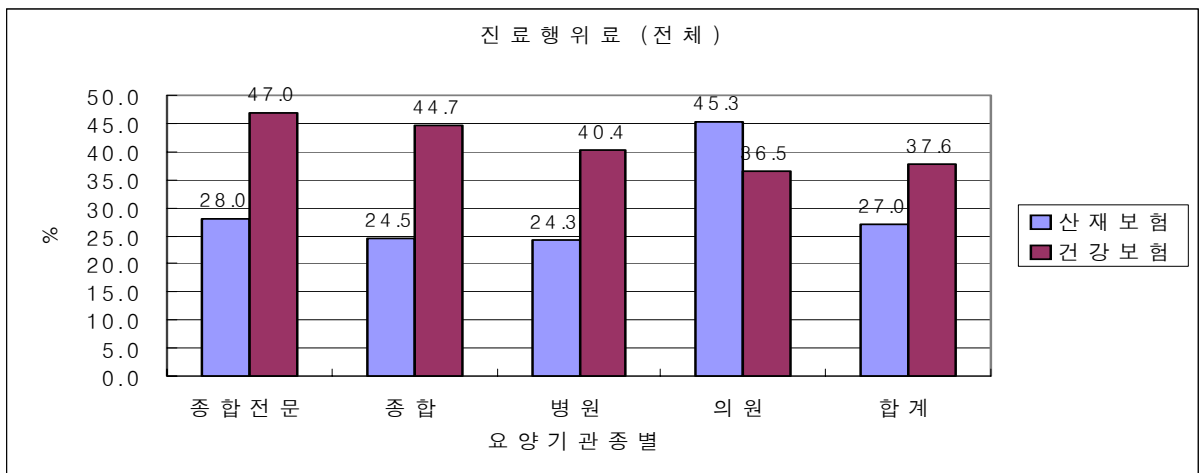
○ 약제비의 구성비를 비교하여 보면 건강보험이 산재보험보다 20% 정도 더 높은 것으로 나타났고, 요양기관 종별 비교에서도 건강보험이 높음.

[그림 19] 건강보험과 산재보험의 요양기관 종별 약제비



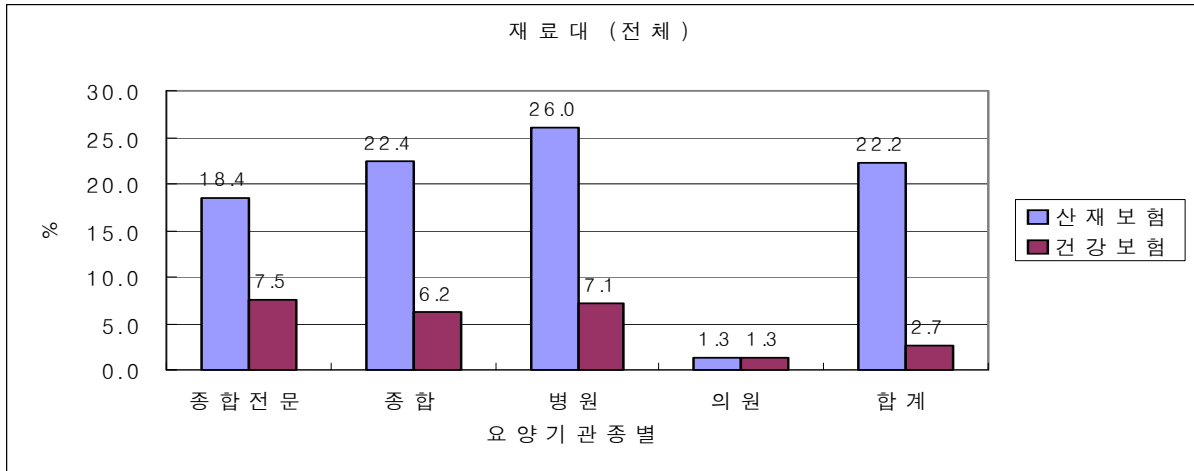
○ 진료행위료에 있어서도 약제비와 비슷한 양상이 나타남. 특히 종합전문요양기관과 종합병원에서는 산재보험보다 2배 정도 높은 비율의 진료행위료 비율을 보임.

[그림 20] 건강보험과 산재보험의 요양기관 종별 진료행위료



○ 의원급을 제외한 모든 의료기관에서 산재보험이 건강보험보다 월등히 높은 비율의 재료대 구성비를 보임. 이는 건강보험에서 비급여 항목인 식대를 비롯하여 의지보조기, MRI 및 초음파, 치과보철료 등은 산재보험에서 급여항목이기 때문에 재료대 부분에서 월등하게 높게 나타나는 것으로 보임

[그림 21] 건강보험과 산재보험의 요양기관 종별 재료대



2) 산재보험 진료수가체계의 현황

(1) 요양기관종별에 따른 진료행위 진료비의 별도 가산

- 산재보험과 건강보험의 요양기관종별 가산을 비교해 볼 때 종합전문요양기관의 경우 건강보험보다 1.5배를 추가 가산해 주며 종합병원급은 건강보험의 1.48배를 추가 가산. 따라서 동일등급의 요양기관에서 동일한 진료행위를 행할 경우 산재보험 진료비는 건강보험 진료비보다 높게 책정되는 구조적인 특성을 지님. 그럼에도 불구하고 일당 평균 입원진료비가 건강보험의 경우가 더 높게 나타나고 있어 다른 보험과 비교하여 건강보험은 의료행위 중심의 서비스가 제공되고 있음을 시사함

<표 36> 요양기관종별 진료행위에 대한 총진료비 가산율

구분	산재보험	건강보험	자동차보험
종합전문	150 (45%=건강보험+ 15%)	100 (30%)	산재보험 동일
종합	148 (37%=건강보험+ 12%)	100 (25%)	산재보험 동일
병원	105 (21%=건강보험+ 1%)	100 (20%)	산재보험 동일
의원	100 (15%=건강보험 동일)	100 (15%)	산재보험 동일

(2) 입원료 산정시 체감제/가산제의 별도 적용

- 건강보험은 15일을 기준으로 하여 15일 이내의 경우 1일 입원료의 100%를 모두 인정하고 15일-30일은 입원료의 90%, 31일 이후는 입원료의 80%를 산정하도록 하고 있으나 산재보험을 비롯한 자동차보험은 50일을 기준으로 50일 이내의 경우 입원료의 100%를, 50-100일은 입원료의 90%를, 151일부터는 입원료의 85%를 산정하고 있음.
- 종합전문요양기관 및 산재보험시설의 1일 평균진료비가 현저히 낮아서 이를 개선하기 위하여 종합전문요양기관과 산재보험시설의 입원료에 대하여 병원관리료를 100%(입원료의 1.35배)를 별도 가산적용하고 있음. 이러한 별도의 가산적용 이외에 종합전문요양기관과 산재의료관리원은 입원기간에 따른 체감제를 적용하지 않아 입원료에 대한 이중적인 시혜를 받고 있음.

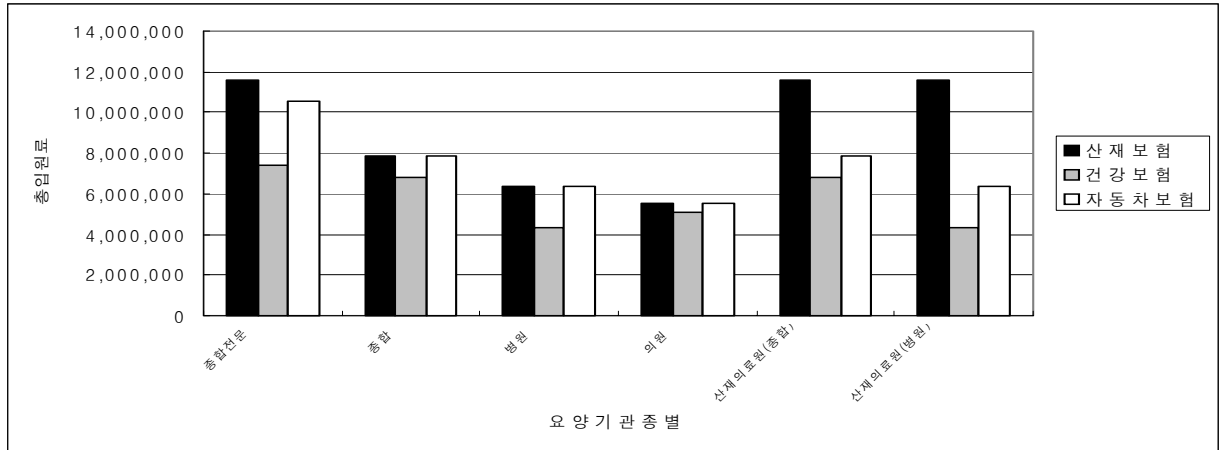
<표 37> 보험유형별 입원료에 대한 가산제/체감제 산정방식

구분	산재보험	건강보험	자동차보험
종합전문	입원료가산×1.35 (01.10.6) 입원기간 관계없이 100% (산재의료관리원 포함)	-1일~15일:입원료의 100% -16일~30일:입원료의 90% -31일 이상: 입원료의 85%	입원료가산+1.35 (04.7.29) 입원기간 관계없이 100% (산재의료관리원 제외)
종합	입원기간 관계없이 100%		산재보험 동일
병원	-1일~50일: 입원료의 100% -51일~150일: 입원료의 90% -151일 이상: 입원료의 85%		산재보험 동일
의원			

