



시민건강이슈 2022-04 PHI Issue Paper 2022-04

PHI
Issue
Paper
2022

한국형 상병수당의 쟁점 -누구를 보호할 것인가?

필진 || 문다슬 시민건강연구소 노동건강연구센터
moon9123@health.re.kr

최홍조 시민건강연구소 건강형평성연구센터
hchoi@health.re.kr

출판일 || 2022년 4월 21일

펴낸 곳 || (사) 시민건강연구소

서울시 동작구 사당로13길 36, 2층

전화: 02-535-1848

팩스: 02-581-0339

누리집: www.health.re.kr

전자우편: people@health.re.kr

후원계좌: 하나은행 199-910004-60804
(사)시민건강연구소

(사) 시민건강연구소는 정부와 기업의 후원을 받지 않고
회원들의 후원금만으로 운영되는 비영리민간독립연구소입니다.



우리는 이 짧은 글에서 한국형 상병수당이 제구실하기 위해서는 지금 여기 한국에서 어떤 형태로든 일하며 살아가는 모두를 그 지원대상으로 삼아야 한다고 주장한다. 상병수당 도입의 중요성은 도입 그 자체에 있기보다는 소득 걱정 없이 아프면 쉬면서 건강을 돌볼 권리를 보장하는, 바로 제도의 본래 가치에 있다. 이 맥락에서 상병수당이 누구를 보호할 것인가는 여전히 중요한 문제다. 상병수당의 '성공'은 임금 노동과 비임금 노동, 공식 노동과 비공식 노동, 유급 노동과 무급 노동 등 그 어떤 조건으로도 노동을 경계 짓지 않을 때 가능하다. 이를 위해서는 한국 사회의 상병수당 필요의 불평등한 분포를 잘 들여다보는 일부터 시작해야 한다. 지금까지 제도의 필요를 제대로 파악하지 못한 것은 한편으로는 한국형 상병수당 제도 도입 과정에서 시민의 실질적 참여를 보장하지 않았다는 데서 기인한다. 새로이 시작하는 한국형 상병수당은 기존 제도적 경로에 반드시 의존할 필요 없다. 다변화하는 고용 관계 등의 사회적 변화, 그리고 돌봄노동과 형평성, 온존 등 새로운 사회적 가치를 담아낼 것을 제안한다. 이때 한국형 상병수당은 지금 실재하는 한국 사회의 불평등과 부정의를 야기하는 구조의 근본적 변혁을 가져오는 대안으로도 역할 할 수 있을 것이다.

※ 본 글은 2022년 1월 10일자 시민건강논평 '상병수당이 제구실을 하려면'을 재구성한 것임

들어가며

올해 7월, 6개 기초자치단체(시군구)¹⁾를 대상으로 ‘근로자가 업무 외 질병·부상으로 경제활동이 어려운 경우 치료에 집중할 수 있도록 소득을 보전하는’ 한국형 상병수당의 시범사업이 실시될 예정이다.

한국 사회보장체계의 오랜 과제로 남겨져 있던 한국의 상병수당 도입이 추진된 배경에는 코로나19 팬데믹 위기가 자리한다. 팬데믹 위기를 경험하면서 시민들이 ‘아프면 쉬기’에 대한 실질적인 필요와 동시에 이를 가능하게 하는 제도의 공백을 체감한 것이다. 정부는 시민들의 필요에 응답하기 위해 2020년 한국판 뉴딜 종합계획에서 상병수당 도입을 발표했고, 이후 약 1년 반의 준비 기간을 거쳐 상병수당 도입의 첫걸음인 시범사업을 앞두고 있다.

한편, 상병수당 시범사업 계획은 대상자부터 전달체계까지 그 구체성이 매우 부족한 실정²⁾이다. 지난해 상병수당 시범사업 발표 이후 시민사회 등에서 이를 지적하였으나, 시범사업 지역 선정이 끝난 지금까지 수정 또는 보완된 사항은 없다. 한국형 상병수당은 그 목표, 보편적건강보장(Universal Health Coverage, UHC)을 실현하기 위해 얼마나 준비되어 있는가?

