

연구보고서 2019-35

보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제



강희정·김수진
이현주·김현경·고제이·신기철·정혜주·손민성·홍재석
하슬잎·김보은·이은주

【책임연구자】

강희정 한국보건사회연구원 연구위원
김수진 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

2018년 한국 의료 질 보고서
한국보건사회연구원, 2018(공저)
의료질평가 제도 효과분석 및 평가모형 개발 연구
한국보건사회연구원, 2018(공저)

【주요 저서】

질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제
한국보건사회연구원, 2018(공저)
두 개악안면기형의 건강보험 보장성 강화 방안
한국보건사회연구원, 2018(공저)

【공동연구진】

이현주 한국보건사회연구원 선임연구위원
김현경 한국보건사회연구원 연구위원
고재이 한국보건사회연구원 연구위원
신기철 숭실대학교 정보통계보험수리학과 교수
정해주 고려대학교 보건행정학과 교수
손민성 고려사이버대학교 보건행정학과 교수
홍재석 청주대학교 보건행정학과 교수
하솔잎 한국보건사회연구원 전문연구원
김보은 한국보건사회연구원 연구원
이은주 국민건강보험공단 주임연구원

연구보고서 2019-35

보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

발행일 2019년 12월
저자 강희정·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 (주)삼일기획

발간사 <<

보편적 건강보장은 지속 가능한 보건의료 시스템의 모든 구축 요소를 관통하는 핵심 축이다. 보편적 건강보장을 달성하기 위해서는 인구(population), 서비스(service), 재정 보호(financial protection)를 동시에 고려해야 하며, 각각의 측면에서 격차가 발생하지 않도록 현황을 파악하고 적절히 개입할 필요가 있다.

1989년 전 국민 건강보험제도의 시행은 의료 시스템에 대한 보편적 접근을 보장하는 데 기여했다. 그러나 여전히 사회경제적으로 취약한 집단은 의료서비스 접근과 양질의 의료서비스 이용이 어렵고 재난적 의료비 부담으로 가계 파탄의 위험에 처하는 사례가 적지 않게 발생하고 있다. 그럼에도 불구하고 지금까지 보건의료 분야의 격차 연구는 문제의 크기를 확인하는 수준에 머물러 있고 구체적으로 취약 집단을 정의하고 적극적인 정책 개입 방향을 연계하여 연구하는 수준으로 발전하지 못하고 있다.

이 연구는 제도적 발전에도 불구하고 시대적 변화에 따라 새롭게 출현하는 취약 집단을 정의하고 대상을 중심으로 의료 격차 해소를 위해 필요한 정책 과제를 제안하고 있다. 특히, 문제 해결을 위한 다학제적 접근을 하기 위해 한국보건사회연구원 내외부의 여러 분야 전문가가 연구진으로 참여하였으므로 이 연구 결과는 좀 더 실용적인 근거로 활용될 것이라 기대한다.

2019년 12월
한국보건사회연구원 원장
조 흥 식

목 차

Abstract	1
요 약	5
제1장 서론 (강희정)	13
제1절 연구 배경 및 목적	15
제2절 보편적 건강보장을 위한 의료 격차 분석의 개념적 틀	29
제3절 보고서의 구성	39
제1부 보편적 건강보장 틀에서의 의료 격차 진단과 과제	
제2장 건강보험 직장·지역 가입자 간 소득 수준에 따른 의료 격차 (강희정·홍재석)	43
제1절 서론	45
제2절 분석 결과	48
제3절 소결	84
제3장 전체 인구의 가구 소득 수준에 따른 의료 격차 (김수진)	87
제1절 서론	89
제2절 분석 결과	95
제3절 소결	133
제4장 의료 격차의 진단과 과제 (강희정)	137
제1절 의료 격차의 진단	139
제2절 취약계층에 대한 의료지원제도 현황과 한계	143
제3절 의료 격차 해소를 위한 정책 과제	164

제2부 보편적 건강보장 틀에서의 상병수당 이슈의 검토와 대응

제5장 사업장 규모와 근로 형태에 따른 의료 격차(김현경)	185
제1절 서론	187
제2절 분석 결과	189
제3절 소결	214
제6장 OECD 회원국의 상병수당 운영 현황과 시사점(신기철)	217
제1절 상병의 파급 효과와 상병수당의 관계	219
제2절 상병수당 도입 국가 현황	223
제3절 상병수당 설계 내용별 특성 비교	229
제4절 유급병가 활용 실태 및 재정 소요 금액	245
제5절 정책 시사점	262
제7장 질병 치료 기간 소득보전제도 유형과 시사점	
(정혜주·손민성)	271
제1절 보편적 건강보장 관점에서 본 소득 상실 보전	273
제2절 상병수당제도	280
제3절 유급병가제도	298
제4절 장애연금	312
제5절 정책 시사점	334

제8장 근로자의 의료 격차 해소를 위한 상병수당 도입의 다각적 접근	341
제1절 상병수당 도입의 대안적 제도 설계 이슈 (이현주)	343
제2절 상병수당 도입에 대한 재정적 이슈 (고제이)	360
제3절 상병수당제도 설계의 대안적 틀과 정책 과제 (강희정)	373
참고문헌	397
부 록	427
부록 1. '질병 발생과 빈곤화 대응 정책포럼' 자료 및 결과	427

표 목차

〈표 1-1〉 근로 형태별 사회보험 가입자 비율	23
〈표 1-2〉 보고서 구성	40
〈표 2-1〉 의료 격차를 주제로 한 주요 연구	46
〈표 2-2〉 보편적 건강보장(UHC)을 위한 필수 의료서비스 추적 지표(WHO)	50
〈표 2-3〉 근거 기반 필수 서비스 분석의 분야와 지표	51
〈표 2-4〉 산전 진찰 목적으로 시행하는 검사의 건강보험 요양급여 범위	52
〈표 2-5〉 호주 PIP에서 당뇨병 관리를 위해 의료기관에 요구하는 사항	53
〈표 2-6〉 미국 AHRQ의 당뇨병 적정 관리 평가 지표	55
〈표 2-7〉 당뇨병 적정 관리 평가 지표	57
〈표 2-8〉 19세 이상 성인의 연간 미충족 의료율(병의원)	60
〈표 2-9〉 19세 이상 성인의 연간 미충족 의료 수요(병의원)	61
〈표 2-10〉 2017년 분만자의 산전 관리 횟수 분포	62
〈표 2-11〉 2017년 분만자 특성 및 산전 관리 현황	63
〈표 2-12〉 소득 수준과 4회 미만 산전 관리의 관련성	66
〈표 2-13〉 당뇨병 환자 특성에 따른 적정 관리 과정 지표(2018년)	68
〈표 2-14〉 소득 수준과 적정 관리(HbA1c 검사 시행 또는 투약 순응군)의 관련성(2018년)	71
〈표 2-15〉 급성 심근경색증 환자 특성에 따른 CAG와 PCI 시행률(2018년)	77
〈표 2-16〉 급성 심근경색증 환자의 소득 수준과 PCI 시행률의 관련성(2018년)	80
〈표 2-17〉 급성 심근경색증 환자 특성에 따른 30일 내 치명률(2018년)	81
〈표 2-18〉 급성 심근경색증 환자의 소득 수준과 30일 내 치명률의 관련성(2018년)	83
〈표 3-1〉 가구의 사회경제적 상태에 따른 의료 격차 관련 연구	93
〈표 3-2〉 결과 변수와 자료원 및 주요 분석 방법	98
〈표 3-3〉 설명 변수	99
〈표 3-4〉 일반 검진의 의료 격차(집중지수)	103
〈표 3-5〉 일반 검진의 의료 격차 요인 분해	104

〈표 3-6〉 암 검진의 의료 격차(집중지수)	105
〈표 3-7〉 암 검진의 의료 격차 요인 분해	106
〈표 3-8〉 외래 서비스 이용 격차	107
〈표 3-9〉 외래 서비스 이용 격차 요인 분해	108
〈표 3-10〉 입원 서비스 이용 격차	109
〈표 3-11〉 입원 서비스 이용 격차 요인 분해	110
〈표 3-12〉 상급종합병원 외래 서비스 이용 격차	111
〈표 3-13〉 상급종합병원 외래 서비스 이용 격차 요인 분해	112
〈표 3-14〉 상급종합병원 입원 서비스 이용 격차	113
〈표 3-15〉 상급종합병원 입원 서비스 이용 격차 요인 분해	114
〈표 3-16〉 인지된 미충족 의료 격차	115
〈표 3-17〉 인지된 미충족 의료 격차 요인 분해	116
〈표 3-18〉 경제적 이유로 인한 인지된 미충족 의료 격차	117
〈표 3-19〉 경제적 이유로 인한 인지된 미충족 의료 격차 요인 분해	118
〈표 3-20〉 예방 가능한 입원의 소득 수준에 따른 격차(집중지수)	127
〈표 3-21〉 예방 가능한 입원의 소득 수준에 따른 격차 요인 분해	128
〈표 3-22〉 재난적 의료비 발생의 소득 수준에 따른 격차(집중지수)	131
〈표 3-23〉 재난적 의료비 발생의 소득 수준에 따른 격차 요인 분해	132
〈표 4-1〉 의료급여 수급권자의 자격 요건 및 선정 기준(2019년)	144
〈표 4-2〉 의료급여 수급권자 대상 주요 지원 내용	145
〈표 4-3〉 의료급여 수급권자 종별 본인부담(2019년)	146
〈표 4-4〉 의료급여기금 국고보조 비율	147
〈표 4-5〉 차상위 본인부담 경감 제도 지원 내용	149
〈표 4-6〉 기준 중위소득(2019년 기준)	152
〈표 4-7〉 가구원 수별 생계 지원 금액(원/월)	152
〈표 4-8〉 긴급복지지원제도: 의료 지원 사유	154
〈표 4-9〉 긴급복지지원 내용	154
〈표 4-10〉 재난적 의료비 발생 기준	156

〈표 4-11〉 건강보험료 분위별 본인부담 상한액 기준표(2019년)	159
〈표 4-12〉 의료취약계층 지원 제도	162
〈표 4-13〉 기타 의료비 지원 사업(보건복지부, 2019. 1. 현재)	163
〈표 4-14〉 National Veteran Health Equity Report 지표	169
〈표 4-15〉 미국 보건부의 인종과 민족의 건강 격차 해소 실행 계획의 목적과 전략	171
〈표 5-1〉 사업체 규모별, 고용 형태별 유급휴가, 병가 사용 실태(노동패널 12~20차)	196
〈표 5-2〉 사업체 규모·종사상사위 및 고용 형태별 유급휴가, 병가 사용 실태 (노동패널 12~20차)	199
〈표 5-3〉 퇴직 사유 분포	201
〈표 5-4〉 근로 연령 근로자, 건강 사유 근로 연령 퇴직자 사회보험 가입률	206
〈표 5-5〉 근로 연령층 사회보험 가입률	212
〈표 6-1〉 상병수당을 법으로 강제하지 않는 나라	224
〈표 6-2〉 동남아시아 8개국의 상병수당제도 개요	225
〈표 6-3〉 OECD 회원국의 상병수당제도 재원 조달 방식별 분류	228
〈표 6-4〉 OECD 주요 회원국의 고용주 부담 기간 및 방법 예시	230
〈표 6-5〉 업무 외적 상병에 대한 상병수당 적격 요건	238
〈표 6-6〉 OECD 회원국의 근로자 설문조사를 통한 병가 일수 비교	245
〈표 6-7〉 GDP 대비 소득보장급여 지출 비교	248
〈표 6-8〉 미국 근로자의 업종별 근무 형태별 유급병가 적용률	258
〈표 6-9〉 법정 유급병가를 도입한 주의 도입 시기 및 법제화 과정	259
〈표 6-10〉 상병의 발생 원인별 보상 제도 개요	264
〈표 7-1〉 상병수당제도의 발전 유형화	285
〈표 7-2〉 조합주의(Corporatist)	290
〈표 7-3〉 포괄 확장 체제(Encompassing)	292
〈표 7-4〉 기초보장(Basic security)	294
〈표 7-5〉 특정 대상 체제(Targeted)	296
〈표 7-6〉 자율적(자발적) 체제(Voluntary)	297
〈표 7-7〉 미국의 주별 유급병가 특성	303

〈표 7-8〉 조합주의체제 국가	317
〈표 7-9〉 포괄 확장 체제 국가	322
〈표 7-10〉 기초보장 체제 국가	325
〈표 7-11〉 자발적 체제 국가	327
〈표 7-12〉 특정 대상 체제 국가	329
〈표 7-13〉 주요 OECD 회원국의 장애인 소득보장 체계	333
〈표 8-1〉 건강 충격에 대한 연구의 주요 결과와 정책 대응 제안	346
〈표 8-2〉 선행연구의 정책 대안 비교	347
〈표 8-3〉 관련 제도의 운영 원리 비교	357
〈표 8-4〉 스웨덴의 사회보장세(2015년)	364
〈표 8-5〉 공무원과 일반 근로자의 상병 발생 원인별 보상제도 비교	377
〈표 8-6〉 복지국가 유형에 따른 주요 국가의 상병수당 도입 현황	379
〈부표 1〉 ‘질병 발생과 빈곤화 대응 정책포럼’ 개요	428

그림 목차

[그림 1-1] WHO UHC 큐브	17
[그림 1-2] UHC 총계 피라미드	18
[그림 1-3] 결과 중심으로 보편적 건강보장을 달성하는 연계 사슬	21
[그림 1-4] 건강의 사회적 결정 요인, 의료 격차, 건강 격차의 상호 관계 모형	33
[그림 1-5] 인구집단 건강 모형	35
[그림 1-6] 의료 이용, 결과, 비용에 대한 사회적 위험 요인의 영향	36
[그림 2-1] 19세 이상 성인의 연간 미충족 의료율(병의원)의 최저·최고 소득 간 절대 격차	61
[그림 2-2] 소득 수준별 평균 산전 관리 횟수	64
[그림 2-3] 소득 수준별 4회 미만 산전 관리 비율	65
[그림 2-4] 당뇨병 적정 관리 과정 지표 추이(2016~2018년)	67
[그림 2-5] 소득 수준에 따른 당뇨병 적정 관리 과정 지표 추이(2016~2018년)	69
[그림 2-6] 건강보험 가입 유형별 소득 수준에 따른 당뇨병 적정 관리 현황(2018년)	70
[그림 2-7] 당뇨병 입원율 추이(2016~2018년)	72
[그림 2-8] 소득 수준별 당뇨병 입원율 추이(2016~2018년)	74
[그림 2-9] 건강보험 가입 유형별 소득 수준에 따른 당뇨병 입원율 현황(2018년)	75
[그림 2-10] 급성 심근경색증 환자에 대한 CAG와 PCI 시행률 추이(2016~2018년)	76
[그림 2-11] 급성 심근경색증 환자의 소득 수준별 CAG와 PCI 시행률 추이(2016~2018년)	78
[그림 2-12] 건강보험 가입 유형별 소득 수준에 따른 CAG와 PCI 시행률(2018년)	79
[그림 2-13] 급성 심근경색증 환자의 30일 내 치명률 추이(2016~2018년)	80
[그림 2-14] 급성 심근경색증 환자의 소득 수준별 30일 내 치명률 추이(2016~2018년)	82
[그림 2-15] 급성 심근경색증 환자의 소득 수준별 30일 내 치명률 추이(2016~2018년)	83
[그림 3-1] 고혈압 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(20~59세)	120

[그림 3-2] 고혈압 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(60세 이상)	121
[그림 3-3] 당뇨 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(20~59세)	123
[그림 3-4] 당뇨 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(60세 이상)	124
[그림 3-5] 이상지질혈증 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(20~59세)	125
[그림 3-6] 이상지질혈증 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(60세 이상)	126
[그림 3-7] 재난적 의료비 발생률 추이	129
[그림 3-8] 소득 수준에 따른 재난적 의료비 발생률 추이(지불 능력 대비 20% 이상)	130
[그림 3-9] 소득 수준에 따른 재난적 의료비 발생률 추이(지불 능력 대비 40% 이상)	130
[그림 4-1] 재난적 의료비 지원 개념	157
[그림 4-2] 의료급여와 건강보험제도 기반 취약계층 의료 지원 범위	160
[그림 4-3] 건강 격차 감지, 파악, 해소의 단계	165
[그림 4-4] 의료 접근과 의료의 질 격차에 영향을 미치는 요인	166
[그림 5-1] 고용 지위별 질병 경험 후 노동시장 지위와 소득 지위 변동 경로	188
[그림 5-2] 사업체 규모별, 고용 형태별 유급휴가, 병가 사용 실태(노동패널 12~20차)	197
[그림 5-3] 건강 사유 근로 연령 퇴직자 유급휴가 사용 실태	202
[그림 5-4] 건강 사유 근로 연령 퇴직자 병가 사용 실태	203
[그림 5-5] 근로 연령 근로자, 건강 사유 근로 연령 퇴직자 특성 분포	205
[그림 5-6] 사업체 규모별, 종사상지위별 건강하지 않은 사람의 비율	209
[그림 5-7] 사업체 규모별, 종사상지위별 외래 진료 횟수	210
[그림 5-8] 사업체 규모별, 종사상지위별 입원 이유	211
[그림 6-1] 상병 발생으로 인한 직간접 손실	219
[그림 6-2] 스웨덴의 노동시장 복귀 제도 개요	244
[그림 6-3] 상병으로 인한 경제적 손실과 공사 보험의 역할 개념도	267
[그림 7-1] UHC 큐브	274
[그림 7-2] 질병 경험의 경제적 결과와 대응 전략	275
[그림 7-3] UHC 더블 큐브 모델(UHC 큐브의 확장된 개념)	278
[그림 7-4] 국가별 상병수당제도의 발전 과정	286
[그림 7-5] OECD 회원국의 유급병가 및 상병수당의 급여 기간과 소득대체율	337

[그림 8-1] 독일의 유급병가 지출과 실업률 추이	361
[그림 8-2] 스웨덴의 유급병가 지출과 실업률 추이	363
[그림 8-3] 상병수당제도의 발전 과정	378
[그림 8-4] 한국 사회보험제도의 상병수당 이슈 접근 틀	380
[그림 8-5] 주요 국가 상병수당제도의 주요 설계 요소	382
[그림 8-6] 상병수당 적용 범위의 확대에 따른 단계적 접근 틀	385
[그림 8-7] 유급병가 실태 및 재정 소요 예상 금액 파악 개념도	392

Abstract <<

Healthcare Disparities and the Policy Challenge of Achieving Universal Health Coverage

Project Head: Hee-Chung Kang, Sujin Kim

This study is aimed at examining healthcare disparities across income groups and to suggesting policy implications from the standpoint of a practical approach to universal health coverage. In particular, the necessity of introducing a sickness allowance, which has recently drawn attention due to changes in the labor market, was considered as potential measure to close health gaps between workers.

Using various data including NHI claims, income-related inequalities in health care accessibility, utilization, and outcomes over some evidence-based essential health care services and diseases were analyzed. The results showed that low-income groups and the self-employed were disadvantaged in accessing health care, using effective treatment services, and experiencing good outcomes. Their unmet needs in access to health care, use of essential preventive or treatment services, and use of tertiary hospital were high. Catastrophic health expenditure also tended to be concentrated in low-income families.

Co-Researchers: Hyon-Joo Lee Hyeon-Kyeong Kim Jay Ko Kee-Chul Shin Hye-Ju Jung Min-sung Sohn Jae-Seok Hong Solleep Ha Bo-Eun Kim Eun-Ju Lee

2 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

In relation to a sickness benefit scheme, we examined gaps in use of sick leave and health care according to the size of workplace and working status, and work type by analyzing survey data of Korean Labor & Income Panel Study (KLIPS) and Korea Welfare Panel Study (KoWePS). Low income workers with low working status showed a higher risk of deteriorating their health by delaying early treatment of the illness due to fear of unemployment as well as direct cost burden.

Temporary/daily workers, which account for a significant share of wage workers who do not have employment insurance and workers' compensation insurance, are likely to be included as self-employed insured in the National Health Insurance. The more vulnerable working status they have, the lower the number of days of sick leave and the higher retirement rate for health reasons are compared to the total wage workers. In addition, their health status by workplace size and working status show a large gap, while ambulatory care use and hospitalization do not show a large difference, indicating that there are a large potential unmet healthcare needs for temporary/daily workers with relatively bad health.

Among the 36 member countries of the organization for economic cooperation and development (OECD), 34 countries, excluding Korea and the United States, introduced sickness benefit schemes as social insurance or legal paid sick leave.

The payment period for sick benefit or paid sick leave is more than 26 weeks (6 months) in 29 member countries and, for financial sustainability, employers are mostly required to guarantee a paid sick leave of 2 to 12 weeks after the onset of illness. During the paid sick leave, employers guarantee 100% of the basic salary, and during the period paid by social insurance, 50 to 100% is guaranteed.

In combination with types of Welfare States of each country, Sickness benefit schemes has developed into a low-income group centered specific target system, a tax-based social security system, a private insurance-based autonomous system, a social insurance-based union system, or an integrated comprehensive system. It is necessary to extract the common institutional design of the developed countries and review the approaches suitable for the Korean situation.

The task of reducing health disparities, which has hitherto been largely overlooked, should be included in the national agenda as part of state's duty of ensuring people's right to health. In order to bridge the income related gaps in health care, 'expanding social sensitivity through monitoring gaps in essential healthcare services', 'reflecting health care policies in national strategies to improve the quality of life of individuals', 'reinforcing health promotion policies controlling socio-economic effects', and 'enhancing the role of primary care for health promotion' should be vitalized. Combining the core ele-

4 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

ments of the sickness benefit schemes in other countries and expanding the targets will improve its feasibility in terms of institutional consistency, social consensus, and financial sustainability to maintain and guarantee the employment and income of sick workers with poor economic status. And the introduction of the new system should be pursued carefully and through evidence-based social consensus.

*Key Words: Universal Health Coverage, Health Care Disparities, Sickness Benefit, Paid Sick Leave

1. 연구 배경 및 목적

보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage)은 모든 사람이 재정적 어려움을 겪지 않으면서 양질의 필수 건강 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것이며 건강의 형평성 제고를 위한 실천적 개념이다. 보편적 건강보장의 달성에는 형평성을 실현하기 위한 사회경제적 요인에 개입할 필요가 있으며 결과의 형평성을 제고하기 위해 건강보장 시스템의 투입부터 결과에 이르는 전체 보건의료 스펙트럼에서의 격차 해소가 필요하다.

유엔의 지속가능개발목표(SDGs: Sustainable Development Goals) 발표와 세계보건기구(WHO)의 보편적 건강보장 실천 노력과 연계하여 국내에서는 시민단체를 중심으로 재난적 의료비 발생의 예방과 실질적 건강권 실현을 위해 보편적 상병수당제도의 도입이 제기되어 왔다.

이 연구는 보편적 건강보장의 실천적 관점에서 측정과 개입의 가능성을 고려하여 소득 수준에 따른 의료 격차를 진단하고 정책 과제를 제안하고자 한다. 특히 노동시장의 변화에 따라 최근 관심이 확대되고 있는 근로자의 의료 격차 해소 차원에서 그간에 제기된 상병수당제도의 도입 필요성을 종합 검토하고 대응 방향을 제안하고자 한다. 이를 위한 구체적 목표는 다음과 같다.

첫째, 건강 격차 해소를 위한 정책 개입의 실현성 측면과 최근의 사회 변화를 반영하여 의료 격차(Health Care Disparities) 해소의 필요성을 제시하고 소득 수준에 따른 의료 격차를 건강보험 직장가입자와 지역가입자, 개인 단위로 분석하고 의료 격차를 해소하기 위한 정책 과제를 제

6 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

안하였다. 둘째, 적시에 효과적으로 치료하기 위한 과정에서 잠재적으로 발생할 수 있는 근로자의 종사상지위에 따른 격차를 분석하고 상병수당 도입의 필요성과 방향 설정을 다학제적으로 검토하기 위해 다양한 분야의 전문가가 참여하는 포럼을 운영하여 시사점을 도출하였다. 셋째, 보편적 건강보장의 실천적 관점에서 국외의 상병수당 관련 제도를 비교하고 국내 관련 제도의 변화를 검토하여 제도 설계의 틀과 정책 과제를 제안하였다.

이 연구는 보편적 건강보장의 실천 과제로서 사회 변화에 대응하는 의료 격차 해소의 중요성을 부각하고 최근의 상병수당 논의를 종합하여 대응 방향을 제시함으로써 근거 기반 정책 수립의 실용적 근거를 제공할 것이다.

2. 주요 연구 결과

가. 의료 격차의 진단과 과제

이 연구에서는 다양한 자료원을 활용하여 의료 접근도, 근거 기반 필수 서비스의 이용과 결과, 전체 질환 및 질환별 의료 이용 및 결과, 경제적 부담에 따른 의료 격차를 확인하였다. 변화하는 환경에서 새로운 사회적 위험에 대응하여 취약계층과 특정 대상 중심의 접근이 아닌 보편적 방식의 위기 대응 제도를 검토할 필요가 있다.

사용한 자료와 분석 목적에 따라 의료서비스 접근과 이용에 취약한 집단을 구분하는 기준은 다르지만 분석 결과들을 종합하면 지역가입자의 저소득계층이 의료 접근, 예방 서비스 이용, 효과적 치료 서비스 이용, 좋은 의료 결과를 경험하는 데 불리함을 드러내고 있다. 주요 결과를 요약

하면 미충족 의료 수요로 측정된 의료 접근도, 예방 서비스 이용, 건강 필요도를 보정한 상급종합병원 이용, 근거 기반 필수 서비스 이용에서 모두 지역가입자 또는 저소득층이 불리한 의료 격차를 보였다. 재난적 의료비 발생률도 저소득층에 집중되는 경향이 나타났다.

나. 상병수당의 이슈 검토와 대응

최근 사회적 관심이 증가하고 있는 상병수당제도와 관련하여 사업자 규모와 종사상지위 및 근로 형태에 따른 병가 사용 현황과 의료 격차 현황을 살펴보았다. 종사상지위가 낮은 저소득 근로자는 갑작스레 질병이 발생하면 직접 의료비 부담뿐 아니라 실직의 두려움으로 질병의 초기 치료를 지연시켜 건강 악화를 초래할 위험이 크다. 고용·산재보험에 가입되어 있지 않은 임금 근로자 가운데 상당수를 차지하는 임시·일용직은 건강보험 지역가입자로 포함되어 있을 가능성이 높고, 영세 사업장에서 일하는 근로자 또는 임시·일용직으로 종사상지위가 취약한 근로자일수록 병가 사용 일수가 전체 임금 근로자에 비해 적고 그 격차도 크며 건강을 사유로 퇴직하는 비율도 훨씬 높았다. 아울러 사업장 규모별, 종사상지위별 건강 수준은 큰 격차를 보인 반면 외래 및 입원 이용 수준은 큰 차를 보이지 않아 상대적으로 건강 수준이 낮은 임시·일용직 근로자들의 잠재된 미충족 의료 수요가 많음을 보여 주었다.

보편적인 건강보장을 달성하기 위해서는 의료서비스 보장과 재정적 보호라는 두 가지 요소를 충족해야 하며 재정적 보호 측면에서 소득 상실을 막는 것은 국가가 할 역할이다. 즉, 보편적 건강보장의 개념은 의료비 지출에 따른 보호를 넘어 거시적 관점에서 질병으로 발생할 수 있는 손실을 막기 위한 다차원의 경제적 보호를 의미한다.

8 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

직접 손실인 의료비는 본인부담분을 제외하고 의료보장제도로 보장한다. 상병 기간 중의 소득 상실에 대해서는 사회보험으로 상병수당을 지급하거나 기업체에 유급병가를 의무화하는 등으로 보장하며 영구적 소득 상실은 사회보장연금보험의 장애연금으로 보장한다.

우리나라는 국민건강보험의 보장률이 낮고 사회안전망으로 상실 소득을 보장하는 제도가 없으며 장애연금의 금액이 매우 적다. 이를 보완하기 위해 민영 의료보험이 과다할 정도로 성장하여 공사 의료보험료 부담이 매우 크며 도덕적 해이로 인해 건강보험 재정에도 영향을 미친다.

36개 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중 우리나라와 미국을 제외한 34개국에서 사회보험 혹은 법정 유급병가로 상병수당을 도입했다. 미국은 퇴직연금, 연차휴가 등 기업 복지를 노사가 합의하여 정하는데 유급병가 적용률은 정규직 근로자를 기준으로 82%에 달한다. 버락 오바마 정권에서는 상병수당을 도입하기 위해 노력하기도 했다. 법정 유급병가는 현재 11개 주에서 도입했다.

상병수당이나 유급병가의 지급 기간은 29개 회원국에서 26주(6개월) 이상으로 하고 있으며 재정의 지속가능성을 위해 대부분 상병 발생 후 2~12주는 고용주가 유급병가로 보장하도록 했다. 유급병가 기간에는 고용주가 기본급의 100%를, 사회보험이 지급하는 기간에는 국가별로 50~100%를 보장한다.

아울러 상병수당제도는 국가의 복지 유형 특성과 연계하여 저소득층 중심의 특정 대상 체제, 조세 기반의 기초보장 체제, 민간 보험 기반의 자율 체제, 사회보험 기반의 조합 체제, 조세 기반에 기여 방식이 보완된 통합 포괄 체제로 발전해 왔다. 선형국의 공통적인 제도 설계를 추출하여 우리나라 상황에 적합한 접근 방식을 검토할 필요가 있다.

3. 결론 및 시사점

치료 서비스 보장 중심에서 간과되어 왔던 격차의 문제를 건강권 보장 측면에서 국가의 의무로 의제화해야 한다. 의료 격차 해소를 위해 ‘필수 의료서비스에서의 의료 격차 모니터링을 통한 사회적 감수성 확대’, ‘개인의 삶의 질 향상을 위한 범국가 전략에서의 보건의료 정책 반영’, ‘사회경제적 요인을 조절하는 예방과 건강 증진 정책의 강화’, ‘일차의료 중심의 예방 및 건강 증진 사업 활성화’를 주요 정책 과제로 추진해야 한다.

아울러 저소득 근로자의 의료 격차 해소와 아픈 근로자의 고용 유지 및 소득보장을 위하여 상병수당제도의 핵심 설계 요소를 결합하고 대상을 단계적으로 확대해 국내 제도의 정합성, 사회적 합의의 용이성, 재정 측면의 실현 가능성을 제고할 수 있을 것이다.

제도의 설계 요소는 남용의 통제, 고용주와 공적 영역의 책임 분담, 보호 대상의 범위로 요약되고 이들의 결합을 통해 대안을 설정할 수 있다.



모든 대안은 고용주의 책임 분담 확대가 병행되어야 한다. 사업장에서 업무 외 상병에 대해 유급병가를 보장하는 것은 공적 영역의 재정 부담을 줄여 주기 때문이다. 다만 고용주의 부담 증가는 사회적 합의를 도출하기 어렵기 때문에 단기적으로는 기업체의 유급병가 권장 사업을 추진하고 후에 근로기준법을 개정하여 법정 유급병가제도를 도입하는 단계적 접근을 해야 할 것이다.

이러한 환경 조성을 바탕으로 대상의 범위에 따라 1안은 고용주 책임에서 제외되어 있는 기업 복지 사각지대를 대상으로 하는 사회적 유급병가제도를 설계하는 것이다. 이는 서울시 유급병가제도 또는 고용보험에서 운영하는 지역가입자 특수형태고용 근로자 출산급여제도와 유사한 접근으로 격차가 확인된 지역 가입 저소득 근로자가 포함된다. 2안은 저소득 및 취약계층 중 근로 능력이 있는 이들까지로 대상을 확대하여 특정 대상형 상병수당을 도입하는 것이다. 3안은 2안을 기준으로 대상, 기간, 소득대체 수준을 달리함으로써 확대되는 상병수당제도의 틀이다.

1~3안은 현실적으로 공적 자금을 투입하여야 한다는 측면에서 건강보험, 고용보험, 산재보험 중 어느 곳에서 운영하느냐에 따른 재정적 차이는 없을 것이다. 대상을 감지하는 감수성과 관련 의료비 지원 사업, 긴급복지지원제도, 장애연금 등으로 이어지는 제도적 정합성과 연속성, 개인과 가구 단위 지원 사업의 상호 보완성을 고려할 때 건강보험에서 통합 운영하는 것이 좀 더 효율적일 것이다. 상병수당이 건강보험의 임의 부가급여로 규정되어 있으므로 법적 근거도 마련되어 있다.

건강보험에서 상병수당을 법정 급여로 운영하는 세부 방안의 설계를 위해 근로자의 치료 기간 소득과 고용 유지를 위한 사업장 환경 조성, 산재보험과 고용보험의 가입률과 보장률 확대, 제도 남용의 통제와 건보 재정 운영의 투명성 제고 방안 마련, 기업의 유급병가 실태 조사 및 재정 소

요 금액 추정, 민영 의료보험의 정비를 정책 과제로 제안한다. 새로운 제도의 도입은 신중히, 그리고 근거에 기반한 사회적 합의를 통해 추진하여야 할 것이다.

*주요 용어: 보편적 건강보장, 의료 격차, 상병수당, 유급병가

제 1 장

서론

강희정

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 보편적 건강보장을 위한 의료 격차 분석의 개념적 틀

제3절 보고서의 구성

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경 및 필요성

가. 보편적 건강보장은 형평성 향상을 위한 실천적 개념

보편적 건강보장(UHC: Universal Health Coverage)은 ‘모든 사람이 재정적 어려움을 겪지 않으면서 양질의 필수 건강 서비스를 받을 수 있도록 보장하는 것’(WHO, 2013; 강민아, 2016, p. 15 재인용)으로 전 세계 보건의료 시스템의 핵심 과제로 대두되어 왔다. WHO는 보편적 건강보장을 ‘보건의료서비스 접근의 형평성’, ‘서비스를 받은 이들의 건강향상에 충분한 보건의료서비스의 질’, ‘서비스 이용으로 인한 재정적 위험 보호’의 세 가지 목적으로 정의하고 있다(WHO webpage, 2019a, p. 1). 보편적 건강보장은 1948년 건강을 인간의 기본권으로 규정한 세계보건기구(WHO) 헌장과 1978년 알마아타 선언의 모두를 위한 건강(Health for All)에 근거하여 유엔의 지속가능개발목표들을 관통하며 가장 취약한 집단의 건강 증진과 보호 확대를 추구한다(WHO webpage, 2019a, p. 1).

유엔은 2015년 9월 25일 정기총회에서 2030년까지 유엔과 회원국의 지속가능발전을 위한 의제로서 17개 지속가능개발목표(SDGs: Sustainable Development Goals)를 채택했다(이명순, 2018, p. 1). 17개 SDGs 중

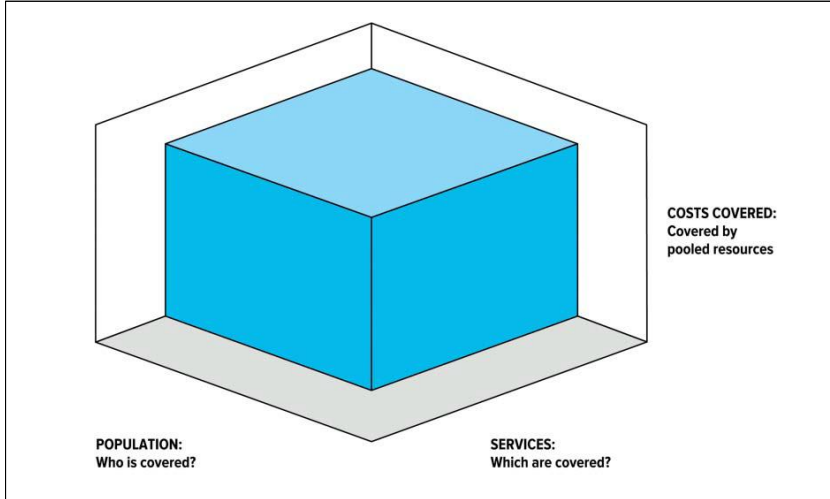
건강과 관련된 의제 ‘SDG 3’은 ‘건강한 삶과 안녕’으로 전 연령대의 모든 사람의 건강한 삶을 보장하고 안녕(well-being)을 증진하는 것이다(이명순, 2018, p. 5). 보편적 건강보장은 유엔 지속가능개발목표의 핵심 정신 중 하나인 ‘Leave No One Behind(한 사람의 예외도 발생하지 않도록 하자)’의 바탕인 보편성의 정신을 보건의료 분야에 적용하여 SDG 3을 달성하기 위한 실천적 개념이라고 할 수 있다(Watkins, 2014; 강민아, 2016, p. 15에서 재인용).

WHO는 지속가능발전¹⁾과 건강의 깊은 연관성을 주창하며 ‘Health for All, All for Health’라는 슬로건하에 좀 더 효과적인 건강 증진 접근 방식을 논의하고 구체적 실행 전략을 개발해 왔다(이명순, 2018, p. 2).

[그림 1-1]은 WHO의 UHC 큐브로 보편적 건강보장의 개념을 그림으로 나타낸 것이다. 오랫동안 보편적 건강보장을 달성하기 위한 세 가지 차원의 정책 옵션을 보여 준다. UHC 큐브에서 세 개의 축은 (1) 공동 기금으로 보장되는 서비스 (2) 대상 인구 (3) 보장되는 비용의 비율로 각 축에서 현재 상황과 정책 목표의 차이를 확인하게 한다. 대상 인구의 보편성을 달성한 한국에서는 서비스와 비용 보장성에 대한 정책 우선순위가 높은 것처럼 각각의 국가 상황에 따라 세 개의 축에 대한 정책적 선택은 달라질 수 있다(WHO, 2010, p. 12; Roberts, Hsiao, & Reich, 2015, p. 22).

1) 지속가능발전법 제2조 1항에서는 지속가능성을 현재 세대의 필요를 충족시키기 위해 미래 세대가 사용할 경제, 사회, 환경 등의 자원을 낭비하거나 여건을 저하시키지 아니하고 서로의 조화와 균형을 이루는 것으로 정의하고 있으며, 이명순(2018, p. 2)은 지속가능발전을 지속가능성에 기초하여 경제의 성장, 사회의 안정과 통합, 환경의 보전이 균형을 이루는 발전을 의미한다고 정의함.

[그림 1-1] WHO UHC 큐브



자료: Roberts, Hsiao, & Reich(2015, p. 23)

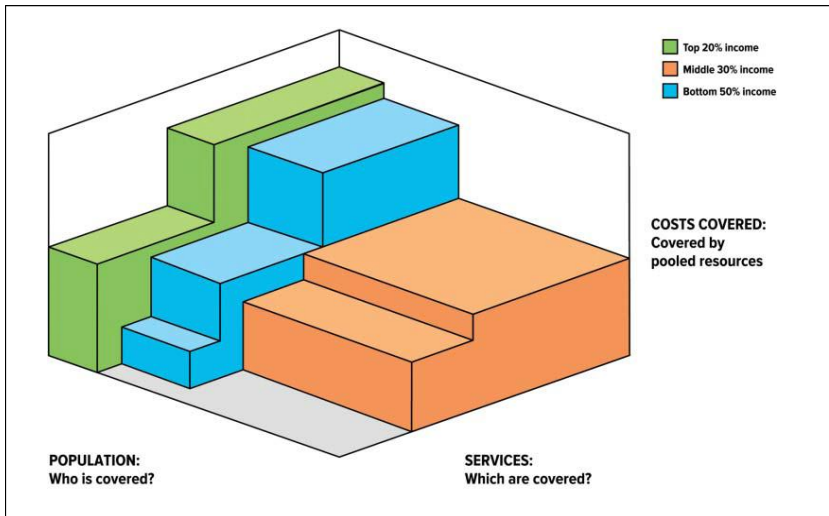
그동안 보편적 건강보장의 개념과 논의의 범위는 지속적으로 확대되어 왔다. 초기에는 질병으로 인한 재정 부담으로부터의 보호라는 단일 차원에서 건강보험제도의 구축에 관한 논의에 한정되었다면, UHC 큐브는 ‘모두를 위한 건강보장’이라는 다차원 개념으로 범위를 확대한 모델이다(강민아, 2016, p. 17). 그러나 UHC 큐브는 인구집단 간 보장의 격차를 보여 주지 못한다는 단점이 있다. 공공 및 민간 의료 부문을 모두 합한 총 의료비 차원에서 보면 결과적으로 저소득층은 더욱 발전된 의료서비스를 받을 기회가 고소득층보다 적으며 가처분소득 대비 의료비 지출 비중은 훨씬 높을 수 있다. 대부분이 공적 제공으로 이루어지는 시스템에서도 도시 엘리트가 지방 빈민보다 공적으로 제공되는 최신 의료서비스를 더 많이 활용하게 된다(Roberts, Hsiao, & Reich, 2015, p. 23). 사회는 질병 위험이 높은 저소득층의 공적 의료비 지출 비중이 높다는 데 주로 관심을 갖지만, 이는 좀 더 효과적인 건강 증진 및 치료 서비스에 대한 접근

18 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

의 격차가 초래한 부정적 결과일 수 있다. 이러한 관점에서 보면 정책 수립자들은 3개의 차원(대상 인구, 대상 서비스, 비용 보장) 외에도 추가로 어떤 집단을 대상으로 각 차원을 확대할지를 고민해야 한다(Roberts, Hsiao, & Reich, 2015, p. 23; 강민아, 2016, p. 22).

재정적 보장 측면에 한정되어 있던 초기의 보편적 건강보장 논의와 달리 SDGs가 발표된 2016년부터 보편적 건강보장 논의는 질병으로 발생하는 재정 부담을 덜어 주기 위한 전 국민 건강보험(Universal Health Insurance)의 구축과 함께 건강을 유지하거나 회복하는 데 필요한 보건 의료서비스의 보편적 보장이라는 2가지 과제를 포괄하게 된 것이다(강민아, 2016, p. 21).

[그림 1-2] UHC 총계 피라미드



자료: Roberts, Hsiao, & Reich(2015, p. 23)

Roberts et al.(2015, p. 23)은 기존의 UHC 큐브를 발전시켜 UHC 층계 피라미드 그림(the step pyramid diagram)을 제시하고 다음과 같이 설명했다. 층계 피라미드의 첫 번째 인구 축은 소득 수준에 따라 인구 집단을 구분한다. 소득 그룹의 상세 수준은 실용적이고 경험적인 선택으로 목적에 따라 결정한다. [그림 1-2]에서 대상 인구(population) 축은 서로 다른 소득계층(상위 20%, 중위 30%, 하위 50%)의 대상 인구 보장률이 된다. 두 번째 서비스 축은 모든 서비스를 유형별로 구분(segmentation)한다. 예방 및 일차의료, 이차의료, 삼차의료로 구분할 수 있으며 정책 관련성에 따라 달라질 수 있다. 서비스 분할은 원점부터 복잡성의 역순(예방, 기본적 일차의료, 외래 처방, 이차 병원 진료, 삼차 병원 진료)으로 정렬한다. 각 서비스 세그먼트의 길이가 어느 정도인지 측정하는 척도를 결정하는 데도 정책적 선택이 따른다. 세 번째 비용 보장 축은 인구 집단과 서비스 세그먼트에 대해 공동 재원으로 보장된 비용의 비율을 결정하는 것이다.

유엔 SDGs의 핵심 정신 중 하나인 ‘Leave No One Behind’와 WHO의 ‘Health for All’의 슬로건은 모두 보편주의 원칙에 기반하고 있다(강민아, 2016, p. 18). 필수 건강 서비스를 국민의 기본 권리로 보는 보편주의 원칙은 건강권(Right to Health)의 개념과도 부합하며, 소위 ‘국민 모두’를 포괄하여 정책 대상자를 정의하는 방식으로, 이러한 사회적 포용성이 사회의 연대감을 강화하고 궁극적으로는 사회의 효율성을 제고한다는 가정에 근거를 두고 있다(강민아, 2016, p. 18).

결론적으로 UHC는 유엔의 SDG 3을 달성하는 실천적 개념으로 확장되어 왔으며 모두가 예외 없이 제도의 실질적 편익을 경험하고 모든 차원에서 형평성(equity)을 실현할 것을 강조하고 있다. 형평성은 인구집단 간에 회피 가능하고 수정 가능한 차이가 없는 상태를 의미하는 것으로 보

건의료 시스템에서 보편적 건강보장의 달성을 평가하는 핵심 성과 요소로 평가되어 왔다(WHO webpage, 2019a, p. 1; 강희정, 2019, p. 19; WHO, 2010, p. 11). 즉, 보편적 건강보장은 개인이 보건의료 시스템에서 필요한 양질의 건강 및 의료서비스에 접근하거나 이용할 때 사회경제적 불리함 때문에 차별을 경험하지 않도록 보장하는 것이다(Beal, 2011, p. 1868; 강희정, 2019, p. 19).

나. 건강의 다차원적·연속적 개선을 통한 결과 중심의 형평성 제고

WHO(1948)가 정의한 건강은 단순히 질병이 없거나 허약하지 않은 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕(physical, mental, and social well-being)한 상태이다(WHO webpage, 2019b, p. 1). 이러한 건강의 포괄적 정의와 보건의료 시스템의 투입과 과정, 결과, 영향에 이르는 연관성에도 불구하고 우리나라 보건의료 시스템은 건강행태 촉진 등 건강 증진 활동을 포괄하는 공중보건 영역과 조기 검진 및 질병 치료를 위한 의료보장 영역을 구분하여 운영하고 있다. 후자는 치료 뿐 아니라 예방 의료서비스의 경제적 가치를 반영한 관련 서비스의 보장성 확대가 추진되고 있지만 여전히 공중보건 영역과는 분리되어 있다.

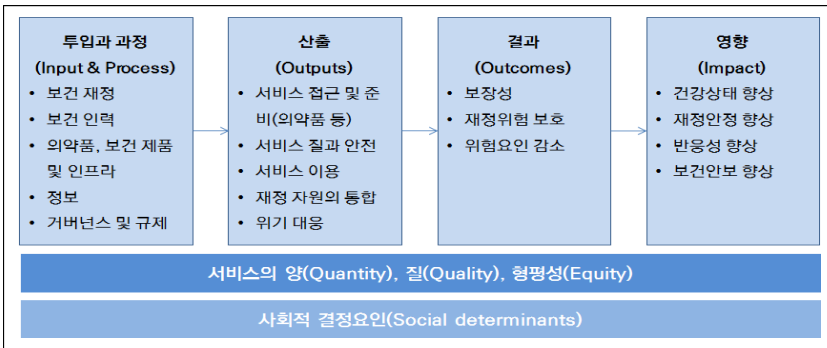
그러나 노인 인구와 복합 만성질환의 증가에 따라 사람들의 서비스 요구가 변화되고 지능정보기술의 발달로 공중보건과 의료의 경계가 허물어지고 있다. 즉, 과거에는 서비스 공급 주체 또는 서비스 유형에 따라 영역이 구분되었다면 최근에는 서비스를 받는 사람의 특성을 중심으로 여러 서비스 영역이 연계되고 통합되는 시스템 전환기에 있다.

한편 의료 바이오산업은 고부가가치와 좋은 일자리 창출, 국민 건강 증진까지 도모하는 맞춤형 융합 서비스를 제공하는 블루오션으로 기대되고

있다. 건강한 삶에 대한 관심이 높아지고 맞춤 의료, 유전체 의학 등 BT-NT-ICT 융합을 바탕으로 하는 첨단 의료 기술의 등장은 개인별 맞춤형 통합 서비스를 제공하여 의료의 패러다임을 변화시키고 있다(미래창조과학부 미래준비위원회, KISTEP, KAIST, 2016, pp. 82-83).

또 국민의 사회경제적 수준 향상은 집단의 사망률 감소에 만족하지 않고 개인의 삶의 질 향상을 위한 포괄적 개념의 건강 실현을 요구하고 있다.

[그림 1-3] 결과 중심으로 보편적 건강보장을 달성하는 연계 사슬



자료: WHO(2013, p. 9)

보편적 건강보장의 수준, 즉 보장성은 투입과 과정, 산출의 결과이며, 이러한 시스템 변화는 인구 집단 수준에서 건강 상태 향상, 재정 안정성 향상, 반응성 향상, 보건안보 향상에 영향을 미친다. 보편적 건강보장이 국민의 건강권 실현을 위한 실천 의제라면, 결과와 영향의 향상을 목표로 설정해야 한다. 아울러 결과와 영향 측면에서 목표를 달성하려면 전 과정에서 서비스의 양, 질, 형평성을 동시에 고려해야 한다. 형평성의 고려는 다시 건강보장의 투입부터 영향에 이르는 전체 스펙트럼에서 소득, 직업, 장애 등에 따라 필요한 의료서비스의 양과 질에 집단 간 격차가 있는지 확인하고 이를 해소해야 할 필요성을 증가시킨다(WHO, 2013, p. 9).

따라서 보편적 건강보장을 달성하기 위해서는 궁극적으로 보건의료서비스의 투입과 과정 단계에서부터 건강 결과의 수준과 형평성을 높이는 관련성을 고려하여 누구도 예외 없이 예방의 경제적 편익과 질 높은 치료서비스의 효과를 경험하도록 하는 결과 기반의 정책 설계가 필요하다.

다. 사회 변화에 따른 새로운 사회적 위험 집단의 포용

전통적인 사회적 위험인 실업과 질병, 절대 빈곤 등이 상당 수준 개선되고 있지만 여전히 해결되지 않은 상황이며, 산업구조와 노동시장, 인구·가족 구조와 가치관 등이 급격히 변화함에 따라 새로운 사회적 위험이 나타나고 있다(노대명 외, 2018, p. 10). 노동시장에서 확산되고 있는 고용 불안과 저임금 문제는 근로 빈곤층(Working Poor) 문제를 야기하며 근로 연령층 전반에서 소득불평등을 초래하고 이는 사회 결정 요인으로 인한 의료 및 건강 격차도 확대할 수 있다.

통계청(2019)의 경제활동인구조사 결과에 따르면 근로 형태별 사회보험 가입자 비율이 전반적으로 높아졌지만 경제사회적 위험에 노출될 우려가 더 큰 비정규직 근로자 등이 사회보험제도에서 배제될 개연성이 더 높음을 보여 준다. 건강보험을 제외하고 연금과 고용보험에서 비정규직 근로자의 가입률은 정규직 근로자의 절반 이하이며, 특히 비전형 근로자의 가입률은 상당히 낮다(표 1-1).

〈표 1-1〉 근로 형태별 사회보험 가입자¹⁾ 비율

항목	근로 형태	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	
국민연금 ²⁾ (직장 가입자)	임금 근로자(계)	61.5	65.1	67.5	67.7	69.1	69.8	69.5	
	정규직	75.8	78.5	82.1	83.0	85.0	86.2	87.5	
	비정규직	소계	36.8	38.1	37.0	36.4	36.6	36.6	37.9
		한시직	47.7	58.7	54.6	53.3	52.4	50.6	49.0
		기간제	52.7	64.0	58.5	55.6	53.2	51.3	49.0
		비기간제	32.4	42.3	40.4	44.4	49.7	48.0	49.1
		시간제	2.1	9.3	13.4	15.4	17.3	18.6	19.8
비전형	23.7	22.2	21.0	19.9	20.4	19.8	19.1		
건강보험 ²⁾ (직장 가입자)	임금 근로자(계)	62.0	67.1	71.6	72.6	74.2	75.5	75.7	
	정규직	75.9	79.5	84.8	86.2	88.4	90.1	91.5	
	비정규직	소계	37.9	42.1	43.9	44.9	45.3	45.9	48.0
		한시직	48.8	64.7	64.2	65.2	64.8	62.9	61.7
		기간제	54.1	71.1	69.6	69.2	67.3	65.3	63.1
		비기간제	32.6	44.4	44.6	49.3	55.3	54.2	56.3
		시간제	2.3	10.5	17.6	19.4	21.8	25.0	26.7
비전형	25.9	28.6	30.9	32.4	33.3	32.1	32.3		
고용보험	임금 근로자(계)	53.2	63.4	68.7	69.7	71.2	71.6	70.9	
	정규직	63.8	75.7	82.4	84.2	85.9	87.0	87.2	
	비정규직	소계	34.7	41.0	42.6	42.9	44.1	43.6	44.9
		한시직	45.3	62.0	60.6	61.1	61.5	57.9	57.1
		기간제	50.2	68.1	64.8	64.0	62.5	58.8	57.6
		비기간제	30.4	43.1	45.4	49.6	57.9	54.6	55.0
		시간제	2.2	10.7	19.0	21.1	23.1	24.8	26.1
비전형	22.2	28.5	29.0	29.2	30.1	29.9	29.0		

주: 1) 사회보험(국민연금, 건강보험, 고용보험) 가입률은 가입 대상 여부에 관계없이 가구 내 거주하는 모든 임금 근로자를 대상으로 조사하기 때문에 실제 가입 대상을 기준으로 한 가입률보다 낮음.

2) 국민연금(직장가입자), 건강보험(직장가입자): 직장가입자만 집계한 수치임(지역가입자, 수급권자 및 피부양자는 제외).

자료: 통계청, 경제활동인구조사, KOSIS, 각 연도.

제도적 사각지대에 있는 비정규직 근로자는 건강보험의 지역가입자에 편입되며, 근로 빈곤층의 증가는 지역가입자 내 저소득층의 밀도를 높여

소득계층 간 의료 및 건강 격차를 심화할 수 있다.

또 전 국민을 대상으로 하는 건강보험 가입률이 100%라고 해도 서비스 보장성이 62.7%(2017년 기준)에 불과하다²⁾. 질병은 단순히 의료기관에 지불하는 치료 비용만 발생시키지는 않는다. 교통비, 질병으로 인해 손실되는 소득, 기타 간병비 등 의료기관 밖 비용뿐 아니라 의료기관 안에서도 건강보험의 보장성 수준에 따라 급여 서비스에 대한 일부 본인부담과 비급여 서비스 비용이 발생한다. 필요한 시점에 전체 비용을 충당하지 못하는 집단은 가장 효과적인 치료 시기를 지연시킴으로써 건강보장 시스템의 투입, 과정, 결과의 향상에 기여하지 못하고 임상적으로 치명적이거나 재정적으로 재난 상황에 처하게 된다.

건강과 의료의 격차는 보건의료 시스템에서 빚어지는 현상이지만 이를 해소할 대안은 보건의료 시스템의 범주를 넘어서야 마련할 수 있다. 사회경제적 요인이 건강과 의료의 불평등을 초래할 뿐 아니라 건강하지 못하면 다시 개인의 사회경제적 상태에 부정적 영향을 끼쳐 건강과 의료의 불평등을 고착화할 수 있기 때문이다.

보편주의에 기반을 둔 보편적 건강보장의 실현은 사회의 변화에 따라 새롭게 출현하는 위험 집단을 지속적으로 파악하고 이들을 포용하는 정교한 정책이 필요하다. 이를 위해 건강보험과 사회보호의 역할이 동시에 필요할 수 있다.

라. 문재인 케어에 대한 보건·시민단체의 비판과 상병수당의 제기

상당수 보건·시민단체는 2017년 8월 발표된 문재인 케어의 비급여 통

2) e-나라지표(건강보험 재정 및 급여율)

http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2763,
2019.9.30. 인출(출처: 국민건강보험공단, 건강보험환자 진료비 실태조사)

제에 대한 정책 의지는 지지했으나 보편적 건강보장의 실천 측면에서 내용의 범위와 수준이 부족하다고 밝혔다. 특히 참여연대, 환자 단체, 가입자 단체 등은 재난적 의료비 발생의 근원적 예방과 건강보장의 보편성 실현을 위해 상병수당 도입의 필요성을 주장한다(참여연대 사회복지위원회, 2017a; 2017b; 김준현, 2018, p. 1). 이와 관련하여 참여연대는 제도 사각지대에 놓인 일용직 근로자, 자영업자의 증가에 대응하여 의료비 부담과 소득 단절로 인한 저소득층의 경제적 충격을 사전에 보호하는 차원에서 국민건강보험법 제50조의 상병수당 실시를 임의 규정이 아닌 의무 조항으로 개정할 것을 제안했다(참여연대 사회복지위원회, 2017b, p. 1). 아울러 복지부가 건강보험 보장성 강화 추진과 관련하여 근로자, 시민 등 건강보험 가입자의 의견을 수렴하기 위해 개최한 제7차 실무협의체 회의에서 가입자 단체(민주노총, 한국노총, 참여연대, 보건의료단체연합, 내가 만드는 복지국가, 무상의료운동본부, 건강세상네트워크, 경실련)는 공동으로 상병수당제도 도입의 필요성을 제기한 바 있다(의학신문, 2018. 5. 18.).

한편 서울시는 2019년 6월 1일부터 유급병가제도를 시행하였다. 서울형 유급병가제도는 국민건강보험 지역가입자 중 기준 중위소득 100% 이하의 근로소득자 및 사업소득자가 질병으로 근로하지 못하게 되면 연간 최대 11일(입원 10일, 공단 일반 건강검진 1일)까지 하루에 8만 1180원(2019년 서울시 생활 임금 기준)을 지급한다(서울특별시, 2019. 6. 1.). 신청은 본인이 지원 신청서를 근로 확인 증명 서류와 함께 제출해야 하며 국민기초생활 보장, 서울형 기초보장, 긴급복지(국가형, 서울형), 산재보험, 실업급여, 자동차보험과 중복되거나 미용, 성형, 출산, 요양 목적일 때는 대상에서 제외한다(서울특별시, 2019. 6. 1.).

결론적으로 서울형 유급병가제도는 공식적으로 근로자를 보호하는 제

도에서 소외되고 건강보험 지역가입자에 편입되어 있는 취약 근로자에게 유급병가를 지원하는 것이다. 한편 서울형 유급병가제도는 취약 근로자가 어떤 지역에 사느냐에 따라 사회적 보호 수준이 달라지는 지역 간 격차 문제를 초래할 수 있으므로 중앙정부 수준에서 상병수당 도입을 검토할 필요가 있다.

마. 국민의 건강권 보장을 위한 실질적 의료 격차 해소 필요

대부분의 사람은 개인이 통제할 수 없는 환경(부모의 빈부, 인종, 성별 등)에 기인한 불평등을 불공정하고 부당한 사회적 격차라고 생각한다. 경제성장기에는 평균 수준의 향상에 집중하여 격차에 대한 관심을 회피하기 쉽다. 그러나 국민의 소득 수준 향상과 수명의 연장은 개인의 삶의 질 향상에 대한 욕구를 증가시키고 있다.

사람 중심에서 개인의 고려는 평균 수준을 향상하면서 격차 해소의 필요성을 부각시키고, 그 결과로서 건강 수준의 향상은 생애 주기와 예방-치료-재활의 연속적 건강보장 체계에서 더욱 비용 대비 효과적인 정책 개입의 필요성을 확대시킨다. 보건 영역에서 가장 소외된 어린이에게 건강 증진 및 예방 서비스를 확대하는 것은 기회의 형평성과 보편성을 확대하는 대표적 접근 방식이다. 모든 단계에서 격차를 해소하여 궁극적으로 건강형평성을 제고하는 것은 국민의 건강권 보장 측면에서 정부의 의무이기도 하다.

또 일정 수준 이상으로 발전된 보건의료 시스템에서 보편적 건강보장의 달성을 위해서는 의료의 질(quality of care)을 중요한 과제로 다루어야 한다. 질 낮은 의료는 보장성 강화를 통한 편익을 제한하기 때문이다. 국민이 체감하는 보장성 확대를 위해서는 질 좋은 의료에 대한 접근의 격

차를 지속적으로 점검하는 기제를 갖춰야 한다(Akachi et al., 2016, p. 160; 강희정 2019, p. 18). 실질적으로 유엔 SDG 3에서의 보편적 건강 보장 달성은 모든 사람이 재정적 어려움 없이 질 높은 필수 의료서비스에 접근하는 것이라고 할 수 있다. 경제협력개발기구(OECD) 회원국 대부분은 건강의 불평등 감소와 욕구의 관련성을 고려하여 높은 수준의 의료에 적절하게 또는 동일하게 접근할 수 있도록 하는 원칙의 준수를 강조하고 있다(Devaux, 2015, p. 21).

문재인 케어를 통한 보장성 강화 정책도 양질의 의료 시스템 구축을 전제로 모든 국민이 필요한 의료서비스에 접근 가능하도록 비용 장벽을 없애는 데 목적이 있다. 이러한 목적의 달성을 위해서는 사회경제적 요인에 의한 격차와 관련성과 변화를 추적하여 이를 근거로 개입이 필요한 대상을 효과적으로 포용할 수 있도록 정책을 정교하게 세울 필요가 있다.

시스템 변혁기에 의료 격차를 중심으로 성과 변화를 모니터링하는 것은 향상된 성과의 이로움을 고르게 확산시켜 보건 의료 시스템의 지속가능성을 제고하는 핵심적인 접근법이다. 사회 구조 변화에 따른 새로운 보호 집단의 출현은 예방 의료 및 치료 서비스에서부터 사회경제적 요인에 따라 접근성에 격차가 발생하지 않도록 하고 발생하면 해소할 수 있는 정책을 설계함으로써 실질적 의료 격차 해소에 다시 관심을 가져야 한다.

의료서비스 접근의 사회경제적 요인에 따른 격차를 해소하는 정책은 관련 집단에 건강보험과 사회보호의 역할을 동시에 요구할 수 있다. 건강보험 보장(Health Insurance Coverage)과 사회보호(Social Protection)는 질환이 치명적으로 악화할 잠재성이 있고 재정 면에서 재난적인 상황을 초래하는 결과를 예방할 수 있기 때문이다.

2. 연구 목적

우리나라 건강보험은 보편적 건강보장 네트워크에 참여하여 국제 협업을 강화하고 강점 분야별로 WHO 협력 센터의 지정과 운영을 추진 중이다(보건복지부, 2019, p. 145). 보편적 건강보장의 달성은 형평성 실현을 위해 사회경제적 요인에 대한 개입을 요구하며 결과의 형평성 제고를 위해 건강보장 시스템의 투입부터 결과에 이르는 전체 보건의료 스펙트럼에서 격차 해소를 요구한다.

이 연구는 보편적 건강보장의 실천적 관점에서 의료 격차를 진단하고 정책 과제를 제안하고자 한다. 다만 의료 격차를 발생시키는 사회경제적 요인이 지역, 교육 수준 등 다양하지만 공개 데이터를 이용한 측정 가능성과 정책 개입의 가능성을 고려하여 소득 수준을 중심으로 의료 격차를 확인하고 정책 과제를 제안하고자 한다. 아울러 별도의 장에서 최근 관심이 증가하고 있는 사회적 위험 집단으로 경제적 취약 근로자의 치료 격차 가능성을 진단하고 관련 대안으로 제기되는 상병수당 의제를 종합적으로 검토하여 사회적 대응 방향을 제안하고자 한다.

이를 위한 구체적 목표는 다음과 같다.

첫째, 건강 격차 해소를 위한 정책 개입의 실현성 측면에서 인구 보장성의 확대에도 불구하고 의료 격차 확인이 필요한 개념 틀을 제시한다.

둘째, 최근의 사회구조 변화를 반영하여 건강보험의 직장가입자와 지역가입자 간 소득 수준에 따른 의료 격차, 가구소득에 따른 의료 격차를 분석하고 의료 격차 해소를 위한 정책 과제를 제시한다.

셋째, 저소득 취약 근로자의 미충족 의료 발생의 잠재성을 확인하기 위하여 사업장 규모별, 종사상지위에 따른 의료 격차의 잠재성을 분석한다.

넷째, 보편적 건강보장의 실천이라는 관점에서 주요국의 상병수당 운영 현황과 특성을 유형화하여 정리하고 전문가 정책포럼 운영을 통해 그 간의 국내 논의를 종합하여 상병수당제도 설계의 틀과 정책 과제를 제시하고자 한다.

의료 격차의 진단을 주제로 하는 연구는 적지 않으나 보편적 건강보장의 달성을 위한 형평성 제고 차원에서 정책 개입이 필요한 집단을 확인하고 격차 해소를 위한 정책 과제를 연계하여 검토하는 포괄적 접근의 연구는 찾기 어렵다. 질병이 발생한 이들에 대해 의료 시스템에서 격차 없이 치료를 보장하는 것은 보편적 건강보장의 필수 요소이며 출발점이다. 이 연구의 결과는 보편적 건강보장의 틀에서 의료 이용의 형평성 제고를 위해 건강보험과 사회보호를 강화하고 연계하는 포괄적 접근 틀을 제시할 것이다.

이 연구는 보편적 건강보장의 실천 과제로서 의료 격차 해소의 중요성을 부각시키고, 관련 정책으로서 상병수당에 대한 최근의 논의를 종합하여 사회적 대응 방향을 제시함으로써 근거 기반 정책 수립의 실용적 근거를 제공할 것이다.

제2절 보편적 건강보장을 위한 의료 격차 분석의 개념적 틀

1. 건강 격차와 의료 격차의 이해

보건의료 시스템의 궁극적 목적은 건강의 수준과 형평성 향상에 있다. WHO(2017. 12. 10)는 ‘인종 또는 사회경제적 상태와 관계없이 가능한 가장 높은 수준의 건강을 달성하는 것이 인류의 기본권’이라고 강조하

고 있다(Klots et al., 2017, p. 24). 건강은 하나의 요소로 정의될 수 없는 복잡한 관계의 결과이기 때문에 최종 목적의 달성은 다양한 수준과 다차원의 정책 개입을 요구한다. 정책 개입은 주로 보건의료 시스템의 중간성과인 의료 접근성과 질, 비용 효율성을 향상시키기 위한 다양한 프로그램을 통해 이루어지는데 건강의 사회 결정 요인을 모두 포괄하는 접근 방식을 마련하는 데는 범정부 차원의 협력이 필요하다. 보편적 건강보장의 실현은 치료 보장 중심의 정책 개입 범위를 확장하는 의미가 있다.

건강 불평등(health inequality)은 건강에서 나타나는 개인이나 집단 사이의 차이(difference), 변이(variation), 격차(disparities)를 지칭하는 일반적 용어이다(건강형평성학회·보건복지부, 2016, p. 32). 반면 건강 불형평성(health inequity)은 이데올로기 지향의 용어로 불평등(inequality) 현상에 대한 윤리적 가치 판단이 필요하다(Kawachi et al., 2002; 건강형평성학회·보건복지부, 2016, p. 32 재인용).

보건의료 형평성(equity in health care)은 건강형평성과는 다른 용어로 보건의료서비스 접근성과 의료 이용의 형평성, 의료비 지출과 의료 자원 분배의 형평성을 의미한다(건강형평성학회·보건복지부, 2016, p. 32). 의료 이용이 인구집단의 사회경제적 특성에 따라 분배되는 것이 아니라 의료 이용의 필요에 따라 분배되는 것(equal treatment to equal need)을 뜻하며, 보건의료에 대한 권리(right to health care)는 보건의료에 대한 접근성, 분배 정의(distributive justice)와 밀접한 관련이 있다(김동진, 김지은, 박은자, 신호성, 2011, p. 30).

보건의료에서 형평성은 건강형평성 제고를 위한 정책 개입의 가능성 측면에서 국가나 지방정부 단위의 노력이 필수적이며 보건의료인과 주민의 참여가 중요하다(건강형평성학회·보건복지부, 2016, p. 33).

한편 격차(disparities)는 사회적 불리함으로 인해 발생하는 결과의 차

이로 대부분의 건강 격차는 사회경제적 지위, 인종·민족, 성적 취향, 성별, 장애, 지리적 위치 또는 이들의 조합으로 소외되는 집단에 영향을 미친다(Beal, 2011, p. 1868; CDC, 2008, p. 6; 강희정, 2019, p. 19)에서 재인용). 대부분의 국가 보건의료 시스템은 의료 격차와 형평이 맞지 않는 의료 이용의 관련성에 근거하여(Ahn, Kim, & Shin, 2015, p. 9) 건강과 의료에서 격차의 척도를 형평의 수준을 추적하는 성과 지표로 사용하고 있다(강희정, 2019, p. 19).

의료 격차는 전형적으로 건강보험 가입, 의료 접근과 이용, 의료의 질에서 나타나는 집단 간 격차를 의미한다. 반면 건강 격차는 한 집단이 다른 집단에 비해 질병, 상해, 장애, 사망의 부담을 더 크게 갖는 것이다(Orgera & Artiga, 2018, p. 1).

2. 건강형평성 제고를 위한 의료 격차 모니터링의 중요성

국가의 보편적 건강보장과 필수 의료서비스 이용은 과거에 비해 향상된 것이 사실이지만, 지역 또는 소득 수준에 따라 격차가 존재하고 있어, 향후 극복해야 할 사회문제로 인식되고 있다(강희정 등, 2018, p. 8).

보편적 건강보장의 달성이 유엔 SDGs 달성을 위한 실천 과제 중 하나이고 SDGs의 핵심 원칙이 누구도 소외되지 않는 보편성에 있다는 측면에서 건강의 사회 결정 요인에 대한 고려와 정책 개입이 필요하다. 관련 정책 성과 모니터링에서도 사회적 환경, 물리적 환경, 보건의료서비스, 구조적·사회적 요인을 포함하는 건강의 사회적 결정 요인의 고려가 중요해지고 있다.

아울러 더욱 발전된 의료 시스템에서 의료 격차는 접근 관련 요인이나 임상적 욕구, 선호도, 개입의 적절성이 아니라 의료의 질 격차와 관련된

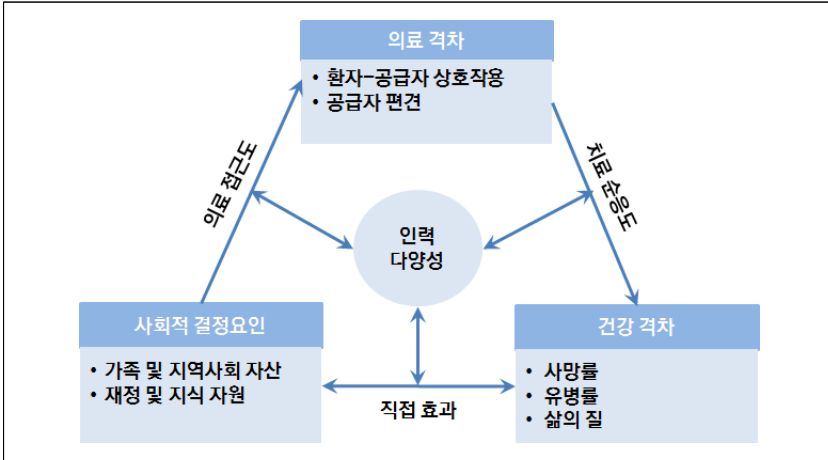
다(NQF 2017, p. 6). 인구 보장성을 어느 정도 달성한 선진 의료 시스템은 효과성을 포함하는 질 높은 의료에 대한 격차 해소를 보편적 건강보장 달성의 핵심 과제로 추진하고 있다(강희정, 2017, p. 19).

정책 개입의 가능성과 효과를 측정하는 관점에서 의료 격차 모니터링은 매우 직관적인 정보를 제공한다. 건강과 의료에서 ‘불형평(inequity)’은 사회적, 경제적, 지리적으로 정의되는 인구집단 간에 존재하는 체계적이고 잠재적으로 해결 가능한 차이(differences)³⁾를 의미한다(강희정, 2019, p. 19). 따라서 사회경제적 요인들의 포괄적 고려의 필요성에도 불구하고 측정 정보와 정책 개입의 가능성 측면에서 대부분의 의료 격차 모니터링은 소득 수준을 중심으로 이루어지고 있다. 이는 직접적인 비용 요인이 의료 이용을 결정하기 때문이기도 하다(김동진 외, 2011, p. 41). 최근 대도시, 대형 병원으로의 환자 쏠림 등을 심화시키는 지역 간 의료 격차는 대부분 인프라의 지역 간 격차에서 발생하고 있으나 직접 원인에 대한 정책 개입이 쉽지 않은 부분이 있다(건강형평성학회·보건복지부, 2016, p. 32).

의료 격차는 의료 접근성과 제공받은 의료의 질이 소득 수준이 낮은 집단에 불리하게 나타나는 현상을 말한다(Wasseman et al., 2019, p. s64; 강희정, 2019, p. 20). 건강의 사회적 결정 요인, 의료 격차, 건강 격차 간의 상호 관계에서 의료 격차를 지속적으로 모니터링하고 해소할 정책을 개발하는 것은 궁극적으로 건강형평성 제고를 위해 중요하다(Moy & Freeman, 2014, p. 10; 강희정, 2019, p. 20).

3) systematic and potentially remediable differences

[그림 1-4] 건강의 사회적 결정 요인, 의료 격차, 건강 격차의 상호 관계 모형



자료: Moy & Freeman(2014, p. 10); 강희정(2019, p. 20)에서 재인용.

3. 만성질환 증가에 대응한 예방 중심의 의료 격차

보편적 건강보장 달성을 위해서는 건강 욕구 변화에 대한 서비스의 보장성 설계가 필요하며, 이러한 시스템 변혁기에 의료 격차 모니터링은 매우 중요하다. 2018년 65세 이상 고령자는 14.3%로 2060년 41%까지 증가할 것이며(통계청, 2018. 9. 27., p. 2), 만성질환(비감염성 질환)은 전체 사망의 80.8%를 차지하고 있다(질병관리본부, 2018. 12. 20., p. 5).

효과적인 보건의료 정책을 통해 예방하거나 치료할 수 있는 회피 가능 사망률이 2000년 인구 10만 명당 376명에서 2016년 182.3명으로 크게 감소했다. 이러한 결과는 그동안 추진된 중증 급성질환 중심의 보건의료 정책의 성과라고 할 수 있다. 그러나 여전히 만성질환의 질병 부담은 크고 흡연, 음주, 신체 활동, 식습관 등 건강 생활습관의 실천율은 향상되지 않고 있다(강희정 외, 2018, p. 130; 질병관리본부, 2018. 12. 20., p. 2).

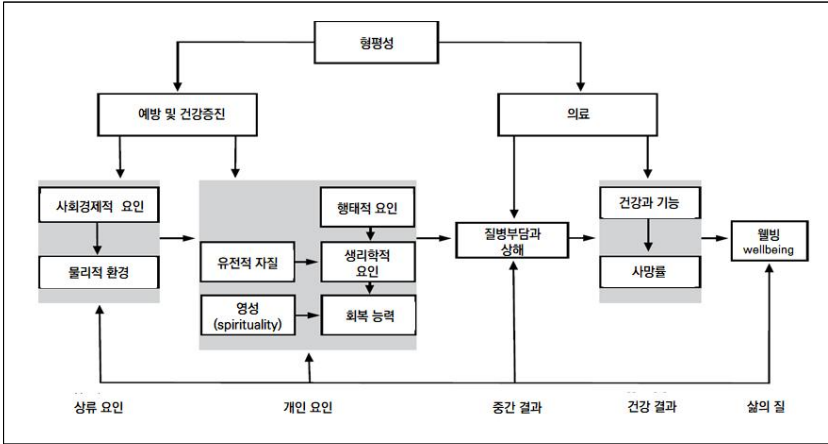
전체 손실 수명 연수(YLL)의 50%가 4대 만성질환인 심뇌혈관 질환, 당뇨병, 만성 호흡기 질환, 암에 기인하고 있고, 질병관리본부의 연도별 국민건강통계에 따르면 걷기 실천율은 감소 추세에 있으며, 에너지 과잉 섭취자⁴⁾ 비율과 비만 유병률이 증가하고 있다(질병관리본부, 2018. 12. 20., p. 2).

국민의 건강 욕구 변화는 사회경제적 요인을 고려한 예방 중심의 보건 정책 추진을 요구한다. 2011년 유엔 고위급 회의에서는 만성질환, 즉 비 감염성 질환의 광범위하고 복잡한 결정 요인을 고려하여 국제적 공동 대응뿐 아니라 보건 분야를 넘어 사회 여러 분야의 협력과 관심을 바탕으로 하는 ‘예방 관리’ 결의를 채택한 바 있다(질병관리본부, 2011. 9. 20.).

정부가 추진 중인 문재인 케어의 목표는 모든 국민이 격차 없이 양질의 의료서비스에 최소의 비용 부담으로 접근하고 효과적 의료를 경험하도록 보장하는 데 있다. 우리나라 의료 시스템에서 의료 격차를 정의하고 격차 해소를 위한 정책 개발의 관련성을 높이는 체계적 접근이 필요하다. 고령 사회 만성질환 중심의 질병 구조에서 의료 격차의 지속적 모니터링은 생산인구의 감소로 재정이 긴축되는 상황에서 비용 대비 효과적인 정책 설계의 근거를 제공할 것이다.

4) 에너지 섭취량이 필요 추정량의 125% 이상인 인구 비율.

[그림 1-5] 인구집단 건강 모형



자료: IHI(2012, p. 6)

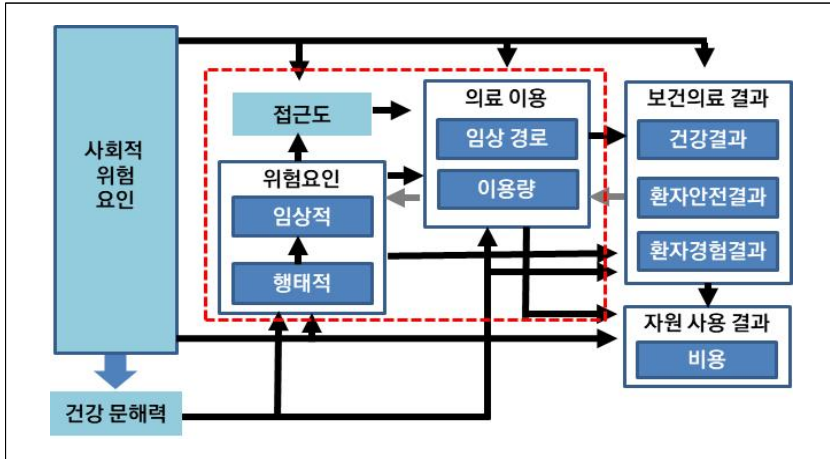
IHI(2012:6)가 인구집단 건강모형에서 제시한 결정요인(상류요인과 개인요인)과 건강결과(중간결과와 건강결과)의 관계를 바탕으로 개인요인과 가능요인(상류요인)에 따라 예방 및 건강증진서비스와 의료서비스가 격차 없이 균형 있게 전달되고 있는지 점검해야 한다(그림 1-5). 보편적 건강보장은 건강과 삶의 질 향상을 위한 연속적 스펙트럼을 모두 포괄해야 한다.

4. 보편적 건강보장의 틀에서의 의료 격차 분석 틀

가. 사회경제적 요인이 의료 접근·이용·결과에 작용하는 기전

보건의료 시스템에서 사회적 위험 요인은 의료 접근, 의료의 질, 주요 임상 결과에 직간접 격차를 초래한다.

[그림 1-6] 의료 이용, 결과, 비용에 대한 사회적 위험 요인의 영향



자료: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine(2016, p.36)

사회적 위험 요인은 건강 정보 이해 수준에 따라 접근도와 의료 이용에서 저소득층에 불리한 격차를 발생시켜 의료 결과와 비용 부담의 격차로 이어진다. 한편 접근도의 격차는 의료 이용 없이 직접 의료 결과의 격차로 이어질 수 있다. 의료 이용의 격차는 임상 경로와 이용량 수준에 따라 의료 결과와 비용 부담의 격차로 이어진다. 사회적 위험 요인은 접근도, 의료 이용, 보건의료 결과에 직접 영향을 미칠 수 있다.

이 연구에서는 의료 이용 결정의 가능 요인으로 관련성이 높고, 공개되는 데이터에서 측정 가능성과 정책 개입의 가능성을 고려하여 소득 수준을 중심으로 격차 수준을 분석했다.

나. 보편적 건강보장 목적 달성에서 의료 격차 분석

WHO(webpage, 2019a, p. 1)는 보편적 건강보장의 목적을 ‘보건의

료서비스 접근의 형평성', '서비스를 받은 이들의 건강 향상에 충분한 보건 의료서비스의 질', '서비스 이용으로 인한 재정적 위험 보호'에서 성과 제고로 정의하고 있다.

우리나라는 UHC 큐브의 세 축에서 대상 인구의 보장성을 달성했기 때문에 서비스와 비용 보장성에 대한 격차 없는 향상이 요구되고 있다. 또 발전된 보건의료 시스템에서는 건강 증진에 기여하는 의료서비스 질에서 격차가 없어야 한다. 이에 WHO(webpage, 2019a, p. 1)의 첫 번째 목적인 의료 접근의 형평성 측면에서 주요 현황을 확인하고, 두 번째와 세 번째 목적을 중심으로 격차 분석을 시행했다.

두 번째 목적을 위하여 개인의 소득 수준에 따라 근거 기반의 효과적 서비스에 대한 이용과 결과에서 격차를 분석하고 건강에 대한 사회경제적 요인의 영향을 조절하는 예방 서비스 이용에서 가구소득 수준에 따른 격차를 확인했다. UHC의 성과 지표와 행정 자료 이용 가능성을 고려하여 근거 기반 필수 서비스를 선정하였다. 동일한 필요에 동일한 치료 서비스(Equal Treatment to Equal Need)가 제공되는 수평적 형평성 관점에서 심근경색 등 중증 급성질환 또는 대상이 정의된 근거 기반 필수 서비스를 선정하였다.

세 번째 목적인 재정 보호의 형평성 관점에서 가구소득 수준에 따라 재난적 의료비 발생률의 격차를 확인했다. 보편적 건강보장의 성과 차원에서 재난적 의료비 발생은 0이어야 한다. 목적에 따라 다양한 자료를 이용하여 분석하였다.

분석은 다음과 같이 진행하였다.

첫째, 건강영양조사와 건강보험공단 맞춤형 청구 및 자격 데이터를 활용하여 전반적 의료 접근도 척도로서 미충족 의료 수요에 관심 집단 간

차이가 있는지 확인하고, 수평적 형평성 차원에서 근거 기반 필수 서비스 이용에 보험 가입 유형과 소득 수준에 따라 차이가 있는지 비교하였다. 지역가입자이고 저소득층일수록 불리한 의료 격차를 경험하는지 확인하였다.

둘째, 의료패널과 건강영양조사 자료를 이용하여 전반적 접근도, 주요 질환에서 의료서비스 이용, 예방 서비스 이용, 재난적 의료비 발생의 형평성 수준의 변화를 시계열적으로 확인하였다.

다. 보편적 건강보장 틀에서의 근로자의 근로 형태별 의료 격차 분석

노동시장의 변화는 비정형·비전형 근로 형태를 증가시켜 사회보험제도 전반에서 사각지대가 확대되고 있다. 이러한 변화는 전체 인구를 포괄하는 건강보험 지역가입자의 저소득층 밀도를 높여 직장가입자와 지역가입자 간 의료 격차, 지역가입자들의 소득 수준 간 격차를 확대시킬 수 있다.

참여연대, 환자 단체, 가입자 단체 등은 재난적 의료비 발생의 근원적 예방과 보편적 건강보장의 실현을 위해 질병 발생 시 근로 형태에 따른 의료 격차가 발생하지 않도록 상병수당을 도입할 필요가 있다고 주장하고 있다(김준현, 2018; 참여연대 사회복지위원회, 2017a;2017b, 의학신문, 2018. 5. 18.).

저소득층은 고소득층에 비해 가처분소득에서 일정 수준(10~40%) 이상을 의료비로 사용하는 가구로 정의되는 재난적 의료비 발생 위험이 크다. 이들에게 의료 이용은 직접 비용 측면에서뿐만 아니라 소득 상실 위험 등 간접비용 측면에서도 큰 부담을 주기 때문에 효과적인 치료시기를 놓쳐 건강을 악화시킬 위험도 크다. 결과적으로 이들의 건강 악화는 근로 능력 상실과 빈곤화로 이어져 사회적 손실을 초래하기 때문에 새로운 사

회적 보호 집단으로 부각되고 있다.

따라서 재난적 의료비 발생의 근원적 예방과 건강보장의 보편성에 입각한 제도 사각지대 해소를 위해 보편적 건강보장의 틀에서 근로자의 의료 격차를 확인할 필요가 있다.

의료 욕구를 보정하는 어려움을 고려하여 대상이 정의된 근거 기반 서비스를 중심으로 건강보험 전수 자료를 이용하여 직장가입자와 지역가입자를 구분하고 소득 수준별 의료 이용과 결과의 차이를 확인했다. 아울러 기타의 격차 분석에서도 정보 이용이 가능한 경우 직장가입자와 지역가입자를 구분하여 소득 수준에 따른 격차를 확인했다.

제3절 보고서의 구성

보고서는 건강보장의 틀에서 의료 격차 분석의 개념적 틀을 제시하고 1부 보편적 건강보장의 틀에서 의료 격차의 진단과 과제, 2부 보편적 건강보장의 틀에서 상병수당 이슈의 검토와 대응으로 구분하여 정리하였다.

1부에서는 예방 및 치료 서비스와 의료 결과에서 건강보험 직장가입자와 지역가입자 간 소득 수준에 따른 격차와 전체 인구의 가구소득에 따른 격차 현황을 분석하였다. 분석 결과를 종합하여 소득 수준에 따른 의료 격차 현황을 진단하고 취약계층에 대한 의료지원제도 현황과 한계를 검토하여 의료 격차 해소를 위한 보건의료 정책 과제를 제안하였다.

2부에서는 사회 변화와 전통적 사회보험제도의 부적합으로 양산되는 새로운 사회보호 집단으로서 종사상지위가 낮은 근로자가 아플 때 쉬지 못하고 적절한 의료를 이용하지 못하게 되는 의료 격차의 잠재성을 확인했다. 아울러 이에 대한 정책 대안으로 제시되고 있는 상병수당에 대한

40 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

외국의 운영 현황을 검토하였으며 전문가 포럼을 운영(부록 참조)하고 논의를 종합하여 국내에 적용하기 위한 정책 설계 및 재정 이슈를 정리하고 제도 설계의 대안적 틀과 정책 과제를 제안하였다.

〈표 1-2〉 보고서 구성

제1장 서론
제1절 연구 배경 및 목적
제2절 보편적 건강보장을 위한 의료 격차 분석의 개념적 틀
제3절 보고서의 구성
제1부 보편적 건강보장 틀에서의 의료 격차 진단과 과제
제2장 건강보험 직장지역 가입자 간 소득 수준에 따른 의료 격차
제3장 전체 인구에서 가구의 소득 수준에 따른 의료 격차
제4장 의료 격차의 진단과 과제
제1절 의료 격차의 진단
제2절 취약계층에 대한 의료지원제도 현황과 한계
제3절 의료 격차 해소를 위한 정책 과제
제2부 보편적 건강보장 틀에서의 상병수당 이슈 검토와 대응
제5장 사업장 규모와 근로 형태에 따른 의료 격차
제6장 OECD 회원국의 상병수당 운영 현황과 시사점
제7장 질병 치료 기관 소득보전제도 유형과 시사점
제8장 근로자의 의료 격차 해소를 위한 상병수당 도입의 다각적 접근
제1절 상병수당 도입의 대안적 제도 설계 이슈
제2절 상병수당 도입에 대한 재정적 이슈
제3절 상병수당 제도 설계의 대안적 틀과 정책 과제

제1부 보편적 건강보장 틀에서의
의료 격차 진단과 과제

제 2 장

건강보험 직장·지역 가입자 간
소득 수준에 따른 의료 격차

강희정 · 홍재석

제1절 서론

제2절 분석 결과

제3절 소결

2

건강보험 직장·지역 가입자 간 << 소득 수준에 따른 의료 격차

제1절 서론

1. 배경 및 목적

보편적 건강보장이란 모든 사람이 건강 증진에서부터 예방, 치료, 재활 및 완화 치료에 이르기까지 모든 필수 건강 서비스를 재정적 어려움 없이 필요한 시기에 이용할 수 있음을 의미한다(WHO, 2013; 강민아, 2016, p. 15에서 재인용).

보건 의료 시스템에서 여러 만성질환을 동시에 앓고 있는 복합 만성질환자의 증가는 개인의 사회경제적 상태와 관련이 있는 것으로 알려져 있다(Mondor et al., 2018, p. 1). 이러한 변화의 심화는 우리나라와 같이 단일 질환에 전문화되어 있는 의료 시스템에서는 더 큰 질병 부담으로 작용하게 된다. 또 이러한 위험의 증가가 사회경제적 수준과 관계되는 정도가 심화될수록 기존의 급성기 치료 서비스 중심에서 달성된 의료 접근성에도 사회경제적 격차가 발생하고 건강 불평등을 악화시키게 된다. 이러한 이유로 예방의 경제성을 강화하는 접근이 확대되고 있다.

이 글에서는 건강보험 가입 유형과 소득 수준에 따른 의료 접근, 이용, 결과의 격차를 분석했다. 대표성 있는 전국 조사 및 건강보험 전체 청구 자료를 이용하여 건강보험 가입 유형과 소득 수준에 따라 주요 의료서비스 이용에 차이가 있는지를 파악하고 의료서비스 이용의 차이가 건강 결과의 차이로 이어지는지를 살펴본 드문 연구로 그 의의가 있고 추후 건강 형평성 개선을 위한 정책의 근거 정보를 제공할 것이다.

2. 개인 수준의 사회경제적 의료 격차에 대한 국내 연구 동향

의료 격차 이슈는 의료기관과 의료인의 지역 간 불균등 분포 때문에 발생하는 의료 접근성의 격차, 미충족 의료 이용에서의 소득계층 간 격차, 의료 이용과 비용 부담에서의 소득계층 간 격차가 주로 보고되고 있다(조흥준, 2013, pp. 186-189; 강희정, 2019, p. 22).

2010년 이후 2018년까지 발표된 동료 심사 논문 중 의료 격차 키워드를 포함한 국내 논문은 다음 표와 같다. 관련 연구는 대부분 동등한 의료 필요에 따른 동등한 의료 이용(equal treatment for equal needs)을 보장하는 수평적 형평성에 근거하고 있으며 빈곤층 또는 저소득층에게 불리한 격차를 보고하고 있다(강희정, 2019, p. 22). 아울러 지역 간 의료 서비스 격차를 보고하고 있다(김준우, 안영진, 2014; 김희연, 강민아, 2018). 건강보험제도가 전 국민의 의료 접근을 보장하고 있지만 불충분한 서비스 보장으로 비급여 서비스 이용에 격차가 발생할 소지가 있음이 보고된 바 있다(김대환, 2018). 소득 수준이 낮을수록 법정 본인부담률이 낮아지는 것은 저소득층에 대한 본인부담 완화 정책의 효과라고 할 수 있지만, 비급여 본인부담률이 감소하는 것은 상대적으로 저소득 지역가입자의 비급여 서비스 접근성이 취약한 결과일 수 있다(김대환, 2018, p. 92; 강희정, 2019, p. 22에서 재인용).

〈표 2-1〉 의료 격차를 주제로 한 주요 연구

저자	연도	논문	학회지	주요 내용	자료원
김진구	2011	소득계층에 따른 의료이용의 격차	사회보장연구27(3), 91-122	건강 상태, 외래 진료 횟수, 외래 진료 총액을 대상으로 집중 지수와 LeGrand 지수를 이용하여 분석한 결과, 건강 수준은 저소득층에 불리했지만	국건영

제2장 건강보험 직장·지역 가입자 간 소득 수준에 따른 의료 격차 47

저자	연도	논문	학회지	주요 내용	자료원
				외래 진료 이용과 비용 총액은 저소득층에 유리한 차이를 보임. 연령 집단에 따른 교차 분석에서는 연령 집단별로 다른 결과를 보여 저소득 노인 연령층의 영향을 보고함.	
김도영	2012	소득 수준별 건강상태에 따른 보건의료서비스 이용 격차 분석	지역과 세계 36(1), 119-156	소득 수준별 건강 상태에 따른 보건의료 이용의 형평성 변화를 LeGrand 지수를 이용하여 분석한 결과, 고소득층에 유리한 불평등을 보고함.	국건영
조홍준	2013	보건의료에서 형평성	J Korean Med Assoc 56(3), 184-194	의료서비스 접근과 질에서 사회경제적 격차가 건강 불평등을 심화시킬 수 있음을 기존에 발표된 논문을 지리적 접근성, 재원 마련, 보건의료서비스 이용, 예방 서비스 이용의 형평성으로 구분하고 종합하여 소득, 교육 수준, 직업 계층이 낮은 계층에서의 의료 격차 보고.	
김준우, 안영진	2014	수도권과 비수도권 간 체감 의료서비스 격차-압 치료 경험을 통한 실증적 연구-	국토지리학 학회지 48(1), 149-159	수도권에 입지한 일부 종합병원의 의료 시장 지배에 대한 실증적 증명, 압 치료 경험 환자와 주변인들은 거주 지역의 병원보다 수도권 유명 병원 선호.	
유광민, 진성, 문상호	2016	미중족 의료의 영향요인 분석: 데이터마이닝 기법을 활용한 탐색적 정책연구	한국정책 학회보 25(4), 269-301	주관적 건강 수준이 낮고, 연간 가구소득이 낮으며, 교육 수준이 낮은 집단이 미중족 의료를 경험할 확률이 가장 높은 집단으로 보고.	한국 의료 패널
김대환	2018	소득계층별 의료접근성 분석과 국민건강보험 보장률의 재해석	한국보험 학회지 114, 85-112	소득계층별 보장률 산출, 비급여 접근에서 소득계층 간 격차 가능성 보고.	한국 의료 패널

저자	연도	논문	학회지	주요 내용	자료원
김희연, 강민아	2018	대도시 미충족의료와 지역백락효과에 관한 다수준 분석	한국보건 경제정책 학회지 24(1), 111-141	지역의 특성에 따른 미충족 의료의 격차: 미충족 의료의 결정 요인 분석.	지역 사회 건강 조사
허순임	2018	가구단위 공적, 사적 의료보험료 지출 동향 분석	보건경제와 정책연구 24(1), 90-110	연령에 따른 가구 공적, 사적 보험료 상하위 집단 간 지출 격차 분석	한국 복지 패널

아울러 15세 이상 급성 심근경색증 환자의 병원 내외 30일 사망률에서 의료급여 수급자는 건강보험 가입자보다 두 배 가까이 더 높은 사망률을 보고함으로써 의료의 질 측면에서 소득계층 간 격차를 보고하고 있다(강희정, 2019, p. 22).

제2절 분석 결과

1. 분석 방법

가. 분석 자료 및 방법

개인 단위 접근에서는 직장가입자와 지역가입자, 소득 수준에 따른 구분을 적용하여 집단 간 지표 수준과 비율의 차를 분석했다.

의료 접근도 격차는 보건복지부 질병관리본부(2019b, p.6.)의 국민건강영양(국건영) 조사의 미충족 의료 수요의 관심 집단 간 비율의 유의성을 통해 확인했다. 미충족 의료 수요는 국민건강영양조사에서 '최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?'라는 질문에 '예'로 응답한 경우 미충족 의료 수

요가 있는 것으로 정의하였다. 관련 조사 문항이 2016년부터 변경되어 2016년과 2017년을 통합한 데이터를 이용하여 분석하였다.

근거 기반 필수 의료서비스 이용의 격차 분석은 2018년 기준 건강보험 자격, 보험료 분위, 필수 의료서비스 관련 진료비 청구 자료 전수에 대한 국민건강보험공단 맞춤형 자료를 구축하여 분석하였다. 분석은 지표의 값을 산출하여 비교 집단 간 수준을 비교하였다. 일부 지표는 2015~2017년의 3년간 추이를 보았다.

격차를 확인하는 소득 변수는 국민건강영양조사를 이용할 경우, 가구 균등화 소득에 의한 5분위 등급 변수를 사용하였고 건강보험 전체 청구 자료 분석에서는 자격 데이터에서 제공하는 보험료 분위 변수로 대체하였다.

나. 근거 기반 필수 의료서비스의 구성

보편적 건강보장을 위한 필수 의료서비스는 16개 지표(4가지 유형)로 구성되어 있다(표 2-2). 16가지 지표 중 건강보험 자료(청구 자료와 자격 자료)를 통해 산출 가능한 지표는 많지 않다. 건강보험 청구 자료는 요양기관이 요양급여를 청구하기 위해 만든 행정 자료로 검사나 약제 처방 여부 정보만 있으며 그 결과를 보여 주는 정보는 없다. 따라서 건강보험 청구 자료로 산출할 수 있는 UHC 지표는 임신 및 출산 관리 지표에 해당하는 4회 이상 산전 관리 이용률 정도에 불과했다.

이번 분석에서는 직접적인 보편적 건강보장을 위한 필수 의료서비스 지표는 아니지만 보편적 건강보장에서 중요한 비전염성 질환으로 언급하고 있는 심혈관계 질환과 당뇨병을 대상으로 필수 의료서비스 지표를 새롭게 구성하였다.

50 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 2-2〉 보편적 건강보장(UHC)을 위한 필수 의료서비스 추적 지표(WHO)

1. 생식, 모성, 신생아, 아동 보건	
가족계획	15~49세 기혼 또는 동거 중인 여성 중 현대적 피임 실천율
임신 및 출산 관리	4회 이상 산전 관리 이용률(%)
아동 예방접종	1세 미만 아동 중 DPT 예방접종 3회 실시 비율(%)
아동 치료	폐렴 의심 아동 질환 관리 비율(%)
2. 감염성 질환	
결핵	결핵 치료율(%)
HIV 치료	HIV 보균자 중 ART 투약률(%)
말라리아	살충제 처리 모기장을 사용하여 수면하는 인구 비율(%)
식수 위생	최소한 기본 위생 이상 접근성을 갖춘 가구 비율(%)
3. 비전염성 질환	
심혈관계 질환 예방	치료와 관계없이 정상 혈압 비율(%)
당뇨 관리	평균 공복 혈당(FPG)
암 검진 및 치료	30~49세 여성 중 자궁경부암 검진 비율(%)
흡연 관리	15세 이상 성인 중 지난 30일간 흡연하지 않은 비율(%)
4. 보건의료서비스 역량 및 접근성	
의료기관 접근성	인구 1인당 병상 수
보건의료인 밀도	인구 1인당 전문 보건의료인(내과, 정신과, 외과) 수
필수 의약품 접근성	WHO가 권장하는 필수 의약품을 구비한 보건의료 시설 비율
보건안보	국제보건규약 핵심 역량 지수

자료: WHO & The World Bank(2017, pp.6-9); 한국국제협력단(KOICA)(2018, p.5)에서 재인용

보편적 건강보장 지표의 경우 당뇨병 관리 지표로 ‘평균 공복 혈당’을, 심혈관계 질환 예방 지표로 ‘치료와 관계없이 정상 혈압 비율(%)’을 사용하고 있다. 앞서도 언급했지만 건강보험 청구 자료에서는 혈당과 혈압 검사를 했는지만을 확인할 수 있을 뿐 검사 결과에 대한 정보가 없어 이 지표의 산출이 불가능하다. 따라서 이번 분석에서는 당뇨병과 심혈관계 질환의 적정 관리 지표로 현재 여러 국가에서 사용하는 적정 관리 평가 지표 중 일부를 당뇨병과 심혈관계 질환 관리 지표로 대체하여 산출하였다.

최근 전 세계적으로 만성질환 의료비 부담이 지속적으로 증가함에 따라

대표적인 만성질환인 당뇨병과 급성 심근경색증(AMI: Acute myocardial infarction)을 대상으로 예방과 적절한 치료에 대한 평가 사업이 활발히 진행되고 있다. 대표적으로 호주(Practice Incentive Program (PIP), 2001)와 미국(Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), 2004) 등에서 평가 사업을 진행하고 있으며 OECD에서도 보건의료의 질 지표 프로젝트(HCQI: Health Care Quality Indicators Project)를 통해 회원국들의 의료의 질 지표를 산출하고 있다. 우리나라도 2009년 급성 심근경색증에 대한 적정성 평가 사업을 시행했고 2012년부터는 7가지 지표를 이용하여 당뇨병 적정성 평가를 하고 있다(건강보험심사평가원, 2019).

〈표 2-3〉 근거 기반 필수 서비스 분석의 분야와 지표

분야	과정 지표	결과 지표
산전 관리 ¹⁾	❖ 4회 미만 산전관리자 비율	
당뇨병 관리 ²⁾	❖ 1년간 당화 혈색소(HbA1c) 시행률 ❖ 1년간 투약 순응도 ❖ 1년간 투약 순응군 비율(MPR≥80%) ❖ 1년간 외래 진료 지속성	❖ 단기 합병증 입원율 ❖ 장기 합병증 입원율 ❖ 합병증 없이 조절되지 않는 당뇨병으로 인한 입원율
급성 심근경색증 관리 ³⁾	❖ 입원 후 관상동맥 조영술(CAG) 시행률 ❖ 입원 후 관상동맥 중재술(PCI) 시행률	❖ 입원 후 30일 내 치명률

자료: 1) WHO & The World Bank(2017, p.6)

2) 강희정 외(2018, p.43)에서 재인용

3) Hong & Kang(2014, p.2), 강희정 외(2018, p43)에서 재인용

최종 분석에 적용된 필수 의료서비스 지표는 〈표 2-3〉과 같다. 임신 및 출산 관리 유형에 해당하는 ‘4회 미만 산전관리자 비율(%)’과 주요국에서 사용하는 당뇨병과 심혈관계 질환의 적정 관리 평가 지표이다.

1) 산전 관리(진찰)

□ 지표 산출

‘산전 진찰’이란 임신부 및 태아의 건강을 평가하여 위험 임신을 선별하는 등의 산전 관리를 의미한다. 건강보험심사평가원에서 지정한 ‘산전 진찰 목적으로 시행하는 검사’의 건강보험 요양급여 범위는 <표 2-4>와 같다.

<표 2-4> 산전 진찰 목적으로 시행하는 검사의 건강보험 요양급여 범위

<p>가. 요양급여 대상 검사</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 혈액학 검사 2) 요 검사 3) 혈액형 검사 4) 매독 반응 검사(매독 혈청 검사) 5) HBsAg(B형간염 S항원 검사) 6) 모체 혈청 선별 검사 중 Triple Test 또는 Quad Test(α-FP, Estriol, β-HCG, inhibin-A) 7) 풍진 검사(IgG, IgM) 8) 에이즈 검사 9) 비자극 검사 <ol style="list-style-type: none"> 가) 임신 24주 이상 자궁 수축이 없는 임부에게 임신 기간 중에 입원, 외래 불문하고 1회만 인정하며, 다태 임신도 1회만 산정함. 다만 35세 이상 임부에 한하여 1회를 추가로 인정함. 나) 가)의 인정 횟수를 초과하여 시행한 경우에는 전액 본인부담토록 함. 10) 50g 경구 포도당 부하 검사 임신 24~28주에 1회만 인정하고, 해당 수기료는 나371이나 당 검사(정량)로 산정하며, 부하 검사 시 사용된 약제는 별도 인정함. 11) 초음파 검사: ‘초음파 검사의 급여 기준’에 따름. 12) 자궁질도말 세포 병리 검사 <p>나. 비급여 대상 검사</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 유전학적 양수 검사 2) 모체 혈청 선별 검사 중 PAPP-A, free-β-HCG 3) 위 1), 2) 이외 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 [별표2] 비급여 대상 3호 가목에 의한 건강검진의 범주에 속하는 검사 항목
--

자료: 건강보험심사평가원(2017, pp.7-8)

□ 분석 자료 및 대상자

분만자의 산전 관리 현황을 살펴보기 위해 건강보험 자료에서 2017년 분만자(n=334,388)를 선정하여 임신 기간 중의 산전 관리 청구 건을 분석하였다. 분석은 분만자의 산전 관리 현황과 분만자 특성에 따라 평균 산전 관리 횟수에 격차가 있는지 살펴보았다. 또 보편적 건강보장의 필수 의료서비스 관련 지표 중 하나인 4회 미만 산전 관리 이용률을 파악하였고, 사회경제적 특성에 따라 격차가 발생하는지 살펴보았다.

2) 당뇨병 적정 관리를 위한 필수 서비스와 건강 결과 지표

□ 주요국의 당뇨병 적정 관리 평가 항목 및 기준

(1) 호주

호주는 2001년부터 당뇨병 진료 인센티브 프로그램(PIP: Practice Incentive Program)을 운영하면서 의료기관에 당뇨병 환자 관리의 책임을 부여하고 있으며 진료 과정의 적절성 평가를 시행하여 개선이 있을 경우 인센티브를 제공하고 있다(강희정 외, 2018).

〈표 2-5〉 호주 PIP에서 당뇨병 관리를 위해 의료기관에 요구하는 사항

평가 지표	시행 주기
Assess diabetes control by measuring HbA1c(당화 혈색소 측정을 통한 당뇨병 조절 평가)	At least once(최소 1년에 1회)
Carry out a comprehensive eye examination(포괄적인 안저 검사 시행)	The patient must have had at least one comprehensive eye examination over the current and previous cycle of care. The examination isn't needed if the

54 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

평가 지표	시행 주기
	patient is blind or doesn't have both eyes(최소 2년에 1회)
Measure weight and height and calculate Body Mass Index(BMI) (신장과 체중 측정을 통한 BMI 계산)	Measure height and weight and calculate the BMI on the patient's first visit and weigh them at least twice more(1년에 2회 이상)
Measure blood pressure(혈압 측정)	At least twice(최소 1년에 2회)
Examine feet(족부 검사)	At least twice. This isn't needed if the patient doesn't have both feet(최소 1년에 2회)
Measure total cholesterol, triglycerides and HDL cholesterol(총콜레스테롤, HDL, LDL 측정)	At least once(최소 1년에 1회)
Test for microalbuminuria(미세 알부민 검사)	At least once(최소 1년에 1회)
Measurement of the patient's estimated Glomerular Filtration Rate(eGFR)(신장 기능 검사)	At least once(최소 1년에 1회)
Provide self-care education(자기 관리 교육 제공)	Provide patient education about diabetes management.(당뇨병 관리에 대한 환자 교육 제공)
Review diet(식이 검토)	Review the patient's diet and give them information on appropriate dietary choices(적정 식이 선택 정보 제공)
Review levels of physical activity(신체적 활동 수준 검토)	Review the patient's physical activity and give them information on appropriate levels of physical activity(적절한 신체 활동 수준 정보 제공)
Check smoking status(흡연 상태 확인)	Encourage the patient to stop smoking(금연 권고)
Review medication(약제 검토)	Review patient's medicine(약물 사용 검토)

자료: <https://www.humanservices.gov.au/health-professionals/services/medicare/practice-incentives-program>, 강희정 외(2018) 의료의 질 보고서, p. 238 발췌.

(2) 미국

미국에서는 당뇨병 적정 관리 평가를 진료 과정 평가와 진료 결과 평가로 구분하여 진행한다(AHRQ, 2004).

〈표 2-6〉 미국 AHRQ의 당뇨병 적정 관리 평가 지표

Process Measures(과정 지표)

- **HbA1c test:** Percent of adults with diabetes who had a hemoglobin A1c measurement(HbA1c) at least once in the past year
- **Lipid profile:** Percent of patients with diabetes who had a lipid profile in the past two years
- **Eye exam:** Percent of adults with diabetes who had a retinal eye examination in the past year
- **Foot exam:** Percent of adults with diabetes who had a foot examination in the past year
- **Flu vaccination:** Percent of adults with diabetes who had an influenza immunization in the past year

Outcome Measures(결과 지표)

- **Test Results(검사 결과)**
 - **HbA1c levels:** Percent of adults with diagnosed diabetes with HbA1c levels >9.5 percent(poor control); <9.0 percent(needs improvement); and <7.0 percent(optimal control)
 - **Cholesterol levels:** Percent of adults with diagnosed diabetes with most recent LDL-C level <130mg/dL(needs improvement); <100(optimal)
 - **Blood pressure:** Percent of adults with diagnosed diabetes with most recent blood pressure <140/90mm/Hg
- **Avoidable Hospitalizations(피할 수 있는 입원)**
 - Hospital admissions for adults with uncomplicated, uncontrolled diabetes per 100,000 population
 - Hospital admissions for adults with short-term complications of diabetes per 100,000 population
 - Hospital admissions for adults with long-term complications of diabetes per 100,000 population
 - Hospital admissions for lower extremity amputations for patients of all ages with diabetes per 1,000 population

출처: AHRQ(2004).

(3) 경제협력개발기구(OECD)

경제협력개발기구(OECD)에서는 회원국들의 보건의료 질과 성과를 비교 분석하고자 OECD 보건의료 질 지표(HCQI: Health Care Quality Indicators) 프로젝트를 시행하고 있다(보건복지부 & 건강보험심사평가원, 2013). HCQI 중 일차의료 지표에 당뇨와 관련된 평가 지표가 포함되어 있다.

- ① 안저 검사율
- ② 당뇨병 단기 합병증 입원율
- ③ 당뇨병 장기 합병증 입원율
- ④ 합병증 없이 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원율
- ⑤ 당뇨 하지 절단 입원율

(4) 한국

건강보험심사평가원에서는 당뇨병 치료를 하는 의료기관을 대상으로 당뇨병 적정성 평가를 시행하고 있고, 평가에 총 7가지 지표를 사용하고 있다(건강보험심사평가원, 2019).

- ① 분기별 1회 이상 방문 환자 비율
- ② 처방일수율
- ③ 동일 성분 중복 처방률
- ④ 4성분군 이상 처방률
- ⑤ 당화혈색소 검사 시행률
- ⑥ 지질 검사 시행률
- ⑦ 안저 검사 시행률

□ 당뇨병 적정 관리 평가 지표

이번 분석에서는 국내외의 당뇨병 적정 관리 평가 지표 중 건강보험 데이터를 이용하여 파악 가능한 지표를 우선 고려하여 7가지 지표를 선정하였다.

〈표 2-7〉 당뇨병 적정 관리 평가 지표

지표 구분	내용
과정 지표	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 당화혈색소(HbA1c) 검사 받은 환자 비율(1년 1회 이상) ❖ 1년간 투약 순응도(MPR: Medication possession ratio) ❖ 1년간 투약 순응 환자 비율(MPR≥80%) ❖ 1년간 외래 진료 지속성(COCI: Continuity of care index)
결과 지표	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 단기 합병증 입원율(Diabetes short-term complications admission rate) ❖ 장기 합병증 입원율(Diabetes long-term complications admission rate) ❖ 합병증 없이 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원율(Uncontrolled diabetes without complications hospital admission)

당화혈색소(HbA1c) 검사는 호주와 미국, 우리나라 등에서 당뇨병 적정 관리를 평가하기 위해 사용하는 대표적 과정 지표이다. 당화혈색소 수치는 당뇨병을 진단하거나, 당뇨병 환자들의 치료 방법을 선택하는 데 중요한 지표로 사용되고 있다(강희정 외, 2018).

투약 순응도는 당뇨병 관리와 치료에 가장 중요한 요소 중 하나이다. 당뇨병 환자에 대한 적극적인 혈당 조절은 지속적으로 당뇨병 합병증의 발생을 줄이고 진행을 늦추며 당뇨와 관련된 입원 또한 줄이는 것으로 보고되고 있다. 적절한 혈당 조절을 위해 대부분의 당뇨병 환자들이 약물 치료를 받고 있으며 고혈당에 노출되는 기간과 당뇨병의 합병증 발생 또는 입원 간에 상관관계가 나타나고 있다. 고혈당에 노출되는 기간을 최소

화하기 위해 조기에 약물을 지속적으로 투여하는 적극적인 치료가 필요하다(Hong and Kang, 2011). 이번 분석에서 투약 순응도는 Medication Possession Ratio(MPR) 방식을 이용하여 산출하였고, 투약 순응도가 0.8 이상인 환자를 투약 순응군으로 정의하였다(Skaer, Sclar, Robison, Markowski and Won, 1993, Hong and Kang, 2011).

당뇨병 치료의 집중성과 지속성을 파악하기 위해 외래 진료 지속성(Continuity of ambulatory care) 지표를 추가로 산출하였다. 진료 지속성은 의료의 질과 효율성, 접근성 등 만성질환자들에게 제공된 의료서비스 전반을 평가할 수 있는 지표로 보고되고 있다(김영열·최보울·박항배, 1988, Saultz and Lochner, 2005; Hong and Kang, 2013, 2014). 진료 지속성 산출 공식은 아래와 같다.

$$COC = \frac{\sum_{j=1}^M n_j^2 - N}{N(N-1)}$$

N=total number of visits
 nj=number of visits to provider j
 M=total number of Provider

4가지 과정 지표와 함께 OECD에서 사용하는 당뇨병 입원율 지표 3가지를 결과 지표로 선정하여 함께 산출하였다.

□ 연구 자료 및 분석 대상자

2016년부터 2018년까지의 건강보험 자료(청구 자료와 자격 자료)를 이용하여 당뇨병 환자의 진료, 처방, 입원 현황을 분석하였다. 연도별 당뇨병 환자 진료 데이터 구축은 주·부 상병이 2형 당뇨병(ICD-10: E11)으로 진단받은 20~80세 환자의 청구 건을 대상으로 하였고, 1년간 외래 이용 횟수가 2회 이상인 환자를 최종 분석 대상으로 선정하였다(건강보험심사평가원, 2019).

진료 지속성(COCI) 지표의 산출 시에는 안정적인 산출을 위해 한 해 동안 외래 진료를 4회 미만으로 받은 환자를 추가로 제외하였다(Hong & Kang, 2013). 투약 순응도는 전년도에 당뇨 약제를 처방받은 경험이 있는 환자를 대상으로 산출함에 따라 2017년과 2018년 2년 치를 산출하였다.

3) 급성 심근경색증 환자의 의료서비스와 건강 결과

□ 의료서비스 질 평가 지표

당뇨와 마찬가지로 여러 국가에서 급성 심근경색증(AMI)과 관련한 의료서비스 질 평가 사업이 진행되고 있고, 우리나라도 2009년부터 2013년까지 급성 심근경색증 적정성 평가를 시행했다(건강보험심사평가원, 2013). 대부분의 평가 지표는 병원 도착 후 일정 시간 내 주요 시술(PCI 등)의 시행 및 약제 처방과 관련된 지표들로 청구 자료만으로는 산출이 어려운 지표들이다. 이로 인해 평가 지표를 활용하여 사회경제적 수준에 따라 급성 심근경색증에 대한 필수 의료서비스의 격차를 확인하기는 무리가 있다.

따라서 이번 분석에서는 급성 심근경색증 환자에게 주요하게 시행하는 관상동맥 조영술(CAG: coronary angiography)과 관상동맥 중재술(PCI: percutaneous coronary intervention)의 시행률을 과정 지표로 선정하고, 입원 후 30일 내 치명률을 결과 지표로 선정하여 사회경제적 수준에 따라 이들 지표에 차이가 있는지를 살펴보았다.

□ 연구 자료 및 분석 대상자 선정

2016년부터 2018년까지의 건강보험 자료(청구 자료와 자격 자료)를

이용하여 급성 심근경색증 환자의 진료와 사망 현황을 분석하였다. 연도 별 급성 심근경색증 진료 데이터 구축은 주·부 상병이 급성 심근경색증 (ICD-10: I21,I22)으로 진단받은 20세 이상 환자의 입원 청구 건을 대상으로 하였다.

2. 분석 결과

가. 미충족 의료 수요의 소득 수준에 따른 격차

미충족 의료 수요는 직장가입자에 비해 지역가입자가 거의 두 배 수준으로 높았다. 지역가입자 중 최저 소득계층은 지난 1년간 미충족 의료 수요가 16.4%였으나 최고 소득계층은 7.5%로 8.9%의 유의한 절대 격차를 보여 최하위 소득계층이 두 배 이상 높은 수준을 보였다. 직장가입자는 평균 수준이 지역가입자보다 낮았고 절대 격차도 줄었지만 최저 소득계층과 최고 소득계층 간에 여전히 유의한 절대 격차를 보였다.

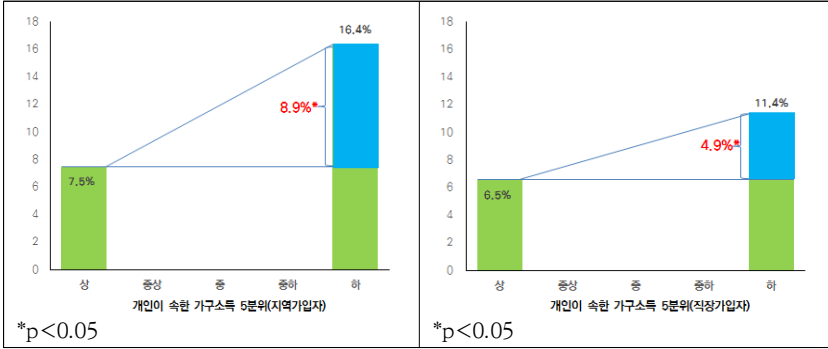
〈표 2-8〉 19세 이상 성인의 연간 미충족 의료율(병의원)

의료보장	소득 수준 ¹⁾	비율(%)	표준오차	95% CI		절대 격차(A-B, %)(95% CI)
건보 지역	하(A)	16.4	1.7	13.0	19.7	8.9*(4.5-13.1)
	중하	10.2	1.2	7.8	12.6	
	중	8.9	1.3	6.3	11.5	
	중상	6.9	1.2	4.4	9.3	
	상(B)	7.5	1.4	4.8	10.2	
건보 직장	하(A)	11.4	1.1	9.2	13.6	4.9*(2.3-7.4)
	중하	8.5	0.9	6.8	10.3	
	중	11.0	0.9	9.3	12.7	
	중상	8.2	0.8	6.8	9.7	
	상(B)	6.5	0.7	5.2	7.8	

주: 1) 개인이 속한 가구의 소득 수준 사용. *: p<0.05

자료: 보건복지부 질병관리본부(2019a). 제7기 국민건강영양조사 건강 설문 2016년과 2017년 통합 데이터 사용, 복합표본가중치 적용.

[그림 2-1] 19세 이상 성인의 연간 미충족 의료율(병의원)의 최저·최고 소득 간 절대 격차



자료: 보건복지부 질병관리본부(2019a). 제7기 국민건강영양조사 건강 설문 2016년과 2017년 통합 데이터 사용, 복합표본가중치 적용.

<표 2-9> 19세 이상 성인의 연간 미충족 의료 수요(병의원)²⁾

의료보장	소득 수준 ¹⁾	비율(%)	표준오차	95% CI		절대 격차(A-B, %)(95% CI)
건보 지역	하(A)	14.1	1.7	11.1	17.8	6.3*(1.8-10.7)
	중하	10.0	1.2	7.8	12.7	
	중	8.9	1.3	6.7	11.9	
	중상	7.1	1.3	5.0	10.0	
	상(B)	7.9	1.5	5.4	11.2	
건보 직장	하(A)	10.8	1.2	8.6	13.4	4.0*(1.3-6.8)
	중하	8.3	0.9	6.7	10.2	
	중	11.0	0.9	9.4	12.8	
	중상	8.3	0.7	6.9	9.8	
	상(B)	6.7	0.7	5.5	8.2	

주: 1) 개인 이 속한 가구의 소득 수준 사용. *: p<0.05

2) 로지스틱 회귀모형에서 성, 연령, EQ5D(삶의 질 점수) 보정한 한 후 추정.

자료: 보건복지부 질병관리본부(2019a). 제7기 국민건강영양조사 건강 설문 2016년과 2017년 통합 데이터 사용, 복합표본가중치 적용.

미충족 의료 이용이 주관적 건강 수준의 영향을 가장 많이 받는다는 유광민, 진성, 문상호(2016)의 연구 결과를 반영하여 성, 연령, EQ5D를 보정하여 관심 집단별로 평균 비율을 추정하면 절대 격차는 감소하지만 지역가입자의 최저-최고 소득계층 간 미충족 의료 수요의 절대 격차는 여전히 통계적으로 유의하게 저소득층에 불리하다.

나. 근거 기반 필수 의료서비스 이용의 격차

1-1) 산전 관리 현황

2017년 분만자들의 임신 기간 중 산전 관리 횟수 분포를 살펴보면 10~14회가 46.1%로 가장 많고, 4~9회 41.5%, 15~19회 10.0%, 20회 이상 1.5% 순이었으며 0~3회가 0.9%로 가장 적었다(표 2-10).

〈표 2-10〉 2017년 분만자의 산전 관리 횟수 분포

	0~3회	4~9회	10~14회	15~19회	20회 이상
대상자 수	2,915	138,815	154,170	33,347	5,141
(%)	(0.9)	(41.5)	(46.1)	(10.0)	(1.5)

자료: 건강보험 맞춤형 원자료

1-2) 분만자 특성에 따른 산전 관리 현황

2017년 분만자 특성을 살펴보면(표 2-11) 산모 연령 30~34세가 43.8%로 가장 많았고, 경기도(25.8%)와 서울(19.2%) 지역 산모가 45%를 차지했다. 직장가입자의 분만이 78.0%로 많았으며 의료급여 수급권자의 분만은 0.7%에 불과했다.

2017년 분만자들의 임신 기간 중 평균 산전 관리 횟수는 10.5회로 나타났다. 25세 미만의 임신부(20세 미만 평균 7.9회, 20~24세 평균 9.8회)와 시도 지역 임신부(10.2회)의 평균 산전 관리 횟수가 적었다. 분만자 중 의료급여 수급권자(평균 9.9회)의 평균 산전 관리 횟수가 건강보험 가입자에 비해 적었다.

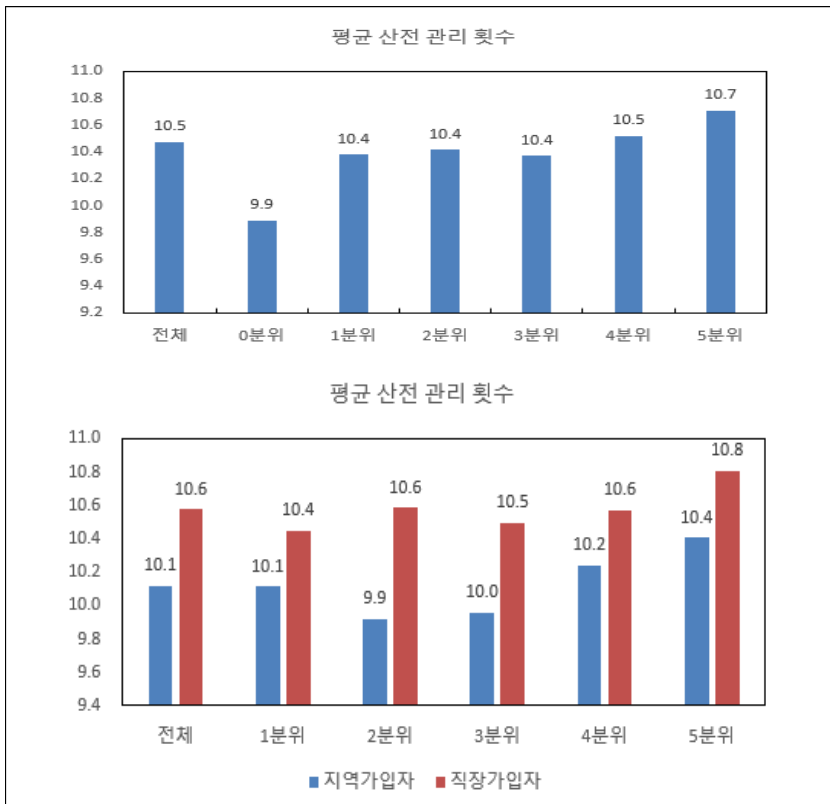
〈표 2-11〉 2017년 분만자 특성 및 산전 관리 현황

특성	구분	분만자	(비율, %)	평균 산전 관리 횟수	4회 미만 산전 관리	(비율, %)
전체		334,388	(100.0)	10.5	2,915	(0.9)
산모 연령	20세 미만	924	(0.3)	7.9	179	(19.4)
	20~24세	13,030	(3.9)	9.8	487	(3.7)
	25~29세	61,902	(18.5)	10.5	636	(1.0)
	30~34세	146,544	(43.8)	10.5	803	(0.6)
	35~39세	96,478	(28.9)	10.5	604	(0.6)
	40세 이상	15,510	(4.6)	10.5	206	(1.3)
지역 (16개 시도)	서울	64,065	(19.2)	11.3	514	(0.8)
	부산	20,830	(6.2)	10.9	146	(0.7)
	대구	15,313	(4.6)	9.9	138	(0.9)
	인천	19,245	(5.8)	10.6	156	(0.8)
	광주	10,042	(3.0)	10.7	74	(0.7)
	대전	10,494	(3.1)	9.6	72	(0.7)
	울산	8,840	(2.6)	10.0	77	(0.9)
	세종	2,539	(0.8)	9.4	12	(0.5)
	경기	86,182	(25.8)	10.6	740	(0.9)
	강원	7,461	(2.2)	10.9	65	(0.9)
	충북	10,324	(3.1)	9.6	98	(1.0)
	충남	14,241	(4.3)	10.1	162	(1.1)
	전북	10,808	(3.2)	9.6	104	(1.0)
	전남	11,120	(3.3)	10.2	105	(0.9)
	경북	16,312	(4.9)	9.8	180	(1.1)
	경남	21,883	(6.5)	9.9	213	(1.0)
제주	4,689	(1.4)	9.9	59	(1.3)	
지역	특별시	64,065	(19.2)	11.3	514	(0.8)
	광역시	84,764	(25.4)	10.4	663	(0.8)
	시도	185,559	(55.5)	10.2	1,738	(0.9)
보험 종류	건강보험(지역)	71,256	(21.3)	10.1	1,455	(2.0)
	건강보험(직장)	260,954	(78.0)	10.6	1,349	(0.5)
	의료급여	2,178	(0.7)	9.9	111	(5.1)
소득 수준	0분위	2,178	(0.7)	9.9	111	(5.1)
	1분위	40,910	(12.2)	10.4	516	(1.3)
	2분위	50,878	(15.2)	10.4	621	(1.2)
	3분위	86,113	(25.8)	10.4	803	(0.9)
	4분위	101,489	(30.4)	10.5	539	(0.5)
	5분위	52,820	(15.8)	10.7	325	(0.6)

4회 미만 산전 관리 비율은 25세 미만의 임신부가 높게 나타났고 건강보험 가입자 중에서는 지역가입자(2.0%)와 의료급여 수급권자(5.1%)가 높았다. 소득 수준이 증가할수록 4회 미만 산전 관리 비율은 감소하였다.

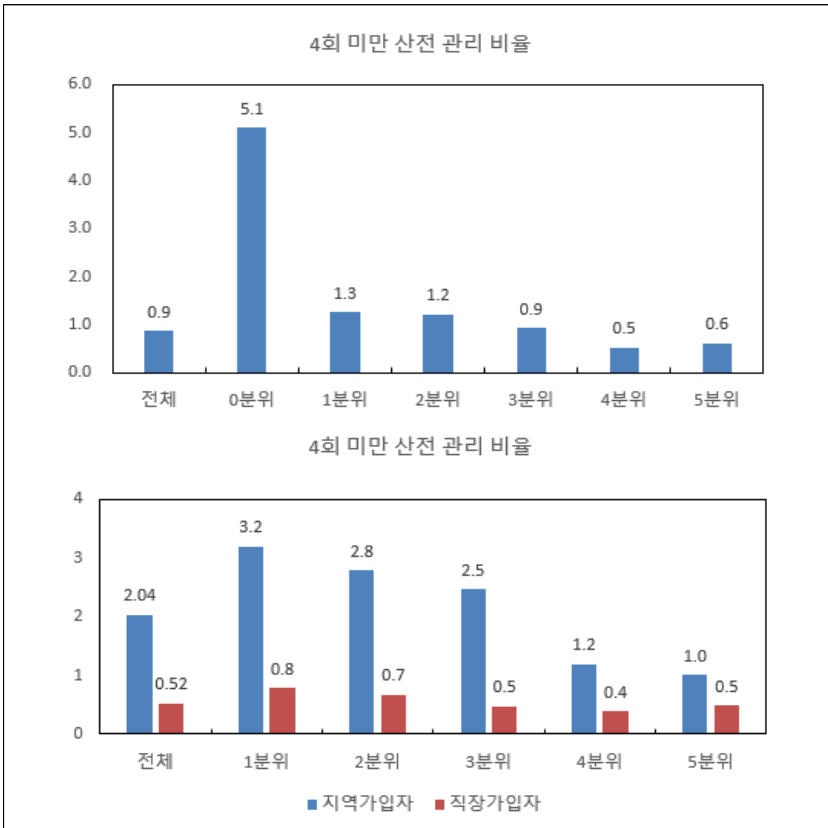
소득 수준에 따라 평균 산전 관리 횟수를 비교해 보면(그림 2-2), 소득 수준이 높을수록 평균 산전 관리 횟수가 증가하였으며 건강보험 지역가입자와 직장가입자로 구분하여 살펴본 결과도 비슷한 경향을 보였다. 다만 직장가입자가 지역가입자에 비해 모든 소득 분위에서 평균 산전 관리 횟수가 많았다.

[그림 2-2] 소득 수준별 평균 산전 관리 횟수



소득 수준에 따라 4회 미만 산전 관리 분포를 살펴보면, 소득 수준 0분위 분만자가 5.1%로 가장 높았고 소득 수준이 높을수록 4회 미만 산전 관리 비율은 감소하였다(그림 2-3).

[그림 2-3] 소득 수준별 4회 미만 산전 관리 비율



건강보험 지역가입자와 직장가입자를 구분하여 살펴본 결과, 직장가입자는 소득 수준에 따라 4회 미만 산전 관리 비율에 큰 격차가 없지만 지역가입자는 소득 수준 1분위 분만자의 4회 미만 산전 관리 비율이 3.2%로

매우 높았다.

소득 수준이 높을수록 4회 미만 산전 관리 비율이 뚜렷하게 감소하는 경향을 보였다(그림 2-3). 이러한 경향은 연령과 거주 지역을 보정한 후에도 나타났다(표 2-12).

〈표 2-12〉 소득 수준과 4회 미만 산전 관리의 관련성

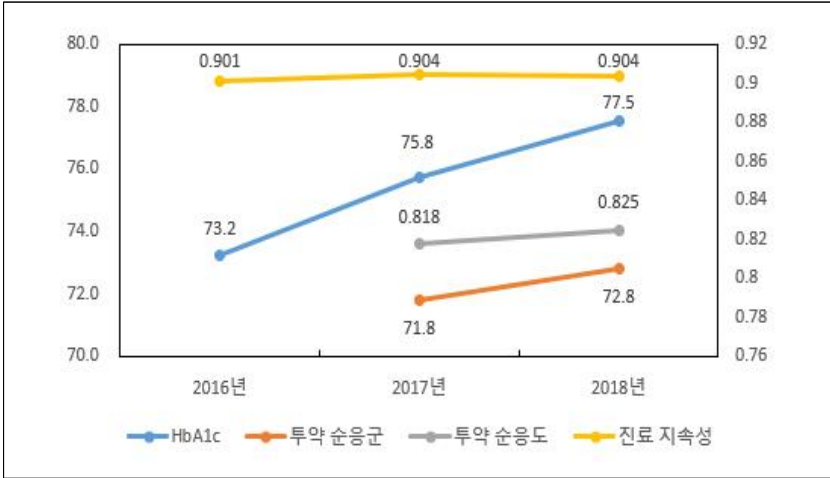
소득 수준	전체		지역가입자		직장가입자	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
0분위	2.90	2.28~3.69				
1분위	1.72	1.49~1.98	2.77	2.24~3.43	1.26	1.04~1.52
2분위	1.68	1.47~1.93	2.44	1.99~2.99	1.14	0.94~1.38
3분위	1.47	1.29~1.67	2.33	1.91~2.83	0.94	0.79~1.13
4분위	0.89	0.77~1.02	1.17	0.94~1.46	0.84	0.70~1.01
5분위	1.00		1.00		1.00	

* 연령, 거주 지역 보정.

