

한국인의 건강불안정성 요인에 대한 탐색적 연구

배그린

(이화여자대학교)

문정화

(고양시정연구원)

강민아*

(이화여자대학교)

한국은 전 세계에 유례없는 건강보험제도의 성공과 선진 의료기술을 갖췄다는 평가에도 불구하고, 국민들은 자신의 건강상태를 나쁘다고 생각하며, 건강보험제도를 신뢰하지 못해 추가 비용을 지불해 민간보험에 가입하고 있다. 이 연구는 건강영역에서 나타나는 국민의 불만족과 불안, 제도의 실효성 부족 현상을 총체적으로 건강 불안정성 (precariousness)으로 일컫고 그 원인을 탐색하는 것을 목적으로 총 8그룹의 참여자들에게 포커스 그룹 인터뷰를 진행하였다. 인터뷰 결과 참여자들의 건강불안정성 인식은 첫째, 자신과 가족의 미래 건강이 보장되지 않는다는 불확실성에 기인하였다. 참여자들은 자신에게 필요한 의료서비스를 선택할 때 필요한 건강정보, 경제적 혹은 시간적 자원, 그리고 통제력이 부족하다고 인식했으며, 국민건강보험제도가 신의료기술의 발달이 자신과 가족의 건강을 위한 충분한 보호와 보장기능을 발휘하지 못한다고 인식하였다. 한국인의 건강불안정성을 낮추기 위해서는 신뢰할 수 있는 건강정보를 충분히 제공하여 본인의 건강관련 의사결정 능력을 향상시키는 것과, 경제활동 손실까지 보장하는 질병수당의 지급 등 포괄적이고 체계적인 보편적 건강보장 정책의 필요성이 제기되었다. 또한, 건강보험제도에 대한 신뢰를 제고하기 위한 노력의 필요성이 확인되었다.

주요 용어: 건강불안정성, 건강보험 보장성, 통제권한의 부재, 불확실성, 초점집단면접

본 연구는 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2015S1 A3A2046566). 본 연구는 이화여자대학교 생명윤리위원회에서 연구심의(IRB No.116-7)를 통과한 후 2016년 8월과 9월에 실시되었음.

* 교신저자: 강민아, 이화여자대학교(minahkang@ewha.ac.kr)

■ 투고일: 2017.10.31 ■ 수정일: 2017.12.21 ■ 게재확정일: 2017.12.27

I. 서론

전 세계의 많은 국가들은 국민의 행복한 삶을 보장하기 위해서 각 국가별로 사회문화적 또는 정치경제적 경로에 따라 각기 다른 형태의 사회보장제도를 구축하고 발전시켜왔다(Cox, 2004; Wilsford, 1994; Greener, 2002). 특히 건강과 관련한 건강보험제도는 국민 삶의 질적수준을 결정하는 핵심적인 사회 시스템 중 하나이다(Mossialos et al., 2016). 국제사회에서는 새천년 개발계획인 MDG를 천명하며 질병 별 접근방식을 통해 국제 보건의 향상을 위해 노력해왔으나, 제대로 작동하는 건강보장 시스템의 부재하여서는 원하는 성과를 낼 수 없다는 것을 인식하고 2012년 유엔 결의안을 통해 보편적 건강보장제도(Universal Health Coverage)를 국제 보건의료분야의 새로운 아젠다로 결정하였다(Vega, 2013). 이러한 흐름에서 한국은 전국민 누구에게나 동일한 수준의 건강보험을 보장해주는 보편적인 건강보장제도(UHC)를 가지고 있는 국가로 알려졌으며, 한국의 전국민 건강보험의 달성과 다수의 조합별로 존재하던 건강보험의 재정과 운영을 하나로 통합한 사례는 보편적 건강보장(UHC) 달성의 모범적 사례로 제시되곤 하였다(Wong, 2004).

그럼에도 불구하고, OECD Health Data(2015)에 따르면, 2013년 한국 성인 중 49%는 자신의 주관적 건강상태가 나쁘거나 매우 나쁘다고 응답해 그 순위가 OECD 국가 중 가장 하위에 속하였으며, 빠른 속도로 전 국민 가입을 달성하고, 당연지정제를 통해 모든 의료기관에서 서비스를 받을 수 있는 국민건강보험제도의 성공적인 구축에도 불구하고 민간보험 가입률은 2005년 50%대에서 2013년 61%로 급격히 상승하고 있다. 건강보험공단의 진료비실태조사(2015)에 따르면, 지속된 건강보험 보장성 확대정책에도 불구하고 건강보험 보장률은 2000년대 후반부터 최근까지 60~65% 사이를 벗어나지 못하고 있다. 즉, 한국에는 국민이라면 누구나 질병발생시 필요한 치료를 받을 수 있도록 보장하는 전국민 건강보험 제도가 구축되어 있음에도 불구하고 그러한 제도에 대한 국민의 신뢰나 만족도는 아직 높지 않으며(황연희 등, 2016), 자신의 주관적인 건강상태에 대해서도 상당히 부정적인 태도를 견지하고 있는 것이다.

본 연구에서는 건강영역에서 나타나는 국민의 불만족과 불안, 제도의 실효성 부족 현상을 총체적으로 건강 불안정성(precariousness)으로 일컫고 그 원인을 탐색하는 것을 목적으로 한다. 불안정성 (precariousness) 이라는 개념은 유럽에서 불안정 노동을 지칭

하는 것에서 시작하여 전 세계적으로 빈번하게 사용되고 있으며(ILO, 2012: 27), 국내에서도 주로 노동시장에서 고용의 형태가 불안정한(precarity) 상황을 설명하고 그 속성들을 분석하는 연구들이 주를 이루고 있다(박진우, 2012; 백승호, 2014; 서정희, 박경하, 2015; 이승윤, 2016; 이승윤 등, 2017). 그 밖에 노동불안정 이외에 정치적 개념으로서의 불안정(precarity)(박지환, 2012)과 사회적 배제논의에서 예방적 조치의 필요성이 내포된 포괄적인 단어로 '불안정(precarity)'을 다루기도 하였다(한상진, 김용식, 2007).

한국은 전국민 건강보험제도와 의료급여제도가 사회안전망으로 존재하면서 전 세계에 유례없이 성공적인 건강보험제도를 갖춘 것으로 평가받고 있다. 한국의 의료기술은 이미 세계적인 수준으로 평가받고 있으며 첨단 의료장비의 인구당 숫자도 다른 OECD 국가에 비해 매우 높은 편이다. 그럼에도 불구하고, 국민들이 이러한 건강보험제도에 대해 신뢰하지 못하여 추가적인 비용을 지불하면서 민간보험에 가입하고 있다. 동시에 국가는 세계적 수준의 의료기술과 의료서비스를 보유하고 있더라도 개인은 건강상태에 대해 자신을 갖지 못하고 있다. 이러한 현상은 과연 어디서 비롯되는 것일까? 질병 발생 시 그 질병에 대한 적절한 치료방법이나 인력, 기술, 또는 그러한 수단을 보장해 줄 제도나 정책이 없어서 국민들이 불안정성을 경험한다면 오히려 그 해결책은 그러한 기술과 제도를 만들면 되는 것이다. 그러나 제도나 기술이 명목적으로는 존재하고 있으며, 그동안 건강 보장성을 확대하기 위한 정책이 꾸준히 시도 되었음에도 국민들이 건강보장에 대해 마음을 놓지 못하고 추가적인 자구책을 강구하고자 하는 상황이라면, 이러한 제도의 허구성이 과연 어떤 요인으로 인해 발생하는 지에 대해 고찰해볼 필요가 있다.

국민이 체험하는 불안정성의 문제는 그동안 건강영역 보다는 다른 분야에서, 특히 고용부문에서 활발하게 논의되어왔다. 외환위기 이후 한국 사회는 비정규직 노동자의 비율이 급격히 증가하였고, 점차 장기화되는 경기침체로 그 어느 때보다 높은 실업률에 직면하고 있다. 이에 따라 불안정한 고용이 사회적인 이슈가 되었고 이에 대한 연구들이 비교적 활발히 이루어져 왔다(박진우, 2012; 백승호, 2014; 서정희, 박경하, 2015; 이승윤, 2016; 이승윤 등, 2017). 한편, 불안정한 고용 상태에 따른 건강문제들에 관한 연구도 일부 수행되기도 하였다. 최선희 등(2007)은 고용안정성이 임금노동자의 건강상태에 영향을 미친다는 분석결과를 보고하였고, 정혜주(2011)는 고용조건이 건강과 건강불평등에 영향을 미치는 경로에 대해 연구하였다. 또한 한국사회에서 계층, 연령, 성별을 막론하고 사회불안, 노화불안, 심리적, 정신적 불안이 보고되고 있다(정현선 등, 2013;

김진동 등, 2016; 이영아 등, 2016; 박경은 등, 2013).

그러나, 이들 연구는 건강문제를 고용부분에 존재하는 불안정성으로 인해 나타나는 결과적 현상으로만 다루었을 뿐, 건강영역에서의 제도나 정책의 불안정성에 대한 국민들의 인식과 경험에 대해서는 충분히 다루고 있지 않다. 건강부문에서 국민들이 경험하는 문제점에 관한 기존 연구들은 대개 재난적 의료비 경험에 대한 연구(서남규 등, 2015; 우경숙 등, 2015, 송은철 등, 2015)나 미충족 의료에 관한 연구(김수정 등, 2011; 허순임 등, 2009)와 같이 개념적으로 분절화된 계량적 연구들로 건강보장의 취약성을 제한적으로 분석하는데 그쳤다.

이에 본 연구는 의료비 지출로 인하여 개인이 빈곤으로 추락하게 될 확률이나 미충족 의료의 경험에 대한 객관적, 계량적인 분석에서 나아가, 국민 개인의 입장에서 자신이나 가족들이 경험하는 실제적인 건강보장 제도의 문제점을 파악하고, 그것을 통해 한국 건강보장제도의 불안정성의 실상에 대해 살펴보고자 하였다. 그러한 목적에서 이 연구는 건강영역의 불안정성에 대한 이론적이고 체계적인 연구에 대한 탐색적인 시도로서 고용부문에서 수행된 불안정성 연구의 개념적 틀을 적용하여 건강영역에서의 불안정성을 개념적 다차원으로 구분하고 개인의 경험과 인식에 근거한 각 차원별 대응방안을 고찰해보고자 하였다.

II. 불안정성 개념의 이론적 고찰

본 연구에서 사용한 불안정성의 개념은 2003년 유럽에서 대두된 고용분야에서의 불안정성(*precariousness*)에 대한 사회 투쟁에서 출발한다. 4년 뒤인 2007년부터 소위 '불안정(*precarity*) 운동'이 등장했는데, 사회운동과 자치적 정치 활동의 맥락에서 새로운 형태의 노동유형인 불안정(*precarity*) 고용이라는 용어가 대두되었다. 밀라노의 행동주의자인 Foti(2004)는 사회의 다양하고 적절한 사회 보장의 부족과 노동 착취를 포함하여, 누군가의 삶과 시간(고용기간)이 외부의 힘에 의해 결정되고 스스로 계획을 세울 수 없는 상태를 불안정한 고용으로 설명했다. 이러한 역사에도 불구하고, 불안정에 대한 보편적인 정의는 아직 충분히 광범위하게 논의되거나 활용되지 못했고, 불안정한 고용

(Precarious employment)이나 일반적인 의미의 불안정성(precariousness) 등 개념의 속성에 대한 논의가 일부 있어왔다.

