

서울형 유급병가지원 제도를 위한 논리모형 설계와 초기 평가 결과

문 다 슬¹ | 유 사 라¹ | 김 소 담¹ | 정 혜 주^{1*} | 노 진 원²

¹ 고려대학교

² 연세대학교

* 교신저자: 정혜주 (hpolicy@korea.ac.kr)

| 초 록 |

본 연구의 목적은 다음 세 가지 질문을 중심으로 한국 최초의 공적 상병수당제도인 서울형 유급병가지원 제도의 논리모형을 제안하고, 이를 토대로 제도를 평가하는 것이다. 첫째, 제도는 질병으로 인한 소득공백에 대한 소득보장 문제를 해결하는가? 둘째, 적기치료, 질병완화 및 합병증 예방, 생계유지, 미충족의료 해소, 경제활동 복귀, 노동생산력 향상 등의 변화를 가져오는가? 셋째, 사회보장 사각지대 노동자에게 서비스가 전달되는가? 제도의 논리모형은 설계, 투입, 활동, 산출 결과, 효과의 다섯 단계, 17개의 평가지표로 구성된다. 설문조사, 초점집단 인터뷰, 행정자료 등을 활용하여 복합사회중재방법론을 사용하여 평가하였다. 제도에 대한 전반적 만족도가 높았고, 소득보장 및 건강증진과 예방 등에 대한 기대가 높았다. 특히 소득 및 교육 수준이 낮고 출근주의를 경험한 이용자에서 질병을 조기 발견하는 효과가 상대적으로 크게 나타났다. 그러나 낮은 접근성은 제도의 한계로 나타났다. 엄격한 자격 조건과 복잡한 신청 절차, 실무자의 양적·질적 부족이 원인인 것으로 파악되었다. 따라서 자격 조건 완화, 서류 간소화, 신청 창구의 다원화, 실무자의 양적 확대 및 전문성 강화 등의 제도 개선이 필요하다. 본 연구는 국내 유일의 공적 상병수당제도의 초기 효과를 평가한 첫 번째 연구로, 제도의 평가틀을 구성하고 인과적 논리에 따른 개선지점의 근거를 마련했다는 점에서 그 의의가 있다.

주요 용어: 서울형 유급병가, 상병수당, 정책 평가, 논리모형, 복합사회중재방법론

알기 쉬운 요약

이 연구는 왜 했을까? 서울시는 우리나라 최초의 공적 상병수당 제도인 '서울형 유급병가지원 제도'를 2019년 6월에 도입했다. 이 제도는 취약 노동자가 입원 혹은 국민건강보험 일반건강검진으로 일하지 못한 날에 대한 생계비를 지원한다. 우리는 이 제도가 취약 노동자에게 사회안전망 역할을 하는지 살펴보기 위한 평가를 수행하였다.

새롭게 밝혀진 내용은? 연구 결과, 수혜자뿐 아니라 탈락자에게서도 제도 만족도가 높은 것으로 나타났다. 특히 소득수준과 교육수준이 낮고 아파도 출근하는 출근주의를 경험한 환자들에게 질병을 조기 발견하는 효과가 더 크게 나타났다. 제도 이용자들은 이 제도가 생계를 유지하고 건강 회복에 도움을 줄 것이라고 기대하고 있었다. 그러나 실제로 제도를 신청하는 것이 어렵고, 신청하더라도 엄격한 선정 조건으로 인해 지원금을 받기 어려운 문제점을 가지고 있었다. 한편으로는 해당 업무를 담당하는 실무자의 수가 부족한 점도 제도의 한계로 나타났다.

앞으로 무엇을 해야 하나? 서울형 유급병가지원 제도를 개선하기 위해서는 평가를 통해 확인한 문제점을 해결해야 한다. 첫째, 쉬운 신청 방법을 마련하고, 둘째, 자격 조건을 완화하는 한편, 셋째, 충분한 수의 제도 담당 실무자를 고용하는 등의 노력이 필요하다. 제도는 필요한 시민이 잘 이용할 수 있을 때 의미가 있다. 이를 위해서는 지속적인 제도 평가를 통해 문제점을 파악하고 이를 개선하기 위해 노력해야 한다.

본 연구는 2019년도 서울특별시 공공보건 의료재단의 지원을 받아 수행한 「서울형 유급병가 기술지원 및 효과평가 연구」를 기반으로 내용을 발전시켜 작성하였다. 위 연구 진행과정에 함께 도움을 준 이재경, 박인희, 오인성, 김보아, 이예진 연구원에게 감사의 말씀을 전한다.

IRB No. KUIRB-2019-0298-01

- 투 고 일: 2021. 04. 30.
- 수 정 일: 2021. 09. 07.
- 게재확정일: 2021. 09. 10.

1. 서론

질병에 의한 빈곤화는 재난적 의료비와 더불어 근로무능력으로 인한 소득 상실의 이중 효과 과정이다(McIntyre, Thiede, Dahlgren & Whitehead, 2006, p.858). 질병으로 인한 빈곤화는 질병과 빈곤의 악순환을 강화한다는 사실만으로 정책적 개입 필요를 이야기하기에 충분하다. 이를 위해 박근혜 정부와 문재인 정부는 4대 중증질환 의료서비스의 급여화 및 건강보험 보장성 강화대책 등을 통해 가구의 의료비 부담을 줄이기 위해 노력하였지만(김윤, 2014, p.199; 손영래, 2018, p.7), 정책의 효과는 미미하다고 평가되고 있다(이현옥, 2018; 김수진, 2020). 질병과 빈곤의 악순환을 끊기 위해서는 의료비 보장뿐만 아니라 생계비 보장이 동시에 필요하다. 질병으로 인해 상실한 소득을 보장하는 제도로는 상병수당이 대표적이다. 그러나 우리나라는 OECD 국가 중 유일하게 공적 상병수당 제도가 마련되어 있지 않다.

상병수당의 필요성에 관한 논의는 오래되었지만, 이것이 보건의료정책의 주요 의제로 다뤄진 것은 비교적 최근의 일이다. 2014년 송파 세 모녀 사건과 2015년 메르스 사태는 의료비 보장 확대에 초점을 두었던 기존의 정책 성과에 대한 의문을 제시하였고(김상기, 2015), 결정적으로 2016년 건강보험 17조 원 흑자 소식은 시민단체들이 상병수당의 도입을 주장하는 배경이 되었다(서민지, 2016). 하지만 이후 박근혜 대통령 탄핵으로 그 이슈는 정치적으로 금방 잊혔고, 2017년 당선된 문재인 대통령은 보건의료정책에서 비급여의 급여화 정책을 핵심 의제로 삼으며 국가적 의제에서 배제되었다(최은택, 2017). 이후 코로나19의 경험을 토대로 상병수당 제도의 필요성이 부각되었고, 현재 한국형 상병수당 제도 도입을 위한 노력이 국가적으로 진행되고 있다.

상병수당 제도 부재의 결과, 노동자들은 아플 때 쉴 수 있는 권리를 보장받지 못하는 경우가 많다. 또한 기업의 복리후생 등의 차원에서 보장을 받더라도 보장의 내용과 정도가 직종이나 직업군에 따라 상이한 상황이다(정혜주, 손민성, 김재민, 김진성, 차선화, 정현우 등, 2018, pp.11-17). 이런 상황에서 지역노동자의 경우 내부 노동시장에 속하지 않기에 질병으로 인해 소득을 상실하더라도 이를 보전해주는 보장 제도는 존재하지 않으며, 직장 내 유급병가와 휴직 제도조차 보장받지 못하는 실정이다.

이러한 배경에서 서울시는 상병소득보장제도의 필요성을

강조하며 2018년 '서울형 유급병가지원에 관한 조례안과 예산을 가결하고 2019년 '서울형 유급병가지원 제도'를 선별적 형태로 도입하였다. 본 제도는 노동자가 질병 발생으로 인한 업무 부재 시 상실하게 되는 소득을 정부가 보장하는 상병수당의 한 유형이나, 유급병가 대체를 목적으로 도입되었다. 즉, 사업주로부터 유급휴직 제도를 보장받지 못하는 근로소득 및 사업소득이 있는 서울시민에게 서울시가 고용주가 되어 유급휴가를 지원하는 것이다. 이때 휴가의 보장은 정신적·육체적 질병 또는 부상으로 의료기관에 입원 또는 건강검진을 목적으로 하는 경우에 한한다. 종합하자면 서울형 유급병가지원 제도는 서울시 취약 노동자가 상병으로 인해 발생하는 소득상실에 대한 금전적인 지원을 통해 최소한의 생계를 유지할 수 있도록 돕는다. 다만, 취약계층 대상이라는 점, 입원과 건강검진 서비스 이용자에 한한다는 점 등 제도 대상자와 상병 범위가 제한적으로 설계된 점에서 일반적인 상병수당과 차이가 있다. 이와 같이 설계된 이유는 첫째, 비정규직 등 취약 노동자들이 지역 노동자화되어 노동보호의 사각지대에 처함에 따라 도입 자체의 시급성이 있었으며, 둘째, 시행 주체가 지자체가 됨에 따라 행정력과 자원 등 자원이 한정적이기 때문이다. 그럼에도 불구하고 이 제도는 현재 국내 유일의 공적 상병소득보장 제도로 역할하고 있다. 더하여 소득보장과 함께 궁극적으로 노동시장 관점에서 이를 통해 단기적으로 질병에 의한 소득 공백 문제를 해결하고, 중장기적으로 적기치료, 미충족 의료 해소, 질병 완화 및 합병증 예방을 통한 건강증진과 안정적인 생계유지 및 경제활동 복귀를 통한 노동생산력 향상을 이루는 것을 목표로 가진다는 점에서 그 의의가 있다.

서울형 유급병가지원 제도는 다음의 기준을 충족하는 서울시민에게 지원금을 제공한다(부표 1). 본 연구의 대상이 되는 2019년 제도 설계를 기준으로 살펴보면 첫째, 매년 1월 1일 이전부터 신청일 현재까지 서울시 주민등록 등재자이다. 둘째, 입원 또는 검진 전월 포함 3개월 전부터 입원(검진)까지 국민건강보험 지역가입자이다. 셋째, 입원 또는 검진 발생일 전월 포함 1개월 동안 10일 이상 근로를 3개월간 연속 유지한 근로소득자이거나 전월 포함 3개월간 휴업 및 폐업하지 아니한 사업소득자이다. 넷째, 입원 또는 공단 일반건강검진을 받은 자이다. 외국국적자나 타 사업의 지원을 받은 자¹⁾, 질병치료 목적이 아닌 입원, 그리고 공단 암 검진은 지원 대상에서 제외되며 중위소득 100% 미만, 재산 2억 5천만 원 미만의 기준에 따라 선정 여부가 결정된다. 수혜자에게는 현금 급여

가 제공되며, 입원일수에 대해 서울특별시 생활임금(1일 8시간)만큼 소득을 보장해 준다. 2019년 기준 병가 1일에 대해 81,180원씩, 입원인 경우 최대 10일, 일반건강검진인 경우 1일을 지원한다.

정책 평가는 제도의 확대 및 지속가능 확보, 자원 활용의 효율성을 증대하기 위해 필요하다(김남순, 오윤섭, 박은자, 정연, 김대은, 최지희, 2016, pp.21-23). 서울형 유급병가지원 제도 평가를 통해 역효과로 인해 발생하는 비용을 최소화하며, 보다 효과적이고 지속적인 정책의 수행이 가능하도록 돕는다. 한편, 제도의 효과는 제도의 집행으로 나타나는 결과다. 따라서 제도 결과로서의 효과는 물론 제도 집행 과정을 평가하는 것이 필요하다. 제도의 집행 과정을 평가하기 위해서는 첫째, 제도의 급여 형태, 지원기간 등 제도가 적절한 방식으로 설계되었는지 평가하는 설계 평가와 둘째, 서비스가 대상자에게 적절하게 전달되었는지 등에 대한 과정 평가가 가능하다. 제도의 집행 과정에 문제가 발생하면 제도가 목표한 바를 달성하지 못할 가능성이 크다. 따라서 제도를 개선하기 위해서는 효과 평가와 함께 설계 및 과정 평가를 통해 집행 과정에서 나타나는 문제를 확인하고 이를 해결하기 위한 구체적인 방안을 마련해야 한다.

다양한 평가를 가운데 프로그램 이론에 기반한 논리모형(logic model)은 제도의 과정과 효과를 동시에 평가하기에 유용하다. 프로그램 이론은 제도의 자원과 활동과정, 그리고 그 과정을 통해 의도한 결과와 효과를 구분하고, 구성요소 간 인과적 가정을 뜻한다(Wholey, 1987). 논리모형은 기존 프로그램 변형, 모니터링 시스템 개발, 프로그램 확장, 신규 프로그램 설계 등을 위해 사용되는 시각적 표현 도구이다(Savaya & Waysman, 2005, pp.100-101; Bickman, 1987, p.16; Renger & Titcomb, 2002, p.493). 구체적으로 논리모형은 프로그램의 자원(투입), 활동, 산출 결과, 그리고 효과의 단계를 순차적으로 평가함으로써 첫째, 제도는 기획 단계에서 파악한 문제를 해결하는지, 둘째, 제도는 기대한 변화를 가져오는지, 셋째, 필요한 대상자에게 서비스가 전달되었는지에 대한 질문에 대답한다. 다시 말해 문제해결을 위해 특정한 조건에서 프로그램이 어떻게 작동하는지에 대한 합리적인 인과 과정을 제시한다. 본 연구에서는 논리모형화(Logic modeling)를 프로그램의 전략과 프로그램 수정 시 나타날 예상 결과 등의 논리적 관계

를 이해할 수 있는 전 과정으로 이해한다. 단계별 지표의 논리적 관계를 이해함으로써 제도의 효과와 이러한 효과가 나타나게 된 근거 파악을 통해 제도의 개선 지점을 찾을 수 있기 때문이다(Renger & Hurley, 2006, p.118).

본 연구의 목적은 서울형 유급병가지원 제도의 논리모형을 제안하고, 제안한 논리모형과 평가지표를 토대로 제도의 설계 및 과정 그리고 초기 효과를 평가하는 것이다. 이는 서울형 유급병가지원 제도의 궁극적인 목적에 따라 다음의 세 가지 질문에 답하기 위함이다. 첫째, 서울형 유급병가지원 제도는 질병으로 인해 발생하는 소득공백에 대한 소득보장 문제를 해결하는가? 둘째, 적기치료, 질병완화 및 합병증 예방, 생계유지, 미충족의료 해소, 경제활동 복귀, 노동생산력 향상 등의 변화를 가져오는가? 셋째, 사회보장 사각지대 근로소득자에게 서울형 유급병가지원 제도 서비스가 전달되는가? 다만, 본 연구는 제도 시행 이후 5개월이라는 짧은 기간만을 포함하므로, 제도의 효과는 단기 효과 지표 가운데 하나인 만족도와 기대를 중심으로 진행한다.

본 연구의 구성은 다음과 같다. 먼저 유급병가 제도 평가와 논리모형을 활용한 유사제도를 평가한 선행연구를 검토한다. 다음으로 서울형 유급병가지원 제도 논리모형과 단계별 평가지표를 구성함으로써 제도의 평가틀을 마련하고 이를 통해 제도를 평가한다. 이때 개별 성과지표 결과를 해석하는 한편, 위에서 제시한 세 개 질문에 답하기 위해 지표 결과를 인과적 논리에 따라 재해석하는 과정을 거친다.

II. 선행연구 검토

1. 유급병가 제도 평가

국외연구를 통해 확인된 상병수당 및 유급병가 효과에 관한 연구는 주로 제도를 활용할 수 있는 근로자와 활용할 수 없는 근로자를 비교하거나(Asfaw & Colopy, 2017, pp.2-3; DeRigne, Stoddard-Dare, Collins, & Quinn, 2017, p.59) 제도 도입 전후를 비교하는 방법으로 제도의 성과만을 확인하고 있었다(Bhuyan, et al., 2016, pp.786-788; Milli, Xia, & Jisun, 2016, p.1). 또한 유급병가 또는 상병수당 제도 평가

1) 국민기초생활보장 수급자, 서울형기초보장 수급자, 긴급복지 수혜자(국가형, 서울형), 실업급여, 산재보험 요양 급여자, 자동차 보험 수혜자

연구는 대부분 효과 평가를 중심으로 이루어져 왔다. 이들 제도를 도입한 OECD 국가 및 미국 등에서 주로 연구되었으며, 상병수당 및 유급병가의 효과는 주로 보건적 차원과 사회경제적 차원으로 구분할 수 있다.

