

아픈 노동자는 왜 가난해지는가?

- 아픈 노동자의 빈곤화과정과 소득보장제의 경험

이 승 윤* · 김 기 태**

요약

본 연구는 노동자가 업무 이외의 이유로 아프게 되면, 노동시장에서 어떻게 고용 불안정성을 경험하고 또 빈곤화를 경험하는지 분석한다. 특히 아픈 노동자에 대한 한국 사회보장제의 소득보장 기능을 분석하고, 상병수당이 부재한 한국 복지국가의 특수성이 아픈 노동자의 빈곤화에 미치는 영향에 주의를 기울이며 사례 연구를 실시했다. 연구 결과, 아픈 노동자들은 상병으로 고통을 경험해도 일단 ‘아파도 참는다’. 특히 불안정 노동을 하는 비정규직 노동자들은 아프면 몸을 회복할 수 있는 휴직을 누릴 수 있는 여지가 없이 실직을 경험하게 된다. 그리고 아파서 실직을 경험하게 되어도 소득 감소분을 채우기 위해 더 불안정한 노동이라도 지속하는 경향이 있었다. 그 과정에서 가족 등 주변 사회적 자원이 무너지는 양상도 보이면서, 빈곤화의 경로를 밟는 것이 관찰됐다. 상병과 실업이라는 복합적인 위기에 처한 노동자를 위한 사회보장제도에도 사각 지대가 확인됐다. 산재를 겪은 노동자들은 산업재해 신고를 기피하는 사업주 탓에 제도의 혜택에서 벗어나기도 하였고 또 상병으로 실직한 노동자를 고용주가 ‘자발적 실업’으로 신고하여 실업수당에도 배제됐다. 본 연구는 노동자의 상병으로 인한 일자리 불안정화와 빈곤화 과정을 구체적으로 확인하는 연구로 의의가 있다. 또한 상병수당의 부재와 아픈 노동자의 관계가, 상병수당을 포함하여 한국 소득보장제에 어떠한 학술적, 정책적 함의를 가지는지 고찰했다.

주제어: 아픈 노동자, 업무 이외의 상병, 빈곤화, 상병수당, 고용보험, 소득보장정책, 사례 연구

* 이화여자대학교 사회복지전공 조교수, 주저자(sophia.sy.lee@ewha.ac.kr)

** 이화여자대학교 사회복지학 BK21사업단 박사후 연구원, 교신저자(limpidkim@gmail.com)

이 논문은 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2015S1A3A2046566)

1. 서론

본 연구는 한국 사회에서 일하는 사람이 아프게 되는 경우 어떠한 경로로 소득의 불안정성을 경험하고 또 빈곤화를 경험하는지 분석한다. 그리고 그 과정에서 이들이 고용보장과 사회보장 제도를 어떻게 경험하는지 분석한다. 아픈 사람의 빈곤화 경험에 대한 기존의 연구가 주로 의료비 지출에 관심을 가졌다면, 본 연구는 노동자가 아프게 되는 경우 노동시장에서의 지위는 어떻게 변할 수 있으며 이에 따라 소득보장의 안정성이 어떻게 변하게 되는지 관심을 가진다.

최근 서비스 경제에 따른 산업구조 변화와 함께 노동시장에서 불안정하게 참여하고 있는 불안정노동에 대한 논의도 확대되고 있다(이승운·백승호·김윤영, 2017). 한국노동시장에서의 불안정노동자 확대에 대한 연구들은 불안정 노동이란 단일 차원에서 병렬적으로 나열시켜 정의하기에는 어려운 복합적 속성을 가지고 있어 다차원적인 측면을 전체적으로 살펴볼 필요가 있다고 설명한다. 이러한 연구들은 노동시장에서의 참여정도, 소득, 고용관계, 제한된 협상력이 인구집단별로 어떻게 나타나고 있는지 분석하였다. 하지만 노동시장에서 일하고 있는 사람이 아프게 되는 경우, 이들의 고용불안정성과 소득불안정성은 어떠한 영향을 받는지 그리고 이들은 한국의 소득보장정책을 어떻게 경험하는지에 대한 연구는 매우 부족하다. 다시 말해, 한국노동시장에서 일하고 있던 사람이 아프게 되는 경우 노동시장에서의 지위는 어떻게 변화하고 노동시장에서의 변화에 따라 이들은 어떠한 경로로 더욱 빈곤해지며, 빈곤은 또 어떻게 이 노동자로 하여금 더욱 불안정한 노동에 참여시키는지에 대한 연구는 부족하였다.

한국에서의 건강이 빈곤에 미치는 영향에 관한 과거 연구는 크게 두 갈래로 나눌 수 있다. 첫 번째 그룹은 의료비 과 부담 혹은 재난적 의료비가 가계에 과 부담을 주는 현실에 초점을 맞췄다(신현웅 외, 2010; 송은철·신영진, 2010; 송은철·신영진, 2014). 이 경향에 속하는 연구들은 대부분 우리나라 건강보장제도의 낮은 보장성에 주목한다. 즉, 건강보험의 낮은 보장성은 높은 본인 부담으로 이어지고, 질환이나 부상이 심할 경우에는 과 부담 의료비로, 또 빈곤으로 이어질 수 있다는 것이다. 두 번째 부류의 연구들은 한국 상병수당이 없는 현실에 대해 주목하면서, 상병수당을 갖춘 다른 OECD 국가들과 제도적인 비교를 하거나(최인덕·김진수·공경열, 2005) 상병수당 제도 도입을 위한 방안을 모색하는(조원탁, 1995; 최인덕·김진수, 2007) 접근을 취했다. 이와 같이 기존의 건강, 빈곤 그리고 정책과 관련한 한국의 연구는 개인이 아프게 되는 경우 재난적 의료비가 빈곤화에 미치는 영향에 주목했다. 또는 상병수당제의 국제비교를 통해 도입을 모색하는 정도의 연구가 이루어졌다.

이에 더 나아가 본 연구는 한국 노동시장에 참여하고 있는 노동자가 아프기 시작할 때 구체적으로 일자리에서의 불안정성을 어떻게 경험하며, 이것이 개인과 가구의 소득보장에 미치는 영향에 관심을 가진다. 즉, 일하고 있는 사람이 아프기 시작하면 고용안정성과 이와 관련된 소득안정성이 어떻게 변하는지, 그리고 구체적으로 아픈 노동자는 사회안전망을 어떻게 경험하며(또는 경험하지 못하며) 빈곤화 과정을 거치는지 분석하는 데 목적을 둔다. 특히 본 연구에서는 고용보험, 건강보험과 산재보험 등의 사회보장정책을 아픈 노동자들이 어떻게 경험하는지 분석하고, 아픈 노동자의 소득보장정책 중 하나인 상병수당의 부재가 빈곤과 노동자의 불안정성에 미치는 영향을 구체적으로 분석하였다. 본 연구는 이후 상병수당제의 도입 또는 기존 소득보장정책의 재구성을 위한 학술적인, 그리고 정책적인 의의가 있을 것으로 판단된다.

2. 건강과 빈곤에 대한 기존의 연구

본 연구는 노동자가 건강상의 이유 때문에 휴직이나 퇴직으로 일터를 떠난 뒤, 노동시장에서의 지위 변화를 매개로 하는 빈곤화 과정을 분석한다. 즉, 건강과 노동시장의 지위, 소득불안정은 본 연구가 살펴보고자 하는 핵심적인 요소다. 먼저 기존의 연구들을 살펴보면, 빈곤 및 노동시장지위라는 사회경제적 변인과 건강 사이의 관계는 무엇을 주된 원인으로 보느냐에 따라 다음과 같이 나뉘볼 수 있다.

1) 불안정한 노동시장 지위가 건강에 미친 영향

먼저 불안정한 노동시장 지위가 건강 수준에 미치는 영향을 중시하는 접근들을 살펴보면(DHSS, 1980; Chandola et al., 2003; Ki, 2009 등), 실업자의 건강 수준이 취업자에 비해, 비정규직 노동자의 건강수준이 정규직 노동자에 비해 떨어진다면 노동시장 지위가 건강 수준에 영향을 미친다고 볼 수 있다는 분석을 한다(Bambra, 2011; Kim et al., 2006).

노동시장의 지위와 관련된 다양한 변수, 이를테면 소득이나 직업(Geyer et al., 2006) 혹은 실업 유무(Bambra, 2011)가 건강에 미치는 실증적인 연구는 많다. 여기서 더 나아가서, 일터에서의 종사상 지위라는 조금 더 섬세한 변수에 따른 노동자의 건강 상태에 관한 연구도 국내외에 적지 않게 있다(Kim et al., 2006; 박주영 외, 2016; Virtanen et al., 2005). 이를테면,

지난 1998년 한국의 국민건강영양조사에 응한 2086명의 남성과 1194명의 여성의 종사상의 지위와 주관적인 건강 상태 및 자살생각 사이의 관계를 분석한 연구 결과를 보면, 비정규직 노동자들이 다른 사회경제적인 지위나 흡연 등 건강 관련 행동 등의 변수를 보정한 뒤에도 주관적인 건강상태 및 자살생각에서 상대적으로 부정적인 결과가 나왔다(Kim et al., 2006; 신순철·김문조, 2007; 노병일·손정환, 2011). 또한 비정규직 고용과 건강의 연관성을 다룬 체계적 문헌 고찰에서, 대상이 된 전체 37개 논문 가운데 35편 연구 결과에서도 비정규직의 건강이 정규직에 견줘 유의미하게 나쁜 건강 상태를 나타냈다 (박주영 외, 2016). 해고나 실직, 이직 경험 등 고용지위 변화나 고용의 불안정성이 건강에 부정적인 영향을 미친다는 것을 밝혀낸 연구도 다수 수행되었다(박주영·윤재홍·김승섭, 2016; 박세홍·김창엽·신영진, 2009; 최선희·정우석·이자해, 2007; 고상백 외, 2004). 이성균(2010)은 단순노무직과 같은 취약 노동계층의 건강과 노동능력이 다른 취업자에 비해 더 큰 폭으로 하락할 수 있음을 보여주었다.

비정규직 노동자의 건강이 정규직 노동자 집단에 견줘 안 좋은 원인은 기존 연구를 통해서 크게 네 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 종사상의 위치에 따른 상대적인 임금 격차(송이은·김진영, 2012), 둘째는 위험하거나 열악한 작업환경(김영선, 2014), 그리고 세 번째로는 차별이나 고용 불안 등으로 인한 스트레스(신순철·김문조, 2007), 마지막으로 스트레스와 관련된 변수로서의 흡연 등 유해한 건강행태(Jung, 2013) 등이 있을 수 있다. 그밖에 이전 연구에서는 다루지지 않았지만, 개인의료보험금 지원, 식사비용 보조 등 직장 복지로부터의 소외(배화숙, 2005)도 비정규직 노동자의 건강에 영향을 미치는 또 하나의 변수로 작용할 것으로 보인다. 특히 두 번째 요인, 비정규직 노동자의 위험하거나 열악한 작업환경에 관해서는 사내하청으로 위험이 외주화 되고 있다는 문제가 다수의 연구에서 제기되었다(박종식·이경용, 2014; 박종식, 2016; 정홍준, 2017). 즉, 사내하청이라는 고용관계의 확산으로 하청 노동자들은 동일한 작업장에서 보다 강도 높고 위험한 일을 수행하면서도 원청 노동자들보다 적은 임금을 받을 뿐만 아니라, 작업장에서의 위험 또한 이들에게 집중적으로 전가되고 있다는 것이다(박종식·이경용, 2014, 이승윤·백승호·김윤영, 2017). 이 밖에 건강 수준과 관련하여 원청 노동자에 비해 하청 노동자의 건강이 좋지 않다는 연구도 있다(최홍열 외, 2001).

2) 건강이 불안정한 노동시장 지위에 미친 영향

빈곤과 건강 사이의 인과관계를 반대로 바라보는 연구도 있다. 건강 수준이 노동시장 지위와 빈곤에 미치는 영향을 분석하는 연구들이다. 즉, 빈곤해서 아픈 것이 아니라, 아프니까 빈곤해 진다는 것이다. 이러한 논리는 흔히 ‘사회적 선택’(Social Selection)이라 불리는데, 건강불평등 연구의 시발점으로 평가받는 1980년 영국의 ‘블랙 리포트’는 이 논리를 평가하면서, 사회적 계급은 건강의 종속변수로 전락하게 됐으며, 이 가설의 실증적인 근거를 찾기는 어렵다고 일축했다. 후발 연구들도 대부분 건강이 빈곤 및 사회적 계층에 미치는 영향은 없거나, 있어도 극히 미미하다는 입장이다(Marmot et al., 1997; Chandola et al., 2003, 2003; Ki, 2009). 이를 테면, Chandola(2003)은 영국 공무원 집단을 대상으로 하는 패널 데이터 분석을 통해서 건강 할수록 내부 승진이 이뤄지는 ‘사회적 선택’의 영향을 완전히 무시할 수는 없지만, 그 영향은 매우 미미하다고 분석했다.

