연구보고서 2023-54

# 주요 복지국가의 상병수당 제도 경험 및 운영 현황 연구

## – 스위스, 이스라엘, 네덜란드의 사례를 중심으로

김기태
류진아·강희정·Giuliano Bonoli·Orly Gerbi·서효진

사람을 생각하는 사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

## ▌연구진

| | | |
|---|---|---|
| 연구책임자 | **김기태** | 한국보건사회연구원 연구위원 |
| 공동연구진 | **류진아** | 한국보건사회연구원 전문연구원 |
| | **강희정** | 한국보건사회연구원 선임연구위원 |
| | **Giuliano Bonoli** | University of Lausanne 교수 |
| | **Orly Gerbi** | Herzog Fox&Neeman 변호사 |
| | **서효진** | Tilburg University 박사후 연구원 |



연구보고서 2023-54

**주요 복지국가의 상병수당 제도 경험 및 운영 현황 연구**
- 스위스, 이스라엘, 네덜란드의 사례를 중심으로

발 행 일 2023년 12월
발 행 인 이 태 수
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처 (사)대한민국공무원공상유공자회 인쇄사업부



ⓒ 한국보건사회연구원 2023



ISBN 978-89-6827-992-8 [93330]
https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2023.54

# 발|간|사

한국 복지국가를 거대한 조각그림(jigsaw puzzle)에 비유한다면, 상병수당은 조각그림의 완성을 위한 마지막 조각(piece)에 해당한다. 한국 복지국가의 빠른 발전에도 불구하고 상병수당의 도입은 오랜 기간 미뤄졌다. 한국에서 국민건강보험의 보장성 강화가 선결과제여서 상병수당 도입은 오랜 기간 의제에서 밀려왔기 때문이었다. 코로나 19 감염병 확산은 역설적이게도 상병수당 도입의 계기가 됐다. 상병수당의 빈자리에서 얼마나 많은 노동자들이 고통을 참고 일터로 향했는지를, 한국 사회는 불현듯 깨달았기 때문이었다.

한국은 지금 OECD 국가들 중에서 거의 마지막으로 상병수당 도입을 준비하고 있다. 지난 2022년 7월부터 3단계에 걸친 시범사업을 진행하고 있다. 늦더라도 제대로 된 제도를 만드는 것이 중요할 것이다. 마침 상병수당 제도는 역사상 가장 오래된 사회보장 제도 가운데 하나다. 그만큼 다른 나라에 제도 운영 및 시행 착오의 역사가 누적됐다. 후발주자인 한국은 제도 도입 과정에서 다른 국가의 경험을 배울 수 있다. 이번 보고서는 그러한 의도에서 기획됐다. 보고서의 내용이 한국 상병수당 도입 과정에서 중요한 참고자료가 되길 기원한다. 보고서 발간 과정에 함께한 국내외의 연구진에게 감사의 인사를 전한다.

2023년 12월

한국보건사회연구원 원장

**이 태 수**

# 목 차



Abstract ····· 1

요약 ····· 3

**제1장 서론 ····· 13**

제1절 연구의 배경 및 목적 ····· 15

제2절 한국의 상병수당 도입 현황 ····· 22

**제2장 스위스의 법정 유급병가 ····· 37**

제1절 서론 ····· 39

제2절 스위스의 사회정책 ····· 41

제3절 유급병가제도의 역사 ····· 51

제4절 유급병가제도의 현황 ····· 57

제5절 제도의 성과 ····· 69

제6절 맺음말 ····· 74

**제3장 이스라엘의 법정 유급 병가 ····· 79**

제1절 이스라엘의 사회정책 ····· 81

제2절 유급병가법과 1970년도 제정 배경 ····· 86

제3절 유급병가제도의 발전 과정 ····· 90

제4절 유급병가제도 실행상의 논점 ····· 112

제5절 맺음말 ····· 126

**제4장 네덜란드의 법정 유급병가 ····· 129**

제1절 네덜란드의 사회정책 ····· 131

제2절 유급병가제도의 역사 ····· 139

제3절 유급병가제도의 현황 ····· 145

제4절 제도의 성과와 한계 ····· 157

제5절 맺음말 ····· 167

**제5장 결론 ····· 171**

제1절 세 나라 제도 요약 및 분석 ····· 173

제2절 정책적 함의 ····· 189

**참고문헌** ····· 197

# 표 목차



〈표 1-1〉 이스라엘 유급병가 관련자 인터뷰 개요 ····· 22
〈표 1-2〉 고용 형태와 종사상 지위, 근로시간에 따른 병가 제공률 ····· 25
〈표 1-3〉 사업장 규모별 질병휴가(병가) 적용 임금노동자 비율의 연도별 변화 ····· 26
〈표 1-4〉 직장가입자 건강보험료 분위별 현황 ····· 30
〈표 1-5〉 사업장 규모별 현황 ····· 31
〈표 1-6〉 1단계와 2단계 시범사업의 비교 ····· 32
〈표 2-1〉 주요 사회보장법 관련 헌법 개정 및 관련 법 제정 연도 ····· 48
〈표 2-2〉 질병의 경우 베른 캔톤의 임금 지급 지속기간(Berner Skala) ····· 60
〈표 2-3〉 질병의 경우 취리히 캔톤의 임금 지급 지속기간(Zürcherr Skala) ····· 60
〈표 2-4〉 질병의 경우 바젤시의 임금 지급 지속기간(Basler Skala) ····· 60
〈표 2-5〉 4개 분야에서 단체협약에 의해 제공되는 유급병가보험 ····· 65
〈표 2-6〉 고용 지위별 상해보장의 개요 ····· 68
〈표 3-1〉 유급병가의 발병원인별 개요 ····· 109
〈표 4-1〉 GDP 대비 급여별 사회지출 ····· 137
〈표 4-2〉 유급병가 수급 기간 법적 의무 과정 ····· 149
〈표 4-3〉 2024년 1월 1일 사회적최저임금 기준 (세전임금) ····· 156
〈표 4-4〉 1993-99년 병가 사용으로 인한 병가 및 노동 장애율 ····· 159
〈표 5-1〉 스위스, 이스라엘, 네덜란드의 유급병가 제도 일람표 ····· 179

# 그림 목차


[그림 1-1] 상병수당 부재의 상황에서 아파도 오래 일하는 한국의 노동자 ····· 17
[그림 1-2] 1-2차연도 연구의 대상 국가 및 연구 주제 ····· 19
[그림 1-3] 상병수당 시범사업 추진 경위 ····· 27
[그림 1-4] 정부의 국정과제 및 2023년 예산의 상병수당 시범사업 내용 ····· 28
[그림 1-5] 상병수당 1단계 시범사업 모형 ····· 29
[그림 1-6] 한국형 상병수당 시범사업의 평가 틀 ····· 34
[그림 2-1] 계약형태별 유급병가보험의 GDP 대비 지급액 추이 1990~2021 ····· 54
[그림 2-2] 다양한 유형의 유급병가에 대한 지출, GDP 대비 비율 ····· 70
[그림 2-3] 사회보험법에 따른 유급병가보험 피보험자수 ····· 71
[그림 4-1] 1990년도 유럽 6개 국가 노동인구 대비 상병휴가 및 장애급여 수급자 비율 ····· 134
[그림 4-2] 문제분석지 양식의 일부 ····· 151
[그림 4-3] 행동지침 양식의 일부 ····· 151
[그림 4-4] 1년 평가지 ····· 153
[그림 4-5] 상병으로 인한 결근일 수 및 장애급여 수급자의 추이 ····· 160
[그림 4-6] 1968-2012 장애급여수급자 추이 ····· 161
[그림 4-7] 질병별 보험가입 노동자 대비 장애급여수급률 추이 ····· 162
[그림 4-8] 2006년 질병별 장애급여수급 및 신청거부 확률 ····· 165
[그림 5-1] 스위스, 네덜란드, 스웨덴 및 OECD 평균 유급병가 관련 지출 추이 ····· 185
[그림 5-2] OECD 회원국 노동자들이 1년 중 아파서 쉰 날 ····· 187
[그림 5-3] OECD 회원국 노동자 유급병가 사용일 ····· 188

# Abstract

## Study on Sickness Benefits in Major Welfare States: Switzerland, Israel and the Netherlands

Project Head: Kim, Ki-tae

While the majority of OECD member states use social insurance to secure sickness benefits for workers, a few states regulate the employers directly pay the benefit to their sick employees: Switzerland, Israel and the Netherlands. This report analyzes the histories and current situations of the mandatory sick leave schemes in the three nations. As Korea is implementing the pilot scheme to introduce the sickness benefits, the relation between the government-implemented sickness benefits and the mandaroty sick leave is one of pivotal issues.

Switzerland and Israel have not introduced public-funded sickness benefit despite repeated previous attempts. Their mandatory sick leave are outcomes of political compromises. In the Netherlands, overuses or abuses of public sickness benefits have long been imposing financial burden on the state, which led to its welfare reform where employers took more active roles to monitor and regulate the employees' sick leave.

Key words : sickness benefit, sick leave, sick pay, Switzerland, Israel and the Netherlands, wefare state

---

Co-Researchers: Ryoo, Jina, Kang, Hee-chung, Giuliano Bonoli, Orly Gerbi, Seo, Hyojin

# 요약

서구의 복지국가들은 아픈 노동자들의 쉴 권리 보장을 위해서 19세기 후반부터 상병수당을 도입했다. 한국은 시민사회와 노동계, 학계의 오랜 요구에도 불구하고 상병수당의 도입을 오래 미뤄왔다. 그 결과, 한국은 OECD 회원국 가운데 공적인 상병수당이 없는 두 나라가 가운데 하나였다. 한국에서 업무와 관련된 상병으로 근로능력을 상실한 노동자는 산재보험의 휴업급여를 통해서 소득보장을 받지만, 업무 외 상병으로 노동이 불가능한 노동자는 사회보장의 사각지대에 오래 머물렀다. 한국의 노동자들은 상병수당 부재의 상황에서 '아파도 일하면서' 질병 악화, 소득 상실, 실직으로 이어지는 문제에 오랫동안 노출됐다.

코로나 19 범유행 상황은 정책의 창이 열리는 계기가 됐다. 열악한 사업장에서 아파도 쉬지 못하는 노동자들이 전염병 확산 상황에서 사회적인 주목을 받았다. 당시 정부는 상병수당 도입을 전격적으로 결정하는 수밖에 없었다. 상병수당 시범 사업은 2022년 7월부터 시행되고 있다. 시범사업의 결과에 따라서 본 제도의 내용이 결정될 것이다. 2025년 제도 도입을 앞두고 고려할 내용이 적지 않다. 재원 조달, 전달체계, 대기일수, 급여 수준, 급여 기간, 보험료 부과 대상, 급여 자격, 다른 소득보장제도와의 연계, 민영의료보험과의 연계, 고용보장의 문제, 기업 유급병가와의 관계 등은 여전히 정책적인 판단을 기다리고 있다.

한국은 상병수당이 부재한 자리에서 새로운 제도를 구축하고 있다. 이 과정에서 다른 국가들의 경험은 중요한 참고가 될 것이다. 스위스와 이스라엘은 국가가 조세 혹은 사회보험으로 운용하는 여타 국가들과 달리, 법정유급병가를 통해서 기업이 아픈 노동자에게 소득 상실분을 보전하는 방식을 취하고 있다. 네덜란드는 법정유급병가가 2년으로 사실상 법정유

급병가가 상병수당의 중추 역할을 담당하고 있다.

한국에서 유급병가를 법정화하는 방식은 현실적으로 고려하기 어렵다. 그러나 스위스와 이스라엘, 네덜란드의 사례 분석을 통해서, 업무 외 상병으로 아픈 노동자를 위한 국가-시장-개인 사이의 복지혼합에 대한 정책적인 함의를 찾을 수 있을 것이다.

정책적인 측면에서 주요 국가들의 상병수당 제도 운용 과정에서 시행착오, 제도 개선 및 개혁 사례를 연구함으로써, 한국의 상병수당 시범사업 운영 및 본 제도 도입 과정에서 정책적 함의를 찾고자 한다.

해외의 경험은 한국의 상병수당 도입 과정에서 발생할 수 있는 문제점들을 선제적으로 점검하고 제도적 장치를 마련하는 데 중요한 참고가 될 것이다. 학술적인 측면에서 해외의 상병수당 제도에 대한 심층 연구가 미흡했던 점을 고려하면, 다른 복지국가들의 상병수당 심층 사례 연구는 앞으로 중요한 참고자료가 될 것이다.

2장에서는 스위스의 유급병가제도를 살펴보았다. 스위스의 유급병가제도가 매우 다양한 형태를 띠기 때문에, 제도 전반을 정확하게 평가하기가 어렵다.

스위스는 상대적으로 포괄적인 복지국가이지만, 복지국가의 형성이 다른 유럽국가에 비해 많이 지연됐다. 이런 현상은 스위스의 직접민주주의와 연방주의, 그리고 둘 사이의 상호 영향 등 정치적 의사결정 구조를 참고하면 설명될 수 있다. 이렇게 장기간 복지국가가 형성된 결과, 노령, 장애 및 단기 실업 등과 같은 산업사회의 전형적인 사회적 위험을 상대적으로 잘 대응하는 복지국가가 될 수 있었다.

스위스의 복지제도에서 가장 중요한 공백은 유급병가보험이다. 몇몇 시도에도 불구하고 스위스는 의무 유급병가보험을 도입하지 못했다. 이런 실패의 결과, 유급병가제도는 계약법(contract law)의 규제 대상이

됐다. 계약법의 의무조항은 1911년에 제정됐고, 유급병가에 대한 일부 기본적인 규정을 포함하고 있다.

오늘날 유급병가제도는 스위스에서 상대적으로 분절된 정책 영역이다. 서로 다른 영역의 노동자에게 서로 다른 형태의 유급병가 규정을 적용하고 다양한 정책수단의 조합에 의존하고 있기 때문이다. 일반적으로 의무 유급병가제도는 동일한 사용자와 최소 3개월 이상 고용관계를 유지하고 있을 때만 적용된다. 자영업자는 물론, 단기간의 계약기간을 적용받는 불안정 고용상태 노동자의 유급병가는 전혀 보장받지 못할 수 있다. 이들이 상병의 상황에 대비해서 할 수 있는 것은 민간보험 가입이지만, 보험료는 상당히 높을 수 있다.

유급병가가 제공되는 다양한 방법은 다음과 같다. 첫째, 계약법의 법적 규정에 따른 병가기간 중 임금 지급(Lohnfortzahlung), 둘째, 사용자가 자발적으로 보험료를 납입하는 보험제도에 의해 제공받는 유급병가, 셋째, 단체협약에 의해 제공받는 유급병가, 넷째, 임의로 가입하는 개인소득보상보험(individual sick pay insurance)이다.

정책 수단은 이렇게 다양하다. 제도가 매우 다양하기 때문에 서로 다른 형태의 보장 내용에 관한 정확한 정보가 부족하다. 제도별 지출 금액에 대한 일부 정보는 구할 수 있다. 그렇지만 다양한 형태의 제도에 의해 보장받는 노동자의 구성비와 보장에서 제외되는 자들에 대한 중요한 정보는 전혀 없는 상황이다. 또한, 제도별 보장 수준은 물론 개인이 서로 다른 제도들을 활용하는 현황에 대한 정보도 없는 실정이다. 이런 상황 때문에 정책 당국에서 현재 상황을 평가하기가 상대적으로 어렵다.

추가해서 살펴볼 중요한 사회보장제도는 상해로 인해 유발되는 유급병가이다. 스위스에서는 상해는 업무와 관련 여부와 무방하게 질병과 별도로 보장된다. 업무상 상해에 대한 보장은 노동자에게는 의무적으로 적용

되지만 자영업자는 제외된다. 노동자의 상해로 인한 위험은 의료비와 병가 모두 사용자가 보험에 가입해서 보장해야 한다. 사용자는 정부가 운영하는 상해보험공단(SUVA) 혹은 민간 보험자에 가입해야 한다. 사용자는 주당 8시간 이상 근무하는 고용계약을 맺은 노동자에게는 업무와 관련 없는 상해도 보장해야 한다. 자영업자와 일을 하지 않는 개인은 업무와 관련 없는 상해위험을 개인적으로 보험에 가입해야 하는데, 주로 표준적인 의무건강보험에 부가하는 형태다.

다른 사회보장제도와의 조정도 문제가 있다. 장애보험은 건강 문제가 고용에 영구적인 장애가 되지 않도록 강하게 지향하고 있다. 최근의 개혁은 장기적으로 노동자가 노동시장에서 퇴장할 수 있는 심각한 건강 문제를 조기에 발견(early detection)하는 데 중점을 두었다. 장애보험기구의 역할 가운데 하나는 민간 유급병가보험과 협력하는 것이다. 그렇지만 유급병가보험이 다양한 형태를 띠기 때문에 이런 형태의 협력이 어렵다. 제도 간에 조정이 어려운 문제는 스위스 사회보장제도에서 중요한 한계다. 다른 정책 영역에서도 그런 문제가 인식되고 있지만 유급병가도 분명히 문제가 있다.

스위스 유급병가제도에 관한 전반적 평가는 좋지 않다. 가장 중요한 문제(Dupont, 2019b)는 보장에서 형평성이 결여됐다는 점, 가장 취약하고 불안정한 계층이 보장에서 제외됐다는 점, 복지제도의 다른 영역과 조정이 잘 이뤄지지 않는다는 점이며, 이는 재활훈련과 고용유지를 어렵게 하고 있다.

3장에서는 이스라엘의 유급병가제도를 검토했다. 1948년 이스라엘이 건국되고 처음 10년간 사회복지체계를 구축하였음에도 불구하고 1970년대까지 이스라엘 노동법에는 노동자가 상병으로 결근할 때의 임금 지급에 대한 규정 혹은 합의가 없었다.

일반적으로 유급병가는 상병으로 업무에 종사하지 못할 때 노동자에게 부여되는 권리이다. 법에서는 의료적 진단에 따라 노동자의 건강상태가 좋지 않아서 일시적 혹은 영구적으로 과업을 수행하지 못하는 상태를 상병으로 규정한다.

1976년 제정된 유급병가법은 일부 예외는 있지만 모든 노동자에게 적용된다. 법에 따르면 노동자는 근속기간 1개월에 1.5일(1년당 18일)의 유급병가를 부여받는다. 일정 시점에서 부여받을 수 있는 유급병가 일수는 최대 90일이다.

유급병가기간에 지급되는 금액은 다음과 같다. 첫날은 무급, 둘째 날과 셋째 날은 임금의 50%, 넷째 날부터 임금 전액이 지급된다. 사용자는 법에서 정한 것보다 더 유리하게 지급할 수 있지만 이보다 적게 지급할 수는 없다.

노동자 본인 외에도 추가적인 입법을 통해서 가족의 상병도 제도의 보호를 받게 됐다. 자녀(1993년 입법), 직계 부모 및 시부모(1993년), 배우자(1998년 및 2000년) 등 가족을 돌보기 위해 유급병가 일부를 사용할 수 있다. 자녀의 경우에는 1년에 8일까지 병가 사용이 가능하다. 한부모의 경우에는 1년 최대 한도가 16일까지 늘어난다. 부모 및 배우자의 상병에 대해서는 1년 최대 6일까지 병가 사용이 가능하다.

이스라엘의 근로기준법(employment law)은 법정 유급병가기간에는 노동자를 해고할 수 없도록 한다. 그렇지만 다른 상황에서도 아픈 노동자를 해고하는 것은 문제가 될 수 있다.

유급병가법과 규정은 이스라엘의 노동시장에서 몇가지 논점을 제공한다. 최근 쟁점 네가지를 보면, 첫째, 유급병가 신청 과정에서 의료적 인증의 개인 정보 공개의 문제다. 사용자 쪽에서는 개인의 상병 진위 및 내용을 확인하고자 하는 반면, 노동자들은 개인 정보 보호의 이유로 정보 공

개를 꺼리고 있다. 둘째, 코로나 19 상황에서 자가격리에 따른 사용자 부담 여부였다. 범유행 초기에는 사용자가 비용을 부담했지만, 법원의 판결에 따라 자가격리 기간은 유급병가에서 일부 소진하되 비용은 국가가 부담하게 됐다. 셋째 논점은 고용 종료 시점에서 일부 노동자들이 해고를 피하기 위해 유급병가의 권한을 남용한 것으로 추정된 사례에 관한 것이었다. 넷째 논점은 일부 노동조합에서 파업을 대신해서 집단적으로 유급병가를 사용하는 사례에 관한 것이었다. 3장에서는 해당 사례들에 대한 법원 판결과 근거 등을 살펴보았다.

4장에서는 네덜란드의 유급병가 제도를 살펴보았다. 네덜란드 복지국가는 제도의 구성에 있어 비스마르크식 사회보험제도와 보편적 전국민 사회보험제도가 공존한다는 점에서 사회민주주의 복지국가에 가까운 유형으로 보기도 한다. 1982년 개혁 이후에는 자유주의 복지국가 유형의 성격도 가지게 됐다. 그 결과, 에스핑-앤더슨의 세 복지국가 유형의 특징이 모두 공존하는 혼합형 복지국가로 볼 수도 있다.

네덜란드 복지국가는 주변 유럽국가들에 비해 다소 느리게 발전되었는데, 1945년 Van Rhijn Commission에서 발간한 더 나은 사회의 청사진이 현재의 네덜란드 복지국가의 틀을 형성했다고 할 수 있다. 1973년 오일쇼크 이후 1970-1980년대 네덜란드는 경제위기를 겪게 되었는데, 이는 복지국가 개혁의 시발점이 되었다. 특히, 사회보장제도 중 주요하게 논의된 제도는 노동자 상병급여와 장애급여였다. 두 급여의 수급자의 수가 노동자 규모 대비 상당히 많아서 국가의 부담이 컸기 때문이다.

이를 배경으로 1982년 중앙노조와 고용주연합은 국내기업의 경쟁력을 높이고 고용안정, 사회보장체계의 부담 완화를 중심으로 한 개혁안인 “바세나르 협정(Accord of Wassenaar)”을 발표하였다. 개혁안 중 사회보장제도의 축소는 급여수준을 낮추고 자격조건을 강화하고 노동시장으로

의 재진입을 촉진하였고, 특히 고용보험을 중심으로 개혁이 이루어졌다. 가장 중요한 개혁으로는 상병급여의 민영화로, 비용과 책임이 국가에서 고용주로 전가된 것이 있다.

유급병가 제도의 역사는 1910년 탈마(Talma)장관이 제출하여 1913년 통과된 상병급여법에서 시작한다. 1982년 개혁 이전의 상병급여는 노동자 보험의 일부로 80~100%에 달하는 높은 소득대체율, 최대 1년으로 긴 수급기간, 까다롭지 않은 자격조건이 특징이었다. 그러나 개혁 이후 노동자를 대상으로 하는 상병급여는 민영화됐다. 이에 따라 고용주가 노동자의 병가 기간 중 의무적으로 급여를 직접 지급하게 됐다. 소득대체율이 70%로 줄어들었고, 지속적으로 업무복귀를 위한 노력을 해야하는 등 수급자격 유지를 위한 조건이 다소 까다로워졌다.

네덜란드의 유급병가는 크게 두 가지로 나뉜다. 하나는 고용계약을 맺은 노동자에게 고용주가 병가에 대한 급여를 지급하는 것이고, 다른 하나는 위의 유급병가 수급자격이 없는 노동자가 질병으로 인해 일을 할 수가 없을 때 고용주들의 기여금에서 지급하는 급여이다. 전자는 민법(Burgerlijk Wetboek)에 기초하고 후자는 상병급여법(Ziektewet)에 기초한다. 전자는 유급병가, 후자는 상병급여로 지칭한다. 유급병가 및 상병급여는 최대 2년 동안 지급되며, 이후 고용보험에서 사정한 결과 노동이 어렵다고 판단되는 경우 장애급여 수급이 가능하다.

네덜란드 상병급여제도 개혁의 주요 핵심은 상병급여 및 장애급여 수급자를 줄이는 것과 이를 민영화를 통해 고용주가 급여대상자를 줄일 인센티브를 높이는 방식으로 해결한다는 점이다. 즉, 고용주가 적극적으로 업무 환경을 개선하거나 도덕적 해이 현상을 막아 급여대상자를 줄이도록 하는 방향으로 개혁이 이루어졌다. 개혁의 직접적인 성과 여부에 대해서는 이견이 있으나, 개혁 이후 2000년대에 접어들면서 상병급여 및 장

애급여 수급자의 수가 감소하고 GDP 대비 장애 제도에 드는 비용 또한 감소하였다.

이러한 제도 변경은 의도하지 않은 효과 혹은 부작용을 야기했다. 고용주에게 상병급여의 비용 부담을 전가하는 개혁 후 장애나 질병이 있는 노동자들의 고용기회가 줄어들 것이라는 우려가 지속적으로 있었다. 즉, 고용주가 비용 부담으로 인해 장애나 질병이 있는 노동자를 채용하지 않는 등의 조치를 취할 수 있다는 것이다. 자격조건이 까다로워지면서 질병이 발생했음에도 노동자가 이를 고지하는 것을 꺼려 아프고 생산성이 낮은 채로 업무에 임하는 일명 프레젠티즘을 야기할 수도 있다. 한편, 비용절감을 위해 고용주의 임시직, 용역계약 등을 포함한 비정규직 활용이 증가한 것은 여러 연구에서 발견된 바 있다.

결론에서는 세 나라 유급병가 제도의 공통점을 확인했다. 세 나라의 유급병가는 급여수준, 대기기간 등에서 급여의 관대성은 높았다. 둘째, 세 나라에서 유급병가의 급여 지급 기간은 상대적으로 짧았다. 셋째, 세 나라 유급병가 모델은 대상의 보편성에서는 일정한 한계를 노출하고 있다. 넷째, 세 나라에서 개별 사업장 단위의 유급병가를 중심으로 제도가 집행된 결과, 국가 단위의 통계가 희소했다. 그 결과 세 나라 제도의 성과를 파악하는 데는 한계가 있었다. OECD SOCX 자료를 보면, 스위스와 네덜란드는 법정유급병가로 지출한 액수가 각각 GDP의 0.4%와 1.0%였다. OECD 평균은 0.6%였고, 이스라엘의 관련 통계는 없었다. 네덜란드는 상병수당과 유급병가를 합한 전체 지출액이 1980년에 2.9%였으나 이른바 상병수당 개혁을 통해서 2019년에는 1.3%로 내려간 점이 눈에 띄었다.

세 나라의 제도 분석에 근거해서 한국의 상병수당 도입에 던지는 함의도 검토했다. 첫째, 유급병가가 유일한 혹은 중심이 되는 상병수당 모델

은 일정한 한계를 노출할 수밖에 없다. 둘째, 한국의 상병수당 도입 과정에서 아픈 노동자의 쉴 권리에 대한 법적 보장인 선결될 필요가 있다. 셋째, 한국에서 상병수당은 보편성을 확보하는 제도로 자리잡을 필요가 있다. 넷째, 기업복지로서의 유급병가와 공적 사회보장제도로서의 상병수당 사이의 조화로운 배치가 필요하다. 마지막으로, 제도의 오남용 문제에 대비한 제도적 장치도 필요하다.

**주요 용어 :** 상병수당, 유급병가, 스위스, 이스라엘, 네덜란드, 복지국가

# 제1장

## 서론

제1절 연구의 배경 및 목적
제2절 한국의 상병수당 도입 현황

# 제 1 장 서론

## 제1절 연구의 배경 및 목적

### 1. 관련 정책현안 및 연구의 필요성

2020년 7월 정부는 한국판 뉴딜 계획을 발표하면서, 상병수당 도입을 위해 시범사업을 2022년 상반기에 실시하겠다고 발표했다. 코로나 19 감염병 발생 이후 취약한 노동자들 사이에서 감염병이 집중적으로 발생한 것이 계기가 됐다. 특히, 택배 노동자, 콜센터 노동자 등이 감염병 상황에서 출근하면서 감염병이 확산의 촉매가 됐다. 이에 따라 노동자들의 '아프면 쉴 권리'에 대한 사회적인 주목도가 높아졌다.

서구의 복지국들은 아픈 노동자들의 쉴 권리 보장을 위해서 19세기 후반부터 상병수당을 도입했다. 독일이 1883년 상병수당을 도입한 것이 사회보험의 시초로 인식된다. 한국은 시민사회와 노동계, 학계의 오랜 요구에도 불구하고 상병수당의 도입을 오래 미뤄왔다. 건강보험법 50조에 사병수당에 대한 조항이 있음에도 불구하고 상병수당의 집행은 오랜 기간 미뤄졌다. 건강보험에서는 보장성 강화가 선결과제였던 점이 영향을 미쳤다.

그 결과, 한국은 OECD 회원국 가운데 공적인 상병수당이 없는 두 나라가 가운데 하나였다. 나머지 한 나라는 미국이었다. 또, 노동자가 업무 외 상병으로 아플 때, 병가가 법적으로 보장되지 않는 OECD의 두 곳 회원국 가운데 하나였다. 나머지 한 국가는 일본이었다. 상병수당과 병가라는 측면에서 볼 때, 업무 외 상병에 대한 사회안전망은 한국에서 가장 부

실했다. 이러한 여건은 코로나 감염병 상황에서 필연적으로 사회적인 문제를 낳았다.

한국에서 업무와 관련된 상병으로 근로능력을 상실한 노동자는 산재보험의 휴업급여를 통해서 소득보장을 받지만, 업무 외 상병으로 노동이 불가능한 노동자는 사회보장의 사각지대에 오래 머물렀다. 한국의 노동자들은 상병수당의 부재의 상황에서 '아파도 일하면서' 질병 악화, 소득 상실, 실직으로 이어지는 문제에 오랫동안 노출됐다.

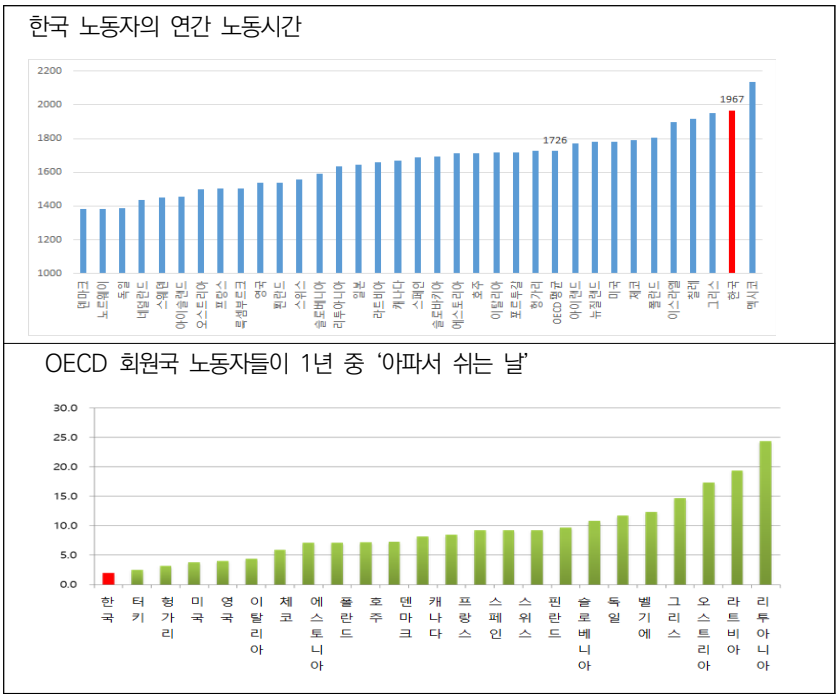
한국의 노동시간은 OECD 회원국 가운데 멕시코 다음으로 길다([그림 1-1] 참고). 반면, 1년 중 아파서 쉰 날은 이틀이다. 오스트리아 17.3일 등에 비해서 현저하게 낮게 나타났다. 일부 국가들은 공적 상병수당 대신 기업이 노동자에게 제공하는 (유급) 병가를 통해서 아픈 노동자의 소득 상실을 보전해주고 있으나, 한국에서는 유급병가를 제공하는 사업장은 7.3%에 불과하다(김수진, 김기태, 2020). 대부분의 노동자들은 사회보장의 사각지대에서 아프면 쉴 권리가 보장되지 않고 있다.

상병수당 시범 사업은 2022년 7월부터 시행되고 있다. 시범사업의 결과에 따라서 제도의 내용이 결정될 것이다. 2022년 정권 교체에 따라 시범사업의 성격도 변화했다. 2022년 7월 시작한 1단계 시범사업에서는 전체 취업자를 대상으로 시범사업이 진행됐지만, 2023년 7월부터 시작한 2단계 시범사업에서는 소득 하위 50% 취업자를 대상으로 한정했다. 초기 제도 설계 당시에는 사회보험형으로 상병수당이 구상됐지만, 정권 교체 이후 정부에서는 '기초보장형'으로 제도 도입을 검토하고 있기 때문이다.

2025년 본제도 도입을 앞두고 고려할 내용이 적지 않다. 재원 조달, 전달체계, 대기일수, 급여 수준, 급여 기간, 보험료 부과 대상, 급여 자격, 다른 소득보장제도와의 연계, 민영의료보험과의 연계, 고용보장의 문제,

기업 유급병가와의 관계 등은 여전히 정책적인 판단을 기다리고 있다.

[그림 1-1] 상병수당 부재의 상황에서 아파도 오래 일하는 한국의 노동자




자료: 김수진 외. (2020). 한국의 상병수당 도입에 관한 연구-제도간 연계와 조정을 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원

한국은 상병수당이 부재한 자리에서 새로운 제도를 구축하는 과정이다. 이 과정에서 다른 국가들의 경험은 중요한 참고가 될 것이다. 특히, 상병수당 제도가 가장 오래된 사회보장제도라는 점에서, 다른 복지국가들은 100년이 넘는 상병수당 도입 및 운용의 역사가 있다. 그 과정에서의 시행착오 및 제도 개선의 경험을 축적하고 있다. 한국은 제도 도입 후발국으로서 상병수당 제도 운용의 경험을, 전범 혹은 타산지석으로 삼을 필

요가 있다. 따라서 다른 복지국가들의 제도 운용 사례에 대한 검토가 필요하다.

물론, 제도는 국가별로 정치·경제·사회·문화적인 배경에 따라서 달리 적용되고 운용된다는 점도 염두에 둘 필요가 있다. 스위스와 이스라엘은 법정유급병가를 통해서 기업이 아픈 노동자에게 소득 상실분을 보전하도록 하는 방식을 취하고 있다. 네덜란드는 법정유급병가가 2년으로 사실상 법정유급병가가 상병수당의 주요한 역할을 담당하고 있다.

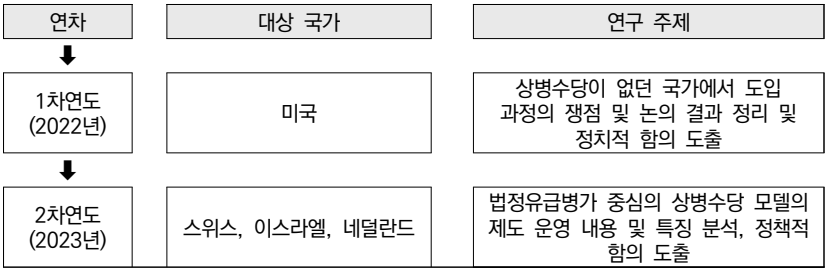
한국에서 유급병가를 법정화하는 방식은 현실적으로 고려하기 어렵다. 경영진에서 막대한 부담을 갑자기 떠안게 될 경우, 이에 대한 저항이 적지 않을 수 있다. 물론, 상병수당 도입 과정에서 사용자들의 일정한 기여가 필요한 것은 사실이다. 스위스와 이스라엘, 네덜란드의 사례 분석을 통해서, 업무 외 상병으로 아픈 노동자를 위한 국가-시장-개인 사이의 복지혼합에 대한 정책적인 함의를 찾을 수 있을 것이다.

## 2. 연구 목적

정책적인 측면에서 주요 국가들의 상병수당 제도 운용 과정에서 시행착오, 제도 개선 및 개혁 사례를 연구함으로써, 한국의 상병수당 시범사업 운영 및 본제도 도입 과정에서 정책적 함의를 찾고자 한다. 다른 복지국가들은 상병수당 운용 과정에서 노동자의 건강권, 노동권, 휴식권을 보장해왔다. 그러나 동시에 노동자들의 도덕적 해이 및 과중한 재정적인 부담의 문제에 직면한 점도 사실이다. 이를 자격요건 및 급여 기간, 급여 수준 조정 등을 통해서 개선해왔다. 해외의 경험은 한국의 상병수당 도입 과정에서 발생할 수 있는 문제점들을 선제적으로 점검하고 제도적 장치를 마련하는 데 중요한 참고가 될 것이다.

학술적인 측면에서 해외의 상병수당 제도에 대한 심층 연구가 미흡했던 점을 고려하면, 다른 복지국가들의 상병수당 심층 사례 연구는 사후 연구에서 중요한 참고가 될 것이다.

〔그림 1-2〕 1-2차연도 연구의 대상 국가 및 연구 주제




자료: 저자 작성.

이번 연구는 전체 2년차 연구의 두 번째 해 연구에 해당한다. 연구의 1차 연도인 2022년에는 미국을 대상으로 연구 수행을 완료했다. 전체 5년차 연구를 계획했으나, 외부적인 요인으로 인해서 2년 차 연구로 과제는 마무리가 됐다. 1년차 연구에서는 미국을 대상으로 심층 사례 연구를 수행했다. 미국은 매우 복잡한 상병수당 및 유급병가 제도의 조합을 운용하고 있다. 미국은 한국과 함께 OECD 회원국 가운데 국가 단위의 상병수당 혹은 유급병가 제도가 없는 두 나라다. 그러한 점에서 1년차 연구의 대상 국가가 됐다.

미국에서는 연방단위의 무급병가인 FMLA(Family Medicla Leave Act)를 집행 중이며, 개별 주 단위에서 법정유급병가를 운용하고 있다. 미국에서는 10개 주에서 법정유급가족의료휴가(Paid Family and Medical Leave)와 17개 주에서 법정유급병가(Paid Sick Leave)를 강제하고 있다.

미국은 지난 2010년대 이후 연방과 주 단위에서 유급병가를 법제화하려는 시도가 다양하게 있었다. 지난 2009년도 신종플루 감염병 발생 이후 노동자의 쉴 권리 보장에 대한 인식이 제고되면서 제도 변화를 추진한 바 있다.

미국의 사례는 법정유급병가제도를 비교적 최근에 도입했다는 점에서 한국에서 시사하는 바가 크다. 1년차 연구에서는 비교적 최근에 유급병가제도를 법제화한 두 개 주의 사례를 통해서 제도 도입 과정에서 발생하는 문제 및 정치적 타협의 경험을 연구했다.

2년차인 이번 연구에서는 스위스, 이스라엘과 네덜란드의 3개국에 초점을 맞췄다. 세 나라의 공통점은 모두 상병수당 대신 유급병가를 통해서 노동자의 쉴 권리를 보장하고, 아픈 노동자의 소득을 보장한다는 특징이다. 한국의 상병수당 도입 과정에서 기존 기업 유급병가와의 연계 및 조율이 필요한 점을 고려했다.

먼저, 스위스의 경우, 복지국가의 성격, 사회정책의 특징, 유급병가제도의 내용을 중심으로 살펴보았다. 스위스는 복지국가 유형 가운데 자유주의형 복지국가로, '자유주의 섬'으로서의 독특한 위상을 지니고 있다. 보수주의(Conservatism)의 성격이 강한 중서부 유럽국가들과 다른 특징이다. 이와 같은 성격이 법정유급병가 중심의 질서 형성의 밑바탕이 됐다.

스위스의 유급병가는 계약법에 근거한다. 이에 따라 민간기업들은 노동자의 소득상실분 가운데 일정 비율을 노동자에게 직접 지급하거나, 민간보험에 가입함으로써 보험료 부담을 지는 방식을 취한다. 이번 연구에서는 스위스의 유급병가제도의 역사적인 경로를 점검하고, 현재 제도가 작동하는 방식과 내용 및 효과를 파악한다.

이스라엘 사회정책의 특징 및 유급병가제도도 살펴본다. 이스라엘의 법정유급병가제도의 성격을 이해하기 위해서, 제도의 기반이 되는 정치·

경제·사회·문화적인 맥락을 이해할 필요가 있다. 이스라엘은 개별 기업단위에서 제공되던 유급병가의 최소 기준을 정하는 유급병가법(Sick Pay Law)을 제정하고 이를 개별 기업에 강제하는 독특한 제도 운영 방식을 취한다. 이스라엘에서 유급병가법이 제정, 집행, 확장되는 과정에서 국가, 기업, 노동 사이에서 이뤄진 협의와 타협의 내용을 점검하고, 제도의 내용 및 효과를 파악하고자 한다.

세 번째 대상 국가인 네덜란드 역시 복지국가의 성격, 사회정책의 특징, 유급병가제도의 내용을 점검했다. 네덜란드의 복지국가는 '네덜란드병'이라는 오명을 가질 정도로 경제·사회적 문제를 겪어 왔으나 일련의 복지개혁을 통해서 이를 극복하는 과정을 거쳤다. 앞의 두 나라가 일종의 '저발전'의 맥락에서 유급병가의 특징을 파악할 수 있다면, 네덜란드는 사회보장의 성숙 과정에서 나타나는 문제점을 해결하기 위해서 유급병가제도를 개혁한 사례로 볼 수 있다.  네덜란드의 제도 개혁 과정에서 사회적 대화 당사자들의 이해 조정 과정은 한국에서 정책적인 함의가 클 것으로 판단된다.

이번 연구를 위해서 연구진은 지난 6월말에 이스라엘 현지 출장을 다녀왔다. 이 과정에서 이스라엘 복지국가 및 사회정책의 특징에 대해서 John Gal 교수의 자문을 6월 27일(화)과 6월 30일(금) 두 차례에 걸쳐 받았다. Gal 교수의 일정 때문에 두 차례의 면담이 불가피했지만, 이스라엘 출장 과정에서 생긴 의문에 대해서 추가적인 자문을 받을 수 기회이기도 했다. Gal 교수의 자문 내용은 보고서 본문에 상당 부분 반영됐다. 또 이스라엘 현지에서 유급병가가가 집행되는 내용을 파악하기 위해서 현지 LG전자 법인에서 노무 담당자로 일하는 Sivan Arad씨를 만나서 인터뷰를 진행했다. 또한, 이번 연구의 공동연구진인 Orly Gerbi 변호사를 만나서 연구 진행에 대한 협의를 진행했다. 마지막으로 이스라엘의 민주노

총격인 Histadrut을 방문해서 현지 대외협력담당국장인 Avital Shapira, 사회보장 담당 상근 변호사인 Galis Steinberg, Anaty Yahav를 만나서 노동조합 입장에서 바라본 유급병가의 현황에 대해서 청취했다. 특히, Steinberg 변호사는 이스라엘 관련 장에서 노동조합의 입장에 관한 원고를 추가로 작성했고, 보고서에서 그 내용을 인용했다.

〈표 1-1〉 이스라엘 유급병가 관련자 인터뷰 개요

| 날짜 | 내용 | 인터뷰 대상 |
|---|---|---|
| 6월 27일(화)<br>6월 30일(금) | -이스라엘 복지국가의 특수성과 상병수당의 관계 | - John Gal 교수<br>(Hebrew University of Jerusalem) |
| 6월 28일(수) | -기업의 유급병가 담당자 인터뷰 | - Sivan Arad<br>(LG 이스라엘 법인) |
| | -이스라엘 유급병가의 현황과 법적 쟁점 | - Keren Assaf, Orly Gerbi<br>(Herzog Fox & Neeman 로펌) |
| 6월 29일(목) | -이스라엘 유급병가 운영의 특성과 이해관계 조정(노조의 역할 중심) | - Avital Shapira (Histadrut)<br>- Galis Steinberg (Histadrut)<br>- Anaty Yahav (Histadrut) |

자료: 저자 작성.

## 제2절 한국의 상병수당 도입 현황

### 1. 논의 배경과 국내 여건

2020년 코로나 19의 범유행을 계기로 우리 사회는 아픈 노동자가 고통을 참고 출근하는 선택이 덕목이 아니며 사회 안전을 위협하는 위험 행동임을 각성하게 됐다. 돌이켜 보면, 2020년 COVID-19의 세계적 유행이 우리 사회를 강타하기까지 우리는 여러 번의 위기 속에서 미래를 준비할 기회가 있었다. 일반 감기를 유발하는 원인 중 하나로만 알았던 코로

나 바이러스가 2002년 중증 급성 호흡기 증후군(Severe Acute Respiratory Syndrome: SARS), 2015년 중동 호흡기 증후군(Middle East Respiratory Syndrom, MERS)을 거쳐 여러 변이를 형성하는(김은중, 이동섭, 2020) 과정이 그러했다. 세계보건기구(WHO, 1946)는 건강을 "단지 질병이 없는 상태를 의미할 뿐 아니라 신체적, 정신적, 사회적으로 안전한 상태"라고 정의하고 있다. 질병으로 인해 일을 못 하고 소득이 중단되어 건강은 계속 나빠지고 가계는 더 빈곤해지는 악순환의 사회적 위험에 대비하는 것이 질병의 불확실성과 부(-)의 외부효과에 대비하는 사회적 대응체계의 필요성을 인식시켰다. 과거 경제적 호황을 앞두고 도입된 한국의 건강보험은 의료비 감면 중심으로 제도가 설계되었고 질병으로 인한 실직, 소득중단으로 인한 사회적 위험의 대응은 온전히 개인의 능력에 맡겨왔다.

2020년 7월 14일 비상경제회의는 디지털 뉴딜, 그린 뉴딜, 안전망 강화의 3개 분야로 구성된 한국판 뉴딜 종합계획을 발표했다. 상병수당은 고용·사회안전망 강화 사업 중 하나로 포함되면서 공식적인 정책 의제가 되었다(강희정, 2021). 이어 보건복지부는 2020년 7월 20일 업무 외 상병으로 일을 하지 못하게 되는 경우 치료비 지원을 통해 의료보장성을 강화할 뿐 아니라 치료받는 동안 소득상실을 보전하여 건강보장체계를 완성한다는 목적을 명시하며 상병수당 도입 추진을 공식화했다(강희정, 2021). 이는 국민건강보험법 제50조(부가급여)에 근거하여 전 국민을 포괄하고 있는 건강보험을 활용하는 접근이었다(강희정 외, 2022).

코로나-19 상황에서 아픈 노동자는 의사의 진단을 받기까지 사람과 접촉을 피하고 집에서 휴식을 취하도록 요구받았다. 그러나 노동자가 실업과 소득 상실에 대한 걱정이 크다면 아파도 참으며 출근할 수밖에 없었다(이효상, 정대연, 2020.6.22.). 만약, 실업과 소득 상실의 걱정 없이, 개

인 휴가도 소비하지 않고, 질병 치료를 목적으로 하는 별도의 휴가가 보장된다면, 치료와 휴식의 선택은 사회 안전을 위한 의무가 될 수 있을 것이다.

문제는 회사에서 이러한 병가를 보장받는 노동자가 전체 노동자의 절반이 되지 않는다는 것이다. 공무원은 업무 관련성과 관계없이 질병과 부상(이하 상병) 기간에 휴가와 소득을 보장받지만, 일반 노동자는 사업장 취업 조건에 따라 개인 상병과 관련된 보장 여부와 수준이 달라진다(강희정 외, 2021a). 더구나 자영업자를 포함하는 비임금노동자는 고용주를 특정하기 어렵거나 불가능하여 원천적으로 휴가와 소득을 보장받는 제도가 부재하다(강희정 외, 2021a).

상병수당의 도입은 고용주의 역할을 공적 주체가 대신하여 치료기간 일부 소득을 보장해주는 공공의 프로그램을 만드는 데 목적이 있다. 여기서 핵심은 일자리 형태, 사업장 규모, 고용 형태에 상관없이 모든 일하는 국민이 아프면 의사 진료를 우선 선택하도록 사회적 안전장치를 마련하는 것이다.

강희정 외(2021a)에 따르면, 전국에 거주하는 만 19~74세 8,000명, 취업자 7,000명과 비경제활동 인구 및 실업자 1,000명을 대상으로 온라인 설문조사 실시 결과, 임금노동자 중 사업장에 유급 질병휴가/휴직이 있다고 응답한 비율은 42.2%, 무급의 질병휴가/휴직이 있다고 응답한 비율은 47.4%였다.

한국노동패널 23차 연도(2020년) 자료를 분석한 결과, 업무 외 상병에 대한 휴가(병가) 제공률에서 사업장 종사자 규모, 종사상 지위, 노조 유무에 따른 자격 격차가 확인된다(강희정 외, 2022). 정규직, 상용직, 전일제인 경우에 병가 제공률이 비정규직 등 반대의 경우보다 3배 가까이 더 높았다. 노조가 있는 경우는 병가 제공률이 85.7%에 이르렀다.

〈표 1-2〉 고용 형태와 종사상 지위, 근로시간에 따른 병가 제공률

| 구분 | 고용 형태 | | 종사상 지위 | | | 근로시간 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 정규직 | 비정규직 | 상용직 | 임시직 | 일용직 | 전일제 | 시간제 |
| 유급 연차휴가 | 78.5% | 26.6% | 74.5% | 24.5% | 5.5% | 67.4% | 14.4% |
| 병가 | **54.4%** | **14.7%** | **51.1%** | **12.5%** | **2.0%** | **45.4%** | **8.4%** |

자료: 강희정 외, (2022). 한국형 상병수당 시범사업 1차 평가 및 본 제도 운영방안. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원. p.6.

한국은 OECD 회원국 중 8번째로 자영자 비율(23.4%)이 높다. 이들에게는 감염병 발생 시 임금노동자에 대한 유급병가와 같은 제도가 없다. 이들에 대해 고용주를 대신하는 공공 프로그램이 작동하지 않는다면, 이들은 상병에 있어서 거대한 제도적 사각지대에 놓이게 된다(OECD, 2023).

노동자의 병가 접근성은 사업장 규모에 따라서도 큰 차이를 유지하고 있다. 5인 미만 사업장에서의 병가 적용률은 2020년에 비해 2021년에 다소 증가했지만, 여전히 1,000인 이상 사업장 대비 1/7 수준, 전체 대비 1/4 수준에 불과했다. 사업장 규모가 증가할수록 유급병가 접근성이 비례적으로 증가하는 경향이 고착되고 있으며, 더구나 천명 이상 사업장에서 병가 적용률은 2018년 대비 감소하고 있다.

〈표 1-3〉 사업장 규모별 질병휴가(병가) 적용 임금노동자 비율의 연도별 변화

(단위: %)

| 구분 | 병가 혜택 | | | |
|---|---|---|---|---|
| 사업장 규모 | 2018년 | 2019년 | 2020년 | 2021년 |
| 1~4인 | 8.3 | 5.5 | **6.6** | **8.9** |
| 5~9인 | 19.3 | 17.8 | **19.3** | **18.5** |
| 10~29인 | 28.0 | 29.9 | **29.3** | **31.6** |
| 30~99인 | 41.0 | 40.2 | **44.1** | **42.2** |
| 100~299인 | 54.4 | 54.8 | **50.0** | **48.7** |
| 300~999인 | 58.6 | 59.5 | **64.8** | **59.5** |
| 1000인 이상 | 69.1 | 70.3 | **61.7** | **65.2** |
| 합계 | 36.4 | 36.0 | **35.5** | **36.0** |

주: 2018년 통합가중치 적용, 병가 혜택은 본인이 사용할 수 있다고 응답한 비율임.
자료 : 강희정 외, (2022). 한국형 상병수당 시범사업 1차 평가 및 본 제도 운영방안. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원. p.727

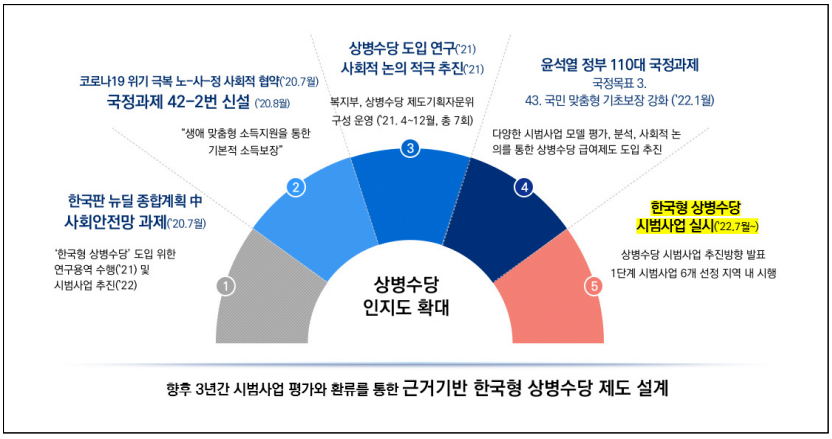
## 2. 한국형 상병수당 시범사업 운영 현황

### 가. 추진 경과

한국형 상병수당의 도입은 국민건강보험법 부가급여 50조[1]에 근거하여 추진되었다. ‘21년 보건복지부는 제도 모형별 상병수당 대상자의 규모, 평균 지원 기간, 소요 재정 등 정책 효과를 비교·분석하고, 원활한 사회적 논의를 위한 실증 근거 및 사례를 축적하기 위한 시범사업의 모형을 개발하고 평가 계획을 수립하는 연구를 한국보건사회연구원에 위탁했다. 2022년 7월부터 시행을 앞둔 한국형 상병수당 1단계 시범사업은 건강보험과 같은 보편적 기여-급여 체계를 염두에 두고 설계되었다.