우리는 우선 사회보장제도의 하나로서 상병수당을 국내에 도입하려는 시도를 높이 평가한다. 동시에 우리는 현재의 상병수당이 제도의 도입취지를 훼손할 심각한 오류를 가지고 있음을 지적하고자 한다. 그 핵심 중 하나는 변화하는 ‘노동자’의 개념을 포착하지 못하고 있다는 점이고, 다른 하나는 ‘소득 손실’이 발생하는 현장을 포함하지 못하고 있다는

1) 4월 11일자로 1단계 시범사업을 수행할 6개 지역이 선정되었다. 총 63개 시군구가 지원했고 이 가운데 서울 종로구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전남 순천시, 경북 포항시, 경남 창원시가 최종 선정되었다.

2) 보건복지부 보도자료 별첨 자료(2022.01.19.)에서 지원 대상은 ‘취업자’로 하되, 세부 요건은 추후 별도 안내로만 기록되어 있고, 4월 11일자 발표에도 세부 요건은 발표에 포함되지 않았다.

사실이다.

우리는 이 짧은 글에서 한국형 상병수당이 제구실하기 위해서는 지금 여기 대한민국에서 어떤 형태로든 일하며 살아가는 모두를 그 지원대상으로 삼아야 한다고 주장한다.³⁾

한국형 상병수당 도입의 의미

1) 보편적 건강보장의 실현인가 그 너머인가

우리는 이른바 ‘한국형’ 상병수당이 보편적 건강보장을 그 궁극적 목표로 삼고 지금이라도 출발한 이유가 무엇인지 질문한다. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)와 국제노동기구(International Labour Organization, ILO)가 보편적 건강보장을 위한 핵심요소로 상병수당을 강조하기 때문에? 국제연합(United Nations, UN)이 보편적 건강보장을 2030년까지 모든 국가가 달성해야 하는 지속가능발전목표(Sustainable Development Goals, SDGs) 가운데 하나로 제시하기 때문에? 이와 같은 이유가 중심이 된다면, 상병수당은 일단 시작하고 보자는 현실정치를 넘어 서기 어렵다.

상병수당 도입이 의미하는 바는 단순히 한국 사회보장체계의 ‘마지막 퍼즐’을 맞춘 것이라거나, 한국도 이제는 다른 OECD 회원국처럼 상병수당을 갖춘 나라가 된 것 정도에 그치지 않는다. 보편적 건강보장을 제도의 궁극적인 목표로 삼고 있듯이, 일하는 누구든지 차별이나 배제하지 않고(형평성), 재정적인 어려움도 없이 건강을 증진하고, 예방하고, 치료하고, 재활하는 데 필요한 서비스(보편성)를 필요한 때에 이용할 수 있는 제도가 마련된다는 데 있다.

3) 제도적 정합성 등을 논의하는 것은 이 글의 목적이 아니다. 관련 논의가 궁금하다면 강희정(2021) 연구를 참고해볼 수 있다.

하지만, 상병수당은 보편적 건강보장의 이론적 틀에 머무르지 않는다. 상병수당은 질병으로 인한 다양한 종류의 고통이 한 개인 혹은 가구와 집단을 더 큰 빈곤에 빠트리는 악순환의 고리를 끊기 위한 자원이다. 이는 보편적 건강보장과 ‘사회적 보호’의 개념적 통합이다.⁴⁾ 다시 말해 상병수당 도입의 중요성은 도입 그 자체에 있기보다는 소득 걱정 없이 아프면 쉬면서 건강을 돌볼 권리를 보장하는, 바로 제도의 본래 가치에 있는 것이다.

더하여 상병수당의 역할을 보편적 건강보장 실현의 핵심으로 설정하게 될 때는 기존에 건강권을 단순히 ‘(보건)의료서비스’를 필요한 때에 필요한 만큼 이용할 수 있는 것으로 이해하던 ‘의료’ 중심의 이해(김창엽, 2013)를 확장시키게 된다는 점에 주목할 필요가 있다. 가입대상자의 범위 측면에서, 한국의 건강보험은 보편적 건강보장을 달성했다고 평가하기도 한다⁵⁾. 하지만, 상당한 비급여 의료서비스 범위와 높은 본인부담금을 고려하면, 보편적 건강보장에 대한 평가는 부정적이다. 바로, 보건의료서비스의 보장 범위와 직접비용 보장 범위의 측면에서 보편성을 달성하지 못했기 때문이다. 하지만, 이처럼 소위 보편적 건강보장의 세 가지 차원 - 가입대상자의 범위, 서비스 보장 범위, 직접비용의 보장 범위 - 에 대한 분석 역시 큰 틀에서는 의료의 범위를 벗어나지 못한다. 이런 점에서 상병수당은 통상적 보편적 건강보장의 범위를 넘어서는 것으로 이해할 필요가 있다. 그 제도의 출발선인 국제노동기구 중심의 논의도 사회적 보호에 초점을 맞추고 있다.

