

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

□ 출장목적

- 2022년 7월부터 근로자가 아플 때 치료에 집중하며 쉴 수 있도록 소득을 보전하는 상병수당 시범 사업을 시행 중임.
 - (대상) 1단계 시범사업 모든 취업자(보편, 종료), 2~3단계 시범사업 소득하위 50% 취업자 대상(선별)
 - 2025년 5월부터 3단계 시범지역 건강보험 직장가입자 대상 직전 3개월 평균임금의 60%(48,150원 ~66,000원)를 지급하는 정률 급여 도입
- 2027년 본 제도 도입을 앞두고 있으며, 상병수당 제도는 새 정부 공약에도 포함되어 향후 정책 우선순위로 검토될 가능성이 있음. 본 출장은 이 전환점에서 국제기구·해외 전문가와의 직접 면담을 통해 제도 설계의 핵심 쟁점에 대한 실증적 근거와 정책 시사점을 확보하기 위함.
- 주요 논의사항 및 자료 수집 사항은 다음과 같음
 - 유럽 정책 동향: 팬데믹 이후 상병수당 관련 정책 변화, 정신질환 수급 증가에 대한 각국 대응 등 EU 차원의 비교연구 동향 파악
 - 재원조달 설계: 건강보험(NHI) 내 상병수당 운영에 대한 국제기구의 평가, 재원 조달방식 비교, 취약계층 보험료 지원 사례 파악
 - 보장수준 설계: 대기기간·급여 상하한·최대 지급기간에 관한 ILO 협약 기준과 국가별 운영 방식, 지급기간 종료 후 유관제도 이행 경로에 대한 국제 논의 수집
 - 수급대상 범위: 자영업자·플랫폼노동자 등의 수급자격·소득 검증 방식, 고령(65세 이상) 취업자 및 실업자 적용에 관한 국제기구 입장과 국가별 기준 확인
 - 의료인증체계: 진단명 중심 평가와 근로능력 중심 평가의 국가별 운영 방식, 진단서 발급 모니터링 체계, 질병별 가이드라인의 제정 주체·활용 실태 파악
 - 직장복귀 및 유관제도 연계: 조기개입·부분복귀 제도의 국가별 운영 사례, 고용보호 장치, 산재보험·장애급여와의 연계 구조 파악
 - 프랑스 처방·수급 관리 사례: 질병보험(CNAM)의 노동중단 처방 조절 정책(가이드라인, MSO-MSAP)의 법적 근거, 집행 과정 및 파급효과, 관련 행위자 간 입장 차이 심층 조사

□ 과제명

○ 2026년 한국형 상병수당 시범사업 평가 연구

□ 출장기간

○ '26. 7. 5. (일) ~ '26. 7. 12. (일), 7박 8일 (기내 1박, 현지 6박)

□ 출장국가(도시)

○ 스위스(제네바), 프랑스(파리), 벨기에(브뤼셀)

□ 출장자

소속	직위	이름	소속	직위	이름
한국보건 사회연구원	선임연구위원	강희정	한양대학교	교수	김인아
	전문연구위원	이재은	인하대학교	임상조교수	김양우

□ 일정요약

일자	국가 [도시]	방문기관	면담자	주요 활동상황
7/6(월)	스위스 (제네바)	ILO (국제노동기구)	Sangheon LEE 외	○ 상병수당 시범사업 모형 및 주요 쟁점(재원, 보장수준, 인증체계) 종합 점검 ○ 정밀 재정 추계 기반 재원 설계, 유관 제도(산재·RTW) 연계 등 제언 도출
7/7(화)	스위스 (제네바)	ISSA (국제사회보장협회)	De Wulf Nathalie 외	○ 상병수당 국제 트렌드 및 사례 공유 ○ 한국형 상병수당 제도의 단계적 본제도화 및 유관 제도 연계 방안 모색
7/8(수)	프랑스 (파리)	OECD (경제협력개발기구)	Theodora Xenogiani 외	○ 상병수당 관련 정책 공유 및 쟁점 논의 ○ 한국형 제도 발전 방안 모색: 프리젠티즘 개선을 위한 근로능력 중심 의료인증 체계 도입, 고용보호 장치 정비 등 본사업 추진을 위한 정책 권고사항 도출
7/9(목)	프랑스 (파리)	전문가 면담 (Sciences Po)	신유경	○ 프랑스 보건시스템 및 건강보험제도 ○ 프랑스 자유의사의 노동중단 처방
7/10(금)	벨기에 (브뤼셀)	OSE (유럽사회연구소)	Slavina Spasova 외	○ 상병수당 설계 쟁점 질의응답 및 유럽(벨기에·EU) 정책 동향 논의
	프랑스 (파리)	전문가 면담	Christopher Prinz	○ OECD 쟁점 토의 종합 ○ 프랑스 보건의료 거버넌스 및 상병수당 법제도 기반 종합 평가

①	ILO(국제노동기구)
일 시	2026. 7. 6. (월) 13:00~15:00
장 소	제네바 / 국제노동기구
참석자	Sangheon LEE(Chief Economist), Lou Tessier(Health Protection Specialist), Christina Behrendt(Head, Social Policy Unit) 외

▶ 방문기관 개요

□ 기관 개요

- 1919년 설립된 최초의 UN 전문기구로, 정부·사용자·노동자 3자 협의에 기반해 국제노동기준을 설정하고 회원국 이행을 감독(187개 회원국, 본부 제네바)
- 주요 협약·권고를 통해 상병수당의 글로벌 최저기준 확립 및 보편적 사회보호 추진
 - 「사회보장 최저기준 협약」(C102, 1952년)
 - 「의료 및 상병수당 협약·권고」(C130·R134, 1969년)
 - 「사회적 보호 최저선 권고」(R202, 2012년)

□ 업무 범위(사회보호 분야)

- [국제기준 이행 감독] 협약·권고 제·개정 및 회원국 이행 감독(전문가위원회 심사, 회원국 전 반의 급여별 이행현황을 점검하는 일반조사 등)
- [기술 지원] 회원국 대상 제도 설계·재정계리·법제 정비 기술지원
- [지식생산 및 정책협력] 「세계사회보호보고서」 등 지식 생산, WHO 등과의 공동 정책개발

□ 조직 구성

- 사회보호 업무는 보편적사회보호국(Universal Social Protection Department) 총괄
- 사회정책팀(Social Policy Unit) 및 공공재정·계리·통계팀 등으로 구성되며, 상병수당은 사회정책팀 내 건강보호(health protection) 담당 전문관 소관

□ (참고) ILO의 상병수당 관련 최근 동향

- 다수 국가에서 상병수당을 핵심 사회보장제도로 운영 중이며, 코로나19 팬데믹을 계기로 보편적 상병보호의 중요성이 더욱 부각됨.
 - (보장성 확대) 베트남(급여 수준 인상), 카리브해 도서국(사회보장체계 내 신규 편입) 등 지속 가능한 제도화 추진 사례 확인