Fineman(2010; 2013; 2016)은 동일한 속성의 개념으로 취약성(vulnerability) 및 종속성(dependency)이라는 용어를 설명하기도 했고, Judith Butler는 저서 '불안정한 삶(Precarious life, 2004)'에서 불안정성(precariousness)은 모든 인간에게 공통적으로 존재하지만 불균등하게 분산된 존재론적이고 실존적인 취약성을 의미한다고 했다. 또한 Butler는 자신의 삶이 항상 어떤 의미에서 다른 사람의 손에 달려 있다는 것, 그리고 우리가 알거나 알지 못하는 사람들에게 그 불안정성이 좌우된다는 사실이 사회적 삶 내에서의 불안정성인 것으로 정의하였다.

Barbier(2004)에 따르면, Pitrou(1978)가 이미 오래전 제안한 불안정성의 개념은 다음의 상황을 의미한다. 첫째, 숙련된 기술 부족으로 인해 낮은 임금을 받게 되는 상황이나 그로 인해 보다 나은 직업을 가지는 것이 어려운 상황, 둘째, 불규칙한 임금으로 주거, 건강, 자녀 양육, 사회적 관계까지 불안정하고 부족한 상황이다. Laparra(2004)는 고용과 관련된 시간의 측면을 강조하며 고용 전망의 지속성을 중요한 개념 중 하나로 주장했고, 사회적 권리의 보호와 소득보장이 노동 조건에서 나타나는 불안정 개념의 특성이라고 강조했다. 한편, Neilson과 Rossiter(2005)는 불안정성에 대하여 고용에서의 불안정만이 아니라 주거, 부채, 사회관계를 포함한 상호 주관적인 삶의 다른 측면까지도 포함하여 확장되는 개념으로 정의하였다.

한편, 다차원적인 개념으로 불안정성을 정의한 Rodgers(1989)의 시도가 비교적 널리 사용되고 있는데, Rodgers는 불안정성의 개념에 대하여, 짧은 고용기간과 같이 고용지속에 있어서 불확실성이 큰 것, 노동 조건에 대한 통제권한이 부족한 상태, 사회적 보호의 부족, 낮은 임금 또는 빈곤과 같은 이유로 나타나는 경제적 취약성이라는 하부개념으로 나누어 설명하였다. Vosko(2006)는 불안정성 개념의 속성으로 제한된 사회적 보장, 고용 불안과 불확실성, 낮은 임금, 건강의 위협 등을 꼽았다. 또한 Vosko(2009)는 이러한 불안정성의 속성들을 법적, 경제적, 정치적 맥락만이 아니라, 심리사회학, 사회학, 통계학적 통찰력을 가지고 고찰할 필요가 있다고 주장하였다. 즉, Vosko는 분절되고 임시직과 같은 취약한 근로조건에 집중되어 있고, 법적, 제도적 보호가 없는 불확실한 고용 형태를 주요하게 관찰하면서 통제권한이 없고 취약한 낮은 임금의 제한된 권리를 가진 동시에 권리를 행사할 능력이 없는 상태를 불안정한 상태로 정의하였다(Vosko, 2009).

국내에서는 소위 비정규직 근로로 불리는 불안정 노동 양상을 실증적으로 규명하는 연구들이 최근 시도 되었다. 예를 들어, 이승윤 등(2007)은 불안정성을 개념화하고 고용, 소득, 사회보험의 차원에서 청년 노동시장의 불안정성을 분석하였고, 서정희와 박경하(2015)는 비정규 근로자와 자영업자의 불안정 노동을 불안정 노동 지표를 구성하여 고용 형태별 추이를 살펴보았다. 백승호(2014)는 한국사회의 계급과 불안정 노동을 분석하였는데, 서비스 노동자의 사회보험 시스템의 구조적 배제를 지적하였다.

고용이나 노동분야 외 다른 영역에서 불안정성 개념을 적용한 사례는 아직 많지 않은데, 박지환(2007)의 연구에서는 불안정한 사회적 조건이 가져온 정치적 변화의 계기에 대한 분석을 시도하며 정치적 개념으로서의 불안정성을 정의하였다. 다만, 이 연구에서는 불안정성의 차원이나 속성에 대한 구분의 시도는 이루어지지 않았다. 김수미(2015)는 세월호 참사에 대한 정치성 탐색 연구에서 Butler(2004)의 논의에 기반하여 불안정성을 위태로움(*precariousness*)과 위태성(*precarity*)이라고 번역하면서, “특정한 인구가 사회적 안전망 제공의 실패로 인해 고통 받고, 이들이 부상, 폭력, 죽음에 노출될 가능성이 다른 집단에 비해 더 높아지는 상황”이라고 설명하였다(김수미, 2015).

건강영역에서 불안정성 개념 적용의 타당성에 대해 고찰해본 Bae 등(2017)의 연구에서는 한국의 건강보장제도와 관련한 선행연구 및 통계자료들을 근거로 Rodgers(1989)가 제시한 불안정성의 다차원적 개념을 미시수준과 거시수준으로 구분하여 이론적 적용의 가능성을 확인하였다. 미시수준에서는 OECD 국가에 비해 한국 국민의 자기보고 건강수준이 대체적으로 낮게 나타난 기존 연구결과를 반영하여 건강보장에 대한 불확실성 개념을, 미충족 의료실태와 높은 건강보험 본인부담비율을 근거로 통제권한의 부재를, 재난적 의료비 경험가구의 증가와 민간보험 구매증가율을 근거로 제도적 보호의 부재를 확인하였고, 거시수준에서는 신뢰, 투명성이 결여된 예측 불가능한 건강보장제도의 변화가 불확실성, 시민의 의사가 충분히 반영되지 않고 책무성이 결여된 건강보장 의사결정제도가 통제권한의 부재를, 그리고 건강보험 비급여 서비스 및 감염병 대응에 취약한 시스템에서 제도적 보호의 부재를 확인하였다(Bae et al., 2017).

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 참여자 모집 및 인터뷰 실시 내용

포커스 그룹 인터뷰 (FGI)는 유사한 특징을 가진 6~9명의 참여자로 구성된 복수의 그룹을 대상으로 특정 주제에 집중하여 토론을 전개하며 조사하는 연구방법으로 복잡한 행동이나 동기 부여와 관련된 내면적인 요인을 발견하기 위한 탐색적인 연구방법이다 (Rabiee, 2004). 또한 연구문제에 대한 해답을 찾기 위한 독자적인 연구 등 다양한 목적을 위해 사용된다. 포커스 그룹 인터뷰는 그룹토론을 이용한 집단역동성과 상호작용을 중요하게 여기며, 주제는 연구자들이 만들어 내지만 토론의 내용은 참여자들이 구성하게 되는 방법이다(Basch, 1987). 일대일 인터뷰가 조사자와 응답자 간의 상호작용이 주요 작동 기제인데 반해, 포커스 그룹 인터뷰는 참여자들 사이의 토론을 통해서 논의주제에 대한 추가적인 정보 확보를 도모하고 자유로운 논의를 통한 상호작용을 장려한다 (Rabiee, 2004). 특히 연구 초기단계로서 그 주제에 대해 아직 알려져 있는 사실이 많지 않을 때, 잘 모르는 어떤 집단의 태도나 행동에 관해 이해하고자 할 때, ‘어떻게’ 그리고 ‘왜’ 그런가에 대한 설명이 필요할 때, 복잡한 행동과 동기를 조사하고자 할 때 유용한 방법이다. 본 연구는 건강영역에서 새로운 개념인 불안정성을 적용하고 그 하위 속성을 탐색하고자 하며, 남성과 여성, 정규직과 비정규직, 청년과 중년 그룹별로 건강불안정성에 대한 인식과 경험을 분석하고자 포커스 그룹 인터뷰 방식을 활용하였다. 건강이라는 속성은 연령과 성별에 따라 다른 경향을 보인다는 것은 널리 알려진 사실이다. 더불어, 고용 형태에 따라 건강결과가 다르다는 선행연구들(이승윤, 김승섭, 2015; 박주영 등, 2016; 김진현, 2017)이 많이 보고되어 왔기 때문에 성별, 연령, 고용형태와 같은 세 가지 집단특성을 구분하여 그룹을 구성하고 인터뷰를 진행하였다.

참여자 모집은 편의표집과 눈덩이표집 방법을 통해 이루어졌다. 참여자는 총 61명으로 남성 30명과 여성 31명으로 구성하였다. 남성 30명 중 20세에서 39세까지인 청년그룹에 포함된 참여자는 17명이었고, 13명은 40세에서 59세까지인 중년그룹에 포함되었다. 여성 31명 중 청년그룹은 11명, 중년그룹은 20명 이었다. 또한 모든 참여자는 경제활동인구로 정규직이 31명, 비정규직이 30명이었다.

포커스 그룹 인터뷰는 2016년 8월부터 9월까지 진행되었고, 청년 여성 정규직 그룹,

청년 여성 비정규직 그룹, 청년 남성 정규직 그룹, 청년 남성 비정규직 그룹, 중년 여성 정규직 그룹, 중년 여성 비정규직 그룹, 중년 남성 정규직 그룹, 중년 남성 비정규직 그룹 등 총 8그룹으로 나누어 구성되었다. 인터뷰는 약 2시간에서 3시간 동안 진행되었다.

본 연구는 이화여대 IRB를 통해 심의를 받았고, 연구 승인을 받아 실시하였다. 연구진은 포커스 그룹 인터뷰 시작 전에 연구목적과 인터뷰 진행과정이 설명 되어있는 연구참여 동의서를 배포하고 설명하였으며 연구 참여에 동의하는 경우 자발적으로 서면 동의를 하도록 하였다. 당초 모집 인원은 64명이었으나 당일 총 61명이 참여하게 되었다. 포커스 그룹 인터뷰는 연구진 중 2인이 각 네 개의 그룹을 맡아 진행하였고, 먼저 참여자들이 인식하는 불안정성의 개념에 대해 논의하고, 삶에서 경험하고 인식한 건강 불안정성의 현황에 대해 이야기 나누는 뒤 건강 불안정성의 속성에 대해 상호 의견을 교환하는 과정을 거쳤다. 가급적 모든 참여자가 의견을 나누도록 하였고 새로운 진술이 나오지 않는 포화시점까지 인터뷰를 진행하였다.