1) 건강보험법 50조(부가급여)에 따르면, “공단은 이 법에서 정한 요양급여 외에 대통령령으로 정하는 바에 따라 임신·출산 진료비, 장제비, 상병수당, 그 밖의 급여를 실시할 수 있다. 〈개정 2013. 5. 22.〉”

[그림 1-3] 상병수당 시범사업 추진 경위




자료: 강희정 외, (2022). 한국형 상병수당 시범사업 1차 평가 및 본 제도 운영방안. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원. p.11

이후 2022년 5월 출범한 윤석열 정부는 110대 국정과제와 2023년 기획재정부 예산안을 통해 상병수당 제도 혜택의 필요성과 시급성이 상대적으로 높은 저소득·취약계층 노동자로 적용대상을 제한하는 식으로 방향을 전환했다. 국정과제 실행을 위해 질병으로 인한 소득 상실의 영향이 더 크게 작용할 경제적 취약계층에 대한 공공부조 모형이 2단계 시범사업 모형으로 추가되었다. 2022년 7월부터 보편적으로 대상 제한 없이 상병수당을 적용하는 모형의 시범사업이 추진되었다면, 2023년 7월부터는 소득과 재산 수준으로 적용대상을 제한하는 선별모형의 2단계 시범사업이 진행 중이다. 2024년 7월부터 적용될 3단계 시범사업도 국정과제 방향에 맞추어 선별모형 적용의 지역 확대 또는 모형 수정이 예상된다.

[그림 1-4] 정부의 국정과제 및 2023년 예산의 상병수당 시범사업 내용

〈 (참고) 윤석열정부 110대 국정과제 43번 (제20대 대통령직인수위원회, 2022.5) 〉
◇ (국정목표 3) 따뜻한 동행, 모두의 행복한 사회, 43. 국민 맞춤형 기초보장 강화(복지부)

| | |
|---|---|
| 과제목표 | 상병, 실직 등 다양한 위기상황에도 안심할 수 있는 소득안전망 구축 |
| 주요내용 | - (위기대응 지원 강화) 갑작스러운 위기 시 긴급소득지원을 대폭 강화하고, 상병으로 인한 소득상실에 대응하여 상병수당 급여 도입 추진<br>- 상병수당 급여 시범사업을 통한 다양한 모델의 평가, 분석 및 폭넓은 사회적 논의를 바탕으로 상병수당 급여제도 도입 추진 |
| 기대효과 | 의료급여 및 긴급복지 강화, 상병수당 급여 지원을 통한 국민의 소득 불안 완화 |

〈 (참고) 2023년 예산안 (기획재정부, 2022.8, p.13) 〉
◇ (보건·복지) 소득, 고용, 주가 안전망 확충으로 저소득·취약계층 보호 확대
◇ 두꺼운 사회안전망 구축을 위해, 의료비 지원을 목적으로 가구소득 대비 과도한 의료비 지출시 지원되는 재난적의료비 사업 지원요건을 완화하고 상병수당 시범사업 확대

| | |
|---|---|
| 재난적의료비 | (의료비 기준) 연소득 15→10% 초과, (재산 기준)5.4→7억원, (한도) 年 3→5천만 |
| 상병수당 | - 소득 5분위 이하 계층 대상의 2단계 시범사업 3개소 확대(6→9개소)<br>- 2단계 시범사업은 선별형(소득 하위 50% 이하)으로 운영 |

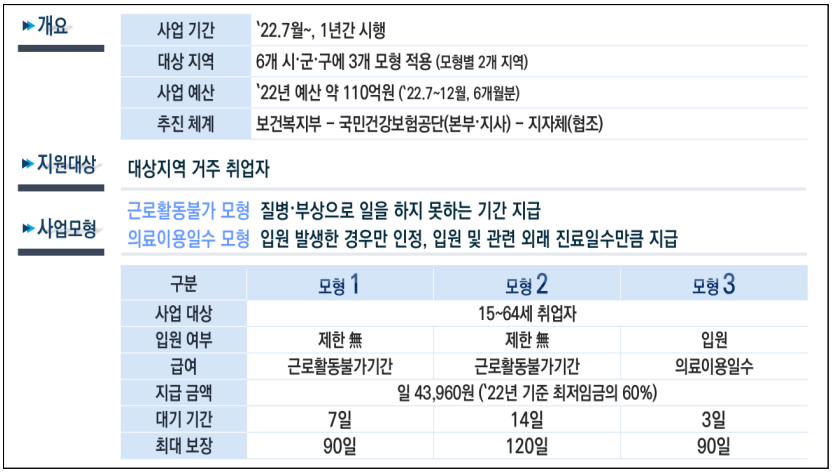
자료: 20대 대통령직인수위원회. (2022). 윤석열 정부 110대 국정과제. 서울: 20대 대통령직인수위원회; 기획재정부. (2022.8.30.). 2023년 예산안. 기획재정부 보도자료. p.13.

## 나. 상병수당 1단계 시범사업[2)]

1단계 시범사업은 상병수당의 보장범위(요양방법 제한 여부, 대기기간, 최대보장일수 등)에 차이를 둔 3개 모형으로 운영 중이다. 1단계 시범사업에는 서울 종로구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전남 순천시, 경북 포항시, 경남 창원시 등 6개 지역에서 참여하고 있다.

2) 보건복지부 보도자료(2022.1.19.) 내용을 발췌하여 정리함.

〔그림 1-5〕 상병수당 1단계 시범사업 모형



| ▸개요 | | |
|---|---|---|
| | 사업 기간 | '22.7월~, 1년간 시행 |
| | 대상 지역 | 6개 시·군·구에 3개 모형 적용 (모형별 2개 지역) |
| | 사업 예산 | '22년 예산 약 110억원 ('22.7~12월, 6개월분) |
| | 추진 체계 | 보건복지부 – 국민건강보험공단(본부·지사) – 지자체(협조) |
| ▸지원대상 | 대상지역 거주 취업자 | |
| ▸사업모형 | 근로활동불가 모형 | 질병·부상으로 일을 하지 못하는 기간 지급 |
| | 의료이용일수 모형 | 입원 발생한 경우만 인정, 입원 및 관련 외래 진료일수만큼 지급 |

| 구분 | 모형 1 | 모형 2 | 모형 3 |
|---|---|---|---|
| 사업 대상 | 15~64세 취업자 | | |
| 입원 여부 | 제한 無 | 제한 無 | 입원 |
| 급여 | 근로활동불가기간 | 근로활동불가기간 | 의료이용일수 |
| 지급 금액 | 일 43,960원 ('22년 기준 최저임금의 60%) | | |
| 대기 기간 | 7일 | 14일 | 3일 |
| 최대 보장 | 90일 | 120일 | 90일 |

자료: 보건복지부. (2022.1.19.). 아픈 근로자의 쉼과 소득보장을 위한 상병수당 시범사업 추진한다. 12p. 보건복지부 보도자료.

시범사업은 모든 상병을 대상으로 보장한다. 단, 미용 목적의 성형 등 질병 치료나 필수 기능 개선을 위한 진료가 아닌 경우이거나, 검사 또는 수술 없이 단순 증상만 있는 경우 등은 지급대상에서 제외한다. 또한 고용보험 및 산재보험, 생계급여, 긴급복지 등 타 사회보장제도와 중복수급은 허용되지 않는다. 법정 유급병가 등이 보장되는 공무원·교직원, 자동차 보험 적용자, 해외 출국자 등도 제도의 형평성을 고려하여 상병수당 지급 대상에서 제외된다. 아울러, 상병수당 시범사업 지원 대상의 기본자격은 ①시범사업 지역에 거주하거나 시범사업 지역 내 사업장에 근무하면서 ②15세 이상 65세 미만의 ③대한민국 국적자이다. 취업자 기준은 ①건강보험 직장가입자이거나, 건강보험 지역가입자·피부양자 중 근로·사업소득이 확인되는 ②고용보험 또는 산재보험 가입자, ③자영업자[3]이다.

3) 사업자로 등록하였으며, 직전 3개월 평균 매출 201만원 이상인 자

상병수당 시범 사업에서 우선적 수급 조건은 노동자의 건강 상태와 일자리에서의 근로활동 수준을 고려한 의사의 '근로활동불가기간'을 담은 진단서 발급이다. 이를 바탕으로 건강보험공단이 의료인증심사를 완료하면, 결정된 기간은 노동자가 가정에서 요양하더라도 병원 입원 여부와 관계없이 상병수당을 받을 수 있다. 1단계 사업에서 '근로활동불가 모형'과 '입원일수만 수당을 지급하는 의료이용모형'을 모두 운영하고 있다.

1단계 시범사업의 결과를 살펴보겠다. 2022년 말까지 시범사업 지역에서 총 3,856건 상병수당이 신청되었고, 2,928건에서 급여가 지급됐다. 평균 지급일수는 18.4일, 평균 지급금액은 815,000원이었다. 수급자의 주요 특성으로는 직장 가입자 72.3%(2,116명), 50대 39.1%(1,144명), '목, 어깨 등 손상 관련 질환' 32.0%(937건)로 가장 많은 분포를 차지했다.

〈표 1-4〉 직장가입자 건강보험료 분위별 현황

| 구분 | 1분위 | 2분위 | 3분위 | 4분위 | 5분위 | 6분위 | 7분위 | 8분위 | 9분위 | 10분위 | 계 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 월소득 (만원) | ~150 | 150~ 192 | 192~ 214 | 214~ 249 | 249~ 289 | 289~ 340 | 340~ 415 | 415~ 524 | 524~ 715 | 715~ | |
| 인원(명) | 282 | 248 | 194 | 201 | 182 | 147 | 171 | 97 | 38 | 18 | 1,578 (100%) |
| 계 | 1,107명 (70.2%) | | | | | 471명 (29.8%) | | | | | |

주: 1) '22.11.30 기준 상병수당 신청자를 대상으로, '22.6.30 기준의 자격 및 보험료 발췌
2) 1분위 : 소득 하위 10%, 10분위 : 소득 상위 10%
자료: 보건복지부. (2023.1.31.). 상병수당 2단계 시범사업 추진. 보건복지부 보도자료. p. 2.

특히, 1단계 상병수당 신청자의 소득 분포를 보면, 직장가입자의 소득 하위 50%가 전체의 70.2%를, 100인 미만 사업장 노동자가 69.2%를 차지하고 있었다. 상대적으로 소득 하위 50%와 소규모 사업장 노동자의 신청 비율이 높았다.

〈표 1-5〉 사업장 규모별 현황

| 구분 | 5인 미만 | 5~15인 미만 | 15~50인 미만 | 50~100인 미만 | 100인 이상 | 계 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 인원(명) | 391 | 282 | 408 | 204 | 572 | 1,857 (100%) |
| 계 | 1,285명(69.2%) | | | | (30.8%) | |

주: 1) '22.12.31. 기준, 최초 신청자 중 건강보험 직장가입자 발췌
자료: 보건복지부. (2023.1.31.). 상병수당 2단계 시범사업 추진. 보건복지부 보도자료. p. 2.

## 다. 상병수당 2단계 시범사업[4)]

상병수당 2단계 시범사업은 소득 하위 50% 취업자를 대상으로 공모를 통해 선정된 경기 용인시, 안양시, 대구 달서구, 전북 익산시에서 운영되고 있다. 1단계 시범사업과 대체로 동일하게 운영되며, 2단계 시범사업 역시 고용주로부터 유급병가가 보장된 노동자는 해당 유급병가와 중복 수급은 불가하며 유급병가 소진 후 상병수당을 신청할 수 있다.

단, 2단계 사업은 신청 자격에서 소득과 재산 기준의 제한을 두고 있는 것에서 차이점이 있다. 대상자 선정을 위한 소득 및 재산 기준은 ①기준중위소득 120% 이하이면서 ②가구 재산은 7억 원 이하여야 하며, 가구합산 건강보험료로 소득을 판정할 예정이다. 기준중위소득 100% 이하로 설정 시 미취업자를 다수 포함하게 되므로, '취업자 중 소득 하위 50%'에 해당하는 '기준 중위소득 120%'가 적용되고 있다. 또한 2단계 시범사업 적용 대상을 소득기준으로 제한하기 때문에 소득 공백으로 인한 생계 어려움에 더 어려움을 겪을 수 있을 것으로 보아 1단계 모형과 비교하여 비교적 짧은 대기기간을 적용하고 있다. 대기기간은 질병으로 인한 소득공백에 대한 책임을 국가, 기업, 개인이 분담하여 제도의 건전한 운영을 담보하

4) 보건복지부 보도자료(2023.1.31.) 내용을 발췌하여 정리함.

려는 취지를 담고 있다. OECD 국가들의 경우 3일~26주의 대기기간을 유급병가 등과 연계하여 운영하고 있다. 1단계 모형에서는 고용주의 유급병가와 연계할 수 있도록 14일의 대기기간 모형을 운영하였으나 2단계 사업에서는 3일과 7일의 대기기간 모형만 운영하고 있다. 아울러 최대보장일수는 대기기간이 7일인 경우는 연간 최대 120일, 3일인 경우는 연간 최대 90일이 적용된다.

〈표 1-6〉 1단계와 2단계 시범사업의 비교

| 구분 | 1단계 ('22.7~) | | | 2단계 ('23.7~) | |
|---|---|---|---|---|---|
| 모형 | 근로활동불가 (모형1) | 근로활동불가 (모형2) | 의료이용일수 (모형3) | 근로활동불가 (모형4) | 의료이용일수 (모형5) |
| 대기기간 | 7일 | 14일 | 3일 | 7일 | 3일 |
| 최대보장기간 | 90일 | 120일 | 90일 | 120일 | 90일 |

자료: 보건복지부. (2023.1.31.). 상병수당 2단계 시범사업 추진. 보건복지부 보도자료. p. 5.

### 라. 운영 실적[5)]

세부적인 분석 결과는 보다 많은 수급 정보가 누적, 구축되어야 신뢰성을 갖겠지만, 복지부는 2022년 7월 사업 시행 이후 1년간의 실적을 다음과 같이 발표했다(보건복지부, 2023.7.2.).

1단계 사업에서 수급이 결정된 주요 질환은 '목·어깨 등 손상 관련 질환(S상병)'이 1,794건(29.9%), '근골격계 관련 질환(M상병)'이 1,693건(28.2%), '암관련 질환(C상병)'이 1,118건(18.6%) 순이었다.

대기기간이 14일로 가장 긴 모형2는 비교적 중증질환인 '암관련 질환

5) 보건복지부 보도자료(2023.7.2.)에서 관련 내용을 발췌하여 재정리함.

(C[6]상병) 비중이 28.8%로 다른 모형에 비해 높았다. 신청자의 취업자격을 살펴보면, 건강보험 직장가입자는 3,300명(74.2%), 자영업자 803명(18.1%), 고용·산재 보험 가입자 343명(7.7%)으로 직장가입자의 참여가 많았으며, 직종별 현황은 사무직 비율은 26.3%, 비사무직 비율은 73.7%로 비사무직[7] 참여 비율이 높았다. 또한, 신청자의 연령은 50대가 39.1%로 가장 많고, 40대(23.5%), 60대(20.1%), 30대(12%), 20대(5.2%), 10대(0.1%) 순으로 고연령층인 50~60대가 전체 신청자의 약 60%를 차지하였다.

시범지역 내 사업을 인지하고 있거나 참여하는 의료기관의 수가 많을수록 제도에 대한 환자의 접근 가능성이 높아질 것이다. 환자와 빠른 접점에 있는 의료기관에 대한 제도 안내와 참여 독려가 매우 중요하다. 보건복지부와 운영기관인 건강보험공단은 참여의료기관을 지원하기 위하여 의료인증 가이드라인을 개발하고 지속적으로 갱신하고 있다. 관련하여 2023년 7월부터 상병수당 신청용 진단서 발급 비용은 건당 1만 5천 원에서 2만 원, 연구지원금은 인당 2만 원에서 3만 원으로 인상되었다.

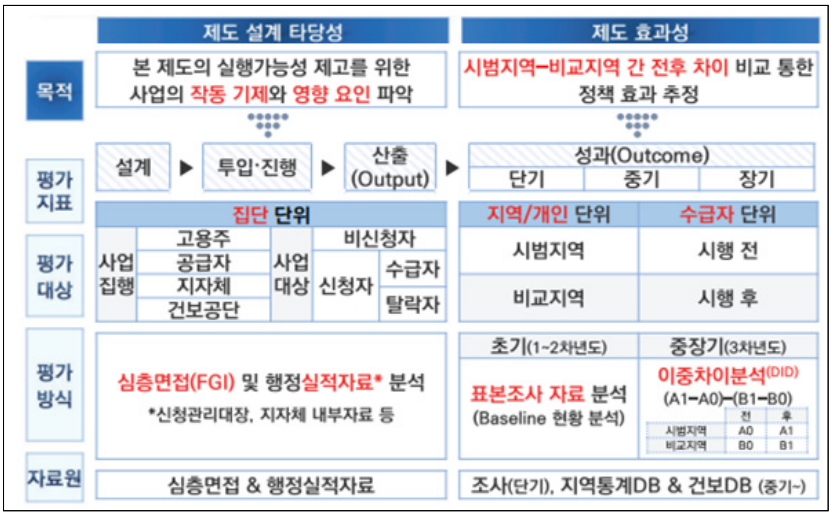
## 3. 향후의 과제

시범사업의 운영은 고유한 정책 환경에서 최적의 제도 설계를 위한 사전 정보를 확보하는 데 의미가 있다. 이를 위해 사전적으로 수행된 연구를 기반으로 국제적 동향과 국내 현황에서 구상 가능한 다양한 시나리오를 가정하고 시범사업 설계에서 차별적인 모형을 구성·적용하고 있다. 시범사업 기간 단계별로 다른 모형을 적용함으로써, 신청자의 특성, 운영

6) 8차 한국표준사인질병분류 질병분류기호(KCD코드)
7) 육체노동·운반, 운전, 청소·관리, 건설, 수작, 장비 설치·수리 등 포함

경험, 제도 성과에 대한 통찰은 한국의 고유한 환경에 적합한 제도 설계를 가능하게 할 것이다.

〔그림 1-6〕 한국형 상병수당 시범사업의 평가 틀




자료: 강희정 외. (2021b). 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구 Part 3. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원. p.317.

사전에 수립된 평가 계획에 따라 단계적 시범사업의 성과를 평가하기 위한 조사가 이루어지고 있다. 상병수당 시범사업 평가는 사전적 설계의 장기 정책 실험이라는 측면에서도 의미가 있다. 다년간의 노력이 좋은 제도 설계의 근거로 전환될 수 있도록 평가 계획이 변경 없이 진행되는 것이 무엇보다 중요하다. 성과 평가 방법을 보면, 이중 차이(difference in difference) 분석을 위해 지역 선정 후 가장 유사성을 갖는 비교지역을 선정하여 사업 전의 경험과 사행 후의 경험에 대한 연 단위 반복조사가 동시에 진행되도록 하고 있다. 2단계 사업에 대해서도 별도의 비교 지역 선정을 통해 모형별 성과 평가 준비를 진행하고 있다. 아울러, 사업의 운

영은 평가 방법을 유지하는 틀 내에서 보건복지부를 중심으로 건강보험공단, 연구기관이 상호 협의하며 진행하고 있다.

본제도 설계를 위한 내용적인 측면에서 보면, 시범사업을 통해 사회적으로 필요하고 수용 가능한 적용대상의 범위 설정이 핵심 쟁점이라고 할 수 있다. 시범사업의 경험이 이를 위한 근거를 제공하도록 해야 할 것이다. 현재의 과제는 시범사업이 충실하게 시행되어 의미 있는 평가 결과를 얻도록 집중하는 것이다. 근거가 강건해야 향후 생산적이고 발전적인 사회적 논의를 기대할 수 있다. 제도 초기의 성과는 홍보가 좌우하는 만큼 시범사업 지역 내 인지도와 참여도를 높일 필요가 있다. 시범사업의 평가가 한국의 고유한 상황에 적합한 제도 설계의 근거로 활용될 수 있도록 노력할 필요가 있다.

# 제2장

## 스위스의 법정 유급병가

제1절 서론
제2절 스위스의 사회정책
제3절 유급병가제도의 역사
제4절 유급병가제도의 현황
제5절 제도의 성과
제6절 맺음말

# 제 2 장 스위스의 법정 유급병가

## 제1절 서론

스위스의 유급병가제도는 다소 복잡하고 분절된 정책 영역이다. 다른 유럽국가와 달리 스위스는 사회보험에 기초한 의무유급병가제도를 도입한 적이 없다. 일부 유급병가 관련 사회보장제도가 존재하지만 내용과 제공하는 보장의 질 측면에서 서로 다르다. 유급병가제도는 사용자, 민간보험회사, 이해관계자들 및 연방정부와 같은 관련 기구들이 참여하면서 다소 분절된 형태를 나타낸다. 이에 따라, 서로 다른 영역의 노동자들이 누리는 유급병가 보장제도들은 상당히 불공평하다.

제도가 상당히 분절되었기 때문에 전반적으로 어떻게 제도가 운영되는지에 대해 정확하게 평가하기 어렵다. 이 문제는 서로 다른 주정부 기구가 서로 다른 제도에 대해 감독한다는 점에 의해 가중되며, 그에 대한 통계를 구할 수 없다. 예를 든다면 서로 다른 제도에 의해 보장받는 노동자의 숫자, 적격 요건 미달자, 적용 제외자 등에 대한 통계가 없으며, 제도의 적용을 받는 집단에 대한 보장의 질에 대한 통계도 구할 수 없다. 스위스의 유급병가는, 놀랍게도, 여전히 미지의(unchartered) 영역이다.

유급병가에 대한 통계를 구할 수 없다는 점은 정책 당국자가 제도의 전반적인 질과 적정성을 평가하기 매우 어렵다는 것을 의미한다. 그 결과, 평가 결과는 상반된다. 제도가 완벽하지는 않지만 합리적으로 잘 작동하고 있다고 연방정부는 주장한다(Swiss federal government, 2009). 근거는 유급병가제도의 거대한 공백지대와 관련한 문제점이 드러난다는 증거가 없다는 점이다. 다른 주요한 이해당사자들은 정부의 의견에 동의하

지 않는다. 노조와 사회민주당이 대표적이다. 이들은 과거 수십 년간 의무적인 유급병가보험을 도입하려고 시도했었다. 사회부조제도를 담당하는 정책담당자들도 정부의 공식적인 입장에 동의하지 않을 것이다. 이들은 유급병가보험의 공백으로 인해 사회부조의 수혜율이 높아지고 있다고 불만을 표현해 왔기 때문이다(Schorderet, 2016). 적정한 유급병가제도가 없기 때문에, 아파서 일할 수 없는 노동자들이 사회부조에 의존할 위험이 상대적으로 크다. 이는 사회부조에 대한 높은 지출을 초래하고, 상병 때문에 직업을 잃는 자들에게 충분하지 않은 지원을 의미한다. 최후의 사회안전망인 사회부조는 건강 문제에 직면한 노동자를 돕는 데 필요한 정책적 노하우를 갖추지 않고 있다.

이러한 문제점은 사회보험제도와 사회부조의 조정과 관련해서 추가적으로 중요한 의제를 낳는다. 유급병가제도는 사회보장제도의 핵심적인 구성요소이다. 유급병가는 단기간 질병에 대응하기 위한 것이지만, 장기화할 수 있는 심각한 건강 상황에 대해 제공되는 첫 번째 형태의 사회보장이기도 하다. 이런 측면에서 유급병가제도는 다른 제도, 특히 장애보험은 물론 실업보험과 사회부조와도 연계돼야만 한다.

아래에서 보겠지만 제도간의 연계·조정은 스위스 사회보장의 문제점이다. 분절화한 유급병가제도와 다른 사회보장제도와의 연계·조정은 더욱 어려운 문제다.

스위스 유급병가제도의 다른 특이점도 있다. 스위스 법은 건강과 관련해서 일을 할 수 없는 원인인 질병과 상해에 차이를 두고 있다. 이 차이는 산업재해에 대한 보상이 아주 일찍 도입된 사회정책의 초기 단계까지 거슬러 간다. 그렇지만 이 차이점은 아직도 노동자에게 적용되는 보상의 종류를 결정한다. 일반적으로 말하면 질병보다 상해에 대한 보상이 관대하다.

2장은 다음과 같이 구성된다. 2절에서는 스위스 복지국가의 개요와 역

사를 설명한다. 이런 작업은 다음 두 가지를 이해하는 데 도움을 줄 것이다. 첫째, 스위스 복지제도가 매우 강한 수준으로 분절되었다는 점이다. 둘째, 대체로 자유주의적인 노동시장체제에 대해 국가가 고강도로 개입하는 것을 주저했다는 점이다. 3절에서는 스위스 유급병가의 역사를 중점적으로 살펴본다. 여러 번의 시도에도 불구하고 스위스가 포괄적이고 의무적인 유급병가보험을 도입하지 못했다는 것을 알 수 있다. 4절은 제도의 복잡성을 살펴보고 유급병가가 보장되는 다양한 방법에 대해 기술한다. 물론 모든 사람이 보장받는 것이 아니라는 점도 보여준다. 5절에서는 제도의 성과에 대한 매우 제한적인 증거를 보여준다. 구할 수 있는 유일한 통계는 다양한 제도의 지급액과 관련된 것뿐이다. 적용범위와 보장의 질에 관한 통계는 구할 수 없다. 이런 이유로 인해 전반적인 상황에 관한 평가는 스위스의 유급병가제도에 관한 전문가의 정성적인 평가(Dupont, 2019b)에 의존한다. 마지막 절에서는 이 보고서의 주요한 결과를 간략하게 요약한 후에 노동시장에 기초한 해결방법과 정치적 환경의 제약을 감안하여 사회정책의 성과를 개선할 수 있는 제도개혁에 관한 시나리오를 제시한다.

## 제2절 스위스의 사회정책[8)]

서유럽 복지국가는 강력하고 지속적인 경제성장, 남성 중심의 완전고용, 가족 구조와 노동시장 구조의 안정을 특징으로 하는 제2차 대전 이후에 주로 형성되었다. 이런 측면에서 스위스는 어느 정도 예외다. 스위스 복지국가의 형성이 1980년대 중반에야 완성되었기 때문이다. 다른 서유

8) 이 절은 Bonoli & Fossati(2023)을 참고했다.

럽 국가에 비해 스위스의 제도 도입이 지연되는 현상은 복지국가의 구축 과정의 각 단계에서 관찰되고 있다. 스위스 복지국가의 특징은 직접민주주의, 연방주의 및 둘 간의 상호관계 등 스위스 특유의 정치구조를 통해서 주로 설명될 수 있다.

스위스 헌법에는 국민들이 직접 법률을 제안하고, 이의를 제기할 수 있도록 하는 다음과 같은 조항들이 있다. 첫째, 국민들은 "국민제안(popular initiative)" 제도를 통해 새로운 헌법 조항을 제안할 수 있다. 10만 명 넘는 유권자의 서명을 받으면, 그 제안은 국민투표(national referendum)에 부쳐진다. 그 결과는 정부에 구속력을 가진다. 제안이 과반수의 유권자와 과반의 캔톤에 의해 받아들여지면 해당 헌법 조항은 입법화된다. 둘째, 정부에 의해 주도된 헌법 개정은 국민투표를 통해 확정된다. 여기에서 제안이 헌법에 포함되기 위해서는 전국 유권자의 과반수와 26개 캔톤의 과반수라는 소위 중복 과반(double majority)이 필요하다[9]. 셋째, 국회에 의해 채택된 어떤 법도 만약 이에 반대하는 집단이 선거권이 있는 유권자 5만 명 이상의 서명을 받으면 "선택적 국민투표(optional referendum)"라고 알려진 국민투표에 부쳐질 수 있다. 이 경우, 제정된 법에 반대하는 의견들이 단순 과반을 넘으면 법안을 채택할 수 없게 된다[10].

선택적 국민투표를 통해 반대자들이 새로운 사회보장법의 채택을 저지할 수 있는데, 몇몇은 성공한 적이 있다. 스위스의 연방주의는 직접민주

9) (편집자 주) 스위스의 '중복 과반'(double majority)은 연방제 국가인 스위스에서 정치적인 안정을 취하기 위한 제도로, 인구수가 많은 대형 캔톤의 정치적인 횡포를 막기 위한 취지를 갖고 있다(Kuenzi, 2020). 2016년 기준, 스위스 26개 캔톤 가운데 Zurich의 인구가 149만 명, Bern의 인구가 103만 명으로, 두 지역이 스위스 전체 인구(842만 명)의 약 30%를 차지하고 있다(Federal Statistical Office, 2017). 반면, 인구가 가장 적은 Jura 지역에는 7만명 정도가 살고 있다.

10) 스위스의 직접 민주주의는 Kriesi(2005)를 참고했다.

주의와의 상호 작용을 하면서 복지제도의 발전을 지연하는 데 일조한다. 연방헌법에서 캔톤에 '잔여 권한(residual competences)'을 부여하면서, 헌법 개정이 연방 단위 사회법 제정을 선행해야 했다. 그 결과, 연방 차원에서 새로운 사회보장제도가 채택되기 위해서는 많은 경우에 국민투표라는 장애물을 한 번도 아니고 두 번씩이나 극복해야 한다. 첫 번째는 연방 헌법 개정을 위해서이고, 두 번째는 새로운 법의 반대자들에 의해 제기된 국민투표라는 도전에 대응하는 것이다.

직접민주주의와 연방주의가 공존하는 질서는 스위스에서 복지제도의 형성 과정을 두드러지게 지연시켰을 뿐만 아니라 복지제도의 형태에도 영향을 미쳤다. 소득 보장에 대한 국민들의 수요는 민간 영역이 일정 부분 담당했다. 이를테면, 2층 연금 혹은 건강보험은 일종의 병행복지국가(parallel welfare state)를 형성했다. 유급병가보험(paid sick leave insurance)도 민간부문에서 발전했다. 이후에도 해당 영역에서 정부가 개입할 필요성이 분명해졌을 때도 스위스의 병행복지국가는 개혁을 가로막는 제약이 됐다. 스위스의 정치구조는 복지제도의 도입 과정을 지연시켰음은 물론 현재까지 사회보장제도의 형성에 영향을 미치고 있다. 스위스의 복지국가는 사회정책 목표를 추구하는 데 민간 부분에 크게 의존하는 결과로 나타났다. 이러한 특징은 기업연금기금이 핵심 역할을 하는 노령연금 부분에서도 분명하다(Bonoli, 2007; Bonoli & Hausemann, 2011a). 또한 보편적인 건강 보장 달성을 위해 민간 기업이 판매하는 보험 가입을 의무화하는 의료보장 영역도 마찬가지다(Immergut, 1992). 이와 같은 특징은 앞으로 살펴보게 될 유급병가제도에서도 마찬가지로 나타난다. 정부의 직접적인 개입은 거의 없이, 사용자와 민간보험자가 유급병가를 제공하기 때문이다.

스위스 복지국가의 발전은 세 시기로 구분할 수 있다. 19세기 말부터

제2차 세계대전까지인 첫 시기는 기본적으로 정책 실패로 특징지을 수 있다. 제2차 세계대전 이후인 두 번째 시기에는 노령 및 유족연금(AHV/AVS)과 장애보험(IV/AD)과 같은 스위스 사회복지의 주요한 제도가 도입됐다. 1970년대 초부터 시작되는 세 번째 시기에는 다른 서유럽국가와 비견될 수 있는 온전한 형태의 복지국가가 성립됐다. 이 시기에 의무 가입인 실업보험, 건강보험 및 강제가입 기업연금이 도입됐다.

## 1. 초기의 시도와 실패

몇몇 사회보험제도가 19세기말에 도입된 독일 제도의 선례를 따랐다. 스위스 연방정부는 사회정책 분야에서 연방정부의 개입을 허용하는 새로운 헌법 조문을 도입했다. 노령 및 장애보험은 비용 문제로 인해 초기의 제도에 포함되지 않았다. 그래서 1889년 11월 28일 헌법에 연방정부가 의료보장과 산업재해보험을 도입할 수 있는 새로운 조문을 채택했다. 이 제안은 1890년 국민투표에 의해 채택되었다.

투표에 따라 스위스 자유민주당(FDP/PRD) 소속인 Ludwig Forrer는 연방차원에서 의료보험과 산업재해보험을 도입하는 법안을 준비하는 과업을 맡았다. 독일의 사례에 분명하게 영향을 받은 법안은 1899년 국회에서 채택되었다. 그렇지만 채택 직후에 건강보험기금들, 일부 의사 및 일부 보수주의자들이 연합해서 국민투표를 제안했다. 투표는 다음 해에 실시되었으며, 법안은 기각되었다. 이 실패는 스위스의 복지국가를 형성하는 과정에서 커다란 차질을 빚었다. 새로운 의료보험 및 산업재해보험에 대한 법안은 1911년에야 제안됐다. 이는 최초의 법안보다 관대하지 않은 법안이었다. 새 법안은 건강보험기금들에 보조금을 지급하고 전국 산업재해보험기금을 조성하는 조항만 포함했다. 직접민주주의, 그리고

그 가운데 선택적 국민투표는 사회 관련 법안에 반대하는 자들이 투표를 통해 반대할 수 있는 효과적인 무기를 제공했다. 의무가입 건강보험은 이 무기의 희생양 가운데 하나다.

노령연금 분야에서도 첫 번째 단계는 거의 유사한 경로를 따랐다. 전국 노령연금보험은 1918년 총파업 동안 제기된 노동계의 요구 중 하나였다. 세계 제1차 대전 말기에 사회적인 긴장감은 스위스에서도 다른 유럽국가만큼 높았다. 노조는 가장 중요한 사회적 위험에 대해 개선된 보장을 요구하는 목소리를 높였다. 무엇보다도 노령연금제도를 도입하길 원했다. 당시 독일에서 이미 노령연금제도가 도입한 것이 참고가 됐다. 연방정부는 1919년에 새로운 입법에 부응하는 헌법 개정을 계획했다. 노령연금 분야에서 연방정부의 개입을 허용하는 헌법 조문은 1925년 제34조(Article 34 quater)[11]로 채택되었다. 그렇지만 의료보장 분야에서 과거에 일어났던 것과 판박이로 노령연금을 설치하는 법은 1931년 투표로 부결되었다. 다시 선택적 국민투표는 새로운 사회법을 도입하는 데 반대하는 자들에게 견고한 무기임이 증명되었다. 전국적 노령연금정책은 도입에 우호적인 시기를 다시 기다려야만 했다.

## 2. 전후 시기

스위스는 제 2차 세계대전에서 적극적인 역할을 하지 않았다. 중립적 위치에도 불구하고 유럽의 중앙에서 가까이 전쟁을 간접 경험한 것만으로도 스위스의 일반 국민들은 사회연대와 상호 간 지원에 대한 관념을 바꾸는 식으로 강한 영향을 받았다. 다른 서유럽국가처럼, 스위스에서도 제

11) Quater는 관련 조문의 네 번째 문단을 의미한다. 스위스 법과 헌법에서는 라틴어의 서수를 사용한다(즉 "bis"는 두 번째, "ter"는 세 번째, "quater"은 네 번째 등이다).

2차 세계대전은 사회 통합을 강화했다.

제 2차 세계대전 이후의 제도적 외양을 갖춘 복지국가의 발전은 주요한 제도적 발전에 의해 촉진되었다. 1939년 전시통제권을 부여받은 연방정부는 스위스 군대에 복무하는 자들을 위해서 사회보험과 흡사한 기능을 하는 소득대체제도(income replacement scheme)를 채택했다. 기본적으로 국방을 위해 징집된 자들은 소득대체 급여를 받을 수 있게 되었다. 제도는 전통적인 사회보험과 흡사했다. 고용관계에서 소득이 발생하는 이들은 소득에 비례하는 기여금을 납부하고, 군인들은 소득대체 급여를 받게 됐다. 정부는 제도를 운영하기 위해 보험료를 징수하고 급여를 지급하는 "보상기금들(compensation funds)"의 네트워크를 설립해야 했다.

전쟁이 끝날 무렵, 국민들 사이에서 강렬하게 인식된 이 제도는 노령사회보험을 구축하는 데 훌륭한 기초가 되었다(Ferrera, 1993). 즉, 연금제도를 운영하기 위해 필요한 제도적 인프라가 요구됐다. 새로운 연금법안은 1944년부터 준비되었고 국민투표는 1947년에 실시되었다. 이번에는 법안이 유권자의 80% 이상의 압도적인 다수에 의해 채택되었다. 새로운 노령 및 유족보험은 1948년 1월 1일부터 발효되었다. 새로운 노령연금은 제 2차 세계대전 중 구축된 인프라를 연금보험료를 징수하고 적정한 급여를 지급할 수 있도록 보완하여 사용하였다. 흥미롭게 오늘날 제도를 운영하는 기금은 아직도 제 2차 세계대전 중 부르던 이름인 "보상(compensation)[12]" 기금을 사용한다. 보다 적절한 이름, 예를 들면, 노령보험기금(old age insurance funds)을 쓰지는 않고 있다.

전쟁 이후의 시기에는 사회정책 분야에서 다른 중요한 성취가 있었다.

12) 스위스에서 프랑스어로는 "Caisses de compensation", 독일어로는 "Ausgleichkasse" 라고 일컬음.

연방가족급여를 도입하려는 국민제안에 대응하여 연방정부에게 덜 관대한 가족급여를 도입하는 입법권을 부여하는 계획이 1945년 말에 채택되었다(Article 34 quinquies). 결과적으로 연방가족급여는 농부에 대해서만 도입되었다. 연방정부가 실업보험을 설립하는 헌법 제34조(Article 34 ter)는 1947년 투표로 채택되었다. 마지막으로 1960년 도입된 장애보험(disability insurance)도 공산주의정당인 사회주의자당(Socialist Party)과 노동자당(Workers' Party)이 주도한 국민제안(popular initiative)의 간접적인 결과였다. 당시 국민제안은 연방정부가 1925년 이후 헌법상 의무(Article 34 quater)를 이행하도록 계속 압력을 가했다.

## 3. 1970년대와 1980년대 복지국가의 형성

1970년대 중반에 다른 유럽국가와 비교해서 스위스의 사회복지제도는 두 가지 분야에서 발전이 늦어지고 있다. 하나는 의무가입 실업보험이 없다는 점이고, 하나는 기초노령연금(AHV-AVS)으로 보장받는 최저생계수준을 초과하는 연금급여가 없다는 점이다. 첫 번째의 공백은 연방정부의 긴급 법령(urgent decree)에 의해 1970년대 중반의 경제위기에 대응하여 채워졌다. 연방정부가 의무가입 실업보험을 도입할 수 있도록 헌법이 그 후에 개정되었다(Article 34novies, 1976년 투표). 이러한 헌법의 권한은 1984년에야 법제화했는데, 1970년대 채택된 긴급 법령은 그때까지 유효하였다.

1970년대는 또한 노령연금 분야에서 3층 보장체계가 등장하였다[13]. 1969년 공산당이 주도한 국민제안(popular initiative)은 기초노령연금

13) (편집자 주) 1972년 국민투표로 헌법에 3층 보장 원칙을 규정한 것이었다. 이에 따라 세계 최초로 공적보장(공적연금), 기업보장(기업연금), 자조노력(개인연금)에 의한 3층 보장의 원리가 헌법에 규정된 것이었다(국민연금공단, n.d.)

(AHV-AVS)을 퇴직 전 임금의 60%의 소득대체율을 보장하는 소득비례, 포괄적 연금으로 전환하는 안을 담았다. 이후 결국 3층 보장 연금제도의 원칙을 헌법에 도입하는 안이 1972년 국민투표에서 채택되었다.

〈표 2-1〉 주요 사회보장법 관련 헌법 개정 및 관련 법 제정 연도

| 영 역 | 헌법 개정연도 | 관련 법 입법 연도 | 지연기간(년) |
|---|---|---|---|
| 건강보험 | 1890 | 1914 | 24 |
| 의무건강보험 | 1890 | 1996 | 106 |
| 산업재해보험 | 1890 | 1918 | 28 |
| 노령보험 | 1925 | 1948 | 23 |
| 장애보험 | 1925 | 1960 | 35 |
| 가족급여 | 1945 | 1953* | 8 |
| 모성보험 | 1945 | 2005 | 60 |
| 기업연금 | 1972 | 1985 | 13 |
| 의무 실업보험 | 1976 | 1984 | 8 |

* 농부만 적용

자료: Armingeon. (2001), Institutionalising the Swiss Welfare State. West European Politics, 24(2); Gilliand, (1993). Politique sociale. In G. Schmidt (Ed.), Handbuch Politisches System der Schweiz. Band 4. Politikbereiche 4에서 발췌

세계은행에 의해 채택(World Bank, 1994; Holzmann, 2000)되는 등으로 인해 세계적으로 유명한 다층보장연금의 개념은 스위스 연금정책에서 가장 중요하다. 스위스가 채택한 것은 3층 구조에 기초했다(Queisser & Vittas, 2000). 이에 따르면 첫 번째 층(기초노령연금, AHV-AVS)은 모든 연금 수급자에게 최저생계를 보장하고, 두 번째 층(기업연금)은 그들이 경제활동을 할 때의 생계수준 유지가 가능하도록 해야 한다. 기업연금은 모든 노동자가 의무로 가입해야 한다. 마지막으로 3층은 자발적으로 가입하며, 모든 사람이 개인적인 수요에 맞게 준비할 수 있다.

그렇지만 기업연금기금에 강제로 가입하게 한 것은 어려운 과제로 판명됐다. 이미 많은 노동자가 이런 형태의 연금을 갖고 있었기 때문이었

고, 문제가 복잡하게 되었다. 퇴직연금법(BVG-LPP)은 1982년이나 되어서야 채택됐다. 그것은 3년이 경과하여 효력을 발휘했다. 스위스의 엘리트 계층이 시장에 기초한 해결 방법을 강하게 선호하고 강제가입에 대해서는 거부감을 가진 점을 고려하면, 스위스가 1985년 모든 노동자에게 의무가입 기업연금을 채택한 것은 놀랄만한 일이다. 이 방식은 1980년대 영국에서 도입을 검토했지만, 정치적으로 실현 불가능하다는 판단에 따라 폐기했다(Bonoli, 2000). 사용자들의 반대가 크다는 것이 주된 근거였다.

스위스 정치 시스템이 모든 노동자에 대한 기업연금을 어떻게 의무화할 수 있었을까? 대부분의 연구자들에 따르면, 이 결과는 투표 당시에 더 강력한 국가주의적 해법(statist solution)을 지지하는 강한 정치적 영향력에 기인했다고 한다. 1972년 상황에서 서유럽은, 그리고 다소 덜하지만 스위스는, 정치에서는 좌파의 강한 영향력, 노동시장 영역에서는 노조의 영향으로 특징지을 수 있었다. 이런 맥락에서 소득대체율이 60~70%에 이르는 국가연금과 같은 더 강한 국가주의적 해법을 피하기 위해 사용자들이 의무가입 기업연금을 받아들이는 "차악(least bad)"을 지지한 것으로 가정할 수 있다.

아래에서 보겠지만 유급병가와 관련해서는 이 시나리오가 실현되지 않았다. 스위스 엘리트 계층이 대체로 시장에 근거한 해법을 선호하고 정부의 직접적인 개입을 꺼리는 경향으로 인해서 더 포괄적인 해법의 채택은 어려웠다. 유급병가보험은 노령연금과 다르게 지지자들이 정치적 영향력을 지원할 수 있는 유권자의 대량 동원을 기대할 수 없었다.

스위스에서 복지국가를 형성하는 과정은 1980년대 중반에 완성되었는데, 다른 서유럽 국가에 비해 20~30년 뒤처졌다. 그렇지만 세 가지의 공백은 여전히 남아있었다. 의무가입 건강보험과 모성보험, 의무가입 유급

병가보험이 없다는 점이다. 의무가입 건강보험과 모성보험의 공백은 각각 1996년과 2005년에 채워졌다. 그러나 의무가입 유급병가보험은 아직도 도입되지 않았다.

스위스의 복지국가는 정치체제, 특히 직접민주주의에 강하게 영향 받았다. 선택적 국민투표와 이중의 입법 과정(헌법 개정을 먼저 하고 관련 법 제정)은 사회정책의 발전을 현저하게 지연시켰다. 물론, 국민제안은 그렇지 않으면 도입하기 어려웠을 사회보호제도의 새로운 형태가 도입되는 계기가 되기도 한다. 기업연금 의무 가입 제도가 유용한 사례이다.

이렇게 긴 시간을 소요한 결과 스위스는 노령, 장애 혹은 일시적 실업과 같은 전형적인 사회적 위험에 대해 상대적으로 시민들을 잘 보호하는 복지국가를 건설하였다. 그렇지만 후기 산업사회에서 전형적인 새로운 형태의 사회적 위험인 장기실업, 근로빈곤, 한부모, 일과 가정의 양립 문제 등에 대해 효과적으로 대처하지 못한다. 이런 새로운 위험과 관련하여 스위스 복지국가는 분명히 후진적이다. 어떤 사람들은 스위스의 복지국가가 불균형하다고 지적하고 있다. 세계에서 가장 관대한 연금제도와 가장 효과적인 보건의료제도를 운용하는 반면, 매우 적은 가족 관련 서비스를 제공하고 적극적 노동시장정책과 관련하여 제한적인 노력밖에 하지 않고 있다.

스위스 사회복지에서 추가적 공백은 유급병가보험이다. 다른 유럽국가와 달리 스위스는 의무가입 유급병가보험을 도입하지 않았다. 아래에서 보겠지만 몇몇 시도는 있었으며, 의무가입은 아니지만 유급병가에 관한 규정은 도입되었다. 이런 상황에도 불구하고  많은 사람들이 의무가입 유급병가보험을 도입하지 않은 것을 스위스 복지국가의 중요한 미비점이라고 간주한다(Schorderet, 2016; Dupont, 2019a).

## 제3절 유급병가제도의 역사

스위스 복지국가의 초기 구축 과정은 인접한 국가인 독일에서 영향을 받았다. 건강보험을 도입하려는 첫 번째 시도는 1899년에 있었으나, 제안은 국민투표에 의해 기각되었다. 그 제안에는 의료비를 보장하는 것 외에도 병가를 쓰게 될 경우, 최대 1년 동안 소득의 60%에 해당하는 급여가 포함되었다. 의료비에 대한 보장과 같이 소득대체급여도 기준임금의 일정 비율로 납입하는 보험료로 충당하는 것으로 하였다. 그렇지만 약 70%의 유권자가 반대하였으며, 법제화하지 않았다(Dupont, 2019a).

유급병가는 계약법에 의해 규제받았다. 계약법(Contract law)은 1911년 채택되었고 유급병가에 대한 일부 기본적인 조문을 포함하고 있다. 법에 따르면, 질병과 같은 사유로 그들의 의지와 관계없이 일할 수 없게 된 노동자에게 사용자는 지속해서 임금을 지급해야 한다. 사용자가 지급하는 유급병가의 지속 기간은 계약법에는 명시되어 있지 않고, 다만 공정해야 한다고만 적시하고 있다. 따라서 세부적인 보상내용은 판례법(case law, 제4절 참조)에 따른다. 계약법에 의해 보장받는 내용은 다소 제한적인데, 근무 기간이 늘어날수록 보장 기간은 늘어난다.

유급병가보험을 도입하려는 초기의 시도는 실패했고, 계약법에서 정한 보장 내용도 제한되는 상황이기 때문에 이 문제는 오랜 기간 정치적 의제로 남아 있다. 특히 전후 스위스 복지국가의 확장 기간에 의무 유급병가보험을 도입하려는 몇몇 시도들을 볼 수 있다. 그러나 모두 실패했다.

1972년에 유급병가보험을 도입하려는 영향력 있는 제안이 만들어졌다. 당시 전문가들로 구성된 위원회는 유급병가보험을 모든 노동자에게 포함하고자 했었던 1911년 자발적 건강보험법안을 수정 제안했다. 그 제안은 주로 고정 의료비에 대한 의무가입 건강보험에 관한 것이었지만, 유

급병가에 관한 조항도 포함되었다. 그 제안은 "Flims Model"로 알려졌는데, 위원회가 고산지대의 Flims 지역에서 개최되었기 때문이다. 모델은 임금의 일부로 재원을 충당하는 것을 뼈대로 했다(Bernasconi, 1971). 이 모델은 연방정부에 의해 채택되었다.

사회주의자당(Sociality party)은 같은 시기에 유급병가보험을 포함하는 광범위한 의무가입건강보험제도의 국민제안을 준비했다. 이 제도는 의무가입이며, 임금에 기초한 보험료로 충당하는 것이었다.

1974년 두 가지 모델의 건강보험에 대해 국민투표가 진행됐다. 하나는 사회주의자당이 제안한 것이고, 하나는 연방정부가 Flims 모델에 기초하여 제안한 것이었다. 정부안은 입원진료비(stationary hospital care) 부분만 의무적으로 가입한다는 점에서 원래 모델보다 제한적이었다. 그렇지만 두 가지 모델은 모든 노동자에게 의무 유급병가보험을 적용하는 것을 포함했다(Federal government, 2009). 투표는 1974년 12월 8일에 실시되었고, 두 개의 제안 모두 기각되었다. 스위스는 의무가입 건강보험과 의무가입 유급병가보험이 없는 나라로 남아 있게 되었다.

1977년 새로이 구성된 전문가 위원회는 의무가입 유급병가보험을 도입할 것을 제안하였다. 제안은 연방정부가 채택하였으며, 1981년에 제안된 새로운 법에 포함되었다. 이 법은 의무가입 건강보험을 도입하는 것으로 여기에는 모성보험 및 의무가입 유급병가보험을 포함하였다. 참고로, 모성보험은 그 당시까지 스위스에서는 도입되지 않았다(〈표 2-1〉 참조). 그 제안은 국회에서 토론 과정을 거치면서 보장의 내용이 후퇴했다. 결국 국회는 모성보험만 채택하였다. 이렇게 후퇴한 안마저도 1987년 국민투표에서는 대다수가 반대하여 부결되었다.

이러한 흐름과는 별도로 1986년 사회주의자당과 노동조합연맹은 임금에 기초한 보험료를 재원으로 하는 의무가입 건강보험과 의무가입 유급

병가보험을 도입하는 새로운 헌법 조항 개정에 필요한 10만 명의 유권자 서명을 받는 데 성공하였다. 이 국민제안에 대해 연방정부는 의료비만 보장하는 의무가입 건강보험에 대한 새로운 법안을 준비하였다. 그 법안에는 의무가입 유급병가보험에 대한 조항은 포함되지 않았지만 자발적 가입에 대한 일부 규정을 두고 있다.

1994년 하반기에 위의 두 가지의 제안에 대한 국민투표가 진행됐다. 첫째는 의무가입 유급병가보험을 포함하는 사회주의자당과 노조연맹의 안이었고, 둘째는 건강보험은 의무로 가입하고 유급병가보험은 임의로 가입하는 정부안이었다. 유권자들은 두 가지 안 모두를 지지할 수 있지만 두 개 안이 모두 인용되었을 경우 어떤 것을 선호하느냐를 명시해야 했다.