▶ 주요 논의사항

- 상병수당의 건강보험(NHI) 내 도입의 국제적 정합성
- 재원조달: 무기여(일반재정) 방식의 한계와 보험료 기반 재원의 필요성
- 한국형 시범사업 모형에서의 대기기간(7일)에 대한 평가 및 보완 방안
- 수급대상의 근로연령(15~64세) 요건과 65세 이상 취업자 제외의 정당성
- 의료인증체계: 진단서 발급기관 전면 확대 시 모니터링 체계 및 인증비용 지급의 적절성
- 복귀지원(RTW)·산재보험·직업건강서비스 등 유관제도와의 연계

▶ 세부 논의

□ 재원조달 방안

- (재원조달) 상병수당의 재원 특성을 고려할 때 기여 기반 설계가 국제 표준에 부합하나, 별도 재원 보충 없이 현 건강보험 재원을 활용할 경우 전 국민이 납부한 보험료로 근로연령층만 수혜를 받아 형평성 논란 및 사회적 갈등을 야기할 우려가 있음. 따라서 시범사업 데이터를 활용해 필요 재정 규모와 적정 보험료율을 추계하고, 주요 이해관계자별(노동자·사용자·자영업자) 비용·편익 분석 등 객관적 수치에 기반하여 설득 논리를 구축할 것을 권고함. 또한 제도 도입 시 소폭의 보험료율 인상을 연계 추진할 것을 제안함.
- (취약계층 지원) 자영업자 등 취약계층에 대해서는 국가의 부분 보험료 보조 방식을 검토할 수 있으며, 이는 취약계층 대상 보험료 지원제도가 이미 존재하는 현행 한국 사회보장 체계의 자연스러운 확장선으로 볼 수 있음.
- (사용자 인센티브) 유급병가 도입 기업에 대한 사회보험료 감면은 재원 확충 정책과 충돌할 수 있으며 실효성도 높지 않을 것으로 생각됨. 사회보험료 감면보다는 결근율 감소, 생산성 증대, 자체 병가비용 절감 효과를 바탕으로 설득할 것을 제안함.
 - 특히 임금근로자의 사용자 병가 보장률이 낮다는 점은 제도 도입을 통한 격차 해소의 강력한 논거가 될 것임.

□ 보장수준: 대기기간(공제기간) 및 급여수준

- (급여수준) 정률(소득비례) 전환은 ILO 권고에 부합하며, 하한(저임금 노동자 보호)과 상한(고소득자 급여 제한)을 병용하는 현행 설계도 국제적으로 통용되는 방식임.
- (대기기간) 현행 시범사업의 7일 공제기간은 한 달 소득의 약 20~25%에 해당하는 소득 공백을 발생시켜 최저소득층의 기본 생계유지를 어렵게 할 우려가 있음.
 - ILO 협약에서 대기기간을 최대 3일 이내로 제한한 취지 역시 이 같은 취약계층의 과도한 소득 손실을 방지하기 위함임.
 - 대기기간이 3일을 초과하는 다수 유럽국은 사용자가 공제기간 임금을 부담(사용자책임)하도

록 하나, 자영업자에게는 해법이 되지 못함. 자영업자 등 범주별로 공제기간을 차등하는 국가 사례도 있음.

- 한국과 같이 법정 유급병가 제도가 부재한 상황에서는, 개별 사용자에게 유급병가를 강제하는 방식보다 모든 사용자가 건강보험(NHI) 상병수당 기여금을 부담하는 방식이 재분배 측면에서 우월하다고 평가함. 이는 "유급병가를 제공하는 좋은 사업장에 속한 근로자만 보호 받는" 격차 및 사각지대 문제를 예방하는 핵심 기전이 될 수 있음.

□ 수급대상

- (ILO 기준) "모든 경제활동인구" 포괄을 권고하나 이는 협약상 의무가 아니며, 협약 위반이 되는 것은 아님.
- 연금 수준이 낮아 고령자가 계속 일해야 하는 한국 상황은 특수하며, ILO도 이에 대한 확립된 정책 입장이 없다고 밝힘. 이상적으로는 연금 적정성 제고가 우선임.
- 근로소득 기여-급여 대응 논리로 정당화 가능하나, 65세 이상 취업자도 보험료를 납부하는 구조상 별도의 소통 논리가 필요함. 다만, 65세 이상에도 적용하더라도 상병수당은 근로소득 대체가 목적이므로, 연금+근로소득 혼합 소득자의 경우 근로소득분만 대체한다는 원칙 정리가 필요할 것으로 생각됨.

□ 의료인증체계 및 부정수급 관리

- (의료인증 기반의 우수성) 모든 의사가 진단서를 발급할 수 있고 전 의료기관이 국민건강보험(NHI) 체계에 편입되어있는 한국의 환경은, 진단서 발급기관을 전면 확대하더라도 구조적인 모니터링이 용이하다는 점에서 상병수당 도입을 위한 우수한 조건으로 평가함.
- (도덕적 해이 방지를 위한 모니터링 구축) 진료비 청구 모니터링과 동일한 방식으로, 임계치 기반 의사별 자동 조기경보시스템을 구축해 진단서 과다 발급 이상치를 탐지할 것을 권고함.
- 인증 관리가 느슨하거나 의학적 심사 경험이 없는 기관(예: 연금기구 등)이 운영한 국가에서 진단서 상업화 등 남용 사례가 발생한 바 있음.
- 이상치 탐지 시 상병과의 정합성 조사는 의료 심사 전문기관이 담당하되, 진료권역별 역학적 특성까지 종합적으로 고려하여 수행하는 것이 타당함.
- (공급자 수용성 제고 방안) 의사들의 행정부담 기피에 대응해 상병수당 인증에 보수를 지급하는 국가는 거의 없음. 의료계 수용성 확보 전략으로 "근거 확산"을 병행할 것을 제안함.

□ 복귀지원 및 유관제도 연계

- (ILO 기준) ILO 기준상 상병수당 자체의 복귀 규정은 부재하며, 다수국은 기존 산재보험의 직장 복귀 절차(작업환경·근로시간 조정 등)를 상병수당에 준용함.
- 현행 한국의 직업건강 및 산재 복귀 절차가 심리사회적 위험(만성·정신질환 등)을 충분히 포괄하는지 점검이 필요하며, 미비 시 상병수당 수급자의 부분 복귀 및 업무조정에 차질이 우려됨.

- (고용보호 및 병가 기간의 정합성) ILO 기준은 상병수당과 병가 기간(고용보호)의 연계를 전제로 함.
 - 급여 지급기간이 법정 병가보다 길 경우 수급 후 실직하는 부작용이 발생하므로, 근로기준법상 병가 기간과의 정합성을 점검할 필요가 있음.
- (자영업자 복귀 지원) 자영업자는 산재보험 및 직업건강서비스 미적용으로 복귀 절차 접근이 어려우므로 고용노동부와 협의가 필수적임.
- (산재보험과의 연계·조정) 산재 위험이 건강보험으로 전가되는 현상은 각국 공통이나, 한국은 산재 급여 수준이 상병수당보다 높아 부담 전가 방지에 유리한 구조임.
 - 두 제도 사이에 발생하는 사각지대를 측정·해소하기 위한 산재 담당 부서와의 협의 체계 구축을 제안함.