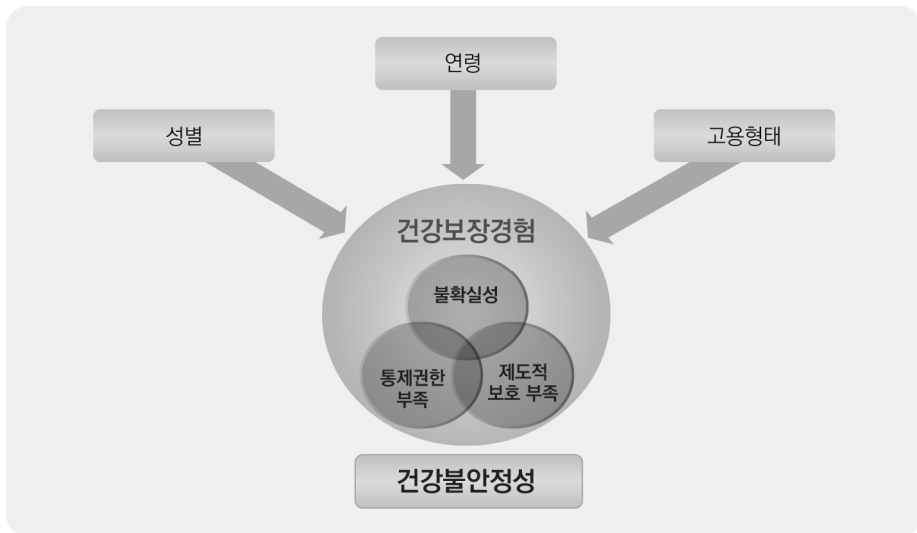
포커스 그룹 인터뷰는 사전에 연구진이 작성한 반구조화된 질문지를 사용하였다. 선행연구 고찰을 통해 파악된 불안정성과 관련된 주요 연구 질문은 다음과 같았다. 첫째, 현재 나의 건강과 미래의 건강은 어떠하다고 생각하는가? 둘째, 내가 노력하면 건강할 수 있다고 생각하는가? 셋째, 건강을 유지하기 위한 사회적, 제도적 장치들은 충분하다고 생각하는가? 마지막으로, 포커스 그룹 인터뷰 과정을 거치며 인식하게 된 불안정성의 속성들에 대해 논의하고 상호 의견을 교환할 수 있는 시간을 가졌다.

표 1. 참여자 기본 정보

성별	고용형태	청년(20~39세)		중장년(40~59세)	
		인원수	직종	인원수	직종
여성	정규직	5인	<ul style="list-style-type: none"> 출판사 편집장 금융권 9년차 물리치료사 사무원 회계원 	11인	<ul style="list-style-type: none"> 간호사 은행원 정부출연연구기관 2인 사회복지사 6인
	비정규직	6인	<ul style="list-style-type: none"> 금융권 중학교 행정실 직원 금융회사 사무직 정부기관 근로장학생&알바 	9인	<ul style="list-style-type: none"> 시간강사 유치원교사 장애아동시설 교사 간호사 평생교육원 강의조교

성별	고용형태	청년(20~39세)		중장년(40~59세)	
		인원수	직종	인원수	직종
남성	정규직	8인	<ul style="list-style-type: none"> 패스트 푸드점 알바 항공업계 기술직 회사원 건설업계 회사원 식품업계 회사원 교육업계 회사원 대기업 회사원 IT업계 회사원 병원 원무과직원 	8인	<ul style="list-style-type: none"> 식당종업원 카드&보험판매원 IT업계 회사원 소프트웨어 개발 회사원 2인 사립학교 교사 마케팅부서 회사원 국제물류 영업직 공무원 컨설팅회사 회사원
	비정규직	9인	<ul style="list-style-type: none"> 영어과외교사 2인 여론 조사업체 직원 서울시 프로젝트 수행 언어치료사 콜센터 상담사 한미연합사 기간제 3인 	5인	<ul style="list-style-type: none"> 필름시공 일용직 케이블텔레비전 하청업체 외근직 4인

그림 1. 연구 설계 모형



2. 분석방법

포커스 그룹 인터뷰는 서면 동의서 설명을 통해 사전에 녹취 되는 것에 대한 동의를 구하였고, 모든 인터뷰 내용은 녹음되었다. 녹음된 내용은 녹취 해제 작업을 거쳐 관찰자의 현장 노트, 포커스 그룹 인터뷰 직후 참여 연구진의 디브리핑 노트 및 진행자의 메모를 통합하여 포커스 그룹 인터뷰 내용이 가지는 의미가 정확히 파악되도록 하였다.

포커스 그룹 인터뷰를 통해 취합된 내용을 분석하기 위해 연구자는 현상학적 분석 방법을 사용하였다. 현상학적 방법은 한 개인의 경험 자체에 포함되어 있는 객관성으로의 복귀(신경림, 2001, p.55)를 의미하며, 경험을 이해하고 그 경험이 내포하고 있는 의미의 본질적인 구조를 밝히고자 하는 것이다(민수영, 2007). 개인의 경험에 대한 의미를 탐색하는 연구문제에 따라 개인에게 그들의 일상적인 체험을 기술하도록 포커스 그룹 인터뷰를 진행하였고, 연구자는 연구 중인 불안정성을 경험한 개인들로부터 자료를 수집하였다. 현상학적 분석에서는 경험에 대한 단일한 통합적 의미가 존재한다는 것을 인정하면서, 경험의 본질적, 불변 구조에 대한 상위의 개념에 대한 이해를 이끈다. 이는 모든 경험들이 기초가 되는 구조를 가지고 있다는 것을 의미한다. 본 연구에서는 지오르기(Giorgi)의 현상학적 분석방법이 제시하는 분석절차를 따라 다음과 같이 분석하였다(Giorgi, 1997).

먼저, 자료를 반복하여 읽으며 먼저 의미 있는 단어, 문장, 문단을 선택하였다. 그리고 선행연구를 통해 도출한 불안정성 관련 개념어들인 불확실성, 지속성의 부재, 유연성, 취약성, 종속성, 경제적 빈곤, 통제권한의 부족, 보장제도의 부족, 보장 자원의 부족 등에 대한 내용을 건강불안정성의 측면에서 관찰할 수 있도록 구성하였다.

코딩을 진행하면서 기존 고용 불안정성을 논의할 때의 속성과 다른 건강불안정성만의 독특한 속성에 주목할 수 있도록 진술을 수평화 하고 현상학적 개념들로 표현된 의미군으로 변형하였다. 변형된 의미군들을 묶어서 무엇이 경험되었는가에 대한 조직적 기술과 그것이 어떻게 경험되었는가에 대한 구조적 기술이라는 경험의 일반적 기술을 형성하도록 하였다. 이러한 과정에서 내용을 직관적으로 파악하고자 노력하였으며, 연구자의 직관을 메모하며 코딩을 진행하였다. 이렇게 도출된 개념들은 참여 연구진들이 다시 한 번 적절성을 논의하였고, 서로 교환하여 검토하고 수정을 거쳐 1차 코딩을 완성하였다. 이후 도출된 개념들을 범주화 하고 각 범주들을 재분류하는 과정을 거쳤다. 명확하

게 분류되지 않는 범주들에 대해서는 참여 연구진들이 긴 시간 토의하고 재검토하여 다시 분류하는 과정을 여러 번 거쳤다. 범주화한 세 가지 주제에 따라 분류된 진술들을 전체적인 맥락에서 다시 고찰하였다. 마지막으로 각 범주들을 통합하고 구체화하여 건강불안정성 개념의 속성에 따라 기술한 후 분류된 모든 진술문을 분석하였다. 이러한 최종 분석내용은 연구 참여자와 동료 연구자들에게 다시 검토하는 절차를 거쳐 확인하고 해석하고자 하였다. 포커스 그룹 인터뷰를 진행한 두 진행자와 참여한 연구진이 코딩 결과에 대해 여러 차례 논의하였으며, 분석한 건강불안정성 개념의 속성과 적용이 적절한지, 결과의 해석이 타당하게 수행되었는지 다시 한 번 검토하였다.

IV. 연구 결과

1. 불확실성(Uncertainty): 노화, 사고, 건강보장 제도 지속에 대한 예측불가능성

참여자들은 노화, 질병, 사고의 발생 등 예측불가능한 속성들로 인해 건강에 대한 불확실성을 인식하고 있었다. 특히, 모든 그룹의 참여자들은 아직 젊은 나이에도 불구하고, 자신이 나이 들어감에 따라 경험하게 될 노화와 질병에 대해 상당한 불안감을 가지고 있었다. 미래 건강에 대한 불확실성을 줄이기 위해 나뉠 건강검진을 통해 자신의 건강을 체크하면서 관리하고자 노력하고 있지만 세월이 지나가면서 건강은 서서히 악화 될 것이라는 두려움을 가지고 있었다. 다시 말해서, 세계적 수준의 신의료기술 발전과 신약 개발과 같은 의료분야의 발전에도 불구하고, 유전이나 노화, 환경적 영향과 같은 불가항력적이거나 불확실한 요인들로 인해 질병발생과 건강문제는 그 자체에 불안정성을 내포할 수밖에 없다는 것이다.

“제가 나이가 들면서 이제 자잘한 병들이 너무 많아지고..... 나이가 들면서 불안감이 더 커질 것 같아요.”

“나이가 들면서 또 불안감 자체도..... 연령 증가하고, 분명히 지금 평균(수명이) 80이

넘는데, 90, 100을 살면서 어떤 건강에 대한 위험성 이런 부분에서..... (불안하지 않겠냐)
 “건강검진을 계속 하면서 수치는 계속 나오고..... 제가 옛날 것을 버리지 않고 항상 새로운 걸 받으면 옛날 거를 다 꺼내서 비교해 보거든요 그럼 거기서 오는 불안은 진짜 심해요”

건강하게 살기 위해 아무리 노력해도 나이가 들면서 치매나 암과 같은 중증질환은 피하기 어렵고, 질병이 언제 어떻게 나타날지에 대해 예측불가능하다는 우려가 참여자들 사이에서 만연했다. 대부분의 참여자들은 자신의 몸에 나타나는 건강의 적신호들은 내가 손쓸 수 있는 범위가 아니라는 인식을 표현하였다. 주위에서 보게 되는 가족이나 지인의 질병과 고통은 그러한 인식을 더욱 확고하게 만들어주는 것으로 보였다. 가족이나 친지 등 주변의 사람들이 질환에 걸리는 것을 보고, 또 건강했던 사람이 암에 걸렸다는 주변의 이야기를 듣는 것이 질병에 대한 막연한 두려움을 가져온다고 응답했다. 당장 내가 어디 아픈 증상이 있는 것은 아니지만 늘 질병에 걸릴 수 있다고 생각하는 것이다. 질병에 대한 두려움은 심리적으로 건강에 대한 불안정성을 야기할 수 있다. 그런데, 이러한 질병들이 유전적 요인에 의해 발생하기도 하지만 대부분 발병 요인에 대한 인과관계가 명확하게 알려진 것이 많지 않기 때문에 이러한 불확실성은 더욱 건강에 대한 불안정성을 유발하기도 한다.