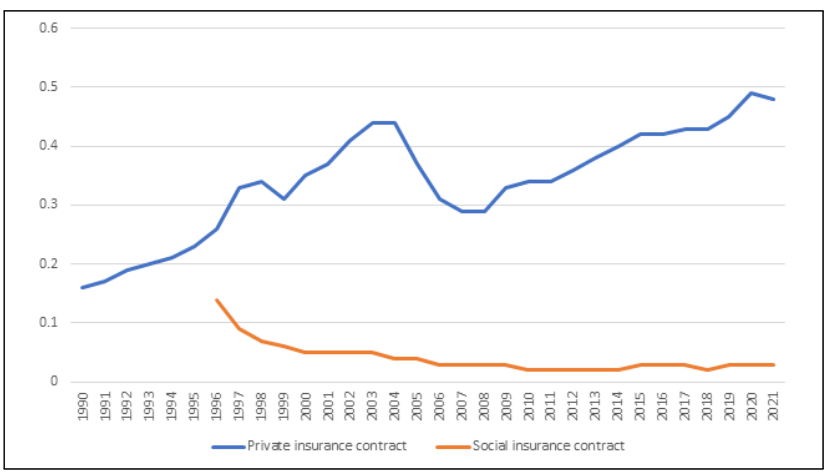
투표는 1994년 12월 4일에 실시되었고 투표율은 44%로 스위스의 연방 국민투표의 평균 투표율과 유사했다. 사회주의당과 노조연맹이 발의한 안은 76.6%라는 높은 비율로 기각되었다. 정부가 제안한 안은 51.8%의 근소한 다수로 채택되었다. 결국 상대적으로 소극적인 정부안이 법률로 제정되었다.

유급병가보험은 새로운 법에는 관련 조항은 포함되었지만, 강제 가입이 요구되지 않았다. 유급병가보험을 제공하는 데 사회보험에 기초한 법적 틀을 명시하였다. 여기에는 보험자가 모든 사람을 인수해야 하고 5년이 경과한 기왕증(旣往症)에 대해 가입을 거부할 수 없도록 하는 조항을 도입했다. 즉, 보험회사가 신규 가입자에게 가입 이전의 상병에 대해 보장하지 않는 기간을 적용할 수 있지만, 그 기간은 5년을 초과하지 않는다는 것을 의미한다. 이 기간이 지나면 모든 형태의 의료적 취업불능 상태는 보장되어야 한다(Dupont, 2019a). 그렇지만 사회보험의 다른 요소들은 포함되지 않았다. 예를 들면 보험회사가 부과하는 보험료에 대해 한도나 제한이 없었다. 그 결과 사회보험과 민간보험의 전형적인 요소가 혼재

하는 규제의 틀을 갖게 되었다.

1994년 건강보험을 개혁한 이후 초기에는 사회보험에 기초한 안이 일부 인기를 얻었으나, 이후 이 안에 관심 있는 사용자는 소수였다. 이는 아마도 민간 보험계약을 이용하는 것에 비해 비용이 많기 때문으로 추정된다. 유급병가를 사회보험법에 포함하는 것은 일종의 혼합된 방식이었고, 이와 같은 방식은 결국 작동하지 않는 절충안으로 보였다. 사회보험과 민간보험의 요소를 결합시킨 것은 합리적인 접근이 아닌 정치적 타협으로 보일 수밖에 없었다. 그 결과, 사용자나 노동자에게 모두 매력적이지 않은 제도가 되었다.

〔그림 2-1〕 계약형태별 유급병가보험의 GDP 대비 지급액 추이 1990~2021




자료: 스위스 연방 통계청. https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home.html에서 2023.9.18. 인출

〔그림 2-1〕에서 본 것과 같이 사회보험법에 기초한 유급병가보험은 초기에 잠깐 인기를 끌었다. 제도가 도입된 초년도인 1996년에 지출액은 상대적으로 높았다. 그렇지만 이러한 대안에 대한 관심은 점점 사라졌다. 지급액은 이후 GDP 대비 0.03%에서 고착됐다. 그림에서 보여주는 것과

같이 전 기간 추세적으로 증가하는 민간 유급병가보험의 지출액과 대비된다.

1994년 건강보험 개혁은 유급병가보험의 최근 역사에서 중요한 분수령으로 기록되었다. 유급병가보험 규정이 사회보험제도에 처음으로 포함되었다. 그렇지만 정치적으로 실현이 가능한 절충안을 찾으려는 과정에서 인기가 거의 없는 유급병가보험이 탄생했다. 동시에 1994년 개혁의 과정에서 정책 입안자들, 특히 더 진보적인 접근을 지지하는 자들은, 국가가 이 분야에서 달성할 수 있는 성취에 한계가 있다는 점을 확인했다. 그 한계는 물론 정치적인 동기가 컸다.

이후에도 새로운 개혁안이 제시됐지만 성공적이지는 않았다. 1998년 대규모 노조연합연맹에서 새로운 국민제안을 하려는 시도가 있었다. 다시 의무가입 유급병가보험을 도입하려는 것이었지만, 유권자 10만 명의 서명을 받는 데 실패했다. 그 제안에는 대기기간 30일에 900일 중 730일 동안 소득대체율 80%로 하는 방안이 포함됐다.

1999년 소규모 노조연합연맹에서 17,000명의 서명을 받아 연방정부에 의무가입 유급병가보험을 도입해달라는 청원을 했다. 연방정부는 자발적 보험에 기초한 현 제도는 문제가 있다는 것을 인식했으나 의무가입 제도의 정치적 채택 가능성은 낮다고 보았다. 동시에 노동자의 질병은 사회보장 측면에서 밀접하게 관찰되어야 하고, 건강 상황이 악화할 경우에는 모종의 조치가 있어야 한다는 주장도 함께 제기됐다. 즉, 사회보장 측면에서의 제도 개선 필요성과 정치적 측면에서의 제도 개선 불가능성이 동시에 인식됐다.

2000년대 들어서도 국회의원들은 개별적인 제안을 하거나 국회 발의를 하였는데, 목적은 거의 동일했다. 즉, 의무가입 유급병가보험을 도입하고 급여수준은 720일 혹은 730일에 대해 소득의 80%에 해당하는 급여

를 보장하는 것이었다. 이런 모든 제안은 거부됐다(Federal Government, 2009).

2009년에는 연방정부는 유급병가보험에 관한 보고서를 작성하였다. 반복되는 입법 시도에 대한 대응의 성격이 있었다. 현재 민간 영역에서 제공되는 급여의 형태는 분절적이지만, 보장의 형태는 전반적으로 수용 가능한 수준이라고 보고서는 결론지었다. 이 보고서를 근거로 이 분야에서 추가적인 입법은 필요하지 않다는 것이 당시 정부의 입장이었다.

해당 보고서는 유급병가보험에 관한 토론과 국회 차원의 움직임을 막지는 못했다. Schorderet(2016)는 2009년에서 2016년 사이에 11건의 제안 혹은 의견서가 국회에 제출되었다고 확인했다. 대부분은 기각됐으며, 몇몇 질문에 대해서 정부가 답변했다. 모든 제안은 유급병가보험의 보장내용을 개선하려는 것으로 일부는 의무가입 보험 도입을 제안했다. 이런 제안에 대해 정부는 일반적으로 제도는 완전하지 않지만 2009년 보고서에서 적시된 것처럼 대다수의 사례에서 질병으로 인한 소득 상실에 대해 적절한(decent) 보장을 제공한다고 주장했다(Schorderet, 2016).

유급병가보험은 아직 정치적 의제로 남아있다. 적거나 큰 변화에 관련된 제안이 종종 국회에서 이뤄지고 있었다. 가장 최근의 제안은 2021년 중도당 국회의원인 Marco Romano[14]에 의한 것이다. 그는 모든 노동자에 대해 의무가입 유급병가보험의 도입을 제안했다. 연방정부는 현재 상황이 전반적으로 만족스럽고(overall satisfactory), 이 분야에서 추가적인 정부의 개입이 필요 없다고 응답했다. 이에 대해 Romano의원은 유급병가보험의 보장 내용에 대한 범위나 질 모두에 대한 통계적인 정보가 결여되었기 때문에 현재의 제도가 합리적으로 잘 작동하고 있다고 주장하기 힘들다고 정부에 의견을 제시했다. 그는 유급병가보험의 적용 범위

14) 중도(Center) 당은 과거 기독교민주(Christian-democratic)당의 새로운 이름이다.

나 질과 관련된 정보를 확보하기 위해 조사를 진행할 것을 추가적으로 요구했다. 연방 정부는 아래 주장에 근거해서 이 제안도 거부했다.

"연방정부는 관련된 개인들에 대한 통계적 조사를 수행하여 충분한 질을 담보할 수 있는 통계를 수집하는 것은 가능하지 않을 것이라고 믿는다. 일반적으로 고용된 노동자는 그들이 갖고 있는 보험의 종류를 인지하지 못하며, 적정한 정보를 제공할 수 없을 것이다. 보험회사를 통한 조사를 수행하는 것도 현명하지 않을 수 있는데, 이는 단체보험에 대해서는 피보험자 수보다는 총 보험료만 보험회사가 알기 때문이다. 기업체로부터 정보를 수집하는 것은 복잡하다. 충분한 질을 담보할 수 있다는 보장도 없이 상당한 자원이 필요하다. 사회적 파트너들과 그런 조사를 수행하는 것도 동일한 어려움에 직면할 수 있다(Swiss Federal government, 2021)".

유급병가의 보장을 개선하자는 제안과 또 관련 정보를 수집하자는 제안에 대한 연방정부의 반응을 보면, 이 제도의 개혁이 현재로서는 정부의 우선순위에 들어가지 않는다는 것을 보여준다. 결과적으로 가까운 미래에 상당한 개혁이 이뤄지리라고 보기는 상당히 힘들다.

## 제4절 유급병가제도의 현황

유급병가제도에 관한 규정은 병가의 원인인 질병과 상해에 따라 다르다. 이 절에서는 질병에 따른 병가의 경우에 제공되는 보장 내용을 소개하고 평가한다. 이번 절의 마지막 부분인 4.5에서 상해로 기인한 병가에 제공하는 보장 내용 및 형태를 자세히 살펴본다.

유급병가는 노동자의 범주에 따라 다른 규정이 적용되고 다양한 형태

의 정책 수단이 사용되는, 상당히 분절된 정책 영역이다. 일반적으로 의무 보장은 동일한 사용자에게 3개월 이상 고용관계를 유지하고 있는 노동자에게만 적용된다. 자영업자는 물론 단기 고용계약을 맺는 불안정한 노동자들은 전혀 보장받을 수 없음을 의미한다. 그들이 할 수 있는 것은 자발적으로 보험을 가입하는 것이지만, 비용 수준은 상당히 높다.

사용되는 정책 수단은 꽤 다양하다. 노동자가 상병 기간 동안 임금을 지속하는 것을 사용자에게 의무화하는 조항은 물론, 다양한 형태의 보험도 있다. 이 제도가 매우 분절되었기 때문에 서로 다른 보장의 형태에 대해 정확한 통계 정보가 없다. 보장 형태에 따른 지출액에 관한 일부 통계는 아래 제5절에서 제시되는 것처럼 구할 수 있다. 그렇지만 다양한 제도에 의해 보장받거나 보장받을 수 없는 노동자별 구성비에 관한 중요한 정보는 전혀 구할 수 없다. 또한 보상수준은 물론 어떤 경우에 지급되는지와 관련된 정보가 없다. 이것은 정책당국자가 현재 상황을 어떻게 평가할 수 있는지 알기 어렵기 때문에 유감스럽다.

유급병가가 제공되는 방법은 아래와 같이 몇 가지가 있다.

1) 계약법에 근거한 임금 지속 지급(Lohnfortzahulung)
2) 사용자가 보험료를 납입하는 보험제도에 의해 제공되는 유급병가
3) 단체협약에 의해 제공되는 유급병가
4) 자발적으로 가입하는 유급병가보험

제3절의 역사부분에서 본 것처럼, 모든 형태의 보험은 사적 혹은 사회보험에 기초한 계약에 의해 제공될 수 있다. 그렇지만 사적 보험계약이 주류를 이룬다. 아래에서는 서로 다른 형태의 보장내용에 대해 자세하게 살펴본다.

## 1. 계약법에 근거한 임금 지속 지급

유급병가는 계약법에 의해 규제된다. 계약법 제324a조에는 사용자 측의 의무를 아래와 같이 명시한다.

- 고용계약의 첫해에는 사용자는 질병 또는 상해로 인해 근로에 종사할 수 없는 노동자에게 3주를 한도로 100%의 임금을 지급한다.
- 다음 해에는 근속기간과 업무의 성격에 비추어 보아 공정하다고 판단되는 기간에 100%의 임금을 지급해야 한다.

이는 가장 관대하지 않은 보장 형태다. 스위스의 노동법에서는 최소한의 권리를 규정하는 것이 원칙이다. 다른 규제 수단은 최소 수준의 권리를 개선할 수만 있으며, 축소할 수 없다. 예를 든다면 단체협약 또는 개별 고용계약은 노동자에게 더 우호적일 경우에만 법에서 정한 것과 다른 조건을 삽입할 수 있다. 단체협약이건 개별 고용계약이건 간에 유급병가를 더 짧게 주는 것과 같은 우호적이지 않은 조건은 법적으로 유효하지 않다. 계약법 제324a조에서 허용하는 조건을 가장 호의적이지 않은 보장내용으로 간주할 수 있는 이유이다.

위에서 본 것처럼 노동자가 부여받는 유급병가의 지속기간과 관련하여 법의 내용은 구체적이지 않다. 국회의원들은 유급병가의 "공정한(fair)" 기간이 무엇인지에 대해 법원의 판례에 따르도록 하였다. 법원이 정한 첫 번째 사례는 1926년 베른 캔톤이었다. 그 사례에서 근속기간별 공정한 지속기간으로 간주될 수 있는 기간을 예시하는 표가 제시되었다. 이 표는 Bernese Schedule(Berner Skala)라고 하며, 대부분의 캔톤에 적용된다.

〈표 2-2〉 질병의 경우 베른 캔톤의 임금 지급 지속기간(*Berner Skala*)

| 근속기간 | 지급기간 |
|---|---|
| 3개월~1년 | 3주 |
| 1년~2년 | 1개월 |
| 3년~4년 | 2개월 |
| 5년~9년 | 3개월 |
| 10년~14년 | 4개월 |
| 15년~19년 | 5개월 |
| 20년~25년 | 6개월 |

자료: Swiss Confederation. (n.d.) Skalen zur Lohnfortzahlung bei Krankheit. Swiss Confederation, p. 1 https://www.trabeco.ch/fileadmin/media/downloads/Mitarbeiter/KMU_Portal_Berner_Skala.pdf에서 2024.1.24. 인출.

〈표 2-3〉 질병의 경우 취리히 캔톤의 임금 지급 지속기간(*Zürcherr Skala*)

| 근속기간 | 지급기간 |
|---|---|
| 3개월~1년 | 3주 |
| 1년~2년 | 8주 |
| 2년~3년 | 9주 |
| 근속기간 1년 추가시 마다 | 1주 추가 |

자료: Swiss Confederation, (n.d.). Skalen zur Lohnfortzahlung bei Krankheit. Swiss Confederation, p. 1 https://www.trabeco.ch/fileadmin/media/downloads/Mitarbeiter/KMU_Portal_Berner_Skala.pdf에서 2024.1.24. 인출.

〈표 2-4〉 질병의 경우 바젤시의 임금 지급 지속기간(*Basler Skala*)

| 근속기간 | 지급기간 |
|---|---|
| 3개월~1년 | 3주 |
| 1년~3년 | 2개월 |
| 3년~10년 | 3개월 |
| 10년~15년 | 4개월 |
| 15년~20년 | 5개월 |
| 20년 초과 | 6개월 |

자료: Swiss Confederation, (n.d.) Skalen zur Lohnfortzahlung bei Krankheit. Swiss Confederation, p. 1 https://www.trabeco.ch/fileadmin/media/downloads/Mitarbeiter/KMU_Portal_Berner_Skala.pdf에서 2024.1.24. 인출.

26개 캔톤 중에서 5개는 다른 표를 적용한다. 이것은 다소 다른 것으로 Bernese Schedule에 비해 근속기간별 지급기간이 더 관대할 수 있다. Zurich 캔톤, Schaffhausen, Thurgau 캔톤은 Zurich 표를 적용하며, Basel시와 Basel 군은 Basle Schedule(Basler Skala)를 적용한다.

위에서 제시한 세 개의 표는 캔톤의 법원에서 근속기간별 공정한 유급병가기간을 판시할 때 사용한다. 여기서 유급병가에 대한 임금지급은 상병으로 인한 결근의 첫날부터 적용한다는 점을 유의해야 한다.

유급병가를 신청한 노동자는 업무에 종사하기 어렵다는 의사의 의료인증을 받아야 한다. 업무에 종사하기 어려운 정도는 완전 장해와 시간제 근로와 양립할 수 있는 부분 장해로 구분할 수 있다. 사용자가 노동자의 업무에 종사하기 어려운 정도와 관련해서 의심이 든다면 대안적인 검사를 위해 다른 의사와 계약할 수 있다. 만약 두 개의 의료인증이 다르다면 사용자는 임금 지급을 중지할 수 있지만 노동자가 법원에 분쟁을 제기할 위험이 있다. 실제로는 조속한 직장 복귀와 같은 절충안을 찾는다(Loyco, 2022).

## 2. 사용자가 가입하는 보험에서 제공하는 병가 중 임금

사용자는 노동자의 질병에 기인한 위험에 대비해 보험에 가입할 수 있다. 만약 주어진 조건이 우월하다면 사용자는 위에서 언급한 것과 계약법 제324a조(의무)에 명시한 의무에서 자유로워질 수 있다.

조건은 법률로 정하지 않고 판례에 따른다. 일반적으로 법원은 보험으로 보장하기 위한 법적 최소요건에 대해 아래와 같은 원칙을 적용한다.

- 보험금 지급기간은 900일 기간 중 최소 720일이 되어야 한다.

- 급여는 임금의 최소 80%가 되어야 하며, 최고한도는 없다.
- 대기기간은 3일을 초과하지 않아야 한다. 이는 의료적 사유로 출근을 할 수 없을 때 급여 지급은 병가를 시작한 날부터 넷째 날부터 임금을 지급하는 것을 의미한다.
- 사용자는 보험료의 50% 이상을 납입해야 한다.

만약 사용자가 제공하는 보험이 위의 기준에 미달하면, 그 차액은 사용자가 보충해야 한다. 일부 경우에 보험회사에서는 결근기간이 30일을 초과할 때만 보험금을 지급한다. 이 경우에 사용자가 30일까지에 대한 임금을 전액 지급할 의무가 있다(Dupont, 2019a; Adamoli, 2018).

유급병가보험의 급여는 건강보험법 혹은 민영보험법 두 가지 법에 기초할 수 있다. 사용자는 두 가지 법 중 선택하여 보험에 가입할 수 있다. 아래에서 그 내용을 조금 더 살펴보겠다.

### 가. 건강보험법(사회보험법)을 적용받는 보험

질병 또는 상해로 인한 활동불능에 대해 건강보험법(사회보험법)에 적용받는 보험을 가입할 수 있다. 그렇지만 대부분의 주민이 상해의 결과로 발생하는 재무적 위험에 대해 의무적으로 보험에 가입(아래에서 기술)한다는 사실 때문에, 이런 상해 관련 보험은 유급병가를 보장하는 데 사용된다. 건강보험법(제67조에서 제77조)에는 보험자가 보험에 가입하려는 자를 건강상태에 관계없이 모두 가입시켜야 한다는 조항이 있다. 이는 "건강상태가 나쁜 근로자(bad risks)"가 보장을 받지 못하는 상황을 피하기 위한 것이다. 이것은 의료비를 지급하는 건강보험에서는 타당하다. 왜냐하면 이 경우 보험료와 처리방법에 대해서 정부에 의해 정확하게 규제

되고 있기 때문이다. 유급병가보험에서는 보험자가 기왕증으로 인한 병가는 가입 이후 최대 5년까지 보장을 하지 않아도 되기 때문에 상황이 다르다.

법에서는 900일의 기간에 720일까지 보장을 해야 한다고 명시한다. 그렇지만 병가가 발생했을 때, 해당 기간 동안 정상적 임금 대비 지급해야할 비율은 명시하지 않는다. 이것은 지급하는 임금이 생계비를 보장할 정도로 충분한지에 대한 보증이 없다는 것을 의미한다.

사회보험의 적용받는 보험은 가입 실적이 줄어들고 있는데, 건강보험회사에 의해 채택되는 급여의 상한이 통상 낮기 때문인 것으로 추정된다 (Dupont, 2019b).

### 나. 민영보험법을 적용받는 보험

사회보험법에 적용받는 것보다 민영보험법을 적용받는 보험계약이 일반적으로 규제가 적다. 기왕증이 있는 자는 건강상태가 나쁜 노동자라고 간주하여 보험회사가 일부 조건은 보장에서 제외한다거나 아예 가입시켜주지 않을 수도 있다는 것을 의미한다.

## 3. 단체협약에 따라 제공되는 유급병가

스위스는 오랫동안 단체협약을 이용하여 노동시장을 규제하고 있다. 이는 1911년부터 계약법에 의해 규정되고 있다. 현재 스위스에는 사용자와 노동자 사이의 관계를 규제하는 단체협약이 600개 정도가 있다. 이 단체협약에 따라 임금도 정하지만, 교육, 휴가, 유급병가보험 등 광범위한 내용을 포함한다. 이런 단체협약의 적용을 받는 노동자는 약 2백만 명 정

도이며, 이는 전체 노동자의 약 50%다(Baumberger, 2021).

단체협약은 사용자 대표와 노동자 대표가 영역별 차원에서 협상한다. 단체협약은 전국 단위로 할 수 있고, 하나의 캔톤 혹은 여러 개의 캔톤 단위로 할 수도 있다. 정부는 어떤 단체협약이 법적으로 구속력이 있다고 공표할 수 있다. 그러기 위해서는 해당 영역에서 기업과 노동자 대표의 다수가 정부에 요청해야 한다. 2018년 기준으로 법적 구속력이 있는 단체협약에 적용받는 노동자는 약 25%에 달하며, 단체협약의 전체 적용 비율인 50% 가운데 약 절반에 달한다는 것을 의미한다.

유급병가보험은 자주 단체협약에 포함된다. 전체 노동자의 50% 정도가 그런 협약의 적용을 받는다. 그렇지만 유급병가보험의 적용에 관한 집적된 통계는 없다. 〈표 2-5〉는 예시적인 목적으로 4개의 서로 다른 대규모 단체협약에 포함된 보장 형태를 보여준다. 그중 2개는 건설 분야이고, 하나는 이발사, 하나는 콜센터 직원들에 관한 것이다.

〈표 2-5〉 4개 분야에서 단체협약에 의해 제공되는 유급병가보험

| 분 야 | 건설(골조 분야) | 건설<br>(마무리 분야[15]-불어 사용 지역만) |
|---|---|---|
| 소득대체율 | 80% | 80% |
| 지급기간 | 900일 중 720일 | 900일 중 720일 |
| 대기기간 | 1일 | 2일 |
| 보험료 분담율 | 50% / 50% | 노 33% / 사 67% |
| 자료원 | 스위스 주요 건설 부분 전국협약[1)] | 프랑스어권 스위스의 2차 노동을 위한 단체협약[2)] |

자료: 1) https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Gesamtarbeitsvertraege_Normalarbeitsvertraege/Gesamtarbeitsvertraege_Bund/Allgemeinverbindlich_erklaerte_Gesamtarbeitsvertraege/Bauhauptgewerbe.html에서 2023.9.18. 인출.

2) https://www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Gesamtarbeitsvertraege_Normalarbeitsvertraege/Gesamtarbeitsvertraege_Bund/Allgemeinverbindlich_erklaerte_Gesamtarbeitsvertraege/Ausbaugewerbe_Westschweiz.html에서 2023.9.18. 인출.

| 분 야 | 이발사 | 콜센터 종사자 |
|---|---|---|
| 소득대체율 | 80% | 80% |
| 지급기간 | 730일. 병가 초래원인이 보험계약에서 기왕증으로 보장하지 않으면 지급기간은 근속년수에 따라 단축됨 | 730일 |
| 대기기간 | 없음(보험계약에 30일까지의 대기기간이 포함되면, 사용자는 이 기간 중 100% 임금을 지급해야 함) | 없음(보험계약에 180일까지의 대기기간이 포함되면, 사용자는 이 기간 중 100% 임금을 지급해야 함) |
| 보험료 분담율 | 50% / 50% | 50% / 50% |
| 출처 | 전문미용사 전국 단체협약[3)] | 컨택센터 및 콜센터 부분 단체협약[4)] |

자료: 3) https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Gesamtarbeitsvertraege_Normalarbeitsvertraege/Gesamtarbeitsvertraege_Bund/Allgemeinverbindlich_erklaerte_Gesamtarbeitsvertraege/Coiffeurgewerbe.html에서 2023.9.18. 인출.

4) https://www.seco.admin.ch/seco/it/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Gesamtarbeitsvertraege_Normalarbeitsvertraege/Gesamtarbeitsvertraege_Bund/Allgemeinverbindlich_erklaerte_Gesamtarbeitsvertraege/GAV_Contact-Callcenter-Branche.html에서 2023.9.18. 인출.

15) (편집자 주) 스위스는 건설업 분야에서 골조(le secteur principal)와 마무리(second-œuvre) 분야로 나뉘어서 단체협약이 각각 맺어지는 것으로 보임. 건설업에서 골조는 벽, 프레임, 케이블 및 파이프 등 보이지 않는 부분의 작업을, 마무리는 골조 작업이 끝난 다음의 마감 작업을 가리킴.

〈표 2-5〉에서 보듯 제공되는 보장수준에는 약간의 차이만 있다. 법원이 사용자가 임금 지급 의무에서 벗어나기 위해 충족시켜야 할 최저 조건을 제시해 놓았기 때문에 놀랄 일은 아니다. 위 4개 분야에서 제공하는 보장의 형태는 최저 조건에 매우 근접한다.

### 4. 개인을 위한 유급병가보험 자발적 가입

민영보험자는 개인 유급병가보험을 판매한다. 일반적으로 이런 형태의 보험은 건강보험회사가 판매한다. 개인 유급병가보험은 다른 보장을 받을 수 없는 자영업자들이 대부분 가입한다. 그렇지만 노동자 중에서도 회사에서 제공하는 유급병가가 충분하지 않다고 생각하는 경우 가입할 수 있다.

개인 유급병가보험은 기왕증을 갖는 개인에게는 문제를 초래할 수 있다. 왜냐하면 계약법 상의 보장 내용을 제공하려는 보험회사를 이런 개인들이 찾기는 어렵기 때문이다. 만약 개인이 사회보험법에 근거한 민영보험에 가입하기로 했다면, 보험회사는 반드시 해당 개인을 가입시켜 줘야 한다. 그렇지만 업무 불능 상태가 보험계약을 체결할 때 알려진 기왕증의 결과였다면 보장금액을 제한하거나 제외할 수 있다(Dupont, 2019b).

### 5. 상해로 인한 유급병가

스위스에서는 업무 관련성 여부와 무관하게, 즉 업무 연관성 있든 없든 모든 종류의 상해위험(risk of accident)은 질병과는 별도로 보장된다. 상해에 대한 보장은 노동자에게는 의무화되지만 자영업자는 그렇지 않다. 상해 위험에 대해서는 의료비는 물론 유급병가 모두 사용자가 보장해

야 한다. 사용자는 상해보험공단(SUVA)라고 알려진 정부가 운영하는 공적 보험에 가입하거나 민간 보험회사를 선택하여 노동자를 보장해야 한다. 법에서 상해보험공단 보험에 가입해야하는 산업분야의 명단을 열거하고 있다. 건설, 기계, 화학, 물류, 운송, 목재 및 식품산업 등이 이에 속한다. 총 노동자의 약 50%가 상해보험공단에 의해 보장받는다. 상해 위험이 높은 직업군에 대해 상해보험공단 가입을 의무화하는 이유 중 하나는 상해보험공단이 상해 예방에 매우 적극적이라는 점이다. 산업재해 위험이 높은 기업들은 상해보험공단에 가입하는 방법밖에 없다. 다른 기업들은 상해보험공단과 민간보험자 중에서 선택할 수 있다.

법은 추가로 업무 관련(professional) 상해와 업무 이외 상해로 구분한다. 전자는 업무를 하는 중 발생한 상해를 말하고 후자는 다른 상황에서 발생한 것이다. 일주일에 8시간 이상 작업하는 노동자는 업무 이외 상해에 대해서도 사용자가 보험을 가입한다. 이런 보장은 의무적이며, 업무 관련 상해를 보장하는 동일한 보험회사에서 제공한다.

자영업자는 업무와 관련한 상해에 대해 개별적으로 보험을 가입할 수 있다. 그들은 법에 의해 규제되며, 유급병가급여를 포함한 표준상해보험계약을 구입할 수 있다. 표준상해보험계약을 가입하지 않으려면 의무건강보험에 상해보험을 추가로 가입할 수 있다. 다만, 이 경우 유급병가보험은 제공하지 않는다. 1주일에 8시간 이상 근무하지 않는 노동자도 업무 관련 상해위험에 대해 사용자가 유급병가급여를 포함하여 가입해 준다. 다만, 업무와 관련이 없는 상해위험에 대해서는 보장하지 않으며, 원할 경우 의무건강보험에 가입할 수 있다.

〈표 2-6〉 고용 지위별 상해보장의 개요

| 구 분 | 주 8시간 이상 고용 노동자 | 주 8시간 미만 고용 노동자 | 자영업자 | 소득활동에 종사하지 않는 자 |
|---|---|---|---|---|
| 업무와 관련 있는 상해 | 사용자가 보장<br>-의료비<br>-유급병가 | 사용자가 보장<br>-의료비<br>-유급병가 | 자발적 상해보험(상해의료비와 유급병가) 혹은 의무건강보험(의료비만 보장) | 관련 없음 |
| 업무와 관련 없는 상해 | 사용자가 보장<br>-의료비<br>-유급병가 | 의무건강보험에서 보장<br>-의료비 | 자발적 상해보험(상해의료비와 유급병가) 혹은 의무건강보험(의료비만 보장) | 의무건강보험에서 의료비만 보장 |

자료: 저자 편집

## 6. 다른 사회보장제도와 조정

스위스는 대부분 전후에 점진적으로 구축된 사회복지제도를 갖고 있다. 대부분이 사회적 위험에 대한 보장내용을 포함하고 있지만 서로 다른 제도가 독립적으로 발전되었으며, 제도간의 조정은 종종 어려움을 초래한다(Bonoli & Häusermann, 2011b; Bonoli & Champion, 2014). 유급병가는 몇 가지 급여와 관련되어 있는데, 가장 중요한 것은 장애보험과 실업보험이다.

장애보험은 여러 측면에서 조정이 중요하다. 첫째로 장애보험은 질병이 발현한 뒤 12개월 이전에는 급여를 지급할 수 없다. 그렇지만 위에서 본 것처럼 모든 사람이 유급병가에 의해 12개월간의 임금을 받을 수 있는 것은 아니다. 두 가지 형태가 조정되지 않은 문제는 장애보험 담당기관이 장애보험 급여의 개별적 수급권을 결정하는 데 많은 시간이 소요됨에 따라 사실상 더 악화하고 있다. 이 기간 동안 많은 아픈 노동자들은 임금을 보장받지 못하며, 해당 가구가 빈곤할 경우에는 사회부조에 의존하게 된다.

둘째로 장애보험제도는 영구적으로 고용에 걸림돌이 되는 건강문제를 방지하기 위해 역점을 기울이고 있다. 결과적으로 최근의 개혁은 노동시장에서 장기간 배제될 수 있는 심각한 건강문제의 "조기 발견(early detection)"에 중점을 두고 있다. 그래서 장애보험 담당기관은 이런 노력을 위해 민간 유급병가보험회사와 협력하고 있다. 그렇지만 유급병가보험의 분절된 특성 때문에 협력이 어렵다. 제도간의 조정이 어려운 것은 스위스 복지국가의 중요한 문제 중 하나이다. 이러한 현상은 다른 정책 분야에서도 발견되지만 유급병가 분야에서도 분명히 문제이다.

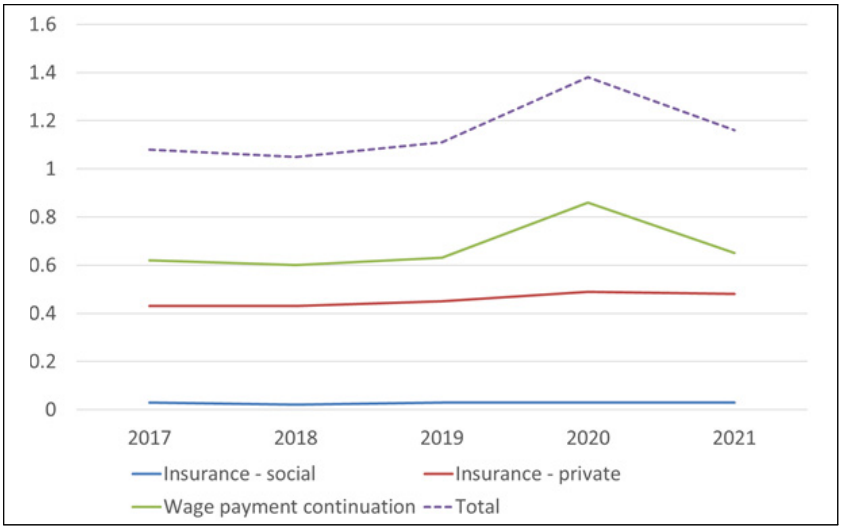
근로 가능 연령, 특히 건강문제를 겪고 있는 계층에 대한 스위스 사회보장제도간의 조정을 향상시키기 위해 과거 20~25년간 상당한 노력이 있었다. 연방정부가 택한 정책노선은 "기관 간 공동 작업"을 향상시키는 것에 기초하고 있다. 이런 노력은 실업보험, 장애보험 및 사회부조 등 중요 기관의 대표로 구성되는 공식화된 기구에 의해 수행된다. 유급병가보험을 판매하는 민영보험자들도 일반적으로 이 기구에 초대된다. 그렇지만 제도가 분절된 상태에서 회의에 참석하는 것으로는 거의 효과적이지 않다(Champion, 2008; 2011; 2013).

## 제5절 제도의 성과

불행히도 유급병가제도의 분절 정도가 크다. 제도의 성과를 적절하게 평가할 수 있는 믿을 만하고 양질의 통계를 구하는 것이 어렵다. 또한 실제 보장범위를 파악하는 것도 어렵다. 다만, 위에서 본 것과 같이 계약법에 따른 임금지속지급(Lohnfortzahulung, wage payment continutation) 제도는 모든 노동자에게 보장된다. 그렇지만 실제로 제공되는 보장의 형태는 심각한 질병의 경우에도 상당히 제한되고 부적절하다.

유급병가와 관련해서 구할 수 있는 통계는 연간 지급금액뿐이다. 스위스 통계청에서는 임금지속지급 제도, 사회보험 및 민간보험에서 지급하는 세 가지 다른 형태의 지급금액과 관련한 정보를 수집한다.

〔그림 2-2〕 다양한 유형의 유급병가에 대한 지출, GDP 대비 비율




자료: 스위스 통계청. https://www.bfs.admin.ch에서 2023.9.18. 인출

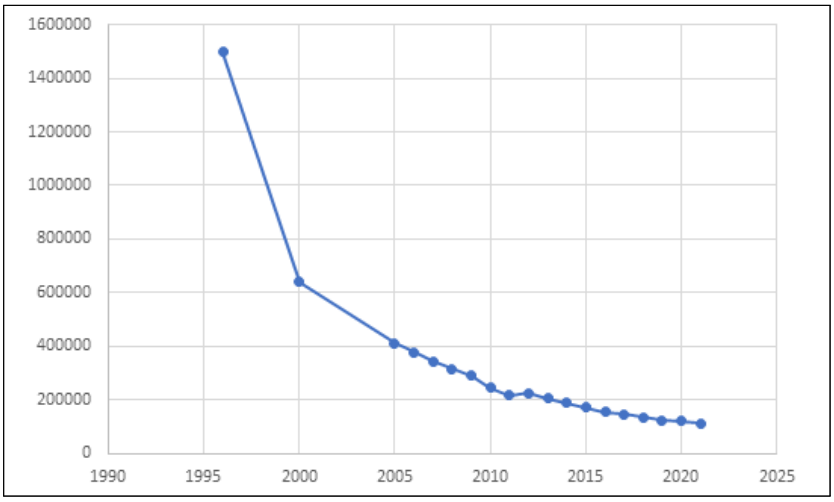
〔그림 2-2〕에서 보듯 대부분의 경우에 짧은 지속기간의 속성상 가장 호의적이지 않은 임금지속제도가 제일 많은 금액을 차지하고 있다. 이는 사용자들이 대기기간 최대 30일까지인 보험에 가입하면서 그 기간에 100%의 임금을 지급하기 때문이다.

전반적으로 스위스는 유급병가 비용으로 70억 스위스 프랑(약 10.8조 원)을 지출하며, 이는 국민총생산의 1%에 해당한다. 총임금과 비교하면 유급병가비용은 2.7%를 차지하며, 유럽의 평균과 유사하다(Adamoli, 2018).

유급병가를 제공하기 위한 다양한 수단 중 가장 많은 것은 민영보험법을 적용받는 자발적 보험이다. 자발적 보험이 사회보험법에 적용을 받으면 정부의 규제를 더 많이 받기 때문이다. 연방 건강보험국은 매년 통계를 발표하는데, 대부분 자금흐름과 관련한 것이다.

건강보험국은 추가적으로 유급병가보험을 판매하는 보험회사의 수와 피보험자수에 대한 통계를 발표한다. 이 숫자를 보면 사회보험의 적용을 받는 유급병가에 대한 관심이 줄어들고 있음을 알 수 있다. 사회보험의 적용을 받으려면 정부의 인가를 받아야 한다. 이 과정에서 관련 통계가 일부 확보될 수 있다.

〔그림 2-3〕 사회보험법에 따른 유급병가보험 피보험자수




자료: 스위스 연방건강보험국. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/statistik-der-obligatorischen-krankenversicherung.html에서 2023.9.18. 인출

〔그림 2-3〕은 제한된 정보를 담고 있다. 사실상, 사회보험법의 적용을 받는 유급병가보험은 매우 미미한 역할을 한다. 불행하게도 더 지배적인

정책 수단인 민영보험법을 적용받는 보험과 임금지급지속제도에 대한 통계는 구할 수 없다.

통계가 부족하기 때문에 제도에 대한 정확한 평가는 어렵다. 스위스의 유급병가 제도에 대한 전반적인 평가를 수행한 Dupont(2019b)은 아래와 같은 몇몇 문제점을 확인했다.

### 1. 비정형 노동자에 대한 보장 내용 취약

스위스의 유급병가는 단속적 경력을 갖는 노동자에게 불이익을 주는 경향이 있다. 또한 직업을 자주 바꾸어 임금지속지급 제도의 관점에서 양호한 보호를 받기에 필요한 근속기간을 쌓을 수 없는 노동자도 마찬가지다. 사실, 많은 노동자들은 약 2년간의 유급병가에 대한 보장을 받을 수 있지만 건강문제를 갖는 노동자들은 기왕증으로 야기된 병가를 보장받을 수 없는 조건에 직면할 수 있다. 그런 조건은 정신건강 문제에도 적용될 수 있다.

### 2. 장기간 취업불능에 대한 보장내용 취약

만성 질병 등으로 초래될 수 있는 장기간 취업불능상태(incapacity)는 최소 두 가지 측면에서 스위스 제도의 문제를 초래한다. 첫째는 경우에 따라 유급병가 기간이 충분하지 않을 수 있다는 점이다. 일부는 수급 기간이 지나면 사회부조에 의존하거나 저축한 돈으로 살아갈 수밖에 없다. 단기간의 유급병가는 장애보험의 급여가 오랜 기간의 조사기간(2년 혹은 그보다 더 길 수 있음) 이후에 허용된다는 점과 연계해 보면 문제를 초래한다. 장애보험 급여의 적격성을 심사하는 과정에서 소득보장을 위해서

는 사회부조에 의존하는 방법 외에는 없다.

둘째, 노동자가 원래의 직업에서 종사하지 못하는 장기 취업불능 상태가 발생하면 보험자는 직무 변경을 요청할 수 있다. 피보험 노동자가 이를 거부하면 보험회사는 지급을 중단할 수 있다. 분쟁이 지속되면 법원의 판단을 받을 수밖에 없다. 민영보험회사가 과거에는 법에 부합하지 않게, 즉 부당하게 직무 변경을 요청했다는 증거가 있다(Dupont, 2019b). 일반적으로 민영 유급병가 보험회사는 건강 문제를 안고 있는 가입자들이 새로운 직무를 배우는 과정에서 지원할 수 있는 수단이나 능력이 없다.

### 3. 직업 재활훈련과 조정 취약/고용 유지 서비스

민영보험회사나 사용자가 소득대체급여를 지급하는 사실은 장애보험과의 조정을 더 복잡하게 한다. 장애보험제도는 건강 문제를 갖고 있는 피보험자가 고용을 유지하기 위한 상당한 수단을 제공할 수 있기 때문에 이런 상황은 유감스럽다. 예를 든다면, 장애보험은 직장 내에서의 직무 조정에 개입할 수 있으며, 코칭 서비스 혹은 다른 형태의 지원을 할 수 있다. 물론, 이런 서비스를 받으려면 수급자의 요청이 필요하다.

Dupont(2019b)이 지적한 것처럼 스위스 법은 병가 중인 노동자의 해고에 대해 제한된 보호 수단만 제공한다. 보호 장치는 임금 지속지급제도와 유사하게 근속 연한에 따른다. 고용된 첫해는 30일, 2차 년도에서 5차 년도까지는 90일, 6차 년도부터는 180일까지만 해고할 수 없다. 이런 상황에서 사용자는 건강문제를 갖고 있는 노동자를 그들의 직무에서 일을 지속할 수 있는 해결책을 찾기보다 해고하는 것이 용이할 수 있다.

통계가 없기 때문에 스위스에서 제공하는 유급병가의 보장 내용을 확실하게 평가하기 어렵다. 연방정부는 이 제도가 결함이 있다는 증거가 없

다는 점을 지속적으로 주장(Swiss Federal government, 2009; 2021)하고 있다. 스위스 거주자에게 제공되는 보장의 내용과 질과 관련해 알려진 것이 매우 적다. 이론적 관점에서 본다면 Dupont(2019b)이 위에서 제기한 세 가지 문제는 설득력이 있다. 그의 연구를 뒷받침하기 위해 유급병가 보장기간의 간격을 극복하지 못하고 사회부조에 의존하게 되는 많은 사람이 있다는, 사회부조 전문가들의 경험담을 언급할 수도 있다(Schorderet, 2016).

## 제6절 맺음말

마지막 절은 다음과 같이 구성된다. 첫 번째 부분은 이번 장의 주된 분석 내용을 요약하고, 광범위한 관점에서 스위스 복지국가에서 유급병가가 차지하는 위치를 기술한다. 두 번째 부분은 유급병가제도의 도입에 관심이 있는 나라, 예를 들어 한국에 도움이 되기 위해서 스위스의 경험에 기초한 권고 사항을 확인하려고 한다.

전반적으로 스위스는 높은 생활수준, 양질의 의료보장, 잘 작동되는 사회안전망을 제공하는 상대적으로 강한 복지국가를 구축하고 있다고 할 수 있다. 그렇지만 자세하게 들여다보면 적정한 수준을 갖추고 있으면서도 확실한 공백이 있다는 점이 분명하다. 문제가 되는 부분은 양질의 유급병가가 없다는 점이다. 이는 스위스의 포괄적 복지국가의 중요한 사각지대다. 스위스에서 분명히 다양한 측면의 사회보장제도가 수월하게 작동되는 반면, 유급병가제도의 미비점은 질병이 발생했을 때 일부 노동자에게는 경제적 안정을 해칠 수 있는 문제를 노출한다.

보장에 대한 정확한 정보가 없어서 현재 문제의 범위를 평가하기가 어

렵다. 많은 노동자들은 의료적 이유로 야기되는 소득상실 위험에 대해 잘 보장받고 있다. 공공부분 노동자, 단체협약을 통해 보장받는 노동자, 사용자가 자발적으로 적정한 보장을 제공하는 노동자들의 사례가 이에 해당한다. 많은 노동자들이 유급병가에 대해 잘 보장받고 있다는 사실은 정부가 이 분야의 입법을 서두를 필요성이 적다는 점을 의미한다.

반면, 적절하게 보장받는 못하는 사람들은 단기간 계약 노동자, 단체협약을 적용받지 않는 노동자 등과 같은 한계노동자일 것이다. 이들은 저숙련 노동자로서, 이민 배경을 가질 수 있고, 그래서 정치적 영향력이 결여된 계층이다. 거칠게 말하자면, 유급병가제도를 개선하더라도 추가적으로 얻을 수 있는 표는 아주 적다. 왜냐하면 핵심 노동자(core workers)와 정치적으로 영향력 있는 중간계층의 대부분은 현재 제도에서 잘 보장받고 있기 때문이다.

수년간 유급병가제도를 개선해야 한다고 제안을 하고 있는 중요한 집단은 사회부조 분야 종사자들이다. 위에서 본 것처럼 유급병가에서 제외되는 계층이 있고, 다양한 사회보장제도와 조정이 잘 되지 않은 결과, 종종 고용시장에서 의료적 이유로 인해 퇴장당한 집단은 사회부조에 의존하게 된다. 수년간 사회부조 종사자들은 이런 경향을 부적절하다고 생각한다. 이들은 사회부조 시스템은 건강 문제를 갖고 있는 이들을 돕는 데 필요한 지식을 갖추고 있지 않기 때문에 불만을 토로하고 있다. 사회부조는 주거, 생활비와 같은 가장 기본적인 수요를 보장하는 마지막 안전망을 제공한다.

사회부조 종사자들은 수년간 유급병가보험의 보장내용을 개선하라는 제안을 하고 있다. 그렇지만 거의 30년간 늘어만 가던 사회부조 지원 건수가 2020년대 초에 줄어드는 영향 등으로 이런 제안은 다소 힘을 잃고 있다. 사회부조 지원건수가 줄어든다는 것은 사회부조에 대한 재정압박

이 줄어들고, 유급병가 보장내용을 개선하려는 유인이 약해지고 있다는 것을 의미한다.

스위스가 가까운 기간 내에 유급병가제도를 개선하기 위한 입법을 시도할 것이라고 기대하기 어렵다. 정부 개입이 더 기대되는 분야는 취업가능 연령에 대한 사회보장제도간의 조정이다. 다양한 복지국가 영역 간의 조정 문제는 스위스 사회보장제도의 가장 취약한 분야의 하나로 간주되었다(Bonoli & Fossati, 2023). 주로 조정 문제를 개선하려고 설계된 시도를 통해서 취업에 의료적 장애요인이 생겼을 때 사회복지의 핵심 요소인 유급병가에 대해 일부 개정이 이루어질 것이다.

이 보고서에서 여러 번 주장했듯 스위스의 유급병가제도는 여러 측면에서 만족스럽지 않다. 가장 중요한 문제점은 제5절에서 설명한 것처럼 Dupont(2019b)에 의해 확인된 사항들이다. 이것은 보장내용에 차이가 있다는 점, 가장 취약한 계층이 보장에서 제외되는 점, 그리고 재활훈련과 고용 유지를 어렵게 하는 사회복지의 다른 부분과의 조정이 어렵다는 점이다. 관련 통계가 희소해서 제도의 유효성에 대해 정확한 지식이 거의 없다는 점도 추가할 수 있다. 연방정부가 유급병가에 대한 개선된 통계정보를 수집하는 것조차 관심을 보이지 않는 사실은, 제3절에서 언급한 바와 같이 상당히 실망스럽다.

이런 전반적으로 상당히 부정적인 평가의 결과, 스위스의 제도적인 내용에 근거해서 다른 나라에 정책 권고를 할 수 있는 근거를 찾기는 어렵다. 그러나 제도의 틀이 전향적인 방식으로 통합된다면 더 긍정적 역할을 할 수 있는 스위스 유급병가제도의 일부 요소는 있을 수 있다.

사용자에게 병가 중 임금을 지급하도록 의무화한 것은 잠재적 강점으로 볼 수 있다. 더 포괄적인 형태의 보장 제도를 도입하려고 할 때 사용자 측면에서의 협조를 기대할 수 있기 때문이다. 또한 사용자가 노동자를 위

해 유급병가보험을 가입하려는 동기로 작용한다. 마지막으로 만약 임금 지속지급제도가 조정되고 포괄적인 제도에 포함된다면 지급해야 할 총 금액을 감소시킨다. 법에 따라 사용자가 보험료를 납부해야 하기 때문이다.

일반적 사회보장제도와 더 통합된 포괄적이고 포용적인 제도의 구축이 필요할 것이다. 위에서 본 것처럼 스위스는 이 방향으로 움직이지 않고 있으며, 가까운 장래에 그럴 의지도 없는 것처럼 보인다.

다른 시나리오를 제시할 수도 있겠다. 사용자의 임금지속지급 제도에서 면제되는 것을 대가로 공공이 운영하는 광범위한 유급병가제도를 생각할 수 있다. 그렇게 도입한다면 실업보험과 장애보험과 같은 기존의 사회보장제도와 훨씬 잘 연결될 수 있을 것이다. 건강문제를 갖는 개인이 노동시장에서 잔류하는 데 필요한 개입 수단 간 조정도 개선될 것이다. 이러한 제도 환경에서는 사용자의 참여를 의무화하면서 보편적인 사회보장제도를 구축할 수 있을 것이다. 그렇지만 스위스 정책 입안자들 사이에 전반적으로 자유주의와 시장에 기초한 해결책에 대한 선호가 강하게 각인된 상황에서 이러한 해결책은 정치적으로 어려울 수 있다.

이러한 시나리오에 묘사된 대안은 사용자가 제도에 가입하려는 인센티브, 이를테면 임금 지속지급제도의 폐지에서 비롯될 수 있을 것이다. 인센티브가 효과적이기 위해서는 몇 개의 단계가 취해질 수 있다. 첫째, 임금 지속지급 의무기간이 현재는 법에 명시되어 있지 않고 법원이 결정하도록 남겨두었다. 법원은 세 개의 서로 다른 표(제4절 1 참고)에 기초해서 정한다. 단일한 표가 포함될 수 있도록 법을 개정하여 전국적으로 적용하는 것이 가능할 것이다. 이 표는 사용자가 공적 유급병가보험에 가입하려는 유인을 강화하는 방향으로 수정할 수 있다. 임금지속지급 의무기간을 조정하는 것은, 보장의 측면에서 바람직한 목표를 달성하는 데 사용될 수 있는 정부의 수단이 될 수 있다.

둘째, 공적보험의 보험료는 산업 간 혹은 개별 사용자 간에서 유급병가 발생률에 연동할 수 있다. 산업별로 보험료를 차별하는 것은 객관적으로 높은 위험을 갖는 부분이 다른 부분에서 보조받는 것을 방지할 수 있을 것이다. 사용자별로 보험료를 차별하는 것은 사업장의 노동자가 노동시장에서 탈퇴하지 않도록 장기적인 질병을 예방하려는 예방적 조치에 투자하고, 다른 복지제도 기구와 협력하도록 하는 강력한 유인을 될 수 있을 것이다. 정부는 이런 방향(예방과 다른 사회보장기구와 협력하는 것)의 노력에 대해 유급병가보험 보험료를 일부 보조함으로써 장려할 수 있다.

스위스에서 완전히 가상적인 이와 같은 시나리오는 시장 기반 해결책, 정부 개입 회피 및 노동시장에서의 의무를 강하게 선호하는 제도적 환경에서 유급병가보험을 도입하는 데 관심 있는 다른 나라, 이를테면 한국에서는 참고할 내용이 될 수 있을 것이다.

# 제3장

## 이스라엘의 법정 유급 병가

제1절 이스라엘의 사회정책
제2절 유급병가법과 1970년도 제정 배경
제3절 유급병가제도의 발전 과정
제4절 유급병가제도 실행상의 논점
제5절 맺음말

# 제 3 장 이스라엘의 법정 유급병가

## 제1절 이스라엘의 사회정책

이스라엘은 지중해의 동쪽 연안에 있는, 중동에 속한 국가이다. 현대 이스라엘은 1948년 다당제를 유지하는 의회민주주의 국가로 성립했다. 현재 유대인, 아랍 및 다른 소수 인종을 포함한 다양한 인종 및 종교를 갖는 약 950만 명의 인구로 구성되어 있다. 이스라엘은 첨단 기술 산업, 혁신, 기업가 정신 등으로 알려진 기술적으로 진보한, 다양한 산업적인 포트폴리오를 가진 경제를 갖고 있다. 주요한 산업은 첨단 기술, 농업, 국방, 제약 및 관광 등이다.