- 예를 들면, 간호관리등급 4등급에 해당하는 내과병동에서 200일간 입원한 환자의 보험 유형별 총입원료를 계산하면 분명한 차이를 확인할 수 있음. 기본가산을 살펴보면, 간호관리등급 4등급의 경우 해당입원료의 20%, 내과의 경우 해당입원료의 30%로 총 50%의 가산을 적용. 그러나 종합전문요양기관의 입원료 있어 산재보험은 [해당입원료*(1+0.2+0.3)*1.35]를 산정하는 반면, 자동차보험에서는 건설교통부 교통안전과 -1820(2004.11.04) 유권해석을 통해 이러한 가산제도 적용은 이중가산을 방지하기 위하여 각각의 가산율을 더하도록 하여 [해당입원료*(1+0.2+0.3+0.35)]로 산정. 이러한 계산 방식의 차이로 인하여 산재보험과 자동차보험의 200일간의 총입원료 차액은 416만원이

발생하고 일평균 5,000원 정도의 차액 발생함

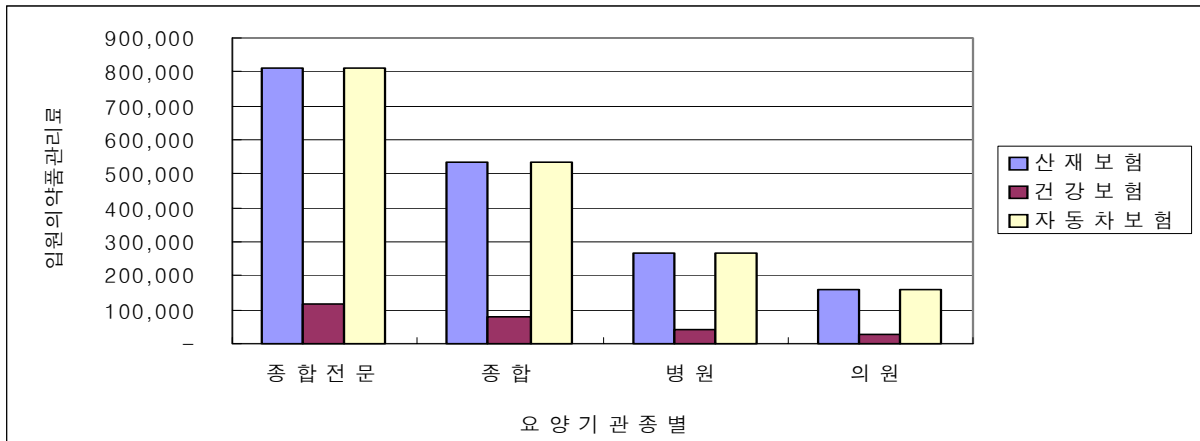
[그림 22] 간호관리등급 4등급의 내과병동에서 200일 입원한 경우 보험유형별 입원료 산정사례



(3) 입원환자 의약품관리료의 체감제 폐지

- 건강보험에서는 장기요양 및 과잉진료를 방지하기 위한 일환으로 의약품관리료에 체감율을 적용하고 있다. 최장 90일까지 19개 단위로 구분하여 적용하고 90일 이상의 경우에도 90일분에 해당하는 의약품관리료를 산정함. 그러나 산재보험의 경우 산재환자의 특성상 건강보험 비해 진료수익단가가 낮아 종합전문요양기관에서 산재환자를 기피한다는 우려와 장기입원환자의 의료서비스 질 저하를 우려하여 입원환자에 대한 의약품관리료는 별도의 규정을 두어 입원기간에 관계없이 내복약조제, 투약일수에 따라 의약품관리료를 산정함. 외래의 경우에는 요양기간에 따른 체감율을 적용하고 있음.
- 산재보험은 입원환자의 의약품 관리료 체감제를 폐지함으로써 동일한 의료행위에 대하여 입원환자에게만 더 많은 수익이 발생하도록 하는 결과를 낳게 하고 있음. 보험급여에서 체감제 적용은 급여의 남용을 막기 위한 일환으로 활용하는 방안으로서 장기요양의 폐단이 심각한 산재보험의 경우에는 이러한 제도를 적극 활용해야 함에도 불구하고 이러한 견제장치가 건강보험보다 상대적으로 취약함.

[그림 23] 365일간 약제를 처방한 경우 보험유형별 입원의약품관리료 산정사례



(4) 산재보험에서만 별도 인정하는 약제 품목

- 건강보험에서는 요양급여로 인정하던 일반의약품 1,413개 품목을 2001년 11월에서 2002년 4월 사이에 비급여로 전환함에 따라 의료기관에서는 해당 약제를 산재근로자에게 본인부담 시키는 사례가 발생. 산재보험에서는 건강보험 요양급여 범위에 포함되지 않은 약제 333개에 대해서 산재보험 요양급여 범위에 포함하도록 노동부장관이 별도 고시함(2002. 4. 25).
- 비급여 약제는 관련 법령에 의하여 약제산정기준을 적용받지 않으므로 건강보험의 수가수준의 통제를 받지 않으므로 산재보험에서의 수가수준은 의료기관 및 약국의 실거래가 산정
- 2000년 10월 1일자로 치료재료급여와 약제급여 목록 및 상한금액산정표 개정고시되어 실거래상환제 시행. 약제에 대한 요양급여 대상여부, 상한금액의 산정 등에 대한 실무 검토업무는 약제전문위원회에서 담당하며 약제의 안전성·유효성등이 확인된 미결정약제에 대하여 요양급여대상여부를 검토하며 상한금액수준 검토.

(5) 건강보험에서는 급여항목이나 산재보험에서는 비급여항목

- 건강보험에서 급여에 해당하지만 환자에게 전액본인부담 시키는 진료행위 유형은 총 250종에 이릅니다. 이 항목들은 건강보험에서 진료행위의 의학적 타당성이 검증되어 상대가 치점수도 결정되어 있으나 건강보험의 재정상 현실적으로 급여화 할 수 없는 부분으로 환자들에게 본인부담을 시키는 항목으로서 자동차보험에서는 모두 급여로 인정하고 있음.

<표 38> 보험유형별 요양급여의 범위

보험구분	급여		비급여		
건강보험 (환자부담)	(환자 20% 부담)	250종 + 선택진료 (환자 전액부담)*	비급여 (221종)	산재보험 급여(8종)	자동차보험 급여(16종)
산재보험 (보험자 부담)	급여	비급여	비급여	급여	비급여
자동차보험 (보험자부담)	급여 (선택진료 중 5종 한정)				

※ 진료행위료만으로 한정

* 진료수가 수준은 보험자가 통제

(6) 산재보험 비급여 항목에 대한 별도 인정사례

- 건강보험에서 정하지 않거나 인정되지 않는 진료항목과 비용 중 산재환자 진료에 필요하다고 판단되는 경우 근로복지공단 이사장이 노동부장관의 승인을 받아 인정하도록 하고 있으나 고시개정(2001. 10. 6) 이후부터 2004년 10월 현재까지 노동부가 별도 승인한 사례를 살펴보면 2001년부터 2004년까지 총3건 인정하였음

<표 39> 산재보험의 비급여 항목에 대한 노동부 처리현황

일시	승인번호	질의항목	노동부 승인여부	건강보험	자동차보험
2003. 3. 29	산재 68607-383	조직적합항원(HLA)검사	승인	급여 (전액환자부담)	급여
2003. 7. 25	산재 68600-966	인조피부	불승인	급여 (전액환자부담)	급여
2003. 12. 5	산재 68607-1546	척수신경자극술	불승인	급여 (전액환자부담)	급여

나. 제언

- 의료수가체계와 수준은 의료기관의 의료행태를 결정하는 요인으로 작용하기 때문에 의료수가수준이 어느 영역에서 집중되어 있느냐에 따라 의료행태가 달라짐. 건강보험에서는 요양급여 비용의 비현실성을 해결하기 위하여 2001년도부터 ‘자원기준상대가치체계’를 적용하여 일정정도 수가수준을 현실화하였음.
 - 산재보험도 건강보험의 수가체계를 준용하고 있으므로 비현실적인 수가로 인한 의료기관 수익보전은 일정정도 이루어졌다고 보아야 하며 장기요양 및 과잉진료의 방지를 위한 입원료 체감제 폐지를 재검토할 필요가 있으며 산재근로자의 신체장해를 감소시키고 원상회복을 위한 직접적인 의료행위를 시행할 때 진정한 의료기관의 수익 창출의 동인이 되도록 해야 함.