남성 비정규직 그룹에서 주요하게 언급된 불확실성은 안전문제와 관련된 것으로 사고로 인한 질병이나 장애를 가지게 될 수 있는 상황에 대한 예측불가능성에서 비롯된 것으로 보인다. 최근 한국사회에서 경험한 일련의 사건사고들이나 OECD 가입국가 중 교통사고 발생률 1위 등(OECD, 2015)의 수치는 참여자들의 건강유지와 질병예방의 가능성에 대한 불확실성을 심화하는 중요한 요인이기도 하였다. 마찬가지로, 일부 참여자들은 건강문제에 대한 불안정성에 관해, 최근 발생한 여러 화학제품 안전문제들과 미세먼지로 공기의 질이 나빠진 환경적 요인 등과 관련된 불확실성도 건강의 불안정성과 관련이 있을 것으로 추측하였다.

“제가 전에 한번 다쳤었잖아요. 제가 일을 하다가 불의의 사고로 어떻게 될지 모르는 거예요. 사람 일이라는 게 횡단보도 건너가다가 차가 올 수도 있는 거고.”

급속한 산업화로 산업적, 기술적 원인으로 인한 인적 환경(human environment)에서

재난이 종종 발생하며, 이러한 사회재난에 대한 불안감은 사회위험인식을 야기한다(이동규, 민연경, 2016). 재난 자체가 가지는 특성으로 불확실성, 일상성, 타율성, 익명성, 안전불감증이 있다(경찰학사전, 2012). 대구지하철 가스 참사, 세월호 사건, 메르스, 가습기 살균제 피해 등 예기치 못한 사건들로 많은 인명피해가 발생했고, 사회적 경제적 손실이 발생했지만, 여전히 어떤 예측할 수 없는 사고로 인한 안전문제에 우리 사회나 정부가 충분히 대처하고 있다는 안정감을 받기는 어려운 현실이다. 최근 일련의 사건들을 겪으며 재난 예방과 대응에 관련한 규정과 매뉴얼을 만들어 나가고 있는 중이기 때문이다(Jung & Lee, 2016).

불확실성 때문에 불안정성을 유발하는 또 한 가지 요인으로 사회보장관련 정책 및 제도가 청년그룹에서 강조되었다.

“근데, 제도라는 건 바뀔 수 있잖아요 연금이든, 세금으로 이루어진 어떠한 것이든 국가사정에 따라 바뀔 수 있으니까.”

청년그룹은 사회보장시스템의 지속가능성에 대해 회의적인 시각을 견지하고 있었으며, 언론에서 보도되었던 고령화로 인한 국민연금 및 건강보험 고갈을 멀지 않은 현실로 인지하고 있었다. 2003년 건강보험 재정의 통합으로 완전한 건강보험 단일 지불자 체제로 변경된 뒤, 보장을 확대를 위해 정부는 여러 차례 노력하였으나, 여전히 그 목표에 도달하지 못하고 있다. 꼭 사회보장 분야가 아니더라도, 제도의 목표와 결과 모두 여러 가지 변수들에 의한 불확실성을 내포하고 있으며, 반드시 의도한 바를 달성할 수 없다는 것도 선행연구를 통해 논의 된바있어 실재하는 불확실성임을 알 수 있다(최영준 등, 2016). 박근혜 정부에서 대선공약으로 선언한 4대 중증질환 보장성 강화정책에서는 질병 간 형평성에 대한 지적이 있었다(김윤, 2014). 이는 질병의 종류에 따라 보장성이 달라지므로, 미래 자신의 질병을 정확히 예측할 수 없기에 제도가 오히려 불확실성을 야기하기도 하는 것이다. 이러한 현상은 특히 중장년 그룹에 비해 청년그룹에서 더욱 강조되는 것을 볼 수 있었다. 흥미롭게도, 동일한 주제에 대해 중장년 그룹의 논의에서는 제도적 불확실성에 대한 불안이 상대적으로 덜 나타나서 건강보장 제도에 대한 신뢰에 있어서 연령간의 격차를 볼 수 있었다. 중년의 경우 제도의 불확실성에 대한 불신보다는 자연발생적인 노화나 유전으로 인한 질병의 발생, 그리고 환경이나 안전사고와

같은 예측 불가능성에 대한 우려가 더 많이 표현되는 것을 볼 수 있었다.

2. 통제권한의 부재(Disempowerment): 질병예방과 건강유지를 위한 도구나 권한의 부재

참여자들은 건강을 유지하기 위해 생활습관, 식습관, 운동 등 노력할 수 있는 부분들이 존재하지만 이와 같은 노력 자체가 쉽지 않을 뿐만 아니라, 노력에도 불구하고 질병에 걸리는 일이 발생한 경우 이에 대한 대응방안이 많지 않음에 대해 좌절과 불안함을 느끼고 있었다. 세계적 수준으로 발전된 한국의 의료기술로 인해 많은 질병의 치유가 가능해졌듯한 희망적인 소식에도 불구하고, 막상 자신이나 가족이 질병에 걸렸을 때에는 필요한 치료 수단을 선택할 수 없는 경제적 상황에 놓이게 되는 상황을 두려워하였다. 전 국민 건강보험 제도에도 불구하고 여전히 본인부담금이 높은 의료체계 현실을 경험하면서 국민들은 질병이 발생한 경우 자신이 원하고 필요로 하는 치료를 받게 되지 못할 수 있다는 두려움을 느끼고 있는 것이다.

또한, 참여자 본인들이 스스로의 건강을 통제하거나 필요한 치료를 적절한 시기에 받을 수 없다고 느끼는 요인 중 하나는 그들이 처한 근무 환경 또는 근무 조건과 관계된 것을 알 수 있었다. 본 연구의 FGI 조사에 참여한 참가자들은 모두 경제활동을 하고 있는 사람들로 정규직과 비정규직을 구분하여 초점집단을 구성하였고 논의를 진행하였다. 그러나 예상과 달리 업무환경, 병가 조건 등에 있어서 발생하는 문제점들은 정규직과 비정규직의 차이가 없이 참여자 대부분의 건강유지에 어려움을 주는 중요한 장애요인으로 제시되었다. 다수의 참여자들은 고용형태와 관계없이 야근과 스트레스, 업무의 부담감과 책임감을 느끼며 아파도 마음 편하게 병원에 다녀올 수 없다는 현실을 토로했다. 이는 한국의 근로 문화와도 관련이 있는 것으로 직장내 인식과 분위기가 참여자 스스로의 의료 욕구를 충족하지 못하도록 만드는 것이다. 또한 외근직인 비정규직을 제외하고는, 명목적으로 존재하는 병가라는 제도는 실제적으로는 관례상 개인연차를 우선 소진하도록 함으로써, 향후 발생할지 모르는 개인사나 더 중한 질병발생의 가능성을 고려하여 쉽게 사용할 수 없도록 구조적인 장벽이 형성되어 있음을 확인할 수 있었다. 중년 정규직의 경우 중간 관리자로 오히려 연차 사용이 더욱 어렵다는 점을 토로하였는데 고용형태가 안정적이거나, 회사에서 직책이 높아도 건강 유지를 위한 시간 통제

는 쉽지 않음을 확인할 수 있었다.

“야근을 엄청 자주 해야 되고 아니면 집에서 늦게까지 일해서 아침에 도저히 못 일어나겠는데 출근을 해야 된다거나 너무 아파서 며칠 쉬었으면 좋겠는데 병원 갈 시간도 없이 출근을 해야 된다거나 하면 그런 면에서는 좀 리스키한 게 있죠.”

“학기 중에는 자리를 비우기가 어려우므로 아파도 병원을 잘 가지 못해요.”

“회사에서 근무 시간 중에는 자리를 뜰 수 없는 것이 제일 큰 문제인 것 같아요. 저도 회사에 묶여 있기 때문에 아프거나 다치면 연차를 쓰거나 아니면 만약에 물리치료를 받아야 하면 점심시간에 점심밥을 포기하고 물리치료를 받거나 아니면 병원을 갔다 오는 시간을 써야하니까..... 직장인 대부분이 교통사고를 당해도 입원이나 치료를 못 받고, 합의금 받고 끝내고..... 그렇게 갈 수 있는 여유가 없긴 해요.”

“사실은 이진 누가 나한테, 너한테 누가 그랬어, 이러면 할 말은 없지만 엄청 조심스러운 게 있어요. 딱 가지도 못하겠고.”

요즘같이 고용이 불안정한 저성장 시대에 가벼운 질병치료, 특히 예방이나 검진을 위해 근무시간을 활용하기는 쉽지 않을 것이다. 특히 본인의 업무를 대체하는 것이 어려운 직종일수록 이런 부담감은 더 컸으며, 이러한 의료 접근 장벽은 향후 더 큰 의료비 지출과 사회적 손실을 야기할 가능성이 높다는 측면에서 당사자들에게 더욱 큰 불안감을 주고 있었다.

이러한 부분들은 미충족 의료를 측정하고 그 영향요인을 분석하는 선행연구들에서도 확인이 되는데, 40세 이상의 사람들 특히, 여성이 경제적인 이유로 미충족 의료가 발생한다는 연구결과가 있었다(임지혜, 2013; 송혜연 등, 2015). 이는 본 연구에서도 드러나는 바이다. 허순임과 이해재(2016)의 연구에서도 소득이 낮고, 의료급여인 경우에도 미충족 의료가 발생할 가능성이 높으며, 미충족 의료경험은 높은 의료비 본인부담을 보건 의료체계의 문제로 인식할 가능성이 있다고 보고되었다. 이는 미충족의료 경험이 의료서비스의 질 인식에 영향을 미친다는 한지영과 박현숙(2017)의 연구와도 일치하는 바이다. 경제적, 시간적, 근무환경 및 근로문화의 영향으로 미충족의료를 경험하게 되는 일반 국민들은 의료서비스의 질과 보건의료체계에 대한 불신을 가질 가능성이 높아지며, 이에 따라 건강과 관련한 자신의 통제권한이 부재함을 자각하며 건강 불안정성을 느끼게 된다고 이해할 수 있다.

“저는 아픔으로써 일어나는 고통과 삶의 제약 보다는, 아픔으로써 오는 경제적인 타격, 이렇게 더 불안하거든요 ... 일단은 중요하게 직업을 잃게 되니까.”

특히 여성그룹의 참여자들은 경제적인 부담을 이유로 건강검진이나 치료에 적극적으로 대처하지 못한다고 응답하였는데, 자녀 양육과 가족 살림을 운영하면서 자신의 건강 문제에 대한 지출의 우선순위가 뒤로 밀리는 상황도 언급되었다. 이러한 경향은 여성 정규직과 비정규직의 구분이 없이 동일하였다.

