

연구보고서 2018-07

질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제



김수진·김기태·정연·박금령·오수진·김수정

【책임연구자】

김수진 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

두개악안면기형의 건강보험 보장성 강화 방안
국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 2018

건강보험이 고용 및 산업에 미친 영향
국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 2018(공저)

【공동연구진】

김수진 한국보건사회연구원 부연구위원

김기태 한국보건사회연구원 부연구위원

정 연 한국보건사회연구원 부연구위원

박금령 한국보건사회연구원 전문연구원

오수진 한국보건사회연구원 연구원

김수정 서울대학교 보건대학원 박사수료

연구보고서 2018-07

**질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태
변화와 정책과제**

발행일 2018년 12월

저자 김수진

발행인 조흥식

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 고려씨엔피

© 한국보건사회연구원 2018

ISBN 978-89-6827-533-3 93330

발간사 <<

질병 발생은 가계 경제에 부정적인 영향을 미친다. 질병으로 인한 의료비 지출이 과도할 경우 가계에 필수적인 재화 등을 구입하지 못할 수 있다. 의료비로 인한 가계의 경제적 부담을 낮추기 위해 전 국민 건강보험 제도를 도입하였고 건강보험 보장성을 강화하기 위한 정책들을 시행해 왔다. 그러함에도 불구하고 한국에서 가계의 지불 능력 대비 의료비 지출 수준은 여전히 높은 편이다. 이는 의료비와 함께 질병 발생으로 가계가 겪게 되는 지불 능력의 감소라는 측면에도 관심을 기울여야 함을 의미한다. 즉, 질병으로 인해 일을 중단해야 하는 경우 가계는 의료비 지출과 함께 소득의 감소라는 이중의 위험에 노출된다. 하지만 지금까지 질병으로 인해 발생할 수 있는 실직이나 소득 상실과 같은 직접적인 경제적 위험의 구체적인 현황과 이러한 위험을 줄이기 위한 정책 방안에 대해서는 상대적으로 관심이 적었다.

이러한 문제의식에 따라 질병 발생 이후 개인과 가구가 어떠한 문제에 직면하고 있는지, 이러한 위험을 완화하기 위한 정책과제는 무엇인지 종합적으로 접근하기 위해 본 연구를 기획하였다. 질병으로 인해 개인과 가구가 겪게 되는 실직 및 소득 상실과 같은 경제적 위험을 양적, 질적 자료를 이용하여 분석하는 것과 함께 질병으로 인한 소득 상실과 빈곤 전략을 막을 수 있는 정책 방안들을 검토하여 제시하고 있다. 이에 기반하여 유급병가 제도과 같은 사용자의 법적 책임을 강화하는 접근과 공적 영역에서의 상병수당 도입이라는 두 가지 접근을 향후 함께 고려할 것을 제안하고 있다.

이 연구는 한국보건사회연구원 김수진 부연구위원의 책임하에 이루어

졌으며, 같은 연구원의 김기태 부연구위원, 정연 부연구위원, 박금령 전문연구원, 오수진 연구원이 참여하였고, 외부에서는 서울대학교 김수정 연구원이 참여하였다.

이 연구에는 주변의 많은 분의 도움이 있었다. 본 연구를 위해 민간 사업장의 취업규칙 자료를 제공해 준 한정애 의원실과 국내외 제도 현황에 대해 조언을 주신 여러 전문가들, 그리고 질병 발생 후 겪게 되는 경제적 위험을 보다 상세하게 파악할 수 있도록 심층인터뷰에 응해 주신 참여자분들에게도 깊은 감사를 드린다. 마지막으로 바쁘신 중에도 본 보고서를 검독하고 사려 깊은 검토 의견을 제시해 주신 한국보건사회연구원 김태완 연구위원과 서울시립대학교 허순임 교수에게 감사의 말을 전한다.

본 연구의 결과가 향후 질병으로 인한 가계의 빈곤화를 막기 위한 제도를 구축해 나가는 데 일조하기를 기대한다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	7
제1절 연구의 배경 및 목적	9
제2절 연구의 내용 및 방법	13
제2장 질병의 경제적 영향 관련 논의	17
제1절 이론적 논의	19
제2절 체계적 문헌고찰: 질병의 영향 관련 국내 연구	30
제3절 체계적 문헌고찰: 질병의 영향 관련 국외 연구	35
제4절 소결	64
제3장 질병이 개인·가구의 경제활동·경제상태에 미치는 영향	67
제1절 질병으로 인한 개인·가구의 경제활동·경제상태 변화: 양적 자료 분석	69
제2절 질병으로 인한 개인·가구의 경제활동·경제상태 변화: 질적 사례 연구	148
제3절 소결	180
제4장 질병의 경제적 영향을 완화하기 위한 정책·제도	183
제1절 개념과 접근, 필요성	186
제2절 국내 정책·제도 및 관련 현황	190
제3절 외국의 정책 및 제도	207
제4절 소결	224

제5장 결론	227
제1절 주요 결과 및 시사점	229
제2절 질병의 경제적 영향을 줄이기 위한 정책과제	232
참고문헌	237

표 목차

〈표 2-1〉 질병이 개인·가구의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향에 대한 국내 연구	34
〈표 2-2〉 체계적 문헌 고찰을 위한 연구 질문	35
〈표 2-3〉 체계적 문헌 고찰 검색어	36
〈표 2-4〉 질병에 따른 소득 및 경제활동 변화 관련 연구(개인 수준)	47
〈표 2-5〉 질병에 따른 소득 및 경제활동 변화 관련 연구(가구 수준)	58
〈표 3-1〉 연구에 사용된 변수들	73
〈표 3-2〉 이중차이분석법의 추정	80
〈표 3-3〉 매칭 전후 연구 대상(중증질환군과 비중증질환군)의 특성 비교	83
〈표 3-4〉 매칭 전후 연구 대상(입원군과 비입원군)의 특성 비교	113
〈표 3-5〉 면담 질문지의 구성 및 내용	150
〈표 3-6〉 면담자들의 질병 경험과 경제적 영향	151
〈표 3-7〉 심층면접 대상자의 특성	154
〈표 4-1〉 질병의 경제적 영향을 완화하기 위한 제도의 구성	185
〈표 4-2〉 업종별 규모별 5인 이상 사업장 상병 휴가 제도 현황(일·가정 양립 실태 조사 2016)	198
〈표 4-3〉 업종별 규모별 취업규칙을 수집한 사업체 수	200
〈표 4-4〉 취업규칙 분석결과: 업종별 규모별 업무 외 상병 관련 휴가 제도 현황	201
〈표 4-5〉 취업규칙 분석결과: 업종별 규모별 업무 외 상병 관련 휴직 제도 현황	202
〈표 4-6〉 OECD 국가들에서의 기업 제공 병가 관련 제도 현황	211
〈표 4-7〉 국가별 유급병가와 공적 상병수당 제도 인구집단 포괄 범위 및 제도 간 관계	218
〈표 4-8〉 OECD 국가별 업무 외 상병 관련 휴가 제도 및 현금급여 현황	225

그림 목차

[그림 1-1] 질병 발생의 경제적 영향	11
[그림 1-2] 주요 연구 내용	13
[그림 2-1] Diderichsen의 건강불평등 설명모형	21
[그림 2-2] 생애주기에 걸친 사회경제적 지위와 건강의 관계	23
[그림 2-3] 질병이 가구 경제에 영향을 미치는 경로	26
[그림 2-4] 국내 문헌 선정 과정	30
[그림 2-5] 건강상태와 종사상 지위 변화의 경로들	33
[그림 2-6] 체계적 문헌 고찰을 위한 문헌 선정 과정(flowchart)	38
[그림 3-1] 이중차이분석법의 기본 모형	80
[그림 3-2] 중증질환 진단에 따른 경제활동 추이(전체, 남성, 여성)	85
[그림 3-3] 중증질환 진단에 따른 개인소득 추이(전체, 남성, 여성)	87
[그림 3-4] 중증질환 진단에 따른 저임금(최저임금 기준) 추이(전체, 남성, 여성)	89
[그림 3-5] 중증질환 진단에 따른 가구주의 경제활동 추이(전체, 남성, 여성)	91
[그림 3-6] 중증질환 진단에 따른 가구주 개인소득 추이(전체, 남성, 여성)	93
[그림 3-7] 중증질환 진단에 따른 가구(균등화)근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	95
[그림 3-8] 중증질환 진단에 따른 다른 가구원의 근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	97
[그림 3-9] 중증질환 진단에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 가구근로소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)	99
[그림 3-10] 중증질환 진단에 따른 (최저생계비 기준) 가구근로소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)	101
[그림 3-11] 중증질환 진단에 따른 가구소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	103
[그림 3-12] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	105
[그림 3-13] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(전체 가구주)	107
[그림 3-14] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(남성 가구주)	108
[그림 3-15] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(여성 가구주)	109

[그림 3-16] 중증질환 진단에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 가구 재량소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)	111
[그림 3-17] 중증질환 진단에 따른 (최저생계비 기준) 가구 재량소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)	112
[그림 3-18] 입원에 따른 경제활동 추이(전체, 남, 여)	115
[그림 3-19] 입원에 따른 개인소득 추이(전체, 남, 여)	117
[그림 3-20] 입원에 따른 저임금 발생 추이(최저임금 기준)	118
[그림 3-21] 입원에 따른 가구주의 경제활동 추이(전체, 남성, 여성)	120
[그림 3-22] 입원에 따른 가구주의 개인소득 추이(전체, 남성, 여성)	122
[그림 3-23] 입원에 따른 가구근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	124
[그림 3-24] 입원에 따른 다른 가구원들의 근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	125
[그림 3-25] 입원에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 근로소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)	127
[그림 3-26] 입원에 따른 (최저생계비 기준) 근로소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)	128
[그림 3-27] 입원에 따른 가구소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	130
[그림 3-28] 입원에 따른 근로 외 소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)	131
[그림 3-29] 입원에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(전체)	133
[그림 3-30] 입원에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(남성 가구주)	134
[그림 3-31] 입원에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(여성 가구주)	135
[그림 3-32] 입원에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 가구재량소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)	137
[그림 3-33] 입원에 따른 (최저생계비 기준) 가구재량소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)	138
[그림 3-34] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 30인 미만 사업장)	140
[그림 3-35] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 300인 이상 사업장)	140
[그림 3-36] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이 (여성, 공공행정, 국방 및 사회보장 행정)	142
[그림 3-37] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 제조업)	142

[그림 3-38] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 부동산업 및 임대업)	143
[그림 3-39] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 사업시설관리 및 사업지원서비스업)	143
[그림 3-40] 심층면접 대상자들의 질병 발생에 따른 종사상 지위 이동	177
[그림 4-1] 질병 관련 휴가·휴직을 제공하는 국내제도 요약	195
[그림 4-2] 취업규칙 분석결과: 사업장 규모별 업무 외 상병 휴직 가능 기간 (제조업 및 건설업)	203
[그림 4-3] 취업규칙 분석결과: 사업장 규모별 업무 외 상병 휴직 가능 기간(서비스업)	203
[그림 4-4] 취업규칙 분석결과: 사업장 업종별, 규모별 업무 외 상병으로 인한 휴직 시 임금 지급 비율	204
[그림 4-5] 일부 OECD 국가들에서 제공되는 질병에 대한 소득 지원 제도와 그 구성	216
[그림 4-6] GDP 대비 상병(sickness) 관련 현금급여(cash benefits) 지출 비중, 2013 ...	221
[그림 4-7] 일부 OECD 국가들에서 급여 수준에 따른 상병으로 인한 휴가 일수	223

Abstract <<

Impact of ill health on employment and household economic condition and its policy implication

Project Head: Kim, Sujin

This study aims to examine the effects of ill health on work status and earnings, and household economic condition in South Korea, and further to discuss policies to protect people from economic risk such as impoverishment due to diseases. The authors analyzed the Korea Health Panel and the Korea National Health Insurance claim data and conducted in-depth interview with people who experienced ill health. In addition, we analyzed social protections for sickness in South Korea and the Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries.

This study found the occurrence of catastrophic illness led to a decrease in labor participation and decreased earnings. Furthermore, household labor income decreased and households experienced impoverishment after the occurrence of the disease. Total income, however, did not decrease with an increase in other source of income such as private insurance and severance pay. It implies households make efforts to weaken the economic impact of health shock by using other resources. The economic shock was not strong when hospitalization was

2 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

used as the variable of health shock. The qualitative research showed similar results. Most workers experienced loss of their job after the occurrence of diseases, and casual workers more quickly lost their compared to regular workers. Most of the self-employed decided to close their business.

In Korea, employers have no liability for their employee's absences in case of sickness. In addition, there is no public coverage of cash sickness benefits. These lead most workers to experience both loss of their job and a decrease in income when they experience sickness. By contrast, almost all OECD countries mandate employers to provide paid sick day or sick leave for a certain period and implement some social protection measures that provide financial supports to workers during a period of temporary work incapacity. Among OECD countries, Korea is the only country that does have neither one of those.

In conclusion, there is an urgent need to implement social protection measures for employees undergoing sickness and temporary absences from work. Considering cases in other OECD countries, statutory liability for employers should be introduced. In addition, an insurance-based income support measure could be implemented through its existing national health insurance or its employment insurance infrastructure to further protect vulnerable workers.

1. 연구의 배경 및 목적

질병 발생은 가계 경제에 부정적인 영향을 미친다. 질병으로 인한 과도한 의료비는 필요한 재화 및 서비스 구입을 가로막을 수 있고 소득 수준이 낮은 경우 그 부담은 더 클 수 있다. 질병 발생은 실직과 소득 상실로도 이어질 수 있는데 경제적 영향은 단기적으로 끝나지 않고 중장기적으로 영향을 미치고 가구의 빈곤화를 야기할 수 있다.

한국에서의 문제는 질병 발생으로 인한 경제적 위험이 크다는 점이다. 다른 선진국들에 비해 건강보험 보장성이 낮아 의료비 부담 수준이 높을 뿐 아니라 상병 시 소득을 보장하는 제도가 존재하지 않고 질병 발생 시 노동자가 실직의 위험에 노출되지 않고 질병 치료를 할 수 있도록 돕는 병가 제도에 대한 법적 규제도 존재하지 않는다.

이러한 맥락에서 본 연구는 한국에서 질병 발생이 개인과 가구의 경제활동, 소득 상실에 미치는 위험을 실증적으로 분석하고 질병으로 인한 경제적 위험으로부터 기본 생활을 보장하는 정책 및 제도 개선 방향을 제시하고자 하였다.

2. 주요 연구 결과

한국의료패널 자료와 건강보험 코호트 자료의 경제활동 연령 인구를 대상으로 매칭과 이중차이분석법을 이용하여 중증질환 발생이 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향을 분석하였다. 한국의료패널을 이용하여 개

4 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

인수준의 영향을 확인한 결과 중증질환을 경험한 직후 개인의 경제활동 참여 정도와 근로소득이 감소하는 것으로 나타났고 최저임금 이하인 비율도 증가하는 것으로 나타났다. 가구근로소득 또한 감소하였는데 기준 중위소득의 50% 이하 소득을 받는 비율과 최저생계비 이하 근로소득을 받는 비율이 증가하였다. 반면 가구총소득은 증가하였는데 이는 민간보험 진단금 등 근로 외 소득의 증가와 관련되어 있었다. 중위소득의 50%를 기준으로 하여 빈곤화 정도를 평가한 결과 가구근로소득이 빈곤선 이하로 떨어진 가구가 증가하였고 가구총소득에서 의료비를 제외한 소득 또한 빈곤선 이하로 떨어진 가구가 증가하였다. 건강보험 직장여성코호트 분석결과 개인의 경제활동 참여율은 감소하지만 사업장 규모가 작은 경우, 부동산업이나 시설관리 등의 서비스 업종에서 더 크게 감소하였다.

심층면접을 통한 질적 연구 분석에서도 비슷한 결과를 확인하였다. 질병이 발생할 경우 사업장에서 고용되어 일하던 노동자들은 대부분 실직을 경험하였고 자영업자들은 대부분 폐업을 선택했다. 사업장에 업무 외 상병 관련 휴가 혹은 휴직 제도가 있어 아픈 기간 동안에도 직장을 유지한 경우는 매우 드물었고 관련 제도가 있는 경우에도 대부분 무급이었다. 가구는 가지고 있는 다른 사회경제적 자원을 이용하여 질병 발생의 충격을 완화하는데 아픈 노동자가 가구의 주 부양자인 경우 그 충격을 완화하기 어려웠다. 대출, 자산 처분 등 근로 외 소득을 통해 의료비와 생계비를 마련함을 확인할 수 있었다. 질병이 단기로 끝날 경우 재취업 등을 통해 부채 등을 갚지만 질병이 장기화될 경우 만성적인 빈곤상태에 놓이게 된다. 재취업을 하는 경우에도 그 전보다 낮은 소득을 받는 것으로 나타났다.

가지고 있는 사회경제적 자원이 없는 경우 질병의 경제적 영향은 더 치명적인데 한국에서 이러한 충격을 완화시키는 제도는 미흡하다. 공적 영역에서 상병 시 소득을 보장하는 제도가 없으며 근로기준법은 업무 외 상

병과 관련해 노동자들을 보호하기 위한 별도의 기준을 정하고 있지는 않다. 공무원을 제외하면 사업장에 따라 취업규칙 혹은 노사협약을 통해 관련 규정을 자율적으로 정하도록 하고 있는데 규모가 작은 사업장이나 서비스 업종에서 특히 보호 수준이 낮다. 반면 대부분의 경제협력개발기구(OECD) 회원국들은 사용자의 법적 책임을 강화하는 방식과 공적 영역에서 상병급여 제도를 마련하는 방식으로 아픈 노동자를 실직과 소득 상실의 위험으로부터 보호하고 있었다. OECD 34개 국가 중 29개 국가는 두 가지 제도를 모두 이용하고 있었고 두 개 국가는 공적 현금 지원 제도를, 세 개 국가는 업무 외 상병과 관련한 휴가/휴직을 법적으로 정하고 있었다. 두 가지 제도 중 어떤 것도 가지고 있지 않은 나라는 한국이 유일했다.

3. 결론 및 정책 제언

질병으로 인해 노동자들이 겪게 되는 경제적 위험을 고려했을 때 아픈 노동자들을 실직과 소득 상실의 위험으로부터 보호하는 제도의 도입이 시급하다. 현재까지 정책 대안에 대한 논의들은 주로 공적 영역에서 상병수당을 도입하는 것에 맞춰져 왔으나 한국의 현황과 외국 제도에 대한 분석 결과 관련 정책은 사용자의 법적 책임을 강화하는 방식과 공적 영역에서 상병수당을 도입하는 두 가지 접근을 함께 적용할 필요가 있다. 첫 번째와 관련하여 우선은 업무 외 상병과 관련한 휴가/휴직 제도의 도입이 시급하다. 이는 업무 외 상병으로 인한 실직의 위험으로부터 노동자들을 보호하기 위함이다. 두 번째로는 상병 시 소득보장 제도의 마련이다. 이는 현재 일부 기업에서 제공하는 유급병가 제도와 연계한 정책 방안을 고

6 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

려할 수 있다. 대기업의 경우 노동자의 업무 외 상병에 대해 급여를 지급할 것을 의무화하고 그 외 규모가 작은 사업장이나 자영업자들에 대해서는 공적 영역의 재원 마련을 통해 노동자들을 소득 상실의 위험으로부터 보호하는 방안이 가능할 것이다.

*주요 용어: 질병, 건강, 중증질환, 고용, 경제활동, 소득, 경제상태

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 연구의 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

질병 발생은 가계 경제에 부정적인 영향을 미친다. 질병으로 인한 과도한 의료비는 필요한 재화 및 서비스 구입을 가로막을 수 있고 소득 수준이 낮은 경우 그 부담은 더 클 수 있다. 가계의 의료비 부담을 낮추기 위해 소득 수준에 따른 본인부담 상한제 등이 도입되었으나 현재의 건강보험 제도가 충분한 안전망을 제공하지 못하고 있다는 비판이 많다. 특히 가구 소득 대비 일정 수준을 넘어서는 의료비로 정의되는 재난적 의료비 지출은 낮은 소득계층에서 높은 것으로 나타난다. 예를 들어 한국의료패널 분석에 따르면 지불 능력(가구 총 소비지출에서 필수적인 기초생계비를 제외한 비생계 가치분소득) 대비 40% 이상을 의료비에 지출하는 가구 비율이 소득 1분위에서 13.5%인 반면 소득 5분위에서는 0.3%였다(서남규 외, 2016, pp. 85-112).

이는 재난적 의료비 발생이 높은 의료비와 함께 낮은 지불 능력/소득 수준으로 인한 문제일 수 있음을 의미한다. 한국에서 암 환자 가구의 과부담 의료비 발생을 분석한 연구에 따르면 암 환자가 가구주인 경우에 과부담 의료비 발생 가능성이 특히 높았는데(OR=1.6) 이는 가구주에게 암 질환이 발생했을 때 가구소득에 미치는 부정적인 영향이 더 크기 때문일 것이라고 보고하였다(양동욱 외, 2017, p. 65). 즉, 소득 수준이 낮은 경우 재난적 의료비 발생 위험은 더 높아질 수 있는데 질병 치료를 위해 일을 중단해야 하는 경우 실업과 소득 상실로 이어질 수 있으며 이는 의료

비 부담을 보다 가중시킬 것이다.

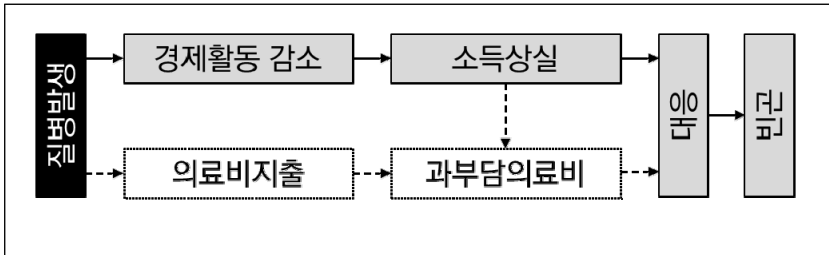
의료 서비스의 양적·질적 발전으로 의료비에 대한 부담이 커지면서 최근의 건강보장은 경제적 부담 없이 의료 서비스에 접근할 수 있게 하는 기능이 강조되고 있지만 노동력의 상실과 이로 인한 소득 감소를 완화시키는 경제적 보장(소득보장) 또한 건강보장 제도의 기능 중 하나이다. 이는 두 가지 측면과 관련되는데 우선은 질병으로 인하여 일을 하지 못하는 상황에서 피보험자들의 생활 안정(소득보장)이 중요하다는 것과 노동자들이 일할 수 있는 능력(건강상태)을 회복할 수 있는 여건을 조성한다는 측면이다(김창엽, 2013 p. 68). 일례로 21개 유럽 국가들에서 상병수당과 질병으로 인한 결근 일수의 관계를 분석한 연구는 장기적으로 관대한 상병수당 제도가 질병으로 인한 결근 일수를 줄인다고 하였다(Sjoberg, 2017).

한국에서의 문제는 질병 발생이 직접적인 소득 상실로 이어질 위험이 크다는 점이다. 다른 대부분의 경제협력개발기구(OECD) 회원국과 달리 한국에서는 상병수당과 같은 제도가 존재하지 않는다. 상병으로 소득원을 잃을 경우 소득보장 제도가 없음으로 인해 질병을 경험한 개인은 빈곤화의 위험에 노출되게 된다. 경제적 보장을 위한 제도와 정책이 일부 있지만 이러한 제도의 혜택으로부터 소외되는 계층이 존재한다. 예를 들어 질병 발생 시 노동자가 실직의 위험에 노출되지 않고 질병 치료를 할 수 있도록 하는 병가 제도는 휴가 일수와 급여 지급 여부 등이 노사 간 단체협약 사항으로 규정되어 있어 비정규직 노동자나 영세한 사업장의 노동자 등이 제도의 사각지대에 놓일 것으로 예상된다. 자영업자 또한 질병이 발생할 경우 별도의 소득보장 제도가 없는 상황이다. 한국의료패널 자료를 분석한 결과에 따르면 중증질환 발생 시 경제활동을 지속할 가능성 대비 중단할 가능성이 0.392였고 개인의 연간 소득은 36.1% 감소하였다

(김대환, 강성호, 2015, pp. 51-52).

질병 발생의 경제적 영향은 단기적으로 끝나지 않고 중장기적으로 고용상태, 임금과 소득에 영향을 미치고 가구의 빈곤화를 야기할 수 있다. 이는 질병 발생으로 인한 부담을 줄이기 위해 조기에 적절한 치료를 통해 건강을 회복할 수 있도록 의료서비스에 대한 보장 수준을 높이는 것과 함께 더 나아가 질병이 야기하는 소득 상실에 대해서도 관심이 필요함을 시사한다. 질병 발생 이후 개인·가구가 실직과 소득 상실 등으로 인해 경제적 빈곤 등과 같은 또 다른 위험에 노출되지 않는지, 그 규모는 어느 정도인지 확인하고 경제적 빈곤의 위험에 노출되지 않고 건강을 회복할 수 있도록 돕는 제도 마련이 필요하다.

[그림 1-1] 질병 발생의 경제적 영향



자료: Alam & Mahal. (2014). p. 3의 모형 수정.

이러한 배경하에 본 연구는 한국에서 질병 발생이 개인과 가구의 경제 활동, 소득 상실, 빈곤화에 미치는 위험을 실증적으로 분석하고자 한다. 이와 함께 국내 정책 현황과 질병으로 인한 소득 상실과 빈곤 전략을 막기 위해 가능한 정책 방안들을 검토하여 제시함으로써 질병 발생의 사회 경제적 위험으로부터 국민의 기본 생활을 보장하는 정책 및 제도 마련에 기여하고자 한다.

이상의 연구 주제를 중심으로 본 보고서는 다음과 같이 구성되었다. 우

12 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

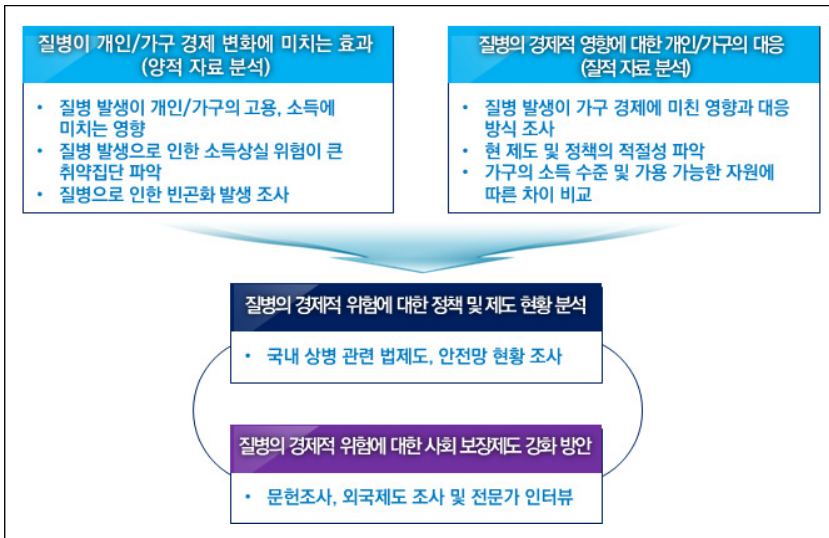
선 2장에서는 빈곤과 건강의 관계, 질병의 경제적 영향에 대한 이론적 논의들을 검토하고, 질병이 경제활동과 경제 상태에 미치는 영향을 분석한 논문들에 대한 체계적 문헌 고찰 결과를 제시하였다. 다음으로 3장에서는 국내 미시자료를 이용해 질병이 경제활동 및 경제 상태에 미치는 영향을 실증 분석하여 제시하는 것과 함께, 질병으로 인해 경제활동 및 경제 상태가 변화한 개인들의 심층면접을 분석한 결과를 제시하였다. 4장에서는 질병의 경제적 영향을 완화하기 위한 국내 제도의 현황과 문제점을 분석하였고 OECD 선진국들에서의 관련 제도 현황을 조사하였다. 마지막으로 5장에서는 전반적인 연구 결과를 정리하면서 향후 질병으로 인한 경제적 위험을 완화하기 위해 필요한 정책 및 제도의 개선 방안을 제시하였다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구의 주요 내용은 다음과 같다. 우선 본 연구는 질병이 개인 및 가구의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향을 확인할 것이다. 이는 질병 발생 이후 개인 및 가구의 고용상태와 소득 변화 등에 대한 분석과 함께 질병 발생으로 인한 경제적 영향이 큰 취약집단을 파악하는 것을 포함한다. 다음으로 질병의 경제적 영향에 대해 개인 및 가구가 어떻게 대응하는지를 분석할 것이다. 이 과정에서 현재의 사회보장 제도 및 정책의 적절성과 사각지대가 어디에 있는지 파악할 것이다. 이와 함께 가구의 사회경제적 지위 및 이용 가능한 자원에 따라 그 영향과 대응이 어떻게 다른지를 살펴볼 것이다.

[그림 1-2] 주요 연구 내용



세 번째로 질병의 경제적 위험을 완화하기 위한 국내 정책 및 제도 현황을 조사한다. 유급병가 제도를 비롯해 그 외 질병의 경제적 위험을 완화하기 위해 도입된 제도들을 살펴볼 것이다. 이와 함께 선진국들을 중심으로 질병의 경제적 영향을 완화하기 위해 어떤 제도들이 운영되고 있는지를 살펴볼 것이다. 현재 한국 현황에 대한 분석, 외국 제도 분석, 전문가 의견 조사 등을 통해 국내 제도를 평가하고 이를 통해 질병의 경제적 위험을 완화하기 위한 사회보장 제도 강화 방안을 제안한다.

2. 연구 방법

이 연구의 수행을 위해 다음과 같은 연구 방법론을 택하였다.

가. 체계적 문헌 고찰

- 국외 데이터베이스를 이용하여 질병 발생이 개인 및 가구의 경제활동 및 경제 상태에 미치는 영향에 대한 문헌 조사
- 질병으로 인한 고용상태 및 소득 변화를 파악하고 국가별 사회보장 제도 특성에 따른 차이 비교

나. 양적 자료를 활용한 계량분석

- 질병 발생이 개인·가구의 경제활동, 경제상태에 미치는 영향: 질병 발생 직후, 중장기 영향 분석
 - 개인 수준 분석: 임금, 고용 여부, 저임금 여부 등 분석
 - 가구 수준 분석: 가구근로소득, 가구소득, 가구의 근로 외 소

득, 가구 빈곤화 발생 분석

- 질병 발생으로 인한 소득 상실 위험이 큰 취약집단 파악
 - 가구 형태, 가구주의 질병 발생, 사업장 특성에 따른 차이

다. 일대일 심층면접을 통한 질적 연구

- 질병 발생이 가구 경제에 미친 영향과 대응: 질병 발생 직후, 증장기적 영향과 대응
 - 질병 발생 이후 개인 및 가구의 경제활동 및 경제상태 변화
 - 경제적 위험에 대한 대응 방식과 결과
 - 가구 및 가구 구성원들에게 미친 영향
- 현 제도 및 정책의 적절성
 - 공적, 사적 안전망의 기능 및 문제점
- 가구의 소득 수준 및 가용 자원에 따른 차이 비교

라. 전문가 활용

- 전문가 자문을 통해 질병 발생으로 인한 경제적 위험을 완화하기 위한 제도 현황과 문제점 조사
- 질병으로 인한 경제적 위험을 완화하고 빈곤 이행 등 부정적인 영향을 줄이기 위한 정책과제에 대한 의견

마. 기타 문헌 고찰

- 병가 제도, 고용보험의 상병급여 등 질병 발생으로 인한 경제적 위험을 완화하기 위한 국내 법, 제도 조사
- 상병 시 휴가·휴직 제도 관련 노동시장 규제 및 공적 영역의 상병수당 제도 등 선진국들의 제도 및 정책 조사

제 2 장

질병의 경제적 영향 관련 논의

제1절 이론적 논의

제2절 체계적 문헌고찰: 질병의 영향 관련 국내 연구

제3절 체계적 문헌고찰: 질병의 영향 관련 국외 연구

제4절 소결

2

질병의 경제적 영향 관련 논의 <<

제1절 이론적 논의

1. 건강과 빈곤의 관계

건강은 교육과 함께 대표적인 인적 자본의 한 형태로서, 경제발전 과정의 중요한 투입 요소이다(WHO, 2002, pp. 5-6). 노동경제학이나 인적자본 이론에서는 건강을 개인의 경제활동에 영향을 미치는 중요한 요인으로 간주한다(Grossman, 1972, pp. 223-224; Becker, 1975, pp. 40-41). 개인은 초기 건강자본 스톡(the initial stock of health capital)을 일종의 유산으로 가지고 태어나는데 일반적으로 연령이 증가하면서 스톡은 감소하지만 투자를 통해 스톡의 감소를 지연시키거나 가속화시킬 수 있다(Grossman, 1972, pp. 223-224). 건강은 생산성으로 연결되는데 건강이 좋은 사람은 더 많은 재화와 서비스를 생산할 수 있으므로 개인과 가계는 더 높은 소득을 갖게 되고 사회적으로도 더 큰 부를 쌓을 수 있다. 반대로 건강하지 않다는 것은 낮은 생산성을 의미하고 한계 생산성으로 결정되는 시장임금은 낮게 정해지게 된다. 고용주 입장에서도 건강하지 않은 노동자를 고용하면 생산성이 낮아지므로 이로 인한 비용을 노동자에게 낮은 임금으로 전가한다. 이 때문에 다른 조건이 동일하다면, 건강하지 못한 개인은 임금이 낮은 일자리를 구하게 되거나 실업상태에 놓일 가능성이 높아지게 된다(이덕희, 김창엽, 2003, pp. 2-4). 이러한 논리는 사회적 선택설이라고도 불리는데 뒤에서 살펴보겠지만 사회

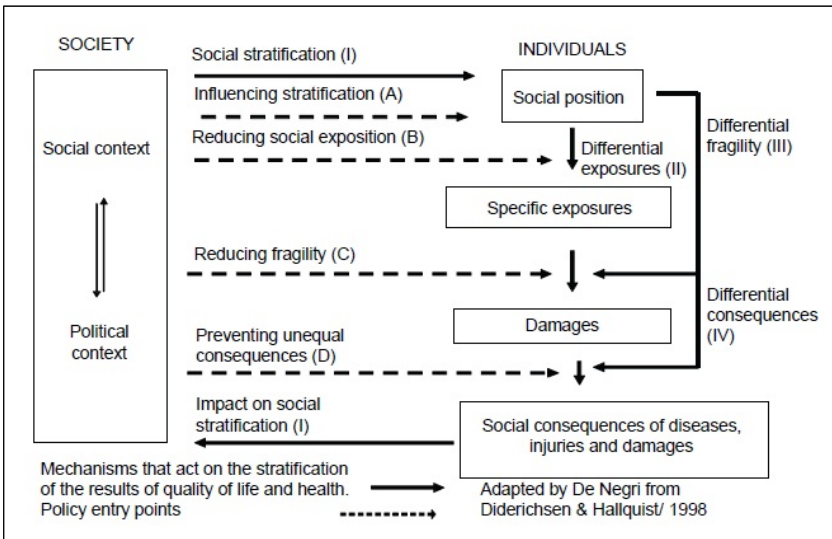
경제적 환경이 개인의 건강 수준에 영향을 미친다는 건강불평등 이론과 반대되는 이론으로 종종 언급된다. 즉, 노동시장 지위나 소득 수준에 따른 건강 수준의 차이는 사회경제적 특성이 건강에 영향을 미치는 것이 아니라 건강이 안 좋고 생산성이 낮아서 사회경제적 수준도 낮아진다는 입장이다.

일반적으로 건강불평등과 관련한 논의는 빈곤과 같은 사회경제적 상태가 건강에 영향을 미친다는 입장을 취한다. 그 경로를 설명하는 이론으로는 크게 절대소득가설과 상대소득가설이 있다. 절대소득가설 중 하나인 물질주의 이론(materialist theory)은 소득효과가 의식주와 같은 자원에 대한 접근성의 결과로 나타난다고 본다. 빈곤은 영양 결핍이나 열악한 주거 및 생활환경으로 이어지고 이는 그들의 건강을 악화시킨다. 반면 상대소득가설 중 하나로 심리사회적 이론(psycho-social theory)을 살펴볼 수 있는데 소득이 물질적인 측면보다는 지위나 명성, 통제력과 같은 상징적인 자원의 차이를 야기하고 이를 통해 건강수준에 영향을 미친다고 본다. 두 가지 가설은 대치된다기보다는 함께 영향을 주고받으며 사회경제적 상태에 따른 건강 수준의 차이를 설명한다고 볼 수 있는데 절대소득가설에서 말하는 물질적 자원에 대한 접근성 증가가 동시에 경제적 안정감과 같은 개인의 심리사회적 측면에도 영향을 미치고 반대로 상대소득가설이 말하는 높은 소득으로 인한 높은 사회적 지위가 동시에 다른 사람들이 구입할 수 없는 자원의 접근성에도 영향을 미치기 때문이다 (Kawachi, Adler, & Dow, 2010, pp. 56-58). 즉, 개인의 사회경제적 상태는 심리사회적 측면과 물질적 측면을 통해 동시에 건강에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다.

건강이 소득과 같은 사회경제적 상태에 영향을 미친다는 입장, 사회경제적 상태가 건강에 영향을 미친다는 두 가지 관점은 흔히 서로 대립되어

이용되지만 현실에서 둘 중 하나의 이론만이 작용한다고 말하기는 어렵다. 말하자면 건강하지 않기 때문에 노동시장의 지위가 불안정해지고 경제적으로 빈곤해지기도 하지만, 반대로 가난이나 열악한 노동환경으로 인해 질병의 위협에 노출될 가능성이 더 커지기도 한다. 또한 동일한 건강위험에 노출되더라도 이에 대한 대응 자원이 부족한 경우 건강상의 문제를 경험할 가능성이 더 커질 수 있다. 즉, 질병과 경제적 지위 간의 관계는 동태적이고 복합적으로 작용한다. 이는 때로 시간적 선후관계를 밝히기 어렵게 만드는 원인이다. 그러함에도 불구하고 이러한 복합적이고 동태적인 관계를 분석하여 건강과 빈곤의 관계를 통합적으로 설명하려는

[그림 2-1] Diderichsen의 건강불평등 설명모형



자료: De Negri, A. F. (2008). A human rights approach to quality of life and health: Applications to public health programming. Health and Human Rights 10/1, Published June 2008.
<http://www.hhrjournal.org/2013/09/a-human-rights-approach-to-quality-of-life-and-health-applications-to-public-health-programming-2/>에서 2018. 10. 15. 인출

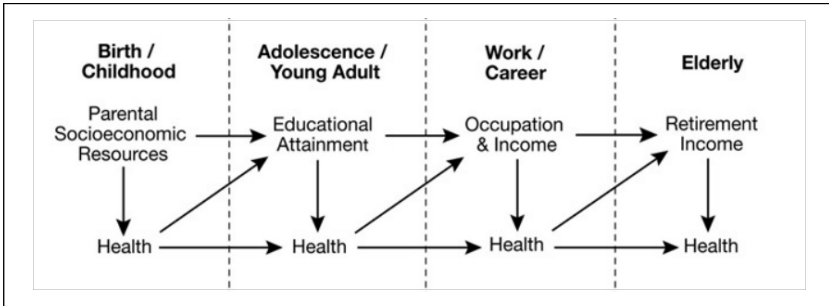
시도들이 있다. 예를 들어 Diderichsen은 사회경제적 지위가 건강에 영향을 미치고 다시 사회계층의 형성에 영향을 미치는 건강불평등 설명모형을 제시하였다. 비록 이 모형은 사회경제적 지위가 건강에 영향을 미치는 것을 중심에 놓고 각 단계에서 가능한 정책적 개입 방안을 제시하였지만 일방향이 아닌 건강과 빈곤이 서로 영향을 주고받는 동태적 관계를 보여 주었다는 점에서 의의가 있다.

건강과 빈곤의 상호관계는 개인의 생애주기를 놓고 볼 때도 관찰된다. 교육 수준 및 소득 수준이 낮은 엄마에게서 태어난 아이는 영양상태와 건강행동이 좋지 않아 전반적으로 건강하지 않을 수 있다. 아이의 건강상태는 아이가 성장한 후 청소년기 학업 성취에도 영향을 미칠 수 있다. 이는 성인이 되어서는 좋지 않은 일자리와 낮은 소득으로 연결되고 낮은 사회경제적 지위는 절대적인 측면에서, 상대적인 측면에서 다시금 건강에 좋지 않은 영향을 미친다. 노년기가 되었을 때 좋지 않은 건강은 은퇴 시기를 앞당기는 요인이 될 수 있고 청장년기 소득 수준이 낮음으로 인해 노년기에 빈곤상태에 놓일 가능성이 높다(Adler & Stewart, 2010, p. 10). 예를 들어 Brandt 등은 어린 시절 생활환경이 노인이 되었을 때 ‘성공적인 노화’(주요 질병이나 장애가 없고 인지 기능과 신체 기능이 높고 적극적인 사회활동 참여)의 결정요인임을 밝혔다(Brandt, Deidl, & Hank, 2012, pp. 1423-1424). 반대로 어린 시절 암과 같은 중증질환 경험이 성인이 되었을 때 소득에 영향을 미친다는 보고도 있다(Frobisher, 2017; Ghandour, 2017).

국내 자료를 이용하여 생애 초기의 건강과 생활여건이 성인기의 건강과 경제적인 성과에 미치는 영향을 규명하기 위한 시도들도 다수 이루어졌다(이철희, 2015, pp. 306-314). 1918년 인플루엔자 대유행, 한국전쟁과 같은 사건의 지역 간 변이를 이용하여 준실험적 연구 설계로 그 영

향을 추정한 연구들인데 태아기에 이와 같은 부정적인 사건에 대한 노출 정도가 심할수록 성인기 교육 성취 정도와 일자리의 질이 낮고 고령기의 건강에까지도 영향을 미쳤다고 보고하였다(Lee, 2014; Hong & Yoon, 2017). 이처럼 소득과 건강은 단기간뿐 아니라 개인의 생애를 놓고 장기간에 걸쳐 순환하면서 상호 간에 영향을 미칠 수 있다.

[그림 2-2] 생애주기에 걸친 사회경제적 지위와 건강의 관계



자료: Adler, N.E., Stewart, J., (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186 (2010) p. 10.

앞서 언급한 Diderichsen의 건강불평등 설명모형에서도 나타나듯 질병과 빈곤의 동태적 관계는 사회구조나 사회보장 제도에 따라 변화할 수 있다. 기본적인 사회안전망이 탄탄한 사회에서는 질병에 걸리더라도 빈곤층으로 떨어지는 경우가 드물 것이며, 소득 분배가 비교적 형평하게 이루어져 빈곤층이 적은 사회에서는 가난으로 인한 질병위험의 크기도 작을 것이다(Wilkinson & Pickett, 2006, p. 1774). 이런 측면에서 질병과 빈곤 간의 관계에 대한 논의는 개인이나 가구 수준의 대응과 변화뿐 아니라 사회구조와 맥락, 제도에 대한 논의를 필연적으로 요한다고 볼 수 있다.

한편, 건강과 빈곤의 관계는 동태적이고 사회구조나 환경이 복합적으

로 작용하여 그 관계를 밝히기 쉽지 않음에도 불구하고 그 관계를 규명하려는 시도들이 꾸준히 있어왔다. 소득이 건강에 미치는 영향과 관련하여 건강상태로 인한 소득 차이를 보정하기 위한 대표적인 접근은 예기치 않은 소득의 변화를 이용하는 방식이다. 예를 들어 복권 당첨이나 제도 변화로 인한 연금 액수의 변화 등이 해당된다(Lindahl, 2005; Case, 2004). 반대로 건강이 소득 등에 미치는 영향은 예기치 않은 질병 발생의 영향을 보는 방식으로 이루어졌다. 이러한 연구들은 몇 가지 한계에도 불구하고 건강과 빈곤의 동태적 관계를 밝히는 데 기여함과 동시에 건강불평등의 개선이라는 차원에서 정책적으로 개입 가능한 지점을 밝혔다. 즉, 건강과 빈곤의 영향 관계는 각 지점에 영향을 주는 정책 도입을 통해 변화할 수 있다. 다음 절에서는 가구 경제 차원으로 논의를 확대하여 질병의 영향을 살펴보기로 한다.

2. 질병이 가구 경제에 미치는 영향과 대응

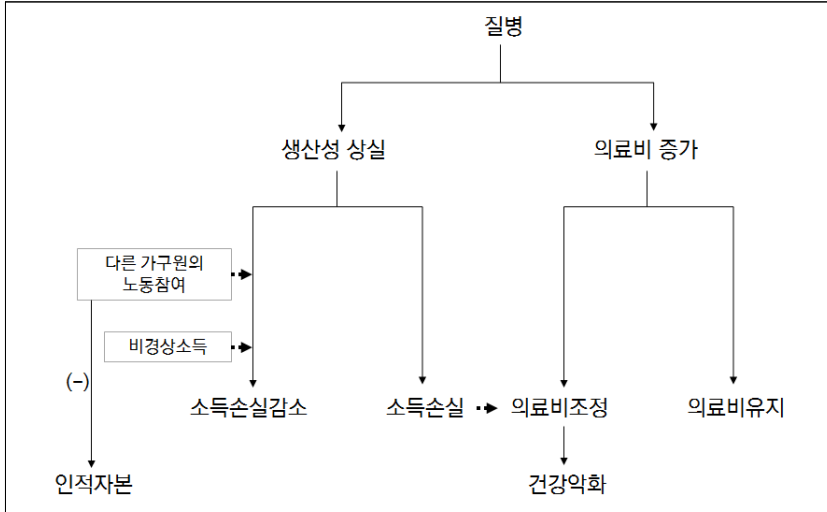
가구는 경제적 자원을 공유하는 단위이므로 건강문제의 경제적 영향을 보다 포괄적으로 이해하기 위해서는 가구 단위 접근이 필요하다. 예를 들어 개인이 건강상의 문제를 갖게 될 경우, 그 개인이 속한 가구에 영향을 미치게 된다. 가구 경제는 소득 감소와 지출 증가의 위험을 동시에 떠안게 되는데 높은 의료비 지출로 인한 재정적 압박과 함께 환자 또는 환자를 돌보는 사람이 일을 못하게 되어 근로소득이 감소할 위험에 직면하기 때문이다. 그러나 이러한 위험이 모든 가구에 동일한 크기로 나타나는 것은 아니며, 질병이 가구 경제에 미치는 영향은 가구의 대응 여력이나 방식, 사회안전망 등에 따라 달라질 수 있다.

이와 관련하여 김윤희(2010)는 질병이 가구 경제에 미치는 영향에 대

해 가구 차원에서 가능한 대응을 중심으로 다음과 같이 설명하고 있다. 우선 질병으로 인해 일을 못하게 됨에 따라 발생할 수 있는 가구소득의 감소 정도는 환자가 근로소득자였는지, 가구의 전체 소득에서 어느 정도 역할을 했는지에 따라 달라지며 가구 내 다른 구성원이 노동에 참여하여 얼마만큼의 소득을 보전할 수 있는지에 따라 달라질 수 있다. 또한 소득원을 다원화하는 방법을 취할 수도 있는데 예금 인출이나 재산 처분, 대출과 같은 비경상소득을 증가시켜 근로소득이 감소하더라도 총소득을 유지할 수 있다. 이와 같은 자원 동원은 질병으로 인한 소득 상실의 영향을 줄이면서 동시에 질병으로 인한 의료비 지출을 감당하기 위한 수단이기도 하다. 하지만 이와 같은 대응이 항상 가능한 것은 아니다. 질병으로 인한 생산성 손실이 발생하더라도 다른 가구원의 노동 참여가 가능하지 않다면 가구의 근로소득은 감소하게 되고 더 나아가 동원할 수 있는 다른 자원도 없다면 총소득이 감소하게 된다. 또한 재산 처분, 대출 등으로 일시적으로 비경상소득을 증가시켜 생활을 유지하더라도 이후 건강상태의 악화가 장기화되거나 노동시장으로 복귀하지 못할 경우 가구는 빈곤의 악순환에 빠질 수 있다(김윤희, 2010, pp. 32-33). 더 나아가 소득 손실을 만회하기 위해 다른 가구원이 학업을 포기하거나 양질의 일자리를 찾기 위한 직업 탐색 시간을 충분히 갖지 못할 경우 장기적인 인적 자본 형성에 부정적인 영향을 미치게 된다(Liu, 2016, p. 17).

한편, 지출 측면에서는 다른 지출을 줄임으로써 생계를 유지하는 전략을 취할 수 있다. 또한 의료비 지출을 감당할 수 없을 경우에는 의료 이용을 포기하거나 줄일 수 있으며, 더욱 저렴한 의료 서비스로 대체하는 등의 방법으로 의료비 지출 수준을 낮출 수 있다(김윤희, 2010, p. 32). 이 경우 의료비 조정은 건강 악화로 이어질 수 있다.

[그림 2-3] 질병이 가구 경제에 영향을 미치는 경로



주: 김윤희(2010 p. 33), Liu(2016, p. 17) 참고하여 정리

다음에서는 질병으로 인한 가구 경제의 변화와 대응을 의료비 지출과 생산성 상실의 두 측면으로 나누어 보다 구체적으로 살펴보기로 한다.

가. 의료비 지출로 인한 가구 경제의 변화와 대응

질병으로 인해 의료비 지출이 발생하고 이러한 지출이 보험을 통해 상쇄되지 않는 경우, 의료비 지출은 가구 경제에 영향을 미치게 된다. 가구의 의료비 부담을 나타내는 지표 중 하나로 사용되는 재난적 의료비(catastrophic health spending)는 가구소득 대비 일정 수준 이상의 의료비 지출로 측정되는데, “가계가 현재 보유한 구매력으로는 일상적인 생활이 어렵거나, 재무적인 안정 및 효용에 위협을 주는 자부담 의료비 수준”을 의미한다(이현규, 2018, p. 6).

이러한 의료비 부담이 발생할 때 가계는 다양한 방식으로 대응이 가능

하다. 우선 가계는 보유한 자원을 활용해 의료비 부담에 대응할 수 있다. 소득의 증가를 피하거나 신규 자산을 확보하는 방안이 고려될 수 있는데, 가계 간/가계 내 노동력 대체를 통한 근로소득 확보, 저축의 활용, 자산 매각, 부채 활용 등이 이에 해당된다(McIntyre et al., 2006, p. 860). 즉, 가계는 생애주기 동안의 불규칙한 자원 흐름을 분배하여 소비를 일정하게 유지하고자 저축과 차용을 하는데, 만약 건강 악화로 인해 과도한 의료비 지출이 발생하고 근로자가 소득활동을 중단해 단기 소득이 감소하는 경우, 가구는 소비지출을 줄이거나 혹은 신규 부채를 이용하여 소비를 유지한다(Bryant, 2005; 이현규, 2018, p. 11에서 재인용).

기존 선행 연구들도 이러한 가계의 재무적 대응을 실증적으로 뒷받침하였는데, 먼저 실증연구들을 리뷰한 Russell(2003, p. 28)에 따르면 가계는 의료비로 인한 부담을 줄이기 위해 저축을 이용하거나 대출을 받거나 자산을 매각하는 등 가계의 소득원을 다양화시키는 전략을 취한다. 소비지출과 자녀의 학비 등 미래에 대한 투자를 줄이고 더 나아가서는 생산 활동에 필수적인 보유 자산을 매각함으로써 의료비 부담에 대응한다. 국내 연구 중에서는 우경숙, 신영전(2015)이 의료비 부담에 따른 가계의 재무 대응 방식에 대해 연구하였는데, 재난적 의료비 지출이 발생한 가계는 단기적으로 대출이나 부채를 늘리고, 자산을 매각하거나, 저축을 이용하고, 사적 이전소득을 이용하여 재무적 대응을 하는 것으로 나타났다.

그러나 의료비 지출이 지속적으로 발생하는 경우, 시간이 지남에 따라 점차 이용 가능한 자원의 양이 감소한다는 점을 고려해야 한다. 자원의 증가 없이 소비지출만 증가하는 가계는 점차 자원 감소에 따른 소비 감소의 악순환에 빠질 가능성이 있다. 더욱이 소득이나 자산이 충분하지 못한 가계는 의료비 발생 시 효용을 단기간에 극대화할 수 있는 가능성이나 재무적인 위기에 대응할 역량의 부족으로 인해 가계 소비를 유지하기 어려

을 것이다(이현규, 2018, pp. 12-13).

한편, 질병으로 인한 의료비 부담은 가구의 소비지출에도 영향을 미친다. 의료비 부담의 증가는 기타 소비지출을 감소시키는 요인으로 작용한다. 가계의 효용을 결정하는 하나의 요소로서 소비가 갖는 의미를 고려할 때, 의료비 소비와 의료비 외 소비가 가진 균형적인 배분은 가계의 적절한 자원 배분 측면에서도 중요한데(이현규, 2018, p. 16), 선행 연구들은 가계의 의료비 부담이 증가할 경우 한정된 자원을 배분해야 하는 상황으로 인해 의료비 외 기타 소비가 감소한다는 것을 보이고 있다.

우선 중국 가계를 분석한 Wilkes, Hao, Bloom, Xingyuan(1997)의 연구 결과에 따르면, 의료비 부담이 커질수록 가계의 의료비 외 소비가 감소하는 것으로 나타났다. 또한 Russell(2003, p. 28)은 가계의 의료비 부담이 높을 경우 처음에는 비필수적인 항목에 대한 소비를 줄이지만 이후 생활에 필수적인 소비까지 줄일 가능성이 높아짐을 보였다. 국내 연구로, 재난적 의료비가 발생한 가계와 그렇지 않은 가계를 비교한 우경숙, 신영전(2015, pp. 191-192)의 연구에 따르면, 재난적 의료비가 발생한 가계의 기타 소비지출이 일반 가계보다 더 낮게 나타났다.

나. 생산성 상실로 인한 가구 경제의 변화와 대응

질병 발생은 생산성 손실을 야기하고 이는 임금 감소로 이어진다. 많은 선행 연구들은 질병이나 장애가 노동시장 참여에 부정적인 영향을 미친다는 것을 밝혔다. 다음 절에서 보다 구체적으로 살펴보겠지만 몇 가지 연구를 예로 들면, 우선 미국 중고령자에서 질병이나 장애의 발생은 일을 그만두게 하는 유의한 요인으로 나타났다(Bound et al., 1999). 중고령자뿐 아니라 30~59세의 청장년층을 대상으로 분석한 연구에서도 질병이

노동시장 참가에 영향을 미치는 유의한 요인이었다(Haan & Myck, 2009). 하지만 이러한 서구권 국가에서의 연구와는 달리 한국에서 중고령자를 대상으로 분석한 강동욱(2010)은 질병 발생이 경제적 지위에 유의한 영향을 미치지 않았다고 보고하였다.

질병으로 인한 생산성 상실은 다른 가구원의 노동 참여에도 영향을 미친다. 가족 내 한 명이 건강문제로 노동 공급을 줄이게 될 경우, 다른 가구 구성원들은 가구소득의 감소 정도를 줄이기 위하여 노동 공급을 늘릴 수 있다. 반대로 노동 참여가 감소할 수도 있는데, 아픈 환자를 간병할 필요가 있고, 간병에 드는 비용이 배우자나 다른 가구원의 노동 공급 증대로 얻는 수익을 초과한다면, 배우자나 다른 가구원은 노동 공급을 늘리기 보다는 유지하거나 오히려 줄일 것이다(이승렬, 2007, p. 47). 예를 들어 중고령자에서 심장마비, 암과 같은 건강충격의 영향을 살펴본 Coile(2004)은 아내가 건강문제를 경험할 경우 남편의 노동 공급은 다소 증가하나, 남편의 건강문제가 발생할 경우 오히려 아내의 노동 공급은 줄어들었다고 보고하였다. 만약 다른 가구원들이 노동 공급을 늘린다면 건강문제로 인한 가구의 소득 감소는 다소 완화될 수 있으나, 아픈 환자를 돌보기 위해 동반 실업이나 퇴직으로 이어진다면 가구의 소득은 더 큰 폭으로 감소할 수 있다.

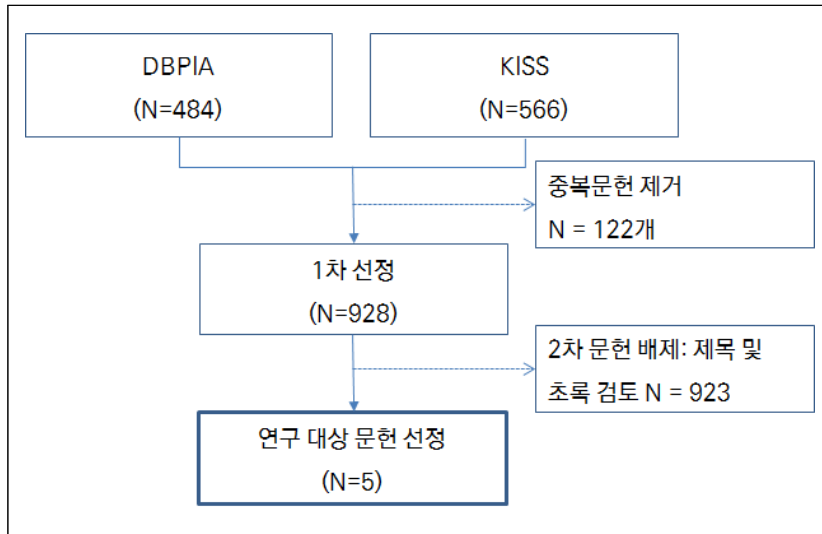
이상 개인의 질병이 가구의 경제상태에 영향을 미치는 다양한 경로와 그 대응들에 대해 살펴보았다. 이후 2절에서는 이러한 영향에 대한 실증적 분석 결과들을 검토해 보기로 한다.

제2절 체계적 문헌고찰: 질병의 영향 관련 국내 연구¹⁾

1. 연구 방법

누리미디어(DBPIA)와 한국학술정보(KISS)를 이용하여 관련 연구를 검색하였다. 검색은 2018년 11월에 실시하였으며 대상 문헌의 출판 시기는 한정하지 않았다. 문헌 검색 시 경제활동, 경제상태 관련 검색어는 ‘소득’, ‘고용’, ‘경제상태’, ‘경제활동’, ‘실직’, ‘실업’, ‘노동’을 이용하였는데 단어들 중 하나가 제목에 포함된 연구로 하였다. 건강 관련 검색어는 ‘질병’, ‘질환’, ‘건강’이라는 단어가 포함된 연구를 추출하였다. 총

[그림 2-4] 국내 문헌 선정 과정



1) 국내 문헌을 국외 문헌과 별도로 정리한 이유는 국외에서 다수의 연구가 진행된 것에 비해 국내에서 관련 연구가 매우 제한적이었기 때문이다. 따라서 연구 기간이나 연구 방법 등을 제한하지 않고 문헌을 검색하였다.

1050개의 문헌 중 중복을 제외하고 928개의 문헌이 남았는데 이들 중 한국인 대상이 아닌 연구, 장애인 등 특정 인구집단을 대상으로 한 연구, 60세 이상 노인만을 대상으로 한 연구를 제외하였다. 건강문제와 은퇴 결정의 관계를 분석한 연구 또한 제외하였는데 일시적인 경제활동 중단과 은퇴 결정은 다를 수 있기 때문이다. 우울 등 정신적 건강의 영향을 살펴본 연구를 제외하였고 신체적 건강이 경제활동 혹은 경제상태에 미치는 영향과 관련한 연구만을 포함하였다. 최종적으로 총 5개의 문헌을 검토하였다.

2. 연구 결과

선정된 문헌 5편 중 3편은 50세 이상 중고령자를 대상으로 한 연구였다. 우선 강동욱(2010)은 국민노후보장패널 조사 1차 연도(2005)부터 3차 연도(2009)까지의 자료를 이용하여 질병 또는 장애 발생에 따른 가구소득과 빈곤화 정도를 분석하였는데, 분석 결과 질병이나 장애가 중고령자의 경제적 지위에 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이에 대해 저자는 분석 대상의 평균 연령이 60세를 넘었다는 점에서 은퇴 시기와 겹쳐 있다는 점, 이로 인해 가구소득에서 중고령자의 역할이 크지 않았을 수 있고 더 나아가 은퇴 이후 공적, 사적 이전소득이 증가하여 노동 공급 중단으로 인한 소득 상실 정도가 크지 않을 수 있다고 하였다. 중고령자를 대상으로 한 또 다른 연구인 함선유(2016)는 한국고령화패널을 이용하여 50세 이상 중고령자에서의 건강문제가 본인과 배우자의 노동 공급에 미친 영향을 분석하였다. 최근 2년간 새롭게 진단받은 질병 및 사고와 ADL 지수 변화로 건강문제를 측정하였는데 분석 결과 암, 심뇌혈관 질환과 같은 중증질환의 발생은 중고령자 본인의 노동 공급을 유의하게

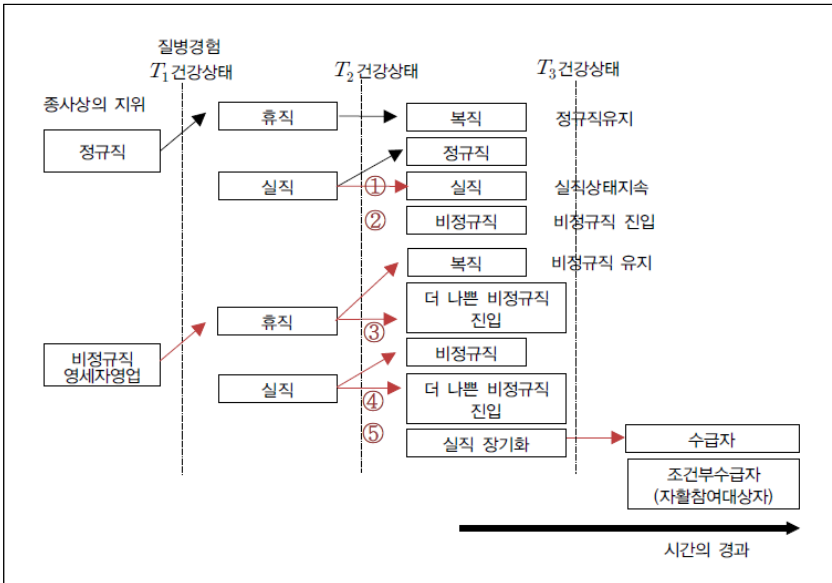
줄었다고 보고하였다. 한편 이 연구는 배우자의 노동 공급에 미친 영향 또한 분석하였는데 그 영향이 성별로 차별적이었다고 보고하였다. 즉, 아내의 건강 악화는 남성 배우자의 경제활동에 영향을 주지 않는 반면, 남편의 건강 악화는 여성 배우자의 노동 참여를 줄이는 것으로 나타났다.

강동욱(2010)도 지적하였듯 경제활동이 활발한 청장년층에서 질병 발생의 영향은 중고령자와는 다를 수 있다. 청장년층을 포함하여 분석한 연구는 양적 연구와 질적 연구 각각 1편씩인데 이들은 모두 개인 수준에서 질병 발생이 경제활동 및 경제상태에 미친 영향을 분석하였다.