전통적인 복지국가를 설명하면서 구성된 이와 같은 인과관계가 한국에서는 다르게 전개될 여지가 크다. 크게 세 가지로 나누어서 살펴볼 수 있다. 첫째, ‘신체가 건강한지’ 여부가 채용, 승진 및 고용 관계의 유지에서 직무 능력과의 연관성을 초과해서 고려될 수 있다(이덕희·김창엽, 2003; 우혜경·문옥륜·박종혁, 2009). 한국 노동시장에서는 젊은 비장애인 남성에게 비해 체력이 약하거나 아플 가능성이 높다는 통념이 있는 장애인 및 고령자는 노동시장에서 불합리한 차별을 받을 수 있다. 관련하여 건강이 노동시장 지위에 미치는 연구들은 장애인과 중고령 노동자의 고용 현황을 중심으로 이뤄져왔다. 건강 수준이 장애인의 취업여부 및 취업형태, 취업유지, 고용성과 등 노동시장 지위에 미치는 영향을 증명한 연구는 다수 존재한다(전영환·남용현·류정진, 2011; 조민수, 2009; 김세연·구인순·박자경, 2012; 노승현, 2012; 이은경, 2014; 이채식·김명식, 2014; 이채식·김명식, 2015).

둘째, 건강과 빈곤의 관계가 일방적이기만 하다고 단정할 이유는 없다. 건강 수준과 노동시장 지위 사이에는 보다 역동적인 인과 관계가 존재할 수도 있다. 이를테면, 건강 ‘상실’이 노동시장 지위 ‘변화’에 미치는 영향이 노동시장 지위에 따라 달라질 수 있기 때문이다. 이덕희와 김창엽(2003)은 1998년부터 2000년 사이 한국노동패널조사 자료를 이용하여 “건강상태와 노동시장 성과의 이중인과관계”를 분석하여, 한편으로는 경제위기시기에 건강 취약 계층이 노동시장에서 경험한 어려움을 살펴보고, 다른 한편으로는 노동시장에서의 어려움이 그 이후 건강 상태에 미친 영향을 분석하였다. 그 결과 건강에 대한 자가 평가를 보통이라고 응답한 사

람을 기준으로, 스스로 건강하다고 생각하는 사람의 노동력 참여는 유의하게 높았던 반면 건강하지 않다고 생각하는 사람의 노동력 참여는 유의하게 낮았던 것을 밝혀내었다.

셋째, 한국에서 아픈 이의 빈곤화를 막을 수 있는 안전판이 현저히 부실한 점도 고려할 필요가 있다. 이를테면, 무상의료가 1940년대부터 도입된 영국에서는 아파서 가난해지는 경로를 막는, 공공의료라는 안전판이 존재하는 반면, 한국에서는 현재까지도 건강 보험의 낮은 보장성이 문제되고 있기 때문이다. 더욱이 다른 대부분의 OECD 회원국과 달리, 한국에서는 상병수당이 존재하지 않는다. 상병으로 인해 소득원을 잃은 노동자에 대한 소득보장제도가 없다는 한국 복지국가의 특수성 때문에, 일자리를 잃은 개인은 빈곤으로 떨어지는 경로가 가파를 수 있다.

3) 아픈 노동자와 한국의 의료 안전망

아픈 사람들의 안정적 소득보장에 크게 기여할 수 있는 정책으로는 의료 안전망이 있다. 그런데 한국은 OECD 회원국가 가운데서도 유독 의료보장 사각지대가 넓다(신기철, 2011). 그 이유는 크게 두 가지가 제시되고 있는데, 첫째는 한국 국민건강보험의 낮은 보장성이다(OECD, 2013). 건강보험의 혜택이 환자들의 병원비에 큰 보탬이 되지 못한 결과, 중산층도 큰 병에 걸리면 빈곤층으로 떨어지게 된다는 의미다. 이른바 ‘의료비 과 부담’(신현웅·신영석·황도경·윤필경, 2010; 송은철·신영진, 2010) 혹은 ‘재난적 의료비’(송은철·신영진, 2014, 김영·권순만, 2016)에 관한 연구들은 과도한 의료비 부담으로 중산층 이상이 빈곤층으로 떨어지거나, 건강 탓에 빈곤층이 가난의 굴레에서 벗어나지 못하는 한국적 상황을 실증적으로 제시했다. 이를테면, 송은철과 신영진(2010)은 한국복지패널 1차년도(2006년)과 3차년도(2008년)에 모두 참여한 6098가구를 대상으로 분석한 결과를 보면, 과 부담 의료비를 감당해야 하는 비율은 전체 가구의 9.7%에 이른다고 분석했다. 여기서 과 부담 의료비를 감당한다는 것은 한 가구의 의료비 부담이 가구 가처분소득에서 식비를 뺀 액수의 30%를 초과할 때를 가리킨다.

한국의 의료보장 사각지대가 넓은 두 번째 원인으로는 ‘상병수당의 부재’를 들 수 있다(국회입법조사처, 2012; 김종수, 2016). 상병소득보장제도는 “장단기 요양 시에 소득 상실분을 보장해주는 제도를 통칭하는 용어”(신기철, 2011: 134)이다. 다시 말해, 노동자가 아파서 입원할 경우, 회사를 나가지 못해서 줄어든 소득을 국가가 나서서 별충해주는 제도를 말한다. 한국의 건강보험제도가 병원비를 부분적으로라도 보충해주는 반면, 질병 때문에 입원을 할 경우 생기

는 소득 감소분을 채워주지는 않는다.

이 측면에서 한국은 OECD 회원국 사이에서도 독특한 경우에 속하는데, 지난 2016년 기준 OECD 34개 회원국 가운데 별도의 상병수당을 갖추지 않은 국가는 한국과 함께 미국과 스위스, 세 나라에 불과했기 때문이다(국회입법조사처, 2017). 또한 한국은 ‘근로불능의 근로자와 경제활동 참가자에 대하여 상병급여를 정기적으로 지급할 것을 규정’한 ILO의 ‘사회보장(최저 기준)협약(제 102호 협약, 1952년)을 비준하지도 않았다(신기철, 2011). 상병수당의 부재라는 제도적인 공백에도 불구하고, 이 문제가 우리나라에서 사회적으로 초래할 영향을 다룬 다른 연구는 10여편에 불과한 실정이며, 이에 관한 질적 혹은 양적으로 다룬 연구는 거의 없는 상황이다.

본 연구는 특히 위의 대목에서 과거 연구들이 상대적으로 간과해온 아픈 노동자의 노동시장에서의 종사상 지위, 퇴직 혹은 휴직 경험, 그리고 이들을 대상으로 소득보장 제도를 포함한 한국의 사회안전망이 실질적으로 어떻게 작동(또는 미 작동)하는지 분석하여, 아픈 노동자의 빈곤화 과정과 사회안전망의 경험에 주목하고자 한다.

3. 아픈 노동자들을 위한 소득보장제도와 건강정책

1) 아픈 노동자의 휴직과 실직

먼저 노동자가 아파서 휴직하는 경우 한국의 사회보장제도는 부분적으로 작동하고 있다. 우선 업무와 관련해서 질병을 앓게 되거나 다치는 경우에는 산재보험을 통해서 소득보장을 받을 수 있으며 산재보험에서는 요양급여, 휴업급여, 간병급여 등을 지급한다. 이 중 산재를 당한 근로자가 ‘업무상 사유에 의한 부상 또는 질병으로 취업하지 못한 기간(입원/통원)에 대하여’ 지급하는 급여가 휴업급여다. 휴업급여는 1일당 평균임금의 70%에 해당하는 금액을 지급한다(휴업급여액= 평균임금×0.7×요양으로 취업하지 못한 기간)¹⁾. 산재보험의 경우 아픈 노동자에게 소득보장의 기능을 할 수 있는데, 질병자체의 업무와의 관련성이 입증되어야 한다.

그러나 노동자가 업무와 상관없는 질환이나 중상을 당한 경우에 받을 수 있는 소득보장제도는 매우 제한적이며 근로기준법에서도 소득보장에 대한 별도의 내용이 없는 상황이다. 이

1) 다만 저소득 근로자에 대하여 평균임금의 70%가 최저보상 기준 금액의 80%보다 적은 경우에는 평균임금의 90%, 평균임금의 90%가 최저보상 기준 금액의 80%를 초과하면 최저보상 기준 금액의 80%, 평균임금의 90%가 최저임금액에 미달하면 최저 임금액을 1일당 휴업급여로 지급 한다.

같은 상황에서 업무 외 상병이 발생할 경우 노동자는 건강보험제도나 근로기준법에서 정하고 있는 유급 휴가를 이용해야 한다. 건강보험제도는 요양급여와 그 외에 대통령령으로 정하는 바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당 등의 부가급여를 실시한다고 규정하고 있는데 실제 급여로 제공되는 항목은 임신·출산 진료비뿐이다(김종수, 2016). 따라서 질병으로 인한 휴직과 퇴직에 대응하는 소득보전의 기능은 하고 있지 못하다.

근로기준법에서 역시 업무 외 상병에 대한 소득보장 규정은 없으나 근로기준법 제 60조(연차유급휴가)에서, 사용자는 1년의 8할 이상 출근한 근로자에게 최소 15일에서 25일까지 유급 휴가를 보장하도록 하고 있다(신기철, 2011). 업무 외 개인적인 사유로 회사를 나갈 수 없는 노동자에게 보장된 유일한 법적인 통로인 셈이다. 그리고 노동조합이 있는 경우에는 단체협약, 상시 10인 이상의 노동자가 있는 사업장에 적용되는 취업규칙에서 근로조건으로 업무 외 상병으로 인한 휴직 및 퇴직 등에 대해 정할 수 있다(신기철, 2011). 결국, 노동조합이 없거나 10인 미만의 소규모 사업장의 노동자들은 이 대목에서도 제도의 사각지대에 놓일 확률이 클 것으로 추정할 수 있다.

제도적으로 노동자가 아파서 실직하게 되는 경우, 근로자 혹은 고용보험에 임의가입한 자영업자는 고용보험법에 의해 실업급여를 받을 수 있다. 실업급여는 구직급여, 취업촉진수당, 연장급여, 그리고 상병급여로 이루어지는데 실직에 대한 소득보전을 담당하는 급여는 구직급여다. 구직급여는 고용보험 적용사업장에서 실직 전 18개월 중 피보험단위기간이 통산하여 180일 이상 근무한 자 중 이직사유가 비자발적 사유인 경우 지급된다. 그러나 시행규칙 제 101조 제2항에서는 수급자격이 제한되지 아니하는 정당한 이직 사유를 규정하고 있는데 이에 의하면 “체력의 부족, 심신장애, 질병, 부상, 시력·청력·촉각의 감퇴 등으로 피보험자에게 주어진 업무를 수행하게 하는 것이 곤란하고, 기업의 사정상 업무종류의 전환이나 휴직이 허용되지 않아 이직한 것이 의사의 소견서, 사업주 의견 등에 근거하여 객관적으로 인정되는 경우,” 자발적으로 이직 및 퇴직한 아픈 노동자도 구직급여를 받을 수 있다.

이러한 경우, 구직급여 대신 상병급여를 통해 구직급여가 대체되는데, 고용보험내의 상병급여는 “수급자격자가 실업의 신고를 한 이후에 질병·부상 또는 출산으로 취업이 불가능하여 실업의 인정을 받지 못한 경우” 구직급여일액에 해당하는 금액을 구직급여에 갈음하여 지급하는 급여이다. 이러한 상병급여는 아픈 경우 구직급여를 대체해줄 수 있는 급여로 실직 전에 아픈 경우에는 지급될 수 없고 실직 후에 아파서 구직활동을 할 수 없는 경우에 한정해서 지급되는 수당이라고 할 수 있다. 고용보험법을 근거로 받게 되는 실업급여는 고용보험에 가입

한 자를 대상으로 하기 때문에 원칙적으로는 근로자가 대상이 되며 임의가입이 되는 자영업자나 비정규직 등에 대한 보호는 상대적으로 취약하다(김종수, 2016). 고용보험 배제 확률이 높은 비정규직의 경우 아파서 실직했을 때 소득 상실에 대한 보장이 이루어지지 않아 소득이 기준 중위소득의 40% 미만으로 내려갈 경우 (부양의무자 기준을 충족할 경우) 국민기초생활보장법에 의한 의료급여 수급자가 될 수 있고 30% 미만(2017년 4인가구 기준 1, 340, 214원)으로 내려갈 경우 생계급여 수급자가 될 수 있다.

2) 의료비 부담과 소득보장

직접적으로 소득보장을 위한 급여는 아니지만 건강보험 정책 역시 아픈 노동자의 소득에 영향을 미친다. 구체적으로는 건강보험정책의 의료비 본인부담상한제와 비 급여제도를 들 수 있다. 본인부담상한제는 건강보험 적용을 받는 법정 급여에서(따라서 비 급여 항목 제외) 환자가 부담한 연간 본인부담금 총액이 가입자 소득수준에 따른 본인부담 상한액을 초과하는 경우 그 초과금액을 전액 환자에게 돌려주는 제도이다. 이는 개인의 경제적 부담에 상한을 두어 의료비의 본인부담분이 과도하게 지출되어 빈곤선 이하로 추락하거나 진료를 포기해 버리는 문제를 완화하기 위한 제도적 장치로(유혜림·김진수, 2016) 아픈 노동자의 소득보장에 직간접적인 영향을 미치게 된다. 2017년 현재 본인부담상한액은 소득분위 1분위 122만원, 2~3분위 153만원, 4-5분위 205만원, 6-7분위 256만원, 8분위 308만원, 9분위 411만원, 10분위 514만원이며 소비자물가변동률에 따라 매년 인상된다. 본인부담상한제는 2007년 제도 도입 이후 꾸준히 개선되어 왔지만 상한선이 여전히 높아 본인부담금을 획기적으로 낮추지 못한다는 점과 비 급여 부분이 포괄되지 않는다는 점 등이 한계로 지적되고 있다(유혜림·김진수, 2016).