한편, 자신의 건강을 스스로 유지하고 질병발생시 적절한 치료를 받음으로써 건강유지의 기회를 충분히 통제할 수 없다는 무력감을 가져오는 또 다른 중요한 요인은, 신뢰할 수 없고 불충분한 건강정보에 있었다. 특히 여성 그룹에서 질병에 적절하게 대처할 수 있도록 도와주는 신뢰할 만한 의료정보의 부재로 적절한 치료 시기와 치료 기관을 선택하지 못하는 좌절감에 대해 토로하는 것을 볼 수 있었다. 이러한 경험은 특히 여성 그룹에 집중되었던 까닭은 주로 돌봄의 역할을 하는 여성이 관련 정보를 더 많이 필요로 했다고 추측할 수 있다. 참여자들 중 다수는 자신들이 인터넷에 범람하는 왜곡된 의료 정보에 대한 분별능력이 없는 것으로 인지하고 있었으며, 그로 인해 건강 불안정성이 높아진다고 응답했다. 더불어 의원의 진료에 대해서도 건강보험심사평가원의 항생제 처방 등과 관련된 질평가 정보가 공개되어 있지만, 현실과 다르다고 느끼면서 신뢰할 수 없다고 응답했다.

“뭔가 부족하면 검색을 막 해보잖아요 그럼 그 정보로 인해서 더 불안해지는 것 같아요 이게 사실이 아닌데 마치 블로그나 이런 거에 마치 내가 의사인 것처럼 내가 전문가인 것처럼 막 쏟아내는 정보에서 내가 그걸 정말 진실된 정보를 내가 분별할 수 있는 능력이 없다 보니까 더 불안하고..”

“(심평원에서 공개하는 병원정보를) 찾아봐서 그런 병원에 갔는데도 맞는 것 같지가 않아요 병원이 한 상가에도 소아과만 해도 3~4개가 되고 거기 임대료가 엄청난 걸로 알고 있거든요 의사들은 일단 그 임대료를 내야 되는 거잖아요 그러기 위해서는 많은 아이들을 받고 많이 돌릴 수밖에 없는, 이게 굉장히 의료가 상업화돼서 어쩔 수가 없는 현실인데”

의료와 관련된 정보는 환자 또는 일반인이 건강과 관련한 의사결정을 위해 매우 중요한 문제라고 인식하고 있었으며, 정보의 신뢰유무에 앞서 정보의 존재 자체가 부족하다

는 문제를 토로하였다. 보건의료 서비스의 특성상 의료제공자와 의료사용자 사이에는 정보격차가 존재할 수밖에 없다(조창익, 임재영, 2011). 이러한 정보격차는 의료제공자의 기만이나 유도된 수요를 야기할 가능성도 존재하고, 동시에 질 좋은 의료서비스가 제공되더라도 의료사용자가 잘못된 정보를 가지고 있는 경우 자신이 가진 정보와 다른 서비스를 제공하거나 치료방법을 선택하는 의료제공자를 불신할 가능성도 존재한다(Rimer, 2000). 환자들이 의료진과의 충분한 합의를 통하여 보다 합리적으로 의료서비스를 선택하고 그러한 자신의 선택과 결과에 책임을 질 수 있는 의료문화를 양성하기 위해서는 반드시 건강유지나 질병발생 및 치료와 관련된 충분하고 신뢰할 만한 정보가 생산되고 효과적으로 전달되는 것이 건강 불안정성을 낮추는 한 가지 방법이 될 수 있을 것이다.

3. 제도적 보호의 부족(Insecurity): 안정되어 보이는 건강보장 제도의 허구성

흥미롭게도 참여자들이 건강보장제도의 불안정성에 대해서 가장 빈번하게 언급한 내용 중 하나는 한국의 건강보장 제도의 불충분성에 대한 것이었다. 언론을 통하여 다른 나라에 비해 한국의 건강보험제도가 훌륭하다는 인식(“제가 알기로는 우리나라 건강보험 제도가 전 세계에서 제일 그나마 잘 돼있는 걸로 알고 있거든요”)을 가지고 있는 동시에, 대부분의 응답자들은 실질적으로 삶에서 경험하고 느끼는 건강보험제도는 불충분하고 불안하다고 하였다.

참여자들이 강조한 이슈 중 하나의 예시는 건강검진 제도이다. 참여자들 모두 건강보장 시스템에서 예방이 가장 중요한 항목이라고 응답하는 만큼 건강검진을 중요한 건강보장제도의 하나로서 인식하고 있었다. 건강보험에서 제공하는 건강검진은 일반건강검진, 생애전환기건강검진, 암검진, 영유아검진이 있고 암검진을 제외한 비용은 전액 건강보험재정으로 부담하고 있다. 암검진도 5대 암중 자궁경부암만 제외하고 건강보험이 90%를 부담하는 형태로 운영되고 있다. 그러나 현실적으로 생애주기에서 제공하는 검진은 충분한 예방 서비스가 되지 못하고 있는 것으로 인식하고 있었다. 건강검진을 제대로 받으려면 국가에서 제공하는 것 이외의 서비스가 요구된다고 하면서 추가적인 지출을 하게 된다고 응답하였다. 기본 검진만으로는 정작 필요한 초기 질환을 충분히 발견하

지 못한다고 지적하는 것을 보아 현재의 국가 건강검진 제도에 대한 신뢰가 충분치 않음을 볼 수 있었다. 자녀를 양육하는 부담이 큰 중년 여성의 경우 정작 본인의 건강검진이 필요한 상황이면서도 자녀 교육비 부담 등 현실적인 경제적인 제약 때문에 필요한 건강검진을 포기했다고 응답했다. 이러한 응답에 더하여 참여자들은 경제적으로 부유한 사람들은 더 많은 검진서비스를 통해 더 많은 질병을 예방하거나 초기에 치료를 받게 되는 것을 예로 제시하면서 경제력에 따라 건강불평등이 존재할 수밖에 없는 현실을 지적하였다. 즉, 부유층의 경우 종합검진 제도를 통해 좀 더 세밀한 검진을 받음으로써 충분한 예방이 가능하며 질병이 발생하더라도 고가의 신기술이나 치료 서비스를 받을 수 있기 때문에 건강격차가 지속적으로 커지게 된다는 인식을 가지고 있었다. 이와 같이 국가검진제도에 대한 불신과 함께 한국 사회내에 존재하는 사회경제적 격차로 이어진다는 결과는 소득과 의료이용의 격차를 분석한 선행연구들에서도 발견되는 현실이다(김진구, 2011). 또한, 이러한 건강 격차는 경제적 부유함이나 고용형태의 구분뿐만 아니라 중소기업과 대기업이라는 직장의 규모차이에서도 유발된다고 하였다. 직장의 규모에 따라 소득의 차이도 존재하지만, 동시에 직장검진으로 제공되는 검진 항목의 차이로 건강격차가 발생하게 된다는 것이다.

“(부자들은 처음부터) 더 건강한 건 아니더라도, 치료적인 차원에서 더 많은 서비스를 받을 수 있으니까”

“생애주기 건강검진, 4대 보험 들면 나오잖아요. 건강검진을 받았는데, 거기에 만약에 제가 예약을 하면 돈을 더 내면, 더 플러스로 받을 수 있는데 저는 거의 기본검진만 받았어요, 검사를 하고 추가검진이 필요하다고 해가지고 돈을 더 내고 받긴 했지만.....”

“좋은 직장이나 아니냐에 따라서도 건강검진의 등급이 달라지더라고요. 왜냐하면 제가 다니던 직장은 소규모다보니까 거의 그 직장인 건강검진 1년에 한 번씩 받는 것도 정말 기본검사였거든요. 그런데 대기업에 다니는 제 친구는 보니까 건강검진 받을 때 그 큰 병원에 가서, 본인이 돈을 더 많이 내지 않았음에도 더 많은 검사를 받는 걸 보니까 확실히 건강관리하고 이럴 때도, 예방적인 측면에서도 돈이 있으면 아무래도..... 그래서 그 아는 친구는 그 검사에서 소위 말하는 자궁근종을 초기에 발견해서 수술을 받았거든요. 그런거는 기본적인 검사에서 알아내기 쉽지 않고..... 그런걸 봐서 소득 차이가 있는 것 같아요”

한편, 국민건강보험 제도에 대한 불신도 건강불안정성에 기여하고 있는 것으로 나타

났다. 대부분의 참여자들이 국민건강보험 외에도 민간보험을 가족 구성원별로 여러 개 가지고 있다고 응답했으며, 그마저도 가입하기 어려운 경제적인 여건인 경우 중대한 질병이 발생하게 되면 삶을 포기할 수밖에 없다는 응답을 하기도 하여 일반인이 체감하는 국민건강보험제도의 보장 수준과 그러한 제도에 대한 불신과 우려의 정도가 매우 심각한 것을 알 수 있었다. 이는 보장성의 불충분성에서도 기인하는 것으로 보인다. 질병 발생시 생계곤란의 어려움에 처해지는 가능성도 무시하지 못하며, 필요한 의료서비스를 이용하기 위해서 국민건강보험의 보장이 충분하지 않다고 생각하는 응답자가 적지 않았다. 이미 사회적으로 비급여 서비스에 대한 문제 인식은 국민인식 조사(황연희 등, 2016) 등을 통하여 여러 차례 보고된 바가 있지만 그동안 국민건강보험 보장성의 강화를 위한 여러 번의 정부시책 및 정책개선 노력(보건복지부, 2015)에도 불구하고 여전히 보장성의 불충분성에 대한 인식은 개선되지 못하고 있는 현실이 참여자의 응답으로 다시 한 번 확인되었다. 특히, 참여자들은 자신들과 같은 일반인들은 국민건강보험 제도가 어떤 의료서비스가 어느 정도까지 보장되는지 제대로 알지 못하고, 정작 병원을 이용하게 되면 본인부담금이 크기 때문에 국민건강보험제도에 대한 신뢰가 저하되며, 결국 실손 보험과 같은 민간보험에 추가로 가입해야겠다는 강박감을 느끼는 것이다. 사실상, 민간보험이나 국민건강보험제도 모두에 대해 일반인들이 그 보장범위를 정확하게 알지 못 하면서도, 민간보험을 가입하는 것이 참여자들의 건강보장을 위한 안전망으로 느껴진다는 것은 분명히 건강보험 정책 결정자들에게 중요한 문제의식을 제공한다.

“아마 건강보험이 보장해주는 범위가 굉장히 제한적일거란 생각이 들어요. 그러니까.. 정확히 모르지만.. 암도 어디까지, 뭐.. 치과 치료는 안 되고, 피부과 치료는 안 되고, 이렇게 있잖아요.”

“만약에 큰 병에 걸렸을 때는 일단 얼마나 커버될지 모르니까 사보험이 하나 있으면, 입원비라든지 그런 게 나오진 않잖아요. 수술비라든지 그런 특약과 관련된 걸 위해서는 사보험이 같이 있어야 될 것 같다는 생각이 드는데.”

“수술, 그 다음에 항암이라든지 방사선 할 땐 보험에서 계속 대주지 않기 때문에 나중에 치료(비)하고, 또 만약에 일을 못하게 되면 그 돈으로 생활도 하게 되고 이래서 (민간보험이) 필요하다고 생각을 해요.”

“사보험도 갖고 있는 게 사실은 정확한 정보가 없는 상태에서 그냥 불안감을 좀 해소하기

위해 만든 방편일수도 있는 건데.....”