김대환, 강성호(2015)는 한국의료패널 2008~2011년 자료를 이용하여 암, 심뇌혈관과 같은 중증질환 발생이 개인 수준의 경제활동 및 소득 상실에 미치는 영향을 분석하였다. 분석 결과에 따르면 중증질환이 발생할 경우 경제활동을 지속할 가능성 대비 중단할 가능성이 0.392였고 개인의 연간 소득은 36.1% 감소한 것으로 나타났다(김대환, 강성호, 2015, pp. 51-52). 이승윤, 김기태(2017)는 업무 외 이유로 질병을 경험한 노동자들에 대한 심층면접을 통해 이들의 고용 형태 및 경제상태가 어떻게 변화하는지를 분석하였다. 이들에 따르면 정규직과 비정규직 노동자에서 업무 외 상병으로 휴직할 수 있는 기회가 달랐는데 비정규직 노동자들의 경우 질병 발생 이후 바로 실직을 경험하였다. 또한 실직을 경험한 노동자들은 소득을 유지하기 위해 건강이 충분히 회복되기 전에 다시금 불안정한 노동을 지속하는 경향이 있는 것으로 나타났다(이승윤, 김기태, 2017, pp. 130-137). 이들은 노동자가 업무 외 상병을 겪게 될 경우 빈곤화되는 과정을, 질병 발생 당시 1)노동자의 종사상 지위(정규직, 비정규직)와 2)질병 경험 시점으로부터의 시간의 경과를 기준으로 크게 다섯 가지 유형으로 제시하였다. 먼저, 정규직 노동자가 업무 외 이유로 질병을 갖게 되면 휴직 혹은 실직상태에 놓이게 된다. 휴직하였던 노동자는

이후 건강이 회복되어 원래의 직장으로 복귀할 수 있다. 만약 실직하였다면 건강이 회복된 후 다시 정규직으로 재취업을 할 수도 있다. 하지만 실직 이후 재취업하지 못하고 실직상태가 지속될 수 있고(유형①) 정규직이 아닌 비정규직 일자리로 진입할 수 있다(유형②). 과거 정규직 노동자는 이와 같은 두 가지 경로를 통해 빈곤화할 수 있다(이승윤, 김기태, 2017, p. 128).

[그림 2-5] 건강상태와 종사상 지위 변화의 경로들



자료: 이승윤, 김기태. (2017). 아픈 노동자는 왜 가난해지는가?. 한국사회정책, 24(4), p. 129.

정규직 노동자에 비해 비정규직 노동자는 보다 쉽게 빈곤의 위험에 노출될 수 있다. 우선 비정규직 노동자가 건강상의 문제로 휴직하게 되었다가 질병에서 벗어나 복직하거나 다시 비정규직으로 재취업할 경우에는 기존의 소득 수준을 유지하게 되지만, 질병에서 회복된 뒤 더 나쁜 비정

34 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

규직으로 진입할 경우(유형③, 유형④)에는 기존과 동일한 수준의 소득을 보장받기 어려워진다. 또한 비정규직 노동자가 건강상의 문제로 실직한 뒤 일자리를 찾지 못하고 실직이 장기화될 수 있다(유형⑤). 이 경우 기초생활보장 제도의 수급자 혹은 조건부 수급자로 이행될 수 있다(이승윤, 김기태, 2017, p. 129). 즉, 한국 사회의 노동자는 질병이 발생할 경우, 자신의 종사상 지위에 따라 차별적으로 휴직의 기회를 얻으며, 노동시장에서 더욱 불안정한 위치로 밀리거나 실직을 경험하다가 빈곤해진다는 것이다(이승윤, 김기태, 2018, p. 145).

〈표 2-1〉 질병이 개인·가구의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향에 대한 국내 연구

연구자 (연도)	연구 대상	자료원	건강 변수	경제상태 변수	결과
강동욱 (2010)	50세 이상 중고령자	국민노후 보장패널 2005~20 09	질병, 장애 발생	가구소득, 빈곤화	질병, 장애 발생이 소득 및 빈곤화에 영향을 미치지 않음.
이은경 (2014)	50세 이상 중고령자	한국고령 화패널 2010, 2012	주관적 건강상태, ADL, IADL, 만성질환 수	경제활동 참여	건강상태 좋은 경우 노동시장 참여 가능성 51% 증가
함선유 (2016)	50세 이상 중고령자	한국고령 화패널 2006~20 12	질병, 사고 ADL 지수	본인의 경제활동 배우자의 경제활동	질병이 발생한 사람의 노동 공급이 감소함. 남성은 아내의 건강문제에 영향을 받지 않고 여성은 남편의 건강문제에 노동 공급을 중단함.
김대환· 강성호 (2015)	중증질환 발생한 20세 이상 성인	한국의료 패널 2008~20 11	암, 심뇌혈관 질환	경제활동 참여 개인소득	질환 발생은 개인의 소득과 근로활동 참여 정도를 감소시킴.
이승윤· 김기태 (2017)	질병을 경험한 40~59세 노동자	심층면접	천식, 암 등 만성질환	개인의 경제활동	정규직과 비정규직에서 차별적인 휴직 기회 회복 전 경제활동 재개, 소득 감소와 대출 혹은 지인의 도움으로 소득 상실 보전

제3절 체계적 문헌고찰: 질병의 영향 관련 국외 연구

1. 연구 방법

체계적 문헌 고찰에서 연구 주제는 PICO로 알려져 있는데 즉, P: 대상군(patients, population, problem), I: 중재 방법 혹은 노출(intervention, exposure), C: 비교군(comparison, control), O: 결과(outcome)에 대한 주요 연구 질문으로 구성된다. 여기에 포함/배제 기준으로 추적관찰 기간(time), 연구 세팅(setting), 연구 설계(study design)를 포함하여 PICOTS-SD의 개념으로 제시되기도 한다(김수영 외, 2011, p. 31).

본 연구에서는 다음과 같이 핵심 질문을 정리하였는데, 우선 대상자는 경제활동연령에 있는 일반 인구집단이고 중재변수는 질병 발생이다. 연구 결과는 개인/가구 수준의 고용과 소득, 부채이다. 연구 설계는 단면연구(cross-sectional studies), 관찰연구(observational studies), 코호트연구(cohort studies)와 종단연구(longitudinal study)를 포함하였다. 비교군 존재 여부, 관찰 시점, 연구 세팅은 제한하지 않았다.

〈표 2-2〉 체계적 문헌 고찰을 위한 연구 질문

구분	내용
연구 대상	경제활동연령 일반 인구집단(15~60세)
중재, 노출	질병 발생
비교군	-
연구 결과	개인/가구 수준의 고용, 소득, 부채
관찰 시점	-
연구 세팅	-
연구 설계	단면연구, 관찰연구, 코호트연구, 종단연구

이와 같은 연구 질문에 부합하는 기존 선행 연구를 검토하여 주요 검색어(Keyword)를 선정하였다. 본 연구의 중재변수와 관련하여 질병 발생, 건강충격 등이라는 용어를 사용하였고 상대적으로 영향이 크리라고 예상되는 주요 증증질환인 암, 심장 질환, 뇌혈관 질환에 대해 질병명을 이용하여 추가로 검색하였다. 종속변수로서 질병의 경제적 영향과 관련된 변수는 실업, 소득 등으로 관련 용어를 이용하였다. 해당 키워드가 제목과 초록에 사용된 경우로 제한하였고 해당 주요어와 유사한 의미를 가진 키워드를 MeSH(Medical Subject Heading) 용어에서 추가적으로 검색하여 포함하였다.²⁾

〈표 2-3〉 체계적 문헌 고찰 검색어

	질병 발생	경제적 영향
제목, 초록	onset of disease, disease occurrence, ill health, illness, health event*, health shock* cancer, neoplas*, tumor, heart disease*, heart arrest*, cardiovascular, cerebrovascular	re-employment, re-work, labo(u)r (market) outcome*, labo(u)r effect*, return* to work, work return, labo(u)r force (market) participation, job loss, work loss, wage*, earnings, economic (financial) impact* (effect*, consequence*)
MeSH 용어	neoplasms, carcinoma, heart diseases, heart arrest, heart failure	employment, unemployment, Salaries and Fringe Benefits, income

검색엔진으로는 미국 국립 의학 도서관의 Pubmed(www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)를 이용하였다.³⁾ 최근 5년에 해당하는 2013년 이후

2) MeSH term은 국제적으로 의료 정보 혹은 논문을 색인하는 데 광범위하게 사용되고 검색 효율성이 높은 용어로 특히 보건학, 의학 분야 논문 검색에서 가장 보편적으로 활용되고 있다.

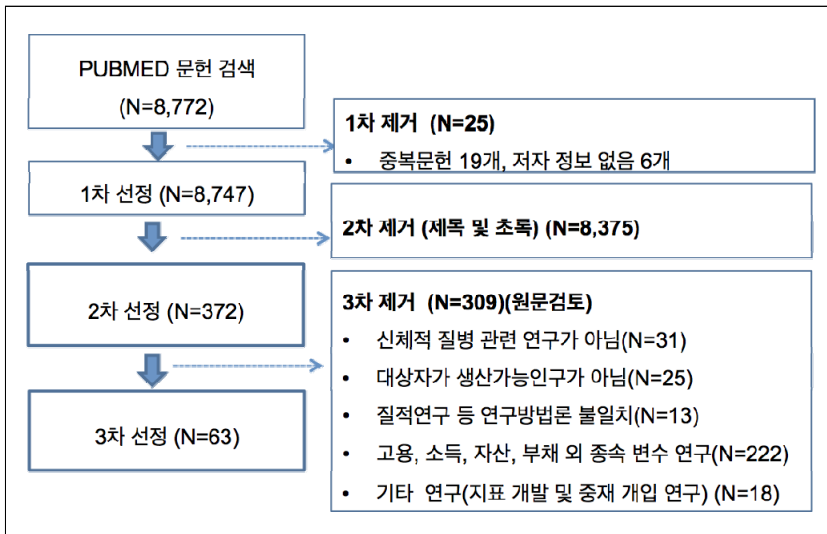
3) 문헌 고찰을 위한 펌메드(pubmed) 명령문

출판 문헌으로 제한하였는데 총 8772개의 문헌이 검색되었다. 총 4단계를 거쳐 논문을 검토하여 선정하였는데 1차적으로 중복 문헌을 제거하였다. 다음으로 2명의 연구진이 제목과 초록, 원문 검토를 통해 관련이 없는 문헌을 제외하였는데 포함, 배제 기준은 대상자, 중재변수, 결과지표 등 연구 설계에 근거하여 정하였다. 우선 대상자는 생산가능연령으로 소득과 경제활동에 가장 많은 영향을 받을 수 있는 집단으로 보았다. 연구 대상자의 연령이 경제활동연령에 해당되지 않으면 배제하였다. 예를 들어 고령자가 분석 대상에 포함되더라도 60세 이하 인구집단도 분석 대상에 포함된 경우는 포함하였지만 60세 이상 고령자만을 대상으로 분석한 연구는 제외하였다. 종속변수는 크게 소득과 노동시장 결과로 분류할 수 있다. 소득의 경우 근로에 따른 개인 임금과 가구 수준의 소득, 부채 등을 지표로 선정하였고 다른 가구 구성원의 소득과 관련한 연구도 포함하였

질병 발생	("onset of disease"[tiab] OR "disease occurrence"[tiab] OR "ill health"[tiab] OR "ill-health"[tiab] OR illness[tiab] OR "health event"[tiab] OR "health shock"[tiab] OR "health events"[tiab] OR "health shocks"[tiab] OR cancer[tiab] OR neoplasia[tiab] OR neoplasms[tiab] OR neoplasms[mesh] OR carcinoma[tiab] OR carcinoma[mesh] OR tumor[tiab] OR "heart diseases"[tiab] OR "heart disease"[tiab] OR "heart diseases"[mesh] OR "heart arrests"[tiab] OR "heart arrest"[tiab] OR "heart arrest"[mesh] OR "heart failure"[tiab] OR "heart failure"[mesh] OR cardiovascular[tiab] OR cerebrovascular[tiab])
소득 혹은 경제 상태	(re-employment[tiab] OR re-work[tiab] OR employment[Mesh] OR employment[tiab] OR unemployment[Mesh] OR unemployment[tiab] OR "labor market outcome"[tiab] OR "labor market outcomes"[tiab] OR "labour market outcome"[tiab] OR "labour market outcomes"[tiab] OR "labor outcome"[tiab] OR "labor outcomes"[tiab] OR "labour outcome"[tiab] OR "labour outcomes"[tiab] OR "labor effect"[tiab] OR "labor effects"[tiab] OR "labour effect"[tiab] OR "labour effects"[tiab] OR "return to work"[tiab] OR "returning to work"[tiab] OR "work return"[tiab] OR "labor force participation"[tiab] OR "labour force participation"[tiab] OR "labor market participation"[tiab] OR "labour market participation"[tiab] OR "job loss"[tiab] OR "work loss"[tiab] OR wage[tiab] OR wages[tiab] OR Salaries and Fringe Benefits[Mesh] OR earnings[tiab] OR income[tiab] OR income[Mesh] OR "economic impact"[tiab] OR "economic effect"[tiab] OR "economic consequence"[tiab] OR "financial impact"[tiab] OR "financial effect"[tiab] OR "financial consequence"[tiab] OR "economic impacts"[tiab] OR economic effects[tiab] OR "economic consequences"[tiab] OR "financial impacts"[tiab] OR "financial effects"[tiab] OR "financial consequences"[tiab])

다. 노동시장 결과변수로서 경제활동은 본인의 고용상태(employment status), 퇴직과 실업, 직장으로의 복귀(return to work) 등이 해당되며 다른 가구 구성원의 경제활동과 관련한 연구도 포함하였다. 마지막으로 본 연구는 질적 연구 방법론(인터뷰, 포커스 그룹 등)을 활용한 연구와 무작위, 비무작위 배정 등을 통한 임상 연구(Clinical trial)를 제외하였다. 종속변수로 주관적인 경제적 어려움, 경제적 부담 등을 지표로 사용한 경우는 제외하였고 질병 비용과 같은 생산성 손실, 국가 수준의 질병 부담(Disease burden)을 추정한 연구를 제외했다. 이와 같은 포함 및 배제 기준을 적용한 문헌 선정 과정은 [그림 2-6]과 같다. 2명의 연구진이 문헌 포함 및 배제 기준을 바탕으로 교차 확인했으며, 연구 주제에 적합한 논문을 총 63건 선정하였다.

[그림 2-6] 체계적 문헌 고찰을 위한 문헌 선정 과정(flowchart)



2. 연구 결과

본 연구를 위해 암, 심뇌혈관계 질환의 중증질환과 특정 질병을 지정하지 않고 질병 발생, 불건강, 건강충격 등의 용어를 사용하여 문헌을 검색하였는데 중증질환으로 볼 경우 대부분이 암 질환을 가진 환자들을 대상으로 관찰하고 있었다. 암 질환을 세부적으로 선정하여 살펴본 연구가 있는 반면, 암 질환 전체를 독립변수로 선정하여 질환 발생으로 인한 영향을 분석한 연구도 있었다. 그 외 건강충격이나 포괄적인 불건강, 만성질환의 영향을 살펴본 연구가 8편 정도였다.

독립변수는 크게 소득 및 임금, 노동시장 결과로 나눌 수 있었다. 소득 및 임금은 질병을 경험한 개인 수준의 측정뿐만 아니라 가구소득으로 이어지는 영향을 살펴보는 연구까지 여러 변수를 결과변수로 측정하였다. 대부분의 연구는 질병이 개인의 소득 및 경제활동에 미치는 영향을 탐색하였고 일부 연구에서는 가구소득 전체에 미치는 영향을 살펴보았다. 질병이 가구 구성원의 소득으로 이어지는 직간접 경로를 규명하여 질병이 가구 전반에 미칠 수 있는 영향을 다양하게 살펴보고자 했다.

노동시장에서의 경제활동 결과변수는 원래 근무하던 직장으로의 복귀(return to work), 실업과 해고, 퇴직 등이 있었으며, 소득 관련 변수로는 개인소득인 임금과 가구소득이 있었고 소득 외에 경제상태 관련 변수로 부채, 파산(foreclosure), 빈곤 등이 있었다.

연구 설계로 볼 경우 크게 질병 발생 전후를 비교하는 방식과 질병이 있는 집단과 없는 집단을 비교하는 방식이 가능하다. 질병 발생의 영향을 보기 위해서 가장 이상적인 방식은 두 가지를 모두 사용하는 것이다. 말하자면 질병이 발생한 그룹에서의 전후 변화와 질병이 발생하지 않은 그룹에서의 전후 변화를 비교하여 질병 발생의 영향을 추정하는 방식이다.

수집된 자료의 한계로 인해 이와 같은 방식을 적용한 연구는 절반 이하로 많지 않았는데 질병이 있는 그룹만을 대상으로 하여 분석하거나 단면자료를 활용하여 질병이 있는 그룹과 없는 그룹을 비교한 연구가 다수를 차지하였다.

암과 같은 질병의 영향을 살펴본 연구들은 질병 레지스트리(Disease Registry)와 질병 코호트 자료원을 활용하거나(Duijts, Kieffer, Muijen, & Beek, 2017), 의료기관의 입·내원 환자를 대상으로 설문을 시행하여(Paul C et al., 2016), 질환 발생 이후 소득 및 경제활동 변화, 추이를 살펴보았다. 이러한 연구들은 비교집단 없이 특정 질병에 이환된 사람만을 대상으로 하여 질병 발생후 시간이 흐름에 따라 경제활동이나 경제상태가 어떻게 변화하는지를 분석하였다.

건강충격 혹은 특정 질병을 가진 집단에서의 질병 발생의 영향을 보는 경우 일반적으로 비교집단은 질병에 이환되지 않은 일반 인구집단이다. 다수의 연구들은 동일한 자료원에서 질환이 없는 일반 인구집단과 질환을 가진 환자로 구분하여 두 집단을 단순 비교하였다(예를 들어 Ward, 2015; Houle & Keene, 2015). 일부 연구들은 주요 관심 대상인 특정 질환을 가진 환자와 일반 인구 집단에서 비슷한 사회경제적 특성을 가진 사람들을 매칭하여 비교하는 방식을 취하고 있었다. 성향점수매칭 방법(Propensity Matching Score, PSM)을 이용하여 연구 대상과 비슷한 특징을 가진 일반 인구집단을 선정하는 방식이 많이 활용되고 있었고(예를 들어 Lee & Yun, 2015; Candon, 2015), Coarsened Exact Matching 방식을 이용하여 비교군을 선정하고 관심 연구집단에서 질병 발생의 영향을 살펴본 연구들도 있었다(Jeon, 2017; Jeon & Pohl, 2017).

가. 개인의 고용과 소득

1) 개인소득

개인 수준에서 질병 발생의 영향을 분석한 연구들은 주로 고용상태 및 경제활동에 대한 연구들이며 소득이나 임금에 대해 분석한 연구는 9편으로 많지 않았다. 덴마크(Andersen et al., 2015; Bode-Thomas et al., 2017; Heinesen, 2013), 크로아티아(Babic, 2015), 캐나다(Jeon, 2017), 이스라엘(Rottenberg, 2017), 일본(Ito, 2015), 한국(Lee, 2015)에서 진행된 연구들이며 미얀마에서 진행된 연구는 생활비 감소 등 경제적 어려움을 조사하였다(Sukery, Mirzaeib, Stephen, 2017). 대부분의 연구들은 질병 발생 이후 개인의 임금과 소득이 감소한다고 보고하였다. 특히 일반 인구집단과 비교 시, 질병 발생 이후 임금과 소득이 크게 감소한 것으로 나타났다. 먼저, 유방암 환자를 대상으로 진행한 Andersen et al.(2015, p. 5)의 연구에서는 질병 진단 이후 3년간 소득 변화를 비교했는데, 질환을 가진 환자가 일반 인구집단에 비해 2.7%가량 소득이 낮았다. 유방암 환자 대상 연구(Bode-Thomas et al., 2017, p. 5)에서 암 환자에서 소득 감소가 나타났고 암 진단 이후 처음 3년 동안 소득 감소 폭이 컸다. 덴마크에서의 또 다른 연구인 Heinesen(2013, p. 1034)은 유방암, 대장암 환자에서 가처분 소득이 감소하였다고 보고하였는데 1년 차에는 유방암 환자에서만 감소 정도가 유의했고 3년 차에는 유방암과 대장암에서 18~21%가량 소득이 감소하였다. 캐나다에서의 연구 또한 암 진단 3년 차 동안 임금이 10% 감소했다고 보고한 반면(Jeon, 2017, p. 671) 이스라엘에서의 연구는 소득 감소가 유의하지 않았다고 보고하였다(Rottenberg, 2017, p. 119). 기존 연구에서 대체적으로 중

증질환인 암의 경우 진단 후 3년까지 소득 감소가 나타났다.

질병을 경험한 노동자가 소득이 감소하는 양상은 선정된 문헌에 포함 된 대부분의 국가들에서 관찰된다. 예를 들어 덴마크에서 암 환자들의 소득은 일반 인구집단에 비해 2.7%가량 낮은 반면(Andersen et al., 2015, p. 5), 캐나다에서는 평균적으로 10%가량 임금이 낮았다(Jeon, 2017, p. 671). 크로아티아에서는 17.9%가 임금 감소를 경험했다(Babic, 2015, p. 999). 한국에서 단면연구(Cross sectional) 자료를 활용하여 일반 인구집단과 암 생존자의 소득을 비교한 연구는 월 소득 3천 달러 이하인 인구 비율이 일반 인구집단과 암 환자에서 각각 53.3%, 63.4%로 암 생존자의 소득 수준이 더 낮았다고 보고하였다(Lee & Yun, 2015, p. 356). 질병의 종류가 다르므로 직접적인 비교는 어렵지만 전반적으로 덴마크에 비해 크로아티아나 한국에서 소득 감소 정도가 더 큰 것으로 나타난다. 이러한 국가 간 차이는 다음 장에서 보다 구체적으로 살펴보겠지만 제도의 차이에서 기인할 수 있는데, 말하자면, 상병소득, 유급병가 제도와 같이 아픈 노동자를 보호하기 위한 소득보장 제도는 국가별로 차이가 있다.

몇몇 연구들은 인구집단별로 질병 발생이 소득에 미치는 영향을 비교하였는데, 예를 들어 Heinesen(2013, pp. 1037-1038)에 따르면 암 진단 3년 차에 교육수준이 낮은 집단에서 암 환자와 일반 인구 집단 간 소득수준의 차이가 있는 것으로 나타났지만 대학 이상인 경우에는 차이가 없었다.

2) 고용

질병 발생이 경제활동에 미치는 영향과 관련해서는 미국에서의 연구가 많은 편이다. 미국에서 일반 인구집단과 암 환자를 비교했을 때 고용률이

각각 74.1%, 55.5%로 약 20%포인트 차이가 있었다(Clarke, 2015, p. 835). 또 다른 연구에서는 암 발생 전 경제활동을 하던 인구의 72%가 암 진단 5년 시점에 고용상태에 있었다(Blinder, Patil, Eberle, Griggs, Maly, 2013, p. 407). 암 환자를 대상으로 분석한 연구와 비교할 때 복합만성질환의 영향을 분석한 연구에서 질병이 경제활동에 미치는 영향은 상대적으로 작은 것으로 나타나는데 고용률이 11~29% 감소하는 것으로 나타났다(Ward, 2015, p. 943).

유럽에서도 몇몇 연구들이 진행되었는데 예를 들어 네덜란드에서 암 발생 전 고용상태에 있던 사람들의 18%가 경제활동을 중단하였고(Duijts, 2017, p. 176), 덴마크에서 1년 후 일하지 않을 확률 차이는 0.055~0.061이었고(Heinesen, 2013, p. 1034), 진단 3년 후에는 7.8% 낮았다(Thielen, Kolodziejczyk, Andersen, Heinesen, Finn, 2015, p. 7). 노르웨이에서 암 진단 15~39개월 이후에 임금근로자의 18%가 일을 하지 않고 있었다고 보고한 연구가 있는 반면(Torp, Syse, Paraponaris, Gudbergsson, 2017, p. 189), 일반 인구집단과 암 환자의 경제활동을 비교한 또 다른 연구는 일반 인구집단과의 차이가 크지 않았다고 보고하였다(Torp, Nielsen, Fossa, Gudbergsson, Dahl, 2013, p. 116). 호주에서 진행된 연구는 일반 인구집단에서 고용률이 8% 변화하는 동안 암 환자는 27%가 근로를 중단했다고 보고했다(Gordon et al., 2014, p. 1). 일본에서의 연구는 암 환자의 1년 내 직장 복귀율이 62.3%인 것으로 나타났다(Endo, Haruyama, Takahashi, Nishiura, Kojimahara, Yamaguchi, 2016, p. 320).

앞서 개별 연구들을 비교 시 다른 국가들에 비해 미국에서 질환으로 인한 경제활동 감소가 더 큰 편인데 미국과 덴마크에서 중증질환이 고용상태에 미치는 영향을 직접 비교한 연구에서도 비슷한 결과가 확인되었다.

Datta Gupta(2015, p. 47)에 따르면 암과 심뇌혈관계 질환 진단 2년 차에 일하지 않을 평균한계효과(average partial effect)는 미국 남성에서 각 질환별로 0.139, 0.180인 반면 덴마크 남성에서 0.098, 0.079였다. 미국에서 경제활동 중단 시 소득 상실의 위험이 더 높고, 직장에서 제공하는 건강보험 혜택을 받지 못하므로 더 일자리를 지속하는 경향이 높을 것으로 예상할 수 있다. 하지만 개인의 선호와는 달리 업무 외 상병에 대한 휴가나 휴직 제도가 국가 차원에서 규제되지 않는 경우 질병 발생 시 노동자의 실직 위험은 더 높아질 수 있다. 또한 노동시장에서 한번 이탈할 경우 다시 일자리를 구하는 게 쉽지 않으므로 업무 외 상병 관련 고용 안정성을 보장하는 제도가 갖추어지지 않은 경우 질병 발생으로 인한 경제활동 감소 정도가 더 클 수 있다.

질병이 발생한 경우 더 나쁜 일자리에서 일하는 현상 또한 관찰된다. 한국에서 단면자료를 분석한 연구에 따르면 암 생존자 중 임금근로자 비율은 48.8%, 일반 인구집단에서의 그 비율은 55.9%로, 암 생존자가 일반 인구집단에 비해 임금근로자일 가능성은 낮고(OR: 0.74, 95% CI: 0.72-0.75), 일용직 근로자일 가능성은 높았다(OR: 1.67, 95% CI: 1.60-1.74)(Lee & Yun, 2015, p. 354).

질병 발생 후 경제활동을 하는 비율은 고용 형태에 따라서 다른 것으로 나타났다. 노르웨이 연구는 암 진단 15~39개월 시점에 자영업자의 24%, 임금근로자의 18%가 일하지 않고 있었다고 보고하였다(Torp, Syse, Paraponaris, Gudbergsson, 2017, p. 194). 일본에서의 연구에 따르면 동일한 암 생존자라 하더라도, 정규직에 비해 비정규직이 경제활동을 하지 않을 가능성이 높았으며(OR: 5.30, 95% CI: 1.18-21.35), 암 환자 전체 직장 복귀율이 75.8%인 데 반해, 비정규직은 절반만이 현 직장에 복귀할 수 있었다(Ito et al., 2015, pp. 720-721). 부인과 암 발생 후

경제활동 변화를 분석한 Nakamura et al.(2016, p. 1) 또한 유사한 결과를 보고하였다. 미국, 스페인, 호주에서 심근경색의 영향을 분석한 연구에 따르면(Dreyer et al., 2016, pp. 47-48) 질병 발생 12개월 후 전체 인구 중 86.4%가 고용상태에 있었는데, 전문직 및 관리자에 비해 육체노동자인 경우 일하지 않는 비율이 유의하게 높았다(OR 5.22, 95%CI 2.31-11.82).

나. 가구의 경제활동, 경제상태

가구 수준에서 질병의 경제적 영향을 살펴본 연구는 미국, 네덜란드, 호주, 캐나다 등에서의 연구와 중국, 베트남, 인도네시아와 같은 아시아 국가에서의 연구가 있다. 미국에서의 연구는 암 환자가 있는 가구에서 일반 가구에 비해 가구소득이 20% 이상 낮았다고 보고했고(Zajacova et al., 2015, p. 4428) 만성질환자에서 채무 불이행의 OR은 1.63, 압류를 경험할 OR은 2.63이라고 보고하였다(Houle & Keene, 2015, p. 385). 새로운 건강문제가 발생할 경우 무보증 부채를 질 OR은 1.23이었고 보험이 없는 경우 OR값은 1.39로 더 높아진다고 하였다(Barbiarz, Widdows, Yilmazer, 2013, pp. 1187-1190). 호주에서의 연구는 혈액종양 환자의 절반 이상(63.0%)이 질병 진단 후 가구소득이 감소하였다고 보고하였다(Paul, Boyes, Hall, Bisquera, Miller, O'Brien et al., 2016, p. 4739). 캐나다에서의 연구는 암 환자가 여성인 경우와 남성인 경우 가구소득의 변화 정도가 달랐다고 보고하였는데 여성이 암 환자인 경우 가구소득이 4.8% 감소하고 남성이 암 환자인 경우 가구소득이 8.5% 감소하였다고 보고하였다(Jeon & Pohl, 2017, p. 2). 스웨덴에서의 연구는 가처분소득이 4%가량 감소하였다고 보고하였고(Wiberg,

Friberg, Palmer, Stenbeck, 2015, p. 432) 네덜란드에서의 연구는 중앙 환자에서 개인 혹은 가구 소득이 감소하지 않았다고 보고하였다(Cabus, Groot, Maassen, & Brink, 2016, p. 419).

아시아 국가들 중 중국에서의 연구는 건강충격이 있는 경우 당사자의 소득은 감소하지만 이전소득 증가로 가구소득의 감소 정도는 크지 않았고 가구주가 아픈 경우 아동 노동이 증가한 것으로 나타났다(Liu, 2016, p. 25). 베트남에서 일상 활동을 하지 못하는 하루 당 가계 소득은 2.8% 감소한 것으로 나타났다(Mitra, Palmer, Mont, Groce, 2016, p. 897).

측정 방식(소득 종류, 측정 시점) 등이 달라 직접적으로 비교하기는 어렵지만 가구소득의 감소 정도를 제시한 연구들을 비교할 경우 미국에서 가구소득의 감소 정도가 가장 크고 캐나다, 스웨덴, 네덜란드 순으로 가구소득에서의 감소 정도가 작았다.

배우자의 고용 형태에 미친 영향을 살펴본 연구들이 있는데 미국에서의 연구는 유방암 환자 배우자의 32%가 근로시간을 줄였다고 보고했지만 64%는 배우자의 암 치료를 위해 건강보험을 유지해야 하므로 근로를 지속하고 있다고 보고하였다(Veenstra et al., 2017, p. 916). Bradley(2013, p. 227)는 미국에서 유방암 환자의 남편은 치료 기간 2개월 정도를 지나면서 노동시간을 줄일 가능성이 많아지지만 9개월 정도 지날 경우 일반 인구집단과 큰 차이는 없어진다고 보고하였다. 반면 캐나다에서의 연구는 배우자의 암 진단 5년 차에 경제활동에 참여하는 비율이 2.4%포인트 감소했다고 보고하였다(Jeon & Paul, 2017, p. 2).

〈표 2-4〉 질병에 따른 소득 및 경제활동 변화 관련 연구(개인 수준)

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Blinder	2013	미국	캘리포니아 유방암, 자궁암 치료 프로그램 가입여성 전화조사	기술통계	유방암	고용 상태	26~85세	-	6개월 36% 고용, 18개월 57% 고용, 60개월 72% 복귀하지 않을 가능성은 연간소득 10,000 USD 미만에서 높음.
Carter	2013	뉴질랜드	Longitudinal Survey of Family, Income and Employment (SoFIE) 2002-2009	패널고정 효과로지 스틱회귀 분석	임원 혹은 암등록	일하지 않음	25~54세	일반 인구집단	일하지 않을 OR 1.58
Gunnarsd ottir, H. K.	2013	덴마크, 핀란드, 아이슬란 드, 노르웨이	ANOCWO study	로지스틱 회귀분석	전립선 암, 고환암, 립프종	고용	25~57세	암 생존자 일반인	고용상태에 있을 가능성: 림프종 OR 0.53, 전립선암 OR 0.50

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Heinesen, E.	2013	덴마크	행정자료	성장잠수 매칭, 이중차이법	유방암, 대장암	고용, 가처분 소득	30~60세	유방암, 대장암 여성, 대장암 남성 일반인	1년 후 일하지 않을 확률 차이: 유방암 0.059, 대장암 여성 0.061, 대장암 남성 0.055, 1년 후 가처분소득 차이: 유방암 -14.694 교육 수준에 따른 차이: 암 발생 교육 후 의무교육 0.106, 직업전문교육 0.068, 대학 이상 차이 없음
Luker, K.	2013	영국	실문조사(암등 독자문 이용 샘플링)	기술통계 분석, 선형 및 로지스틱 회귀분석	암	고용	60세 이하	암 생존자	전일제 고용자 비율은 53%에서 34%로 하락함, 일하지 않는 비율 6%에서 21%로 증가
Marino, P.	2013	프랑스	국가실문조사	Weibull accelerated failure time model	암	직장\복귀	58세 미만	암 생존자	암 진단 6개월 후 남성 36%, 여성 25% 직장 복귀. 무학 대비 고졸 이상 더 빠르게 복귀함(Accelerating Factor=1.4)

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Noeres, D	2013	독일	설문조사, SOEP	로지스틱 회귀분석	유방암	고용 상태	25~64세	유방암 환자, 일반인	수술 1년 후 환자군 고용율 77.3%, 대조군 90.8%(OR=0.28(0.15~0.52)) 수술 6년 후 유의한 차이 없음.
Schuring	2013	네덜란드		Cox회귀 분석	불건강	실업	18~64세	일반 인구집단	10년 후 실업위험 HR 1.89
Sesto, M. E.	2013	미국	Wisconsin Longitudinal Study	범주형 분석, 로지스틱 회귀분석	암	고용	47~84세	암 환자, 환자가 아닌 형제자매	암 환자에서 고용되지 않을 OR 1.4(1.09~1.83)
Tevaarwer k, A. J.	2013	미국	Observational multi-site Symptom Outcomes and Practice Patterns(SOAPP study)	범주형 분석, 로지스틱 회귀분석	비정인 암	고용	18~65세	비정인암 환자	28%가 암하지 않음(분석 대상 중 집단 후 2년 이상 경과한 비율 61%)

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Torp, S.	2013	노르웨이	암등록자료, FD-Trygd	매칭, 로지스틱 회귀분석	암	고용	18~61세	암 생존자, 일반인	남성의 경우 첫째 고용 확률 94%에서 5년 후 77%로 감소, 대조군과 통계적 차이는 없음 여성의 경우 첫째 고용 확률 87%에서 5년 후 69%로 감소, 5년 후에는 대조군(74%)에 비해 통계적으로 더 낮음
Cai, L.	2014	호주	가계, 소득, 노동패널(HILDA)wave2-6	Tobit model	주관적 건강 상태, 건강 충격 (상해, 질병), 건강 변화 (주관적 평가)	노동 참여와 시간	남자 25~64세 여자 25~60세	-	건강충격: 남 -2.97, 여 -2.32 건강변화: 약화 남 -2.23, 여 -1.48
Dahl, S.	2014	노르웨이	설문조사(전향적)	로지스틱, 실행회귀 분석	전립선 암	고용 상태	65세 미만 남성	전립선암 환자	3개월 시점에서 27%의 환자가 고용상태 악화(비정규직, 병가, 퇴직), 사회경제적 지위에 따른 격차는 유의하지 않음

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Gordon	2014	호주	전향적으로 수집한 자료	생연령 매칭, Cox회귀 분석	직장암	고용 상태	45~64세	일반 인구, 암 환자	12개월에 27% 일 중단(비교군에서는 8%가 중단), 암 환자의 직장복귀 증위값 91일 직장복귀 지체 요인: 대학교육받지 않은 경우, 전문가, 판리지 아닌 경우
Worcester	2014	뉴질랜드	환자실문조사	회귀분석	관동맥 증후군	고용 상태	55세 미만 44%	-	12개월 후 79.9% 고용됨. 직장 복귀 평균 8.62주 걸림
Andersen, I	2015	덴마크	국가행정자료	일반화 선형회귀 분석	암	소득	30~60세	일반 인구(N=213,276) 전이성 유방암 환자(N=3,603), 국소적 유방암 환자(N=3,769)	진단 3년 후 2.7%가량 소득 감소, 교육수준 간 차이 없음.
Babic, Z	2015	크로아티아	병원기반 조사	기술통계	심근 경색	임금, 고용	45~61세	심혈관 질환자(N=145)	환자 중 35.1% 일하지 않음, 17.9% 임금 감소
Candon, D	2015	영국	English Longitudinal Study of Ageing 2002-2014	성향 점수 매칭, 2년 간격	암	고용	49~66세	일반 인구(N=10,281), 암 환자(N=10,281)	고용 확률 11.9%포인트 감소

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Clarke, T	2015	미국	National Health Interview Survey 1997-2012	구조 방정식	암	고용	18세 이상	일반 인구(N=382,837), 암 환자(N=24,813)	일반 인구 고용률 74.1%, 암 환자 고용률 55.5%
Datta Gupta, N.	2015	미국, 덴마크	Health and Retirement Survey, 1994-2002	프로빗	암, 심혈관 질환	고용	56~64세	일반인, 환자 포함 미국(N=3,799) 덴마크(N=63,271)	암 발병 2년 차 일하지 않을 average partial effects, 미국 남성 0.139, 덴마크 남성 0.098, 미국 여성 변화 없음, 덴마크 여성 0.071, 심뇌혈관계 질환 발병 2년 차 미국 남성 0.180, 덴마크 남성 0.079, 미국 여성 0.205, 덴마크 여성 0.214
Ito, H	2015	일본	설문조사	로지스틱 회귀분석	암(1년 이상 전)	고용, 소득	65세 미만	암 환자(N=260)	전체 75.8% 고용상태, 비정규직 52.8% 고용상태, 비정규직 소득 최대 61.1% 감소
Kragholm, K	2015	덴마크	Danish Cardiac Arrest Register	룩스 회귀분석	암	고용	18~65세	심장지 생존자(N=796)	심장지 발생 6개월 후 고용률 74.6%(1.5% 병가)
Koch, R	2015	독일	후향적 수집자료	교차분석	두경부 암	고용	60세 미만	암 환자(N=55)	진단 66.8개월 후 고용률 3/4에서 1/3로 감소

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Lee, M	2015	한국	지역사회건강조사	성향점수 매칭	암	임금, 고용 형태	65세 미만	일반 인구(N=1,924), 암 환자(N=1,927)	일반 인구집단: 일용직 종사자 27.0%, 임금근로자 55.9%, 월 소득 3천 달러 미만 비중 53.3% 암 생존자: 일용직 종사자 27.0%, 임금근로자 48.8%, 월 소득 3천 달러 미만 비중 63.4%
Pearce, A	2015	아일랜드	암등록자료 기반 설문조사	로지스틱 회귀분석	두경부 암	고용	전체 연령	암 진단 환자(N=264)	진단 평균 6년 이후 37.1% 일하지 않음.
Thielen, I	2015	덴마크	등록자료 이용 팔로우업	신경학률 모형	암	고용	30~60세	일반 인구(N=213,276), 유방암 환자(N=7,372)	진단 3년 후 일하지 않을 확률 차이 0.078(95%CI:0.058-0.098)
Walbert, T.	2015	미국	EO project 온라인 설문조사	기술통계 분석	뇌실막 세포종	고용	20~68세	환자(N=78)	고용상태 변화 없음(49%), 근로 중단(31%), 근무시간 줄임(5%), 실직(5%)
Ward B.W	2015	미국	National Health Interview Survey 2011	프로빗 회귀분석	만성질환	고용	18~64세	일반 인구(환자 포함 N=25,458)	복합 만성질환으로 인해 고용 11~29% 감소

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Dreyer R, P	2016	미국, 스페인, 호주	VIRGO study	다변량회귀분석	심근경색	고용 상태	18~55세	심근경색 환자(N=1080)	12개월 후 남성 89%, 여성 85% 고용상태. 일하지 않는 비율은 전문직 대비 육체노동자인 경우 높음(OR 5.22, 95% CI 2.31-11.82)
Endo, M.	2016	일본	직업건강등록자료	생존분석	암	직장 복귀		암 환자(N=1278)	직장 복귀율은 1년 내 62.3%
Goryakin, Y	2017	러시아	RLMS-HSE 2000-2009	개인수준 고정효과 모형	심근경색/뇌졸중/당뇨	고용	18~65세	환자 포함 전체(N=65,433)	일반 인구집단에 비해 일할 가능성 심근경색 3.8%포인트, 심장질환 3.5%포인트, 폐질환 -2.6%포인트 낮음
Nakamura, L	2016	일본	후향적 수집자료	로지스틱 회귀분석	부인과 암	직장 복귀	25~64세	부인과 암 환자(N=265, 진단 당시 고용상태N=199)	(평균 관측 4.5년) 83.9% 고용 상태, 71.3% 동일 직장 복귀, 비정규직 53.7% 동일 직장 복귀, 16.1% 경제활동 중단, 이중 78%가 비정규직
Nakaya, N	2016	일본	Shichigahama Health Promotion Project	로지스틱 회귀분석	암/심근경색/뇌졸중	고용	20~64세	암, 심근경색, 뇌졸중, 협심증 환자(N=2,588)	현재 치료를 받는 사람 32.1% 실업 (OR 1.7, 95% CI 1.02-2.7)

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Nekhlyudo v, L	2016	미국	Medical Expenditures Panel Survey 암생존자 자료	교차분석	암	고용	18세 이상(46%) 65세 이상)	암 생존자(N=615)	54% 고용상태, 이 중 63%(n=197) 고용형태 변함(55% 유무급병가, 45% 근로시간, 형태 변화)
Norman B, C	2016	미국	BRAIN-ICU study	다변량 회귀분석	호흡 부진	고용	44~60세	호흡기 질환자(n=113)	3개월 후 57% 실업상태
Paalman C, H	2016	네덜란드	암등록자료	쿱스 회귀분석	유방암	고용	55세 미만	일반 인구(N=91,959), 유방암 환자(N=14,916)	유방암 생존자 2-5년 후 임금근로 상실 HR 2.0(95%CI:1.9~2.1), 5~7년 후 1.6(95%CI:1.4~1.8)
Tevaarwer k, A. J.	2016	미국, 페루	SOAPP study	로지스틱 회귀분석	전이 암	고용	65세 미만	전이암 환자(N=680)	56% 일하지 않음, 비히스패닉 백인(OR=1.8(1.1~2.8))의 고용 확률이 높음
Agarwal, J	2017	인도	설문조사	교차분석	두경부 암	고용	60세 미만	두경부암 환자(N=250)	치료 전 고용상태 92.4%, 치료 6개월 후 81.2% 고용 상태(이 중 92.1% 동일 직장, 7.9% 직장 변경)
Bode-Tho mas, F	2017	덴마크	암등록자료 기반 코호트연구	로지스틱 회귀분석	유방암	소득	30~59세	일반 인구(N=60,819), 암 환자(N=13,101)	암 환자 소득 증가 OR 0.81(95%CI:0.77~0.84)

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Duijts, S, F	2017	네덜란드	전향적수집자료	교차분석/구조방정식	암	고용	평균 50.7세 (SD7.4)	암 생존자(N=252)	고용상태에 있던 사람 중 18%가 일하지 않음.
Jeon, S, H.	2017	캐나다	암등록자료, 행정자료	coarsene dexamatching, 회귀분석	암	고용, 임금	25~61세	암 생존자(N=2597) 일반인(N=173,234)	3년 후 노동 참여 확률은 5%p 낮고 임금은 10% 낮음
Jetha, A	2017	캐나다	National Population Health Survey	매칭, 프로빗/선형회귀 분석	관절염/당뇨/고혈압/심장 질환/요추염좌 환자	고용	25~74세	관절염(N=799), 요추염좌(N=858), 당뇨(N=178), 고혈압(N=569), 심장질환(N=163), 일반인	고용 변화 관절염 B=0.2, 요추염좌 B=0.194, 당뇨 B=0.321, 심장질환 B=0.705
Kristensen, L. E.	2017	덴마크	등록자료	매칭, 비모수 검정	근신성 관절염 (psoriaticarthritis)	고용 상태	평균 52세	환자(N=10,525), 일반인(N=20,777)	고용상태일 RR, 발병 5년 전 0.95(95% CI 0.93~0.97), 발병 직후 0.87(95% CI 0.85~0.89), 발병 10년 후 0.76(95% CI 0.72~0.80)
Moulaert, V. R. M.	2017	네덜란드	ALASCA project	기술통계 분석	심장 마비	직장 복귀	평균 60세 (sd=11)	심장마비 생존자(N=141)	1년 후 72% 직장 복귀

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속 변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Rottenberg, Y	2017	이스라엘	이스라엘 국가센서스 자료 기반 코호트 연구	매칭, 로지스틱 회귀 분석	대장암	고용	평균 연령 50대 중반	일반 인구집단(N=2,646), 직장암 환자(N=885)	진단 4년 후 환자의 실업 1기 OR 1.70(95%CI:1.13-2.54), 2기 1.57(95%CI:1.09-2.26), 3기 OR 2.28(95%CI:1.55-3.37)
Rottenberg, Y	2017	이스라엘	이스라엘 국가센서스 자료 기반 코호트 연구	매칭, 로지스틱 회귀 분석	위암	고용, 소득	평균 연령 50대 중반	일반 인구집단(N=464), 위암 환자(N=152)	진단 2년 후 환자의 실업 OR 1.47(95%CI:1.02-2.12), 진단 4년 후 유의한 차이 없음. 소득 감소 OR 차이 없음.
Samadi, O	2017	캐나다	전향적 종단연구	교차분석	백혈병	고용	평균 범위 44~69.4세	금성골수성백혈병 환자(N=234)	12개월에 45% 고용 혹은 상병휴직
Sukeri, S.	2017	미얀마	설문조사	기술통계 분석	허혈성 심질환	경제적 어려움	27~83세	허혈성 심질환 환자(N=503)	의료비 지불 어려움(29.2%), 생활비를 위해 저금 인출(25%), 음식 소비 줄임(16.5%), 생활비 일부 못함(12.5%), 교육비 지출 못함(9%)
Torp, S	2017	노르웨이	Cancer and Living Conditions Study	교차분석	암	직장 복귀	평균 51.8세	암 생존자(임금근로자 N=1,027, 자영업자N=88)	진단 후 15-39개월에 자영업자 24%, 임금근로자 18%가 직장 미복귀
Yin, W.	2017	미국	보혈청구자료	Kaplan-Meier survival model	유방암	고용	18~64세	유방암 환자(N=6,409)	유방암의 진행은 낮은 고용 확률과 연관성이 있음(HR=0.65).

(표 2-5) 질병에 따른 소득 및 경제활동 변화 관련 연구(가구 수준)

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Babiarz, P.	2013	미국	HRS	패널회귀 분석	가구의 부정적인 건강상태	부채		일반 가구(N=15,204)	새로운 건강문제로 인한 무보증 부채 발생 OR 1.23 자산이 낮은 가구의 경우 건강문제로 소득이 약 20% 감소
Bradley, C. J.	2013	미국	설문조사 (2, 9개월) 고용통계자료(CPS)	성향점수 매칭, 선형회귀 분석, 선형확률 모형	유방암	고용		일반 인구(N=451,276) 유방암 환자 남편(N=373)	고용 여부는 일반 인구와 통계적 차이 없음 치료 기간 2개월에는 일반 인구에 비해 노동시간을 줄임 OR 1.70 9개월에는 일반 인구와 차이가 없음
Falk, J.	2013	스웨덴, 덴마크, 영국	EU-SILC	로지스틱 회귀분석	활동을 제한하는 장기질환	빈곤 위험	25~64세	건강한 사람, 장기질환자 스웨덴(N=4,403) 덴마크(N=3,701) 영국(N=10,217)	비고용된 사람이 장기질환을 가진 경우 건강하고 고용된 사람에 비해 빈곤 위험이 높음(2005년 스웨덴 OR:3.6, 덴마크:3.8, 영국:7.2). 2010년 스웨덴:4.9, 덴마크:4.0, 영국:6.1

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Sparrow, R.	2014	인도네시아	Socio-economic survey 2003, 2004	고정효과 회귀분석	질병	임금 및 지출, 대처 전략			질병이 발생하는 경우 비공식 부문 노동을 하는 경우($b=-0.27$), 소득 1분위($b=-0.15$) 소득 2분위($b=-0.23$)의 임금 감소. 질병의 비용 대차를 위해 도시에 사는 가구($b=0.10$), 소득 1분위($b=0.06$), 4분위($b=0.08$) 노동을 늘림.
Houle, N	2015	미국	National Longitudinal Study of Youth 1979	다변량 회귀분석	만성 질환	빈곤	(1979년 당시) 14~22세	조사 참여자($N=4,307$, 질환자 수 파악 불가)	채무 불이행 OR 1.63, 압류 OR 2.63
Wiberg, M	2015	스웨덴	국가코호트연구	성향 점수 매칭, 다변량 회귀분석	암/순환기/근골격 질환	소득	30~53세	일반 인구($N=143,140$), 암/순환기/순상/근골격 질환 진단으로 휴직한 사람($N=143,140$)	가구권등화 가치분소득 4% 감소
Zajacova, A	2015	미국	Panel Study of Income Dynamics	고정효과 회귀분석	암	임금 및 소득	21~70세	일반 인구($N=15,856$), 암 환자 ($N=1,117$)	암 환자 고용 가능성 9% 감소, 노동시장 임금 최대 40% 감소, 가구소득 20% 이상 감소

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Cabus, S, J	2016	네덜란드	LISS panel	회귀분석	종양	고용, 소득	평균 60.3세(SD 14.5)	일반 인구집단(N=838), 암 환자(N=850)	암 진단 혹은 병원 입원으로 인한 보수근로 중단 가능성 B=0.11(여성), 일반 인구 집단 보수근로 중단 가능성 여성 B=0.12(남성은 유의하지 않음). 개인 및 가구소득 감소는 모두 유의하지 않음.
Callander, E, J	2016	호주	Longitudinal Household Income and Labour Dynamics survey, 2007-2012	생존분석	심장 질환	임금 및 소득	21세 이상	일반 인구집단(N=5,013), 심장 질환자(N=805)	소득빈곤 HR 20대 9.24(95%CI:8.97-9.51), 40대 3.45(95%CI:3.39-3.51), 60대 1.29(95%CI:1.28-1.30)
Liu, K.	2016	중국	CHNS	선형회귀 분석	건강 충격	소득, 고용	65세 미만 가구주(평균 47세, sd=9.98)	일반 인구(N=10,198명)	개인 소득 감소(b=-0.017), 가구 전체 소득 변화 없음, 다른 사람으로부터 이전소득 발생 b=0.026 가구주에게 건강충격 있는 경우 아동 노동 증가(b=0.005).

저자	연도	지역	자료원	방법론	질환	종속변수	연구 대상		연구 결과
							연령	비교군 및 대조군	
Mitra, S.	2016	베트남	VHLSS	패널고정효과모형	일상 활동 못 하는 일수	소득, 소비	연도별 평균 연령: 49세, 50세, 51세	가구 수(N=1552)	일상활동 못 하는 일수당 가계소득 2.8% 감소) 지방 거주 3.7% 감소, 남성 가구주 2.2% 감소. 소비는 변화 없음.
Paul, C	2016	호주	설문조사	교차분석	암	고용, 임금 및 소득	전체 연령(60세 이상 69.2%, 60세 이하 30.8%)	혈액중양내과 외래 환자(N=255)	67% 고용상태 변화. 63% 진단 후 가구소득 감소
Jeon S, H	2017	캐나다	행정자료	매칭, 이중차이 분석	암	임금, 소득, 고용	25~69세	일반 인구집단(N=932, 970), 암 환자의 배우자(N=3,665)	배우자 암 진단 이후 고용률 2.4% 감소, 연간 소득 여성 5.9%, 남성 3.4% 감소, 여성 암 환자 가구소득 4.8% 감소, 남성 암 환자 가구소득 8.5% 감소

3. 소결

기존 연구들을 크게 미국과 유럽 국가에서 진행된 연구로 나눌 때 두 지역의 제도적 맥락으로 인해 접근 방식도 차이가 있다. 전 국민 건강보험 제도가 없고 복지의 영역이 국가보다는 개인의 책임으로 남겨진 미국에서의 연구들은 질병으로 인한 건강보험 상실과 이로 인한 의료비, 가계 파탄 등에 초점을 두고 있다. 반면 상병급여 제도, 장애연금 제도 등이 발달한 선진국들에서의 연구는 임금이나 소득에서의 변화를 분석한 연구들은 많지 않고 주로 질병 발생 이후 노동시장 참여 변화를 분석한다. 질병 발생 이후 다시 사회에 복귀할 수 있도록 제도를 설계하는 데 관심이 있는데 단순히 현금급여의 수준을 조절하는 문제가 아니라 노동시장 재진입에 취약한 계층을 파악하는 등 노동시장 환경을 개선하는 것과 관련된다. 이러한 제도적 맥락의 차이를 염두에 두고 결과에 대한 해석이 필요하다.

우선 선행 연구들은 질환 발생이 단기적으로뿐만 아니라 장기적으로 경제활동, 경제상태에 영향을 미쳤다고 보고하였다. 예를 들어 캐나다에서 암 생존자들의 암 진단 3년 후 경제활동 참여율은 그렇지 않은 사람들보다 5%포인트 낮고 임금은 10% 낮았다고 보고하였다(Jeon, 2017).

다음으로 질병 발생은 질병이 발생한 개인뿐 아니라 다른 가구 구성원들에게도 영향을 미칠 수 있다. 가구 구성원들은 소득 상실을 보전하기 위해 경제활동을 강화할 수 있고 반대로 환자의 돌봄을 위해 경제활동을 중단하거나 줄일 수 있다. 이는 상병으로 아픈 노동자의 소득 상실을 완화시키는 제도가 있는가와 관련되어 있을 것이다. 예를 들어 저소득 국가에서의 연구는 가구 내 여성 및 아동의 노동시장 참여가 증가함을 보고한 반면(Alam & Mahal, 2014) 캐나다에서의 연구는 암 환자 배우자의 소

득과 노동시장 참여가 감소했음을 보였다(Jeon & Pohl, 2017).

세 번째로 질병 발생이 경제활동 및 소득에 미치는 영향은 모든 집단에서 동일하지 않음을 보고하였다. 고용상태를 비롯한 개인과 가구의 사회경제적 특성에 따라 다를 수 있다고 보았다. 예를 들어 덴마크에서의 연구는 교육 수준이 낮은 암 환자의 실업 위험이 더 컸다고 보고하였다(Kolodziejczyk & Heinesen, 2016).

마지막으로 국가별 사회안전망의 특성에 따라 질병 발생 후 경제활동 상태나 소득과 같은 경제상태 변화는 다를 수 있다. 일반적으로 업무 외 상병에 대한 유급휴가나 상병급여 등이 제공됐을 때 노동자들이 일자리로 복귀하지 않아 고용상태에 더 부정적인 영향을 미칠 것이라고 예상할 수 있다. 하지만 이는 반대일 수 있는데 노동시장 특성상 한번 이탈한 노동자에게 진입 장벽이 더 높기 때문이다. 즉, 기업이나 국가가 유급병가 등을 통해 아픈 노동자에게 휴가 혹은 휴직을 제공하여 노동시장에 머물도록 하면서 질병에서 치유된 뒤에 직장으로 다시금 복귀할 수 있도록 제도를 설계하는 것이 전체적인 사회적 비용을 줄일 수 있음을 의미한다.

제4절 소결

건강과 빈곤은 상호 간에 영향을 미친다. 길게는 세대에 걸쳐서 짧게는 한 시점에서 동태적인 관계가 존재한다. 건강이 개인이 생산 활동에 참여하고 사회생활에 참여하기 위해 필요한 자원이라면 동시에 개인이 참여하는 생산 활동과 사회생활은 개인의 건강에 영향을 미친다. 이러한 동태적인 관계 속에서 건강 수준의 차이, 소득 수준의 차이가 발생한다. 이러한 영향을 줄이기 위해서는 건강과 빈곤이 서로 영향을 주는 각 단계에서의 정책적인 개입이 필요하다. 사회경제적 수준이 건강에 미치는 영향을 줄이기 위해 지역사회 환경을 개선하거나 의료 서비스에 대한 접근성을 높이기 위한 정책이 필요하다면 다른 한편으로 개인의 건강이 사회경제적 상태에 미치는 영향을 줄이기 위한 정책적 개입이 필요하다.

본 장에서는 건강 문제가 개인과 가구의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향에 관한 선행연구들을 살펴보았다. 이러한 연구들은 질병의 발생이 고용상태와 같은 개인의 경제활동과 임금 소득 등 경제상태에 영향을 미친다고 보고하였다. 또한 그 영향은 단기로 끝나지 않고 장기화 될 수 있다고 보고하였다. 개인이 경험한 질병은 개인을 넘어서 가구에도 영향을 미칠 수 있는데 예를 들어 가구의 다른 구성원들은 소득 수준을 유지하기 위해 경제활동을 강화할 수 있고 반대로 환자의 돌봄을 위해 경제활동을 중단하거나 줄일 수 있다. 다른 한편 질병 혹은 건강상의 문제가 개인과 가구의 사회경제적 상태에 미치는 영향은 개인이나 가구가 가진 사회경제적 자원 등에 따라 달라지며 사회적 수준에서 의료비로 인한 부담을 완화시키는 제도의 존재 여부나 질병으로 인한 소득 상실을 완화시키기 위한 제도가 있는가에 따라서도 달라진다.

어떠한 정책적 개입이 필요한가를 논하기에 앞서 다음 장에서는 한국

사회에서 개인의 건강이 개인과 가구의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향을 실증적으로 검토해 보고자 한다. 이를 통해 한국 사회에서 질병이 야기할 수 있는 경제적 위험을 완화하기 위한 정책적 개입의 필요성을 살펴보고자 한다.

제 3 장

질병이 개인·가구의 경제활동· 경제상태에 미치는 영향

제1절 질병으로 인한 개인·가구의 경제활동·경제상태
변화: 양적 자료 분석

제2절 질병으로 인한 개인·가구의 경제활동·경제상태
변화: 질적 사례 연구

제3절 소결

3

질병이 개인·가구의 << 경제활동·경제상태에 미치는 영향

제1절 질병으로 인한 개인·가구의 경제활동·경제상태 변화: 양적 자료 분석

1. 연구 자료 및 방법

가. 자료원

본 연구에서 사용한 분석 자료는 두 가지이다. 우선은 한국의료패널 자료(Korea Health Panel; KHP)이다. 한국의료패널 자료는 보건의료 서비스 이용과 의료비 지출 및 재원에 영향을 미치는 요인의 규명 등 국가 보건의료 체계의 효율성을 제고하고 대응성과 접근성을 향상시키기 위한 정책 마련의 기초 정보를 제공하기 위해 수집된 자료이다. 2005년 인구주택총조사에서 16개 광역시도와 동부 및 읍면부를 층화변수로 활용하여 확률비례 2단계 층화집락추출 방식으로 표본을 추출하였다. 1차 조사인 2008년 상반기 조사 대상은 7866가구 2만 4616명이며, 현재까지 공개된 마지막 조사는 11차 조사로 2016년에 시행되었는데 5025가구, 1만 3868가구원이 응답하였다. 한국의료패널 조사는 전 국민을 대표할 수 있는 조사 자료로 가구 및 가구원의 일반 사항, 경제활동 상태, 가구소득 및 지출, 만성질환, 의료 이용 등의 광범위한 정보를 담고 있다(국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 2017). 본 연구에서는 2008년부터 2016년까지의 자료를 이용하였는데 소득과 경제활동 변수는 조사 시 전년도 특성

을 묻고 있으므로 다음 연도의 자료를 연계하여 이용하였다. 즉, 2015년에 대해서는 2016년도 소득과 경제활동 특성자료를 이용하였고 2016년의 다른 특성들은 분석에 활용되지 않았다.

두 번째로 본 연구에서 이용한 자료는 국민건강보험공단의 직장여성코hort 자료로 공단이 수집, 보유, 관리하는 건강정보 자료를 정책 및 학술 연구 목적으로 이용할 수 있도록 가공하여 제공하는 데이터이다. 2007년 말 기준 생산가능인구(15~64세) 모집단에서 5% 단순 무작위 추출하고 이들의 2002년부터 2015년까지의 정보를 코호트(Cohort) 형식으로 구축한 자료로 개인 식별이 불가능하다. 여성에 대해서만 수집되지만 사업장 규모와 업종 관련 사업장 정보를 포함하고 있고 건강보험자격 및 소득 정보(사회경제적 변수), 병·의원 이용 내역을 포함한다(국민건강보험공단, 2018).⁴⁾

한국의료패널 자료는 질병과 개인, 가구의 경제상태에 관한 자료를 폭넓게 수집하고 있지만 서베이 자료라는 특성으로 인해 관측치 수가 많지 않고 이로 인해 개인의 종사상 지위 등에 따라 질병 발생의 영향을 확인하기에 한계가 있다. 반면 국민건강보험 직장여성코hort 자료는 약 18만 명에 대해 수집된 자료로 좀 더 세분화된 집단별로 질병의 영향을 확인할 수 있다는 장점이 있지만 개인 수준이 아닌 가구 수준에서의 분석이 가능하지 않다. 따라서 본 연구는 보완적인 목적으로 두 가지 자료를 함께 이용하였다.

4) 2007년 말 기준으로 추출한 이유는 2006년 1인 이상 사업장 강제 가입으로 취약계층 여성 근로자가 다수 포함되어 제도 정착 기간을 감안, 2007년을 기준으로 모집단을 구축하였다(국민건강보험공단, 2018).

나. 연구 대상 정의

1) 경제활동인구

중고령자에서 질병의 발생은 은퇴로 연결될 수 있는데 이는 개인의 경제적 상태나 연금 가입과 같은 노후 준비 상태 등의 영향을 받을 수 있다. 본 연구에서는 근로연령에서 질병의 경제적 영향을 분석하고자 하였으므로 연구 대상은 조사에 참여한 최초 연도 기준 연령이 20세 이상 59세 이하인 사람에 한하였다. 또한 질병 발생으로 인한 영향을 보고자 하였으므로 질병 발생 시점 전년도에 경제활동을 하고 있던 사람만을 대상으로 분석하였다.

2) 건강 충격

본 연구는 질병 발생의 영향을 확인하기 위해 예상하지 못한 건강충격을 이용하고자 하였다. 따라서 첫 번째로 암, 심뇌혈관계 질환과 같은 중증질환 발생의 영향을 살펴보았다. 중증질환의 진단은 대부분의 경우 예상하기 어려운 사건이며 질병 치료와 관련해서도 개인이 선택할 수 있는 폭이 넓지 않고 진단 직후 치료를 시작한다는 점에서 질병의 영향을 살펴보기에 적절하다고 판단하였다. 하지만 중증질환은 다른 질환에 비해 치료와 회복을 위해 상대적으로 긴 시간이 소요된다. 다른 질환과 영향이 다를 수 있다는 점에서 두 번째로 입원 발생의 영향을 건강 충격 변수로 이용하였다. 입원과 같은 사건은 일반적으로 환자의 선택권이 크지 않다고 알려져 있지만 일하는지 여부, 일하는 직장의 특성에 의해서도 영향을 받을 수 있다. 특히, 단기 입원인 경우 질병의 심각성이 높지 않을 것으로

예상되고 따라서 환자의 선택이 영향을 미칠 수 있을 것이다. 본 연구에서는 어느 정도 중대한 건강상의 문제로 입원한 경우를 구분하기 위해 15일 이상 입원을 건강 충격 변수로 이용하였다. 중증질환과 15일 이상 입원이라는 두 가지 건강충격에 대해 나누어 분석하였는데 각각에 대해 관측기간 동안 (2회 이상 발생한 경우는 분석에서 제외하고) 1회만 발생한 사람들로 분석대상을 제한하였다.

다. 분석변수

본 연구는 의료패널 자료와 건강보험 코호트 자료를 이용하였고 자료별로 분석에 사용된 변수들은 다음 <표 3-1>과 같다.