보건적 차원 효과 지표로는 직장 내 감염병 발생률, 응급실 이용 비율, 건강검진 비율, 예방 접종률, 직장 내 상해 발생률 등을 보았다(Bhuyan et al., 2016; Milli, Xia, & Jisun, 2016, p.5; Asfaw & Colopy, 2017, pp.2-3; DeRigne, Stoddard-Dare, Collins, & Quinn, 2017, p.59). 감염병 발생률은 유급병가를 사용할 수 있는 곳보다 이용할 수 없는 근무지에서 1.5배 높은 것으로 확인되었으며, 상해 발생률은 유급병가를 사용할 수 있는 근무지에서 28% 감소하였다(Milli, Xia, & Jisun, 2016, pp.1-2). 유급병가를 사용한 노동자의 경우, 응급실 이용률이 작년 대비 14~32% 감소하였으며(Bhuyan et al., 2016, p.786), 건강검진 비율과 예방 접종률은 각각 13.2%, 12.5~60% 증가하였다(Asfaw & Colopy, 2017, p.4; DeRigne, Stoddard-Dare, Collins, & Quinn, 2017, p.60).

사회경제적 효과 평가 지표와 그 결과는 당사자인 근로자와 그의 가족, 그리고 고용주의 관점에서 구분하여 살펴볼 수 있다. 근로자와 그의 가족을 대상으로 한 경우, 소득보장으로 인한 경제적 안정성 확보 및 조기진단과 적극적인 검진을 통한 건강증진 효과가 확인되었다(Drago & Lovell, 2011; Asfaw & Colopy, 2017, pp.5-6). 하지만, 일부 연구(Scheil-Adlung & Sandner, 2010)를 통해 상병수당의 활용 패턴이 성별, 연령, 사회경제적 지위, 소득에 따라 다르게 나타나며 국가 내 상병수당 활용의 차이가 존재함을 알 수 있었다. 고용주에게도 근로자의 퇴사율 및 이직률 감소로 인해 인사충당비용을 줄여주며, 직장 내 감염병 발생률 감소 등 경제적·보건적 차원의 긍정적인 효과가 나타났지만, 근로자의 생산성 향상 지표는 연구마다 서로 다른 결과를 보이고 있었다(Appelbaum & Mikman, 2016, p.28; Milli, Xia, & Jisun, 2016 pp.3-5; National Partnership for Women & Families, 2018).

반면 국내는 아직 상병수당 및 유급병가 제도를 도입하기 전이므로 효과 평가보다는 제도의 도입 당위성, 제도설계, 재정 추계 등에 관한 주제로 연구가 진행되었다. 대다수의 연구가 상병수당/유급병가 제도의 당위성을 질병에 의해 상실된 소득을 일부 또는 전부 보장함으로써 의료보장성 강화만으로 해결되지 않은 질병에 따른 빈곤화를 막을 수 있는 방법이라는 점에서 찾는다(강동욱, 2010, pp.230-232; 정형준, 2017,

p.14; 이승윤, 김기태, 2017, pp.142-143; 신기철, 2019, p.13; 이재훈, 2020, pp.13-15). 제도 설계연구에서는 상병수당 및 유급병가의 소요재정추계(최인덕, 김진수, 2007, pp.239-241; 신기철, 2011, pp.146-148; 손민성, 김연용, 장정민, 정혜주, 2019, pp.13-19)와 본 제도의 전달체계(정현우, 손민성, 정혜주, 2019, pp.125-126) 등에 대한 구체적인 방안을 제시한다.

기존 연구에서는 제도의 설계, 전달, 그리고 효과 각각에 대한 분절적인 평가만 이루어지고 있어 상병수당 및 유급병가 제도의 긍정적 결과 도출을 위해 필요한 과정 또는 부정적 결과에 대한 개선 지점 파악이 불가능하다는 한계를 가진다. 예컨대, 서로 다른 국가에 도입된 상병수당 및 유급병가 제도는 궁극적 목표가 같아 비슷한 성과지표들을 활용하지만, 국가마다 급여수준, 급여기간, 재원조성 및 조달 방식, 관리 주체 등 세부적인 구성요소 및 활동사항, 산출지표 등이 다르기 때문에 같은 성과라도 다른 과정을 통해 달성되었을 수 있다.

2. 논리모형을 통한 평가 연구

국내연구에서 사용된 논리모형은 프로그램 이론에 대한 자세한 설명 없이 프로그램의 구성요소나 성과지표들을 단순히 배열하였다는 한계를 가진다. 국내 연구를 살펴보면 먼저 서울시정개발연구원(2010)의 보고서에서는 사업의 과정 및 성과에 대한 평가지표를 개발하기 위해 프로그램 논리모형을 사용하였으나, 프로그램의 이론에 대해 적극적인 명시가 없어 논리모형의 구성요소들 간의 논리적 관계의 타당성은 확인할 수 없었다(이석민, 2011). 마찬가지로 문종열(2007)과 김복규, 윤진효(2008)의 연구에서도 논리모형이 외형적인 체계성 구축을 위해 사용될 뿐, 프로그램에 대한 이론적 설명은 부족하였다.

반면, 최근 국외에서는 논리모형의 제한적인 사용을 넘어 다양한 방법으로 시도 및 활용되고 있다. 대표적으로 미국, 캐나다, 호주, 영국 등의 국가에서 논리모형의 연구와 폭넓은 활용이 이루어지고 있다. 캐나다에서는 보편적 아동수당 제도에 대해 2009년부터 약 2년간 논리모형에 기반한 과정 평가를 진행하였다(강지원, 2017, p.2). 이 모형에는 프로그램 평가 과정 자체를 논리모형에 포함하고 있어 다른 모형과 차별점을 가진다. 미국의 국립기술표준원(NIST)는 사회적 목표를 달성하기 위해 공공 정책에 대한 전략 수립과 프로그램을 발굴한다. 이 과정에서 논리모형을 활용하여 사업을 평가한다. 이후

평가 결과는 정책입안자에게 피드백되는 구조를 갖고 있다는 특징이 있다(이도형, 이희권, 길부종, 장호원, 2010, p.67). 또한 뉴질랜드 정부는 ‘공중보건 프로그램 논리모형’을 개발하였다. 이는 뉴질랜드 공공보건 프로그램 개발 지침(New Zealand Public Health Programmes)이 개선되고 측정 가능한 프로그램 개발과 실행에 도움이 되고자 하는 것에 목적이 있다. 이를 위해 공공보건 프로그램에 대하여 구조적이며 체계적인 프로그램 논리 개발과 체크리스트를 제공한다(Wren, 2006, p.10; 이명화, 이해진, 강민지, 2017, p.47). 그 외 호주에서 장애 아동을 위한 키즈투게더 프로그램(Kids Together Program)의 과정, 결과 및 영향 평가를 위해 논리모형을 사용하여 기존 프로그램의 변경에 대한 추론 및 조정을 통한 프로그램 확장에 대한 시각적 표현을 제공하였다(Clapham, Manning, Williams, O'Brien & Sutherland, 2017, p.98). 이처럼 국외의 논리모형 사용은 정해진 틀에서 성과 평가를 목적으로 활용되기보다, 본래의 목적에 부합하며 더 다양하고 세분화된 목적을 위해 사용되고 있음을 확인할 수 있다.

문헌검토 결과, 논리모형을 활용하여 유급병가 또는 상병수당 제도를 평가한 연구는 확인할 수 없었다. 또한 국내외에서 모두 논리모형이 단순 성과 평가만을 위해 사용되는 한계를 가진다. 즉, 평가틀로 논리모형을 사용하기보다는 단순 “형식(form)을 작성하는 것”에 초점을 맞추는 경향이 있다(Rennekamp & Arnold, 2009, p.2). 이에 본 연구에서는 제도 일련의 과정과 그 결과 나타나는 효과를 평가하는 평가틀로 논리모형을 이해하고, 구체적인 논리모형과 평가지표를 제안하는 한편, 이를 활용하여 제도의 초기 평가를 진행하였다.

III. 제도 평가틀 및 평가 방법

1. 서울형 유급병가지원 제도 평가틀

가. 서울형 유급병가지원 제도 논리모형

서울형 유급병가지원 제도는 상병수당의 한 유형으로 사업주로부터 유급휴직 제도를 보장받지 못하는 근로 및 사업소득자들을 대상으로 질병 및 부상 등으로 인해 발생하는 소득 공

백에 대해 정부가 소득보장 차원의 수당을 지급한다. 이를 통해 치료 기간 중 생계유지를 가능하게 하며, 미충족 의료를 해소하여 조기 진단 및 치료를 통해 질병을 완화하고, 합병증을 예방할 수 있다(서울특별시, 2021). 궁극적으로 경제활동에 복귀 가능성을 높이고 노동생산력을 향상하는 것을 목표로 한다(서울특별시, 2021).

제도 평가 모형인 논리모형은 제도가 설계에 따라 잘 집행된다면 목표한 성과를 달성할 수 있다는 것을 전제로 한다(노화준, 2008, pp.71-76). 이는 결국 앞서 제시한 제도가 가진 세 개 큰 질문과 연결된다. 첫째, 서울형 유급병가지원 제도는 질병으로 인해 발생하는 소득공백에 대한 소득보장 문제를 해결하는가? 둘째, 적기치료, 질병완화 및 합병증 예방, 생계유지, 미충족의료 해소, 경제활동 복귀, 노동생산력 향상 등의 변화를 가져오는가? 셋째, 사회보장 사각지대 근로소득자에게 서울형 유급병가지원 제도 서비스가 전달되는가?

위 질문에 대답하기 위해 논리모형을 활용할 때 필요한 가정은 첫째, 각 구성요소는 식별 가능하며, 구성요소 간 일련의 논리에 따라 서로 인과적으로 연결되어 있다는 것이고, 둘째, 그 결과 제도가 제공하는 급여가 의도한 수혜자에게 정확하게 전달된다는 것이다. 두 가정을 바탕으로 본 제도의 논리모형 단계별 가설은 다음과 같이 네 가지로 정리된다. 첫째, 서울시는 서울형 유급병가지원 제도에 충분한 자원을 투입했을 것이다. 둘째, 서울형 유급병가지원 제도에 투입한 자원을 통해 적절한 활동이 이루어졌을 것이다. 셋째, 서울형 유급병가지원 제도의 활동은 대상자에게 서비스가 효과적으로 전달되어 그들의 제도 이용을 유발했을 것이다. 넷째, 대상자들이 서울형 유급병가지원 제도를 이용함으로써 제도가 목표한 변화를 가져올 것이다. 한편, 이상의 네 개 가정은 제도의 설계와 집행을 전제한다. 특히 본 연구는 제도 도입 초기에 시행되는 평가라는 점에서 ‘설계’ 단계를 추가로 살펴본다. 이를 기반으로 도식화한 본 제도의 논리모형은 [그림 1]과 같다.

서울특별시 시민건강국 질병관리과²⁾는 관련 규정에 근거하여 대상자들에게 서울형 유급병가지원을 제공한다(설계 단계). 이를 위한 예산과 인력을 투입하고, 제도가 원활히 돌아갈 수 있는 환경(조직적, 지역사회 자원 활용 등)을 마련한다(투입 단계). 제도를 홍보하면 사람들은 홍보물을 통해 제도에 대해 인지하게 되고 지원 조건에 적합한 사람들은 이 제도를

2) 2021년 현재 담당부서는 시민건강국 건강증진과임.

표 1. 서울형 유급병가지원 제도 논리모형 구성요소에 따른 평가지표 및 평가 수단

단계	구성 요소	지표	활용자료					
			이용자 설문조사	실무자 설문조사	인터뷰	행정 자료 ¹⁾		
사전	설계	대상자 설정의 포괄성	정책안 대상자와 현행 제도 대상자의 비교			■		
			선정기준 만족 대상자 규모 추정치(B)/제도가 필요한 대상자 규모 추정치(A)			■		
		대상자 모수 추정을 위한 자료의 유무	제도 대상자 규모(모수 추정)를 추정할 수 있는 객관적 자료 존재 유무		■	■		
		사업군 내 사업 간의 상충보완 관계	지원 대상이 중복되는 제도가 있는가?(지원제의 기준)		■	■		
			보장성 강화 여부(상충보완 여부 판단)			■		
			예산이 충분한가?			■		
투입	투입	투입의 충분성	인적자원이 충분한가?		■			
		지원단위의 적절성	제도 지원단위가 제도가 의도한 대상자를 얼마나 포괄하는가?		■	■		
			제도 목표에 부합하는가?			■		
			심사과정에 영향을 미쳤는가?		■	■		
		지원 방식의 적절성	지원 방식 만족도		■	■		
		홍보의 적절성	이용자 제도 인지 경로와 홍보 방식이 일치하는가?		■	■	■	
제도 인지도 정도			■					
실무담당자들이 업무를 추진하는데 어려움은 없는가?				■	■			
과정	활동	추진 방식의 적절성	이용자 신청절차와 어려움		■	■		
			심사 및 급여 지급에 걸린 시간		■	■		
		심사의 타당성	대상 및 선정 조건과 심사 탈락기준의 부합성			■		
		지원 대상의 충분성(고객)	예상 신청자 대비 실제 신청률			■		
			대상자 대비 수급률			■		
			제도 신청 및 선정 현황			■		
산출	지원수준의 충분성	대상자들의 평균임금(A) 대비 서울형 유급병가지원금(B)			■			
		급여액 만족도		■	■			
		지원기간의 충분성		입원일수(A) 대비 유급병가지원금 지원 일수(B)		■		
효과	산출 결과	(단기)	입원이용률 ²⁾	전년도 대비 인원이용 증가율				
			공단건강검진 수검률 ²⁾	전년도 대비 공단 일반건강검진 수검 증가율				
			만족도	제도 만족도		■	■	
		(중기)	고용 및 소득보장 ²⁾		고용유지 여부		■	■
					입원 발생 전후 소득 비교		■	■
			(장기) 건강보장 ²⁾		대상자 평균 건강수준		■	

¹⁾ 신청관리대상 등 서울시 내부자료, 문의 및 민원 내용, 건강보험공단 자료 등

²⁾ 건강보험공단 자료를 활용해야 하지만, 자료이용의 한계로 이번 평가에서는 측정하지 못함

‘가구’ 단위로 지원되는 현행 제도의 대상자 포괄성과 목표 부합성을 살펴보고, 심사과정에 미치는 영향에 대해 파악한다. 지원 방식의 적절성은 수혜자와 실무자 설문조사를 통한 지원 방식 만족도 항목을 통해 평가한다.

활동 단계에서는 행정자료와 수혜자, 실무자 설문조사를 통해 홍보 및 추진 방식의 적절성, 심사의 타당성을 총 6개의

측정 방식으로 평가한다. 홍보 방식의 적절성은 제도 시행 기관의 홍보 방식과 수혜자의 제도 인지 경로의 일치성, 대상자의 제도 인지도 정도를 통해 확인한다. 추진 방식의 적절성은 실무자와 수혜자를 대상으로 각각 업무 추진 시, 제도 신청 시 어려운 점을 파악하고, 접수 이후 심사 및 급여 지급에 걸린 시간을 통해 평가한다. 심사의 타당성은 신청자 중 비수혜

자의 사유를 확인하여 제도가 사전에 제시한 선정 조건 및 탈락기준과의 부합성을 살펴본다.

산출 단계에서는 행정자료와 신청관리대장, 건강보험공단 맞춤형 자료를 통해 지원 대상 및 지원 수준, 기간의 충분성을 총 7개의 측정 방식으로 평가한다. 지원 대상의 충분성은 예상 신청자 대비 실제 신청률 지표로 실제 수급 비율을 파악하고, 대상자 대비 수급률, 제도 신청자 및 수혜자에 대한 인구사회학적 특성을 통해 사각지대 규모를 파악함으로써 평가한다. 지원 수준의 충분성은 소득대체율(대상자들의 평균 임금 대비 서울형 유급병가지원금)과 급여액 만족도를 통해 확인한다. 지원 기간의 충분성은 입원일 수 대비 지원 일수 지표와 지원기간에 대한 만족도를 통해 살펴본다.