이스라엘은 잘 발전하고 중앙집중화된 보건의료 제도를 갖고 있으며, "Kupot Holim"이라고 알려진 4개의 건강관리기구(HMO)를 통해 보편적 건강보험제도를 운영한다. 이스라엘 법에 따르면 현재 이스라엘의 모든 노동자들은 국민보험법과 정부건강보험법에 따른 국민보험기구의 사회보험에 가입한다. 사용자와 노동자는 보험료를 분담하며, 노동자는 특정한 상황에서 실업급여, 산업재해 급여, 출산수당과 같은 급여 수급권을 부여받는다.

이번 장의 분석을 이해하기 위해서는 아래와 같이 노동법 및 근로기준법에 3가지 주요한 출처가 있음을 이해하는 것이 중요하다. 첫 번째 출처는 사회적인 속성상 모든 노동자를 보호하고 최소한의 법적 권한을 부여하는 것을 목적으로 하는 이스라엘의 노동 및 고용 관련 법과 규정들이다. 이런 법과 규정은 노동자가 사용자로부터 받을 최소한의 적절한 권한을 명시하고 있다. 여기에는 최저임금, 연차휴가, 여행비용, 회복급여

(recuperation pay)[16], 고용 종료 및 사직에 대한 사전 통지, 전별금(severance pay), 연금 수급권, 병가 및 병가 중 임금 등을 포함하며 모두 법적인 요건이다.

다수의 중요한 노동법은 1950년대와 1960년대에 제정되었으며, 그 이후 크게 수정되지 않았다. 법안의 문구와 변화하고 성장하는 고용시장 사이에서 적정한 조정이 필요했다. 이런 상황에서 노동법원의 역할은 매우 중요했다. 끊임없이 발전하는 판례는 이스라엘의 고용 관계에 크게 영향을 준다. 판례들은 입법에 창의적인 해석을 제공하는 경향을 나타났다.

두 번째 출처는 단체협약(Collective Bargaining Arrangements)이다. 단체협약은 특정한 사용자에게 적용(예: 하나의 노조와 하나의 사용자 간)하거나, 일반적(노조 집단과 사용자 집단 간)이어서 특정한 산업 혹은 지역에 적용되기도 한다. 하나의 노조와 사용자 집단 간의 단체협약은 추가적인 사용자 및 노동자 단체 전체 혹은 부분적으로, 혹은 특정 경제 영역으로 확대될 수 있다. 이는 노동·사회·사회서비스부 장관(Minister of Labor, Social Affairs and Social Services)의 명령으로 가능하다. 이를 확대명령(Extension Order)이라고 부른다.

과거 수십 년간 몇몇 이유로 단체협약에 의해 조직되고 적용을 받는 이스라엘 노동자의 숫자는 큰 폭으로 감소했다. 동시에 개별 고용계약의 적용을 받는 노동자의 수는 증가하였다. 이 변화는 근로 인구가 제조업에서 첨단기술 산업으로 이행하는 경향과 같이 발생하고 있다.

과거 수십 년간 이스라엘의 시장의 변화와 연동한 판례법에 흥미로운 발전이 있었다. 사용자가 노동조합과 협상해야 하는 의무와 관련한 것이다. 이러한 변화는 개별 고용계약에 의해 노동자를 고용하는 현재 경향에

16) 노동자는 회복급여이라는 명칭 하에 추가적인 연간 급여수급권이 부여된다. 이 급여의 명칭은 역사적으로 노동자가 회복을 목적으로 하여 요양원에 입소할 때 지급하던 보상금액을 말한다. 현재는 완전히 금전적 급여의 성격을 갖는다.

변화가 있음을 의미할 수 있다.

세 번째 출처는 개별 노동자의 고용계약이다. 계약상의 급여는 그 안에 상세하게 기술된다. 고용계약의 조건들이 법, 적용 가능한 단체협약, 혹은 확대 명령에 기술된 것보다 불리하다면 강요할 수 없음에 유의해야 한다.

이스라엘의 복지국가는 상대적으로 포괄적이며 보편적이다(Achdut & Carmi, 1981). 반면에 급여 수준이 낮고, 자산소득조사를 광범위하게 활용하며, 적정한 생활수준을 유지하기 위해 개인들이 시장 참여에 크게 의존해야 하는 등의 특징이 있다(Shalev, 1992).

이스라엘이 건국한 첫해인 1948년 사회정책의 주요한 목표는 수많은 새로운 이민자들을 노동시장에 포함하는 것이었다. 또 사회정치적 소요를 야기하고 새로운 정부의 정통성을 위협할 수 있는 감내하기 어려운 실업 수준을 피하는 것이었다(Gal, 1997). 이 목표를 달성하는 수단은 신생국가의 새로운 이민자들에 대해 정부의 일자리 제공 사업(work relief programs)[17]을 실행하는 것이었다.

신생 국가의 초기 10년 동안 대형 노조인 Histadrut이 복지서비스를 도입하는 데 중요한 역할을 했다[18]. Histadrut은 개국 이전인 1920년,

17) 이스라엘 국가가 성립하고 나서 국민, 특히 홀로코스트에서 살아남아 이민 온 유대인들은 가난했다. 따라서 빈곤을 극복하기 위해, 국가의 사회정책의 목표는 실업을 줄이는 것이었다. 이 목표는 일자리 창출 사업을 통해 달성하였다.

18) (편집자 주) 이스라엘 복지국가를 이해하기 위해서는 Histadrut의 건국 및 국가 발전 과정에서의 역할을 이해할 필요가 있다. 1948년 이스라엘은 국가가 형성되기 이전에 노동조합 연합체인 Histadrut이 있었다. 20세기 초반 오토만 제국 붕괴 이후 영국은 팔레스타인 지역을 통치했다. 이는 Mandatory Palestine이라 불렸다. 그 시점이 1920년부터였다. Histadrut이 다름 아닌 1920년에 설립됐다. 당시에는 팔레스타인 지역의 유대인 노동자의 권익을 보호하려는 취지를 가지고 있었다. Histatdut의 영향력은 노동조합 이상이었다. Histadrut의 의장이었던 David Ben-Gurion은 이스라엘 건국 시기인 1948년부터 1963년까지 수상으로 역임했다. Histadrut은 초기에 사회보험을 만들었다. 이스라엘에서는 국가 이전에 Histadrut이 있었던 셈이다(John Gal 교수 현지 자문, 2023.6.27.).

영국이 팔레스타인을 통치하던 시절에 하이파에서 설립됐다. 이후 이스라엘 건국에 주도적인 역할을 했다. 사회보장과 관련해서 Histadrut의 역할은 특히 건강보장 분야에서 눈에 띄었다. 연맹은 비국가 질병기금 관리자 역할을 했다(Zalmanovitch, 1997). 또, 노령 연금과 관련해서는 기업연금 기금을 소유했다. 이 기금에는 다양한 경로를 통해 국가가 보조금을 지원했다(Grinberg, 1993). 따라서 건국 이후 20년 동안 이스라엘의 복지제도는 두 개로 나눠지는 구조를 형성했다. 즉 Histadrut이 관리하고, 정부에 의해 재정지원을 받는 관대한 기업복지제도와 주로 정부가 관리하는 매우 잔여적인 복지제도이다.

건국 이후 10년 동안 이스라엘은 복지정책 및 사회보호와 관련해서 유럽식 모델에 치중하였다. 이 모델은 증가하는 다양한 분야의 인구 구성원 사이에서 높은 수준의 사회연대와 상호 의무에 기초해서, 사회적 불평등과 사회적 격차 확대를 방지하자는 목적을 가지고 있었다.

1950년대부터 발전한 국가보험제도는 사회보장의 주요한 기반이 됐다. 국가보험은 노령 및 유족연금보험, 모성보험, 실업보험, 산업재해보험 및 일반 장애보험, 국민건강보험, 그리고 일부 추가적으로 소규모의 사회보험 관련 제도들을 포함한다.

국가 단위의 사회보험법은 1953년에 제정됐는데, 여기에 상병수당이 포함되지 않았다(Gal, 2023). 산재보험과 연금은 여기에 포함됐다. 고용보험은 1970년에야 도입됐다. 건강보험은 Histadrut이 운영했는데, 건강보험에 가입하려면 Histadrut에 가입해야 했다. 그만큼 Histadrut의 영향력은 막대했다. 상병수당은 단체협약에 의해 사용자가 급여를 책임지게 됐다. Histadrut의 영향 아래 상병수당은 다소 독특한 형태를 가지게 됐다고 볼 수 있다.

이스라엘 복지국가에서 노령인구의 성장, 어린이의 규모, 이민자 계층

의 구성과 같은 인구통계학적 변화는 사회복지제도의 성장에 중대한 요소였다(Doron & Kramer, 1991).

1970년대 말에 이스라엘은 국민들의 생활수준을 유지하고 개선하는 데 깊이 관여하는 현대적 사회복지국가가 되었다. 이는 건강, 교육, 주거 및 사회서비스 분야에서 포괄적인 서비스를 포함한 광범위한 사회서비스 네트워크를 도입하면서 가능했다. 그렇지만 동시에 사회복지제도는 몇몇 서로 다른 측면에서 변화했다. 이는 급여수준의 삭감, 수급의 적격 요건 강화, 사회서비스에 배정된 예산 삭감, 자산소득조사의 빈도 증가, 특정한 사회서비스의 사유화 등이다(Barkai, 1998). 사회복지가 축소하는 반면, 노동과 연관된 입법 및 노동법원의 개입은 노동자를 보호하기 위해 강화되었다.

1980년대부터 이스라엘의 사회정책은 미국식 모델에 근접하는 중요한 변화를 거쳤다. 미국식 모델은 전 국민에게 사회서비스와 사회보호를 제공하는 데 정부의 역할을 제한하고, 시민들이 시장과 그로부터 초래되는 불확실성에 더 의존하도록 하는 것이다. 1980년대 후반부터 이스라엘의 사회정책을 지배하는 주요한 경향은 사회복지에서 정부의 개입을 축소하고, 사회복지 및 사회보호에 대한 정부의 지출을 축소하며, 정부가 사회복지 지출을 삭감함에 따라 장기적 영향을 미칠 기존의 사회복지 및 사회보호제도의 변화를 꾀하는 것이다.

이스라엘의 복지국가 역시 1990년대 신자유주의적 영향이 컸다(Gal, 2023). 특히, 1994년 사회민주주의적 성격이 강한 노동당이 실각하면서 1995년 개정 건강보험법이 시행됐다. 이전에는 건강보험에 가입하기 위해서는 Histadrut 가입이 선결돼야 했다. 이제는 노동자들이 Histadrut에 가입하지 않아도 건강보험 가입이 가능해졌다. 새 법에 따라 건강보험과 Histadrut 사이의 관계는 끊어졌다. 여파가 컸다. Histadrut의 조합

원 수가 1994년 157만 명에서 1998년 63만 명까지 줄었다(Nathanson & Associates, 1999).

이스라엘의 복지국가 발전을 가로막은 요소는 한 가지 더 있었다(Gal, 2023). 이스라엘은 국가 내외적으로 끊임없는 위협을 받아왔다. 사회보장(social security) 이전에 직접적으로 생명을 위협하는 국가 안보(national security) 혹은 안전(security)이 더 큰 국가적인 관심사였다. 그러한 과정에서 노동조합의 관심사도 사회보장보다 집단적인 안정이 중요한 의제가 됐다. 이스라엘에서는 여전히 내각에서 국방부가 가장 강력한 부처인 점이 이와 같은 상황에 대한 방증이다(Gal, 2023).

이스라엘 사회보장제도는 광범위한 국가 사회보험제도와 조세기반 소득보전제도를 포함한다. 전체 제도는 노동사회부장관의 감독 아래 운영되는 독립적인 정부 기관인 국가보험기구(National Insurance Institute)에 의해 유지된다.

## 제2절 유급병가법과 1970년도 제정 배경

"지금이 이런 기본적인 권리의 혜택을 받지 못하는 근로자를 위해서 유급병가가 보장되도록 법을 제정해야 할 때다(Moshe Shachal, 1975)[19]"

Histadrut에 의해서 조직된 작업장 노동자들은 유급병가의 혜택을 받지만, Histadrut은 소규모 사업장 노동자들에 대해 유급병가를 제도화하지 않았다. 이들을 위한 유급병가법 제정의 필요성이 지속적으로 대두되었다. 이들 노동자들은 법과 노동 관련 판례 등에 의해 유급병가와 사회

19) Member of Knesset (MK) Moshe Shachal

보장의 혜택에서 소외되었다. 이들 집단의 수가 적지 않았다. 노동시장에서 약 8분의 1을 차지하며, 일부에서는 이보다 많을 것이라는 추정도 있었다. 이 상황은 제도 개선의 필요성이 제기됐으며, "고통스럽고 심각한 문제"라고 표현되었다.

1974년 2월 이스라엘 국회의원인 Moshe Shachal은 예비 선거를 위해 "근로자를 위한 유급병가법안"(법의 명칭은 추후 수정됨)을 제출했다. 1974년 2월 예비 선거와 복지위원회의 사전 토론이 끝난 후에 1975년 10월 20일 첫 번째 투표에 다음과 같은 제안서를 첨부하여 상정했다.

"이스라엘의 노동법에는 근로자가 병가를 사용할 때 급여를 보장하거나 합의하는 조항이 없다. 이런 기본적인 권리는 확대명령(Extension Order) 혹은 고용계약에 의해 보장받는 근로자에게만 적용된다. 그렇지만 확대명령의 적용을 받지 않거나 고용계약에 유급병가의 혜택이 부여되지 않은 근로자들이 있다. 그들은 유급병가의 혜택을 전혀 받지 못한다. 이 법안에 따르면 단체협약, 혹은 유급병가 확대 명령의 적용을 받지 않는 근로자들은 병가 중에 그들의 임금의 75%를 사용자로부터 받을 권리를 부여받게 될 것이다. 그리고 근속기간 1개월당 1.5일을 부여하여 최장 90일까지 유급병가를 받을 수 있다(Sick Pay Bill, 1975)."

복지 및 노동위원회는 1974년 2월부터 1976년 6월 사이에 법안과 그와 관련한 관심 사항을 논의하기 위해 10번이 넘는 공식 회의를 했다. 입법 과정의 하나인 이런 논의 과정에서 위원회는 많은 국회의원은 물론 공익 위원, Histadrut, 경제기구 조정국, 보험회사 등의 의견을 청취했다. 법안은 입법 과정에 참여했던 사람들에게서 제기된 이슈와 관심사항을 반영하여 수정되었다.

법안과 관련한 지속되는 회의에서 국회의원 Shachal은 많은 경우에 노동관계에 개입하는 것을 법 테두리 안에서 자제했다. 그는 노사 간에 자발적인 협약과 자유로운 교섭을 선호했다. 그렇지만 기본적인 권리와 관련해서는 그는 시장에 있는 모든 노동자들에게 권리가 보장되도록 법이 개입하는 것을 선택했다. 이런 개입은 연차휴가, 퇴직수당, 건강문제로 업무를 수행하지 못하는 기간, 유급병가 등과 같은 특정한 분야 및 다른 분야에서도 적용할 수 있는 규범을 채택하는 것이었다. 이 과정에서 기본적인 권리가 박탈될 위험이 있다면, 법과 규정을 통해서 개입하는 방식을 택했다. 이 과정에서 이미 대다수의 노동자에게 적용되는 규정을 선택했다. Shachal 의원은 당시 유급병가가 사용자에게 과다한 부담을 주지는 않는다는 점에서 법안이 간단하며, 설득력 있다는 점을 강조했다. 그렇지만 유급병가와 관련해서는 당시 뚜렷한 진전은 없었다.

위원회의 과거 원안에는 공동의 목적은 모든 노동자가 조직화되는 것이며, 이는 사용자 및 노동자 모두에게 혜택이 될 것이라고 명시했다. 그렇지만 작은 사업장에서는 노동자들이 여전히 조직화되지 않은 문제들이 남았다. 게다가 적용할 수 있는 단체협약이 있어도 사용자는 노동자의 권리를 부여하지 않을 수 있으며, 모든 의무를 준수하는 사용자와 부당하게 경쟁할 수 있었다. 법안을 심의하는 위원회의 후속 회의에서 국회의원들은 내용과 관련하여 다음과 같은 다양한 관심사를 제기했다.

① 공공 기관과 민간 기업의 차이. 공공 기관은 유급병가 비용을 감당할 수 있고 이미 급여를 지급하고 있다. 하지만 민간 기업은 이 법안으로 인해 발생하는 필연적인 비용 및 병가 관련 권리를 남용하려는 노동자가 증가할 수 있어서 불필요하게 발생하는 비용의 측면에서 손해를 볼 수 있다. 반면에 국회의원들은 새로운 법을 남용할 수 있

는 소수 노동자들 때문에 모든 노동자에게 불이익을 주는 것은 불가능하다는 데 동의했다.

② 서로 다른 노동자의 형태 사이에서 유급병가 급여를 차별할 수 있는 문제. 국회의원들은 이 법안을 계절적 노동자, 시간제 노동자 및 일용 노동자에게 적용할 때의 어려움에 대해 토론했다. 법안은 일을 할 수 없고, 정상적인 상황이라면 임금을 받았을 노동자를 보상하는 것에 목적을 두고 있다. 당연히 이런 목적을 일주일에 며칠만 일하거나, 하루에 몇 시간만 일하는 노동자에게 적용하기는 어렵다. 그렇지만 합의된 것은 국회의원들이 이런 문제에 대한 해결책을 찾아야만 한다는 것이었다.

③ 법안에 따르면, 노동자의 건강 상태에 적합한 직무를 사용자가 제안하는 것이 가능했다. 그 조항이 해석상의 문제를 야기할 수 있고, 어떠한 직무가 노동자의 건강상태에 적합할 수 있는지를 둘러싼 사용자와 노동자 사이의 논쟁을 야기할 수 있다고 일부 국회의원들은 우려했다.

④ 국회의원들은 병가를 사용할 때 지급할 보상금액을 계산하는 데 어떤 항목이 포함될지에 대해 논의했다. 기본급만 포함할 것인지, 초과 근로수당과 인센티브 수당도 포함할 것인지 등이다.

⑤ 위원회에서는 유급병가를 지급하는 방식에 대해서도 논의했다. 사용자가 직접 지급할 것인지, 보험회사가 직접 지급할 것인지, 아니면 국가보험기구가 직접 지급할 것인지가 논의의 대상이 됐다. 다른 논의 내용도 있었다. 위원회는 보험을 이용하는 방식은 사용자에게 비용 부담이 클 것이라는 점도 고려 대상이 됐다. 또 장기 근속한 노동자는 근속 연한에 따른 혜택이 커지는데, 단기간 노동자는 사용자 혹은 작업장을 바꿀 때마다 축적된 권한을 잃게 된다는 의견도 제기됐다.

유급병가법(Sick Pay Law 1976)이라고 명명된 최종 법안은 1976년 6월 8일 국회를 통과했으며 1976년 10월 1일부터 시행되었다.

## 제3절 유급병가제도의 발전 과정

이 절에서는 유급병가법과 가까운 가족들의 돌봄을 위한 일련의 유급병가법의 내용과 이에 부수되는 규칙들을 자세하게 설명한다. 아래는 현재 적용되는 법과 규칙들이다.

- 1976년 유급병가법
- 1976년 유급병가규칙(유급병가에 대한 세부 규칙)
- 1993년 유급병가법(자녀 상병으로 인한 결근)
- 1993년 유급병가규칙(자녀 상병으로 인한 결근의 세부 규칙)
- 1993년 유급병가법(부모 상병으로 인한 결근)
- 1993년 유급병가규칙(부모 상병으로 인한 결근의 세부 규칙)
- 1998년 유급병가법(배우자 상병으로 인한 결근)
- 1998년 유급병가규칙(배우자 상병으로 인한 결근의 세부 규칙)
- 2000년 유급병가법(파트너의 임신 및 출산으로 인한 결근)
- 2000년 유급병가규칙(파트너의 임신 및 출산으로 인한 결근의 세부 규칙)

### 1. 1976년 제정 유급병가법(이하 “법”)

제1조(용어의 정의)에서는 노동자를 임금노동자와 단시간 및 일용직

노동자로 나누어서 제시한다.

- 노동자는 병가 기간 중의 급여 지급에 관한 사항이 단체협약에 의해 규정되지 않는 고용된 자를 말한다.
- 임금노동자(salaried employee)는 업무에 대한 보상이 1개월 혹은 그보다 긴 기간을 기준으로 지급되는 노동자를 말한다.
- 단시간 및 일용직 노동자(wage employee)는 임금노동자가 아닌 노동자를 말한다.

법의 해석에서 한 가지 주의할 대목이 있다. 이 법에서 명시하는 "노동자(employee)"는 일반적인 의미와 다르다는 점이다. 즉, 여기에서 노동자는 단체협약에 따른 유급병가 권한이 부여되지 않은 노동 집단을 가리킨다. 앞서 언급한 것처럼 이 법의 목표는 단체협약의 적용을 받지 않는 노동자에게 유급병가를 제공하는 것이다. 이스라엘의 법체계에 따르면 임금노동자(salaried employee)는 그들의 급여가 월기준으로 책정되는 집단이고, 시간 및 일당 노동자(wage worker)는 시간 혹은 일별기준으로 임금을 받는 집단을 가리킨다[20].

상병은 노동자가 단기적 혹은 영구적으로 업무에 종사할 수 없는 상태로 건강상태가 나쁘다는 의료적 판단에 기초한다. 참고로, 영구적 장애를 갖는 노동자는 유급병가에 의해 보상받을 수도 있고 그러지 않을 수도 있는데, 장애가 그의 업무수행능력을 손상시켰으며, 유급병가 잔여일수가 있다면 받을 수 있다. 다만, 영구적인 장애는 통상 유급병가에 의해 보상받지 않고 국가보험 급여의 하나로 제공된다. 국가보험제도는 별도의 제도이고 유급병가와 관련이 적지 때문에 보고서에서는 더 자세히 다루지

20) (편집자 주) 이스라엘 필자의 설명에 따라, salaried employee는 임금노동자로, wage worker는 단시간 및 일용직 노동직 노동자로 번역함.

는 않는다.

제2조(유급병가 수급권)에 따르면, 상병으로 인해 결근하는 노동자는 제4조에서 정한 최고 기간 내에서 사용자로부터 다음의 권리를 부여받는다.

(1) 위에서 언급한 것과 같이 결근한 넷째 날부터 상병의 기간 동안 법에 따른 지급액(이하에서는 "상병수당(Sick pay)"으로 칭한다)
(2) 위에서 언급한 결근의 둘째 날과 셋째 날은 유급병가의 절반의 금액. 노동사회부 장관은 국회 노동사회위원회의 승인을 받아 위에서 언급한 노동자의 결근의 첫째 날, 둘째 날 및 셋째 날의 유급병가의 금액에 관한 규칙을 제정한다. 그 내용은 이 조의 다른 규정에도 불구하고 효과를 가질 수 있다.

추론할 수 있듯이 이 법은 결근의 첫째 날의 급여 지급을 허용하지 않으며[21], 둘째 날과 셋째 날은 해당 노동자 임금의 50%를 지급한다. 넷째 날부터는 100% 지급한다. 그럼에도 불구하고 많은 산업, 특히 첨단기술 산업은 병가의 첫째 날부터 100%를 지급하는 것이 보편화하고 있다. 참고로, 유급병가를 지급하지 않은 날은 총 부여되는 병가 기간에서 제외되어야 함을 명확히 하는 법안은 2017년부터 국회에 계류 중이다[22].

임금노동자에 대해서는 상병기간은 주말과 공휴일을 포함한 상병의 모든 날로 계산해야 한다. 동일한 사용자 혹은 동일한 사업장에서 전일 근로하는 단기간 및 일용직 노동자의 상병기간은 주말과 공휴일을 제외한

21) 이 법에 따르면 노동자는 상병의 첫날에 아무런 급여 수급권이 없다. 그러나 노동 및 사회부장관이 법이 제시한 바에 따라 유급병가의 첫날에도 지급할 수 있도록 하는 규정을 제정할 수 있다.
22) 만약 노동자가 급여가 제공되지 않는 병가를 하루씩 2회 이상 사용할 경우, 해당 기간이 병가 기간에서 차감되는지도 논점이 될 수 있다. 이스라엘에서 이에 대한 법적인 논란이 있다.

상병의 전 기간으로 계산한다. 이 법에서는 전일 근무를 하지 않거나 간헐적으로 근로하는 단기간 및 일용직 노동자에 대해서는 약간 다르거나 혹은 비례적으로 계산한 수급권을 부여한다.

2022년 6월 1일부터는 악성 질환을 앓고 있거나 영구 투석을 필요로 하는 노동자와 정기적 처치 혹은 검사(회복 이후에도 포함)로 인해 병가를 쓴 노동자는 병가 첫날부터 유급병가를 부여받는다. 다만 병가가 처치 혹은 검사로 인해 발생할 때는 해당 상병으로 인해 필요하다는 의료진단서를 제출해야 한다.

제2조에 따르면 노동사회부 장관은 국회 노동사회위원회의 승인을 받아 유급병가의 수급과 관련한 규칙을 정할 수 있다. 여기에는 상병과 관련되어 사용자에게 제출하는 의료적 근거 등 세부 내용은 물론 급여 지급 날짜와 관련한 것도 포함한다. 다음에 설명하겠지만 이러한 관련 규정은 차후에 제정됐다.

이 법의 제3조는 '적절한(suitable)' 부분근로 혹은 대체업무에 대한 내용을 담고 있다. 이에 대한 판단은 노동자가 특정한 기간 동안 특별한 성격 혹은 어떤 상황 아래에서 업무를 수행하는 것이 불가능하다는 의료진단서에 근거해야 한다. 해당 사용자는 그들에게 동일한 사업장에서 적절한 다른 전일(full-time) 혹은 부분 근로를 제공한다. 해당 노동자는 그들에게 부여된 대체 혹은 부분 업무에 대한 임금이 과거의 작업을 지속할 때 받을 수 있었던 임금 수준보다 적지 않다면 주어진 업무를 맡아야 한다. 이 금액은 이 법의 제6조에서 규정한 유급병가의 계산에서 언급한 요소를 기준으로 계산한다. 사용자가 해당 노동자에게 적절한 다른 작업을 부여하지 않을 경우에는 해당 노동자는 유급병가 수급권을 가질 수 있어야 한다.

이 법에서 적절한(suitable) 업무는 위에서 언급한 의료진단의 내용에

저촉되지 않고, 해당 노동자가 상병 직전 3년 동안 주로 고용되었던 업무와 실질적으로 동일한 성격이거나 그들의 직업 훈련, 교육수준 및 체력조건에 적합한 것을 말한다. 이런 맥락에서 적절한 작업의 부여는 해당 사업장에 적용되는 노동조합이 있을 경우에는 조합과 협의를 거쳐야 함을 의미한다.

유급병가의 최고 기간은 법의 4조에 따라 다음과 같이 규정한다. 유급병가 기간은 해당 노동자가 고용된 첫날부터 동일한 사용자 혹은 동일한 작업장에서 근로한 매달 1.5일씩 누적한 기간을 초과할 수 없으며, 누적 병가일은 90일을 한도로 한다.

특정한 1개월에 노동자가 동일한 사용자 혹은 동일한 사업장에서 일하지 않았다면 위의 계산과 관련하여 25일을 완전한 근무 1개월로 간주한다. 그리고 완전한 근무 1개월의 일부분에 대해서는 해당 노동자에게 비례적으로 유급병가 권한을 부여한다.

유급병가 기간 중의 해고에 관한 조항은 2009년에 4A조로 추가됐다. 이에 따라, 사용자는 상병으로 인해 이 법 혹은 단체협약에서 부여받은 유급병가 최고 기간 이내에  해당 노동자를 해고할 수 없다. 해고 금지 조항은 다음의 경우에는 적용하지 않을 수 있다. 첫째, 해당 노동자가 유급병가를 쓰기 전에 적용할 수 있는 법에 따라 해고 예고를 했을 때, 둘째, 해당 노동자의 사업장이 운영이 종료되었거나 사용자가 적용할 수 있는 법에 따라 파산을 선언했을 때, 법인이라면 청산명령이 내려졌을 때다.

이 보호조항은 이 법의 제4조에 명시된 최고 유급병가 기간까지 확대된다. 그렇지만 해고 금지 조항은 해당 노동자가 사용자에게 병가 사용을 보고하기 전에 사용자가 해고의 사전 통지를 했다면 적용되지 않을 수 있다.

유급병가 급여 수준은 법의 제5조에서 규정한다. 2011년 3월 개정된 내용에 따르면, 질병이 발생한 첫날에는 상황이 동일했다. 급여가 없다.

질병에 걸린 둘째 날과 셋째 날에는 급여가 정규 급여의 50%로 지급되고, 4일부터는 급여의 100% 수준으로 지급된다. 이때 1일당 임금은 상병이 발생하기 직전 3개월간 근로 1일당 평균 임금을 따른다. 급여액 기준은 해당 노동자가 병가의 기간 동안에 아프지 않았다면 받았을 임금이다. 성과에 따라 임금을 받는 노동자에 대한 유급병가 지급액은 해당 노동자가 병가의 기간 동안에 아프지 않았다면 받았을 임금이 기준이 된다.

유급병가를 계산하기 위한 임금의 구성 요소는 법의 6조에서 제시됐다. 내용은 다음과 같다.

(1) 기본임금
(2) 직무급 지급기간
(3) 생계연동 혹은 물가연동 보상수당
(4) 가족수당
(5) 특수부서 근무수당 혹은 전문가 수당

노동자의 임금이 위에서 언급한 요소 혹은 그에 따른 부분에 따라 지급되지 않았다면, 임금은 일반적인 근무일에 받는 액수에 더해서 위에서 언급한 수당 중 해당 노동자에게 지급한 금액을 합한 것이어야 한다.

따라서 유급병가의 지급액은 그가 정상적인 업무에 종사했다면 받았을 임금이 기준이 돼야 한다. 유급병가의 지급률과 관련한 문제는 통상 어떤 노동자가 초과근무 수당, 야근 수당, 생산성 보너스 등과 같이 봉급을 보완하는 추가적인 금액이 발생했을 때, 그리고 해당 노동자가 이런 추가 금액이 병가 기간 중에도 지급되어야 한다고 주장했을 때 발생한다. 이 문제와 관련해서 노동법원의 판례 사이에 일관성은 없다. 그렇지만 주요한 접근 방식은 이런 임금을 보완하는 수당이 해당 노동자에게 정기적으

로 지급되었다면 병가 기간 중 고려해야 할 임금으로 간주한다는 것이다(C.A(Regional Labour Court Tel-Aviv), 2021; L.D(Regional Labour Court Tel-Aviv), 2020).

노동사회부 장관은 국회 노동사회위원회의 승인을 받아서 병가 중의 지급금액을 계산하는 데 기준으로 하는 임금의 계산에 관한 다른 방식 혹은 다른 구성 요소를 규정화할 수 있다.

사용자는 아래의 경우에는 병가 중인 노동자에게 급여를 지급하지 않을 수 있다. 이는 법 8조 및 2~7조의 규정에 따른 것이다.

(1) 노동자가 고용된 업종에서 가장 많은 노동자가 가입되어 있는 적립기금(provident fund)에서 고용주가 노동자를 단체협약에 따라 병가수당보험에 가입시켰고, 해당 보험약관의 기준에 미달하지 않는다는 조건이 붙은 경우.
(2) 앞의 (1)항에서 언급한 단체협약이 없을 경우, 사용자가 해당 노동자에게 서면 동의를 받아서 적립기금에 유급병가보험을 가입했을 때. 다만 이 경우 그 보험은 이스라엘에서 가장 많은 수의 노동자가 단체협약에 따라 가입한 보험의 기준에 미달하지 않아야 한다.
(3) 앞의 (2)항에 따른 노동자의 동의를 받지 않았을 경우, 사용자가 해당 노동자를 (2)의 보험약관의 기준에 미달하지 않는 조건으로 가장 많은 수의 노동자가 가입한 적립기금에 유급병가보험을 가입했을 때.

유급병가보험은 사용자가 노동자의 병가 기간 중 급여를 직접 지급하는 것의 대안으로 보험회사가 노동자에게 급여를 지급하는 보험상품이다.

보험은 노동자가 상병으로 병가를 쓸 때 지급하는 급여와 보상과 관련한 모든 것에 대한 해결책이다. 사용자가 이러한 보험에 가입했다면 병가 기간 중 지급하는 급여, 병가를 받고 축적할 수 있는 권리를 부여할 의무, 적절한 혹은 부분 근로를 찾는 의무 등에서 면제될 수 있다.

결과적으로 보험을 판매한 보험회사가 이런 경우 해당 노동자에게 사용자가 부담해야할 금액을 지급한다. 노동자 입장에서는 병가를 써서 업무를 하지 못할 경우에 상병수당을 지급받기 때문에 대다수의 경우 문제가 되지 않는다.

제9조는 제8조의 목적으로 특정한 사업장에서 대다수의 노동자가 서면으로 동의했다면, 그 사업장의 모든 노동자가 각자 동의를 한 것으로 간주될 수 있다. 동의한 내용을 변경할 경우에는 노동자 2/3 이상의 동의를 받아야 한다.

제10조는 유급병가의 남용을 막기 위한 조항이다. 상병 기간에 임금 혹은 다른 보수를 목적으로 실제로 근무한 노동자에게는 해당 상병과 관련하여 유급병가를 받을 수 없다. 그리고 유급병가가 이미 지급되었다면 사용자 혹은 보험회사는 해당 노동자에게 지급한 금액을 반환 청구하거나 다른 금액으로부터 공제할 수 있다.

제11조는 이중 지급을 금지하는 목적으로 제정되었다. 건강 문제로 업무를 하지 못하는 기간에 노동자가 다른 법에 따라 보상을 받는다면 노동자는 해당 기간 동안 유급병가를 받을 수 없다. 여기서 해당 기간은 두 가지를 가리킬 수 있다. 첫째, 다른 법에서 정한 다른 보상을 받는 시기 혹은 둘째, 해당 법에서 아픈 노동자가 유급병가를 부여받지 못하도록 명시한 기간을 말한다.

제12조는 유급병가법이 단체협약에 따른 노동자의 유급병가 권리를 침해하지 않도록 하고 있다. 일부 사례에서 노동자는 법에 의해 주어지는

것보다 많은 상병수당을 단체협약에 따라 받을 수 있다. 예를 들면, 법에 따라, 노동자 A가 18일의 유급병가 권한이 있지만, 그가 일하는 사업장에 적용되는 단체협약은 25일의 유급병가를 부여할 수 있다. 이 경우, 단체협약이 우선되어서 그는 25일의 유급병가를 부여받을 수 있다.

## 2. 1976년 제정 유급병가 규칙

1976년 9월 16일 유급병가법의 제정에 이어 노동부는 유급병가의 지급과 관련한 절차를 정하기 위해 규칙을 제정했다. 이 규칙들은 1976년 10월 1일부터 시행되었다.

유급병가규칙의 제1조는 상병으로 인해 업무에 종사하지 못하는 노동자는 병가가 시작된 후 3일 이내에 사용자에게 통지해야 한다고 정한다. 이때 노동자는 예상되는 병가 기간도 통지해야 한다. 사용자가 노동자에게 규칙에 연동하는 의무 사항을 노동자에게 공지했다면, 노동자 혹은 대리인이 유급병가에 대한 통지를 한다.

규칙의 제2조는 노동자가 상병으로 인한 병가 기간에 사용자에게 유급병가를 신청했을 때, 해당 노동자는 의사가 발급하고 서명한 진단서를 제출해야 한다고 명시한다. 진단서에는 아래 내용이 포함되어야 한다.

(1) 해당 노동자의 이름과 개인등록번호.
(2) 상병의 원인. 단, 이 조항은 2015년 프라이버시 보호차원에서 삭제됐다. 따라서 현재 진단서에서는 '상병의 원인이 의료 파일에 기록돼 있다'고만 명시할 뿐이다.
(3) 해당 노동자가 상병으로 인해 업무에 종사하지 못할 구체적인 기간. 만약 진단서에 기재한 기간 이후에 노동자가 업무에 복귀하지 못한다면 업무에 복귀하지 못할 추정 기간.

(4) 의사의 이름과 주소.

(5) 진단서 발급 일자

이스라엘 건강관리기관(Health Management Organization)[23]의 가입자인 노동자는 담당 기구로부터 혹은 담당기구로부터 승인받은 기관의 진단서를 발급받아야 한다.

규칙의 제2(c)조는 사용자가 규칙에 부합하지 않는 진단서의 내용에 관해 의구심 혹은 의문이 있다면, 노동자에게 재검진을 받을 것을 요청할 수 있다. 그 노동자는 사용자의 요청에 응하는 것이 의무이며, 요청받은 대로 검진을 받아야 한다.

HMO로부터 의료 승인을 받는 절차가 매우 간단하고 쉽기 때문에 병가 사유가 발생한 직원은 병가를 매우 쉽게 활용할 수 있다. 최근에는 집을 떠나지 않고도 디지털 방식으로 의료 인증을 얻을 수도 있다. 또한 프라이버시 보호를 위해 의료 승인서에서 병가에 대한 의학적 사유가 삭제되어 이제 단순히 "의학적 사유는 환자 파일에 기록되어 있다"라고만 명시되어 있다. 직원의 병가에 대해 급여를 지급할 책임이 있는 고용주는 병가에 대한 통제나 지식을 갖지 못하게 된다.

규칙의 제3조는 사용자는 해당 노동자의 임금 지급일에 유급병가를 지급해야 한다고 명시한다. 다만 진단서가 사용자에게 임금 지급일의 최소 7일 이전에 제출돼야 한다. 만약 진단서가 임금지급일의 7일 이전에 제출되지 않았다면, 급여는 진단서 제출 이후에 가장 가까운 봉급 지급일에 지급된다.

---

23) (편집자 주) 이스라엘의 건강보험제도는 정부가 제공하는 전국민건강보험과 4개의 독립적인 건강관리기관(HMO)이 추가적으로 판매하는 보충보험(Supplemental Insurance), 그리고 민간보험으로 구성됨(원종욱, 2013). 이스라엘 정부는 사회보장세 수입을 4개의 HMO에 가입자 규모와 연령 등을 고려하여 배분함. 노동자는 법에 따라 4개 가운데 한 곳의 HMO에 의무적으로 가입해야 함.

규칙의 제4조에 따라, 유급병가 기간을 계산할 때 아래와 같은 경우는 근무 기간에 포함해서 산정한다.

(1) 법, 관습 혹은 협약에 따라 업무를 하지 않는 주말 혹은 공휴일
(2) 응급업무서비스법(Emergency Work Service Law)에 따른 훈련 기간[24]
(3) 해당 노동자가 사망한 가족을 종교적 혹은 문화적 방식으로 애도하느라 업무를 하지 않는 기간
(4) 여성근로법에 명시된 출산휴가 기간

규칙의 제4A조는 2015년 개정할 때 추가되었다. 여기에서는 규칙의 내용이 아픈 노동자의 의료인증 및 진단과 관련한 다른 법 혹은 협약의 규정을 훼손할 수 없다고 명시한다. 4A조에서는 유급병가규칙이 국민보험급여 등 다른 관련법이나 규정에 영향을 미치지 않는다는 것을 규정한다[25].

### 3. 1993년 제정 유급병가법(자녀의 상병으로 인한 결근)

90년대 들어 추가적인 법률에 의해 유급병가 권리가 확대되었다.

24) (편집자 주) 응급업무서비스법은 전쟁 시기와 같은 재난 상황에 일상적인 업무 수행 관련한 내용을 규제하고 있음. 응급업무서비스법에 따르면 핵심 사업장에서 노동자를 업무훈련을 위해 소집명령을 할 수 있음. 유급병가법은 이런 업무훈련의 경우 유급병가 허용일을 축적할 수 있다고 규정. 이스라엘의 응급업무서비스법은 전시 상황에서 핵심 사업장에 대한 다소 복잡한 내용을 담고 있는데(Shibolet, 2023), 2024년 1월 기준에도 전시 상황인 이스라엘 국가의 특수한 성격에 기인한 제도이므로 상세한 설명은 생략.
25) (편집자 주) 유급병가의 형태로 상병수당을 지급하는 나라는 여타 사회보험인 국민건강보험 혹은 장애연금과의 연계 관계가 대부분 없으며, 해당 조항은 이를 명시한 것으로 해석됨.

1993년에는 자녀의 상병을 간호하기 위한 휴가와 관련한 유급병가법(이하 자녀상병법)이다.

자녀상병법 제1조에 따르면 16세 이하의 자녀를 둔 노동자는 다음과 같은 조건에서 자녀의 상병 때문에 휴가를 냈을 때 부여받은 유급병가 기간을 사용할 수 있다.

(a) 연간 8일 한도:
해당 노동자의 배우자가 소득 활동을 하며 해당 사유로 인해서 휴가를 사용하지 않았을 때,
혹은 해당 노동자의 배우자가 자영업을 종사하고 해당 노동자가 자녀 간병으로 휴가를 사용하는 동안 영업을 중지하지 못할 때.

(b) 연간 16일 한도:
아픈 자녀를 혼자서 돌보거나, 혹은 해당 노동자가 배우자가 없는 경우.

2016년 추가된 규칙의 제1A조는 자녀의 중증상병에 대해 언급한다. 이 조에 따르면 노동자가 18세 이하의 자녀가 있고, 해당 노동자가 동일 사용자 혹은 동일 사업장에서 최소 1년 이상 근무했다면, 90일을 한도로 병가를 사용할 수 있다. 만약, 해당 노동자의 유급휴가 사용한도가 자녀 중증상병에 따른 휴가 사용 한도를 초과한다면, 노동자를 유급휴가를 사용할 수 있다.

해당 노동자의 배우자가 직업이 있지만 병가 수급권이 없어서 병가를 사용하지 못하거나, 혹은 자녀를 혼자서 돌봐야 한다면, 해당 노동자는 자녀의 중증 상병의 간호를 위해 연간 110일까지 사용할 수 있다. 제1조에 따라서 사용한 어떤 날짜도 제1A조를 계산하는 데 포함되어야 한다는

점을 알아야 한다.

규칙에서 중증상병(Serious illness)은 다음과 같이 정의 한다. 악성 질환, 영구투석이 필요한 질병, 혹은 경제산업부 장관이 세칙으로 정한 다른 상병 등이다. 경제산업부 장관은 노동사회부 장관과 협의하고 국회 노동복지건강위원회의 승인을 받아서 세칙을 정한다.

규칙 제1A1조는 2016년 추가[26]됐다. 배우자 간 병가를 번갈아 가면서 사용할 때 유급병가 기간을 계산하는 방식을 정한다. 1976년 유급병가법 제2(a)(1) 및 (2)와 관련한 규정에 따르면 위 제1조 및 제1A조에 따른 노동자의 유급병가 급여 지급은 그들의 자녀 간호를 위해 결근한 첫날부터 계산한다. 다만, 해당 노동자가 법에서 제시한 첨부 양식 진술서에 자녀의 상병을 간호하기 위한 배우자의 병가일자 및 배우자가 자신의 사업장에 제출한 서류도 함께 제공해야 한다. 이 개정안은 가구 단위로 유급병가를 관리하는 형태로 변경되었다. 개정의 결과, 부부 합산의 비용부담을 줄이게 되었다[27].

제1B(a)항은 2014년 추가됐다. 장애를 가진 사람을 돌보기 위한 휴가에 대해 규정하고 있다. 이 조항은 장애를 가진 자녀가 있는 노동자는 동일 사용자 혹은 동일 사업장에서 1년 이상 근무했다면 그의 축적된 유급병가 혹은 유급휴가 기간 중 선택해서 18일까지 추가적인 휴가를 쓸 수 있다. 이때 장애를 가진 아이에게 개별적 돌봄을 위한 목적에만 사용할 수 있다.

개별적 돌봄(Personal assistance)은 장애를 가진 사람을 곁에서 지키거나, 동반하는 것 및 간호 등을 필요로 하는 상황에서 제공하는 돌봄을

26) 1427 S.H. 134. 참조.

27) (편집자 주) 이스라엘의 필자는 제도 변경의 취지가 가구 단위 병가 사용이 부부 합산의 비용 부담을 줄이는 데 있다고 설명하고 있음. 그렇지만, 부부가 번갈아 유급병가를 사용할 때 제출 서류가 더 많아졌다는 점을 고려하면, 부부가 자녀 상병을 이유로 동시에 유급병가를 활용할 가능성을 차단하려는 의도도 있을 것으로 추정됨.

가리킨다. 여기서 장애는 다음과 같이 정의하는 점을 주목해야 한다. 인지적, 영구적 혹은 부분적인 것을 포함하여 육체적, 정신적 혹은 지적 장애를 갖는 것을 말하고, 그의 기능이 주된 일상 활동에 1개 이상 상당히 제한된 것이다.

만약 아래 상황이 발생하면 해당 노동자는 1년당 18일의 추가 병가를 쓸 수 있다. 다만, 장애를 가진 사람에게 개별적 돌봄을 제공할 목적으로 추가적으로 사용할 권리를 가진 다른 사람이 없다는 조건이 붙는다. 구체적인 조건은 다음과 같다.

(1) 해당 노동자의 배우자가 임금노동자지만 수급권이 없어서 병가를 사용할 수 없을 때
(2) 해당 노동자의 배우자가 자영업자로 개별적 돌봄을 제공하기 위한 목적으로 업무를 중지하지 못할 때
(3) 해당 노동자가 한부모(Independent parent)일 때
(4) 해당 노동자가 장애를 가진 사람의 단독친권자일 때

이와 같은 목적의 휴가 일자는 노동자의 선택에 따라 유급병가 일자에 산입할 수 있다. 즉, 장애를 갖는 자녀의 상병에 대한 간호, 개별적 돌봄을 제공할 목적의 휴가는 유급병가 일자에 산입이 가능하다. 이와 같은 문제로 반차와 같은 부분 휴가를 썼다면, 시간만큼을 유급병가에서 차감할 수 있다.

노동자는 장애 자녀의 상병 혹은 개별적 돌봄을 제공해야 하는 경우에 휴가를 쓰면 휴가 첫날부터 급여가 지급된다. 본인 상병의 경우 네 번째 날부터 급여 전액을 받는 것과는 대조된다.

노동자는 장애를 가진 자녀에게 개별적 돌봄을 제공할 목적의 대해서

는 임금에서 공제하지 않고 년 52시간까지 유급휴가 수급권을 가진다. 이는 제1B(A2)(1)항에 규정됐고, 제1(B)(a)항의 규정에 추가한 내용이다. 앞서 (a)항의 (1)부터 (4)세목에 기술된 조건 중 하나를 충족시키는 해당 노동자는 이러한 권리를 부여받는다. 이러한 추가적인 권리는 이 법에서 부여한 다른 권리에 추가되는 것이다. 이 법에 따른 다른 권리와 독립적이며, 조건이 따르지 않는다.

파트타임 노동자의 경우, 장애자녀를 둔 노동자가 휴가를 허용받는 시간은 해당 노동자의 부분근로시간의 비율로 정한다(제1B(A2)(2)항). 파트타임 근로시간의 비율은 정규직 근무 노동자와 파트타임 노동자의 1개월 기준 근로시간의 비율로 정한다. 이때 정규 노동자의 근무시간이 월 186시간보다 많다면 186시간을 기준으로 한다. 여기서 '해당 노동자의 1개월 근무 시간'은 휴가 첫날의 직전 12개월 동안 가장 많이 근무한 분기의 월평균 근무 시간으로 정의한다.

이 법의 규정은 장애를 아동의 부모가 아니더라도 보호자(guardian)인 노동자에 대해서도 준용한다. 단, 장애를 가진 사람을 돌볼 다른 사람이 없고, 그와 관련하여 권리를 행사할 다른 보호자도 없다는 조건을 충족시켜야 한다. 장애자녀의 상병과 관련하여 제1조 혹은 제1A조에 부합하여 사용한 어떠한 날도 위 (a)항의 계산에 고려해야 한다.

위탁 양육 자녀를 가진 부모인 노동자에게도 규정은 준용된다. 그렇지만 해당 노동자의 휴가는 장애를 가진 자녀의 친부모 혹은 입양 부모가 이 권리를 이용하지 못할 경우에 한한다.

이 법의 제2조의 규정에 따르면 노동사회부 장관은 이스라엘에서 가장 많은 조합원을 가진 노조, 장관이 판단하기에 적정한 전국적 사용자단체들과 협의하고, 국회 노동복지건강위원회의 승인을 받아 규칙을 정할 수 있다. 관련되는 항목은 다음과 같다.

(1) 자녀의 상병에 대한 증명.
(2) 노동자가 사용자에게 통지하는 절차에 관한 규정.
(3) 노동자의 배우자가 자영업자라는 것을 증명하는 방법.
(4) 제1(B)조에 명시된 것 같은 해당 노동자의 자녀가 그의 부모로부터 개별적 돌봄이 필요한 것을 증명하는 방법.
(5) 해당 노동자가 장애를 가진 자녀의 부모라는 것을 증명하는 방법.

## 4. 1993년 유급병가 규칙(자녀의 상병에 기인한 병가)

1993년 11월 15일에는 자녀상병법을 보완하는 규칙이 제정되었다. 이 규칙은 두 가지 형태의 신고서를 정한다. 신고서는 노동자(어떤 경우에는 배우자)가 작성해야 하며, 다양한 형태의 병가와 관련한 적격요건의 확인과 관련된다. 예를 들면 해당 노동자의 배우자가 노동자와 동일한 목적으로 동일한 날에 해당 사업장에 결근하지 않았다는 사실을 확인하는 것이다.

규칙은 노동자의 배우자가 자영업자라는 것을 증명할 수 있는 세부 내용을 규정하며, 그 신고서에 첨부되어야 할 서류 등에 대해 자세하게 정한다.

## 5. 1993년 유급병가법(부모의 상병으로 인한 병가)

1993년 12월 9일 유급병가 권리를 확대하는 새로운 법이 제정되었다. 1993년 유급병가법(부모의 상병으로 인한 병가)에 따르면, 노동자는 그의 부모 혹은 배우자의 부모(이하 부모라 통칭함)의 상병으로 인한 휴가에 대해 6일까지 그에게 적립된 유급병가 기간을 사용할 수 있다. 다만,

해당 노동자의 배우자가 고용되어 있고 이 법에 따른 수급권으로 병가를 쓰지 않았다는 조건이 붙는다.

이 법에 따른 부모의 상병은 부모가 아프고 일상생활을 수행하는 데 있어서 완전히 다른 사람에게 의존해야 하는 상태를 말한다. 법의 제정 당시에는 이 법에 따른 상병이 있는 부모는 65세 이상일 경우에만 수급권이 부여되는 것으로 했었다. 그렇지만 2014년에 연령 조건은 폐지되었다.

이 법에 따르면 병가일수를 계산하는데, 노동자는 그의 선택에 따라 수급권이 부여되며, 부분적으로 병가를 쓸 수 있다. 부분병가는 병가 시간과 해당 노동자가 결근하지 않았다면 근무했을 시간과의 비율에 따라 계산한다.

이 법에서는 부모가 장기기증자일 경우에 대해서도 규정한다. 위에서 언급한 것에도 불구하고 간호를 요하는 부모가 장기 기증자라면 해당 노동자의 유급병가 혹은 유급휴가 적립기간 가운데 그의 선택에 따라 7일까지 사용할 수 있다.

이 법에 따르면 노동사회부 장관은 국회 노동사회위원회의 승인을 받은 규칙으로 부모를 간호하기 위한 휴가가 필요할 때 상병의 증명, 결근이 필요한 이유를 증명할 수 있는 방법과 해당 노동자 및 배우자가 통지하는 방법 등을 정할 수 있다.

## 6. 1993년 유급병가 규칙(부모의 상병으로 인한 결근)

1994년 7월 6일 유급병가법(부모의 상병으로 인한 결근)에 따른 규칙이 제정되었으며, 다음과 같은 내용을 담고 있다. 부모가 1968년 국민보험법에서 정의한 양로원에 거주하는 노동자는 부모를 간호하기 위한 목적으로 적립된 유급병가기간을 사용할 수 없다.

형제자매 중에서 부모의 상병을 간호하기 위해 유급병가를 사용하는 노동자는 동일한 기간에 이런 목적의 유급병가를 사용할 수 없다. 이런 맥락에서 형제자매는 동일한 부모에게 입양된 자녀를 포함하여 추가적인 아들이나 딸을 의미한다.

이 규정에 따라 유급병가를 사용하기 위해서 노동자는 규칙에 정한 양식으로 신고를 해야 하며, 의사가 부모의 해당 노동자에 대한 의존 정도를 확인하는 서류를 첨부해야 한다.

## 7. 1993년 유급병가법(배우자의 상병으로 인한 결근)

1998년 유급병가법(배우자의 상병으로 인한 결근)에 따르면 노동자는 배우자의 상병을 간호하기 위해 연간 6일간의 병가를 사용할 수 있다.