2-1) 당뇨병 적정 관리 과정 지표 추이

우리나라 당뇨병 환자의 적정 관리 과정 지표는 4가지 모두에서 최근 3년간 지속적으로 증가 추세를 보이고 있다. 1년에 1회 이상 당화혈색소(HbA1c) 검사 시행률은 2016년 73.2%에서 2018년 77.5%로 증가하였다. 투약 순응도(MPR)도 2017년 0.818에서 2018년 0.825로 상승하였고, MPR가 0.8 이상인 투약 순응군도 2017년 71.8%에서 2018년 72.8%로 높아졌다. 진료 지속성도 2016년 0.901에서 2018년 0.904로 조금 상승하였다.

[그림 2-4] 당뇨병 적정 관리 과정 지표 추이(2016~2018년)



당뇨병 관리의 4가지 과정 지표가 최근 3년간 지속적으로 향상되고 있지만 환자 특성에 따라 지표의 값에 차이가 발생하고 있었다(표 2-13). 특히 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자에 비해 4가지 지표의 값이 낮았고 소득 수준이 높을수록 4가지 과정 지표의 값이 증가하는 경향을 보였다.

소득 수준에 따라 4가지 과정 지표의 3년간 추이를 살펴보면 모든 소득 분위에서 4가지 과정 지표는 지속적으로 증가하는 양상을 보이지만 소득 분위에 따른 적정 관리 수준의 차는 3년간 지속적으로 나타났다. 특히 소득 수준 0분위와 나머지 소득 분위(1, 2, 3, 4, 5분위) 간에 큰 격차를 보였다(그림 2-5).

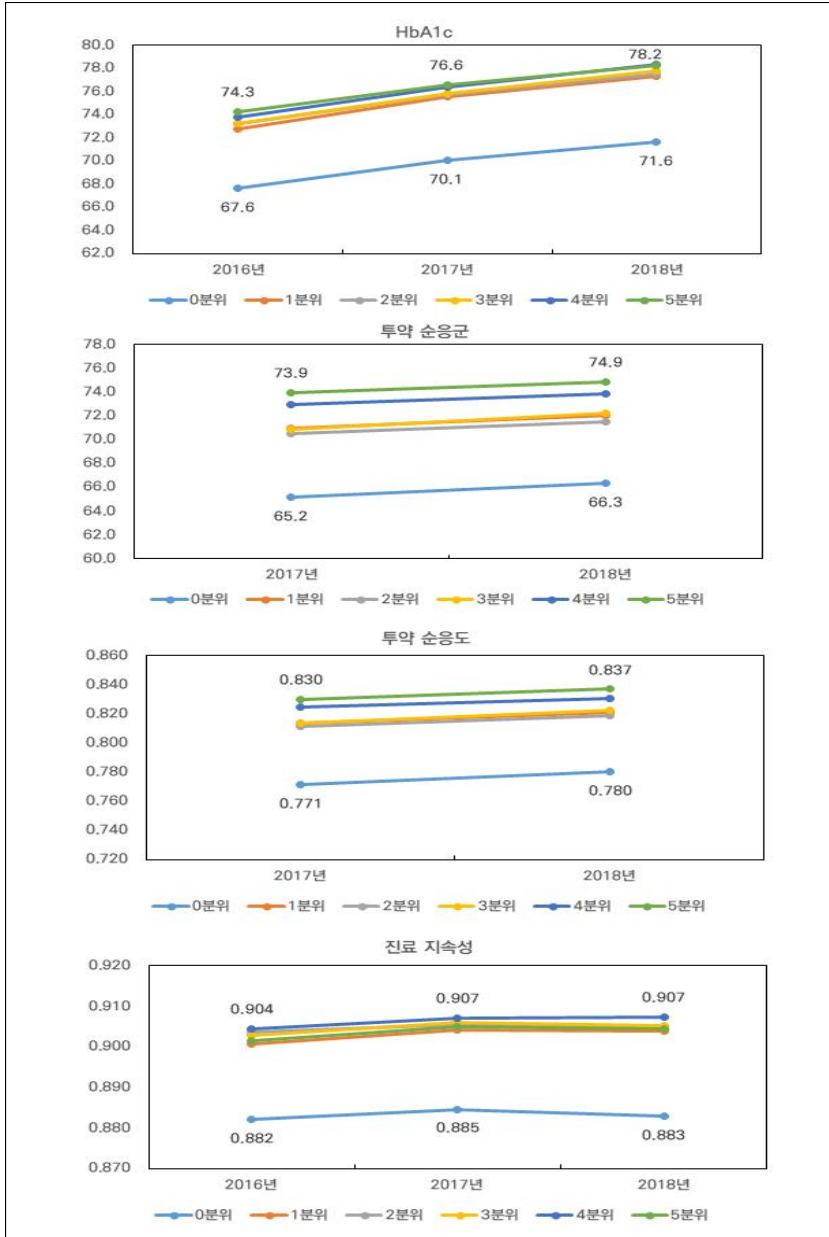
〈표 2-13〉 당뇨병 환자 특성에 따른 적정 관리 과정 지표(2018년)

특성	구분	HbA1c 검사 시행률(%)	투약 순응군 비율(%)	투약 순응도	진료 지속성
전체		77.5	72.8	0.825	0.904
성별	남	77.7	71.2	0.817	0.908
	여	77.3	74.9	0.835	0.898
연령	20~39	83.5	52.5	0.707	0.896
	40~54	82.0	67.4	0.802	0.916
	55~64	79.6	74.2	0.835	0.911
	65 이상	73.2	75.6	0.835	0.893
거주 지역	특별시	81.5	73.2	0.830	0.912
	광역시	77.4	73.6	0.829	0.905
	시도	76.3	72.4	0.822	0.901
주 이용 기관	상급종합 종합병원	86.6	71.7	0.827	0.878
	병원	81.9	68.8	0.806	0.895
	의원	73.1	62.3	0.767	0.883
	의원	76.4	75.1	0.835	0.912
	보건기관	53.3	74.0	0.832	0.887
보험 종류	건강보험(지역)	77.2	71.3	0.817	0.901
	건강보험(직장)	78.3	74.2	0.833	0.907
	의료급여	71.6	66.3	0.780	0.883
소득 수준	0분위	71.6	66.3	0.780	0.883
	1분위	77.3	72.0	0.821	0.904
	2분위	77.5	71.5	0.819	0.905
	3분위	77.8	72.2	0.822	0.905
	4분위	78.3	73.8	0.831	0.907
	5분위	78.2	74.9	0.837	0.905

소득 수준 0분위는 의료급여 수급권자를 의미하며 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자 간의 당뇨병 적정 관리 수준에 큰 격차가 있음을 확인할 수 있었다.

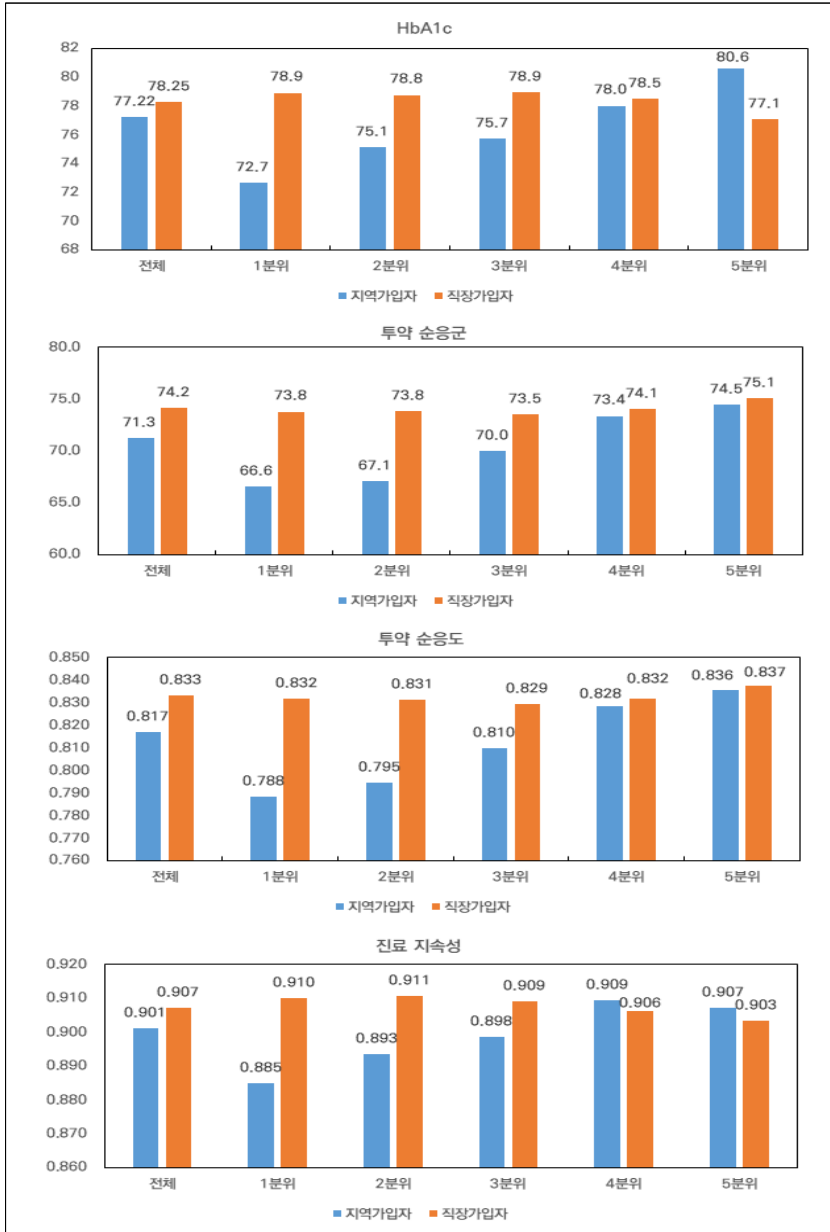
의료급여 수급권자와 건강보험 가입자 간의 적정 관리 수준의 격차뿐만 아니라 건강보험 가입자 중에서도 가입 형태에 따라 적정 관리 수준에 격차가 발생하고 있었는데 모든 지표에서 전반적으로 지역가입자에 비해 직장가입자의 적정 관리 수준이 높은 편이었다(그림 2-6).

[그림 2-5] 소득 수준에 따른 당뇨병 적정 관리 과정 지표 추이(2016~2018년)



70 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 2-6] 건강보험 가입 유형별 소득 수준에 따른 당뇨병 적정 관리 현황(2018년)



직장가입자와 지역가입자 간의 당뇨병 적정 관리 수준은 소득 수준을 구분하여 살펴보면 그 격차가 더욱 뚜렷하게 나타났다(그림 2-6). 직장가입자는 소득 수준에 따라 적정 관리 수준에 큰 격차가 보이지 않았지만 지역가입자는 소득 수준이 높을수록 적정 관리 수준이 뚜렷하게 높아지는 경향을 보였다. 이에 따라 소득 수준 1, 2, 3분위는 지역가입자와 직장가입자의 적정 관리 수준에 큰 격차가 있었고, 지역가입자 소득 분위 1분위의 적정 관리 수준과 의료급여 수급권자의 적정 관리 수준이 비슷하게 나타났다(2018년 지역가입자 소득 분위 1분위 대 의료급여 수급권자: HbA1c 검사 시행률 72.7% 대 71.6%, 투약 순응군 66.6% 대 66.3%)

〈표 2-14〉 소득 수준과 적정 관리(HbA1c 검사 시행 또는 투약 순응군)의 관련성(2018년)

소득 수준	전체		지역가입자		직장가입자	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>HbA1c 검사 시행률</i>						
0분위	1.00					
1분위	1.35	1.33~1.37	1.00		1.00	
2분위	1.33	1.31~1.35	1.07	1.05~1.09	0.98	0.97~1.00
3분위	1.35	1.34~1.37	1.13	1.11~1.15	0.98	0.97~0.99
4분위	1.43	1.41~1.45	1.28	1.26~1.30	0.99	0.98~1.00
5분위	1.44	1.43~1.46	1.48	1.45~1.50	0.94	0.93~0.95
<i>투약 순응군</i>						
0분위	1.00					
1분위	1.32	1.30~1.33	1.00		1.00	
2분위	1.31	1.29~1.33	1.07	1.04~1.09	1.02	1.00~1.03
3분위	1.37	1.35~1.39	1.21	1.19~1.23	1.02	1.00~1.03
4분위	1.47	1.45~1.49	1.41	1.39~1.44	1.04	1.03~1.05
5분위	1.51	1.49~1.53	1.47	1.45~1.50	1.06	1.05~1.07

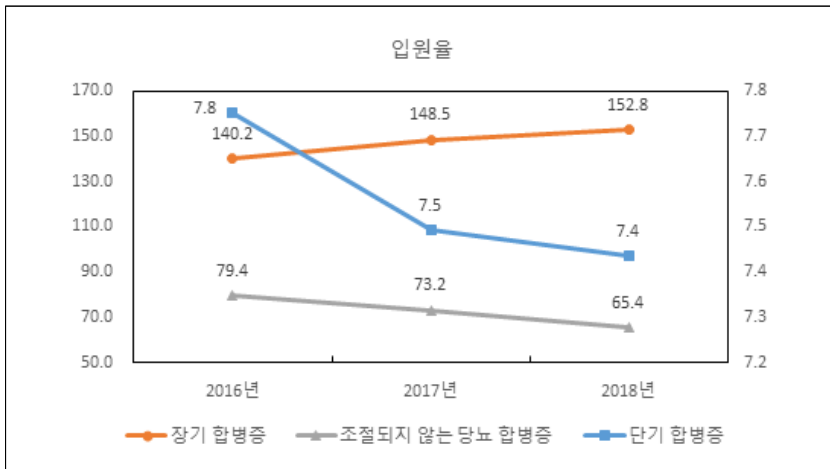
* 성, 연령, 거주 지역, 주 이용 기관 보정.

성, 연령, 거주 지역, 주 이용 기관을 보정한 후 직장가입자와 지역가입자의 적정 관리 수준에 격차가 있는지를 살펴본 결과, 직장가입자는 소득 수준에 따라 적정 관리 수준(당화혈색소 검사 시행률과 투약 순응군)에 큰 격차를 보이지 않지만 지역가입자는 소득 수준이 높을수록 적정 관리 수준도 크게 높아졌다(표 2-14).

2-2) 당뇨병 적정 관리 결과 지표 추이

당뇨병과 관련한 입원율은 매년 감소하는 경향을 보였다(그림 2-7). 당뇨병으로 인한 입원이 지속적으로 감소하는 이유를 직접 조사하지는 않았지만 당뇨병 적정 관리 지표가 매년 지속적으로 향상되어 온 것이 영향을 미친 것으로 추측된다. 그러나 아직까지 장기 합병증 입원율은 지속적으로 높아지고 있어 이에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다.

[그림 2-7] 당뇨병 입원율 추이(2016~2018년)



당뇨병과 관련한 입원율은 매년 감소하는 경향을 보이고 있지만 소득 수준에 따라 입원율에 큰 격차를 보였다. 최근 3년간 3종류의 입원율 모두 의료급여 수급권자(0분위)가 건강보험 가입자(1, 2, 3, 4, 5분위)에 비해 훨씬 높은 수준을 보였다(그림 2-8).

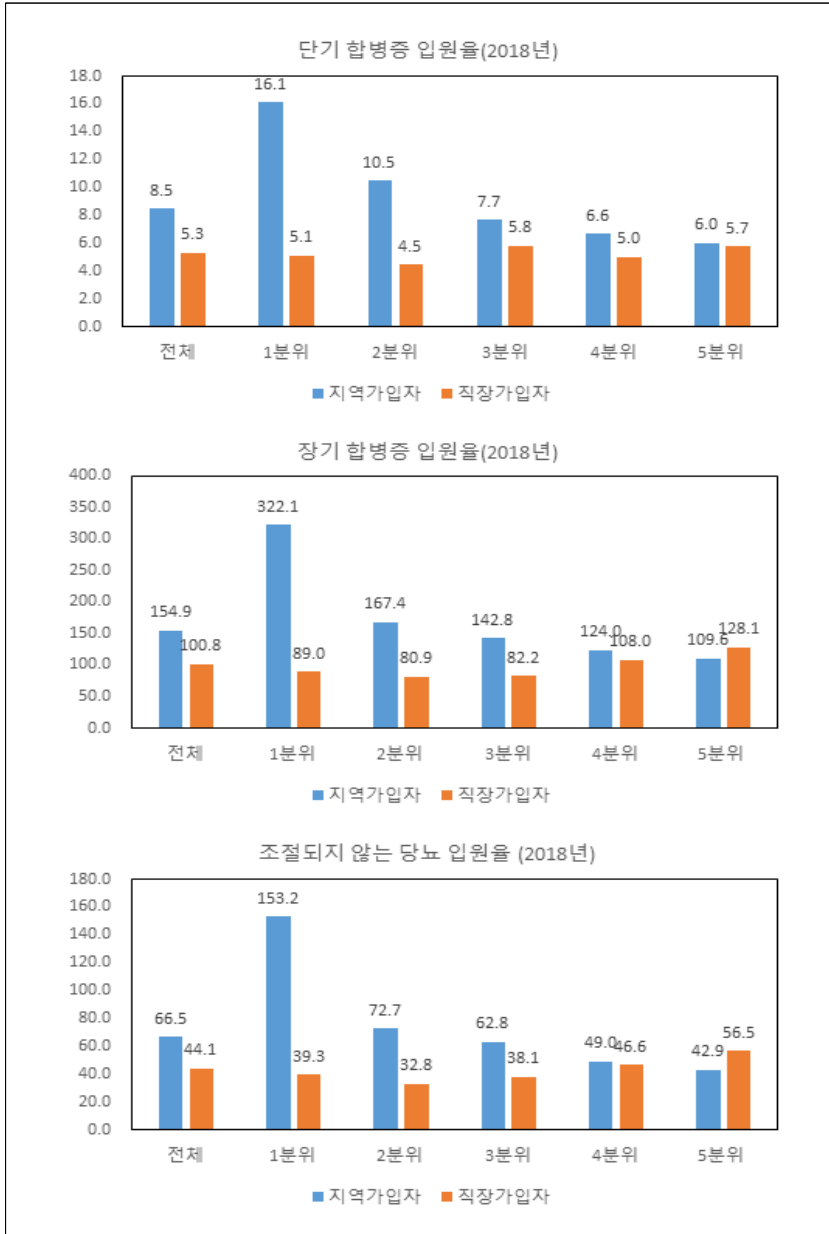
건강보험 지역가입자와 직장가입자의 입원율을 비교한 결과, 지역가입자가 직장가입자에 비해 3가지 입원율 모두가 높았다(그림 2-9).

74 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 2-8] 소득 수준별 당뇨병 입원을 추이(2016~2018년)



[그림 2-9] 건강보험 가입 유형별 소득 수준에 따른 당뇨병 입원율 현황(2018년)

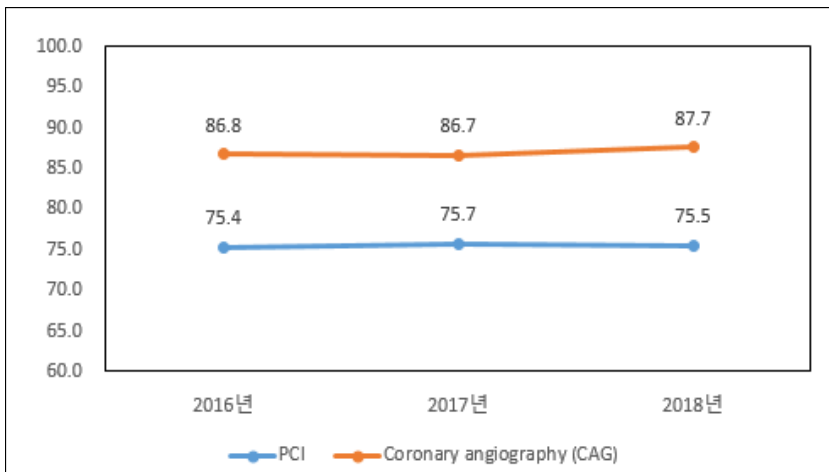


직장가입자는 소득 수준에 따라 3가지 입원율에 큰 격차를 보이지 않았지만 지역가입자의 경우 1분위 소득자의 입원율이 훨씬 높았다.

3-1) 급성 심근경색증 환자의 주요 검사와 시술 시행률

급성 심근경색증의 주요 시술인 관상동맥 조영술(CAG)과 관상동맥 중재술(PCI)의 시행률은 최근 3년간 큰 변화가 없었다(그림 2-10). 급성 심근경색증에서 관상동맥 조영술 시행률은 3년간 86~87%를 유지하였고 관상동맥 중재술 시행률은 75%를 유지하였다.

[그림 2-10] 급성 심근경색증 환자에 대한 CAG와 PCI 시행률 추이(2016~2018년)



관상동맥 조영술과 관상동맥 중재술 시행률이 최근 3년간 큰 변화를 보이지 않았지만 환자 특성에 따라 시행률에 격차가 발생하였다(표 2-15). 남성, 40~54세 환자, 특별시 거주 환자, 상급종합병원을 이용한 환자의 두 시술 시행률이 높았다. 사회경제적 수준에 따라 살펴보면 의료

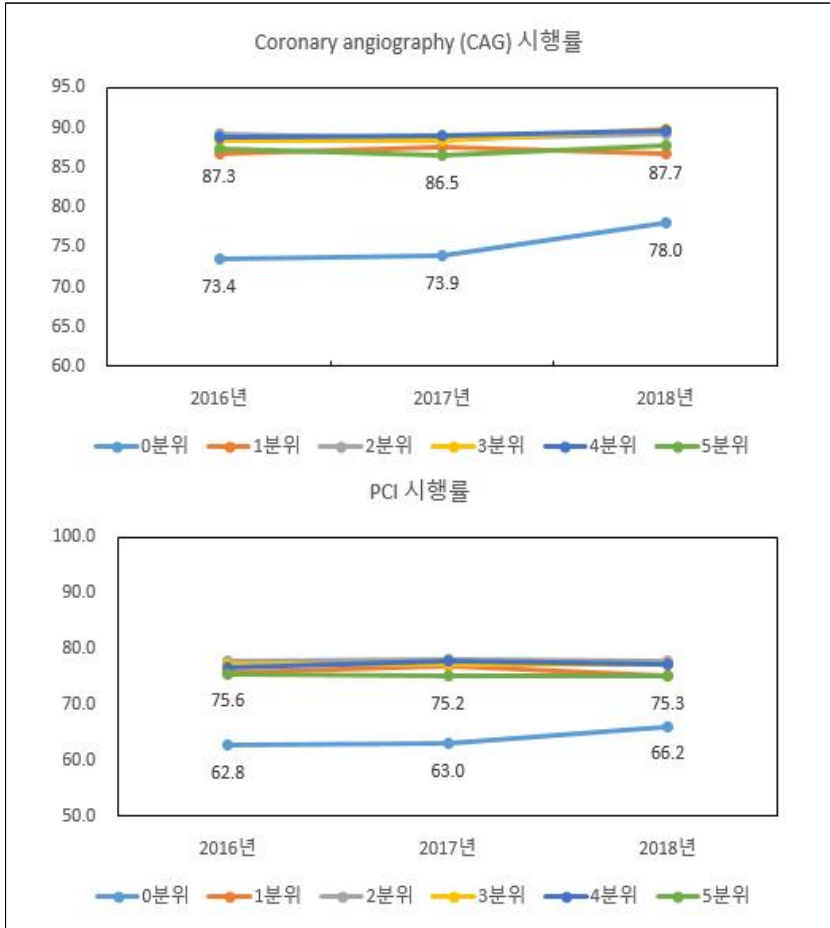
급여 수급권자가 건강보험 가입자에 비해 주요 시술 시행률이 낮았고, 소득 수준에 따라서도 주요 시술의 시행률에 격차가 발생하고 있었다.

〈표 2-15〉 급성 심근경색증 환자 특성에 따른 CAG와 PCI 시행률(2018년)

특성	구분	CAG	PCI
전체		87.7	75.5
성별	남	91.3	79.5
	여	78.3	65.3
연령	20~39	92.6	77.6
	40~54	94.6	81.4
	55~64	93.7	80.7
	65~74	91.2	78.9
	75 이상	76.5	65.8
거주 지역	특별시	89.7	76.3
	광역시	88.1	77.1
	시도	86.9	74.6
주 이용 기관	상급종합 종합병원	92.8	79.4
	병원	88.5	76.7
	병원	35.1	29.7
보험 종류	건강보험(지역)	88.2	76.7
	건강보험(직장)	88.7	76.1
	의료급여	78.0	66.2
소득 수준	0분위	78.0	66.2
	1분위	86.7	75.1
	2분위	89.3	77.9
	3분위	89.9	77.2
	4분위	89.7	77.2
	5분위	87.7	75.3

특히 소득 수준 0분위와 나머지 소득 분위(1, 2, 3, 4, 5분위) 간의 주요 시술(CAG, PCI) 시행률에 큰 격차가 나타나고 있었다. 다행히 최근으로 올수록 그 격차가 감소하는 추세를 보였다(그림 2-11).

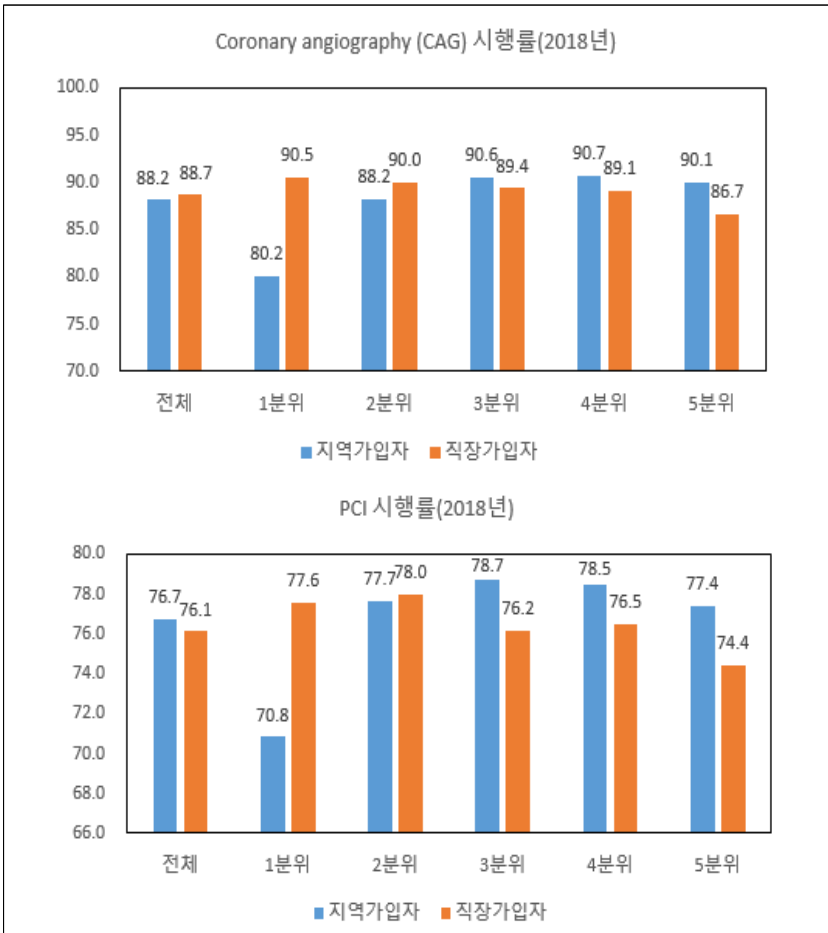
[그림 2-11] 급성 심근경색증 환자의 소득 수준별 CAG와 PCI 시행률 추이(2016~2018년)



소득 수준별 주요 시술 시행률 격차는 건강보험 가입자 내에서도 가입 종류에 따라 나타나고 있었다(그림 2-12). 직장가입자는 소득 수준에 따라 주요 시술의 시행률에 큰 격차를 보이고 있지 않았으나 지역가입자는 1분위의 시행률이 매우 낮게 나타났다. 지역가입자 소득 1분위의 주요 시술 시행률은 의료급여 수급권자와 비슷한 수준이다(지역가입자 소득 분

위 1분위 대 의료급여 수급권자: CAG 시행률 80.2% 대 78.0%, PCI 시행률 70.8% 대 66.2%).

[그림 2-12] 건강보험 가입 유형별 소득 수준에 따른 CAG와 PCI 시행률(2018년)



이러한 경향은 성, 연령, 거주 지역, 주 이용 기관을 보정한 후에도 여전히 나타났다(표 2-16). 직장가입자는 소득 수준에 따라 주요 시술 시행

률에 유의한 격차를 보이지 않았지만 지역가입자는 1분위에 비해 3, 4분위의 시행률이 통계적으로 유의하게 높았다.

〈표 2-16〉 급성 심근경색증 환자의 소득 수준과 PCI 시행률의 관련성(2018년)

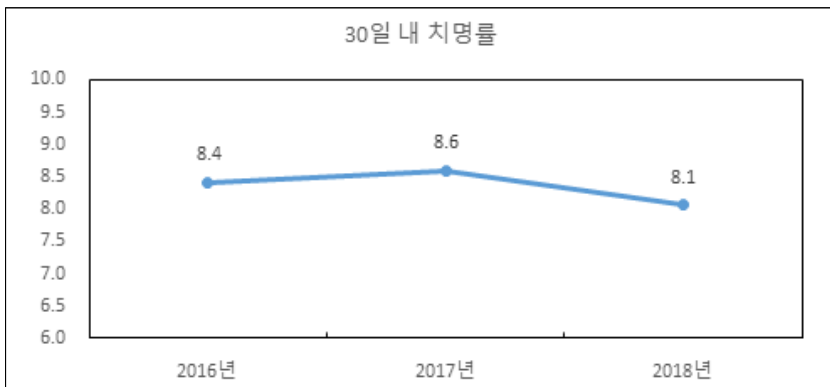
소득 수준	전체		지역가입자		직장가입자	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
<i>PCI</i>						
0분위	1.00					
1분위	1.21	1.08~1.35	1.00		1.00	
2분위	1.33	1.18~1.49	1.15	0.98~1.35	1.06	0.93~1.20
3분위	1.27	1.14~1.43	1.17	1.01~1.37	0.98	0.86~1.10
4분위	1.30	1.17~1.45	1.16	1.00~1.35	1.03	0.92~1.15
5분위	1.27	1.15~1.40	1.08	0.94~1.25	1.02	0.92~1.13

* 성, 연령, 거주 지역, 주 이용기관 보정.

3-2) 급성 심근경색증 환자의 치명률

최근 3년간 급성 심근경색증 환자의 입원 후 30일 내 치명률은 감소하는 경향을 보였다(그림 2-13).

[그림 2-13] 급성 심근경색증 환자의 30일 내 치명률 추이(2016~2018년)

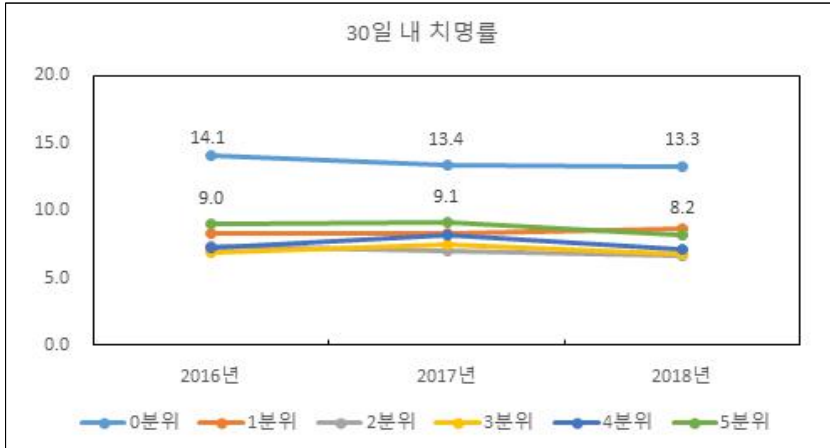


최근 급성 심근경색증 환자의 30일 내 치명률은 감소하는 경향을 보였지만 환자 특성에 따라 30일 내 치명률에 격차가 발생하고 있다(표 2-17). 여성, 75세 이상, 병원 이용 환자, 의료급여 수급권자의 30일 내 치명률이 높았다.

〈표 2-17〉 급성 심근경색증 환자 특성에 따른 30일 내 치명률(2018년)

특성	구분	30일 내 치명률(%)
전체		8.1
성별	남	6.2
	여	12.9
연령	20~39	2.2
	40~54	2.2
	55~64	3.5
	65~74	6.6
	75 이상	16.3
거주 지역	특별시	7.5
	광역시	8.2
	시도	8.2
주 이용 기관	상급종합	6.6
	종합병원	7.8
	병원	23.2
보험 종류	건강보험(지역)	7.7
	건강보험(직장)	7.6
	의료급여	13.3
소득 수준	0분위	13.3
	1분위	8.6
	2분위	6.7
	3분위	6.8
	4분위	7.2
	5분위	8.2

[그림 2-14] 급성 심근경색증 환자의 소득 수준별 30일 내 치명률 추이(2016~2018년)



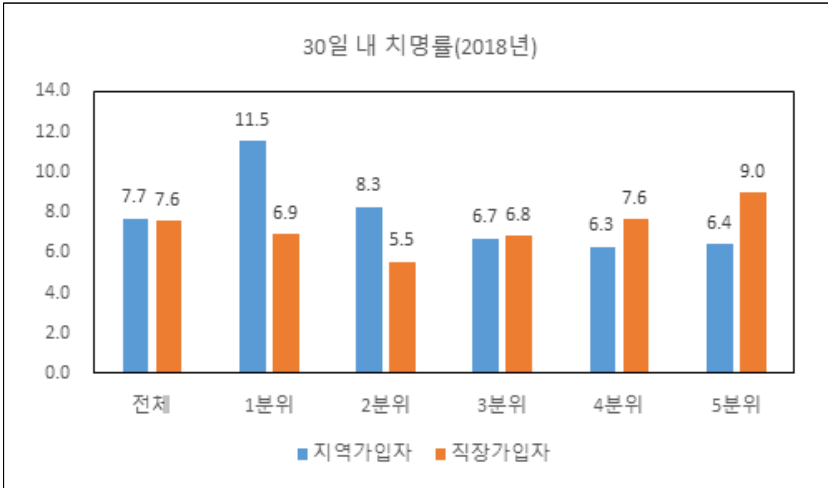
의료급여 수급권자(소득 0분위)의 치명률이 최근 3년간 지속적으로 감소하고는 있지만 아직까지 다른 소득 분위와는 큰 격차를 보이고 있다(그림 2-14).

건강보험 지역가입자와 직장가입자의 소득 수준에 따른 치명률 격차를 살펴보면 지역가입자는 소득 수준이 증가할수록 치명률이 감소하는 경향을 보였다(그림 2-15). 특히 1분위 소득자의 치명률(11.5%)이 다른 소득 분위에 비해 훨씬 높아 의료급여 수급권자의 치명률(13.3%)과 비슷했다. 직장가입자는 지역가입자와 반대로 소득 수준이 높을수록 치명률이 높아졌으며 5분위 소득의 치명률이 가장 높았다. 이는 고소득자인 5분위에 75세 노인 환자가 많이 분포(49.1%)하기 때문으로 보인다.⁵⁾

5)

소득 분위	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
75세 미만	79.4%	78.1%	74.3%	69.4%	51.6%
75세 이상	20.6%	22.0%	25.7%	30.6%	48.4%

[그림 2-15] 급성 심근경색증 환자의 소득 수준별 30일 내 치명률 추이(2016~2018년)



성, 연령, 거주 지역, 주 이용 기관을 보정한 후에는 직장가입자의 소득 수준에 따른 치명률 격차가 나타나지 않았다(표 2-18).

<표 2-18> 급성 심근경색증 환자의 소득 수준과 30일 내 치명률의 관련성(2018년)

소득 수준	전체		지역가입자		직장가입자	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
30일 치명률						
0분위	1.47	1.27~1.69
1분위	1.28	1.13~1.45	1.46	1.17~1.82	1.19	1.01~1.41
2분위	1.10	0.95~1.27	1.44	1.13~1.83	0.90	0.74~1.10
3분위	1.10	0.96~1.26	1.17	0.92~1.49	1.09	0.92~1.29
4분위	1.07	0.94~1.21	1.02	0.81~1.30	1.11	0.95~1.28
5분위	1.00	.	1.00	.	1.00	.

* 성, 연령, 거주 지역, 주 이용 기관 보정.

제3절 소결

이번 장에서는 미충족 의료 수요에서 건강보험 가입 유형과 소득 수준에 따라 저소득층에 불리한 격차가 있는지 확인하였으며 보편적 건강보장을 위한 필수 의료서비스 지표 중 건강보험 자료(청구 자료와 자격 자료)로 산출이 가능한 지표와 보편적 건강보장을 위해 관리가 필요하다고 언급한 당뇨병과 심혈관계 질환의 적정 관리 지표들의 현황을 살펴보고 사회경제적 수준에 따라 이들 지표에 격차가 발생하는지를 파악하였다.

미충족 의료 수요는 직장가입자보다 지역가입자의 소득 수준이 높아질수록 감소하는 경향이 뚜렷했다. 미충족 의료 수요는 직장가입자와 지역가입자 모두에게서 최저 소득 분위(1분위)가 가장 높았으며 특히 지역가입자가 크게 높았다.

건강보험 자료를 통해 산출한 분야별 필수 의료서비스 지표들은 대체로 향상되는 경향을 보였다. 산전 관리 분야에서 우리나라 2017년 전체 분만자 가운데 산전 관리를 임신 기간 중 4회 미만 한 분만자는 0.9%에 불과하였다. 46.1%의 분만자가 10~14회 산전 관리를 받았고 15회가 넘는 분만자도 11.5%나 되었다.

당뇨병 적정 관리 수준은 최근 3년(2016~2018년)간 과정 지표들은 지속적으로 상승하고 있었고(당화혈색소 검사 시행률: 73.2%→77.5%, 투약 순응률: 71.8%→72.8%, 투약 순응도: 0.818→0.825, 진료 지속성: 0.901→0.904), 결과 지표들은 지속적으로 감소하는 경향을 보였다(단기 합병증 입원율: 7.8→7.4%, 합병증 없이 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원율: 79.4→65.4%).

급성 심근경색증(AMI)도 최근 3년간 주요 시술인 관상동맥 조영술(CAG, 86.8→87.7%)과 관상동맥 중재술(PCI, 75.4→75.5%)의 시행률

이 증가하는 경향을 보인 반면 입원 후 30일 내 치명률은 지속적으로 감소하였다(8.4→8.1%)

이 장에서 선정한 3가지 분야(산전 관리, 당뇨병 관리, 급성 심근경색증 관리)의 필수 의료서비스 수준은 전반적으로 향상되고 있지만, 사회경제적 수준에 따라 큰 격차를 보였다. 모든 지표에서 의료급여 수급권자들이 건강보험 가입자들에 비해 적정 관리 수준이 훨씬 낮았다. 소득 분위를 세분하여 살펴보았을 때도 소득 수준 0분위에 해당하는 의료급여 수급권자의 적정 관리 수준은 건강보험 가입자 중에서 가장 낮은 소득 수준인 1분위와도 큰 격차가 났다. 이는 소득 수준이 가장 낮은 의료급여 수급권자의 의료 접근도에 문제가 발생하고 있음을 추측하게 하는 상황이라 할 수 있다. 의료급여 수급권자의 낮은 적정 관리 수준은 건강 결과에도 악영향을 미쳤다. 이 장에서 분석한 4가지 결과 지표(입원율과 치명률) 모두에서 의료급여 수급권자가 건강보험 가입자에 비해 안 좋은 건강 결과 수치를 보였다.

의료급여 수급권자는 본인부담 의료비가 거의 없는데도 적정 진료 수준이 건강보험 가입자와 격차가 발생하고 있다는 것은 의료기관을 이용하는 데 비용 이외의 다른 장애 요인이 있음을 보여 주는 것이며 국가가 보편적 건강보장을 달성하기 위해서는 이러한 장애 요인을 파악하여 제거하려는 노력이 무엇보다 필요하다.

이번 분석에서는 의료급여 수급권자와 건강보험 가입자 간의 필수 의료서비스 격차뿐만 아니라 건강보험 가입 유형에 따라서도 격차가 발생하고 있음을 확인할 수 있었다. 건강보험 지역가입자와 직장가입자의 필수 의료서비스 현황을 살펴본 결과, 대부분의 지표에서 직장가입자가 지역가입자보다 필수 의료서비스 지표 수준이 높았다. 특히 직장가입자는 소득 수준(1~5분위)에 따라 적정 관리 수준에 큰 격차를 보이지 않았지만

지역가입자는 소득 수준이 높아질수록 적정 관리 수준도 함께 높아지는 경향을 보였다. 즉, 건강보험 지역가입자는 소득 수준에 따라 적정 관리 수준에 격차가 있음을 확인할 수 있었다. 특히 소득 수준 1분위 지역가입자의 적정 관리 수준은 의료급여 수급권자의 적정 관리 수준과 격차가 크지 않았다. 지역가입자 중 가장 낮은 소득 수준 1분위의 낮은 적정 관리 수준은 높은 입원율과 치명률로 이어졌고 의료급여 수급권자의 건강 결과 수치와도 격차가 크지 않았다.

종합하면 필수 의료서비스 이용에 사회경제적 격차가 있고, 특히 의료급여 수급권자와 소득 1분위 건강보험 지역가입자의 필수 의료서비스 이용에 문제가 있음을 확인할 수 있다.

의료급여 대상자는 저소득층뿐만 아니라 국가 보훈 대상자 등이 해당하므로 특성이 다양하다. 그동안의 의료급여 환자 대상 관리는 주로 양적 측면의 사례 관리가 주요한 접근 방식이었으나 향후에는 개인 단위로 건강 결과를 추적하여 더 나은 의료 결정을 지원하는 기능을 강화할 필요가 있다.

미충족 의료 수요로 측정된 의료 접근도와 근거 기반 필수 의료서비스의 이용에서 지역가입자 저소득층(1분위)은 산전 관리 등 근거 기반의 효과적인 예방 및 치료 서비스에서 불리한 격차를 경험하고 있다. 지역가입자 저소득 분위에 집중되는 의료 격차는 건강의 사회경제적 요인을 고려하는 새로운 정책 접근 방식을 검토할 필요가 있음을 보여 준다.

만성질환 관리 지표 중 투약 순응도 및 권고 서비스 이행 수준 측면에서 의료급여 환자는 건강보험 환자보다 크게 낮은 반면, 의료 결과로서 합병증으로 인한 입원율과 치명률에서는 건강보험 가입자보다 높았다.

의료급여 환자와 지역가입자 저소득층(1분위) 환자에게 불리한 의료격차의 심화는 이들에 대한 만성질환 관리의 효과성과 효율성을 제고하는 혁신적 접근이 필요함을 시사한다.

제 3 장

전체 인구의 가구 소득 수준에 따른 의료 격차

김수진

제1절 서론

제2절 분석 결과

제3절 소결

3

전체 인구의 가구 소득 수준에 << 따른 의료 격차

제1절 서론

1. 배경 및 목적

건강보장제도는 최소한의 경제적 부담으로 보건의료 접근성을 보장하는 사회제도로 볼 수 있다. 일차적인 기능은 건강상의 위험과 이로 인한 경제적 위험에서 국민을 보호하는 것으로 개인과 사회의 건강 수준을 향상하고 개인이나 가계를 경제적으로 보호하는 기능과 사명을 기본으로 한다(김창엽, 2009, pp. 83-84).

이 장에서는 대표성 있는 설문조사 자료를 이용하여 가구의 소득 수준에 따른 의료 이용 및 재난적 의료비 발생의 격차 추이를 다각적으로 검토하였다. 이를 통해 현재까지의 정책 성과를 진단하고 한국의 건강보장 제도가 의료 접근성 개선을 통해 국민의 건강 수준을 향상하고 질병 발생 시 사회경제적 위험을 줄이는 데 기여할 수 있도록 정책 시사점을 도출하고자 하였다.

2. 가구의 소득 수준에 따른 의료 격차에 대한 국내 연구 사례

가. 의료 이용

1) 의료 이용 격차

의료 이용의 격차는 다양한 측면에서 평가할 수 있다. 예를 들어 검진, 치료, 후속 관리 측면에서 의료 격차를 평가할 수 있으며, 특정 질환을 앓는 사람에게 필요한 서비스를 적절하게 제공하였는지, 서비스의 질은 적절하였는지를 고려할 수 있다(허순임, 이수형, 2011, p. 3). 또 서비스의 종류(의원, 병원, 치과 등), 장소(의원, 병원, 응급실 등), 목적(예방 서비스, 치료 서비스 등), 이용 단위(이용 여부, 양 등)에 따라서도 의료 격차의 양상은 달라질 수 있다(Andersen RM, Newman JF. 1973). 국내 연구는 대체로 입원과 외래 서비스 이용 여부와 이용량, 진료비 격차를 분석하였는데 최근 연구들은 주로 한국의료패널 자료를 이용하였다. 연구 방법으로는 회귀분석을 이용하여 사회경제적 요인에 따른 의료 이용 격차를 분석하거나 소득 수준에 따른 의료 이용의 집중 지수와 건강 필요를 보정한 수평적 형평성 지수를 분석한 연구들이 있다.

한국의료패널조사를 이용하여 2010년과 2011년의 입원, 외래, 응급 서비스 이용 횟수와 의료비의 수평성 형평성 지수를 비교한 연구에서 의료 이용 횟수는 저소득층 집단에 유리한 불형평성 문제가 나타났으나 의료비를 이용하면 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 나타난다고 하였다(김동진, 윤희피, 이정아, 채희란, 2014). 한국의료패널조사 2009~2015를 이용하여 외래 횟수, 입원 일수, 응급실 이용 일수를 합산한 의료 이용량을 분석한 연구에서 집중지수가 (-) 값이고 절대치가 커지면서 의료 이

용이 저소득층에 집중되어 있고 그 정도가 더욱 심화되는 것처럼 보였지만 의료 필요를 보정한 수평적 형평성 지수는 0에 가깝고 거의 변화가 없는 것으로 나타났다(김진구, 2019). 이러한 이유로 인구 고령화와 함께 저소득 노인이 증가하였지만 노인의 의료비 부담을 완화하려는 노력이 지속적으로 이뤄지면서 수평적 형평성 지수의 악화로 이어지지는 않았다고 하였다(김진구, 2019, p. 88).

2) 미충족 의료

의료서비스의 이용을 평가하는 것만으로 건강 필요가 적절히 충족되었는지는 알기 어려우므로 미충족(unmet need) 의료를 직접 평가하는 방식을 사용하기도 한다(Allin, Grignon, & Le Grand, 2010, p. 465). 일반인을 대상으로 의료 필요의 충족 여부에 대한 인식을 파악하는 방법을 많이 활용하는데(Cunningham & Hadley, 2007, 허순임, 이수형, 2011, p. 2 재인용) ‘최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?’와 같은 질문을 이용한다(보건복지부 질병관리본부, 2019, p. 122). 국내 선행연구들에서 미충족 의료 분석을 위해 사용한 자료는 국민건강영양조사, 한국복지패널, 한국의료패널 등인데 자료들은 미충족 의료 경험 유무와 함께 그 이유가 무엇인지를 조사하였다. 최근의 연구로 여러 자료를 이용하여 미충족 의료의 추이를 분석한 연구는 미충족 의료 발생 정도는 전반적으로 감소하였다고 보고하였다. 예를 들어 국민건강영양조사 자료에서 2007~2016년에 미충족 의료 발생이 연평균 9.9% 정도 감소하였고 경제적 이유로 인한 미충족 의료 발생은 연평균 9.9% 정도 감소하였다(장지은, 윤희정, 박은철, 장성인, 2018). 국민건강영양조사를 이용하여 소득 수준에 따른 미충족 의료 경험의 형평성을 평

가한 연구는 미충족 의료가 저소득층에 집중되어 있는 불형평성 문제를 보고하였는데 낮은 소득 수준과 함께 교육 수준을 주요한 위험 요인으로 꼽았다. 한편 예약이 힘들거나 갈 수 있는 시간에 병의원 등이 문을 열지 않아서 병의원을 이용하지 못했다고 응답한 비율은 고소득층에서 높았다(황종남, 2017). 한국복지패널을 이용하여 가구 단위 미충족 의료 경험을 분석한 연구도 가구주의 교육 수준과 가구의 소득 수준이 낮으면 중요한 위험이 된다고 보고하였고 이와 함께 가구주의 건강 상태, 노인 가구원 및 만성질환자가 있는지 등이 미충족 의료 경험에 영향을 미친다고 하였다(김교성, 이현옥, 2012). 한국의료패널 자료를 이용하여 노인의 미충족 의료 경험 결정 요인을 분석한 연구는 노인 1인 가구는 교육 수준이 낮을 때 미충족 의료를 경험할 개연성이 높았고 부부 가구는 소득이 낮을 때, 건강보험 지역가입자가 미충족 의료를 경험할 개연성이 높았다(이혜재, 허순임, 2017).

특정 질환자들의 치료 여부를 파악하는 방식으로 미충족 의료를 평가한 연구도 있다. 국민건강영양조사를 이용하여 고혈압 환자와 당뇨 환자의 정기적인 치료제 복용 여부를 분석한 연구는 의료 필요에 대한 미충족률이 두 질환에서 각각 16.6%와 20.3%였고 이환 기간이 길수록 치료율이 양호하였는데 사회경제적 수준에 따른 격차는 뚜렷하지 않았다고 보고하였다(허순임, 이수형, 2011). 사회경제적 수준이 낮으면 치료에 대한 인식이나 경제 부담이 주된 이유이고 사회경제적 수준이 높으면 시간 비용이 주된 이유일 수 있다는 점에서 이에 대한 확인과 각각에 맞는 개선 방안을 마련하여야 한다고 제언하였다(허순임, 이수형, 2011, p. 15).

나. 경제 부담

국내 선행연구에서 재난적 의료비 분석에 주요하게 사용한 자료는 가계동향조사, 도시가계조사, 한국복지패널, 한국의료패널이다. 이 외에 지역에 특화된 자료로 서울시복지패널자료와 경남지역사회 빈곤패널을 각각 1개의 연구에서 이용하였다. 차상위 계층 실태 조사를 이용한 연구는 1개가 있다. 재난적 의료비를 정의하는 방식은 연구마다 다양하다. 구체적으로 지불 능력의 정의, 재난적 의료비의 기준이 연구마다 달랐다. 주로는 Xu et al.(2003)의 방식을 따라 가구 총소비지출에서 기초 생계 지출로 볼 수 있는 식료품비를 제외한 금액을 지불 능력으로 보고 이 중 의료비로 40% 이상을 지출하면 재난적 의료비 발생이라고 정의한 연구가 많다. 전 국민을 대상으로 수집하는 대표성 있는 자료인 가계동향조사, 복지패널조사, 의료패널조사를 이용하여 가능한 한 장기간에 걸쳐 재난적 의료비 발생을 조사한 연구들을 비교하여 재난적 의료비 발생의 변화 경향을 보면 경향성이 뚜렷하지는 않지만 최근으로 오면서 재난적 의료비 발생이 다소 증가한 것으로 나타났다(서남규 외, 2017; 최동우, 김우림, 박은철, 2018; 우경숙, 신영전, 2015).

〈표 3-1〉 가구의 사회경제적 상태에 따른 의료 격차 관련 연구

제1 저자	연도	자료원	분석 내용	분석 결과
황종남	2017	국민건강영양조사 2010-2012	소득 수준에 따른 미충족 의료	저소득층에 집중, 소득 수준, 교육 상태가 주요 요인.
김교성	2012	한국복지패널	미충족 의료 경험과 재난적 의료비 발생의 위험 요인	재난적 의료비 위험 요인: 가구의 건강 상태, 가구의 소득 수준 미충족 의료 경험 위험요인: 가구의 교육 수준, 건강 상태, 가구의 소득 수준

94 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

제1 저자	연도	자료원	분석 내용	분석 결과
이혜재	2017	한국의료패널조사 2012-2014	노인 가구 유형에 따른 미충족 의료 경험 위험 요인	교육 수준, 소득 수준, 의료보장 형태
허순임	2011	국민건강영양조사 2005	고혈압, 당뇨병 환자의 미충족 의료	건강보험 가입자, 이환 기간이 짧은 경우.
김동진	2014	한국의료패널조사 2010, 2011	외래, 응급, 입원 이용 횟수와 의료비의 형평성	이용 횟수는 저소득층에 집중, 의료비는 고소득층에 유리한 경향.
김진구	2019	한국의료패널조사 2009-2015	의료 이용량(입원·내원 일수)의 형평성 분석	의료 이용량의 저소득 집중 경향이 강하지만 의료 필요를 보정한 수평적 형평성 지수는 0에 가깝고 거의 변화 없음.
김수정	2015	한국의료패널조사 2009-2011	의료급여 수급에 따른 만성질환자의 예방 가능한 입원 및 응급실 이용 격차	의료급여 환자의 예방 가능한 입원 확률과 응급실 방문 확률 높음.
김대환	2018	한국의료패널조사 2011-2015	소득계층별 보장률	저소득층에서 보장률 높으나 이는 비급여 지출이 적기 때문임.
이유진	2018	한국의료패널조사 2015, 2016	재난적 의료비 신규 발생 가구의 특성	교육 수준, 취업 상태, 가구 내 노인 유무가 주요 요인.
양동욱	2017	한국의료패널조사 2008-2014	암 환자 가구에서 재난적 의료비 발생 요인	저소득, 치료 첫해, 가구주가 암 환자이면 재난적 의료비 발생 위험이 높음.

제2절 분석 결과

1. 분석 방법

가. 자료원

이 연구에서는 한국의료패널 자료(KHP: Korea Health Panel)와 국민건강영양조사(KNHANES: Korea National Health and Nutrition Examination Survey) 자료를 활용하였다. 한국의료패널은 국가 보건의료 체계의 대응성·접근성 향상을 위해 질환, 의료 이용, 의약품 복용, 의료비 지출, 건강 관련 인식 및 행태 등에 관한 개인 및 가구 단위 통계 생산을 위해 구축된 자료이다. 2005년 인구주택총조사 90% 전수 자료를 토대로 전국 16개 광역시도와 동부 및 읍면부를 층화 변수로 한 확률 비례 2단계 층화 집락 추출 방법으로 표본을 추출하였다. 한국의료패널의 표본 규모는 전국 약 8000가구로 시도 단위의 의료 이용 및 의료비 통계를 산출하기 위한 최소 크기이며 지역별 표본은 평균 494가구이다. 1차 조사는 2008년 상반기 조사로 7866가구 2만 4616명을 대상으로 조사하였고 현재까지 공개된 마지막 조사는 12차 조사로 학술대회용 베타 버전이 공개되었는데 2017년에 6640가구, 1만 8049명을 대상으로 조사하였다. 2012년에는 표본 탈락으로 인한 횡단면 분석의 대표성 결여 문제를 보완하기 위해 2012년 원표본 6300여 가구를 8000가구로 확대하였다. 한국의료패널조사는 전 국민을 대표할 수 있는 조사 자료로 가구 및 가구원의 인구사회학적 특성, 경제활동 및 가구소득과 지출, 만성질환 및 의료 이용, 지출 의료비 등 광범위한 정보를 담고 있다(김남순 외, 2017, pp. 19-33). 본 연구는 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타 버전)를 활용하였다.

다음으로 보건복지부와 질병관리본부가 수집하고 배포하는 국민건강영양조사 자료를 활용하였다. 국민건강영양조사는 국민의 건강 수준, 건강 행태에 대한 국가 및 시도 단위의 대표성과 신뢰성을 갖춘 통계 산출 및 건강 증진 프로그램 개발 등 보건 정책의 기초 자료로 활용하기 위해 1998년부터 2005년까지 3년 주기로 시행하였고 2007년부터 매년 시행하고 있다. 국민건강영양조사는 건강 설문조사, 검진 조사 등을 통해 자료를 수집하는데 건강 설문조사는 크게 가구 조사, 건강 면접 조사, 건강 행태 조사로 구분되며 검진 조사는 신체 계측, 혈압 및 맥박 측정, 혈액 및 소변검사 등으로 구성된다. 국민건강영양조사 제4기(2007~2009), 제5기(2010~2012), 제6기(2013~2015), 제7기(2016~2018)는 기수 내 3개 연도 표본이 서로 유사하도록 순환 표본 설계 방법으로 설계하였다. 이를 통해 전체 조사 자료 중 일부 세부 집단으로 분석 집단을 한정하여 분석하는 경우 등 연간 자료만으로는 표본 수가 불충분하여 안정적 통계 산출이 어려우면 기수 내 각 연도 자료를 통합하여 필요 표본 수를 확보할 수 있도록 하였다(보건복지부 질병관리본부, 2019, pp. 3-24). 각 자료의 장단점을 고려하여 분석에 활용하였는데 좀 더 정확하고 구체적인 의료 이용 정보를 포함하고 있는 한국의료패널 자료를 의료 이용 분석에, 직접 검진을 통해 유병 상태 등을 확인하는 국민건강영양조사 자료를 질환별 분석에 이용하였다.

나. 분석 변수

1) 결과 변수

보편적 건강보장의 달성이라는 측면에서 의료 격차를 분석하기 위해

선행연구와 이용 가능한 자료를 검토하여 결과 지표를 선정하였다. 의료 이용의 측면에서 예방적 의료서비스와 일반적 의료서비스 이용을 평가하였고 건강 필요에 대한 보정이 불완전할 수 있다는 점에서 미충족 의료를 결과 지표로 이용하였다. 또 의료서비스 이용의 성과라는 측면에서 예방 가능한 입원의 발생을 평가하였다. 지표별로 주요한 분석 방법을 달리하였는데 예방적 의료서비스 이용은 모든 인구집단에서 필요가 다르다고 보기 어려우므로 집중지수(CI: Concentration Index)를 산출하였고 의료 이용에 대해서는 건강 필요를 보정한 수평적 형평성 지수(HI 지수: Horizontal Inequity Index)를 이용하였다. 개인이 인지한 미충족 의료는 건강 필요와 관련한 변수를 보정할 필요에 대해 서로 다른 의견이 있을 수 있다는 점에서 CI와 HI 지수 두 가지를 모두 활용하였고 특정 질환별 의료 접근의 적절성을 나타내는 인지율, 치료율, 조절률에 대해서는 소득 수준에 따른 평균값을 보고하였다. 각 값이 해당 질환 유병자에게서만 보고 가능한데 각 질환이 소득 수준에 따라 무작위로 분포하지 않고 일반적으로 저소득층에 집중되는 경향이 나타나므로 질환 유병자로 한정하여 CI 혹은 HI 지수를 산출하는 것은 부적절하기 때문이다. 시기적절하고 효과적인 일차의료서비스 이용으로 예방할 수 있는 입원인 예방 가능한 입원(Rosano, Loha, Falvo et al., 2013, p. 356) 발생을 분석하였는데 예방 가능한 입원의 발생은 다른 건강 필요와 상관없이 적시에 적절한 서비스 이용이 이뤄지지 못했음을 보여 주는 지표라는 점에서 CI 지수를 산출하였다. 선행연구를 참고하여 당뇨, 만성 폐쇄성 폐 질환, 고혈압, 울혈성 심부전, 세균성 폐렴, 협심증 등 6개 질환으로 인한 입원으로 정의하였다(김수정, 김보린, 박소정, 2015, pp. 410-411).

경제적 보호 측면에서 재난적 의료비 발생을 평가하였는데 재난적 의료비 발생은 지불 능력 대비 의료비의 비율로 평가한다. 구체적인 산출

방식은 연구마다 다른데 국제적으로 폭넓게 사용되는 Xu et al.(2003)의 개념을 이용하여 가구 총지출에서 식료품비를 제외하는 방식으로 지불 능력을 정의하였다. 식료품비는 생계에 필수적인 부분이므로 일반적으로 외식비를 제외하는데 한국의료패널 자료의 식료품비 지출은 외식비를 포함하고 있다. 한국의료패널 자료를 이용하여 재난적 의료비를 산출한 선행연구에서 가계동향조사 자료를 이용하여 외식비를 제외한 식료품비를 추정하는 바 있으므로(서남규, 안수지, 강태욱, 황연희, 2015, p. 87) 이 연구에서도 동일한 방식으로 식료품비를 추정하였다. 재난적 의료비 산출 시 분자인 의료비는 입원, 외래, 응급 의료비와 처방 의약품 비용으로 정의하였고 재난적 의료비 발생의 기준선으로는 의료비가 20% 혹은 40% 이상인 경우 두 가지를 사용했다.

〈표 3-2〉 결과 변수와 자료원 및 주요 분석 방법

범주		상세 변수	자료	주요 분석 방법
의료 이용 (건강 향상)	예방	일반 건강검진 수진	KNHANES	CI
		최근 2년간 암 건강 검진 수진	KNHANES	CI
	의료 이용	외래 이용 여부	KHP	HI
		입원 이용 여부	KHP	HI
		상급종합병원 외래 이용 여부	KHP	HI
		상급종합병원 입원 이용 여부	KHP	HI
	미충족 의료	인지된 미충족 의료	KHP	CI, HI
		고혈압 유병자의 인지율, 치료율, 조절률	KNHANES	집단별 평균
		당뇨 유병자의 인지율, 치료율, 조절률	KNHANES	집단별 평균
		이상지질혈증 유병자의 인지율, 치료율, 조절률	KNHANES	집단별 평균
		예방 가능한 입원	KHP	CI
	경제적 보호		재난적 의료비 경험	KHP

2) 독립변수

의료 격차의 측정을 위해서는 의료 필요의 보정이 필수적이다(한국건강형평성학회, 2008, p. 351). 이 연구에서는 선행연구(예: Andersen RM, Newman JF. 1973; Wagstaff, Van Doorslaer, Watanabe, 2003)를 참조하여 변수를 구성하였다. 국민건강영양조사와 한국의료패널에서 독립변수는 동일한 방식으로 구성하였다. 인구사회학적 특성은 성, 연령을 포함하며 사회경제적 특성은 소득 수준, 교육 수준, 고용 상태, 건강보험 상태를 포함한다. 건강 특성은 주관적 건강 인식과 만성질환 유병 상태, 중증 질환 유무로 구성하였다. 각 변수의 세부 구성은 <표 3-3>과 같은데 소득 수준은 가구원 수 균등화 가구소득을 이용하여 각 자료에서의 중위소득값을 이용하여 범주화하였다. 집중 지수에서 건강 필요를 보정한 수평적 형평성 지수인 HI 지수 산출을 위해 선행연구를 참고하여 성, 연령, 건강 특성을 보정하였다. 그 외 소득 수준, 교육 수준, 건강보험 상태 변수는 집중 지수 요인 분해 시 추가로 사용하였다.

<표 3-3> 설명 변수

	상세 변수	구분	건강 필요 보정 (HI 지수 산출)
인구사회학적 특성	성	남, 여	0
	연령	연속 변수(혹은 20~39, 40~59, 60세 이상으로 범주화)	0
사회경제적 특성	소득 수준	중위소득 50% 이하 중위소득 50% 초과~100% 중위소득 100% 초과~150% 중위소득 150% 초과	-
	교육 수준	중졸 이하 고졸 이하 대학 이상	-

100 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

	상세 변수	구분	건강 필요 보장 (HI 지수 산출)
	고용 상태	정규직, 상용직 고용주, 자영업자 임시직, 일용직 실업 등 은퇴 혹은 학업 등	-
	건강보험	건강보험 의료급여	-
건강 특성	주관적 건강 인식	좋음 보통 나쁨	○
	만성질환 유병 상태	없음 1개 2개 이상	○
	중증 질환 (암, 심뇌혈관 질환) 유병 상태	없음 1개 이상	○

주: 예방 서비스 이용에서 건강 필요는 성과 연령만을 보정함. 20~59세, 60세 이상의 연령 집단으로 나눠 분석하는 경우 연령은 연속 변수를 이용하였고 전체 연령을 함께 분석하는 경우 범주형 변수를 이용함. 소득 수준은 2015년 이후는 기준 중위소득을 이용하여 구분하였고 2010년부터 2014년까지는 2015년부터 2020년 사이 기준 중위소득의 평균 증가율(2.38%)을 이용하여 산출함.

다. 분석 방법: CI, HI 지수 산출

가구소득에 따른 의료 격차 현황과 위험 요인을 파악하기 위해 집중 지수(CI)와 수평적 형평성 지수(HI), 집중지수에 대한 요인 분해 방법을 사용하였다. 집중지수는 소득에 따라 구성원들의 순위를 세우고 이들의 건강 변수를 순서대로 누적하여 생성한 집중곡선(Concentration curve)에 기반해서 산출한다(O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, M., 2008, p. 95). 소득과 무관하게 모든 구성원의 건강 변수 값이 동일하면 집중곡선은 평등선(the line of equality)으로 알려

진 45도 직선과 동일해진다(O'Donnell et al., 2008, pp. 83-84). 집중지수는 평등선에서 집중곡선을 뺀 면적의 2배로 계산되는데 사회경제적 불평등이 존재하지 않아 집중곡선과 평등선이 일치된다면 집중지수는 0이 되고 만약 저소득층에서 건강 변수의 값이 더 높으면 집중곡선은 평등선 위에 놓이게 되고 (-) 값을 갖는다. 저소득층에 건강 변수가 집중될수록 집중곡선은 평등선에서 더 멀어지게 되고 최대 -1이 된다. 반대로 집중곡선이 평등선 아래에 놓이게 되면 집중지수는 (+) 값을 갖게 되고 최대 +1이 된다. 즉, 집중지수의 부호는 불평등성의 방향을, 절댓값은 불평등의 정도를 나타내게 된다(O'Donnell et al., 2008, pp. 95-97).

집중지수가 사회경제적 수준에 따른 불평등을 나타낸다면 전체 집단에서의 불평등을 요인분해를 통해 설명할 수 있다. Wagstaff, Van Doorslaer, Watanabe(2003)는 집중지수를 개별 요인들의 기여로 분해될 수 있다고 설명한다.

$$CI = \sum_k (\beta_k \bar{x}_k / \mu) C_k + GC_e / \mu$$

위 수식에서 μ 는 건강 변수 y 의 평균, \bar{x}_k 는 x_k 의 평균이고, C_k 는 x_k 의 집중지수이며, β_k 는 회귀식에서 x_k 에 대한 회귀계수로 단위 요인 증가에 대한 건강 변수의 변화이며, GC_e 는 오차항으로 소득 수준에 따른 x_k 의 차로 설명되지 않는 건강 변수의 불평등이다. 요인들의 집중지수는 각 요인의 소득 수준에 따른 분포이며(소득 수준에 따라 균일하게 분포하는 경우 0의 값을 가짐), 탄력도(elasticity)는 단위 요인의 증가에 대한 종속변수의 변화를 의미한다. 즉, 각 요인이 건강 변수의 불평등에 기여하는 정도는 각 요인 k 의 (소득 수준에 따른) 집중지수(C_k)와 탄력도($\beta_k \bar{x}_k / \mu$)에 의해 결정된다(Wagstaff, Van Doorslaer, Watanabe, 2003, pp. 208-212; O'Donnell et al., 2008, pp. 159-175).

의료서비스 이용의 형평성을 평가할 때는 건강 필요를 보정하는 것이 중요하다. 집중지수가 소득 수준에 따른 불평등 수준을 보여 준다면 요인 분해를 이용하여 ‘동일한 필요에 대한 동일한 치료’라는 수평적 형평성의 수준을 평가할 수 있다. 즉, 요인 분해를 이용하여 집중지수에서 건강 필요에 의해 설명되는 부분을 제외하는 방식으로 수평적 형평성 지수(HI 지수)를 산출할 수 있다(O’Donnell et al., 2008, pp. 177-185).

한편 건강 변수가 이분형 종속변수인 경우 평균값이 클수록(1에 가까울수록) 집중지수의 절대치가 작아지는 문제가 발생한다(Wagstaff A., 2005). 이러한 문제를 해결하기 위해 집중지수 산출 시 표준화(normalization) 방식을 적용하여 분석하였다(O’Donnell et al., 2008, p. 97; Wagstaff A., 2005)

2. 분석 결과

가. 의료 이용 격차

1) 예방 의료 격차

□ 일반 검진 격차

국민건강영양조사에서 만 19세 이상 건강검진 수진 여부의 가구소득에 따른 격차 추이를 확인하였다. 전체 집단을 대상으로 하면 건강검진 수진의 집중지수는 2010~2012년에는 0.0991에서 0.1846로 2배 가까이 증가하였다. 연령에 따라 분석한 결과도 비슷한 추이를 보였다.

〈표 3-4〉 일반 검진의 의료 격차(집중지수)

	2010~2012	2013~2015	2016~2017
전체			
CI	0.0991	0.1628	0.1846
HI	0.1490	0.2062	0.2185
20~59세			
CI	0.1497	0.2174	0.2197
HI	0.1449	0.2158	0.2118
60세 이상			
CI	0.1151	0.1590	0.2010
HI	0.0928	0.1361	0.1776

주: HI는 성과 연령을 보정함. 연령별 층화 분석은 CI와 HI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI, HI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 소득 분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

일반 검진에서 집중지수를 인구사회학적 특성 및 사회경제학적 특성에 따라 요인 분해한 결과를 살펴보면 우선 40~59세인 경우 20~39세보다 일반 검진을 받을 가능성은 높는데(탄력도=0.2439) 소득 수준이 높은 계층에 집중되어 있어 결과적으로 CI를 (+) 방향으로 0.0251만큼 이동하게 하는 요인이었고 반대로 60세 이상은 일반 검진을 받을 가능성은 20~39세보다 높지만(탄력도=0.1346) 소득 수준이 낮은 계층에 집중되어 있어 결과적으로 CI를 (-) 방향으로 0.0494만큼 이동하게 하는 요인이었다. 의료급여인 경우 건강보험인 경우보다 일반 검진을 받을 가능성이 낮고 (-0.005) 소득이 낮은 계층에 집중되어 있어 결과적으로 CI를 (+) 방향으로 0.0036만큼 이동하게 하는 요인이었다. 성, 연령과 같은 의료 필요 요인을 제외하면 2010~2012년에 일반 검진에서의 소득 수준에 따른 격차를 만드는 데 크게 기여하는 요인은 실업 상태(기여도=0.0252), 중위소득 50% 이하의 낮은 소득(기여도=0.0262)이 그 자체로 중요한 요인이었다. 2016~2017년에도 각 요인의 영향은 큰 변화가 없었고 낮은 소득(중

위소득 50% 이하)과 실업이 소득 수준에 따른 일반 검진 불평등에 영향을 미치는 중요한 요인이었다.

〈표 3-5〉 일반 검진의 의료 격차 요인 분해

	2010~2012				2016~2017			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	-0.0262	-0.0301	0.0008	0.0080	0.0048	-0.0284	-0.0001	-0.0007
40~59세	0.2439	0.1029	0.0251	0.2533	0.1671	0.1368	0.0229	0.1238
60세 이상	0.1346	-0.3670	-0.0494	-0.4985	0.1065	-0.3425	-0.0365	-0.1977
의료급여	-0.0050	-0.7126	0.0036	0.0359	-0.0034	-0.7546	0.0025	0.0138
중위소득 50% 이하	-0.0347	-0.7554	0.0262	0.2641	-0.0401	-0.8231	0.0330	0.1786
50% 초과~100%	-0.0399	-0.2152	0.0086	0.0866	-0.0343	-0.3079	0.0106	0.0572
100% 초과~150%	-0.0045	0.3070	-0.0014	-0.0139	-0.0084	0.1836	-0.0015	-0.0084
중졸	-0.0229	-0.2890	0.0066	0.0669	-0.0086	-0.3947	0.0034	0.0184
고졸 이하	-0.0276	0.0137	-0.0004	-0.0038	-0.0176	-0.0111	0.0002	0.0011
자영업	-0.1031	0.1025	-0.0106	-0.1067	-0.0646	0.0655	-0.0042	-0.0229
임시, 일용	-0.0449	-0.1697	0.0076	0.0769	-0.0565	-0.1560	0.0088	0.0478
실업 등	-0.0760	-0.3320	0.0252	0.2547	-0.0752	-0.3986	0.0300	0.1624
없음	-0.1302	0.0076	-0.0010	-0.0099	-0.0953	-0.0009	0.0001	0.0004

자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

□ 암 검진 격차

최근 2년간 암 검진을 받았는지를 이용하여 집중지수를 산출한 결과 전체 집단의 2010~2012년 집중지수는 0.075였고 성, 연령을 보정한 HI 지수는 0.138이었다. 2016~2017년 집중지수는 0.1135로, HI 지수는 0.1842로 증가하였다. 20~59세와 60세 이상으로 나누어 분석한 경우 두 집단에서 모두 유사하게 집중지수와 HI 지수가 증가하는 경향을 보였다.

〈표 3-6〉 암 검진의 의료 격차(집중지수)

	2010~2012	2013~2015	2016~2017
전체			
CI	0.0747	0.0803	0.1135
HI	0.1383	0.1616	0.1842
20~59세			
CI	0.1299	0.1612	0.1853
HI	0.1261	0.1610	0.1685
60세 이상			
CI	0.1370	0.1503	0.1967
HI	0.1074	0.1231	0.1737

주: HI는 성과 연령을 보정함. 연령별 층화 분석은 CI와 HI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI, HI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 소득분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

소득 수준에 따른 집중지수를 인구사회적 특성 및 사회경제적 특성에 따라 요인 분해한 결과 60세 이상은 20~39세에 비해 암 검진을 받을 가능성이 높은 반면 소득이 낮은 계층이 많아 CI를 (-) 방향으로 이동하게 하는 요인이었고 40~59세는 암 검진을 받을 가능성이 높고 소득도 높은 계층이 많아 CI를 (+) 방향으로 이동하게 하는 요인이었다. 다른 사회경제적 특성을 보정하더라도 2010~2012년에 낮은 소득(중위소득 50% 이하)이 그 자체로 암 검진에서의 소득 수준에 따른 격차를 만드는 데 크게 기여하는 요인이었고 소득을 제외하면 실업이 소득 수준에 따른 의료 격차를 야기하는 주요 요인이었다. 각 요인의 영향은 2016~2017년에도 유사하였는데 낮은 소득 수준과 실업이 소득 수준에 따른 암 검진 격차를 야기하는 주요 요인이었다.

〈표 3-7〉 암 검진의 의료 격차 요인 분해

	2010~2012				2016~2017			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	0.1837	-0.0301	-0.0055	-0.0741	0.1505	-0.0283	-0.0043	-0.0375
40~59세	0.2935	0.1028	0.0302	0.4043	0.3049	0.1367	0.0417	0.3670
60세 이상	0.1527	-0.3666	-0.0560	-0.7497	0.1893	-0.3425	-0.0648	-0.5710
의료급여	-0.0021	-0.7127	0.0015	0.0203	-0.0001	-0.7546	0.0000	0.0004
중위소득 50% 이하	-0.0489	-0.7555	0.0369	0.4947	-0.0496	-0.8231	0.0408	0.3596
50% 초과~100%	-0.0315	-0.2153	0.0068	0.0908	-0.0258	-0.3080	0.0079	0.0699
100 초과~150%	-0.0123	0.3069	-0.0038	-0.0506	-0.0087	0.1834	-0.0016	-0.0141
중졸	-0.0230	-0.2888	0.0066	0.0889	-0.0131	-0.3947	0.0052	0.0456
고졸 이하	0.0028	0.0136	0.0000	0.0005	-0.0039	-0.0112	0.0000	0.0004
자영업	-0.0103	0.1024	-0.0011	-0.0142	-0.0237	0.0654	-0.0016	-0.0137
임시직, 일용직	-0.0121	-0.1698	0.0020	0.0274	-0.0384	-0.1561	0.0060	0.0528
실업 등	-0.0289	-0.3315	0.0096	0.1284	-0.0529	-0.3985	0.0211	0.1856
없음	-0.0019	0.0075	0.0000	-0.0002	-0.0322	-0.0010	0.0000	0.0003

자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

2) 의료 이용 격차

□ 외래, 입원 서비스 이용

한국의료패널 자료에서 가구소득에 따른 외래 서비스 이용의 격차 추이를 확인하였다. 전체 집단을 대상으로 하면 외래 이용의 집중지수는 2010년에는 -0.1056에서 2017년 -0.1404로 형평성이 저소득층에 유리한 방향으로 소폭 증가하였다. 성, 연령, 만성질환 등 니즈 요인을 보정한 HI 지수는 2010년 -0.0725에서 2017년 -0.1157로 집중지수의 추이와 유사하게 형평성이 저소득층에 유리한 방향으로 소폭 증가하였다. HI

지수는 집중지수에 비해 그 값이 0에 가까워졌지만 여전히 (-) 값이며 저소득 편향성이 나타났다. 연령 집단으로 나눠 분석한 결과 20~59세에서는 HI 지수가 (+) 값으로 외래 서비스 이용이 고소득층에 집중되는 불형평성 문제가 나타났고 이러한 경향은 소폭 감소하였다. 60세 이상에서는 HI 지수가 (-) 값으로 저소득층에 집중되는 불형평성 문제가 나타났다.

〈표 3-8〉 외래 서비스 이용 격차

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체								
CI	-0.1056	-0.1448	-0.1150	-0.1030	-0.1350	-0.1262	-0.1366	-0.1404
HI	-0.0725	-0.1100	-0.0863	-0.0745	-0.1056	-0.0970	-0.1078	-0.1157
20~59세								
CI	0.0361	0.0038	0.0437	0.0439	0.0206	0.0370	0.0362	0.0259
HI	0.0452	0.0147	0.0509	0.0487	0.0273	0.0451	0.0427	0.0308
60세 이상								
CI	-0.1323	-0.1419	-0.1666	0.0044	-0.1235	-0.1265	-0.2097	-0.1929
HI	-0.1291	-0.1393	-0.1636	0.0075	-0.1211	-0.1229	-0.2058	-0.1886

주: HI 지수 산출 시 건강 필요 변수로 성, 연령, 주관적 건강 인식, 만성질환 수, 중증 질환 유무를 보정함. 연령별 층화 분석은 CI와 HI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI, HI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 다른 소득 분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

외래 서비스 이용에서 집중지수를 요인 분해한 결과 대부분의 요인은 저소득층의 외래 서비스 이용 집중 정도를 증가시키는 것으로 나타났는데 만성질환이 2가지 이상이면 만성질환이 없는 사람보다 외래 서비스를 이용할 개연성이 크고 만성질환이 2개 이상인 사람은 저소득층에 집중되어 있어 집중지수를 (-) 방향으로 이동시키는 요인이었다. 다만 중위소득 50% 이하, 50~100%인 경우, 실업 상태인 경우 외래서비스를 이용할 개연성이 낮은 반면 저소득층에 집중되어 있어 집중지수를 (+)로 이동시키는 요인이었다. 이러한 특성은 2017년에도 거의 변함이 없었다.

108 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 3-9〉 외래 서비스 이용 격차 요인 분해

	2010년				2017년			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	0.0821	-0.0333	-0.0027	0.0259	0.0470	-0.0502	-0.0024	0.0168
40~59세	0.0250	0.0990	0.0025	-0.0234	0.0106	0.1460	0.0016	-0.0111
60세 이상	0.0290	-0.3276	-0.0095	0.0901	0.0208	-0.2996	-0.0062	0.0444
주관적 건강 나쁨	0.0110	-0.2675	-0.0029	0.0278	0.0053	-0.3536	-0.0019	0.0134
보통	0.0117	0.0058	0.0001	-0.0006	0.0142	-0.0046	-0.0001	0.0005
만성질환 1개	0.0285	-0.1422	-0.0041	0.0384	0.0173	-0.0514	-0.0009	0.0063
만성질환 2개 이상	0.0294	-0.3215	-0.0094	0.0894	0.0376	-0.3140	-0.0118	0.0842
중증 질환	0.0122	-0.2129	-0.0026	0.0246	0.0091	-0.2119	-0.0019	0.0137
의료급여	0.0038	-0.7019	-0.0027	0.0253	0.0018	-0.7794	-0.0014	0.0097
중위소득 50% 이하	-0.0210	-0.7834	0.0164	-0.1557	-0.0045	-0.8823	0.0039	-0.0281
50% 초과~100%	-0.0174	-0.1706	0.0030	-0.0281	-0.0001	-0.3700	0.0001	-0.0004
100% 초과~150%	-0.0042	0.4293	-0.0018	0.0171	0.0039	0.2327	0.0009	-0.0064
중졸	0.0221	-0.3160	-0.0070	0.0663	0.0045	-0.4017	-0.0018	0.0128
고졸 이하	0.0067	0.0134	0.0001	-0.0009	0.0013	0.0183	0.0000	-0.0002
자영업	0.0043	-0.0248	-0.0001	0.0010	-0.0007	0.0323	0.0000	0.0002
임시직, 일용직	-0.0073	-0.0107	0.0001	-0.0007	-0.0035	-0.0241	0.0001	-0.0006
실업 등	-0.0030	-0.3254	0.0010	-0.0093	-0.0026	-0.3708	0.0010	-0.0068
없음	0.0079	-0.0928	-0.0007	0.0070	0.0015	-0.1181	-0.0002	0.0012

가구소득에 따른 입원 서비스 이용의 격차 추이를 확인한 결과, 전체 집단을 대상으로 하면 입원 서비스 이용 집중지수는 2010년 -0.1849에서 2017년 -0.1741으로 저소득층에 집중된 경향이 소폭 감소하였다. 성, 연령, 만성질환 등 니즈 요인을 보정하면 저소득층에 유리한 불형평

성 문제는 거의 없는 것으로 나타났는데 HI 지수는 2010년 -0.0573, 2017년 -0.0578였다. 연령 집단으로 나눠 분석한 결과 20~59세는 HI 지수가 2010년 -0.0304, 2017년 -0.0134, 60세 이상은 2010년 -0.0026, 2017년 -0.0058로 0에 가깝고 변화가 거의 없었다.

〈표 3-10〉 입원 서비스 이용 격차

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체								
CI	-0.1849	-0.2017	-0.1662	-0.1703	-0.1837	-0.1838	-0.1579	-0.1741
HI	-0.0573	-0.0692	-0.0613	-0.0750	-0.0799	-0.0712	-0.0392	-0.0578
20~59세								
CI	-0.0739	-0.0673	-0.0340	-0.0231	-0.0705	-0.0753	-0.0115	-0.0390
HI	-0.0304	-0.0194	-0.0058	0.0010	-0.0460	-0.0476	0.0092	-0.0134
60세 이상								
CI	-0.0800	-0.0597	-0.0585	-0.0665	-0.0557	-0.0707	-0.0604	-0.0704
HI	-0.0026	-0.0079	-0.0006	-0.0113	-0.0007	-0.0068	0.0151	-0.0058

주: HI 지수 산출 시 건강 필요 변수로 성, 연령, 주관적 건강 인식, 만성질환 수, 중증 질환 여부를 보정함. 연령별 층화 분석은 CI와 HI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI, HI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 소득 분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

입원 서비스 이용의 집중지수를 요인 분해한 결과 사회경제적 요인 중 의료급여가 저소득층의 입원 서비스 이용 증가에 기여하는 중요 요인인 반면 중위소득 50% 이하의 기여도는 0.0128로 입원 서비스 이용의 저소득층 집중 경향을 완화시키는 요인이었다. 각 요인의 기여도는 2010년과 2017년이 유사하였다.

110 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 3-11〉 입원 서비스 이용 격차 요인 분해

	2010년				2017년			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	0.0660	-0.0333	-0.0022	0.0119	0.0598	-0.0502	-0.0030	0.0172
40~59세	0.1086	0.0990	0.0107	-0.0581	0.0432	0.1460	0.0063	-0.0362
60세 이상	0.1798	-0.3276	-0.0589	0.3185	0.1105	-0.2996	-0.0331	0.1902
주관적 건강 나쁨	0.1799	-0.2675	-0.0481	0.2602	0.1347	-0.3536	-0.0476	0.2734
보통	0.0782	0.0058	0.0005	-0.0025	0.1310	-0.0046	-0.0006	0.0034
만성질환 1개	0.0184	-0.1422	-0.0026	0.0142	0.0336	-0.0514	-0.0017	0.0099
만성질환 2개 이상	0.0577	-0.3215	-0.0186	0.1003	0.0398	-0.3140	-0.0125	0.0718
중증 질환	0.0337	-0.2129	-0.0072	0.0388	0.0814	-0.2119	-0.0172	0.0991
의료급여	0.0126	-0.7019	-0.0088	0.0478	0.0059	-0.7794	-0.0046	0.0266
중위소득 50% 이하	-0.0163	-0.7834	0.0128	-0.0691	-0.0106	-0.8823	0.0094	-0.0538
50 초과~100%	0.0037	-0.1706	-0.0006	0.0035	-0.0020	-0.3700	0.0008	-0.0043
100% 초과~150%	0.0156	0.4293	0.0067	-0.0363	0.0114	0.2327	0.0027	-0.0152
중졸	0.0581	-0.3160	-0.0183	0.0992	0.0596	-0.4017	-0.0239	0.1374
고졸 이하	0.0696	0.0134	0.0009	-0.0050	0.0149	0.0183	0.0003	-0.0016
자영업	-0.0344	-0.0248	0.0009	-0.0046	0.0018	0.0323	0.0001	-0.0003
임시직, 일용직	-0.0273	-0.0107	0.0003	-0.0016	-0.0162	-0.0241	0.0004	-0.0022
실업 등	0.0081	-0.3254	-0.0026	0.0143	0.0195	-0.3708	-0.0072	0.0415
없음	-0.0583	-0.0928	0.0054	-0.0292	0.0362	-0.1181	-0.0043	0.0245

□ 상급종합병원 외래, 입원 서비스 이용

가구소득에 따른 상급종합병원 외래 서비스 이용의 격차 추이를 확인하였다. 전체 집단을 대상으로 하면 외래 이용 집중지수는 2010년 -0.0045에서 2017년 -0.0403으로 그 값은 0에 가까워 소득 수준에 따른 격차가 거의 없는 것으로 나타났으나 건강 필요 요인을 보정한 HI 지수는 2010년

+0.1598에서 2017년 +0.1158로 비록 소폭 감소하긴 했지만 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 나타났다. 연령 집단으로 나눠 분석한 결과 20~59세에서는 HI 지수가 2010년 +0.1139에서 2017년 +0.1026으로 거의 변화 없이 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 나타났다. 60세 이상에서 HI 지수는 2010년 +0.1842에서 2017년 +0.1152로 소폭 감소했지만 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 계속 나타났다.

〈표 3-12〉 상급종합병원 외래 서비스 이용 격차

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체								
CI	-0.0045	-0.0353	-0.0427	-0.0578	-0.0478	-0.0402	-0.0702	-0.0403
HI	0.1598	0.1383	0.1214	0.1042	0.1134	0.1327	0.0933	0.1158
20~59세								
CI	0.0658	0.0379	0.0588	0.0467	0.0800	0.1088	0.0391	0.0704
HI	0.1139	0.0890	0.1002	0.0839	0.1143	0.1475	0.0733	0.1026
60세 이상								
CI	0.1286	0.1334	0.1222	0.1127	0.1008	0.0907	0.0783	0.0759
HI	0.1842	0.1559	0.1522	0.1382	0.1332	0.1223	0.1231	0.1152

주: HI 지수 산출 시 건강 필요 변수로 성, 연령, 주관적 건강 인식, 만성질환 수, 중증 질환 유무를 보정함. 연령별 층화 분석은 CI와 HI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI, HI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 소득 분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

상급종합병원 외래 서비스 이용은 저소득층에 집중되어 있는데 이는 건강 필요와 관련되어 있다. 중증 질환은 상급종합병원 이용과 양의 관계가 있고(탄력도 0.1777) 중증 질환이 소득이 낮은 계층에 집중되어 있으면(집중도 -0.2129) 집중지수를 (-) 방향으로 이동시킨다. 따라서 니즈를 보정한 HI 지수는 (+)의 값이며 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 나타났다. 고소득층에 유리한 불형평성 문제와 관련된 사회경제적 요인을 살

해보면 다른 요인들을 보정하더라도 2010년에 중위소득 50% 이하의 기여도가 0.1079로 낮은 소득 수준이 그 자체로 중요한 요인이었다. 한편 의료급여의 기여도는 -0.0037로 상급종합병원 외래 이용의 불형평성을 완화하는 요인이었다. 각 요인의 영향은 2017년에 거의 유사하게 유지되었으나 의료급여의 경우 탄력도가 (-)로 바뀌면서 기여도가 +0.0105로 상급종합병원 외래 이용의 불형평성을 심화하는 요인으로 나타났다.

〈표 3-13〉 상급종합병원 외래 서비스 이용 격차 요인 분해

	2010년				2017년			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	0.0317	-0.0333	-0.0011	0.2330	0.0146	-0.0502	-0.0007	0.0182
40~59세	0.2239	0.0990	0.0222	-4.8878	0.0961	0.1460	0.0140	-0.3484
60세 이상	0.2279	-0.3276	-0.0747	16.464	0.1693	-0.2996	-0.0507	1.2601
주관적 건강 나쁨	0.1266	-0.2675	-0.0339	7.4725	0.0902	-0.3536	-0.0319	0.7924
보통	0.0903	0.0058	0.0005	-0.1158	0.1274	-0.0046	-0.0006	0.0145
만성질환 1개	0.0586	-0.1422	-0.0083	1.8383	0.0582	-0.0514	-0.0030	0.0743
만성질환 2개 이상	0.0906	-0.3215	-0.0291	6.4240	0.0930	-0.3140	-0.0292	0.7251
중증 질환	0.1777	-0.2129	-0.0378	8.3455	0.2416	-0.2119	-0.0512	1.2722
의료급여	0.0052	-0.7019	-0.0037	0.8067	-0.0135	-0.7794	0.0105	-0.2608
중위소득 50% 이하	-0.1377	-0.7834	0.1079	-23.786	-0.0600	-0.8823	0.0529	-1.3150
50% 초과~100%	-0.1563	-0.1706	0.0267	-5.8790	-0.0793	-0.3700	0.0293	-0.7285
100% 초과~150%	-0.0306	0.4293	-0.0131	2.8975	-0.0541	0.2327	-0.0126	0.3130
중졸	-0.0715	-0.3160	0.0226	-4.9844	-0.0665	-0.4017	0.0267	-0.6637
고졸 이하	-0.0066	0.0134	-0.0001	0.0194	-0.0377	0.0183	-0.0007	0.0171
자영업	0.0312	-0.0248	-0.0008	0.1711	0.0239	0.0323	0.0008	-0.0192
임시직, 일용직	-0.0082	-0.0107	0.0001	-0.0194	-0.0098	-0.0241	0.0002	-0.0059
실업 등	0.0538	-0.3254	-0.0175	3.8632	0.0418	-0.3708	-0.0155	0.3853
없음	0.1140	-0.0928	-0.0106	2.3323	0.0639	-0.1181	-0.0076	0.1876

상급종합병원 입원 서비스 이용의 격차 추이를 확인한 결과 전체 집단을 대상으로 하면 입원 이용 집중지수는 2010년에 -0.1369에서 2017년 -0.0871로 상급종합병원 입원 서비스 이용이 저소득층에 집중되어 있으나 건강 필요 요인을 보정한 HI 지수는 2010년 +0.0127에서 2017년 +0.0858로 소폭 증가하면서 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 나타났다. 연령 집단으로 나눠 분석한 결과 20~59세에서는 HI 지수가 2010년 -0.0118에서 2017년 +0.1437로 고소득층에 유리한 방향으로 변화하였다. 60세 이상에서 HI 지수는 2010년 +0.1463에서 2017년 +0.1294로 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 소폭 감소했지만 계속 유지되는 것으로 나타났다.

〈표 3-14〉 상급종합병원 입원 서비스 이용 격차

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체								
CI	-0.1369	-0.1160	-0.0651	-0.1400	-0.1578	-0.1348	-0.1244	-0.0871
HI	0.0127	0.0135	0.0484	-0.0253	-0.0397	0.0224	0.0347	0.0858
20~59세								
CI	-0.0619	0.0179	0.0932	0.0618	-0.0757	-0.0107	0.0255	0.1196
HI	-0.0118	0.0597	0.1222	-0.0253	-0.0476	0.0242	0.0720	0.1437
60세 이상								
CI	0.0559	0.0456	0.0550	-0.0101	0.0344	0.0429	-0.0048	0.0436
HI	0.1463	0.0479	0.0623	-0.0253	0.0445	0.1188	0.0632	0.1294

주: HI 지수 산출 시 건강 필요 변수로 성, 연령, 주관적 건강 인식, 만성질환 수, 중증 질환 유무를 보정함. 연령별 층화 분석은 CI와 HI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI, HI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 소득 분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

상급종합병원 외래 서비스와 유사하게 입원 서비스 이용 또한 저소득층에 집중되어 있었는데 이는 저소득층의 높은 건강 필요와 관련되어 있다. 따라서 니즈를 보정한 HI 지수는 (+) 값이며 고소득층에 유리한 불형평성

문제가 나타났다. 고소득층에 유리한 형평성 문제와 관련된 사회경제적 요인을 살펴보면 다른 요인들을 보정하더라도 2011년에 중위소득 50% 이하의 기여도가 0.0416로 낮은 소득 수준이 그 자체로 중요한 요인이었다. 한편 의료급여의 기여도는 -0.0078로 상급종합병원 입원 이용의 불형평성을 완화시키는 요인이었으나 외래 서비스 이용에서와 유사하게 2017년에 탄력도가 (-)로 바뀌면서 기여도가 +0.0027로 상급종합병원 입원 이용의 불형평성을 심화하는 요인으로 나타났다.

〈표 3-15〉 상급종합병원 입원 서비스 이용 격차 요인 분해

	2010년				2017년			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	-0.0554	-0.0333	0.0018	-0.0135	0.0294	-0.0502	-0.0015	0.0170
40~59세	0.0644	0.0990	0.0064	-0.0466	0.0831	0.1460	0.0121	-0.1393
60세 이상	0.1820	-0.3276	-0.0596	0.4356	0.3208	-0.2996	-0.0961	1.1040
주관적 건강 나쁨	0.2300	-0.2675	-0.0615	0.4497	0.1814	-0.3536	-0.0642	0.7369
보통	0.0593	0.0058	0.0003	-0.0025	0.1527	-0.0046	-0.0007	0.0080
만성질환 1개	0.0166	-0.1422	-0.0024	0.0173	0.0151	-0.0514	-0.0008	0.0089
만성질환 2개 이상	0.0728	-0.3215	-0.0234	0.1709	0.0019	-0.3140	-0.0006	0.0067
중증 질환	0.0757	-0.2129	-0.0161	0.1178	0.1822	-0.2119	-0.0386	0.4434
의료급여	0.0111	-0.7019	-0.0078	0.0567	-0.0034	-0.7794	0.0027	-0.0308
중위소득 50% 이하	-0.0530	-0.7834	0.0416	-0.3037	-0.0309	-0.8823	0.0273	-0.3131
50% 초과~100%	-0.0025	-0.1706	0.0004	-0.0031	-0.0277	-0.3700	0.0103	-0.1178
100% 초과~150%	0.0497	0.4293	0.0213	-0.1560	0.0208	0.2327	0.0048	-0.0555
중졸	0.0121	-0.3160	-0.0038	0.0279	-0.0955	-0.4017	0.0384	-0.4408
고졸 이하	0.0605	0.0134	0.0008	-0.0059	-0.0483	0.0183	-0.0009	0.0101
자영업	0.0141	-0.0248	-0.0003	0.0026	0.0034	0.0323	0.0001	-0.0013
임시직, 일용직	0.0424	-0.0107	-0.0005	0.0033	-0.0120	-0.0241	0.0003	-0.0033
실업 등	0.0603	-0.3254	-0.0196	0.1433	0.0329	-0.3708	-0.0122	0.1399
없음	0.0418	-0.0928	-0.0039	0.0283	0.0123	-0.1181	-0.0014	0.0166

3) 미충족 의료 격차

□ 인지된 미충족 의료

한국의료패널 자료에서 미충족 의료 경험 정도를 평가한 결과, 전체 집단 집중지수는 (-)로 저소득층에 집중되는 경향을 보였다. 시간이 흐름에 따라 집중지수를 (-) 방향으로 더 이동하여 저소득계층에 집중된 경향이 증가한 것으로 나타났다. 성, 연령, 건강 상태를 보정한 HI 지수는 CI 지수보다 값이 증가하였지만 (-) 값으로 저소득층에 불리한 불형평성 문제가 나타났다. 연령으로 나누면 20~59세와 60세 이상에서 모두 저소득층에 불리한 불형평성 문제가 확인되었고 60세 이상에서 소폭이지만 불형평성이 좀 더 증가한 것으로 나타났다.

〈표 3-16〉 인지된 미충족 의료 격차

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체							
CI	-0.0896	-0.1905	-0.1849	-0.2124	-0.2024	-0.1960	-0.1597
HI	-0.0813	-0.1519	-0.1297	-0.1376	-0.1339	-0.1047	-0.0964
20~59세							
CI	-0.0986	-0.1335	-0.1306	-0.1252	-0.1077	-0.1211	-0.1001
HI	-0.0736	-0.1038	-0.0919	-0.0863	-0.0767	-0.0874	-0.0584
60세 이상							
CI	-0.1541	-0.2324	-0.2405	-0.2666	-0.2817	-0.2379	-0.2242
HI	-0.1108	-0.2001	-0.2021	-0.2045	-0.2069	-0.1464	-0.1512

주: 한국의료패널에서 인지된 미충족 의료는 2011년부터 조사됨.

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

인지된 미충족 의료는 소득이 낮은 계층에 집중되어 있는데 이와 관련된 요인을 요인 분해를 통해 확인하였다. 건강 변수 중에서 주관적 건강

이 나쁘면 그 영향이 컸는데 주관적 건강이 나쁘면 미충족 의료를 경험할 개연성이 크고 저소득층의 집중도가 높아 집중지수 값을 (-)로 이동시키는 것으로 나타났다. 사회경제적 변수 중 기여도 값이 큰 요인은 중위소득 50% 이하로, 소득과 관련된 다른 사회경제적 요인을 고려하더라도 낮은 소득 그 자체로 집중지수 값을 (-)로 이동시키는 중요한 요인이었다. 다음으로 교육 수준이 낮으면(중졸 이하) 소득 수준이 낮고(집중도 -0.3328) 미충족 의료 발생을 높이는(탄력도 0.0382) 중요한 요인이었다. 이러한 특성은 2017년에도 크게 다르지 않았다.

〈표 3-17〉 인지된 미충족 의료 격차 요인 분해

	2011년				2017년			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	0.0901	-0.0414	-0.0037	0.0417	0.1274	-0.0502	-0.0064	0.0401
40~59세	0.0154	0.1145	0.0018	-0.0197	-0.0150	0.1460	-0.0022	0.0138
60세 이상	-0.0995	-0.3494	0.0348	-0.3883	-0.0411	-0.2996	0.0123	-0.0772
주관적 건강 나쁨	0.1491	-0.2809	-0.0419	0.4678	0.2361	-0.3536	-0.0835	0.5228
보통	0.1471	0.0072	0.0011	-0.0118	0.2584	-0.0046	-0.0012	0.0074
만성질환 1개	-0.0119	-0.1201	0.0014	-0.0159	-0.0186	-0.0512	0.0010	-0.0060
만성 질환 2개 이상	-0.0235	-0.3348	0.0079	-0.0880	-0.0371	-0.3140	0.0116	-0.0730
중증 질환	-0.0051	-0.2184	0.0011	-0.0125	-0.0243	-0.2118	0.0052	-0.0323
의료급여	0.0020	-0.7355	-0.0015	0.0163	0.0133	-0.7794	-0.0103	0.0647
중위소득 50% 이하	0.0972	-0.8103	-0.0788	0.8799	0.0933	-0.8823	-0.0823	0.5155
50% 초과~100%	0.0454	-0.2138	-0.0097	0.1083	0.0595	-0.3701	-0.0220	0.1378
100% 초과~150%	-0.0021	0.4071	-0.0009	0.0098	0.0145	0.2326	0.0034	-0.0212
중졸	0.0382	-0.3328	-0.0127	0.1421	0.0204	-0.4017	-0.0082	0.0514
고졸 이하	0.0148	0.0245	0.0004	-0.0041	0.0199	0.0182	0.0004	-0.0023
자영업	0.0123	0.0311	0.0004	-0.0043	-0.0145	0.0323	-0.0005	0.0029
임시직, 일용직	0.0003	-0.0246	0.0000	0.0001	-0.0105	-0.0241	0.0003	-0.0016
실업 등	-0.0077	-0.3445	0.0027	-0.0298	-0.0252	-0.3708	0.0093	-0.0585
없음	-0.0955	-0.1294	0.0124	-0.1381	-0.1722	-0.1181	0.0203	-0.1273

경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험 정도를 분석한 결과, 집중지수는 (-)로 저소득층에 집중되는 경향을 보였고 최근으로 올수록 절댓값이 커지면서 저소득층에 집중되는 경향을 띠었다. HI 지수의 절댓값은 CI 지수보다 작았지만 CI 지수와 동일하게 저소득층에 불리한 불형평성 문제가 나타났다. 연령으로 나누면 두 집단에서 모두 저소득층에 불리한 불형평성 문제가 확인되었고 더욱 심화한 것으로 나타났다. 전체 미충족 의료를 분석한 앞서의 결과보다 CI 지수와 HI 지수 모두 (-) 방향으로 값이 더 커져 경제적 이유로 인한 미충족 의료가 저소득층에 집중되는 경향이 더욱 컸다.

〈표 3-18〉 경제적 이유로 인한 인지된 미충족 의료 격차

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체							
CI	-0.4634	-0.5051	-0.4651	-0.5531	-0.5553	-0.5241	-0.5502
HI	-0.4019	-0.4373	-0.3762	-0.4505	-0.4798	-0.4165	-0.4584
20~59세							
CI	-0.4731	-0.5228	-0.4664	-0.5305	-0.5573	-0.5093	-0.5292
HI	-0.4248	-0.5005	-0.4091	-0.4776	-0.5171	-0.4693	-0.4765
60세 이상							
CI	-0.3413	-0.3476	-0.3369	-0.4280	-0.4126	-0.3595	-0.4382
HI	-0.2845	-0.3017	-0.3008	-0.3670	-0.3489	-0.2547	-0.3536

주: HI 지수 산출 시 건강 필요 변수로 성, 연령, 주관적 건강 인식, 만성질환 수, 중증 질환 유무를 보정함. 연령별 층화 분석은 CI와 HI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI, HI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 소득분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

경제적 이유에 따른 미충족 의료의 집중지수를 분해한 결과는 앞서 모든 이유로 인한 미충족 의료 분석 결과와 크게 다르지 않았다. 예를 들어 2011년의 건강 요인 중 중요한 요인은 주관적 건강 인식이 나쁜 경우였

고 사회경제적 요인 중 기여도 값이 가장 큰 요인은 중위소득 50% 이하였으며 다음으로 교육 수준이 낮은 경우(중졸 이하)였다. 2017년에 낮은 교육 수준의 영향은 감소한 반면 중위소득 50% 이하인 그룹의 집중지수에 대한 기여 정도는 더 증가하였다.

〈표 3-19〉 경제적 이유로 인한 인지된 미충족 의료 격차 요인 분해

	2011년				2017년			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	0.0806	-0.0414	-0.0033	0.0072	0.0625	-0.0502	-0.0031	0.0057
40~59세	0.0712	0.1145	0.0082	-0.0176	0.0301	0.1460	0.0044	-0.0080
60세 이상	-0.0068	-0.3494	0.0024	-0.0051	0.0298	-0.2996	-0.0089	0.0162
주관적 건강 나쁨	0.2186	-0.2809	-0.0614	0.1325	0.2197	-0.3536	-0.0777	0.1412
보통	0.1292	0.0072	0.0009	-0.0020	0.1884	-0.0046	-0.0009	0.0016
만성질환 1개	0.0009	-0.1201	-0.0001	0.0002	0.0112	-0.0512	-0.0006	0.0010
만성질환 2개 이상	-0.0189	-0.3348	0.0063	-0.0136	0.0122	-0.3140	-0.0038	0.0070
중증 질환	0.0037	-0.2184	-0.0008	0.0017	-0.0085	-0.2118	0.0018	-0.0033
의료급여	0.0141	-0.7355	-0.0104	0.0224	0.0065	-0.7794	-0.0051	0.0092
중위소득 50% 이하	0.4695	-0.8103	-0.3804	0.8209	0.6065	-0.8823	-0.5351	0.9725
50% 초과~100%	0.4165	-0.2138	-0.0890	0.1921	0.3805	-0.3701	-0.1408	0.2559
100% 초과~150%	0.1029	0.4071	0.0419	-0.0904	0.2605	0.2326	0.0606	-0.1101
중졸	0.1970	-0.3328	-0.0656	0.1415	0.0339	-0.4017	-0.0136	0.0248
고졸 이하	0.0852	0.0245	0.0021	-0.0045	0.0994	0.0182	0.0018	-0.0033
자영업	0.0085	0.0311	0.0003	-0.0006	-0.0165	0.0323	-0.0005	0.0010
임시직, 일용직	0.0600	-0.0246	-0.0015	0.0032	0.0477	-0.0241	-0.0012	0.0021
실업 등	0.0350	-0.3445	-0.0120	0.0260	0.0479	-0.3708	-0.0178	0.0323
없음	0.0394	-0.1294	-0.0051	0.0110	-0.0025	-0.1181	0.0003	-0.0005

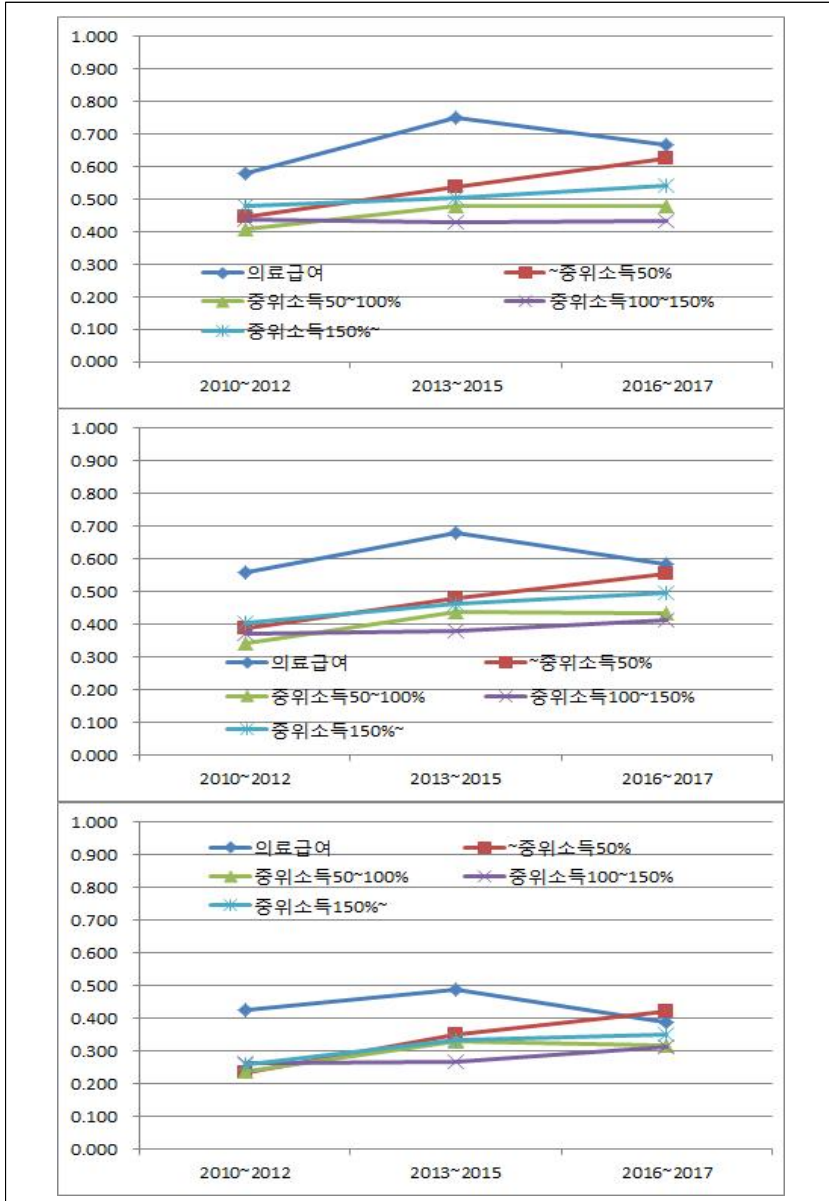
□ 주요 질환의 미충족 의료: 인지율, 치료율, 조절률

20~59세의 2010~2012년 고혈압 유병자 대비 인지율, 치료율, 조절률은 의료급여에서 각각 58.1%, 56.0%, 42.7%로 다른 소득계층보다 높았고 인지율과 치료율은 중위소득 50% 초과~100%에서 각각 41.0%, 34.3%로 가장 낮았으며 조절률은 중위소득 50% 이하에서 23.3%로 가장 낮았다. 2016~2017년 의료급여에서는 조절률이 2010~2012년보다 감소하였지만 이를 제외하면 전반적으로 인지율, 조절률, 치료율이 개선되는 경향을 보였고 특히 중위소득 50% 이하에서 개선 정도가 컸다.

60세 이상의 고혈압 유병자 대비 인지율, 치료율은 의료급여에서 각각 86.0%, 85.0%로 다른 소득계층(건강보험 가입자)보다 높았고 조절률은 중위소득 100% 초과~150%에서 가장 높았다. 20~59세에 비해 계층 간 격차는 크지 않았고 모든 계층에서 완만하게 증가하는 경향을 보였다.

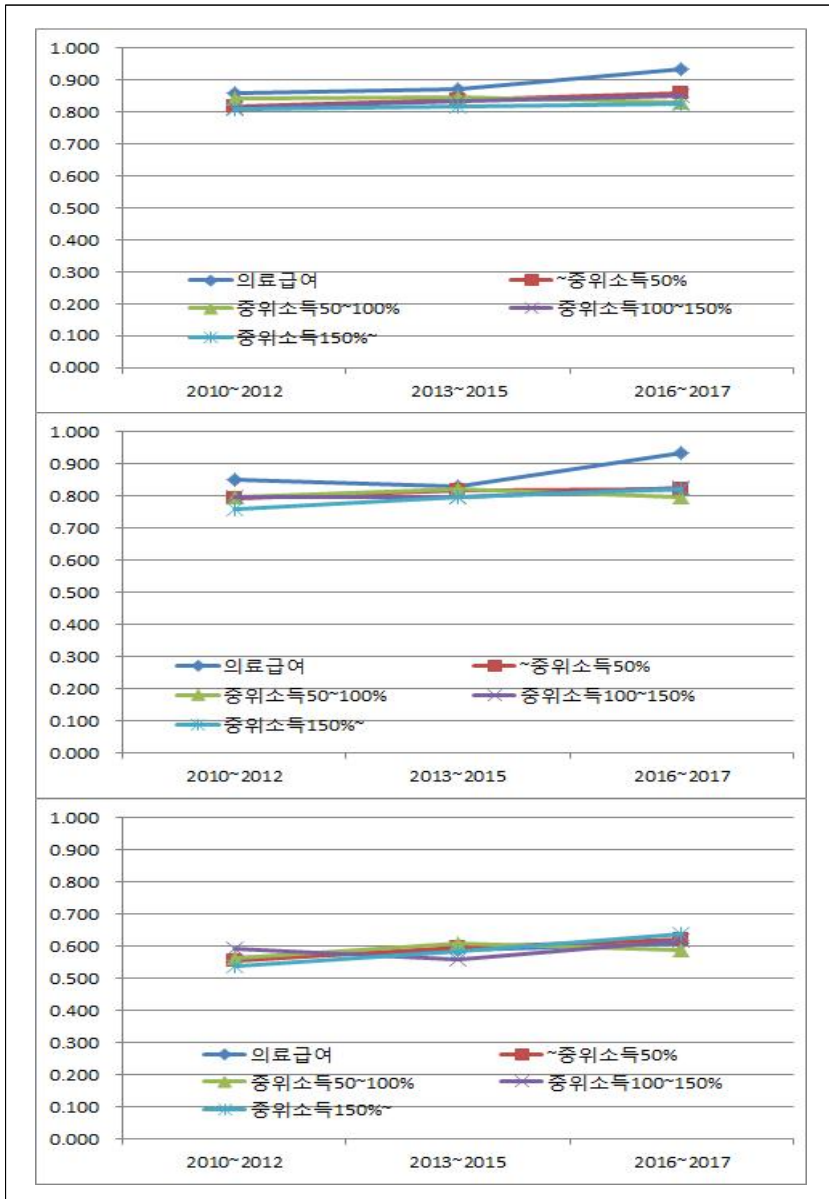
120 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 3-1] 고혈압 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(20~59세)



자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

[그림 3-2] 고혈압 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(60세 이상)

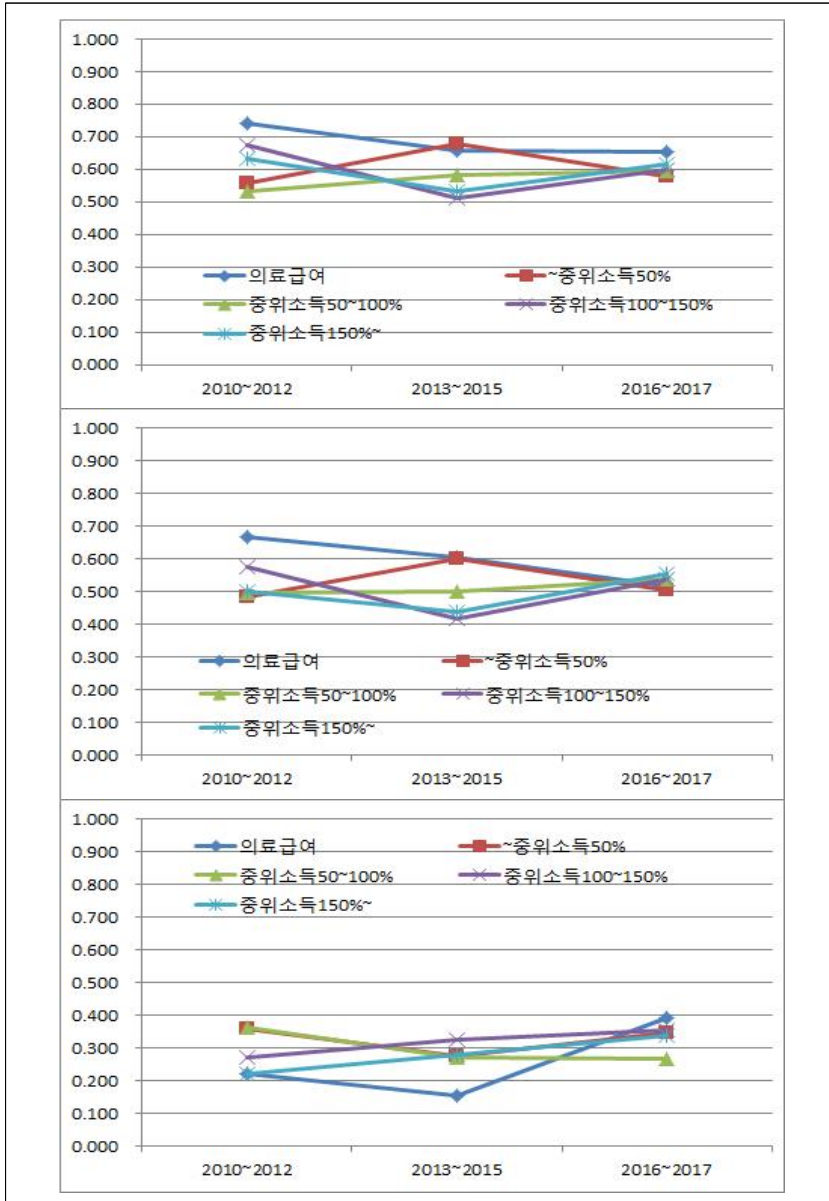


자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

20~59세 당뇨 유병자의 인지율, 치료율, 조절률을 살펴본 결과, 2010~2012년에 의료급여에서 인지율, 치료율이 각각 74.2%, 66.7%로 상대적으로 높은 편이었고 조절률은 중위소득 50% 초과~100%에서 36.2%로 상대적으로 높았다. 인지율과 치료율, 조절률 모두 2016~2017년에도 전반적으로 비슷했다. 60세 이상에서 당뇨 유병자 대비 인지율과 치료율은 2010~2012년에 소득계층에 따라 크게 다르지 않았고 2016~2017년에도 비슷했다.

20~59세에서 2010~2012년 이상지질혈증 유병자 대비 인지율, 치료율, 조절률은 의료급여에서 각각 38.7%, 35.4%, 19.1%로 다른 소득계층보다 높았고 2016~2017년에 세 가지 지표 모두 전반적으로 개선되는 경향을 보이면서 의료급여에서 인지율, 치료율, 조절률이 각각 53.7%, 42.1%, 26.5%로 다른 계층보다 높은 수준이었다. 60세 이상에서 2010~2012년 이상지질혈증 유병자 대비 인지율, 치료율, 조절률은 중위소득 50% 초과~100%에서 각각 45.6%, 33.3%, 30.5%로 다른 계층보다 낮았으나 2016~2017년에는 전반적인 개선과 함께 소득계층 간 격차도 줄어들었다.

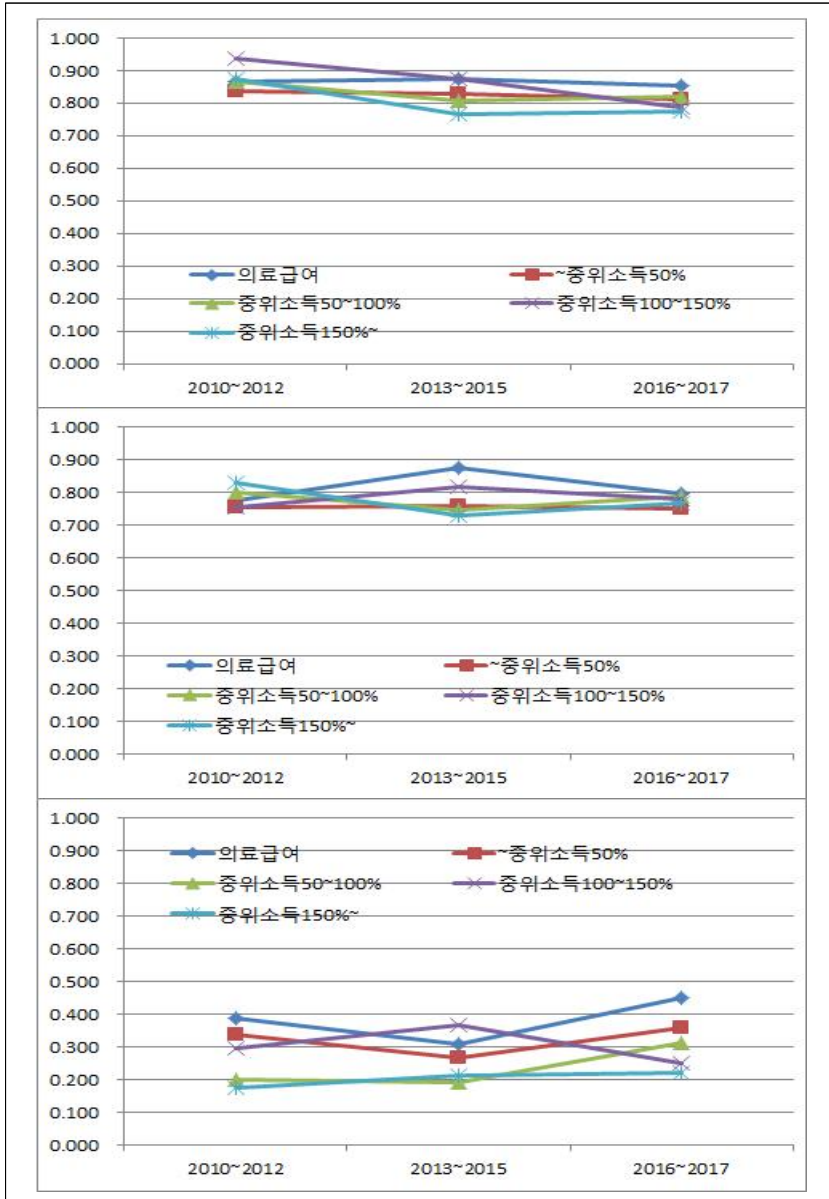
[그림 3-3] 당뇨 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(20~59세)



자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

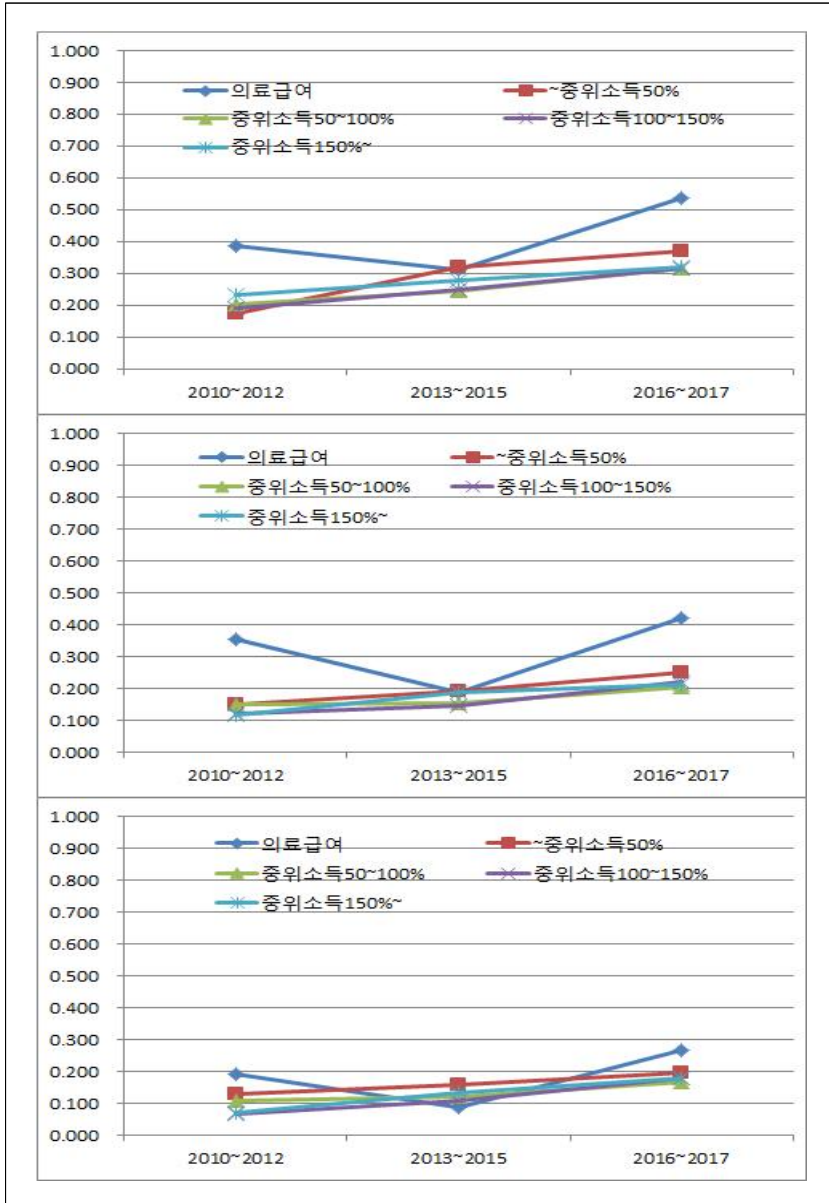
124 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 3-4] 당뇨 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(60세 이상)



자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

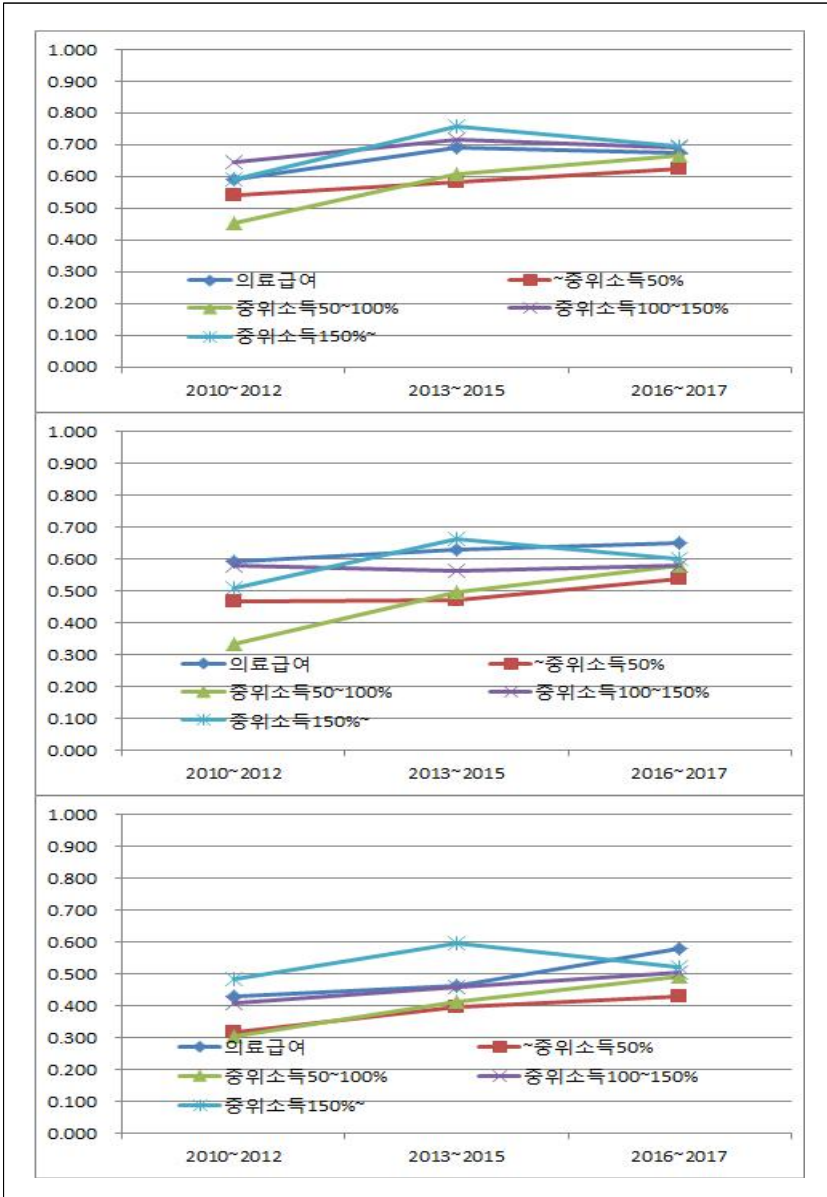
[그림 3-5] 이상지질혈증 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(20~59세)



자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

126 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 3-6] 이상지질혈증 인지율(상), 치료율(중), 조절률(하) 격차(60세 이상)



자료: 보건복지부, 질병관리본부, 국민건강영양조사.

□ 예방 가능한 입원 이용

예방 가능한 입원 발생의 집중지수 추이를 분석한 결과, 전체 집단을 대상으로 하면 집중지수는 2010년 -0.2242, 2014년 -0.2919, 2017년 -0.2608로 저소득층에 집중되는 경향이 지속됐다. 연령 집단으로 나눠 살펴본 결과 20~59세에서는 집중지수가 2010년 -0.0804, 2014년 -0.2416, 2017년 -0.0148로 증감이 반복되지만 저소득층에 집중되는 양상은 변화가 없었다. 60세 이상에서도 저소득층에 집중되는 경향이 유지되었다.

〈표 3-20〉 예방 가능한 입원의 소득 수준에 따른 격차(집중지수)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	-0.2242	-0.3048	-0.2563	-0.2607	-0.2919	-0.2873	-0.2650	-0.2608
20~59세	-0.0804	-0.1967	-0.0966	-0.1279	-0.2416	-0.1603	-0.1315	-0.0148
60세 이상	-0.0356	-0.0531	-0.0425	-0.0519	-0.0392	-0.0821	-0.0822	-0.0982

주: 연령별 층화 분석은 CI 지수의 시간에 따른 추이를 확인하기 위함임. CI 지수는 분석하는 집단 내의 소득 순위를 이용하는데 20~59세와 60세 이상 두 집단은 소득분포가 다르므로 두 집단의 값을 직접 비교하는 것은 적절하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

집중지수를 요인 분해한 결과 건강 변수 중에서는 나쁜 주관적 건강 인식이 예방 가능한 입원 이용의 저소득층 집중을 설명하는 주요 요인이었다. 주관적 건강이 나쁘면 탄력도가 0.1538로 예방 가능한 입원과 양의 관계가 있고 저소득층의 집중도는 -0.2675로 집중지수를 (-) 방향으로 이동시켰다. 사회경제적 특성 중 의료급여인 경우 예방 가능한 입원을 경험할 개연성이 크고 저소득층 집중 정도가 높으면서 집중지수를 (-) 값으로 이동시키는 요인이었다. 한편 중위소득 50% 이하이면 예방 가능한 입원의 발생을 낮추면서 저소득층의 집중 정도가 높아 집중지수를 (+) 값으

128 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

로 이동시키는 요인이었는데 이는 의료급여가 아닌 저소득층이 의료서비스를 이용하지 못하여 발생하는 문제일 수 있다. 중졸 이하거나 실업 상태인 경우에도 예방 가능한 입원과 양의 관계가 있고 저소득층의 집중도가 높으면서 집중지수를 (-)로 이동시키는 요인이었다. 각 요인의 영향은 2010년과 2017년이 크게 다르지 않았다.