제도의 궁극적 목표를 평가하는 효과 평가에는 산출 결과 단계가 포함되며, 수혜자 설문조사 및 건강보험공단 맞춤형 자료를 활용하여 단기 지표인 제도 만족도와 입원이용률, 공단 건강검진수검률, 그리고 중장기 지표인 고용 및 소득보장, 건강보장 등으로 평가한다. 만족도는 수혜자를 대상으로 4점 척도(매우 만족, 만족, 불만족, 매우 불만족)를 통해 측정하였고, 추가적으로 초점집단 인터뷰를 통해 수혜자와 비수혜자의 만족도 차이 및 이유를 확인하였다. 고용 및 소득보장에 대한 구체적인 활용지표로는 고용유지 여부와 입원 발생 전후 소득 변화 지표가 있으며, 건강 보장 지표로는 대상자의 자가보고 건강 수준 등을 사용한다.

2. 평가 방법

본 연구는 서울형 유급병가지원 제도를 평가하기 위해 복합사회중재방법론(complex social intervention)을 활용하였다. 복합사회중재방법론은 연구 질문에 답하기 위하여 둘 이상의 연구 방법으로 연구 결과의 타당성을 높이는 삼각망 기법을 사용한다(Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, 2013, pp.980-982; Lager, 2013, pp.77-79; Shahsavari, Matourypour, Ghiyasvandian, Nejad, 2020, p.2). 서울시 행정자료 및 실무자와 수혜자 대상으로 진행된 설문조사를 통해 제도의 사전 및 과정, 효과를 양적연구 방법으로 평가하였다. 제도의 보편적인 효과 및 개선사항을 확인하기 위해 신청자를 수혜자와 비수혜자로 구분하여 질적연구 방법인 초점 집단 인터뷰를 진행하였다.

가. 설문조사

설문조사는 서로 다른 두 집단을 대상으로 진행되었다. 첫째, 프로그램의 설계 단계부터 효과까지 평가하기 위해 본 제도의 필수적인 행위자 중 하나인 급여를 제공하는 기관에 종사하는 실무자를 대상으로 설문지를 마련하였다. 본 연구에서 실무자란 신청자와 대면하여 상담 및 접수 업무를 수행하는 사람을 뜻한다. 설문지는 설계, 투입, 활동, 산출, 산출 결과, 기타, 그리고 인구학적 특성에 관한 내용으로 구성하였다. 조사는 2019년 11월 1일부터 10일까지 10일간 진행되었다. 실무자 대상 설문조사 응답자는 총 158명으로 보건소 근무자 30명(19%), 동주민센터 근무자 128명(81%)으로 구성되었다(부표 2). 이들 중 여성이 112명(70.9%), 남성이 42명(26.6%)이었으며, 근무연수는 122명(77%)이 5년 미만 근무자로 상대적으로 젊었다.

둘째, 제도의 효과는 제도의 수혜자에게 직접적으로 나타날 것이므로 효과 평가는 그들을 대상으로 설문지를 통해 진행하였다. 설문은 수혜자의 건강상태 및 사업에 대한 인식을 확인하기 위한 목적으로 서비스 접근성, 서비스 만족도, 지지도 및 기대, 지원 현황 및 개선사항 등에 대한 내용으로 구성하였다. 설문대상자는 2019년도 서울형 유급병가지원 제도를 신청하여 선정된 서울시민이며, 대면 설문조사 방식으로 진행되었다. 수혜자 설문은 단기 효과를 산출하는 것을 주 목표로 한다. 건강 및 소득 관련 혜택과 관련한 중장기 효과 지표는 수혜자의 기대를 질문하는 것으로 보완하였다. 설문조사는 2019년 9월 30일부터 10월 17일까지 18일 동안 진행되었으며, 제도가 도입된 6월 이후 3개월 동안 급여를 신청한 258명 중 100명을 무작위 추출하였다. 수혜자 대상 설문조사 응답자의 대부분은 사업소득자(52%) 또는 일용직(324%)이었다(부표 3). 나머지 근로유형은 특수고용직(7%), 무급가족종사자(2%), 프리랜서(2%) 등이다. 조사 대상 전체 인구집단의 근로형태의 분포는 사업소득자 56%, 일용직 29%, 특수고용직 7%로 응답자의 분포와 유사한 것으로 확인하였다.

나. 초점 집단 인터뷰(FGI)

제도 신청자의 선정 결과에 따른 제도 만족도 차이 여부와 그 이유, 개선사항 등을 확인하기 위해 수혜자와 비수혜자로 설문 대상을 구분하여 초점 집단 인터뷰를 진행하였다. 수혜

자의 경우 초점 집단 인터뷰로 진행되었으며, 비수혜자의 경우 개별면접을 통해 이루어졌다. 초점 집단 인터뷰 참여자 15명은 수혜자 9명(남성 5명, 여성 4명), 비수혜자 6명(남성 3명, 여성 3명)으로 구성되었다(부표 4). 인터뷰는 2019년 10월 14일부터 31일간 총 8회에 걸쳐 시행되었다.

다. 서울형 유급병가지원 제도 행정자료 분석

서울형 유급병가지원 제도의 신청자 특성 파악을 위해 2019년 10월 10일까지의 각 동주민센터 혹은 보건소에서 작성한 행정대장 신청 목록을 활용하였다. 서울형 유급병가지원 제도 신청자의 특성을 파악하기 위해 월별(6~10월), 이용서비스(입원/검진), 성별(남/여), 연령(30대 이하/40대/50대/60대/70대 이상), 신청 지역(도심/동북/동남/서북/서남권), 근로형태(일용직/특수고용직/사업소득자/기타), 질병(상위 4개 질병군), 이용 의료기관(공공/민간)의 신청자 분포를 확인하였다(표 2).

표 2. 서울형 유급병가지원 제도 신청자 분포 (n=574)

구분	신청자	
	명	비율
전체	574	100.0
신청월	6월	8 (1.4)
	7월	42 (7.3)
	8월	214 (37.3)
	9월	301 (52.4)
	10월 ¹⁾	9 (1.6)
이용서비스 ²⁾	입원	422 (65.8)
	공단 일반건강검진	219 (34.2)
성별	여성	238 (41.5)
	남성	336 (58.5)
연령	30대 이하	69 (12.0)
	40대	105 (18.3)
	50대	211 (36.8)
	60대	151 (26.3)
	70대 이상	38 (6.6)
지역	동남권	56 (9.8)
	서북권	69 (12.0)
	서남권	187 (32.6)
	동북권	231 (40.2)

구분	신청자	
	명	비율
근로형태	도심권	31 (5.4)
	특수고용직	40 (7.0)
	일용직	159 (27.7)
	사업소득자	313 (54.5)
	기타	55 (9.6)
	미상	7 (1.2)
질병군 ³⁾	근골격계질환	102 (24.5)
	손상·중독·외인	98 (23.6)
	소화계질환	49 (11.8)
	신생물	57 (13.7)
의료기관	기타	110 (26.4)
	민간병원	512 (89.2)
	공공병원	51 (8.9)
	미상	11 (1.9)

주: 1) 10월은 2019년 10월 10일까지의 신청자료임
 2) 전체 신청 641건 (중복 신청 포함)
 3) 입원으로 인한 제도 신청 가운데 질병군 분류 가능한 416건

신청자는 총 574명으로 구성되었다. 신청자의 월별 분포를 살펴보면 6월부터 10월까지 지속적으로 증가하는 모습을 보였다. 6월은 신청자 수가 8명(1.4%)으로 나타났지만, 7월 42명(7.3%), 8월 214명(37.3%), 9월 301명(52.4%), 10월 9명(1.6%)³⁾이 지원 신청을 한 것으로 나타났다. 신청자의 이용 서비스로는 입원 서비스가 422건(65.8%), 공단 일반건강검진이 219건(34.2%)으로 입원 서비스를 더 많이 이용하는 것으로 보였다.⁴⁾

제도 신청자 성별은 여성 238명(41.5%), 남성 336명(58.5%)로 남성 신청자가 여성 신청자에 비해 17% 정도 더 많이 신청한 것으로 나타났다. 또한 상대적으로 고령의 노동자들의 비중이 가장 많은 것으로 나타났는데, 50대 221명(36.8%), 60대 151명(26.3%), 40대 105명(18.3%), 30대 이하 69명(12%) 그리고 70대 이상 38명(6.6%) 순이었다. 신청자의 거주 지역은 5개 권역별로 분포를 살펴본 결과, 동북권이 231명(40.2%), 서남권이 187명(32.6%), 서북권 69명(12.0%), 동남권 56명(9.8%), 그리고 도심권 31명(5.4%) 순으로 분포하였다. 근로 형태는 신청자 574명 중 사업소득자가 313명(55.2%)으로 절반 이상을 차지하며 가장 많았다. 그다음으로는 일용직 159명(27.7%), 기타근로자 55명(9.6%)이

3) 10월 신청 건은 10월 10일까지의 자료만 포함되었다.

4) 서울형 유급병가지원 제도는 최대 지원일(입원 10일, 검진 1일)을 초과하지 않는 한 중복 신청이 가능하므로 641건의 신청건수가 전체 신청인의 수 574명을 초과한다.

뒤를 이었고, 미상 7명(1.2%)을 제외한 특수고용직이 40명(7.0%)으로 가장 적은 분포를 나타냈다. 질병군에서는 제도 신청자의 4명 가운데 1명씩은 근골격계 질환과 손상·중독·외인으로 인해 신청했을 가능성이 높은 것으로 보였다. 대표적으로 근골격계질환 102명(24.5%), 손상·중독·외인 98명(23.6%), 신생물 57명(13.7%), 소화계질환 49명(11.8%)으로 분포된 양상을 나타냈다. 마지막으로 신청자들이 방문한 의료기관을 살펴보면, 512명(89.2%)의 대다수가 민간병원을 방문하였으며, 51명(9.1%)은 공공병원을 이용한 것으로 나타났다.

IV. 서울형 유급병가지원 제도 평가

논리모형을 활용한 제도 평가의 결과 해석은 다음의 두 단계를 거친다. 첫 번째 단계에서는 다양한 자료를 활용하여 위에서 제안한 논리모형을 구성하는 각 평가지표를 평가하고 설명한다. 다음 단계에서는 각 평가지표 결과를 종합하여 산출과 산출 결과가 나타난 이유를 인과적 논리에 따라 재해석한다. [그림 1]이 보여주듯이 각 단계는 인과적으로 연결되며, 따라서 논리모형의 각 단계는 그 앞 단계가 작동한 결과이다. 따라서 각 지표를 평가하는 것을 넘어 각 지표 간의 관계에 주목하여 제도의 결과인 산출과 효과가 나타나게 된 인과적 구조를 파악하는 작업은 논리모형을 활용한 제도 평가의 핵심이다.

1. 논리모형에 기반한 구성 지표 평가 결과

가. 사전 평가: 설계 단계

실무자 설문조사 및 행정자료 분석을 통해 서울형 유급병가지원 제도의 지원 대상 조건의 적절성과 객관적인 자료의 유무, 유사제도와 상충·보완 관계의 적절성을 확인하였다. 지역 가입 조건에 따라 저소득 직장가입자들이 제도에 포괄되지 못하는 한계를 확인하였다. 대상자의 모수 추정 자료로 국민건강보험 맞춤형 데이터베이스가 사용되었다. 하지만, 본 제도는 유사제도와 상충관계로 설계되어 대상자의 보장성을 강화하는 방향으로 작동하지 못했다.

먼저 지원 대상 조건의 엄격성으로 인해 제도가 필요한 취약노동자 일부가 포함되지 않는 한계를 가진다. 현행 제도의

수혜 대상자 추정치는 143,257명인데, 이는 국민건강보험공단 빅데이터실을 통해 소득 기준 중위 100% 이하, 재산 기준 2억 5천만 원 이하인 국민건강보험 지역가입자 중 서울형 기초보장 등 중복수혜를 받는 약 59,000명을 제외하고, 공단건강검진의 시행 주기(격년)와 2018년 지역가입자 검진율 약 60%를 반영한 결과이다. 그러나 해당 대상자에는 마찬가지로 국민건강보험 직장 가입 자격을 가지지만 아파도 쉬지 못하는 저소득 노동자들이 제외되어 있다. 뿐만 아니라 공공근로자, 장애 노동자, 외국인 노동자, 비공식부문 노동자 등은 대상으로 고려하지 않음에 따라 제도의 사각지대가 발생할 가능성이 크다.

본 제도의 대상자 모수는 국민건강보험 맞춤형 데이터베이스를 통해 객관적으로 추정할 수 있다. 국민건강보험은 전국민 강제가입을 기본으로 하기 때문에 전 국민의 의료이용 등에 대한 정보가 국민건강보험공단에 기록되고 관리되고 있다. 공단은 국민건강보험 자료를 활용한 정책 및 학술연구 등을 지원하기 위해 국민건강보험자료 공유서비스를 제공하고 있다. 이 중 '맞춤형 DB'는 건강보험 및 의료급여권자 전체에 대한 건강정보자료를 제공한다. 자료를 통해 진료명세서, 진료 내역, 상병 내역, 처방전 내역 등은 물론 지역과 종사상 지위, 소득 등을 식별할 수 있어 본 제도의 대상자를 파악하기에 적합하다.

본 제도는 기존의 생계지원 제도와 중복수혜가 불가능하기 때문에 기존 생계지원 혜택을 받고 있는 경우, 본 제도의 대상자에 해당되더라도 추가 지원을 통해 소득의 보장성을 강화하는 방향으로 작동하지 못하였다. 본 제도와 지원 대상이 중복되는 제도로 국민기초생활보장, 서울형 기초보장, 긴급복지(국가형, 서울형), 실업급여, 자동차보험, 산재보험, 그리고 국가암검진 지원사업이 있다. 실무자 대상 관련 문항 설문 결과(158명 중 22명 응답, 응답률 14%) 생계지원 및 의료서비스 지원과 관련된 제도 또는 사업을 본 제도와 유사한 제도인 것으로 응답하였다.

나. 과정 평가: 투입, 활동, 산출 단계

과정 평가에는 투입, 활동, 산출 단계가 포함되며, 평가를 위해 실무자와 수혜자 설문조사 및 행정자료 등을 활용하였다. 투입단계에 대한 평가를 통해 제도 수행을 위한 적절한 예산과 인력의 투입 여부를 확인하였고, 활동단계에 대한 평

가는 집행 기관 간 프로세스가 잘 구성되었으며, 충분한 홍보가 이루어졌는지 등을 다루었으며, 산출단계에 대한 평가는 투입과 활동의 결과 제도 신청자 수와 집행 예산이 제도 설계 당시 목표를 달성하였는지 파악하였다.

첫째, 투입 단계에서 투입의 충분성, 지원단위 및 지원 방식의 적절성을 평가한 결과, 투입 예산의 충분성과 지원 방식의 적절성은 확인되었으나, 인력의 양적 및 질적 확보가 요구되며, 지원단위는 '가구'보다 '개인'이 적절한 것으로 나타났다. 제도는 100% 서울시의 예산으로 운영되고 있으며, 2019년 예산은 대상자 추정치에 근거하여 62억 4천 6백만 원이 책정되었다(서울특별시, 2020). 신청자 총 4,251명에 대한 최종 지원금액은 11억 2천 7백만 원이며, 그 외 사무관리비, 인건비 및 홍보비 등을 포함하여 전체 예산의 63.1%에 해당하는 39억 4천 1백만 원이 집행되었다.

인력 충분성은 실무자 설문조사 결과를 통해 양적으로 충분하지 않은 것뿐만 아니라, 전문성 부족에 의한 질적인 한계가 확인되었다. 실무자 설문조사 결과, '서울형 유급병가지원 사업은 제도를 수행하기 위한 인력이 충분하다'라는 질문에 인력이 충분하지 않다는 응답이 35.4%를 차지하였으며, '업무를 추진함에 있어서 가장 큰 어려운 점에 대해 36.2%가 '사업 담당 인력 규모의 적정성과 전문성 확보의 어려움'이라고 응답하였다.