따라서, 향후 도입될 예정인 상병수당이 보편적 건강보장을 목표로 삼고 있다는 점에서 그 의의를 첫째, 건강

의 사회적 돌봄과 그 결과로의 온존(well-being)의 보편적이고 형평한 보장 필요의 제도적 수용, 둘째, 더 나아가 이를 위한 노력이 보건의료 영역 그 이상으로 인식의 폭을 확장한다는 데서 찾을 수 있다.

2) 소득손실 예방은 보장성 강화와 동의어인가?

한 국가의 보편적 건강보장은 일반적으로 두 가지 지표로 측정한다. 하나는 ‘건강보험 보장률’ - 건강보험이 건강보장의 모든 범위를 포괄하지 않지만 - 이다. 환자가 요양기관을 이용하면서 발생하는 총비용에는 건강보험 혹은 의료급여가 보장하는 비용과 그렇지 않은 비용(본인부담금과 비급여 비용)이 포함된다. 이 전체 비용 중 건강보험 혹은 의료급여가 보장하는 비용의 비율이 바로 ‘건강보험 보장률’이다. 두 번째 중요한 지표는 ‘재난적 의료비 지출에 노출된 인구비율’이다. 질병관리를 이유로 한 가구가 소비한 비용이 가구 총소득의 일정 비율을 넘어선 인구 수를 전체 인구수로 나눈 값이다.

건강보험 보장률은 2019년 기준 약 65%다. 재난적 의료비 지출에 노출된 인구 비율도 상당히 높은 수준이다.⁶⁾ 여기서 등장하는 질문은 건강보험 보장률이 100%에 도달하면, 질병으로 인한 소득손실을 예방할 수 있는지도. 질병이 발생하면 의료비용만 부담되는 것이 아니다. 직장을 잃을 수 있고, 노동시간이 줄어 소득이 감소할 수 있다. 대출이 필요할 수 있고, 지인에게 돈을 빌려야 할 수 있다. 재산을 처분하거나 오랫동안 납부한 적금을 해약해야 할 수 있다. 이 모든 것은 ‘~할 수 있다’는 가능성의 범주가 아니라 이미 많은 이들의 현실이다.

불건강으로 인한 빈곤의 경로는 건강보험 보장률의 논의를 넘어선다. 상병수당의 논의는 바로 이 사회적 보호 논의와 지점이 닿아있다. 한국의 실증연구도 이를 뒷받침한다. 김창오(2021)는 건강충격이 개인의

4) 관련하여 Lönnroth 등(2014)와 Sohn 등(2022)의 연구를 참고할 수 있다.

5) 그렇지만 우리는 이 역시 달성하지 못했다고 주장한다. 건강보험제도의 사각지대가 존재하는데 건강보험료를 지불하지 못해 체납자로 분류된 이들이 대표적이다. 2017년 연구 결과에 따르면 장기체납자 규모는 연간 200만 세대(약 4백만 명의 개인)에 달한다(시민건강연구소, 2017).

6) 10% 이상을 기준으로 할 경우 2019년 세계보건기구 보고에서 약 21.8%이다. 관련 논의는 서남규(2020)를 참고할 수 있다.

빈곤에 미치는 영향을 복지패널 자료 연구를 통해 실증적으로 보여주었다. 최홍조 등(2019)은 감염병의 하나인 결핵치료 경험이 사회적 계층 이동을 초래하는 경로와 1998년 전후의 경제위기 영향을 동시에 분석 제시하였다. 질병과 그 뒤를 이은 장기간의 돌봄이 한 가정에 미치는 고통은 이미 많은 연구와 분석으로 제시되었다.