□ 한국형 시범사업 모형(본 제도화 방향 포함)에 대한 총평

- (NHI 기반 운영의 정합성) 건강보험(NHI)을 통한 상병수당 운영은 다수 OECD 국가에서도 채택 중인 표준적 방식임. 특히 의료인증(진단서) 및 의학적 심사·관리 역량 측면에서 건강보험자가 연금·고용기구보다 높은 적합성을 지닌다고 평가함.
- 그간 OECD 등 국제 논의는 상병수당을 주로 노동·고용 정책 프레임으로 다루어 왔으나, 한국과 같은 '단일 전 국민 건강보험 체계'를 활용한 방식 역시 유효하고 독창적인 제도화 경로로 평가함.

②	ISSA(국제사회보장협회)
일 시	2026. 7. 7. (화) 10:00~12:00
장 소	제네바 / 국제사회보장협회
참석자	Schremmer Jens(Director), De Wulf Nathalie(Coordinator Health)

▶ 방문기관 개요

□ 기관 개요

- 1927년 설립된 사회보장 운영기관들의 국제협회로, 약 160개국 320여 개 기관·정부부처를 회원으로 하며, 정책의 집행·운영 지원에 특화된 조직임.
- 한국 회원기관은 국민건강보험공단, 국민연금공단, 근로복지공단, 안전보건공단임.

□ 주요 업무 및 조직

- (주요 업무) 가이드라인·비교분석·사회보장제도 관련 지식 생산, 세계사회보장포럼·웨비나 등 회원 간 교류, 역량강화, 공동 혁신, 국제기구 파트너십 수행
- (조직) 보건기술위원회(TC Health)가 의료보장·상병보험을 관장함.

▶ 주요 논의사항

- 코로나19 이후 상병수당의 위상 변화와 국제 트렌드
- 한국의 NHI 내 상병수당 도입 구상에 대한 평가
- 자영업자, 플랫폼노동자 등 소득파악 및 급여 설계 관련 국제사례
- 의료인증체계 및 부정수급 대응
- 복귀지원 경로 관리와 정신질환 대응

▶ 세부 논의

□ 상병수당의 국제 트렌드

- 팬데믹 이후 상병수당이 사회·경제적 회복력 확보 및 공중보건의 핵심 도구로 재조명되었고, 자영업자 등의 보장 공백이 가시화되어 각국의 적용 확대가 이어짐.
- (패러다임 전환) 고령화에 따른 노동시장 잔류 연장이 중요해짐에 따라, 단순 소득 보장을 넘어 ①예방·조기개입, ②잔존 근로능력(Capacity) 중심 평가, ③부분 상병수당, ④고용·재활·산업 보건과의 통합 관리 중심의 활성화 정책이 확산 중임.
- (질병구조의 변화) 만성질환 관련 수급 청구자 증가하고 있으며, 특히 정신질환이 장기 병가 및 노동시장 조기 이탈의 주요 원인으로 부상함.
- (비용 통제) 급여 수준 조정, 대기기간 설정, 복귀 인센티브 부여 등을 통한 비용 통제가 핵심 과제로 부상함. 이를 구현하기 위해서는 데이터 기반의 대상자 모니터링이 필수적이며, 한국의 경우 국민건강보험공단의 빅데이터 역량이 매우 유리한 자산으로 평가됨.

□ 수급대상 및 취약계층 대상 제도 설계

- (고령층 포괄) 모든 소득보장 문제를 상병수당 단일 제도로 해결하기보다는, 연금제도 개선 및 고용노동부의 고용유지 프로그램 등과의 역할 분담·병행 추진이 타당함.
- (자영업자) 스웨덴의 경우 자영업자가 대기기간을 선택하고 보험료율이 연동되는 방식 운영
- (영세사업장) 핀란드, 오스트리아 등은 대체인력 지원 등 사업 유지 서비스 제공

□ 의료인증체계 및 부정수급 관리

- (국제사례 소개) 독일 정부는 최근 ①전화 진단서 폐지, ②부분 상병수당 도입, ③허위 진단서 처벌 강화, ④사용자 책임 확대를 골자로 한 개편안을 발표(입법 전단계)하여 제도적 엄격성을 강화하는 추세임.
- (공급자 인센티브) 단순 발급 수수료 신설을 지양하고, 서식 단순화(행정적) 및 평가 소요시간에 대한 적정 보상 중심으로 접근해야 함.
- (공급자-보험자 역할 분담) 일반 의사는 작업장을 모르는 상태에서 근로가능 정도를 판단하기

에 한계가 있으므로 의사는 의학적 소견만 제공하고 근로능력 판정은 보험자가 담당하는 구조가 바람직하며, 구조화된 평가도구·교육이 병행돼야 함.

- (부정수급 관리) 프랑스의 경우 온라인을 통한 허위 진단서 매매에 대응하여 사이트 폐쇄와 구매자 제재를 병행하고 국경 간 공조를 추진하고 있으며, 유명회사를 통한 조직적 급여 편취를 막기 위해 사업장 및 근로자의 실재성 검증 절차를 강화하는 추세임.
 - 국민건강보험공단의 기존 빅데이터 인프라를 상병수당 영역까지 확장·적용하는 전략이 부정수급 차단에 유효할 것으로 평가함.

□ 복귀지원 및 유관제도 연계

- (단계별 관리) 네덜란드 등은 시점별 의무를 법정화하여 운영 중이며, 보험자가 급여·평가·근로조정을 종합 관리하는 구조화된 복귀경로를 마련해야 함.
- (단계적 복귀) 조기 전일 복귀보다 부분 복귀(단시간 근로+재통합수당 연계)가 회복 및 노동시장 재통합 효과가 높음.
 - 정신질환 급여 요건 제한 검토 시 부분급여형 대안에 대한 비교·검토가 요구됨. 또한 정신질환은 본인 수용성 및 복귀 평가가 까다로워 적절한 지원이 필수적이며, 직업환경의학 전문의를 통한 작업장 환경 개선이 병행되어야 함.

□ 한국형 시범사업 모형(본 제도화 방향 포함)에 대한 총평

- 고용 기반 상병수당 체계는 수십 년 전 형성된 제도들의 특성이며, 최근 관찰되는 트렌드와 국제 논의의 중심은 고용 측면보다 질병의 건강 관리 측면으로 이동 중임.
- 완결된 제도의 일시 도입보다 장기 관점의 단계적 접근이 바람직하며, 한국의 경험이 각국 공통 과제에 좋은 사례가 될 수 있을 것으로 기대함.

③	OECD(경제협력개발기구)
일 시	2026. 7. 8. (수) 11:00~12:00[1차] ... 방문단 발제 2026. 7. 8. (수) 14:00~16:00[2차] ... OECD 발제 및 쟁점토의
장 소	파리 / 경제협력개발기구
참석자	Matija Vodopivec(Labour market economist), Theodora Xenogiani (Research Fellow) 외

▶ 방문기관 개요

□ 기관 개요

- 1961년 설립된 38개 회원국의 정책협력기구로, 근거 기반 정책 비교·권고를 통해 회원국 개혁을 지원함.

- 상병·장애정책은 고용노동사회국(ELS) 소관으로, 「Sickness, Disability and Work」 시리즈 등 상병수당-노동시장 연계 분석을 주도해 옴.

□ 주요 업무 및 조직

- (주요 업무) 가이드라인·비교분석·사회보장제도 관련 지식 생산, 세계사회보장포럼·웨비나 등 회원 간 교류, 역량강화, 공동 혁신, 국제기구 파트너십 수행
- (조직) 보건기술위원회(TC Health)가 의료보장·상병보험을 관장함.