한편 국민건강보험제도에서는 요양급여의 대상에서 제외되는 의료항목을 비 급여항목으로 정해두고 있는데²⁾ 이 항목은 건강보험이 적용되지 않아 요양기관에서 정하는 진료수가에 따라 환자 본인이 비용의 전액을 부담해야 한다. 일반적으로 비 급여진료비는 비 필수의료를 대변하는 지표로 사용이 되지만 한국의 보건의료체계에서는 비 급여 항목에 필수적인 의료가 포함되어 있다(이혜재·이태진, 2015). 즉, 아픈 노동자의 상병을 치료하는 과정에서 비 급여 항목이 포함될 경우에는 치료비를 온전히 노동자가 부담해야 하며 실직으로 인한 소득 상실에 겹쳐 치료비의 부담까지 떠안게 된다. 실제로 이혜재·이태진(2015)의 연구 결과 비 급여진

2) 비급여 대상 항목은 건강보험심사평가원(www.hira.or.kr) 참고.

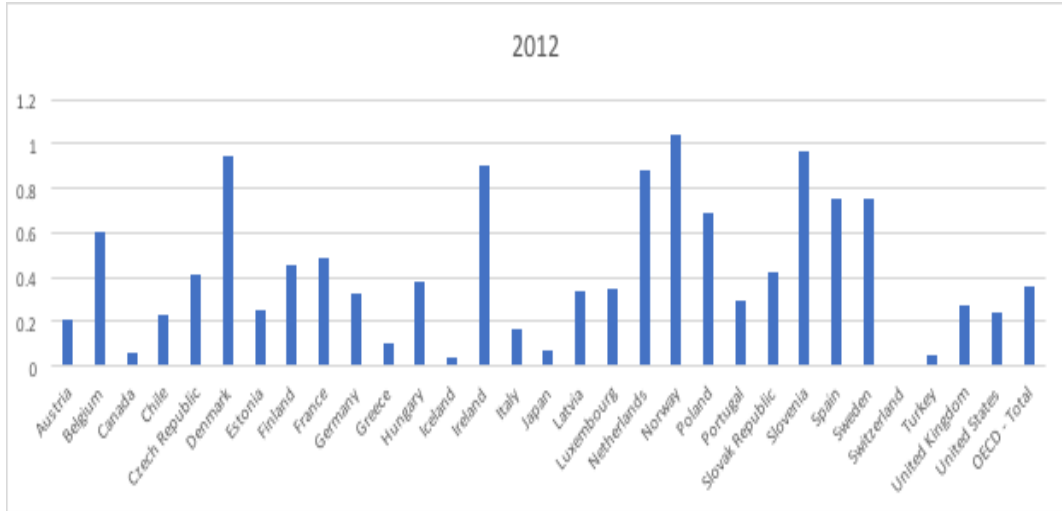
료비 지출이 많아질수록 과 부담 의료비 발생 가능성이 증가하는 것으로 나타났다. 한국의 건강보험제도는 전 국민을 제도 내로 포괄하는 과정에서 보장성의 수준을 희생해 왔다고 평가되는데 (정희정·송민정·이석원, 2011), 정부가 국민의료비 경감을 위해 건강보험 보장성 강화 정책을 시행해 오고 있으나 건강보험 보장률은 최근 10년 간 60% 수준에서 정체되고 있는 반면 비 급여 부담률은 2006년 13.4%에서 2014년 17.1%로 증가하여(이정택·김동겸, 2017) 건강보험 확대 효과를 상쇄할 만큼 비급여가 빠르게 증가하는 ‘풍선효과’가 발생하고 있다.

3) 다른 국가들의 아픈 노동자 대상 소득보장정책

다른 국가들의 경우를 살펴보겠다. OECD 대부분의 국가에서는 상병으로 인한 소득손실로 인해 경제적 빈곤 집단으로 전락하는 것을 방지하기 위하여, 업무상 질병에 대한 산재보험제도와 별도로 업무 이외의 상병으로 인한 소득보전의 기능을 담당하는 상병수당제도를 운영하고 있다. OECD 34개 국가 중 공적 상병수당제도가 없는 국가는 스위스, 미국, 한국뿐이며, 대부분의 국가들은 건강보험의 현금급여의 방식 또는 사회복지 프로그램의 방식으로 상병수당 제도를 운영하고 있다 (국회입법조사처, 2017). [그림 1]은 근로무능력(Incapacity)과 관련 사회보장제도 중, 현금으로 지급되는 유급병가 및 상병수당(Paid sick leave, other sickness daily allowances)의 GDP 대비 공적지출 규모를 나타내는 그래프다. 복지레짐 별로 살펴보면, 북유럽 국가들에서 전반적인 가장 높은 수준의 지출 규모를 나타내고 있으며, 대륙유럽국가 중 프랑스, 독일과 같은 국가는 OECD 평균과 비슷하거나 조금 웃도는 수준으로 현금급여를 지출하고 있다. 미국, 캐나다와 같은 영미권의 국가들의 지출수준은 OECD 평균보다 낮은 수준이다. 상병수당제도가 강제가 아닌 선택적 보험으로 운영하고 있는 스위스 같은 경우는 공공지출규모가 0.004%로 자료가 있는 국가들 중 가장 낮은 수준임을 알 수 있다.

[그림 1] GDP 대비 상병(sickness) 관련 현금급여 public expenditure 규모

(단위: %)



자료: OECD Social Expenditure Database (SOCX)
 * 오스트레일리아, 이스라엘, 멕시코, 뉴질랜드, 한국은 자료가 없음.

다음으로는 한국과는 달리 상병수당을 가지고 있는 일부 국가들을 한정하여, 아픈 노동자 대상 소득보장정책 및 건강정책에 대하여 좀 더 구체적으로 살펴보겠다. 먼저 스웨덴은 업무와 관련되지 않은 질병 등으로 인해 노동이 중단되거나 축소되는 경우 발생하는 소득손실을 보상하기 위해 현금을 지원해주는 상병 시 소득보장 제도를 가지고 있다(임재영, 2012). 업무 이외의 질병에 대한 소득보장제도 중 가장 대표적인 제도가 상병급여(Sickness benefit, Sjukpenning)로 임금을 통해 생활하고 있는 노동자가 건강상의 문제로 노동을 일시적으로 중단하고 의료서비스를 받아야 할 경우 급여를 받을 수 있는 제도이다.

영국의 경우, 상병수당제도는 사업주가 근로자에게 부여하는 법정상병급여(Statutory Sick Pay)와 고용지원수당제도(Employment and Support Allowances)로 이원화되어 있다(김중수, 2016). 먼저 법정상병급여의 적용대상은 소득이 하위 소득한계(최소 소득 기준) 이상인 65세 미만의 근로자로서, 4일 이상 지속하여 투병 중이어야 하며 근로불능상태이어야 한다. 표준 급여수준은 주당 81.60파운드(약 15만원)이며, 사업주는 최대 28주간 상병급여를 지급해야 한다(김중수, 2016).

앞서 살펴본 스웨덴, 영국이 국가부담의 사회보험 또는 조세로 운영하는 프로그램의 형식으로 상병수당제도를 운영하고 있다면, 일본은 건강보험의 현금급여 방식으로 상병수당제도를

운영하고 있다(국회입법조사처, 2017). 즉, 건강보험이 보장기관으로 상병수당을 담당하고 있으며, 보험료를 재원으로 하는 형태이다(김종수, 2016). 상병수당금의 지급요건은 피보험자가 요양을 위하여 근로불능이 된 사실로서, 여기서의 ‘요양’에는 건강보험급여를 받는 요양뿐만 아니라 보험 이외의 진료 등 자비에 의한 상병의 요양도 포함되는 것으로 확대되었다(김종수, 2016). 또한 ‘근로불능’의 판단기준이 되는 업무는 종전의 업무로서, 다른 경미한 업무를 수행할 수 있는 정도라 하더라도 종전의 업무에 종사할 수 없으면 근로불능으로 해석된다(김종수, 2016).

상병으로 인해 근로가 힘들어지는 경우 상병급여가 일본과 스웨덴과 같이 소득 비례형으로 산정되어 지급되거나 영국과 같이 정액으로 급여가 지급되기도 하는데, 이는 모두 업무상 발병한 질병을 포괄하는 산재보험과 별도로 운영되는 제도로 아픈 노동자의 소득보장 정책이라고 볼 수 있다.

4. 연구방법과 연구대상자

본 연구는 한국에서 노동자들이 업무 이외의 이유로 질환을 앓게 되거나 사고로 부상을 입고 휴직 혹은 퇴직한 경우에 경제여건이 어떻게 변화하는지, 고용안정성은 어떻게 변화하는지를 분석하는 데 목적을 둔다. 이를 통해서 노동자의 건강에 이상이 생겼을 경우에, 먼저 노동시장에서의 지위와 소득이 얼마나 변하게 되는지, 그리고 이 과정에서 한국의 사회보장 제도가 얼마나, 어디에서, 어떻게 작동하는지, 사각지대가 있다면 어디에서, 얼마나 크게 위치하고 있는지를 포착하는 데 목적을 둔다.

이를 위해 본 연구는 “집합적 도구적 사례연구(collective instrumental case study)”(Cresswell, 2012) 를 수행한다. 참고로, 질적 사례연구로는 크게 ‘내재적 사례연구 (intrinsic case study)’와 ‘도구적 사례연구’가 있고, 두 연구의 목적은 크게 다른 점을 확인할 수 있다(Cresswell, 2012). 내재적 사례연구가 “그 자체로 관심의 대상이 돼서, 묘사하고 상세하게 기술될 필요가 있는 하나의 사례”에 집중하는 반면, 도구적 사례연구는 “특정한 이슈나 문제, 관심사를 이해하기 위해 사례를 선택”한다(Cresswell, 2012: 99-100). 본 연구의 목적은 사례를 통해서 아픈 노동자 대상의 빈곤화 과정과 한국 소득보장안전당의 기능을 확인하기 위해 의도적인 사례 선별을 하는 후자의 접근이 더 적절할 것으로 판단된다. 본 연구는 사례연구의

방법으로 심층면담(in-depth interview)를 선택한다. “관찰이 어려운 상황(지나가버린 사건들, 기억들)… 이해하고 발견하기 위하여 사용될 수 있는 가장 효과적인 연구방법”(김영천, 2006: 262) 이기 때문이다. 심층면담의 형식 가운데서는 반구조화 면담 가이드에 의한 면담 방식을 취한다. 본 연구가 열 명이 넘는 피면담자를 대상으로 하므로, 1) 모든 피면담자에게 동일하게 질문하면서 면담을 실행하면서 자유식 면담이 갖는 비예측성을 줄일 수 있고, 동시에 2) 구조화된 면담 가이드에 의한 방법에 견줘서는 피면담자가 가지고 있는 생각이나 의견을 상대적으로 자유롭게 표현할 수 있다는 장점이 반구조화면담에 있다고 판단했다(김영천, 2006: 263).

심층 면접은 2017년 7월 17일부터 9월 12일까지 이뤄졌다. 모두 개별 심층면접으로 진행됐다. 면접은 모두 연구 참여자들의 보호받을 권리가 보장되는 조용한 장소에서 이뤄졌고, 참여자들이 원하는 공간을 택하여 연구 참여자의 자택이거나 카페가 대부분이었다. 면접 시간은 약 1시간-1시간 30분 정도 소요되었고 또 심층면접의 형식 가운데서 반구조화 면담 가이드에 의한 면담 방식을 취했다. 피면담자의 진술은 본인의 동의하에 녹음됐고, 이는 자료 수집을 마친 후 녹취록으로 전사됐다. 연구자들은 자료 분석을 위해 녹취록을 반복적으로 읽으며, 분석을 수행했다.

[표 1] 연구 대상자 구성

코드	나이	성별	과거 직업	질한 이전 고용 형태	질환	현재 직업	현재 고용 형태
N1	45	여	주점 직원, 공장 일용직	일용직	빈혈, 고혈압, 우울증	치킨집 일용직	일용직
N2	50	남	버스기사	정규직	허리디스크	버스기사(복직)	정규직
N3	59	여	병원 식당 탐장	정규직	수근관증후군, 추간판탈출증	무직	무직
N4	48	남	중소기업 비정규직	비정규직	쇄골 골절	무직	무직
N5	49	여	중소기업 사무직	정규직	천식	중소기업 사무직	정규직
N6	45	남	대기업 정규직	정규직	위암	대기업 사무직(복직)	정규직
N7	50	남	프랜차이즈 가맹점주	자영업	내외측상과염	음식 배달	일용직
N8	48	여	대형마트 캐셔	비정규직	유방암	학교 급식 주방일	비정규직

[표 1] 연구 대상자 구성 (표 계속)

코드	나이	성별	과거 직업	질환 이전 고용 형태	질환	현재 직업	현재 고용 형태
N9	53	남	이사청소	비정규직	허리협착증	무직	무직
N10	-	남				위기가정 관련 전문가	
N11	-	남				고용보험 관련 전문가	
N12	-	여				고용보험 실무자	
N13	-	여	-	-	-	사회복지사	-

연구 참여자는 일을 하다가 ‘업무 이외의’ 질병 혹은 사고로 휴직 또는 사직 등 종사상 지위 변화를 경험한 노동자들이다. 개인이 겪은 질병 혹은 사고, 휴직 혹은 퇴직, 빈곤화 같은 매우 부정적 사건과 연관된 것이어서, 연구 대상자 모집 과정에 있어 이들이 복합적인 취약성에 노출돼 있다는 점이 고려되었다. 첫 번째, 질병 및 사고의 경험이 있으므로, 의학적 취약성이 있을 확률이 있다. 둘째, 질병 및 사고 때문에 초래된 빈곤 때문에 경제적인 취약성이 있을 수 있다. 이러한 취약성을 바탕으로 연구대상자들을 모집하는 과정에서는 다음과 같은 과정을 거쳤다. 먼저 중앙위기가정지원센터와 수도권 지역의 사회복지관 등에 연구대상으로 적정하다고 판단되는 명의 사례를 소개를 받은 뒤 기관의 사회복지사들이 이들을 전화로 접촉해서 연구의 취지와 연구 참여자들의 권리 등을 알린 뒤, 연구에 참여할 의사가 있는지를 물었다. 본 연구는 연구에 참여할 의사가 있다고 밝힌 연구대상자들에게 연구에 참여할 의사가 있는지 다시 직접 확인을 거쳤다. 이 과정에서 연구 목적에 부합한 연구대상자들을 최종적으로 선별했고, 이들을 대상으로 인터뷰 일정을 확정했다.