질병으로 인한 소득 손실의 최소화 그 자체로 권리의 보장이다. 하지만, 그 긍정적 영향은 또 다른 질병의 예방에 다다른다. 이 지점에서 다시 소득손실 보상은 보편적 건강보장과 이어진다. 소득 손실의 보상 - 혹은 사회적 보호 - 와 보편적 건강보장은 이어져 있지만, 하나의 개념이라 보기 어렵다. 중요한 점은 상병수당은 사회적 보호의 한 수단이며, 그 구체적 고통이 발생하는 현장은 공식적 노동의 영역에 머무르기보다 그 외부에 더 빈번하다는 사실이다. 자칫 협소한 개념화와 제도 설계가 제도 본연의 목적 - 사회적 보호 - 를 달성하기 어려운 경로를 구성하게 되지 않을지 우려하는 이유가 여기에 있다.

한국형 상병수당 지원대상

따라서 상병수당의 대상자 범위는 매우 중요하다. 한국형 상병수당 제도 시범사업 계획에서 가장 눈에 띄는 것은 지원 대상자가 포괄적으로 정의되어 있다는 점이다. 현재 계획에 따르면 지원대상은 지자체에 거주하는 '취업자'로 설정되어 있다. 정의에 따르면 해당 지자체에 거주하면서 수입을 목적으로 1시간이라도 일한 15세 이상의 모든 사람을 대상으로 포함해야 한다.

한국형 상병수당의 지원대상은 '취업자'로 명시하였지만, 세부 요건은 발표된 바 없다. 이처럼, '취업자'라고 하는 '논쟁적' 언어가 논쟁의 출발선에도 서지 못한 현실이다. 하지만, 취업자의 세부요건이 어떻게 구성될지 예상하는 것은 그리 어렵지 않다.

사회보장제도가 누구를 어떻게 보장 범위의 외부로 내몰았는지 우리는 잘 알고 있다. 산재보험에서의 '전속성' 논란⁷⁾은 많은 특수고용노동자들을 제도의 외부로 내몰았다. 부양가족의무는 생활보호대상자의 범위를 협소하게 만드는 악법이었다고, 여전히 의료급여 수급권 취득과정의 큰 걸림돌이다. 400만 명 수준이라는 건강보험 체납자의 문제도 아직 해결되지 않았다. 재정 관리의 효율이든, 도덕적 해이든, 어떤 이유에서라도 지금의 기준보다는 더 엄격한 기준이 적용될 것이라는 사실을 예상하기는 어렵지 않다. 또한, 이와 같은 자격 요건이 누구를 차별하고 배제할지도 그간의 경험을 통해 충분히 상상할 수 있다.

한국형 상병수당은 누구를 지원하는가? 이 질문을 던져야 하는 이유는 한국형 상병수당 논의가 바로 여기에서 시작되었기 때문이다. "아프면 쉬라"는 코로나19 방역 수칙을 모든 노동자가 똑같이 지킬 수 없었다. 바로 이 불평등한 현실에서 한국형 상병수당의 본격적인 도입 논의가 이루어졌다.

한국에서 유급병가는 임의급여로, 2018년 기준으로 조사한 493개 민간기업 가운데 실제로 유급병가를 보장하는 곳은 단 7.3%에 그친다(김수진과 김기태, 2020). 상병수당이 부재한 상황을 함께 고려할 때, 이 수치는 대부분의 노동자가 아프더라도 건강을 돌보기보다는 실직과 빈곤을 걱정하며 일하려는 현실을 반영한다. 도저히 일하지 못해 아픈 이들은 결국 일을 그만두고 건강을 돌보게 되는데, 이 때에도 모두가 회복을 기대할 수는 없다.

앞서 논의하였듯이 낮은 건강보험 보장성으로 인한 과부담의료비 발생과 상병수당 부재로 인한 빈곤화 위험(McIntyre et al., 2006)의 분포는 사회경제적 불평등을 그대로 반영한다(Sohn et al., 2022; 김명숙, 2020). 즉, 최종 학력이 낮을수록,

7) 산재보험법에서 전속성(하나의 사업장에 소속된 정도) 제도는 많은 특수고용노동자들을 배제해 왔고, 현재 전속성 폐지를 골자로하는 개정안이 국회 논의 중이다.