2014년부터 개정된 조항에 따르면 동일한 사용자 혹은 동일한 사업장에서 최소 12개월 근무한 노동자는 배우자가 악성질환에 걸렸을 때 연간 60일 내에서 적립된 유급병가 기간을 활용할 수 있다. 그렇지 않으면 해당 노동자는 배우자의 간호 목적으로 적립된 휴가기간을 활용할 수 있다.

이 법에서는 해당 노동자의 배우자가 장기 기증자일 경우에 대해서도 명시하고 있다. 위에서 설명한 것에도 불구하고 그의 배우자가 장기기증자이면 간호를 위해 연간 7일까지 사용할 수 있다. 이때도 그의 적립된 유급병가 혹은 유급휴가 기간 중에서 선택하여 사용할 수 있다.

이 법에서 말하는 배우자의 상병상태는 배우자가 아프고 일상생활을 수행하는 데 완전하게 다른 사람에게 의존해야 하는 상황이다.

이 법에 따르면 노동사회부 장관은 국회 노동사회위원회의 허가를 받아 규칙을 제정할 수 있다. 규칙은 배우자의 상병에 대한 증명과 해당 노동자가 사용자에게 통지를 하는 절차 등에 관한 것 등이다.

### 8. 1999년 유급병가 규칙(배우자의 상병으로 인한 결근)

1999년 1월 28일 유급병가법(배우자의 상병으로 인한 결근)에 따라 다음과 같은 규칙이 제정되었다. 이에 따르면 노동자는 배우자의 간호를 위해 유급병가를 사용하려면 사용자에게 규칙에 첨부되는 신고서와 배우자의 주치의로부터 받은 진단서를 제출해야 한다. 진단서의 내용에는 "배우자의 상병은 의사가 판단하기에 일상생활을 수행하는 데 해당 노동자에게 완전히 의존해야만 하는 상태"라는 점이 포함되어야 한다.

### 9. 2000년 유급병가법(파트너의 임신 및 출산으로 인한 결근)

2000년 7월 6일 시행된 이 법에 따라, 노동자의 파트너의 임신과 관련된 진료나 검사 혹은 출산에 대해, 노동사회부 장관이 제정한 규칙에 부합하게 연간 7일간의 유급병가를 사용할 수 있다.

노동사회부 장관은 국회 노동사회건강위원회의 승인을 받아 배우자의 임신 출산의 증명, 임신 및 출산 목적으로 해당 노동자의 병가 사용 필요성에 관한 규칙과 해당 노동자가 사용자에게 통지하는 방법과 관련한 규칙을 제정할 수 있다.

### 10. 2000년 유급병가 규칙(파트너의 임신 및 출산으로 인한 결근)

2000년 11월 5일 2000년 유급병가법(파트너의 임신 및 출산으로 인한 결근)에 따라 규칙이 제정되었다. 이에 따르면 이 목적으로 유급병가를 활용하려면 노동자는 규칙에 첨부된 양식으로 사용자에게 통지해야 한다.

노동자는 신고서에 노동자의 파트너를 진료한 의사로부터 받은 진단서를 첨부해야 한다. 진단서에는 파트너의 임신과 관련한 진료, 검사 및 각각의 날짜 혹은 출산과 관련한 자세한 내용 및 예상 일자가 포함되어야 한다. 노동자의 휴가는 아래 상황에 부합한다면 관련 법 및 규칙에서 정한 적격 병가로 간주될 것이다.

(1) 임산부 혹은 태아의 생명에 위험을 초래할 임신과 관련한 진료 혹은 검사를 위해 파트너를 동반할 때. 유산의 경우 유산 이후 24시간까지 적격병가로 간주한다.
(2) 제1항에서 언급한 진료나 검사로서 산모나 태아의 생명에 위험을 초래할 정도는 아니지만 동반할 때. 다만 이 조건은 파트너가 언급한 검사나 진료를 받으러 갈 때 다른 사람의 부축이 필요한 경우에 적용된다.
(3) 출산을 지켜볼 때. 이 조항에서의 출산은 산통이 시작되고 나서 출산이 완료될 후 24시간 경과한 시점까지를 말한다.

〈표 3-1〉 유급병가의 발병원인별 개요

| 구 분 | 노동자 본인 | 자 녀 | 부 모 | 배우자 |
|---|---|---|---|---|
| 기본 수급권 | 1개월 1.5일 (년간 18일) 90일까지 적립 | (16세 이하) 1년간 8일 한부모 자녀 16일 | 1년간 6일 | 1년간 6일 |
| 특별 수급권 | (없음) | (장애 아동) 1년간 18일 52시간+돌볼 다른 사람이 없으면 추가 52시간<br><br>(18세 이하) 중증 상병은 90일 한부모 자녀 110일 | 부모가 장기 기증자면 7일 | 배우자가 장기 기증자면 7일<br><br>악성질환은 연간 60일 |

자료: 저자 편집

## 11. 유급병가 관련 추가 규정

유급병가 수급권에 대해 완전한 정보를 보려면 병가 권한과 관련된 두 가지 추가 규정을 살펴봐야 한다. 1954년 여성고용법(Employment of Women Law)으로 아래와 같이 여성 노동자가 병가를 사용할 수 있는 적격 요건을 명시하고 있다.

- 유산을 한 노동자는 유산 이후 1주일간 병가를 쓸 수 있으며, 의사가 유산으로 인한 후유증 회복을 위해서 필요하다고 진단하면 6개월을 한도로 병가를 사용할 수 있다.
- 임신 기간 중에 의사가 임신으로 인해 병가가 필요하다고 진단하면 병가를 사용할 수 있다. 국가보험기구로부터 출산전후휴가급여(bed rest payment)[28]를 받는 휴가는 유급병가로 간주된다.
- 출산휴가가 종료된 후에도 의사가 출산으로 인한 후유증을 회복하기 위해 안정이 필요하다고 진단하면 6개월까지 추가로 병사의 권리가 부여된다.
- 부부인 노동자가 체외수정을 포함한 불임치료를 받는 기간은 휴가를 쓸 수 있다. 이때 진료하는 의사는 서면으로 치료가 필요하다는 사실을 알려줘야 하며, 여성 노동자는 사전에 사용자에게 통지해야 한다. 그 경우 휴가는 병가로 간주한다. 이 목적으로 종일 노동자라면 40시간을 넘지 않는 시간에서 첫날부터 병가를 사용할 수 있다. 다만 첫날은 임금이 지급되지 않는다.

---

28) 출산전후휴가급여는 사용자가 아닌 국민보험기구가 지급하며, 고위험 임신일 때 유급병가를 사용하지 않고 이를 사용하면 급여 손실을 보상받을 수 있도록 설계되어 있다. 이는 고위험임신이 일반적인 상병이 아니며, 국민보험기구가 보상해야 된다는 개념이다. 급여는 임산부 자신 혹은 태아에 미치는 의학적 위험으로 인해 임신 중 업무를 하지 못할 상황에서 지급된다.

· 노동자는 배우자의 출산일로부터 5일간 휴가를 쓸 수 있다. 이 휴가는 아래와 같이 처리된다. 첫 3일은 연차휴가를 사용한다(만약 노동자에게 잔여 연차휴가일수가 충분하지 않으면 무급휴가로 사용). 다음 2일간은 병가로 사용한다. 이런 날들은 병가의 수급권을 부여하는 목적으로는 병가의 두 번째와 세 번째 날로 간주되며, 2000년 유급병가법에서 부여받은 날(파트너의 임신 및 출산으로 인한 결근)을 사용한다.

마지막으로 병가와 산업재해 수급권과의 관계를 살펴본다. 산업재해로 다친 노동자는 그가 진료를 받을 필요성 혹은 재활훈련이나 회복치료를 받기 위해 실제로 업무에 종사하지 못하는 기간에 대해 산업재해 급여를 받을 목적으로 국가보험기구에 급여를 신청할 수 있다.

국가보험기구법에 따라서 노동자는 법에서 정한 경우에 업무를 할 수 없었던 기간 산업재해보상금을 국가보험기구에 청구할 수 있다. 급여 지급률은 아래와 같다.

· 재해가 발생한 첫날에는 산업재해 보상을 받을 권리가 없고, 사용자가 평상시처럼 지급.
· 재해가 발생한 다음 2일: 노동자가 12일 이하로 업무를 하지 못했을 때는 병가(노동자가 충분한 적립일이 있다면)로 간주한다. 그렇지만 12일 이상 업무를 하지 못할 때는 산업재해보상에서 지급한다.
· 산업재해보상의 최대 적격 기간은 12주(91일)이다. 보상은 해당 노동자가 재해가 발생한 날 이후 최소 12일 이상 업무를 하지 못할 때 발생한다.

일반적으로 국가보험기구는 해당 노동자에게 산업재해보상금 전액을 지급한다. 그렇지만 최초 12일간은 사용자가 지급한다. 사용자가 지급하는 최초 12일간의 지급금은 해당 노동자에게 직접 지급하지 않는다. 최초 12일간의 지급금도 산업재해보상금의 일부이기 때문에 해당 노동자 임금의 75%인 산업재해보상금과 같은 금액이다. 정확한 금액은 국가보험기구가 계산한다.

일반적으로 사용자가 노동자의 산업재해로 인한 병가 기간에 국가보험기구가 금액을 정할 때까지 지급할 의무가 없다. 즉 해당 노동자는 산업재해로 보상이 인정될 때까지 어떤 금액도 받지 않는다. 왜냐하면 유급병가법에서 산업재해로 병가를 받는 기간에 대해서 유급병가로 인정하지 않기 때문이다.

## 제4절 유급병가제도 실행상의 논점

이스라엘의 유급병가제도의 주요한 논점은 아래와 같이 세 가지로 정리할 수 있다.

### 1. 유급병가의 통제장치 취약 여부

노동자들은 단순히 의사로부터 의료인증만 받는 매우 단순하고 쉬운 절차를 거쳐 유급병가를 사용할 수 있다. 현재는 집에서 통신으로도 신청할 수 있다. 게다가 최근에는 개인정보 보호를 위해 결근에 대한 의료적 정보도 의료인증에서 제외되었는데, 환자 기록부에 “의학적 사유는 환자 파일에 기록되어 있다”라고 기술하면 된다. 이 상황에서 사용자는 노동자

병가의 의료적 이유를 알 수 없고, 때때로 관련자 사이에 신뢰 문제가 발생하기도 한다.

사용자의 유일한 수단은 사용자가 추천하는 의사에게 노동자가 의료진단을 받도록 하는 것이다. 이 선택은 유급병가규칙 제2(c)조에서 언급되고 있다. 다만, 이와 같은 조치는 의료인증서가 해당 건강관리기구(HMO)에 의해 발급되지 않았을 경우에만 가능하다. 이스라엘에는 보건부 장관이 규제하는 4개의 HMO가 있으며, 법에 따라 HMO 가운데 한 곳에 의무적으로 가입해야 한다.

일부 판례에서 노동법원은 노동자에게 의료인증서를 제공하는 의사의 진단에 사용자가 의문을 제기할 권한이 없다고 판시한다. 그렇지만 다른 일부 판례에서 법원은 노동자에 의한 거짓 병가는 신의성실의 원칙에 따라 행동해야 하는 노동자의 의무를 위반하는 것이며, 따라서 고용계약을 위반하는 것이라고 판시했다.

노동자가 건강관리기구를 통하지 않고 의료인증서를 작성한 David Edomim Moving Services V. Taher Caloani의 사례(L.A(National), 2022)에서, 국가노동법원은 해당 노동자에게 사용자가 지정한 의사의 진단을 요구할 수 있을 것인가를 숙고했다. 법원은 해당 사례에 관련 규칙 제2(C)조의 내용을 적용할 것인지를 결정하지 못했다. 그렇지만, 사용자가 법을 임의적으로 적용하는 것은 허용되지 않으며, 해당 의료인증서가 유효하지 않다고 단정할 수 없다는 점은 분명해 보인다.

Shlomi Chamasi V. Babilon Ltd.의 판례(L.A(National), 2017)에서 국가노동법원은 1990년의 Kratner의 판례(L.A(National), 1990)를 인용했다. 판례에 따르면, 사용자는 HMO에 의해서 발급되지 않은 의료인증서에 대해서만 위조 가능성에 대해서 의문을 가질 수 있다.

Zehavit Meckonan Adv. V. Yaniv Idal & Co Ltd.의 사례(L.D(Beer-Sheva), 2021)에서 지방노동법원은 의료인증서가 건강관리기구에

의해 발급되었고 제2(b)조에서 요구하는 세부사항을 포함하고 있다면 사용자는 노동자에게 의사의 진단을 새롭게 거치도록 요구할 수 없다고 판시했다.

물론, 사용자는 해당 노동자에게 의사의 진단을 받도록 소망을 피력할 수 있다. 그러나 의료인증서를 발급한 의사의 증언을 받기 위해서 호출하거나, 해당 사안을 조사하기 위해 HMO를 접촉해서는 안 된다. 이런 상황에서 사용자는 의료인증서에 대해 주장을 제기할 수 없다.

유급병가에 대한 검증에 대해서는 다른 의견도 있다(Steinberg, 2023)[29]. 먼저 상병명을 의료인증 과정에서 공개하지 않는 문제는 헌법이 부여하는 인간의 존엄성과 자유에 따른 노동자의 사생활 보장 문제로 간주된다. 따라서 법에서 병가를 초래하는 상병의 명칭을 기술하던 것을 폐지하였다. 개정 과정에서 그 문제에 관해 대법원에 청원이 제기되기도 했다. 노동자들의 남용에 대한 사용자의 우려는 상병으로 인해 병가를 사용할 때 첫날은 전혀 임금을 지급하지 않고 둘째 날과 셋째 날에는 50%만 지급하도록 함으로써 해소될 수 있었다. 사실 이 방법은 작동하고 있었다. 왜냐하면 통계적으로 노동자는 주어진 18일보다 적은 연간 6~7일 정도만 병가를 사용하는 것으로 밝혀졌기 때문이다. 예를 든다면 2019년에 이스라엘의 노동자들은 평균 6.2일을 병가로 사용하였다(Dubrovitsky, 2022.12.19.)[30]. 게다가 보건부는 병가에 관한 의료인증 지침을 마련함으로써 남용을 막는 데 기여했다.

---

29) (편집자 주) 이번 장을 쓴 이스라엘의 Orly Gerbi 변호사의 글이 일부 사용자 친화적인 점을 고려해서, 이스라엘의 민주노총 격인 Histadrut에서 상근 변호사로 일하는 Gali Steinberg로부터 4절의 네 가지 논점에 대한 입장을 전달받았음. 두 가지 입장을 모두 들으면, 이스라엘 유급병가 제도의 논점을 보다 종합적이고, 균형 있게 파악하는 데 도움이 될 것으로 보임. 본문에서는 Steinberg(2023)으로 인용 처리함.

30) (편집자 주) 보고서의 결론 장에서 확인하겠지만, OECD(2024a) 통계에서는 이스라엘 노동자들이 "아파서 쉰 날"이라고 응답한 기간은 1년에 평균 5.1일임.

## 2. 코로나 19 기간의 격리로 인한 결근에 대한 보상

코로나 19 팬데믹 기간 중에 정부는 격리로 인한 노동자의 부재에 대해 사용자가 비용을 부담하도록 했다. 해당 노동자가 감염병이 걸리지 않은 경우라도 해당 일수는 병가로 취급됐다. 노동자들은 적립된 유급병가를 이용해서 임금을 받을 수 있었다. 당시의 조치는 유급병가법에 기초한 것이었고, 사용자가 휴가에 대한 부담을 안도록 한 결정은 흥미롭고 가치 있는 사례연구의 대상이 된다.

팬데믹의 규모와 기간은 사용자에게 지나친 부담을 주었다. 실질적 상병에 대해서만 부담하였던 사용자의 의무와 금전적 부담이 격리 및 예방적 조치에 대해서도 확대됐다. 이는 실질적으로 이스라엘 정부가 감염병이 확산하지 않도록 출근을 금지한 결과였다.

코로나 19 감염병이 시작됐던 2020년 2월 4일 보건부 산하 공중보건서비스기구는 격리 중인 노동자에게 포괄적 의료휴가 인증서를 발급했다. 인증서는 사용자가 격리 중인 노동자에게 1976년 유급병가법에 따라 병가를 주도록 한 것이었다. 해당 노동자가 건강하고 바이러스가 검출되지 않았을 때도 인증서는 발급됐다[31].

격리 중인 모든 자에게 적용되는 포괄적 의료인증을 발급받은 개인은 개인적 상황을 반영하는 별도의 의료인증을 받을 필요가 없었다. 당시 HMO의 업무 부담을 줄이고 개인들이 의료인증을 받기 위한 외출을 막기 위해서였다.

포괄적 의료인증은 대상이 확대돼서, 자녀가 집에서 격리 중일 때도

31) (편집자 주) 이스라엘은 코로나 19 바이러스 확산기에 증상이 없더라도 일부 국민들에 대해서 자가격리를 의무화했음(Gerbi, Shaked-Katz & Assaf, 2020). 이를테면, 최근 14일 이내 해외 체류 경험이 있거나 밀접접촉자인 경우가 여기에 해당함.

1993년 유급병가법(자녀의 상병으로 인한 결근)에 따라 병가를 사용할 수 있게 됐다.

다수의 사용자와 사용자연합에서 포괄적 의료인증에 대한 청원을 이스라엘 대법원에 접수했다. 법원은 바이러스가 없어도 예방적 목적으로 격리 조치된 개인은 유급병가법의 목적에 따른 "상병(sick)"으로 간주하지 않는다고 판시했다. 판결에 따라, 코로나 19 감염된 이후에 격리된 노동자에 한정해서만 증세를 보이는지 여부와 관계없이 유급병가 권한을 부여받게 됐다. 2020년 7월 법원의 판결에 따라, 정부가 격리 중인 모든 자에게 발급한 포괄적인 의료 인증서는 효력을 상실했다.

국회는 법원의 판결에 따라 새로운 조치를 취했다. 노동자는 자녀가 격리 중일 경우를 포함한 격리 기간 동안 임금 수급권을 부여받았다. 정부는 노동자가 격리를 보고한 기간의 급여에 대해서 민간 부문 사용자에게 보상을 약속했다. 즉, 사용자의 재정적 부담은 사라지게 됐다. 다만, 격리의 첫날만은 노동자가 적립된 유급휴가일을 사용할 수 있도록 했다.

새로운 조치에 따르면, 격리로 인한 노동자의 결근은 병가와 같이 취급받으며, 격리보상금은 유급병가 지급액과 동일하다. 물론 해고의 금지, 사회보험료 납입, 근속년수 계산 등에서도 유급병가와 같은 혜택을 받는다. 노동자가 격리보상금을 받은 기간은 해당 노동자가 격리가 필요한 각각의 기간에 대해 최대 4일까지 유급병가 적립일자에서 차감한다. 이런 맥락에서 근무한 날짜는 노동자의 정규적인 업무의 성격에 따라 노동자가 일한 날짜로 정의한다.

만약 적립된 유급병가 기간이 없는 노동자는 앞으로 부여될 유급병가 기간에서 차감했다. 만약 고용관계가 종료될 예정인 노동자가 충분한 병가기간을 적립하지 않았다면, 격리보상금을 받은 기간은 적립된 유급휴가기간에서 차감했다. 해당 노동자가 유급휴가기간마저도 충분하지 않다

면 해당 채무는 고용관계가 종료되었을 때 공제하지 않았다.

민간부문 사용자는 정부에서 노동자가 격리를 보고한 날에 해당하는 격리보상금을 아래 방법으로 지급받는다.

· 노동자에게 격리보상금을 지급한 하루는 사용자에게 100% 보상금을 지급한다. 이때 회사의 업무 상 필요에 따른 해외 출장으로 인한 격리[32]나 사용자가 선의로 결근의 첫날부터 유급병가를 지급했을 때는 제외한다.
· 2020년 8월 1일부터 격리보상금이 지급되는 다른 날은 20명까지 고용한 사용자는 75%, 21명 이상을 고용한 사용자는 50%의 보상금을 받는다.

격리보상금에 대한 수급권은 해당 노동자의 격리기간에 대한 보상으로, 주말 혹은 격리기간에도 근무를 해서 급여를 받고 있는 기간은 수급권이 부여되지 않는다는 것을 의미한다.

Covid 19 범유행 상황에서 병가는 독특한 역할을 했지만, 현재의 법률에 영향을 미치지는 않았다. 노동조합 등은 병가의 첫날 아무런 급여도 지급하지 않는 것에 대해 비판적인 입장이었다(Steinberg, 2023). 최근의 합의 과정에서 첫날은 급여를 지급하지 않는 것으로 결정했지만, 노동계의 의견은 Covid 19로 인한 병가 기간의 다른 날처럼 지급되어야 한다는 것이다.

32) (편집자 주) 앞서 각주 32)에서 제시한 바와 같이, 최근 14일 안에 해외 체류한 이스라엘인은 입국 후 격리에 들어가야 한다. 여기에서는 업무 상 해외출장에 대해서는 사용자가 일정한 책임을 져야 한다는 취지로 해석된다.

### 3. 고용 종료시점에서 노동자의 유급병가 권한 남용

앞서 설명했듯이 유급병가법 제4A조에 따르면 법적으로 부여된 유급병가 기간 중 노동자를 해고할 수 없다. 적립된 유급병가는 고용이 종료되었을 때 상환할 수 있는 것이 아니다. 그래서 해고 청문절차[33]에 들어가는 노동자들이 적립된 유급병가기간을 사용하면서 해고절차를 지연시키고 사용자의 절차를 제한하는 것이 관행[34]이 되었다.

코로나 19 감염병이 이스라엘에서 발생하기 전인 2020년 1월 온라인 매체의 기사(Yarkatsi, 2020.1.15.)에 따르면 청문절차가 통지되었을 때 노동자의 유급병가를 사용하는 것에 대해 사용자의 제조업협회(Manufacturers Association)[35]에 불만을 제기한 사례가 16% 증가되었다고 한다. 사용자의 불만은 노동자가 고용해지를 회피하기나 연기하기 위해서 HMO의 감독을 받지 않는 의료인증서를 제출했으며, 생산성에 나쁜 영향을 미쳤다는 점이다. 제조업협회에서 수집한 자료에 따르면 유급병가를 사용하기 위해 위조된 인증서와 관련한 진정이 2017년에는 126건 제기되었는데, 2919년에는 142건으로 증가했다.

제조업협회의 인사관리책임자는 의료인증서 발급을 적절히 감독할 수

33) 일반적으로 사용자는 노동자와 고용계약을 합법적인 사유에 기인해서 필요한 절차를 거친 후에 해고할 권한이 부여된다. 그런 절차는 해당 노동자에게 사용자의 해고 의지, 사유를 통지하고, 적절한 배경과 문서를 보여주며, 노동자에게 사용자의 견해를 보여줄 기회를 제공하는 것 등을 포함한다. 세 단계로 이루어지는데, (1) 통지단계, (2) 실질적 청문단계 및 (3)모든 적절한 정보를 고려한 이후 이루어지는 결정의 통지.

34) (편집자 주) 이스라엘의 필자는 이러한 관행이 '일반적(common)'이라는 표현을 썼지만, 본문에서는 일반적이라는 번역어는 사용하지 않았다. 필자가 인용한 이스라엘 현지 언론 기사 및 아래 본문을 보면, 제조업협회에 전달된 불만 사례가 2017년 126건에서 2019년 142건으로 16% 증가했다. 이를 두고 일반적인 관행이라고 해석하는 데는 무리가 있다는 판단에 근거했다. 아래 각주 36)에서 보는 바와 같이, 이스라엘 제조업협회의 규모를 고려하면 더욱 그렇다.

35) 이 협회는 사용자단체로 이스라엘의 모든 산업분야를 대표한다. 1,800개 이상의 가입단체와 산업생산의 90% 이상을 담당하며, 이스라엘에서 가장 크고 영향력 있는 사용자단체다.

없으며, "너무 쉽게(intolerable ease)" 발급된다는 것을 사례로 들면서 의료인증 체계의 문제점을 지적했다. 이런 맥락에서 제조업협회는 HMO에 의해 발급되는 의료인증서의 발급에 대한 감독을 강화하거나, 노동자가 건강한 상태였는데 해고청문을 통지받았을 때 청문회 혹은 고용계약 종료를 연기하기 위해 유급병가를 사용할 수 없도록 법에 제한을 가하는 등의 해결책을 제안했다.

보건부는 의료인증서 발급절차를 규제해야 한다는 사용자 쪽의 주장에 대해 2017년 의료회보에서 언급했다. 위조 유급병가의 사용이 의심된다면 사기법에서 정하는 것처럼 범죄행위로 간주해야 하며, 보건부의 책임범위가 아니라고 당국은 강조했다.

2017년 7월 24일 보건부는 병원 책임자 및 HMO의 지사 책임자들에게 회람을 돌렸다(Ministry of Health of Israel, 2017). 회람은 몇몇 문제점을 강조하는 것이었는데, 첫째, 환자에 대한 검사를 하지 않는 의료인증서는 4일 이내의 병가에 한해야 한다. 다만, 수술이 동반하는 예외적인 경우는 제외한다. 둘째, 의사는 소급하여 의료인증서 발급을 하는 것을 피해야 한다. 다만, 해당 사례가 환자의 진료기록부에 자세히 기록되었을 때는 예외로 한다. 진료기록부에 사전 정보가 없는데도 불구하고 의사가 소급하여 인증서를 발급하는 것이 필요하다고 판단되면, 그런 인증서는 앞선 달과 관련하여 4일까지만 병가를 인정해야 한다. 셋째, 의료인증서의 병가 기간은 30일로 제한한다. 이를 초과하는 병가는 의료인증서에 기재된 상병 관련 전문의의 서면 진단서에 기초한다.

이런 맥락에서 Mekefet의 판례에서 국가노동법원은 아래와 같이 결정했다(L.A(National), 2008).

"근로자가 아팠을 때 고용계약을 종료하기 이전에 근로자가 법에

따라 축적된 병가를 모두 사용하도록 하는 것은 사용자에게 의무이다. 만약 사용자에게 아픈 근로자가 본인에게 축적된 병가를 사용할 기회를 허용하지 않고 해고하는 것이 허용된다면, 해당 근로자의 합법적인 병가 권리를 부정하는 결과를 초래할 것이기 때문이다. 다른 대안도 법의 유급병가의 목적과 배치될 것이고 사용자가 근로자가 힘든 시기에 고용관계를 종료함으로써 유급병가 부여 의무를 회피할 수 있다. 결과적으로 사용자는 해당 근로자가 유급병가법의 규정에 부합하는 유급병가기간을 모두 종료하기 전에 고용 종료일을 정하는 것은 금지된다."

"해당 근로자에게 사전적으로 혹은 소급하여 유급병가의 권리를 포기할 수 없도록 하는 법에서 정한 유급병가의 권한과 고용계약에 기초한 유급병가 권리의 차이를 확인하는 것은 중요하다. 고용계약에 고용종료일을 사전에 정한 경우라면 고용계약은 미리 정한 날에 종료됨을 의미한다. 그런 상황에서 고용계약에 기초한 유급병가 권리는 사전에 정한 날을 초과하여 발생하지 않는다."

법에서 유급병가를 사용하는 기간에는 명시적으로 해고를 금지하지만, 유급병가 중에 고용종료에 앞선 청문회를 개최하는 가능성에 대해서는 언급하지 않고 있다. 이에 비추어 본다면 노동법원의 판결에는 논란의 여지가 있다. 즉, 논점은 병가 기간 중에 고용종료를 위한 청문회를 개최하는 것이 가능한지의 여부이다.

Yossi Lve V. Zfat Minicipality의 사례(L.D(Regional Nazrath), 2016)에서, 해당 노동자가 병가 중에 해고 청문회에 참석하라는 통보를 사측으로부터 받았다고 주장했다. 청문회는 병가로부터 복귀할 때까지 지속적으로 연기되었다. 지방노동법원은 판결 과정에서 위에서 언급한

제4A조에 대한 국회의 주석을 인용했다. 언급했듯이 이 주석은 제안된 개정안의 내용이 다음의 사항에 영향을 주지 않는다는 것이다. 즉, 상병으로 인해 휴가를 쓰고 있는 노동자에게 청문을 하는 날짜, 사용자의 고용계약 종료에 대한 의지, 혹은 사용자가 고용관계를 종료하려는 의지를 알리는 시기를 결정하는 것 등이다. 따라서 법은 노동자가 병가 중일 때 고용계약을 종료하는 것을 금한다는 것, 즉 고용기간은 유급병가기간을 충분히 사용할 때까지 지속되어야 한다는 것을 법원이 확인했다. 다만, 사용자는 해당 노동자가 유급병가 중일지라도 고용관계를 종료한다는 의지를 통지할 수는 있다. 그리고 법은 청문회 자체가 병가기간 중에 열리지 않는다는 조건 아래, 해당 노동자를 청문회에 소집하는 것을 금지하는 것에 관해서는 언급하지 않는다.

Galina Vershavski V. Eli Chagag Ltd.의 사례(L.D(Regional Haifa), 2014)에서 사용자는 노동자의 병가기간 중이라도 해고예고 통지를 할 수 있다고 지방노동법원이 판시했다. 게다가 사용자는 유급병가기간을 완전히 사용할 때까지 해당 노동자의 고용기간이 지속된다면 병가기간 중에라도 청문회를 열 수 있다. 그런 행위는 원고가 주장하듯 선의의 원칙을 위반한 것이 아니다.

Noaf Shnan V. Kfir Electronic Security and Shielding Ltd.의 판례(L.D(Regional Haifa), 2018)에서 지방노동법원은 청문회가 해당 노동자의 유급병가기간에 열릴 수 있지만, 이 사실이 사용자가 해당 노동자의 병가기간에 청문회 및 해고 절차의 범위에서 부여된 선의의 원칙 의무에서 면제되는 것은 아니라고 판시했다. 법원은 청문회를 노동자가 집에 있는 동안에 개최하는 것은 사용자의 측면에서 부적절하며, 받아들일 수 없다는 것을 명시적으로 지적했다. 법원은 그런 행위가 공정의 원칙, 과잉조치 금지의 원칙, 선의의 원칙에 위배되는 것이라고 판시했다. 사용자

는 노동자가 병가 중이라면 노동자의 상황, 정중하고 사려 깊은 방법 등을 고려하여 주의를 기울여야 하며, 해고청문절차를 진행하는 것을 피하려는 노력을 해야 한다고 적시했다.

해당 판례에서는 병가의 진위여부에 대해서도 논했다. 이 판례에서 사용자는 실제 상병이 아니라고 믿지만, 의심을 입증할 수 있는 아무런 행위도 하지 않고 해당 노동자를 고소했다. 의료인증서가 병가의 정당성을 입증할 수 없고 해당 노동자가 업무에 종사할 수 있다고 사용자가 믿는다면, 사용자는 해당 노동자가 문제가 있는지, 혹은 의료기관이 문제가 있는지를 밝히려는 노력을 하는 등의 조치를 해야 한다는 것이 법원의 판단이었다. 즉, 사용자가 근거 없이 혹은 근거를 제시하기 위한 적극적인 노력 없이 의료인증서를 불신해서는 안 된다는 것이 법원의 판단이었다.

최근 이 문제를 해결하려는 시도가 있었다. 2021년 11월초 이스라엘에서는 경제 안정 및 부흥을 이루기 위해 "일괄협정(Package Deal)"이 채택됐다. 일괄협정은 노동법의 개정과 고용관계의 유연성을 증진시키기 위한 방법으로 노사정의 입장을 조율한 결과였다. 그러나 일괄협정의 일부는 법의 개정으로 이어지지는 않았다. 일괄협정은 최저임금, 유연근로시간, 근로시간의 연장, 연차휴가의 확대 등의 의제를 다루었다. 일괄협정에서 강조되었으나 실행하지 못한 것 중 하나는 해고청문절차 과정에서 절차를 연기하기 위해 유급병가를 사용하는 것과 관련된 실행계획을 마련하는 것이었다.

실행계획에는 해당 문제를 논의하기 위한 위원회 설립 및 유급병가 남용을 막기 위한 권고안 제출 등이 담길 수 있었다. 그렇지만 이는 실행되지 않았다. 당시 제기된 아이디어 중에 몇 가지를 소개하면, 주치의가 허용할 수 있는 의료인증의 기간을 1개월로 제한하고, 이런 상황에서 노동자에게 서면 청문을 시행하는 것을 의무화하는 것, 혹은 사용자가 지명한

의사가 유급병가 사용 중인 노동자 상병의 진위여부를 검진할 수 있도록 하는 것 등이다.

문제를 개선하기 위해 종종 채택되었던 추가적인 조치도 있었다. 이를테면, 고용종료 시점에 적립된 유급병가에 해당하는 금액을 환급해주는 것이다. 이는 주로 단체협약을 통해서 이루어지는데, 조직화되지 않은 사업장에서도 산발적으로 채택된다. 적립된 유급병가 기간의 임금을 고용종료시점에 환급받을 수 있다면, 노동자는 청문절차 과정에서 유급병가를 활용하려는 유인이 감소할 것이다. 왜냐하면 고용 종료시점에 유급병가를 사용하지 않고 해당되는 금액을 환급받아서 적립된 권리를 잃지 않고, 고용기간에 아프지 않아서 생기는 상대적 불이익을 피할 수 있기 때문이다.

고용계약을 해지하기 전에 발생하는 "병가 현상(Sickness phenomena)"은 통계적으로 규명되지 않은, 사용자 쪽의 일방적인 주장이라고 Histadrut을 포함한 노동계는 보고 있다(Steinberg, 2023). 노동계에 따르면, 현재 법의 문제점은 상병 때문에 출근하지 못하는 노동자를 해고하는 상황이다. 물론 유급병가 기간 중에 노동자는 법의 보호를 받을 수 있다. 그렇지만, 노동자에게 부여된 유급병가의 권리는 최장 90일이다.

## 4. 파업기간 중 유급병가의 남용

노동자들은 몇 가지 요건만 충족하면 파업할 수 있는 법적 권리가 있다. 파업 기간은 근무일로 간주되지 않으며 임금을 받을 수 없다. 따라서 노동자들은 파업이 예고되어 있을 때 유급병가를 사용한다고 통지하여, 파업에도 참여하고 임금도 받는 경향이 있다.

위에서 설명한 것처럼 사생활 보호 차원에서 진단서에는 의학적 사유

가 명시되어 있지 않다. 고용주는 직원의 병가 결근 사유에 대해 알 수 없다. 노동법원은 파업 기간 중의 "단체 상병(collective illness)"을 확인하고 정의하는 데 노력을 기울였었다. 단체상병이 사용자에게 부담을 끼치는 것이 명확한 경우, 법원은 주저하지 않고 개입하여 노동자들에게 임시 금지 명령을 내렸다. 판례들을 살펴보자.

El Al Ltd. V. The Histadrut – Transportation Workers Union의 사례(C.C(Tel-Aviv), 2015)에서 법원은 이스라엘 엘알(El Al) 항공사 조종사들의 "단체 상병"은 사용자에게 압력을 행사하기 위한 것으로 불법적 파업에 해당하며, 따라서 노조가 단체행동을 중지할 것을 명령하는 신청을 허용한다고 판결했다.

국가노동법원은 과거의 판례를 인용하면서 "정상적인 업무 과정에 조정되고 조직화된 어떤 방해"는 파업으로 간주되며 전체 노동자가 하나같이 업무의 속도를 줄이거나 규칙대로만 일하기로 결정한 것은 잘 알려진 준법투쟁(Italian strike)에 포함된다고 판시했다.

국가노동법원은 조종사들의 행동이 회사의 운항에 심각한 차질을 빚었는데, 이러한 집단행동이 노조의 신호에 따라 즉각적으로 조정되고 조직됐는지를 다루었다. 국가노동법원은 ElAl 조종사들이 회사 경영진에게 업무환경 개선을 위한 그들의 다양한 요구를 수용하도록 압력을 행사하기 위한 목적으로 회사 업무를 방해하기 위해 조직적이고 조정된 방식으로 집단적으로 행동했다고 보았다.

국가노동법원에 따르면, 조종사가 어떤 이유로든지 운항이 어렵다고 느꼈을 때는 경영진의 결정을 거부할 의무가 있다. 왜냐하면 경영진의 결정도 승객과 승무원의 안전을 위협할 수 있기 때문이다. 그렇다고 해서 노조가 항공기 운항을 거부할 수 있는 조종사의 의무를 남용하면서 이번 사례처럼 '숨겨진' 집단행동을 할 수 있는 권한을 갖는다는 뜻은 아니다.

법원은 회사의 문제에 대한 조종사의 정당한 주장까지 언급한 것은 아니라고 밝혔다. 이유는 조종사는 법에 따라 노동쟁의를 선언할 수 있는 선택권을 갖고 있었고, 법에 따른 조기 경고 기간 이후에는 합법적인 제재를 가할 수 있었기 때문이다. 그러나 조종사들이 이번 사례처럼 법을 자의적으로 해석하고 행동하는 것은 허용되지 않는다는 것이 법원의 판단이었다.

Conecks Jerusalem (the light rail) Ltd. - The Histadrut in Jerusalem region의 사례(C.C(regional Jerusalem), 2015)에서 경전철 운전사 65명 중 37명이 상병에 걸렸고 업무에 종사할 수 없다고 통지했다. 심각한 전철 지연이 초래되고 때때로 철도 운항이 중단되기도 했다. 회사는 조합 지도부의 허가, 지원 혹은 승인 없이 행해진 "살쾡이 파업(wildcat strike)"[36]이며, 엄청난 혼돈과 다양한 안전 문제를 야기했다고 주장했다. 노조는 이 행위는 파업의 일부가 아니며, 그들과 관계없으며, 아프다는 운전자들이 업무에 복귀하도록 강요할 수는 없었다고 주장했다. 법원은 사실관계를 확인하면서 그렇게 많은 유급병가 통지가 동시에 발생하는 것은 합리적이지 않으며, 이것은 우연한 단체 병가가 아니며 숨겨진 파업(hidden strike)이므로 중단되어야 한다고 판시했다. 법원은 아픈 노동자들이 업무에 복귀하고, 정말로 아프다면 사용자가 추천하는 산업의로부터 최대한 빨리 검사를 받아야 한다고 명령했다.

The Israeli Railway Company - The New Histadrut의 판례(C.C(regional Tel-Aviv), 2013)는 아프다고 진술하면서 업무에 종사하지 않은 철도 기관사들에 관한 것이다. 법원은 아픈 기관사들에게 업무에 복귀할 것을 명령했다. 아프다고 주장한 기관사들은 법원에 의해 사용자가 지

36) (편집자 주) 살쾡이 파업은 "조직근로자가 조합의 규약이나 조합의 지시·통제에 위반하여 행한 파업"(신인령, 1991, p.143)을 가리킴. 비공인파업(unofficial strike) 혹은 비노조파업으로도 불림.

정하는 의사에게 검사를 받아야 한다고 판시했다. 다만 노동자가 입원한 경우는 예외이지만, 이때도 회사에 확인서를 보내야 한다. 당시 법원은 명령이 단체협약 혹은 유급병가규칙의 내용과 배치될 수도 있다는 사실을 인지하고 있다고 밝혔다. 그렇지만 그런 규정은 개별적인 병가의 사례에 관한 것이며, 해당 사례와 같이 집단적인 경우에는 적용되지는 않는다는 것이 법원의 입장이었다. 즉, 해당 건은 사용자에게 압력을 가하려는 의도로 단체적으로 조직된 행위로 법원은 판단했다.

Histardrut의 상근 변호사인 Steinberg(2023)도 '상병 파업(Sick strikes)'은 법의 보호를 받지 못한다는 점에 동의했다. 그렇지만 노동자가 아프다면, 만약 그가 파업에 참여하지 않으려는 것 때문에 급여를 지급하지 않을 이유가 없다는 점도 확인했다. 또한, 통상적으로 파업이 끝난 후에는 노사는 파업기간의 급여 지급에 관한 협정을 체결하게 되거나, 조합에서 상응하는 금액을 파업 중인 노동자들에게 지급되기도 한다.

## 제5절 맺음말

이번 장에서는 이스라엘의 유급병가의 역사, 현황, 그리고 현실적으로 나타나는 논점들을 살펴보았다. 여기에서 제시된 논점들은 이스라엘 특유의 법체계 및 노동문화에 기인한 것이었다. 불행하게도 정치권, 법체계 및 노동시장은 여러 논점들을 해소하는 데 효과적이지 못했다.

공공 및 민간 부분 사용자 사이의 차이점과 관련한 주요한 관심사는 공공기관과 민간 대기업은 유급병가 비용을 부담하기 어려운 중소기업보다 재정적 여력이 크다는 점이다. 이런 맥락에서 공공부문 및 대기업 노동자들이 유급병가 권한을 남용하지 않도록 하는 것이 매우 중요하다.

노동자의 상병이라는 잠재적인 위험에 대해 올바른 의료적 인증 절차를 설정하고 전문적인 계획을 통해 현장에서 부딪히는 어려움을 극복할 수 있을 것이다. 이는 노동자의 유급병가에 대한 권리와 사용자의 사업장 경영 및 관리의 권한 사이의 공정한 균형을 맞추는 방식을 통해 가능할 것이다.

Steinberg(2023)에 따르면, 이스라엘의 유급병가제도에서 가장 "아픈 대목(pain point)"은 자녀의 상병을 돌보기 위한 병가기간이 연간 8일에 불과하다는 점이다. 게다가 전년도에 사용하지 않은 유급병가 기간을 추가로 사용할 수 있는 제도적 장치도 없다. 해당 노동자가 한부모인지 혹은 자녀의 숫자가 많은지 등을 고려하지 않았기 때문에 개정이 필요하다. 특히, 어린 아이는 질병에 취약하다는 점을 고려할 필요가 있다. 한부모의 경우, 자녀수가 늘수록, 자녀의 상병 때문에 휴가를 써야 할 필요는 커진다.

병가 기간을 적게 부여하는 것은 사용자에게도 도움이 되지 않을 것이다(Steinberg, 2023). 왜냐하면 해당 노동자는 아프다면 직장에 나올 수가 없기 때문이다. 만약 아픈 상태 혹은 치료가 완전히 종료되기 전에 작업에 임한다면 해당 노동자의 상태가 악화할 수 있고 궁극적으로는 사용자에게 해를 끼칠 수 있다. 노동자의 출근을 장려하는 보편적인 방법은 아플 때에만 병가를 쓰도록 하는 것이다. 이를 위한 하나의 제도적 장치를 예로 들자면, 많은 단체협약에서 사용하는 "출근(non-absence)" 보너스 제도다. 이를테면, 어린이 때문에 병이 옮을 가능성이 높은 직장인 유치원 노동자를 위한 단체협약에서 사용하고 있다. 해당 단체협약은 해당 노동자가 1개월 내에 병가를 쓰지 않았다면 600세켈(약 22만원), 하루를 결근했다면 400세켈, 이틀을 결근했다면 200세켈의 보너스를 지급하는 것이다. 다른 방법은 보너스를 연 단위로 지급하는 것이다.

또한 단체협약에서 보편적으로 사용하는 것으로 노동자가 퇴직할 때 사용하지 않은 병가 기간에 대해 보너스를 지급하는 방법도 있다 (Steinberg, 2023). 이 방법은 이스라엘의 공공부문에서 사용되며 민간부문에서도 일부 사용된다. 하지만 최근 들어서 민간부문의 사용이 줄어드는데, 이는 과거보다 직장을 옮기는 경향이 늘어나기 때문이다. 이 제도는 장기 근속하는 경향이 높은 직장에서 효용성이 높다.

위에서 기술한 사항들은 이스라엘의 상황을 잘 이해하고 한국에서 노사 모두에게 좋은 해결 방법을 모색하는 데 도움이 되기를 기대한다 (Steinberg, 2023). 첨언하자면, 병가기간과 휴가기간이 왜 분리되어야 하는지 이해가 되어야 한다. 왜냐하면 두 제도는 제도의 근거가 완전히 다르기 때문이다.

# 제4장

## 네덜란드의 법정 유급병가

제1절 네덜란드 사회정책
제2절 유급병가제도의 역사
제3절 유급병가제도의 현황
제4절 제도의 성과와 한계
제5절 맺음말

# 제 4 장 네덜란드의 법정 유급병가

## 제1절 네덜란드의 사회정책

네덜란드 복지국가는 기준에 따라 다양한 유형으로 분류 가능하다. Esping-Andersen(1990)은 조합주의를 기반으로 노사정이 파트너로서 정책 전반의 결정 및 운영을 담당하는 구조라는 점에서 네덜란드를 조합주의 복지국가로 보았다. 반면, 제도의 구성에 있어 비스마르크식 사회보험제도와 보편적 전국민 사회보험제도가 공존한다는 점에서 사회민주주의 복지국가 유형으로 보기도 한다(Goodin & Smitsman, 2000). 1982년 개혁 이후에는 사회정책 기조가 권리 및 의무에서 인센티브와 민영화를 강조하는 방향으로 변화하면서 자유주의 복지국가의 특징도 일부 나타냈다(van der Veen & Trommel, 1999; van Oorschot, 2006). 이러한 다양한 특징을 종합하여 네덜란드는 혼합형 복지국가로 분류하는 연구도 다수 있다(Arts & Gelissen, 2002; Clasen & van Oorschot, 2002; van der Veen & Trommel, 1999; van Oorschot, 2006).

네덜란드 복지국가는 주변 유럽국가들에 비해 다소 느리게 발전됐다(van der Veen & Trommel, 1999). 그 시작점을 어디로 두느냐는 복지국가의 정의에 따라 다를 수 있으나, 1874년 제정된, 12세 이하 아동의 노동을 금지시키는 법이 근대적 의미의 사회정책의 시작이라고 보기도 한다(van Oorschot, 2006). 19세기 말 네덜란드는 빈곤 및 노동자층의 어려움이 사회적 문제로 대두되면서 국가 차원의 다양한 사회정책의 필요성이 부각됐다. 이에 따라 1901년 산재급여법의 도입과 함께 다양한 사회보험제도가 도입됐다. 그러나 1950년대 중반까지만 해도 네덜란드

의 사회보장 수준은 유럽의 평균에 미치지 못해(Flora & Heidenheimer, 1982, van der Veen & Trommel, 1999에서 재인용) 복지국가의 발전이 다소 더뎠다고 할 수 있다. 이는 정부와 정치권, 노조와 고용주협회(employers' association) 등의 다양한 사회적 파트너들 간의 합의가 오랜 시간 미뤄졌기 때문으로 볼 수도 있다(van der Veen & Trommel, 1999). 그 결과, 초기에 도입된 네덜란드의 사회보험제도는 임금 노동자 중심, 개별 기업 및 산업별 보험 형태로 등장했고 급여 수준도 낮았다(van Oorschot, 2006).

네덜란드에서 복지국가의 역할이 확대된 것은 제 2차 세계대전 종전 후이다. 영국의 베버리지 리포트와 같이 1945년 반레인위원회(Van Rhijn Commission)에서 발간한 '더 나은 사회의 청사진'이 현재의 네덜란드 복지국가의 틀을 형성했다고 할 수 있다(Van Rhijn, 1945). 1950년대 이후 대표적인 변화로는 사회정책의 전반적인 기조가 국가의 책임 및 연대, 집단주의를 강조하는 방향으로 전환했다는 점이다. 이러한 변화는 전국민보험과 기초보장제도의 도입으로 이어졌으며, 기존의 노동자보험에도 적용되어 제도가 확대됐다(van Oorschot, 2006). 이 시기를 기점으로 전국민보험, 노동자보험, 공공부조의 세 체제로 운영되는 네덜란드형 복지국가의 틀이 형성됐다.

전국민보험은 전국민을 대상으로 한 사회보험제도다. 국민들이 소득 일부를 납부한 국민보험 기여금을 통해 운영된다. 일부 예외적인 임시 거주자를 제외하고 네덜란드에서 일하거나 거주하는 모든 사람은 소득의 일부를 국민보험기여금으로 국세청에 납부하게 된다. 이 기금은 노령연금(Algemene Ouderdomspensioen)[37], 유족연금(Algemene nabes-

37) 네덜란드의 노령연금의 완전납부는 50년 이상 기여를 기준으로 하며, 기간이 50년 미만인 경우 그 기간에 따라 차감된 금액을 받게 된다. (참조: 사회보험은행 홈페이지 https://www.svb.nl/en/aow-pension/what-is-aow/building-up-an-aow-pension)

taandenpensioen), 장기요양보험(Wet langdurige zorg), 아동수당(Algemene Kinderbijslag) 등에 사용된다. 급여는 사회보험은행(Sociale Verzekeringsbank)에서 관리 및 지급한다. 고용관계에 있는 임금노동자의 경우 국민보험 기여금이 노동자의 임금에서 납부된다.

노동자보험은 고용관계에 있는 노동자를 대상으로 실업 및 상해 등 노동과 관련된 사회보험제도를 지칭한다. 임금노동자들은 소득세와 국민보험기여금에 더해서 노동자기여금을 납부한다. 해당 기금은 노동자의 실업급여, 장애급여, 상병급여, 육아휴직급여 등에 사용된다. 기금운영은 국가 차원의 단일한 기구인 노동자보험기구(Uitvoeringsinstituut Wer-knemersverzekeringen; UWV)에서 담당한다(Ludolph, Vermeulen., & Rouwendal, 2023; UWV 홈페이지[38]). UWV는 사회고용부 산하 기구로 행정에 대한 자치권이 있다.

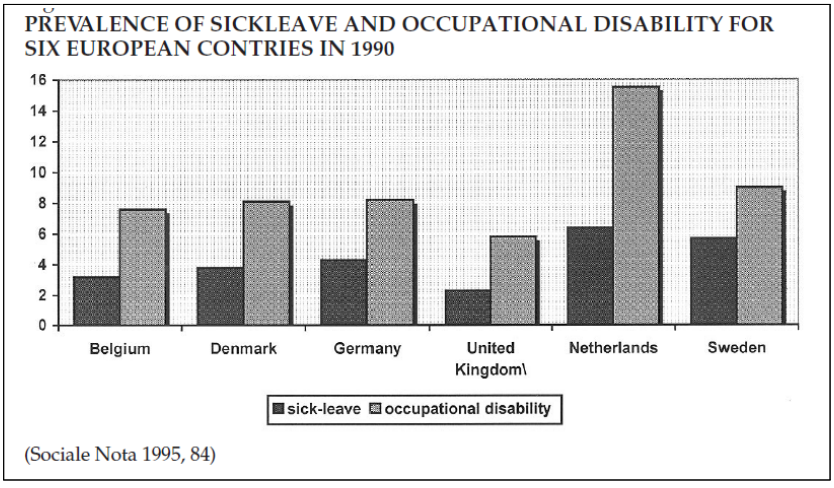
이러한 변화는 1950년대 접어들면서 노사정 간의 사회보장제도 관련 역할에 대한 합의가 이루어졌기 때문에 가능했다(van der Veen & Trommel, 1999). 이 합의의 주요 내용은 노조와 고용주협회가 사회보장제도의 운영과 행정을 담당하고 정부가 임금정책을 통제하는 운영체계를 성립하는 것이다. 다른 유럽국가와 비교했을 때, 이 시기 네덜란드의 복지국가는 두 가지 특징이 있다. 사회경제정책 전반에 걸쳐 노사정 합의기구가 주요 역할을 한다는 점(van der Veen & Trommel, 1999; Visser & Hemerijck 1997)과 노동자의 장애 및 상병 관련 급여가 매우 광범위한 조건에 적용된다는 점(van der Veen & Trommel, 1999)이었다.

1973년 오일쇼크 이후 1970-1980년대 네덜란드는 경제위기를 겪게 되었는데, 이는 복지국가 전반의 개혁의 시발점이 되었다. 경제위기는 유

38) https://www.uwv.nl/overuwv/english/about-us-executive-board-organization/detail/about-us/our-promise

럽 전반적으로 실업률의 증가, 노동시장 불안정 심화 등 다양한 사회문제를 야기했다. 네덜란드의 경우 특히 높은 실업률과 사회보장제도의 재정적 부담이 문제가 됐다. 사회보장제도 중 주요하게 논의된 제도는 노동자 상병급여와 장애급여였다[39]. 해당 제도의 수급자의 수가 상당히 많아서 국가의 재정부담이 컸기 때문이다. 1990년 상병급여 및 장애급여 수급자는 약 90만 명으로 전체 노동인구의 약 15%에 달했다(van Berkel, 2013). 아래 그래프에서 보는 것과 같이 1990년에도 다른 유럽국가에 비해 수급자의 수가 높은 것을 볼 수가 있다.