▶ 주요 논의사항

- [방문단 발제] 한국 건강보험 구조, 시범사업 운영 결과 및 평가 근거, 제도 설계 배경 공유
- [OECD 발제] 병가율 국제비교, 조기개입의 중요성 및 주요국 우수 사례 소개
- [쟁점 토론] 제도 설계요소별 핵심 쟁점(수급률, 의료인증, 고용보호, 실업자 처리 등) 토의

▶ 세부 논의

□ OECD 발제: 주요국 상병수당 제도 비교 및 조기개입·근로복귀 지원

- (병가율 국제비교 및 한국의 특수성) 한국의 근로일 100일당 병가일수는 약 1일로 OECD 최저 수준(프랑스 약 4일)이며, 다수국이 '과도한 병가'를 다루는 것과 달리 한국은 '과소 사용' 및 아픈 채 출근하는 프리젠티즘이 문제의 출발점임.
 - 제도 도입과 함께 아픈 노동자의 출근을 강요하지 않는 문화 전환 및 재택·부분근무 허용이 시급하며, 기업 규모·고용 형태·공사 부문과 무관한 동등 보장이 원칙임
 - 다수 OECD 국가와 달리 자영업자·플랫폼 노동자까지 포괄하려는 한국의 시도는 위험 분산 및 프리젠티즘 감소 측면에서 긍정적으로 평가함.
- (조기개입 체계 구축의 필요성) 6개월 미만 병가자는 1개월 후 약 90%가 원직장으로 복귀하나 1년 이상 장기 병가자는 복귀율이 70%로 하락하고 약 20%가 장애연금으로 진입하므로 장기 이탈 방지를 위한 조기개입이 핵심임.
 - 늦어도 3개월 내 복귀 가능성을 평가하고 위험군을 선별해야 하며, 직무와 건강상태를 함께 반영하는 진단서 체계, 적응 근무(작업장·근로시간 조정), 사용자의 재정적 참여 유인(사용자 부담기간 설정 등)이 선행되어야 함.
- 주요국 복귀지원 제도 운영 사례
 - 스웨덴: 1일차부터 25·50·75·100% 단위의 부분병가를 허용하고 180일 시점에 전체 노동시장 기준으로 근로능력을 재평가
 - 독일/네덜란드: 6주 이상 병가 시 사용자의 근로복귀 절차(부서 이동, 근무시간 조정 등) 이행을 의무화(독일)하거나, 최대 2년간 병가급여를 사용자에게 부담시켜 노사 공동 재통합 계획 수립을 유도(네덜란드)

- 벨기에/오스트리아: 무직자 대상 복귀 코디네이터를 배정(벨기에)하거나 노사·보험자 합의형 복귀제도 및 경력상담 서비스를 제공(오스트리아)

○ 제도 설계요소의 국제기준

- 지급 및 대기기간: 지급기간은 통상 1년을 원칙으로 하여 무기한 지급을 지양, 대기기간은 다수국이 0~3일 채택
- 급여율 설정: 직전 임금의 50~70% 수준(상한 설정)이 일반적이며, 기간 경과에 따라 노동시장 복귀를 촉진하기 위한 감액 방식과 장기 중증 질환자를 배려하기 위한 증액 방식을 국가별 상황에 맞춰 적용함.

□ 자원 조달

- 자원 조달 방식은 정치적 결정 사항이나, 제도 설계 단계에서 핵심 요소의 효과 평가가 가능하도록 구조를 마련하는 것이 필수적임.
- 상병수당이 연금 재정 절감 및 세수 증가로 이어지는 '투자' 개념임을 명확히 하여 부처 횡단적 논리로 재정당국 및 유관부처 설득 필요

□ 수급대상(고령자 적용 쟁점)

- 상병수당 미지급으로 고령 노동자가 은퇴 후 연금으로 진입하는 비용과, 상병수당 지급을 통해 계속 근로를 유지하게 하는 경우의 정부 총비용을 비교·검증할 필요가 있음(본사업 운영과정에서 평가 권고).
- (국제 동향) 고령 노동자의 높은 유병률 및 적용 문제는 각국 공통 과제이며, 다수국은 연령보다는 '실제 고용 상태 유지 여부'를 기준으로 적용 판단

□ 보장수준: 대기기간(공제기간), 급여수준, 보장기간

- (대기기간) 대기일수 자체는 복귀 성과 관점에서 주요 쟁점은 아니며, 사용자가 자발적으로 제공하는 유급병가가 초기 7일을 얼마나 보완하는지가 관건임. 제도 도입이 사용자의 초기 병가 보전 확산을 유도할 가능성도 있음.
- (급여 수준) 정률제의 상·하한이 근접하여 사실상 정액급여로 운영되는 점을 지적하고, 자영업자 정액 방식은 의미 있는 접근으로 평가함.
- (보장기간) 최대 지급기간(150일) 종료 후 미복귀자의 이행 경로(장애·실업 등 유관제도 연계)에 대한 설계가 중장기 핵심 과제임.

□ 의료인증체계 및 근로능력 평가

- (근로능력 중심 평가) 초기 설계가 의학적 진단명 중심으로 굳어지면 사후 교정이 어려우므로, 사업 초기부터 '근로능력 중심'으로 설계하여 타국의 시행착오를 방지할 것을 권고
- (직무 맥락 반영) 동일 상병이라도 직무에 따라 근로 가능 여부가 상이하므로(예: 하지 골절 시 사무직은 재택근무 가능하나 건설직은 불가), 노동시장 및 직무 환경을 평가에 반영할 필요(영국의 Fit note 사례 참조)

□ 고용보호 및 실업자 처리

- (고용보호 연계) 수급기간 중 고용이 보호되지 않으면 병가 사용 문화가 취약한 한국 여건상 수급률 제고 및 제도 정착이 어려우므로, 제도 설계와 함께 고용보호 장치가 정비되어야 함.
- (부처 협력) '직장 복귀 저해 요인'을 초기 설계에서 배제하고, 고용노동 부처와의 협의 채널을 조기에 구축하여 원활한 복귀 체계 마련 필요
- (실업자 적용) 실업자는 취업 및 소득 확인 요건상 상병수당 수급 대상에서 제외

□ 수급률 제고 방안

- 본사업 도입 이후 수급률이 저조할 경우 국민 체감도 및 제도 수용성이 떨어질 수 있으므로, 제도 홍보 및 절차 간소화 등 수급률을 실질적으로 제고할 수 있는 방안 동시 마련 제언

④	전문가 인터뷰
일 시	2026. 7. 9. (목) 13:00~15:00
장 소	파리 / Sciences Po
참석자	신유경(MD, Sciences Po Centre for the Sociology of Organisations)

▶ 주요 논의사항

- 질병보험 재정 구조와 장기 노동중단 관리 정책
- 노동중단 권고 가이드라인(référentiels)의 도입 목적 및 활용
- 노동중단 과다처방 관리 수단과 파급 효과
- 일차의료(GP) 중심의 노동중단 처방 구조
- 노동중단 처방을 둘러싼 행위자 간 의견 대립
- 도덕적 해이 차단을 위한 법적·윤리적 통제 장치