소득이 낮을수록, 고용조건이 불안정할수록, 여성일수록, 청년이거나 노인일수록, 이주민일수록, 장애가 있을수록 그 위험이 크다. 그리고 제도적 차별과 배제는 이러한 인구집단별 위험 크기의 차이를 매개한다. 예컨대, Sohn 등(2022)의 연구에 따르면 불안정 노동 및 무급가족종사자의 여성화 등 젠더화된 노동시장에 따라 여성은 비정규직에서, 남성은 영세자영업자에서 건강충격으로 인한 소득상실 위험이 크다.

1) 획득한(earned) 자격이란

한국형 상병수당은 불안정하고(precarious), 비전형적이며(atypical), 위장된(disguised) 동시에 비공식적인(informal) 고용 관계를 가진 노동자들을 차별하거나 배제하지 않을 수 있는가? 비정규직, 하청노동자, 특수고용 노동자, 5인 미만 영세자영업자와 그 노동자, 간접고용 노동자, 플랫폼 노동자, 프리랜서 등의 건강과 사회보장의 필요가 더욱 크다는 사실은 이미 잘 알려져 있다.

먼저 한국의 제도적 경험에 따르면 ‘보편’의 범위는 정규직 상용노동자에 한한다. 특히 한국의 사회보험은 노동시장 지위와 직접적으로 연계되기 때문이다. 이때에는 주로 고용관계가 지원대상 자격요건으로 작동한다. 보편의 행정 또는 법은 불완전한 고용(underemployment) 관계를 이유로 소위 내부 노동시장에 속하지 못한 비정규 불안정 노동자들을 포괄하지 않는다.⁸⁾

노동 내 불평등에 더해 필요(needs)가 아닌 가입자의 기여에 의존하는 사회보험은 이러한 고용조건에 기반한 차별과 배제를 언제나 정당화해왔다. 고용 관계에서의 취약성으로 인해 시민권을 ‘획득(earned)’하지 못한 ‘미가입’ 또는 ‘미적용’ 노동자가 적지 않다. 이들에 대한 소위 공식화된 차별은 공정의 탈을 쓰고 결과적 불평등을 초래한다. 양극화된 노동

시장에서 정규직 노동자와 비정규직 노동자의 상병수당 이용과 그 결과를 살펴본 영국의 한 연구 결과에 따르면, 정규직과 비정규직 사이의 제도적 불평등은 이들이 아플 때 건강을 돌보고, 회복하여, 직장 에 복귀하는 전 과정에서 나타난다(Davidson & Kemp, 2008).

이들을 제도에 포괄하기 위한 노력이 계속되고 있고 그 결실이 비정규직 사회보험 가입률의 빠른 개선이다(김유선, 2021). 2021년 8월 기준 비정규직 고용보험 가입률은 52.6%, 건강보험 직장가입률은 50.3%, 국민연금 직장가입률은 38.4%이다(경제활동인구조사, 2022). 그러나 나머지 절반 즉, 미가입 노동자들은 여전히 사회적으로 보호받지 못한다. 공적 보험 가입을 통해 그 자격을 획득하더라도 난관은 남아있다. 예컨대 고용 지속의 어려움, 낮은 급여, 권리 행사의 어려움 등 이들이 처한 현실이다. 이러한 현실은 고용보험을 통한 보호의 사각지대를 만들어 낸다.

사회보험 미적용 노동자들이 공적 제도로 보장받기는 더 어렵다. 예컨대 고용보험의 경우 실업과 빈곤의 위험이 가장 큰 65세 이상 고령 노동자, 초단시간 노동자,⁹⁾ 가사 서비스업 종사자,¹⁰⁾ 농업·어업·임업·수렵업 종사자 등은 ‘적용 제외 대상’으로 명시하고 있다.

더군다나 ‘공식’ 노동시장에 속하지 못해 행정이 포착하지 못하는 이들도 상당한 규모로 존재한다. 비공식 부문에 속한 이들은 그 지위가 법적으로 보장되지 않기에 사회보험에 임의가입조차 할 수 없다. 근로자 명단에 기록되지 못한 임시일용 노동자 및 5인 미만 영세사업장의 일부 노동자, 미등록 이주 노동자,

9) 주당 15시간 미만 일하는 노동자를 일컫는다. 이들의 실제 노동시간을 살펴보면 15시간 이상 일하는 경우가 많다.