[그림 4-1] 1990년도 유럽 6개 국가 노동인구 대비 상병휴가 및 장애급여 수급자 비율




자료: van der Veen & Trommel. (1999). Managed liberalization of the Dutch welfare state: A review and analysis of the reform of the Dutch social security system, 1985-1998. Governance, 12(3). p. 293

39) [그림 4-1]에서는 occupational disability로 표현하긴 했지만, 노동자보험에 이미 포괄되어있는 노동자가 장애 상황에 놓이는 경우 모두가 해당이 됨. 그래서 위의 본문에서 '노동자의 장애에 대한 보험이 매우 광범위한 조건에 적용되었다'고 볼 수 있음. 다음 페이지에서 명시한 바와 같이 장애의 원인을 산업재해로 국한하지 않고 있음.

네덜란드에서 상병급여 및 장애급여 수급률이 높은 배경에는 수급의 자격조건이 까다롭지 않고 급여수준이 관대하며, 장애의 원인을 산업재해로 국한하지 않는다는 점이 있었다. 먼저 장애급여를 살펴보면, 장애수준이 15% 이상인 경우 수급이 가능해 상대적으로 관대한 자격조건이 적용되었다. 장애수준은 노동자가 기존 직장에서 번 소득과 현재 신체정신적 수준으로 노동 시 벌 수 있는 이론적 소득을 비교하여 그 차이를 통해 산정한다. 따라서 이론적 소득과 해당 시점 신체정신적으로 가능한 수준의 소득 간의 차이가 15% 이상인 경우 장애가 있는 것으로 보고 급여대상자가 되었다는 것을 말한다.

상병수당의 수급률도 높았다. 주변 국가들과 달리 네덜란드의 상병급여는 의사의 소견서가 없어도 수급자격이 주어졌으며 대다수의 노동자가 임금 전액을 급여로 받았다. 1980년대에는 특히 경제위기에 따라 고용이 불안해지자 고용주들은 해고의 대안으로 상병급여 및 장애급여[40]가 사용되기도 하였다(De Jong, 2008, Koning & Lindeboom, 2015에서 재인용; Kerkhofs, Lindeboom, & Theeuwes 1999; Koning & Lindeboom, 2015; van Berkel, 2013; van Oorschot, 2006). 이는 상병급여 및 장애급여가 사회보험방식으로 지급되기 때문에 개별 노동자가 수급자가 되는 것이 고용주에게 직접적 부담이 되지 않는 반면, 노동자를 해고하는 경우 근무기간에 따른 퇴직금을 지급해야 하기 때문이다(Koning & Lindeboom, 2015). 특히 노령의 노동자를 해고하는 경우 그 비용이 상당히 높았다. 이를 수치상으로 입증할 방법은 없으나 일부 학자들이 각자의 방식으로 추정한 결과에 따르면, 1980년대에는 33~ 51%의 장애

40) 장애급여는 장기간의 장애를 앓고 있는 경우로, 일반적으로 상병급여의 기간이 초과하였으나 여전히 상병 중의 있고 수급자격에 충족하는 경우 수급자격이 주어진다. 1980년대의 경우 장애급여 수급에 대한 자격조건이 현재에 비해 엄격하지 않아 장애급여와 상병급여의 구분이 명확하지 않았으며, 장애급여에 대한 수급자의 수가 상당히 높은 것을 볼 수 있다.

급여[41] 수급자가(Aarts & de Jong, 1992), 1993년에서 2002년 사이에는 약 25%의 장애급여 수급자가 실업대상자, 즉 상병 중이지 않은 해고 대상자로 추정된다(Koning & van Vuuren 2007; 2010). 이는 해고보다 노동자를 상병급여 혹은 장애급여 수급자로 전환하는 것이 더 용이했기 때문이다. 따라서 네덜란드는 수치상으로는 상당수의 노동자가 아픈 상태로 나타난 셈이었다. 1990년 중도좌파정부의 총리였던 Rudd Lubbers는 네덜란드를 '아픈 국가'라고 명명하면서, 사회보장제도 개혁의 필요성을 강조하였다. 당시의 상황은 '네덜란드병(Dutch Disease)'이라고 불리며 '비싸고 지속가능하지 않은 공공복지제도'(Hemerijck & Visser, 1999)의 대표적인 예로 알려졌다. 특히, 네덜란드의 장애관련 지출의 특징은 다른 유럽연합 국가들과 비교해도 확인할 수 있다.

이를 배경으로 1982년 중앙노조와 고용주연합은 국내기업의 경쟁력 강화 및 고용 안정, 사회보장 재정 부담 완화를 중심으로 한 개혁안인 '바세나르 협정(Accord of Wassenaar)'을 발표했다. 주요 내용으로는 임금 조정, 노동시간 단축 및 일자리 공유를 통한 일자리 창출, 적극적 노동시장 정책 도입 및 확대, 사회보장 관련 지출 감축이 있다. 사회보장 지출 감축 기조는 급여수준을 낮추고 자격조건을 강화하고 노동시장으로의 재진입을 촉진하는 등의 조치로 이어졌다.

41) 앞선 각주에서 설명한 바와 같이, 당시 문헌에서는 상병급여와 장애급여의 구분이 명확하게 표기되지 않는 경우가 있으나, 이 문장의 참고문헌에서는 장애급여로 명시하고 있음.

〈표 4-1〉 GDP 대비 급여별 사회지출

(단위: %)

| 구분 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2001 |
|---|---|---|---|---|---|
| **사회지출** | | | | | |
| 네덜란드 | 26.9 | 27.3 | 27.6 | 25.6 | 21.8 |
| 유럽연합 15개 국가 | 20.6 | 22.9 | 23.4 | 25.6 | 24.0 |
| **노령 관련 지출** | | | | | |
| 네덜란드 | 7.1 | 7.1 | 7.8 | 7.0 | 6.4 |
| 유럽연합 15개 국가 | 6.5 | 7.3 | 7.9 | 8.9 | 8.8 |
| **장애 관련 지출** | | | | | |
| 네덜란드 | 7.1 | 6.1 | 6.9 | 5.3 | 4.1 |
| 유럽연합 15개 국가 | 3.1 | 3.1 | 32. | 3.1 | 2.9 |
| **실업 급여 지출** | | | | | |
| 네덜란드 | 1.7 | 3.4 | 2.5 | 2.9 | 1.3 |
| 유럽연합 15개 국가 | 1.2 | 1.9 | 1.5 | 1.9 | 1.2 |
| **가족 관련 지출** | | | | | |
| 네덜란드 | 2.5 | 2.2 | 1.7 | 1.3 | 1.1 |
| 유럽연합 15개 국가 | 2.0 | 2.0 | 2.1 | 2.3 | 2.2 |
| **적극적 노동시장 정책 지출** | | | | | |
| 네덜란드 | 0.6 | 1.0 | 1.1 | 1.1 | 1.5 |
| 유럽연합 15개 국가 | 0.5 | 0.8 | 0.8 | 1.0 | 0.9 |

자료: van Oorschot. (2006). The Dutch welfare state: Recent trends and challenges in historical perspective. European journal of social security, 8(1), p. 62.

특히 노동자보험을 중심으로 개혁이 이루어졌다. 가장 중요한 개혁으로는 상병급여의 민영화[42]로, 비용과 책임이 국가에서 고용주로 전가되어 노동자가 수급자가 되는 것을 사용자가 막을 동기를 확대했다(Koning, 2016; Koning & Lindeboom, 2015). 사회보장제도의 개혁

42) (편집자 주) 민영화를 광의로 해석하는 정의 가운데는 "정부의 역할을 축소시키는 행위나 활동 또는 자산의 소유형태에 있어서 민간부문의 역할을 증대시키는 행위"(강구철, 2011; Savas, 1988, 재인용)가 있음. 이러한 정의에 따르면, 네덜란드에서 국가 주도의 상병수당을 유급병가화 하는 경향을 민영화라고 지칭하는 데는 무리가 없을 것이라는 판단 아래, 해당 용어를 사용함.

은 노조의 반대를 불러일으켰고, 1991년 헤이그에서는 종전 후 역사상 가장 큰 시위가 있었다(Hemerijck & Visser, 1999). 이렇듯, 네덜란드의 개혁 과정은 복지국가가 자유주의화하는 경향을 보였다. Van der Veen & Trommel(1999)은 네덜란드 복지국가의 개혁이 사회적 보호라는 사회정의를 바탕으로 한 기본적 가치가 아닌 효율성을 제고하는 방법의 변화를 중심으로 이루어졌지만 여전히 국가가 사회보장을 책임진다는 원칙에는 변화가 없다는 점에 주목하였다. 비록 네덜란드의 복지국가가 다방면에서 자유주의화 되었으나 여전히 국가가 사회보장의 책임을 진다는 것인데, 이를 '관리된 자유주의화(managed liberalization)'라고 일컬어졌다.

2000년대에 접어들면서 네덜란드는 탈중앙화 정책을 펼쳐, 노동시장 정책을 포함한 사회정책이 지방정부 차원에서 운영되기 시작한다(Ludolph et al., 2023). 정부가 특정 서비스에 관하여 예산을 지급하면 지방정부는 저소득층 및 노동자보험에 포괄되지 않는 비활성노동인구를 포괄하는 공공부조 및 고용 관련 서비스를 제공한다. 이는 노동 및 사회정책 제도가 기존 노동시장 내부자를 포괄하는 노동자보험과 그 밖의 노동시장 외부자를 포괄하는 부조제도의 이중구조를 띄는 것으로 볼 수 있으며, 주변 유럽국가들과 유사한 이중화 양상을 보였다고 할 수 있다(Emmenegger, Häusermann, Palier, & Seeleib-Kaiser, 2012). 이는 노동시장 이중화에 기여하고 다른 한편으로는 지방정부의 역량에 따라 서비스의 수준이 상이해지는 한계를 야기했다고 볼 수 있다(Ludolph et al., 2023).

20년에 걸친 개혁 이후 네덜란드는 다른 유럽국가와 비교하였을 때 상대적으로 낮은 실업률과 높은 고용률을 보였다. 이는 '네덜란드의 기적(Dutch Miracle)'으로 불리기도 했다(Hemerijck & Visser, 1999; van

Oorschot & Abrahamson, 2003). 그러나 이러한 '성과'의 이면에는 어두운 그림자도 있다. 노동자보험 가입을 위한 자격 조건이 까다로워지면서 저숙련 노동자, 임시노동자, 여성노동자와 같이 지속적인 노동이력을 갖기 어려운 집단이 사회보장제도의 사각지대에 놓이게 되었다는 점, 여성의 노동시장 참여율 증가가 시간제 노동에 집중된 점 등이 한계로 남기도 했다(Kremer, 2001).

## 제2절 유급병가제도의 역사

국가 정책으로서 유급병가 제도의 역사는 1910년 탈마(Talma) 장관이 제출하여 1913년 통과된 상병급여법으로부터 시작한다. 1890년대에도 유급병가는 존재했는데, 이는 의료보험 기금을 통해 운영되었다(Companje, Hendriks, Veraghtert, & Widdershoven, 2009). 의료보험 기금의 종류는 다양하고 그 수도 상당했다(1891년 기준 약 650개였다). 그러나 실상은 보험에 가입된 인구가 적고 병가 기간 동안 급여 또한 기금에 따라 상이해 한계가 있었다(Companje et al., 2009). 사회보험으로서의 상병수당/유급병가에 대한 논의는 1895년 반혁명당(Anti-RevolutionaryParty)의 리더인 Abraham Kuyper가 비스마르크식 강제가입 보험제도를 설계하면서 시작된다(Companje et al., 2009). 이후 수많은 논의를 거쳐 수정된 제도가 입법되었고, 해당 제도가 실제로 효력을 얻게 된 것은 1930년대 이후였다. 이는 의사조직인 NMG의 오랜 반대(Companje et al., 2009)와 의료서비스 관련 비용이 상병급여법에 포함할지에 대해 정치적 합의가 오랫동안 미뤄졌기 때문이다. 상병급여법은 노동자가 상병으로 인해 노동을 못하게 된 경우 소득보장

과 의료비용부담 완화를 목적으로 도입되었다. 상병급여의 수준은 연 최대 1,361.34 유로였다. 이 상한선은 이후 점차 증가하였다. 1947년 급여의 최대 수급기간은 52주였다. 이후 1985년까지 상병급여는 소득대체율 80%로 질병 발생 3일차부터 최대 일 년 동안 지급되었다(Hartog, 1999). 상병급여는 노동자와 고용주의 기여로 만들어진 단체질병기금(collective sickness fund)에서 지급되었다(van Oorschot & Boos, 2000). 산업별로 질병 및 상해의 위험이 다르므로 단체질병기금에 대한 기여금은 산업별로 상이했다(van Oorschot & Boos, 2000). 단체협약에 의해 급여수준은 주로 100%로, 차액을 고용주가 부담하는 방식으로 운영됐다.

네덜란드의 복지국가는 조합주의를 기초로 하는데, 여러 사회적 파트너의 역할 분담이 상병급여를 포함한 노동자보험 제도의 중요한 특징이라고 할 수 있다. 노동자 및 고용주단체는 특히 상병급여를 포함한 사회보험제도의 운영 및 관리에 중요한 역할을 해왔다. 복지국가 확대시기인 1952년에는 새로운 기구인 사회보험의회(Sociale Verzekeringsraad; SVR)[43]가 출범하여 노동자보험의 운영과 관리를 담당하게 되었다. 이는 고용주협회, 노조 및 정부에서 지정한 기타 대표단으로 구성되었다. 제도의 실제 운영은 고용주협회와 노조로 구성된 산업별 보험위원회가 담당하였다. 보험제도의 운영체계는 1952년 〈사회보험조직법(Organisatiewet sociale verzerkeringen; OSV)〉 아래 하나의 법으로 통일되었는데, 노사정의 합의기구를 기초로 했으나 책임과 역할이 다소 모호하고 규칙보다는 타협에 의해 운영된다는 비판을 받았다(van der Veen & Tro-

43) (편집자 주) SVR은 영어로 Social Insurance Council로 표기되며, 1952년 설립 이후 1995년까지 다음과 같은 역할을 맡았음. 사회보장법 관련 시행 기관의 감독, 사회고용부 장관 자문, 사회보장법에 관한 규정 제정, 사회보장법 시행에 있어 정책의 조정과 통일성 촉진 등. 해당 기관은 후술하는 사회보험감독위원회 (CTSV)에 의해 대체됨.

mmel, 1999 참조).

앞서 언급한 바와 같이 네덜란드의 복지국가는 1970-80년대 경제위기 이후 다방면의 개혁을 겪었다. 상병급여는 민영화가 되면서 상당한 수준의 개혁이 이루어졌다. 노동자는 상병급여 수급 2년 후 장애급여 대상자가 될 수 있는데, 상병급여 수급자가 장애급여 수급자가 되지 않도록 막는 것이 개혁의 주요 내용이었다고 할 수 있다(van Berkel, 2013). 개혁의 구체적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 1992년 이후 기업 내 노동자의 결근(absence)율에 따라 보험기여금이 결정되도록 하였다(Koning, 2016). 이러한 경험요율(experience rating) 방식은 고용주가 사업장 내 상병급여 수급자 수를 줄이는 유인이 됐다(Hemmings & Prinz, 2020).

둘째, 상병급여가 노동자보험을 통해서가 아니라, 고용주의 부담으로 직접 아픈 노동자에게 지급되는 방식으로 변화했다(Geurts, Kompier & Gründemann, 2000; van Berkel, 2013). 1994년부터 고용주는 상병급여의 처음 6주 동안의 임금을 노동자에게 제공하고 실제 질병 유무를 조사할 의무가 생겼다. 15명 미만 사업장의 경우 2주였다. 이후 1996년부터는 해당 기간이 52주로 연장되었고, 2004년부터는 104주(2년)로 연장되었다(Hemmings & Prinz, 2020; Koning, 2016; Mittag et al., 2018). 해당 기간 이후에는 노동자의 상태에 따라 급여 중단, 장애급여로의 전환, 실업급여로의 전환 등이 결정된다. 이와 관련한 자세한 사항은 다음 절에서 살펴보겠다. 고용주는 민간보험에 가입하여 급여를 지급할 수 있으나 이는 보통 소규모 사업장에서 실시되고 있다(Hemmings & Prinz, 2020). 이러한 민영화는 고용계약이 있는 노동자에게 적용되며, 그 외 노동자 및 실업자의 경우 기존의 노동자보험을 통해 상병급여를 지급하는 제도가 유지되었다. 그 두 제도의 차이는 다음 절에서 살펴보겠다.

셋째, 1999년 제정된 〈노동조건법(Arbeidsomstandighedenwet)〉은 고용주가 노동자의 근무환경을 개선하여 상병으로 인한 앱센티즘(absenteesim)을 줄이도록 했다(Geurts, Kompier & Gründemann, 2000). 특히 정신질환의 예방과 상병 중 노동자의 회복을 위한 다양한 방침을 고용주가 설계하도록 했다.

넷째, 2002년 이후부터는 〈게이트키핑 개선법(Wet Verbetering Poortwachter)〉이 제정되어 상병급여 수급 중인 노동자가 빠른 시일 내 업무 및 노동시장으로 복귀할 수 있도록 노사가 함께 돕는 절차를 의무화하고 있다(Hemmings & Prinz, 2020; Koning, 2016). 고용주는 노동자에게 사업장 내 적절한 업무를 제공하거나 사업장 환경을 바꾸는 등 노동자가 업무로 복귀할 수 있도록 다양한 노력을 기울여야 할 의무를 지게 됐다. 그 노력이 불성실하다고 간주될 경우, 상병급여 지급 기간이 만료된 후에도 1년 더 급여를 노동자에게 지급해야 한다. 이때의 성실도는 UWV가 고용주가 병가 기간별로 수행해야 하는 의무 수행 여부 및 수준을 제출한 자료를 기초로 판단한다.

이러한 개혁은 수급자의 수를 줄이는 것이 고용주의 책임이 되도록 하고, 노동자에게 상병급여를 지급하는 것이 고용주에게 직접적인 손해로 작용하여 불필요한 수급을 방지하도록 하는 것을 목적으로 한다(van Berkel, 2013). 고용주는 해고 대신 상병급여를 사용할 유인이 줄어들고, 동시에 산재를 예방하기 위해 작업환경을 개선하는 유인이 생기게 되었다(Geurts, Kompier & Gründemann, 2000). 고용주에게 이렇게 새로운 역할을 부여함으로 고용주가 노동자의 상병(혹은 상병급여 수급)을 예방하고 더 나아가 업무복귀를 적극적으로 돕도록 하는 유인을 마련했다(Koning, 2016). 고용주로의 부담 전가는, 노동자 개인의 위험 전가로도 이어졌는데, 이는 노동자가 병가를 사용하는 것을 막기 위해 고용주

가 보너스 및 패널티를 사용하는 결과를 낳기도 했기 때문이다(Hassink & Koning: Koning, 2016에서 재인용).

이러한 개혁 방향에 대해 고용주와 노동자는 상반된 입장을 보였다 (Hartog, 1999). 고용주는 사용자의 책임만이 강조되었다며 노동자의 책임을 높이는 정책이 추가적으로 필요하다고 주장하였다. 이들은 노동자 개인의 가정 및 사회생활과 관련될 수 있는 문제를 고용주가 책임지는 것이 불공평하다고 주장하였다. 노조는 고용주가 안전하고 건강한 근무환경을 조성하는 데 노력을 기울여야 한다는 입장이었다. 또한 민영화된 관리감독 기구의 한계점에 주목하며, 특히 의료적 인증의 경우 공적인 기구가 담당할 필요가 있음을 주장하였다. 한편, 상병수당법의 민영화는 유럽사회헌장(European Social Charter)에 반하는 것으로 유럽평의회 독립전문가위원회(Committee of Independent Experts of the Council of Europe)는 이러한 정책 개혁의 근거가 부족하다는 입장을 밝힌 바 있으나, 당시 네덜란드 정부는 이에 동의하지 않았다(Grünell, 1998). 이에 힘입어 네덜란드 노총(FNV: Federatie Nederlandse Vakbeweging)은 의회 조사를 요구했으나 대다수 정당의 지지를 받지 못해서 난관을 겪었다(Grünell, 1998).

제도의 운영체계 또한 개혁이 이루어졌는데, 그 내용은 다음과 같다(Hartog, 1999; van der Veen & Trommel, 1999 참조). 우선, 사회보험의 관리와 감독 기능이 분리되었다. 앞서 언급한 사회보험의회(SVR)가 해체되고 1994년부터 독립적인 '사회보험감독위원회(CTSV)[44]'와 관리 및 행정을 담당하는 노사정 조정의 임시기구(TICA)가 설립되었다. 이렇듯 병가에 대한 급여가 고용주를 통해 직접 지급되는 방식으로 전환되었

44) https://actorenregister.nationaalarchief.nl/actor-organisatie/college-van-toezicht-sociale-verzekeringen-szw

으나, 여전히 제도의 관리 및 감독은 국가차원에서 진행됐다. 또한, 일부 노동자의 경우 고용주가 상병수당 지급의 의무가 없어 여전히 사회보험 제도로 감독이 필요했다. 이러한 예외사항은 다음 절에서 자세히 다루도록 한다. 2002년 이후 CTSV는 노동임금감독원(inspectie Werke n Inkomen)이 설립되면서 해체되었으며, 2016년 이후 노동임금감독원은 사회고용감독원(Inspectie Sociale Zeken en Werkgelegenheid)으로 병합되었다. 몇 년 후 TICA는 국립사회보험기구(Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen, LISV)로 대체됐다. 이 과정에서 TICA의 일부로 실제 행정을 담당하던 산업보험위원회가 해체됐는데, 위원회는 노조와 고용주단체로 이루어졌다. 즉, 위원회의 해체는 노동자와 고용주의 역할 축소를 의미했다. 이후 사회보험 행정은 LISV를 통해 계약된 민간 단체가 담당하게 되면서 준민영화의 형태로 운영되기 시작했다. 이렇듯 사회보험의 실제 행정에 이어서 노조와 고용주 단체의 역할이 상당 부분 축소된 것이 주요 개혁사항이라고 할 수 있다. 2002년에 사회보장 차원에서 노동자보험을 담당하는 UWV와 고용서비스 차원에서 노동과 임금을 담당하는 CWI(Centra Werke n Inkomen)로 관련 조직이 크게 두 가지로 구분됐다. UWV는 LISV를 포함한 다양한 기구들을(예: Cadans, Gak, GUO, SFB, USZO) 병합하여 설립되었다. CWI는 2009년 UWV로 병합됐다. 이에 따라 UWV, 즉 노동자보험기구(Uitvoeringsinstituut Werkn-emersverzekeringen)는 노동자의 실업급여, 장애급여, 상병급여, 육아휴직급여 등의 기금운영을 맡는 국가 차원의 단일한 기구로 지금까지 작동하고 있다.

또 다른 주요 개혁으로는 1985년 이후 상병급여의 급여수준이 임금 대체율 80%에서 70%로 줄어들었다는 것이다(Hartog, 1999; van Berkel, 2013). 개혁은 점진적으로 진행되었는데 1985년에는 75%로,

1986년에는 70%로 줄어들었다. 노동자보험에서 지급되는 실업급여 및 장애급여와 마찬가지로 사회보장제도의 비용 부담을 완화하는 일환으로 급여 삭감이 진행됐다. 고용계약이 있는 노동자의 경우 상병급여 수급 상태를 유지하는 것에 대한 유인을 제거하는 목적 또한 있었다고 할 수 있으나, 단체협약에 따라 실제 급여수준이 100%까지 지급될 수 있어 실질적인 정책변화 효과로 기대하기는 어렵다. 물론, 1996년 절반 가량의 기업의 유급병가 급여 수준이 100%보다 낮았다는 점이 주목할 만하다(Hartog, 1999). 1994년 유급병가로의 전환 이후에도 급여수준은 70% 기준으로 유지되었다.

## 제3절 유급병가제도의 현황

네덜란드의 상병수당 제도는 크게 두 가지로 나뉜다. 하나는 고용계약을 맺은 노동자에게 고용주가 병가에 대한 급여를 지급하는 것이고, 다른 하나는 고용계약이 있더라도 유급병가 급여 자격이 없는 노동자 등[45]이 상병으로 인해 일을 할 수가 없을 때 고용주들의 기여금에서 지급하는 급여이다. 전자는 〈민법(Burgerlijk Wetboek)〉에 기초하고 후자는 〈상병급여법(Ziektewet)〉에 기초한다. 이번 장에서 전자는 유급병가, 후자는 상병급여로 지칭한다. 두 제도는 다른 법을 근거로 하지만, 모두 노동자보험 아래 관리된다. 유급병가 및 상병급여는 최대 2년 간 지급되며, 이후 UWV에서 사정한 결과 노동이 어렵다고 판단되는 경우 장애급여 수급이 가능하다. 앞서 언급한 바와 같이, 비록 1994년 이후 유급병가 제도로 상병수당 제도의 상당 부분이 민영화되었지만, 그 관리 감독은 공공기관인

45) (편집자 주) 상병급여의 대상자는 3절의 2. 상병급여 참고.

UWV에서 담당하고 있다. 이때의 산정방식은 해당 노동자가 기존 직장에서 번 소득과 현재 신체정신적 수준으로 노동 시 벌 수 있는 이론적 소득을 비교하여 그 차이가 35%를 초과하는 경우 장애급여 수급대상자가 된다. 이론적 소득은 의사 및 보험 전문가 등 다양한 전문가집단, 노동자와 고용주가 유급병가 및 상병급여 수급 기간 동안 작성한 통합보고서를 토대로 기능적 능력을 책정하고, 약 7500개의 직업의 소득과 대조하여 산정된다. 본 장은 장애급여는 다루지 않고, 유급병가와 상병급여의 제도 운영방식을 구체적으로 살펴보고자 한다.

## 1. 유급병가

유급병가는 고용계약을 맺은 모든 노동자를 대상으로 하며, 급여 대상이 되기 위해 충족해야 하는 노동기간은 없다. 노동자는 질병 발생 시 최대한 빨리 고용주에게 질병 사실을 알려야 하며, 고용주는 사내 의사 및 산업건강 전문가를 통해 이를 확인하여야 한다. 이때 고용주는 급여를 지속적으로 지급하여야 하며 노동자가 질병 사실을 고지한 지 4일 이내 사내 의사 및 외부 산업건강서비스(Arbodienst)에게 이를 고지하여야 한다. 단기간 병가인 경우 UWV에 고지하지 않아도 되며, 병가가 길어지거나 상병급여 대상자에 해당하는 경우 이를 UWV에 고지하여야 한다. 급여 수준은 병가 신청일로부터 기존 임금의 70%이며, 이는 최저 일일임금보다 낮을 수 없다. 즉, 최저임금을 받는 노동자의 경우 병가 기간의 첫해에는 임금 전액을 받게 되는데, 수급 1년 후 고용주가 차액을 지급할 의무가 없어 70%의 임금을 받게 된다. 모든 노동자는 단체협약에 근거해서 급여수준을 소득대체율 100%로 상향 조정이 가능하다. 이때 기준이 되는 임금은 노동자가 평소 받던 임금을 지칭하는 것으로, 연장 근로에 대

한 추가 임금 및 기타 급여를 평소 받은 경우 이를 포함하여 계산한다. 급여는 최대 104주 동안 고용주가 직접 지급한다. 고용주는 급여의 일부 및 전체를 민간 보험을 통해 지급할 수 있다. 급여 지급 방식은 계약에 따라 상이하며, 일반적으로 매월 지급한다. 부양가족에게 지급하는 추가 금액은 없다. 병가를 받은 기간은 이후 실업급여 자격요건 책정 시 제외된다.

노동자가 유급병가 사용 중 파트타임으로 업무에 복귀하는 경우, 첫 두 해 동안 실제 노동시간에 대한 임금의 100%와 그 외 시간에 대한 임금의 최소 70%를 지급한다. 단, 업무복귀를 위한 치료상의 목적으로 업무에 복귀한 경우 실제 노동시간에 대한 임금의 최소 70%를 지급한다. 노동자가 일할 수 있는 시간은 사내의사 및 필요시 보험회사의 의료 자문과 정부의 노동자보험기구(UWV) 내 전문가가 결정한다. 이때의 급여는 일반세금 부과 대상이다.

임시직 노동자의 경우 계약기간 만료 시 유급병가 대상자가 아니며, 아래에서 설명할 상병급여 대상자로 전환된다. 용역업체를 통해 고용된 경우, 용역업체에 질병 사실을 알려야 한다. 급여의 지급은 계약상 조건에 따라 결정되는데, 계약서 상 관련 약정(uitzendbeding)이 있는 경우 유급병가는 부여되지 않고 용역업체와의 계약은 종료되며, UWV의 사정 후 상병급여 대상자가 될 수 있다. 여기서 관련 약정은 노동자가 일을 하지 않는 경우 계약이 바로 종료된다는 계약서 상의 조항을 지칭한다. 따라서 계약서상 약정이 없는 경우 고용주인 용역업체에서 병가 기간 동안 급여를 지급해야 한다. 임시직 노동자와 용역업체 노동자 등의 경우 일반노동자와 달리 질병 발생 후 이틀 내에 고용주에게 질병 사실을 고지해야 한다.

연금을 받고 있는 (노령의) 노동자의 경우에도 급여수준은 임금대체율 70%로 동일하나 2023년 7월 1일 이후 급여는 최대 6주 간 지급하고 이

후 해고가 가능하다. 연금대상자의 상대적으로 짧은 유급병가 기간은 노령의 노동자가 취업 시 불이익을 받지 않도록 하는 취지였다. 그러나 해당 제도가 노령이 아닌 노동자에게 오히려 불이익이 있을 수 있다는 판단 아래 제도 초기에는 13주로 단축한 뒤, 급여 기간을 6주로 추가적으로 단축하였다. 장애가 있는 노동자의 경우 질병 발생 시 유급병가 대신, UWV에 상병급여를 신청할 수 있다. 이는 무부담정책(no-risk polis)에 따라 기존에 질병 및 장애가 있는 노동자가 취업 과정에서 불이익을 받지 않도록 설계되었다. 무부담정책은 기존에 질병 및 장애가 있는 노동자를 고용하는 경우, 고용주의 보험기여금이 높아지지 않도록 하는 등의 내용이 포함된다.

사내 의사 및 외부 산업건강서비스(Arbodienst)[46]가 질병 중의 노동자의 노동수행 능력을 확인하는 과정에서 노동자와 고용주는 노동자가 최대한 빠른 시일 내에 업무에 복귀할 수 있도록 노력할 의무가 있다. 이때의 노력은 〈게이트키핑 개선법(Wet Verbetering Poortwachter)〉에 따른 구체적인 과정을 따르는 것을 의미한다. 그 과정은 대략 아래와 같이 요약 가능하다.

46) (편집자 주) 산업건강서비스(Arbodienst)는 병가 등의 사유로 인한 노동자의 앱센티즘(absenteeism)을 감독하는 기관(Woorden, n.d.). 1998년 1월 1일부터 거의 모든 회사는 산업건강서비스에 가입할 의무가 있음. 산업건강서비스는 근로조건법에 규정됐으며, 노동자의 건강을 보호하고 증진하는 것을 목표로 함.

〈표 4-2〉 유급병가 수급 기간 법적 의무 과정

| 질병발생 이후 | 무엇을? | 누가? |
|---|---|---|
| 첫주 | 노동자가 질병을 보고한 후 고용주는 외부 산업건강서비스(Arbodienst) 혹은 사내 의사에게 이를 고지한다. | 노동자, 고용주 |
| 6주차 | 노동자와의 면담 후 Arbodienst는 업무복귀에 대한 조언이 포함된 문제분석자료를 만든다.<br>통합 보고서 작성 시작 | Arbodienst소속 산업의사, 고용주 |
| 8주차 | 약 6주에 한번 진행되는 의무적 정기 평가를 계획, 사례관리분담(assignment) | 노동자, 고용주 |
| 46-52주 | 노동자보험기관(UWV)에 첫해 평가 및 둘째해 계획 제출 | 노동자, 고용주 |
| 87-91주 | 노동자와의 면담 후 고용주는 통합보고서를 장애보험의 기준을 토대로 작성한다. 91주차에는 노동자가 작성한 통합보고서를 제출하면서 장애급여를 신청할 수 있다. | 노동자, 고용주 |
| 91-104주<br>(“대기기간) | UWV는 통합보고서를 토대로 고용주와 노동자가 업무 복귀를 위해 충분한 노력을 했는지 판단한다. 만약 고용주의 노력이 불성실했다고 판단하는 경우, 고용주는 이후 52주 간 급여를 추가로 지급해야 한다. | UWV |

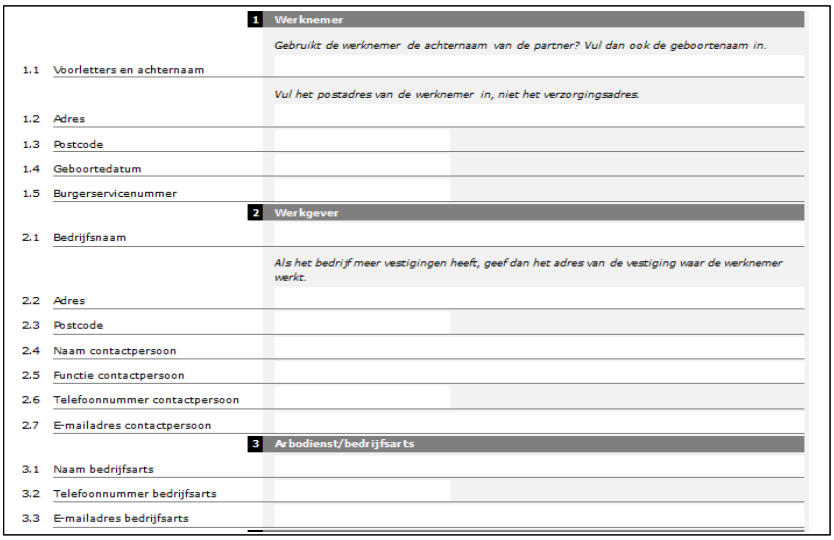
자료: Mittag et al. (2018). Intervention policies and social security in case of reduced working capacity in the Netherlands, Finland and Germany: a comparative analysis. International journal of public health, 63의 Table 1을 번역한 것이다.

노동자가 질병 사실을 고지한 후 산업건강서비스 및 사내 의사는 6주 내 유급병가 기간과 가능한 업무복귀 형태를 보고해야 한다. 산업건강전문가는 고용주가 업무환경을 개선하고 장기결근을 줄일 수 있도록 돕는 역할을 한다. 보통 네 명의 주요 전문가로 이루어지는데, 의사, 산업 위생사, 안전 전문가, 노동 및 조직 전문가 등이다. 담당 전문가들은 문제분석 자료를 작성하여 고용주와 노동자 양측이 취할 수 있는 노력을 단계별로 제시한다. UWV에서 제안하는 문제분석서양식은 아래 〔그림 4-2〕와 같다. 첫 장은 노동자, 고용주, 산업건강서비스 및 사내의사의 주소 및 연락처를 작성하고, 다음 장에서는 노동자의 업무내용, 질병사항(시작 시점, 관련 재정문제 등), 노동자가 기존 업무 및 기타 업무를 수행하는 데 있어

가지는 신체정신적 한계 등을 다룬다. 마지막 장에서는 이를 토대로 결론 및 고용주와 노동자에게 제안하는 업무복귀 안을 작성한다.

전문가가 작성한 문제분석 자료를 토대로 고용주와 노동자는 함께 업무복귀를 위한 활동계획(Action plan)을 만들어야 한다. UWV가 제시한 작성지는 아래 〔그림 4-3〕과 같다. 처음 부분은 노동자와 고용주, 산업건강서비스 전문가, 사내의사의 이름 및 연락처를 작성하고, 노동자의 마지막 직책 및 업무 내용을 작성한다. 이후 노동자와 고용자는 각각 생각하는 업무복귀를 위한 가능한 옵션을 작성한다(5번). 다음으로 노동자와 고용주는 업무복귀의 최종 목표를 설정해야 한다(6번). 작성지에는 최우선의 목표가 노동자가 원래 업무로 복귀하는 것이며, 차선으로는 고용주가 사업장 내 다른 직책을 찾거나 만드는 것, 그리고 마지막 안이 다른 고용주를 찾는 것이라고 제시되어 있다. 유급병가는 예외적인 상황을 제외하고 2년을 최대 기간으로 정하고 있지만, 행동지침 상의 최종 목표는 보다 장기적인 것으로 2년 이후의 목표를 세워야 하며, 산업건강서비스 및 사내의사의 조언에 기초하여야 한다고 명시되어 있다. 다음으로는 구체적인 업무복귀 방안을 설계해야 한다(7번). 구체적인 항목으로는 업무내용, 노동조건, 고용조건, 노동관계 등이 있다. 마지막으로 노동자와 고용주는 해당 안에 대한 의견을 작성해야 하며(8번), 행동지침 작성이 지연된 경우 그 이유를 작성해야 한다(9번).

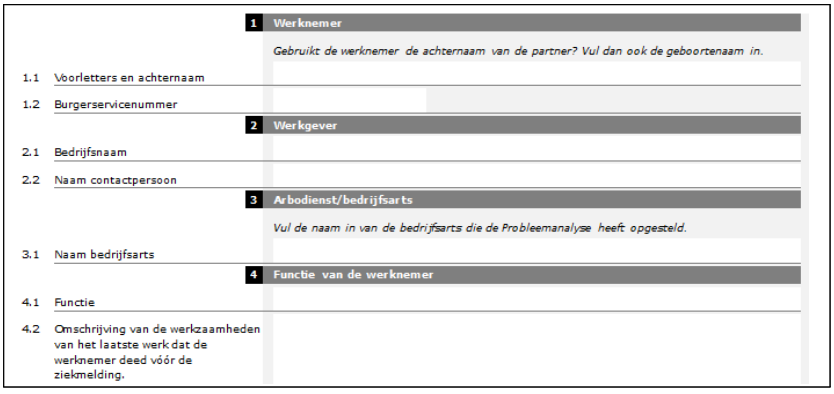
〔그림 4-2〕 문제분석지 양식의 일부



| | | |
|---|---|---|
| | **1 Werknemer** | |
| | *Gebruikt de werknemer de achternaam van de partner? Vul dan ook de geboortenaam in.* | |
| 1.1 | Voorletters en achternaam | |
| | *Vul het postadres van de werknemer in, niet het verzorgingsadres.* | |
| 1.2 | Adres | |
| 1.3 | Postcode | |
| 1.4 | Geboortedatum | |
| 1.5 | Burgerservicenummer | |
| | **2 Werkgever** | |
| 2.1 | Bedrijfsnaam | |
| | *Als het bedrijf meer vestigingen heeft, geef dan het adres van de vestiging waar de werknemer werkt.* | |
| 2.2 | Adres | |
| 2.3 | Postcode | |
| 2.4 | Naam contactpersoon | |
| 2.5 | Functie contactpersoon | |
| 2.6 | Telefoonnummer contactpersoon | |
| 2.7 | E-mailadres contactpersoon | |
| | **3 Arbodienst/bedrijfsarts** | |
| 3.1 | Naam bedrijfsarts | |
| 3.2 | Telefoonnummer bedrijfsarts | |
| 3.3 | E-mailadres bedrijfsarts | |

자료: UWV 누리집의 문석분석지 양식. https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.uwv.nl%2Fwerkgevers%2FImages%2Fprobleemanalyse.doc&wdOrigin=BROWSELINK 에서 2024.2.17. 인출.

〔그림 4-3〕 행동지침 양식의 일부



| | | |
|---|---|---|
| | **1 Werknemer** | |
| | *Gebruikt de werknemer de achternaam van de partner? Vul dan ook de geboortenaam in.* | |
| 1.1 | Voorletters en achternaam | |
| 1.2 | Burgerservicenummer | |
| | **2 Werkgever** | |
| 2.1 | Bedrijfsnaam | |
| 2.2 | Naam contactpersoon | |
| | **3 Arbodienst/bedrijfsarts** | |
| | *Vul de naam in van de bedrijfsarts die de Probleemanalyse heeft opgesteld.* | |
| 3.1 | Naam bedrijfsarts | |
| | **4 Functie van de werknemer** | |
| 4.1 | Functie | |
| 4.2 | Omschrijving van de werkzaamheden van het laatste werk dat de werknemer deed vóór de ziekmelding. | |

자료: UWV 누리집의 활동계획 양식 https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.uwv.nl%2Fwerkgevers%2FImages%2Fplan-van-aanpak.doc&wdOrigin=BROWSELINK 에서 2024.2.17. 인출.

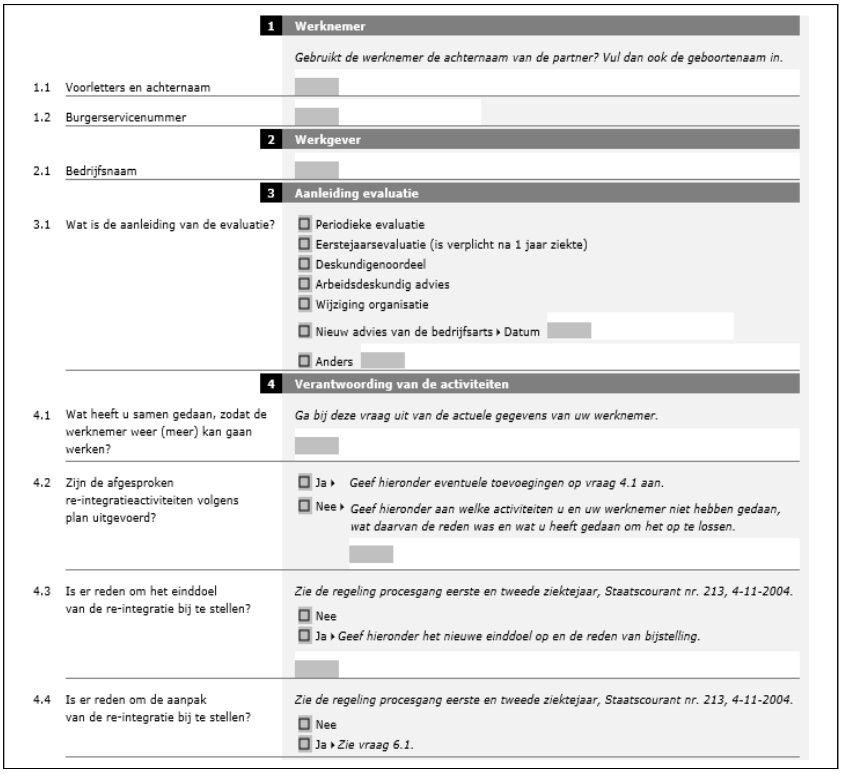
고용주는 이러한 일련의 과정을 통해 노동자가 이전 업무로 복귀가 가능한지 혹은 같은 회사 내 다른 업무를 맡을 수 있는지를 조사해야 한다. 가능하다고 판단한 경우, 고용주는 업무 장소 및 일정의 조정 등 필요한 조치가 무엇인지 모색해야 한다. 의무적으로 밟아야 할 단계로는 앞서 언급한 행동계획 만들기, 정기적인 만남과 후속조치, 최종 사정(assessment)이 있다. 유급병가 1년 후 고용주와 노동자는 UWV의 1년 평가지를 작성해야 하는데 이는 아래 〔그림 4-4〕와 같다. 첫 장에서는 작성된 행동지침을 근거로 지난 1년 간의 노력을 서술한다. 노동자가 업무복귀를 할 수 있도록 양측이 어떤 노력을 했는지, 최종목표와 행동지침을 수정할 필요가 있는지, 있다면 그 이유가 무엇인지를 작성해야 한다. 다음 장에서는 서로가 지금까지 한 노력에 대해 평가하고 (4) 새로운 구체적인 행동지침을 작성한다.

질병 중의 노동자가 업무로 복귀할 수 없는 상태에서 급여의 최대 기간이 만료된 경우, 노동자는 장애급여를 수급할 수 있다. 장애급여 신청은 상병 후 약 18개월이 된 시점에서 진행한 사정을 통해 결정되며, 장애급여의 필요성이 판단되는 경우 미리 신청을 하게 된다. 단, 신청 시 유급병가 및 업무 복귀 과정 중 생성된 모든 자료를 UWV에 제공하여야 한다. 노동자는 기존 전문가에 의한 자신의 상태 및 상황에 대한 판단에 동의하지 않는 경우 언제든 UWV에 두 번째 전문가 의견을 요구할 수 있다.

이상의 과정이 언제 이루어져야 하는지는 UWV 누리집(https://www.uwv.nl/)을 통해 쉽게 확인할 수 있다. 예를 들어, 질병 발생 시점이 2023년 10월 11일인 경우, 당일 질병 사실을 고용주에 알리고, 6주차가 되는 11월 22일 산업건강서비스 및 사내의사는 문제분석자료를 작성한다. 12월 6일에는 문제분석자료를 토대로 노동자와 고용주가 함께 활동계획을 작성하고, 2024년 7월 31일에는 온라인 시스템에 42주가 되었음

을 UWV에 고지해야 한다. 1년이 되는 2024년 10월 9일에는 1년 평가지를 작성하고, 수급 시작 이후 2년이 되기 전 2025년 6월 18일부터는 장애급여 신청이 가능하다. 7월 9일에 마지막 평가를 하고 7월 23일에 기존 서류를 모두 포함하여 장애급여 신청서를 제출할 수 있다.

[그림 4-4] 1년 평가지



**1 Werknemer**

*Gebruikt de werknemer de achternaam van de partner? Vul dan ook de geboortenaam in.*

1.1 Voorletters en achternaam

1.2 Burgerservicenummer

**2 Werkgever**

2.1 Bedrijfsnaam

**3 Aanleiding evaluatie**

3.1 Wat is de aanleiding van de evaluatie?

- ☐ Periodieke evaluatie
- ☐ Eerstejaarsevaluatie (is verplicht na 1 jaar ziekte)
- ☐ Deskundigenoordeel
- ☐ Arbeidsdeskundig advies
- ☐ Wijziging organisatie
- ☐ Nieuw advies van de bedrijfsarts ▸ Datum
- ☐ Anders

**4 Verantwoording van de activiteiten**

4.1 Wat heeft u samen gedaan, zodat de werknemer weer (meer) kan gaan werken?

*Ga bij deze vraag uit van de actuele gegevens van uw werknemer.*

4.2 Zijn de afgesproken re-integratieactiviteiten volgens plan uitgevoerd?

- ☐ Ja ▸ *Geef hieronder eventuele toevoegingen op vraag 4.1 aan.*
- ☐ Nee ▸ *Geef hieronder aan welke activiteiten u en uw werknemer niet hebben gedaan, wat daarvan de reden was en wat u heeft gedaan om het op te lossen.*

4.3 Is er reden om het einddoel van de re-integratie bij te stellen?

*Zie de regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar, Staatscourant nr. 213, 4-11-2004.*

- ☐ Nee
- ☐ Ja ▸ *Geef hieronder het nieuwe einddoel op en de reden van bijstelling.*

4.4 Is er reden om de aanpak van de re-integratie bij te stellen?

*Zie de regeling procesgang eerste en tweede ziektejaar, Staatscourant nr. 213, 4-11-2004.*

- ☐ Nee
- ☐ Ja ▸ *Zie vraag 6.1.*

자료: UWV 누리집의 평가지 양식 UWV 홈페이지https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.uwv.nl%2Fwerkgevers%2FImages%2Feerstejaars-evaluatie.doc&wdOrigin=BROWSELINK에서 2024.2.17. 인출

## 2. 상병급여

상병급여는 상병 발생 시점에서 유효한 고용계약이 없는 노동자 등을 대상으로 하며, 그 대상자는 아래와 같다(UWV, 2024a)

-병가 중 고용계약이 만료된 (임시직) 노동자
-질병 사실을 고지할 시 고용계약이 중단되는 비정규직 노동자
-임의소득보호제도(vrijwillige verzekering)에 가입한 자영업자
-고용계약이 있으나 임신 및 출산 중 질병이 발생한 노동자[47)]
-고용계약이 있으나 장기 기부 중 질병이 발생한 노동자
-고용계약이 있으나 무부담정책(no-risk polis)이 적용되는 노동자
-고용계약이 만료되기 4주 내 질병이 발생한 노동자
-실업급여 수급자 중 13주 이상 질병 중인 자
-질병 중 실업급여가 만료된 자
-실업급여 및 상병급여가 만료되기 4주 내 질병이 발생한 자

급여 대상이 되기 위해 충족해야 하는 노동기간은 없다. 노동자는 질병 발생 시 이를 이틀 내에 UWV에 질병 사실을 알리고 상병급여를 신청해야 한다. 노동자는 스스로 건강의 회복을 위해 노력해야 하며, 건강상의 변화나 노동 및 임금 상태의 변화가 있을 경우 UWV에 고지해야 한다. 또한 급여 수급자는 항상 연락이 가능해야 하며, UWV 의료보험사무실과의 면담을 지속해야 한다. 면담은 질병이 6주 지속되는 경우, 1년 지속되는 경우 진행된다. 또한, 산업장애고용전문가(arbeidsdeskundige)가 필요

47) 임신, 출산에 대한 급여는 별도로 있으며, 해당 급여는 임신, 출산 중에 발생한 상병의 경우에 해당함

로 하는 평가에 모두 참여해야 한다. 해당 전문가의 역할은 사내 의사나 산업건강서비스(Arbodienst)의 역할과 동일하다고 할 수 있다. 수급자는 질병으로부터 회복 시 이틀 내 UWV 누리집을 통해 이를 고지해야 하며 구직활동을 시작해야 한다. 수급자는 면담 시 타인과 동행할 권리가 있고, 건강 회복에 지장이 없는 한 휴가(holiday)를 갈 수 있다. 단, 네덜란드를 벗어나는 경우 출국 2주 전 이를 UWV에 알려야 한다. 또한, 수급자는 건강 회복에 지장이 없다는 전제 하에 일시적으로 네덜란드 밖에서 거주를 허가받을 수 있다.

질병으로 인한 노동 수행 불가 상태는 급여 지급 첫해의 경우 기존 직업을 수행할 수 없는 상태를 지칭하며, 이후에는 노동자의 능력 및 건강 상태를 기초로 적합한 노동을 할 수 없는 상태라는, 보다 엄격한 기준을 적용한다. 급여는 일반적으로 신청 후 이틀의 대기기간이 있다. 급여 수준은 가장 최근 임금에 따라 계산되며, 최대 급여수준은 일일임금의 70%이고 최저 급여 수준은 없다. 만약 이 금액이 사회적 최저임금보다(아래 〈표 4-3〉 참조) 낮은 경우 〈혜택법(Toeslagenwet)〉에 따른 보충급여가 지급된다. 보충급여는 사회적 최저임금(social minimum wage)과 상병급여와의 차액이다. 상병급여는 매달 지급하며 급여 수준은 기간에 따라 변화하지 않는다. 부양가족에게 지급하는 추가 금액은 없다.

특정 산업 노동자의 경우, 단체협약에 따라 기본 상병급여에 추가로 급여를 지급하기도 한다. 급여는 유급병가와 같이 최대 104주 동안 지급한다. 노동시장 재진입 시 부분상병급여가 최대 104주 간 지급 가능하다. 이 경우 임금의 70%가 상병급여에서 차감되며, 일일임금에 대한 소득대체율이 100%인 경우 임금의 100%가 급여에서 차감된다. 이때의 급여는 일반세금 부과 대상이다.

〈표 4-3〉 2024년 1월 1일 사회적최저임금 기준 (세전임금)

(단위: Euro)

| 연령 및 가구구조 | 월 기준 | 주 기준 | 일 기준 |
|---|---|---|---|
| 배우자 혹은 유사한 관계에 있음 | 2069.3 | 475.7 | 95.14 |
| 미혼, 21세 이상 | 1473.56 | 338.75 | 67.75 |
| 미혼, 동거인 있음, 21세 이상 | 934.16 | 214.75 | 42.95 |
| 미혼, 20세 | 1137.53 | 261.5 | 52.3 |
| 미혼, 19세 | 827.81 | 190.3 | 38.06 |
| 미혼 18세 | 684.26 | 157.3 | 31.46 |

주: 1유로는 한화로 약 1437.6원(2024년 2월 17일 기준)임. 일 기준 95.13유로는 약 13.7만원임.
자료: UWV 홈페이지 https://www.uwv.nl/particulieren/bedragen/detail/sociaal-minimum에서 2024.2.17. 인출.