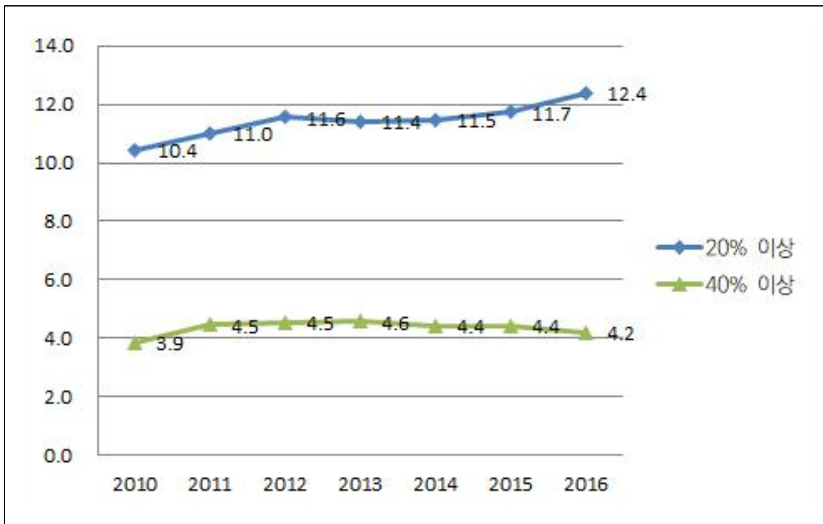
〈표 3-21〉 예방 가능한 입원의 소득 수준에 따른 격차 요인 분해

	2010년				2017년			
	탄력도	집중도	기여도	기여율	탄력도	집중도	기여도	기여율
여성	-0.0002	-0.0333	0.0000	0.0000	-0.0370	-0.0502	0.0019	-0.0071
40~59세	0.0302	0.0990	0.0030	-0.0133	0.0273	0.1460	0.0040	-0.0152
60세 이상	0.2632	-0.3276	-0.0862	0.3823	0.2048	-0.2996	-0.0613	0.2342
주관적 건강 나쁨	0.1538	-0.2675	-0.0411	0.1824	0.1516	-0.3536	-0.0536	0.2047
보통	0.0274	0.0058	0.0002	-0.0007	0.0603	-0.0046	-0.0003	0.0011
만성질환 1개	-0.0088	-0.1422	0.0012	-0.0055	-0.0087	-0.0514	0.0004	-0.0017
만성질환 2개 이상	0.0392	-0.3215	-0.0126	0.0559	0.0417	-0.3140	-0.0131	0.0500
중증 질환	0.0547	-0.2129	-0.0117	0.0517	0.0951	-0.2119	-0.0201	0.0769
의료급여	0.0236	-0.7019	-0.0166	0.0734	0.0192	-0.7794	-0.0149	0.0571
중위소득 50% 이하	-0.0232	-0.7834	0.0182	-0.0807	-0.0100	-0.8823	0.0088	-0.0337
50% 초과~100%	0.0018	-0.1706	-0.0003	0.0014	0.0145	-0.3700	-0.0053	0.0204
100% 초과~150%	0.0379	0.4293	0.0163	-0.0721	0.0368	0.2327	0.0086	-0.0327
중졸	0.0261	-0.3160	-0.0082	0.0365	0.0254	-0.4017	-0.0102	0.0389
고졸 이하	0.0136	0.0134	0.0002	-0.0008	-0.0286	0.0183	-0.0005	0.0020
자영업	-0.0070	-0.0248	0.0002	-0.0008	-0.0105	0.0323	-0.0003	0.0013
임시직, 일용직	-0.0067	-0.0107	0.0001	-0.0003	-0.0555	-0.0241	0.0013	-0.0051
실업 등	0.0153	-0.3254	-0.0050	0.0221	0.0032	-0.3708	-0.0012	0.0045
없음	-0.0178	-0.0928	0.0017	-0.0073	-0.0628	-0.1181	0.0074	-0.0283

나. 재난적 의료비 경험 격차

지불 능력 대비 의료비 비중이 40% 이상이면 재난적 의료비는 2011년에 4.5%로 증가한 후 2016년에 4.2%로 소폭 감소한 것으로 나타났다. 반면 20% 이상을 기준으로 잡으면 2010년 10.4%에서 2016년 12.4%로 지속적으로 증가했다.

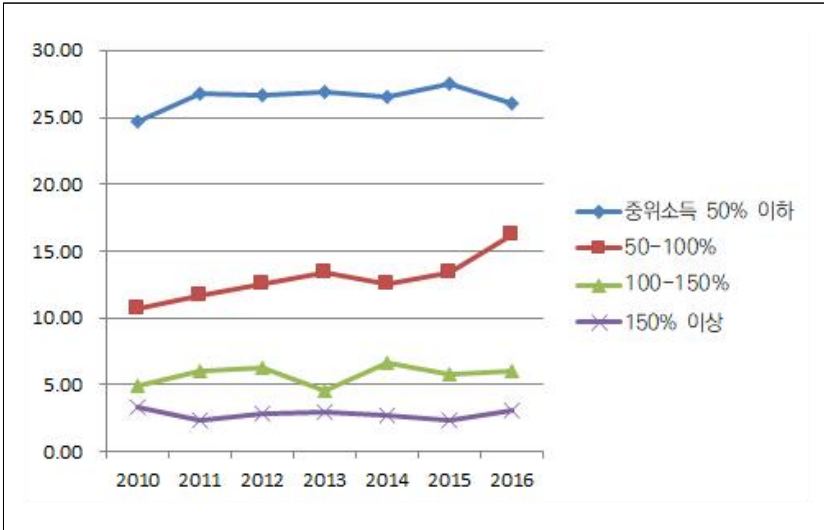
[그림 3-7] 재난적 의료비 발생률 추이



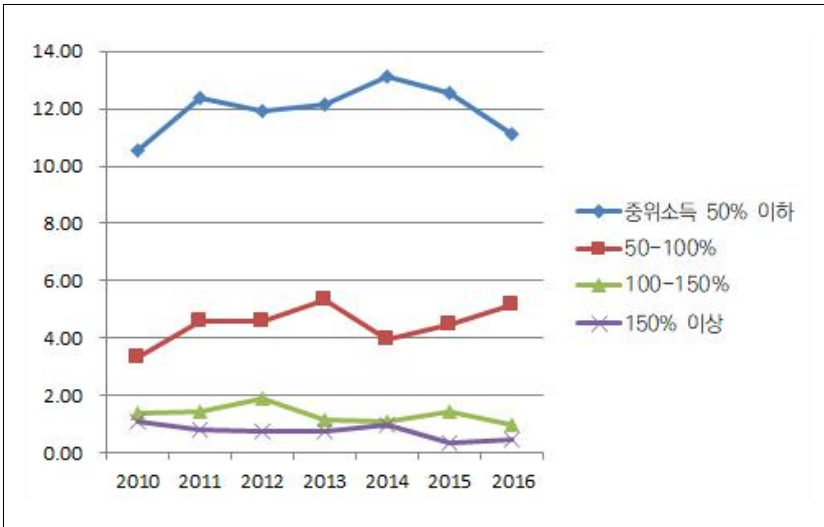
소득 수준에 따른 재난적 의료비 발생 추이를 살펴본 결과 기준선이 20%이면 중위소득 50% 이하인 집단에서 재난적 의료비 발생이 2016년에 감소하였고 기준선이 40%이면 2014년 대비 2015년, 2016년에 재난적 의료비 발생이 감소하였다. 하지만 중위소득 50% 초과~100%인 집단에서는 재난적 의료비 발생이 지속적으로 증가하는 경향을 보였다.

130 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 3-8] 소득 수준에 따른 재난적 의료비 발생률 추이(지불 능력 대비 20% 이상)



[그림 3-9] 소득 수준에 따른 재난적 의료비 발생률 추이(지불 능력 대비 40% 이상)



〈표 3-22〉 재난적 의료비 발생의 소득 수준에 따른 격차(집중지수)

기준	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
지불 능력 대비20%	-0.5801	-0.4616	-0.5041	-0.4646	-0.5516	-0.5534	-0.5218
지불 능력 대비40%	-0.5419	-0.5774	-0.5370	-0.5480	-0.5357	-0.5732	-0.4866

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

소득 수준에 따른 재난적 의료비 발생의 불평등에 기여하는 요인들을 알아보기 위해 2010년과 2016년에 대해 요인 분해(Decomposition)를 실시하였다. 분석 결과 가구주의 건강 상태는 재난적 의료비 발생의 소득 수준 간 격차를 확대하는 요인이었다. 가구주 입원에 대한 집중지수는 -0.1587와 -0.1356으로 2010년과 2016년 모두 소득 수준이 낮은 경우 가구주가 입원할 개연성이 더 컸고, 탄력도는 각각 0.2461, 0.2127로 가구주가 입원하면 재난적 의료비 발생 개연성이 큰 것으로 나타났다. 탄력도와 집중지수로 산출된 가구주 입원 경험의 (재난적 의료비 발생의 소득 수준 간 격차에 대한) 기여도는 2010년, 2016년에 -0.0391와 -0.0288로 집중지수를 (-) 방향으로 이동시켰다.

가구주가 의료급여 혹은 차상위 본인부담 경감 대상자이면 (2016년의) 집중지수는 -0.7205로 소득이 낮은 계층에 집중되어 있다. 반면 탄력도는 (-) 값인데 이는 의료급여 혹은 차상위 경감 대상자인 경우 재난적 의료비 발생률이 낮음을 의미한다. 결과적으로 기여도는 0.0171로 의료급여 등이 재난적 의료비 발생의 소득 수준 간 불평등을 줄이는 것으로 나타났다.

한편 가구주의 성별, 연령, 질환 상태, 경제활동 상태 등을 보정하더라도 중위소득 50% 이하에서 재난적 의료비 발생의 기여도가 2010년과 2016년 각각 -0.2107와 -0.3117로, 낮은 지불 능력이 그 자체로 재난적 의료비 발생의 소득 수준 간 격차의 중요한 요인으로 나타났다.

132 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 3-23〉 재난적 의료비 발생의 소득 수준에 따른 격차 요인 분해

	2010년				2016년			
	탄력도	집중도	기여	기여율	탄력도	집중도	기여	기여율
여성	-0.0440	-0.3473	0.0153	-0.0263	-0.0088	-0.3534	0.0031	-0.0052
연령	0.8001	-0.0662	-0.0530	0.0913	0.3088	-0.0706	-0.0218	0.0368
가구주 입원	0.2461	-0.1587	-0.0391	0.0673	0.2127	-0.1356	-0.0288	0.0487
가구주 중증 질환	0.0698	-0.2589	-0.0181	0.0311	0.0377	-0.2172	-0.0082	0.0138
의료급여	-0.0260	-0.6574	0.0171	-0.0295	-0.0129	-0.7205	0.0093	-0.0157
중위소득 50%	0.2803	-0.7518	-0.2107	0.3632	0.3950	-0.7889	-0.3117	0.5258
50% 초과~100%	0.0936	-0.2778	-0.0260	0.0448	0.3014	-0.2660	-0.0802	0.1353
100% 초과~150%	0.0154	0.2355	0.0036	-0.0063	0.0670	0.2493	0.0167	-0.0282
중졸	0.0664	-0.3111	-0.0206	0.0356	0.0254	-0.3873	-0.0098	0.0166
고졸 이하	0.0661	0.0574	0.0038	-0.0065	-0.0053	0.0670	-0.0004	0.0006
고용주, 자영업자	-0.0029	0.0416	-0.0001	0.0002	0.0040	0.0785	0.0003	-0.0005
임시직, 일용직	-0.0070	-0.0444	0.0003	-0.0005	0.0128	0.0031	0.0000	-0.0001
없음	0.0286	-0.3900	-0.0112	0.0192	0.0511	-0.4451	-0.0227	0.0383

자료: 국민건강보험공단, 보건사회연구원, 한국의료패널 2008년~2017년 연간데이터(베타버전)

제3절 소결

우선 일반 검진, 암 검진 등 예방 의료서비스에서 격차가 증가하는 것으로 나타났다. 다음으로 질병 치료 관련 의료서비스 이용은 저소득층에 집중되는 경향을 보이나 연령에 따라 양상이 달랐는데 20~59세 청장년층의 외래 이용은 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 나타났다. 상급종합병원 의료서비스 이용을 분석한 결과 외래와 입원 모두 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 있는 것으로 나타났다. 연령 집단으로 나뉘 보면 20~59세 청장년층에서 고소득층에 유리한 불형평성 문제는 입원과 외래 모두에서 거의 변화하지 않았다. 60세 이상에서 고소득층에 유리한 불형평성 문제는 외래에서는 다소 감소하였으나 입원에서는 거의 변하지 않았다. 예방 의료서비스, 치료 서비스 이용에서의 집중지수를 요인 분해한 결과 전반적으로 다른 사회경제적 요인을 보정하더라도 낮은 소득 수준이 의료 격차의 중요한 요인으로 나타났다.

전반적인 미충족 의료와 경제적 이유로 인한 미충족 의료 모두 저소득층에 불리한 불형평성 문제가 있었고 그 정도가 심화돼 온 것으로 나타났다. 20~59세 청장년층에서 전반적인 미충족 의료에 대한 불형평성은 크게 변화하지 않고 유지되었으나 경제적 이유로 인한 미충족 의료는 증가했다. 60세 이상 노년층에서 전반적인 미충족 의료와 경제적 이유로 인한 미충족 의료는 모두 증가하는 양상을 보였다. 두 집단 모두 전반적인 미충족 의료보다는 경제적 이유로 인한 미충족 의료에서 불형평성이 더 크지만 특히 20~59세 청장년층에서 그 격차가 더 컸다. 미충족 의료 경험에 대한 집중지수를 요인 분해한 결과 앞서와 동일하게 다른 사회경제적 요인을 보정하더라도 낮은 소득 수준이 의료 격차의 중요한 요인이었다.

고혈압, 당뇨, 이상지질혈증의 인지율, 치료율, 조절률을 분석한 결과

소득계층 간에 뚜렷한 경향성은 없으나 전반적으로 의료급여에서 세 가지 지표가 모두 높은 것으로 나타났다. 고혈압은 인지율, 치료율, 조절률에서 60세 이상은 계층 간 격차가 거의 없으나 20~59세에서는 계층 간 격차가 있고 의료급여에서 양호한 상태를 보였다. 예방 가능한 입원은 저소득층에 집중되어 있고 거의 변화 없이 유지됐다.

재난적 의료비 경험률도 2010~2016년 거의 변화 없이 유지됐다. 지불 능력 대비 의료비 비중을 20%로 하면 2016년에 증가하였고 40%로 하면 거의 변화 없이 유지되는 것으로 나타났다. 소득계층별로 재난적 의료비 발생 추이가 달랐는데 중위소득 50% 이하의 2016년 재난적 의료비 발생은 감소하였으나 중위소득 50% 초과~100%의 재난적 의료비 발생은 증가했다. 한편 재난적 의료비의 집중지수를 요인 분해한 결과 가구주가 건강하지 못하면 의료비가 높은 요인 외에도 소득이 낮아 소득 수준에 따른 재난적 의료비 격차를 확대하는 것으로 나타났다. 한편 의료급여는 재난적 의료비 발생의 불형평성을 개선하는 것으로 나타났다.

이상의 분석 결과는 다음과 같은 시사점을 제공한다. 우선 의료 격차를 줄이기 위해 일반 건강검진, 암 검진 등 질병의 조기 진단 등 예방적 의료 서비스 이용 격차를 줄이기 위한 방안 마련이 시급하다는 점이다. 저소득층의 예방 서비스 이용을 막는 요인이 무엇인지에 대한 추가 검토가 필요하다. 다음으로 지불 능력이 낮은 계층의 의료비 부담을 해소해 주기 위한 방안을 마련하여야 한다. 현재 의료급여제도와 차상위 본인부담 경감 제도가 있지만 그 대상자는 제한적이다. 이와 같은 제도에서 자격을 얻지 못하는 저소득층이 과도한 의료비 부담에 직면할 수 있다는 점에서 정책 방안 마련이 필요하다(김수진, 2019). 다음으로 가구주가 입원하거나 중증 질환을 앓는 경험은 재난적 의료비 발생의 소득 수준 간 격차를 확대하는 요인이었는데 가구주의 건강이 악화되면 실직 등으로 이어져 소득

상실의 위험에 노출될 수 있음을 의미한다(김수진, 2019; 김수진 외, 2018). 질병으로 인한 소득 감소의 위험을 낮추기 위한 정책 방안에 관심을 보일 필요가 있음을 시사한다.

제 4 장

의료 격차의 진단과 과제

강희정

제1절 의료 격차의 진단

제2절 취약계층에 대한 의료지원제도 현황과 한계

제3절 의료 격차 해소를 위한 정책 과제

4

의료 격차의 진단과 과제 <<

제1절 의료 격차의 진단

보편적 건강보장을 실현하려면 보건의료 정책 전반에서 보건의료 시스템의 궁극적 목적인 건강 수준과 형평성에 기여하는 연속적 관련성을 고려하여 모든 개인이 자신이 통제할 수 없는 사회경제적 이유로 필요할 때 의료 시스템에 접근하고 양질의 의료를 선택하며 최선의 결과를 얻는 데 불리한 경험을 하지 않도록 하는 정책 개입이 필요하다. 이를 위해서는 지속적이고 정기적으로 의료 격차를 파악하고 진단하여야 한다.

이 연구에서는 다양한 자료원을 활용하여 의료 접근도, 근거 기반 필수 서비스의 이용과 결과, 전체 및 질환별 의료 이용 및 결과, 경제적 부담에 따른 의료 격차를 확인하였다. 아울러 사회적 관심이 증가하고 있는 상병수당제도와 관련하여 사업자 규모와 종사상지위 및 근로 형태에 따른 병가 사용 현황과 의료 격차 현황을 살펴보았다.

2장에서는 국민건강영양조사와 국민건강보험공단 맞춤형 청구 자료를 활용하여 직장가입자와 지역가입자를 구분하고 5분위 소득 수준에 따라 지역가입자에게서 불리한 의료 격차가 발생하는지 확인하였다.

3장에서는 한국의료패널과 국민건강영양조사 자료를 활용하여 소득 순위에 따른 의료 이용 및 결과, 재정 부담에 대해 집중지수(CI)와 건강 필요를 보정한 수평적 형평성 지수(HI)를 산출하여 시계열적 변화를 파악하고 집중지수에 대한 요인 분해를 통해 요인별 종속변수의 불평등에 미치는 정도를 확인하였다.

저소득계층이 의료 접근, 예방 서비스 이용, 효과적 치료 서비스 이용, 좋은 의료 결과를 경험하는 데 불리함이 드러났다. 주요 결과는 다음과 같다.

1. 의료 접근도에서 저소득층에 불리한 의료 격차의 존재와 심화

제2장에서 제7기 국민건강영양조사 통합 데이터(2016년, 2017년)의 미충족 의료 응답 정보를 이용한 분석에서 건강보험 지역가입자 최하위 소득 분위(1분위)의 16.4%가 최근 1년 동안 본인이 병의원 진료에 필요했으나 받지 못한 적이 있다고 가장 높은 응답률을 보인 반면, 건강보험 직장가입자 최고 소득 분위(5분위)는 6.5%로 지역가입자 최저 소득 분위 응답률의 3분의 1 수준에 불과했다. 지역가입자 내에서는 소득 수준이 높을수록 미충족 의료 수요가 감소하는 경향을 보였고 최저 소득 분위가 최고 소득 분위에 비해 미충족 의료 수요가 8.9%포인트 더 높은 유의한 격차를 보였다(표 2-8).

제3장에서 의료패널 자료의 미충족 의료 경험 정보를 이용한 집중지수(CI)와 성, 연령, 건강 상태를 보정한 수평적 형평성 지수(HI)의 시계열적 변화를 보면, 지수의 방향이 음수(-)로 미충족 의료 경험이 저소득층에 집중되는 불형평성 문제가 확인되었고 그 정도가 2011년 이후 2017년까지 확대되고 있다(표 3-16).

2. 예방 서비스 이용의 고소득층 집중도 증가

제2장에서 건강보험 맞춤형 자료를 이용하여 2017년 분만자의 분만 전 1년간 산전 관리 서비스 이용을 건강보험 가입 유형과 소득 수준에 따

라 비교한 결과, 4회 이상 받도록 권고하는 산전 관리를 4회 미만으로 받을 오즈비(OR: Odds Ratio)는 연령과 거주 지역을 보정했을 때 의료급여가 가장 높았고 소득 수준이 높아질수록 감소하는 경향성을 보였다. 지역가입자와 직장가입자를 구분하여 살펴보면 지역가입자 최고 소득 분위와 비교하여 모든 소득 분위가 직장가입자에 비해 충분한 산전 관리를 받지 않을 오즈비가 더 높았고 소득 수준이 높을수록 낮아지는 방향성을 보였다(표 2-2).

제3장에서는 국민건강영양조사에서 만 19세 이상의 건강검진 수진 여부와 최근 2년간 암 검진 수검에 대한 집중지수를 산출한 결과, 부호의 방향이 양수로 고소득층의 이용에 좀 더 집중되는 경향이 나타났고 2010~2012년 이후 2016~2017년까지 그 정도가 증가하는 추세를 보였다(표 3-4, 3-6). 예방 서비스 이용에서 저소득층에 불리한 격차에 크게 기여하는 공통 요인은 낮은 소득(중위소득 60%)이었다.

3. 상급종합병원 의료서비스 이용의 고소득층에 유리한 격차

제3장에서 상급종합병원 외래 서비스 이용은 저소득층에 집중되어 있었는데 건강 필요를 보정하면 고소득층에 유리한 격차를 보였다. 중증 질환은 상급종합병원 이용과 양의 관계가 있고(탄력도 0.1777) 중증 질환을 앓는 사람은 소득이 낮은 계층이 많으면서(집중도 -0.2129) 집중지수를 (-) 방향으로 이동시킨다. 따라서 니즈를 보정한 HI 지수는 (+)의 값이며 고소득층에 유리한 불형평성 문제가 나타났다. 또 연령 계층에 따라 다른 양상을 보였는데 20~59세 청장년층에서 고소득층에 유리한 외래와 입원 이용이 확인되었다.

4. 효과적 의료 이용에서 소외된 저소득 지역가입자

제2장에서 당뇨병 및 급성 심근경색증 관리의 필수 의료서비스 수준은 전반적으로 향상되고 있지만, 사회경제적 수준에 따라 큰 격차가 나타났다. 모든 지표에서 의료급여 수급권자들의 적정 관리 수준이 건강보험 가입자들에 비해 훨씬 낮았다.

의료급여를 제외하고 건강보험 지역가입자와 직장가입자의 필수 의료서비스 현황을 살펴본 결과, 대부분의 지표에서 직장가입자가 지역가입자보다 수준이 높았다. 직장가입자는 소득 수준(1~5분위)에 따라 적정 관리 수준에 큰 격차를 보이지 않았지만, 지역가입자는 소득 수준이 높을수록 적정 관리 수준도 함께 증가하는 경향을 보였다. 소득 수준 1분위 지역가입자의 적정 관리 수준은 의료급여 수급권자의 적정 관리 수준과 큰 격차를 보이지 않았다. 지역가입자 중 소득 수준이 가장 낮은 1분위의 낮은 적정 관리 수준은 높은 입원율과 치명률로 이어졌고 의료급여 수급권자의 건강 결과 수치와도 큰 격차를 보이지 않았다. 지역가입자의 심근경색증 30일 치명률은 소득 수준이 증가할수록 감소하는 유의한 방향성을 보였다(표 2-14, 2-16, 2-18).

5. 재난적 의료비 발생 위험

제3장에서 재난적 의료비 경험률도 2010~2016년에 거의 변화 없이 유지되며, 지불 능력 대비 의료비 비중을 20%로 하면 2016년에 증가하고, 40%로 하면 거의 변화 없이 유지되는 것으로 나타났다. 소득계층별로 재난적 의료비 발생 추이가 달랐는데 2016년을 기준으로 중위소득 50% 이하에서는 감소하였으나 중위소득 50% 초과~100%에서는 증가했

다(그림 3-9, 3-10, 3-11). 집중지수의 요인 분해 결과, 의료급여 혹은 차상위 경감 대상이 재난적 의료비 발생의 소득 수준 간 불평등을 줄이는 것으로 나타났다.

제2절 취약계층에 대한 의료지원제도 현황과 한계

보편적 건강보장의 실현을 위한 사회보호 강화 측면에서 현재 운영 중인 취약 집단 의료지원제도의 현황을 검토하고 대상 포괄성의 한계점을 도출하고자 한다.

1. 의료급여제도⁶⁾

□ 목적 및 개요

- 생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료 문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로써 건강보험과 함께 국민 의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도.
- 근거 법령: 의료급여법

□ 대상자 자격 및 기준

- 소득 인정액 기준 및 근로 능력
 - 기본적으로 기초생활수급자 등을 대상으로 하여 기초생활 보장 가구 단위로 실시하고, 근로 능력 유무에 따라 1종, 2종으로 구분하여 지원 정도를 달리함.

6) 보건복지부(2019a), 2019년도 의료급여사업안내 참고.

○ 부양의무자 기준

- 국민기초생활 보장법을 기반으로 한 수급자 선정 시에는 부양 의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양 능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우를 대상으로 함.

〈표 4-1〉 의료급여 수급권자의 자격 요건 및 선정 기준(2019년)

근거 법률	대상자 자격 요건	수급권자 구분	
국민기초생활 보장법	근로 무능력 가구	1종	
	시설 수급자 (시행령 제38조 규정에 의한 보장 시설의 수급자)	1종	
	특례 수급권자 (의료급여 특례, 자활급여 특례, 이행급여 특례, 의료급여 유예 특례, 확인 조사에 따른 보장 연장 특례 등)	1종	
	결핵 질환자, 희귀난치성 질환 및 중증 질환(암 환자, 중증 화상 환자) 등록자	1종	
	그 외(근로 능력이 있는 수급권자)	2종	
	국민기초생활수급자 중 군 입대자	의료급여 자격 1종 2종 유지*	
의료급여법	행려환자 (①일정한 거소가 없고 ②행정관서에 의해 병원에 이송된 ③응급 환자로 ④부양의무자가 없거나 부양의무자의 부양 능력이 없는 자)	1종	
타법 기반	재해구호법	이재민	1종
	의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률	의상자 및 의사자의 유족	
	입양특례법	만 18세 미만 국내 입양 아동	
	독립유공자예우에 관한 법률 등	국가유공자	
	문화재보호법	중요무형문화재 보유자	
	북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률	북한 이탈 주민	
	5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률	5·18민주화운동 관련자	
노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률	노숙자		

* 주: 군 입대 후 가구의 종별에 따라 의료급여 적용. 예) 기존 2종 가구에서 근로 능력자의 군 입대로 근로 무능력 가구가 되어 1종 가구로 변경 시 현역 사병도 1종 적용.

자료: 보건복지부(2019a, pp. 20-24).

□ 지원 내용

- 요양급여(본인부담금 면제, 본인부담금 보상제*, 본인부담금 상한제, 대지급금 지원), 요양비 등(표 4-2 참고)
 - 1종 수급자는 건강 생활 유지비 지원(월 6000원, 외래 진료 시 건강 생활 유지비 잔액에서 차감), 선택 의료 급여기관 제도(본인부담금 전액 면제) 적용.
 - *의료급여 본인부담 보상금 제도: 수급권자의 급여 대상 본인 부담금이 일정한 기준(1종은 매 30일간 2만 원, 2종은 매 30일간 20만 원)을 초과하면 초과 금액의 50% 보상.
 - 타 사업에서 지원되는 금액, 100/100 본인부담 진료비, 비급여 항목 등은 제외.

〈표 4-2〉 의료급여 수급권자 대상 주요 지원 내용

구분	지원 대상 및 내용
요양급여	<ul style="list-style-type: none"> • 진찰·검사, 약제·치료 재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등의 의료서비스 제공. ※ 본인부담: 1종은 입원 면제, 외래 1000~2000원, 2종은 입원 10%, 외래 1000원 또는 15%, 약국 500원(일부 예외).
요양비	<ul style="list-style-type: none"> • 자동 복막 투석에 사용되는 복막관류액 또는 소모성 재료비, 당뇨병 소모성 재료비, 자가 도뇨 소모성 재료비, 산소 치료비, 인공호흡기·기침 유발기 대여비, 양압기 임차 비용 및 소모품 구입비 지원. • 병·의원, 조산소가 아닌 자택 또는 이송 중 출산 시 25만 원 지급.
건강검진	<ul style="list-style-type: none"> • 일반 건강검진: 고혈압, 당뇨 등 심뇌혈관 질환을 조기 발견하여 치료 및 관리로 연계하기 위해 건강검진 실시(2년에 1회, 비사무직은 매년). • 생애 전환기 건강검진: 성별 연령별 특성에 적합한 맞춤형 건강진단. <ul style="list-style-type: none"> - 골밀도 검사: 만 66세 여성 - 인지기능장애: 만 66세 이상 2년마다 - 정신건강 검사(우울증): 만 70세 - 생활습관 평가: 만 70세 - 노인 신체 기능 검사: 만 66, 70, 80세
임신·출산 진료비	<ul style="list-style-type: none"> • 임신·출산에 대한 진료비 60만 원을 가상계좌로 지급(다태어는 100만 원).
장애인 보장구 구입비	<ul style="list-style-type: none"> • 장애인 보장구 구입 금액 지급(보장구에 대한 유형별 기준액, 고시 금액 및 실구입 금액 중 최저 금액에 해당하는 금액을 지급).

자료: 보건복지부·사회보장정보원(2019, p. 160).

146 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 4-3〉 의료급여 수급권자 종별 본인부담(2019년)

구분 (의료급여 기준)		의료급여				건강보험	
		1종		2종		입원	외래
		입원	외래	입원	외래		
1차 기관	의원		1000원		1000원		30%
2차 기관	병원	없음	1500원	10%	15%	20%	동 지역 40%, 읍면 지역 35%
	종합병원						동 지역 50%, 읍면 지역 45%
3차 기관	상급종합병원		2000원		15%		진찰료 100% +진찰료 제외 진료비의 60%
	약국	-	500원	-	500원	-	처방 조제 30%, 직접 조제 40%
	특수 장비 촬영 (PET 등)	없음	5%	10%	15%		외래 본인부담률과 동일

주: 1) 비급여 대상은 전액 본인부담.

2) 의료급여 2종 외래 2차 기관 이용 시: 만성질환자는 1000원 정액 적용.

자료: 보건복지부(2019a, p. 6).

□ 재원

○ 의료급여기금의 설치 및 조성(법 제25조)에 의거하여 재원 충당을 위해 시도에 의료급여기금을 설치

- 국고보조금
- 지방자치단체의 출연금⁷⁾
- 「의료급여법」 제21조의 규정에 의하여 상환받은 대지급금
- 「의료급여법」 제23조의 규정에 의하여 징수한 부당이득금
- 「의료급여법」 제29조의 규정에 의하여 징수한 과징금
- 당해 기금의 결산상 잉여금 및 그 밖의 수입금

7) 국고보조 비율에 따른 지방자치단체 출연금을 의료 급여 예산에 우선 반영.

〈표 4-4〉 의료급여기금 국고보조 비율

구분	서울특별시		광역시		도		
	시	자치구	시	자치구	도	시	군
지방비	50%	없음	20%	없음	14~16%	6%	4%
국비	50%		80%		80%		
합계	100%		100%		100%		

* 도·시·군 부담 비율 근거: 「지방재정법 시행령」 제33조 제1항의 규정에 의한 「지방자치단체 경비 부담의 기준 등에 관한 규칙」 제2조(부담경비의 종목과 비율)

2. 차상위 본인부담 경감 대상자 지원 사업⁸⁾

□ 목적 및 개요

- 의료급여 수급자였던 차상위 희귀난치성·중증 질환자와 만성질환자, 18세 미만 아동을 건강보험 가입자로 전환하여 관리하게 되면서 대상자가 종전 의료급여 수급자 수준에서 의료 이용이 가능하도록 요양급여 비용 본인부담금 차액 및 건강보험료를 지원.

※ 2008년 4월 희귀난치성·중증 질환자(1만 7883명) 전환, 2009년 4월 만성 질환자(8만 6841명) 및 18세 미만 아동(13만 3120명) 전환.

○ 근거 법령

- 국민건강보험법 시행령 제19조(비용의 본인부담) 별표 2 제3호 라목, 시행규칙 제14조(본인부담액 경감 인정), 제15조(본인부담액 경감 대상자의 기준), 제17조(본인부담액 경감 적용 시기)

8) 보건복지부(2019b), 2019년 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내 참고.

□ 대상자 자격 및 기준

- 소득 인정액 기준
- 「건강보험법 시행령」 제19조 제1항에 근거한 '차상위 계층'(소득 인정액 산정 기준 세대의 소득 인정액이 국민기초생활 보장법 제 2조 제11호에 따른 기준 중위소득의 50% 이하인 사람).
- 부양의무자 기준
 - 차상위 본인부담 경감을 적용받고자 하는 자가 부양의무자가 없거나, 있어도 부양 능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자.
- 대상 질환자
 - 희귀난치성·중증 질환자: 보건복지부 장관이 고시하는 희귀난치성 질환 또는 중증 질환을 가진 자.
 - 만성질환자: 희귀난치성 질환 또는 중증 질환 외의 질환으로 6개월 이상 치료를 받고 있거나, 6개월 이상 치료를 필요로 하는 자(희귀난치성 질환 및 중증 질환자 중 건강보험 산정 특례 미등록자 포함).
 - 18세 미만인 자.

□ 지원 내용

- 요양급여 비용 본인부담 경감
 - 의료급여와 유사한 수준의 본인부담금만 부담하고 일반 건강보험 가입자 본인부담금과의 차액은 국고에서 지원.
- 건강보험료 지원
 - (기존 가구에서 별도 가구로 분리 후) 지역가입자에 대한 보험료 전액 국고 지원.

〈표 4-5〉 차상위 본인부담 경감 제도 지원 내용

구분		요양급여 비용 중 본인부담금	
		일반 건강보험 가입자	차상위 본인부담 경감 대상자
희귀난치성· 중증 질환자	입원·외래	요양급여 비용의 5%(중증), 10%(희귀), 식대의 50%	요양급여 비용 면제, 기본 식대의 20%
	65세 이상 노인 틀니	요양급여 비용의 30%	요양급여 비용의 5%
	65세 이상 노인 치과 임플란트	요양급여 비용의 30%	요양급여 비용의 10%
만성질환자, 18세 미만인 자	입원	요양급여 비용의 20%, 식대의 50%	요양급여 비용의 14%, 기본 식대의 20%
	외래	요양급여 비용의 30~60%	요양급여 비용의 14% (정액 1000원, 1500원)
	65세 이상 노인 틀니	요양급여 비용의 30%	요양급여 비용의 15%
	65세 이상 노인 치과 임플란트	요양급여 비용의 30%	요양급여 비용의 20%
	심·뇌혈관 질환자	요양급여 비용의 5%, 식대의 50%	요양급여 비용 면제 (입원 수술 시 30일), 기본 식대의 20%

자료: 보건복지부(2019b, p. 5).

□ 재원

○ 건강보험 국고 지원

3. 긴급복지지원제도⁹⁾

□ 목적 및 개요

- 갑작스러운 위기 상황으로 생계유지 등이 곤란한 저소득 위기 가구를 신속하게 지원하여 조기에 위기 상황에서 벗어나게 함으로써 가정 해체, 빈곤 추락 등 방지.

9) 보건복지부(2019c). 2019 긴급지원사업 안내 참고.

○ 근거 법령: 긴급복지지원법

※ 긴급지원의 기본 원칙

1. 선지원 후처리 원칙

- 지원 요청이 있을 경우 현장 확인(접수 후 1일 이내)을 통해 그 필요성을 포괄적으로 판단하여 우선 지원(추가 최대 48시간 이내)을 신속하게 실시하고 추후 소득, 재산 등에 대한 심사 수행.

2. 단기 지원 원칙

- 일시적·신속 지원: 생계·주거·시설 이용·연료비 지원은 1개월, **의료·교육 지원은 1회**.
- 동일 사유 반복 지원 불가: 단, 지원 종료 2년 경과 후에는 동일한 사유로 다시 지원 가능(예: 의료 지원-퇴원 후 2년).

3. 타 법률 지원 우선의 원칙

- 「재해구호법」, 「국민기초생활보장법」, 「의료급여법」, 「사회복지사업법」, 「가정폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률」, 「성폭력방지 및 피해자보호 등에 관한 법률」, 「사회복지공동모금회법」 등 다른 법률에 의하여 긴급지원과 동일한 내용의 구호·보호나 지원을 받고 있는 경우에는 긴급지원 제외.
- 긴급지원 외의 다른 법률에 의한 지원 대상이 되는 것이 적합하다고 판단될 경우 해당 지원에 연계.

4. 가구 단위 지원의 원칙

- 가구 단위로 산정하여 지원하는 것을 원칙으로 하되 **의료·교육 지원 등은 필요한 개인 단위로 지원**.

□ 대상자 자격 및 기준

○ 위기 사유

- 주 소득자가 사망하거나 가출, 행방불명, 구금 시설 수용 등의 사유로 소득을 상실한 경우.
- **중한 질병에 걸렸거나 부상을 당한 경우.**

- 가구 구성원으로부터 방임 또는 유기되거나 학대 등을 당한 경우.
- 가구 구성원으로부터 가정 폭력 또는 성폭력을 당한 경우.
- 화재 등으로 거주하고 있는 주택이나 건물에서 생활하기 곤란한 경우.
- 그 밖에 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 경우.

- ① 주 소득자와 이혼한 때.
- ② 단전된 때.
- ③ 주 소득자 또는 부 소득자의 휴·폐업·사업장의 화재 등 실질적인 영업 곤란으로 생계가 곤란한 경우.
- ④ 주 소득자 또는 부 소득자의 **실직**으로 생계가 곤란한 경우.
 - 가구원 중 주 소득자(또는 부 소득자)가 **실직했으나 고용보험협상 실업급여를 받지 못하거나 실업급여가 종료되었음에도 불구하고 계속적인 실직 상태로 생활이 어려운 경우.**
 - 긴급지원 신청일 기준 실직 날이 1개월 경과(①) 12개월 이내(②)이고, 실직 전 3개월 이상(③) 근로한 경우.
 - 1개월간 소정 근로시간이 고용보험법 제10조 제2호 및 동시행령 제3조 제1항에서 정한 적용 제의 근로자 기준의 근로시간 이상인 경우(1개월간 60시간 이상).
 - 구직 및 근로 가능 상황을 고려하여 위기 상황이 지속될 경우 연장 결정.
 - 고용보험 실업급여 등과 같이 **구직 활동을 할 것을 전제로 생계 지원 하는 것은 아님.**
- ⑤ 교정시설에서 출소한 자가 생계가 곤란한 경우.
- ⑥ 가족으로부터 방임(放任)·유기(遺棄) 또는 생계 곤란 등으로 노숙을 하는 경우.

○ 소득·재산 기준

- (소득 기준) 기준 중위소득 75% 이하(1인 기준 128만 원, 4인 기준 346만 원)
- (재산 기준) 대도시 1억 8800만 원 이하, 중소 도시 1억 1800만 원 이하, 농어촌 1억 100만 원 이하(일반 재산+금융재산+보험, 주택청약 종합저축, 부채)
 - 금융 재산 500만 원 이하(단, 주거 지원은 700만 원 이하)

152 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 4-6〉 기준 중위소득(2019년 기준)

	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구	7인 가구
금액 (원/월)	1,707,008	2,906,528	3,760,032	4,613,536	5,467,040	6,320,544	7,174,048

주: 8인 이상 가구의 기준 중위소득은 1인 증가 시마다 85만 3504원씩 증가.
 자료: 보건복지부(2018. 8. 14.), 보건복지부고시 제2018-144호.

□ 지원 내용

○ 생계 지원

- 식료품비·의복비 등 생계유지에 필요한 비용 또는 현물 지원.
- 주 소득자가 **중한 질병에 걸리거나 부상한 경우(입원 여부와 관계없이) 생계 지원(단, 중한 질병 또는 부상으로 인한 실업급여, 보험금(치료비 외) 등을 받는 경우에는 제외).**
 - ※ 중한 질병 또는 부상과 주 소득자의 근로소득 상실 간 사실관계 확인
- 지원 기간: 1개월 원칙, 2개월 범위 내 연장 지원 가능(그 이후에도 위기 상황이 계속되는 경우 긴급지원심의위원회에 의해 3개월 추가 지원 가능).

〈표 4-7〉 가구원 수별 생계 지원 금액(원/월)

	1인	2인	3인	4인	5인	6인
지원 금액	441,900	752,600	973,800	1,194,900	1,415,900	1,636,900

주: 가구 구성원의 수에 따라 정액급으로 지급하며, 가구 구성원이 7인 이상인 경우, 1인 증가 시마다 22만 1000원씩 추가 지원.
 자료: 보건복지부(2019c, p. 40).

○ 의료 지원¹⁰⁾

- 중한 질병 또는 부상으로 인하여 발생한 의료비를 감당하기 곤란한 경우 각종 검사 및 치료 등 의료서비스 및 약제비 지원.
- 동일 상병 기지원자 제외(통계청 질병분류 사인코드 3자리 코드 기준). 단, 동일 상병이라도 지원 종료 후 2년 경과한 경우 재지원 가능.
- **지원 금액: 300만 원 이내 1회 지원**(본인부담금 및 비급여 지원, 상급 병실료 및 비급여 식대 항목은 제외).
- (재난적 의료비 지원 사업과의 관계) 타 법률 지원 우선 원칙에 의거, 재난적 의료비 지원 사업으로 연계.

※ 재난적 의료비 지원 대상자 중 의료비(급여 공단 부담금 제외) 600만 원 이하 대상자의 경우, 양 제도의 지원 범위 및 소득·재산 기준 등이 상이함을 종합적으로 고려하여 대상자에게 유리한 지원을 선택할 수 있도록 함.

□ 재원

○ 국고보조금 및 지방자치단체 자체 예산

10) 여유진, 김미곤, 황도경, 정재훈, 김기태, 김성아(2014, p.213)에 의하면 “긴급의료제도는 1차 의료 안전망인 전 국민 건강보험제도와 최저생계비 이하 대상자 중 소득 인정액 및 부양의무자 조건을 만족하는 계층에게 지원되고 있는 2차 의료 안전망인 의료급여제도로 의료보장을 실현할 수 없는 사각지대에 놓인 계층을 보호할 수 있는 3차 의료 안전망”으로 평가, 2009~2013년 전체 긴급지원 금액 중 의료비 지원이 약 59~93%로 가장 큰 비중을 차지함.

154 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 4-8〉 긴급복지지원제도: 의료 지원 사유

①	만성적으로 앓고 있는 질병(요양, 재활 치료, 치과, 기타 척추병증, 기타 추간판장애, 무릎관절증 및 척추성 질환, 알코올성 간 질환 등)은 원칙적으로 지원 대상이 되지 않음. 다만, 의료법 제17조(진단서 등)를 통해 갑자기 악화되어 긴급한 진료가 필요하다고 시장·군수·구청장이 인정하는 경우 의료 지원 가능.
②	긴급지원 이외에 다른 사업(암 환자, 희귀난치성 질환 지원, 재난적 의료비 등)을 통해 의료비를 지원받고 있는 경우 긴급지원 대상에서 제외됨이 원칙이나, 타 의료비 지원을 수령한 이후의 잔액이 여전히 감당하기 어렵다고 인정되는 경우 의료비 지원이 중복되지 않는 금액에 대해 차액 지원 가능.
③	암 환자, 희귀난치성 질환자는 우선 암 환자(소아·성인) 의료비 지원, 희귀난치성 질환자 의료비 지원 사업에 의해 보건소에서 지원받을 수 있도록 안내함. - 다만, 암 환자, 희귀난치성 질환자가 보건소에서 위 지원 대상이 아닌 경우, 보건소 예산 소진으로 지원 불가능한 경우 보건소에 협조 공문 시행하여(보건소에서 익년도 예산 확보에 따른 소급 지원이 발생하지 않도록 조치 필요) 지원 가능.
④	국민기초생활보장 수급자는 원칙적으로 긴급지원 대상자가 될 수 없음. 다만 예외적으로 수술 또는 중환자실 이용 등 긴급한 사유로 의료비를 감당하기 어려운 경우에 의료 지원 가능.
⑤	자살 시도자의 부상에 대한 의료 지원 가능.
⑥	알코올 의존증, 치매 등 각종 정신 질환(F00-F99)은 원칙적으로 지원 불가.

자료: 보건복지부(2019c, p. 41).

〈표 4-9〉 긴급복지지원 내용

종류	지원 내용	지원 금액	최대횟수	
금전·현물 지원	생계	○ 식료품비, 의복비 등 1개월 생계유지비	119만 4900원(4인 기준)	6회
	의료	○ 각종 검사, 치료 등 의료서비스 지원 - 300만 원 이내(본인부담금 및 비급여 항목)	300만 원 이내	2회
	주거	○ 국가·지자체 소유 임시 거소 제공 또는 타인 소유의 임시 거소 제공 - 제공자에게 거소 사용 비용 지원	64만 3200원 이내 (대도시, 4인 기준)	12회
	복지시설 이용	○ 사회복지시설 입소 또는 이용 서비스 제공 - 시설 운영자에게 입소 또는 이용 비용 지급	145만 500원 이내 (4인 기준)	6회
	교육	○ 초·중·고등학생 중 수업료 등이 필요하다고 인정되는 사람 학비 지원	- 초 22만 1600원, - 중 35만 2700원, - 고 43만 2200원 및 수업료·입학금	2회 (4회)③
②	그 밖의 지원	○ 위기 사유 발생으로 생계유지가 곤란한 자에게 지원 - 동절기(10월~이듬해 3월) 연료비: 9만 8000원/월 - 해산비(60만 원)·장제비(75만 원)·전기요금(50만 원 이내): 각 1회	1회 (연료비 6회)	
민간 기관·단체 연계 지원 등	○ 사회복지공동모금회, 대한적십자사 등 민간 긴급지원 프로그램으로 연계 ○ 상담 등 기타 지원		횟수 제한없음	

주: ① 위기 상황이 복합(複合)으로 나타난 경우 주 급여 종류별 복합 지원 가능.

② 부가 급여는 주 급여 지원 가구를 대상으로 해당 사항 있을 경우 추가로 지원.

③ 주거 지원(최대 12월) 대상의 교육 지원 횟수를 최대 4회 범위에서 지원.

자료: 보건복지부(2019c, p. 5).

4. 재난적 의료비 지원 사업¹¹⁾

□ 목적 및 개요

- 과도한 의료비 지출로 경제적 부담을 안고 있는 저소득층 가구에 의료비를 지원하여 가계 파탄을 방지하고 국민 생활의 안정을 제고하기 위함.¹²⁾
- 근거 법령: 재난적 의료비 지원에 관한 법률

□ 대상자 자격 및 기준

○ 질환 기준

- 입원: 모든 질환으로 의료기관 등에서 입원 진료를 받은 경우.
- 외래: 중증 질환(암, 뇌혈관 질환, 심장 질환, 희귀 질환, 중증 난치 질환, 중증 화상 질환)으로 의료기관 등에서 외래 진료를 받은 경우.

※ 중증 질환 외의 질환으로 고액 의료비가 발생한 경우 개별 심사를 통해 선별 지원.

- 기타: 상기 진료 과정에서 의료기관 등의 처방에 의해 「약사법」에 따라 등록된 약국 또는 같은 법 제91조에 따라 설립된 한국희귀·필수의약품센터에서 의약품을 구입한 경우.

○ 소득·재산 기준

- 소득 기준: 기초생활수급자 및 차상위 계층, 건강보험 가입자 중 가구소득이 기준 중위소득 100% 이하인 가구(가구원 수에

11) 보건복지부(2019d), 2019년 재난적의료비지원사업안내 참고.

12) 임승지, 김승희, 최은희(2016)에 의하면 재난적 의료비 지원 사업은 “단계적 비급여의 급여화를 통한 점진적 개선 과정에서, 과도기적으로 재난적 의료비가 유발될 수밖에 없는 저소득층을 보호하기 위해 시작된 우리나라의 독특한 의료 안전망”으로 평가.

따라 월 건강보험료로 판정).

※ 예외적으로 기준 중위소득 100% 초과 200% 이하인 가구는 의료비 부담이 큰 경우 인정.

- 재산 기준: 지원 대상자가 속한 가구의 주택, 건물, 토지 등 재산 합산액이 5억 4000만 원(재산 과표액 기준)을 초과하는 경우 지원 대상에서 제외.

○ 의료비 부담 수준

- 연간 소득 대비 본인부담 의료비 총액이 일정 수준을 초과하는 경우.

- 본인부담 의료비 총액=본인부담 상한제 적용되는 급여 일부본인부담금+본인부담 상한제 적용되지 않는 일부 본인부담금*+비급여-지원 제외 항목

* 본인부담 상한제 적용되지 않는 일부 본인부담금: 예비 급여, 선별 급여, 65세 이상 임플란트, 노인 틀니(의료급여 수급권자), 종합병원 이상 2·3인실 입원료, 전액 본인부담금

〈표 4-10〉 재난적 의료비 발생 기준

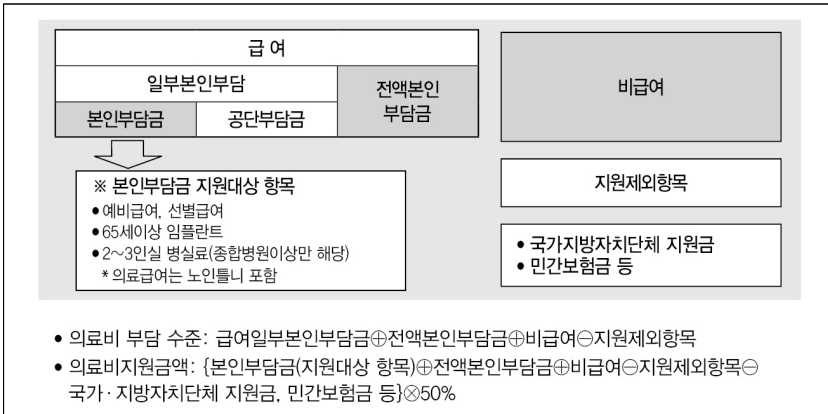
구분	재난적 의료비 발생 기준
기초생활수급자, 차상위 계층	1회 입원 진료비 본인부담 의료비 총액이 100만 원 초과 발생(외래 진료비는 최종 치료일 이전 1년 이내 지급 신청한 진료비 합산 기준)
기준 중위소득 50% 이하	1회 입원 진료비 본인부담 의료비 총액이 200만 원 초과 발생(외래 진료비는 동일 질환으로 최종 치료일 이전 1년 이내 지급 신청한 진료비 합산 기준)
기준 중위소득 50% 초과 100% 이하	1회 입원 진료비 본인부담 의료비 총액이 가구 연간 소득의 15% 초과 발생(외래 진료비는 동일 질환으로 최종 치료일 이전 1년 이내 지급 신청한 진료비 합산 기준)
기준 중위소득 100% 초과 200% 이하	1회 입원 진료비 본인부담 의료비 총액이 가구 연간 소득의 20% 초과 발생(외래 진료비는 동일 질환으로 최종 치료일 이전 1년 이내 지급 신청한 진료비 합산 기준(개별 심사 대상))

자료: 보건복지부(2019d, p. 34).

□ 지원 내용

- 지원 금액: 1회 입원 진료비의 본인부담 의료비 총액이 일정 수준을 초과하는 경우 '본인부담 상한제 적용을 받지 않는 본인부담금'의 50% 지원.
 - 단, 기초생활수급자 및 차상위 계층은 1회 입원 진료비의 본인부담 의료비 총액이 기준(100만 원)을 초과할 경우 '본인부담 상한제 적용을 받지 않는 본인부담금'의 50%를 지원.
 - 지원 상한 금액: 연간 2000만 원(상한을 초과하는 고액 의료비가 발생하여 지역별 실무위원회에서 지원 대상으로 심의·결한 경우 최대 1000만 원까지 추가 지원)

[그림 4-1] 재난적 의료비 지원 개념



자료: 보건복지부(2019d, p. 4).

- 지원 횟수: 제한 없음.
- 지원 일수: 연간 180일까지 지원(질환별 입원 진료일 수+외래 진료일 수).

○ 중복 지원 배제

- 민간 보험회사의 보상금 등을 받거나 받을 수 있는 경우 상당 금액을 제외한 후 지원(실손·정액형 모두 포함).
- 국가·지자체의 타 의료비 지원금을 받거나 받을 수 있는 경우 상당 금액을 제외한 후 지원.

□ 재원

- 복권기금, 건강보험 재정, 사회복지공동모금회 지원금

5. 본인부담 상한제¹³⁾

□ 목적 및 개요

- 과도한 의료비로 인한 경제적 부담을 덜어 주기 위해 연간 본인 일부 부담금의 총액이 개인별 상한액을 초과하는 경우 그 초과금액을 건강보험공단이 부담하는 제도.
- 근거 법령: 국민건강보험법 제44조 제2항

□ 대상자 자격 및 기준

- 건강보험 가입자 및 피부양자
- 의료비 부담 수준
 - 연간(1월 1일~12월 31일) 건강보험 본인 일부 부담금(비급여, 선별 급여 등 제외)이 개인별 상한액(2019년 기준 81만~580만 원)을 초과하는 경우.

13) 보건복지부 보도자료(2019. 2. 7.), “2019년 본인부담상한제 개선으로 지역가입자 최저 상한액 대상자 3배 증가” 참고.

- 소득 수준에 따라 7개 구간으로 나누어 적용, 3구간(소득 5분위 이하)까지는 전년도 본인부담 상한액에 소비자 물가변동률을 반영하여 설정하고 4구간(소득 6분위 이상)부터는 건강보험 가입자 연평균 소득의 10% 수준 적용.

〈표 4-11〉 건강보험료 분위별 본인부담 상한액 기준표(2019년)

(단위: 만 원)

구분	1구간 (1분위)	2구간 (2~3분위)	3구간 (4~5분위)	4구간 (6~7분위)	5구간 (8분위)	6구간 (9분위)	7구간 (10분위)
요양병원 120일 초과 입원한 경우	125	157	211	280	350	430	580
그 밖의 경우	81	101	152				

주: 지역가입자 월별 보험료 하한액 대상자는 1구간(하위 1분위) 상한액과 동일하게 적용.
 자료: 보건복지부 보도자료(2019. 2. 7.), “2019년 본인부담상한제 개선으로 지역가입자 최저상한액 대상자 3배 증가”

□ 지원 내용

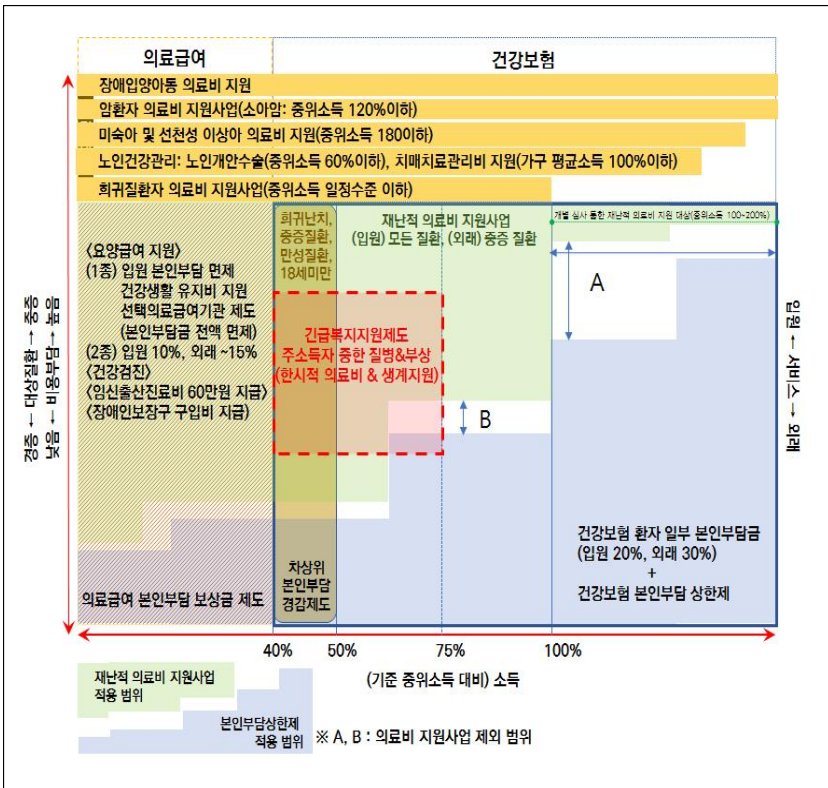
- 개인별 연간 누적 본인 일부 부담금 중 소득 구간별 상한액 기준 초과 금액을 지원하며, 이때 본인 일부 부담금에 다음 항목은 포함되지 않음.
 - 병원 2, 3인실 입원료
 - 노인 치과 임플란트, 한방 추나요법 급여비
 - 선별 급여 항목
 - 비급여 항목

□ 재원 : 건강보험 재정

6. 평가와 한계

이상의 지원 사업을 종합해 보면 주요 의료비 지원 사업은 절대 빈곤층(의료급여)에 대해서는 특정 질환에 한정하지 않으나 그 외는 대부분 저소득층 중 중증 질환자(희귀난치성 질환 포함)에 대한 사후적 치료비 지원을 중심으로 하고 있음을 알 수 있다. 또 전체 국민(의료급여 수급권자, 건강보험 가입자 및 피부양자)에 대해 본인부담 상한제를 적용하고 있지만 그 산정 대상이 법정 본인부담금에 한정되어 있다.

[그림 4-2] 의료급여와 건강보험제도 기반 취약계층 의료 지원 범위



[그림 4-2]에서 B는 모든 의료비 지원 사업의 지원 금액 범위에서 제외되는 차액의 범위를 A는 취약계층 및 특정 대상별 의료비 지원 사업에서 배제될 수 있는 예외 영역을 표기한 것이다.

재난적 의료비 지원 사업이 중위소득 200%까지로 대상의 범위가 가장 넓지만 중위소득 100% 이상부터는 개별 심사를 통해 결정하며, 원칙적으로 소득 하위 50% 가구 중심의 지원 정책으로 운영하고 있다. 그러나 갑작스러운 질병 발생으로 인한 소득 상실의 위험은 하위 소득에만 집중되어 있지 않지 않다. 직접 의료비 부담뿐 아니라 소득 상실 등 간접 비용 손실의 우려로 적시의 효과적인 치료를 지연시키는 것은 단기뿐 아니라 장기적으로 사회적 손실을 초래할 수 있다. 이러한 측면에서 긴급복지지원제도 또한 재난적 의료비 지원 사업과 같이 일정 소득 수준 이상에 대해서는 심사를 통해 결정하더라도 지원 대상의 범위를 넓혀 갑작스럽게 발생하는 질병 위험에 대비한 보편적 보호 기제의 확대를 검토할 필요가 있다. 중위소득 100% 이상에서는 특정 질환과 항목 중심으로 지원 사업이 이루어지기 때문에 대상에서 제외되거나 서비스 보장 수준이 낮아 재난적 의료비 발생에 취약할 수 있기 때문이다. 사회 변화에 따라 새로운 위험 집단의 출현에 대비하여 취약계층과 특정 대상 중심의 접근이 아닌 보편적인 위기 대응 제도를 검토할 필요가 있다.

〈표 4-12〉를 보면 이미 소득 상실의 규모가 크거나 근로 능력이 없어 사회보호 대상에 해당하는 의료급여와 차상위 계층에 대한 지원 사업을 제외하면, 고용 불안정과 노동시장 이중화 등 사회 변화로 새롭게 출현하는 사회적 위험 집단을 보호할 기제는 긴급복지지원 사업과 재난적 의료비 지원 사업을 중심으로 이뤄져 있다. 하지만 긴급복지지원 사업도 중위소득 75% 이하에 해당하는 취약계층 중심의 사회 안전망이다.

지원 내용은 저소득 취약계층 중 중증 질환자나 희귀난치성 질환자, 6

개월 이상의 치료가 필요한 만성질환자 등에 대한 직접 치료비(본인부담금)를 중심으로 한다.

긴급복지지원 사업은 생계 지원, 주거 지원, 부가 급여 등 다양한 항목이 지원되나 극도의 위기 상황으로 생계유지가 어려운 가구에 대한 단기적·일회성 지원에 그치고 있다.

질병 발생으로 인한 직접 의료비뿐 아니라 간접 손실의 위험 상황에서 보편적으로 보호해 줄 수 있는 제도적 포괄성을 검토할 필요가 있다.

〈표 4-12〉 의료취약계층 지원 제도

	의료급여제도 ¹⁾	차상위 본인부담 경감 지원 사업 ²⁾	긴급복지지원 사업 ³⁾	재난적 의료비 지원 사업 ⁴⁾
근거 법률	의료급여법, 국민기초생활보장법, 타법	국민건강보험법 시행령 제19조	긴급복지지원법 시행령 제3조	재난적 의료비 지원에 관한 법률
대상	(급여 종류별) 최저 보장 수준 이하 모든 가구	희귀난치성·중증 질환자, 만성질환자, 18세 미만	(의료 지원) 중한 질병 또는 부상	(입원) 전체 질환 (외래) 중증 질환
소득 기준	중위소득 40% 이하	중위소득 50% 이하	중위소득 75% 이하	중위소득 100% 이하 (의료급여, 차상위 당연 적용)
지원 내용	(의료비) 본인부담 경감 또는 면제	(의료비) 본인부담 경감	(의료비) 동일 상병 1회 300만 원 지원	(의료비) 동일 질환에 대해 2000만 원 한도 본인부담액 일부 지원(횟수 제한 없음)
	-	(그 외) 건강보험료 전액 지원	(그 외) 생계, 주거, 복지시설 이용, 교육, 기타 지원	-
지원 신청	신청일로부터 30일 이내 처리 (60일 연장 가능)	대상자 결정일부터 적용	퇴원 전 신청	(입원) 퇴원 후, (외래) 최종 진료일 다음 날 부터 180일 이내 신청
	읍면사무소 및 동주민센터	읍면동 주민센터 방문 신청	시군구청 방문 신청 또는 보건복지콜센터 전화 신청	국민건강보험공단 전국 지사
재원	국고, 지자체 출연금 등	건강보험 국고	일반 회계	복권기금, 건강보험 재정, 사회복지공동모금회 지원금

	의료급여제도 ¹⁾	차상위 본인부담 경감 지원 사업 ²⁾	긴급복지지원 사업 ³⁾	재난적 의료비 지원 사업 ⁴⁾
담당 부서	수급자 거주지를 관할하는 지자체 (보장기관)	<ul style="list-style-type: none"> 조사: (시군구) 소득 인정액, 부양 능력 및 부양 여부 등 조사 공단: (결정 통지) 대상자 확정 및 건강보험증 발급 	시군구 긴급복지 담당	국민건강보험공단
기타			<ul style="list-style-type: none"> 타 법률 지원 우선 원칙에 의거, 재난적 의료비 지원 사업으로 연계 재난적 의료비 지원 대상자 중 본인부담 의료비 600만 원 이하 대상자는 대상자에게 유리한 지원 선택 가능 	

주: 앞서 설명된 제도별 사업 내용을 공통 기준에 따라 비교표를 작성함.
 자료: 보건복지부(2019a; 2019b; 2019c; 2019d)

〈표 4-13〉 기타 의료비 지원 사업(보건복지부, 2019. 1. 현재)

사업		사업 개요	대상
암 환자 의료비 지원 사업		저소득층 소아, 성인 암 환자 의료비 지원. - 성인: 최대 200만 원(본인부담) - 소아: 최대 3000만 원(백혈병)	- 성인 암: 건보료 직장 9만 6000원, 지역 9만 7000원 - 소아암: 중위소득 120% 이하
희귀질환자 의료비지원사업		저소득 희귀질환자 의료비 지원.	중위소득 일정 수준이하
노인 건강관리	치매 치료 관리비 지원	치매 초기 단계부터 관리할 수 있도록 약제비 지원.	전국 가구 평균 소득 100% 이하
	노인 개안 수술	노인 안 검진 및 개안 수술을 지원하여 안 질환 조기 발견.	중위소득 60% 이하
미숙아 및 선천성 이상아 의료비 지원		미숙아 및 선천성 이상에 대한 의료비를 지원하여 과도한 의료비 지출로 인해 치료를 포기하는 경우 예방.	중위소득 180% 이하
장애 입양 아동 의료비 지원		입양 당시 장애인 등록을 한 아동 등의 진료, 상담, 재활 및 치료에 소요되는 비용을 연간 260만 원 내에서 지원.	

주: 위 내용은 보건복지부 주관 의료비 지원 사업 예시이며, 이외 국가 및 지방자치단체의 의료비 지원 제도가 있을 수 있음.
 자료: 보건복지부(2019d, p. 63),

제3절 의료 격차 해소를 위한 정책 과제

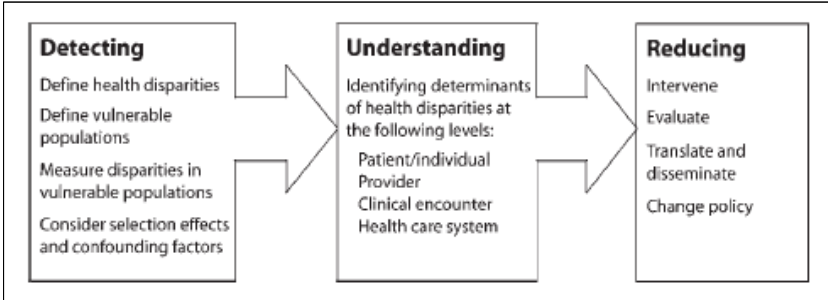
보편적 건강보장은 전 국민 건강보험(universal health insurance)과 보편적 서비스 보장(universal service coverage)의 결합을 통해 형평성 실현의 실천적 개념으로 발전되어 왔다. 이러한 변화에 대응하기 위해서는 기존의 치료 서비스 보장 중심에서 간과되어 왔던 격차 해소의 문제를 건강권 보장 측면에서 국가의 의무로 의제화하여야 한다. 보건의료 정책의 수립과 이행에서 사회적 결정 요인을 고려하여 의료 격차를 해소해야 하며, 궁극적으로 건강 수준과 형평성 향상의 성과와 연관성을 부처간 협력과 정책 연계를 촉진할 수 있는 범부처 단위의 접근이 필요하다. 이는 궁극적으로 집단 수준의 건강 증진이 아니라 개인의 삶의 질 향상을 목표로 정책 중심을 이동하는 전반적 변화와 체계성을 갖추어야 한다.

1. 필수 의료서비스의 격차 모니터링을 통한 사회적 감수성 확대

많은 국가에서 필수 의료서비스의 격차 해소를 통해 보편적 건강보장을 달성하기 위해 노력하고 있다. 미국의 Health People에서는 건강 및 건강관리의 격차를 제거(Eliminating disparities in health and health care)하는 것을 가장 중요한 우선순위로 지정하고 있다(IOM, 2011, p. 51).

건강 격차를 해소하기 위해서는 3가지 과정이 필요하다. 우선 건강 격차를 발견(detection)하는 과정이 필요하고, 두 번째는 격차가 발생하는 현상을 이해(understand)하는 과정이 필요하다. 이러한 과정을 통해 마지막으로 격차를 축소하거나 제거(reduction or elimination)하기 위한 개입 방법을 개발한다(Kilbourne, Switzer, Hyman, Crowley-Matoka, Fine 2006, p. 2112).

[그림 4-3] 건강 격차 감지, 파악, 해소의 단계



자료: Kilbourne et al. (2006, p. 2112).

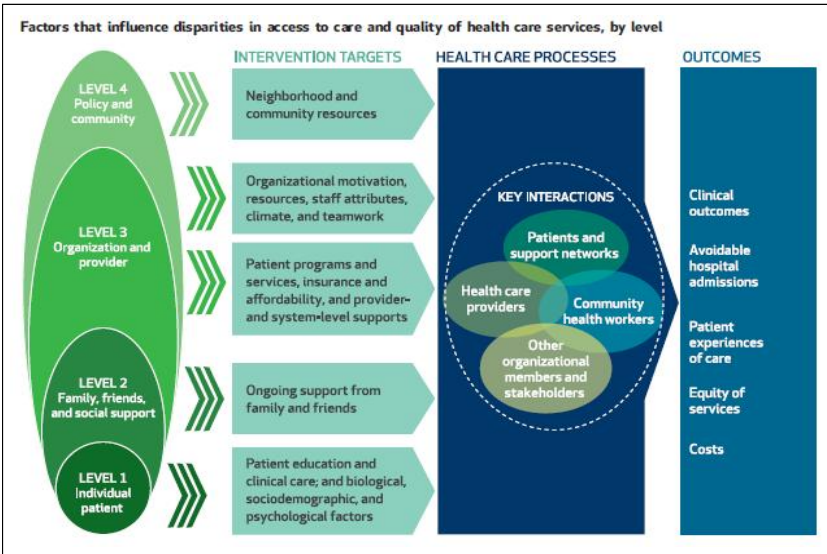
건강의 사회적 결정 요인은 의료 격차에 좀 더 강력하게 작용하기 때문에 건강 격차의 해소는 보건의료 시스템에서 발생하는 의료 격차의 확인과 해소를 위한 정책 개입을 통해 이루어진다(Moy & Freeman, 2014, p. 2). 가구와 지역사회의 열악한 재정 수준은 가구의 의료비 부담 능력을 낮추고, 지역사회가 질 높은 서비스를 제공하기 위한 필수 기반 시설과 인력에 투자하지 못하게 함으로써 사회경제적 수준이 낮은 이들은 의료 접근, 정보의 활용, 효율적 의료 경로 선택에서 불리하게 된다(Moy & Freeman, 2014, p. 2).

건강 및 건강관리의 격차를 제거해야 할 필요성은 오랫동안 인식되어 왔다. 특히 심혈관계 질환과 암에서 건강관리의 격차가 두드러지게 보고되었다(AHRQ, 2016). 저소득층은 고소득층에 비해 적어도 하나 이상의 심혈관 질환 위험 인자를 가질 개연성이 크고, 농촌 거주자는 도시 지역 주민에 비해 치료를 위한 접근성이 열악하고 위험 요인이 더 큰 것으로 보고되고 있다(Crosby et al., 2012, NCHS 2012). 심혈관계 질환과 암에서 나타나는 의료의 접근과 질의 격차를 해소하기 위해 여러 가지 중재 방안이 개발되었으나, 국가 단위에서 심혈관계 질환과 암 치료의 격차를 줄이는 데에 약간의 개선이 있었을 뿐이다(AHRQ, 2016). 따라서 효과적인

인 개입 방식을 설계하고, 구현하기 위해서는 다단계 요인을 파악하고 이해하는 노력이 무엇보다 필요하다(Purnell et al., 2016).

건강관리 격차가 발생하는 이유는 매우 다양한 요인의 영향을 받는다. 발생한 격차를 이해하는 과정은 단순히 개인 단위 수준(level 1)에서만 이루어져서는 안 되고, 가족이나 친구와 같은 개인 간 수준(level 2)과 제공자와 조직 수준(level 3), 그리고 정책 및 지역사회 수준(level 4)까지 포괄적으로 이루어져야 한다(Purnell et al., 2016). 다양한 수준에서 이해하고 파악한 요인들을 바탕으로 정책을 다양하고 포괄적으로 개발하고 제공하여야 지속적인 격차 해소의 효과를 볼 수 있게 된다(Purnell et al., 2016).

[그림 4-4] 의료 접근과 의료의 질 격차에 영향을 미치는 요인



자료: Purnell et al., 2016, p. 141).

국민건강증진법 제4조에 근거하여 수립된 제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020, 2016~2020)은 '건강 수명 연장' 및 '건강형평성의 제고'를 목표로 설정하고 있다. 제4차 전략은 3차 전략을 유지하면서 취약 가정 대상 건강 증진 사업을 중점 과제로 포함하고 건강 격차 모니터링 지표 및 전략을 강화했다(보건복지부, 한국건강증진개발원 2015, p. 32). 하지만 건강의 사회적 결정 요인을 포함하는 거시적 틀로서의 의미가 있기 때문에 정책 단위의 의료 격차 해소 성과를 추적하는 모니터링 지표를 충분히 포함하기 어렵다. 국민건강증진종합계획과 연계하여 좀 더 세부적인 의료 격차 모니터링 체계를 구축하여 국가와 지역 단위의 성과를 추적하고 주기적으로 결과를 공개할 필요가 있다.

정기적인 의료 격차 모니터링 체계 구축을 통해 사회 변화에 따라 새롭게 출현하는 사회적 위험 집단은 빠르게 감지하고 대응하는 정책 감수성을 확대할 필요가 있다.

보편적 건강보장의 개념은 형평성 있는 건강 향상을 최종의 목표로 삼고 있는 만큼 여러 국가가 성과 변화를 측정하는 차원과, 지표와 인구집단에서 가치가 확인된 분야의 의료 이용 측면에서 사회경제적으로 취약한 집단이 격차를 경험하고 있는지, 인구집단 전체의 건강 결과에 형평성이 있는지를 지속적으로 추적하고 있다. 대표적인 사례가 영국 NHS의 Quality and Outcomes Framework와 Outcomes Framework이다.

OECD는 국가 간 보건의료 시스템의 성과를 비교하는 프레임워크 설정에서 형평성을 중요한 차원을 설정하고 있으며, 이에 대한 국가 간 성과 비교와 변화를 추적하기 위하여 국가 단위로 환자 보고 결과 지표(Patient Reported Outcome Measures)와 환자 보고 경험 지표(Patient Reported Experience Measures) 개발을 권고하고 공동으로 관련 프로젝트를 추진하고 있다(OECD Webpage, 2019a).

미국은 좀 더 직접적인 정책 개입의 측면과 궁극적으로 건강 결과에 기여하는 질적 의료 이용 접근의 격차를 해소하는 데 관심을 갖고 있다. 2003년부터 보건부 산하 AHRQ를 통해 보건의로 격차 보고서를 발표하도록 법에 규정하고 있다. 아울러 효과적 의료에 대한 접근의 격차를 해소하고 궁극적으로 전체 인구집단에서 건강형평성 제고 성과가 어떻게 변화하고 있는지 추적하기 위한 국가 단위 조사를 통해 근거 기반 정책을 수립하고 있다(강희정 외, 2013, p. 76).

미국 CDC(Centers for Disease Control and Prevention)는 NCHS(National Center for Health Statistics)를 통해 매년 18세 이상 국민의 대표 표본에 대해 NHIS(National Health Interview Surveys)를 시행하여 인구집단에서 건강 수준 및 인구사회학적 요인에 따른 불평등 규모와 사회경제적 특성에 따른 그룹 내 격차의 비중을 확인하고 변화를 추적하는 근거를 제공하고 있다(CDC webpage, 2019).

미국의 재향군인회(VHA: Veterans Health Administration)는 재향군인이 경험하는 의료 격차를 확인하고 목표 정책을 수립하여 시행하고 있으며 건강 성과에 영향을 미치는 의료 격차에 대한 지표 기반의 성과 추적을 하는 건강형평성 보고서를 발표하고 있다(Department of Veterans Affairs Webpage, 2019). VHA의 Office of Health Equity(OHE)는 의료 접근도와 이용, 진료의 질과 결과에서 규명된 격차의 모니터링 및 평가, 격차 해소를 위한 정책 마련 등을 책임지고 있다. VHA는 건강형평성 보고서(National Veteran Health Equity Report)에서 사전에 정의된 취약 그룹(인종, 성별, 연령, 지역, 정신 건강 상태)에 따라 다음 표와 같은 지표를 산출하고 있다(Department of Veterans Affairs Webpage, 2019).

〈표 4-14〉 National Veteran Health Equity Report 지표

DOMAIN	SUBGROUP				
	Race/Ethnicity	Gender	Age	Geography	Mental Health
Distribution of patients	DISTRIBUTION OF EACH GROUP AMONG VETERAN VHA PATIENTS				
Sociodemographic distribution of patients	PERCENT DISTRIBUTION OF GENDER BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF AGE BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF RURAL/URBAN STATUS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF SERVICE-CONNECTED DISABILITY RATING STATUS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS				
Healthcare Utilization	PERCENT DISTRIBUTION OF VHA OUTPATIENT ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF PRIMARY CARE ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF MENTAL HEALTH/SUBSTANCE USE DISORDER ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF EMERGENCY DEPARTMENT ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF TELEPHONE ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS PERCENT DISTRIBUTION OF FEE OUTPATIENT SERVICES BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS				
Conditions	PERCENT DISTRIBUTION OF DIAGNOSED CONDITION CATEGORIES BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS CONDITIONS DIAGNOSED IN $\geq 20\%$ OF EACH GROUP DIFFERENCE BETWEEN EACH RACIAL/ETHNIC GROUP AND WHITE VETERAN VHA PATIENTS IN PERCENT DIAGNOSED, FOR OVERALL TOP 20 DIAGNOSED CONDITIONS				

자료: VA Office of Health Equity(2016)의 National Veteran Health Equity Report-FY2013의 구조를 요약함.

2. 건강형평성 전략 수립과 수행 체계 구축

「국민건강증진법」 제4조에 근거한 제4차 국민건강증진종합계획 (Health Plan 2020, 2016~2020)은 ‘건강 수명 연장’ 및 ‘건강 형평성의 제고’를 목표로 설정하고 제3차 전략의 추진을 유지하면서 취약 가정에 대한 건강 증진 사업을 중점 과제에 포함하고 건강형평성 제고를 위한 건

강 격차 모니터링 지표 및 전략을 강화했다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015, p. 32).

하지만 국민건강증진종합계획은 건강의 사회적 결정 요인을 포함하는 광범위한 전략 틀로서 의미가 있지만 의료 격차 해소를 위한 정책 단위의 과제와 관련 모니터링 지표를 충분히 포함하고 있지 못하다(강희정, 2019, p. 25).

보건복지부가 2018년 발표한 공공 보건의료 발전 종합 대책은 필수의료의 효과적 전달 측면에서 지역 간 의료 접근의 격차 해결을 목적으로 하고 있다는 점에서 좀 더 구체적인 실행 전략을 수립했다는 의미가 있다. 하지만 여전히 주요한 요소인 소득 등에 따른 의료 격차를 해소하는 실행 전략이 없으며 국가 단위로 이루어지는 사업들이 의료 격차와 건강 형평성 제고라는 공통된 틀에서 체계적 관련성을 갖추지 못하였다. 이러한 목적의 달성을 국가 단위에서 추적할 수 있는 성과 지표 체계와 운영 틀을 갖추지 못하고 있는 것으로 입증된다.

미국 보건부(US Department of Health and Human Services [HHS], 2011)는 건강과 의료에서 격차 없는 국가를 만들기 위해 ‘인종과 민족의 건강 격차 해소 실행 계획’을 수립함으로써 산하 기관들의 역할을 조율하고 있다(Moy & Freeman, 2014, p.9; 강희정, 2019, p. 26에서 재인용). 계획의 목적과 전략은 다음과 같다.

〈표 4-15〉 미국 보건부의 인종과 민족의 건강 격차 해소 실행 계획의 목적과 전략

목적(Goal)	전략(Strategies)
의료 혁신	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 건강보험 가입과 의료 접근의 격차 감소 ▪ 일차의료서비스 접근과 케어 코디네이션의 격차 감소 ▪ 의료 질의 격차 감소
국가 보건 서비스 인프라 확충과 인력의 강화	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인종·민족 건강 격차 파악과 해소를 위한 전체 보건 전문가와 보건의료 시스템의 역량 향상 ▪ 지역사회 보건 인력 활용 촉진 ▪ 의료 및 공중보건 인력의 다양성 확대
미국 국민의 건강, 안전, 안녕(well-being) 증진	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 지역사회 기반 프로그램과 정책의 가용성·효과성 확대를 통한 인구집단의 건강 격차 감소 ▪ 제안된 국가 정책 및 프로그램을 선택하여 건강 격차 영향 평가에 대한 시범 사업 시행과 평가
과학 지식과 혁신 발전	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 인종·민족 소수 집단에 대해 수집되고 보고되는 데이터의 가용성과 질 향상 ▪ 격차 감소 사업 유도를 위한 연구 시행과 지원
보건부 프로그램의 효율성, 투명성, 책무성 확대	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 건강 격차 재정 지원을 위한 보조금 행정 간소화 ▪ 보건부 격차 실행 계획의 모니터링과 평가 ▪ 목적 단위 격차 모니터링과 감시 ▪ 전략 단위 프로그램 평가 ▪ 사업 단위 프로그램 모니터링

자료: Moy E., & Freeman W., 2014, p. 9; 강희정 외, 2019, p. 26 재인용.

2015년 9월, 미국 보건부 산하 CMS는 CMS Equity Plan for Improving Quality in Medicare를 발표하였는데 이는 인종, 성별, 장애 유무, 지역별 의료 격차에 대한 인식을 환기하고 이해를 도와 포괄적인 해결 방안을 모색하려는 목적이 있다. 이 계획은 건강형평성 제고를 목적으로 다음의 여섯 가지 우선순위를 설정하였고, 그 진행 상황에 대한 progress report를 정기적으로 발간하고 있다(CMS, 2015. pp.7-13).

○ Priority 1: Expand the Collection, Reporting, and Analysis of Standardized Data

- Priority 2: Evaluate Disparities Impacts and Integrate Equity Solutions across CMS Programs
- Priority 3: Develop and Disseminate Promising Approaches to Reduce Health Disparities
- Priority 4: Increase the Ability of the Health Care Workforce to Meet the Needs of Vulnerable Populations
- Priority 5: Improve Communication and Language Access for Individuals with Limited English Proficiency and Persons with Disabilities
- Priority 6: Increase Physical Accessibility of Health Care Facilities

Equity Plan의 일환으로 CMS는 메디케어 가입자들의 만성질환 관련 격차를 보여 주는 툴로 MMD(Mapping Medicare Disparities)를 개발하였다(CMS OMH, 2019, pp.1-7). MMD는 지역 수준의 격차뿐 아니라, 의료기관(hospital) 단위의 성과 지표 수준도 비교 가능하다. 지역 단위에서 MMD에 사용되는 지표들은 대상 질환별 유병률과 의료비, 입원율, PQIs(AHRQ), 재입원율, 사망률, 응급실 방문율이며 예방 서비스 이용률도 포함된다. 이러한 도구의 개발은 환자와 이용자의 건강 정보 이해 능력 제고를 지원하는 활동과도 관련된다.

캐나다 온타리오주의 HQO(Health Quality Ontario)는 IOM(2001, pp.5-6)에서 정의한 의료 질의 여섯 가지 차원(안전, 효과성, 환자 중심성, 효율성, 적시성, 형평성)을 기본 툴로 하여 노력을 기울여 왔는데, 다른 차원에 비하여 형평성은 큰 주목을 받지 못하였고 그에 대한 파악도 충분히 이루어지지 않았음을 자각하면서 2016년 건강형평성 계획을 발

표하였다. 이 계획은 HQO(2015)의 전체 질 관리 전략(Better Has no Limit: Partnering for a Quality Health System, 2016~2019)의 틀 안에서 함께 진행되며, 다음 두 가지 핵심 목표가 있다. 첫째는 HQO의 모든 활동에서 형평성을 고려한다는 것이다. 보건의료 시스템의 참여자들과 리더들, 정책 설계자들을 지원함으로써 이들이 자신의 작업에서 형평성에 초점을 맞추도록 유도하기 위한 것이다. 둘째는 이 계획에 따라 개발 첫해에는 조직 내부의 역량을 키우는 데 초점을 맞출 것이고, 그 후 3년간(2016~2019)은 다음의 다섯 가지 우선순위를 설정하여 관련 활동을 전개해 나가는 것이다. 다섯 가지 우선순위는 시스템 수준의 리더십, 더 나은 의사 결정을 지원하는 정보의 이용 가능성 확대, 혁신과 개선된 사례의 활용 지원, 환자의 참여, 환자의 의료 연계 형평성 제고를 규정하고 있다(HQO, 2015, pp.13-21).

- Health Equity Strategic Priority #1: **Provide *system-level leadership*** through partnerships to improve health equity in Ontario.
- Health Equity Strategic Priority #2: **Increase availability of information to enable better decisions** to achieve health equity locally and provincially.
- Health Equity Strategic Priority #3: Evaluate and support the **uptake of promising innovations and practices** to improve health equity in Ontario.
- Health Equity Strategic Priority #4: **Engage patients, caregivers, and the public** in our efforts to address health equity.

- Health Equity Strategic Priority #5: Ensure health equity is addressed when patients **transition across different care settings**.

온타리오주 보건부(Ontario MOHLTC: Ministry of Health and Long-Term Care)는 지역 내 건강 격차를 줄이기 위해 유관 부처 및 조직, 병원, 의료 공급자들이 관련 정책이나 프로그램을 진행하는 데 있어 다양한 인구집단에 대한 차별적 영향을 고려하는 의사 결정 지원 도구로 HEIA(Health Equity Impact Assessment)를 개발하였다. HEIA에는 크게 네 가지 목적이 있다(Ontario MOHLTC, 2019).

첫째, 각 조직의 의사 결정에 따른 특정 인구집단에 대한 건강형평성 측면의 의도하지 않은 영향을 규명하는 데 도움을 준다. 둘째, 각 조직의 정책이나 프로그램, 서비스 디자인의 형평성에 기초한 발전을 지원한다. 셋째, 각 조직의 의사 결정 과정에서 형평성을 고려하도록 한다. 넷째, 시스템을 구성하는 각 조직에 건강형평성에 대한 인식을 환기시키고 관련 역량을 증대시킨다(Ontario MOHLTC, 2019). 각 조직이 관련 사업을 진행할 때 형평성 영향을 규명할 수 있는 HEIA Template는 다음 표와 같으며 그 작업은 다섯 단계로 이루어진다(Ontario MOHLTC, 2012, pp.14-15).

- Scoping: 사업에 영향을 받을 수 있는 (취약한) 인구집단과 집단별 건강 결정 요인을 고려.
- Potential Impacts: 이용 가능한 데이터 혹은 관련 근거를 활용하여 집단별로 의도하지 않은 영향(positive or negative)을 평가.
- Mitigation: 부정적 영향을 축소하고 긍정적 영향을 극대화할 수 있는 전략 혹은 방안 제시.

- Monitoring: 앞 단계에서 제시한 개입을 평가할 수 있는 모니터링 방법을 제시.
- Dissemination: 평가 결과와 이를 통한 교훈들을 공유할 수 있는 방안을 제시.

이러한 사례를 참고하여 국가 단위에서 지속적으로 의료 격차의 추이를 확인하고 공유할 수 있는 성과 관리 및 운영, 모니터링 성과 지표, 보고서 발표의 공개 방식 등에 대한 제도적, 행정적 체계를 마련할 필요가 있다(강희정, 2018, p. 27).

3. 개인의 삶의 질 향상을 위한 범국가 전략에서의 보건의로 정책의 반영

2016년 기준 우리나라 15세 이상 인구의 흡연율은 18.4%, 1인당 연간 주류 소비량은 8.7L로 OECD 평균(흡연율: 18.5%, 주류 소비: 8.8L)보다 낮다. 국민 건강과 밀접한 과체중·비만 인구 비율도 매우 낮으며 기대수명(82.4세)은 OECD 평균(80.8년)보다 길다(보건복지부 보도자료, 2018. 7. 12.). 그러나 정작 ‘본인이 건강하다고 생각’하는 비율(32.5%)은 OECD 국가 평균(68.3%)의 절반 수준으로 가장 낮고, 자살률은 인구 10만 명당 25.8명으로 OECD 평균(11.6명)의 두 배 수준으로 제일 높다(보건복지부 보도자료, 2018. 7. 12.).

주관적 건강 수준은 개인의 사회경제적 요인들과 건강 행태의 영향을 받는다. 일반적으로 직업, 교육 수준, 소득 수준을 예측 인자로 한 사회경제적 지위가 높을수록 주관적 건강 수준이 높으며 흡연, 음주, 운동과 같은 건강 행태는 만성질환과 주관적 건강 수준의 주요 결정 인자로 보고되

고 있다(Araújo et al., 2019, p. 2). 주관적 건강 수준의 평가에 한계가 있음에도 불구하고 WHO가 정의하는 신체적, 정신적, 사회적 건강의 다차원성을 포괄하여 측정한다는 측면에서 임상적 측정을 통한 객관적 지표보다 더 많은 정보를 제공하는 것으로 평가된다. 아울러 유엔의 지속가능개발목표 3은 누구도 소외되지 않는 보편적 건강보장을 설정하고 있는 바 주관적 건강 수준의 향상은 건강의 다차원성을 반영하는 성과 지표라고 할 수 있다. 다만 주관적 건강 수준의 향상은 사회경제적 집단 간 격차가 영향을 미치므로 개인의 삶의 질 향상에서 범국가적으로 사회경제적 요인을 조절할 수 있는 부처 간 협력 전략 수립이 필요하며 이러한 작업에서 보건의료 정책의 반영을 확대할 필요가 증가한다.

아울러 개인의 건강 정보 접근성과 관리권을 확대해야 한다. 건강 수준을 이해하고 바른 서비스 이용을 결정하도록 지원하는 표준 정보의 제공과 개인이 의료 이용 이력과 건강검진 정보를 결합한 맞춤형 건강관리 정보에 접근 가능해야 할 것이다. 일차 의료 환경에서 의료 공급자와 환자의 상담을 통한 건강 정보의 바른 이해는 의료 이용의 임상적 효과뿐 아니라 개인의 주관적 건강 평가도 향상시킬 것이다.

가. 건강 정보 이해 능력(health literacy)과 활용 지원

의료 격차 해소와 건강형평성 향상을 위한 국가의 노력을 확대하고 있는 선협국의 접근 방식은 정책 목표의 달성을 위해 우리가 반드시 고려해야 하는 지원 정책의 중요성을 보여 준다. 그 하나의 사례가 건강 정보 이해 능력과 활용을 지원하는 정책들이다. 의료 및 건강 정보는 좀 더 건강하고 사회경제적으로 유리한 이들이 독점할 개연성이 크며 결과적으로 의료 격차와 건강 불평등 발생에 영향을 미치기 때문이다.

보건의료에서 격차 감소에 기여하기 위한 AHRQ의 노력은 크게 세 가지를 들 수 있다. 첫째, QDR(National Healthcare Quality and Disparities Report)를 발간하여 데이터를 생산하고 보급하는 것이다. QDR는 250개 이상의 질과 격차에 대한 지표를 활용하여 매년 시스템의 성과를 평가하고 추적한다(AHRQ, 2019a). 둘째, 보건의료 시스템과 공급자들이 모든 환자에게 양질의 진료를 제공하기 위한 가이드가 될 수 있는 도구를 개발하는 작업이다. 특히, 건강 정보 이해 능력(health literacy)은 격차 감소에 중요한 과제로, 서비스의 이용뿐 아니라 그로 인한 건강 결과에도 영향을 미친다는 점에서 AHRQ는 건강 정보 이해 능력 향상을 위한 다양한 도구(예: 환자 및 공급자 교육 자료, 연구자를 위한 건강 정보 이해력 측정 도구 등)를 개발하여 제공하고 있다(AHRQ, 2019b). 이에 더하여 환자 경험 조사(CAHPS)를 통해 진료 현장에서 공급자와 환자 간 소통의 수준을 파악하고, 환자 안전을 목적으로 공급자 간 팀워크 기술 증진을 위한 TeamSTEPPSS 프로그램을 운영 중이며 이 프로그램에는 언어 문제로 의사소통에 어려움을 겪는 환자에 대한 인식을 환기시키는 내용도 포함되어 있다(AHRQ, 2019c). 셋째, AHRQ에서는 의료 격차와 환자 안전을 위한 다양한 연구 및 근거 생산에 투자를 지속해 왔으며, 최근에는 LGBTQ의 보건의료 측면의 니즈와 공급자 교육 등에 대한 연구 및 HIV/AIDS 환자의 자기 관리를 위한 모바일 기술 연구 등에 지원한 바 있다. HHS OMH(Office of Minority Health)가 설정한 2018년 National Minority Health Month의 테마는 ‘건강형평성을 위한 파트너링(Partnering for Health Equity)’으로 보건부 산하의 관계 부서 및 조직은 공동의 노력을 위해 AHRQ에서 생산한 근거를 활용하고 있다(HHS OMH, 2018, p. 3).

나. 사회경제적 요인을 조절하는 예방과 건강 증진 정책의 강화

사회경제적 상태가 낮은 개인은 비만을 유발하고 건강에 좋지 않은 생활 습관을 가졌을 개연성이 더 크며 사회문화적 요인들은 비만 위험을 높이는 나쁜 생활 습관 형성에 영향을 끼칠 수 있다. 나쁜 식습관, 비신체 활동, 좌식 행태는 과체중과 관련 만성질환의 위험 요인이며 질환의 발생은 개인의 생산성과 경제활동 참여에 부정적 영향을 끼칠 수 있다.

초고령사회를 앞두고 만성질환의 증가는 국가적 질병 부담을 확대시킨다. 이에 대응하여 예방과 건강 증진 활동의 경제성을 높이는 것이 매우 중요하고 비용 대비 효과적인 투자이다. 사회경제적 요인이 의료 및 건강 격차 발생에 미치는 영향을 사전에 조절할 수 있는 중요한 기제이기도 하다. 급성질환 구조에서는 공중보건보다는 치료 서비스 보장성의 확대에 집중했지만 앞으로는 그간의 성과를 유지하면서 국민건강증진사업에 대한 적극적 투자 확대가 필요하다. 이는 회피 가능한 질환의 발생과 사망률 감소에 기여하고 이와 연계된 건강 불평등을 낮추는 데 기여할 것이다.

일차 예방 분야는 중앙정부의 강력한 정책 추진이 필요하다. 효과적이고 효율적인 건강 증진 정책은 대부분 인구집단을 기반으로 하고 중앙정부 없이는 법적·규제적 역량을 갖추기 어려우며 지역 단위의 사업은 실행 역량의 차이로 지역 간 격차를 초래할 수 있기 때문이다. 중앙정부의 조정 하에 개인, 기관, 지역, 중앙정부 간에 통합적으로 연계된 정책 추진이 필요하며 이에 대한 지역 단위 성과 평가와 공개 기제를 마련할 필요가 있다. 예방과 건강 증진 정책은 생애 단계별로 이어지는 기회의 형평성을 확대시키는, 매우 비용효과적인 접근이다.

다. 일차의료 중심의 예방 및 건강 증진 사업 활성화

의료 격차를 해소하는 가장 효율적인 접근은 일차의료 의사가 환자의 상황을 고려하여 서비스를 제공함으로써 평균에서 벗어나는 불리한 상황에 있는 환자가 의료 질의 격차를 경험하지 않도록 사전에 통제하는 것이다(강희정, 2019, p. 26). 이러한 관점에서 일차의료 또는 만성질환 관리 사업의 효과적 실행은 궁극적으로 의료 격차 해소에 기여할 것이다.

보편적 건강보장의 실현은 일차의료의 성과를 기반으로 하고 있다. 일차의료는 보건의료 시스템을 더욱 효율적이고 효과적이며 형평성 있게 하는 기회가 된다(WHO, 2017, pp. 9-10). OECD는 일차의료로 4가지 특징으로 정의하고 있다. 첫째는 진료의 연속성 측면에서 일차의료는 보건의료 시스템 접근에서 최초 접촉 장소이다. 둘째는 사람과 지역사회 중심이다. 사람들이 생활하고 일하는 곳과 가까우며 개인과 가족의 욕구에 맞춘 진료를 제공하기 때문이다. 셋째는 포괄성이다. 일차의료 공급자들은 그들이 돌보는 이들의 전반적인 건강 문제에 대해 예방 및 치료, 재활 서비스를 제공하기 때문이다. 넷째는 연계 및 조정이다. 일차의료는 환자들의 보건의료 시스템 이용을 안내하고 다른 공급자들과의 연계를 위해 효과적인 소통을 할 수 있기 때문이다(OECD webpage, 2019b).

강력한 일차의료 시스템과 낮은 의료 격차의 유의한 관련성은 일차의료의 건강 증진 서비스 제공 역량과 인구집단의 욕구에 기초한 진료 제공 및 접근성 증진의 기제에 바탕을 두고 있다(Kringos et al., 2010, p.3).

하지만 이러한 기대에도 불구하고 우리나라에서 만성질환으로 인한 예방 가능한 입원율은 높은 수준을 유지하고 있고 부적절한 항생제 처방의 잠재성이 여전히 있으며 의원의 당뇨병 환자에 대한 안저 검사 시행률이 낮은 것처럼 일부 예방적 검사들을 충분히 제공하지 못하고 있다. 또 일

차의료 의사를 통한 진료 연계를 기대하기도 어렵다(조비룡, 2018, p.8; 강희정 외, 2018, pp. 148-151; OECD, 2019, p.6).

전체 보건의료 시스템에서 자원 배분의 효율성, 진료 연계를 통한 의료 효과성, 의료 접근의 형평성을 제고하는 차원에서 급성질환 구조에 최적화되어 있는 전문의 체제에서 환자 중심의 팀 기반 협력 진료를 제공하여 연계할 수 있는 일차의료 혁신이 지속적으로 추진되어야 한다. 이를 위해서는 일차의료 환경에서 의사 간 환자 정보를 공유할 수 있는 정보 시스템의 구축, 행위별 수가가 아닌 환자 단위 기반의 수가 보상 방식으로서의 변화, 일차의료에 대한 질 평가와 인센티브 지급 기제의 확대 등을 추진해야 한다(OECD, 2019, p.3).

그러나 행위별 수가에 적응된 일차의료 환경을 바꾸기는 쉽지 않다. 참여 기반의 거버넌스는 궁극적 목적인 투명성 향상보다 이해 당사자 간 갈등 해소를 위한 사회적 비용만 증가시킬 수 있다. 행태를 변화시키기 위해서는 변화로 인한 경제적 이익이 매우 높아야 한다.

정부는 사업 설계 시 구체적 변화 방향에 대한 표준 지침을 제공하여 참여할 의료 공급자들이 기대 이익을 예측하게 하여 자발적 참여를 유도 하되 초기에 충분한 인센티브를 지급해 참여율을 높여야 한다. 아울러 관련 정책의 설계 단계에서부터 의료의 질과 환자 경험을 평가할 수 있는 정보 수집 체계를 구축해야 한다. 기존의 질 평가 방식은 인력과 자원을 갖춘 종합병원 이상을 대상으로 하였지만 일차의료는 개인 또는 소규모로 운영되는 병원과 의원이므로 청구 명세서 제출 외에 추가 정보를 별도로 작성하여 제출할 수 있는 인적, 물적 자원을 갖추고 있지 못하다. 따라서 관련 사업은 청구 명세서 개편의 틀에서 추진하여야 하며, 이런 방식은 정보 확대에 따른 행정 부담의 가중도 예방할 수 있다. 따라서 의원과 병원을 대상으로 하는 새로운 사업 모델의 구상에서 청구 명세서 제출 방

식에 의한 추가 정보 제출에 대해 건당 수가를 지급하는 과감한 투자를 짧은 기간에 집중해야 한다.

복합 만성질환이 증가하는 인구구조에서 일차의료의 질 향상을 위한 초기 투자는 미래 보건의료 시스템의 지속가능성을 위해 반드시 선행되어야 할 것이다. 일차의료 기관에서 흡연, 음주, 비만 등의 건강 위해 요인을 적극적으로 관리하고, 만성질환 관리를 위한 맞춤형 인센티브 설계를 확대해야 한다. 일차의료 기관이 지역 주민센터 및 민간 스포츠 시설과의 파트너십 구축을 통해 주민의 운동 실천을 유도하고 일차의료 기관에서 교육 상담과 관련한 다양한 수가 개발이 필요하다.

아울러 사회경제적 수준의 향상은 신체적 질환뿐 아니라 사회적, 정서적, 정신적 장애 위험을 높이므로 정신적으로 건강한 삶을 살도록 개인의 거주지 기반으로 일차의료 의사를 통한 정신 건강 관리 서비스를 제공하도록 일차의료 의사의 역할을 개편하는 정책적 접근도 필요하다.

제2부 보편적 건강보장 틀에서의
상병수당 이슈의 검토와 대응

제 5 장

사업장 규모와 근로 형태에
따른 의료 격차

김현경

제1절 서론

제2절 분석 결과

제3절 소결

5

사업장 규모와 근로 형태에 << 따른 의료 격차

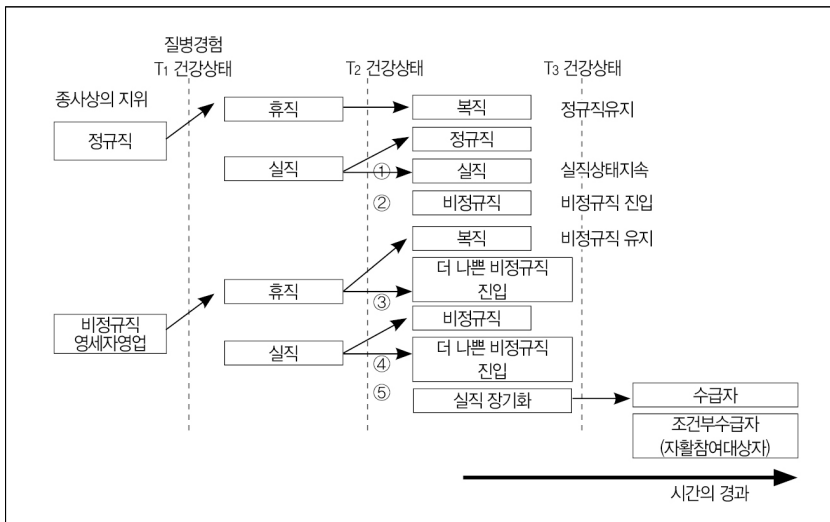
제1절 서론

이 연구는 근로자가 질병이나 사고가 발생했을 때 실 권리를 누리는가를 사업체 규모별, 고용 형태별로 살펴봄으로써 근로자들의 건강권 확보를 위해 어떤 집단을 주요 대상 집단으로 설정해야 하는지, 집단별로 어떤 정책 수단을 사용해야 하는지 알기 위해 근로자 집단의 특성을 파악하였다. 근로자가 사고나 질병으로 아프면 휴가를 내고 며칠간 휴식을 취하거나, 때로는 외래 및 입원 진료를 받아야 한다. 하지만 어떤 사유로 적시에 충분히 휴식하지 못하거나 진료를 받지 못하고 업무에 복귀하면 근로자의 건강 악화로 이어져 중장기적으로는 이직 및 실직 후 미취업 상태가 될 수 있다. 건강 악화로 인한 생산성 저하나 실직은 근로자 가구의 소득 상실로 이어지고, 이는 해당 가구의 빈곤으로 이어질 위험성을 낳는다. 근로자의 건강 악화로 인한 소득 감소 또는 상실의 위험으로부터 근로자를 보호하는 것 또한 사회정책 영역의 대응이 필요하다. 하지만 이 연구는 소득 상실에 대한 보전으로서의 정책 수단 이전에 근로자가 충분히 쉬거나 치료받지 못하는 건강권 제약의 문제를 사전에 차단하는 정책 대응의 중요성에 주목하였다. 이를 위해 제12~20차 한국노동패널과 제13차 한국복지패널을 활용한 분석 결과를 제시하고, 이로부터 정책적 함의를 얻고자 한다.

이승윤, 김기태(2017)는 근로자가 아프면 어떠한 경로로 소득의 불안정성 및 빈곤화를 경험하는지 사례 연구를 제시하고, 근로자의 건강 상태

가 노동시장 지위 변화에 미치는 영향과 이로 인한 소득 지위의 변화를 분석했다. 이를 다음과 같은 도표로 제시했는데 정규직과 비정규직이라는 고용 지위별로 질병이나 사고 등 건강 상태 변화라는 요인에 따른 노동시장 지위와 소득 지위의 변동이 어떤 경로를 밟는지 제시하고 있다.

[그림 5-1] 고용 지위별 질병 경험 후 노동시장 지위와 소득 지위 변동 경로



자료: 이승운·김기태(2017), p. 129.

정규직과 비정규직은 근로자 업무 외에 상병으로 휴직할 수 있는 기회 면에서도 차이가 있다. 정규직은 아프면 휴직 후 건강을 회복하고 원래 직장에 복귀하거나 실직 후 재취업하지 못하면 실직 상태가 계속되거나 비정규직으로 진입할 수도 있다. 비정규직은 아프면 실직할 위험이 높는데 실직 후에도 실업급여 접근성이 낮아서 소득 상실의 위험이 높고 소득 유지를 위해 건강이 충분히 회복되기 전에 다시 비정규직이나 더 나쁜 비정규직으로 진입하거나 장기 실업으로 진입하게 된다. 즉, 질병이나 사고

가 발생했을 때 정규직은 휴직을 통해 건강을 회복할 기회를 가질 확률이 상대적으로 높고, 실직 후에도 실업급여로 소득이 어느 정도 보전될 가능성이 높다. 하지만 비정규직은 휴직 기회의 접근성이 낮기 때문에 쉬지 못하고 계속 일하거나, 실직 후에도 건강이 회복되지 않은 채 곧바로 재취업하는 경우가 많다. 이는 장기적인 근로 빈곤층을 양산하는 경로가 될 수 있다.

이승윤, 김기태(2017)는 정규직과 비정규직이라는 고용 지위가 아픈 근로자가 빈곤으로 이어지는 경로에서 매우 중요한 결정 요인임을 고려하고 있다. 이 연구에서는 정규직, 비정규직이라는 고용 형태 분류와 함께 상용, 임시, 일용 임금 근로자와 고용주, 자영자, 무급 가족종사자 비임금 근로자로서 종사상지위, 사업체 규모 등을 유의미한 집단 구분 기준으로 보고 이에 따라 근로자가 아플 때 쓸 수 있는 권리의 격차와 의료 행위의 격차, 사회적 보호 접근성의 격차를 분석하였다.

제2절 분석 결과

1. 분석 자료

분석을 위해 한국노동패널과 한국복지패널을 사용한다.

한국노동패널은 1998년부터 한국노동연구원이 실시하는 조사로 ‘한국을 대표하는 가구 및 가구원을 대상으로 가구의 경제 상태, 노동시장 활동, 생활 만족도에 대한 자료를 수집’¹⁴⁾하여 노동 환경 개선과 노동 및 고용 정책 수립의 기초 자료 생산을 목적으로 한다. 근로자 개인의 근로 활

14) 1~20차 한국노동패널조사 통합 설문지.

동 상태, 근로조건 등에 관한 질문이 대다수로 사업체 규모나 고용 형태, 종사상지위 등 사업장 특성과 일자리 특성을 알 수 있고 유급휴가, 병가 등 직장에서 제공하는 부가 급여·복리후생에 대한 구체적인 정보를 얻을 수 있다. 그리고 패널 자료로 취업 상태 변화를 알 수 있으므로 건강 악화로 미취업 상태로 전환된 근로자의 유급휴가 사용권과 사용 여부에 대한 정보를 얻을 수 있다.

관련 조사 항목으로는 개인 조사표에 직장에서 제공하는 기업 복지에 대한 질문이 있다. 직장에서 제공하는 부가 급여나 복리후생 항목들을 (1) 직장에서 제공하는지와 (2) 본인이 혜택을 받았는지로 나누어 질문하고, 혜택을 받을 수 있는 임금 근로자만 지난 1년간 실제로 사용한 휴가 일수를 응답하도록 하고 있다. 노동패널에서 이 질문을 통해 혜택 유무를 묻는 복리후생 항목은 법정 퇴직금 등 10개로 이 연구에서는 유급휴가(정규, 연월차)와 병가(상병휴가)에 대한 응답 결과만을 활용한다. 또 지난 1년간의 휴가 사용일에 대한 질문을 12차 조사부터 추가하였으므로 12차 조사부터 최근의 조사(20차)까지 활용하고자 한다.

건강 문제로 퇴직한 임금 근로자의 휴가 사용 관련 현황을 파악하기 위해 개인용 데이터와 직업력 데이터를 결합하여 분석하였다. 취업에서 미취업 상태로 전환된 개인용 데이터에서는 퇴직 사유와 퇴직 시점에 대한 정보를 얻을 수 없어 이 정보를 포함한 직업력 데이터를 결합해 활용하였다. 직업력 데이터에서는 취업에서 미취업으로 상태가 변한 근로자가 직장을 ‘그만둘 당시의 상황’에 대한 질문에서 일자리를 그만두게 된 사유를 질문하는 데, 사유 ‘(14) 건강, 고령 등의 이유로’에 응답한 미취업자 가운데 근로 연령층(18~64세)만을 고령이 아닌 건강 악화로 퇴직한 자로 간주하고, 이 퇴직자들의 일자리 특성과 유급휴가, 병가 사용 행태를 분석했다. 한국노동패널은 이와 같이 기업 복지와 관련된 정보를 얻을 수

있지만 질병 및 사고 발생 여부, 의료 행위에 대한 정보를 얻을 수 없다는 단점이 있다.

한국복지패널은 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소가 실시하는 조사로 ‘급격히 변화하는 사회 환경 속에서 계층별, 연령별 인구집단의 생활 실태와 사회복지 욕구를 역동적으로 파악하여 각종 복지 정책 수립 시 활용할 기초 자료를 마련하는 데’ 목적이 있다.¹⁵⁾ 따라서 개인의 경제활동과 일자리 특성을 제공하므로 마찬가지로 사업체 규모별, 종사상지위별 분석이 가능하다. 복지패널에서는 유급병가와 관련된 사업장의 특성은 얻을 수 없지만 건강 상태, 의료 행위와 관련된 정보, 사회보험 가입률을 얻을 수 있다.

노동패널에서 사업체 규모별 유급휴가와 병가 사용에 대한 실태, 건강 문제로 퇴직한 자의 관련 행태를 분석한 결과와, 복지패널을 활용해 집단별 건강 상태와 의료 행위의 차이 및 사회보험 가입률을 파악한 결과를 다음에 제시한다.

2. 분석 결과

가. 유급병가와 일자리 특성: 한국노동패널

〈표 5-1〉과 [그림 5-2]는 12~20차 한국노동패널을 활용해 사업체 규모별, 임금 근로자 종사상지위별, 고용 형태별 유급휴가 제공률과 사용 일수, 병가 제공률과 사용 일수를 분석한 결과다. 9년간의 연간 데이터를 풀링하여 가능한 한 많은 관측치를 활용하고자 하였으나, 급격한 추세 변화가 있을 것에 대비해 최근의 20차 노동패널, 2017년을 대상으로 한 분

15) 13차 연도 한국복지패널조사 조사표(2018년).

석 결과를 보조적으로 제시하였다. 종사상지위별로 병가 사용자 사용 일수의 순서가 상용직과 임시직 사이에서 역전되는 것을 제외하고는 유급휴가 및 병가 사용 실태가 대체로 풀링한 분석 결과와 유사한 형태를 보이므로 12~20차 노동패널 분석 결과를 기초로 실태를 설명하고자 한다.

먼저 사업체 규모별로 유급휴가 사용 현황을 살펴보면, 규모별로 직장에서 유급휴가를 제공하는 비율과 근로자 개인에게 적용되는 비율이 큰 격차를 보이지 않으면서 사업체 규모에 따라 증가하는 추세를 보인다. 이 격차는 매우 커서 500인 이상 사업체에서는 81%의 근로자가 유급휴가를 사용할 수 있는 데 반해 5~29인 사업체에서는 35.1%로 전체 종사자의 3분의 1 정도만 유급휴가를 사용할 수 있고, 5인 미만 사업장에서는 10%로 적용률이 매우 낮다. 이러한 유급휴가 적용률은 개인의 종사상지위와 고용 형태에 따라서도 지위의 취약성을 고스란히 대변하는 결과를 보여 주는데 상용직 근로자의 64%가 유급휴가를 사용할 수 있는 데 비해 임시직과 일용직은 각각 17.5%, 3%로 비율이 급감하는 것을 확인할 수 있다. 다시 말해 임시직은 5명 중 1명도 유급휴가를 사용할 수 없고, 일용직은 거의 사용할 수 없는 것으로 나타났다.

유급휴가 사용일 역시 사업체 규모에 비례해 증가하고 임시·일용직 및 비정규직의 사용일이 상용직과 정규직에 비해 매우 적은 것으로 나타나는데 이는 규정된 연월차 일수 격차 추이를 그대로 반영한다. 연월차 일수는 근속 연수에 비례하여 증가하므로 중소기업일수록 근로자의 이직이 잦기 때문에 발생하는 연월차가 적고, 규모가 큰 사업체일수록 근속 연수가 긴 경향이 있기 때문에 적용받는 연월차 일수 또한 많다. 규정된 연월차 중에 실제 유급휴가 사용 비율은 30인 미만 사업장에서 약 70%, 30인 이상에서는 62~64%로 오히려 소규모 사업장에서 높은 편이고, 상용직의 63%보다 일용직이 83%로 높은 편이다. 따라서 유급휴가가 주어진다

면 이 권한을 사용하는 데 있어서는 사업체 규모나 종사상지위별로 크게 다른 제약을 받지 않는 것으로 추측된다.¹⁶⁾ 따라서 질병이나 사고로 근로자가 아플 때 유급휴가를 이용해 쉬거나 병원을 갈 수 있는가는 유급휴가 제공률을 높이는 첫 번째 관문이 가장 결정적인 해결 과제가 될 것으로 판단된다.

다음으로 병가 사용 현황을 살펴본다. 병가 적용률과 사용 일수의 추이는 유급휴가와 매우 유사하다. 적용률은 사업체 규모에 비례해 증가하며, 5인 미만 사업장 종사자의 5%만이 종사자 본인이 병가를 사용할 수 있는 것으로 나타나, 거의 대부분은 병가를 사용할 수 없다. 5~29인 사업장에서도 5명 중 1명만 병가를 사용할 수 있는 것으로 나타나 병가 적용률이 매우 낮은 편이다. 종사상지위별 병가 적용률은 임시직 10.2%, 일용직 1.5%로 임시·일용직은 병가 사용이 사실상 불가능하다. 따라서 아픈 임시·일용직 근로자 대부분은 유급휴가도 병가도 사용하지 못한 채 근로를 계속하거나 건강 악화로 인해 직장을 그만두는 경로를 밟을 위험이 크다. 또 소득 상실의 우려로 걱정한 시점에, 필요한 치료를 받지 못하면 건강 악화로 이어져 시점이 다소 지연될 뿐 퇴사할 위험이 높을 것임을 유추할 수 있다.

〈표 5-1〉의 병가 실제 사용 일수를 비교해 보면 이 역시 규모를 따라 점증하는 것으로 나타난다. 종사상지위별로 구분했을 때 취약성이 곧바로 가장 낮은 병가 사용 일수로 나타나지는 않는다. 하지만 여기서는 병가 실제 사용 일수가 아닌 병가를 사용한 자의 평균적인 병가 사용 일수를 비교하고자 한다. 그 이유는 휴가는 특정 사유 없이도 일반적으로 사용하지만 병가는 건강 문제가 있는 근로자에게만 필요하고, 따라서 병가

16) 오히려 안정적이고 미래 전망이 있는 사업장 및 종사상지위인 경우 유급휴가 사용률은 낮은 것으로 보인다.

가 필요한 근로자가 실제로 얼마나 사용했는가가 병가 수요 대비 충족성을 나타내는 더 나은 지표로 판단되기 때문이다. 이에 따라 [그림 5-2]에서 병가 사용자의 사용 일수를 비교해 보면 사업체 규모나 종사상지위, 고용 형태에서 드러나는 일자리 지위에 따라 유급휴가 사용 일수와 유사한 추이를 보인다는 것을 알 수 있다. 하지만 유급휴가는 근속 연수의 차로 인해 사용할 수 있는 연월차 일수가 다르지만 병가는 사업체 규모나 고용 형태별 특성이 병가 사용 일수로 나타날 수 있는 어떤 근거도 없다. 따라서 집단별 병가 사용자의 병가 사용 일수의 격차는 곧 병가 사용의 수요가 있는 근로자가 누릴 수 있는, 쓸 수 있는 권리의 격차를 드러내고 이는 곧 근로자의 쉼 권리를 보장하기 위한 정책 개입이 필요함을 드러낸다고 볼 수 있다.

덧붙여 병가 사용자의 실제 사용 일수를 비교해 보면 유급휴가 사용 일수나 병가 실제 사용 일수와 비교할 수 없이 큰 편차를 보인다. 사업체 규모별 유급휴가 사용 일수는 5인 미만 사업장 종사자가 평균 5.5일, 500인 이상 사업장 종사자가 10.3일로 4.8일의 격차가 났다. 병가 실제 사용 일수는 5인 미만 사업장 종사자가 평균 1.9일, 500인 이상 사업장 종사자가 9.3일로 7.4일의 격차를 보였다. 그러나 병가가 필요한 근로자(병가 사용자)는 5인 미만 사업장 10.6일, 500인 이상 사업장 43.9일로 평균 33.3일의 큰 격차를 보인다. 이러한 큰 격차는 일자리 특성별로 근로자가 아플 때 휴식하는 양(진료 횟수나 입원 일수)의 격차로 나타나고, 이는 다시 필요한 만큼의 치료를 받은 근로자와 충분하게 휴식하지 못한 근로자 간의 건강 격차 및 소득 격차의 확대로 나타날 것이라고 짐작할 수 있다.

따라서 사업체 규모, 종사상지위, 고용 형태에 따라 유급휴가와 병가 제공률, 병가 사용자의 실제 사용 일수라는 세 가지 지표가 임금 근로자의 건강권 보장을 위해 정책적 개입이 필요한 집단을 구분할 때 가장 유

의미하다고 판단된다. 이 지표의 집단별 격차 추이를 분석한 결과, 사업체 중에서는 중소 규모의 사업장, 특히 5인 미만 영세 사업장 근로자, 개인의 종사상지위나 고용 형태 중에서는 임시·일용직, 또는 비정규직에게 실효성 있는 정책 대안을 고민할 필요가 있다. 다만 종사상지위와 고용 형태로 정책 대상을 분류하고자 할 때, 비정규직은 기간제와 파견·용역직, 비정형 일자리, 시간제 등 다양한 고용 형태의 총체로 제도적 대상으로 집단을 정의하기가 쉽지 않은 반면, 일용직과 임시직은 통용되는 정의가 돼 있는 집단이기 때문에¹⁷⁾ 종사상지위를 활용하는 것이 더욱 적절할 것으로 보인다.

서울형 유급병가 지원 제도는 아픈 근로자가 쉬고 회복할 수 있는 시간을 보장해 주기 위해 병가 기간의 소득을 지원하는 제도다. 이를 위해 이 연구와 같이 정책적으로 최우선적인 대상을 선별했고, 이를 '아르바이트, 일용직, 1인 자영업자'로 보았다. 노동패널 분석 결과로 자영업자의 해당 정책 수요를 판단하기는 어렵지만 아르바이트와 일용직을 포괄하는 일용직은 최우선 정책 대상이 되어야 함을 지금까지의 분석 결과로 확인할 수 있다.

17) 한국노동패널이 사용하는 정의는 상용직은 1)근로계약 기간이 1년 이상인 근로자이거나 2)정해진 계약 기간 없이 본인이 원하면 계속 일할 수 있는 경우 임시직은 1)근로계약 기간이 1개월 이상 1년 미만인 근로자이거나 2)근로계약 기간이 없더라도 1년 이내에 이 일이 끝날 것이라고 생각되는 경우; 임시직은 1)근로계약 기간이 1개월 미만이거나 2)매일매일 고용되어 일당제 급여를 받고 일하거나 3)일정한 장소 없이 돌아다니면서 일한 대가를 받는 경우다.

196 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 5-1〉 사업체 규모별, 고용 형태별 유급휴가, 병가 사용 실태(노동패널 12~20차)

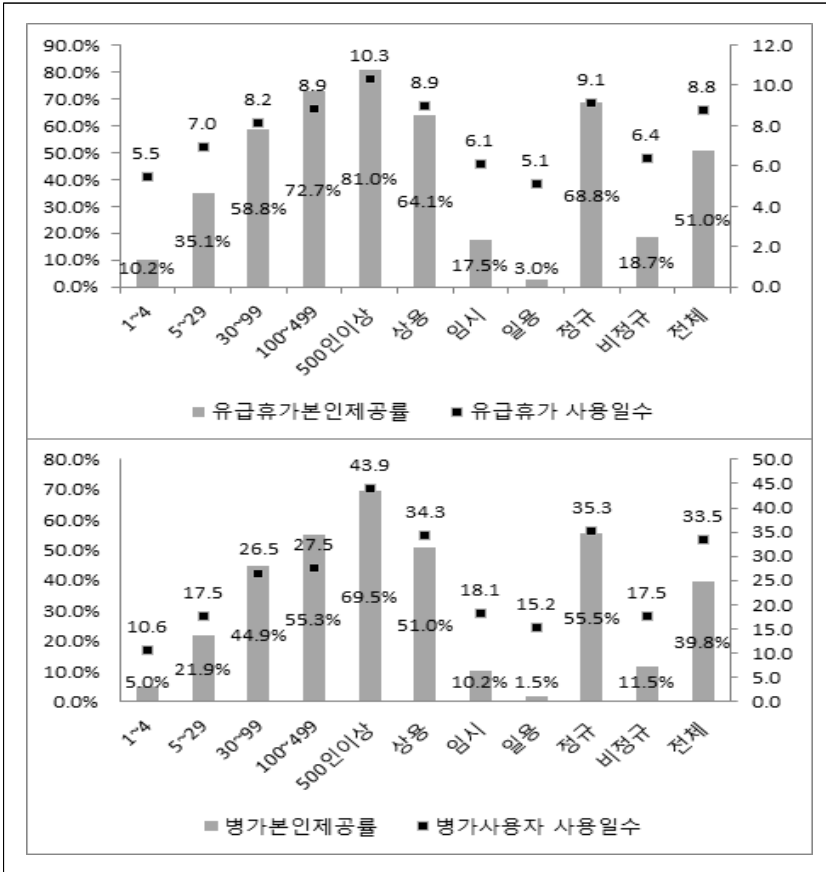
(단위: 응답 %, 일)

구분	비중	유급휴가			규정 연월차 일수	병가			
		직장 제공	본인 해당	일인당 사용 일수		직장 제공	본인 해당	일인당 전체	사용일수 사용자만
1~4명									
상용	39%	23%	22%	7.0	9.1	14%	14%	1.5	7.8
임시	35%	6%	5%	4.4	4.5	4%	3%	0.1	1.0
일용	27%	0%	0%		0.0	0%	0%		
정규직	27%	28%	27%	7.4	9.5	17%	17%	1.4	7.5
비정규직	73%	5%	4%	4.8	5.3	3%	3%	0.8	6.0
전체	100%	11%	10%	6.6	8.2	7%	6%	1.2	7.1
5~29명									
상용	66%	51%	48%	7.5	10.6	31%	29%	3.2	15.2
임시	20%	21%	16%	6.1	7.4	11%	7%	1.4	7.4
일용	13%	3%	2%	3.8	5.9	2%	1%	1.4	5.4
정규직	55%	55%	53%	7.6	10.9	34%	33%	3.3	15.8
비정규직	45%	18%	14%	6.0	7.5	9%	6%	1.9	8.2
전체	100%	38%	35%	7.3	10.2	23%	21%	3.1	14.7
30~99명									
상용	82%	71%	67%	8.5	12.9	50%	47%	5.3	25.0
임시	14%	39%	28%	6.7	9.1	28%	18%	6.4	20.5
일용	5%	17%	10%	6.8	6.0	13%	6%	12.0	38.5
정규직	71%	74%	71%	8.6	13.1	54%	51%	5.3	25.4
비정규직	29%	39%	30%	7.0	9.4	25%	17%	5.8	21.0
전체	100%	64%	59%	8.3	12.5	45%	41%	5.4	24.8
100~499명									
상용	87%	82%	79%	8.9	13.9	62%	59%	6.9	28.7
임시	10%	44%	32%	6.3	9.4	32%	19%	3.2	12.9
일용	3%	21%	12%	4.7	4.3	19%	7%	3.3	18.9
정규직	77%	84%	82%	9.1	14.1	64%	61%	7.3	29.8
비정규직	23%	50%	40%	7.0	10.1	37%	26%	2.4	11.9
전체	100%	77%	73%	8.8	13.6	58%	53%	6.8	28.1
500명이상									
상용	90%	89%	87%	10.4	16.8	78%	74%	10.2	45.6
임시	9%	48%	33%	7.1	9.4	38%	19%	3.2	19.6
일용	2%	29%	19%	6.1	8.3	15%	7%	1.7	12.0
정규직	81%	92%	91%	10.6	17.2	82%	78%	10.4	46.3
비정규직	19%	52%	40%	7.0	10.0	41%	26%	4.5	24.7
전체	100%	84%	81%	10.2	16.4	74%	68%	10.0	45.0
전체									
상용	78%	73%	70%	9.1	14.2	56%	53%	7.5	33.7
임시	15%	30%	22%	6.5	8.6	20%	12%	3.6	16.0
일용	7%	7%	4%	5.5	6.1	5%	2%	6.1	25.4
정규직	68%	77%	75%	9.3	14.6	60%	57%	7.8	34.6
비정규직	32%	30%	23%	6.7	9.2	20%	14%	3.7	17.2
전체	100%	62%	58%	9.0	13.8	47%	43%	7.3	32.8

자료: 12~20차 한국노동패널

[그림 5-2] 사업체 규모별, 고용 형태별 유급휴가, 병가 사용 실태(노동패널 12~20차)

(단위: %, 일)



자료: 12~20차 한국노동패널.

이 연구에서는 사업체 규모와 종사상지위, 고용 형태라는 분류 기준을 이용해 사고 및 질병 발생 시 근로자의 휴식과 의료 행위에 대한 실태를 파악하고, 정책적으로 유의미한 정책 대상과 접근 방식을 논의하고자 하므로 이러한 행위에 결정적인 영향을 미치는 요인은 사업체 규모와 고용 형태 가운데 어느 것인지 판별하기 위해 사업체 규모별로 종사상지위와

고용 형태가 다를 때 어떤 결과를 보이는지 분석해 <표 5-2>에 제시했다.

앞서 사업체 규모별로 종사상지위 및 고용 형태별 위계 질서를 사업체 규모와 종사상지위를 교차하여 분석한 결과에서도 뚜렷하게 나타난다. 즉, 사업체 규모별 범주에서도 유급휴가 제공률과 병가 제공률은 상용·임시·일용직일 때, 비정규직일 때 뚜렷하게 감소한다. 병가 사용자의 사용 일수는 <표 5-1>에서 사업체 규모별로 보였던 큰 격차가 전반적으로 보이지 않지만 500인 이상의 대기업에서의 병가 사용 일수는 종사상지위에 따른 격차가 매우 크게 나타난다. 500인 이상 대기업 종사자는 평균적으로 유급휴가 적용률이나 병가 적용률, 병가 사용 일수에 있어서 가장 큰 기업 복지 혜택을 누리고 있지만 기업 내 상용직과 임시·일용직, 정규직과 비정규직 간 격차는 더욱 크게 나타나는 것으로 해석된다. 따라서 사업체 규모와 무관하게 임시·일용직이라는 종사상지위가 휴가 제공의 제도적 고려 대상이 되어야 할 것으로 판단된다. 다만 5인 미만 사업장에서 상용직에게 유급휴가나 병가가 적용되는 비율은 5~29인 사업장 임시직보다 조금 나은 정도로 22%만이 유급휴가를 사용할 수 있고, 14%만이 병가를 사용할 수 있어 종사상지위 간 격차가 무색하다. 적절한 기업 복지를 제공할 여력이 없는 소규모 사업장에는 어떤 정책적 접근이 필요한지에 대한 고민도 병행하여야 할 것으로 보인다.

〈표 5-2〉 사업체 규모·종사상시위 및 고용 형태별 유급휴가, 병가 사용 실태
(노동패널 12~20차)

(단위: %, 일)

구분	비중	직장 유급휴가 제공	본인 유급휴가 제공	유급휴가 실제 사용 일수	규정된 연월차 일수	직장 병가 제공	본인 병가 제공	병가 사용 실제 일수	병가 사용자 사용 일수
1~4인									
상용	39%	23%	22%	7.0	9.1	14%	14%	1.5	7.8
임시	35%	6%	5%	4.4	4.5	4%	3%	0.1	1.0
일용	27%	0%	0%		0.0	0%	0%		
정규직	27%	28%	27%	7.4	9.5	17%	17%	1.4	7.5
비정규직	73%	5%	4%	4.8	5.3	3%	3%	0.8	6.0
전체	100%	11%	10%	6.6	8.2	7%	6%	1.2	7.1
5~29인									
상용	66%	51%	48%	7.5	10.6	31%	29%	3.2	15.2
임시	20%	21%	16%	6.1	7.4	11%	7%	1.4	7.4
일용	13%	3%	2%	3.8	5.9	2%	1%	1.4	5.4
정규직	55%	55%	53%	7.6	10.9	34%	33%	3.3	15.8
비정규직	45%	18%	14%	6.0	7.5	9%	6%	1.9	8.2
전체	100%	38%	35%	7.3	10.2	23%	21%	3.1	14.7
30~99인									
상용	82%	71%	67%	8.5	12.9	50%	47%	5.3	25.0
임시	14%	39%	28%	6.7	9.1	28%	18%	6.4	20.5
일용	5%	17%	10%	6.8	6.0	13%	6%	12.0	38.5
정규직	71%	74%	71%	8.6	13.1	54%	51%	5.3	25.4
비정규직	29%	39%	30%	7.0	9.4	25%	17%	5.8	21.0
전체	100%	64%	59%	8.3	12.5	45%	41%	5.4	24.8
100~499인									
상용	87%	82%	79%	8.9	13.9	62%	59%	6.9	28.7
임시	10%	44%	32%	6.3	9.4	32%	19%	3.2	12.9
일용	3%	21%	12%	4.7	4.3	19%	7%	3.3	18.9
정규직	77%	84%	82%	9.1	14.1	64%	61%	7.3	29.8
비정규직	23%	50%	40%	7.0	10.1	37%	26%	2.4	11.9
전체	100%	77%	73%	8.8	13.6	58%	53%	6.8	28.1
500인 이상									
상용	90%	89%	87%	10.4	16.8	78%	74%	10.2	45.6
임시	9%	48%	33%	7.1	9.4	38%	19%	3.2	19.6
일용	2%	29%	19%	6.1	8.3	15%	7%	1.7	12.0
정규직	81%	92%	91%	10.6	17.2	82%	78%	10.4	46.3
비정규직	19%	52%	40%	7.0	10.0	41%	26%	4.5	24.7
전체	100%	84%	81%	10.2	16.4	74%	68%	10.0	45.0
전체									
상용	78%	73%	70%	9.1	14.2	56%	53%	7.5	33.7
임시	15%	30%	22%	6.5	8.6	20%	12%	3.6	16.0
일용	7%	7%	4%	5.5	6.1	5%	2%	6.1	25.4
정규직	68%	77%	75%	9.3	14.6	60%	57%	7.8	34.6
비정규직	32%	30%	23%	6.7	9.2	20%	14%	3.7	17.2
전체	100%	62%	58%	9.0	13.8	47%	43%	7.3	32.8

자료: 12~20차 한국노동패널

건강 문제로 퇴직에 이르는 근로자들의 휴가 사용에 관한 행태를 이해함으로써 정책 시사점을 얻기 위해 노동패널 개인용 데이터와 직업력 데이터를 결합해 퇴직 연도별로 퇴직 사유를 살펴보고 건강 문제로 퇴직한 근로자의 특성을 살펴보았다. <표 5-3>에서 최근 5년간의 퇴직자 수와 퇴직 사유를 살펴보면 2017년을 제외하고 매년 280만~290만 명의 근로연령대 이직자가 발생하며 이 가운데 9~12%가 건강 문제 때문에 퇴직하였다. 고령으로 퇴직하는 65세 미만 근로자가 없다고 할 수는 없지만 권고사직, 명예퇴직, 정년퇴직 등의 사유로 상당 부분 걸러진다고 가정한다. 따라서 이 항목에 응답한 근로연령 퇴직자를 건강 악화로 인한 퇴직자로 간주한다.

이 퇴직자의 퇴직 시점을 t 년이라고 했을 때 개인용 패널 데이터로 $t-1$, $t-2$ 년 등 퇴직 시점을 기준으로 이전 연도의 휴가 사용 및 병가 사용이 어떤 추이를 보이는지 분석한 결과를 [그림 5-3], [그림 5-4]에 제시하였다. 두 그림은 t 년의 행태를 보여 주지 않는데, t 년 퇴직자의 유급휴가 등 관련 정보가 t 년까지 나타나는 경우가 있고, 퇴직 전년인 $t-1$ 년 시점까지 나타나는 경우가 있다. 즉, t 년의 정보는 퇴직자 모두의 정보를 포함하지 않으므로 편향성이 있을 위험이 있다. 따라서 t 년에 건강을 사유로 퇴직한 근로자가 어떤 행태를 보이는지 관측되기만 하면 전년($t-1$), 전전년($t-2$), 전전전년($t-3$) 3개의 시점에 한정해서 관련 행태를 기록하였다.