- 산재보험의 경우에는 이러한 요양기관의 실거래의 사실관계를 확인하거나 사후관리할 수 있는 제도적 장치가 마련되어 있지 않기 때문에 자칫 건강보험과 제약회사, 의료기관간의 거래관계에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로 자동차보험의 경우와 마찬가지로 일반의약품의 경우라도 건강보험에서 고시하는 급여대상 품목의 범위에서 사용하도록 하는 것이 바람직

- 건강보험에서 의약품의 안전성이 유효성이 인정되었지만 비급여 약제로 구분된 약제의 경우 산재근로자의 치료목적상 반드시 필요한 항목들을 별도 선별하여 노동부장관이 고시하는 것이 바람직하다고 봄

- 건강보험에서 치료의 타당성이 입증된 진료행위와 약제 및 치료재료이므로 산재보험에서는 이를 급여화함으로써 산재보험제도의 입법취지에 따른 산재근로자의 원상회복을 위한 양질의 의료서비스를 제공할 필요 있음.

- 의료기관의 임의로 결정하는 관행수가의 통제시스템이 없는 산재보험의 경우에는 산재보험에서 비급여처리함으로써 입게 되는 의료기관의 횡포와 함께 산재근로자의 경제적 피해가 이중적으로 발생할 수 있는 부분으로서 조속히 개선 필요

<표 40> 건강보험에서 급여항목이나 산재보험에서 비급여인 항목

유 형	산재보험	건강보험		자동차보험
		급여 (환자전액부담)	비급여 (환자전액부담)	
기본진료료	비급여		1	급여
검사료	비급여	185	163	급여
영상진단 및 방사선 치료료	비급여	13	3	급여
주사료	비급여	2	4	급여
마취료	비급여	3		급여
이학요법료	비급여	10	4	급여
정신요법료	비급여		6	급여
처치 및 수술료 등	비급여	16	17	급여
치과 처치·수술료	비급여	9	20	급여
한방검사료	비급여	6		급여
한방 시술 및 처치	비급여	6	1	급여
기타	비급여		2	급여
총계	0	250	221	471

○ 산재보험에서는 선택진료료는 비급여에 해당하며 근로복지공단이 특진을 의뢰한 경우에 한하여 의료기관에서 임의대로 정하는 실제 수가를 그대로 인정하고 있음. 그러나 건강보험의 요양급여기준에 포함하는 급여항목으로 보험자의 수가수준의 통제가 이루어지는 항목임에도 불구하고, 산재보험은 건강보험 환자보다 의료기관의 임의산정하는 수가적용으로 더 비싼 진료비를 부담할 것으로 보이므로 산재보험 요양급여에 포함하도록 재검토가 필요.

<표 41> 보험유형별 선택진료료의 산정

산재보험	건강보험	자동차보험
○ 비급여 - 근로복지공단의 특진의뢰시만 급여	○ 급여 - 전액본인부담	○ 제한적 급여 -진찰료의 55% 이내 금액 -마취료의 100% 이내 금액 -수술료의 100% 이내 금액 -방사선특수영상진단료(CT제외)의 24%(방사선혈관촬영료는 100%) 이내 금액

○ 건강보험에서는 신의료기술 등을 요양급여 대상과 비급여 대상으로 구분하고 비급여

대상으로 고시되지 않은 항목은 모두 요양급여 대상으로 적용하는 Negative List 방식을 적용. 이러한 방식을 효율적으로 운용하기 위하여 신의료기술등이 발생된 경우 요양급여대상여부, 상한금액·상대가치점수를 평가·결정하도록 『신의료기술등의결정및조정기준』을 마련하여 고시

- 신의료기술의 발달에 따른 건강보험의 신속한 대응시스템을 고려할 때 산재근로자의 손해배상을 전보하는 산재보험의 본래의 취지에 부합하도록 원상회복을 위한 치료행위에 대한 시대적 흐름에 따라 신의료기술의 적용이 필요한 실정이며 산재보험 요양급여 산정기준 제9조 운영이 활성화 할 수 있도록 정부의 제도적 뒷받침 필요

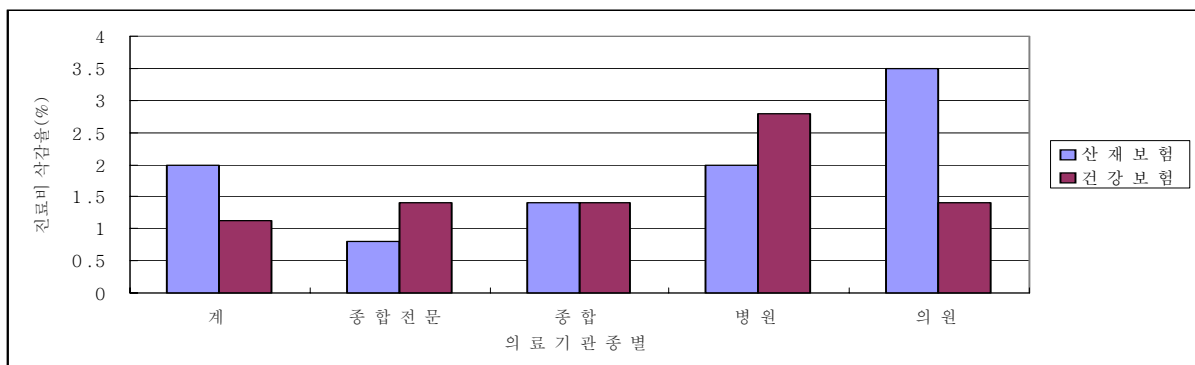
4. 진료비 심사 지급체계

가. 현황 및 문제점

1) 진료비 삭감 현황

- 산재보험의 진료비 삭감현황을 살펴보면 2003년도 전체 진료비의 2.0%를 삭감한 반면 건강보험은 1.28%가 삭감되었음. 건강보험의 삭감률이 감소하는 것은 산정금액, 코드 착오등 청구오류가 사전에 정정되고 의원급 종합관리제 시행 등으로 인해 요양기관의 적정청구가 점차로 이루어지고 있기 때문인 것으로 자체 분석하고 있음

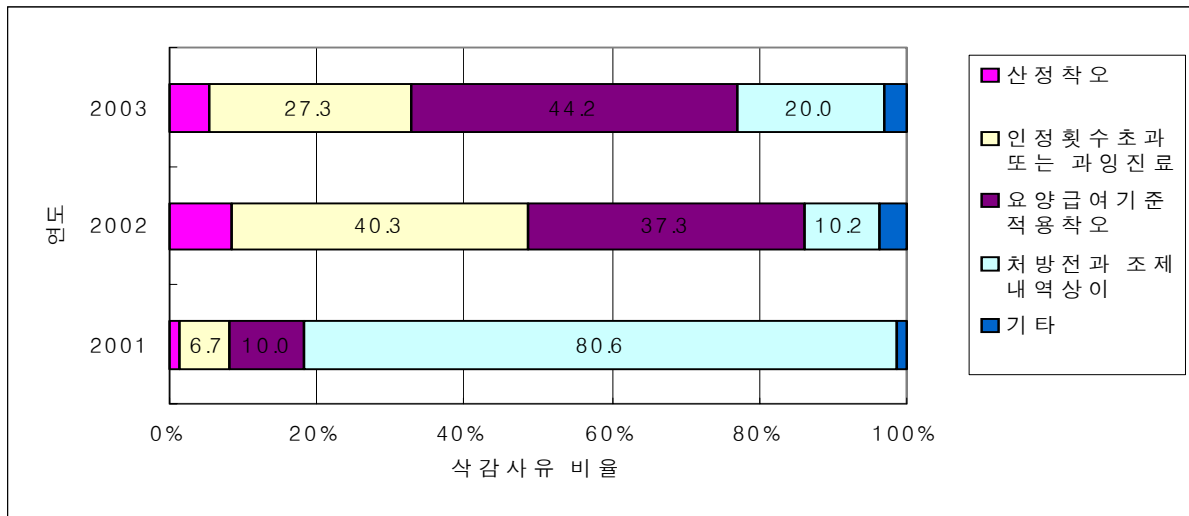
[그림 24] 산재보험과 건강보험의 진료비 조정을 비교(2003년도)