〈표 3-1〉 연구에 사용된 변수들

구분	상세 변수		의료패널	건강보험
결과변수	개인 수준	경제활동 여부	0	0
		근로소득(로그변환)	0	-
		저임금 여부: 근로소득≤최저임금 기준	0	-
	가구 수준	가구주 경제활동 여부	0	-
		가구주 근로소득(로그변환)	0	-
		가구근로소득(로그변환)	0	-
		다른 가구원의 근로소득(로그변환)	0	-
		가구근로소득≤기준중위소득의 50%	0	-
		가구근로소득≤최저생계비	0	-
		가구소득(로그변환)	0	-
		가구의 근로 외 소득(로그변환)	0	-
가구소득-의료비≤기준중위소득의 50%	0	-		
가구소득-의료비≤최저생계비	0	-		
독립변수	중증질환(암, 심장 질환, 뇌혈관 질환) 진단 여부		0	0
	15일 이상 입원 여부		0	-
통제변수	가구주 여부		0	-
	결혼 여부		0	-
	거주 지역		-	0
	장애 여부		-	0
	가구원 수		0	-
	교육 수준		0	-
	연령		0	0
	성별		0	0
	일자리 특성(종사상 지위, 고용관계 등)		0	-
	사업장 업종		-	0
	사업장 규모(인원)		-	0
	기준 연도		0	0

1) 결과변수

□ 의료패널 자료

개인 수준의 경제활동 및 경제상태를 측정하는 지표로 경제활동 참여 여부, 근로소득 금액, 현재 하는 일의 임금이 최저임금 이하인지 여부를 이용하였다. 한국의료패널자료에서 경제활동 참여 여부는 '0000년 12월 31일 기준 000님께서 수입을 목적으로 일을 하셨습니까?' 라는 질문으로 평가되는데 질문에 대한 부연 설명으로 원래 일을 하고 있지만, 일시 휴직한 상태도 일을 한 경우에 포함된다고 명시하고 있다. 경제 상태를 살펴보기 위한 변수로는 개인의 근로소득 정보를 이용하였다. 이때 일을 하지 않는 경우 소득은 0으로 대체하였는데 본 연구가 질병에 걸린 이후 노동 참여 여부와 생산성 감소로 인한 전반적인 소득 수준의 감소를 보고자 하였기 때문이다. 저임금 여부는 개인 근로소득값을 이용하여 최저임금 이하인지 여부를 기준으로 구성하였다. 이때 최저임금은 '최저임금위원회'가 고지한 연도별 (시간당) 최저임금을 이용하였는데 하루 8시간 근로를 기준으로 월 급여액을 산출할 때 이용되는 209시간을 곱하여 최저임금 수준을 정의하였다(최저임금위원회, 2018).⁵⁾

가구 수준의 경제활동 및 경제상태를 측정하는 지표로 가구근로소득, 가구총소득과 함께 가구주를 제외한 가구원의 총근로소득을 이용하였다. 가구근로소득은 모든 가구원들의 근로소득의 합으로 연간 단위로 측정된 자료를 이용하였다. 가구총소득은 가구 총근로소득에 부동산/동산 소득,

5) 분석에 이용된 연도별 최저임금과 월급여액은 다음과 같다.

시점	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
시간당(원)	3770	4000	4110	4320	4580	4860	5210	5580
월 급여(원)	787,930	836,000	858,990	902,880	957,220	1,015,740	1,088,890	1,166,220

금융소득, 사회보험 소득(공적 연금, 고용보험, 육아휴직금 등), 정부 보조금(국민기초생활보장급여, 장애수당, 기초연금 등), 민간보험, 민간 보조금(가구원이 아닌 친인척, 종교 및 사회단체로부터 받은 현금 등), 기타 소득(퇴직금, 장학금, 증여상속 등)을 합한 소득이다. 가구근로소득과 가구총소득은 가구 크기의 변화에 영향을 받게 된다. 따라서 두 가지 모두 가구원 수를 보정한 금액을 분석에 이용하였다.

추가로 중증질환 진단 후 가구소득의 빈곤화 정도를 두 가지 측면에서 평가하였다. 우선 가구근로소득이 빈곤선 이하인지에 대한 분석을 실시하였다. 중증질환 진단 후 소득이 다소 감소하더라도 기업복지나 다른 공적 제도를 통해 기본적인 수준의 소득이 유지된다면 질병이 가구 경제에 미치는 영향은 치명적이지 않을 수 있기 때문이다. 다음으로 가구총소득에서 의료비를 제외한 '재량소득'이 빈곤선 이하인지에 대한 분석을 실시하였다. 중증질환이 발생한 가구는 의료비를 충당하기 위해 가용 가능한 다른 소득원을 동원하고 이로 인해 일시적으로 가구소득이 증가할 수 있기 때문에 의료비를 제외한 가구소득의 빈곤화 정도를 평가하였다. 빈곤선은 '가계동향조사'를 이용하여 산출된 기준 중위(가처분)소득의 50%와 (통계청, 2018)⁶⁾ 보건복지부의 최저생계비계측조사를 통해 발표되는 최저생계비(보건복지부, 2018) 두 가지를 이용하였다.⁷⁾

6) 통계청에서 가계동향조사를 이용하여 발표하는 연도별 가처분소득을 기준으로 한 중위소득은 다음과 같다.

시점	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
중위소득(원)	1,450,851	1,475,330	1,569,106	1,665,636	1,771,177	1,832,641	1,878,941	1,935,304

7) 보건복지부의 최저생계비 계측조사에 따른 최저생계비는 다음과 같다.

□ 건강보험 코호트 자료

경제활동 및 소득분위(보험료 분위)와 같은 정보를 담고 있는 국민건강보험공단의 자격 자료는 연말을 기준으로 구축된다. 개인의 경제활동 여부는 직장가입자인지 여부로 확인하였다. 업무 외 상병에 대한 휴가·휴직이 가능한 경우 개인이 질병에 걸려서 일을 할 수 없더라도 고용관계는 유지되므로 자료에서 경제활동 중인 것으로 평가되게 된다.

2) 독립변수

□ 의료패널 자료

이 연구의 독립변수는 중증질환 진단 여부와 15일 이상 입원 여부이다. 중증질환은 암, 심장 질환 혹은 뇌혈관 질환으로 한정하였다.⁸⁾ 중증질환 진단의 경제적 영향을 살펴보는 것이 이 연구의 목적이므로 질병 진단 전의 상태와 비교 가능하도록 하기 위해 1차 조사 연도인 2008년 이전(2008년을 포함함)에 중증질환을 진단받은 경우(혹은 15일 이상 입원한 경우)는 연구 대상에서 제외하였다. 여러 개의 중증질환을 2회 이상

시점	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1인가구	463,047	490,845	504,344	532,583	553,354	572,168	603,403	617,281
2인가구	784,319	835,763	858,747	906,830	942,197	974,231	1,027,417	1,051,048
3인가구	1,026,603	1,081,186	1,110,919	1,173,121	1,218,873	1,260,315	1,329,118	1,359,688
4인가구	1,265,848	1,326,609	1,363,091	1,439,413	1,495,550	1,546,399	1,630,820	1,668,329
5인가구	1,487,878	1,572,031	1,615,263	1,705,704	1,772,227	1,832,482	1,932,522	1,976,970
6인가구	1,712,186	1,817,454	1,867,435	1,971,995	2,048,904	2,118,566	2,234,223	2,285,610

8) 한국의료패널의 진단코드 표기 방식은 2008년부터 2011년까지 4자리 혹은 5자리 질병코드 방식을 사용하다가, 2012년부터는 한국표준질병분류(KCD)에 따른 오픈코드 방식으로 변화하였다. 해당 변수 생성을 위한 진단코드 리스트는 '의료급여 중증 및 희귀난치성질환자 산정특례 지침(2013)'으로부터 참고하였다.

진단받은 경우(혹은 15일 이상 입원이 2회 이상인 경우) 분석에서 제외하였다.

□ 건강보험 코호트 자료

의료패널 자료에서와 동일한 방식으로 질병 발생을 정의하였다. 진료 내역에서 암, 심장 질환, 뇌혈관 질환이 있고 앞선 한 해 동안 관련 질환으로 진료받은 적이 없는 사람을 분석에 이용하였다.

라. 분석 방법

1) Coarsened Exact Matching(CEM)

관측 자료에서 추정된 처치효과가 실험집단과 통제집단사이의 혼란 요인들의 차이로 인해 발생하는 편의를 제거하기 위해 매칭 방법이 사용된다(김상신, 2016, p. 130). 매칭을 통해 실험집단과 비교집단의 공변량의 분포를 유사하게 만들으로써 모형의존성과 통계적 편의를 줄일 수 있다(Ho, Imai, King, and Stuart, 2007, pp. 200-201). 가장 기본적인 직관적인 매칭 방법은 일대일 정확한 매칭이지만 현실적으로 일대일 정확한 매칭은 실현되기 어렵기 때문에(김상신, 2016, p. 131) 다양한 매칭 방법들이 이용되고 있다. 일반적으로 많이 이용되는 방법은 성향점수매칭(P propensity Score Matching) 방법이다. 성향점수매칭 방법은 실험집단에 속하게 될 개연성을 로짓 또는 프로빗 모형에 기반하여 추정하므로 모수적 가정이 필수적이라는 문제가 발생한다(김상신, 2016, p. 132). 이와 같은 문제점을 피하기 위해 Iacus, King, Porro(2009)는 Coarsened Exact Matching(CEM) 방법을 소개하였는데 성향점수매

칭(P propensity Score Matching) 접근이 회귀식을 통해 실험군과 비교군에 속할 개연성을 산출하여 두 집단을 매칭하므로 모형 의존성이 높은 것에 비해 이와 같은 가정이 필요하지 않다(Iacus, King, & Porro, 2011, pp. 1-2). 또한 모형 최대 불균형을 사전적으로 선택함으로써 실험군과 비교군 사이의 균형을 검토하고 재매칭하는 반복 절차가 필요 없고, 한 공변량의 불균형에 대한 조정이 다른 공변량들에 영향을 미치지 않는다는 장점이 있다(김상신, 2016, p. 132).

매칭에 사용할 변수 선정은 Jeon & Pohl(2017) 및 Jeon(2017)의 연구를 참고하였다. 의료패널 자료에서 매칭 변수로는 질병 발생 전년도 변수를 이용하였는데 성별, 연령(10세 단위, 4개 카테고리), 가구주 여부, 결혼 여부, 교육 수준(중졸, 고졸, 대학이상), 가구 구성원 수(1인, 2~3인, 4인 이상)이다. 질병(혹은 입원) 발생 전년도에 경제활동을 하고 있었던 사람만을 분석에 포함하였고 경제활동 및 경제상태 관련 변수로 전년도와 전전년도 가구총소득, 전년도와 전전년도 개인소득, 전전년도 본인 경제활동 여부를 포함하였다. 질병 발생 전년도 일자리의 특성은 질병 발생 후 경제활동의 지속에 영향을 미치는 중요한 요인일 수 있다. 따라서 일자리의 취약함을 정의하여 매칭에 이용하였는데 고용관계가 간접고용, 특수고용인 경우, 종사상 지위가 임시직, 일용직인 경우, 근무시간 형태가 시간제인 경우, 계약기간이 정해져 있는 경우, 상대적으로 기업복지가 취약할 것으로 예상되는 10인 미만 사업장, 종업원 없는 자영업으로 '취약한 일자리'를 정의하였다. 건강보험 코호트 자료에서 성별, 연령, 장애 여부 변수와 고용 특성과 관련하여 사업장 업종과 사업장 규모가 이용되었다.

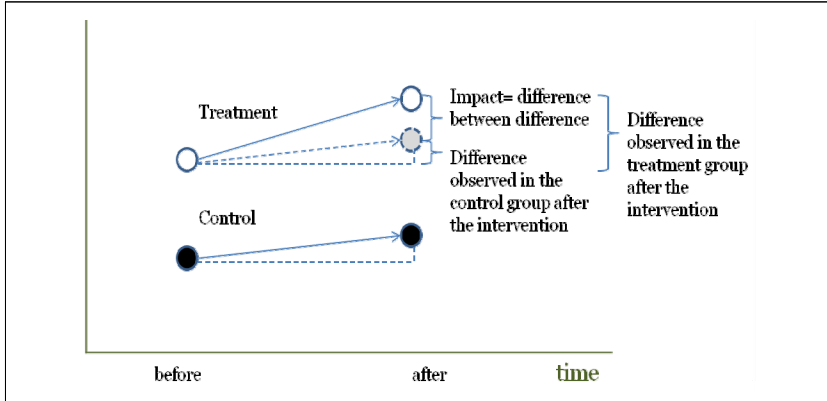
중증질환을 진단받은 사람(혹은 15일 이상 입원한 사람)과 동일한 특성을 갖도록 CEM 방법으로 매칭하여 비교군을 선정하였다. 이때 기준

시점을 나타내는 시간 t 변수는 중증질환을 진단받은 적이 있는 (혹은 15일 이상 입원한 적이 있는) 실험군의 진단 (혹은 입원) 기준 연도값을 의미한다. 중증질환 진단(15일 이상 입원 발생) 이전과 이후의 경제활동 혹은 소득의 변화를 보는 것이 연구의 목적이므로 기준 시점인 t 값을 기준으로 실험군과 통제군의 소득, 경제활동 여부 등의 변수를 기준 시점 이전(1년 전, 2년 전, 3년 전, 4년 전)과 이후(1년 후, 2년 후, 3년 후, 4년 후)로 만들어주었다. 매칭 후 개인별로 생성된 CEM 가중치값은 모든 분석에 사용하였는데 이때 매칭에 사용되지 않은 개인의 CEM 가중치값은 0이고, 실험군의 가중치값은 1이다.

2) 이중차이분석(Difference In Difference, DID)

이중차이분석은 차이의 차이, 즉 실험군에서의 변화를 대조군에서의 변화와 비교하여 특정 실험의 영향을 평가하는 방법이다. 일반적으로 정책의 영향을 평가하기 위해 많이 이용되는데 정책 도입 시 그 영향을 받게 되는 집단에서의 정책 도입에 따른 변화 정도를 정책의 영향을 받지 않는 집단과 비교하여 정책의 효과를 추정하는 방식이다. 이중차이분석법에서 기본 가정은 특정 정책이 도입되지 않았다면 실험군과 대조군에서의 시간에 따른 변화 양상이 동일하다는 것이다. 이러한 동질성 가정(parallel trend)에 오류가 있을 경우, 프로그램 효과에 대한 이중차이 추정치는 편의를 갖게 된다(Meyer, 1995, p. 153).

[그림 3-1] 이중차이분석법의 기본 모형



자료: 김수진. (2013). 보장성 강화정책의 형평성 평가. 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문. p. 39

기본적인 이중차이분석법의 모형은 아래와 같다. 즉 정책 시행 전후와 실험집단 여부의 상호작용항으로 특정 정책 시행의 영향을 평가한다.

$$Y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 post_j + \beta_2 TRT_{ij} + \beta_3 post_j TRT_{ij} + \gamma x_{ij} + \mu_j + e_{ij}$$

<표 3-2> 이중차이분석법의 추정

	pre-intervention	post-intervention	time difference
treatment	$\beta_0 + \beta_2$	$\beta_0 + \beta_1 + \beta_2 + \beta_3$	$\beta_1 + \beta_3$
control	β_0	$\beta_0 + \beta_1$	β_1
Difference in Difference: β_3			

자료: 김수진. (2013). 보장성 강화정책의 형평성 평가. 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문. p. 50

본 연구는 특정 정책의 시행이 아니라 질병 발생이라는 사건의 영향을 평가하기 위해 이중차이분석법의 개념을 이용한다. 또한 본 연구는 질병이 발생한 직전과 직후의 차이뿐만 아니라 시간이 지남에 따라 경제활동

과 경제상태가 어떻게 변화하는지에 관심을 둔다는 점에서 시간을 더미 변수로 포함하여 질병 발생 후 시점별로 종속변수의 변화를 평가한다. 즉 질병 여부 변수와 질병을 진단받은 직전 해를 중심으로 4년 후까지의 시간 변수에 대한 상호작용항(interaction term)을 이용하여 변화를 분석하였다.

앞서 언급하였듯 이중차이분석법은 사건이 발생하지 않았다면 실험군과 대조군에서 시간의 흐름에 따른 변화 경향은 다르지 않음을 전제로 한다. 따라서 본 연구에서는 앞서 언급한 CEM 매칭을 이용하여 존재할지도 모르는 두 집단의 이질성을 줄이고자 하였다. 즉, 질병 진단 직전 시점의 인구사회학적 특성이 비슷하도록 자료를 구축하였다. 추가로 관측되지 않지만 시간에 따라 변하지 않는 개인의 특성을 보정하기 위해 개인 수준 고정효과 모형을 이용하여 분석하였다.

중증질환 진단이 경제활동에 미친 영향을 살펴보기 위해서는 푸아송 고정효과 패널분석으로, 중증질환 진단을 받은 그룹의 가구 혹은 개인 소득에 미친 영향을 알아보기 위해서는 로그 치환한 종속변수에 대해 고정효과 선형패널회귀모형으로 분석하였다. 관측 기간은 진단 4년 전부터 진단 4년 후까지로 제한하였다. 전체 집단에 대해 분석하고 다음으로 성별로 층화하여 분석하였다.

2. 연구 결과

가. 의료패널 분석 결과

1) 중증질환 진단의 영향

□ 연구 대상의 특성

매칭 전후 중증질환군(실험군)과 비중증질환군(비교군)의 특성을 비교한 결과는 다음 <표 3-3>과 같다. 매칭 전 실험군과 비교군의 연령별, 성별, 혼인상태, 가구원 수, 교육수준, 일자리 특성, 개인소득 등의 특성은 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 반면 가구주 비율, 전전년도 경제활동 여부, 가구소득 등의 특성은 두 그룹에서 유의한 차이가 없었다.

CEM 매칭 후 가중치를 고려한 실험군과 비교군의 차이는 전반적으로 매칭 전에 비하여 감소하였다. 특히 여성 비율, 기혼 비율, 가구주 비율, 교육 수준의 분포, 일자리 특성에 따른 비율 등은 두 그룹이 동일하였고 그 외 연령대별 분포나 가구원 수 분포, 개인소득 등도 유의한 차이가 없었다.⁹⁾

9) 군 간의 경제활동 및 각 소득 등 평균 수치는 모두 가중치를 적용하여 계산하였다.

〈표 3-3〉 매칭 전후 연구 대상(중증질환군과 비중증질환군)의 특성 비교

구분 (t=-1)	Pre-matched			Matched and reweighted		
	control n=44,590	treatment n=404	difference p-value	control n=7045	treatment n=354	difference p-value
연령						
20~29세	15.65	5.45		4.78	5.08	
30~39세	31.02	17.33	<0.001	18.92	17.23	0.707
40~49세	31.87	34.65		36.67	35.03	
50~59세	21.46	42.57		39.63	42.66	
여성	40.07	56.68	<0.001	57.91	57.91	1.00
기혼	76.06	84.90	<0.001	87.01	87.01	1.00
가구주	53.48	51.24	0.37	49.15	49.15	1.00
가구원 수						
1인	3.02	5.20		3.80	4.80	
2~3인	37.65	42.82	0.002	41.81	43.22	0.54
4인 이상	59.33	51.98		54.39	51.98	
교육 수준						
중졸	15.76	32.92	<0.001	33.62	33.62	1.00
고졸	38.09	40.35		41.53	41.53	
대학 이상	46.15	26.73		24.86	24.86	
취약한 일자리	61.88	69.80	0.001	72.03	72.03	1.00
경제활동(t=-2)	91.22	89.36	0.19	89.27	89.27	1.00
개인소득	2622.28	2255.53	<0.001	1964.21	2000.83	0.72
개인소득(t=-2)	2406.90	2050.13	<0.001	1748.10	1820.25	0.46
가구소득	5142.48	4955.27	0.153	4575.08	4625.26	0.76
가구소득(t=-2)	4804.98	4619.83	0.112	4207.77	4264.41	0.71

□ 개인 수준 영향¹⁰⁾

중증질환 유무별 전체 집단과 남성과 여성의 평균 경제활동 추이는 다음 [그림 3-2]와 같았다. 전체 집단에서 중증질환 진단 전 경제활동 추이는 중증질환 경험 그룹과 그렇지 않은 집단 간에 큰 차이가 없이 유사한

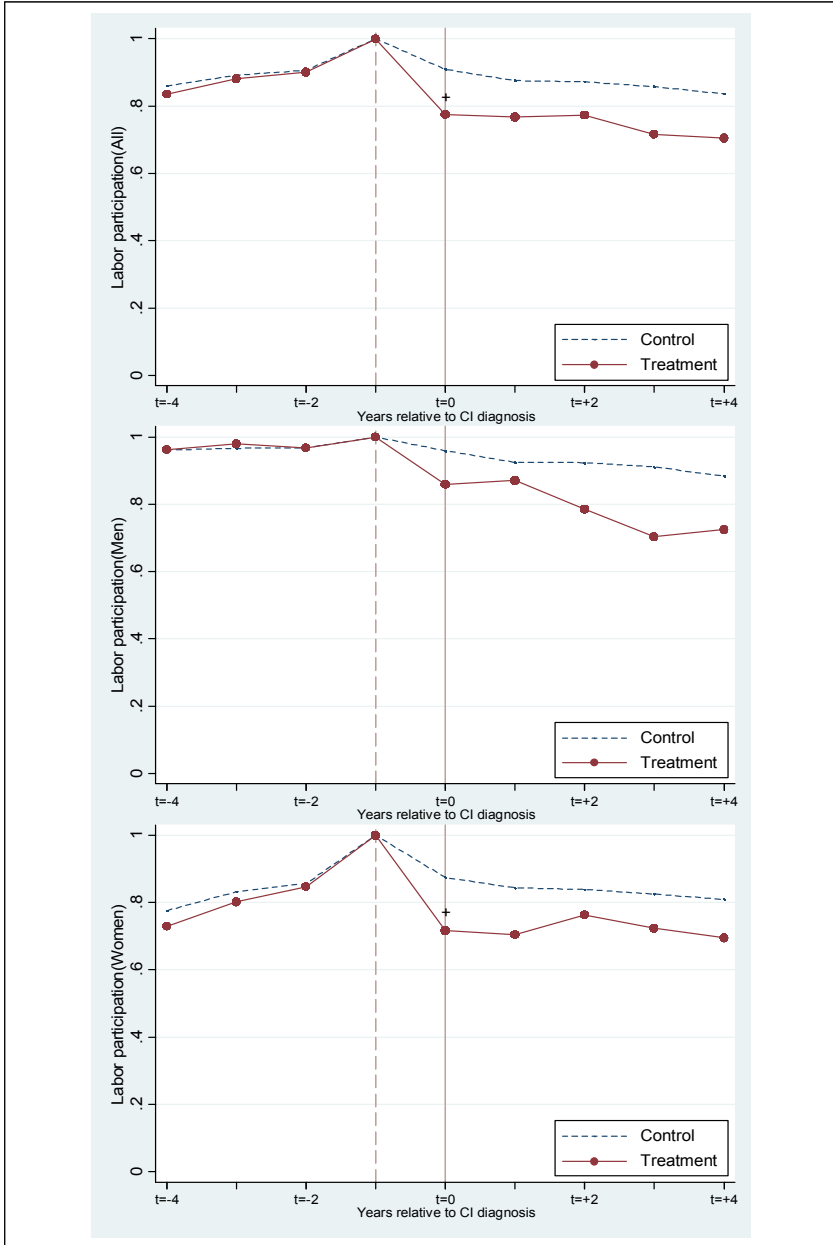
10) 그림에서 표기한 통계적 유의성은 다음과 같다. + p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

경향을 보였다. 증증질환이 발생한 해에 증증질환군에서 경제활동 참여율은 비증증질환군에 비해 감소하였고($p=0.06$) 발생 2년 차까지 비슷한 수준을 유지하다가 3년 차 이후 다시 소폭 감소하는 경향을 보였다. 증증질환이 발생하지 않은 비교집단에서 경제활동 참여율은 관측기간에 걸쳐 완만한 변화를 보였다.

성별로 나누어서 살펴볼 경우, 남성에서 증증질환군과 비증증질환군 모두 진단 연도 전년도 이전에는 비교적 안정적인 경제활동 상태를 보이고 있었다. 질병 진단 당해 연도에 증증질환군의 경제활동 참여율은 비증증질환군에 비해 감소하는 모습을 보였고($p=0.37$), 1년 차에 약간 회복세를 보이다가 2년 차와 3년 차에 계속 감소하다가 4년 차에 약간 회복하는 모습이었다.

여성에서 경제활동 참여율은 전반적으로 남성에서 보다 변화 폭이 컸다. 증증질환을 진단받은 당해 연도에 증증질환군의 경제활동 참여율은 비증증질환군에 비해 더 감소했고($p=0.08$) 1년 후까지 큰 변화가 없었다. 증증질환 진단 2년 차에 약간 회복하는 모습이다가 3년과 4년째에 다시 감소하는 모습이었다. 증증질환을 진단받은 적이 없는 그룹에서 경제활동 참여율은 완만하게 감소하는 추세였다.

[그림 3-2] 중증질환 진단에 따른 경제활동 추이(전체, 남성, 여성)

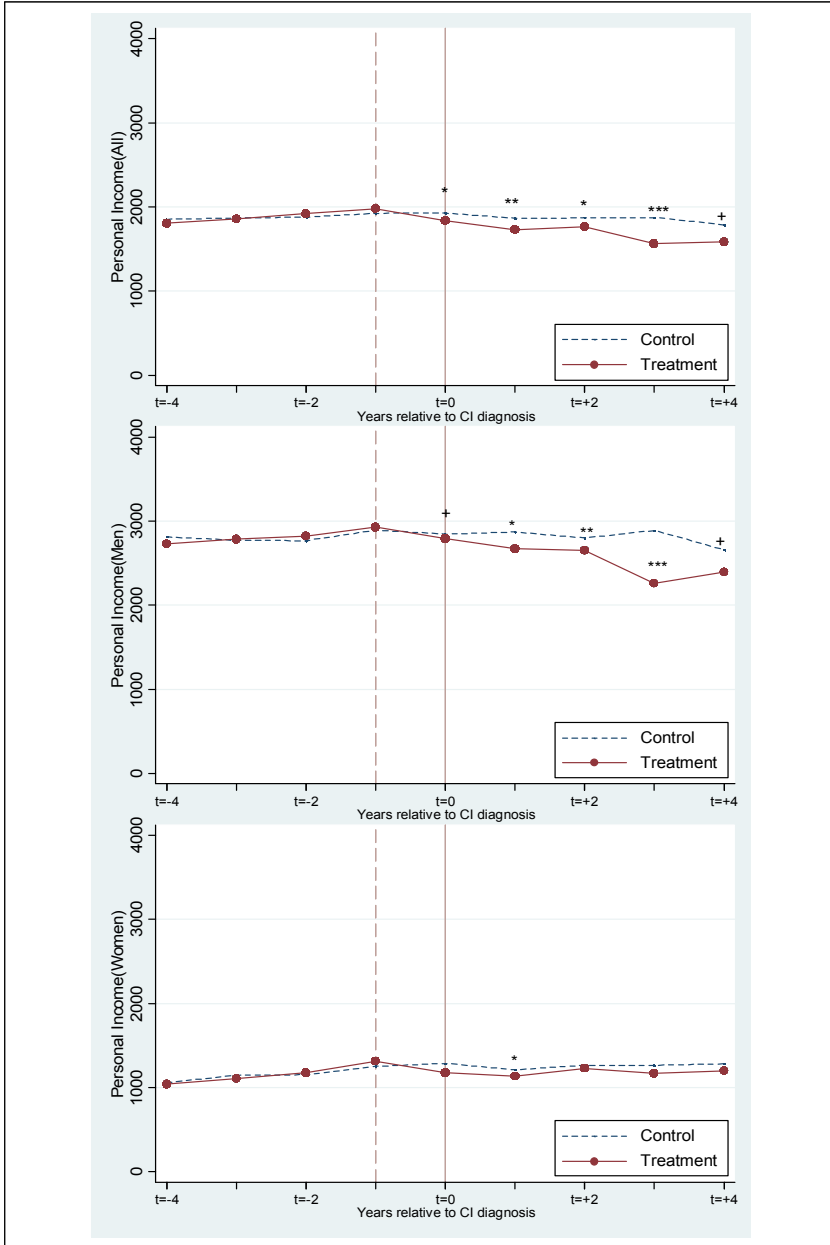


중증질환 진단 후 개인소득의 변화는 [그림 3-3]과 같다. 중증질환을 진단받은 적이 없는 경우에 개인소득은 9년에 걸쳐 큰 변화를 보이지 않았다. 중증질환군은 중증질환을 진단받은 해에 비중증질환군에 비해 개인소득이 감소했고($p=0.04$) 그 다음해에도 중증질환을 진단받기 전보다 낮은 수준을 유지하였다($p=0.001$). 진단 후 2년 차에 개인소득은 소폭 증가하였으나 비중증질환군과 비교 시 중증질환을 진단받기 전에 비해 여전히 낮은 수준이었고($p=0.03$), 3년 차에 다시 감소하였다.

성별로 중증질환 진단에 따른 개인소득의 영향 추이는 약간 다른 양상을 보인다. 중증질환을 진단받은 실험군의 개인소득은 진단 전까지는 완만하게 증가하다가 진단 당해 연도에 비중증질환군에 비해 유의하게 감소하였고($p=0.07$) 진단 1년 후까지 감소하면서 중증질환을 진단받기 전보다 낮은 수준을 유지하였다($p=0.1$). 진단 2년 차에 변화 없이 유지되다가($p=0.007$) 진단 3년째에 다시 크게 감소하는 결과를 보이면서 비중증질환군과 비교 시 중증질환 진단 전에 비해 유의하게 낮은 수준이었다($p<0.001$). 이후 회복되는 양상을 보였으나 여전히 중증질환 진단 전에 비해 낮은 수준이었다($p=0.06$).

남성에 비해 여성에서 중증질환 발생에 따른 개인소득의 변화 정도는 크지 않았다. 통계적으로 유의하지는 않았으나 중증질환을 진단받은 첫 해에 개인소득이 소폭 감소하였고($p=0.15$) 진단 1년 후에 개인소득이 더 감소하여 비중증질환군과 비교 시 중증질환 진단 전에 비해 유의하게 낮았다($p=0.02$). 2년 차에 개인소득은 회복되는 양상을 보였고 진단받기 전 소득과 유의한 차이가 없었으며($p=0.44$) 이후에도 완만한 상태를 유지하였다.

[그림 3-3] 중증질환 진단에 따른 개인소득 추이(전체, 남성, 여성)

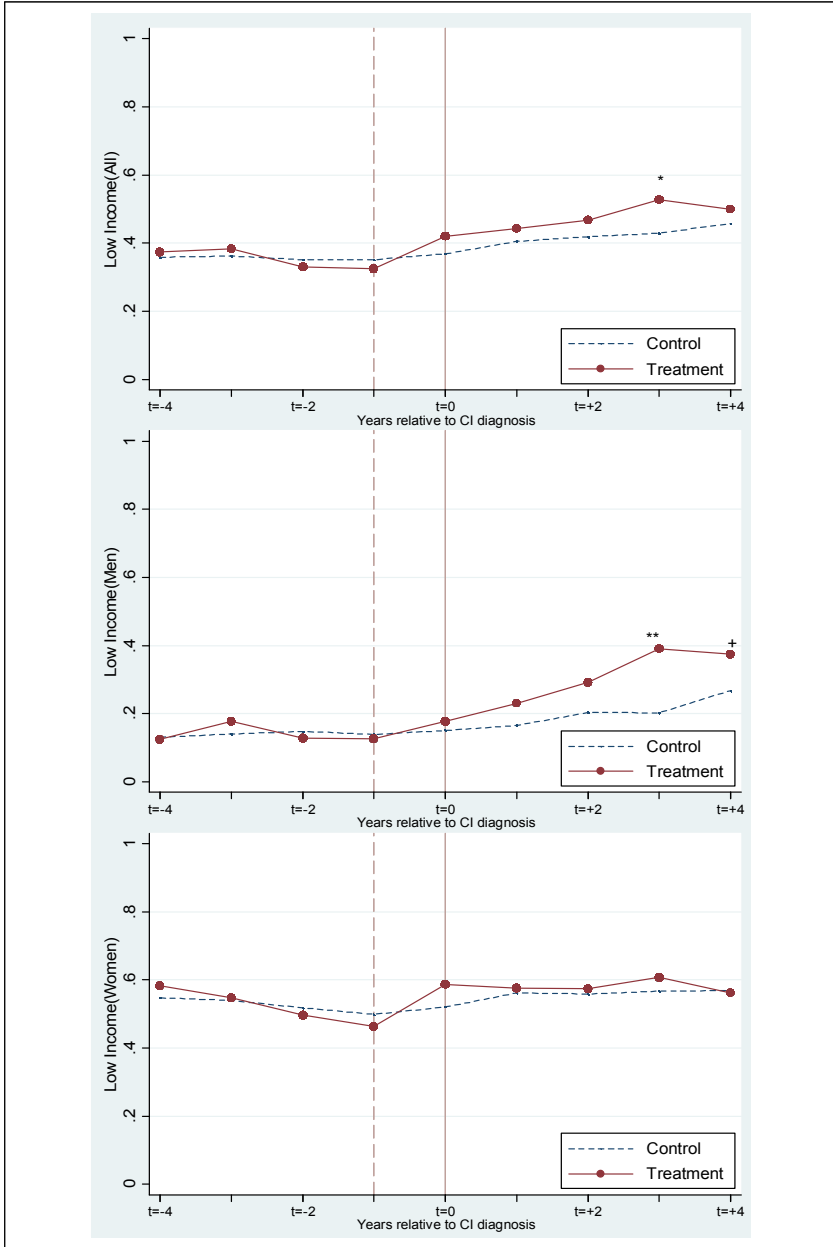


최저임금을 기준으로 하는 저임금 비율 추이는 다음 [그림 3-4]와 같다. 전체 집단에서 저임금 비율은 40% 정도였고 증증질환 발생 전에 증증질환 발생 그룹과 비교 그룹은 대체로 비슷한 수준을 유지하였다. 증증질환 진단 해에 증증질환을 경험한 그룹에서 비증증질환군에 비해 저임금을 받는 비율이 증가하였으나 통계적으로 유의하지는 않았고($p=0.16$) 진단 3년 차에는 비증증질환군과 비교 시 진단 전에 비해 유의하게 증가하였다($p=0.049$).

성별로 나누어 볼 경우 남성에서 증증질환 진단 전 증증질환 발생 집단과 미발생 집단에서 저임금 비율은 20% 이하의 수준을 유지하였다. 증증질환을 진단받은 해에 증증질환군에서 비증증질환군에 비해 저임금 비율이 증가하였으나 통계적으로 유의하게 다르지는 않았다($p=0.45$). 하지만 저임금 비율이 지속적으로 증가하여 비증증질환군에 비해 진단 3년 차에는 진단 전에 비해 유의하게 높았다($p=0.004$).

여성의 경우 증증질환을 진단받은 군에서 비록 그 차이가 통계적으로 유의하지 않았지만 진단 당해 연도에 비증증질환군에 비해 저임금 비율이 증가하는 경향을 보였다($p=0.23$). 1년과 2년 차에는 저임금 비율이 감소하면서 비증증질환군과 유사한 수준을 보였다.

[그림 3-4] 중증질환 진단에 따른 저임금(최저임금 기준) 추이(전체, 남성, 여성)



□ 가구 수준 영향¹¹⁾

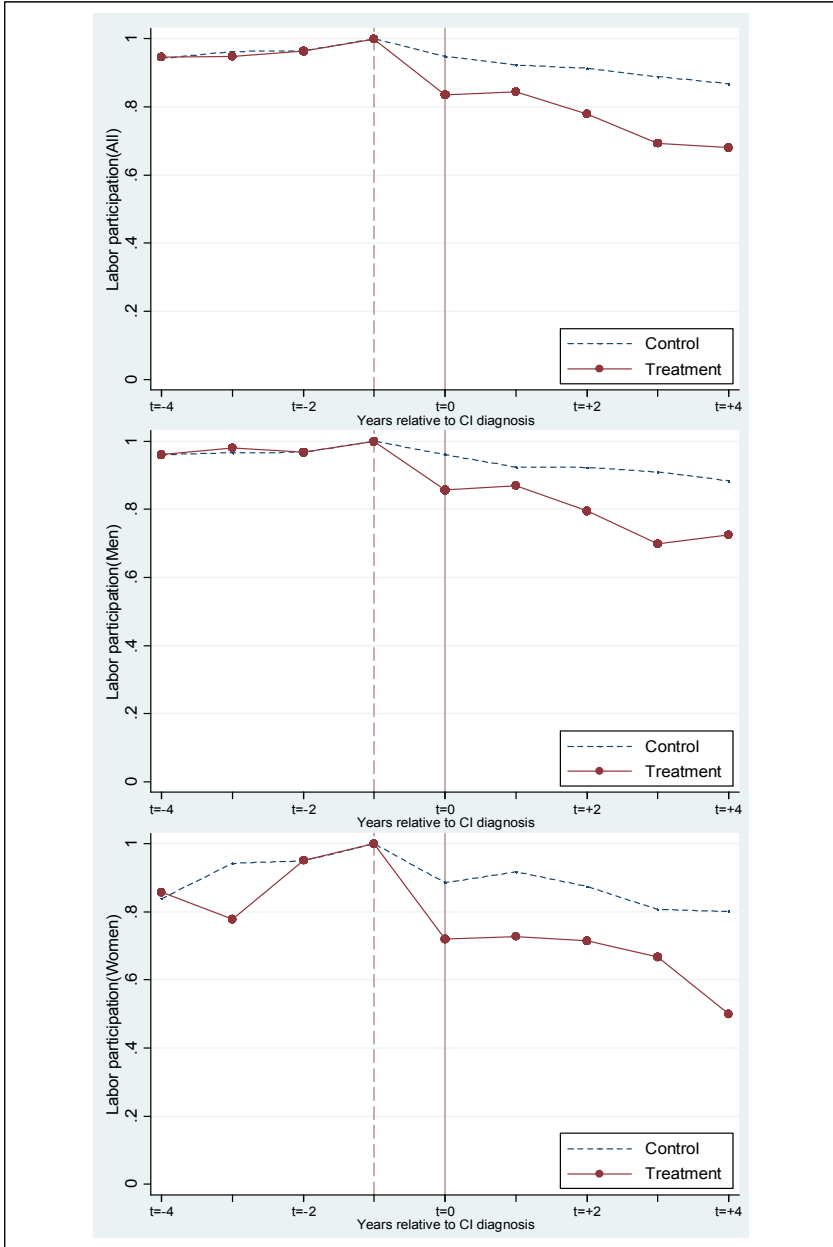
가구주가 질병에 걸린 경우 전체 가구 경제에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 가구주가 중증질환을 경험한 경우로 한정하여 그 영향을 확인하였다. 중증질환이 발생한 전체 가구주와 남성 가구주, 여성 가구주로 나누어 분석을 진행하였다.

[그림 3-5]는 중증질환 진단에 따른 가구주에서의 경제활동 참여율 변화를 보여 준다. 중증질환을 진단받은 가구주에서 통계적으로 유의하지 않았지만 진단받은 해에 비중증질환군에 비해 경제활동 참여율은 감소하였고($p=0.28$) 진단 1년 차에 비슷한 수준을 유지하다가 다시 감소하는 양상을 보였다.

전체 집단에서와 유사하게 중증질환을 진단받은 남성 가구주의 경제활동 참여 정도는 진단 당해 연도에 감소하였고 1년째에 약간 회복되다가 2, 3년 차까지 다시 감소하다가 4년 차에 회복하는 모습으로 나타났다. 여성 가구주에서 중증질환 진단에 따른 경제활동 감소 정도는 남성에서 보다 크게 나타났다. 중증질환 진단과 동시에 경제활동 참여 정도가 80% 미만 수준으로 감소하였고 1년 후 약간 회복하였다가 2년째 다시 감소하는 모습이였다. 가구주로 한정하지 않고 전체 집단을 대상으로 분석한 경우와 유사한 경향성을 보이지만 전반적으로 관측치수가 줄어들면서 통계적 유의성은 낮아진 것으로 보인다.

11) 그림에서 표기한 통계적 유의성은 다음과 같다. + $p<0.1$, * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

[그림 3-5] 중증질환 진단에 따른 가구주의 경제활동 추이(전체, 남성, 여성)

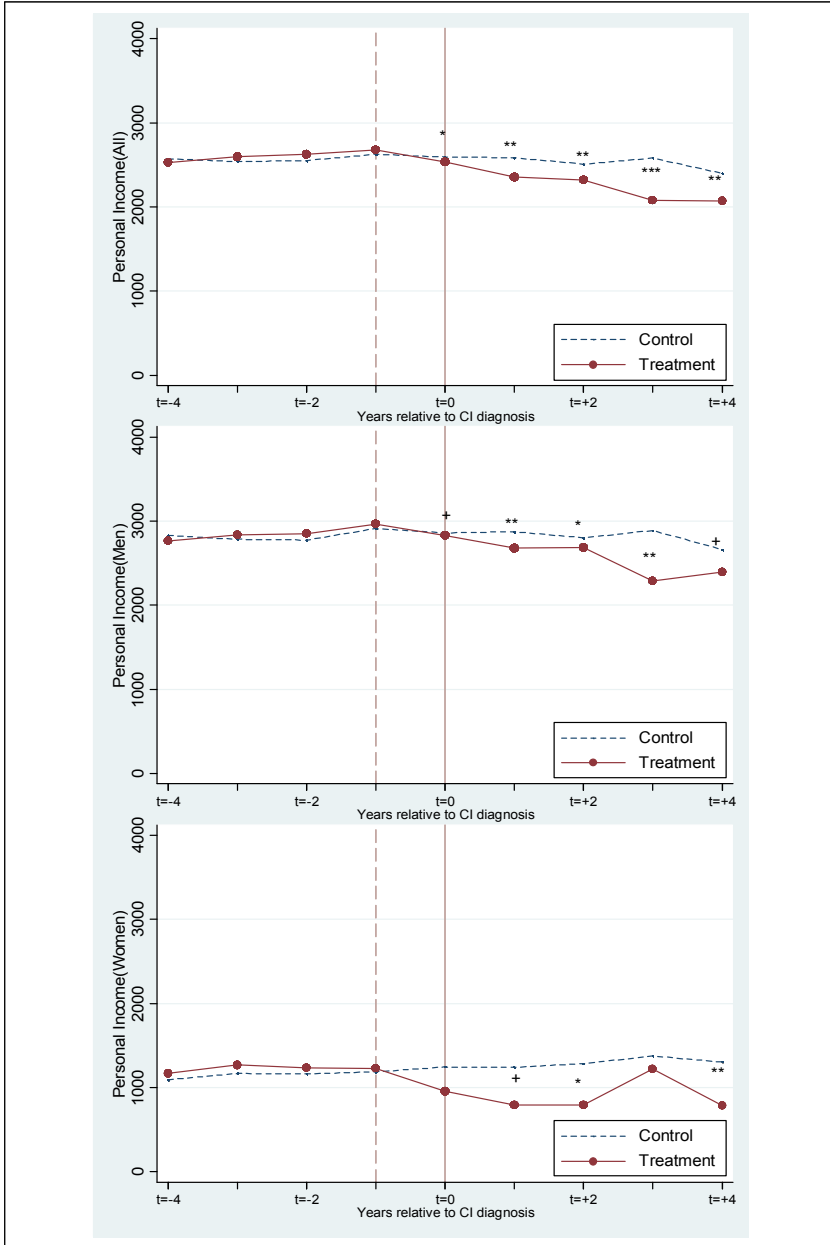


[그림 3-6]은 중증질환 진단에 따른 가구주의 개인소득 변화를 보여 준다. 중증질환 진단 전에 중증질환을 진단받은 가구주와 그렇지 않은 가구주에서 개인소득은 비슷한 추이를 보였다. 중증질환을 진단받은 가구주의 개인 소득은 진단 받은 해에 비중증질환군에 비해 감소하였고($p=0.03$) 1년 차까지 중증질환을 진단받기 전보다 감소한 수준을 유지하였다($p=0.002$). 3년 차까지 개인소득이 감소하는 양상을 보였고 4년 차부터는 회복하는 양상을 보였으나 비중증질환군과 비교 시 중증질환 진단 전 시점에 비해 감소한 수준을 유지하였다($p=0.006$).

성별로 가구주의 개인소득 변화를 살펴본 결과, 남성 가구주의 개인 소득은 진단 후 1년 차까지 비중증질환군에 비해 유의하게 감소하였고($p=0.009$) 잠시 회복되지만 다시 감소와 회복을 반복하여 진단 후 4년 차에도 중증질환을 진단받은 적이 없는 남성 가구주와 비교했을 때 감소한 상태를 유지하였다($p=0.06$).

여성 가구주에서 변화 양상은 남성 가구주와 유사하였다. 질병을 진단받은 여성 가구주의 개인소득은 진단 2년 차까지 감소하여 비중증질환군에서의 변화와 비교 시 진단받기 전 해에 비해 감소한 상태였고($p=0.02$) 3년 정도가 됐을 때 회복되는 양상이었다. 반면 중증질환을 진단받지 않은 경우 개인소득은 소폭 증가하는 경향을 보이며 큰 변화 없이 유지되었다.

[그림 3-6] 중증질환 진단에 따른 가구주 개인소득 추이(전체, 남성, 여성)

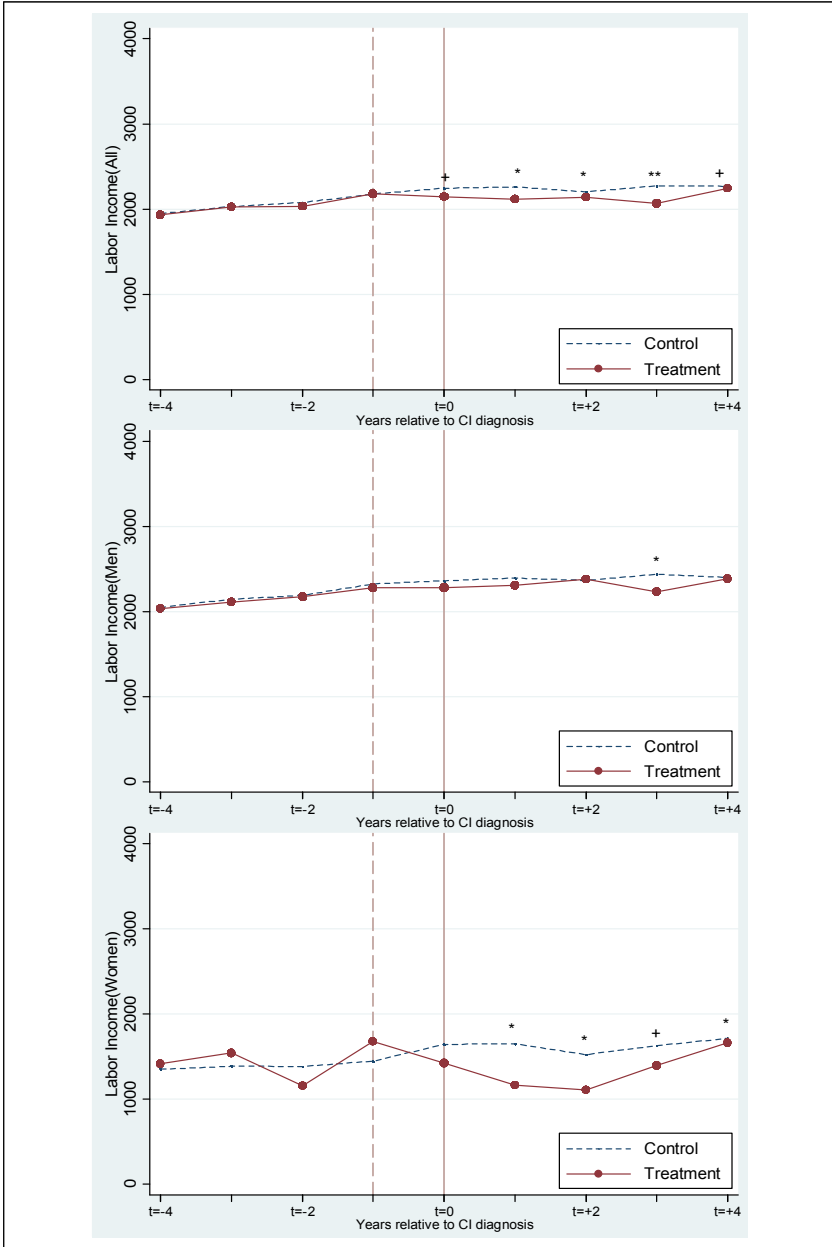


다음으로 가구 근로소득에 미친 영향을 살펴보았다(그림 3-7). 전체 가구를 대상으로 중증질환 발생의 영향을 살펴본 결과, 중증질환을 진단받은 해에 비중증질환군에 비해 (가구원 수 균등화) 근로소득은 감소하는 것으로 나타났다($p=0.05$). 진단받은 해와 비슷한 수준에서 가구근로소득은 큰 변화 없이 유지되었고 진단 3년 차까지도 비중증질환군과 비교 시 중증질환 진단 전에 비해 감소한 수준을 유지하였다($p=0.005$). 진단 4년 차에 가구근로소득이 소폭 증가하면서 회복되는 양상을 보였다.

남성 가구주에서 가구(균등화)근로소득은 중증질환 진단 전까지 중증질환이 발생한 실험집단과 그렇지 않은 비교 집단에서 완만하게 증가하는 경향을 보였으나 중증질환을 진단받은 해에 실험집단에서 증가 경향은 주춤하는 양상을 보였다. 진단 3년 차에는 비중증질환군에 비해 중증질환군에서 중증질환 진단 전보다 소득이 감소하였고($p=0.03$) 4년 차에 다시금 회복하는 양상을 보였다.

여성 가구주에서 중증질환의 발생은 단기적으로 남성 가구주에서보다 더 급격한 가구근로소득의 감소를 야기했다. 진단받은 해에 가구근로소득은 통계적으로 유의하지 않았지만 비중증질환군과 비교 시 질병 발생 전에 비해 감소하는 양상을 보였고($p=0.12$) 1년 차에는 비중증질환군과 비교 시 소득이 감소하여 진단받기 전보다 유의하게 낮은 수준을 보였다($p=0.02$). 3년 차까지 감소하는 경향을 보이다가 4년 차에 회복되는 양상을 보이면서 실험집단과 비교집단에서의 중증질환 진단에 따른 차이는 감소하였다.

[그림 3-7] 중증질환 진단에 따른 가구(균등화)근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)

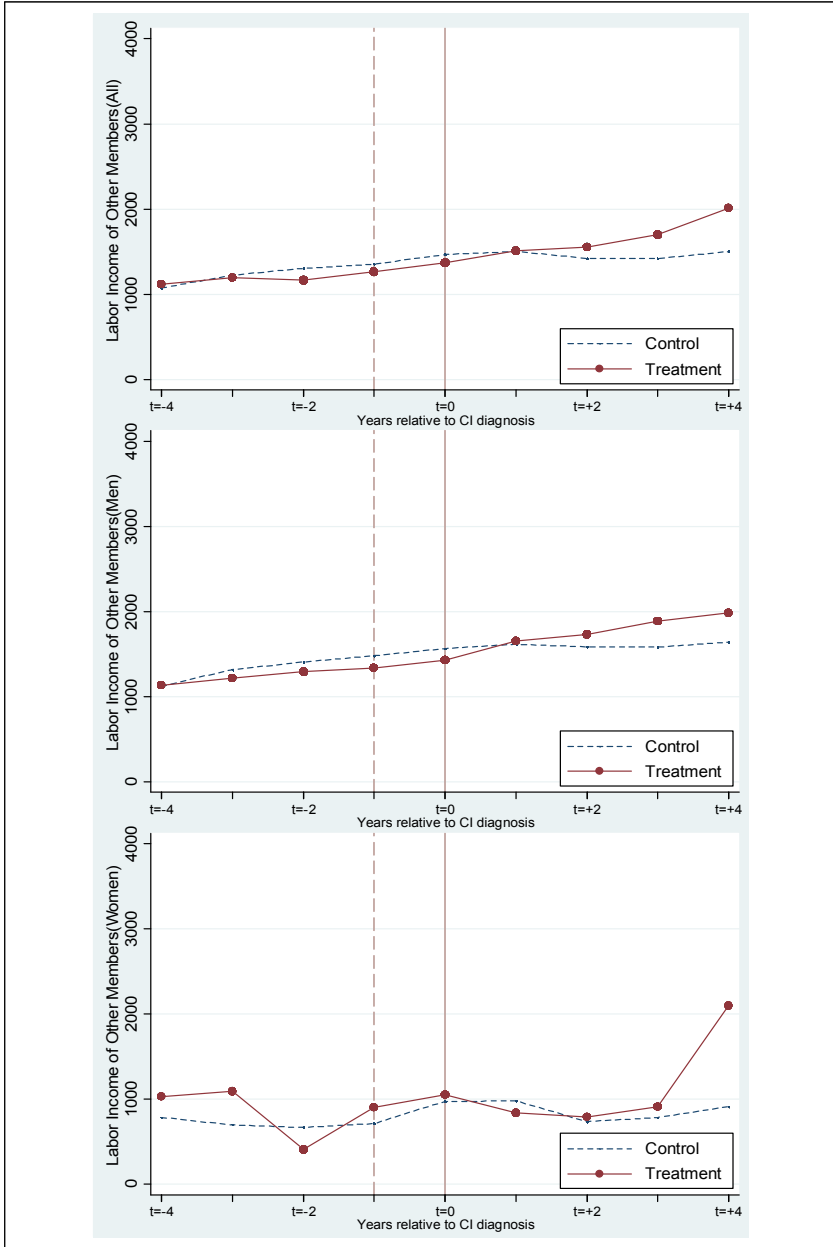


가구주 개인의 근로소득이 감소하더라도 가구 내 경제활동이 가능한 다른 구성원이 있다면 가구의 소득 감소 정도를 줄일 수 있다. 즉, 다른 가구원이 경제활동에 참여할 경우 가구주의 경제활동 감소가 가구의 근로소득 감소로 이어지지 않을 수 있다. 아래 [그림 3-8]은 전체 가구주, 남성 가구주와 여성 가구주에서 가구주를 제외한 다른 가구원들의 근로소득 추이를 보여 준다.

전반적으로 중증질환을 경험한 실험집단과 그렇지 않은 비교집단에서 다른 가구원의 근로소득은 비슷한 경향을 보이면서 완만하게 증가하였다. 전체집단과 가구주가 남성인 경우 진단 1년 차에 다른 가구원의 소득이 증가하는 경향을 보였으나 통계적으로 유의한 차이는 아니었다.¹²⁾

12) 다른 가구원의 근로소득 변화는 질병을 경험한 노동자의 가구 구성 변화와 관련이 있을 수 있다. 이러한 영향이 크지는 않을 것으로 예상되는데 우선 질병을 경험한 노동자가 있는 가구와 그렇지 않은 가구에서 가구원 수는 시간이 흐름에 따라 점차적으로 감소하는 패턴을 보였고 이와 함께 가구 내 가구원 변동을 경험한 비율은 두 집단에서 모두 2~3% 정도로 유사하였다.

[그림 3-8] 중증질환 진단에 따른 다른 가구원의 근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)

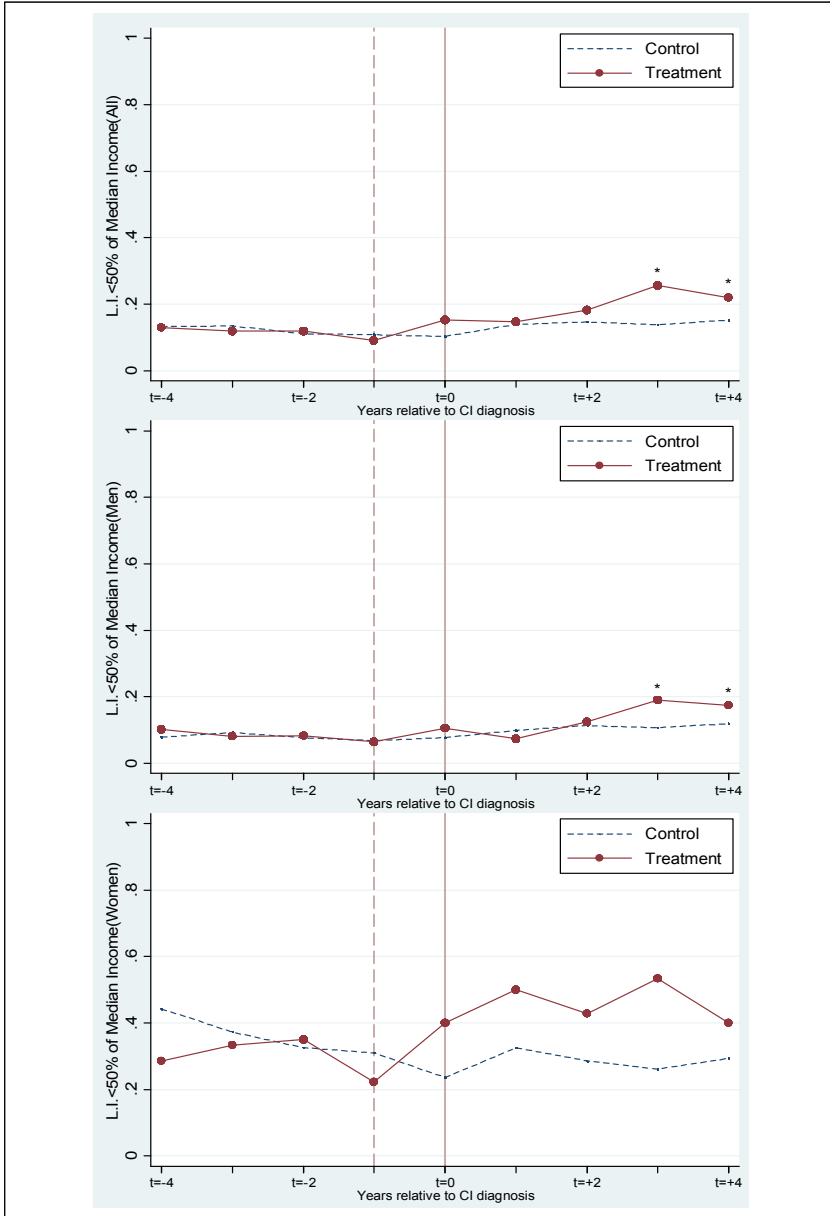


질병으로 인해 일을 하지 못하더라도 유급병가 등을 통해 생활을 위해 필요한 소득이 유지된다면 질병의 영향은 치명적이지 않을 것이다. 따라서 가구(균등화)근로소득의 빈곤화 정도를 평가하였다. 빈곤선은 기준중위소득의 50% 이하인지와 최저생계비 이하인지의 두 가지로 정의하였다.

[그림 3-9]에서 중위소득의 50%를 빈곤선으로 하여 전체 가구주를 대상으로 분석한 결과 중증질환을 경험하지 않은 집단에서 빈곤율은 완만하게 상승하는 경향을 보였으나 가구주가 중증질환을 경험한 경우 진단 시점에 가구근로소득의 빈곤 정도는 소폭 증가하였다. 진단 2년 차와 3년 차에 빈곤율은 증가하여 3년 차에는 비중증질환군과 비교 시 진단 전 시점과 통계적으로 유의하게 달랐다($p=0.01$). 중증질환 진단 4년 차에 빈곤율은 소폭 감소하였으나 중증질환 진단 전에 비해서는 비중증질환군과 비교 시 여전히 높은 수준이었다($p=0.04$)

가구주가 남성인 경우 진단 시점에 빈곤율은 소폭 증가하다가 다시 감소하였고 진단 시점과 큰 차이가 없는 상태로 유지되었다. 하지만 2년 차부터 빈곤율이 다시금 증가하여 3년 차에는 비중증질환군과 비교 시 중증질환 진단 직전 해에 비해 유의하게 높았고($p=0.03$) 4년 차에 소폭 감소하였으나 여전히 비중증질환군에 비해 증가한 수준을 유지하였다($p=0.03$). 가구주가 여성인 경우 중증질환 진단 시점에 빈곤율은 증가하였고 증가와 감소를 반복하면서 중증질환 진단 직전해보다 높은 수준을 유지하였으나 그 차이는 통계적으로 유의하지는 않았다.

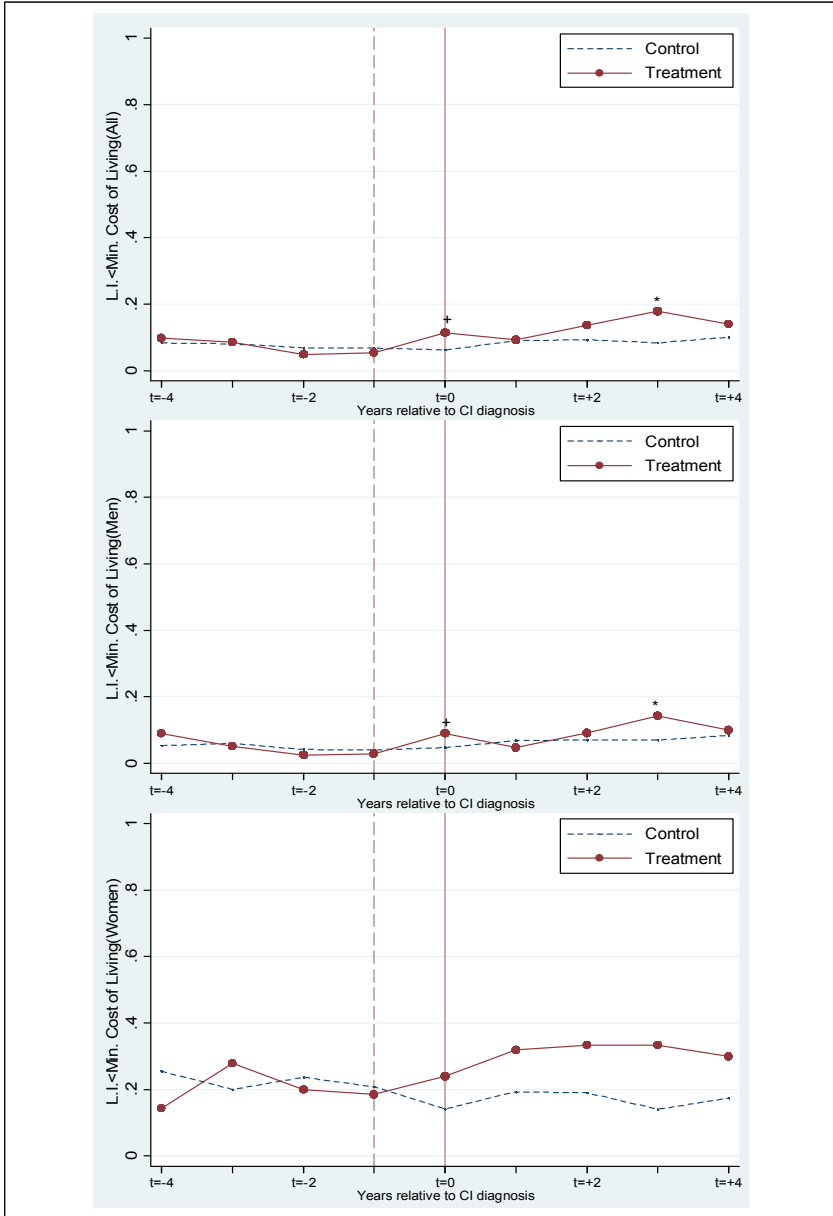
[그림 3-9] 중증질환 진단에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 가구근로소득의 빈곤화 (전체, 남성, 여성 가구주)



최저생계비를 빈곤선으로 이용한 [그림 3-10]에서는 중증질환을 진단받은 가구주에서 비중증질환군에 비해 중증질환 진단 연도에 빈곤율이 증가하였고($p=0.07$) 이후 소폭 감소하였으나 3년 차에 다시 높아지면서 비중증질환군과 비교 시 중증질환 진단 전에 비해 높은 상태를 유지하였다($p=0.02$). 이후 4년 차부터 감소하는 양상이었다.

가구주가 남성인 경우에도 비슷한 양상을 보였다. 가구주가 여성인 경우 빈곤율은 중증질환 진단 시점에 증가하고 비교집단에 비해 지속적으로 높은 수준을 유지하였으나 통계적으로 유의하지 않았다.