〈표 5-3〉 퇴직 사유 분포

(단위: 천 명, %)

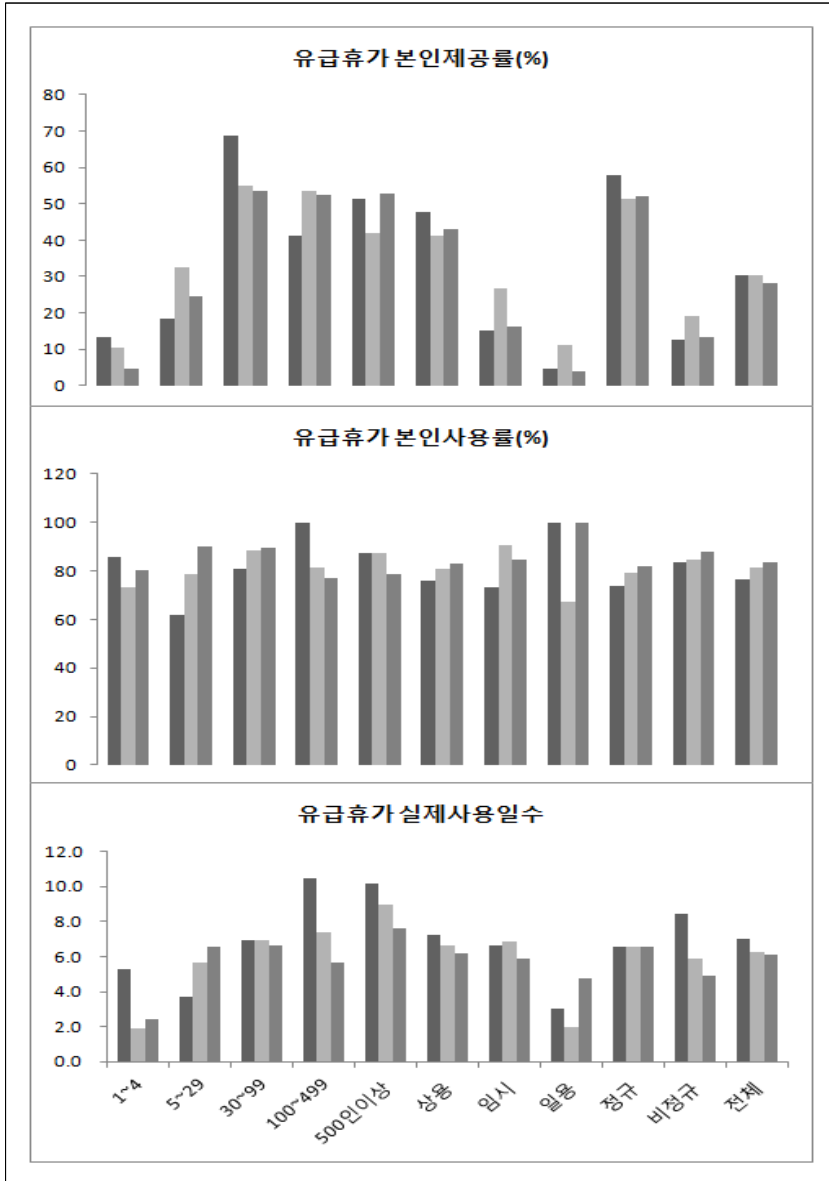
	2013	2014	2015	2016	2017
직장 파산, 휴폐업	253 (8.7)	183 (6.2)	181 (6.2)	238 (8.5)	80 (9.4)
정리 해고	64 (2.2)	45 (1.5)	78 (2.6)	52 (1.9)	36 (4.2)
권고사직	61 (2.1)	63 (2.1)	47 (1.6)	85 (3.1)	9 (1.1)
명예퇴직· 정년퇴직	60 (2.1)	88 (3.0)	130 (4.4)	88 (3.2)	37 (4.3)
계약 기간 종료	121 (4.1)	147 (5.0)	154 (5.3)	147 (5.3)	56 (6.6)
보수 적어서	156 (5.3)	219 (7.5)	152 (5.2)	206 (7.4)	33 (3.8)
일거리 없어서	162 (5.6)	181 (6.2)	166 (5.7)	101 (3.6)	39 (4.6)
장래성 없어서	136 (4.7)	170 (5.8)	161 (5.5)	152 (5.5)	63 (7.4)
적성 불일치	106 (3.6)	108 (3.7)	112 (3.8)	89 (3.2)	27 (3.2)
근로환경 불량	123 (4.2)	126 (4.3)	176 (6.0)	161 (5.8)	29 (3.4)
사업하려고	146 (5.0)	102 (3.5)	152 (5.2)	183 (6.6)	38 (4.4)
결혼, 가족 간병	75 (2.6)	129 (4.4)	95 (3.3)	88 (3.1)	43 (5.1)
건강, 고령	334 (11.5)	345 (11.8)	256 (8.7)	262 (9.4)	83 (9.7)
사내 인간관계	89 (3.1)	44 (1.5)	135 (4.6)	82 (3.0)	33 (3.9)
회사·집 이사	50 (1.7)	50 (1.7)	91 (3.1)	42 (1.5)	19 (2.2)
학업	177 (6.1)	141 (4.8)	62 (2.1)	113 (4.1)	32 (3.7)
군 입대, 기타	54 (1.9)	55 (1.9)	60 (2.1)	23 (0.8)	9 (1.0)
더 나은 일자리로	639 (21.9)	674 (23.0)	633 (21.6)	610 (21.9)	177 (20.7)
출산 육아	110 (3.8)	63 (2.1)	84 (2.9)	62 (2.2)	11 (1.3)
전체	2,916 (100)	2,932 (100)	2,925 (100)	2,785 (100)	854 (100)

자료: 12~20차 한국노동패널

202 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 5-3] 건강 사유 근로 연령 퇴직자 유급휴가 사용 실태(시점: 퇴직-3, 퇴직-2, 퇴직-1)

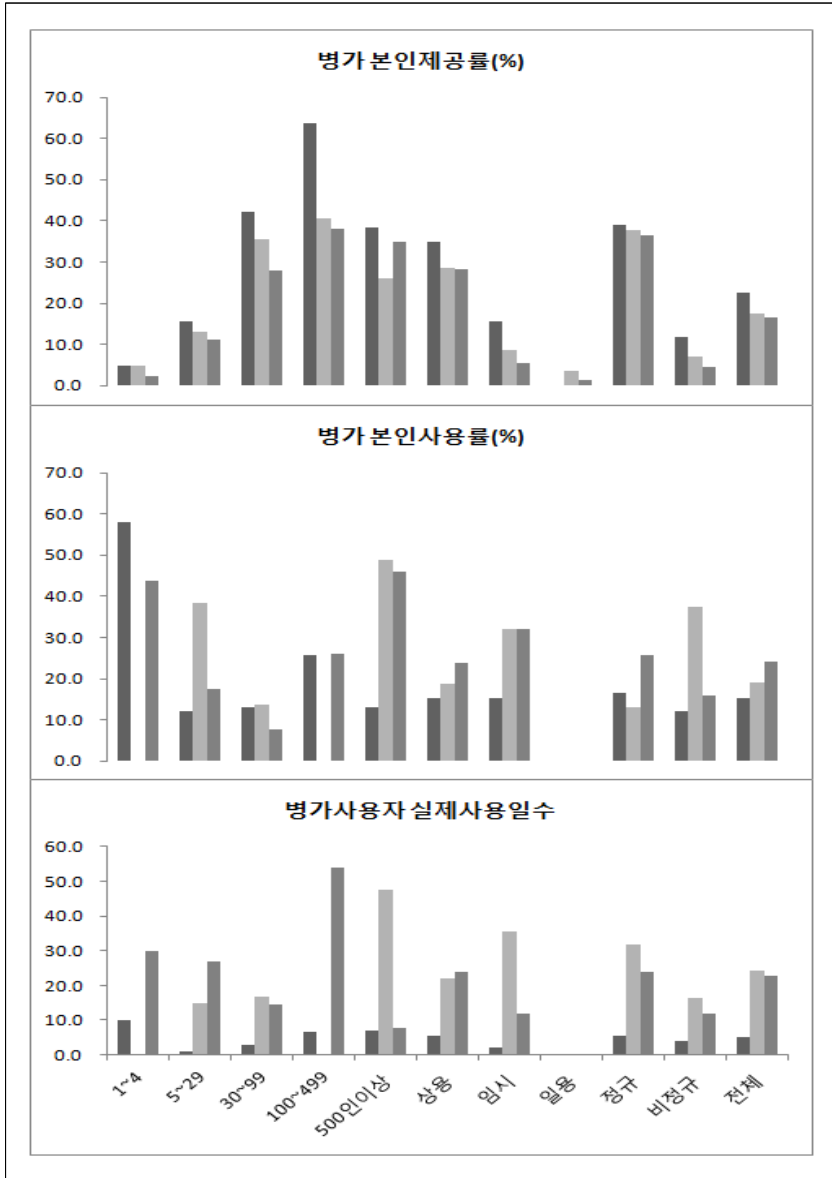
(단위: %, 일)



자료: 12~20차 한국노동패널.

[그림 5-4] 건강 사유 근로 연령 퇴직자 병가 사용 실태(시점: 퇴직-3, 퇴직-2, 퇴직-1)

(단위: %, 일)



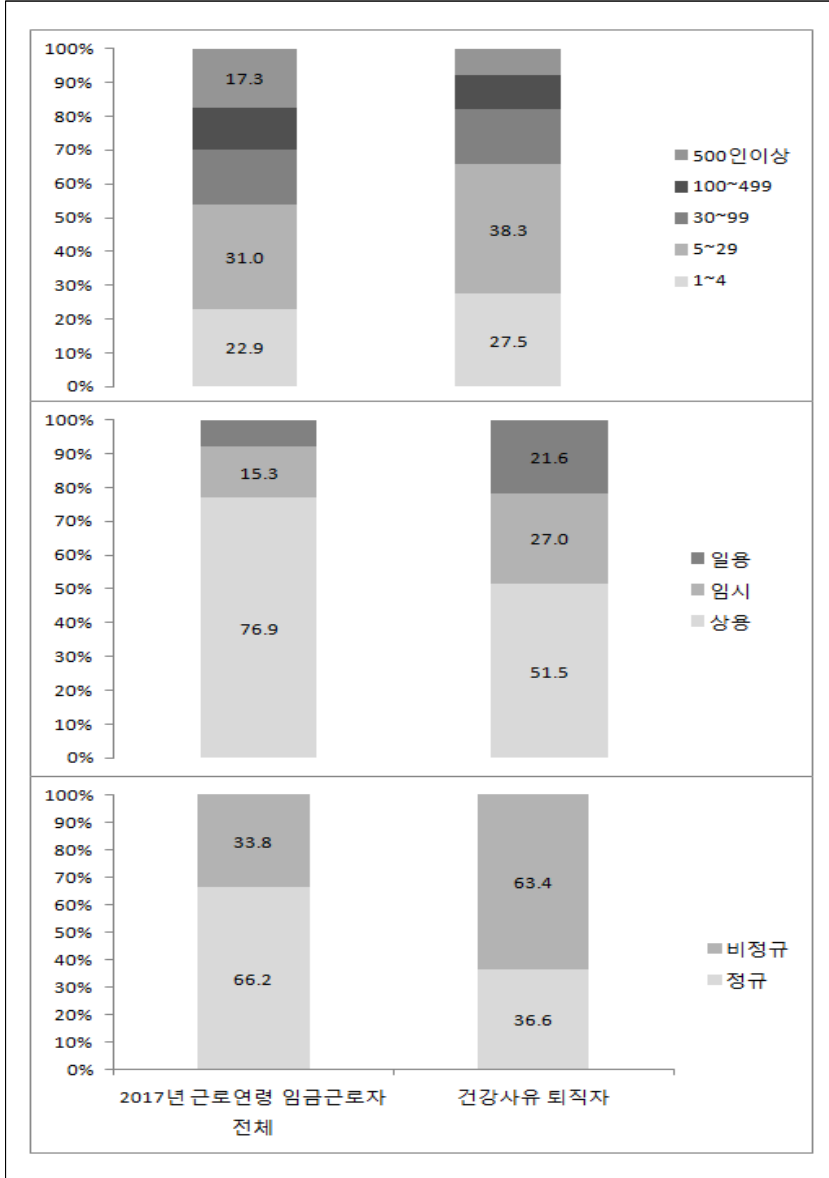
자료: 12~20차 한국노동패널.

결과적으로 퇴직 시점 이전의 관련 행태로부터 뚜렷한 함의를 얻기는 어려워 보인다. 데이터를 풀링했을 때 건강 문제로 인해 퇴직한 근로자는 적지 않다. 그러나 이를 다시 사업체 규모 및 종사상지위별로 구분했을 때, 특히 병가 사용률이 매우 낮은 집단에서 얻은 병가 사용률(본인에게 병가가 제공되는 자 중에 병가를 사용한 자의 비율)과 병가 사용자 사용 일수의 대푯값은 신뢰하기 힘들다. 시점과 관계없이 건강 사유 퇴직자 가운데서도 유급휴가 본인 제공률, 병가 본인 제공률, 유급휴가 사용 일수는 여전히 사업체 규모별, 종사상지위별로 격차를 보여 주므로 앞서 살펴본 구분이 여전히 단순하지만 의미 있는 집단 분류로 보인다.

어떤 일자리 특성을 가진 사람이 건강 문제로 퇴직하는지 살펴보는 것도 또한 추가적 함의를 제공할 수 있다. 이 결과는 [그림 5-5]에 제시하였는데 전체 임금 근로자 분포에 비해 건강을 사유로 퇴직하는 경우 500인 이상 대기업 종사자일 가능성은 9.5%포인트 감소하는 반면 30인 미만 사업장 종사자일 가능성은 12%포인트가량 증가한다. 즉, 건강 문제로 퇴직하는 근로자 가운데 중소 규모 사업장 종사자 비중이 평균보다 크다는 것을 알 수 있다. 이는 상용직과 정규직이 전체에 비해 25.4%포인트, 29.6%포인트 감소한 데 비해 그만큼 임시·일용직, 비정규직이 건강 문제로 퇴직할 위험이 크다는 것을 말해 준다. 이는 사고나 질병으로 아픈 근로자가 그만큼 병가나 유급휴가를 누리지 못한 탓에 건강이 악화되어 퇴사하게 된다는 인과성을 보여 주지는 못한다. 애초에 상대적으로 덜 건강해서 생산성이 낮은 근로자가 소규모 사업장에 종사할 확률이 더 클 수도 있고, 임시·일용직 근로자가 되었을 수도 있다. 하지만 지금까지의 분석 결과에서 규모가 작은 사업장 근로자와 임시·일용직 근로자가 아플 때 설 수 있는 기회가 거의 없다는 점, 건강 문제로 미취업 상태로 전환될 위험성이 매우 크다는 점은 명백하게 드러나며 어떤 정책적 대응을 할지 논의할 필요가 있다.

[그림 5-5] 근로 연령 근로자, 건강 사유 근로 연령 퇴직자 특성 분포

(단위: %)



자료: 12~20차 한국노동패널.

〈표 5-4〉 근로 연령 근로자, 건강 사유 근로 연령 퇴직자 사회보험 가입률

(단위: %)

	국민 연금	국민건강 보험	고용 보험	산재 보험	국민 연금	국민건강 보험	고용 보험	산재 보험
	2017년 근로 연령 임금 근로자 전체				12~20차 노동패널 건강 사유 퇴직자			
사업체 규모별								
1~4	41.8	42.3	41.3	42.1	15.0	15.4	15.5	15.7
5~29	73.2	75.7	75.2	75.4	49.1	51.3	51.4	54.1
30~99	86.2	94.7	88.2	93.8	78.3	84.9	83.9	86.0
100~499	91.0	95.5	91.9	94.5	79.1	82.3	83.5	83.5
500인 이상	88.4	93.1	88.7	91.5	67.7	73.8	69.7	71.7
종사상지위별								
상용	79.4	92.1	80.0	89.5	69.7	73.7	72.3	73.6
임시	40.6	45.8	44.3	45.1	31.4	36.6	35.9	34.8
일용	12.0	13.1	14.3	16.9	12.1	11.1	12.5	15.8
고용 형태별								
정규	81.3	95.1	81.6	92.4	80.6	84.0	81.7	83.7
비정규	42.6	47.1	45.7	47.0	27.5	30.7	31.0	31.5
전체	68.3	78.9	69.5	77.1	47.0	50.2	49.6	50.6

자료: 12~20차 한국노동패널.

건강 문제로 퇴직하는 근로 연령 퇴직자의 사회보험 가입률로 사회적 위험 발생 시 의료서비스, 소득지원제도에 대한 접근성을 알아보고자 한다. [그림 5-5]에서 파악한 퇴직자의 일자리 특성 분포에서 예상할 수 있는 바와 같이 소규모 사업장 종사자와 일용직 근로자의 사회보험 가입률은 매우 낮다. 눈에 띄는 것은 전체 근로 연령 임금 근로자에 비해 30인 미만 사업장에서 건강 문제로 퇴직하는 근로자의 건강보험, 고용보험, 산재보험 가입률은 동일한 규모의 사업장 종사자 평균보다 훨씬 낮다. 즉, 아파서 퇴직하는 근로자는 업무상 사고나 질병으로 산재보험을 적용받거

나 고용보험으로 실업급여라는 현금 급여를 받을 가능성이 매우 낮기 때문에 아플 때 의료 접근성도 낮고 소득 상실의 위험도 매우 높다는 것을 알 수 있다. 다만 노동패널에서는 각 사회보험 가입 여부만을 질문하기 때문에 ('모른다'는 안 한 것으로 포함) 일자리 특성에 따라 유의미한 직장가입자 여부 등을 구별할 수 없는 한계가 있다.

나. 건강 상태와 의료 행위: 한국복지패널

한국복지패널을 활용해 사업체 규모별, 종사상지위별 건강 상태와 의료 행위의 차이를 알아보고자 한다. 한국노동패널은 임금 근로자 집단별 기업 복지의 격차를 파악하는 데 유용하다. 한국복지패널로는 고용주와 자영자의 의료 행위 격차를 파악할 수 있다. 그리고 기업 복지에 대한 정보는 한국노동패널에서만 얻을 수 있다. 한국복지패널은 사업체 규모와 종사상지위 같은 중요한 일자리 정보와 더불어 외래 진료 횟수와 입원 일수, 입원 이유 등 건강 상태, 의료 행위와 관련된 정보를 얻을 수 있다는 장점이 있다. 또 노동패널에서는 사회보험 가입 여부만을 알 수 있는 반면, 복지패널에서는 직장가입, 지역가입, 미가입 등 세분된 가입 형태를 얻을 수 있다.

[그림 5-6]은 사업체 규모별, 종사상지위별 주관적 건강 상태를 묻는 질문에 대한 응답 분포이다. 5가지 범주(1. 아주 건강하다. 2. 건강한 편이다. 3. 보통이다. 4. 건강하지 않은 편이다. 5. 건강이 아주 안 좋다.)로 가구(원)의 건강 및 의료 영역에서 개인의 주관적 건강 상태를 질문하였다. 즉, [그림 5-6]은 4나 5를 선택한, 다시 말해 주관적으로 건강하지 않다고 응답한 비율이다.

사업장 규모별, 연령대별로 건강하지 않은 사람의 비율을 살펴보면, 근

로 연령층 전체에서 사업체 규모에 반비례하는 것을 볼 수 있다. 즉, 5인 미만 사업장에서는 근로자의 6.1%가 자신이 건강하지 않다고 생각하는 반면, 사업체 규모에 따라 이 비율은 점점 낮아져 500인 이상 대기업에서는 1.6%의 근로자만 자신이 건강하지 않다고 응답했다. 종사상지위에 있어서도 취약한 지위일수록 건강하지 않은 사람의 비율이 높다. 임금 근로자 가운데 자활·공공·노인일자리 근로자의 26.5%는 자신이 건강하지 않다고 응답했으며, 이 비율은 일용, 임시, 상용직 순으로 급격히 낮아지는 것을 볼 수 있다. 비임금 근로자도 자영자나 무급 가족종사자에 비해 고용주는 스스로 건강하다고 답변한 것으로 나타났다.

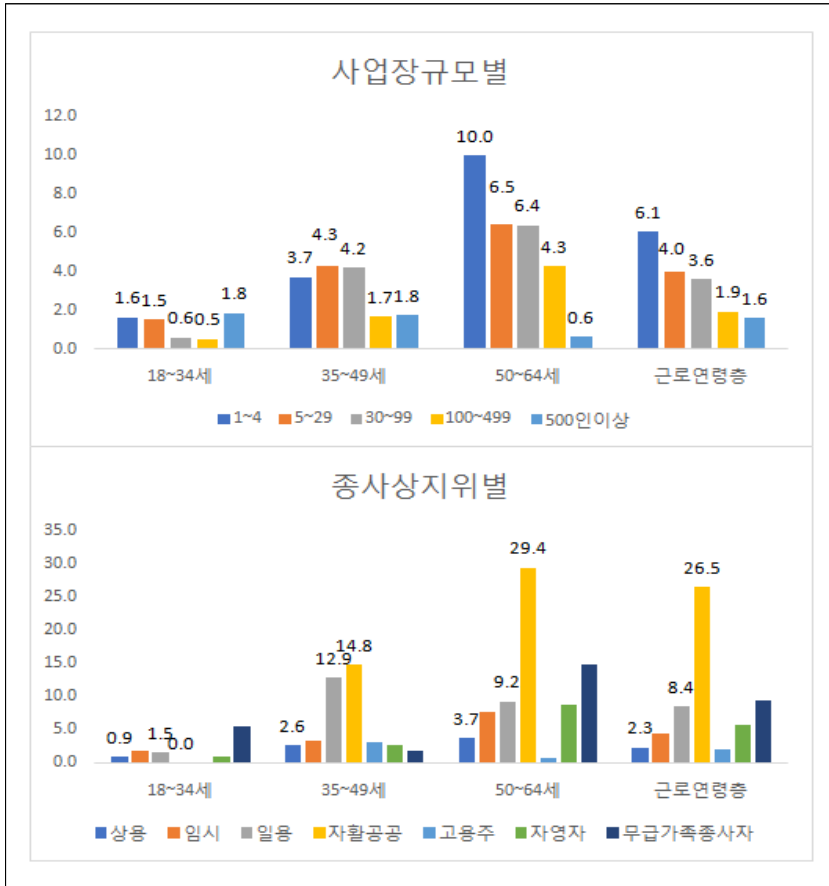
연령대별로 분석했을 때 18~34세의 청년층에서는 사업체 규모별, 종사상지위별로 취약성에 따른 추이를 보이지 않는다. 이러한 추이는 50~64세의 장년층에서 가장 두드러지게 나타나며, 다른 규모와 달리 500인 이상 대기업에서는 장년층 가운데 건강하지 않다고 응답한 비율이 청년층(18~34세)이나 중년층(35~49세)보다 오히려 낮게 나타나는 점이 흥미롭다. 종사상지위에서는 다른 유형과 달리 고용주의 경우 중년층보다 장년층에서 더 건강하다고 생각하는 경향이 있는 것으로 나타났다. 이는 대기업 또는 상용직 임금 근로자, 고용주와 같이 임금 지위도 높고, 기업 복지가 좋은 곳의 근로자가 오랫동안 건강을 유지하며 경제활동을 유지하는 것으로 해석할 수 있다. 이는 엄밀하지 않지만 사회적으로 의미 있는 결과이므로 이를 추가로 분석하는 것도 의미 있을 것이다.

같은 분류 기준에 따라 외래 진료 횟수라는 의료 행위의 추이를 살펴본 결과는 [그림 5-7]과 같다. 근로 연령층 전체의 사업체 규모별, 종사상지위별 평균 외래 진료 횟수를 살펴보면 건강하지 않은 사람의 비율과 다소 유사한 추이를 발견할 수 있다. 즉, 사업체 규모가 작을수록, 종사상지위가 취약할수록 근로자의 건강이 안 좋은 편이며 외래 진료 횟수도 증가하

는 경향이 있다. 하지만 이러한 경향은 건강 상태의 격차만큼 뚜렷하지 않고 5인 미만 영세 사업장과 500인 이상 대기업을 제외한 사업체 규모에서는 거의 동일하여 건강 상태와 진료 횟수가 반드시 상응하는 것은 아니라고 볼 수 있다. 즉, 건강 상태의 격차만큼 필요한 의료 행위를 수반하지는 않는 것으로 판단된다.

[그림 5-6] 사업체 규모별, 종사상지위별 건강하지 않은 사람의 비율

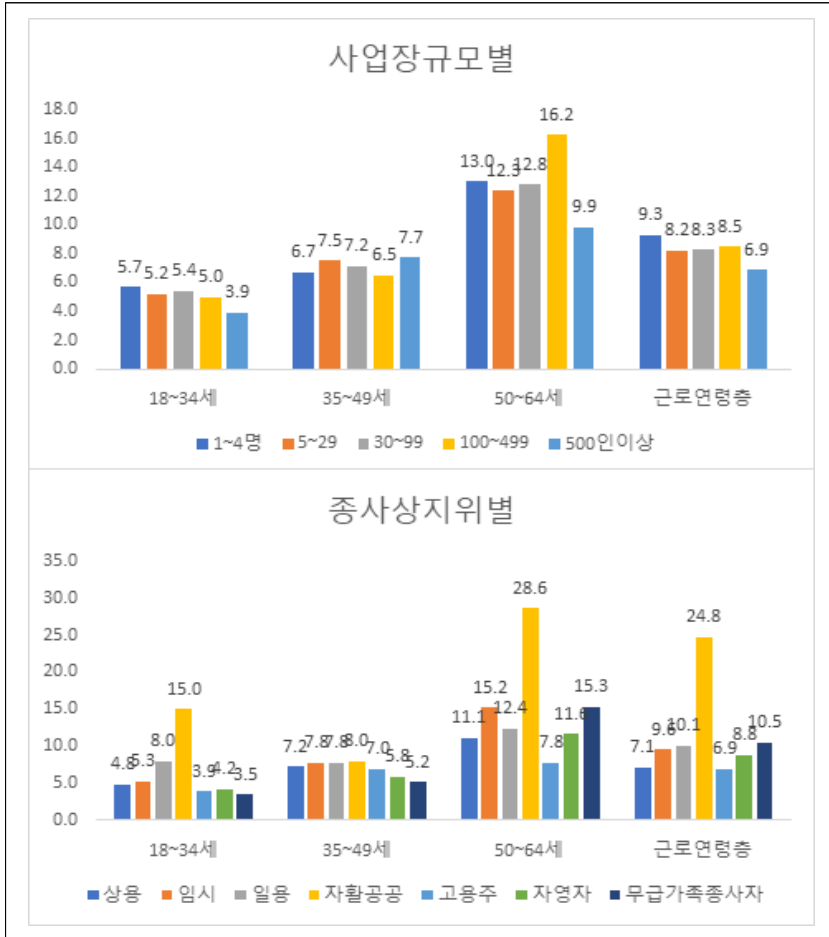
(단위: %)



자료: 13차 한국복지패널.

[그림 5-7] 사업체 규모별, 종사상지위별 외래 진료 횟수

(단위: 회)



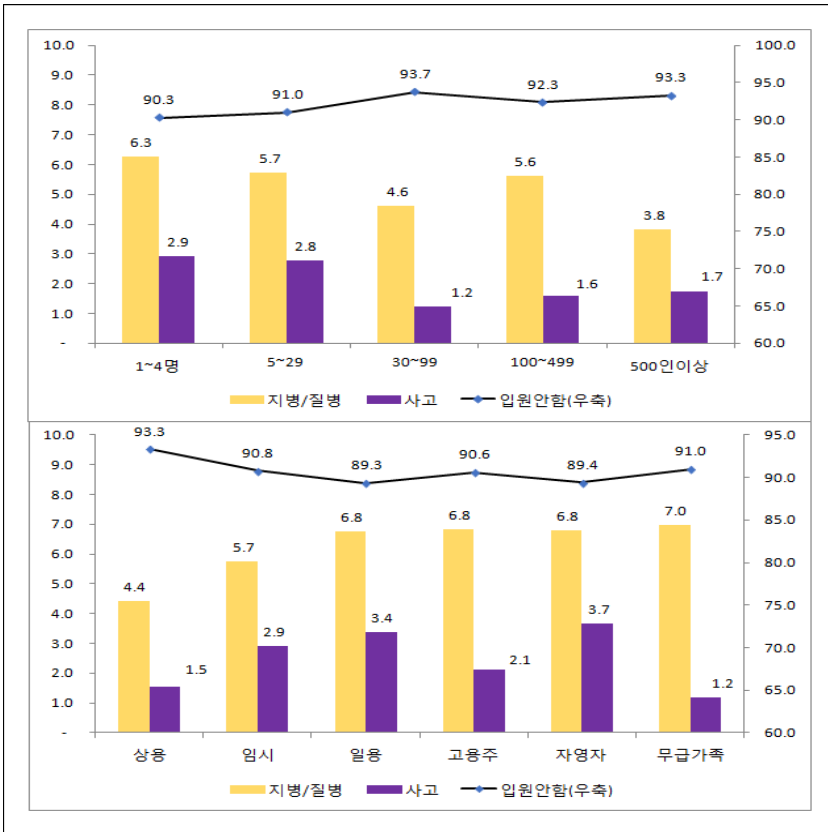
자료: 13차 한국복지패널.

사업체 규모별, 종사상지위별 입원 이유를 살펴보면 30인 미만 사업장 종사자와 임금 근로자 가운데 일용직, 그리고 비임금 근로자가 입원하지 않는 비율은 다소 낮은 반면, 지병이나 질병, 또는 사고로 인해 입원하는 비율은 높게 나타난다. 특히 이러한 차이는 임금 근로자의 종사상지위에

서 가장 뚜렷하게 드러나는데, 일용직이 지병이나 질병 또는 사고로 입원하는 비율은 각각 6.8%, 3.4%로 자영자와 매우 유사하게 높은 반면, 임시직 근로자는 각각 5.7%, 2.9%로 약간 낮고, 상용직 근로자는 각각 4.4%, 1.5%로 크게 감소한다. 이 분석 결과는 소규모 사업장 종사자와 임시·일용직 근로자, 영세 자영자가 사고나 질병으로 인한 건강 악화의 위험이 더 높고, 이로 인한 소득 상실의 위험도 더 클 수 있음을 말해 준다.

[그림 5-8] 사업체 규모별, 종사상지위별 입원 이유

(단위: %)



자료: 13차 한국복지패널.

〈표 5-5〉 근로 연령층 사회보험 가입률

(단위: %)

	건강보험 직장가입	건강보험 지역가입	고용보험	산재보험
사업체 규모별				
1~4인	44.2	54.0	29.9	30.3
5~29인	83.6	14.6	72.0	73.5
30~99인	94.1	5.2	85.6	86.7
100~499인	95.1	4.8	90.3	90.7
500인 이상	97.6	1.9	56.8	57.0
전체	76.9	21.8	67.3	68.2
종사상지위별				
상용	97.8	2.0	82.2	82.6
임시	75.7	22.8	52.9	53.9
일용	51.4	39.6	16.7	20.7
고용주	40.2	59.1	14.0	36.5
자영자	28.6	70.6	3.2	2.5
무급 가족	36.2	63.3	4.6	4.6
전체	76.9	21.8	56.1	57.6

자료: 13차 한국복지패널.

마지막으로 사회보험 가입률 분석 결과를 살펴보고, 노동패널 분석 결과와 비교하여 추가 함의를 찾고자 한다. 복지패널 자료에 대해 설명한 바와 같이 건강보험 가입 여부에서 노동패널과 달리 직장가입자와 지역가입자를 구분할 수 있다. 복지패널에서는 건강보험 가입에 대해 응답할 때 8가지 선택지 가운데 하나를 선택한다. 8가지 선택지는 1. 직장가입자 2. 직장가입자의 피부양자 3. 지역가입자 4. 지역가입자의 가구원 5. 의료급여 1종 6. 의료급여 2종 7. 국가유공자 무료 진료 8. 미가입이다. 1, 2를 직장가입자로 분류하고 3, 4를 지역가입자로 분류해 가입률을 구한 결과가 〈표 5-5〉이다.¹⁸⁾ 직장가입자와 지역가입자를 합해 건강보험 가

18) 〈표 5-4〉의 노동패널 분석 결과와 비교했을 때, 노동패널의 건강보험 가입률은 복지패널의 1. 직장가입자와 2. 직장가입자의 피부양자를 합해 추계한 직장 가입률에 해당하는 것을 알 수 있다.

입률을 살펴보면 우리가 이미 알고 있는 바와 같이 의료급여 수급자를 제외한 거의 대부분이 건강보험에 가입되어 있는 것을 확인할 수 있다. 반면 5인 이상 사업장 종사자 90% 이상이 직장가입자인 반면(5~29인은 84%), 5인 미만 사업장 종사자의 과반은 지역가입자이다. 그리고 종사상 지위별로 구분했을 때도 상용직 임금 근로자의 98%가 직장가입자인 반면, 임시직 근로자의 22.8%, 일용직 근로자의 39.6%가 지역가입자로 일자리 지위가 취약할수록 직장가입자가 아닌 지역가입자인 것을 알 수 있다. 고용보험과 산재보험 가입률도 사업체 규모에 따라 증가하고 500인 이상 사업장에서 가입률이 감소하는 것을 노동패널과 복지패널 분석 결과 모두에서 확인할 수 있으며, 5인 미만 사업장 종사자의 약 30%만이 고용보험과 산재보험에 가입되어 과반은 실업급여나 업무상 재해로 인한 보상을 받지 못하는 것을 알 수 있다.

고용보험과 산재보험은 임의 가입이나 비가입 대상으로 비임금 근로자에게 거의 적용되지 않으므로 논외로 한다. 건강보험 가입률은 임금 근로자와 마찬가지로 거의 대다수가 가입되어 있지만 고용주의 59%, 자영자의 70%가 지역가입자여서 사회보험 적용에 있어서도 자영자의 지위가 상대적으로 더 취약한 것을 확인할 수 있다.

사회보험 가입률로부터 임시·일용직 근로자, 영세 자영자와 같은 최우선 정책 대상 선별을 위한 접근 방식을 가늠할 수 있다. 고용·산재보험에 가입되어 있지 않은 임금 근로자 가운데 상당수인 임시·일용직은 건강보험 지역가입자로 포함되어 있을 가능성이 높다. 따라서 서울형 유급병가 지원 제도에서 취하는 국민건강보험 지역가입자로 대상을 선별하는 방식¹⁹⁾이 유효할 수 있다.

19) '국민건강보험 지역가입자 중 기준 중위소득 100% 이하의 근로소득자, 사업소득자' (서울특별시 홈페이지, http://news.seoul.go.kr/welfare/archives/508129?tr_code=short, 2019.10.22. 인출)

제3절 소결

이 장은 근로자의 건강권 보장, 아픈 근로자에게 보편적인 쉼 권리를 보장하려면 어느 근로자 집단이 최우선으로 정책 대상이 되어야 하는지를 분석했다.

노동패널 자료를 이용한 분석 결과, 사업체 규모가 작을수록, 임금 근로자의 종사상지위가 취약할수록 유급휴가나 병가를 제공받는 비율이 급격히 감소한다는 것을 알 수 있다. 그리고 병가 사용자의 실제 사용 일수를 비교해 보면, 사업체 규모별 유급휴가 사용 일수는 5인 미만 사업장 종사자가 평균 5.5일, 500인 이상 사업장 종사자가 10.3일로 4.8일의 격차가 났다. 병가 실제 사용 일수는 5인 미만 사업장 종사자가 평균 1.9일, 500인 이상 사업장 종사자가 9.3일로 7.4일의 격차를 보였다. 병가 사용자에 한정해서 비교하면 5인 미만 사업장 종사자가 10.6일, 500인 이상 사업장 종사자가 43.9일로 평균 33.3일의 더 큰 격차를 보였다(표 5-1, 그림 5-2). 이러한 큰 격차는 일자리 특성별로 근로자가 아플 때 휴식하는 기간(진료 횟수나 입원 일수)의 격차로 나타나고, 이는 다시 필요한 만큼의 치료를 받은 근로자와 충분하게 휴식하지 못한 근로자 간의 건강 격차 및 소득 격차의 확대로 이어질 개연성이 있음을 보여 준다.

노동패널 개인용 데이터와 직업력 데이터를 결합해 퇴직 연도별로 퇴직 사유를 살펴보고, 건강 문제로 퇴직한 근로자의 특성도 살펴보았다. 최근 5년간의 퇴직자 수와 퇴직 사유를 살펴보면 2017년을 제외하고 매년 280만~290만 명의 근로 연령대 이직자가 발생하며 이 가운데 9~12%가 건강 때문에 퇴직하는 것으로 나타났다(표 5-3). 전체 임금 근로자 분포에 비해 건강을 사유로 퇴직하는 경우 500인 이상 대기업 종사자일 확률은 9.5%포인트 감소하는 반면, 30인 미만 사업장 종사자일 확

률은 12%포인트가량 증가한다. 규모가 작은 사업장 근로자와 임시·일용직 근로자가 아플 때 쉴 수 있는 기회가 거의 없다는 점, 이로 인해 건강 문제로 비취업 상태로 전환될 위험성이 매우 크다는 점을 확인할 수 있다(그림 5-5). 그리고 노동패널에서 확인된 소규모 사업장 종사자와 일용직의 사회보험 가입률은 매우 낮아 아파서 퇴직하는 근로자가 업무상 사고나 질병으로 산재보험을 적용받거나 고용보험으로 실업급여라는 현금 급여를 받을 가능성 또한 매우 낮다(표 5-4).

복지패널을 이용한 분석에서 사업장 규모별, 연령대별로 건강하지 않은 사람의 비율을 살펴보면, 5인 미만 사업장 종사자의 6.1%는 본인이 건강하지 않다고 생각하는 반면, 사업체 규모가 클수록 이 비율은 점점 낮아져 500인 이상 대기업에서는 1.6%의 근로자만이 건강하지 않다고 응답했다. 종사상지위가 취약할수록 건강하지 않은 사람의 비율이 높았다.

사업장 규모별, 종사상지위별 건강 수준은 큰 격차를 보인 반면 외래 및 입원 이용 수준은 큰 격차를 보이지 않았다. 이는 2장과 3장에서 미충족 의료의 소득 수준에 따른 차이와 미충족 의료의 주관적 건강 수준과 관련성이 높다는 선행연구 결과를 고려했을 때 자활·공공·노인일자리를 제외하고 사업장 규모와 종사상지위에 따른 건강 수준의 큰 변이(종사상지위가 낮을수록 건강 수준이 낮아지는 방향성과 함께)와 달리 의료 이용에서는 변이가 크지 않은 것은 미충족 의료의 잠재성으로 보여 주는 것이라고 할 수 있다. 즉, 건강 수준이 낮고 종사상지위도 낮아 필요한 의료 이용을 포기한 결과일 수 있다.

분석 결과에 따르면 종사상지위 및 고용 형태, 사업체 규모별로 아파도 제대로 쉴 기회를 얻지 못하는 근로자 집단은 임시·일용 임금 근로자와 영세 자영업자, 5인 미만 사업장 근로자이다. 임시·일용직과 영세 자영업자를 주요한 정책 대상으로 설정했을 때 이들은 주로 지역가입자 형태로

건강보험에 가입되어 있을 가능성이 매우 높다(표 5-5). 그리고 5인 미만 사업장 근로자는 종사상지위와 관계없이 사회보험 접근성이 떨어지지만 지역가입자로 건강보험에 가입되어 있음을 알 수 있다. 따라서 아플 때 충분히 쉴 권리를 누리지 못해 정책 개입이 필요한 임시·일용직 근로자와 영세 자영업자, 5인 미만 소규모 사업장 근로자를 정책 대상으로 설정하고 이 대상에 접근할 수 있는 제도적 방법으로 국민건강보험제도를 활용하는 방안을 검토하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

제 6 장

OECD 회원국의 상병수당 운영 현황과 시사점

신기철

제1절 상병의 파급 효과와 상병수당의 관계

제2절 상병수당 도입 국가 현황

제3절 상병수당 설계 내용별 특성 비교

제4절 유급병가 활용 실태 및 재정 소요 금액

제5절 정책 시사점

6

OECD 회원국의 상병수당 << 운영 현황과 시사점

제1절 상병의 파급 효과와 상병수당의 관계

1. 상병의 파급 효과

상병이 발생하면 직접 손실인 의료비를 부담해야 한다. 게다가 가계를 책임지는 가장인 피보험자가 상병으로 장기요양을 하거나 장애가 발생하면 취업 활동을 하지 못하게 된다. 아래 그림에서와 같이 3개월 이내에 상병이 완치된다면 대부분 직장에 복귀할 수 있다. 그러나 4개월 이상 요양하면 완전하게 혹은 부분적으로 취업 불능 상태에 빠져들 수 있다. 국립암센터에서 2014년 조사한 ‘국가 암 환자 의료비 지원 사업 만족도 조사 결과’에 따르면 암 진단 이후 직장을 잃은 비율은 84.1%나 된다. 물론 상병이 발생한 후 단기간 내에 사망할 수도 있고, 영구 장애가 발생할 수도 있다.

[그림 6-1] 상병 발생으로 인한 직간접 손실

직접 손실	의 료 비	
간접 손실	3개월 이내 취업 불능	4~18개월 이내 취업 불능
		영구적 부분 혹은 완전 취업 불능
	피보험자 사망	

직접 손실인 의료비는 국민건강보험에서 보장한다. 간접 손실인 18개월 이내의 취업 불능에 대해서는 건강보험 또는 다른 사회보험으로 보장하거나 기업의 유급병가를 의무화하는 등의 사회 안전망을 두도록 하고 있다. 18개월 이내에 장애가 확정되거나 18개월까지 완치가 되지 않았을 때는 그 시점의 신체장애 정도를 기준으로 장애 등급을 판정하여 장애연금을 지급한다. 그리고 피보험자가 사망했을 때는 유족연금을 지급한다. 장애연금이나 유족연금은 대부분의 국가에서 사회보장연금(Old age, disability and survivors pension)에서 보장한다. 상병수당, 장애연금, 유족연금과 같은 공적 보장이 취약할 때는 민간 보험회사의 민영 의료보험이나 생명보험 등이 이를 보완한다.

2. 상병의 파급 효과로 인한 상실 소득보장제도

가. 소득보장의 필요성

상병이 발생했을 때 상병수당 혹은 유급병가제도가 없다면 경제적 어려움 때문에 근로자는 무리한 출근(Presenteeism)과 소득 상실 중 하나를 선택할 수밖에 없다. 무리한 출근을 했을 때 근로자 본인은 물론 직장 동료, 회사의 생산성, 일반 공중보건에까지 나쁜 영향을 미친다. 참고로 미국의 자료를 분석한 결과에 따르면 상병휴가를 사용하려고 했던 근로자 중 46%가 금전적인 이유(무급병가로 소득 중단)로 활용하지 못했다고 한다(World Policy Analysis Center[WPAC], 2018). 유급병가제도를 운영하는 기업은 그렇지 않은 회사보다 이직률이 낮고, 신규 채용 및 훈련 비용이 줄며, 불필요하게 잦은 결근(unnecessary absenteeism)이 적고, 생산성이 높다는 실증 분석 결과가 있으며 유급병가를 활용할 수

있는 근로자의 산업재해 발생률은 활용할 수 없는 근로자보다 28% 낮다고 한다(Vicky, 2005). 참고로 OECD가 2015년에 조사한 근로자 10만 명당 산업재해 사망률은 영국 0.8명, 덴마크 1명, 독일 1명인 데 반해, 유급병가제도를 법으로 강제하지 않는 한국은 5.2명, 미국은 4.8명이다.²⁰⁾

더욱이 근로자들이 유행성 독감, 바이러스성 장염, 폐결핵 등 전염성 질환이 발병한 상태에서 무리하게 출근하면 직장 동료는 물론 직장 동료의 가족 등을 통해 공중보건에 큰 영향을 미치게 된다. 2009년 신종인플루엔자(H1N1)가 번졌을 때 유급병가제도가 없는 미국 근로자 상당수가 아픈 상태로 출근할 수밖에 없었고, 다른 근로자들에게 병을 확산시키는 결과를 초래하여 약 700만 명이 감염된 것으로 추산된다. 유급병가가 활성화되어 있는 독일은 해당 연도에 가장 적은 유급병가 일수를 기록했다고 한다(Schiel-Adlung & Sandner, 2010). 우리나라에서 최근 보도(경향신문, 2019. 6. 14. 은평 구립 어린이집에서 유아 3명 결핵균 감염 의혹... 구청은 쉬쉬²¹⁾된 어린이집 원생들의 폐결핵 집단 감염은 유급병가를 활용할 수 없는 어린이집 교사의 무리한 출근으로 인해 확산된 대표적 사례라고 할 수 있다.

한국, 미국, 일본은 노사가 단체협약으로 정한 임의 제도인 유급병가가 있다. 임의 제도이다 보니 독감이나 장염 등 단기에 완치가 가능한 상병이 발생하면 직장 동료나 상사의 눈치를 보고 무리한 출근을 해서 결과적으로 감염을 확산시킬 수 있다. 따라서 기업의 생산성 향상은 물론 감염성 질환의 확산을 막기 위해서라도 유급병가를 법으로 강제할 필요가 있다.

20) <https://www.ilo.org/ilostat> "SDG Indicator 8.8.1 - Fatal occupational injuries per 100'000 workers(%)", 2019. 8. 10. 인출에서 2015년 혹은 2016년 전체 통계 사용.

21) https://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201906141151001, 2019. 8. 1. 인출.

나. 상병수당 등 관련 제도

상병이 발생했을 때 근로자에게 필요한 것은 요양이 끝날 때까지 상실된 소득과 고용을 보장받는 것이다. 근로자 본인의 상병 치료를 위한 병가와 소득보장제도가 법으로 강제되는지 여부와 급여 지급 여부에 따라 다섯 가지로 구분된다.

우선 연구 대상인 상병수당(cash sickness benefits)은 사회 안전망 관련 법에서 근로자가 업무 외적인 상병으로 요양하게 되었을 때 급여의 일정 비율을 보장하는 제도로 복직에 대한 법적인 보장은 없다. 하지만 사회 안전망에서 급여의 일정 비율을 지급하므로 사용자는 굳이 근로자를 해고할 필요가 없다.

유급병가(paid sick leave)는 노동 관련 법에서 강제하지는 않지만 기업 복지 차원에서 단체협약에 따라 회사가 제공하며 급여와 고용이 보장된다. 법정 유급병가(mandatory paid sick leave)는 법에 따라 급여와 고용이 보장되므로 상병수당보다 충실한 보호 장치라고 말할 수 있다.

무급병가는 기업 복지 차원에서 일정 기간 이내에 직무 복귀 시 고용을 보장하되 급여는 지급하지 않는 형태를 말한다. 법정 무급병가는 관련 법에서 요양 기간 중 일정 기간 내에 복귀하면 고용을 보장하되 급여는 지급하지 않는 형태로 미국에서는 가정 및 의료 휴가법(FMLA: Family and Medical Leave Act)에 따라서 근로자에게 입원이 필요한 상병이 발생하면 1년까지 무급병가를 활용할 수 있도록 하고 있다. 무급병가가 허용되어도 병가 기간 중에 소득이 없기 때문에 근로자가 활용하기는 어렵다. 그러나 무급병가가 법에 정해져 있으므로 유급병가를 단체협약의 주요 안건으로 상정할 수 있는 계기가 되어 유급병가가 확산될 수 있었다.

이 외에도 근속 연수에 따라 법에서 의무적으로 부여하는 법정 연차휴가(paid annual leave)가 있다. 법정 유급병가가 없으며 근로자 간 사내

경쟁이 치열한 우리나라나 일본에서는 기업주가 제공하는 유급병가제도가 있더라도 짧은 기간의 상병에 대해서는 법정 연차휴가를 활용하는 사례가 많다.

제2절 상병수당 도입 국가 현황

1. 상병수당 도입 국가 현황

상병수당이 최초로 도입된 것은 1883년 오토 폰 비스마르크가 도입한 건강보험법(Sickness Insurance Law)이다. 여기에서 급여의 하나로 상병수당(sick leave benefits)을 도입하였는데 이는 13주의 유급병가를 급여에 포함한 형태이다. 도입 당시에는 상병수당 지출 비용이 총의료비의 반을 초과하였다고 한다. 그 후에도 1970년대까지 상병수당의 지급금이 상당히 큰 비중을 차지했다. 그 이유는 의료기관에 대한 접근성이 제한되어 있어서 의료비 비중이 상대적으로 적었기 때문이라고 한다(Busse & Riesberg, 2004).

ISSA(International Social Security Association)가 미국 사회보장부(Social Security Administration)의 후원으로 2년마다 조사하는 Social Security Programs throughout the World 2018(아프리카와 아메리카는 2017)²²⁾에 따르면 조사 대상 182개국 중 171개국이 기업의 유급병가를 법정화하거나 사회보험 또는 공공부조의 형태로 상병수당제

22) 동 자료는 2019. 7. 20. 인출한 <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/>에 수록되어 있으며, 2002년 이후 2년마다 조사하고 있는 자료임. 4개 대륙(유럽, 아시아 태평양, 아메리카, 아프리카)별로 구분하여 2018년 기준 182개 국가를 국가별 pdf 파일로 작성하여 수록하고 있음. 해당 자료를 인용할 때는 인터넷 홈페이지를 별도로 명기하지 않고 조사 연도만을 ()에 기재하여 ISSA(0000)로 표기함.

도를 도입했다. 2010년 국제노동기구(ILO)가 조사한 자료에 따르면 세계 145개국에서 상병수당제도를 도입했다(Xenia-Adlung & Sandner, 2010). 그 후 ILO는 국제총회를 통해 ‘필수 건강 보호와 기본 소득을 보장할 수 있는 수단으로서 상병수당의 중요성’을 지속적으로 강조하고 있다. 아울러 2015년 9월 유엔총회에서도 ‘2030 지속가능개발목표(SDGs)’를 채택하여 노동시장의 불평등 해소 필요성을 강조하였다. ILO의 세계 사회적 보고서 2017~2019에는 ‘상병수당은 경제활동인구에게 소득을 보장하는 수단이 되며 나아가 국가의 보편적 건강보장에 기여한다’라는 점을 강조하였다(정혜주, 손민성, 안중순, 2019). 이런 국제기구의 일련의 노력에 의해서 2010년 대비 2019년에 추가로 30여 개국에서 상병수당제도를 범정화한 것으로 보인다.

아래 표와 같이 상병수당을 법으로 도입하지 않은 나라는 유럽 45개국 중에는 없다. 아시아와 태평양 연안 국가에서는 5개국이고, 아프리카는 5개국인데 모리타니, 세네갈, 시에라리온 등 3개국은 단체협약으로 정한다고 답변했다. 한편 ISSA의 2018년 자료에는 레바논, 잠비아도 도입하지 않았다고 답변했으나 최근 도입한 것으로 확인된다.

〈표 6-1〉 상병수당을 법으로 강제하지 않는 나라

지역	조사 대상 국가 수	상병수당을 법으로 강제하지 않는 나라	
		국가 수	해당 국가
유럽	45	없음	
아시아·태평양	51	5	키리바시, 한국, 마셜제도, 미크로네시아, 팔라우
아프리카	49	2(3)	<ul style="list-style-type: none"> • 명시적으로 도입하지 않은 나라(2개국): 부르키나파소, 가나 • 단체협약으로 정하는 나라(3개국): 모리타니, 세네갈, 시에라리온
아메리카	37	1	미국(11개 주, 23개 대도시는 도입)
세계	182	8(3)	

자료: ISSA(2018)에 수록된 182개국의 자료를 국가별로 검색하여 작성.

이처럼 세계 각국에서 도입한 것은 가장이 상병 혹은 장애가 확정되어 취업 활동에 종사하지 못하면 가계에 치명적인 위협으로 작용하기 때문에 이를 보호하기 위한 것이다. 우리나라가 건강보험과 관련하여 노하우를 전수하고 있는 라오스나 캄보디아를 포함하여 동남아시아 8개국도 사회보험 또는 법정 유급병가의 형태로 도입했다.

〈표 6-2〉 동남아시아 8개국의 상병수당제도 개요

국가	도입 시기	재원 마련 방식	지급 기간	지급 금액
캄보디아	2016	사회보험	180일	평균 일당의 70%.
인도네시아	1992	법정 유급병가	제한 없음	최초 4개월은 통상 임금 100%, 이후 기간별 삭감.
라오스	2013	사회보험	12개월	최초 6개월은 평균 급여의 70%, 7~12개월은 평균 급여의 60%, 12개월 초과 시에는 장애연금으로 전환.
말레이시아	1955	법정 유급병가	60일	급여의 100%.
미얀마	1954	사회보험	26주	4개월 평균 급여의 60%.
필리핀	1954	사회보험	240일	평균 일당의 90%.
태 국	1990	사회보험	동일 상병 80일 1년간 180일 만성질환 365일	최근 15개월간 최고 급여 3개월 평균의 50%.
베트남	2008	사회보험	60일	최근 1개월간 급여의 75%

자료: ISSA(2018)에 수록된 해당 국가의 내용을 발췌 요약하여 작성함.

2. 재원 마련 방식에 따른 OECD 회원국의 상병수당 도입 현황²³⁾

상병수당은 건강 상실로 인한 간접 손실인 소득 상실을 보장하는 것으로 의료보장제도의 한 축이다. 국가별로 보면 정부가 사회보험으로 직접 보장하거나, 기업체에 유급병가를 의무화하거나 기업의 자율로 맡기기도 한다. 정부가 운영할 때는 사회보험 혹은 공공부조의 형태로 보장한다. OECD 36개 회원국 중 의료보장을 사회보험으로 운영하는 나라는 23개국이고, 국가보건의료서비스로 제공하는 나라는 13개국이다.

사회보험으로 운영하는 23개국 중 오스트리아, 독일, 일본 등 11개국은 상병수당도 건강보험에서 통합하여 운영한다. 프랑스, 스페인 등 4개국은 사회보장연금(Old Age, Disability, and Survivors)제도에서 통합하여 운영한다. 네덜란드는 고용보험에서, 에스토니아, 그리스, 헝가리는 산업재해보상보험에서 통합 운영한다. 이스라엘, 스위스는 기업의 법정 복지제도로 운영하는데, 특히 스위스는 지급의 안정성을 위해 단체협약에서 민간 소득보상보험(Collective Cash Sickness Insurance) 가입을 요구하기도 한다. 한국과 미국은 유급병가가 단체협약에 의한 자발적인 제도로 운영된다. 다만 미국은 Family & Medical Leave Act에 따라 1년간의 무급병가를 법제화했으며, 2012년 코네티컷주를 필두로 주별, 지방자치단체별로 유급병가를 법제화하기 시작했다. 2019년 6월 현재 뉴욕, 캘리포니아 등 11개 주(인구 기준 32%)와 샌프란시스코, 워싱턴 등 23개 대도시에서 유급병가를 법제화하였으며 전국적으로 확산 추세에 있다.

23) ISSA(2018)의 내용을 바탕으로 필자가 정한 기준으로 정리했으며, 제도 개혁이 수시로 있기 때문에 2019년 현재 변동된 내용이 있을 수 있음.

의료보장을 국가보건의료서비스(National Health Service)로 제공하는 13개국도 상병수당은 사회보험이나 기업의 유급병가제도로 보장한다. 사회보험으로 상병수당을 제공하는 나라는 7개국이다. 아일랜드, 노르웨이, 포르투갈은 사회보장연금보험에서 상병수당을 통합하여 운영한다. 슬로바키아, 스웨덴, 터키는 상병수당과 출산수당만을 보장하는 사회보험제도가, 이탈리아는 상병수당만을 보장하는 사회보험이 있다. 법정 유급병가로 운영하는 나라는 영국, 호주, 덴마크, 아이슬란드, 뉴질랜드 등 5개국이다. 이 중 영국과 호주는 법정 유급병가가 원칙이며 이의 적용을 받지 못하는 근로자나 특수형태고용 근로자는 사회보험 또는 사회부조로 보장한다. 물론 사회부조로 보장할 때는 자산 소득 조사를 시행한다. 덴마크는 고용주가 1개월간 유급병가를 제공하도록 의무화했으며, 1개월 이후는 지방정부에서 일반 재정을 바탕으로 하는 조세 방식으로 지급한다. 단, 기업체 소속 근로자가 아니거나 단체협약의 적용을 받지 않을 때는 지방정부가 지급한다. 아이슬란드, 뉴질랜드는 단체협약에 따른 임의 유급병가와 사회부조를 병행한다. 하지만 이들 나라는 산업별 노동조합 연맹(Guild)에서 정한 단체협약이 노조원 전체에 적용되는 Pattern Agreement²⁴⁾를 적용하는 국가로 실제로는 법정 기업 복지와 유사한 효력이 있으며, 이의 적용에서 제외되는 비노조원만 사회부조로 보호한다.

24) 북유럽 국가의 독특한 문화로 산업별 연맹(길드)에서 임금과 근로조건 등을 정하며, 이는 그 산업에 속해 있는 회사들에 자동으로 적용됨.

〈표 6-3〉 OECD 회원국의 상병수당제도 재원 조달 방식별 분류

의료보장 재원 마련	상병수당 재원 마련 방식		해당 국가
	책임 주체	재원 마련	
사회 보험 (23개국)	정부 (19개국)	건강보험	〈11개국〉 오스트리아, 벨기에, 칠레, 체코, 핀란드, 독일, 일본, 룩셈부르크, 멕시코, 폴란드, 슬로베니아
		사회보장연금	〈4개국〉 프랑스, 라트비아, 리투아니아, 스페인
		산재보험	〈3개국〉 에스토니아, 그리스, 헝가리
		고용보험	〈1개국〉 네덜란드
	기업 (4개국)	법정 유급병가	〈2개국〉 이스라엘, 스위스
		임의 유급병가	〈2개국〉 한국, 미국
국가 보건 의료 서비스 (13국)	정부 (8개국)	사회보장연금	〈3개국〉 아일랜드, 노르웨이, 포르투갈
		상병수당·출산수당보험	〈3개국〉 슬로바키아, 스웨덴, 터키
		상병수당보험	〈1개국〉 이탈리아
		고용보험	〈1개국〉 캐나다
	기업 (5개국)	법정 유급병가+상병보험+사회부조	〈1개국〉 영국
		법정 유급병가+사회부조	〈1개국〉 호주
		법정 유급병가+조세 방식	〈1개국〉 덴마크
		임의 유급병가+사회부조	〈2개국〉 아이슬란드, 뉴질랜드

자료: ISSA(2018) 중 OECD 36개 국가의 수록 내용을 참고하여 작성함.

제3절 상병수당 설계 내용별 특성 비교²⁵⁾

앞 절에서 보았듯이 상병수당제도를 운영하는 방식은 기업에 유급병가를 의무화하는 방식, 사회보험으로 운영하는 방식, 사회부조로 운영하는 방식 등 다양하다. 그러나 현재 OECD 회원국은 모두 기본적으로 일정 기간의 유급병가를 기업에 의무화하고 있다. 유급병가를 의무화하지는 않더라도 기업에서 유급병가로 급여를 받으면 사회보험제도의 상병수당에서 차감하는 방식 등 재정의 지속가능성 제고를 위해 다양한 조치들을 취한다.

정부와 기업의 책임 분담, 보장 기간, 지급 금액, 병가 기간 중의 직장 보호 등 상병수당제도의 설계와 관련한 내용들을 살펴본다.

1. 기업과의 책임 분담

유럽연합 국가들은 1990년대부터 2000년대 초반까지 건강보험과 상병수당 등 복지제도 재정의 지속가능성을 높이기 위해 다양한 조치를 취했다. 상병수당은 상병이 발생한 초기에 고용주가 급여를 지급하도록 제도를 개편하였다. 이 결과 근로자의 도덕적 해이를 방지하고, 사회 안전망(social protection system)에 의한 상병수당 지출액을 감소시켜 복지 재정의 지속가능성을 높였다. 특히 발병 초기에 고용주가 법정 유급병가를 통해 보장하도록 한 결과 상병수당과 장애연금의 수급자가 대폭 줄어들었다. 한편 법정 유급병가 기간 중에는 대부분의 기업이 기본급의 100%를 보장하여 병가 기간 중의 빈곤을 퇴치하는 데 큰 역할을 하였다 (Spavosa, Bouget & Vanhercke, 2016).

25) 이 절에서 별도의 주가 없으면 ISSA의 전계서 해당 국가의 조사자료를 요약한 것임.

유럽연합 국가이면서 OECD 회원국인 오스트리아(16주), 독일(6주), 룩셈부르크(77일) 등 16개국 중 에스토니아(4~8일)를 제외하고는 모두 2~16주 정도를 고용주가 부담한다. 법에서 정한 금액은 평균 급여에 비해 낮지만 대부분의 국가가 단체협약에 따라 급여와의 차액을 추가로 지급한다. <표 6-4>에서 30일, 20일 등으로 명시한 것은 근로 일수(working days)를 기준으로 한 것이다. 30일은 주 5일 근무를 한다면 6주에 해당하고, 20일은 4주이다. 네덜란드는 고용주 부담 기간이 없는 것으로 표시되어 있다. 상병수당이 포함된 고용보험의 보험료 중 근로자 급여의 2.85%에 해당하는 부분도 고용주가 전부 부담하며, 민간 보험에 가입하는 형태로 운영하기 때문에 별도로 없는 것으로 보인다. 민간 보험으로 위탁하지만 보험료가 전 기업 모두 2.85%이므로 위험의 분산에 따른 소득 재분배 기능이 있는 사회보험으로 보는 것이 타당하다.

기업과의 비용 분담을 살펴보기 위해 Social Security Programs throughout the World 2002년판을 보면 핀란드, 룩셈부르크, 노르웨이, 폴란드는 고용주의 부담 기간이 없다. 즉, 상병이 발생하면 즉시 사회보험제도에서 보장하는 것으로 되어 있던 것을 그 후 재정의 지속가능성을 높이기 위한 조치로 고용주 부담 기간을 설정한 것이다.

<표 6-4> OECD 주요 회원국의 고용주 부담 기간 및 방법 예시

국가	고용주 부담 기간 및 지급액	사회 안전망 지급 기간 및 지급액
오스트리아	12주간 급여 전액+4주(급여의 50%+α)	급여의 최대 75%를 52주까지 지급
벨기에	30일+단체협약에 따라 추가	일당의 60%를 7개월까지 지급
체코	20일간 일당의 60%	일당의 60%를 380일까지 지급
덴마크	4주간 급여 전액+단체협약에 따라 추가	18개월 이내 52주까지 단체협약 미적용자에게만 지급
에스토니아	4~8일까지 일당의 80%	기준 임금의 70%를 182일까지 지급

국가	고용주 부담 기간 및 지급액	사회 안전망 지급 기간 및 지급액
핀란드	9일까지 급여 전액	소득 수준에 따라 최고 일당의 70%를 300일까지 지급
프랑스	30일간 임금의 40%, 그 후 30일간 16%	일당의 66.7%까지 최고 360일간 지급
독 일	6주간 급여 전액	78주까지 총소득의 70%를 (순소득의 90%) 지급
아이슬란드	단체협약에 따라 1개월 이상 고용주가 부담	52주까지 자산 소득 조사에 따라 최소 1746크로나 지급
룩셈부르크	77일간 일당 평균 소득 전액	52주까지 급여 전액 지급
네덜란드	없음	소득의 70~100%를 104주까지 지급
노르웨이	16일간 급여 전액	신고 소득의 100%를 52주까지 지급
폴란드	33일간 급여 전액	최근 12개월간 급여 평균의 80%를 182일까지 지급
스페인	15일간 급여 전액	최근 일당의 75%를 12개월까지 지급 (6개월 연장 가능)
스웨덴	15일간 급여 전액	상실소득의 80%를 364일까지 지급 (550일까지 연장 가능)
영 국	28주간 주당 92.05파운드 지급 단체협약에 따라 추가 지급	법정 유급병가를 적용받지 못하는 근로자 나 특수형태고용 근로자는 사회보험에서 주당 73.10파운드를 28주까지 지급

자료: ISSA(2018)를 참고하여 작성.

2. 상병수당의 보장 기간

완치에 소요되는 기간은 상병별로 다른데 의학적 연구에 따르면 6개월 정도의 유급병가 기간은 심각한 질병으로부터 회복하기 위해 중요한 기간이다(WPAC, 2018). ILO 권고 기준에도 26주 이내로 할 수 있도록 한다.

OECD 36개 회원국 중 29개국에서 명시적으로 6개월 이상 상병수당 혹은 법정 유급병가를 부여하도록 규정하고 있다. 지급 기간을 6개월 이내로 한 나라는 이스라엘과 캐나다이다. 이스라엘은 단체협약에 따라 유

급병가를 의무화하여 90일 이상 지급하도록 하고 있으며, 평균적인 유급 병가 허용 기간 등에 대한 자세한 자료는 없다. 캐나다는 상병수당을 고용보험에서 통합하여 운영하는데 15주로 정하고 있다. 다만 15주가 경과 하여도 업무에 복귀하지 못할 때는 상병수당 지급 기간을 포함하여 44주 까지 고용보험에서 지급하며, 직업재활훈련을 받거나 구직 활동을 하도록 한다. 호주, 터키, 칠레는 지급 기간의 최고 한도에 대한 규정이 별도로 있지 않다.

영국은 고용주가 28주 한도로 법정 유급병가를 제공하도록 의무화하며 주당 99.05파운드를 지급한다. 대부분의 기업은 단체협약에 따라 급여의 일정 비율을 보장하며, 법정 유급병가 지급액과의 차액을 고용주가 지급한다. 벨기에는 7개월 지급한다. 이탈리아, 폴란드, 에스토니아, 라트비아, 리투아니아 등 5개국은 26주 혹은 360일까지이다. 오스트리아, 덴마크, 프랑스, 일본 등 22개국은 52주 또는 360일 이상이다. 그리스는 보험료 납입 기간에 따라 182~720일이 한도이다. 일본은 18개월, 네덜란드는 104주, 스위스는 720일이 한도이다. 포르투갈은 1095일이 한도인데 폐결핵에 대해서는 한도가 없다.

이탈리아에서도 일반적인 상병수당은 6개월간 지급하는데 폐결핵은 최대 2년까지 지급한다. 참고로 홍콩은 교사에게 일반적인 유급병가는 168일까지 보장하되 폐결핵은 12개월까지 인정하고 추가 요양이 필요하면 무급병가를 허용한다.²⁶⁾

26) https://www.edb.org.hk/EDNEWHP/resource/edu_doc/coa/sec_coa/App11.htm
Grant of Sick Leave, Special Tuberculosis Leave, 2019. 8. 10. 인출.

3. 상병수당의 지급 금액

근로자의 소득 상실에 대한 보장률은 통상 손실이 발생하기 직전 일정 기간의 평균 소득 대비 지급 금액의 비율인 소득대체율로 표시한다. 일반적으로 산업재해는 고용주에게 배상 책임이 있기 때문에 산재가 발생 후 일정 기간은 고용주가 급여의 100%를 지급하는 것이 원칙이다. 노후 연금에서는 퇴직 이후에는 출퇴근 및 직장 생활 영위를 위한 필요 비용이 소요되지 않기 때문에 평균 소득자 기준으로 퇴직 전 평균 급여의 60~70%가 적정한 소득대체율이라고 세계은행, ILO 등이 제시하고 있다.

상병수당에 대한 적정 소득대체율은 실증적인 연구가 이루어진 적이 없다. 다만 미국의 연구에 따르면 OECD 자료를 기준으로 분석했을 때 80%의 소득대체율이 가정을 빈곤으로부터 지키는 데 필요한 수준이라고 제시했다(WPAC, 2018). ILO의 최저 기준에도 정기적으로 지급하고, 26주 이내로 하며, 3일 이내의 대기 기간을 둘 수 있다고 했으나 소득대체율은 별도로 제시하지 않았다.

상병수당은 업무 외적으로 발생한 상병에 대해 보장하는 제도이지만 질병의 경우에는 업무와의 연관성을 완전히 부정할 수도 없다. 예를 들면 업무상 스트레스로 인한 태움(Burn out)은 근로자의 스트레스 감응 정도에 따라 다르므로 명확히 규명하기 어렵다. 아울러 폐암, 간암 등 일부 질병은 과도한 업무 스트레스나 열악한 사무실 환경이 원인일 수도 있으므로 고용주 배상 책임(employer's liability)의 성격을 완전히 배제할 수도 없다.

이런 복합적인 성격 때문에 상병수당을 제공하는 사회 안전망의 책임 주체 및 부담 형식, 그리고 기업 복지를 규정하는 회사 자체의 단체협약 등에 따라 국가별로 다양한 소득대체율을 적용하고 있다. 아울러 상병수

당을 사회보험으로 제공하는 나라에서는 일정 기간 고용주가 부담하는 법정 유급병가를 적용하도록 하고 있으며 이 기간의 소득대체율은 대부분 급여 전액을 보장에 해당한다. 오스트리아는 12주, 덴마크는 4주, 독일은 6주, 룩셈부르크는 77일, 노르웨이는 16일, 폴란드는 33일, 스페인 및 스웨덴은 15일(3주)간 고용주가 유급병가 기간의 급여 전액을 지급한다. 벨기에, 핀란드, 프랑스, 네덜란드 등도 단체협약에 따라 급여 전액을 지급하는 것이 관행이다. 네덜란드는 단체협약에 따라 상병이 발생한 이후 1년간은 급여의 100%를 고용주가 지급한다. 물론 고용보험에서 지급하는 70%를 초과하는 부분을 고용주가 추가로 부담하는 것이다.

고용주의 부담 기간이 종료되고 나서 사회 안전망에서 지급하는 상병수당의 소득대체율은 고용주 부담 기간보다는 낮다. 급여 또는 일당 전액을 지급하는 나라는 룩셈부르크, 노르웨이 2개국이다. 다만 고용주 부담 기간이 종료된 이후에도 단체협약에 따라 급여의 100%를 지급하는 네덜란드 등의 사례가 있으나 일반화할 수는 없다.

19개 회원국에서 급여 지급률이 80% 이상이지만 사회보험을 적용하는 나라는 대부분 낮다. 대표적으로 독일, 에스토니아는 70%, 일본,²⁷⁾ 프랑스, 터키는 66.7%이다. 벨기에, 체코, 헝가리는 60%, 캐나다, 슬로바키아는 55%이다. 80%를 적용하는 나라는 스웨덴, 라트비아, 리투아니아, 폴란드, 슬로베니아 등 5개국이다.

27) 조합주의에 기반을 둔 일본의 건강보험은 크게 조합 관장 건강보험, 전국건강보험협회 관장 건강보험, 지역 건강보험, 후기 고령자 의료로 구분되는데, 조합 관장 건강보험이 1000여 개의 대기업 건강보험조합을 관장하고 전국건강보험협회(Health Insurance Society)가 47개 지부별로 중소기업체 조합을 관장하고 있음. 협회 관장 건강보험은 중소기업 근로자를 대상으로 하고 있어 상병수당 지급에 부담이 있으므로 중앙 재원으로 9%를 보충함. 상병수당금은 조합원(임의 계속 조합원 예외)의 공무 외 상병에 따른 휴업급여로서 직장 조합에서만 의무이고 지역건강보험에서는 임의 규정으로 시정촌 단위에서 상병수당금을 지급한 사례는 없음(국민건강보험, 2014, pp. 38, 57-60, 88), 전국건강보험협회에 의해 9%를 추가 지급하여 75%라고 함.

4. 병가 기간 중의 직장 보호

대부분의 회원국에서 특정한 조건에 따라 병가 기간 중에 고용을 보장 받지만 상병이 장기간 지속되면 근로자는 해고될 수 있다. 예를 들어 폴란드나 라트비아에서는 일정 기간을 초과하면 해고할 수 있다. 독일에서는 부정적인 예후(negative prognosis)로 진단되며 사업의 이익에 심각한 위해를 줄 때, 빈발하는 단기간의 상병, 상병으로 인한 효율성의 손실 등을 초래하는 알코올의존증으로 인한 상병 요양자 등은 해고가 가능하다.

유급병가 기간도 정상적인 업무 일수로 간주하여 연차휴가를 계산하는데 포함하여야 하며, 유급병가와 연차휴가는 엄격히 분리하여 운영한다. 특히 이스라엘에서는 병가 기간 중의 급여를 임금의 일부로 간주하므로 퇴직금(severance payment)을 계산하거나 연금보험료를 계산할 때 포함하여야 하며 요양 중인 근로자는 해고할 수 없다.²⁸⁾ 특이하게 잠비아는 2018년 법으로 유급병가를 강제했는데 상병으로 근무가 어려울 때 법정 연차휴가를 포함하여 1개월 이내로 제한했다.

유급병가가 법으로 강제되지 않은 우리나라와 일본은 경쟁적인 직장 분위기 때문에 10일 내외의 치료 기간은 본인의 법정 연차휴가로 사용하는 경향이 높다. 특히 일본은 상병수당을 건강보험에서 제공하기 때문에 해고의 불안은 없지만 단순한 상병으로 단기 요양이 필요할 때도 유급병가를 잘 활용하지 않는 것으로 알려졌다.

5. 대기 기간

대기 기간(waiting period)은 보장하는 사고가 발생한 이후 보험금이

28) Sick Pay in Israel https://www.kolzhut.org.il/en/Sick_Pay, 2019. 7. 25. 인출.

지급되는 시점까지의 기간이다. 예를 들어 대기 기간 3일은 사고가 발생한 후 4일째부터 보험금을 지급하는 것이다. 이는 도덕적 해이를 방지하기 위한 것이다. 상병수당도 과거 도덕적 해이가 많았던 부분으로 앞의 <표 6-4>에서 본 것처럼 상병 발생 이후 일정 기간 기업이 유급병가로 부담하는 경우에 별도의 대기 기간은 설정하지 않는다. 즉, 오스트리아, 덴마크, 독일, 룩셈부르크, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴 등은 별도의 대기 기간을 적용하지 않는다. 룩셈부르크는 과거 고용주 부담 기간이 없었던 때는 대기 기간 없이 상병 발생 첫날부터 급여의 100%를 지급했다.

법정 유급병가가 없이 사회보험에서 전액을 부담하는 나라에서는 대기 기간을 적용한다. 터키는 2일, 그리스, 이탈리아, 일본, 멕시코, 포르투갈, 영국은 3일, 호주 7일, 뉴질랜드, 캐나다는 2주 등이다. 영국, 호주, 뉴질랜드의 대기 기간은 기업에서 유급병가를 받지 못하는 근로자에게 사회부조에서 상병수당을 지급할 때의 대기 기간이다. 이 외에 특수형태 고용 근로자는 별도의 대기 기간을 적용하기도 하는데 덴마크 2주, 포르투갈 30일 등이다.

해외의 사례와 비교해 봤을 때 2019년부터 서울시가 특수형태고용 근로자를 대상으로 시행한 서울형 유급병가제도는 상병수당보다는 단기 생활비 지원에 가깝다.

6. 특수형태고용 근로자 및 시간제 근로자 등의 보장 대상 포함 여부²⁹⁾

상병수당의 적용 방법은 임금 근로자, 시간제 근로자 및 특수형태고용 근로자(self-employed persons) 등 종사상지위에 따라 다르다. 이 연구에서는 임금 근로자를 기준으로 서술하였다. 고용주와 독립적으로 영업

29) Spasova, Bouget & Vanhercke 전게서의 관련 내용을 정리함.

실적에 따라 수당을 받는 보험 대리점, 자동차 영업사원 등과 캐디 같은 서비스업 종사자, 가게 점원, 농부 등을 광범위하게 일컫는 말로 별도로 포괄할 용어가 없으므로 이 연구에서는 특수형태고용 근로자라고 칭한다.

시간제 근로자는 임금 근로자와 동일하게 적용한다. 다만 상병수당 금액을 계산할 때 주당 근무 시간에 비례하여 지급 금액을 결정한다.

특수형태고용 근로자에 대한 상병수당 적용 기준은 나라별로 다르다. 덴마크는 근로자 본인이 자발적으로 상병보험에 가입할 수 있도록 허용한다. 오스트리아, 벨기에, 프랑스, 독일, 이스라엘, 일본, 네덜란드 등 7개국은 적용 대상에서 제외한다. 다만 독일과 일본은 임의 가입을 허용한다. 호주, 캐나다, 룩셈부르크, 스웨덴 등 26개국에서는 특수형태고용 근로자도 가입 대상에 포함한다.

흥미로운 것은 일부 국가에서는 알코올의존증 등 일부 상병에 대해서는 상병수당을 지급하지 않는다는 점이다. 리투아니아, 라트비아, 슬로바키아에서는 알코올의존증, 약물 남용 및 범죄 행위로 발생한 상병은 보장 대상에서 제외한다.

7. 적격 요건(Qualifying Conditions)

적격 요건은 특정한 급여를 받기 위해 수급자가 갖춰야 할 조건을 말한다. 대부분의 OECD 회원국에서 동일 직장 재직 기간 또는 사회보험료 납입 기간을 기준으로 정한다. 대부분 재직 기간 1~6개월, 보험료 납입 횟수 1~6회 정도다. 다만 호주, 프랑스는 재직 기간을 12개월 이상으로 하고, 아일랜드는 보험료 납입 횟수를 24회 이상으로 해 다른 나라에 비해 요건이 엄격하다.

상병으로 인한 소득 상실은 가계에 치명적인 경제적 손실을 불러올 수

있다. 따라서 오스트리아, 체코, 핀란드, 이탈리아, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드, 슬로바키아, 슬로베니아 등은 적격 요건을 두고 있지 않다. 적격 요건을 두는 나라도 상병이 발생한 근로자가 적격 요건을 충족하지 못했을 때는 사회부조를 통해 지원하는 제도를 운영한다.

〈표 6-5〉 업무 외적 상병에 대한 상병수당 적격 요건

국가	재직 기간 (월)	보험료 납입 횟수	국가	재직 기간 (월)	보험료 납입 횟수
호주	12	-	이스라엘	1	-
벨기에	1	4	리투아니아	-	6
캐나다	3	3	멕시코	-	1
칠레		3	뉴질랜드	6	-
덴마크	2	1	노르웨이	1	-
에스토니아	<1	-	폴란드	-	1
프랑스	12	-	포르투갈	-	6
독일	1	-	스페인	-	6
그리스	-	5	스웨덴	<1	6
헝가리	1	1	스위스	3	-
아이슬란드	1	-	터키	-	3
아일랜드	-	24	영국	1	-

자료: ISSA(2018) 전게서 해당 국가의 조사자료를 참고하여 작성.

8. 장애연금, 노령연금 및 자동차보험 등과의 관계

상병수당은 단기적인 혹은 일시적인 직업 능력 장애(temporary work disability)로 발생하는 소득 상실을 보장한다. 그런데 상병수당의 지급 기간이 지나서도 업무 복귀가 불가능하면 장애연금으로 전환하고 퇴직 연령에 근접한 계층은 조기노령연금으로 전환하게 한다.

프랑스, 라트비아, 리투아니아, 스페인, 아일랜드, 노르웨이, 포르투갈 등 7개국은 상병수당을 Work Incapacity Benefit라고 하여 신체장애

와 구분하여 사회보장연금보험에서 운영한다.

장애연금에는 부분적인 작업 능력이 있는 사람도 노동시장에서 퇴출하는 왜곡된 유인책이 있다. 이를 해결하고자 대부분의 유럽 국가는 직업재활훈련 등을 활용하여 부분 장애가 있는 사람들이 직업을 찾을 수 있도록 지원하고 있다.

OECD의 연구에 따르면 저숙련 근로자들이 장애연금 수급자로 전락할 위험성이 더 크고, 상병수당 수급자 중 장애연금 수급자로 전락하는 비율도 고숙련 근로자에 비해 높다(Spavosa et al., 2016). 장애연금을 받기 시작한 후에 직업에 복귀하는 비율은 2% 이하이며 실제로 장애연금은 대부분의 수혜자에게 노령연금과 같은 기능을 하게 된다. 사회보험으로 사회보장연금보험을 운영하는 대부분의 나라는 장애연금도 가입 기간이나 연금 계산 요소(독일) 등을 기준으로 산정하기 때문에 상병수당 금액보다 적을 수 있다. 이를 보충하고자 일본은 상병수당을 받던 근로자의 장애연금 또는 노령연금의 연금액이 상병수당보다 적으면 차액을 건강보험협회에서 지급하도록 한다(ISSA, 2018).

이 외에도 자동차 사고의 피해자로 업무 외적 상병을 입게 되었을 때도 상병수당 및 장애연금의 보상 대상에서 제외되는 경우가 있는데, 이는 가해자를 대신한 보험회사에서 치료비는 물론 상실 소득까지 보상하기 때문이다. 이스라엘의 노동법에서는 자동차 사고로 상해를 입으면 사용자가 상병수당을 지급할 필요가 없다고 명시하고 있다.³⁰⁾

9. 출산수당, 부성수당 등과의 통합 운영

상병수당을 건강보험에서 운영하는 나라는 대부분 상병수당과 출산수

30) Sick Pay in Israel https://www.kolzhut.org.il/en/Sick_Pay, 2019. 7. 25. 인출.

당을 동시에 건강보험에서 제공한다. 프랑스에서는 상병수당, 출산수당(maternity benefit) 및 부성수당(paternity benefit)을 건강보험에서 제공한다. 독일은 상병수당, 출산수당을 지급하며, 정신장애가 있는 상병환자에게는 별도로 월 최고 545유로까지 장기 간병수당(long-term care allowance)을 지급한다.

슬로바키아, 스웨덴, 터키는 상병수당과 출산수당만 전담하는 상병수당·출산수당 보험 제도를 운영한다. 스웨덴은 상병수당·출산수당보험의 보험료는 고용주가 급여(payroll)의 4.85%를 부담하며, 부성급여(parents' benefits)에 대해 추가로 2.6%의 보험료를 납입한다. 지급하는 급여는 4가지이며 상병수당, 부모수당(parental cash benefits), 임신수당(pregnancy cash benefits), 잠정적 부모수당(temporary parental cash benefit) 등이다.

참고로 OECD 회원국 중 22개국에서는 가족의 간호, 자녀 입양에 따른 정착 기간 등에 법정 전일 휴가(full time paid leaves) 대신 정규 시간제 근로(regular hourly work)를 허용하며, 근로자들은 전일 휴가보다 이를 선호한다. 부부 중 한 명은 전일 근무를 하고 다른 배우자가 정규 시간제 근로를 택함으로써 자녀의 보호와 본인의 직무에서의 소외감 문제를 동시에 해결하고 있다.

10. 근로자의 직업재활훈련 등 업무 복귀 촉진 관련 제도³¹⁾

유럽연합을 중심으로 한 OECD 회원국들은 과거 20년 동안 상병수당

31) Christopher Prinz and William Tompson, "Sickness and disability programmes: What is driving policy convergence?", International Social Security Review, Vol 62(4), 2009와 Nordic Social Statistical Committee[NSCS], 2015, *Sickness Absence in the Nordic Countries*를 참고하여 정리함.

과 장애연금제도를 큰 폭으로 개혁했다. 핵심은 주로 소극적인 소득보장에서 업무 복귀(re-integration)로 전환하는 것이다.

상병수당 및 장애연금을 단순히 소득보전제도로 운영하자 근로자가 노령연금처럼 인식하여 영구적으로 노동시장에 복귀하지 않는 정책 실패를 겪었기 때문이다. 게다가 유럽연합 대부분의 국가는 상병이 발생한 초기에는 2~12주를 고용주가 유급병가제도를 활용해서 근로자에게 급여를 지급하도록 의무화했다. 이를 통해 도덕적 해이를 대폭 줄였음은 물론 재정의 지속가능성을 개선했다. 참고로 우리나라 산업재해보상보험도 직업재활훈련을 의무화하고 부분 휴업급여(시간제 근로)를 장려하고 있다.

1990년대를 전후하여 북유럽 국가를 중심으로 장기요양자 밀착 관리, 상병요양자 자체 보고 시스템, 노동시장 복귀 제도, 부분 상병수당제도 등 다양한 업무 복귀 정책을 도입하였다. 네덜란드는 직업재활훈련 등을 통해 연간 신규 장애연금 수급자를 7만~10만 명에서 2007년 4만 명으로 감축했다. 오스트리아는 2014년 1월에 장애연금을 '재활급여 및 직업훈련수당'으로 전환하여 직업 탐색을 조건으로 지급함으로써 장애연금 수급자의 수를 줄였다.

영국은 기업체에 유급병가를 의무화하되 유급병가의 혜택을 받지 못하는 계층에 사회부조인 상병수당(고용장려금 1)을 지급하는데 이를 받으려면 직업훈련과 구직 활동을 하여야 한다. 리투아니아는 요양 기간이 90 일을 초과하면 즉시 고용노동사무소에서 업무 능력 상실도를 평가받아야 하며, 구직 활동과 직업훈련을 조건으로 장애연금(work incapacity pension)을 지급한다.

호주는 영국과 유사하게 기업에 유급병가를 의무화하되 이를 받지 못하는 계층은 사회부조로 상병수당을 지급한다. 현재 자녀 혹은 60세 이상 부모를 부양하는 배우자가 없는 근로자는 격주로 571.90호주달러까지

지급한다. 호주는 2006년 복지에서 고용으로의 개혁(welfare-to-work reform)을 통해 부분적으로 작업 능력이 줄어든 근로자를 정상적인 실업자로 간주하여 직업 탐색 및 직업훈련 참여를 조건으로 상병수당을 지급한다.

요양 중인 근로자를 직장에 복귀시키는 제도 중 가장 효과적이라고 평가받는 부분 상병수당제도와 노동시장 복귀 제도를 살펴본다.

가. 부분 상병수당제도(partial sickness benefit)

부분 상병수당제도는 업무 능력이 감소한 근로자에게 시간제 근로를 허용하는 것으로 부분 휴업제도라고도 부른다. 이를 통해 회사는 노동 인력 감소를 최소화할 수 있으며 근로자는 지속적으로 업무에 종사할 수 있다. 또 상병이 완치되었을 때 정상적인 업무에 복귀할 가능성이 커지게 된다. 이 제도는 일종의 정규 시간제 근로(regular hourly work)로서 부분 휴직을 하는 동안 새로운 고용을 창출할 수 있는 일자리 나누기(Job Sharing)의 표본이다. 대표적인 사례가 위암, 대장암 초기에 수술받고 항암 치료를 하는 동안은 신체 능력이 현저히 저하되어 정상적인 업무에 종사하기 힘들다. 이때 하루에 3~5시간 정도 체력에 맞는 업무를 하면 본인의 핵심 업무에 대한 기술 수준을 유지할 수 있기 때문에 완치된 후 직장에 복귀하기도 용이해진다.

Kausto, Viikari, Virta, Gould, Koskinen, & Solovieva(2014)는 부분 상병수당제도가 요양 중에 업무 능력이 감소한 근로자가 노동시장에 복귀하는 데 유효한 수단이라는 사실을 실증 분석했다. 결론적으로 상병이 있는 근로자가 요양 기간 중에도 근로 능력(remaining work capacity)을 활용하여 시간제 근로를 하는 부분 상병수당제도를 활용하는

것은 유익한 효과가 있다.

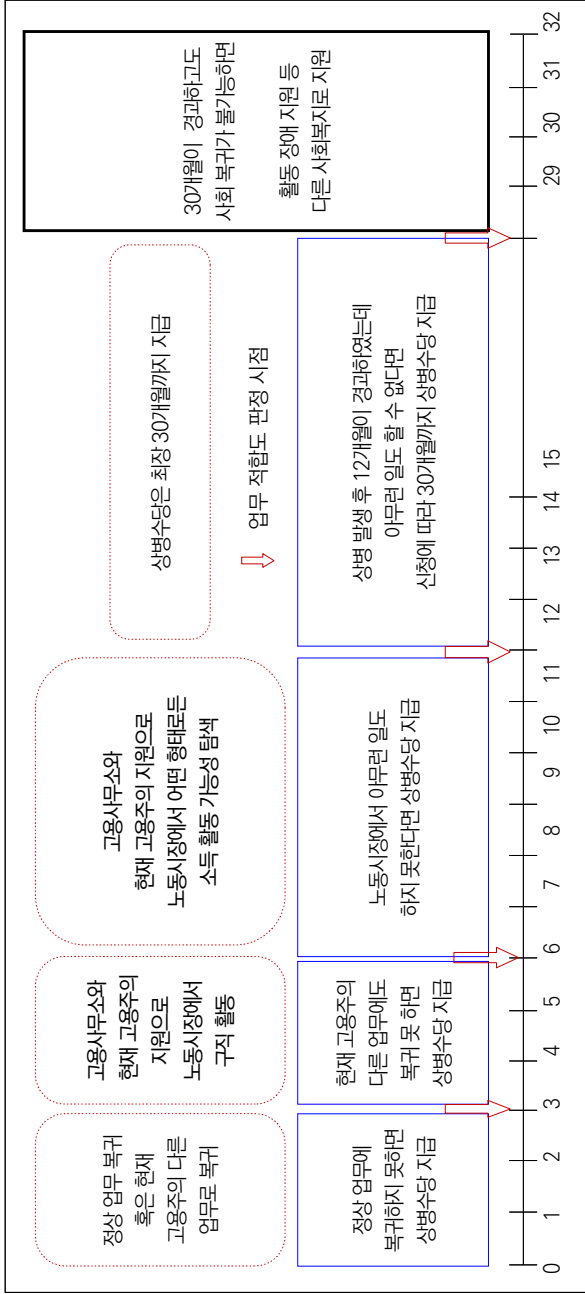
현재 부분 상병수당제도를 운영하는 나라는 벨기에, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 뉴질랜드, 노르웨이, 스웨덴, 영국, 리투아니아 등 14개국으로 알려졌다(WPAC, 2018). 우리나라는 초기 암으로 수술받아도 체력 때문에 전일 근무를 못 해서 휴직이나 퇴직을 하는 경우가 많은데 하루 4, 5시간씩 반일 근무를 한다면 많은 환자가 실직의 공포에서 벗어날 수 있을 것이다.

나. 노동시장 복귀 제도

덴마크, 스웨덴, 노르웨이, 네덜란드 등 북유럽 국가들은 과거 상병수당제도를 운영하는 과정에서 도덕적 해이로 많은 근로자가 장애연금 수급자가 되어 노동시장에 복귀하지 않는 어려움을 겪었다. 이를 해소하기 위한 대표적인 제도가 노동시장 복귀 제도(rehabilitation chain)로 운영 방식은 나라별로 조금씩 다르다.

핵심 내용은 정기적으로 상병 요양자에 대한 업무 적합 판단 검사를 하고 노동 능력이 부분적으로라도 회복되면 그에 맞는 업무로 복귀하도록 하는 것이다. 특히 스웨덴은 고용노동사무소 직원이 상병 요양자를 대신해서 상병 발생 전 종사했던 직장, 혹은 다른 직장에서 동일한 혹은 신체 능력에 맞는 다른 업무를 찾을 수 있도록 적극적인 구직 활동을 지원한다는 점이다.

[그림 6-2] 스웨덴의 노동시장 복귀 제도 개요



자료: NSCS, 2015, p. 43 도표 번역.

제4절 유급병가 활용 실태 및 재정 소요 금액

1. 유급병가 활용 실태³²⁾

OECD 회원국의 유급병가제도에는 가족 간호, 양자 입양을 위한 휴가 등이 포함되는 나라가 많으며 공식적으로 유급병가 사용 일수를 집계하는 자료는 없다. 따라서 체계적인 비교가 어렵다. 다만 OECD는 2년마다 한 번씩 설문조사를 해 회원국 근로자들의 유급병가 활용 실태를 파악하고 있는데 2014년 조사한 병가 일수는 아래 표와 같다.

〈표 6-6〉 OECD 회원국의 근로자 설문조사를 통한 병가 일수 비교

국가	병가 일수	국가	병가 일수
호주	7.3	독일	11.7
오스트리아	17.3	이탈리아	5.9
캐나다	7.4	한국	2.4
덴마크	7.7	스위스	8.8
핀란드	8.9	영국	2.1
프랑스	9.2	미국	10.3

자료: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30123>. 2019. 8. 12. 인출.

국가별로 보면 오스트리아(17.3일), 독일(11.7일) 및 미국(10.3)은 유급병가 일수가 많았으며 우리나라(2.4일)와 영국(2.1일)은 적었다. 우리나라와 미국은 유급병가를 법으로 강제하지는 않으며, 회사의 단체협약에 따른 임의 유급병가의 사용 일수이다.

영국, 핀란드, 프랑스, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴에서는 여성의 유급

32) 1.에서 별도의 각주가 없으면 Scheil-Adlung & Sandner의 전게서 내용에서 인용한 것임.

병가 활용률이 높는데 노르웨이, 스웨덴, 덴마크 여성은 유급병가를 남성 동료에 비해 50% 정도 더 활용하는 것으로 나타났다. 독일의 자료에 따르면 우편 산업에서는 여성이 17.3일, 남성이 14.6일, 의료산업에서는 여성이 15.6일, 남성이 12.2일로 여성의 활용률이 역시 높다. 이렇게 격차가 나는 것은 여성들이 상대적으로 소득 수준이 낮고 시간제 근로를 하고 있어서 사회보장제도의 보호 장치도 다르게 적용받고 있기 때문으로 보인다.

유급병가 활용도는 사회경제적 지위, 연령, 소득 수준 등과도 관련이 크다. 영국에서 가장 낮은 고용 계층은 높은 고용 계층에 비해 유급병가를 6배나 많이 활용한 것으로 나타났다. 또 육체노동자(8.4일)는 비육체노동자(6일)보다 유급병가를 더 많이 활용한 것으로 나타났다.

2008년 독일의 자료에 의하면 26~35세 근로자의 유급병가 사용 일수는 평균 11일인데 55세 이상은 25일이다. 직업별로 보면 변호사·과학자는 5~7일, 환경미화원·정원사는 24~27일, 거리미화원은 35일의 유급병가를 활용한 것으로 나타났다. 아일랜드에서는 공무원들의 유급병가 기간이 평균 11일로 민간 부문의 6일에 비해 거의 2배에 이른다.

유급병가를 활용하는 근로자들이 겪는 전형적인 상병은 정신 질환, 근골격계 질환 및 암 등이며, 심각한 건강 문제를 조기에 치료하거나 예방함으로써 유급병가를 줄일 수 있음을 보여 준다. 서울형 유급병가제도는 적용 대상자가 특수 고용 근로자에 속하며 택배·택송 등 운전을 주로 하고 무거운 짐을 나르는 직종에 속하기 때문에 근골격계 질환이 매우 많을 것으로 보인다. 아울러 OECD가 2015년 조사한 자료³³⁾에 따르면 인구 10만 명당 자살자는 우리나라가 25.8명으로 OECD 평균 12.2명보다 매우 높기 때문에 유급병가제도를 도입할 때 고려해야 할 사항이다.

33) <http://dx.doi.org/10.1787/888933939465>. 2019. 8. 12. 인출.

스웨덴, 노르웨이, 덴마크의 자료에 따르면 실업률이 높은 기간에는 유급병가가 줄어드는 것으로 나타났다. 이는 경기 후퇴 국면에서 실직의 위험이 더 커지기 때문에 유급병가를 활용하지 않는 것으로 보이며, <표 6-6>에서 본 것처럼 영국은 법정 유급병가제도가 있는데도 OECD 국가 중에서 유급병가 활용률이 가장 낮다.

2. 상병수당제도를 운영에 소요되는 금액 비교

OECD에서 근로자 본인의 병가로 지급하는 상병수당만의 재정 소요 금액을 집계한 통계는 없다. 다만 OECD는 출산수당, 상병수당, 가족간호수당 등 업무 외적인 사유로 인한 휴가 기간의 급여와 장애연금, 실업수당 등 사회 안전망에서 지급하는 소득보장 금액(Income Protection)을 통합하여 관리하고 있다.³⁴⁾

아울러 상병수당 지급액이 공시되더라도 사용자의 부담 기간, 사회 안전망에서의 지급 기간, 소득대체율, 대기 기간 등이 다르기 때문에 의미 있는 분석을 하기는 어렵다.

국내총생산(GDP) 대비 소득보장 금액은 북유럽 국가가 4% 내외로 가장 높고 우리나라는 0.60%에 불과한 것으로 나타나 중산층이 빈곤층으로 추락하는 것을 방지할 수 있는 사회 안전망이 취약하다.

34) https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG에 보면 public incapacity related cash benefits의 명칭으로 총급여를 국가별로 GDP 대비로 비교하고 있음.

〈표 6-7〉 GDP 대비 소득보장급여 지출 비교

국가	비율(%)	국가	비율(%)	국가	비율(%)
덴마크	4.41	벨기에	2.93	미국	1.31
노르웨이	4.31	이스라엘	2.77	일본	0.98
스웨덴	4.13	OECD 평균	1.93	캐나다	0.75
핀란드	3.62	영국	1.89	한국	0.60
네덜란드	3.42	이탈리아	1.83	터키	0.46

자료: <https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm>. 2019. 8. 13. 인출.

3. 상병수당 운영 방식별 주요 국가의 사례와 특징³⁵⁾

앞 절에서 살펴보았듯이 상병수당을 운영하는 형태는 건강보험에서 통합 운영하는 방식, 사회보장연금보험에서 통합 운영하는 방식, 법정 유급병가와 사회보험을 결합한 방식, 법정 유급병가와 조세를 결합한 방식, 사회적 합의에 따른 임의 기업 복지제도로 운영하는 방식, 순수하게 임의 기업 복지제도로 운영하는 방식 등으로 구분된다. 아래에서는 방식별로 뚜렷한 특징을 보이는 독일, 노르웨이, 영국, 덴마크, 미국의 사례를 자세하게 살펴본다.

살펴볼 내용은 해당 국가의 의료보장제도 개요와 상병수당 재원 마련 방식, 2002년 대비 2018년 상병수당의 주요 개혁 내용 및 현행 상병수당 제도의 주요 내용 등³⁶⁾이다.

35) 3에서 별도의 주가 없으면 ISSA(2018)의 전계서와 ISSA(2002)의 해당 국가의 조사자료를 인용한 것임.

36) 유럽연합 국가는 1990년대 중반부터 지속적으로 상병수당제도를 개혁해 왔는데, 이 내용을 모두 소개할 수가 없어 2002년 대비 2018년의 달라진 내용만 소개하는 것임.

가. 독일(건강보험에서 사회보험으로 통합 운영)

1) 의료보장제도의 개요와 상병수당 재원 마련 방식

독일은 1883년 세계 최초로 국가가 주도하는 사회보험 방식의 의료보장제도를 도입하였는데 상병보험(sickness insurance)이라는 이름으로 의료비와 상병수당을 동시에 보장하였다.

현재 독일의 건강보험이 보장하는 내용은 의료비, 상병수당, 출산수당이다. 이 보험과 별도로 보험료를 징수하는 장기요양보험(long-term care benefits)도 운영한다. 본인의 상병만이 아니라 자녀가 아플 때도 자녀당 연간 10일까지 상병수당을 지급한다. 배우자 없이 홀로 자녀를 키울 때는 자녀당 연간 20일까지 지급한다.

건강보험의 보험료에는 출산수당과 상병수당이 포함된다. 근로자는 기준 소득(covered earning)의 7.3%를 보험료로 부담하며, 연금 소득자도 연금 소득의 7.3%를 부담해야 한다. 추가로 기금별 보험료를 적용하는데 최고 1.7%까지 더해질 수 있으며, 2018년 1월 기준 평균 1%이다. 즉, 근로자는 기준 소득의 평균 8.3%를 건강보험료로 납입한다. 장기요양보험은 이와 별도로 기준 소득의 1.275%를 부담하는데 주별로 다소 다르다. 보험료를 납입하는 기준 소득은 2018년 기준 월 4425유로가 최고한도이다.

공무원, 자영업자, 특수 고용 형태 근로자(self-employed person)는 민간 보험회사의 건강보험에 가입해야 한다. 물론 민간 건강보험은 정부가 정하는 최저 기준을 충족해야 한다.

사용자는 월 급여(monthly covered payroll)의 7.3%를 부담해야 한다. 연금기금(pension funds)은 연금 소득자의 고용주 자격으로 7.3%를

부담한다. 여기에 적용하는 월 급여의 최고 한도도 4425유로다. 물론 장기요양보험의 보험료로도 월 급여의 1.275%를 부담해야 한다.

정부는 건강보험에 정액(flat-rate payment)의 재정 지원을 하는데 2017년에 145억유로를 지원했다. 또한 정부는 실업자, 연금 소득 농민(pensioned farmers), 정부 지원 직업훈련을 받는 학생들을 위해 장기요양보험의 보험료를 납입한다.

종합적으로 보면 2018년 1월 기준으로 추가 소득이 없는 근로소득자는 본인과 사용자의 부담금을 합해서 18.15%를 건강보험과 장기요양보험료로 납입하는 셈이다.

2) 2002년 대비 2018년 상병수당의 주요 개혁 내용

독일의 상병수당제도 개혁은 도덕적 해이를 줄이고 지속가능성을 제고하는 데 초점을 맞췄다. 2002년에는 상병수당을 발병 즉시 별도의 대기 기간 없이 보험기금에서 지급했다. 그러나 현재는 발병 후 6주간은 고용주가 법정 유급병가로 지급한다. 결과적으로 보면 주로 6주 이내의 단기 간 요양은 고용주가 부담함으로써 건강보험 재정의 지속가능성을 대폭 향상시켰다.

3) 현행 상병수당제도의 개요

현행 독일 건강보험의 보장 대상은 연간 5만 9400유로까지의 급여 소득자이다. 이 외에 연금 소득자, 학생, 장애인, 실습생 및 실업급여 수급자도 해당된다. 연 소득이 5만 9400유로를 초과하면 민간 보험회사의 건강보험에 가입할 수 있다. 한편 건강보험의 의무 가입 대상이 아닌 공공

기업의 근로자, 특수 고용 형태 근로자 등은 민간 보험회사의 건강보험에 가입해야 한다. 다만 정부가 정한 최소 기준(certain minimum standards)을 충족해야 한다.

상병수당을 받을 수 있는 요건은 건강보험에 가입한 자로서 상병으로 취업 활동을 할 수 없으며, 건강보험에서 보장하는 상병으로 진료를 받고 있는 자여야 한다. 이 외에 보험료 납입 기간, 최소 재직 기간 등의 요건은 적용하지 않는다.

상병수당은 총소득의 70%(순소득의 90%)를 동일한 상병에 대해 3년간 78주 한도로 보장한다. 다만 상병이 발생한 후 6주 동안은 사용자가 총소득의 100%를 지급한다.

연방정부가 일반적인 상병수당 감독 지침을 마련하며 연방보험청이 연방보험기구와 장기요양보험 기금을 감독한다. 주정부에서도 감독한다.

나. 노르웨이

1) 의료보장제도의 개요와 상병수당 재원 마련 방식

노르웨이는 1909년 건강보험을 도입하였으며, 사회보험 방식이다. 다만 상병수당은 출산수당을 포함하여 사회보장연금보험(Old Age, Disability, and Survivors)에서 통합 운영한다. 사회보장연금보험의 보험료는 근로소득자 기준으로 근로자는 소득의 7.8%를, 고용주는 급여의 14.1%를 납입하며, 정부는 적자액을 전액 지원한다.

상병수당 부문에서 지급하는 것은 본인의 상병수당과 자녀 간호를 위한 상병수당이 있다. 이와 별도로 자녀 양육수당으로 자녀가 정부 지원 유치원에 입학하지 못했을 때 일시에 급여의 100%를 지급하는 제도이다.

2) 2002년 대비 2018년 상병수당의 주요 개혁 내용

우선 2002년에는 상병이 발병한 즉시 상병수당을 지급하였는데 현재는 16일까지는 고용주가 부담한다. 적격 요건은 2002년에는 고용 후 14일이 경과되어야 했는데, 현재는 28일이 지난 후부터 발병한 상병만 대상이 된다. 한편 2002년 조사 자료에는 특수형태고용 근로자는 14일의 대기 기간이 경과한 후 평가 소득(assessed covered earnings)의 65%를 52주까지 지급했다. 2018년에는 16일의 대기 기간이 경과한 후 평가 소득의 75%를 248일까지 지급하는 것으로 개정했다.

3) 현행 상병수당제도의 개요

급여 소득자는 물론 자영업자, 특수형태고용 근로자도 적용 대상이 된다. 어부, 임시 근로자, 일시적인 실업자에 대해서는 별도의 상병수당제도가 적용된다.

상병수당 지급 금액은 근로자 기준 소득(covered earnings)의 100%로서 16일간의 대기 기간이 있다. 다만 대기 기간 중에는 고용주가 급여의 100%를 지급해야 한다. 급여는 52주까지 지급되는데, 그 후에는 상황에 따라 고용장려수당(work assessment allowance)이나 장애연금을 지급한다. 특수형태고용 근로자에게는 평가 소득의 75%를 16일간의 대기 기간 이후에 248일까지 지급한다. 만약 대기 기간을 줄이거나 평가 소득의 100%를 받고 싶다면 임의 보험에 별도로 가입하면 된다.

관리 감독은 건강 및 요양부(Ministry of Health and Care Services), 어린이 및 양성평등부(Ministry of Children and Equality), 노동 및 사회보장부(Ministry of Labor and Social Affairs)가 분담한다. 노르웨이

노동 및 사회보장청(Norwegian Labor and Welfare Administration)이 전국적으로 상병수당을 관리하며 사회보장청의 지역사무소에서 실무 처리를 담당한다. 다만 보험료는 지방 세무서에서 징수한다.

다. 영국

1) 의료보장제도의 개요와 상병수당의 재원 마련 방식

영국은 1911년 의료보장제도를 도입했으며, 의료비 보장 부문은 국가 보건의료서비스 방식이다. 그리고 상병수당은 법정 유급병가와 사회보험이 병존하는 체제로 1999년 대대적인 제도 개혁을 했다. 상병수당은 사용자가 제공하는 법정 유급병가(statutory sick pay)와 국가에서 보장하는 고용지원장려금 1(employment and support allowance)³⁷⁾으로 구분된다. 사회보장연금 부문에서 출산·입양수당과 통합 운영한다. 고용지원장려금 1은 법정 유급병가의 적용을 받지 못하는 근로자나 특수형태 고용 근로자를 보호한다. 아울러 고용지원장려금 1의 적격 요건을 갖추지 못했을 때는 자산 소득 조사를 하여 별도의 사회부조인 고용지원장려금 2를 지급한다. 취업 연령층인데 저소득이거나 실직자라면 앞으로의 구직 활동이나 소득을 증가시킬 수 있는 수당 지급 조건 서약서(climant commitment)를 작성하고 추가 급여(universal credit)를 지급한다.

37) 'Employment and support allowance'를 고용지원장려금으로 번역했음. 또한 사회보험에서 적격 요건을 갖추고 있을 때 지원하는 금액과 적격 요건을 갖추지 못했을 때 보장하는 금액의 명칭이 동일하여 편의상 고용지원장려금 1과 고용지원장려금 2로 번역함.

2) 2002년 대비 2018년 상병수당의 주요 개혁 내용

2002년에는 법정 유급병가를 적용받지 못하는 계층에는 상병 발생 후 사회보장연금에서 대기 기간 3일 이후 52주까지 단기 상병급여(short-term incapacity benefit)를, 53주부터는 장기 상병급여(long-term incapacity benefit)를 지급했다. 법정 유급병가는 3일간의 대기 기간 후 28주까지 사용자가 제공했다. 그런데 별도의 조치 없이 52주까지 지급하던 단기 상병급여를 현재는 고용지원장려금 1로 13주까지 지급한다. 13주가 지날 때까지 업무 능력 평가(capacity for work)를 받아야 하며, 그 후에도 고용지원장려금 1을 지급한다. 즉, 상병급여의 명칭을 고용지원장려금으로 변경하고 노동 및 연금부의 고용노동사무소에서 업무 적합도에 따라 관리한다. 대기 기간도 3일에서 7일로 확대했다.

3) 현행 상병수당제도의 개요

법정 유급병가는 주당 소득이 116파운드(2018년 4월 기준)를 초과하는 임금 근로자에게 적용한다. 법정 유급병가를 적용받지 못하는 근로자와 특수형태고용 근로자에게는 사회보장연금보험에서 고용지원장려금 1을 지급한다. 아울러 저소득계층이거나 실업자라면 사회부조에서 추가급여를 지급한다.

법정 유급병가는 현재 고용 근로자이면 적용한다. 고용지원장려금 1은 최근 2년간 주당 최저소득의 50배 이상에 해당하는 소득이 있고 사회보장연금보험의 보험료를 납입했어야 한다. 아울러 상병수당을 청구하기 직전 2년 중 어느 한 해에 주당 최저소득의 26배 이상에 해당하는 소득에 대해 보험료를 납입했어야 한다. 2018년 4월 현재 주당 최저소득은 113

파운드이다. 고용지원장려금 2는 고용지원장려금 1의 적격 요건을 충족하지 못하는 근로자에 대해 소득 및 저축 상태 등의 자산 소득 조사를 하여 지급한다. 사회부조에서 지급하는 추가 급여는 영국 거주민이면 충족된다.

법정 유급병가는 3일간의 대기 기간 후 주당 92.05파운드(2018년 4월 기준)를 지급한다. 고용지원장려금 1은 주당 73.10파운드로 7일간의 대기 기간을 적용받으며 13주까지 지급한다. 이 기간 중에 업무 능력 평가를 받는다. 업무 능력 평가 결과 작업 능력에 심각한 장애가 있다고 평가하면 추가로 주당 36.55파운드를 지급한다. 이 외에도 상황에 따라 추가 급여를 지급할 수도 있다. 통상 많은 기업이 단체협약에 따라 법정 유급병가에서 제공하는 금액보다 큰 금액을 지급한다. 고용지원장려금 1의 적격 요건을 충족하지 못하면 저축 상태 등 다른 요인을 고려하여 사회보장연금보험에서 고용지원장려금 2를 지급한다.

노동 및 연금부(Department of Work and Pensions)의 고용노동사무소(Jobcentre Plus)에서 상병수당을 지급하고 구직 활동을 지원한다.

라. 덴마크

1) 의료보장제도의 개요와 상병수당 재원 마련 방식

덴마크의 의료보장제도는 1892년 도입되었다. 의료비 보장은 조세 방식을 적용하며, 상병수당은 법정 유급병가와 조세 방식으로 구성된다. 즉, 1개월까지는 고용주가 법정 유급병가를 제공하고, 그 후에는 지방정부 재원으로 상병수당을 지급한다. 상병수당은 지방정부 재원으로 지급하며, 전 근로자에게 적용되기 때문에 조세 방식으로 분류했다. 이에 관

련된 법은 Sickness Benefit Act이다.

상병수당은 본인의 상병으로 인한 부분, 자녀가 상병으로 입원했을 때 지급하는 부분,³⁸⁾ 출산 및 부성수당 부분으로 구성된다.

2) 2002년 대비 2018년 상병수당의 주요 개혁 내용

2002년에는 사용자가 2주까지 법정 유급병가를 부여하도록 했는데 2018년에는 30일로 늘어났다. 즉, 재정의 지속가능성을 위해 사용자 부담분을 대폭 확대한 것이다. 정부에서 지급하는 상병수당은 과거 18개월 동안 52주까지 지급했으나 2018년 현재는 9개월 동안 22주까지 지급하며, 특별한 상황에서는 지급 기간이 늘어난다. 지급 기간을 대폭 감축한 것으로 고용주 부담 기간 30일, 정부 지급 기간 22주로 ILO가 제시하는 26주를 개략적으로 충족한다. 이 외에도 부분 상병수당제도를 도입했으며, 지방정부가 8주마다 업무 능력 평가를 한다.

3) 현행 상병수당제도의 개요³⁹⁾

상병수당의 보장 대상은 근로소득자는 물론 자영업자, 특수형태고용 근로자까지 포함한다. 상병이 발생하기 전 13주 동안 120시간 이상을 근로한 경우에 보장 대상이 되며, 실업급여를 받는 경우도 대상이 된다. 특수형태고용 근로자는 최근 12개월 동안 6개월 이상 소득 활동을 했으면 지급한다. 부분 상병수당제도는 상병 근로자가 1주일에 4시간 이상 요양

38) 자녀가 입원했을 때 유급병가를 쓸 수 있으며, 52주까지 정액으로 주당 4300크로네(2019년 8월 1일 기준 1크로네=175.73원)를 지급함. 자녀가 선천적 질병으로 입원했다면 3개월이 추가됨.

39) 이 부분은 ISSA(2018)의 전계서와 Denmark - Sickness Benefit(<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1107&langId=en&intPageId=44io>) 2019. 8. 10. 인출을 참고함.

을 위해 자리를 비워야 할 때 적용한다.

지방정부에서 지급하는 상병수당은 근로자의 시간당 임금에 따라 주당 최고 4300크로네다. 시간당 금액은 4300크로네를 37시간으로 나눈 116.22크로네가 한도이다. 최초 30일간은 사용자가 지급하는데, 특수형태고용 근로자는 고용주가 없으므로 2주간의 대기 기간을 적용한다. 급여는 9개월 동안 22주간 지급하는데 특별한 상황에서는 연장할 수 있다. 별도의 단체협약이 있으면 대부분 고용주가 급여의 100%를 지급한다. 이때는 지방정부에서 상병수당을 지급하지 않는다.

상병수당의 신청은 NemRefusion이라는 전산 시스템을 통해 지방자치단체에 필요한 서류를 제출하고, 지자체는 근로자의 전자계정(e-boks)으로 연락한다. 지방자치단체는 8주마다 업무 적합도 판정을 한다. 고용주가 단체협약의 적용을 받지 못하는 근로자에게 지급한 상병수당은 NemRefusion을 통해 지방자치단체에서 추후 환급받을 수 있다.

마. 미국(임의 기업 복지제도, 주별로 법정 유급병가 도입)

미국은 전통적으로 건강보험, 기업연금 등을 기업의 생산성 제고를 위한 임의 기업 복지제도로 운영하고 있으며, 현재 민간 기업 정규직 근로자의 82%가 유급병가의 적용을 받고 있다. 연방정부 차원에서 도입한 상병수당제도는 없으며 가정 및 의료 휴가법(FMLA: Family and Medical Leave Act)에 따라 입원을 요하는 중증 상병(serious illnesses)에 대해서는 1년간의 무급병가를 주도록 의무화하고 있다. 무급병가가 법제화되어 있으므로 근로자도 유급병가를 단체협약의 주요 안건으로 상정할 수 있는 계기가 되어 유급병가가 확산되고 있는 것으로 판단된다.

〈표 6-8〉 미국 근로자의 업종별 근무 형태별 유급병가 적용률

(단위: %)

구분		군무원	민간 기업 근로자	공무원
노조 가입 여부	노조원	90	81	97
	비노조원	71	76	86
근무시간	정규직	85	82	99
	시간제	40	39	44

자료: <https://www.bls.gov/news.release/pdf/ebs2.pdf>, 2019. 7. 20. 인출을 참고하여 작성.

2009년 H1N1 독감으로 약 700만 명의 미국인이 감염되었는데 이는 서비스업에 종사하는 저소득 근로자들이 소득 때문에 어쩔 수 없이 출근 (presenteeism)한 것이 주된 원인으로 알려졌다. 그 후 오바마 행정부에서 Healthy Family Act를 제정해 가족 간호 및 본인의 상병 요양을 위한 유급병가제도를 법제화하려고 했으나 아직까지 의회에서 승인받지 못한 상태이다.

연방정부 차원의 입법에는 실패했지만 2012년 코네티컷주에서 Healthy Family Act의 내용을 반영하여 50인 이상 사업장의 서비스업 근로자의 유급병가를 의무화하는 법을 제정하였다. 그 후 각주와 대도시에서 유급병가를 법제화하는 노력이 진행되어 2019년 6월 현재 캘리포니아, 뉴저지, 뉴욕주 등 11개 주에서 도입하였다. 이와 별도로 샌프란시스코, 워싱턴 등 23개 대도시가 유급병가를 조례화하였으며 확산되는 추세이다.

〈표 6-9〉 법정 유급병가를 도입한 주의 도입 시기 및 법제화 과정

주	도입 시기	재원 마련 방식 및 적용 방법 개요
코네티컷	2012. 1. 1.	법정 유급병가, 50인 이상 사업장 서비스업 종사자 강제적용.
캘리포니아	2015. 7. 1.	법정 유급병가, 전 사업장, 시간제 근로자는 근무시간 비례.
매사추세츠	2015. 7. 1.	법정 유급병가, 11인 이상 사업장 강제 적용.
오리건	2016. 1. 1.	법정 유급병가, 9인 이하 사업장만 강제 적용.
버몬트	2017. 1. 1.	법정 유급병가, 전 사업장. 일당 광부, 계절제 근로자 제외.
애리조나	2017. 1. 1.	법정 유급병가, 근로자 15인 기준 부여 시간 차등 적용.
워싱턴	2018. 1. 1.	법정 유급병가, 전 사업장. 임원, 고소득 전문직은 제외.
로드아일랜드	2018. 1. 1.	18인 이상 법정 유급병가, 17인 이하 법정 무급병가.
메릴랜드	2018. 2. 11.	15인 이상 법정 유급병가, 14인 이하 법정 무급병가.
뉴저지	2018. 10. 29.	법정 유급병가, 전 사업장. 단, 일당 근로자는 제외.
뉴욕	2019. 1. 1.	사회보험 방식으로 민간 소득보상보험 의무 가입.

자료: http://en.wikipedia.org/wiki/Sick_leave 2019. 7. 20. 인출을 참고하여 작성.

2019년에 도입한 뉴욕주는 사회보험 방식이다. 다만, 뉴욕주 산업재해 보상보험국에 등록된 민간 보험회사의 소득보상보험에 가입하는데 기본 보험료율이 동일하므로 위험의 분산이 이루어지는 사회보험으로 보는 것이 타당하다. 코네티컷주 등 다른 10개 주는 법정 유급병가를 도입하였는데 대부분 일정 인원 이상을 대상으로 유급병가를 의무화한다. 오리건주는 근로자 9인 이하만을 의무화하였다. 이는 대부분의 대기업은 임의 유급병가제를 이미 시행하고 있다는 점을 반영한 것으로 보인다. 11개 주 중 로드아일랜드와 메릴랜드주는 각각 17인, 14인 이하 사업장에 대해서는 무급병가를 의무화하였다.

참고로 미국도 주지사 또는 주 의원들의 정치 성향에 따라 사회보장제도의 확산 여부가 영향을 많이 받는다. 11개 주 중에서 애리조나주만 주지사가 공화당 소속이고 다른 10개 주 주지사는 민주당 소속이다. 법정

유급병가를 최초로 도입한 코네티컷주와 최초로 사회보험 방식을 도입한 뉴욕주의 적용 방식을 간략하게 살펴본다.

1) 코네티컷주⁴⁰⁾

코네티컷주는 미국에서 최초로 유급병가제도를 법제화(An Act Mandating Employers Provide Paid Sick Leave to Employee)하였으며 2012년 1월 시행하였다.

이의 주요 내용은 근로자에게 근로시간 40시간당 1시간의 유급병가를 부여하는 것으로 본인은 물론 자녀의 간호를 위해서도 연간 40시간(5일)을 한도로 사용할 수 있으며, 근로자 50명 이상의 사업장에 강제하는 것이다. 특이한 것은 68개 서비스업 종사자(service workers)만 의무화하였다는 점이다. 대표적인 서비스업 종사자는 요식업 종사자, 의료서비스 종사자, 도서관 사서, 약사, 등록된 간호사, 방문 요양보호사, 간호조무사, 경비원, 조리사, 패스트푸드점 종사자, 이발사, 버스 운전사 등으로 전염성 질병의 감염 확산 방지에 중점을 둔 제도라고 볼 수 있다.

일반 사무직 근로자에 대해서는 강제하지 않았지만 이 법안이 모델이 되어 다른 업종 및 사무직 근로자 등도 단체협약에 따라 유급병가가 확산되었다.

40) <https://www.jacksonlewis.com/media/pnc/2/media.1712.pdf> Connecticut's Paid Sick Leave Law Questions & Answers 2019. 7. 20. 인출.

2) 뉴욕주⁴¹⁾

뉴욕주는 Disability Benefits Law를 제정하여 2019년 1월 1일 사회보험 방식의 상병수당제도를 도입하였다. 기업은 상병수당 지급의 안전성을 위해 뉴욕주 산업재해보상보험국에 등록된 민간 소득보상보험회사의 소득보상보험에 가입해야 한다. 대기업은 보험국에서 인가를 받은 경우 자가 보험(self-insure)을 통해 보장받을 수 있다. 보험료는 근로자에게도 분담시킬 수 있으며, 근로자의 부담금은 임금 1%의 2분의 1로 계산하는데 주당 0.60달러를 초과할 수 없다. 보험료는 평균 급여의 약 0.153%이다.

소득보상보험의 보험료는 근로자 50인을 기준으로 다르게 적용된다. 50인 이상 사업장은 전체 근로자에게 동일 보험료율을 적용하되 보험회사가 자율로 책정할 수 있다. 50인 미만 사업장은 근로자별로 개월당 별도 보험료를 적용할 수 있다. 이 경우 보험료율은 남성과 여성으로 구분할 수 있으며, 보험료는 통상 여성이 남성보다 높다.

근로자가 한 곳 이상의 직장에서 1주일에 120달러 이상을 벌어들이면 각 고용주에게서 받는 임금에 비례해 보험료율을 조정할 수 있다. 다만 조정된 보험료는 주당 0.60달러를 초과할 수 없다.

상병수당은 연속되는 52주간에 26주를 한도로 지급된다. 임금 근로자는 급여가 지급되지 않는 7일간의 대기 기간이 적용되며, 수급권은 8일 차부터 발생한다. 소득보상보험의 급여는 근로자 주급의 50%로 하며, 주당 최대 한도는 170달러이다. 또 7일간의 대기 기간 이후 26주까지 지급

41) <http://www.wcb.ny.gov/content/main?DisabilityBenefits/Employer/intrToLaw.jsp>, 2019. 7. 20. 인출.
https://en.wikipedia.org/wiki/New_York_Disability_Benefits_Law. 2019. 7. 20. 인출 후 관련 내용을 요약함.

한다. 회사별로 단체협약에 따라 상병수당의 급여 한도, 대기 기간을 달리 적용할 수 있으며, 이는 보험료에 반영한다.

참고로 미국은 산업재해보상보험도 주별로 정한 법에 따라 운영한다. 현재 오하이오, 와이오밍, 워싱턴, 노스다코타 등 4개 주는 주정부가 직접적으로 운영하고 다른 주는 민간 보험회사에 위탁하거나 경쟁 체제를 유지하고 있다.

제5절 정책 시사점

1. 상병수당에 관한 국제기구의 권고 기준과 우리나라 현황

가. 국제기구의 권고 기준

상병이 발생했을 때 근로자에게 필요한 것은 고용이 보장되는 휴가(병가)와 임금을 대체할 현금 급여이며, 이에 관한 ILO와 유럽연합의 권고 기준이 있다.

ILO는 사회보장 최저 기준에서 상병이 발생했을 때 병가와 수당 지급을 하도록 명시하고 있다. 즉 'Social Security(Minimum Standards) Convention 1952, No 102 Part III Sickness Benefit'의 관련 조문을 살펴보면 다음과 같다.

- 제14조: 국가의 명문화된 법 또는 규정에 의해 상병 상태로 업무를 계속할 수 없을 때와 소득의 중단에 관한 것을 포함해야 한다.
- 제16조: 상병수당은 제67조의 요건을 충족하면서 정기적으로 지급하는 것이어야 한다.

- 제18조: 급여는 요양이 필요한 기간으로 하되 26주 이내로 제한할 수 있고, 3일간의 대기 기간을 둘 수 있다.
- 제67조(정기적인 급여의 요건)
 - (a)정부 부처에서 정한 기준에 따라 급여를 결정하여야 한다.
 - (b)정해진 급여는 가족의 다른 생계 수단에 의한 수입이 정부에서 정한 기준을 초과할 때 감액할 수 있다.

ILO의 기준에 따라 대부분의 국가에서 6개월, 180일, 26주 등으로 최고 보장 기간을 정한다. 참고로 한겨레신문의 보도(2019. 7. 10.)에 따르면 유럽연합은 우리나라가 ILO의 핵심 협약 비준을 위반했다는 이유로 전문가 패널을 소집했다고 한다. 이는 결국 ILO의 권고 기준을 모든 국가에 강제로 적용하는 것은 아니지만 국제 공정 경쟁의 정도를 파악하는 근거로 활용할 수 있음을 의미한다.

유럽연합의 사회보장헌장(European Pillar of Social Rights)에는 ‘계약 형태를 불문하고 모든 근로자는 상병 기간 중에 적절한 유급병가를 부여받아야 하며, 동시에 조기에 노동시장에 복귀할 수 있도록 효과적인 직업훈련과 재활 훈련(effective reintegration and rehabilitation)이 장려되어야 한다’라고 명시⁴²⁾하였다(Hacker, Björn, 2019, p.64). 이는 상병수당제도가 소득과 고용 보장을 넘어서 재취업을 위한 훈련까지 포함하여야 한다는 의미이다.

42) 유럽사회헌장 20개 핵심 조항(The European Pillar of Social Rights in 20 principles) 12번째 조항 12. (Social protection) Regardless of the type and duration of their employment relationship, workers, and under comparable conditions, the self-employed, have the right to adequate social protection.

나. 우리나라의 상병 발생 원인별 보장제도

상병은 업무 외 상병, 업무 관련 상병, 자동차 사고로 인한 상해 등으로 구분할 수 있다. 산업재해보상보험은 사용자, 자동차보험은 가해자가 배상 책임을 지는 보험이다. 따라서 근로자가 상병 또는 자동차 사고 등으로 중장기요양을 하거나 영구 장애가 되었을 때 필요한 관련 비용을 모두 보장하도록 되어 있다. 즉, 병원의 진료비는 물론 직장 휴업에 따른 상실 소득이나 간병급여, 재활급여 등 필요한 비용을 모두 보상한다. 아울러 장애가 확정되었을 때에 산업재해보상보험은 근로자가 사망할 때까지 지급하고, 자동차보험에서는 피해자가 직장에서 정년까지 벌어들일 수 있는 소득을 산정하여 상실 수익액으로 지급한다. 따라서 업무 관련 상병이나 자동차 사고로 상해가 발생하면 휴업 기간 중의 상실 소득을 충실하게 보장받을 수 있다. 공무원은 업무상 상병에 대해 6개월의 유급병가와 3년의 유급휴직이 보장되며 장애가 확정되면 장애연금을 받는다.

〈표 6-10〉 상병의 발생 원인별 보상 제도 개요

구분		상병수당	장애연금
업무상 상병	산업재해 (산재보험법)	휴업급여(2년 이내) 상병보상연금*	장해보상연금 장해 보상 일시금
	공무원 (공무원연금법)	유급병가(6개월) 유급휴직(3년)	장애연금 장해 보상금
자동차 사고 (자동차종합보험 기준)		휴업 손해	상실 수익액
업무 외 상병	일반인	임의 기업 복지	장애연금
	공무원 (공무원복무규정)	유급병가(60일) 유급휴직(1년)	비공무장애연금*

* 1, 2급 장애로 판정되면 기준 소득 월액의 26% 지급으로 해외 사례와 비교할 때 매우 취약.
자료: 신기철(2011), 상병소득보장제도 충실화 방안 연구, p. 139, 〈표 2〉를 참고하여 제작성.

반면 업무 외적인 상병으로 요양하게 되었을 때 민간 기업에 종사하는 근로자들에 대한 임의 유급병가는 매우 취약하다. 한국노동연구원이 소장한 기업체의 단체협약 613개를 분석한 결과(신기철, 2011) 평균 유급병가 부여 일수는 0.9개월에 불과하다. 복지제도가 비교적 양호한 금융산업은 2.3개월, 병원 1.7개월, 공공운수 1.5개월이며, 운수업 등은 7~14일만을 인정하고 있다.⁴³⁾ 공무원은 유급병가 60일, 유급휴직 1년을 인정하고 있는데, 이는 뒤에서 살펴볼 OECD 회원국에서 민간 부문 근로자에게 일반적으로 6개월을 부여하는 것에 비해 상당히 부족한 편이다.

3, 4개월 이내에 상병이 완치되고 직장에 복귀하거나 다른 직업을 찾을 수 있다면 경제적 손실은 그다지 크지 않다. 그러나 요양 기간에 사망하거나 장애 상태가 확정되면 완전 혹은 부분적인 소득 상실을 겪는다. 우리나라 국민연금에서는 피보험자가 사망하면 배우자에게 사망할 때까지 유족연금을 지급한다. 그런데 2018년 기준 월평균 유족연금은 22만 7000원에 불과하다.

상병이 발병한 후 18개월 내에 장애가 확정되거나 완치되지 않을 때는 그 시점의 신체장애 정도를 기준으로 장애 등급을 판정하여 국민연금에서 장애연금을 지급한다. 국민연금공단에 따르면 2018년 말 기준으로 1~3급 장애연금 수급자는 7만 8806명이며, 1급 기준 전체 평균 월 지급액은 54만 2000원에 불과하다.

다. 민영 의료보험의 현황

앞 절에서 언급한 것처럼 공보험에서 상병수당을 보장하지 않고 기업

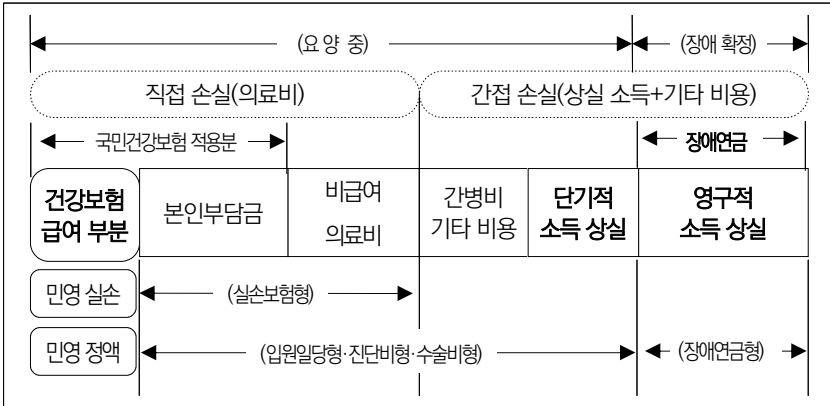
43) 노동연구원 김정환 박사가 노사분쟁을 조정하는 과정에서 입수한 자료를 분석한 결과로 민간 기업 전체를 대표한다고 할 수 없으며, 단체협약은 노조가 있는 기업에서 작성하는 것으로 없는 기업보다 상대적으로 복지제도가 잘 갖춰져 있을 것으로 추정할 수 있음.

의 유급병가 기간은 평균 0.9개월에 불과하다. 게다가 2018년 1급 장애인에게 지급한 월평균 장애연금 54만 2000원은 우리나라 2인 가구 중위 소득 291만 원⁴⁴⁾의 절반에도 미치지 못한다. 따라서 국민건강보험의 보장률이 100%가 되어도 가장에게 장기요양이 필요한 암, 심근경색 등 중증 상병이나 장애가 발생한다면 경제적 어려움을 겪게 된다. 즉, 소득이 없는 기간 모아 놓은 자산을 털어서 쓰거나, 대출받아 생활비에 충당하기 때문에 짧은 기간에 회복하여 취업하지 못하면 중산층도 극빈층으로 전락할 수 있다. 이런 경제적 위험을 보장받고자 민영 의료보험이 다른 나라에 비해 과다할 정도로 발달되어 있다.