10) 올해 6월 가사근로자의 고용개선 등에 관한 법률(가사근로자법) 시행을 앞두고 있다. 정부 인증을 받은 가사서비스 제공기관은 가사노동자와 근로계약을 체결하고 사회보험 및 최저임금을 보장 등 노동관계법을 적용하는 것이 핵심 내용이다.

8) 이를 제도적으로 표현하자면 고용보험 ‘당연적용’과 ‘임의가입’으로 구분하여 일컬을 수 있을 것이다. 임의가입 사업 대상 종사 노동자 가운데 가입하지 못하거나 않은 이들을 다시 ‘미가입’ 노동자로 분류할 수 있다.

사업자 등록이 어려운 노점상인, 가정관리사 등은 고용조건, 임금, 노동일수, 노동시간 등 그 무엇을 기준으로 삼더라도 가입자격을 획득하지 못한다.

2) 사회적 노동이란

보다 더 근본적인 질문이 있다. ‘수입을 목적으로 하는 일’을 어떻게 정의할 것인가? 국제노동기구는 수입을 목적으로 ‘1주일’ 동안 ‘1시간 이상’ 일한 모든 사람을 취업자라 말한다. 한국 경제활동인구조사 역시 이 기준에 따라 취업자를 분류한다. 이 같은 취업자 분류시에는 근로 형태나 보험료 납입 여부는 중요하지 않다. 다만, 화폐형태의 ‘소득’이 발생하지만 고려한다

수입을 목적으로 하는 일은 곧바로 생계유지를 위한 모든 형태의 일로 이어진다. 다만 생계를 위한 많은 일이 수입이 있음에도 불구하고 노동으로도, 수입 활동으로도 분류되지 않는 경우가 있다. 일해야만 살아가 수 있는 폐지 줍는 노인, 농촌이나 어촌에서 소일거리 하는 노인, 자활근로사업에 참여하는 수급자, 직업 재활에 참여하는 장애인, 그리고 무급가족종사자가 아파서 일하지 못하는 경우, 상병수당은 이들을 위해 어떤 보호를 제공할 수 있는가?

화폐 중심의 경제가 노동하고 있으나 ‘경제활동인구’에 포함되지 못한 사람들을 양산하고 있다. 가족을 간병하거나, 양육하고, 가사를 꾸리는 여성의 노동은 수익이 없으므로 경제활동이 아닌가? 우리 사회는 이들 여성의 건강필요에 대해서는 얼마나 알고 있는가? 이들의 온존(well-being)은 언제, 어떻게 실현 가능한가? 또, 이들의 규모는 얼마나 되는가? 여전히 우리는 이들의 건강필요, 일과 건강 사이의 연관성, 사회보장 필요 등 어떤 실태조차 파악하지 못하고 있다. 어쩌면, 상병수당이 젠더불평등한 구조와 체제를 변혁하는 제도로 역할 할 수는 없는가?

3) 국민건강보험 가입자를 기준으로 하더라도

한국형 상병수당이 ‘전국민’을 대상으로 하는 국민건강보험 가입자를 그 대상으로 하기에 모든 차별과 배제는 지나친 걱정이라 주장할 수 있다.

하지만, 국민건강보험 가입자 기준으로도 여전히 우리가 나열한 노동하는 사람들은 상병수당의 적용 대상자에 포함되지 않을 것이다. 정부는 피부양자 자격을 강화하면서 가입자 규모를 확대하고 있지만, 이는 역설적으로 취약한 노동자들을 제도의 사각지대로 내모는 결과를 초래한다. 현재, 연소득이 2천만 원을 넘지 않고 재산과표 기준 3억 6천만 원 미만인 이들은 ‘다른 가입자에게 생계를 의존하는 사람’으로 간주하므로 건강보험 직장가입자의 피부양자 자격을 가지게 된다. 노동시장에서는 이 조건을 악용하는 사례가 적지 않다. 사업주는 보험료 부담을 줄이기 위하여 건강보험 미가입을 조건으로 한 고용계약을 제시한다. 많은 여성노동자와 이주노동자들이 이러한 위험에 놓여 있다. 또한, 임금수준이 낮은 여성 노동자는 보험료 징수의 부담으로 인해 피부양자로 남기도 한다. 결과적으로 현재의 건강보험제도에는 이들을 모두 노동하지 않는 인간으로 남겨둔다.