실업급여 대상자의 경우 질병 사실을 이틀 내에 UWV에 고지해야 한다. 실업급여 수급자는 상병 12주까지 실업급여의 적용을 받으며, 13주 후부터는 상병급여가 실업급여를 대체한다. 실업급여의 최대 지급기간이 지나지 않은 경우, 실업자는 질병으로부터 회복 후 다시 실업급여 대상자가 될 수 있다. 상병급여의 수준은 실업급여와 동일하게 산정된다.

앞서 언급한 바와 같이 자영업자의 경우 질병 시 소득보장을 위해 임의로 보험에 가입할 수 있다. 이는 UWV 뿐만이 아니라 민간보험으로도 가능하다. 노동자보험 임의가입을 통해 상병급여 수급자격이 주어진 경우, 자영업자도 질병 발생 시 급여가 지급되며, 최대 기간은 2년으로 임금노동자와 동일하다. 자영업자는 매년 기여금을 지급하는데, 기여금 및 급여 산정 시 기준으로 하는 일일임금은 기존 소득에서 질병으로 인해 상실된 소득을 기초로 산정된다. 기여금은 월별 노동일수에 따라 결정되기도 한다. 따라서, 기여금이 매달 상이할 수 있다. 급여수준은 보험가입 시 작성한 임금에 따라 70%가 지급된다(UWV, 2024b).

### 3. 기타 관련 급여

노동자가 사망하는 경우 UWV는 급여를 지급할 관련인이 있는지 조사하고, 사망금(Overlijdensuitkering)의 형태로 사망 후 배우자, 노동자가 생전 가구 비용을 함께 부담한 파트너, 혹은 자녀에게 지급한다. 사망 다음 날로부터 한달 간의 임금의 100%를 지급한다.

질병을 앓고 있는 가족원이 있어 휴가를 내는 경우 병가가 아닌 임시 돌봄 휴가(dortdurend zorgverlof) 및 긴급휴가(calamiteitenverlof)에 의해 유급휴가를 사용할 수 있다. 단, 가족 내 돌봄제공자가 노동자가 유일할 때에 해당한다. 임시 돌봄 휴가의 경우 최대 12개월 내 고용계약상 합의한 주간 노동시간의 두 배를 사용할 수 있으며, 소득대체율은 최소 70%다. 기존 임금의 70%가 최저임금보다 낮은 경우, 최저임금을 지급한다. 긴급휴가는 돌봄이 필요한 가족원이 갑자기 아픈 경우 등 위급상황 시 사용 가능하다.

## 제4절 제도의 성과와 한계

### 1. 제도의 의도한 효과

네덜란드에서 복지 개혁의 주요 핵심은 상병급여 및 장애급여 수급자를 줄이는 것과 이를 민영화를 통해 고용주의 부담을 높여 수급자의 수를 줄일 동기를 높이는 방식으로 해결한다는 점에 있다. 따라서 정책의 주요 효과는 상병급여 및 장애급여의 수급자가 변화했는가를 중심으로 살펴볼 수 있다. 1997년 사회보험감독위원회(College van Toezicht Sociale

Verzekeringen; CTSV)에서 발간한 8월 장애보험 보고서(Augustusrapportage Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen)에 따르면 고용주가 직접적으로 병가에 대한 급여를 지급하는 제도 변화가 있던 1994년 상병급여 수급자의 수는 17.5만 명으로 앞선 해 34.5만 명에 비해 절반 가까이 감소한 것으로 나타났다(van Oorschot & Boos, 2000에서 재인용). 1999년 의회를 통해 발간된 사회각서(Sociale Nota)에 따르면 고용주의 급여 지급 기간을 연장한 1996년 이후 상병으로 인한 결근자 수는 감소했으나 감소폭이 0.3%p로 이전만큼의 큰 효과를 보이지는 않았다(van Oorschot & Boos, 2000에서 재인용). 이러한 감소 경향은 아래 [그림 4-7]에서도 확인할 수 있다(Hemmings & Prinz, 2020). Geurts, Kompier & Gründemann(2000)은 1994년 이후 상병으로 인한 결근을 계산하는 방식이 바뀌어 이러한 수치상의 감소가 단순히 민영화 정책의 성과라고 보기는 어렵다고 보았다. 일례로 이전 수치는 실제 병가 사용자 사례가 집계된 반면, 1994년 이후 집계는 고용주의 보고에 의한 것으로 과소보고의 문제가 있다. 아래 〈표 4-4〉를 보면 다소 낮아진 수급 인구수가 1998년을 기점으로 다시 증가하는 것으로 나타난다.

1998년 이후 기타 장애급여수급 인구가 통계에 유입된 것에 기인한 것일 수도 있으나(표 아래 a 참조), 다른 한편으로는 정책 변화의 효과가 초반에 강력했다가 이후 그 효과를 다소 잃었다고 볼 수도 있다. 그러나 중요한 점은 그 증가 폭이 정책 이전에 비해 높지 않다는 것이다.

〈표 4-4〉 1993-99년 병가 사용으로 인한 병가 및 노동 장애율[1)]

(단위: %)

| 병가사용으로 인한 결근과 노동장애율 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998[a] | 1999[b] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 민영화 1단계[c] | | | 민영화 2단계[d] | | | |
| 병가사용률(LISV, 2000a)[e] | 6.2 | 4.9 | 4.9 | 4.6 | 4.6 | 5.0 | 5.3 |
| 병가사용률(CTSV, 1994)[f] | 7.6 | 4.6 | 4.7 | 관련 통계 부재 | | | |
| 1인당 병가 발생 건수(CTSV, 1996)[g] | 1.7 | 1.1 | 0.8 | | | | |
| 평균 병가 지속 기간(CTSV, 1994)[h] | 14.2 | 26.6 | 25.4 | | | | |
| 노동장애 급여 수급자 총 수 (천 명 기준) (LISV, 1999c) | 921 | 894 | 860 | 855 | 865 | 905 | 924 |
| 노동장애 수준에 따른 노동 장애율 (LISV, 1999c)[i] | 11 | 10.5 | 10 | 9.7 | 9.7 | 9.8 | - |
| 노동장애 노동자 총 수에 따른 노동 장애율 (LISV, 1999c)[j] | 13.5 | 13.1 | 12.4 | 12.1 | 11.9 | 12 | - |
| 새로운 노동장애급여 수급자 수 (천 명 기준): 유입 (LISV, 1999c) | 104 | 79 | 73 | 83 | 88 | 120 | 107 |
| 노동장애급여 만료된 노동자 수 (천 명 기준): 유출 (LISV, 1999c) | 96 | 105 | 107 | 88 | 79 | 92 | 87 |
| 노동장애급여 수급자 수 순증가 (천 명 기준) (LISV, 1999c) | +8 | -26 | -34 | -5 | +9 | +27 | +20 |

주: 1)장애급여를 노동장애급여(Work disability)라고 표기하는 이유는 기타 장애급여와 구분하여 노동자보험을 기반으로 노동자를 대상으로 하는 급여임을 명확히 하기 위함이다.

주a: 1998년 1월 이후 수치는 이전에는 다른 장애급여제도에 포괄되어 포함되지 않았던 약 16,500명의 노동자를 포함하여 총 약 905,000명의 노동장애수급자가 된다. 이 일회적 유입을 제외하고 계산하면, 수급자의 수는 약 889,000명이 되며 노동자 수에 따른 노동장애율은 11.9가 됨.

주b: 수치는 1999년 첫 세 분기 자료를 토대로 작성됨.

주c: 고용주의 부분적 재정 책임시기

주d: 고용주의 완전한 재정 책임시기

주e: 총 노동 일 수 대비 상병으로 인해 잃은 노동 총 일 수 (모성휴가 제외)

주f: 총 노동 일 수 대비 상병으로 인해 잃은 노동 총 일 수 (모성휴가 포함)

주g: 해당 노동 연도 1인당 평균 병가 발생 건수

주h: 해당 노동 연도 1인당 평균 유급병가/상병급여 수급일 수

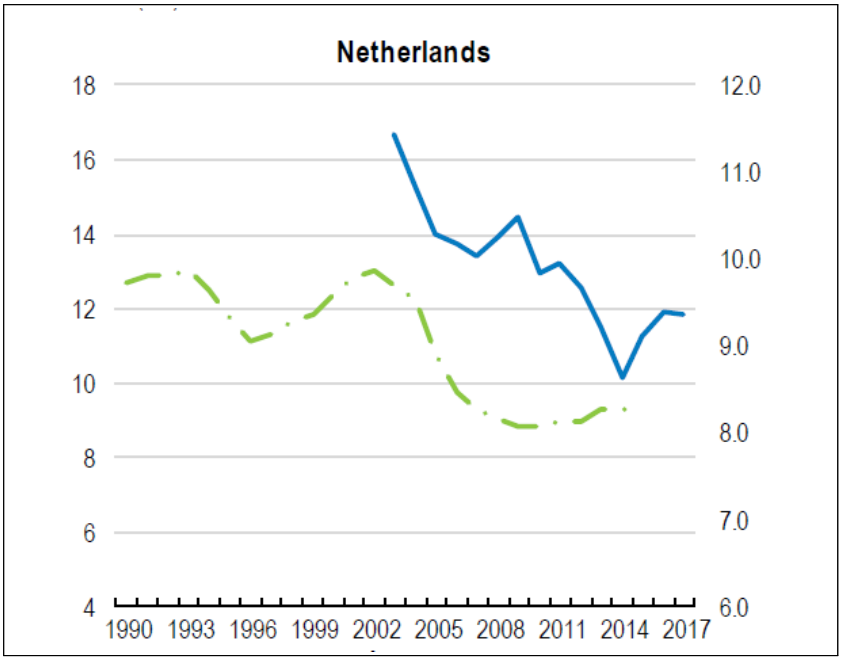
주i: 노동인구 대비 노동장애급여 수급자 수 (장애수준에 따라 가중치)

주j: 노동인구 대비 노동장애급여 수급자 수 (장애수준과 관계없이)

자료: Geurts, Kompier,. & Gründemann. (2000). Curing the Dutch disease? Sickness absence and work disability in the Netherlands. International Social Security Review, 53(4), p.90 표를 저자가 번역

정책의 효과는 상병으로 인한 결근일 수의 추이를 통해서도 살펴볼 수 있는데, 아래 발췌한 OECD의 그래프에 따르면 2002년 이후 전체적으로 그 수가 줄어드는 경향을 볼 수 있다(Hemmings & Prinz, 2020).

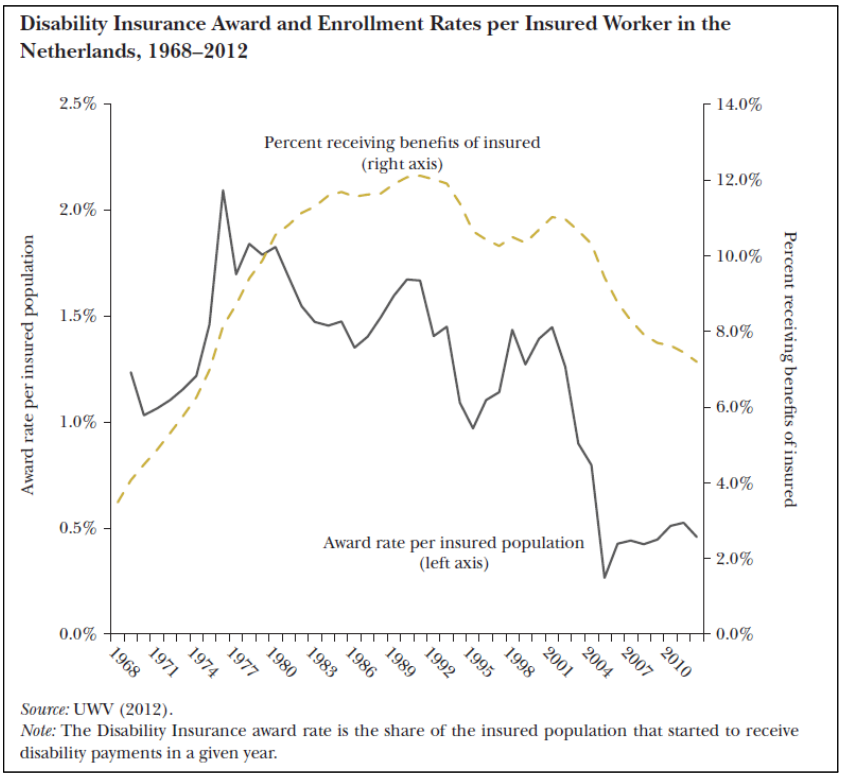
[그림 4-5] 상병으로 인한 결근일 수 및 장애급여 수급자의 추이




주: 파란선은 풀타임 임금노동자의 질병으로 인한 연간 평균 결근일 수를 지칭하며, 초록색 선은 20-64세 인구 중 장애급여수급자의 비율을 지칭한다.

자료: Hemmings, P. & Prinz, C. (2020). Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland.

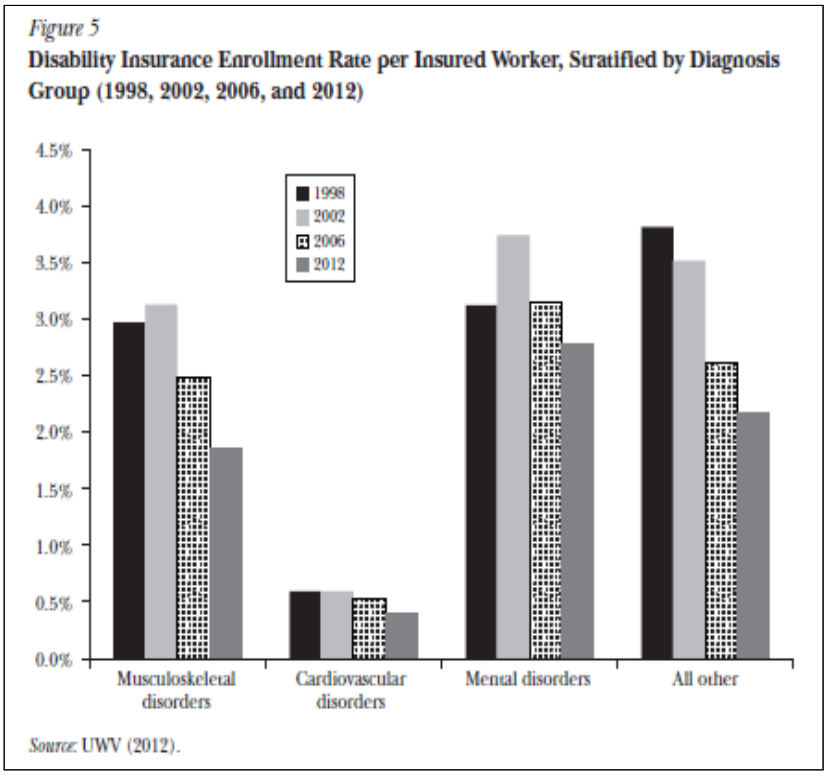
〔그림 4-6〕 1968-2012 장애급여수급자 추이




자료: Koning, P. & Lindeboom, M. (2015). The rise and fall of disability insurance enrollment in the Netherlands. Journal of Economic Perspectives, 29(2). p.152.

개혁의 직접적인 성과 여부에 대해서는 이견이 있다. 개혁 이후 2000년대에 접어들면서 장애급여 수급자의 수가 줄었으며 GDP 대비 장애 제도에 드는 비용 또한 감소하였다(Koning, 2016; Koning & Lindeboom 2015; van Berkel, 2013). Koning & Lindeboom (2015)에서 발췌한 아래 〔그림 4-6〕을 통해 개혁 전후의 장애급여 수급자 추이를 살펴볼 수 있다.

〔그림 4-7〕 질병별 보험가입 노동자 대비 장애급여수급률 추이




자료: Koning, P. & Lindeboom, M. (2015). The rise and fall of disability insurance enrollment in the Netherlands. Journal of Economic Perspectives, 29(2). p. 165.

점선은 노동자보험 가입자 중 장애급여 수급자의 비율을 나타내는데, 1990년대 초반까지 증가하는 경향을 보인 수급자 비율이 이후 점차 감소하는 경향을 볼 수 있다. 실선은 노동자보험 가입자 중 해당 년도에 장애급여 수급을 시작한 노동자의 비율을 나타내는데, 이는 등락이 반복되지만 추세적으로는 꾸준히 감소하여 2004년 이후 0.5% 이하로 유지됐다. OECD(2010)에 따르면 장애 관련 제도에 대한 정부지출 또한 감소하였

는데, 1990년 4.2%에서 2007년 2.1%로 절반 가량 감소한 것을 볼 수 있다.

정책의 효과는 구체적인 정책의 내용에 따라 살펴볼 수도 있다. Koning(2016)은 여러 민영화 방식 중 고용주의 직접적 급여 지급을 통해 인센티브를 증가한 방식은 실제 장애급여 수급자의 수를 줄이는 데 기여했지만, 그 외 경험요율(experience rating) 및 민간 보험을 통해 급여를 지급하는 등의 방식은 그 효과가 미미했다고 보았다. 해당 기업의 병가 수급자의 수에 따라 보험기여금을 정하는 경험요율(experience rating)은 실제로 산정방식이 복잡하여 고용주가 정확히 이해하지 못할 가능성이 높으며, 민간보험 사용은 실제 수급자 수 감소에 뚜렷한 효과를 보이지 못할뿐더러 오히려 가입자 수가 높아질 경우 고용주의 부담이 낮아져 인센티브를 낮출 가능성이 높다고 보았다.

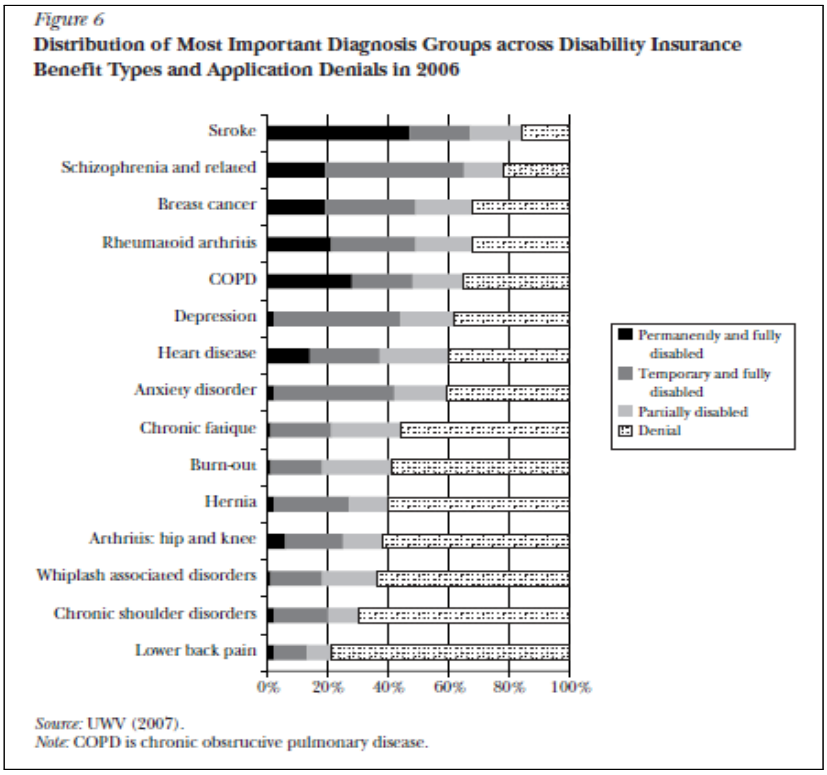
고용주가 노동자의 업무 및 노동시장으로의 복귀를 돕는 일부 정책은 실제 노동자가 병가 후 업무 복귀를 하는 데 기여한 것으로 나타났다(Koning & Lindeboom, 2015). 특히 게이트키핑 개선 방식을 통해 병가 초기부터 업무 복귀를 계획하도록 한 정책은 노동자가 장기 병가 사용을 막는 유인으로 작동하는 것으로 나타났다. 그러나 고용주의 역할이 중요한 만큼, 고용관계 밖에서 상병급여를 받고 있는 노동자의 경우 그러한 효과는 뚜렷하지 않은 것으로 나타났다(van Berkel, 2013). 마지막으로 노동현장의 안전 등의 개선을 의무화하는 정책으로 실제로 모든 영역에서 적극적으로 개선 사항을 적용하는 고용주의 수는 많지 않은 것으로 나타났다(Hartog, 1999). 이는 앞서 언급한 바와 같이 고용주가 병가를 노동 환경의 문제보다 개인의 문제로 보는 의식과 관련이 있다고 볼 수도 있을 것이다.

고용주의 책임을 강조한 정책의 개혁은 고용주의 행동 변화를 통해 정책 효과를 기대했다고 할 수 있다. 실제 개혁 1년 후 제조업 및 의료분야

종사자들을 조사한 결과, 유급병가 수급을 위한 장벽이 높아진 것을 볼 수 있었다(Goudswaard, van den Heuvel & van Putten, 1995: Geurts, Kompier & Gründemann, 2000에서 재인용). 노동자의 질병 고지 후 고용주가 이를 조사하는 확률이 증가하고 해당 사업장에 대하여 병가 급여 수준을 하향 조정하는 등 고용주가 보다 적극적으로 수급자 수를 막으려는 노력을 취했다는 것이다. 이러한 노력은 한편으로 실제 질병 및 장애가 없는 노동자의 급여 수급을 방지하는 효과를 낳을 수 있으나, 다른 한편으로는 실제 병가가 필요한 노동자가 이를 사용할 수 없도록 하는 장애물을 만드는 효과를 낳을 수도 있다. 예를 들어 수급자로 인한 비용절감을 위해 고용주는 유급병가 대신 금전적 보상을 줄 수도 있으며(Geurts, Kompier & Gründemann, 2000 참조), 고용주가 소송을 하는 등 노동자가 급여 신청을 하지 못하도록 직접적으로 막을 수도 있다(Koning, 2016 참조).

질병별로 구분하여 장애급여 수급률의 추이를 살펴본 결과, 급여 수급자 수가 줄어든 것은 근골격계 질환을 앓고 있는 노동자들이 개혁 후 장애인정을 받기가 까다로워졌기 때문으로 보인다. 이는 Koning & Lindeboom(2015)에서 발췌한 〔그림 4-7~8〕을 통해 살펴볼 수 있다. 〔그림 4-7〕을 보면, 근골격계 질환(첫번째) 및 정신 질환(세번째)의 경우 2002년 장애수급자의 수가 증가한 후 낮아졌으며, 기타 질환(네번째)의 경우 1998년 이후 꾸준히 낮아진 것을 볼 수 있다. 〔그림 4-8〕을 보면, 뇌졸증, 정신분열증, 유방암 등은 부분적으로라도 장애인정을 받을 확률이 상대적으로 높은 반면, 근골격계질환 및 우울증과 같은 정신질환은 장애인정을 받지 못할 확률이 상대적으로 높은 것을 볼 수 있다.

〔그림 4-8〕 2006년 질병별 장애급여수급 및 신청거부 확률




자료: Koning, P. & Lindeboom, M. (2015). The rise and fall of disability insurance enrollment in the Netherlands. Journal of Economic Perspectives, 29(2). p. 166.

## 2. 제도의 의도하지 않은 효과

고용주에게 상병급여의 비용 부담을 전가하는 개혁 후 장애나 질병이 있는 노동자들의 고용기회가 줄어들 것이라는 우려는 지속적으로 있었다 (Geurts, Kompier & Gründemann, 2000; Koning, 2016). 1997년 사회보험감독위원회(CTSV)에서 발표한 8월 장애보험 보고서(Augustus

rapportage adveidsongeschiktheids verzekeringen)에 따르면, 고용주가 채용 과정에서 결근지표(absenteeism indicator)를 사용하는 사례가 발견되었다(Hartog, 1999에서 재인용). 네덜란드의 국가연구기관인 사회연구소(Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996)의 사회문화보고서(Sociaal en Cultureel Rapport) 및 같은 기관(Sociaal en Cultureel Planbureau, 2000)에서 발표한 장애보고서(Rapportage Gehandicapten)에서도 유사한 결과가 발표되었다(van Oorschot & Boos, 2000에서 재인용). 때로 이러한 불이익은 잘 드러나지 않는 방식으로 주어지기도 하였는데, 앞서 언급한 SCP 발표자료에 따르면 임시직 계약이 1993년에서 1995년 사이 거의 두 배 가량 증가한 것으로 나타났다[48]. 즉, 노동자를 장애 및 질병 이력을 토대로 채용 자체를 기피하거나, 임시직으로 채용하여 정규직 채용 시 생길 수 있는 장기적 손해를 방지하는 방식을 취할 수 있다는 것이다. 그러나 실제 민영화를 통해 고용주의 인센티브가 올라가 장애 및 질병이 있는 노동자 고용을 기피하는지 여부는 더 많은 연구가 필요하다.

그럼에도 주목할만한 점은 고용주에게 책임이 전가된 이후, 노동자의 병가 의제를 노동문제보다는 노동자 개인의 문제라고 고용자 단체에서 지속적으로 강조했다는 것이다(Hartog, 1999). 이러한 관점은 가사 및 돌봄 분야 여성 노동자들을 포함하여 유급병가율이 더 높은 집단에게 차별적으로 적용될 여지가 크다. 그 결과, 질병이 발생했음에도 노동자가 이를 고지하는 것을 꺼려 아프고 생산성이 낮은 채로 업무에 임하는 일명 프레젠티즘을 야기할 수 있다는 문제가 있다(van der Veen &

48) Van Oorschot & Boos(2000)에서 재인용한 Sociaal en Cultureel Rapport 1996에 따르면, 1993~1995년 전체 고용계약 가운데 임시직 계약 건수는 11%에서 20%로 늘었고, 고용주가 용역업체를 통해 노동자를 고용하여 질병 수당 책임을 줄이는 관행이 늘면서 관련 계약 건수도 전체 고용계약 가운데 4%에서 9%로 증가했음.

Trommel, 1999 참고). 반면, 임시직 노동자 등 비정규직 노동자를 고용할 경우 고용주가 지급해야 하는 병가 기간이 상대적으로 짧고, 업무 복귀에 대한 책임이 정규직 노동자에 비해 높지 않다는 점에서 비정규직 고용이 증가했다는 문제는 발견된 바 있다(Geurts, Kompier & Gründemann, 2000; Koning, 2016). 이는 앞서 제도 설명에서 살펴본 바와 같이 정규직 노동자의 경우(예외적인 상황을 제외하고) 최대 2년 동안 고용주가 유급병가를 지급해야 하고 전문가서비스를 통해 업무복귀를 적극적으로 도와야 하는 반면, 임시직의 경우 고용계약 시간에 따라 계약이 만료되어 상병급여로 전환되어 재정적 부담 및 노동 복귀로의 책임이 정부로 전가되기 때문이다[49]. 1999년 사회각서 자료에 따르면 유급병가에 드는 비용을 절감하기 위해 노동자를 용역업체를 통해 구하는 사례들도 발생했다는 것을 알 수 있다(van Oorschot & Boos, 2000 재인용).

## 제5절 맺음말

이번 장에서는 네덜란드의 상병수당제도의 현재 역사와 현재를 살펴보고 문헌을 토대로 제도의 효과를 살펴보았다. 네덜란드는 기타 유럽국가에 비해 복지국가 형성이 다소 늦었으나, 수많은 변화를 경험하면서 현재의 혼합형 복지국가로 자리잡았다. 네덜란드 복지국가의 주요 토대는 사

49) (편집자 주) 네덜란드는 비정규직으로 일을 해도 이에 따른 근로조건 등에서 불이익이 적어서 노동시장의 유연성이 높다는 평가가 있음. 실제로, 네덜란드의 경우 파트타임 노동자의 비율이 2022년 기준 35%로 OECD 회원국 가운데 가장 높은 수준임(OECD, 2024b). 그러나, 임시직은 기타 국가들과 마찬가지로 계약서상의 불안정성을 내포하고 있으며, 파트타임 노동자들 또한 풀타임 노동자와는 일부 근로 처우에 있어서 노동시장 불평등의 문제에서 벗어났다고 보기는 어려움.

회보험제도라고 할 수 있으며, 그 가장 중심에 노동자의 건강에 대한 보험이 있다고 해도 과언이 아니다. 1900년대 초반 사회보험제도가 설계될 당시부터 논의된 노동자의 건강권은 상병수당의 도입과 함께 노동자의 중요한 권리로 자리잡았다. 1970년 오일쇼크 후 도래한 경제위기 하에 장애급여 및 상병급여 수급자의 수가 높은 수준에 달한 것은 노동자의 상병 및 장애급여 수급 조건이 까다롭지 않았기 때문도 있지만, 이는 다른 관점에서는 노동자의 아플 권리에 대한 사회적 합의가 높았다는 것을 의미하기도 한다.

1990년대 네덜란드는 경제위기 이후 신자유주의적 세계적 흐름 하에 사회정책에 대대적인 개혁을 감행하였고, 상병수당제도 역시 예외는 아니었다. 기존의 사회보험 방식으로 운영되던 상병수당제도의 상당 부분이 고용주의 책임 및 부담을 강화하는 유급병가제도로 민영화되었으며, 업무로의 복귀를 촉진하는 것이 주요 정책 방향으로 자리잡았다. 그 과정에서 상병급여에서 장애급여로 이어지지 않도록 장애인정 자격조건이 강화되었다.

네덜란드의 유급병가제도는 관리 감독이 노동자보험 및 정부산하 기구인 UWV에 의해 운영되고 유급병가제도에 포괄되지 않는 노동자는 노동자보험 하의 상병급여제도에 포괄되어 실상 사회보험의 일부로 운용된다고 할 수 있다. 즉, 노동자의 상병이 특정 노동자나 사업장에 국한되지 않은 국가 차원의 개입이 필요한 사회적 문제로 여겨진다는 것이다. 이는 한편으로 네덜란드가 이룬 '사회적 합의'가 이해당사자 사이 무수한 투쟁과 논의를 통한 양보와 타협의 결과라고 볼 수 있다. 정책의 개혁에도 변화하지 않은 것은, 네덜란드의 노동자는 아프면 쉴 수 있으며, 그 기간 동안 일자리를 잃지 않고 소득을 일정 수준 유지할 수 있다는 것이다.

하지만 정책 개혁이 노동자의 건강권과 관련해 한계를 낳기도 하였다.

첫째, 고용주의 부담을 늘린 정책은 고용주가 적극적으로 노동환경을 개선하여 노동자의 건강을 증진하는 방향으로 이어질 수도 있지만, 오히려 노동자가 병가를 쓰는 것을 어렵게 하는 등 노동자의 아플 권리를 막는데 기여할 수 있다. 둘째, 업무로의 복귀에 대한 강조는 장기적 복지 수급을 막기 위한 관념적 행정적 장애물이라고 할 수 있다. 이는 특정 책임과 부담을 노동자에게 전가함으로 아픈 노동자가 충분히 쉬는 것을 어렵게 할 수 있으며, 특히 정신건강에 문제가 있는 경우 큰 부담으로 작용할 수 있다. 셋째, 노동자의 질병이력이나 아플 수 있는 가능성이 고용주의 채용과정에서 차별을 유발하는 결과로 이어질 수 있다. 이는 실제 질병이력을 토대로 채용을 하지 않는 방향으로 갈 수도 있고, 기록이 공개되지 않더라도 상병가능성이 높은 집단에 대해 차별로 이어질 수 있다.

네덜란드는 복지국가의 발전이 상대적으로 늦어진 점, 그 발전 과정에서 사회보험제도를 중심으로 하는 혼합형 복지국가의 형태를 띠게 되었다는 점에서 한국과 유사점이 있다. 따라서 상병수당 도입에 있어 제도 설계 과정에서 참고할 만하다. 그러나 한국은 네덜란드와 달리 상병수당 제도가 없고 노동자의 아플 권리에 대한 인식도 아직 낮은 수준이다. 한국에서도 코로나 19 팬데믹 이후 아플 때는 쉬어야 한다는 인식이 확대되기는 하였으나 프레젠티즘과 장시간 노동을 토대로 하는 노동시장에서 실제 병가의 권리를 보장하는 제도를 만드는 데는 갈 길이 아직 멀다. 상병수당 시범사업을 진행하고 있는 현 시점에서 중요한 것은 단순히 정책을 도입하는 것이 아닌 사회적 인식 개선을 할 수 있는 정책안을 제시하는 것일 것이다. 사회적 인식은 노동자가 아픈 것, 아플 때 쉬지 못하는 것, 쉬어서 직장 및 소득을 유지하지 못하는 것을 모두 사회적 문제로 인식하는 것에서부터 시작하여야 한다. 그 첫걸음은 이를 국가 차원의 문제로, 사회적 연대를 통해 책임질 문제로 확대하는 것이다. 본 장에서 살펴

본 네덜란드의 사례는 그 논의와 합의의 과정에서 다뤄야 할 중요한 과제와 질문들을 다루고 있다. 특히 주목할 점은 자영업자, 파견업 노동자 등 최대한 많은 노동자를 포괄하려고 한다는 것이다. 또한, 급여의 최저수준이 최저임금이 아닌 가구 구조 및 연령을 고려한 최저 사회적 임금이라는 점이 주목할 만하다. 높은 자영업자와 비정규직 비율을 보이는 한국의 노동시장 맥락 아래에서 상병수당을 도입하는 경우 소위 노동시장 내부자가 아닌 이들을 어떻게 포괄할 것인가가 중요하게 다루어져야 할 것이다.

# 제5장

## 결론

제1절 세 나라 제도 요약 및 분석
제2절 정책적 함의

# 제 5 장 결론

## 제1절 세 나라 제도 요약 및 분석

한국은 복지국가로서 제도적 외형은 구비했다는 평가를 받고 있으나(김기태 외, 2022), 상병수당만큼은 예외였다. OECD 국가 가운데 노동자가 상병수당 혹은 유급병가를 누릴 수 있는 법적 권리가 없는 나라는 미국과 한국뿐이었다. 그나마 미국은 일정 규모 이상의 사업장에 대해서는 무급병가의 권리가 가족의료휴가법(Family and Medical Leave Act)을 통해 보장된다. 결국 아픈 노동자의 쉴 권리는 OECD 국가 가운데 한국에서 가장 열악하다.

코로나 19 범유행의 요동 속에서 한국도 아픈 노동자의 쉴 권리에 대한 사회적인 각성이 이뤄졌다. 소득 단절을 두려워 한 다수의 노동자들이 아파도 일터로 나서면서 전염병 확산의 계기가 됐기 때문이었다. 정부는 2020년 7월 한국판 뉴딜 종합계획을 발표하면서 상병수당을 도입하겠다고 발표했다. 2021년에 한국형 상병수당 도입을 위한 연구용역을 시행하고, 2022년부터는 저소득층을 대상으로 하는 시범사업을 진행한다는 것이 정부의 계획이었다(관계부처 합동, 2020).

상병수당이 어떠한 형태로 갈지는 미정이다. 실제로, 2022년 시범사업에서는 사회보험 형태를 염두에 둔 시범사업이 진행됐지만, 2023년 시범사업은 조세를 재원으로 하는 선별적 사업으로 진행됐다. 노동자가 아플 때 사용될 수 있는 재원은 크게 네 가지로 나뉠 수 있다. 사회보험, 조세, 노동자의 자비 부담, 사용자 부담이다. 대부분의 복지국가에서는 상병수당이 사회보험의 형태로 운영된다. 두 번째, 조세로 상병수당이 운영되는

네 나라가 아이슬랜드, 덴마크, 뉴질랜드, 호주다. 세 번째, 노동자의 상병에 대한 소득 보전을 자비 부담하는 나라는 한국과 미국이다. 제도적 공백 때문이다. 마지막, 사용자 부담, 즉 기업 복지로서의 유급병가를 중심으로 상병수당을 운영하는 나라가 세 나라, 스위스, 이스라엘, 네덜란드다. 이번 연구는 세나라의 독특한 유급병가의 운영 방식을 통해서 한국 상병수당 도입을 위한 함의를 도출하는 데 목적을 두었다.

가장 먼저 살펴본 스위스는 유럽 복지국가 가운데에서도 자유주의적인 전통이 강한 나라다. 스위스는 보험을 기반으로 하는 의무유급병가제도를 도입한 적이 없다. 일부 사회보호제도는 존재하지만 다른 정책수단에서 파생된 것이다. 스위스는 복지국가의 형성이 다른 유럽국가에 비해 많이 지연됐다. 이런 현상은 스위스의 직접민주주의와 연방주의, 그리고 둘 사이의 상호 영향 등 정치적 의사결정 구조를 참고하면 설명될 수 있다.

스위스의 복지제도에서 가장 중요한 공백은 유급병가보험이다. 몇몇 시도에도 불구하고 스위스는 의무 유급병가보험을 도입하지 못했다. 이런 실패의 결과, 유급병가제도는 계약법(contract law)의 규제 대상이 됐다. 계약법의 의무조항은 1911년에 제정됐고, 유급병가에 대한 일부 기본적인 규정을 포함하고 있다. 일반적으로 의무유급병가제도는 동일한 사용자와 최소 3개월 이상 고용관계를 유지하고 있을 때만 적용된다. 자영업자는 물론, 단기간의 계약기간을 적용받는 불안정 고용상태의 노동자의 유급병가는 전혀 보장받지 않을 수 있다. 이들이 할 수 있는 것은 민간보험 가입이지만, 보험료는 상당히 높다.

유급병가가 제공되는 다양한 방법은 다음과 같다. 첫째, 계약법의 법적 규정에 따른 병가기간 중 임금 지급(Lohnfortzahlung), 둘째, 사용자가 자발적으로 보험료를 납입하는 보험제도에 의해 제공받는 유급병가, 셋째, 단체협약에 의해 제공받는 유급병가, 넷째, 임의로 가입하는 개인소

득보상보험(individual sick pay insurance)이다.

스위스 사회보장제도의 또 다른 특징은 상해가 업무와 관련 여부와 무방하게 질병과 별도로 보장된다는 점이다. 업무상 상해에 대한 보장은 노동자에게는 의무적으로 적용되지만 자영업자는 제외된다. 노동자의 상해로 인한 위험은 의료비와 병가 모두 사용자가 보험에 가입해서 보장해야 한다. 사용자는 정부가 운영하는 상해보험공단(SUVA) 혹은 민간 보험자에 가입해야 한다. 사용자는 주당 8시간 이상 근무하는 고용계약을 맺은 노동자에게는 업무와 관련 없는 상해도 보장해야 한다. 자영업자와 일을 하지 않는 개인은 업무와 관련 없는 상해위험에 대해 개인적으로 보험에 가입해야 하는데, 주로 표준적인 의무건강보험에 부가하는 형태다.

스위스 유급병가제도에 관한 전반적 평가는 좋지는 않다. 가장 중요한 과제(Dupont, 2019b)는 보장에서 형평성이 결여됐다는 점, 가장 취약하고 불안정한 계층이 보장에서 제외됐다는 점, 복지제도의 다른 영역과 조정이 잘 이뤄지지 않는다는 점이며, 이는 재활훈련과 고용유지를 어렵게 하고 있다.

이스라엘의 유급병가는 20세기 이후에 탄생한 신생국가라는 독특한 국가 성격과 연관된다. 이스라엘은 1948년에 건국되고 처음 10년간 사회복지제도의 뼈대를 구축했다. 그렇지만 1970년대까지 이스라엘 노동법에는 노동자가 상병으로 결근할 때의 임금 지급에 대한 규정 혹은 합의가 없었다. 이스라엘에서 상병수당의 부재는 이스라엘 복지국가의 후진성과 연관된다.

이스라엘에서 유급병가가 권리로 보장된 시점은 1976년이었다. 유급병가법(Sick Pay Law 1976)이 1976년 10월 1일부터 시행됐기 때문이다. 일반적으로 유급병가는 상병으로 업무에 종사하지 못할 때 노동자에게 부여되는 권리이다. 상병은 법에서는 노동자가 의료적 진단에 따라 건

강상태가 좋지 않아서 일시적 혹은 영구적으로 과업을 수행하지 못하는 상태로 규정한다.

이스라엘의 유급병가법은 일부 예외는 있지만 모든 노동자에게 적용된다. 법에 따르면 노동자는 근속기간 1개월에 1.5일(1년당 18일)의 유급병가를 부여받는다. 일정 시점에서 부여받을 수 있는 유급병가 일수는 최대 90일이다.

유급병가기간에 지급되는 금액은 다음과 같다, 첫날은 무급, 둘째 날과 셋째 날은 임금의 50%, 넷째 날부터 임금 전액이다. 사용자는 법에서 정한 것보다 더 유리하게 지급할 수 있지만 이보다 적게 지급할 수는 없다.

이스라엘 유급병가는 노동자의 가족의 상병도 포괄한다는 특징이 있다. 가족의 범위는 자녀, 직계 부모, 시부모, 배우자 및 임신한 배우자와 같은 친인척을 포괄한다.

이스라엘의 근로기준법(employment law)에 따라, 법정 유급병가기간에는 노동자를 해고할 수 없다. 유급병가법과 규정은 이스라엘의 노동시장에서 몇가지 논점을 제공한다. 일부 노동자들의 권리의 남용 문제는 법적인 쟁점이 되기도 했다.

네덜란드 복지국가는 자주 사회민주주의 유형으로 분류된다. 제도의 구성에 있어 비스마르크식 사회보험제도와 보편적 전국민 사회보험제도가 공존한다는 점에서 그러하다. 1982년 개혁 이후에는 자유주의 복지국가 유형의 성격도 일부 띠고 있다. 에스핑-앤더슨의 세 복지국가 유형의 특징이 모두 공존하는 혼합형 복지국가로도 볼 수 있다.

네덜란드 복지국가는 주변 유럽국가들에 비해 다소 느리게 발전되었는데, 1945년 Van Rhijn Commission에서 발간한 더 나은 사회의 청사진이 현재의 네덜란드 복지국가의 틀을 형성했다고 할 수 있다. 1973년 오일쇼크 이후 1970-1980년대 네덜란드는 경제위기를 겪게 되었는데,

이는 복지국가 전반에 걸친 개혁의 시발점이 되었다. 특히, 사회보장제도 중 주요하게 논의된 제도는 노동자 상병급여 및 장애급여였다. 수급자의 수가 노동자 대비 상당히 높은 수준으로 국가가 부담해야 하는 비용이 상당 수준에 달했기 때문이다.

이를 배경으로 1982년 중앙노조와 고용주연합은 국내기업의 경쟁력을 높이고 고용안정, 사회보장체계의 부담 완화를 중심으로 한 개혁안인 바세나르 협정(Accord of Wassenaar)을 발표하였다. 개혁안 중 사회보장제도의 축소는 급여수준을 낮추고 자격조건을 강화하고 노동시장으로의 재진입을 촉진하였다. 가장 중요한 개혁으로는 상병급여의 민영화로, 비용과 책임이 국가에서 고용주로 전가된 것이 있다.

네덜란드의 유급병가는 크게 두 가지로 나뉜다. 하나는 고용계약을 맺은 노동자에게 고용주가 병가에 대한 급여를 지급하는 것이고, 다른 하나는 위의 유급병가 수급자격이 없는 노동자가 질병으로 인해 일을 할 수가 없을 때 고용주들의 기여금에서 지급하는 급여이다. 전자는 민법(Burgerlijk Wetboek)에 기초하고, 후자는 상병급여법(Ziektewet)에 기초한다. 네덜란드의 제도에서 전자는 유급병가, 후자는 상병급여로 번역했다. 유급병가 및 상병급여는 최대 2년 동안 지급되며, 이후 고용보험에서 사정한 결과 노동이 어렵다고 판단되는 경우 장애급여 수급이 가능하다.

네덜란드 상병급여제도 개혁의 주요 핵심은 상병급여 및 장애급여 수급자를 줄이는 것이었다. 이를 민영화를 통해 고용주가 급여대상자를 줄일 인센티브를 높이는 방식으로 해결했다. 정책의 자격조건이 엄격해지면서 질병이 발생했음에도 노동자가 이를 고지하는 것을 꺼려 아프고 생산성이 낮은 채로 업무에 임하는 일명 프레젠티즘을 야기할 수도 있다. 한편, 비용절감을 위해 고용주의 임시직, 용역계약 등을 포함한 비정규직

활용이 증가하기도 했다.

세 나라의 유급병가 제도들을 요약 및 정리하면 〈표 5-1〉과 같이 정리된다. 세 나라의 유급병가제도의 특징을 다른 복지국가들의 상병수당제도과 비교하면 다음과 같은 특징이 포착된다[50].

첫째, 세 나라의 유급병가는 급여수준, 대기기간 등에서 급여의 관대성이 떨어진다고 보기는 어렵다. 세 나라에서 급여의 수준은 임금의 70~100% 수준이다. OECD 회원국 가운데 절반이 넘는 22개국에서 상병수당 급여수준이 60~80% 수준이었다(강희정 외, 발간 예정). 대기기간도 세나라에서 매우 짧았다. 스위스 유급병가보험에서 대기기간이 가장 길었는데, 최대 3일이었다. OECD 회원국 가운데 20개국 이상에서 대기기간이 7일 이상인 점을 고려하면, 세 나라의 대기기간이 매우 짧은 점을 알 수 있다. 물론, 이는 해석의 여지를 남긴다. 조세 혹은 사회보험 기반 상병수당 제도를 운용하는 국가들에서 대기기간은 해당 국가의 유급병가 기간과 종종 연동되기 때문이다. 이를테면, 스웨덴에서 임금노동자의 상병보험 급여의 대기기간은 14일인데, 해당 기간 동안 노동자는 사용자로부터 유급병가를 받는다. 즉, 대부분의 국가에서 '유급병가 + 상병수당' 조합을 사용하면서 일정한 대기기간을 설정할 수 있을 수 있다. 반면, 유급병가를 주된 정책 수단으로 활용할 수밖에 없는 이스라엘 등에서 대기기간은 짧을 수밖에 없다.

50) 세 나라의 유급병가 중심 모델을 묶어서 다른 나라와 비교하는 데는 일정한 한계가 있을 수도 있다. 스위스와 이스라엘의 유급병가 모델은 2장과 3장에서 논의된 대로, 두 국가 복지국가의 일정한 후진성을 반영한 결과라면, 네덜란드의 유급병가 모델은 과거 공적 상병급여의 과용 혹은 남용 문제에 대한 개혁의 결과이기 때문이다. 즉, 전자는 제도의 미성숙의 결과라면, 후자는 과잉성숙의 결과로 볼 여지가 있다.

〈표 5-1〉 스위스, 이스라엘, 네덜란드의 유급병가 제도 일람표

| 구 분 | | 스위스 | | 이스라엘 | 네덜란드 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 임금지속지급 제도 | 유급병가보험 | 유급병가 | 유급병가 | 상병급여 |
| 관련법 | | 계약법(의무조항) | 연방보험계약법 | 1976년 유급병가법 이후 2000년까지 네 개의 법 추가됨 | Burgerlijk Wetboek (민법) | Ziektewet (상병급여법) |
| 정부 감독기구 | | 법원 | 연방민영보험국 | 이스라엘 국회인 Knesset: 입법기관으로 이스라엘을 대표하는 기관임. 헌법 혹은 기본법률을 제정하거나 수정. 일반적인 법률의 제정. 정부 기구의 감시 | 노동자보험기관 Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) | 노동자보험기관 Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) |
| 도입연도 | | 1911 | 1908 | 1976~2000 | 1913 | 1913 |
| 유급병가의 명칭 | | 임금지속지급 | 유급병가보험 | 유급병가 | 유급병가 (Loondoorbetaling-bij ziekte) | 상병급여 (Ziektewet-uitkering) |
| 적격요건 | 근속기간 | 최소 3개월 | 최소 3개월 | 근속기간 1개월당 1.5일로 연간 18일을 넘기지 못하며, 최고 90일까지 축적될 수 있음. | 요건 없음 | 요건 없음 |
| 급여수준 | 지급금액 | 임금의 100% | 80% 이상 | 둘째 날과 셋째 날은 봉급의 50%를 받음. 4일째 되는 날부터 봉급의 100% | 임금의 70% | 임금의 70% |
| | 상한 및 하한 | 해당 없음 | 해당 없음 | 해당 없음 | 하한: 최저임금 | 상한: 일일임금의 70% |
| 대기기간 | | 없음 | 최고 3일 | 1일 | 2일 | 2일 |

| 구 분 | | 스위스 | | 이스라엘 | 네덜란드 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 임금지속지급 제도 | 유급병가보험 | 유급병가 | 유급병가 | 상병급여 |
| 급여 지급기간 | | 근속연수에 따라 다름 (20년 이상 근속 시 대체로 6개월 수준) | 대개 720일 혹은 740일 | 근속연수에 따라 1년 최대 90일. 축적된 유급병가 기간을 다 사용하고 나도 출근을 하지 못할 때는 무급 병가를 사용할 수 있음. | 최대 2년 | 최대 2년 |
| 보장대상 I | 노동자 | 적용 | 자발적 가입 가능 | 적용 | 적용 | 고용계약이 있으나 유급병가를 받기 어려운 노동자, 실업자 등 |
| | 자영업자 | 비적용 | 자발적 가입 가능 | 비적용 | 비적용 | 임의 가입 |
| | 기타 | 비적용 | 자발적 가입 가능 | 없음 | 임시직 노동자의 경우 고용 계약 기간 동안 | 적용 |
| 보장대상 II (유급병가 대상에서 제외) | | 정신병 포함 | 정신병 포함 | 유급병가 권한은 일시적 혹은 영구적으로 노동자가 본인의 업무를 하지 못함으로 인한 결근으로 의료 인증에 따라 건강상태가 불량한 것으로 판단될 때만 부여<br>다른 상황으로 노동자가 장애보험, 연금 혹은 국가보험기구로부터 보조금 수급 등 | 정신병 포함 | 정신병 포함 |
| 보장대상 III (가족 포함 여부) | | 포함 안됨 | 포함 안됨 | 가족 포함 | 포함 안됨 | 포함 안됨 |
| 의료 | 필요서류 | 의료인증서 | 의료인증서 | 의사가 발행하고 서명(전자 서명 가 | 질병 사실 고지 시 불 | 질병 사실 고지 시 불 |

| 구 분 | | 스위스 | | 이스라엘 | 네덜란드 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 임금지속지급 제도 | 유급병가보험 | 유급병가 | 유급병가 | 상병급여 |
| 인증 | | | | 능)한 의료인증서 | 필요하나 고용주가 산업의사를 통해 확인해야 함 | 필요하나 UWV가 지정된 의사 및 전문가를 통해 확인해야 함 |
| | 발급기관 | 허가받은 의사 | 허가받은 의사 | 노동자가 가입한 건강관리기구에 속해있는 의사 | 산업의사 | UWV가 지정된 의사 및 전문가 |
| 고용보장 | | 병가기간 중 해고 금지 | 해당 없음 | 병가 중인 노동자는 해고할 수 없음 | 유급병가 중 최대 2년간 고용보호 | 해당 없음 |
| 고용보장 기간 | | 근속연수에 연계 최대 180일 | | 병가 중인 노동자는 본인이 취득한 유급병가 권한 기간 내에는 해고할 수 없음 | 고용계약 기간이 남은 한 최대 2년 사용 가능 | 해당 없음 |
| 다른 급여와의 관계 | 장애급여 | 병가 1년 후 장애급여 가능 | | 유급병가 수급 자격이 있는 경우, 유급병가 기간 소진 이후 자격 요건에 따라 장애급여 수급 가능1) | 노동자 보험 내 장애급여의 경우 유급병가 수급 2년이 지난 후에도 여전히 아픈 경우, 장애 수준을 산정하여 35%가 넘는 자에 한해 장애급여가 지급됨. | |
| | 실업급여 | 병가기간 중 실업급여 불가 | | 병가 기간 중 실업급여 불가 | 고용계약이 마무리되면 상병급여로 넘어감. | 실업자의 경우 실업급여 13주가 소진된 후 상병급여를 받을 수 있음. |
| | 산업재해 | 업무 유관/무관 상해는 모두 별도 제도로 보장 | | 산업재해 급여는 사회보험에서 지급. 산재급여 급여 기간은 유급병가 기간에 해당하지 않음. | 업무 유관/무관 상병을 별도로 구분하지 않음2) | |
| 기타 | 미사용 | 단체협약에 유급병가보험 | | 유급병가 기간을 다 사용하고도 출 | 무급휴가에 대한 법적 | 해당 없음 |

| 구 분 | | 스위스 | | 이스라엘 | 네덜란드 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 임금지속지급 제도 | 유급병가보험 | 유급병가 | 유급병가 | 상병급여 |
| | 유급병가 | 포함할 수 있음 | | 근하지 못할 때 적정한 의료인증서를 제출하면, 무급병가를 추가로 사용할 수 있음 | 권리는 없으나 고용주와의 합의를 통해 결정될 수 있음 | |
| | 단체협약 | | | 상황에 따라 다름 | 단체협상을 통해 급여 수준 상향 조정 가능 | 해당 없음 |
| | 기타 | | | 해당 없음 | 해당 없음 | 해당 없음 |

자료: 2, 3, 4장의 결과 종합하여 공동연구진이 함께 작성

주1: (편집자 주) 이스라엘 로펌인 Arik Shalev & Co의 관련 링크(https://law-shalev.co.il/%D7%91%D7%99%D7%98%D7%95%D7%97-%D7%9C%D7%90%D7%95%D7%9E%D7%99/%D7%A0%D7%9B%D7%95%D7%AA-%D7%9B%D7%9C%D7%9C%D7%99%D7%AA/) 내용을 영어로 번역해서 참고함.