[그림 6-3]에서와 같이 상병이 발생했을 때 직접 손실인 의료비에 대해 국민건강보험을 적용하는 부문에서 건강보험 급여 부분과 장애가 확정되었을 때의 장애연금을 국민건강보험과 국민연금이 각각 보장한다. 가장에게 중장기 상병이 발생하고 휴직 또는 퇴직을 해야 할 상황이 발생하는 단기적 소득 상실에 대해서는 기업의 임의 유급병가가 보장하고 있다. 그러나 임의 유급병가는 앞에서 살펴보았듯이 매우 미약하거나 아예 적용하지 않는 기업도 많다. 결국 근로자가 상병이 발생하여 일정 기간 이상 요양을 하게 돼 직장에 나가지 못하거나 소득 활동에 종사하지 못할 때 가계를 꾸려 갈 생활비가 상실되는 결과를 초래한다. 게다가 상병이 발생하여 장애가 확정되었거나 18개월이 경과하여도 완치가 되지 않으면 그때의 상태를 판단하여 장애를 확정한다. 이때 국민연금에서 장애연금을 지급하는데 앞에서 언급하였듯이 그 금액은 기본적인 생활을 영위하기에 부족한 실정이다. 따라서 민영 의료보험이 다양한 형태로 이를 보완하고 있다.

44) 2019년 보건복지부가 고시한 2인 가구의 기준 중위소득은 291만 원임.

[그림 6-3] 상병으로 인한 경제적 손실과 공사 보험의 역할 개념도



우리나라의 민영 의료보험은 보상 방법에 따라 실손 보험과 정액 보험으로 구분된다. 실제 본인이 부담한 의료비를 보장하는 상품이 실손 보험이다. 정액 보험은 본인부담 의료비와 관계없이 사전에 약정한 보험금을 지급하는데 보장하는 대상에 따라 다양한 상품이 있다. 입원일당 정해진 금액을 지급하는 상품은 입원일당 보험이라고 한다. 암이나 심근경색 등 특정 질병으로 진단받거나 수술받을 때 일시금 형태로 지급하는 것은 진단비 보험 및 수술비 보험이라 한다. 1~3급 장애로 확정되었을 때 정해진 기간에 매월 보험금을 지급하는 형태는 장애연금보험으로 부른다. 대부분 사망보험을 주된 계약으로 하며, 여러 상품을 특별 약관으로 소비자의 필요에 따라 혼합하여 가입한다.

과거에는 실손 보험을 특약의 형태로 판매하였지만 현재는 단독형 상품으로 판매한다. 실손 보험만 가입하면 보장 내용이 취약하기 때문에 정액형 보험을 별도 상품으로 가입하게 되어 특별 약관으로 가입할 때보다 보험료 부담이 더 클 수밖에 없다.

2. 건강보험 재정 영향을 최소화하는 접근의 모색

정부는 2017년 8월 건강보험의 보장성 강화 대책을 발표했다. 이의 핵심 목표는 “고액 의료비로 인한 가계 파탄이 발생하지 않도록 저소득층을 중심으로 2중, 3중의 보호 장치를 마련하여 건강보험의 사회 안전망으로서의 역할을 더욱 충실히 할 예정”이라고 했다(보건복지부 보도자료 2017. 8. 9. 모든 의학적 비급여(미용·성형 등 제외), 건강보험이 보장한다). 이날 문재인 대통령은 서울성모병원에서 “기초생활수급자들을 조사해 보니, 빈곤층 가정으로 떨어진 가장 큰 이유 중 첫 번째가 실직이었고, 두 번째가 의료비 부담이었습니다.”라고 언급했다(청와대 보도자료, 2017. 8. 9., 문 대통령, 건강보험 보장 강화 정책 발표문).

가장이 중증 상병으로 휴직하거나, 후유증으로 영구 장애가 발생하면 실직과 의료비 부담이 동시에 발생한다. 이 상황에서 중산층도 배우자가 직장이 없거나 축적된 재산이 많지 않다면 극빈층으로 전락할 수 있다. 특히 우리나라처럼 가계 자산이 부동산 위주, 그것도 대출을 통해 내 집 마련을 했다면 대출금을 갚고 집을 줄여야 하는 등 어려운 상황이 발생한다. 중증 상병의 결과로 재취업이 어려운 1~3급 장애연금의 신규 수급자는 2018년 기준 7087명이다.⁴⁵⁾

이처럼 가계에 미치는 치명적인 영향을 고려하여 OECD 회원국 중 우리나라를 제외한 35개국이 26주(6개월) 이상의 법정 유급병가나 사회보험제도에서 지급하는 상병수당제도로 보장한다. 심지어 OECD 회원국 대부분이 자녀 혹은 친부모가 중증 상병으로 입원한 경우에도 법정 유급병가를 부여한다. 덴마크는 자녀가 중증 상병으로 입원하면 1년, 선천성 질병으로 입원하면 1년 3개월까지 주당 4300크로네(2019년 8월 1일 환

45) 국민연금공단에 2019년 8월 9일 정보공개청구를 통해 확인한 수치임.

을 기준 약 75만 원)를 지급한다.

우리나라의 더 큰 문제는 민영 의료보험에 과다한 지출을 한다는 점이다. 문재인 대통령은 2017년 8월 9일 서울성모병원에서 보장성 강화 대책을 발표할 때 “건강보험 보장률이 낮다 보니, 가구당 월평균 건강보험료가 9만 원인 데 비해 민간 의료보험료 지출이 28만 원에 달한다.”라고 강조하였다.

그런데 민간 의료보험료의 45% 정도가 정액형 민영 의료보험에 지출된다. 정액형 민영 의료보험은 입원일당 정액을 지급하거나, 암·급성 심근경색 등 중증 상병으로 진단이나 수술을 받으면 진단비 또는 수술비 명목으로 정액을 지급하는 형태 등이 있다. 또한 중증 영구 장애가 발생하거나 치매로 확정되면 정해진 기간(대부분 10년 또는 20년) 매월 연금 형태로 정액을 지급하는 상품도 있다. 이런 정액형은 본인부담 의료비로도 사용되지만 상실 소득을 보장하는 기능도 있다.

상실 소득을 보장하는 기능이라면 직업을 가진 가입자에게만 판매하는 것이 원칙이지만 소득이 없는 학생, 퇴직자, 무직자 등에게도 판매한다. 이렇다 보니 민영 의료보험에서 보장하는 상병 20개를 기준으로 입원 기간을 실증 분석해 보면 정액형 민영 의료보험 가입자의 입원 기간이 30.3% 길어 도덕적 해이로 보기 어려울 정도의 과다한 의료 이용이 발생하고 있다(신기철, 권혁성, 2014).

건강보험 보장률이 낮고 상병수당이 없는 상태에서 민영 의료보험이 시장원리에 따라 자율적으로 개발되고 판매되는 과정에서 가계의 부담을 초래하는 것은 물론 도덕적 해이에 의한 의료서비스 과잉 이용으로 건강보험 재정에도 부정적인 영향을 미치는 실정이다. 소비자가 민영 의료보험이 필요 없을 정도로 느끼게 하려면 건강보험 보장성 강화와 더불어 어떤 형태로든 상병수당제도를 도입하여야 한다.

우리나라에서 상병수당 도입하려면 우선 기업의 유급병가 실태와 상병 요양 기간별 직업 복귀율을 분석해야 한다. 상병수당을 도입하게 되면 민영 의료보험의 정비도 빼놓을 수 없는 과제가 된다.

제 7 장

질병 치료 기간 소득보전제도 유형과 시사점

정혜주·손민성

제1절 보편적 건강보장 관점에서 본 소득 상실 보전

제2절 상병수당제도

제3절 유급병가제도

제4절 장애연금

제5절 정책 시사점

7

질병 치료 기간 소득보전제도 << 유형과 시사점

제1절 보편적 건강보장 관점에서 본 소득 상실 보전

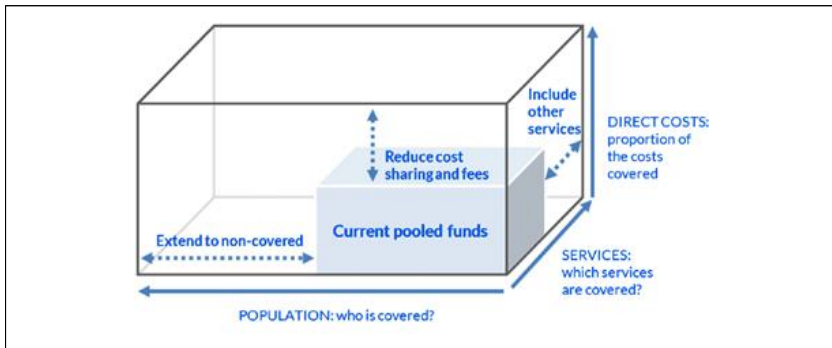
보편적 건강보장(UHC)은 건강 불평등을 해소하고, 형평성과 사회정의를 실현할 가장 강력한 시스템으로 보건의료 분야의 핵심 목표이다(World Health Organization [WHO], 2019).

보편적 건강보장의 두 가지 핵심 요소는 보편성(universalism)과 형평성(equity)이다. 보편성은 모든 사람이 필요한 건강 증진, 예방, 치료 및 재활과 관련된 양질의 보건의료서비스에 접근할 수 있어야 함을 의미한다. 형평성은 보건의료서비스 이용 시 경제적 부담 때문에 재정적 위험이나 서비스 이용이 곤란한 상황에 놓이지 않아야 함을 의미한다. 따라서 세계보건기구(WHO)에서는 보편적 건강보장이란 모든 사람이 차별 없이 필요한 양질의 건강 증진, 예방, 치료, 재활 및 완화의료서비스를 효과적으로 제공받고, 이 과정에서 경제적으로 곤란해지지 않도록 보장하는 것으로 정의한다(Assembly, 2015). 이에 한 국가의 건강보험제도는 국민의 건강과 이와 관련한 경제적 위험에서 보호하는 기능을 해야 한다. 이를 위해서는 모든 인구집단에 양질의 서비스, 보건의료 인력 및 약품과 의료 기술에 접근할 수 있도록 하고 경제적 부담에서 보호하기 위한 효과적인 보건의료시스템의 구축이 필요하다.

보편적 건강보장을 구성하는 의료서비스 보장과 재정적 보호 보장의 두 가지 요소는 다시 세 가지 차원에서 접근할 수 있다. 가입자(Membership)의 확대, 보장 서비스 급여의 확대, 그리고 재정의 안정성 측면이다.

이것은 공적 의료비의 측면에서 건강보험 미가입자(Uninsured)의 확대(Membership, UHC의 넓이), 급여 서비스의 확충(Benefit Package, UHC의 깊이), 그리고 비용 부담의 측면에서 본인부담액(OOP: Out of Pocket, UHC의 높이)의 축소를 통한 보장성의 확대라는 세 가지 측면에서 설명할 수 있다(WHO, 2013).

[그림 7-1] UHC 큐브



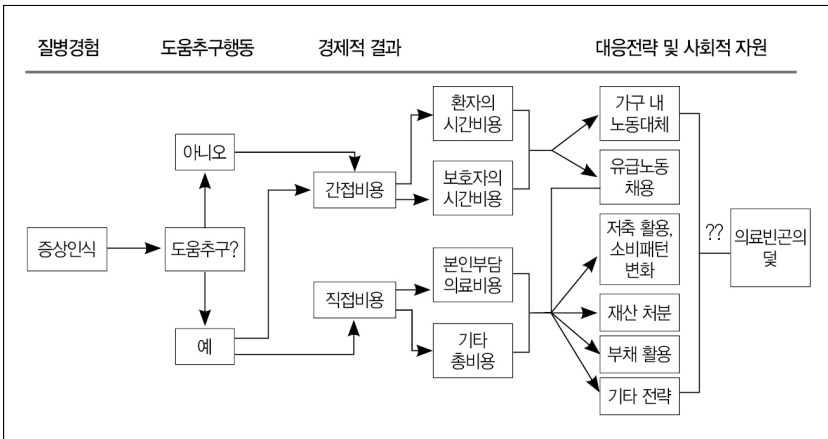
자료: WHO(2010), p.15. Figure 1.

이러한 관점에서 한국은 12년이라는 짧은 기간에 전 국민 건강보험 시스템을 이루며 제도적 우수성 및 성과에 대해서 이미 세계적으로 주목받아 왔음에도 불구하고 그동안 보편적 의료보장은 의료서비스와 의료비에만 초점을 맞추어 논의해 왔다. 하지만 이제는 ‘보편성(universality)’의 개념과 범위에 관한 포괄적인 논의가 필요한 시점이다. 보편성이 전 국민을 위함이고, 보편적 의료보장이 그들의 건강을 유지하고 향상시키며 건강 불평등을 해소하기 위해서라면, 의료서비스 보장에서 나아가 간접적으로 발생할 수 있는 소위 ‘기타 비용’의 영역을 포함할 수 있어야 한다. 한편 보편적 건강보장의 틀에서 문재인 케어는 고액 치료비 부담의 발생을 줄이고 의료 빈곤에 대응하는 긴급 위기 지원을 강화하는 정책을 동시

에 추진하고 있다. 그러나 저소득층은 질병 발생 시 치료비 부담뿐 아니라 치료 기간의 소득 상실을 보전할 수 있는 역량이 거의 없다. 따라서 시민사회단체나 학계에서 빈곤층으로의 전락을 방지하는 후자의 정책 강화가 필요하다고 지속적으로 제기하고 있다.

건강 충격으로 빈곤에 이르는 과정을 의료 빈곤화(medical impoverishment)라고 한다(McIntyre, Thiede, Dahlgren, & Whitehead, 2006). 갑작스러운 건강 악화는 빈곤을 초래하게 된다. 이로 인한 빈곤을 퇴치하고, 소득과 건강 격차를 줄이기 위한 방안으로 보편적 건강 보호(Universal health protection)를 위한 개입이 필요하다.

[그림 7-2] 질병 경험의 경제적 결과와 대응 전략



자료: McIntyre et al., 2006; 김창오, 2019. 재인용 p. 7, Figure 2-1.

[그림 7-2]에서 보듯이 질병을 경험하거나 건강하지 못한 사람에게 경제적 빈곤이 유발되는 과정에는 직접 손실인 의료비 지출과 간접 손실인 소득 상실이 발생한다. McIntyre et al.(2006)에 따르면 의료 빈곤화는 질병 자체의 병리학적 특성 때문이 아니라 의료 이용 이후에 발생하는 직

접 비용과 간접 비용에 의해 초래된다고 강조하였다.

한편, 과부담 의료비는 가구의 지불 능력과 비교하여 의료비 지출이 일정 수준을 넘어서는 경우로 정의되어(Wagstaff & van Doorslaer, 2003) 의료비가 단순히 일정 수준을 초과하여 발생하였음을 의미하는 고비용과는 달리 의료비 지출이 가계의 경제적 능력과 비교하여 상대적으로 높은 것을 의미한다(Wyszewianski, 1986). 고액의 의료비 지출이 아니라도 분모에 해당하는 소득 수준이 낮은 저소득 가구에서는 소액의 의료비 지출도 재정 부담이 클 수 있으며(Wyszewianski, 1986) 질병의 치료 기간이 장기화되면 장기 휴식 또는 실업으로 소득이 낮아지므로 더 큰 의료비 과부담이 발생할 수 있다. 이는 결과적으로 한 개인에게 또는 가구에 빈곤을 유발한다(송은철, 신영전, 2014). 따라서 의료비를 보장해주는 의료보장만으로는 보편적 건강보장을 달성하기 어려우며, 소득 상실과 같은 간접 비용을 동시에 보전해 줌으로써 질병으로부터의 경제적 위험 및 빈곤을 예방할 수 있게 된다.

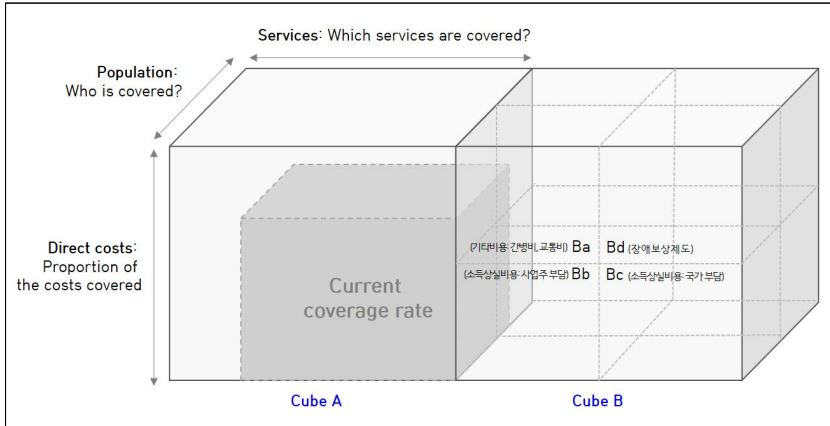
사회보험제도로써 건강보험을 운영하는 독일, 일본 등에서는 기본적인 서비스로서 소득보장을 명시하고 있다. 또 국가 의료 체계(NHS)로 운영하는 영국의 사례를 보면 1942년 발표한 베버리지 보고서에서 ‘실업, 질병, 재해로 소득이 줄어들었을 때, 정년퇴직으로 소득이 중단되었을 때, 주된 소득자가 사망하여 생계를 책임질 사람이 없어졌을 때, 출생, 사망, 결혼 때문에 추가 비용이 지출될 때를 대비한 소득보장이 요구된다’며 소득보장 부분을 강조하였다(Beveridge, 1942). 반면 한국에서는 1988년 전 국민 건강보험 제도를 도입하는 과정에서 소득보전제의 도입 논의를 계속하였으나 아직까지 이루어지지 않았다.

소득 손실로부터의 재정적 보호는 매우 중요하다(제3절의 ‘3. 상병수당과 유급병가제도의 효과’ 참조). 세계노동기구(ILO)에서는 보편적 건강

보장을 위한 전제 조건의 하나로 모든 사람이 알맞은 일자리를 갖출 수 있는 지속 가능한 개발을 주장하였다. 이러한 연결은 건강보장을 위한 정책 개발에서 빼놓아서는 안 된다(ILO, 2014). 여기에는 일을 하고자 하는 사람에게 근로의 기회를 제공하는 것, 노동시장에 진입한 근로자가 건강한 상태로 일하고 이탈되지 않도록 환경을 제공해 주는 것 등이 포함되어 있다.

앞에서 언급했듯이 보편적인 건강보장을 달성하기 위해서는 의료서비스 보장과 재정적 보호라는 두 가지 구성 요소를 충족해야 하며, 재정적 보호를 위해서 소득 상실을 보호해야 하는 국가의 역할이 있다. 즉 보편적 건강보장의 개념은 의료비 지출로 인한 보호를 넘어 좀 더 거시적인 관점에서 질병으로 발생할 수 있는 다차원적인 경제적 보호로 이해할 수 있다. 이를 도식화하면 [그림 7-3]과 같다. Cube A는 의료비 지출에 대한 직접 비용의 보장에 대한 부분이고, Cube B는 간접 비용의 보장에 대한 부분이다. Cube A에서 세 면은 누구를 보장할 것인가, 어떤 서비스를 보장할 것인가, 그 서비스를 얼마만큼 보장할 것인가를 설명한다(WHO, 2013). Cube B는 4개의 작은 큐브로 구성할 수 있는데, Ba는 의료 이용 시 발생할 수 있는 간병비, 교통비 등 의료와 직접 관련이 없는 기타 비용, Bb와 Bc는 상병 또는 질병으로 발생하는 소득 상실 비용이다. Bb와 Bc의 구분은 소득 상실을 보전해 주는 주체가 어딘가에 따라 구분 가능하다. 구체적인 예로 Bb는 이용자가 일부 부담하고 사업장이 나머지를 보전해 주는 유급병가제도가 있으며, Bc는 국가에서 아픈 근로자의 소득 상실을 보전해 주는 상병수당제도가 있다. Bd는 질병 발생 후 지속적인 의료비와 소득에 대한 보장을 지원받음에도 불구하고 영구적으로 소득 불능 상태로 판명되는 경우에 해당하며, 주로 사회보장연금에서 장애연금(Disability Pension) 지급을 통해 보장받을 수 있는 부분이다.

[그림 7-3] UHC 더블 큐브 모델(UHC 큐브의 확장된 개념)



자료: WHO(2010), p. 15. Figure 1을 참고하여 저자 수정.

보편적 건강보장(UHC)의 확장된 개념은 의료서비스가 필요한 사람이라면 누구나, 그리고 그들의 건강이 유지 또는 개선될 수 있도록 양질의 서비스를 제공하는 것을 포함한다. 일을 하고 있던 누군가가 상병 또는 질병으로 소득을 잃게 되었을 때 걱정 없이 건강을 회복할 수 있도록 소득의 일부를 보전해 줄 수 있어야 하는데, 이때 발생하는 비용이 의료비 외의 ‘기타 손실’이라고 하는 부분이다. 진정한 건강보장을 위해서 이 부분을 보장하는 것이 필수적이며, 이는 건강 불평등을 해소하고, 보편성과 형평성을 모두 실현하기 위함이다.

1946년 세계보건기구 헌장(WHO, 1995)에서는 건강권의 개념을 ‘도달 가능한 최고 수준의 건강 향유는 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 또는 사회적 조건의 차이에 상관없이 모든 사람의 기본적인 권리 중 하나이다’라고 정의하였다. ‘모든 사람은 사회의 일원으로서 사회보장에 대한 권리를 가지며(세계인권선언 제22조), 또한 모든 사람은 식량, 의복, 주택과 의료 및 필요한 사회적 지원을 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에

적합한 생활수준을 누릴 권리를 가지며, 실업, 질병, 장애, 배우자와의 사별, 노령, 자신이 통제할 수 없는 상황에서의 다른 생계 결핍의 경우 사회보장을 받을 권리를 가진다(세계인권선언 제25조1)'라고 하였다.

보편적 건강보장은 건강권을 실현하기 위한 핵심 수단인데, 건강권을 '보건의료서비스를 받을 권리'로 좁게 해석하는 결과를 초래하였음을 지적한 Meier and Fox(2008)의 논의와 같이 건강에 관한 권리가 단지 보건의료서비스에 관한 권리로 제한하여 설명하고 있음을 비판하는 견해가 있다(김창엽, 2013). 한국은 전 국민 건강보험을 가장 짧은 기간에 성공적으로 이루었음에도 불구하고 현재의 건강보험 및 보건의료 정책이 충분한 '보편적 건강보장'으로 설명할 수 있는가에 대하여는 여전히 의문의 여지가 있다.

이 장에서는 해외 사례를 통해 보편성을 어떠한 시각으로 바라보고, 어떤 제도들을 시행하고 하는가, 보편적 건강보장이 보장하고자 하는 모두는 누구인가, 어떠한 서비스를 포함하고 있는가 하는 질문에 대한 답을 고찰하였다. 이와 관련하여 대표적인 소득보전제도로 현재 국외에서 운영되고 있는 상병수당제도, 유급병가제도, 장애연금 등의 체계와 특징을 검토하고, 이를 통해 국내 근로자들의 상병으로 인한 소득 상실 보전 문제에 어떻게 접근해야 하는지 적절한 방안과 시사점을 도출하였다.

제2절 상병수당제도

1. 상병수당제도의 개념

상병 또는 질병이 발생하면 근로자들은 의료비를 지출하여야 하고 동시에 소득을 상실하게 된다. 상병수당제도는 단지 산재보험의 개념이 아니라 건강 문제로 인한 경제적 위험으로부터 국민을 보호하기 위한 목적에서 '상병으로 인한 소득 상실 부분을 공적 사회보장제도가 보장해 주는 제도'로 정의할 수 있다(정혜주 외, 2018). 우리나라는 물론 국외에서도 각기 상병수당제도를 정의하고 있는데, 국내에서는 2000년 국민건강보험법 개정을 통해 제50조(부가급여)에 '공단은 이 법에서 정한 요양급여 외에 대통령령으로 정하는 바에 따라 임신, 출산 진료비, 장제비, 상병수당, 그 밖의 급여를 실시할 수 있다'라고 명시하였으나 이와 같은 표현은 법적 강제성이 떨어지기 때문에 실질적인 제도 도입은 아직까지 이루어지지 않았다. 국내 유사 제도로는 산업재해보상보험이 있으나 업무상 재해만 보장하는 것으로, 근로자에 대한 소득보장이 목적이라기보다는 근로자의 상병에 대한 사업장의 관리 책임에 따른 보상이라는 측면이 강하다. 우리나라는 업무와 무관한 상병은 일부 공무원을 제외하면 소득을 보장받을 수 있는 공적 사회보장제도가 미흡하여 근로자 집단 대부분이 보장의 사각지대에 놓여 있다. 특히 비정규직, 일용직 근로자들에게는 유급 휴가조차 제공되지 않는 경우가 많기 때문에 이들에게 상병이 발생하면 곧장 소득 상실로 직결된다고 볼 수 있다.

국제사회에서는 이미 사회보장 이슈가 중요한 어젠다로 부상하였는데, ILO는 '2012년 사회보장 최저 선에 관한 권고'를 통해 국가의 사회보장 최저 선을 수립하고 유지할 것을 권고하였고, 모든 사람에게 필수적인 건

강 보호와 기본적인 소득을 보장할 수 있는 수단으로서 상병수당의 중요성을 제시하였다(ILO, 2017). 2015년에는 유엔총회에서 '2030 지속 가능한 개발 의제'를 채택하여 노동시장 불평등 감소, 양질의 일자리 확대 등을 강조하였다(Frey, 2017).

이에 한국, 미국을 제외한 주요 OECD 회원국은 상병기간에 근로자들이 충분히 휴식하고 이를 통해 질병을 완치할 수 있도록 보장하기 위해 상병수당을 도입하여 실시하고 있다(RAUB et al., 2018). 유럽에서는 건강보험제도를 실시할 당시 상병수당을 우선적으로 도입하였다. 독일에서는 상병수당을 '건강보험 피보험자가 질병으로 근로 능력을 상실하거나 병원, 예방 또는 재활 시설에 입원해서 건강보험조합의 비용으로 진료를 받을 때 현금 수당으로 보전하는 제도'(독일 사회법전 제5편 법정건강보험 제44조)로, 프랑스에서는 '노동 불능 상태 시작일부터 일정 기간이 경과한 후에 일일 수당을 지급하는 것'(프랑스 사회보장법전 제L323-1조)으로 정의하고 있다. 일본은 상병수당을 '건강보험 피보험자가 요양으로 인하여 근로에 종사할 수 없을 때 표준 보수 일액을 기준으로 지급하는 제도'(일본 건강보험법 제99조)로 정의하고 있다. 즉, 상병수당은 근로자가 상해나 질병으로 근로 활동을 하지 못하게 되었을 때 이들이 충분한 치료를 받고 요양을 통해 회복할 수 있도록 상병으로 인한 소득 상실 부분을 공적 사회보장제도가 보장해 주는 제도로 정의할 수 있다.

상병수당제도는 근로자의 소득 상실 보전이라는 개인의 경제적 손실을 예방하기 위한 것이며 근로자의 상병은 개인 수준에 한정되지 않고 사회적으로도 경제적 손실을 야기할 수도 있다. 상병으로 인한 휴가를 제한된 수준으로 제공하거나 전혀 제공하지 않을 때, 사업장에서는 결근율을 낮출 수 있지만 많은 근로자가 아픈 경우에도 근로를 하는 상황이 발생하며, 이와 같은 프리젠티즘은 장기적으로 생산성을 저하시키는 문제를 초

래한다(EIU, 2014). 우리나라에서도 아픈 근로자들이 소득 손실의 두려움으로 최대한 쉬지 않고 일하려는 경향이 있는 것은 사회보장의 부재에 따른 것으로 이해할 수 있다(이승윤, 김기태, 2017).

상병수당의 역할에는 경제적 혜택 외에도 그들의 건강상의 혜택(Scheil, Adlung & Sandner, 2010a)과 인권적 함의(Assembly, 1948) 등이 포함되어 있다. 상병수당은 인권의 차원에서 근로자 및 그들의 가족이 빈곤 및 상병으로부터 보호받을 수 있는 건강의 권리를 보장할 뿐만 아니라 개인적, 사회적으로 인간의 기본적인 욕구라고 할 수 있는 삶의 질의 향상을 추구하는 후생 실현의 역할을 수행함으로써 앞 절에서 설명한 보편적 건강보장을 실천하기 위한 수단이 된다. 한 개인이 암과 같은 중증 질환을 경험하면 사회로의 복귀가 더욱 어렵다. 유럽 국가들의 암 경험자 직장 복귀 비율이 약 62%인 데 비해 국내 암 경험자 직장 복귀 비율은 약 30.5%로 직장 또는 사회로 복귀하는 데 어려움을 겪는 경우가 많다(장윤서, 2019). 그러나 정부는 주로 암 치료비 지원 등 치료 중심의 정책에 집중하고 있으며 암 생존율은 높아지는데도 치료 이후의 재활이나 직장 복귀 등 그들의 삶을 돕는 정책은 미흡하다. 따라서 상병수당과 같은 사회보장제도는 질병과 상해 발생 시의 소득 상실 보전에만 목적이 있는 것이 아니다. 근로자들이 충분히 휴식하고 요양할 수 있게 해 줌으로써 건강을 온전히 회복할 수 있게 돕고, 일상생활로 원활히 복귀하여 삶의 질을 향상시키도록 하는 데 궁극적인 목적이 있다.

상병수당은 저소득 근로자에게 소득 안정성을 제공함으로써 빈곤화를 예방하는 역할을 한다. 상병으로 인한 장기요양은 의료비 부담과 실업이 수반되어 가계의 소득 불안정을 초래하고 근로자를 극빈층으로 전락시킬 수 있다(신기철, 2011; 정형준, 2017). 따라서 상병수당은 이들의 소득 안정성을 보장함으로써 의료 접근성을 높여 주고, 근로자들의 건강과 삶의

의 질을 향상시키는 데 기여할 수 있다(Scheil- Adlung & Sandner, 2010a; 김기태 & 이승윤, 2018, p. 5 재인용).

특히 저소득 취약계층과 불안정한 근로자들은 질병과 빈곤의 악순환 과정에 더 많이 노출될 수 있으므로 이와 같은 사회적 불평등을 해소하기 위한 사회보장제도의 보호가 필수적이다.

2. 복지국가 유형에 따른 OECD 회원국의 상병수당제도 분류

1952년에 국제노동기구(ILO)는 제102호 협약인 ‘사회보장협약(최저 기준 협약)’에서 근로자가 상병으로 근로 활동을 중단하게 되고, 이로 인해 근로소득을 상실하면 이를 보전하는 상병급여를 정기적으로 지급할 것을 규정하였다. ‘최저 기준 협약’에 의하면 근로자 50% 이상, 또는 경제활동인구 20% 이상에게 상병급여를 지급하여야 하며(제15조), 수급 기간은 사고로 인하여 근로가 불가능한 모든 기간을 원칙으로 하고, 최저 36주 이상으로 제한이 가능하도록 규정하였다(제18조 제1항). 급여 수준은 4인 가족 기준으로 이전 소득의 45%로 규정하고 있다(제65조, 제66조). 다만 상병수당제도의 악용이나 남용을 방지하기 위하여 ‘수급 자격 획득 기간’과 3일의 대기 기간 설정이 가능함을 제시하였다(제17조). 대기 기간이란 상병 기간과 급여가 지급되는 기간 사이에 두는 시차이다.

1969년에는 ‘요양과 상병급여 협약(제130호 협약)’보다 강화된 ‘상병 급여 권고(제134호 협약)’를 상위 기준으로 제시하였다. ‘상병급여 협약’에 의하면 모든 근로자 또는 경제활동인구의 75% 이상에게 상병급여를 지급하여야 한다고 규정하고 있으며(제19조) 그 수급 기간은 최저 기준 협약의 두 배인 52주 이상으로 제한할 수 있도록 규정하였다(제26조 제1항). 또 급여 수준은 최저 기준보다 상향된 4인 가족 기준으로 이전 소득

의 60% 이상을 제시하고 있다.

ILO가 제시한 기준에서 재정은 근로자가 부담하는 보험 기여액이 50%를 초과해서는 안 된다고 규정하였지만(제71조) 구체적인 지급 절차와 재원 마련 방식은 특별히 규정하지 않고 해당 국가의 재량에 맡기고 있다. 따라서 상병수당제도는 자국의 상황에 따라 국가별로 제도 도입의 목적과 근거, 관리 운영 체계, 자격 기준과 적용 대상, 급여 수준과 기준, 재원 마련 등 제도의 운영 방식과 특징이 다르게 나타난다. 이에 상병수당을 사회복지의 제도화된 형태로 보고 복지의 유형에 따라 상병수당 체계를 분류해 볼 수 있다.

이 장에서는 복지국가 유형별로 상병수당제도의 관리 운영 체계, 자격 기준과 적용 대상, 급여 수준과 기준, 재원 마련, 최근의 변화 등을 비교해 국가 간 특징을 분석하였다. 이를 통해 근로자들의 상병으로 인한 소득 상실의 보전에 어떻게 접근해야 하는지 적절한 방안과 시사점을 도출하고자 하였다.

복지국가 유형 분석으로는 Esping-Andersen(1990)과 Bonoli(1997), Kangas(2004)의 분류 등이 있다. Esping-Andersen(1990)은 복지국가를 '사회권', '사회 계층', '국가와 시장, 국민 간의 관계'에 따라 '자유주의 복지국가(Liberal welfare regime)', '조합주의(보수주의) 복지국가(Corporatist welfare state)', '사회민주적 복지국가(Social democratic welfare state)'로 분류하였다. Bonoli(1997)는 역사성을 고려하여 비스마르크 유형(Bismarckian model)과 베버리지 유형(Beveridgean model)으로 분류하였다. Kangas(2004)는 복지국가를 사회보험, 가입 자격, 급여 수준, 행정 관리 운영을 기준으로 5가지 유형으로 분류한 Korpi & Palme(1998)의 사회보험 유형 분석에 재원 조성, 의사 결정 구조를 추가한 분류 틀을 구성하였다(Kangas, 2004).

〈표 7-1〉 상병수당제도의 발전 유형화

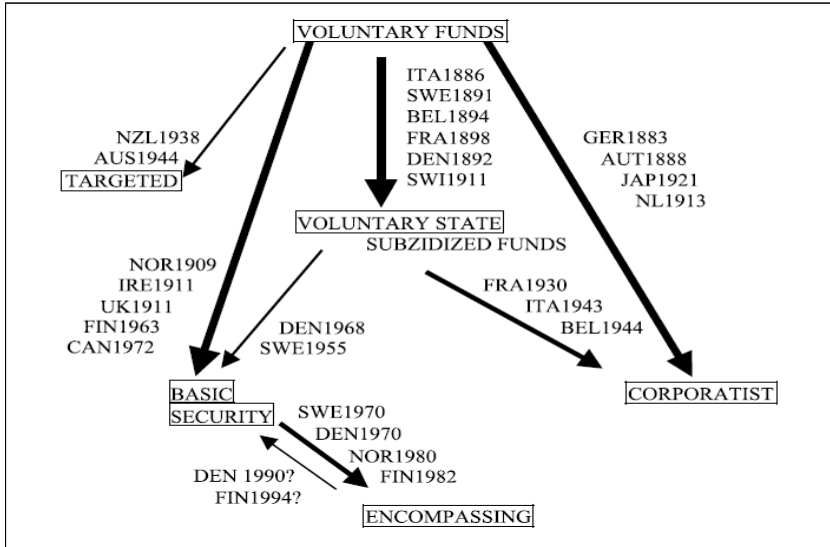
유형·분류 기준	수급 자격	급여	운영	주 재원	의사 결정
조합 체제 (Corporatist)	직종	소득 연계	사용자, 근로자 등	기여	노동시장, 정치
포괄 확장 체제 (Encompassing)	시민권, 고용 여부	정액, 소득 연계	공공	세금+기여	정치
기초보장 (Basic security)	시민권	정액	공공	세금	정치
특정 대상 체제 (Targeted)	저소득층, 자산 조사 기반	저소득층 순	공공	세금	정치
자율적(자발적) 체제(Voluntary)	회원	정액 또는 최저임금	회원, 공공	회비, 세금	금고, 정치

Source: Kangas, 2004, p. 193, Table 1

그러나 Esping-Andersen(1990)과 Bonoli(1997)의 분류 방식은 현재 우리나라 상황에 상병수당을 도입하기에 적합한 기제를 찾기 어렵다. 왜냐하면 Esping-Andersen(1990)의 분류 틀은 사회권, 사회 계층과 같이 거시적인 기준에 따라 복지국가 유형을 분류한 것이므로 단일 제도의 유형 분류에는 적합하지 않고 Bonoli(1997)는 역사적, 전통적 측면에서 분류함으로써 그 범위가 다양하지 못하여 현 시대의 다양한 사회적, 정치적, 경제적 상황에 맞춘 제도 설계에 적절하지 않다. 따라서 최대한 급여 대상이나 급여 수준, 수급 조건 등을 재정적으로 크게 부담이 되지 않는 수준으로 제도를 설계할 필요가 있기 때문에 좀 더 세부적으로 분류하고 있는 Kangas(2004)의 분류 틀을 적용하였다. Kangas(2004)의 틀에 따른 상병수당제도를 유형화하면 〈표 7-1〉과 같다.

국가별로 상병수당제도의 특성을 바탕으로 위에서 제시한 복지국가 유형에 맞추어 분류하면 [그림 7-4]와 같다.

[그림 7-4] 국가별 상병수당제도의 발전 과정



자료: Kangas, 2004, p. 194, Figure 1

가. 조합주의(Corporatist)

1) 제도 형태 및 재원

조합 중심 사회보험 성격의 독일, 오스트리아, 네덜란드, 일본, 프랑스, 이탈리아, 벨기에 등은 조합주의형으로 분류되며, 사회보험 중 주로 건강보험의 보험료 증액으로 재원을 마련하는데(RAUB et al., 2018) 그중 네덜란드는 실업보험으로 재원을 충당한다.

제도의 운영 체계를 살펴보면 근로자의 상병에 대해 이중 지불을 하는 방식이다. 공적 사회보장제도로서의 상병수당이 지급되기 전에 근로자의 상병에 대해 사업주가 우선 일정 기간 유급병가를 제공하고, 근로자들이 유급병가를 모두 소진한 후에도 보호가 필요하다면 국가 차원에서 상병수

당을 지급하는 것이다. OECD 회원국은 주로 2주에서 6주 정도의 단기간은 기업의 유급병가를 의무화하여 고용주도 일부 부담한다. 따라서 장기 입원에 한하여 상병수당을 보장함으로써 도덕적 해이를 최소화하고, 사회 안전망의 상병수당 지출액을 줄임으로써 재정 부담을 완화하는 효과가 있다(Spasova, Bouget, & Vanhercke, 2016). 이처럼 대부분의 OECD 회원국에서는 고용주 책임(employer liability)과 공적 자금(public funds)을 결합한 이중 체계로 운영한다. 조합주의형 국가 중에서는 일본, 프랑스, 이탈리아를 제외한 국가들이 이중 체계로 운영하고 있으며, 세 국가는 유급병가제도가 없어 근로자들은 상병이 발생하면 3일간의 대기 기간이 지나야 상병수당제도를 이용할 수 있다. 반면에 네덜란드는 고용주 책임하에서만 근로자의 상병 시 소득을 보전해 주고 있다 ([그림 7-5] 참조).

2) 자격 기준과 적용 대상

오스트리아, 일본, 네덜란드, 이탈리아 등은 근로자들의 필수 근로조건(기간 또는 시간)의 제약 없이 상병수당제도를 이용할 수 있다. 그러나 일부 국가에서는 수혜 조건으로 근로 기간이 한 달 이상이 되어야 하는 등의 기준이 있으며, 만약 조건을 충족하지 못하면 기간이나 급여 수준을 줄여서 상병수당을 받을 수 있도록 하거나 사회부조를 통해 지원한다.

근로 형태에 따라서도 차등 지급이 발생하는데 비정규 근로자는 대부분 정규직 근로자와 동일한 조건을 적용하나, 자영업자와 같은 특수형태 고용 근로자는 국가마다 기준이 다르다. 자영업자들은 의무 가입 보험(compulsory insurance)을 적용하거나 자발적 소득보상보험(voluntary insurance schemes)으로 상병수당제도에 가입할 수 있는데, 임금 근로

자와 수혜 기간 등에서 차이가 생기기도 한다. 반면 독일, 오스트리아, 네덜란드, 벨기에 등은 상병수당의 대상에서 자영업자를 제외한다(Raub et al., 2018).

3) 급여 수준과 내용

지급 기간을 살펴보면 OECD 회원국 대부분은 6개월 이상을 보장함으로써 ILO에서 '최저 기준 협약'으로 제시한 기간을 준수하고 있다. 질병의 치료 및 회복 시간에 대한 의학적 증거에 따르면 6개월간의 유급휴가는 심각한 질병을 치료하는 데 매우 중요하다. 휴식 기간은 질병의 정도에 따라 더 짧아질 수도 길어질 수도 있으나, 적어도 6개월의 유급휴가를 제공하는 것이 경제적으로 가능하다는 연구 결과들이 발표되었다(ACS, 2015; ADA, 2016; Dreyer et al., 2016; Fox, Desai, Krumholz, & Gross, 2012; McDevitt et al., 2013). 이탈리아는 ILO의 '최저 기준 협약'인 26주 이하로 제한하는 반면, 독일, 오스트리아, 프랑스 등 대부분의 서유럽 복지국가에서는 ILO에서 제시한 '상병급여 협약'의 52주 또는 360일 이상으로 상병수당을 충분히 지급하고 있다.

ILO에서는 상병수당제도하에서의 도덕적 해이를 방지하는 차원에서 3일간의 대기 기간을 제안하였는데 고용주가 재정의 일부를 부담하지 않는 체계에서 대기 기간이 존재한다. 일본, 이탈리아, 프랑스 등은 1일에서 3일 이하로 대기 기간을 정하고 있다. 앞서 설명했듯이 조합주의형 국가 중에서 이 세 국가는 고용주에게 유급병가를 법으로 강제하지 않으며, 대기 기간을 적용함으로써 도덕적 해이를 방지하고 재정 지출을 억제하는 효과를 기대한다.

OECD 회원국들은 주로 평균 급여 대비 소득에 비례하는 소득대체율

을 활용하여 상병수당을 지급하고 있으며 독일, 일본, 프랑스 등을 포함하여 소득대체율이 60~70%로 낮은 편이다. 한편, 이와 같은 정률제를 적용하는 일부 국가에서는 정액제로 지급하는 국가들과 달리 재정의 부담을 야기할 수 있는데 주로 하한액과 상한액(예: 평균 임금 100% 수준)을 설정하여 소득에 따른 불평등의 격차를 최소화하고 있다. 국내에서 상병수당의 소요 재정을 추계한 연구에 따르면 정액제를 적용하는 베버리지 방식이 정률제를 적용한 비스마르크 방식보다 재정 부담이 적은 것으로 나타났다(최인덕, 김진수, 2007). 그러나 최근 연구에서는 정률제 적용 시 이미 상병수당제도를 실시하고 있는 OECD 회원국들과 같이 상한제와 하한제를 적용하여 재정 부담을 줄일 수 있다. 상한액을 설정하면 보험의 재정 안정에 기여할 수 있으며, 더불어 하한액을 통해 저소득 집단을 보호함으로써 소득재분배의 효과도 볼 수 있다(손민성, 김연용, 장정민, 정혜주, 2019).

〈표 7-2〉 조합주의(Corporatist)

국가	도입 시기	제도 형태 및 재원	자격 기준과 적용 대상	급여 수준과 내용
독일	1883	사회보험 (건강보험)	<ul style="list-style-type: none"> 상병수당: 조건 없음. 장기간 상병수당: 최근 10년간 2년 이상 가입하고 하루 3번 이상 중증 요양이 필요한 경우에 지급. 	<ul style="list-style-type: none"> 상병수당: 3년간 78주까지 총소득의 70%(사용자가 6주간 100% 지급하고, 이후 상병기금에서 지급). 장기 간병 수당: 증세에 따라 차등 지급.
오스트리아	1888	사회보험	<ul style="list-style-type: none"> 고용 상태일 때. 	<ul style="list-style-type: none"> 사용자가 12주 동안 급여의 100%, 이후 상병수당기금에서 50%+자녀 및 배우자 수당(최대 75%)를 52주까지 지급.
네덜란드	1913	사회보험 (실업보험에서 통합 운영)	<ul style="list-style-type: none"> 실업보험 가입자로 정상적인 업무에 종사하지 못할 때. 	<ul style="list-style-type: none"> 소득의 70%를 104주까지 하루 최대 191.82유로 지급.
일본	1921	사회보험 (건강보험)	<ul style="list-style-type: none"> 고용 상태일 때. 	<ul style="list-style-type: none"> 대기 기간: 3일 급여 단계별 평균 일당의 66.67%를 최대 18개월 동안 지급.
프랑스	1930	사회보험 (건강보험) - 장애연금 및 유족 연금 통합	<ul style="list-style-type: none"> 최근 3개월간 200시간 이상 근무: 6개월 이하 보상. 최근 12개월간 800시간 이상 근무: 6개월~3년까지 보상. 	<ul style="list-style-type: none"> 평가 후 30일: 최근 3개월간 평균 일당의 50%, 이후 66.7% 3년간 최대 360일 지급.
이탈리아	1943	사회보험 (의료급여는 보편적 복지)	<ul style="list-style-type: none"> 사회보험 가입자. 	<ul style="list-style-type: none"> 대기 기간: 3일 첫 20일간 평균 일당의 50%, 이후 180일까지 66.6%. 이외 취업 장애가 있으면 월 82.30유로의 요양수당 2년간 지급.
벨기에	1944	사회보험 (건강보험에서 장애연금 운용)	<ul style="list-style-type: none"> 120일간 이상 근로하고 2분기 이상 보험료 납입 시. 	<ul style="list-style-type: none"> 소득의 60%(단, 사용자가 유급병가를 허용하면 미지급).

자료: ISSA, Social Security Programs throughout the World: Asia and the Pacific, Europe, 2016 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

나. 포괄 확장 체제(Encompassing)

1) 제도 형태 및 재원

스웨덴, 덴마크, 노르웨이, 핀란드 등 포괄 확장 체제에 포함되는 북유럽 국가들 역시 고용주 책임(employer liability)과 공적 자금(public funds)을 결합한 이중 체계로 운영한다. 스웨덴은 15일, 덴마크는 14일, 노르웨이는 16일, 핀란드는 9일을 유급병가로 지원하며 이후 장기 소득 보전에 한하여 약 1년간 상병수당을 지급한다([그림 7-5] 참조).

이 국가들 역시 사회보장 성격을 지니며 적절한 소득에 비례하는 혜택을 도입하며 포괄 확장 체제형 국가로 발전하였다. 대부분의 경제활동에 대해 비슷한 조건에서 기본적인 생계를 보장하면서 동시에 소득에 비례하여 이익을 보장한다. 그러나 다양한 직업 체계 간의 차이와는 달리 혜택은 모든 사람에게 동일한 소득대체율을 적용한다.

2) 자격 기준과 적용 대상

스웨덴, 덴마크, 노르웨이, 핀란드는 일정 근로소득 또는 근로 기간 등 정해진 기준 이상을 충족하면 상병수당을 받을 수 있다. 스웨덴과 핀란드는 실업수당을 수급 중이어도 상병수당을 받을 수 있다.

3) 급여 수준과 내용

스웨덴, 덴마크 등 북유럽 복지국가에서는 ILO의 '상병급여 협약'에서 제시한 52주 또는 360일 이상으로 상병수당을 충분히 지급하고 있다. 그러나 덴마크는 2014년 상병수당제도를 조정하여 수혜 기간을 52주에서

22주로 단축했다(Boheim & Leoni, 2018).

앞서 설명한 조합주의 국가들과 달리 스웨덴, 덴마크, 노르웨이, 핀란드 등 북유럽 복지국가들에서는 대기 기간을 적용하지 않는데, 이는 상병이 발생하고 일정 기간은 사용자가 급여를 지급하는 유급병가가 있기 때문이다.

<표 7-3> 포괄 확장 체제(Encompassing)

국가	도입 시기	제도 형태 및 재원	자격 기준과 적용 대상	급여 수준과 내용
스웨덴	1970	사회보험 (고용보험) - 의료비는 보편적 복지	<ul style="list-style-type: none"> • 근로소득 연 1만 560크로나 이상 • 실업수당 수급 중 	<ul style="list-style-type: none"> • 15일 이후 364일까지: 상실 소득의 80%, 75%로 550일까지 연장 가능. • 사용자가 15일까지 상실 소득의 80%.
덴마크	1970	법정 기업 복지제도	<ul style="list-style-type: none"> • 지난 8주간 74시간 이상 고용 관계 유지 시 • 지방자치단체 급여는 최근 13주간 120시간 이상 	<ul style="list-style-type: none"> • 일당 기준 주당 최대 3940크로네. • 정부 급여는 18개월 이내 최대 52주.
노르웨이	1980	보편적 복지 (사회보장 통합 운영)	<ul style="list-style-type: none"> • 피보험자는 기준 임금의 최소 50% 이상 	<ul style="list-style-type: none"> • 신고 소득의 100%를 52주까지 지급. • 단, 최초 16일은 사용자가 지급: 월 8만 2122크로네(2012년) • 이후 상병수당이나 장애연금으로 대체.
핀란드	1982	사회보험 (건강보험) - 의료급여는 민간 보험회사와 지방자치단체가 별도로 운영	<ul style="list-style-type: none"> • 최근 3개월간 고용 • 실업급여 수급 중 	<ul style="list-style-type: none"> • 소득 수준별 차등을 두되 10~300일까지. - ~3만 4495유로 이하: 70% - 3만4496~5만 3072유로: 40% - 5만 3073유로 이상: 25%

자료: ISSA, Social Security Programs throughout the World: Europe, 2016 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

다. 기초보장(Basic security)

1) 제도 형태 및 재원

아일랜드, 영국, 캐나다 등은 사업장에서 제공하는 유급병가제도가 없어 근로자는 상병이 발생하면 바로 상병수당제도를 이용할 수 있다. 따라서 이용자들의 도덕적 해이를 방지하기 위해 대기 기간을 적용하여 일정 기간은 보장하지 않는다.

기초보장형 국가는 원칙적으로 시민권에 따라 모든 사람을 보호하고 모든 사람에게 기본적인 생계를 보장한다(Kangas, 2004). 사회보장에서 국가 주도의 사회보장 성격이 있는 아일랜드, 영국, 캐나다는 주로 실업급여보다 높은 수준의 소득보장을 하고 있다(Raub et al., 2018). 영국은 조세로, 아일랜드와 캐나다는 사회보험 방식의 고용보험 보험료 증액으로 재원을 마련한다.

2) 자격 기준과 적용 대상

아일랜드, 영국, 캐나다는 일정 기간 이상 보험료를 납입하여야 급여를 제공한다. 아일랜드는 66세 이하로 연령을 제한하며 영국은 자산 소득 조사로 급여를 보충할 수 있다.

3) 급여 수준과 내용

캐나다는 상병수당 지급 기간이 15주로 가장 짧지만 지급 기간을 모두 소진하면 자동으로 사회보장 시스템으로 연계하기 때문에 소득 상실에 대한 보호를 지속적으로 받을 수 있다. 앞서 설명한 북유럽 복지국가

(Encompassing)들과 달리 아일랜드, 영국 등은 1일에서 3일 이하로 대기 기간을 지정하고, 캐나다는 2주의 대기 기간을 설정하고 있다. 이들 국가는 유급병가를 법으로 강제하지 않기 때문에 대기 기간을 적용함으로써 도덕적 해이를 방지하고 재정 부담을 줄인다.

기초보장형으로서 조세로 재정을 부담하는 영국은 정액제로 상병수당을 지급한다. 정액제로 지급하면 행정 절차상 편리하고, 근로자들에게 소득재분배의 효과가 나타날 수 있으며 보험의 재정 안정에 기여할 수 있다. 아일랜드와 캐나다는 평균 급여 대비 소득에 비례하는 소득대체율을 활용하여 상병수당을 지급하고 있으나 소득대체율이 낮은 편이다.

〈표 7-4〉 기초보장(Basic security)

국가	도입 시기	제도 형태 및 재원	자격 기준과 적용 대상	급여 수준과 내용
아일랜드	1909	사회보험(의료급여는 보편적 복지) - 노령연금제도에서 통합 운영	• 66세 이하로서 연령별로 일정 기간 이상 보험료 납입자	• 소득에 따라 주당 188유로까지 최장 52주 • 부양가족 수당: 자녀당 주 29.80유로 • 적격 배우자 등: 1인당 주 최대 124.80유로
영국	1911	사회보험(고용보험) - 의료급여는 보편적 복지 - 노령연금제도에서 통합 운영 - 법정 기업 복지(Statutory sick pay)로 운영	• 법정 유급휴가: 최소 4일 • 상병수당: 최근 3년 중 최저 지급의 26배 이상에 해당하는 보험료 납입 • 사회 급여에서도 자산 소득 조사를 통해 보충	• 법정 유급휴가: 주당 최소 85.85파운드를 최대 28주 • 상병수당: 주당 71파운드씩 13주 지급
캐나다	1972	사회보험(고용보험) - 의료비는 보편적 복지	• 직전 52주간 600시간 이상 근로한 자	• 대기 기간: 2주 • 최근 26주간 기준 소득의 55% • 저소득 가장은 15주 추가 가능

자료: ISSA, Social Security Programs throughout the World: Europe, 2016 & The Americas, 2017 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

라. 특정 대상 체제(Targeted)

1) 제도 형태 및 재원

대표적인 국가는 호주와 뉴질랜드이며, 공공 기관이 관리하고 조세로 재원을 마련하여 국가보건의료서비스로 의료보장 재원을 충당하며 상병수당은 사회부조의 형태로 운영한다(Raub et al., 2018).

2) 자격 기준과 적용 대상

특정 대상 체제형은 저소득층에게 최소한의 급여를 보장해 주기 위한 목적으로 빈곤층에게 최소한의 혜택을 제공하며, 따라서 자산 소득 조사에 근거하여 지급액을 차등하여 지급한다. 뉴질랜드는 18세 이상, 호주는 21세 이상의 성인을 대상으로 한다.

3) 급여 수준과 내용

주로 저소득층 지원을 목적으로 하는 뉴질랜드와 호주 등은 정액제로 상병수당을 지급한다.

〈표 7-5〉 특정 대상 체제(Targeted)

국가	도입 시기	제도 형태 및 재원	자격 기준과 적용 대상	급여 수준과 내용
뉴질랜드	1938	보편적 복지(사회부조로 보완) - 정부가 일반 재정에서 운용	2년 이상 뉴질랜드 거주자로 18세 이상 소득 조사를 통해 지급	<ul style="list-style-type: none"> • 25세 이상은 주당 194.12뉴질랜드달러가 한도. • 소득 조사: 소득이 주당 80뉴질랜드달러 이상이면 초과분을 뉴질랜드달러당 0.70뉴질랜드달러 삭감.
호주	1944	사회부조(의료급여는 보편적 복지) - 일반 재정에서 운용 - 10일간의 법정 유급 병가제도가 있고, 단체협약에 따라 유급병가제도 운용	21세 이상 호주 거주자	<ul style="list-style-type: none"> • 저소득층 21세 이상 부부에게 2주마다 417.5호주달러 지급(가족 구성에 따라 차등 지원) • 그 외 자녀 수당, 임차료 등 지원

자료: ISSA, Social Security Programs throughout the World: Asia and the Pacific, 2016 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

마. 자율적(자발적) 체제(Voluntary)

1) 제도 형태 및 재원

스위스는 상병수당제도를 실시하고 있는 국가들과 달리 공적 상병수당은 없으나 민간의 지출을 강제하는 공적 규제로서 유급병가제도를 도입하였다. 국가 재정이 아닌 시장에서 근로자의 유급휴가를 보장할 것을 강제하여 서비스를 제공하는 형태이다. 즉, 스위스에서 상병 관련 수당 지급 주체는 민간 기업이다. 민간 기업은 상병급여를 근로자에게 직접 지급하거나, 근로자가 상병수당을 받기 위해 별도의 민간 보험에 가입하면 고용주가 보험료의 절반 이상을 부담한다(Gersbach, Sommer, Hofmann,

& Steiger, 2014). 민간 보험은 선택적으로 가입하며 스위스 전체 근로자의 약 3분의 2가 상병 보험에 가입하고 있다(Djankov, Porta, Lopez-de-Silane, & Shleifer, 2002).

2) 자격 기준과 적용 대상

근로자가 질병, 상해 등으로 회사 업무를 수행하지 못하면 사업장에서 일정 기간 임금의 일부를 지급하여야 한다. 단, 15세 이상 64세 이하의 성인 중 민영 소득보상보험 가입자이면서, 고용 관계가 3개월 이상 지속된 경우만 해당한다.

3) 급여 수준과 내용

스위스의 병가제도는 상대적으로 수준이 낮다. 근로자가 사업장에서 근무를 시작한 첫해에는 상병수당을 3주간 지급하며, 협약 기준, 고용 관계의 유지 기간 등에 따라 기간 조정이 가능하다. 첫 3일은 대기 기간이 있으며, 4일째부터 최장 720일까지 지원받을 수 있다.

〈표 7-6〉 자율적(자발적) 체제(Voluntary)

국가	도입 시기	제도 형태 및 재원	자격 기준과 적용 대상	급여 수준과 내용
스위스	1911	<ul style="list-style-type: none"> - 자발적인 민영보험 가입형태 - 보험회사별로 연령, 보장내용 차등 적용 - 자발적 가입이나 주로 단체협약에 의해 가입의무화 - 약 80개의 공공 기금 및 민영보험회사가 sickness insurance 제공 	<ul style="list-style-type: none"> - 15~64세로 민영 소득보상보험 가입자 - 고용 관계 3개월 이상 	<ul style="list-style-type: none"> - 지급액은 보험회사마다 다름 - 대기기간: 3일 - 900일 중 720일 한도

자료: ISSA, Social Security Programs throughout the World: Europe, 2016 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

제3절 유급병가제도

1. 유급병가제도의 개념

우리나라 근로기준법은 제78조에서 ‘근로자가 업무상 부상 또는 질병에 걸리면 사용자는 그 비용으로 필요한 요양을 행하거나 필요한 요양비를 부담하여야 한다’라고 병가의 내용을 규정하고 있으나(근로기준법 제78조) 유급병가라는 개념을 명시하는 법령이 없으며, 유사 법령을 살펴보면 공무원이라는 신분에 국한되어 있다. 공무원은 국가공무원 복무규정 제18조(병가)에 따라 ‘질병 또는 부상으로 인하여 직무를 수행할 수 없을 때’, ‘감염병에 걸려 그 공무원의 출근이 다른 공무원의 건강에 영향을 미칠 우려가 있을 때’에 한하여 연 60일의 범위에서 병가를 승인할 수 있다(국가공무원 복무규정 제18조). 즉, 공무원에게 업무 내외적으로 상병 또는 질병이 발생할 때 유급으로 병가를 사용할 수 있도록 규정하고 있으며, 따라서 공무원은 일정 기간 소득을 보장받을 수 있는 공적 제도가 마련되어 있다.

그러나 일반 근로자는 업무 외 상병 시 보호받을 수 있는 공적 소득보장 제도가 전혀 없으며, 업무상 상병 발생 시에 산재보험의 혜택을 받을 수 있지만 보험 혜택 자격의 대상으로 혜택을 받을 수 있는 조건이 까다롭기 때문에 국내 소득보장제도의 사각지대에 대한 우려가 크다.

공무원은 병가 사용 시 임금이 계속 지급되기 때문에 ‘유급’이라는 개념을 사용하지만, 국내 대부분의 사업장에서는 ‘업무 외’의 부상 또는 질병에 관한 법이 마련되어 있지 않고 사업장 내의 취업 규칙에 따라 병가가부가 결정된다. 이러한 이유로 근로자들은 본인 또는 가족에게 상병이 발생하면 ‘연차휴가’를 사용하여 의료 이용을 하거나 휴식을 취할 수 있

다. 즉, '유급병가'라는 용어는 독립된 개념적 형태를 갖추고 있다기보다는 휴가와 휴가의 이유(상병), 그리고 급여 지급 여부 등에 따라 조합하여 임의로 사용하는 용어라고 할 수 있다. 국외에서는 유급병가를 주로 'Paid Sick Leave', 'Paid Sick day', 'Earned Sick Leave' 등의 용어로 쓰고 있다.

상병수당제도 부분에서 유급병가를 간략하게 소개한 바 있다. 사용자가 일부 부담하는 유급병가는 대부분의 국가에서 급여의 100%를 보장하도록 한다. 예를 들어 독일, 오스트리아, 네덜란드, 프랑스, 벨기에 덴마크, 핀란드 등에서는 유급병가 기간에 급여를 전액 보장한다([그림 7-5] 참조).

이 절에서는 유급병가 제도를 의무화하고 있는 주들을 파악하여 미국 유급병가제도의 사례를 중심으로 설명한다.

2. 미국의 유급병가제도⁴⁶⁾

미국은 국가 차원의 상병수당을 제도화하는 대신 주정부 차원에서 유급병가제도를 확대해 나가고 있다. 미국은 최근 10년간 유급병가 제도를 활발하게 논의해 왔다. 2012년 코네티컷주를 시작으로 2014년 캘리포니아주와 매사추세츠주가 유급병가제도를 의무화하였다. 오리건주, 버몬트주, 워싱턴 D.C., 애리조나주가 2015년과 2016년 유급병가제도를 의무화하였다. 이로써 미국에서는 20개 주(코네티컷, 캘리포니아, 매사추세츠, 오리건, 워싱턴 D.C., 버몬트, 애리조나, 로드아일랜드, 뉴저지, 뉴욕 등) 차원에서 근로자의 상병에 대해 지원하고 있다.

46) Overview of Paid Sick Time Laws in the United States(a better balance, 2016)와 미국 각 주의 유급병가제도 관련 홈페이지의 자료를 기반으로 미국의 주별 유급병가제도에 대한 내용을 전반적으로 요약함.

미국의 유급병가제도는 단순히 근로자들의 건강을 보호하기 위한 차원을 넘어서 미국의 근로자뿐만 아니라 그 가족들을 돌보고, 근로자들의 중사상지위와 관계없이 제도의 혜택을 제공함으로써 극심한 불평등을 해소할 수 있는 수단으로서 역할을 한다. 이를 위해 미국 주정부들은 자체 상황과 여건을 반영한 유급병가제도를 독립적으로 시행하고 있으며, 최근 미국에서 유급병가의 혜택을 누리는 근로자는 증가 추세에 있다.

가. 제도 형태 및 재원

미국은 유급병가가 필요한 근로자는 병가를 사용하기 전에 고용주에게 통보할 의무가 있으며, 고용주는 유급병가 신청을 거부할 수 없다. 해당 법은 코네티컷, 워싱턴과 버몬트주는 노동부에서(Jackson Lewis P.C., 2015; Zelikovitz, 2017; State of Vermont Department of Labor, 2018), 캘리포니아주는 노동 기준 및 집행부에서(Fox Rothschild, 2018), 매사추세츠주는 법무부에서(Massachusetts Regs, 2018), 오리건주는 노동산업부에서(Oregon government[ODVA], 2016), 애리조나주는 산업위원회에서(Nonnie L. Shivers, 2017), 로드아일랜드주는 노동 교육부에서(Paylocity, 2017) 관리 감독을 하고 있다.

나. 자격 기준과 적용 대상

미국의 유급병가 지급 대상을 살펴보면 매사추세츠, 오리건, 워싱턴, 애리조나, 로드아일랜드 등 대부분의 주에서는 해당 주에서 근무하는 대부분의 근로자를 대상으로 유급병가를 지원하고 있다. 이 외에 근무시간의 조건을 두는 주가 있는데, 캘리포니아주는 30일 이상으로 최소 근로

일수를 제시하고 있고, 버몬트주는 1년 기준으로 주당 18시간 이상 근무한 직원을 대상으로 한다. 코네티컷주는 제조업과 비영리 기업을 제외하고 50인 이상 사업체를 보유하면 고용주가 근로자들에게 유급병가를 제공하도록 한다.

주로 사업체가 고용한 모든 직원에게 해당하기 때문에 상근 직원, 시간제 직원, 기간제 임시 고용 직원 등을 포함한다. 그러나 오리건주에서는 유급병가의 대상자에서 자영업자가 제외되며(ODVA, 2016), 버몬트 등 일부 주에서는 기간제 직원과 시간제 직원의 유급병가 사용을 제한하기도 한다(State of Vermont Department of Labor, 2018). 2014년부터 시 차원에서 유급병가제도를 의무화하여 시행하는 뉴욕은 대부분의 직원(상근 직원, 시간제 직원, 임시 직원, 일일 직원, 전환직 프로그램 직원)뿐만 아니라 사업장이 뉴욕시 외부에 있더라도 뉴욕시에서 연 80시간 이상 근무한 직원에게 병가를 제공하도록 한다.

이처럼 미국에서는 제도 대상을 유연하게 설정하여 정규직뿐 아니라 비정규직, 시간제, 임시직을 모두 포함으로써 단지 개별 근로자들의 건강을 보호하고 개선하는 데 있는 것이 아니라 계층이나 지위에 따라 발현되는 불평등을 해소하여 사회 전반의 건강 수준을 개선하고자 한다.

한편, 미국은 유급병가제도의 돌봄 범위를 폭 넓게 설정하였다. 유급병가를 실시하는 대부분의 주에서는 본인의 신체적, 정신적 상병과 이를 위한 의료서비스 이용뿐만 아니라 배우자, 동거 파트너, 자녀, 부모, 시부모, 손자, 손녀, 형제자매가 돌봄이 필요할 때 적극적으로 유급병가제도를 사용할 수 있도록 명시하고 있다. 법에서 규정하는 ‘자녀’란 18세 미만의 친자녀, 입양 자녀, 재혼 배우자의 자녀, 근로자의 돌봄이 필요한 타인의 자녀, 18세 이상으로 돌봄이 필요한 자녀를 모두 포함한다. 이처럼 돌봄 범위를 폭 넓게 설정하여 사회적, 경제적 자원이 부족한 취약계층에 돌봄을 충분히 제공할 수 있도록 지원할 필요가 있다.

다. 급여 수준과 내용

지급 기간을 살펴보면, 고용주는 기본적으로 근로자가 일정 시간을 근무할 때마다 최소한 1시간의 병가를 보장할 의무가 있다. 캘리포니아, 매사추세츠, 오리건, 애리조나주에서는 1년 기준으로 30시간 근무마다 최소 1시간 이상의 병가가 누적 발생되고, 연간 최대 40시간까지 사용할 수 있다. 시간에 따라 지급 기간을 단계별로 확대하는 주도 있는데 로드아일랜드주는 35시간 근무마다 1시간씩 발생하거나 누적되며, 지급 기간은 2018년에는 1년 기준으로 24시간, 2019년에는 32시간이었으며, 앞으로는 40시간으로 확대할 예정이다. 버몬트주는 1년 기준으로 52시간 근무마다 1시간의 병가가 발생하거나 누적되며, 2017년과 2018년에는 연간 최대 24시간까지 병가를 사용할 수 있었지만 2019년부터는 연간 40시간으로 확대하였다. 모든 주에서 지급 금액은 근로자의 기존 정상 지급 수준을 유지하고 있다.

〈표 7-7〉 미국의 주별 유급병가 특성

명칭	코네티컷	캘리포니아	매사추세츠	오리건	워싱턴	버몬트	애리조나	로드아일랜드
명칭	Paid Sick Leave	Paid Sick Leave	Earned Sick Leave	Sick Leave	Paid Sick Leave	Earned Sick Time	Paid Sick Day	Paid Sick Leave
적용시기	2012년	2015년	2015년	2016년	2014년 개정	2017년	2017년	2018년
담당기관	주 노동부	노동 기준 및 집행부	주 법무부	주 노동산업부	주 노동서비스부	주 노동부	주 산업위원회	노동교육부
지급대상	50인 이상 사업체 고용주 (서비스직 포함, 제조업과 비영리 제외)	30일 이상 근무한 직원	매사추세츠주에서 근무하는 대부분의 근로자	오리건주에서 근무하는 대부분의 근로자 (자영업 제외)	워싱턴주에서 근무하는 대부분의 근로자 (자영업 포함)	1년 기준 주당 18시간 이상 근무한 직원	애리조나주에서 근무하는 대부분의 근로자	로드아일랜드주에서 근무하는 대부분의 근로자
지급기간	40시간 근무마다 최소 1시간의 병가 발생	30시간 근무마다 최소 1시간의 병가 발생	30시간 근무마다 최소 1시간의 병가 발생	30시간 근무마다 최소 1시간의 병가 발생	기법 규모에 따라 차등 적용됨	52시간 근무마다 최소 1시간의 병가 발생	30시간 근무마다 최소 1시간의 병가 발생	35시간 근무마다 최소 1시간의 병가 발생
지급금액	정상 시급	정상 시급	정상 시급	정상 시급	정상 시급	정상 시급	정상 시급	정상 시급
돌봄범위	본인, 자녀, 배우자	본인, 자녀, 부모, 손자, 손녀, 동거 파트너, 형제자매	본인, 친자녀, 입양 자녀, 돌봄이 필요한 타인의 자녀	본인, 친자녀, 입양 자녀, 동성 배우자의 자녀	본인, 친자녀, 입양 자녀, 손녀	구체적으로 명시되어 있지 않음.	본인, 친자녀, 입양 자녀, 동거 파트너, 돌봄이 필요한 타인의 자녀	본인, 친자녀, 입양자녀, 동거 파트너, 돌봄이 필요한 타인의 자녀
재정	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주

자료: Overview of Paid Sick Time Laws in the United States(a better balance, 2016)의 자료를 기반으로 위 주들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

3. 상병수당과 유급병가제도의 효과

이미 상병수당제도 또는 유급병가제도를 실시하고 있는 유럽 국가들과 미국은 제도 실시 전후의 근로자와 고용주의 신체적, 정신적 건강, 가족의 건강, 노동생산성 등을 비교함으로써 제도의 효과를 확인하였다. 제도의 긍정적 효과는 근로자에게는 정신적, 신체적 건강 보호 및 증진, 가족의 건강 증진, 일자리 안정성 보장이, 고용주에게는 이직률 감소에 따른 비용 절감, 직장 내 전반적인 건강 수준 향상과 직원들의 사기 진작을 통한 노동생산성 증대 등이 있다. 한편 제도의 부정적 효과로는 근로자에게는 제도의 실효성 문제, 제도 오남용이, 고용주에게는 비용 부담 등이 있다.

가. 긍정적 효과

1) 근로자 및 가족 측면의 긍정적 효과

첫째, 상병수당 또는 유급병가제도는 근로자의 정신적, 신체적 건강을 보호하고 증진시킨다. 상병수당은 근로자들에게 즉각적인 의료 시스템 이용, 건강 회복 속도의 가속화, 건강하지 못하여 빚어지는 일상생활 기능 저하 및 건강 악화 방지, 작업장에서의 질병 확산 예방에 중요한 역할을 할 수 있다(Scheil-Adlung & Sandner, 2010b). 실증 분석 결과, 한 해 동안 응급실을 이용하지 않은 사람 중 56%가 유급병가 제도를 사용할 수 있는 근로자였던 반면 최소 4번 이상 응급실을 이용한 환자 중에서는 유급병가를 사용할 수 있는 사람이 32.5%밖에 되지 않았으므로 급성질환 발병으로 인한 응급실 이용 감소 효과도 확인되었다(Bhuyan et al., 2016).

또한 근로자들의 정신건강 수준을 향상시킨다. van der Wel, Bambra, Dragano, Eikemo, & Lunau(2015)는 높은 수준의 상병수당제도를 유지하고 있는 국가의 근로자일수록 정신 건강 수준이 높다고 밝혔다. 특히 남성보다는 여성에게서 상병수당제도 사용에 따른 정신적 건강 향상 수준이 높았는데, 이러한 결과를 토대로 상병수당이 개인이 활용할 수 있는 자원이 부족하거나 위험한 상황에 노출되어 있는 근로자들의 정신 건강을 개선하는 데 잠재적인 역할을 할 수 있을 것이라고 생각된다.

또 상병수당은 안정적인 치료와 동시에 재활을 함으로써 치료의 지속성을 유지할 수 있게 하며, 이는 질병의 재발 위험을 줄인다. 2010년 국가암관리사업 모니터링 조사 결과에 따르면 한국은 상병수당이 없어 중증 질환을 경험하고, 치료받은 후의 근로 복귀 수준이 매우 낮은 편으로 알려져 있다(국회 입법조사처, 2017). 이와 같이 유급병가는 근로자들의 상병으로 인한 직장 또는 지역사회로의 원활한 복귀를 돕고, 연속적인 일자리와 소득 안정성을 제공함으로써 근로자들의 정신적 불안감을 해소해주는 역할을 한다(Scheil-Adlung & Sandner, 2010a).

사후 진료도 중요하지만 그보다 더 중요한 것은 예방이다. 상병수당과 유급병가는 질병을 예방하여 추후 발생할 수 있는 의료비 지출을 사전에 차단할 수 있다. 미국은 유급병가제도 도입 후 전체 미국 근로자들 중 유방암, 자궁경부암, 위 내시경 검진을 받는 비율이 유의하게 증가하였는데 이러한 결과가 제도의 질병 예방 효과를 뒷받침한다. 한국에서도 2019년 5월부터 ‘서울형 유급병가’가 도입되었는데, 의료 이용에 지원금을 제공해 줄 뿐만 아니라 건강검진을 할 때도 1일 치 지원금을 지급함으로써 예방 차원의 건강 보호에 힘쓰고 있다(정혜주 외, 2018).

둘째, 상병수당과 유급병가는 근로자 본인뿐 아니라 그 가족 구성원의 건강에도 영향을 미친다. 상병수당과 유급병가는 돌봄이 필요한 근로자의 가족 구성원이 제때 보살핌을 받을 수 있도록 하여 결과적으로 가족

구성원 전체의 건강 수준을 전반적으로 향상시킬 수 있다(Milli, Xia, & Min, 2016). 영유아 시기 부모가 아이를 직접 돌보는 것이 매우 중요하며, 부모의 직접 돌봄이 어린 자녀의 입원 기간을 31%까지 단축시킬 수 있다는 연구 결과도 있다. 그러나 필요할 때 휴가를 사용할 수 없는 부모들은 돌봄이 필요한 자녀를 충분히 돌볼 수 없어 시설에 맡기거나 다른 사람에게 돌봄을 부탁할 수밖에 없다. 실제로 상병수당이나 유급병가를 사용할 수 없는 부모들의 28%가 아픈 자녀를 학교나 보육 시설에 보낸 반면 제도를 사용할 수 있는 부모들은 14%만 아픈 자녀를 학교나 보육 시설에 보낸 것으로 확인되었다(Heymann, Toomey, & Furstenberg, 1999). 또한 제도를 이용한 부모의 아이들은 백신 예방접종률과 건강검진율이 해마다 증가하였고, 자녀의 응급실 방문 비율은 연평균 약 11% 감소하였다(Asfaw & Colopy, 2017). 미국의 유급병가제도는 돌봄의 범위를 근로자 본인뿐 아니라 배우자와 자녀로 확대해 질병 관리나 돌봄이 필요한 경우 유연하게 휴가를 사용해 진료를 받고 돌봄을 제공할 수 있도록 하기 때문에 가족 구성원들의 건강까지도 관리할 수 있다.

셋째, 근로자의 일자리 안정성을 보장한다. 근로자들은 아플 때 일자리를 잃을 수도 있다는 불안감 때문에 본인 또는 가족이 휴식이나 돌봄이 필요할 때도 일하도록 강요받는다. 근로자가 아플 때 휴가를 사용할 수 있더라도 무급휴가인 경우엔 아픈 근로자와 그 가족들의 소득은 불안정해지고 이로 인해 심각한 경제적 위기에 처할 수 있다. 상병수당과 유급병가는 사회보장제도의 일환으로 근로자들이 직면한 일자리와 소득 불안정성을 해소하는 데 큰 역할을 한다(Scheil-Adlung & Sandner, 2010b). 특히 임시직, 일용직, 자영업자 등 불안정 근로자나 저임금 근로자들에게서 효과는 더 크게 나타난다. Appelbaum & Mikman(2016)에 따르면 유급병가를 사용하지 못한 근로자에 비해 유급병가를 사용한 근

로자가 본래 일자리로 복귀할 가능성이 높았는데, 이는 정규직에 비해 비정규직 근로자들 사이에서 효과가 더욱 컸다.

2) 고용주와 기업 측면의 긍정적 효과

상병수당과 유급병가제도는 근로자 본인과 가족에게 긍정적인 효과를 미칠 뿐만 아니라 고용주와 기업에도 긍정적인 효과를 준다. 우선, 상병수당과 유급병가는 직원들의 이직률을 낮춰 고용주는 새로운 직원을 고용하는 과정에서 발생하는 비용을 절감할 수 있도록 해 준다. 직원 1명이 이직함으로써 발생하는 비용은 직원 1명의 연봉의 5분의 1에 달한다고 한다(Milli et al., 2016). 미국 캘리포니아주에서는 유급병가제도를 실시한 후 83%의 근로자들이 직장에 복귀하였는데, 높은 직장 복귀율은 직원들의 스트레스를 줄였을 뿐 아니라 고용주들의 잠재적 비용을 절감하는데 긍정적으로 작용하였다(Appelbaum & Mikman, 2016).

또 노동생산성을 높일 수 있다. 근로자가 아프면 자연스레 생산성과 노동력이 저하되는데, 상병수당과 유급병가는 아픈 근로자가 참고 일할 경우에 발생하게 되는 잠재적인 생산성 저하를 예방할 수 있다(이승윤, 김기태, 2017). 유급휴가를 매우 제한된 수준으로 제공하거나 전혀 제공하지 않으면 결근율을 낮추는 데는 기여하지만, 더 많은 근로자들이 아파도 일터로 나오게 했고, 이와 같은 프리젠티즘의 잠재적 결과로 생산성이 저하됐다(Economist Intelligence Unit, 2014). 상병수당과 유급병가는 아픈 근로자들이 휴식할 수 있도록 하여 작업장의 전반적인 건강 수준을 개선할 수 있다. 이는 작업장에서의 질병 확산을 방지하는 한편 근로자들의 사기와 충성심을 증대시켜 궁극적으로 기업의 이익을 극대화한다(Milli et al., 2016).

3) 지역사회 측면의 긍정적 효과

상병수당 및 유급병가는 전염병의 확산을 방지하는 등 지역사회의 발전에도 기여한다. 2008년, 미국 오하이오주의 치포틀레 식당 근로자가 500명 이상의 고객에게 장염을 전염시킨 사례가 있으며, 이러한 문제를 예방하기 위해 미국에서는 유급병가의 필요성이 이슈화되기도 하였다. 2009년 H1N1 인플루엔자가 발생했을 때 상병수당 또는 유급병가를 사용할 수 없었던 수많은 근로자가 아픈 상태로 출근하였고, 이로 인해 H1N1은 더욱 확산되어 미국에서만 700만 명의 감염자가 발생했다 (Scheil-Adlung & Sandner, 2010a; 김기태·이승윤, 2018, p. 6 재인용). 즉, 이런 사례들을 통해 직업을 잃을 수 있다는 두려움, 구조조정에 대한 두려움으로 질병에 걸렸어도 고통을 참으며 근무하는 현상을 이해해 볼 수 있다. 또 상병수당과 유급병가는 근로자들로 하여금 빠르게 회복할 수 있도록 하여, 개인적으로는 더 심각한 장애로 이어지는 것을 예방하고, 지역적 측면에서는 사업장이나 지역사회로 질병이 확산되는 것을 감소시킨다는 점에서 사회적 비용을 최소화하는 효과도 있다. 아픈 것을 참고 일하는 것은 의료 비용 증가를 넘어서 생산성 저하로 인한 비용 증가, 경제성장과 발전 둔화를 야기하여 여러 가지 사회적 비용을 발생시킨다(EIU, 2014). 국내에서 근로자들의 질병으로 인한 입원, 사업장에서의 결근 등에 의한 소득 상실분(생산액 손실)이 연간 7조 6233억 원으로 추산되었는데, 이는 GDP의 1.7% 규모이다(최인덕, 김진수, 공경열, 2005). 이에 의료기관 이동 및 대기, 간호·간병 등으로 소요되는 간접 기회비용까지 포함한다면 생산액 손실은 GDP의 3%까지 더욱 커질 것으로 추정된다(최인덕 외, 2005). 따라서 상병수당 및 유급병가는 장기적으로 사회적 비용을 최소화할 것으로 기대해 볼 수 있다.

나. 부정적 효과

상병수당과 유급병가의 부작용도 지적되고 있다. 우선 상병수당과 유급병가제도가 실질적으로 근로자들의 사기와 생산성을 높이는 데 별다른 역할을 하지 못할 것이라는 우려이다. 뉴욕시에서 고용주들을 대상으로 유급병가에 대해 설문조사를 한 논문에 의하면 근로자들의 사기가 정말 향상되었다고 생각하는 고용주는 6.4%, 충성심이 정말 향상되었다고 생각하는 고용주는 4.0%에 그친 반면 90% 이상의 고용주가 근로자들의 사기와 충성심에 아무 변화가 없다고 응답했다(Appelbaum & Mikman, 2016). 그러나 이는 제도 도입의 초기 단계에서 나타날 수 있는 문제점으로 국가 및 지역사회 내에서 지속적인 홍보와 제도의 개선 및 보완 과정을 통하여 안정화될 수 있다.

한 국가에서 새로운 사회보장제도를 도입할 때 가장 우려하는 점은 재정 부담이다. 많은 OECD 회원국에서 사회보호제도 및 프로그램에 대한 지출을 줄이려는 목적으로 꾸준히 개혁을 시도하였다. 이들은 오랜 기간에 걸쳐 보장 범위를 바꾸는 등 제도를 개혁하기도 하고, 새로운 프로그램을 도입해 근로자들의 건강에 기여하며 재정 부담 완화를 위해 노력해 왔다.

유급병가제도는 다양한 측면에서 기업의 고용주에게 부담을 줄 수 있는데, 유급병가를 실시하는 사업장의 고용주 50% 이상이 제도의 법적 요구 사항을 이해하거나, 행정을 준수하거나, 업무 책임을 재분배하는 데 어려움이 있다고 응답하였다(Colla, Dow, Dube, & Lovell, 2014). 특히 고용주들은 유급병가를 사용 중인 근로자의 빈자리를 대체하기 위해 일시적으로 다른 근로자에게 업무를 분담시키거나, 다른 근로자들의 업무 시간을 연장하거나, 업무를 일시적으로 정지하는데 경제적 비용뿐 아

나라 이러한 업무 재분배가 고용주들에게는 큰 부담으로 작용하는 것으로 나타났다(Appelbaum & Mikman, 2016).

상병수당과 유급병가 같은 사회보장제도의 도입 시 항상 논의되는 것 중 하나는 근로자의 도덕적 해이(moral hazard)에 관한 문제이다. 이미 상병수당제도를 시행하고 있는 국가들은 제도 수혜의 오남용을 방지하기 위해 대기 기간을 적용하고 있다. 그러나 제도가 도입되기 전에는 아파도 병가를 사용하지 못했던 근로자들이 제도 도입 이후 병가를 신청하고 적시에 의료 이용을 할 가능성을 고려한다면, 이는 미충족 의료 해소라는 긍정적인 효과로 해석할 여지가 있다(National Partnership for Women & Families, 2019). 뉴욕시에서도 11%의 고용주들이 유급병가 실시 후 병가를 신청하는 직원들이 증가했다고 응답하였다. 그러나 그들은 유급병가를 긍정적으로 평가하였는데 그 이유는 직원들의 결근율이 2013년 1.49%에서 2015년 0.62%로 감소했기 때문이다. 상병수당과 유급병가는 근로자 본인이나 가족 구성원이 질병에 걸렸을 경우 즉각적으로 의료서비스를 이용할 수 있도록 해 빠른 진료와 회복을 돕는다. 근로자들의 도덕적 해이를 우려했던 뉴욕시의 고용주 98%가 제도를 오남용하는 근로자는 거의 없었다고 응답한 것에서 알 수 있듯이 자율성을 부여 받은 근로자들은 건강 회복 후 다시 제자리로 돌아와 열심히 일하고자 한다(Appelbaum & Mikman, 2016).

4. '서울형 유급병가' 제도의 정책 시사점

최근 한국 사회에서도 급격하게 일어나고 있는 노동시장의 변화에 따라 형성되고 있는 사회보장의 사각지대를 보건의료 정책 차원에서 보장하기 위한 노력을 하고 있다. 이러한 변화에 맞추어 서울시에서는 2019년

6월부터 ‘서울형 유급병가’ 제도를 마련하여 질병 또는 부상으로 아파도 치료받지 못하는 시민을 위해 소득 상실액의 일부를 지원해 주고 있다. 뉴욕이나 뉴저지 등 미국의 주 차원에서 유급병가를 제공하는 형태와 유사하다고 볼 수 있으나, 구체적으로 살펴보면 재원 형태, 대상자, 급여 수준 등에서 일부 다른 특징을 보인다.

‘서울형 유급병가’는 중위소득 100% 이하의 지역가입자들을 대상으로 한정하여 저소득층에게 최소한의 급여를 보장해 주기 위한 목적으로 혜택을 제공한다는 측면에서 앞서 언급한 복지국가 유형 중 특정 대상 체제형(Targeted)으로 분류해 볼 수 있다. 따라서 이러한 복지국가 유형에 포함되는 호주나 뉴질랜드와 같이 자산 소득 조사에 근거하여 지원금을 일정 기간 지급하며, 재정은 공공기관이 관리하고 조세로 재원을 마련하는 형태로 운영한다. 서울 시민만을 대상으로 출발하는 사업인 만큼 지자체의 재정적 부담을 고려한 선별적 복지의 유형으로 나타난 것이라고 이해할 수 있다. 우리나라는 상병수당제도가 없는 상황에서 지역 단위의 유급병가제도가 도입되었기 때문에 경제적 우려가 더욱 크게 나타날 수 있으나, 추후에 지방정부의 재정 부담은 중앙정부의 재원 분담을 통해 해소할 수 있을 것이라고 생각한다. 그럼에도 불구하고 우리나라는 특히 취약 노동 계층의 건강 문제와 빈곤의 이중 고통을 줄여 줄 소득보장제도가 제 역할을 하지 못하고 있다. 이러한 불안정한 근로자의 노동권을 우선 보호하는 것은 노동시장의 양극화와 불균형을 해소하는 첫걸음으로 보인다.

지금까지 지방정부의 건강 정책은 국민 건강의 보장을 위하여 건강보험 및 보건의료 정책을 중심으로 이루어져 왔다. 이는 주로 중앙정부의 역할로 간주되어 왔으나 최근 공공 병원과 보건소 등 지역사회를 중심으로 지역 커뮤니티 케어(community care) 등의 제도가 추진되면서 지역사회의 역할이 강조되고 보편적 건강보장의 확보에 대응하기 위한 정부

의 노력이 반영되었다고 볼 수 있다. 이러한 맥락에서 ‘서울형 유급병가’는 지금까지 거의 다루어지지 못했던 지방정부 차원의 건강보장성 강화를 지방정부의 중요한 공공보건의료정책 중 하나로 정립한다는 중요한 함의가 있다. 이 제도는 최근 중앙정부에서 ‘문재인 케어’로 제시되고 있는 보건의료보장성 강화 전략을 지지하고 지원하는 형태로 이해할 수 있다. 특정 지역의, 지역가입자 대상의 선별적 지원, 제한된 수급 기간과 금액 등 한계가 있으나 우리나라 전체 근로자들을 대상으로 보편적 유급병가제도와 상병수당제도를 실시하게 된다면 시민과 국민의 건강 증진 도모와 사회적 효용의 극대화에 이바지할 수 있을 것이다.

제4절 장애연금

1. 국외 장애연금제도

제3절에서와 같이 OECD 회원국을 대상으로 사회보험제도(노령연금과 질병보험 또는 상병수당)의 가입 자격, 급여 수준, 행정 관리 운영, 재원 마련 등을 기준으로 분류한 Korpi & Palme(1998)와 Kangas(2004)의 5가지 복지국가 체제 유형에 따라 분류하고, 유형별 장애연금제도의 특징을 분석하였다.⁴⁷⁾

47) 이 분석에서는 국제사회보장협회(ISSA: International Social Security Association)의 2016년 세계 사회보장 프로그램(Social Security Programs throughout the World 2016) 자료를 주로 사용하였으며, 국내 자료들을 참고해 보충 설명하였다. 다만 Korpi & Palme(1998)와 Kangas(2004)의 5가지 유형에 따라 분류된 각국은 2000년대 이후 경제, 노동시장, 정치 상황 등에 따른 정책 변화로 이전과는 다르게 분류될 수도 있음에 유의해야 한다.

가. 조합주의체제(Corporatist) 국가

1) 제도 형태 및 재원

오스트리아는 사회보험제도를 통해 장애연금을 지급하며, 근로자가 급여의 10.25%, 고용주가 급여의 12.55%를 보험료로 낸다. 정부는 보조금을 지원한다. 보험료 산정 시 최대 월 급여 수준은 4230유로이다. 벨기에도 사회보험을 통해 지급하는데 근로자가 기준 급여의 7.5%를, 고용주가 기준 급여의 8.86%를 부담한다. 정부는 매년 일정 정도 재정 지원을 한다. 독일에서는 사회보험제도를 통해 장애연금을 지급하며, 근로자와 고용주가 급여의 9.8%를 각각 부담한다(근로자는 연 최고 기준 소득 6만 7200유로, 고용주는 연 6만 6600유로 한도). 프랑스에서는 사회보험과 사회부조제도를 통해 장애연금을 지급한다. 보험료로 근로자와 고용주가 각각 급여의 6.65%(최대 월 급여 3031유로)와 8.3%(+1.6% 유족수당)를 부담한다. 이탈리아는 사회보험(명목 확정 기여 방식의 소득 비례 연금 NDC)를 통해 장애연금을 지급한다. 재원은 근로자가 소득의 9.19%(연 소득 9만 3632유로 한도)를, 고용주가 임금의 23.81%를 부담한다.

네덜란드에서는 노령, 사망, 장애 위험을 포괄하는 전형적인 연금보험 체제와는 달리 연금별 법률을 규정하고 노령에 대해서는 보편적 기초 노령연금제도를 통해, 그리고 사망에 대해서는 사회부조 성격의 유족연금을 통해 보장하는 한편, 장애 위험은 별도의 장애보험제도를 통해 피고용자에 국한해 적용하고 있다(강신욱 외, 2018, pp. 116-117). 우선, 단체협약에 의한 강제 가입 제도인 기업연금을 통해 피고용자(전문적 자영자 포함)를 대상으로 소득 비례 급여를 제공하는 것이 특징이다. 이는 전적으로 고용주 부담으로 재원을 마련하며 산업재해와 일반 재해를 구분하

지 않고 보장한다. 기업연금은 공적연금의 기초연금을 포함해 퇴직 전 소득의 70%를 보장한다(강신욱 외, 2018, p. 130). 공적연금의 재원(사회보장세)은 근로자가 소득의 17.9%(연금보험료)와 유족수당을 위한 추가 기여로 1.1%를 부담하며(연 최고 기준 소득은 3만 3436유로), 고용주는 급여의 5.7%(연 4만 9297유로 한도)를 부담한다. 그리고 선천성 장애인 연금, 노령연금이 사회보장 최저 기준에 미달할 때 정부가 보충하여 지급한다(최저소득보장제도).

일본에서는 사회보험제도를 통해 장애연금을 지급한다. 후생연금(피고용자 연금) 재원은 근로자와 기업이 절반씩, 급여의 7.852%를 부담한다. 근로자 부담의 보험료가 월 급여의 17~18%로 높은 편이다. 일본에서는 국민연금(전 국민 대상의 기초 연금) 또는 후생연금과 공제연금(근로자와 공무원 대상의 소득 비례 연금) 급여를 받더라도 일정 수준에 미치지 못하면 지원하는 보충 연금은 없다(배준호 외, 2018, pp. 45-65, 222-227).

2) 자격 기준과 적용 대상

오스트리아는 소득 능력의 50% 이상을 상실하면 장애연금을 지급하는데 60개월 이상 보험료 납입 요건을 충족해야 한다. 월 소득이 1037.20 유로를 초과하면 감액한다. 18세 이하(학생은 27세까지) 자녀가 있으면 자녀 수당을 지급하며, 자녀가 장애가 있으면 나이에 관계없이 지급한다. 벨기에는 수급 요건으로 소득 능력의 66.7% 이상 상실 상태가 12개월 이상 지속 시, 그리고 장애 개시 전에 120일 이상 근로 상태가 지속됐어야 장애연금을 받을 수 있다. 독일은 하루 최고 3시간 이상 근로할 수 없으면 장애연금 수급 자격을 부여하며, 최소 5년간 가입하고 최근 5년간 36개월 이상 보험료를 납입하는 조건을 충족해야 한다.

프랑스에서는 12개월 이상 가입하고, 소득 능력의 66.7% 이상을 상실했을 때 장애연금 수급 자격을 준다. 이탈리아는 장애연금 수급 자격 요건으로 영구 장애에 대해서는 5년 이상 가입해야 하며 실업급여 및 다른 소득이 없어야 한다. 타인의 도움이 필요한 상황이면 간병수당을 받을 수 있고, 직업 능력의 66.7% 이상을 상실하면 장애수당을 받을 수 있다. 노령연금이 지급되는 때에는 노령연금으로 대체한다. 네덜란드에서는 소득이 80% 이상 상실되고, 회복 가능성이 없을 때 장애연금 수급 자격을 준다. 그리고 장애연금 수급자가 일상생활을 위해 간병이 필요할 때는 간병수당을 지급한다.

일본에서는 우리나라와 유사하게 장애인의 소득 활동 여부에 관계없이 장애연금을 지급한다. 장애 등급별로 3그룹으로 분류하고 있으며, 20세 이후 가입 기간 중 66.7% 이상 보험료를 납입하였으면 장애연금을 지급한다. 일상생활 능력 등을 기준으로 2등급(기초연금) 또는 3등급(복지연금)으로 구분한다. 장애연금의 수급 요건으로 기초연금은 20~65세에 장애 발생을, 복지연금은 65세 이전 장애 발생을 요건으로 한다(신화연, 이용하, 윤석명, 2012; 배준호 외, 2018).

3) 급여 수준과 내용

오스트리아에서는 가입자가 60세 이하일 때는 60세까지 가입한 것으로 가정한 기간을 적용해 장애연금을 지급한다. 기준 급여는 가장 소득이 높은 24년을 기준으로 하며, 최대 연금은 기준 급여의 60%까지이다. 자녀수당은 자녀가 18세 이하이면 월 29.07유로를 연간 14회로 나눠서 지급한다. 간병수당은 월 154.20~1655.80유로를 지급한다. 벨기에는 부양자가 있을 때는 기준 급여의 65%를 지급하고, 독신은 기준 급여의 55%를 지급한다. 기준 급여는 장애가 개시되기 직전의 소득이며, 최대

하루 124유로 수준이다. 독일은 소득 수준별로 차등 지급하며 60세 이전에 장애가 발생하면 60세까지 사회보험에 가입한 것으로 간주하여 급여를 계산해 지급한다.

프랑스에서는 소득 능력을 100% 상실하면 최근 10년간 평균 급여의 50%를 지급한다. 부분적 소득 능력 상실은 최근 10년간 평균 급여의 30%를 지급한다. 연 최저 장애연금은 3316.69유로이다. 상시 간병수당으로 장애연금의 40%를 지급한다. 이탈리아에서는 소득비례연금(NDC)을 기초로 연령별로 보정해 장애연금을 지급하며, 최저 장애연금은 월 481유로이다. 장애수당은 장애연금과 동일하게 계산하고(최저 장애수당 월 481유로), 사회 통합 장애연금으로 월 230유로(소득별 차등)를 지급한다. 네덜란드에서는 일당의 75%(2년간의 장애연금은 사용자가 지불함)를 지급한다(2016년 현재 일당 최고액은 191.82유로). 장애 등급에 따라 부분 장애연금을 지급한다. 간병수당은 일당의 85~100%를 지급한다. 그리고 법정 최저임금의 변동에 따라 연 2회 급여를 조정한다.

일본에서는 장애연금 급여를 장애 등급 3그룹별로 차등을 두고 격월로 지급한다. 장애 등급 그룹 1은 노령연금의 125% 수준의 장애연금과 가족수당을 지급한다. 그룹 2는 노령연금의 100%에 해당하는 장애연금과 가족수당을 지급하며, 그룹 3은 노령연금의 100%를 지급한다. 단, 기초연금액은 가입 기간과 소득에 비례하며, 가입 기간이 300개월(25년) 미만이면 300개월로 계산해 지급한다. 최저 급여는 연 59만 4200엔이며, 배우자수당으로 연 22만 7900엔을 지급한다. 장애 발생 수당으로 최초에 연금액의 200%인 116만 2000엔을 지급한다. 일본의 공적연금제도(장애인복지연금 수급자 포함)는 전체 중증 장애인의 약 50%를 포괄하지만 생활보호제도의 대상인 장애인 비율은 매우 낮은 편이다(신화연 외, 2012).

〈표 7-8〉 조합주의체제 국가

국가	제도 형태 및 재원	적격 요건	보장 내용
오스트리아	- 사회보험 · 노: 급여의 10.25% · 사: 급여의 12.55% · 정: 보조금 지급(보험료 산정 최대월급 4230유로)	<ul style="list-style-type: none"> · 소득 능력 50% 이상 상실 60개월 이상 보험료 납입 · 월 소득이 1037.20유로를 초과하면 감액. · 자녀는 18세 이하(학생은 27세, 장애 자녀 무제한) 	<ul style="list-style-type: none"> · 60세 이하일 때 60세까지 가입한 것으로 가정하여 적용. · 기준 급여: 가장 소득이 높은 24년 기준. 최대 연금은 기준 급여의 60% · 자녀수당: 18세 이하 월 29.07유로(연간 14회로 나눠서 지급) · 간병수당: 월 154.20~1655.80유로
벨기에	- 사회보험 · 노: 기준 급여의 7.5% · 사: 기준 급여의 8.86% · 정: 매년 재정 지원	<ul style="list-style-type: none"> · 소득 66.7% 이상 상실 상태가 12개월 이상 지속 시 · 장애 발생 전 120일 이상 근로 조건 	<ul style="list-style-type: none"> · 부양자가 있을 때 기준 급여의 65% · 독신은 기준 급여의 55% · 기준 급여는 장애 발생 직전의 소득(최대 일당 124유로)
독일	- 사회보험(65세 미만 피고용자 연금제도) · 노: 급여의 9.8%(연 최고 기준 소득: 6만 7200유로) · 사: 급여의 9.8%(연 6만 6600유로 한도) - 노인·장애인 기초보장 제도GAE(사회부조-중증 장애인 대상)	<ul style="list-style-type: none"> · 하루 3시간 이상 근로할 수 없을 경우로서 최소 5년간 가입, 장애 발생 직전 최근 5년간 36개월 이상 보험료 납입 요건 · 완전 장애(일 3시간 미만 근로 가능 시)와 부분 장애(3~6시간 미만 근로 가능)로 구분 	<ul style="list-style-type: none"> · 개인 소득 점수에 따라 60세 이전 장애 발생 시 60세까지 가입한 것으로 간주하고 계산. · 완전 장애: 기본 연금액의 100%, 부분 장애: 기본 연금액의 50% · 기본 연금액=가입 기간×가입 연수당 지급률(약 1.1%) · 65세 이상이면 노령연금으로 전환.
프랑스	- 사회보험, 사회부조 · 노: 급여의 6.65% (최대 월 급여 3031유로) · 사: 급여의 8.3% (+1.6% 유족수당)	<ul style="list-style-type: none"> · 12개월 이상 가입 · 소득 능력 66.7% 이상 상실 	<ul style="list-style-type: none"> · 100% 소득 능력 상실: 최근 10년간 평균 급여의 50% · 부분적 소득 능력 상실: 최근 10년간 평균 급여의 30% · 연 최저 장애연금: 3316.69유로 · 상시 간병수당: 장애연금의 40%
네덜란드	- 사회보험 · 노: 소득의 17.9% (연금)+1.1%(유족) · 연 최고 기준 소득: 3만 3436유로 · 사: 급여의 5.7%(연 4만 9297유로 한도)	<ul style="list-style-type: none"> · 장애연금: 80% 이상 소득 상실이 되고, 회복 가능성이 없을 때 · 간병수당: 장애연금 수급자가 일상생활을 위해 간병이 필요할 때 	<ul style="list-style-type: none"> · 일당의 75%(2년간의 장애연금은 고용주가 부담하고 그 후부터). · 부분 장애연금은 장애 등급에 따라. · 간병수당: 일당의 85~100% · *급여 조정: 법정 최저임금의 변동에 따라 연 2회 조정. 현재 일당 최고 191.82유로

318 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

국가	제도 형태 및 재원	적격 요건	보장 내용
	<ul style="list-style-type: none"> · 정: 선천적 장애인연금, 노령연금이 사회보장 최저 기준 미달 시 보충 		
이탈리아	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보험(NDC) · 노: 소득의 9.19%(연 소득 9만 3632유로 한도) · 사: 임금의 23.81% 	<ul style="list-style-type: none"> · 장애연금: 영구 장애 5년 이상 가입, 기타 소득 및 실업급여 없을 것. · 간병수당: 타인 도움이 필요한 상태 · 장애수당: 직업 능력 66.7% 이상 상실 · 노령연금 지급 시에 노령연금으로 대체. 	<ul style="list-style-type: none"> · 장애연금: NDC 연령별 보정 · 최저 장애연금: 월 481유로 · 장애수당: 장애연금과 동일하게 계산. 최저 장애수당 월 481유로 · 사회 통합 장애연금: 월 230유로(소득별 차등)
일본	<ul style="list-style-type: none"> - 공적연금(기초연금+비례연금), 무기여 복지연금, 생활보호제도 - 사회보험(Employees' pension 기준) · 노: 급여 단계별 7.852% · 사: 급여 단계별 7.852% 	<ul style="list-style-type: none"> · 장애 등급별로 3그룹으로 분류 · 20세 이후 가입 기간 중 66.7% 이상 보험료 납입. 	<ul style="list-style-type: none"> · 그룹 1: 노령연금의 125%+가족수당 · 그룹 2: 노령연금의 100%+가족수당 · 그룹 3: 노령연금의 100% (노령연금 가입 기간 300개월 조건) · 최저 급여: 연 59만 4200엔 · 배우자수당: 연 22만 7900엔(급여는 격월로 지급) · 장애 발생 수당: 최초에 연금액의 200% 116만 2000엔

출처: Social Security Programs throughout the World: Asia and the Pacific, Europe (2016) 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

요약하면 조합주의체제 국가에서는 사회보험제도(연금보험)를 주축으로 장애연금을 지급한다. 재원은 근로자와 고용주가 각각 일정 비율을 기여해 마련하되, 정부가 일정 부분을 보조금으로 보충하는 방식으로 운영한다. 대부분의 조합주의 국가에서는 소득 능력 상실 정도(오스트리아는 50% 이상, 벨기에, 이탈리아, 일본은 66.7% 이상, 네덜란드는 80% 이상)와 연금보험 가입 기간을 충족해야 장애연금 수급 자격을 부여한다. 또 장애연금 수급자는 추가로 자녀수당, 간병수당, 장애(생활)수당을 받

을 수 있다. 급여 수준은 국가마다 조금씩 다르다. 오스트리아와 벨기에
 는 기준 급여(장애가 발생하기 직전 소득)의 60%, 55%를 지급한다. 독일
 은 소득 수준별로 차등 지급한다. 프랑스에서는 최근 10년간 평균 급여의
 30% 또는 50%를 지급한다. 네덜란드는 일당(최저임금)의 75%를 지급하
 되 장애 등급에 따라 차등 지급한다. 이탈리아는 연령별로 보정해 장애연
 금을 지급한다. 일본은 격월로 장애 등급에 따라 차등 지급한다. 일본은
 주로 공적연금을 통해 장애연금을 지급하지만 최후의 사회 안전망인 생
 활보호제도의 역할이 미미해 장애인 소득보장은 미흡하다고 볼 수 있다
 (신화연 외, 2012).

나. 포괄 확장 체제(Encompassing) 국가

1) 제도 형태 및 재원

덴마크와 노르웨이는 보편적 복지제도에 의한 보편적 연금과 사회보험
 제도를 통한 보충적 소득비례연금(NDC)의 형태로 장애연금을 지급하고
 있다. 노르웨이에서는 연령에 따라 보장제도 형태가 달라진다. 가령,
 1954년생 이상은 보편적 복지제도로, 1963년생 이하는 2011년부터 보
 충적 연금제도로 지급하며, 1954~1962년생은 혼합 형태로 지급하고 있
 다. 스웨덴에서도 보편적 기초연금(최저보장연금)과 사회보험(소득연금
 과 프리미엄 연금)을 통해 장애연금을 지급한다(이현주 외, 2018). 사회
 보험 재원은 근로자가 급여의 7% 이상을 부담하며, 고용주가 노령연금으
 로 10.21%, 상병수당을 포함해 장애연금으로 5.02%를 부담한다. 핀란드
 에서는 일반 재정에서 운용하는 보편적 연금제도를 통해, 그리고 법정 기
 업연금제도를 통해 장애연금을 지급한다. 법정 기업연금의 재원은 근로

자가 급여의 5.15%(53세 미만)에서 6.5%(53세 이상) 정도 부담하며 고용주가 17.65%를 부담한다.

2) 자격 기준과 적용 대상

덴마크의 장애연금 수급자는 15세 이상 65세 미만으로 덴마크에서 3년 이상 거주하거나, 사회보장협정 당사국에서 10년 이상 거주한 자여야 한다. 연소득 6만 9800크로네 이상은 감액하고 연 소득 73만 5700크로네 이상이면 지급하지 않는다. 지방자치단체에서 적격 요건 의료 심사를 수행하며, 노령연금 지급 시에는 노령연금으로 대체한다. 노르웨이는 50% 이상 소득 능력을 상실하면 보편적 장애연금을 지급한다. 장애연금 3년 이상 가입자를 대상으로 연령과 소득 비례 장애연금액 등에 따라 추가 장애연금을 지급하며, 직무 능력 상실 수당을 지급한다. 스웨덴은 25% 이상 소득 능력을 상실하면 1년 이상 가입자를 대상으로 소득 비례 장애연금을 지급하고, 3년 이상 가입자를 대상으로 보증장애연금을 지급한다. 핀란드에서는 소득 조사, 가구 조사 등의 과정을 거쳐 결정된 16세 이상 64세 미만의 자를 대상으로 보편적 장애연금을 지급하고, 가입 조건에 따라 소득 비례 장애연금을 지급한다.

3) 급여 수준과 내용

덴마크의 장애연금 보장 수준은 미혼이면 연 20만 4900크로네(약 4000만 원) 정도를 지급한다. 기혼은 연 17만 4168크로네를 지급한다. 소득 수준이 미혼 기준 연 6만 9800크로네 이상이면 30% 감액하여 지급한다. 그리고 보충적 연금으로 최소 월 1500크로네를 제공한다. 노르웨

이에도 보편적 장애연금과 소득 비례 장애연금이 있다. 보편적 장애연금으로 월 8만 2122크로네를 지급한다(40년 미만 가입자는 가입 기간에 따라 삭감하며, 장애연금의 최소 수준은 추정 노령연금의 50%). 장애인의 자녀에게도 보편적 장애연금의 40%를 지급한다. 또 간병수당으로 1만 2620크로네를 지급한다(5등급 구간별 차등 지급). 그리고 소득 비례 장애연금은 가입 기간 크레디트를 감안해 현 기준 소득의 42%를 지급한다.

스웨덴에서는 완전 장애연금으로 연 10만 5600크로나를 지급하며, 40년 이하의 가입자에게는 연 2.5%씩 감액한다. 그리고 소득 비례 장애연금은 피보험자의 장래 예상 소득의 64%(최대 연 21만 1200 크로나)를 지급한다. 핀란드 역시 보편적 장애연금과 소득 비례 장애연금 두 가지가 있다. 보편적 장애연금은 월 소득과 가족 관계 등을 기준으로 월 6.47~608.63유로를 지급하며, 기타 소득이 월 1120.45유로를 넘으면 지급 대상에서 제외한다. 소득 비례 장애연금은 18~52세는 1.5%, 53~62세는 1.9%, 63세 이상은 4.5%를 차등 적용해 지급한다.

322 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

〈표 7-9〉 포괄 확장 체제 국가

국가	제도 형태 및 재원	적격 요건	보장 내용
덴마크	- 기초연금(보편적 복지)+ 추가 연금(사회보험)	<ul style="list-style-type: none"> 15~65세, 덴마크 3년 이상 거주 · 사회보장협정 당사국 10년 이상 거주자 · 연 소득 6만 9800크로네 이상은 30% 감액 · 연 소득 73만 5700크로네 이상은 미지급 · 노령연금 지급 시 노령연금으로 대체 	<ul style="list-style-type: none"> · 미혼: 연 20만 4900크로네 (약 4000만 원) · 기혼: 연 17만 4168크로네 · 장애 추가 연금: 최소 월 1500크로네
노르웨이	- 보편적 복지+사회보험 (NDC) · 1963년생 이하는 1963년부터 NDC, 1954~1962년생은 혼합형, 1954년생 이상은 구제도(보편적 복지제도)에 의해	<ul style="list-style-type: none"> · 보편적 장애연금: 50% 이상. 장애 3년 이상 가입 · 장애인의 자녀: 18세 이하 · 추가 장애연금: 연령, 소득 비례 장애연금액 등에 따라 결정. · 직무 능력 상실 수당: 3년 이상 가입 	<ul style="list-style-type: none"> · 보편적 장애연금: 월 8만 2122크로네 기준 · 40년 미만 가입자 가입기간별 삭감 * 최소 장애연금: 추정 노령연금의 50% · 장애인의 자녀: 보편적 장애연금의 40% · 간병수당: 1만 2620 크로네 등 5등급 · 소득 비례 장애연금: 현 기준 소득의 42%에 가입 기간 크레딧 감안
스웨덴	- 기초연금+사회보험 (소득 비례 연금) · 노: 사회보험 7%, 소득 비례 연금 등 7%+ α · 사: 노령연금 10.21%, 장애연금 5.02% (상병수당 포함)	<ul style="list-style-type: none"> · 25% 이상 소득능력 상실 · 보증 장애연금: 3년 이상 가입 · 소득 비례 장애연금: 1년 이상 가입 	<ul style="list-style-type: none"> · 완전 장애: 연 10만 5600크로나 · 40년 이하는 연 2.5%씩 감액 · 소득 비례 장애연금: 피보험자의 장래 예상 소득의 64%(최대 연 21만 1200크로나) · 급여는 매년 물가상승률 연동
핀란드	- 보편적 연금(일반 재정)+ 법정 기업연금 · 노: 53세 미만은 급여의 5.15%, 53세 이상은 급여의 6.5% · 사: 급여의 17.65% (최저 일당 54.08유로)	<ul style="list-style-type: none"> · 보편적 장애연금: 16~64세로 소득 조사 등의 과정을 거쳐 결정 · 소득 비례 장애연금: 가입 조건에 따름 	<ul style="list-style-type: none"> · 보편적 장애연금: 월 소득, 가족 관계 등에 따라 월 6.47~608.63유로 · 기타소득 월 1120.45유로 이상 시 미지급 · 소득 비례 장애연금: 연금 계산 기준에 따르되 18~52세는 1.5%, 53~62세는 1.9%, 63세 이상은 4.5%

출처: Social Security Programs throughout the World: Europe, 2016 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

요컨대 포괄 확장 체제 국가의 장애연금은 보편적 복지제도와 사회보험을 통해, 그리고 보편적 복지제도와 법적(의무적) 기업연금을 통해 장애연금을 지급한다. 포괄 확장 체제 국가에서는 대체로 거주 요건이나 소득 능력 상실 정도에 따라 보편적 장애연금을 지급하며, 일정 기간의 가입 연수 및 소득 수준에 따라 보충적 장애연금을 지급한다. 즉, 보편적 기초연금과 소득 비례 연금의 2층 혹은 다층 체계(혼인 여부, 가입 기간, 연령)에 따라 장애연금을 지급한다.

다. 기초보장 체제(Basic Security) 국가

1) 제도 형태 및 재원

아일랜드는 사회보험과 사회부조제도를 통해 재원을 마련한다. 근로자는 소득에 따라 차등 부담하며, 고용주는 주급 356유로 이상인 자의 급여의 10.75%를 부담한다. 보험료 산정 최고 소득 한도는 없다. 정부는 사회보험기금 적자 전액과 사회부조 재원 전액을 부담한다. 영국도 아일랜드와 유사하게 사회보험과 사회부조제도를 통해 재원을 마련한다. 근로자는 주급의 9.95%(주급 817파운드 초과자는 초과분의 1%를 추가 부담)를, 고용주는 급여의 11.9%를 부담한다. 고용주 기여분은 상병, 출산, 장애수당, 산재급여 및 실업급여의 재원으로 사용한다. 캐나다에서는 연방 정부 차원의 사회보험과 주정부 차원의 보편적 복지제도를 통해 장애연금을 운영한다. 보편적 복지제도를 통해 기초연금을 지급하며, 사회보험에서 소득 비례 연금을 지급한다. 보험료는 근로자와 고용주가 똑같이 기준 급여의 4.95%(연금액 산정 시 최대 연봉 수준은 4만 8300캐나다 달러)를 부담한다.

2) 자격 기준과 적용 대상

아일랜드는 영구 소득 능력 상실자로 260주 이상 가입되어 있어야 하며, 보험료 납입은 상병수당 1년 지급 후 개시된다. 영국에서는 장애가 3개월 이상 지속되었을 때 장애생활수당을 지급한다. 노령연금제도에 최근 3년 중 최저 주급(예컨대 최저 주급 107파운드)의 26배 이상에 해당하는 보험료를 납입한 경우 상병수당을 지급하는데 사회보장급여에서도 자산 소득 조사를 통해 보충 지급한다. 캐나다에서는 최근 6년 중 연간 4400캐나다 달러 이상의 소득에 기초하여 4년 이상 보험료를 납입한 경우 장애연금 수급 자격이 생긴다.

3) 급여 수준과 내용

아일랜드는 주당 193.50유로를 지급하며, 적격 피부양자수당으로 성인에게 주당 124.80유로, 18세 이하 자녀에게는 주당 29.80유로를 지급한다. 간병이 필요한 부양자 수당으로 주당 205유로를 지급한다. 영국에서는 장애생활수당을 지급하는데 장애 정도에 따라 주당 77.45파운드, 51.85파운드, 20.55파운드를 지급한다. 또한 활동 정도에 따라 54.05파운드, 20.55파운드를 추가로 지급한다. 급여는 매년 소비자물가 상승률에 따라 조정한다. 캐나다에서는 매월 433.37캐나다달러와 소득 비례 연금의 75%(최대 1153.37캐나다달러)를 지급하며, 65세가 되면 노령연금으로 전환한다. 장애인 소득보장에서 캐나다 국민연금의 장애연금이 중추 역할을 하는데 2009년에는 중증 장애인 중 국민연금 장애연금 수급자의 비중이 38%에 이르렀고, 나머지 사각지대에 있는 사람들은 주정부 차원의 장애인 기초생활보장제도(부조제도)를 통해 보호하고 있다(신화연 외, 2012).

〈표 7-10〉 기초보장 체제 국가

국가	제도 형태 및 재원	적격 요건	보장 내용
아일랜드	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보험 및 사회부조 · 노: 소득별 차등 · 사: 주급356유로 이상자의 급여의 10.75%. 보험료 산정 최고 소득한도는 없음. · 정: 사회보험기금 적자 전액과 사회부조 재원 전액 부담. 	<ul style="list-style-type: none"> - 영구 소득 능력 상실자로 260주 이상. - 보험료 납입: 상병수당 1년 지급 후 개시. 	<ul style="list-style-type: none"> - 주당 193.50유로 - 적격 피부양자수당: 성인 주당 124.80유로 - 18세 이하 자녀 주당 29.80유로 - 간병 필요 부양자 수당: 주당 205유로
영국	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보험 및 사회부조 · 노: 주급의 9.95%+주급 817파운드 초과자는 초과분의 1%. · 사: 급여의 11.9% - 고용주 기여분은 상병, 출산, 장애수당, 산재급여 및 실업급여 재원으로 사용. 	<ul style="list-style-type: none"> - 장애생활수당: 장애가 3개월 이상 지속 시 지급. - 상병수당: 노령연금에 최근 3년 중 최저 주급의 26배 이상에 해당하는 보험료 납입(최저 주급 107파운드). * 상병수당은 사회급여에서도 자산 소득 조사를 통해 보충. 	<ul style="list-style-type: none"> - 장애생활수당: 장애 정도에 따라 주당 77.45파운드, 51.85파운드, 혹은 20.55파운드+활동 정도에 따라 54.05파운드, 20.55파운드 추가. * 급여 조정: 매년 소비자물가 상승률
캐나다	<ul style="list-style-type: none"> - 보편적 복지+사회보험 - 기초연금: 보편적 복지 - 소득 비례 연금: 사회보험 · 노: 기준 소득의4.95% · 사: 기준 급여의4.95% (연금액 산정 최대 연봉 4만 8300캐나다달러) 	<ul style="list-style-type: none"> - 최근 6년 중 4년 이상 보험료 납입. 	<ul style="list-style-type: none"> - 매월 433.37캐나다달러+ 소득 비례 연금의 75% (최대 1153.37캐나다달러) - 65세 되면 노령연금으로 전환.

자료: Social Security Programs throughout the World: Europe, 2016 & The Americas, 2017 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

요약하면 기초보장체제 국가인 아일랜드와 영국은 사회보험제도와 사회부조제도를 통해 장애연금을 지급하지만 (주당) 정액이 지급되는 것이 특징이다. 근로자와 고용주가 소득(또는 임금)의 일정 비율로 부담하는 보험료 기여분으로 재원을 마련하며 사회보험기금 지원금과 사회부조 재원은 정부가 마련한다. 아일랜드는 피부양자수당, 간병수당, 자녀수당을 주당 정액으로 지급한다. 영국 또한 장애생활수당으로 장애 정도와 활동 능력 정도에 따라 주당 정액을 지급한다. 캐나다는 보편적 기초연금과 사

회보험의 소득 비례 연금제도를 통해 장애연금을 지급하여 포괄 확장 체제와 유사하지만 수급 요건이 좀 더 엄격하고 장애인 소득보장은 노인 소득보장에 비해 상대적으로 취약한 것으로 나타나 기초보장 체제 국가로 분류될 수 있다.

라. 자발적(자율적) 체제(Voluntary state subsidized) 국가

1) 제도 형태 및 재원

다른 서유럽 국가들과 달리 스위스는 사회보험제도와 강제 가입 기업 연금을 통해 장애연금을 지급한다. 근로자는 기초연금으로 4.2%를 부담하고, 이에 더하여 기업연금에 연령별, 소득별로 7~18%를 부담한다. 고용주는 노령 및 유족연금에 4.2%, 장애연금에 0.7%, 기업연금에 근로자 부담분 이상을 부담하고 있다.

2) 자격 기준과 적용 대상

스위스에서는 21세 이후 매년 보험료를 납입하되 40% 이상 소득 능력이 상실되었을 때 장애연금을 지급한다.

3) 급여 수준과 내용

스위스에서는 기초연금으로 연 소득에 따라 차등 지급한다. 가령, 연 4만 1760프랑 이하이면 연 1만 301프랑+ α 를 급여로 지급하며, 연 4만 1760프랑 이상이면 연 1만 4477프랑+ α 를 지급한다. 소득 능력 상실이

75% 이상이면 완전 장애연금을 지급하고 그 이하는 감액하여 지급하며, 기업연금을 통해 퇴직 연령까지 적립할 것으로 예상되는 금액의 6.9%(남) 또는 6.85%(여성)를 매년 지급한다.

〈표 7-11〉 자발적 체제 국가

국가	제도 형태 및 재원	적격 요건	보장 내용
스위스	- 사회보험+강제 가입 기업연금 · 노: 기초연금 4.2%+ 기업연금(연령별, 소득별로) 7~18% · 사: 4.2%(노령 및 유족)+ 0.7%(장애연금)+기업 연금(근로자 부담분 이상)	- 21세 이후 매년 보험료를 납입하되 40% 이상 소득 능력이 상실되었을 때.	- 기초연금: 연 소득별로 차등 지급. · 연 4만 1760프랑 이하: 연 1만301프랑+ α 를 지급. · 연 4만 1760프랑 이상: 연 1만 4477프랑+ α 를 지급. - 소득 능력 상실이 75% 이상이면 완전 장애연금 지급, 그 이하는 감액. - 기업연금: 퇴직 연령까지 적립할 것으로 예상되는 금액의 6.9%(남성) 또는 6.85%(여성)를 매년 지급.

자료: Social Security Programs throughout the World: Europe, 2016 자료를 기반으로 위 국가에 대한 내용을 요약해 재구성함.

요컨대 다른 서유럽 국가들과 달리 자발적 체제 국가인 스위스는 사회 보험제도와 강제 가입의 기업연금(연령 및 소득 수준별)을 통해 장애연금을 운영하고 있다. 스위스는 소득 능력 상실 40% 이상이면 장애연금 수급 자격을 준다. 스위스에서는 기초연금으로 연 소득에 따라 차등 지급하며 소득 능력 상실 정도에 따라 완전 또는 부분 장애연금을 지급한다. 또 기업연금제도를 통해 일정 비율(퇴직 연령까지 예상 적립금의 약 7%)을 매년 지급한다.

마. 특정 대상 체제(Targeted) 국가

1) 제도 형태 및 재원

호주는 법정 기업연금과 사회부조를 통해 장애연금을 지급한다. 근로자의 부담은 없고(자발적으로 추가 기여 가능) 고용주가 기준 임금의 9% (기준 임금은 분기당 최고 4만 2220달러)를 부담한다. 정부는 사회부조의 재원 전체를 지원한다. 뉴질랜드는 보편적 복지(사회부조로 보완)에 의한 장애연금제도로, 정부가 일반 재정으로 운용한다.

2) 자격 기준과 적용 대상

호주에서는 법정 기업연금을 통한 장애연금 지급은 영구 완전 장애 상태가 되어 기금에서 탈퇴할 때 이루어진다. 호주 거주자로 주당 최저임금 (15시간 이상 일하지 못하거나 직업훈련을 2년 이상)을 받지 못하면 사회부조제도를 통해 지급한다. 뉴질랜드는 2년 이상 거주자로 완전 중증 장애가 발생했을 때 장애연금 수급 자격이 생긴다.

3) 급여 수준과 내용

호주는 장애연금, 이동수당, 간병수당, 임차료 지원, 보조 장비 수당 등을 지급한다. 사회부조제도에서 자산 소득 조사를 하며 장애연금은 격주로 644.20달러까지 지급한다. 연령별, 가족관계별로 차등 추가 연금을 격주로 56.90달러(독신 기준)를 지급한다. 모든 장애자에게 격주로 이동수당 75.90달러를 지급한다. 간병수당은 격주로 106.70달러를 지급하

며, 임차료 지원으로 격주 101달러를, 원격지수당으로 18.20달러를 격주로 지급한다. 뉴질랜드에서는 부부 각각 202.20뉴질랜드달러를 지급하되 소득 조사를 통해 연 소득 4160뉴질랜드달러를 초과하는 부분의 달러당 0.30뉴질랜드달러를 감액해 지급한다. 기타 전직 지원, 조세 환급 등 각종 지원제도를 운영한다.

〈표 7-12〉 특정 대상 체제 국가

국가	제도 형태 및 재원	적격 요건	보장 내용
호주	<ul style="list-style-type: none"> - 법정 기업연금+사회부조 · 노:없음(자발적으로 추가 기여 가능) · 사: 기준 임금의9%(기준 임금은 분기당 최고 4만 2220호주 달러) · 정: 사회부조의 재원 전체 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회부조: 호주 거주자로 주당 최저임금으로 15시간 이상 일하지 못하거나 직업훈련을 2년 이상 받지 못할 때 - 법정 기업연금: 영구 완전 장애 상태가 되어 기금에서 탈퇴할 때 	<ul style="list-style-type: none"> - 장애연금, 이동수당, 간병수당, 임차료 지원, 보조 장비 수당 등을 지급 - 사회부조: 자산 소득 조사 - 장애연금: 격주 644.20호주 달러까지(연령, 가족관계별 차등) - 추가 연금: 격주 56.90호주달러 (독신) - 이동수당: 모든 장애자에게 격주 75.90호주달러 지급 - 간병수당: 격주 106.70호주달러 - 임차료 지원: 격주 101호주달러 - 원격지수당: 격주 18.20호주달러
뉴질랜드	<ul style="list-style-type: none"> - 보편적 복지 (사회부조로 보완) - 정부가 일반 재정에서 운용 	<ul style="list-style-type: none"> - 뉴질랜드 2년 이상 거주자로 완전 중증 장애가 발생했을 때 	<ul style="list-style-type: none"> - 부부 각각 202.20뉴질랜드달러 - 소득 조사를 통해 연소득 4160뉴질랜드달러를 초과하는 부분의 뉴질랜드달러당 0.30뉴질랜드달러 감액 - 기타 전직 지원, 조세 환급 등 각종 지원제도를 운영

자료: Social Security Programs throughout the World: Asia and the Pacific, 2016 자료를 기반으로 위 국가들에 대한 내용을 요약해 재구성함.

호주에서는 완전 장애 시 법정 기업연금을 통해 장애연금을 지급하며 주당 최저임금을 받지 못하는 저소득층에게 자산 조사를 통한 사회부조 제도에서 급여를 지급한다. 뉴질랜드 역시 2년 이상 거주하고 완전 중증 장애가 발생하면 보편적 연금제도를 통해 정액 장애연금을 지급하되 사회부조로 보충한다.

2. 국외 장애연금제도의 정책 시사점

가. 국외 사례 분석 결과 요약

OECD 16개 회원국을 분석한 결과, 조합주의체제 국가에서는 사회보험제도를 주축으로 하여 장애연금을 운용하며 대부분의 국가에서 소득 능력 상실 정도(오스트리아는 50% 이상, 벨기에, 이탈리아, 일본은 66.7% 이상, 네덜란드는 80% 이상)와 일정 기간의 연금보험 가입 요건이 충족하여야 수급 자격을 준다. 급여 수준은 기준 급여(장애가 발생하기 직전 소득)의 60%, 55%(오스트리아, 벨기에), 최근 10년간 평균 급여의 30% 또는 50%(프랑스), 최저임금 일당의 75%(네덜란드) 정도로 높은 편이지만 장애 등급, 연령, 소득 수준과 같은 특정 기준에 따라 장애연금과 수당을 차등 지급한다. 포괄 확장 체제 국가에서는 거주 요건이나 소득 능력 상실 정도에 따라 지급하는 보편적 기초연금과 일정 기간의 가입 연수, 혼인 여부, 연령, 소득 수준에 따라 보충하여 지급하는 소득 비례연금 혹은 법적 기업연금 등의 다층 체계로 장애연금을 지급한다.

기초보장 체제 국가인 아일랜드와 영국에서는 사회보험과 사회부조제를 통해 장애연금과 각종 수당을 지급하며 정액으로 지급하는 것이 특징이다. 자발적(자율적) 체제 국가인 스위스는 다른 서유럽 국가들과 달리 사회보험과 강제 가입 기업연금(연령 및 소득 수준별)을 통해 장애연금을 운영하고 있으며, 소득 능력 상실 40% 이상이면 장애연금을 지급한다. 스위스에서는 고용주가 장애연금에 0.7%, 기업연금에 근로자 부담분 이상을 부담하고 있어 고용주의 부담이 높은 것이 주목할 만하다. 특정 대상 체제 국가인 호주와 뉴질랜드에서는 '완전' 중증 장애 시 법정 기업연금 또는 보편적 연금제도를 통해 장애연금을 지급하며, 자산 조사를 통

한 사회부조제도로 보충한다.

다른 OECD 회원국들의 장애인 소득보장 체계의 구조를 분석한 결과, 소득보장 체계의 구조는 달라도 어떤 유형에 속하든 대부분의 사례 국가는 장애로 인한 근로 능력 및 기회의 상실에 대응하기 위해 각국 상황에 맞게 다양한 소득보장 전략으로 다층적인 장애인 소득보장 안전망을 구축한 것을 알 수 있다. 우리나라에서도 1988년 국민연금 도입 이후 1990년 장애수당(저소득 중증·중복 장애인 생계보조수당), 2002년 장애아동수당, 2010년 장애인연금을 도입하는 등 지속적으로 장애 급여를 확대하면서 1층 안전망인 장애연금과 2층 장애인연금, 3층 공공부조의 다층 장애 소득보장 체계를 구축하였다. 그러나 현금 지원의 급여가 매우 적어 장애인 소득보장 수준은 매우 낮은 것으로 평가된다. 한국과 달리 대부분의 OECD 회원국에서는 근로 무능력 관련 급여 체계는 장애인의 소득을 성공적으로 지원하고 있는 것으로 평가된다(강지원, 2011).

나. 한국 장애연금의 소득보장제도로서의 한계와 국외 사례의 정책 시사점

한국의 장애인 소득보장은 업무상 장애는 산재보험제도를 통해, 일반 장애는 국민연금(1988), 무기여 연금인 장애인연금(2010), 그리고 국민기초생활보장제도를 통해 제공한다. 66.7% 이상 소득 능력이 상실되면 1, 2, 3등급에 따라 장애연금을 차등 지급한다(ISSA, 2016). 기타 장애는 일시금으로 지급하며, 배우자와 18세 이하 자녀가 있으면 추가로 급여를 제공한다. 노령연금 계산 방식에 준해 장애연금 급여 수준을 정하며, 1급은 100%, 2급은 80%, 3급은 60%로 등급에 따라 차등 지급한다. 추가로 배우자 수당으로 연 22만 870원을 지급하며 자녀 혹은 노령 부모 1명당

연 14만 7230원을 지급한다(ISSA, 2016).

장애인연금제도를 통해 국민연금의 장애연금을 수급하지 못하는 장애인에게 최소한의 소득을 보장하고 있으나 장애인연금은 기초노령연금처럼 그 급여 수준이 매우 낮아(2012년 1인 기준 월 9만 4600원) 장애인의 빈곤 완화에 크게 기여하지 못한다(윤상용, 2013). 공적 연금과 개인연금의 가입 상태를 보면 등록 장애인 중 과반수가 연금제도에 가입하지 않았다(신화연, 이용하, 윤석명, 2012). 또 우리나라 장애인 가구의 상대적 빈곤율이 OECD 회원국 평균의 3배에 달하지만 장애 급여 지출은 OECD 회원국 평균의 10분의 1 수준에 불과하다(OECD, 2010). 이처럼 우리나라에서 공공 사회복지 지출 중 근로 무능력 관련 급여 지출이 매우 낮은 이유는 장애인 생활 안정 지원 사업과 같은 현금 지원의 소득보장적 측면에는 관심이 적기 때문이다(강지원, 2011, pp. 88-89).