제도 지원 단위를 '가구'로 설정한 것은 제도의 사각지대 발생과 심사 절차를 복잡하게 하는 원인이므로 적절하지 않은 것으로 파악되었다. 가구 단위의 지원은 개인의 상병과 소득 기준을 증빙하는 서류에 더해 가족관계증명서를 비롯한 가족관계 단절 사유 등의 추가적인 증빙 서류가 필요해져 제도의 접근성을 낮추었다. 또한, 개인 단위일 때 선정기준을 만족했던 이들 가운데 일부가 기준을 충족시키지 못해 서울형 유급병가지원을 받지 못하는 경우도 발생하였다. 또한, 행정적으로는 개인이 아닌 가구원 모두를 고려하여 심사를 진행해야 하므로 실무자의 심사과정이 복잡해졌다. 인터뷰 결과, 현재 실무를 담당하는 기간제 인력의 경우 심사에 필요한 자료원에 접근권이 제한되어 접수 처리 후 보완서류 등 수정사항 조회 및 확인이 어려운 것으로 확인되었다.

지원 방식인 현금지원은 적절한 것으로 판단된다. 본 제도의 목적인 '근로자의 상해나 질병으로 인한 근로 부재 시 발생하는 소득 상실의 보전'을 위해 현금지원이 적절하며, 실무자 역시 현금 지원의 적절성에 대해 57%가 긍정적으로 응답하였다.

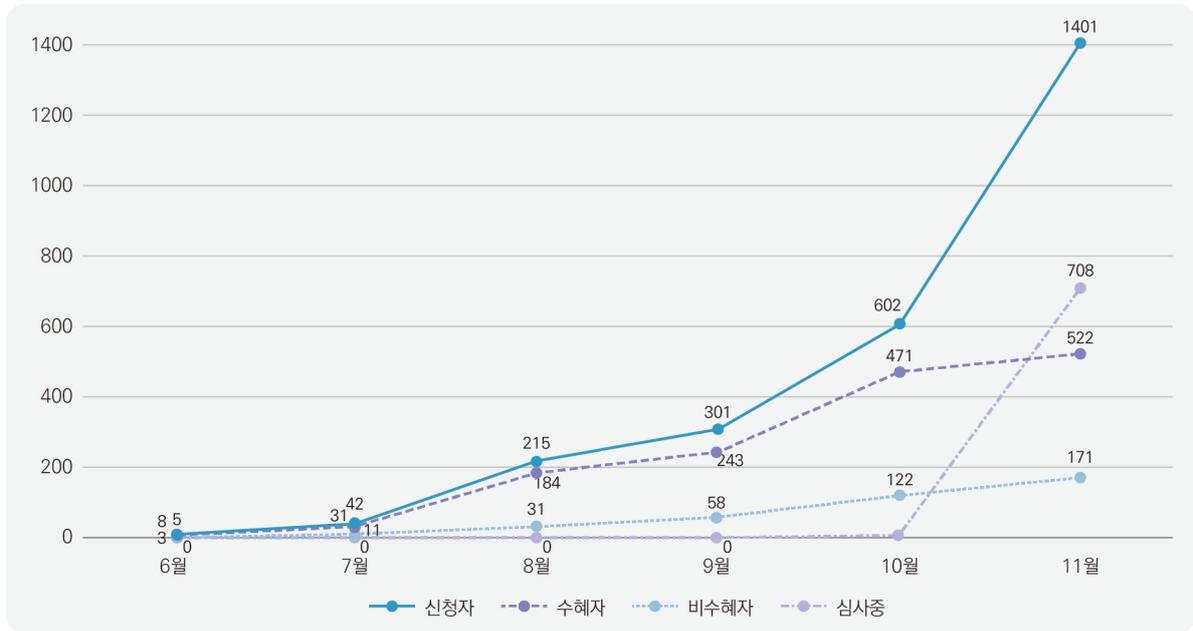
둘째, 활동 평가 단계는 홍보의 적절성, 추진 방식의 적절성, 심사의 타당성 여부로 구성되어 있으며, 평가는 실무자와 수혜자 설문조사를 통해 진행되었다. 홍보 방식은 신청자들의 정보획득 매체와 서울시 실무 부처가 활용한 방식이 안내문과 언론매체로 일치한다는 점에서 적절한 것으로 여겨지지만, 예상보다 적은 인원이 신청한 것으로 미뤄 볼 때 새로운 방식의 홍보가 필요한 것으로 확인되었다. 본 제도의 홍보는 수혜 대상자 개별 홍보와 대시민 일반 홍보로 나누어 대면홍보, 언론매체, 인쇄물, 영상매체, 기타 등의 방법을 통해 진행되었다. 신청자들은 안내문(34.0%) 및 언론매체(32.0%)를 통해 해당 사업에 대한 정보를 인식하고 있었다. 이는 서울시와 실무 부처가 주로 활용한 홍보 방식과 일치하였다. 그러나 대상자들의 제도 인지도는 5%로 매우 낮았다.

제도 추진 방식의 적절성 평가는 실무자와 수혜자 측면에서 진행되었으며, 실무자 설문조사 결과에 따르면, 실무기관 간 전달체계는 적절하였으나, 제도 신청접수 과정에서 어려움이 있는 것으로 확인되었다. 실무자 설문조사를 통해 실무기관 간 수직적(서울시와 동주민센터, 보건소)·수평적(근로복지공단, 공공보건의료재단, 자치구청 등) 연계에 대해 질문한 결과, 긍정적인 응답이 각각 86.7%, 82.8%로 나타났다. 한편, 업무 추진의 어려움에 대해 질문한 결과, 응답자 141명 중 50명에 해당하는 35.5%가 신청접수라고 응답하였다.

수혜자 설문조사 및 신청관리대장에 따르면, 신청접수에 대한 어려움이 확인되었고, 접수부터 지급까지 소요되는 시간이 사업지침서에 제시된 것보다 지연되는 것으로 나타났다. 제도 신청 시 신청 서류 준비에 평균 1.5일이 걸렸고, 설문 응답자의 47%가 제도 신청 절차가 어렵다고 응답하였다. 신청관리대장을 활용하여 제도 접수 이후 지급까지 걸리는 시간을 확인한 결과 평균 33.24일(최대 70일)이 소요되며, 이 중 25.33일은 신청 접수부터 선정까지 걸리는 시간이고, 8.46일은 선정에서 지급까지 걸리는 시간이었다. 이는 사업지침서 내 접수일로부터 30일(최대 60일) 이내 지급할 것을 기본 방향으로 설정한 것보다 지연되는 경우가 있음을 보여준다.

신청자 중 수혜자와 비수혜자를 비교한 결과 선정기준에 따라 심사가 잘 이루어지고 있는 것을 확인하였다. 탈락 사유는 크게 신청 자격 미달과 소득 및 재산 기준 미적격자로 구분된다. 신청 자격 미달 사유로는 서울시 거주 기간 부족, 근로 및 영업 기간 부족, 직장가입자, 건강보험피부양자, 지역건강보험 미유지자, 입원 및 일반건강검진자가 아닌 경우, 타복지

그림 2. 2019년 서울형 유급병가지원 제도 논리모형



제도 및 보험급여 수혜자 등으로 확인되었다. 신청 자격이 되더라도 실제 소득이 당해 연도 보건복지부 고시 기준 중위소득 100% 이상이거나 재산이 2억 5천만 원 이상일 때 소득 및 재산 기준 미충족으로 탈락되었다.

셋째, 산출 단계는 설계, 투입, 활동 과정을 통해 지원 대상, 수준, 기간이 충분한지 평가하는 단계로, 제도 신청률은 낮지만, 꾸준히 증가하는 추세였고, 선정률은 높은 편인 것으로 확인되었다. 지원 수준은 충분한 것으로 확인되었지만, 지원기간은 부족한 것으로 나타났다. 제도 신청은 대상자 71,629명⁵⁾ 중 3.6%에 해당하는 2,569명으로 예상보다 적었지만 꾸준히 증가하는 추세(그림 2)이며, 선정률은 78.6%로 높은 것으로 확인되었다. 비선정 사유 분석 결과는 총 85건에 대해 중복응답을 포함한 것으로, '건강보험 자격 미충족', '소득미충족' 사유가 각각 29.4%, 24.7%로 가장 많았다. 남성의 경우에는 '재산 미충족(26.7%)'과 '건강보험 자격 미충족(24.4%)'이, 여성에서는 '건강보험 자격 미충족(35.0%)'과 '소득 미충족

(30.0%)'이 주된 이유였다. 연령에 따라 분석한 결과, 비선정률이 가장 높은 50대와 70대에서는 '건강보험 자격 미충족'으로 인한 탈락이 각각 32.3%, 37.5%로 가장 높았고, 선정률이 가장 높은 60대에서는 '기타(32.0%)' 사유가 가장 높았다. 근로형태에 따른 비선정 사유로는 선정률이 낮은 일용직 근로자의 경우 '건강보험 자격 미충족'과 '소득 미충족' 각각 30.8%로 가장 많았고, 상대적으로 선정률이 높은 특수고용직 근로자의 경우 '소득 미충족'으로 인한 탈락이 80.0%를 차지하였다.

수혜자의 입원 일수와 만족도 조사를 통해 지원 기간의 충분성을 확인한 결과, 지원기간은 충분하지 않은 것으로 평가되었다. 서울형 유급병가제도 수혜자의 평균 입원 일수는 12일이지만, 평균 지원 일수는 8일이었으며, 수혜자 가운데 40%가 최대 지원 기간인 10일보다 길게 입원하는 것으로 확인되었다(표 3). 지원기간에 대한 만족도는 수혜자의 경우 80%가 충분하다고 응답하였지만, 지원금액만족도와 다르게 건강이 나쁜 집단에서 상대적으로 낮은 만족도(72.5%)를 보

표 3. 서울형 유급병가지원 제도 수혜자 입원 기간 분포

입원 기간(일)	전체	1~5	6~10	11~15	16일 이상
수혜자 수 (명), (%)	142 (100)	37 (26.1)	51 (35.9)	24 (16.9)	30 (21.1)

5) 2019년 제도 대상자는 총 143,257명으로 산출되었으나, 제도가 6월부터 시작되었기 때문에 그중 절반에 해당함.

표 4. 건강상태 및 인구사회학적 특성에 따른 제도 과정평가 내 산출단계 지표 설문 결과

	사례수	지원금액 만족도			지원기간 만족도			
		충분하다	충분하지 않다	p-value	충분하다	충분하지 않다	p-value	
		명 (%)	명 (%)		명 (%)	명 (%)		
전체	100	80 (80.0)	20 (20.0)		80 (80.0)	20 (20.0)		
신체적 불편에도 근무 경험	있다	44	40 (90.9)	4 (9.1)	0.016	36 (81.8)	8 (18.2)	0.687
	없다	56	40 (71.4)	16 (28.6)		44 (78.6)	12 (21.4)	
일터에서 건강상 위협 경험	예	4	4 (100)	0 (0)	0.307	4 (100)	0 (0)	0.307
	아니오	96	76 (79.2)	20 (20.8)		76 (79.2)	20 (20.8)	
전반적 건강상태	좋다	60	47 (78.3)	13 (21.7)	0.610	51 (85.0)	9 (15.0)	0.126
	나쁘다	40	33 (82.5)	7 (17.5)		29 (72.5)	11 (27.5)	
교육수준	중학교 졸업 이하	22	16 (72.7)	6 (27.3)	0.542	16 (72.7)	6 (27.3)	0.625
	고등학교	55	46 (83.6)	9 (16.4)		45 (81.8)	10 (18.2)	
	전문대졸 이상	23	18 (78.3)	5 (21.7)		19 (82.6)	4 (17.4)	
월평균 근로소득	100만원 미만	12	10 (88.5)	2 (11.5)	0.186	10 (83.3)	2 (16.7)	0.186
	100만원~ 200만원 미만	55	40 (72.7)	15 (27.3)		40 (72.7)	15 (27.3)	
	200만원~ 300만원 미만	26	23 (88.5)	3 (11.5)		23 (88.5)	3 (11.5)	
	300만원~ 400만원 미만	7	7 (100)	0 (0)		7 (100.0)	0 (0)	
직업	사업소득자	56	47 (83.9)	9 (16.1)	0.268	46 (82.1)	10 (17.9)	0.546
	근로소득자	44	33 (75.0)	11 (25.0)		34 (77.3)	10 (22.7)	

였다(표 4). 인터뷰 결과 지원 기간에 만족하는 신청자들은 대부분 건강검진 이용자들이었으며, 입원 기간을 대부분 보장 받는 10일 이하 입원을 이용한 신청자였다. 반면, 입원 기간이 11일 이상 발생하는 집단에서는 지원 기간이 15일에서 20일 까지 확대되는 것이 바람직하다는 의견을 제시하였다.

급여수준은 고용형태에 따라 시간당 9,211원 또는 하루 81,180원으로 제공되며, 이에 따른 소득대체율⁶⁾은 최소 37%(임금고용자 있는 자영업자)부터 최대 175.1%(시간제)로 실무자와 수혜자 모두 높은 만족도를 보였다. 시간제 노동자와 비전형직 노동자의 2019년 8월 기준 하루 평균노동임금 수준은 각각 46,350원, 92,900원으로 유급병가지원금이 소득의 175.1%, 87.4% 수준으로 보호하는 것으로 확인되었다. 사업소득자(자영업자)의 경우 임금고용자가 있을 경우 37%, 없을 경우 69.3% 소득을 대체하는 것으로 나타났다. 실제로 제도 수혜자의 지원금액 만족도 조사 결과, 전체 100명 중 80명이 현재 지원금액이 충분하다고 응답하였다(표 4). 특히, 프리젠티즘을 경험한 집단과 전반적 건강상태가 나쁜 집단에서 각

각 90.9%(p=0.016), 82.5%(p=0.610)로 높은 만족도를 보였다. 실무자 설문 결과에서도 지원금액의 충분성에 대해 84.2%가 '그렇다' 혹은 '보통'으로 응답하였다.

다. 효과 평가: 산출 결과 단계

마지막으로 제도의 효과는 설문조사를 통해 단기 효과인 만족도와 건강증진 및 소득 보장에 대한 기대를 중심으로 진행하였다. 이는 본 연구가 제도가 시행 이후 3개월이라는 짧은 기간 동안 신청한 사람을 대상으로 평가가 진행되었기 때문이다. 만족도와 기대는 수혜자 설문조사와 초점 집단 인터뷰를 활용하여 평가하였다. 이 지표는 제도에 대한 이용자들의 평가를 가장 잘 나타내기 때문에(김종호, 이영희, 2004, pp.6-7) 제도의 단기 효과를 평가하는 데 적합한 지표라 판단 된다.

수혜자 100명을 대상으로 제도에 대한 전반적 만족도를 확인한 결과, 91명(91%)이 만족하는 것으로 응답하였다(표 5).

6) 소득대체율은 평균임금 대비 서울형 유급병가지원금을 확인한 결과로 평균임금은 신청자들의 실 임금을 확인할 수 없으므로 통계청 자료와 한국노동패널조사를 활용함.