심층면접의 대상자는 아파서 휴직 혹은 퇴직을 경험한 노동자 9명의 사례와 전문가 4명으로 총 13명으로 구성하였다. 본 연구는 연구 참여자의 상병이 빈곤화 및 고용안정성에 미치는 영향을 비교하기 위해서 정규직, 임시직, 일용직 그리고 근로자활의 경험이 있었던 조건부수급자, 자영업자 등을 사례로 모두 선별하여 대상자를 모집하고 인터뷰를 진행 하였다. 여기서 ‘빈곤’ 혹은 ‘빈곤화’라는 표현은 연구대상자가 주관적으로 쓴 표현을 그대로 썼다. 다만, 연구대상자들이 대부분 빈곤지원관련 기관에 긴급지원을 요청해서 지원을 받을 정도로, 일시

적이거나 경제적인 위기 상황에 처했던 경험이 있다는 점을 감안할 필요가 있다. 연구 대상자 모두 객관적 기준으로 빈곤을 일시나마 경험했다는 의미다. 이들의 건강 수준 역시 이들의 주관적인 평가에 따라 기술했다. 또, 이들의 종사상 지위는 연구대상자들의 표현에 따라 정규직, 임시직, 일용직, 자영업자 등으로 연구자들이 범주화했다. 그밖에 다수 노동자들의 빈곤화 과정을 상담한 사회복지사 1명, 고용보험 전문가 2명, 위기가정 관련 전문가 1명으로 전문가 4명을 대상으로도 인터뷰를 진행하였다 [표 1 참고].

본 연구를 사례를 위해 질병이나 상해 등으로 인한 노동시장에서의 지위 변화에 따른 빈곤화 경험을 분석하고자 반구조화된 면담 질문지를 구성하였다. 질문지는 대상자가 아프기 전과 후의 종사상위치의 변화, 종사상 위치가 변하게 되는 경로, 위기 상황에 대응 방법, 제도적 의료 및 사회안전망 등에 대한 질문들로 구성되었다. 연구자들은 1차 면담 질문지를 제작한 후에 논의과정을 거쳐 질문지의 내용을 수정 및 보완함으로써 최종 면담 질문지를 개발하였다. [표 2]는 최종 면담 질문지의 구성 내용이다.

[표 2] 반구조화된 면담 질문지의 구성

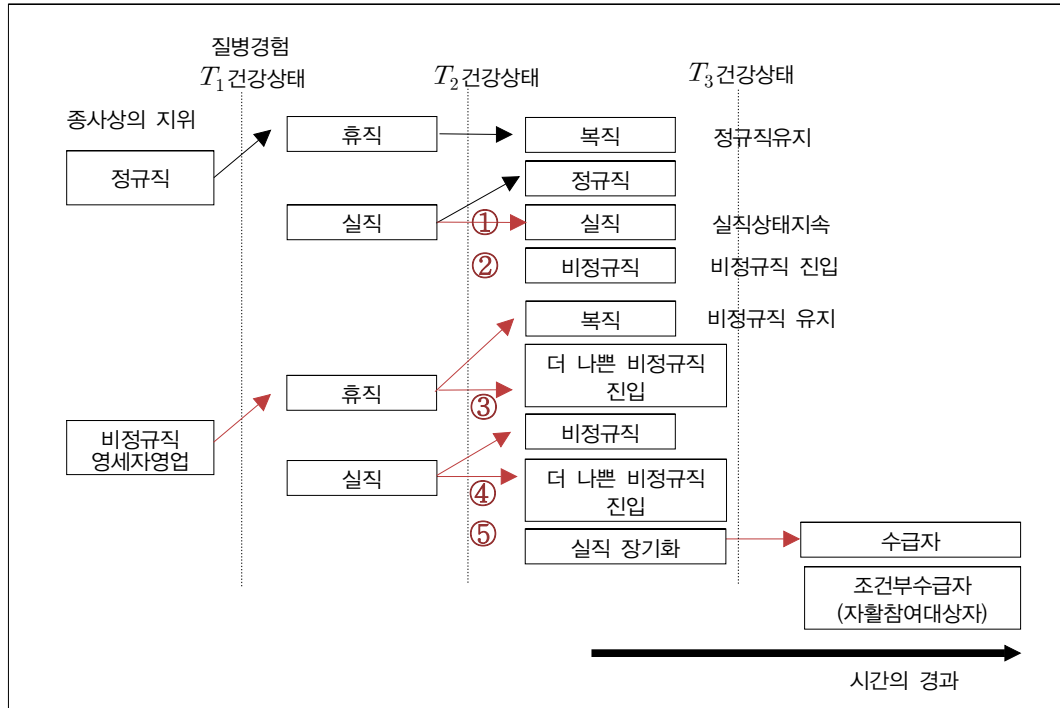
영역		구성내용
아프기 전	종사상 위치	종사상지위, 소득분위, 민간보험 가입여부
아플 때	상황	아픈 원인
	대응	본인의 대응, 회사의 대응
아픈 후	환경 변화	소득분위의 변화, 수급권자 여부, 실업이 건강에 미치는 영향
	종사상 위치	아픈 뒤 종사상지위 변화, 휴직이나 퇴직의 경로
	대응	소득 감소로 인한 상황에 대한 본인의 대응, 가족구성원의 대응, 주변의 도움, 민간보험의 도움, 일의 지속 여부
제도적 안전망	국가적 의료 및 사회안전망	국민연금, 건강보험, 고용보험, 공공부조, 산재보험, 기타 긴급 지원에 관한 수급 여부, 규모, 만족도 등

5. 분석내용

1) 상병 발생 시 종사상지위 변화의 경로

노동자 개인이 다양한 이유로 인하여 질병을 경험하고 아픈 노동자가 되었을 때, 노동시장에서 종사상의 지위변화와 그에 따른 빈곤으로의 유입과정은 위의 그림과 같은 경로로 이루어진다. [그림 2]와 같이 1)노동자의 종사상 지위(정규직, 비정규직)와 2)질병경험(T_1 건강상태)을 기준으로 하는 시간의 경과(T_2 건강상태, T_3 건강상태)를 기준으로 종사상의 지위와 개인의 경제 상황변화를 살펴볼 수 있고, 변화로 인하여 빈곤으로 유입되는 유형을 크게 다섯 가지로 나누어 볼 수 있다. 먼저, 정규직 노동자가 질병을 경험하게 되면(T_1 건강상태) 휴직 혹은 실직 상태에 놓일 수 있다. 건강상의 문제로 휴직하였던 노동자가 이후 건강이 회복 되어(T_2 건강상태) 복직하게 되면 정규직을 그대로 유지하며 안정적인 소득보장을 받게 된다. 건강상의 문제로(T_1 건강상태) 실직하게 된 정규직 노동자가 질병에서 벗어나(T_2 건강상태) 다시 정규직으로 재취업을 하게 될 경우에도 첫 번째 경우와 마찬가지로 안정적인 소득보장을 받는다. 하지만, 실직이후 시간이 경과되어도(T_2 건강상태) 재취업 하지 못하고 실직상태를 지속하거나 (유형①) 실직이후 기존의 종사상 지위를 유지하지 못하고 비정규직으로 진입하게 될 경우(유형②)에는 질병경험으로 인하여 노동자의 종사상 지위가 변화하고 그로 인하여 안정적인 소득보장이 어려워진 노동자는 빈곤의 위협에 노출될 수 있다.

[그림 2] 건강상태와 종사상 지위 변화의 경로들



한편, 비정규직 노동자는 정규직 노동자보다 더 다양한 경로로 빈곤의 위험에 노출되게 된다. 먼저, 비정규직 노동자가 건강상의 문제로(T_1 건강상태) 휴직하게 되었다가 질병에서 벗어나(T_2 건강상태) 복직할 경우, 그리고 건강상의 문제로(T_1 건강상태) 실직하였지만 다시 비정규직으로 재취업 할 경우에는 기존의 종사상 지위인 비정규직과 기존의 소득보장 정도를 그대로 유지하게 된다. 하지만 건강상의 문제로(T_1 건강상태) 휴직하게 되었다가 질병에서 벗어난 뒤(T_2 건강상태) 더 나쁜 비정규직으로 진입하게 되거나(유형③), 건강상의 문제로(T_1 건강상태) 실직하게 되었다가 질병에서 벗어난 뒤(T_2 건강상태) 더 나쁜 비정규직으로 재취업하게 된 경우에는(유형④) 기존의 종사상 지위인 비정규직은 그대로 유지하지만 기존과 동일한 수준의 소득보장을 받기 어려워 소득이 낮아지게 된다. 마지막으로 비정규직 노동자가 건강상의 문제로(T_1 건강상태) 실직한 뒤 시간이 경과하면서 실직이 장기화 될 경우에는 기존의 종사상 지위와 소득이 모두 보장되지 않아 빈곤으로 유입되게 되며(유형⑤) 수급자 혹은 조건부수급자(자활참여대상자)가 되어 국민기초생활보장제도의 대상자가 된다.

2) 일하다가 아프게 되는 경우 초기 경험

(1) 아파도 참는다

노동자들이 업무와 관련이 있든, 없든 상병으로 인해 업무에 문제가 생겼을 때, 보이는 반응은 휴가나 휴직이 아니라, 참는 것이다. 일을 쉬는 순간 생계의 문제에 직면하게 되기 때문이다. 특히, 집안의 경제권을 책임지는 있는 가장에게 주어지는 부담은 성별을 떠나 클 수밖에 없다. 때로 상병으로 인한 고통 때문에 눈물을 흘리면서도 일을 멈추지 않는 노동자들이 있었다.

“우린 쉬어본 적이 없어요. 저도 마찬가지예요. 처자식이 있는데 어떻게 쉽니까. 저 혼자면 모르겠어요...아니 아버지가 돼가지고 처자식이 당장 고등학생 대학생 이렇게 있고 집안에 생활비가 들어가는데 그거를 책임 못 지고 나 아프다고 할 수 있는 사람은, 무책임한 사람들이죠, ” (N7)

“나 혼자라면 그냥 누워있으면 돼요. 그런데 애들 때문에 어떻게든 버틴거죠.” (N9)

“네, 그런데도 안 나아서... 손이 뭐 냉동인데, 차가지고, 쥐가 나고 주물러야 되고, 쑤시고, 울 정도로 그 정도로 아팠거든요. 쉬면 좀 낫겠지 했는데“ (N3)

쉬지 못하는 노동자들이 스스로에게 내리는 혼한 처방은 대증요법이었다. 상병의 원인을 소거하지 못한 채, 고통을 잊게 하는 경우가 대부분이었다. 즉각적인 소득감소를 감당하지 못해 일에서 손을 놓지 못하기 때문이다.

“약은 뭐 말할 필요도 없구요. 진통제는 매일 먹어요. 소염진통제를... 아플 때 동네에. 꾸준히 다녔던 병원에, 2014년도 초기부터 있더라구요. 980만원 썼더라구요. 수술 안하고. 약값, 체외 충격파, 그 다음에 스테로이드, ” (N7)

“벌침 많이 맞았어요.. 막내보고 놓으라고 해가지고. 하루에 허리에 50방씩. 진통제 역할을 하는거 같아. 아프진 않더라고. 근데 그 다음날 일하고 나면 더 아파. 그럼 또 맞아.” (N9)

(2) 차별적인 휴직의 기회

상병의 고통이 커서 더 이상 업무를 지속할 수 없을 때, 노동자들의 선택지는 많지 않다. 휴직 혹은 퇴직이다. 연구 대상자 가운데 정규직 네 명에게는 휴직 (N2, N3, N6) 혹은 재택근무(N5)의 선택지가 주어졌다. 다른 비정규직 혹은 자영업자 (N1, N4, N7, N8, N9)는 경험하

지 못한 ‘혜택’이었다. 비정규직 노동자에게 남는 선택지는 퇴직밖에 없다. 이들이 고통을 참고 일하는 이유를 짐작할 수 있는 대목이다. 비정규직과 정규직 사이에서 나타난 이런 차이점은 우연이 아니다. 자본의 논리에 따른 선택이라는 것이 다음의 설명이다.