[그림 3-10] 중증질환 진단에 따른 (최저생계비 기준) 가구근로소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)

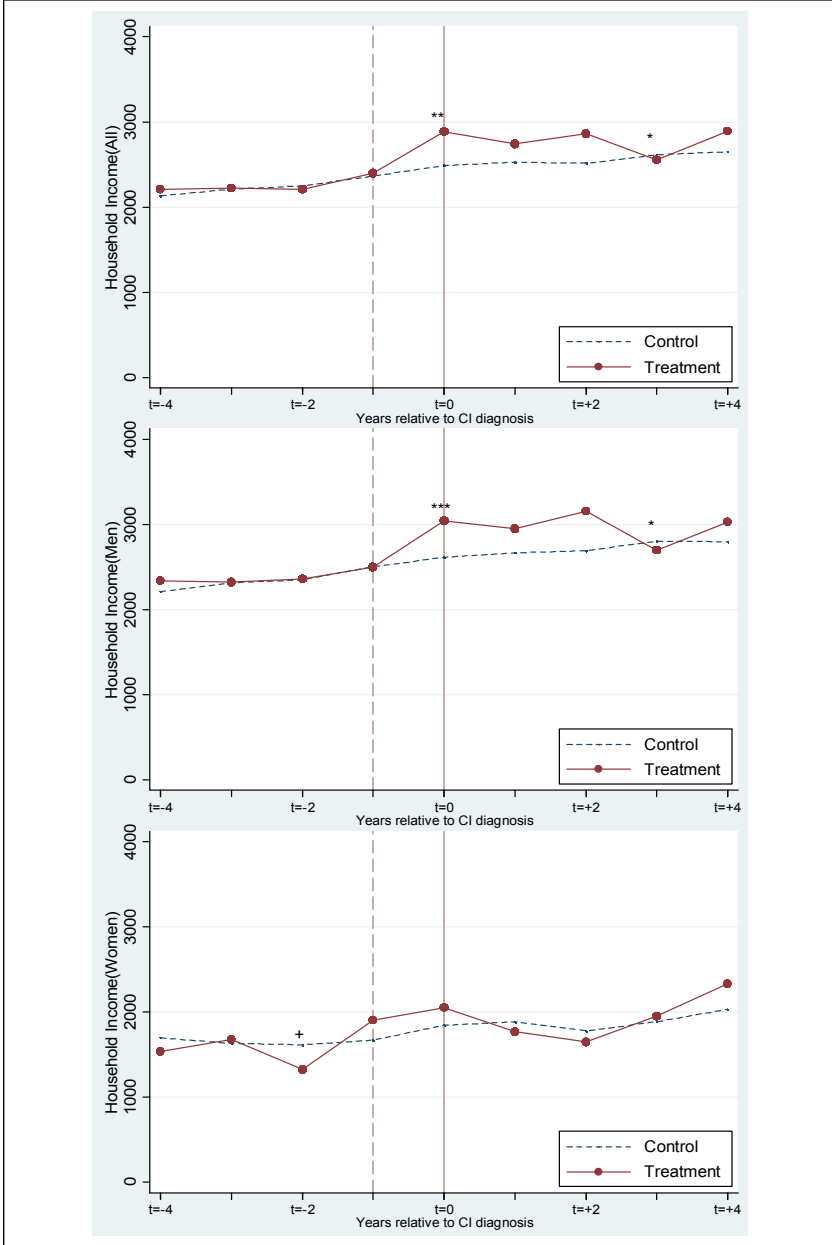


가구원 수로 균등화한 가구총소득은 앞서서 살펴본 개인소득이나 가구근로소득과는 다른 양상을 보였다(그림 3-11). 중증질환을 진단받은 전체 가구주를 대상으로 살펴본 결과 중증질환을 진단받은 해에 비중증질환군에 비해 가구소득은 통계적으로 유의하게 증가하였다($p=0.001$). 진단 1년과 2년 차에 감소와 증가를 번갈아 하다가 진단 3년 차에 가구총소득은 비중증질환군과 비교 시 중증질환 진단 전연도에 비해 감소하였다($p=0.02$).

남성 가구주에서 가구소득의 변화 양상은 전체 집단에서와 유사한 경향을 보였다. 중증질환이 발생한 가구주에서 진단 전연도에 비하여 진단 당해 연도에 비중증질환군 대비 가구총소득이 유의하게 높아지는 모습이었다($p<0.001$). 3년 차에 중증질환 진단 전연도에 비해 비중증질환군 대비 가구소득이 감소하였다($p=0.04$) 4년 차에 회복하는 양상을 보였다.

여성 가구주에서 가구소득의 변화 양상은 남성 가구주와는 다른 경향을 보였다. 중증질환을 진단받은 해에 비교군과 실험군은 비슷한 수준에서 소득이 증가하였다. 반면 진단 1년 차부터 2년 차까지 가구소득은 감소하는 양상을 보였고 진단 3년 차부터 회복되는 양상을 보였다.

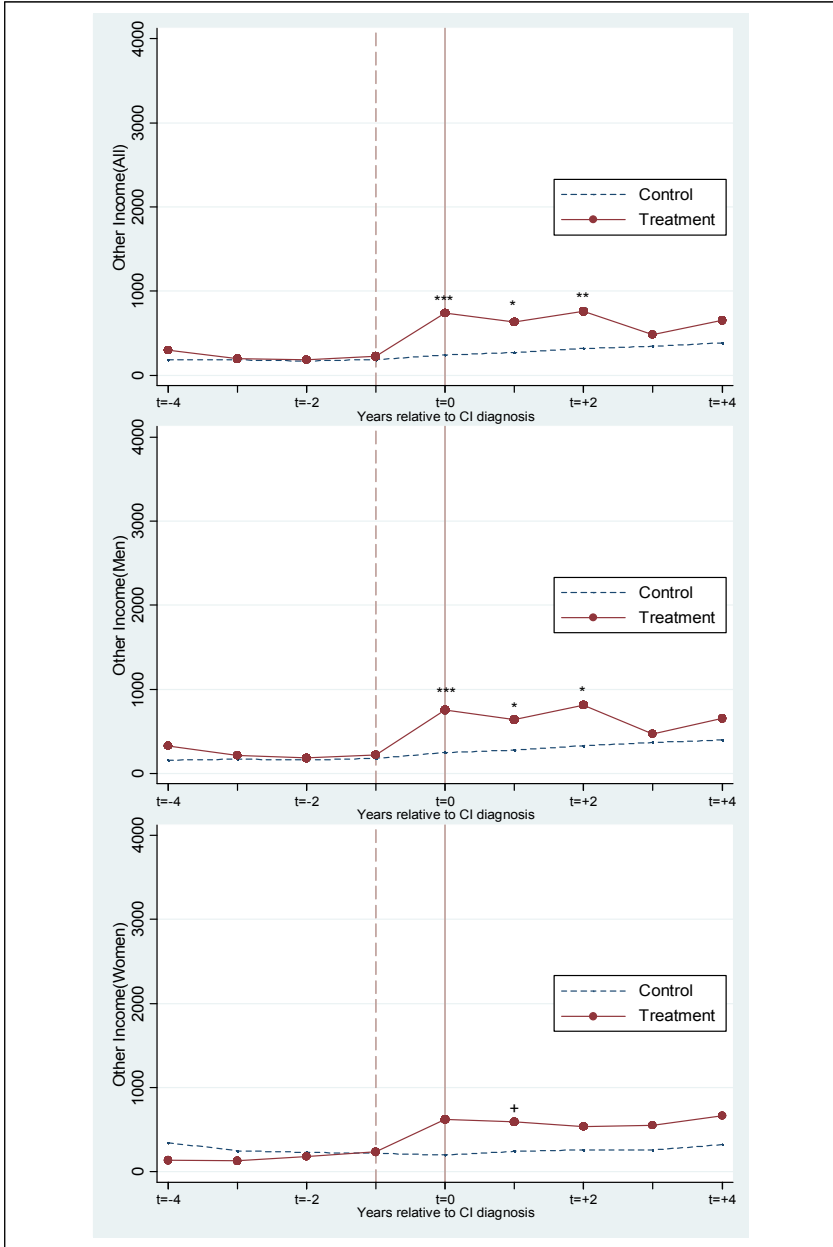
[그림 3-11] 중증질환 진단에 따른 가구소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)



가구근로소득이 감소했음에도 가구총소득이 증가한 이유는 근로 외 소득이 증가했기 때문일 것이다. 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 추이를 살펴본 결과, [그림 3-12]에서 보는 것처럼 중증질환을 진단받지 않은 경우 근로 외 소득이 낮은 수준에서 완만하게 증가하는 경향을 보인 반면 중증질환을 경험한 집단에서 근로 외 소득은 중증질환 진단 연도에 비중증질환군 대비 증가하여 중증질환 진단 전연도에 비해 높은 수준이었고 ($p < 0.001$) 2년 차까지 중증질환 진단 전보다 높은 상태를 유지하다가 ($p = 0.007$) 3년 차에는 중증질환을 경험하지 않은 집단과 비슷한 수준으로 감소하였다.

남성 가구주에서도 비슷한 경향을 보였는데 중증질환을 진단받은 해에 비중증질환군 대비 가구소득이 유의하게 증가하였고($p < 0.001$) 중증질환이 발생하지 않은 가구에 비해 계속해서 2년 차까지 높은 수준을 유지하였다($p = 0.04$). 진단 3년 차에 근로 외 소득은 감소하였고 비중증질환군과 유사한 수준을 보였다. [그림 3-11]의 가구소득 추이와 비교할 경우 가구소득의 추이는 근로 외 소득과 비슷한 양상을 보임을 알 수 있다. 여성에서도 진단 해에 근로 외 소득이 증가하는 양상을 보였는데, 남성과 달리 시간이 지난 후에도 비슷한 수준을 계속 유지하였다.

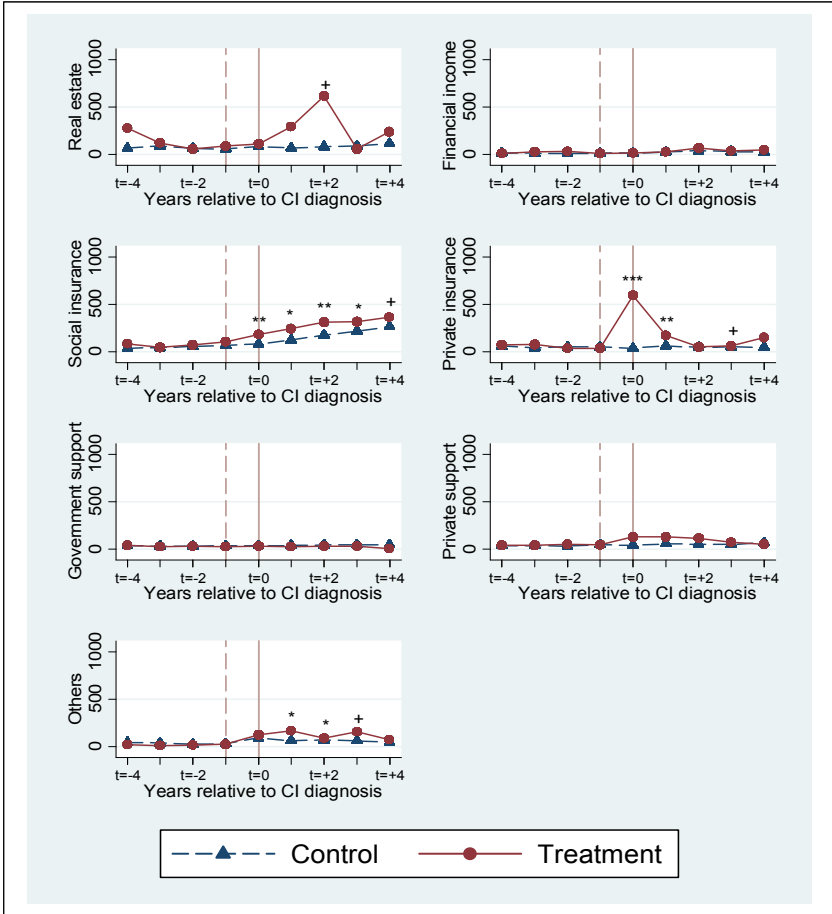
[그림 3-12] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)



근로 외 소득의 종류는 다양하므로 어떤 종류의 근로 외 소득이 증가했는지 세부적으로 살펴볼 필요가 있다. 의료패널에서는 근로 외 소득을 재산소득, 금융소득, 사회보험소득, 민간보험, 정부지원, 사적이전, 기타 소득으로 구분하여 조사하고 있으므로 동일하게 구분하여 중증질환 진단에 따른 추이를 살펴보았다.

[그림 3-13]에서 보는 것처럼, 가구주가 중증질환을 경험한 경우 비중증질환군 대비 민간보험 소득이 질병 발생 시점에 급격히 증가하는 것으로 나타났다($p < 0.001$). 이는 질병 진단과 관련된 정액형 민간보험 일시금의 효과이거나 질병 치료비와 생활비를 위해 가입했던 보험을 해약하여 발생하는 민간보험 해약 일시금의 효과일 수 있다. 사회보험 소득도 점차로 비중증질환군에 비해 증가하는 양상을 보였는데($t=0$, $p=0.009$) 의료패널에서 사회보험 소득은 공적연금, 고용보험, 산재보험, 사회보험일시금 등을 포함한다. 예를 들어 질병으로 인해 실직할 경우 받게 되는 실업급여나 건강보험 본인부담상한제에 따라 환불받는 진료비일 수 있는데 정확한 소득의 원천을 확인하기는 어렵지만 완만한 증가세로 볼 때 국민연금의 영향일 수 있다. 즉, 60세까지를 분석대상에 포함하였으므로 일부가 연금수혜 연령에 도달할 수 있으며, 소득이 적은 경우 55세부터 국민연금을 받을 수 있으므로 중증질환 발생으로 조기 연금 수혜를 결정할 수 있다. 한편 기타소득이 진단 1년 차에 비중증질환군 대비 증가하였는데($p=0.03$) 퇴직금 등의 영향일 것으로 예상된다. 마지막으로 부동산소득이 질병 발생 2년째에 증가하는 양상을 보이는데($p=0.06$) 의료패널 자료에서 부동산소득이 자산 처분인지 임대소득인지를 구분하는 것은 가능하지 않다. 다만 임대소득이 일시적으로 급격히 증가하지는 않을 것으로 예상된다.

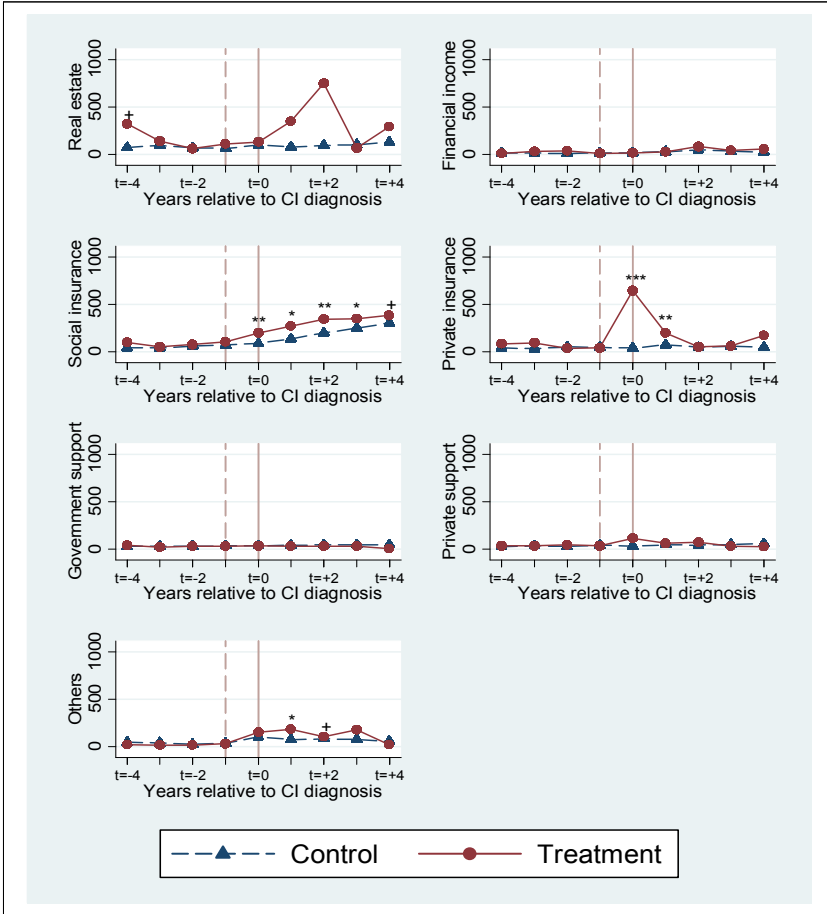
[그림 3-13] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(전체 가구주)



주: Real estate: 부동산소득, Financial income: 금융소득, Social insurance: 사회보험, Private insurance: 민간보험, Government support: 공공부조, Private support: 사적 지원, Others: 기타

남성 가구주에서의 근로 외 소득의 유형별 변화 양상은 전체 가구주를 대상으로 분석한 결과와 유사한 경향을 보였다(그림 3-14). 중증질환을 진단받은 해에 민간보험 소득이 증가하였고 진단 후 사회보험 소득이 증가하는 양상을 보였다. 또한 진단 1년 차에 기타소득이 증가하였다.

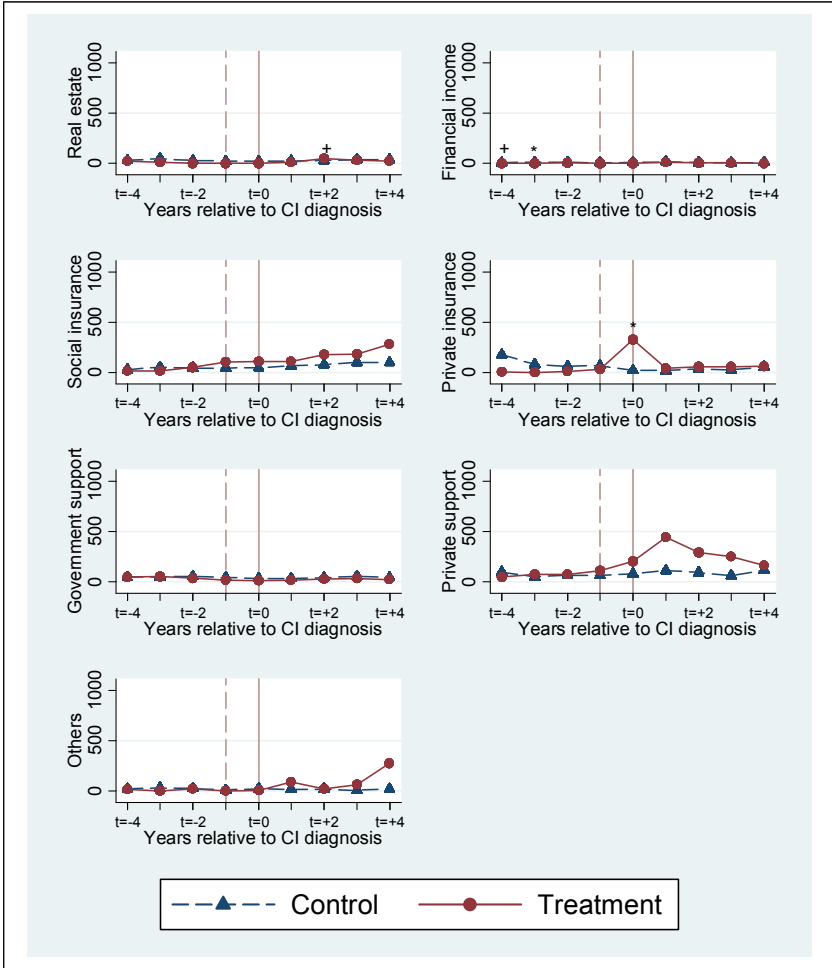
[그림 3-14] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(남성 가구주)



주: Real estate: 부동산소득, Financial income: 금융소득, Social insurance: 사회보험, Private insurance: 민간보험, Government support: 공공부조, Private support: 사적 지원, Others: 기타

여성 가구주의 근로 외 소득을 분해할 경우(그림 3-15) 남성과 비슷하게 민간보험 소득이 질병 발생 시점에서 급격히 증가하는 것으로 나타났고 남성과 달리 기타 소득은 거의 변화가 없었고 사적 이전소득이 증가하는 양상을 보였는데 통계적으로 유의하지 않았다.

[그림 3-15] 중증질환 진단에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(여성 가구주)



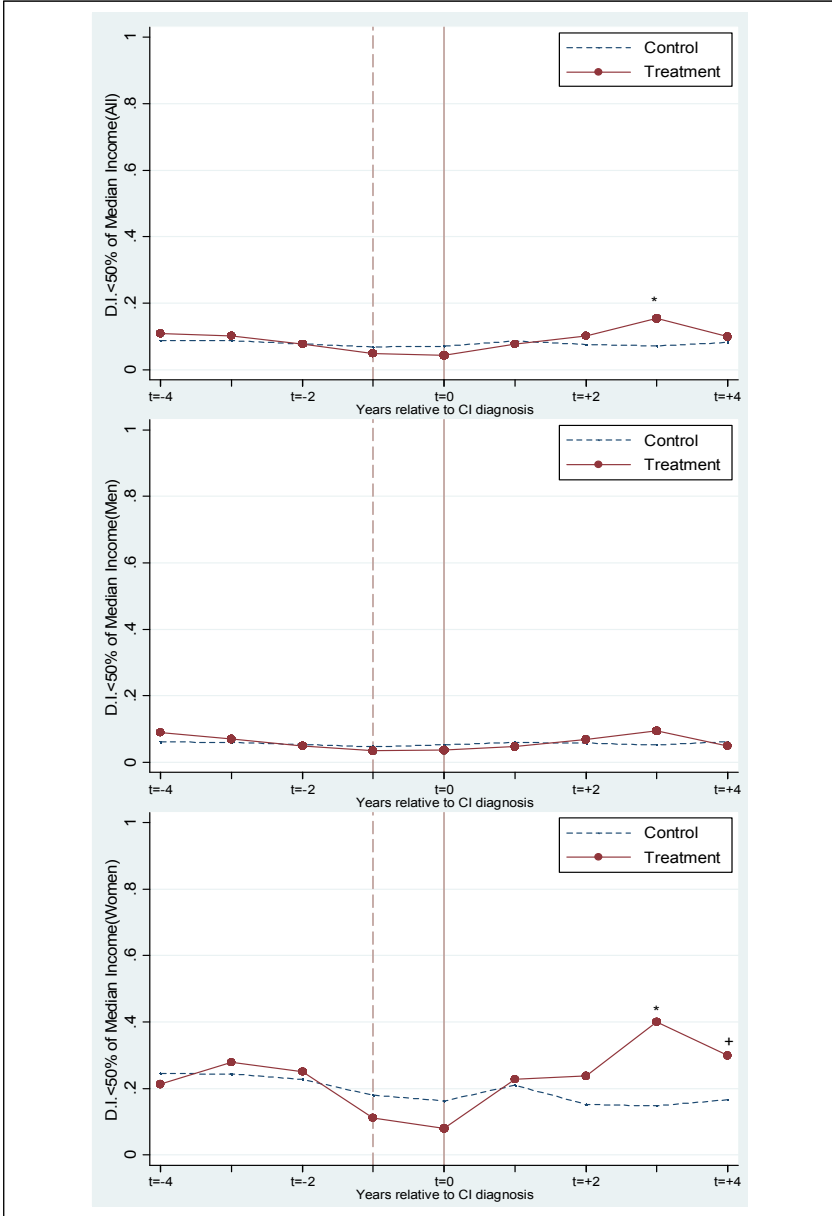
주: Real estate: 부동산소득, Financial income: 금융소득, Social insurance: 사회보험, Private insurance: 민간보험, Government support: 공공부조, Private support: 사적 지원, Others: 기타

[그림 3-16]과 [그림 3-17]은 가구총소득에서 의료비를 제외한 '재량 소득'의 빈곤화 발생 정도를 분석한 결과이다. 기준 중위소득의 50%를 빈곤선으로 정의하여 전체 가구주에 대해 분석한 경우(그림 3-16) 중증 질환 진단 시점에 빈곤율은 거의 변화가 없다. 하지만 1년 차부터 빈곤율이 완만하게 상승하는 경향을 보이면서 진단 3년 차에는 진단 전에 비해 비중증질환군 대비 유의하게 증가하였다($p=0.01$). 4년 차에는 다시 회복하는 양상을 보였다.

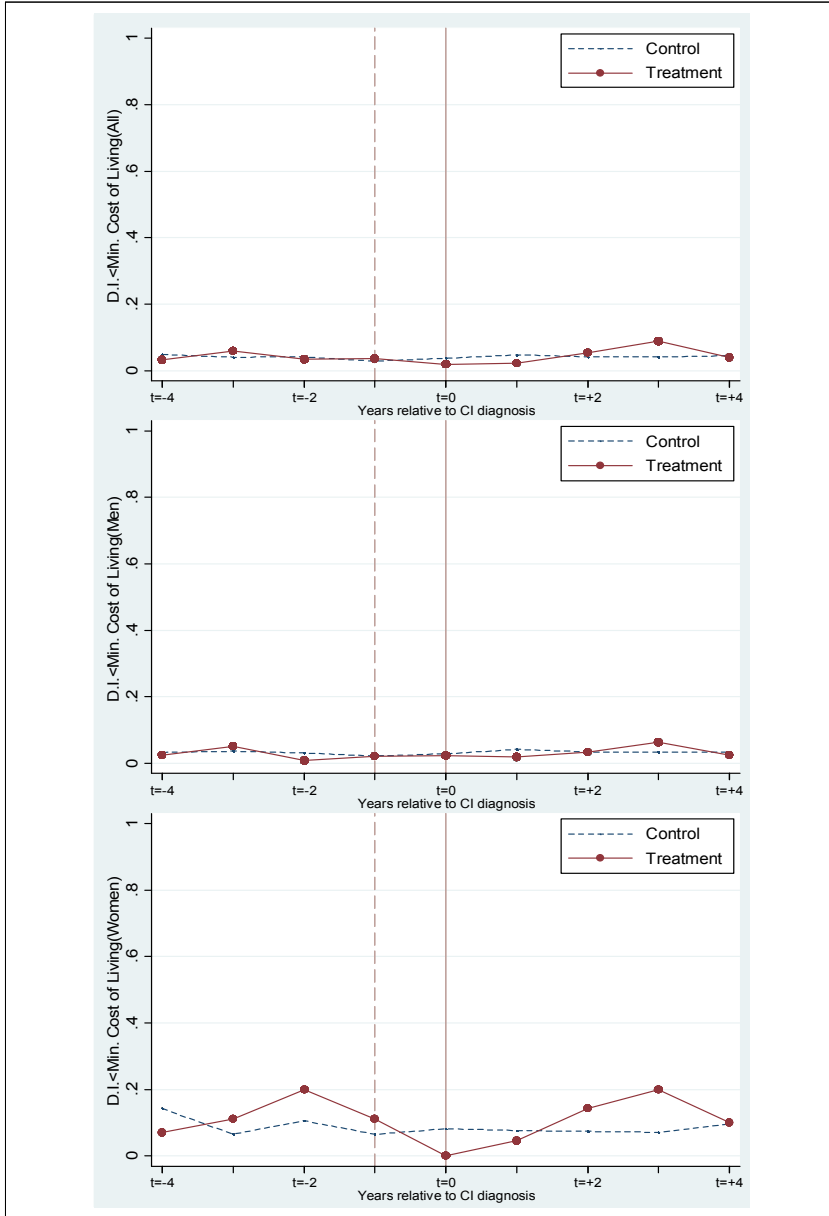
가구주가 남성인 경우 전체 가구주에 대한 분석과 유사한 경향을 보였는데 관측치수가 감소하면서 통계적 유의성은 낮아졌다. 가구주가 여성인 경우에도 진단 1년 차부터 빈곤율이 증가하는 경향을 보였는데 3년 차에 가장 높은 수준의 빈곤율을 보이면서 비중증질환군 대비 진단 전 시점과 통계적으로 유의하게 달랐다($p=0.04$). 진단 4년 차에는 빈곤율이 다소 감소하였으나 여전히 진단 전에 비해서는 비중증질환군 대비 증가한 상태를 유지하였다($p=0.07$).

최저생계비를 빈곤선으로 이용한 경우(그림 3-17) 통계적인 유의성은 낮았는데 가구주가 중증질환을 진단받은 전체 가구에서 진단 1년 차부터 빈곤율이 증가하여 3년 차에 가장 높았고 다시 감소하는 경향을 보였다. 여성 가구주에서도 유사한 경향을 보였으나 변화 폭이 더 컸다.

[그림 3-16] 중증질환 진단에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 가구 재량소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)



[그림 3-17] 중증질환 진단에 따른 (최저생계비 기준) 가구 재량소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)



2) 입원 발생의 영향

□ 연구 대상의 특성

다음은 입원을 경험한 실험군(입원군)과 입원을 경험하지 않은 비교군(비입원군)의 매칭 전후 특성을 비교한 표이다. 매칭하기 전 두 군은 연령 대별 분포, 결혼 상태, 교육 수준, 일자리 특성, 개인소득, 가구소득의 특성에서 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있었다. 매칭 후 가중치를 고려한 두 군의 차이는 모든 특성에서 줄어드는 모습이였다. 여성 비율, 기혼 비율, 교육 수준의 분포, 일자리 특성에 따른 비율 등은 두 그룹이 동일해졌고 그 외 연령대별 분포나 가구원 수 분포, 개인소득 등도 유의한 차이가 없었다.

〈표 3-4〉 매칭 전후 연구 대상(입원군과 비입원군)의 특성 비교

구분 (t=-1)	Pre-matched			Matched and reweighted		
	control n=28812	treatment n=485	difference p-value	control n=3778	treatment n=376	difference p-value
연령						
20~29세	15.37	6.60		4.23	3.99	
30~39세	32.23	19.18	<0.001	20.33	19.15	0.958
40~49세	32.74	34.85		35.16	35.90	
50~59세	19.66	39.38		40.28	40.96	
여성	38.35	41.44	0.165	43.09	43.09	1.000
기혼	74.01	81.03	<0.001	84.57	84.57	1.000
가구주	53.11	60.82	0.001	60.9	60.9	0.192
가구원 수						
1인	2.84	4.74		4.39	4.79	
2~3인	35.97	43.30	<0.001	43.28	42.02	0.886
4인 이상	61.19	51.96		52.33	53.19	

구분 (t=-1)	Pre-matched			Matched and reweighted		
	control n=28812	treatment n=485	difference p-value	control n=3778	treatment n=376	difference p-value
교육 수준 중졸 고졸 대학 이상	13.87 37.61 48.52	33.20 44.33 22.47	<0.001	34.04 44.41 21.54	34.04 44.41 21.54	1.000
취약한 일자리	61.98	69.28	0.001	71.28	71.28	1.000
경제활동(t=-2)	91.55	93.40	0.145	95.48	95.48	1.000
개인소득	2659.96	2156.75	<0.001	1940.81	1925.86	0.872
개인소득(t=-2)	2439.99	1924.14	<0.001	1811.44	1761.33	0.577
가구소득	5172.91	4528.32	<0.001	4103.65	4194.56	0.533
가구소득(t=-2)	4828.61	4223.39	<0.001	3849.89	3887.11	0.779

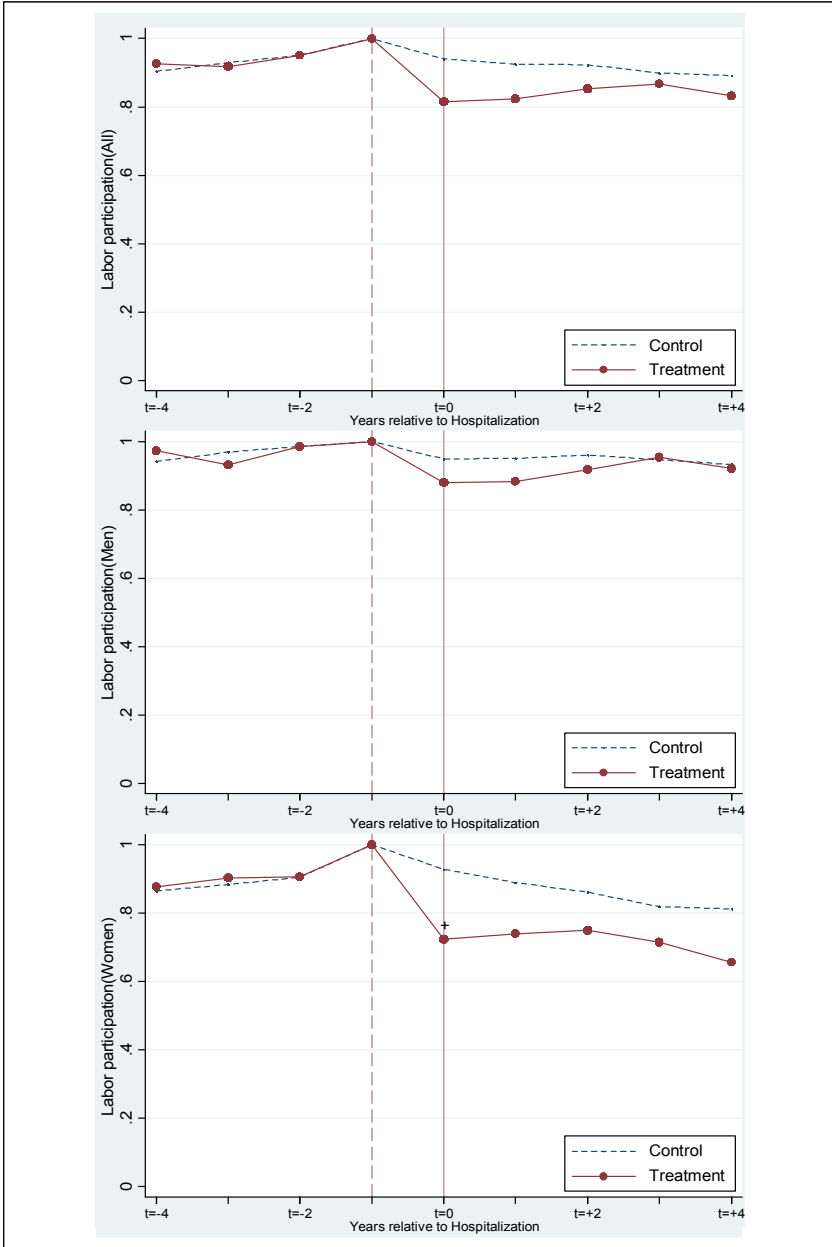
□ 개인 수준의 영향¹³⁾

입원 경험 유무별 경제활동 및 소득의 변화를 살펴보았다. 먼저 [그림 3-18]에서 보는 것처럼 경제활동 추이는 성별과 상관없이 입원을 기점으로 낮아지는 모습이었다. 전체적으로 입원 연도에 경제활동 참여율이 감소했다가 1년 후에는 회복되는 양상을 보이면서 3차 연도에 비입원군과 유사한 수준으로 회복하였다. 비입원군과 비교 시 입원군에서의 변화가 통계적으로 유의하지는 않았다.

성별로 나누어 살펴볼 경우 남성은 입원을 경험한 해에 경제활동 참여율이 감소하지만 점차 회복하여 3년 차부터는 입원을 경험하지 않은 집단과 동일한 수준을 유지하였다. 입원을 경험한 여성의 경우 비입원군과 비교 시 입원 연도에 경제활동이 감소하였다가(p=0.09) 2년째에 회복하고 다시 3년째에 감소하는 양상이었다.

13) 그림에서 표기한 통계적 유의성은 다음과 같다. + p<0.1, * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

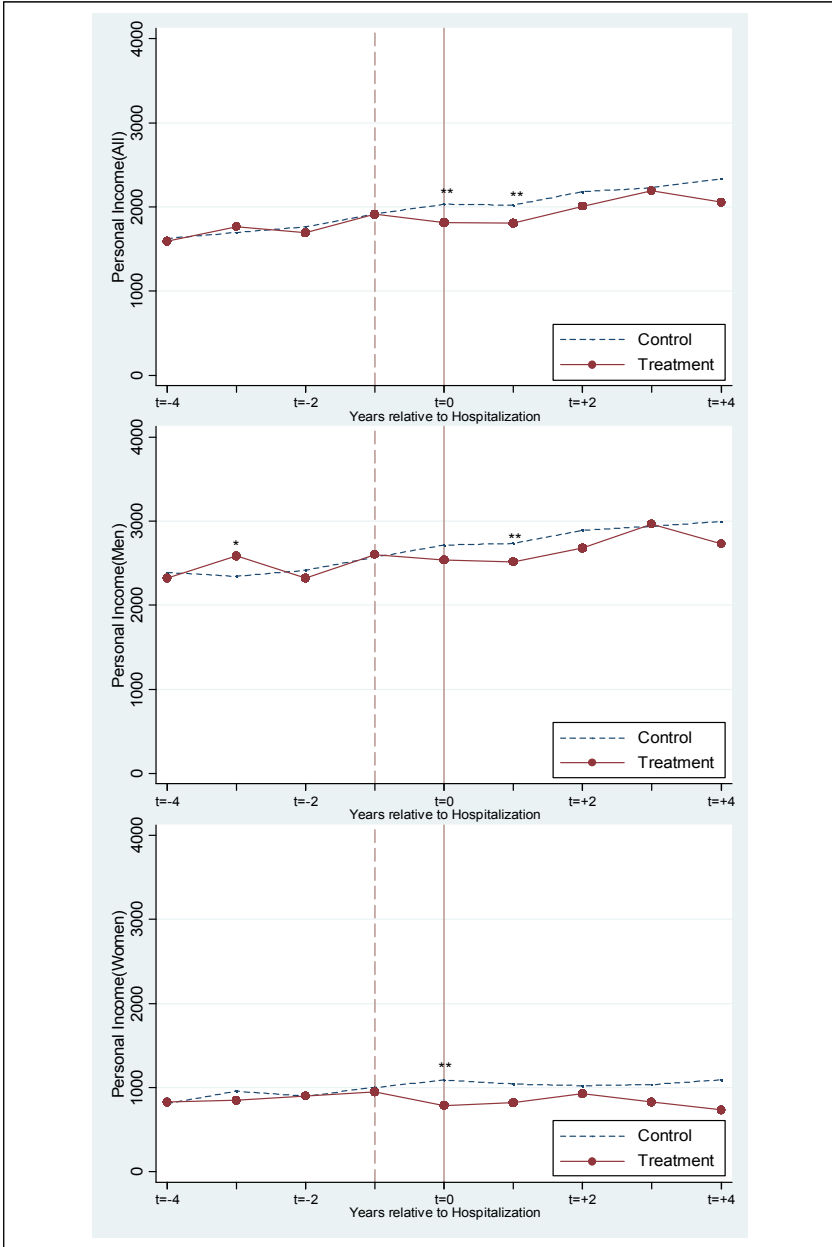
[그림 3-18] 입원에 따른 경제활동 추이(전체, 남, 여)



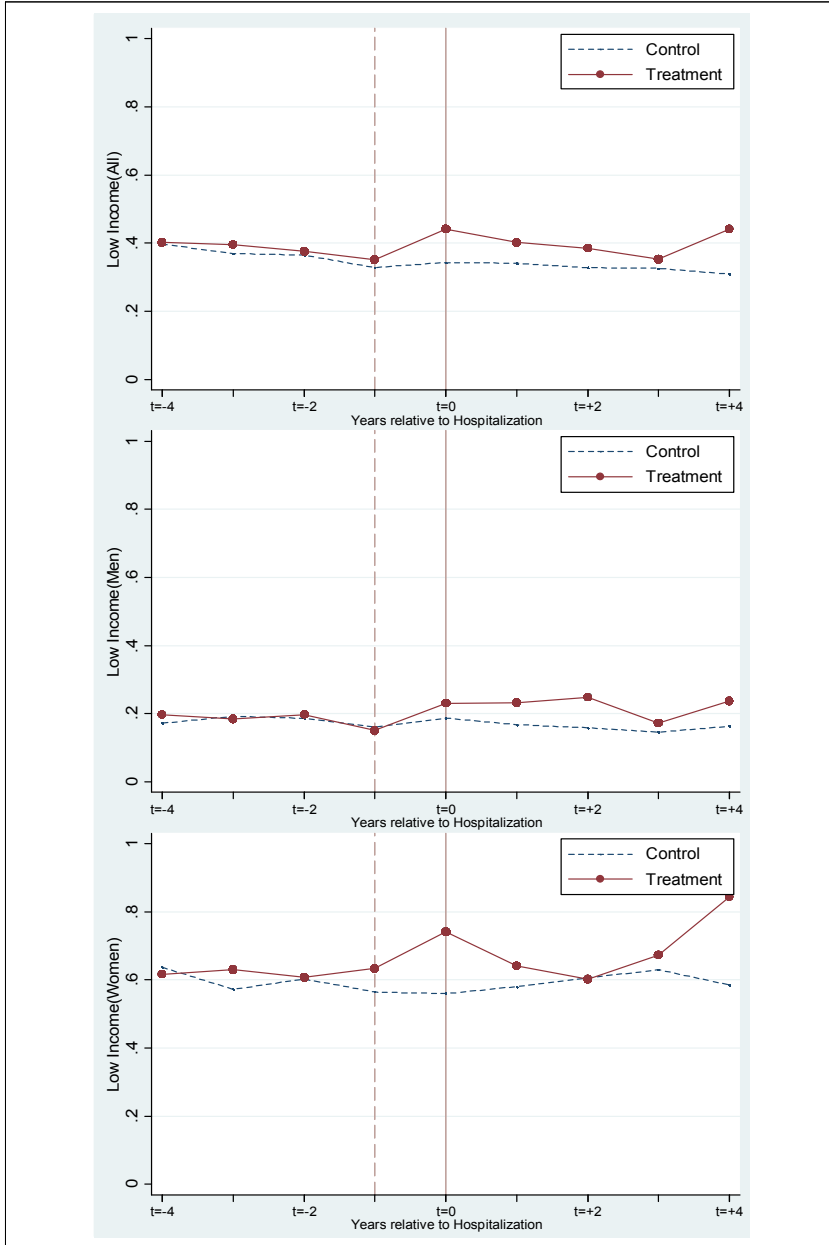
입원 발생 후 개인소득의 변화는 [그림 3-19]와 같다. 개인소득의 측면에서, 입원군과 비입원군의 개인소득은 비슷한 수준에서 유지되었다. 입원 시점을 기준으로 입원을 경험한 집단의 개인소득은 비입원군에 비해 감소하였고($p=0.001$), 입원 후 1년 차까지 비입원군에 비해 감소한 상태를 유지하다가($p=0.004$) 2년 차부터 회복되는 양상을 보였다. 성별로 나누어 볼 경우 남성에서 입원 시점부터 입원 1년 후까지 개인소득이 감소하여 입원 1년 시점에 입원 전에 비해 개인소득이 유의하게 낮았고($p=0.005$) 2년 후부터 회복되는 모습이었다. 여성에서는 입원 시점에 경제활동 참여율이 감소하여 입원 직전 연도보다 유의하게 경제활동 참여율이 낮았고($p=0.002$) 이후 회복되는 양상을 보였다.

입원 경험 유무별 저임금 비율의 추이를 비교한 결과는 [그림 3-20]과 같았다. 입원 발생 전까지 비입원군과 입원군에서 저임금 비율은 비슷한 양상을 보였다. 입원 연도에 입원군에서 저임금 발생률이 증가하였고, 1년 후부터는 감소하여 3년 차에는 비입원군과 비슷한 수준으로 회복하였다. 성별로 나누어 볼 경우 남성에서 입원군의 저임금 발생률이 입원 연도에 소폭 증가하였고 그 수준을 유지하다가 입원 3년 차에 감소하였다. 여성은 입원 연도에 저임금 발생률이 크게 증가하였고 다시 감소하여 2년 차에는 비입원군과 비슷한 수준으로 회복되었으나 이후 다시 증가하는 양상을 보였다. 변화의 경향은 나타났으나 전반적으로 통계적으로 유의한 수준은 아니었다.

[그림 3-19] 입원에 따른 개인소득 추이(전체, 남, 여)



[그림 3-20] 입원에 따른 저임금 발생 추이(최저임금 기준)

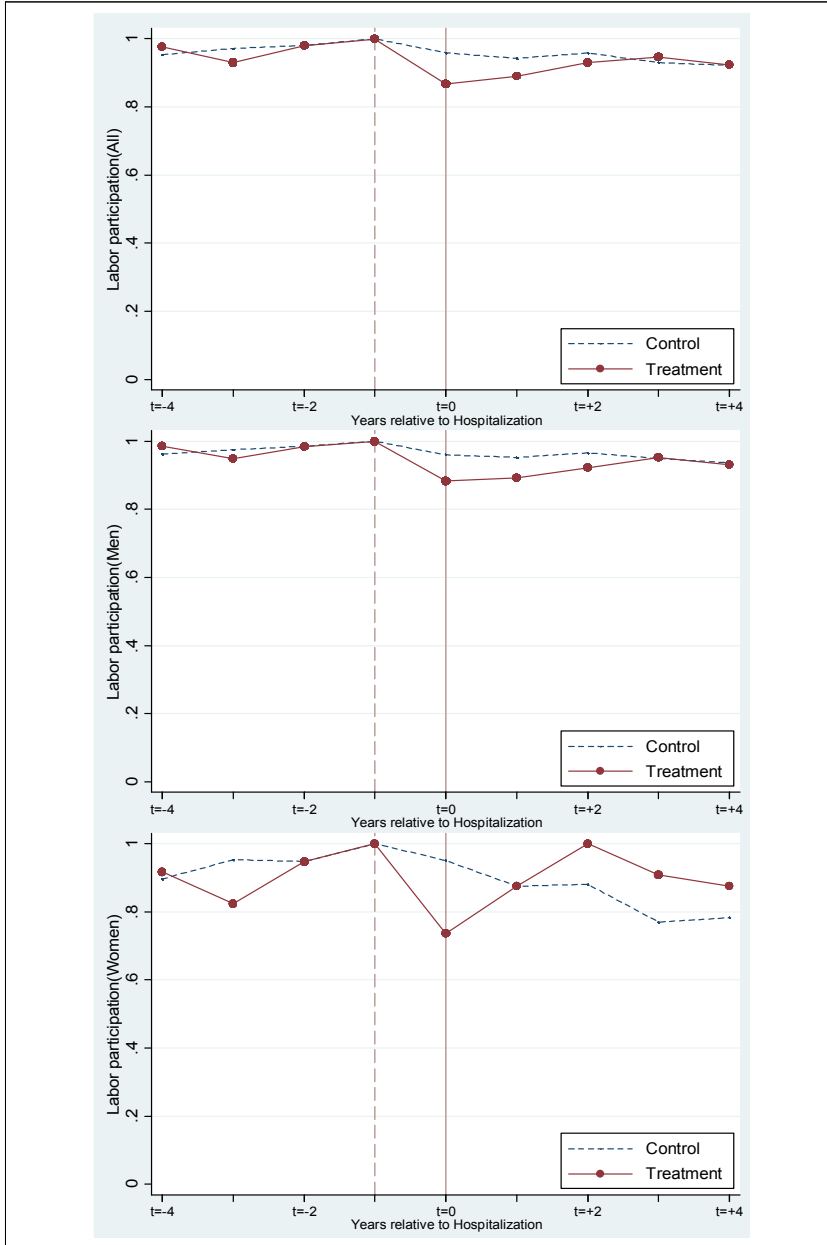


□ 가구 수준의 영향¹⁴⁾

가구 수준에서의 경제적 영향을 파악하기 위해 가구주에서 입원의 영향을 전체 가구주와 남성, 여성 가구주로 나누어 확인하였다(그림 3-21). 전체가구주에서 비입원군은 입원 시점을 전후로 완만한 변화를 보이는 반면 입원군에서 경제활동 추이는 입원을 기점으로 낮아지는 모습이였다. 입원 1년 후에는 경제활동 참여율이 개선되는 양상이었고 3년 차에는 비입원군과 동일한 수준으로 회복되었다. 성별로 나누어 살펴볼 경우 남성에서의 변화는 전체 가구주를 대상으로 살펴본 경향과 거의 동일하였다. 여성 가구주에서도 비슷한 경향을 보였으나 남성에서보다 변화폭이 좀 더 컸다. 여성 가구주에서는 입원 1년 후에 비입원군과 비슷한 수준의 경제활동 참여율을 보였다. 전반적으로 통계적으로 유의하지는 않았다.

14) 그림에서 표기한 통계적 유의성은 다음과 같다. + $p < 0.1$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

[그림 3-21] 입원에 따른 가구주의 경제활동 추이(전체, 남성, 여성)

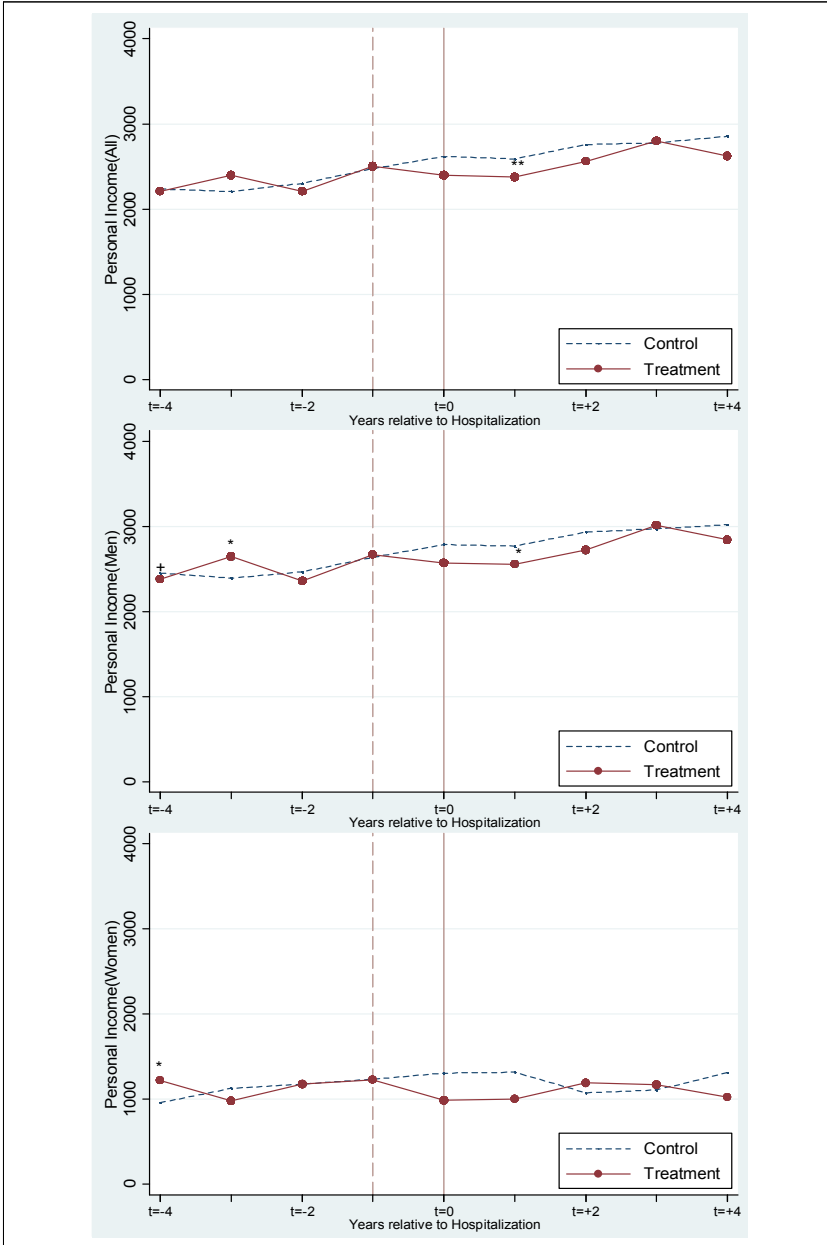


[그림 3-22]는 입원 경험 유무에 따른 가구주의 개인소득 변화를 보여 준다. 입원 발생 전 비입원군과 입원군에서 모두 개인소득은 시간이 흐름에 따라 비슷한 수준으로 증가하는 경향을 보였다. 입원 시점 이후 비입원군에서 개인소득은 지속적으로 완만하게 증가하는 경향을 보였으나 입원군에서 개인소득은 감소하여 입원 1년 후에는 입원 전 대비 비입원군에 비해 유의하게 낮은 수준을 보였다($p=0.009$). 입원 2년 후부터 개인소득은 증가하여 3년 차에는 비슷한 수준으로 회복하였다.

성별로 가구주의 개인소득 변화를 살펴본 결과, 남성 가구주의 개인소득은 진단 후 1년째에 비입원군 대비 감소하였고($p=0.01$) 이후 다시 증가하여 입원 3년 차에는 비입원군과 동일한 수준으로 회복되었다. 여성 가구주에서 개인소득 수준은 전반적으로 남성 가구주에 비해 낮았고 남성 가구주에서 관찰된 소득의 완만한 증가세도 관찰되지 않았다. 여성 가구주에서 비입원군과 입원군을 비교할 경우 남성 가구주에서와 동일하게 입원 발생 시점에 입원군에서 개인소득이 감소하였는데 입원 2년 후에 비입원군과 비슷한 수준으로 회복되었다.

122 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

[그림 3-22] 입원에 따른 가구주의 개인소득 추이(전체, 남성, 여성)

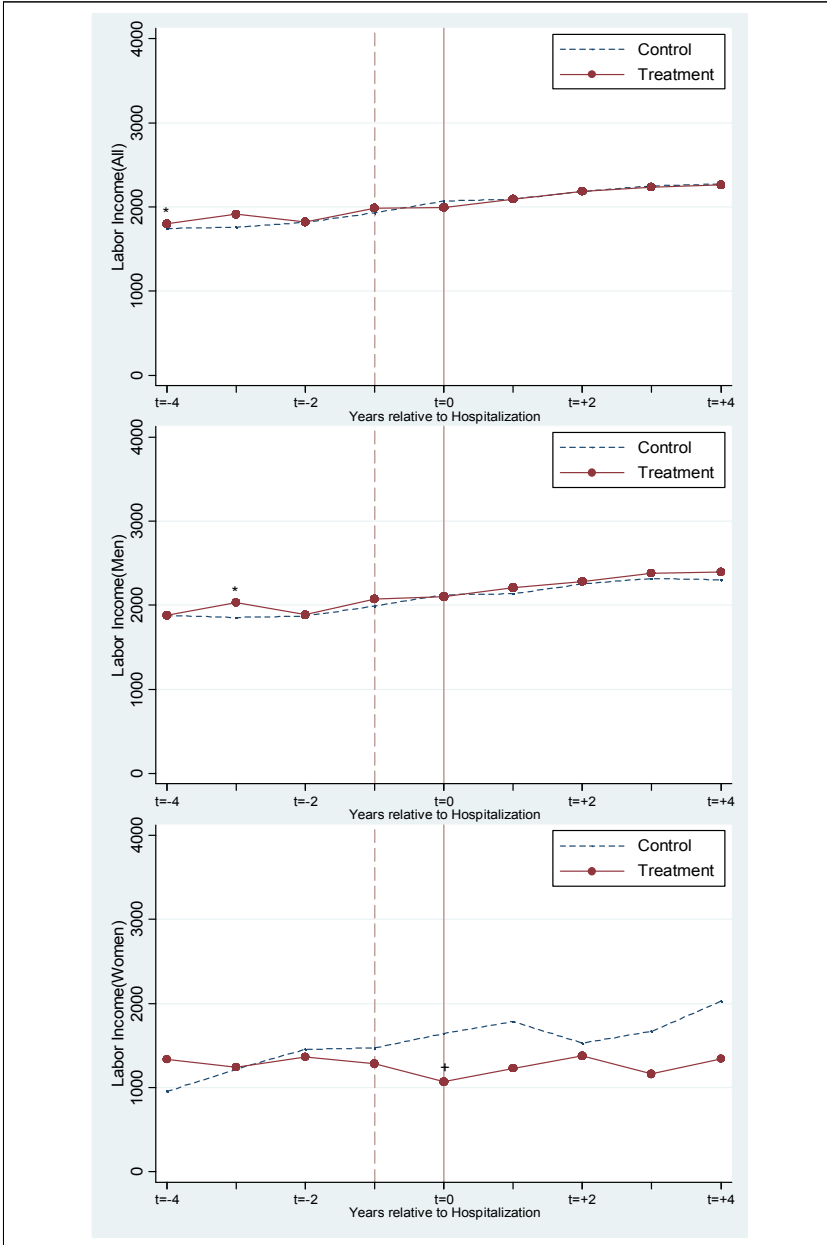


다음으로 가구근로소득에 미친 영향을 살펴보았다(그림 3-23). 전체 가구주를 대상으로 입원의 영향을 살펴본 결과 비입원군에서는 소득이 지속적으로 증가하는 경향을 보였으나 입원군에서는 입원 시점에 소득 증가세가 둔화되었다. 입원 1년 후부터는 비입원군과 동일한 수준을 보였다. 성별로 나누어 볼 경우 남성 가구주에서도 비슷한 경향이 나타났는데 비입원군과 달리 입원군에서 소득 증가 경향이 둔화되었다. 여성 가구주에서 입원군의 가구근로소득은 비입원군 대비 입원 시점에 감소하였고 ($p=0.07$) 이후 회복되는 경향을 보였다.

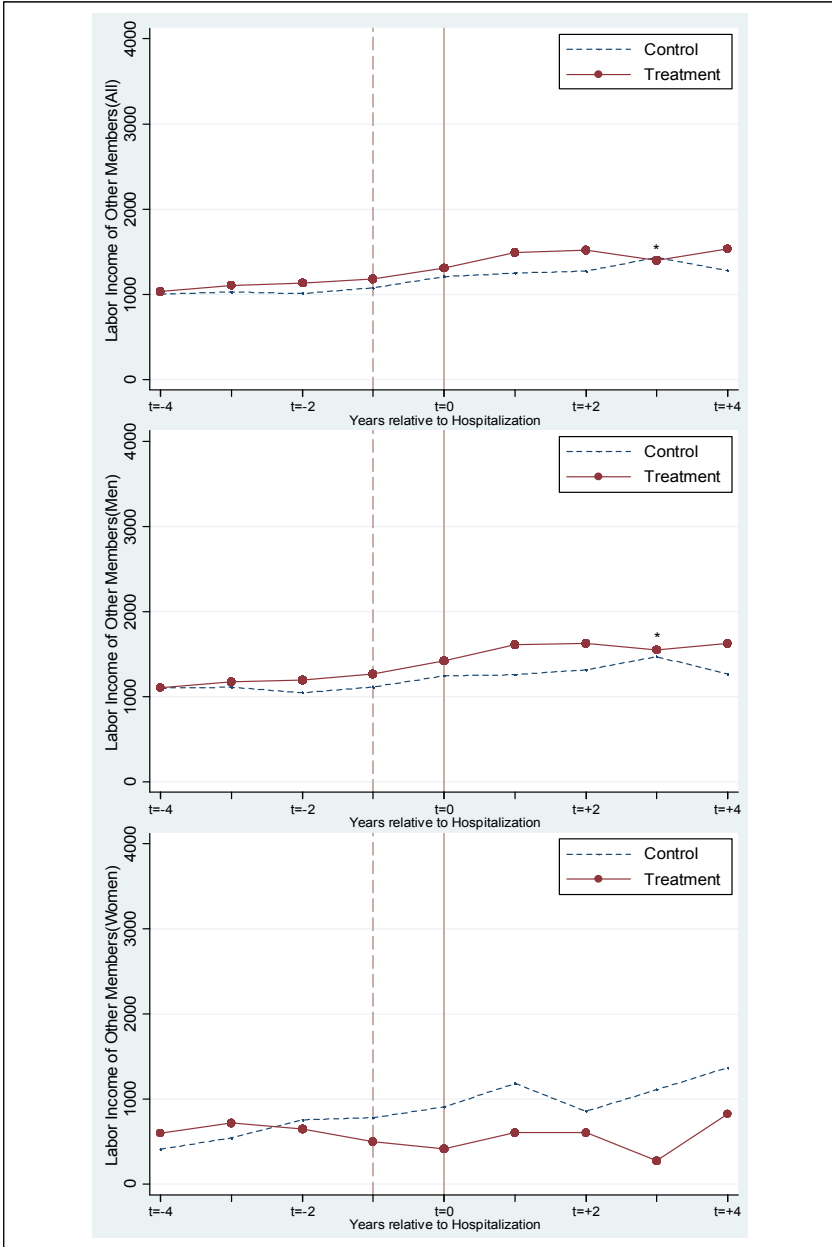
[그림 3-24]는 가구 내 다른 구성원들의 근로소득 변화를 보여 준다. 전체 가구와 남성 가구주를 봤을 때 비입원군보다 입원군에서 좀 더 빠르게 증가하는 경향을 볼 수 있다. 여성 가구주의 경우 비입원군에서는 시간에 따라 다른 가구 구성원의 근로소득이 증가하지만 입원군에서는 감소하거나 정체되어 있는 경향이 나타났다.

124 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

[그림 3-23] 입원에 따른 가구근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)



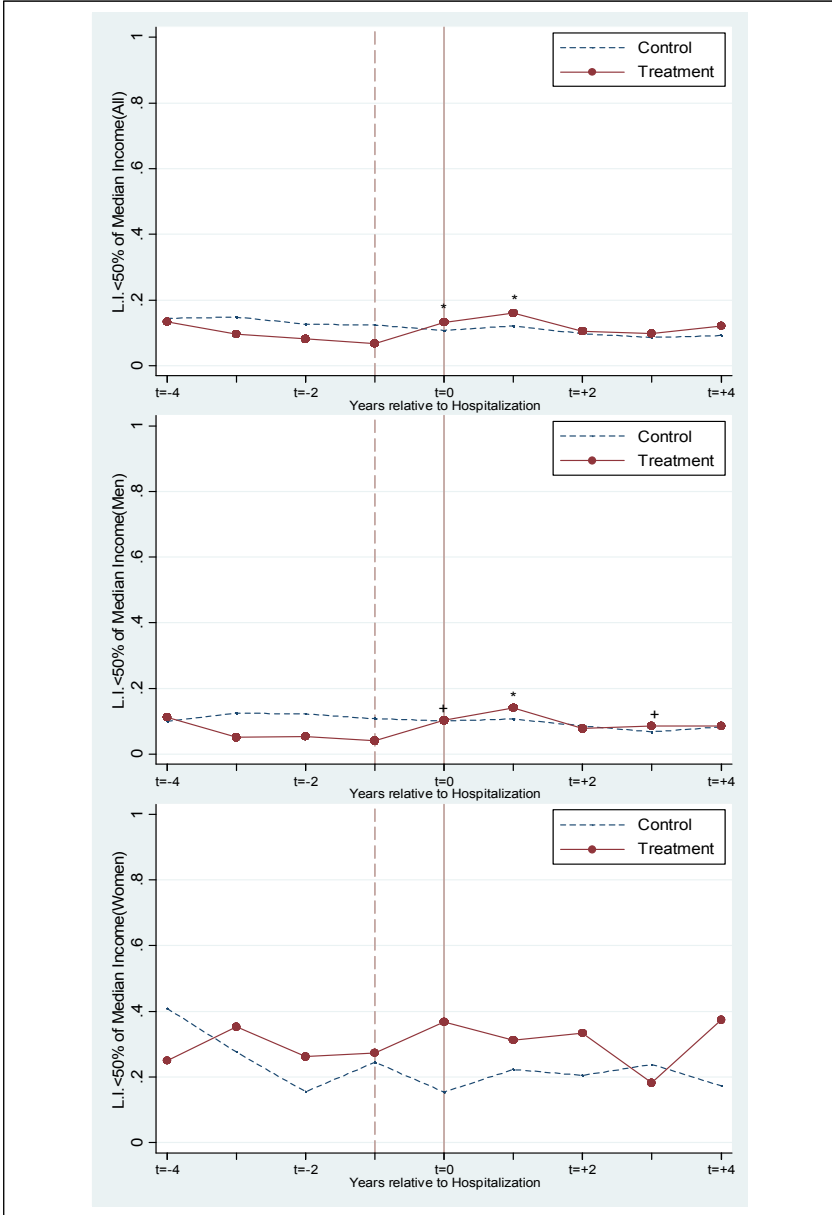
[그림 3-24] 입원에 따른 다른 가구원들의 근로소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)



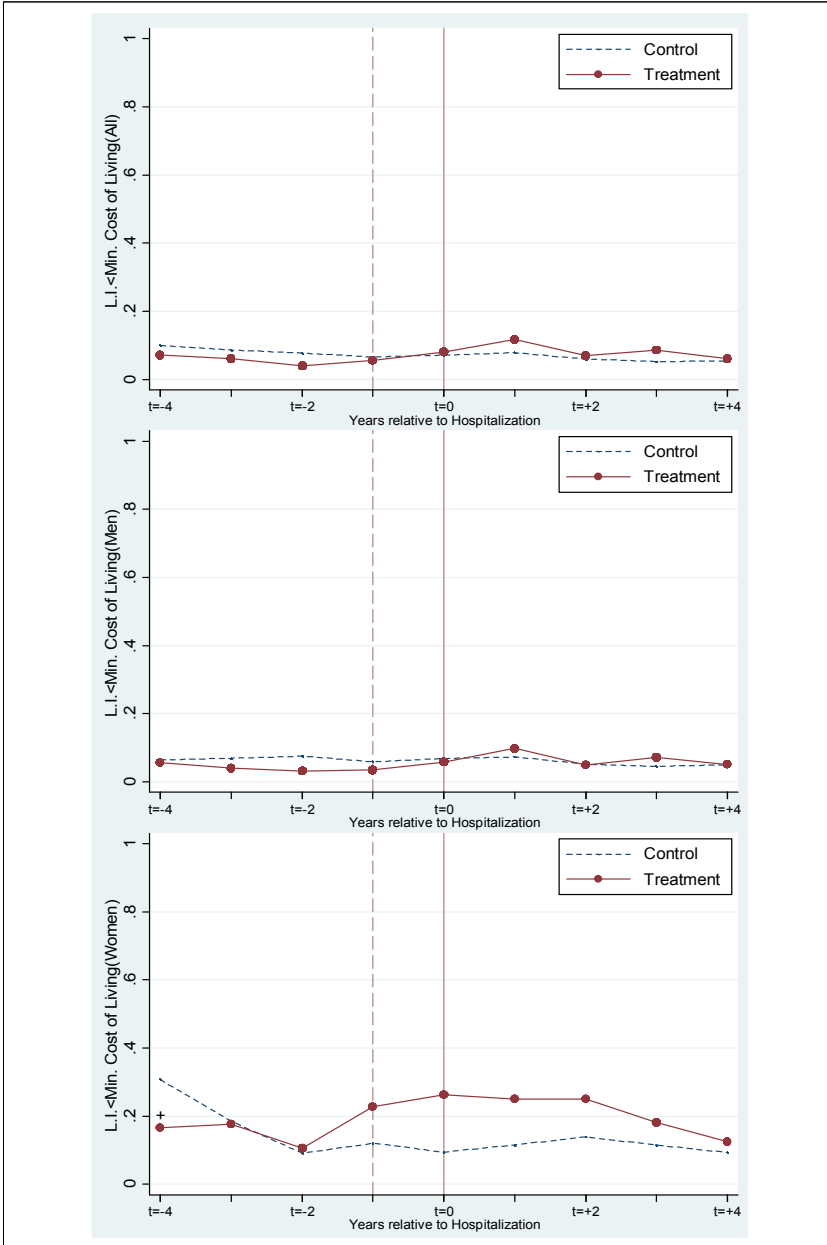
다음으로 입원 발생이 가구의 근로소득 빈곤화에 미친 영향을 살펴보았다. 기준중위소득의 50%를 빈곤선으로 이용하여 살펴보면(그림 3-25) 우선 전체 가구에서 입원 발생 연도에 비입원군 대비 근로소득 빈곤율이 유의하게 증가하는 것으로 나타났다($p=0.04$). 입원 1년 후에도 빈곤율은 입원 발생 전보다 비입원군 대비 높은 수준을 유지했고($p=0.048$) 입원 2년 후부터 감소하여 비입원군과 비슷한 수준을 보였다. 남성 가구주를 분리하여 볼 경우 전체 가구주를 대상으로 봤을 때와 유사한 경향이 나타났다. 빈곤율은 입원 시점부터 증가하여 입원발생 1년 후 비입원군 대비 유의하게 높은 수준을 보였고($p=0.02$) 이후 감소하는 경향을 보였다. 여성 가구주에서도 입원 시점에 빈곤율이 증가하였으나 통계적으로 유의하지 않았다. 여성 가구주의 경우 증가와 감소를 반복하는 양상을 보였다.