약 4백만 명의 건강보험 체납자도 비슷한 상황이다(시민건강연구소, 2017). 이들 가운데 지역세대주와 직장가입자가 각각 61%와 20%를 차지한다. 지역세대주와 직장 피부양자는 각각 5%, 10%이다. 이들의 장기 체납 실태를 살펴보면 월 5만 원 미만 보험료 납부 세대가 가장 많으며, 보험료 액수가 낮아질수록 체납의 횟수가 많아지는 한편, 체납 총액과 월평균 체납액은 작아졌다. 이는 장기체납자들이 과거에도, 현재에도 소득 능력이 낮음을 의미한다. 이들은 자격변동이 잦을 뿐만 아니라 자격 유지 기간이 상대적으로 짧다. 이는 이들의 불안정한 노동시장 내 지위를 반영한다.

나가며

이미 기존의 제도로부터 차별받고 배제당한 노동자들이 있다. 이들을 상병수당 제도 대상자 범위에 포함하지 않는다면 형평성 차원에서, 보편성 차원에서도 보편적 건강보장에 도달할 수 없다. 질병으로 인한 소득손실이 발생하는 현장을 역설적으로 배제하는 제도가 도입 된다면, 온전한 사회적 보호 목표를 달성하기 어렵다. 그 결과 한국형 상병수당은 기존의 불평등을 재현하고 심화하는 불완전한 제도로 작동할 가능성이 크다.

우리에게 기존 제도의 한계를 뛰어넘을 기회는 있다. 우리는 이미 무급 돌봄노동의 '경제적' 가치에 관한 많은 논의와 연구 결과를 알고 있고, 이들을 제도에 포함하기 위한 다양한 시도를 목격하고 있다. 예컨대 국민연금은 소득이 없더라도 임의로 가입할 수 있다. 육아, 간병 등의 경력에 대한 인증서를 발급할 제도적 기반을 마련한 일부 지자체의 사례도 있다.¹¹⁾

상병수당을 '성공적'으로 도입하기 위해서는 그만큼의 노력이 필요하다. 무엇보다 제도 본연의 실질적 필요를 파악하는 것이 우선이다. 이를 위해 우리가 이미 본문에서 던진 질문 외에도 더 많은 질문이 필요하다. 노동자들이 '업무 외' 상황에서 경험하는 건강필요는 무엇인가? 일하지 못할 만큼 아프다는 것은 어디가, 얼마나, 어떻게 아픈 것인가? 아프면 빈곤을 경험할 위험이 가장 큰 이들은 누구인가? 여성과 남성에서 그 필요가 서로 다른가? 왜 어떤 노동자들은 자격이 있음에도 불구하고 사회보험에 가입하지 않는가? 등 수많은 질문을 던지고 대답

하는 과정이 선행되어야 한다. 그러나 이 과정은 한국형 상병수당 시범사업을 앞둔 지금까지도 충분히 이루어지지 않고 있다.

한국 사회에서 상병수당 필요의 분포를 잘 살펴 보아야 한다. 일하면서 만성적으로 빈곤을 경험할 (in-work poverty) 위험, 건강문제를 경험할 위험의 분포를 잘 살펴야 한다. 한국형 상병수당의 그 본래 목적과 가치를 고려해보면 이 두 가지 조건이 아말로 한국형 상병수당의 성패를 좌우할 핵심적 요인이다. 이 과정에서 우리가 온전히 호명하지 못한, 우리 사회에서 좀 더 불리한 위치에 있는 이들이 드러나게 될 것이다. 이 과정은 건강 형평성, 사람중심, 그리고 젠더 관점의 분석과 평가가 필요하다. 이는 '전 국민 의무가입'과 '능력에 따른 기여 및 필요에 따른 수급'이라는 사회보장제도의 원칙에도 부합한다.