“정규직 같은 경우에는 사용주하고 근로자 간의 신뢰관계가 있잖아요. 그래서 대부분 제가 경험했던 사업주들은...임금을 주면서 기다려요. 왜냐하면 그 사람이 필요하니까. 이 사람이 나서 돌아왔을 때, 이 사람을 오래 데리고 있었던 이유가 있었잖아요, 정규직으로. 이 사람이 할 역할이 있으니까 보류하고 기다리거든요.” (N11)

바꾸어 말하면, 사용자 입장에서는 정규직에게 휴직을 줘서라도 복직을 기다리는 것이 수타산으로 이득일 수 있다. 그러므로, 본 연구에서 대상이 된 정규직들 네 명 가운데 세 명은 회사에 복귀하거나, 예외적으로 재택근무라는 일종의 특혜를 누릴 수 있었다. 비슷한 이유로 비정규직 노동자들이 아플 때마저도 좀처럼 쉬기 힘든 까닭도 알 수 있다.

“이 사람이 비정규직이라는 거 자체가 업무 특성 자체가 상시로 필요하지 않은 일이기 때문에 대체가 가능하잖아요 다른 사람으로, 쉽게 쉽게. 그러니까 굳이 내가 돈을 줄 이유도 없고, 고용보험 상실 처리할 때도 굳이 내가 계약 만료 이렇게 할 수 있지만 질병까지 걸렸는지 확인해가지고 그렇게 기재하는 경우는 (많지 않죠)” (N11)

물론 정규직이라고 해서 상병에 시달릴 때 휴직을 받기가 수월하다고 단정할 수도 없다. 몇 가지 조건이 항상 따라붙기 때문이었다. 이를테면, 일정한 휴직 기간(90일)을 넘겨서 채용하지 못하면 회사를 떠나야 하거나 (N2), 휴직 기간 동안 자신의 월급으로 다른 사람을 고용해서 자신의 빈 자리를 채우거나 (N3), 수술로 일을 쉬면서 명분상으로는 육아휴직을 받는 식의 ‘편법’을 통해서 요양 기간을 갖는 (N7) 식으로 우회로를 강요받기 때문이었다. 또한, 재택근무의 혜택을 누린 노동자(N5)도 결국 회사 쪽의 압력으로 회사를 그만뒀다.

“휴직이요. 3개월. 딱 90일. 우리는 90일을 넘기면 안돼요. 네 근데 그 때 또 아파서 일을 했어요, 아프더라도. 어쩔 수 없어요. 해야 되니까, 먹고 살려면 해야 되니까. 돈도 없으니까.” (N2)

“집에서 재택 근무를 몇 달을 하다가 근데 직원들이 불만이 계속 오는 거예요, 일하기가 너무 불편하다고 그래서 어쩔 수 없이 제가 사표를 썼고...” (N5)

(3) 비정규직은 아프면 곧 실직

휴직의 선택지라도 있었던 정규직 노동자들과는 달리, 비정규직 노동자들에게는 아프면 실직이라는 경로만 선택지로 주어졌다. 휴직의 기회에서 이들 대부분은 배제됐다. 이들에게 주어진 선택의 종류라는 것은 ‘제 발로 나가거나’ 아니면 ‘떠밀려 나가거나’ 정도다.

“(암) 진단 받고 바로 그만뒀어요. (회사에서 그만 두라고 했나요?) 아니, 제가 그만둔다고 했어요. 그만둔다고 하는데 잡겠어요? 아프다는데. (휴직할 생각은 안하셨어요?) 그냥... 그 자리에서 그냥 그만 둔다고 했어요.” (N8)

“(휴직은 없었나요?) 그런 데는 그런 게 없잖아요. (그러면 회사에서 그만두라고 한 건가요?) 관둔다고 한 거예요. 제가.” (N1)

“제가 (휴직을) 요구는 했지만, 좀 어려운 실정이었고 회사가. 그러니까 (퇴직금으로) 100만원 받았어요, 100만원. 그거로 끝난 거예요.” (N4)

“저 같은 경우는 독립 자영업자고 사장이잖아요. 개인적인 사업자 보험을 갖고 있는, 그래서 프랜차이즈와는 전혀 관계가 없는 거고, 일단은, 제가 어떤 식의 산업재해를 입었던 그것이 직업병이든 간에 그거는 본사하고는 전혀 무관한 일이고” (N7)

물론, 자발적인 퇴사와 해고 사이의 경계는 모호하다. 그 경계에서 분쟁도 심심찮게 일어난다. 노동자가 본인의 의사에 반해서 회사를 떠나더라도 공식적으로는 ‘자발적인 퇴사’로 자주 기록되기 때문이다.

“그러니까 가장 빈번한 부분은 그런 건데, 본인은 몸이 아프지만 회사를 계속 다니길 원하고, 고용주 입장에서는 노동 생산성이 떨어지잖아요. 아픈 사람이고 또 휴가도 자주 낼 것이고 하기 때문에. 그런 분들의 퇴직을 암암리에 권고해요, 근데 이제 거기서 분쟁이 생기는 건, 고용주 입장에서는 ‘니가 알아서 나간 게 아니냐’하고, 근로자 입장에서는 사용주가 나가라고 해서 나간 거다. 그런 분쟁이 생길수가 있죠.” (N11)

“제가 버티지 못했는데, 어떻게 보면 회사에서 나가라고 한 거랑 똑같죠.” (N5)

(4) 혼자라서 아픈 게 아니라, 아파서 혼자가 된다.

상병과 실직이라는 위기를 겪는 노동자에게 가족 및 친척은 종종 ‘비밀 언덕’ 구실을 한다. 연구 대상자 가운데서도 위기 상황에서 경제적인 지원을 받은 사례 (N4, N8)가 있는 반면, 그

러한 가족으로부터 경제적인 지원을 받지는 못했지만 그래도 친족 네트워크가 느슨하게 연결된 경우(N1), 혹은 아예 끊긴 경우(N7, N9)가 있었다.

“(도움을 준 이들은) 지인들이죠, 친구랑 가족. 조금 조금씩 빌려 쓰기도 하고. 형이랑 누나, 있기 때문에” (N4)

“오빠들이 일 년동안 도와줬죠. 먹고 살게.” (N8)

“가족들은 저 사람으로도 안봐요” (N1)

“지금 세상에 누가 여유 있는 친척이 어딴습니까. 친척이라고 한들, 여유가 있다고 한들, 저도 뭘 숫하게 들었지만, 손 벌린다고 돈 주나요? 그런 친척은 없어요 이제. 그런 세상이 아닙니다” (N7)

“인연 끊은 지가 꽤 됐어요. 좀 그래요. 큰 아들인데. 제가 4형젠데, 장남인데. 동생 셋은 대기 업에... 전화를 받지도 않고. 번호를 다 바꿨더라고.” (N9)

물론, 가족 및 친지들의 관계가 정적으로만 유지되는 것은 아니다. 상병으로 인한 빈곤화 과정에서 가족 및 친지와와의 관계가 건강하게 유지되면서 사적인 안전판 구실을 하는 경우도 있었지만, 반대로 동적으로 변화하면서 파괴되는 모습도 관찰됐다.

“(친지들과) 연락만 하지 돈은 (내가) 안 (값아) 주니까 서먹서먹하게 살아요... 나는 미안해 하고.” (N3)

“혼자여서 아픈 게 아니라, 아파서 혼자된 사람들이 많아요. 아프니까 가족 관계가 안 좋잖아요...” (N10)

3) 소득 및 지위의 변화

(1) 가난과 불안정한 일자리로의 추락

인터뷰 대상자들은 아파서 하던 일을 어떤 형태로든 중단하게 되는 경우, 즉각적으로 급격한 소득 감소를 경험하게 되었다. 대부분의 대상자들은 즉각적인 소득감소를 부채 또는 지인으로 도움으로 해결하였다. 정규직의 경우 휴직기간 동안 그나마 급여가 지급되기도 하였지만 그 수준이 낮아 그 기간 동안의 치료비와 소득감소는 대체적으로 부채로 감당하였다. 그러다보니 다행히 휴직기간이 확보되어도 소득이 보장되지 않아 충분히 재화에 전념하기 보다는 최대한 빨리 일자리로 복귀하거나 단기 임시 일용직이라도 참여하여 일을 하게 된다.

“없는 사람들은 아프면 바로. 그러니까... 없는 사람들은요, 대출을 해 갖고 생활비로 쓰는 거예요. 그러니까 아파버리면, 더 대출이 빨리 많아진다는 얘기죠. 지금 상태가 그래요.” (N2)

“집세, 다 까먹고 거기서 다 그러게 됐던 거예요. 아파서 (재산) 있었던 거를.” (N3)

“일시적으로 휘청하는 부분들은 마이너스 통장이라던가 이런 거 꺼내 쓰면서, 그 다음에 어쨌거나 마이너스 통장을 쓰고 대출을 또 일으켜서...내가 더 치료기간을 갖고 (재활)할 정도까지는 가진 않았죠. 그 전에 그나마 다행인 게, 저는 돌아갈 직장이 있는 거죠” (N6)

“휴직이요. 3개월. 딱 90일. 우리는 90일을 넘기면 안돼요. 네 근데 그 때 또 아파서 일을 했어요, 아프더라도. 어쩔 수 없어요. 해야 되니까, 먹고 살려면 해야 되니까. 돈도 없으니까...휴직 수당이 한 달 안에 있을 경우 120만원인가 나오고 세금 떼면 한 100만원쯤 돼요...한 달 만. 3달을 누워있던 간에 병원에 있더라도, 20(만원), 나오더라고요.” (N2)

비정규직의 경우는 아파서 휴직을 사용하는 경우는 없었다. 소득단절을 부채로 감당하다가 다시 비정규직으로 진입하였지만 그 역시 소득수준이 낮았다. 이에 더해 아예 건강이 더 악화되어 장애진단을 받아 수급자가 되어도 별이를 위해 어떻게든 노동시장에 참여하고자 하였다.

“신경이 다 끊어졌을거예요. 우리 일하다가 넘어지면서 우리를 손 짚었어요. 오십견 있지, 허리 그러지... 허리 협착증 있어가지고. 일 하다가 다친거예요. 손도 그렇고. 그때는 장애진단이 나온다 그랬거든요. 그 당시에는 장애자 그러면 사람들이 별로 안 좋게 보고 직장도 못 구했어요 아예. 그래서 안 했어.” (N9)

“별이가 문제예요. 별이가 문제. 아파도 나가서 일을 하게 되는 구조이고. 그 사이에 와이프가 그나마 맞별이를 좀 하고, 여기서 많은 시간은 아니지만, 이것도 힘들죠 사실, 내 몸이 정상은 아니니까”(N7)

“일 좀 해야되는데..전에 제가 조그맣게 알바를 했었어요. 허리 때문에 그렇고 뭐 때문에 그렇고 챙기는것도 힘든데, 한 달에 한 일주일 밖에 못해요. 아파가지고. 하루 아팠다고 그러면 보름 20일 가는거니까”(N9)

아파도 일을 하다가 부채가 늘거나 전세 등의 부동산을 소모하다가 개인적으로 더 이상 부채를 감당할 수 없거나 일을 더 이상 하기 어려운 경우 결국에는 파산신청을 하고 수급자로 전락하기도 한다.

“재산을 까고 하다못해 뭐 그때 갖고 있는거 다 없어졌죠. 가구 같은 거 다 팔고...노트북까지.. 그런거 다...(파산신청한지) 오래됐어요. 꽤 됐어요. 십 몇 년 됐을텐데. 모든 게 다 잊고 싶을 정도죠 뭐. 막내 때문에 버티고 있는..“ (N9)

(2) 몸이 무너지면 생계가 무너진다.

아파서 근로활동이 어려워지는 경우 즉각적인 소득의 감소가 발생한다. 경제적인 부담은 복합적으로 몰려온다. 소득은 줄었는데, 병원비 부담은 늘었기 때문이다. 이들에게는 생활비와 치료비를 동시에 조달해야 한다는 압박에 시달리기 시작한다.

“없는 사람들은 아프면은 바로 그러니까... 없는 사람들은요, 대출을 해 갖고 생활비로 쓰는 거예요. 그러니까 아파 버리면은, 더 대출이 빨리 많아진다는 얘기죠. 지금 상태가 그래요.” (N2)

“맨 처음에 많이 들었었죠... 그러니까 한 달에 좀 응급실 한번씩 갔다 오면 또 뭐 검사를 하라 그래요, 그리고 비급여가 많아요. 그래서 35만원에서 80만원 까지. 제가 심할때는 이것저것 검사를 다 하면 한 80정도 나오고...” (N5)

생계의 문제가 다급해지면, 이전의 종사상 지위와 무관하게 대상자들은 다시 벌이에 나서게 된다. 곧바로 근로활동이 없다면 대신 부채가 늘거나 가족과 지인들의 도움으로 간신히 버티는 경우이다. 이 역시 기간에 한계가 있기 때문에 대상자들은 다시 노동을 통해 소득을 보전할 수밖에 없고 이것은 다시 건강악화에 기여하게 되거나 더 큰 위험에 개인을 노출시킨다.