참여자들이 민간보험을 가입하고, 그것이 건강보장을 위한 안전망으로 느끼는 가장 큰 이유는 질병발생으로 인한 생계곤란에 대한 대비할 수 있기 때문이라고 응답했다. 다수의 참여자들은 중증질환이 발생한 경우, 개인의 연차를 사용하다가 결국 사직하게 되는 사례들을 많이 보았다고 응답했는데, 그런 경우 질병으로 인한 치료금액 뿐 아니라 생계를 위한 소득까지 잃게 되기 때문에 빈곤계층으로 추락하는 것이 염려된다고 하였다. 게다가 비정규직의 경우 무급병가라도 사용하기는 쉽지 않은 것이 현실이며, 정규직이라 하여도 유급병가제도는 공기업, 금융회사, 대기업 등 기업체 내부에서 제한적으로 운영하고 있기 때문에(신기철, 2011) 사회 보장제도로써 존재한다고 볼 수는 없다. 이러한 불안감에 대응하기 위해 질병 발생 시 진단금 등 목돈으로 받을 수 있는 민간보험을 구입하게 된다는 것이다. 건강보험에서 제공하게 되는 경우 상병수당이라고 불리며, 한국의 국민건강보험법 제 50조에 상병수당 지급가능 규정이 있다. 그러나 OECD 국가들 중 27개 국가에서 사회보장제도로써의 상병수당을 도입하고 있고, 독일은 이전 평균소득의 70%, 일본은 66.7%, 스웨덴은 80%까지, 캐나다, 프랑스, 벨기에는 50~60%까지 상병수당으로 지급하고 있는데 반해, 한국에서는 국제노동기구(ILO)의 사회보장 최저 기준에 관한 조약을 준수할 의무가 있고, 국가인권위원회에서도 2006년 상병수당 도입을 권고하였지만(신기철, 2011) 2015년에 발표된 보건복지부의 중기보장성 강화계획에는 상병수당과 관련된 논의는 전혀 없었고 대선주자들의 공약에도 그 내용은 포함되지 못했다. 최근인 2017년 2월 24일 국회 보건복지위원장과 한국환자단체연합회 공동으로 건강보험 상병수당 현실화 방안을 모색하는 ‘환자포럼’을 열어 상병수당에 대한 논의를 시작하긴 했지만(김상기, 2017), 이제 겨우 공론화하는 출발에 불과하다. 국제 노동기구(ILO)는 1994년에 한국을 건강보험을 실시하지 않는 국가로 분류한 적이 있는데, 이는 상병수당을 실시하지 않기 때문이었다(김상기, 2015). 빈번한 비급여서비스를 비롯한 높은 수준의 본인부담금으로 재난적 의료비 지출을 경험하는 가구가 2011년 이후 지속적으로 증가하여 2013년에는 19.3%라고 한다. 재난적 의료비 발생 가구가 빈곤 상태에 처하게 되고 빈곤이 지속될 확률이 높다는 연구 결과(우경숙, 신영전, 2015)에서도 볼 수 있듯이 치료비용의 보장을 넘어서는 소득보장체계의 부재가 건강불안정성을 야기할 수 있는 것이다.

마지막으로, 참여자들은 신문이나 기사를 통해 의료 민영화 또는 의료 산업화라는 정책방향의 변화를 접하면서 건강 불안정성 인식이 더욱 가중된다고 응답하였다. 참여자들 중 일부는 모든 국민에게 적용되는 국민건강보험 제도하에서도 여전히 건강 격차나 의료 이용의 불평등이 만연하는데, 부유층에게 보다 많은 혜택이 주어질 것으로 예상되는 의료 민영화는 그러한 불평등을 더욱 가속화 시킬 것으로 인식하고 있었다.

“말이 영리병원이지 그것은 돈 없는 사람은 오지도 마라 그리고 국민건강보험 너 (오지마라) 그 이야기나 마찬가지로인데. 영리의료시설이 생김으로써 사회적 열등감이 생기는 거예요”

“지금... 안 그래도 의료도, 돈을 많이 주면은 의료의 질이 달라질 수밖에 없거든요, 그것은 돈에 따라서 서비스를 다르게 받겠다 그러면, 지금도 불평등하다고 많이 느끼고 있는데...”

송이은(2012)은 이러한 의료 민영화 논의는 2000년 중반부터 시작된 신자유주의 금융, 서비스산업 육성 정책이라는 명목으로 지속적으로 진행되어 왔고, 의료분야에 대한 기획재정부의 영향력이 증대 되면서 의료소비자들의 힘은 약해지고, 의료가 공공재라는 인식에서 산업발전 동력이라는 인식으로 전환되고 있다고 말했다. 또한, 의료민영화로 악영향을 미칠 것으로 우려되고 있는 영역 중 가장 중요하게 거론되는 부분이 국민건강보험이라고 했다. 실제로 2003년 7월 1일 경제자유구역이 지정되면서 인천, 광양, 송도 지역에 외국계 자본의 영리법인 의료기관 설립 및 내국인 진료허용과 당연지정제 적용을 제외하였고, 2004년 7월 1일 제주도특별자치도법에서도 영리법인 의료기관 도입을 허용하였다. 산업발전 동력으로 추진하는 의료민영화관련 정책들도 국민 개인의 입장에서는 의료 이용의 불평등을 확대하고 접근성을 저하시킴으로 불안정성을 가중시키는 중요한 요인 중 하나인 것이다.

표 2. 건강 불안정성의 개념의 차원별 경험

주요 경험 그룹	중심의미	드러난 주제	본질적 주제
모든 그룹	<ul style="list-style-type: none"> • 가족력으로 인한 질병발생 염려 • 연령증가 및 노화로 인한 건강불안 • 향후 경제력의 불확실성 	불확실성 (Uncertainty)	건강불안정성 (Precariousness in Health)
청년 그룹	<ul style="list-style-type: none"> • 국가 사회보장제도의 변화가능성 		
남성비정규	<ul style="list-style-type: none"> • 갑작스런 사고발생이나 질병위험으로 인한 불안 		
여성정규	<ul style="list-style-type: none"> • 업무 특성에 따른 건강불안 	통제권한의 부재 (Disempowerment)	건강불안정성 (Precariousness in Health)
모든 그룹	<ul style="list-style-type: none"> • 경직된 근로환경(병가사용 어려움, 야근, 업무 스트레스 등) 		
전체 여성	<ul style="list-style-type: none"> • 경제적 부담 • 신뢰할만한 건강정보의 부족 		
모든 그룹	<ul style="list-style-type: none"> • 건강보험 보장성 부족 • 질병 시 소득보장 부족 • 질병발생 시 민간건강보험에 경제적 의지 • 직장인 건강검진 등 건강격차 및 접근성의 격차 경험 	제도적 보호의 부족 (Insecurity)	

V. 토의 및 결론

본 연구는 한국사회의 건강 불안정성 현상을 확인하고 그 속에 내재하는 본질적 주제가 무엇인지 탐구하기 위해 성별(남성/여성), 연령(청장년/중년), 고용형태(정규직/비정규직)를 구분하여 복수의 그룹을 대상으로 포커스 그룹 인터뷰를 진행하였다. 그러나 이러한 결과의 해석에 있어서 자발적으로 참여의사를 밝힌 61명의 참여자들이 한국사회 전체를 대변한다고 보기 어렵고, 교육, 소득, 지역 등 다양한 사회경제적 위치 변수를 더 세세히 적용하여 구분하지 못한 점 등의 제한점을 가진다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 이론적 측면에서 두 가지 의의를 가진다. 첫째, 그동안 고용부문에서는 논의가 주로 되어왔던 불안정성이라는 개념을 건강부문에 적용하면서 건강 불안정성이라는 새로운 개념을 제시하고, 발생 가능한 질병에 대한 예방 및 치료의 과정을 거치면서 한국인들이 자신의 건강을 관리하고 유지하는 것에 대해 느끼는 불안

정성을 참여자의 목소리를 통해 기술하였다. 둘째, 총 61명의 참여자들의 목소리를 통하여 참여자들이 실생활에서 발생하는 건강 불안정과 관련된 경험에 대해 이야기 나누도록 하였고 고용 부문의 불안정성에 대한 기존 문헌에 근거하여 도출되었던 불확실성, 지속성의 부재, 유연성, 취약성, 종속성, 경제적 빈곤, 통제권한의 부족, 보장제도의 부족, 보장 자원의 부족 등의 개념을 기반으로 참여자들의 경험을 이끌어 낸 뒤 현상학적 분석을 통해 고찰하여 불안정성에 대한 다차원적 개념을 건강과 관련한 불안정성 경험에 적용해보았다.

포커스 그룹 논의를 통해 나타난 건강 불안정성의 양상은 다음과 같다. 모든 참여자 그룹은 노화 및 가족력 등 예측불가능하게 찾아오는 질병에 대한 불확실성과 향후 발생하게 될 건강문제에 대응할 경제력과 시간적 여유에 대한 불확실성에 대해 공감하였다. 특히, 청년그룹은 국가 상황에 따른 사회보장제도의 예측불가능성에 대한 불확실성을, 남성 비정규 그룹은 갑작스런 사고발생이나 환경적 여건에 따른 질병발생의 불확실성에 대해 토로하였다. 그리고 모든 그룹의 참여자들이 공통적으로 자신이 통제할 수 없는 근로환경에서 야기되는 통제권한의 부재를 강조하였으며, 주로 여성그룹에서 의료 특유의 정보격차로 인한 신뢰할 만한 정보의 불충분성과 경제적 부담으로 인한 통제권한의 부재를 호소하였다. 그리고 모든 그룹에서 표면적으로는 안정되어 있고 잘 갖추어진 건강보험제도와 잘 발달된 의료기술에 비해서 실제로 경험하는 제도와 자원에 대한 접근성의 불충분성 등으로 인해, 그리고 사회경제적 격차가 건강격차로 이어질 수 있는 현실에 대해 건강 불안정성을 인식하고 있는 것으로 나타났다.

본 연구에서 드러난 건강불안정성을 유발하는 요인은 첫째, 질병이나 사고 발생의 예측불가능성이다. 많은 참여자들이 질병이 나에게 언제 어떤 형태로 발현될지 모르는 것을 두려워했다. 더불어 직종과 관련된 안전사고나 교통사고를 비롯하여, 최근 뉴스에서 자주 보도되는 일상생활에서 사용하는 각종 화학물질에 대한 두려움도 함께 불안정성을 가중시키는 것으로 나타났다. 예측불가능성이 야기하는 불안정성에 대해서는 다수의 참여자들이 공감하였으며, 건강 뿐 아니라 다른 삶의 영역에서도 예측할 수 없음은 큰 불안정성을 가져온다고 응답하였다.

둘째, 이와 같이 불확실한 질병의 문제는 내가 통제할 수 없는 영역이라는 인식이 지배적이었고, 적절한 치료시기, 의료기관, 치료방법을 선택해야하는 많은 과정에 대한 두려움도 존재하였다. 제약사항이 많은 근무여건과 경제적 자원이나 시간의 부족, 또한

정확한 정보의 부족 등으로 인해 자신이나 가족의 건강을 보호하고 질병을 예방하기 위한 자원이나 통제권한이 없음을 토로하였다.