장애인에 대한 소득보장 수준을 향상시키기 위해서는 먼저 <표 7-13>의 독일과 영국처럼 소득보전 급여 이외에 다양한 추가 비용 급여를 조합해 장애로 발생하는 추가 비용, 특히 돌봄과 활동성과 관련해 발생하는 비용을 추가 급여를 통해 보전해 줄 필요가 있다(강지원, 2011, p. 90). 다음으로 더욱 중요한 것은 기존 연구에서도 지적하였듯이(강지원, 2011; 윤상용, 2013) 공공 부문의 역할과 제도 간 연계가 강화되어야 한다. 국내 한 연구에서는 질병 근로자가 독일에서처럼 고용주로부터 일정 기간 유급병가를 받은 후 그 기간이 만료하면 건강보험의 상병수당을 받을 수 있도록 하고, 이후 장애 판정을 받으면 근로 무능력 정도에 따라 장애연금 및 장애수당을 받도록 하는 것을 이상적인 방안으로 제시한 바 있다(조성혜, 2015, pp. 605-606). 근로자의 유급병가제도, 건강보험제도의 상병수당, 장애연금 및 장애수당이 체계적으로 연계되도록 해야 한다는 것이다. 영국과 캐나다에서 질병 근로자에게 고용보험을 통해 상병수

당을 제공하듯이 우리나라에서도 고용보험을 통해 질병 근로자에게 상병 수당을 지급하고 장애 진단 시 이어서 연금보험의 장애연금을 지급하는 방안도 가능하다. 이를 위해서는 자발적 체제 국가인 스위스처럼 법정 기업연금제도 또는 사회보험제도를 통해 고용주의 상병수당 및 장애연금 부담을 늘리는 것이 필요하다.

〈표 7-13〉 주요 OECD 회원국의 장애인 소득보장 체계

종류	유형	독일	영국	미국	호주	한국
소득보전 급여	장애연금	○	○	○	X	○
	장애부조	○	○	○	○	○
	공공부조	○	○	○	○	○
추가 비용 급여	비자산 조사 급여	○	○	X	○	X
	자산 조사 급여	○	○	X	○	○

자료: 강지원, 2011, p. 91, 표 1 참고(한국의 장애부조는 최신 자료로 수정)

제5절 정책 시사점

1. ‘보편적’ 보호를 위한 제도의 보장성 범위

가장 이상적인 건강보험제도는 모든 근로자들의 건강이 완전히 회복될 때까지 적절한 의료서비스를 제공하면서 충분한 급여를 지급하여 보편적 보장을 실시하는 것이다. 많은 유럽 국가에서는 의료비 보장보다 소득보장을 우선시하며 건강보험제도보다 상병수당제도를 먼저 도입하였다. 국가마다 차이가 있으나 상병수당제도 도입 이후 대부분의 국가에서는 유급병가제도를 마련하여 초기 일정 기간의 고용 기간을 두고 국가의 재정 건전화에 기여하기도 하였다. 한국도 더는 건강보험체계의 의료보장만으로 보편적 건강보장을 논할 수 없다. 현 정부의 의료보장성 강화, 과부담 의료비 경감, 저소득층 의료비 지원 등의 정책 변화로 의료보장의 사각지대를 해소하는 것을 넘어서, 상병 시 의료비 외에도 간접적으로 발생할 수 있는 모든 비용을 보장할 수 있어야 한다. 전 국민의 건강을 유지 및 향상하고, 모두의 건강 불평등을 해소하기 위한 목적이라면 이와 같은 의미에서 보편성을 논의하여야 한다.

이 장에서는 소득 상실을 보전하고 있는 국가들의 제도 형태를 살펴보았으며 국가별로 제도의 목적, 복지 유형, 재정 상태에 따른 지원 범위의 격차를 확인하였다. 많은 국가에서 제도를 도입한 후 오랜 시간 여러 차례에 걸쳐 제도를 개혁하고 발전시켜 왔다. 역사적으로 조합주의와 포괄 확장 체제 유형의 국가들은 보장률이 제고하거나 유지하였다. 반면 기초 보장 체제와 특정 대상 체제 국가에서는 소득대체율 등이 감소하는 양상을 보였다(Kangas, 2004). 스웨덴의 사례를 살펴보면 60년이 넘는 동안 소득대체율과 지급 기간의 증가, 감소가 계속되는 과정을 거쳐 현행 제도가 정착되기도 하였다(Andren, 2003).

복지 유형별로 제도의 특성을 살펴보면 사회보험 성격이 있는 조합주의형 국가 중 독일, 오스트리아, 벨기에에서는 근로자들이 사업장에서 약 한 달간의 유급병가를 지원받은 후 1년 이상의 상병수당을 이용할 수 있고 일본, 프랑스에서는 3일의 대기 기간 후부터 1년 이상의 상병수당 수급으로 충분한 보호를 받을 수 있다. 포괄 확장 체제 유형의 스웨덴, 덴마크, 노르웨이, 핀란드 등에서도 유급병가와 상병수당의 이중 체계로 운영하고 있으며, 유급병가는 약 2주, 상병수당은 약 1년간 이용이 가능하다. 기초보장 체제 국가는 아일랜드, 영국, 캐나다 등으로 해당 국가의 시민이라면 기본적인 생계를 보장하여 실업급여보다 높은 수준의 소득보장을 하고 있으나, 소득대체율이 타 국가에 비해 낮은 편이다. 특정 대상 체제 유형에 해당하는 호주, 뉴질랜드는 빈곤층 집단에 한하여 우선적으로 복지제도를 시행함으로써 형평과 빈곤층 보호를 중시한다. 스위스 등의 자율적(자발적) 체제 유형은 일반적인 공적 상병수당은 없으나 민간의 지출을 강제하는 공적 규제로서의 유급병가제도가 도입되어, 국가 재정이 아닌 시장에서 근로자의 유급휴가를 보장할 것으로 강제하고 있다. 제도의 도입 단계에 있는 미국이나 한국에서는 일부 지역에서 선별적으로 제도를 시행하고 있다.

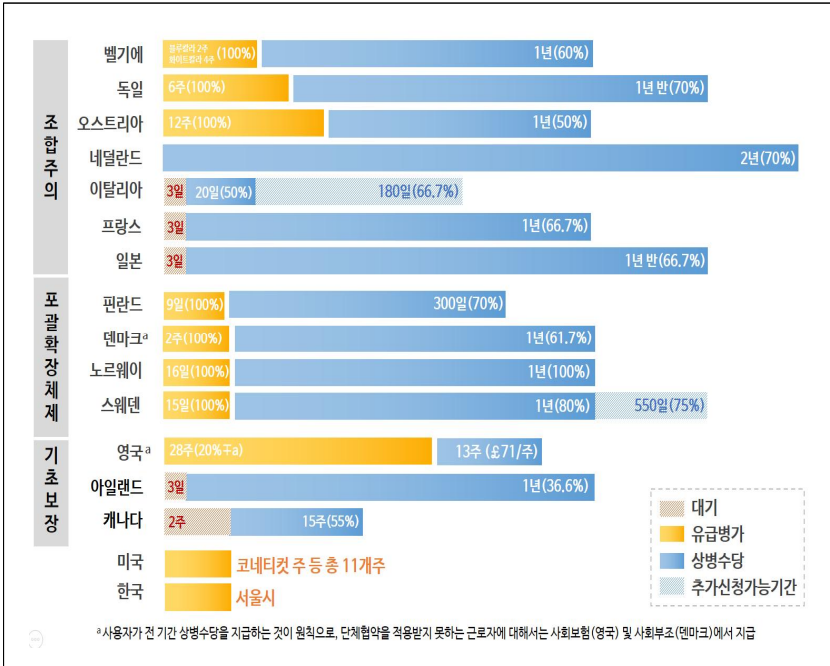
한편, 제도의 수혜 대상자 측면에서 ILO는 사회보장 수단으로서 상병수당제도가 임금 근로자뿐만 아니라 취약한 환경에 노출되어 있는 불안정 근로자의 건강과 인권을 보장해야 한다고 주장하였다. 그럼에도 불구하고 OECD 회원국들은 기존 제도에서 자영업자에 대한 상병수당 적용 자격, 지급 금액, 강제성 여부에 대한 해석에 소극적이어서 상병수당의 혜택에서 소외되는 경우가 상당히 있었다. 이는 국가별 제도 도입의 목적, 재정 상태에 따라 차이가 있겠으나 진정한 '보편성'을 달성하기 위해서는 근로 형태에 따른 사각지대 또한 우선적으로 해소하여야 할 문제이다. 일용직, 임시직, 특수고용직, 자영업자와 같은 취약 근로 집단은 상대

적으로 소득 수준이 낮은 편임에도 불구하고 의료비 지출은 매우 높기 때문에 경제적으로 이중 부담을 지게 된다. 그럼에도 불구하고 근무하는 직장 내에서 유급휴가 또는 산재보험과 고용보험의 가입률이 상당히 낮기 때문에 이들은 사회보장 체계의 온전한 보호를 받지 못한다(정혜주 외, 2018). 그뿐만 아니라 최근 노동시장 유연화 흐름에 따라 기존의 영세 자영업자, 프랜차이즈 점주, 특수형태고용 근로자 등 이미 잘 알려진 저임금, 고용 불안정 종사자뿐만 아니라, 고용 관계가 모호한 위장된 근로자(disguised employment) 혹은 의존적 자영업자(dependent self-employment), 그리고 클라우드 워커, 앱 근로자와 같은 새로운 유형의 근로자들이 지속적으로 양산되고 있다(ILO, 2017). 불안정 근로자의 규모가 증가하고 있다는 점을 고려하면 이들에 대한 보호와 제도 개선이 시급하다.

2. ‘보편적’ 보호를 위한 체계의 연속성

OECD 회원국들의 소득 상실 보전을 위한 제도 체계를 살펴보면 유급병가와 상병수당제도, 그리고 상병수당과 장애연금제도의 연속선상에서 서로 유기적으로 체계화되어 있음을 알 수 있다. [그림 7-5]는 앞서 언급한 복지국가 유형에 따른 OECD 회원국의 유급병가 및 상병수당의 급여 기간과 소득대체율을 도식화한 것이다. 복지국가 유형별로 제도의 특징이 다르게 나타나며 각국의 상황에 맞추어 제도를 도입하였다. 그럼에도 불구하고 유급병가와 상병수당을 모두 운영하는 국가에서는 사업주가 부담하는 유급병가는 주로 단기적인 직업 능력 장애에 대한 보상으로 장애가 지속되면 상병수당으로 전환하여 근로자들의 소득 상실을 지속적으로 보전해 준다.

[그림 7-5] OECD 회원국의 유급병가 및 상병수당의 급여 기간과 소득대체율



즉, 질병과 장애 위험 보장 체계로서 유급병가, 상병수당, 장애연금의 연속성을 위한 소득보장 체계 간 연계를 강화하여야 한다는 것을 시사한다. 가장 이상적인 소득보장제도는 근로자들에게 상병이 발생했을 때 건강이 완전히 회복될 때까지 국민건강보험에서 기존 소득을 대체할 수 있을 만큼 충분하게 급여를 지급하고, 충분한 휴식과 요양을 할 수 있도록 보편적 보장을 실시하는 것이다. 이처럼 보편적 건강보장을 확보하기 위해서는 제도의 연계성 강화를 통한 보장이 중요하다. 궁극적인 목적은 국민의 건강한 삶을 보호하기 위한 통합적인 시스템 구축이며, 국가 재정 안정에도 기여하여 지속성을 유지하는 것이다. 지난 수십 년 동안 OECD 회원국에서 상병수당제도의 원활한 운영을 위하여 유급병가제도를 도입

하여 단기 치료를 대상으로 사업장에서 근로자들을 보호할 수 있도록 강제화하였고, 유급병가 기간이 지나도 질병으로 업무 무능력 상태가 지속 되면 상병수당을 받을 수 있도록 하여 이미 제도의 이원화를 안정적으로 구축하였다. 이에 치료의 지속성을 확보할 수 있었으며 비용 부담도 수급자와 사업장에 책임을 더하여 국가 재정 안정에 기여하였다.

건강상 장애가 있는 근로자를 지원하고 적절한 노동 공급을 보장하며 사회보호 프로그램에 대한 지출을 줄이려는 목적으로 각국은 제도를 도입한 이래, 상병 및 장애에 대한 정책 개혁을 끊임없이 시도하였다. 개혁의 주요 내용은 상병수당과 장애 정책의 활성화 및 재통합을 강화하는 것이다. 구체적으로 근로자들의 질병으로 인한 결근을 인증해 줄 수 있도록 새로운 지침을 만들거나(Skaner et al., 2011), 고용 복귀를 장려하기 위한 재활 프로그램을 강화하였다(Common wealth of Australia, 2010, 2016). 호주, 스위스, 네덜란드 등에서는 직장으로 복귀한 직원들의 사후 관리에 대한 엄격한 규칙을 도입함으로써 장애급여 청구자를 상당수 줄이고 증가 추세를 막아 긍정적 효과를 보았다(OECD, 2014; Everhardt, De Jong, 2011; Van Sonsbeek, Gradus, 2013).

유급병가 및 상병수당제도는 근로자들이 질병이나 상병을 경험한 후에 장애로 이어지지 않도록 예방하는 중요한 역할을 한다. 장애가 발생한 후 이들의 생계유지를 위해 소득 상실을 보전해 주는 것도 물론 중요하나, 장애가 발생하지 않도록 예방하는 것이 우선 이루어져야 할 것이다. 장애를 예방하기 위해서는 장애가 발생하기 전에 근로자들의 건강 상태를 파악하고 시의적절한 치료와 재활을 제공할 사회적 보호 체계가 필요하다. 이는 건강한 근로자를 확보하는 한편 장기적으로 사회비용을 줄일 수 있다.

한국 정부도 지난해 말 ‘모두가 누리는 포용적 복지국가’를 20대 국정

전략으로 추진하며 건강·의료보장과 더불어 소득보장, 돌봄 보장을 강화하며 커뮤니티케어를 중점적으로 추진할 것을 발표하였다. 노령화되고, 만성질환이 증가하며, 급격한 산업화에 따른 산업재해, 교통사고를 비롯한 각종 사고 등으로 후천성 장애 발생률이 높아지고 있는데(조윤화, 김용진, 오윤지, 왕영민, 김태용, 2018) 이는 충분히 예방 가능한 문제이다. 의료 및 사회보장제도 간의 통합과 연속성은 국민이 건전한 노동 생활을 할 수 있도록 지원함으로써 건강한 삶을 살도록 하고, 질병 또는 장애의 치료 및 관리에 대한 사회의 부담을 해소하는 데에도 기여할 수 있을 것이다.

제 8 장

근로자의 의료 격차 해소를 위한 상병수당 도입의 다각적 접근

제1절 상병수당 도입의 대안적 제도 설계 이슈 (이현주)

제2절 상병수당 도입에 대한 재정적 이슈 (고제이)

제3절 상병수당제도 설계의 대안적 틀과 정책 과제
(강희정)

8

근로자의 의료 격차 해소를 위한 << 상병수당 도입의 다각적 접근

제1절 상병수당 도입의 대안적 제도 설계 이슈

1. 논의의 목적

의료 형평성을 보장하기 위하여 논의가 필요한 정책 과제가 적지 않다. 아직도 높은 의료비의 개인 부담은 건강보장성으로 가장 자주 논의되는 정책 이슈이다. 의료비 부담에 대한 고민은 단순히 의료비 지원만으로 대안이 한정되지 않는다. 이유는 의료비 부담과 더불어 소득의 중단을 초래하는 진료를 선택하기 어려운 근로 여건의 사회 구성원이 적지 않고 이들에 대한 정책 대안이 없기 때문이다. 최근 이 문제에 대한 사회적 논의가 뜨거워지고 있다. 이는 고용 불안이 심화되면서 더 중요한 이슈가 될 것으로 전망된다.

이 절에서는 중증 질환이나 장기 입원 등으로 근로 중단이 우려되는 건강상의 문제에 대한 기존 논의와 향후 정책 대안의 설계에서 고려할 이슈를 논의한다.

건강상의 이유로 인한 소득 단절에 대한 연구는 충분하지 않지만 없는 것도 아니다. 장기 입원이나 중증 질환이 개인의 경제활동이나 소득에 어떠한 영향을 주는지를 규명한 연구들은 최근 빠르게 축적되어 왔다. 반면 이 문제에 대한 정책 설계와 관련된 논의는 언명의 수준에 멈추고 그 이상으로 심도를 더하여 진전된다고 보기는 어렵다.

이 글에서는 기존의 건강상 이유로 인한 소득 상실에 대한 연구와 해당 연구에서 제안한 정책을 살펴보고 기존 논의에서 고려되는 정책 대안을

둘러싼 이슈들을 검토하였다. 이러한 점검은 이후 상병 관련 제도의 설계 단계에서 조금 더 정치하고 안정적으로 추진하는 데 도움이 될 것이다.

2. 선행연구 주요 내용과 정책 제언의 비교 1: 건강 충격의 영향과 대응 방향

근로 연령층의 건강과 빈곤이라는 이슈에 대하여 크게 두 가지 연구가 진행되었다. 높은 의료비 부담이 빈곤화에 준 영향에 대한 연구가 그 첫 유형이며 이런 연구는 주로 건강보장성에 주목하였다. 또 다른 연구 주제는 건강 문제가 고용과 빈곤에 주는 영향이다. 이러한 연구는 대부분 상병수당제도의 도입을 염두에 둔 분석이다.

후자, 즉 건강 문제가 고용과 빈곤에 준 영향에 초점을 맞춘 연구도 다시 두 가지로 구분할 수 있다. 중증 질환이나 입원 등 건강상의 심대한 문제, 통상 건강 충격이라고 칭하는 경험이 실업, 근로 불가능, 소득 상실로 이어지는 과정을 규명하는 연구와 이러한 문제에 대한 정책 대안을 중심으로 내용을 구성하는 연구로 구분할 수 있다.

건강 문제가 소득 상실에 미친 영향을 규명하는 전자의 연구도 본론에 해당하는 영향 여부, 영향의 수준, 관련 요인의 규명과 함께 제도적 제안을 담아내는 경향을 보이고 있다. 이하 건강 충격으로 언급되는 입원, 중증 질환으로 인한 소득 상실에 대한 연구와 대안적 제도를 제안한 연구를 비교하여 보았다.

건강 충격이 소득 상실에 미친 영향을 규명한 연구(김대환, 강성호, 2015; 이승윤, 김기태, 2017; 김수진, 김기태, 정연, 박금령, 오수진, 김수정, 2018; 권정현, 2018; 김창오, 2019)는 2010년대 중반부터 본격화되었다. 이 연구들의 공통점은 중증 질환, 장기간 입원 등의 건강 충격이 경제활동과 소득에 미치는 영향을 중요한 주제로 다루고 있으며 분석 결

과에서 공히 건강 충격이 소득 상실에 영향을 준다는 점을 검증하고 있다. 아래의 연구들은 근로와 건강 충격, 소득 상실을 공히 주제어로 하고 있다. 이 연구들은 대개 근로 연령층을 분석 대상으로 한정하고 있어 중증 질환이나 일정 기간 이상의 입원으로 발생한 근로 능력의 저하 또는 상실, 근로 단절, 근로소득 상실에 주목하고 있다는 점에서 유사하다. 그럼에도 불구하고 이 연구들은 매개 요인, 요인들의 영향이 나타나는 기제에 대한 해석에서 조금씩 다르다.

이 연구들은 건강 충격이 근로와 근로소득에 미치는 영향을 규명하고 있지만 제도적 대안에 대해서는 본격적으로 논의하고 있지 않다. 정책 대안에 대한 선호를 제시하는 수준, 또는 향후 검토가 필요한 내용을 제안하는 수준에 머물고 있을 뿐이다. 그러나 대략적인 제안에서도 각 연구자의 정책 대안이 상이하다는 점을 쉽게 확인할 수 있다.

이 연구들은 대안을 본격적으로 제시하고 있지 않지만 대부분 상병수당 등을 언급하고 있다. 정책에 대한 간략한 검토를 제시하는 수준이지만 그 내용은 연구에 따라 상이하다. 분석 내용과 제안된 대안을 정리하면 다음과 같다. 건강 충격의 위험을 규명한 연구 중 적지 않은 연구가 정책 방향으로 상병수당 도입을 제안하였다. 다만 구체적으로 어떻게 상병수당제도를 도입할 것인가를 논의한 것은 아니다. 김수진 외(2018)의 연구는 고용보험에 기반을 둔 병가제도를 강화할 것을 제안하였다. 이 제안은 근로자의 실업을 건강 충격이 초래한 위험, 그리고 기존 제도의 한계로 강조한 것이라 해석된다.

이 연구들은 주로 정교한 통계 방식으로 건강 충격의 영향을 규명하고 관련 요인의 영향 유무를 확인하고 있다. 이 연구들은 건강 충격에 대한 제도적 대응을 강화하여야 한다는 점을 확인하도록 도와주고 있지만 여전히 건강 충격으로 인한 근로 단절의 위험과 소득 상실의 위험 중 무엇을 주요 문제로 간주하고 정책이 대응점을 정하여야 하는지에 대하여 함의를 제공

하는 데 충분하지 않다. 한편 만약 소득 상실에 제도적으로 대응하자면 자산 조사를 하여야 하는지 아니면 개인 단위 실직자에 대한 보편적 소득보장을 하여야 하는지에 대한 고민의 단서를 제공하는 데 있어서도 한계가 있다. 정책 설계에서 건강 충격의 영향 유무뿐 아니라 그 영향이 어느 집단을 대상으로 나타나는지, 실업과 소득 상실 중 무엇이 핵심 위험인지를 보여 주는 기술 통계 등 추가 정보를 제공하여야 할 것이다.

〈표 8-1〉 건강 충격에 대한 연구의 주요 결과와 정책 대응 제안

관련 연구	연구 방법과 주요 결과	제도 제안
김대환, 강성호 (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • 한국의료패널자료 활용 의료비, 소득, 근로 여부를 종속 변수로 압, 심장 질환, 뇌혈관 질환 등 중증 질환의 영향을 회귀분석. • 분석 결과, 중증 질환은 실직 위험과 소득 상실 위험을 높임. 	<ul style="list-style-type: none"> • 저소득층을 대상으로 하는 상병수당 도입 또는 단체 계약 방식의 정액형 건강보험.
이승윤, 김기태 (2017)	<ul style="list-style-type: none"> • 건강 문제가 휴직과 퇴직, 빈곤화에 미친 영향을 심층 면접으로 질적 연구. 건강 문제로 취약한 집단의 퇴직, 빈곤화 발생이 많으며 소득 상실을 우려하여 진료 포기할 위험도 발견. 	<ul style="list-style-type: none"> • 소득보장제도 정비와 상병수당 도입.
김수진 외 (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • 중증 질환과 장기 입원에 따른 건강 충격이 소득과 경제활동에 준 영향을 CEM, 이중차이분석으로 규명. 건강 충격이 경제활동과 근로소득에 미치는 부정적 영향 규명. • 민간 기업 취업 자료 분석 결과, 업무 외 상병 관련 휴직제도 규정 사업장은 많았으나 유급휴직이 가능한 경우는 평균 6%에 불과함(300인 이상 사업장 16~17%). 	<ul style="list-style-type: none"> • 사용자 의무 강화 (유급병가제도 법제화) • 공적 영역 안전망 강화
김창오 (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • 한국복지패널자료를 활용하여 30일 이상 입원의 빈곤 유발 여부를 성향 점수 매칭 방법으로 분석. 분석 결과, 건강 충격이 소득, 소비 빈곤을 유의미한 수준으로 악화시킴. 	<ul style="list-style-type: none"> • 상병수당제도 도입
권정현 (2018)	<ul style="list-style-type: none"> • 한국의료패널조사자료를 활용하여 40~55세 중장년의 건강 충격이 일자리와 소득에 미치는 단기 효과와 중기 효과를 성향 점수 매칭을 통해 분석. 건강 충격이 노동시장 참가, 근로소득에 영향을 주며 그 영향이 사회경제적 지위에 따라 상이함을 규명. 	<ul style="list-style-type: none"> • 구체적 제안 없음. • 고령층도 건강 충격 경험 이후 노동 참여 지속할 수 있도록 하는 정책 설계 필요성 언급.

3. 선행연구 주요 내용과 정책 제안의 비교 2: 건강 충격에 대한 대응 방안 검토

상병수당에 대한 언급은 비교적 오래 이어져 왔으나 2010년대 중반부터 논의가 뜨거워졌다. 상병수당을 어떻게 정의하는가도 관건이 될 수 있다. 선행연구에서는 상병소득보장제도를 ‘장단기 요양 시에 소득 상실분을 보장해 주는 제도를 통칭하는 용어’로 정의하기도 하였다(신기철, 2011, p. 134; 이승윤, 김기태, 2017, p. 118에서 재인용). 이에 더하여 ‘노동자가 아파서 입원할 경우, 회사를 나가지 못해서 줄어든 소득을 국가가 나서서 별충해 주는 제도’로 부연하여 설명하기도 한다(이승윤, 김기태, 2017, p. 118). 이 정의는 문제에 집중한 개념이어서 제도 설계에 제약을 주는 정도가 약하다. 이 논의에서도 이 정도의 정의를 전제로 논의한다. 건강상의 이유로 소득 상실이 발생하였을 때 대응하는 제도의 설계에 초점을 두어 선행연구의 정책 제안을 다룬다.

최근까지 건강 충격으로 인한 소득 상실에 대응하는 제도를 제안한 연구들을 중심으로 어떠한 대안이 논의되어 왔는지를 살펴보았다. 아래의 정리를 보면 2000년대 중반부터 꾸준히 건강상 이유로 발생하는 실업과 소득 상실의 제도적 대안을 찾는 논의가 있었음을 알 수 있다.

〈표 8-2〉 선행연구의 정책 대안 비교

	대안적 제도 설계	핵심 대안	비고
최인덕, 김진수(2007)	건강보험제도 상병급여	건강보험	건강보험 전제 제도 설계와 재정 추계 중심으로 논의.
신기철(2011)	중증 상병에 한하여 근로기준법상 유급 연차휴가 활용	유급 연차	건강보험, 유급병가, 자발적 소득 보장보험 등 고려, 건강보험의 재정 부담 우려.

	대안적 제도 설계	핵심 대안	비고
김종수(2016)	30일 유급병가와 건강보험제도 상병급여	건강 보험	국외 사례 비교 후 합의 정리.
조성혜(2018)	건강보험 상병급여와 유급병가제	건강 보험	
김기태, 이승윤(2018)	건강보험, 또는 고용보험 재원, 고용보험 가입자 대상 지원. 장기적으로 보편적 상병수당 도입.	건강 보험	장단기로 구분하여 정책 대안을 제시, 형평성 문제 검토 필요.*
정현우 외 (2019)	건강보험 가입자 상병수당. 형평성 확보	건강 보험	전달 체계 중심 논의, 산재보험 가입 기피 우려.
손민성 외 (2019)	지역 근로자 대상 유급병가(선별적 유급병가), 유급병가 소진자 대상 상병수당(보편적 상병수당) 도입	유급 병가	지역 근로자 대상 사용자가 아닌 서울시가 제공하는 제도, 재정 추계 중심.

위의 연구들을 보면 건강보험을 기반으로 한 상병급여를 대안으로 제시한 연구가 다수이다. 이와 더불어 유급병가의 병행을 제안하고 있다. 건강보험의 상병급여를 실제 적용하도록 준비하여야 한다는 제안이 대세이지만 이와 더불어 건강보험의 재정 부담이 심화될 것을 우려하여 이 제안을 매우 소극적인 수준에서 검토하는 경향도 보인다. 건강보험을 기반으로 하는 제도를 강조하는 대안 모색은 대상자를 건강보험 가입자로 하면서 고용 불안정을 경험 중인 취약 집단을 포괄할 수 있는 장점이 있으며 의료적 진단과의 연관성 확보에서도 상대적 우위가 있는 것으로 판단된다. 단점은 근로 가능 여부, 근로 여부 등 근로와의 연관성은 상대적으로 낮아진다. 이 점이 유급병가의 병행 강조로 이어지는 이유가 될 것이다. 앞서 선행연구들에서 건강 충격이 근로 단절을 매개로 소득 상실로 이어지기 때문이다.

유급병가는 이미 안정적인 일자리를 중심으로 적용되고 있다. 문제는 취약한 근로자를 대상으로 유급병가를 어느 정도까지 확대할 수 있는가

하는 점이다. 적용 사업장을 계속 확대한다 하여도 향후 고용 관계의 변화, 1인 사업자, 종속적 자영자 등 고용 형태의 다양화를 고려할 때 이러한 시도는 한계를 벗어나기 더욱 어려울 수 있다.

건강 충격에 대한 제도의 대안 모색은 대부분의 연구에서 건강 충격이 발생한 시점을 중심으로 검토하고 있어 건강 충격이 장기화되고 근로 복귀가 조기에 이루어지지 않을 경우 제도적 연결에 대한 논의로 확대되지는 않고 있다. 이러한 이유로 관련 제도와 의 정합성 논의는 고용보험, 기업 단위의 단체협상 등으로 한정되고 있다.

건강보험의 재정 부담을 우려한 제안 중 민간 보험과의 상보적 관계를 제안한 연구도 있다. 또는 재원을 고용보험으로 제안한 연구도 있다. 이러한 제안들은 취약한 인구집단에 대한 건강 충격의 영향을 우선 고려하는 논의의 배경을 고려할 때 논의의 출발과 거리가 커질 위험이 있다. 건강 충격에 대한 정책 대안 모색이 재원으로 모아지면 논의의 의의가 왜곡될 수 있음을 시사한다. 재원 구성은 사회적 합의를 구하고 전 국민 참여 재원을 기반으로 하는 것이 취지에 부합하는 것이라 할 수 있다. 하지만 단기기간의 재원 마련이 어려워 정책 추진을 무효화하지 않도록 단계적 적용 등 다양한 제도 추진 방식을 설계하는 것이 적절할 것이다.

4. 건강 충격으로 인한 소득 상실 대응: 이슈와 제도 비교

건강상의 이유로 소득 상실이 발생하였을 때 대응하는 제도를 설계할 때 고려할 이슈를 다루고자 한다. 상병수당에 대한 의견은 비단 연구자에 한정되지 않고 관련 이해 당사자와 시민사회 등 다양한 주체가 제시하고 있다. 단적인 예로 2018년 5월 18일 건강보험 가입자 단체가 질병 및 상병수당의 도입에 대한 환기를 선도하고 있다(의학신문, 2018. 5. 18.).

2018년 12월 18일 사회보장위원회에서도 상병수당 도입이 이슈로 등장하였다는 점을 고려하면 정책적인 고려가 공식으로 이루어지기 시작한 것으로 추정된다.

지방정부지만 상병수당과 유사한 제도로 서울시에 소개된 유급병가제도도 이러한 논의에 힘을 싣고 있다. 서울시의 제도는 지원 대상을 지역 가입자 중 기준 중위소득 100% 이하 근로소득자 및 사업소득자로 한정하고 있으며 연 최대 약 89만 원을 지원한다. 적용 대상은 입원과 함께 건강검진도 포함하고 있으며 국민기초생활보장, 서울형 기초보장, 긴급복지(국가형, 서울형), 산재보험, 실업급여, 자동차보험과의 중복 적용을 금지하고 있지만 제도 적용 순서는 아직 모호하다. 완성된 제도라기보다는 선도적인, 그리고 실험적인 제도로 이해할 수 있다. 요는 건강 충격의 영향을 완화할 제도 설계를 위하여 숙고할 이슈가 적지 않게 남아 있다는 것이다.

하지만 상병수당을 누구를 대상으로 어떠한 내용으로 설계하여 운영할 것인가에 대해서는 일치된 방침이 존재한다고 보기 어렵다. 특정 제도의 강화, 신설은 해당 사회의 기존 정책 환경을 고려하여 정책 간 정합성을 높이고 소기의 목표를 효과적, 효율적으로 달성할 수 있도록 설계하여야 할 것이다. 이를 위하여 앞서 살펴본 기존의 논의를 종합하여, 그리고 이에 더하여 정책 설계에서 고려하여야 할 이슈를 정리하였다. 상병수당이라는 제도 설계와 관련된 이슈라기보다는 건강상 어려움으로 실업이나 소득 상실의 위험에 노출되는 한국 사회 구성원의 어려움에 대응하는 제도 설계에서 고려하여야 하는 이슈를 정리하였다.

가. 관련 이슈의 정리

사회적 위험에 대한 제도적 대응을 설계할 때 고려할 요소는 적지 않다. 우선 무엇이 가장 중요한 원인인가? 원인과 달리 제도 대응의 핵심 부분, 가장 중요한 정책 대응 부문이 무엇인가? 기존의 제도적 대응은 없는가? 있다면 무엇이 한계로 작용하는가 등 수많은 검토를 하여야 한다. 이 밖에도 관련 제도와의 정합성, 문화적 배경도 고려하여야 한다. 이하에서는 앞서 논의된 연구들의 검토를 통하여 건강 충격에 대한 대응 제도를 설계할 때 고려할 이슈들을 정리하였다. 이슈는 크게 세 가지로 구분하였다. 첫째, 문제의 초점, 핵심 원인이 무엇인가이다. 이 이슈는 제도 설계에서 자산 조사 여부와 조사 단위, 지원 단위 등 여러 가지 다른 이슈와 연관되며 두 번째 이슈인 누구를 지원할 것인가와 연관된다. 세 번째 이슈는 제도적, 문화적 환경과 관련된 이슈로 제도 간 정합성이다.

이슈 1) 문제의 초점이 무엇인가? 실직 위험 vs 소득 상실

건강 충격으로 발생하는 문제 중 무엇이 가장 핵심적인 문제인가? 예를 들어 건강 충격으로 인한 실직인가? 소득 상실인가? 무엇을 제도가 대응하여야 하는 가장 핵심적인 문제로 간주할 것인가를 논의하고 검토하여야 한다. 앞서 살펴본 건강 충격의 영향을 분석한 연구들은 건강 충격이 실직과 소득 상실의 위험을 높인다는 점을 공히 규명하였다. 소득 상실은 개인의 근로소득 상실에는 분명하게 일치된 결과를 보여 주고 있지만 연구에 따라 가구의 총소득에는 건강 충격이 부정적 영향을 준다고 단언하기 어렵다는 결론에 이르기도 하였다.

만약 실직이 가장 핵심적 문제 또는 문제의 출발이 되는 요인이라면 고

용 영역에서 고용 안정성을 높이는 대안을 우선시하여야 할 것이다. 예를 들어 유급휴직(병가)의 강화를 유도하는 법률적 개선이 고려될 수 있을 것이다. 반면 소득 상실이 핵심 문제라면 건강 충격으로 인한 소득 상실에 대응하는 제도 모색이 필요하고 이 경우 건강 충격의 영향이 나타나는 기간 설정이 중요한 고려 사항으로 추가될 것이다. 건강 충격과 관련하여 무엇을 중요한 문제, 핵심 요인으로 보는가에 대한 서로 다른 기제의 제도적 대안을 모색하게 될 것이다.

한편 문제의 초점을 무엇으로 보는가에 따라 여타 제도들과의 역할 분담도 달라진다. 만약 소득 상실이 문제의 핵심이라면 제도를 적용할 때 건강 충격이 없이 소득이 없거나 소득 상실을 경험하는 취약층과의 형평성은 어떻게 확보할 것인가 하는 문제가 숙제로 남을 수 있다. 한국과 같이 근로 능력자에 대한 별다른 소득보장제도가 없는 사회에서 질병 외 다른 이유로 인한 소득을 확보하지 못한 가구는 '질병 동기'가 발생하지 않는다고 장담하기 어렵다.

문제의 핵심을 무엇으로 간주하는가 하는 이슈는 지원의 단위를 결정하는 데도 영향을 줄 것이다. 사회보장제도를 쉽게 지원 단위로 구분하여 보자면 가구 단위와 개인 단위로 나눌 것이다. 물론 그 중간 즈음에 있는 제도도 없지 않다. 예를 들어 기초연금은 노인만으로 가구를 구성하고 이를 단위로 하기도 한다. 만약 건강 충격의 영향으로 실업 위험을 중시한다면 개인을 지원 단위로 고려할 수 있을 것이다. 반면 건강 충격의 영향 중 소득 상실을 중요한 문제로 본다면 지원 단위로 가구를 더 우선시할 수 있을 것이다. 개인 단위와 가구 단위의 결정에서 자산 조사와 급여 수준 결정 단위는 분리될 수도 있다. 고용 지원에서 자주 선택된 지원 단위는 개인이지만 자산 조사 단위는 가구를 선택하여 정책 설계를 한다. 건강 충격의 영향 중 무엇을 정책에서 중요하게 대응할 것인가에 따라 정책

단위를 설계하여야 하고 자산 조사 단위, 지원 단위를 정치하게 구성하여야 할 것이다. 한편 가구 단위로 지원 단위를 선택하면 소득보장은 정액으로 할 것인지, 가구 규모로 할 것인지도 검토 사항이 된다.

이슈 2) 대상이 누구인가? 실직자 vs 근로 가능자

두 번째 이슈는 첫 번째 이슈와 연관된다. 대상을 누구로 정할 것인가 하는 것이다. 건강 충격을 경험하는 사회 구성원은 다양하다. 건강 충격을 실직, 그리고 소득 상실과 연관하여 본다면 단순하게 근로 연령층 밖의 노인, 즉 65세 이상을 대상에서 우선 제외하여 볼 수 있을 것이다. 사회보장제도가 노인을 대상으로 별도의 소득보장 기제를 갖추고 있는 것이 상례이므로 이러한 연령 중심으로 대상자 범위를 구분하는 것은 일면 타당하다.

근로 연령 즉 비노인 중 누구를 대상으로 건강 충격을 완화하는 제도를 구상할 것인가가 이슈의 핵심 문제이다. 실직자를 대상으로 할 것인가, 질병으로 근로를 할 수 없는 사회 구성원을 포괄할 것인가 하는 문제의 답을 찾는 것은 그리 쉽지 않다. 한국과 같이 근로 연령층을 대상으로 하는 소득보장제도가 취약한 국가에서는 실직자만을 대상으로 하는 제도의 고안에는 상대적으로 큰 한계가 있을 것이다.

실직자를 대상으로 하면 다분히 고용보험과 연관된 제도의 고안으로 정책 지향점이 정하여질 것이고, 질병으로 근로할 수 없는 전 대상을 포괄하면 건강보험을 근간으로 하는 제도의 고안으로 정책 지향점이 정하여질 것이다. 고용보험을 적용받지 못하는 취업자가 적지 않다는 사회현상도 상병 중 소득보장의 새로운 고안을 요구하는 배경이므로 특히 실직자를 대상으로 하는 고용보험 기반의 제도적 대안이 충분하지 않을 것이다.

더욱이 미래 고용 형태의 변화를 고려하면 이러한 대상의 설정은 문제가 복잡해진다. 예를 들어 실직을 어떻게 증명할 것인가 하는 점이 새로운 숙제가 될 것이다. 고용보험이 계속 적용 대상을 확대하여 탄력적 근로까지 포괄한다면 고용보험을 기반으로 하는 정책 대안으로서 잠재력이 있겠지만 미래의 플랫폼 노동, 프리랜서의 증가 등 실직과 취업의 경계가 모호해지는 근로 형태가 확산될수록 실직을 전제로 상병에 대응하는 제도가 견고하여질 것을 기대하기는 더욱 어렵다. 일부 정책 제안은 고용보험 미가입자에 한정하여 제도의 보완을 그려 내고 있지만 고용보험 가입 동기를 높이려는 정책과 상충될 수도 있다.

국의 상병수당 도입 시기를 보면 제조업 중심의 평생직장이 일반적이던 시절이다. 고용 안정성 수준이 높고 상병수당을 운영하는 기반이 안정적이던 시절 상병수당이 도입되었다. 독일은 19세기 말, 영국은 1946년, 일본은 1922년을 도입 시기로 본다면 이러한 시대적 특징이 공유된다. 미래의 고용 형태 변화를 고려한다면 폭넓은 근로 연령대를 포괄하는 것이 더 적절하다. 스웨덴과 독일은 근로자뿐만 아니라 실업자, 자영업자 등도 상병수당의 대상으로 포괄하고 있다(정현우 외, 2019, p. 119). 국외의 여건 변화를 고려한 대응도 주목하여 조금 더 지켜볼 필요가 있다.

이슈 3) 관련 제도 간 정합성

세 번째 이슈는 앞의 두 이슈보다 복잡하다. 상병수당제도 운영 방식은 국가마다 다르다. 그 이유는 제도적 배경과 연관되었다고 이해하는 것이 적절하다. 많은 국가에서 보건 영역의 사회보장제도를 근간으로 상병수당을 운영하고 있지만 사회보험 방식과 사회 서비스 방식, 그리고 사업체 단위의 유급병가 방식 등 다양한 형태를 취하고 있다.

한국은 건강보험에서 상병급여를 지급할 수 있음을 법으로 명시하고 있고 건강보험 가입자 등을 고려할 때 취약한 집단을 포함하여 가장 폭넓게 상병으로 인한 여러 문제에 대응할 수 있다는 점에서 건강보험 기반 제도 설계를 제안한 연구가 가장 많다. 하지만 소득 상실에 대응하는 제도만 하여도 소득 상실의 원인과 소득 상실의 지속성에 따라 산재보험, 실업급여, 연금, 생계급여 등 다양한 제도가 마련되어 있고 실업에 대해서는 실업급여, 취업 지원, 도입 예정의 한국형 실업 부조 등이 있다. 또한 상병에 대응하여 활용할 수 있는 제도로는 유급병가, 유급휴직 등이 있다. 국내 연구에서도 유급병가의 병행 강화가 제안되고 있는데 스웨덴과 독일에서는 고용주가 유급병가를 지급하도록 법으로 명시하고 있다(정현우 외, 2019, p. 120). 단독의 제도가 아니라 다수의 제도로 건강 충격에 대응할 준비를 한다면 제도 간 역할 분담과 제도 적용의 순서 등 제도의 관계 정리는 더 중요해진다.

연관 제도를 포괄하여 보자면 건강보험 기반 상병급여를 전제로 하여도 상병급여와 생계급여의 역할 분담, 상병급여와 연금의 연계, 상병급여와 취업 지원의 연계 등을 구체적 설계 단계에서 검토하여야 한다. 단기 지원으로 상병에 대한 대응을 구상할 때는 기존의 긴급지원제도와 역할 분담도 검토하여야 한다. 긴급복지지원 사업도 지원 대상으로 보는 위기 상황에 중한 질병의 발생을 포함하고 있다. 긴급복지지원 사업은 생계비, 의료비 지원을 포괄하고 있는데 가구 규모에 따라 지원액이 다르지만 그 지원액이 적지 않고 1개월 지급을 기본으로 2개월까지 연장이 가능하다. 급여의 대상과 수준을 고려할 때 상병으로 인한 소득 상실에 대응하여 새로 고안하는 제도가 긴급지원제도보다 낮은 수준일 때 제도의 추진이 무효할 수 있다. 현재 긴급지원제도는 실업급여와 보험금 등을 받고 있으면 대상에서 제외하고 있다. 실업급여와 보험금 수령을 앞서 적용하

는 것이다.

제도 간 관계에서 고려할 점은 우리나라가 국가 보건 서비스 체계가 아니며 건강보험 방식이라는 점, 그리고 대부분의 의료기관이 국가기관이 아니라 비영리 민간 기관이라는 점, 이러한 이유로 의료서비스의 제공이 엄격하게 통제되기 어렵다는 점 등이다. 상병수당제도로 인한 도덕적 해이 문제가 해외에서도 없지 않다(김대환, 강성호, 2015, p. 55). 고용 불안정이 심화되는 상황을 고려할 때 진료 기관의 엄격한 관리, 상병급여의 수준과 기간의 영향을 함께 고려하여야 한다. 사회 구성원의 부도덕을 문제 삼기 전에 제도 설계가 도덕적 해이를 조장하지 않는지도 면밀하게 검토하여야 한다.

나. 관련 제도의 비교

앞서 건강 충격에 대한 제도를 구상할 때 고려할 이슈를 살폈다. 상병에 대응하는 소득보장제도는 없는 것이 아니어서 기존의 제도들로 대응할 것인가 아니면 새로운 제도를 신설할 것인가는 제도 운영의 효율성이 관건이 된다. 한국에도 상병으로 인한 근로 중단, 소득 상실에 대응하는 제도는 적지 않다. 이들 제도가 건강 충격에 대응하는 제도로서의 장점과 한계를 좀 더 구체적으로 살펴보고 향후 제도적 대안 설정의 방향을 정리하고자 한다.

상병으로 인한 소득 상실에 대응하는 제도는 산재보험, 고용보험의 실업급여, 운영되지 않는 건강보험의 상병급여, 국민연금, 유급병가, 유급휴직, 생계급여, 긴급지원 등이 있다. 이들 제도를 상병 시 소득 상실을 전제로 비교하였다. 건강보험은 상병급여가 임의 조항으로 법에 명시되어 실제 운영되는 것은 아니지만 운영을 전제로 비교하였다.

〈표 8-3〉 관련 제도의 운영 원리 비교

	장점	한계	관련 규정*
산업재해 보상보험	지급 수준이 높고 현재 작동하는 급여.	질병의 업무 관련성을 입증해야 함.	업무상 사유에 의한 부상 또는 질병으로 취업하지 못하는 입원, 통원 기간에 휴업급여 지급.
고용보험	고용보험 미가입 근로자에 대한 적용 가능. 고용과의 연관성 높은 수준으로 유지 가능.	고용보험 가입 근로자에 한하여 적용. 실제 비자발적 실업 증명과 인정이 쉽지 않음.	기업의 사정상 업무 전환이나 휴직이 허용되지 않은 상병 근로자는 구직 급여 수급 가능. 실업 신고 후 질병으로 취업 불가능하면 상병급여 수급 가능.
건강보험	대상 포괄성이 높고 형평성 확보에 유리.	재정적 부담과 사회적 합의	국민건강보험법 제50조(부가 급여) 적용. 대통령령으로 상병수당을 부가 급여로 지급할 수 있음.
국민연금	장기 수급 가능	초진일 당시 가입 기간이 10년 이상.	근로 무능력 상태가 계속되면 국민연금법상의 장애연금 수급 가능.
근로기준법 유급병가	사업체 참여로 상대적으로 정부 부담이 낮아 질 수 있음. 사회적으로 기업의 책임을 구현하는 방안이 될 수 있을 것임.	단체협약으로 정할 수 있으나 미적용 사업장이 적지 않을 수 있고 개인 사업에 적용 제약.	1년의 8할 이상 출근한 근로자에게 최소 15일에서 25일 까지 유급휴가를 보장할 수 있음.
생계급여	실직자 여부 등 인구학적 조건 없이 적용.	자산 조사의 엄격성으로 포괄성 제약 위험. 수급 장기화 우려.	소득 상실 시 자산 조사 전제로 생계비 수급 가능.
긴급지원 사업	적용이 빠를 수 있음.	자산 조사 적용. 상병에 대한 상시적 제도로 운영하는 것은 부적절.	질병 시 한시적 긴급지원 가능.

자료: 관련 규정에 대해서는 이승윤, 김기태(2017)의 제도 소개를 기초로 재구성.

제도 비교를 하면서 드러난 핵심적 차이는 문제와 대상의 포괄성이었다. 즉, 각 제도가 상병으로 인한 소득 상실에 취약계층을 포함하여 적절

히 대응할 수 있는 잠재력이 있는지가 가장 큰 차이였다. 재원은 차이가 있는 부문이지만 조세 형태인지, 아니면 기여금 형태인지만 다를 뿐 결국 공적 자금을 전제로 정책을 추진하지 않고서는 취약층의 건강 충격에 대응할 수 없다는 점에서 재정 부담이 제도에 따라 크게 달라지지는 않을 것으로 예상된다. 한 가지 유급휴가는 사업체의 역할이 작지 않아서 정부의 재정 부담이 상대적으로 작지만 취약계층에 대한 제도적 대응을 마련하는 것이므로 중심적 대안이 되기 어렵다.

결과적으로 건강보험의 대상 포괄성, 형평성이 가장 우위를 점하고 있다. 하지만 만약 자산 조사를 전제로 상병급여를 운영한다면 생계급여, 긴급지원과 중첩되는 문제가 생기게 될 것이다. 가구 단위가 아니라 개인의 상병으로 인한 소득 상실에 대하여 개인 단위 정액 지원으로 설계한다면 이러한 제도 간 중첩의 문제는 완화되고 오히려 상보적 제도로 검토할 수 있다. 즉, 건강보험에서 상병급여를 제공하고 부족분을 가구 단위 자산 조사에 근거한 긴급지원이나 생계급여로 보충 지원할 수 있을 것이다. 대부분의 상병이 일정 기간 이후 근로 복귀가 가능한 것이라는 점을 고려하면 생계급여보다 긴급지원이 더 적절한 보완 제도일 수 있다.

안정적인 고용 상태의 근로자는 상대적으로 양호한 조건의 유급휴가를 적용받는다. 대표적으로 공무원 유급휴직제도가 있으며 대기업 등에서도 유사한 유급휴직 제도를 운영한다. 국가공무원법(71조 1항)에 따르면 “신체, 정신상의 장애로 장기요양이 필요할 때” 임용권자가 “본인의 의사에도 불구하고 휴직을 명해야 한다”는 강력한 휴직 관련 조항이 있다(국가법령정보센터, 2019). 가능한 선에서 유급휴가는 보완적 제도로 확충하여야 할 것이다. 하지만 여전히 가장 기본이 되는 제도로 운영하는 데는 보장성과 포괄성에서 한계가 있다.

다. 소결

고용 불안정이 심화되면서 사회보장제도 중 사회보험의 근간이 취약해지고 있다. 사회보험은 보험 방식으로 사회 구성원의 사회보장에 대한 권리 기반이 강한 제도 유형이다. 따라서 이러한 변화는 우려스러운 현상이다. 다행히 한국의 건강보험은 포괄성이 높다. 상병으로 인한 소득 상실이 취약계층에서 더 심각하다는 점은 이미 많은 연구에서 검증된 바 있다. 사회보험이 노동시장에서의 지위를 반영한다는 점에서 상병수당을 사회보험 기반으로 운영하는 것이 적절한가 하는 문제가 제기될 수 있다. 한국의 건강보험이 유럽의 국가 보건 서비스보다는 포괄성에서 취약할 수 있으나 지역가입자를 포함하여 거의 100%에 육박하는 대상 포괄성이 있으므로 건강보험에 기반을 둔 각종 정책 제안이 합리적이다.

하지만 재원의 구성에서 보험료율을 얼마나 상향 조정할 수 있는지에 대해서는 대부분의 전문가가 조심스러운 태도를 보인다. 향후 형태 변화를 고려한 예산 추계와 기여 기반과 조세 기반의 비율을 어떻게 조정할 것인가 하는 재원 마련 방식 등 검토할 내용이 적지 않다.

한편 고용보험의 확대 적용, 유급휴가의 확대, 산재보상보험의 업무상 상해에 대한 인정 현실화 등 상병급여의 부담을 가중시키는 제반 여건을 방지하는 정책 노력도 이루어져야 할 것이다. 제도 적용의 순서는 산재보험과 고용보험, 건강보험, 그리고 연금과 공공부조의 순이어야 한다. 우리나라 사회 정책의 역사에서 당장의 쉬운 길이 훗날 험난한 정책 과제를 남긴 경험이 적지 않다. 가장 합리적인 정책 설계와 구현 가능한 단계적 적용을 차근차근 준비하는 정책 선택이 되기를 희망한다.

제2절 상병수당 도입에 대한 재정적 이슈

1. 선형국의 사례

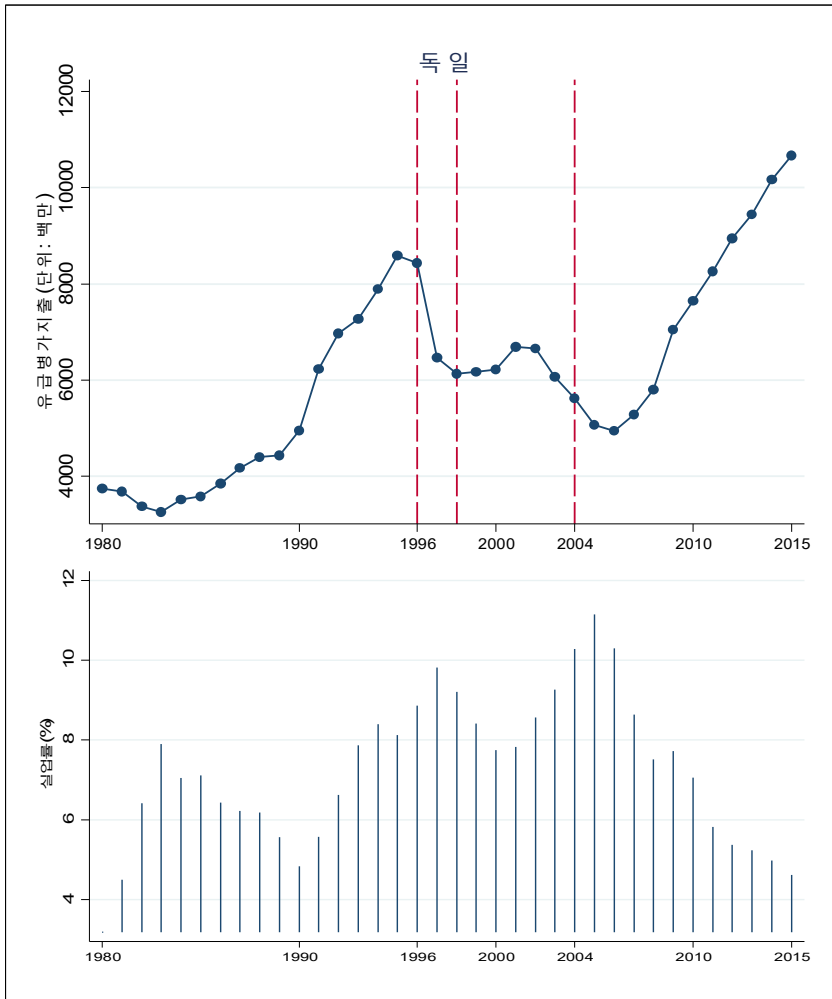
병가 기간의 상실 노동 소득을 보상하는 프로그램인 상병수당 관련 지출에는 몇 가지 특징이 있다. 우선 공적 소득 보상 제도로써 제도의 관대성, 즉 대상 선정 기준이나 급여 기간 등 적용 범위에 따라 관련 지출의 크기가 결정된다. 둘째, 경제 환경 변화에 매우 민감하게 반응한다. 예컨대 경기 침체나 구조조정 등으로 실업이 증가할 때 청구 건수 등에 큰 폭의 변화가 나타나는 것이 일반적이다. 독일과 스웨덴 사례에서 살펴보겠지만 한 가지 흥미로운 점은 재원 구조에 따라 경기변동에 대응하는 변화의 양상이 다르게 나타날 수 있다는 것이다.

구체적으로 법정 상병급여를 운영하는 국가들에서는 일반적으로 고용주의 부담을 전제로 한다. 상당수 국가에서 상병 기간 중 처음 일정 기간에는 고용주가 100% 지급하도록 의무화하는 ‘고용주 지급 기간’을 두고 있으며, 스웨덴이나 노르웨이 등 사회보험 방식에서는 고용주 세율이 상대적으로 높게 설정되어 있다. 민간의 상실 소득보상보험과 상병급여 모두 경기 대응성 측면에서의 차이를 보면, 개인들이 보험료를 부담하는 전자의 경우 경기 침체기 실업이 증가할 때 청구 건수가 크게 늘어나는 것이 일반적인 데 비해 부담의 주체가 고용주인 상병급여는 실업과 반대로 움직이는 경향도 확인된다.

세 번째 특징으로는 제도 설계에 따라 달라질 수 있지만, 일반적으로 인구 고령화와 밀접한 영향을 갖는다는 것이다. 이러한 특징은 유럽 상병수당제도 운영 국가들의 경험에서도 드러나는데, 대표적으로 독일과 스웨덴의 유급병가 지출 추이와 실업률 동향을 통해 간략하게 살펴보기로 한다.

먼저 [그림 8-1]은 1980년 이래 독일의 유급병가 지출 규모와 실업률 동향을 나타낸다.

[그림 8-1] 독일의 유급병가 지출과 실업률 추이



자료: OECD Stat. Social Expenditure-Detailed data: Labour Force Statistics (<https://stats.oecd.org> 2019. 10. 26. 인출)

1990년부터 1996년까지의 기간을 제외하고 보면 대체로 실업률과 상병급여 지출이 반대 방향으로 움직이는 모습을 볼 수 있다. 이와 관련하여 독일의 상병급여 개혁 사례를 보면 1980년대 중반 경기 불황으로 유례없이 높은 실업률을 경험하던 독일은 1990년 통일에 따른 구 동독 재건 비용 등으로 재정난을 겪으면서 장기 침체 국면에 들어섰다.

1990년대 초반 높은 실업률이 지속되는 문제에 대하여 많은 전문가들은 독일의 높은 노동비용을 높은 실업률의 원인으로 지목하였고, 고용주가 부담하는 상병급여 또한 세금과 마찬가지로 노동비용을 구성하는 요소라는 점도 부각되었다. 더불어 상병수당 수급자의 도덕적 해이에 대한 사회적 우려가 결합되면서 헬무트 콜 정부는 1996년 고용촉진법을 제정하여 그해 10월 1일부터 상병 기간 첫 6주간 사용자가 지급하는 법정 상병급여 수준을 연간 총소득의 100%에서 80%로 인하하는 개혁을 단행하였다. 연이어 11월에는 다음 7주 차 이상 기간에 대한 소득대체율도 기존 80%에서 70%로 낮추는 법안을 통과시켰다(Ziebarth & Karlsson, 2010, p. 1110).

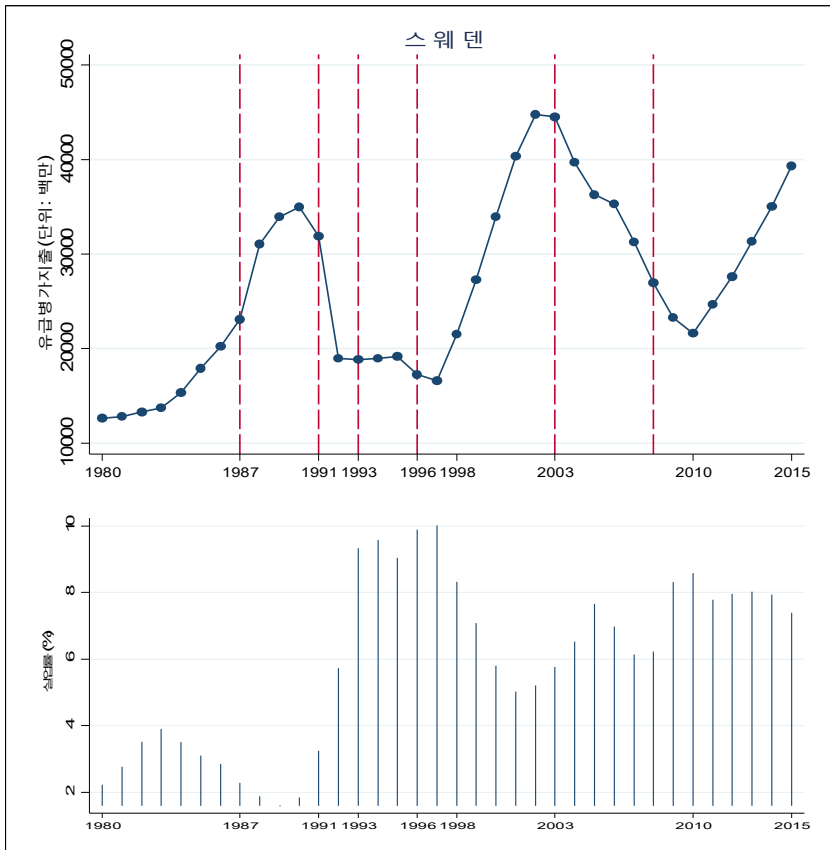
그에 따라 [그림 8-1]에서 볼 수 있듯이 관련 지출이 크게 감소하였는데 이 개혁에 따른 단기 상병급여 소득대체율 인하로 피고용자 중 병가를 전혀 사용하지 않는 비율이 6~8% 증가하였다(Ziebarth & Karlsson, 2010, p. 1115).

한편, 이러한 상병급여 소득대체율 인하 조치에 대한 사회적 반발이 크게 일었고, 1998년 선거에서 소득대체율 100% 복귀를 공약으로 제시한 사회민주당의-녹색당이 승리하면서 1999년 1월부터 법정 단기 상병수당 지급 수준은 상실 소득의 100%로 다시 인상되었다. 그 후 현재까지 사용자가 지급하는 법정 유급휴가 기간의 소득대체율 등은 큰 변화가 없지만 [그림 8-1]에서 볼 수 있듯이 전체적인 상병급여 지출 규모에 변동이

크게 나타나는데, 실업률 상황과 대비해서 보면 대체로 경기 침체에 줄어들다가 경기가 회복되면서 지출이 큰 폭으로 증가하고 있음을 확인할 수 있다.

한편, 스웨덴에서도 유사한 양상을 확인할 수 있다([그림 8-2]).

[그림 8-2] 스웨덴의 유급병가 지출과 실업률 추이



자료: OECD Stat. Social Expenditure-Detailed data; Labour Force Statistics
 (https://stats.oecd.org 2019. 10. 26. 인출)

독일에 비해 스웨덴의 법정 상병급여 지출이 경기에 더 민감하게 반응하는 것처럼 보이는데 1980년 이래 상병급여와 관련한 수많은 개편 과정이 맞물려 있기 때문인 것으로 보인다. 스웨덴 상병급여 제도 개혁 사례를 보기 전에 먼저 스웨덴의 사용자 부담에 대해 인식할 필요가 있다. 스웨덴에서 사회보장은 전 국민이 의무적으로 가입하는 사회보험의 틀 안에서 질병이나 장애, 가족과 아동, 노령과 관련한 각종 사회적 위험에 대하여 모든 국민을 보호하는 체계이다. 이러한 사회보험 분야의 지출은 크게 노령연금보험과 유족연금보험, 의료(질병)보험, 산재보험, 부모보험으로 구성되며, 그 재원은 주로 고용주(31.42%)와 자영업자(28.97%)가 납부하는 사회보장세(고용주세)에 의존한다. 여기에 법정 상병급여에 대해서 고용주가 모두 부담하며, 이후 기간에 대해서도 일정 부분 고용주가 기여하는 방식이다.

〈표 8-4〉 스웨덴의 사회보장세(2015년)

구분	고용주 부담금(31.42%)	자영업자 부담금(28.97%)
노령연금보험료 (Age Pension Fee)	10.21	10.21
유족연금보험료 (Survivor's pension fee)	1.17	1.17
의료보험료 (Health Insurance Fee)	4.35	4.44
산재보험료 (Occupational Injury Fee)	0.30	0.30
부모보험료 (Parental Insurance Fee)	2.60	2.60
실업수당(Labor Market fee)	2.91	0.10
General Salary Fee	9.88	10.15

주: 의료보험료는 상병보험 부담금(sickness insurance charges)으로 소개되기도 한다.
 자료: 주스웨덴 대한민국대사관 홈페이지. 스웨덴 세금제도(2015)의 사회보장세(고용주세) 표 수정 인용.

스웨덴 상병급여제도는 가장 오래된 제도로서 사회경제적 변화에 따라 수많은 개편 과정을 거쳤는데 그 주요 제도 개혁 과정을 살펴본다.⁴⁸⁾

〈상병급여제도 도입·확대 시기(1955~1980년대)〉

1955년 연간 소득의 65%를 보상하는 상병수당법을 도입하였으나 1963년 국민보험법 제정으로 폐지하였다. 1967년에는 상병급여 소득대체율이 80%로 인상되었고 ‘karensdag’라는 대기일 기준이 처음 도입되었다. 1974년 소득대체율은 90%로 다시 인상되었고 당시 비과세 대상이던 상병급여는 국민부가연금제도(ATP)에 포함되어 과세되기 시작하였다. 그리고 1977년 7월부터 산재보험법(the Work Injuries Insurance Act)에 따라 산재 등에 따른 상실 소득의 100%까지 보장하기에 이르렀다. 이후 스웨덴 상병급여 신고 건수와 지출이 빠르게 증가하기 시작하였는데 1987년 12월부터는 대기일 제도가 폐지하여 사회보험사무소에 신고한 일자부터 상병급여를 지급하게 되었다. 이 조치 이후 상병급여 지출은 이전보다 더욱 가파르게 증가하였고 1990년대 경기 침체기를 맞이하면서 일련의 긴축 조치가 이루어졌다(Andrén 2003, p. 55).

〈상병급여 긴축기(1990년대)〉

1990년 7월부터 이전까지 시범 운영하던 부분 급여제도(완전 급여의 4분의 3 또는 4분의 1 수준)가 전국으로 본격 시행되었고, 1991년에는 상병 기간 첫 3일에 대해서 기존 90%에서 65%, 4~90일은 80%로 상병

48) 2003년까지의 스웨덴 상병급여제도 변화에 대한 설명은 Andrén(2003) p. 55 BOX의 주요 내용을 번역하여 구성한 것임.

급여 소득대체율을 인하하였다. 1992년에는 상병 기간 첫 14일에 대해서는 고용주가 급여를 지급하도록 의무화하는 ‘고용주 지급 기간’을 도입하였다. 고용주 지급 기간(14일)의 급여 수준은 첫 3일은 75%이고 이후 기간의 소득대체율은 90%로 설정하였다. 1993년 4월에는 상병급여 대기일 제도를 재도입하였고 90일 이후에 대한 소득대체율은 90%에서 80%로 낮췄다. 한편, 5일 안에 새로운 상병 사유를 신고할 경우, 대기일이나 급여율 및 급여 기간에 대해서는 기존 신고 사유의 연장으로 처리하는 ‘5-day repeated spell’ 제도를 도입하였다. 또 재할 급여율도 100%에서 95%로 5%포인트 인하하였다. 1993년 7월에는 각 상병 건에 대해 의료적 치료와 같은 특별한 경우를 제외하고 365일 차 이후 기간의 상병 급여 소득대체율을 80%에서 70%로 인하하였다. 1996년 6월부터는 상병급여와 재할급여 모두 소득대체율을 75%로 인하하였다. 1997년 1월, 고용주 지급 기간을 28일로 확대하였다가 1998년 3월부터 다시 기존과 같이 14일로 단축하였다. 1998년 대기 기간을 제외한 전체 상병 기간의 완전 상병급여 소득대체율을 80%로 개편하였다(Andrén 2003, p. 55).

〈상병급여제도 조정기(2000년대 이후)〉

[그림 8-2]에서 볼 수 있듯이 1998년 이후 2000년대 초반까지 상병급여 지출이 급격히 증가하였다. 이에 스웨덴 정부는 고용주 지급 기간을 14일에서 60일로 연장하고, 상병 사례 건당 전체 지급 기간에 대해 고용주가 공동 부담토록 하는 개혁안을 발표했다. 이 개혁안에서는 또 상병급여 기간을 1년으로 단축하며, 상병과 장애보험을 통합하고, 19~29세에 대해서는 특별한 근로 유인을 제공하고 30세 이상에 대해서는 일시적인 상병급여를 제공하는 등의 방식을 통해 영구적인 장애급여의 일부를 입

시 활동급여로 전환하였다. 이에 대해 사회적으로 큰 반발이 있었지만 2003년 상병보험과 장애보험을 통합하였다. 다만, 기존의 각 기준에는 큰 변화가 없었고, 지급 수준 또한 동일하게 유지하였다. 상병급여 기간 단축 계획은 철회하였으나 고용주 지급 기간은 2004년부터 21일로 연장하였는데 급여 수준은 실업급여 최고액을 초과하지 못하도록 상한을 설정하였다. 그러나 2005년에 고용주 지급 기간을 다시 2주로 단축하였고 그 대신 15일 이후 기간에 대해서도 고용주가 15%를 부담하는 방식으로 개편하였다(OECD, 2010, pp. 13-14).

한편, 2003년 장애보험과 상병보험을 통합하기 전인 2002년까지 장기 상병급여나 장애연금 수급자가 크게 증가하였다가 감소하기 시작하였다. 이러한 상황에서 새롭게 들어선 스웨덴 정부는 장기 상병급여·장애연금 지출 관리를 위하여 2008년 재활 연계를 목적으로 일정 기간 근로 능력 평가를 하는 새로운 절차를 도입하였다. 이에 따라 상병급여 근로자는 처음 3개월간(고용주 지급 기간 14일 제외, 즉 15~90일까지) 이전 직종으로의 복귀가 가능할 것인가에 대한 근로 능력 평가를 거치게 되며, 상병 기간 91일 이후부터는 다른 일반적인 근로 활동이 가능한가에 대한 근로 능력 평가도 같이 받게 되었다(Hartman, 2011, pp.7-10).

이러한 조치는 신규 대상자들에 대한 수급 자격을 강화하고 기존 수급자들에 대해서는 근로 복귀를 용이하게 하는 것으로 암묵적으로 관련 지출 감소를 기대하는 것으로 볼 수 있다. 그런데 [그림 8-2] 상단에서 볼 수 있듯이 2002년부터 계속 감소하던 지출 규모는 2010년 이후 계속 증가하는 추세에 있다. 역설적으로 2008년 재활 연계 개혁에 따라 직장 복귀를 지원하는 다양한 조치들로 인하여 오히려 장기 상병급여 수급자가 크게 증가하고 있는 것이 한 원인으로 볼 수 있다(Swedish Social Insurance Agency, 2017, p. 50 참조).

이처럼 스웨덴의 상병급여제도는 많은 개편 과정을 거쳤고 그에 따라 수급자 수와 지출 규모가 달라지는 것을 확인할 수 있다. 물론 대부분의 개혁 조치들이 당시의 정치경제적 상황에 맞추어 이루어진 것이지만 한편으로는 제도 개편과 무관한 동향이 관찰되는데, 이는 경기 상황에 대응한 사람들의 행태로 설명할 수 있다. 유급병가 관련 지출과 실업률 간에 상당한 상관관계가 있다고 알려져 있다는 점은 전술한 바 있다. 나라마다 제도의 특수성 등에 따라 달라질 수는 있지만 앞서 독일과 스웨덴의 사례에서 보았듯이 경기 침체로 실업률이 높을 때 상병급여 신청 건수와 지출 규모가 줄어드는 경향이 다수의 실증 연구에서 확인되고 있다.

이와 관련하여 여러 가지 해석이 가능하지만, 경제위기나 구조조정 등으로 실업률이 높을 때에는 유급병가를 사용할 수 있는 사람들도 해고 위험을 피하기 위하여 신청하지 않는 경향이 있다. 또 기업이나 고용주도 건강이 좋지 않은 사람보다는 건강한 사람을 고용하기 때문에 평균 급여 청구 건수나 지출 규모가 줄어든다는 설명이 설득력을 얻고 있다.

한편, 인구 고령화를 관련 지출 증가의 한 요인으로 보는 시각도 있다. 스웨덴의 상병급여 수급 구조를 보면, 상병급여 수급자 수나 수급 일수 모두 성별과 상관없이 평균적으로 연령에 비례하여 증가하는 경향이 있으며 모든 연령대에서 여성이 남성보다 많다. 2016년 전체 상병급여 수급자 중 여성이 약 64%였고, 성별 임금 격차로 인하여 1일 평균 수급액이 남성이 여성보다 6%가량 높음에도 불구하고 여성의 수급액 비중이 전체의 63%를 차지하는 것으로 나타났다(Swedish Social Insurance Agency, 2017, p. 47 참조). 이러한 사실로부터 관련 지출이 수혜 대상자(근로자)의 인구구조에도 상당 부분 의존적일 수 있음을 알 수 있다.

2. 정책 시사점

독일과 스웨덴 사례를 통해 향후 한국형 상병급여제도 도입에 시사하는 바를 몇 가지 찾아본다.

무엇보다 독일이나 스웨덴 사례에서 보았듯이 상병급여 수급 기준이나 자격 조건 등과 무관하게 경기에 대응하는 사람들의 행태와 관련한 가설이 옳다면 결국 고용주 부담에 크게 의존하는 제도 현실에서 취약한 근로자의 상실 소득 보장 기능은 기대하는 것보다 훨씬 미약할 수 있다는 점을 유의할 필요가 있다. 이것은 바로 제도 설계 시에 핵심 보호의 대상이 누구인지, 그리고 그 재원을 어떻게 마련할 것인지와 밀접하게 관련되어 있다. 예컨대 상병급여가 고용 복귀를 전제로 단기적인 치료 기간에 대한 시간과 상실 소득을 보장하는 제도로 도입한다면 우선 근로기준법의 법정 유급급여로 의무화하거나 이와 함께 고용보험 재원의 일부를 취약 사업장 근로자 지원 형태로 활용하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 이러한 문제는 광범위한 자영자 계층의 존재와 이중화된 노동시장 구조에서 가장 취약한 근로자를 보호하기 어렵다는 한계가 있다. 이에 종종 국민건강보험의 부가 급여 지급 조항을 근거로 국민 전체를 수급 대상으로 하는 포괄적인 상병수당제도를 도입하는 방안을 검토하기도 한다. 문제는 그 방식이 고용보험이든 국민건강보험이든 기존 검토에서는 고용주 부담이 존재할 때 유급병가 사용 권리를 제도적으로 준다고 하더라도 그에 따른 근로자와 고용주의 행태 변화로 인하여 보호가 필요한 취약 근로자가 실제로는 배제되거나 고용 위축과 같은 왜곡된 결과가 빚어질 소지에 대해서는 심도 깊게 논의된 바가 없다는 점이다. 또한 재정적 측면에서 국민건강보험 내 편입과 관련해서는 한 가지 선결하여야 할 점이 있는데, 바로 현재 준조세이면서 재정 외로 운영하는 기형적인 보험의 형태에 대한 조정이 필요하다.

특히 국민건강보험 재정과 관련해서 우리가 간과하고 있는 사실은 지금까지 우리나라의 인구구조가 매우 건강한 편이었기에 건강보험 재정 또한 건실할 수 있었다는 점이다. 최근 들어 초저출산 현상이 지속되고 인구 고령화가 심화하면서 2030년 이후 노인 관련 의료비 지출이 현저히 증가할 것으로 예상된다. 이에 따라 건강보험 고유의 급여 지출과 관련한 포괄 범위 확대와 맞물려 현재의 보험료 수입만으로 충당하기 어려울 수 있다는 우려도 있다. 물론 가계와 기업이 부담하는 보험료 인상을 통해 일정 기간은 유지할 수 있겠지만, 사실상 준조세임에도 국민이 선거를 통해 직접 권한을 부여한 국회가 아닌 특정 조직에서 폐쇄적으로 논의하는 구조에서 보험료를 인상이 일정 수준을 초과하면 국민의 저항에 직면할 것이므로 한계가 분명하다. 이러한 사정은 건강보험에 상병급여제도를 편입시키는 것을 포함한 건강보험 재정 운용에는 국가 예산으로 일정 부분 기여할 필요가 있다는 것이다. 그런데 현재 정부 지원을 규정된 「국민건강보험법」(제108조, 보험료 예상 수입 14% 국고 지원 및 건강증진기금 전입금)은 2000년 7월 의약분업 도입 등으로 한시(5년) 조치로 도입한 이후 계속해서 정당한 사유 없이 지금까지 일몰 연장이 관행화되어 유지되고 있다. 이처럼 정부 재정 지원의 제도적 근거가 미약한 가장 큰 원인은 바로 재정 밖에서 기형적인 형태로 운영되는 국민건강보험제도 고유의 특성에 있다. 이미 오래전부터 건강보험이 국민 부담을 가중시키는 대표적인 제도로 지목되었고 국민 부담의 적정성을 담보하면서 효과적인 지출 관리를 위해 정부 통합 재정 편입 요구가 꾸준히 제기된 바 있다. 그러나 항상 기금화를 전제로 한 검토에 한정되었고 적자 상태에 있는 당시의 재정 상황을 고려했을 때 흑자 전환 이후 논의를 시작해야 한다는 반론, 연간 단위 수지 균형 유지에 초점을 두고 장기적으로 지불준비금으로써 기금을 운용할 필요성이 적다는 점, 의사결정 구조를 국회로 이전하

면 정치적 이해관계에 영향을 받아 왜곡된 재정 운용의 위험이 존재한다는 반대 논리에 따라 현행 체제를 유지하고 있다. 이러한 체제에서 전 국민 의무 가입 보험임에도 불구하고 실질적으로 국민 참여가 제한된 폐쇄적인 의사결정 구조의 문제도 직시할 필요가 있다.

건강보험정책심의위원회(건정심)는 국민건강보험법에 따라 종합계획의 심의, 보험료 결정, 급여 범위 및 수가 결정에 대한 포괄적 권한을 행사하고 있다. 건정심은 2000년 의약분업 시행에 따른 조치로 수가의 대폭 인상을 단행한 결과 2001년 건강보험이 재정 위기에 봉착하였고 이에 대응하여 2002년 국민건강보험재정건전화 특별법에 따라 한시적 조직으로 구성되었다. 그런데 2006년 12월 31일 효력 종료 이후 국민건강보험법에 기존의 특별법에 따른 건정심의 지위와 권한을 그대로 반영함으로써 현재까지 운영하고 있으며 관련 논의는 철저하게 폐쇄적으로 진행하고 있다. 공정성과 정당성, 투명성에 기초한 재정 거버넌스 체계 확립이 반드시 선결되어야 하며, 그래야 정부 재원의 적정 부담에 관한 논의도 이루어질 수 있다. 그리고 이를 통해 건강보험 내 상병급여제도의 도입도 용이해질 수 있다.

한편, 상병수당 관련 지출이 수혜 대상자의 연령 구조에 의존할 수 있다는 점에서 이 제도의 도입을 검토할 때는 급속한 고령화와 함께 인구 고령화의 대응책으로 최근 강조되고 있는 정년 연장 논의 등도 신중하게 고려할 필요가 있다.

마지막으로 이 제도 도입과 관련해 가장 큰 걸림돌이 되는 부분은 바로 이용자의 도덕적 해이를 유발할 수 있는 가능성을 부정하기 어렵다는 것이다. 이와 관련해 다양한 모니터링 기제를 고안할 수 있겠지만 여기서는 제도 도입 대상의 범위와 관련하여 우선 장기 치료가 필요한 자녀를 돌보는 임금근로자에 대한 무급의 자녀병가와 함께 상실 소득에 대하여 조세

를 근간으로 일일 급여를 지급하는 자녀병가수당 도입을 검토할 것을 제안한다.⁴⁹⁾

만성질환과 같이 주기적으로 병원을 방문하고 치료가 필요한 아픈 자녀를 키우는 근로자들은 자녀의 외래 진료나 단기간의 입원치료 등을 위해 탄력적인 시간의 사용과 그에 따른 소득상실의 보전이 필요하다. 이와 관련해서 노르웨이, 독일, 스웨덴, 프랑스, 덴마크 등 대부분의 복지국가에서는 본인 상병 이외에도 자녀 상병수당제도를 실시하고 있다.

우리나라는 2019년 8월 「남녀고용평등과 일가정양립 지원에 관한 법률」 개정을 통해 ‘근로자의 가족돌봄 등을 위한 지원(제22조의 2)’ 조항을 신설하였다. 이에 따라 근로자들은 2020년 1월 1일부터 자녀를 포함한 가족의 질병이나 사고를 이유로 연간 90일(1회 30일 이상 분할 사용) 가족돌봄휴직이 허용된다. 그러나 이 휴직기간에 대한 급여 지급에 대해서는 별다른 규정이 없다는 점에서 통상 무급휴가로 해석되어 실행될 뿐만 아니라 분할 사용이 1회 30일 이상으로 제한되어 있다. 단기적이거나 빈번하게 자녀 병간호 시간을 필요로 하는 일하는 부모들의 현실을 고려하면, 실효성 있는 정책 대안을 마련해야 한다. 이에 시범적으로 18세 미만의 4대 중증 질환 산정 특례 아동을 양육하는 임금 근로자에게 18세 미만 아동 1인당 총 300일 내외, 월 사용 일수 20일 한도로 외래 진료 등에 1회 1일 이상 탄력적으로 휴가시간을 사용할 수 있도록 무급 자녀 병가를 부여하고, 사용일당 일정 금액을 예산으로 지원하는 자녀병가수당제도의 도입을 검토해 볼 수 있다. 조세를 재원으로 상실 소득의 일정 부분을 보상해 주는 것은 사용자의 부담을 최소화하여 실제 이용에 제약을 받지 않도록 하면서 고용에 미치는 부정적인 영향도 감소한 것이다. 한편, 아동

49) 이하의 제안은 2019년 10월 연구 종료되어 발간 예정에 있는 김미곤, 고제이, 이철희, 홍석철, 전병목 외(2019) 「아동수당 및 출산·양육지원 체계 발전방안 연구」 pp. 439-440의 내용을 수록한 것이다.

양육에 대한 노사정 책임 분담을 고려할 때, 고용주는 시간을, 정부와 기업, 국민은 상실 소득의 일정 부분을 부담한다는 점에서 이 제도 도입의 사회적 수용성이 높을 것으로 기대한다.

제3절 상병수당제도 설계의 대안적 틀과 정책 과제

1. 보편적 건강보장의 실천적 개념에서 상병수당의 정책 의제화

가. 그간의 경과: 사회문제에서 공공 의제로 발전

상병수당제도는 새롭게 제기되는 사회문제가 아니다 그동안 시민사회 단체, 환자 단체, 가입자 단체들은 질병 발생으로 인한 의료비 부담뿐 아니라 취업 중단 및 소득 상실로 인한 의료 빈곤화 문제를 지속적으로 제기하고 상병수당의 도입을 주장해 왔다(의학신문, 2018. 5. 18.).

문재인 케어는 2016년 결산 기준 건강보험 누적 흑자(적립금) 20조 656억 원을 가입자에게 환원한다는 측면에서 의료보장성을 확대하고 취약계층의 의료비 부담 경감 정책을 추진하고 있다(강희정, 2018, p.23). 그러나 상병수당은 기술적 해결 가능성 또는 정책 수단을 둘러싼 타협의 어려움으로 문재인 케어의 정책으로 포함되지 못하고 있다.

사회문제가 정부의 정책 의제로 전환되기 위해서는 많은 관련 당사자, 이러한 문제를 촉발시키는 사건의 발생, 정부의 정책 의도, 해결 가능성이 작용한다. 이런 측면에서 이중화된 노동시장, 고용 불안정성 확대 등 사회적 변화와 정규 임금 근로자 기반의 전통적 사회보험제도의 취약성 문제가 확대 제기되면서 정책 의제로서 상병수당의 논의 필요성은 점점 해 왔다.

아울러 최근 몇 년간 상병수당 관련 연구들은 질병 발생으로 인한 부정적 파급 효과에 대한 경험적 근거들이 축적됨으로써 상병수당에 대해 관련 이해 당사자들이 점진적으로 적응하고 논의를 성숙시키는 데 기여했다는 긍정적 평가를 할 수 있다.

이 글에서는 보편적 건강보장의 틀에서 그간의 연구와 논의를 토대로 사회경제적 취약성이 높은 근로자가 소득 상실의 우려로 적시의 효과적 치료와 요양을 지연시키지 않음으로써 증증화로 인한 실직, 소득 상실, 빈곤의 경로를 차단하고 정부의 공공부조 부담을 완화하는 제도 설계의 틀과 정책 과제를 제안하고자 한다.

나. 사람 중심의 포용적 복지와 보편적 건강보장의 실천 틀에서 추진

건강은 좋은 삶을 구성하는 핵심 요소이다. 건강이 노동시장 성과에 미치는 영향은 경제적 측면에서 특히 중요하다. 건강은 구직과 생산성 향상의 가능성을 높이고 생활수준을 높일 기회를 제공한다(OECD, 2019, p. 15). 심각한 문제는 상대적으로 더 좋은 건강을 누릴 가능성이 사회경제적 수준이 높은 집단에 편중되는 것이다. 상대적으로 높은 사회경제적 상황에서 성장하는 것은 높은 수준의 학업 성취, 더 높은 소득과 연관성이 있고 건강 위험 요인에 노출될 소지를 줄이며 보건의료 접근성을 높여 생애 후반기 더 좋은 건강 수준으로 이어질 수 있게 한다(OECD, 2019, p. 15).

정책 개입의 측면에서 사회경제적 취약 집단이 좋은 질의 의료에 접근하지 못하는 의료 격차 해소가 무엇보다 중요하다. 특히 소득 수준은 다양한 사회경제적 수준과 연계되기 때문에 의료 정보의 활용도, 직접 지불 능력, 지역 간 인프라 격차 등에 의한 다양한 의료 격차를 조절하는 중요

한 정책 개입 요소이다. 물론 정책의 성과는 결과 중심에서 건강형평성으로 평가해야 한다.

최근 미래 한국 사회의 발전을 준비하는 모든 자료에서 노동시장의 이종화, 고용 불안정성 증가와 연계된 소득 격차 심화가 현재를 진단하는 핵심 이슈로 제기되고 있다. 이러한 보건의료 분야에서 소득 격차의 효과를 조정하지 않으면 사회 전반에서 건강할 기회의 공정성과 결과의 형평성을 기대하기 어렵기 때문에 구조적으로 수정 가능한 불리한 격차는 제도와 정책을 통해 교정하여야 한다.

보편적 건강보장은 결과 중심에서 모두가 건강의 기회를 형평하게 누리도록 하는 것이며 건강에 영향을 미치는 사회경제적 요인에 대한 적극적인 개입을 요구한다. 이러한 접근은 사회경제적 요인에 대한 정책 개입의 조절 효과를 높이기 위하여 예방과 건강 증진 정책을 강화하고 있다. 따라서 보편적 건강보장은 건강형평성 달성을 목표로 건강할 기회에서 소외되는 이가 없어야 하고 예방 중심의 접근을 강화하며 치료 기회에서 사회경제적 요인을 조절하기 위한 사회보호의 강화를 내포하고 있다.

분절된 정책 설계 환경에서 상병수당은 원인은 질병이지만 대응은 소득보장을 요구하고, 복지 정책의 관심 집단인 빈곤층만을 포함하는 것이 아니기 때문에 통합적으로 대응할 정책 주체를 찾기 어려웠다. 보편적 건강보장의 틀에서 문제가 발견되는 이들의 건강이 궁극적으로 더 좋은 결과를 얻음으로써 더 좋은 삶을 살 수 있도록 건강보장 정책도 변화해야 한다. 이러한 틀에서 상병수당은 정부의 정책 의제로 선정되어야 한다.

의료 욕구에 따라 형평성 있게 보건의료 시스템에 접근하고 좋은 의료를 효과적으로 이용하도록 하는 정책 개입은 정보와 기술의 활용으로 목표 집단에 대한 정책 접근성을 높여 정책의 성과 대비 재정 지출을 최적화할 수 있다. 이러한 측면에서 정책 설계의 틀은 중요하다.

2. 보편적 건강보장 틀에서 상병수당 이슈의 재정의

가. 실직 위험 vs. 소득보장: 치료 및 요양 보장을 통한 실직 위험 해소

근로자는 단체협약이나 취업 규칙 등에서 별도로 정하고 있지 않은 질병이 발생하면 근로 불능 기간의 소득(임금)을 상실하게 된다.

그러나 근로자에게 업무상 관련성 유무와 관계없이 상병이 발생하면 그 근로자는 치료 및 회복을 위하여 불가피하게 쉬어야 한다. 우선 치료에 필요한 의료 접근이 필요할 뿐 아니라 근로자가 치료와 요양에 전념함으로써 근로 능력을 조기에 회복할 수 있게끔 보장하고 휴업에 의한 소득 상실이 치료와 요양을 지연시키지 않도록 하는 사회적 환경 조성이 필요하다.

나. 실직자 vs. 근로자: 근로 능력 유지를 목적으로 근로자 대상

폭넓은 근로 연령을 포괄하는 것이 더 적절하다. 미래의 플랫폼 노동, 프리랜서의 증가 등 실직과 취업의 경계가 모호해지는 근로 형태가 확산될수록 실직을 전제로 상병에 대응하는 제도가 견고하여질 것을 기대하기는 어렵다.

다. 보편적 보장을 위한 제도 간 정합성과 연속성

〈표 8-5〉를 보면 일반 근로자는 업무 외 상병에 대해서는 임의적 기업 복지 수준에 따라야 한다. 따라서 사업장 규모와 종사상지위에 따라 질병 발생으로 인한 취업 중단으로 소득 상실을 우려한 치료와 요양을 지연하

거나 단축할 잠재성이 크다. 현재 고용보험에서 상병수당을 도입하고 있지만 이는 실직 후 상병 발생에 대한 급여이므로 보편적 건강보장의 틀에서 고용 상태 유지를 목적으로 하는 접근과는 맞지 않다.

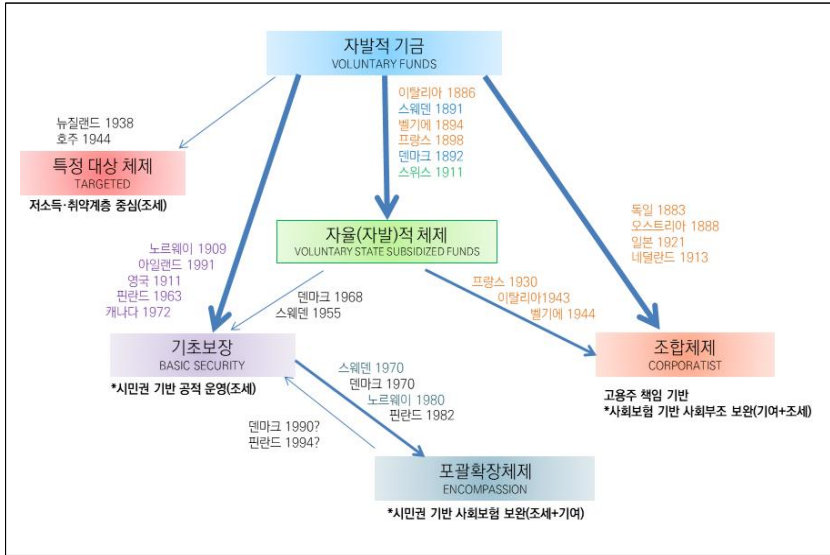
〈표 8-5〉 공무원과 일반 근로자의 상병 발생 원인별 보상제도 비교

구분	취업 중단 사유	업무상 상병		업무 외 상병	
		보장 내용	보장 근거	보장 내용	보장 근거
공무원	치료 기간	유급병가(6개월)	공무원 연금법	유급병가(60일)	공무원 복무규정
		유급휴직(1년)		유급휴직(1년)	
	장애	장해연금 또는 장해 보상금		비공무 장해연금	
일반 근로자	치료 기간	요양급여 휴업급여(2년 이내) 상병보상연금	산재 보험법	유급병가(임의 기업 복지)	근로기준법
		장애		장해보상연금 또는 장해 보상 일시금	(여성)출산급여 고용보험 미적용 출산급여
	장애연금				국민연금법
	장애인연금				장애인연금법
퇴직	퇴직 전과 동일하게 산재급여 신청	상병급여(실업급여) (여성)출산급여	고용보험		

그동안 관련 연구들은 건강보험, 고용보험, 산재보험 중심의 상병수당 도입을하는 방향성을 제안해 왔으며, 외국의 상병수당 운영 현황(표 8-6)을 보아도 건강보험, 고용보험, 산재보험을 기반으로 상병수당을 도입하고 있거나 사회보장 체계 내 통합 운영 방식을 선택하고 있다.

직종, 사업장 규모, 근로 형태, 종사상지위에 관계없이 보장 수준이 동일하도록 제도를 설계해야 하며, 근로 상태 유지를 우선으로 하되 관련 제도들의 연속성도 정비해야 할 것이다. 국가별로 상병수당제도의 발전 과정을 보면 조세와 기여 방식, 대상을 특정 집단에서 전체로 확대한 선택적 조합(조합 체제, 특정 대상 체제, 자율적 체제, 기초보장 체제, 포괄 확장 체제)에 따라 분류할 수 있다(그림 8-3).

[그림 8-3] 상병수당제도의 발전 과정



자료: Kangas(2004, p.194)를 일부 수정하여 작성.

다만 우리나라 상황에서 공적 자금을 전제로 정책을 추진하지 않고서는 현재 취약층의 건강 충격에 대응할 수 없다는 점에서 재정 부담이 제도 설계에 따라 크게 달라지지는 않을 것으로 예상된다. 개인 단위의 접근에서는 기존의 가구 단위로 이루어지는 지원 제도와의 상보적 관계가 될 수 있다.

〈표 8-6〉 복지국가 유형에 따른 주요 국가의 상병수당 도입 현황

구분	대기 기간	기업(고용주) 책임		공적자금(사회보험·사회부조) 단, 자율채제는 민간보험		
		유류 범위	기입(최장 기간) 보장과 지급 금액	기업 책임 제외 포함	(최장 기간 또는 주요 대상) 보장과 지급 금액	운영
조합 체제	벨기에	●	(30일) 단체협약에 따라 추가	●	(7개월) 일당 소득의 60%	건강보험(장액연금 포함), 재평가 제외
	독일	●	(6주) 급여 전액	●	(78주) 총소득의 70%(순소득의 90%), 본인·자녀 상병수당	건강보험, 재평가 제외
	오스트리아	●	(16주) 12주 급여 전액+4주(급여 50%+α)		(52주) 급여의 최대 75%	건강보험, 재평가 제외
	네덜란드	●	없음		(104주) 소득의 70~100%	실업보험
표광 확장	이탈리아	3일 임의	(60일) 30일 임금의 40%, 이후 30일 16%		(180일) 첫 20일 평균 일당의 50%, 180일까지 66.6%	상병수당보험
	프랑스	3일 ●	(60일) 30일 임금의 40%, 이후 30일 16%		(360일) 일당 소득의 66.7%까지, 본인·자녀 상병수당	사회보장연금
	일본	3일 임의	(9일) 급여 전액		(18개월) 급여 단계별 평균 일당의 66.67%	건강보험
	핀란드	●	(4주+) 4주 급여 전액+단체협약에 따라 추가, 8주마다 임무 능력 평가	●	(300일) 일 소득의 70%	보편적연금+법정 기업연금
기초 보장	덴마크	●	(16일) 급여 전액		(52주, 18개월) 일당 기준 주당 최대 3940크로네, 본인·자녀 상병수당, 출산 및 부양 수당	기초연금+장애연금
	노르웨이	●	(15일) 상질 소득의 80%		(52주) 신고 소득의 100%, 본인·자녀 상병수당	(보편+소득 비례) 장애연금
	스웨덴	●	(28주) 주당 92.05파운드 지급, 단체협약에 따라 추가	●	(364일) 상질 소득의 80%(550일까지 연장), 본인·자녀 상병수당	기초연금+소득 비례 연금
	영국	7일 ●	(28주) 주당 92.05파운드 지급, 단체협약에 따라 추가	●	(52주+) 단기: 13주 후 임무 능력 평가 계속 급여, (53주 이후) 장기 수당	사회보장 통합 운영(고용보험)
특징 대상	아일랜드	3일 ●			(52주) 소득에 따라 주당 188유로까지	사회보장연금
	캐나다	2주 ●			(15주) 최근 26주간 기준 소득의 55%(저소득 가장 연장 가능)	고용보험
	호주	●	(10일) 단체협약으로 수준 조정		(저소득층) 21세 이상 부부, 2주마다 417.50호주달러 지급 (가족 구성에 따라 차등), 자녀 수당, 임차료 등 지원.	법정 기업연금+사회부조
자율	3일 ●	단체협약에 의한 민영보험 가입 의무화		(저소득층 우선) 18세 이상 주당 194.12뉴질랜드달러 한도 소득 조사: 주당 소득 80뉴질랜드달러 이상 초과분은 뉴질랜드 달러당 0.70뉴질랜드달러씩 삭감.	보편 복지 (사회부조로 보완)	
					(15~64세) 민영보험마다 다름.	(기초+장애+법정기업)연금

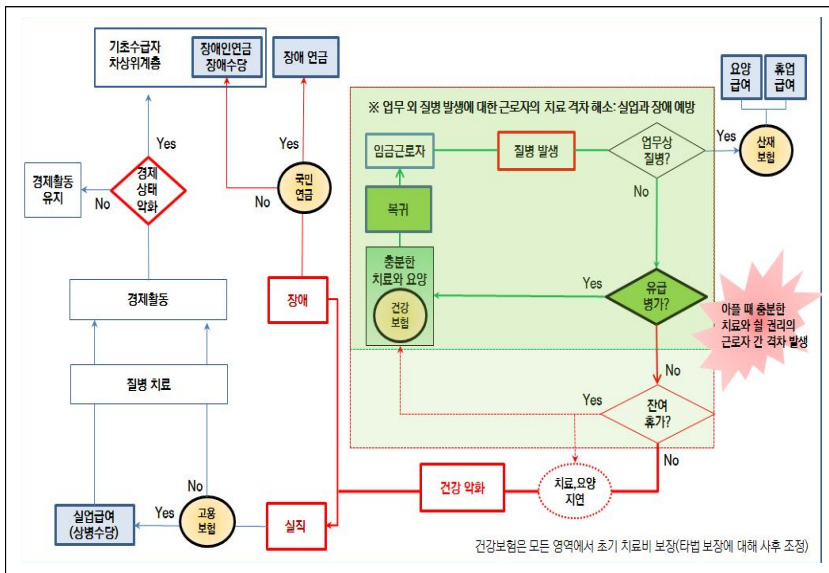
자료: ISSA(2018) 기반 6장과 7장의 검토 내용을 개별적으로 반영하여 통합, 최근 변경 사항이 미반영된 결과일 수 있음.

4. 상병수당제도 설계의 다각적, 단계적 접근 틀

가. 상병수당제도의 주요 설계 요소

상병수당의 문제 정의가 중요하다. 상병수당은 장기적으로 발생하는 소득 손실에 대응하는 정책이 아니라 예방하기 위한 접근이고 사회경제적으로 취약한 근로자가 적시에 효과적인 치료를 받지 못하여 발생할 사회적 손실을 예방하는 것이다.

[그림 8-4] 한국 사회보험제도의 상병수당 이슈 접근 틀



임금 근로자가 아프면 업무상 질병인지 아닌지에 따라 경로가 달라진다. 업무상 발생한 질병이면 산재보험을 통해 포괄적 보장을 받을 수 있다. 그러나 업무와 관련이 없으면 직장의 복지 수준과 자신의 사회경제적

역량에 맡겨진다. 이 경우 직장에서 종사상지위와 개인의 사회경제적 위치의 취약성이 합쳐지면 적시에 효과적 치료를 받지 못함으로써 사실상 임금 근로자에서 종사상지위의 사회경제적 취약성에 따라 치료 격차가 발생할 수 있다. 상대적으로 낮은 종사상지위가 저소득, 젊은 연령, 낮은 교육 수준과 결합될 개연성이 크므로 치료 지연은 미래의 사회적 자원을 손실시키는 문제를 초래할 수 있다.

기존의 소득보장 중심 접근은 현재의 치료권 보장과 장기적으로 발생할 소득 상실의 위험에서 시차를 발생시킴으로써 정책 개입의 대상이 명확하지 않을 수 있다. 경제활동인구의 손실을 예방하는 차원에서 사회적으로 치료권을 보호할 필요가 있는 집단을 규정하고 개입하는 접근이 필요하다. 소득보장 개입 정책들은 해당 시점에 소득 수준을 파악하기 때문에 대부분 이런 위험에 처한 이들은 대상에서 제외될 수 있기 때문이다.

따라서 문제를 정의하고 보호 집단을 규정하며 정책 개입은 다각적이고 장기적인 프레임으로 하여야 한다. 아울러 임금 근로자의 고용주, 임금 근로자를 명확히 규정하기 어려운 경우 국가, 개인, 국민의 건강권을 보호하기 위한 건강 정책을 모두 포괄적으로 연계하여야 한다.

보편적 건강보장의 틀에서 의료에 접근하고 건강할 기회를 갖는 보편적 관점에서 국가의 책무를 확인하는 접근 방식에서 역할을 재분배하는 논의를 효율적으로 해 나가는 데 외국의 경험 사례는 중요한 의사 결정의 틀을 제시한다.

외국의 사례를 통해 우리는 주요한 설계 요소들을 분류할 수 있다. 남용의 통제, 고용주와 공적 영역의 책임 분담, 보호 대상의 확대를 통해 다각적으로 제도 설계 요소를 포함하고 단계적으로 접근함으로써 제도의 수용성을 점증적으로 높일 수 있을 것이다.

382 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

[그림 8-5] 주요 국가 상병수당제도의 주요 설계 요소

		A: 대기 기간	B: 고용주 책임	C: B적용 제외 대상	D: 취약계층 및 특정 대상	E: 범위 조정-대상, 기간, 소득대체 수준
자원		공통 적용	민간영역		공적 영역	
주요 외국의 상병수당 운영경험을 활용한 선택적 접근						
구분	대기 기간	기입(고용주) 책임		공적자금(사회보험/사회부조) 단, 자율채널: 민간보험		
		유급 평가 (최대기간) 보장과 지급금액	기입책임 제외보험	(최대기간 또는 주요대상) 보장과 지급금액	운영	
조세 체제	벨기에	● (30일)단체협약에 따라 추가	● (7개월)일당소득의 60%	건강보험(국가연금공제, 자영업자 제외)		
	독일	● (6주)급여전액	● (78주)총소득의 70% (순소득의 90%), 본인/가족 상병수당	건강보험(자영업자 제외)		
	오스트리아	● (16주)12주급여전액+4주(급여50%+α)	● (52주)급여의 최대 75%	건강보험(자영업자 제외)		
	네덜란드	● 없음	● (104주)소득의 70~100%	실업보험		
	이탈리아	3일 임의	(180일)첫20일 평균일당의50%, 180일까지66.6%	(360일)일당소득의66.7%까지, 본인/가족 상병수당	상병수당보험	
표합 확장	프랑스	3일 임의	(60일)30일 임금의40%, 이후 30일16%	(18개월)급여단계별 평균일당의 66.67%	사회보장연금	
	일본	3일 임의	(9월)급여전액	(300일)일소득의 70%	건강보험	
	핀란드	● (4주+4주)급여전액+단체협약에 따라 추가, 8주마다 업무능력평가	● (52주, (18개월)일당 기준 주당 최대3,940크르네, 본인/가족 상병수당, 노인/부양수당	기초연금+장애연금		
기초 보장	노르웨이	● (16주)급여전액	● (52주)신고소득의 100%, 본인/가족 상병수당	보편+소득비례 장애연금		
	스웨덴	● (15일)상실소득의 80%	● (364일)상실소득의 80%(550일까지 연장), 본인/가족 상병수당	기초연금+소득비례 장애연금		
	영국	7일 임의	● (28주)주당£92.05지급, 단체협약에 따라 추가	● (52주)단기13주후, 업무능력평가 계속급여, (53주)휴장기수당	사회보장통합연금(고용보험)	
특정 대상	에이살란드	3일 임의	(52주)소득에 따라 주당€188까지	(15주)최고26주간기준소득의55%(저소득가장 연장 가능)	사회보장연금	
	캐나다	2주 임의			고용보험	
자율 채널	호주	● (10일)단체협약으로 수준 조정	(저소득층)21세이상 부부, 2주마다 \$417.50지급(가족구성에 따라 차등), 자녀 수당, 임대료 등 지원		법정기입연금+사회부조	
	뉴질랜드	●	(저소득층 우선)18세이상 주당NZ\$194.12한도	소득조사: 주당소득 \$80이상초과분의 \$당\$0.70씩 삭감	보편 복지(사회부조로 보완)	
자율 채널	스위스	3일 임의	● 단체협약에 의한 민영보험 가입 의무화	(15~64세) 민영보험마다 다름	기초+장애+법정기입)연금	

2. 상병수당 설계 방향

저소득 근로자의 의료 격차 해소와 아픈 근로자의 고용 및 소득보장을 위하여 상병수당제도의 핵심 설계 요소의 결합과 단계적 대상 확대를 통해 국내 제도의 정합성, 사회적 합의의 용이성, 재정 측면의 실현 가능성을 제고할 수 있을 것이다.

가. 병행 조건: 고용주의 책임 분담 확대

모든 대안은 고용주의 책임 확대를 병행해야 한다. 사업장에서 업무 외 상병에 대해 유급병가제도를 보장하는 것은 공적 영역의 재정 부담을 줄여 주기 때문이다. 다만 고용주의 부담 증가는 합의를 도출하기 어렵기 때문에 단기적으로는 기업체의 유급병가 권장 사업을 추진하고 이후 근로기준법을 개정하여 법정 유급병가제도를 도입하는 단계적 접근을 해야 할 것이다.

1) 단기 접근: 가족 친화 사회 환경의 촉진에 관한 법률(가족친화법)에 상병휴가, 육아휴가 등을 권장하는 조문 신설

가족친화법에 가족친화적 근무조건으로 육아휴가, 상병휴가 등에 대한 구체적인 조문을 신설하여 활용을 장려하되 사용자가 이 기간 중 급여를 지급하는 것을 장려하는 방법이다. 예를 들면 가족친화법에 다음과 같은 조문을 신설하는 것이다.

제00조(가족친화적 근무조건) 기업 등⁵⁰⁾은 다음의 사유로 근로자에게 재택근무, 시간제 근무 또는 휴가 사용을 장려하여야 한다. 휴가를 사용할 때는 일정한 급여를 지급할 수 있다.

1. 본인의 업무 외적인 상해나 질병으로 요양이 필요할 때
2. 직계 존·비속의 중대한 상해나 질병으로 간호가 필요할 때
3. 자녀의 육아 또는 입양한 자녀와의 유대감 형성을 위해 필요할 때

이 방안은 OECD 다른 회원국에서 일반적으로 허용하는 본인 및 가족

50) 가족친화법에서 '기업 등'은 기업 및 공공기관을 의미함.

의 간호를 위한 병가와 입양한 자녀와의 정서적 유대감 증진을 위한 휴가 등 우리 사회에서 필요성이 대두되고 있는 휴가의 종류를 망라할 수 있다. 또한 이런 휴가를 의무적으로 도입하는 것이 아니기 때문에 사회적 합의 과정 없이 도입할 수 있다. 중요한 것은 관련 단체(노동단체, 고용주 단체, 여성 단체, 인권 단체 등)의 학습 효과를 통해 중장기적으로 상병수당제도가 도입되는 여건을 조성할 수 있다는 점이다.

이 방안의 단점으로는 즉각적인 효과를 기대하기 어려우며, 중소기업 근로자, 특수형태고용 근로자 등 정책 개입이 필요한 집단에 대한 보호 장치로 미흡하다는 점이다.

2) 중장기 접근: 법정 기업 복지제도로 도입

근로기준법에 근로자가 본인의 업무 외적 상병으로 요양이 필요한 경우 일정한 조건에서 고용주가 근로자에게 유급병가를 제공하도록 의무화하는 것이다. 예를 들면 아래와 같이 근로기준법에 법정 유급병가에 대한 조문을 신설하는 것이다.

제00조(유급병가) 근로자가 법 제78조(요양 보상)에서 정하고 있는 업무상 부상이나 업무 외의 부상 또는 질병에 걸려 요양이 필요할 때 대통령령으로 정하는 바에 따라 평균 임금의 100분의 50의 휴업 보상을 해야 한다. 사용자는 단체협약 또는 취업 규칙 등에 따라 휴업 보상 금액을 추가할 수 있으며, 대통령령으로 정하는 요건 이외에 대해서도 휴업 보상을 할 수 있다.

여기서 업무 외적 상병에 대한 휴업 보상을 100분의 50으로 고려한 것은 업무상 휴업 보상이 100분의 60(산재보험에서는 100분의 70)이므로 이보다 낮은 금액을 책정할 필요가 있어서이다. 아울러 2019년부터 사회

보험으로 도입한 미국 뉴욕주에서 상병수당 금액을 ‘주당 급여의 50%’로 정하고 있다는 점을 참고한 것이다.

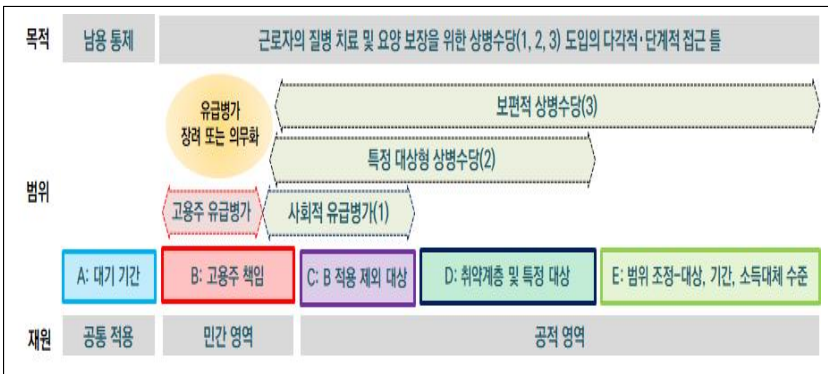
대기 기간, 작업 능력 손실에 대한 의무 검사, 감염성 질병 확산을 막기 위한 독감, 폐결핵 등에 대한 세부 요건 등은 대통령령으로 정하는 것이 사회 변화에 유연하게 대응할 수 있는 방법이다.

근로기준법에 유급병가를 의무화하면 국가 재정을 투입하지 않고 도입할 수 있으며, 고용 보호 장치까지 마련할 수 있다. 반면 사용자 단체의 반대가 클 것으로 예상되며, 영세 사업장 근로자, 특수형태고용 근로자 등 정책 개입이 필요한 계층에 대한 보호 장치로는 미흡하다.

나. 적용 범위 확대에 따른 대안

적용 범위에 따른 대안은 배타적이기보단 단계적 접근의 틀이다. 이 연구에서는 3가지 대안으로 정리하였고 선택적이라기보다는 단계적인 접근을 제시하고 있다. 향후 연구에서 국내 관련 정책과의 유기적 관계를 분석하고 구체적인 정책을 설계하는 연구가 진행되기를 기대한다.

[그림 8-6] 상병수당 적용 범위의 확대에 따른 단계적 접근 틀



1) 대안 1: 기업 복지 사각지대 근로자 대상의 사회적 유급병가 제도

고용주 책임에서 제외되어 있는 기업 복지의 사각지대를 대상으로 하는 사회적 유급병가제도를 설계하는 것이다. 이것은 서울시 유급병가제도와 유사한 접근으로 1부에서 격차가 확인된 지역가입 저소득 근로자를 주요 대상으로 하게 된다.

2) 대안 2: 특정 대상형 상병수당제도

저소득 및 취약계층 중 근로 능력이 있는 이들까지로 대상을 확대하여 특정 대상형 상병수당을 도입하는 것이다. 지급 대상의 한정은 기업 유급병가, 산재보험, 고용보험에서 제외되는 특정 종사상지위만을 대상으로 상병수당을 지급할 수 있다. 이는 고용보험에서 신청주의에 의해 특수형태고용 여성 근로자에게 출산급여를 지급하는 사례와 같다. 기업의 유급병가제도에서 배제되어 개인의 선택에 맡겨진 제도 사각지대 근로자들에게 사회보험에서 보완적으로 지급하는 독일 방식을 고민할 수 있다.

3) 대안 3: 보편적 상병수당제도

대안 2를 기준으로 대상, 기간, 소득대체 수준을 달리함으로써 확대되는 상병수당제도의 틀이다.

라. 운영 주체: 대상 포괄성과 제도 연속성 측면에서 건강보험에서 운영

단기적으로 건강보험료 인상이 어렵고 공적 자금 투입이 전제되어야

한다고 가정하여 고용보험이 출산급여와 통합해서 운영하는 방안, 건강보험에서 운영하는 방안, 산재보험에서 업무상 관련성과 무관하게 근로자의 상해를 관리하는 역할을 모두 고려할 수 있다.

공적 재원을 전제로 운영의 주체는 가장 대상 포괄성이 높은 건강보험 제도로 하는 것이 보편적 건강보장의 틀에서 관련 제도와의 정합성, 건강증진 사업과 장애연금 등의 전후 제도 연속성을 고려하는 접근으로 보인다.

적용 범위에 따른 1~3안은 현실적으로 공적 자금이 투입되어야 한다는 측면에서 건강보험, 고용보험, 산재보험 중 어디에서 운영하느냐에 따른 재정 측면의 차이는 없을 것이다. 다만, 대상을 감지하는 감수성과 관련 의료비 지원 사업, 긴급복지지원 제도, 장애연금 등으로 이어지는 제도적 정합성과 연속성, 개인과 가구 단위 지원 사업의 상호 보완성을 고려할 때 건강보험제도에서 통합 운영하는 것이 효율적일 수 있다. 상병수당이 건강보험의 임의 부가 급여로 규정되어 있으므로 법적 근거도 마련되어 있다.

현재 국민건강보험법 제50조(부가 급여)에 근거 규정이 있는 상병수당을 건강보험의 부가 급여로 도입하는 것이다. 국민건강보험법을 개정하는 것이 아니고, 시행령을 개정하는 사항이기 때문에 사회적 합의 없이 용이하게 제도 도입을 추진할 수 있다. 즉, 국민건강보험법 제50조(부가 급여)에 상병수당에 관한 근거⁵¹⁾가 있으므로 시행령을 개정하여 도입하는 방법이다.

51) 국민건강보험법 제50조(부가급여)는 국민건강보험공단이 이 법에서 정한 요양급여 외에 대통령령으로 정하는 바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당, 그 밖의 급여를 실시할 수 있다고 규정하고 있다.

3. 보편적 건강보장 틀에서 상병수당제도의 설계를 위한 정책 과제

건강보험에서 상병수당을 법정 급여로 운영하는 세부 방안의 설계는 훨씬 복잡하다. 이를 위해 다음의 정책 과제들을 제안한다. 새로운 제도의 도입에는 신중해야 하고 근거에 기반한 사회적 합의를 통해 추진하여야 할 것이다.

가. 근로자의 치료 기간 소득과 고용보장을 위한 사업장 환경 조성

보편적 건강보장의 틀에서 상병수당은 건강 악화로 인한 실직 위험 문제를 해결하기 위한 대응이다. 아픈 근로자가 치료 및 요양에 전념할 수 있는 환경을 조성하기 위해서는 첫 번째는 직장에서의 고용 안정성과 유급병가를 강화하는 접근이 필요하며, 두 번째는 첫 번째 접근에도 불구하고 기업 복지(고용주 책임 영역)의 사각지대에 있는 저소득 취약 근로자에게 상병이 발생했을 때의 경제적 위험을 사회적으로 보호하는 방안을 마련하는 것이다.

유급병가(paid sick leave)는 노동 관련 법에서 강제하지는 않지만 기업 복지 차원에서 단체협약에 따라 회사가 제공하며, 급여와 고용이 보장된다. 법정 유급병가(mandatory paid sick leave)는 법에 따라 급여와 고용이 보장되므로 상병수당보다 충실한 보호 장치라고 할 수 있다. 이 경우는 개인 단위의 접근이 좀 더 효과적이다.

나. 산재보험과 고용보험의 가입률과 보장률 확대

유급병가의 법정 의무화는 업무상 관련이 없는 질환에 대한 소득보장

을 고용주에게 부담시키는 것으로 이에 대한 타당성 논란이 있을 수 있다. 이러한 접근은 고용주의 부담을 증가시키고 궁극적으로 기업의 인건비 증가가 노동시장과 고용에 미치는 악영향을 우려하여 적극적이기 쉽지 않다. 물론 이런 접근은 고용주가 비용 부담을 매개로 근로자의 건강 관리에 관심을 갖게 되는 동기를 부여하는 긍정적 효과도 있다(정진우, 2009, p. 230).

고용주에게 유급병가에 대한 부담을 지게 하는 것이 고용주와 근로자에게 미칠 부정적 영향을 고려할 때, 사회보험 방식의 상병수당이 현실적인 대안이라는 주장도 있다(정진우, 2009, p. 230).

그러나 민간과 공공의 분담은 중요한 요소이므로 고용주의 부담을 합리화할 수 있는 접근이 필요하다. 즉, 고용보험과 산재보험의 가입률과 보장률 확대가 충분히 이루어져야 한다. 이를 위해 영세 사업장에 대한 보험료 지원 사업과 업무 외 상병까지 보상을 확대하는 산재보험 개편이 추진되어야 한다. 업무 관련성을 입증하기는 점점 어려워지고 있기 때문에 근로자의 상해에서 업무 관련성을 판별하는 것은 의미가 없어지고 있다.

다. 제도 남용의 통제와 건보 재정 운영의 투명성 제고 방안 마련

대기 기간을 통해 제도 남용을 통제할 수 있을 것이다. 이는 또 재정 규모의 조절을 위해서도 사용할 수 있다.

OECD 회원국의 사례를 살펴봤을 때 상병수당의 보장 대상은 특수형 태고용 근로자, 자영업자 등이 포함된다. 아울러 유럽연합 국가들이 건강보험 재정 위기를 겪으면서 상병수당의 대기 기간(고용주가 유급병가로 지급하는 기간)을 4주, 6주 등으로 설정한 것을 감안하여 대기 기간을 정하면 실제 보호할 대상이 대폭 줄어들어 건강보험 재정에 큰 부담을 주지

않고 꼭 필요한 계층을 보호할 수 있을 것으로 예상된다. 물론 이를 위해 요양 기간별로 직장 복귀율, 장애연금 수급자로 전환되는 비율 등을 고려하여 재정에 큰 부담을 주지 않으면서 효과를 극대화할 수 있는 대기 기간을 연구해야 할 것이다.

대기 기간 조정의 사례를 든다면 시행령에서 대기 기간을 6주로 하고, 고용노동부와 협의하여 대기 기간 중 법정 유급병가를 도입하는 방안도 검토해 볼 수 있다. 그러나 시행령을 개정하면서 근로기준법을 개정하는 것은 절차상 어려움이 있을 수 있다. 이 경우 대기 기간 중의 법정 유급병가에 대해 굳이 법으로 명시하지 않아도 노동단체의 노력으로 임의 유급병가가 확산될 수 있다.

대기 기간 중의 소득보장을 의무화하지 않는다면, 영세사업장 근로자, 특수형태고용 근로자 등 빈곤층은 6주간의 급여 단절도 가계에 심각한 어려움을 초래할 수 있다. 이를 보완할 방안으로 Franchise Deductible을 도입할 수 있다. 대기 기간 중 사용자로부터 유급병가의 혜택을 받지 못한 근로자가 6주를 초과하여 요양한다면 발병 시점부터 소급해서 상병수당을 지급하는 제도이다. 물론 6주 미만의 요양에 대해서는 유급병가 혜택을 받지 못했어도 상병수당을 지급하지 않는다. 그러나 대기 기간이 길어지면 단기 보장을 통해 빠른 근로 복귀를 기대하는 이들이 배제될 수 있다.

한편, 독일과 스웨덴의 경험에서 상병급여 지출이 실업률과 반대 방향으로 움직이는 결과(그림 8-1, 8-2)는 고용주 부담에 크게 의존하는 제도 현실에서는 취약한 근로자의 상실 소득 보장 기능이 기대보다 훨씬 미약할 수 있음을 시사한다. 앞서 1)에서도 설명한 바와 같이 고용주의 유급병가 의무를 강제하면 고용주의 부담이 늘고 결과적으로 인건비를 상승시키고 건강한 근로자를 선별하는 기업의 동기로 고용주와 근로자 모두에

게 악영향을 끼칠 수 있다. 따라서 효과가 별로 크지 않고 사회적 비용만 높을 수 있다는 비판적 측면에서 제도 도입의 계량적 효과를 추정하고 필요를 판단할 필요가 있다.

아울러 제도 도입의 필요성이 입증되어 건강보험제도의 상병수당이 임의 규정에서 의무 규정으로 바뀐다면 향후 건강보험의 재정 부담이 상당히 증가하게 되므로 보험료 인상이 필요 할 것이다. 보험료 인상이 일정 수준을 초과할 경우 국민의 저항에 직면할 수 있으므로 이에 대응할 근거를 마련 등 준비가 필요하다. 또 재정 안정성 차원에서 대상과 범위 등 제도 설계 요소의 선택적 결합을 통한 단계적 설계를 고안할 수 있을 것이다.

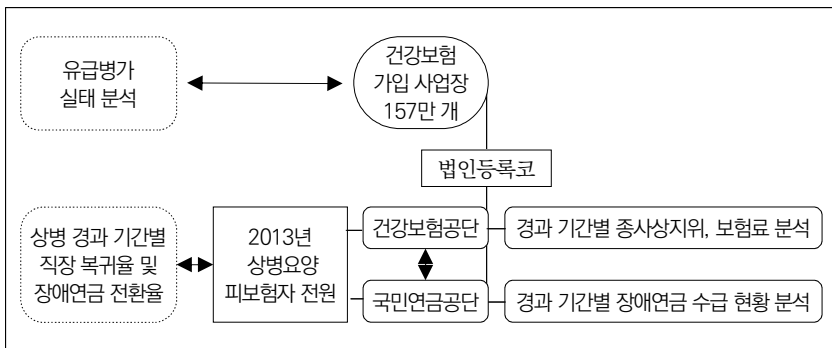
라. 기업의 유급병가 실태 조사 및 재정 소요 예상 금액 추정

우리나라는 기업의 유급병가가 의무화되어 있지 않다. 그렇지만 임의 유급병가가 활성화되어 있다면 건강보험의 재정 소요액은 크지 않을 수 있다. 즉, OECD 회원국의 사례처럼 단체협약에 의한 유급병가를 시행한다면 그 금액만큼은 차감하고 사회보험에서 상병수당을 지급하는 것이다. 그러나 한국노동연구원에서 소장하고 있는 단체협약 613개를 분석한 결과 분석 대상 기업의 평균 유급병가 부여 일수는 0.9개월에 불과하다. 단체협약이 적용되는 기업이라면 종업원도 비교적 많고 복지제도가 상대적으로 잘 갖추어져 있는데도 유급병가 기간은 너무 짧다. 복지제도가 상대적으로 양호한 금융산업도 2.3개월에 불과하다(신기철, 2011). 이 연구는 노조가 있는 기업만을 대상으로 한 것으로 실제로는 이보다 더 짧을 수 있다. 따라서 우선 기업의 유급병가 실태를 파악하고 이를 참고하여 대기 기간, 지급 금액 등을 결정하여야 한다. 중요한 것은 사회보장제도에서 대기 기간을 길게 설정하면 재정 소요 금액이 대폭 감소될 수 있다

는 점이다.

유급평가 실태를 파악하는 질문 항목은 그리 많지 않다. 따라서 아래 그림과 같이 국민건강보험공단의 사업장 가입자 157만 개를 대상으로 설문조사를 하는 방법을 고려할 수 있다. 설문조사 항목은 법인 등록 코드, 종업원 수, 노조 설립 여부, 유급평가 시행 여부, 유급평가 부여 기간, 지급 금액 등 10개 이내에 불과하다. 따라서 국민건강보험공단 지사별로 각 사업장 담당자에게 이메일을 발송한다. 이때 이메일에는 한국보건사회연구원원의 설문 응답 메일의 주소를 입력하여 사업장 담당자가 접속하면 응답과 동시에 집계하는 방법이다.

[그림 8-7] 유급평가 실태 및 재정 소요 예상 금액 파악 개념도



국민건강보험공단의 DB에는 피보험자의 월 급여, 소속 사업장(법인 등록 코드), 연령, 성별, 피부양자 수 등이 포함되어 있다. 이를 앞에서 설문조사한 기업체 유급평가 실태와 연결할 수 있다. 예를 들면 설문 응답 회사와 피보험자 소속 사업장의 법인 등록 코드를 연결하여 피보험자별로 유급평가 적용 여부, 소속 사업장 종업원 수, 소속 산업과 상병 발생률, 상병 요양 기간 등을 분석할 수 있다. 아울러 연령별, 성별 상병 요양

기간 등도 분석할 수 있다.

이 자료와 더불어 상병이 발생한 근로자의 주민등록번호를 추적하여 계속 동일한 사업장에서 근무하는지, 다른 직장으로 전직했는지, 지역가입자로 전환했는지 등을 분석할 수 있다. 또 상병 발생 피보험자의 주민등록번호를 국민연금관리공단의 장애연금 DB와 연결하여 상병 요양 기간별로 장애연금 수급자로 전환되는 비율 등을 분석할 수 있다. 장애연금 DB와 건강보험 피보험자 DB를 비교해 보면 장애가 발생한 이후에 취업하는 비율도 파악할 수 있다.

재정 소요 금액을 예측하고 종사상의 지위 변동 사항을 파악하기 위해서는 5년 정도의 이력이 필요하다. 따라서 국민건강보험공단의 2013년 피보험자 중 일정한 기간(예를 들어 2주, 3주, 4주, 6주 등) 이하의 요양을 한 근로자들의 6개월 이내 직장 복귀율 또는 재취업률(이때 종사상지위의 변동 사항도 파악 가능)을 따져본다. 이를 바탕으로 만약 4주 이내 요양했던 근로자들의 직장 복귀율이 100%라고 하면, 4주를 대기 기간으로 설정하는 것이 가장 바람직할 것이다. 또 ILO가 권고하는 것처럼 26주의 지급 기간을 설정하거나 국민연금의 장애연금이 개시되는 18개월까지 등 몇 가지 지급 기간을 설정한다. 그러면 대기 기간을 초과하는 근로자들에게 26주, 혹은 18개월까지 지급할 금액을 추정할 수 있다. 이는 건강보험공단의 DB에 피보험자별로 신고소득이 등록되어 있으므로 신고소득의 50% 혹은 60%를 지급하는 것으로 가정하여 계산하는 것이다. 아울러 상병이 발생한 피보험자가 직장에 복귀하거나 재취업할 때까지의 경과 기간 등을 분석할 수 있다⁵²⁾.

건강보험 재정의 어려움이나 국민의 정서를 고려하여 일정 금액 이하의 자에게는 급여 전액을 지급하거나, 일정 금액을 초과하는 고소득자에

52) 이 보고서의 6장과 7장의 내용 참조

게는 상병수당 보장 금액에 한도를 두는 것도 고려해 볼 수 있다. 예를 들면 상병수당 지급 금액이 국민연금 가입자에게 적용되는 기준 소득의 최고 한도(예: 2019년 7월 기준 486만 원)를 초과할 때는 최고 한도까지 지급하는 방안 등이다. 혹은 고용보험에서 적용하는 기준을 사용할 수도 있다.

마. 민영 의료보험의 정비

제1절에서 언급했듯이 민영 의료보험은 실손형과 정액형으로 구분된다. 실손형은 본인이 부담한 의료비를 보장하는 상품으로 도덕적 해이는 일부 있지만 정액형과 같은 보험 사기로 인한 과도한 의료 이용은 상대적으로 적다. 실손형에서 도덕적 해이 이외의 과도한 의료 이용이 없는 이유는 가입자가 의학적 필요 이상으로 의료서비스를 받아도 금전적인 이득이 없기 때문이다.

정액형은 보험금 지급 방식에 따라 보험 차익이 발생할 수 있다. 예를 들어 암으로 진단받았을 때 5000만 원을 지급하는 정액 암보험에 가입했다고 가정하자. 보장성이 강화되기 이전에 위암으로 진단받고 진료가 끝날 때까지 본인부담금이 3000만 원이라면 가입자에게는 보험 차익이 2000만 원 발생한다. 그런데 보장성이 강화되어 본인부담금이 500만 원으로 축소된다면 보험 차익이 4500만 원 발생한다. 보험 차익을 개인적으로 사용한다면 건강보험 재정에 문제가 없을 것이다. 그러나 현실에서는 보험 차익이 예상될 때 추가 검사나 입원 기간 연장 등 도덕적 해이가 발생할 수 있다. 또한 입원일당 보험은 입원 기간이 늘어날수록 받는 금액이 커지기 때문에 도덕적 해이로 설명할 수 없는 과도한 의료 이용이 발생한다.

2011년 4월 1일부터 2011년 12월 31일까지 9개월간 20개 상병으로 입원 진료를 받은 89만 8908명을 대상으로 전수 분석을 실시⁵³⁾한 결과 평균 입원 기간이 민영 의료보험 가입자 9.60일, 미가입자는 7.37일로 가입자가 평균 30.3% 길다. 1인당 의료비 총액은 국민건강보험이 적용되는 의료비⁵⁴⁾를 기준으로 보았을 때 상병 20개 가입자 1인당 의료비 총액은 132만 6000원으로 미가입자 146만 1000원의 90.7% 수준이다. 이는 정액형 민영 의료보험 가입자가 보험 차익을 극대화하기 위해 의학적 필요 이상의 추가 진료는 받지 않고 입원 기간만 연장했기 때문으로 보인다.

한편 실손형만 가입,⁵⁵⁾ 정액형만 가입, 정액형과 실손형 동시 가입한 사람으로 구분해서 비교하면 실손형에서는 유의한 차이가 발생하지 않았다. 즉, 20개 상병 전체로 실손형만 가입한 환자의 평균 입원 기간은 7.30일로 미가입자 7.37일보다 짧다. 그런데 정액형만 가입한 환자는 11.17일, 정액형과 실손형을 동시에 가입한 환자는 9.06일이었다. 이런 경향은 정액형 보험 가입 건수가 많을수록 두드러졌다. 결국 입원일당 보험금 등 보험금을 더 많이 받기 위해 정액형 민영 의료보험 가입자는 의학적 필요 이상으로 입원하는 경향을 보인다고 추론할 수 있다.

이런 현상은 사회안전망에서 제공하는 상병수당이 없는 상태에서 이를 보완하는 정액형 민영 의료보험이 과다하게 성장하여 도덕적 해이로 설

53) 신기철, 권혁성(2014) 전계서의 내용. 국민건강보험공단과 보험개발원이 공동으로 정액형 민영 의료보험 가입자의 의료 이용량을 실증 분석하기 위하여 실시한 연구로 국민건강보험공단의 입원 환자 DB와 보험개발원의 민영 의료보험 청구자를 연계하여 분석한 것이다.

54) 실제 환자가 부담하는 비급여 의료비를 포함한 총의료비는 민영보험 수령자가 더 많을 수 있지만 통계자료를 집계하는 기관이 없기 때문에 분석이 불가능함.

55) 실손형만 가입한 사람은 다른 정액형 담보도 가입했지만 2011년에 실손형 담보에서만 보험금 지급 조건이 발생한 경우임. 예를 들면 질병 입원 특약과 7대 질병 수술비 특약을 동시에 가입한 자가 위장염 등 7대 질병에 속하지 않는 사유로 입원하거나 통원했다면 실손형만 가입한 사람으로 분류함. 또 민영보험회사에는 실손형만 청구되었지만, 농협이나 체신공제 등에서 정액형 보험금을 수령할 수도 있음. 원문에서는 '수령자'로 표기하였지만 이 보고서에서는 가입자로 표기하여 의미상 다소 차이가 있음.

명하기 어려울 정도의 의료 이용을 부추기기 때문에 발생한다. 만약 상병 수당제도가 어떤 형태로든 도입된다면 민영 의료보험을 정비하여 국민의 실질적인 보험료 부담도 덜어 주고 과잉 의료 이용을 억제해야 한다.

실손형은 우리나라가 의료산업을 차세대 성장 동력으로 집중 육성하는 점을 고려하여 비급여 의료만을 보장하는 표준 상품으로 개편할 필요가 있다. 다만 의료 공급자의 유인 수요를 최소화하기 위해 신의료 기술 적용에 대한 표준 진료 지침과 표준 수가를 정할 필요가 있다. 아울러 법정 본인부담금에 대한 보장이 꼭 필요하다면 연간 100만 원을 초과하는 부분에 대해서만 연말에 일시에 보장하는 방안도 검토할 수 있다.