주2: (편집자 주) 네덜란드에서는 "우리나라와 달리 오직 산업재해만을 보장하는 산업재해보험이라는 특수제도를 별도로 두지 않는다는 점이다. 즉, 네덜란드는 산업재해와 일반재해를 구분하지 않고 동일하게 보장을 제공한다. 사고나 질병(재해)의 원인에 상관없이 동일한 보장이 이뤄어진다는 것이다" (김원섭, 2018, p.179).

둘째, 세 나라에서 유급병가의 급여 지급 기간은 상대적으로 짧았다. 물론, 네덜란드의 경우 급여 기간이 최장 2년까지였지만, 이스라엘에서 최대 90일이었다. OECD 회원국 가운데 상병수당 최대 급여 기간이 1년 이상인 나라가 25개국인 점을 고려하면(ISSA, 2022), 스위스와 이스라엘의 급여 기간은 상대적으로 짧은 점을 확인할 수 있다. 이는 사용자가 재정적 부담을 지는 유급병가의 특성에 기인하는 것으로 풀이된다. 즉, 사회보험이 주를 이루는 다른 복지국가의 경우, 상병수당 모델에서 지급 기간이 소진되면 대부분 장애급여로 연계가 되는 점을 고려할 때, 이들 나라에서는 상병수당 수급기간을 길게 두면서 아픈 노동자의 노동시장 복귀를 유도하는 정책을 펼 가능성이 높다. 유급병가 모델을 쓰는 이스라엘과 스위스에서는 이러한 접근이 어렵다. 사용자의 책임이 아닌 업무 외 상병에 대한 재정 부담을 고용주에게 장기간 부과하기는 쉽지 않다.

셋째, 세 나라 유급병가 모델은 대상의 보편성에서는 일정한 한계를 노출하고 있다. 스위스의 임금지속지급제도나 이스라엘의 유급병가, 심지어 네덜란드의 유급병가제도는 자영업자를 포괄하지 않고 있다. 물론, 상병보험을 운영하는 국가들의 다수도 자영업자를 배제하고 있는 것은 사실이다. 그렇지만, 스위스나 이스라엘, 네덜란드에서 임시직 및 단기간 노동자들도 유급병가에서 자주 배제된다. 그러한 점에서 네덜란드의 사례는 주목할 만하다. 네덜란드 상병급여법에서 부여하는 상병급여는 유급병가의 제도적 사각지대를 채우는 효과적인 정책 수단으로 볼 수 있다.

앞선 세가지 특징을 보면, 스위스와 이스라엘의 유급병가는 다른 복지국가들의 상병수당제도의 기능적 등가물이라고 보기에는 일정한 한계를 드러낸다. 급여의 관대성 및 보편성 측면에서 한계가 있기 때문이다. 다만, 네덜란드의 유급병가는 상병급여와 함께 급여의 관대성과 보편성을 일정 부분 성취한 것으로 평가할 수 있다.

넷째, 세 나라에서 개별 사업장 단위의 유급병가를 중심으로 제도가 집행된 결과, 국가 단위의 통계가 희소했다. 이들 나라에서 유급병가 제도의 결과 및 성과를 판단할 수 있는 근거를 파악하기가 힘들었다. 이는 2장을 집필한 Bonoli 교수가 서술한 바와 같이 "불행한(unfortunate)" 상황이다. 그 결과, 2~4장에서 세 나라와 다른 복지국가들과 비교할 수 있는 근거가 제시되지 못했다.

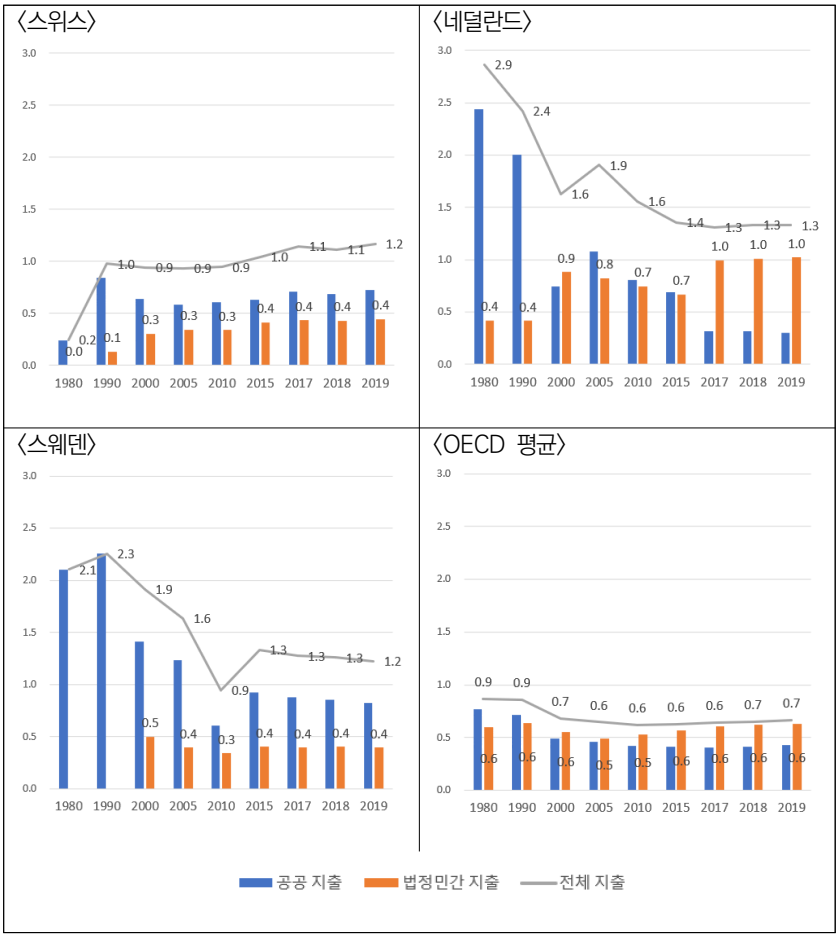
세 나라의 제도 운용 결과를 간접적으로나마 살펴보기 위해서 OECD(2024) SOCX databset을 보았다. 네덜란드와 스위스의 업무 외 상병 관련 공공(public) 및 법정민간(mandatory private) 지출 수준을 확인할 수 있다[51]. 이스라엘의 경우, 다소 의아하게도, 공공 재원의 상병수당 관련 자료는 존재하지 않고, 법정민간 지출 수준은 국가 GDP 대비 0%로 제시되고 있다.

먼저 스위스를 보면, 90년대 이후 법정민간지출, 즉 법정유급병가 지출 비율이 0.1%에서 0.4%로 꾸준히 늘어나는 것을 볼 수 있다. 동시에 90년대 이후 1.0% 수준이던 공공 및 법정민간 유급병가 지출 비율은 1.0~1.2 수준에서 관리되는 것을 볼 수 있다. 즉, 법정민간지출이 늘어나면서 그만큼 공공의 급여 지출 부담은 줄어든 것으로 해석된다. 스위스의 법정민간 유급병가 지출 비율(0.4%)로 OECD 평균(0.6%)보다 낮은 점이 눈에 띈다.

51) OECD(2019)의 SOCX database에서는 근로무능력 관련(Incapacity related) 현금 급여를 크게 다섯 가지로 제시하고 있다. 다섯 가지는 Disability Pension, Pension(occupational injury and disease), Paid sick leave(occupational injury and disease), Paid sick leave(other sickness daily allowance), Other cash benefits다. 이 가운데 네 번째인 유급병가(업무 관련 상병 제외)는 다시 재원을 기준으로 공공(public)과 법정민간(mandatory private)으로 나뉘어진다. 전자는 이번 보고서에서 논의하는 공적인 상병수당, 후자는 기업의 법정유급병가로 풀이된다.

〔그림 5-1〕 스위스, 네덜란드, 스웨덴 및 OECD 평균 유급병가 관련 지출 추이

(단위: 국가 GDP 대비 비율(%)




주1: 이스라엘 공공지출 관련 수치는 없으며, 법정민간지출액은 다소 의아하게도 '0'으로 제공됨. 참고로, 한국은 공공 및 법정민간지출액 자료가 없음.

주2: 개별 국가에 공공지출과 법정민간지출 비율의 합은 '전체 지출' 수치와 같지만, OECD 평균에서는 그렇지 않음. 다수의 국가에서 공공지출 혹은 법정민간지출 가운데 하나의 수치만 제공하기 때문임.

자료: OECD SOCX dataset. https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=33415#에서 2024.2.20. 인출.

네덜란드의 병가 관련 지출은 지난 40년 사이에 큰 폭으로 감소하는 점이 눈에 띈다. 1980년대 유급병가 관련 공공지출이 GDP의 2.4%를 차지했지만, 90년대 초 유급병가 개혁 이후 공공지출 비율은 2019년 0.3%까지 줄었다. 반면, 법정민간 지출 비율은 같은 기간 0.4%에서 1.0%로 두배 이상 증가했다. 네덜란드는 일련의 개혁을 통해서 공공과 법정민간을 합한 지출 비율을 1980년 2.9%에서 2019년 1.3%로 대폭 줄이는 결과를 보였다.

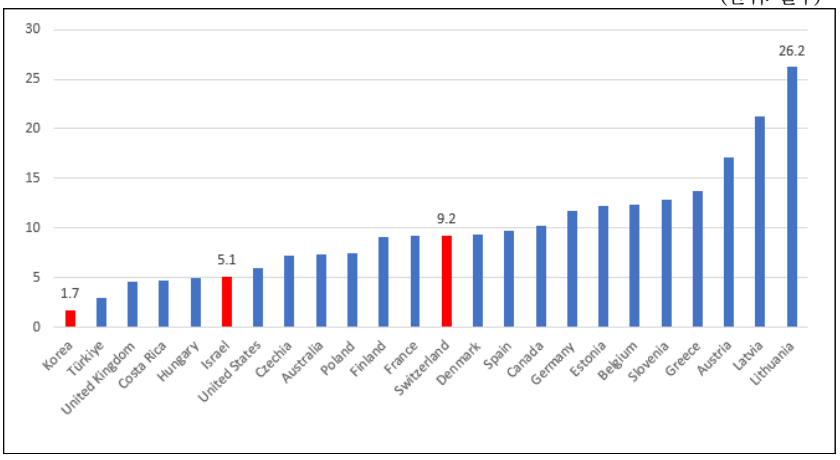
한국과 이스라엘에 관련 통계가 없어서, 참고삼아 스웨덴의 유급병가 관련 지출 추이도 보았다. 스웨덴도 2000년대 이후 기업의 유급병가 지출을 유도하면서 유급병가 관련 전체 지출을 관리하는 경향을 보이고 있다. 1990년 GDP 대비 2.3%였던 공공 및 법정민간 유급병가 지출 비율은 2019년 1.2%까지 떨어졌다.

네덜란드와 스웨덴에서 관찰된 경향이 OECD 회원국 전체로 보면 매우 완만한 형태로 나타났다. OECD 회원국 평균 유급병가 관련 공공지출 비율은 1980년 0.8%에서 2019년 0.4%로 감소했다. 병가 관련해서 국가의 책임 혹은 부담은 일정하게 덜어진 것으로 보인다. 반면, 법정민간 지출비율은 0.5~0.6% 수준으로 꾸준하게 유지됐다. OECD의 공공 및 법정민간지출 지출 비율 합계는 두 범주의 합과 다른 점이 눈에 띈다. OECD 회원국 가운데 다수의 국가에서 두 범주 가운데 하나만 통계를 제공한 결과다.

세 나라의 유급병가 제도의 성과를 간접적으로 확인할 수 있는 또 다른 지표는 OECD가 집계하는 '국가별 노동자들의 상병으로 인한 1년 평균 결근일 수'다( 〔그림 5-2〕 참고). 여기에는 네덜란드의 통계가 없었지만, 한국, 이스라엘, 스위스의 통계는 제시됐다.

〔그림 5-2〕 OECD 회원국 노동자들이 1년 중 아파서 쉰 날

(단위: 일수)




주: 나라별로 통계 기준 년도는 상이함. 가장 오래된 프랑스의 2014년부터 캐나다 및 에스토니아는 2022년임.

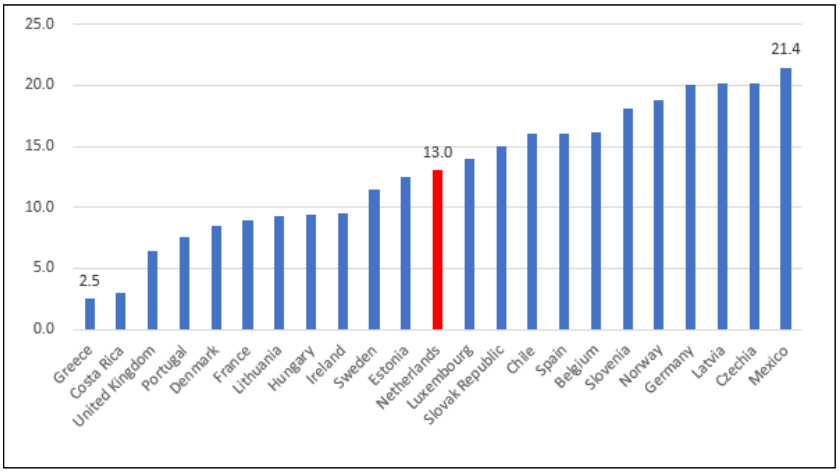
자료: OECD Health Status: Absesnce from work due to illness. https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30123에서 2024.2.21. 인출.

한국에서 아파서 결근한 날의 수가 1년 중 1.7일로 가장 적었다. 상병수당 부재 및 병가 권리의 부재라는 제도적인 상황을 고려하면, 한국의 노동자들이 아파도 쉬지 못하는 결과는 예상된 결과다. 한국과 유사하게 법정유급병가 혹은 상병수당이 부재한 미국에서 아파서 결근한 일 수가 6.0일로, 비교 대상 국가 가운데 일곱 번째로 낮은 점도 비슷한 맥락에서 이해된다. 이번 보고서의 분석 대상이 된 이스라엘의 노동자들은 한국과 미국 가운데에서, 1년에 아파서 결근한 날이 5.1일로 보고하고 있다. 이러한 통계가 개별 국가들의 유급병가 혹은 상병수당 제도의 충실성과 인과적으로 연관을 맺는다고 단언하기는 힘들다. 다만, 이스라엘 노동자들이 아파서 쉬는 날이 상대적으로 적은 데는 이스라엘 제도의 한계가 일정한 영향을 미쳤을 것이라는 추정은 가능하다.

한편, 스위스의 노동자들은 1년에 평균 13.0일을 쉰다고 답했다. 〔그림 5-2〕에서 확인할 수 있듯이, OECD 회원국 중 중간값 정도에 머물고 있다. 스위스는 임금지속지급제도, 즉 유급병가와 더불어 연방보험계약법에 따른 추가적인 제도들로 노동자들에게 쉴 권리를 일정 부분 보장하고 있는 점이 영향을 미쳤을 것으로 추정된다.

〔그림 5-3〕 OECD 회원국 노동자 유급병가 사용일

(단위: 일수)




자료: OECD Health Status: Compensated absence from work due to illness. https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=24879#에서 2024.2.21. 인출.

네덜란드의 관련 통계는 〔그림 5-2〕에서는 부재하다. 네덜란드의 현황은 오히려 유급병가(Compensated absence from work due to illness) 통계에서 확인된다. 유급병가 통계가 확보되는 OECD 23개 회원국과 비교해보면(〔그림 5-3〕 참고), 네덜란드의 노동자들은 1년에 13일의 병가를 유급으로 사용하고 있었다. 세 나라의 통계를 종합하면, 기업의 유급병가 제도만을 운영하는 이스라엘에서 아픈 노동자들이 쉴 권리

는 보장 수준이 낮은 것으로 보이고, 공적인 제도를 통해서 유급병가제도를 보완한 스위스와 네덜란드에서 노동자들의 병가 사용은 비교적 원활한 것으로 확인된다.

## 제2절 정책적 함의

지금까지 상병수당 제도를 사용자 부담의 유급병가를 중심으로 운영하는 세 나라의 사례를 살펴보았다. 세나라의 제도적 환경은 서로 다르며, 한국과도 매우 상이함을 확인할 수 있다. 세나라에서 고용주 부담의 유급병가 모델이 중심이 된 배경에는 복지국가의 미성숙(스위스와 이스라엘) 혹은 상병수당 제도의 과도한 오·남용에 따른 제도 개혁(네덜란드)이 있었다. 한국은 공적 재원에 근거한 상병수당 제도가 부재할뿐더러, 고용주에게 재정적인 부담을 전가하는 법정유급병가도 없다. 아픈 노동자를 위한 병가의 권리조차도 보장되지 않았다. 상병수당을 기준으로 보면, 한국은 OECD 회원국 가운데 제도적으로 가장 미성숙한 국가다.

스위스와 이스라엘에서 공적인 상병수당제도 도입이 번번이 무산된 결과, 유급병가라는 제도적인 우회로를 통해서 노동자의 쉴 권리가 일부 보장됐다. 후발 복지국가인 한국에서도 스위스나 이스라엘과 같은 경로를 밟을 여지는 있었다. 적어도 지난 2020년 7월 정부가 상병수당 도입을 발표하기 전에는 그러했다. 실제로 2020년 6월 서영석 의원 등이 발의한 근로기준법 일부개정법률안에서는 유급병가의 내용을 담고 있었다. 이를테면, 노동자가 업무 외 질병 혹은 부상을 당할 경우, 연간 최대 30일까지 평균임금의 60% 이상을 사용자가 지급하도록 했다. 물론, 유급병가 도입을 위한 법안은 21대 국회에서만 여섯 개 이상 발의됐고, 상병수당 도입

을 위한 개정법률도 다섯 차례 이상 발의된 것도 사실이다. 한국에서 상병수당이 없는 빈자리가 너무 큰 탓이었다.

지난 2020년 7월 정부의 상병수당제도 도입을 계기로, 한국은 스위스와 이스라엘과는 다른 경로를 밟게 됐다. 공공의 재원을 중심으로 하는 상병수당제도가 아픈 노동자의 병가 보장에서 핵심적인 제도로 자리잡게 됐다. 그럼에도 불구하고, 세나라의 유급병가 제도 운영 사례는 여전히 한국에 정책적 함의를 다음과 같이 던진다.

첫째, 유급병가가 유일한 혹은 중심이 되는 상병수당 모델은 일정한 한계를 노출할 수밖에 없다. 이는 세나라의 사례에서도 일부 확인했다. 크게 네가지 이유에서 그러하다. 첫째, 유급병가 중심의 모델은 제도의 보편성에서 한계를 노출한다. 스위스 및 네덜란드에서 사회보험 형태 등으로 공적인 제도를 추가적으로 운영하는 이유도 이러한 제도적 사각지대가 발생하기 때문이다. 유급병가를 법정화하더라도 불안정 노동을 수행하는 상당수의 노동인구는 제도의 혜택에서 배제될 수 있다. 둘째, 첫째의 문제와 관련해서 제도의 형평성에도 문제를 남긴다. 한국의 경우, 사업장의 유급병가는 대기업, 정규직, 상용직 노동자에게 더 높은 비율로 제공된다. 이를테면, 300인 이상 사업장에서 일하는 노동자가 병가 혜택을 본다고 답한 비율은 81.0%인 반면, 1~9인 사업장에서는 비율이 16.5%로 떨어졌다(김수진, 김기태, 2020). 한국에서 유급병가를 법제화하려고 한다면, 그 과정에서 소규모 사업장에서 비용 부담을 둘러싼 논란이 불가피할 것이다. 안정적 사업장에서 노동자들의 혜택은 안정적으로 유지될 가능성이 큰 반면, 소규모 사업장의 비정규직 노동 집단에게 제도의 혜택의 돌아가기는 상대적으로 어려울 가능성이 크다. 셋째, 유급병가의 성격상 급여의 수급기간이 짧을 수밖에 없다. 앞서 살펴본 바와 같이, OECD 회원국 가운데 상병수당 최대 급여 기간이 1년 이상인 나라가 25

개국이었다(ISSA, 2022). 스위스와 이스라엘에서 유급병가의 수급기간은 90일 정도로 상대적으로 짧았다. 이는 아픈 노동자의 건강보장, 소득보장, 고용보장 제도로서 유급병가의 한계를 노출한다. 유급병가 기간을 네덜란드처럼 늘릴 수 있을 가능성도 현실적으로는 낮다. 사용자에게 업무 외 상병으로 앓는 노동자의 임금을 1년 이상 지급하도록 하는 것이 사회보장제도의 원리에 부합한지도 의문이다. 넷째, 개별 사업장 단위에서 나뉘어져 집행되는 유급병가 제도는 전국 단위의 자료 취합을 어렵게 한다. 이는 스위스와 이스라엘의 사례에서도 확인한 바와 같다. 자료의 부재는 제도의 효과성, 효율성, 형평성 등에 대한 평가의 근거를 마련하기 어렵게 된다. 종합하면, 사용자가 부담하는 법정유급병가 모델은 공공의 상병수당 모델과 함께 보완하면서 작동하지 않을 경우, 위와 같은 문제가 발생할 수밖에 없다.

둘째, 한국의 상병수당 도입 과정에서 아픈 노동자의 쉴 권리에 대한 법적 보장인 선결될 필요가 있다. 이번에 살펴본 세나라 모두 병가 기간 중 아픈 노동자의 고용을 보장하고 있다. 유급병가를 통해서 소득 보전이 이뤄져도 해당 노동자의 고용보장이 이뤄지지 않는다면, 제도의 취지는 무색해질 수밖에 없다. 그럼에도, 한국은 노동 관계 법령에서 병가의 권리를 보장하지 않고 있다. 고용노동부(2023)가 제시하는 표준취업규칙 41조에서는 그나마 병가에 관한 아래의 내용을 담고 있다. “회사는 사원이 업무 외 질병·부상 등으로 병가를 신청하는 경우에는 연간 60일을 초과하지 않는 범위 내에서 병가를 허가할 수 있다(p. 33).”. 다만, “병가기간은 무급으로 한다(p. 33).”. 더욱이 표준취업규칙에서 해당 조항의 오른쪽에 붙은 ‘작성 시 착안 사항’을 보면 “필수적인 사항은 아니(p. 33)”라는 설명이 제시됐다.

아픈 노동자의 병가 사용 권리의 보장은 한국에서 상병수당 도입의 전

제조건이다. 그럼에도, 병가의 법적인 보장이 단기간에 이뤄질 가능성은 낮다. 관계 법령의 개정에 대해서 고용노동부는 유보적인 입장이기 때문이다. 고용노동부는 병가 권리의 법제화에 대한 국가인권위원회(2022.10.25.)의 권고에 대해서 "최근 수년 동안 확대된 휴일·휴가제도의 정착 상황, 상병수당 시범운영 상황 등을 지켜보면서 전문가 및 노사 등과 충분히 대화하는 한편, 다른 휴일·휴가제도와의 정합성 등을 고려하여 검토할 계획(p.1)"이라고 밝혔다. 인권위의 권유에 대해 불수용 입장을 밝힌 셈이다.

아픈 노동자를 위한 병가 권리의 법적인 보장이 단기적으로는 어려울 수 있다. 그럼에도 병가의 법적인 권리 보장이 병가 기간 해고의 금지로만 한정되서는 안될 것이다. 이 대목에서는 미국의 법정무급병가인 가족의료휴가(Family & Medical Leave)가 참고가 될 수 있을 것이다(김기태 외, 2022). 이를 규율하는 가족의료휴가법(FMLA)에 따르면, 노동자가 병가를 마친 뒤에는 병가 이전의 직무로 복직해야 한다. 만약, 이런 조건을 충족하기 어렵다면, 과거 직무와 임금, 수당 및 다른 노동 조건이 동일한 직무로 복귀해야 한다. 또한, 노동자는 가족의료휴가의 사용으로 인한 불이익을 받아서는 안 된다. 사용자가 가족의료휴가법이 부여한 권리의 사용에 개입하거나 해당 권리를 제한 혹은 부정하는 것은 불법으로 간주된다. 이러한 미국의 사례는 한국의 병가 권리를 보장할 때 참고가 될 것이다.

셋째, 한국에서 상병수당은 보편성을 확보하는 제도로 자리잡을 필요가 있다. 이번에 살펴본 세나라 가운데서도 이스라엘을 제외한 두 나라는 제도의 보편성을 넓히기 위해서 법정유급병가 외에 제도적인 장치를 추가했다. 현재 한국의 정부는 제도의 대상자를 한정한 '기초보장'의 범주로 상병수당제도를 위축시켰다(제20대 대통령직 인수위원회, 2022). 이

에 따라 2023년 7월부터 시작된 2단계 시범사업에서는 소득과 재산 수준으로 적용대상을 제한하는 조세기반 선별모형이 적용되고 있다. 2024년 7월부터 적용될 3단계 시범사업도 국정과제 방향에 맞추어 선별모형의 지역 확대 또는 모형 수정이 예상된다. 문제는 이와 같은 선별형 상병수당은 다른 나라에서도 선례를 찾기 힘들다는 점이다. 물론, OECD 회원국 가운데 조세기반 선별방식의 상병수당을 운영하는 나라로 호주와 뉴질랜드가 있다(ISSA, 2022). 다만, 두 나라의 사회보장 제도의 특이성은 염두에 둘 필요가 있다. 두 나라의 사회보장제도는 조세를 중심으로 하며 사회보험의 역할은 상대적으로 미미하다(박능후 외, 2018). 사회보험이 사회보장제도의 근간을 이루는 한국과는 제도적 환경이 근본적으로 다르다. 업무 외 상병이라는 사회적 위험이 저소득층에만 한정될 이유도 없다. 따라서 한국에서 도입되는 상병수당은 사회보험 등의 형태로 보편성을 확보할 필요가 있다.

넷째, 기업복지로서의 유급병가와 공적 사회보장제도로서의 상병수당 사이의 조화로운 배치가 필요하다. 앞선 세나라에서 살펴본 바와 같이, 유급병가가 가지는 제도적인 장점을 활용할 필요가 있다. 사용자 입장에서는 유급병가를 통해서 노동자의 도덕적 해이를 막고, 작업장으로의 복귀를 유도하는 데도 유급병가는 일정한 장점을 가지고 있다. 정부의 입장에서도 상병수당의 오·남용을 막는 데 유급병가는 일정한 기능을 한다. 상병수당 도입에 따른 정부의 재정적 부담도 유급병가가 덜어낼 수 있다. 네덜란드의 상병수당 개혁의 긍정적인 성과가 있었다면, 이러한 유급병가가 가지는 장점을 활용한 데 있었다. 한국에서 상병수당이 기업 단위의 유급병가를 반드시 대체할 이유는 없다. 오히려, 유급병가가 상병수당의 대기기간 동안 소득 상실을 채워주는 보완적 역할을 하는 것이 바람직할 것으로 기대된다. 이러한 효과를 극대화하기 위해서는 기업 단위 유급병

가 기간에는 상병수당의 지급 기간의 소진 없이 급여의 지급을 유예하는 안을 검토할 수 있을 것이다. 이를테면, 아픈 노동자가 유급병가를 한달 동안 받을 수 있다면 상병수당 제도의 대기기간이 1주일이어도 상병수당 급여 지급을 한달 이후로 미룰 수 있다. 기업 입장에서는 노동자의 병가 사용에 대한 모니터링을 강화할 수 있지만, 재정적인 부담은 늘 수 있다. 이는 정부가 상병보험료 책정 과정에서 조율할 수 있을 것이다. 실제로 스위스에서 공적보험의 보험료를 산업 간 혹은 개별 사용자 간에서 유급병가 발생률에 연동했다(2장 참고).

상병수당과 유급병가 사이의 연동에서 고려돼야 할 쟁점은 두가지 더 있다. 첫째, 유급병가의 상대적 기능 강화가 노동자의 쉴 권리를 제약할 가능성이다. 즉, 고용주의 모니터링이 강화하면 노동자가 아파도 쉬지 못할 가능성은 높아진다. 이는 4장의 네덜란드 사례에서 확인했다. 병가의 권리가 법적으로 보장되지 않은 한국에서 유급병가가 강화하면 노동자의 쉴 권리는 더욱 위축될 수밖에 없다. 실제로, 강희정 외(2021a)의 설문을 보면, 과거 충분히/적시에 치료를 받지 못했던 이유 가운데 '제때, 충분히 휴가를 쓸 수 있는 분위기가 아니라서'(42.9%)라는 응답 비율이 가장 높았다. 이러한 제도적·문화적 장벽을 허물기 위해서는 앞서 언급한 병가 권리의 법적인 보장이 선결돼야 할 것이다. 더불어, 아파도 일하는 것이 미덕으로 간주되는 한국의 노동 문화도 바뀔 필요가 있다.

두 번째 쟁점은 유급병가의 권리가 제한된 불안정 노동자들의 쉴 권리 보장 문제다. 유급병가가 소규모 사업장, 비정규직, 임시직 노동자들에게 적용되는 비율이 상대적으로 낮기 때문이다. 자영업자 및 실업자 등에게도 유급병가를 적용하기는 어렵다. 공적 상병수당은 유급병가 혜택으로부터 배제된 노동집단을 포괄하는 방식으로 설계될 필요가 있다. 이 대목에서는 네덜란드의 상병급여가 중요한 참고가 될 것이다.

마지막으로, 제도의 오남용 문제에 대비한 제도적 장치도 필요하다. 일부의 사례라도 제도의 악용될 경우에는 제도 전체에 대한 신뢰를 낮출 수 있기 때문이다. 이스라엘의 사례는 중요한 참고가 될 것이다. 다만, 한국은 아픈 노동자의 쉴 권리가 과소 보장되는 문제가 현재로서는 엄중한 문제다. 아픈 노동자의 병가 보장이라는 대원칙 아래 일부 악용 사례에 대한 선제적 고려가 필요할 것이다. 이는 의료적 인증 및 유급병가의 적용 과정에서의 정책적 고려를 요할 것이다.

# 참고문헌



강구철. (2011). 공기업민영화의 법적 규율에 관한 연구. 법학논총, 23(2), 629-657.

강희정. (2021). 한국형 상병수당 도입을 위한 제도 설계의 원칙과 개념적 틀. 보건행정학회지. 3(1), 5-16.

강희정, 이현주, 강신욱, 신영석, 노대명, 이병희, …성민지. (2021a). 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구 Part 1. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

강희정, 이현주, 강신욱, 신영석, 노대명, 윤강재, …정혜주. (2021b). 한국형 상병수당 도입을 위한 시범사업 운영방안 연구 Part 3. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

강희정, 오수진, 문석준, 이아영, 홍성민, 김현경, …한상희. (2022). 한국형 상병수당 시범사업 1차 평가 및 본 제도 운영방안. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

고용노동부. (2023). 표준취업규칙. 세종: 고용노동부.

관계부처합동. (2020). 한국판 뉴딜 종합계획: 선도국가로 도약하는 대한민국으로 대전환. 관계부처합동.

국가인권위원회. (2022.10.25.). 일하는 사람의 '아프면 쉴 권리' 보장 권고, 고용노동부 불수용·보건복지부 수용. 인권위원회 보도자료.

국민연금공단. (n.d.). 스위스의 연금제도 개요. https://www.nps.or.kr/html/download/worldwide/data_pdf/report/05_13_01_switzerland.pdf에서 2024.1.24. 인출.

기획재정부. (2022.8.30.). 2023년 예산안. 기획재정부 보도자료.

김기태, 김예슬, 강희정, 김현경, 고한수, 정찬업… 이경민. (2022). 주요 복지국가의 상병수당 제도 경험 및 운영 현황 연구: 미국. 세종: 한국보건사회연구원.

김기태, 류진아, 강지원, 노현주, 조성은, 여나금… 여유진. (2022). 문재인 정부와 복지국가. 세종: 한국보건사회연구원.

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

김수진, 김혜윤, 김기태, 김성아, 이주미, 남재욱, … 윤상용. (2020). 한국의 상병수당 도입에 관한 연구-제도간 연계와 조정을 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.

김은중, 이동섭(2020). 코로나바이러스: 사스, 메르스 그리고 코비드-19. Korean Journal of Clinical Laboratory Science. 52(4), 297-309.

김원섭. (2018). 산재보험제도. 네덜란드의 사회보장제도(pp. 179-209). 세종: 한국보건사회연구원, 나남.

박능후, 김동현, 김미숙, 박소연, 박찬임, 여유진…, 최효진. (2018). 주요국 사회보장제도 12: 호주의 사회보장제도. 세종:한국보건사회연구원·나남.

보건복지부. (2022.1.19.) 아픈 근로자의 쉼과 소득보장을 위한 상병수당 시범사업 추진한다. 보건복지부 보도자료.

보건복지부. (2023.1.31.). 상병수당 2단계 시범사업 추진. 보건복지부 보도자료.

보건복지부. (2023.7.2.). 상병수당 시범사업 시행 1년간 6,005건 지급. 보건복지부 보도자료.

신인령. (1991). 비노조파업에 따른 법적 문제. 노동법학, (3), 143-159.

원종욱. (2013). 이스라엘의 사회보장제도와 창조경제. 보건·복지 Issue & Focus. 209. 세종: 한국보건사회연구원.

이효상, 정대연. (2020.6.22.). 코로나 5개월…실직·소득 감소·감염 위험 모두 '취약층'에 집중. 경향신문. https://www.khan.co.kr/national/labor/article/202006222055015에서 2024.2.18. 인출.

20대 대통령직인수위원회. (2022). 윤석열 정부 110대 국정과제. 서울: 20대 대통령직인수위원회.

Aarts, L.J.M. & De Jong, P.R., (1992). *Economic Aspects of Disability Behavior*. Elsevier Science.

Achdut, L & Carmi, M. (1981), *Twenty Five Years of the National Insurance Institute*, National Insurance Institute: Jerusalem, (in Hebrew).

Adamoli, M. (2018). Congé de maladie: une prestation à 7 milliards de frans. *Sécurité sociale (CHSS)*(6), 1-4.

Armingeon, K. (2001). Institutionalising the Swiss Welfare State. *West European Politics*, 24(2), 145-168.

Arts, W. & Gelissen, J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European social policy,* 12(2), 137-158.

Barkai. H. (1998), The Evolution of Israel's Social Security System, Ashgate: Aldershot, UK.

Baumberger, D. (2021). Les conventions collectives de travail résistent au changement structurel. *La vie économique.* (7), 41-43.

Bernasconi, G. (1971). Neuordnung der Krankenversicherung nach "Fli mser Modell"? *Gewerkschaftliche Rundschau: Vierteljahresschrif -t des Schweizerischen Gewerkschaftsbundes*, 63(11), 305-310.

Blitshtein, E. (2024). *What is a tort claim?*. https://www.blitshtein-law.com/legal-articles/tort-claim/에서 2024.1.30. 인출.

Bonoli, G. (2000). *The Politics of Pension Reform. Institutions and Poli -cy Change in Western Europe*. Cambridge University Press.

Bonoli, G. (2007). Switzerland: the impact of direct democracy. In K. M. Anderson, E. M. Immergut, & I. Schulze (Eds.), *Oxford Handb ook of West European Pension Politics* (pp. 203-239). Oxford Un iversity Press.

Bonoli, G., & Champion, C. (2014). Federalism and welfare to work in Switzerland - The development of active social policies in a frag-m ented welfare state. P*ublius the Journal of federalism*, 45(1), 77-98.

Bonoli, G., & Fossati, F. (2023). Social policy. In P. Emmenegger, F. Fo-ssati, S. Häusermann, I. Papadopoulos, P. Sciarini, & A. Vatter (Eds.), *Handbook of Swiss Politics*. Oxford University Press.

Bonoli, G., & Häusermann, S. (2011a). *Switzerland: Regulating a Public-Private Heritage of Multipillar Pension Governance. In B. Ebbinghaus (Ed.)*, The Varieties of Pension Governance. Pension Privatization in Europe. Oxford University Press.

Bonoli, G., & Häusermann, S. (2011b). The Swiss Welfare State – Between Retrenchment and Expansion. In A. Mach & C. Trampusch (Eds.), Switzerland in Europe. *Continuity and Change in the Swiss Political Economy* (pp. 186-204). Routledge.

C.A(Regional Labour Court Tel-Aviv). (2021.01.12.). Zion Chazot and Others – State of Israel, Nevo.

C.C(regional Jerusalem). (2015.09.19.). 44835-09-15 Conecks Jerusalem (the light rail) Ltd. – The Histadrut in Jerusalem region, Not published.

C.C(regional Tel-Aviv). (2013.08.08.). 12582-08-13 The Israeli Railway Company – The New Histadrut, Nevo.

C.C(Tel-Aviv). (2015.01.20.). 2436-01-15 El Al Ltd. V. The Histadrut – Transportation Workers Union, Nevo.

Champion, C. (2008). Davantage collaborer, afin d'éviter l'effet carrou-sel: les premières expériences MAMAC sont prometteuses. *Sécu-rité sociale* (3/2008), 152-156.

Champion, C. (2011). Switzerland: A latecomer catching up? In J. Clas-en & D. Clegg (Eds.), *Regulating the Risk of Unemployment: Na-tional Adaptation to Post-Industrial Labour Markets in Europe*. Oxford University Press.

Champion, C. (2013). *Organisational reforms in active welfare states:*

*A comparative analysis of the turn to 'single gateways' in Wester -n Europe*. unpublished PhD Thesis.

Clasen, J. & van Oorschot, W. (2002). Changing principles in European social security. *European Journal of Social Security*, 4(2), 89-11 5.

Companje, K. P. , Hendriks, R. H. M., Veraghtert, K. F. E., & Widdersh -oven. B. E. M. (2009). *Two Centuries of Solidarity: German, Bel -gian and Dutch Social Health Insurance 1770-2008*. Amsterda- m University Press.

Doron. A. & Kramer. R.M. (1991). *The Welfare State in Israel – The Ev- olution of Social Security Policy and Practice*, Westview Press.

Doron. A. (2001). Social Welfare Policy in Israel: Developments in the 1980s and 1990s. *Israel Affairs*, 7(4) (Summer 2001).

Dubrovitsky, L. (2022.12.19). S*icker? Surge in the number of sick days taken by employees*. https://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-56 46316,00.html에서 2024.2.6. 인출.

Dupont, A.-S. (2019a). Le revenu de substitution en cas d'incapacité d -e travail consécutive à la maladie. In: *L'OIT et le droit social en Suisse : 100 ans et après. Genève / Lausanne : Pôle Berenstein, F -aculté de droit, Université de Genève / Editions juridiques libre -s, 2019*. 59-79.

Dupont, A.-S. (2019b). La compensation financière de l'incapacité de travail. *ZSR-Zeitschrift für Schwezerisches Recht*, I, 37-59.

Emmenegger, p., Häusermann, S., Palier, B., & and Seeleib-Kaiser, M. (2012). *The age of dualization: The changing face of inequality I -n deindustrializing societies*. OUP USA.

Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Pr -inceton University Press.

Federal Statistical Office. (2017). *Switzerland's population 2016.* https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi2vrmXhPODAxWhilYBHVj-CPsQFnoECCsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.bfs.admin.ch%2Fbfsstatic%2Fdam%2Fassets%2F3902101%2Fmaster&usg=AOvVaw3Oubn4SI-jZLu6f5RbjwWx&opi=89978449에서 2024.1.23. 인출

Ferrera, M. (1993). *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nell-e democrazie.* Il Mulino.

Flora, P. & A. Heidenheimer. (1982). *The Development of Welfare States in Europeand North-America*. New Brunswick: Transaction.

Gal, J. (2023). 이스라엘 출장 자문 회의. 2023.6.27., 2023.6.20. 텔아비브.

Gal, J. (1997). Unemployment Insurance, Trade Unions and the Strang-e Case of the Israeli Labour Movement. *International Review of Social History*, 42(3), 357-96.

Gerbi, O., Shaked-Katz, L., & Assaf, K. (2020). *Israel: 9 Things Employ-ers Need To Know About Dealing With The Coronavirus Outbreak In Israe*l. https://www.mondaq.com/employment-and-hr/906820/9-things-employers-need-to-know-about-dealing-with-the-coronavirus-outbreak-in-israel에서 2024.2.5. 인출.

Geurts, S., Kompier, M. & Gründemann, R. (2000). Curing the Dutch di-sease? Sickness absence and work disability in the Netherlands. *International Social Security Review*, 53(4), 79-103.

Gilliand, P. (1993). Politique sociale. In G. Schmidt (Ed.), Handbuch Po-litisches System der Schweiz. Band 4. *Politikbereiche* (4), 111-223. Haupt.

Goodin, R.E. & Smitsman, A. (2000). Placing welfare states: The Nethe-rlands as a crucial test case. *Journal of Comparative Policy Ana-lysis*, 2, 39-64.

Grinberg, Le. (1993), *The Histadrut Above All*, Nevo: Jerusalem, (in He-brew).

Grünell. (1998). *Privatisation of Dutch Sickness Benefits Act said to co-nflict with European Social Charter*, Eurofound. https://www.eurofound.europa.eu/cs/resources/article/1998/privatisation-dutch-sickness-benefits-act-said-conflict-european-social에서 2024.2.8. 인출

Goudswaard, A., van den Heuvel, S. G., van Putten, D. J. (1995). *Evalua-tie wetgeving arboen verzuimbeleid, een jaar na invoering: On-derzoek naar de bekendheid met en naleving van de wetgeving TZ/-Arbo in de mentaal en eletronische industrie en de gezondh-eidszorg* (Evaluation of the labour and absence policy legislatio-n one year after its introduction: Study of the familiarity with a-nd observance of the legislation in the metal and electronic ind-ustry and in healthcare). Leiden, TNO-PG.

Hartog, J. (1999). Wither Dutch corporatism? Two decades of employ-ment policies and welfare reforms. *Scottish Journal of Political E-conomy*, 46(4), 458-487.

Hassink, W. H. J., & P. Koning. (2009). Do financial bonuses reduce e-mployee absenteeism? Evidence from a lottery. *Industrial and La-bor Relations Review*. 62(3). 327-342.

Hemerijck, A. & Visser, J. (1999). The Dutch model: An Obvious Candi-date for the 'Third Way'?. *European Journal of Sociology/Archi-ves Européennes de Sociologie*, 40(1), 103-121.

Hemmings, P. & Prinz, C. (2020). *Sickness and disability systems: com-paring outcomes and policies in Norway with those in Sweden,* t-he Netherlands and Switzerland.

Holzmann, R. (2000). The World Bank Approach to Pension Reform. *I-*

*nternational Social Security Review*, 53(1), 11-34.

Immergut, E. M. (1992). Health Politics. Interests and Institutions in W estern Europe. Cambridge University Press.

ISSA. (2022). *Country Comparison. Australia.* https://ww1.issa.int/country-profiles/comparison?country=796&country2=933&country3=876&op=Compare&form_build_id=form-VwNRMUONqv_4fwQ9-S8QsMIYKnBaqtbwymriiNdi9ys&form_id=countries_comparison_form에서 2024.2.22. 인출.

Kerkhofs, M., Lindeboom, M. & Theeuwes, J. (1999). Retirement, finan -cial incentives and health. *Labour Economics,* 6(2), 203-227.

Koning, P. (2016). *Privatizing sick pay: Does it work?.* IZA world of lab -or.

Koning, P. & Lindeboom, M. (2015). The rise and fall of disability insu -rance enrollment in the Netherlands. *Journal of Economic Pers -pectives*, 29(2), 151-172.

Koning, P. & van Vuuren, D. (2007). Hidden unemployment in disabilit -y insurance. *Labour*, 21(4-5), 611-636.

Koning, P. & van Vuuren, D. (2010). Disability insurance and unemplo -yment insurance as substitute pathways. *Applied Economics*, 4 2(5), 575-588.

Kremer, M. (2001). A Dutch miracle for women?. Social Politics: Intern -ational Studies in Gender, *State & Society*, 8(2), 182-185.

Kriesi, H. (2005). *Direct democratic choice. The Swiss experience*. Lex -ington Books.

Kuenzi, R. (2020). *Switzerland is not unique in its double majority syst -em.* https://www.swissinfo.ch/eng/politics/switzerland-is-not-unique-in-its-double-majority-system/46196670에서 2024.1.23. 인출.

L.A(National). (2008.12.07.). 383/07 Makefet Pension Funds – Lesli Pin-chas Venit, Nevo.

L.A(National). (2017.05.25.). 6294-01-14 Shlomi Chamasi v. Babilon Lt-d., Nevo.

L.A(National). (1990.12.11.). 154-3 Michael Kraitner – hairdresser v. E-velyn Iluz, Nevo.

L.A(National). (2022.01.25.). 30014-01-21 David Edomim Moving Servi-ces V. Taher Chaloani, Nevo.

L.D(Regional Haifa). (2014.02.03.). 49453-07-12 Galina Vershavski v. -Eli Chagag Ltd., Nevo.

L.D(Regional Nazrath). (2016.07.04.). 14277-10-14 Yossi Levi v. Zfat M-unicipality, Nevo.

L.D(Regional Haifa). (2018.11.19.). 21170-05-16 Noaf Shnan v. Kfir El-ectronic Security and Shielding Ltd., Nevo.

L.D(Beer-Sheva). (2021.02.01.). 12045-03-17 Zehavit Meckonan Adv. V. Yaniv Idal & Co Ltd., Nevo.

L.D(Regional Labour Court Tel-Aviv). (2020. 06.09). Shani Shabatov an=d Others – State of Israel, Nevo.

Loyco. (2022). *Le certificat médical: doutes et contestations.* https://www.loyco.ch/actualites/le-certificat-medical-une-preuve-absolue-de-lincapacite/에서 2022.9.18. 인출.

Ludolph, L., Vermeulen, W. N., & Rouwendal, H.-J. (2023). P*olicy Options for Labour Market Challenges in Amsterdam and Other Dutch Cities.* OECD. https://doi.org/10.1787/181c0fff-en

Ministry of Health of Israel. (2017). https://www.health.gov.il/hozer/mr24_2017.pdf

Mittag, O., Kotkas, T., Reese, C., Kampling, H., Groskreutz, H., de Boer, W. ... & Welti, F. (2018). Intervention policies and social secu

-rity in case of reduced working capacity in the Netherlands, Fin-land and Germany: a comparative analysis. *International journ-al of public health,* 63, 1081-1088.

Nathanson, B. and Associates. (1999). *Union responses to a changing e-nvironment: The New Histadrut - The General Federation of La-bour in Israel. Discussion Papers*. DP/104/1999. Geneva: Intern-at ional Inst itute for Labour Studies. https://library.fes.de/pdf-files/gurn/00167.pdf에서 2023.10.16. 인출.

OECD. (2010). *Sickness, Disability, and Work: Breaking the Barriers; A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Organisation for E-conomic Co-operation and Development.

OECD. (2019). *The OECD SOCX Manual – 2019 edition: A guide to the OECD Social Expenditure Database.* https://www.oecd.org/soci-al/soc/SOCX_Manuel_2019.pdf에서 2024.2.21. 인출.

OECD. (2023). *Self-employment rate (indicator)*. doi: 10.1787/fb58715e-en에서 2023.10.10. 인출.

OECD. (2024a). *SOCX dataset.* https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=33415#에서 2024.2.20. 인출

OECD. (2024b). *Part-time employment rate*. https://data.oecd.org/emp/part-time-employment-rate.htm에서 2024.2.17. 인출.

Queisser, M., & Vittas, D. (2000). *The Swiss multi-pillar pension syste-m. Triumph of common sense?* The World Bank.

Savas, E. S. (1988). *Privatization: Theory, Practice and Choice*, Ald-ershot: Averbury.

Schorderet, P.-A. (2016). *L'assurance d'indemnité journalière en cas d-e maladie : une lacune dans le système de protection sociale? ARTIAS*, Dossier du mois, août.

Shalev, M. (1992), *Labour and the Political Economy in Israel*, Oxford

University Press: Oxford, UK

Shibolet. (2023). *GUIDELINES REGARDING THE EMPLOYMENT OF W-ORKERS DURING OPERATION "IRON SWORDS"*. https://www.shibolet.com/en/guidelines-regarding-the-employment-of-workers-during-operation-iron-swords/에서 2024.1.31. 인출.

Sociaal en Cultureel Planbureau. (1996). *Sociaal en Cultureel Rapport. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.*

Sociaal en Cultureel Planbureau. (2000). *Rapportage Gehandicapten. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.*

Steinberg. G. (2023). Sick Leave – Comments about the Israeli Law in r-esponse to KIHASA's questions. email sent on 26th November, 2023.

Swiss Confederation. (n.d.). *Skalen zur Lohnfortzahlung bei Krankheit. Swiss Confederation,* https://www.trabeco.ch/fileadmin/media/downloads/Mitarbeiter/KMU_Portal_Berner_Skala.pdf에서 2024.1.24. 인출.

Swiss Federal Government. (2009). *Evaluation du système d'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et propositions de r-éforme*. Report by the Swiss Federal Government.

Swiss Federal Government. (2021). *Response of the Federal governme nt to the question No 21.1018* (Marco Romano). Berne.

UWV. (2024a). UWV 홈페이지. www.uvs.nl에서 2024.3.17. 인출.

UWV. (2024b). *Verzekeren*. www.uvs.nl에서 2024.3.17. 인출. https://www.uwv.nl/particulieren/verzekeren/ik-wil-me-verzekeren-bij-uwv/index.aspx

Van Berkel, R. (2013). From Dutch disease to Dutch fitness? Two deca-des of disability crisis in the Netherlands. *In Disability benefits, welfare reform and employment policy* (pp. 199-215). London: P

algrave Macmillan UK.

Van der Veen, R. & Trommel, W. (1999). Managed liberalization of the Dutch welfare state: A review and analysis of the reform of the D-utch social security system, 1985-1998. *Governance*, 12(3), 289-310.

Van Oorschot, W. (2006). The Dutch welfare state: Recent trends and challenges in historical perspective. *European journal of social s-ecurity*, 8(1), 57-76.

Van Oorschot, W. & Boos, K. (2000). The battle against numbers: Disa-bility policies in the Netherlands. *European Journal of Social Se-curity*, 2(4), 343-361.

Van Oorschot, W. & Abrahamson, P. (2003). The Dutch and danish mi-racles revisited: comparing the role of activation policies withi-n two different welfare regimes. *Social Policy and Administrati-on,* 37(3), 288-304.

Van Rhijn, A. (1945). *Sociale Zekerheid: Rapport van de Commissie, in-gesteld bij Beschikking van den Minister van Sociale Zaken van 26 Maart 1943, met de opdracht algemeene richtlijnen vast te st-ellen voor de toekomstige ontwikkeling der sociale zekerheid in Nederland, Deel I en II*, London: Waterlow and Sons Ltd.

Visser, J. & Hemerijck, A. (1997). *A Dutch miracle: Job growth, welfare reform and corporatism in the Netherlands.* Amsterdam Universi-ty Press.

WHO. (1946). *Constitution of World Helath Organization*. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1에서 2024.2.18. 인출.

Woorden. (n.d.). *Abbodienst*. https://www.woorden.org/woord/arbodienst에서 2024.2.17. 인출.

World Bank. (1994). *Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect the Old and Promote Growth.* Oxford University Press/World Bank.

Yarkatsi. D. (2020.1.15.). *Not just Ron Kobe: the phenomenon of sick days for employees trying to avoid layoffs*. https://news.walla.co.il/item/3334969에서 2024.2.5. 인출 (히브리어를 영어로 번역).

Zalmanovitch, Z. (1997). Some Antecedents to Healthcare Reform: Isra-el and the United States, *Policy and Politics*, 25, 251-68.

〈인터넷〉

https://business.gov.nl/regulation/sick-pay/

https://www.missoc.org/missoc-database/

https://www.svb.nl/nl/over-de-svb/wie-zijn-we/geschiedenis-sociale-regelingen

https://www.uwv.nl/en

https://business.gov.nl/regulation/employee-insurance-schemes-national-insurance/

https://government.nl/topics/taxation-and-businesses/salaries-tax-and-social-insurance-contributions