표 5. 건강상태 및 인구사회학적 특성에 따른 제도 효과평가 설문 결과

	사례수	전반적 만족도 ¹			생계유지 도움 ²			건강검진 이용에 영향 ³			
		만족	불만족	p-value	예	아니오	p-value	예	아니오	p-value	
		명 (%)	명 (%)		명 (%)	명 (%)		명 (%)	명 (%)		
전체	100	91 (91.0)	9 (9.0)		76 (76.0)	24 (24.0)		52 (52.0)	48 (48.0)		
신체적 불편에도 근무 경험	있다	44	42 (95.5)	2 (4.5)	0.168	35 (79.5)	9 (20.5)	0.462	30 (68.2)	14 (31.8)	0.004
	없다	56	49 (87.5)	7 (12.5)		41 (73.2)	15 (26.8)		22 (39.3)	34 (60.7)	
일터에서 건강상 위험 경험	예	4	4 (100.0)	0 (0)	0.521	3 (75.0)	1 (25.0)	0.962	2 (50.0)	2 (50.0)	0.935
	아니오	96	87 (90.6)	9 (9.4)		73 (76.0)	23 (24.0)		50 (52.1)	46 (47.9)	
전반적 건강상태	좋다	60	53 (88.3)	7 (11.7)	0.254	43 (71.7)	17 (28.3)	0.214	30 (50.0)	30 (50.0)	0.624
	나쁘다	40	38 (95.0)	2 (5.0)		33 (82.5)	7 (17.5)		22 (55.0)	18 (45.0)	
교육수준	중학교 졸업 이하	22	21 (95.5)	1 (4.5)	0.677	16 (72.7)	6 (27.3)	0.022	9 (40.9)	13 (59.1)	0.352
	고등학교	55	49 (89.1)	6 (10.9)		47 (85.5)	8 (14.5)		32 (58.2)	23 (41.8)	
	전문대졸 이상	23	21 (91.3)	2 (8.7)		13 (56.5)	10 (43.5)		11 (47.8)	12 (52.2)	
월평균 근로소득	100만원 미만	12	10 (83.3)	2 (16.7)	0.297	9 (75.0)	3 (25.0)	0.385	6 (50.0)	6 (50.0)	0.133
	100만원~200만원 미만	55	52 (94.5)	3 (5.5)		45 (81.8)	10 (18.2)		34 (61.8)	21 (38.2)	
	200만원~300만원 미만	26	22 (84.6)	4 (15.4)		18 (69.2)	8 (30.8)		10 (38.5)	16 (61.5)	
	300만원~400만원 미만	7	7 (100.0)	0 (0)		4 (57.1)	3 (42.9)		2 (28.6)	5 (71.4)	
	400만원 이상	7	7 (100.0)	0 (0)		4 (57.1)	3 (42.9)		2 (28.6)	5 (71.4)	
근로형태	사업소득자	56	50 (89.3)	6 (10.7)	0.499	45 (80.4)	11 (19.6)	0.250	35 (62.5)	21 (37.5)	0.018
	근로소득자	44	41 (93.2)	3 (6.8)		31 (70.5)	13 (29.5)		17 (38.6)	27 (61.4)	

¹ 서울형 유급병가지원 제도에 대해 얼마나 만족하십니까? 만족(매우 만족, 만족), 불만족(불만족, 매우불만족)
² 서울형 유급병가지원금이 생계유지에 얼마나 도움이 될 것이라고 생각하는지 응답하여 주십시오.
³ 만약 서울형 유급병가지원 사업이 시행되지 않았다면, 입원이나 공단 일반건강검진을 받지 못했을 것이라고 생각하십니까?

표 6. 선정 여부에 따른 제도 전반 만족도 응답

수혜자	비수혜자
<ul style="list-style-type: none"> • 좋은 제도 같아요. 저는 상상도 못했어요. 있는지도 몰랐어요. 일을 해야 할 상황인데 못하면 너무 생계가 어려운 사람들도 많은 거 같아요. 그래서 이걸 정말 잘 만든 제도라고 생각해요. (응답자 1) • 저도 좋은 제도 같아요. 100만원이면 크면 크고 작으면 작은데 저한테는 도움이 많이 됐어요. 감사하고 우리나라가 복지국가로 가는구나. 서울시에서 하는 거라서 자부심도 들고 서울시민이구나. 소외되지 않는 느낌도 들어요. (응답자 3) • 주는 것만도 고맙죠. 나라가 참 좋아졌다는 생각이 들어요. (응답자 9) 	<ul style="list-style-type: none"> • 좋은 거 같아요. 우리가 약간 보호받지 못하는 직업이잖아요. 항상 그런 얘기를 해요. 몸으로 때우는 거잖아요. 직장 다니면 하루 휴가내고 종합검진하고 하는데, 우리는 그런 것도 없지만 하루 시간 내서 가서 할 때 그걸 비용으로, 그렇게 받는 것도 괜찮고, 우리가 입원할 때, 우리가 믿고 있는 건 개인보험밖에 없는데 그런 걸 해주면 든든하고. 그래서 지원했는데 그런 건 좋은 거 같아요. 테두리에서 보호받지 못하는 사람에게도 관심을 갖고 그 사람도 챙기는 느낌을 받았어요. (응답자 10) • 네. 너무 좋다. 이런 게 있구나. 우리나라 선진화 되어 가는구나. 제가 이걸 안 받아서가 아니라 우리나라 너무 좋은 나라다. 이렇게 생각을 다 했나? 선진화 되는 과정이라고 생각했어요. (응답자 12) • 주는 것만도 고맙죠. 나라가 참 좋아졌다는 생각이 들어요 (...) 그래서 우리 국민에게 혜택을 주는 거니까 서울시가 잘 하는 거고 멋쟁이지. 이런 적이 없었어요. 올해 처음 하는 거예요. (응답자 15)

특히, 신체적 불편에도 근무 경험이 있는 집단과 일터에서 건강상 위험 경험이 있는 집단, 전반적 건강상태가 나쁜 집단의 제도 만족도가 각각 95.5%, 100%, 95%로 높게 나타났다.⁷⁾

인터뷰 결과에서도 응답자들은 선정 여부와 관계없이 제도에 긍정적인 태도를 보였다(표 6). 수혜자와 비수혜자 모두 '소외'되지 않고, '챙김'을 받는 느낌이 든다고 응답했으며, 비수혜자

가운데 한 응답자는 이와 같은 제도가 있다는 사실만으로 든든하다고 표현했다.

건강보험공단 자료 및 중장기적 제도 시행을 통해 객관적인 측정이 가능한 건강증진 및 소득보장 관련 효과 지표는 설문조사를 통해 각각 생계유지, 의료이용, 그리고 질병 발견 등에 도움이 되었는지를 묻는 문항으로 대체하여 확인하였다(표 5, 부표 5). 응답자의 76%가 제도의 시행이 생계 유지에 도움이 될 것이라고 하였고, 특히 저학력 노동자(중졸 이하 72.7%, 고졸 85.5%)에서 도움이 될 것이라는 응답률이 통계적으로 유의하게 높았다($p=0.022$). 응답자의 52%가 제도의 시행이 입원 또는 건강검진 이용 결정에 영향을 미쳤다고 응답하였다. 특히, 프리젠테즘을 경험한 경우 68.2%가 제도로 인해 건강의료서비스를 이용할 수 있게 되었다($p=0.004$). 마지막으로 공단 일반 건강검진을 받은 25명의 응답자 가운데 7명(28%)이 검진을 통해 질병 및 이상 소견을 발견했다고 응답하였다(부표 5).

2. 평가 결과의 재해석

여기에서는 효과와 산출 평가 결과를 살펴보고, 이러한 결과가 나타나게 된 이유를 제도의 전달과정에서 찾는다. 효과 평가는 본 제도가 도입된 직후 진행되었기 때문에 단기 효과인 제도 만족도에 대한 결과만 확인할 수 있었다. 제도의 만족도는 수혜자와 비수혜자 모두에게서 높게 나타났고, 제도는 대상자의 입원과 건강검진 서비스 이용에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 추가적으로 제도 재이용 의사 및 지인에 추천할 의사가 높은 것을 확인할 수 있었다. 그뿐만 아니라 제도에 대한 이용자들의 기대도 높았는데, 특히 생계유지, 의료이용, 그리고 질병 발견 등의 효과에 높은 기대를 나타냈다. 또한 미충족 의료 해소에 대한 기대감도 확인할 수 있었다.

높은 만족도에도 불구하고 산출지표 평가 결과, 제도 신청률은 낮은 것을 확인할 수 있었다. 과정 평가 내 산출 단계에서 지원 대상의 충분성을 보여주는 지표 중 하나인 제도 신청률은 3.6%로, 제도 접근성이 매우 낮음을 보여준다. 제도가 도입된 2019년 6월부터 11월까지 신청자는 총 2,569명으로 하반기 대상자 71,629명 대비 3.6%가 제도를 신청하였다. 낮은 신청률은 설계 단계의 까다로운 선정기준 및 자료 부족으

로 인한 대상자 추적관리의 어려움 등의 한계와 투입 단계의 인력 부족, 그리고 활동 단계에서 확인된 낮은 인지도와 신청 절차의 복잡성에 기인하는 것으로 보인다. 그 내용을 구체적으로 살펴보면 아래와 같다.

첫째, 설계 단계에서는 엄격한 대상자 및 선정기준과 대상자 파악을 위한 자료의 부족이 한계로 파악되었다. 지원 대상이 되는 이용 의료서비스로 정책안에서 제시한 입원뿐만 아니라 공단 건강검진을 포함하면서 제도 대상자의 포괄성은 증가했지만, 선정기준의 엄격성으로 인해 신청하지 못하거나 신청하더라도 선정되지 못하는 대상자들이 확인되었다(부표 6). 건강보험 지역 가입 3개월 유지, 3개월간 한 달 10일 근로 유지, 가구 단위의 소득과 재산 기준으로 탈락되는 대상자들이 나타났다. 실제로 '건강보험 자격 미충족'과 '소득미충족'으로 인한 비수혜자가 각각 25명(29.4%)과 21명(24.7%)으로 가장 많았다. 성별에 따른 비선정 사유는 남성에서 '재산 미충족(26.7%)'과 '건강보험 자격 미충족(24.4%)'이 가장 높았고, 여성은 '건강보험 자격 미충족(35.0%)'과 '소득 미충족(30%)'이 주된 이유로 나타났다. 인터뷰 결과에서도 제도 대상자들은 제도의 선정기준이 까다로우며, 개선이 필요하다고 응답하고 있었다. 이들은 구체적인 개선 지점을 제안하기도 하였다.

“불합리하다기보다 까다롭다고 느낀 거를 완화해주면 좋겠어요. 3개월 전부터 입원일까지 지역가입자 3개월 유지된 자가 받을 수 있다고 하는데 정부가 소외계층을 주고 싶으면 개월 수를 완화시키면 좋겠어요. 근로소득도 2개월 이상 10일 이상 근무하고 3개월간 근로를 유지 못 할 수도 있어요 그런 부분도 완화하고 일한 근무 일수도 그렇고요. 사업장도 3개월 사업장 유지, 1개월만 유지하기도 어려운 부분이 있겠죠. 그런 걸 완화 해주면 많은 사람이 혜택을 받을 수 있겠죠. 기준을 낮춰도 받는 소득계층에서는 차이가 크게 없다고 생각해서요.”(응답자 8)

“지역의료보험을 3개월 이상 유지해야 하는데 조금 며칠 빠졌어요. (지역의료보험 유지가) 3개월이라는데 한 달로 바뀌면 좋겠어요. 다른 사람이랑 놀 때도 있고요. 직장 들어갈 때도 있고 자꾸 바뀌니까. 지역으로 했다 회사로 했다 잠깐 하고 나오면 또 이렇게 되고. 그 기간이 3개월인 게 그래요. 한 달이면 적절할 거 같아요. 그러면 됐지. (중략) 제도가 좋고 다 잘 되어 있는데 단 지역의료보험이 3개월 넘어가니까.”(응답자 15)

7) 세부 집단별 제도 만족도에 대한 p-value는 각각 0.168, 0.521, 0.254로 통계적 유의성은 확인되지 않음

“조건이 까다로운 거 같아요 3개월 전에 지역가입자에 가입 되어 있어야 하고 한 달 10일 이상 일해야 한다고 아픈 분들은 일조차 못 할 수 있어요. 몸이 불편해서 8일 일하면 해당이 안 된다고 하더라고요 그런 분들은 정말 아픈 분들은 유급병가 타는 분들보다 몸이 안 좋은데 8~9일 다닌 거로도 지원이 안 된다면 그런 건 개선이 돼야 할 거 같아요. 실제 같은 병원에 계신 분이 8일 일해서 지급을 못 받는다고.”(응답자 7)

대상자 모수 추정을 위한 객관적 자료인 국민건강보험공단 맞춤형 자료는 복잡한 구성으로 인해 자료 접근성이 낮고 자료 내 서울형 유급병가지원 관련 정보가 부재하여 대상자 및 수혜자의 추적관리가 불가능하다는 한계를 가진다. 그뿐만 아니라 전문성이 높아 일반 실무담당자 또는 공무원이 활용하기에 어렵다는 단점도 있다. 이는 제도 전반의 객관적 평가를 위한 자료가 충분히 마련되어 있지 않다는 것을 의미한다. 그 결과 제도를 이용한 대상자들을 지속적으로 관리하는 데 한계가 있다. 제도 대상자임에도 제도를 신청하지 않은 이들에 대한 관리가 불가능하고, 따라서 이들을 제도권으로 유인하는 데 한계를 갖게 하였다.

둘째, 투입 단계 평가 결과, 지원 단위가 ‘가구’로 설정됨으로써 대상자들의 신청을 어렵게 하는 것으로 확인되었다. ‘가구’ 단위의 지원은 ‘근로자의 소득 보장’이라는 제도의 목표에 부합하지 않을 뿐 아니라, 제도의 사각지대를 만들었으며, 활동 단계 내 심사과정을 복잡하게 했다. 추진 방식 과정에서 이용자로 하여금 ‘가족관계증명서’, ‘가족관계 단절 사유’ 등의 추가적인 증빙자료를 요구함으로써 제도의 접근성을 약화시키고 있었다. 가구 단위 지원으로 인해 신청자 본인은 소득 및 재산 기준을 충족하나, 배우자 또는 동거 자녀와 합산 시 기준을 초과하는 문제로 수급에 탈락하는 경우 역시 다수 확인되었다.

“딸이 1년 높고 그날 개가 5월부터 소득이 잡히는데, 5, 6, 7월인데, 애랑 나랑 합한 게 소득이 넘는대요. 애들이랑 살면서 혜택을 받고 싶어서 주민센터 가면 가지고 있는 재산 상관없이 내가 지금 잡히는 소득만 갖고 평가를 하더라고요 이것도 저는 재산도 없고, 제가 그날그날 일해서 그 소득(으로만 사는데) 그 것만 갖고 하더라고요. 그건 조금 아니다 싶어요.”(응답자 10)

셋째, 투입 단계에서 충분한 행정 인력 확보의 실패 역시 이러한 결과에 영향을 미쳤다. 인력은 양적·질적 차원에서 부

족한 것으로 확인되었다. 실무자를 대상으로 진행한 ‘서울형 유급병가지원 사업은 제도를 수행하기 위한 인력이 충분하다’라는 설문 문항에 대해 35.5%가 ‘그렇지 않다’ 또는 ‘전혀 그렇지 않다’로 응답하여 인력 충분성에 대한 부정적인 의견이 긍정적으로 응답한 비율(23.7%)보다 높은 것으로 나타났다. ‘업무 추진에 대한 가장 큰 어려운 점에 대해서는 응답자 141명 중 101명(71.7%)이 ‘사업 담당 인력 규모의 적정성과 전문성 확보의 어려움’과 ‘신청접수’라고 응답하였다(부표 7). 그뿐만 아니라 서울형 유급병가지원 제도를 담당하는 실무자의 경우 대부분이 고용이 불안정하고, 업무 추진 과정에서 자율성을 확보하기 어려운 ‘시간제’로 구성되었다. 그 결과 활동 단계에서 추진 방식의 비효율성을 야기하는 것으로 나타났다. 주된 문제는 시간제 실무담당자의 경우 심사과정에서 자료에 대해 제한적인 접근권을 가진 데에서 발생했다. 특히 심사과정에서 추가 자료 검토가 필요함에도 불구하고 필요한 때에 자료에 접근하지 못하고 있었는데, 이는 심사 기간을 연장시킬 수 있다. 제도 신청에서 선정 및 수급까지의 기간이 길어질수록 실제 이용자들이 생계의 어려움을 그만큼 더 겪을 가능성이 크다.

넷째, 구체적으로 제도 신청부터 전달과정을 평가하는 활동 단계에서는 신청 절차의 복잡성과 심사 및 급여 지급 시간의 지연을 확인할 수 있었다.

수혜자 대상 설문조사 결과 신청 서류 준비에 평균 1.5일이 소요되었고, 100명 중 47명(47%)이 신청 서류 준비 과정이 어렵다고 응답하였다 (부록 표 8). 전반적 건강상태, 교육수준, 월평균 근로소득, 직업에 따라 신청 절차 어려움에 차이가 있었다. 전반적 건강 수준이 좋은 집단의 경우 58.3%가 신청 관련 자료 준비가 어렵다고 응답한 반면, 전반적 건강 수준이 낮은 집단에서는 30%만 어렵다고 응답하였다. 교육수준이 높을수록(전문대졸 이상 60.9%), 월평균 근로소득이 낮을수록(100만 원 이하 58.3%) 신청 절차가 어렵다고 응답한 비율이 높았다. 인터뷰 결과에서도 신청 시 구비 서류가 너무 많고, 취득 기관이 다원화되어 있어 준비 과정이 복잡하다는 응답을 확인할 수 있었다.