2) 진료비 심사의 전문성

- 진료비를 심사하여 삭감한 사유를 살펴보면, 2003년 ‘요양급여기준 적용착오’가 44.2%, ‘인정횟수초과 또는 과잉진료’가 27.3%로서 ‘요양급여기준 적용착오’와 ‘인정횟수초과 또는 과잉진료’가 높은 비율을 차지하고 있어 심사간호사의 전문성이 강조되는 심사방법을 통해 삭감해야 하는 경우가 대부분을 차지하고 있음

[그림 25] 서면청구에 의한 진료비 삭감사유



3) EDI 청구이용의 저조

- 산재보험의 EDI 청구는 지정의료기관의 16.7%가 이용하고 있는데, 건강보험은 전 의료기관의 81.5%를 이용하고 있음. 그러나 자동차보험의 경우 4개 보험회사만 이용을 하고 모두 월 평균이용료가 60-70건에 불과함
- 건강보험의 경우 요양급여비 심사물량의 증가로 심사평가원의 심사지체로 인한 요양급여비 지급 지연현상이 발생됨에 따라, 요양기관의 자금압박을 해소하기 위하여 「건강보험재정안정비상대책위원회」의 결정(2001.5.11)에 의거, 2001.5월부터 요양급여비용 EDI 청구기관에 한하여 법정 심사기간(15일)이 경과할 경우 요양급여비용 청구액의 90%를 우선 지급(가지급)하고 심사완료 후 정산하면서 가입율이 높아짐

- 산재보험의 경우 의료기관에 7일이내에 지급하고 있고, EDI 이용에 대한 의료기관의 메리트가 없는 상황에서 이용율은 저조할 수 밖에 없는 상황임

<표 42> 보험유형별 EDI 이용률

산재보험	건강보험	자동차보험
의료기관의 16.7%(2003.12월)	의료기관의 81.5%(2004.6월)	- 11개 중 4개 회사 이용 : - 이용율 : 월 60-70여건

4) 산재보험 별도의 진료비 심사기준 미비

- 산재보험의 진료비 심사기준은 건강보험의 진료비 심사지침을 준용하고 있으며 산재근로자의 특성을 고려하여 별도의 심사관련 업무지침과 진료비관련 질의회시 등을 일선에 시달하고 있음. 그러나 1998년부터 2002년까지 총 9건의 업무지침을 시달함. 2003년도 이후에는 심사관련 업무지침을 시달한바 없으며 현재 요양부에서는 의료직 2명이 이의심사업무를 수행하고 있는 상황으로 이러한 내부지침을 정리하고 기준을 정하는데 한계가 있음. 현재 심사간호사 개별적인 필요성에 따라 건강보험의 심사기준을 찾아보는 정도에 그치고 있음

5) 진료비 청구서식의 비체계성

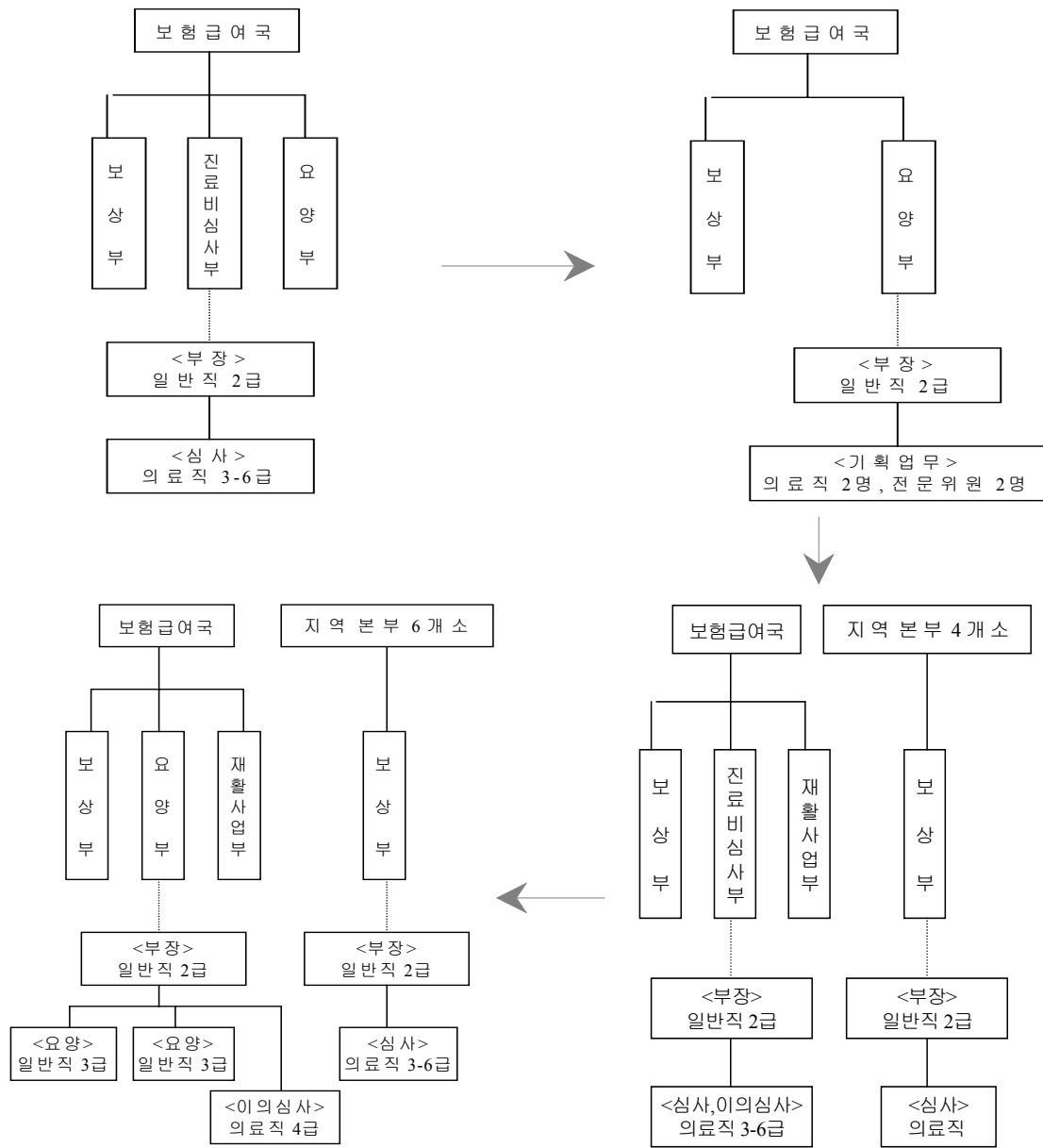
- 건강보험과 자동차보험의 경우 진료비청구서가 통일되어 있으나 산재보험의 경우 별도의 진료비청구서식을 사용하고 있음. 건강보험의 진료비청구서는 진료항목별 행위료, 진료재료료를 각각 요양기관종별 가산 적용 이전과 이후로 분류하여 진료비 내역 분석이 용이하기 때문에 기본진료료, 행위료, 약가, 진료재료로 구분하는 산재보험 진료비수가 분석체계를 개선할 필요가 있음.