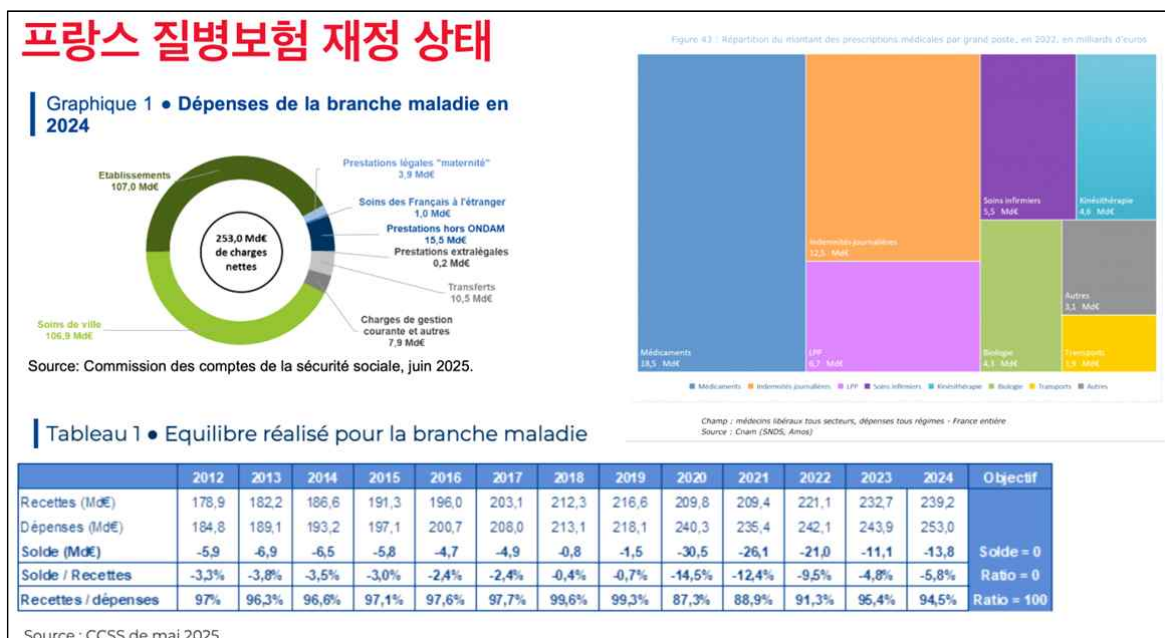
▶ 세부 논의

□ 질병보험 재정 구조와 장기 노동중단 관리 정책

- (질병보험 재정 상황) 코로나19 시기 약 -300억 유로까지 악화되었던 프랑스 질병보험 재정은 2024년 기준 약 -138억 유로(약 20조 원) 수준의 적자를 지속 기록함. 재정 적자가 심화될 때마다 목표관리제(MSO) 강화, 사전승인제(MSAP) 도입, 이의신청 절차 단축 등 의사의 처방 통제 정책이 지속적으로 강화되는 추세임.
- (일일수당(IJ) 지출 추세) 일일수당(IJ) 지출 중 일반 질병(Maladie)이 약 60%, 산재·업무상 질병(AT/MP)이 약 24%를 차지함.
 - 단기 노동중단보다는 장기 노동중단이 전체 재정 부담의 핵심 원인임.

- 장기 노동중단을 유발하는 3대 주요 질환은 암, 정신질환(우울증·스트레스 등), 근골격계 질환(디스크·요통 등)임.
- 2019~2024년간 IJ 지출 증가분 중 60%는 인구 고령화 등 구조적 요인으로 설명됨. 나머지 40%의 비구조적 요인을 두고 노조는 '노동환경 악화'로, 공단·정부는 '수급자 남용 및 관대 처방'으로 해석하여 갈등이 빚어짐.
- 연금·장애 등 타 복지제도의 감축으로 인해 일일수당(IJ)으로 수요가 쏠리는 추세임. 특히 장애 인정이나 복귀 지원 절차의 심사 대기가 수개월 이상 길어지면서, 그 기간 동안 대체 소득원이 없어 상병수당 수급이 기약 없이 연장되는 구조적 한계가 존재함.

〈 프랑스 질병보험의 재정 현황 〉



□ 노동중단 권고 가이드라인(référentiels)의 도입 목적 및 활용

○ 가이드라인 도입 배경 및 경과

- (가이드라인의 도입 및 운영) 개인별 상태 및 직무 환경의 다변성으로 인해 적정 노동중단 기간을 정형화할 과학적 근거는 부족하나, 처방의 남발을 막고 표준 기준을 제시하기 위해 공단 차원의 가이드라인을 제정·운영함.
- (성과연동지불제 적용 무산) 2016년 노동중단 처방 감축 실적을 성과연동지불제지표에 반영하려 시도했으나, 의사의 자율적 진료권 침해를 이유로 의사윤리위원회(CNOM)의 강한 반대에 부딪혀 무산된 바 있음.

○ 가이드라인(référentiels)의 성격과 주요 내용

- 2009년부터 주요 질환 및 직무 강도별 권고 휴식 기간을 설정하여 제시함.
 - * (예시) 좌골신경통: 육체 노동 강도에 따라 최대 35일 권고
 - 정도 불안·우울장애: 기본 14일 권고

- (성격 및 현장 수용도) CNAM 주도로 작성되어 의학적 엄밀성에는 한계가 지적되나, 일차 의료 의사(GP) 현장에서는 긍정적으로 활용하고 있음.

□ 노동중단 과다처방 관리 수단과 파급 효과

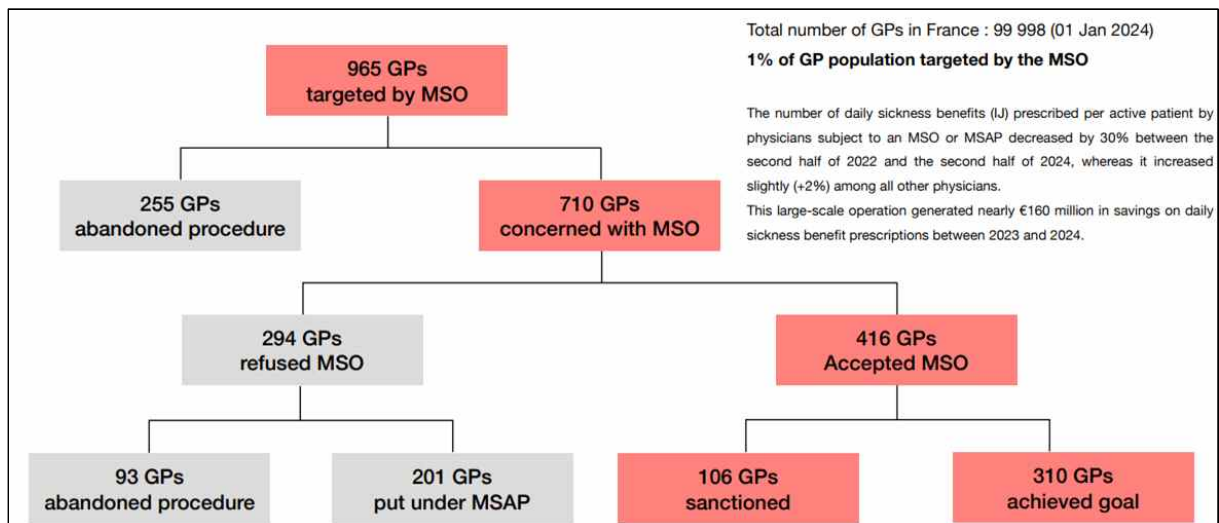
○ 단계적 처방 통제 기제

- [1단계] RIAP(통계 통보): 분기별 처방 내역 우편 통보 (강제성 없음)
- [2단계] Accompagnement(개별 지원): DAM(공단 현장 방문담당관 방문). EC(동료 면담), EA(경고 면담)
- [3단계] MSAP (사전승인제): 과다처방 의사의 모든 노동중단 처방을 자문의사가 사전 심사
- [4단계] MSO (목표관리제): 감축 목표 부여 후 미달 시 최대 8,000유로(약 1,200만 원) 과태료 부과 (사회보장법전 L162-1-15)