정액형 개편 방안은 상병수당의 도입 방향에 따라 좌우될 것이다. 만약 기업의 유급병가가 의무화되거나 건강보험에 상병수당이 도입된다면 장애연금형이나 치매 보장형을 제외한 다른 정액형 상품은 단계적으로 판매를 중지해야 한다. 상병수당이 사회안전망으로 도입되지 못한다면 보험회사가 미국, 스위스처럼 표준화된 소득보상보험(Disability Income Insurance)을 개발하여 판매토록 한다. 이때 입원일당형, 진단비형, 수술비형 등 상실 소득을 보장하는 상품은 단계적으로 판매를 중지해야 한다.

(1장)

- 강민아(2016). 보편적 건강보장의 이론적 원칙과 현실적 실천방안. HIRA 정책 동향 10(1):15-25.
- 강희정(2017). 건강보험 정책 방향: 혁신을 통한 형평과 효율의 조화. 보건복지포럼 1:18-28.
- 강희정(2019). 의료 격차와 정책 과제. 보건복지포럼 4:18-29.
- 강희정, 고제이, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 박종현, 이은주(2018). 2018 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 성과 평가와 정책 과제. 한국보건사회연구원: 세종.
- 건강형평성학회, 보건복지부(2016). 국민건강증진종합계획 건강형평성 대표지표 개발 및 건강격차 해소 전략연구. 보건복지부 용역과제 보고서.
- 김동진, 김지은, 박은자, 신호성(2011). 인구집단별 의료이용이 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인분해(연구보고서 2011-09). 서울: 한국보건사회연구원.
- 김준현(2018). 시민단체 입장에서 본 문재인 케어. 2(1):33-35.
- 노대명 외(2018). 사회보장 2040 및 제2차 사회보장 기본계획 수립. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 미래창조과학부 미래준비위원회, KISTEP, KAIST(2016). 10년후 대한민국 뉴노멀 시대의 성장전략. 시간여행:서울.
- 보건복지부. 제1차 국민건강보험종합계획 2019년 시행계획(안). 2019.6. 서울특별시. 행정 새소식: 2019. 6. 1 서울형 유급병가지원 시행.
<http://news.seoul.go.kr/gov/archives/506312>에서 2019.10.1. 인출.
- 의학신문(2018.5.18.). 건강보험 가입자, '상병수당' 도입 요구.
<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2083554>

에서 2019.10.30. 인출

이명순(2018). UN 2030 의제 지속가능발전목표 (SDGs) 달성과 세계수준의 건강증진 노력. 보건교육건강증진학회지 4(10):1-18.

질병관리본부(2018. 12. 20.). 보도자료, 2018 만성질환 현황과 이슈.

질병관리본부(2011. 9. 20.). 보도자료, 질병관리본부장, UN 총회 고위급회의 참석.

참여연대 사회복지위원회. 상병수당 도입의 필요성. 2017.4.1.(a)

<https://www.peoplepower21.org/Welfare/1492725>.

참여연대 사회복지위원회. 아픈 노동자의 존엄을 위하여 업무와 무관한 질병 보장 하는 ‘상병수당’ “건강보험 흑자 국면인 지금이 도입 적기”. 2017. 7.24.(b).

<https://www.peoplepower21.org/Welfare/1520171>. 2019.10.1.에 인출

통계청(2018. 9.27.). 보도자료, 2018 고령자 통계.

통계청. 경제활동인구조사: 근로형태별 사회보험가입자 비율 증감. KOSIS.

http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1DE7081S에서 2019.10.1.인출.

e-나라지표(건강보험 재정 및 급여율),

http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2763, 2019.9.30. 인출(출처: 국민건강보험공단, 건강보험환자 진료비 실태조사)

Ahn. E., Kim, M. Y., & Shin, H. (2015). Horizontal inequities in dental service utilization. Journal of Korean Academy of Oral Health, March, 39(1), 9-16.

Akachi Y, Tarp F, Kelley E, Addison T, Kruk ME(2016). Measuring quality-of-care in the context of sustainable development goal 3: a call for papers. Bull World Health Organ 2016;94:160-160A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.170605>.

- Beal, A. C. (2011). High-Quality Health Care: The Essential Route To eliminating Disparities and Achieving Health Equity. *Health Affairs*, 30(10), 1868-1871.
- CDC(Centers for Disease Control and Prevention)(2008). Promoting Health Equity:A Resource to Help Communities Address Social Determinants of Health. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/programs/healthycommunitiesprogram/tools/pdf/sdoh-workbook.pdf>.
- Devaux M(2015). Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *Eur J Health Econ*. Jan;16(1):21-33.
- Hong JS, Kang HC(2011). Relationship between oral antihyperglycemic medication adherence and hospitalization, mortality, and healthcare costs in adult ambulatory care patients with type 2 diabetes in South Korea. *Med Care*. 49(4), pp.378~384
- Hong JS, Kang HC(2013). Continuity of ambulatory care and health outcomes in adult patients with type 2 diabetes in Korea. *Health Policy*. 109(2), pp.158-165
- IHI(Institute for Healthcare Improvement)(2012). A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost. Cambridge, MA: IHI. www.IHI.org 에서 2014.3.1. 인출.
- Kawachi I, Subramanian SV, Almeida-Filho N(2002). *J Epidemiol Community Health*, 56 (9), 647-52.
- Klots S, Bielefeldt H, Schmidhuber M, Frewer Andresa(eds.)(2017). Healthcare as a Human Rights Issue. [transcript]Human Rights in Healthcare. Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar. Availabel at <http://dnb.d-nb.de>.
- Moy, E., & Freeman, W. (2014). Federal Investments to Eliminate

- Racial/Ethnic Health-Care Disparities. *Public Health Rep*, 129 Suppl 2 (Suppl 2), 62-70.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Accounting for Social Risk Factors in Medicare Payment: Identifying Social Risk Factors [Report Brief]*. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/21858>에서 2019. 10. 5. 인출..
- NQF(National Quality Forum)(2017). *Disparities in Healthcare and Health Outcomes in Selected Conditions*.
file:///C:/Users/kihasa/Downloads/disparities_final_report.pdf
- Orgera K & Artiga S (2018). *Disparities in Health and Health Care: Five Key Questions and Answers*. KFF: Kaiser Family Foundation. Issue Brief Agust:1-12.
- Roberts MJ, Hsiao WC, Reich MR(2015). *Disaggregating the Universal Coverage Cube: Putting Equity in the Picture*. , *Health Systems & Reform*, 1:1, 22-27, DOI: 10.1080/23288604.2014.995981.
- Wasserman, J., Palmer, R. C., Gomez, M. M., Berzon, R., Ibrahim, S. A., & Ayanian, J. Z. (2019). *Advancing health services research to eliminate health care disparities*. *American Journal of Public Health*, 109(s1), s65-s69.
- Watkins, K. (2014). *Leaving no one behind: an agenda for equity*. *The Lancet*, 384, 2248-2255.
- WHO(2010). *World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.
- WHO(2013). *The World Health Report 2013: research for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization.
- WHO(2017.12.10.) *News: Health is a fundamental human right*. Human Right day 2017.

<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/en/>에서 2019.10.1.인출.

WHO webpage. What is health financing for universal coverage?
https://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/에서 2019.10.31. 인출(a).

WHO webpage. What is the WHO definition of health?
<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions/>에서 2019.10.31. 인출(b).

(2장)

강민아(2016). 보편적 건강보장의 이론적 원칙과 현실적 실천방안. HIRA 정책 동향 10(1):15-25.

강희정(2019). 의료 격차와 정책 과제. 보건복지포럼 4:18-29.

강희정, 고제이, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 박종헌, 이은주(2018). 2018 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 성과 평가와 정책 과제. 한국보건사회연구원: 세종.

건강보험심사평가원(2013). 2013년 급성심근경색증 평가결과.

건강보험심사평가원(2017). 산전진찰 목적으로 시행하는 검사의 급여기준. 고시 제2017-265호.

<http://www.hira.or.kr/rd/insuadtcrr/InsuAdtCrrList.do?pgmid=HIRAA030069000000>.

건강보험심사평가원(2019). 2017년 당뇨병 적정성 평가결과.

김대환(2018). 소득계층별 의료접근성 분석과 국민건강보험 보장률의 재해석. 한국보험학회지 114, 85-112.

김도영(2012). 소득 수준별 건강상태에 따른 보건의료서비스 이용 격차 분석. 지역과 세계 36(1), 119-156.

김영열, 최보울, 박항배(1988). 일차의료기관 방문환자의 지속성 지수에 관한 조

402 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

- 사연구. 서울지역 의료보험환자를 대상으로, J Hannyang Med Coll 8(2), pp.697~708
- 김준우, 안영진(2014). 수도권과 비수도권 간 체감 의료서비스 격차: 암 치료 경험을 통한 실증적 연구. 국토지리학회지 48(1), 149-159.
- 김진구(2011). 소득계층에 따른 의료이용의 격차. 사회보장연구27(3), 91-122.
- 김희언, 강민아(2018). 대도시 미충족의료와 지역백락효과에 관한 다수준 분석. 한국보건경제정책학회지 24(1), 111-141.
- 보건복지부 질병관리본부(2019a). 제7기 국민건강영양조사 건강설문조사 원시자료. https://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/sub03/sub03_01.do에서 2019. 9. 1. 인출.
- 보건복지부 질병관리본부(2019b). 제7기 1,2차년도 국민건강영양조사 원시자료 이용지침서.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원(2013). 2011년 기준 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발.
- 유광민, 진성, 문상호(2016). 미충족 의료의 영향요인 분석. 한국정책학회보 25(4):269-300.
- 조홍준(2013). 보건의료에서의 형평성: 우리나라의 현황. J Korean Med Assoc ; 56(3): 184-194.
- 한국국제협력단(KOICA)(2018). 보편적 건강보장: 필수보건의료서비스 접근성과 재정적 보호.
- 허순임(2018). 가구단위의 가구단위 공적, 사적 의료보험료 지출 동향 분석. 보건경제와 정책연구 24(1), 90-110.
- AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)(2004). *Diabetes care quality improvement: A Resource guide for state action.* pp23-24.
- Hong JS, Kang HC(2011). Relationship between oral antihyperglycemic medication adherence and hospitalization, mortality, and

- healthcare costs in adult ambulatory care patients with type 2 diabetes in South Korea. *Med Care*. 49(4), pp.378~384
- Hong JS, Kang HC(2013). Continuity of ambulatory care and health outcomes in adult patients with type 2 diabetes in Korea. *Health Policy*. 109(2), pp.158-165
- Hong JS, Kang HC(2014). Relationship between continuity of ambulatory care and medication adherence in adult patients with type 2 diabetes in Korea: a longitudinal analysis. *Med Care*. 52(5), pp.446-453
- Mondor, L., Cohen, D., Khan, A.I. Wodichis, W.P. et al.(2018). Income inequalities in multimorbidity prevalence in Ontario, Canada: a decomposition analysis of linked survey and health administrative data. *Int J Equity Health* 17, 90. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0800-6>.
- Saultz JW, Lochner J(2005). Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med*. 3(2), pp.159-166.
- Skaer TL, Sclar DA, Robison LM, Markowski DJ, Won JK(1993). Effect of pharmaceutical formulation for diltiazem on health care expenditures for hypertension. *Clin Ther*. 15, pp.905~911
- World Health Organization. The World Bank (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*.

〈자료원〉

건강보험공단. 건강보험 맞춤형 자료.

보건복지부 질병관리본부. 7기(2016~2017) 국민건강영양조사 자료.

(3장)

- 김교성, 이현옥 (2012). “의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로.” 사회복지정책39(4): 255-279.
- 김남순, 전진아, 서제희, 정연, 정수경, 이정아... 외, (2017). 2015년 한국의료패널 기초분석보고서(II)- 질병 이환, 만성질환, 건강 행태와 건강수준. 한국보건사회연구원.
- 김대환 (2018). “소득계층별 의료접근성 분석과 국민건강보험 보장률의 재해석.” 보험학회지114(0): 85-112.
- 김동진, 윤희피, 이정아, 채희란 (2014). “의료패널자료를 활용한 우리나라의 의료이용 불평등 측정.” 보건사회연구34(3): 33-58.
- 김수정, 김보린, 박소정 (2015). “만성질환자의 예방가능한 입원 및 질병으로 인한 응급실 방문: 의료급여 수급여부를 중심으로.” 보건사회연구35(2): 405-428.
- 김수진 (2019). 재난적 의료비 발생의 추이와 함의. 보건복지포럼 2019.2.
- 김수진, 김기태, 정연, 박금령, 오수진, 김수정 (2018). 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 김진구 (2019). “2009-2015년 의료이용 불평등 변화 추이와 영향요인.” 사회보장연구35(2): 63-92.
- 김창엽 (2009). 건강보장의 이론. 파주: 한올아카데미.
- 보건복지부 질병관리본부 (2019). 국민건강영양조사 원시자료 이용지침서. 제7기 1,2차 년도 (2016-2017). 보건복지부 질병관리본부.
- 서남규, 안수지, 강태욱, 황연희 (2015). “한국의료패널 자료를 활용한 재난적 의료비 발생 가구 분석 연구.” 보건경제와정책연구(구 보건경제연구) 21(1): 79-102.
- 서남규, 문성웅, 강태욱, 오하린, 허순임, 김동수,...오영호. (2017). 2017년 한국의료패널심층분석보고서 - 보건의료지표를 중심으로 살펴본 한국보건제도. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원.

- 양동욱, 김혜림, 강은실, 김다은, 배은영 and 김진현 (2017). “암환자 가구에서 과부담의료비 발생의 양상과 결정요인.” 보건경제와정책연구(구 보건경제연구) 23(1): 53-70.
- 우경숙, 신영전 (2015). “재난적 의료비 지출이 가구 경제에 미치는 영향: 재정적 대응과 빈곤을 중심으로.” 보건사회연구35(3): 166-198.
- 이유진, 신정우 (2018). “재난적 의료비 신규 발생 가구의 결정요인 분석.” 보건경제와정책연구(구 보건경제연구) 24(4): 25-45.
- 이혜재, 허순임 (2017). “노인의 미충족 의료 경험의 결정요인 - 가구 유형을 중심으로.” 보건경제와정책연구(구 보건경제연구) 23(2): 85-108.
- 장지은, 윤효정, 박은철, 장성인 (2018). “2016 미충족의료율과 추이.” 보건행정학회지28(1): 91-94.
- 최동우, 김우림, 박은철 (2018). “2016 재난적 의료비 경험률과 추이.” 보건행정학회지28(1): 95-97.
- 한국건강형평성학회 (2008). 건강 형평성 측정방법론. 파주: 한올아카데미.
- 허순임, 이수형 (2011). “우리나라 고혈압 환자와 당뇨병 환자의 미충족 의료 수준과 관련 요인.” 보건행정학회지21(1): 1-22.
- 황종남 (2017). “소득 수준에 따른 미충족 의료”. 보건교육건강증진학회지 34(4): 83-97
- Allin, S., Grignon, M., & Le Grand, J. (2010). “Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada:What are the equity implications?” *Social Science & Medicine* 70: 465-472
- Andersen, R.M., Newman, J.F. (1973). “Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States.” *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 51(1):95-124.
- Cunningham, P. & Hadley, J. (2007), “Differences Between Symptom-Specific and General Survey Questions of Unmet Need in Measuring Insurance and Racial/Ethnic Disparities in Access to

Care” *Medical Care*. 45(9):842-850

O’Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Lindelow, M., (2008). *Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation*. Washington: The World Bank.

Rosano, A., Loha, C.A., Falvo, R., van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G., de Belvis, A.G. (2013). “The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review” *Eur J Public Health* 23(3):356-60

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362(9378), 111-117

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Watanabe, N., (2003). “On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam” *Journal of Econometrics* 112: 207-223

Wagstaff A. (2005). “The bounds of the concentration index when the variable of interest is binary, with an application to immunization inequality” *Health Econ* 14:429-32.

〈자료원〉

국민건강보험공단, 한국보건사회연구원. 2008~2017년 한국의료패널 자료.
보건복지부 질병관리본부. 제5기(2010~2012)~7기(2016~2017) 국민건강영양
조사 자료.

(4장)

- 강희정(2019). 의료 격차와 정책 과제. 보건복지포럼 4:18-29.
- 강희정, 고제이, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 박종현, 이은주(2018). 한국 의료의질 보고서, 한국보건사회연구원.
- 강희정, 윤석준, 하솔잎, 고슬기, 서혜영(2013). 한국 의료의 질 평가와 정책과제 I : 한국 의료의 질 보고서 설계. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부(2018. 7.12.). 보도자료, OECD 통계로 보는 한국의 보건의료.
- 보건복지부(2018. 8.14). 2019년 기준 중위소득 및 생계의료급여 선정기준과 최저보장수준. 보건복지부 고시 제2018-144호.
- 보건복지부(2019. 2. 7.). 보도자료, “2019년 본인부담상한제 개선으로 지역가 입자 최저상한액 대상자 3배 증가”.
- 보건복지부(2019a). 2019년 의료급여사업안내,
- 보건복지부(2019b). 2019년 차상위 본인부담경감대상자 지원사업 안내,
- 보건복지부(2019c). 2019 긴급지원사업안내
- 보건복지부(2019d). 2019년 재난적의료비지원사업안내.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원(2012). 2011 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원(2013). 2011년 기준 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발.
- 보건복지부, 사회보장정보원(2019). 2019 나에게 힘이 되는 복지서비스,
- 보건복지부, 한국건강증진개발원(2015). 제4차 국민건강증진종합계획 2016~2020.
- 여유진, 김기곤, 황도경, 정재훈, 김기태, 김성아(2014). 긴급복지지원제도 사업 성과 평가 및 제도개편 방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 임승지, 김승희, 최은희(2016). 중증질환 재난적의료비 지원사업 효과평가 및 제도화방안. 국민건강보험공단: 원주.
- 조비룡(2018). 국외사례로 본 동네의원 중심 포괄적 만성질환관리 방안. HIRA

정책동향. 건강보험심사평가원.

한국국제협력단(KOICA)(2018). 보편적 건강보장: 필수보건의료서비스 접근성과 재정적 보호.

AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality) Webpage. National Healthcare Quality and Disparities Reports. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html>에서 2019.10.1. 인출(a).

AHRQ Webpage. Health Literacy. <https://www.ahrq.gov/topics/health-literacy.html>에서 2019.10.1. 인출(b).

AHRQ Webpage. TeamSTEPS 2.0. <https://www.ahrq.gov/teamsteps/instructor/index.html>에서 2019.10.1. 인출(c).

Araújo-Soares, V., Hankonen, N., Presseau, J., Rodrigues, A., & Sniehotta, F. F. (2019). Developing behavior change interventions for self-management in chronic illness: An integrative overview. *European Psychologist*, 24(1), 7-25. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000330>., 2019.9.30. 인출.

CDC(Centers for Disease Control and Prevention) Webpage. About the National Health Interview Survey. https://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm에서 2019.10.10. 인출.

CMS OMH(Office of Minority Health)(2019). The Mapping Medicare Disparities Tool: Technical Documentation. <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/Downloads/Mapping-Technical-Documentation.pdf>에서 2019.10.1.인출.

- CMS(Center for Medicare & Medicaid Services)(2015). The CMS Equity Plan for Improving Quality in Medicare.
https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OMH/OMH_Dwnld-CMS_EquityPlanforMedicare_090615.pdf에서 2019.10.1. 인출.
- Crosby RA, Wendel ML, Vanderpool RC, Casey BR(2012), *Rural populations and health: determinants, disparities, and solutions*. San Francisco (CA): Jossey-Bass.
- Department of Veterans Affairs(VA) Webpage,
<https://www.va.gov/healthequity/>에서 2019. 10.15. 인출.
- HHS OMH(2018). National Minority Health Month 2018.
https://minorityhealth.hhs.gov/nmhm18/docs/National_Minority_Health_Month_2018_Toolkit.pdf에서 2019.10.1.인출.
- HQO(Health Quality Ontario)(2015). Better Has No Limit: Partnering For A Quality Health System | A Three-Year Strategic Plan 2016-2019.
<https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/about/strategic-plan-2016-en.pdf>에서 2019.10.1.인출.
- Institute of Medicine (IOM). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press; 2001.
- IOM(Institute of Medicine)(2011). A Nationwide Framework for Surveillance of Cardiovascular and Chronic Lung Diseases. Washington (DC): National Academies Press (US).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83168/>에서 2019.10.1. 인출.
- Kilbourne AM, Switzer G, Hyman K, Crowley-Matoka M, Fine MJ(2006). Advancing health disparities research within the

- health care system: a conceptual framework. *Am J Public Health*. 96(12). pp. 2113-2121.
- Kringos DS., Boerma WG., Hutchinson A. Jouke van der Zee, Peter P Groenewegen (2010). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 10, 65 (2010). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-65>, 2019. 9.30. 인출.
- Moy, E., & Freeman, W. (2014). Federal Investments to Eliminate Racial/Ethnic Health-Care Disparities. *Public Health Rep*, 129 Suppl 2 (Suppl 2), 62-70.
- NCHS(National Center for Health Statistics)(2012). *Health, United States, 2011: with special feature on socioeconomic status and health*. Hyattsville (MD): NCHS.
- OECD Webpage. Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS). <https://www.oecd.org/health/paris.htm> 에서 2019.10.15.인출(a).
- OECD Webpage. Primary Care. <http://www.oecd.org/els/health-systems/primary-care.htm> 에서 2019.10.15.인출(b).
- OECD(2019). Realising the full potential of primary health care. policy brief. <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf> 에서 2019.10.15.인출.
- Ontario MOHLTC(2012). Health equity impact assessment (HEIA) Workbook. <http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf> 에서 2019.10.15.인출.
- Purnell TS, Calhoun EA, Golden SH, Halladay JR, Krok-Schoen JL, Appelhans BM, Cooper LA(2016). Achieving Health Equity: Closing The Gaps In Health Care Disparities, Interventions, And Research. *Health Aff (Millwood)*. 35(8). pp.1410-1415.

VA Office of Health Equity. 2016. National Veteran Health Equity Report—FY2013. US Department of Veterans Affairs, Washington, DC. Available online at <http://www.va.gov/healthequity/NVHER.asp>.

WHO(2017). From primary health care to universal coverage: the affordable dream. <https://www.who.int/publications/10-year-review/chapter-uhc.pdf?ua=1>에서 2019.10.10. 인출.

(5장)

서울특별시 홈페이지(서울형 유급병가지원),

http://news.seoul.go.kr/welfare/archives/508129?tr_code=short,
2019.10.22. 인출.

이승윤·김기태(2017). 아픈 노동자는 왜 가난해지는가?, 한국사회정책. 24(4), pp.113~150.

〈자료원〉

한국노동연구원, 제12~20차 한국노동패널 자료.

한국보건사회연구원, 제13차 한국복지패널 자료.

(6장)

국민건강보험공단(2014). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향: 제5권 일본. 국민건강보험 건강보험정책연구원.

경향신문, 2019. 6.14. 은평 구립어린이집에서 유아 3명 결핵균 감염 의혹…구청은 쉬쉬, https://news.khan.co.kr/kh_news/khan_art_view.html?artid=201906141151001. 2019.8.1. 인출.

국립암센터(2014). 국가암환자 의료비지원사업 만족도 조사결과.

412 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

- 국민건강보험공단(2018). 국민건강보험통계연보 2017.
- 국민연금공단(2019). 국민연금통계연보 2018.
- 보건복지부 보도자료(2017.8.9.). 모든 의학적 비급여(미용·성형 등 제외), 건강보험이 보장한다.
- 신기철(2011). 상병소득보장제도 충실화방안 연구, 사회보장연구 27(1), pp.136~155.
- 신기철, 권혁성(2014). 민영의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구, 사회보장연구 30(3), pp.121~149.
- 정혜주, 손민성, 안종순(2019). 질병발생과 빈곤화 대응관점과 사례, 2019.7.5. 보건사회연구원 정책포럼 발표자료.
- 청와대 보도자료(2017. 8. 9.). 문 대통령, 건강보험 보장 강화정책 발표문.
- 한겨레신문(2019. 7. 10.). ILO 한국정부에 전문가 패널 소집요청.
- Busse, R. and A. Riesberg(2004). Health Care Systems in Transition; Germany(1 ed), WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Hacker, Björn(2019). A European Social Semester? The European Pillar of Social Rights in practice, Working Paper 2019.05., european trade union institute.
- International Social Security Association(ISSA)(2002). Social Security Programs throughout the World.
<https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> 2019. 7. 20 인출.
- International Social Security Association(ISSA)(2018). Social Security Programs throughout the World.
<https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> 2019. 7. 20 인출.
- Kausto, J, Viikari-Juntura, E., J. Virta, Gould, R, Koskinen, A.,

- Solovieva, S.(2014). Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation; A Quasi-Experiment in Finland, EMJ Open 4 e006685, pp.1~9.
- Lovell Vicky(2005). Valuing Good Health: An Estimate of Costs and Saving for the Health Families Act. Washingto DC. Institute for Women's Policy Research.
- Nordic Social Statistical Committee(2015). Sickness Absence in the Nordic Countries.
- Prinz, C. and Tompson, W.(2009). Sickness and Disability Programmes: What is driving Policy Convergence? International Social Security Review Vol 62(4), pp.41~61.
- Scheil-Adlung, X and Sandner, L.(2010). The Case for Paid Sick Leave. WHO Background Paper 9.
- Spavosa,S., Bouget, D. and Vanhercke, R.(2016). Sick Pay and Sickness Benefit Schemes in the European Union. European Social Policy Network Brussels.
- World Policy Analysis Center(2018). Paid Leave for Personal Illness: A Detailed Look at Approaches Across OECD Countries. World Policy Analysis Center.
- Scheil-Adlung, Xenia and Sandner, Lydia(2010). Paid Sick Leave: Incidence, Patterns and Expenditure in Times of Crises (October 1, 2010). ESS Paper No. 27.
<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1804816>. 2019.8.15. 인출.
- <http://dx.doi.org/10.1787/888933939465>. 2019.8.12. 인출.
- http://en.wikipedia.org/wiki/Sick_leave. 2019.7.20. 인출.
- <http://www.wcb.ny.gov/content/main?DisabilityBenefits/Employer/intrToLaw.jsp>, 2019.7.20. 인출.
- <https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm>.

2019.8.13. 인출.

<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1107&langId=en&intPageId=44io> Denmark-Sickness Benefit. 2019.8.10. 인출.

https://en.wikipedia.org/wiki/New_York_Disability_Benefits_Law. 2019.7.20. 인출.

<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30123>. 2019.8.12. 인출.

<https://www.bls.gov/news.release/pdf/ebs2.pdf>, Employee Benefits in the United States, Mar 2018. 2019.7.20. 인출.

https://www.edb.org.hk/EDNEWHP/resource/edu_doc/coa/sec_coa/App11.htm Grant of Sick Leave, Special Tuberculosis Leave. 2019.8.10. 인출.

<https://www.ilo.org/ilostat> “SDG Indicator 8.8.1 - Fatal occupational injuries per 100'000 workers (%)”. 2019.8.10. 인출.

<https://www.jacksonlewis.com/media/pnc/2/media.1712.pdf> Connecticut’s Paid Sick Leave Law Questions & Answers. 2019.7.20. 인출.

https://www.kolzhut.org.il/en/Sick_Pay Sick Pay in Israel. 2019.7.25. 인출.

https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C102 2019. 7.20. 인출.

(7장)

강신욱, 강희정, 고숙자, 김동현, 김원섭, 남원석, 배화옥, 이삼식, 정영호, 정은희, 정홍원, 최정호, 최효진(2018). 주요국 사회보장제도 1: 네덜란드의 사회보장제도. 한국보건사회연구원·나남.

강지원(2011). “OECD SOCX에 나타난 장애인소득보장체계 국제비교,” 국제보건복지 정책동향 2, 한국보건사회연구원.

- 국가법령정보센터. (2019). 국가공무원법, 제18조(병가) From <http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EA%B5%AD%EA%B0%80%EA%B3%B5%EB%AC%B4%EC%9B%90%EB%B2%95>
- 국가법령정보센터. (2019). 국민건강보험법, 제50조(부가급여) From <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=206663#0000>
- 국가법령정보센터. (2019). 근로기준법, 제78조(요양보상) From <http://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=206711&efYd=20200116#0000>
- 문성용(2017). 주요국의 상병수당제도 현황 및 시사점 검토. 국회입법조사처.
- 김창엽(2013). 건강 할 권리: 건강 정의 와 민주주의.
- 김창오(2019). 건강충격이 빈곤화에 미치는 영향 : 의료빈곤화 기전 및 대응전략 탐색. 서울대학교 대학원: 서울.
- 배준호, 김규환, 김명중, 문성현, 임현정, 전우덕, 오현석, 전영수, 정성춘, 정형선, 조성호, 최종원(2018). 주요국 사회보장제도 8: 일본의 사회보장제도. 한국보건사회연구원·나남.
- 손민성, 김연용, 장정민, 정혜주(2019). 국민건강보험 맞춤형 코호트 DB 를 이 용한 한국의 상병수당 및 유급병가를 위한 소요재정추계. 보건경제와 정책연구 (구 보건경제연구), 25(2), 1-28.
- 송은철, 신영전(2014). 재난적 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영 향: 복지패널 2007-2012년 자료 분석. 보건행정학회지, 24(3), 242-253.
- 신기철(2011). 상병소득보장제도 충실화 방안 연구-급여소득자를 중심으로. 사회보장연구, 27(1), 133-156.
- 신화연, 이용하, 윤석명(2012). “장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구” 연구보고서, 한국보건사회연구원.
- 윤상용(2013). “장애인 소득보장체계 구축 방안,” 보건복지포럼(2013, 12.), 한국보건사회연구원.
- 이승윤, 김기태(2017). 아픈 노동자는 왜 가난해지는가?: 아픈 노동자의 빈곤화 과정과 소득보장제의 경험. 한국사회정책, 24(4), 113-150.
- 이승윤, 김기태(2018). 한국 공적 상병수당 도입을 위한 제도 비교연구 및 정책

- 제언. 사회복지정책, 45(1), 148-177.
- 이현주, 김근혜, 송지원, 신청완, 주은선, 최연혁, Jonas Edlund(2018). 주요국 사회보장제도 5: 스웨덴의 사회보장제도. 한국보건사회연구원·나남.
- 장윤서(2019, 2019.05.30). 암환자 175만명 시대... '치료 후 사회 복귀' 비율 낮아져. 조선비즈.
- 조윤화, 김용진, 오윤지, 왕영민, 김태용(2018). 2018 장애통계연보. 한국장애인개발원.
- 정형준(2017). 상병수당 도입의 필요성. 월간 복지동향(222), 10-17.
- 정혜주, 손민성, 김재민, 김진성, 차선화, 정현우, 문다슬, 장정민, 조성래, 박소현 (2018). 시립병원 비급여분석 및 보장성 강화 전략수립: '서울형 유급병가'와 혁신적 의료보장정책을 중심으로. Retrieved from 서울: 서울특별시 공공보건의료재단
- 조성혜(2018). 근로자의 질병 시 소득보장제도. 서울법학, 26(3), 553 -612.
- 최인덕, 김진수(2007). 상병수당제도 도입방안 연구-제도설계와 재정소요를 중심으로. 사회복지연구, 23(2), 221-247.
- 최인덕, 김진수, 공경열(2005). 주요국의 상병수당제도 운영현황 및 제도도입의 타당성 검토. Retrieved from 서울: 국민건강보험공단
- American Cancer Society [ACS]. (2015). Survivorship: During and After Treatment. Retrieved Jul. 2, 2019. from <http://www.cancer.org/treatment/survivorshipduringandaftertreatment.html>
- American Diabetes Association [ADA]. (2016). Standards of medical care in diabetes-2016 abridged for primary care providers. Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association, 34(1), 3.
- Andren, D. (2003). Sickness-related absenteeism and economic incentives in Sweden: a history of reforms. CESifo DICE Report, 1(3), 54-60.

- Appelbaum, E., & Mikman, R. (2016). No Big Deal: The Impact of New York City's Paid Sick Days Law on Employers.
- Asfaw, A., & Colopy, M. (2017). Association between parental access to paid sick leave and children's access to and use of healthcare services. *American journal of industrial medicine*, 60(3), 276-284.
- Assembly, U. G. (1948). Universal declaration of human rights. UN General Assembly, 302(2).
- Assembly, U. G. (2015). The 2030 Agenda for Sustainable Development. Retrieved from New York, United Nations:
- A better balance. (2016). Overview of paid sick time laws in the United States. In: July. From <https://www.abetterbalance.org/paid-sick-time-laws/?export>
- Beveridge, W. (1942). Social insurance and allied services.
- Bhuyan, S. S., Wang, Y., Bhatt, J., Dismuke, S. E., Carlton, E. L., Gentry, D., . . . Chang, C. F. (2016). Paid sick leave is associated with fewer ED visits among US private sector working adults. *Am J Emerg Med*, 34(5), 784-789. doi:10.1016/j.ajem.2015.12.089
- Boheim, R., & Leoni, T. (2018). Sickness and disability policies: Reform paths in OECD countries between 1990 and 2014. *International Journal of Social Welfare*, 27(2), 168-185.
- Bonoli, G. (1997). Classifying welfare states: a two-dimension approach. *Journal of social policy*, 26(3), 351-372.
- Colla, C. H., Dow, W. H., Dube, A., & Lovell, V. (2014). Early effects of the San Francisco paid sick leave policy. *American journal of public health*, 104(12), 2453-2460.
- Commonwealth of Australia. (2010). Australian Government Budget Measures 2010-2011. The Commonwealth Budget Paper, No. 2,

- Parkes ACT.
- Commonwealth of Australia. (2016). Qualifying for the disability support pension. Australian National Audit Office, Report, No. 182015-16.
- Djankov, S., Porta, R. L., Lopez-de-Silanes, F., & Shleifer, A. (2002). Courts: the lex mundi project.
- Dreyer, R. P., Xu, X., Zhang, W., Du, X., Strait, K. M., Bierlein, M., . . . D'Onofrio, G. (2016). Return to work after acute myocardial infarction: comparison between young women and men. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 9 (2_suppl_1), S45-S52.
- Economist Intelligence Unit [EIU]. (2014). Out of office: An overview of workplace absenteeism in Europe. Retrieved from London:
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*: Princeton University Press.
- Everhardt, T. P. & De Jong, P. R. (2011). Return to work after long term sickness. *De Economist/Netherlands Economic Review*, 159(3), 361-380.
- Fox, J. P., Desai, M. M., Krumholz, H. M., & Gross, C. P. (2012). Hospital-level outcomes associated with laparoscopic colectomy for cancer in the minimally invasive era. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16(11), 2112-2119.
- Fox Rothschild. (2018). California State and City Paid Sick Leave Laws. <https://www.foxrothschild.com/content/uploads/2018/06/California-State-and-City-Paid-Sick-Leave-Laws-Updated-October-2018.pdf>
- Frey, D. F. (2017). Economic growth, full employment and decent work: The means and ends in SDG 8. *The International Journal*

- of Human Rights, 21(8), 1164-1184.
- Gersbach, F., Sommer, C., Hofmann, W. H., & Steiger, U. (2014). Gas turbine stator/rotor expansion stage having bumps arranged to locally increase static pressure. In: Google Patents.
- Heymann, S. J., Toomey, S., & Furstenberg, F. (1999). Working parents: what factors are involved in their ability to take time off from work when their children are sick? *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153(8), 870-874.
- International Labour Organization [ILO]. (2014). Paper 13. Addressing the global health crisis : universal health protection policies. In *Social protection policy papers*. Geneva: ILO: International Labour Office, Social Protection Department.
- International Labour Organization [ILO]. (2017). *World Social Protection Report 2017-19: universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals*: International Labour Organization.
- International Social Security Association [ISSA]. (2016). *Social Security Programs throughout the World: Asia and the Pacific, 2016*. Retrieved Sep. 21, 2019. from <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2016-2017/asia/ssptw16asia.pdf>
- International Social Security Association [ISSA]. (2016). *Social Security Programs throughout the World: Europe, 2016*. Retrieved Sep. 21, 2019. from <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2016-2017/europe/ssptw16europe.pdf>
- International Social Security Association [ISSA]. (2017). *Social Security Programs throughout the World: The Americas, 2017*. Retrieved Sep. 21, 2019. from <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2016-2017/americas/ssptw17americas.pdf>

- Jackson Lewis P.C.. (2015). Connecticut's Paid Sick Leave Law Questions and Answers 2015 Update. <https://www.jacksonlewis.com/sites/default/files/docs/Connecticut%27s%20Paid%20Sick%20Leave%20Law%20-%20Q&A%202015.pdf>
- Kangas, O. (2004). Institutional Development of Sickness Cash-benefit Programmes in 18 OECD Countries. *Social Policy & Administration*, 38(2), 190-203.
- Korpi, W., & Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. *American sociological review*, 661-687.
- Massachusetts Regs. (2018). Employment Law Handbook Massachusetts Sick Leave Law. Retrieved Mar. 18, 2018. from <https://www.employmentlawhandbook.com/leave-laws/state-leave-laws/massachusetts/sick-leave/>
- McDevitt, J., Kelly, M., Comber, H., Kelleher, T., Dwane, F., & Sharp, L. (2013). A population-based study of hospital length of stay and emergency readmission following surgery for non-small-cell lung cancer. *European Journal of cardio-thoracic surgery*, 44(4), e253-e259.
- 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? *Soc Sci Med*, 62(4), 858-865. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.001
- Meier, B. M., & Fox, A. M. (2008). Development as health: employing the collective right to development to achieve the goals of the individual right to health. *Hum. Rts. Q.*, 30, 259.

- Milli, J., Xia, J., & Min, J. (2016). Paid sick days benefit employers, workers, and the economy. Washington, DC: Institute for Women's Policy Research.
- National Partnership for Women & Families. (2019). Paid Sick Days Improve Public Health. Retrieved from Washington, DC:
- Nonnie L. Shivers, T. N. J. (2017). Arizona's Paid Sick Leave Law. Retrieved Feb. 23, 2018. from <https://ogletree.com/shared-content/content/blog/2017/june/arizonas-paid-sick-leave-law-part-i-accrual-and-usage-issues>
- Oregon government [ODVA]. (2016). State of Oregon: Oregon Sick Time. Retrieved from <http://www.oregon.gov/boli/WHD/OST/pages/index.aspx>
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2014). Mental health and work: Switzerland. Paris: OECD Publishing.
- Organization for Economic Cooperation and Development [OECD]. (2010). Sickness, disability and work: A Synthesis of Findings across OECD Countries. OECD Publishing. Retrieved Feb. 6, 2018. from <https://www.oecd.org/els/soc/46488022.pdf>.
- Paylocity. (2017). Rhode Island Paid Sick Leave. Retrieved Feb. 23, 2018. from <https://www.paylocity.com/2018/03/12/rhode-island-paid-sick-leave/>
- Raub, A., Chung, P., Batra, P., Earle, A., Bose, B., Jou, J., . . . Heymann, J. (2018). Paid Leave for Personal Illness: A Detailed Look at Approaches Across OECD Countries. Retrieved from Los Angeles:
- Scheil-Adlung, X., & Sandner, L. (2010a). The case for paid sick leave. World health report.

- Scheil-Adlung, X., & Sandner, L. (2010b). Evidence on paid sick leave: Observations in times of crisis. *Intereconomics*, 45(5), 313-321.
- Skaner, Y., Nilsson, G. H., Arrelöv, B., Lindholm, C., Hinas, E., Wilteus, A. L., & Alexanderson, K. (2011). Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden. *BMJ open*, 1(2), e000303.
- Spasova, S., Bouget, D., & 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.
- State of Vermont Department of Labor. (2018). Learn more about Vermont's New Earned Sick Time Law.
- van der Wel, K. A., Bambra, C., Dragano, N., Eikemo, T. A., & Lunau, T. (2015). Risk and resilience: health inequalities, working conditions and sickness benefit arrangements: an analysis of the 2010 European Working Conditions survey. *Sociol Health Illn*, 37(8), 1157-1172. doi:10.1111/1467-9566.12293
- Van Sonsbeek, J. M. & Gradus, R. H. (2013). Estimating the effects of recent disability reforms in the Netherlands. *Oxford Economic Papers*, 65(4), 832-855.
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ*, 12(11), 921-934. doi:10.1002/hec.776
- World Health Organization [WHO]. (1995). Constitution of the world health organization.
- World Health Organization [WHO]. (2010). World health report 2010:

- Health systems financing: the path to universal coverage.
Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2019). Retrieved Jul. 2, 2019. from <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/universal-health-coverage/en/>
- Wyszewianski, L. (1986). Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. *Inquiry*, 23(4), 382-394.
- Zelikovitz, J. (2017). DC Wage Law. Retrieved Feb. 23, 2018. from <http://dcwagelaw.com/dc-paid-sick-leave/>

(8장 1절)

국가법령정보센터 국가공무원법

<http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EA%B5%AD%EA%B0%80%EA%B3%B5%EB%AC%B4%EC%9B%90%EB%B2%95>
2019. 08 추출

권정현(2018). 건강 충격의 고용과 소득 효과 분석 노동경제논집 제41권 제4호 31-62

김기태, 이승윤(2018). 한국 공적 상병수당 도입을 위한 제도 비교연구 및 정책 제언. *사회복지정책* 제45권 제1호 pp 148-179

김대환, 강성호(2015). 중증질환으로 인한 소득상실리스크와 정책적 시사점 보협학회지 제102집 39-57

김수진, 김기태, 정연, 박금령, 오수진, 김수정(2018). 질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제 한국보건사회연구원

- 김종수(2016). 상병급여제도에 관한 소고 사회보장법연구 5(1) 1-29.
- 김창오(2019). 건강충격이 빈곤화에 미치는 영향 서울대학교 대학원 박사학위 논문
- 손민성, 김언용, 장정민, 정혜주(2019). 국민건강보험 맞춤형 코호트 DB를 이용한 한국의 상병수당 및 유급병가를 위한 소요재정추계 보건경제와 정책연구 제25권 제2호: 1-28.
- 의학신문(2018.5.18.). 건강보험 가입자, '상병수당' 도입 요구.
<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2083554>에서 2019.9.30. 인출.
- 이승윤, 김기태(2017). 아픈 노동자는 왜 가난해지는가? 한국사회정책 24(4) 113-150
- 정현우, 손민성, 정혜주(2019). 한국상병수당제도 및 전달체계 설계연구 보건행정학회지 2019, 29(2) 112-129
- 조성혜(2018). 근로자의 질병 시 소득보장제도 서울법학 제26권 제3호: 553~612.
- 최인덕, 김진수(2007). 상병수당제도 도입방안 연구, 사회보장연구 제23권 제2호: 221-247.

(8장 2절)

- 김미곤, 고제이, 이철희, 홍석철, 전병목, 여유진, 이소영, 조성은, 전진아, 김은정, 노용환, 서문희, 정희정, 최은영, 김성아, 권선정, 고경표, 서효진. (2019). 아동수당 및 출산·양육지원체계 발전방안 연구. 정책보고서. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원·서울대학교·한국조세재정연구원.(발간예정).
- 대한민국법령. 국민건강보험법. 법률 제16652호, 2019. 11. 26., 타법개정
- 대한민국법령. 남녀고용평등과 일가정양립 지원에 관한 법률. 법률 제16558호, 2019. 8. 27., 일부개정.
- 주스웨덴 대한민국 대사관 홈페이지. 스웨덴 세금제도(2015).

- http://overseas.mofa.go.kr/se-ko/brd/m_7989/view.do?seq=1187091&srchFr=&srchTo=&srchWord=&srchTp=∓multi_itm_seq=0&itm_seq_1=0&itm_seq_2=0∓company_cd=&company_nm=&page=8 2019. 9.15. 인출.
- Andrén, D. (2003). Sickness-related Absenteeism and Economic Incentives in Sweden: A history of reforms. CESifo DICE Report, 1(3), 54-60. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/166781/1/ifo-dice-report-v01-y2003-i3-p54-60.pdf> 2019.9.10.인출.
- Hartman, L. (2011, November). Swedish Policies for the Disabled: What Do We Know About the Effects?. In Paper for the Conference Labour Activation in a Time of High Unemployment (pp. 13-15). http://www.umdcipe.org/conferences/LaborActivationParis/Papers/Laura%20Heartmans%20draft%20paper_11_1108.pdf 2019.10.11.인출
- OECD (2010), Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Sweden: Will the Recent Reforms Make It?, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264090606-en>. 2019.10.1. 인출.
- OECD. Stat. Social Expenditure-Detailed data; Labour Force Statistics, <https://stats.oecd.org> 2019. 10.26. 인출
- Swedish Social Insurance Agency(2017). Social Insurance in Figures 2017.
- Ziebarth, N. R., & Karlsson, M. (2010). A natural experiment on sick pay cuts, sickness absence, and labor costs. *Journal of Public Economics*, 94(11-12), 1108-1122. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2010.09.001> 2019.9.25.인출.

(8장 3절)

- 강희정(2018). 문재인 케어의 쟁점과 정책 방향. 보건복지포럼 2018(1):23-37.
- 신기철, 권혁성(2014). 민영의료보험 보험금 수령자의 의료이용에 관한 연구, 사회보장연구 30(3), pp.121~149.
- 신기철(2011). 상병소득보장제도 충실화 방안 연구-급여소득자를 중심으로. 사회보장연구, 27(1), 133-156.
- 의학신문(2018.5.18.). 건강보험 가입자, '상병수당' 도입 요구.
<http://www.bosa.co.kr/news/articleView.html?idxno=2083554>에서
2019.10.30. 인출.
- 정진우(2009). 사상병시 소득보장제도 관한 비교법적 고찰 : 독일과 일본을 중심으로. 노동정책연구 9(4): 225-259.
- International Social Security Association(ISSA)(2002). Social Security Programs throughout the World.
<https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> 2019. 7. 20 인출.
- Kangas, O. (2004). Institutional Development of Sickness Cash-benefit Programmes in 18 OECD Countries. Social Policy & Administration, 38(2), 190-203.
- OECD (2019), Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.

부록 1. '질병 발생과 빈곤화 대응 정책포럼' 자료 및 결과

1. '질병 발생과 빈곤화 대응 정책포럼' 개요

이 연구는 질병 발생의 빈곤화 문제에 대한 학제적 검토를 통해 보건의료 시스템을 초월한 사회적 대응 방향의 제안을 목적으로 한다. 즉, 건강과 의료에서 격차를 분석하는 것은 결과적 현상을 확인하는 접근으로, 원인을 파악하고 해소할 대안을 마련하는 것은 보건의료 시스템의 범주를 초월할 수 있다. 이에 이 연구의 일환으로 포용적 복지와 보편적 건강보장의 연계 틀에서 사회 안전망과 건강보험제도 개편의 필요성 및 그 추진 방향의 통합적 검토를 목적으로 2019년 7월 한 달간 관련 분야의 전문가들로 정책포럼을 구성하여 운영하였다.

정책포럼은 질병 발생과 빈곤화에 대한 사례 검토, 정책 개입이 필요한 집단의 검토, 주요국의 관련 정책 사례, 질병 발생과 빈곤화 대응 방안을 주제로 총 4차에 걸쳐 진행하였으며, 연구진 및 학계 전문가, 유관 기관 담당자, 보건, 노동경제, 사회복지 등 분야별 정책 연구 전문가로 위원을 구성하였다.

포럼은 매 회 발제자의 주제 발표 후 종합 토론 방식으로 진행하였으며, 이 절에서는 포럼 내용을 차수별로 발표 자료, 토론 내용, 논의 결과 순으로 정리하였다. 논의 결과는 의료 격차 및 빈곤화 위험에 대한 실증 분석 결과와 함께 질병 발생의 빈곤화 문제에 대한 정책 대응 방안 마련에 활용하고자 한다.

428 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

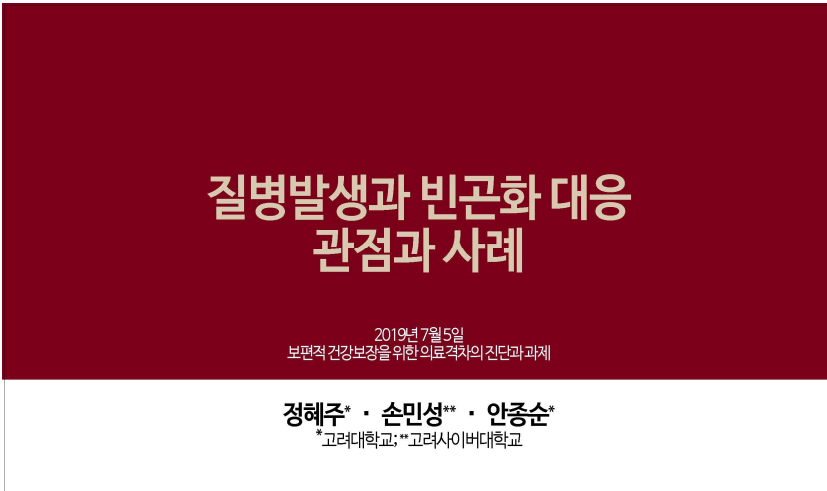
〈부표 1〉 '질병 발생과 빈곤화 대응 정책포럼' 개요

구분		내용
주제 및 발제자	1차 (7. 5.)	<ul style="list-style-type: none"> 질병 발생과 빈곤화 대응 관점과 사례 <ul style="list-style-type: none"> 정혜주 교수(고려대학교), 손민성 교수(고려사이버대학교), 안중순 연구교수(고려대학교)
	2차 (7. 12.)	<ul style="list-style-type: none"> 정책 개입이 필요한 집단의 검토 <ul style="list-style-type: none"> 김재민 연구위원(서울노동권익센터), 차선화 주임연구위원(강원도공공보건의료지원단) 김수진 부연구위원(한국보건사회연구원)
	3차 (7. 19.)	<ul style="list-style-type: none"> 접근 관점에 따른 주요국의 정책 사례 <ul style="list-style-type: none"> 신기철 교수(송실대학교)
	4차 (7. 26.)	<ul style="list-style-type: none"> 질병 발생과 빈곤화 대응 방안 종합 토의 <ul style="list-style-type: none"> 강희정 연구위원(한국보건사회연구원)
사회자	강희정 연구위원(한국보건사회연구원)	
토론자 (가나다순)	고제이 연구위원(한국보건사회연구원) 김도훈 실장(국민건강보험공단) 김수진 부연구위원(한국보건사회연구원) 김재민 연구위원(서울노동권익센터) 김준호 부연구위원(국민건강보험공단) 김 평 객원연구위원(한국보건사회연구원) 김현경 연구위원(한국보건사회연구원) 류정희 연구위원(한국보건사회연구원) 문다슬 연구교수(고려대학교) 박찬임 연구위원(한국노동연구원) 손민성 교수(고려사이버대학교) 신기철 교수(송실대학교) 안중순 연구교수(고려대학교) 윤강재 연구위원(한국보건사회연구원) 이현주 연구위원(한국보건사회연구원) 정혜주 교수(고려대학교)	

2. 제1차 포럼: 질병 발생과 빈곤화 대응 관점과 사례

가. (발제) 질병 발생과 빈곤화 대응 관점과 사례

정혜주(고려대학교), 손민성(고려사이버대학교), 안중순(고려대학교)



목차

- I. 이론적 배경: Health-Poverty trap
- II. 국내외 동향
 - 상병으로 인한 빈곤화
 - 국제적 동향
- III. 질병으로 인한 빈곤화 실증연구 결과
 - 연구자료 및 연구대상
 - 분석 방법
 - 분석 결과
- IV. 국외 사례 검토
 - OECD 국외 상병수당 제도
 - 미국의 유급병가 제도
- V. 결론 및 함의

참고문헌
향후 연구 일정

1. 연구배경

Health-Poverty Trap

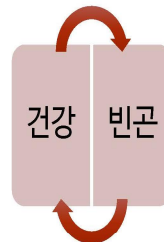
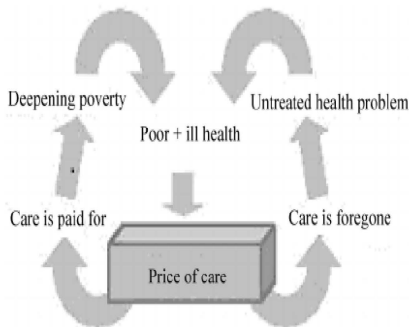
1. 연구배경: Health-Poverty Trap



건강선택 vs. 사회적 원인

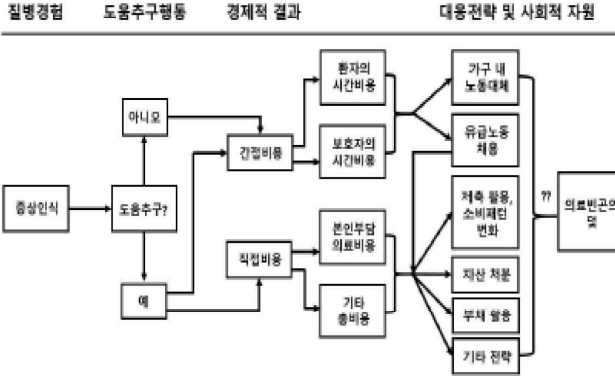
• "Health selection"

• "Social causation"





질병 경험의 경제적 결과와 대응전략

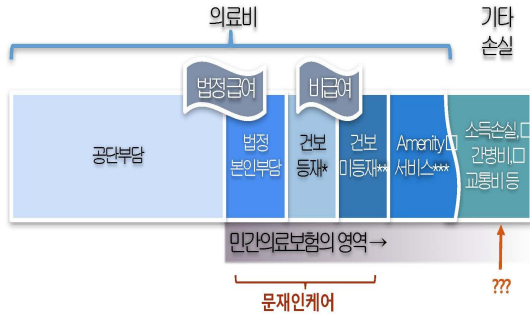


질병 경험의 경제적 결과와 대응전략 (McIntyre et al. 2006)



건강보험이 보장성

- 건강보험은 건강악화로 인한 경제적 위험에 대해 일차적인 안전망을 제공함.
- 그러나 건강악화로 인해 의료비 지출뿐만 아니라 노동공급의 변화와 근로소득의 손실, 소비수준의 하락 등 다양한 간접비용이 발생 (Currie & Madrian, 1999; Finkelstein et al., 2013; Dobkin et al., 2018).
- 간접비용이 실제 의료비 지출 이상의 영향력을 가지며, 중장기에 걸쳐 영향을 미침 (Smith, 2005; Faldon et al., 2015; Dopkin et al., 2018).



II. 국내외 동향

상병으로 인한 빈곤화; 국제적 동향

7

II. 국내외 동향



상병으로 인한 빈곤화

- 상병으로 입원 등 장기요양을 하거나, 영구장애로 확정되면 의료비 등 직접적인 비용은 물론 재활비용, 간병비용 등 기타비용과 휴업에 따른 소득의 상실도 초래함.
- 중증질병으로 인해 국민층으로 전락하는 이유는 직접적인 의료비 부담보다 영구장애가 확정되고 난 후 실질적으로 인해 발생하는 소득상실이 더 큰 원인(신기철, 2011)
- 유급병가가 허용되지 않는 근로자는 휴직이나 실직에 따라 소득이 상실되거나 감소함.
 - 위암 수술 후 생존자는 일반인에 비해 업무능력이 6배 감소(국립암센터 보도자료, 2008.3.5)
 - 암환자의 83%가 진단 이후 직업 상실(문화일보, 2010.10.13)
- 상병으로 인한 소득활동 불능의 경우
 - 직접적으로 가계구성원들의 경제적상실감뿐만 아니라 전반적인 가구의 삶의 질을 저하(류영아, 2014).
 - 상병으로 실직하면 재취업도 어려워지므로 경제적 영향은 상병의 정도 보다는 소득 감소의 정도에 따라 좌우됨.

출처: 김대환(2014)

	기존(만원)	발병후(만원)	변화율(%)	변화액(만원)	중증질환으로 인한 손실(만원)
연평균소득	543	402	-25.9%	-141	-159
연평균의료비	62	80	+28.9%	+18	

8

II. 국내외 동향

국내 선행문헌 고찰

연도	저자	제목	연구결과
2010	강중욱	질병 또는 장애가 중고소득자의 경제상태에 미치는 중도적 영향	<ul style="list-style-type: none"> 연령 높을수록, 교육수준 낮을수록, 가구월수 적을수록, 미취업, 임시직, 일용직의 경제적 지위 악화됨. 여성일수록, 나이 많을수록, 가구월수 적을수록, 미취업, 임시직, 일용직일수록 빈곤이 악화됨이 높음.
2014	송은철, 신영진	재난적 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향 : 복지패널 2007~2012 자료 분석	<ul style="list-style-type: none"> 재난적 의료비를 지출할 때 유의하게 더 높은 빈곤화율과 빈곤 지속률을 보임. 재난적 의료비의 기준을 10%로 하였을 때 빈곤화 위험도는 빈곤화 3.20배, 빈곤 지속 1.24배로 나타났다.
2015	김태희 외	중증질환으로 인한 소득상실리스크와 정책적 시사점	<ul style="list-style-type: none"> 중증질환 발생시 의료비 증가, 소득 감소, 근로 중단율 하계 악화됨이 높음. 특히 의료비 증가보다 소득의 감소분이 더 큰 영향력을 미침.
2016	김은경, 권순만	재난적 의료비 발생과 재발생이 빈곤화와 빈곤 지속에 미치는 영향	<ul style="list-style-type: none"> 모든 액자수준에서 재난적 의료비가 발생한 가구에서 더 높은 빈곤화와 빈곤 지속이 나타났다. 액자수준이 높아질수록 그 정도는 더 심해졌음. 남성, 초중 이하, 만성질환 있는 경우에 빈곤화와 빈곤 지속 가능성이 높았음.
2017	이승윤, 김태희	아픈 노동자는 왜 가난해지는가? (질적연구)	<ul style="list-style-type: none"> 노동자가 업무 이외의 이유로 아프게 되면 참가자, 노동시장에서 고용 불안정성을 경험함. 특히 비정규직은 휴직이 불가능하기 때문에 실직을 하고, 빈곤화가 이어짐.
2018	배그린 외	한국인의 건강불안정성 요인에 대한 탐색적 연구 (질적연구)	<ul style="list-style-type: none"> 한국인의 건강불안정성을 낮추기 위해서 시범사업이 있는 건강정보를 충분히 제공하여 본인의 건강관련 의사결정 능력을 향상시켜야 함. 특히 경제활동 손실까지 보정하는 질병수당의 지급 등 보편적 건강보장 정책이 필요성을 제기함.
2018	유경숙, 박원미, 신영진	재난적 의료비 지출이 가구의 빈곤화에 미치는 영향 : 재정적 대응의 매개효과를 중심으로	<ul style="list-style-type: none"> 재난적 의료비 발생 가구는 미발생 가구에 비해 빈곤화될 위험이 높고, 이 과정에서 사회적 안전 소득만이 매개 효과가 있었음. 그러나 사회적 안전 소득과 같은 비공식적 대응으로는 의료비로 인한 가구의 빈곤을 완화시키는데 한계가 있음.
2019	김경오	건강충격이 빈곤화에 미치는 영향	<ul style="list-style-type: none"> 건강충격(인원수 30명)은 근로역량(환과) 의료비 과다지출의 매개효과를 거쳐 최대 3개월간 빈곤화를 발생시킴. 건강충격은 1년 후 재정적 소득감소를 6.6% 높이고, 1~2년 후 절대적 빈곤율을 6.2~8.0% 높임. 빈곤조절효과: 민간 의료보험 가입 여부

- 국내 선행연구들은 주로 가구 기준에서 과부담의료비 지출이 가구의 빈곤화에 미치는 영향을 살펴보고 있음.
- 최근 개인수준에서는 질병(중증질환, 입원일수 등)에 따른 빈곤화(소득상실)에 대한 연구들이 진행되었으나 많지 않고, 특히 근로형태, 성별 등의 차이를 파악한 연구는 미비함.

II. 국내외 동향

국외 선행문헌 고찰

연도	저자	제목	연구결과
2009	Saji Saraswathy Gopalan & Ashis Das	Household economic impact of an emerging disease in terms of catastrophic out-of-pocket health care expenditure and loss of productivity: investigation of an outbreak of chikungunya in Orissa, India	<ul style="list-style-type: none"> The median out-of-pocket health care expenditure was US\$ 84 149 respondents incurred cost of care more than 10% of their monthly household income (catastrophic health expenditure). The median catastrophic health care expenditure was 37%. The median work days lost was 35 with a consequent loss of income of US\$ 75.
2013	Nicole K. Valtorta & Barbara Henratty	Socioeconomic variation in the financial consequences of ill health for older people with chronic diseases: a systematic review	<ul style="list-style-type: none"> Direct costs (medical and/or non-medical) Indirect costs (wage or income loss) Economic burdens secondary → Disadvantage General financial or d patients and families were more likely to report experiences of financial hardship, and spend a higher proportion of their income on all expenses related to their diagnoses, especially people with cancer.
2014	Robert Sparrow et al.	Coping with the economic consequences of ill health in Indonesia	<ul style="list-style-type: none"> For the poor(-22.6%) and the informal sector(-26.8%), ill health events impact negatively on income from wage labour. For the non-poor(-53.7%) and formal sector(-67.9%), it is income from self-employed/business activities which is negatively affected For the rural population(-6.8%) and the poor(-9.7%) does this lead to a decrease in consumption(non-food expenditure)
2016	Abdur Razzaque Sarker, Manjia Sultana, Rashidul Alam Mahmud, Sayem Ahmed	Effects of occupational illness on labor productivity: A socioeconomic aspect of informal sector workers in urban Bangladesh	<ul style="list-style-type: none"> 년성의 income loss experience regression OR 더 낮게 나눔 The greatest financial cost was incurred in the time btw first become in symptomatic and starting treatment. This was compounded by the income loss experienced prior to treatment

- 국외 문헌에서는 상생식 직접비용(의료비) 외에도 간접비용(소득상실)에 대한 연구도 활발히 이루어지고 있으며, 성별, 연령, 고용형태, 종사상 지위 등 다양한 집단에 따라 상병으로 인한 소득상실의 차이를 비교분석함.

434 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

II. 국내외 동향



● 직업별 소득과 의료비는 반비례

	정규직	상용직	임시직	일용직	영세자영업자	비영세자영업자	p
입원일수	6.84	8.95	10.63	17.35	14.68	6.66	0.000
총의료비*	535,868	576,064	850,093	938,761	1,350,027	846,672	0.000
개인근로소득	5,248	2,983	1,875	1,263	2,056	4,400	0.000
가구총소득	8,148	5,780	5,037	3,719	4,130	7,036	0.000

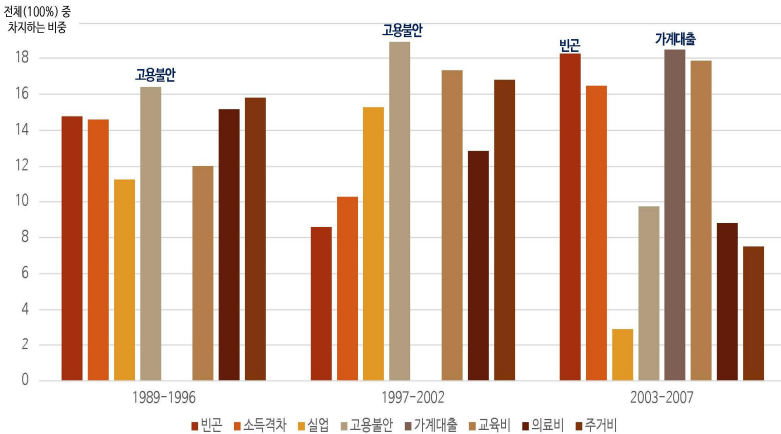
*총 의료비=입원, 외래, 응급 진료비 + 간병비 + 약제비
 자료: 한국의료패널(2015)

일용직 근로자는 다른 종사상 지위에 비해 소득수준이 상당히 낮은 편임에도 불구하고 의료비 지출은 가장 높아 경제적 부담감을 느낄 것으로 예측됨.

II. 국내외 동향



● 지표의 사회통합지수에 대한 영향력

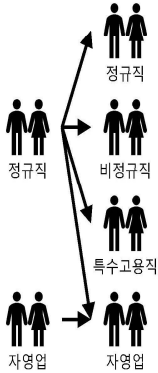


참고: 노대명, 이현주, 강신욱, 강은경, 권지현, 이은혜(2009). 사회통합을 위한 과제 및 추진전략. 경제인문사회연구회·한국보건사회연구원.

II. 국내외 동향



노동·사회정책의 국제적 동향



- 위장된 고용
 - Disguised employment: dependent self-employed
 - 소위갑씨 -> 갑사장
 - '고용주'의 부재와 노동권 및 사회보장의 한계: "고용주는 누가 보호?"
- '나쁜' 고용조건증가

II. 국내외 동향



의존적자영업

- 의존적 자영업 (dependent self-employed); 위장된 자영업 (disguised self-employment)
- 정의
 - 겉으로 보면 자영업자이지만 사실은 어떤 고용관계에 있는 것과 비슷한 업무를 수행하는 자영업자 그룹을 지칭
 - 자영업자는 다음의 모든 조건에 부합하며, 하나 이상의 조건에 부합하지 않으면 완전히 자유로운 자영업자로 보기는 힘들
 - ① 고객인형이상
 - ② 점원을 고용할 권리(authority)를 가짐
 - ③ 경영에 있어서 중요한 전략적 결정을 할 권리를 가짐
 - 현재 특수형태근로자로 돼 있는 플랫폼 캐디나 우체국 택배노동자, 방문학습지교사뿐 아니라 프랜차이즈 본점과 긴밀한 관계를 갖고 경영적 자율성이 상대적으로 매우 적은 프랜차이즈 점주 또한 의존적 자영업으로 분류될 수 있음
- 함의
 - 이들이 노동자일 때 가질 수 있는 권리, 즉, 단체교섭이나 노동법(최저임금, 노동시간규제 등)에 의한 보호로부터 배제
 - 이들을 고용할 때 고용주가 준수해야 하는 고용에 관련된 세금, 고용주의 책임 등으로부터 고용주 또한 면제
 - 최근 '갑' 또는 '플랫폼' 노동의 급속한 발전은 이러한 경향을 더욱 심화: 급격히 증가하는 배달 산업에 종사하는 청장년 노동자
 - 이에 더해 임시직, 일용직 뿐 아니라 비공식분야에서 광범위하게 노동하는 가사 노동자나 무급가족종사자와 같이 노동자임에도 정규직 노동자의 권리를 누리지 못하는 사람들에 대한 고려 또한 결실

II. 국내외 동향

노동·사회정책의 국제적 동향

- 최근 ILO, UN 등 국제사회에서 사회보장 이슈는 중요한 아젠다로 부상 (ILO, 2017)
 - ILO는 '2012년 사회보장최자선에 관한 권고'을 통해 국가의 사회보장 최자선을 수립하고 유지할 것을 권고함.
 - 모든 사람에게 필수적인 건강 보호와 기본적인 소득을 보장할 수 있는 수단으로써 상병수당의 중요성을 부각시킴.
- 2015년 9월: 유엔총회는 '2030지속가능개발의제'를 채택
 - 노동시장 불평등 감소
 - 양질의 일자리 확대 고려 (적정 임금과 노동자 기본권을 포하며 사회보장과 사회적 대화 통해 강화하는 방향)
- 세계 사회적 보호 보고서 2017-2019: 사회보장을 위한 9가지 주요 요소 중 상병수당 포함 (ILO, 2017)
 - "상병수당은 경제활동인구에 소득을 보장하는 수단이 되며 나아가 국가의 보편적 건강보장에 기여"

15

II. 국내외 동향

국내 사회보장제도의 한계

대상	유급휴가 (100%)	유급휴가 (70%)	장애보상금
공무원	유급휴가 (100%)	유급휴가 (70%)	장애보상금
업무상 상병 (직장노동자)	근무시 요양급여 (휴업시 유급급여) (70%)	상병보상연금(70%+)	장애보상금(60%)
지역노동자	근무시 요양급여 (휴업시 유급급여) (70%)	상병보상연금(70%+)	장애보상금(60%)
공무원	유급휴가	유급휴가(70%)	
업무상 상병 (직장노동자)	보편적 상병수당		
지역노동자	보편적 상병수당		

상병발생 2개월 6개월 1년 2년 장애발생

• 지역노동자의 업무상상병은 신재보험 임의가입이 가능하여 본 그림과 같이 표시하였으나 실제 가입율은 상당히 낮음
 비금. 현재 실시되지 않는 제도
 선별적 유급병가 보편적 상병수당 사업주부담 유급병가(일부)

참고: 정책추진, 2018

16

Ⅲ. 질병으로 인한 빈곤화 실증연구 결과

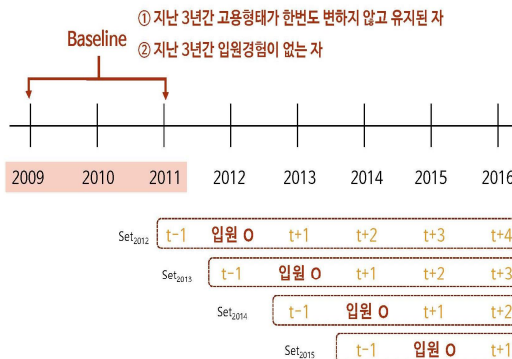
연구자료 및 연구대상, 분석 방법, 분석 결과

Ⅲ. 실증연구결과

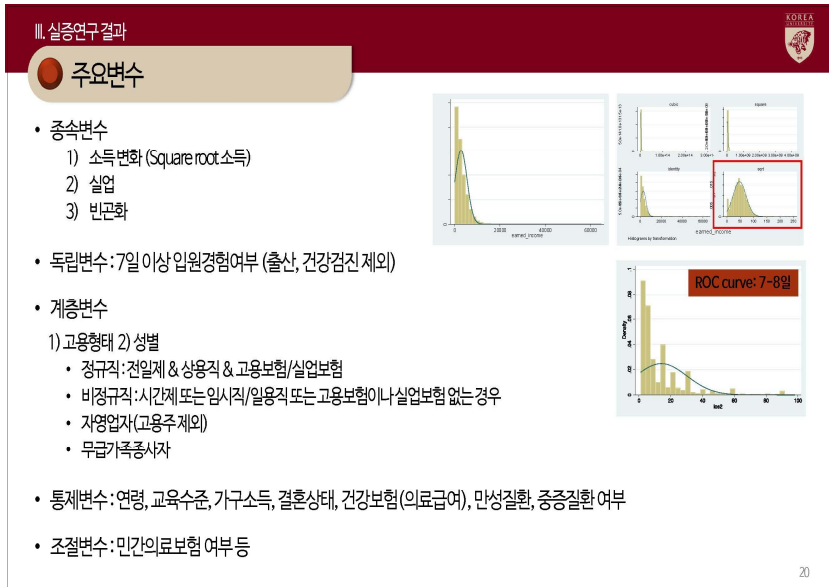
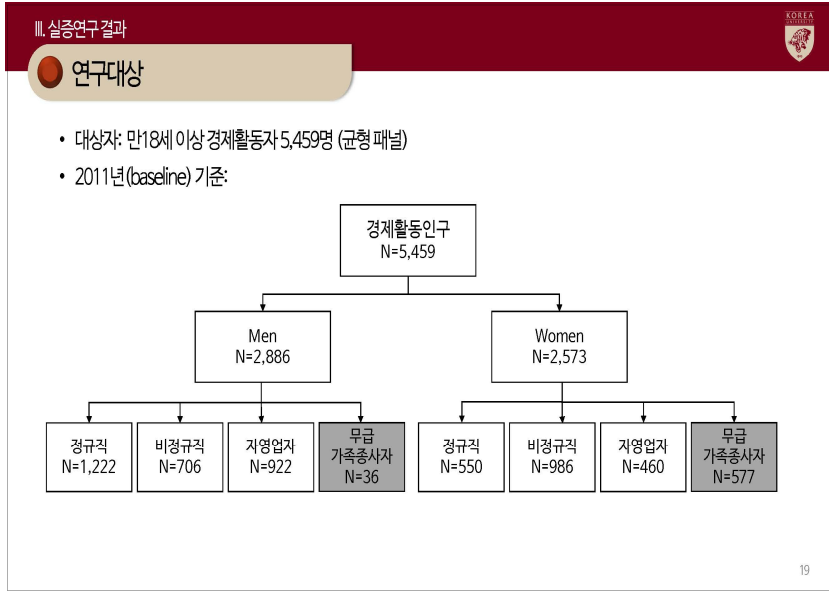


● 연구자료

- 2009-2016년 한국복지패널자료 (총 8개년도)



438 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제



III. 실증연구결과



분석결과

소득 상실	남자									여자											
	정규직			비정규직			자영업자			정규직			비정규직			자영업자					
	β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p	β	SE	p			
Hospitalization																					
No (ref)	1			1			1			1			1			1			1		
Yes (≥7days)	0.28	0.81	0.731	-1.98	0.95	0.036	-1.64	0.81	0.042	0.77	1.56	0.626	-3.11	0.58	<.001	-2.64	0.81	0.001			
Adjusted R ²	11.51%			27.10%			35.48%			7.27%			18.05%			20.50%					

*보장번호·연령, 교육수준, 가구소득, 결혼상태, 건강보험(의료급여), 만성질환, 중증질환 여부

- 비정규직과 자영업자에서 입원 경험(7일 이상)에 따른 소득상실이 유의미하게 발생함.
- 남성보다 여성에서 입원 경험에 따른 소득상실의 영향력이 더욱 큼.

실업	남자									여자											
	정규직			비정규직			자영업자			정규직			비정규직			자영업자					
	OR	SE	p	OR	SE	p	OR	SE	p	OR	SE	p	OR	SE	p	OR	SE	p			
Hospitalization																					
No (ref)	1			1			1			1			1			1			1		
Yes (≥7days)	1.06	0.72	0.083	4.51	0.93	<.001	3.02	0.56	<.001	3.25	1.12	0.001	3.34	0.54	<.001	2.25	0.47	<.001			

*보장번호·연령, 교육수준, 가구소득, 결혼상태, 건강보험(의료급여), 만성질환, 중증질환 여부

- 비정규직과 자영업자에서 입원 경험(7일 이상)에 따른 실업의 가능성이 높음.
- 여성은 정규직의 경우에도 입원 경험에 따른 실업의 가능성이 발생함.

III. 실증연구결과



분석결과

빈곤화 (set ₂₀₁₃)	남자									여자											
	정규직			비정규직			자영업자			정규직			비정규직			자영업자					
	RR	SE	p	RR	SE	p	RR	SE	p	RR	SE	p	RR	SE	p	RR	SE	p			
Hospitalization																					
No (ref)	1			1			1			1			1			1			1		
Yes (≥7days)	2.33	2.45	0.418	0.94	0.48	0.473	2.55	0.99	0.016	4.32	3.35	0.041	3.11	1.63	0.031	1.88	1.17	0.460			
Adjusted R ²	3.7%			3.0%			5.6%			17.4%			7.1%			6.7%					

*보장번호·연령, 교육수준, 가구소득, 결혼상태, 건강보험(의료급여), 만성질환, 중증질환 여부

- 남성의 경우, 자영업자는 입원 경험(7일 이상)에 따른 빈곤화의 가능성이 큼.
- 여성의 경우 정규직과 비정규직에서 입원 경험에 따른 빈곤화의 가능성이 큼.

IV. 국외사례 검토

OECD 국의 상병수당 제도; 미국의 유급병가 제도

IV. 국외사례 검토



상병수당에 대한 ILO 기준

- 세계노동기구는 상병수당과 관련하여
 - ① 최저기준협약(제 102호 협약)
 - ② 상병급여협약(제 130호 협약)
 - ③ 상병급여권고(제 134호)
 세 가지 기준을 제시하였음.

분류	내용
제정년도	1952년
적용범위	최저기준협약: 근로자 중 50% 이상/ 경제활동인구 중 20% 이상 상병급여협약: 모든 근로자/ 경제활동인구 중 75% 이상 상병급여권고: 임시직 근로자, 그 가족, 모든 경제활동인구
수급요건	최저기준협약: 남용 여제를 위한 수급자격 획득기간 필요 상병급여협약: 수급자격 획득기간 입법화 가능
급여기간	원칙적으로 수급기간은 사고 전 기간 최저기준협약: 최저 26주 이상으로 제한 가능 상병급여협약: 최저 52주 이상으로 제한 가능
급여액	최저기준협약: 이전 소득의 45% (4인 가족 기준) 상병급여협약: 이전 소득의 60% (4인 가족 기준) 상병급여권고: 이전 소득의 66.67% (4인 가족 기준)
재원	보험방식, 조세방식, 혼합방식 중 어느 것으로도 실시 가능 근로자가 부담하는 보험기여액은 50% 이하로 제한

IV. 국외사례 검토



● OECD국의 상병수당제도

• 주요국의 상병수당 제도는 주로 유급병가 소진 후, 상병수당을 지급하는 이중 지불체제로 설계되어 있음.

		호주	오스트리아	벨기에	덴마크	캐나다	핀란드	프랑스	독일	그리스	아이슬란드	아일랜드	
유급병가	도입시기	1996	2007	2007	-	-	-	-	1994	-	1979	1994	
	수혜기간	10월	6주 추가휴가가능 (50%기준)	회이탈과 4주 불응과 2주	사기 2주				9월	6주	2주	12월/1년	X
	대입률수	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	
	급여수준	100%	100%	100%	100%		100%		100%	100%	100%	100%	
상병수당	수혜기간		52주	1년	52주	15주	300일	1년	70주/1년	100일-220일	52주	52주	
	대입률수		3월	1일	X	14일	X	3일	X	3일	14일	3일	
	급여수준		50%	60%	61.7%	55%	92.7%	90%	70%	90.5%	13.5%	36.6%	

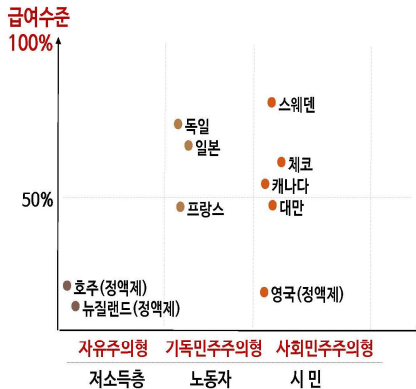
		이탈리아	일본	룩셈부르크	네덜란드	뉴질랜드	노르웨이	스페인	스웨덴	스위스	영국
유급병가	도입시기	-	1922	2008	-	2003	-	-	1955	-	1955
	수혜기간			7월	2년	5월/1년	16일	16일	14일	3주	28주
	대입률수	X	X	X	X	X	X	X	19일	X	39일
	급여수준			100%	70%	100%	100%	60%	80%	100%	수당보 75/40
상병수당	수혜기간	20일 /20-180일	18개월	유연 유급병가 중 80%를 시 회보장에서 지급			52주	16일-20일 /21일-1년반	~368일 /-550일	X	13주
	대입률수	3일	3일				X	3일	X		3일
	급여수준	50%/66.7%	60%				100%	60%/75%	80%/75%		주당 6,75/40

출처: Center for economic and policy research, 2009

IV. 국외사례 검토



● OECD 상병수당제도 유형화



각국가는 제도 도입의 목적과 근거, 관리 운영 체계, 자격기준과 적용대상, 급여수준과 기준, 재원조달 등 제도의 운영방식과 특징이 다르며, 이는 상병수당이 사회복지의 제도화된 형태로 보고 복지의 유형에 따라 상병수당 레짐을 분류할 수 있음.

442 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

IV. 국외사례 검토

미국의 유급병가제도

- 미국은 일부 주에서 법적으로 사업장에서 유급병가를 제공하도록 강제하고 있음.

	코네티컷	캘리포니아	메사추세츠	오리건	워싱턴	버몬트	메리저나	로드 아일랜드
명칭	Paid Sick Leave	Paid Sick Leave	Earned Sick Leave	Sick Leave	Paid Sick Leave	Earned Sick Time	Paid Sick Day	Paid Sick Leave
도입시기	2012년	2015년	2015년	2016년	2014년개정	2017년	2017년	2018년
담당기관	주노동부	노동기준및집행부	주법무부	주노동산업부	주노동서비스부	주노동부	주산업위원회	노동교육부
지급대상	50인 이상 사업체 고용주 (서비스직 포함, 제조업과 비영리 제외)	30일 이상 근무한 직원	메사추세츠주에서 근무하는 대부분의 근로자	오리건주에서 근무하는 대부분의 근로자 (자영업 제외)	워싱턴주에서 근무하는 대부분의 근로자 (자영업 포함)	1년 기준 주당 18시간 이상 근무한 직원	메리저나주에서 근무하는 대부분의 근로자	로드 아일랜드주에서 근무하는 대부분의 근로자
지급기간	매 40시간 근무마다 최소 1시간의 병가가 발생	매 30시간 근무마다 최소 1시간의 병가가 발생	매 30시간 근무마다 최소 1시간의 병가가 발생	매 30시간 근무마다 최소 1시간의 병가가 발생	기업 규모에 따라 차등 적용됨	매 52시간 근무마다 최소 1시간의 병가가 발생	매 30시간 근무마다 최소 1시간의 병가가 발생	매 35시간 근무마다 최소 1시간의 병가가 발생
지급금액	정상급	정상급	정상급	정상급	정상급	정상급	정상급	정상급
돌봄범위	본인, 자녀, 배우자	본인, 자녀, 부모, 손자, 손녀, 동거 파트너, 형제자매	본인, 친, 입양, 돌봄이 필요한 타인의 자녀	본인, 친, 입양, 동생, 배우자의 자녀	본인, 친, 입양, 자녀, 손녀	구체적으로 명시되어 있지 않음.	본인, 친, 입양, 동거 파트너, 돌봄이 필요한 타인의 자녀	본인, 친, 입양, 동거 파트너, 돌봄이 필요한 타인의 자녀
재정	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주	고용주

출처: 미국 노동자 권익 변호 단체 (A Better Balance)에서 제공하는 유급병가 제도 자료. (Overview of Paid Sick Time Laws in the United States, 2016)

27

IV. 국외사례 검토

상병수당, 유급병가의 효과



28

IV. 국외사례 검토



상병수당, 유급병가의의의와특징

- 노동자의 중사상 지위와 무관하게 제도 혜택을 보장
 - 미국 등 국외에서는 정규직뿐 아니라 비정규직, 시간제, 임시직, 서류미비 직원까지도 유급병가 제도를 사용
 - 스웨덴은 자영업자를 위한 상병수당 제도의 시스템화가 별도로 운영되고 있음.
→ 수혜대상을 유연하게 설정하는 것은 제도의 목표가 단지 개별 노동자들의 건강을 보호하고 개선시키는데 있는 것이 아니라, 계층이나 지위에 따라 발현되는 불평등을 해소하여 사회 전반적인 건강 수준을 개선시키고자 한다는 점을 의미함.
- 돌봄휴가 보장
 - 미국의 유급병가 제도에 관한 법령을 살펴보면, 노동자 본인뿐만 아니라 친 자녀, 입양 자녀, 동거파트너의 자녀, 도움이 필요한 타인의 자녀가 돌봄이 필요할 때 적극적으로 제도를 사용할 수 있도록 명시하고 있음.
 - 전 세계적으로 현재 인구 고령화와 여성의 노동시장 참여가 가속화되면서 돌봄이 필요한 가족 구성원들에게 제 때 돌봄을 제공하지 못하는 경우가 늘어나고 있음.
 - 따라서 돌봄 범위를 폭 넓게 설정하여 돌봄 제공을 위한 사회적, 경제적 자원이 부족한 취약 계층이 필요에 따라 돌봄을 충분히 제공할 수 있도록 지원할 필요가 있음.

29

V. 결론 및 함의

실증연구 결과; 국내외 제도검토 결과

30

V. 결론 및 함의



질병으로 인한 빈곤화 실증 연구 결과

- 근로자의 상병(예상하지 못한 입원)은 의료비용 지출 외에도 소득상실과 빈곤화의 발생가능성을 높임.
- 상병 발생 이후, 간접비용인 근로소득의 변화 및 빈곤화, 노동시장 참여에 대한 장기적인 효과를 파악할 수 있음(예정).
 - 고용형태별: 비정규직과 자영업자에서 소득상실과 빈곤화가 유의미하게 나타남.
 - 성별: 남성보다 여성에서 소득상실의 폭이 더 크며, 빈곤화의 가능성이 더욱 높음.
 - 소득수준별: 일반 가구에 비해 빈곤 가구에서 원래의 근로상태에서 이탈할 가능성(실업)을 파악할 수 있음(예정).
 - 빈곤화에 대한 대응전략 분석(예정): 민간의료보험이 의료빈곤화에 효과적인 대응전략이 될 수 있으나, 이는 현재 우리나라의 건강보험제도만으로 질병에 의한 빈곤위험이 예방될 수 없다는 한계점을 보여줌 (김창오, 2019).

V. 결론 및 함의



국내외제도 검토 결과

- 우리나라 근로자들은 업무의 상병시 보장의 사각지대가 존재함.
 - 특히 비정규직과 자영업자 등 취약근로자는 상병시 소득을 보장해주는 제도가 없을 뿐만 아니라, 기본적인 사회보장제도인 산재보험과 고용보험에도 가입을 하지 않은 경우가 대다수라는 점에서 보호가 시급함.
 - 대부분의 OECD 국은 유급병가와 상병수당 제도로 소득 상실을 보전하기 위한 제도화가 되어 있고, 상병수당제도가 없는 미국은 주 차원에서 유급병가를 법으로 강제화하여 근로자들의 소득 상실 및 빈곤화를 보호하고 있음.
 - 국외의 상병수당 제도들은 각기 그 나라의 정치적, 사회적, 제도적 특성에 따라 다른 형태를 지님.
 - 상병수당 및 유급병가의 법 강제여부, 급여대상, 급여방식(정액/정률의 현금급여, 프로그램), 급여수준(소득대체율), 수급자격 및 수급기간, 대기일수 등을 활용하여 복지국가레짐 유형화를 할 수 있음.
 - 기존 복지국가 유형과 일치 여부 확인 및 유형화 (진행 중) → 사회민주주의, 기독교민주주의, 자유주의 유형
- ⇒ 우리나라가 소득보전제도를 마련하기 위한 방향성과 적절한 제도의 형태를 제시할 수 있음.



참고문헌

1. 강동욱. (2010). 질병 또는 장애가 종교행사의 경제상태에 미치는 종단적 영향: 장애와 기공. 20(4), 207-235
2. 국립암센터. 보도자료. (2008).
3. 김기태, & 이승윤. (2018). 한국공격성병수당 도입을 위한 제도 비교 연구 및 정책 제언. 한국사회복지정책학회, 45(1), 149-177
4. 김대환, & 강성호. (2015). 중증질환으로 인한 소득상실리스크와 정책적 시사점. 보험학회지, 102, 39-57.
5. 김중수. (2016). 상병급여제도에 관한 소고. 사회복지법연구, 5(1), 1-29.
6. 노대명, 이현주, 강신욱, 강은정, 전지현, 이은혜. (2009). 사회통합을 위한 과제 및 추진 전략. 경제인문사회연구회 - 한국보건사회연구원
7. 류영아. (2014). 부산시 정신건강사업과 자살예방. 한국지방정부학회 학술발표논문집, 2014(1), 403-420.
8. 문화일보. (2010). 암환자의 직업상실.
9. 배그린, 문정화, & 강민아. (2017). 한국인의 건강불안정성 요인에 대한 탐색적 연구. 보건사회연구, 37(4), 146-178.
10. 신기철. (2011). 상병소득보장제도 총실행방안 연구 -급여소득자를 중심으로. 사회보장연구, 27(1), 133-156.
11. 임준. (2017). 우리나라 건강보험 상병수당제도 도입에 관한 검토. Paper presented at the 제(회)한자포럼 건강보험, 아프리카 상병수당, 서울.
12. 정형준. (2017). 상병수당 도입의 필요성. 월간 복지동향(222), 10-17.
13. 정혜주, 손민성 등. (2018). 사회적응비급여분식 및 보장성 강화 전략 수립: 서울형 유급 병가와 혁신적 의료보장정책을 중심으로. 서울시 공공보건의료재단.
14. 최인덕, & 김진수. (2007). 상병수당제도 도입방안 연구 -제도 설계와 재정요를 중심으로. 사회복지연구, 23(2), 221-2
15. ILO. (2017). ESS Extension of Social Security - Paid sick leave: Incidence, patterns and expenditure in times of crises.
16. ILO. (2017). WORLD SOCIAL PROTECTION REPORT - Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals.
17. J. Heymann, H. Jin, J. Schmitt, A. Earle. (2009). Contagion Nation: A Comparison of Paid Sick Day Policies in 22 Countries. Center for Economic and Policy Research.
18. Mohtyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of fines and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? Social Science and Medicine, 62(4), 858-865.
19. Williams, C.C., & Lapeyre, F. (2017). "Dependent self-employment: Trends, challenges and policy responses in the EU." EMPLOYMENT Working Paper No. 228. International Labour Office, Geneva, Switzerland.

감사합니다

정혜주 hpolicy@korea.ac.kr

손민성 minsinge@cuk.edu

나. (토의) 질병 발생과 빈곤화 대응 관점과 사례

□ 질병 발생의 빈곤화에 대한 정책 대응 관점

- 상병수당의 기본 취지는 ‘노동자의 권리’로, 아플 때 소득 상실을 겪지 않고 쉴 수 있는 권리임. 서울시 유급병가제도 개발 초기에는 시민의 권리로서 접근하여 건강보험 지역가입자를 대상으로 삼고자 하였으나, 최종적으로는 저소득층(중위소득 100% 이하)을 대상으로 생계 보장 목적으로 하는 형태로 시행되었음.
- 논의를 위해 우선 용어의 정의부터 명확히 할 필요가 있음. 상병수당과 유급병가제도는 차이가 있는데, 상병수당(sickness benefit)은 고용 상태와는 관계없이 사회 안전망으로서 기능하는 제도이며 사회보험이나 사회부조, 혹은 기업주에게 유급병가로 강제하는 등 여러 가지 방식을 취할 수 있음.
 - 일례로 일본은 건강보험이 의료비 보장과 질병으로 인한 간접 손실 보상의 역할을 모두 담당하는 것으로 보고 건강보험제도 내에서 상병수당을 지원하고 있으며, OECD 회원국 중 약 11개국에서 건강보험제도로 이를 운영하고 있음.
- 발표 내용에 대해서 원인과 결과, 그리고 우리가 추구하는 제도의 목적에 대한 정리가 필요할 것으로 보임. 이 연구의 정책 대응 방향이 복지 사각지대로 인한 통상적 소득보장을 추구하는 것인지, 아니면 구성원의 건강보장을 추구하는 것인지를 명확히 정리하였으면 함. 통상적 소득보장을 목적으로 한다면 소득 상실의 강도가 증가 이후로 진행될 경우 다른 사회보호제도(기초생활보장)나 사회보험(실업급여)과 중복될 수 있음. 구성원의 건강보장을 목표로 한다면 발표 내용에서 질병 이환 전후 소득 변화뿐 아니라 소득

상실이 일어나지 않더라도 건강이 악화된 경우도 분석 대상에 포함하여야 할 것임.

- 상병수당은 일차적으로 '소득보전'을 목적으로 하고 이를 통해 건강 상태가 회복될 것으로 기대한다는 측면에서 이 발표에서는 예상치 못한 입원 경험에 따른 소득 수준 변화(health poverty trap)에 집중하였음.
- 미국은 유급병가가 이미 기업의 자발적 복지정책으로 정착되어 있는데, 최근 주정부 차원에서 해당 제도를 도입하는 주 목적은 사업장에서의 감염 위험에 대응하는 것임.

□ 소득보전의 사각지대와 제도 신설의 필요성

- 현행 소득보장 체계는 국민연금과 실업수당, 공공부조의 큰 틀에서 이루어지고 있는데 국민연금은 퇴직 후에, 실업수당과 공공부조는 근로 가능 연령에만 해당함. 이 세 가지 제도가 커버하지 못하는 부분에 대해서는 제도 신설의 필요성이 있기도 할 것임.
- 현재는 근로기준법에서 유급병가를 전적으로 보장하지 못하고 있음. 공공 부문에서는 유급병가를 주지만 민간 부문에서는 단체협약이 없으면 보장받지 못함.
 - 소득 파악이 되지 않고 사회보험 가입률도 낮은 무급 가족종사자, 사업자 등록이 되지 않은 사업장 등 비공식 노동자와 특수고용직의 경우에는 제도화가 더욱 어려운 상황임.
- 만일 질병 발생에 따른 소득보전을 고용자 부담을 기반으로 할 경우, 보편화가 어려울 뿐 아니라 불완전 고용 상태에 있는 그룹의 겹은 더 커질 것임.

- 현재 우리나라는 유급병가에 대해서는 근로기준법에 보장되어 있는 상태이기는 하지만, 실제로 혜택을 받지 못하는 그룹들에 대한 지원이 필요한 상황임. 감염에 대한 영향도 중요한 부분으로, 그러한 측면에서는 자녀돌봄휴가 등도 검토가 필요함. 또 소득 상실에 대한 두려움으로 치료를 미루면 의료비 지출의 효율성에도 좋지 않은 영향을 미칠 것이므로, 필요성은 분명히 있다고 보이기 때문에 이를 어떻게 실행할 수 있을지에 대한 방향으로 논의의 진전이 있으면 함.

□ 질병 발생과 소득보전에 대한 제도 운영 주체와 재원

- 질병 발생 대응의 '적시성' 관점과 고용주와 근로자 간 계약에만 맡겨 두기도 어려운 상황이라면 건강보험제도를 통해 지역가입자에 대한 방안을 마련하는 접근 방식이 적합할 것으로 보임.
- 국외 사례를 살펴보면 유급병가를 법으로 강제하는 국가는 상병 수당제도도 함께 시행하고 있음. 북유럽 국가들은 단협으로 노조에서 정한 복지 기준을 따르고, 그 외 선별 노조에 가입하지 못한 노동자들은 국가에서 보장하는 형태임.
 - 영국과 호주, 뉴질랜드는 기업에서 유급병가를 보장하지 않으면 자산 조사를 기반으로 저소득층에 대해 보장하고 있음. 벨기에에는 자영업자에 대해서는 보장하지 않음. 우리나라는 건강보험 지역가입자를 대상으로 한다면 상세한 자산 조사는 어렵겠지만 보험료 수준으로 소득 수준 추정이 가능할 것임.
- 질병 발생으로 인한 빈곤화 대응 제도의 목적이 소득보전이라면 건강보험을 재원으로 하는 것이 부적합할 수 있음. 그러나 궁극적으로 건강의 회복을 목적으로 본다면 '건강보장'의 맥락으로 판단

할 수도 있을 것이고, 장기적으로 건강 수준의 향상을 통해 재정 효율화에도 기여할 수 있을 것임.

- 현재 국민건강보험법에서는 부가 급여로 상병수당을 지급할 수 있다는 내용이 포함되어 있음. 다만 상병수당의 목적이 건강보장이라기보다는 ‘질병 이환→소득 상실→빈곤화’의 고리에서 소득 상실로 인한 빈곤화를 예방하고자 하는 것, 즉 근로자의 소득보전이라고 판단됨.

- 또한 현재 보장성 강화로 인해 재정 여력도 좋지 않은 상황에서 건강보험이 소득보장을 담당할 필요에 대해 의문임. 산재보험이나 고용보험 등이 더 적합할 수 있을 것임.

- 재정 지속가능성의 문제는 제도의 상세 사항을 정의하기 나름이라고 생각함. 유럽은 기업의 유급병가 기간을 14주로 제한하기도 하고, 연금제도에서 장애보험과 같이 중증 환자에 대해서만 소득보전을 하도록 한다면 재정에는 영향이 크지 않을 것임.

- 미국은 1년간의 무급병가를 우선 법제화하고, 이후는 단협을 통해 유급병가 도입 비중을 높여 나가도록 하고 있음. 우리나라는 현재 민간 의료보험이 그러한 역할을 대체하고 있는 상황임.

다. 논의 결과

☞ 근로자의 권리로서의 접근

- 이 논의에서의 기본적인 접근 방식은 현상적으로 근로자와 비근로자에 대한 보장의 격차가 아닌, 근로 능력자와 무능력자의 구분에서 근로 능력자에게 질병이 발생할 때의 소득보전일 것이고, 근로 능력이 아플 때 소득 상실에 대한 염려 없이 쉴 수 있는 권리라는 측면으로 접근할 필요가 있음.

☞ 법적 기반에도 불구하고 제도 수혜의 집단별 불균형 괴리 존재

- 현재 유급병가는 근로기준법에 명시되어 있으나 실제로 공공-민간 부문 간, 정규 노동자-비정규 노동자 간, 임금 근로자-자영자 간, 기업 규모별 등 사업장의 특성과 근로 형태에 따라 질병 발생 시 소득보전 가부에 차이가 있고, 근로자 개인 차원의 대비(민간 보험 가입 등)가 그 위험을 일정 부분 부담하고 있는 상황임.

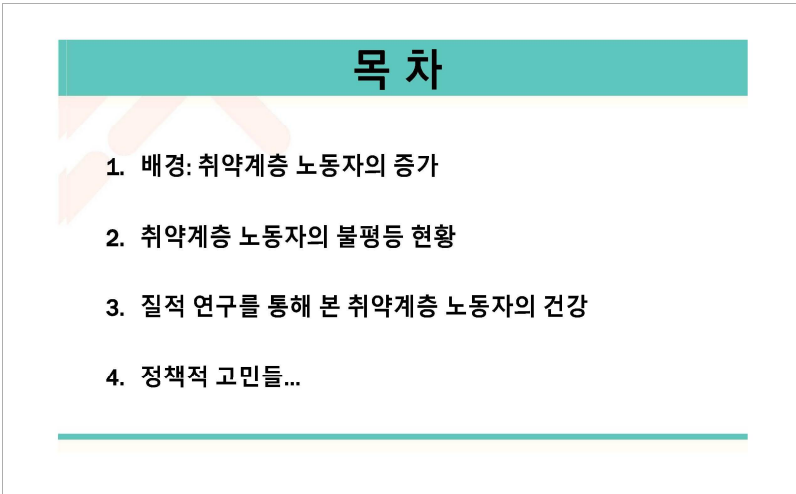
☞ 운영 주체와 재원에 대한 심층적 검토 필요성

- 상병수당의 지급 가능성은 국민건강보험법에 포함되어 있어 법적 기반은 마련되어 있으나, 실제 실행될 제도의 목적과 대상 집단, 그 내용에 따라 규범적으로 운영 및 부담 주체가 달라질 수 있어 이러한 사항에 대한 면밀한 검토와 함께 행정적 효율성 등 추가 기준에 대한 고려와 사회적 협의 필요.
- 제도 시행 시 우려되는 소득보장제도의 중복이나 도덕적 해이, 재정적 위험에 대해서는 선진국을 참고하여 설계 단계에서 대상과 기간을 정교하게 하는 과정을 통해 일정 부분 해결할 수 있을 것임.

3. 제2차 포럼: 정책 개입이 필요한 집단의 검토

가. (발제) 질적 연구를 통해 본 서울 지역 취약계층 노동자의 건강 실태

김재민(서울노동권익센터), 차선화(강원도공공보건의료지원단)



1. 배경: 취약계층 노동자의 증가

• 서비스업의 집중과 노동유연화

- 노동시장 양극화와 수렴적 유연화- 고용불안정의 증가
- 특수고용, 모호한 고용관계(Ambiguous employment Relations)의 증가
- Pierson, 1994; Krugman, 1996; Kalleberg, 2009; 조돈문 외 2016; 이주희 외, 2015) 등

• 다차원적 불평등(multiple inequality, intersectionality...)

- 소득, 자산, 교육, 주거, 문화, 건강, 성별, 인종, 연령 등 다차원적 요인의 체계적 중첩
- Atkinson, 1970; Atkins & Bourguignon, 1982; Sen, 1980; Hankivsky, 2014; 신광영, 2013; 전병우 외 2016; 황규성 외, 2017 등

• 플랫폼 노동의 등장(platform labor)

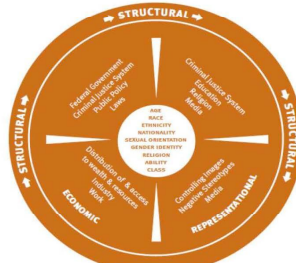
- O2O(online to offline) 서비스 증가, 새로운 형태의 독립계약자 증가
- 에어비앤비, 우버, 대리운전, 배달의 민족, 타다, 대리주부 등
- 하층계급에 불리하고 상층계급에 유리(Schor, 2017)
- 불법적이거나 위험한 상황에 채용됨(Ravenelle, 2016, 2017)
- 플랫폼 운영 및 과업 할당 권한을 가진 사용자의 독립계약자 정보의 비대칭성(Schor, 2015)

1. 배경: 취약계층 노동자의 증가

다차원적 불평등(교차성): 다양한 요인들이 교차하면서 사회 권력, 경제, 문화 불평등 시스템을 만듦



Intersectionality displayed in Wheel Diagram(Criaw, 2009)

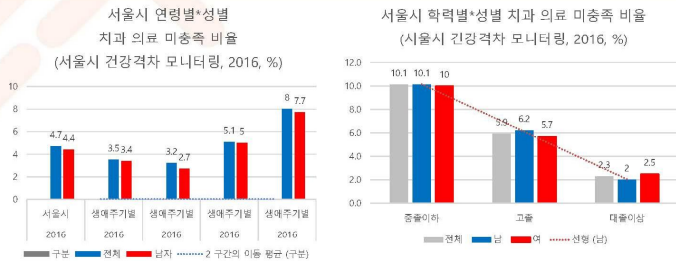


The Intersectional Approach Model for policy & Social Change (Mason, 2010)

1. 배경: 취약계층 노동자의 증가

- 문제 1: 취약계층 노동자의 고용불안정성이 건강에 미치는 영향은?
- 문제 2: 취약계층 노동자의 건강은 기존 사회안전망 시스템에서 어떻게 배제되고 있는가?
- 문제 3: 취약계층 노동자의 건강은 어떻게 보호할 수 있을까?

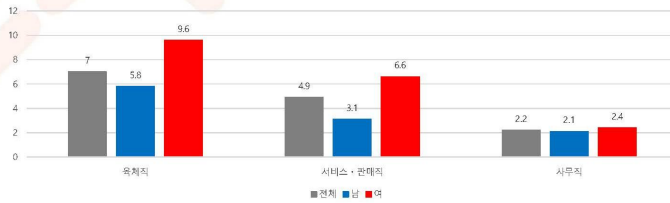
2. 취약계층 노동자의 불평등 현황



- 여성일수록, 연령이 높을수록 치과 미충족 의료비율 높아짐
- 학력이 낮을수록 치과 미충족 의료비율 높아짐

2. 취약계층 노동자의 불평등 현황

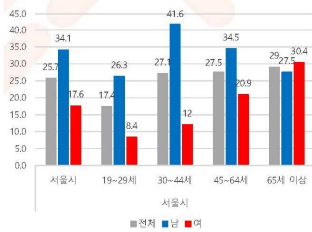
서울시 업종별*성별 치과의료 미충족 의료비율(서울시 건강격차 모니터링, 2016, %)



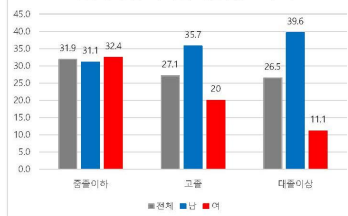
- 육체직, 서비스판매직, 사무직 순으로 치과 미충족 비율이 높음
- 전 업종에서 여성의 치과 미충족 의료비율 높음

2. 취약계층 노동자의 불평등 현황

서울시 성별*연령별 비만율(2016, %)



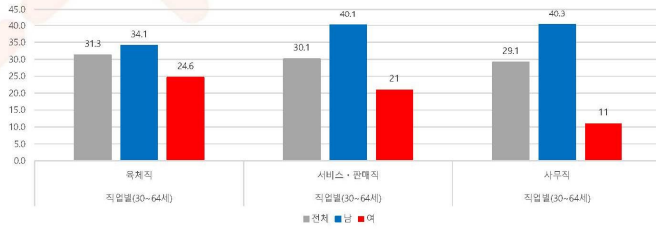
서울시 성별*학력별 비만율(2016, %)



- 여성은 연령이 높을수록, 학력이 낮을수록 비만율이 높아짐
- 남성은 30~44세에서 비만율이 가장 높고, 학력이 높을수록 비만율이 높아짐

2. 취약계층 노동자의 불평등 현황

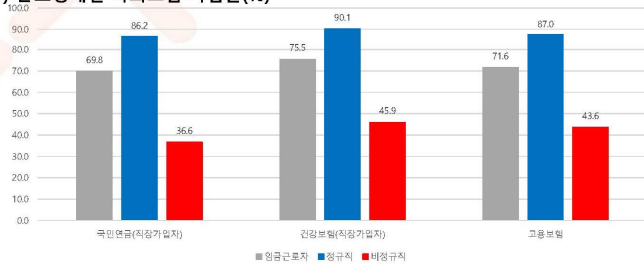
서울시 업종별*성별 비만율(서울시, 2016, %)



- 여성은 육체직>서비스/판매직>사무직 순으로 비만율이 높음
- 남성은 사무직>서비스/판매직>육체직 순으로 비만율이 높음

2. 취약계층 노동자의 불평등 현황

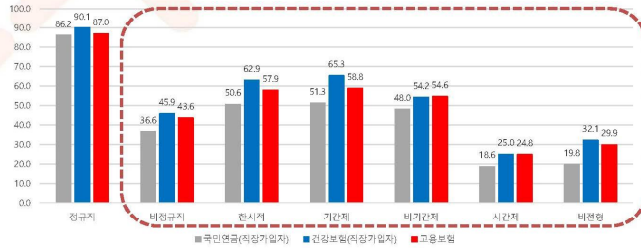
(1) 근로형태별 사회보험 가입율(%)



자료 1. 2018년 8월 경제활동인구 근로형태별 부가 조사.

2. 취약계층 노동자의 불평등 현황

(2) 근로형태별 사회보험 가입률(%)



자료: 1. 2018년 8월 경제활동인구 근로형태별 부가 조사.

2. 취약계층 노동자의 불평등 현황

유노조와 무노조 임금, 일자리의 질 격차



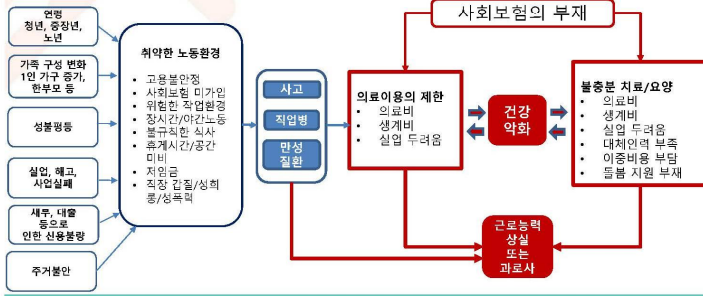
자료: 1. 2016년 8월 경제활동인구 부가 조사, 김혜진 외, 2017 재구성.
 2. 일자리의 질 지수는 사회보험, 임금준수기준, 인사관리, 저임금 노동 해당 여부 합산에 의해 산출된 값임.

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

- 업종별 노동과 건강실태 심층면접조사 결과(2015~2019년 현재)
- 시립병원 비급여 분석 및 보장성 강화 전략수립 질적 자료(정혜주, 차선화 외, 2018)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1) 취약계층 노동자가 아파도 쉬지 못하는 이유(정혜주/차선화 외, 2018 재구성)



3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1-1) 취약 노동계층으로의 유입 요인

구분	내용
연령	<ul style="list-style-type: none"> • 빈곤층 고정층 : 우리는 임금의 1/3만 보니까(최저임금) 70세 이하로 하면 을 사람이 없어요. 현재 74명 중 70세 이하가 한 명이고 만으로 따지면 70까지는 3명, 80대는 안 뽑으려고 해요.(아파트 관리소장, 60대) • 빈곤한 청년층 : 학교를 휴학하고 집에서 독립했어요. 아르바이트로 살아가 할 거 같아요(여성 실업노동자, 20대) 직장 그만두고 유학 준비 중인데 나이가 있다 보니 부끄럽게 손 벌릴 수 없어서 하기 시작했어요.(여성 편의점 노동자, 20대)
가족 구성의 변화 (1인 가구의 증가 등)	<ul style="list-style-type: none"> • 혼자 산지 6년 되었어요. 어머니랑 같이 살다가 어머니가 병원으로 가셨죠(택시기사, 40대) • 별기 중 이예요. 한 2-3년 되었어요(택시기사, 50대) • (남편, 아이와) 따로 살아요. 양육비를 보내죠(육체노동 여성, 30대)
성차별	<ul style="list-style-type: none"> • 도매 남성들은 그걸 잘 못 견디고 워낙 굶어 죽고, 일도 많고, 그린걸 못 견디고 그만두는 경우도 많았고, 거의 여자가 많았죠. 여자가 일을 잘 하고, 성실하고...(주책연구기관 계약직, 20대 여성) • 시집도 못 갔어요? 그냥 일바를 하는 거죠. 간단한 노동으로 지금 먹고 살 수 있는 일을 하는 거죠. 40대 실업 여성들의 고용은 되게 불안해요.(지역아동센터 강사, 여성 40대)
실업, 사업실패	<ul style="list-style-type: none"> • 기사들 중 에서 사용불량 때문에 임금을 계약이체로 못 받는 분들이 한 50%는 되는 거 같아요. 은행 건 해박을 못 받아요(택시기사, 50대)
주거불안	<ul style="list-style-type: none"> • 주변에 고시원, 심지어 사우나에서 자는 사람도 많아요. 정 못 가면 사내 기숙사에서 자기도 하고 휴게실에서 자기도 해요(50대, 택시기사)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

2-1) 열악한 노동환경-1

구분	내용
고용불안정	<ul style="list-style-type: none"> • 인사한지 15일 만에 해고 되었어요. 이유를 물어보니 내을 차체가 안 되어있다는 거예요. 아니 들어온 지 한 달도 안된 재가 세공 연습한다고 글을 어떻게 달라고 해요? 하고 싶었던 기지.(주말리 해고자, 20대) 다음 날 그냥 그만두라고 하면 그만두는 거예요. 비수기라(주말리, 30대) • 애들이 없는 관계로 매대 해면서... 일도 없이... 다음에 부르겠다'라고 얘기를 하고.(판매 영역, 50대 여성) • 여기서 계속 병원에 가야 한다. 그럴 그만둬야 하는 거예요(주말리, 40대) • 근로계약서 안 써요. (2018년 고용노동청 감독 이후) 최근에 쓰긴 해요(주말리, 30대)
사회보험 미가입	<ul style="list-style-type: none"> • 4대 보험은 안 들고 오트바이 보험 보험을 들어요(물류노동자, 20대) • 의료보험은 자식한테 들고, 60대이나 주민연금, 고용보험 해당 되지도 않고 업체에서 일하러 간 짐 물품 보상 보험은 있어요. (가사노동자를 위한) 산재 보험이나 실비보험은 없죠(60대, 가사노동자) • 4대 보험 가입해달라 하면 기다리라는 거예요. 내 손서가 아니니 친체에서 5명만 가입했으면 보험 가입 한 명이면 그냥 그 다음에 (보험을) 들어주는데 그것도 앞에 기다리는 사람이 있으면 또 기다려야 해요(주말리, 30대)
위험한 작업환경	<ul style="list-style-type: none"> • 거의 이륜차 위에서 생활하는 시간들이 많았어요. 그러다 보니 당연히 사고 위험에 다른 직업보다 많이 노출되어 있어요. 뽕글로 그냥 가만히 서있었는데 차가 발동 위로 타워가 지나갔다고 그런 이야기를 들었어요(택시 서비스 노동) • 배운 것을 딱 그 집 개가 허벅지를 물었어요. 다행이 바지가 두꺼워서 만장이지.(음식노동, 20대) • 장산가리 쓰는 거 일초 할 때마다 그 냄새를 다 맡아요. 그뻘 호흡기가 부어요(주말리, 30대) • 기계에 안전장치가 없어요. 여자하면 손이 떨어져서 다지는 거죠(주말리, 40대)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

2-1) 열악한 노동환경-2

구분	내용
장시간/야간노동	<ul style="list-style-type: none"> • (대리기사들이) 야간노동을 하면서도 노동시간이 보통 9시간 정도 되는데 복식을 뿌리시거나 경제적으로 빚을 갚아야 하거나 해서 돈을 많이 벌어야 할 경우에 10시간, 12시간 그리고 아니면 이제 주간에도 특송을 할 수 있어요. 그렇게 되면 하루에 한 알, 뒤에 두 시간씩만 잠깐 주루시고 밤낮으로 일을 하시는 분들이 계세요.(대리운전노조)
불규칙한 식사	<ul style="list-style-type: none"> • 새벽 일 끝나고 오면 완전히 피곤지가 되어서 오니까 밥을 먹어야 되는데 피곤지가 됐을 때 밥맛이 없어요. 바로 죽 쓰러져서 자면 한 끼 굶는 거예요. 그러다 보면 낮에 한 번 깨면 잠도 안 오잖아요. 그러다 보니까 굶고 그러다 보니까 내가 물론 매그프레 사들이 밥을 먹어야 되는데 사람이 밥 먹을 횡도 없는 거예요.(대리운전기사) • 거의 먹지 않아요. 맛도 없어요(음식배달, 20대)
휴게시간, 휴게 공간 미비	<ul style="list-style-type: none"> • 병원은 점심시간에 가요. 연차 못써요.(주일리 제조업 노동자, 30대) • 단은 2중 매장 의자를 틀어서 잤어요.(대스트푸드 야간 노동자, 20대) • 길거리에서 쉬어요. 그런데 그것도 오래 못 쉬어요.(배달 등 다른 남성) 노동자들이 희롱하고 괴롭히(아우르트 판매, 50대) • 길거리에서 쉬지도 못 해요. 거의 하루 종일 깔이 나와요.(플랫폼 배달노동, 50대)
저임금	<ul style="list-style-type: none"> • 권, 열여덟 살 때 같은 경우에, 그 때 당시 최저임금이 5210원이었을 거예요. 그 때, 시간당 9천원을 주겠다고 했어요, 배달이, 그 개서 연약을 해 보니까, 시, 일만 금년도 숙였구요, 연락해보니까 마 지허 구친 월 마디 오천원이 다 이라고(음식배달, 20대) • (알유버 불기 위해) 새벽에는 녹음배달 하고 낮에는 가운 시크너에서 일도 하고요(녹음배달 여성, 30대) • 최저임금에 맞출라니까 휴게시간을 늘린 거죠(아파트 관리소장)
직장갑질/성희롱/성폭력	<ul style="list-style-type: none"> • (미성년자로 웨딩홀에서 일할 때) 육을 그냥, 진짜 뉴스에서 볼 듯한 그런 육도 있죠? 정말 뉴스 로만 현하던...직장상사의 갑질 이린 것 마냥 육을 진짜 심하게 해요(음식배달, 20대) • 방문 시 성폭력 등에서 안전을 위한 2인 1조를 요구하며 울산에서 피업을 벌이고 있는 가스검진 여성노동자

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1-3) 아픈 노동자들

구분	내용
사고위험	<ul style="list-style-type: none"> • 검침을 하다가 미끄러져서 넘어졌는데, 지도 놓였어요. 만약에 앞 배가 부러져서 그게 내장을 찢었더라면 내가 죽을 수도 있는 상황이더라고요. 근데 나는 칼비퍼와 칼비퍼를 연결하는 물중배 세 계가 파열이 되고, 5.6번 칼비퍼가 금이 갔거든요. (가스검침원) • 지체가 80대는 안 좋는데 작년에 지하실에서 넘어져 죽었어요. 77~78세 인가 그랬는데 발견이 되어 가지고요.(아파트 관리소장)
직업병	<ul style="list-style-type: none"> • 다리, 허리, 팔, 몸으로 때우는 거니까 이렇게 다니면서 다 울고 두고 해야 되니까 아무래도 그렇죠. 저는 인제 허리 이 린 데는 웬날 아프죠. 신봉제 사서 먹고 파스 붙이고 근데 이제 손가락이 많이 아파요. 저는 성격이 좀 꼼꼼해가지고 막 파는 스티일이야, 근데 가지고 손가락이 이렇게 약해, (기사노동자) • 귀를 손을 두들 깎아서 지저지고 악고 억지로 보따 보면 눈이 아프고 시리요, 안구건조증이 와요. 그래서 오래하기가 쉽지 않 은데 방법이 없어요.(주일리 노동자, 40대) • 청산가리를 많이 쓰고 숨을 쉴 수 밖에 없는데...그게 한 20년 되니 제 몸에 미치는 영향이 많지 궁금해요. 아직은 알 수 없어요. 건강검진은 안 해왔으니(주일리 노동자, 40대) • 보석을 연마하다 보니 분진가루로 인해 진폐증에 걸린 경우가 있어요(주일리 사업주, 70대)
만성질환	<ul style="list-style-type: none"> • 지금 뭐 이겨, 우리 직종이, 아무래도 좀 고령화잖아요. 그러다보니까 관절이 라든가, 허리라든가 불편하신 분들이 많아요, 보시다시피, 30대가 거의 없었거든요.(건설노동자)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1-3) 의료이용의 제한

구분	내용
의료비 제한	<ul style="list-style-type: none"> • 지금 정기검진 안 받으신 한 10년도 넘은 것 같아요. 받아야 되는데, 받으려 갈 시간도 그렇고, 아까 얘기했듯이 몸이 큰 병 있으면 어떡하나 불안해가지고, 고혈압도 있고 그러니까 항상 불안한 거야, 이제는 출애는 또 나왔더라고요, 받으라 그래 갖고, 받긴 받아야 되는데, 그냥 불안하죠. (대리기사) • 치료치료를 받고 싶어요. (비싸서 치료 받지 못해) 내 주변에 다 이가 없어요.(택시기사, 50대) • 직장건강검진은 받아본 적 없어요.(수일리 노동자)
생계비 제한	<ul style="list-style-type: none"> • 무조건 생계비죠. 헛다 그래서 어디서 돈 10만원이 나오고 그런 게 아니고, 무조건 저희는 일용직 노가다 랭 똑같이 하루 나가서 하루 벌고 들어오는 사람들이라서 하루를 쉬게 되면 그 영향이 엄청 크죠.” (노정삼) • 아까도 말했지만 (채우르 인해 본인 계좌를 못쓰고) 제 동생계좌로 옮겨가지(음식배달, 50대)
실업(거래처 상실) 두려움	<ul style="list-style-type: none"> • 장사를 하다 보면 거래처의 문제가 많아요. 이게 각자 적중마다 들리지만 한 70%이상은 다 배달이거든요. 그리고 한 30% 정도는 지치고(소매), 그러면 그럴 경우에는 아파도 쉬질 못해요. 슬직한 애기로 이번에 제가 독감을 심하게 걸렸는데도 집에 못 가고, 가게서 알고 있다가 오면 (배달)가야 돼요. (시장상인)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1-4) 불충분한 치료/양양-1

구분	내용
임시방편 식 치료	<ul style="list-style-type: none"> • 지도 과거에 그래 본적이 있는데, 일하다가 (다치서), 병원비는 계속 나올 것 같고 그래서 응급처치만 받고, 퇴원해서 집에서 약을치료 못하고, 뼈가 부러지면 움직이지 않고(오양)하는 수밖에 없는데, 병원에서 최소 3주간 안정을 위해서 입원치료를 받아라 라고 얘기하는데, 그동안 병원비가 너무 나오기 때문에 그냥 퇴원에서 집에서 요양하고 그런 경우가 비일비재했죠. (택시서비스 노조) • (수술하기 전에) 수술을 세 번을 했어요. 세 번을 하고 이제 더 이상 수술 안 되서 마지막으로 수술을 한 건데, 수술할 때마다 두 달씩 쉬면서 하라고 했는데, 먹고 살아가야 되는데 일주일 만에 퇴원하고 나서 일하고 그러다 보니까 계속 병을 키워 갔고... (노정삼)
생계비 조달	<ul style="list-style-type: none"> • 내가 아낄 수 있는 부분과, 고정적으로 들어가는 부분이 있는 거잖아요. 그래서 이제 그런 걸 아낄 수 없이, 제3금융권이라고 해야 되나, 일수를 쓴다든가, 대출도 이제 고금리대출을 (받는 거지). (택시서비스 노조) • 없어서 뭐 그냥 간신히, 중간에 뭐 빌리고 이런 것도 없지. 텔레마켓 하면서 좀 모아 놓은 거 있어요. (보통결제사) • 우리끼리 오래 됐으니까 서로 의지하고 빌려 쓰고(노정삼 여성)
실업(거래처 상실) 두려움	<ul style="list-style-type: none"> • 대리 기사 중 심각한 사람들이 한 20% 정도는 전혀 주위에 도움 받지 못한 사람들이 있어요. 대리운전하면서 야간에 일을 하니 친구들 지인 관계는 굉장히 많이 끊길 수 밖에 없어요(대리기사)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1-4) 불충분한 치료/요양-1

구분	내용
임시방편 식 치료	<ul style="list-style-type: none"> • 지도 과거에 그레 분척이 있는데, 일하다가 (다쳐서), 병원은 계속 나올 것 같고 그래서 응급처치만 받고, 병원에서 집에서 약을 치료 받고, 병가 부러지면 출퇴근하지 않고(요양)하는 수밖에 없는데, 병원에서는 최소 3주간 안정을 위해서 입원치료를 받아야 한다고 얘기하는데, 그 동안 병원이 너무 나오기 때문에 그냥 퇴원해서 집에서 요양하고 그런 경우들이 비일비재했죠. (확 서비스 노츠) • (수술하기 전에) 시술을 세 번을 했어요. 세 번을 하고 이제 더 이상 시술로 안 되서 마지막으로 수술을 한 건데, 시술할 때마다 두 달씩 쉬면서 하라고 했는데, 먹고 살아야 하는데 일주일 만에 퇴원하고 나서 일하고 그러다 보니까 계속 병을 키워 갖고... (노정상)
생계비 조달	<ul style="list-style-type: none"> • 내가 아플 수 있는 부분과, 고정적으로 들어가는 부분이 있는 거잖아요. 그래서 이제 그런 걸 어쩔 수 없이, 제3금융권이라고 해야 되나, 일수를 쓴다든가, 대출도 이제 고금리대출을 (받는 거지), (핵서비스 노츠) • 없어서 뭐 그냥 간신히, 중간에 뭐 빌리고 이런 것도 없지. 텔레마켓터 하면서 좀 모아 놓은 거 있어요. (보형설계사) • 우리끼리 오래 했으니까 서로 의지하고 빌려 쓰고(노정상 여성)
실업(거래처 상실) 두려움	<ul style="list-style-type: none"> • 대리 기사 중 심각한 사람들이 한 20% 정도는 전혀 주위에 도움 받지 힘든 사람들이 있어요. 대리운전 하면서 야간에 일을 하니 친구들 지인 관계는 굉장히 많이 끊길 수밖에 없어요(대리기사)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1-4) 불충분한 치료/요양-2

구분	내용
실업의 위험	<ul style="list-style-type: none"> • 만약에 다쳤을 때 병원에서 통원없이 한 달 쉬려도, 두 달 쉬려도 그러면 우리가 그렇게 쉬게 되면 고객들이 다 끊기거든요 그렇게 되면 다른 분(기사노동자)이 들어가 버리지 그렇게 되면 우리는 또 새로운 사람 만나야 되는 거야. 새로운 사람 만난다는 게 참 어려워요." (기사노동자)
대체인력의 필요	<ul style="list-style-type: none"> • 저희 지점에 예전에 어떤 선생님이 여기 빠가 나왔어요. 손목의 빠가 산산조각이 난 거죠. 일을 할 수가 없는데, 교실 대체할 수 있는 분들이 없는 거예요. 한 일주일 정도는 관리자들이 교체만 돌리고 나머지 선생님들은 강의를 하고 수업을 다녔어요. (학습지도사)
이중 비용 부담	<ul style="list-style-type: none"> • 사실은 택배 같은 경우 일 못하게 되면, 어쨌든 그 물량을 소화해야 하거든요. 그럴 때 동료들의 도움을 받거나, 다른 배송수단, 우리는 흔히 용지라고 얘기를 하는데, 용차를 이용해서 배송을 하는데 그게 자기가 원래 받는 배송 건당 수수료보다 두 배 정도 돼요. 그러니까 이제 하루하루 지날 때마다 손해를 감청 보는 거죠. (택배노츠)

3. 질적 연구를 통해 본 취약계층 노동자의 건강

1-4) 불충분한 치료/요양-3

구분	내용
사회보험의 부재	<ul style="list-style-type: none"> • 산재보험은 작년 7월부터 했는데 15만 명 중에서 산재 가입 개인들이 10명이에요. 그 중에서 전국에서 딱 한 명이 산재보험이 적용 받아, 그리고 고용보험 적용 자체는 아직 안됐죠. (대리운전기사)
건강보험 체납	<ul style="list-style-type: none"> • (대리기사들은) 건강보험 들고 있지 않은 비율이 35%가 넘어요. 강제 시행을 하고 있었어요. 근데 이제 이런 대리기사는 사실 이런 양반들은 거의 자기 지주해줄은 돈이 없다고 봐야 되는 거고, 이런 양반들이 일하다가 만약에 이제 다치거나, 건강이 안 좋아졌을 때는 대책이 없는 거죠. (대리운전기사) • 아버지가 의료보험을 체납하는지 물렸어요. 지한테 고지서가 온 거예요. 제가 내야 해요(음식내달, 20대) • 아, 저는 의료보험 안내고 안 가입되어 있어요. 아마 연체 되어 있고, 왜냐면, 저는 병원을 원래 가지도 않을 뿐더러, 가지도 않지만, 사업을 몰아먹고, 막, 여러 가지. 그런 사람들이 대부분, 왜냐면, 갈 데가 없으니까, 사업을 하던 사람들이니까 돈은 계속 필요하고, 그런 사람들이 대부분 봐요. 와서, 생계가 막막한 사람들(음식내달, 50대)
수급 신청을 위한 위장 이혼	<ul style="list-style-type: none"> • 월액을 걸리셨다는 분이 가족 분 사업 때문에 평의를 그 가족 분에게 빌려드렸어요. 그러다가 그분이 사업을 종료해서 그 재주가 본인한테 온 거죠. 그 재주가 본인의 월액에 치료비를 같이 부담해야 하는 사니, 아낄 수 없이 동의를 해서 이혼을 했어요. 그런데도 불구하고 또 지주에서는 이혼은 했지만 같이 사니까 집에 먹지를 틀이고 이런 상황들이 발생하는 거거든요. (대리운전 노조)
돈벌이를 지원해 줄 사람이 없	<ul style="list-style-type: none"> • 도움을 줄 수 있는 사람은 없는 것 같은데, 그냥 가끔 일주일에 한두 번, 제 얼굴 보러 올 친구는 있어요. (이혼한) 엄마한테 일단 제가 예기를 안 할 것 같고요. 아빠와 누나는 지방에 있으니까(음식내달, 20대).

4. 정책적 고민들

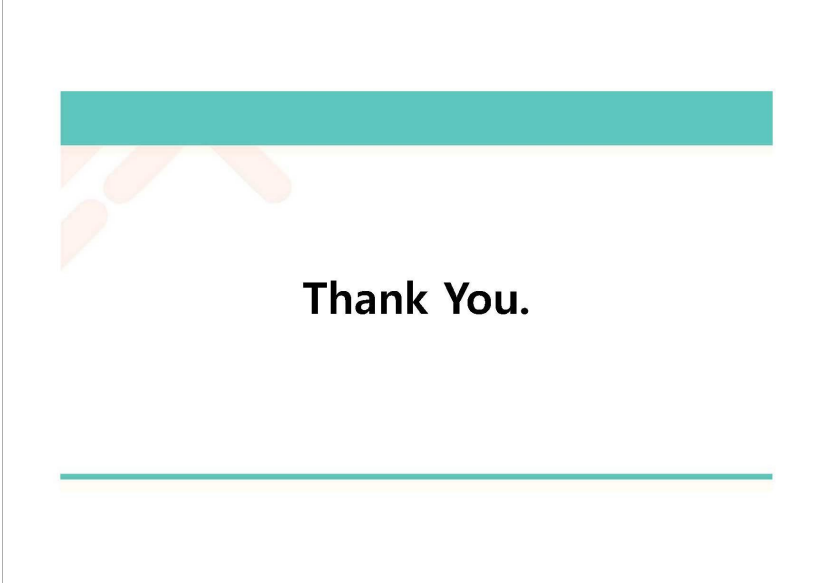
- **일의 미래를 위한 노동안전보건 ILO보고서(2019. 4)**
- ✓ 기술개발: 기회(의사소통 스트레스 감소, 출장 등 위험환경 제거 등)와 도전(일과 삶 균형 약화, 성과 관리, 고용불안정, 프라이버시 위험, 모바일 기기 사용 증가에 따른 질환 증가, 전자파 등)
- ✓ 청년노동자의 위험 증가: 미숙련에 따른 유해한 작업환경, 비표준 고용관계 등 (청년노동자에 대한 보호 제도 및 지원 마련)
- ✓ 고령층 노동인구 증가: 고령노동자 특성 파악, 성별고려, 직업환경의학에서 노인의학 경험 활용
- ✓ 젠더 격차: 비정형 노동의 증가, 성별화된 분업, 재택근무로 인한 건강문제(집안 내 돌봄노동 과중 등), 안전보건 관련 젠더 평등 가정 내에서 실현 필요
- ✓ 이주노동자: 열악한 노동환경과 인종차별
- ✓ 기후변화, 녹색경제의 발전: 폭염 등의 기후변화에 따른 문제, 녹색경제 일자리에서 발생하는 유해물질 노출과 직업병 관리

4. 정책적 고민들

- **노동조직의 변화**
 - ✓ 장시간 노동: 제한 필요
 - ✓ 비표준 고용형태: 고용불안정성의 증가
 - ✓ 노동시간 배차: 유연근무제, 재택근무의 증가
 - ✓ 비공식 경제: 가사노동 등 비공식 노동의 공식화
 - ✓ 플랫폼 노동: 안전의 감소, 규제 가시성 감소, 비정형 근로계약 등 노동보건관리 문제의 발생
- 새로운 노동보건 위험 예측(디지털화에 따른 새로운 질환, 정신질환 등)
- 공학, 법, 워키디자인, 심리학 등 다학제적 접근과 노동안전보건역량 구축
- 공공보건과 노동안전보건과의 연대: 노동현장과 시민사회와 연계, 공공보건 서비스 제공 등
- 노동 안전보건 국제표준, 국가별 노동안전보건 입법과 시스템 관리: 플랫폼 노동 증가에 따른 시스템 변화 필요
- 이해관계자 노동안전보건거버넌스
- 정부 및 사회적 파트너 역할 강화와 파트너십의 확장: 중소기업을 파트너로서 교육 및 지원

4. 정책적 고민들

수준	정책적 고민들
중앙 정부	<ul style="list-style-type: none"> • 고용관계 변화에 따른 직장가입자와 지역가입자 경계의 모호성 • 사회보험 미가입, 비공식, 비표준 고용관계 노동자에 대한 다차원적 불평등 해소 고민(채무, 신용, 숙련, 경력, 가족 해체, 연형(정년, 고령), 전대, 기후변화(폭염) 등) • 유급병가 도입과 병가 지원을 위한 제원 마련 • 사회보험료 미납 대응 정책 개발(업계 관행? 비용 부담? 세금 및 4대 보험료를 내는 방식 개선 등) • 근로기준법, 산업안전보건법 미준수 사업장에 대한 근로감독 • 아픈 노동자가 될 수 있는 노동문화 조성을 위한 사회적 대화와 사회협약 • 스타트업/플랫폼 기업 등 새로운 고용관계 형성 기업의 표준 근로계약 제시 등
자치 단체	<ul style="list-style-type: none"> • 마을공동체, 보건소 등을 통한 커뮤니티 케어 활성화 고민 필요 • 영세사업장 노동환경 개선 지원 • 관련 상담 및 법률 구제 지원, 산재 판정 지원(광역, 자치구 노동복지센터) • 아픈 취약계층 노동자 지원 사업 개발 및 지원 • 지역 수준의 도시정 사회적대화의 협력 • 서울형 노동건강 정책의 개발과 집행(지역여성건강 사업 등)
기업	<ul style="list-style-type: none"> • 아프면 쉬었다가 복귀하는 문화 조성(대기업, 강소 기업의 일생활 균형, 유급병가 도입 등) • 아픈 노동자 지원 모범사례 발굴 및 지원(플랫폼 기업과 협조)
당사 자	<ul style="list-style-type: none"> • 당사자 단체 유급병가 제도 도입 추진(예시: 서울시사회복지협의회 사례 등) • 업종별 국제회 등 자조조직의 설립과 유역(예시: 사연주와 노동자가 같이 가만하느 북제국제회 등)



나. (발제) 질병의 경제적 영향과 정책 과제

김수진(한국보건사회연구원)

질병의 경제적 영향과 정책과제

2019. 7. 12

김수진

한국보건사회연구원

*김수진 외(2018) "질병으로 인한 가구의 경제활동 및 경제상태 변화와 정책과제"의 일부임.