6) 진료비 심사조직의 수시 변화

- 1995년 5월 근로복지공단이 설립되면서 진료비심사업무는 보험급여국의 진료비심사부에 설치됨. 이후 1996년 11월 보험급여국내의 진료비심사부가 폐지되고 본부 요양부에

서 기획업무를 의사로 구성된 전문위원 2인, 간호사인 의료직 2인이 수행함. 1998년 9월 요양부에서 진료비심사부로 재개편되면서 전문위원 2명은 감축하였고 일반직 3명과 의료직 21명으로 구성함. 2002년 11월부터 진료비심사업무는 폐지되고 요양부로 재편되면서 현재 요양관련 기획업무는 일반직이 수행하고 진료비 심사업무 중 이의신청업무는 의료직 2명이 수행하며 나머지 60명이 6개 지역본부 보상부에서 진료비심사업무를 수행하고 있으며 진료비 심사기준을 만드는 진료비 심사기획업무를 관장하는 부서가 되지 못하고 있음

[그림 26] 진료비심사 업무의 조직변화



나. 제언

- 진료비는 보험자의 진료비심사지급 절차에 따라 적정성 여부를 검토한 후 의료기관에 지급이 이루어지게 되는데 이와 같은 일련의 과정에서 의료기관에 대한 적정진료비 지급을 위한 보험자의 노력은 산재근로자를 위한 양질의 진료보장을 강화하고 산재보험 재정의 건전성을 유지시키는데 필수적인 요소임

1) 건강보험의 요양급여지급청구서식으로 개편

- 산재보험만 별도 사용하는 요양급여지급청구서식을 건강보험의 진료비 청구서로 통일하여 사용할 필요가 있는데 이는 동일한 상병에 대한 보험유형별 의료기관의 진료비 청구추이를 비교분석하는데 도움이 될 뿐 아니라 일선 의료기관에서 보험유형별 서식이 통일되어 있어 사용하는데도 편리하므로 의료기관 서비스 차원에서도 도움이 될 것임

2) 진료비 심사 조정내역별 분석을 통한 신속한 대처

- 의료기관에서 사후적으로 진료비를 청구하여 근로복지공단에서 사후심사한 조정률은 진료비 적정지급을 위하여 중요한 사항이지만 적정 진료비 지급의 결정적 단서는 되지 않음. 건강보험의 경우처럼 사후심사는 과잉진료에 관한 사항을 중심으로 심사하고 사전에 전산상의 오류 및 착오청구 등 사전에 정정이 가능한 부분들은 사전에 청구하지 못하도록 전산상의 오류등을 별도 분석 정리하여 의료기관을 홍보할 필요가 있음

3) 산재보험 별도의 심사기준 마련

- 산재근로자의 특성을 고려한 심사기준을 마련하여 심사업무의 통일성 및 일관성을 유지하도록 하며, 건강보험과 자동차보험의 심사기준 및 진료비 심사 관련 사항을 벤치마킹하여 산재보험 진료비 심사기준에 참고할 필요가 있음

4) 현장요양을 관리를 통한 진료비 심사

- 의료기관의 진료비 청구는 요양기간이 결정된 후 산재근로자의 진료가 종료된 이후에 근로복지공단으로 청구되어 심사간호사가 환자를 보지 않은 상태에서 서류만으로 심사하는 사후심사를 시행하고 있음. 진료비가 청구되기 이전에 환자의 상태를 파악하고 적정진료가 제대로 이루어지고 있는지 진료과정속에서 현장심사가 이루어지도록 하여 요양기간의 적정성 평가를 비롯한 현장요양관리를 진료비 심사 업무와 연계하여 진료비를 지급하도록 함

5) 진료비심사 기획업무 부서 신설

- 행정 편의적으로 조직구조를 재·개편함으로써 진료비심사 업무의 전문성을 기하기는 불가능. 급변하는 진료비 심사 관련 지침 및 기준의 변경 등과 같은 사항과 이의심사 등 진료비 심사에 관련한 업무의 전문성을 기하기 위하여 진료비심사 업무의 전문성 강화에 대하여 진료비심사부를 신설할 필요가 있음

Ⅳ. 신체장애 평가체계 개선

1. 필요성

- 산재보험법의 장애등급 심사와 관련하여 현행 14등급으로 구분된 기준이 시대에 맞지 않고, 비과학적이며, 조잡하고, 불명확하며, 합리적이지 못하다는 지적을 받고 있음.
 - 의사에 따라 장애정도가 서로 다르게 평가될 경우 이를 정확하게 판가름할 수 있는 방법은 없으며, 이로 인해 소송이 지연되거나 보상이나 배상이 늦어지게 됨.
 - 서로 다른 의사의 평가는 법적 판단에도 영향을 주어 공정성이나 형평성을 의심하게 하며, 결국 법적 판단의 권위가 실추되거나 신뢰를 잃을 수 있음.
 - 장애 등급과 노동력 상실관계가 명확하지 않고, 장애정도가 개념적이거나 포괄적으로 모호하게 제시되어 해석에 따른 장애등급의 차이가 매우 커서, 재해근로자들의 불이익이나 불만의 원인이 되고 있음.
- 산재보험법은 근로자의 질병이나 손상을 빠른 시간 안에 회복하여 직장에 복귀할 수 있도록 하는 것이 가장 큰 목적이므로 잘못된 제도를 검토하고 합리적인 개선방안을 도출하고자 함.

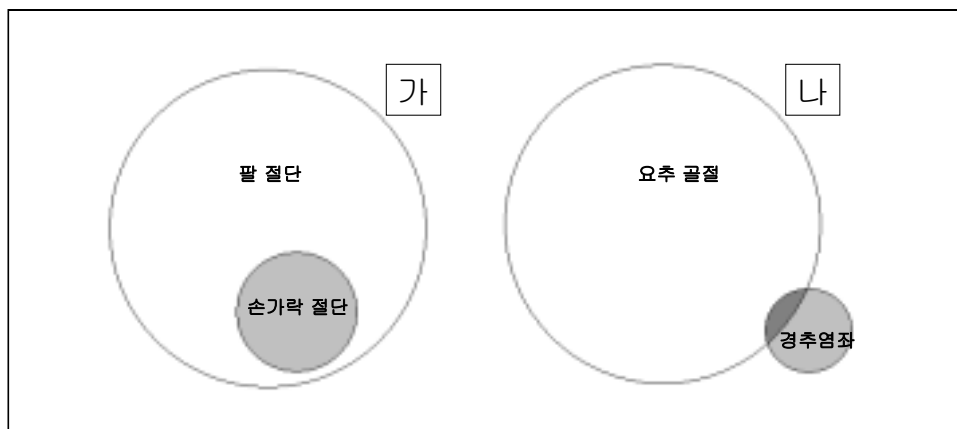
2. 현황 및 문제점

1) 장애계열의 병산의 복잡성

- 장애계열이란 개념은 신체의 특정부위 또는 특정 기능과 관계된 관련 부위를 하나의 계열로 파악한 것이라는 기본 개념은 이해할 수 있으나, 따로 표와 기준을 만들고도 예외 규정을 다시 만들어 복잡하게 됨.

- 장해계열이란 개념은 둘 이상의 장해를 합리적으로 병산하여 부적절한 장해등급 인상을 막기 위한 방법임.
- 그러나 둘 이상의 장해를 병산⁹⁾하기 위해서 이처럼 복잡하고 어렵게 할 필요 없이 둘 이상의 장해가 있을 때 이를 병산할 것인지 아닌지를 판단함에 집합의 개념을 이용하여 큰 장해(A)와 작은 장해(B)의 관계가 작은 장해가 큰 장해의 부분 집합이라면, 병산하지 않고, 그렇지 않은 경우에만 병산하도록 하면 됨.

[그림 27] 장해계열에 따른 장해의 병산 개념



가의 경우에는 부분집합에 해당되어 병산하면 중복산정이 됨. 그러나 나의 경우에는 독립해서 발생할 수 있는 서로 다른 장해가 되어 병산을 해야 함.

- 기왕의 장해에 다른 장해나 같은 장해라도 그 정도가 더 심해진 소위 가중 장해가 발생했을 경우에도, 집합의 개념을 적용하여 해석함이 적합함.
- 단순히 집합의 개념만으로 해석하기 어려운 경우에는 큰 장해에 작은 장해가 더해지면서 최종 장해가 두 장해의 합 보다 더 커진 경우가 되는데, 이런 경우의 장해평가 방법에 대해서도 충분한 연구와 공감대를 얻기 위한 토론이 필요함.
- 우리나라의 여러 직업에 따른 신체부위별 분류를 새로 제정해야 함. 기왕의 산재보험법

9) A와 B en 장해가 있을 때 병산(combine)은 $A+(100-A)*B$ 로 구하고, 합산(add)은 $A+B$ 로 구하는 방법을 말한다. 미국의학협회나 맥브라이드 기준은 주로 병산 방법을 이용한다. 우리나라는 조정표를 이용해서 조정하고 있으나 불합리한 부분이 없지 않다.