“네. 서류가 많은 게 복잡했어요. (중략) 서류를 많이 준비하라고 하는데, 제가 느끼는 불편함은 서류를 준비해도 여기서 준비해야 하고, 여러 군데 가서 서류 떼는 것도 오래 걸렸고 (중략) 저는 하루에 몰아서 빠르게 했어요. 다른 분들은 시간이

더 걸리실 거 같아요.”(응답자 14)

“서류가 너무 많아요 (중략) 한 달. 완벽한 서류까지 하기에. 제가 바꿨지만 동사무소에서 뗄 거 떼고 가족관계증명서 뭐뭐 하고 회사에서 떼야 하는거 재직증명서...(중략) 동사무소에서 하는 명칭과 하는 일이 다르면 그게 달라서 그걸 대체할 다른 서류를 준비하라고 해서 15~20일 정도 준비해서 냈어요.”(응답자 10)

“불편했어요. 서류가 너무 많아서요. 그거 떼는 데에 한참 걸려요 (서류 준비에 대한 설명은) 대강 들었는데 약간 까다로운데 어떻게 어떻게 해서 좌우간 만들었어요. 고용보험? 아니 근로했다는 확인서랑 건강보험 자격취득, 임대차 계약서, 등초본, 가족관계증명서.. 거기에 뭐 굉장히 복잡하더라고요. (중략) 그 신청 과정이 너무 복잡하니까 포기하는 사람도 많을 거예요. 건강 자격 되어야지, 근로확인서 떼야지, 임대차 계약서 떼야지, 건강검진 병원 가서 떼와야지, 근로확인서 떼야지, 임대차 계약서 떼야지, 건강검진 병원 가서 떼와야지. 가족관계서 등본.. (중략) 서울시에 지원해주는데 너무 복잡한 서류를 요구하는 거 같아요. 그게 확인이 돼야 거기서 확인이 되겠지만, 조금 더 완화해주면 좋겠어요.”(응답자 15)

이와 관련하여 해당 서류가 정말 필요한지에 대한 의문을 제기하며, 제출서류 간소화를 요구하기도 하였다. 한 응답자의 경우, 서류 구비 과정에서 모멸감을 느끼기도 하였다.

“등본이 왜 필요한지, 가족관계부가 왜 필요한지 (중략) 지원하면서 보니까 서울시나 보건소나 동사무소나 다 행정관서인데 등본이랑 가족관계 떼라고 해서 왜 필요하냐 물어봤어요. 개인정보보호에 동의하라고 해서 했는데 등본을 떼는 것도 내 생각에 불필요한 게 아닌가. (중략) 그 행정서류가 내 생각에는 불필요한 느낌이 많이 들었어요. 같은 행정관서인데 내가 첨부해야 하는 건지. 좋은 취지로 의료 급여나 의료복지를 해주는 건데, 충분히 파악이 될 수 있는 사항인 건 (생략해 주면 좋을 것 같아요).”(응답자 6)

“개인적으로는 건강보험 자격 득실에 대해서는 건강관리공단이 확인할 수 있는 걸 우리가 신청서를 확인증명서를 떼서 다시 보내는 어려움이 있어요. 등본, 가족관계증명서, 임대차 계약. 이걸 결국에 이 사람이 우리 거주지에 사는가? 서울시민으로써 혜택을 누릴 수 있는 사람인지 확인하려는 건데, 그건 신분

증으로 전입신고 되는 부분을 확인하면 되는데 왜 어렵게 서류로 하는지 모르겠어요. 소득신고 및 근로확인서도 국세청 연결해서 그 사람 소득분위를 보고 판단할 부분인데 어렵게 국세청 가서 소득신고 떼거나 인터넷 공인인증으로 출력해서 소득을 증명해야 하는 어려움이 있고요. 근로자로서 회사에 내가 받아야 해서 내 직장 근로 증명을 확인해달라는 요청을 체계화된 직장은 편하겠지만, 유급병가신청의 취지는 택배업자나 소득계층이 어려운 사람이나 그런 분들이 이런 것들을 꼼꼼하게 다 준비할 수 있을까? 해서 참 어렵겠다고 생각했어요.”(응답자 8)

“제5서식(근로활동 및 소득신고서)이 불편한데 한 달에 월급 얼마 받느냐까지 적으라고 하더라고요. 국세청에서 소득 뽑으면 나오잖아요. 한 달에 얼마 받냐고 기재하면 너는 얼마짜리구나 공무원들이 보잖아요. 이런 어이없는 서식을 보면서 좀 그랬어요.”(응답자 8)

접수부터 급여 지급에 걸린 시간 또한 평균 33.24일로 사업 지침서에 명시된 기간(30일)보다 오래 걸리는 것으로 확인되었다. 접수부터 심사 결과까지 걸린 시간은 평균 25.33일이었으며, 심사 이후 지급까지 걸린 시간은 평균 8.46일이었다. 길게는 70일까지 걸리고 있었다.

마지막으로, 홍보 관련 활동에서도 문제를 확인했다. 다시 말해, 산출 단계의 낮은 신청률은 낮은 인지도에서 기인하기도 한다. 낮은 인지도는 제도 시행 초기라는 시기적 한계이기도 하나, 홍보 방식 다양성의 한계로 인해 발생한 문제일 수 있다. 그러나 활동 단계 평가 결과, 제도 신청자의 경우 서울시와 실무부처가 활용한 홍보 방식과 신청자의 인지 경로가 안내문과 언론매체로 일치하는 것으로 확인되었다. 본 제도의 홍보는 수혜 대상자 개별 홍보와 대시민 일반 홍보로 나누어 대면홍보, 언론매체, 인쇄물, 영상매체, 기타 등의 방법을 통해 진행되었다. 신청자들은 안내문(34.0%) 및 언론매체(32.0%)를 통해 해당 사업에 대한 정보를 인식하고 있었다. 이는 서울시와 실무부처가 주로 활용한 홍보 방식과 일치하였다. 하지만, 신청자 대상 초점집단 인터뷰 결과, 주변 사람들은 대부분 이 제도를 모르고 있어 신청하지 못하는 상황이었다.

“저는 개인택시 하니까 동료가 많은데 몰라요. ‘검진하든 아프든 가서 해봐 했어요. 왜 준대? (라고 묻더라고요). 아예 몰라요.”(응답자 2)

“이미 입원하고 나온 후에 그 제도를 알았어요 제 주변에 저밖에 모르는 거 같아요. 제가 해서 지인들에게 얘기를 했어요 홍보를 더 해야 할 거 같아요. (중략) 홍보가 더 되면 좋겠어요 제 주변에 아무도 모르니까요. 지금은 알리는 게 중요하고요.”(응답자 14)

“네. 아는 사람이 전혀 없어요. 홍보만 잘 되게 하면 좋겠어요 거의 아는 사람이 없어요 내 동료들도 이런 걸 몰라요.”(응답자 13)

“전혀 몰라요. 저랑 같이 병실에 있던 분이 계세요. 저는 사업자인데 그 분은 팔을 다쳤어요. 그 분께 설명했는데 모르더라고요. 어제도 보건소 가서 보라고 말씀드렸어요. 그 분은 얼핏 들었는데 구청에 문의하니까 구청에서 모른다고 그 분은 그런 제도를 얼핏 들었는데 그걸 구청에 문의하니까 구청에서 모른다고 해서 포기하고 있다가 저랑 통화하고 보건소에 문의하라고 알려줬어요.”(응답자 3)

인터뷰 참여자들은 인지도를 높이기 위해 병원 연계 홍보 등의 새로운 방법을 제안하였다.

“아파서 병원에 진료를 받으러 가니까 병원에서 홍보하면 직접적으로 외당을 거 같아요. 방송에서 광고는 해요. TV에서 보면 광고를 하더라고요.”(응답자 3)

“대상자가 한정적이라서 한계가 있잖아요. 대중매체에서 광고하는 것도 한계가 있을 거고. 병원을 통해서 하는 게 낫겠죠.”(응답자 5)

“병원에서도 얘기해줄 수 있겠네요. 입원환자나 치료받는 사람에게 ‘이런 것도 있습니다. 검토해 보세요’(라고 해줄 수 있죠).”(응답자 6)

요약하자면, 서울형 유급병가지원 제도 시행 이후 3개월 동안 제도 이용자들의 만족도와 소득보장 및 건강증진에 대한 기대가 높은 것을 확인할 수 있었다. 그럼에도 불구하고 제도가 목표한 대상자에 충분하게 전달되지는 못했다. 다시 말해, 제도의 신청률이 낮았는데, 이는 제도 선정 요건과 제도 신청 과정이 복잡하기 때문인 것으로 나타났다. 더하여 제도 홍보 방식의 다양성이 부족하였으며, 인력의 부족 역시 낮은 신청률에 영향을 미치는 것으로 평가되었다.

V. 논의 및 결론

본 연구는 국내 유일의 공적 상병수당 제도를 평가한 첫 번째 연구다. 평가를 위해 서울형 유급병가지원 제도의 논리 모형과 지표를 구성하였다. 평가틀은 정책 과정에 따라 사전 평가, 과정 평가, 그리고 효과 평가로 구성하였다. 사전 평가에서는 제도의 설계를 평가하기 위해 대상자 설정의 포괄성, 대상자 모수 추정을 위한 자료의 유무, 사업군 내 사업 간의 상충·보완 관계를 지표로 포함하였다. 과정 평가에서는 투입, 활동, 산출 평가가 이루어진다. 투입 평가를 위해서는 투입의 충분성, 지원단위의 적절성, 지원 방식의 적절성을 주요 평가 지표로 구성하였다. 활동 평가를 위해서는 홍보의 적절성, 추진 방식의 적절성, 심사의 타당성을 평가지표로 구성하였고, 산출 평가를 위해서는 지원 대상의 충분성, 지원수준의 충분성, 지원기간의 충분성을 그 지표로 구성하였다. 마지막으로 효과 평가에서는 산출 결과를 평가지표로 설정하였다. 이때 산출 결과는 단기, 중기, 장기 결과로 구분하여 평가를 진행할 수 있도록 하였다. 단기 산출 결과에는 입원이용률, 공단 일반 건강검진 수검률, 만족도를, 중기 산출 결과에는 고용 및 소득 보장을 주요 지표로 설정하였다. 장기 산출 결과의 주요 지표는 전반적 건강보장이다. 제도 시행 이후 약 5개월 동안의 짧은 시기를 평가 기간으로 포함한 본 연구에서는 제도의 단기 효과를 중심으로 효과 평가를 진행하였으며, 이때 입원이용률 및 공단 일반건강검진 수검률을 확인할 수 있는 자료에 대한 접근성이 낮아 만족도와 제도에 대한 기대를 중심으로 분석을 진행하였다.

첫째, 서울형 유급병가지원 제도는 질병으로 인해 발생하는 소득공백에 대한 소득보장 문제를 해결하는가? 해당 질문에 답하기에는 시행기간과 자료 축적 등의 한계가 있으나, 이용자 대상으로 만족도와 기대를 조사한 결과, 서울형 유급병가지원 제도 신청자들의 제도 만족도와 기대감이 높은 것을 확인하였다. 주목할 점은 지원금 수혜 여부와 관계없이 만족도와 기대감이 높았다는 점이다. 이는 제도의 존재 그 자체로 제도 대상자(서울시 노동취약계층)에 최소한의 실제적·잠재적 안전망의 역할을 하는 것으로 해석 가능하다. 지금 당장 제도의 혜택을 받지 못하더라도 상병으로 인해 소득을 상실하는 상황을 마주했을 때, 해당 제도를 활용할 수 있을 것이라는 기대가 깔려있는 것이다. 일부 부정적인 여론의 기대와 달리, 특히 제도의 대상자에서 만족도가 높다는 데서 제도의 필요성

을 다시 한번 환기시키는 결과로 해석 가능하다.

둘째, 적기치료, 질병완화 및 합병증 예방, 생계유지, 미충족의료 해소, 경제활동 복귀, 노동생산력 향상 등의 변화를 가져오는가? 경제활동 복귀, 노동생산력 향상 등의 변화는 확인하기 어려웠으나, 마찬가지로 이용자들의 기대를 조사한 결과 질병완화, 합병증 예방, 미충족의료 해소 등에는 충분한 역할을 할 것으로 기대할 수 있었다. 건강검진을 통해 질병 또는 이상소견을 제때 발견하는 것은 궁극적으로 이들을 심각한 건강문제로부터 보호하는 결과를 가져올 수 있을 것으로 기대된다. 더하여 서울형 유급병가지원 제도로 인해 입원과 건강검진을 결정하기도 했다는 사실도 확인할 수 있었다. 즉, 서울형 유급병가지원 제도는 소득을 보장함으로써 생계유지는 물론 경제적 이유로 인한 미충족의료를 해소함으로써 적기 치료를 가능하도록 하고, 이것이 궁극적으로는 질병과 소득상실의 악순환을 끊어내는 데 역할을 하리라 기대할 수 있다.

셋째, 사회보장 사각지대 근로소득자에게 서울형 유급병가지원 제도 서비스가 전달되는가? 해당 질문과 관련하여 주목할 점은 특히 소득과 교육수준이 낮고 출근주의를 경험한 환자들에서 질병을 조기 발견하는 효과가 더 크게 나타났다는 점이다. 향후 보다 심도 있는 분석이 필요하겠으나, 해당 결과를 통해 제도가 필요로 하는 사람에 전달되고 있는 것을 확인할 수 있다. 한편, 높은 만족도와 기대감에도 불구하고 서비스 전달을 위한 노력이 체계적으로 수행되어야 할 것으로 평가되었다. 대상자들의 제도에 대한 접근성이 낮았는데 이는 먼저, 대상자들의 제도에 대한 인지도가 낮은 데서 기인했다. 평가 결과 신청자들이 제도를 인지한 경로와 서울시가 주력한 홍보 방식이 보건소 또는 동 주민센터, 국민건강보험공단, 의료시설 등에서 제공하는 안내문으로 일치하였다. 그러나 FGI 결과에서 살펴보았듯 제도 대상자에 해당하는 신청자들의 지인들이 제도에 대해 모르는 경우가 많았다. 이는 제도 초기라는 시기적 한계에서 기인하기도 하나, 활동 단계의 홍보 방식의 부적절성 때문일 수 있다. 낮은 인지도와 함께 신청률과 제도에 대한 접근성이 낮았다. 이는 제도 설계 단계와 투입 및 활동 단계에서 나타나는 한계의 결과인 것으로 판단된다. 제도 설계와 관련하여 대상자 및 선정기준이 엄격할 뿐 아니라 지원 단위가 개인이 아닌 가구로 설정된 점, 타 생계지원제도 중복수혜를 받지 못한다는 점 등에 따라 제도 대상자에서 제외되는 노동취약계층이 발생한 결과이다. 투입 및 활동 단계 관련하여서는 인력의 양적·질적 부족과 신청 절차의 복잡성

이 대상자들의 제도 접근성을 낮춘 것으로 보여진다.

논리모형을 활용하여 평가한 제도의 산출 결과 및 효과에 대한 인과적 논리를 살펴보는 이유 가운데 하나는, 문제점 파악을 통해 제도의 개선 지점을 제안할 수 있기 때문이다. 평가를 통해 파악한 문제점과 원인에 근거하여 필자들은 다음과 같은 제도 개선 지점을 제안한다. 제도가 최소한의 사회안정망으로 역할을 하리라는 기대에도 불구하고 시행 초기인 현재의 의도한 대상자에게 서비스가 제대로 전달되지 못했다. 서울형 유급병가지원 제도의 혜택조차 받지 못하는 이들은 공적 보호 체계에서 배제되어 계속해서 빈곤과 불건강의 악순환을 경험하게 된다. 따라서 서울형 유급병가지원 제도가 악순환의 고리를 끊는 역할을 수행하기 위해서는 지속적인 제도의 보완과 개선이 필수적이다. 앞서 살펴본 문제점에 기초하여 신청률과 선정률 제고 방안을 제안한다. 이를 위해 먼저, 서류 간소화, 병원, 직능센터 등 신청 창구의 다원화, 홍보 활성화, 그리고 실무자의 양적 확대와 고용안정성 보장 및 전문성 강화 등을 통해 신청률을 제고해야 한다. 다음으로 자격 조건 완화를 통해 선정률을 제고해야 한다. 이를 위해 서울시는 2020년과 2021년 2년에 걸쳐 지역 가입 조건 완화, 근로 조건 완화, 가구원 범위 축소, 서울 거주기간 단축 등의 자격기준을 완화하였다. 그러나 소득과 재산 기준에는 변화가 없으므로, 해당 기준에 대한 조건 완화 논의가 추가적으로 이루어질 필요가 있다. 제도가 미처 고려하지 못한 공공근로자, 장애 노동자, 외국인노동자, 그리고 비공식부문 노동자를 포괄하는 노력 역시 필요하다.