최저생계비를 빈곤선으로 이용하여 가구근로소득의 빈곤화 여부를 분석한 결과는 [그림 3-26]과 같다. 전반적으로 통계적 유의성은 없었지만 경향성을 살펴볼 경우, 우선 전체 가구에서 입원 시점을 전후로 빈곤율이 증가하였고 2년 후 빈곤율은 감소하여 비입원군과 동일한 수준을 회복하였다. 가구주가 남성인 경우 전체 가구에 대한 분석과 유사한 반면 가구주가 여성인 경우 빈곤율은 입원 발생 전부터 증가하여 입원 발생 시점에 가장 높은 수준을 보이다가 점차 회복되는 것으로 나타났다.

[그림 3-25] 입원에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 근로소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)



[그림 3-26] 입원에 따른 (최저생계비 기준) 근로소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)

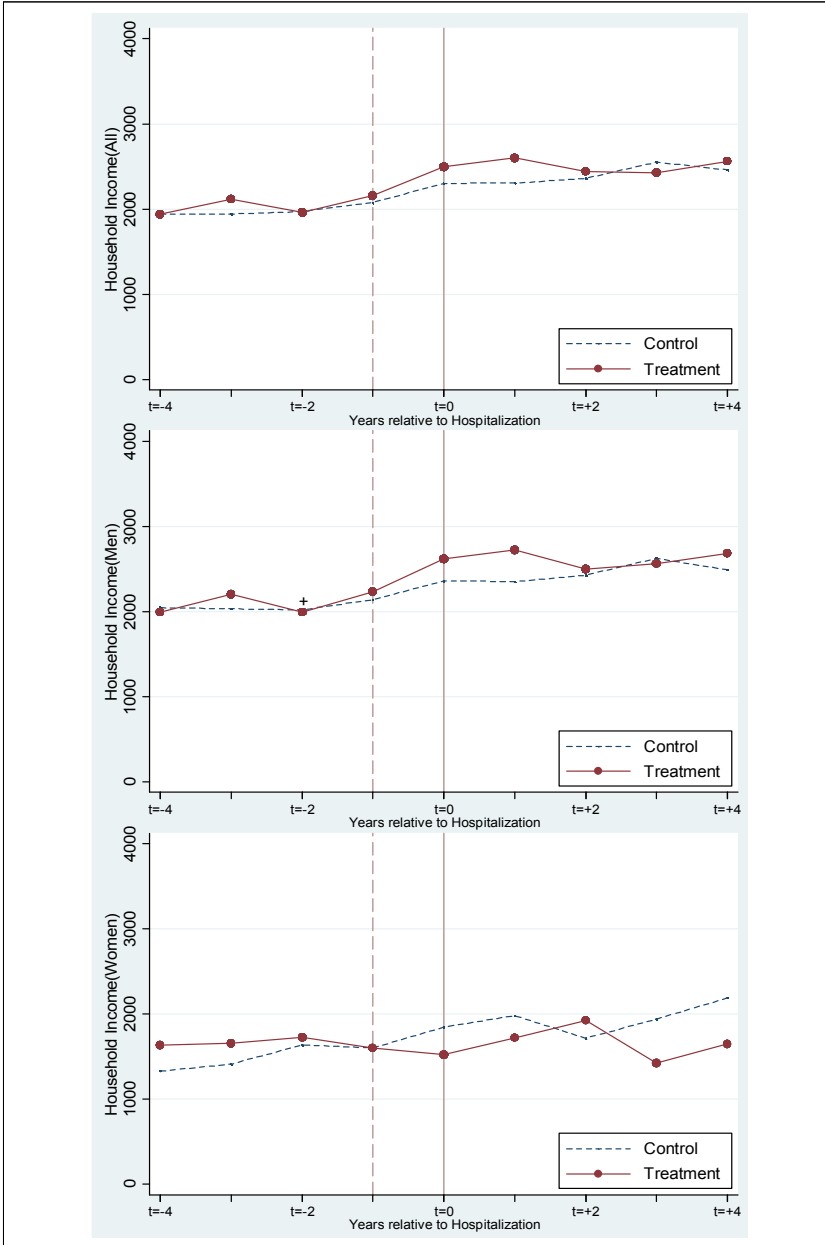


입원이 가구의 근로소득과 근로 외 소득을 모두 합한 가구총소득에 미치는 영향은 다음과 같았다(그림 3-27). 전체 가구에서의 가구 총소득은 입원 발생 전후에 증가하였다. 가구총소득은 입원 1년 후에 가장 높았고 점차 감소하여 비입원군과 비슷한 수준을 보였다. 남성이 가구주인 경우로 분리하더라도 비슷한 경향이 관찰된다. 반면 여성이 가구주인 경우 입원 전부터 시작하여 입원 시점까지 가구소득이 감소하였고 입원 1년 후부터 증가하다가 입원 3년 후 다시 감소하는 양상을 보였다. 통계적으로 유의한 수준의 변화는 아니었다.

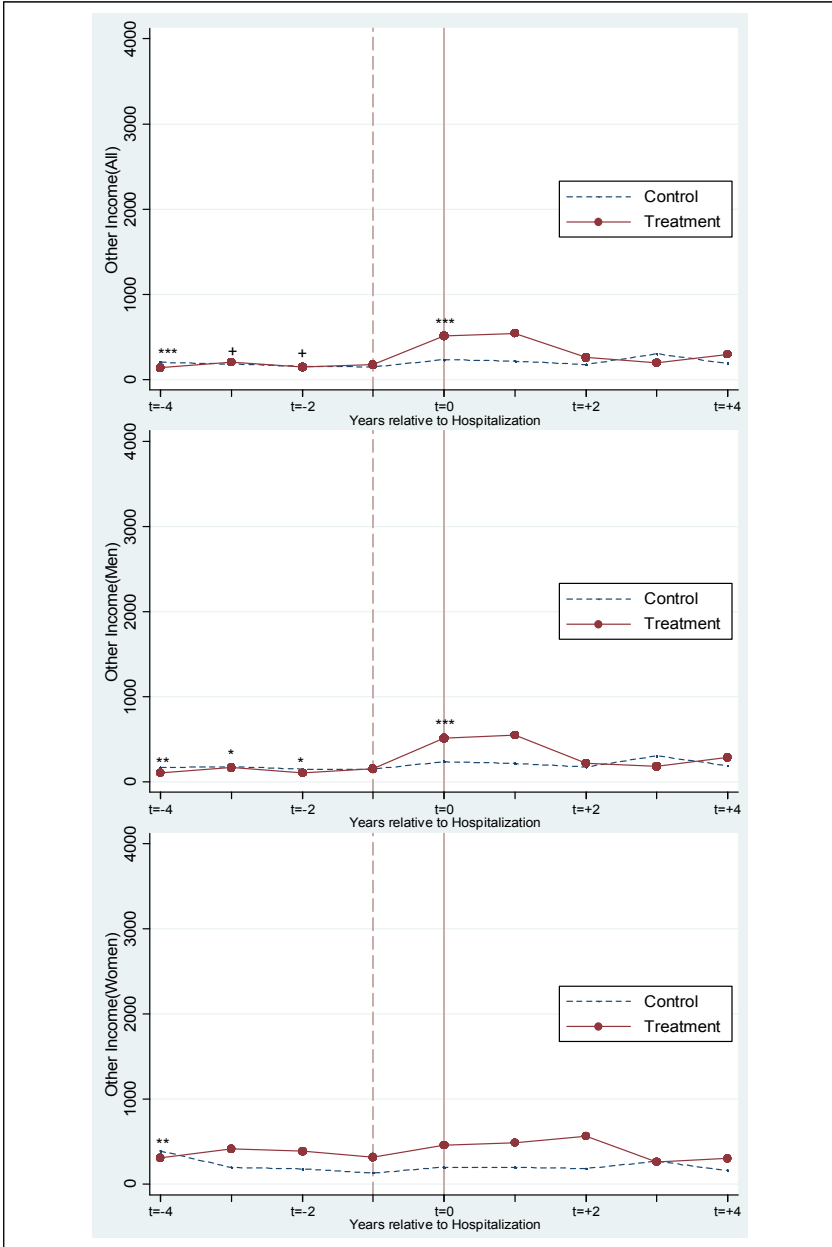
가구총소득에서의 증가 양상은 가구의 근로 외 소득 변화와 관련될 수 있다. [그림 3-28]은 입원 전후 가구의 근로 외 소득 변화를 보여 준다. 전체 가구에서 가구주의 입원 발생 시점에 가구의 근로 외 소득이 비입원군 대비 증가하였고($p < 0.001$) 이후 입원 2년 후 정도에 감소하여 비입원군과 비슷한 수준을 보였다. 가구주가 남성인 경우 전체 가구와 비슷한 양상을 보였다. 반면 가구주가 여성인 경우 입원 시점부터 입원 2년 후까지 근로 외 소득이 증가하는 경향이 나타났지만 증가 정도가 완만하였고 통계적으로 유의하지 않았다.

130 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

[그림 3-27] 입원에 따른 가구소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)



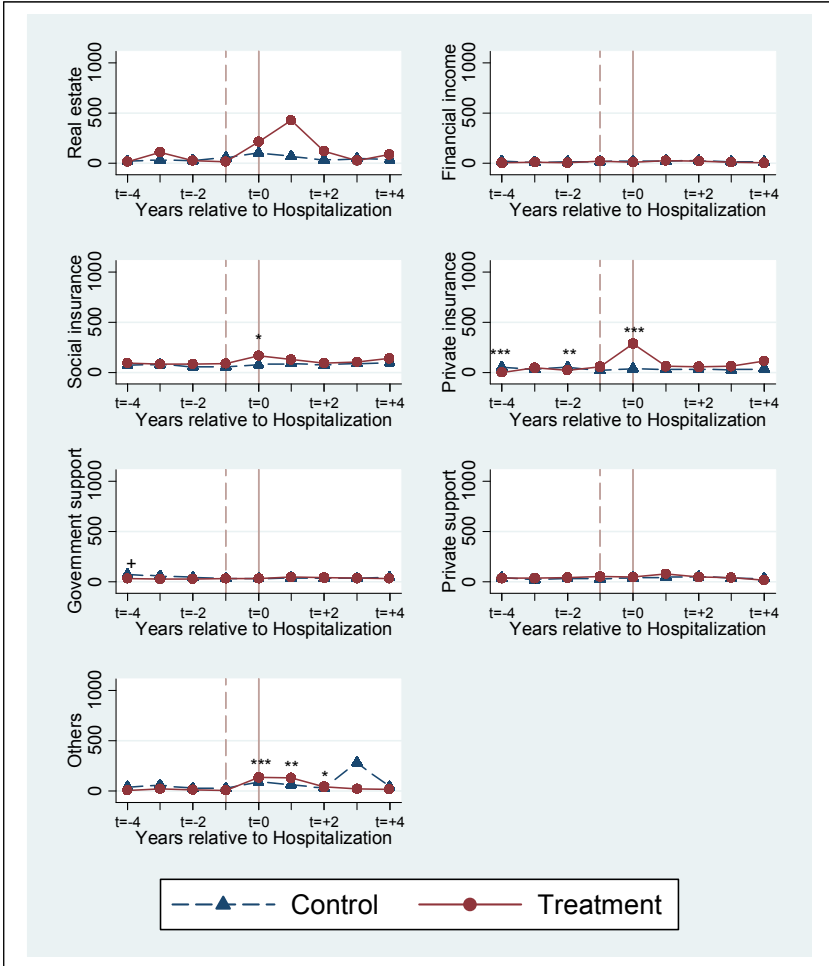
[그림 3-28] 입원에 따른 근로 외 소득 추이(전체, 남성, 여성 가구주)



근로 외 소득을 유형별로 구분하여 입원 발생으로 어떤 종류의 소득이 증가하였는지를 확인하였다. 전체 가구에 대해 살펴보면(그림 3-29) 우선 입원군에서 민간보험 소득이 입원 발생 시점에 비입원군 대비 증가하는 것으로 나타났다($p < 0.001$). 이는 민간보험에서 진료비 혹은 정액수당을 받은 효과일 수 있다. 또한 입원 발생 시점에 사회보험 소득이 증가하였는데($p = 0.01$) 구체적인 소득의 유형을 구분하기는 어렵지만 입원 발생 시점에 일시적으로 증가하는 양상으로 봤을 때 연금소득보다는 질병으로 인해 실직할 경우 받게 되는 실업급여 등으로 예상된다. 기타소득은 입원 시점에 비입원군 대비 증가하였고($p < 0.001$) 입원 후 2년까지 입원 발생 전에 비해 비입원군 대비 높은 수준을 보이다가($p = 0.02$) 감소하였는데 퇴직금 등의 영향일 것으로 예상된다. 한편 부동산소득이 질병 발생 2년째에 증가하는 양상을 보였다($p = 0.10$).

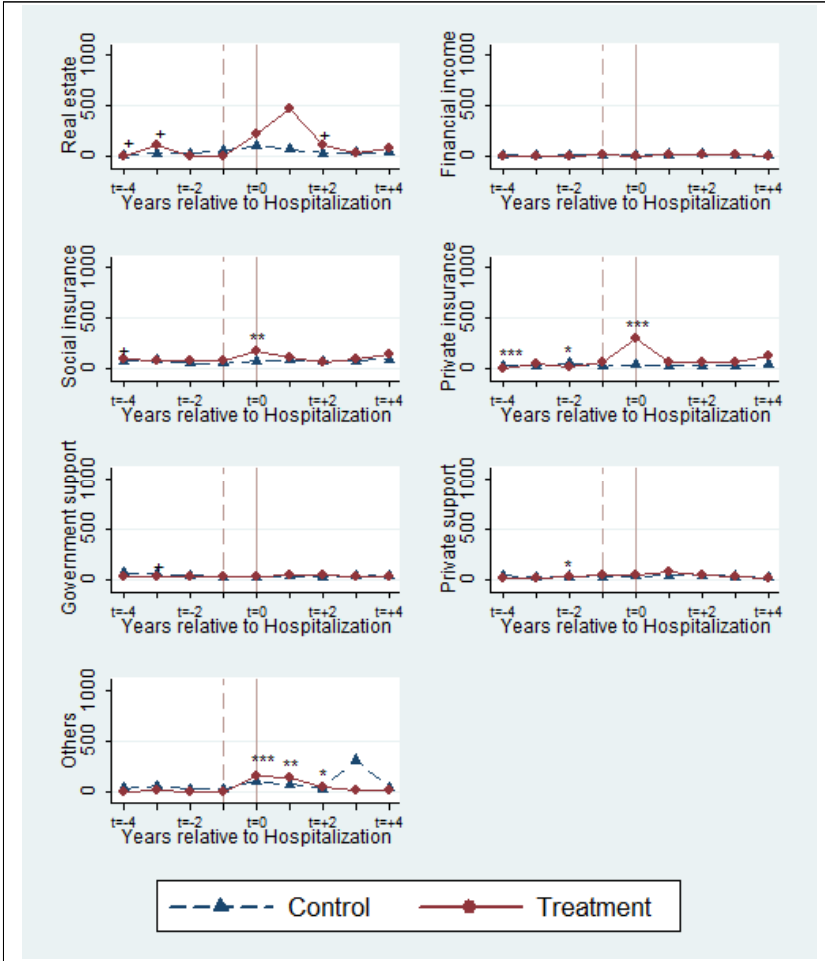
남성이 가구주인 경우로 분리하여 살펴본 결과(그림 3-30), 전체 가구에서와 유사하게 입원군에서 민간보험 소득($p < 0.001$)과 사회보험 소득($p = 0.006$)이 입원 시점에 비입원군 대비 증가하였고 기타소득도 입원 시점에 비입원군 대비 증가하였으며($p < 0.001$) 입원 후 2년까지 입원 발생 전에 비해 비입원군 대비 높은 수준을 보이다가($p = 0.02$) 감소하였다. 한편 부동산소득이 입원 시점부터 증가하여 입원 2년 후에 비입원군 대비 입원전보다 유의하게 높았다($p = 0.06$). 여성이 가구주인 경우(그림 3-31) 근로 외 소득의 증가가 크지는 않았는데 민간보험 소득($p < 0.001$)이 입원 시점에 비입원군 대비 증가하는 정도였다.

[그림 3-29] 입원에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(전체)



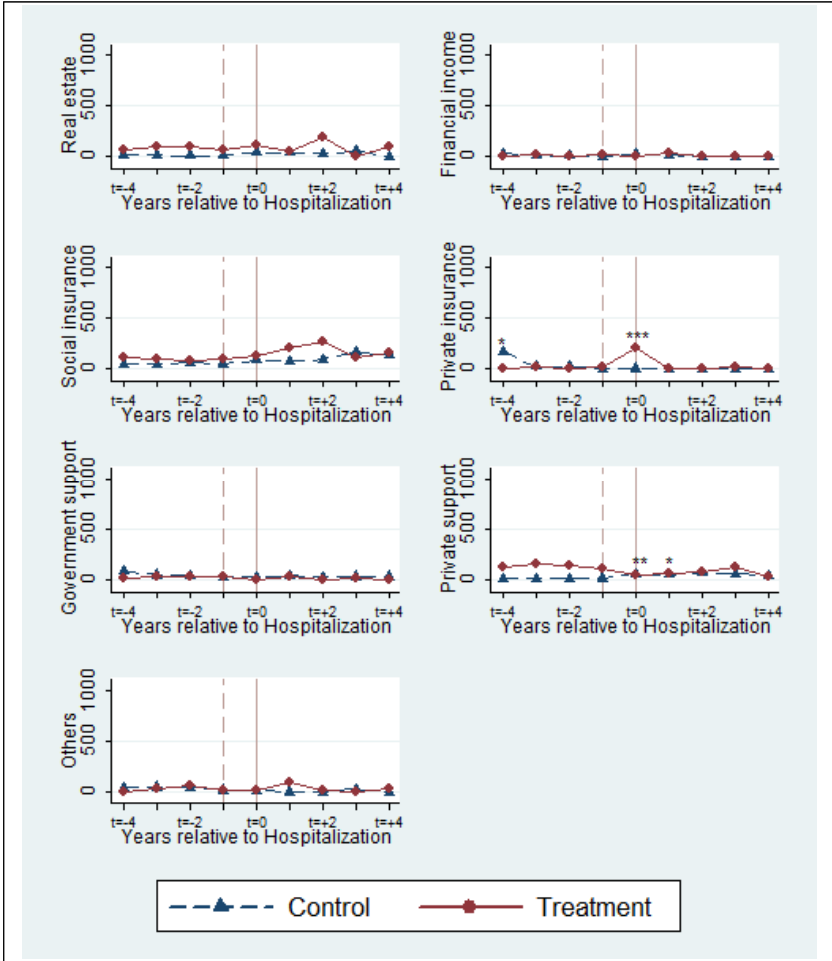
주: Real estate: 부동산소득, Financial income: 금융소득, Social insurance: 사회보험, Private insurance: 민간보험, Government support: 공공부조, Private support: 사적 지원, Others: 기타

[그림 3-30] 입원에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(남성 가구주)



주: Real estate: 부동산소득, Financial income: 금융소득, Social insurance: 사회보험, Private insurance: 민간보험, Government support: 공공부조, Private support: 사적 지원, Others: 기타

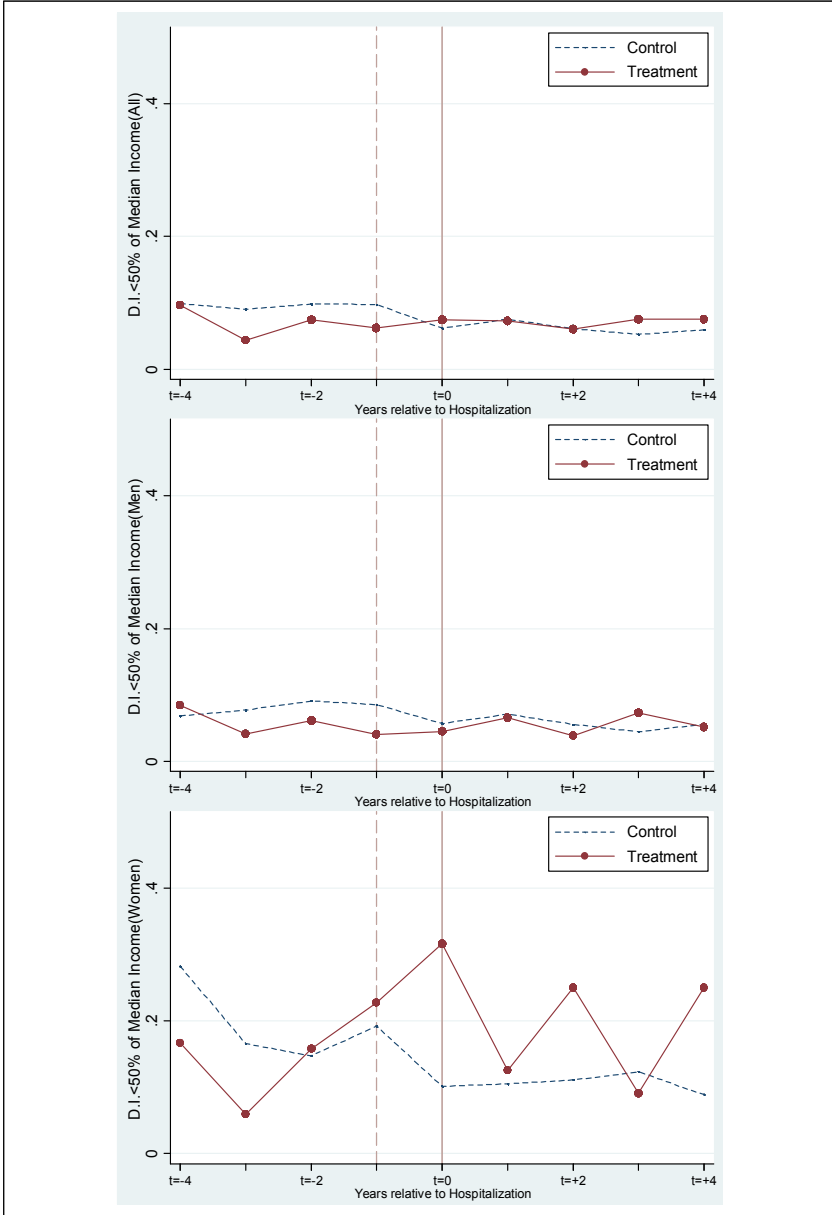
[그림 3-31] 입원에 따른 근로 외 소득 종류별 추이(여성 가구주)



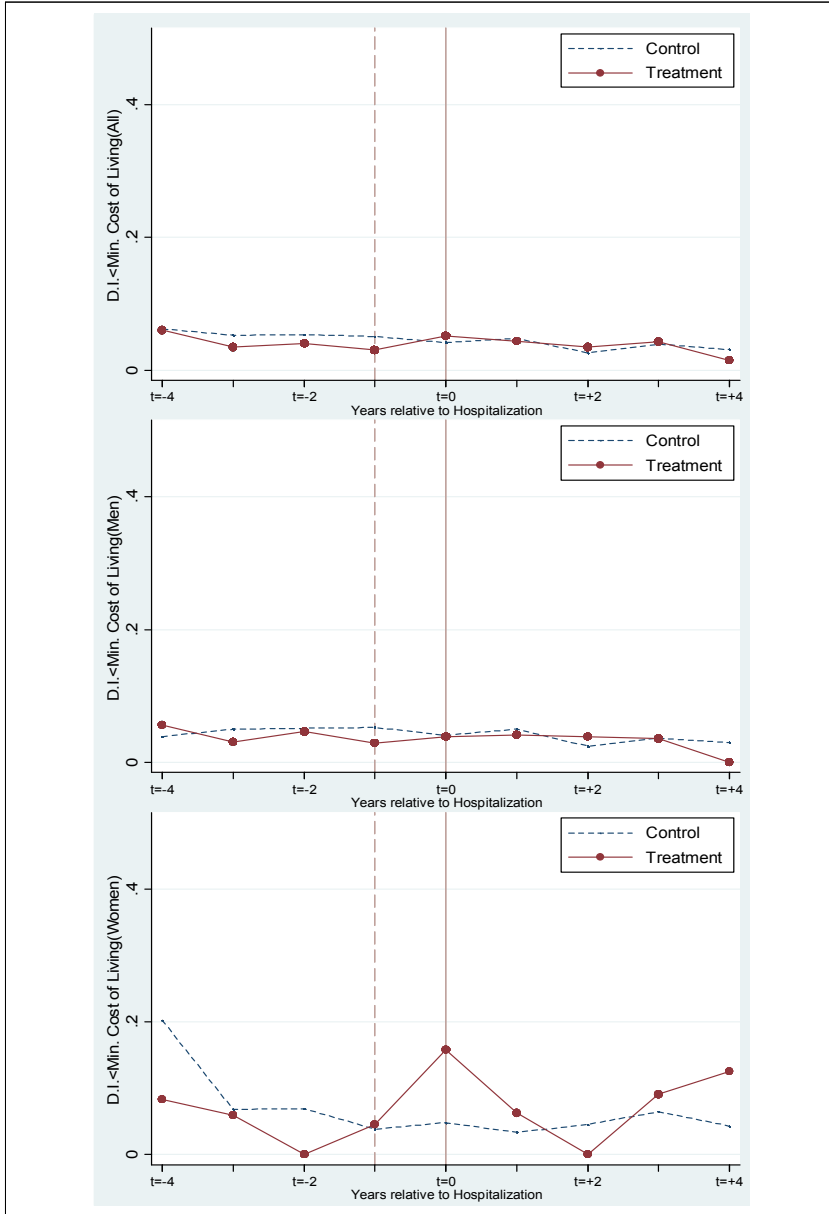
주: Real estate: 부동산소득, Financial income: 금융소득, Social insurance: 사회보험, Private insurance: 민간보험, Government support: 공공부조, Private support: 사적 지원, Others: 기타

[그림 3-32]와 [그림 3-33]은 가구총소득에서 의료비를 제외한 '재량 소득'의 빈곤화 발생 정도를 분석한 결과이다. 기준 중위소득의 50%를 빈곤선으로 정의하여 전체 가구주에 대해 분석한 경우(그림 3-32) 통계적으로 유의한 수준은 아니었으나 입원 발생 시점에 빈곤율이 증가하는 경향을 보였고 1년 후에는 비입원군과 유사한 양상을 보였다. 남성이 가구주인 경우와 여성이 가구주인 경우에서 모두 비슷한 양상이 발견되었다. 최저생계비를 빈곤선으로 이용한 경우(그림 3-33) 기준 중위소득을 이용한 경우와 유사하게 입원 발생 시점에 빈곤율이 증가하였다가 입원 1년 후 감소하는 경향이 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

[그림 3-32] 입원에 따른 (기준중위소득의 50% 기준) 가구재량소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)



[그림 3-33] 입원에 따른 (최저생계비 기준) 가구재량소득의 빈곤화(전체, 남성, 여성 가구주)

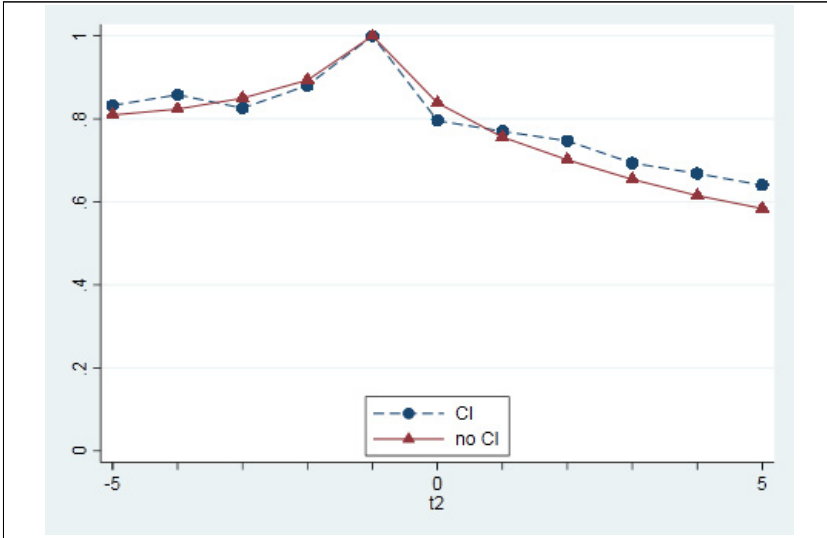


나. 건강보험 코호트 자료 분석 결과¹⁵⁾

건강보험 직장 여성 코호트 자료를 이용하여 중증질환 발생에 따른 경제활동 변화를 사업장 규모와 업종으로 나누어 살펴보았다. 30인 미만 사업장과 300인 이상 사업장에서 중증질환 발생 이후 경제활동 변화를 볼 경우 중증질환 발생 시점($t_2=0$)에서 경제활동이 일시적으로 감소하다가 회복되는 양상을 보이지만 질병이 발생하지 않은 집단에서도 경제활동 참여율이 시간이 흐름에 따라 점차적으로 감소하는 패턴을 보였다. 300인 이상 사업장의 경우 질병 발생 직후($t_2=0$) 영향은 거의 없고 두 집단은 비슷하게 경제활동 참여율이 감소하는 경향성을 보였다.

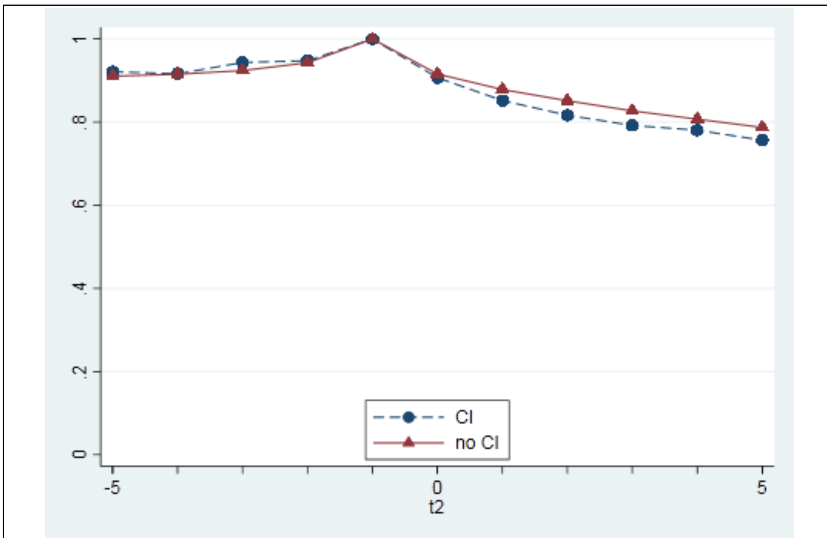
15) 건강보험 직장 여성 코호트 자료를 이용하였고 따라서 여성에 대해서만 분석이 가능하였다. 입원 발생은 제외하고 중증질환 발생의 영향을 분석하였으며 개인수준 고정효과 모형을 이용하여 변화의 유의성을 확인하지는 못하였다.

[그림 3-34] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 30인 미만 사업장)



주: (Y축) 경제활동 참여율, (X축) 중증질환 발생(t2=0) 전후 시간

[그림 3-35] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 300인 이상 사업장)



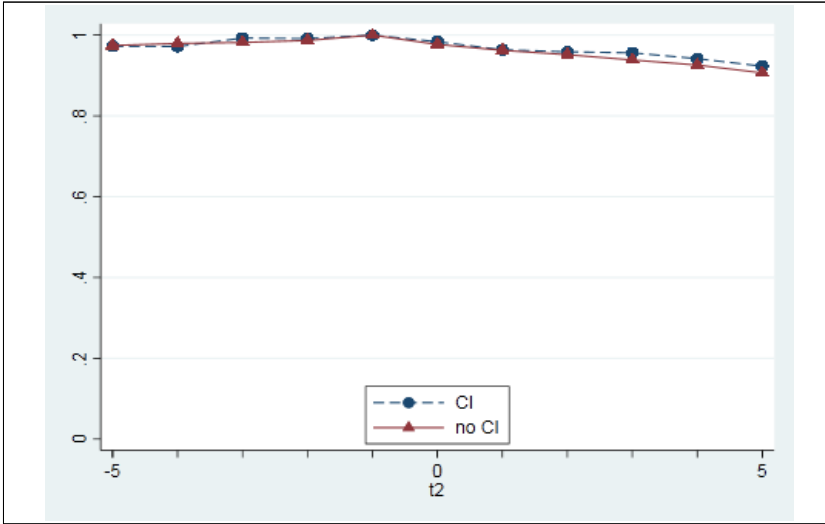
주: (Y축) 경제활동 참여율, (X축) 중증질환 발생(t2=0) 전후 시간

다음으로 사업장 업종별로 질병 발생의 영향을 살펴보았다. 정규직이더라도 유급병가 혜택을 제공하는 사업장에서 일하는 경우는 많지 않지만 특히 비정규직이 많은 경우 질병 발생이 고용상태에 미치는 영향은 더 클 수 있다. 김유선(2016, p. 12)에 따르면 ‘부동산임대업’, ‘사업시설관리 및 사업지원서비스업’에서 각각 63.3%와 79.1%로 비정규직의 비율이 높다. 반면 ‘공공행정, 국방 및 사회보장 행정’에서 비정규직 비율은 27.2%이고 ‘제조업’은 23.1% 정도로 다른 업종에 비해 비정규직 비율이 낮은 편이다. 우선 ‘공공행정, 국방 및 사회보장 행정’에서 증증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이를 볼 경우 $t_2=0$ 을 기준으로 거의 변화가 없음을 알 수 있다. 다음으로 제조업에서는 $t_2=0$ 을 지나면서 시간이 흐름에 따라 경제활동 참여 정도가 점차적으로 감소함을 확인할 수 있다.

비정규직 비율이 높은 것으로 알려진 ‘부동산임대업’, ‘사업시설관리 및 사업지원서비스업’에서 증증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 차이는 다르게 나타난다. $t_2=0$ 을 기준으로 경제활동 참여율은 급격하게 떨어지고 이후 주춤하는 양상으로 나타난다.

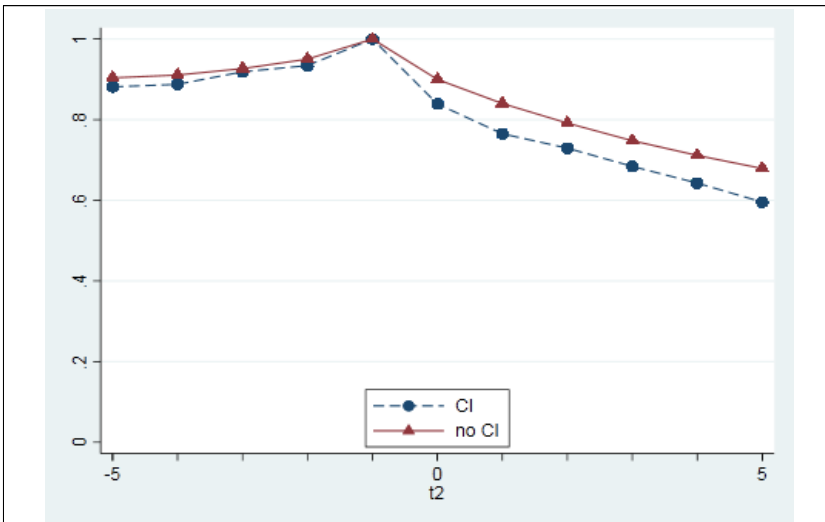
142 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

[그림 3-36] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 공공행정, 국방 및 사회보장 행정)



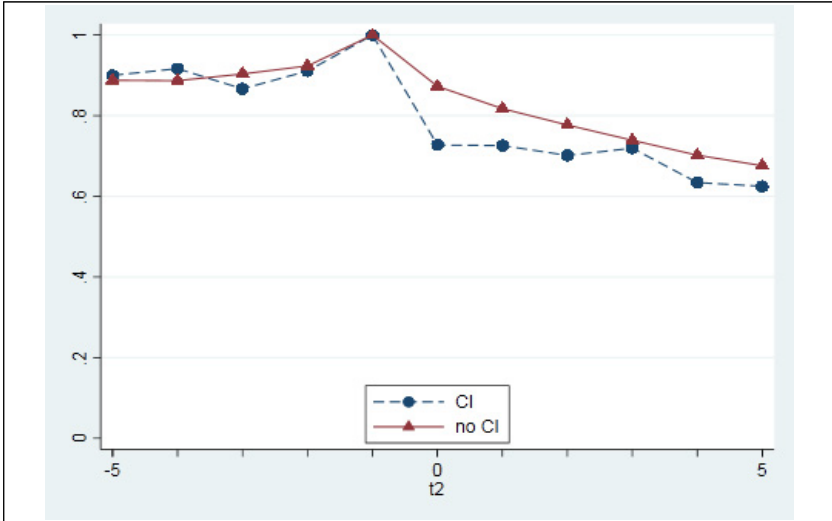
주: (Y축) 경제활동 참여율, (X축) 중증질환 발생(t2=0) 전후 시간

[그림 3-37] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 제조업)



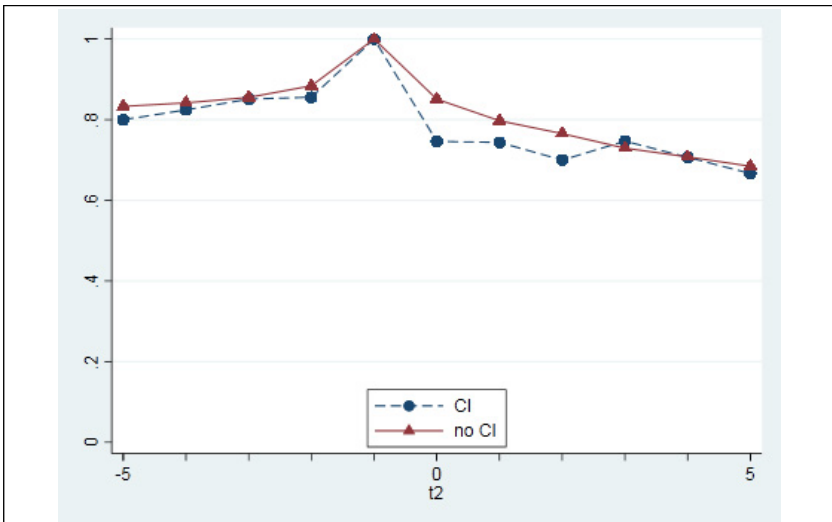
주: (Y축) 경제활동 참여율, (X축) 중증질환 발생(t2=0) 전후 시간

[그림 3-38] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 부동산업 및 임대업)



주: (Y축) 경제활동 참여율, (X축) 중증질환 발생(t2=0) 전후 시간

[그림 3-39] 중증질환 발생에 따른 경제활동 참여율 추이(여성, 사업시설관리 및 사업 지원서비스업)



주: (Y축) 경제활동 참여율, (X축) 중증질환 발생(t2=0) 전후 시간

3. 고찰

본 절에서는 질병이 개인과 가구의 경제활동과 경제상태에 미치는 영향을 분석하였다. 한국의료패널 2008~2016년과 건강보험 코호트 2007~2015년 자료를 분석에 이용하였다. 한국의료패널 자료 분석 결과 중증질환이 발생한 이후 개인의 경제활동 참여는 남녀 모두에서 감소하는 것으로 나타났고 개인의 근로소득 또한 감소하였다. 개인의 근로소득이 최저임금 이하인 비율이 변화했는지를 분석한 결과 남녀 모두에서 중증질환 진단 후 그 비율이 증가하여 진단 3년 후 그 비율이 진단 전보다 유의하게 높았다. 정리하면, 중증질환의 발생은 개인의 경제활동 감소와 빈곤화를 야기하는데 그 영향은 3년 차 정도에 가장 크고 그 이후부터 회복되는 것으로 보인다.

건강보험 직장여성코호트 자료를 이용하여 분석한 결과 중증질환 발생 이후 개인의 경제활동 참여율은 감소하지만 업종이나 사업장 규모에 따라 그 정도는 다른 것으로 나타났다. 30인 미만 사업장에서 일하는 여성에서 경제활동 참여율은 질병 발생 첫해에 급격히 낮아지는 것으로 나타났다. 반면 300인 이상 사업장에서 일하는 여성의 경제활동 참여율은 완만하게 감소하였다. 이는 소규모 사업장의 경우 상병으로 인한 휴가와 휴직 제도 등이 갖추어져 있지 않아 질병 발생과 동시에 퇴사하는 비율이 높기 때문일 것으로 예상된다. 업종별로 나누어 분석한 결과 안정적인 업종에서 일할수록 경제활동 참여율 변화는 크지 않았다. 공공부문 종사자에서 경제활동 참여율은 거의 변화하지 않은 반면 비정규직 비율이 낮은 제조업에서 경제활동 참여율은 완만하게 감소하였다. 반면 비정규직 비율이 높은 업종인 부동산업이나 시설관리와 같은 서비스 업종에서 질병 발생 직후 경제활동 참여율은 급격히 감소하는 것으로 나타났다.

가구수준의 영향을 확인하기 위해 한국의료패널 자료를 분석한 결과 중증질환 진단 후 가구근로소득이 감소하는 것으로 나타났다. 기준중위소득의 50%와 최저생계비를 이용하여 빈곤화 정도를 평가한 결과 가구근로소득의 빈곤화 정도가 중증질환 진단 후 증가했는데 진단 3년 차에 가장 높았고 4년 차부터 감소하는 경향을 보였다. 한편 다른 가구 구성원의 근로소득 증가는 관찰되지 않았다. 반면 가구총소득이 증가하는 것으로 나타났는데 이는 근로 외 소득의 증가와 관련이 있었다. 질병 발생 직후 가구소득의 증가는 근로 외 소득의 증가와 관련되어 있었다. 질병 발생 직후 민간보험 소득이 특히 증가하였는데 이는 민간보험 진단금으로 예상된다. 한편 2년 차 전후에는 부동산 소득, 기타 소득이 증가하였는데 부동산 소득은 자산 처분 등과 관련되어 있을 수 있고 기타소득은 퇴직금 등과 관련된 것으로 보인다. 가구총소득은 질병이 발생한 2년 차와 3년 차에 불안정하게 증가와 감소를 반복하였는데 이는 근로 외 소득의 변화와 비슷한 양상을 보였다. 즉 가구주가 중증질환을 경험하는 경우 가구는 이로 인한 근로소득의 감소를 진단 후 3년 정도까지는 민간보험 진단금 등 근로 외 소득에 의존하여 생활하는 것으로 보인다.

입원을 이용하여 분석한 결과도 중증질환 발생에 대해 분석한 결과와 크게 다르지 않았으나 그 영향은 좀 더 작았다. 개인소득이 입원 시점에 감소하였는데 1년 정도 감소된 상태를 유지하였다. 통계적으로 유의하지는 않았지만 경제활동 참여율이 감소하였고 개인소득이 최저임금보다 작은 비율도 증가하였다. 가구 수준에서 볼 경우 가구근로소득이 기준중위소득의 50% 이하인 비율이 입원 시점에 이후 1년 동안 증가된 상태를 유지하였다. 중증질환에서와 마찬가지로 근로 외 소득이 증가하였는데 민간보험, 사회보험으로부터의 수입, 기타소득이 증가하였다. 입원은 중증질환보다 그 영향이 작았고 소득에 영향을 미치는 기간도 1~2년 정도였다.

본 연구의 결과는 다음과 같은 점에서 해석에 주의를 요한다. 우선 질환의 특성에 따라 질병이 미치는 영향은 다를 수 있다는 점이다. 예를 들어 일반적인 질병의 경우 입원하더라도 단기로 그 영향이 끝날 수 있지만 중증질환의 영향은 장기화될 수 있다. 따라서 경제활동 참여율이나 소득 변화에서 그 영향은 다를 수 있다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서 중증 질환자를 대상으로 한 이유는 예기치 않은 질병의 영향을 보기 위해서이다. 이와 함께 중증질환은 치료에서 선택의 폭이 넓지 않은 반면 일반적인 질병의 경우 개인이 선택할 수 있는 폭이 넓다. 입원과 같은 사건도 현재 일을 하고 있는지 일하고 있는 사업장에서 업무 외 상병으로 휴가나 휴직 제도를 쉽게 사용할 수 있는지 등으로부터 영향을 받게 된다. 말하자면 취약한 사업장에서 일하는 노동자일수록 아파도 참고 일할 가능성이 많으며 이로 인해 질병 발생으로 인한 경제적 영향을 확인하기 어려울 것이다. 따라서 본 연구에서는 보완적으로 중증질환보다는 장기적인 영향을 미치지 않는지라도 상대적으로 긴 기간인 15일 이상 입원한 경우에 대해 함께 분석하였다.

본 연구에서 한국의료패널 자료와 국민건강보험 코호트 자료를 이용하였는데 한국의료패널 자료의 경우 의사로부터 진단을 받았는지라는 문항을 이용하여 질병 발생을 정의하였고 국민건강보험 자료에서는 상병코드를 이용하여 질병 발생을 정의하였다. 이로 인해 사회경제적 지위가 낮은 경우 의료 서비스에 대한 접근성이 낮은 것으로 알려져 있으므로 실제 질환을 가지고 있더라도 질환이 없는 것으로 분류될 가능성이 있다.

이중차이분석법은 사건이 발생하지 않았다면 실험군과 대조군에서 시간이 흐름에 따라 유사한 변화를 경험함을 전제로 한다. 질병 발생의 경제적 영향을 확인하기 위해 질병 발생 직전 해의 인구사회학적 특성을 이용해 질환을 경험한 집단을 그렇지 않은 집단과 매칭하고 개인 수준 고정

효과 모형을 이용하여 관찰되지 않은 이질성을 보정하고자 하였으나 질환의 발생이 선택적이고 질병에 걸린 사람들이 그렇지 않은 사람들에 비해 관찰할 수 없는 면에서 차이가 있을 가능성이 존재한다. 즉, 질환이 발생한 집단은 전반적인 건강관리 정도가 낮을 수 있고 이러한 경향성은 이후 낮은 소득이나 경제활동 참여로 나타날 수 있는데 이 경우 질병 발생의 영향이 과다 추정될 수 있다.

이와 함께 중증질환 발생은 사망으로 이어질 수 있다. 사망한 경우 패널에서 이탈되므로 분석에서 빠지게 된다. 건강이 좋지 않은 사람들이 사망하였을 가능성이 더 높고 이들은 이후 경제활동이나 경제상태가 더 열악해졌을 가능성이 높다는 점에서 질환의 효과가 과소 추정되었을 가능성이 있다.

본 연구에서 2008년부터 2016년까지의 한국의료패널 자료, 2007년부터 2015년까지의 직장여성코호트 자료를 이용하였는데 이 기간은 중증질환자에 대한 건강보험 보장성이 확대된 시점을 포함한다. 크게는 본인부담률이 10%에서 5%로 낮아진 2009년과 항암제 등 비급여에 대한 급여 확대가 이루어진 2015년이다. 이와 같은 정책 변화는 본인부담 의료비에 대한 부담을 줄여 치료비 마련을 위한 대출이나 자산 처분 등을 줄일 수 있다. 이는 전반적인 근로 외 소득 변화를 크지 않게 만들 수 있는 요인이지만 그 영향이 어느 정도인지에 대해서는 추가 검토가 필요하다.

향후 연구들은 연령에 따른 차이, 질병 발생 전 사회경제적 특성에 따른 차이 등을 추가로 분석할 필요가 있다. 예를 들어 50대 이상 중년층의 경우 질병 발생 이후 은퇴 등으로 이어질 수 있을 것이다. 다른 한편으로 사회경제적 특성이 낮은 경우 가용 자원이 적다는 점에서 질병 발생 이후 빈곤의 위험에 더 노출될 수 있다. 향후 추가 분석을 통해 질병 발생으로 인한 소득 상실의 위험이 큰 집단에 조사가 필요할 것이다.

제2절 질병으로 인한 개인·가구의 경제활동·경제상태 변화: 질적 사례 연구

양적 자료 분석이 수치를 통해 현상을 일반화하는데 유용하다면 질적 자료 분석은 개인이 처한 다양한 맥락 속에서 현상을 이해할 수 있도록 돕는다. 본 절에서는 질적 연구를 통해 한국에서 노동자들이 업무 외의 이유로 질병을 앓게 되는 경우 노동자 개인의 경제활동과 경제상태가 어떻게 변화하고 가구는 어떤 영향을 받는지를 분석하였다. 질적 연구 접근 방법 중에서도 질적 사례 연구 방법을 이용하였는데 노동자에게 건강상의 문제가 발생했을 때 노동시장에서의 지위가 어떻게 변하는지, 경제적 충격은 어느 정도인지, 질병으로 인한 충격을 완화하기 위해 어떻게 대응하는지를 살펴보았다. 또한 업무 외 이유로 아픈 노동자들에게 한국의 사회보장 제도가 어떻게 작동하는지를 살펴봄으로써 개선이 필요한 점이 무엇인지를 파악하고자 하였다.

1. 연구 방법과 연구 대상자

가. 자료 수집

본 연구는 심층면담을 통해 자료를 수집하였다. 심층면담은 반구조화된 면담 가이드를 이용하여 이루어졌는데 구조화된 면담 가이드를 이용하는 방법에 비해 피면담자가 자신의 경험과 생각, 의견을 상대적으로 자유롭게 표현할 수 있다는 장점이 있다. 다른 한편으로 자유식 면담이 갖는 비예측성을 줄일 수 있어 다수의 피면담자를 대상으로 하기에 적합하다는 특성을 갖는다. 피면담자 모집은 한국리서치를 통해 이루어졌는데

자격은 중증질환을 경험하였고 질환이 발생한 시점에서 일하고 있었던 노동자로 제한하였다.

나. 연구 대상자 선정

인구사회학적 특성에 따라 질병의 경제적 영향이 다를 수 있음을 고려하여 할당표집법을 이용하여 대상자를 선별하였다. 본 연구에서 고려한 주요 특성은 남/여, 연령, 사회경제적 수준이다. 우선 성별에 따라 질병과 경제활동에 대한 생각이 다를 수 있고 노동시장에서의 지위가 다를 수 있다. 이는 질병 발생 후 경제활동 변화에도 다르게 영향을 미칠 수 있다. 다음으로 질병이 발생한 시점이 언제인가에 따라 대상을 모집하고자 하였다. 본 연구가 기본적으로 근로연령층을 대상으로 하지만 근로연령층에서도 청년층과 장년층에서 질병이 가구에 미치는 영향이 다를 수 있다. 예를 들어 어린 자녀를 둔 장년층 가장에게 질병이 발생할 경우 가구가 겪는 위험은 더 클 수 있다. 마지막으로 질병 발생 당시의 사회경제적 수준을 고려하였다. 사회경제적 수준에 따라 가용 자원이 다를 수 있고 이는 질병에 대응하는 과정이나 이후 복귀 과정에도 영향을 미치리라고 보았기 때문이다. 사회경제적 수준은 피면담자 모집 과정에서 질문을 통해 확인하였다. 따라서 성별, 연령(45세 전후), 사회경제적 수준에 따라 그룹별로 1~2인을 조사하는 방식으로 심층면담을 진행하였다.

다. 조사 내용

심층면담은 반구조화된 질문지를 가지고 이루어졌는데 질병 발생을 중심으로 시간의 흐름에 따라 질문을 구성하였다. 구체적으로 살펴보면 질

병 발생 전 가족관계, 소득 수준, 고용 형태 등 사회경제적 특성에 대한 내용을 시작으로 질병이 발생한 (혹은 질병을 발견한) 당시 상황, 질병 발생으로 인한 변화, 즉 고용상태, 소득 수준 변화 등에 대한 질문을 포함하였다. 가계 경제에 미친 영향과 함께 가구 구성원, 주변의 도움 등 사적 안전망의 역할, 공공부조 등 공적 안전망에서 받은 도움들, 그리고 최종적으로 현재 사회경제적 상태에 대한 질문을 포함하여 면담 질문지를 구성하였다. 아래 표는 면담 질문지의 구성 및 세부 내용이다.

〈표 3-5〉 면담 질문지의 구성 및 내용

구성		세부 내용
질병 발생 전	사회경제적 지위	가족관계, 교육 수준, 소득 수준, 고용 형태
질병 발생 당시	상황	질병 발생 혹은 발견 과정
질병 발생 이후	영향	고용상태 변화, 소득 변화, 가계 경제
	대응, 사적 안전망	본인, 가구 구성원의 대응, 주변의 도움
	공적 안전망의 도움	공공부조, 고용보험, 국민연금
현재 상태	사회경제적 지위	가족관계, 고용상태, 소득 수준

라. 조사 방식

심층면담은 2018년 6월 1일부터 9월 22일까지 수도권과 대전/세종 지역에서 이뤄졌다. 면담은 참여자들이 원하는 공간에서 이루어졌는데 면담 시작에 앞서 연구 참여자에게 본인이 말하고자 하지 않는 내용을 말하지 않을 권리가 있고 본인이 원하면 언제든지 면담을 중단할 수 있다는 사실을 고지하였다. 면접 시간은 약 1~2시간 정도 소요되었는데 반구조화된 설문을 이용하되 각 주제에 대해 가능한 참여자들이 자신의 경험을 자유롭게 말하도록 하였다. 연구 참여자의 진술은 본인의 동의하에 녹음됐고, 자료 수집 이후 녹취록으로 전사됐다.

2. 연구 대상 특성

아래 표는 면담자들이 질병을 경험한 과정과 경제활동 및 경제상태 등이 이로 인해 어떻게 변화했는지에 관해 간략히 요약한 내용이다. 면접 대상자의 성별, 연령, 질환 종류, 질병 발생 당시 사회경제적 특성, 가족 관계, 직업과 현재 사회경제적 상태 특성은 <표 3-6>에 제시되었다.

<표 3-6> 면담자들의 질병 경험과 경제적 영향

#P1 남(기혼), 53세	#P2 남(미혼), 34세
인테리어 영업을 하던 P1은 6개월 전 뇌수술을 하게 됨. 중증질환에 대한 건강보험 혜택, 민간의료보험에 가입해 있어서 의료비에 대한 부담은 크지 않았음. 질병 치료 기간 동안 형이 생활비를 대주고 가게를 봐주는 등 도움을 주었음. 바로 회복이 될 것이라고 기대했지만 기억력이 호전되지 않는 등 질병 상태가 만성화되면서 기존 일자리로 복귀하기 어려워짐. 앞으로 어떻게 생활을 꾸릴 수 있을지 고민하고 있으며 가게와 거주하던 주택을 내놓았지만 이후 어떤 일을 할지는 결정하지 못함.	중소기업 정규직으로 일하던 P2는 갑자기 쓰러지면서 뇌혈관 질환이 있음을 알게 됨. 병원 진단 및 치료 과정에서 회사에서 병가나 휴가를 사용할 수 없었고 업무량이 많아 직장을 그만둠. 질환 악화를 막기 위해 쉬는 동안 회사 퇴직금으로 생활함. 간헐적으로 아르바이트를 해왔고 올해 초부터 다시 일자리를 알아보기 시작하였으나 자신의 건강상태에 맞는 일자리가 많지 않고 경력 단절로 인해 구직이 쉽지 않음. 직장 외에도 결혼 등 앞으로의 생활에 대한 불안감이 있음.
#P3 여(이혼), 55세	#P4 여(기혼), 59세
안경점을 운영하던 P3은 심장질환 진단을 받았고 이후 류마티스, 갑상선암 진단을 받음. 지속적인 질병 발생으로 가게 운영이 힘들어 정리하였는데 그 뒤로 생활이 어려워짐. 남편과의 다툼도 많아지면서 이혼하게 됨. 이후 부동산 일 등을 하다가 다시 폐동맥 고혈압 진단을 받음. 서울에서 전셋값 부담과 그간의 빚을 정리하기 위해 지방으로 이사함. 질병으로 인해 일을 하기 어려운 상태인데 만 55세가 되면서 소액이지만 국민연금을 받을 수 있게 됨.	임대업과 프리랜서 강사로 일하던 P4는 4년 전에 유방암 진단을 받음. 현재 추적관찰 중이고 약을 계속 먹어야 하지만 증상은 호전된 상태임. 유방암 진단 당시 세 자녀 중 2인은 대학 졸업 후 취업한 상태라 큰 어려움은 없었음. 자신의 질병이 가족들에게 서로의 소중함을 알게 해주는 기회가 되었다고 평가함. 배우자가 가구주 역할을 하므로 경제적으로 큰 어려움은 없음. 약을 계속 복용해야 하므로 치료비에 대한 부담은 있으나 무리해서 경제활동을 다시 할 생각은 없음.