또한, 국민건강보험제도의 지속가능성이나 충분한 보장성에 대한 불신도 중요한 요인이었다. 불충분함을 느끼는 건강보장에 대응하여 개별적으로 추가비용을 들여 민간보험을 마련하기도 하지만, 이마저도 충분한 정보나 신뢰할만한 정보가 부재하여 최선의 선택을 하였는지 확신할 수 없어 불안정성을 경험하게 된다고 응답하였다. 국민건강보험제도와 의료급여와 같이 사회보장제도가 존재하는 이유는 개인별 삶에서 처할 수 있는 위험에 대해 사회의 최후의 안전망으로 작동하기 위해서다. 그렇기 때문에 사회보험 체제인 한국의 국민건강보험은 국민들에게 강제징수, 당연지정제라는 방식으로 전국민 건강보험을 운영하고 있다. 한국의 건강보험 사례는 고속의 경제성장과 함께 다른 국가에 비해 단시간내에 전국민 건강보험 제도를 마련한 것으로 대내외적으로 성공사례처럼 회자되기도 하였다(Wong, 2004).

그러나 실제 국민건강보험공단에서 2015년 발표된 2014년도의 진료비실태조사에서 2000년대 후반부터 지금까지 건강보험 보장률이 60%대를 벗어나지 못하고 있다는 수치적 논란을 차치하고서도, 다수의 일반인들은 여전히 한국의 건강보장시스템이 사회 안전망으로 작동하지 못하다고 인식하고 있었다. 그에 따라 대부분의 국민들이 민간보험을 다수 구입하며 이를 자신의 삶의 안전망으로 인식하고 있었다. 이는 OECD health data(2015)에서 민간보험 가입률이 지속적으로 증가하는 것으로도 확인된 바 있다. 이렇듯 건강 영역에서 불안정성을 경험하고 인식하는 원인이 예측불가능한 질병과 사고의 발생이라는 건강이라는 영역의 속성 자체 때문이기도 하지만, 동시에 이러한 불확실성에 대응할 수 있는 자원과 통제력의 부재, 즉, 신뢰할 수 있는 정보의 불충분함과 경직된 근로환경, 그리고 사회의 안전망으로 작동해야하는 건강보장제도의 허구적인 안정성 때문이라는 것을 본 연구를 통해 밝혀낼 수 있었다. 이는 건강보험 보장률 수치만이 건강보장의 정책적 목표가 되어야 하는 것이 아니라, 건강영역에서의 불안정성을 해소하는 정책적 접근이 시급하다는 것을 시사한다. 한국사회에서 자랑스럽게 여겼던 국민건강보험제도는 아직은 국제보건 아젠다인 보편적인 건강보장을 달성하지 못하고 있는 것이다.

이론적 측면에서 본 연구는 포커스 그룹 인터뷰를 통해 획득한 개인의 경험에 대한 현상학적 분석 결과, 건강영역의 불안정성을 구분하는 세 개의 하부 차원을 확인할 수

있었다. 또한 이러한 세 개의 하부차원은 다양한 개념으로 구성이 가능함을 볼 수 있었다. 선행 연구에서 건강보험 청구자료나 패널자료를 이용하여 취약계층이나 차상위계층의 의료비 부담이 어떻게 나타나는지를 분석한 연구(서남규 등, 2015; 우경숙 등, 2015, 송은철 등, 2015; 김수정 등, 2011; 허순임 등, 2009)들은 있었지만, 전반적으로 일반 국민들의 삶에서 체득하는 건강보험제도의 불안정성에 대한 논의는 부재하였다.

그동안 건강 불안정성의 개인적 경험을 고찰한 연구도 거의 없지만, 국민 개인의 경험을 개념적으로 차원을 구분하여 고찰하는 것은 새로운 시도이며, 각각의 차원에 따른 정책적 대응 방안을 고민해 볼 수 있다는 점에서 의의를 가진다. 기존의 연구에서는 불안정성(precariousness)이 주로 고용분야에서의 불확실성이나 통제권한의 부재 등의 현상에 국한되어 논의되어 왔지만, 앞서 언급한 Butler(2004)의 불안정한 삶에 대한 논의처럼 건강영역을 비롯한 삶의 다른 영역에도 불안정성 개념 적용을 시도해 볼 수 있다는 것을 확인하였으며, 특히 건강영역에서 이러한 차원의 구분이 건강 불안정성을 정의하고 설명하는데 유용한 틀이 될 수 있다는 것을 확인할 수 있었다. 나아가, 본 연구를 통해 도출된 세 차원 및 하부 개념들은 향후 건강불안정성의 범위와 정도를 측정하는 지표개발의 기반이 될 수 있을 것이다.

본 연구결과를 바탕으로 도출된 건강불안정성을 구성하는 세 차원에 대해 다차원적으로 정책적 접근을 고민하는 것이 필요하다. 도출된 세 차원중 하나인 불확실성, 즉, 예측 불가능성에 기인한 속성들을 줄이기 위해서는, 건강에 내재된 본성인 유전과 노화는 불가항력적이라고 하더라도 환경에 대한 정부차원의 노력과 안전사고에 대한 더 철저한 예방대책은 국가 차원에서 반드시 논의되어야 할 것이다. 이미 크고 작은 국가의 불행한 사고들을 겪으며 위기의식은 충분히 고취되었지만, 그에 따른 후속 조치들은 아직 미흡한 상황이다. 국민안전처가 구성되고 해체되는 단순한 행정적 지위의 격상과 조정 같은 허구적인 제도적 안정성 고취에 그치는 것이 아니라, 실질적으로 안전을 담보할 수 있고, 혹여 사고가 발생하더라도 신속하고 충분하게 대처할 수 있는 시스템과 매뉴얼 개발에 힘써야 할 것이다. 또한 제도나 정책의 집행과 그 결과의 불확실성, 제도 수혜범위한정적인 것에 대한 적용여부의 불확실성도 불안정성을 야기할 수 있을 것이다. 좀 더 투명한 정책결정과정(Kang & Reich, 2014)과 충분한 근거에 기반한 정책결정 등을 통해 정책과 제도의 불확실성이 유발하는 불안정성을 낮추는데 도움이 될 것이다(최영준 등, 2016).

또한, 건강영역에서 더욱 강조할 수 있는 개인의 건강유지에 대한 통제권한에 대해 깊이 고민할 필요가 있다. 몇 년 전부터 환자중심의 의료라는 구호가 글로벌하게 논의되고 있으며, 한국의 의료기관 평가에서도 환자중심의 의료서비스가 하나의 지표가 되고 있다. 그럼에도 불구하고 일반 국민들은 건강의 영역에서 충분하고 신뢰할 수 있는 정보의 부재를 지적하고 있다. 환자의 의사결정 능력과 권한을 고취하기 위해서는 반드시 충분하고 신뢰할 수 있는 정보가 제공되어야 할 것이다. 기존의 의료전문가들과 환자 사이에 존재하는 정보 비대칭은 건강보험제도 하에서 과잉진료나 의료쇼핑과 같은 부작용을 야기하는데 일조하기도 하였다. 정부차원에서 제도적인 보완으로 충분하고 신뢰할 수 있는 의료정보의 구축과 제공을 고민한다면, 국민의 건강결정권을 확대하며 동시에 효율적인 의료이용을 도모할 수 있을 것이다. 동시에 보다 유연한 근로문화가 정착되어야 개인별 건강 통제권한이 높아질 수 있을 것이다. 과도한 경쟁과 비효율적인 업무형태를 강조하는 현재의 근로문화에서는 건강을 위한 관리도, 치료를 위한 물리적 접근도 어렵기만 하다.

마지막으로, 한국 사회는 허울 좋은 제도가 아니라 사회적 안전망의 역할을 충분히 할 수 있는 보편적 건강 보장을 위한 정책적 접근방식에 대해 새롭게 논의해야 할 것이다. 이에 따라, 데이터 분석과 결과 값에 기초한 수치적 정책목표를 벗어나 종합적이고 포괄적인 건강보장제도가 요구된다. 포커스 그룹 인터뷰를 통해 드러난 건강보장의 가장 큰 불안정성인 생계유지 곤란에 대비한 질병수당에 대해서도 충분히 고민해볼 여지가 있다. 국민건강보험의 치료적인 보장도 아직 미흡한 부분이 있지만, 그 보다는 더 두려운 것은 질병으로 인한 생계곤란이라는 참여자들의 응답이 많았다. 질병으로 인한 고용의 중단과 생계곤란은 치료에 대한 의욕과 삶의 의욕을 상실시킬 수 있다.

건강보험 보장성강화를 쫓는 정부의 정책이 제대로 된 효과를 나타나기 보다는 종종 새로운 비급여를 양산하는 풍선효과로 인해 보장률 62% 부근을 벗어나지 못하는 것은 단편적인 건강보장성 강화라는 기존의 정책 프레임이 실패했기 때문이다. 한국사회에 실존하는 불안정성을 낮추기 위해서는 기존의 단편적인 접근을 탈피하여 실질적이고 다층적인 접근을 시도해야 한다. 본 연구에서 확인한 건강 영역의 불안정성 속성을 근거로 국민 건강의 안정성을 제고할 수 있는 다차원적 정책 수립에 본 연구결과가 초석을 제공할 수 있을 것이다.

배그린은 이화여자대학교에서 약학 석사와 생명윤리정책(보건정책)으로 박사학위를 받았으며, 이화사회과학원에서 박사후 연구원 및 SSK 전임연구원을 거쳐 현재 이화여대 약학대학 특임교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건정책, 건강보장제도, 분배적 정의이며, 현재 건강보장제도에 대해 연구하고 있다. (E-mail: greeni77@gmail.com)

문정화는 이화여자대학교에서 사회복지학 석, 박사학위를 받았으며, 이화사회과학원에서 연구교수 및 SSK 전임연구원을 거쳐 현재 고양시정연구원에서 연구위원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인복지정책 및 실천이며, 현재 사회통합정책 관련된 연구를 하고 있다.

(E-mail: jhmoon@gyri.re.kr)

강민아는 미국 Harvard University에서 보건정책으로 박사학위를 받았으며, 현재 이화여자대학교 행정학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 보건정책, 국제개발협력, 복지정책 등이며, 현재 국제보건과 국내 사회정책에 관련된 다양한 연구를 진행하고 있다.