추가적으로 서울시 노동자건강 통합관리 체계 마련을 제안한다. 서울형 유급병가지원 제도의 주요 과제 가운데 하나는 이를 전반적인 건강관리 서비스로 정착시키는 것이다. 이를 위해서는 유급병가지원이 소득상실분을 보장하는 것을 넘어 이들이 실제 건강을 회복하고 직업 및 사회에 복귀할 수 있도록 지원하는 것이 필수적이다(Rieth, Ahrens & Cummings, 1995, p.273; 정혜주 외, 2018, p.166). 이를 위해, 현재 보건소에서 운영 중인 시민건강관리센터를 적극적으로 활용할 수 있을 것이다. 시민건강관리센터에 서울형 유급병가지원 대상자에 대한 통합관리가 이루어져야 한다. 주치의를 통해 개인 맞춤형 건강관리서비스를 제공하는 한편, 시립병원 등과 연계하여 재활 등 추가적인 의료서비스를 지원하여 이들이 건강을 회복할 수 있도록 도와야 한다. 동시에 보건의료서비스를 넘어 직장 복귀 프로그램, 장애인연금제도 연계 등의 체계를 구

축해야 한다. 더불어 대상자를 성공적으로 추적관리하기 위한 서울형 유급병가지원 제도 DB 시스템이 구축되어야 할 것이다.

다만, 본 연구는 다음의 한계를 가진다. 첫째, 연구의 범위에서 밝혔듯이 본 연구의 결과는 제도 시행 이후 약 5개월이라는 짧은 기간만을 대상으로 한다는 한계를 가진다. 특히 제도의 중장기 효과인 건강 및 경제적 수혜 효과를 확인하지 못하였다. 따라서 본고에서 제안하는 과정 및 단기효과 평가의 결과는 초기 제도 정착 시기에 한정해 해석되어야 한다. 그럼에도 불구하고, 2020년에 추가로 진행한 만족도 조사 결과 지원금의 건강관리 및 생계보장 효과를 확인할 수 있었다(정재철, 문다슬, 정다운, 2020, pp.46-47). 예컨대, 서울형 유급병가지원금의 사용 경험을 질문했을 때 '경제적 안정'이 가장 좋았던 점이라고 응답하였으며, 실제 지원금 사용 경로의 경우 의료비, 간병비 등의 건강관리 관련 지출과 식비, 주거비, 각종 요금, 교육비 등의 생계유지용 지출이 가장 많았다. 이러한 결과는 제도가 본래의 목적을 잘 수행하고 있는 것으로 해석 가능하다.

둘째, 제도의 시행 시기 및 특성에 따라 정보 접근성이 높거나, 제도에 관심이 있었던 사람이 제도 시행 초기에 신청할 가능성이 크기 때문에 선택편향이 발생했을 수 있다. 이는 교육수준이 높은 집단에서 신청 절차의 어려움을 더 많이 보고하는 등 기존 유사 연구 결과와 반대되는 결과에도 영향을 미쳤을 것이다. 따라서 본 연구의 결과를 서울시 전체 노동 취약 계층을 대상으로 확대해석하는 것은 성급한 일반화의 오류가 되므로 그 해석에 유의해야 한다. 향후 제도가 안정화되면 보다 많은 이용자를 대상으로 평가를 진행해야 할 것이다. 또한, 다양한 효과 평가 지표를 평가할 수 있는 객관적인 데이터를 확보하여, 제도의 효과를 인과적으로 평가하는 것도 함께 이루어져야 할 것이다.

여러 한계에도 불구하고 본 연구는 첫째, 공적 상병수당제도를 평가한 첫 번째 연구라는 점, 둘째, 인과적 과정을 가정하는 논리모형을 활용한 제도 평가를 통해 제도의 문제점을 파악했다는 점에서 그 의의를 가진다. 제도는 계획에서부터 시행까지 지속적인 피드백 과정을 통해 개선되어야 한다. 논리모형을 활용한 기존의 연구들이 이를 외형적 체계성 마련을 위한 틀 또는 단순 성과측정을 위한 도구로만 활용한 데 그쳤다면(Rennekamp & Arnold, 2009; 김복규, 윤진호, 2008; 문종열, 2007; 박성재, 이용구, 2015), 본 연구에서는 이론적 근

거의 논리적 파악(Renger & Titcomb, 2002, p.493)을 목적으로 단계별 인과관계를 설정하였다. 다시 말해 본 연구에서는 논리모형을 통해 성과측정 도구를 마련하는 한편 주요 평가 결과를 짚고, 평가 내용을 재해석하여 그 원인을 파악하여 개선 지점을 찾는 보다 적극적이고 능동적인 평가를 시행했다는 점에서 의미를 가진다.

한편, "한국형 상병수당" 도입 논의가 본격화됨에 따라 해당 제도와 연계 방안에 대한 심층적 검토가 이루어져야 한다. "한국형 상병수당" 제도와 관계에서 서울형 유급병가지원 제도의 역할은 '보충적 역할'과 '추가적 역할'로 구분하여 살펴볼 수 있다(정재철, 문다슬, 정다운, 2020, pp.57-59). 보충적 역할은 상병수당 제도 자체를 지원하는 것으로, 상병수당이 제공하는 서비스 범위 내에서 서울시민에게 지원 기간 또는 지원 금액을 보충적으로 지원할 수 있다. 먼저, 대기 기간 지원이 가능할 것이다. 대부분의 국가에서 건강상태에 대한 의료적 인증 또는 도덕적 해이 방지 등을 위해 최대 1개월 까지 대기기간을 설정하고 있다(임승지, 김나영, 이정면, 조정완, 김용빈, 김윤희, 2019; 김기태, 2020, p.7). 이때에 기업에서 복리후생의 일환으로 해당 대기기간 동안 유급병가를 지원하기도 한다. 제도의 이름이 의미하는 바와 같이, 서울형 유급병가지원 제도는 한국형 상병수당 제도가 설정하는 대기기간 동안 기업에 제공하는 유급병가를 보장받지 못하는 서울시 노동자들에게 이를 대신하여 생계비를 지원할 수 있을 것이다. 또한 상병수당 지원금에 더하여 추가지원금(top-up)을 지급함으로써 상병수당 제도에 대한 보충적 지원이 가능하다. 다음으로 추가적 역할은 상병수당이 지원하지 않는 서비스를 추가적으로 지원하는 것을 의미한다. 이때에는 현금지원을 넘어 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 앞서 제안했던 서울시 노동자건강 통합관리 체계 차원에서 서울형 유급병가지원 제도를 이용한 대상자들의 '사회복귀'를 목표로 물리, 작업, 심리, 청각, 언어 등 포괄적인 재활서비스 등을 제안할 수 있다.

제도의 궁극적 발전 방향은 모든 노동자들이 유급병가 사용을 통해 건강한 삶을 영위하는 것이다. 제도의 성패를 판단하는 기준은 다양하겠으나, 현재 서울형 유급병가지원 제도에 대한 높은 만족도와 기대감은 제도가 서울시 노동취약계층에 대한 최소한의 안전망의 역할을 성공적으로 수행하고 있음을 반복해서 보여준다. 다만, 평가하였듯이 서울형 유급병가지원 제도는 여전히 여러 지점에서 개선이 필요하다. 실제로 제도는 대상자 기준을 완화하고, 서류를 간소화하는 등 제도 내부

적 수정은 물론, 정부의 전국형 상병수당 도입 발표에 따른 외부적 변화에 발맞추기 위한 노력이 이루어지고 있다. 이와 같은 내외부적 변화를 고려한 지속적인 평가가 필요하며, 이때에는 기술적인 평가를 넘어 비용효과성 평가, 정책 효과 평가 등 보다 정교하고 객관적인 지표를 통한 평가가 수반하는 한편, 성별영향 평가 등 제도가 미치는 다양한 영향을 고려한 평가가 이루어져야 할 것이다. 또한 이와 같은 평가는 주기적인 평가 체계를 갖추는 한편, 평가 결과에 기반하여 제도 개선을 위한 지속적인 피드백 과정이 마련되어야 한다. 이것이 달성될 때 제도가 최종적으로 목표로 하는 서울시 노동자 건강 증진과 사회 복귀를 보장할 수 있을 것이다. 이와 같은 맥락에서 본 연구의 결과가 향후 한국의 상병수당 제도의 설계와 도입에 큰 도움이 되기를 기대한다.

문다슬은 고려대학교에서 보건학 박사학위를 받았으며, 현재 시민건강연구소에서 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 건강의 정치경제학, 보건사회정책 등이며, 현재 젠더화된 노동시장과 건강 불평등 등을 연구하고 있다. (E-mail: moon912390@gmail.com)

유사라는 고려대학교에서 보건학 석사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 박사과정(보건정책관리학 전공)에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 건강형평성과 여성건강이다. (E-mail: sara521@korea.ac.kr)

김소담은 고려대학교에서 보건학 석사학위 과정(보건정책관리학 전공)에 재학 중이다. 주요 관심 분야는 정신건강, 노동시장정책, 보건사회정책이다. (E-mail: ksdam94@korea.ac.kr)

정혜주는 Johns Hopkins University에서 보건사회정책학 박사학위를 받았으며, 현재 고려대학교에서 보건정책관리학부 교수 및 4단계 BK21 러닝헬스시스템 융합사업단장으로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 복지국가, 건강형평성, 노동시장정책, 건강고려정책(Health in All Policies)이며 현재 상병수당, 건강안보, 초기아동기 필수의료 등을 연구하고 있다. (E-mail: hpolicy@korea.ac.kr)

노진원은 고려대학교에서 보건학 박사, 네덜란드 호로닝언 대학에서 국제보건학 박사학위를 받았으며, 현재 연세대학교에서 소프트웨어디지털헬스케어융합대학 보건행정학부 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 취약계층의 건강증진, 국제보건, 의료경영이다. 현재 취약계층의 만성질환관리, 재난 생존자 및 지역사회 정신건강 증진, 암 전문 병원 및 센터 건립을 위한 타당성조사 등을 연구하고 있다. (E-mail: jinwon.noh@gmail.com)

참고문헌

- 강동욱. (2010). 질병 또는 장애가 중고령자의 경제상태에 미치는 중 단적 영향. *장애와 고용*, 20(4), pp.207-235.
- 강신욱, 강혜규, 노대명, 이현주, 이병재. (2015). *사회보장정책평가의 방향과 과제*. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강지원. (2017). 캐나다의 성과관리제도와 평가. *사회보장제도를 중심으로 글로벌사회정책브리프*, 58, pp.1-5.
- 김기태. (2020). 한국의 상병수당 '부재' 현황과 상병수당 도입을 위한 제언. *보건·복지 Issue & Focus*, 388, pp.1-12.
- 김남순, 오운섭, 박은자, 정연, 김대은, 최지희. (2016). *보건의료정책 평가 모형 연구 (I)-현황 분석과 우선순위 설정*. 세종: 한국보건 사회연구원.
- 김복규, 윤진효. (2008). 프로그램 논리모형 설계 및 평가. *농촌활력화 사업을 대상으로 한국사회와 행정연구*, 19(2), pp.97-122.
- 김삼기. (2015). *의료는 산업인가, 복지인가?* <http://www.rapportian.com/news/articleView.html?idxno=25069>에서 2021. 2. 23. 인출.
- 김수진. (2020). 건강보험 보장성 강화에 따른 가구 의료비 부담 변화 와 시사점. *보건복지포럼*, 2020(11), pp.38-52.
- 김윤. (2014). 4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가. *대한의사협회지*, 57(3), pp.198-203.
- 김종호, 이영희. (2004). 조각된 의료서비스 품질이 환자만족 및 후속 행동에 미치는 영향. *마케팅관리연구*, 9(1), pp.1-28.
- 노화준. (2008). *정책평가론: 프로그램성과와 정책혁신의 효과 평가 제 4판*. 경기: 법문사.
- 문종열. (2007). 금강산관광사업 논리모형과 특성 그리고 정책적 함 의. *한국행정논집*, 19(2), pp.405-429.
- 박성재, 이용구. (2015). 논리모형을 이용한 도서관 성과측정에 관한 연구. *한국비블리아학회지*, 26(2), pp.269-287.
- 서민지. (2016). *건보 17조 흑자 금융상품 투자? "의료비 인하에 써라"*. http://m.medipana.com/index_sub.asp?NewsNum=180138 에서 2021. 2. 23. 인출.
- 서울시정개발연구원. (2010). *간접흡연제로! 서울 평가지표 개발연구*. 서울: 서울시정개발연구원.
- 서울특별시. (2020). *서울형 유급병가지원 2020년도 예산안*. 서울: 서울특별시.
- 서울특별시. (2019). *서울형 유급병가지원 사업 지침*. 서울: 서울특별 시.
- 서울특별시. (2020). *서울형 유급병가지원 사업 지침*. 서울: 서울특별 시.
- 서울특별시. (2021). *서울형 유급병가지원 사업 지침*. 서울: 서울특별 시.
- 손민성, 김연용, 장정민, 정혜주. (2019). 국민건강보험 맞춤형 코호트 DB 를 이용한 한국의 상병수당 및 유급병가를 위한 소요재정 추계. *보건경제와 정책연구*, 25(2), pp.1-28.
- 손영래. (2018). 건강보험 보장성 강화정책 방향. *건강보험심사평가원 정책동향*, 12(1), pp.7-18.
- 신기철. (2011). 상병소득보장제도 충실화 방안 연구 (급여소득자를 중심으로). *사회보장연구*, 27(1), 133-156.
- 신기철. (2019). 보장성 강화와 상병수당 도입 필요성. *건강보험심사평가원 정책동향*, 13(5), pp.7-13.
- 이도형, 이희권, 길부중, 장호원. (2010). *국가연구개발사업 유형별 성과평가 논리모형 개발에 관한 연구*. 서울: 한국과학기술기획평가원.
- 이명화, 이혜진, 강민지. (2017). *과학기술 정책평가 모형 탐색*. 세종: 과학기술정책연구원.
- 이석민. (2011). 프로그램 논리모형 (Logic Models) 의 적용과 사용에 관한 연구. *한국거버넌스학회보*, 18(1), pp.211-243.
- 이승윤, 김기태. (2017). 아픈 노동자는 왜 가난해지는가?: 아픈 노동 자의 빈곤화과정과 소득보장제의 경험. *한국사회정책*, 24(4), pp.113-150.
- 이재훈. (2020). 유급병가휴가와 상병수당 도입의 필요성. *월간 복지 동향(259)*, pp.11-15.
- 이현욱. (2018). 4대 중증질환 보장성 정책이 환자의 의료이용과 재납 적 의료비에 미친 영향: 성향점수매칭과 이중차이분석을 활용 하여. *한국사회복지학*, 70(1), pp.89-116.
- 임승지, 김나영, 이정면, 조정완, 김용빈, 김윤희. (2019). *상병수당제도 도입연구 I: 기초연구*. 원주: 국민건강보험.
- 정재철, 문다슬, 정다운. (2020). *서울형 유급병가지원 개선방안 모색*. 서울: 서울특별시 공공보건의료재단.
- 정현우, 손민성, 정혜주. (2019). *한국 상병수당제도 및 전달체계 설계 연구: 주요 선진국과의 제도 비교를 중심으로*. *보건행정학회지*, 29(2), pp.112-129.
- 정형준. (2017). 상병수당 도입의 필요성. *월간 복지동향(222)*, pp.10-17.
- 정혜주, 손민성, 김재민, 김진성, 차선화, 정현우 등. (2018). *시립병원 비급여분석 및 보장성 강화 전략수립: 서울형 유급병가와 혁신 적 의료보장정책을 중심으로*. 서울: 서울특별시 공공보건의료 재단.
- 최은택. (2017). '기준비급여' 우선 급여화...다음은 국민부담 고려. <https://www.dailypharm.com/Users/News/NewsView.html>