152 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

#P5 여(이혼), 45세	#P6 여(사별), 56세
<p>방과후교실 강사로 일하면서 두 자녀와 생계를 꾸려 가던 중 유방암 진단을 받음. 치료가 단기에 끝나기 어려웠고 직장에서 사표를 쓸 것을 요구함. 사직 후 기초생계수급자 자격을 얻었고 학교 도서관에서 도서 정리 일을 하며 교통비 명목으로 하루 2만 원씩을 받으며 생활함. 자녀가 타지로 공부하러 가면서 생활비를 보내주기 위해 복지관 안내 일을 시작했고 이로 인해 기초생계급여 자격을 잃음. 유방암 완치 판정을 받지 않았으나 병원비에 대한 두려움으로 병원에 가지 않음.</p>	<p>남편과 사별 후 자녀 둘을 키우며 식당 일을 하던 P6은 몸에서 혹이 만져졌으나 병원에 가지 않음. 당시 직장에 다니던 큰딸의 권유로 병원에 갔다가 유방암 진단을 받게 됨. 수술 후 재발을 경험함. P6이 경제활동을 하지 못하는 상황에서 큰딸이 가계 경제를 책임짐. 건강을 회복한 이후 장애우 돌보미를 하였고 다른 일들을 해보려고 시도함. 이후 자녀 둘은 가족을 꾸리게 되었고 P6은 가사도 우미를 하며 자신의 생계를 꾸려가고 있음. 현재 생활은 안정적임.</p>
#P7 여(기혼), 48세	#P8 여(기혼), 47세
<p>전업주부이던 P7은 아이들이 크면서 공인중개사 일을 시작함. 국가 암검진 사업에서 위암 진단을 받음. 수술 후 일을 다시 시작했고 3년 정도 다녔으나 암이 전이됨. 병으로 인한 휴직(무급)이 최대 1개월까지만 가능해서 일을 중단함. 현재 거의 완치 상태임. 경제적으로 어려운 상황은 아니지만 조금이나마 벌어서 자신이 원하는 일에 쓰고 싶고 답답함에 다시 일을 시작하려고 준비 중임.</p>	<p>아이들이 크면서 일을 시작함. 비정규직으로 입사했으나 3년 정도 지나 정규직이 됨. 몸에 혹이 만져졌으나 무시하고 다니다가 여동생의 권유로 병원에 가게 됨. 유방암 판정을 받고 치료를 시작함. 무급으로 8개월 휴직이 가능했음. 휴직 이후 복직하지 않았고 퇴사 처리됨. 최근 초등 돌봄교사 일을 시작했지만 1년 단위 계약직으로 이후 다른 일을 알아봐야 함. 남편이 일을 하고 있어서 경제적 충격이 크지는 않으나 자신이 일을 하지 못하면서 가계 수입이 줄어들.</p>
#P10 남(미혼), 57세	#P11 남(이혼), 59세
<p>봉고차를 이용해서 자영업을 하다가 신경종양 진단을 받음. 수술이 가능하지 않아서 계속 관리해야 함. 무리하게 일을 하기 어려운 상황이었고 차량 운영에서 오는 수입도 많지 않아서 차량을 처분하고 기초생계급여를 신청함. 일을 하지 못하면서 사회에서 도태된다는 두려움이 들었고 기초생계급여 대상자에게 주어지는 다양한 교육 프로그램들에 참여함.</p>	<p>식당을 운영했으나 감기가 걸린 후 몇 달 동안 낫지 않음. 무거운 짐을 드는 등 일하기가 힘들어지면서 병원을 방문했고 천식 진단을 받음. 식당 일을 하기 어려워져 가계 일을 중단했고 비슷한 시점에 아내와도 이혼함. 자녀가 없었고 일을 할 수 없는 상태였으므로 기초생계수급자가 될 수 있었음. 힘을 쓰지 않고 할 수 있는 일을 찾고 있으나 학력이 높지 않아서 일을 찾기 쉽지 않음. 현재는 한 달에 3~4일 정도 일이 생기면 하고 있음.</p>

#P12 여(기혼), 55세	#P13 남(기혼), 45세
<p>보험회사 콜센터에서 일하던 P12는 폐암 진단을 받음. 관리자에게 쉬어야 할 것 같다고 얘기하고 수술과 항암 치료를 시작함. 8개월 정도 후 다시 일을 시작하였는데 휴직제도가 있어 휴직 처리됨. 남편이 경제활동을 하고 있었고 자신이 그동안 저축한 돈과 민간보험 진단금이 있어 휴직기간 동안 경제적인 문제는 크게 신경 쓰지 않았음. 건강관리가 중요하다고 생각해 현재 주말에는 교외에서 휴식을 취함.</p>	<p>보험설계사 일을 하던 중 대장암을 진단받음. 바로 치료를 시작했고 2~3개월 동안 보험회사 실적을 채우지 못함. 중간관리자가 도움을 주고자 했으나 일정 기간 동안 목표치를 채우지 못할 때 계약이 해지되는 조건이어서 계약이 해지됨. 일을 할 수 없는 상태라 본가 도움을 받았고 아내의 아르바이트로 생활을 유지함. 집을 전세에서 월세로 옮기고 전세자금으로 생활비를 하다가 최근 기초생계급여를 받게 됨.</p>
#P14 남(미혼), 53세	#P15 남(사별), 44세
<p>택시 운전을 하던 P14는 모임을 갔다가 돌아오는 길에 몸에 이상을 느끼고 근처에 있던 병원에 감. 심근경색이었고 수술 후 퇴원함. 회사에서 복직을 부담스러워했고 스스로 사표를 냈. 보안업체에서 경비 일을 하고 있음. 택시 운전보다 일이 힘들지는 않지만 소득이 적고 이로 인해 생활이 빠듯함.</p>	<p>대기업에서 엔지니어로 일하던 P15는 입사 6개월 정도 된 시점에 사고로 뇌경막이 파열됨. 회사 인사팀에서 병원에 다녀갔고 치료에 상당한 시일이 소요된다는 것을 알게 됨. 권고사직을 받아들임. 말초신경 장애가 남았지만 과거에 하던 일이 육체적으로 힘든 일은 아니라 충분히 할 수 있으나 관련 직업훈련 등이 필요함. 현재는 기초생활수급자임.</p>
#P16 여(미혼), 47세	#P17 남(기혼), 46세
<p>보험회사 콜센터에서 정규직으로 일하던 P16은 직장에서 하혈을 하고 병원에 갔다가 자궁내막암 진단을 받음. 당시 어머니와 함께 살고 있었고 P16이 생계를 책임지고 있었음. 상병휴직 제도가 없었고 이용가능한 휴가들을 쓰다가 결국은 퇴사함. 8개월 정도 후 원래 직장으로 재입사함. 같은 회사에서 아프기 전과 같은 일을 하지만 재입사라 근속수당 등을 받지 못해 월급이 낮아짐.</p>	<p>회사에서 갑자기 쓰러져서 병원으로 이송됨. 병원에 입원해 있는 동안 회사 관리자가 다녀갔고 복직 가능한 시점을 확인함. 대화 과정에서 간접적으로 퇴사 권고를 받았고 스스로 일을 그만둠. 건강이 회복되어 비슷한 일을 하는 신규 업체에 재입사하게 됨. 경력을 인정받았지만 기존 일자리에 비해 받은 임금의 80% 정도 수준임.</p>

〈표 3-7〉 심층면접 대상자의 특성

참여자	성별	나이	질환	질환 발생 경과	교육 수준	질병 발생 당시			현재 상태	
						가족관계	사회경제적 수준	일자리	가족관계 변화	일자리
1	P1	남	뇌혈관 질환	6개월(회복 중)	-	배우자, 자녀	중상	자영업 (인테리어)	-	없음
2	P2	남	뇌혈관 질환	3년(치료 중)	대출	부모	중상	정규직 (사무직)	-	구직 중(간헐적 아르바이트)
3	P15	남	뇌경막 파열	4년(재활치료)	대출	배우자, 자녀	중상	정규직 (엔지니어)	사별	없음 (기초생활수급)
4	P17	남	뇌경색	완치	대출	배우자, 자녀	중상	정규직 (시설관리)	-	정규직(시설관리)
5	P11	남	천식	3년(진행 중)	고졸	부인	하	자영업(식당)	이혼	없음 (기초생활수급)
6	P10	남	신경종양	9년(진행 중)	대출	모	하	자영업(운전)	-	없음 (기초생활수급)
7	P13	남	대장암	2년(치료 중)	대출	배우자	하	특수고용직 (보철제작사)	-	없음 (기초생활수급)
8	P14	남	심근경색	4년(완치)	대출	없음	하	정규직(택시)	-	비정규직 (경비업체)
9	P7	여	위암	5년(거의 완치)	대출	배우자, 자녀	중상	비정규직(부동산, 전화상담)	-	없음
10	P8	여	유방암	4년(치료 중)	대출	배우자, 자녀	중상	정규직(사무직)	-	비정규직(초등학교 돌봄교사)

	참여자	성별	나이	질환	질환 발생 경과	교육 수준	질병 발생 당시			현재 상태	
							가족관계	사회경제적 수준	일자리	가족관계 변화	일자리
11	P3	여	55	심장질환, 감상신암 등	(진행 중)	고졸	배우자, 자녀	중상	자영업(안경점)	이혼	없음
12	P4	여	59	유방암	4년(치료)	대졸	배우자, 자녀	중상	비정규직(강사), 임대업	-	없음
13	P12	여	55	폐암	5년(완치)	대졸	배우자, 자녀	중상	정규직 (보험상담)	-	정규직(보험상담) (휴직)
14	P16	여	47	자궁암	4년(완치)	대졸	모	중상	정규직 (보험상담)	-	정규직(보험상담) (동일 회사 재입사)
15	P5	여	45	유방암	4년(모름)	-	자녀	하	비정규직(방과 후교실 강사)	-	비정규직(복지관)
16	P6	여	56	유방암	15년(완치)	고졸	자녀	하	비정규직(식당)	-	비정규직 (가사도우미)

*P9는 은퇴 직후 질병을 갖게 되어 분석에서 제외함.

3. 분석 결과: 질병의 경제적 영향

가. 상병휴가 제도의 부재 혹은 불충분으로 인한 질병의 타의적 방 치와 심화

노동자들이 건강상의 문제를 느낄 때 일차적으로 보이는 반응은 참는 것이다. 일용직 노동자나 자영업자들은 하루 쉬면 바로 소득 손실로 이어지므로 쉬겠다는 생각을 하기 어렵다. 일당을 손해 보고 병원에 간다고 하더라도 영세한 사업장에서 고용주에게 양해를 구하고 병원을 다녀오기는 쉽지 않으며 자영업자의 경우에도 아침부터 밤늦게까지 하루 종일 일하는 경우가 많다 보니 가게 문을 닫지 않는 한 병원에 다녀올 시간을 내기 어렵다. 설령 정규직 노동자이고 회사에 병가 제도가 있다고 하더라도 자신의 몸이 안 좋다고 바로 병원을 찾는 경우는 많지 않다. 회사에서 하혈하고 병원을 가서 자궁경부암 진단을 받은 P16은 아파도 말 못 하고 일하는 동료들이 있다며 병원을 자유롭게 갈 수 없는 분위기가 문제라고 말한다. 회사 분위기로 인해 병가를 사용하고 싶어도 사용하지 못하는 경우도 있지만 회사에서 자신에게 주어진 일을 하다 보면 병원에 다녀와야겠다는 생각을 하기도 쉽지 않다. 특히 여성들은 가족 돌봄의 책임까지 지고 있다 보니 시간을 내어 병원을 찾기가 쉽지 않다. 결국 대부분의 노동자들은 타의적 상황으로 여유 시간이 생기거나 주변에서 강하게 권유하거나 일을 할 수 없을 정도로 힘든 상태가 되어야 비로소 병원을 찾는다. 이로 인해 질병은 한동안 방치되고 심화된다. 예를 들어 5인 이하의 사업장에서 정규직으로 일하던 P2는 회사에서 쓰러지고 나서야 자신의 병을 알게 되었고 택시 기사로 일하던 P14는 몸의 이상을 느꼈지만 대수롭지 않게 여기다가 심근경색 증상이 나타나서야, 식당 일을 하던 P5는 몸에

이상을 느꼈지만 방치하고 있다가 딸의 권유로, 방과후교실 강사로 일하던 P6은 회사의 공식 휴가 기간에, 식당 영업을 하던 P11은 더 이상 참기 어려운 상태가 되어서 병원을 방문했다. 이들이 병원을 방문했을 때 질병은 상당히 진행된 상태였다. P14는 심근경색 증상이 나타났을 때 바로 옆에 병원이 있어서 병원을 방문했지 그렇지 않았다면 병원에 가지 않았을 것이라고 말한다.

“그때 몸이 너무 힘들어서 소리가 말이 안 나오더라고요. 학교 방학할 때 저희도 일주일 휴가를 주더라고요.” P5

“숨이 차서 쓰러질 것 같더라고요.”, “담배도 한 1년 동안 안 피워봤어요. 병원에 가니까 천식이라고 하더라고요.” P11

모든 질병이 타의적으로 방치되는 것은 아니다. 다수의 노동자들이 질병이 상당히 진행된 후에야 뒤늦게 병원을 찾지만 드물게 건강검진을 통해 질병을 발견하는 경우도 있다. P4, P7인데 이들은 비록 경제활동을 하고 있었지만 남성 배우자가 주 부양자 역할을 하고 있어 상대적으로 경제활동에 대한 부담이 덜한 편이었다. 건강검진에서 위암 진단을 받은 P7은 위암 진단을 받은 직후 하던 부동산 일을 바로 그만뒀다. 남편의 소득 수준이 낮은 편이 아니어서 그렇게 어려운 결정은 아니었다.

나. 작동하지 않는 병가 제도 내에서 아프다는 것, ‘빈곤의 시작과 가속화’

건강상태가 악화되어 더 이상 업무를 지속할 수 없거나 질병의 치료를 위해 장기간의 휴가가 필요할 때 대부분의 노동자들은 실직의 위험에 직

면한다. 이러한 실직의 위험은 사업장의 특성, 고용상태에 따라 다르게 나타난다. 파견업체에 소속되어 방과후교실 강사로 일하다가 유방암 진단을 받은 P5는 관리자에게 자신의 건강상의 문제를 알리고 그 자리에서 사표를 내라는 권고를 받는다. P5는 회사에 병가 제도나 상병 관련 휴직 제도가 있는지 등은 알지 못했고 권고에 따라 사표를 제출했다. P5는 자신의 병이 한두 달 치료로 끝나지 않을 상황이었고 사람들이 서로 들어오려고 하는 곳이라 자신의 해고를 어쩔 수 없는 것으로 받아들인다. 아픈 이후 퇴사 혹은 해고는 직장 특성에 따라 조금씩 걸리는 시간이 다르지만 대부분의 노동자들이 비슷하게 겪는 과정이다. 보험설계사(특수고용직)로 2년 정도 일하던 P13도 비슷한 과정을 겪었다. 계약 시점에서 일정 기간 동안 정해진 수준의 실적을 쌓지 못할 경우 계약이 해지되는 조건으로 고용계약이 이루어진다. 암 진단을 받고 치료를 받으면서 계약한 수준의 실적을 쌓을 수 없었던 P13은 질병 진단 후 3~4개월이 지난 시점에서 재계약이 어렵다는 통보를 받는다.

“(보험설계사는) 아무래도 실적 위주니까, 아팠으니까 일을 잘 못했을까 아닙니까? ... 코드를 빼라(=퇴사) 이런 식으로 이야기를 했었고 제가 실적을 (쌓지) 못하니까 알았다.”

비정규직 노동자들은 대부분의 경우 퇴직 외에는 다른 선택지가 없다. 이는 자영업자도 마찬가지이다. 대부분의 자영업자들은 서비스업으로 건강이 좋지 않으면 일을 감당하기 어려운 경우가 많다. P1은 뇌수술을 하면서 가게 운영이 불가능했지만 문을 닫을 수는 없어 문만 열어 놓은 상태로 있었다. 수술 이후에도 건강이 회복될지 불확실하고 임차료 등 가게 운영비는 계속 들어가다 보니 결국은 가게를 내놓기로 결정했다. 안경점을 하던 P3은 점원을 고용해 한동안 가게를 운영했지만 갑상선암 외에 류

마티스, 심장 질환 등을 앓으면서 가게를 유지하기 어려웠다. 식당 영업을 하던 P11도 자신의 몸이 아프니 더 이상 가게를 유지하기 어려웠다.

“4년 전에 천식 진단을 받고 계단 조금 올라가는 것도 힘들니까 버거우니까 일을 못 하겠더라고요.” P11

대부분의 이러한 자영업자들에서의 또 다른 문제는 가게를 내는 과정에서 대출 등을 이용했고 이에 대한 부담까지 남아 있다는 점이다. 이는 질병 발생으로 인한 경제적 곤란함을 더욱 가중시키는 요인이다. 병원비 또한 이들의 부담을 가중시킨다. P11은 지금은 의료급여 혜택으로 병원에 가는 것이 예전보다 나아졌지만 목디스크가 생기고 나서 물리치료 같은 비급여 치료를 받고 있고 이로 인한 병원비 부담이 있다. 소득이 전혀 없고 의료급여 혜택도 받지 못한다면 병원비에 대한 부담이 크다. P3은 자녀들이 자신을 도울 형편이 아님에도 성인 자녀들이 있어 기초생활수급 자격을 얻지 못한다. 심장 질환이라 본인부담률은 낮지만 한 달에 40만 원 정도를 약값으로 지출한다.

정규직 노동자라도 상병휴가나 상병휴직은 법적으로 규제되지 않고 노사협약이나 취업규칙으로 정하고 있으므로 노조가 강하지 않거나 사업장이 열악한 경우 그 혜택을 누리기 어렵다. 또한 아프다는 이유 자체로 고용주들은 간접적으로 퇴사를 권고한다. 택시회사에서 정규직으로 일하던 P14는 직접적으로 퇴사 권고를 받지 않았지만 분위기상 불가피한 선택이었다고 말한다. 정규직이었지만 반 년 정도 일하다가 아프게 된 P15는 사직을 권고받는다.

“(심근경색 있고 택시는 바로 그만됐나요?) 퇴원하고 그만됐어요. 전

무념하고 얘기하는데 그만두라는 얘기는 안 하세요. 법규상 그렇게 못 하는데 내가 좀 불편하더라고요. 제가 그만뒀어요.” P14

“회사 인사팀에서 연락이 와서, 원무과에서 진료 비용 그런 거 보고... 3개월 후에도 못 나올 가능성이 크다고 하니까 그때 당시에는 (사직하겠다고) 답을 할 수밖에 없었어요.” P15

“병원에서 6개월 이상 가야 된다고 했더니 못 나오면 곤란할 것 같다고... 그건 그만두라는 소리지.” P17

직장에서 쓰러진 이후에도 병을 치료할 시간을 얻기 어렵고 업무가 가중되면서 퇴사라는 결정을 내리기도 한다. 5인 이하 사업체에서 정규직으로 일하던 P2는 회사에서 쓰러진 후 검사 등을 위해 병원을 방문해야 했지만 규정이 있음에도 불구하고 휴가를 사용하는 것이 쉽지 않았다. 업무 외 상병에 대한 휴가나 휴직이 보장되지 않는 경우 질병 치료기간 동안 다른 휴가를 대신 이용해서 최대한 직장을 유지하기 위해 노력한다. P16은 병가 제도가 없었지만 이용할 수 있는 다른 휴가들을 최대한 이용해 직장을 유지하고자 했다.

“회사가 예전에는 병가라는 게 있었는데 없어졌어요. 당장 제가 가지고 있는 연차, 체력단련 휴가 그게 한 달 정도 있었거든요. 그걸로 대체하다가 다음에는 대체할 게 없으니까 회사를 그만둔 거죠.” P16

복지 제도가 어느 정도 갖추어진 사업장의 정규직 노동자라면 그나마 상황이 나은 편이다. 규모가 있는 회사에서 정규직 사무직으로 일하고 있었던 P8은 유방암 진단을 받은 후 치료 과정에서 회사에 규정되어 있는

휴기들을 사용할 수 있었고 무급이지만 8개월의 상병휴직을 받을 수 있었다. 전화안내센터에서 일하던 P7은 휴가를 내고 항암치료를 받았고 무급이지만 3개월의 상병휴직이 가능했다. P7은 8개월 후 질병 치료는 어느 정도 끝났지만 건강상태가 회복되지 않아 복직하지 않으면서 자연 퇴사 처리됐고, P8은 3개월의 휴직 기간이 질병 치료를 위해 충분하지 않다고 판단하여 퇴사하였다. 비록 이들은 복직하지는 않았지만 휴직에 대해 자신이 결정할 수 있는 기회가 주어졌다. P12는 정규직 노동자로 휴직이 가능했고 질병 치료 후 다시 자신이 일하던 곳으로 돌아간 경우이다. 콜센터에서 보험상담 업무를 했고 폐암 진단을 받은 후 치료를 위해 9개월 정도의 휴직 기간을 가진 후 자신의 직장으로 복귀했다.

“휴직 처리가 된 거예요. 회사에서 어느 정도 편의를 봐준 거죠, 아프니까.” P12

다. 부실한 공적 제도 내 임시방편의 대응

상병과 실직이라는 복합적인 어려움이 닥쳤을 때 일단 노동자들은 주변에서 이용할 수 있는 다양한 자원들을 최대한 이용한다. 가족이나 친척의 도움, 회사를 그만두어 받게 된 퇴직금, 진단금을 주는 민간보험이라도 가지고 있다면 큰 도움이 된다.

노동자들이 경제활동이 불가능한 상황에서 다니던 직장을 그만두어 받게 된 퇴직금은 역설적으로 당장의 생계에 조금이나마 보탬이 된다. 유방암 진단 후 퇴사를 권고받은 P5는 천만 원을 회사로부터 받았고 그 돈을 생활비에 보태 썼다. 격무로 퇴사를 결정한 P2나 대기업에서 일했지만 아프기 전 일한 기간이 6개월에 불과해 권고사직을 받아들인 P15, 휴직 제

도가 없어 퇴사 외에 다른 선택이 없었던 P16도 마찬가지이다.

질병 발생 전 민간의료보험이라도 가입했다면 질병 치료 기간 동안 치료비와 생활비로 사용할 여유가 있는 셈이다. P6은 진단금이 나오는 민간 보험에 가입해서 2500만 원가량을 받았고 한동안은 그 돈을 치료비와 생활비로 썼다.

가족이나 친인척의 도움 또한 중요한 역할을 한다. 주변에 자신을 도와 줄 가족과 친척이 있는 경우 이들의 도움으로 어려운 상황을 버텨 내기도 한다. 인테리어 가게를 하던 P1은 갑작스러운 뇌혈관 수술로 가게를 운영할 수 없었고 그 기간 동안 형의 도움을 받았다. P13은 누나와 부모의 도움을 받았고 P14는 동생의 도움을 받았으며 P16은 친척들의 도움을 받았다.

사적 안전망이 아픈 노동자들을 일정 부분 돕는 역할을 한다 하더라도 그 역할은 사실상 제한적이다. 무엇보다 모두가 이러한 도움을 받을 수 있었던 것은 아니다. 예를 들어 P11은 과거에 경제적으로 어려웠던 적이 있었고 그때 가족들과의 관계에 문제가 생겨 연락하지 않고 지낸 지 오래 되었다고 말한다. 혼자 어린 자녀들을 키우던 P5 또한 주변에 도움을 줄 수 있는 가족이나 친척이 없었다. P3은 독립한 자녀들이 있었지만 그들 또한 아직까지 자리를 잘 잡지 못하고 있는 상황이라 도움을 기대하기 어렵다. 도움을 받았던 이들의 경우에도 그 도움이 제한적이라고 말한다. 직계가족인 경우 다룰 수는 있지만 이러한 도움은 대부분 질병 발생 직후 일회성을 넘기 어렵다. 상병으로 인한 경제상태 악화가 단기에 끝나지 않고 지속될 경우 가족이나 친지에게 의존하기에는 그들도 넉넉하지 않거

니와 잘못하면 관계 악화로 이어질 수 있기 때문이다. 질병 발생 직후 형의 도움으로 생활했던 P1의 부인은 어차피 다 같이 어려운 처지라며 형에게 더 이상 바라면 안 될 것 같다고 말한다. 자녀가 있어 기초생활수급 자격은 받지 못하고 55세가 되어 국민연금을 받아 생활하는 P13은 그 전까지 병원비나 생활비를 친척들에게 빌리곤 했지만 일정 기간이 지나서 갚지 않으면 서로 관계가 잘못될 수 있어 조심스럽다고 말한다. P17은 아파서 일을 못하는 동안 아는 지인들한테 몇 번 도움을 받은 적이 있지만 인간관계만 망가졌다고 말한다.

“긴 병에 효자 없다고 아무리 친척이다 뭐다 해도 만성화가 되면 나도 그렇잖아요.” P3

가구 내 일할 수 있는 다른 사람이 빈자리를 메꾸는 것도 가능한 방법이다. P6은 모아 둔 돈을 다 쓰고 결국은 생활비가 없어 대출을 받다가 딸이 그 사실을 알게 되었고 그 뒤부터 큰딸이 가장 역할을 했다. 보험설계사를 하다가 성과를 채우지 못해 계약이 해지된 P13의 아내 또한 류마티스, 허리디스크 등 건강이 좋지 않아 풀타임으로 일을 할 수 없는 상태이다. 하지만 P13이 경제활동을 하지 못하면서 조금이나마 가계의 경제적 어려움을 해결하고자 주변 사람들이 필요할 때마다 경리 업무 같은 아르바이트를 한다.

적금을 깨는 것은 물론이고 대출 또한 받게 된다. 이는 가구주가 아프거나 1인 가구인 경우 보편적으로 확인된다. P16은 어머니를 모시고 자신의 수입으로 살고 있었고 자신이 아파서 일을 못하니 결국 모아두었던 적금과 가입했던 보험을 해지했다. 그리고 나서도 모자라서 결국 대출을 받을 수밖에 없었다. 식당을 운영하던 P11은 일을 할 수 없는 상태로 인

정받아 기초생활수급자가 되었지만 그 전까지 주변에 도움 받을 곳이 없었고 결국 대출을 이용했다. 맞벌이 가구이긴 했지만 생활형편이 넉넉하지 않았던 P17은 치료비와 자신이 일할 수 없는 동안 모자란 생활비를 메꾸기 위해 대출 등을 이용할 수밖에 없었다. P6은 민간보험 진단금 등 쓸 수 있는 돈을 다 쓰고 더 이상 생활비가 없어 보험회사로부터 대출을 받았다.

“(대출 얼마나 받으셨는데요?) 수술비로 거의 8,000 정도 나머지 1억 2,000 정도 될 거예요.” P17

자산을 처분하는 것도 다른 가용 자원을 가지지 않은 사람들이 불가피하게 선택하는 방식이다. 서울에서 살던 P3은 운영하던 가게를 접고 별다른 소득 없이 생활하다가 집주인이 전세를 올려 달라고 하자 서울 생활을 정리하고 지방으로 이사했다. 경제활동을 하는 것이 아니니 자신이 굳이 서울에 살 이유가 없기도 하고 그동안 생활비나 치료비로 지인들에게 빌렸던 돈도 갚아야겠다는 생각이 들어서 이사를 결정했다. P13 또한 비슷하다. 가족의 도움을 받았지만 계속 기대할 수 없었다. 나가는 생활비는 정해져 있으니 집을 20만 원 월세로 옮기고 전세자금으로 생활비를 하고 있다.

“서울에서 그렇게 견디고 있다가 빌려서 쓴 걸 갚느라고 전세를 올려 달라고 해서 갚고 일단 갚아줘야 다음이라도 말을 할 수 있잖아요.” P3

“전세에 살다가 월세로 월 20만 원으로 줄여서, 전세 비용으로 생활비를 하고 있어요.” P13

아픈 당사자가 가진 재산이 없다면 부모가 자신의 재산을 처분한다. P13은 보험설계사를 하기 전 학원을 경영하다가 문을 닫아 경제적으로 어려운 상태였고 경제적으로 도움을 받을 수 있는 다른 자원도 없는 상태였다. P13은 치료 기간 동안 생활비나 치료비를 부모의 도움에 의존할 수밖에 없었다. P13의 부모는 아들을 돕기 위해 자신들이 가진 재산을 처분했다.

“일단 자식이 아프고 제가 외동아들이다 보니 땅 같은 걸 정리하시더라고요.” P13

아픈 동안에도 할 수 있는 일거리를 찾아서 최소한의 생활을 유지하고자 노력한다. 어린 자녀 둘을 키우던 P5는 직장을 나온 후 항암치료를 받는 동안 학교 도서관에서 책 정리하는 일을 했다. 교통비로 하루에 2만 원씩 월 30만~40만 원씩 나오는 일이었고 그 돈을 생활비에 보탤었다. 식당을 접은 P11은 생활비를 마련하기 위해 주변 지인들의 요청이 있을 때 아르바이트를 했고 P2는 아르바이트 사이트에서 집 주변에서 할 만한 일들을 찾았다. P2나 P11은 적은 돈이나마 벌어서 보려고 일을 했지만 자신들의 건강이 좋지 않아 일을 자주 할 수는 없었다.

“생활이 안 되니까 어떨 때는 아르바이트 아는 데 가서 하루씩 하면 힘들어서 축 처지고 그러죠.” P11

가용 자원이 없는 경우 지출을 줄이는 것 외에 다른 선택이 없다. 파견업체에서 경비 일을 하며 혼자 사는 P14는 심근경색 외에도 다른 질환이 많아 약값으로 월 30만~40만 원을 지출하다 보니 남은 돈으로 생활하기에 빠듯하다. 먹는 것도 자제하고 많이 먹지도 않는다고 말한다.

질병 치료를 미루는 것도 종종 발견된다. P11은 천식 진단 당시 처음에는 주변에서 돈을 빌려서 검사비를 마련했다. 그 이후에 기초생활수급자가 될 때까지 돈이 없어서 한동안은 병원을 안 갔다. 복지관에서 안내 일을 하며 월 100만 원 정도를 버는 P5는 유방암 치료 후 추적 관찰해야 하는 기간이 끝나지 않았지만 병원에 가지 않는다.

“제가 버는 대로 받은 딸한테 보내주고 반으로 우리 아들이랑 저랑 30~40만 원으로 살고 있어요. 병원도 못 가죠. 지금은 아파도.”, “병원 한 번만 가도 12,000원씩 나오니까 아파도 안 가요. 아예 병원 근처도 안 가요.” P5

아플 때 의지할 수 있는 거의 유일한 공적 지원은 기초생활보장 제도이다. 아픈 노동자들이 상병으로 일할 수 없고 부양 가능한 가족이 없어야 하고 집이나 다른 가용 재산이 없어야 한다. P5는 직장을 그만둔 뒤 생계를 유지하기 위해 동사무소에 가서 기초생활수급자를 신청했다. 기초생활수급 자격이 되기 어렵다면 P10처럼 일시적으로 차상위본인부담경감 사업 등록을 통해 의료비 감면 혜택이라도 받는다. P13은 기초생계급여를 신청하면서 기초생계급여 자격 승인을 기다리는 3개월 동안 긴급지원을 받았다. P13은 기초생계급여 자격을 얻었지만 만약 탈락할 경우 긴급지원 이후에 다른 공적 지원은 전무하다. 특히 자영업자들은 대부분 사업용 차를 가지고 있고 그동안 일해서 마련한 집이 있는 경우가 많다 보니 기초생계급여 지원을 받기 어렵다. 이런 경우 있는 재산이 다 없어져서 빈곤 상태로 갈 때까지 중간에 받을 수 있는 다른 지원도 없다. 빈곤층이 되면 그때서야 기초생계급여 자격을 얻게 된다. 즉 현재의 공적 제도는 질병 발생으로 인한 ‘빈곤화’를 막지는 않는다. P13 또한 처음에 기초생계급여를 신청했을 때 계속 받아들여지지 않았고 전셋집을 정리하는 등

생활비로 가진 재산을 소진한 이후에 자격을 갖게 되었다.

*“직장에서도 그만두고 생계는 유지해야 되니까 동사무소 가서 생활기
초수급자 그거 신청해서 그걸로 살았었어요.” P5*

가족이 있는 경우 부양의무자 기준으로 인해 기초생활수급자가 되는 것은 가능하지 않다. P6은 아픈 직후 하던 식당 일을 그만두고 기초생활수급 신청을 했지만 받아들여지지 않았다. 당시 큰딸이 고등학교를 졸업하고 막 취업한 상태였고 이로 인해 자격이 되지 않았다.

개인이 아프더라도 가계가 그 부담을 나눌 수 있다면 상황은 좀 나아 수 있다. P12는 자신이 모아 둔 돈도 조금 있었고 남편도 경제활동을 하고 있어서 자신이 일을 할 수 없는 동안 여유로움은 없어도 생활 자체가 어렵지는 않았다. 정규직으로 일하다가 휴직 기간이 만료되어 자연 퇴사 처리된 P8도 자신이 벌어들인 돈이 있었고 남편이 경제활동을 하고 있어 빚을 지지는 않았다. 당장의 생활이 불가능할 정도로 어렵지는 않지만 돈을 모아 두지 못한 것에 대한 걱정이 있다.

이들의 경험에 근거했을 때 아픈 사람들이 일할 수 없는 기간에 대한 소득 지원은 취약한 위치에 있는 노동자들에게 특히 더 중요하다. P14는 일정 조건이 되는 사람들에게 실업급여 기간을 늘려 줘야 한다고 말하고, P16은 일하다가 아프면 사실상 산업재해라며 산업재해를 당할 때 주는 것과 같은 혜택을 주어야 한다고 말한다. 그럴 경우 최소한 쉬는 동안이라도 편하고 회복하는 데도 도움이 된다. P16은 특히 집안에 경제활동을 하는 사람이 있으면 그나마 낫지만 자신처럼 주 부양자가 아픈 경우 경제적 측면이 감당이 안 된다고 말한다. 또한 요즘 1~2인 가구가 많아 대

부분 한 명이 아프면 생활 자체가 어려워진다.

회사에서 아픈 사람들에 대한 휴가 제도 또한 중요하다. 무급이더라도 이런 휴가 제도가 중요한 이유는 고용관계가 유지될 수 있기 때문이다. P17은 기업이 노동자가 아플 때 휴가를 제공하도록 법적으로 제도를 만들어 규제해야 한다고 본다.

“회사를 계속 유지할 수 있도록 한번 퇴사하고 나면 다시 들어가기 힘들니까 그런 걸 해 줬으면 좋겠어요.”

“공무원은 유급휴가라고 기본급의 60%를 준다고 그러더라고요. 사기업체들은 하는 데도 있고 안 하는 데도 있다고 이야기를 하더라고요.”

라. 상병의 결과: 취약한 노동자들이 겪게 되는 만성적 빈곤화와 돌봄 자원의 해체

아픈 노동자들이 회복 후 다시 일을 시작하려고 했을 때 돌아갈 수 있는 곳은 많지 않다. 대부분은 저임금 일자리이다. 정규직 사무직이었더라도 일단 한번 퇴사하면 비슷한 일자리로 돌아가기는 쉽지 않다. 그중에서 P16과 P17은 자신이 하던 일 혹은 비슷한 일을 다시 하게 되었다. P16은 휴직이 가능하지 않았지만 다시 원래 일하던 곳으로 재취업했다. 퇴사하기 전에도 실적이 좋았기 때문에 건강을 회복하고 돌아왔을 때 회사에서도 돌아오라고 했고 그래서 재취업하는 게 어렵지는 않았다. 하지만 퇴사 후 재입사라서 퇴사하지 않고 휴직을 할 수 있었다면 받았을 근속수당이 없다. 이로 인해 월급이 그 전보다 20만~30만 원 정도 낮다. 그래도 다른 이들에 비해 나은 편이다. P17은 다시 비슷한 일을 하는 정규직 일자리를

구했는데 일자리를 다시 구하는 게 쉽지는 않았다. 그 전 일자리에서 알고 지내던 거래처 사람의 소개로 들어갈 수 있었는데, 가족들을 위해 다시 일을 시작해야 한다는 P17의 생각도 강했고 새로 생긴 중소기업이라 P17 같은 경력 있는 사람이 필요했다. 소득은 그 전 일자리의 80% 정도이지만 그마저도 다행이라고 생각한다.

“나이가 30대면 어느 정도 희망을 갖는데 40대 후반이니까 (구직하는 게) 상당히 힘들어요, 전 직장 월급의 80% 정도는 받으니까.” P17

P14는 택시회사를 그만둔 후 보안업체에서 일을 시작했다. 50대 중반이고 특별한 기술이 없는 P14 같은 사람들이 일할 수 있는 곳은 많지 않았다. 아프기 전에 했던 택시 운전애 비해 일은 힘들지 않지만 파견업체라 비정규직이고 임금 수준도 낮다. 그 전 임금의 50% 조금 넘는 수준이다.

“나이 50대 중반 넘어간 사람을 써 줄 데가 있나요? 없죠. 특수한 기술이나 전문직이 아니면 안 써 주는 거죠. 없어요.” P14

P2는 회사를 그만둔 이후 1년 정도 아르바이트를 하다가 2~3년 정도 전부터 다시 구직활동을 시작했다. 몸을 너무 무리하지 않아도 되는 일을 찾다가 시에서 운영하는 장애인 이동차량 운전직을 지원했다. 하지만 마지막 단계에서 떨어졌는데 면접관들이 아파서 쉬었던 것에 대해 이해하지 못했다. P15는 건강이 회복되었지만 말초신경 장애로 계단을 내려가기가 힘들다. 처음에는 자활센터 추천으로 쌀 배달 일을 했는데 올라가는 건 문제가 없었지만 내려갈 수가 없었다. 몇 번 하다가 계단에서 넘어지면서 일을 중단했다.

아프기 전 비정규직으로 일했고 주 부양자가 없는 여성들은 다시 비정

규직 일자리로 돌아간다. 식당 일을 하던 P6은 회복된 이후 한동안은 장애우 돌보미를 했다. 육체적으로 힘든 일을 하기는 어렵다고 생각했는데 아이들을 돌보는 일은 P6이 할 수 있는 일들 중 몸을 많이 쓰지 않는 일이었다. 그러다가 몇 년 전부터 시작한 게 가사도우미이다. 사람이 없는 집에 가서 일하면 되니 스트레스를 받지 않고 하루 종일 하지 않아도 되는 일이라 좋을 것 같다고 생각해 가사도우미 교육을 받았다. 임금은 그 전이나 지금이나 크게 다르지 않다. P6은 아픈 동안 너무 힘들었지만 일단 아이들이 다 커서 자리를 잡았고 이제는 자신의 생활비 정도 벌면 되는 상황이라 예전보다 낫다.

P1은 수술 후 3개월 정도 버텼는데 건강 회복 정도가 불확실해 현재 있는 가게를 정리하기로 결정했다. 일을 할 수 없는 상황에서 이 이상으로 가게를 유지하기가 힘들다. 남편이 아픈 상황에서 아내가 일을 하려고 하지만 관련 업종 기술이 있는 것은 아니므로 현재 가게를 유지할 수는 없고 다른 일을 알아봐야 한다. 인테리어 가게가 다시 들어와서 권리금이라도 받기를 기대하고 있는데 그렇지 않을 경우 보증금만으로는 다시 새로운 일을 시작하기는 어려울 것이라고 말한다. 그래서 지금 살고 있는 집도 내놓았다.

저임금으로 가족에 대한 생계까지 책임져야 하는 경우 한번 아팠던 노동자들은 건강이 회복되자마자 혹은 건강이 회복되기도 전에 서둘러 일 자리로 돌아간다. P13은 아직 건강이 회복되지 않았지만 경제적으로 더 이상 버티기 힘들니 무엇이라도 일을 해야 하지 않나 고민하고 있다. P17은 자신이 빨리 경제적으로 활동해야 가족들이 편하다는 것을 알고 있었다. P17의 아내는 남편이 아픈 동안 직장생활을 하면서 남편을 간병하고

아이들을 돌봤다. 아이들은 P17에게 엄마가 혼자 운다는 말을 전하기도 했다. P5는 기초생활수급 자격을 가졌지만 이를 포기했다. 아이들 때문에 조금이라도 돈을 더 벌어야 한다고 생각했고 복지관에서 안내 일을 시작했다. 120만 원을 월급으로 받게 되었고 그러면서 기초생활수급자 자격도 잃었다. 기초생활수급자 자격이 없어지니 이제 더 이상 의료급여 혜택을 받지 못하고 치료비도 본인이 부담해야 하는 상황이 되었다. 유방암 치료 후 추적관찰 중이었지만 병원에 안 간 지 한참 됐다. 얼마 전에도 심한 고통에 잠을 잘 수 없었지만 그냥 괜찮을 거라고 생각한다. P5의 상황을 아는 동사무소 직원은 차라리 직장을 그만두고 기초생활수급자가 되는 게 나을 것 같다고 말한다. 하지만 P5는 조금이라도 돈을 더 벌어서 외지에서 학교에 다니는 아이에게 보내줘야 한다.

“그저께 잘 때 너무 아파서 깬어요. 여기가 쥐어짜터라고요. 너무너무 아파서 으으욱 이러면서 잤어요. 피곤한데 아프고 눈은 안 떠지고 검사는 못했어요.”, “(일 시작하면서 병원에 안 가신 거죠? 수급자 없어지고 나서?) 그때부터 아예 안 잤어요. 마지막에 최종 완치 판정을 받아야 될 거 아니에요? 그걸 안 받고 안 잤어요.” P5

“(동사무소에서) 나보고 그러더라고요. 직장을 그만두세요. 차라리 수급받는 게 나을 것 같은데? 그러더라고요. 근데 수급이 60만 원 정도 받는 게... 제가 그래도 100만 원 돈이면 이거 받아서 딸한테 60만 원씩 보내주고 이게 낫지 않아요?” P5

기초생계급여를 포기한 P5는 예외적인 경우이다. P5도 말했듯 생계급여와 P5가 지금 받는 급여의 차이는 크지 않다. 기초생계급여에 남아 있을 경우 지원받는 의료비, 교육비 등 현물 서비스 등을 포함한다면 대부

분 기초생계급여에 남기를 선택한다. 다시 일을 시작한 것은 현금이 필요했던 P5에게 불가피한 선택이었다. 기초생계급여를 받고 있는 다른 이들도 앞으로의 생활에 대해 고민한다. 생계급여로 나오는 금액은 생계를 유지하는 정도의 수준이고 계속 기초생계급여를 받으며 살 것인지 갈등한다. 다만 일자리도 구하기 힘들고 일을 시작할 경우 모든 혜택이 중단되므로 쉽게 나가지 못한다.

질병에 걸린 노동자들이 모두 이와 같은 경제적 어려움 속에 살아가는 것은 아니다. 가계를 책임질 배우자가 있다면 상황은 많이 다르다. 정규직 사무직으로 일하던 P8은 한동안 쉬다가 올해 초부터 초등 돌봄교사 일을 시작했다. 풀타임으로 8시간 일하기에는 체력적으로 힘들고 정규직 일자리를 다시 찾기도 어렵다고 생각했다. 수입이 많지는 않지만 약간의 벌이도 하면서 육체적으로 힘들지 않고 스트레스를 많이 받지 않는 일을 원했는데 P8이 교원 자격증을 가지고 있어서 찾을 수 있었던 일이다. 다만 1년 단위 계약이라 다시 또 알아봐야 한다. P12는 아이가 대학교 복학할 때가 되어서 아이 등록금이나 용돈 등 조금이라도 가계에 보탬이 되어야겠다고 생각해 다시 일을 시작했다. P7은 아이 학원비와 친정에 도움을 주기 위해 일을 시작했는데 지금은 일단 쉬고 있다.

어느 정도 건강이 회복되어 일을 할 수 있다면 그나마 나은 편이다. 일정 기간이 흐른 후에도 질병 상태가 장기화될 경우 빈곤화의 속도는 더 빠르다. 서울에서 지방으로 이사한 P3이 현재 동네를 선택한 이유는 그곳이 가장 집값이 저렴했기 때문이다. 문제는 현재 20만~30만 원 정도의 국민연금으로 생활하는 P3이 현재 상황을 유지하는 것도 가능하지 않다는 점이다. 병원비와 생활비는 계속 빛이 되어 쌓이고 그러면 P3은 다시

또 더 저렴한 곳을 찾아 옮겨 다녀야 할 것이다.

“생활이 많이 어려워요. 안경원 할 때 국민연금을 아주 그때는 적게 냈어요. 그럴 수밖에 없었고.”, “(지금 연금 받으셔도 병원비도 빠듯하실 것 같은데 그러면 뭔가 지금 계속 빛이 늘어날 수밖에 없는 상황 아니에요?) 지금 제 형편으로는 그렇죠.” P3

아픈 노동자들이 상병으로 일할 수 없고 다른 가용 자원이 없는 경우 사회보장 제도가 취약한 한국에서 최종적으로 선택할 수 있는 유일한 수단이 기초생활수급이다. P13은 전세에서 월세로 집을 옮기고 전세자금으로 생활하다가 결국은 기초생활수급 신청을 했다. P10 또한 질병이 장기화되면서 기초생활수급 자격을 신청했다.

경제적인 어려움은 가족관계에도 영향을 미친다. P2는 직장을 그만둔 이후 부모님과 부딪치는 일이 많아졌다. 할아버지가 암 투병 끝에 돌아가시면서 집에 부채가 좀 있었고 부모님이 집을 마련하는 과정에서도 대출이 있었다. 자신이 돈을 벌어 부모님에게 드리는 게 있었는데 그 수입이 없어지니 다른 가족에게도 경제적 압박으로 작용했다. 상병과 경제상황의 악화는 가족 해체 혹은 위기로 이어지기도 한다. P11은 자신이 아프다는 걸 알고 나서 부인과 이혼했다. 자신이 몸이 아프면서 가장으로서의 역할을 하지 못한다고 생각하면서 부인에게 짜증을 많이 내게 되었고 그러다 보니 관계가 원만하지 못했다. 한편으로는 자신이 몸이 안 좋은데 누구를 책임지고 살 수 있나라는 생각도 들었다. P3 또한 투병 과정에서 남편과 이혼했다. 몸이 아프면서 가게를 접게 되고 그러다 보니 생활이 계속 어려워졌다. 남편하고 다툼도 많아지고 결국에는 이혼을 하게 되었다.

질병과 소득 상실이라는 이중고, 그리고 사회경제적 지위의 하락은 어린 자녀가 있는 경우 그들에게도 고스란히 영향을 미친다. P5는 아이들이 초등학생, 중학생일 때 유방암 진단을 받았다. 수술을 위해 병원에 입원했을 때도 아이들을 돌봐줄 사람이 없었고 아이들은 학교가 끝나면 엄마가 있는 병원으로 하교했다. 병원에서 같이 먹고 자고 함께 생활했다. P5가 당시 살던 집은 춥고 따뜻한 물도 이용할 수 없었던 터라 P5는 아이들이 지내기에 병원이 더 나았다고 말한다. 혼자 아이들을 키우는 상황에서 자신까지 아프면서 더 궁핍해졌다. 그 힘들었던 경험은 4년 정도가 지난 지금도 고스란히 아이들에게 남아 있다. P5의 첫째 아이는 사건이나 사고에 대해 무감각해졌다. 집에서 무슨 일이 생겨도 신경 쓰지 않고 자신이 하던 일을 계속한다. 학교에서 시행하는 검사에서 P5의 둘째 아이 또한 좋지 않은 상황이라는 진단을 받았다.

“담임 선생님이 우리 애 검사를 했더니 최악이에요. 학교에서 무슨 검사를 해주는 게 있나 봐요. 병원에 가서 치료받아야 되는 애래요.”

질병이 발생한 이후 모두가 다 빈곤으로 추락하는 것은 아니다. 배우자가 있어 가족에 대한 부양의무가 덜한 경우 질병으로 인한 경제적 어려움은 다르다. 특히 자녀도 장성했고 그 외 이용 가능한 사회경제적 자원이 많다면 똑같은 질병의 경험은 가족에게도 다르게 작용한다. P12는 조금이라도 가계에 보탬이 되려고 다시 일을 시작했는데 경제적인 이유만은 아니다. 사람들을 만나면서 존재감 등도 느낄 수 있기 때문이다. 얼마 전에는 교외에 전원주택을 마련했고 주말에는 교외에 나가서 휴식을 취한다. P8은 아이들을 키우다가 가계 경제에 도움이 되려고 다시 일을 시작했다. 남편이 주 소득자였고 P8이 일을 하지 못하면서 소득이 3분의 2 정

도로 줄어 저축을 못하고 있지만 가계 경제에 치명적일 정도는 아니다. P7 또한 비슷하게 아이들 학원비와 친정을 도우려고 일을 시작했고 남편의 소득 수준이 낮은 편은 아니어서 크게 어렵지는 않았다. 질병으로 인해 힘든 시기를 지나서 가족관계가 더 강해지기도 한다. P4는 암 진단을 받을 당시 첫째와 둘째 모두 안정적인 일자리에 취업한 상태였다. P4는 아이들이 어느 정도 성장하고 나서 병을 앓게 되어 다행이라고 생각한다. 또한 남편이 경제활동을 하고 있기 때문에 자신의 경제활동이 가계 경제에서 중요한 역할을 하지 않는다. 건강은 어느 정도 회복됐지만 다시 경제활동을 하려는 계획은 없다. 산정특례 종료 후 의료비가 증가할 수 있다며 의료비에 대한 걱정은 있지만 먹고살기에 큰 문제가 없어서 즐기면서 살려고 생각한다.

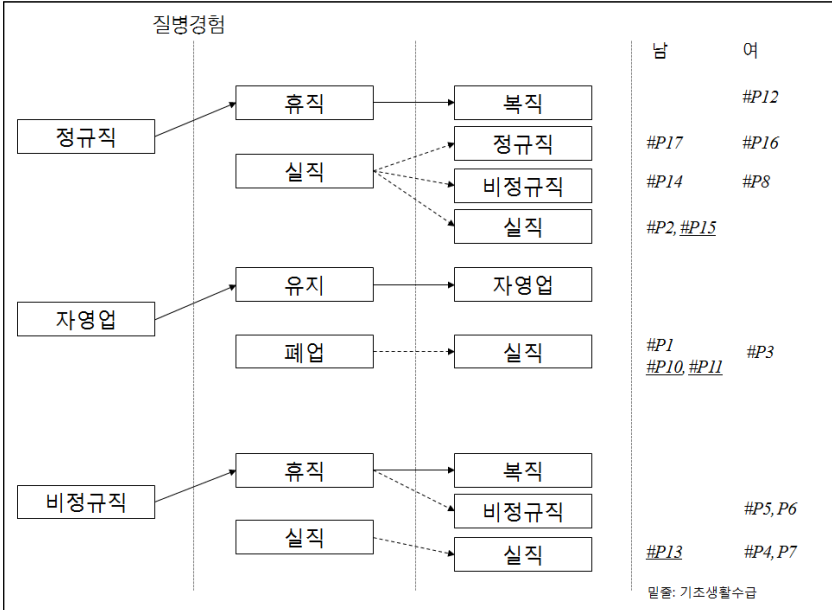
4. 고찰

한국에서 노동자가 일하다가 아프게 될 때 공적 제도의 역할은 사실상 거의 없다. 업무 외 상병 시 휴가, 휴직 제도에 대한 국가 차원의 규제가 없다 보니 관련 제도는 사업장마다 천차만별이다. 일반적으로 정규직 노동자의 경우 상병 발생 시 휴직과 휴가가 보장된다고 간주되지만 본 연구에서 만난 정규직 노동자들이 일하는 사업장에서 업무 외 상병에 대한 휴직·휴가 제도는 제한적이었다. 정규직 노동자 7명이 일한 사업장 중 4곳이 상병휴가·휴직 제도가 있었고 이 중 휴가·휴직 기간 중 급여가 지급되는 곳은 대기업 1곳이었다. 이로 인해 질병 발생 시 대부분의 노동자들은 소득 상실과 실업을 경험하였다. 다만 자영업자나 비정규직 노동자와 같은 이들은 가용 자원이 부족한 경우가 많아서 질병과 소득 상실이라는 위험에 더 취약하다. 이들은 아파서 실직을 경험한 이후 재할과 건강 회복

에 전념하기보다는 가능한 한 빨리 일자리로 복귀하려고 하고 이는 건강 악화로 이어진다.

[그림 3-40] 은 질적 연구를 통해 만난 노동자들이 질병 경험 이후 어떤 종사상 지위를 경험했는지를 보여준다. 상병 관련 휴가·휴직 제도가 고용안정성 보장에서 중요한 역할을 한다고 볼 경우 직장을 그만두지 않고 유지할 수 있었던 사람은 1명이다. 7명 중 4명은 치료 도중 혹은 회복 직후 실직하였다. 한편 질병의 경제적 영향은 남성과 여성에서 차별적으로 나타난다. 정규직 남성이 질병으로 인해 한번 실직하게 되면 다시 정규직 일자리로 돌아가는 것은 쉽지 않다. 반면 여성은 대부분 비정규직 일자리에 일했고 아프기 전과 비슷한 수준의 일자리로 돌아간다. 그들은 심각한 사회경제적 지위의 하락을 경험하지 않지만 질병 발생 이전이나 이후 불안정한 일자리에 저임금을 받으며 경제활동을 지속한다.

[그림 3-40] 심층면접 대상자들의 질병 발생에 따른 종사상 지위 이동



주: 이승윤, 김기태. (2017, p. 129)의 질병 발생 후 종사상 지위 이동 경로 그림을 이용하여 본 연구의 결과를 제시함.

다음으로 한국에서 아픈 노동자들에게 작동하는 것은 가족이라는 사회적 안전망이다. 배우자가 있는 여성은 질병으로 인한 경제적 위협에서 상대적으로 자유롭다. 배우자가 없더라도 가구 구성원 중 누군가가 안정적인 일자리가 있다면 경제적 어려움이 있더라도 생활 유지가 가능하며 건강 회복에 어느 정도 집중할 수 있다. 하지만 가구 내 일할 수 있는 다른 사람이 있더라도 안정적인 일자리를 가지고 있지 않은 경우에는 경제적 어려움을 완화시키기에는 부족하다. 즉, 바꾸어 말하면 일하던 노동자가 아프게 되면 가계 경제에도 영향을 미치고 특히 아픈 노동자가 주 부양자라면 그 영향이 더 클 수 있다. 이런 경우 적금을 해지하거나 대출을 받거나 자산을 처분한다. 질병이 단기로 끝날 경우 건강이 회복되어 일자리를 구할

수 있고 빚을 갚으므로 만성적 빈곤화로 이행하지는 않는다. 질병이 장기화되거나 회복된 이후 일자리의 임금 수준이 낮거나 일자리를 구하지 못할 경우에 빈곤화의 위험을 안게 된다.

때로는 사적 안전망으로 작동할지도 모르는 가족이 없는 것이 아파서 일을 할 수 없는 노동자들에게 도움이 될 수 있다. 가족이 있는 경우 설령 그 가족이 도움을 주기 어려운 상황에 있더라도 부양의무자 기준으로 인해 기초생활수급자가 되는 것이 가능하지 않기 때문이다. 다른 측면에서, 질병과 이로 인한 경제적 어려움이라는 이중고 속에서 일부 노동자들은 가족의 해체를 경험한다.

가난한 노동자가 아플 경우 그 영향은 한 세대로 끝나지 않을지도 모른다. 어린 자녀를 둔, 사회경제적 자원이 취약한 노동자가 아플 경우 자녀들에게도 그 충격이 고스란히 남는다. 이들은 질병 치료 기간 동안 주변에서 받을 수 있는 도움이 거의 없다. 상황이 어려워지면 일부 공적 제도로부터의 지원이 기능하지만 자녀들이 받은 기억이나 상처 등을 회복하기는 어렵다.

결론적으로 한국의 사회보장 제도 하에서 질병은 취약한 위치에 있는 노동자를 더 취약하게 만든다. 상병과 실직, 수입 단절이라는 복합적인 위기 속에서 한국의 사회안전망은 더 이상 버틸 수 없는 상황이 되었을 때 역할을 한다. 건강이 악화되어 근로 무능력 상태가 되고 돌볼 사람이 없어지게 되면 기초생계수급 자격을 얻게 된다. 아픈 노동자가 건강을 회복하여 다시 일을 시작하고 사회에 복귀할 수 있도록 하는 제도가 마련되어 있지 않다.

본 연구의 한계는 다음과 같다. 우선 본 연구의 인터뷰 대상이 중증질환자라는 점이다. 이들은 대부분 최소 6개월 이상의 치료를 필요로 하고 질병 치료 이후에도 후유증으로 일을 하지 못할 가능성도 많으므로 다른

질환을 가진 경우보다 그 영향이 치명적일 수 있다. 즉, 덜 심하게 아픈 경우 그 영향은 이들과 다를 수 있다. 비록 경제적 영향이 더 작을 수 있지만 기초생계급여 등의 혜택을 받지 못하고 불건강한 상태로 저임금 일자리에 남겨진다면 경제적 영향은 더 클 수 있다. 다음으로 사례의 제한성이다. 본 연구에서는 가능한 한 다양한 사례들을 확인하고자 했고 따라서 가구에서 아픈 사람의 위치 혹은 역할을 확인하기 위해 성별, 연령대를 이용했고 가용 자원이라는 측면에서 사회경제적 자원으로 구분하여 인터뷰 대상자를 정하였다. 하지만 본 연구에서 포괄하지 못한 보다 다양한 사례들이 현실에서 존재할 것이다. 마지막으로 사회경제적 수준과 관련한 정의는 연구자의 판단에 의존했다. 인터뷰 전 본인의 사회경제적 수준이 '하'라고 응답했지만 인터뷰 과정에서 재산이나 다른 가구 구성원의 소득이나 지위가 높은 경우들이 있었고 이런 경우 연구자의 판단으로 사회경제적 수준을 분류하였다.

제3절 소결

본 장에서는 양적 자료와 질적 자료를 이용하여 질병이 가구의 경제활동 및 경제상태에 미치는 영향을 실증적으로 조사하였다. 양적 자료 분석은 한국의료패널 자료와 건강보험 코호트 자료를 이용하였고 질병이 발생한 집단과 그렇지 않은 집단을 매칭하여 질병 발생 전후 경제활동, 개인소득, 가구소득에서의 변화를 분석하였다.

질병 발생 이후 개인의 경제활동 참여 정도는 감소하였는데 이는 국가 수준의 규제가 없음으로 인해 업무 외 상병과 관련한 휴가·휴직 제도가 제한적으로 존재하여 고용상태가 유지되지 않기 때문으로 보인다. 일반적으로 정규직인 경우 휴가·휴직 제도가 있어 질병에 걸려도 크게 영향을 받지 않는다고 예상하지만 대부분의 사업장에서 업무 외 상병과 관련한 제도가 갖추어지지 않다 보니 해고 혹은 퇴사로 이어질 것으로 예상된다. 특히 일용직이나 비정규직인 경우 정규직 노동자에 비해 그 영향이 즉각적이다.

본 연구에서 양적, 질적 자료로 확인한 결과 질병 발생은 또한 소득 상실로 이어졌다. 업무 외 상병과 관련한 휴가·휴직 제도가 있는 사업장이 많지 않았고 관련 제도가 있는 경우에도 유급으로 휴가·휴직을 보장하는 경우는 대기업 정도에 불과한 것과 관련되어 있을 것으로 예상된다. 이로 인해 가구근로소득이 감소하고 빈곤을 경험할 수 있다. 반면 질병 발생 직후 다양한 자원을 동원하여 생계를 유지하므로 가구총소득은 감소하지 않을 수 있다. 적금 해지, 자산 처분, 대출 등과 같은 방식이다. 양적 자료와 질적 자료에서 유사한 양상을 확인하였다.

질병 발생 후 소득 감소가 단기로 끝나지 않는 것은 건강상태 악화로 과거처럼 일하기 어려운 경우가 많고, 기존에 일하던 일자리를 그만둔 이

후 비슷한 수준의 일자리로 돌아가는 경우는 드물기 때문일 것으로 예상된다. 질적 연구를 통해 확인한 결과 질병으로 인해 직장을 그만둔 이후 다시 일자리를 찾기가 어려웠고 새로운 일자리를 구하더라도 대부분의 경우 급여 수준은 그 전보다 낮은 것으로 나타났다. 한편 아픈 기간 동안 소득 상실을 보전하기 위해 부채 등에 의존하는 경우가 있었는데 이는 건강이 회복되지 않는다면 장기적으로 빈곤의 악순환이 시작될 수 있음을 의미한다.

질적 연구를 통해 확인한 결과는 질병 발생이 가구의 경제상태에만 영향을 주는 것으로 끝나지 않고 가족 위기 혹은 가족 해체로 이어지기도 한다는 점이다. 특히 사회경제적 자원이 없는 노동자에서 이와 같은 현상이 관찰되었다. 양적 자료 분석 결과 중증질환을 진단받은 경우 3년 정도 근로 외 소득이 높은 수준을 보였는데 만약 이와 같은 가용가능한 자원이 없다면 개인과 가구가 빈곤화하고 경제적 위기는 가족의 위기로 이어질 수 있을 것이다.

제 4 장

질병의 경제적 영향을 완화하기 위한 정책·제도

제1절 개념과 접근, 필요성

제2절 국내 정책·제도 및 관련 현황

제3절 외국의 정책 및 제도

제4절 소결

4

질병의 경제적 영향을 << 완화하기 위한 정책·제도

질병의 경제적 영향을 완화하는 제도는 의료비로 인한 부담을 완화하는 제도와 휴직이나 실직으로 인한 소득 상실을 보전하는 제도로 나누어 볼 수 있다. 후자와 관련하여 소득보전 정책과 고용 관련 정책의 두 가지 차원과 단기라는 측면에서 질병 치료 시기, 장기라는 측면에서 질병이 만성화되거나 장애로 이행된 두 가지 차원으로 나누어볼 수 있다. 소득보전의 경우 질병 치료 시기 동안의 소득 유지·지원 제도, 질병이 만성화되거나 장애가 발생할 경우 소득을 지원하는 제도가 있고 고용 관련 제도는 질병 치료 기간 동안 고용을 안정화하는 제도, 질병이 장기화될 경우 복귀 및 재취업을 돕는 제도로 구분해 볼 수 있다. 예를 들어 유급병가 제도는 A와 C에 해당하며(무급인 경우 C), 고용보험의 구직급여는 A에 해당한다. 기초생활수급 제도나 장애연금과 같은 제도는 B에, 고용훈련과 같이 취업을 돕는 사업 등은 D에 해당한다. 본 절에서는 질병 치료 시기 동안에 해당하는 A와 C를 중심으로 국내외 제도 현황을 살펴보고자 한다.

〈표 4-1〉 질병의 경제적 영향을 완화하기 위한 제도의 구성

	질병 치료 시기	질병의 장기화, 만성화, 장애
소득	A	B
고용	C (고용 안정화)	D (재취업)

제1절 개념과 접근, 필요성

1. 개념과 접근

질병으로 인한 경제적 영향을 줄이기 위한 정책은 크게 두 가지 측면에서 고려해볼 수 있다. 우선은 의료비 지출을 줄이는 정책이다. 지금까지 한국에서 국민건강보험의 낮은 보장성은 지속적으로 문제로 제기되어 왔다. 건강보험이 보장하는 수준이 낮고 보장하지 않는 서비스의 범위가 넓다 보니 다른 OECD 국가들에 비해 전체 의료비에서 본인부담이 차지하는 비율이 높다. 이로 인해 중산층이라도 중증질환에 걸리면 빈곤층으로 떨어질 수 있다. 국제노동기구(ILO)는 ‘사회적 건강보호(social health protection)’라는 개념을 제시하면서 의료 서비스에 대한 보편적인 접근을 보장하는 것과 함께 질병 발생 시 경제적 안전망 제공의 필요성을 제기하였다. 즉, 질병으로 인한 생산성 감소와 임금의 감소 혹은 소득의 상실에서 기인하는 경제적 손실에 대한 사회적 안전망이 필요하다고 제시하였다(ILO, 2008, p. 3).

적절한 상병급여와 연계된 상병휴가 보장의 필요성에 대해 다양한 국제적 논의가 이뤄져왔다. 우선 ILO ‘필라델피아 선언’은 국제노동기구의 목표로 노동자들의 근로조건을 개선시키는 것을 넘어 노동자들의 경제생활을 개선할 것을 제시하였는데 모든 노동자와 보호를 필요로 하는 이들에게 최저 생활임금을 보장하는 정책이 필요하다고 명시하였다(ILO, 1944), UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)의 General Comment No. 19는 사회보장을 인권의 범주로 정의하였고 그 권리의 하나로 질병이나 장애로 인해 일을 할 수 없을 때 발생하게 되는 소득의 상실로부터 노동자를 보호해야 한다고 규정하였

다. 즉, 질병이나 장애 등으로 근로소득을 잃게 된 경우 현금이든 현물이든 차별없이 급여를 제공할 것을 사회보장에 대한 권리로 포함하였다 (UN CESCR, 2008).

질병 발생으로 인해 일을 할 수 없는 경우 소득의 대체와 관련하여 1952년 ILO ‘사회보장 최저기준에 관한 조약’(Social Security (Minimum Standards) Convention No. 102)(이하 ‘최저기준’)과 1969년 ‘의료 서비스와 상병급여 협약’(Medical Care and Sickness Benefits Convention No. 130)(이하 ‘하위기준’)에서 그 기준이 구체화되어 제시되었다. ‘최저기준’은 질병으로 인해 일할 수 없을 때 일정수준의 상병급여를 제공할 것을 요구하였고(ILO, 1952) 이후 ‘하위기준’은 1952년의 ‘최저기준’보다 약간 더 높은 급여 수준을 제시하였다(ILO, 1969). ‘최저기준’에서 제시한 기준을 살펴보면 노동자 가운데 50%가, 경제활동인구 기준으로는 20%가 유급휴가의 혜택을 받아야 한다고 기준을 제시했다. 급여의 최저 수준은 휴가 직전 소득의 45%로, 급여 제공 기간은 26주 이상으로 할 것을 제시했다(ILO, 1952). ‘최저기준’에 이어 추가로 ILO가 제시한 ‘하위기준’(1969)은 노동자의 100%, 경제활동인구의 75%에게 상병휴가 이전 소득의 60% 이상을 보장하고 최대 급여 기간은 52주 이상으로 한다는 ‘최저기준’에 비해 보다 높은 기준을 제시했다(ILO, 1969). 재원 조달 방식과 관련해서는 최저기준이나 하위기준 모두, 사회보험 형식, 조세 형식 혹은 두 가지를 혼합하는 형태 중 어느 것이나 무방하다고 밝혔다. 다만 재원을 마련하는 과정에서 노동자에게 과도한 부담이 전가되어서는 안 된다고 하였고 그 기준으로, 노동자 부담 보험 기여액의 총액을 전체 관련 재원의 50% 이하로 한다는 기준을 제시했다(ILO, 1952; 1969). 비준에 참여한 국가들은 협약의 준수 상황에 대해 ILO에 정기적으로 보고할 의무가 있는데(ILO, 2018a), ILO의 ‘최저

기준'을 담은 조약에 알바니아, 아르헨티나 등 55개국이, '하위기준' 협약에는 16개 국가들이 비준했다(ILO, 2018b).

2. 상병소득보장 제도의 필요성

상병급여와 상병휴직은 건강의 악화와 건강 관련 빈곤, 생산성 손실을 막는 데 중요하다(ILO, 2015, p. 100). 상병소득보장 제도의 필요성에 대해서는 ILO와 WHO를 비롯한 국제기구와 다수의 선행 연구들에서 언급되어 왔다. 이들 보고서와 연구들은 인권이라는 측면과 함께 노동자 개인의 건강과 생산성이라는 미시적인 관점, 사회적 효용이라는 거시적인 관점에서 상병소득보장 제도의 필요성을 논의하였다.

인권이라는 측면에서 유급상병휴직은 노동자가 아픈 기간 동안에도 노동자의 신분과 소득을 보호하는 역할을 한다. 상병 시 소득보장이 되지 않는다면 노동자들은 건강을 돌보고 일자리를 잃거나 건강이 안 좋아지더라도 지속적으로 일하는 것 사이에서 선택해야 한다. 이는 노동이 건강을 위협하지 말아야 하고 불건강이 소득과 일자리의 상실로 이어지지 말아야 한다는 원칙에 위배된다(Scheil-adlung & Sandner, 2010, p. 4). 만약 상병 시 소득과 고용이 보장되지 않는다면 영양상태나 주거 등 기본적인 생활을 위협받게 되고 더 나아가 치료비 부담으로 인해 질병의 치료를 미루거나 포기할 수 있다. 특히, 유급병가가 없는 한국에서 아픈 노동자는 빈곤으로 이어지는 상황이 자주 목격된다(이승윤, 김기태, 2017).