○ MSO 캠페인 성과 및 한계

- 전국 GP 상위 1%(965명)를 집중 관리하여 환자당 처방일수 30% 감소, 약 1.6억 유로(약 2,300억 원) 재정 절감
- (운영 한계 및 부작용) 타 의사에게 환자를 보내 대리 처방을 유도하는 현상 확인, 취약계층 집중 진료 의사가 제재 대상으로 오인되는 사례 발생, 의료계 반발 심화(2025년 1월 전국 의사 총파업 촉발), 자문의사 인력 감소로 대면 심사가 화상 면담으로 대체

〈 2023-2024 MSO-MSAP 캠페인 결과 〉



□ 일차의료(GP) 중심의 노동중단 처방 구조

- 대형병원 전문의나 응급실 의사는 환자의 과거 정보가 없고 수련 과정에서 처방 교육을 받지 않아 노동중단 처방을 꺼리고 주치의에게 이관함. 반면 GP는 지속적·장기적 관계(진료 연속성)에 기반하여 환자의 상태와 생활 환경을 파악하고 있으므로 노동중단 처방을 주도적으로 수행함.

□ 노동중단 처방을 둘러싼 행위자 간 의견 대립

○ '의료적 필요성' vs '사회적 개입'의 관점

- 일차의료 의사는 직장 내 괴롭힘, 고용 갈등, 소득 단절 예방 등 사회적 개입을 치료의 일부로 판단함. 처방 중단 시 생계 위협으로 환자 상태가 악화되므로 사회적 사유의 처방 연장도 의학적 정당성이 있다고 주장함.
- CNAM은 순수 의학적 질병과 사회적 문제는 엄격히 구분함. 의학적 소견이 없는 연장은 지양하고, 직업의학의(Médecin du travail)를 통한 업무 부적합 판정 및 타 복지제도로 이관을 요구함.

○ 상태 '안정화(Stabilisation)'에 대한 관점

- CNAM은 치료 후 증상이 더 이상 호전되지 않는 '안정화' 단계에 도달하면 의학적 필요성이 소멸된 것으로 보아 일일수당(IJ) 지급 중단을 요구함.
- GP의 경우 장애수당·연금 등 대체 소득원 연계가 미비한 상태에서 처방을 중단하면 환자가 즉각적 경제 위기에 처하므로, 중단 필요시 공단 자문의사가 직접 책임지고 처방을 중단할 것을 요구하며 갈등 발생

□ 도덕적 해이 차단을 위한 법적·윤리적 통제 장치

- 의사가 확인한 신체적·정신적 근로불능 상태에 한해 수당을 지급하며, 처방 서류 내 의료적 사유 기재를 의무화함(사회보장법전 제L.321-1조).
- 원격의료를 통한 노동중단 최초 처방 및 연장은 최대 3일로 엄격히 제한되며, 초과 시 대면 진료가 필수적임.
- 환자 요구에 맞춘 허위·선심성 인증서(Certificat de complaisance) 발급 시 형법(제441-7조)에 따라 형사 처벌 및 의사회 징계 대상이 됨.
- 처방 시 환자의 외출 가능 시간 등을 지정함. 공단 자문의사의 불시 점검이나 사업주가 의뢰한 민간 의사의 방문 조사 시 위반 사항이 적발될 경우 수당 지급을 즉시 중단함.

⑤	OSE(유럽사회연구소)
일 시	2026. 7. 10. (금) 15:00~16:30
장 소	브뤼셀 / The European Social Observatory (OSE)
참석자	Slavina Spasova(Director) 외

▶ 방문기관 개요

- 1984년 설립된 브뤼셀 소재 유럽 사회정책 전문 독립 연구기관으로, EU 기구·노동조합 등과 협력하며 사회보장·노동시장 비교연구를 수행함.
- 코로나19 전후 상병수당 및 자영업자 사회보장 접근성에 관한 EU 차원의 비교연구 주도

▶ 주요 논의사항

- 한국형 상병수당 시범사업 제도 설계 평가
- 의료인증 및 제도적 쟁점 논의

▶ 세부 논의

□ 자영업자 포괄 및 대기기간 설계에 대한 평가

- (자영업자 포괄) 한국이 임금근로자와 자영업자를 동일한 틀로 포괄하는 것은 자영업자의 급여 수준이 낮거나 대기기간이 긴 일부 유럽국(포르투갈·키프로스 등) 대비 매우 진보적인 설계로 평가함.
- (대기기간) 7일의 대기기간은 유럽 기준 대비 다소 긴 편이나, 동유럽 국가(불가리아·헝가리 등) 수준과 유사하며, 사회적 안전망이 부재했던 여건에서 제도를 신설하는 것 자체만으로도 큰 정책적 의의가 있다고 평가함.

□ 의료인증체계를 통한 도덕적 해이 및 재정 통제

- (국제 동향) 벨기에 등 유럽 주요국은 장기 병가 수급자 증가와 번아웃 수급에 따른 재정 부담을 완화하기 위해, 수급 초기 단계에 의사를 직접 파견하여 복귀 가능성을 조기 평가하고 직업 재활을 의무화하는 등 사후 관리를 강화하는 추세임.
- (한국 체계 평가) 한국이 국민건강보험공단 전담부서 기반의 '상병수당 전용 의료인증체계'를 제도 진입 단계에 배치한 것은, 유럽과 같은 재정 급증 및 도덕적 해이를 선제적으로 차단하고 재정 지속가능성을 확보하는 핵심 기제로 평가됨.

□ 정신질환 대응 및 복귀지원 방안

- (진단 기준 관리) 유럽에서 이슈가 되는 업무 소진(번아웃), 과로 등 경계선상 상태는 재정 급증 우려 및 판별 한계를 고려해 초기 진단 기준에서 배제할 필요가 있음.
- (고용정책 연계) 정신질환자의 노동시장 이탈을 막기 위해 고용노동 부처와 협력하여 작업장의 심리사회적 위험 환경을 개선하고, 직무 복귀 지원 프로그램을 단계적으로 연계할 것을 제안

□ 사회적 합의 형성 및 수급 접근성 제고 방안

- (사회적 수용성 확보 전략) 건강보험정책심의위원회 등 노·사·공익 거버넌스 내 합의를 유도하기 위해, 제도 도입에 전향적인 친사회적 경영자(social-minded employers)를 논의에 적극 참여시키고 사업장 부담을 고려한 '점진적 단계 확대' 전략을 활용할 것을 제안함.
- (취약계층 접근성) 취약계층이 정보 부족으로 수급권이 있음에도 신청하지 못하는 미수급 문제를 예방하기 위해, 행정 디지털화, 절차 자동화, 공급자 및 사용자를 통한 정보 제공 체계를 강화 방안을 모색할 필요가 있음.