“이게 허리가 구부릴 수가 없어요. 이게. 구부릴 수가 없어 갖고, 의자 대는 거, 허리 지지대 받침대 대고 다녔었어요. 바로 사고 났어요.한 2개월 있다가... 사람이 근데 안 보인 거예요. 근데 제가 허리를 숙이지 못하니까, 아팠으니까. 이게 그게 안 보이더라고. 차가 안 오더라고요.” (N2)

“제가 무릎이 여기 물에, 무릎에 물이 여기 이만큼 찼을 때도 실제로 피자헛에서 알바를 하고 있었어요. 배달을 어떻게 올라 갔냐면 뒤뚱거리면서 올라갔더니 다세대 주택에는 엘리베이터가 없잖아요. 쿵쿵거리고 올라오니깐...이 사람이 쫄쫄거리면서 올라오네, 나이도 들어 보이는 사람이, 너무 미안해하는 거지, 뭐 아프냐고 물어보지는 못하고..” (N7)

결국 인터뷰 대상자들은 아파도 계속 일을 하는 경우가 대부분이었다. 몸이 무너지면 생계가 무너지는 상황에서 대상자들은 별다른 선택지가 없었다. 일하다가 아프게 되는 경우 실업 또는 휴직을 경험하면서 즉각적인 소득 감소를 경험하게 된다. 대상자들은 실업이 장기화되어 개인의 부채가 늘어가거나 혹은 불안정한 노동활동에 다시 참여하게 되면서 더 나쁜 건강 상태의 악순환의 고리가 이어진다. 그 가운데도 몸이 회복된 경우는 (N2, N6, N8) 정규직이거나 자선이 어느 정도 여유 있는 경우, 그리고 형제들이 도와줄 수 있는 여유가 있는 경우였다.

(3) 마음도 함께 무너진다

업무와의 연관성 여부를 떠나서 상병의 고통에 처한 노동자들에게 필요한 것은 치료와 회복을 위한 시간이다. 그렇지만, 생계의 문제는 아픈 노동자들에게 경제적인 여유도, 시간도 허락하지 않는다. 회사를 떠나는 마지막까지 아픈 노동자들은 일을 하고, 회사를 떠난 뒤에도 아픈 몸을 이끌고 다른 일자리를 찾는다.

“아팠죠. 그래도 어쩔 수 없이 해야지. 그래야 살아남잖아요 또...” (N2)

“생계 때문에 하는거죠. 다른 거 때문에 하는게 아니라. 애들 먹을게 없으면...나 혼자라면 그냥 누워있으면 돼요. 그런데 애들 때문에 어떻게든 버틴거죠.” (N9)

몸이 무너지면 생계가 무너지는 상황에서 노동자들은 별다른 선택지가 없었다. 결국 ‘상병 → 지속되는 노동 → 더 나쁜 건강의 악순환의 고리가 이어진다. 최악의 경우에는 아픈 상태에서 근무를 강행하다가 사고로 이어지기도 한다.

“이게 허리(를) 구부릴 수가 없어요. 구부릴 수가 없어 갖고, 의자 대는 거, 허리 지지대 받침대 대고 (버스를 운전하고) 다녔었어요. 바로 사고 났어요. 한 2개월 있다가... 사람이 근데 안보인 거예요. 근데 제가 허리를 숙이지 못하니까, 아팠으니까.” (N2)

“막내보고 놓으라고 해가지고. 하루에 허리에 50방씩... 진통제 역할을 하는 거 같아. 아프진 않더라고. 근데 그 다음날 일하고 나면 더 아파. 그럼 또 맞아.” (N9)

쾌유를 위한 충분한 시간이 허락된 정규직이었던 일부를 제외하고는, ‘상병 -> 빈곤’으로 이어지는 인과관계는 두루 관찰된다. 이 과정에서 허물어지는 것은 몸만이 아니다. 건강과 생

계가 동시에 위협받는 상황에서 노동자들의 마음에도 멍이 든다. 재기를 위한 정서적인 기반도 무너질 수 있다. 일부의 생각은 극단에까지 이른다.

“취직을 해야겠는데, 취직이 안되갓고, 정신만 멀쩡하면은 일할 수 있을 것 같은데, 몸이 내 맘대로 안돼요.” (N1)

“지금은 인제 연거푸 두 번 다치다 보니까 이제 심리적으로, 심리적으로 약간 좀 불안하긴 해요. 육체적으로는 건강해질지 어쩔지 모르겠는데... 심리적으로 약간 좀 위축이 되더라구요.” (N4)

“지금은 그냥 일단 의욕이 없어요. 의욕도 없다고 해야 되나, 너무 형편이 어려우니까 직장을 다니는 거지...자살 이런 게 충동도 있고.” (N5)

4) 한국 소득보장제도의 한계

(1) 허구적인 휴직제

일하고 있는 사람이 아파서 노동시장에서 단기적이거나 장기적으로나 일을 못하게 되는 상황이 되는 경우, 사회안전망의 역할이 중요하다. 앞서 살펴본 것과 같이 이들에게 적용될 수 있는 사회안전망은 일차적으로 소득보장정책, 건강정책 그리고 마지막으로 공공부조가 될 수 있다. 대상자들은 아파서 일을 하지 못하게 되는 경우, 정규직의 경우는 휴직을 신청할 수 있지만, 휴직급여의 수준이 낮아 다시 일을 하게 되는 요인이 되었다. 또는 아파서 휴직을 신청하는 것임에도 불구하고 급여수준이 좀 더 높은 육아휴직으로 신청하는 등 제도를 오용한 사례도 나타나게 된다.

“퇴원하면서 휴직을 신청을 해서 1년간 육아휴직을 신청을 했어요, 회사에서는 이제 유급 병가로 재직기간 중 한 달을 쓸 수 있게 돼있어요. 유급이죠, 회사에서 많이 배려를 해준 거고, 나머지는 무급으로 이제. 육아휴직은 국가에서 해주는 거기 때문에, 그래서 제가 육아휴직을 신청을 한 거죠. 무급으로 가는 거 보다는, 무급 병가로 가는 거 보다는, 둘째 애가 아직 대상이어서 제가 신청을 해서 검사검사 해서 휴직을 들어가게 된 거죠. 6개월 동안, 원래 1년을 신청을 했는데 6개월 만에 복직을 했죠.” (N6)

비정규직이나 영세자영업의 경우에는 휴직개념을 사용하는 것 자체가 어려워 아픈 몸으로라도 할 수 있는 다른 일자리로 진입하게 되거나 부채를 통해 생활비를 충당하였다. 여기에

한국의 높은 의료비는 개인의 가치분 소득수준을 낮춰 결국에는 개인적으로 부채로 감당하는 경우가 많았다. 대부분에게 실업급여의 혜택은 돌아가지 않았다. 게다가 영세자영업자들은 고용보험의 사각지대에 놓여있다. 가맹본부와 사실상 “자본-노동관계로 포섭” (박제성 외, 2014; 99)된 사실상의 노동자이면서도 법적으로는 사업주의 지위에 있는 가맹점주들은 대부분 고용보험이나 산재보험의 혜택을 받지 못하고 있다.

“근로복지공단에다가, 내가 사장인데 산재 좀 들라 그랬더니 담당하는 사람도 잘 몰라요. ‘사장님이 산재를 드신다구요?’ 이렇게 물어봐요. 아니 저도 배달도 나고 사고가 날 확률도 있잖아요. 그랬더니, ‘아 그렇긴 한데...’ 잘 몰라요, 모르더니 그러더니 ‘제가 알아보긴 해야 되는데 사장님 본인이 만약에 내시면 돈을 상당히 내셔야 될 거예요. 상당히.’...그걸 적용시켜 줄 기관에서 주저주저하면은 제가 하겠습니까?” (N7)

고용노동부는 지난 2012년부터 근로자를 사용하지 않거나 50명 미만의 근로자를 사용하는 사업주를 대상으로 ‘자영업자 고용보험제도’를 실시하고 있다. 그러나 가입을 희망하는 자영업자는 사업자등록증상 개업연월일로부터 1년 이내에 가입해야 한다는 조건이 붙어 있어서 기존 자영업자들에 대해서는 진입장벽을 두고 있다(한국고용정보원, 2017a). 상병으로 인해 생기는 치료비 부담과 아울러 수입의 단절이라는 이중고를 겪고 있는 이들에게 공적인 지원은 많지 않았다.

몸이 아프면 곧 빈곤으로 떨어지는 것을 막는 소득 안전판이 상대적으로 부실한 결과, 적지 않은 경우에서 공공근로 대상자(N1, N3), 기초생활보장 수급자(N3, N8, N9) 혹은 저소득층 한부모 지원가정지원 사업의 혜택을 받는 경우(N4), 임대주택 거주자 (N5)가 됐다. 그나마 지역사회연계사업으로 추정되는 지역단위의 복지사업의 혜택을 받는 사례(N1, N4)가 부실한 사회안전망을 보완하는 것을 확인할 수 있었다. 상병으로 회사를 떠나게 됐을 때, 그나마 소수가 받았던 실업급여를 제외하고는 소득보장 정책이 매우 적음을 확인할 수 있었다.

(2) 산재여도, 산재 혜택이 없다.

작업현장에서의 상병은 업무의 탓인 경우가 많다. 특히 낮은 임금의 비정규직 일자리에서는 열악한 작업환경, 반복되는 작업이 건강을 해친다. 그렇지만, 업무와 상병의 연관성을 밝히는 어렵다. 물론 산재로 인한 부상에 대해서 산재보험의 혜택을 본 경우도 있다(N4). 그러나

정황상 산재가 명확하거나 고용주도 산재를 인정한 상황에서조차도(N3, N5, N9) 산업재해 처리가 이뤄지지 않은 경우가 많았다.

“저희가 세계 회사예요. 여기서 제가 천식이 됐거든요, 제가 볼 때 그런 알레르기 반응에서... 이제 천식이 걸린 것 같아요. 그래서 지금 대표님도 그거에 대해서 미안해서 더 이제 70까지만 같이 일하자 계속 하시는 것 같아요. 일도 일이지만, 본인 때문에 걸렸다는 그런 거 때문에... (N5)

“그런데 어느 날 갑자기 손이 저리더라구요, 그랬더니 나중에는 그냥 잠을 못 자게 저려요. 신경에 염증이 생겼다고 하더라구요. 신경 수술을 한 거예요. 지금은 말하면 터널 증후군이라고 하는데... 누가 다 그래. 이걸 산재. 산재가 아니냐” (N3)

물론 자영업자의 경우에는 업무와 상병의 명확한 연관성이 있어도 혜택을 받을 수가 없다. 책임은 오롯이 자신에게 돌아오는 구조다.

“원래는 오른팔에 시작됐는데, 외측 상과염이 맨 처음에 걸렸고, 왜냐하면 팔을 이렇게 쓰는 동작이 주방에 많아요... 막 자루 달린 칼, 자루 달린 것들을 쓰게 되면 무게 중심이 앞으로 쏠리게 되고 여기에 힘이 없어져요. 여기가 반복되게 손상이 되니까 염증이 생겨요... 의사가 그렇게 설명을 하더라구요. 재생이 안되고 반복적으로 파열되니까 염증으로 발전하는 거예요. 그래서 여기가 아프고, 그게 이제 이렇게 쓰는 동작이 많았거든요, 그러니까 이렇게 들게 돼요.” (N7)

노동자들이 정황상 산재로 보이는 상황에도 제도의 혜택을 못 받는 이유는, 앞에서 살펴본 것같이, 산업재해의 혜택에 대한 인식 자체가 낮은 탓도 있다. 한편으로는 업무로 인한 상병의 문제를 구조적인 문제로 보기보다는, 다분히 개인의 문제로 인식을 하면서, 개인적인 책임의 문제로 바라보는 인식도 보인다.

“내가 아픈 게 남 탓이야 라고 이야기하는 거는 사실은 좀, 올바른 방법은 아니다 라고 생각이 돼요. 남의 탓을 하기에는. 그래, 업무 연관성 있어, 그래서 회사에서는 상해보험 받아야 돼, 상해, 산재처리를 받아야 돼, 뭐 이렇게 생각을 하면은 제일 회복도 더디고 그 다음에 제가 인생을 사는 목적 자체가 틀어지는 것 같고 그래서 그 쪽으론 전혀 생각을 않고 있고, 해보지도 않고 있습니다.” (N6)

“그렇죠. (건설 현장에서) 위험한 거는 자기가 감수를 해야 되겠죠. 위험한 거는 항상 도사리고 있죠. 현장이다 보니까.” (N4)

그러다보니, 상병으로 병가를 낸 상황에서 자신을 업무를 대신할 사람을 자신의 ‘월급으로 개인적으로 사람을 사서’ 일을 시키는 경우도 있었다.

“(일을 하는 병원에서) 그만두고 좀 쉬어주라고 그랬어요. 쉬면 좀 낫겠지 했는데.. (일손이 부족하니깐) 사람을 내가 사서 집어넣고, (내) 월급을 개를 준거예요. 한 달치 월급을 (내가) 받고, 내가 뽑은 사람은 한달에 백만원(을 줬어요)” (N3)

(3) 산업재해 보상을 기피하는 고용주들

상병으로 일터를 떠나는 노동자들이 빈곤을 경험하게 되는 과정에서 사회안전망이 일차적인 소득보장 기능을 하지 못하는 이유는 상병수당과 같은, 아픈 사람들 대상의 소득보장제도가 부재하거나 또는 고용보험의 소득보장 기능에 한계가 있기 때문이다.

앞서 살펴본 대로, 노동자가 산재보험 혜택에 대해서 무지하거나, 산재보험의 혜택을 알고 있었음에도 적극적으로 문제제기를 하지 않기 때문이었다. 그리고 무엇보다 산업재해에 뒤따르는 행정적인 불이익을 피하기 위해서 산업재해 절차 자체를 기피한 점도 이유가 된다. 따라서 사업주들은 노동자의 상병이 업무연관성이 있다고 할지라도, 해당 노동자와의 합의를 통해서 산업재해만큼은 피하고자 하는 경향이 있다. 이 과정에서 많은 산업재해 노동자들은 ‘업무 이외의 상병’을 가진 노동자들로 범주가 바뀌게 된다.

“산재 하면은 내가 회사를 못다니죠. 여기서 (회사에서) 싫어하지.. 우리가 산재로 한다는 것은 잘 못 들어봤어요.” (N2)

“왜냐하면 이게 산재로 인정이 되면 나중에 민사적 배상 문제도 발생하기 때문에 사업주 입장에서는 이 실업급여랑 비교도 안되게 싫어하죠. 정말 싫어하죠... (노동자가 상병으로) 받은 피해에서 산재에서 보상해준 것 빼고, 나머진 (민사상의 책임도 업체가 노동자에게) 배상해라. 위자료까지 포함해서. 그럴 수 있고, 패널티가 있죠. 업무상 질병이 발생한 사업장으로 분류되면 조사도 나갈 것이고 뭐가 있었을 것이고, 유해물질이 있었을 거 아니에요, 그거에 대한 감로도 해야 되고...” (전문가 11)

이런 경향은 한국에서 매우 높은 산업재해 은폐율을 설명해준다. 한국의 전체 산업재해 가운데, 사업주가 사건을 은폐하는 비율은 약 60%에 이르는 것으로 추정된다(국민권익위원회, 2014). 이렇게 산업재해로 포괄되지 못하는 노동자들은 업무 외 이유로 아픈 노동자들과 같은

범주에 속하게 된다. 이들이 아파서 일터를 떠나는 과정에서도 사회안전망의 소득보장 기능은 찾아보기 힘들다. 실직이 이들의 의사에 반하는 것일지라도, 이들이 고용보험을 상실하는 사유가 ‘개인사정으로 인한 퇴사’로 집계되기 때문이다. 회사 입장에서는 건강상의 이유로 노동자를 사실상 권고사직하게 하거나 해고한 경우에도 당국에 신고할 때는 근로자가 자발적으로 나간 것으로 신고하는 경우가 많았다. 사업주들이 그와 같이 집계를 하는 것을 행정적인 이유를 들어 사실 여부와 상관없이 선호하기 때문이다. 이를테면, 노동자를 해고하게 되는 경우, 정부로부터 받는 고용촉진지원금 등의 지원을 받기 어려울 수가 있다.

“문제는 그 상실 신고 자체가 주체가 근로자가 아니라 고용자잖아요. 고용주가 상실 신고의 주체고 의무자기 때문에 상실 사유를 고용주가 기재하게 돼있어요. 대부분에는 자발적 퇴사라고 기재하죠. 본인은 아파서라고 회사에 얘기 하지만, 실제 상실 신고가 들어올 때는 상실 사유가 자발적 퇴사로 들어오기 때문에 (실업급여의) 혜택 못 받는 경우가 많죠.” (N11)

“누가 봐도 권고퇴사인데 사업장에서 개인 사정으로 처리를 한 경우가 있어요. 그러면 저희가 ‘사유 정정해달라고 회사에다 말씀 드려라, 이 정도 안내는 (실직 노동자들에게) 해요. 그런데 이 사유정정이 누가 봐도 명확하게 (회사에서) 해줘야 되는 상황인데, 그것도 (회사에서) 안 해주신다, 이런 경우가 있어요.” (전문가 2, N12)

(4) ‘자발적 퇴사’로 고용보험에 배제

특히, 고용보험이 아픈 노동자의 소득보장 기능을 전혀 하지 못하고 있는 이유는 ‘개인사정으로 인한 퇴사’한 실업자는 실업급여를 받을 수 없다는 점이다. 고용노동부의 ‘고용보험 피보험자 업무매뉴얼’에 따르면, ‘개인사정으로 인한 퇴사’로 실업자가 되면, 실업급여 수급 자격이 박탈된다. 본인의 의사와 상관없이, 심지어 회사의 강권에 의해 실직한 경우에도, 서류 상 실직의 사유가 ‘자발적’이면 실업급여 자격이 사라진다. 이렇게 많은 수의 산업재해 피해 노동자들과 업무 외 이유로 아픈 노동자들은 이 ‘자발적’으로 회사를 떠나고, 사회 안전망으로부터 소외된다.

이렇게 서류 상 ‘자발적’으로 일터를 떠난 실직자는 상병을 앓는 동안에는 수당에서 배제된다. 또한 그리고, 역설적이게도, 상병에서 쾌유해서 구직활동을 하는 순간부터 실업급여를 받을 수 있게 된다. 바꾸어 말하면, 건강이 회복돼 구직활동이 가능한 이들에게는 구직촉진수당을 통해 급여가 이루어지지만 정작 건강과 실직이라는 복합적인 위기에 처한 이들에게 고용

보험제도 밖에 있다. 이러한 문제는 실업급여의 제도 자체가 가진 성격에서 비롯된다. 실업급여가 “고용보험 가입 근로자가 실직하여 재취업 활동을 하는 기간에 소정의 급여를 지급함으로써 실업으로 인한 생계불안을 극복하고 생활의 안정을 도와주며 재취업의 기회를 지원해주는 제도” (한국고용정보원, 2017b)이기 때문이다. 실업급여는 실업이라는 위기에 대한 안전판 구실을 제공하지만, 실업에 상병까지 더해진 복합적인 위기는 포괄하지 못한다. 실직자가 상병을 이겨내고 재취업 활동을 시작한 다음에야 비로소 실업급여의 수급권은 생긴다. 아파서 현장을 떠난 실직자들에게도 이점은 납득이 안 된다.

“(그런 분들이) 너무 많죠. 그러니까 그분들은 내가 아파서 (회사를) 그만 뒀는데 왜 내가 낸 실업급여를 못 받냐 이렇게 하고 오세요... 근데 자진퇴사 하게 되면 일단은 급여 자체가 안 나가는 거잖아요. 저희가 (상병에서) 낫고 나면 (실업급여를) 드린다(라고 안내를 해요), ... 아픈 상태로 (실업급여를 받으려고) 오시는 분들은 생각보다 많으세요.” (전문가 2, N12)

한 가지 더 역설적인 것은, 실업급여를 받으며 구직활동을 하는 중에 생긴 상병에 대해서는 정부가 ‘상병급여’를 제공한다는 점이다. 지난 2017년 6월 기준으로 상병급여를 받은 인구는 1334명으로 집계됐다(한국고용정보원, 2017c). 상병수당 급여가 이루어지는 경우는 출산 등으로 신체적 구직이 어려운 것이 확실하게 증명되는 경우이다. 바꾸어 말하면, 실직 ‘이후’ 신체적 상황으로 구직활동을 못하는 이들에게는 상병수당이 주어지지만, 실직 ‘이전부터’ 아파서 퇴직하여 구직활동을 못하는 이들은 제도에서 배제된다.

7. 결론: “아파도 일해야 한다”

본 연구는 상병수당이 없는 한국적인 특수성을 고려해서 노동자가 아프게 될 때 노동시장에서의 지위 변화와 그 과정에서의 빈곤화 경험에 대한 질적 연구를 실시하였다. 이 과정에서 또한 이들의 사회안전망 경험을 조사하면서, 노동자들에 대한 소득보장제도가 어떠한 한계를 가지고 있는지 분석하였다. 그동안의 연구들은 건강과 빈곤의 관계를 밝히는데 있어 주로 사회경제적 지위에 건강에 어떻게 영향을 미치는지 분석하였는데 본 연구는 건강의 상태에 따라 노동자의 소득변화와 이와 관련된 소득보장제도의 경험에 초점을 맞추었다. 또한 노동자의

소득불안정성이 그동안 비정규직을 중심으로 고용관계의 불안정성에 초점을 맞추어 이루어져 왔다면 본 연구는 노동자의 건강상태가 어떻게 노동시장 지위에 영향을 미칠 수 있으며 또한 이러한 고용상태와 건강상태가 어떻게 소득불안정성과 연결되어 있는지, 이들이 한국의 소득보장제는 어떻게 경험하지는 분석하였다.

분석결과, 아파서 하던 일을 어떤 형태로든 중단하게 되는 경우, 모두 즉각적으로 급격한 소득 감소를 경험하게 되었다. 아픈 노동자들은 상병으로 고통을 경험해도 일단 ‘아파도 참는’ 다. 특히 불안정노동을 하는 비정규직 노동자들은 아프면 몸을 회복할 수 있는 휴직을 누릴 수 있는 여지가 없이 실직을 경험하게 된다. 그리고 아파서 실직을 경험하게 되어도 소득 감소분을 채우기 위해 더 불안정한 노동이라도 지속하는 경향이 있었다. 그 과정에서 가족 등 주변 사회적 자원이 무너지는 양상도 보이면서, 빈곤화의 경로를 밟는 것이 관찰됐다. 정규직의 경우 노조에 가입된 경우 휴직기간 동안 그나마 급여가 지급되기도 하였지만 그 수준이 낮아 그 기간 동안의 치료비와 소득감소는 대체적으로 부채로 감당하였다. 인터뷰한 모든 대상자들은 소득이 보장되지 않으니 재화에 전념하기 보다는 최대한 빨리 일자리로 복귀하거나 단기 임시 일용직이라도 참여하여 “별이”를 하고자 했다. 이 과정에 완치되지 않고 복직한 경우 일터에서 추가 사고가 발생하기도 하였고 어떤 경우는 건강이 더 악화되어 아예 근로능력이 완전히 상실된 경우도 있었다. 휴직제를 사용할 수 있는지의 여부는 노동시장에서의 종사상 지위로 인해 결정되었고, 즉 노동시장에서 비정규직으로 이미 종사상 지위가 불안정한 노동자들을 아픈 경우 실직을 경험하면서 정규직에 비하면 곧바로 직접적인 소득상실의 타격을 경험한다.

노동자가 상병을 경험했을 때 산재보험의 혜택을 받지 못하는 경우 많은 노동자들은 ‘업무 외 상병’을 가진 노동자들로 범주가 바뀌게 된다. 이렇게 노동자가 일하다가 아프게 되어도 산업재해로 포괄되기 어려워 ‘업무 외 상병’으로 분류가 되면 퇴사 과정에서도 사업주에 의해 ‘자발적인 실업’으로 분류가 될 수 있다. 아픈 노동자가 이렇게 퇴사를 하면 실업상태에서 상병을 앓는 사례가 된다. 이들은 상병과 실직, 수입 단절이라는 복합적인 위기를 겪으면서도 끝내 사회안전망에서 배제된다. 상병과 실업, 그리고 빈곤이라는 복합적인 위기상황에 직면한 이들에 대한 한국의 사회보장 제도가 매우 부실한 것을 확인할 수 있다. 이 대목에서 사회보장의 의미가 “고령, 실업, 질환, 장애, 산재, 출산, 주부양자의 사망 등으로부터 소득 안정을 보장하고, 보건의료에 대한 접근을 보장하기 위해 개인 혹은 가구에 제공하는 보호막” (ILO, 2017)이라는 점을 상기할 필요가 있다.

본 연구는 아픈 노동자가 어떻게 노동시장에서 지위가 변할 수 있는지 그리고 이에 따른 소득변화와 빈곤화 과정을 구체적으로 분석하였다. 이러한 사례들을 바탕으로 건강보험의 낮은 보장성으로 인한 의료비 부담을 넘어 산재보험과 고용보험과 같은 우리나라 소득보장제도가 가진 한계에 대해 논하였다. 본 연구는 아픈 노동자가 “아파도 일해야”하는 우리나라의 노동시장 실태와 상병수당과 같은 아픈 노동자 대상의 소득보장제의 부재가 노동자의 소득불안정성에 미치는 영향에 대해 구체적인 분석을 했다는 점에서 학술적인, 그리고 정책적인 의의가 있을 것으로 판단된다. 또한, 본 사례연구결과는 국제적으로 비교하였을 때 초유의 장시간의 노동과 높은 산재 사망률이 보이고 있는 한국에서, 아픈 노동자의 고용안정과 소득보장에 대한 보다 적극적인 고민이 필요하다는 것을 드러냈다.

본 연구는 질병을 경험하면서 노동자가 노동시장에서의 지위변화에 따라 어떻게 소득감소를 경험하고 또한 한국의 소득보장제의 한계는 무엇인지 구체적으로 분석하였다. 한국 불안정한 노동시장에서 일하고 있는 아픈 노동자의 소득보장에 대한 구체적인 정책설계 방안은 다음과 같은 후속 연구로 남긴다. 이를 위해, 먼저 한국에서 노동자가 아프게 되면 경험하게 되는 종사상 지위 그리고 시장소득 변화에 대한 실태조사가 필요하다.

후속 연구과제는, 먼저 아픈 노동자의 소득보장이 현재 한국의 소득보장제도의 재정비로 해결될 과제인지 또는 상병수당과 같은 새로운 제도의 도입이 필요한 과제인지 본격적으로 고민하는 것이다. 이를 위해서는, 상병수당에 대한 비교연구를 바탕으로 각 제도의 내용과 운영 상황에 대한 분석이 필요하겠다. 다음으로, 한국에서 상병수당 도입 시 필요한 자원 및 다른 소득보장 제도와의 정합성을 고려하며 도입의 가능성을 모색해볼 필요가 있다. 또는 상병수당의 기능을 대체할 수 있는 다른 소득보장 제도의 도입 혹은 확장 및 보완 가능성에 대한 연구와 고민이 필요하다.

본 연구에서 분석한 것과 같이 한국의 노동자들은 아픈 경우 일차적으로 종사상 지위가 변하거나 실직을 경험하게 되어도, 현재의 소득보장제는 이들 아픈 노동자들의 소득을 전혀 보장해주지 못한다. 특히, 상병수당이 없는 한국적인 특수성은 이러한 상황을 더욱 악화시킨다. 고용보험이 아픈 노동자의 소득보장을 전혀 충족시키지 못하고 있는 가운데, 현재 우리나라에서는 업무 이외의 상병에 대해서는 근로기준법에서도 소득 보장에 대한 별도의 내용이 없는 상황이다. 그러나 정부는 상병수당과 같은 아픈 노동자의 소득보장제 도입에 대해 매우 소극적이다. 이를테면, 지난 2009년 산전후휴가급여제도의 건강보험으로의 이관을 둘러싼 논의 과정에서, 상병급여와 유사한 성격의 이 급여제도가 건강보험에 포함될 경우, 상병급여제도에

대한 사회적 요구가 커질 것으로 두려워한 정부가 산전후휴가급여제도의 개혁마저도 거부한 사례가 있다(김혜원, 2010).

본 연구에서 관찰한 바와 같이, 한국의 노동자들은 아프게 되는 경우, 이미 자신의 종사상 지위에 따라 차별적으로 휴직의 기회를 얻는다. 그리고 아프면 노동시장에서 더욱 불안정한 위치로 밀리거나 실직을 경험하다가 더 불안정한 일자리로 전락하는 과정을 거치면서 빈곤을 경험하게 된다. 이러한 아픈 노동자의 빈곤화 경험은 한국의 소득보장제도가 ‘아픈 노동자의 소득’은 전혀 보장해주고 있지 않다는 것을 말한다. 먼저 거의 대부분의 복지국가에 있지만, 한국에는 부재한 상병수당의 기능에 대한 보다 본격적인 논의가 필요하다. 아픈 노동자들의 소득보장에 대한 단기적 대책 마련은 시급하며, 장기적인 대안도 필요한 상황이다. 다양한 대안으로, 즉각적인 상병수당의 도입이든, 현재의 사회보장 제도의 내실화 및 확장이든, 이미 불안정한 한국노동시장에서, 아파서 일하기가 어려운 노동자들에 대한 소득보장방안은 보다 적극적으로 고민되어야 할 것이다.

■ 참고문헌 □

- 고상백, 손미아, 공정옥, 이철갑, 장세진, 차봉석(2004). 비정규직 근로자들의 직업적 특성과 사회심리적 스트레스. 대한직업환경의학회지. 16(1). 103-113.
- 국민권익위원회(2014). 산업재해보상 보험제도 개선방향, 서울: 국민권익위원회.
- 국회입법조사처(2017). 주요국의 상병수당 제도 도입 논의의 쟁점. 국회 간담회 자료. (2017.1. 24).
- 김세연, 구인순, 박자경(2012). 여성장애인의 고용현황 및 직업유지에 영향을 미치는 요인. 한국콘텐츠학회논문지. 12(8). 318-329.
- 김영선(2014). 고용 유연성이 근로자 건강에 미치는 영향. 보건과 사회과학. 36. 201-222.
- 김영천(2006). 질적연구방법론 1. 서울: 문음사
- 김은경, 권순만(2016). 재난적 의료비 발생과 재발생이 빈곤화와 빈곤지속에 미치는 영향. 보건행정학회지. 26(3). 172-184.
- 김종수(2016). 상병급여제도에 관한 소고. 사회보장법연구. 5(1). 2016.6. 1-29
- 김혜원(2010). 저출산·고령화시대의 일가정 양립정책. 노동리뷰. 7월호 5-22.
- 노병일, 손정환(2011). 비정규직 근로자의 사회적 배제가 정신건강에 미치는 영향. 한국사회복지학. 63(1). 113-135.
- 노승현(2012). 고령 장애인의 취업 및 취업형태 결정요인에 관한 종단적 연구. 장애와 고용. 22(3). 51-82.
- 박세홍, 김창엽, 신영전(2009). 고용상태 변화가 정신건강에 미치는 영향-한국복지패널을 이용한 우울감을 중심으로. 상황과 복지. 27. 79-120.
- 박종식, 이경용(2014). 일이 건강에 미치는 영향에 대한 불안정 근로자의 인식 특성. 보건과 사회과학. 35. 239-262.
- 박종식(2016). 한국의 사내하도급 노동자들의 산업안전 현황. 강원법학. 48. 99-136.
- 박주영, 윤재홍, 김승섭(2016). 해고자와 복직자의 건강 비교. 보건과 사회과학. 41. 61-97.
- 박주영, 이나경, 윤서현, 최보경, 김승섭(2016). 한국의 비정규직 고용과 건강 연구에 대한 체계적 문헌고찰. 보건사회연구. 36(3). 119-157.
- 배화숙(2005). 정규직과 비정규직 노동자의 기업복지 차이 연구: 한국노동패널 (KLIPS) 6 차 자료를 중심으로. 사회복지정책. 21(단일호). 217-237.
- 송은철, 신영전(2010). 과부담 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향. 예방의학회지. 43(5). 423-435.
- _____ (2014). 재난적 의료비 지출이 빈곤화 및 빈곤 지속에 미치는 영향. 보건행정학회지. 43(5). 242-253.

- 송이은, 김진영(2012). 고용지위와 우울의 관계. 보건사회연구. 32(1). 228-259.
- 신기철(2011). 상병소득제도 충실화 방안 연구 (급여소득자를 중심으로). 사회보장연구 27(1). 한국사회보장학회. 133-156.
- 신순철, 김문조(2007). 작업과 고용형태가 주관적 건강상태에 미치는 영향. 보건과 사회과학. 22. 205-224.
- 신현웅, 신영석, 황도경, 윤필경(2010). 의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향. 한국보건사회연구원.
- 우혜경, 문옥륜, 박종혁(2009). 임금근로자의 고용형태와 소득수준에 따른 건강차이. 보건행정학회지. 19(2). 85-110.
- 유혜림, 김진수(2016). 건강보험 본인부담상한제의 효과성에 관한 연구. 사회보장연구. 32(2). 135-164.
- 이덕희, 김창엽(2003). 건강상태와 노동시장 성과의 이중인과관계에 대한 연구. 한국노동패널 학술대회 논문집 II. 서울: 한국노동연구원.
- 이성균(2010). 베이비붐 세대의 건강과 노동능력. 월간 노동리뷰. 6. 45-46.
- 이승윤, 백승호, 김윤영(2017). 한국의 불안정 노동자. 서울: 후마니타스.
- 이은경(2014). 중고령자의 건강이 노동시장 참여에 미치는 영향. 사회보장연구. 30(3). 183-214.
- 이정택, 김동겸(2017). 비급여 진료수가 현황과 특징. KIRI 주간포커스 410(0). 9-17.
- 이채식, 김명식(2014). 중고령 장애인의 취업자와 미취업자간의 제반 특성비교를 통한 취업 결정요인. 장애와 고용. 24(3). 5-34.
- _____ (2015). 중도장애인의 취업결정에 영향을 미치는 심리사회적 특성과 종단적 변화에 관한 연구. 한국장애인고용공단 고용개발원. 장애와 고용. 25(2). 5-27
- 이혜재, 이태진(2015). 미충족의료와 비급여진료비가 과부담의료비 발생에 미치는 영향. 보건경제와 정책연구. 21(3). 55-79.
- 임재영(2012). 제 2부 제 3장 재해보험. 정기혜. 김용하. 이지현. 주요국의 사회보장제도 - 스웨덴편. 세종: 한국보건사회연구원
- 전영환, 남용현, 류정진(2011). 장애인근로자의 사회경제적 지위. 건강행위. 건강상태. 직무만족도 간의 관계. 장애와 고용. 21(1). 187-208.
- 정진우(2009). 사상병시 소득보장제도에 관한 비교법적 고찰-독일과 일본을 중심으로. 노동정책연구. 9(4). 225-259.
- 정홍준(2017). 사내하도급 100 만 명 시대. 문제점과 정책대안. 노동리뷰. 69-75.
- 정희정, 송민정, 이석원(2011). 한국과 일본 의료보험제도 비교연구 - 본인부담률을 중심으로. 일본근대학연구. 31. 209-232.

- 조민수(2009). 장애인의 취업 및 취업형태 결정요인에 관한 연구. 세미나·토론회. 141-157.
- 조원탁(1995). 한국 의료보험의 상병수당제도 도입에 관한 연구. 한국사회복지학회 학술대회 자료집. 99-116.
- 최선희, 정우석, 이자해(2007). 고용안정성이 임금노동자의 건강상태에 미치는 영향. 한국사회학회 사회학대회 논문집. 311-320.
- 최인덕, 김진수(2007) 상병수당제도 도입방안 연구-제도설계와 재정소요를 중심으로. 사회보장 연구. 23(2). 한국사회보장학회. 2007. 221-247.
- 최인덕, 김진수, 공경열(2005). 주요국의 상병수당 제도 운영 현황 및 제도 도입의 타당성 검토. 서울: 국민건강보험공단.
- 최홍열, 고상백, 장세진, 차봉석, 임형준, 이상윤, 김재용, 강동묵, 조수현. (2001). 하청 근로자들의 건강수준 평가. 대한직업환경의학회지. 13(1). 18-30.
- 한국고용정보원(2017a). 자영업자 고용보험제도 안내.
<https://www.ei.go.kr/ei/eih/eg/eb/ebEntrprBnef/retrieveOe0801Info.do>
- _____ (2017b). 실업급여 안내.
<https://www.ei.go.kr/ei/eih/eg/pb/pbPersonBnef/retrievePb0201Info.do>
- _____ (2017c). 상병급여 청구 안내.
<https://www.ei.go.kr/ei/eih/eg/pb/pbPersonBnef/retrievePb0212Info.do>
- Bambra C.(2011). *Work, Worklessness and the Political Economy of Health*. Oxford University
- Chandola, T., Bartley, M., Sacker, A., Jenkinson, C., & Marmot, M.(2003). Health selection in the Whitehall II study, UK. *Social science & medicine*, 56(10), 2059-2072.
- Creswell, J. W.(2012). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches*. London: SAGE Publications.
- Department of Health and Social Security.(1980). *Black report*. London: UK Department of Health and Social Security.
- Geyer, S., Hemström, Ö., Peter, R., & Vågerö, D.(2006). Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *Journal of epidemiology & community health*, 60(9), 804-810.
- Jung, M.(2013). Health Disparities among Wage Workers Driven by Employment Instability in the Republic of Korea. *International journal of health services*, 43(3), 483-498.
- Ki, M.(2009). *Health selection and health inequalities*. Doctoral dissertation. UCL(University College London)
- Kim, I. H., Muntaner, C., Khang, Y. H., Paek, D., & Cho, S. I.(2006). The relationship be-

tween nonstandard working and mental health in a representative sample of the South Korean population. *Social science & medicine*, *63*(3), 566-574.

Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M., & Marks, N. F.(1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social science & medicine*, *44*(6), 901-910.

OECD(2013). *Health at a glance 2013: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing.

Virtanen, J. K., Voutilainen, S., Rissanen, T. H., Mursu, J., Tuomainen, T. P., Korhonen, M. J., & Salonen, J. T.(2005). Mercury, fish oils, and risk of acute coronary events and cardiovascular disease, coronary heart disease, and all-cause mortality in men in eastern Finland. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, *25*(1), 228-233.

◀ Abstract ▶

Path to Poverty of Sick Workers and Fictional Korean Social Security

Sophia Seung-yoon Lee*, Ki-tae Kim**

This study analyzes how workers become impoverished and have their jobs less stabilized after they suffer from non-job-related sickness. Given that South Korea lacks sickness benefits, which most of OECD member states legislate and implement except US and Switzerland, this study examines its impact on laborers' job stability and povertization in Korea. The researchers have conducted in-depth interviews with nine former or present laborers who have the experiences and four experts on the issue in July-September, 2017 for the qualitative analysis. It is found that laborers, after becoming aware of their sickness, at first endure their pain without informing their employers not to lose their jobs. The attitude is observed especially among non-standard laborers, because sickness more often leads to job loss for them than for standard laborers. After workers have to leave their jobs due to their sickness in the end, they have no choice but to keep working in less stable jobs to compensate for income losses. They become gradually impoverished with their social capital like family bond declining. We observe laborers who are eligible for industrial accident insurance compensation could not benefit from the system because some employers refrain from the legal reporting duty. Due to this illegal practices, some industrial accident victims unduly lose their jobs due to "non-job-related sickness". Second, some employers report to the authority that their sick laborers have left their jobs 'voluntarily' even when they have quitted it without their volition, in which case the newly unemployed are not eligible for unemployment benefits. Large holes in Korea's safety nets for those suffering from multiple risks of sickness and unemployment.

Key words: Sick works, Povertization, Sickness Benefits, Health Safety Net, Qualitative Study

◆ 2017. 10. 30. 접수 / 2017. 12. 8. 1차수정 / 2017. 12. 18. 게재확정

* First Author, Department of Social Welfare, Ewha Womans University (sophia.sy.lee@ewha.ac.kr)

** Corresponding Author, Department of Social Welfare, Ewha Womans University (limpidkim@gmail.com)