- ID=231747에서 2021. 2. 23. 인출.
- 최민덕, 김진수. (2007). 상병수당제도 도입방안 연구-제도설계와 재정요소를 중심으로. *사회보장연구*, 23(2), pp.221-247.
- 홍민기, 최효미. (2014). 노동패널 표본이탈과 불평등 지표 조사연구, 15(4), pp.95-122.
- Appelbaum, E., & Mikman, R. (2016). *No Big Deal: The Impact of New York City's Paid Sick Days Law on Employers* (No. 2016-15). Center for Economic and Policy Research (CEPR).
- Asfaw, A., & Colopy, M. (2017). Association between parental access to paid sick leave and children's access to and use of healthcare services. *The American Journal of Industrial Medicine*, 60(3), pp.276-284.
- Bhuyan, S. S., Wang, Y., Bhatt, J., Dismuke, S. E., Carlton, E. L., Gentry, D., LaGrange, C., & Chang, C. F. (2016). Paid sick leave is associated with fewer ED visits among US private sector working adults. *The American Journal of Emergency Medicine*, 34(5), pp.784-789.
- Bickman, L. (1987). The functions of program theory. *New directions for program evaluation*, 1987(33), pp.5-18.
- Clapham, K., Manning, C., Williams, K., O'Brien, G., & Sutherland, M. (2017). Using a logic model to evaluate the Kids Together early education inclusion program for children with disabilities and additional needs. *Evaluation and Program Planning*, 61, pp.96-105.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*.
- DeRigne, L., Stoddard-Dare, P., Collins, C., & Quinn, L. (2017). Paid sick leave and preventive health care service use among US working adults. *Preventive Medicine*, 99, pp.58-62.
- Drago, R., & Lovell, V. (2011). *San Francisco's Paid Sick Leave Ordinance: Outcomes for Employers and Employees*. Institute for Women's Policy Research. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Robert-Drago/publication/265526964_San_Francisco%27s_Paid_Sick_Leave_Ordinance_Outcomes_for_Employers_and_Employees/links/54d368ca0cf2b0c6146d7f15/San-Franciscos-Paid-Sick-Leave-Ordinance-Outcomes-for-Employers-and-Employees.pdf에서 2021. 2. 23. 인출.
- Lager, K. E. (2013). *Secondary prevention of stroke following Transient Ischaemic Attack: a mixed methods study* (Doctoral dissertation, University of Leicester).
- National Partnership for Women & Families. (2018). *Paid family and medical leave: Good for business*. Washington, D.C. <https://www.nationalpartnership.org/our-work/resources/economic-justice/paid-leave/paid-leave-good-for-business.pdf>에서 2021. 2. 23. 인출.
- McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low-and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4), pp.858-865.
- Milli, J., Xia, J., & Jisun, M. (2016). *Paid sick days benefit employer, workers, and the economy*. Washington DC: Institute for Women's Policy Research.
- Renger, R., & Hurley, C. (2006). From theory to practice: Lessons learned in the application of the ATM approach to developing logic models. *Evaluation and Program Planning*, 29(2), pp.106-119.
- Renger, R., & Titcomb, A. (2002). A three-step approach to teaching logic models. *American Journal of Evaluation*, 23(4), pp.493-503.
- Rennekamp, R. A., & Arnold, M. E. (2009). What progress, program evaluation? Reflections on a quarter-century of Extension evaluation practice. *Journal of Extension*, 47(3), 3COM1.
- Rieth, L., Ahrens, A., & Cummings, D. (1995). Integrated disability management: Taking a coordinated approach to managing employee disabilities. *AAOHN Journal*, 43(5), pp.270-275.
- Savaya, R., & Waysman, M. (2005). The logic model: A tool for incorporating theory in development and evaluation of programs. *Administration in Social Work*, 29(2), pp.85-103.
- Scheil-Adlung, X., & Sandner, L. (2010). Evidence on paid sick leave: Observations in times of crisis. *Intereconomics*, 45(5), pp.313-321.
- Shahsavari, H., Matourypour, P., Ghiyasvandian, S., & Nejad, M. R. G. (2020). Medical Research Council framework for development and evaluation of complex interventions: a comprehensive guidance. *Journal of Education and Health*

Promotion, 9.

Wholey, J. S. (1987). Evaluability Assessment: Developing Program Theory. *New directions for program evaluation*, 33,

pp.77-92.

Wren, J. (2006). *A Guide to Developing Public Health Programmes: A Generic Programme Logic Model*. Ministry of Health.

부표 1. 서울형 유급병가지원제도 대상 기준 비교

변경 기준	도입 당시	변경	
	2019년	2020년	2021년
지역 가입	입원(검진) 전월 기준 3개월간 지역가입자 유지	입원(검진)일 기준 지역가입자 유지	입원, 입원연계 외래진료,공단 일반건강검진기간 동안 국민건강보험 지역 가입
서울 거주	신청 당해 연도 1월 1일 이전부터 서울시 거주	입원(검진)일 기준 서울시민 1개월 유지	입원, 입원연계 외래진료, 공단일반건강검진 개시일 기준 1개월(30일) 전부터 지급완료일까지 서울시
근로 조건	입원(검진) 전월 기준 10일 이상 근로를 3개월 유지	입원(검진) 전월 기준 3개월 내 24일 근로	입원, 공단 일반건강검진 전월 기준 3개월 동안 24일 이상 근로
가구원 범위	주민등록표상 동일 주소지 거주하는 1) 신청자의 ① 배우자, ② 직계혈족(부모, 자녀), ③ 직계혈족(자녀)의 배우자, ④ 형제자매 2) 배우자의 ① 직계혈족(시부모, 장인, 장모), ② 형제자매(시동생, 처형 등) 3) 주민등록표상 다른 주소지 거주하는 ① 배우자, ② 만 25세 미만 미혼 자녀	주민등록표상 동일 주소지 거주하는 1) 신청자의 ① 배우자, ② 직계혈족(부모, 자녀), ③ 직계혈족(자녀)의 배우자(며느리, 사위) * 가족관계증명서 생략 가능	주민등록표상 동일 주소지에 거주하는 1) 신청자의 ① 배우자 ② 직계혈족(부모, 자녀) ③ 직계혈족(자녀)배우자(며느리, 사위) ④ 배우자직계혈족(시부모, 장인, 장모) ⑤ 배우자의 자녀 * 가족관계증명서 생략 가능
소득·재산 조사 방법	일반재산의 주거용 재산 조사 시 전월세 임차보증금 100% 산정 본인 소유 주택 임대주고 본인이 다른 주택에 임차하여 거주 시 모두 재산으로 산정	일반재산의 주거용 재산 조사 시 전월세 임차보증금 80% 산정 본인 소유 주택 임대주고 본인이 다른 주택에 임차하여 거주 시 본인 소유 1채에 한하여 임대금 공제	(2020년과 동일)

자료: 정혜주 외(2018); 각 연도 사업지침서(서울특별시, 2019; 서울특별시, 2020; 서울특별시, 2021)

부표 2. 실무자 대상 설문조사 참여자 일반적 특성

구 분	응답자		
	명	(%)	
성별	여	112 (70.9)	
	남	42 (26.6)	
	무응답	4 (2.5)	
연령	20~29	28 (17.7)	
	30~39	72 (45.6)	
	40~49	38 (24)	
	50~59	15 (9.5)	
	무응답	5 (3.2)	
	근무지	보건소	30 (19)
		동주민센터	128 (81)
근무년수	3년 미만	91 (57.6)	
	3년 이상 5년 미만	31 (19.6)	
	5년 이상 10년 미만	12 (7.6)	
	10년 이상	13 (8.2)	
	무응답	11 (7.0)	
전체	158	(100)	

부표 3. 수혜자 대상 설문조사 참여자 일반적 특성

구 분	응답자	
	명	(%)
성별	여성	56 (56)
	남성	44 (44)
교육수준	초등학교 졸업	2 (2)
	중학교 졸업	20 (20)
	고등학교 졸업	55 (55)
	전문대학교 졸업	4 (4)
	대학교 졸업	17 (17)
	대학원 재학 이상	2 (2)
근로유형	일용직	34 (34)
	특수고용직	7 (7)
	사업소득자	52 (52)
	무급가족종사자	2 (2)
	프리랜서	2 (2)
	기타	3 (3)
	소득	100만 원 미만
100~200만 원		55 (55)
200~300만 원		26 (26)
300~400만 원		7 (7)

부표 3. 수혜자 대상 설문조사 참여자 일반적 특성(계속)

구 분	응답자		구 분	응답자	
	명	(%)		명	(%)
결혼상태			가구원 수		
미혼	18	(18)	1명	28	(28)
결혼(배우자 있음)	50	(50)	2명	31	(31)
동거	1	(1)	3명	23	(23)
사별	6	(6)	4명	14	(14)
이혼	23	(23)	5명	3	(3)
별거	1	(1)	무응답	1	(1)
무응답	1	(1)	전체	100	(100)

부표 4. 인터뷰 응답자 일반적 특성

선정 여부	응답자	성별	이용 서비스	입원일수	근로형태	연령	보장일수 / 비선정 사유
선정	응답자 1	여	입원	4	일용직	60대	4
	응답자 2	여	건강검진	-	사업소득자	60대	1
	응답자 3	여	입원	27	사업소득자	50대	10
	응답자 4	여	입원	10	일용직	50대	10
	응답자 5	남	입원	6	특수고용	30대	6
	응답자 6	남	입원	23	사업소득자	60대	10
	응답자 7	남	입원	15	특수고용	30대	10
	응답자 8	남	건강검진	-	기타	30대	1
	응답자 9	남	건강검진	-	사업소득자	60대	1
비선정	응답자 10	여	건강검진	-	특수고용	50대	소득기준 미충족
	응답자 11	여	입원	11	사업소득자	60대	재산기준 미충족
	응답자 12	여	입원	16	기타	60대	지역가입자 미유지
	응답자 13	남	입원	10	사업소득자	60대	재산기준 미충족
	응답자 14	남	입원	8	일용직	30대	근로부적정
	응답자 15	남	건강검진	-	일용직	60대	지역가입자 미유지

부표 5. 일반건강검진을 통한 질병 발견 여부(일반건강검진자 총 25명 대상)

	사례수	질병 및 이상소견 발견		p-value	
		예	아니오		
		명 (%)	명 (%)		
전체	25	7 (28.0)	18 (72.0)		
신체적 불편에도 근무 경험	있다	8	5 (62.5)	3 (37.5)	0.008
	없다	17	2 (11.8)	15 (88.2)	
전반적 건강상태	좋다	19	4 (21.1)	15 (78.9)	0.169
	나쁘다	6	3 (50.0)	3 (50.0)	
교육수준	중학교 졸업 이하	7	2 (28.6)	5 (71.4)	0.759
	고등학교	12	4 (33.3)	8 (66.7)	
	전문대졸 이상	6	1 (16.7)	5 (83.3)	
월평균 근로소득	100만 원 미만	4	1 (25.0)	3 (75.0)	0.331
	100만 원~200만 원 미만	15	6 (40.0)	9 (60.0)	
	200만 원~300만 원 미만	5	0 (0)	5 (100)	
	300만 원~400만 원 미만	1	0 (0)	5 (100)	
직업	사업소득자	14	2 (14.3)	12 (85.7)	0.085
	근로소득자	11	5 (45.5)	6 (54.5)	

부표 6. 2019 서울형 유급병가지원 제도 지원 대상 및 선정기준

구분	정책안(정해주 외, 2018)	현행 제도 기준
신청자격	<ul style="list-style-type: none"> 서울시민 국민건강보험 지역가입자인 근로소득자 및 사업소득자 입원치료자(입원치료자에 한해 공단 일반건강검진 1일 지원) 지원제외자: 긴급복지지원제도, 산재보험, 자동차보험, 실업급여 수혜자 	<ul style="list-style-type: none"> 매년 1월 1일 이전부터 신청일 현재까지 서울시 거주자 국민건강보험 지역가입자인 근로소득자 및 사업소득자 입원치료자 또는 공단 일반건강검진을 받은 자 지원제외자: 국민기초생활보장, 서울형 기초보장, 긴급복지(국가형, 서울형), 실업급여, 산재보험, 자동차보험 수혜자
대상자 모수	(2016년 맞춤형 국민건강보험 코호트 자료 기준) 입원치료자 91,703명	(2016년 맞춤형 국민건강보험 코호트 자료 기준) 입원치료자 91,703명 + 건강검진자 189,969명
선정기준	<ul style="list-style-type: none"> 중위소득 100% 이하인 개인 근로소득자 및 사업소득자 	<ul style="list-style-type: none"> 소득: 실제소득(근로소득+사업소득+재산소득+ 기타소득)이 당해 연도 보건복지부에서 고시하는 기준 중위소득 100% 이하 해당(가구 단위) 재산: 2억 5천만 원 이하(토지, 건축물, 주택, 임차보증금 등 일반재산액)

자료: 정해주 외(2018); 서울특별시(2019)

부표 7. 업무 추진과정에서의 어려움

	응답자 수(명)	응답자 비율(%)
사업 담당 인력 규모의 적정성과 전문성 확보의 어려움	51	36.2
신청접수	50	35.5
명확한 정책목표 수단과 증상의 지침 부재	28	19.9
집행기관 간 원활한 의사소통의 어려움	6	4.3
집행기관 간 협력과 연계 부족	6	4.3
전체	141	100.0

부표 8. 서울형 유급병가지원 제도 신청 절차의 어려움

	사례수 (명)	서류준비 (일) 평균	신청 절차		p-value
			어렵지 않다 명 (%)	어렵다 명 (%)	
전체	100	1.5	53 (53.0)	47 (47.0)	
신체적 불편에도 근무 경험	있다	44	22 (50.0)	22 (50.0)	0.594
	없다	56	31 (55.4)	25 (44.6)	
일터에서 건강상 위험 경험	예(1)	4	2 (50.0)	2 (50.0)	0.902
	아니오(2)	96	51 (53.1)	45 (46.9)	
전반적 건강상태	좋다	60	25 (41.7)	35 (58.3)	0.005
	나쁘다	40	28 (70.0)	12 (30.0)	
교육수준	중학교 졸업 이하	22	14 (63.6)	8 (36.4)	0.243
	고등학교	55	30 (54.5)	25 (45.5)	
	전문대졸 이상	23	9 (39.1)	14 (60.9)	
월평균 근로소득	~100만 원	12	5 (41.7)	7 (58.3)	0.867
	101만 원~200만 원	55	30 (54.5)	25 (45.5)	
	201만 원~300만 원	26	14 (53.8)	12 (46.2)	
	301만 원~	7	4 (57.1)	3 (42.9)	
직업	사업소득자	56	28 (50.0)	28 (50.0)	0.498
	근로소득자	44	25 (56.8)	19 (43.2)	

1. 서울형 유급병가 신청과정이 간단하다고 생각하십니까?

Logic Modelbased Evaluation of the Seoul-Type Paid Sick Leave Policy: An Early Appraisal

Moon, Daseul¹ | Yu, Sarah¹ | Kim, Sodam¹ | Chung, Haejoo¹ | Noh, Jin-won²

¹ Korea University

² Yonsei University

Abstract

The Seoul City Government has adopted the Seoul-Type Paid Sick Leave Policy (hereinafter Seoul Sick Leave) in 2019, which is the first publically-funded sickness benefit program adopted in the Republic of Korea. The Seoul Sick Leave protects the precariously employed and the dependent self-employed without paid leave for their income loss due to hospitalizations. The study aims to apply a logic model to evaluate the effectiveness and delivery process of a new social security program for workers without the sickness leave. The logic model for the Seoul Paid Sick Leave consists of design, inputs, activities, outputs, and outcomes, and 17 indicators. The evaluation was conducted with complex social intervention methods using questionnaire surveys, and focus group interview, and by analyzing of administrative data of Seoul. All candidates, whether they were beneficiaries or not were satisfied with the program. The program were expected to help precarious workers maintain their livelihood and access medical service in right time. However, the application rate was low, which might be due to the low accessibility of the program's strict eligibility criteria and limited popular recognition. Efforts should be made to improve accessibility of the program to better serve its target population. This study is meaningful in that it is the first study to evaluate the initial effect of the only public sickness benefit system in Korea.

Keywords: Seoul-Type Paid Sick Leave, Sickness Benefit, Policy Evaluation, Logic Model, Mixed Methods