노동자 개인의 건강과 생산성이라는 측면에서 본다면 상병 시 소득과 고용이 보장될 때 노동자는 즉시 진료를 받을 수 있고, 질병 치료를 위해 필수적인 의료진의 권고를 따를 수 있다. 적시에 필요한 치료를 받음으로써 더 빨리 건강을 회복할 수 있다. 이와 함께 상병 기간 동안 안정적으로

제공되는 소득은 노동자가 기본적인 생활을 영위할 수 있도록 도움으로써 건강의 회복을 도울 것이다. 이는 결과적으로 상병이 노동자의 일상생활에 미치는 영향을 줄이고 더 빨리 노동자가 일상 생활에 복귀할 수 있도록 돕는다(Scheil-adlung and Sandner, 2010, p. 4).

이는 사회적 효용이라는 측면과도 연결된다. 바꾸어 말하면, 아픈 노동자가 휴식을 갖지 못하고, 참고 일할 때 사회적 비용은 증가할 수 있다. 이를테면, 노동자가 상병을 조기에 치유하지 못할 경우 그에 따른 의료 비용은 장기적으로는 오히려 더 크게 될 가능성이 있고(Scheil-adlung & Sandner, 2010, p. 1), 더 나아가 노동자의 병이 작업장의 다른 동료나 지역사회로도 번질 수 있다. 2009년 H1N1 유행성 전염병이 퍼졌을 때가 하나의 사례로 제시되는데 당시 미국 사회에서 유급병가를 누릴 수 없었던 다수의 노동자들이 아픈 몸을 이끌고 일터로 나왔고, 전염병은 급속하게 퍼져서 미국 국내에서만 7백만 명의 노동자들이 전염되는 결과로 이어졌다(Scheil-adlung & Sandner, 2010, p. 1).

마지막으로 상병 시 소득보장 제도의 부재는 공공부조 등의 사회적 비용 증가로도 이어질 수 있다. 예를 들어 서구 사회에서 여성 혹은 독신이거나 한부모 가정과 같은 취약계층의 상병급여 이용 정도가 높은 것으로 나타나는데(Barham & Leonard, 2002, pp. 178-182) 상병 시 소득보장 제도가 갖춰지지 않는다면, 빈곤선 위에 있는 취약계층이 빈곤화의 가능성에 더 노출될 수 있고 취약계층이 빈곤화했을 경우, 이들을 대상으로 한 공공부조 등의 사회적 비용도 늘어날 수 있을 것이다.

제2절 국내 정책·제도 및 관련 현황

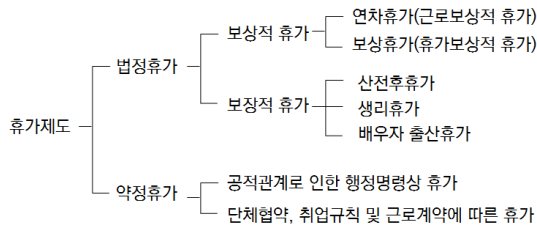
1. 국내 정책·제도

가. 사용자의 법적 책임 관련 규정

1) 상병으로 인한 휴가·휴직¹⁶⁾

한국의 「근로기준법」은 헌법에 따라 근로 조건의 기준을 정하고 있다. 질병과 관련한 조항은 우선 제23조(해고 등의 제한)에서 찾아볼 수 있는데 ‘사용자는 근로자가 업무상 부상 또는 질병의 요양을 위하여 휴업한 기간과 그 후 30일 동안 또는 산전(産前)·산후(産後)의 여성이 이 법에 따라 휴업한 기간과 그 후 30일 동안은 해고하지 못한다’고 정하고 있다. 추가로 제8장 재해보상에서는 업무상 질병 등과 관련하여 요양보상, 휴업

16) 휴직과 휴가는 다른 휴식 제도들에 비하여 상대적으로 긴 시간 동안 휴식을 취할 수 있는 수단이라는 공통점이 있지만 본질적으로 구별된다. 「근로기준법」은 휴직의 개념에 관하여 별도로 규정하지 않고 있다. 휴직은 ‘근로관계가 정지’되는 기간으로 일반적으로 이해되는데 이 기간 동안 근로자의 근로 제공 의무와 사용자의 임금 지급 의무 역시 정지된다. 다만 사용자의 임금 지급 의무가 정지된다는 의미는 ‘근로의 대가’인 임금을 지급할 의무가 없다는 것일 뿐, 사용자와 근로자의 약정에 의하여 지급되는 일체의 금전 지급이 금지되는 것은 아니다. 휴가 제도 또한 그 종류를 아래와 같이 세분화할 수 있다(김근주, 2012, pp. 43-44).



[그림] 휴가 제도의 유형

자료: 김근주. (2012). 연차휴가제도에 관한 연구. 한양대학교 대학원 박사학위논문. p. 44.

보상 등을 정하고 있다. 질병으로 인해 근로를 할 수 있는 상태가 아닌 경우, 필요시 요양을 할 수 있도록 규정하고 있는데 이는 업무상 부상과 질병에 한정하고 있다. 업무 외 질병 혹은 부상 등은 근로자의 개인 사정으로 보며 별도로 휴가·휴직이나 급여 지급, 해고 제한 등을 정하고 있지 않으므로 현행 규정상 고용주가 근로자의 업무 외 질병으로 발생하는 의료비, 근로 기간을 보장할 의무가 없다. 다만 상시 10명 이상의 근로자를 사용하는 사용자는 휴가나 휴직, 재해부조 등에 관한 사항을 취업규칙에 포함하여 작성하고 고용노동부 장관에게 신고하여야 한다고 정하고 있을 뿐이다(근로기준법 제93조).

현재 업무 외 상병과 관련하여 휴가 혹은 휴직을 법적으로 보장받는 사람들은 공무원과 사립학교의 교원이다. 국가공무원복무규정 제14조(휴가의 종류)에 공무원의 휴가 중 하나로 병가가 포함되어 있다. “질병 또는 부상으로 인하여 직무를 수행할 수 없을 때” 등으로 정하고 있는데 연 60일의 범위 안에서 병가를 사용할 수 있고 연간 6일을 초과하는 경우에는 의사의 진단서를 첨부해야 한다. 병가 중의 급여는 보수 전액을 지급한다(국가공무원복무규정 제18조). 만약 60일을 초과하는 요양이 필요하다면 국가공무원법 제71조(휴직)와 제72조(휴직 기간)에 따라 휴직 제도를 이용할 수 있다. 제71조 1항에서 특정 사유가 있을 때 “본인의 의사에 불구하고 휴직을 명해야 한다”고 규정하고 있는데 그 사유 중 하나로 “신체·정신상의 장애로 장기요양이 필요할 때”를 명시하고 있다. 유급휴직의 기간은 1년인데 부득이한 경우 1년의 범위에서 연장이 가능하다고 정하고 있다. 휴직할 경우 봉급은 70%를 지급받는다(국가공무원법 71조, 72조).

사립학교법 제59조(휴직의 사유)에서는 ‘사립학교의 교원이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유로 휴직을 원하는 경우에는 당해 교원의 임용권자는 휴직을 명할 수 있다’고 규정하고 있다. 다만 사유 중 ‘신체·

정신상의 장애로 장기요양을 요할 때(불임·난임으로 인하여 장기간의 치료가 필요한 경우를 포함한다) 등 몇 가지에 대해서는 ‘본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명하여야 한다’고 보다 강하게 규정하고 있다. 동조 제2항에 따라 휴직의 기간과 휴직자에 대한 처우는 각 사립학교 정관으로 정할 수 있게 하였다. 제60조의2(사회보장)에서 직무로 인한 부상 또는 질병으로 인한 손실보상과 함께 ‘직무로 인하지 아니한 사망·폐질·부상·질병·출산 기타 사고에 대한 급여의 지급에 관한 사항’을 포함하도록 정하고 있다.

일반적인 질병은 아니지만 2016년 메르스 집단감염을 경험하며 전염병과 관련한 유급휴가 규정이 ‘감염병예방법’에 포함되었다. 메르스 등의 집단감염병 발발 시 격리자들에 대한 보호를 위해 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(감염병예방법) 제41조의2(사업주의 협조 의무)를 신설하여 격리 기간(자가격리 포함) 동안 유급휴가 지급을 법적으로 보장하게 하였으며, 국가의 비용 지원 가능성을 포함시켜 사업주의 부담을 완화하고자 하였다. 이는 동법 시행령 제23조의2(유급휴가 비용 지원 등)에 더 구체화되었는데, 보건복지부 및 기획재정부 장관의 협의하에 정해진 금액과 근로자가 법에 따라 격리된 기간을 반영하여 지원 금액을 산출할 수 있게 하였다.

이와는 별개로 결핵과 후천성면역결핍증 감염인에 대한 생활보호 제도 또한 마련되어 있다. 후천성면역결핍증 예방법 제20조(부양가족의 보호)에서는 감염인 중 부양가족의 생계유지의 어려움이 예상될 경우 지방자치단체장은 해당 부양가족의 생활보호에 필요한 조치를 취할 것을 요구하며, 결핵예방법 제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호)에서는 입원 명령을 받아 격리치료가 요구된 결핵 환자의 부양가족의 생계유지가 곤란하다고 판단될 경우, 그들의 생활보호를 위한 비용 지급 등과

관련한 지방자치단체장의 조치 의무를 명시하고 있다.

전염병 외에 보편적인 업무 외 질병이나 부상과 관련해 휴가나 휴직이 규제되지는 않지만 출산휴가는 법으로 정하고 있다. 출산전후휴가급여 제도는 여성이 “임신/출산 등으로 인하여 소모된 체력을 회복시키기 위하여 부여하는 제도”로(고용노동부, 2018), 건강상의 이유로 정상적인 업무가 어려운 집단을 대상으로 한다는 점에서, 상병수당의 취지와 유사성이 있다고 볼 수 있다. 실제로 많은 나라들에서 업무 외 상병과 관련한 휴가 제도는 출산휴가를 포함한다. 출산휴가 제도는 “출산한 여성 근로자의 근로 의무를 면제하고 임금 상실 없이 휴직을 보장받도록 하는 제도”(고용노동부, 2018)라고 명시돼 있다. 근로기준법 74조를 보면, 임신 중의 여성은 출산 전과 후를 통틀어 90일(다태아는 120일)의 출산전후휴가를 이용할 수 있다. 출산전후휴가급여 제도는 고용보험기금을 재원으로 하며, 고용보험에서 운영을 담당하는데, 노동자와 고용주가 노동자의 월 급여의 1.5%에 해당하는 보험료를 절반씩(0.65%) 매달 납부한다. 출산전후휴가급여의 지급 주체는 기업의 규모에 따라 다르다. 대규모 기업의 경우 최초 60일은 사업주가, 그 이후 30일은 고용보험에서 지급하는 반면, 중소기업의 경우에는 90일 동안 급여가 모두 고용보험에서 지급된다(고용보험법 시행령 12조). 출산전후휴가급여 제도의 대상은 임신 중인 여성 근로자로 그 자격을 얻기 위해서는 출산전후휴가가 끝난 날 이전에 고용보험 피보험 단위 기간이 통산하여 180일 이상이어야 하고, 출산전후휴가를 시작한 날 이후 1개월부터 휴가가 끝난 날 이후 12개월 이내 신청하여야 한다. 지급액은 통상임금을 기준으로 한다(고용노동부, 2018). 통상임금이 정기적인 상여금 및 증식비 등을 포함한 월급임을 고려하면, 출산전후휴가급여 제도의 보장성이 매우 높은 수준임을 짐작할 수 있다. 추가적으로 2017년에는 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」(남

녀고용평등법)에 근로자가 ‘난임치료를 받기 위하여 휴가(이하 “난임치료 휴가”라 한다)를 청구하는 경우에 연간 3일 이내의 휴가를 주어야 하며, 이 경우 최초 1일은 유급으로 한다’는 조항이 신설되었다(남녀고용평등법 제18조의 3).

2) 가족 돌봄을 위한 휴가·휴직

노동자들은 본인이 아플 때는 쉴 수 없지만 역설적으로 자신의 가족이 아플 때는 쉴 수 있다. 2014년부터 시행되는 「남녀고용평등법」을 보면, 노동자가 부모, 배우자, 자녀 또는 배우자의 부모를 돌보기 위해서 1년에 최대 90일까지 휴직이 보장된다(제22조의2). 또 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀의 양육이 필요한 경우에는 최대 1년까지 육아휴직이 보장된다(제19조). 동시에 고용주의 부담을 줄이기 위해 동법 제20조를 통해 육아휴직을 지급하는 사업주에 대한 비용 지원의 법적 근거를 마련해 두었다. 또한 제18조의2에서는 배우자 출산에 대한 3~5일간의 휴가를 보장하고 있다(남녀고용평등법 제18조의 3).

나. 공적 영역에서 제공되는 상병급여

고용보험에서 운영하는 ‘구직급여’ 제도가 있다. 이는 아픈 노동자들에게 현금급여를 제공한다는 점에서 다른 나라들의 상병급여와 일부 유사한 측면이 있다. 하지만 결정적으로 다른 나라에서는 일하던 노동자가 업무 외 상병으로 일을 하지 못할 경우 현금급여가 제공되는 것에 비해 한국의 구직급여는 “실업의 신고를 한 이후에 질병, 부상 또는 출산으로 취업이 불가능”한 경우로 그 대상을 정하고 있다(고용보험법 제63조 제1

항).¹⁷⁾ 즉, 실직을 한 뒤 아프게 된 경우에 적용 대상이 될 수 있으며 질병으로 인해 실직한 경우는 대상이 되지 못한다. 급여의 지급 조건은 최종 이직일 이전 18개월 동안 피보험 단위 기간이 통산 180일 이상인 경우이다(고용보험법 40조). 지급 일수는 연령 및 가입 기간에 따라 다른데, 예를 들어 고용보험 가입 기간이 10년 이상인 30세 이상 50세 미만 노동자는 210일까지 급여를 받을 수 있다. 가입 기간이 1년 미만인 경우에는 연령에 상관없이 지급 기간이 90일 이하다(동법 제50조의 별표1). 상병급여의 지급액은 실직 전 평균 임금의 50%에 소정 급여 일수를 곱한 만큼이 된다(동법 제46조).

[그림 4-1] 질병 관련 휴가·휴직을 제공하는 국내제도 요약

<p style="text-align: center;">근로기준법</p> <p>'사용자는 근로자가 업무상 부상 또는 질병의 요양을 위하여 휴업한 기간과 그 후 30일 동안 또는 산전(産前)·산후(産後)의 여성이 이 법에 따라 휴업한 기간과 그 후 30일 동안은 해고하지 못한다'</p>	<p style="text-align: center;">국가공무원법</p> <p>"질병 또는 부상으로 인하여 직무를 수행할 수 없을 때 연 60일의 범위 안에서 병가(보수전액 지급) '신체·정신상의 장애로 장기요양이 필요할 때 휴직제도 이용(1년 유급휴직 70%)"</p>
<p style="text-align: center;">감염병예방법</p> <p>격리기간(자가격리 포함) 동안 유급휴가 지급 유급휴가 비용 지원. 보건복지부 및 기획재정부 장관의 협의 하에 정해진 금액과 근로자가 법에 따라 격리된 기간을 반영하여 지원금액 산출</p>	<p style="text-align: center;">출산전후휴가급여제도</p> <p>"출산한 여성근로자의 근로의무를 면제하고 임금 상실 없이 휴직을 보장받도록" 90일의 출산 전후 휴가. 고용보험기금(대기업 최초 60일 사업주, 이후 30일은 고용보험, 중소기업 모두 고용보험)</p>
<p style="text-align: center;">일가정양립지원에 관한 법률</p> <p>부모 배우자, 자녀 또는 배우자의 부모를 돌보기 위해서 1년에 최대 90일까지 휴직 보장 만 8세 이하 또는 초등학교 2학년 이하의 자녀의 양육이 필요한 경우 최대 1년 육아휴직</p>	<p style="text-align: center;">고용보험 '상병급여제도'</p> <p>'실업의 신고를 한 이후에 질병, 부상 또는 출산으로 취업이 불가능 할 때. 이직일 이전 18개월 동안 피보험단위기간이 통산 180일 이상, 실직 전 평균임금의 50% 일정기간</p>

17) 고용보험법 제63조 제1항 의거, 실업 신고를 한 이후 질병, 부상 또는 출산으로 취업 불가능 시 실업의 인정을 받지 못하는 날에 대해 구직급여에 갈음하여 지급할 수 있다.

2. 국내 민간기업의 상병 시 휴가·휴직 제도 현황

가. 기업복지의 정의와 상병 시 휴가·휴직 제도 현황

국내 제도 및 정책에서 살펴보았듯 한국에서 업무 외 상병을 가진 노동자의 고용 및 소득을 보장하기 위한 제도나 정책은 사실상 없다. 일부 기업들은 기업 차원에서 유급병가나 상병휴직 제도를 운영하고 있는 것으로 알려져 있다. 노동조합이 있는 경우 단체협약을 통해, 상시 10인 이상의 노동자를 고용한 사업장의 경우 취업규칙(근로기준법 제93조)에서 업무 외 상병에 대한 유급병가나 휴직에 대해 근로 조건으로 정할 수 있다. 기업복지, 산업복지, 복리후생 제도라는 용어로 불리기도 하는 이러한 제도들은 급여 혜택의 근거가 노동자의 기본적 욕구 혹은 권리보다는 특정 기업의 고용이라는 자격에 있다. 해당 기업의 근로자만을 대상으로 사업주가 임의적으로 실시하는 제도이기 때문에 개별 기업의 환경에 따라 제도 도입의 차이가 발생한다(정병오, 2000, pp. 682-683). 이로 인해 국가복지가 사회적 불평등을 감소시키는 역할을 한다면 기업복지는 일반적으로 불평등을 확대시킨다. 한국에서 업무외 상병 발생 시 쉼 권리 또한 기업복지로 제공되고 근로기준법상으로 최소 규정을 정하고 있지 않으므로 노동자들의 업무 외 상병에 대한 제도적 보장 여부나 수준에서 기업 간 편차가 클 것으로 예상된다. 비정규직이거나 혹은 노동조합을 조직하지 못하는 근로자는 사각지대에 남겨질 수 있다(반정호, 2006; 조상미, 박은주, 2011; 한동우 2011). 또한 노동조합이 없거나 10인 미만 영세 사업장으로 단체협약이나 취업규칙의 적용을 받지 않는 경우 보장 정도 및 수준이 보다 취약할 것으로 예상된다. 한편 유급병가 제도가 있는 사업장에서도 병가를 연차에서 우선 소진토록 하는 경우가 발생한다(머니

투데이, 2015).

기업복지는 기업이 임의로 제공하므로 기업에 따라 서로 다른 프로그램이 제공되고 사실상 각 기업이 도입한 제도들의 운영 형태, 혜택의 수준을 파악하기란 쉽지 않다. 최근 기업복지 현황을 조사하는 몇몇 연구들이 이루어지고 있다. 한국노동연구원의 「사업체패널조사」와 고용노동부의 「기업체노동비용조사」가 그 예이다(한국노동연구원, 2018; 고용노동부, 2018). 법정 외 복리후생 제도에 대한 문항을 포함하고 있지만 '건강보조에 관한 비용 지출' 등 항목이 포괄적이어서 업무 외 상병으로 인해 아픈 노동자를 보호하기 위해 기업들이 어떤 종류의 프로그램을 어느 정도 수준에서 운영하는지 파악하는 것은 쉽지 않다.

현재 출판된 자료 중 업무 외 상병과 관련한 현황을 살펴볼 수 있는 자료는 「일·가정 양립 실태 조사」가 거의 유일하다. 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」 제6조의3 및 같은 법 시행규칙 제5조는 고용노동부 장관이 매년 1회 정기적으로 사업장의 남녀 차별 개선, 일·가정 양립 실태를 파악하기 위한 조사를 실시하도록 정하고 있다. 이에 따라 2008년부터 매년 「일·가정 양립 실태 조사」가 실시되고 있다. 조사 대상은 5인 이상 사업체로 1000개 표본에 대해 진행되며 표본사업체의 인사담당자가 관련 설문지를 작성한다(김영옥, 이승현, 이선행, 2016, pp. 4-6). 법정 외 휴가 제도 도입 실태가 조사 내용으로 포함되어 있는데 병가 제도는 그중 하나로 포함되어 있다. 「일·가정 양립 실태 조사」 2016년 조사에 따르면 급여 지급 여부와 관계없이 병가 제도가 있는 사업체는 전체의 70.4%였다. 유급병가로 제한할 경우 그 비율은 49.5%로 감소하였다. 업종별로 볼 경우 병가 제도 도입률은 전기·운수·통신·금융 산업에서 82.4%로 다른 업종에 비해 높았고 유급병가 도입률 또한 전기·운수·통신·금융 산업에서 가장 높았다. 사업장 규모별로 볼 경우 무급병가까지

포함한 병가 제도 도입률은 기업 규모가 커질수록 높아지는 양상을 보였는데 300인 이상 사업장은 94%가 병가 제도가 있다고 응답하였다. 유급 병가로 제한할 경우 여전히 300인 이상 사업장에서 병가 제도 도입률이 높지만 그 외 100인 이하 사업장에서는 사업장 규모와 관련성이 없었다. 최대 사용 기간은 평균 2.7개월인 것으로 나타났는데 병가 제도 도입률에서와 마찬가지로 업종별로는 전기·운수·통신·금융 산업에서 3.1개월로 가장 길었고 사업장 규모가 클수록 기간 또한 길어지는 양상이었다(김영옥 외, 2016, p. 112). 「일·가정 양립 실태 조사」는 기업에서의 병가 제도 현황을 살펴볼 수 있는 거의 유일한 자료원이지만 표본사업체의 인사담당자가 관련 설문지를 작성한다는 점에서 응답 결과를 얼마나 신뢰할 수 있는가라는 문제가 있다.

〈표 4-2〉 업종별 규모별 5인 이상 사업장 상병 휴가 제도 현황(일·가정 양립 실태 조사 2016)

	사업체 수	병가 제도(%)	유급병가(%)	최대 사용 가능 기간(개월)
전체	1000	70.4	49.5	2.7
광공업	213	65.3	35.7	2.5
건설업	166	66.9	49.4	2.3
도소매/음식숙박업	202	68.8	49.5	2.3
전기/운수/통신/금융	182	82.4	68.7	3.1
사업/개인/공공서비스 등	237	69.6	47.3	2.8
5~9인	276	62.0	50.0	2.0
10~29인	284	63.4	44.7	2.1
30~99인	212	71.2	45.3	2.6
100~299인	128	84.4	53.9	3.6
300인 이상	100	94.0	65.0	3.5

자료: 김영옥, 이승현, 이선행. (2016). 2016년 일·가정 양립 실태 조사. 고용노동부. p. 112.

기업체의 취업규칙 및 단체협약이 휴가 및 휴직 제도 관련 현황을 포함하고 있다는 점에서 관련 자료를 직접 분석할 경우 보다 정확한 파악이 가능할 것이다. 예를 들어 기업의 복리후생 제도에 대해 연구한 자료(조원탁, 1995, p. 107)에 따르면 대기업은 업무 외적인 부상이나 질병에 대해 유급으로 상병 휴가 혹은 상병 휴직을 폭넓게 제공하고 있었다. 가장 수준이 낮은 사업장은 휴직 2개월까지 기본급의 60%를 지급하고 있었고, 가장 수준이 높은 사업장은 48개월까지 기본급의 100%를 지급하는 것으로 나타났다. 한국노동연구원이 소장하고 있는 613개 기업체의 단체협약과 취업규칙을 분석한 연구(신기철, 2010)는 ‘유급병가를 인정하는 기간은 금융 산업 2.3개월, 병원 1.7개월, 공공운수 1.5개월이었고, 운수업 등은 7~14일 정도만을 인정하고 있는 실정으로 전 산업 평균은 0.9개월에 불과하다’고 하였다(신기철, 2010, p. 127). 조사 시점의 차이를 고려하더라도 앞서 「일·가정 양립 실태 조사」와 상당한 차이가 나는데 이는 「일·가정 양립 실태 조사」에서의 최대 사용 가능 기간이 무급 기간까지 포함한다는 점과 설문조사 방식으로 인한 문제 등이 함께 있을 것으로 보인다.

나. 500개 사업장의 취업규칙을 통해 본 상병 시 휴가·휴직 제도 현황

본 연구에서는 우리나라 기업들이 복리후생 차원에서 제공하는 휴가·휴직 제도 현황을 보다 구체적으로 파악하고자 국회의원 한정애 의원실을 통해 수집된 전국 500개 민간기업의 취업규칙 자료를 분석하였다.¹⁸⁾ 우리나라의 업종별 규모별 전체 사업장 수를 반영하여 업종과 규모

18) 근로기준법 9장(취업규칙)에 따라 상시 10인 이상의 근로자를 고용한 사업장은 취업규

에 따라 총화하여 <표 4-3>과 같은 방식으로 20개 업체를 배정하고 25개 지방관서를 통해 자료를 수집하였다. 두 개 지역에서 300인 이상 사업장이 부족하여 3개 사업체의 자료가 수집되지 못하였고 수집된 자료 중 4개 사업체의 자료는 자료상의 문제로 관련 현황을 파악할 수 없어 제외되었다. 결과적으로 총 493개 사업체 자료를 분석에 활용하였다.

<표 4-3> 업종별·규모별 지방관서 당 취업규칙 수집 사업체 수

	제조업 및 건설업	서비스업
10~99인	5개 업체	9개 업체
100~299인	1개 업체	2개 업체
300인 이상	1개 업체	2개 업체

업무 외 상병 관련 휴가 제도 현황을 살펴본 결과 절반 정도의 사업장의 취업규칙이 병가 제도에 대한 규정을 담고 있었는데 ‘제조업 및 건설업’은 평균 47.9%, ‘서비스업’은 평균 63.0%로 그 비율은 제조업 및 건설업보다는 서비스업에서 높았다. 유급병가가 있는 사업체를 확인한 결과 그 비율은 매우 낮았는데 제조업 및 건설업은 3.0%가, 서비스업은 9.6%가 취업규칙에서 유급병가를 정하고 있었다. 제조업의 경우 10~99인 규모 사업체에서 유급병가를 제공하는 비율은 1%가 되지 않았고 100~299인 사업장은 13.4%, 300인 이상 사업장은 4.3%였다. 서비스업의 경우 10~99인 규모 사업체에서 유급병가 제공비율이 7.5%였고 300인 이상 사업장은 22.2%가 유급병가를 제공하는 것으로 나타났다.

칙을 작성하여 고용노동부 장관에게 신고하여야 한다.

〈표 4-4〉 취업규칙 분석결과: 업종별 규모별 업무 외 상병 관련 휴가 제도 현황

	전체(N)	(유무급)병가(%)	유급병가(%)
제조업 및 건설업	169	47.9	3.0
10~99인	123	49.6	0.8
100~299인	23	52.2	13.0
300인 이상	23	34.8	4.3
서비스업	324	63.0	9.6
10~99인	228	65.8	7.5
100~299인	51	51.0	7.8
300인 이상	45	62.2	22.2

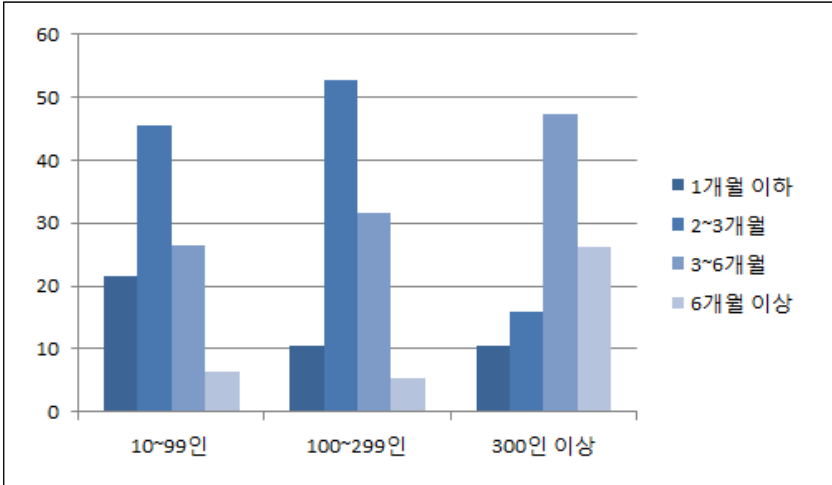
업무 외 상병으로 인한 휴가 제도에 비해 휴직 제도는 다수의 사업장이 취업규칙에서 정하고 있었다. 하지만 대다수 사업장에서 업무 외 상병 관련 휴직은 무급으로 제공하고 있었다. 제조업 및 건설업의 경우 6.5%만이 유급휴직을 제공하고 있었고 서비스업의 경우 5.9%가 유급휴직을 제공하고 있었다. 유급으로 상병휴직을 제공하는 사업체의 비율은 제조업 및 건설업과 서비스업 모두 사업장 규모가 커질수록 증가하였다. ‘제조업 및 건설업’에서 10~99인 규모의 사업체는 4.9%가 유급휴직을 제공하고 있었고 300인 이상 사업장은 17.4%가 유급휴직을 제공하고 있었다. 서비스업에서는 10~99인 사업체의 3.1%, 300인 이상 사업체의 15.6%가 유급휴직을 제공하고 있었다.

〈표 4-5〉 취업규칙 분석결과: 업종별 규모별 업무 외 상병 관련 휴직 제도 현황

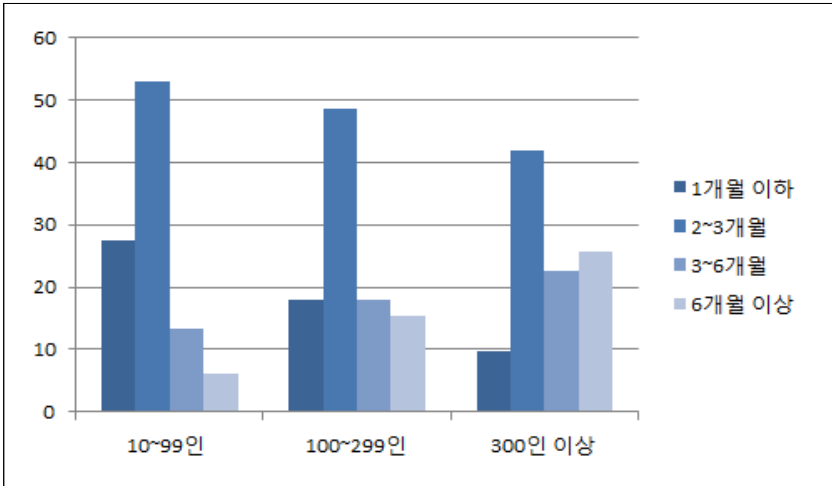
	전체(N)	(유무급)휴직(%)	유급휴직(%)
제조업 및 건설업	169	92.3	6.5
10~99인	123	91.1	4.9
100~299인	23	95.7	4.3
300인 이상	23	95.7	17.4
서비스업	324	91.7	5.9
10~99인	228	91.7	3.1
100~299인	51	94.1	9.8
300인 이상	45	88.9	15.6

아래 두 개의 그래프는 업무 외 상병 관련 휴직 제도가 있는 경우 휴직이 가능한 기간에 따른 업종별, 사업장 규모별 사업체 비율을 보여준다. 사업장 규모가 커질수록 단기휴직보다는 3개월 이상의 장기휴직을 제공하는 비율이 증가한다. 이는 제조업 및 건설업과 서비스업에서 모두 유사한 경향을 보였다.

[그림 4-2] 취업규칙 분석결과: 사업장 규모별 업무 외 상병 휴직 가능 기간(제조업 및 건설업)

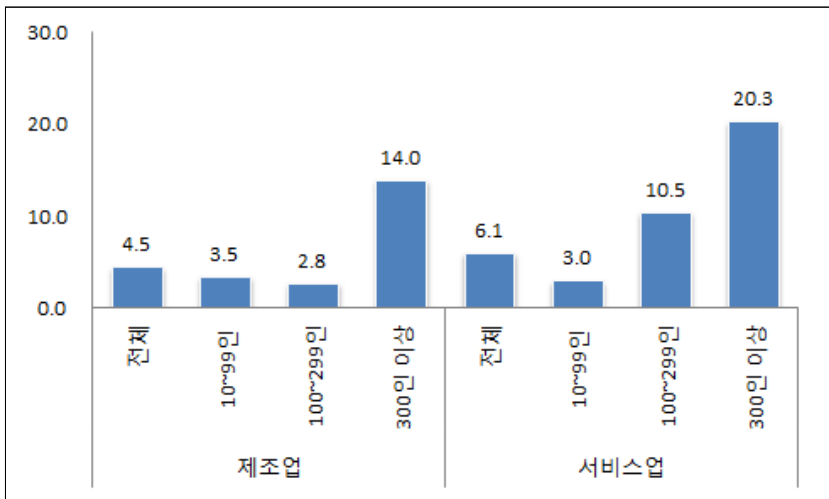


[그림 4-3] 취업규칙 분석결과: 사업장 규모별 업무 외 상병 휴직 가능 기간(서비스업)



다음 그래프에서는 업무 외 상병으로 인한 휴직 시 사업장의 업종별, 규모별 임금 지급 비율을 보여준다. 유급휴직 기간에서의 경향과 유사하게 사업장 규모가 클수록 휴직 시 임금 지급 비율이 높아짐을 알 수 있다.

[그림 4-4] 취업규칙 분석결과: 사업장 업종별, 규모별 업무 외 상병으로 인한 휴직 시 임금 지급 비율



주: 무급은 0으로 포함

3. 상병소득보장 제도에 대한 국내 논의

앞서 살펴보았듯 한국에서 업무 외 상병으로 아프게 된 노동자의 고용이나 소득 상실을 보장하기 위한 공적 제도는 없다. 국제노동기구는 '사회적 건강보호'라는 개념을 제시하면서 질병 발생 시 경제적 안전망 제공의 기준으로 '하위기준'과 '최저기준'이라는 두 가지를 제시하였다. 한국은 두 조약 가운데 하나도 비준하지 않았다. 기업별로 노사협약이나 취업규칙을 통해 관련 제도가 운영되고 있을 뿐인데 국내에서 관련 제도의 필

요성에 대한 논의가 없었던 것은 아니다.

업무 외 상병 및 부상으로 인한 휴업 시 대금 지급 실태를 분석한 조원탁(1995, pp. 109-110)은 공무원과 일부 사업장의 노동자만 업무 외 상병 시 어느 정도의 소득 보장이 이루어지고 있고 소규모 사업장 노동자들은 질병으로 야기되는 소득 상실의 위험에 취약하다고 보고하였다. 또한 업무 외 상병에 대해 소득보장이 되는 노동자들의 경우에도 최대 1년 정도의 혜택이 제공되므로 질병이나 부상이 계속될 경우에는 별다른 안전망이 없음을 지적하였다. 따라서 국가나 사회의 책임이라는 측면, 그리고 재생산을 위한 노동력의 질 확보라는 측면에서 상병수당이 시급히 도입되어야 한다고 주장하였다.

최인덕, 김진수, 공경열(2005, pp. 53-66)은 한국에서 노동빈곤층이 증가하고 있는데 이들이 질병과 실업이라는 이중의 위험에 자주 노출되지만, 현재의 사회보장에서 이러한 위험을 완화시키는 기전이 없음을 지적하였다. 비록 일부 기업은 유급병가 제도를 운영하고 있지만 다수의 노동자는 관련 제도에서 제외되어 있다는 것이다. 특히, 질병 발생 후 치료비에 대한 부담에 추가적으로 실업이라는 위험에 노출되면서 경제적 파탄에 이르게 되고 이는 또다른 사회적 비용을 야기한다고 하였다.

김기태, 이승윤(2018, pp. 5-8)은 개인 차원과 사회적 차원에서 상병수당 도입의 필요성을 논의하였다. 개인 차원에서 상병으로 인해 노동자가 가질 수 있는 실직의 두려움을 덜어 주고 직업안정성을 보장하며, 신속한 치료로 건강 악화를 막고, 소득 상실과 치료비 부담으로 인한 개인의 빈곤화를 막고, 질병으로 인해 작업장에서 받을 수 있는 차별을 예방한다. 사회적인 관점에서는 상병으로 인한 잠재적인 생산성 감소를 예방하고, 전염병의 확산을 막고, 중산층의 빈곤층 유입을 막고, 안정적 치료로 의료비 지출 등 사회적 부담을 줄인다.

건강상의 문제를 갖게 된 노동자에게 제공할 수 있는 사회안전망 구축과 관련하여 앞선 세 개의 연구는 공적 영역의 상병수당 도입에 중심을 두고 논의하였다. 반면 정진우(2009)는 업무 외 상병 시 소득보장을 위한 가능한 접근법으로 노동법적 접근과 사회보장적 접근 두 가지를 제시하였다. 두 가지 접근법의 예로 독일과 일본의 사례를 소개하였는데 독일은 임금계속근로지불법을 통해 노동법의 범주에서 노동자의 상병에 대한 소득보장 제도를 갖추고 있고 일본은 건강보험을 통해서 사회안전망을 구축하고 있다고 소개하였다.

상병시 소득보장 제도와 관련하여 보다 구체적인 도입 방안을 제안한 연구들도 있다. 예를 들어 신기철(2011, pp. 151-152)은 건강보험에서의 상병수당 도입, 기업주에게 법정 유급병가 제도 도입을 의무화하는 것에 추가적으로 세제 혜택 부여 등을 통한 소득보상보험 제도를 도입할 것을 제안하였다. 김종수(2016, pp. 20-24)는 보다 구체적으로 30일의 유급병가 제도 도입과 함께 건강보험에서 1년 지급의 상병급여를 도입하는 방안을 제안하였다. 이러한 연구들은 한국의 현황을 구체적으로 분석하기보다는 외국의 제도 조사에 기반하여 한국에서의 제도 도입 방안을 논의하였다.

제3절 외국의 정책 및 제도

대부분의 OECD 국가들은 질병이나 부상으로 인해 일시적으로 일을 할 수 없는 노동자들의 실직을 막고 소득을 지원하는 제도를 운영하고 있다. 이러한 제도들은 일을 하기 어려운 노동자들을 정해진 기간 동안 지원하는데 크게 두 가지 접근으로 구분된다. 우선은 고용주의 법적 책임을 강화하는 방식이다. 말하자면 유급병가(sick pay)를 도입하도록 하여 질병으로 인해 일을 할 수 없는 기간에 대해 고용주의 의무를 강화한다. 고용주들은 노동자들이 출근할 수 없는 동안 노동자들 월급의 일정 부분 혹은 전체를 지불한다. 두 번째는 공적인 방식의 재원 조달을 통한 직접적인 소득 지원이다. 흔히 상병수당(sickness allowance) 혹은 상병급여(sickness benefits)라고 불리는데 사회보장 제도를 통해 제공된다. 현금 상병급여는 고용주가 노동자에게 제공하는 급여기간이나 급여수준에 비해 보다 광범위한 방식으로 소득을 지원한다. 대부분의 이러한 급여 제도들은 기여 방식(contributory measures)으로 이루어진다. 일반적으로 기존 임금의 고정 비율 혹은 일정 금액(flat-rate amount)으로 지급된다(OECD, 2018, p. 122).

운영 방식이나 제도 간 관계는 다르지만 대부분의 OECD 국가들에서는 두 가지 접근 방식을 모두 이용하고 있다. 일반적으로 상병휴가(sick day), 상병휴직(sick leave)(예를 들어 아플 때 해고되지 않고 일을 하지 않을 권리)과 소득 손실 보상에 대한 자격 기준은 노동법과 단체협상(collective agreements), 사회보장법의 혼합 형태로 이루어진다(정진우, 2009, pp. 227-228).

1. 고용주의 법적 책임 강화

OECD 국가들에서 고용주들은 질병 발생 시 노동자들의 결근과 관련한 위험에 대해 부분적으로 법적 책임을 가진다. 대부분의 OECD 국가들은 고용주들이 업무 외 상병으로 출근하지 못하는 노동자들에게 5~15일 기간의 급여를 지급하도록 정하고 있다(OECD, 2018, p. 122). 몇몇 국가들에서 고용주들은 더 긴 기간 동안 아픈 노동자들에게 급여를 제공해야 한다. 예를 들어 폴란드에서는 약 1개월, 오스트리아는 6~12주, 룩셈부르크는 11주, 이탈리아는 최대 180일(Špasova, Bouget & Vanhercke, 2016, p. 12), 네덜란드는 최대 2년까지 보장하도록 정하고 있다(Netherlands Enterprise Agency & Statistics Netherlands Organisation, 2018).

노동자들이 상병으로 출근하지 못하는 경우 고용주들은 일정 기간 동안 급여를 제공해야 하지만 노동자들이 이용 가능한 병가 기간은 급여가 지급되는 기간보다 더 길 수 있다. 무급병가는 대체로 사회보장법이 아닌 노동법에 의해 규제되는데 고용주의 재량이나 관련 전문가인 의사의 지시에 따라 결정된다. 예를 들어 이탈리아에서 상병급여가 종료되더라도 국가단체협약(National Collective Labour Agreement)의 범위 안에서 무급병가가 제공된다. 이러한 제도는 노동자의 해고를 막는 것을 목적으로 하는데 구체적인 규정은 근로 유형에 따라 다른 것으로 알려져 있다. 그리스에서 무급병가는 보험 기간과 의료진의 소견에 따라 결정된다. 리투아니아에서 무급병가는 법적으로 규정되어 있지 않지만 노동자들은 의료진의 진단서에 기반하여 무급병가를 보장받을 수 있다. 영국에서 사용자들은 법적으로 “Statutory Sick Pay”를 최대 28주 동안 노동자들에게 제공해야 하는데 사용자들은 더 관대한 급여나 병가 기간을 제공할 수

있다(Spasova et al., 2016, pp. 9-10).

고용주의 법적 책임이라는 측면에서 본다면 일반적으로 법제도는 상병 급여나 휴직수당과 관련하여 최소 수준을 정하는 역할을 하고 구체적인 내용은 사용자와 노동자 간의 고용계약이나 단체협약을 통해 결정된다. 예를 들어 스위스에서 아픈 노동자들에 대한 고용주들의 법적 책임은 민법으로 규정되는데 그 기간은 노동자들의 근무 기간에 따라 달라진다. 또한 단체협약을 통해 법적으로 규정된 것 이상의 혜택이 보장될 수 있다. 예를 들어 스위스 민법은 10년 근무한 노동자들에 대해 6개월까지, 새롭게 고용된 노동자들에 대해서는 연 3주의 유급휴가를 보장하도록 정하고 있다(OECD, 2014, p. 45). 이스라엘 또한 유급병가법(Sick Pay Law)을 통해 아픈 노동자에 대한 고용주들의 법적 의무를 정하고 있다. 예를 들어 1개월 근무할 경우 1.5일의 유급병가가 부여된다. 법으로 규정된 사항은 최소 수준이며 구체적인 병가 일수나 급여는 고용계약이나 단체협상 과정에서 법으로 정해진 것보다 더 높은 수준에서 결정될 수 있다(Israel Ministry of Justice, 1976). 핀란드는 질병으로 인해 노동자들이 근무할 수 없을 때 고용주들은 의무적으로 9일의 휴가를 제공해야 하는데 단체협약 과정에서 육체노동자들에 대해서는 대부분의 경우 30일까지 휴가가 보장되고 전문직, 공무원들에 대해서는 90일 이상 수준으로 휴가가 보장된다(Spasova et al., 2016, p. 12). 프랑스 또한 업무 외 상병과 관련하여 고용주에게 법적 책임을 부여한다. 단체협약을 통해 구체적인 내용이 결정되는데 앞서 언급한 국가들과 다르게 사용자가 제공하는 급여는 공적 상병수당과 노동자들이 기존에 받았던 임금의 차이를 줄이는 역할을 한다(Spasova et al., 2016, pp. 11-12).

업무 외 상병으로 아픈 노동자가 쉴 수 있는 기간과 급여 수준을 사용자와 노동자의 협상을 통해 결정하도록 하는 방식은 비판을 받기도 한다.

말하자면 노동시장 내 서로 다른 집단들 사이에서 업무 외 상병과 관련한 휴가 및 휴직 제도 이용의 양극화를 야기할 수 있고 잠재적으로는 나이든 노동자를 배제하거나 기존에 건강상태가 좋지 않은 노동자, 비정규 노동자, 소규모 회사 노동자들을 배제할 수 있기 때문이다. 이러한 문제를 최소화하기 위해 대부분의 OECD 회원국들은 모든 고용주들이 일정 수준 이상의 보호를 제공하도록 법적 책임을 부여하고 있다. 이는 노동시장에서 질병과 관련된 위험을 보다 균등하게 분배하는 역할을 하며 서로 다른 집단들 간에 발생할 수 있는 노동시장의 이중화를 줄이는 역할을 한다고 볼 수 있다(OECD, 2018, p. 123).

OECD 국가들 중 고용주들에게 유급병가에 대한 법적 의무가 부여되지 않는 국가는 한국 외에 캐나다, 아일랜드, 일본, 포르투갈, 멕시코, 미국이 있는데 이 중 캐나다, 포르투갈, 미국은 질병으로 인한 해고를 막기 위한 무급병가를 법으로 정하고 있다. 캐나다는 Canadian Labour Code에서 3개월 이상 연속적으로 일한 노동자들이 질병으로 인해 결근한 경우 12주간 해고하지 않도록 정하고 있다(sick leave protection)(Government of Canada, 2005). 개인들이 겪게 되는 사회적 위험을 주로 시장을 통해 해결하는 미국 또한 연방정부 차원에서 아픈 노동자를 보호하기 위한 제도를 운영하고 있다. ‘가족 및 의료 휴가법’(Family and Medical Leave Act, FMLA)인데, 50인 이상 사업장으로 제한되고 급여 제공의 의무를 부여하지는 않지만 업무 외 상병으로 인해 업무를 수행하기 어려운 노동자들에게 휴직을 보장할 것을 정하고 있다(Gault, Hartmann, Hegewisch, Milli, & Reichlin, 2014, p. 1; Rho, Schmitt, Earle, & Heymann, 2009, pp. 21-22).¹⁹⁾ 일본의 경우 무급 휴

19) 미국에서 일부 주 정부에서는 유급병가 제도를 운영하고 있다. 로드아일랜드주가 1942년에 업무 외 상병으로 휴직을 하는 노동자를 위한 일시장애보험을 제도화했고 그 뒤 캘리포니아(1946), 뉴저지(1948), 뉴욕(1949), 미국령 푸에르토리코(1968), 하와이

은 유급 병가와 관련한 별도의 규정은 없지만 근로기준법(Labor Standards Law)의 차별금지 조항으로 사용자들은 부상이나 질병으로 치료를 받기 위해 일하지 못하는 노동자들을 최소 30일 동안 해고하지 말라고 정하고 있다(Japan Labour Standards Law, Chapter II). 결론적으로 유급이든 무급이든 상병 휴가 및 휴직과 관련하여 기업의 법적 책임이 규정되어 있지 않는 나라는 한국과 아일랜드, 멕시코이다. 뒤에서 다시 살펴보겠지만 아일랜드와 멕시코는 업무 외 상병으로 일할 수 없는 노동자에게 공적 영역에서 상병수당을 제공하고 있다.

〈표 4-6〉 OECD 국가들에서의 기업 제공 병가 관련 제도 현황

	병가	기업 제공 병가 기간	급여 수준	자격 요건
Australia	○	근무 시간의 1/26(약 연 10일)	100%	근무 일수 비례 (4주 단위로 누적)
Austria	○	6주(5년 근무)~12주(25년 이상 근무)	100%	
Belgium	○	사무직: 1개월 비사무직: 2주	사무직: 100% 비사무직: 7일 100%, 8~14일 60%	
Canada	(무급)	12주	-	3개월 근무
Chile	○	제한 없음 (급여지급기간은 보험에 따라)	100% (10일 이하 병가는 첫 3일은 0%)	-
Czech Republic	○	14일(첫3일 무급)	60%	-
Denmark	○	2주	100%	지난 8주간 72시간 근무
Estonia	○	8일(첫3일 무급)	70%	-

(1969) 등이 일시장애보험을 도입했다. 그 내용을 보면, 노동자가 일시적인 상병으로 휴직을 할 경우, 기존 임금의 50~60% 수준을 최대 52주 동안 받을 수 있는 권리를 보장해준다(Gault et al., 2014).

212 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제

	병가	기업 제공 병가 기간	급여 수준	자격 요건
Finland	○	9일	100%(처음 9일, 그 이후 고용계약에 따라 최소 한 달)	1개월 근무 시 100%, 그 미만 50%
France	○	12개월/3년	상병급여와 임금의 차액 지급	지난 1년간 800시간 근무 (지난 3개월 200시간 근무인 경우 6개월)
Germany	○	6주	100%	4주 근무
Greece	○	1개월	100%	1년 근무(1년 미만 근무 시 2주)
Hungary	○	15일	70%	-
Iceland	○	1년 미만: 월 2일 1년: 1개월	1년: 100% 1년 초과: 기간에 따라 그 이상	
Ireland	-	-	-	-
Israel	○	18일/연	2,3일 50%, 4일 이후 100%	근무 일수 비례
Italy	○	180일(결핵은 더 길)	100% (계약직 기여 일수에 따라)	
Japan	(30일)	-	-	-
Korea	-	-	-	-
Latvia	○	10일(첫째 날 무급)	75%(2~3일 차), 80%(4~10일 차)	질병 발생 6개월 전부터 3개월간, 혹은 지난 발생 24개월 전부터 최소 6개월 이상 질병보험 가입
Luxembourg	○	77일	100%	
Mexico	-	-	-	-
Netherlands	○	최대 104주(2년)	70%(첫해 최저임금)	
New Zealand	○	5일/연(20일까지 누적)	100%	6개월 근무
Norway	○	16일	100%	4주 근무
Poland	○	33일		
Portugal	(무급)		-	

	병가	기업 제공 병가 기간	급여 수준	자격 요건
Slovak Republic	○	8~15일	처음 3일 25%, 4~10일 55%	
Slovenia	○	30일	90%	-
Spain	○	최대 18개월	60~75% (기간에 따라)	180일 가입
Sweden	○	14일	80%	1개월 혹은 중단 없이 14일 근무
Switzerland	○	첫해에 3주	80%	3개월 이상 근무
Turkey	○	6주(3-7일차 유급)	66% 외래환자 50% 입원환자	-
United Kingdom	○	28주	주당 £88.45(2016)	
United States	(무급)	12주	-	50인 이상 사업장, 1년 동안 1250시간 이상 근무

자료: Eesti Haigekassa (2018). Sickness benefit for employees. <https://www.haigekassa.ee/en/employers/sickness-benefit-employees> 에서 2018.9.10.에 인출; European Commission (2018a). Czech Republic-Sickness benefits. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1106&langId=en&intPageId=4474> 에서 2018. 9. 10. 인출; European Commission (2018b). Slovenia-Sick pay. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1128&intPageId=4777&langId=en#navItem-1>에서 2018. 9. 10. 인출; Expat Guide Turkey (2018). Statutory leaves under Turkish labor law. <https://www.expatsguideturkey.com/statutory-leaves-under-turkish-labor-law/>에서 2018. 9. 10. 인출; Globalization Partners (2018). PEO and Employer of Record Services. <https://www.globalization-partners.com/globalpedia/>에서 2018. 9. 15. 인출; Israel Ministry of Justice (1976). Israel Sick Pay Law 5736-1976. <http://oit.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/13611/81479/F1168175409/ISR13611.pdf> 에서 2018. 9. 15. 인출; OECD. (2014). Mental Health and Work: Switzerland. Mental Health and Work. OECD Publishing, Paris; OECD. (2018). Towards Better Social and Employment Security in Korea-en-OECD(Connecting People with Jobs). Paris; Relocation Source (2018). Taxes and Benefits for Employees in Hungary. <http://www.relocationsrc.com/rsrscn-media-page-199147>.에서 2018.9.5.에 인출; Rho, H.J., Schmitt, J., Earle, A., & Heymann, J., (2009). A Review of Sickness-related Leave in 22 High Human Development Index Countries, Washington, D.C., Center for Economic and Policy Research; Spasova S., Bouget D. and Vanhercke B. (2016) Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union, Background report for the Social Protection Committee's In-depth Review on sickness benefits, European Social Policy Network (ESPN), Brussels, European Commission

2. 현금상병급여

거의 모든 OECD 국가들은 일시적인 근로 무능력 상태에 있는 노동자들에게 현금급여 방식으로 소득을 지원하는 사회보장 제도를 도입하고 있다. 일반적으로 이러한 제도들에서 포괄하는 인구 범위나 급여 수준은 앞서 언급한 고용주에게 부여하는 법적 책임의 수준을 넘어선다. 대부분의 이들 국가에서 상병급여의 재원은 사회보험 방식의 기여금을 통해 조달되지만 호주, 핀란드, 뉴질랜드, 영국은 비기여 방식으로 소득을 지원한다(OECD, 2018, p. 123).

업무 외 상병으로 아픈 노동자들에게 제공되는 현금상병급여의 보장 수준은 포괄하는 인구 범위, 급여 제공 기간, 급여 수준이라는 3가지 측면에서 살펴볼 수 있다. 우선 인구 범위를 살펴볼 경우 종사상 지위에 따라 차이가 있을 수 있다. 거의 모든 국가들에서 임금노동자를 포함하지만 임금노동자 외에 자영업자들까지 보호하는 국가들은 적은 편이다. 핀란드, 벨기에, 덴마크 등이 자영업자들에게도 상병급여를 제공하는데 이들 국가에서 자영업자들은 의무적으로 보험에 가입해야 한다. 체코, 스페인, 폴란드와 같은 국가들에서 자영업자들은 자발적으로 공공 혹은 민간 보험에 가입할 수 있다. 두 가지 경우 모두 임금노동자보다 보험료 수준이 높다(Spasova et al., 2016, p. 10). 관련 사회보장 제도에 대한 기여 기간에 따라라도 자격이 달라질 수 있다. 오스트리아, 이탈리아, 룩셈부르크, 체코, 핀란드, 헝가리, 스웨덴, 슬로베니아, 네덜란드, 라트비아는 상병급여를 받기 위해 특정 기간 동안 보험료 등을 납부하는 것이 의무는 아니다. 기여 정도에 따라 현금상병급여의 자격이 정해지는 국가들에서 기여 기간은 대체로 2~3개월인데 에스토니아는 14일, 헝가리는 9개월, 그리스는 더 길며 상병수당이 제공되는 기간과 직접적으로 연계된다. 이

러한 기간은 상병수당을 받기 전(정확히는 질병이 발생하기 전)의 일정 기간으로 정해지기도 하는데 예를 들어 리투아니아는 질병 발생 전 12개월 내에 3개월 동안, 혹은 24개월 내에 6개월 동안 사회보장 기여금 혹은 보험료 등을 납부해야 한다(Spasova et al., 2016, p. 11).

다음으로 급여 제공 기간이다. OECD 국가들에서 제공되는 현금상병급여의 최대 기간은 다양하다(OECD, 2018, p. 125). 예를 들어 독일은 78주, 아일랜드 52주, 스웨덴은 1년(질병이 심각한 경우 더 길게 제공)을 제공하며 캐나다 15주, 영국, 덴마크 22주처럼 일부 국가들은 상대적으로 제한된 기간 동안 상병급여를 지급한다(SSA & ISSA, 2017, p. 91; SSA & ISSA, 2018, pp. 96, 136, 176, 352, 362).

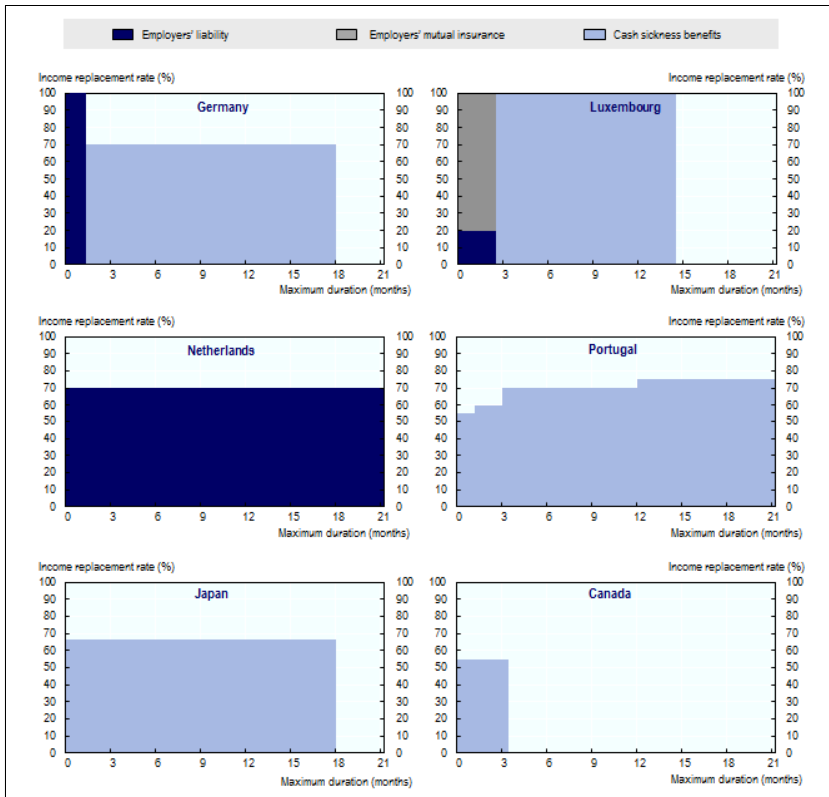
세 번째로 현금급여의 크기 또한 다양하다. 대부분의 현금상병급여는 실업급여와 유사한 방식으로 급여의 크기가 결정되는데 일반적으로 최저금액과 최고 금액을 두면서 일상적인 근로소득의 일정 부분으로 계산된다(OECD, 2018, p. 125). 캐나다, 그리스와 같은 국가들은 기존 임금의 약 50~55%를 지급하며 덴마크와 아일랜드는 기존 임금을 고려하여 정액수당을 지급하는데 각각 주당 4,300크로네(kroner)와 193유로를 상병급여로 지급한다(SSA & ISSA, 2017, p91; SSA & ISSA, 2018, p145, 176).

3. 기업의 법적 책임과 공적 상병수당의 관계

사용자의 법적 책임에 대한 규정과 공적인 자원 조달을 통해 상병급여를 지급하는 두 가지 제도의 관계는 국가마다 다양하다. 스위스 같은 국가들은 고용주의 법적 책임에 전적으로 의존하는 반면 캐나다, 일본, 포르투갈과 그 외 다른 국가들은 사회보험 방식으로 운영한다. 하지만 대부분의

경우 두 가지 모두에 의존하는데 제도 간 관계는 국가마다 다양하다 (OECD, 2018, pp. 125-127). 예를 들어 [그림 4-6]은 두 가지 제도가 각각 어느 정도 기간 동안, 어느 정도 수준에서 급여를 제공하는가라는 3가지 차원을 고려했을 때 6개의 OECD 국가들에서 질병에 대해 제공하는 소득 지원 방식을 보여 준다. 말하자면 6가지 사례들은 질병에 대해 사회적 보호를 제공하는 접근들이 국가마다 다양할 수 있음을 보여 준다.

[그림 4-5] 일부 OECD 국가들에서 제공되는 질병에 대한 소득 지원 제도와 그 구성



자료: OECD. (2018, p. 126). Towards Better Social and Employment Security in Korea, Connecting People with Jobs, OECD Publishing, Paris.

각 국가들에서 운영하는 제도를 구체적으로 살펴보면 우선 독일은 가장 통합적인 형태의 지원을 제공한다. 노동자의 질병 발생 시 고용주들은 일정 기간 동안 근로소득의 전체를 보상해야 하며 더 긴 기간에 대해서는 현금상병급여가 제공된다. 룩셈부르크도 독일과 유사한 방식으로 상병 시 노동자들의 소득을 지원하는데 차이점은 고용주들이 그들의 위험을 국가 수준에서 운영되는 보험기금(mutual insurance fund)을 통해 분산시킨다는 점이다. 이러한 기금에 가입한 고용주들은 노동자 1인당 최대 77일까지 질병에 대한 그들의 법적 책임 관련 비용의 80%를 상환받는다. 네덜란드는 고용주들에게 2년까지 아픈 노동자들의 임금을 70% 보장하도록 법적 책임을 부과한다(대부분의 단체협약하에서 100% 보장). 비정규 노동자와 실업자를 포함해 별도의 고용주가 없는 노동자들 또한 동일한 급여 수준과 기간 동안 상병급여 수급 자격을 갖는다(OECD, 2018, p. 125).²⁰⁾

고용주의 유급병가 제공에 대한 규정이 없는 캐나다, 일본, 포르투갈과 같은 국가들은 사회보험 방식으로 업무 외 상병 시 노동자에게 급여를 제공하는데 이들 사이에도 차이가 있다. 포르투갈에서 급여 금액은 상병기간이 길어지면서 증가한다. 일을 할 수 없는 처음 1개월은 기존 급여의 55%, 3개월까지는 60%, 12개월까지는 70%, 그 이후는 75%로 시간에 따라 증가하면서 3년까지 제공된다(결핵의 경우 제한이 없음)(SSA & ISSA, 2018, p. 293). 반면 일본에서는 일정 수준의 금액이 제공된다. 부상 및 질병수당(the Injury and Sickness Allowance)은 18개월까지 제공되는데 소득대체율 수준은 66.67%이다. 일본의 상병급여는 건강보험 제도하에서 기여 방식으로 재원을 조달한다(SSA & ISSA, 2016, p. 127). 앞의 두 나라에 비

20) OECD 국가들 중 스위스가 유일하게 네덜란드와 유사한 수준에서 고용주의 법적 책임에 관한 규정을 갖고 있다(OECD, 2018, p. 125). 스위스에서 고용주는 근무 기간과 지역에 따라 아픈 노동자의 임금을 3~46주 동안 100% 보장해야 한다(OECD, 2014, p. 45).

해 캐나다에서 현금상병급여의 크기와 기간은 상대적으로 낮는데 노동자의 일상임금의 55%를 대체하며 최대 15주 동안 제공된다. 캐나다의 현금상병급여는 실업급여를 제공하는 고용보험에서 재원이 조달되고 운영된다(SSA & ISSA, 2017, pp. 90-91). <표 4-7>은 기업의 병가 제도와 공적 상병수당 제도가 종사상 지위별로 포괄하는 인구집단의 범위와 두 제도 간의 관계를 보여 준다.