Background

- 질병 발생은 가계 경제에 부정적인 영향을 미침.
 - 질병으로 인한 과도한 의료비는 필요한 재화 및 서비스 구입을 가로막을 수 있고 소득수준이 낮은 경우 그 부담은 더 큼.
 - 질병발생은 실업과 소득상실로도 이어질 수 있는데 경제적 영향은 단기적으로 끝나지 않고 중장기적으로 영향을 미치고 가구의 빈곤화를 야기할 수 있음.



Social Protection Systems

- 국제노동기구(ILO)의 '사회적 건강보호(social health protection)'
 - 의료서비스에 대한 보편적인 접근 보장
 - 질병발생시 경제적 안전망 제공(질병으로 인한 생산성 감소와 임금의 감소 혹은 상실에서 기인하는 경제적 손실에 대한 안전망)
 - '사회보장 최저기준에 관한 조약' 혹은 흔히 '최저기준': 노동자 가운데 50%가, 경제활동인구 기준으로는 20%이 유급휴가 혜택, 휴가 직전 소득의 45% 및 26주 이상의 최대 휴직 기간이 보장
 - '하위기준'(1969): 노동자의 100%, 경제활동인구의 75%에게 상병휴가 이전 소득의 60% 이상을 보장

3

Social Protection Systems

- 필요성
 - 인권: 노동자가 아픈 기간 동안에도 노동자의 신분과 소득을 보호. '노동이 건강을 위협하지 말아야 하고 불건강이 소득과 일자리의 상실로 이어지지 말아야 한다'
 - 노동자 개인의 건강과 생산성(미시적 관점): 노동자가 즉시 진료를 받을 수 있고, 의료진의 권고를 따를 수 있음. 이를 통해 상병의 악화를 막고 더 빨리 회복, 결과적으로 상병이 일상 생활에 미치는 영향을 줄임.
 - 사회적 효용(거시적 관점): 노동자가 상병을 조기에 치유하지 못할 경우에 의료비용 증가 가능성, 단기적, 장기적 생산성 손실, 작업장의 다른 동료나 지역사회로 전파

4

Social Protection Systems in OECD countries

고용주의 법적책임 강화	공직영역 상병수당	
<ul style="list-style-type: none"> ❖ 유급병가 <ul style="list-style-type: none"> • 독일 임금계속지불법 6주, 뉴질랜드, 체코, 덴마크, 스웨덴 등 5-15일, 스위스, 이스라엘 ❖ 무급병가(고용안정기능) <ul style="list-style-type: none"> • 유급병가보다 긴 기간: 이탈리아, 그리스 등 • 캐나다, 미국 (50인 이상 사업장) 등 ❖ 일반적으로 근속기간과 연계, 기업들은 민간보험 가입하여 위험분산 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 사회보험방식 <ul style="list-style-type: none"> • 인구범위 <ul style="list-style-type: none"> - 일반적으로 임금노동자. 일부국가들은 지역업자들도 의무적으로 가입하도록. - 사회보장기여 기간에 따라 자격 달라지기도. • 급여제공기간 • 현금급여 크기 	
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

5

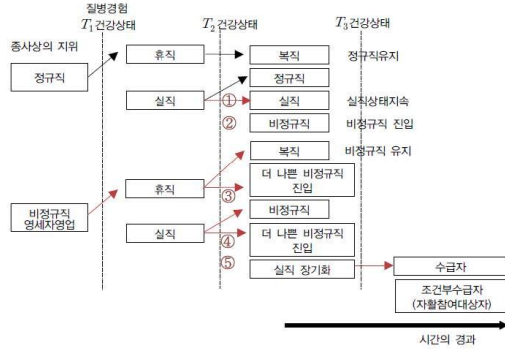
Social Protection Systems in Korea

근로기준법	국가공무원법
'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'	"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%)
감염병예방법	출산전후휴가급여제도
격리기간(자기격리 포함) 동안 유급휴가 지급 유급휴가 비용 지원, 보건복지부 및 기획재정부 장관의 협의 하에 정해진 금액과 근로자가 법에 따라 격리된 기간을 반영하여 지원금액 산출	"출산한 여성근로자의 근로의무를 면제하고 임금 상실 없이 휴직을 보장받도록" 90일의 출산 전후 휴가. 고용보험기금(대기업 최초 60일 시업주, 이후 30일은 고용보험, 중소기업 모두 고용보험)
일가정양립지원에 관한 법률	고용보험 '상병급여제도'
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	'실업의 신고를 한 이후에 질병, 부상 또는 출산으로 취업이 불가능'할 때. 이직일 이전 18개월 동안 피보험단위기간이 통산 180일 이상. 실적 전 평균임금의 50% 일정기간

6

Health & Poverty

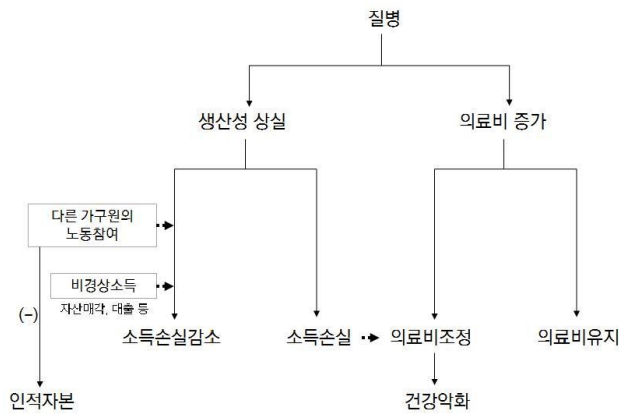
- 건강상태와 종사상 지위변화의 경로들



자료: 이승윤, 김기택 (2017)

Health & Poverty

- 질병의 경제적 영향



Health & Poverty

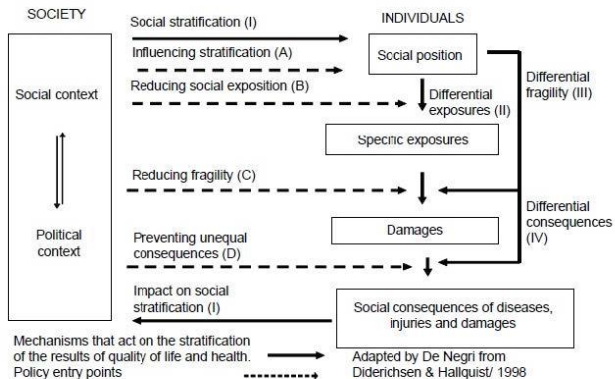
- 질병과 빈곤의 동태적 관계
 - 건강의 사회적 결정이론
 - 인적자본론
 - > 둘 중 하나의 이론만이 작용한다고 말하기는 어려움.
- 가난하기 때문에 질병이나 장애에 노출될 가능성이 커지지만 건강하지 못하기 때문에 노동시장의 지위가 불안정해지고 가난해지기도 함



9

Health & Poverty

- 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. 10

Empirical Studies in Korea

연구자 (연도)	연구 대상	자료원	건강 변수	경제상태 변수	결과
강동욱 (2010)	50세 이상 중 고령자	국민노후보장패널 2005~2009	질병, 장애 발생 주관적 건강상태,	가구소득, 빈곤화	질병, 장애 발생이 소득 및 빈곤화에 영향을 미치지 않음
이은경 (2014)	50세 이상 중 고령자	한국고령화패널 2010, 2012	ADL, IADL, 만성질환 수	경제활동 참여	건강상태 좋은 경우 노동시장 참여 가능성 51% 증가
함선유(2016)	50세 이상 중 고령자	한국고령화패널 2006~2012	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	한국의료패널 2008~2011	암, 심뇌혈관 질환	경제활동참여 개인소득	질환 발생은 개인의 소득과 근로활동 참여 정도를 감소시킴.
이승윤·김기태 (2017)	40~59세 노동자	심층면접	천식, 암 등 만성 질환	개인의 경제활동	정규직과 비정규직에서 차별적인 휴직 기회 회복 전 경제활동 재개, 소득 감소와 대출 혹은 지인의 도움으로 소득 상실 보전 ¹¹

Background

- 공적 상병수당 제도가 없고 질병 발생시 노동자가 실직의 위험에 노출되지 않고 질병 치료를 할 수 있도록 돕는 병가제도에 대한 법적 규제도 존재하지 않음

연구목적

- 개인·가구가 질병 발생 후 실직과 소득상실 등으로 인해 경제적 빈곤 등과 같은 위험에 노출되지 않는지, 그 규모는 어느 정도인지 확인할 필요가 있음.

Data & Methods

연구대상

- 한국의료패널 2008-2016
- 20세 이상 59세 이하 경제활동연령
- 질병발생 전 경제활동 참여자: 질병 발생 시점 전년도에 경제활동을 하고 있던 사람

건강충격

- 압, 심뇌혈관계 질환 등 중증질환 진단: 사전에 예상하기 어렵고 진단 시 환자의 치료에 대한 재량권이 제한됨
- 15일 이상 입원: 상대적으로 중증으로 예상되지만 중증질환에 비해 그 영향이 단기적일 것으로 예상됨

매칭

- Coarsened Exact Matching(CEM)이용
- 질환 발생 직전 연도 기준으로 실험군과 유사한 특성을 가진 비교집단 선정

13

Data & Methods

독립변수(매칭변수)

변수	분류
성별	남/여
연령	10세 단위
가구주	해당 / 비해당
결혼	기혼 / 미혼
가구원수	1/2~3인 / 4인 이상
교육수준	중졸 / 고졸 / 대학 이상
일자리의 취약함*	해당 / 비해당
진단시점	2008~2015

* 고용관계: 간접고용, 특수고용
 종사상 지위: 임시직, 일용직
 근무시간 형태: 시간제
 계약기간: 정해짐
 사업장규모: 10인 미만 사업장, 종업원 없는 자영업자

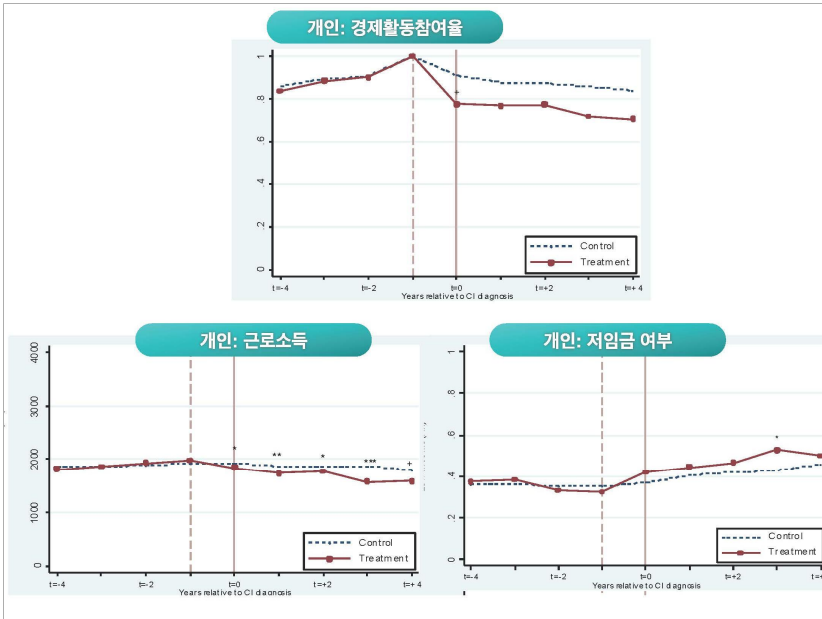
종속변수

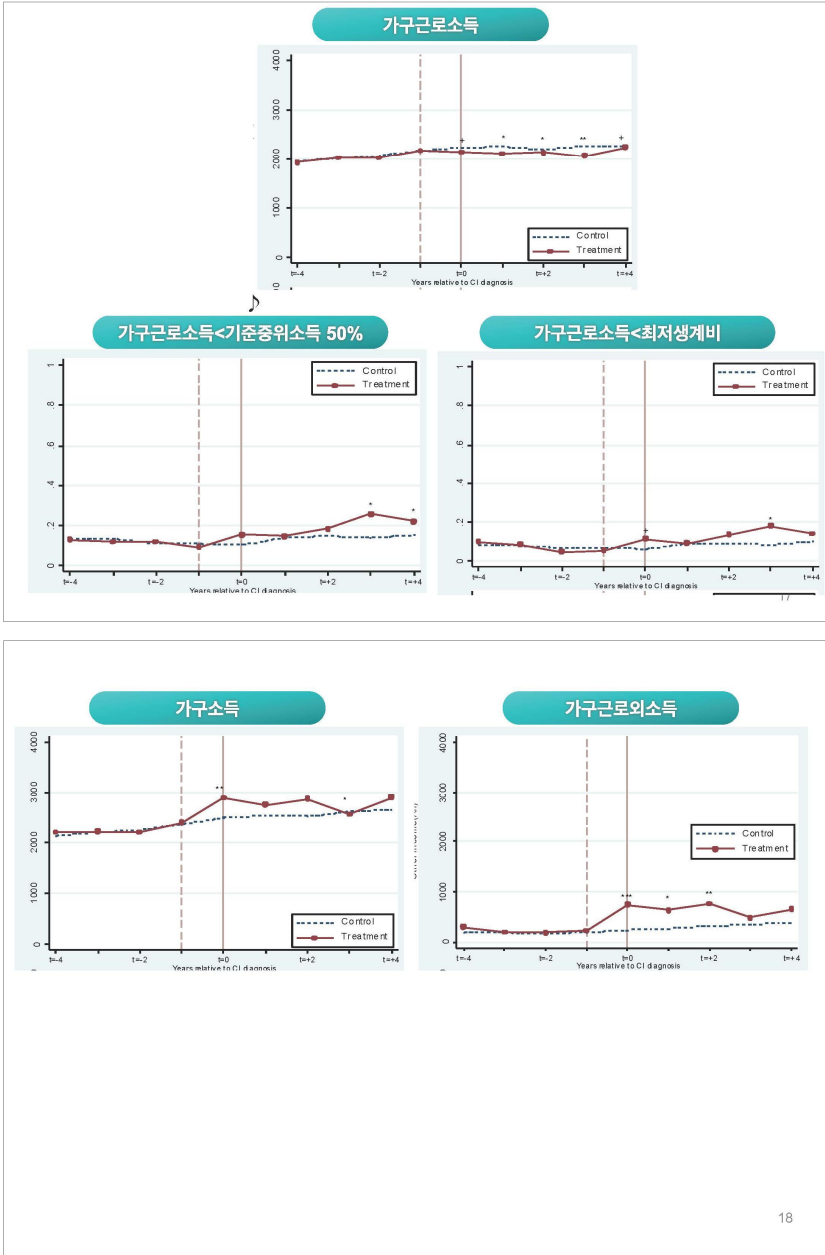
	변수
개인	경제활동여부
	근로소득
가구	저임금여부
	가구주 경제활동 여부
가구주	가구주 근로소득
	가구근로소득
	가구근로소득빈곤화
	가구소득
	가구 근로의 소득 재량소득(가구소득-의료비) 빈곤화

* 저임금 여부는 최저임금 이하, 가구소득 빈곤화는 기준 중위소득의 50% 이하와 최저생계비 이하로 평가

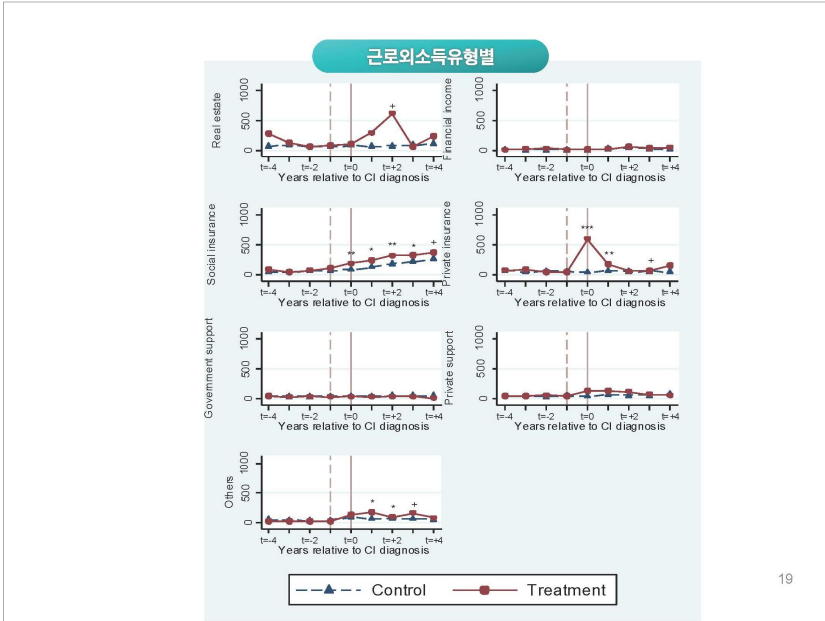
Results

구분 (n=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	<0.001	4.78	5.08	0.707
30~39세	31.02	17.33		18.92	17.23	
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	0.002	3.80	4.80	0.54
2~3인	37.65	42.82		41.81	43.22	
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	69.90	0.001	72.03	72.03	1.00
경제활동(=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(=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(=2)	4804.98	4619.83	0.112	4207.77	4264.41	0.71





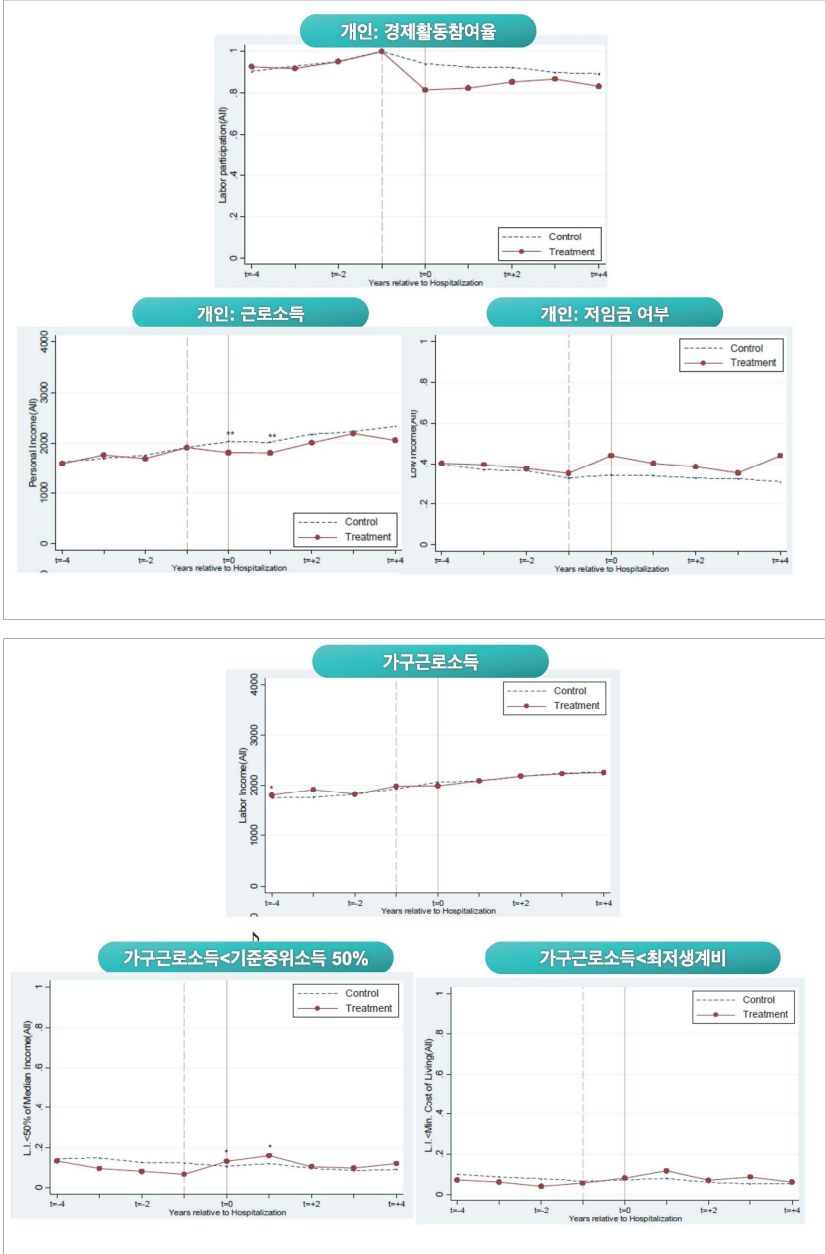
474 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제



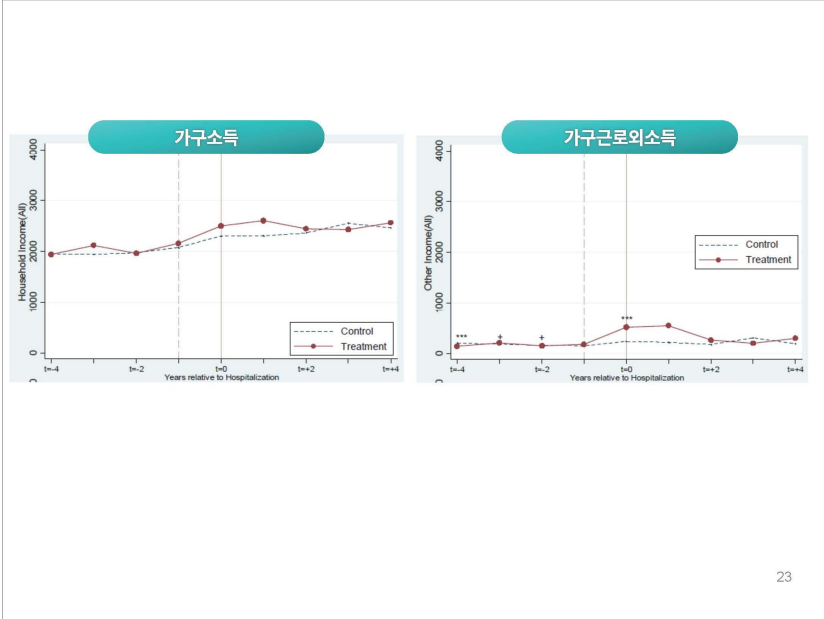
19

Results

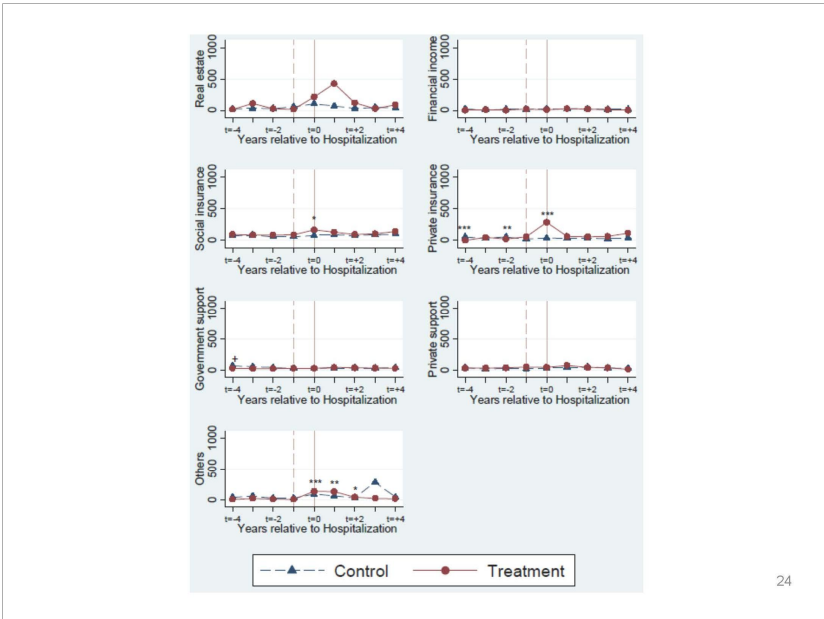
구분 (t=-1)	Pre-matched			Matched and reweighted		
	control N=28,812	treatment n=485	difference p-value	control N=3778	treatment n=376	difference p-value
연령						
20~29세	15.37	6.60		4.23	3.99	
30~39세	32.23	19.18	<0.001	20.33	19.15	0.958
40~49세	32.74	34.85		35.16	35.90	
50~59세	19.66	39.38		40.28	40.96	
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	
교육 수준						
중졸	13.87	33.20		34.04	34.04	
고졸	37.61	44.33	<0.001	44.41	44.41	1.000
대학 이상	48.52	22.47		21.54	21.54	
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



476 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제



23



24

질적사례연구

성별	나이	질환	질환 발생 경과	질병 발생 당시		현재 상태	
				사회경제적수준	일자리	일자리	
1	남	53	뇌혈관 질환	6개월(회복 중)	중상	자영업 (인테리어)	없음
2	남	34	뇌혈관 질환	3년(치료 중)	중상	정규직 (사무직)	구직 중(간헐적 아르바이트)
3	남	44	뇌경막 파열	4년(재활치료)	중상	정규직 (엔지니어)	없음 (기초생활수급)
4	남	46	뇌경색	완치	중상	정규직 (시설관리)	정규직(시설관리)
5	남	59	천식	3년(진행 중)	하	자영업(식당)	없음 (기초생활수급)
6	남	57	신경종양	9년(진행 중)	하	자영업(운전)	없음 (기초생활수급)
7	남	45	대장암	2년(치료 중)	하	특수고용직 (보훈설계사)	없음 (기초생활수급)
8	남	53	심근경색	4년(완치)	하	정규직(택시)	비정규직 (경비업체)
9	여	48	위암	5년(거의 완치)	중상	비정규직(부동산, 전화상담)	없음
10	여	47	유방암	4년(치료 중)	중상	정규직(사무직)	비정규직(초등학교 돌봄교사)
11	여	55	심장질환, 갑상선암 등	(진행 중)	중상	자영업(안경점)	없음
12	여	59	유방암	4년(치료)	중상	비정규직(강사), 임대업	없음
13	여	55	폐암	5년(완치)	중상	정규직(보험상담)	정규직(보험상담) (휴직)
14	여	47	자궁암	4년(완치)	중상	정규직(보험상담)	정규직(보험상담) (동일 회사 재입사)
15	여	45	유방암	4년(모름)	하	비정규직(병과후고실 강사)	비정규직(복지관)
16	여	56	유방암	15년(완치)	하	비정규직(식당)	비정규직(가사도우미)

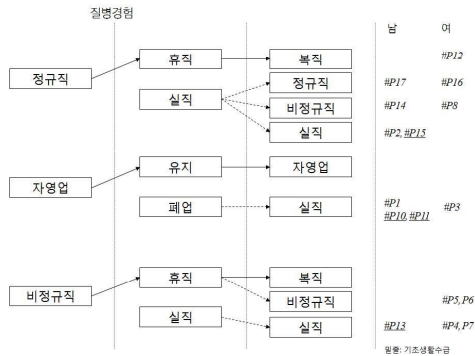
질적사례연구

“3개월 후에도 못 나올 가능성이 크다고 하니까 그때 당시에는 (사직하겠다고) 답을 할 수 밖에 없었어요.”

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

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

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



Social Protection Systems in Korea

- 일부 기업들은 기업차원에서 유급병가나 상병휴직 제도 운영
 - 노동조합이 있는 경우 단체협약, 상시10인 이상의 노동자를 고용한 사업장에 적용되는 취업규칙(근로기준법 제93조)에서 업무의 상병에 대한 유급병가나 휴직에 대해 근로조건으로 정할 수 있음.
 - 급여혜택의 근거가 노동자의 기본적 욕구 혹은 권리보다는 특정기업의 고용이라는 자격에 있으므로 선별적으로 적용.
 - 국가복지가 사회적 불평등을 감소시키는 역할을 한다면 기업복지는 일반적으로 불평등을 확대시키는 영향을 갖기도 함

27

Social Protection Systems in Korea

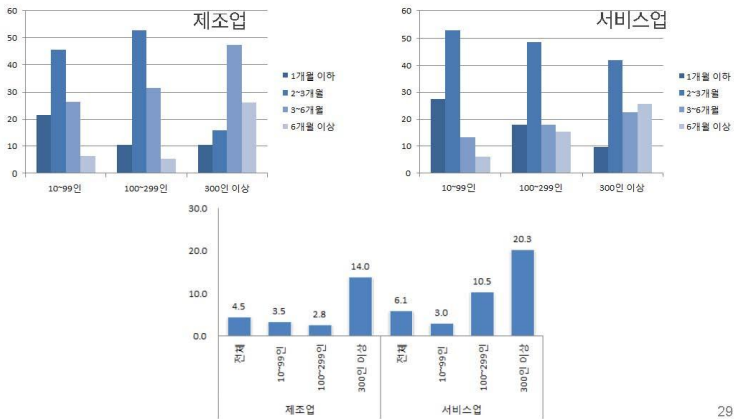
500개 사업장 취업규칙 분석결과
업종별 규모별 업무 외 상병 관련 휴가, 휴직 제도 현황

	전체(N)	(유무급) 병가(%)	유급병가(%)	(유무급) 휴직(%)	유급휴직(%)
제조업 및 건설업	169	47.9	3.0	92.3	6.5
10~99인	123	49.6	0.8	91.1	4.9
100~299인	23	52.2	13.0	95.7	4.3
300인 이상	23	34.8	4.3	95.7	17.4
서비스업	324	63.0	9.6	91.7	5.9
10~99인	228	65.8	7.5	91.7	3.1
100~299인	51	51.0	7.8	94.1	9.8
300인 이상	45	62.2	22.2	88.9	15.6

28

Social Protection Systems in Korea

500개 사업장 취업규칙 분석결과
 업종별 규모별 업무 외 상병 관련 휴직 가능기간, 휴직 시 임금지급비율



29

Discussion

- 질환 발생 이후 개인의 경제활동 참여와 근로소득이 감소하고 개인의 근로소득이 최저임금 이하인 비율이 증가함.
- 가구주가 질환을 경험한 경우 가구의 근로소득이 감소하고 기준중위소득의 50% 이하인 비율이 증가함.
- 가구총소득은 진단받은 해에 증가하고 이후 증가와 감소를 반복하며 불안정한 양상을 보였는데 이는 근로 외 소득의 변화와 관련됨.
 - 근로 외 소득은 진단받은 해에 민간보험 소득이 증가하였고 2년 차 전후로 부동산소득, 기타소득(예. 퇴직금)이 증가함.
- 가구주가 중증질환을 경험하는 경우 가구는 근로소득의 감소를 3년 정도까지는 민간보험 진단금 등 근로 외 소득에 의존하여 생활하는 것으로 보임.

30

Conclusions

- 공적 영역에서 제공하는 상병수당이나 기업 제공 병가에 대한 규제가 없는 상황에서 노동자들은 개인이나 가구가 가진 자원에 의존하여 생계를 유지함.
- 가용가능한 자원이 없는 경우, 자원이 있더라도 질병이 장기화될 경우 빈곤화로 이어질 수 있음.
- 질병으로 인해 노동자들이 겪게 되는 경제적 위험을 고려했을 때 향후 소득과 직업의 상실로부터 근로계층을 보호하기 위한 제도 도입에 대한 논의가 필요함

31

Thank You

32

다. (토의) 정책 개입이 필요한 집단의 검토

□ 노동시장의 변화와 취약계층 노동자 정의

- 국제노동기구(ILO)에서 노동자의 정의에 소득 신고를 하지 않는 비공식 노동자도 포함하고 있는지, 국가별로 소득 파악 수준과 그 시스템의 차이는 어떻게 반영하는지 검토할 필요가 있음.
- 단순히 소득 파악 가부가 노동자인지를 판단하는 기준이 될 수는 없을 것임. 적은 소득을 벌어들이고 있지만 이조차 은닉할 수밖에 없도록 하는 제도적 상황을 먼저 바꿔야 함.
- 최근의 플랫폼 노동자들은 최신의 기술을 제도의 발전 속도보다 빠르게 활용하고 있는 경우에 해당됨. 그러나 기존의 영세 자영자나 근로자 중 플랫폼 노동을 거부하는 사람들도 있는데 이들은 대부분 기초생활보장 수급자인 경우가 많고(수급자 자격 유지를 위해 소득 신고 기피), 이러한 사람들은 비공식 노동자로 계속 활동하면서 어떤 사회보험에서도 직장가입자로 분류되지 않고 지역가입자로 남게 될 것임. 따라서 지역가입자들은 취약성이 비교적 높은 집단으로 남게 되고, 이들이 사회적 보호의 핵심이 되는 대상이라고 할 수 있음.
- 노동시장에서의 지위가 전통 범주에서 벗어나 점차 그 경계가 불분명해지고, 건강에 사회적 결정요인이 큰 역할을 한다는 점을 고려하면 직능 단위나 사업장에 대한 개입이 아닌 개인 단위의 통합 지원 필요성이 있음.
 - 그리고 개인 단위의 통합 지원에 지역(지방정부)의 역할이 점차 커지고 있고, 국제회의에서도 서울시의 사업들이 정부를 리

드하는 사례로 종종 소개되기도 함.

- 다만 서울시가 지금까지 진취적으로 사업을 진행해 왔지만 이 제는 속도보다는 사업의 정교화를 추진하여서 진행 중인 사업들이 견고하게 유지될 수 있도록 해야 할 것임.
- 그러나 사업을 실행하는 서울시로서는 국가 수준의 제도나 법령의 기반이 마련되어 있지 않으면 그 진행이 어려운 상황임.

□ 현재 소득보전 체계에서의 대안 모색 가능성

- 비공식 노동자들은 먼저 4대 보험 등 제도권으로 들어오도록 하는 노력이 선행되어야 하고, 그 안에서 보험료 지원이나 질병으로 인한 단기 소득 상실은 고용보험에서 실업급여로 지원하도록 하고, 이환 상태가 장기화할 경우에는 장애연금 등으로 포괄할 수 있을 것임.
 - 상병수당은 직장으로의 복귀를 전제로 하고, 복귀를 못 할 정도의 건강 상태라면 장애연금으로 지원하는 것이 적합할 것임.
- 보통 장애연금을 받는 경우는 영구적 극빈층에 해당할 가능성이 높음. 장애등급 1급일 경우 일상생활이 거의 불가능하고 연금액은 가입 기간에 비례하지만 보통 월 60만 원 정도일 것임. 국외 사례를 보면 보통 3개월까지는 상병수당으로 소득 상실을 보전하고, 장기화되면 장애연금으로 보장하고 있음.
 - 산재로 장애를 입으면 영구적으로 근로를 하지 못하게 될 수 있지만, 암과 같은 중증 만성질환은 건강이 회복되어도 직장에 복귀하기 어렵거나 비정규 근로를 선택하게 되어 소득 수준이 현저히 낮아지게 됨.

- 현재 법으로 규정해 놓은 유급병가도 100% 실행하지 못하는 상황이기에 때문에 이를 실현하는 노력을 선행하여야 하고 특별히 민간 기업에서 병가를 사용하는 문화를 정착시키는 작업도 중요할 것임.
- 유급병가 혹은 상병수당 시행을 민간의 자율에 맡기지 않고, 국가의 재원으로 보장하려고 한다면 먼저 어떤 집단을 대상으로 시작할 수 있을지 고민이 되는 사항임. 취약계층만을 대상으로 하는 접근 방식은 민간 기업 근로자 중 병가를 보장받지 못하는 사람들과의 역차별 문제가 발생할 수 있음.
 - 취약계층에 집중하고자 한다면 현재 생계급여 체계에서 긴급 지원하는 것이 더 적합할 것임.
- 국외 사례를 살펴보면 덴마크 등 북유럽 국가들은 되도록 사회보험 체계에서 부담은 적게 하면서 기업의 단협을 통해서 유급병가를 보장하도록 하고, 국가에서는 자산·소득 조사를 통해 취약계층을 보호하고 있음.
 - 취약계층의 소득보전에 집중하고자 한다면 필요한 재원의 규모가 커질 수 있겠으나 질병으로 인한 휴식을 일정 기간에 한해서만 보장하는 형태라면 재정에 미치는 영향이 크지 않을 것임.
 - 또한 중증 만성질환자들은 건강 회복 이후 직업 교육과 재활을 고용부에서 담당하도록 해야 함.

라. 논의 결과

☞ 노동시장의 변화와 현행 제도를 고려한 정책 대상 파악의 필요성

- 최근 우리나라 노동시장은 자영자 증가와 함께 소득 파악이 어려운 비정규 근로자의 비중도 높아지고 있고, 이들의 사회보험 가입률이나 유급병가 적용도 그 수준이 낮음. 이에 더하여 플랫폼 노동자의 증가로 근로자와 자영자의 경계가 모호해지고 있는 반면 제도는 그 변화를 빠르게 반영하지 못하고 있어 형평성을 고려한 정책 개입이 필요한 집단의 정의에 어려움이 있음.
- 현행 보장 체계에서는 업무상 상해(산재)를 입게 되면 장애연금을 지급하고 시간이 지나면 노령연금을 지원하지만, 질병으로 인한 일시 휴직은 (유급병가가 법제화되어 있기는 하지만) 고용주의 의지나 근로 형태(비정규직 vs. 정규직)에 따라 보장 여부가 달라져 사각지대가 존재함.

☞ 현행 법적 보장 체계에서의 역할 분담과 병가 사용 문화의 정착

- 우선 비공식 노동자는 사회보험 가입률을 높여 해당 재원에서 가능한 보장을 받도록 하는 노력이 필요하고, 현재 근로기준법에 근거를 둔 유급병가제도의 실행을 전제한다면 그 외에 공적 재원으로 개입이 필요한 대상과 영역을 좁혀 나갈 수 있을 것임.
- 현재 공적 보장 체계에서 실업급여는 실직 상태로 인한 단기 소득 상실에, 장애연금은 장기적 근로 무능력 상태에 대한 소득보전인데 그중 직장에서의 지위를 유지하면서 질병 이환으로 인한 휴직 상태에서 소득이 보전되는 기제는 근로 형태에 따라, 그리고 기업마다 고용주의 자율에 맡겨진 상황임.
- 출산휴가와 같이 민간 기업에서 유급병가 사용 문화를 정착시켜 나가는 작업도 중요한 사항임.

4. 제3차 포럼: 접근 관점에 따른 주요국의 정책 사례

가. (발제) OECD 회원국의 상병수당 운영 현황과 시사점

신기철(승실대학교)

OECD 회원국의 상병수당 운영현황과 시사점

(2019. 7. 19)

I. 상병의 파급효과와 소득보장 및 평가의 필요성	1
II. OECD회원국의 상병수당제도 운영개요	9
III. 상병수당 운영방식별 주요 국가의 사례와 특징	30
IV. 시사점 및 검토 필요 사항	43
<붙임> OECD 회원국의 상병수당 운영제도 개요	50

(승실대학교 정보통계보험수리학과 교수 신 기철, keechulshin@ssu.ac.kr)

I. 상병의 파급효과와 소득보장의 필요성

1. 상병으로 인한 경제적 손실과 건강보험의 구성

- 근로자가 상병이 발생하면 직접적인 손실인 의료비와 간접적 손실인 소득상실이 발생하며,
 - **Health Insurance=Medical Expense Insurance+DI(Disability Income Insurance)**로 구성
 - 단기적인 소득불능은 원래의 직장복귀나 재취업이 용이하지만 4개월 이상의 요양은 재취업이 어려움
 - 국립인센터 2014년 국가임환자 의료비 지원 사업 만족도 조사 결과 임 진단 후 직장을 잃은 비율은 84.1%**
 - 만약 영구적으로 소득불능상태로 판명되면 사회보장연금에서 장애연금(Disability Pension)을 지급하며,
 - 사망했을 경우 건강보험에서는 소액의 장례비를 지급하고 사회보장연금에서 유족연금 지급

<그림 1> 상병 발생이후 경과기간별 경제적 손실의 예시와 보험제도

직접 손실	의료비 (Medical Expense Insurance)	우리나라는 사회안전망에서 소득상실보장제도가 취약하기 때문에 인영의료보험이 파잉 발달
간접 손실	3개월 이내 소득불능 (Short term DI)	4~18개월 이내 소득불능(Long term DI)
	영구적 완전 혹은 부분 소득불능(장애연금: Disability Pension)	
근로자 사망(유족연금: Survivor's Pension)		

- 1 -

486 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

2. 상병발생으로 인한 기타 파급효과와 상병수당(유급병가제도)의 필요성

- ☞ 상병이 발생했을 때 상병수당 혹은 유급병가제도가 없다면 경제적 상황 때문에 근로자는 **무리한 출근(Presenteeism)**과 **소득상실 중에서 선택**을 할 수 밖에 없고,
 - ☞ 무리한 출근을 했을 때 근로자 본인은 물론 직장동료, 회사의 생산성, 일반 공중보건에까지 나쁜 영향을 미칠
 - ☞ 미국의 2012년 자료¹⁾에 따르면 **상병유가를 사용하려고 했던 근로자 중 46%가 금전적인 이유(무급병가로 소득 중단)로 활용하지 못했다고 함**
- 유급병가가 없다면 근로자는 병을 치료하기 위해 직장을 포기하거나 아픔을 참고 직장에 출근해야 하는 상황 중에서 선택을 할 수 없고,
 - ☞ 결국 건강악화나 가족의 경제적 파탄 중에서 선택을 하는 것과 동일한 상황임
 - ☞ 미국의 연구²⁾에 따르면 상병이 발생했을 때 유급병가제도를 활용한 근로자의 사망률이 활용하지 못한 근로자보다 10% 정도 낮은 것으로 나타났으며,
 - 특히 심장질환은 24%, 상해는 35% 낮은 것으로 나타남
 - ☞ 간호사를 대상으로 한 연구에 따르면 **심근경색이나 협심증이 발생했을 때 유급병가를 사용할 수 있는 경우가 직장 복귀율이 2.6배나 높았다고 함**³⁾

1) Amy Raub et al., 2018, Paid Leave for Personal Illness: A Detailed Look at Approaches Across OECD Countries, World Policy Analysis Center
 2) Daniel Kim, 2017, Paid Sick Leave and Risks of All-cause and Cause-Specific Mortality among Adult Workers in the USA, Int.J.Environ.Res.Public Health,
 3) Earle, Allison, J.Z. Avastian, and S.J. Heymann, 2008, "What predicts women's ability to return to work after newly diagnosed coronary heart disease? Findings on the importance of paid leave," Journal of Women's Health, Vol.15, No. 4, 430-441.

- 유급병가제도를 운영하는 기업은 그렇지 않은 회사보다 이직률이 낮고, 신규채용 및 훈련비용이 낮아지며, 불필요한 잦은 결근(unnecessary absenteeism)이 줄어들고, 생산성이 높다는 실증분석결과가 있음⁴⁾
 한편 유급병가를 활용할 수 있는 근로자들의 산업계에 발생률은 그렇지 못한 근로자보다 28% 낮았다고 함⁵⁾
 → **10만명당 산업계에사망률(2015): 영국 0.8명, 덴마크 1명, 독일 1명, 일본 2명, 한국 5.2명, 미국 4.8명**⁶⁾
- 더욱이 근로자들이 유행성독감, 바이러스성장염, 폐결핵 등 **면역성질환이 발병한 상태에서 무리한 출근을 어떤 직장 동료는 물론 직장 동료의 가족 등을 통해 건강보전에 큰 영향을 미치게 됨**
 - ① 2009년 신종인플루엔자(H1N1)가 유행병처럼 번지기 시작했을 때 유급병가제도가 없는 미국의 상당수의 근로자들은 아픈 상태로 출근할 수밖에 없었고, 다른 근로자들에게 확산되는 결과를 초래하여 약 7백만명의 근로자가 감염된 것으로 추산. 반대로 독일은 해당 년도에 가장 적은 유급병가일수를 기록⁷⁾
 - ② 2008년에 오후이오주 Kent에 있는 Chipotle식당 근로자가 500명 이상의 고객에게 장염 감염
 - ☞ 이런 일련의 사태 이후 오바마 행정부에서 유급병가의 필요성이 사회적인 이슈로 대두되어 현재 11개주, 23개 대도시에서 유급병가제도를 법제화하였음
 - ③ 우리나라 언론에 보도되는 **어린이집 원생들의 폐결핵 집단감염은 유급병가가 없는 지도교사의 무리한 출근으로 인해 감염원 대표적인 사례**
 - 경향신문(2019.6.14.): 은평 구립어린이집에서 유아 3명 결핵균 감염의혹 구청은 쉬쉬
 - SBS(2011.12.8.): 은평구 어린이집에서 원생 12명 집단 결핵감염, 도봉구 어린이집은 24명 양성 반응

4) Lovell, Vicky, 2006, Valuing Good Health: An Estimate of Costs and Saving for the Health Families Act, Washington DC: Institute for Women's Policy Research,
 5) https://en.wikipedia.org/wiki/Sick_leave
 6) <https://www ilo.org/foistat> "SDG Indicator 8.8.1 - Fatal occupational injuries per 100'000 workers (%)"에서 2015년 혹은 2016년 통계자료 사용
 7) Xenia Schell-Adlung & Lydia Sandner, "The case for paid sick leave," World Health Organization Background Paper 2, 2010

3. 상병수당 관련제도 및 용어의 정의

- 유럽의 대부분의 국가에서 다양한 형태의 휴가제도가 있음
 - ① 법정 연차휴가(Paid annual leave): 근무연수에 따라 부여되는 유급 휴가일수
 - ② 가족 간호 등을 위한 유급 휴가(Family & medical leave)
 - 자녀 출산 및 간호, 자녀 입양 및 초기 정착기간, 직계존비속의 간호를 위한 휴가
 - ③ 본인의 상병 치료를 위한 휴가(sick leave, non-work related sick leave, off the job sick leave etc)
 - 본인의 상병치료를 휴가제도는 법으로 강제화 여부, 급여의 지급여부 등에 따라 구분됨
 - ① 유급병가(paid sick leave): 기업복지 자원에서 단체협약에 따라 회사가 제공하며, 급여와 고용이 보장됨
 - ② **법정유급병가(mandatory paid sick leave)**: 법에 따라 급여와 고용이 보장되며, 상병수당보다 완벽한 보호
 - ③ **상병수당(sickness benefit)**: 사회안전망 관련법에서 요양 기간 중 급여의 일정비율을 보장하는 제도
 - 복직에 대한 법적 보장은 없지만 사회안전망에서 급여를 지급하므로 해고할 필요성이 없음
 - ④ 무급병가: 기업복지 자원에서 일정 기간 이내에 직무 복귀시 고용을 보장하며, 급여는 지급하지 않는 형태
 - ⑤ **법정무급병가**: 관련법에서 요양기간 중 일정 기간 이내 복귀시 고용은 보장하되 급여는 지급하지 않는 형태
 - 우리나라와 일본의 근로자는 법정 유급병가가 없으므로 대부분은 법정 연차휴가를 우선 사용하며,
 - 미국은 FMLA에서 1년간의 법정무급병가 의무화
- ☞ 이를 근거로 근로자는 사용자에게 단체협약에 유급병가를 도입할 필요성을 주장할 수 있음

4. 상병요양 근로자의 보호에 관한 국제기준

- 상병이 발생했을 때 근로자에게 필요한 것은 요양을 위한 **고용이 보장되는 휴가(병가)와 임금을 대체할 현금급여**
- 이에 대해 ILO는 사회보장 최저기준에서 상병에 대해 병가와 수당지급을 명시
 - <Social Security(Minimum Standards) Convention 1952, No 102 Part III Sickness Benefit>
 - 14조: **국가의 명문화된 법 또는 규정**에 의해 상병 상태로 업무를 계속할 수 없을 때와 소득의 중단에 관한 것을 포함해야 함
 - 16조: 상병수당은 제67조의 요건을 충족하면서 **정기적으로 지급**하는 것임
 - ※ 67조(정기적인 급여의 요건)
 - (a)정해진 기준에 의해서 적정한 정부부처에 의해서 정해진 기준에 따라 급여가 결정
 - (b)정해진 급여는 가족의 다른 생계수단에 의한 수입이 **정부에 의해 정해진 기준을 초과할 때 감액할 수 있음**
 - 18조: 급여는 요양이 필요한 기간으로 하되 **26주 이내로 제한**할 수 있고, **3일간의 대기기간**을 둘 수 있음
 - ☞ 대부분의 국가에서 **6개월, 180일, 26주 등으로 최고보상연도를 정하는 근거**가 되었음
- EU의 **사회보장헌장(European Pillar of Social Rights)**에는 “계약형태를 불문하고 모든 근로자는 상병기간 중에 적절한 유급병가를 부여받아야 하며, 동시에 **조기에 노동시장에 복귀할 수 있도록 효과적인 직업훈련과 재활훈련(effective integration and rehabilitation)이 장려**되어야 한다”고 명시⁸⁾
 - ※ 한겨레(2019.7.10.) EU “한국 ILO의 핵심협약 비준위반을 이유로 전문가패널 소집요청”

8) 유럽사회헌장의 20개 핵심요항(The European Pillar of Social Rights in 20 principles)의 12번째 조항(https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_en)의 세부요항에 있음 12. (Social protection) Regardless of the type and duration of their employment relationship, workers, and, under comparable conditions, the self-employed, have the right to adequate social protection.

488 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

5. 우리나라의 상병발생 원인별 보장제도 비교

- 상병의 발생원인은 업무외, 업무관련, 자동차관련 등으로 구분되며,
 - o 산업재해보상보험과 자동차보험에서 업무관련, 자동차관련 상병은 필요한 모든 비용을 충실하게 보상
 - o 업무외 상병에 대해서는 기업의 임의제도로 **우리나라 기업의 평균 유급병가일수 부여일수는 0.9개월**에 불과⁹⁾

〈표 1〉 상병의 발생원인별 보장제도 개요

구 분	장단기 입원			영구장해		
	입원치료	직장휴업	기타비용	소득능력감소	기타비용	
업무상 상병	산업재해 (산재보험법)	요양급여	휴업급여(2년이내) 상병보상연금*	간병급여 직업재활급여	장해보상연금 장해보상일시금	직업재활 간병급여
	공무원 등	건강보험 적용	유급병가(6개월) 유급휴직(3년)	×	장해연금 장해보상금	×
자동차사고 (자동차종합보험 기준)	치료비 전액	휴업손해	간병비, 교통비 등 기타손해배상금	×	상실수익액	위자료 가정간호비
업무외 상병	일반인	임의 기업복지	임의 기업복지	×	장해연금	×
	공무원 등	공무원복지제도	유급병가(60일) 유급휴직(1년)	×	비공무장해연금*	×

주 * 1-2급 장애로 판정되면 기준소득월액의 26% 지급으로 해외 사례와 비교해봤을 때 매우 취약

2) 신기술이 한국노동연구원이 소장하고 있는 기업체의 단계별 약 0.5개월 분의 한 과업 유급병가를 인정하는 기간은 60일(산입 2.3개월, 병일 1.7개월, 공공일수 1.5개월)이며, 한 수입 등은 7일~14일 정도만을 인정하고 있는 실정으로 전 산업 평균은 0.9개월에 불과

1) 업무외적 상병은 소득보장제도도 없지만 장애연금과 연계 미흡

- 2017년 장애연금수급자 78,402명이며, 1급 기준 전체 평균 원지급액은 60.3만원이며, 30~34세는 48.4만원
 - o 결국 장애상태로 영구 취업불능이 되면 국민연금으로 전락할 가능성이 매우 큼

〈표 2〉 요양기간별 상병소득보장제도 및 장해확정시 장애금에 비교

구 분	근거법 등	요양기간 중	장해확정
업무상상병 (산업재해)	산업재해보상보험법	휴업급여(2년 이내 평균임금의 70%) → 상병보상연금 (사망 또는 장해확정시까지 평균임금의 70%~90%)	등급에 따라 장해연금 또는 장해보상일시금
	공무원연금법 등	유급병가(6개월, 보수전액) → 유급휴직(3년, 봉급의 70%)	장해연금 또는 장해보상금
자동차사고	자동차손해 배상보장법 등	휴업손실(장해확정시까지, 수입감소액의 80%)	휴업손실(경년외적시점까지)
업무외상병	공무원복무규정 등	유급병가(2개월, 보수전액) → 유급휴직(1년, 봉급의 70%)	비공무 장해연금*
	취업규칙 등	별도규정 없음(임의급여)	장해연금(국민연금법)

주 * : 1-2급 장애로 확정되었을 때 기준소득월액의 26%를 지급하므로 국민연금의 장애연금처럼 사회안전망으로 작동하기에 부족함

2) 직업재활출연제도가 없어서 자기 돌보

- 장애연금을 받으면서 별도의 소득활동에 복귀하지 못하면 종신토록 적은 금액의 장애연금으로 연명해야 함

3) 영구장해를 초래하는 상병 발생원인의 구성비

<표 3> 국민연금의 장애등급 및 연령대별 발생원인

(단위: %)

구분	장애등급별 발생원인			연령대별 발생원인			전체
	1급	2급	3급	39세 이하	40~49세	50세 이상	
교통사고	16.11	7.06	10.06	24.62	14.72	4.66	9.94
산재사고	2.01	0.88	3.75	3.85	4.53	1.33	2.51
기타사고	11.41	3.24	7.10	10.77	9.43	4.16	6.43
질병	70.47	87.65	77.32	59.23	70.19	88.52	79.82
기타	0.00	1.18	1.78	1.54	1.13	1.33	1.31

자료출처: 우재봉, 2008, "장기연금 수급자의 사회경제적 특성과 재발서비스 요구도 및 이용현황", 국민연금연구원 Working Paper 2008에서 발췌

- ⇒ 영구 중증장해(장애 1~3급)를 야기하는 원인 중 업무외적 상병이 87.5%
 - 산재사고(2.51%), 교통사고(9.94%) 산업재해보상보험과 자동차보험에서 상병연금, 장애연금 등을 충실하게 보장

II. OECD 회원국의 상병수당 운영개요

1. 상병수당 도입국가

- 1883년 Otto van Bismarck가 도입한 "Sickness Insurance Law"에서 최초로 급여의 하나인 상병수당(sick leave benefits)을 포함하였음. 이는 13주의 유급병가를 급여로 포함 한 것으로
 - 도입 당시에는 **상병수당 지출비용이 총의료비의 반을 초과**했다고 하는데, 19세기에는 의료기관에 대한 접근성이 제한되어 있었기 때문에 상병수당이 높은 비중을 차지한 것임¹⁰⁾
- ISSA의 *Social Security throughout the World 2018*에 따르면 **182개국 중 171국이 법정상병수당 도입**
 - ※ ILO가 2010년에 조사한 자료¹¹⁾에 따르면 세계 145개국에서 상병수당제도를 도입했으며, 동남아시아 8개국도 상병수당 도입<표 5>
- 2019년 1월 기준 OECD 회원국은 36개 국으로 상병수당제도가 전국적인 법으로 없는 나라는 미국과 한국이지만
 - 미국은 **Family & Medical Leave Act**에 의해서 1년간의 무급병가를 법제화했으며,
 - 2012년 코네티컷주를 필두로 해서 각 주별, 지방자치단체별로 유급병가(상병수당 포함)를 법제화하기 시작하여
 - 2019년 6월 현재 뉴욕, 캘리포니아주 등 **11개주(인구기준 32%)**와
 - 샌프란시스코, 워싱턴 DC 등 **23개 대도시에서 유급병가가 법제화**되어 있는 상태로 전국적으로 확산추세임

¹⁰⁾ Busse, R. and A. Eiseberg, 2004, Health care systems in transition: Germany(1 ed.), WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

¹¹⁾ Xenia Schell-Adlung & Lydia SAndner, 'The case for paid sick leave', World Health Organization Background Paper 9, 2010

490 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

<표 4> 상병수당을 중앙정부의 법에서 규정하지 않은 나라¹²⁾

지 역	조사대상 국가수	상병수당을 법으로 규정하지 않았다고 답변한 국가	
		국가수	해 당 국 가 명 칭
Europe	45	없음	
Asia & the Pacific	51	5	Kiribati, Korea, Marshall Islands, Micronesia, Palau
Africa 대부분 기업에 대해 법정유급병가 의무화	49	2(3)	(명시적으로 도입하지 않았다고 답변한 나라 3개 국가) Burkina Faso, Ghana (단체협약으로 정한다고 답변한 나라 3개 국가)* Mauritania, Senegal, Sierra Leone,
The Americas	37	1	미국(11개주, 23개 대도시는 법정유급병가)
전세계	182	8(3)	

주 * : 단체협약으로 정한다고 답했지만 유원문화의 영향으로 기업에 대한 구속력으로 작용할 것으로 추정
ISSA의 2018년 자료에는 Lebanon, Zambia도 도입하지 않은 것으로 조사됐으나 각각 2017년 이후 도입한 것으로 확인됨
2015년 ILO Convention 이후 아프리카 국가들이 대부분 법정유급병가의 형태로 도입한 것으로 보임

12) ISSA, Social Security Programs throughout the World 2018(Europe, Asia and the Pacific), 2017(The Americas, Africa)에서 요약

<표 5> 동남아시아 8개국의 상병수당제도 개요¹³⁾

국 가 명	도입시기	운영형태	최대 지급기간	지 급 금 액
캄보디아	2016	사회보험 ~사용자만 보험료 2.6%부담	180일	최근 6개월 평균 일당의 70%
인도네시아	1992	사용자에게 유급병가 의무화	기간제한이 없음	최초 4개월: 통상임금의 100% 5-8월: 통상임금의 75% 9-12월: 통상임금의 50% 12월 이후: 통상임금의 25%
라오스	2013	사회보험(노 1.25%, 사 1.25%) 출산수당 보험료 포함	12개월	최초 6개월: 평균급여의 70% 7-12월: 평균급여의 60% 회복되지 않으면 장애연금으로 전환
말레이시아	1955	사용자에게 유급병가 의무화	제직기간에 따라 60일까지	급여의 100%
미얀마	1954	사회보험(노 2%, 사 2%) 의료비보험료 포함	26주	최근 4개월 평균급여의 60%
필리핀	1954	사회보험 · 노령 및 유족연금보험에 포함	240일	평균 일당의 90%
태 국	1990	사회보험(노 1.5%, 사 1.5%)	통일 상병 80일 1년간 180일 만장질환 365일	최근 15개월간 최고 급여 3개월 평균의 50%
베트남	2008	사회보험(사만 3% 부담) 출산수당 보험료 포함	60일까지 보험료 납입기간에 따라 차등	최근 1개월간 급여의 75%

13) ISSA, 통계서에서 요약

2. OECD 국가의 운영형태별 부담특성 및 국가별 분류

- OECD 36개 회원국 중 의료보장을 사회보험으로 운영하는 나라는 23개, 국가보건의료서비스로 하는 나라는 13개국

- 사회보험으로 운영하는 나라 중 **오스트리아, 독일, 일본 등 11개국은 상병수당도 건강보험에서 통합운영**
 - 프랑스, 스페인 등 4개국은 사회보장연금제도와 통합운영
 - 네덜란드는 고용보험, 예스토니아, 그리스 및 헝가리는 산업재해보상보험과 통합 운영함
 - 이스라엘, 스위스는 기업의 법정복지제도로 운영하고,
 - 한국과 미국은 유급병가가 단체협약에 의한 자발적인 제도로 미국은 실제적인 도입국가로 볼 수 있음

- 국가보건의료서비스(National Health Service)로 운영하는 나라 중 7개국은 사회보험으로 운영하고
 - 영국, 호주는 법정기업복지제도로 운영하며,
 - 덴마크, 아이슬란드, 뉴질랜드는 일의기업복지와 사회부조를 병행하지만 산업별 노동조합연맹(Guild)에서 강한 단체협약이 노조원 전체에게 적용되는 Pattern Agreement를 적용하는 국가로 실제적으로는 법정 기업복지와 유사한 효력으로 비노조원만 적용에서 제외되므로 이들에 대해 사회부조로 보호

※ Pattern Agreement: 유급휴가자의 독특한 문화로 산업별연맹(김드)에서 임금과 근로조건 등을 정하며, 이는 그 산업에 속해있는 회사들에 자동적으로 적용되며, 다른 유급국가에 비해 노동법의 역할이 적음

<표 6> OECD 회원국의 상병수당제도 운영방식별 분류¹⁴⁾

의료보장 재원조달	상병수당 운영방식		해 당 국 가
	책임주체	운 영 방 식	
사회보험 (23국)	정부 (19국)	건강보험과 통합운영	<11개국> 오스트리아, 벨기에, 칠레, 체코, 핀란드, 독일 , 일본, 룩셈부르크, 멕시코, 폴란드, 슬로베니아
		사회보장연금과 통합운영	< 4개국> 프랑스, 라트비아, 리투아니아, 스페인
		산재보험과 통합운영	< 3개국> 예스토니아, 그리스, 헝가리
	기업 (4국)	고용보험과 통합운영	< 1개국> 네덜란드
		법정 기업복지로 운영	< 2개국> 이스라엘, 스위스
국가보건의료서비스 (13국)	정부 (8국)	임의 기업복지로 운영	< 2개국> 한국, 미국
		사회보장연금보험 통합운영	< 3개국> 아일랜드, 노르웨이, 포르투갈
		상병수당·출산수당보험	< 3개국> 슬로바키아, 스웨덴, 터키
		상병수당보험	< 1개국> 이탈리아
	기업 (5국)	고용보험과 통합운영	< 1개국> 캐나다
		법정 기업복지 + 상병보험	< 1개국> 영국
		법정 기업복지 + 사회부조	< 1개국> 호주
	임의 기업복지 + 사회부조	< 3개국> 덴마크, 아이슬란드, 뉴질랜드	

14) ISSA 전체서의 내용을 참고하여 분류하였으며, 운영방식은 법적 성격에 따라 분류한 것임

492 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

3. 상병수당제도의 설계내용별 특성 비교

1) 기업과의 책임분담

- 유럽연합 회원국을 중심으로 2000년대 초반부터 재정의 지속가능성을 위해 **상병휴가의 초기에 급여지출은 사용자가 부담토록 제도를 개편한** 결과.
 - o **도덕적해이를 방지**하고, 사회안전망(social protection system)에 의한 **상병수당 지출액을 감소**시켰음¹⁵⁾
- **사용자가 초기에 2~16주 정도 유급병가제도를 통해 급여를 지급**하며, 그 이후에는 사회안전망에서 지급
- 유럽연합회원국이면서 OECD회원국에 속한 16개국을 기준으로 보면
 - o **덴마크, 영국은 사용자가 전 기간 상병수당을 지급하는 것이 원칙**으로,
 - 단체협약을 적용받지 못하는 근로자에 대해서는 사회보험(영국) 및 사회부조(덴마크)에서 지급
 - o 오스트리아(16주), 독일(6주), 룩셈부르크(77일) 등 모든 국가에서 2주~16주 정도 사용자가 부담
 - o 법에서 정한 금액은 평균급여 대비 낮지만 **대부분의 국가가 단체협약에 따라 급여와의 차액을 추가 지급**

15) Slavina Spasova, Denis Rouzet and Bart Vanhercke, "Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union", European Social Policy Network, Brussels, 2016

<표 7> OECD 주요 회원국의 사용자 부담기간 및 방법 예시 ¹⁶⁾

국 가 명	사용자 부담기간 및 지급액	사회안전망 지급기간 및 지급액
오스트리아	12주간 급여전액+4주 (급여의 50%+a)	급여의 최대 75%(지너 및 배우자수당 포함) 52주
벨기에	30일간+단체협약에 따라 추가	일당소득의 60%를 7개월까지 지급
체코	20일간 일당의 60%	일당소득의 60%를 380일까지 지급
덴마크	4주간 급여전액+단체협약에 따라 추가	18개월 이내 52주까지 단체협약 비적용자에게만 지급
에스토니아	4~8일까지 일당의 80%	기준임금의 70%를 182일까지 지급
핀란드	9일까지 급여전액	소득수준에 따라 최고 일소득의 70%를 300일까지 지급
프랑스	30일간 임금의 40%, 그 이후 30일간 16%	일당소득의 66.7%까지 최고 360일간 지급
독 일	6주간 급여전액	78주까지 총소득의 70%(순소득의 90%) 지급
아이슬란드	단체협약에 따라 1개월 이상 사용자가 부담	52주까지 자산소득조사에 따라 최소 1,746코루나 지급
룩셈부르크	77일간 급여(일당 평균소득)전액	52주까지 급여전액
네덜란드*	없음(고용보험과 통합운영)	소득의 70~100%를 104주까지 지급
노르웨이	16일간 급여전액	신고소득의 100%를 52주까지 지급
폴란드	33일간 급여전액	최근 12개월간 급여평균의 80%를 182일까지 지급
스페인	15일간 급여전액	최대월 일당의 75%를 12개월까지(6개월 연장가능)
스웨덴	15일간 급여전액	상실소득의 80% 364일까지(550일까지 연장가능)
영 국	28주간 급여의 20%+단체협약에 따라 추가	사용자가 지급 못할 경우 주당 £89.34를 28주까지 지급

주 4: 사용자가 보편보 전액을 부담하여 민간보험회사에서 운영하므로 별장기입부제로 분류하는 경우도 있으나 위험의 재분배효과가 있기 때문에 사회보험제도로 보는 것이 타당

16) ISSA, 연계사에서 요약

2) 상병수당 적정 보장기간 및 운영현황

- 원천에 소요되는 기간은 상병별로 다르며, **의학적 연구¹⁷⁾에 따르면 6개월 정도의 유급병가기간**은 심각한 질병으로부터 회복하기 위해 중요한 기간이라고 하는데, OECD 회원국 36개 중 **29개 외연국에서 명시적으로 6개월 이상 상병 수당을 지급**하도록 규정하고 있음
 - **캐나다가 15주로 가장 짧고, 호주, 터키, 칠레 3개국**은 지급기간에 대한 규정이 별도 없으며,
 - 이스라엘은 단체협약에 따라 최소 90일 이상을 지급하도록 의무화
 - 영국 28주, 벨기에 7개월이며,
 - 이탈리아, 폴란드, 에스토니아, 라트비아, 리투아니아 등 5개국은 26주 혹은 182일 한도
 - **오스트리아, 덴마크, 프랑스, 일본 등 22개국은 52주 또는 360일 이상임**
 - 그리스는 보령료 납입기간에 따라 182~720일, 일본 18개월, 네덜란드 104주, 스위스 720일, 포르투갈 1,095일
- **폐결핵 등 일부 상병의 경우에 별도 적용되는 상병기간이 있는데,**
 - 홍콩은 교사에 대해 일반적인 유급병가는 168일까지이지만 폐결핵은 12개월까지 인정하고 추가적인 요양이 필요하다면 무급병가를 허용¹⁸⁾
 - **이탈리아**에서도 일반적인 상병수당은 6개월간 지급되는데 **폐결핵은 최대 2년까지 지급¹⁹⁾**

17) Amy Raub et. al., 2018, Paid Leave for Personal Illness: A Detailed Look at Approaches Across OECD Countries, World Policy Analysis Center
 18) https://www.edb.org.hk/EDN/EN/HR/resorce/edu_doc/coa/sec.coa/App11.htm Grant of Sick Leave, Special Tuberculosis Leave
 19) <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=111&langId=en&intPageId=4920>

2-1) 특수형태고용근로자 및 시간제 근로자 등의 보장대상 포함여부 및 적용방법²⁰⁾

- 임금근로자, 시간제 근로자, 특수형태고용근로자(self-employed persons) 등으로 중사상의 지위를 정의하는데,
- **시간제 근로자는 정규근로자와 동등하지만 1주일당 근무한 시간에 비례하여 지급금액 결정**
 - 특수형태고용근로자(self-employed persons)는 나라별로 다름
 - 오스트리아, 벨기에, 독일, 아이슬란드, 네덜란드, 스페인 등 **6개 국가는 특수형태고용근로자는 대상에서 제외** 단, 독일, 스페인은 민간보험을 선택적으로 가입할 수 있도록 허용함
 - 덴마크, 프랑스, 룩셈부르크, 포르투갈 및 스웨덴 등 **16개국은 특수형태고용근로자는 의무가입보험(compulsory insurance)의 적용을 받는데, 종종 기여기간에 대해 차등을 받고 있음.**
 - 불가리아, 체코, 에스토니아, 폴란드 등에서는 특수형태고용근로자는 **자발적 소득보상보험(voluntary insurance schemes)을 가입할 수 있음**
 - 리투아니아, 라트비아, 슬로바키아에서는 알콜중독, 약물남용 및 범죄행위에 의해서 상병이 발생했을 때는 보장대상에서 제외함

20) Slavina Spasova, Denis Bouget and Bart Vanhercke 견적서에서 요약

494 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

3) 대기기간(Waiting periods)

- 대기기간은 보장하는 상병(social security risk)이 발생했을 때와 급여가 지급될 때까지의 기간차이를 말하며,
 - **오스트리아, 덴마크, 독일, 룩셈부르크, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴 등은 대기기간을 적용하지 않음**
 - 이는 상병 발생 이후 일정 기간은 사용자가 급여를 지급하기 때문에 대기기간을 설정할 필요가 없기 때문임
- 대기기간은 사용자가 상병수당을 부담하지 않는 구조에서 발생하며,
 - 2일(터키), 3일(이탈리아, 일본), 7일(호주), 2주(뉴질랜드, 캐나다 등) 등 다양한데 이들 나라는 사용자에게 유급병가를 범으로 강제하지 않는 나라들이며, 대기기간으로 인해 재정지출을 억제하는 효과가 있음
 - 이외 특수형태고용근로자는 별도의 대기기간을 적용하는데 2주(덴마크), 30일(포르투갈) 등임

4) 병가기간 중의 직장보호(Job protection during sick leave)

- 대부분의 회원국에서 특정한 조건에 따라 병가기간 중에 해고로부터 보호를 받고 있지만, **상병이 장기간 지속되면 근로자는 예고될 수 있음**
 - 예를 들면 폴란드나 라트비아에서는 일정한 기간을 초과하면 해고할 수 있음
 - 독일에서는 부정적인 예후(negative prognosis)로 진단되며, 사업의 이익에 심각한 위해를 줄 때, 빈발하는 단기간의 상병, 상병으로 인한 효율성의 손실 등을 초래하는 알콜중독으로 인한 상병 요양자 등은 해고 가능

- 18 -

- 유급병가 기간도 정상적인 업무일수로 간주하여 연차휴가를 계산하는데 포함하여야 하며, **유급병가와 연차휴가는 엄격히 분리**하여 운영
 - 이스라엘에서는 병가기간 중의 급여는 임금의 일부로 간주되고 따라서 퇴직금(severance payment)을 계산하거나 연급보험료를 계산할 때 포함되어야 하며, 요양 중에는 근로자를 해고할 수 없도록 하고 있음²¹⁾
 - 유급병가가 범제화되어 있지 않은 우리나라, 일본은 10일 내외의 치료기간은 본인의 법정연차휴가로 사용하며, 직장내 분위기 때문에 유급병가를 활용하기 어려운 실태

5) 적격요건(Qualifying Conditions)

- 대부분의 OECD 회원국에서 상병수당을 지급받기 위한 적격요건을 정하는데,
 - 동일 직장의 제직기간 또는 상병수당을 운영하는 사회보험에의 보험료 납입기간을 기준으로 정함
 - 오스트리아, 체코, 핀란드, 이탈리아, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드, 슬로바키아, 슬로베니아 등의 나라는 적격요건을 운용하지 않음
- 적격요건을 정한 나라에서도 적격요건을 충족하지 못했을 때 사회부조를 통해 지원하는 제도 운영

21) Sick Pay in Israel https://www.kolchut.org.il/en/Sick_Pay

- 19 -

<표 8> 업무외적 상병에 대한 유급병가 적격요건²²⁾

국가명	제적기간(월)	보험료 납입회수	국가명	제적기간(월)	보험료 납입회수
호 주	12	-	이스라엘	1	-
벨기에	1	4	리투아니아	-	6
캐나다	3	3	멕시코	-	1
칠 레		3	뉴질랜드	6	-
덴마크	2	1	노르웨이	1	-
에스토니아	<1	-	출렌드	-	1
프랑스	12	-	포르투갈	-	6
독 일	1	-	스페인	-	6
그리스	-	5	스웨덴	<1	6
헝가리	1	1	스위스	3	-
아이슬란드	1	-	터 키	-	3
아일랜드	-	24	영 국	1	-

22) ISSA, 원개사에서 국가별도 요약

6) 상병수당의 지급금액(평균급여 대비 소득대체율) ← 국가별 소득대체율은 붙임 자료 참조

- 노후연금에서는 퇴직 이후에는 출퇴근 및 직장생활 영위를 위한 필요비용이 소요되지 않기 때문에 평균소득자 기준으로 퇴직전 평균급여의 60~70%가 적정소득대체율로 여겨지고 있지만,
 - o 상병수당에 대한 적정 소득대체율은 실증적인 연구분석이 이루어진 적이 없고 ILO 최저기준에도 연금이 없음
 - o 미국의 연구에 따르면 OECD 자료를 기준으로 분석했을 때 80%의 소득대체율이 가정을 빈곤으로부터 지키는데 필요한 수준이라고 함²³⁾
- 실제적으로도 업무외적으로 발생한 상병이지만 질병의 경우에는 업무와의 연관관계를 100% 부정할 수도 없는 상황*으로 사용자의 배상책임(employer's liability)의 성격도 있으며,
 - o 상병수당을 제공하는 사회안전망의 책임주체 및 부담형식, 그리고 기업복지를 규정하는 회사 자체의 단체협약 등에 따라 다양한 소득대체율이 적용되고 있음
 - ※ 업무상 스트레스로 인한 태움(Burn out)은 근로자의 스트레스 감응정도에 따라 다르므로 명확히 규명이 어려움
- 오스트리아, 독일, 룩셈부르크 등에서 사용자가 부담하는 기간은 급여 전액을 보장하도록 하고 있으며,
 - o 덴마크, 벨기에, 핀란드, 프랑스, 네덜란드 등도 사회안전망에 더해 단체협약에 따라 급여 전액 보장
- 19개 외원국에서 급여지급률이 80% 이상이지만, 사회보험을 적용하는 나라는 대부분 낮은데
 - o 80%(스웨덴, 라트비아, 리투아니아 등), 70%(독일), 66.7%(일본, 프랑스, 터키), 50%(뉴욕주) 등이며, 스위스는 단체협약에 따르면 급여의 80% 이상을 지급

23) Amy Rasib et. al., 원개사

496 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

6) 장애연금, 노령연금 및 자동차보험 등과의 관계

- 상병수당은 단기적인 혹은 일시적인 직업능력 장애(temporary work disability)에 대한 보상으로,
 - 상병수당의 수급권이 소멸되고 나서도 업무복귀가 불가능한 장애연금으로 전환하거나,
 - 퇴직연령에 근접한 계층은 조기노령연금으로 전환하게 됨
- 다만, 장애연금은 부분적인 직업능력을 갖고 있는 사람을 노동시장에서 퇴출시키는 왜곡된 유인책을 갖고 있어서 일부 나라에서는 활성화 수단 등을 활용하여 부분적 장애를 갖고 있는 사람들이 직업을 찾을 수 있도록 지원하고 있음
- OECD의 연구²⁴⁾에 따르면 저숙련근로자들이 장애연금의 수급자도 전락할 위험성이 더 크다고 하며, 세나가 상병수당 수급자 중 장애연금 수급자로 전락하는 비율도 고숙련근로자에 비해 높다고 함.
 - 장애연금을 받기 시작한 이후에 직업에 복귀하는 비율은 2%이하이며, **실제적으로 장애연금은 대부분의 수혜자들에게 노령연금과 같은 기능을 하게 됨**
- 이외에도 자동차보험의 피해자도 업무외적 상병을 입게 되었을 때도 상병수당 및 장애연금의 보상대상에서 제외하는 경우도 있는데 이는 가해자를 대신한 보험회사에서 치료비는 물론 상실소득까지 보상하기 때문임
 - 이스라엘의 노동법에서는 사농자사고도 상해를 입은 경우 사농자가 상병수당을 지급할 필요가 없다고 명시²⁵⁾

24) Slevina Spasova et. al., **원격서**
25) Sick Pay in Israel: https://www.koltechu.org.il/eu/Sick_Pay

7) 출산수당, 가족간호수당 등과의 통합 운영

- 유럽의 대부분의 국가는 **출산수당, 가족수당(Family Allowance) 등과 통합해서 운영**하는바 유급병가를 활용할 수 있는 조건은 아래와 같음
 - 신생아 출산 및 간호
 - 자녀 입양 및 이에 따른 초기 정착기간(Adoption Allowance)
 - 자녀의 간호를 위한 병가(Child Care Allowance)
 - 배우자 또는 부모의 간호를 위한 병가
 - 본인의 상병
- ☞ OECD 22개 회원국에서 가족의 간호, 자녀입양에 따른 정착기간 등에 법정 전일휴가(full time paid leaves) 대신 **정규 시간제 근로(regular hourly work)**를 허용하며, 근로자들이 이를 선호. 이를 통해 부부 중 한명은 전일 근무를 하고 다른 배우자가 **정규 시간제 근로를 택함으로써 자녀의 보호와 본인의 직무에의 소외감 문제를 동시에 해결**하고 있음
 - ※ 우리나라 '남녀고용평등과 일·가정 양립지원에 관한 법'에도 1년 이내 육아가 근로시간 단축에 관한 규정이 있으나 아이가 정서적으로 어린이집 등에 돌봄을 위탁할 수 있는 3년까지로 확대해야 실효성이 있음
- 출산수당은 상병수당을 포함하여 사회보험으로 하는 나라(오스트리아, 룩셈부르크, 네덜란드, 슬로베니아, 터키 등)가 있지만, **가족간호수당 등은 법정기업복지제도도 운영**토록하여 국가제정의 지속가능성 계고

3. 직업재활훈련 등 업무복귀를 촉진하기 위한 관련 제도 ²⁶⁾

- OECD 회원국에서는 상병수당 및 장애연금 정책은 과거 이십년 동안 큰 폭으로 개혁을 추구했는데, 주로 **수동적인 소득보장에서 업무복귀정책(re-integration)으로 전환**하는 것임
 - o 이는 상병수당 및 장애연금이 단순히 소득의 보전제도로 운영되면 노령연금처럼 인식되어 **근로자가 영구적으로 노동시장에 복귀를 하지 않는 정책실패**를 겪었기 때문임
 - 우리나라 산업재해보상보험도 직업재활훈련을 의무화하고 부분휴업급여(시간제 근로)를 장려하고 있음
- 1990년대를 전후하여 북유럽국가들 중심으로 **장기요양가 밀약권리, 상병요양가 체계보고 시스템, 노동시장복귀제도, 부분상병유 비예노 등 다양한 업무복귀정책**을 도입하였는데,
 - o 호주는 2006년 복지에서 고용으로의 개혁(welfare-to-work reform)을 통해 부분적으로 작업능력이 떨어진 노동자를 정상적인 실업자로 간주하여 **직업탐색 및 직업훈련 참여를 조건으로 상병수당 지급**
 - o 네덜란드는 직업재활훈련 등을 통해 연간 신규 장애연금 수급자를 **7~10만명에서 2007년 4만명으로 감축**
 - o 오스트리아는 2014년 1월에 장애연금을 '재활급여 및 직업훈련수당'으로 전환하여 직업탐색을 조건으로 지급
 - o 영국은 사회부조인 상병수당(고용장려금 1)을 지급받으려면 직업훈련과 구직활동을 하는 것을 조건으로 함
 - o 리투아니아는 요양기간이 90일을 초과하면 즉시 고용노동사무소에서 업무능력 상실도를 평가받아야 하며, 구직 활동과 직업훈련을 조건으로 장애연금(work incapacity pension) 지급

26) Christopher Piras and William Tompson, "Sickness and disability programmes: What is driving policy convergence?", International Social Security Review, Vol 62(4), 2009, 4 Sammie Vestor Thorsen et al., 2016, Sickness Absence in the Nordic Countries, Nordic Social Statistical Committee를 참고하여 요약

1) 부분상병수당제도(상병요양자에 대한 시간제 근무제도 혹은 부분휴업급여제도)

- 부분상병수당제도(partial sickness benefit)는 업무능력이 감소한 근로자에게 시간제 근로를 허용하는 제도로 이를 통해 회사는 노동인력 감소를 최소화할 수 있으며, 근로자는 노동시장에서 지속적으로 업무에 종사할 수 있으며, **상병이 원치되었을 때 정상적인 업무에 복귀할 가능성이 커지게 됨**
 - o 최근 Johanna Kausto의 박사학위논문²⁷⁾에 따르면 부분상병휴가제도는 요양 중에 업무능력이 감소한 근로자가 노동시장에 복귀하는데 유효한 수단이라는 사실을 실증분석²⁸⁾
- 결론적으로 보면 상병을 갖고 있는 근로자가 요양기간 중에도 근로능력(remaining work capacity)을 활용하여 시간제근로를 하는 부분상병수당제도를 활용하는 것은 유익한 효과를 갖고 있음
- 현재 **부분상병수당제도를 운영하는 나라는 벨기에, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 뉴질랜드, 노르웨이, 스웨덴, 영국, 리투아니아 등 14개국**으로 알려짐²⁹⁾
 - o 우리나라의 경우 초기암으로도 수술받아도 체력 때문에 회사에 전일 근무를 못해서 휴직이나 퇴직을 하고 있지만 하루 4~5시간씩 반일 근무를 한다면 많은 환자들이 실적의 공포에서 벗어날 수 있을 것으로 보임

27) Kausto, Johanna et al., "Effectiveness of new legislation on partial sickness benefit on work participation: A quasi-experiment in Finland," BMJ Open 4, 13(2014): e005958

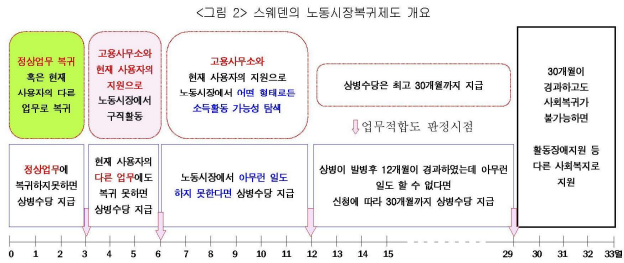
28) Sammie Vestor Thorsen et al., 앞제서

29) Amy Rasib et al., 앞제서

498 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

2) 스웨덴의 노동시장복귀제도(Rehabilitation Chain)

- 스웨덴은 2008년 7월 노동시장복귀제도를 도입하여 **장애된 날에 업무적합판정(work capacity assessment)**을 별도로 하였으며, 이 제도를 도입하고 나서 상병수당과 장애연금 수급자의 숫자가 감소하기 시작하였음



- 26 -

4. 유급병가 활용실태

- OECD 회원국의 유급병가 활용실태는 가족 간호를 위한 병가를 포함한 나라가 있기 때문에 체계적인 비교가 어려우며, 2014년에 근로자 설문조사를 통해 조사한 병가일수는 아래 표와 같음

<표 9> OECD 회원국의 근로자 설문조사를 통한 병가일수 비교³⁰⁾

국가명	병가일수	국가명	병가일수
호 주	7.3	독 일	11.7
오스트리아	17.3	이탈리아	5.9
캐나다	7.4	한 국	2.4
덴마크	7.7	스위스	8.8
핀란드	8.9	영 국	2.1
프랑스	9.2	미 국	10.3

- 성별로 보면 영국, 핀란드, 프랑스, 네덜란드, 노르웨이 및 스웨덴에서 주로 여성이 유급병가 활용률이 높으며, **노르웨이, 스웨덴 및 덴마크에서 여성은 남성 동료에 비해 50% 정도 더 활용하는 것으로 나타났다**³¹⁾
 - 독일의 자료³²⁾에 따르면 우편산업에서 여성은 17.3일, 남성은 14.6일, 의료산업에서 여성 15.6일, 남성 12.2일
 - 이렇게 차이가 나는 것은 다양한 요인이 있는바, 그 중 하나는 **여성들이 상대적으로 소득수준이 낮고 시간이 짧을수록 하고 있어서 사회보장제도의 보호장지도 다르게 적용받고 있기 때문**으로 보임

30) <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=80123>

31) Bergendorff, 'Sickness absence in Europe - a comparative study', International Social Security Association, 2003.

32) Bundesverband der Betriebskrankenkasse, Gesundheitsbericht 2009, Bessen 2009.

- 27 -

- 유급병가 활용도는 사회경제적 지위(socio-economic status), 연령, 소득수준 등과 연관도가 높는데,
 - 영국에서 가장 낮은 고용계층(lowest employment grades)은 높은 고용계층에 비해 6배나 높은 유급병가를 활용한 것으로 나타나며,
 - 육체노동자(8.4일)는 비육체노동자(6일)에 비해 많은 유급병가기간을 활용한 것으로 나타남³³⁾
 - 2008년 독일의 자료³⁴⁾에 의하면 26~35세의 근로자는 평균 11일로 가장 낮은 유급병가기간을 보였는데 55세 이상은 25일로 가장 길었으며,
 - 변호사 및 과학자들은 5~7일, 형사부 및 정연사 24~27일, 거리 형사부는 35일간의 유급병가 활용
 - 아일랜드에서는 공무원들의 유급병가기간은 평균 11일인데, 민간부분은 6일로 2배에 가까운 차이를 보이고 있음
- 유급병가를 활용하는 근로자들의 전형적인 상병의 원인은 크게 3가지로 분류되고 있는데, **정신질환, 근육계열원 및 임발병** 등이며, 심각한 건강문제를 조기에 치료하거나 예방함으로써 유급병가를 줄일 수 있음을 보여줌
 - ※ 중앙일보(2019.7.6.) ‘직장인 스트레스로 글병드는데 ... 기업 90% 심각성 외면
미국 8억달러 들어 직원건강 챙기나 산재 71% 줄어
- 스웨덴, 노르웨이 및 덴마크의 자료에 따르면 높은 실업률을 보이는 기간 유급병가기간이 줄어드는 것으로 나타났음
 - 경기후퇴국면에서 실직의 위험이 더 커지기 때문에 유급병가를 활용하지 않기 때문인 것으로 보임

33) BUPA Insurance Limited, Press Communication, '1 in 5 workers admit to throwing a sickie', September 2005
 34) KKH-Allianz, 2010

5. 상병수당제도를 운영하는데 소요되는 금액 비교

- OECD에서 근로자 본인의 병가로 지급하는 상병수당의 재정소요금액을 집계한 통계는 없으며,
 - 실업수당, 출산수당, 가족간호 수당 등 업무외적인 사유로 인한 휴가기간의 급여와 장애연금 등 사회안전망에서 지급하는 소득보장금액(Income Protection)을 통합하여 관리하고 있음
 - 상병수당 지급액이 공시되더라도 지급기간, 지급률, 대기기간 등이 다르기 때문에 유의미한 비교분석은 어려움
- GDP 대비 소득보장금액은 북유럽국가가 4% 내외로 가장 높고 **우리나라는 0.60%에 불과한 것으로 나타나 중산층이 빈곤층으로 추락하는 것을 방지할 수 있는 사회안전망이 취약한 것으로 보임**

<표 10> GDP 대비 소득보장급여 지출 비교³⁵⁾

국가명	비율	국가명	비율	국가명	비율
덴마크	4.41	이스라엘	2.77	미국	1.31
노르웨이	4.31			일본	0.98
스웨덴	4.13	OECD평균	1.93	캐나다	0.75
핀란드	3.62			한국	0.60
네덜란드	3.42	영국	1.89	터키	0.46
벨기에	2.93	이탈리아	1.83	멕시코	0.03

35) <https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm>

500 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

III. 상병수당 운영방식별 주요 국가의 사례와 특징⁸⁶⁾

1. 의료보장을 건강보험에서 운영하는 나라의 상병수당 운영사례

1) 상병수당을 건강보험에서 통합 운영하는 나라

1-1) 독일

- 독일은 상병수당을 출산수당과 포함하여 건강보험에서 통합하여 운영하며, 보험료는 노사 각각 급여의 7.3%씩 부담
- **사용자가 최초 6주 동안 급여 전액을 지급해야 하며, 사용자가 지급하지 않는 경우에는 보험기금에서 지급**
 - 금액은 평균급여의 70%이며, 순소득의 90%를 초과할 수 없음(최고한도에 관한 규정 없음)
 - 현금 상병수당은 동일한 상병에 대해 3년의 기간 동안 78주까지 지급
- 상병수당을 받기 위해서는 최근 4주간 이상 근무했으며, 3일간의 대기기간이 필요하고 대기기간이 3일이 초과할 것 같은 의사의 소견서(Certificate)를 사용자에게 4일차에 제출해야 함. 의사의 소견서에는 업무에 종사할 수 없을 것 같은 예상기간이 평가 되어야함

86) 이하의 내용에서 별도의 주석이 없으면 ISSA의 원저서를 참고한 것임

1-2) 일본

- 일본은 상병수당을 국민건강보험에서 통합해서 운영하지만 사용자에게 유급병가가 의무화되어 있지 않음**
 - 다만, 국민건강보험법에서 사용자가 급여의 일부분을 지급하면 상병수당 금액을 차감 지급하도록 하고 있으며, 유급병가가 법제화되어 있지 않으므로 근로자들의 활용률이 낮다고 하며,
 - **중진 고용을 원칙으로 하기 때문에 사회안전망에 의한 상병수당의 역할이 중요**하며, 해고의 위험이 낮음
- 건강보험기금에서 그의 최근 12개월간의 월평균소득의 2/3에 해당하는 금액을 지급하며, 건강보험협회에서 추가로 최근 12개월간 월평균 급여의 9%를 지급하여, **합계 75% 상당액 지급(최고한도에 대한 규정 없음)**
- 만약 18개월이 경과해서도 완치가 되지 않았을 때는 그 때부터 월평균 급여의 75% 상당액이 건강보험협회에서 540일간 지급됨(즉, **상병 발생후 3년간 지급**)
- 장애연금과 노령연금의 수급요건을 갖추었을 때 그 시점부터 상병수당은 종료됨
 - 다만, **장애연금의 금액이 상병수당보다 적을 때는 그 차액을 건강보험협회에서 지급**
 - **노령연금금액이 상병수당보다 적을 때도 그 차액을 협회에서 지급**

2) 상병수당을 다른 사회보험제도에서 통합 운영하는 나라

2-1) 네덜란드(고용보험에서 통합운영)

- 네덜란드는 상병수당 및 출산수당을 고용보험에서 통합해서 운영하며 **보험료는 사용자만 급여의 2.85% 부담**
 - o 특수형태고용근로자는 적용이 제외되며, 필요한 민간 소득보상보험 가입
- **사용자가 2년(104주) 동안 급여의 최소 70%를 지급하는** 보험을 가입해야하기 때문에 **법정기입복지의 성격**
 - o 기간제 근로자이던 사용자로부터 계약기간이 끝나는 날까지 지급되며, 이후에는 UWV에서 받게 됨
 - 만약 임시직 근로자거나 실업급여를 받고 있는 상태라면 UWV(보월기금)에서 상병 발생이전에 받았던 일당의 평균금액의 70%에 해당하는 금액을 지급하게 됨
 - o **지급받는 1일당 금액이 사회보장최저소득(social minimum)에 미달할 때는 그 차액을 Supplementary Benefits Act에 따라 지급할 수 있음**
 - 2018년 기준 22세 이상 독신 근로자의 경우 €53.87
 - o **1일당 지급받는 최고금액은 법정 1일당 소득(legal daily maximum wage)인 €209.26**
 - o 대부분의 근로자들은 별도의 단체협약에 의해 최초 1년간은 급여의 100%에 해당하는 금액을 사용자에게 받을 수 있으며, 그 이후 기간에 대해서는 별도의 협약이 없음

2-2) 리투아니아(별도 사회보험으로 운영)³⁷⁾

리투아니아는 출산수당, 기죽간호수당 등을 포함하여 사회보험(Sickness and maternity social insurance)으로 운영하며, 보험료는 사용자만 급여의 3.6%부담

- 적격요건 및 금액
 - o 처음 2일간은 사용자가 평균일당의 100%지급
 - o 3일부터 사회보험기금(National Social Insurance Fund)에서 3개월간 평균급여의 80% 지급
 - 단체협약에 따라 사용자가 추가적으로 지급할 수 있음
 - o 최저금액은 전국평균소득의 15% 이상(현재 1일당 €6.66), 최고금액은 전국평균소득(현재 €71.02)
- **지급기간은 90일까지로 이 기간이 초과되면 직업재활프로그램(vocational rehabilitation program)으로 전환되며,**
 - o 부분적으로 작업능력상실이 45~70% 정도 손실되었다고 Disability and Working Capacity Assessment Office에서 판단하면 즉시 장애연금(Work Incapacity Pension)으로 전환되며,
 - o 금액 산정방식은 별도로 정하고 **주거액으로 고용사무소에 방문하여 취업을 위한 노력과 훈련과정을 이수**해야함

37) Sick Pay in Lithuania(<https://www.renkooskollektiva.lt/en/sick-pay/>)와 Sickness Benefits(<https://socmin.lrv.lt/en/et/et/et/social-insurance-1/social-insurance-benefits/sickness-benefits>)를 참조하여 작성

502 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

3) 이스라엘(법정기업복지)

- 이스라엘은 상병수당을 법정 기업복지제도로 운영하며,
 - o 만약 단체협약 혹은 고용조건에 따른 상병수당이 노동법에서 정한 것보다 후하다면, 근로자가 더 좋은 조건을 택해서 상병수당을 지급받을 수 있음
- 자동차사고 혹은 산업재해로 인한 병가
 - o **자동차사고로 상해를 입은 경우 자동차보험에서 상실소득액을 지급하기 때문에 사용자는 상병수당을 지급할 필요가 없음**
 - o 산업재해로 인한 경우에도 산업재해보상보험에서 보상하기 때문에 제외
- 유급병가법에 따르면 **병가기간 중의 급여는 임금의 일부로 간주되고 따라서 퇴직금(severance pay)을 계산하거나 연금보험료를 계산할 때 포함되어야 함**
- 근로자가 유급병가를 통해 요양 중에는 해당 근로자를 해고할 수 없음
- 근로자가 유급병가를 받고 있는 기간도 정상적인 업무일수로 간주하여 연차휴가를 계산하는데 포함하여야 함

- 34 -

4) 미국 <(자발적 기업복지제도)+(11개주+23개 대도시는 법정 유급병가 등)>

- 미국은 전통적으로 건강보험, 기업연금 등을 기업의 생산성 제고를 위한 일의 기업복지제도로 운영하고 있으며, 현재 근로자의 약 70% 이상이 기업이 제공하는 유급병가의 적용을 받고 있음
 - o 연방정부 차원에서 도입한 상병수당제도는 없으며, **가정 및 의료휴가법(FMLA: Family and Medical Leave Act)**에 따라서 일권을 요하는 중증 상병(serious illnesses)에 대해서는 1년간의 무급병가를 주도적 의무화
 - **무급병가 법제외적으로 근로자도 유급병가를 단체협약의 주요 안건으로 상정할 수 있는 계기가 됨**

<표 11> 미국 근로자의 업종별 근무형태별 유급병가 적용률³⁸⁾

구분	군무원	민간기업	공무원	
노조가입여부	노조원	90	81	97
	비노조원	71	76	86
근무시간	정규직	85	82	99
	시간제	40	39	44

- 2009년 H1N1 독감의 확산이후 오바마 행정부에서 Healthy Family Act 등의 제정을 통해 가족간호 및 본인의 상병요양을 위한 유급병가제도를 법제화하려고 했으나 아직까지 국회에서 승인을 받지 못한 상태
 - o 다만 2012년 코네티컷주에서 Healthy Family Act의 내용을 반영한 유급병가법을 제정하였으며,
 - 2019년 6월 현재 캘리포니아, 뉴저지, 뉴욕주 등 11개 주에서 유급병가가 법제화되었으며
 - 샌프란시스코, 워싱턴 DC 등 23개 대도시가 유급병가를 조례화하였으며, 확산되는 추세임

38) <https://www.dhs.gov/news/2012/03/01/employee-benefits>, Employee Benefits in the United States, Mar 2012.

- 35 -

<표 12> 법정유급병가를 도입한 주의 도입 시기 및 법제화 과정³⁹⁾

주 명	도입일자	법제화 과정 및 관련법
Connecticut	2012. 1. 1.	Public Act No. 11-52 signed into law by Governor Dannel Malloy on July 1, 2011.
California	2015. 7. 1.	Legislation signed into law by Governor Jerry Brown in 2014.
Massachusetts	2015. 7. 1.	Question 4 passed by voters in November 2014.
Oregon	2016. 1. 1.	Legislation (SB 454) signed into law by Governor Kate Brown in 2015.
Vermont	2017. 1. 1.	HB 187 signed into law by Governor Peter Shumlin on March 9, 2016.
Arizona	2017. 1. 1.	Proposition 206 (Fair Wages and Healthy Families Act) passed by voters in November 2016.
Washington	2018. 1. 1.	Initiative 1433 passed by voters in November 2016.
Rhode Island	2018. 1. 1.	Legislation signed into law by Governor Gina Raimondo in 2017.
Maryland	2018. 2.11.	In January 2018, the State Legislature overrode a veto of Governor Larry Hogan
New Jersey	2018.10.29.	Legislation signed by Governor Phil Murphy on May 2, 2018
New York	2019. 1. 1.	The Disability Benefits Law (Article 9 of the WCL)

39) http://en.wikipedia.org/wiki/Sick_leave

4-1) 코네티컷주의 유급병가제도⁴⁰⁾

코네티컷주는 미국에서 최초로 유급병가제도를 법제화(An Act Mandating Employers Provide Paid Sick Leave to Employee)한 주로서, 2012년 1월부터 효력을 발휘

- 이의 주요 내용은 근로자에게 근로시간 40시간당 1시간의 유급병가를 부여하는 것으로 본인은 물론 자녀의 간호를 위해서도 연간 40시간(5일)을 한도로 사용할 수 있으며, 근로자 50명 이상의 사업장에 강제화하는 것으로,
- 특이한 것은 68개 업종의 서비스종사자(service workers)에만 의무화함

→ 요식업종사자, 의료서비스 종사자, 도서관 사서, 약사, 등록원 간호사, 방문 요양보호사, 간호조무사, 경비원, 조리사, 페스트푸드점 종사자, 이발사, 비스운전사 등으로 **면역성 질병의 감염 확산 방지에 무안함을 둔 법안**

- 일반 사무직 근로자 등에 대해서 강제화를 하지 않았지만 이 법안이 모델이 되어 단체협약에 따라 유급병가 확산

4-2) 뉴욕주⁴¹⁾

- 뉴욕주는 2019년 1월 1일부터 Disability Benefits Law를 제정하여 **사회보험업종의 상병수당제도를 도입**하였으며,

- 상병수당에 대한 보상은 뉴욕주 산업 재해보상보원국에 등록된 민간 소득보상보험 판매회사가 소득보상보험을 가입 하도록 하였으며, 대기업은 보험국에서 인가를 받은 경우 자가보험(self-insure)을 통해서 보상을 받을 수 있음

40) <https://www.sackstonewis.com/media/nc72/media.1712.pdf> Connecticut's Paid Sick Leave Law Questions & Answers

41) <http://www.web.ny.gov/content/main/DisabilityBenefits/Employer/forToLaw.jsp>, https://en.wikipedia.org/wiki/New_York_Disability_Benefits_Law

504 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

- 보험료는 근로자에게도 분담을 시킬 수 있으며, 근로자의 부담금은 임금 1%의 1/2로 계산하는데 주당 60센트를 초과할 수 없음 ← **보험료는 평균급여의 약 0.153%로 알려짐**
- 소득보상보험의 보험료는 근로자 50인을 기준으로 다르게 적용됨
 - 50인 이상 사업장은 전체 근로자에게 동일 보험료율로 적용하되 보험회사별로 자율로 책정할 수 있음
 - 50인 미만 사업장은 근로자별로 1개월당 적용되는 별도 보험료 적용할 수 있음. 이 경우 보험료율은 남성과 여성으로 구분할 수 있으며, 통상 여성의 보험료가 남성보다 높음
 - 근로자가 하나 이상의 직장에서 1주일에 \$120 이상을 벌어들이면 근로자는 각 사용자에게 각 사용자에게 받는 임금에 비례해서 보험료를 조정할 수 있도록 요청할 수 있음. 조정된 보험료는 주당 60센트를 초과할 수 없음
- 상병수당은 연속되는 **52주간에 26주를 한도로 지급**되며, 임금근로자는 급여가 지급되지 않는 7일간의 대기기간이 적용되며, 수급권은 8일자부터 발생
 - 소득보상보험의 급여는 근로자의 주당 급여의 50%로 하며, 1주일당 최대 \$170을 한도로 함. 7일간의 대기기간 이후 26주까지 지급함
 - 회사별로 단체협약에 의해 상병수당의 급여한도, 대기기간을 달리 적용할 수 있으며, 이는 보험료에 반영됨
- ☞ 미국은 산업재해보상보존도 사 주별 법에 의해 운영되며, 현재 4개의 주만 주정부가 독립적으로 운영하고 다른 주는 민간 보험회사에 위탁하거나 경쟁체제를 유지하고 있음

- 38 -

2. 의료보장을 국가보건의료서비스(NHS)로 운영하는 나라의 상병수당 운영 사례

1) 법정유급병가와 사회부조 병행(호주)⁴²⁾

- 호주에서는 기본적으로 10일 이상의 유급병가를 부여하도록 Fair Work Act에서 의무화
 - **10일간의 병가 기간 중 사용자에게 없는 기간은 사면도로 이월되므로 해직기간이 늘어날수록 기간도 늘어나는 구조**
 - 법정 유급병가 외에도 단체협약 등을 통해 추가적인 유급병가 혹은 무급병가를 운영하고 있음
- 사용자로부터 유급병가를 받지 못할 경우 사회부조로부터 상병수당을 받을 수 있으며, 직업이 있는 22살 이상이어야 하거나 호주에서 전일제 학생의 신분(Austudy or ABSTUDY)이어야 함
 - 자산소득조사에 통과해야 하고(일정 수준이하)
 - Centrelink에 의사의 확인서(medical certificate)를 제출해야 함
- 사회부조로부터 받는 상병수당은 7일의 대기기간 이후 격주로 지급되며, 지급기간 한도는 없음
 - 금액은 결혼여부, 자녀여부 등 가족구성에 따라 AS 496.70에서 AS 595.10까지 지급
 - 지급금액은 시간당 기본급을 기준으로 하며 성과급, 시간외수당 등은 포함되지 않음

42) <https://www.dhs.gov.au/individuals/services/centrelink/sickness-allowance>

- 39 -

2) 법정유급병가와 사회보장 및 사회부조 병행(영국)

- 영국은 기업으로 하여금 28주간 1주일당 £94.25의 **법정상병수당을 지급하도록 의무화**
 - o 통상 기업체에서 유급병가제도를 운영하며, 단체협약에 따라 기본급의 100%까지 보장됨
 - 기업체에서는 재원 마련을 위해 민간보험회사가 판매하는 Income Protection Insurance 가입
 - o 유급병가를 적용받지 못하는 근로자는 사회보험(Sickness Insurance)에서 **고용장려금 1**을 주당 £73.10 지급
 - o 이외에도 자산소득 조사와 업무적합도 관정을 통해 사회부조에서 별도의 **고용장려금 2**를 지급
- 법정유급병가를 활용하기 위해서는 사용자에게 의사, 물리치료사, 작업치료사 등의 의료전문가로부터 평가받은 **업무 적합진단서(fit note or sick note)**를 제출해야 하며,
 - o 현재 업무의 적합여부, 사용자가 제공하는 다른 업무 혹은 단축 근무 등으로 복귀가능 여부도 포함
- 근로자가 병가 이후에 **망에 남아있는 상태로 복귀를 할 때 사용자는 근로자의 업무조건(working condition)을 변경해 주어야 하며, 근무시간을 줄여주거나 막업에 필요한 도구를 변경하는 것** 등임
- 상병으로 인해 4주일 이상 병가를 사용하는 상태를 장기상병휴가(long-term sick leave)라고 부르며, 이 상황에서도 법정연차휴가는 유효하며,
 - o 사용자는 장기상병휴가 중인 근로자를 상담을 통해 해고할 수 있음
 - 해고를 위해서는 다른 근로조건으로 업무에 복귀할 수 있는지,연계종 업무에 복귀할 수 있는지와 건강이 호전될 수 있는지 등을 상담한 이후에 가능

3) 임의기업복지제도와 사회부조 병행(덴마크)⁴³⁾

- 덴마크는 사회적 합의에 따른 Pattern Agreement에 의해 기업복지제도는 길드에서 정한 단체협약을 적용하는데 법적으로는 강제화되지 않지만 사실상 100% 적용되는 유효한 협약으로 **다른 나라 기준 법정기업복지제도**라고 간주해도 무방함
 - o 사회부조방식으로 지원하는 상병수당은 유급병가 혜택이 부여되지 않은 근로자, 특수형태고용근로자 등을 대상으로 Sickness Benefit Act에 의해 제공됨
 - o 아래의 내용은 조세방식의 상병수당에 대한 내용임
- 급여생활자의 경우 상병수당은 주당 근무한 시간과 상병 발생이전 최근 3개월간의 시간당 임금을 기준으로 계산되며, 2018년 기준으로 주당 DKK 4,245를 초과할 수 없음
 - o 시간당 받을 수 있는 최고 금액은 상병수당의 최고금액(DKK 4,300)을 1주일당 통상 근무시간(37시간)으로 나눈 금액으로 일당 DKK116.22가 최고한도임
 - 덴마크 1크로네 = 176.10원(2019.6.30. 기준)으로 시간당 20,450원 정도
- 시간제 근로자일 경우 상병수당은 **일한 기간의 일한 시간당 숫자와 현재 시간당 소득에** 기준해서 계산하며, 시간당 DKK 116.22를 한도로 함

43) Denmark - Sickness Benefit <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1107&langId=en&inPageId=446>

506 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

- 상병수당을 지급하는 주체는 종사상의 신분에 따라 다름
 - **급여생활자이면 사용자 혹은 지방자치단체에서 지급**
 - 상병이 발생한 것년부터 30일까지는 사용자가 직접 지급. 이르기 위해서는 상병으로 결근하기 이전 8주 동안 현재의 사용자에게서 74시간 이상 근무했어야 하며, 상병휴가 기간 임금을 받지 못해야 함(단체협약에 따라 유급병가가 시행될 때 상병수당 미지급)
 - **자영업자, 특수형태고용근로자 등은 지방자치단체에서 지급**
 - 상병 발생이전 6개월 중 최소 240시간을 현재 사용자에게서 근무를 계속하였고, 최근 5개월 동안 월당 최소 40시간을 근무했지만 사용자로부터의 유급병가 혜택을 받지 못하는 경우
 - 유연근무직업(fleksjob)에 종사하는 자
fleksjob: 프리랜서, 예술가 등
 - 최근 18개월간 중에서 직업훈련을 이수한 자
 - 특수형태고용근로자 등
- 상병수당 신청 및 지급방법
 - NemRefusion 시스템을 통해 지방자치단체에 필요한 서류를 전산으로 제출하고 지자체는 근로자의 전자계정(e-boks)으로 연락함. 사용자가 유급병가의 혜택을 받지 못하는 근로자에게 지급할 상병수당은 NemRefusion을 통해 사망자단체에 추후 환급

- 42 -

IV. 시사점 및 검토 필요 사항

1. 해외사례에 비추어본 상병수당제도 도입대안 예시

- <1인> 가족친화 사회환경의 촉진에 관한 법률(가족친화법)에 상병휴가, 육아휴가 등의 권장에 대한 조문 신설
- 가족친화법에 가족친화적 근무조건으로 육아휴가, 상병휴가 등에 대한 구체적인 조문을 신설하여 활용을 장려(예) 제 00조(가족친화적 근무조건) **기업등**은 근로자가 다음의 사유로 시간제 근무, 재택근무 또는 휴가를 사용하는 것을 정려하여야 한다.
 1. 본인의 업무외적인 상해나 질병으로 인해서 요양이 필요할 때
 2. 직계 존속이나 비속의 중대한 상해나 질병으로 인해 간호가 필요할 때
 3. 자녀의 육아를 위해
 4. 일방한 자녀의 정서적 유대감 형성을 위해 필요할 때
 - * 기업 등: 기업 및 공공기관
 - 사회적 합의과정이 없이 도입할 수 있으며, **관련 단체(노동단체, 인권단체 등)의 학습효과를 통해 중장기적으로 상병수당제도가 도입되는 여건을 조성할 수 있을 것으로 기대되지만,**
 - 즉각적인 효과는 기대하기 어려우며, 중소기업근로자, 특수형태고용근로자 등에 대한 보호장치로 작동할 수 없음

- 43 -

<2안> 법정기업복지제도로 도입

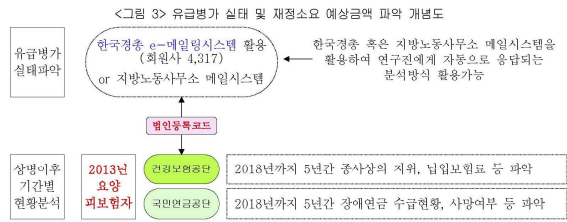
- 근로기준법에 사용자에 대해서 유급병가를 의무화
 (예) 제 00조(유급병가) 근로자가 법제78조(휴양보상)에서 정하고 있는 업무상 부상 또는 질병 이외의 부상 또는 질병에 걸려 요양이 필요할 때 **대통령령으로 정하는 바에 따라 평균임금의 100분의 50의 유급보상**을 해야 한다.
 ◦ 근로기준법의 업무상 유급보상이 100분의 60(신체보험에서는 100분의 70)으로 정하고 있으므로 이보다 낮은 금액을 책정할 필요
- 국가 제정의 투입없이 도입할 수 있지만,
 - 사용자단체와 합의도출이 어려울 것으로 예상되며,
 - 영세사업장 근로자, 특수형태고용근로자 등 생계개입이 필요한 계층에 대한 보호장치로서 작동할 수 없음

<3안> 국민건강보험에서 도입

- 국민건강보험법 제50조의 부가급여에 **상병수당에 관한 근거가 있으므로 시행령을 개정하여 도입**
 제50조(부가급여) 공단은 이 법에서 정한 요양급여 외에 **대통령령으로 정하는 바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당, 그 밖의 급여를 실시할 수 있다**
- 상병수당의 저급에 대한 **대기기간을 4주, 6주 등으로 설정하면 실제 보호할 대상의 숫자가 대폭 줄어들어** 건강보험의 제정에 큰 부담을 주지 않고 꼭 필요한 계층을 보호할 수 있을 것으로 예상되며,
 - 시행령 개정 사항이기 때문에 용이하게 제도 도입을 추진할 수 있음

2. 기업의 유급병가 실태 및 재정소요 예상금액 파악

- 상병수당의 운영방식과 재정소요액 등을 추정하기 위해서는 기업에서 임의도 시행하고 있는 유급병가의 실태파악과
 - 요양 경과기간별 종사상의 지위, 건강보험료 납입여부, 장애연금으로의 전환여부 등을 파악하는 것이 필요
 - 이를 통해 **요양발생 이후 요양기간, 원직장 복귀여부, 다른 직장으로의 전직 소요기간, 장애연금 수급여부** 등을 파악할 수 있고, **대기기간(2주, 4주, 6주 등)별 상병수당 지급예상액 예측이 가능함**
 - 관련 업무에 **복귀할 수 있는 평균적인 상병기간을** 예측할 수 있고,
 - 업종별, 종업원규모별 유급병가 실시여부가 상병발생에 미치는 연관분석 등을 시행할 수 있을 것으로 기대



508 보편적 건강보장을 위한 의료 격차의 진단과 과제

- 우리나라는 OECD 회원국에 비해 조세부담률이 매우 낮은 상태로 인구 고령화가 더 이상 진행되기 이전에 꼭 필요한 복지확장정책을 펼치는 것이 필요
 - ⇒ 건강보험개혁에는 **영성난 사익적 고통이 따름** (No Magic Bullet !)⁴⁵⁾

<표 13> 주요 국가의 재정관련 지표 비교

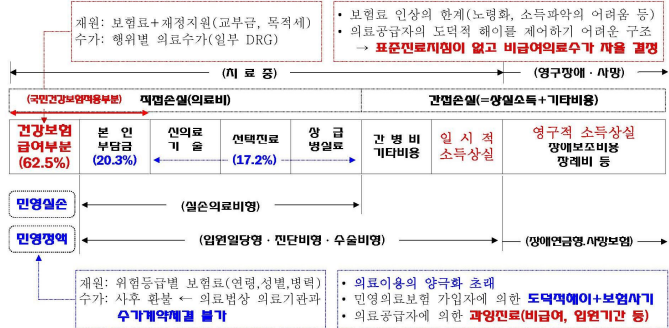
국 가 명	근로소득 대비 <소득세+ 사회보험료>	소비세율	재원조달기반 관련 지표				GDP대비 사회보장지출	GDP 대비 중앙정부 총부채	국가기관 신뢰지수	
			고용률		노인부양비율					
	2018	2015	2017	2015	2025	2050	2017	2016	2017	
북유럽	스웨덴	43.1	25.0	76.9	33.8	38.2	45.5	26.1	53.3	52.5
	노르웨이	38.8	25.0	74.1	27.4	32.5	43.1	25.0	38.9	69.0
OECD평균	덴마크	35.7	23.0	74.2	33.0	37.7	45.3	28.0	53.1	52.0
		36.1	19.3	69.4	27.9	35.2	53.2	20.1	112.0	49.3
남유럽	그리스	40.9	24.0	53.5	33.0	39.2	73.4	23.5	156.4	13.5
	이탈리아	47.9	22.0	58.0	37.8	45.6	72.4	27.9	146.5	23.5
일 본	스페인	39.4	22.0	62.1	30.6	38.6	77.5	23.7	117.2	28.5
		32.6	8.0	75.3	46.2	54.4	77.8	21.9	221.8	38.5
미 국		31.7	8.5	70.1	24.6	32.9	40.3	18.7	107.4	34.0
		23.0	10.0	66.6	19.4	31.7	72.4	11.1	45.8	30.5

자료출처: 1인당 인건비 대비 부담 OECD Tax Database 2019.7.8. accessed, 인건비는 기업이 1인당 근로자에게 지출하는 총비용 노인부양비율: <http://dx.doi.org/10.1787/888933634306>(Demographic old-age dependency ratios) OECD Society at a Glance 2019, Government at a Glance 2017, [https://data.oecd.org/social-exp/social-spending.htm](https://data.oecd.org/socialexp/social-spending.htm)

44) Thomson, S., Fosbister, T., Mossialos, E., 2009, Financing Health Care In the European Union: Challenge and Policy Responses, WHO.

3. 상병수당 보완형 정액형 민영의료보험 정비 검토⁴⁵⁾

<그림 4> 상병으로 인한 경제적 손실발생과 국민건강보험과 민영의료보험의 역할 개념도



45) 이 부분은 손기철, 권택성 2014, "민영의료보험 보험금 수급자의 의료이용에 관한 연구", 사회보장연구 제30권제3호의 관련내용 정리

- 가정이 중증 상병이 걸려도 소득보장제도가 없기 때문에 극빈층으로 전락할 가능성이 매우 크고,
 - 이를 보완하기 위해 **민영의료보험 중 정액형 의료보험이 다양한 형태로 발전되었으나**
 - 책임이 없는 학생, 무직자 등도 가입을 허용하여 생계형 보험사기가 빈발하는 것은 물론 국민의 민간의료 보험료 부담이 매우 커서 건강보험체도의 불신을 초래하는 요인으로 작용
 - ※ 문재인 대통령 건강보험 보장성 강화대책 발표(2017.8.9. 서울성모병원) 중 민영의료보험 관련 내용

"건강보험 보장률이 낮다 보니, 가구당 월평균 건강보험료가 9만원인데 비해, 민간 의료보험료 지출이 28만원에 달합니다"

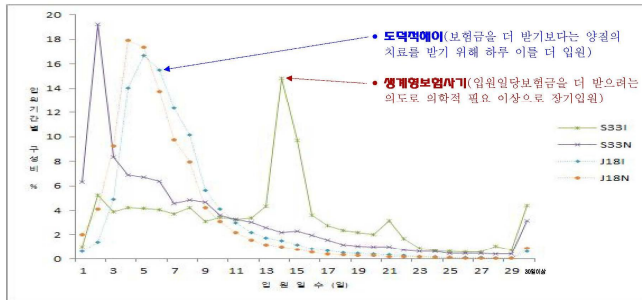
<표 14> 민영의료보험의 상품구조 예시

담보분야 및 주요 판매 중인 특약		기능	보장금액	보험료구성비		
특별약관	의료실손	주계약(사영 및 후유징해)	사영으로 인한 소득상실	가입금액 정액	40%	
		상해·질병 입원의료비특약	본인부담 입원의료비 보장	5천만원한도	15%	
	상해·질병 통원의료비특약	본인부담 통원의료비 보장	30만원한도			
	정액보험	강제연금형	상해소득보상금특약	정액급여 보완	10년간 매년 정액	45%
			상해가족생활지원금	정액도 인한 추가비용 보장	10년간 매년 정액	
		진단비형	암진단비특약	암 의료비 및 상실소득 보장	가입금액 정액	
			급성심근경색진단비	의료비 및 상실소득 보장	가입금액 정액	
		수술비형	성인병수술비특약	의료비 및 상실소득 보장	가입금액 정액	
		입원일당형	암입원일당특약	암입원 중 가족부대비용 보장	암입원 1일당 정액	
	일반입원일당특약		일반 중 가족부대비용 보장	입원 1일당 정액		
간병보장형	실비케어보장특약	간병비용	10년간 매년 정액			

- 정액형 민영의료보험 가입자는 보장성이 강화되었을 때 예상치 못한 초과보험금을 받게 되므로 의료이용량을 지금보다 확대할 것으로 전망

※ 예: 위암치료도 과거 본인부담금 2,000만원 → 500만원(암보험금 3,000만원 받으면 과거보다 1,500만원 초과이익)

<그림 5> 폐렴과 요추염좌의 민영보험 보험금 수령자와 비수령자의 입원기간별 분포도



나. (토의) 접근 관점에 따른 주요국의 정책 사례와 시사점

□ 국외 상병수당 사례의 시사점

○ 국외에서는 출산과 자녀돌봄(가족수당), 유급휴가의 통합 운영이 이루어지고 있음을 알 수 있는데, 우리나라는 그 시행을 위한 법체계의 조화가 고민되는 사항임.

- ‘보편적 건강보장’을 목적으로 한다면 건강을 완전히 회복할 수 있는 단계를 모두 지원하는 것이 바람직하다고 생각되며, 보편적 건강보장의 책임이 건강보험만의 책임이 아닌 국가의 책임으로 정책 대안 구상의 범위를 더 넓힐 수 있을 것임.
- 현재 건강보험에서 지원하는 부분은 상병으로 인한 직접 손실, 즉 의료비 보전인데, 그 외 간접 손실(소득 상실, 간병비 등 기타 비용) 중 일시적 소득 상실에 대한 부분에서 (특히 기업에서 유급휴가를 보장받지 못하는 근로자들에 대해) 상병수당의 필요성이 부각됨.
- 우리나라에서는 공적 건강보험 체계에서 간접 손실 부분을 지원하지 않기 때문에 민간 보험이 그 역할을 대신하고 있는 상황임.
- 제도의 형태가 유급병가든지 상병수당이든지 목적이 같은 상황에서 거버넌스 측면으로 보면 노동법, 그리고 건강보장의 개념이 모두 포함됨. 현재 근로기준법에 근거가 이미 마련되어 있는 상황에서 그 최소한조차 지키지 않는다면 위법이고, 이를 고려하여 서울형 유급병가는 일용 근로자와 특수 고용직 종사자, 영세 자영업자 등 근로취약계층을 대상으로 함.

□ 제도의 실현을 위한 과제

- 우리나라에서 일시적 소득 상실과 영구적 소득 상실의 원인으로 구분되는 '장애'의 정의가 명확하게 이루어지지 않는 것도 실행을 어렵게 만드는 요인 중 하나임.
 - 국내에서는 장애가 주로 '신체'의 장애를, 유럽에서는 '업무 능력'의 장애를 의미하는데 상병수당의 실행 차원에서는 '질병으로 인한 근로 능력 상실'로 정리할 수 있겠음.
 - 외국은 장애의 정도에 대한 정의가 아니라 질병을 앓는 기간을 기준으로 수당을 지급하기도 함.
- 현재 전 국민 의료보험 체제에서 보장성 강화 정책을 지속적으로 시행하고 있음에도 불구하고 민간 보험 가입률은 여전히 높아, 상병으로 인한 경제적 손실 발생에 대한 위험 보전 수단의 수요가 높고 철학적 컨센서스도 어느 정도 형성되어 있지만 실행 단계에서 (재정의 문제, 실행 주체, 도덕적 해이에 대한 우려 등) 정책 입안자에 대한 설득이 필요한 상황임.
 - 질병으로 인한 소득의 상실 문제는 현재 보장성 강화 정책의 효과 제고를 위해서, 그리고 민간 의료보험 간 관계를 정립할 때 반드시 함께 고려해야 할 사항이라고 판단됨.

다. 논의 결과

☞ 보편적 건강보장 개념의 재정립 필요성

- 치료비 지원을 넘어서 상병으로 인한 소득 상실 및 기타 간접 비용에 대한 보장이 함께 이루어질 때 진정한 보편적 건강보장을 달성할 수 있음.
 - Universal health coverage=Medical insurance+Sickness benefit+Disability insurance(발표 자료 p. 47 그림 4)
- 이러한 맥락에서 보편적 건강보장의 책임은 건강보험이나 보건의당국이 독립적으로 수행해 나갈 것이 아니라, 그 범위를 넘어서 국가 전체 수준에서 다양한 부처 및 관계 기관에서 책무성을 가지고 이끌어 나가야 할 사항임.

☞ 국가 상황에 맞는 다양한 접근에 대한 고민 필요

- 국외 사례를 살펴보면 북유럽에서는 사용자(고용주)가 준조세 방식으로 재원을 부담하고, 전체 근로자에게 이를 배분하는 방식을 활용하는 등 국가마다 제도 설계와 재원 마련 방식에 차이가 있음. 구직자 수당(job-seeker's allowance)도 우리나라와 같은 고용보험 방식을 취하는 국가가 있기도 하고, 사회부조 방식을 택한 국가가 있기도 함. 즉, 각국의 사례를 주요 요소에 따라 유형화하여 제도 전개 사항을 비교해 보고, 이를 통해 우리나라 상황에 맞는 벤치마킹 사례를 구상하는 접근 방식을 제안함.

5. 제4차 포럼: 질병 발생과 빈곤화 대응 방안

가. (토의) 질병 발생과 빈곤화 대응 방안 종합 토론

□ 질병 발생 시 소득보전 방안의 보완 필요성과 기본 취지

- 상병수당 등 질병 이환 시 소득보전제도의 필요성은 의료 격차 해소를 위한 대응 방안이라기보다는 근로자가 적시에 필요한 의료 서비스를 받도록 하는 데 기본 목적이 있음.
- (실업급여 제도의 활용) 국외의 상병수당제도를 참고해 보면 실업수당보다 상병수당의 급여 수준이 높지 않은데, 그렇다면 근로자가 실업급여를 선택하게 될 수도 있음.
 - 현행 실업급여제도에서는 ‘상병급여’라는 명목으로 수급 자격자가 질병, 부상으로 재취업 활동이 불가능하여 실업 인정을 받지 못할 경우 급여가 지급되는데, 지급액은 퇴직 전 평균 임금의 60%에 소정 급여 일수(고용보험 가입 기간에 따라 상이, 50세 미만은 최대 240일)를 곱한 금액임(상한액은 1일 6만 6000원). 경미한 질병으로 인한 실직은 실업급여 대상자가 되지 않고, 질병으로 인한 퇴사, 즉 업무가 불가능한 정도의 객관적 증빙이 있는 중증 질환만이 이에 해당됨.
 - 근로 능력자는 단순히 급여 수준만을 비교하여 선택할 것이 아니라, 질병에 이환되었을 때 직장을 잃지 않으면서 소득을 보전받을 수 있는 방안을 더 선호할 것이고, 기본적으로 경제활동이 가능한 사람들이 적시에 치료받을 수 있는 권리에는 작업장이나 근로 형태에 따른 차별이 없어야 할 것임.

- (의료급여 제도의 활용) 의료서비스 접근에서의 격차가 기회비용으로 인해 충분한 치료를 받지 못한 이유에서 비롯되는 상황이라면 상병수당제도의 신설보다는 현행 의료급여제도의 확대 적용을 검토해 볼 필요도 있음.
 - 질병 발생 시 노동시장에서의 지위 유지와 소득보전을 통한 적시의 치료 보장을 위해 이를 의료 시스템 내의 문제로만 다룰 수는 없음. 적시에 치료받지 못하는 문제는 더 넓은 범위의 사회·제도 측면에서 바라보아야 할 사안이고, 그 대안을 상병수당으로만 한정할 것이 아니라 다양한 대안을 생각해 볼 수 있을 것임(예: 의료급여제도의 일시 적용 등).
- 이 논의에서, 그리고 연구를 진행할 때 정책 방안의 목적을 어디에 둘 것인가(예: 소득보장 vs. 치료 보장 vs. 회복(요양) 보장?), 그에 따른 대상 집단을 어떻게 설정할 것인가를 확실히 하는 작업이 중요할 것임.
 - 정책 대상에 대해서는 문제의 원인에 따라, 그리고 형평성 측면에서 소득 기준의 범위를 넘어서는 검토가 필요함. 의료 격차의 측면에서는 저소득층이 취약한 상황에 처해 있는 것이 사실이지만 상병수당의 목적은 치료비 보장이 아닌 고용 상태 유지가 주된 목적임. 이 논의의 목적은 단순히 치료비 보장이 아닌 적시의 의료 시스템 접근이 먼저 보장되어야 하는 문제로, 앓을 때 쉬었다가 다시 복직할 수 있는 그룹과 그렇지 못한 그룹의 특성을 유형화한 후 이를 위한 개입 방식을 고민하여야 할 것임.
 - 정책 개입의 목적은 크게 '치료 보장'으로, 이는 의료비 보전과 질병 발생 시 소득보전을 모두 포함하는 것으로 정리할 수 있을 것임.

- 질병 발생에도 불구하고 적시에 치료받지 못하는 원인이 고용 불안이나 실업의 위험으로 인한 불안이고 실제로 나타나는 결과는 건강 상태 악화, 실업 혹은 소득 상실 등일 것임. 그리고 그 매개변수는 고용보험 가입 여부나 직장의 유급휴가 보장 여부임. 따라서 제도의 필요성은 노동시장에서 소득 혹은 지위 상실 위험을 해소하는 데에 있을 것이고, 이 연구를 통해서 현재 이러한 위험에 처해 있는 집단을 밝혀 내고 기존의 제도로 해결할 수 있는 부분과 새로운 제도가 필요한 부분을 가려내는 작업이 필요함.

□ 질병 발생과 빈곤화 대응 방안 관련 연구 진행 방향 논의

- 이 연구 구성은 1부에서 전반적인 근거 기반 의료서비스 이용과 치료의 사회경제적 수준에 따른 격차를 검토하고, 2부에서 취약한 집단의 특성과 질병 발생 후 노동시장에서의 결과(고용 상태, 임금 수준 등)를 심층 분석할 것임.
 - 근거 기반 의료서비스 이용의 격차는 건강보험 청구 자료를 활용하는데, 해당 자료에서는 직장에서의 유급휴가 정보 등은 확인하기 어렵고 비교 그룹을 가입자 유형(직장가입자, 지역가입자, 의료급여)과 소득 수준(보험료 분위)을 이용하여 구분함. 또는 사업장 코드를 활용하여 공공·민간 부문 종사자를 비교할 수도 있을 것임.
 - 그리고 2부에서 질병 발생으로 인한 노동시장에서의 지위 상실 등 빈곤화 위험에 노출되어 있는 취약 계층은 누구인지, 현재 소득보전제도에서 사각지대가 존재하는지 살펴보고 3부에서 이를 해결할 다양한 정책 대안을 검토할 계획임.

나. 논의 결과

☞ 근로 능력자에 대한 적시의 치료 및 요양 기간 보장의 필요성

- 질병 이환 시 소득보전제도의 필요성은 의료 격차 해소를 위한 사후 개입 차원의 대응이라기보다는 사전 개입, 즉 노동시장에서의 지위 변동이나 소득 상실에 대한 불안을 해소해 줌으로써 근로자가 적시에 필요한 의료서비스를 받도록 하는 데 근본 목적이 있음.
- 현행 실업급여제도는 실직 이후에 대한 소득보전으로 질병으로 인한 노동시장 지위 유지 방안으로는 작동하지 않고, 의료급여제도는 치료비 지원 차원에서 활용 가능하나 고용 상태와 의료 시스템에 대한 적시의 접근을 함께 보장하기에는 부족함.

☞ 의료 격차와 잠재적 빈곤 위험 계층의 특성 분석을 통한 정책 개입 근거 마련

- 이 연구에서는 우선 근거 기반 의료서비스 이용의 사회경제적 격차 현황을 검토하고, 노동시장에서 질병 발생으로 인한 빈곤화 위험의 우려가 있는 그룹의 특성을 밝히고자 함.
- 그리고 현재 관련 사회보장 체계를 함께 고려하여 이러한 위험을 해결할 수 있는 다양한 정책 대안을 고민해 보고, 그 실현 가능성과 효과성 등을 검토하여 정책 대안을 제시하고자 함.

간행물 회원제 안내

회원제에 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.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

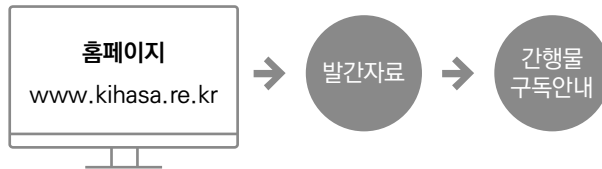
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

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

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>