⑤	전문가 인터뷰
일 시	2026. 7. 10. (금) 19:30~20:30
장 소	파리
참석자	Christopher Prinz(Senior Labour Market Analyst/OECD)

주요 논의사항

- ☐ 프랑스 보건의료 및 건강보험 거버넌스
- ☐ 상병수당의 법적 근거 및 관리체계
- ☐ 급여 구조와 의료비밀 보장 기반의 통보 체계

세부 논의

- ☐ 프랑스 보건의료 및 건강보험 거버넌스
 - (CNAM의 지위와 거버넌스) 복지부 산하인 한국의 건보공단·심평원과 달리, CNAM은 정부 및 사회보장기금과 별개의 독립적 주체이며, 국가와 5년 단위 목표관리계약(COG)을 맺는 독립 공공법인임. 이사회가 정책 방향을 심의하고 의사단체와 협상하는 단체교섭의 당사자 역할을 수행함.
 - (개원의 수가체계) 프랑스의 개원의(Médecin libéral)는 CNAM과의 협약 방식에 따라 3가지 카테고리로 구분됨.
 - Sector 1: 의사는 CNAM이 정한 공정 수가만 받음(예: 가정의학과 기준 기본 진료비 30유로 수준). 환자는 법정 본인부담금 외에는 추가 비용이 발생하지 않으며, 이 금액 대부분도 보충보험(Mutuelle)으로 보장됨. GP(일반의/가정의)의 95% 이상이 이 유형에 해당됨.
 - Sector 2: 국가 기본 수가는 CNAM 기준으로 환급받되, 의사는 정해진 범주 내에서 초과수가(Dépassement d'honoraires)를 자율적으로 청구할 수 있음. 주로 도심 지역의 전문의(안과, 피부과, 외과 등) 비중이 높음.
 - Sector 3: CNAM 의료협약을 체결하지 않은 의사로, 진료비를 완전히 자율 책정하며 건강보험 환급률이 극히 낮아 극 소수만 선택함.
 - 수가체계 및 일차의료(GP) 진료 환경
 - (수련 체계) 4년제 수련 시스템으로, 수련 마지막 해에는 병원이 아닌 인증받은 개원의(Cabinet) 현장에 배치됨. 지도전문의의 감독하에 스스로 환자를 진료하며, 실제 개원에 필요한 경영, 지역사회 일차의료, 처방 권한을 실습함.
 - (수가 구조) 통합적 행위별수가 (기본진찰료 30€ + 상담/관리 가산)
 - (진료 형태) 검사·영상 직접 수행 안 함 (의뢰서만 발행)
 - (진료 시간/인원) 15-30분/명, 15-25명/일
 - (지불 방식) 환자 선지불(carte vitale) 후 질병보험 사후 상환

- (의사단체의 다원화와 갈등) GP·전문의별, 성향별로 의사단체가 분화되어 있음. 2025년 1월 초과수가 규제 및 노동중단 처방 통제 강화에 반발하여 이례적인 2주간의 파업이 발생함.

□ 상병수당의 법적 근거 및 관리체계

- 사회보장법전(Code de la sécurité sociale) 상 권리 명시
- 법적·윤리적 기준을 통한 도덕적 해이 통제
 - 원격진료를 통한 노동중단 처방 및 최초 연장은 최대 3일로 제한되며, 이후 연장은 주치의 대면 진료가 원칙임.
 - 환자 요구에 부응하는 허위·선심성 인증서(Certificat de complaisance) 발급 금지. 위반 시 형법 제441-7조에 따라 형사처벌 및 의사회(Ordre des médecins) 징계 대상임.

□ 급여 구조와 의료비밀 보장 기반의 통보 체계

- 상병수당 지급액의 법정 상한은 최저임금의 약 1.4배 수준이나, 단체협약 및 고용주 보충급여가 더해져 수급자의 90% 이상이 이전 소득의 대부분을 보전받음.
- 고용주는 결근 사실과 수급 여부만 통보받으며, 질병 정보 및 처방 의사 정보는 의료비밀 보장 원칙에 따라 철저히 비공개됨.

» 국외 방문조사 의의

□ 제도 후발 도입국의 정책적 이점을 활용한 최종 검증 절차

- 선제적 제도 설계의 기회 요인 | 한국은 OECD 38개국 중 공적 상병수당이 부재한 4개국 중 하나로 상병수당 제도 도입의 후발국에 해당함. 그러나 후행 도입의 핵심 이점은 선행 국가들이 겪은 장기간의 시행착오와 제도적 한계를 사전 분석하여 한국형 모형 설계에 선제적으로 반영할 수 있다는 점에 있음.
- 제도 모델의 최종 검증 및 정교화 | 본 출장은 2027년 본사업 시행을 앞두고 제도 설계를 정교화하는 시점에 추진됨. 특히 초기 제도가 안착된 이후에는 사후 교정이 극히 어려운 핵심 분야(의료인증체계 평가 기준, 재원 조달 및 회계 구조 등)에 대해 타국의 시행착오를 사전에 회피할 실증적 근거를 최종 확보하는 데 의의가 있음.

□ 개별 국가 심층분석('22~'25)에서 국제기구 비교('26)로 연구 차원 확장

- 단계별 국가 사례 추적 ('22~'25년) | 그간 시범사업 제도 설계와의 유사성·차별성을 기준으로 선행 국가들의 운영 유형을 체계적으로 검토해 옴.
 - '22년 (스웨덴·프랑스): 법정 유급병가 연계 보편 기여비례방식
 - '23년 (호주): 잔여적 공공부조방식
 - '24년 (독일): 건강보험제도 연계 기여비례방식
 - '25년 (일본): 법정 유급병가 없이 건강보험 연계 운영
- 국제표준을 통한 종합 체계 완성 ('26년) | 개별 국가 분석을 넘어 국제기구(ILO·OECD·EU) 차원의 정책 규범과 최신 논의를 직접 청취함. 본사업 도입 준비를 마무리하는 단계에서 그간의 국가별 분석 결과를 국제표준 규범 위에서 종합·검증하는 단계적 완결을 달성함.

□ 제도 설계 핵심 쟁점과 국제 규범·실증 근거의 직접 대조

- 다층적 근거 틀 확보
 - ILO: 협약(C102·C130) 기반 규범적 최저기준 대조
 - ISSA: 각국 집행기관의 실무 운영 경험 제공
 - OECD: 회원국 자료 데이터 기반 실증적 정책 권고 제공
 - OSE: EU 차원의 사회정책 비교연구 동향 파악 및 한국형 제도 설계 평가
- 핵심 쟁점별 근거 확립 | 문헌 조사만으로는 한계가 있는 국제기구의 공식·비공식 입장을 대면 면담으로 확인함으로써, 본사업 5대 쟁점(재원조달, 수급대상, 보장수준, 의료인증체계, 유관제도 연계)들을 국제기준 및 운영사례와 직접 대조·평가할 수 있는 근거를 확보함.

□ 한국형 모형의 차별성 설명 및 국제적 평가 확보

- **한국형 운영 경로의 제도적 유효성 확인** | 단일 전 국민 건강보험 체계를 활용한 상병수당 운영이라는 한국의 특수성을 반영한 모형 도입의 배경을 설명함. 도입 배경의 설명과 쟁점 토의를 통해 해당 경로가 "국제 표준 규범에 부합하면서도 사회보험 운영의 효율성을 극대화하는 대안"이라는 객관적 평가를 확보함.
- **건강보험 인프라 기반의 강점 규명 및 공감대 형성** | 기존 논의의 고용·노동 중심 프레임과 대조하여, 단일 보험자 체계가 갖는 의료인증·심사 전문성 및 전국 단위 빅데이터 인프라의 정책적 이점을 논리적으로 제기함. 이와 관련된 국제기구 차원의 정책적 공감대를 도출함.
- **제도화를 위한 대외적 정당성 및 논거 확보** | 한국형 상병수당의 운영 효율성과 정합성에 대한 국제기구의 지지를 확인함으로써 향후 사회적 합의 및 입법 과정에서 제도 설계의 정당성을 뒷받침할 객관적 대외 논거를 확보함.

□ 운영 단계 성공·실패 요인에 대한 현장 심층 조사

- 프랑스 질병보험(CNAM) 현지 전문가 면담을 통해 노동중단 처방 관리 정책(가이드라인, MSO·MSAP)의 법적 근거, 실제 집행 과정, 행위자 간 갈등 구조 및 부작용을 심층 조사함.
- 제도 설계 단계를 넘어 도입 이후의 실효적 운영 관리와 제도적 지속가능성까지 선제적으로 고려한 실증 조사라는 점에서 정책적 의의를 가짐.

▶ 본 사업 쟁점별 국제 비교 시사점

□ 【재원조달】 건강보험 기반의 운영 방식은 타당하나 중장기 기여분 논의 필요

- **국제 규범과의 정합성** | 건강보험 급여 기반 설계는 "사회보험 방식 의료보장 운영 22개국 모두 상병수당을 사회보험으로 운영"한다는 사실 및 ILO의 기여 기반 국제 표준 권고와 정합함.
 - ⇒ 단, ILO는 별도 재원 보충 없는 기존 건보 재원 활용 시 형평성 논란(전 국민 보험료 부담 vs 근로연령층 중심 수혜)이 발생할 수 있음을 우려함.
 - ⇒ 전출금 상한(예: 과거 연도 보험료 수입의 1%) 설정은 유효한 지출 통제 장치가 될 수 있으나, 중장기적으로 시범사업 데이터 기반 재정 추계와 소폭의 보험료율 인상 연계 논의가 병행되어야 함.
- **국고지원 논거 정립** | 일괄적인 국고지원은 지양하되 특정 계층 지원을 검토한다는 방향은 ILO의 취약계층 보조를 권고 취지에 부합함. 재정당국 설득 시에는 '연금 등 타 복지제도 재정절감 및 세수 증대로 이어지는 사회적 투자' 프레임을 핵심 논거로 활용할 것을 제안(OECD)

□ 【수급대상】 국제 기준 부합성 검증 및 단계적 포괄 전략 마련

- (고령자) 65세 이상 제외는 ILO의 "협약 위반 아님"을 확인하였으며, 연금수급연령 도달 시 제외하는 다수국 사례(영국·스웨덴·핀란드 등)가 존재함. 다만 국제 동향은 연령보다 실제 고용상태

유지를 기준으로 이동 중이며, OECD는 미지급 시 연금 조기진입 비용과 지급 시 계속근로 유지 비용의 총비용 비교·검증을 본사업 평가과제로 권고함. 따라서 비교·검토를 통해 본사업 후 확대 검토하는 방향을 제안하며, 65세 이상도 보험료를 납부하는 건강보험 구조상 별도의 대국민 소통 논리 필요(ILO 제안)

- (자영업자 등) 자영업자·플랫폼노동자를 포괄하는 한국형 모형은 유럽 대비 진보적이며 긍정적으로 평가함(OECD·OSE 평가)
- (피부양자/의료급여 수급자) 사회보험의 기여-급여 대응 원칙을 고려했을 때 피부양자·의료급여 수급권자 제외는 타당함. 다만 저소득 취약계층일수록 소득 공백의 타격이 크다는 것이 국제기구의 일관된 문제의식이었던 만큼, 본사업 운영 과정에서 의료급여 수급권자 중 취업자 규모와 미보장 실태를 모니터링하고 이를 근거로 국비 지원 협의를 추진하는 로드맵을 마련할 필요

□ **【제도설계】** 보장 수준의 점진적 확대 및 제도 간 사후 이행 절차 정비

- (대기기간) 대기(공제)기간 7일 자체보다 사용자의 자발적 유급병가 보완 실태를 모니터링하여 단축 여부를 재검토하는 접근을 절충안으로 제안(OECD)
- (보장기간) 현행 보장기간(150일)은 주요국(프랑스 3년 360일, 독일 3년 78주, 일본 18개월) 및 OECD 기준(1년) 대비 짧아 향후 확대 여지를 열어둘 필요가 있음. 특히 150일 종료 후 미복귀자에 대한 장애·실업 등 이행 경로 설계에 대한 보완이 필요함.
- (제도 간 연계) 타 제도 심사 지연 시 상병수당 지급이 기약 없이 연장된 프랑스 사례를 참고해 연계 절차의 신속성 확보를 위한 대안 마련 필요
- (조기개입·복귀지원 체계) 장기 병가 시 복귀율이 급락(90%→70%)하므로 평가·위험군 선별 체계와 산재·직업건강·고용노동부 연계·협력체계 마련 필요

□ **【의료인증체계】** 직무 맥락 중심 의료인증체계 고도화 및 단계적 관리·지원체계 마련

- (정신질환) 번아웃 등 경계선 상태를 초기 기준에서 배제할 것을 권고함(OSE). 단 질병 요건 제한 시 부분급여형 대안과의 비교·검토가 병행되어야 함(ISSA).
- (진단서 발급 및 모니터링 체계) 한국은 전 의료기관의 NHI 편입으로 구조적 모니터링이 용이한 구조임. 이러한 구조적 이점을 살려 진료비 청구 모니터링 기반의 의사별 조기경보시스템을 구축할 것을 제안함(ILO).
- (지급기간 산정기준 마련) 진단명 중심 설계의 고착화를 막기 위해 연구 단계부터 직무 맥락 및 근로능력 평가 요소(예: 영국 Fit Note)를 종합적으로 반영할 필요가 있음.
- (의료계 수용성 및 관리체계) 국제 관행상 진단서 비용지원은 폐지할 필요가 있음(ILO 권고). 수수료 보상 대신 서식 단순화 및 질병별 지침 마련으로 의료계 수용성 확보를 위한 노력 필요(ISSA·ILO) 또한 프랑스 MSO 사례의 부작용을 고려하여 일방적 제재보다는 개별 의료기관 지원을 위한 단계적 관리체계를 도입할 필요