(E-mail: minahkang@ewha.ac.kr)

참고문헌

- 김상기. (2015). 열악한 노동환경 들춰낸 메르스, 건강보험에 상병수당 없는 건 부끄러운 일, *리포르시안*, 2015.7.8. <http://www.raportian.com/news/articleView.html?idxno=23066>에서 2017.10.2. 인출.
- 김상기. (2017). 한국의 건강보험이 '진료비 할인제도'에 불과한 이유. *리포르시안*, 2017. 2.27. <http://www.raportian.com/news/articleView.html?idxno=102175>에서 2017.10.2. 인출.
- 김수미. (2015). 고통의 재현, 그 정치성에 대한 단상. *언론과 사회*, 23(4), pp.67-119.
- 김수정, 허순임. (2011). 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. *보건경제와 정책연구(구 보건경제연구)*, 17(1), pp.47-70.
- 김윤. (2014). 건강보장성 강화 이대로 좋은가?: 4 대 중증질환 보장성 강화와 3 대 비급여 개선 정책 평가. *한국보건행정학회 토론회*, 2014(2), pp.1-53.
- 김진구. (2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차: 연령집단별 Le Grand 지수 분석을 중심으로. *사회보장연구*, 27(3), pp.91-122.
- 김진동, 정민영, 김경범, 노진원. (2016). 성인여성의 사회 경제적 수준이 불안 우울증상에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 16(8), pp.29-38.
- 김진현. (2017). 다차원적 사회적 배제가 비정규직 근로자의 주관적 건강 및 우울상태에 미치는 영향: 정규직 근로자와의 비교분석. *보건사회연구*, 37(3), pp.398-432.
- 김창엽, 김명희, 이태진, 손정인. (2015). 한국의 건강 불평등. *서울대학교출판문화원*.
- 김창엽. (2013). *건강 할 권리: 건강 정의와 민주주의*. 서울: 후마니타스.
- 민수영. (2007). 성인학습자로서 박물관 도슨트의 경험 의미. *평생교육학연구*, 13, pp.143-168.
- 박경은, 권미형, 권영은. (2013). 여성노인의 우울, 죽음불안, 삶의 질의 관계. *한국보건간호학회지*, 27(3), pp.527-538.
- 박주영, 이나경, 윤서현, 최보경, 김승섭. (2016). 한국의 비정규직 고용과 건강 연구에 대한 체계적 문헌고찰. *보건사회연구*, 36(3), pp.119-157.
- 박지환. (2012). 불안정과 재미의 정치. *인문과학연구*, 35, pp.501-526.
- 박진우. (2012). 뉴스 생산의 유연화와 저널리스트 노동. *언론정보연구*, 49(1), pp.38-72.

- 백승호. (2014). 서비스경제와 한국사회의 계급, 그리고 불안정 노동 분석. *한국사회정책*, 21(2), pp.57-90.
- 보건복지부. (2015). 2014-2018 건강보험 중기보장성 강화계획. 세종: 보건복지부
- 서남규, 안수지, 강태욱, 황연희. (2015). 한국의료패널 자료를 활용한 재난적 의료비 발생 가구 분석 연구. *보건경제와 정책연구(구 보건경제연구)*, 21(1), pp.79-102.
- 송은철, 신영진. (2015). 재난적 의료비 예방을 위한 포괄적 의료비 상한제: 비용 추계를 통한 적용 가능성을 중심으로. *보건사회연구*, 35(2), pp.429-456.
- 송이은. (2012). 노무현 정부 이후 진행된 한국 의료민영화의 성격. *한국사회학*, 46(4), pp.205-232.
- 송해연, 최재우, 박은철. (2015). 한국 성인의 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 미치는 영향: 4, 5차 한국의료패널자료를 이용하여. *보건행정학회지*, 25(1), pp.11-21.
- 신경림. (2001). *현상학적 연구*. 서울: 현문사.
- 신기철. (2011). 상병소득보장제도 충실화 방안 연구-급여소득자를 중심으로. *사회보장연구*, 27(1), pp.133-156.
- 신현기, 박역중, 안성률, 남재성, 이상열. (2012). *경찰학사전*. 서울: 법문사.
- 우경숙, 신영진. (2015). 재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향: 재정적 대응과 빈곤을 중심으로. *보건사회연구*, 35(3), pp.166-198.
- 이동규, 민연경. (2016). 재난의 인적환경 취약성이 사회위험인식에 미치는 영향: 재난안전 국민인식 옴니버스 조사결과를 중심으로. *한국정책학회보*, 25(1), pp.33-59.
- 이승윤, 김승섭. (2015). 쌍용자동차 정리해고와 미끄럼틀 한국사회. *한국사회정책*, 22(4), pp.73-96.
- 이승윤, 백승호, 김미경, 김윤영. (2017). 한국 청년노동시장의 불안정성 분석. *비판사회정책*, 54, pp.487-521.
- 이승윤, 이정아, 백승호. (2016). 한국의 불안정 청년노동시장과 청년 기본소득 정책안. *비판사회정책*, 52, pp.365-405.
- 이영아, 이인혜. (2016). 남녀 대학생에서 거부민감성과 사회불안 간의 관계. *한국심리학회지: 건강*, 21(2), pp.641-660.
- 이옥희, 서남규, 최대성, 이형진, 이장수, 김혜련. (2015). 2014년도 건강보험환자 진료비 실태조사, 서울: 국민건강보험 건강보험정책연구원.

- 임지혜. (2013). 한국의료패널 자료를 이용한 만성질환자의 미충족 의료 현황 분석. *보건과 사회과학*, 34, pp.237-256.
- Jung, J., & Lee, T. (2016). 재해구호기금 적립 및 사용 규정 개선에 관한 연구. *광역지방자치단체 조례 분석을 중심으로 한국재난정보학회논문집*, 12(4), pp.350-357.
- 정현선, 김옥수. (2013). 노인 만성질환자의 불안, 우울, 건강행위에 관한 연구. *간호과학*, 25(2), pp.35-46.
- 정혜주. (2011). 고용관계와 건강불평등. *한국사회정책*, 18(2), pp.245-287.
- 조창익, 임재영. (2011). 환자의 의료이용에 대한 의사의 지불방식의 효과. 재방문 환자의 비대칭적 정보의 문제. *한국개발연구*, 33(1), pp.126-148.
- 최선희, 정우석, 이자해. (2007). 고용안정성이 임금노동자의 건강상태에 미치는 영향. *한국사회학회 사회학대회 논문집*, pp.311-320.
- 최영준, 전미선, 윤선예. (2016). 불확실성을 대처하는 증거영향행정. *한국행정학보*, 50(2), pp.243-270.
- 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정. (2009). *미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구*. 서울: 한국보건사회연구원.
- 황연희, 서남규, 오하린, 이옥희, 박정주. (2016). *2016년도 건강보험제도 국민 인식 조사*. 서울: 국민건강보험 건강보험정책연구원.
- Bae, G., & Kang, M. (2017). Universal but Precarious: A Case Study of the South Korean Health Care System. *Asia Pacific Journal of Health Law & Ethics*, 10, pp115-133.
- Barbier, J. C. (2004). A comparative analysis of 'employment precariousness' in Europe. Learning from employment and welfare policies in Europe, *European Xnat Cross-national research papers, Seventh series*, pp.7-18.
- Basch, C. E. (1987). Focus group interview: An underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education & Behavior*, 14(4), pp.411-448.
- Butler, J. (2004). *Precarious life: The powers of violence and mourning*. London & New York: Verso.
- Cox, R. (2004). The path dependency of an idea: why Scandinavian welfare states

- remain distinct. *Social Policy & Administration*, 38(2), pp.204-219.
- Fineman, M. A. (2010). The vulnerable subject and the responsive state. *Emory Law Journal*, 60, p.251.
- Fineman, M. A. (2013). Equality, autonomy, and the vulnerable subject in law and politics. in Fineman, M. A., & Grear, A. (ed.) *Vulnerability: Reflections on a new ethical foundation for law and politics*. London: Routledge.
- Fineman, M. A., & Grear, A. (2016). *Vulnerability: reflections on a new ethical foundation for law and politics*. London: Routledge.
- Foti, A. (2004). Precarity and N/european Identity. Interview with Merjin Oudenampsen and Gavin Sullivan. *Greenpepper Magazine*.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), pp.235-260
- Greener, I. (2002). Understanding NHS Reform: The Policy Transfer, Social Learning, and Path Dependency Perspectives. *Governance*, 15(2), pp.161-183.
- ILO. (2012). *Decent work indicators: Concepts and definitions*. ILO Manual. Geneva: ILO.
- Kang, M., & Reich, M. R. (2014). Between credit claiming and blame avoidance: The changing politics of priority-setting for Korea's National Health Insurance System. *Health policy*, 115(1), pp.9-17.
- Laparra, M., Barbier, J. C., Darmon, I., Düll, N., Frade, C., Frey, L., ... & Vogler-Ludwig, K. (2004). *Managing labour market related risks in Europe: Policy implications*. Final report ESOPe-project.
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Anderson, C. (2016). 2015 *International Profiles of Health Care Systems*. The Commonwealth Fund.
- Neilson, B., & Rossiter, N. (2005). From precarity to precariousness and back again: labour, life and unstable networks. *FibreCulture*, 5.
- Organization for Economic Cooperation and Development. (2015). *Health Data 2015*: Paris: OECD.

- Pitrou, A. (1978). *La vie précaire*. Des familles face à leurs difficultés, Laboratoire d'économie de.
- Rabiee, F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the nutrition society*, 63(04), pp.655-660.
- Rimer, B. K. (2000). Use of multiple media and breast cancer screening: An introduction. *Journal of Health Communication*, 5(2), pp.113-116.
- Rodgers, J., & Rodgers, J. (Eds.). (1989). *Precarious jobs in labour market regulation: the growth of atypical employment in Western Europe*. (pp.1-16). Geneva: International Institute for labour studies.
- Vega, J. (2013). Universal health coverage: the post-2015 development agenda. *The Lancet*, 381(9862), p.179.
- Vosko, L. F. (2006). *Precarious employment: Understanding labour market insecurity in Canada*. McGill-Queen's Press-MQUP.
- Vosko, L. F., MacDonald, M., & Campbell, I. (Eds.). (2009). *Gender and the contours of precarious employment*. Routledge.
- Wilsford, D. (1994). Path dependency, or why history makes it difficult but not impossible to reform health care systems in a big way. *Journal of public policy*, 14(3), pp.251-283.
- Wong, J. (2004). *Healthy democracies: welfare politics in Taiwan and South Korea*. Cornell University Press.

An Exploratory Study on the Factors of Precarious Health in South Korea

Bae, Green

Moon, Jung-Hwa

Kang, Minah

(Ewha Womans University) (Goyang Research Institute) (Ewha Womans University)

Health is one of the main areas in precarious life. Focus Group Interview (FGI) were conducted to investigate the cause of precariousness in the health. FGI showed that there are three major factors that cause precariousness in health. First, health is unpredictable and uncertain due to unclear external influences such as heredity, aging, environment which cause precariousness. Second, the perception of disempowerment dealing with health cause precariousness in health. Participants said they cannot control their health because of insufficient reliable health information and working conditions. Also, they said even if they try to effort for health, anybody can get sick. Finally, despite the National Health Insurance (NHI) system, people felt their health was precarious due to lack of health security such as several new services remain outside the coverage. In addition, because of economic hardship due to illness and loss of employment, health has precariousness in South Korea. This is fictional stability of health care system in South Korea. We should consider the importance of reliable health information to improve empowerment related to the decision-making ability of general people in health. And a comprehensive and systematic NHI system which include not only treatment but also loss of income can be considered as a policy to help lower the precariousness in Korean health.

Keywords: Precarious Health, Fictional Stability, Uncertainty, Disempowerment, Insecurity