<표 4-7> 국가별 유급병가와 공적 상병수당 제도 인구집단 포괄 범위 및 제도 간 관계

	정규직 임금노동자	자영업자	비정규직 임금노동자	실업자	제도 간 관계
Australia	•	•	•	•	
Austria	•	•	• (견습생)	•	유급병가 종료 후 사회보험으로
Belgium	•	•	•	•	유급병가 종료 후 사회보험으로
Canada	•	-	-	•	유급병가 없음
Chile	•	•	• (계약직)	-	유급병가 없음
Czech Republic	•	-	-	-	유급병가 종료 후 사회보험으로(15일부터 380일까지는 사회보장기금)
Denmark	•	•	•	•	유급병가 종료 후 사회보험으로
Estonia	•	•	•	•	유급병가 종료 후 사회보험으로 (9일부터 182일까지는 사회보장기금, 결핵은 240일)
Finland	•	•	•	•	유급병가 종료 후 사회보험으로
France	•	•	• (견습생)	•	상병급여와 임금의 차액 지급
Germany	•	-	• (견습생)	•	유급병가 종료 후 사회보험으로
Greece	•	-	•	-	상병급여와 임금의 차액 지급

	정규직 임금노동자	자영업자	비정규직 임금노동자	실업자	제도 간 관계
Hungary	•	•	•	•	유급병가 종료 후 사회보험으로(사회보장기 금에서 50~60% 지급, 이 중 1/3은 고용주)
Iceland	•	•	•	-	유급병가 종료 후 사회보험으로
Ireland	•	-	-	-	유급병가 없음
Israel	-	-	-	-	공적 상병수당 없음
Italy	•	-	• (계약직)	•	상병급여와 임금의 차액 지급
Japan	•	-	-	•	유급병가 없음
Korea				•	유급병가 없음
Latvia	•	•	-	•	유급병가 종료 후 사회보험으로 (3년간 52주, 연속적인 수당 지급은 26주)
Luxembourg	•	•	•	•	
Mexico	•	-	-	-	유급병가 없음
Netherlands	•	-	•	•	
New Zealand	•	•	•	•	
Norway	•	•	•	•	
Poland	•	•*	-	•	
Portugal	•	•*	•	-	
Slovak Republic	•	•	-	•	
Slovenia	•	•	•	•	유급병가 종료 후 사회보험으로
Spain	•	•	•	•	사회보험
Sweden	•	•	-	•	
Switzerland	-	-	-	-	공적 상병수당 없음
Turkey	•	•	•	-	수당 지급은 사회보장기금
United Kingdom	•	•	•*	•	
United States	-	-	-	-	공적 상병수당 없음

자료: Eesti Haigekassa (2018). Sickness benefit for employees. <https://www.haigekassa.ee/en/employers/sickness-benefit-employees> 에서 2018.9.10.에 인출; European Commission (2018a). Czech Republic-Sickness benefits. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1106&langId=en&intPageId=4474> 에서 2018. 9. 10. 인출; European Commission (2018b). Slovenia-Sick pay. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1128&intPageId=4777&langId=en#navItem-1>에서 2018. 9. 10. 인출; Globalization Partners (2018). PEO and Employer of Record Services. <https://www.globalization-partners.com/globalpedia/>에서 2018. 9. 15. 인출; Gumbusopglu, R., Bay

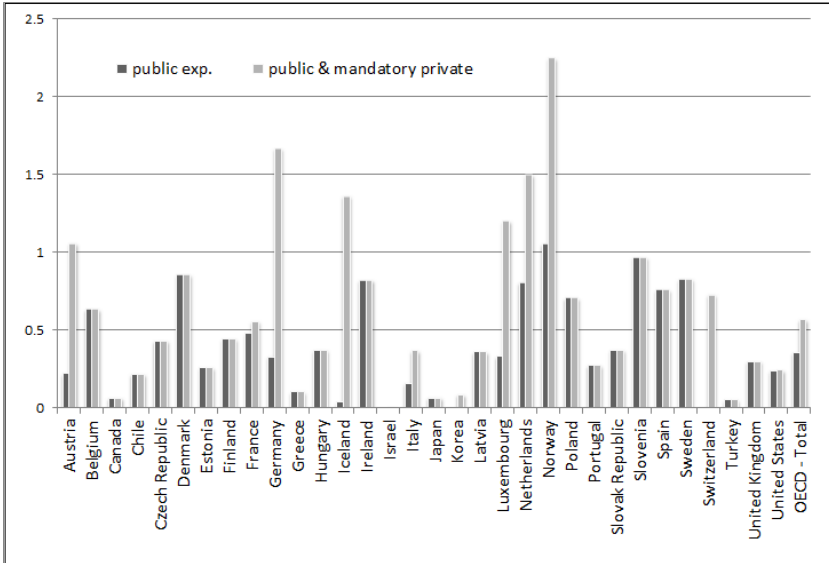
sa, P., Sapan, B.Y. (2018) Employment and Employee Benefits in Turkey. <https://g.un.av.tr/employment-and-employee-benefits-in-turkey-2/>에서 2018. 9. 10. 인출; OECD (2018, p. 124). Towards Better Social and Employment Security in Korea, Connecting People with Jobs, OECD Publishing, Paris.; Israel Sick Pay Law; Relocation Source (2018). Taxes and Benefits for Employees in Hungary. <http://www.relocationsrc.com/rsrscen-media-page-199147>에서 2018.9.5.에 인출; Rho, Schmitt, Earle, & Heymann. (2009). A Review of Sickness-related Leave in 22 High Human Development Index Countries. Washington, D.C., Center for Economic and Policy Research; Spasova S., Bouget D. and Vanhercke B. (2016) Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union, Background report for the Social Protection Committee's In-depth Review on sickness benefits, European Social Policy Network (ESPN), Brussels, European Commission; Spasova, Bouget. & Vanhercke. (2017). Access to social protection for people working on non-standard contracts and as self-employed in Europe, European Social Policy Network (ESPN), Brussels, European Commission

* 터키: 비정규직은 domestic workers; 폴란드: 자영업자는 90일 후 지급; 포르투갈 자영업자는 30일 후 지급

4. 상병소득보장 제도의 이용 현황과 영향

기업주에 대한 법적 의무와 공적 영역에서 제공하는 상병수당 제도 현황에서 살펴보았듯 대부분의 OECD 국가들은 업무 외 상병으로 일할 수 없는 노동자의 고용과 소득을 보장하기 위한 제도를 가지고 있다. [그림 4-5]는 OECD 국가들의 사회지출 관련 자료로 근로 무능력(incapacity) 관련 사회보장 제도 중 유급병가 및 상병수당으로 지급되는 현금급여가 GDP에서 차지하는 비중을 보여준다. 공공지출 비중으로 볼 경우 덴마크, 노르웨이 등 북유럽 국가들에서 높은 편이고 의무적인 민간지출까지 포함할 경우 독일, 네덜란드, 오스트리아와 같은 사회보험 방식의 사회보장 제도를 운영하는 국가들에서도 그 비중이 높은 편임을 알 수 있다. 국가별로 살펴볼 경우 노르웨이가 공공지출과 의무적인 민간지출을 합쳐 약 2.7%로 GDP 대비 가장 높은 비율을 상병 관련 현금급여로 지출하고 있다. 다음으로 높은 국가는 독일로 GDP 대비 약 1.7%를 공공지출 혹은 민간지출로 상병 관련 현금급여를 제공하고 있다. 공공지출 비중만을 볼 경우 노르웨이, 슬로베니아, 스웨덴 순으로 GDP 대비 비율이 높다.

[그림 4-6] GDP 대비 상병(sickness) 관련 현금급여(cash benefits) 지출 비중, 2013



자료: OECD Social Expenditure (SOCX) Database

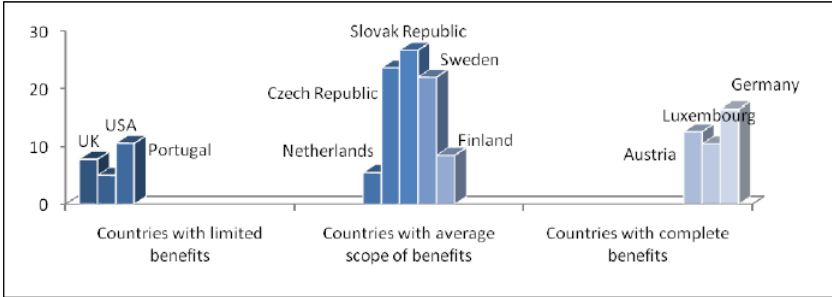
* 공공지출 비중, 공공지출과 의무적인 민간지출 비중, 멕시코, 뉴질랜드는 자료가 없음

이러한 차이는 업무 외 상병에 대한 소득보장 제도가 각 국가의 전반적인 복지 제도의 발전 과정과 맥을 같이함을 보여 준다. 사회구성원에게 보편적인 권리를 보장하는 것을 특징으로 하는 덴마크, 노르웨이, 스웨덴 등 북유럽 국가들(Esping-Andersen, G., 1990, pp. 27-28, p. 51-52)에서 상병 시 소득보장 제도는 공적 영역의 자원 조달에 의존하는 정도가 큰 반면 조합주의 전통이 강하고 사회보험에 의존하여 복지국가가 발전한 독일, 오스트리아와 같은 국가들(Esping-Andersen, G., 1990, p. 27)에서는 공적 영역의 역할 외에도 기업의 법적 책임을 보다 강화하는 방식에 의존한다. 한편 개인이 생애주기에 따라 겪게 되는 사회적 위험들을 시장을 통해서 감당하는 자유주의형 복지국가인 미국

(Esping-Andersen, G., 1990, pp. 26-27)이나 스위스(Ferragina, E., Seeleib-Kaiser, M., & Tomlinson, M., 2013, p. 796), 그리고 후발 복지국가로 최근 자유주의형 복지국가로 분류되는 이스라엘(Gal, J. & Bargal, D., 2009, p. 186)은 중앙정부에서 공적 재원을 투입하지 않고 국가 규제를 통해서 노동자에게 상병휴가의 권리를 보장해 준다.

상병수당 제도가 보편적으로 도입된 국가들에서 관련 제도의 영향에 대한 관심도 적지 않다. 말하자면 상병수당 제도가 노동시장 참여에 미치는 영향에 대한 관심이다. 이들 연구들은 제도의 긍정적인 측면과 함께 부작용을 분석하는 데 목적을 두고 진행되었는데 상병수당 제도가 노동 참여에 미치는 영향을 분석하거나(Autor & Duggan, 2003; Sjöberg, 2017) 노동자의 유급병가 제도의 사용에 영향을 미치는 요인들을 분석하였다(Osterkamp & Rohn, 2007). 이들 연구들은 상병수당제도가 성숙한 서구 복지국가들에서 혜택과 부작용을 분석함으로써 제도의 효과를 극대화하기 위한 균형점을 찾는 데 초점을 두고 있다. 예를 들어 Autor & Duggan(2003)은 상병수당 제도가 아픈 노동자의 재활을 도와 노동시장으로의 재유입을 도우려는 본래의 취지에서 벗어나, 노동자들의 근로 의욕에 부정적인 영향을 미친다고 하였다. 하지만 이러한 결과가 아픈 노동자들이 비로소 휴식을 취할 수 있게 되어 나타난 결과인지 제도를 무분별하게 이용하는 결과인지는 불분명하다. 예를 들어 [그림 4-6]은 일부 OECD 국가들에서 급여 수준에 따라 상병으로 인한 실제 휴가 일수를 보여주는데 가장 급여 혜택이 큰 오스트리아, 룩셈부르크, 독일과 같은 국가들에서 상병으로 인한 휴가 일수는 평균 수준이고 체코나 슬로바키아 등과 같이 제한적인 급여를 제공하는 국가들에서 오히려 휴가 일수가 긴 것으로 나타났다(Scheil-Adlung & Sandner, 2010, p. 11).

[그림 4-7] 일부 OECD 국가들에서 급여 수준에 따른 상병으로 인한 휴가 일수(2000)



주: 급여 수준은 소득대체율, 급여 지급 시작일 등에 따라 구분됨.

자료원: Scheil-Adlung(2010) p. 11

비슷한 맥락에서, Sjöberg(2017)는 관대한 상병수당 제도가 무분별한 병가의 사용으로 이어지는지를 21개 유럽연합 회원국의 1992~2011년 자료를 이용해 분석했다. 저자는 유급병가 기간 동안 주어지는 급여를 줄이면 단기적으로는 병가 사용을 줄이지만, 장기적으로는 오히려 병가 사용 비율을 높이는 결과로 이어졌다고 했다.

제4절 소결

한국에서 업무 외 상병이 발생했을 때 대부분의 노동자들은 실직과 소득 상실의 위험에 놓인다. 업무 외 상병에 대한 휴가·휴직 제도가 법적으로 보장되지 않으므로 사업장별로 제도의 존재 여부나 수준이 다양하다. 상병에 대한 휴가·휴직 제도를 갖추고 있는 기업들의 경우에도 대기업 정도를 제외하면 대부분 무급이다. 이로 인해 업무 외 상병이 발생할 경우 노동자들이 실직을 경험할 위험이 높다. 노동시장에서 한번 이탈할 경우 다시 돌아오기 쉽지 않으므로 이들에 대한 사회적 배제가 증가한다. 업무 외 상병과 관련하여 기업의 법적 책임을 강화하거나 공적 영역에서 상병 수당을 제공하는 것과 같은 제도의 핵심적인 목적 중 하나는 궁극적으로 고용관계를 유지하는 것이다. 즉, 다른 나라들에서 상병급여 제도는 업무 외 상병으로 아픈 노동자들의 건강 회복에서 고용주들의 긍정적인 역할을 강화하고 노동자들이 일자리로 돌아오는 것을 보다 쉽게 한다. 이러한 제도가 없을 경우 노동자들이 업무 외 상병으로 겪게 되는 경제적, 사회적, 심리적 부담은 커지게 되고 더 오랜 기간 사회적으로 배제된 채 남아 있을 수 있다(OECD, 2018, p. 123).

〈표 4-8〉은 아플 때 쓸 수 있는가와 소득을 지원받는가라는 두 가지 차원에서 앞서 살펴본 OECD 국가들의 현황을 요약한 표이다. 업무 외 상병과 관련하여 휴가·휴직 제도에 대한 규제가 없는 나라는 아일랜드와 멕시코인데 이 두 나라는 공적 영역에서 아픈 노동자들에게 상병수당을 지급한다. 스위스, 미국, 이스라엘은 공적 영역에서 업무 외 상병과 관련해 직접적으로 현금을 지원하지 않는다. 하지만 이들 세 나라는 법을 통해 기업들이 일정 수준의 자격을 갖춘 노동자들에게 휴가·휴직을 제공하도록 규제하고 있다. 결국 두 가지 측면에서 어떤 지원이나 규제도 갖추고

있지 않은 나라는 한국이 유일하다. 한국에서는 노동자들이 업무 외의 이유로 아프게 될 때, 소득 상실분에 대한 현금 보상이 없을뿐더러, 휴식에 따른 일자리 보장도 되지 않는다.

〈표 4-8〉 OECD 국가별 업무 외 상병 관련 휴가 제도 및 현금급여 현황

	병가에 대한 공적 현금 지원 있음	병가에 대한 공적 현금 지원 없음
노동자 병가 지원하는 국가 규제 있음	OECD 28개 국가	스위스, 미국, 이스라엘
노동자 병가 지원하는 공적 규제 없음	아일랜드, 멕시코	한국

정리하면 OECD 회원국들과 비교하더라도 업무 외 상병으로 아픈 노동자를 보호하는 제도가 뒤떨어져 있음을 알 수 있다. 다른 나라의 사례로 볼 때 일정 수준에서 고용주의 법적 책임을 강화하는 것과 공적 영역에서 재원 조달을 통해 아픈 노동자들을 보호하는 제도 마련이라는 두 가지 접근을 모두 고려해 볼 수 있을 것이다.

제 5 장

결론

제1절 주요 결과 및 시사점

제2절 질병의 경제적 영향을 줄이기 위한 정책과제

제1절 주요 결과 및 시사점

사회경제적 지위가 건강에 영향을 미치기도 하지만 반대로 건강이 소득이나 고용상태 등에 영향을 미치기도 한다. 건강불평등과 관련하여 국내 실증연구들은 주로 전자에 관심을 두어 왔지만 건강과 사회경제적 지위와의 동태적 관계라는 측면에서 본다면 한국에서 건강상태가 사회경제적 지위에 어떻게 영향을 미치는지 실증적으로 확인할 필요가 있다. 특히 상병과 관련한 사회경제적 안전망이 갖추어지지 않은 한국에서, 경제활동 연령층이 질병을 경험할 경우 소득 상실이나 실직으로 이어질 위험이 크다. 본 연구는 이러한 위험을 실증적으로 확인하고 관련된 정책과제를 제시하는 것을 목적으로 진행되었다.

본 연구에서 양적 자료와 질적 자료를 이용하여 질병 발생의 영향을 분석한 결과 건강상의 문제가 소득 상실과 실직으로 이어질 수 있음을 확인하였다. 예기치 않은 건강충격이라는 측면에서 중증질환 진단과 15일 이상 질병으로 인한 입원을 종속변수로 활용하여 한국의료패널 자료와 건강보험코호트 자료를 분석하였는데 중증질환을 진단받거나 15일 이상 입원을 경험한 직후 경제활동 참여 정도가 감소하였고 개인 소득도 감소하였다. 질병을 경험한 집단에서 질병 발생 후 개인소득이 (최저임금으로 정의한) 빈곤선 이하로 내려가는 비율이 증가하였다. 가구 근로소득 또한 감소하였고 (기준중위소득의 50% 혹은 최저생계비로 정의한) 빈곤선 이하로 내려가는 비율이 증가하였다. 반면 가구총소득은 증가하였는데 이

는 민간보험으로부터의 수입, 퇴직금으로 예상되는 기타 소득 등 근로 외 소득의 증가와 관련되어 있었다. 중증질환을 경험한 경우 입원을 경험한 경우보다 경제활동 참여율이나 소득의 감소 정도가 컸고 그 기간도 더 길었다. 입원의 경우 1년 정도 후 기존의 경제상태를 어느 정도 회복한 반면 중증질환은 그 영향이 좀 더 지속되었다. 여기에는 질병으로 인해 일을 하지 못하는 기간 외에도 건강 회복 후 구직기간까지 포함된 것으로 예상된다. 근로 외 소득의 증가는 약 3년 정도 지속되었는데 이는 일하지 못해서 발생하는 소득 감소를 근로 외 소득으로 만회함을 의미한다. 정리하면, 경제활동 연령층이 질병을 경험할 경우 실직이나 소득 상실을 경험하고, 개인이나 가구는 이러한 경제적 위험에 대해 가지고 있는 자원들을 이용하여 대응하고 있었다. 이는 질병이 장기화되거나, 가용한 자원이 부족한 가구에서 질병이 발생할 경우, 질병 발생이 빈곤으로 이어질 수 있음을 의미한다.

심층면접을 통한 질적 연구 분석에서도 비슷한 결과를 확인하였다. 질병이 발생할 경우 사업장에서 고용되어 일하던 노동자들은 대부분 실직을 경험하였고 자영업자들은 폐업을 선택하는 경우가 많았다. 정규직인 경우 상대적으로 휴가 등을 사용할 수 있는 기회가 더 많았다. 하지만 사업장에 업무 외 상병 관련 휴가 혹은 휴직 제도가 있어 아픈 기간 동안에도 직장을 유지한 경우는 많지 않았고 관련 제도가 있는 경우에도 대부분 무급이었다. 가구는 가지고 있는 다른 사회경제적 자원을 이용하여 질병 발생의 충격을 완화하는데 예를 들어 가구 내 다른 구성원이 경제활동에 참여하는 것이다. 또한 대출, 자산 처분 등 근로 외 소득을 통해 의료비와 생계비를 마련하는 모습도 관찰되었다. 하지만 아픈 노동자가 가구의 주 부양자인 경우 이러한 자원으로라도 그 충격을 완화하기는 어려운 것으로 나타났다.

가지고 있는 사회경제적 자원이 없는 경우 질병의 영향이 더 클 수 있는데 한국에서 이러한 충격을 완화시키는 제도는 미흡하다. 공적 영역에서 상병 시 소득을 보장하는 제도가 없으며 근로기준법은 업무 외 상병과 관련해 노동자들을 보호하기 위한 별도의 기준을 정하고 있지는 않다. 공무원을 제외하면 사업장에 따라 취업규칙 혹은 노사협약을 통해 관련 규정을 자율적으로 정하도록 하고 있다. 본 연구에서 취업규칙 자료를 이용하여 민간기업들의 업무 외 상병 관련 휴직 제도 현황을 조사한 결과, 업무 외 상병 관련 휴직 제도를 갖고 있는 사업장은 많았지만 유급 휴직이 가능한 경우는 6% 정도에 불과하였다. 유급휴직을 제공하는 비율은 사업장 규모별로 편차가 있었지만 300인 이상 사업장의 경우에도 16~17% 수준에 불과하였다. 또한 (급여 지급과 관계없이) 휴직이 가능한 기간 또한 사업장 규모에 따른 차이가 있었는데, 예를 들어 3개월 이상 휴직이 가능한 사업장은 100인 미만사업장의 경우 20~35% 수준이었고 300인 이상 사업장은 48~73% 수준이었다.

한국과 달리 대부분의 OECD 회원국들은 사용자의 법적 책임을 강화하는 방식과 공적 영역에서 상병급여 제도를 마련하는 방식으로 아픈 노동자를 실직과 소득 상실의 위험으로부터 보호하고 있었다. OECD 34개 국가 중 29개 국가는 사용자의 법적 책임을 강화하는 방식과 공적 상병수당제도라는 두 가지 제도를 모두 이용하고 있었고 두 개 국가는 공적 현금 지원 제도만을, 세 개 국가는 업무 외 상병과 관련한 휴가/휴직을 법적으로 정하고 있었다. 두 가지 제도 중 어떤 것도 가지고 있지 않은 나라는 한국이 유일한 것으로 나타났다.

제2절 질병의 경제적 영향을 줄이기 위한 정책과제

한국에서 업무 외 상병과 관련한 안전망을 구축하기 위해 두 가지 측면의 접근이 가능하다. 즉, 주요 선진국들에서 도입한 제도를 참고하여 기업에서 제공하는 병가 제도와 공적 영역에서 재원을 조달하는 방식의 두 가지 접근을 함께 고려할 수 있다.

1. 사용자의 의무 강화

가. 상병 휴가, 휴직제도 최소 기준 마련

사용자의 법적 책임 강화라는 측면에서, 우선은 병가제도와 관련한 법적 규정을 도입할 필요가 있을 것이다. 노동자가 아플 때 쉴 수 있는 권리는 OECD 대부분 국가에서는 물론, 스위스나 이스라엘, 그리고 가장 시장의존적인 복지 제도를 운영하는 미국에서도 1990년대 이후부터 보장되고 있다. 반면, 한국에서 병가에 대한 권리는 법적으로 보장되지 않고 있다. 근로기준법에서는 업무 외 상병으로 인한 휴가에 관한 내용이 없고, 이로 인해 업무 외 상병 발생 시 쉴 수 있는 권리는 연차휴가의 범위 안에서만 가능하다. 2014년부터 시행되는 「남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률」(남녀고용평등법)을 보면, 노동자가 부모, 배우자, 자녀 또는 배우자의 부모를 돌보기 위해서 1년에 최대 90일까지 휴직이 보장된다(제22조). 가족의 상병 혹은 육아에 대해서 국가가 적극적으로 돌봄의 권리를 보장하는 반면, 정작 노동자 자신의 상병으로 인해서는 쉴 수 없다는 점은 사회적인 통념이나 형평성에도 맞지 않다.

노동자의 병가에 대한 권리 보장에는 다음과 같은 사항들을 고려할 필

요가 있을 것이다. 우선, 노동자가 의료 전문가의 진단서 등 근거를 제시하고 휴직을 요구했을 때, 사용자는 사업 운영에 중대한 지장을 초래하는 경우 등의 이유가 아니면 병가를 허용해야 한다. 둘째, 노동자는 병가를 사유로 해고나 불리한 처우를 당하지 않는다. 셋째, 병가 기간을 마친 뒤에는 휴직 기간 전과 같은 업무 또는 같은 수준의 임금을 받는 직무로 돌아와야 한다. 마지막으로, ‘병가 기간은 근속 기간에 포함한다’는 내용은 남녀고용평등법에서 육아휴직에 관한 것인데, 이 부분 역시 병가에 대한 공적 제도 도입 시 고려해 볼 수 있다.

나. 상병 휴가, 휴직제도에 대한 급여 지급 방안 마련

다음으로, 사용자의 책임에서 급여 지급에 대한 공적 규제를 법제화하는 부분이다. 앞서 살펴본 대로, 전체 OECD 국가 가운데 상병급여 제도를 갖추고 있지 않으면서 유급병가 제도에 대한 국가 단위의 규제가 없는 국가는 한국과 미국뿐이다. 미국 일부 주가 1940년대부터 유급병가 제도를 강제했다는 점을 고려하면, 한국이 유급병가 제도의 규제에서도 가장 열악한 상황이다.

대부분의 대기업 사업장 등에서 유급병가 제도를 도입하고 있음을 고려하여 이를 법으로 규정할 필요가 있다. 급여 지급 일수는 최소 수준을 정하되 취업규칙이나 단체협약을 통해 일부 기업들은 더 긴 시간을 보장할 수 있을 것이다. 유급휴가 일수는 OECD 국가들의 현황을 보았을 때 현재의 연차휴가 일수와 비슷한 수준에서 정할 수 있을 것이다. 향후 그 영향을 보면서 확대 등을 논의하는 것이 가능할 것이다. 다만 본 연구에서 살펴보았듯 중증질환에 걸릴 경우 직장 복귀까지 짧게는 1년 정도가 걸림을 고려하여 고용안정성이라는 측면에서 더 긴 시간 휴식을 제공할 필요가

있다. 이 경우 그 재원은 공적 영역에서 마련하는 방식을 고려할 수 있다.

유급병가 제도에 대한 국가 규제를 한국에서 도입할 때, 국내에서 참고할 만한 사례는 고용보험기금을 재원으로 하는 출산전후휴가급여 제도이다. 한국에서는 출산을 전후한 여성 노동자에게는 유급병가를 주는 반면, 그 밖의 이유로 아픈 노동자를 위한 소득보장 제도가 없다. 다수의 OECD 국가에서 노동자의 출산을 업무 외 상병과 같은 범주로 두고 병가 제도를 운영하는 점을 고려할 수 있다. 출산 여성 노동자는 근로기준법 및 남녀고용평등법 등 관련 법령에 따라 출산 전후 90일 가운데 처음 60일 동안 사용자로부터 통상임금 수준의 급여를 받게 된다. 그리고 나머지 30일은 고용보험에서 같은 수준의 수당을 지급하게 된다. 다만, 일정한 규모 이하의 '우선지원대상기업'들, 이를테면, 제조업 기준으로는 500인 이하 사업장에서 일하는 노동자는 고용보험에서 90일 동안의 급여를 모두 받게 된다(고용노동부, 2018). 이와 같은 선례를 따라 상병수당의 운영 방식이나 재원 마련 방안을 검토할 수 있다.

한편 제도 설계 시 재원조달이나 급여 지급과 관련하여 다음과 같은 사항들을 고려할 필요가 있다. 우선, 재원 마련 과정에서 노동자의 기여금 비율은 다른 사회보험제도와 동일하게 50%를 넘지 않도록 하는 것이다. 다음으로, 유급병가 이용 자격을 정할 필요가 있다. 근속기간과 연계하는 방식과 함께 일정 기간 동안 고용관계를 유지한 노동자에 대해 동일한 유급병가 기간을 제공하는 방식이 가능하다. 일수를 근무 일수에 비례해 할당하는 경우 상대적으로 안정적인 정규직, 고수익 노동자들의 고용 기간이 비정규직보다 길다는 점을 고려할 때, 유급병가 혜택이 기존의 불평등을 강화할 가능성이 있다. 더욱이 불안정 노동을 하는 노동자들의 건강상태가 상대적으로 안 좋은 점을 고려하면 불평등의 경향은 더욱 심화할 가능성이 높다는 점에서 일정 기간 동안 고용관계를 유지한 노동자에게 동일한 기간을 제공하는

방식이 고려 가능하다. 마지막으로 유급평가 기간이 종료된 이후에도 의학 적 판단이 있는 경우 무급으로 평가에 대한 권리를 인정하는 것이다.

2. 공적 영역의 안전망 강화

사용자의 법적 책임을 강화함으로써 상병휴가 및 휴직 제도에 대한 사업장 간 격차를 줄일 수 있음에도 불구하고 불평등이 강화될 소지가 또한 존재한다. 앞서 언급하였듯 고용상태가 불안정한 경우 기업이 제공하는 상병휴가 및 휴직제도를 이용하지 못할 수 있고 다른 한편으로 불안정한 고용상태에 있는 경우 건강상태가 좋지 않다는 점이다. 공적 영역의 상병수당 제도는 이러한 격차를 줄이기 위한 역할을 할 수 있다. 즉, 사용자의 법적 책임을 강화하는 방식과 공적 영역의 상병수당 제도라는 두 가지 접근을 모두 이용하고 있는 다른 OECD 국가들에서 공적 영역의 상병수당 제도는 급여수준을 높이거나 급여가 제공되는 기간을 늘림으로써 기업이 제공하는 평가제도를 보완하는 역할을 한다. 예를 들어 기업이 제공하는 유급평가 가능 일수를 넘어서 노동자의 건강상태에 대한 의료적인 판단이 있는 경우 재정적인 부담에 대해서는 기업 부담분에 공적 재정 지원을 더하는 방식을 취하는 방안을 고려할 수 있다. 이를테면, 10년 근속 노동자가 회사로부터 1년에 5주의 유급평가를 보장받고, 1년 근속 노동자가 회사로부터 3주의 유급평가를 보장받도록 우리나라에서도 공적 규제를 제도화한다고 가정할 때, 후자에 속하는 1년 근속 노동자가 6주의 평가가 필요하다는 진단을 받을 수 있다. 이 경우 해당 노동자는 회사로부터 3주 치의 상병수당을 지급받고, 나머지 3주 치의 상병수당은 공공이 부담하는 방식이다. 마지막으로 상병수당의 수준과 관련해서, 휴직 이전의 임금의 일정 비율을 보장하는 방식과 정액 수당을 제공하는 방식이 가능하다.

출산전후휴가급여 제도의 경우 휴직 이전의 통상임금을 제공하는데, 병가로 인한 소득 상실의 경제적 충격이 저소득층에 가장 크다는 점을 고려한다면, 상병수당으로 월 기본 액수, 이를테면 월 30만 원 수준에 더해 소득 비례 상병수당을 주는 방안을 고려해볼 수 있을 것이다.

건강을 회복할 수 있는 적절한 휴가와 아픈 기간 동안의 임금 상실을 대체하는 것은 건강의 악화와 질병으로 인한 빈곤, 생산성 손실을 막는데 있어 핵심적이다. 이러한 제도들은 노동자가 제때에 의료 서비스를 받을 수 있도록 함으로써 질병이 악화되어 빈곤과 불건강의 악순환에 빠지는 것을 예방한다. 이러한 배경에서 국제노동기구(ILO)의 “Social Security (‘Minimum Standards’) Convention(No. 102)”, “Medical Care and Sickness Benefits’ Convention(No. 130)”, “Decent Work Agenda”, ILO와 WHO가 주도한 “Social Protection Floor Initiative”, “Universal Declaration of Human Rights(Articles 22 와 25)”, “International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights(ICESCR, Article 9)”에서 아픈 노동자에게 적절한 상병급여와 연계된 상병휴가를 제공할 것을 명시하고 있다. 한국에서도 공무원에 대해서는 국가공무원법에서 유급병가와 휴직을 명문화하고 있고 대기업들을 중심으로 노사협약, 취업규칙을 통해 유급병가가 보장되고 있다. 하지만 그보다 취약한 상태에 있는 대다수 노동자들을 보호하기 위한 제도는 운영되고 있지 않다. 업무 외 상병과 관련하여 노동자가 휴가를 통해 건강을 회복하고 최소한의 생활을 보장받을 권리를 시급히 명문화할 필요가 있다. 유급병가 및 상병수당 제도 등을 통해 고용안정과 적절한 수준의 소득을 보장하는 것 외에도 업무 외 상병으로 아픈 노동자가 건강을 회복한 후 다시 일자리로 복귀할 수 있도록 지원하는 정책 및 제도 또한 중요하다. 이는 또 다른 연구에서 다루어져야 하는 주제이다.

참고문헌 <<

- 감염병예방법, 제41조의2(사업주의 협조 의무), (2019. 1. 1. 시행).
- 감염병예방법 시행령, 제23조의2(유급휴가 비용 지원 등), (20189. 9. 21. 시행).
- 강동욱. (2010). 질병 또는 장애가 중고령자의 경제상태에 미치는 종단적 영향. 장애와 고용, 20(4): 207-235.
- 결핵예방법, 제16조(입원명령 등을 받은 결핵환자 등의 생활보호), (2016. 8. 4. 시행).
- 고용노동부. (2018). 출산전후(유산·사산)휴가. <https://www.ei.go.kr/ei/eih/eg/pb/pbPersonBnef/retrievePb0301Info.do>에서 2018. 9. 10. 인출.
- 고용노동부 기업체노동비용조사. http://laborstat.molab.go.kr/newOut/renewal/statreport/onlinepublist.jsp?cd=2&koen=ko&select=2&P_ID=3&rptId=3에서 2018. 9. 28. 인출.
- 고용보험법, 제40조(구직급여의 수급 요건), 제46조(구직급여일액), 제50조(소정급여일수 및 피보험기간), 제63조(질병 등의 특례), (2017. 6. 28. 시행).
- 고용보험법 시행령, 제12조(우선지원 대상기업의 범위), (2019. 1. 1. 시행).
- 국가공무원법, 제71조(휴직), 제72조(휴직기간), (2016. 11. 30. 시행).
- 국가공무원복무규정, 제14조(휴가의 종류), 제18조(병가), (2018. 12. 18. 시행).
- 국민건강보험공단. (2018). 직장여성코호트 DB 참고자료. <https://nhiss.nhis.or.kr/bd/ab/bdaba009cv.do>에서 2018. 9. 15. 인출.
- 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, (2017) 2008~2015 한국의료패널 연간데이터 사용안내서. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.
- 근로기준법, 제23조(해고 등의 제한), 제74조(임산부의 보호), 제93조(취업규칙의 작성·신고), (2018. 9. 1. 시행).

- 김근주. (2012). 연차휴가제도에 관한 연구. 한양대학교 대학원 박사학위논문.
- 김기태, 이승윤. (2018). 한국 공적 상병수당 도입을 위한 제도 비교연구 및 정책 제언. *사회복지정책*, 45(1), 148-177.
- 김대환, 강성호. (2015) 중증질환으로 인한 소득상실리스크와 정책적 시사점. *보험학회지* 102: 39-57.
- 김상신. (2016). CEM(Coarsened Exact Matching) 방법의 이해와 활용 - 연구개발 보조금 효과를 중심으로. *경제학연구*, 64(3): 125-151
- 김수영, 박지은, 서현주, 서혜선, 손희정, 신채민, ... 허대석. (2011). NECA 체계적 문헌고찰 매뉴얼. NECA 연구방법 시리즈.
- 김수진. (2013). 보장성 강화 정책의 형평성 평가: 사회경제적 수준에 따른 의료 이용 및 의료비부담에 미친 영향을 중심으로. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 김영옥, 이승현, 이선행. (2016). 일가정 양립 실태조사(2016년). 한국여성정책연구원, 고용노동부.
- 김유선 (2016) 비정규직 규모와 실태. 한국노동사회연구소 이슈페이퍼 제9호.
- 김윤희. (2010). 건강문제가 가구경제에 미치는 영향 분석. 서울대학교 보건대학원 박사학위논문.
- 김종수. (2016). 상병급여제도에 관한 소고. *사회보장법연구*, 5(1) 1-29.
- 김창엽. (2013). 건강보장의 이론. 한올아카데미.
- 남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률, 제6조의3(실태조사 실시), 제18조의2(배우자 출산휴가), 제18조의3(난임치료휴가), 제19조(육아휴직), 제20조(일가정의 양립을 위한 지원), 제22조(공공복지시설의 설치), 제22조의2(근로자의 가족 돌봄 등을 위한 지원). (2018. 5. 29. 시행).
- 남녀고용평등과 일·가정 양립 지원에 관한 법률 시행규칙, 제5조(일가정 양립 등 실태조사의 대상 및 시기 등). (2018. 5. 29. 시행).
- 머니투데이. (2015. 7. 31.). [이동우의 갑과을] '병가' 냈더니 '연차'까라는 회사... 비정상인가요?, <http://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2015073108582736040>에서 2018. 6. 30. 인출.

- 반정호 (2006). 고용형태별 복리후생 수준의 격차. 노동리뷰 3월호, 28-38.
- 보건복지부. (2018). 최저생계비 계층 조사 - 최저생계비(연도별, 가구규모별).
http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_33104_N101&conn_path=I3 에서 2018. 9. 30. 인출.
- 사립학교법, 제59조(휴직의 사유), 제60조의2(사회보장). (2018. 12. 18. 시행).
- 서남규, 강태욱, 허순임, 이혜재, 김동수, 임병목, ... 오영호. (2016). 2016년 한국 의료패널 심층분석보고서: 보건의료지표를 중심으로 살펴본 한국보건제도. 국민건강보험, 한국보건사회연구원.
- 신기철. (2010). 의료보장체계 충실화를 위한 민영건강보험 제도 개선방향. 사회보장연구, 26(1), 121-146.
- 신기철. (2011). 상병소득제도 충실화 방안 연구(급여소득자를 중심으로). 한국사회보장학회, 27(1), 133-156.
- 양동욱, 김혜림, 강은실, 김다운, 배은영, 김진현. (2017). 암환자 가구에서 과부담의료비 발생의 양상과 결정요인. 보건경제와 정책연구, 23(1), 53-70.
- 우경숙, 신영전 (2015) 재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향: 재정적 대응과 빈곤을 중심으로. 보건사회연구, 35(3): 166-198
- 이덕희, 김창엽. (2003). 건강상태와 노동시장 성과의 이중인과관계에 대한 연구. 제4회 한국노동패널학술대회 논문집. 한국노동연구원.
- 이승렬. (2007). 노동자의 건강상태와 노동시장 성과: 실증적 연구, 한국노동연구원, 2007. 6.
- 이승윤, 김기태. (2017). 아픈 노동자는 왜 가난해지는가?. 한국사회정책, 24(4), 113-150.
- 이은경 (2014) 중고령자의 건강이 노동시장 참여에 미치는 영향. 사회보장연구, 30(3): 183-214
- 이철희. (2015). 생애초기 조건이 건강과 인적자본발달에 미친 영향: 자연적 실험을 이용한 경제학 연구, 경제논집, 54(1): 301-319.
- 이현규. (2018). 준고령가계의 의료비 부담이가계경제에 미치는 영향- 소비지출과 재무안정성을 중심으로. 서울대학교 석사학위논문

- 정병오. (2000). 기업복지의 불평등에 관한 연구. 서일논총, 18, 681-698.
- 정진우. (2009). 사상병시 소득보장제도에 관한 비교법적 고찰-독일과 일본을 중심으로. 노동정책연구, 9(4) 225-259.
- 조상미, 박은주 (2011). 기업복지제도의 결정요인 분석: 사업체 패널자료를 중심으로. 한국사회복지행정학, 13(3) 197-226
- 조원탁. (1995). 한국 의료보험의 상병수당제도 도입에 관한 연구. 한국사회복지학회 학술대회자료집, 99-116.
- 최인덕, 김진수, 공경열. (2005) 주요국의 상병수당 제도 운영 현황 및 제도 도입의 타당성 검토. 국민건강보험공단.
- 최저임금위원회. (2018). 최저임금액 현황. <http://www.minimumwage.go.kr/stat/statMiniStat.jsp> 에서 2018.9.30.에 인출.
- 통계청 (2018). 가계동향조사 - 소득분배지표. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1L6E001&conn_path=I3 2018. 9. 30. 인출.
- 한국노동연구원 사업체 패널조사. <https://www.kli.re.kr/wps/contents.do?key=175>에서 2018. 9. 27. 인출.
- 한동우 (2011). 노동시장 및 기업복지의 양극화 실태와 과제. 복지동향 154, 21-26.
- 함선유. (2016). 고령자의 건강문제가 본인과 배우자의 노동 공급에 미치는 영향 보건사회연구 36(4), 2016, 157-186
- 후천성면역결핍증 예방법, 제20조(부양가족의 보호). (2017. 4. 18. 시행).
- Adler, N.E., Stewart, J., (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. Ann. N.Y. Acad. Sci. 1186
- Agarwal, J., & Krishnatry, R. (2017). Survey of return to work of head and neck cancer survivors: A report from a tertiary cancer center in India. Haemophilia, 39(5), 893-899.
- Alam & Mahal (2014) Economic impacts of health shocks on

- households in low and middle income countries: a review of the literature *Globalization and Health* 2014, 10:21
- Andersen, I., C. Kolodziejczyk, K. Thielen, E. Heinesen and F. Diderichsen (2015). "The effect of breast cancer on personal income three years after diagnosis by cancer stage and education: a register-based cohort study among Danish females." *BMC Public Health* 15: 50.
- Autor, D.H., & Duggan, M.G. (2003). The rise in the disability rolls and the decline in unemployment, *The Quarterly Journal of Economics*. 118(1). 157-206.
- Babiarz, P., R. Widdows and T. Yilmazer (2013). "Borrowing to cope with adverse health events: liquidity constraints, insurance coverage, and unsecured debt." *Health Econ* 22(10): 1177-1198.
- Babic, Z., Pavlov, M., Ostric, M., Milosevic, M., Misigoj Durakovic, M., & Pintaric, H. (2015). Re-initiating professional working activity after myocardial infarction in primary percutaneous coronary intervention networks era. *Int J Occup Med Environ Health*, 28(6), 990-1010.
- Barham, C., & Leonard, J. (2002). Trends and sources of data on sickness absence. New Port, UK: Office of National Statistics.
- Becker, G. (1975). Investment in Human Capital: Effects on Earnings, volume title Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education, Second Edition.
- Blinder, V., S. Patil, C. Eberle, J. Griggs and R. C. Maly (2013). "Early predictors of not returning to work in low-income breast cancer survivors: a 5-year longitudinal study." *Breast Cancer Res Treat* 140(2): 407-416.
- Bode-Thomas, F., Sadoh, W. E., Orogade, A. A., Otaigbe, B. E., Ujunwa, F., Sani, U. M., Asani, M., Animasahun, A. B.,

- Ogunkunle, O. O., & Jensen, L. S. (2017). The long-term financial consequences of breast cancer: a Danish registry-based cohort study. *World J Pediatr Congenit Heart Surg*, 17(1), 853.
- Bound, J., Schoenbaum, M., Stinebrickner, T. R., & Waidmann, T. (1999). The dynamic effects of health on the labor force transitions of older workers. *Labor Economics*, 6, 179-202.
- Bradley, C. J., Dahman, B. (2013). Time away from work: employed husbands of women treated for breast cancer. *J Cancer Surviv*. 2013 June ; 7(2): 227-236.
- Brandt, M., Deindl, C., Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: The role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Social Science & Medicine*, 74(9), 1418-1425. doi:10.1016/j.socscimed.2012.01.004.
- Cabus, S. J., Groot, W., & Maassen van den Brink, H. (2016). The short-run causal effect of tumor detection and treatment on psychosocial well-being, work, and income. *Eur J Health Econ*, 17(4), 419-433.
- Cai, L., K. Mavromaras and U. Oguzoglu (2014). "The effects of health status and health shocks on hours worked." *HealthEcon*23(5): 516-528.
- Callander, E. J., & Schofield, D. J. (2016). The risk of falling into poverty after developing heart disease: a survival analysis. *BMC Public Health*, 16, 570.
- Candon, D. (2015). The effects of cancer on older workers in the English labour market. *Econ Hum Biol*, 18, 74-84.
- Carter, K. N., F. I. Gunasekara, T. Blakely and K. Richardson (2013). "Health shocks adversely impact participation in the labour

- force in a working age population: a longitudinal analysis.” *AustNZJPublicHealth*37(3): 257-263.
- Case, A. (2004). Does Money Protect Health Status? Evidence from South African Pensions. Chapter 7 in *Perspectives on the Economics of Aging*. Chicago: University of Chicago Press, 287-312.
- Clarke, T. C., Christ, S. L., Soler-Vila, H., Lee, D. J., Arheart, K. L., Prado, G., Martinez, A. C., & Fleming, L. E. (2015). Working with cancer: health and employment among cancer survivors. *Working with cancer: health and employment among cancer survivors*. *Ann Epidemiol*, 25(11), 832-838.
- Coile, C. (2004). Health shocks and couples' labor supply decisions. National Bureau of Economic Research.
- Dahl, S., E. A. Steinsvik, A. A. Dahl, J. H. Loge, M. Cvancarova and S. D. Fossa (2014). “Return to work and sick leave after radical prostatectomy: a prospective clinical study.” *ActaOncol*53(6): 744-751.
- Datta Gupta, N., K. J. Kleinjans and M. Larsen (2015). “The effect of a severe health shock on work behavior: Evidence from different health care regimes.” *SocSciMed*136-137: 44-51.
- De Negri, A. F. (2008). A human rights approach to quality of life and health: Applications to public health programming. *Health and Human Rights* 10/1, Published June 2008. <http://www.hhrjournal.org/2013/09/a-human-rights-approach-to-quality-of-life-and-health-applications-to-public-health-programming-2/>에서 2018. 10. 15. 인출
- Dreyer, R. P., Xu, X., Zhang, W., Du, X., Strait, K. M., Bierlein, M., Bucholz, E. M., Geda, M., Fox, J., D’Onofrio, G., Lichtman, J. H.,

- Bueno, H., Spertus, J. A., & Krumholz, H. M. (2016). Return to Work After Acute Myocardial Infarction: Comparison Between Young Women and Men. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 9(2 suppl 1): S45-S52.
- Duijts, S. F., Kieffer, J. M., van Muijen, P., & van der Beek, A. J. (2017). Sustained employability and health-related quality of life in cancer survivors up to four years after diagnosis. *PLoS One*, 56(1) 174-182.
- Eesti Haigekassa (2018). Sickness benefit for employees. <https://www.haigekassa.ee/en/employers/sickness-benefit-employees> 에서 2018.9.10.에 인출.
- Endo, M., Y. Haruyama, M. Takahashi, C. Nishiura, N. Kojimahara and N. Yamaguchi (2016). "Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors." *JCancerSurviv*10(2): 320-329.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton, N.J.: Princeton University Press
- European Commission (2018a). Czech Republic-Sickness benefits. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1106&langId=en&intPageId=4474> 에서 2018. 9. 10. 인출.
- European Commission (2018b). Slovenia - Sick pay. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1128&intPageId=4777&langId=en#navItem-1>에서 2018. 9. 10. 인출.
- Expat Guide Turkey (2018). Statutory leaves under Turkish labor law. <https://www.expatguideturkey.com/statutory-leaves-under-turkish-labor-law/>에서 2018. 9. 10. 인출;
- Falk, J., D. Bruce, B. Burstrom, K. Thielen, M. Whitehead and L. Nylen (2013). "Trends in poverty risks among people with and without

- limiting-longstanding illness by employment status in Sweden, Denmark, and the United Kingdom during the current economic recession--a comparative study." *BMC Public Health* 13: 925.
- Ferragina, E., Seeleib-Kaiser, M., & Tomlinson, M. (2013). Unemployment protection and family policy at the turn of the 21st century: A dynamic approach to welfare regime theory. *Social Policy & Administration*. 47(7). 783-805.
- Frobisher, C., E. R. Lancashire, H. Jenkinson, D. L. Winter, J. Kelly, R. C. Reulen and M. M. Hawkins (2017). "Employment status and occupational level of adult survivors of childhood cancer in Great Britain: The British childhood cancer survivor study." *Int J Cancer* 140(12): 2678-2692.
- Gal, J. & Bargal, D. (2009). Labor welfare in Israel. *Journal of Workplace Behavioral Health* 24(1-2): 185-204.
- Gault, B., Hartmann, H., Hegewisch, A., Milli, J., & Reichlin, L. (2014). *Paid Parental Leave in the United States: What the Data Tell about Access, Usage, and Economic and Health Benefits*, Washington, D.C.: Institute for Women's Policy Research.
- Ghandour, R., S. Mitwalli, S. Nasr, E. Coast, R. Giacaman, R. D. Nipp, A. C. Kirchhoff, D. Fair, J. Rabin, K. A. Hyland, K. Kuhlthau, G. K. Perez, L. L. Robison, G. T. Armstrong, P. C. Nathan, K. C. Oeffinger, W. M. Leisenring and E. R. Park (2017). "Financial Burden in Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study." *PLoS One* 35(30): 3474-3481.
- Globalization Partners (2018). PEO and Employer of Record Services. <https://www.globalization-partners.com/globalpedia/>에서 2018. 9. 15. 인출.
- Gordon, L. G., Beesley, V. L., Lynch, B. M., Mihala, G., McGrath, C.,

- Graves, N., & Webb, P. M. (2014). The return to work experiences of middle-aged Australian workers diagnosed with colorectal cancer: a matched cohort study. *BMC Public Health*, 14, 963.
- Goryakin, Y., & Suhrcke, M. (2017). The impact of poor adult health on labor supply in the Russian Federation. *Eur J Health Econ*, 18(2), 361-372.
- Government of Canada. (2005). Information on Labour Standards 7: Sick Leave and Work-Related Illness and Injury Leave. Gatineau, Quebec: Human Resources and Skills Development Canada. <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/services/labour-standards/reports/sick-leave.html>에서 2018. 12. 1. 인출.
- Grossman, M. (1972). "On the Concept of Health Capital and the Demand of Health," *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.
- Gumbusopglu, R., Baysa, P., Sapan, B.Y. (2018) Employment and Employee Benefits in Turkey. <https://gun.av.tr/employment-and-employee-benefits-in-turkey-2/>에서 2018. 9. 10. 인출.
- Gunnarsdottir, H. K., H. Vidarsdottir, G. L. Rafnsdottir, L. Tryggvadottir, E. J. Olafsdottir and M. L. Lindbohm (2013). "Employment participation and work experience of male cancer survivors: a NOCWO study." *Work*46(4): 385-393.
- Haan, P., & Myck, M. (2009). Dynamic of health and labor market risks. *Journal of Health Economics*, 28, 1116-1125.
- Heinesen, E. and C. Kolodziejczyk (2013). "Effects of breast and colorectal cancer on labour market outcomes-average effects and educational gradients." *JHealthEcon*32(6): 1028-1042.

- Ho, D.E., Imai, K., King, G., and Stuart, E.A. (2007) Matching as Nonparametric Preprocessing for Reducing Model Dependence in Parametric Causal Inference. *Political Analysis*. 15:199-236
- Hong, S.C. & Yoon, Y. (2017). Fetal Exposure to the 1918 Influenza Pandemic in Colonial Korea and Human Capital Development, *Seoul Journal of Economics*, 30(4): 353-383,
- Houle, J. N., & Keene, D. E. (2015). Getting sick and falling behind: health and the risk of mortgage default and home foreclosure. *J Epidemiol Community Health*, 69(4), 382-387.
- Iacus, S.M., King, G., & Porro, G. (2011), "Causal Inference without Balance Checking: Coarsened Exact Matching," *Political Analysis*, 20(1): 1-24.
- ILO (1944), 'Declaration concerning the aims and purposes of the International Labour Organisation', 1944.5.10. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-islamabad/documents/policy/wcms_142941.pdf 에서 2018. 8. 20. 인출.
- ILO. (1952). Social Security (Minimum Standards) Convention http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312247에서 2018. 8. 25. 인출.
- ILO. (1969). C130 - Medical Care and Sickness Benefits Convention. http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C130에서 2018. 8. 25. 인출.
- ILO. (2008). Social Health Protection: An ILO Strategy towards universal access to health care, Geneva.
- ILO. (2015). World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice, Geneva, ILO.

- ILO (2018a) Conventions and Recommendations,
- ILO. (2018b). Ratifications of C102 - Social Security (Minimum Standards) Convention, http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:11300:0::NO::P11300_INSTRUMENT_ID:312247에서 2018. 10. 30. 인출.
- <https://www.ilo.org/global/standards/introduction-to-international-labour-standards/conventions-and-recommendations/lang-en/index.htm>에서 2018. 10. 30. 인출.
- Israel Ministry of Justice (1976). Israel Sick Pay Law 5736-1976. <http://oit.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/13611/81479/F1168175409/ISR13611.pdf> 에서 2018. 9. 15. 인출.
- Ito, H., Hozawa, A., Yamashita, H., Kubota, I., Nemoto, K., Yoshioka, T., Kayama, T., & Murakami, M. (2015). Employment status among non-retired cancer survivors in Japan. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 24(5), 718-723.
- Jeon, S. H. & Pohl, R. V. (2017). Health and work in the family: Evidence from spouses' cancer diagnoses. *Journal of Health Economics* 52: 1-18
- Jeon, S. H. (2017). The Long-Term Effects of Cancer on Employment and Earnings. *Health Econ*, 26(5), 671-684.
- Jetha, A., Chen, C., Mustard, C., Ibrahim, S., Bielecky, A., Beaton, D., & Smith, P. (2017). Longitudinal examination of temporality in the association between chronic disease diagnosis and changes in work status and hours worked. *Occup Environ Med*, 74(3), 184-191.
- Kawachi, I., Adler, N. E., & Dow, W. H.. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1186, 56-68. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05340.x.

- Koch, R., Wittekindt, C., Altendorf-Hofmann, A., Singer, S., & Guntinas-Lichius, O. (2015). Employment pathways and work-related issues in head and neck cancer survivors. *Head Neck*, 37(4), 585-593.
- Kragholm, K., M. Wissenberg, R. N. Mortensen, K. Fonager, S. E. Jensen, S. Rajan, F. K. Lippert, E. F. Christensen, P. A. Hansen, T. Lang-Jensen, O. M. Hendriksen, L. Kober, G. Gislason, C. Torp-Pedersen and B. S. Rasmussen (2015). "Return to Work in Out-of-Hospital Cardiac Arrest Survivors: A Nationwide Register-Based Follow-Up Study." *Circulation* 131(19): 1682-1690.
- Kristensen, L. E., T. S. Jorgensen, R. Christensen, H. Gudbergesen, L. Dreyer, C. Ballegaard, L. T. H. Jacobsson, V. Strand and P. J. Mease (2017). "Societal costs and patients' experience of health inequities before and after diagnosis of psoriatic arthritis: a Danish cohort study." 76(9): 1495-1501.
- Lee, C. (2014) In-Utero Exposure to the Korean War and Its Long-Term Effects on Economic and Health Outcomes, *Journal of Health Economics*, 33: 76-93.
- Lee, M. K., & Yun, Y. H. (2015). Working situation of cancer survivors versus the general population. *J Cancer Surviv*, 9(2) 349-360.
- Japan Labour Standards Law, Chapter II, Article 19. Labour Laws of Japan. Ministry of Labour. Institute of Labour Administration. Tokyo, Japan. 1995, pp. 71-110, 7th ed. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WBTEXT/27776/64846/E95JPN01.htm#a013> 에서 2018. 9. 10. 인출.
- Lindahl, M. (2005). Estimating the Effect of Income on Health and Mortality Using Lottery Prizes as an Exogenous Source of Variation in Income. *The Journal of Human Resources*, 40(1),

144-168.

- Liu, K. (2016). "Insuring against health shocks: Health insurance and household choices." *JHealthEcon*46: 16-32.
- Luker, K., M. Campbell, Z. Amir and L. Davies (2013). "A UK survey of the impact of cancer on employment." *OccupMed(Lond)*63(7): 494-500.
- Marino, P., L. S. Teyssier, L. Malavolti and A. G. Le Corroller-Soriano (2013). "Sex differences in the return-to-work process of cancer survivors 2 years after diagnosis: results from a large French population-based sample." *JClinOncol*31(10): 1277-1284.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4): 858-865.
- Mitra, S., M. Palmer, D. Mont and N. Groce (2016). "Can Households Cope with Health Shocks in Vietnam?" *HealthEcon*25(7): 888-907.
- Moulaert, V. R. M., van Heugten, C. M., Gorgels, T. P. M., Wade, D. T., & Verbunt, J. A. (2017). Long-term Outcome After Survival of a Cardiac Arrest: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *Neurorehabil Neural Repair*, 31(6), 530-539.
- Nakamura, K., Masuyama, H., Nishida, T., Haraga, J., Ida, N., Saijo, M., Haruma, T., Kusumoto, T., Seki, N., & Hiramatsu, Y. (2016). Return to work after cancer treatment of gynecologic cancer in Japan. *BMC Cancer*, 16, 558.
- Nakaya, N., Nakamura, T., Tsuchiya, N., Tsuji, I., Hozawa, A., & Tomita, H. (2016). Unemployment risk among individuals undergoing medical treatment for chronic diseases. *Occup Med*

- (Lond), 66(2), 143-149.
- Nekhlyudov, L., Walker, R., Ziebell, R., Rabin, B., Nutt, S., & Chubak, J. (2016). Cancer survivors' experiences with insurance, finances, and employment: results from a multisite study. *J Cancer Surviv*, 10(6), 1104-1111.
- Netherlands Enterprise Agency & Statistics Netherlands organisation (2018) Sick Pay. <https://business.gov.nl/regulation/sick-pay/>에 서 2018. 12. 1. 인출.
- Noeres, D., T. W. Park-Simon, J. Grabow, S. Sperlich, H. Koch-Giesselmann, J. Jaunzeme and S. Geyer (2013). "Return to work after treatment for primary breast cancer over a 6-year period: results from a prospective study comparing patients with the general population." *Support Care Cancer* 21(7): 1901-1909.
- Norman, B. C., Jackson, J. C., Graves, J. A., Girard, T. D., Pandharipande, P. P. Brummel, N. E., Wang, L., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R., & Ely, E. W. (2016). Employment Outcomes After Critical Illness: An Analysis of the Bringing to Light the Risk Factors and Incidence of Neuropsychological Dysfunction in ICU Survivors Cohort. *Crit Care Med*, 44(11), 2003-2009.
- OECD. (2014). *Mental Health and Work: Switzerland*. Mental Health and Work. OECD Publishing. Paris,
- OECD. (2018). *Towards Better Social and Employment Security in Korea-en-OECD(Connecting People with Jobs)*. Paris.
- Paalman, C. H., van Leeuwen, F. E., Aaronson, N. K., de Boer, A. G., van de Poll-Franse, L., Oldenburg, H. S., & Schaapveld, M. (2016). Employment and social benefits up to 10 years after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Br J Cancer*.

114(1), 81-87.

- Paul, C., Boyes, A., Hall, A., Bisquera, A., Miller, A., & O'Brien, L. (2016). The impact of cancer diagnosis and treatment on employment, income, treatment decisions and financial assistance and their relationship to socioeconomic and disease factors. *Support Care Cancer*, 24(11), 4739-4746.
- Pearce, A., Timmons, A., O'Sullivan, E., Gallagher, P., Gooberman-Hill, R., Thomas, A. A., Molcho, M., Butow, P., & Sharp, L. (2015). Long-term workforce participation patterns following head and neck cancer. *J Cancer Surviv*, 9(1): 30-39.
- Relocation Source (2018). Taxes and Benefits for Employees in Hungary. <http://www.relocationsrc.com/rsrscen-media-page-199147>에서 2018.9.5.에 인출.
- Rho, H.J., Schmitt, J., Earle, A., & Heymann, J., (2009). A Review of Sickness-related Leave in 22 High Human Development Index Countries, Washington, D.C., Center for Economic and Policy Research.
- Rottenberg, Y., Jacobs, J. M., Ratzon, N. Z., & Grinshpun, A. (2017). Unemployment risk 2 years and 4 years following gastric cancer diagnosis: a population-based study. *J Cancer Surviv*, 11(1), 119-125.
- Russell, S. (2003), The economic burden of illness for households : A review of cost of illness and coping strategy studies focusing on malaria, tuberculosis and HIV/AIDS, Norwich.: University of East Anglia Press.
- Wilkes, A., Hao, Y., Bloom, G., & Xingyuan, G. (1997), Coping with the costs of severe illness in rural China. IDS Working Paper 58
- Samadi, O., Breunis, H., Sandoval, J., Akilan, K., Timilshina, N, &

- Alibhai, S. M. H. (2017). Return to work and work-related disability among AML survivors. *Ann Hematol*, 96(10), 1625-1633.
- Scheil-Adlung, X., & Sandner, L. (2010). Paid sick leave: Incidence, patterns and expenditure in times of crises. Extension of Social Security ESS Paper No. 27. Geneva, ILO. <http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications>에서 2018. 9. 15. 인출.
- Schuring, M., S. J. Robroek, F. W. Otten, C. H. Arts and A. Burdorf (2013). "The effect of ill health and socioeconomic status on labor force exit and re-employment: a prospective study with ten years follow-up in the Netherlands." *ScandJWorkEnviron Health*39(2): 134-143.
- Sesto, M. E., M. Faatin, S. Wang, A. J. Tevaarwerk and D. A. Wiegmann (2013). "Employment and retirement status of older cancer survivors compared to non-cancer siblings." *Work*46(4): 445-453.
- Sjoberg, O. (2017). Positive welfare state dynamics?: sickness benefits and sickness absence in Europe 1997-2011, *Social Science & Medicine*, 177, 158-168. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.01.042.
- Sparrow, R., E. Van de Poel, G. Hadiwidjaja, A. Yumna, N. Warda and A. Suryahadi (2014). "Coping with the economic consequences of ill health in Indonesia." *HealthEcon*23(6): 719-728.
- Spasova S., Bouget D. and Vanhercke B. (2016) Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union, Background report for the Social Protection Committee's In-depth Review on sickness benefits (17 October 2016), European Social Policy Network (ESPN), Brussels, European Commission.
- Spasova S., Bouget D., Ghailani, D. and Vanhercke B. (2017). Access to

social protection for people working on non-standard contracts and as self-employed in Europe. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission.

SSA & ISSA. (2016). Social Security Programs Throughout the World: Asia Pacific. <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2016-2017/asia/index.html>에서 2018. 9. 27. 인출.

SSA & ISSA. (2017). Social Security Programs Throughout the World: The Americas, <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2016-2017/americas/index.html>에서 2018. 9. 17. 인출.

SSA & ISSA. (2018). Social Security Programs Throughout the World: Europe. <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2018-2019/europe/index.html>에서 2018. 12. 15. 인출.

Sukeri, S., M. Mirzaei and S. Jan (2017). "Does tax-based health financing offer protection from financial catastrophe? Findings from a household economic impact survey of ischaemic heart disease in Malaysia." *IntHealth*9(1): 29-35.

Tevaarwerk, A. J., J. W. Lee, M. E. Sesto, K. A. Buhr, C. S. Cleeland, J. Manola, L. I. Wagner, V. T. Chang and M. J. Fisch (2013). "Employment outcomes among survivors of common cancers: the Symptom Outcomes and Practice Patterns (SOAPP) study." *JCancerSurviv*7(2): 191-202.

Thielen, K., Kolodziejczyk, C., Andersen, I., Heinesen, E., & Diderichsen, F. (2015). Cancer stage, comorbidity, and socioeconomic differences in the effect of cancer on labour market participation: a danish register-based follow-up study. *PLoS One*, 10(6), e0128621.

Torp, S., R. A. Nielsen, S. D. Fossa, S. B. Gudbergsson and A. A. Dahl

- (2013). "Change in employment status of 5-year cancer survivors." *EurJPublicHealth*23(1): 116-122.
- Torp, S., Syse, J., Paraponaris, A., & Gudbergsson, S. (2017). Return to work among self-employed cancer survivors. *J Cancer Surviv*, 11(2), 189-200.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 19: The right to social security (Art. 9 of the Covenant), 4 February 2008, E/C.12/GC/19, available at: <https://www.refworld.org/docid/47b17b5b39c.html> [accessed 21 December 2018]
- Veenstra, C. M., Wallner, L. P., Jagsi, R., Abrahamse, P., Griggs, J. J., Bradley, C. J., Hawley, S. T. (2017). Long-Term Economic and Employment Outcomes Among Partners of Women With Early-Stage Breast Cancer. *J Oncol Pract*, 13(11):e916-e926.
- Walbert, T., T. R. Mendoza, E. Vera-Bolanos, A. Acquaye, M. R. Gilbert and T. S. Armstrong (2015). "Symptoms and socio-economic impact of ependymoma on adult patients: results of the Adult Ependymoma Outcomes Project 2." *JNeurooncol*121(2): 341-348.
- Ward, B. W. (2015). Multiple chronic conditions and labor force outcomes: A population study of U.S. adults. *Am J Ind Med*, 58(9), 943-954.
- Wiberg, M., Friberg, E., Palmer, E., & Stenbeck, M. (2015). Sickness absence and subsequent disposable income: A population-based cohort study. *Scand J Public Health*, 43(4), 432-440.
- Wilkinson, R. G., Pickett, K. E. (2006). Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine*, 62, 1768-1784.

- Worcester, M. U., P. C. Elliott, A. Turner, J. J. Pereira, B. M. Murphy, M. R. Le Grande, K. L. Middleton, H. S. Navaratnam, J. K. Nguyen, R. W. Newman and J. Tatoulis (2014). "Resumption of Work After Acute Coronary Syndrome or Coronary Artery Bypass Graft Surgery." *Heart, Lung and Circulation* 23(5): 444-453.
- World Health Organization. (2002). Health, Economic Growth, and Poverty Reduction. The Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health.
- Yin, W., R. Horblyuk, J. J. Perkins, S. Sison, G. Smith, J. T. Snider, Y. Wu and T. J. Philipson (2017). "Association Between Breast Cancer Disease Progression and Workplace Productivity in the United States." *J Occup Environ Med* 59(2): 198-204.
- Zajacova, A., Dowd, J. B., Schoeni, R. F., & Wallace, R. B. (2015). Employment and income losses among cancer survivors: Estimates from a national longitudinal survey of American families. *Cancer*, 121(24), 4425-4432.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |