

Supplementary Data 1. Medical certification in sickness benefit schemes (I):
theoretical perspectives and return-to-work (Korean).

상병수당 제도에서의 의료인증체계(1): 이론적 배경과 직장복귀

김양우 1, 김인아 2*

1 한양대학교병원 직업환경의학과; 2 한양대학교 의과대학 직업환경의학과

*교신저자

초록

본 연구는 한국의 시범사업과 향후 전국적 시행을 앞둔 상황에서 상병수당 제도에서 의료인증의 이론적 기반과 실제적 적용을 살펴보고자 하였다. 상병수당 제도는 많은 OECD 국가에서 오래전부터 시행되어 왔으나, 한국에서는 COVID-19 팬데믹을 계기로 최근에야 시범사업이 시작되었다. 이 제도는 질병이나 부상으로 인한 소득 상실을 보상하는 것을 목적으로 하며, 의료증명은 수급 자격 및 업무 수행 능력을 판단하는 핵심적 요소이다.

의료인증은 진단이라는 1 단계와, 업무복귀 가능성을 공식적으로 평가하는 2 단계로 구성되며, 이는 의료적 목적과 사회보장 정책 목적의 차이를 드러낸다. 국제적 관행을 참고하여, 본 연구는 장애 및 업무능력 평가의 세계적 기준인 ‘기능장애건강국제분류(ICF)’를 검토하되, 이를 상병수당에 적용하는 데 있어 한계점도 지적한다. 연구는 세계적으로 ‘복귀 중심(return-to-work)’ 의료증명 체계로의 전환이 이루어지고 있음을 강조한다. 예를 들어, 영국의 ‘핏 노트(fit note)’ 제도는 단순한 질병 증명에서 벗어나 업무수행 가능성을 평가하는 방식이다. 스웨덴과 일본은 재활과 유연한 업무조정을 포함한 모델을 운영 중이다.

한국 제도 설계에서 중요한 세 가지 이슈는 의료인증의 역할과 도덕적 해이 우려, 의료진의 입증 책임 및 행정 부담, 그리고 제도 목적에 대한 대중의 오해이다. 본 연구는 의료적 증명이 단순한 질병 확인을 넘어 조기 개입과 건강한 노동력 유지로 이어져야 한다고 주장한다.

궁극적으로 본 연구는 한국의 의료이용 환경에 적합하고 노동시장 정책과 조화를 이루는, 균형 있고 효율적인 의료증명 체계의 구축을 제안한다. 이는 상병수당 제도의 지속 가능성과 신뢰성을 확보하는 데 핵심적인 요소다.

핵심어: 상병수당; 의료인증; 직업보전; 보건정책

연구 배경

상병수당 제도는 가장 오래된 사회보험 제도 중 하나로 독일 바이마르 공화국에서 1883 년 국민건강보험의 일환으로 시작되었다(1). 이후 유럽을 비롯한 서구 사회로 전파되었고 2025 년 현재 한국, 스위스, 미국의 20 여 개 주를 제외하고 모든 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development; 이하 OECD) 국가에 상병수당 제도가 도입되어 있다(2). 스위스는 유급 병가가 법정 의무이며 국가 단위의 상병수당 제도는 부재하나 공단의 관리를 받는 민간보험이 사실상 상병수당 제도의 공적 기능을 수행하고 있다(3). 일본의 상병수당 제도 역시 의료보험 제도와 함께 시작되어 90 년 이상 지속된 제도이다(4).

한편, 한국에서 상병수당 제도 도입에 대한 논의는 2000 년대에 들어서야 학계를 중심으로 시작이 되었는데 코로나-19 시기 아프면 쉴 권리에 대한 요구가 높아지면서 본격적으로 정부의 주요 정책으로 논의가 되었다. 코로나-19 팬데믹 이후 한국의 보건복지부에서 2022 년부터 2025 년 현재까지 상병수당 제도 시범사업을 도입하였으며 본 제도를 계획하고 있다(5).

외국의 상병수당 제도는 각 국가의 사회경제적 상황과 코로나-19 팬데믹과 같은 보건학적 상황에 영향을 받아 지속적으로 변화하여 왔다. 예를 들어, 스웨덴은 코로나-19 팬데믹 기간 대기기간을 0 일로 감소하였다가 종료 이후 복귀하였으며, 한국은 최초로 상병수당 시범사업을 도입하였다(2). 시범사업을 지속하며 본 사업을 대비하고 있는 한국은 이러한 외국의 상병수당 제도의 변화를 충분히 연구해야 할 필요성이 있다.

본 연구에서는 상병수당 제도의 구성 요소 중에서 의학과 밀접한 연관이 있는 의료인증 체계에 대하여 고찰한다. 의료인증체계란 근로자가 상병수당을 신청할 때 의료적 개입이 발생하는 전체 과정을 포괄적으로 의미하며, 특히 의사가 근로자의 의학적 상태와 업무적합성을 확인하는 과정을 의료인증이라고 한다. 상병수당 제도에서 의료인증체계가 어떠한 역할을 하는지

다루고, 의료인증체계의 목표로서 직장복귀에 대한 이론과 실제 사례를 검토하였다. 본 연구는 문헌 고찰과 현재 수행되고 있는 상병수당 시범사업과 관련한 현황을 바탕으로 향후 상병수당 본 사업과 추가 연구에 대한 문헌적 근거와 시사점을 제시하고자 하였다.

연구 방법

먼저 연구 결과를 통하여 상병수당에 관련한 의학 문헌과 외국의 자료를 바탕으로 상병수당 제도를 논의할 때 기존 문헌에서 광범위하게 다뤄진 바 있으며(6-8), 직업의학 측면에서 필수적으로 필요하다고 판단한 주제인, 상병의 정의와 의료인증의 개념, 장애 평가의 국제적 틀, 의료인증의 역할 변화 상황, 직장복귀를 목표로 한 의료인증체계에 대해 설명하고자 하였다.

이후 보건복지부와 국민건강보험공단의 협조를 얻어, 상병수당 시범사업과 관련한 현황에 대한 전문가 의견 청취와 자료 수집과 상병수당 의료인증과 관련한 해외 연구를 바탕으로, 한국 상병수당 제도에서 쟁점이 될 것으로 예상한 주제를 선정하여 집중적으로 검토하였다. 한국 상병수당에서 주로 논의가 필요한 부분은 의료인증의 역할과 목표, 입증책임과 의사의 업무, 상병수당 제도와 관련한 인식에 관련한 부분으로 판단하였으며, 이에 대한 내용을 토의를 통하여 전개하였다.

연구 결과

의학과 상병수당 제도

근로자에게 질병이나 손상이 발생했을 때 근로능력이 일부 또는 전부 감소할 수 있다. 그러한 경우에는 근로자의 소득이 감소할 수 있고, 상병수당 제도는 이 때 발생한 소득의 소실을 보전하여 주는 사회보험 제도이다. 그런데 이러한 상병수당 제도가 제대로 작동하기 위해서는 의학적인 판단이 반드시 있어야 한다. 근로자에게 발생한 질병과 손상에 대한 진단, 치료, 예후에 대한 일차적인 의학적인 판단이 필요하며, 이어서 근로능력의 감소와 복원에 대한 이차적인 의학적인 판단이 필요하기 때문이다. 의학적인 판단이 개입하는 방식, 정도와 엄밀성은 각 국가의 제도에 따라 상이하지만, 각 국가의 상병수당 제도는 의료전달체계와 긴밀하게 연관되어 있을 수 밖에 없다.

그런데 의학에서 의사가 환자를 진료하면서 질병을 바라보는 관점과 국가가 상병수당 제도의 시행을 위해 바라보는 입장은 같은 현상을 놓고도 차이가 발생하게 된다. 의사가 환자의 질병을 진단하는 목적은 환자를 치료하기 위함이다(9). 반면 상병수당 제도의 목적은 근로능력을 상실한 자에게 소득을 보전해주기 위함이다. 이러한 차이를 쉽게 이해하려면 병(malady)에 대한 개념적 구분이 필요하다(10).

건강한 상태에 있는 인간을 건강하지 못한 상태로 이행시키는 것, 또는 그 건강하지 못한 상태 자체를 통틀어 병(malady)이라고 말한다(표 1). 치료(treatment)란 건강한 상태에서 건강하지 못한 상태로 이행되어 질병 상태에 놓인 인간을 질병이 없는 상태로 다시 이행시키는 과정이다. 병은 개념적으로 세분화할 수 있다. 먼저, 질환(illness)란 환자가 주관적으로 체험하는 고통, 불편 등의 증상을 포함한 건강하지 못한 상태를 의미한다. 증상이 진단과 치료에 주요하게 작용하기 때문에 정신 질환(mental illness)이란 단어를 주로 사용한다. 질병(disease)은 정상을 벗어난 병리학적 과정이 진행된 것에 중점을 두어 사용하는 용어이며 의학에서 가장 많이 쓰는 개념이다. 장애(disorder)는 신체 기능의 일부가 상실된 상태를 말한다. 상병 또는 아픔(sickness)은 외부 또는 공적으로 나타난 건강하지 못한 상태를 말하며, 상병수당에서 상병이 대표적인 개념이다.

추가적으로 장애(disability)는 신체 기능의 일부가 상실되어 영구히 그 기능을 회복하기 어렵고 고정된 상태를 뜻한다 (9, 10).

상병수당 제도에서 질병, 질환, 장애 등의 용어를 사용하는 대신에 상병이란 용어를 사용하는 이유는 근로자가 질병으로 인해 일시적으로 일하지 못하는 상황을 전제로 하기 때문이다. 이러한 정의에 따르면, 상병수당에서의 '상병'은 근로자 또는 환자가 부분적으로 또는 전체적으로 일을 할 수 없는 불건강 상태를 의미하며, 이러한 상태를 외부적으로 또는 공개적으로 확인하는 과정이 필요하다. 병가 기간이 짧거나 증상이 가벼운 경우에는 별도의 증명을 요구하지 않고 상병수당을 지급하거나 법정 유급 병가와 같은 다른 제도를 이용하도록 하는 경우도 있다.

그러나 대부분 상병수당 제도에서는 엄밀함의 정도는 다르지만 의학적 판단을 통한 입증을 요구한다. 그러한 방법이 상병수당 제도의 의료인증체계가 되며 의료인증체계의 대표적 구성 요소가 의사가 발급하는 상병수당 진단서이다.

즉, 상병수당 제도에서의 의료인증은 근로자가 건강문제가 있다는 의학적 판단을 바탕으로 해당 건강 상태로 인해 일을 할 수 없거나 일을 하는 경우 질환의 경과에 악영향을 줄 수 있다는 사회적 판단을 종합하는 것이다. 이러한 판단 하에 소득 보전이 필요하다는 공적 서류를 발급하는 과정이라고 할 수 있다. 이런 측면에서 환자의 현 질병 상태를 파악하는 진단서 발급과는 약간의 차이가 있다고 할 수 있다.

근로능력 평가와 국제 기능·장애·건강 분류 체계

상병수당 제도의 의료인증 과정의 핵심인 근로능력을 평가하기 위한 국제 가이드로는 세계보건기구(World Health Organization; 이하 WHO)가 2001 년에 출판한 국제

기능·장애·건강 분류 체계(International Classification of Functioning, Disability, and Health; 이하 ICF)가 있다(11). ICF 는 의학적으로 환자의 신체적 또는 정신적 능력을 객관적으로 측정하고 이를 평가하고자 만든 도구 중에서 가장 광범위하게 사용되는 것으로 상병 수당을 비롯한 다양한 사회보장 제도에 국제적으로 널리 적용되고 있는 체계이며, 여러 의료인증체계의 근간이 된다.

ICF 는 건강과 질병에 대한 생물-정신-사회 접근(bio-psycho-social approach)을 채택하며 신체 기능 및 구조, 활동, 참여가 환경 요인, 개인 요인과 상호 작용하여 건강 조건을 구성한다는 체계(framework)를 바탕으로 한다(그림 1). 각 구성 요소에 대하여 신체 기능 485 개, 신체 구조 302 개, 활동 및 참여 384 개, 환경 요인 253 개를 4 단계로 구분하여 총 1,424 개 범주를 작성하고, 1,122 개의 장애에 대한 정의를 분류하였다. 특히, 활동 및 참여, 환경 요인에 대한 범주는 사회 보장 제도에서 활용하기 적합한 구성 요소라고 말할 수 있다.

특히, ICF 는 상병수당 제도에서 근로활동 불가기간(work disability period)의 산정을 위한 근로능력 평가(work disability evaluation), 장애 관련 사회 보장 제도에서 장애수당(disability benefit) 또는 장애연금(disability pension)과 관련한 장애 평가에서 많이 사용된다. 사회보장 제도에서 근로능력 평가와 장애 평가의 개념을 엄밀히 구분하기는 어려우며 통상적으로 1 년 이상의 근로활동 불가기간이 산정되면 상병수당 제도의 적용 기간을 벗어나는 경우가 많다(12). 스웨덴처럼 상병수당 제도와 장애수당 제도가 근로능력 평가 결과에 따라 연속적으로 연결되어 적용되는 국가도 있다(13).

다만, 이러한 ICF 에 상병수당 제도에서 필요로 하는 근로능력 평가의 모든 구성 요소가 존재하는 것은 아니다. 특히, 구체적인 예후나 평가 방법에 대한 내용을 다루고 있지 않으며, 사회적 및 의료적 병력에 대한 내용이 장애 평가에 포함되어 있지 않고, 직접적인 근로능력에

대한 기준이나 정의가 부재하기 때문이다(6). ICF는 의학에서 가장 널리 사용하고 국제적으로 받아들이는 분류 체계이므로 상병수당 제도에서 요구하는 공적 평가에 부합하지만, 이러한 한계점을 극복하기 위해서는 해당 사회에 적합한 구체적인 의료인증체계를 설계하는 것은 필수적이며, 사회적 환경 변화에 따라 지속적인 점검과 개선 또한 필요하다. 따라서 많은 국가들이 ICF의 요소를 반영하되 각 국가가 구성하고 있는 상병수당 제도의 보장수준이나 정책 목적에 따라 다양한 형태의 의료인증체계를 구축하고 있다.

코로나-19 팬데믹 이후 의료인증체계의 변화

많은 국가들이 상병수당 제도 등 사회 보장 제도를 운영하면서 이러한 근로능력과 관련한 각종 평가 방법에 따라 많은 어려움을 겪고 있으며 지속적으로 개혁 요구를 받고 있다(8). 예를 들어, 코로나-19 팬데믹과 같은 국제적인 보건학적 비상 상황에서 많은 국가들이 근로가 불가능하게 된 경우 소득 대체를 상병수당에 의존하면서 업무 부담과 입증 부담을 완화하고자 원격 진료 등을 개시하였다(7). 그런데 코로나-19 팬데믹이 종식되고 유럽 전반에서는 상병수당 관련 지출이 크게 상승하고 경제 상황이 어려워지면서 독일에서는 상병수당 제도를 포함한 의료보험 제도 전반의 개혁 요구까지 이어지게 되었다(14). 또한, 전반적인 노동 인구의 고령화와 구조 변화는 앞으로도 이러한 요구가 지속될 것임을 예측하게 한다.

이러한 점을 반영하여 상병수당 제도에서 의료인증체계의 패러다임은 질병의 진단과 치료 기간 또는 회복 기간에 대한 객관적인 평가를 위한 장애 평가에서 직장복귀(return-to-work)를 최종 목표로 하는 직업재활(vocational rehabilitation)으로 점차 변화하여 왔으며, OECD에서도 이러한 변화를 적극 권장하고 있다(8, 15).

앞서 언급한 ICF 의 한계점을 극복하고 상병수당 제도 등 사회보장 제도에 ICF 를 보다 효과적으로 활용하고자 2010 년 ICF 합의 컨퍼런스에서는 직업재활을 위한 ICF 핵심 세트(ICF Core Set for Vocational Rehabilitation)를 구성하였다(16, 17). 직업재활을 위한 포괄적 ICF 핵심 세트는 전체 90 개의 범주로 구성되며, 직업재활을 위한 간략 ICF 핵심 세트는 13 개의 2 차 수준 범주로 구성된다(표 2). 한편, 유럽에서는 2004 년부터 15 개국 연합으로 유럽 보험 및 사회보장을 위한 의학 연합(European Union of Medicine in Assurance and Social Security; 이하 EUMASS)을 구성하여, ICF 에서 핵심 세트를 구성하고자 하였으며, ICF 합의 컨퍼런스의 전신이라고 할 수 있다.

이러한 패러다임의 변화는 필연적이라 할 수 있다. 보건학적 비상 상황의 잦은 출현과 노동인구 구조의 고령화로 인하여, 상병수당 수급자 대부분이 여러 종류의 신체적 또는 정신적 질환을 동시에 앓고 있는 상황이 흔해졌고, 기존의 장애 평가 과정의 순수한 의학적 평가만으로는 증가한 복잡성을 다루면서 노동 시장의 행정적 요구를 모두 소화하는 것이 불가능해졌기 때문이다. 이러한 이유 때문에 결국 질병을 중심으로 하는 방법이 아니라 직업 재활을 통한 장애 평가를 채택하게 되는 것이다(18, 19). 직업 재활을 바탕으로 한 근로능력 평가는 다학제적이고 다중 이해관계 참여적인 과정으로 수급 자격을 판별하는데에만 초점을 두는 질병 중심의 근로능력 평가와는 달리 직장복귀를 목표로 한다(20).

상병수당 제도 의료인증체계가 직업재활과 직장복귀 중심으로 전환된 대표적인 사례가 영국의 핏 노트(fit note)이다. 2010 년부터 영국 전역에 적용되었으며, 이후 노르웨이, 아일랜드 등에서도 핏 노트 제도를 적용하였다(7, 21-23). 핏 노트 이전에는 상병 수첩(sick note)이라는 의료인증 발급 양식을 사용하였는데, 상병 상태와 그로 인한 근로능력의 감소를 입증하는 것에만 목표가 있었다. 핏 노트는 업무적합성(fitness for work)을 다루는 양식으로 근로자의 현재 건강

상태를 고려하여 어떤 일을 할 수 있는지를 평가하는 것이다. 이는 직업의학에서 업무적합성 평가의 개념과 매우 유사하다고 할 수 있다(23-25).

스웨덴은 정부의 역할이 더 확대되어 상병수당 수급 기간이 일정 수준을 넘어가거나 넘어갈 것으로 예측되는 근로자의 경우에 사회보험청(Försäkringskassan)에서 각 단계에 따라 근로시간을 단축시키는 부분 상병수당 제도를 도입하거나 근로자의 원래 직장에서 할 수 있는 다른 업무를 조사하거나 궁극적으로는 다른 사업장에서 다른 근무를 할 수 있는지 조사하는 역할을 담당한다 (26-29).

일본은 직장복귀를 위하여 후생노동성에서 일-질병 양립 코디네이터를 육성하여 관련 업무에 투입하고, 이러한 업무를 위한 구체적인 가이드라인을 제시하였다. 예를 들어, 암 생존자(cancer survivor)가 항암치료 등을 받으면서도 직장에서 근무할 수 있도록 근로시간 단축이나 직장 내 차별 금지 등을 제시하고 있다(4, 5, 30).

직장복귀를 목표로 하는 의료인증체계

앞선 고찰을 종합하면 상병수당 제도 의료인증체계는 질병의 진단과 예후 등을 의학적 근거에 따라 평가함과 동시에 근로능력의 감소를 공적인 방식으로 나타내는 근로능력 평가를 수행해야 하며, 이러한 평가는 직장복귀를 최종 목표로 하는 전체 통합적 의료인증체계의 구성 요소에 해당한다. 본 연구에서는 의료인증체계의 역할이 제대로 작동할 경우와 그렇지 못할 경우를 가정하여 직장복귀를 건강 결과로 하는 직업의학적 인과적 모식도를 그려서, 상병수당 의료인증체계의 역할에 대한 이해 증진을 도모하고자 한다.

직장복귀는 질병이나 부상 때문에 근로능력 감소가 발생하고 이후 다시 직업 활동을 재개한 이후에 빠르게 통합되어 적응할 수 있도록 고안된 일련의 과정을 말하며, 좁은 의미에서는 그 과정의 긍정적 건강 결과를 의미한다. 상병수당 제도를 통하여 소득 때문에 근로활동을 중단하지 못하는 환자의 의료이용행태를 변화시킬 수 있다면, 치료 시점을 앞당기거나 충분한 회복 시간을 제공하여 결과적으로 질병의 예후를 개선하여 직장복귀에 긍정적인 영향을 줄 수 있다.

근로자에게 질병이나 부상이 발생하면 근로자는 건강한 상태에서 질병 상태로 이행되며 환자가 되고, 이에 따라 근로활동 능력이 감소하게 된다. 이러한 상황에서 만약 상병수당 제도가 제대로 작동하지 않아 의료인증체계의 근로능력 평가를 받지 못한다면 근로활동 능력이 감소한 상태에서 적절한 수준의 근로활동불가기간을 판단받지 못하게 될 것이다(그림 2). 프리젠티즘(presenteeism)은 근로활동 능력이 감소된 상태에서 근로활동을 지속하는 것으로 만약 상병수당 제도의 근로활동 능력 평가가 이뤄지지 않는다면 병가를 받기 어려워져 프리젠티즘 위험이 높아지며, 사회경제적 조건 악화로 인한 악순환에 빠지게 된다. 이러한 악순환의 구조에서는 환자의 의료이용행태에 영향을 주고, 최종적으로 예후뿐만 아니라 사회경제적 조건에도 영향을 주는 결과로 이어진다.

상병수당 제도가 정상적으로 작동하여 의료인증체계를 통해 근로활동불가기간을 평가할 수 있다면 프리젠티즘을 예방할 수 있다(그림 3). 프리젠티즘을 방지하고 궁극적으로는 빠른 직장복귀라는 목적을 달성하여 의료이용행태와 사회경제적 조건을 향상시킬 수 있고, 이는 의학적으로 환자의 예후를 개선시키는 결과로도 이어질 것이다. 조기진단, 조기치료, 조기복귀의 선순환 구조를 마련하여 노동자들의 건강한 노동력을 유지하는 효과도 낼 수 있다. 환자의 예후에는 이외 다른 의학적 조건도 영향을 줄 수 있지만, 이러한 선순환 구조 역시 예후에 긍정적 영향을 줄 수 있다.

결국, 직장복귀를 중심에 둔 의료인증체계는 보편적 건강보장 및 적극적 노동시장의 정책 차원에서도 중요한 정책적 수단이라고 할 수 있다.

연구 토의

연구 결과를 통하여 정리된 상병수당 의료인증에 대한 이론적 검토를 바탕으로, 토의에서는 한국의 상병수당 시범사업을 통한 의료인증의 의료인증의 설계와 도입 과정에서 관련한 쟁점을 다룬다. 관련 쟁점은 상병수당 시범사업과 관련한 정책 연구를 바탕으로 선정되었으며(3, 5, 31), 의료인증의 역할, 입증 부담과 의사의 업무 부담, 상병수당 제도의 목표에 대한 인식이다.

의료인증의 역할

의료인증체계는 상병수당 제도에서 질병의 진단과 근로활동 불가기간을 산정하는 역할을 맡고 있기 때문에 상병수당 지급 여부를 결정하는 가장 핵심적 역할을 하게 되고, 이를 통해 제도의 효율적 운영에 기여하게 된다. 이러한 측면에서의 역할을 게이트키퍼(gatekeeper)라고 하며, 게이트키퍼의 역할이 실패하였을 때 발생하는 보험 제도의 손해나 붕괴를 도덕적 해이(moral hazard)라고 한다. 즉, 상병수당 제도에서는 의료인증을 발급하는 의사에게 일차적인 게이트키퍼 역할을 기대하며, 이를 통하여 도덕적 해이를 방지하고자 한다(32).

도덕적 해이란 본래 좁은 의미에서는 보험 제도에서 자격과 관련하여 위험 부담이 높은 가입자가 위험 부담이 낮은 가입자보다 보험요율을 같거나 낮게 책정하였을 때 보험의 위험 분산 효과가 사라질 수 있다는 주장을 뜻한다(33). 사회보험 제도에서는 주로 근로능력이 있음에도 없는 것처럼 속이거나, 제도의 잘못된 설계로 근로하지 않는 경우에 근로하는 것보다 더 수당을

많이 받게 되어 근로 의욕을 저해시키는 경우를 말하며, 상병수당 제도에서 도덕적 해이를 분석하고 방지하고자 스웨덴처럼 복지 수준이 높은 국가에서 지속적으로 연구되고 있다(34, 35). 도덕적 해이는 국가의 사회보험체제나 사회보장 정책의 방향에 따라 다르게 해석될 여지가 있다. 다만, 후발 주자로서 제도의 지속가능성이나 재정적 안정성의 측면에서 의료인증체계는 가장 중요한 역할을 제도 설계 요소 중 하나이다.

현재 시범사업에서 시행하고 있는 보장수준이나 의료인증체계의 엄밀성으로 미뤄 보았을 때는, 기존 상병수당 제도에서의 연구 대상이 되었던 의미로서의 도덕적 해이가 발생할 가능성은 상대적으로 낮을 것으로 생각된다. 다만, 국민건강보험 재정 고갈에 대한 우려가 지속되고 있고(36), 의료 서비스의 공급이 민간에 의해 주도 되고 있고, 현금성 지급을 하는 민간보험의 가입율이 상당히 높고, 의료이용횟수가 외국에 비해 많고, 기존에 한국에 없었던 사회보장 제도가 도입되는 만큼 제도의 안정적 운영과 정착을 위해 효율적인 의료인증체계를 설계할 필요는 있다.

최근 연구에 따르면, 의사가 이러한 일차적인 게이트키퍼 역할을 수행하는 것에는 많은 어려움이 따르고 지나치게 의사에게 의존하는 것은 부작용을 낳을 수 있음을 지적하고 있다. 2022 년 노르웨이에서 의료인증을 발급하는 22 명의 일차 진료의(general practitioner)를 대상으로 질적 연구를 수행한 결과, 환자가 요청하는 근로활동 불가기간을 거부하고 더 짧은 기간으로 변경하여 작성할 때 훨씬 더 많은 시간이 소요되기 때문에 이를 거부하지 못하며, 의료인증 발급 비용은 그러한 결정에 거의 영향을 주지 못한다고 밝혔다(37). 한정된 진료 시간이 게이트키퍼 역할을 효과적으로 수행하는데 가장 큰 제약이었다. 다른 노르웨이 연구에서는 환자가 객관적으로 입증하기 어려운 일반적인 증상을 호소할 때 이를 피병 환자로 의심하여 의료인증을 발급하는 것을 거부하는 경우와 의심하지 않고 의료인증을 발급해주는 경우에, 아픈 환자를 치료하지 못하게 되거나 아픈 환자가 상병수당을 지급 받지 못하는 비용에 대한 경제학적 균형을 분석했다(38). 그 결과, 결국 의사가 환자에 대해 지나치게 높은 수준의 의심을 요구하게

될 수 밖에 없으므로, 근로활동 능력이 있는 근로자는 다른 방식으로 일할 수 있도록 유도하는 다른 정책을 사용하는 것을 권장했다. 스웨덴에서는 사회보험 행정 기관과 의료진 사이의 긴밀한 소통과 교육이 의료진의 시간과 경험 부족을 보충할 수 있는 방법으로 제시한 연구가 있다(39).

한국에 상병수당 제도가 도입될 때에 이러한 각 국가의 도덕적 해이에 대한 우려와 상병수당 제도에서 의료인증의 게이트키퍼 역할에 대한 연구를 참고하여, 보장 수준에 맞는 엄밀성을 가진 의료인증체계를 구축하여야 한다. 또한 한국의 의료이용행태와 서비스 제공 방식을 고려하여 적합한 효율적인 의료인증체계를 구축하여야 할 것이다. .

입증 부담과 의사의 업무 부담

상병수당 제도에서 의료인증체계는 결국 상병수당을 받을 수 있는 자격을 입증하는 과정 중 하나라고 말할 수 있다. 제도의 수혜자인 근로자 또는 환자에게 일차적인 입증 책임이 발생한다. 가장 일차적인 책임은 직접 상병수당을 신청해야 한다는 것이다. 아무리 근로능력을 상실하였다는 사실이 명백하더라도 신청하지 않으면 상병수당을 지급받을 수 없다. 이때 근로자에게 입증 책임을 너무 가볍게 부여하면 도덕적 해이 문제가 발생할 위험이 커지고, 너무 무겁게 부여하면 제도적 장벽으로 작동할 수 있다. 두 가지 문제점 모두 빠른 의학적 개입과 조기 직장복귀라는 상병수당 제도의 목적을 달성하는데 실패하게 만들 수 있다. 한국의 상병수당 도입에서 이 문제점에 대한 대안을 마련하는 것은 중요한 과제이며, 시범사업을 통하여 실제 이러한 입증 책임과 업무의 부담이 어떻게 균형을 이루는지 데이터를 확보하고, 이를 제도 설계에 반영하는 것이 반드시 필요하다.

의사는 환자에게 적절한 의학적 평가를 제공하고 질병이나 부상과 관련하여 예후를 개선할 수 있도록 알맞은 조언을 제공해야 할 의무가 있다. 근로활동 불가기간 산정은 그러한 의학적

판단을 기반으로 하는 부가적인 활동이다. 여기서 환자-의사 관계를 저해하거나 제 3 자로서 행정적 또는 법적 책임에 대한 부담이 발생할 수 있다. 환자나 의사가 의사의 역할을 생의학적 관점에만 국한하여 병을 치료하는 것 이외에 의사가 관여해서는 안된다고 생각하는 경향이 있다면, 의료인증체계에서 의사에게 입증책임을 묻는 과정은 더욱 어려워질 수 있다. 특히, 이러한 입증책임 부담으로 인하여 일차 진료의의 업무 부담이 전체적으로 증가하여 여러 문제로 이어졌다는 연구 결과는 다수 있다(23, 37, 40-43).

이러한 점을 반영하여 일부 국가에서는 코로나-19 팬데믹 이후 의료인증을 원격진료로 가능하도록 하거나, 영국에서는 펫 노트를 의사 이외에 간호사, 직업재활 전문가 등이 발급할 수 있도록 확대하는 조치를 시행하기도 하였다. 그러나 일부 연구 결과에서는 기존에 진료하던 환자가 아닌 경우 오히려 의사의 입증책임으로 인한 업무 부담이 더 증가할 수도 있다는 보고가 나왔으며 (7), 상병수당 수급 건수가 크게 증가함에 따라 영국에서도 다시 펫 노트 발급 요건을 의사로 제한하도록 복귀하는 방침이 논의되고 있다. 즉, 기본적인 의사의 입증책임을 지나치게 간소화한다면 부작용이 발생할 수도 있음을 유의해야 할 것이다.

정부 기관은 재정과 행정을 관리하는 주체로서 전반적인 관리와 감독의 의무가 있으며, 올바른 수급자에게 상병수당이 지급되도록 마찬가지로 입증 책임의 의무가 있다. 다만, 입증 책임에 지나치게 행정 비용을 지출하여 현금 지급을 감독하는 기관으로 기능하는 것보다 직장복귀의 건강 결과를 촉진하는 건강 증진의 보장 기능을 강화하는 방향으로 정책이 추진되어야 상병수당 제도가 지속성을 담보할 것이다.

상병수당 제도의 목표에 대한 인식

한국의 의료전달체계와 사회보장 제도에서 가장 큰 문제가 되고 있는 것 중 하나는 소위 실손 보험이라고 알려진 민간의료보험제도이다. 전국민 가입률이 2023 년 기준 69%에 달하는

상황이며, 질병이 발생하거나 수술 등 의료적 개입이 시행되었을 때 이를 가입자가 민간보험사에게 입증하면 약관에 따라 보험료를 지급하는 방식이다(44). 한국에서는 상병수당 제도가 부재하였고 질병과 부상으로 인하여 상실된 소득의 대체가 공적으로 보장된 바가 사실상 없었다. 상병수당 시범사업 도입을 위하여 진행한 정책 연구에서는 사회보장과 직업 재활, 직장복귀라는 상병수당 제도의 궁극적 공적 목표이 제도가 적용되는 국민들에게 올바르게 인식되지 못하고, 상병수당 제도를 질병이 진단되면 받을 수 있는 민간의료보험과 구분하지 못할 위험성을 염두에 두어야 함을 강조하였다(31).

즉, 상병수당의 우선적 목표를 복지 정책으로서의 소득 보장을 주요 목표로 두지, 노동 정책의 일환으로서 건강한 노동력의 유지에 두지, 보건 정책으로서 보편적 의료보장으로 두 지에 따라 의료인증체계가 수급자에게 어떠한 정보를 요구하는지 그러한 정보를 어떠한 방식으로 입증하는지는 큰 영향을 받을 수 있다. 향후 본 제도의 설계에서 이러한 상병수당 제도의 목적은 질병 진단에 대한 보상이 아니라 소득을 보전함으로써 빠른 의료적 개입이 수행되고 근로능력 상실이 장기화되는 것을 방지하여 근로자 개개인이 조기에 직장복귀라는 결과로 이어질 수 있도록 함에 있다는 것을 충분히 인지시키고 반영할 수 있도록 의료인증체계가 설계되어야 할 것이다(45).

결론

상병수당 제도의 역사가 오래된 만큼 의료인증체계를 둘러싼 많은 연구와 논의가 여러 국가에서 이뤄졌다. 한국에서 상병수당 제도를 성공적으로 정착시키기 위해서는 이러한 선행 연구에 대한 고찰은 필수적이다. 과거의 패러다임인 근로능력 평가 중심의 의료인증체계가 갖는 기본적인 기능을 이식하면서 동시에 서구 사회와 유사하거나 오히려 더 빠른 속도로 변화하고

있는 보건학적 상황과 인구 구조의 변화에 대응하여 패러다임의 전환을 이뤄야 하는 이중의 과제를 직면하고 있다.

의료인증체계는 명료하게 설명된 정책적 목표 위에서 올바르게 설정되어야 하지만, 의료인증체계를 둘러싼 학술적 논의와 진전은 상병수당의 정책적 목표가 소득 보전과 현금 급여를 넘어서 직업재활을 통한 직장복귀에 중점을 두어야 함을 시사하고 있다. 이러한 학술적 이해를 통하여, 향후 상병수당 제도 의료인증체계의 성립과 발전에서 지속 및 발전되어야 할 것이다.

참고문헌

1. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet*. 2017;390:882-897.
2. Lim S, Lee JM, Lee Y. An International Comparison of Sickness Benefit Programs. *Health and Social Welfare Review*. 2021;41:61-80.
3. Su-jin K, Ki-tae K. What kind of support can sick workers get from their employers? : A study on social protections for sickness in US, Switzerland and Israel. *Korea Social Policy Review*. 2019;26:3-33.
4. Park S. Injury and Sickness Allowance System and Issues in Japan — Focusing on Recent Revisions and COVID-19 Responses —. *Korean Social Security Law Association*. 2022;11:1-49.

5. Ki-tae K, Sophia S-yL. Comparative Analysis of Sickness Benefits Abroad and Proposal for Its Introduction in Korea. *Social Welfare Policy*. 2018;45:148–177.
6. Anner J, Schwegler U, Kunz R, Trezzini B, de Boer W. Evaluation of work disability and the international classification of functioning, disability and health: what to expect and what not. *BMC Public Health*. 2012;12:470.
7. Breivik E, Kristiansen E, Zanaboni P, Johansen MA, Øyane N, Bergmo TS. Suitability of issuing sickness certifications in remote consultations during the COVID-19 pandemic. A mixed method study of GPs' experiences. *Scand J Prim Health Care*. 2024;42:7–15.
8. de Jong PR. Sickness, disability and work: Breaking the barriers—A synthesis of findings across OECD countries—OECD. 2011
9. Broadbent A. Prediction, Understanding, and Medicine. *J Med Philos*. 2018;43:289–305.
10. Hofmann B. On the triad disease, illness and sickness. *J Med Philos*. 2002;27:651–673.
11. WHO. International Classification of Functioning, Disability, and Health. Geneva: World Health Organization; 2001
12. Long term sickness absence. [editorial]. *BMJ* 2005;330(7495):802.

13. Söderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scand J Public Health*. 2005;33:314–320.
14. Berardi C, Schut F, Paolucci F. The dynamics of international health system reforms: Evidence of a new wave in response to the 2008 economic crisis and the COVID-19 pandemic? *Health Policy*. 2024;143:105052.
15. Waddell G, Group VRT, Burton AK, Council IIA, Kendall N. Vocational Rehabilitation: What Works, for Whom, and When? TSO; 2008:307.
16. Finger ME, Escorpizo R, Glässel A et al. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. *Disabil Rehabil*. 2012;34:429–438.
17. Escorpizo R, Finger ME, Glässel A, Cieza A. An international expert survey on functioning in vocational rehabilitation using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *J Occup Rehabil*. 2011;21:147–155.
18. Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med*. 2001;58:420–4; quiz 424,410.
19. Pickles C, Holmes E, Titley H, Dobson B. Working welfare: A radically new approach to sickness and disability benefits. London: Reform. 2016
20. Escorpizo R, Brage S, Homa D, Stucki G. Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation: Application and Implementation of the ICF. Cham, SWITZERLAND: Springer; 2014:567.

21. King R, Murphy R, Wyse A, Roche E. Irish GP attitudes towards sickness certification and the 'fit note'. *Occup Med (Lond)*. 2016;66:150–155.
22. Foley M, Thorley K, Denny M. 'The sick note': a qualitative study of sickness certification in general practice in Ireland. *Eur J Gen Pract*. 2012;18:92–99.
23. Wynne-Jones G, Mallen CD, Mottram S, Main CJ, Dunn KM. Identification of UK sickness certification rates, standardised for age and sex. *Br J Gen Pract*. 2009;59:510–516.
24. Kotze E. Employers' views on the fit note. *Occup Med (Lond)*. 2014;64:577–579.
25. Wainwright E, Wainwright D, Keogh E, Eccleston C. The social negotiation of fitness for work: tensions in doctor–patient relationships over medical certification of chronic pain. *Health (London)*. 2015;19:17–33.
26. Berglund E, Friberg E, Engblom M, Svärd V. Physicians' experience of and collaboration with return-to-work coordinators in healthcare: a cross-sectional study in Sweden. *Disabil Rehabil*. 2024;46:4120–4128.
27. Hemmings P, Prinz C. Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. 2020
28. Stureson M, Bylund SH, Edlund C, Falkdal AH, Bernspång B. Quality in sickness certificates in a Swedish social security system perspective. *Scand J Public Health*. 2015;43:841–847.

29. Nilsing E, Söderberg E, Öberg B. Sickness certificates: what information do they provide about rehabilitation? *Disabil Rehabil.* 2014;36:1299–1304.
30. Chimed-Ochir O, Nagata T, Nagata M, Kajiki S, Mori K, Fujino Y. Potential Work Time Lost Due to Sickness Absence and Presence Among Japanese Workers. *J Occup Environ Med.* 2019;61:682–688.
31. Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA). Evaluation of the 2023 Korean Pilot Sickness-Benefit Programme and Development of Operational Strategies for the Full-Scale Scheme. 2023
32. Stone DA. Physicians as gatekeepers: illness certification as a rationing device. *Public Policy.* 1979;27:227–254.
33. Marshall JM. Moral hazard. *The American Economic Review.* 1976;66:880–890.
34. Hall C, Hartman L. Moral hazard among the sick and unemployed: evidence from a Swedish social insurance reform. *Empirical Economics.* 2010;39:27–50.
35. Johansson P, Palme M. Moral hazard and sickness insurance. *Journal of Public Economics.* 2005;89:1879–1890.
36. Joo H, Hong J, Jung J. Projection of Future Medical Expenses Based on Medical Needs and Physician Availability. *Journal of Korean Medical Science.* 2025;40:0.

37. Kraft KB, Hoff EH, Nylenna M, Moe CF, Mykletun A, Østby K. Time is money: general practitioners' reflections on the fee-for-service system. *BMC Health Serv Res.* 2024;24:472.
38. Hoff EH, Kraft KB, Moe CF, Nylenna M, Østby KA, Mykletun A. The cost of saying no: general practitioners' gatekeeping role in sickness absence certification. *BMC Public Health.* 2024;24:439.
39. Thorstensson CA, Mathiasson J, Arvidsson B, Heide A, Petersson IF. Cooperation between gatekeepers in sickness insurance – the perspective of social insurance officers. A qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:231.
40. Bengtsson Boström K, Starzmann K, Östberg A-L. Primary care physicians' concerned voices on sickness certification after a period of reorganization. Focus group interviews in Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2020;38:146–155.
41. Gulbrandsen P, Hofoss D, Nylenna M, Saltyte-Benth J, Aasland OG. General practitioners' relationship to sickness certification. *Scand J Prim Health Care.* 2007;25:20–26.
42. Hoedeman R, Krol B, Blankenstein AH, Koopmans PC, Groothoff JW. Sick-listed employees with severe medically unexplained physical symptoms: burden or routine for the occupational health physician? A cross sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:305.

43. Nilsen S, Werner EL, Maeland S, Eriksen HR, Magnussen LH. Considerations made by the general practitioner when dealing with sick-listing of patients suffering from subjective and composite health complaints. *Scand J Prim Health Care*. 2011;29:7-12.
44. Nam Y-H. Interaction between Out-of-Pocket Maximum and Indemnity Health Insurance. *The Journal of the Convergence on Culture Technology*. 2024;10:667-673.
45. Kang H-C. Principles and Conceptual Framework for the Introduction of Korean Sickness Benefit. *Health policy and management*. 2021;31:5-16.

그림 설명

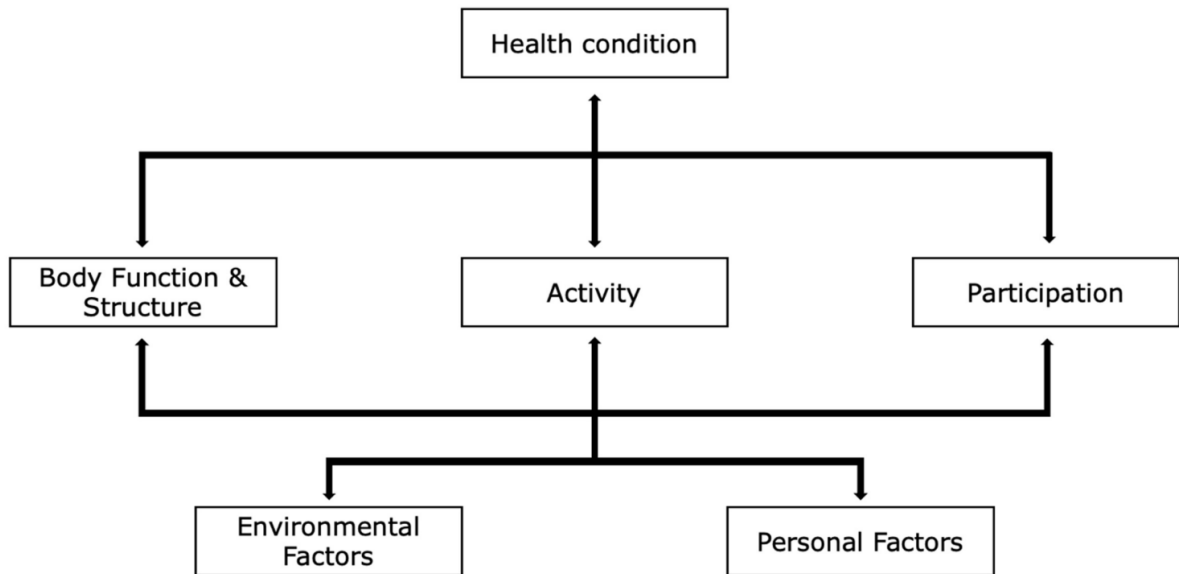


그림 1. 국제 기능·장애·건강 분류 체계의 체계(재인용: Finger ME, Escorpizo R, Glässel A et al. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. Disabil Rehabil. 2012;34:429-438.)

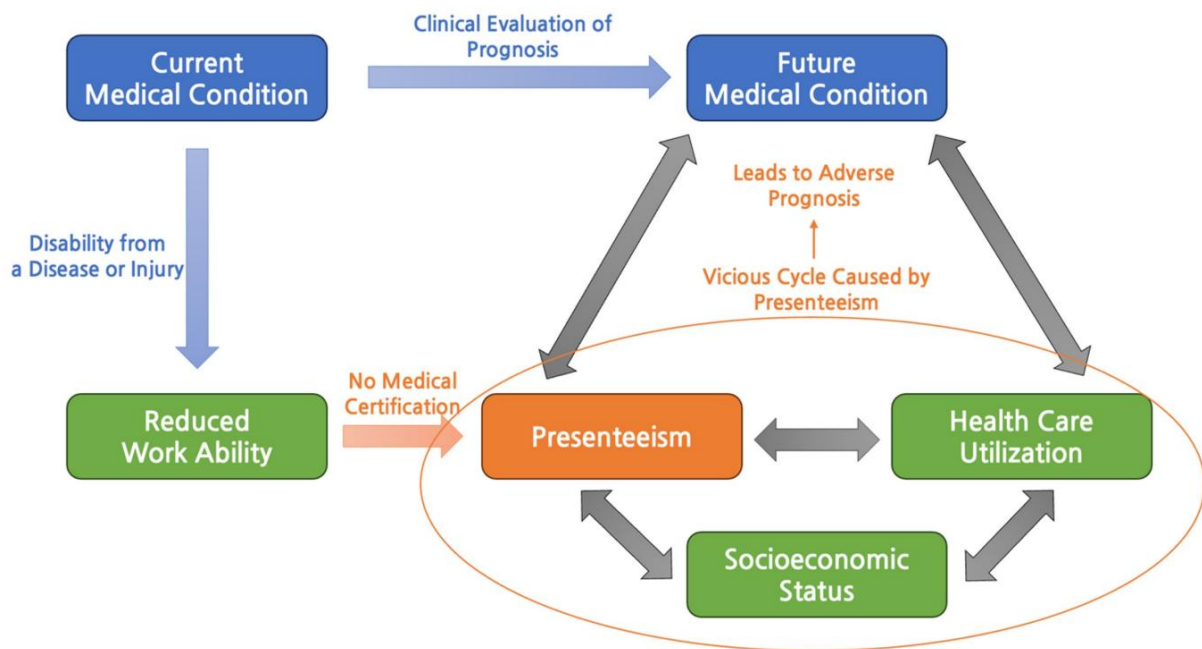


그림 2. 상병수당 제도가 작동하지 않을 때 근로자의 질병 상태에 대한 직업의학적 진행 경과
모식도

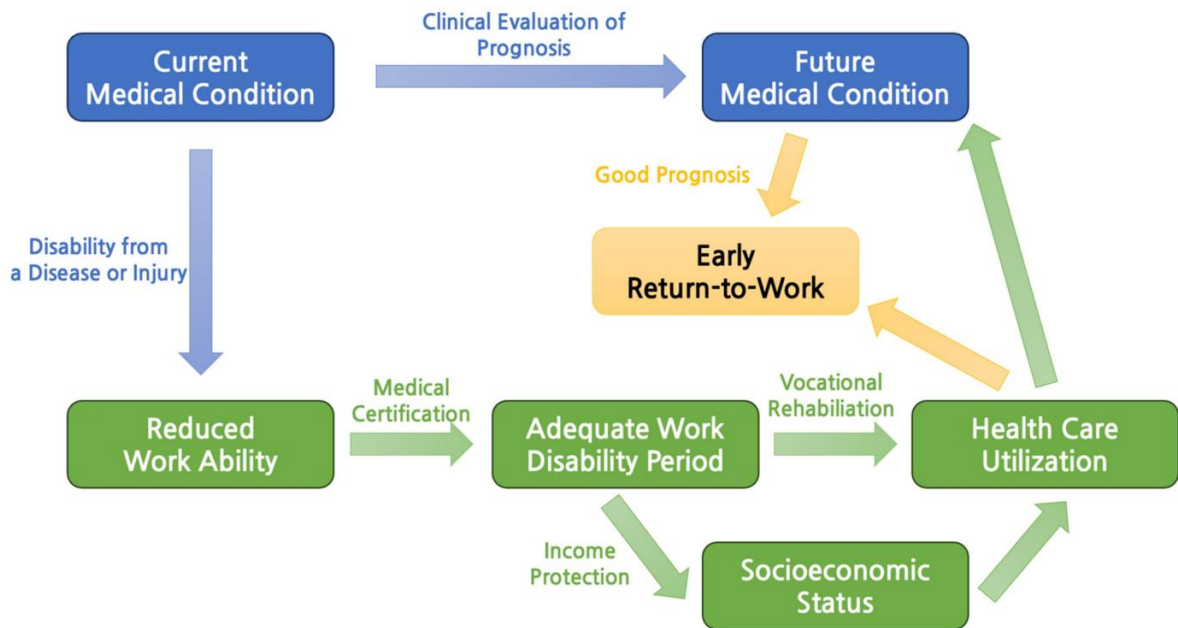


그림 3. 상병수당 제도가 작동할 때 근로자의 질병 상태에 대한 직업의학적 진행 경과 모식도

표 1. 병(malady)의 개념

병(malady)	건강한 상태에 있는 인간을 건강하지 못한 상태로 이행시키는 것, 또는 그 건강하지 못한 상태 자체를 포괄하는 개념
질환(illness)	환자가 주관적으로 체험하는 고통, 불편 등의 증상을 포함한 건강하지 못한 상태(예, 정신 질환)
질병(disease)	정상을 벗어난 병리학적 과정이 진행된 상태(예, 감염병)
장애(disorder)	신체 기능의 일부가 상실된 상태(신경계 장애)
장애 또는 장해(disability)	신체 기능의 일부가 상실되어 영구적으로 그 기능이 복귀되기 어려운 상태
상병 또는 아픔(sickness)	외부 또는 공적으로 입증할 수 있는 건강하지 못한 상태

표 2. 직업재활을 위한 간략 국제 국제 기능·장애·건강 분류 핵심 세트

코드	제목
d155	기술 습득하기 (Acquiring skills)
d240	스트레스와 기타 심리적 부담 관리하기 (Handling stress and other psychological demands)
d720	복잡한 대인상호작용 (Complex interpersonal interaction)
d845	구직하기, 근속하기 및 퇴직하기 (Acquiring, keeping and terminating a job)
d850	유급고용 (Remunerative employment)
d855	무급고용 (Non-remunerative employment)
e310	직계가족 (Immediate family)
e330	권위적 지위에 있는 사람 (People in positions of authority)
e580	보건 서비스, 시스템 및 정책 (Health services, systems and policies)
e590	노동과 고용 서비스, 시스템 및 정책 (Labour and employment services, systems and policies)
b130	에너지와 욕동기능 (Energy and drive functions)
b164	높은 수준의 인지기능 (Higher-level cognitive functions)
b455	운동내성기능 (Exercise tolerance functions)

재인용: Finger ME, Escorpizo R, Glässel A et al. ICF Core Set for vocational rehabilitation: results of an international consensus conference. Disabil Rehabil. 2012;34:429-438.