장애계열은 25개나 되어 복잡하면서도 체계적이지 못하고 신체부위별로 균등하지도 않음.

- 각 계열별로 장애의 등급은 자연 현상에서는 연속적(1급부터 14급까지)이지만 산재보험법을 비롯한 대부분의 등급제도는 장애등급이 연속적이지 못하고 단절과 비약이 심함.

<표 43> 현행 신체장애등급의 계열별 장애등급표

계열번호(장애내용)	장애등급의범위	없는 등급
1(시력 장애)	1~13	11, 12, 14
2(안구 운동장애)	11, 12	13, 14
3(눈 조절기능장애)	11, 12	13, 14
4(시야장애)	9~13	10, 11, 12, 14
5(눈꺼풀)	9~14	10
6(귀 청력)	4~14	5, 8, 12, 13
7(귓바퀴)	12	13, 14
8(코)	9	10, 11, 12, 13, 14
9(입, 씹기 말하기)	1~10	2, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14
10(입 치아)	10~14	11
11(두부, 안면, 경부 흉터)	7, 12	8, 9, 10, 11, 13, 14
12(신경)	1~14	4, 6, 8, 10, 11, 13
13(정신)	1~9	4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14
14(흉복부)	1~11	4, 6, 10, 12, 13, 14
15(척추)	6~11,	7, 9, 12, 13, 14
16(기타 체간골)	12	13, 14
17팔(결손, 기형장애)	1~5	3, 6~14
18팔(기능장애)	1~12	2, 3, 4, 9, 10, 11, 13, 14
19팔(흉터장애)	14	
20손가락(결손, 기능장애)	3~14	5
21다리(결손, 기형장애)	1~5, 12	3
22다리(기능 장애)	1~12	2, 3, 4, 9, 11, 13, 14
23다리(단축장애)	10, 13	11, 12, 14
24다리(흉터장애)	14	
25발가락(결손, 기능장애)	4~14	6

2) 계열별 장애등급의 형평성

- 여자의 추상장애가 7급이었고, 남자의 경우에는 12급이었는데, 2003년 남녀 차별을 개선하면서 남자의 추상도 7급으로 조정되었음. 한편, 남자가 양쪽 고환을 잃은 경우에도 7급 장애인데, 얼굴의 추상이 양쪽 고환제거로 영원히 남자구실을 할 수 없는 경우와 비슷한 정도의 장애라는 평가에 쉽게 동의하기 어려움.
- 최근 의공학의 발달과 사회환경의 개선, 등으로 다양한 보조기구를 이용하여 과거에는 할 수 없었던 일을 할 수 있게 되어 장애정도가 많이 낮아진 경우가 적지 않으므로 이러한 변화가 장애평가에 반영되어야 할 것임.
- 시력장애의 경우에는 안경과 같은 보조구를 이용해 교정한 시력을 기준으로 하여 장애 정도를 평가하는데 비해, 청력장애는 보청기와 같은 보조구를 이용한 교정 청력을 이용하지 않는다는 점도 형평성이 없음.

3) 평가기준과 방법의 모호성

- 산재보험법의 장애평가 방법과 기준은 예시형 등급제도임. 따라서 평가기준이나 방법이 개념적이거나 포괄적인 경우가 많아 실제로 특정 사례를 대상으로 하여 장애정도를 평가할 때, 시각이나 해석의 차이에 따른 평가오류 발생 가능성이 큼.

4) 진료왜곡 유도

- 부적절한 장애평가 방법으로 인해 필요하지 않은 치료가 시행되고, 치료 결과 장애정도가 더 커지는 현상 발생(척추장애 평가기준)
- 척추장애는 1995년부터 운동 분절의 소실여부와 정도를 기준으로 삼고 있음.
 - 운동분절의 소실여부와 정도를 기준으로 삼는 방법의 장점: 검사받는 사람의 주관을 완벽하게 제거하여 불필요한 신경전을 할 필요가 없음

- 단점: ① 실제 환자의 증상이나 능력보다도 치료방법이 바로 치료결과와 장애정도를 결정하게 됨. ② 치료를 받을 때 미리 치료결과에 의한 장애 정도를 결정할 뿐만 아니라, 치료를 하면 그 결과 장애정도가 더 커지는 모순이 발생. ③ 본래의 취지와 반대로, 수술이 필요하지 않은 산재근로자가 일부러 수술을 받아 더 높은 등급의 장애인인 되는 등의 현상까지 발생

3. 제언

가. 새로운 장애평가기준 개발

- 미국에서는 20년이 넘는 세월 동안 여러 분야의 전문가들이 모여 기준을 만들고, 그 기준을 여러 차례 개정하였으며 이 기준을 적극 활용하여 우리나라 현실과 잘 어울리는 새로운 장애평가기준을 개발할 수 있음.
- 장애평가의학에 관한 지식과 경험이 있는 전문의들을 주축으로 하여 장애부위나 계열별 장애평가연구팀을 구성하여 미국의학협회가 2000년에 개정하여 발표한 장애평가 기준[AMA 기준 5판]을 주축으로 하여 기본 골격 구축
- 우리나라 사람들의 사고방식이나 문화여건, 등 국내 여건과 맞지 않은 점들은 유럽이나 미주 또는 아시아 여러 나라의 제도를 참조하여 우리나라 여건에 맞게 조정해야함.

(1) 장애평가기준 개발 팀 구성

(2) 장애평가기준 개발 방법 토의

(3) 우리나라 사람의 장애인지도 조사하여 우리 실정에 합당한 기준 마련.

(4) 한국형 장애평가 기준 개발

(5) 척추장해관련 실태 및 현환조사연구 시행

2) 평가기준의 보급과 교육, 그리고 평가 자격

- 국가배상법이나 근로기준법, 또는 산재보험법에는 장해를 평가하는 사람의 자격을 구체적으로 명시한 조항이 없음.
- 장해평가의학은 그 동안 의학이 수행해 오던 진단과 치료, 예방, 그리고 재활 등의 역할과는 다르기 때문에, 많은 의사들에게도 다소 생소한 분야임. 그리고 학문적으로도 아직 체계가 확립되지 않은 상황이기 때문에 의사마다 제각기 다른 기준과 주장으로 서로 신체감정을 할 수 있음. 이렇게 의사마다 서로 다른 감정을 하게 되면 의사의 신체감정에 근거한 법적 판단까지 서로 다를 수 있으며, 법적 판단의 차이가 지나치게 클 경우에는 법적 판단까지 불신을 받게 됨.
- 그 동안 우리나라에서 이루어졌던 장해평가는 1927년대에 만들어진 일본의 공장법에 근거한 낡은 기준이나 1963년 이후 제안자 자신이 폐기한 맥브라이드 기준에 의해 장해평가에 관한 교육을 받은 적이 없는 여러 진료과목의 전문의들에 의해 행해졌으나 앞으로는 이런 제도나 능력으로 장해를 평가하기 어려움
- 우리나라의 여건에 맞는 새로운 과학적이고 객관적인 평가기준을 만들어야 하며, 이 기준을 교육할 수 있는 제도를 마련해야 함.

V. 산재보험급여 부정수급 방지대책

1. 필요성

- 산재보험에서 도덕적 해이를 야기 시키고 있는 주체는 피재근로자 또는 그 단체, 노동조합, 병원, 사업주, 공단의 보험담당자 등 광범하게 연계되어 있으며, 적용, 징수, 보험료 산정, 급여 등 모든 업무에 파급되어 있어서 그 대처가 용이하지 않음.
- 최근 빈발하고 있는 산재보험제도의 도덕적 해이의 예방과 적발을 위하여 산재보험제도 악용 사례를 수집·분석하고 민영보험에서 취하고 있는 각종 조치를 참고하여 실현 가능한 현실적인 대응방안을 제시하고자 함.