제도의 필요를 제대로 파악하지 못한 것은 제도 도입 과정에서 시민의 실질적 참여를 보장하지 않았기 때문이다. 전문가와 관료 중심의 한국형 상병수당 도입을 위한 의사결정 과정은 제도 관리의 효율, 한정된 자원, 기존 제도와와의 정합성 등을 주요 논의 대상으로 상정한다. 질병으로 인한 소득상실의 보호가 하나의 권리로 다루어지기 보다는 비용과 효율이라는 경제적 논리로 다루어진다면, 이는 상병수당 제도의 본질을 한참 벗어난다. 결국 우리는 제도의 공공성을 다시 생각해 보아야 한다(김창엽, 2019).

새로이 시작하는 한국형 상병수당은 기존 제도적 경로에 반드시 의존할 필요 없다. 제도의 설계가 일률적이어야만 하는 것도 아니다. 다변화하는 고용 관계 등의 사회적 변화, 그리고 돌봄노동과 형평성, 온존 등 새로운 사회적 가치를 담아낼 때, 한국형 상병수당은 지금 실재하는 한국 사회의 불평등과 부정의를 야기하는 구조의 근본적 변혁을 가져오는 대안으로도 역할 할 수 있을 것이다. 시범사업 모형은 이미 구성된 것일지라도, 그 시행과 평가, 그리고 피드백 과정에 형평성, 사람중심 관점, 그리고 젠더

11) 서울 성동구는 2021년 11월 '경력보유여성 등의 존중 및 권익 증진에 관한 조례'를 제정했다. 성동구 사례가 계기가 되어 서울 마포구에서도 '돌봄의 경력 인정 및 권익 증진 조례(가안)' 제정을 위한 운동이 이루어지고 있다

(https://www.hani.co.kr/arti/society/society_general/1035461.html?fbclid=IwAR1pBKTZroG0AF_S6v0lmoFp-a4IG7K3L-BfWCpjDzzCZs657XhAfdGeSGc)



변혁적 관점을 적극적으로 반영할 기회가 여전히 남아있다.

참고문헌

강희정. (2021). 한국형 상병수당 도입을 위한 제도 설계의 원칙과 개념적 틀. 보건행정학회지, 31(1), 5-16.

김명숙. (2020). 코로나19가 여성의 임금노동과 가족 내 돌봄노동에 미친 영향; 코로나19 위기를 넘어 성평등 노동으로 토론회 자료집. 한국여성노동자회 · 전국여성노동조합.

김수진, & 김기태. (2020). 누가 아파도 쉬지 못할까: 우리나라의 병가제도 및 프리젠테즘 현황과 상병수당 도입 논의에 주는 시사점. 보건·복지 Issue & Focus, 391, 1-10.

김유선. (2021). 비정규직 규모와 실태-통계청, '경제활동인구조사 부가조사'(2021.8) 결과. 한국노동사회연구소 이슈페이퍼, 2021(18), 1-34.

김창엽. (2013). 건강할 권리: 건강 정의와 민주주의. 후파니타스.

김창엽. (2019). 건강의 공공성과 공공보건의료. 한울.

서남규. (2020). 국제 비교를 통해 본 건강보험 보장률의 의미. 보건복지포럼, 2020(11), 65-80.

시민건강연구소. (2017). 생계형 건강보험 체납자 실태조사 및 제도개선 연구.

Choi, H., Chung, H., & Muntaner, C. (2019). Social selection in historical time: The case of tuberculosis in South Korea after the East Asian financial crisis. PLoS one, 14(5), e0217055.

Davidson, J., & Kemp, P. A. (2008). Sickness benefits in a polarised labour market. Benefits, 16(3), 225-233.

Kim, C. O. (2021). Effect of Health Shocks on Poverty Status in South Korea: Exploring the Mechanism of Medical Impoverishment. International Journal of Health Policy and Management.

Lönroth, K., Glaziou, P., Weil, D., Floyd, K., Uplekar, M., & Raviglione, M. (2014). Beyond UHC: monitoring health and social protection coverage in the context of tuberculosis care and prevention. PLoS medicine, 11(9), e1001693.

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.

Sohn, M., Moon, D., O'Campo, P., Muntaner, C., & Chung, H. (2022). Who loses more? Identifying the relationship between hospitalization and income loss: prediction of hospitalization duration and differences of gender and employment status. BMC public health, 22(1), 1-13.

시민건강이슈는 시민건강연구소의 상근연구원 뿐 아니라 회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다. 제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면, 논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.