2. 현황 및 문제점

가. 도덕적 해이와 관련된 산재보험제도의 특징

- 사업주 보험, 사업장 중심관리, 자진신고 및 납부제도
 - 산재보험은 가입자와 수급자가 상이하므로 가입자는 보험료의 고저에, 수급자는 보험급여 수준에만 관심을 가질 경우 임금총액 산정 등에 문제점이 나타날 수 있음.
 - 휴업급여에 있어서도 통원치료와 입원치료의 구분이 불명확하며 사업장에서 임금을 받으면서 휴업급여도 동시에 받을 가능성이 있음.
 - 요양급여와 휴업급여가 상호의존적인 관계에 있고, 재해근로자와 요양기관 모두가 급여청구자의 입장에 있기 때문에 과잉급여의 가능성이 존재함.
 - 재해근로자 보호주의에 따라 적용대상사업장이면서 미가입사업장 또는 보험료 체납사업장에서 산재가 발생하는 경우에도 보험급여를 지급하고 있음.

- 산재보험은 사업장 단위로 가입이 이루어지고, 개별 근로자의 관리는 별도로 이루어지지 않고 있어, 적용·징수행정과 보상행정이 독립적으로 이루어지고 있음.
- 사업장 중심관리이므로 적용징수와 보상행정이 분리되어 징수 시 평균임금과 급여 시 평균임금이 상이할 소지가 크며, 개별 사업장별 임금총액이 실제 근로자들의 임금의 합계와 일치하는지 확인하기 힘들고, 각 사업장별 근로자의 변동을 파악하기 어려워 재해근로자가 피보험대상자인지의 여부를 확인하기 어려움.
- 산재보험은 보험관계 성립을 위한 자진신고 및 보험료의 자진납부를 원칙으로 하고 있으며 산재보험의 당연적용 대상임에도 불구하고 적용 누락이 발생할 가능성이 높음.
- 산재보험은 사업장 단위로 자진납부의 원칙을 따르고 있어 보험료체납사업장이 발생할 개연성이 높음.
- 징수 시에는 개별 근로자의 임금을 파악하지 않고 전체 근로자 임금총액만 파악하므로 보험료를 되도록 적게 내기 위하여 보험료의 산정기준이 되는 임금 총액을 축소 신고할 개연성이 있음.

○ 현금·현물급여가 함께 제공되는 종합적인 보상제도

- 산재보험의 요양급여는 국민건강보험과 같이 ‘관리자-공급자-수급자’의 3각 체제로 운영됨으로써 2자 관계보다 통제 조정이 어려움.
- 공급자(의료기관)와 수급자의 이해관계가 같은 담합 방향으로 나타날 수 있기 때문에 과잉급여의 문제점이 발생함.
- 요양급여 자체가 전문성을 요하는 것이므로 비전문가인 산재보험 실무담당자가 통제하는 것이 사실상 어렵고(최근에 들어서는 심사간호사가 다소 충원되었다고 하나 그 수준은 미미함) 요양 종결을 판단할 수 있는 전문성도 적음.
- 의료기관 역시 행위별 진료수가제에 입각한 진료비 지불방식에 의하여 운영되고 있어 의료공급을 억제할 마땅한 인센티브가 없음.

나. 의무가입제도의 허점

- 상시근로자를 1인 이상 사용하는 사업장의 사업주나 2천만원 이상의 건설공사의 원수급자는 산재보험 의무가입자가 되어 상시근로자를 1인 이상 사용하거나 실 착공일로부

터 14일 이내에 자진하여 성립신고를 공단에 제출해야함. 그러나 자진신고 제도임을 악용하는 사례가 많음.

- 상시근로자를 사용하면서 사용하지 않는다고 허위보고하는 경우
- 산재사고 발생 후 성립신고서를 제출하여 근로자를 사용한지 14일이 경과하지 않아 보험급여 징수대상(산재 성립신고서를 14일 이내 제출하지 않아 적기에 가입하지 않은 사업장에서 재해가 발생한 경우에는 보험료 이외에 그 피해근로자에게 1년간 지급되는 보험급여의 50%를 사업주에게 별도로 추가 징수하는 제도)에서 제외된다고 주장하여 보험료는 최대한 적게 내고 산재 혜택은 받으려는 경우.

○ 산재보험 자진가입 사업장과 가입하지 않은 사업장의 형평성의 문제가 있음.

다. 업무상 재해여부의 도덕적 해이 개연성

- 업무와의 관련성이 명백하지 아니하여 업무가 동 질병에 어느 정도 관여하였는지 판단하기 어려운 경우가 있음. 따라서 산재보험도 업무의 관여 정도를 따져 보상률을 정하거나 업무의 관여도가 일정기준 이상일 때 보상하는 등 기준을 정할 필요가 있음.
- 보험급여 수급기간이 3년으로 사업장에서 재해가 발생한 경우 일단 병원으로 이송하여 치료를 받으며 요양신청서를 제출하거나 재해발생 후 상당한 기간이 경과한 후 신청을 하는 경우도 있음. 사고발생 한참 후에 신고를 받고 조사를 하다 보면 사업장에서 관련 서류를 조작하거나 말을 미리 맞추어 놓으면 허위·조작 내용을 발견해 내기가 어려울 수 있음.
- 요양신청서에 근로자가 직접 서명 날인하더라도 사업주가 서명 날인을 거부할 수 있으므로 업무상 질병(직업병)의 요양신청 및 진단체계의 개선도 검토해야함.
- 의사의 진단을 받은 경우에만 직업병의 요양신청이 가능하므로 진단 과정에서의 과도한 비용의 발생으로 경제적 여유가 없는 근로자들이 혜택에서 소외되는 등 접근성이 제한되고 있으므로 다음의 조치가 필요함.
 - 근로기준법 제40조 제1항의 규정에 의한 「업무상 질병과 요양의 범위」 중 문제점이

많은 유해위험작업장을 선정·고시한 후 동 작업장에 근무한 경력이 있는 근로자는 사업주의 확인 날인 없이도 의사의 진단만으로 신청서를 접수할 수 있도록 함.

- 산업의학전문의를 대상으로 한 직업병 특별자문의사제도를 도입하여 자문 후 직업병이 의심되는 근로자에게 특별진찰을 실시토록 하며, 이때 특별진찰비용을 산재보험에서 부담 함.
- 요양신청서의 서식을 업무상 사고와 직업병으로 이원화하고 직업병의 요양신청서의 서식에는 과거 직업력, 수행직무의 특성, 작업환경 등을 기재할 수 있도록 하고 사업주 날인이 생략 가능하도록 함.

라. 가입신고 및 보험료 납부 태만중의 사고보장

- 산재보험에서 보험관계가 성립되고 14일 이내에 성립신고를 하게 되어있어 실질적인 납입유예기간이 2주 동안 인정되고 있으며, 보험료 납부태만은 개산보험료에 한정되기 때문에 개산보험료의 납부기한인 연초 또는 성립일로부터 70일 이내에는 재해가 발생하여도 보험료 납부 태만으로 인한 보험급여 급부의 징수(회수)는 없음.

마. 장기요양과 휴업급여

- 요양기간의 장기화: IMF체제 이후 산재보험에서의 5년 이상 장기요양자의 수가 지속적으로 증가하고 있음.
- 산재보험에서 휴업급여 지급자수는 감소하고 있는 데 반해 지급금액 증가

<표 44> 2년 이상 요양자 중 휴업급여 수급자 현황

(단위: 명)

	전체	3만원~미만	3만~5만원 미만	5만~10만원 미만	10만~20만원 미만	20만원 이상
전체	3,931	221	617	2,471	605	17
20세 미만	-	-	-	-	-	-
20~30세	32	6	18	8	-	-
30~40세	336	23	87	181	44	1
40~50세	1,095	38	135	713	202	7
50~60세	1,225	61	168	780	209	7
60~65세	738	39	114	469	115	1
65세 이상	505	54	95	320	35	1

자료 : 근로복지공단

<표 45> 3년 이상 휴업급여 수급자 현황(2001년)

(단위: 명)

	전체	3만원 미만	5만원 미만	5만~10만원 미만	10만~20만 원 미만	20만원 이상
전체	6,457	547	1,123	3,960	798	29
20세 미만	-	-	-	-	-	-
20~29세	147	32	73	40	2	-
20~39세	698	48	178	400	69	3
40~49세	1,876	108	254	1,206	293	15
50~59세	1,894	151	312	1,159	263	9
60~64세	1,064	104	178	655	126	1
65세 이상	778	104	128	500	45	1

자료 : 근로복지공단

<표 46> 고령자 휴업급여 지급액(2000년)

	전체	61~65세	66~70세	71~80세	81세 이상
수급자수(명)	8,809	5,457	2,451	951	53
지급액(백만원)	52,234	33,503	13,663	4,764	304

자료 : 근로복지공단

3. 제언

가. 보험자간의 정보교류의 활성화

- 산재보험의 제도 악용을 방지하기 위하여 근로복지공단은 건강보험관리공단, 국민연금관리공단 등과의 정보교류를 통계작성 목적이 아닌 모럴 해저드 방지 차원에서 적극적으로 개척해야 함.
- 사회보험에 있어서도 모럴 해저드의 방지와 그를 위한 대응책의 강구를 위해 민영보험의 대응방안을 참고하고, 필요한 경우에는 상호 정보교류를 통한 공동 대처가 필요함
- 근로복지공단과 민간보험회사와의 교류는 자동차보험을 중심으로 하여 손해보험협회와 교류하고 있지만, 생명보험협회 및 농협공제, 우체국보험 등과 교류대상을 확대하고 이들과 연계조직을 통하여 경찰 및 검찰과 직·간접으로 정보 제공, 입수 및 수사 의뢰가 가능하도록 전국의 공사보험 및 유관기관, 정보조직을 망라하여 보험범죄 예방협회를 설치·운영할 필요가 있음.

나. 장기요양자와 휴업급여 대책

- 장기요양자의 실태조사 : 실태조사를 통한 모럴 해저드의 개입 여부, 장기요양의 제도 악용 여부를 파악하여 문제의 소지가 있는 병원 및 환자에 대하여 근본대책을 수립해야 하고 그 경험을 활용하여 제도 악용을 위해서 계속하여 신규 유입이 되지 않도록 차단장치를 강구해야함.
- 장기요양환자 관리와 진료기관 점검: 필요 이상으로 장기요양을 유인하는 병의원과 환자에 대한 특별관리 대책이 마련되어야 함.
- 휴업급여에 관한 실태조사 연구를 통한 개선방안 마련

<표 47> 근로복지공단의 자료공유 현황

■ 근로복지공단이 타기관으로 자료를 제공하는 경우

	자료명	제공기관	제공주기	제공범위	활용도
산재·고용 보험징수	산재보험 징수금	재정경제부	매일	징수금 수납자료	징수금 수납처리
	개인별 토지소유 현황	행정자치부	4회/년	재산조회자료	압류처분
	적용대상 사업장	국민연금관리 공단	매월	신규적용자료	산재·고용보험 적용
	신규사업자 등록 및 휴·폐업 자료	국세청	매월	신규적용 및 소멸자료	
산재보험보 상	연금대상자 급여 수급권자 주소 조회	행정자치부	매분기	분기별 신규수급자	연금자동지급자 이력관리
	재해자 취업 내역 조회	국민연금관리 공단	매분기	분기별 신규 수급자	휴업급여 수급자 중 취업중인 자 발굴

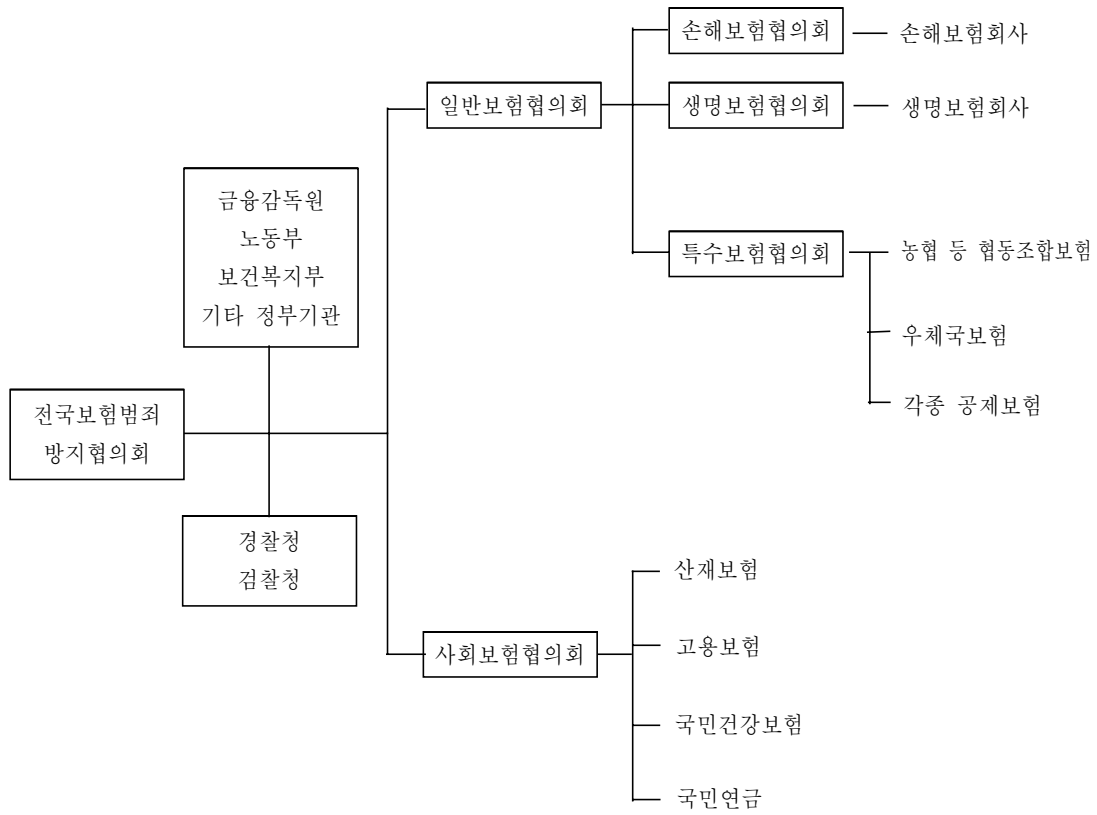
■ 타기관으로부터 근로복지공단이 자료를 제공받는 경우

	자료명	제공기관	제공주기	제공범위	활용도
산재보험징 수	사업장 내역, 사업개시 내역	한국산업안전 관리공단	매일	신규·변경 사업장	재해통계용
산재보험보 상	최초요양신청 (장해판정, 장해급여지급, 재해자, 정밀진단) 내역	한국산업안전 관리공단	매일	신규재해자	재해통계용
	장해연금(장해일시금 , 유족급여, 유족일시금) 지급내역	국민연금관리 공단	2회/월	신규수급자	산재연금과 국민연금 이중수급방지
	장해연금 (장해일시금) 수급자	장해인고용촉 진공단	12회/년	신규재해발생 자	장해인고용 촉진사업안내 및 관리
	산재보험 진료비 지급내역	국세청	12회/년	신규지급자료	소득세 징수

다. 전담조직의 설치와 운영

- 적용·징수, 요양·보상 등 많을 위한 별도의 독립된 조직 신설 필요.
- 보험회사의 경우 자동차 보상을 중심으로 소위 보험사고 처리 시 발생하는 각종 비리, 제3자 개입, 위장사고, 조직적·집단적 범죄 등의 사건처리를 목적으로 지역별로 조사담당자를 두어 운영하고 있음.
- 1) 산재보험조사협의회(가칭) 설립 : 다양화·지능화되는 모럴 해저드에 효율적 대처하여 보험급여의 누수를 방지하고 산재보상의 질서 확립
- 2) 전담기구 설립추진 방안 : 문제 있는 병원 점검, 장기요양환자 및 장기휴업급여 수급자 관리, 위장 및 사기성 재해처리, 제3자, 폭력배·브로커 개입 처리, 보상 민원관련 조사, 유관기관(경찰, 검찰, 보험회사, 사회보험공단 등)과 협력체계 확보, 보상 심사담당 직원의 교육 및 정보교환, 위장사고 등 예방을 위한 홍보활동, 관련자료 전산처리 및 DB구축, 관련자료 수집 및 정책개발 연구, 신고 포상금제도 운영
- 3) 신고 포상금제도 운영 : 산재보험 모럴 해저드와 관련된 전담기구가 설치될 경우에 가장 중요한 역할의 하나가 신고 포상금제도의 운영임
- 4) 각 보험기관의 감독당국 및 행정부처간의 협력 및 정보교류 강화
 - 보험회사 → 보험협회 보험범죄방지센터 등
 - 사회보험과 협력강화 → 건강보험, 고용보험, 국민연금
 - 자동차공제 (건교부), 농협 및 우체국보험 등
 - 수사기관 → 경찰, 검찰, 금융감독원 등

[그림 28] 보험범죄 방지조직



Ⅵ. 결론

